

座間市自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメント基本方針

令和4年8月1日策定

令和6年4月1日改定

座間市福祉部介護保険課

1 趣旨

介護保険法では、第1条及び第2条において、介護が必要になった方の尊厳の保持及び自立支援・重度化防止を基本理念とし、第4条では、国民は介護予防・重度化防止に努めることとしています。

市では、この基本理念を実現するために、「高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画」の基、本基本方針を策定し、ケアマネジメントの在り方を市、地域包括支援センター職員及び介護支援専門員とで共有し、ケアマネジメントの質の向上を図ります。

2 ケアマネジメントの定義

ケアマネジメントの定義は、多様で、統一された定義はまだないとされています。そのため、本市では、「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様々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た上で、課題解決に至る道筋と方向を定め、地域社会にある資源の活用、改善及び開発を通じて、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るプロセスと、それを支えるシステム」と定義することとします。

3 ケアマネジメントに関する基本方針

各事業のケアマネジメントに関する基本方針は、次の条例等により示しています。

- (1) 居宅介護支援に関する基本方針（座間市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を定める条例(平成30年座間市条例第1号)から抜粋)

(基本方針)

第4条 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指定居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

4 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の事業の運営に当たっては、市町村（特別区を含む。）、地域包括支援センター、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の7の2に規定する老人介護支援センター、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、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。

5 指定居宅介護支援事業者は、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、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。

6 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当たっては、法第118条の2第1項に規定する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なければならない。

- (2) 介護予防支援に関する基本方針（座間市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例(平成27年座間市条例第2号)から抜粋)

（基本方針）

第4条 指定介護予防支援の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、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われるものでなければならない。

2 指定介護予防支援の事業は、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、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われるものでなければならない。

3 指定介護予防支援事業者は、指定介護予防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指定介護予防サービス等事業者に不当に偏することのないよう公正中立に行わなければならない。

4 指定介護予防支援事業者は、事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の7の2に規定する老人介護支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、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なければならない。

5 指定介護予防支援事業者は、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、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。

6 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当たっては、法第118条の2第1項に規定する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なければならない。

(3) 第1号介護予防支援事業(介護予防ケアマネジメント)の基本方針(地域支援事業実施要綱(平成18年6月9日老発第0609001号本職通知)から抜粋)

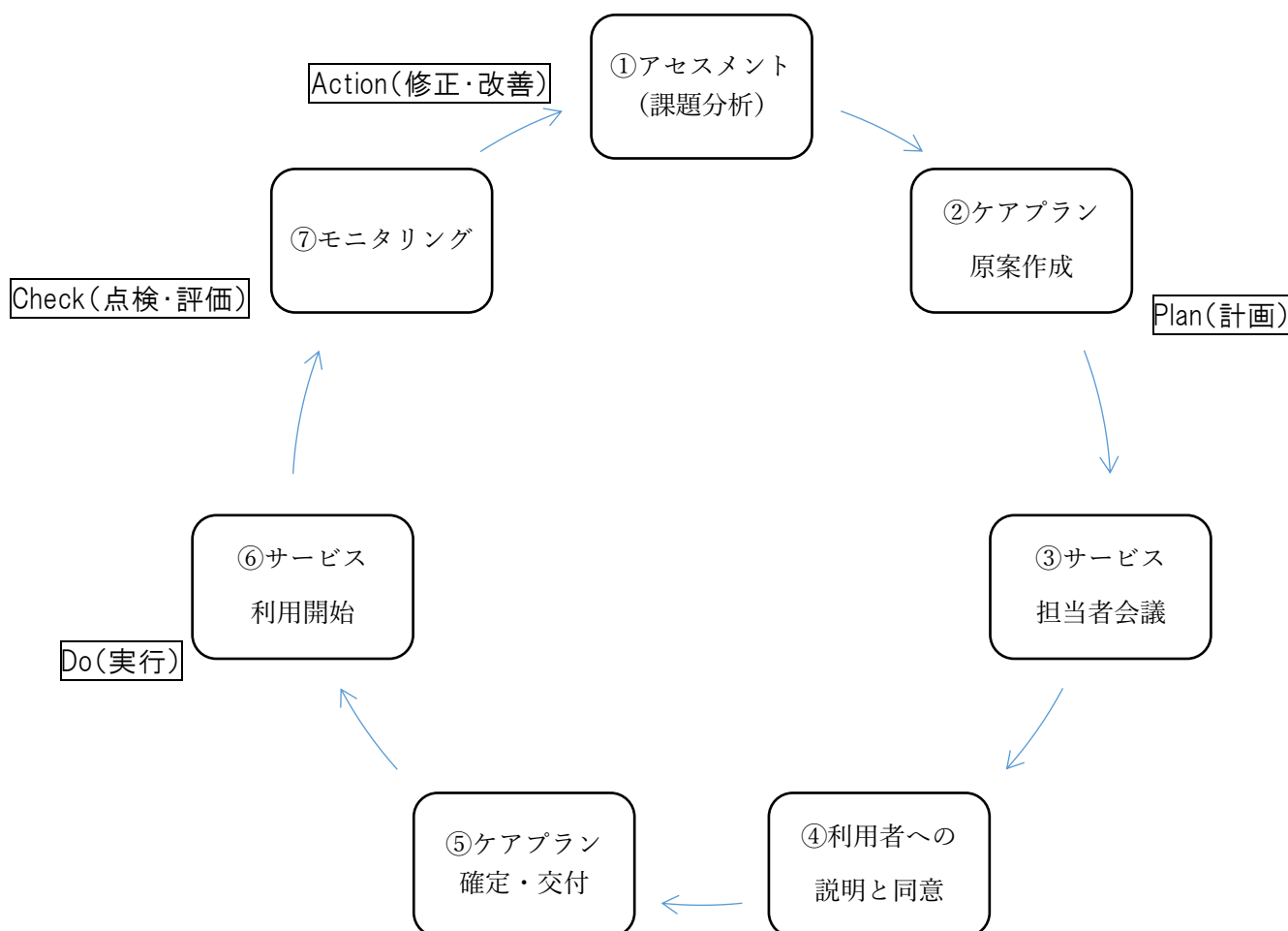
介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが居宅要支援 被保険者等(居宅要支援被保険者であって指定介護予防支援又は特例 介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者及び継続 利用要介護者であって指定居宅介護支援又は特例居宅介護サービス計画費に係る居宅介護支援を受けている者を除く。)に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境 等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活 の中に取り入れ、自ら実施及び評価できるよう、また、高齢者自身 が、地域で自立した生活を送るための活動を継続することにより、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活 できるよう、心身機能・活動・参加の視点を踏まえて居宅要支援被保険者等の多様な選択を支援していくことが重要である。

