

鎌ヶ谷市自立支援・重度化防止に向けた
ケアマネジメントの基本方針

令和6年6月
鎌ヶ谷市 高齢者支援課

目次

1	基本方針策定の目的	1
2	介護保険法の基本理念	2
3	ケアマネジメントについて	3
	（1）ケアマネジメントの基本と定義	3
	（2）ケアマネジメントの種類	3
4	本市のケアマネジメントに関する基本方針	4
5	自立支援・重度化防止に向けて（※）	6
	（1）ケアマネジメントのプロセス	6
	（2）介護予防ケアマネジメントの種類と考え方	9
	（3）ケアマネジメントの課題	11
	（4）介護支援専門員及び主任介護支援専門員に求められること	11
	（5）サービス事業者等に求められること	13
	（6）利用者へのアプローチ	13
6	本市の取組（ケアマネジメントの質の向上に向けた支援）	15
	（1）サービスの質の向上を図る指導	15
	（2）ケアプラン点検	15
	（3）地域ケア会議	16
	（4）在宅医療・介護連携推進事業	16
7	基本方針の理解・普及に向けて	17
8	参照すべき主な基準、通知等	17
	興味・関心チェックシート	18
	ケアマネジメントの自己点検シート	19

ケアマネジメント¹の質向上を通じて、利用者等の自立支援・重度化防止を図るため、鎌ケ谷市自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの基本方針（以下「基本方針」という。）を定めます。

1 基本方針策定の目的

介護保険法の目的・理念には、要介護状態となっても、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支援を行うことが定められています。また、保険給付は、要介護状態の維持・改善に資するよう行われ、利用者本位による保健・医療・福祉サービスが、総合的かつ効率的に提供されなければならないものとされています。

本市では、鎌ケ谷市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画において、要介護者・要支援者・総合事業対象者（以下「利用者」という。）の自立支援・重度化防止を推進し、高齢者のＱＯＬ（生活の質）を向上させるため、「住み慣れた地域で生きがいをもち、安心して暮らせるまち かまがや」を基本目標として定め、これに基づく施策を推進しています。

この推進にあたっては、利用者及び家族を支える介護支援専門員や介護サービスを提供する事業者による、適切かつ質の高いケアマネジメントが重要です。

指定居宅介護支援事業及び介護予防支援事業の実施にあたっては、厚生労働省の各基準²に定められた「基本方針」や「基本取扱方針」や市条例³に基づいた運営をお願いしているところですが、改めて適切なケアマネジメントのあり方を本市と介護支援専門員双方で共有し、介護保険制度の基本理念である「自立支援」や「重度化防止」を実現できるよう、本基本方針を策定します。

¹ ケアマネジメント

個々の利用者の心身の状況や置かれている環境や希望などを十分把握分析したうえで、状態の悪化をできるだけ防止する視点に立って、介護保険サービスを含め、さまざまなサービス等を調整し総合的かつ効率的に提供するための仕組みのこと。

² 各基準

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）及び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（平成 18 年厚生労働省令第 37 号）

³ 市条例

鎌ケ谷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 10 月 10 日条例第 18 号）及び鎌ケ谷市指定介護予防支援事業者の指定の要件並びに指定介護予防支援等の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例（平成 27 年月 23 日条例第 13 号）

2 介護保険法の基本理念

介護保険法においては、「自立した生活への支援」を行うための理念として、次のことが示されています。

①尊厳の保持（介護保険法第1条）

利用者（要介護者・要支援者・総合事業対象者）の存在そのものに価値があることを認識して、身体的自立が困難である場合においては、その尊厳を支え、可能な限り「本人の主体性」を重んじ、本人自身の存在感を高めるような支援、又はそう感じられるような支援を行う。

②自己決定の支援（介護保険法2条）

利用者の選択に基づいてサービスが提供されることを踏まえ、本人が自己決定をできるよう支援を行う。

③要介護状態の軽減又は悪化の防止（介護保険法第2条）

介護保険は、現在の生活課題について対処するための単なるサービス提供システムではなく、要介護状態の軽減又は悪化の防止を踏まえたサービス利用等の支援を行う。

④医療との連携（介護保険法第2条）

身体面、精神面の健康維持や社会的な側面からのリハビリテーションを踏まえた支援は、QOL（生活の質）の向上を図るために重要であることから、サービス提供においては、かかりつけ医等、医療との連携を図る。

