

ケアマネジャーの役割と介護保険認定の仕組み

宮城県社会福祉士会 副会長
宮城県ケアマネジャー協会 事務局長
小 湊 純 一。

1 ケアマネジャーとは

要介護高齢者 介護支援の専門職

- 1 要介護者等からの相談に応じて、要介護者等がその心身の状況等に応じた適切な在宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービスまたは地域密着型介護予防サービスを利用できるよう、保険者である市町村、サービス提供事業者等との連絡調整を行う者
- 2 要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的な知識・技術を有する者
- 3 介護支援専門員証の交付を受けた者

※医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、管理栄養士、精神保健福祉士であって、3年以上の実務経験があり、介護支援専門員実務研修受講試験に合格し、研修を修了した者。

ケアマネジャーは自立支援

1 自己決定の尊重

利用者の選択可能な、個人を尊重した個別的サービスを事前に提案して知らせ、利用者自らの決定を尊重してサービスを提供します（継続や変更、中止等も含む）。

自己決定能力を評価し、必要に応じて後見人（家族等）によって決定する場合があります。

2 残存能力の活用（能力の発揮）

利用者の残存能力に着目して個々のニーズの客観的な把握・分析を行い、自立を援助及び促進する目的でサービスを提供します。

利用者は、一度失われた能力を回復するためのリハビリテーションに努めるとともに、残存能力を維持・開発し、日常生活に活用することが求められます。

3 生活（サービス）の継続性（継続性の尊重）

居宅サービスと施設サービスの継続性や、広く福祉保健・医療全般にわたる連携に基づく対応を積極的に進めます。

利用者の心身の機能に障害があってもケアを受ける状況でも、その人の生活を維持・継続していけるよう、利用者の生活の継続性を尊重したサービスを提供します。

II ケアマネジャーの役割

(自立支援)

- ① 要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮する。

(総合的・効率的サービス提供)

- ② 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う。

(利用者本位・公正中立)

- ③ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行う。

(医療連携)

- ④ 要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行う。

(理解しやすい説明)

- ⑤ 懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。

(継続的計画的サービス利用)

- ⑥ 利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにする。

(地域の住民による自発的なサービス利用)

- ⑦ 利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努める。

(自己決定支援)

- ⑧ 利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供する。

(生活全般の解決すべき課題の把握)

- ⑨ 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握する。

(居宅訪問面接)

- ⑩ 解決すべき課題の把握(アセスメント)に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得る。

(アセスメントの結果に基づくケアプラン原案作成)

- ⑪ 利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成する。

(サービス担当者会議開催)

- ⑫ サービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求める。

(ケアプランの同意)

- ⑬ 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得る。

(ケアプランの交付)

- ⑭ 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付する。

(ケアプランに基づく介護計画徴収)

- ⑮ 介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問介護計画等指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求める。

(モニタリング・継続的アセスメント)

- ⑯ 居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握(利用者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

(モニタリング実施)

- ⑰ 介護支援専門員は、前号に規定する実施状況の把握(モニタリング)に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

イ 少なくとも一月に一回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。

ロ 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。

(再アセスメント)

- ⑱ 次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができる。

イ 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合

ロ 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

(居宅生活困難時の介護保険施設への紹介)

- ⑱ 適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行う。

(施設退所時のケアプラン作成)

- ⑳ 介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行う。

(医療系サービス希望時に主治医の意見)

- ㉑ 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師の意見を求める。

(医療系サービス利用は主治医の指示)

- ㉒ 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあつては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、

(主治医の医学的留意事項尊重)

医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあつては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行う。

(福祉用具の必要性記載と担当者会議)

- ㉓ 介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を居宅サービス計画に記載する。
- ㉔ 居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

Ⅲ ケアマネジャーの専門性

1 健康状態

(1) 痛みのある利用者への対応

- ① 痛みが原因でADLなど生活に支障のある利用者を把握します。
- ② 痛みの直接的な影響、痛みを怖がる、痛みによる関係の減少、鎮痛薬の副作用などの影響を検討します。

