

## 鹿屋市ケアマネジメントに関する基本方針

平成 30 年 3 月 高齢福祉課  
令和3年 10 月 一部改正

## 1. 作成の根拠

平成 29 年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組が全国で実施されるよう、取組が制度化され、これに対する評価指標が示されたところである。様々な評価指標のうち、ケアマネジメントについては、「高齢者の自立支援、重度化防止等に資するように、介護支援専門員に対して保険者の基本方針が伝えられているか。」という評価指標が設定されており、このため、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し、より良い介護保険事業の運営を目指すために、本基本方針を作成するものである。

## 2. 法の理念

介護保険制度の基本理念は、「尊厳の保持」と「自立支援」である。（介護保険法第1条）

保険給付は要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するように行わなければならないと定められている（同法第2条第2項）とともに、被保険者の選択に基づき行われるものであり、（同法第2条第3項）、それは、要支援者、要介護者の自立支援という理念に沿って検討されなければならないものである。

## ※介護保険法第1章総則第1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。」

## ※介護保険法第1章総則第2条(介護保険)第2項

〈略〉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れるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

## ※介護保険法第1章総則第2条(介護保険)第3項

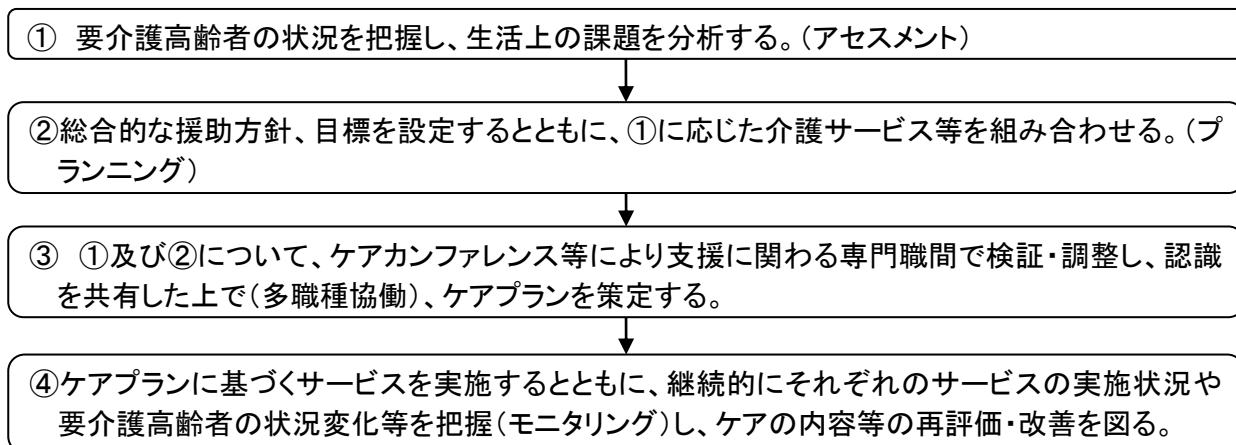
〈略〉被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

## 3. ケアマネジメントについて

- 介護保険制度の理念である「尊厳の保持」「自立支援」、また、「利用者本位」を具現化していくための手法として導入されたものが「ケアマネジメント」である。
- 高齢者の状態像を適切に把握し自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものである。
- 「ケアマネジメント」とは、個々の要介護者の心身の状況や置かれている環境や希望などを十分把握分析したうえで、状態の悪化をできるだけ防止する視点に立って、介護保険サービスを含め、さまざまなサービス等を調整し総合的かつ効率的に提供するための仕組みであり、ケアマネジャー<sup>1</sup>が中心となって、次の手順により実施される。

