

(5)社会保障制度改革と介護保険制度創設の時期（平成6年～平成13年）

平成6年には、厚生省に高齢者介護対策本部が設置され、「高齢者介護自立支援システム研修会」の創設等、「新たな高齢者介護の仕組み」の実現化が急ピッチに進められました。平成4年から開発とその有効性が検証されていた高齢者ケアガイドラインは、平成6年に「高齢者ケアプラン策定指針」として出版され、高齢者の医療・保健・福祉現場は「ケアプラン一色」に染まった時期でした。平成7年になると老人保健福祉審議会が設置され、介護保険制度の成立がさらに具体化して行き、白熱した論議ののち平成9年12月に介護保険法が成立しました。

介護保険制度は、国民の最重要課題である高齢社会への対応としての社会保障（保険）制度に限らず、社会全体の大きな構造改革の流れの中にある「一つの柱」あるいは「大きな変化の序章」とも考えられますので、社会全体をとらえる広い視野と長期的展望において捉えるべきです。例えば、平成12年の社会福祉事業法等の改正は、介護保険制度の円滑な実施等を目的とした戦後の最大の改革となる「社会福祉基礎構造改革」であり、この流れは行政改革等とも連動しながら加速度的に進むと思われまます。

- 平成6年：①地域保健法制定／②高齢者介護対策本部設置／③21世紀福祉ビジョン策定／④高齢者ケアプラン策定指針出版／⑤高齢者介護自立支援システム研究会創設／⑥新ゴールドプラン策定／⑦エンゼルプラン策定

【世相】①高齢化率が14%を超える／②関西空港開港／③松本市サリン事件／★夜桜お七

- 平成7年：①老人保健福祉審議会設置／②障害者プラン策定

【世相】①阪神・淡路大震災／②地下鉄サリン事件／★OVERNIGHT SENSATION

- 平成8年：①らい予防法廃止／②ケアサービス体制整備支援事業開始

【世相】①薬害エイズ問題／②O-157集団食中毒／③住専処理法成立／★Don't wanna cry

- 平成9年：①介護保険法制定／②特定非営利活動促進法（NPO法）制定

【世相】①消費税5%に／②神戸小6惨殺事件／③山一証券倒産／★硝子の少年

- 平成10年：①介護支援専門員標準テキスト出版／②介護支援専門員実務研修受講試験開始

【世相】①長野オリンピック／②和歌山カレー砒素混入事件／★長い間

- 平成11年：①給付管理業務提示／②課題分析及び標準様式提示／③要介護認定開始

【世相】①東海村核燃料工場で臨界事故／②商工ローン取り立て事件／★LOVE マシーン

- 平成12年：①介護保険法施行／②社会福祉事業法等改正／③ゴールドプラン21策定

【世相】①バス乗っ取り事件／②雪印乳業食中毒事件／③三宅島噴火／④皇太后逝去／★孫

(6)介護保険制度施行直前及び施行当初の状況

介護保険法が制定されると、制度の根幹である要介護（支援）認定が適切に行なわれるために認定調査と一次判定ソフト、主治医意見書、介護認定審査会の具体的な仕組みの整備が急速に進められました。

また、介護支援専門員（ケアマネジャー）の確保と養成、そして給付管理や介護報酬請求業務関係の仕組みも慌しく決まって行きました。

一方、制度施行直前に以下のような様々な制度の変更や様々な課題（制度の未熟さ）により、都道府県や市区町村（保険者）、介護支援専門員等は混乱、困惑した状況でした。

実際、制度が施行すると、介護支援専門員の業務は、保健・医療・福祉等の専門職としての業務よりも、要介護認定調査や介護サービス計画及びサービス利用票の作成とサービス提供票の交付、給付管理票の作成等の事務作業の煩雑さに追われる日々が続きました。

- ①介護保険法施行直前まで続いた制度の不明確さ
- ②サービス利用票の作成等の給付管理及び請求業務等の事務作業の煩雑さと理解の困難さ
- ③法施行直前の訪問介護の複合型の追加
- ④法施行直前の短期入所の拡大や振替措置の追加
- ⑤第1号被保険者の保険料徴収の先送り
- ⑥次々と提示される通知等の理解や、利用者への説明の難しさ

2. 第2段階の研修内容の概要

第2段階では、介護サービス提供における介護支援専門員の重要性を理解するために、介護サービスは、「どのような目的で提供される」という介護保険制度の理念について理解し、この理念を実行する際に、介護支援専門員は、どのような役割と機能をはたすべきかを理解する。この段階での研修内容は、①対人援助の原則の説明②ケアマネジメントの基本的理念と適切さの考え方について③介護支援専門員の業務と役割及び機能④介護保険制度の範囲について深い理解を得ることである。

第1に、介護支援専門員がその主要な業務としている介護サービス計画の作成にあたっては、利用者及び家族等と十分な信頼関係を構築し、解決すべき課題の発見と目標の設定、そして適切な介護サービスの提供という過程がある。この最も重要である「入り口（インテーク）」においても、その後の過程でも基本となるのが、対人援助技術である。

この対人援助の原則として、以下の「バイスティックの7原則（面接技術の基本原則）」を例にして説明する。バイスティックの7原則（面接技術の基本原則）といわれるのは、①個別化の原則②自己決定の原則③受容の原則④秘密保持の原則⑤統制された情緒関与の原則⑥意図的な感情表現の原則⑦非審判的態度の原則である。これらの原則を遵守することで適切な介護サービスに対する支援ができることを介護支援専門員らは学ぶ。

第2に、ケアマネジメントの基本的理念と介護サービスや介護サービス計画書の「適切さ」とは何かの説明をする。ケアマネジメントの定義を以下の11のキーワード①個々の解決すべき課題（ニーズ）②状態に即した③利用者本位④介護サービスが適切かつ効果的に提供⑤多様なサービス提供主体⑥保健・医療・福祉にわたるケアの各サービス⑦総合的、一体的、効率的に提供される⑧サービス体系を確立する⑨サービス提供の手法⑩ケアマネジメント⑪介護支援サービスに簡条書きにし、介護支援専門員が実際に介護サービス提供をする場合に、現段階では「適切さ」の基準がないことと、その基準を今後創る必要があることについても説明する。

また、介護サービスの基本的理念と意義等については、以下の①要介護者等とその世帯の主体性尊重の仕組みであること②自立支援、多様な生活を支えるサービスの視点が重要であること③家族（介護者）への支援の必要性があること④保健・医療・福祉サービスを統合したサービス調整の視点が不可欠であること⑤サービスの展開におけるチームアプローチがなされねばならないこと⑥適切なサービス利用における有効性、効率性の視点を持つこと⑦保健・医療・福祉サービスとインフォーマルサポートを統合する社会資源を調整する方法という7つの側面から説明を行う。