(2) 脱水症状

- ① 脱水症になる危険性を少なくします。

- ② 家族やケアスタッフが、脱水になる原因や脱水による症状に気をつけることができ、対応できるようにします。
- (3) 高齢者の心臓と肺の機能
 - ① 心臓や肺（呼吸）の症状を、ただの老化現象として扱い、適切な医療やケアを受けていない利用者を把握して対応します。
 - ② 心不全や結核など、医療的対応を必要とする高齢者に多い問題に気をつけて対応できるようにします。
- (4) 服薬管理と効果
 - ① 服用している薬を把握し、その薬が効果的・効率的に作用するようにします。
- (5) 向精神薬を服用している利用者への対応
 - ① 向精神薬を服用している利用者のなかで、その作用・副作用の様子観察が必要な人を把握して対応します。
- (6) アルコール問題への対応
 - ① アルコール乱用、アルコール依存症を把握します。
 - ② 代謝の低下、持病、薬等との関連によって、大量の飲酒でなくても危険となる場合があるので検討します。
- (7) 喫煙問題への対応

2 ADL

- (1) ADLの改善と支援
 - ① 日常生活活動（ADL）が改善する可能性のある利用者、ADLの低下を遅らせることのできる可能性のある利用者を把握します。
 - ② ADL障害の原因を理解したうえで、自立への意欲のある利用者や、障害になってからの期間が短い利用者などを把握し、目的のある運動等の機能訓練を検討します。
 - ③ ADLの改善が難しい場合は、必ず行わなければならないケアを検討します。
必ず行わなければならないケアは、改善のためのケアと同時にを行う場合もあります。
- (2) 転倒防止
 - ① 最近転倒した利用者を特定します。
 - ② 転倒の危険性のある利用者を特定します。
 - ③ 転倒の危険性を予測します。
 - ④ 転倒と、転倒による障害をできるだけ少なくします。
- (3) 健康増進
 - 体力の向上と健康増進により、幸福感と自立性を高めます。

3 IADL

- (1) IADLの回復と支援
 - ① IADL回復の可能性のある利用者を把握して対応します。
 - ② IADLの代行の必要性を明らかにして支援します。

4 認知障害

- ① 認知障害があるかどうかを把握します。
- ② 認知障害を補うために、どのような方法をとることができるのかを判断します。

5 コミュニケーション

(1) コミュニケーション

コミュニケーションの障害・問題を明らかにして、専門的な検査や対処をおこないます。

(2) 視覚・聴覚

最近視力・聴力が低下した利用者，視力・聴力を失った利用者，眼鏡・補聴器などを適切に使用していなかった利用者を把握して対応します。

6 社会との関わり

(1) 社会との関わり

- ① 利用者が満足のいく役割や対人関係，楽しめる活動が続けたり，新たに見つけ出すように支援します。
- ② 社会的機能の低下を最小限に抑え，社会的活動制限の原因となる問題を見つけ，可能であれば改善し，出来ない場合は代償する方法を検討して対応します。

(2) うつと不安

不安やうつ状態にある利用者を把握し，治療やケアの可能性を検討して対応します。生活に重大な影響のあるうつや不安があれば，専門医に相談して対応します。

7 排尿・排便

(1) 尿失禁・留置カテーテル

回復可能な失禁の原因を把握し，可能な対処方法を検討して対応します。

(2) 排便の管理

腸の機能および消化器系の疾患の問題を評価し，関心を高めます。

8 褥瘡と皮膚の問題

(1) 褥瘡

皮膚損傷の危険のある利用者を把握し，その予防と治療のためのケアを検討して対応します。

(2) 皮膚と足

皮膚や足に問題があったり，問題が発生する危険性のある利用者を把握し，予防と治療のためのケアを検討して対応します。

9 口腔衛生

痛みがあったり，食事摂取や発声の障害，栄養不良，自尊心や食事の楽しみを阻害する口腔問題を把握して対応します。

1 0 食事摂取

栄養不良や、栄養問題の悪化する危険性がある高齢者を把握して対応します。

1 1 問題行動

問題行動（行動障害）のある利用者を把握し、原因とその解決策を検討します。

また、行動障害は改善されたとしても、行動を制限してしまっている可能性のあるケアを受けている利用者を把握して対応します。

1 2 介護力

- ① 介護が必要な高齢者への対応が困難な家庭を把握します。
- ② 家庭で、新しい介護負担に対応できるかどうかを把握します。
- ③ 在宅での生活が続けられるような支援を提案します。

1 3 居住環境

利用者の健康状態、障害の状況から見ての危険な環境状態、自立生活を阻害する環境状態を把握して対応します。

1 4 特別な状況

(1) 虐待

虐待や放置を受けている高齢者、または虐待の危険性を把握し、即時の対応が必要かどうかの状況を判断する。虐待を発見した場合には市町村・地域包括支援センターに通報します。

