

大鰐町におけるケアマネジメントに関する基本方針

令和4年3月 大鰐町保健福祉課

1. 策定の趣旨

大鰐町では、高齢者の自立支援、重度化防止や生活の質（QOL）の向上に資することを目的として、ケアマネジメントのあり方を保険者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。）で共有するとともに、ケアマネジメントの質を向上させることにより、より良い介護保険制度の運営を図るため、下記のとおり基本方針を定める。

2. 介護保険法の基本理念

介護保険制度の基本理念は、「尊厳の保持」と「自立支援」である。（介護保険法第1条）
また、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なければならないと定められており（同法第2条第2項）、被保険者の選択に基づき行われ（同法第2条第3項）、要支援者・要介護者の自立支援（同法第2条第4項）という理念に沿って検討を行う必要がある。

○介護保険法第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。

○介護保険法第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 第一項の保険給付は、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又は福祉サービスが、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行われなければならない。

4 第一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関する基本方針

(1) 居宅介護支援について

本町では、「大鰐町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等を定める条例」(平成30年大鰐町条例第2号)の第3条(基本方針)、第14条(基本取扱方針)、第15条(具体的取扱方針)に基づき居宅介護支援に関する基本方針を以下のとおり定めている。

- (1) 利用者が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) 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) 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) 事業の運営に当たっては、町、保険者である市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めなければならない。
- (5) 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われなければならない。
- (6) 自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。
- (7) その他、具体的取扱方針は「大鰐町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等を定める条例」の第15条を踏まえて行う。

(2) 介護予防支援について

本町では、「大鰐町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等を定める条例」(平成26年大鰐町条例第29号)の第2条(基本方針)、第30条(基本取扱方針)、第31条(具体的取扱方針)に基づき介護予防支援に関する基本方針を以下のとおり定めている。

- (1) 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) 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) 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介護予防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) 事業の運営に当たっては、町、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、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) 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われなければならない。
- (6) 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なければならない。
- (7) 自らその提供する指定介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。
- (8) その他、具体的取扱方針は「大鰐町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」の第31条を踏まえて行う。

4. ケアマネジメントの類型

ケアマネジメントは、次のとおり、認定区分等や利用するサービスによって実施する機関が異なる。

ケアマネジメント 種別	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	×	○	併用	地域包括支援センター
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

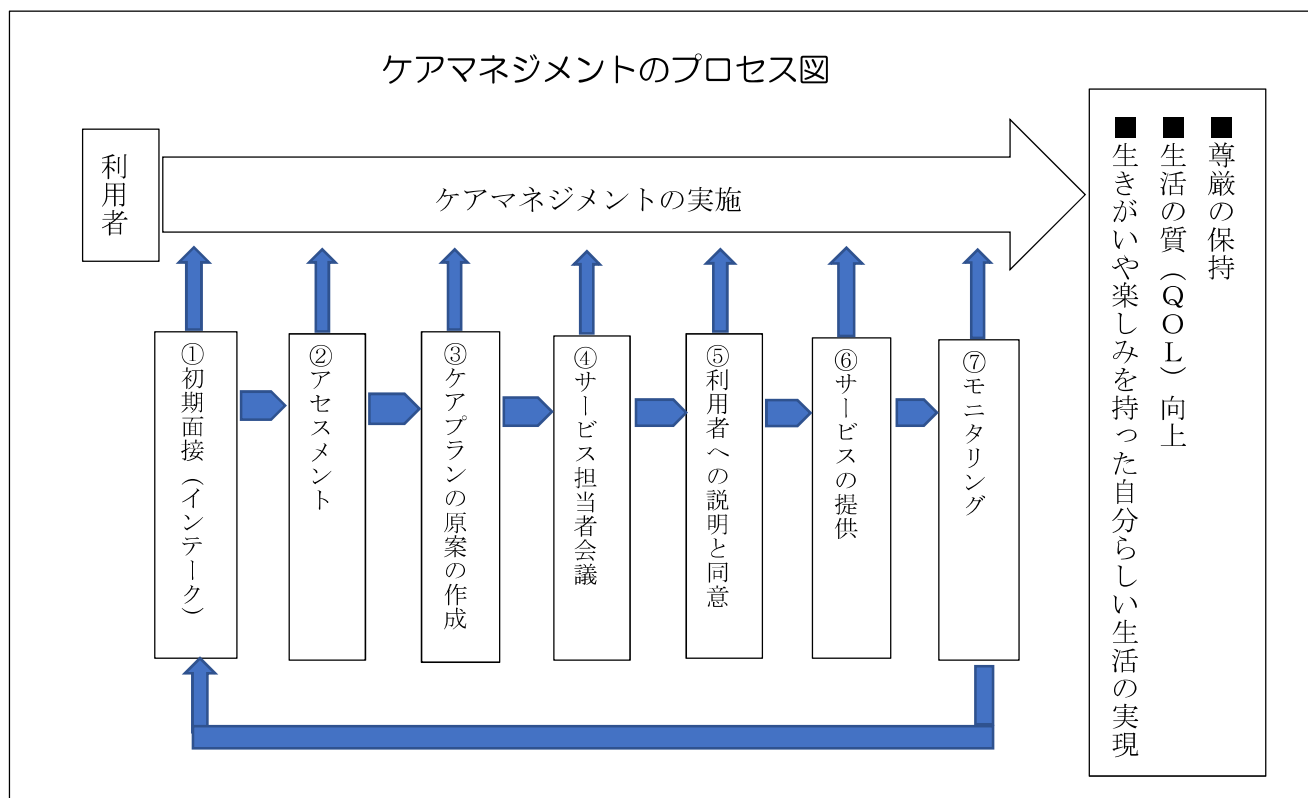
また、介護予防ケアマネジメントについては、国が示す類型に基づき、本町では、ケアマネジメントAとケアマネジメントBを実施している。