第3に、介護支援専門員の業務と役割及び機能を説明する。まず、介護支援専門員には大きく3種類の業務、すなわち①要介護認定に関する業務②介護支援サービスに関する業務③居宅サービスの上限管理等に関する給付管理の業務があることを説明し、この業務の遂行によって介護支援専門員が果たすべき役割と機能について説明する。

介護支援専門員の役割と機能には、①利用者本位の徹底②チームアプローチの実施（総合的判断と協働）③介護サービス計画に基づくサービス実施状況のモニタリングと計画修正④サービス実施体制におけるマネジメントの情報提供と秘密保持⑤信頼関係の構築⑥社会資源の開発という5点が理解されなければならない。このうち①利用者本位の徹底、③介護サービス計画に基づくサービス実施状況のモニタリングと計画修正、⑥社会資源の開発の3項目については、特に重要であり、十分な理解が得られるまで繰り返し説明すべき内容である。

第4に、「介護保険制度だけでは要介護者等を支えきれない」等の世間の声や住民に対して、表5.2.2の介護保険サービスの利用者数等を使用して、第1号被保険者と第2号被保険者の人数の割合や、65歳以上の高齢者の中で介護保険サービス（居宅及び施設）を利用しているのは約10%であり、介護保険制度は、高齢者を支える社会資源の中のひとつとして存在し、その支えるべき範囲についての正確な理解を促すことがこの段階の最も重要な点である。

その際に高齢者を支える基本的な優先順位として現在想定され、行われているのが「(2)自助・相互扶助と生活支援ネットワーク」を使用した高齢者自身による自立（自助努力）で、次に家族、地域住民（コミュニティー）というインフォーマルな関係によって支援され、次いで市区町村、都道府県、国という「公」が介入するという順位があり、フォーマルサービスについても、保健・医療・福祉等の一般施策の活用も含め、社会資源の利用に際しては、限りある社会資源の有効活用という観点や新たな社会資源の開発という課題が存在することを受講者が理解することが第2段階の目的といえる。

表 5.2.2 介護保険サービス利用者と高齢者人口比率

	人数（万人）	高齢者人口比（%）
第2号被保険者（40-65歳未満）	4300	187
第1号被保険者（65歳以上）	2300	100
要支援・要介護者	280	12
居宅サービス利用者	160	7
施設サービス利用者	70	3

第3節 介護サービス費用に関する利用者および家族への説明

1. 介護保険制度における介護サービスの費用（コード）体系の理解と専門家としての正確な用語の使用

介護サービスの費用（コード）は、約1700種類の費用コードから構成されている。適切な介護サービスを適正な価格で利用者へ供給するためには、この給付費の請求手続きやその内容を熟知することが必須であり、これらの費用コード体系を介護支援専門員が十分に理解しなければならない。

まず、ここで手続き上、留意すべき点は、請求したサービスコードが適切かどうかは、保険者及び都道府県の監査等によるチェックによって判断されるということである。多くの介護支援専門員は、介護保険制度実施前に給付管理が自らの業務となることを予想しておらず、これらの研修もほとんど行われていなかったため、給付管理業務の流れやその内容を理解していなかった。

介護支援専門員は、国民健康保険連合会での審査を適切なサービスコードであるか否かの判断を行うものでなく、事務手続きとしてのチェックであることを理解していない場合が多いため、このことは強調して説明すべき内容である。

この段階で重要なのは、費用コード体系の理解度の深さによって、利用者が不利益を被る場合があることを忘れてはならないということである。さらに、このコードの理解が介護支援専門員にとって煩雑な請求事務を円滑に行うことができるようになるための第一歩であることを説明することである。

具体的には、介護支援専門員は利用者及び家族等へ、介護サービスの費用の違い等を分かりやすく説明をする責任がある。例えば、同様のサービスを用いた数種類の計画を提示し、それを比較することにより利用者本位の選択が可能となること等を説明する必要がある。ここでは、表5.3.1の「サービスコードを特定する上での確認事項」を示し、①約1700種類のサービスコードの体系について再確認すること、②介護サービスの細かい内容によって、サービスコードと費用が異なることを正確に理解しないと介護給付費の不正請求の危険性があることを理解すること。③表5.3.2の「サービス種類内の単位数の範囲（最小と最大）」を用い、同じ介護サービスの種類であっても、時間数や提供事業者等によって単位数が大きく異なる種類もあることを説明する。

説明内容としては、例えば、訪問看護は最も単位数の高いサービスコードと、最も低いサービスコードの差は、「1488単位」（1単位10円の場合は14880円）もあり、「訪問看護1回の費用はいくら」ということに関しても、大きな差があるということを理解し、介護支援専門員の知識によって、利用者やその家族に不利益を与える可能性があることを示す。

同様に、表5.3.3のように「条件の違いによる単位数の範囲」に視点を変えて、要介護1の利用者が介護サービスを利用する場合、介護サービスの種類による単位数の差と、同じ介護サービス種類の中で、単位数の高いサービスコードと低いサービスコードの差をみて、介護サービスの組み合わせによる費用の違いを理解するために使用し、「要介護度が高ければ、よしとする」といった世論や利用者の意向の危うさについて理解を深める。

これについては、表5.3.4の「要介護度別の居宅サービス計画（週間）の例」により、国が示した要介護度別の標準的な居宅サービス計画（週間）の例にしたがって、標準的と思われるサービスコードと、単位数の高いサービスコード、低いサービスコードを利用した場合の費用の違いを比較しながら説明を行う。

特に、最後の「7. 要介護2で標準的なスケジュールと訪問介護を中心とした場合の比較」は、

標準的な介護サービスの利用と、巡回型の訪問介護を毎日利用した週間計画の特徴的な違いによって介護サービスの組み合わせ、マネジメントの重要性を理解するために使用する。また、要介護度別に、想定される利用者の状態像と計画作成上のポイントの理解のためにも使用する。

このように、同じ名称の訪問介護における身体介護であっても要介護度や提供される施設の人員配置によって単位、すなわち費用が大きく異なることは、一般に理解を得ることが困難な事項である。このような状況に加えて、介護サービスに関連する用語には、曖昧な用語の使用が多くなされている。例えば、介護保険制度における居宅介護支援サービスとケアマネジメント、給付管理業務の違い、また、ケアプラン、課題分析、アセスメント、居宅サービス計画、施設サービス計画、個別援助計画等は、違いがあるのか否かは明確でないこと。このため、専門家である介護支援専門員でさえも正確な理解の上で以上の用語の使い分けをしていない現状を説明する。

