

居宅介護支援に係る

ケアマネジメントの基本方針

～自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメント～

令和3年3月

北見市保健福祉部介護福祉課指導係

1. 北見市におけるケアマネジメントに関する基本方針について

北見市（以下「本市」という。）では、介護保険法の基本理念に基づき、ケアマネジメントとは高齢者の自立支援、重度化防止及び生活の質（QOL）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本市と介護支援専門員、（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で、よりよ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。

『北見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』

1-1 指定居宅介護支援に関する基本方針について（第2条）

- 第2条 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。
- 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（法第8条第24項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。）が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者（法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者をいう。以下同じ。）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、市町村、法第115条の46第1項に規定する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、他の指定居宅介護支援事業者、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。）、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。
 - 5 指定居宅介護支援事業者は、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、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
 - 6 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援を提供するに当たっては、法第118条の2第1項に規定する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。

1－2 指定居宅介護支援の基本取扱方針（第13条）

- 第13条 指定居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行わなければならない。
- 2 指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

1－3 指定居宅介護支援の具体的取扱方針（第14条）

第14条 指定居宅介護支援の方針は、第2条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

- (1) 指定居宅介護支援事業所の管理者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。
- (2) 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- (3) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにしなければならない。
- (4) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス(法第24条第2項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。)以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。
- (5) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。
- (6) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。
- (7) 介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。
- (8) 介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき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、利用者及びその家族の

生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。

- (9) 介護支援専門員は、サービス担当者会議(介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者(以下この条において「担当者」という。)を招集して行う会議(テレビ電話装置その他の情報通信機器(以下「テレビ電話装置等」という。))を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族(以下この号において「利用者等」という。))が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。)をいう。以下同じ。)の開催により、利用者の状況等に関する情報を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ものとする。ただし、利用者(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師(以下この条において「主治の医師等」という。)の意見を勘案して必要と認める場合その他の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るものとする。
- (10) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の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なければならない。
- (11) 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。
- (12) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問介護計画(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号。以下「指定居宅サービス等基準」という。))第24条第1項に規定する訪問介護計画をいう。)等指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。
- (13) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握(利用者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。
- (14) 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師、歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。
- (15) 介護支援専門員は、第13号に規定する実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。
- ア 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。
- イ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。
- (16) 介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、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るものとする。
- ア 要介護認定を受けている利用者が法第28条第2項に規定する要介護更新認定を受けた場合

- イ 要介護認定を受けている利用者が法第 29 条第 1 項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
- (17) 第 3 号から第 12 号までの規定は、第 13 号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。
- (18) 介護支援専門員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。
- (19) 介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行うものとする。
- (20) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護(厚生労働大臣が定めるものに限る。以下この号において同じ。)を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。
- (20)の 2 介護支援専門員は、その勤務する指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた指定居宅サービス等に係る居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費及び特例地域密着型介護サービス費(以下この号において「サービス費」という。)の総額が法第 43 条第 2 項に規定する居宅介護サービス費等区分支給限度基準額に占める割合及び訪問介護に係る居宅介護サービス費がサービス費の総額に占める割合が厚生労働大臣が定める基準に該当する場合であって、かつ、市からの求めがあった場合には、当該指定居宅介護支援事業所の居宅サービス計画の利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由等を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市に届け出なければならない。
- (21) 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。
- (22) 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。
- (23) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。
- (24) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置付ける場合にあっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。
- (25) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、その理由を居宅サービス計画に記載しなければならない。

- (26) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。
- (27) 介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に、法第 73 条第 2 項に規定する認定審査会意見又は法第 37 条第 1 項の規定による指定に係る居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類についての記載がある場合には、利用者による趣旨(同条第 1 項の規定による指定に係る居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類については、その変更の申請ができることを含む。)を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成しなければならない。
- (28) 介護支援専門員は、要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合には、指定介護予防支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図るものとする。
- (29) 指定居宅介護支援事業者は、法第 115 条の 23 第 3 項の規定に基づき、指定介護予防支援事業者から指定介護予防支援の業務の委託を受けるに当たっては、その業務量等を勘案し、当該指定居宅介護支援事業者が行う指定居宅介護支援の業務が適正に実施できるよう配慮しなければならない。
- (30) 指定居宅介護支援事業者は、法第 115 条の 48 第 4 項の規定に基づき、同条第 1 項に規定する会議から、同条第 2 項の検討を行うための資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあつた場合には、これに協力するよう努めなければならない。
- (31) 指定居宅介護支援事業者は、地域包括支援センターから求めがあつた場合には、地域包括支援センターの行う包括的支援事業その他の事業に協力するよう努めるものとする。

