

# 瀬戸市におけるケアマネジメントに関する基本方針

令和3年3月1日  
瀬戸市 高齢者福祉課

## 1 基本方針の作成の目的

介護保険法は、その第一条（目的）において「要介護者等が尊厳を保持し、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、（中略）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」と規定しています。

この目的の推進においては、要支援者、要介護者（以下「利用者等」という。）及び家族を支える介護支援専門員、地域包括支援センターの担当職員（以下「介護支援専門員等」という。）及び介護サービスを提供する事業者（以下「事業者」という。）による、適切かつ質の高いケアマネジメントが重要です。

そのため、ケアマネジメントの適正化や質の向上を通じて、介護保険制度の基本理念である「自立支援」や「重度化防止」等を実現できるよう基本方針を策定します。

## 2 瀬戸市の自立（自立支援・重度化防止）の考え方

要支援・要介護状態となっても、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、介護分野における「自立支援」についての考え方を次のように定めます。

すべての高齢者が、地域において有する能力に応じて、活動的で生きがいを持てる生活を主体的に営むことができるように支援すること。

## 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あたっては、まず利用者本人の自己決定の尊重が重要です。そのため、「本人の希望する生活」の意向をふまえて、それを阻害する要因（個人・環境）の抽出を含めたアセスメントに基づき、個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、「利用者等の意向・要望を全て受け入れることが、本人にとって最善のケアプランとは限らない」ということに注意が必要です。特に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を行いながら、意思決定を支援する必要があります。

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、自立に向けた意欲を喪失している場合は、本人の想いを引き出し、意欲を高める方法を一緒に検討することが必要です。

そして、自立は一度で成し得ることではなく、環境との継続的な相互作用を通じて可能になります。そのため、将来を見越した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。

※ 平成30年10月9日 厚生労働省 介護保険最新情報 vol. 685 「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」を一部引用

#### 4 ケアマネジメントとは

ケアマネジメントとは、「利用者の社会生活上のニーズを充足させるため適切な社会資源と結びつける手続きの総体」<sup>1)</sup> と言われ、個人の力や環境の力が及ばず、生活問題が発生した際に、個人の力を強めたり、環境の力を補ったり、環境を変えたりしながら、生活問題を解決していく仕組みと言えます。(図1)<sup>2)</sup>

介護保険制度においても、この仕組みが取り入れられており、支援の対象により、「居宅介護支援」「介護予防支援」「介護予防ケアマネジメント」に分けられていますが、ケアマネジメントの基本的な考え方は同じです。

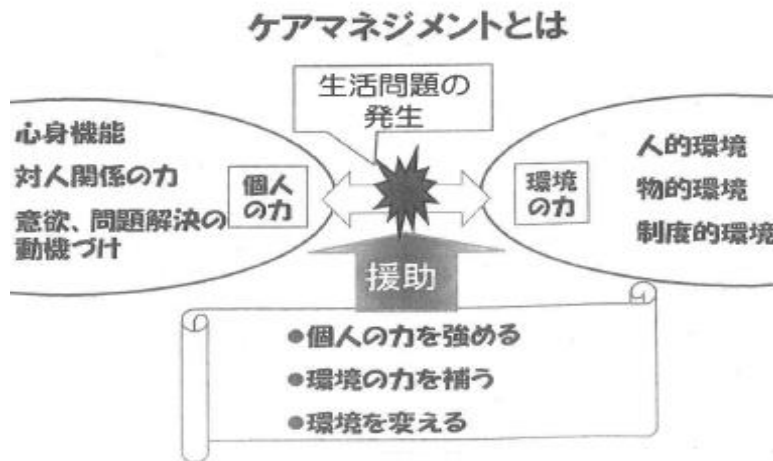


図1

#### 5 ケアマネジメントの過程

介護保険制度におけるケアマネジメントについては、「PDCA」サイクル（Plan（計画）・Do（実行）・Check（評価）・Action（改善））を基に考えられており、複数の局面に分かれ、円環（循環）的な過程をたどります。(図2)<sup>3)</sup>

