

自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントに関する基本方針

川 西 町

1. 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たケアマネジメントのあり方について、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。）とで共有し、ケアマネジメントの質の向上を目指し、より良い介護保険制度の運営を図るため、基本方針を定めます。

2. 基本理念

介護保険法の基本理念は、「尊厳の保持」「自立支援」「重度化防止」です。

これらの理念は、ケアマネジャー等が行うケアマネジメントにより実現されるものとなります。

介護保険法（平成9年12月17日法律第123号）

◆第1章総則第1条（目的）

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

◆第1章総則第2条（介護保険）第2項

＜略＞保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

◆第1章総則第2条（介護保険）第3項

＜略＞被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

◆第1章総則第4条（国民の努力及び義務）

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

3. ケアマネジメントの類型

ケアマネジメントは、認定区分等や利用するサービスにより、実施する事業者が下記のように分類されます。

ケアマネジメント種別	対象者	給付種別			ケアマネジメント事業者
		介護 給付	予防 給付	総合 事業	
居宅介護支援	要介護１～５	○	×	×	指定居宅介護支援事業所
介護予防支援	要支援１・２	×	○	併用	地域包括支援センター 指定居宅介護支援事業所※１ 指定介護予防支援事業所※２
介護予防ケアマネジメント (第１号介護予防支援事業)	要支援１・２ 事業対象者	×	×	○	地域包括支援センター 指定居宅介護支援事業所※１

※１ 地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への業務委託が可能です。

※２ 令和６年４月より、市町村の指定を受けた居宅介護支援事業所が直接実施することが可能となっています。

4. 居宅介護支援の基本方針

- ◆ 利用者が可能な限り、居宅において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います。
- ◆ 利用者の心身の状況、環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切なサービスを多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行います。
- ◆ 利用者の意思及び人格を尊重し、利用者に提供されるサービス等が特定の種類や事業者等に不当に偏らないよう公正中立に行います。
- ◆ 町、地域包括支援センター、他の事業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、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。
- ◆ 利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止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。
- ◆ 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。

ケアマネジメントの実施にあたっては、「川西町指定居宅介護支援事業者の指定に関し必要な事項並びに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３月３０日条例第１５号）」第１５条の具体的取扱方針を遵守してください。

5. 介護予防支援の基本方針

- ◆ 利用者が可能な限り、居宅において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います。
- ◆ 利用者の心身の状況、環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切なサービスが、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。
- ◆ 利用者の意思及び人格を尊重し、利用者に提供されるサービス等が特定の種類や事業者等に不当に偏らないよう公正中立に行います。
- ◆ 町、地域包括支援センター、他の事業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、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。
- ◆ 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。
- ◆ 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。
- ◆ 提供する指定介護予防支援の質の評価を自ら行い、常にその改善を図ります。