※北見市の独自基準について※

平成 30 年度介護保険法の改正により、居宅介護支援事業所の指定権限が都道府県から市町村に移譲されたことに伴い、本市において指定居宅介護支援等の事業の人員等を定める条例を制定。

厚生労働省令では、厚生労働省令で定める基準に従い定める「従うべき基準」と、厚生労働省令で定める基準を参酌する「参酌すべき基準」が定められており、市町村が条例を制定するにあたり「参酌すべき基準」については、地域の実情等に合わせ定めるものとされている。

本市では「参酌すべき基準」は厚生労働省令の基準に基づくものとしながら、次の 2 項目については、独自の内容を盛り込んでいる。

1. 地域包括支援センターの連携（第 14 条第 31 号）

【条 文】 指定居宅介護支援事業者は、地域包括支援センターから求めがあつた場合には、地域包括支援センターの行う包括的支援事業その他の事業に協力するよう努めるものとする。

【考え方】 高齢化の進行に伴い、北見市では地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいるが、これらを進めるためにあたっては、地域包括支援センターが重要な位置付けとなることから、地域における包括的な支援に向けて、地域包括支援センターとの連携を強化。

2. 高齢者の虐待防止に関する研修（第 28 条の 2 第 3 号）

【条 文】 当該指定居宅介護支援事業所において、介護支援専門員に対し、虐待の防止のための研修を毎年 1 回以上実施すること。

【考え方】 令和 3 年度改正により厚生労働省令に「定期的」開催が盛り込まれたが、北見市では平成 30 年度に制定した条例において「毎年 1 回以上」と具体的に記載。

＊**居宅介護支援業務が適切に行われない場合の減算（運営基準減算）**＊

適正なサービス提供を確保するために設けられた減算であり、次のいずれかに該当する場合、介護給付費が50%に、2月以上継続した場合は介護給付費を算定することができない。

- (1) 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ利用者に対して、
 - ・利用者には複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること
 - ・利用者には居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができることについて文書を交付して説明を行っていない。

- (2) 居宅サービス計画の新規作成及び変更にあたって、次に該当する場合
 - ①当該事業所の介護支援専門員が、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接をしていない。
 - ②当該事業所の介護支援専門員が、サービス担当者介護の開催等を行っていない。
 - ③当該事業所の介護支援専門員が、居宅サービス計画の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、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していない。

- (3) 次の場合において、サービス担当者会議等を行っていない場合
 - ①居宅サービス計画を新規に作成した場合
 - ②要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合
 - ③要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

- (4) 居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画のモニタリングにあたって、次に該当する場合
 - ①事業所の介護支援専門員が1月に利用者の居宅を訪問し、利用者に面接を行っていない。
 - ②事業所の介護支援専門員がモニタリングの結果を記録していない。

減算適用の期間

- (1)に該当する場合： 契約月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで
- (2)に該当する場合： 当該居宅サービス計画に係る月から当該状態が解消されるに至った前月まで
- (3)に該当する場合： 当該居宅サービス計画に係る月から当該状態が解消されるに至った前月まで
- (4)に該当する場合： その月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで

2 自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントのガイドライン

ケアマネジメントの質の向上を通じて、利用者等の自立支援・重度化防止を図るため、「北見市自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントのガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）を定めます。

1. ガイドライン作成の目的

介護保険法は、その第1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。

この推進においては、要介護者等（以下「利用者等」という）及び家族を支える介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という。）や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、本ガイドラインを定めます。

2. ケアマネジメントの定義と意義

ケアマネジメントの統一された定義はいまだないといわれていますが「相談支援の手引き（厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部）」において、「利用者が地域社会による見守りや支援を受けながら、地域での望ましい生活の維持継続を阻害する様々な複合的な生活課題（ニーズ）に対して、生活の目標を明らかにして、課題解決に至る道筋と方向性を明らかにして、地域社会にある資源の活用・改善・開発を通して、総合的かつ効率的に継続して利用者のニーズに基づく課題解決を図っていくプロセスとそれを支えるシステム」と表現されています。

