

大津町ケアマネジメントに関する基本方針（令和5年度）

令和5年6月27日
大津町介護保険課

大津町では、ケアマネジメントのあり方を町と介護支援専門員及び地域包括支援センター職員とで共有し、ケアマネジメントの質を向上させることにより、適正な介護保険制度の運営を図るとともに、被保険者とその家族の生活の質が向上し、幸せな暮らしの一助となることを目指して、ケアマネジメントに関する基本方針を定めます。

1. 第8期介護保険事業計画における大津町の基本理念について
2. ケアマネジメントとは
3. 自立支援とは
4. 大津町におけるケアマネジメント基本方針
5. 令和4年度のケアプラン点検の報告
6. ケアマネジメント等の適正化

1. 第8期介護保険事業計画における大津町の基本理念について

第8期介護保険事業計画で掲げる基本理念は、

「高齢者が生きがいをもって、健康で安心して暮らすことができるまち」です。

この基本理念の意図する内容

人生の最期まで個人として尊重され、自分らしく暮らしたいということは、すべての人の願いです。そのためには、地域で生きがいを持ちながら活動することで、健康を維持すること、そして、たとえ介護が必要な状態になっても、その人の生き方や考え方が尊重され、尊厳が保持されることによって心の健康を保ちながら、その人らしい生活を送り続けることが必要です。

町の取り組みだけでなく、介護、医療、地域の様々な主体の活動を連携させることで、暮らしたいと思う場所・地域で、可能なかぎり在宅での生活を送ることができるような地域包括ケアシステムを構築し、老後の「不安」を「安心」に変えるまちづくりを目指します。

（第8期大津町高齢者福祉計画及び介護保険事業計画 P36）

2. ケアマネジメントとは

高齢者自身がサービスを選択することを基本に、専門家が連携して身近な地域で高齢者及びその家族を支援する仕組み

(引用：高齢者介護保険制度の創設について 平成8年4月22日老人保健福祉審議会)

介護保険の基本理念は、利用者の自己決定、自立支援、重度化防止、サービスの総合的・効率的な提供等です。(参考：介護保険法第1条、第2条)

サービスの提供は手段であり、目的ではありません。本当の目的は高齢者の自立支援と生活の質(QOL)の向上です。なお、自立支援に取り組むに当たっては、高齢者本人が納得し自己決定することが必要不可欠です。

高齢者が適切な自己決定ができるよう、専門職が専門知識を持ち寄ってチーム支援(多職種連携)を行います。そのチーム支援の中心に立ち、高齢者や家族からの相談を受ける窓口となり、チーム支援の方向性や支援の過程を管理する役割を介護支援専門員(ケアマネジャー)が担っています。

(1) 適切なケアマネジメントのために

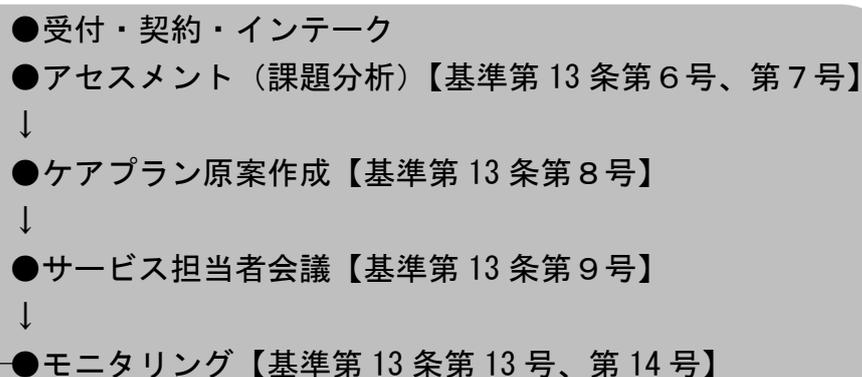
適切なケアマネジメントを行うためには、多角的な視点から高齢者を捉えて、的確に課題を導き出し、介護保険サービスや地域のインフォーマルサービスを組み合わせることで総合的に支援することが必要です。

課題を的確に導き出すためには、何が原因となっているのかを突き止めることが必要です。課題が的確に把握できていなければ、いくら支援を行っても効果は上がらないものと思われます。

課題を的確に導き出すために、アセスメントをしっかりと行うことが必要です。課題を的確に把握できれば、最小の期間や費用で最大の自立支援の効果を発揮することが期待できることから、課題整理総括表を活用することを基本とします。

(2) ケアマネジメント過程 (PDCA)

