

## 2. サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホーム等の仕組みについて

# 有料老人ホームの概要

## 1. 制度の目的

- 老人福祉法第29条第1項の規定に基づき、老人の福祉を図るため、その心身の健康保持及び生活の安定のために必要な措置として設けられている制度。
- 設置に当たっては都道府県知事等への届出が必要。なお、設置主体は問わない（株式会社、社会福祉法人等）。

## 2. 有料老人ホームの定義

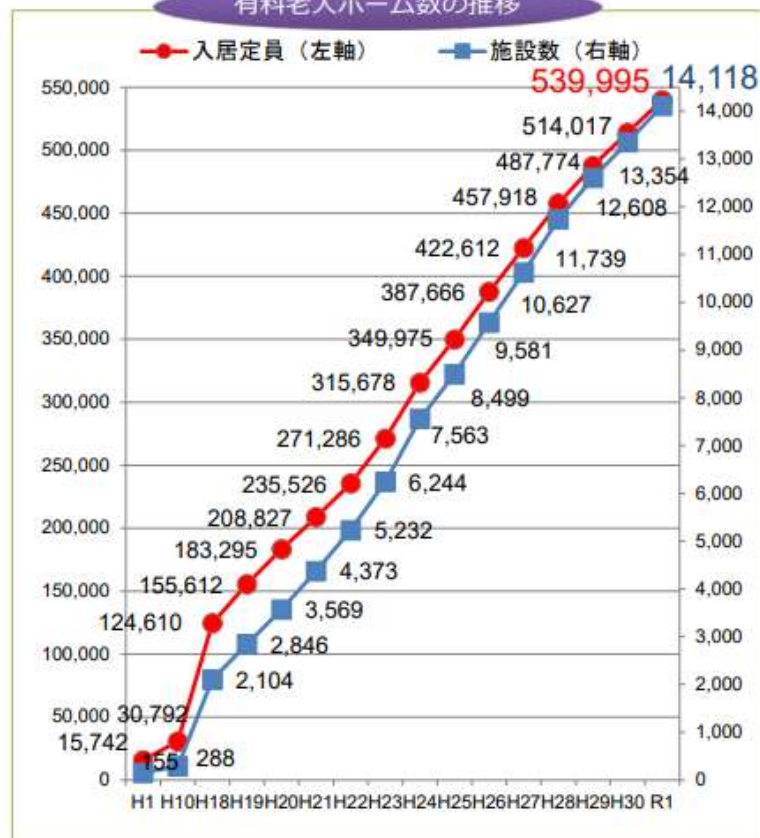
- 老人を入居させ、以下の①～④のサービスのうち、いずれかのサービス（複数も可）を提供している施設。



## 3. 提供する介護保険サービス

- 介護保険制度における「特定施設入居者生活介護」として、介護保険の給付対象に位置付けられている。ただし、設置の際の届出とは別に、一定の基準を満たした上で、都道府県知事・指定都市市長・中核市市長の指定を受けなければならない。

有料老人ホーム数の推移



厚生労働省老健局高齢支援課  
森岡信人氏資料  
「高齢者向け住まい紹介事業者セミナー 高齢者向け住まいの今後の方向性と紹介事業者の役割（令和2年10月26日）」  
<https://www.yur.okyo.or.jp/contents/pdf/3026-1>  
20221213閲覧  
資料より抜粋

※ 法令上の基準はないが、自治体の指導指針の標準モデルである「有料老人ホーム設置運営標準指導指針」では居室面積等の基準を定めている(例：個室で1人あたり13㎡以上等)

# サービス付き高齢者向け住宅の概要

高齢者の居住の安定確保に関する法律（改正法 施行H23.10.20）

## 1. 登録基準（※有料老人ホームも登録可）

- 《ハード》
  - ・床面積は原則25㎡以上
  - ・構造・設備が一定の基準を満たすこと
  - ・バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）
- 《サービス》
  - ・サービスを提供すること（少なくとも**安否確認・生活相談サービス**を提供）
  - [サービスの例：食事の提供、清掃・洗濯等の家事援助 等]
- 《契約内容》
  - ・長期入院を理由に事業者から一方的に解約できないなど、居住の安定が図られた契約であること
  - ・敷金、家賃、サービス対価以外の金銭を徴収しないこと
  - ・前払金に関して入居者保護が図られていること（初期償却の制限、工事完了前の受領禁止、保全措置・返還ルールの明示の義務付け）

登録戸数255,062戸  
(令和2年4月30日現在)

## 2. 登録事業者の義務

- ・契約締結前に、サービス内容や費用について書面を交付して説明すること
- ・登録事項の情報開示
- ・誤解を招くような広告の禁止
- ・契約に従ってサービスを提供すること

24時間対応の訪問看護・介護 「定期巡回随時対応サービス」の活用

## 3. 行政による指導監督

- ・報告徴収、事務所や登録住宅への立入検査
- ・業務に関する是正指示
- ・指示違反、登録基準不適合の場合の登録取消し



厚生労働省老健局高齢支援課  
森岡信人氏資料  
「高齢者向け住まい紹介事業者セミナー 高齢者向け住まいの今後の方向性と紹介事業者の役割（令和2年10月26日）」  
<https://www.yurakyo.or.jp/contents/pdf/3026-1>  
20221213閲覧  
資料より抜粋

## 有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅

- サービス付き高齢者向け住宅の事業者が、有料老人ホームの要件となっている「①食事の提供」「②介護の提供」「③家事の供与」「④健康管理の供与」のいずれかを「住宅事業の一部として」実施している場合、そのサービス付き高齢者向け住宅は「有料老人ホーム」に該当することとなる。
- 住宅事業者の希望の有無にかかわらず、上記4サービスのどれか一つでも提供していれば、その住宅は有料老人ホームとなり、老人福祉法の指導監督の対象となる。



実際の登録情報※ (R1.8末時点) (n=7,089)

	提供する	提供しない
状況把握・生活相談サービス	100%	—
食事の提供サービス	96.1%	3.9%
入浴等の介護サービス	48.5%	51.5%
調理等の家事サービス	52.2%	47.8%
健康の維持増進サービス	62.0%	38.0%

※出典：サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム

厚生労働省老健局高齢支援課  
森岡信人氏資料  
「高齢者向け住まい紹介事業者セミナー 高齢者向け住まいの今後の方向性と紹介事業者の役割 (令和2年10月26日)」  
<https://www.yur.okyo.or.jp/contents/pdf/3026-1>  
20221213閲覧  
資料より抜粋

# 各サービスの関係図

## 有料老人ホーム

・老人福祉法第29条第1項に基づき、老人の福祉を図るため、その心身の健康保持及び生活の安定のために必要な措置として設けられている制度。  
 ・老人を入居させ、以下の①～④のサービスのうち、いずれかのサービス（複数可）を提供している施設。

- ① 食事の提供
- ② 介護（入浴・排泄・食事）の提供
- ③ 洗濯・掃除等の家事の供与
- ④ 健康管理

## サービス付き高齢者向け住宅

・高齢者住まい法第5条に基づき、状況把握サービスと生活相談サービスを提供する等、以下の基準を満たす高齢者向けの賃貸住宅等の登録住宅。

《ハード》床面積は原則25㎡以上、バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）等  
 《サービス》少なくとも、①安否確認サービス、②生活相談サービスのいずれかを提供。

## 住宅型有料老人ホーム

（有料老人ホームのうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けていないもの）

施設数：10,029棟  
 定員数：293,326名  
 （サ高住除く）

## 介護付き有料老人ホーム

（有料老人ホームのうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けたもの）

施設数：4,070棟  
 定員数：246,194名  
 （サ高住除く）

## 有料老人ホーム

施設数：14,118棟  
 定員数：539,995名  
 （サ高住除く）

## サービス付き高齢者向け住宅

施設数：7,600棟  
 定員数：254,747名

（うち特定）  
 施設数：560棟  
 定員数：28,033名

## 特定施設入居者生活介護

施設数：4,630棟  
 定員数：274,227名

## 特定施設入居者生活介護

・介護保険法第8条第11項に基づき、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。

サービス付き高齢者向け住宅のうち有料老人ホームに該当するもの

※ 食事の提供のサービスを提供するものは約97% ⇒大部分が有料老人ホームに該当

（出典）平成28年度老健事業「高齢者向け住まい及び住まい事業者の運営実態に関する調査研究」（株式会社野村総合研究所）

厚生労働省老健局高齢支援課  
 森岡信人氏資料  
 「高齢者向け住まい紹介事業者セミナー 高齢者向け住まいの今後の方向性と紹介事業者の役割（令和2年10月26日）」  
<https://www.yurokyo.or.jp/contents/pdf/3026-1>  
 20221213閲覧  
 資料より抜粋