同じく利用者及び家族等に提示する介護サービス計画に記載される用語についても、例えば、食事のお世話、食事の介護、食事の介助、食事のケア、食事のサービス等といったように、食事に関して、具体的にどのようなサービスが必要であるのかが特定できない用語が日常的に用いられている現状について説明し、介護支援専門員自身もその内容を理解しないままに用いている現状について問題提起を行い、今後の是正方法について自ら検討することを目的とする。

表 5.3.1 サービスコードを特定する上での確認事項

サービス種類	区 分	サービスコード・介護給付費の額を特定する上での確認事項
①訪問介護	サービス種類	身体介護、家事援助、複合型、身体家事、複合家事の別
	時間単位	計画滞在時間
	時間帯	早朝、夜間、深夜の該当の有無
	サービス担当者の資格等	3級課程終了者該当の有無
	加算に関連する付加的なサービス	2人派遣の有無
	事業所等の所在地	特別地域加算の有無
	基準該当事業者の適用単価	指定事業者、基準該当事業者の区分
②訪問入浴介護	サービス種類	全身入浴又はお拭きもしくは部分入浴の別
	サービス担当者の資格等	介護職員3人による場合の該当の有無
	事業所等の所在地	特別地域加算の有無
	基準該当事業者の適用単価	指定事業者、基準該当の区分
③訪問看護	時間単位	計画滞在時間
	時間帯	早朝、夜間、深夜の該当の有無
	事業の種類	訪問看護ステーション・病院診療所の区分
	サービス担当者の資格等	准看護婦(士)の該当の有無、理学療法士・作業療法士の該当の有無
	加算に関連する付加的なサービス	24時間連絡体制の有無
	事業所等の所在地	特別地域加算の有無
	その他	特別管理加算の有無、ターミナルケア加算の有無、緊急時訪問看護の有無
	④訪問リハビリテーション	
⑤通所介護	時間単位	計画滞在時間
	事業所の種類	単独型・併設型・痴呆専用単独型・痴呆専用併設型の区分
	事業所の体制、設備等	機能訓練体制の有無
	加算に関連する付加的なサービス	入浴の有無と内容、送迎の有無、食事提供の有無
	基準該当事業者の適用単価	指定事業者、基準該当事業者の区分
⑥通所リハビリテーション	時間単位	計画滞在時間
	事業所の種類	通常規模の医療機関・小規模診療所・介護老人保健施設の区分
	加算に関連する付加的なサービス	入浴の有無と内容(一般浴、特浴)、送迎の有無、食事提供の有無
	その他	老健OT、PT訪問の有無
⑦福祉用具貸与	事業所等の所在地	特別地域加算の有無(搬入日の属する月のみ、加算対象となる。)
⑧短期入所生活介護	事業の種類	単独型・併設型の区分
	事業所の体制・設備等	職員配置の区分、機能訓練体制の有無、夜勤体制の有無
	加算に関連する付加的なサービス	送迎の有無
	基準該当事業者の適用単価	指定事業者、基準該当事業者の区分
⑨短期入所療養介護	事業の種類	介護老人保健施設・病院療養型・診療所療養型・痴呆疾患型・基準適合診療所型・介護力強化型の区分
	事業所の体制・設備等	職員配置の区分(基準適合診療所型を除く。 夜勤体制(介護老人保健施設、病院診療型・介護力強化型) リハビリ体制の有無、痴呆専用棟の有無(介護老人保健施設) 施設基準(病院診療型・診療所療養型) 療養環境の区分(病院診療型・診療所療養型) 看護職員等勤務条件基準の区分(病院診療型・介護力強化型)
	加算に関連する付加的なサービス	送迎の有無
	その他	緊急時施設療養費の有無(介護老人保健施設)、特定治療(介護老人保健施設)、特定診療費((介護老人保健施設、基準適合診療所型を除く)

表 5.3.2 サービス種類内の単位数の範囲（最小と最大）

サービス種類	最小	最大	差	コード	サービス内容	備考
①訪問介護：身体介護 ：身体家事 ：家事援助 ：複合型介護 ：複合型家事	200	—	—	111131	身体介護1・3級	※30分未満～
	634	—	—	111471	身体家事4・3級	※1時間30分以降
	153	—	—	112211	家事援助2	※30分以上1時間未満～
	264	—	—	113231	複合型介護2・3級	※30分以上1時間未満～
	462	—	—	113471	複合型家事4・3級	※1時間30分以降
②訪問入浴	832			121122	訪問入浴・介護職員のみ・部分浴	介護職員3名が清拭または部分浴を行う場合
		1250	418	121111	訪問入浴	看護職員1名と介護職員2名が入浴を行う場合
③訪問看護	309			132121	訪問看護4・准看	病院または診療所の准看護婦が30分未満を行う場合
		1797	1488	131313	訪問看護3・深夜	指定訪問看護ステーションの看護婦が深夜に1時間以上1時間30分未満を行う場合
④訪問リハビリテーション	550	—	—	141111	訪問リハビリ	1コードのみ
⑤居宅療養管理指導	500			311141	歯科衛生士等居宅療養管理指導	歯科衛生士等が行う場合
		940	440	311111	居宅療養管理指導Ⅰ	医師または歯科医師が行う場合
⑥通所介護	196			152111	併設通所介護Ⅰ軽度・時間減	併設型で要支援に2時間以上3時間未満を行う場合
		1373	1177	153431	痴呆単独通所介護Ⅲ重度	痴呆専用単独型で要介護3～5に6時間以上8時間未満を行う場合
⑦通所リハビリテーション	227			163111	通所リハビリⅢⅠ軽度・時間減	介護老人保健施設で要支援に2時間以上3時間未満を行う場合
		1070	843	162431	通所リハビリⅢⅢ重度	小規模診療所で要介護3～5に6時間以上8時間未満を行う場合
⑧短期入所生活介護	770			212303	併設短期生活ⅢⅢⅢ・夜勤減	併設型（4.1:1の職員配置、夜勤減）で要支援に行う場合
		1166	396	211152	単独短期生活ⅠⅤ・機能	単独型（機能訓練体制加算あり）で要介護5に行う場合
⑨短期入所療養介護	889			235101	基準適合診療所短期支	基準適合診療所で要支援に行う場合
		1566	677	232152	病院療養型短期ⅠⅤ・夜勤Ⅰ	病院療養型病床群（看護職員6:1、介護職員3:1、夜間勤務等看護（Ⅰ））で要介護5に行う場合
⑩痴呆対応型共同生活介護	809			321111	痴呆対応型共同生活介護Ⅰ	要介護Ⅰに行う場合
		874	65	321151	痴呆対応型共同生活介護Ⅴ	要介護Ⅴに行う場合
⑪特定施設入所者生活介護	238			331101	特定施設生活介護支	要支援に行う場合
		830	592	331152	特定施設生活介護Ⅴ・機能	要介護Ⅴ（機能訓練体制加算あり）に行う場合
⑫居宅介護支援	650			431111	居宅介護支援Ⅰ	要支援に行う場合
		966	316	438113	居宅介護支援Ⅲ・特地加算	要介護3～5（特別地域居宅介護支援加算あり）に行う場合
⑬介護福祉施設サービス	651			511313	福祉施設ⅢⅠ・夜勤減	介護福祉施設（介護・看護職員4.1:1）で要介護Ⅰに行う場合
		1122	471	512152	小福祉施設ⅠⅤ・機能	小規模介護福祉施設（介護・看護職員3:1）で要介護Ⅴに行う場合
⑭介護保健施設サービス	786			521215	保健施設ⅡⅠ・夜勤減	老健（看護・介護職員3.6:1）で要介護Ⅰに行う場合
		1168	382	521154	保健施設ⅠⅤ・リハ・痴呆	老健（看護・介護職員3:1、リハビリ体制加算あり、痴呆専門棟加算あり）で要介護Ⅴに行う場合
⑮介護療養施設サービス	802			533211	診療所型施設ⅡⅠ	診療所型（看護・介護職員3:1）で要介護Ⅰに行う場合
		1400	598	532152	療養型施設ⅠⅤ・夜勤Ⅰ	療養型（看護職員6:1、介護職員3:1）で要介護Ⅴに行う場合

