

介護保険制度の基本理念である「尊厳の保持」「自立支援」を実現していくための手法であるケアマネジメントについて、高齢者の自立支援、重度化防止及びQOL(生活の質)の向上に資するものと定義し、ケアマネジメントのあり方を保険者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により、より良い介護保険制度の運営を図るため、次のとおり基本方針を定めます。

## 1. ケアマネジメントのあり方 について

介護保険の基本理念を実現するうえで、ケアマネジメントにおいては、ケアマネジャー等は以下のことに留意して取り組むこととし、保険者はこれに対して支援を行います。

### ① 介護予防ケアマネジメント

- ・介護予防ケアマネジメントは、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、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。
- ・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、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。
- ・介護予防ケアマネジメント事業の運営に当たっては、町、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り組みを行う者等との連携に努めなければならない。
- ・本町における介護予防ケアマネジメントの類型を「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のプロセス)」とする。現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。モニタリングについては少なくとも3ヶ月ごとに行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。

### ② 居宅介護ケアマネジメント

- ・居宅介護ケアマネジメントは、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、配慮して行われるものでなければならない。
- ・居宅介護ケアマネジメントは、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。
- ・居宅介護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、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。
- ・指定居宅介護支援事業の運営に当たっては、町、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。

## 2. ケアマネジメントの質の向上への取り組み について

ケアマネジメントの質の向上を達成するため、ケアマネジャー等及び保険者は相互の協力のもと、以下について取り組みます。

- ① ケアマネジャー等は、ケアプランの自己点検を実施し、自立支援の視点でケアマネジメントプロセスの再認識を行うとともに、ケアマネジメントに関する研修会等を通じて、自身の資質の向上に努めます。また、多職種との連携・協働への積極的な取り組みにより、ケアマネジメントの質の向上を図ります。
- ② 地域のケアマネジメント力を高めていくためには、ケアマネジャー自身の資質の向上の取り組みに加え、居宅介護支援事業者全体のケアマネジメント機能を向上させる取り組み(特定事業所加算)の推進を図っていきます。
- ③ 保険者は、ケアプランの点検、給付実績の活用、縦覧点検等の実施、ケアマネジャー等に対する研修会の開催等のあらゆる機会を通じて、ケアマネジャー等への支援を行うとともに、自立支援型地域ケア個別会議の開催などにより、ケアマネジャー等と多職種との連携・協働体制を構築します。

## 3. ケアマネジメントの実施について

### (1)ケアマネジメントのプロセス

利用者の自立支援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渡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。

- ① インテーク(受付・初期面接相談)
- ② アセスメント
- ③ 居宅サービス計画原案の作成
- ④ サービス担当者会議(居宅サービス計画の修正)
- ⑤ 居宅サービス計画の確定(説明・同意・交付)
- ⑥ 居宅サービス計画の実行
- ⑦ モニタリング
- ⑧ 評価
- ⑨ 終結または見直し



## ① インテーク

インテークは、利用者、家族と初めて面接相談をし、ケアマネジメントを始めるための関係構築の過程です。

**<ポイント>** アセスメントの一部として情報収集をします。

- <目的>**
- ① 利用申込みの受付
  - ② 利用者情報の収集
  - ③ 信頼関係の構築

- <方法>**
- ・ 電話、来訪、通報、紹介による受付
  - ・ 訪問による情報収集
  - ・ 重要事項の説明、契約締結

**<受付・初期面接相談>**

- 1) ケースの把握  
来所・紹介・依頼等のような経路か
- 2) スクリーニング  
医療などの緊急性、介護サービスの必要性、他法施策等の受給確認等
- 3) インテーク(受理面接)  
訪問面接、主訴確認、支援方法の確認
- 4) 契約(文書と口頭により、説明・合意)  
利用者・家族の認識の把握

## ② アセスメント

アセスメント(課題分析)は、利用者の生活状況を理解し、利用者が在宅生活を継続していくうえで、どのような生活課題(ニーズ)があるのかを明らかにする大切な過程であり、利用者及び家族が持つ力の強さ、可能性に着目する視点をもってアセスメントすることが重要です。

**<ポイント>** 利用者の生活全般にわたって解決すべき課題(ニーズ)の把握と、達成すべき目標の設定を行います。

- <目的>**
- ① 利用者の生活全般にわたって解決すべき課題(ニーズ)の把握
  - ② 生活ニーズ解決のための目標設定

- <方法>**
- ・ 利用者・家族、多職種による課題分析
  - ・ 課題の理解と目標設定

**<アセスメント>**

利用者を身体的、精神的、社会的に総合的な観点から捉え、これからの生活を継続していくうえでの生活課題(ニーズ)を明らかにします。

- 1) 現状の把握(アセスメントツールを活用)
  - ・ 個別の課題分析手法:課題分析標準項目を活用
  - ・ 課題整理総括表の活用
  - ・ 興味関心チェックシートの活用
  - ・ ICF(国際生活機能分類)視点の活用
- ① 構成要素への分類と整理分析  
心身機能・身体構造、活動、参加という3つのレベルに生活機能を分類し、整理します。これらの生活機能の有無や発揮の仕方、支え合い・影響の及ぼし合いに作用しているのが「健康状態」と「環境因子」「個人因子」です。これらが相互に作用し合い、ダイナミックな変化をもたらします。