(2) ターミナルケア・緩和ケア

在宅でのターミナルケア、緩和ケアを希望する、もしくは受ける利用者に対して包括的ケアの必要性を把握して対応します。

介護保険と医療保険、その他公的・私的医療福祉制度なども活用します。

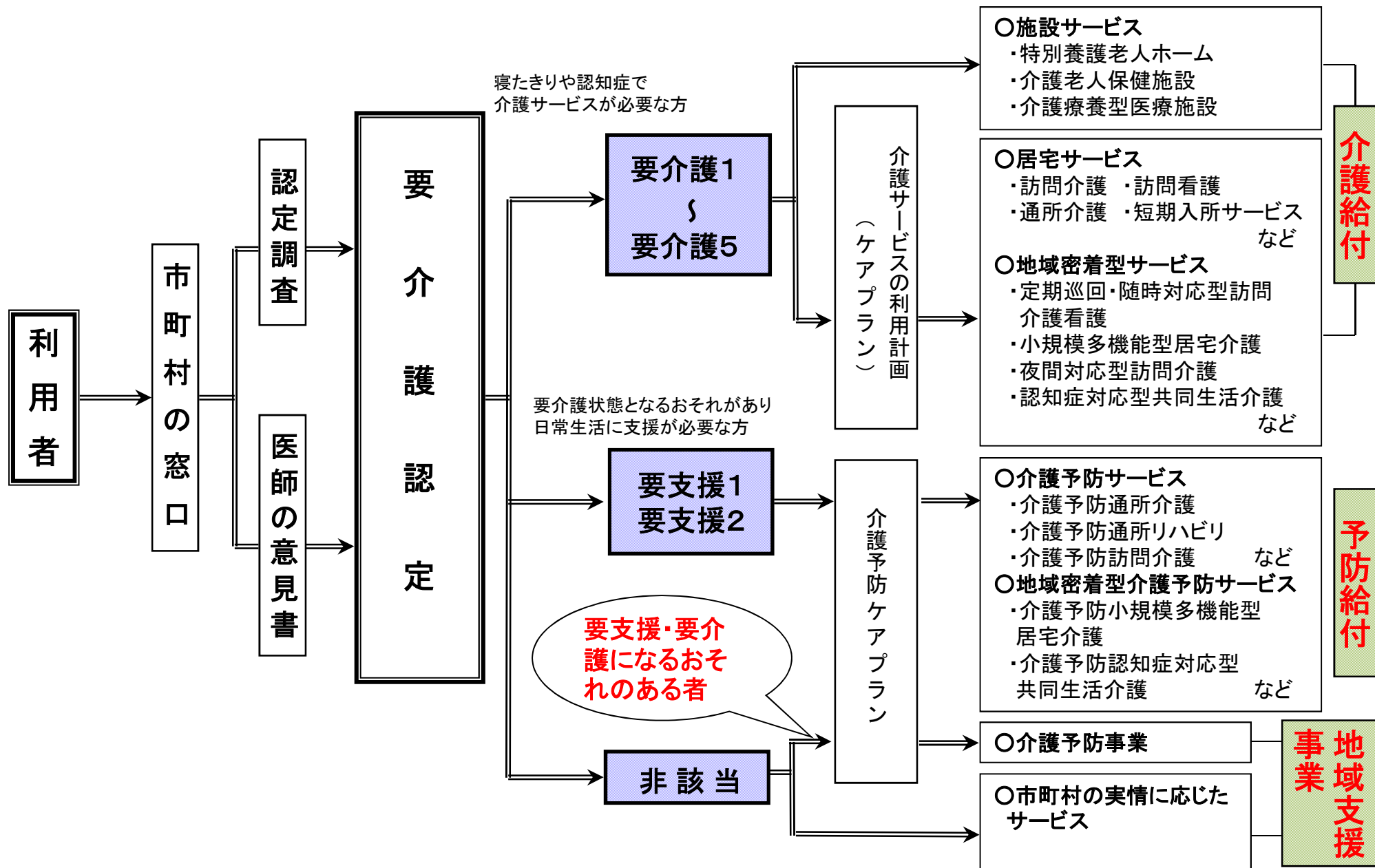
また、医療との連携が重要になるので、利用者本人と家族、主治医、病院、薬剤師、訪問看護ステーション、介護サービス事業所などとの綿密な打ち合わせ、話し合いによる合意と役割分担による対応をします。

