

玉野市の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6日 策定

令和3年7月1日 改定

1. 策定の趣旨

介護支援専門員は介護保険法並びに関係法令等を遵守し、制度全般の専門的な知識と利用者への深い理解により、自立支援・重度化防止に資することを目的としたケアマネジメントを行う必要があります。

この介護保険制度の根幹であるケアマネジメントのあり方を保険者と介護支援専門員で共有することを目的とし「玉野市のケアマネジメントに関する基本方針」を策定しました。

居宅介護（介護予防）支援事業所におかれましては、本基本方針の内容を踏まえ、ケアマネジメントを実施していただきますようお願いします。

2. 居宅介護支援に関する基本方針について

本市では、「玉野市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2条に規定する「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」（平成11年厚生労働省令第38号）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ました。

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ます。
- ③ 利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、指定居宅サービス等が特定の種類又は事業者等に不当に偏らないよう、公正中立に行います。
- ④ 市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の指定居宅介護（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（障害者支援）等との連携に努めます。
- ⑤ 要介護状態の軽減又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。
- ⑥ 自らその提供する居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。

3. 介護予防支援に関する基本方針について

本市では、「玉野市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」の第2条に規定する「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」（平成18年厚生労働省令第37号）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ました。

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ます。
- ③ 利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、指定介護予防サービス等が特定の種類又は事業者等に不当に偏らないよう、公正中立に行います。
- ④ 市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の指定介護予防（居宅介護）支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者（障害者支援）、その他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、目標志向型の介護予防サービス計画を策定します。
- ⑦ 自らその提供する介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。

【関連資料】

○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（平成 11 年厚生労働省令第 38 号）
抜粋

第 1 条の 2 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に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（法第 4 6 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。）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（法第 8 条第 2 4 項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。）が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者（法第 4 1 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 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 1 1 5 条の 4 6 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 3 8 年法律第 1 3 3 号）第 2 0 条の 7 の 2 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 5 8 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 1 7 年法律第 1 2 3 号）第 5 1 条の 1 7 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。

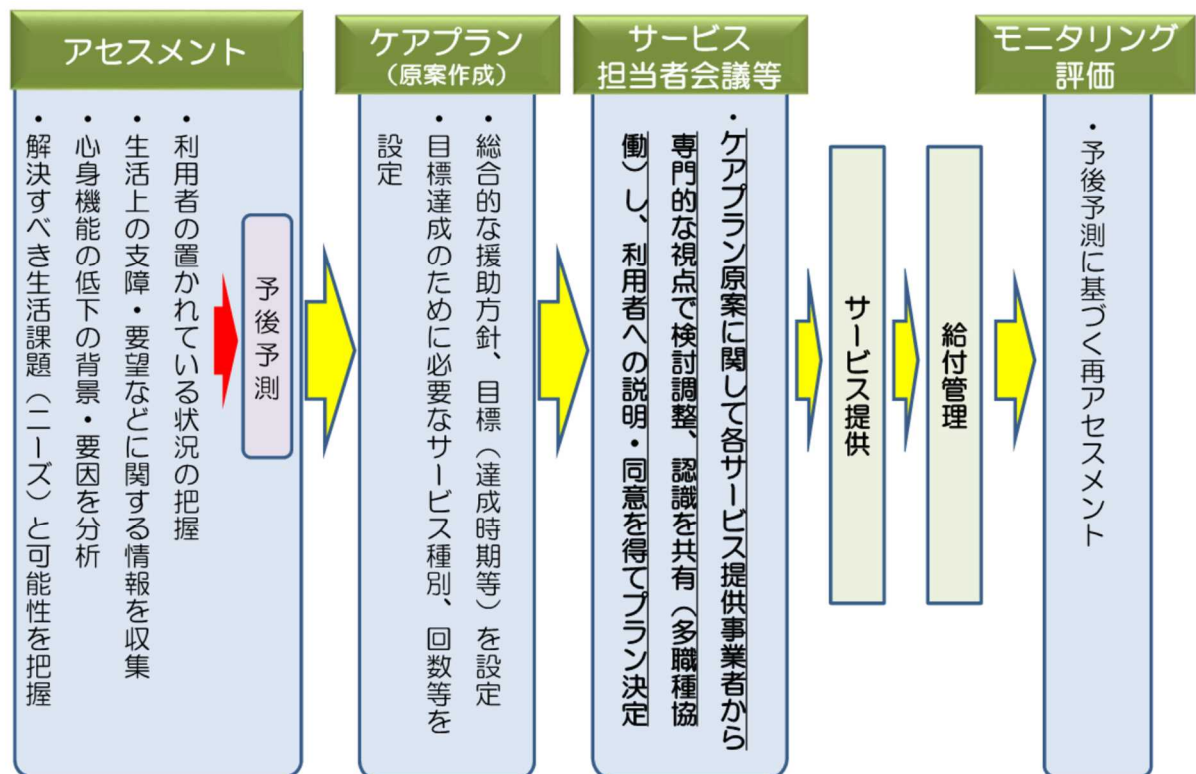
○指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 37 号） 抜粋

第 1 条の 2 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（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。）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（法第8条の2第16項に規定する指定介護予防サービス等をいう。以下同じ。）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、市町村、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。

4. 要介護者・要支援者のケアマネジメント実施の手順



参照：社会保障審議会 介護保険部会（第 57 回参考資料）

（１）アセスメント（課題分析）

利用者が抱える生活課題（ニーズ）を明確にするため、利用者及びその人を取り巻く環境についての多方向からの客観的な情報収集を適切な方法で行うことが必要であり、アセスメントのための課題分析標準項目（23 項目）をもとに、総合的な視点での情報収集が必要である。このことを踏まえて次の点に留意する。

