

小松島市自立支援・重度化防止に資する ケアマネジメントの基本方針

(令和4年6月版)

小松島市では、高齢者が要介護状態等になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現を目指すとともに、高齢者が自らの尊厳を保持し、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、必要な支援を行うという介護保険の基本理念に基づき、「小松島市自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの基本方針」(以下「基本方針」という。)を次のとおり策定しました。

この基本方針は、本市のケアマネジメントのあり方を明確化し、ケアマネジメントに携わるすべての者が共有することで、自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの質の向上を図り、よりよい介護保険制度の運営を目指すためのものです。

関係者の皆様におかれましては、基本方針等に沿った運営にご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

1. 基本方針の目的

高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとしての介護保険制度は、本人が本人らしくあること(尊厳の保持)を支援し、高齢者の自立を支援する制度であり、介護予防・重度化防止の推進については、介護支援専門員が行うケアマネジメントにより実現されるものとなります。ケアマネジメントは、生活課題(ニーズ)を見つけ、社会資源を活用しながら住み慣れた地域で生活が継続できるように支援することが求められます。そのため本市では、ケアマネジメントの適正化や質の向上を通じて、「自立支援」や「重度化防止」等が実現できるよう基本方針を策定します。

介護保険法 (平成九年 法律第百二十三号)

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。

2. 小松島市の自立支援の考え方

長寿社会の理想は、誰もがができる限り健康で、住み慣れた地域で生き生きとした暮らしを送ることであり、介護や何らかの支援が必要となったとしても、地域全体で支え合うような社会の創造にあります。

このような社会を実現するためには、高齢者を含むすべての市民が介護・高齢福祉のあり方を日々の暮らしの問題として受けとめ、自らの健康や生活を自ら守り、築きあげていくことが基本となります。その上で、一人ひとりの努力だけでは自立した生活を維持できない場合に、必要に応じ周りの支援を取り入れながら、安心して生活することが、自立支援であると考えます。

また、今後より一層高齢化が進行し、介護を必要とする高齢者が増加する半面、人生を積極的かつ能動的に捉える元気な高齢者についても年々増えつつあり、高齢者を介護・福祉サービスの受け手としてだけでなく、地域社会の重要な担い手として位置づけ、積極的に社会に参加・参画できる仕組みづくりを進めていくことが求められています。

3. 自立支援・重度化防止に向けて(※)

自立支援・重度化防止の推進に当たっては、高齢者本人の自己決定を尊重することが最も重要となります。そのため、「本人はどのような生活を望んでいるのか」といった意向をふまえて、「それを阻害している個人要因や環境要因が何なのか」といった包括的アセスメントに基づき、本人の意思を確認しながら、ケアプランを作成します。

その際、本人の自己決定だからとすべてを受け入れることが、自立に向けたケアプランではないことに注意が必要です。実際の状態と乖離した意向がある場合には、その理由を解明し、本人の現状認識を深める働きかけ等を行いながら、意思決定支援を行う必要があります。

中でも、自立において本人の意欲が重要な要因であることを考えると、「できる能力があるのに、していないことは何か」「かつてはしていたのに、しなくなったことは何か」「それはどうしてなのか」等の視点から、自立に向けての意欲が喪失している理由を解明し、本人の想いを引き出し、意欲を高める方法等を検討することが必要になります。

そして、自立は一度で為し得ることではなく、環境との継続的な相互作用を通して可能になります。そのため、将来を見越してケアプランを作成するとともに、高齢者の自立を可能にする家族や地域にしていくための働きかけについても検討する必要があります。

(※)厚生労働省「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」引用

4. ケアマネジメントの類型

ケアマネジメントは、利用者の状況や、基本チェックリスト及びアセスメントの結果、本人の希望する生活やサービス等を踏まえて実施されます。介護支援専門員は、次の類型から、利用者の介護度及び利用者の状況に応じたケアマネジメントを実施します。

