

開成町 ケアマネジメントに関する基本方針について

令和2年8月 開成町福祉介護課作成

令和4年7月改訂

策定の趣旨

我が国の高齢化率は令和元年度には28.4%に達し、超高齢社会を迎えています。開成町の高齢化率も令和2年には24.7%に達し、令和元年には後期高齢者割合が前期高齢者割合を上回っています。今後、介護が必要な状態となる町民が増加していくことが予測されます。

こうした中で、高齢者の尊厳を保持し、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じて自立した生活を営むことができるよう、町では「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」を策定し、施策を実施しています。

また、平成30年度には保険者機能強化の観点から居宅介護支援事業の指定権限が市町村へ委譲されており、令和2年度には尊厳の保持と自立支援を目指し、「開成町ケアマネジメントに関する基本方針」を策定しました。

今後も町、介護支援専門員及び地域包括支援センター職員がケアマネジメントのあり方を共有し、ケアマネジメントの質の向上に取り組んでいくため、このたび「開成町ケアマネジメントに関する基本方針」を改訂しました。介護支援専門員の皆様においては内容をご確認いただき、質の高いケアマネジメントの提供に努めていただくようお願いします。

目次

1. 法の理念の遵守
2. 介護支援専門員
3. ケアマネジメント
4. 基本方針・具体的取扱い方針
5. 介護予防ケアマネジメントの類型
6. ケアプラン点検
7. 多職種連携の視点
8. ケアマネジメントツール等
9. 特定事業所加算取得の重要性

1. 法の理念の遵守

介護保険制度は「**尊厳の保持**」と「**自立支援**」を基本理念としており、そのことに十分配慮されたケアマネジメントが実施されることが必要です。

尊厳の保持及び自立支援はともに「身体的」「精神的」「社会的・経済的」など複数の側面から捉えることができます。

○身体的側面

身体的な尊厳の保持のためには、病気や怪我、身体拘束などのことから身が守られ、安全が確立されることが必要です。能力を発揮できなくなったり、過剰なケアをするなどして、機能低下を招くことも身体的な尊厳を損なうことに繋がります。

身体的側面での自立は生活機能の自立とも捉えられ、ADL、IADLを維持、向上できるような支援が必要とされます。

○精神的側面

暴言や侮辱するような言動、無視や放置によって、怒りや悲しみ、不安を感じさせることは、精神的な尊厳を損ないます。

また、精神的側面からみた自立とは、自らの責任で物事を選択・決定し、行動できることと捉えられます。本人の意思を十分に確認せずにケアの方針を決定することは、精神的な自立を妨げ、尊厳を傷つけることに繋がります。病状などの理由によって本人自ら意思表示することが困難な場合であっても、本人をよく知る家族等からの聞き取りにより、できるだけ本人の意向に沿った決定ができるような支援が必要です。

その人が自分らしく安心して過ごせる環境を整えるとともに、適切な情報提供などにより、自己決定を支援することが重要であると言えます。

○社会的・経済的側面

社会的側面では、基本的人権をはじめ選挙権や言論の自由などの社会的な権利を保護するとともに、社会参加を継続し、介護が必要になってもできる範囲で社会とのつながりを保てるような支援が必要です。本人が今まで参加していた場や交友関係をできるだけ維持する視点が求められます。

経済的側面では、収支が適切に管理されることによって経済的な損失を防ぎ、本人の財産が守られることが必要です。詐欺被害だけでなく、非効率なケアや効果のないケアを続けることは、経済的な損失を負わせ、経済的自立を損ねることに繋がる可能性があるためと認識する必要があります。

自立支援・重度化防止の観点、高齢者の尊厳を守るという側面で重要な要素です。

【参考】介護保険法（抜粋）

第一章 総則

（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に行われるとともに、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、被保険者の洗濯に基づき、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。

（国民の努力及び義務）

第4条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ず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。

2. 介護支援専門員

介護支援専門員とは、要介護者又は要支援者、その家族等からの相談に応じ、対象者の人格を尊重し、その立場に寄り添って、心身の状況に応じて適切なサービスを利用できるよう市町村や各サービス事業者との連絡調整を行う役割を担っています。

そのため、介護支援専門員は介護保険法の理念を十分理解し、要介護者等ができる限り自立した日常生活を送るために必要な支援に関する専門的知識・技術の習得及び向上に努める義務があります。

