

武蔵村山市 自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの基本指針

令和 3 年 4 月 1 日 作成
武蔵村山市健康福祉部高齢福祉課
武蔵村山市地域包括支援センター

本市は、高齢者が要介護状態等となっても、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、地域づくりや地域のネットワークを活用しながら、住まいを中心とした医療・介護・介護予防・生活支援が一体的に提供される仕組みである地域包括ケアシステムの構築を行っております。

その上で、本市全体のケアマネジメントの質向上を通じて、利用者の自立支援・重度化防止を図るため、「武蔵村山市 自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの基本指針」（以下「基本指針」といいます。）を定めます。

1 基本指針の目的について

介護保険法（以下「法」といいます。）は、その第1条において「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」ことを規定し、また、法第4条及び第5条において、国民並びに国及び地方公共団体が「介護予防」と「重度化防止」の推進に努めるよう規定しています。

この推進においては、介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」といいます。）による適切かつ質の高いケアマネジメント、要介護者、要支援者等やその家族、介護サービスを提供する事業者等との緊密な連携や協働が重要です。

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、介護保険制度の基本理念である「自立支援」や「重度化防止」等の実現を図ることを基本指針の目的とします。

（参考）

（目的）

法第1条 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 本市の自立（自立支援・重度化防止）の考え方

要介護・要支援状態となっても、「自分らしい生活」を実現できるように、本市では介護分野における「自立」についての考え方を次のように定めます。

住み慣れた地域の中で、「したい」「できるようになりたい」といったことの実現に向けて、必要に応じて周囲の支援を受け、孤立することなく生きがいや楽しみを持ちながら、一人一人が自分らしい生活を送ること

3 自立支援・重度化防止に向けて^{※1}

自立支援・重度化防止の推進に当たっては、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」の意向を踏まえて、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ので、本人の意思決定が適切に達成できるよう、ケアマネジャーはより多くの情報や選択肢を提供することが重要です。

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、本人の想いを十分に引き出し、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、自立とは一度で成し得るものではなく、その人の取り巻く環境との間に形成される交互作用（単一の相互作用ではなく複数の相互作用同士が互いに影響を及ぼし合う状態をいいます。）を通じて可能になるといわれています。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対する働きかけについても検討する必要があります。

※1 「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」から一部引用

(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サイクルについて、ケアマネジャーを中心とした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（次図参照）。

① インテーク・契約

ケアマネジメントの入口に当たり、利用者及び家族との信頼関係の構築、介護保険制度や自立支援の考え方、ケアマネジャーなどの役割説明の場面です。これらを理解していただいた上で契約を行います。

② アセスメント

アセスメントは、生活全般に関わる情報を収集・分析し、利用者のニーズを明確に

する過程です。

③ ケアプラン原案の作成

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、自立支援の視点に留意しながら、利用可能な社会資源を活用した居宅サービス計画、介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント（以下、総称して「ケアプラン」といいます。）原案を作成します。