住み慣れた地域で、最後まで自分らしく自立した日常生活を送るためには、地域資源（フォーマルサービスやインフォーマルサポートなど）をうまく活用して、利用者を支える多職種や、地域、家族等が連携できるよう、ケアマネジメントを推進していくことが重要です。

3. 北見市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の基本理念

要介護状態になっても、「自分らしい生活」を実現できるように、北見市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画において、基本理念を次のように位置付けています。

【基本理念】

地域で支え合い、高齢者が安心して

いきいきと暮らせるまちを目指して

4. 自立支援・重度化防止に向けて

加齢に伴い、地域での生活を維持していくことが難しくなるのは当然のことです。このような高齢者が何らかの支援を受けながらも、尊厳を維持して、その人らしい生活を主体的に継続していくことが自立だと言えます。

自立とは、身体的な自立のみでなく、心理的、経済的、社会関係的等の複合的な概念であります。

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」の意向を踏まえて、それを阻害する要因（個人・環境）の抽出を含めた包括的アセスメントの基づき、個人の意思を確認しながら居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）を作成します。

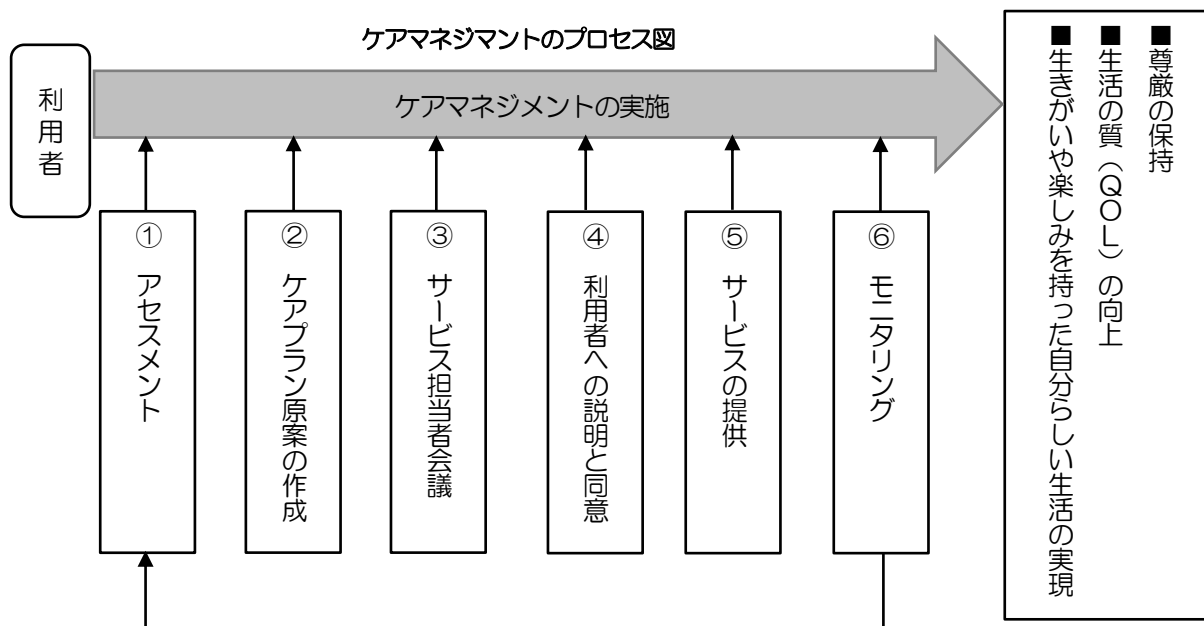
その際、「利用者の意向・要望を全て受け入れることが、本人にとって自立に向けた最善のケアプランとは限らない」ということに注意が必要です。特に実際の状態と乖離した意向がある場合には、その理由を解明し、本人の現状認識を深める働きかけを行いながら、意思決定を支援する必要があります。

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、その理由・原因の解明や、本人の思いを引き出し、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、自立は一度でなし得ることではなく、環境との継続的な交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なため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）

(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わた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アセスメント

アセスメントは、生活全般にかかわる情報を収集・分析し、利用者のニーズを明確にする過程です。

【ポイント】

アセスメントはケアマネジメントにおいて、介護支援専門員が行う一番重要で専門的作業と言えます。介護保険制度では、「課題分析」と位置付けられており、適切な方法により、「利用者が現に抱える問題点を明らかにして、解決すべき課題（ニーズ）を把握すること」と示されています。（課題分析表～課題分析標準項目23項目～下記参照）