（サービス付き高齢者向け住宅の施設数・定員数は、サ付き情報提供システムによる（R2.3時点））

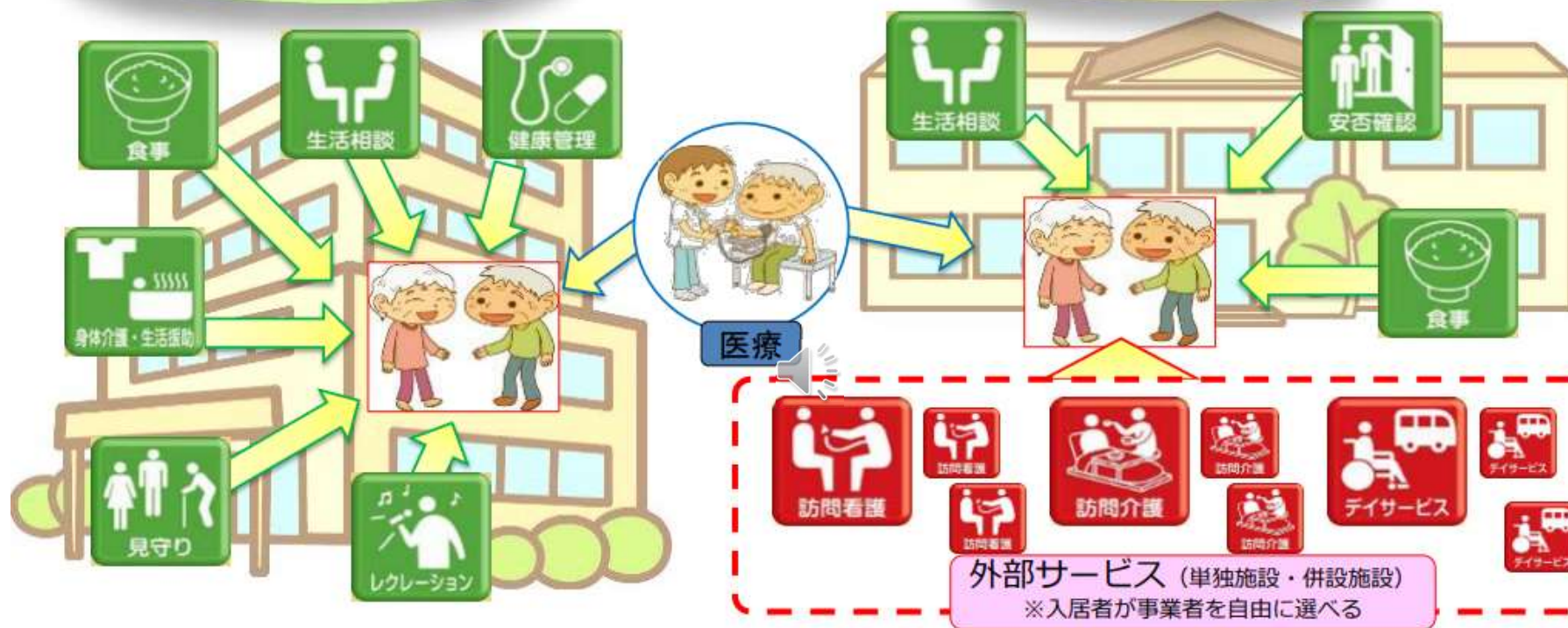
（有料老人ホームの施設数・定員数は厚生労働省調べ（R1.6.30時点））

# サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホームの入居時の介護サービス利用方法

○介護付有料老人ホーム  
(特定施設入居者生活介護)

○サービス付き高齢者向け住宅

○住宅型有料老人ホーム



- 「介護付有料老人ホーム」では、ホーム事業者が提供する介護保険サービスをホーム内で受けられる。(介護保険法に基づく特定施設入居者生活介護の指定を受けているホームの場合)
- 「サービス付き高齢者向け住宅」「住宅型有料老人ホーム」では、必要に応じて、入居者自身が外部のサービス事業者と契約して、介護保険サービスの提供を受ける。

※なお、「サービス付き高齢者向け住宅」について、「有料老人ホーム」に該当するものは、特定施設入居者生活介護の指定を受けることは可能。

厚生労働省老健局高齢支援課  
森岡信人氏資料  
「高齢者向け住まい紹介事業者セミナー 高齢者向け住まいの今後の方向性と紹介事業者の役割(令和2年10月26日)」  
<https://www.yurokyo.or.jp/contents/pdf/3026-1>  
20221213閲覧  
資料より抜粋

## 「住まい」と「サービス」をつなぐケアマネジメント

○ 訪問介護等の居宅サービスの利用者に対するケアマネジメントについて、介護支援専門員の果たす役割は大きい。①利用者の能力への配慮、②利用者の選択に基づくサービス提供、③特定の事業者の偏ることのない事業実施が求められる。



○ 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第38号)  
(基本方針)

第一条の二 指定居宅介護支援の事業は、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た自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

2 指定居宅介護支援の事業は、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われるものでなければならない。

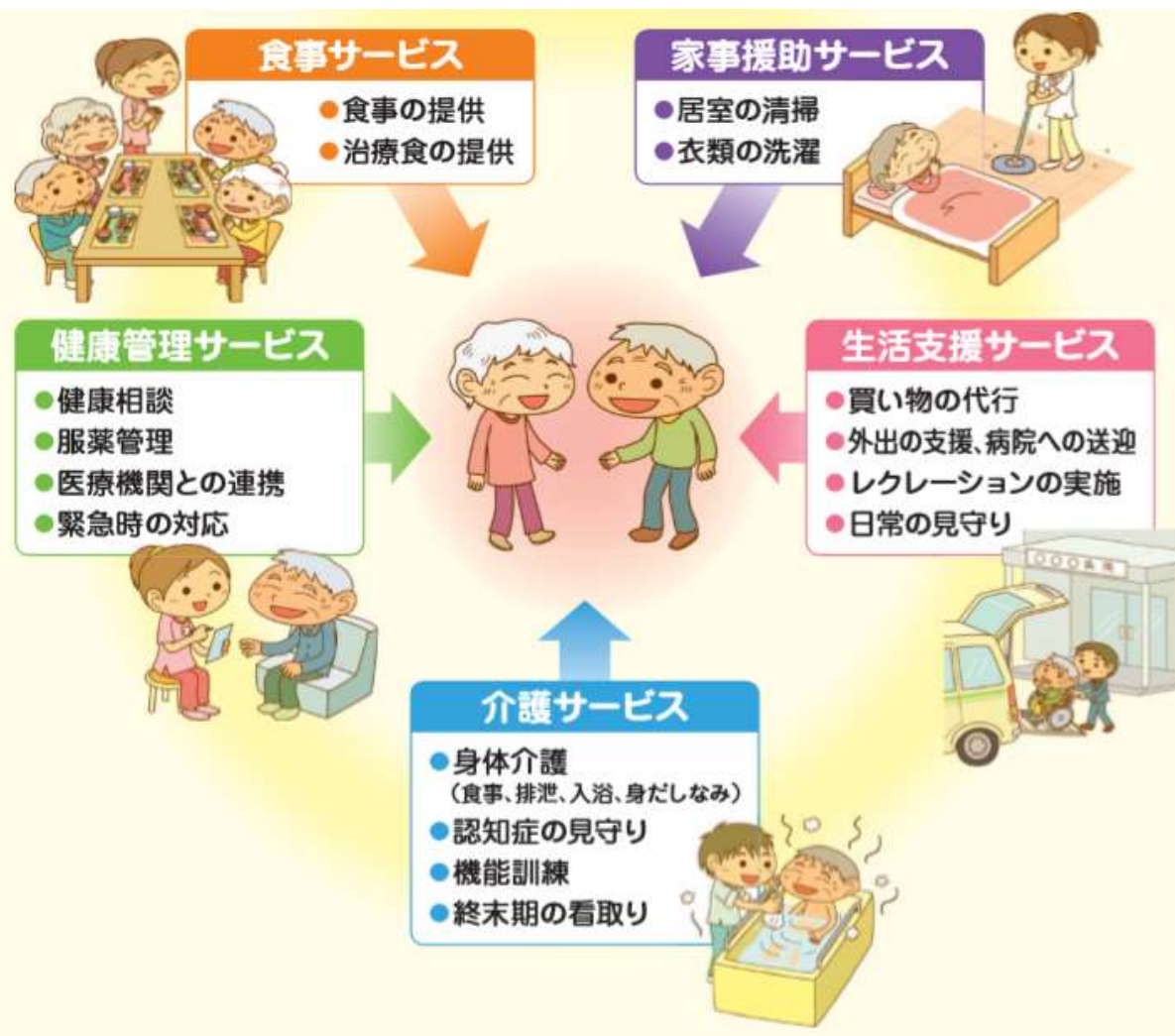
3 指定居宅介護支援事業者(法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。)は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者<sup>に</sup>提供される指定居宅サービス等(法第8条第23項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。)が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