IV 要介護認定の仕組み等

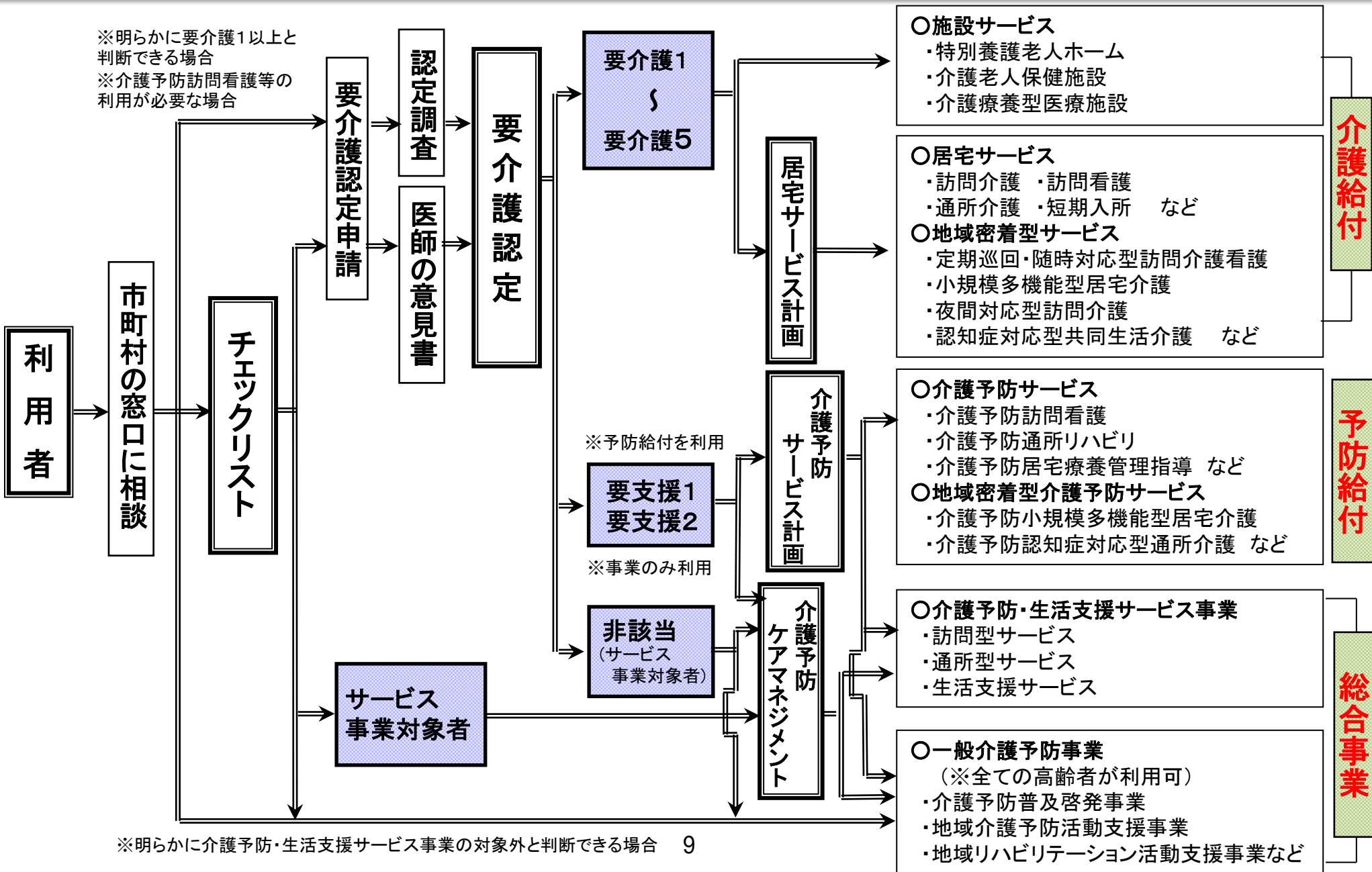
～別紙～

2016. 02. 19. 小 湊 純 一。

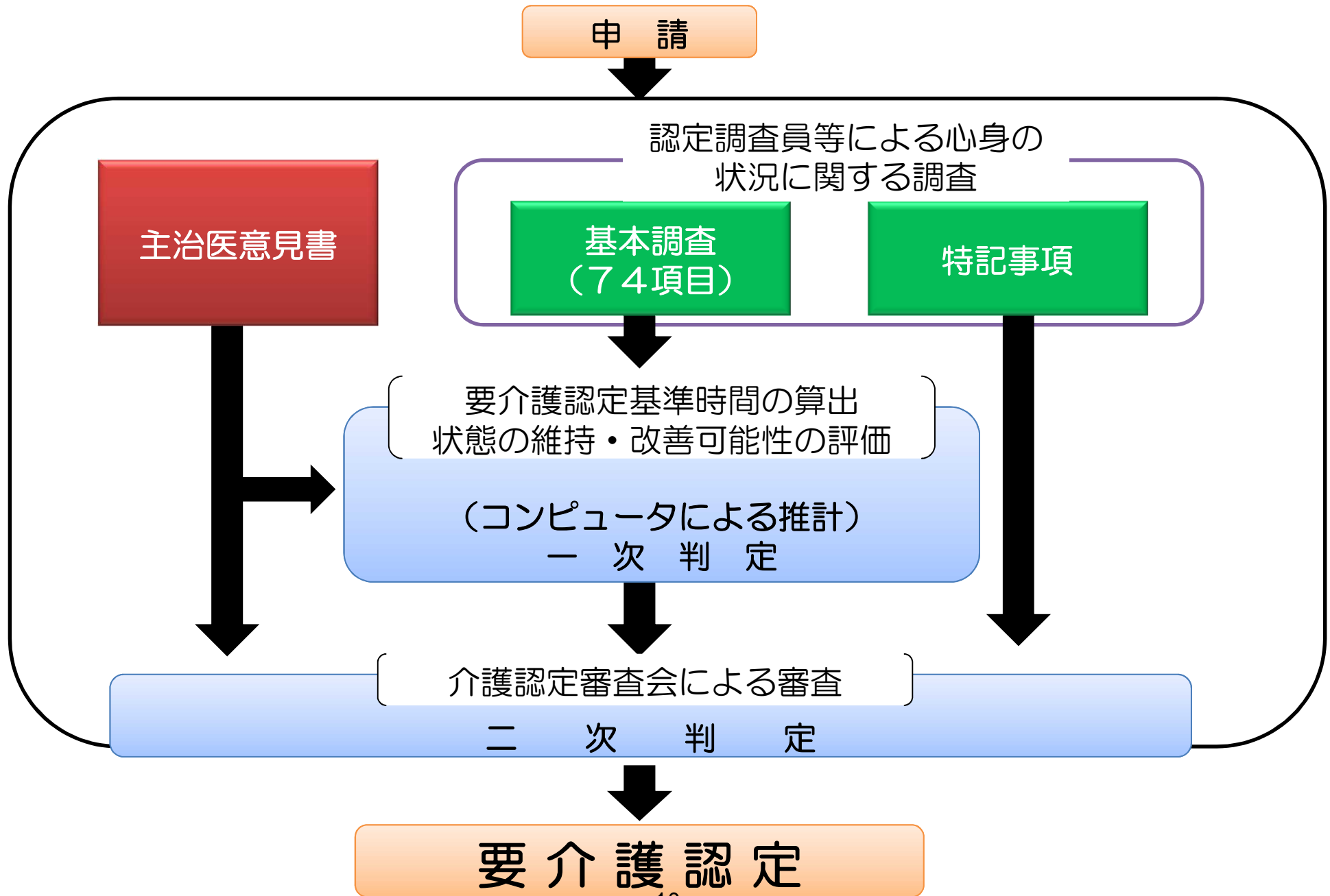
介護サービスの利用の手続き



介護サービスの利用の手続き（新）



要介護認定の流れ



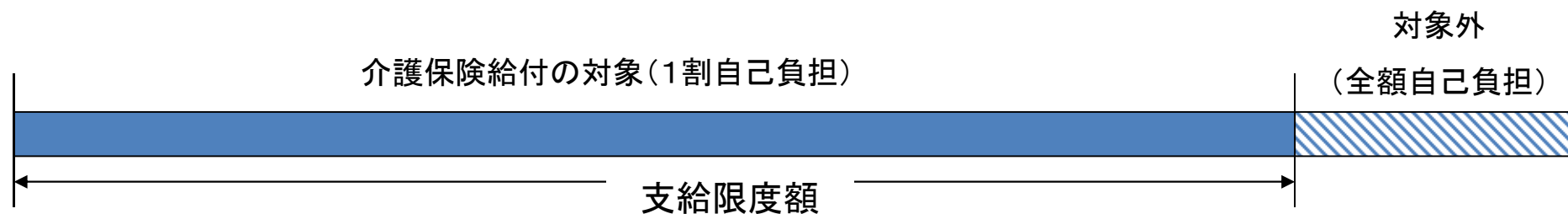
介護サービスの種類

<p>◎地域密着型サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) ○地域密着型特定施設 入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護 ○複合型サービス 	<p>◎居宅サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護(ホームヘルプサービス) ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 <p>○特定施設入居者生活介護 ○特定福祉用具販売</p> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通所介護(デイサービス) ○通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○短期入所生活介護(ショートステイ) ○短期入所療養介護 <p>○福祉用具貸与</p> <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設 <p>◎居宅介護支援</p>	<p>サービス 介護給付を行う</p>
<p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) <p>◎介護予防支援</p>	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問介護(ホームヘルプサービス) ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 <p>○介護予防特定施設入居者生活介護 ○特定介護予防福祉用具販売</p> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防通所介護(デイサービス) ○介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防短期入所生活介護 (ショートステイ) ○介護予防短期入所療養介護 <p>○介護予防福祉用具貸与</p>	<p>サービス 予防給付を行う</p>
<p>市町村が指定・監督を行うサービス</p>	<p>都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス</p>	