## ② 医学モデルと社会モデルの統合

医学モデル(治療、リハビリによる問題志向型)と社会モデル(社会、環境の側の改善による目的指向型)の統合により、課題の解決を図ります。

2) 専門職からの情報や利用者の言動・表情などから、利用者、家族のストレングスの把握

## ③ ケアプラン(居宅サービス計画)原案の作成

利用者の人権や主体性を尊重し、利用者等のニーズを踏まえながら、利用可能な社会資源を活用した居宅サービス計画原案を作成します。

**<ポイント>** 目標達成に向けたケアプランを利用者・家族、多職種の協働によって決定していくための原案を作成します。

- <目的>**
- ① 利用者を主体としたケアプランの策定
  - ② ケアチーム編成のための情報提供・収集
  - ③ サービス担当者会議の論点の明確化

- <方法>**
- ・ 第1表、第2表、第3表、第4表、第6表、第7表
  - ・ 個別サービス計画の作成依頼
  - ・ 課題整理総括表の活用

## ④ サービス担当者会議

サービスに携わる担当者が協働・連携し、チームで利用者等を支援することを確認します。利用者等・サービス担当者からの意見をもとに、原案を修正し、総合的な援助方針を決定し、目標を共有化します。

**<ポイント>** サービス担当者会議は、ケアマネジャーや事業者、利用者等が支援の方向性を確認し、共通の認識をもつ貴重な場です。顔の見える関係を作るとともに、話し合いを通じて「チームで支える」という視点をもちながら、利用者等と「自立支援・重度化防止」を意識した目標を深め合います。

- <目的>**
- ① ケアプランの検討
  - ② 目標達成に向けたケアチームの意思統一
  - ③ 利用者・家族の合意

**<方法>** 生活ニーズ解決に向けた長期目標・短期目標の内容と期間の検討

## ⑤ 居宅サービス計画の確定(説明・同意・交付)

作成したケアプランを利用者等へ説明のうえ同意を得て、その後、利用者等及び各事業者へ交付します。各事業者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。

- <目的>**
- ① 利用者自身のケアプランの理解・受入
  - ② 目標達成に向けたサービス内容、提供方法、提供期間等の確定
  - ③ 家族の役割、家族への支援の明確化

**<方法>** 介護サービス計画(確定版)の交付

## ⑥ 居宅サービス計画の実行

計画に基づいて作成された個別のプログラムを提供します。利用者の心身の状況や実施内容等を記録し、チームで共有のうえ、次回のサービスに活かせるようにします。

**<ポイント>** サービス提供においては、自立支援・重度化防止に向けて「自分でできること」を大切にして、適正な介護量を見定めながら支援します。また、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、サービスの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。

**<目的>** ① 目標達成に向けたサービス種類、内容、回数を実施する  
② 提供されているサービスの有効性を測定するアセスメントを行う

**<方法>** 給付管理、連絡、訪問、情報収集

## ⑦ モニタリング

## ⑧ 評価

サービスの利用開始時は、利用者等のサービスへの適応状況等を把握し、サービスの継続時は、事前に設定した目標の達成度や効果の検証が必要です。

**<ポイント>** 状態や環境の変化(気づき)を多職種間で共有するなど、チーム全員がモニタリングに関わることで、きめ細かなケアマネジメントにつながります。利用者等へフィードバックを含めたモニタリングを通じて、利用者等の目標への理解、信頼関係の醸成、チームの関係強化を図ります。

提供されているサービスの種類、内容、回数、サービス提供事業所の資質等についてアセスメントを行い、目標に対する効果等を検証します。

**<目的>** ① 継続的なサービスの利用状況の把握  
② 目標達成に向けた効果の把握  
③ 新しい生活ニーズが発生していないかの確認  
④ サービスの種類、内容、回数を評価する  
⑤ サービス提供事業所の資質を評価する  
⑥ 利用者の意向の変化を評価する

**<方法>** 給付管理、連絡、訪問、情報収集  
アセスメント

### **<継続管理と事後評価・目標の達成度の確認>**

- ① ケアプラン実施状況の確認と調整
- ② 介護サービス利用開始による利用者、家族の生活状況の確認
- ③ 「短期目標」の達成度の確認と「方向性」の確認
  - ・介護サービスの内容確認
  - ・利用者のニーズや生活の変化の把握

※ モニタリングがケアマネジメントの過程を循環させます。

### **<モニタリング結果における再アセスメント・新たな目標の設定>**

利用者や家族に何か問題が生じたり、新たなニーズが発生すれば、再度利用者に関する詳細なアセスメントを行います。計画の見直しや修正が必要な場合は、「居宅サービス計画原案の作成」に戻り、ケアマネジメント過程の循環を繰り返します。

※ 継続したモニタリングをもとに再アセスメント、ケアプランの修正を繰り返すことによって、タイムリーに利用者や家族の真のニーズに近づいた支援が展開できます。

## ⑨ 終結または見直し

居宅介護支援における終結は、利用者がサービスを必要としなくなることによって終結します。また、見直しは、サービスの種類、内容、回数、サービス提供事業所の資質等を勘案して、ケアプランを変更します。

### <終結の目的>

- ① 利用者との契約を終わらせる
- ② 継続した支援を提供する

<方法> 関連先への情報の提供・入所希望先の情報の提供・グリーフケア・終結後2年間の記録の保管

### <見直しの目的>

- ① 目標達成に不要なプランの変更
- ② 達成した目標についてのプランの削除
- ③ 新たな目標のためのプランの追加
- ④ 利用者に関する総合的な再アセスメントの実施

<方法> 再アセスメント  
ケアプランの変更