4 (略)

介護を受けながら暮らす高齢者向け住まいについて－住まいとサービスの関係性－厚生労働省 老健局 高齢者支援課・振興課 課長補佐(高齢者居住福祉担当) 山口義敬氏

[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-1260000-Seisakutoukatsukan/0000038005\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-1260000-Seisakutoukatsukan/0000038005_1.pdf)  
20221213閲覧  
資料より抜粋

# 住まい（住まいで対応すること）



**必要な費用【食費等】**

- ・食費……食事の提供を受けるために必要な対価（材料費、調理費等）
- ・サービス利用料……家事援助、健康管理、生活支援、介護などのサービスを受けるために必要な対価

※契約書等においては、「管理費」という名称で、「サービスに係る人件費」「共益費」などを表している場合があります。支払う費用が、どのサービスに対する対価なのか、契約の前によく確認するようにしましょう。

- それぞれの住まいで、対応できることは何かを確認しておくこと重要です。
- 左記にある内容においても、例えば、食事は普通食以外の食事形態の対応が出来るのか否かなどの、住まいで対応できることを確認が必要です。
- 対応状況と対応体制を確認しましょう。

社団法人全国有料老人ホーム協会、一般社団法人全国特定施設事業者協議会、一般財団法人サービス付き高齢者向け住宅協会、高齢者住宅経営者連絡協議会が作成した、「～高齢者向け住まいを選ぶ前に～消費者向けガイドブック」

[https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/other/dl/other-03.pdf](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/other/dl/other-03.pdf)

20221213閲覧 からの抜粋



# 住まいのサービス提供体制の確認

□職員の配置状況はどうなっているのか。

➤入居した場合に受けたいと思っているサービスの内容と合わせて、ご自身が納得できる職員の人数が配置されているかどうかを確認します。（住まいごとに特色があるので、是非確認をしておきましょう。）

□職員がどのような資格を持っているのか。

➤専門的な資格を持った職員がどのように配置されているかどうか、ご自身の必要性を考慮して確認することも重要なポイントです。

□緊急時の対応体制はどのようになっているのか。

➤安否や緊急の呼び出しなどの対応についてどのように実施されるのか確認をしておきましょう。

# 住まいのサービス提供体制の確認

□夜間の勤務体制がどのようになっているのか。

➤「夜勤職員」（夜間を通じて勤務する職員）や「宿直職員」（夜間寝泊まりする職員）、「夜間呼び出し職員」（夜間緊急の呼び出しに応じて安否確認に訪れる職員）など、様々な体制があります。住まいがどのような体制となっているのか確認しましょう。

□医療・介護のニーズにどこまで対応するのか。

➤入居後に介護度が重くなった場合や、継続的な医療が必要になった場合などに、引き続き、入居を続けながら必要な介護・医療支援のサービスが受けられる契約になっているかどうか確認しましょう。

# サービスの利用（介護・医療サービス等）

- 介護保険のサービスの活用は、外部の居宅サービス事業所が提供します。ただし、系列法人事業所や外部サービスなどの活用に関して、住まいの運営法人の方針は、どのようなものか確認をしましょう。
- 医療のサービスの活用に関して、内部の医療従事者の関与する範囲や外部の医療従事者が活動する範囲など、住まいの運営法人の方針は、どのようなものか確認しましょう。
- 医療や介護のサービスは、ケアプランへの位置づけを行います。利用者の状態像（アセスメント）と意向などを踏まえて、計画の作成を行いましょよう。

# サービスの利用（介護・医療サービス等）

- 利用者が介護保険サービスだけでなく、住まいが提供する基本サービスやオプションサービスなどの利用がなされている場合は、ケアプランにすべてのサービスについて位置づけを行います。
- その他、インフォーマルなサポートも位置付けるとさらにわかりやすくなります。
- アセスメントで利用者状況を確認し、意向やニーズと照らしたうえで、ケアプランを作成します。医療サービス、介護サービス、住まいのサービス、インフォーマルなサービスなど、各種の援助状況などもアセスメントで把握し、それぞれ適切な分析や検討の上、ケアプランにおける位置づけが必要です。

# 介護支援専門員の役割を明確にする

## ① 計画担当介護支援専門員の役割の明確化

「入所者・家族にとって計画担当介護支援専門員が何をしてくれる人なのか良く判らない。」

多職種が関わりを持ち、計画担当介護支援専門員が兼務して業務に就いていることも少なくないため、このような現状が見受けられます。

計画担当介護支援専門員は施設内での自分たちの役割を明確にして、入所者・家族に対して説明をすることが求められます。

- 1) ケアマネジメントにおける中心的存在（コーディネーター）
- 2) 入所者・家族の代弁者としての機能

ICMA

©Japan Care Manager Association

- 入居者のケアマネジメントにおいて、利用者や家族から見れば、介護支援専門員や住まいの職員、その他外部サービスのサービス提供者等の違いや役割を把握することは難しいものです。
- その中でも、介護支援専門員が何をするのか等、改めて、利用者や家族にお伝えをしましょう。
- 介護支援専門員の基本姿勢や基本倫理から自分たちの立場や役割を明確にしておきましょう。

# 介護支援専門員の基本倫理と基本姿勢

1. 自立支援
2. 利用者の権利擁護
3. 専門的知識と技術の向上
4. 公正・中立な立場の堅持
5. 社会的信頼の確立
6. 秘密保持
7. 法令遵守
8. 説明責任
9. 苦情への対応
10. 他の職種との連携
11. 地域包括ケアの推進
12. よりよい社会づくりへの貢献

1. 自己決定の尊重
2. 自立支援
3. 個別性の重視
4. I C F の活用
5. 潜在能力の活用

# 関係職種との連携の素地づくり

## ② インテークにおける多職種協働

インテークは、計画担当介護支援専門員一人によって行われるだけではなく、入所者の状況・状態など場面に応じて看護師やリハビリスタッフなど関係する職種とともに行われる場合もあります。

普段から多職種間でインテークの理解を互いに深めたり、情報収集をするうえで必要なポイントの確認や収集した情報の共有が図れるよう、同じ目的に向けて取り組むことが必要になります。

インテークは多職種協働の大切な第一歩であることを理解しておきましょう。

- 入居先のスタッフなどとの連携について、情報共有に関する内容や方法など、必要な事柄のすり合わせが大切になります。
- 多職種のチームによるアプローチの素地をインテークや入居の際に行いましょう。必要時に連絡できる関係性や必要に応じて話し合いができる柔軟性を持ち合わせましょう。
- チームアプローチを促進させるために、どのような連絡を、いつ、どのようにとるかを、あらかじめ決定しておきましょう。

ICMA

©Japan Care Manager Association

# 住まいで対応できることを知る

## ③ 自施設の力量を把握

「どのような介護サービスを提供できるか」「医療的なサポートはどこまで提供できるのか」など。当然、自施設について入所者・家族から説明を求められます。だからこそ、単に自施設の介護保険上の位置づけを把握するだけではなく、介護・医療・リハビリ・栄養など多職種と協働するうえでの提供可能な範囲を理解し説明できるように準備しておくことが必要になります。入所後に、事前の説明と違うといったトラブル防止にも繋がることも理解しておきましょう。