<sup>1</sup> 法に規定する「介護支援専門員」のことを指すが、広く計画作成担当者を含んだ意味で以下使用する。

### 【ケアマネジメントの手順】



(引用)「介護保険施設等実地指導マニュアル」鹿児島県

#### 4. 本市におけるケアマネジメントの状況について

本市が行っているケアマネジメントに係る業務等において把握した、ケアマネジメントの状況を示すと以下のとおりである。

業務等	状況
ケアマネジャーからの相談対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 軽微な変更の場合におけるケアプラン作成について相談あり。</li> <li>• 暫定でサービス利用している新規利用者を認定結果が出た時点で担当できるか相談あり。</li> <li>• 娘宅に転居するが、その前に住宅改修ができるか相談あり。</li> <li>• 途中で居宅サービス計画作成事業所が変更になった時の請求について相談あり。</li> <li>• 利用者の住所変更は軽微な変更としての取扱いでいいか相談あり。</li> <li>• 有料老人ホーム等からケアマネジャーに対してサービス種類や回数に対して指示されることがあるとの相談あり。</li> <li>• 途中でからサービスを利用した場合のモニタリングについて相談あり。</li> </ul>
ケアプラン点検	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 認定調査状況と利用サービスに相違のあるケースが多かった。</li> <li>• 限度額に対して高い割合で、1種類のサービスのみを利用しているケースがあった。</li> <li>• 介護保険サービスの利用のみでケアプランが構成されており、インフォーマルサービスを利用しようとする意識が低い状況があった。</li> <li>• 各機関や事業所の担当者とケアマネの関係性が薄く、情報収集が上手くなされていないものがあつた。</li> <li>• 本人主体ではなく、介護者側主体となっているケースがあつた</li> <li>• 個別性がなく抽象的な目標設定をしているケースがあつた。</li> </ul>
給付実績分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 県内において1人あたりの給付費が1番高い(介護サービス依存過多)</li> <li>• 在宅サービスのうち、通所介護費が突出している。</li> <li>• 医療情報との突合及び縦覧点検、給付実績を活用した情報提供等により、給付実績を確認するなかで、ケアマネジャーが行わなければならない必要な理由書の提出がなく、利用者やサービス事業所に10割の負担をさせてしまっているケースが見られた。</li> </ul>
実地指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 新規利用者の基本情報を含む利用者全体のアセスメントが不十分なものがあつた。</li> </ul>

（居宅介護支援）	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ケアプラン作成時のサービスの種類や量について適切なケアマネジメントに基づかず本人や家族の要望を聞き、分析が不十分なままケアプランにサービスを位置づけているものがあつた。</li> <li>• ケアプランに位置づけるサービスが事業所サービス中心であり、利用者及び家族ができることや地域資源を含めたケアマネジメントができていないものがあつた。</li> </ul>
実地指導 （地域密着型サービス）	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 入居系サービスにおいて、施設的环境（施設のスケジュールや物的、人間的な環境等）に利用者の生活を合わせており、利用者1人ひとりの望む生活がプランに反映されているとは言えないものがあつた。（サービスに個性が見られず、入居者全員が同じようなプランになっている状況があつた。）</li> <li>• ケアプランの一連のプロセスが理解されていない状況があつた。</li> </ul>
高齢者実態調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「要介護者」の介護が必要になった主な原因として、「骨折・転倒」が最も多く、次いで「脳出血・脳梗塞等」、「高齢による衰弱」、「認知症」となっている。</li> <li>• 「在宅要介護者」の現在治療中又は後遺症のある病気については、「高血圧」が最も多く、次いで「骨粗しょう症、関節症等」、「目の病気」となっている。</li> <li>• 介護サービスの利用者負担を重く感じている介護者や本人の割合が高い。（サービスには満足であるが、経済的に不満）</li> <li>• 口腔機能が低下している要介護者の割合が高い。（固いものが食べにくい、お茶や汁物等でむせる、口の渇きが気になる）</li> <li>• 現在の健康状態が良いとする要介護者の割合が低く、気分が沈んだり憂鬱な気持ちになることがある要介護者の割合が高い。</li> <li>• 外出の回数が減っている、外出を控えている要介護者の割合が高い。</li> </ul>

## 5. 本市におけるケアマネジメントの基本方針について

これまでに示した、介護保険法の理念に基づき、「自立支援」を

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、要支援・要介護状態になっても、主体的な選択により、介護サービスやその他の支援を利用しながら、自分が望む、生活の質が保たれた自分らしい生活を営むことに対する支援

と定義する。

本市全体として、自立支援のためのケアマネジメントを行っていくためには、「自立支援」の視点や一連のケアマネジメントプロセスの再認識等が必要であることから、「ケアプラン点検」、「地域ケア会議」、「給付実績を活用した、医療情報との突合・縦覧点検等」、「ケアマネジャー研修」、「実地指導」等のあらゆる機会を通じて、下記の着眼点のもと、保険者としてケアマネジャー等への支援を行うこととする。

○ 介護保険制度の基本理念である「尊厳の保持」「自立支援」、また、「利用者本位」「重度化防止」を具現化するためのケアプランではなく、単に利用者や家族の要望、サービス事業所からの要請に基づいたケアプランとなっていないか。

○ ケアマネジメントのプロセスのうち、極めて重要である「アセスメント」の過程においては、本人の心身状態の把握のみならず、生活観、価値観、人生観等を含めた全体像のアセスメント及び医師や看護師などの専門職による視点からの観察情報、利用者の生活歴や家族状況（介護力や家族背景等）など、その人を取り巻く環境全般について情報収集が十分になされているか。

○ 2025年に向けて、地域包括ケアシステム（医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が包括的に確保される体制）の構築を目指していく中で、これからのケアマネジメントは、介護サービスだけではなく、地域の支え合いや民間サービスも含めた地域資源を視野に入れて行うことがさらに必要になるが、関係機関との連携や多職種連携（地域ケア会議の活用等）の視点が十分に踏まえられているか。