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。

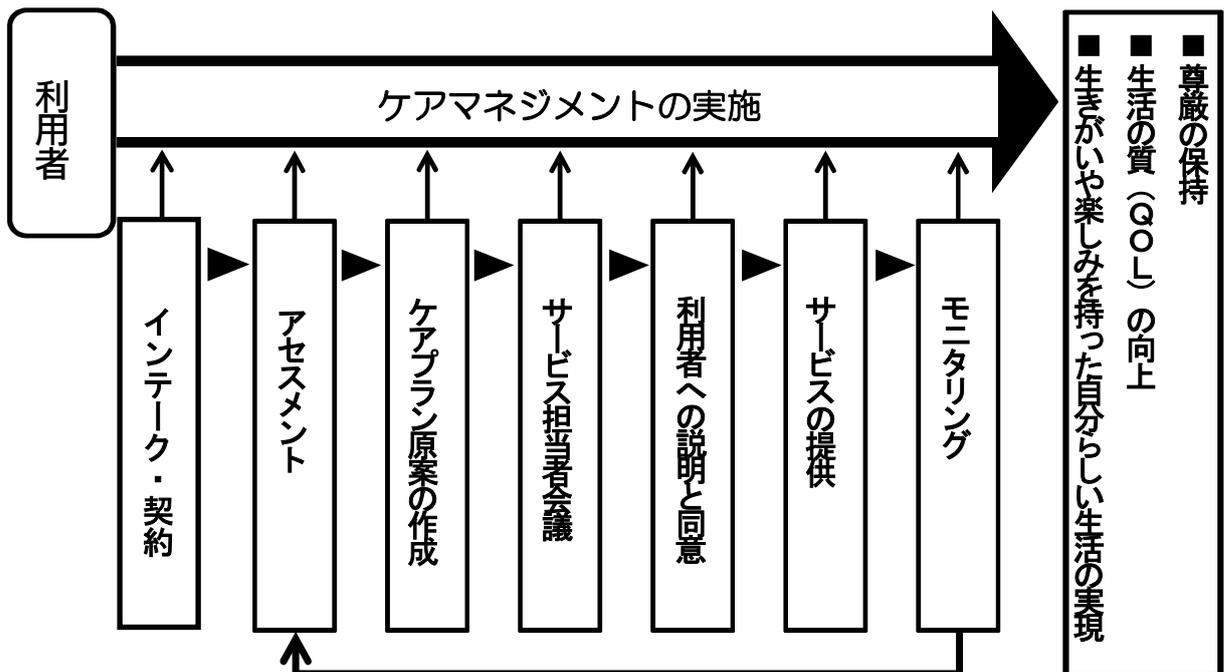
⑤ 利用者への説明と同意（ケアプランの確定・交付）

作成したケアプランを利用者等へ説明の上、同意を得て、その後、利用者等及び各事業者へ交付します。各事業者が作成したサービスの個別援助計画の内容とケアプランの目標の整合性を確認します。

⑥ モニタリング

計画どおりにサービスが提供されているかの確認、及び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。必要に応じて再アセスメント（②に戻る）を行い、モニタリングを繰り返しながらケアプランを評価し、適切なサービス計画へ見直します。

図 ケアマネジメントのプロセス



(2) ケアマネジメントの種別とそれぞれの基本方針について

ケアマネジメントは、認定区分等や利用するサービスによって実施する事業者が異なり、それを整理すると次のとおりとなり、それぞれに応じた基本方針に基づき実施します。

① ケアマネジメントの種別等について

ケアマネジメントの種別	対象者	給付種別			ケアマネジメント事業者
		介護給付	予防給付	総合事業*2	
居宅介護支援	要介護1~5	○	×	×	指定居宅介護支援事業者 (施設入所者を除く)
介護予防支援	要支援1・2	×	○	☆併用	地域包括支援センター 指定居宅介護支援事業者 (小規模多機能型居宅介護を除く)
第1号介護予防支援事業 (介護予防ケアマネジメント)	要支援1・2 事業対象者	×	×	○	地域包括支援センター 指定居宅介護支援事業者

※2 ここでいう総合事業とは、指定事業者が行う事業をいい、多様なサービスは含まない

② 各ケアマネジメントにおける基本方針について

ア 居宅介護支援の基本方針

本市の居宅介護支援の基本方針は、武蔵村山市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営等に関する基準を定める条例（以下「居宅介護支援基準条例」といいます。）第3条を中心に、次のとおり定めます。

- 利用者が要介護状態となった場合、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うものでなければならないこと。
- 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、必要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うものでなければならないこと。
- 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こと。
- 市町村、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、主治医を含めた医療関係者、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こと。
- 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、従事者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならないこと。
- 居宅介護支援を行うに当たり、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こと。

イ 介護予防支援の基本方針

本市の介護予防支援の基本方針は、武蔵村山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

法に関する基準等を定める条例第3条を中心に、次のとおり定めます。

- 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に配慮して行われるものでなければならないこと。
- 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こと。
- 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若しくは地域密着型介護予防サービス事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立に行わなければならないこと。
- 本市、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、主治医を含めた医療関係者、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こと。
- 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、従事者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならないこと。
- 居宅介護支援を行うに当たり、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こと。