※介護保険法

（目的）

第1条 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。

（介護保険）

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、**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。

3 第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、**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。

4 第1項の保険給付の内容及び水準は、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。

3 ケアマネジメントについて

(1) ケアマネジメントの基本と定義

ケアマネジメントは、介護保険法の基本理念である「利用者の尊厳の保持」、「能力に応じた自立した生活」、「利用者本位のサービスの提供」の実現を図るために導入されたもので、介護保険制度の中核をなす機能です。

また、ケアマネジメントの定義は多様ですが、「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継続維持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」といえます。（厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部 相談支援の手引きより）

利用者が住み慣れた地域で最後まで自分らしい自立した生活を送るためには、利用者を支える多職種のチームによる連携や協働が重要であり、その中心となる介護支援専門員には、介護保険や行政等による公的な支援（フォーマルサービス）だけでなく、家族・友人・地域などの支援（インフォーマルサービス）を活用しながら、多様なサービスを一体的に提供できるよう、ケアマネジメントを推進していくことが求められます。

(2) ケアマネジメントの種類

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って実施する事業者が異なり、整理すると次のとおりとなります。

ケアマネジメントの種類	対象者	給付種別			実施機関
		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	×	○	○	地域包括支援センター ※ 指定介護予防支援事業所
介護予防ケアマネジメント	要支援1・2 事業対象者	×	×	○	地域包括支援センター ※

※ 地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への一部委託が可能

4 本市のケアマネジメントに関する基本方針

基本的には、要介護者も要支援者・総合事業対象者であっても、ケアマネジメントの基本は同じものです。

ケアマネジメント業務においては、介護支援専門員は次に掲げる事項を基本的な考えとして取り組み、本市はこれに対して各支援を行います。

(1) 利用者が可能な限り、住み慣れた地域、居宅で自立した日常生活を送れるように配慮します。

(2) 利用者や家族及びその人を取り巻く環境について、かかりつけの医師等の多職種からの専門的な助言、多方面からの情報を客観的に収集し、利用者の意向を的確に把握した上で、真に必要なサービス（インフォーマルサービスも含む）を位置づけます。

(3) 達成可能かつ利用者本人の意欲を引き出せる目標（※）とした上で、その目標をサービス提供者に共有し、目標の達成に役立つプログラムの実施を担保します。

※ 例えば、①かつて本人が生きがいや楽しみにしていたことで、今はできなくなったこと、②介護予防や悪化の防止に一定期間（6か月）取り組むことにより実現可能なこと、③その達成状況が具体的に評価できる目標 など。

※ 重い要介護状態であっても、日々の生活において適切なケアが実施され、QOL（生活の質）が向上していくようなケアプランになっているかなど。

(4) 生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、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な居場所に通い続けるなど「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチします。

(5) 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が特定の種類又は特定の事業者に不当に偏ることがないように、公正中立の視点に立って作成します。

(6) 介護支援専門員が把握した利用者の情報を、かかりつけ医等の関係者と共有した上で、より適切なプランに見直します。

(7) アセスメントに当たっては、利用者や介護者の状況だけでなく、家庭内の複合的な課題（※）についても把握するよう努めます。

※ 8050問題（高齢の親がひきこもり等の中年の子どもを養う）、ヤングケアラー（お手伝いを超えるような家事や介護等を行っている子ども）等の問題は、家庭内で隠されていることが多く、介護支援専門員がいち早く気づく可能性もある。

例えば、ヤングケアラーが介護や家事を担っていた場合、子どもにとって過度なケアや手伝いは、子どもの健康面や生活、今後の人生にまで悪影響を及ぼす可能性があるため、適切な介護サービスの提供による負担軽減等を考慮すること。また、複合的な課題に合わせ、関係する他の専門機関等とも連携して、適切に支援を行うよう努めること。

5 自立支援・重度化防止に向けて（※）

自立支援・重度化防止の推進にあたっては、まず利用者本人の自己決定の尊重が重要です。そのため、「本人の希望する生活」の意向をふまえて、それを阻害する要因（個人・環境）の抽出を含めたアセスメントに基づき、個人の意思を確認しながらケアプランを作成します。