- 課題分析は、利用者の有する課題を客観的に抽出するための手段として合理的と認められる適切な方法を用い、課題分析標準 23 項目を備えること。
- 情報を集めるだけでなく、整理・分析・統合して、課題を把握すること。その過程が分かるよう記録すること。
- 主治医から情報を収集するなど、医療連携の重要性・必要性を認識し、予後予測を行いながら悪化予防の観点でアセスメントが行われるように努めること。
- 課題分析の各項目において利用者の具体的な状況を確認し、それを誰がどのように支援しているのかアセスメントすること。
- 利用者、家族の持つ力の強さ、可能性にも着目してアセスメントすること。
- 現在、困っていることのみを把握するのではなく、他職種からの情報収集に努め予後予測にたった視点でアセスメントをすること。
- 介護保険サービスのみではなく、インフォーマルな社会資源などの活用について意識をし、アセスメントを行うこと。

- 利用者の全体像を理解し、利用者の生活の質を高める自立支援の視点で課題を分析し、利用者の意向を踏まえたうえで1人1人固有の、具体的な実現可能な目標を設定すること。
- 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、専門職としてニーズを導き出す努力をすること。

(2) ケアプランの作成

アセスメントに基づき抽出された生活課題の改善を目指すために、次の点に配慮する。

- 本人、家族の意向については、サービス利用の意向ではなく、生活に対する意向を確認すること。（「在宅生活を続けたい」だけではなく、家で「どのように」生活していきたいかを確認していますか。）
- 課題分析を通じ、ニーズを導き出すこと。
- 「サービスありき」ではなく、アセスメントをもとに課題を整理し、「ニーズありき」のプランにすること。
- ニーズの優先順位の確認をすること。
- 医療、健康、生活の基盤に直結するニーズをケアプランにあげること。
- 利用者、家族の問題に対処する力をどの程度か見積もりながら、真のニーズを理解しようとする。

ケアプラン原案には課題を解決し、目標を達成するための具体策・方法として具体的なサービス内容の設定を行う必要がある。サービス内容の設定にあたっては、次の点に留意する。

- 長期目標・短期目標・サービス内容に整合性がある計画書を作成することに努めること。
- 短期目標は、モニタリングの指標になることを踏まえて、評価がしやすく、生活場面がイメージできるよう、より具体的な内容にすること。（短期目標は、サービス事業所の個別計画書の目標とも連動することとなる）
- 長期目標・短期目標の期間は認定期間も考慮し、また目標設定が見込める期間とすること。
- 利用者のニーズに即して、重度化防止の視点に立ち、過不足のない安全なケアが行われることに配慮されたサービスにすること。
- 利用者の選択に基づき、サービスやサービス提供事業者が位置づけられるとともに、インフォーマルな社会資源の位置づけもすること。
- 画一的なプランではなく利用者の個別性を尊重したプランを作成すること。
- 利用者、家族に理解できる内容とすること。

(3) サービス担当者会議

サービス担当者会議を開催し、関わっている各専門職が利用者をそれぞれの立場から観察するとともに、専門的視点をもって評価を行うことにより、新たな課題の発見や、今後の目標の見直しに繋がり、チームとして次のプロセスに進むことができるようなものでなければならない。

また、利用者やその家族がサービス担当者会議に参加することができない場合でも、利用者自身や家族の意思や希望を何らかの形で確認し、計画に反映させることが重要である。

- ケアプラン原案に関して、各サービス提供事業者から、課題や目標の設定、サービス内容

について、専門的な視点で検討、調整、共有すること。

- ☐ 課題について、対処方法を検討し、それぞれの担当、役割を協議すること。
- ☐ 医療系サービスを位置づけた時に、医師の意見の聞き取りをすること。
- ☐ 解決できなかった課題については、残された課題として整理しておくこと。
- ☐ 利用者にわかりやすく丁寧に説明し、同意を得ること。

（４）モニタリング

サービスの実施状況を確認した上で、ケアプランが利用者の自立支援に向けて有効的な計画であったかどうかを検証するための定期的な評価として実施する。その上で、アセスメントにつなげる必要があるかどうかを判断し、必要に応じてケアプランの追加・修正・変更を行う。漠然とした内容ではなく、項目毎に整理してモニタリングを行い、新たな課題が発生していないかを確認するため、次の点に留意する。

- ☐ 課題に対する目標（短期目標）の達成度（PDCA サイクルの確認）を確認すること。
- ☐ 利用者や家族のサービスに対する意向や満足度等を確認すること。
- ☐ サービス担当者からサービス利用に関する意見・評価・要望等を確認すること。

モニタリングの結果、利用者の実態が明らかに計画の変更を必要とする場合には、速やかにケアプランの変更を行う必要がある。

また、緊急性を要しないが慢性的状態にありケアプランの効果が見られない場合など、目に見える状態や問題の変化がなくても、サービスの効果や状態の再評価から、一定期間ごとにケアプランの見直しを行い、計画的な支援が展開できるようにする。

（５）支援経過

- ☐ 説明、同意、交付の記載をしておくこと。

5. 要支援者または総合事業対象者のケアマネジメントの類型・実施の手順

ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントC
類型の内容	原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス	初回のみの介護予防ケアマネジメントのプロセス
利用サービスの内容	介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合	ケアマネジメントの結果、住民主体型サービスなどの利用につなげる場合 (※必要に応じ、その後の状況把握を実施)
アセスメント	○	○
ケアプラン原案作成	○	(○) (ケアマネジメント結果案)
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案)
サービス利用開始	○	○
モニタリング	○	—