また、制度的な側面から見れば、介護給付費の支給を受けるには、条例等で定められている基準を遵守したケアマネジメントが実施される必要があります。

【参考】介護保険法（抜粋）

（定義）

第7条 （略）

- 5 この法律において「介護支援専門員」とは、要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業（第115条の45第1項第1号イに規定する第1号訪問事業、同号ロに規定する第1号通所事業又は同号ハに規定する第1号生活支援事業をいう。以下同じ。）を利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者、特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者等との連絡調整を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第69条の7第1項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。

（介護支援専門の義務）

- 第69条の34 介護支援専門員は、その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業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わなければならない。
- 2 介護支援専門員は、厚生労働省令で定める基準に従って、介護支援専門員の業務を行わなければならない。
 - 3 介護支援専門員は、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術の水準を向上させ、その他その資質の向上を図るよう努めなければならない。

3. ケアマネジメント

○ケアマネジメントの基本

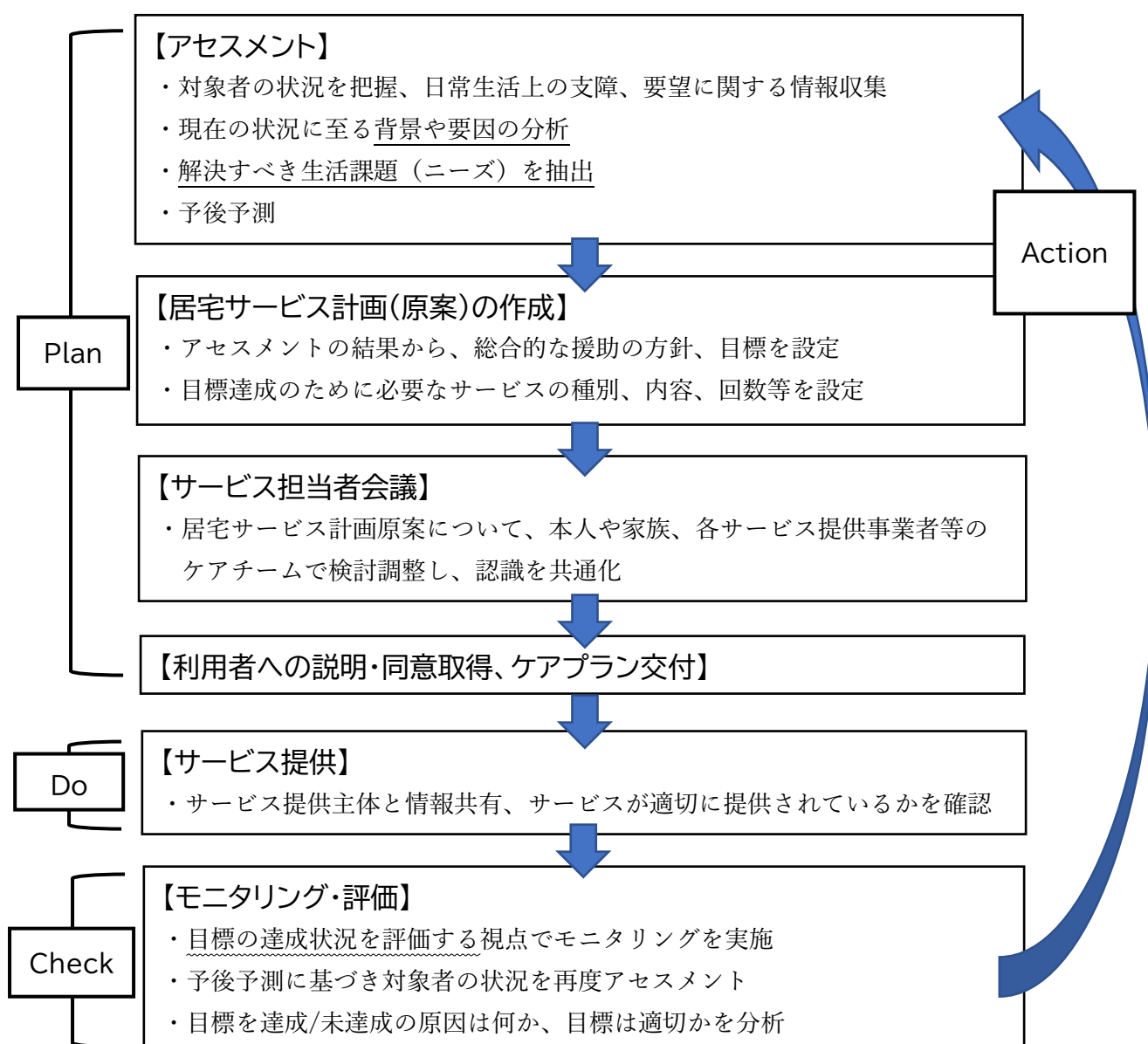
ケアマネジメントは、法の理念である「尊厳の保持」及び「自立支援」を実現するための具体的な手法であり、各サービス提供の根拠となるものです。