その際、「利用者の意向・要望を全て受け入れることが、本人にとって最善のケアプランとは限らない」ということに、注意が必要です。特に実際の状態と乖離した意向がある場合には、その理由を解明し、本人の現状認識を深める働きかけを行いながら、意思決定を支援する必要があります。

中でも、自立において本人の意欲が重要な要因であることを考えると、自立に向けた意欲を喪失している場合は、本人の想いを引き出し、意欲を高める方法を一緒に検討することが必要です。

そして、自立は一度で成し得ることではなく、環境との継続的な相互作用を通じて可能になります。そのため、将来を見越したケアプランを作成するとともに、高齢者の自立を可能にする家族や地域にしていくための働きかけについても検討する必要があります。

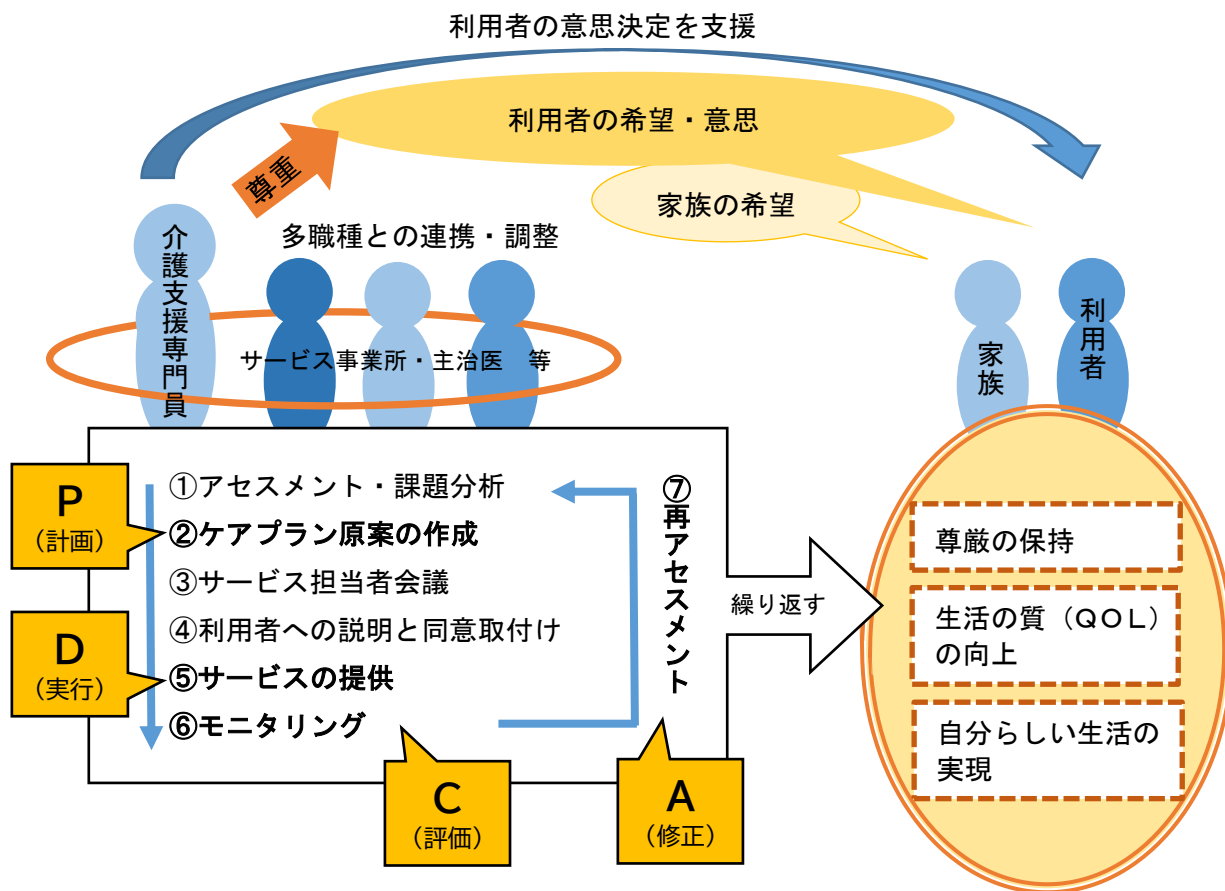
（※）平成30年10月9日 厚生労働省 介護保険最新情報V o 1 . 6 8 5 「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」を一部引用

