

第3節 総合相談支援業務

3.1 基本的な視点

- 総合相談・支援及び権利擁護の業務（以下「総合相談支援等業務」という。）は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするために、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行うものです。

3.2 業務内容

1) 地域におけるネットワーク構築

- 効率的・効果的に地域包括支援センターの業務を行い、支援を必要とする高齢者を見出し、保健医療福祉サービスを始めとする適切な支援につなぎ、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するため、地域における様々な関係者のサブネットワークの構築を図ります。
- こうしたネットワークは、言うまでもなく、地域包括支援センターの共通支援基盤構築業務の一環として構築されるものであり、多面性を有することに留意する必要があります。
- ネットワーク構築に当たっては、サービス提供機関や専門相談機関等のマップの作成等により活用可能な機関、団体等の把握などを行います。地域に必要な社会資源がない場合は、その開発に取り組む必要があります。
- 地域包括支援センターでは、地域の様々なニーズに応じ、これらのネットワークを有効活用していくこととなるが、特に、高齢者の虐待防止については、「高齢者虐待防止ネットワーク」を早急に構築することが必要です。

2) 実態把握

- 総合相談支援業務を適切に行う前提として、(1)のネットワークを活用するほか、様々な社会資源との連携、高齢者への戸別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者の心身の状況や家族の状況等についての実態把握を行います。

3) 総合相談

総合相談業務として、次の業務を行います。

①初期段階での相談対応

- 本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的又は緊急の対応が必要かどうかを判断します。
- 適切な情報提供を行えば相談者自身により解決が可能と判断した場合には、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行います。

②継続的・専門的な相談支援

- 初期段階の相談対応で、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、当事者への訪問、当事者に関わる様々な関係者からのより詳細な情報収集を行い、当事者に関する課題を明確にし、個別の支援計画を策定します。

- 支援計画に基づき、適切なサービスや制度につなぐとともに、当事者や当該関係機関から、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認します。

第4節 権利擁護業務

4.1 基本的な視点

■高齢者等が地域生活に困難を抱えた場合には、地域の住民や民生委員、介護支援専門員などの支援だけでは十分に問題が解決できなかつたり、適切なサービス等につながる方法が見つからなかつたりして、問題を抱えたまま生活している場合があります。権利擁護業務は、このような困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点からの支援を行うものです。

4.2 業務内容

■地域包括支援センターの職員は、支援を行う過程で、特に「権利擁護」の視点に基づいて係わることが重要です。その中で、社会福祉協議会が行う地域福祉権利擁護事業などの権利擁護を目的とするサービスや仕組みを有効活用するなど、ニーズに即した適切なサービスや機関につなぎ、適切な支援を提供することによって、本人の生活の維持を図っていくことになります。

■さらにその過程で、特に権利擁護の観点からの支援が必要と判断した場合には、次のような諸制度を活用します。

1) 成年後見制度の活用

①高齢者の判断能力の状況等を把握し、成年後見制度の利用が必要なケースであれば、以下の業務を行います。

- ・高齢者に親族がいる場合には、当該親族に成年後見制度を説明し、親族からの申立てが行われるよう支援します。
- ・申立てを行える親族がないと思われる場合や、親族があっても申立てを行う意思がない場合で、成年後見制度の利用が必要と認めるときは、速やかに市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、市町村申立てにつなげます。

②また、成年後見制度の円滑な利用に向けて、

- ・市町村や地方法務局と連携し、成年後見制度を幅広く普及させるための広報等の取組を行います。
- ・鑑定又は診断書の作成手続きに速やかに取り組めるよう、地域の医療機関との連携を確保します。
- ・高齢者にとって適切な成年後見人を選任できるよう、地域で成年後見人となるべき者を推薦する団体等を、高齢者又はその親族に対して紹介します。なお、地域包括支援センターの業務として、地域包括支援センターの職員自身が成年後見人となることは想定していません。

2) 老人福祉施設等への措置

虐待等の場合で、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、措置入所の実施を求めます。また、措置入所後も当該高齢者の状況を把握し、できる限り速やかに、成年後見制度の利用など必要なサービス等の利用を支援します。