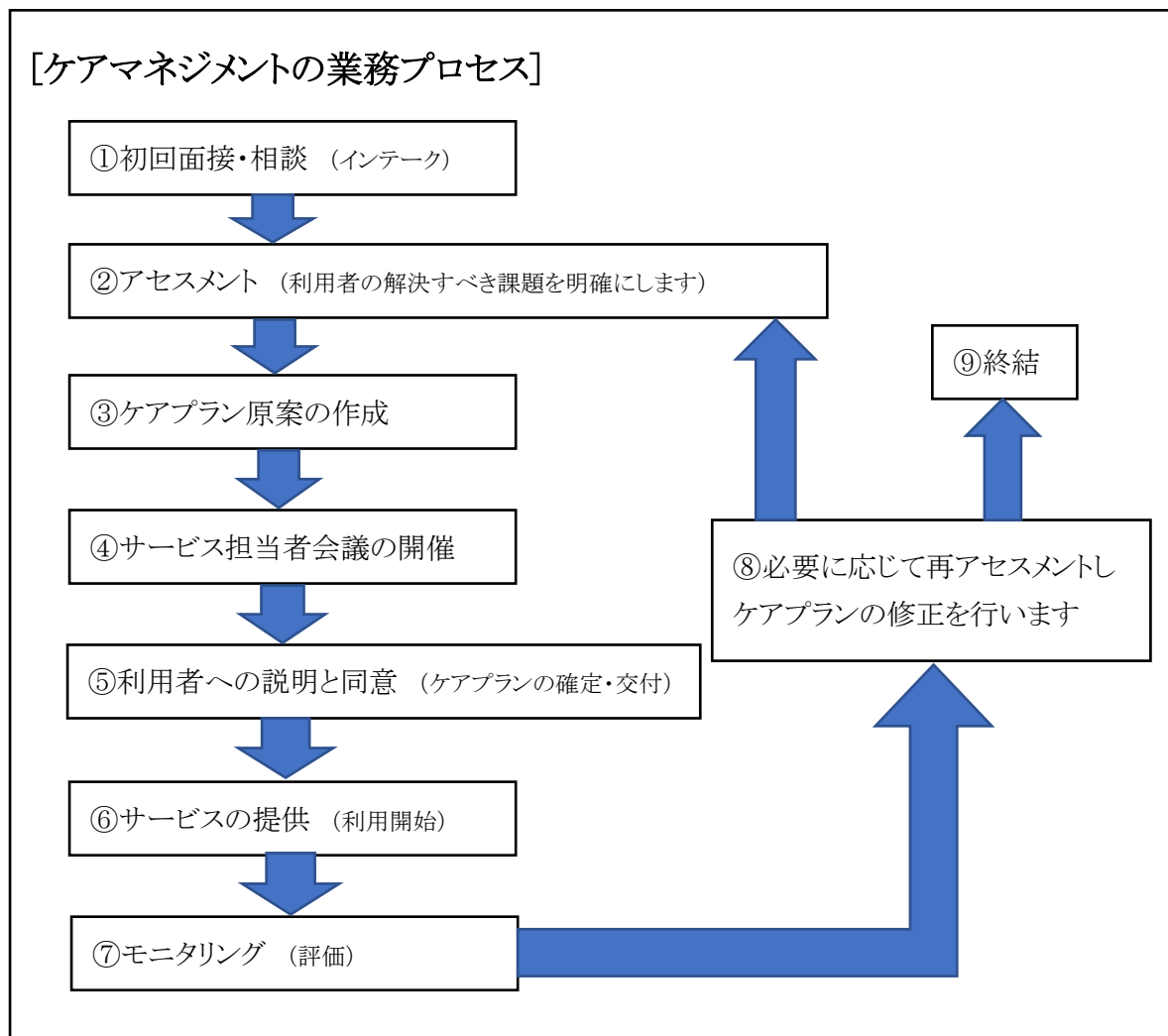
ケアマネジメントの実施にあたっては、「川西町指定介護予防支援事業者の指定に関し必要な事項並びに指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（平成 26 年 12 月 22 日条例第 34 号）」第 32 条の具体的取扱方針を遵守してください。

6. 介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）の基本方針

- ◆ 利用者が自らの意思に基づき、住み慣れた地域において、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、本人及び家族等の主体性を尊重した支援を行います。利用者の日常生活における意欲や潜在的な強みを引き出し、主体的な生活機能の維持・向上に資するケアマネジメントを実施します。
- ◆ アセスメントを通じて、利用者の心身機能の低下原因、生活上の課題（活動及び参加の状況）を多角的に分析します。「要介護状態になることを防ぐ・遅らせる」「状態の悪化をできる限り防ぐ」ことを目標に定め、リハビリテーションの視点を導入したアプローチや、栄養・口腔機能の改善を含めた総合的な視点から、効果的な支援を実施します。
- ◆ 地域住民の主体的な活動や多様な地域資源を視野に入れたケアマネジメントを行います。市町村が実施する短期集中予防サービスをはじめ、住民の自主的グループ、ボランティア、近隣住民による支え合い活動などのインフォーマルなサービスを積極的にケアプランへ組み込み、孤立防止及び地域全体で支える体制を構築します。

