

自立支援・重度化防止に向けた ケアマネジメントに関する基本方針

令和8年4月

彦根市 福祉保健部 高齢福祉推進課



目 次

1 策定の趣旨	1 頁
2 介護保険法の基本理念	1 頁
3 ケアマネジメントの分類について	2 頁
4 居宅介護支援に関する基本方針について	2 頁
5 介護予防支援に関する基本方針について	3 頁
6 ケアマネジメントの過程	4 頁
7 各段階のチェックポイントについて	5 頁
8 ケアマネジメントの質の向上に向けた支援	8 頁
9 基本方針の理解・普及に向けて	8 頁

1 策定の趣旨

高齢者の自立支援・重度化防止に資することを目的としてケアマネジメントが行われるよう、介護保険制度の根幹であるケアマネジメントの在り方を本市と介護支援専門員および地域包括支援センター職員（以下「介護支援専門員等」という。）と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で、より良い介護保険制度の運営を図るため、彦根市における「自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントに関する基本方針」（以下、「基本方針」という。）を定めるものです。

2 介護保険法の基本理念

介護保険法では、介護等が必要な人の尊厳を保持し、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に必要な保健医療サービスおよび福祉サービスに係る保険給付を行うことを基本理念としています。

また、介護保険給付は、要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するように行わなければならないこと、保険給付の内容および水準は、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て、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とされています。

介護保険法（平成9年12月17日法律第123号）

第一条（目的）

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。

第二条（介護保険）

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 ケアマネジメントの分類について

ケアマネジメントは、認定区分等や利用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 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	×	○	○	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

※ 施設入所者や（介護予防）小規模多機能型居宅介護および看護小規模多機能型居宅介護の利用者のケアマネジメントについては、各施設や事業所のケアマネジャーが行います。

4 居宅介護支援に関する基本方針について

彦根市指定居宅介護支援等の事業の人員および運営に関する基準等を定める条例（以下「居宅介護支援基準条例」という。）第4条、第15条および第16条に基づき、居宅介護支援に関する基本方針を以下のとおりとします。

【居宅介護支援に関する基本方針】

- (1) 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て自立した日常生活を営むことができるように配慮します。
- (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およ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ます。
- (3) 利用者の意思および人格を尊重し、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または特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏らないよう、公正中立に行います。
- (4) 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、指定特定相談支援事業者等との連携に努めます。
- (5) 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、人権に関する責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。
- (6) 利用者の要介護状態の軽減または悪化の防止に資するよう行うとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行います。
- (7) 提供する居宅介護支援の質の評価を自ら行い、常にその改善を図ります。
- (8) その他、「指定居宅介護支援の具体的取扱方針」は、居宅介護支援基準条例第16条を踏まえて行います。

5 介護予防支援に関する基本方針について

彦根市指定介護予防支援等の事業の人員および運営なら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（以下「介護予防支援基準条例」という。）第4条、第32条および第33条に基づき、介護予防支援に関する基本方針を以下のとおりとします。