このサイクルを繰り返すことで、継ぎ目なく支援を提供でき、利用者の心身の状況を継続的に改善することを目指します。

ケアマネジメントの過程について、居宅介護支援においては、運営基準第13条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）にて示されていますが、定められた一部の内容を実施しないことにより、報酬請求上のペナルティ（運営基準減算）となる場合があるので、注意が必要です。

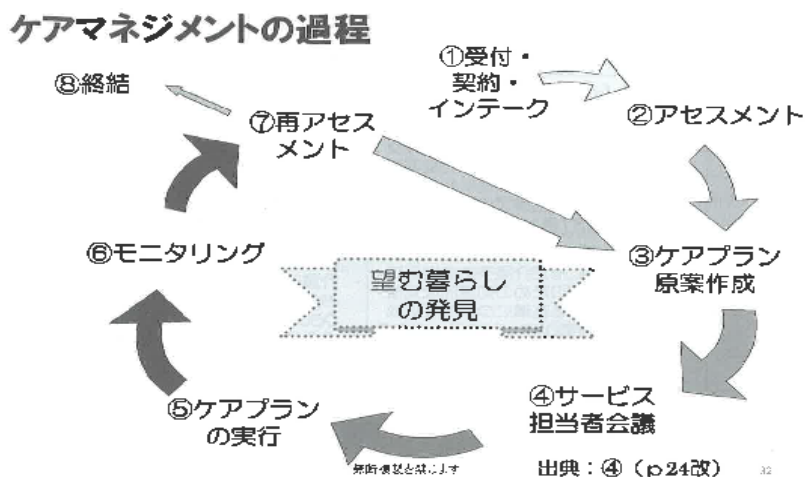


図2

### (1) 受付・契約・インテーク

ケアマネジメントを提供するにあたっては、利用者と事業者等が契約する（法律行為を経る）ことが必要とされています。介護保険制度における契約の必要性和意味を利用者に丁寧に伝えながら進めていくことが求められます。

### (2) 課題分析

情報の収集と分析を行い、問題点を抽出し、ニーズを導き出す局面のことで、介護支援専門員等が介護保険サービスを位置付ける根拠となるものです。

利用者ニーズの明確化にあたり、専門職は利用者の要望を丁寧にヒアリングするだけでなく、介護保険法の趣旨（自立支援や重度化防止、適正利用等）を説明しながら、利用者からこれまでの生き方や求めている生活、大切にしたいこと、充実感や満足感の高かった体験談・エピソード等を聞いたうえで、「生きがいや楽しみをもった自分らしい生活」（瀬戸市の自立の考え）を意識してもらうことに努めましょう。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」を活用することも考えられます。（別紙1）

また居宅介護支援における課題分析に当たっては、利用者の有する課題を客観的に抽出するための合理的な方法を用いることとされており、課題分析標準項目が定められ、課題分析に当たっては、これを具備するものを用いることとされています。課題分析において、「利用者像や課題に応じた適切な分析が不十分」であることが、介護支援専門員等の共通課題とされています。このことから、情報を収集・分析し、課題とするまでの過程を可視化する目的で、「課題整理総括表（別紙2）」が作成されています。適宜「課題整理総括表」を用いながら、課題分析の過程を明瞭にし、サービス担当者会議等の多職種協働の場面において、その過程を示すことで、他職種間で情報共有が進み、効果的なケアマネジメントが可能になるものと考えます。

### (3) ケアプラン原案の作成

課題分析の結果に基づき、把握された課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、ケアプランの原案を作成します。

目標の設定に当たっては、把握された課題に沿っていることが重要です。例えば、課題分析において「調理可能」とされているにもかかわらず、訪問介護で調理が位置付けられている等、課題分析の結果とサービスに齟齬が生じていないか、確認することも必要です。

その他、利用者本人が達成可能な、具体的な目標になっていること、モニタリングにおいて評価がしやすいこともポイントになります。

### (4) サービス担当者会議

利用者の状況等に関する情報を当該担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めることを目的に開催します。

やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができますが、その場合であっても、緊密に相互の情報交換を行うことで、利用者の状況等についての情報や居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要があります。