（1）ケアマネジメントのプロセス

ケアマネジメントが目指すことは、「利用者の自立支援・重度化防止を推進し、QOL（生活の質）を向上させること」であり、その達成のためには、P l a n（計画）→D o（実行）→C h e c k（評価）→A c t i o n（修正）で構成されるP D C A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。

介護支援専門員は、その専門的知識や技術を使って利用者の意思決定を支援し、多様な職種と連携しながらケアマネジメントのP D C Aサイクルを円滑に回していく役割が求められています（次図参照）。

図：ケアマネジメントにおけるPDCAサイクルのイメージ



※ 簡略化された介護予防ケアプランは、一部省略される場合もあります。

①アセスメント・課題分析

アセスメントは、生活全般に関わる情報を、収集・分析し、利用者のニーズを明確にする過程です。

《ポイント》

利用者ニーズの明確化にあたり、専門職は、利用者の要望を丁寧にヒアリングするだけでなく、介護保険法の趣旨（自立支援や重度化防止、適正利用等）を説明しながら、利用者から、これまでの生き方や求めている生活、大切にしたいこと、充実感や満足度の高かった体験談・エピソード等を聞いたうえで、「自分らしい生活」の実現について意識してもらうよう努めましょう。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）」(p. 25) を活用することも考えられます。

また、得られた情報を活用しながら予後予測の見立てを行い、目標やサービスの優先順位等を検討しましょう。

②ケアプラン（居宅サービス計画）原案の作成

利用者の人権や主体性を尊重し、利用者等のニーズを踏まえながら、利用可能な社会資源を活用した居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）原案を作成します。

《ポイント》

利用者の人権や主体性を尊重しつつ、アセスメントから得た情報を専門職の視点で分析し、そのうえで利用者等と相談しながら、短期・長期の目標の連動性と達成の可能性のある具体的な目標設定（期間の考慮を含む）を行い、サービス導入による自立支援の可能性等を検討しましょう。利用者等にサービスへの強い要望がある場合であっても、サービス導入の根拠を明確にしつつ、専門職としてのプランニングを心がけましょう。

③サービス担当者会議

サービスに携わる担当者が協働・連携し、チームで利用者等を支援することを確認します。利用者等・サービス担当者からの意見をもとに、原案を修正し、総合的な援助方針を決定し、目標を共有化します。

《ポイント》

サービス担当者会議は、ケアマネジャーや事業者、利用者等が支援の方向性を確認し、共通の認識を持つ貴重な場です。顔の見える関係を作るとともに、話し合いを通じて、「チームで支える」という視点を持ちながら、利用者等と「自立支援・重度化防止」を意識した目標の理解を深めあうようにしましょう。

④利用者への説明と同意取付け（ケアプランの確定・交付）

作成したケアプランを利用者等へ説明のうえ同意を得て、その後、利用者等及び各事業者へ交付します。各事業者はサービスの個別援助計画を作成し、その内容とケアプランの目標の整合性を確認します。

《ポイント》

利用者等への説明にあたっては、利用者等を支えるチームが、同じ目標に向かって共に取り組む姿勢にあることを感じてもらえるようにしましょう（①から続く重層的な説明）。

⑤サービスの提供

計画に基づいて作成された個別のプログラムを提供します。利用者の心身の状況や実施内容等を記録し、チームで共有のうえ、次回のサービスに活かせるようにします。

《ポイント》

サービスの提供においては、自立支援・重度化防止に向けて、「自分でできること」を大切に、適正な介護量を見定めながら支援しましょう。また、利用者等の支援に関わるチームの全員が、計画に定めた（自分らしい生活に向けた）目標を理解し、サービスの提供を通じて得た情報を共有しながら、利用者へ動機づけを行うことが重要です。