ICMA

39

©Japan Care Manager Association

- 入居先で対応できることを事前に情報収集しておきます。
- 健康管理や食事、家事、介護、生活支援の各サービスの実施や対応状況などを把握します。  
(利用者及び家族と一緒に、確認した内容をすり合わせておきましょう。)
- 入居先で対応できることについて、入居費用に含まれる、基本サービスと別途有料にて対応できる、オプションサービスに分けて把握しておきましょう。



# 地域とのつながりを把握する

## ④ 地域の社会資源の把握

「私たちの地域ではこのような町内活動に参加できますよ」「地域には他にこのようなサービスを実施する事業所がありますよ」など自施設の地域にどのようなフォーマル・インフォーマルな資源があるのかを知っておくことは、入所者にとって活動の選択肢を広げることにもつながります。積極的に情報収集に努めるようにしましょう。

- 地域の社会資源や地域とのつながりについて、高齢者の住まいが地域とどのような関係づくりをされているのか等、情報把握を行いましょう。
- 地域とのつながりなどは、利用者の暮らしに広がりを持たせるなどのプラスの影響を得ることができます。

# 利用者の暮らしの継続を考える

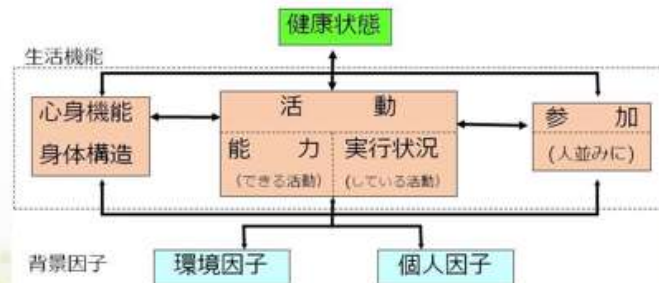
## ICFを活用したアセスメント

2001年、WHO総会で採択された国際生活機能分類を指します。障害があっても活動し、人生、社会に参加する存在であるという考え方が示されています。

ICFは生活機能に着目した点に特徴があります。生活機能とは人間が生きてゆくことの総体です。

「心身機能・身体構造」、「活動（できる活動・している活動）」、「参加」により構成され、それぞれが互いに影響し合うこと、また、この生活機能には、「健康状態」、「環境因子」、「個人因子」が影響するという考え方は、

その人の全体を見て支援することが求められているため、ICFを活用しアセスメントを行うことは有用です。



©Japan Care Manager Association

- 入居前の利用者の様子と入所後の様子について、利用者のできること、できないことを明確にしていくアセスメントが必要です。
- 左記のICFの考え方から見ると、住み替えにより環境因子（新たな住まい）が生活機能にどのような影響を与えるのか、個人因子から性格などにより、人間関係などの変化による影響があるのかなどを分析していく必要があります。

# 入居時に提供する又は収集する情報

## 生活場所の連続性

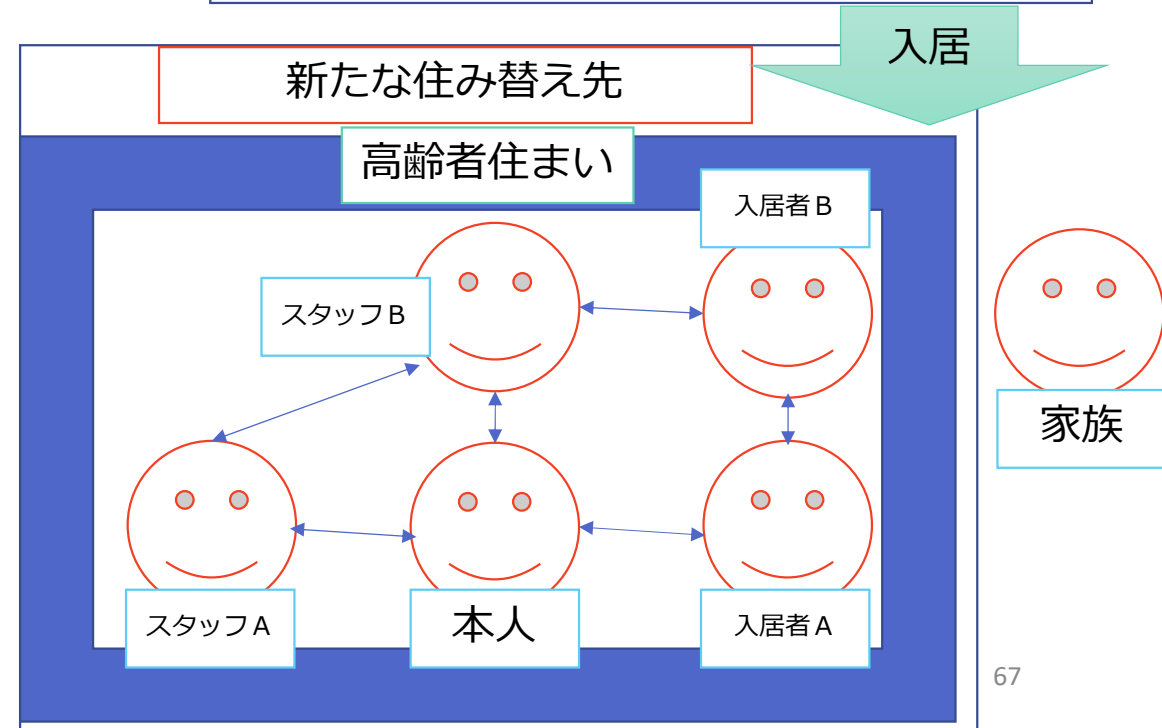
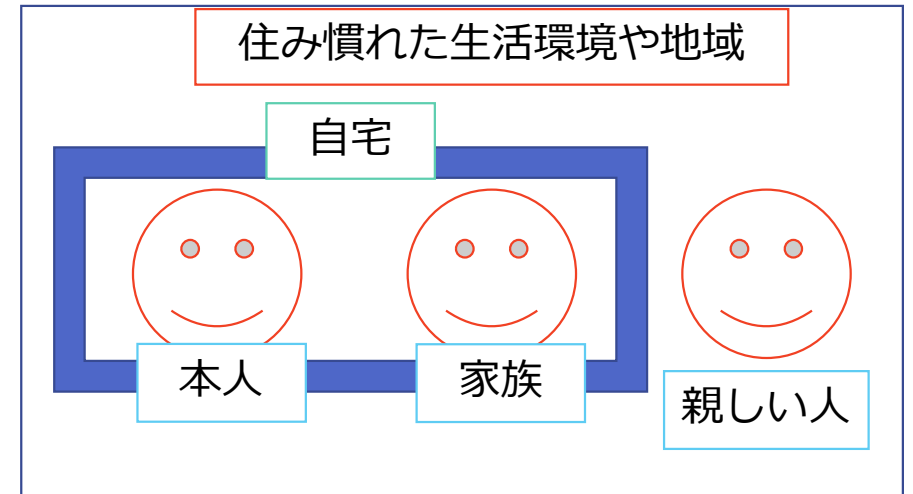
- 毎日の習慣となっていること
- 食事の習慣
- 飲酒・喫煙の習慣
- 排せつの習慣、トイレ様式
- 風呂（湯の温度など）、みだしなみ（歯磨き、ひげそり、かみをとかすなど）
- おしゃれ、色の好み、履き物
- 好きな音楽、テレビ、ラジオ
- 家事（洗濯、掃除、買い物、料理、食事の支度）
- 興味、関心、遊びなど
- なじみの物や道具
- 得意なこと、苦手なこと
- 性格、特徴など
- 信仰
- なじみの健康法
- 生活リズム・パターン（水分、排せつ、睡眠、活動、転倒、誤嚥、誤薬など）