解決すべき課題を把握するためには、利用者の心身の状態、生活環境、介護力等の各項目の情報を的確に、かつ総合的に把握し、利用者及び家族が直面している困りごとや生活を営む上での課題を整理し、その原因・背景をあらゆる面から分析し「状態」と「原因」を繋げていく必要があります。しかし、それだけでなく、利用者が課題分析を通じて「望む生活」にむけて前向きに課題を受け止め、主体的な取組みが行えるよう、専門職として働きかけることが重要であることを認識しなければなりません。大切なのは、支援が必要な状況を明らかにするだけでなく、利用者及び家族がもつ力の強さ、可能性に着目する視点をもったアセスメントができることにあります。

課題分析表は、介護支援専門員が利用者の自立支援を目指すケアプランを作成する上で、「課題分析に必要な利用者の情報収集→課題の整理・分析→意欲的な取組みへの働きかけ」という一連の流れを適切に実施するために必要不可欠なものです。

不十分なアセスメントからは、適切な課題や目標は導き出されず、本来目指すべき「自立支援」と、かけ離れたケアプランになってしまいます。

したがって、このアセスメント力を向上させることが、より質の高いケアマネジメントへと繋がることを常に意識しながら取り組んでいくことが大切になります。（ケアプラン点検支援マニュアルP24）

※「援助」と「支援」※

「援助」とは「代わりにやって助ける」という意味であり、支援とは異なり全面的に助けるという意味合いがある。

「支援」とは「（本人ができるように）力を貸して助ける」という意味であり、「支」の文字があるとおおり、他人は支えるものであり、あくまで本人が目標等を達成する。

居宅介護支援は「利用者自身の有する能力」活用し、自立した生活ができるよう支援するものである。

課題分析標準項目（23項目）

基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目

3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会活動への参加意欲、社会との関わり変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護への抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主たる介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

②ケアプラン原案の作成

利用者の人権や主体性を尊重しつつ、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ケアプラン原案を作成します。

【ポイント】

利用者の人権や主体性を尊重しつつ、アセスメントから得た情報を専門職の視点で分析しましょう。そのうえで、利用者と相談をしながら、短期・長期の目標の連動性と達成の可能性のある具体的な目標設定（期間の考慮を含む）を行い、サービス導入による自立支援の可能性を検討しましょう。利用者等にサービスへの強い要望がある場合であっても、サービス導入の根拠を明確にしつつ、専門職としてのプランニングに心がけましょう。

③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。利用者等や、サービス担当者からの意見を基に原案を修正し、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、共通の認識を持つ貴重な場です。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」という共通認識を持ちながら、利用者等と「自立支援・重度化防止」を意識した目標の理解を深め合うようにしましょう。

④利用者への説明と同意及び利用者、各事業者への交付（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の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サービス計画を作成し、その内容とケアプランの目標の整合性を確認します。

【ポイント】

利用者等への説明にあたっては、利用者等を支えるチームが同じ目標に向かって共に取り組む姿勢にあることを感じてもらえるようにしましょう。

⑤サービスの提供

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】

サービスの提供においては、自立支援・重症化防止に向けて、「自分にできること」を大切にして、適正な介護量を見定めながら支援しましょう。また、利用者等の支援に関わるチームの全員が、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、利用者への動機づけを行うことが重要です。

⑥モニタリング

サービスの利用開始時は、利用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。必要に応じてアセスメント（①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、適切なケアプランへ見直します。

【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。利用者等へのフィードバックを含めたモニタリングを通じて、利用者の目標への理解、信頼関係の醸成、チームの関係強化を図りましょう。

（２）ケアマネジャー及び主任介護支援専門員に求められること

①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うえで、ケアマネジャーは「自立した日常生活への配慮」「中立」「多職種の連携」「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。

【公正中立】

サービス等が特定の種類または特定の事業所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ます。また、事業所を選定する際は、利用者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しましょう。

【多職種の連携】

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す。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ていきましょう。

【継続的な技能の向上】

介護サービスを取り巻く環境は、日々変わります。社会環境の変化や価値観の変化、介護保険や社会保障等の制度改正、市の新たな施策や地域資源等などの情報収集を常に行い、様々な研修の機会を捉え知識の習得に加え、専門職同士の交流を通じ介護支援専門員としての自己研鑽を心がけましょう。

