

三春町のケアマネジメントに関する基本方針

令和3年4月

三春町では、介護保険法の基本理念に基づき高齢者の自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントのあり方について、保険者と介護支援専門員、地域包括支援センターで共有することを目的とし「三春町のケアマネジメントに関する基本方針」を策定します。

1. 基本方針について

(1) 居宅介護支援に関する基本方針

町では、三春町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（以下、「基準条例」という。）第2条、第14条、第15条に基づき、居宅介護支援に関する基本方針を次のとおり定めます。

居宅介護支援に関する基本方針

- ① 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配慮します。
- ② 利用者の心身の状況、そのお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ます。
- ③ 利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、提供される指定居宅サービス等が特定の事業者偏することのないよう、公正中立に行います。
- ④ 三春町、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、障がい者の指定特定相談支援事業者等との連携に努めます。
- ⑤ 要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行い、医療サービスとの連携に十分配慮します。
- ⑥ 自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- ⑦ その他、基準条例第15条に規定する指定居宅介護支援の具体的取扱方針を踏まえて行います。

(2) 介護予防支援に関する基本方針

町では、三春町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（以下、「予防基準条例」という。）第4条、第32条、第33条に基づき、介護予防支援に関する基本方針を次のとおり定めます。

介護予防支援に関する基本方針

- ① 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配慮します。
- ② 利用者の心身の状況、そのお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、適切な保健医療サービス及び風刺サービスが、多様な事業者から総合的かつ効果的に提供されるよう配慮します。
- ③ 利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定介護予防サービス等が特定の種類又は特定の事業者等に不当に偏することの内容、公正中立に行います。
- ④ 三春町、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、障がい者の指定特定相談支援事業者、地域における様々な取り組みを行う者等との連携に努めます。
- ⑤ 利用者の介護予防に資するよう行い、医療サービスとの連携に十分配慮します。
- ⑥ 介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標指向型の介護予防サービス計画を策定します。
- ⑦ 自らその提供する指定介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- ⑧ その他、予防基準条例第33条に規定する指定介護予防支援の具体的取扱方針を踏まえて行います。

介護保険法抜粋

(目的)

第一条 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。

(介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、**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。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、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。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、**被保険者が要介護状態となった場合においても、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**されなければならない。

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

(国及び地方公共団体の責務)

第五条 国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない。

2 都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない。

3 国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

4 国及び地方公共団体は、前項の規定により同項に掲げる施策を包括的に推進するに当たっては、障害者その他の者の福祉に関する施策との有機的な連携を図るよう努めなければならない。

2 自立支援に資するケアマネジメントの考え方

自立支援に資するケアマネジメント

→ 生活機能の維持・改善 → 目標指向型のケアプラン

【説明】

- ①プロセスは介護予防支援のケアマネジメントと同様だが、「利用者の望む生活（〇〇したい）」という意欲を喚起するような面談が重要。
- ②要介護状態とならないような予防や自身の能力の維持向上に努めるように、「利用者自身の日常生活上の課題、その原因」、又は「介護予防に取り組むことでどのように改善されるか」のイメージについて本人の「気づき」を重視。
- ③本人の「気づき」→「したい」「できるようになりたい」という意欲の啓発。
- ④「実現可能な目標を設定し、目標達成に向け具体的にに取り組むこと」に対する、本人の理解を深める。
- ⑤できることは本人が行う。できないことは支援する。→本人の自立を最大限引き出す援助を行う。
- ⑥できるようになった生活行為の維持に取り組むよう、「生きがい活動の場への参加」について焦点をあて、ケアマネジメントする。
- ⑦利用者の状況に応じて、地域での活動や介護保険制度外の事業の利用も検討する。
- ⑧状態変化に応じて、予防給付や介護給付とも切れ目ない支援を行うよう配慮する。

