

見附市介護予防ケアマネジメントに関する基本方針
～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5年4月
見附市健康福祉課

ケアマネジメントの質の向上を通じて、利用者等の「自立支援」と「重度化防止」を図るため、「見附市介護予防ケアマネジメントに関する基本方針～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～」を定めます。

1 基本方針作成の目的

本基本方針を介護支援専門員及び地域包括支援センター職員とで共有するとともに、適切かつ質の高いケアマネジメントを実践することで、高齢者の「自立支援」や「重度化防止」等が実現できることを目指します。

2 介護保険法における理念

介護保険制度の基本理念は、「尊厳の保持」と「自立支援」です。（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という理念に沿って検討を行う必要があります。

※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 見附市のケアマネジメント基本方針

ケアマネジメントは、利用者本人に適切なサービスを提供するための中核的な役割を担っています。

今後の一層の高齢化の進展を見据え、「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」を柱として、以下の考え方を基本方針とします。また見附市と介護支援専門員等が共有し、自立支援・要介護状態の重度化防止への推進及びケアマネジメントの質の向上に努めていくこととします。

① 自立支援・要介護状態の重度化防止（介護保険法第2条第2項）

利用者が可能な限り、その居宅において、その尊厳を保持し、またその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう配慮します。

自立支援・重度化防止の推進において、本人の自己決定を尊重することが最も重要になります。そのため、「本人はどのような生活を望んでいるか」といった意向をふまえて、「それを阻害している個人要因や環境要因は何なのか」といったアセスメントに基づき、本人の意思を確認しながら、ケアプランを作成します。

② 利用者の選択に基づく多様なサービスの提供（介護保険法第2条第3項）

利用者の心身の状況、その置かれている環境・立場に応じて可能な限り、その利用者自身のサービスの選択を尊重し、介護保険サービス及び介護保険以外の保健医療及び福祉サービス等に加え、地域住民による見守り・自発的活動による生活支援等が、多様な事業者等から、総合的かつ一体的に提供されるよう配慮します。その際、利用者の要求のままにサービスを計画に位置付けるのではなく、利用者の課題分析の結果を踏まえ適切なサービス量が効率的に提供されるよう配慮します。

③ 利用者を尊重し、利用者の立場に立った公正中立なサービス（介護保険法第1条）

利用者が要介護状態等となった場合においても、その人格及び立場を尊重するとともに、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ることのないよう、公正中立にケアマネジメントを行います。

④ ケアマネジメントに携わる関係者との連携（介護保険法第2条第2項）

自立は一度で為し得ることではなく、環境との継続的な相互作用を通して可能になります。そのため、将来を見越してケアプランを作成するとともに、本人の自立を可能にするための、家族や地域への働きかけについても検討する必要があります。

見附市、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、医療機関等の専門多職種との連携及び課題等の共有に努め、また、介護保険サービス以外の保健医療及び福祉サービス等に加え、生活支援サービス等地域の多様な社会資源を活用します。

※自立支援に向けて、利用者が真に必要なとする過不足のないサービスを提供することが重要であり、必ずしも給付費の抑制を図るものではありません。介護サービスなどを通じて、自立支援・重度化防止・改善をする方が増えれば、結果として費用の適正化につなが