## 人間関係の連続性

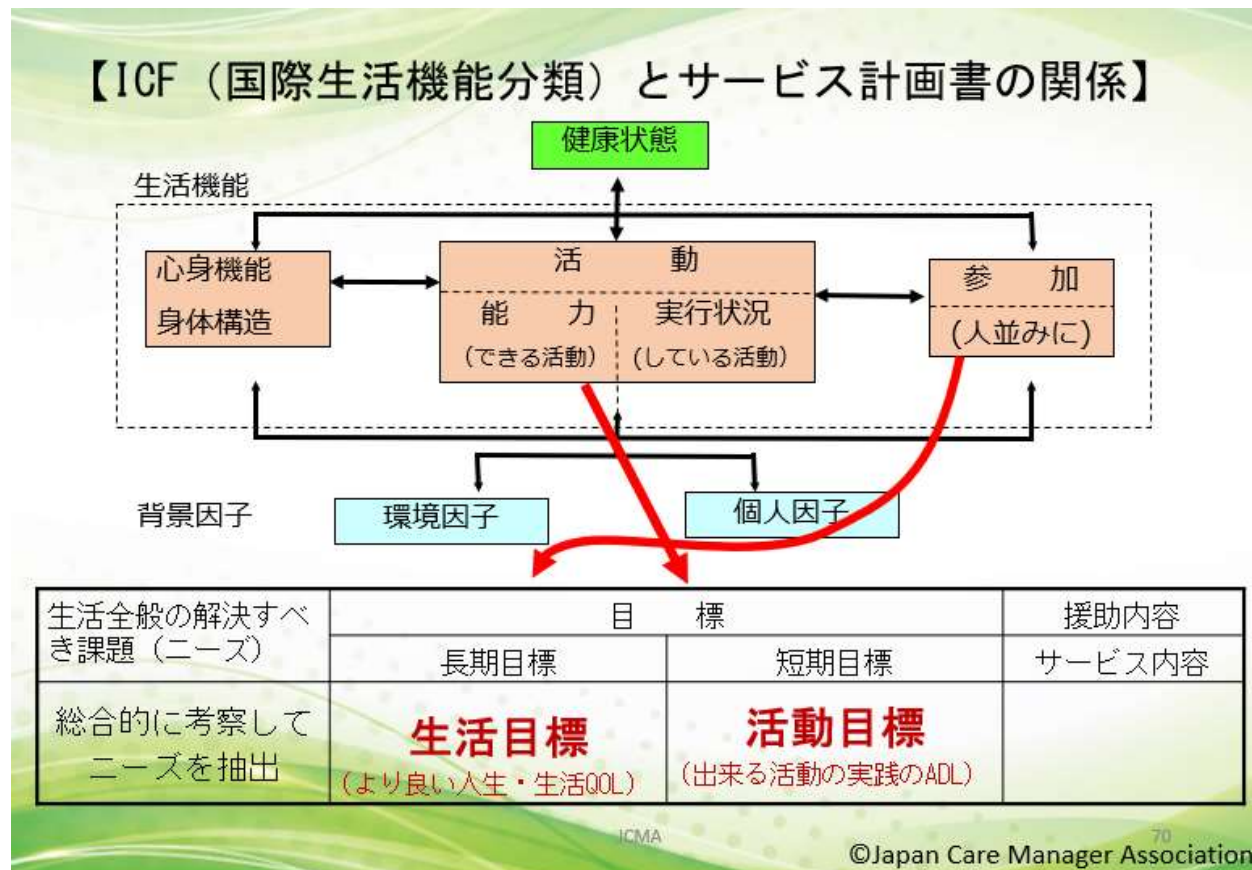
- なじみの人や物、動物
- なじみの場所、暮らしの場所（地名、誰の家か、病院名や施設名など）
- 行きたい場所
- 会いたい人
- 一番頼りにしている人
- 支えたい人
- 関りのある民生委員、ボランティア、各種自治体サービス等
- 家族の思い
- 終末期・看取りへの思い

# 関係性の変化に着目

- この段階で注意したいことは生活の連続性や関係の連続性です。新たな住み替えの場において、関係性がどのように変化しているのか把握する必要があります。
- 周囲の関係性の変化は、利用者の暮らしに大きな影響を与えます。



# ICFの考え方を計画書に活かす



- ICFで情報整理を行った、利用者の状態から、生活機能の活動や参加を計画書の目標に活かします。
- 入居前にしていた活動を継続できるように計画書にセルフケアとして位置付けてみたり、できることやできそうなことを短期目標として目指してみるなど、ICFの考え方を活用してみましよう。

# 計画実施の留意点

## ① 周知されなければ実行されない

完璧な施設サービス計画が立てられたとしても、どれほど利用者にやる気があって職員が優秀でも、施設サービス計画が周知されなければ実行されるはずがありません。

しかし、どのような種別の施設であれ、施設は交代勤務です。また、規模が大きな施設は職員数も多くなります。

さらに、仮にケアプランが無くても、施設に入所すれば、衣食住は確保されるため、職員によっては施設サービス計画を重視しないということもありません。

そのため、施設サービス計画の周知には、それらの要因を超えて現場にプランを確実に浸透し、現場で実践されるような工夫が必要です。

ICMA

©Japan Care Manager Association

- 入居先の状況によっては、左記にあるように、皆が知っていることが前提です。当然、多職種協働によるチームアプローチで利用者を支えることになります。
- 入居先の関係者にも計画書を把握してもらうことで、それぞれの役割分担やその中における関係などもわかりやすくなります。
- サービス担当者会議などを効果的に活用しましょう。

# 住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅におけるケアマネジメントの考え方

## □高齢者向け住まいにおけるケアマネジメントのあるべき姿

- サービス提供の元となるケアプランは、ケアマネジメント、とりわけ、アセスメントやモニタリングのあり方に、その内容が大きく左右されます。
- 入居者本人にとっての自立支援及び重度化防止、困りごとの解消・改善につながる適切なケアを、多職種協働のチームケアを通じて提供することで、その人の生活の質を上げること・望む暮らしを実現することに、ケアマネジメントの目的をしっかりと据えることが重要です。
- 上記については、高齢者向け住まいと、一般住宅で変わることがありません。

# 「不適切」なケアマネジメントから適切なケアマネジメントを考える

□介護支援専門員自身の悪意の有無にかかわらず、高齢者向け住まいから要求されるがままに高齢者向け住まいに配慮して、利用者の意思に沿わない不合理なケアプランを作成することは不適切です。

## 個別性の欠如

- 利用者個々の意向や課題が考慮されることなく、ケアプランが画一的なものとなっている。

## 過剰なサービス

- 利用者の意向や状態を考慮せず、アセスメントからは必要性が見いだせないまま住まい事業者と同一法人によるサービスを、ケアプランに設定している（その結果として区分支給限度基準額上限までサービスが設定されている、など）

## サービスの不足

- 本人の希望するサービスや客観的に必要性の高いと考えられるサービスがケアプランに組み込まれていない、あるいは検討自体なされていない（ケアマネジャーから見て利用者にとって必要なサービスをケアプランに位置付けることが難しい場合がある）

## 事業所選択の権利侵害の懸念

- 住まいと同一法人が提供するサービスの利用を、合理的な理由もなく、また利用者の意向も踏まえずに利用者に求めており、この対応にケアマネジャーも同調している（同調せざるを得ない状況にある）

## ケアマネジメントサイクルの問題

- ケアプランの見直しが法定のタイミング（認定更新時や区分変更時）以外では、ほとんど行われていない



# 自身のケアマネジメントをチェック（1 / 4）

## 1. 個別性の欠如

- 本人の希望よりも、特定法人（住まいと同じなど）のサービスを優先したケアプランになっていませんか？
- 「同じ住まいに住んでいる = 同じようなニーズ」と考え、個別のアセスメントが十分でないまま、同じサービスをプランに組み入れていませんか？

## 2. 過剰なサービス

- 住まいとの間で、住宅併設のデイサービスなどを積極的に活用するよう取り決めがされていて、ご本人の要望や状態に関係なく、併設された事業所のサービスの利用をプランに組み込んでいませんか？
- 追加サービスが客観的に不要な状態で、ご本人の希望もないのに、区分支給限度基準額に余裕があるだけで、安易にサービスを追加していませんか？

## 自身のケアマネジメントをチェック（2 / 4）

### 3. サービスの不足

- 住まいとの間で優先的に活用を取り決められているサービスが区分支給限度基準額を使っているため、ご利用者が、より必要なサービスを追加できなくなっていることはありませんか？
- アセスメントが法定のタイミングのみで、形だけになっているために、ご本人の要望や状態変化をプランに反映できないケースはありませんか？
- 住まいと同じ法人には医療系サービスがない場合などに、（その法人の）別サービスを優先していて、医療関連のアセスメントやサービス提供が不足していることはありませんか？