7. ケアマネジメントのプロセス（実施の手順）

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サイクルを途切れなく回しながらマネジメントを行うことが重要です。ケアマネジャー等は、その専門的な知識や技術を使い、利用者の意思決定を支援し、多職種と連携を図りながらケアマネジメントのPDCAを円滑に回していく役割を求められています。



【各段階におけるポイント】

① 初回面接・相談（インテーク）

利用者・家族等の考え方、生活歴、価値観等について、配慮を欠くことなく、聴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ケアマネジャー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締結します。

初回で得られる情報は断片的であることを認識し、継続的な信頼関係の構築に注力しましょう。

② アセスメント（利用者の解決すべき課題を明確にします）

利用者宅等を訪問し、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）を明らかにします。単なる「困りごと」の羅列ではなく、生活機能低下の真因（何故そうなったのか、背景因子・環境因子は何か）を特定し、課題分析を行います。

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）を満たす方法で行う必要があります。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（別紙①）」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（別紙②）」の活用も有効です。

③ ケアプラン原案の作成

利用者・家族等の望む暮らし、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及びそれに対応する目標と具体策を提案・確認します。

特定のサービスや事業所に偏りなく、幅広い選択肢の中から本人にとって効率的・効果的サービスを取り入れます。介護保険サービスだけでなく、セルフケアやインフォーマルな社会資源を積極的に活用します。本人の「できること」を奪う過剰な介護や支援を排除し、自立した生活を促す目標を設定しましょう。

④ サービス担当者会議の開催

利用者・家族等、ケアマネジャー等、関係するサービス事業所の担当者等が集まり、多職種の視点から、本人や家族等の生活に対する課題、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有、役割分担を決めます。専門職の専門知見を最大限に引き出し、リスクや可能性を聴取しながら、チーム全体で自立支援の方向性を検討しましょう。

[例] リハ職（PT/OT）▶ 福祉用具や住宅改修による自立の可能性、動作の安全性の確認
管理栄養士（RD）▶ 低栄養による活動低下の防止、食事形態の検討

⑤ 利用者への説明と同意（ケアプランの確定・交付）

作成したケアプランを利用者や関係者に説明のうえ同意を得て、その後、利用者や関係者及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との整合性を確認します。

利用者や家族等には、ケアプランが「自立支援・重度化防止」を目指すものであることを丁寧に説明し、受動的な同意ではなく、主体的な参画を促しましょう。

⑥ サービスの提供（利用開始）

ケアプランに基づいて作成された個別サービス計画によって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。

事業者との連携を密にし、利用者の「できるようになったこと」や「小さな変化」を見逃さず共有しましょう。

⑦ モニタリング（評価）

サービス提供等により明確になったことや新たな課題等を把握・共有し、目標達成度や効果を検証します。

⑧ 再アセスメント

必要に応じて利用者の現状に即したケアプランに修正します。

提供サービスと生活ニーズのミスマッチを常に確認し、変化がある場合は即座に再アセスメントへ繋げましょう。

8. ケアマネジャー・主任介護支援専門員に求められること

（1）ケアマネジャー

① 自立した日常生活への配慮

ケアマネジメントは、利用者が可能な限り居宅において、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する必要があります。

② 公平中立性の確保

サービス等が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行うことが求められます。また事業者を探す際は、利用者や関係者のおかれた状況を考慮しながら、目標達成に適した事業所を利用者や関係者と検討する必要があります。

③ 多職種との連携

利用者の自立支援・重度化防止を進めていくためには、多様な専門職が協働・連携してサービスを提供することが不可欠です。各分野の専門職の見解等を尊重しながら、総合的かつ効率的にチームケアが実践されるようにケアマネジメントを進めていきます。