【介護予防ケアマネジメントの類型と基本的な考え方】

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や基本チェックリスト及びアセスメントシートの結果、利用者の希望する生活やサービス等を踏まえて、従来からの介護予防支援のマネジメントのプロセスに沿った上で、ケアマネジメントA(原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス)を実施します。

区分	ケアマネジメントA(原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス)
サービス	・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合

4 実施の手順及び具体的なツール



※PDCAサイクルを意識した円環（循環）的な過程を踏む（同じ手順を繰り返す）ことには意味があり、大切なことです。

(1) アセスメント

アセスメントとは、利用者と利用者を取り巻く環境を評価し、利用者が現に抱える問題点を明らかにし、解決すべき課題を把握した上で、利用者が何に取り組むのかを明らかにすることです。そのアセスメントの手法は、「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について（平成11年老企第29号）」に示されている「課題分析標準項目」を具備したアセスメントシートによらなければなりません。また、その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りません。

【ポイント】

アセスメントシートの趣味や社会参加への「興味」や「希望」「目標」は、情報収集することが難しい内容です。利用者の興味関心を把握するためのツールとして、通所

介護を利用する高齢者のニーズを把握するための「興味関心チェックシート」（別紙）を活用することで、利用者の「趣味・嗜好」「社会参加への意欲」を把握することも工夫のひとつです。アセスメントシートの活用によって、利用者の全てのことを理解できるわけではありません。利用者から全てのことを聞き出すという視点で行うのではなく、様々な工夫をし、利用者とコミュニケーションをとる中で、利用者が有している生活ニーズやその背景となっていることを理解するために利用者との協働作業として、アセスメントを行きましょう。

(2) ケアプラン原案作成

利用者の人権や主体性を尊重し、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、専門職として予後予測の見立てをし、目標やサービスの優先順位を検討しましょう。その上で、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、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介護サービス計画の原案を作成します。

【ポイント】

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します。そして、利用者と相談しながら、継続的かつ計画的にサービス等が行われるように作成しましょう。また、介護サービス以外のサービス等の利用も含めてケアプランに位置付ける必要があります。

(3) サービス担当者的会議

利用者を含めて行うサービス担当者的会議における情報の共有と提供サービス（支援）の調整は、介護保険におけるサービス提供の大きな特徴です。ケアプランの報告にとどまらず、関係者が顔を合わせてケアプランに関する意見交換ができる大切な機会です。介護支援専門員が開催し、関係者の間でどのようなチームケアが提供でき、利用者が自分のこととして受け止め、自立及び重度化防止に向けてどう生活をしていくかを考えられるよう進行することが必要です。あくまでも主役は利用者です。