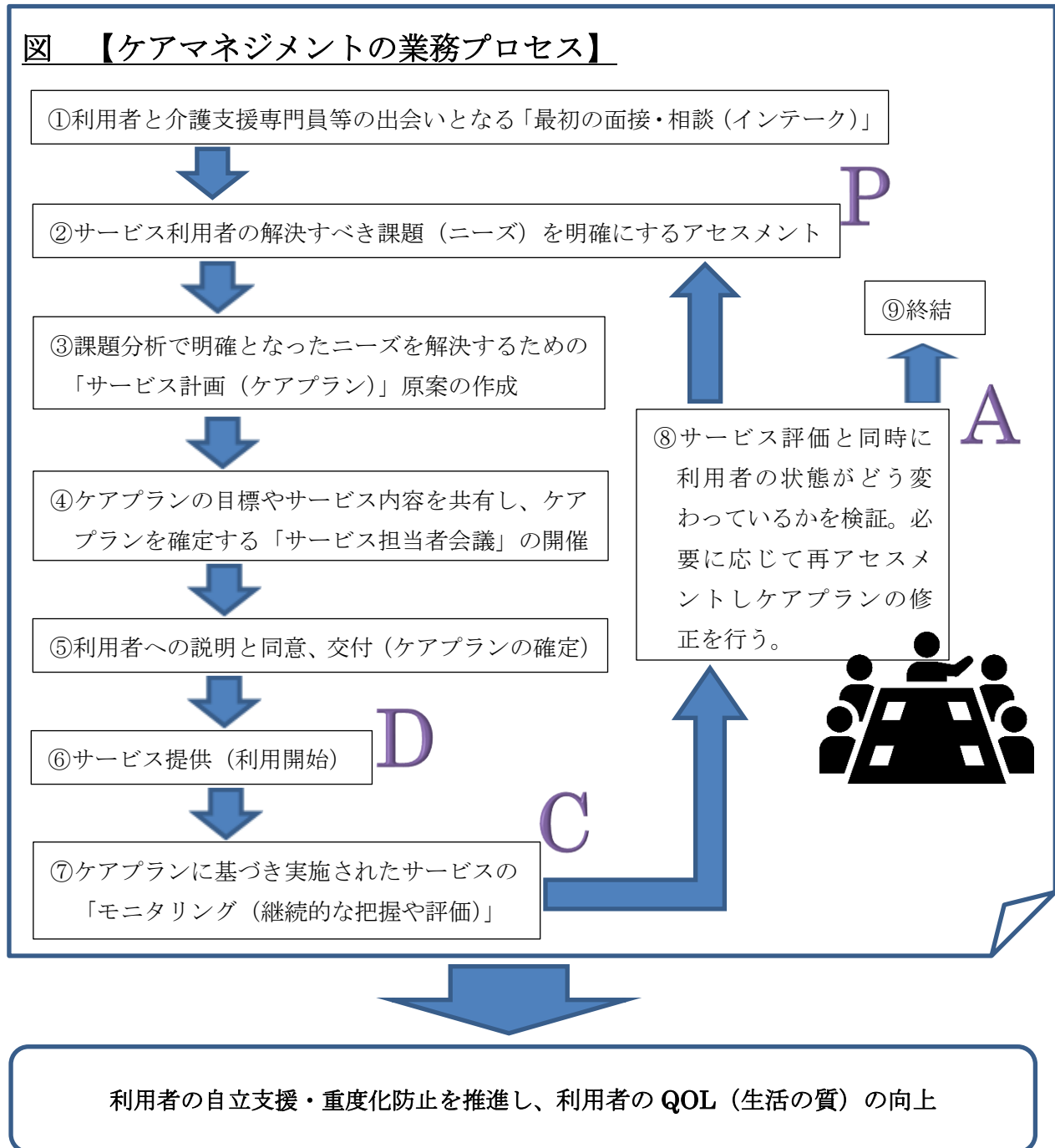
【介護予防支援に関する基本方針】

- (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ます。
- (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、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および福祉サービスが、当該目標を踏まえて、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ます。
- (3) 利用者の意思および人格を尊重し、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または特定の介護予防サービス事業者もしくは地域密着型介護予防サービス事業者に不当に偏らないよう、公正中立に行います。
- (4) 市、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、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ます。
- (5) 利用者の介護予防に資するよう行うとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行います。
- (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、目標志向型の介護サービス計画を策定します。
- (7) 提供する介護予防支援の質の評価を自ら行い、常にその改善を図ります。
- (8) その他、「指定介護予防支援の具体的取扱方針」は、介護予防支援基準条例第33条を踏まえて行います。

6 ケアマネジメントの過程

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、Plan (計画)、Do (実行)、Check (評価)、Action (修正) で構成される PDCA 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。

介護支援専門員等は、その専門的な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 PDCA サイクルを円滑に回していく役割が求められています。



7 各段階のチェックポイントについて

①初回面接（インテーク）

介護支援専門員等と利用者・家族との出会いの場であり、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となりますので、まずは信頼関係を構築することが大切です。

インテークでは、利用者や家族の考え方、生活歴、価値観等について、配慮を欠くことなく、聞き取りを行いましょ。その際、重要事項説明書により事業所の事業内容や介護支援専門員等の業務内容を説明したうえで、利用者との間で受託契約を結ぶこととなります。

[チェックポイント]