#### 6. 本市におけるケアマネジメントの取組方針について

ケアマネジメント業務においては、ケアマネジャーは下記に留意して取り組むこととし、本市はこれに対して各支援を行うこととする。

#### 〔総合事業対象者のケアプラン〕

重点留意事項
<p><input type="checkbox"/> 高齢者自身が地域において自立した日常生活が送れるよう支援するものとなっているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 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ことなく、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など、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業などの利用について検討し作成されているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者本人が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、ケアマネジメントのプロセスを通じて、本人の意欲に働きかけながら目標指向型の計画を作成しているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 地域での社会参加の機会を増やし、状態等に応じ、自身が地域の支え手になることを目指したものであるか。</p> <p style="text-align: right;">（参考）「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」厚生労働省</p>

（支援）

○ 多職種からの専門的な助言を得ることでケアプランをよりよいものとし、利用者の QOL の向上を目指す「自立支援型地域ケア個別会議」を開催（H30～）

○ フレイル予防の啓発や生活習慣病重症化予防のため、専門職による健康教育や家庭訪問を実施（R3.4～）

## 〔要支援者(予防給付受給者)のケアプラン〕

重点留意事項
<input type="checkbox"/> 利用者が可能な限りその居宅で自立した日常生活を営めるよう配慮されているか。 <input type="checkbox"/> 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と福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的・効率的に提供されるよう配慮されているか。 <input type="checkbox"/> 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サービスが特定の種類や事業者に不当に偏ることがないように、公正中立に作成されているか。 <input type="checkbox"/> インフォーマルサービスや本人、家族のできることを位置づけているか。 <input type="checkbox"/> 多職種からの助言を取り入れているか。 <input type="checkbox"/> 状態改善、重度化予防に資する関係職能団体(リハビリ協会等)との連携がされているか。  (参考)「鹿屋市指定介護予防支援等の事業に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」

(支援)

- 多職種からの専門的な助言を得ることでケアプランをよりよいものとし、利用者の QOL の向上を目指す「自立支援型地域ケア個別会議」を開催(H30～)※段階的に実施
- 実地指導による、上記留意事項の確認等

## 〔要介護者のケアプラン〕

重点留意事項
<input type="checkbox"/> 利用者及びその人を取り巻く環境について多方向からの客観的な情報収集を行っているか。(課題分析標準 23 項目) <input type="checkbox"/> 生活観、価値観、人生観などを含めた全体像のアセスメントを行っているか。 <input type="checkbox"/> 医師や看護師などの専門職による視点からの観察情報、利用者の生活歴や家族状況、(介護力、家族背景等)など、その人を取り巻く環境全般について情報収集を行っているか。 <input type="checkbox"/> 利用者が今どのような状況にあり、何故サービスを必要としているのか、自立支援に必要な本当の支援は何かを分析した上で、ニーズを引き出しているか。 <input type="checkbox"/> 支援が必要な状況を明らかにするだけではなく、利用者及び家族ができること(ストレングス)をアセスメントしているか。 <input type="checkbox"/> 困っていることのみを把握するのではなく、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るか。 <input type="checkbox"/> 表面に現れている現象を「問題」として捉えるのではなく、問題を引き起こしている原因や背景を明らかにしていくことで「真の課題」をつかんでいるか。 <input type="checkbox"/> 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るか。 <input type="checkbox"/> 利用者本人や家族が希望するニーズのみ対応するのではなく、専門職として知識と技術を基に分析を行う努力をしているか。 <input type="checkbox"/> 目標を達成する手段として適切な内容となっているか。

- ☐ 個々の短期目標の積み上げの上に、長期目標の達成があり、長期目標の達成の先に、利用者の目指すその人らしい生活が見えてくるという関連性を常に意識しているか。
- ☐ どのような危険が予測されるのか、緊急事態とはどのような状況を想定するのか等、個々の利用者の状態像に応じたリスクマネジメントの視点があるか。
- ☐ 家族の介護に対する思いを受け止め、その思いを支える視点を持つと同時に、家族も利用者の支援を担うチームの一員として、目標達成に向けて一緒に関わってほしいというアプローチがされているか。
- ☐ 自立支援を目標とするものになっているか。
- ☐ 多職種からの助言を取り入れているか。
- ☐ 利用者本位のサービスが位置づけられているか。
- ☐ インフォーマルサービスや本人、家族のできることを位置づけているか。
- ☐ 利用者自身は、どのような生活を目指したいと考えているか、利用者の意向を踏まえた上で、どこまでの改善が可能かという目標設定が明確になっているか。
- ☐ 個別性のあるものとなっているか。（生活に本人の意向を取り入れ、漫然と利用者全員が同じ生活となっていないか。）
- ☐ 機能訓練等を取り入れ、各利用者に応じた自立支援、重度化防止のものとなっているか。
- ☐ 地域との交流について地域資源を利用し、環境の充実を図っているか。

（参考）「介護保険施設等実地指導マニュアル」厚生労働省

（支援）

- 多職種からの専門的な助言を得ることでケアプランをよりよいものとし、利用者の QOL の向上を目指す「自立支援型地域ケア個別会議」を開催(H30～)※段階的に実施
- 実地指導による、上記留意事項の確認等
- ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援するための「ケアプラン点検」を実施。(H29～実施中)