	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)	ケアマネジメントB (簡略化した介護予防ケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメント)
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	×
サービス担当者会議	○	△	×
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	(○) (ケアマネジメント結果)
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○	△	×

(○：実施 △：必要に応じて実施 ×：不要)

5. ケアマネジメント実施の手順

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段階で構成されるPDCAサイクルを多職種に渡るチームで繰り返していき、改善させていくことが重要である。



①初期面接（インテーク）

介護支援専門員と利用者・家族との出会いの場である。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になるため、まずは信頼関係を構築することが大切である。また、様々な可能性を頭に入れ、状況を正しく推察することが、その後のケアマネジメントを展開するうえで重要となる。

②アセスメント

アセスメントは、生活全般にかかわる情報を収集・分析し、利用者のニーズを明確にする過程である。

利用者ニーズの明確化にあたり、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等）を説明し、利用者が困っていることだけに目を向けるのではなく、なぜそうなったのかといった背景・環境や、そうなったことを利用者がどのように捉えているのかといった心情面についても理解するように努める。

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」や、利用者の心身状況や生活状況を把握するためのツールとして「基本チェックリスト」、情報の整理・分析を通じ課題を導き出した過程を表現するためのツールとして「課題整理総括表」を活用することも考えられる。

③ケアプラン原案の作成

ケアプランは、自立支援・重度化防止の視点で作成することが重要であり、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及びそれに対応する目標と具体策を提案・確認する。

利用者自身ができることまでサービス設定していないか、サービスありきのケアプランになっていないか、介護予防の視点で計画されているか、具体的な目標設定の上サービス導入による自立支援の可能性等を検討しているか、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ているかについて意識し作成する。

④サービス担当者会議

サービス担当者会議では、利用者や家族、サービス事業者等が支援の方向性を確認し、サービス内容や目標等について合意形成を図る貴重な場である。

会議での意見を基に原案を修正し、総合的な援助方針を決定し、目標を共有化する。

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等へ説明のうえ同意を得る。説明の際、作成したケアプランは、介護保険の理念である「自立支援・重度化防止」を目指したものであるということを理解してもらい、主体的に取り組めるよう丁寧に説明し、同意を得るものとする。

同意後は、利用者等及び各事業者へ交付する。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する。

⑥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する。

サービス事業者は、利用者の変化に早期に気づくことが可能であるため、サービス事業者との連携強化により情報共有に努める。

サービス提供においては、自立支援・重度化防止に向けて「自分でできること」を大切にして、適正なサービス量を見定めながら支援する。

⑦モニタリング

サービス利用開始時は、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ある。必要に応じて再アセスメントを行い、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をする。

6. 大鰐町の取組み

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る。

■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、利用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とを同時に進めていく地域包括ケアシステムの実現に向けた手法である。医療、介護等の多職種が協働して、個別課題の解決を図るとともに、利用者の自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントに向けた見直しが期待できる。

■ケアプラン点検

ケアプラン点検は、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、介護支援専門員とともに検証確認を行うものである。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繋げる。

■在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護関係機関の情報共有や研修等を実施している。