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において、ケアマネジメントの過程が規定されています。



3. 自立支援とは

制度上「自立」の定義が明確化されていないため、高齢者一人一人ごとに、その人にとっての自立支援とは何なのかを考える必要があります。

身体的な自立だけでなく、精神的な自立（意欲の向上・意思決定ができる）や社会的な自立（地域や家族等の中で役割がある、地域会社における活動等さまざまな活動に参加する）を踏まえて、自立支援を考えます。

大津町においては、介護保険を「卒業」することだけを自立支援と捉えておらず、たとえ介護度が重度であっても、その人に応じた自立支援を行うことができると捉えています。

4. 大津町におけるケアマネジメントの基本方針について

（1） ケアマネジメントのあり方

介護保険の基本理念を実現するために、ケアマネジャー等は以下に留意してケアマネジメントに取り組むこととし、町はこれに対して支援を行う。

要支援・要介護状態になっても、利用者一人一人に応じた身体的・精神的・社会的な自立を目指すことで、利用者と家族の生活の質がより良いものへと変化していくことができるような自立支援型のケアマネジメントに取り組む。

（2） 具体的な重点留意事項について

【総合事業対象者のケアプラン】

- 高齢者自身が地域において自立して生きがいを持って日常生活が送れるよう支援するものとなっているか。
- 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。
- 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。

- 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。
- 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。

(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

【要支援者（予防給付受給者）のケアプラン】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 多職種からの助言を取り入れているか。
- 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)「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」

【要介護者のケアプラン】

- 利用者やその家族の生活を支えるうえで解決すべき課題を捉えるため、先入観を持つことなく、網羅的に情報収集し、支援を組み立てているか。
- 「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 11 年厚生省令第 38 号）第 12 条「指定居宅介護支援の基本的取扱方針」及び第 13 条「指定居宅介護支援の具体的取扱方針」の各号に基づいたケアマネジメント・プロセスを経たサービス計画づくりを行っているか。
- 利用者や家族、生活環境等、利用者を取り巻く様々な状況について情報収集を行い、それらの情報を分析して生活課題を把握しているか。
- 利用者の全体像を捉え、自立支援の観点から必要なニーズが引き出されているか
- 利用者の状態を改善するための課題やニーズの把握が行われているか。
- 多職種による専門性が反映されるようサービス担当者会議に諮り、利用者、利用者家族への説明を行い、同意を得ているか。
- 利用者や利用者家族の立場でサービス内容を作成しているか。

□ 月1回の居宅訪問と面接を行い、その後の状況変化の把握を行うモニタリングを行っているか。その結果によって、居宅サービスの変更を行っているか。

(参考)「介護保険施設等運営指導マニュアル」令和4年3月 厚生労働省

5. 令和4年度のケアプラン点検の報告

●点検数 20件

●ヒアリング日程 5日間(7/19、7/20、7/21、7/25、8/29)

※令和4年度ヒアリング対象のケアマネジャーには、個別返却シートにてヒアリングの結果をお返ししています。

下記の視点に基づき、ケアプラン点検を行いました。

- ①自立支援・重度化防止の実現に向けたケアプランの視点
- ②ケアマネジメント業務の適切な実施と記録の重要性の視点

(1) 評価項目について

基本	有効期限は、日付を用いて明確かつ整合性のあるものとなっているか。
	アセスメント実施日は、日付を用いて明確かつ整合性のあるものとなっているか。
	ケアマネジメントの流れに基づき、書類が整理されているか。
アセスメント	アセスメントに当たって、利用者の自宅を訪問し、利用者及び家族に面接しているか。
	アセスメントは、適時に実施されているか(サービス変更時、退院時など)。
	アセスメントは、23項目を網羅し、内容が十分に記載されているか。
	アセスメントの日付とプラン作成日との整合性があるか。
	課題整理総括表が作成され、その内容が十分に記載されているか。
第1表	「利用者・家族の意向」とアセスメントの結果及び課題整理総括表との整合性が取れているか。
	「介護認定審査会からの意見及びサービスの種類」が記載されているか。
	「総合的な援助の方針」は長期目標を総合化したものであり、利用者の自立を目指す支援目標であるか。
	緊急連絡先の記載はあるか。
	「生活援助中心型の算定理由」が明示されているか。