区分支給限度基準額

- 在宅サービスについて、利用者の状況に応じた適正なサービスを提供する観点から、必要な居宅介護サービスのモデルを用いて、要介護度毎に区分支給限度基準額を設定。

→ 支給限度額を超えるサービスを受けた場合、超える分の費用は全額利用者負担



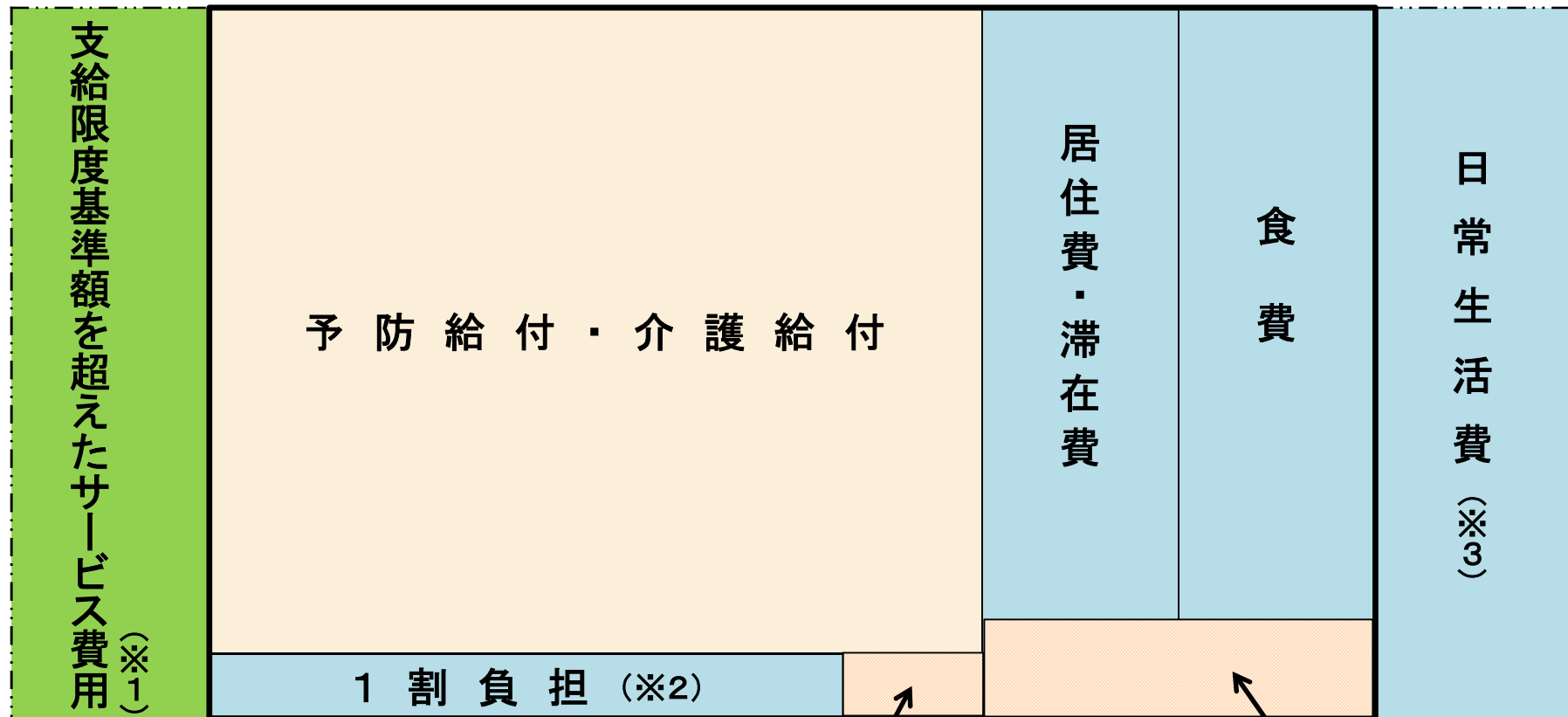
- 要介護度別の支給限度額と平均的な利用率

	支給限度額	受給者1人当たり平均費用額	支給限度額に占める割合
要支援1	49,700(円)	23,240(円)	46.8%
要支援2	104,000(円)	42,020(円)	40.4%
要介護1	165,800(円)	74,240(円)	44.8%
要介護2	194,800(円)	101,680(円)	52.2%
要介護3	267,500(円)	151,180(円)	56.5%
要介護4	306,000(円)	184,380(円)	60.3%
要介護5	358,300(円)	225,220(円)	62.9%

※ 平成24年介護給付費実態調査(4月審査分)を基に作成

(注)額は介護報酬の1単位を10円として計算。

利用者の自己負担



高額介護サービス費や高額医療合算介護サービス費による1割負担の軽減

特定入所者介護サービス費(補足給付)による居住費・滞在費、食費の軽減

- ※1 在宅サービスについては、要介護度に応じた支給限度基準額(保険対象費用の上限)が設定されている。
- ※2 居宅介護支援は全額が保険給付される。
- ※3 日常生活費とは、サービスの一環で提供される日常生活上の便宜のうち、日常生活で通常必要となる費用。
(例:理美容代、教養娯楽費用、預かり金の管理費用など)

高額介護（介護予防）サービス費

月々の介護サービス費の1割の負担額が世帯合計（個人）で上限額を超えた場合に、その超えた分が払い戻されます。

所得段階	所得区分	上限額
第1段階	①生活保護の被保護者 ②15,000円への減額により生活保護の被保護者とならない場合 ③市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者	①個人15,000円 ②世帯15,000円 ③世帯24,600円 個人15,000円
第2段階	○市町村民税世帯非課税で[公的年金等収入金額＋合計所得金額]が80万円以下である場合	世帯24,600円 個人15,000円
第3段階	○市町村民税世帯非課税 ○24,600円への減額により生活保護の被保護者とならない場合	世帯24,600円
第4段階	上記のいずれに該当しない者	世帯37,200円

個人の高額介護（介護予防）サービス費の支給

$$\left(\text{利用者負担世帯合算額} - \text{世帯の上限額} \right) \times \frac{\text{個人の利用者負担合算額}}{\text{利用者負担世帯合算額}}$$

※上記計算の結果、個人単位の負担上限額を超える場合は、負担が15,000円になるように適用される。

低所得者の食費・居住費の負担軽減（補足給付）の仕組み

- 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定
- 標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額を介護保険から特定入所者介護サービス費として給付

