

有田市ケアマネジメントに関する基本方針

令和4年3月 有田市高齢介護課

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あり方を本市と介護支援専門員及び地域包括支援センター職員（以下「ケアマネジャー等」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、よりよい介護保険制度の運営を図るため、有田市におけるケアマネジメントに関する基本方針を示すものです。

ケアマネジャー等の皆様におかれましては、基本方針などに基づいた運営にご理解、ご協力をよろしく申し上げます。

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自立した日常生活を営むことができるように支援することを基本理念としています。

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に行わなければならないこと、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配慮されなければならないとされています。

3. ケアマネジメントの類型について

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	×	○	併用	地域包括支援センター (小規模多機能型居宅介護を除く)
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

4. ケアマネジメントに関する基本方針について

(1) 居宅介護支援

- ◆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。
- ◆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。
- ◆要介護状態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
- ◆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居宅サービス事業者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。
- ◆指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、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との連携に努めなければならない。
- ◆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くてはならない。
- ◆利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- ◆指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援を提供するに当たって、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

(2) 介護予防支援

- ◆利用者が可能な限り居宅において、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。
- ◆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。

- ◆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。
- ◆指定介護予防支援事業者は、事業の運営に当たっては、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（障害者支援）、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。
- ◆介護予防支援は、利用者の介護予防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。
- ◆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。
- ◆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。
- ◆利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- ◆指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援を提供するに当たって、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

(3) 介護予防ケアマネジメント

- ◆利用者が可能な限りその居宅において、自立した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。
- ◆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並びに地域の予防活動等の場が、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。
- ◆介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立って、利用者に提供されるサービスが特定の種類又は総合事業実施事業者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。

◆地域におけるインフォーマルサービスも含めた社会資源及び利用者並びにその家族等の希望等の情報を勘案して、介護予防サービス計画を作成しなければならない。

◆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、目的志向型の介護予防ケアマネジメントを実施しなければならない。

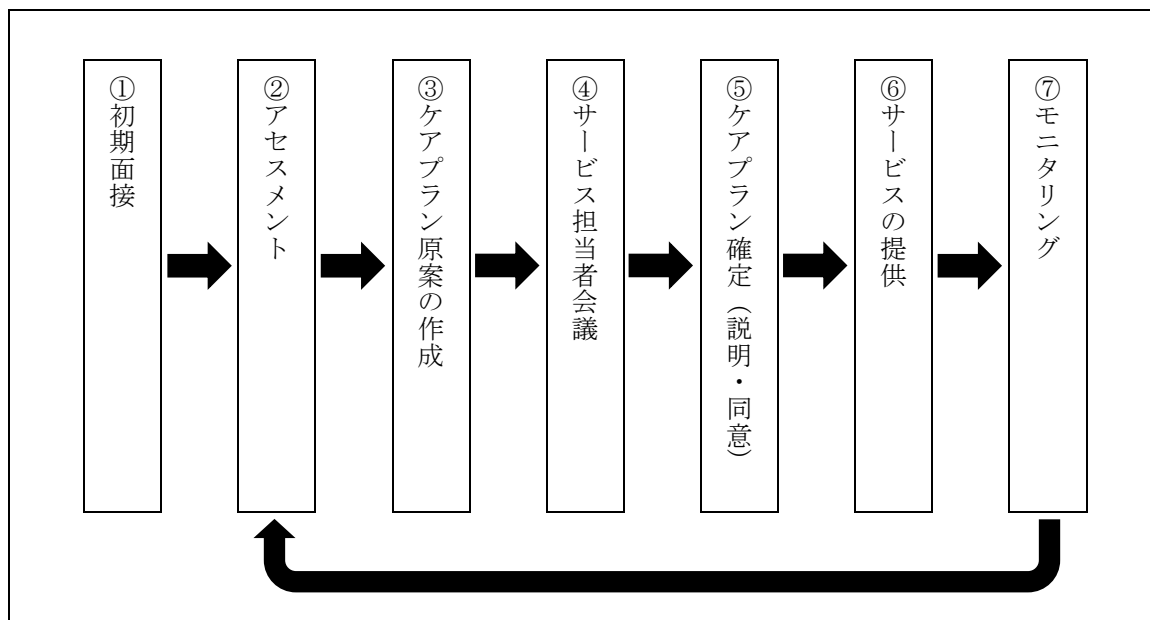
※介護予防ケアマネジメントの類型について

	ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	ケアマネジメントB (簡略化したケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)
サービス	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	①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合(指定事業所のサービスは利用しない)	ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用やその他の生活支援サービスの利用につなげる場合
プロセス	アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 →サービス利用開始 →モニタリング	アセスメント →ケアプラン原案作成 (→サービス担当者会議) →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 →サービス利用開始 (→モニタリング)	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