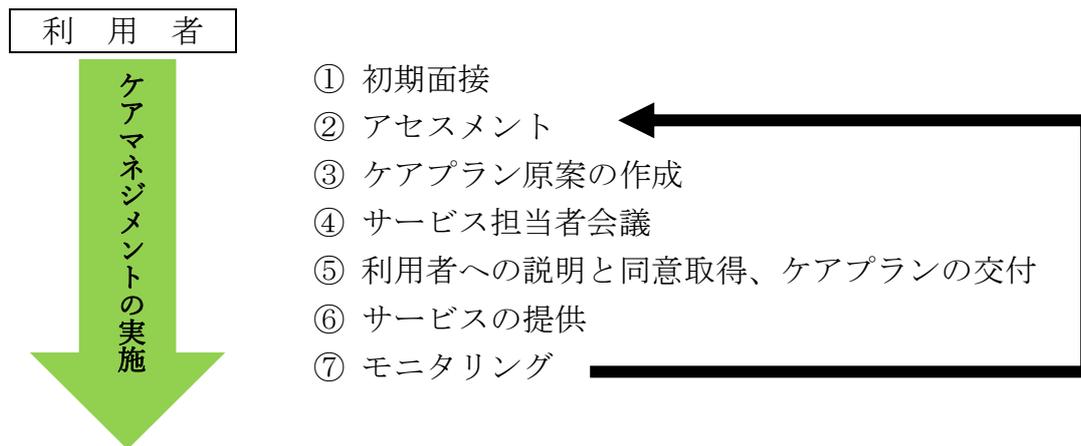
るものと考えています。

4 ケアマネジメントのプロセス

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(PPLAN)、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渡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。

(①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。(別紙))

※ケアマネジメントのプロセス図



- ◆ 尊厳の保持
- ◆ 生活の質 (QOL) の向上
- ◆ 生きがいや楽しみを持った自分らしい暮らしの実現

5 ケアマネジメントの類型と考え方

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所が異なり、次のようになります。

ケアマネジメントの種別	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 (小規模多機能居宅介護を除く)
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

「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、本人の希望する生活やサービス等を踏まえて、従来からの介護予防支援のマネジメントのプロセスに沿って実施されるものとなります。

① 居宅介護支援におけるケアマネジメント

要介護状態に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、利用者の選択に基づき、総合的かつ効率的にサービスが提供されるよう配慮して行います。また、要介護状態の悪化防止に資するように、医療サービスとの連携に十分配慮して行います。