表 5.3.3 条件の違いによる単位数の範囲

サービス種類	単位	コード	サービス内容	備考
①訪問介護：身体介護 4 ：身体家事 4 ：家事援助 4 ：複合型介護 4 ：複合型家事 4	803	111411	身体介護 4	※1時間30分以上2時間未満
	667	111451	身体家事 4	※1時間30分以上2時間未満
	305	112411	家事援助 4	※1時間30分以上2時間未満
	554	113411	複合型介護 4	※1時間30分以上2時間未満
	486	113451	複合型家事 4	※1時間30分以上2時間未満
②訪問入浴	1188	121121	訪問入浴・介護職員のみ	介護職員3名が入浴を行う場合
	1250	121111	訪問入浴	看護職員1名と介護職員2名が入浴を行う場合
③訪問看護	550	132211	訪問看護 5	病院または診療所の看護婦が30分以上1時間未満を行う場合
	830	131211	訪問看護 2	指定訪問看護ステーションの看護婦が30分以上1時間未満を行う場合
④訪問リハビリテーション	550	141111	訪問リハビリ	1コードのみ
⑤居宅療養管理指導	500	311141	歯科衛生士等居宅療養管理指導	歯科衛生士等が行う場合
	530	311131	管理栄養士居宅療養管理指導	管理栄養士が行う場合
	550	311121	薬剤師居宅療養管理指導	薬剤師が行う場合
	940	311111	居宅療養管理指導 I	医師または歯科医師が行う場合
⑥通所介護	473	152321	併設通所介護 2 中度	併設型で要介護1・2に4時間以上6時間未満を行う場合
	547	151321	単独通所介護 2 中度	単独型で要介護1・2に4時間以上6時間未満を行う場合
	630	154321	痴呆併設通所介護 2 中度	痴呆専用併設型で要介護1・2に4時間以上6時間未満を行う場合
	730	153321	痴呆単独通所介護 2 中度	痴呆専用単独型で要介護1・2に4時間以上6時間未満を行う場合
⑦通所リハビリテーション	542	163321	通所リハビリ III 2 中度	介護老人保健施設で要介護1・2に4時間以上6時間未満を行う場合
	562	162321	通所リハビリ II 2 中度	小規模診療所で要介護1・2に4時間以上6時間未満を行う場合
	575	161321	通所リハビリ I 2 中度	通常規模の医療機関で要介護1・2に4時間以上6時間未満を行う場合
⑧短期入所生活介護	817	212311	併設短期生活 III 1	併設型 (4.1:1の職員配置) で要介護1に行う場合
	851	211311	単独短期生活 III 1	単独型 (4.1:1の職員配置) で要介護1に行う場合
	863	212211	併設短期生活 II 1	併設型 (3.5:1の職員配置) で要介護1に行う場合
	897	211211	単独短期生活 II 1	単独型 (3.5:1の職員配置) で要介護1に行う場合

	942	212111	併設短期生活Ⅰ 1	併設型(3:1の職員配置)で要介護1に行う場合
	976	211111	単独短期生活Ⅰ 1	単独型(3:1の職員配置)で要介護1に行う場合
⑨短期入所療養介護	899	235111	基準適合診療所短期 1	基準適合診療所で要介護1に行う場合
	948	233211	診療所療養型短期Ⅱ 1	診療所療養型病床群(看護・介護職員3:1)で要介護1に行う場合
	956	221211	老健短期Ⅱ 1	介護老人保健施設型(3.6:1の職員配置)で要介護1に行う場合
	1026	221111	老健短期Ⅰ 1	介護老人保健施設型(3:1の職員配置)で要介護1に行う場合
	1048	233111	診療所療養型短期Ⅰ 1	診療所療養型病床群(看護職員6:1、介護職員6:1)で要介護1に行う場合
	1114	236411	介護力強化型短期Ⅳ 1	介護力強化型(看護職員6:1、介護職員6:1)で要介護1に行う場合
	1145	236311	介護力強化型短期Ⅲ 1	介護力強化型(看護職員6:1、介護職員5:1)で要介護1に行う場合
	1192	236211	介護力強化型短期Ⅱ 1	介護力強化型(看護職員6:1、介護職員4:1)で要介護1に行う場合
	1210	234411	痴呆疾患型短期Ⅳ 1	痴呆疾患型(看護職員6:1、介護職員8:1)で要介護1に行う場合
	1214	232411	病院療養短期型Ⅳ 1	病院療養型病床群(看護職員6:1、介護職員6:1)で要介護1に行う場合
	1239	234311	痴呆疾患型短期Ⅲ 1	痴呆疾患型(看護職員6:1、介護職員6:1)で要介護1に行う場合
	1245	232311	病院療養短期型Ⅲ 1	病院療養型病床群(看護職員6:1、介護職員5:1)で要介護1に行う場合
	1259	234211	痴呆疾患型短期Ⅱ 1	痴呆疾患型(看護職員6:1、介護職員5:1)で要介護1に行う場合
	1259	236111	介護力強化型短期Ⅰ 1	介護力強化型(看護職員6:1、介護職員3:1)で要介護1に行う場合
	1289	234111	痴呆疾患型短期Ⅰ 1	痴呆疾患型(看護職員6:1、介護職員4:1)で要介護1に行う場合
	1292	232211	病院療養短期型Ⅱ 1	病院療養型病床群(看護職員6:1、介護職員4:1)で要介護1に行う場合
	1359	222111	病院療養短期型Ⅰ 1	病院療養型病床群(看護職員6:1、介護職員3:1)で要介護1に行う場合
⑩痴呆対応型共同生活介護	809	321111	痴呆対応型共同生活介護 1	要介護1に行う場合
⑪特定施設入所者生活介護	549	331111	特定施設生活介護 1	要介護1に行う場合
	561	331112	特定施設生活介護 1・機能	要介護1(機能訓練体制加算あり)に行う場合
⑫居宅介護支援	720	431112	居宅介護支援 2	要介護1・2に行った場合