自立支援のポイント

- ①自立した日常生活を阻害する課題は？
→個人的要因・環境的要因・地域性・住民の関係性など、**多面的なアセスメントが重要**
- ②必要な場合は、**多職種の専門職の協力**を得ながら原因・背景を探り、本人たちが気づかない課題を明らかにし、本人たちと解決方法を一緒に合意していく。
- ③**目標を明確（具体的）**にしないと、モニタリングでの分析評価ができない。
→放置した場合と改善アプローチを実施した場合（効果の見立て）を提示し、本人が具体的な目標をイメージしやすいようアプローチ
（目標例： ×歩けるようになる → ○歩いて何をするのかまで明確に）

（平成 28 年度介護予防ケアマネジメント実務者研修より抜粋）

3 介護予防ケアマネジメントの手順

（1）制度説明

○介護保険制度や介護予防ケアマネジメントの目的、内容、サービス提供の流れ、利用料、自己負担限度額等について、利用者へ丁寧に説明する。

○総合事業の趣旨について

住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実するための事業
→地域の支え合い体制づくりを推進し、効果的かつ効率的な支援を可能とする

【説明】

- ①「要支援状態からの自立の促進」や「重度化予防の推進」を図る事業である。
- ②利用者自身が「目標」を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら取り組む事業である。

○総合事業（介護予防・生活支援サービス事業）のメニュー

区分	サービス内容及び対象者
訪問事業（従来型）	総合事業移行前にすでにサービスを利用しており、サービス利用の継続が必要な者に対し、訪問介護員が訪問し身体介護又は生活援助を行う
訪問事業C（短期集中）	体力の改善やADL又はIADLの改善に向けた支援が必要な者に対し、保健師や理学療法士等の専門職が訪問し相談指導を行う（3～6か月の短期間）
通所事業（従来型）	総合事業移行前にすでにサービスを利用しており、サービス利用の継続が必要な者又は通所事業AからDのサービス利用が難しい者、集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで

	改善・維持が見込まれる者に対し、通所介護と同様のサービスを行う。
通所事業C（短期集中）	ADL又はIADLの改善に向けた支援が必要な者に対し、生活機能を改善するための運動器の機能向上や影響改善等のプログラムを行う（3～6か月の短期間）
介護予防支援事業（ケアマネジメント）	要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成する。 ※予防給付サービスを利用しない場合、当ケアマネジメントが対象となる。

○介護予防・生活支援サービス事業の対象者

- ①要介護認定により要支援1又は要支援2に認定された者
- ②基本チェックリストにより事業対象者と認定された者

○総合事業（一般介護予防事業）のメニュー

区分	サービス内容及び対象者
介護予防普及啓発事業	地域における介護予防活動の普及・啓発を行うため、「にこにこ元気塾」による運動や予防活動普及を行っている。
地域リハビリテーション活動支援事業	地域における介護予防の取り組みの機能強化のため、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の（派遣）関与を行っている。

○一般介護予防事業の対象者

- ①全ての第1号被保険者
- ②その支援のための活動にかかわる者

○事業対象者と要介護認定について

- ・三春町における事業対象者については、有効期間は定めていません。
- ・事業対象者に認定された後も、要介護認定の申請は可能である旨を説明し、アセスメントに基づき必要に応じて認定申請の手続きをしてください。
- ・事業対象者が要介護1の認定を受けた場合は、要介護サービスが開始されるまで、事業対象サービスの継続ができます。
- ・また、要支援の認定を受けた場合は、原則、要支援サービスを開始いたしますが、事業対象者として週2回のサービスを利用する必要がある場合は、その旨を別紙により保健福祉課へ報告してください。

(2) 基本チェックリストの実施

- ・基本チェックリスト（様式1）は、原則本人が記入する。
- ・基本チェックリストについての考え方（様式2）を参照し、質問項目の趣旨を説明しながら、利用者の状況を聞き取る。

※要支援認定を受けている方のほか、簡便に迅速なサービス利用を可能とするため、基本チェックリストにより事業対象者に該当した方も介護予防・生活支援サービスの利用が可能です。