⑥モニタリング、⑦再アセスメント

サービスの利用開始時は、利用者等のサービスへの適応状況等を把握し、サービスの継続時は事前に設定した目標の達成度や効果の検証が必要です。必要に応じて再アセスメント（①アセスメント、課題分析に戻る）を行い、モニタリングを繰り返しながらケアプランを評価し、適切なサービス計画へ見直します。

《ポイント》

状態や環境の変化（気づき）を多職種間で共有するなど、チーム全員がモニタリングに関わることで、きめ細かなケアマネジメントにつながります。利用者等へのフィードバックを含めたモニタリングを通じて、利用者等の目標への理解、信頼関係の醸成、チームの関係強化を図りましょう。

（2）介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントは、要支援認定者及び事業対象者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、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、本人の希望する生活やサービス等を踏まえて、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、次のような類型を利用者の状況に応じて実施します。

- ① 介護予防支援（従来どおりの原則的な介護予防ケアマネジメント）
- ② ケアマネジメントA（介護予防支援同様、原則的なプロセスによるケアマネジメント）
- ③ ケアマネジメントB（サービス担当者会議やモニタリングを省略したケアマネジメント）
- ④ ケアマネジメントC（サービス利用開始時のみ行うケアマネジメント）

利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて実施します。

①と②については、従来の介護予防支援と同様に業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託可能とします。※地域包括支援センターとの委託契約の締結が必要です。

留意事項

ア 介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じる必要があります。

イ 介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものです。総合事業のサービス利用者についても地域ケア会議の検討ケースとして選定し、多職種連携による介護予防ケアマネジメント支援も積極的に進めてください。

ウ 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センター等に加え、利用者本人・家族、サービス事業者、地域で活動する住民主体の支援者も含めて、関わる者全てが介護予防の考えを共有する必要があります。

図：介護予防ケアマネジメントの類型

	介護予防支援 (現行プラン)	①ケアマネジメント A(原則的プラン)	②ケアマネジメント B(簡略化プラン)	③ケアマネジメント C(初回のみプラン)
対象サービス	予防給付+総合事業	総合事業のみ	総合事業のみ	総合事業のみ
サービス類型	介護予防サービスに 総合事業を組み合わ せて使う場合	・訪問型サービス ・通所型サービス	・生活支援サービス ・通所型 A ・通所型 C	一般介護予防事業や 地域の活動
			現在サービスなし 訪問型 C	現在サービスなし 訪問型 B
計画作成の 流れ	アセスメント	アセスメント	アセスメント	初回のみ
	担当者会議	担当者会議	担当者会議省略可	目標設定までは行う が、モニタリング、評 価は行わない(セルフ プラン)
	モニタリング (3か月ごとに居宅訪問) (その他の月は電話等)	モニタリング (3か月ごとに居宅訪問) (その他の月は電話等)	モニタリング (6か月ごとに訪問、 通所型 C については 利用期間中、適宜)	
	評価(計画期間の中 間、終了時)	評価(計画期間の中 間、終了時)	評価(計画期間終了 時)	
作成者	地域包括支援センター			
居宅介護支援 事業所への一 部委託	○	○	○	×

(3) ケアマネジメントの課題

よくあるケアマネジメントの課題として、次のような事項が挙げられます。

- 本人の心身状態の改善・維持・悪化防止等の自立支援を目的としたケアプランではなく、単に利用者や家族の希望、サービス事業者からの要請に基づいたものとなっている傾向が見受けられる。
- アセスメントの過程において、利用者の心身状態の把握や生活感、価値観、人生観等を含めた全体像のアセスメント及び医師や看護師などの専門職による視点からの観察情報、利用者の生活歴や家族状況（介護力や家族背景等）など、その人を取り巻く環境全般について情報収集がなされて行われるべきであるが、不十分な傾向が見受けられる。
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、地域包括ケアシステム（医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援）の構築を進めていく中で、これからのケアマネジメントは、介護サービスだけでなく、地域の支え合いや民間サービスも含めた地域資源を視野に入れて行うことがさらに必要になるが、関係機関との連携や多職種連携の不足、地域資源の活用不足、及び地域のネットワーク化が十分できていない傾向が見受けられる。