	828	438112	居宅介護支援2・特地加算	要介護1・2(特別地域居宅介護支援加算あり)に行った場合
⑬介護福祉施設サービス	671	511311	福祉施設Ⅲ 1	介護福祉施設(介護・看護職員4.1:1)で要介護1に行った場合
	717	511211	福祉施設Ⅱ 1	介護福祉施設(介護・看護職員3.5:1)で要介護1に行った場合
	730	512311	小福祉施設Ⅲ 1	小規模介護福祉施設(介護・看護職員4.1:1)で要介護1に行った場合
	760	512211	小福祉施設Ⅱ 1	小規模介護福祉施設(介護・看護職員3.5:1)で要介護1に行った場合
	796	511111	福祉施設Ⅰ 1	介護福祉施設(介護・看護職員3:1)で要介護1に行った場合
	907	512111	小福祉施設Ⅰ 1	小規模介護福祉施設(介護・看護職員3:1)で要介護1に行った場合
⑭介護保健施設サービス	810	521211	保健施設Ⅱ 1	老健(看護・介護職員3.6:1)で要介護1に行った場合
	880	521111	保健施設Ⅰ 1	老健(看護・介護職員3:1)で要介護1に行った場合
⑮介護療養施設サービス	802	533211	診療所型施設Ⅱ 1	診療所型(看護・介護職員3:1)で要介護1に行った場合
	902	533111	診療所型施設Ⅰ 1	診療所型(看護職員6:1、介護職員6:1)で要介護1に行った場合
	948	536411	強化型施設Ⅳ 1	介護力強化型(看護職員6:1、介護職員6:1)で要介護1に行った場合
	979	536311	強化型施設Ⅲ 1	介護力強化型(看護職員6:1、介護職員5:1)で要介護1に行った場合
	1026	536211	強化型施設Ⅱ 1	介護力強化型(看護職員6:1、介護職員4:1)で要介護1に行った場合
	1044	534411	痴呆型施設Ⅳ 1	痴呆疾患型(看護職員6:1、介護職員8:1)で要介護1に行った場合
	1048	532411	療養型施設Ⅳ 1	療養型(看護職員6:1、介護職員6:1)で要介護1に行った場合
	1073	534311	痴呆型施設Ⅲ 1	痴呆疾患型(看護職員6:1、介護職員6:1)で要介護1に行った場合
	1079	532311	療養型施設Ⅲ 1	療養型(看護職員6:1、介護職員5:1)で要介護1に行った場合
	1093	534211	痴呆型施設Ⅱ 1	痴呆疾患型(看護職員6:1、介護職員5:1)で要介護1に行った場合
	1093	536111	強化型施設Ⅰ 1	介護力強化型(看護職員6:1、介護職員3:1)で要介護1に行った場合
	1123	534111	痴呆型施設Ⅰ 1	痴呆疾患型(看護職員6:1、介護職員4:1)で要介護1に行った場合
	1126	532211	療養型施設Ⅱ 1	療養型(看護職員6:1、介護職員4:1)で要介護1に行った場合
	1193	532111	療養型施設Ⅰ 1	療養型(看護職員6:1、介護職員3:1)で要介護1に行った場合

表 5.3.4 要介護度別の居宅サービス計画（週間）の例

1. 要支援の場合

(1) 標準的な週間スケジュール

	月	火	水	木	金	土	日
午前	通所介護 または 通所リハ			通所介護 または 通所リハ			
午後							
他	短期入所：6か月に1週 福祉用具貸与：歩行者						

訪問通所サービス区分支給限度基準額	6,150単位	短期入所サービス区分支給限度基準額	7日間
-------------------	---------	-------------------	-----

(2) 訪問・通所サービス利用の組み合わせによる単位数の違い

①標準的なサービス内容を組み合わせた場合

サービス種類	サービス内容	コード	単位数	回数	週数	単位数合計
通所介護	併設通所介護2軽度	152311	400	2	4	3,200
	通所介護食事加算	155100	39	2	4	312
	通所介護送迎加算	155200	44	4	4	704
	通所介護入浴介護加算	155301	39	2	4	312
	(合計)		10			4,528

②単位数の低いサービス内容を組み合わせた場合

サービス種類	サービス内容	コード	単位数	回数	週数	単位数合計
通所介護	併設通所介護2軽度	152311	400	2	4	3,200
	通所介護食事加算	155100	39	2	4	312
	通所介護送迎加算	155200	44	4	4	704
	通所介護入浴介護加算	155301	39	2	4	312
	(合計)		10			4,528

③単位数の高いサービス内容を組み合わせた場合

サービス種類	サービス内容	コード	単位数	回数	週数	単位数合計
通所介護	痴呆単独通所介護2軽度	153311	633	2	4	5,064
	通所介護食事加算	155100	39	2	4	312
	通所介護送迎加算	155200	44	4	4	704
	通所介護特別入浴介護加算	155302	60	2	4	480
	(合計)		10			6,560

(3) 想定される利用者の状態像と計画作成上のポイント

- ・社会的支援を要する状態。
- ・移動や食事、排泄等の動作に見守りが必要な部分がある。
- ・社会的交流や機能低下予防のために、週2回程度の通所サービスの利用が必要となる。

2. 要介護1の場合

(1) 標準的な週間スケジュール

	月	火	水	木	金	土	日
午前	訪問介護	通所介護 または 通所リハ	訪問介護	訪問看護	通所介護 または 通所リハ	訪問介護	
午後							
他	短期入所：6か月に2週 福祉用具貸与：車いす						

訪問通所サービス区分支給限度基準額	16,580単位	短期入所サービス区分支給限度基準額	14日間
-------------------	----------	-------------------	------

(2) 訪問・通所サービス利用の組み合わせによる単位数の違い

① 標準的なサービス内容を組み合わせた場合

サービス種類	サービス内容	コード	単位数	回数	週数	単位数合計
訪問介護	身体介護2	111211	402	3	4	4,824
訪問看護	訪問看護2	131211	830	1	4	3,320
通所介護	併設通所介護2中度	152321	473	2	4	3,784
	通所介護食事加算	155100	39	2	4	312
	通所介護送迎加算	155200	44	4	4	704
	通所介護入浴介護加算	155301	39	2	4	312
	(合計)			14		13,256