対象者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、本人の自己決定に基づき、多様な主体による多様なサービスが総合的かつ効率的に提供されるように配慮されなければなりません。後述するケアマネジメントの基本方針に沿って、適切に実施することが必要です。

○ケアマネジメントの手順

ケアマネジメントの実施においては、P D C Aサイクル(Plan計画→Do実施→Checkチェック→Action改善→Plan→Do…と循環し、改善に取り組むサイクル)を意識することが必要です。

サービスを利用するためのプランではなく、課題解決・目標達成を実現するプランになるよう作成することが重要です。



○ケアプラン作成上の留意点

<全体>

介護サービス計画は利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するために重要な計画であり、利用者が地域の中で尊厳ある自立した生活を送るための利用者本人の計画であることを踏まえ、わかりやすく記載するものとする。（「居宅サービス計画書記載要領」より抜粋）

→本人や家族が見て理解できる記載になっているか確認します。

<第1表>

・「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」（下線部は 2021 年改訂で追加）

→単に本人や家族の言葉を記載するのではなく、意向を適切に捉えるとともに、様々な情報分析から抽出した、自立支援のための課題を記載します。

・「総合的な援助の方針」

→課題分析により抽出されたニーズに対して、どのようなケアを行うのか、本人・家族を含むケアチームが確認・検討の上記載します。起きる可能性の高い緊急事態があらかじめ想定できる場合には、どのような場合を緊急事態と考えるか、その際の対応の方法についてもできるだけ記載します。

<第2表>

・「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」

→自立を妨げる要因（解決すべきニーズ）について明らかにし、解決するための要点、解決した場合の影響の大きさ等を考慮して、優先度の高いものから記載します。目標やそれに対する援助の記載については、「いつまでに」「誰が」「何を行い」「どのようなになるのか」ということを意識して、目標達成に向けた本人や家族の取組、サービスの種類・内容・頻度、期間を設定します。

・「サービス内容」

→短期目標の達成に必要な、最適なサービス内容と方針を記載します。その際は保険給付サービスだけでなく、本人によるセルフケアや家族による支援、インフォーマルサービスも明記します。

<第3表>

・第2表の援助内容で記載したサービス（保険給付内・外）を記載します。第2表に記載された頻度と整合しているか確認します。

・「主な日常生活上の活動」

→食事、入浴、洗面・整容、水分補給、体位変換、家族等の訪問や支援など、生活全体の流れが把握できるように記載します。

・「週単位以外のサービス」

→短期入所、福祉用具、住宅改修、受診、その他の外出やインフォーマルサービス等の週単位外のサービスを記載します。

<第4表>

・会議の内容をわかりやすく、出席していない人が読んでも内容を把握・理解できるように記載します。

・「検討内容」

→サービス担当者会議で検討した項目について、サービス種類だけでなく、頻度や留意点など具体的に検討した内容を記載します。

4. 基本方針・具体的取扱い方針

「開成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 3 月 12 日条例第 2 号）」及び「開成町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 30 年 3 月 12 日条例第 2 号）」において、ケアマネジメントに関する基本方針と基本取扱い方針を下記の通り定めています。

① 居宅介護ケアマネジメント

（基本方針）

1 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（法第 41 条第 1 項に規定する指定居宅サービス事業者をいう。以下同じ。）等に不当に偏ることのないよう、公正中立に行わなければならない。

4 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市町村、法第 115 条の 46 第 1 項に規定する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 第 1 項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（法第 58 条第 1 項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。以下同じ。）、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。

（指定居宅介護支援の基本取扱い方針）

1 指定居宅介護支援は、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なければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、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。

② 介護予防ケアマネジメント

（基本方針）

- 1 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介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者（以下「介護予防サービス事業者等」という。）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、町、地域包括支援センター（法第 115 条の 46 第 1 項に規定する地域包括支援センターをいう。以下同じ。）、老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）第 20 条の 7 の 2 第 1 項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（法第 46 条第 1 項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）、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。