## 自身のケアマネジメントをチェック（3 / 4）

### 4. 事業所選択の権利侵害の懸念

- 本人が他の事業所のサービスを希望しているのに、その理由や必要性を十分に検討せず、同じ法人の事業所サービスを優先していませんか？
- 住まい側から明確な指示がなくても、なんとなくの「配慮」で、住まいの法人が運営している事業所のサービスプランに組み込んでいませんか？
- 入居後は、それまで利用していた事業所のサービスから、住まいと同じ法人が運営するサービスに移行するのが当たり前の雰囲気となっていて、本人が継続利用したくてもできない状況になっていませんか？

# 自身のケアマネジメントをチェック（4 / 4）

## 5. ケアマネジメントサイクルの問題

- 住まいと居宅の間で、なるべくケアプランを変更しない方針があり、アセスメントやモニタリングは最小限にとどまっていることはありませんか？
- 状況の変化やご本人・ご家族からの相談など、新たな情報がケアマネジャーに届いた場合でも、対応しないケースはありませんか？
- ご利用者の状態に大きな変化があっても、法定のタイミングまで状況確認をしないなどのケースはありませんか？
- 入居時にケアプランの説明をしない、相談があった場合も住まい職員が説明するなどのケースはありませんか？
- 利用票のサインを、住まい職員が代筆していることはありませんか？
- 同じ住まいでは、居室がすべて同じであるという考えのもと、併設されたサービス利用時等に、モニタリングをまとめて行っていませんか？
- 同じ住まいで、居室がすべて同じであるという考えのもと、居室内の状況を確認していないなどはありませんか？

チェックしてみて気づいたことや、次のケアマネジメントに活かせそうなことを考えてみましょう。

◆メモ

### 3. ケアプラン点検支援マニュアルで 自己点検

# 居宅サービス計画書（1）

## 質問 1 「記載事項に漏れがないよう、常に確認をしていますか？」（1 / 2）

### 1. 目的

- 記載すべき内容の理解及び記載漏れがないかを確認する。

### 2. 確認ポイント

- 必要事項の記載がされている。
- 利用者及び家族の意向の記載がされている。
- 介護認定審査会からの意見及びサービスの種類が記載されている。
- 総合的な援助の方針が記載されている。
- 生活援助中心型の算定理由が記載されている。



## 質問 1 「記載事項に漏れがないよう、常に確認をしていますか？」（2 / 2）

### 3. 類似及び補足質問

- 居宅サービス計画書（1）に必要な事項がもれなく記載できていますか？
- 第1表を読んで、居宅サービス計画全体の方向性がイメージできるようなものになっていますか？

質問2 「「課題」の整理はできましたか、またそれらの「課題」は「利用者及び家族の生活に対する意向」とに関連性がありますか？」（1 / 2）

## 1. 目的

- 「課題（ニーズ）」と「利用者及び家族の生活に対する意向」との間に関連性があるかを振り返り、アセスメントが適切に行われていたかを確認する。

## 2. 確認ポイント

- 標準課題分析項目等を活用し、課題の抽出が出来ている。
- 認定調査票、主治医意見書、被保険者証、サービス提供事業所・者・主治医からの情報提供等、利用者及び家族からの情報以外にも必要に応じて関係者からも意見を収集し、意向や課題が明確になるように支援している。

質問2 「「課題」の整理はできましたか、またそれらの「課題」は「利用者及び家族の生活に対する意向」とに関連性がありますか？」（2 / 2）

## 2. 確認ポイント（つづき）

□課題と「利用者及び家族の生活に対する意向」との間に関連性がある。

## 3. 類似及び補足質問

- 利用者及び家族はこれからの生活について、どのようになるとが望ましいと考えていますか？
- 利用者及び家族は、どのような生活に戻りたいとお考えですか？

## 質問3 「家族はどのようなおもいで、利用者を支えていこうとお考えですか？」（1 / 2）

### 1. 目的

- ▶ 家族がどのような思い（意識）で利用者を支えていこうと考えているか聴き取ることで、家族の「介護力（家族の支える力）」や介護に対するおもいを確認することが出来る。
- ▶ 家族としての役割を果たすことは考えつつも、本人との関係に悩んでいるなど、「家族としての葛藤」を理解しているかを確認する。

### 2. 確認ポイント

- 家族が今一番困っていることを受け止めた上で、家族として「できること」「できないこと」を把握している。
- 家族が何気なくもらした「介護に対する言葉」をきちんと受け止め、意識している。

## 質問3 「家族はどのようなおもいで、利用者を支えていこうとお考えですか？」（2 / 2）

### 2. 確認ポイント（つづき）

□介護支援専門員が思い描く家族像を押し付けていない。

### 3. 類似及び補足質問

- ご家族は、本人にどのような介護サービスを受けてもらいたいと考えていますか？
- 介護サービスを利用し、どのような生活を送ってほしいと考えていますか？
- 家族としては、介護サービスを利用することで、本人とどのような関りを続けたいと考えていますか？

質問4 「利用者及び家族の「生活に対する意向」は、アセスメントをすすめて、課題が明確になっていく過程において、面接当初と比べてどのような変化が生まれましたか？」（1 / 2）

### 1. 目的

➤利用者及び家族からの要望をそのままサービス計画に反映させているだけでないかを確認する。

### 2. 確認ポイント

□利用者及び家族の生活に対する意向とアセスメントの結果が合致している。

□介護サービスを利用するためだけの課題抽出になっていない。

□利用者・家族が改善可能であると思う生活を具体的にイメージできている。

質問4 「利用者及び家族の「生活に対する意向」は、アセスメントをすすめて、課題が明確になっていく過程において、面接当初と比べてどのような変化が生まれましたか？」（2 / 2）

### 3. 類似及び補足質問

➤利用者及び家族の「生活に対する意向」は、アセスメント当初からプラン原案作成までの経過の中で変化が見られましたか？

## 質問5 「総合的な援助方針はどのようなプロセスを踏んで決定しましたか？」（1 / 2）

### 1. 目的

- 総合的な援助の方針は、介護支援専門員が目指す方針ではなく、ケアチーム（利用者及び家族を含む）としての総合的な援助方針であることが理解できているか、また緊急事態が想定される場合などの対応についてもケアチームで共有・調整できているかを確認する。

### 2. 確認ポイント

- 利用者及び家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認し合える内容が記載されている。
- 緊急事態が想定される場合は、対応機関やその連絡先、対応の方法等についての記載がされている。



## 質問5 「総合的な援助方針はどのようなプロセスを踏んで決定しましたか？」（2 / 2）

### 2. 確認ポイント（つづき）

- サービス担当者会議の開催が行われたかを確認する。
- サービス担当者会議が開催できなかった場合に、どのようにケアチームの方向性を確認し、合意形成したのかを確認する。

### 3. 類似及び補足質問

- 総合的な援助の方針を立てる際、特に留意した事柄はどのようなことですか？
- 総合的な援助の方針を立てるにあたり苦労した点はどのようなことですか？

## 質問6 「生活援助中心型を算定した理由を教えてください。」（1 / 2）

### 1. 目的

- ▶ 居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付ける場合、その算定理由となる根拠を押さえることができているかを確認する。

### 2. 確認ポイント

- 単に形式的な要件のみでサービス提供の有無を算定していない。
- 生活援助中心型の算定理由を、介護支援専門員が根拠をもって説明できる。
- 判断に迷う場合は、自分だけで判断せず、保険者、地域包括支援センター等に相談し、客観的な意見を求めている。

## 質問6 「生活援助中心型を算定した理由を教えてください。」 (2 / 2)

### 3. 類似及び補足質問

- 生活援助中心型の算定理由を記載するにあたり、困ったことはどのようなことですか？
- 介護保険による訪問介護サービスと家政婦さんなどによる生活援助の違いを理解し、説明できますか？