② 単位数の低いサービス内容を組み合わせた場合

サービス種類	サービス内容	コード	単位数	回数	週数	単位数合計
訪問介護	身体介護2・3級	111231	382	3	4	4,584
訪問看護	訪問看護5・准看	132221	495	1	4	1,980
通所介護	併設通所介護2中度	152321	473	2	4	3,784
	通所介護食事加算	155100	39	2	4	312
	通所介護送迎加算	155200	44	4	4	704
	通所介護入浴介護加算	155301	39	2	4	312
	(合計)			14		11,676

③ 単位数の高いサービス内容を組み合わせた場合

サービス種類	サービス内容	コード	単位数	回数	週数	単位数合計
訪問介護	身体介護2	111211	402	3	4	4,824
訪問看護	訪問看護2	131211	830	1	4	3,320
通所介護	個室単独通所介護2中度	153321	730	2	4	5,840
	通所介護食事加算	155100	39	2	4	312
	通所介護送迎加算	155200	44	4	4	704
	通所介護特別入浴介護加算	155302	60	2	4	480
	(合計)			14		15,480

(3) 想定される利用者の状態像と計画作成上のポイント

- ・部分的な介護を要する状態。
- ・移動や食事、排泄等の動作に見守りや介助が必要な部分があるか、問題行動や理解の低下がややある。
- ・排泄や食事等は自力であるが、基本的は毎日、1回だけのサービス提供が必要となる。
- ・車両による移動も十分に可能であり、週2回程度の通所サービスの利用も必要となる。

3. 要介護2の場合

(1) 標準的な週間スケジュール

	月	火	水	木	金	土	日
午前	通所介護 または 通所リハ	訪問介護	通所介護 または 通所リハ	訪問看護	通所介護 または 通所リハ	訪問介護	
午後				訪問介護			
他	短期入所：6か月に3週 福祉用具貸与：車いす、特殊寝台、マットレス						

訪問通所サービス区分支給限度基準額	19,480単位	短期入所サービス区分支給限度基準額	14日間
-------------------	----------	-------------------	------

(2) 訪問・通所サービス利用の組み合わせによる単位数の違い

① 標準的なサービス内容を組み合わせた場合

サービス種類	サービス内容	コード	単位数	回数	週数	単位数合計
訪問介護	身体介護2	111211	402	3	4	4,824
訪問看護	訪問看護2	131211	830	1	4	3,320
通所介護	併設通所介護2中度	152321	473	3	4	5,676
	通所介護食事加算	155100	39	3	4	468
	通所介護送迎加算	155200	44	6	4	1,056
	通所介護入浴介護加算	155301	39	3	4	468
	(合計)			19		15,812

② 単位数の低いサービス内容を組み合わせた場合

サービス種類	サービス内容	コード	単位数	回数	週数	単位数合計
訪問介護	身体介護2・3級	111231	382	3	4	4,584
訪問看護	訪問看護5・准看	132221	495	1	4	1,980
通所介護	併設通所介護2中度	152321	473	3	4	5,676
	通所介護食事加算	155100	39	3	4	468
	通所介護送迎加算	155200	44	6	4	1,056
	通所介護入浴介護加算	155301	39	3	4	468
	(合計)			19		14,232

③ 単位数の高いサービス内容を組み合わせた場合

サービス種類	サービス内容	コード	単位数	回数	週数	単位数合計
訪問介護	身体介護2	111211	402	3	4	4,824
訪問看護	訪問看護2	131211	830	1	4	3,320
通所介護	痴呆単独通所介護2中度	153321	730	3	4	8,760
	通所介護食事加算	155100	39	3	4	468
	通所介護送迎加算	155200	44	6	4	1,056
	通所介護特別入浴介護加算	155302	60	3	4	720
	(合計)			19		19,148

(3) 想定される利用者の状態像と計画作成上のポイント

- ・ 軽度の介護を要する状態。
- ・ 移動や食事、排泄等の動作に見守りや介助が必要な部分があるか、問題行動や理解の低下がややある。
- ・ 排泄や食事等、見守りや介助が必要であるが、基本的は毎日、1回のみでのサービス提供が必要となる。
- ・ 車両による移動も十分に可能であり、週3回程度の通所サービスの利用も必要となる。

4. 要介護3の場合

(1)標準的な週間スケジュール

	月	火	水	木	金	土	日
午前	通所介護 または 通所リハ	訪問介護	通所介護 または 通所リハ	訪問看護	通所介護 または 通所リハ	訪問介護	
午後							
	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)
他	短期入所：6か月に3週 福祉用具貸与：車いす、特殊寝台、マットレス						

訪問通所サービス区分支給限度基準額	26,750単位	短期入所サービス区分支給限度基準額	21日間
-------------------	----------	-------------------	------

(2)訪問・通所サービス利用の組み合わせによる単位数の違い

①標準的なサービス内容を組み合わせた場合

サービス種類	サービス内容	コード	単位数	回数	週数	単位数合計
訪問介護	身体介護1	111111	210	7	4	5,880
	身体介護2	111211	402	2	4	3,216
訪問看護	訪問看護2	131211	830	1	4	3,320
通所介護	併設通所介護2重度	152331	660	3	4	7,920
	通所介護食事加算	155100	39	3	4	468
	通所介護送迎加算	155200	44	6	4	1,056
	通所介護入浴介護加算	155301	39	3	4	468
	(合計)			25		22,328

②単位数の低いサービス内容を組み合わせた場合

サービス種類	サービス内容	コード	単位数	回数	週数	単位数合計
訪問介護	身体介護1・3級	111131	200	7	4	5,600
	身体介護2・3級	111231	382	2	4	3,056
訪問看護	訪問看護5・准看	132221	495	1	4	1,980
通所介護	併設通所介護2重度	152331	660	3	4	7,920
	通所介護食事加算	155100	39	3	4	468
	通所介護送迎加算	155200	44	6	4	1,056
	通所介護入浴介護加算	155301	39	3	4	468
	(合計)			25		20,548

③単位数の高いサービス内容を組み合わせた場合

サービス種類	サービス内容	コード	単位数	回数	週数	単位数合計
訪問介護	身体介護1・夜朝	111112	263	7	4	7,364
	身体介護2	111211	402	2	4	3,216
訪問看護	訪問看護2	131211	830	1	4	3,320
通所介護	痴呆単独通所介護2重度	153331	981	3	4	11,772
	通所介護食事加算	155100	39	3	4	468
	通所介護送迎加算	155200	44	6	4	1,056
	通所介護特別入浴介護加算	155302	60	3	4	720
	(合計)			25		27,916