※要支援認定を受けている方で、介護予防・生活支援サービスのみを利用している場合、更新申請をせずに基本チェックリストの事業対象者に移行することが可能です。

(3) 事業対象者申請書の提出

- ・基本チェックリスト実施と同時に申請書（様式3）を記入する。
- ・申請書、基本チェックリスト及び介護保険被保険者証を保健福祉課介護保険グループへ提出する。

⇒提出された書類をもとに、介護保険グループで事業対象者の確認をし、対象と認定された者に認定通知書、介護保険被保険者証を送付する。

(4) 介護予防ケアマネジメント作成・重要事項説明・契約個人情報使用の説明と同意

- ・介護保険制度のしくみや、介護予防ケアマネジメントの目的、内容、サービス提供の流れを説明。また、サービス利用料や自己負担限度額についても丁寧に説明。
- ・契約締結前に、重要事項説明を行う。（同意が得られたら、利用者・地域包括支援センターが署名捺印し、それぞれ1部を保管。）
- ・重要事項説明後、契約の締結及び個人情報使用の説明を行う。（同意が得られたら、個人情報使用同意書に署名捺印をもらう。）

○介護予防ケアマネジメントの提供基準

区分	サービス内容
ケアマネジメントA (原則的)	現行の介護予防に対する介護予防ケアマネジメントと同様。アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。モニタリングについては、少なくとも3か月ごとに行い、利用者の状況等に応じてサービス変更を行うことが可能な体制をとっておく。
ケアマネジメントB (簡略化)	アセスメントからケアプラン原案作成までは、ケアマネジメントAと同様だが、サービス担当者会議を省略でき、間隔を

※指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等	あけて必要に応じたモニタリング時期を設定できる。 評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防マネジメント。AとC以外のケースで、指定事業所以外のサービスを利用する等、ケアマネジメントの過程で簡略できると判断した場合。
ケアマネジメントC (初回のみ) ※住民主体サービスのみ利用する場合	ケアマネジメントの結果、利用者が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービスのみを利用する場合に実施する。初回のみケアマネジメントBのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取り組み」等を記載）を利用者に説明し、理解を得たうえで住民主体の支援等につなげる。 モニタリング等を行わないが、ケアマネジメントの結果は、利用者の同意を得て、サービス提供者へ送付し（または本人に持参してもらう）、利用者の状態等に応じた適切なサービス提供につながるよう努める。

(ケアマネジメントB・Cの留意事項)

地域包括支援センターからのモニタリングをしない場合やモニタリングの間隔があいている場合でも、利用者の状況変化の際は、地域包括支援センターに連絡される体制が必要。

(5) 介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出

- ・契約完了後、利用者に**介護予防ケアマネジメント依頼届出書（様式4）**の記入を依頼し、介護保険グループへ提出する。

(6) アセスメントの作成

- ・**利用者基本情報（様式5）及び興味関心チェックシート（様式6）**の作成
- ・利用者の健康状態、生活機能と共に、生育歴、趣味、嗜好、家族状況等の情報を総合的に収集しながら、課題を探る。
- ・興味関心チェックシートは、どのような取り組みが本人の意欲へつながるかのヒントとなる。（チェックシートの著作権：一般社団法人日本作業療法士協会）

ポイント

①できないことに対する「ただの補完的支援」はやめる

本人の望む生活（生活目標）と現状の生活の差について、なぜできないのか要因を分析し、維持改善する課題を明らかにすることで、本人の取り組みを積極的に促すことにつながる。

