

自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントに関する基本方針

令和5年7月

合志市 高齢者支援課

1 策定の趣旨

高齢者の自立支援・重度化防止に資することを目的としてケアマネジメントが行われるよう、介護保険制度の根幹であるケアマネジメントのあり方を本市と介護支援専門員及び地域包括支援センター職員（以下「ケアマネジャー等」という。）とで共有するとともに、ケアマネジメントの質を向上させ、よりよい介護保険制度の運営を図るため、合志市における「自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントに関する基本方針」（以下、「基本方針」という。）を定めるものです。

2 介護保険法の基本理念

介護保険法では、介護等が必要な人の尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービスおよび福祉サービスに係る保険給付を行うことを基本理念としています。

また、介護保険給付は、要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するように行わなければならないこと、保険給付の内容および水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、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されなければならないとされています。

3 ケアマネジメントについて

（1）ケアマネジメントの定義

利用者が地域社会による見守りや支援を受けながら、地域での望ましい生活の維持・継続を阻害するさまざまな複合的な生活課題（ニーズ）に対して、生活の目標を明らかにし、課題解決に至る道筋と方向を明らかにして、地域社会にある資源の活用・改善・開発をとおして、総合的かつ効率的に継続して利用者のニーズに基づく課題解決を図っていくプロセスと、それを支えるシステムです。

引用：厚生労働省「相談支援の手引き」

(2) ケアマネジメントの基本方針

❖ポイント

- ✓ 自立した日常生活への配慮
- ✓ サービスの総合的かつ効率的な提供、医療サービスとの連携
- ✓ 公正・中立
- ✓ 多職種との連携
- ✓ 技能の向上

①居宅介護支援

- ✓ 要介護状態に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します。
- ✓ 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、多様な事業所から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。
- ✓ 要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮します。
- ✓ 利用者の意志及び人格を尊重し、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等に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。
- ✓ 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者との連携に努めます。
- ✓ 指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- ✓ 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し、研修を実施する等の措置を講じます。
- ✓ 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援を提供するにあたって、介護保険等関連情報その他の必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めます。
- ✓ 地域におけるインフォーマルサービスも含めた社会資源及び利用者並びにその家族等の希望等の情報を勘案して、サービス計画を作成します。

②介護予防支援

- ✓ 利用者が可能な限り居宅において、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います。

- ✓ 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、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、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います。
- ✓ 介護予防支援の提供にあたっては、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者若しくは地域密着介護予防サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。
- ✓ 指定介護予防支援事業者は、事業の運営にあたっては、市、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者（障害者支援）、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めます。
- ✓ 介護予防支援は、利用者の介護予防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います。
- ✓ 指定介護予防支援事業者は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス計画を策定します。
- ✓ 指定介護予防支援事業者は、自らその提供する指定介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- ✓ 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し、研修を実現する等の措置を講じます。
- ✓ 指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援を提供するにあたって、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めます。
- ✓ 地域におけるインフォーマルサービスも含めた社会資源及び利用者並びにその家族等の希望等の情報を勘案して、サービス計画を作成します。

③介護予防ケアマネジメント

- ✓ 利用者が可能な限り居宅において、自立した生活を営むことができるように配慮して行います。
- ✓ 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、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービス並びに地域の予防活動等の場が、当該目標を踏まえ、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います。
- ✓ 介護予防ケアマネジメントの提供にあたっては、利用者の意志及び人格を尊重し、利用者の立場に立って、利用者に提供されるサービスが特定の種類又は総合事業実施事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。
- ✓ 地域におけるインフォーマルサービスも含めた社会資源及び利用者並びにその家族等の希望等の情報を勘案して、介護予防サービス計画を作成します。また、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めます。

- ✓ 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実現する等の措置を講じます。
- ✓ 介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防ケアマネジメントを実施します。