- 利用者の被保険者証、負担割合証等を確認していますか。
- 重要事項説明書や個人情報使用同意等の説明を行い、同意を得ていますか。
- 複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等の説明を行い、理解を得ていますか。
- 前6か月間に作成したケアプランにおける、各サービスの同一事業所によって提供されたものの割合につき説明を行い、理解を得よう努めていますか。
- 介護保険制度、介護支援専門員等の役割について説明を行い、理解を得ていますか。
- 利用者・家族の話を傾聴し、信頼関係を築けるよう面談していますか。
- 必要に応じて介護保険制度以外のサービスについて説明していますか。

②アセスメント

アセスメントとは、実際に利用申込者宅を訪問し、利用者等との面接を通じて利用者の課題を分析することにより、解決すべき課題（ニーズ）を明らかにすることです。

特に居宅介護支援における課題分析については、国が定める課題分析標準項目（23項目）を満たす方法で行わなくてはなりません。

また、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』を活用することや、情報の整理・分析を通じて課題を導き出した過程を表現するツールとして『課題整理総括表』の活用も有効と考えます。

[チェックポイント]

- 自宅を訪問し、利用者および家族と面接していますか。
- 家族構成、住環境、通院・服薬等からの医療情報、心身の状況、生活歴、趣味、楽しみ、家族の介護力、家族背景、利用者を取り巻く環境全般について情報収集していますか。
- 課題分析標準項目の情報収集を行い、解決すべき課題を導き出していますか。
- できないこと、困りごとのみを把握するのではなく、利用者および家族ができること（ストレングス）の把握や予後予測（危険性の予測）にたった視点でアセスメントしていますか。
- 自立に向けた支援、利用者のQOLを高める視点で分析をしていますか。
- 利用者本人や家族が希望するニーズのみに対応するのではなく、専門職として知識と技術をもとに分析を行うよう努めていますか。

③ケアプラン原案の作成

ケアプラン原案の作成の目的は、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およびそれに対応する目標と具体策を提案・確認することです。地域におけるサービス等が提供される体制を検討し、利用者の生活課題を解決するために最も適切なサービスの組合せとともに、インフォーマルな社会資源の活用なども検討しましょう。

[チェックポイント]

- 総合的な援助の方針（第1表「居宅サービス計画書(1)」）には本人、家族、近隣住民、介護支援専門員等、各種居宅サービス事業所等がどのようなチームケアを行うのか記載していますか。
- 緊急事態が想定される場合、対応機関やその連絡先、対応方法について記載していますか。
- 訪問介護の生活援助中心型を算定する場合、その事情を具体的かつ簡潔に記載していますか。
- 生活全般の解決すべき課題（第2表「居宅サービス計画書(2)」）は利用者が意欲的に取り組めるような表現で記載され、個別性のあるものとなっていますか。
- 自立支援を目標とするものになっていますか。サービスの利用が目的となっていないか。
- 長期目標は抽象的ではなく、課題を達成するための具体的な目標と期間となっていますか。
- 短期目標は、長期目標を達成するための段階的な目標と期間となっていますか。
- 援助内容は、短期目標を達成するために必要なサービス内容・種別・頻度・期間を記載していますか。
- サービスを位置付ける際には複数の居宅サービス事業所を紹介し、公正中立に利用者の選択のもと事業所が決められていますか。
- 第3表「週間サービス計画表」には利用者の平均的な一日の過ごし方を記載していますか。
- 医療系サービスを位置付ける場合、主治医等の意見を確認し、記録していますか。
- 福祉用具の種目ごとに、ニーズや目標を検討し、記載していますか。
- 第6表「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」のサービス内容は、第2表・第3表に位置付けられたものですか。
- 軽度者に対する福祉用具貸与について、介護保険給付の必要性がある場合、例外給付の申請等の手続きを行っていますか。
- 独居や同居家族が疾病や障害等のために家事ができない状態以外の一般世帯における訪問介護（相当サービスを含む）の生活援助を居宅サービス計画に位置付ける場合には、妥当性を検討し、必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市に届け出ていますか。
- 要介護（要支援）認定者の有効期間おおむね半数を超える（介護予防）短期入所生活介護および（介護予防）短期入所療養介護を居宅サービス計画に位置付ける場合には、妥当性を検討し、必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市に届け出ていますか。
- 厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を居宅サービス計画に位置付ける場合には、妥当性を検討し、必要な理由を記載するとともに当該居宅サービス計画を市に届け出ていますか。