(5) ケアプランの実行

ケアプラン原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、ケアプランを利用者及びサービス担当者に交付し、ケアプランを実行します。

ケアプランとの連動性、整合性を高めるために、ケアプランに位置付けた、各サービス事業者が作成する計画（個別サービス計画）について、提出を求め、その内容を確認することも必要です。

(6) モニタリング

利用者についての継続的なアセスメントを含めた、ケアプランの実施状況の把握(モニタリング)を行い、必要に応じてケアプラン変更、サービス事業者等との連絡調整等を行います。

しばしば、「サービスについての利用者の満足度の確認」のみになっている例がみられますが、目標の達成状況、利用者に対する継続的なアセスメントを実施し、必要に応じケアプランの変更を検討していく視点が重要です。

(7) 終結

介護保険施設への入所、利用者の死亡等により、ケアマネジメントが終結します。

瀬戸市においては、条例等において、完結の日から5年間、ケアマネジメントの提供に関する記録等を保存することが定められています。

6 事業毎の基本方針について

介護保険法では、以下のようにケアマネジメントの種類と対象が分けられています。

	居宅介護支援	介護予防支援	第1号介護予防支援		施設等の計画作成
対象	居宅要介護者	予防給付を利用する居宅要支援者	予防給付を利用しない居宅要支援者	事業対象者（基本チェックリスト該当者）	施設等を利用する要介護者・要支援者
実施機関	居宅介護支援事業所	介護予防支援事業所	地域包括支援センター		介護保険施設等

この方針では、「居宅介護支援」と「介護予防支援と第1号介護予防支援」について、その基本的な考え方について述べます。

(1) 居宅介護支援

居宅介護支援については、地域包括ケアシステムの構築・自立支援に資するケアマネジメントの必要性の高まりにより、介護支援専門員の育成や資質向上に積極的に市町村が関与していくことが重要であるという観点から、平成30年4月より、事業所の指定権限が市町村へ移譲されました。

## 瀬戸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を定める条例 第2条

- ① 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。

介護保険制度の最も重要な基本方針である、「在宅介護の重視」を実現するため、利用者の立場に立ち、常にまず、「その居宅において日常生活を営むことができるように支援していく」視点を持ち、検討していくことを定めたものです。

- 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。
- 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、地域包括支援センター、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の7の2第1項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、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等との連携に努めなければならない。

介護保険制度の基本理念である、高齢者自身によるサービスの選択、保健・医療・福祉サービスの総合的、効率的な提供、利用者本位、公正中立について定めています。

居宅介護支援については、総合的、効率的に多様なサービス提供がなされるよう、保険給付の対象とされており、その重要性に鑑み、保険給付率についても特に10割とされているものです。

介護保険の基本理念を実現するために、居宅介護支援を提供にあたっては、常にこの基本方針を踏まえた事業の運営を図らなくてはなりません。

(2) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント

瀬戸市では、平成29年度より介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）が開始されました。

要支援者で、予防給付によるサービス（介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等）を利用する場合は、予防給付の介護予防サービス計画費が支給され、要支援者等で予防給付によるサービスの利用がなく、総合事業のサービスの利用のみ場合は、介護予防ケアマネジメントが行われます。介護予防支援でも、介護予防ケアマネジメントでも、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するもので、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づき、行われるものです。

特に、対象が事業対象者、要支援者であることを考慮し、利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続ける等、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。

	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント
条例等	瀬戸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を定める条例 第2条	瀬戸市介護予防ケアマネジメント実施要綱 第9条
	<p>① 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。</p>	<p>① 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。</p>
	<p>介護保険制度の基本理念である「自立支援」、すなわち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継続するということを実現するため、利用者が要支援者であることに鑑み、介護予防の効果が最大限発揮され、利用者が有している生活機能維持・改善が図られるよう、目標指向型の計画を作成し、支援する視点を持ち、検討していくことを定めたものです。</p>	
	<p>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</p>	<p>② 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並びに地域の予防活動等</p>