(4) 介護支援専門員及び主任介護支援専門員に求められること

①介護支援専門員

前記のケアマネジメントのプロセスを推進していくうえで、主に「自立した日常生活への配慮」「公正中立」「多職種の連携」「継続的な技能の向上」が重要です。

■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。また、機能回復訓練などの高齢者本人のみへのアプローチだけでなく、社会参加や地域との関わりなど、インフォーマルな社会資源の活用を意識する必要があります。

本人自身が自分でできることは自分で行う「自助」の視点を持ってもらうように配慮することも重要です。

■公正中立

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、事業者を選定する際には、利用者等の置かれた状況を考慮しながら、目標達成に適した事業所を

利用者等と検討する必要があります。

■多職種の連携とストレンクス視点⁴

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る必要があります。

ア 介護・医療等の専門職間の連携を中心としつつも、地域の民生委員やボランティア実践者、自治会・町内会等の近隣地域住民等のインフォーマルな支援者等との関係構築に努めること。

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について共有すること。

ウ 利用者は「サービスの受け手」としてだけでなく、地域生活の主体者として「支え合い」の一員であるという認識をもち、利用者の持っている「強み」に着目したケアマネジメントを行うこと。

■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、市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を心がける必要があります。

②主任介護支援専門員

介護保険法の改正に伴い、居宅介護支援事業所の管理者は主任介護支援専門員であることが必須となりました。ただし、令和3年3月31日時点で、管理者が主任介護支援専門員でない事業所について、その方が管理者である場合に限り、管理者を主任介護支援専門員とする要件の経過措置期間が令和9年3月31日まで延長となります。

主任介護支援専門員は、事業所の管理・運営だけでなく、自らもケアマネジメント

⁴ ストレンクス視点

対人援助における持つべき視点の1つ。利用者の持っている潜在意識・潜在能力に焦点を当て、それを適切に引き出し発揮できるように援助を行うこと。

を実践しながら、地域の他の介護支援専門員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、利用者等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、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。

また、包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備における地域包括支援センターとの協働も求められています。地域包括支援センターの主任介護支援専門員等と連携を図りながら、地域包括ケアシステム構築に向けた取組を実施する必要があります。

■特定事業所加算について

居宅介護支援事業所における特定事業所加算は、自事業所での専門性の高い人材の確保や、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応、医療・介護連携への積極的な取組等を総合的に実施することにより質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資することを目的としています。高齢者の自立支援、重度化防止等につながるため、積極的な取得が望まれます。

※ 地域包括支援センターから支援困難ケースを居宅介護支援事業所に委託する際は、支援困難ケース依頼票を渡します。

(5) サービス事業者等に求められること

サービス担当者会議で合議を得たケアプランに基づき、サービスの個別援助計画を作成します。個別援助計画は、生活課題の解決方法、ケアプランとの連動、医療機関の連携等を考えながら、利用者が理想とする生活像にアプローチできるように目標を設定します。

《ポイント》

サービス事業者は、利用者に関わるが多いため、体調や環境の変化等があれば、介護支援専門員等へ適宜報告・連絡することが必要です。

また、達成度を図ることができる目標の設定が大切です。またサービス内容が、その目標の達成に向けて適切な内容となっているかケースカンファレンス等にて確認しましょう。達成が見込まれる状況の場合は、次なる（自分らしい生活に向けた）目標を、利用者等・介護支援専門員・事業者のチームで検討しましょう。

(6) 利用者へのアプローチ

自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントを達成していくためには、利用者の理解や協力が不可欠です。理解や協力にあたり、前述「5（1）ケアマネジメントのプロセ

ス（p.6～p.9参照）」に触れている各段階に応じて適切に対応することが必要です。

特に、利用者にとっての初めて相談・利用時の説明は極めて重要です。この時に利用者等が理解した内容を介護保険制度の理解そのもの（考え方の基本）になる傾向があります。そのため、全ての事業者がこの基本方針の趣旨を理解し、利用者に対応することが求められます。また、相談や提案に際しては、利用者への真摯な姿勢を示しながら、信頼関係を築いていくことも重要です。

《ポイント》

利用者に制度の趣旨やケアマネジメントの理解を図る時は、例えば「ヘルパーさんに買物や調理、掃除をお願いしたい」「友達の行っているデイサービスに通いたい」といった、利用者等の直接的な要望をケアプランに採用する場合、利用者の目標や自分らしい生活の実現にそぐわない恐れがあります。