3) 虐待への対応

虐待の事例を把握した場合には、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(平成17年法律第124号)等に基づき、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認し、事例に即した適切な対応をとります。

4) 困難事例への対応

高齢者やその家庭に重層的に課題が存在している場合、高齢者自身が支援を拒否している場合等の困難事例を把握した場合には、地域包括支援センターの専門職種が相互に連携し、地域包括支援センター全体で対応を検討します。

5) 消費者被害の防止

訪問販売によるリフォーム業者などによる消費者被害を未然に防止するため、消費生活センター(又は市町村の消費者行政担当部局)と定期的な情報交換を行うとともに、民生委員、介護支援専門員、訪問介護員等に情報提供を行います。

第5節 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

5.1 基本的な視点

- 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は、地域の高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、主治医、介護支援専門員との多職種協働と、地域の関係機関との連携により、包括的・継続的なケアマネジメントを実現するための後方支援を行うものです。

5.2 業務内容

1) 包括的・継続的なケア体制の構築

- 施設・在宅を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、医療機関を含めた関係機関との連携体制を構築し、地域の介護支援専門員と関係機関との連携を支援します。

- また、地域の介護支援専門員が、地域における健康づくりや交流促進のためのサークル活動、老人クラブ活動、ボランティア活動など介護保険サービス以外の地域における様々な社会資源を活用できるよう、地域の連携・協力体制を整備します。

- 地域包括支援ネットワークが、これらの役割を果たすこととなります。

2) 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

- 地域の介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援するために、介護支援専門員相互の情報交換等を行う場を設定するなど介護支援専門員のネットワークを活用します。

3) 日常的個別指導・相談

- 地域の介護支援専門員に対する個別の相談窓口を設置し、日常的業務の実施に関し、ケアプランの作成技術を指導し、サービス担当者会議の開催を支援するなど、専門的な見地からの個別指導、相談への対応を行います。

- また、地域の介護支援専門員の資質向上を図る観点から、必要に応じて、地域包括支援センターの各専門職種や関係機関とも連携の上、事例検討会や研修の実施、制度や施策等に関する情報提供を行います。

4) 支援困難事例等への指導・助言

- 地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例について、適宜、地域包括支援センターの各専門職種や地域関係者、関係機関との連携の下で、具体的な支援方針を検討し、指導助言等を行います。

5) その他

- 地域包括支援センターにおいて実施する新予防給付に関するケアマネジメント及び介護予防事業に関するケアマネジメントと介護支援専門員が行う介護給付のケアマネジメント相互の連携を図るものとします。

第6節 介護予防ケアマネジメント業務

6.1 基本的な視点

■介護予防ケアマネジメント業務は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるようにするため、本人ができることはできる限り本人が行うことを基本としつつ、利用者のできることを利用者と共に発見し、利用者の主体的な活動と参加意欲を高めることを目指します。

■このため、サービス提供期間を設定し、いつまでにどのような生活行為ができるようになるのか具体的な目標を明確にしつつ、個々の高齢者の心身の状況や生活環境、廃用や生活機能低下が生じた原因に応じた総合的かつ効果的な支援計画を作成するとともに、サービスの提供を確保し、一定期間経過後は所期の目標の達成状況を評価し、必要に応じて計画の見直しを行います。

■介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、

- ①地域における健康づくりや交流促進のためのサークル活動、老人クラブ活動、ボランティア活動など、地域における介護保険以外の様々な社会資源の活用
- ②介護予防の効果を高める観点から、要支援・要介護の非該当者から、要支援者に至るまでの連続的で一貫したケアマネジメントの実施に留意します。

■なお、介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、介護予防事業に関するケアマネジメント業務及び新予防給付に関するケアマネジメント業務は、下記2業務内容のとおり制度上は別のものではありますが、その実施に当たっては、共通の考え方に基つき、共通の様式で実施することとしておりますので、その点について留意する必要があります。詳細については、第5章を参照してください。