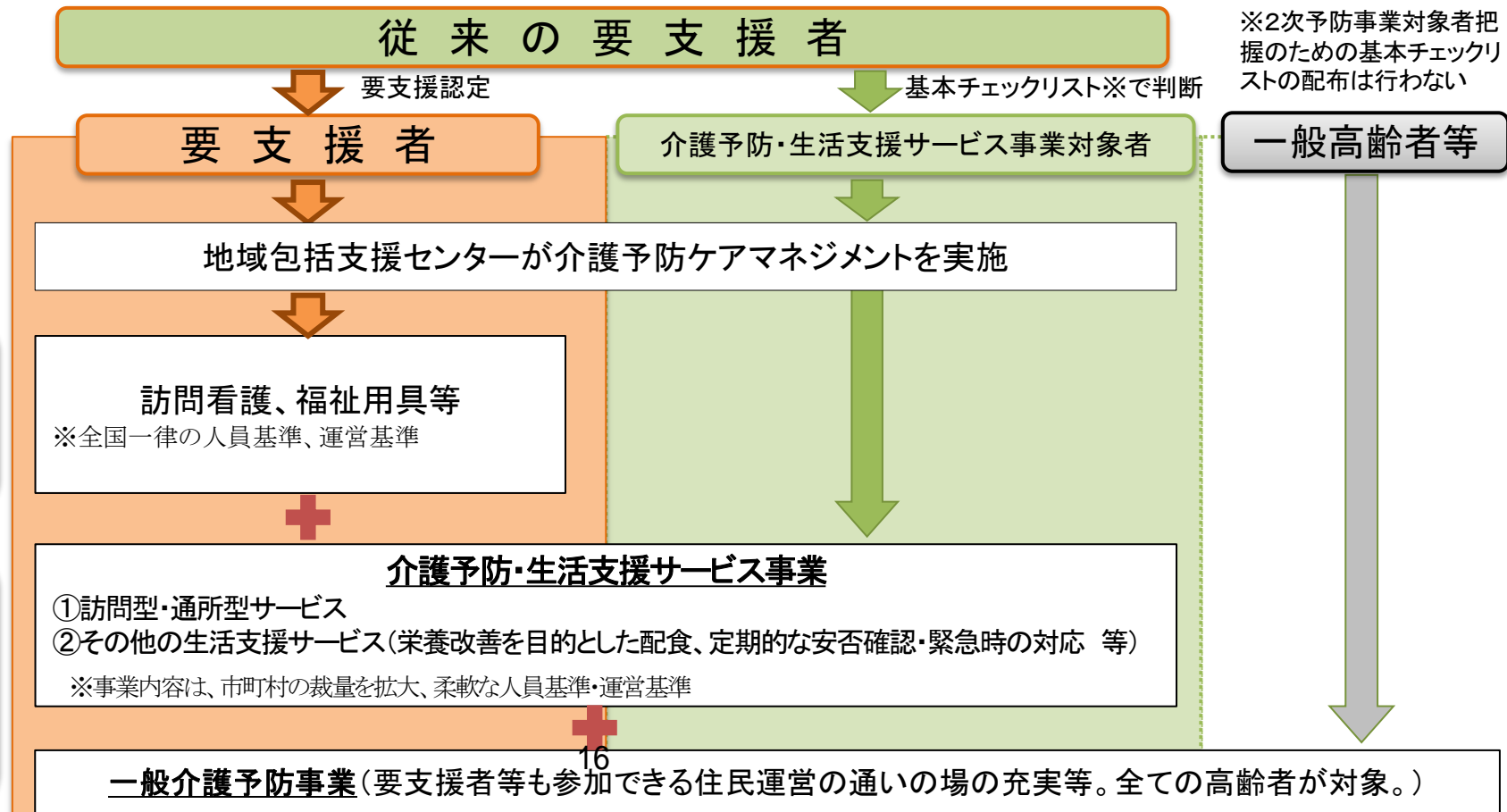
負担軽減の対象となる低所得者

利用者負担段階	対象者の例
第1段階	・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者 ・生活保護受給者
第2段階	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下の方
第3段階	市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階該当者以外の方
第4段階	・市町村民税本人非課税者 ・市町村民税本人課税者

		基準費用額 (日額(月額))	負担限度額 (日額(月額))			
			第1段階	第2段階	第3段階	
食費		1,380円 (4.2万円)	300円 (0.9万円)	390円 (1.2万円)	650円 (2.0万円)	
居住費	多床室	320円 (1.0万円)	0円 (0万円)	320円 (1.0万円)	320円 (1.0万円)	
	従来型 個室	特養等	1,150円 (3.5万円)	320円 (1.0万円)	420円 (1.3万円)	820円 (2.5万円)
		老健・療養等	1,640円 (5.0万円)	490円 (1.5万円)	490円 (1.5万円)	1,310円 (4.0万円)
	ユニット型準個室	1,640円 (5.0万円)	490円 (1.5万円)	490円 (1.5万円)	1,310円 (4.0万円)	
	ユニット型個室	1,970円 (6.0万円)	820円 (2.5万円)	820円 (2.5万円)	1,310円 (4.0万円)	

総合事業の概要

- 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
 - 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業（介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業）のサービスと介護予防給付のサービス（要支援者のみ）を組み合わせる。
 - 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に（基本チェックリストで判断）。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



③地域ケア会議

地域ケア会議の推進

- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取り組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。
 - ・ 適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして位置づけ
 - ・ 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
 - ・ 地域ケア会議に参加した者に対する守秘義務を規定 など

・地域包括支援センターの箇所数:4,484ヶ所(センター・フランチ・サブセンター合計7,196ヶ所)(平成25年4月末現在)
・地域ケア会議は全国の保険者で約8割(1,202保険者)で実施(平成24年6月に調査実施)

地域包括支援センター(※)レベルでの会議(地域ケア個別会議)