「こんな暮らし（生活）をしたい。そのために、必要なサービスを使って、このように改善できれば、自分の望む暮らしの実現に近づく」といった、自立支援・重度化防止に向けたストーリーを描けるような話し合いを心がけましょう。

6 本市の取組（ケアマネジメントの質の向上に向けた支援）

本市では、自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントを推進するため、次のような取組を推進します。

（1）サービスの質の向上を図る指導

利用者の自立支援と尊厳の保持を念頭に、介護サービス事業者の育成と支援を基本とし、サービスの質の確保や向上、介護給付の適正化を図ることを目的とした指導として、「集団指導」と「実地指導」を行います。

①集団指導

介護保険事業者が適切なサービスを提供するために遵守すべき運営基準や報酬請求に関する事項、留意点等を伝達します。

②実地指導

指定期間内に1回以上、事前に提出された自己点検シートを基に書類確認とヒアリングによる運営指導と報酬請求指導を行います。

（2）ケアプラン点検

介護支援専門員が作成したケアプランが、ケアマネジメントのプロセスを踏まえた「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確認を行います。その目的には、点検を通じて介護支援専門員の「気づき」を促し、マネジメント力の向上に資することも含まれます。

日常のケアプラン点検で確認する主なポイントは、以下のとおりです。また、日常のケアマネジメントについて振り返るツールとして、「ケアマネジメントの自己点検シート（別紙2）」（p.26～27）を活用してください。

- ① 居宅サービス計画書第1表から第3表では、課題分析（アセスメント）の結果を踏まえ、利用者と家族及び介護支援専門員が共同で作成されているか。
- ② 第4表（サービス担当者介護の要点）では、ケアマネジメントの進行に合わせてケアチーム全体の意思を確認・共有しているか。
- ③ 第5表（居宅介護支援経過）は、介護支援専門員がその時々判断を行うために根拠になる情報を、責任をもって記載しているか。
- ④ モニタリングでは、現在利用しているサービスの利用状況（頻度やその内容）、目標の達成度や満足度を確認することで、適切なサービス利用ができていないかの評価の実施、必要に応じてケアプランの変更を行っているか。

(3) 地域ケア会議

地域ケア会議は、介護保険法第115条の48で定義されており、市または地域包括支援センターが運営する「行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議」のことを言います。

本市では、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から利用者にとって適切なサービスに繋げていくため、下記により地域ケア会議を開催しています。

① 訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプラン会議

訪問介護における生活援助中心型サービスの利用回数が、厚生労働大臣が定める回数以上のケアプランについては、市への届出が義務付けられた（平成30年10月1日施行）ことに伴い、届出のあったケアプランについて、市と地域包括支援センター、介護支援専門員、ヘルパー、サービス事業所などの多職種が参加して検証を行い、必要に応じてケアプランの内容の是正を促します。

② 自立支援型地域ケア会議

自立支援に資するケアマネジメントを推進するため、新たに自立支援に向けたケアマネジメントの検討・助言を行う「自立支援型地域ケア会議」の機能を追加します。

※現時点では未実施であり、今後の実施について検討します。

(4) 在宅医療・介護連携推進事業

在宅で療養と介護が必要な方に、より良い支援を提供するため、医療・介護関係者の情報共有の場や研修等を行っています。

7 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はもとより、事業者及び利用者等へ幅広く周知し、理解を図ることが重要です。そのため、市内の全介護サービス事業者をはじめ、関係する団体、利用者等（地域住民等を含む）への普及・啓発を図るため、研修や広報活動等を継続的に行います。

8 参照すべき主な基準、通知等

- 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）
- 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について（平成11年7月29日老企第22号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）
- 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）
- 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について（平成12年3月8日老企第41号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）
- 介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（平成27年3月31日厚生労働省告示第196号）
- 介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について（平成27年6月5日老振発0605第1号）

興味・関心チェックシート

氏名：_____ 年齢：_____歳 性別(男・女) 記入日：____年____月____日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。

どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。

リスト以外の生活行為に思い当たるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

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・ゲーム			
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			