() 内は、必要に応じて実施

5. ケアマネジメントのプロセスと各段階における留意点について

居宅介護支援等のケアマネジメントを実施していくうえでは、サービス利用申込者からの依頼を受け、受付⇒初期面接（インテーク）⇒アセスメント（情報収集と課題分析）⇒ケアプラン原案の作成⇒サービス担当者会議⇒ケアプランの確定（説明・同意）⇒サービス事業者によるケアプランに沿った支援の実行（サービスの提供）⇒モニタリング・評価⇒終結または再アセスメントというプロセスをたどります。



①初期面接（インテーク）

介護支援専門員と利用者・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になりますので、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、生活感、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になります。

《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
- 介護保険制度、介護支援専門員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（情報収集と課題分析）

アセスメントとは、実際に利用申込者宅を訪問し、①利用者等の情報を収集し、②利用者等の課題を分析し、③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」※¹利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析を通じ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」※²を活用することも考えられます。

※¹添付資料 10 ページ、※²添付資料 11 ページ参照のこと

《チェックポイント》

- 自宅を訪問し、利用者及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、利用者及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及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み合わせとともに、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には本人、家族、近隣住民、介護支援専門員、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
- 生活全般の解決すべき課題は利用者・家族と相談して優先度が高い順に記載していますか
- 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になっていませんか
- 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になっていますか

- 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
- 援助内容には、インフォーマルサービスや本人、家族の行うことを位置付けていますか
- サービスを位置付ける際に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
- 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
- 福祉用具の品目ごとに、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表に位置づ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、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
- 要介護認定の有効期間おおむね半数を超える短期入所生活介護及び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全体及びその課題について、利用者・家族、プラン作成者（介護支援専門員）、関係する居宅サービス事業所の担当者等が一堂に会して、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全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、目標等について他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（利用者への説明、同意取得、居宅サービス計画書の交付）

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、利用者等及び各事業所へ交付します。

各事業所はサービスの個別援助計画を作成し、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・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援助計画を受領し、ケアプランの目標との整合性を確認していますか

⑥サービスの提供

ケアプランに基づいて作成された個別援助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又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・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、現行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※³の活用も有効と考えます。

※³ 添付資料 12 ページ参照のこと

《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、利用者とは面談し、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、利用者とは面談していますか。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

- ・ケアマネジメントA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、記録していますか
- 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他便宜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

6. 有田市の取組み

市では、自立支援・重度化防止のケアマネジメントを推進するため、次のような取組みを実施しています。

◆地域ケア個別会議

多職種（理学療法士、作業療法士、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。

◆ケアプラン点検

ケアマネジメントのプロセスを踏まえ、「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。

◆在宅医療・介護連携推進事業

在宅で療養と介護が必要な方に、より良い支援を提供するため、医療・介護関係者の情報共有の場や研修等を行っています。

興味・関心チェックシート

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			

課題整理総括表

利用者名 殿

作成日 / /

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①				②				③			
		④				⑤				⑥			
状況の事実 ※1		現在 ※2				要因※3	改善/維持の可能性※4			備考(状況・支援内容等)			
移動	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化				
	屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化				
食事	食事内容	支障なし 支障あり					改善	維持	悪化				
	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化				
	調理	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化				
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり					改善	維持	悪化				
	排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化				
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり					改善	維持	悪化				
	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化				
服薬		自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化				
入浴		自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化				
更衣		自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化				
掃除		自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化				
洗濯		自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化				
整理・物品の管理		自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化				
金銭管理		自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化				
買物		自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化				
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり					改善	維持	悪化				
認知		支障なし 支障あり					改善	維持	悪化				
社会との関わり		支障なし 支障あり					改善	維持	悪化				
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり					改善	維持	悪化				
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり					改善	維持	悪化				
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり					改善	維持	悪化				
居住環境		支障なし 支障あり					改善	維持	悪化				
							改善	維持	悪化				

利用者及び家族の 生活に対する意向			
見通し ※5		生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)を記載する。
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

評価表

利用者名 _____ 殿

作成日 _____ / _____ / _____

短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス 種別	※1		

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現度合いを 5 段階で記入する(◎:短期目標は予想を上回って達せられた、○:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、△:短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)