④サービス担当者会議

サービス担当者会議では、利用者やその家族の生活およびその課題について、利用者・家族、介護支援専門員等、関係する居宅サービス事業所の担当者等が集まり、多職種の視点から利用者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを協議し、支援の方向性について共通の理解を持ちます。

[チェックポイント]

- 新規、区分変更、認定更新時は、サービス提供開始前までに開催していますか。
- 利用者・家族、ケアプランに位置付けている居宅サービス事業所の担当者がすべて出席していますか。
- 開催できない場合や参加できない居宅サービス事業所の担当者がある場合は照会を行い、照会内容について記録していますか。
- 利用者の課題、目標等について多職種の視点から協議し、共通理解を図り、担当者の役割分担を確認していますか。

⑤ケアプランの確定

サービス担当者会議を受けて、ケアプラン原案の内容を調整する必要がある場合は、関係する居宅サービス事業所の担当者と相談して内容を調整し、ケアプランを作成し、利用者・家族の同意を得て、その後、利用者等および各事業所へ交付します。

各事業所は個別サービス計画を作成し、その内容とケアプランの目標の整合性を確認します。なお、介護予防支援と介護予防ケアマネジメントについては、ケアプランの有効期間を最長1年としていますので注意が必要です。

[チェックポイント]

- サービス提供前に利用者等へ説明を行い、文書等により同意を得ていますか。
- 利用者だけでなく、居宅サービス事業所の担当者にも交付していますか。
- 医療系サービスを位置付けた場合は、主治医等へ交付していますか。
- 各サービス事業所から個別サービス計画を受領し、ケアプランの目標との整合性を確認していますか。

⑥サービス提供

ケアプランに基づいて作成された個別サービス計画に基づきサービスが提供されます。利用者等の支援に関わるチーム全員が、計画に定めた（自分らしい生活に向けた）目標を理解し、サービス提供を通じて得た情報を共有しながら、利用者への動機づけを行うことが重要です。

[チェックポイント]

- サービス提供事業所等から利用者に係る情報の提供を受けた場合には、利用者の同意を得て、服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身または生活に係る情報を主治医等に提供していますか。

⑦モニタリングと評価

利用者・家族、居宅サービス事業所等と継続的なコミュニケーションを通じて、現在のケアプランが利用者の現状に即しているかを判断するために行います。ケアプランに定めてある目標の達成度をみるのが重要です。必要な場合にはケアプランの修正を行きましょう。

また、ケアプランに位置付けたサービス内容について、目標に対する達成度を評価し、サービスを提供する関係者間で分析・共有するツールとして『評価表』の活用も有効と考えます。

[チェックポイント]

- 適切な時期・方法でモニタリングをしていますか。
 - ・居宅介護支援では、少なくとも1月に1回自宅へ訪問し、利用者と面談し、記録を記載していますか。
 - ・介護予防支援では、少なくとも3月に1回自宅へ訪問し、利用者と面談していますか。また、少なくとも月に1回はサービス提供事業所への訪問や電話等で状況を把握し記録していますか。
- ※ただし、定められた要件を満たしている場合は、テレビ電話装置等を活用して面接を行うことができます。この場合、自宅へ訪問して面接を行う回数は変わります。
- サービスの実施状況を把握し、必要に応じて居宅サービス事業所等との連絡調整やその必要な情報の提供を行っていますか。
- 短期目標ごとに評価し、適時適切なケアプランの見直しを行っていますか。
- モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度、目標の達成度、事業者との調整内容、ケアプランの見直しの必要性等について記録を残していますか。

8 ケアマネジメントの質の向上に向けた支援

(1) ケアマネジメント支援会議

多職種（医師、理学療法士、管理栄養士等）により、ケアプラン等をもとに個別事例の検討を行い、自立支援型ケアマネジメントへの支援を行っています。事例提供や会議への参加等、積極的にご活用ください。

また、個別会議から地域課題を明らかにし、地域ケア推進会議等において、その解決に向けた検討等を行います。

(2) ケアプラン点検

ケアマネジメントプロセスを踏まえ、「自立支援」に資する適切な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っています。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。

9 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当たり、基本方針を居宅介護支援事業所および地域包括支援センターを始めとして、事業者や利用者等にも広く周知し、理解を図ることが重要であるため、彦根市では今後も研修や広報活動等を行っていきます。