サービスの種類	ケアプランの種類	対象者
介護給付	居宅サービス計画	要介護1～5
予防給付	介護予防サービス計画	要支援1・2で、予防給付の対象である福祉用具や訪問看護等を利用している人
総合事業	介護予防ケアマネジメント	事業対象者、要支援1・2で、通所型サービス、訪問型サービスのみを利用している人

総合事業においては、国から3つの類型が示されており、小松島市ではケアマネジメントAを実施しています。

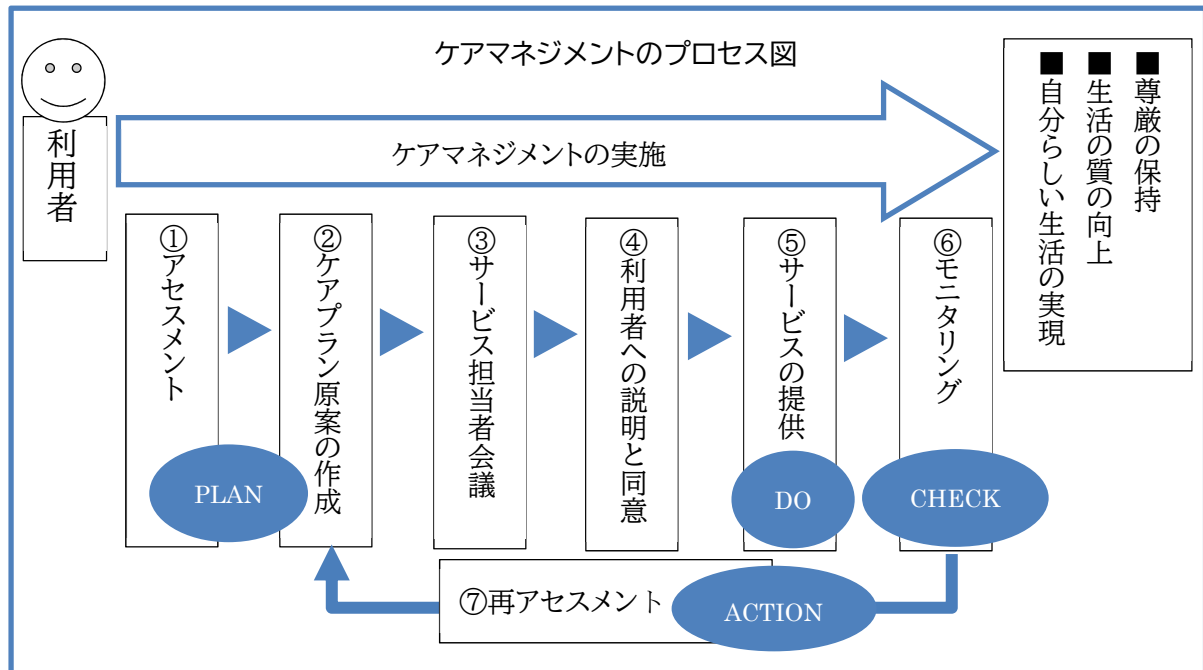
ケアマネジメントA	原則的な介護予防ケアマネジメント
ケアマネジメントB	簡略化した介護予防ケアマネジメント
ケアマネジメントC	初回のみ介護予防ケアマネジメント

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
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	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	○
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○	△	-

(○:実施 △:必要に応じて実施 -:不要)

5. ケアマネジメントの実施手順

利用者の自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの実施においては、計画(PLAN)、実行(DO)、評価(CHECK)、改善(ACTION)の4つの段階で構成されるPDCAサイクルを多職種にわたるチームで繰り返していき、改善させていくことが重要です。(次図参照)



6. ケアマネジメントに関する小松島市の基本方針(※)

ケアマネジメントに関する小松島市の基本方針及び基本取扱方針について、指定居宅介護支援と指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに分けて示します。

(1) 指定居宅介護支援の基本方針

- 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。
- 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等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。
- 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、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- 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) 指定居宅介護支援の基本取扱方針