	ケアプラン作成時（新規・更新・変更）、ケアプランの内容について本人・家族に説明を行い、同意を得ているか。
	生活に対しての本人の意向を掘り下げて確認し、記載しているか。
第2表	解決すべき課題は、アセスメント（課題整理総括表）から導き出された利用者の望む生活を実現するための内容になっているか。
	目標設定は、利用者や家族にとって分かりやすい表現となっているか。
	目標設定は、主体的生活への意欲が引き出される表現となっているか。
	短期目標は、期間内に達成できるものとなっているか。
	短期目標は、モニタリングができる指標となっているか。
	短期目標は総合的援助方針に基づいているか。
	短期目標は、サービスと適切につながりのあるものとなっているか。
	長期目標・短期目標の期間が、日付を用いて明確に記載されているか。
	利用者の残存能力を活かした具体的な表現となっているか。
	セルフケアが位置づけされているか。
	家族の支援が位置付けられているか。
インフォーマルサービスが位置付けられているか。	
第3表	一日のスケジュールの記載はあるか。
	週単位以外（短期入所・住宅改修・通院等）の記載があるか。
	主な日常生活上の活動が記載されているか。
第4-6表	ケアプラン作成時（新規・更新・変更）に担当者会議を開催しているか。
	サービス担当者会議の課題・対策について、内容が具体的に記載されているか。
	サービス担当者会議の内容で、福祉用具の目的、使用継続の検討があるか。
	主治医との連携（担当者会議の参加依頼・受診同行）を記録しているか。
	サービス担当者会議において、参加できない主治医・サービス事業所の意見（主治医の意見書・照会等）を他サービス事業所に周知した記載があるか。
	サービス担当者会議の次回開催予定日の記載があるか。
	同意を得たケアプランを利用者、ケアプランに位置付けた各サービス事業所に説明を行い、交付した記載があるか。
	支援を行った日時、方法（訪問・電話）が具体的に記載されているか。
	月1回利用者宅を訪問し、モニタリングした結果を支援経過記録、またはモニタリング表に記載しているか。
	ケアプランの実践後の生活変化をモニタリング後、翌月のサービス利用についての確認を行っているか。
評価	評価表の記載があるか
	本人・家族の満足度の確認ができていますか。

(2) 指導内容

① 自立に向けたケアプラン作成について

(ア) 的確なアセスメントの実施

アセスメント（課題整理総括表）から解決すべき課題を導き出し、利用者の望む生活を実現するためのケアプランになっているかチェックを行いました。

結果

【アセスメントについて】

- ・アセスメント実施に対し「実施日・実施場所・面談相手」の確認が取れないことに関して、実施日・場所・相手については記録を残すよう助言しました。
- ・個別性のあるプラン作成のために本人や家族の生活に対する意向の確認を、より踏み込んで実施するよう助言しました。

【課題整理総括表について】

- ・アセスメントに記載された状態と総括表の記載内容について、整合性が取れるよう記載するよう助言しました。
- ・支援を通してどのように変化すると見通しを立てたのか、見通し欄に記載することが望ましいと助言しました。また2表のニーズと連動していることを考慮し、ニーズ欄への具体的記載を提案しました。

(イ) 個別性を重視した目標設定の実施

第1表の「本人及び家族の生活の意向を踏まえた課題分析の結果」を記載するよう様式の変更が行われています。本人や家族の生活の意向を具体的に把握し、アセスメントの結果より利用者の課題を導き出すことが求められます。

結果

- ・利用者や家族の言葉のみを記載し、課題分析がわかりにくい内容となっているプランがみられました。課題分析の結果を記載することで、本人・家族・支援者間での課題共有ができるようになることを助言しました。
- ・課題分析が十分になされていないことにより、個別性がなく、抽象的な目標設定になっているケースが見られました。具体的に「〇〇ができるようになる」「〇〇に取り組む」など明確な表現で設定することで、利用者の意欲を引き出すことや利用者、介護支援専門員双方にとって「何をもって達成したのか」がわかりやすくなることを助言しました。

(ウ) セルフケア・インフォーマルサービスの反映

結果

- ・体調管理に関して病院や看護師に頼るだけでなく、「体調を安定」させるために、担当者としてどのように支援するのか、本人ができそうなことを記載するよう助言しました。
- ・サービスありきのプラン構成となっているものがみられました。認知機能の低下により、できないことが増えていく利用者もいる中で、些細なことでも利用者自身の力でやり続けられるようプランへ位置付けることが重要だと伝えました。
- ・1日の目標は個別性がみられるが、1年後やプラン中の目標が「歩行状態を維持し、転倒しない」と抽象的であるケースがありました。杖歩行はどのくらいできると目標達成になるのか、など掘り下げて検討するとセルフケアが位置づけしやすくなるのではと助言しました。