# 居宅サービス計画書（2）

## 質問 1 「「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の原因や背景を教えてください。」（1 / 2）

### 1. 目的

- それぞれの課題（ニーズ）が導き出された経緯（原因や背景）を振り返ることで、自立支援に向けた適切なアセスメントが行われていたかを確認する。

### 2. 確認ポイント

- 状態（状況）の改善・維持・悪化防止など、自立支援に向けたアセスメントの視点をもとにそれぞれの課題（ニーズ）が導き出されたかを確認する。
- 介護サービスを利用するための課題抽出となっていない。
- 課題の中にサービスの種類が記載されていない。

## 質問 1 「「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の原因や背景を教えてください。」（2 / 2）

### 2. 確認ポイント（つづき）

□それぞれの課題（ニーズ）が導き出された原因や背景を押さえている。

### 3. 類似及び補足質問

- 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）は、どのような視点から抽出されましたか？その原因や背景となるものは、どのようなことでしたか？
- 生活全般の解決すべき課題は、本人・家族の意向や状態を踏まえて作成できましたか？
- 課題（ニーズ）についてどんな情報を得て分析を行いましたか？

## 質問2 「課題の優先順位を決める上で、大切なことはどのようなことだと思いますか？」（1 / 2）

### 1. 目的

- ▶優先すべき課題（例：緊急である課題、医師等の専門職からの課題等、本人の動機づけとなる課題、改善の効果が見込まれる課題、悪循環を作り出す原因となっている課題）の整理が行えているかを確認する。

### 2. 確認ポイント

- 優先すべき課題の項目に応じた課題の整理が行えている。
- 利用者及び家族に予後予測を立てた根拠を説明している。
- 課題の優先順位に支障や理解の違いが生じた場合、調整している。

## 質問2 「課題の優先順位を決める上で、大切なことはどのようなことだと思いますか？」（2 / 2）

### 2. 確認ポイント（つづき）

- 利用者と家族のニーズの相違点については、第5表の「居宅介護支援経過」に書き留めるなどの工夫が行えている。
- 介護支援専門員が一方的に提案した課題になっていない。

### 3. 類似及び補足質問

- 生活全般の解決すべき課題について、利用者及び家族とともに課題の順位をどのようにして決めましたか？
- 生活全般の解決すべき課題について、優先すべき課題を、利用者や家族にどのように確認をしながら決めましたか？



質問3 「生活全般の解決すべき課題が利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか？」（1 / 2）

## 1. 目的

➤ アセスメントの結果を踏まえた内容であり、一定期間後に実際に達成できそうな課題をわかりやすい表現で記載されているかを確認する。

## 2. 確認ポイント

□ 生活に対する意向と生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の関連付けが図られている。

□ 肯定的な表現方法で、わかりやすい内容の記載が出来ている。

質問3 「生活全般の解決すべき課題が利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか？」（2 / 2）

## 2. 確認ポイント（つづき）

□利用者の取り組むべき課題が明確になっている。

□利用者の望む生活を実現する課題となっている。

## 3. 類似する質問

➤生活全般の解決すべき課題が、利用者及び家族にもわかりやすい言葉で表現できていますか？

➤利用者自身が、意欲的に取り組めるように、利用者の言葉で記載するように心がけていますか？

## 質問4 「利用者・家族の「困りごと」に対してどのような働きかけを行いましたか？」（1 / 2）

### 1. 目的

- ▶利用者及び家族の「困りごと」に対して、原因や背景を十分に分析することなく、サービス提供のみを目的とした計画書を立てていないかを確認する。
- ▶困りごとの原因や背景に何があるのかを、一緒に探していく作業を通じ、利用者自身が求めている生活、大切にしたいものが何かを把握した上で、専門職として積極的な働きかけが出来ているかを確認する。

### 2. 確認ポイント

- 利用者及び家族の要望をそのまま受け止め、十分アセスメントを行うことなく、サービス提供することへのリスクについて理解し、利用者及び家族に対し説明が出来ている。
- 利用者及び家族の困りごとを受け止め、その原因や背景に何があるのかを把握分析したうえで、居宅サービス計画に反映している。

## 質問4 「利用者・家族の「困りごと」に対してどのような働きかけを行いましたか？」（2 / 2）

### 3. 類似及び補足質問

- ▶利用者及び家族の困りごとを聴いて、その要因を探る過程において「自立」に向けた働きかけを行いましたか？
- ▶利用者・家族が困っていることに対して、どうして困っているのか、なぜ困っているのかなどの原因・背景を分析することが出来ましたか？
- ▶利用者が自立した生活を送れるように、介護支援専門員としてどのような働きかけをしましたか？取り組んだことがあれば教えてください。

質問 5 「長期目標は、どのように設定しましたか？利用者自身が課題（ニーズ）ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点として、具体的にわかりやすく記載できていますか？」（1 / 3）

## 1. 目的

▶ 長期目標は、短期目標が一つずつ解決できたゴール（結果）として利用者及び家族が具体的にイメージできるような表現での記載が出来ているか確認する。

## 2. 確認ポイント

- 解決すべき課題を目指した達成可能な目標設定になっている。
- 認定期間も考慮しながら達成可能となる目標と期間の設定となっている。
- 目標達成時期の具体的な状態像を踏まえた記載となっている。

質問5 「長期目標は、どのように設定しましたか？利用者自身が課題（ニーズ）ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点として、具体的にわかりやすく記載できていますか？」（2 / 3）

## 2. 確認ポイント（つづき）

- 誤った目標設定になっていない。（例）支援者側の目標設定、サービス内容を目標に設定等
- 目標の設定が利用者の状態像から妥当である。（高すぎる、低すぎる）
- 目標にわかりづらさ（抽象的、あいまい）はない。
- 目標が単なる努力目標になっていない。
- 単にサービスの利用が目標になっていない。

質問 5 「長期目標は、どのように設定しましたか？利用者自身が課題（ニーズ）ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点として、具体的にわかりやすく記載できていますか？」（3 / 3）

### 3. 類似及び補足質問

- 最終的に目指す目標が、利用者及び家族が理解できるよう具体的にわかりやすく記載できていますか？
- 長期目標については、それぞれの課題に対応しながら最終的に目指す方向性や到達可能な内容が記載されていますか？

## 質問6 「短期目標は長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっていますか？」（1 / 2）

### 1. 目的

- 長期目標を達成するための具体的な活動（支援）の目標と期間の設定が行われているかを確認する。

### 2. 確認ポイント

- 長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。
- サービス提供事業所・者が作成する担当者の個別サービス計画書を立てる際の指標になっている。
- 抽象的な目標設定ではなく、利用者及び家族等が具体的に何をするのかをイメージすることが出来る表記となっており、取り組む内容がわかるような記載になっている。



## 質問 6 「短期目標は長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっていますか？」（2 / 2）

### 3. 類似及び補足質問

- これからの短期目標が達成されれば、次にどのような目標の設定を考えていますか？
- この中で利用者が前向きに取り組めそうな目標はどれですか？
- 利用者（家族）の合意を得るにあたり、十分な説明ができ、理解を得られましたか？
- 短期目標の積み上げが、長期目標の達成に繋がるように意識して設定できましたか？

質問7 「課題を解決するための「単なるサービス内容」の記載だけではなく、どのような点に注意すべきか、こういったことを大切にすべきか等の視点も含めた具体的な記載内容となっていますか？」（1 / 2）

### 1. 目的

- 目標を達成するために必要な援助内容（サービス内容・種別・頻度・期間）かを確認する。
- サービスを利用することが目的ではなく、課題（ニーズ）を解決するための手段の一つとしてサービスがあることを理解できているかを確認する。

### 2. 確認ポイント

- 短期目標達成に必要なサービス内容となっている。
- 家族を含むインフォーマルな支援の記載がある。
- 利用者自身のセルフケアも記載がある。

質問7 「課題を解決するための「単なるサービス内容」の記載だけではなく、どのような点に注意すべきか、どういったことを大切にすべきか等の視点も含めた具体的な記載内容となっていますか？」（2 / 2）

## 2. 確認ポイント（つづき）

- サービス提供を行う事業所・者が担う役割等についても、必要に応じた記載がある。
- 主治医等の専門家から示された留意事項等の記載がある。

## 3. 類似及び補足質問

- サービス内容を記載するときに留意していることや工夫していることはどのようなことですか？
- サービス内容を検討するときに必要な視点にはどのようなものがありますか？
- 介護サービスを検討する場合に実現可能な方法は介護サービス以外にはないか、検討してみましたか？