- 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れなければならない。
- 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。

(※)「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(平成十一年 厚生省令第三十八号)」引用

(3)指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの基本方針

- 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の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。
- 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等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。
- 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、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- 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。

(4)指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの基本取扱方針

- 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。
- 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・介護予防ケアプランを策定しなければならない。
- 提供する指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(※)「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(平成十八年 厚生労働省令第三十七号)」引用

7. 小松島市の自立支援・重度化防止の取組

小松島市では、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、次のような取り組みを実施しています。

(1)地域ケア個別会議(自立支援型)

多職種(リハ職、薬剤師、歯科衛生士、保健師、主任介護支援専門員、管理栄養士、社会福祉士、生活支援コーディネーター)、保険者により、ケアプラン等をもとに個別事例の検討を行っています。

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、施策化に向けた検討を行います。

(2)ケアプラン検討会

ケアプランが利用者の自立支援のために適切なものになっているか、市が介護支援専門員と共に確認するものです。より良いケアプランの作成について、介護支援専門員自身の気づきを促し、ケアプランの質の向上を図ります。

(ケアプラン検討会については後述)

8. 小松島市の地域包括ケアシステム

団塊の世代が75歳以上となる令和7年、さらには団塊ジュニア世代が65歳以上となり、85歳以上の人口増加が見込まれる令和22年を見据え、高齢者が介護や支援が必要な状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを送り続けることができるようにするため、地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいます。

ですが、人口減少社会のなかで、特定の機関や人材だけでは支えきれない状況が懸念されています。令和3年度の介護保険法改正のテーマである「地域共生社会」。これは、地域課題が多様化・複雑化する中で、制度の枠を超えた包括的な支援体制を目指すものであり、本市でも、その準備に取り組んでいます。

介護保険制度は、専門職によるサービスが入ることで、「支援される」という受け身になってしまいがちになり、生きがいや意欲、役割を感じにくくなる場合もあります。一方、地域では「お互いさま」の意識があり、「支え合う」関係性が構築されています。地域住民の支え合い、自助・互助が、高齢者が地域で生き生きと暮らし続けるために必要です。専門職によるサービスのみで利用者の生活を支えるのではなく、地域住民とのつながり、関係づくりも意識し、地域資源の活用も意識しながら、自立支援に資するケアマネジメントをお願いします。

(1) 地域包括ケアシステム構築に向けての取組

● いきいき百歳体操

筋力維持などを目的として介護予防に地域で取り組むために、住民主体の通いの場へいきいき百歳体操のDVDを貸し出し、理学療法士を派遣し百歳体操の説明・指導を行っています。継続して実施できるように、半年ごとに体力測定や体操の指導を行っています。

● 認知症サポーター養成

認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けする「認知症サポーター」を養成しています。また認知症サポーター養成講座で学んだことを土台に、実践の場で必要となる認知症に関する知識、手助けするための対応スキルを習得する「ステップアップ研修」を開催します。研修を受けた認知症サポーターがチームを構成し(チームオレンジ)、認知症の人や家族に対する早期からの生活面の支援等を行い、認知症高齢者等にやさしい地域づくりに取り組んでいきます。

● 医療・介護連携

医療と介護の両方を必要とする高齢者が住み慣れた地域で人生の最後まで安心して生活できるように、医療・介護関係者等による多職種会議や研修会を実施し、在宅医療・介護関係者が連携する体制構築を進めています。また地域住民には市民公開講座を開催し、普及啓発を行っています。

● 生活支援体制構築事業

住み慣れた地域で暮らすために、生活支援コーディネーターを中心とし、地域課題や資源を開発し、高齢者サロンや集いの場など住民同士の支え合いの促進などにより、介護サービスだけに頼らない元気な高齢者を増やしていく活動をしています。

ケアプラン検討会について

目的

- 1 介護支援専門員が、介護保険制度の基本理念である「尊厳の維持」「自立支援」を念頭に、ケアプランを作成できる。
- 2 介護支援専門員の質の向上を図ることができる。
- 3 介護保険給付費の適正化を図ることができる。