6.2 業務内容

1) 介護予防事業に関するケアマネジメント業務

■自立保持のための身体的・精神的・社会的機能の維持向上を目標としている介護予防事業に関するケアマネジメントは、特定高齢者把握事業において、市町村が把握・選定した特定高齢者（虚弱高齢者）について、地域包括支援センターが、おおむね次に定めるプロセスにより実施します。なお、市町村は、必要な経費を負担することで、特定高齢者把握事業を地域包括支援センターに行わせ、介護予防事業に関するケアマネジメントと一体的に行うことも可能ですが、この場合、特定高齢者の判定結果については、市町村に通知する等の連携を図るものとします。

①対象者の把握

市町村と連携し、介護予防事業への参加に同意した者を把握します。

②一次アセスメント

基本チェックリストの結果等により、生活機能、心身機能等を把握し、生活機能の低下を予防できない現状や要因（介護予防ニーズ）の特定及び課題分析を行います。

③介護予防ケアプランの作成

一次アセスメントの結果を基に、高齢者との面接により、その心身の状態を把握しつつ、介護予防ケアプランの目標、利用する事業内容などを決定します。その際に、家族や介護予防事業実施者などとも共通認識を得るため、必要に応じてサービス担当者会議を開催します。

④事業の実施

介護予防事業実施者は、介護予防ケアプランに基づき介護予防事業を実施し、地域包括支援センターは、事業の実施状況を適宜モニタリングし、必要に応じて事業実施者間の調整を行います。また、事業実施者に対し、事業の実施の前後に対象者の目標達成度や状態の改善の評価を行わせ、適宜、その結果の報告を受けます。

⑤評価

一定期間経過後、地域包括支援センターでは、事業実施者からの報告を参考にしつつ、各高齢者の状態を再度アセスメントし、必要に応じて介護予防ケアプランを変更します。

■地域包括支援センターは、個々の対象者ごとに、定期的に目標達成状況を管理します。

■なお、地域包括支援センターとして行う総合相談・支援事業などの過程で介護予防事業の対象者とすべき者を把握した場合は、適宜、特定高齢者把握事業と連携を図るものとします。

2) 新予防給付に関するケアマネジメント業務

■新予防給付に関するケアマネジメントは、おおむね次に定めるプロセスにより実施します。

①利用申込みの受付

介護認定審査会において要支援認定を受けた利用申込者に対し、重要事項説明書を交付し、説明し、同意を得た上で、利用申込者に所定書類に必要事項を記載してもらい、市町村に届け出ます。

②契約締結

利用申込者と契約を締結します。

③アセスメント

市町村から認定調査結果及び主治医意見書を入手し、利用者宅を訪問し、所定のアセスメント事項により利用者及び家族に対しアセスメントを行います。

④介護予防サービス計画原案の作成

アセスメント結果等を基に、どのような支援が必要かを利用者と調整し、利用者とは合意した結果に基づき、介護予防サービス計画原案を作成します。

⑤サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議の開催等により、介護予防サービス計画原案について専門的な意見を聴取します。

⑥介護予防サービス計画書の交付

利用者又は家族に説明し、同意を得た後、介護予防サービス計画書を利用者又は家族に交付します。

⑦サービスの提供

介護予防サービス事業者に対し、介護予防サービス計画に基づき適切にサービスが提供されるよう連絡調整等を行います。

⑧モニタリング

必要に応じて利用者宅を訪問する方法により計画の実施状況を把握します。

⑨評価

3～6ヶ月に1回、計画の達成状況について評価を行います。

⑩給付管理

介護保険サービスの利用実績を確認し、所定の表に記載します。

⑪介護報酬の請求

介護報酬請求に関する所定の書類を作成し、介護報酬の請求を行い、介護報酬を受領します。

■地域包括支援センターは、上記事務のうち①、②及び⑪に係る事務以外、その実施を居宅介護支援事業所に委託することができます。この場合、介護予防サービス計画原案が作成された段階で、地域包括支援センターはその内容が適切であるかを確認します。業務委託をする場合も、当該業務の最終的な責任は地域包括支援センターが負うこととなります。なお、委託に当たっては、運営協議会の承認を得なければなりません。

3) その他

■地域包括支援センターにおいて実施する新予防給付に関するケアマネジメント及び介護予防事業に関するケアマネジメントと介護支援専門員が行う介護給付のケアマネジメント相互の連携を図らなければなりません。