※介護予防マネジメントの類型（本市で実施分のみ掲載）

類型	利用サービス	基本情報作成 ケアプラン作成 担当者会議 チェックリスト	モニタリング頻度・方法	評価	その他
原則的な ケアマネジメント (プランA)	現行型サービス 第一号通所事業 (通所型サービス) 第一号訪問事業 (訪問型サービス)	利用開始前 更新時 プラン変更時 他、必要時	毎月実施 3カ月に1回は自宅訪問 他は通所面会や電話でも可	プラン変更時 1年経過時（認定期間複数年時） 更新時	6 カ 月 利 用 が な け れ ば 終 了
簡略化した ケアマネジメント (プランB)	短期集中サービス (通所型サービスC +訪問型サービスC)	利用開始時 必要時	3カ月ごとに面会 (サービス提供場所でも可) ※委託事業所との連携必須	4～6カ月 終了時	
	短期集中サービス (訪問型サービスC)	利用開始時 必要時	必要時 ※委託事業所との連携必須	8回までの終了時	
	基準緩和サービス (通所型サービスA)	利用先変更時 必要時	12カ月ごと面会 (サービス提供場所でも可) 6カ月ごとに電話で実施 他、必要時 ※委託事業所との連携必須	1年に1回、事業所が基本チェックリストによる利用者の状態確認 その後ケアマネジャーが評価	
	基準緩和サービス (訪問型サービスA)	開始前 必要時	12カ月ごと自宅訪問 他、必要時	1年に1回、ケアマネジャーが基本チェックリストにて状態確認し評価 それに伴い評価	

(3) ケアマネジメントのプロセスと各段階における留意点

利用者の自立支援に資するケアマネジメントの実施においては、計画（PLAN）、実行（DO）、評価（CHECK）、改善（ACTION）の4つの段階で構成されるPDCAサイクルを多職種にわたるチームで繰り返し、改善していくことが重要となります。

アセスメントにおいて利用者の興味や関心を把握するためのツールとして「興味・関心チェックシート」を活用することも考えられます。

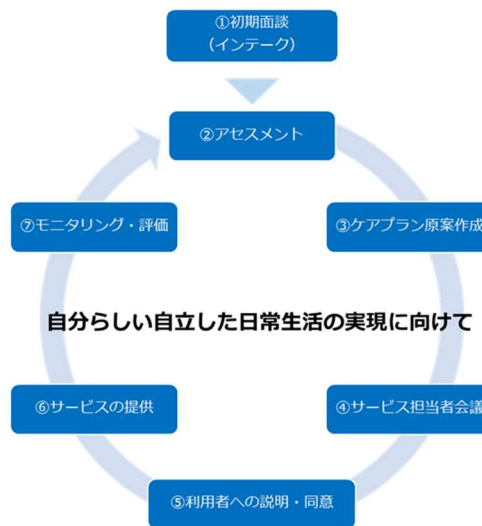


図 ケアマネジメントのプロセス

①最初の面接・相談（インテーク）

介護支援専門員等と利用者・家族との出会いの場であり、その後のケアマネジメントプロセスに大きな影響を与えることとなりますので、まずは信頼関係を構築することが大切です。

インテークでは、利用者や家族の考え方、生活歴、価値観等について、配慮を欠くことなく、聞き取りを行いましょう。その際、重要事項説明書により事業所の事業内容や介護支援専門員等の業務内容を説明したうえで、利用者との間で受託契約を結ぶこととなります。

②アセスメント

- ✓ 利用者の置かれている状況の把握
- ✓ 生活上の支障、要望などに関する情報を収集
- ✓ 心身機能の低下の背景・要因の分析
- ✓ 解決すべき生活課題及び地域課題と可能性の把握

アセスメントとは、実際に利用申込者宅を訪問し、利用者等との面接を通じて利用者の課題を分析することにより、解決すべき課題（ニーズ）を明らかにすることです。

特に居宅介護支援における課題分析については、国が定める課題分析標準項目（23 項目）を満たす方法で行わなくてはなりません。また、利用者の興味や関心を把握するためのツールとして『興味・関心チェックシート』を活用することや、情報の整理・分析を通じて課題を導き出した過程を表現するツールとして『課題整理総括表』の活用も有効と考えます。