根拠法令

介護保険法（平成九年 法律第百二十三号）
第二十三条(文書の提出等) 市町村は、保険給付に関して必要があると認めるときは、当該保険給付を受ける者若しくは当該保険給付に係る居宅サービス等(居宅サービス(これに相当するサービスを含む。)、地域密着型サービス(これに相当するサービスを含む。)、居宅介護支援(これに相当するサービスを含む。)、施設サービス、介護予防サービス(これに相当するサービスを含む。)、地域密着型介護予防サービス(これに相当するサービスを含む。))若しくは介護予防支援(これに相当するサービスを含む。))をいう。以下同じ。)を担当する者若しくは保険給付に係る第四十五条第一項に規定する住宅改修を行う者又はこれらの者であった者(第二十四条の二第一項第一号において「照会等対象者」という。)に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を求め、若しくは依頼し、又は当該職員に質問若しくは照会をさせることができる。

対象となるケース

ケアプラン検討会は、要介護1～5の新規プラン及び市がケアプラン点検の必要性を認めたプランを対象とする。

実施日時及び実施場所

ケアプラン検討会の実施日時及び実施場所については、決定次第、市から参加者へ連絡する。

地域で共有した方が良いケースや困難事例については、地域包括支援センターで実施する「地域ケア個別会議」において相談するよう案内する。

構成メンバー

ケアプラン検討会は、有識者、地域包括支援センター主任介護支援専門員等及び市担当者が出席する。

- ※ 必要に応じて、検討するケースの関係事業所に参加要請する。
- ※ 必要に応じて、関係各課や地域社会資源等に参加要請する。

その他

このケアプラン検討会は、上記目的のために実施しており、提出を受けたケアプランの可否を決定するような場ではない。

ケアプラン検討会の流れ

会議前:介護支援専門員は、ケアプラン検討シート(小松島市)、ケアプラン第1~4表、
ケアプラン自己評価シート(小松島市)を準備する

ポイント1

- 介護支援専門員は、自立支援を妨げている要因(個人因子・環境因子)について分析する
- 介護支援専門員は、改善及び維持可能な部分に着目、短期目標・長期目標を立てる
- 介護支援専門員は、改善可能な方に対しては可能な限り生活行為の向上を目標とする
- 介護支援専門員は、ケアプラン(1)~(3)の各表に応じて設定された各評価項目について会議の内容を踏まえて自ら評価する

会議当日:介護支援専門員が、ケアプラン検討シートに沿って事例について簡潔に説明する

ポイント2

- 全参加者は、自立を妨げている要因をチェックする
- 全参加者は、さまざまな観点から改善の可能性をチェックする
- 全参加者は、自らの専門分野を中心に短期目標・長期目標についてチェックする

会議当日:全参加者が、質問、意見を通して事例の掘り下げ、検討を行う

ポイント3

- 全参加者は、ポイント2のチェック内容を基に自立支援へ向けたプランとなるよう具体的に助言する
- 全参加者は、プラン以外で介護支援専門員として行うべきことについて具体的に助言する
(例えば・・・認知症専門医の診断を受けるよう家族に助言する、配食サービスを検討する)
- 点検員は、まとめとして次回(3~6か月後)のケアの方針を確認、プラン作成(修正)・サービス提供の注意点、決定事項などを簡潔に述べる

会議開催後:ケアプラン変更時に、ケアプラン第1~4表、ケアプラン自己評価シート(小松島市)を小松島市へ再提出する(必要に応じて、ケアプラン検討会に再度参加していただく。)

ケアプラン検討シート(小松島市)