② ケアプラン作成に当たっての手続きについて

(ア) サービス担当者会議について

- ・照会文書や受診同行などにより、主治医との連携を図るケースが増えています。
- ・訪問看護を導入後、医師との連携は訪問看護にまかせ、医師との連携が図れていないケースがありました。利用者に必要な情報を得るために主治医との連携を図ることの重要性を伝えました。

(イ) モニタリングについて

初回サービス担当者会議後、支援経過記録の記載がなく、モニタリングの実施状況が確認できないケースがありました。モニタリング実施に関して必ず記載するよう指導しました。

(3) まとめ

●ケアプラン点検・ヒアリングを重ねるごとにアセスメントの記載内容がより具体的になってきています。しかし、第1表「本人及び家族の生活の意向を踏まえた課題分析の結果」の様式変更に伴い、記載方法に苦慮されているケースが見受けられました。

●ケアマネジャー一人一人がケアマネジメントの流れに立ち返り、「気づき」を得るとともに、「自立支援に資するケアマネジメント」の実践に向けて、継続的な取り組み支援を行っていきます。

6. ケアマネジメント等の適正化

①令和5年度ケアプラン点検について

●ケアプランの作成においては、課題整理総括表の活用が推奨されており、令和4年度のケアプラン点検においても課題整理総括表の提出を求めました。課題整理総括表は、専門職としてどのような考えをもって課題分析を行ったか明らかにし、整理された「改善／維持の可能性」と「見通し」を踏まえて、居宅サービス計画書の第2表における長期目標・短期目標や援助内容を精査しやすくすることを目的としています。また、これを活用することで、サービス担当者会議や地域ケア会議等の場における多職種との情報共有・連携等を効果的に実施できるようになることが期待されます。令和5年度においても、ケアプランの作成にあたっては引き続き課題整理総括表を活用することを推奨し、現在活用していない場合においても、積極的な活用をすすめます。

課題整理総括表は、介護支援専門員が専門職として、多職種と情報共有しつつ、アセスメントによって把握した情報から、利用者の日常生活を支援していく上でどのような考えで生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を導きだしたのかを記録するものであり、課題を捉えた経緯を表現するものである。

平成26年3月厚生労働省老健局「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」より

②住宅改修について

●現在、住宅改修の事前協議については、介護保険係全員で改修内容を検討しているところですが、住宅改修により達成される目標の設定が曖昧なケアプランがみられます。住宅改修が必要な理由は明確に提示してあっても、それにより本人のどういった自立支援につながるのか、どういった目標が達成されるのか、ケアプランに明確かつ具体的に位置付ける必要があります。

●ケアマネジャーを筆頭としたひとつのチームとして、日頃の本人の身体の動きをよく知る職種を交えて、各職種が専門的な知見から意見を出し合うことで、真のニーズに応じた、より適切な住宅改修を実現し、自立支援につながっていくものと考えます。住宅改修の事前相談にあたっては、引き続き、どういった職種等により動作確認が行われたのか明記した書類の提出を求めます。（理由書等への記載で可。）

③居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証について

令和3年9月22日付「介護保険最新情報 Vol. 1009」において、より利用者の意向や状態に合った訪問介護の提供につなげることのできるケアプランの作成に資することを目的とし、介護支援専門員の視点だけでなく、多職種協働による検討を行い、必要に応じてケアプランの内容の再検討を促すため、居宅介護支援事業

所単位で抽出するケアプラン検証の仕組みが、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11年厚生省令第38号）に位置付けられました。これにより市町村は、下記要件に該当する居宅介護支援事業所に対し、該当するケアプランの届出を依頼できるようになります。なお、これはサービス利用の制限を目的とするものではありません。

I. 抽出対象の居宅介護支援事業所の要件

- a. 区分支給限度基準額の利用割合が7割以上
- b. その利用サービスの6割以上が「訪問介護サービス」

II. 要件 a、b に該当するケアプランのうち、町が介護度別に1件ずつ以上を指定し、居宅介護支援事業所に届出を依頼

III. 地域ケア会議や、行政職員やリハビリテーション専門職が参加する形で行う会議等で検証

→検証・点検結果を踏まえ、対象のケアプランを中心に、事業所内において同様・類似の内容で作成しているケアプランの内容についても再検討

※もちろんケアプランの変更にあたっては利用者の同意を得る必要があり、強制することはできません。再検討を要するケアプランについても、ケアマネジャーや市町村は本人に十分説明する必要があります。