②情報を集めるだけで終わらない

介護予防のアセスメントの視点「健康状態、心身機能構造、活動、参加、環境因子、個人因子」について、情報を集めるだけでなく、整理し分析することが大切。

（７）ケアプランを作成する

介護予防サービス・支援計画書（様式 7）、週間サービス計画表（介護予防サービス週間支援計画表を活用する。）

ポイント

①ケアプランとは

維持改善すべき課題や悪化防止を解決するため・・・生活の目標

↓

最も適切な「目標」「支援内容」「達成時期」・・・誰が、どこで、どのように

↓

段階的に支援するための計画・・・3～6 か月を目途。目標が達成されるように

②ケアプランとは ≠ 単にサービスにつなげること

総合事業のサービスだけでなく、住民主体の活動、一般介護予防事業、その他地域の支援や活動を利用。利用者が、その活動等に馴染んでいけるよう支援。

（８）サービス担当者会議の開催

ポイント

①各サービスが共通の目標を達成するために、具体的に何ができるかについて相互に理解を図る。

②リハビリテーションの専門職や栄養士等、様々な専門職に、必要に応じて参加してもらい、自立支援の視点に立った専門的な判断に基づくケアマネジメントが検討できる。

③ケアプランを決定し、利用者及び家族の同意を得る

（９）モニタリング・評価を実施する

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（様式 8）

介護予防ケアマネジメント 支援計画・評価表（様式 9）、

ポイント

①モニタリングとは

目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないか確認

↓

状況の変化に応じてケアプラン変更を行っていくこと。

②利用者の状況変化の際は、地域包括支援センターに連絡される体制が必要。

(例)

- ・利用中止、無断欠席などについては、サービス提供者から報告してもらう。
- ・定期的に専門職が住民主体の活動の場等を巡回し、参加状況等を確認する。
- ・住民主体の活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを早期に発見する。
- ・活動の場での出席簿を作成して、地域包括支援センターに毎月報告を行う。

③目標が達成された場合

速やかに再度課題分析を行い、課題が解決されている場合は、次のステップアップのために、住民主体や一般介護予防事業などの通いの場を見学するなど、スムーズな移行へ配慮して行う。

④目標達成が困難な場合、新たな課題が見つかった場合

ケアプランを見直しし、必要に応じてサービス担当者会議等でリハビリテーション専門職等の意見を入手し、維持・改善の可能性を追求する。

※介護予防ケアマネジメントの考え方

	ケアマネジメント A (原則)	ケアマネジメント B (簡略化)	ケアマネジメント C (初回のみ)
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案	○	○	▲
サービス担当者会議	○	▲	—
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	▲
サービス利用	○	○	○
モニタリング (給付管理)	○	▲	—

※▲は簡略化できるもの。—は実施不要なもの。

※Cにおいては、ケアプランでなくケアマネジメントの結果でよい。

(参考)

- ・介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて（平成 27 年 6 月厚生労働省）
- ・平成 28 年度介護予防ケアマネジメント実務者研修（平成 29 年 3 月厚生労働省）

介護予防支援と介護予防ケアマネジメント

	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント
対象者	・ 要支援 1 又は要支援 2 のうち 予防給付を利用する方	・ 基本チェックリストにより事 業対象者となった方 ・ 要支援 1 又は要支援 2 のうち 介護予防・日常生活支援総合事 業のみ利用する方
利用できるサービス	・ 予防給付 ・ 予防給付＋介護予防日常生活 総合事業	・ 介護予防・日常生活総合事業の み
実施方法	地域包括支援センター (指定介護予防支援事業所)	地域包括支援センター (町からの業務委託)
一部委託	包括から居宅介護支援事業所へ の一部委託が可能	包括から居宅介護支援事業所へ の一部委託が可能
居宅介護支援費の 逓減制	対象	対象 2 人で一人の換算
報酬 ※小規模多機能連携 加算は廃止 ※委託連携加算を追 加	・ 介護予防支援 438 単位 ・ 初回加算 300 単位 ・ 委託連携加算 300 単位	・ ケアマネジメント A 438 単位 ・ 初回加算 300 単位 ・ 委託連携加算 300 単位 ・ ケアマネジメント B 420 単位 ・ 初回加算 300 単位 ・ ケアマネジメント C ** 単位
委託料	※委託先への支払い ・ 介護予防支援 438 単位 ・ 初回加算 300 単位 ※委託連携加算は、委託元	※委託先への支払い ・ ケアマネジメント A 438 単位 ・ 初回加算 300 単位 ※委託連携加算は、委託元