(3)想定される利用者の状態像と計画作成上のポイント

- ・中等度の介護を要する状態。
- ・移動や食事、排泄等の動作ができない部分があるか、いくつかの問題行動や全般的な理解の低下がある。
- ・排泄等の介助が必要であるが、食事の自力摂取の可能性がある。基本的には毎日、朝夕のサービス提供が必要と。
- ・寝返りができない場合は、褥瘡予防のために頻回の訪問介護（巡回型）も必要となる。
- ・車両による移動も十分に可能であり、週3回程度の通所サービスの利用も必要となる。

5. 要介護4の場合

(1) 標準的な週間スケジュール

	月	火	水	木	金	土	日
午前	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	通所介護 または 通所リハ	訪問介護	訪問介護
午後		訪問看護		訪問看護			
	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)
他	短期入所：6か月に3週 福祉用具貸与：車いす、特殊寝台、マットレス、エアーマット						

訪問通所サービス区分支給限度基準額	30,600単位	短期入所サービス区分支給限度基準額	21日間
-------------------	----------	-------------------	------

(2) 訪問・通所サービス利用の組み合わせによる単位数の違い

① 標準的なサービス内容を組み合わせた場合

サービス種類	サービス内容	コード	単位数	回数	週数	単位数合計
訪問介護	身体介護1	111111	210	7	4	5,880
	身体介護2	111211	402	6	4	9,648
訪問看護	訪問看護2	131211	830	2	4	6,640
通所介護	併設通所介護2重度	152331	660	1	4	2,640
	通所介護食事加算	155100	39	1	4	156
	通所介護送迎加算	155200	44	2	4	352
	通所介護入浴介護加算	155301	39	1	4	156
	(合計)		20			25,472

② 単位数の低いサービス内容を組み合わせた場合

サービス種類	サービス内容	コード	単位数	回数	週数	単位数合計
訪問介護	身体介護1・3級	111131	200	7	4	5,600
	身体介護2・3級	111231	382	6	4	9,168
訪問看護	訪問看護5・准看	132221	495	2	4	3,960
通所介護	併設通所介護2重度	152331	660	1	4	2,640
	通所介護食事加算	155100	39	1	4	156
	通所介護送迎加算	155200	44	2	4	352
	通所介護入浴介護加算	155301	39	1	4	156
	(合計)		20			22,032

③ 単位数の高いサービス内容を組み合わせた場合

サービス種類	サービス内容	コード	単位数	回数	週数	単位数合計
訪問介護	身体介護1・夜朝	111112	263	7	4	7,364
	身体介護2	111211	402	6	4	9,648
訪問看護	訪問看護2	131211	830	2	4	6,640
通所介護	痴呆単独通所介護2重度	153331	981	1	4	3,924
	通所介護食事加算	155100	39	1	4	156
	通所介護送迎加算	155200	44	2	4	352
	通所介護特別入浴介護加算	155302	60	1	4	240
	(合計)		20			28,324

(3) 想定される利用者の状態像と計画作成上のポイント

- ・ 重度の介護を要する状態。
- ・ 移動や食事、排泄等の動作がほとんどできない状態が、多くの問題行動や全般的な理解の低下がある。
- ・ 排泄等の介助が必要であるが、食事の自力摂取の可能性はある。基本的には毎日、朝夕のサービス提供が必要と。
- ・ 寝返りができない場合は、褥瘡予防のために頻回の訪問介護（巡回型）も必要となる。
- ・ 車両による移動も可能で、週に1回程度の通所サービスの利用も必要となる。

6. 要介護5の場合

(1) 標準的な週間スケジュール

	月	火	水	木	金	土	日
午前	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)
	訪問看護				訪問看護		
午後	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	
			訪問リハ				
	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)	訪問介護 (巡回型)
他	短期入所：6か月に6週 福祉用具貸与：特殊寝台、マットレス、エアーマット						

訪問通所サービス区分支給限度基準額	35,830単位	短期入所サービス区分支給限度基準額	42日間
-------------------	----------	-------------------	------

(2) 訪問・通所サービス利用の組み合わせによる単位数の違い

① 標準的なサービス内容を組み合わせた場合

サービス種類	サービス内容	コード	単位数	回数	週数	単位数合計
訪問介護	身体介護1	111111	210	14	4	11,760
	身体介護2	111211	402	6	4	9,648
訪問看護	訪問看護2	131211	830	2	4	6,640
訪問リハビリテーション	訪問リハビリ	141111	550	1	4	2,200
	(合計)			23		30,248

② 単位数の低いサービス内容を組み合わせた場合

サービス種類	サービス内容	コード	単位数	回数	週数	単位数合計
訪問介護	身体介護1・3級	111131	200	14	4	11,200
	身体介護2・3級	111231	382	6	4	9,168
訪問看護	訪問看護5・准看	132221	495	2	4	3,960
訪問リハビリテーション	訪問リハビリ	141111	550	1	4	2,200
	(合計)			23		26,528

③ 単位数の高いサービス内容を組み合わせた場合

サービス種類	サービス内容	コード	単位数	回数	週数	単位数合計
訪問介護	身体介護1・夜朝	111112	263	7	4	7,364
	身体介護1・深夜	111113	315	7	4	8,820
	身体介護2	111211	402	6	4	9,648
訪問看護	訪問看護2	131211	830	2	4	6,640
訪問リハビリテーション	訪問リハビリ	141111	550	1	4	2,200
	(合計)			23		34,672

(3) 想定される利用者の状態像と計画作成上のポイント

- ・最重度の介護を要する状態。
- ・移動や食事、排泄等の動作がほとんどできない状態か、多くの問題行動や全般的な理解の低下がある。
- ・食事摂取や排泄が全介助であるため、基本的には毎日、日に3回以上のサービス提供が必要となる。
- ・寝返りができない場合は、褥瘡予防のために頻回の訪問介護（巡回型）も必要となる。
- ・重度の痴呆状態の場合は、長時間の提供時間となる通所サービスを中心とする可能性が高い。
- ・福祉用具は、褥瘡予防のベッド関連用具が必要となる。

2. 利用者及び家族等への説明と同意等の難しさの理解とその工夫

介護保険制度の下では、契約に基づき介護サービスの提供が行われる。このため、介護サービスの内容やその費用について正確に利用者及び家族等への説明し、この内容についての同意を得なくてはならない。しかし、特に従来の措置体系の下で介護サービスの提供を行ってきた福祉関係者にとって契約事項に基づく説明責任の理解は不足している。

そこで、第1に、介護支援専門員が伝えることと、伝わることは違うこと。第2に、利用者や家族が理解できることと、同意できることは違うことであることを介護支援専門員が常に意識しなければならないこと、介護支援専門員が利用者や家族への説明責任を果たすための努力と工夫を行うことの必要性等について説明し、同意を得る際の技術や確認事項を説明する。