ウ 第1号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）の基本方針

本市の第1号介護予防支援事業（以下「介護予防ケアマネジメント」という。）の基本方針は、次のとおり定めます。

- 利用者が要介護状態になることをできる限り防ぐとともに、地域で自立した日常生活を送ることができるよう支援すること。
- 高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進にむけた取組を行うことが重要であることを意識し、介護予防支援と同様にアセスメントを行い、その状態や環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるよう支援すること。
- 高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、日常生活上の困りごとに対して、心身機能の改善だけでなく、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」の視点を踏まえた内容となるよう要支援者等の選択を支援すること。
- 適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者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等の利用について検討し、ケアプランを作成すること。

(3) 主任ケアマネジャー及びケアマネジャーに求められること

① 主任ケアマネジャー

介護保険法令の改正に伴い、指定居宅介護支援事業所の管理者は、原則として主任ケアマネジャーであることが必須要件^{※3}となりました。主任ケアマネジャーは、事業所の管理・運営だけでなく、②に示すケアマネジャーに求められる4要件を踏まえながら自らもケアマネジメントを実践しながら、地域の他のケアマネジャーへ指導的な助言を行い、地域全体におけるケアマネジメントの質の向上に努めていく必要があります。

そのため、利用者等の問題や地域課題の把握、適切な指導等といった技術の向上に加え、地域ケア会議への参画や社会資源の開発、ネットワークの構築等の活動を行いながら、自らの資質を高めていくことが求められます。

また、それに加えて地域包括支援センターに配置されている主任ケアマネジャーについては、法第115条の45第2項第3号に規定する包括的・継続的ケアマネジメント支援業務（「包括的・継続的なケア体制の構築」、「地域における介護支援専門員のネットワークの活用」、「日常的個別指導・相談」及び「支援困難事例等への指導・助言」をいいます。以下同じ。）の主体的な担い手として、当該被保険者が地域において自立した日常生活を営むことができるよう、ケアマネジャーの資質や困難事例対応支援、関係機関や地域の連携構築などの包括的かつ継続的な支援を行うこととされています。

※3 居宅介護支援基準条例附則第2条では、令和9年3月31日までの間は、介護支援専門員（主任介護支援専門員を除く。）を指定居宅介護支援事業所の管理者とすることができる旨規定されています。

② ケアマネジャー

ケアマネジメントのプロセスを推進していく上では、居宅介護支援基準条例等に示す「自立した日常生活への配慮」、「公正中立」、「多職種の連携」及び「継続的な技能の向上」が重要です。

● 自立した日常生活への配慮

ケアマネジメントは、利用者が可能な限り居宅において、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する必要があります。

● 公平中立

サービス等が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行うことが求められる。また事業者を探す際は、利用者等の置かれた状況を考慮しながら、目標達成に適した事業所を利用者等と検討する。

- 多職種連携

利用者の自立支援・重度化防止を進めていくためには、多様な専門職が協働・連携してサービスを提供することが不可欠である。各分野の専門職の見解等を尊重しながら、総合的かつ効率的にチームケアが実践されるようにケアマネジメントを進めること。

- 継続的な技能の向上

介護サービスを取り巻く環境は日々変化することから、社会環境や価値観の変化、介護保険や社会保障等の制度改正、本市の新たな施策や地域資源等、以前に習得した知識や技術だけでは、利用者のニーズに十分対応できるとは言えない。

そのため、研修をはじめ様々な機会を捉えた知識の習得に加え、専門職同士の（地域）交流を通じた情報収集等の自己研鑽に取り組むこと。

(4) 利用者等へのアプローチ

自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントを達成していくためには、利用者等の理解や協力が不可欠です。その理解や協力に当たり、ケアマネジメントのプロセスにおける各段階に応じて適切に対応することが必要です。

特に、利用者等にとっての初めて相談・利用時の説明は極めて重要であり、このときに利用者等の理解した内容が介護保険制度の理解そのもの（考え方の基本）となる傾向があります。そのため、このガイドラインの趣旨を理解の上で利用者等へ対応することが求められます。また相談や提案に際しては、利用者等への真摯な姿勢を示しながら、信頼関係を築いていくことも重要です。