利用者等の参加を基本としつつ、テレビ電話装置等を活用して行うことも可能です。利用者等が参加する場合で、当該利用者等の同意を得ていることが必要です。

【ポイント】

専門職集団の中で、自分の言葉で自分のことを語ることができる利用者ばかりではありません。利用者の代弁者として権利を擁護し、行動変容や現状維持を促し、利用者が望む生活を一緒に考え、サービスを調整しながら生活を見守っていきます。また、

顕在化しているリスクに対応するだけでなく、今後、生活の安定を崩すかもしれない危険因子を読み取り、発現しないためには、どうしたら良いかを利用者と共に考えることも大切です。

(4) 利用者への説明と同意

利用者への説明と同意には、利用者によるサービスの選択やサービス内容への利用者の意向の反映の機会を保障する意味があります。ケアプラン第1表から第3表（介護予防の場合は、介護予防サービス・支援計画書）まで、第6表及び第7表を利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を文書で得る必要があります。

【ポイント】

「(3) サービス担当者会議」の内容が反映されていれば、利用者に大切にしてもらええるケアプランとなります。自立支援・重度化防止につながるケアプランとなっているかどうかを再確認しましょう。

(5) ケアプラン確定及び交付

利用者が自己決定した内容を再確認し、チームケアをする担当者が役割を再確認する際に活用できます。利用者の最終同意を得たケアプランを利用者及び担当者に交付する必要があります。

(6) サービス利用開始

介護サービス導入後は、利用者や家族等が自分でできることを大切にして主体的になれるよう、介護支援専門員は自立支援及び重度化防止の視点を持ち、ケアプランに基づくサービス利用状況を把握しましょう。また、サービス事業者は、利用者との接点も多く、利用者の変化に早期に気づくことが可能です。サービス事業者と情報共有し、連携に努めましょう。

(7) モニタリング

特段の事情がない限り、1か月に1回は利用者の居宅で面接を行い、結果を記録に残す必要があります。ただし、次のいずれにも該当している場合は、少なくとも2か月に1回利用者の居宅を訪問し、訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して、面接することが可能です。

- ① テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。
- ② サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
 - ・利用者の心身の状況が安定していること。
 - ・利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
 - ・介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。

【ポイント】

ケアプランに沿った「サービス提供がされているか」「サービス内容が適切か」というだけではなく、利用者がモニタリング機能を担えるように支援することも大切です。自らの感じている生活のしづらさが改善されたか否かを実感としていち早く感じ取ることができるのは利用者です。利用者を支援の受け手から、適切なサービスを利用する者として、自立と重度化防止を図る主人公に変え、利用者が主体的に取り組むようになることが重要です。その一つのツールとして、座間市では「わたしのプラン」（別紙）を作成しています。

(8) 多職種の視点

- ア 課題解決のためには、利用者だけでなく、利用者を取り巻く環境への働きかけも重要であることから介護、医療等の専門職間の連携を中心としつつ、地域の民生委員、ボランティア実践者、地域自治会、町内会等の支援者との関係構築に努めましょう。また、利用者が「サービスの受け手」としてではなく、地域生活の主体者として「支え合いの一員」とあるという認識を持てるようにケアマネジメントを行いましょう。
- イ 複合的な課題への対応等、多職種による専門的見地からの検討を行うことが必要と判断した場合は、地域ケア会議等においてケアマネジメントの方向性等を共有しましょう。

5 座間市の取組

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ます。

(1) 「座間市高齢者保健福祉計画、第9期介護保険事業計画」等の周知

「座間市高齢者保健福祉計画、第9期介護保険事業計画」及び「座間市高齢者保健福祉計画及び、第9期介護保険事業計画策定に係る基礎調査報告書」の周知に努めます。

(2) 介護支援専門員に対する研修の実施

介護支援専門員のケアマネジメント力維持向上のため、市内で開催する研修の機会を確保します。

(3) 口腔に係るケアプランの推進

「座間市高齢者保健福祉計画、第9期介護保険事業計画策定に係る基礎調査報告書」等を参考に、口腔の状況をアセスメントし、ケアプランに位置付ける取組を推進します。

(4) 地域ケア会議機能の向上

地域包括支援センターが主催する地域ケア会議に多職種が参加できる体制を整備します。

(5) ケアプラン点検

ケアプランの質の向上のため、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の点検を行い、介護支援専門員との確認を行います。

【別紙】

- ・興味・関心チェックシート
- ・わたしのプラン