利用者及び家族等への説明と同意において介護支援専門員が理解すべき内容は、①「できること」と「できない」ことの明確な提示（説明）であり、②分かりやすい言葉と資料を注意深く選ぶことであり、③重要事項説明書と契約書を提示すること、④苦情（クレーム）への説明の方法、⑤適切な説明内容の質と量そして時間と回数という5点である。

とくに、表5.3.5には、利用者からのクレームの例を示している。ここでは、利用者及び家族等からのクレームの例を提示しながら事前の説明や、コミュニケーションの不足、あるいは介護サービスの不適切な計画及び提供等を回避することの必要性を説明する。

利用者からのクレームの内容は、大別すると①思っていた（説明を受けた）こと実際との違い②実際のサービス提供時の提供者の態度や方法の不適切さという二つにある。

前者の思っていた（説明を受けた）ことと実際との違いを無くすためには、①「できること」と「できない」ことの明確な提示（説明）を行なった否かを明確にし、利用者に理解してもらうまで②分かりやすい言葉と資料を注意深く選ぶことであり、説明の際に必ず③重要事項説明書と契約書を提示することであり、もし、④苦情（クレーム）が発生した場合への説明を行なうことであることを再度、説明するが、最も重要なのは、介護サービスの内容について、その質と量について、詳細な時間と回数を記述した介護サービス計画を作成し、利用者に確認をしてもらうことを示す。

そして、利用者からのクレームが発生した場合は、クレーム内容の確認、状況の確認、原因の特定、利用者への対応（説明や陳謝等）、再発防止策の検討、再発防止策の計画と実施、□再発防止策実施後の評価と見直しという過程になることを説明する。この過程をすすめる中で重要なことは、①すぐ対応すること②原因を「人」としないこと③再発防止策の徹底という3点であることを強調する。

①については、利用者への対応が遅れると解決が困難になるが、早急で真摯な対応が行なわれさえすれば、利用者からの評価は低下せずすむ場合もあることを示す。次に、原因を「人」としないということは、クレーム発生の原因を「あの人が問題」であるという、人に責任を負わせる仕組みとせず、サービス提供の過程に問題があるという考え方、そして、人に関する問題については、人事マネジメントとそのリスク管理が必要であることを説明する。

再発防止策については、クレームが発生する原因と解決方法の十分な検討と、業務改善及びクレーム対応のマニュアル整備が必要である。つまり、利用者からのクレームは、クレームが発生しない予防が最も重要であること。発生した場合には、隠さないこと。すぐに適切な対応を行うこと。同様のクレームを再発させない業務改善マニュアルを作成すること。これらがサービスの品質保証につながり、更に利用者からのサービスの品質の信頼を実現して行くことを説明する。

表 5.3.5 利用者からのクレームの例

区 分		クレームの例	
費用	費用	費用が高い	
		他より高い	
		費用の体系が納得（理解）できない	
スケジュール	日時／頻度	自分の都合に日程が合わない	
		融通がきかない	
		土日や祝日の利用ができない	
		早朝や深夜の利用ができない	
		もっと回数を増（減）やしてもらいたい	
		もっと時間を増（減）やしてもらいたい	
		送迎（車に乗っている）時間が長い	
		何をしてくれるのか（計画）が分からない	
サービスの内容等	計画・制度	してもらいたいことと違う	
		アフターケアが悪い	
		余計なことはしてもらいたくない	
		利用ができないことに納得できない	
	仕組み	調査が面倒くさい	
		プライバシーのことはあまり話したくない	
		手続きが面倒くさい	
		緊急に対応してくれない	
		申し込みから提供までの期間が長い	
		担当者の対応が悪い	
	人／対応	親切に話してくれない／冷たい／事務的	
		言葉づかいが悪い	
		態度が悪い	
		知識が無い／技術が無い	
		有資格者が少ない	
		男性は嫌だ／女性は嫌だ	
		若い人は嫌だ／年配は嫌だ	
		利用者に嫌な人がいる	
		連絡がとれていない	
		人によって対応・やり方が違う	
		場所／地域	家から遠い／近い
			交通の便が悪い
	周りに何も無い		
	場所的に騒がしい		
	建物／設備	古い／汚い	
		不潔・衛生管理が悪い	
		使いにくい	
		暑い／寒い	
		暗い	
		利用できる設備が少ない	
	食事等	食事が美味しくない	
		食事が足りない	
	効果／達成感	効果がない	
		何のために利用するのか分からない	
	医療面	診察・治療・検査ができない	
		リハビリテーションができない	

第4節 居宅介護支援サービスの理解

居宅介護支援の過程における介護支援専門員の業務内容は広範囲である。このため、業務過程の全体像、いわば業務の流れを理解し、その過程における重要な点については、以下の4つの段階に分けて説明をするほうがわかりやすい。

まず、居宅介護支援の開始（インテーク）と課題分析についてである。ここでは、居宅介護支援における開始（インテーク）過程の重要性と、利用者の生活全般の解決すべき課題の分析時の注意点について説明する。課題分析（アセスメント）については、さまざまな手法があるが、その手法の違いを理解するのではなく、課題分析手法の共通点を理解することを目的とする。

第2に、介護サービス計画書（ケアプラン）作成についてである。この段階が介護支援専門員の実務の中で最も重要であり、「記入の方法が分からない」という声が多く聞かれるところである。以下のような介護サービス計画作成における視点として、①生命維持や医療面②高齢者本人や家族等の希望③実施や解決の可能性（難易度）④利用者の状態とその変化⑤要介護状態の軽減や悪化防止・予防⑥居宅生活重視といった視点や総合的な援助の方針の記入内容など、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の記入のポイントなどを理解することも必要であるが、ここでは、具体的に記入できるような介護支援専門員に対する演習が必要と考えられる。

第3に、サービス担当者会議及び地域ケア会議についてである。現状は、介護支援専門員の事務の多忙を理由に開催することが難しく、あるいは開催しても介護支援専門員とサービス提供事業者との2者間での連絡調整で精一杯という状況が少なくない。

しかし、このサービス担当者会議、そして介護保険以外のサービスも含めた包括的なネットワーク会議である地域ケア会議の重要性はきわめて大きい。そこで、居宅介護支援過程における重要な過程として、その効率的な運営方法について説明する。

第4に、利用者及び家族等への説明と同意についてである。介護保険制度や介護サービスに関する知識は膨大で、すべての利用者が周知しているわけではない、このため介護支援専門員は、介護サービス計画の説明の際には、理解を助ける工夫が必要であることを説明する。居宅介護支援の4段階については、具体的な資料を用いながら演習を行い、介護支援専門員が理解を深めることが目的となる。

第6章では、以上の内容を演習形式で学習する方法について説明をする。