ケアマネジメントの自己点検シート

介護支援専門員氏名		実施日	
-----------	--	-----	--

自身のケアマネジメントを振り返り、様々な気づきを得ましょう。

- A : できている
 B : 概ね (8~9割程度) できている
 C : あまりできていない (5~7割程度できている)
 D : できていない (5割未満)

確認事項		チェック	
初期相談 (インテーク)	1	利用者本人・家族と信頼関係を築けるよう、面接技術（バイステックの原則等）を意識して相談を受けている。	
	2	介護保険制度の目的や仕組み、介護支援専門員の役割やサービス利用までのプロセスについて、パンフレット等を用いて分かりやすく丁寧に説明している。	
	3	介護保険サービスの利用について、利用者本人と家族の意向を確認している。 (本人が、介護保険の利用に乗り気ではない場合など)	
	4	介護保険制度によるケアマネジメントの対象になるかどうか、介護保険被保険者証等より資格の有無、要介護認定の有無・有効期間、給付制限の記載の有無などを確認して判断している。	
課題分析 (アセスメント)	5	介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによるアセスメントの防止のため課題分析標準項目(23項目)に沿った情報の把握・整理ができている。	
	6	アセスメントから得た情報を基にニーズ（解決すべき生活課題）を把握している。 (サービス利用ありきでニーズを捉えていない)	
	7	疾患が及ぼすリスクや将来の予測・悪化防止の方策を理解している。 (心疾患や脳血管疾患、骨折、認知症等)	
	8	利用者本人に内在する能力や自信、本人の助けとなる周囲の環境(人や制度など)のストレングスを把握している。	
	9	利用者本人・家族の地域との関わりを把握している。 (社会的役割や貢献、環境に与えている本人の強みなど)	
	10	利用者本人にとっての自立した生活について、多職種の意見を踏まえながら、専門職としての捉えを根拠を持って説明できる。	
居宅サービス計画 (ケアプラン) の作成	11	利用者本人の人格や主体性を尊重して、本人や家族が取り組むことが意識できるように、具体的な表現で記載している。	
	12	「短期目標」は長期目標を達成するための具体的かつ段階的な目標となっている。	
	13	目標を実現するために有効なインフォーマル社会資源について把握している。 (生活支援コーディネーター等とも連携している。)	
	14	目標を達成するため、適切なサービス種別や内容を調整している。 (自立支援に不必要なサービスを位置付けていない。)	
	15	個々のサービス提供事業所の特徴や算定している加算等を把握し、ケアプランに位置付けた理由を説明できる。	

確認事項		チェック	
サービス担当者会議	16	会議の開催日時や場所、所要時間について、集まりやすく話しやすい時間帯や場所等を調整し、FAXやメールなど、記録として残る形で案内している。	
	17	会議へは、ケアプラン原案に位置付けられたサービスの担当者の参加はもちろんのこと、インフォーマルサポートの関係者の参加も調整している。	
	18	会議では、利用者・家族が理解しやすいよう、説明方法（言葉づかいや資料提供等）に工夫をしている。	
	19	利用者本人・家族が発言しやすいように環境（座位置や時間帯）を整えたり、進行の技術（傾聴等）を向上させている。	
	20	ケアの方向性について共通認識を持てるよう、アセスメント結果や課題に対する具体的なケア内容について参加者全員で共有している。	
	21	サービス担当者会議の未開催の理由や、調整していたサービス担当者が会議に参加できなかった理由を記録している。	
モニタリング 支援経過記録	22	ケアプランを利用者やサービス担当者・主治医等へ提供する際は、支援経過記録等へ、5W1Hの要素を踏まえて記録している。	
	23	モニタリングの際は、利用者への面接だけでなく、生活の現場である周辺環境（住環境や家族・近隣との関係等）の状態も確認し記録している。	
	24	サービスの利用状況について確認した際は、サービスの利用回数等だけでなく、利用時の様子や変化（改善・維持・悪化）について、ケアに関わる専門職から意見を聞いている。	
	25	必要時に主治医から意見を聞いて記録している。	
	26	短期目標ごとに以下の視点で評価し、記録している。 ①利用者・家族の満足度 ②目標の達成度 ③サービスの利用状況・調整内容 ④新たな課題 ⑤計画変更の必要性	