③ケアプラン原案作成

- ✓ 総合的な援助方針、目標（達成時期等）を設定
- ✓ 目標達成のために必要なサービス種別、回数等を設定

ケアプラン原案の作成の目的は、アセスメントの結果に基づいて、利用者・家族の望む暮らし、尊厳の保持と自立した生活を実現するための総合的な方針や課題およびそれに対応する目標と具体策を提案・確認することです。

地域におけるサービス等が提供される体制を検討し、利用者の生活課題を解決するために最も適切なサービスの組合せとともに、インフォーマルな社会資源の活用なども検討しましょう。

④サービス担当者会議

- ✓ ケアプラン原案に関してサービス提供事業者から専門的な視点での調整、認識の共有（多職種連携）

サービス担当者会議では、利用者及び家族の生活に対する課題について、利用者・家族、介護支援専門員等、関係する居宅サービス事業所の担当者等が集まり、多職種の視点から利用者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを協議し、支援の方向性について共通の理解を持ちます。

⑤利用者への説明と同意

- ✓ 利用者への説明、同意を得てプラン決定

サービス担当者会議を受けて、ケアプラン原案の内容を調整する必要がある場合は、関係する居宅サービス事業所の担当者と相談して内容を調整し、ケアプランを作成し、利用者・家族の同意を得て、その後、利用者等および各事業所へ交付します。

各事業所は個別サービス計画を作成し、その内容とケアプランの目標の整合性を確認します。なお、介護予防支援と介護予防ケアマネジメントについては、ケアプランの有効期間を最長 1 年としていますので注意が必要です。

⑥サービスの提供

ケアプランに基づいて作成された個別サービス計画に基づきサービスが提供されます。利用者等の支援に関わるチーム全員が、計画に定めた（自分らしい生活に向けた）目標を理解し、サービス提供を通じて得た情報を共有しながら、利用者への動機づけを行うことが重要です。

⑦モニタリング・評価

✓ 予後予測に基づく再アセスメント

利用者・家族、居宅サービス事業所等と継続的なコミュニケーションを通じて、現在のケアプランが利用者の現状に即しているかを判断するために行います。

ケアプランに定めてある目標の達成度をみるのが重要です。必要な場合にはケアプランを修正します。また、ケアプランに位置付けたサービス内容について、目標に対する達成度を評価し、サービスを提供する関係者間で分析・共有するツールとして『評価表』の活用も有効と考えます。

4 合志市の取組

市では、自立支援・重度化防止のケアマネジメントを推進するため、次のような取組を実施しています。

(1) 地域ケア会議

地域ケア会議は、高齢になってもできる限り住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けられるまちづくり（地域共生社会の実現を目指した地域包括ケアシステムの推進）に向けた一つの手法として、高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備（地域づくり）を同時に図っていくことを目的としています。

医療や介護等の多職種で、ケアプラン等を基に個別事例の検討や、自立支援型ケアマネジメントの支援を行います。事例提供や会議への参加等、積極的にご活用ください。

(2) ケアプラン点検

ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを介護支援専門員とともに検証します。

また、介護給付費適正化と自立支援に資する適切なケアプランとなっているかを確認します。点検を通じて介護支援専門員の「気づき」を促し、資質向上に資することも目的としています。

(3) 介護支援専門員研修会

専門職としての知識と相談技術、コミュニケーション能力を向上し、個々の高齢者の状況や変化に応じた支援ができるよう、地域における連携・協働の体制づくりや個々の介護支援専門員に対する支援等を行うために開催します。

5 基本方針の理解・普及に向けて

利用者の自立支援・重度化防止の推進にあたり、本基本方針を居宅介護支援事業所および包括支援センターをはじめとし、事業者や利用者等にも広く周知し、理解を測ることが重要です。そのため、市内事業所をはじめ関係団体等への普及・啓発を継続的に行います。

興味・関心チェックシート

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			