4 保険者が行う支援について

自立支援・重度化防止に向け、ケアマネジャー等による質の高いケアマネジメントを通じた取り組みのために、本市が行う支援等については以下のとおりです。

(1) 研修

自立支援・重度化防止に向けた質の高いケアマネジメントに係る知識や技能の習得・向上に資する研修のほか、東京都、職能団体等と連携した専門的な研修を介護保険事業者向けに、年に1回程度実施します。

また、地域の医療・介護関係者間の連携の視点を養い、それを実現するため在宅医療・介護連携推進事業の枠組みの中で多職種での研修を実施します。

(2) ケアプラン点検

ケアプラン点検とは、ケアマネジャーが作成したケアプランについて、ケアマネジメントのプロセスを踏まえた「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているか

を、保険者等がケアマネジャーと共に検証確認し共有を図りながら、点検を通じてケアマネジャーの「気付き」を促し、資質向上に資することも目的としています。

法第115条の45第3項第1号に規定されているほか、本市が策定する介護保険事業計画にも規定された事業です。

本市では、東京都が作成した「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」に基づき、保険者による点検に加え、主任ケアマネジャーが点検協力者として参画するなど、ケアマネジメントのプロセスについて相互研鑽できる仕組みを取り入れて実施します。

(3) 地域ケア個別会議

地域ケア会議は、法第115条の48で規定され本市が設置し、市又は地域包括支援センターが運営する、行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議です。そのうち、地域ケア個別会議は、利用者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法であり、医療、介護等の多職種が協働して、個別課題の解決を図るとともに、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に向けた見直しも期待できます。

また、地域ケア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、その解決に向けた検討を行います。

なお、ケアマネジャーの資質向上に資するために、本市では地域支援事業実施要綱に基づき全てのケアマネジャーが年に1回は地域ケア（個別）会議での支援を受けられる体制整備を図ります。

5 「武蔵村山市におけるケアマネジメントに関する基本方針」との関係と連携について

本市では、介護保険制度の根幹であるケアマネジメントの在り方を保険者とケアマネジャーで共有し、介護保険制度のより円滑な運営を図るため、令和元年11月に「武蔵村山市におけるケアマネジメントに関する基本方針」を策定し、ケアマネジメントについて総論的、概念的に述べておりますが、本指針では、更に利用者の自立支援・重度化防止の観点について、より具体的にその考え方や方法を示していることから、それぞれが補完的な関係にあるといえます。

本市のケアマネジメントの質向上に向けては、それぞれの基本方針を踏まえ、ケアマネジャーが本市と同一の目標を共有すること、またそれを実現するために地域包括支援センターが行う包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を通じて、ケアマネジャーとの協働により、利用者の自立に向けた適切かつ質の高い支援を行うことが望まれます。

6 基本指針の理解や普及に向けて

利用者の自立支援・重度化防止の推進に当たり、本指針を居宅介護支援事業所はもとよ

り、事業者及び利用者等へ幅広く周知し、理解を図ることが重要です。

そのため本市では地域包括支援センターと連携して、市内の全介護保険サービス事業者や関係する団体に対して普及啓発や研修等を継続的に実施します。また、ケアマネジャーは介護保険サービスの利用者や家族に対するケアプランの説明・同意場面において、本指針の考え方に基づくケアプランであることの理解を得た上で交付してください。

7 関係法令・参考文書等

- 介護保険法（平成9年法律第123号）
- 武蔵村山市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営等に関する基準を定める条例（平成30年武蔵村山市条例第13号）
- 武蔵村山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等を定める条例（平成27年武蔵村山市条例第13号）
- 地域支援事業実施要綱（平成18年6月9日付老発第0609001号厚生労働省老健局長通知別紙）
- 介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理（平成25年1月7日 厚生労働省介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会作成）
- 保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上のガイドライン（平成26年3月 東京都作成）
- 「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」（平成30年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（地域ケア会議等におけるケアプラン検証の在り方に関する調査研究事業））
- 「改訂 介護支援専門員実務研修テキスト 一新カリキュラム対応」（公益財団法人東京都福祉保健財団作成）