<p>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。</p> <p>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つて、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。</p> <p>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、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。</p>	<p>(地域における予防活動、就業、ボランティア、趣味活動等をいう。以下同じ。)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。</p> <p>③ 介護予防ケアマネジメント受託者は、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つて、利用者に提供されるサービスが特定の種類又は特定の総合事業実施事業者(総合事業を実施する事業者をいう。以下同じ。)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。</p> <p>④ 介護予防ケアマネジメント受託者は、事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、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、指定介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者、介護保険施設、住民による自発的な活動によるサービス及び地域の予防活動等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。</p>
--	---

介護保険制度の基本理念である、高齢者自身によるサービスの選択、保健・医療・福祉サービスの総合的、効率的な提供、利用者本位、公正中立について定めています。

これらの基本理念を踏まえ、介護予防支援の事業については、地域包括支援センターが指定介護予防支援事業者としての指定を受け、主体的に行う業務としており、指定介護予防支援事業者は、常にこの基本理念を踏まえた事業運営を図らなければなりません。

⑤ 介護予防ケアマネジメント受託者は、自らが指定介護予防支援事業者として行う指定介護予防支援と緊密に連携しつつ、介護予防ケアマネジメントを実施しなければならない。

#### 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の委託について

指定介護予防支援事業者・介護予防ケアマネジメント受託者（以下、介護予防支援事業者等）は、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを、指定居宅介護支援事業者に、その業務の一部を委託できるとされています。

委託をする際には、アセスメント業務や介護予防サービス計画の作成業務等が一体的に行えるよう配慮することや、本来指定居宅介護支援事業者が行うべき居宅介護支援の業務に支障が無いよう、委託する業務範囲や量について、配慮しなくてはならないことが決められています。

また、委託を行ったとしても、責任主体は指定介護予防支援事業者等に 있습니다。委託を受けた指定居宅介護支援事業者が、介護予防サービス計画原案を作成した際には、当該原案が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認を行うことや、委託を受けた指定居宅介護支援事業者が評価を行った際には、その内容、今後の方針等について確認し、必要な助言・指導を行うことが必要です。

さらに、指定介護予防支援事業者等と、委託を行った居宅介護支援事業者との関係等について利用者に誤解の無いよう、丁寧に説明を行ってください。



## 7 瀬戸市の取り組み

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、次のような取り組みを実施しています。積極的にご活用ください。

### (1) 地域ケア会議

介護保険法第115条の48で定義されており、地域包括支援センター及び市が主催する会議です。地域住民や関係機関と、地域による高齢者支援の課題等について情報を共有し、対応策や連携・協力方法等について検討します。なお、個別会議から地域課題を抽出し、各関係機関との連携を図りながら解決に向けた検討を行う仕組みも構築されています。

### (2) ケアプラン点検

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、市がケアマネジャーととも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、ケアマネジャー自身の気づきを促し、ケアプランの質の向上を図ります。

### (3) 研修

介護支援専門員等が業務を行う上で必要な技能の習得・向上に資する研修のほか、職能団体と連携した専門的な研修を全事業者向けに随時実施し、専門性の向上を支援します。

## <引用文献>

- 1) 白澤政和 『ケースマネジメントの理論と実際』 中央法規 1992年
- 2) 介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会編集 『五訂 介護支援専門員実務研修テキスト』 一般財団法人長寿社会開発センター 2012 (P182を一部改変)
- 3) NPO法人千葉介護支援専門員協議会編集 『基礎から学べる「ケアマネジメント実践力」養成ワークブック』 中央法規出版 2011 (P24を一部改変)

## <参考文献・資料>

- 1) 後藤佳苗 『法的根拠に基づくケアマネ実務ハンドブック—Q&Aでおさえる業務のツボ—』 中央法規出版 2014
- 2) 愛知県 ケアマネジメントに関する基本方針～居宅介護支援事業所に対する実地指導について
- 3) 介護保険最新情報 Vol. 685 「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」(厚生労働省 平成30年10月9日)

## 別紙①

## 興味・関心チェックシート

作成日： 令和 年 月 日

氏名： 様 性別： 生年月日： 年 月 日 年齢 歳 介護度：

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・グランドゴルフ・壘球・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 本表式は脱稿書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主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「ー」印を記入。