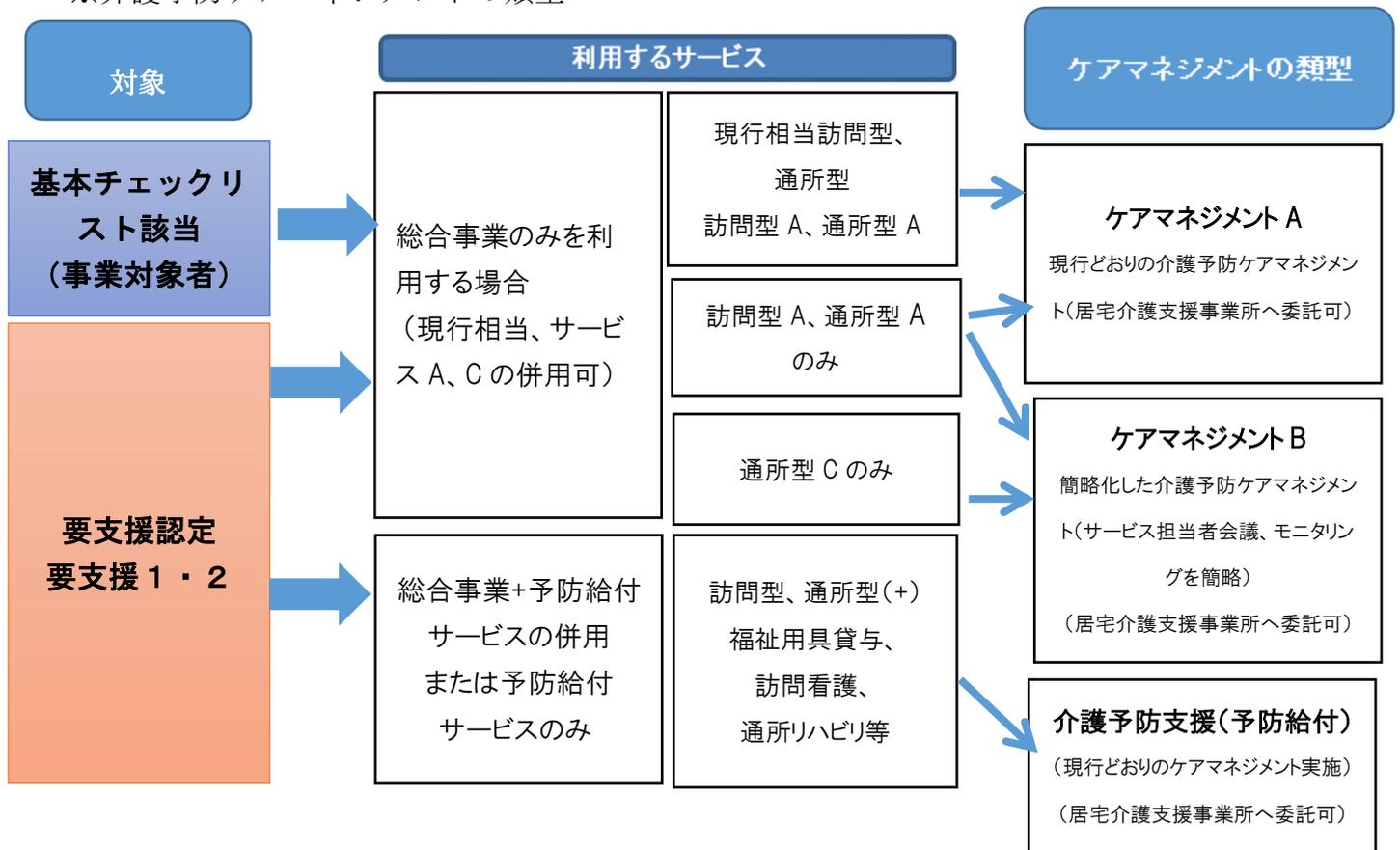
② 介護予防支援におけるケアマネジメント

①、③と同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定します。モニタリングについては少なくとも1か月ごとに行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておきます。

③ 総合事業におけるケアマネジメント（介護予防ケアマネジメント）

プロセスに関しては、①、②と同様となりますが、様式（介護予防サービス・支援計画書）については簡略化することができます。

※介護予防ケアマネジメントの類型



6 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

「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はなく、社会参加や地域との関わりなど、インフォーマルな資源についても検討を行う必要があります。

■ 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。また事業所を選定する際には、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る必要があります。

■ 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、以前に取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取得に加え、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条件となりました。

主任介護支援専門員は、事業所の管理・運営だけではなく（管理者でない場合でも、求められる役割となります）、自らもケアマネジメントを実践しながら、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り組みを実施する必要があります。

7 見附市の取組

① 研修

「6 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 ■ 継続的な技能の向上」に記載した、職能団体と連携した専門的な研修を全事業所向けに随時

実施し、専門性の向上に向けて支援します。

② ケアプラン点検

介護保険制度の目的である「自立支援」を実現するために、介護給付費用適正化専門員によるケアプラン点検を計画的に実施し、自立支援の観点からケアプランを点検するとともに適正なプラン作成ができるよう指導・助言を行っています。

③ 地域ケア会議

見附市で実施の地域ケア会議は、自立支援型地域ケア会議であり、「介護予防のため地域ケア個別会議」に位置付けています。

要支援認定者等の事例に関して、多職種（薬剤師、保健師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士等）の専門的な視点に基づく助言を通じ、生活課題の解決や自立支援の促進と QOL の向上を図ります。

また、自立に資するケアマネジメントの視点やサービス等の提供に関する知識・技術を会議の参加者に習得していただくことも目的となります。このような地域ケア会議で検討する事例を積み重ねることにより、地域に不足する資源といった行政課題の発見・解決策の検討につなげていきます。

8 関係法令・参考文書等

- ・介護保険法
- ・介護保険最新情報 vol.685「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」

（厚生労働省 平成 30 年 10 月 9 日）

- ・主任介護支援専門員研修ガイドライン

（厚生労働省 平成 28 年 11 月）