②主任介護支援専門員

介護保険法の改正に伴い、居宅介護支援事業所の管理者は主任介護支援専門員であることが必須条件（経過措置あり）となりました。

主任介護支援専門員は、事業所の管理・運営だけでなく、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スーパーバイズを行い、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。

(3) 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。利用者の理解や協力にあたり、ケアマネジメントのプロセスに示している各段階に応じて適切に対応することが必要です。

特に、利用者等にとって初めての相談・利用時の説明は極めて重要です。この時に利用者等が理解した内容が介護保険制度の理解そのもの（基本的な考え）になる傾向があります。そのため、全ての事業者が、このガイドラインの趣旨を理解した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。

【ポイント】

ケアマネジメントのプロセスに記載していますが、利用者の直接的な要望「掃除をヘルパーにしてほしい」「ディサービスを利用したい」といったサービスを位置付ける場合、利用者の目標や自分らしい生活の実現にそぐわない場合もあります。「こんな暮らしがしたい。そのために必要なサービスを使って、このように改善できれば、自分の望む暮らしの実現に近づく」といった、自立支援・重度化防止に向けたストーリーを描けるような話し合いを心がけましょう。

(4) 医療介護連携の視点

高齢者は多かれ少なかれ疾患を抱えながら生活している場合が多いですが、ケアマネジメントの過程の中では、日常生活を送る上で何に留意すべきか、疾患の状況や経過を確認する必要があります。その際には現状にのみ目を向けるのではなく、生活習慣や仕事の状況、自宅や地域での役割などや本人・家族の病気に対する受け止めなどの理解の確認など、生活状況から原因や背景を把握することが大切です。

また、かかりつけ医、かかりつけ病院などの通院状況、服薬状況、家族の支援などの状況を医療職と連携しながら把握しておくことも大切です。医師や看護師と直接やり取りをする方法もありますし、医療機関にある地域

連携室などの職員とやり取りすることで情報を収集することもできます。やり取りをする際にはまず本人・家族等から了解を得てから、現在の健康状態と留意点、予後に関する情報、ケアプランの支援目標に対する医学的アドバイスや生活における主治医の考え方などの情報をポイントに収集すると良いでしょう。

もちろん、全ての疾患情報や日々の生活状況を担当する地域包括支援センター職員やケアマネジャーだけで把握することは難しいことだと思います。だからこそ日常の生活の様子や疾患に関連することなどモニタリングを含めて、サービス担当者や家族、医療関係者と情報共有しておくことが大切になります。

医療につながりにくい高齢者の場合（病院に行くことを本人が拒否したり、家族が必要を感じていない場合など）、医療・福祉・介護職と連携したり、地域住民のネットワークを利用することで支援のきっかけを見つけることができるかもしれません。

医療介護連携の視点は、今後、本人の自立支援に向けたケアマネジメントのためにも、地域包括ケアの視点からもますます重要になると言えるでしょう。

（一般社団法人北海道総合研究調査会『平成 29 年度北海道主任介護支援専門員更新研修「北海道版」テキスト』参考）

（5）北見市の取組

ケアマネジメントの質の向上のため、本市及び介護支援専門員等は、相互の協力のもと、以下の内容について取り組みます。

研修等の実施

技能の習得・向上に資する研修のほか、職能団体等の連携した専門的な研修の機会を通じて、介護支援専門員等への支援を行うとともに、地域ケア会議等の開催により、介護支援専門員と多職種の連携・協力体制の構築を行います。

ケアプラン点検の実施

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、保険者とともに検証確認することです。ケアプラン点検を通じて、ケアマネジャーの「気づき」を促し、ケアマネジメント力の向上を図ります。

地域ケア会議の開催

自立支援型地域ケア個別会議、地域ケア会議の一つで、地域包括支援センター及び市が主催する会議です。個別ケースについて、多職種から助言を得ながら、高齢者のQOLの向上に向けた支援の検討を行い、個別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を行います。

地域ケア個別会議を通じてケースの検討を積み重ねることにより明らかになった地域課題を把握し、地域ケアネットワーク会議で関係者と共有するとともに、解決に向けた検討を行うことにより、地域に不足している資源やサービス、連携体制等の構築を図ります。