## 質問8 「計画したサービス内容を適切に提供するために、サービス種別はどのような資源を検討し、決定しましたか？」（1 / 2）

### 1. 目的

- ▶ 短期目標の達成のために必要なサービス（フォーマル・インフォーマル含む）を検討されてきたかを確認する。
- ▶ 検討した結果、資源として不足しているサービス等がある場合は、介護支援専門員として状況を把握し、行政等に働きかけていく視点が求められていることを認識しているかを確認する。

### 2. 確認ポイント

- 短期目標をまず達成するためのサービス種別となっている。
- 医療ニーズの高い利用者には、医療系サービスも盛り込まれている。
- 特定のサービスによる偏りが無い。

## 質問8 「計画したサービス内容を適切に提供するために、サービス種別はどのような資源を検討し、決定しましたか？」（2 / 2）

### 2. 確認ポイント（つづき）

- 主治医意見書・サービス担当者会議の意見を反映している。
- サービス導入の目的が目標と合っている。
- 家族支援やインフォーマルサービスなども必要に応じて記載されている。

### 3. 類似及び補足質問

- サービス内容を決定する際にサービス資源の有無や条件に影響され、サービス内容が決定しにくい事などがありましたか？
- サービス担当者会議ではサービス内容と資源について、関係者全員が一致できる内容でしたか？そのほかに可能性が検討されていたら教えて下さい。

## 質問9 「サービスの利用頻度と期間の見直しはいつ頃、どのように行いますか？」（1 / 2）

### 1. 目的

- サービス内容と種別ごとに、どのような根拠で利用頻度と期間を設定したのかを確認する。
- 利用期間については、モニタリングを行うことを意識して、必要な期間設定が出来ているかを確認する。

### 2. 確認ポイント

- モニタリングでの評価も参考にし、必要に応じた期間での援助内容（サービス内容・種別・頻度・期間）の見直しを行っている。
- 利用者及び家族の意向を考慮し、柔軟な対応が出来るようサービス導入にあたりサービス提供事業所・者との連携を図っている。

## 質問9 「サービスの利用頻度と期間の見直しはいつ頃、どのように行いますか？」（2 / 2）

### 2. 確認ポイント（つづき）

- サービス導入後の変化を予測できている。
- サービス時間・曜日がサービス提供事業所・者の都合が優先されていない。

### 3. 類似及び補足質問

- サービス利用頻度と利用時間帯は利用者・家族の誰の希望ですか？
- サービスへの慣れと受け入れを視野に入れて、導入の順序はどのように考えましたか？
- 利用頻度の適切さを考えるにあたり、利用するサービス提供事業所・者からどのような情報提供を求めますか？

# 週間サービス計画表



## 質問 1 「週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について、どのように考えていますか」 (1 / 2)

### 1. 目的

- ▶ 介護保険サービスとインフォーマル、家族支援等のバランスがとれたケアプランになっているかどうか確認し、週間サービス計画表を立てる意義について理解しているか確認する。

### 2. 確認ポイント

- 目標を達成するために取り組みが必要だと思われるサービスに偏りが無い。
- 介護給付以外の取り組みについても記載が出来ており、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見える記載となっている。

## 質問 1 「週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について、どのように考えていますか」 (2 / 2)

### 2. 確認ポイント (つづき)

- 夜間を含めた介護者の介護への関わりの内容 (整容・排泄・吸引・吸入・食事・移動・入浴・清拭・体位変換・移乗等) が具体的に記載されている。
- 円滑なチームケアが実践できるような、わかりやすい記載がなされている。

### 3. 類似・追加の質問

- 夜間や土日のサービス等で不安なこと、手立てを打った方がよいと思われたことはありますか？
- 利用者 (家族) が主体的に課題達成を目指すためにはどのような週間サービス計画表が理想的だと思いますか？

## 質問2 「本人の主な日常生活について、どのように把握しましたか。またその人らしい生活がイメージされていますか？」（1 / 2）

### 1. 目的

- 本人及び家族の日常の過ごし方を把握することで、利用者及び家族の生活全体を捉えることができ、情報収集やアセスメントの過程に課題が残っていないかを確認する。

### 2. 確認ポイント

- 起床時間から就寝までの「一日の生活リズム」（整容、食事、散歩、掃除、昼寝、買物、洗濯、入浴等）が具体的に記載されている。
- 夜間を含めた介護者の介護への関わりの内容（整容・排泄・吸引・吸入・食事・移動・入浴・清拭・体位変換・移乗等）が具体的に記載されている。

質問 2 「本人の主な日常生活について、どのように把握しましたか。またその人らしい生活がイメージされていますか？」（2 / 2）

## 2. 確認ポイント（つづき）

- 一日の生活の中で習慣化していることが記載されている。
- 主たる介護者の「介護への関わり」や不在の時間帯等について記載されている。

## 3. 類似及び補足質問

- 本人はどのような過ごし方をしたいと望まれていますか？
- 一日の中で利用者（家族）が心配な時間帯、不安になる時間帯はどの辺りですか？
- 夜間、深夜の時間で不安な時間帯や心配事がありますか？それはどのような内容ですか？

## 質問3 「週間サービスには、利用者・家族の状況（意向、事情等）にあった計画になりましたか？」（1 / 2）

### 1. 目的

- ▶利用者・家族の意向と事情をくみ取った週単位の介護保険サービスになっているのか、利用者・家族の同意を得られているのかを確認する。
- ▶利用者の自立を支援するために、フォーマル・インフォーマル・家族支援等のサービスを考慮し、それらがバランスよく記載された効果的なケアプランになっているかを確認する。
- ▶介護サービス導入が前提と思えるようなケアプランになっていないか確認する。

### 2. 確認ポイント

- 利用者及び家族が行う役割やセルフケアについて記載が出来ている。

## 質問3 「週間サービスには、利用者・家族の状況（意向、事情等）にあった計画になりましたか？」（2 / 2）

### 2. 確認ポイント（つづき）

- インフォーマル資源等の活用なども意識してアセスメントを行っている。
- 夜間・土日などの支援体制もきちんと考えている。

### 3. 類似・追加の質問

- 利用者・家族の方はこの介護サービスの組み立てで満足されていますか？
- 夜間や土日のサービス等で不安なこと、手立てを打った方がよいと思われたことはありますか？
- 利用者（家族）が主体的に課題達成をめざすためにはどのような週間サービス計画が求められると思いますか？

## 質問4 「「週単位以外のサービス」の欄には何を記載していますか？」

### 1. 目的

- 利用者の状態は変化するものであることを理解し、一時的に必要なサービスなども含めて記載する必要性や週単位以外のサービスにも介護保険サービスが含まれているため、利用している介護保険サービス全体を把握する必要性を確認する。

### 2. 確認ポイント

- 「週単位以外のサービス」欄の目的を理解し、記載している。

### 3. 類似・追加の質問

- 「週単位以外のサービス」の欄はどのように活用していますか？

点検してみても気づいたことや、次のケアマネジメントに活かせるようなことを考えてみましょう。

◆メモ



## 4. まとめ

# まとめ

- 住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅におけるケアマネジメントは、居宅におけるケアマネジメントと同様です。一方、住まいにおける援助との連携は、施設のケアマネジメントも参考になります。自分たちの立ち位置と役割を再確認して、適切なケアマネジメントの実施を行いましょう。
- 適切なケアマネジメントにおける、介護支援専門員の最大の専門性は「アセスメント」です。アセスメントにおいて、利用者の状態と状況から、利用者の意向を踏まえて、必要な援助を見立てていきます。適切な援助を導くことは、「本人らしい生活」と「本人らしい変化」を支えることに繋がります。
- 適切なケアマネジメントの実践は権利擁護を踏まえた実践に繋がります。

「本人らしい生活」の保障とは、自分の「存在」に意味と価値があることが社会の中で認められ、さらに本人が自分にとってのあるべき生活を主体的に創造していくこと。

「本人らしい変化」の保障とは、心身と環境の変化に伴って、社会資源の活用を含めて周囲との支え合いの社会関係を結びながら新しい生活を創造していくこと。（介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会「七訂介護支援専門員実務研修テキスト上巻」一般財団法人長寿社会開発センター、平成30年11月）