

「日高市自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメント基本方針」の作成について

「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が平成 29 年に制定され、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組が制度化されました。

この制度化に伴い示された「評価指標」のうち、「ケアマネジメント」について、「高齢者の自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメントに関する市町村の基本方針を定め、地域包括支援センターに周知しているか。」という項目が設定されたところです。

介護支援専門員の皆様には、介護保険法等の関係法令遵守に加え、制度全般にわたる専門的知識や利用者への深い理解をもって、日々の業務に適切にご対応いただいておりますが、介護保険制度の根幹である「ケアマネジメント」のあり方について、市と介護支援専門員とが確認等をする目的で、「**日高市自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメント基本方針（案）**」を作成、改めて明文化させていただきました。

つきましては、この基本方針を決定するあたり、委員の皆様からご意見をいただきたいので、別添のとおりご提示させていただきます。ご確認の程、よろしくお願い申し上げます。

※ 基本方針の具体的な内容といたしまして、以下項目の記載が求められていますので、併せてご確認をお願い申し上げます。

- ・基本的な考え方
- ・マネジメントの類型
- ・マネジメントの実施の手順（アセスメントの具体的ツールを含む）
- ・多職種の視点 ほか

※ この方針を定め、各地域包括支援センターへ周知することにより、市が国から交付を受ける「保険者機能強化推進交付金（インセンティブ交付金）」の増額も期待されるところです。

日高市
自立支援・重度化防止に向けた
ケアマネジメント基本方針（案）

令和3年4月
日高市 長寿いきがい課

1 方針策定の趣旨

この「日高市自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメント基本方針」は、介護支援専門員のケアマネジメント力の向上を通じて、利用者等の自立支援・重度化防止に資する適切な質の高いケアマネジメントの推進のために定めるものです。

2 ケアマネジメントの定義

介護保険制度の理念である「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」を具現化するための手法として導入されたものがケアマネジメントで、高齢者（以下、「利用者という。」）の状況等を適切に把握し、自立支援に資するサービスを総合的・計画的に提供するための仕組みです。

3 基本的な考え方

日高市高齢者福祉計画・介護保険事業計画が定める基本理念を実現するため、自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントにおける基本的な考えを下記のとおり定めます。

- （１）利用者の現状や自立した日常生活に向けた希望を十分に把握し、これを踏まえた最適なサービス利用を支援します。
- （２）利用者等を支えるチームは、多職種にわたる連携・協働及び地域資源（フォーマル及びインフォーマル）の把握・活用を通じて、医療・介護・予防・住まい・生活支援等の多様なサービスを一体的に提供するための仕組みづくりを推進します。
- （３）利用者の自己決定を尊重し、「希望する生活」の意向をふまえた上で、阻害要因（個人・環境）の抽出を含むアセスメントに基づき、ケアプランを作成します。
- （４）利用者等の意向・要望を全面的に受け入れたケアプランが最善とは限らないことに留意し、現状との乖離が認められる等した場合は、本人の現状認識を深める働きかけを行うとともに、その意思決定を支援します。

【参考】第８期計画の基本理念：「支え合い、生きがいを持って共に健やかに暮らせるまち」

4 ケアマネジメントの類型

現在の当市における自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントは２類型で、利用者に提供するサービスの種類によって異なります。

（１）介護予防支援

介護保険法（以下「法」という）第 115 条の 23 第 3 項の規定に基づく介護予防支援として介護予防サービス計画を作成します。この計画は、サービス種別として予防給付のみ利用する場合又は予防給付と総合事業を組み合わせる場合に適用します。対象は要支援 1・2 に認定された方で、ケアマネジメント費の区分は介護予防支援費です。

（２）介護予防ケアマネジメント

法第 115 条の 45 第 1 項の規定に基づく介護予防ケアマネジメントとして介護予防ケアマネジメント計画を作成します。この計画は、サービス種別として総合事業のみ利用する場合に適用します。対象は事業対象者または要支援 1・2 に認定された方のうち、総合事業のサービスのみ利用する方で、ケアマネジメント費の区分は介護予防ケアマネジメント費です。