④ 継続的な技能の向上

介護サービスを取り巻く環境は日々変わります。社会環境や価値観の変化、介護保険や社会保障等の制度改正、行政の新たな施策や地域資源等、以前に習得した知識や技術だけでは、利用者のニーズに十分対応できるとは言えません。研修をはじめ様々な機会を捉えた知識の習得に加え、専門職同士の（地域）交流を通じた情報収集等の自己研鑽が必要です。

（２）主任介護支援専門員

主任介護支援専門員は、事業所等の管理・運営だけでなく、自らもケアマネジメントを実践しながら、地域の他のケアマネジャーへスーパーバイズを行い、地域全体におけるケアマネジメントの質の向上に努めていく必要があります。

そのため、利用者又は関係者の問題や地域課題の把握、適切な指導等といった技術の向上に加え、地域ケア会議への参画や社会資源の開発、ネットワークの構築等の活動を行いながら、自らの資質を高めていくことが求められます。

９．川西町の取組み

川西町では、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、次のような取組みを実施しています。

（１）地域ケア会議

① 地域ケア個別会議

個別課題の解決・地域包括支援ネットワークの構築・地域課題の発見を目的とした地域ケア個別会議を定期的を開催しています。

事例の関係者が集まり、多職種（保健師、理学療法士、作業療法士等）からの助言を得ながら、課題解決に向けた話し合いを行います。

事例提供や会議への参加等、積極的にご活用ください。

② 自立支援型地域ケア会議

医療及び介護等の専門職が自立支援及び重度化防止に資する観点から検討する自立支援型地域ケア会議を随時開催しています。利用者のＱＯＬの向上を目指す自立支援型ケアマネジメントへの支援の検討を行い、質的向上等を図ります。

事例提供や会議への参加等、積極的にご活用ください。

③ 地域ケア推進会議

地域ケア個別会議を通じたさまざまな事例の検討の蓄積により、地域全体としての課題を明確化し、地域ケア推進会議（かわにしつながりネットワーク会議）において、課題解決に向けた施策又は政策の立案や提言を行います。

（２）ケアプラン点検

ケアマネジメントのプロセスを踏まえ、利用者の「尊厳の保持」「自立支援」「重度化防止」に資する適切なケアプランとなっているかを検証します。ケアマネジャーの気づきと質の向上を促すとともに、過剰・不適切なサービスを是正する「給付の適正化」を図ります。地域の実情や課題を共有し、地域全体のケアマネジメントの質の向上を目指します。

別紙①

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 ()			

課題整理総括表

利用者名 _____ 殿 _____ 作成日 _____ / _____ / _____

① 自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		② _____		③ _____		利用者及び家族の 生活に対する意向			
④ _____		⑤ _____		⑥ _____					
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3		改善/維持の可能性※4		見 通 し ※5	
移動		室内移動		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		生活全般の解決すべき課題 (二一スズ) 【案】 ※6	
		屋外移動		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
食事		食事内容		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
		食事摂取		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
		調理		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
排泄		排尿・排便		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
		排泄動作		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
口腔		口腔衛生		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
		口腔ケア		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
服薬				自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
入浴				自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
更衣				自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
掃除				自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
洗濯				自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
整理・物品の管理				自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
金銭管理				自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
買物				自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
コミュニケーション能力				自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
認知				支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
社会との関わり				支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
褥瘡・皮膚の問題				支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
行動・心理症状(BPSD)				支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
介護力(家族関係含む)				支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
居住環境				支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			

※1 本表は施設基準でありケアマネジメントツールではないため、必ずしも詳細な情報収集・分析を行うこと、なお「状況の事実」の名項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
※2 介護支援専門員が収集した支援的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をたししている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号（丸数字）を記入する（複数の番号を記入可）。
※4 年度の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、課題を解決するための活動計画と、それが提供されることによって見込まれる「課題の状況（目標）」を記載する。
※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「－」印を記入。