相談日 令和 年 月 日

提出者	氏名及び所属	
	所有する資格	<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> その他()
今回 点検 する ケア プラン	被保険者番号	
	健康状態	
	本人や家族が望む生活について	(第1表と変更がある場合はご記入ください。)
	個人因子 (望む生活を阻害している要因は何か)	
	環境因子 (望む生活を阻害している要因は何か)	
	ケアプラン・サービス提供について困ったところ、工夫したところ	
<p>●ケアマネジメントについて、ご自由にご記入ください。 (例 事例について相談したいこと、介護支援専門員の思い、聞きたいこと等)</p>		

※ケアプラン検討シート(小松島市)、ケアプラン第1~4表、ケアプラン自己評価シート(小松島市)の6点を小松島市介護福祉課へ提出してください。

小松島市自立支援・重度化防止に資する
ケアマネジメントの基本方針
(令和4年6月版)

ケアプラン自己評価シート(小松島市)

相談日 令和 年 月 日

提出者氏名及び所属				
被保険者番号				
提出事例のケアプランについて各評価項目に[5できている・4概ねできている・3ふつう・2概ねできていない・1できていない]の5段階評価をお願いします。事前評価は検討会前に作成したケアプラン等に対してチェックし、事後評価は、修正したケアプラン等に対してチェックしてください。				
		評価項目	事前評価	事後評価
ア セ ス メ ン ト	1	利用者の生活課題(ニーズ)の内容を明らかにすることができた。	5・4・3・2・1	5・4・3・2・1
	2	利用者の能力(可能性)を明らかにすることができた。	5・4・3・2・1	5・4・3・2・1
	3	現状に関する予後予測とサービス導入後の予後予測を行った。	5・4・3・2・1	5・4・3・2・1
第 1 表	1	利用者・家族がどのような生活をしたと考えているかについて、それぞれの意向がそのまま記載されているか。	5・4・3・2・1	5・4・3・2・1
	2	具体的な生活目標が聞きとれているか。	5・4・3・2・1	5・4・3・2・1
	3	アセスメントにより抽出された課題に対応しているか。	5・4・3・2・1	5・4・3・2・1
第 2 表	4	アセスメントの結果導き出されたニーズであり、自立を阻害する要因を解決するものになっているか。	5・4・3・2・1	5・4・3・2・1
	5	課題表現は、具体的にポジティブに書かれているか。	5・4・3・2・1	5・4・3・2・1
	6	課題に対応した「最終的に目指す結果」、「達成可能な目標」となっているか。	5・4・3・2・1	5・4・3・2・1
	7	長期目標を段階的に分けた「身近で具体的な目標」になっているか。	5・4・3・2・1	5・4・3・2・1
	8	達成可能な期間となっており、モニタリングの目安となっているか。	5・4・3・2・1	5・4・3・2・1
	9	短期目標を達成するための具体的な生活目標に基づいたサービスになっているか。	5・4・3・2・1	5・4・3・2・1
	10	介護保険制度だけでなく、他制度によるサービスや家族の支援を含むインフォーマルサービス等が記載されているか。また、医療系サービスが必要な場合、医師の意見を求めるなど適切にサービスに盛り込んでいるか。	5・4・3・2・1	5・4・3・2・1
	11	サービスの頻度・期間の設定は適切か。	5・4・3・2・1	5・4・3・2・1
第 3 表	12	利用者の生活リズムや、サービスの提供時間等が一目でわかるようになっていないか。	5・4・3・2・1	5・4・3・2・1
	13	第2表で挙げたサービスを介護給付、セルフケア、インフォーマルサービスなど種類に関わらず全て記載しているか。	5・4・3・2・1	5・4・3・2・1
	14	利用者の起床や食事、排せつ、入浴、就寝、介護者のスケジュールなど、平均的な1日の過ごし方が記載されているか。	5・4・3・2・1	5・4・3・2・1
	15	週単位以外のサービスが、インフォーマルサービスも含めて記載されているか。	5・4・3・2・1	5・4・3・2・1
コ メ ン ト	※自己評価をする際に、悩んだこと・気づいたこと等ご自由にご記入ください。			

小松島市介護福祉課 給付・認定・地域支援担当 0885-32-3507