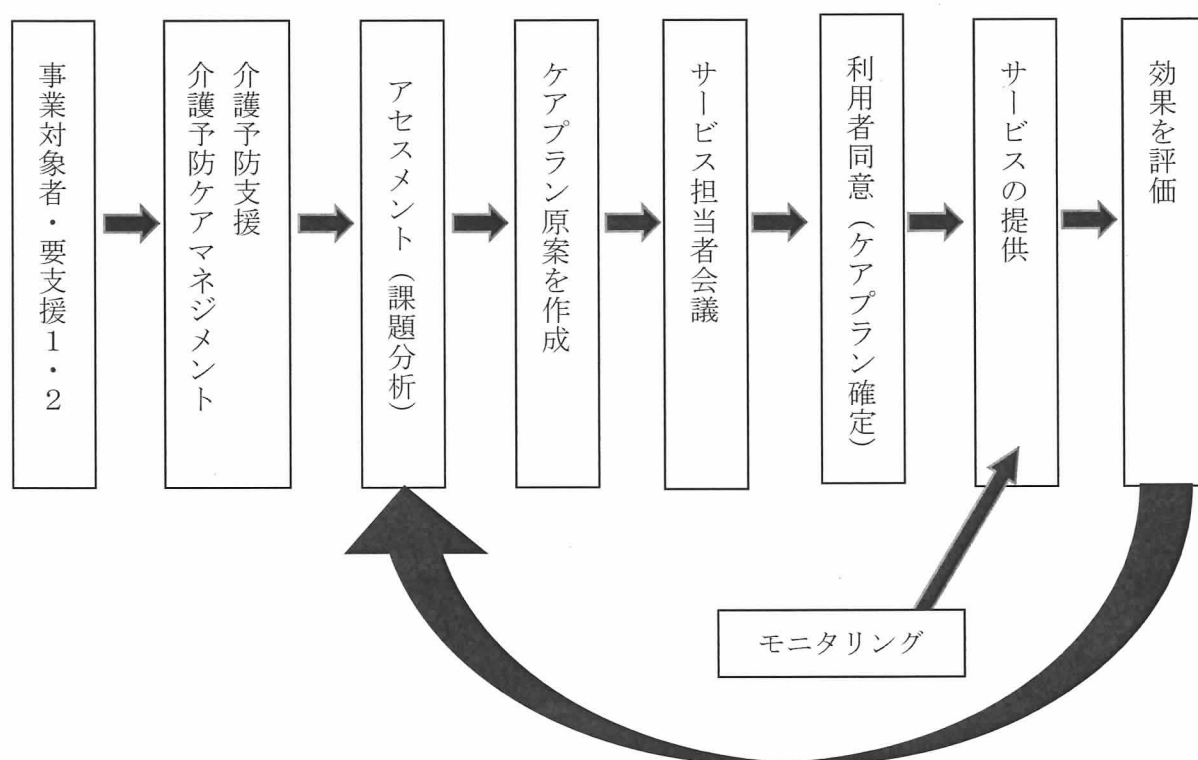
5 ケアマネジメント実施の流れ

自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの原則的な流れとして、まずはアセスメント（課題分析）を行います。

続いて、ケアプラン（介護予防サービス支援計画書）原案を作成した後にサービス担当者会議を開催するとともに、利用者同意が得られたらケアプランが確定します。

また、予防給付または総合事業によるサービスを提供するとともに、モニタリングに基づいたサービス効果の検証を行い、結果を次のサイクルへのアセスメントに活用します。

なお、下図のとおり、ケアマネジメントの実施についてはPDCA（計画・実行・評価・改善）サイクルを採用し、自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメント及びサービスそれぞれの質向上を図るよう、常に配慮します。



6 ケアマネジメント実施の手順

(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から利用者のニーズを明確にし、介護保険法の趣旨を説明したうえで、利用者の「希望する生活」等を勘案しながら行います。

なお、利用者の訴えが真のニーズとは言い切れないことも想定するとともに、利用者の将来像を予測する等して、ケアプランの目標設定及び利用サービス等を検討します。

(2) ケアプラン原案作成

利用者の人権や主体性を尊重するとともに、アセスメントで明確化したニーズを踏まえながら、利用可能な社会資源を活用したケアプラン原案を作成します。

また、利用者の「希望する生活」から導き出した短期・長期の目標については、利用サービスとの連動性を確保するとともに、達成可能で具体的な目標を設定します。

(3) サービス担当者会議／ケアプラン確定

サービスに携わる担当者が連携して利用者の支援方針を確認し、利用者やその家族及びサービス担当者の双方からの意見に基づき原案を調整するとともに、利用者に説明して同意を得て、総合的援助方針として決定（ケアプラン確定）します。

なお、担当者らはチームとして利用者を支え、利用者も自立支援・重度化防止を意識し、双方が目標の共有化を通じてその達成に努力します。

(4) サービスの提供

ケアプランに基づいたサービスを提供します。ケアプラン作成にあたっては、フォーマルなサービスだけでなく、地域に根ざしたインフォーマルなサービスも重要ですので、利用者の状況等に応じて様々なサービスの中から適切なものを選択します。

(5) モニタリング／効果の評価

利用者の心身及び取り巻く環境など、その状況の変化を注視するとともに、事前に設定した目標の達成度やその効果を適切に検証します。

また、モニタリングの内容等をチーム内で共有し、適切な評価へ繋がります。

なお、評価の結果、必要に応じて再度のアセスメントを行うとともに、モニタリングを重ねてケアプランの質向上を図ります。

7 利用者をより深く理解するために

アセスメント時やその後のモニタリング・評価の際など、利用者の現状や興味、関心等を把握するため、厚生労働省が推奨する「興味・関心チェックシート」を活用する他、当市の「ケアマネジメント支援型地域ケア会議」で使用する「様式1 本人情報及び生活機能評価」等は、アセスメントツールとして有用であるため、適宜活用します。

8 多職種の視点の活用

自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントにおいて、地域ケア会議は、多職種連携の要として極めて重要であるため、状況に応じて以下の2つの会議を開催するとともに、専門職の視点を「利用者の個別支援」及び「地域課題の解決」に活用します。

(1) 地域ケア会議

利用者に対するケアマネジメントを各専門職の視点から捉え、目標に対する個別課題を発見するとともに、その解決に向けた助言や、自立阻害要因の因子分析等を通じて、個別ケースの「自立支援・重度化防止」及び「課題解決」を目指します。

(2) 地域ケア推進会議

地域ケア会議で抽出された地域課題の解決を図るため、政策形成及び提言の機能を持った「地域ケア推進会議」を適宜開催します。