（指定介護予防支援の基本取扱方針）

- 1 指定介護予防支援は、利用者の介護予防（法第 8 条の 2 に規定する介護予防をいう。以下同じ。）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なければならない。
- 2 指定介護予防支援事業者は、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。
- 3 指定介護予防支援事業者は、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。

5. 介護予防ケアマネジメントの類型

開成町ではケアマネジメント A（原則的な、介護予防支援と同様のケアマネジメント）を実施しています。

【ケアマネジメント A】

地域包括支援センター（または委託を受けた居宅介護支援事業者）が、アセスメント（課題分析）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されるもの。利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも 3 か月毎に行い、利用者の状況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くこと。

6. ケアプラン点検

介護給付費適正化事業の一環として、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者を対象としたケアプラン点検を実施しています。

ケアプラン点検は、ケアプランの問題点を指摘するためのものではなく、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・確認することで介護支援専門員の「気づき」を促し、適正な給付を支援するためのものです。

また、自立支援に資するケアマネジメントの具体的手法をともに探り、点検を受けたケースだけでなく担当する全てのケースについて、自立支援に資するケアマネジメントが行えるようになること（ケアマネジメントの質の向上）を目指しています。

居宅介護支援事業者においては、普段のケアマネジメントで感じている疑問や課題の解消に向けて、資料提出及び内容確認への協力等による、事業の積極的な活用をお願いします。

7. 多職種連携の視点

高齢者は、しばしば介護ケアと医療ケアの双方を必要とする状態であったり、経済的な困窮や老々介護・独居等介護者の問題を抱えていたりなど、複合的な課題が生じやすい特徴があります。

複合的で複雑な課題に対して、各専門職が個別に関わるのみでは総合的な生活課題の分析・解決が困難になりやすく、解決すべき真の課題を見つけられず、効果的なケアマネジメントが難しくなります。

そのような対象者に適切なケアマネジメントを提供するためには、様々な専門職が互いに連携・協働し、対象者の情報や各専門的立場からの助言内容、目指すべき方向性等を共有することが重要です。

また、地域ケア会議や居宅介護支援事業者連絡会等の他の介護支援専門員や多職種で構成される会議を活用することで、見落としに気づいたり、新たな視点を得ることができ、負担軽減や質の向上につながります。

8. ケアマネジメントツール等

情報の収集・整理や、アセスメントを助けるものとして、標準様式以外にも以下のようなツールの活用が考えられます。

○課題整理総括表・評価表(厚生労働省)

状態把握・情報整理・分析等について、課題の捉え方に抜けや漏れがないか確認するとともに、介護支援専門員がどのような過程で対象者の解決すべきニーズを導き出したのかを表現し、多職種間での情報共有やOJTにおける助言を受けやすくするための様式です。

また、評価表は短期目標に着眼して達成度合いを評価することで、再アセスメントがより有効なものとするために使用します。

○興味・関心チェックシート(日本作業療法士協会)

生活行為から趣味活動について、実際にしていることや興味のあることを聞き取っていくためのチェックシートです。このシートをきっかけに情報を掘り下げて収集し、対象者が意欲的に取り組めそうな内容を検討して目標を設定することで、自立支援型のケアプラン作成に繋がります。

○見守り確認票(開成町社会福祉協議会)

医療・介護情報に加え、地域のインフォーマルサービスを含めた見守り情報を記載するシートです。地域で生活する対象者を多角的に把握、資源を「見える化」し、関係者間の情報共有に活用することもできます。

9. 特定事業所加算取得の重要性

特定事業所加算制度は、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応や、専門性の高い人材の確保、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、地域における居宅介護支援事業所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設けられています。

特定事業所加算の対象となる事業所は地域の介護支援専門員のリーダー的な役割を担い、公正中立性を確保し、サービス提供主体からも実質的に独立した事業所であること、常勤かつ専従の主任介護支援専門員及び介護支援専門員が配置され、どのような支援困難ケースでも適切に処理できる体制が整備されていることが必要となります。

このような制度の趣旨に合致した算定となるよう、市町村は適切な運用を求められています。

算定要件においては、サービス提供体制強化、地域包括支援センターとの連携、支援困難ケースへの対応、介護保険給付に限らない多様なサービスを検討していること等が設定されており、本加算の取得を目指すことにより、質の高いケアマネジメントを提供する体制づくりに繋がります。