

塩尻市自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントに関する基本方針

令和7年4月

塩尻市健康福祉介護保険課

1 基本方針の目的

介護保険制度の基本理念は「尊厳の保持」と「自立支援」であり、保険給付は、要介護状態等の軽減や悪化の防止に資することを目的に提供されるものです。また、国民は、要介護状態になることを予防するために健康の保持増進に努め、要介護状態となった場合にも、介護サービス等を利用して能力向上に努めることとされています。さらに、平成29年地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律においても、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の機能強化が推進されています。

そのため、要介護者、要支援者、事業対象者（以下「利用者」という。）に対するケアマネジャーによる適切かつ質の高いケアマネジメントが重要となります。

本市では、基本方針を策定し、ケアマネジメントの適正化や質の向上を通じて、「自立支援」や「重度化防止」等が実現できることを目指します。

【根拠となる法及び条例】

○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。

○介護保険法第1章総則第4条（国民の努力及び義務）第3項

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じ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。

○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 第12条

(指定居宅介護支援の基本取扱方針) (厚労省)

- 1 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れなければならない。
- 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。

○塩尻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を定める条例第2条

(基本方針)

- 1 指定介護予防支援の事業は、その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に配慮して行われるものでなければならない。
- 2 指定介護予防支援の事業は、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、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。
- 3 指定介護予防支援事業者は、指定介護予防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介護予防サービス等が特定の種類又は特定の指定介護予防サービス事業者若しくは指定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。
- 4 指定介護予防支援事業者は、事業の運営に当たっては、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、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様々な取組を行う者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に努めなければならない。

2 ケアマネジメントの基本的な考え方

介護保険制度の理念である「尊厳の保持」「自立支援」「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」です。

「ケアマネジメント」とは、「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」、「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、「高齢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生活課題（ニーズ）に対して、生活の目標を明らかにし、課題解決に至る道筋と方向を明らかにして、地域社会にある資源の活用をとおして、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」といえます。

住み慣れた地域で、高齢者が最後まで自分らしい自立した日常生活を送るためには、高齢者を支えるチームが多職種にわたる連携や協働、地域資源（フォーマル及びインフォーマルサービス）の収集や活用を行い、医療・介護・予防・住まい・生活支援等の多様なサービスを一体的に提供でき

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。

さらに、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、結果として介護予防につながるという視点が重要です。そのため、高齢者の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のではなく、利用者の自立支援に資するよう、ICF（国際生活機能分類）の考え方にに基づき、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、「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。

3 自立支援・重度化防止に向けて

自立支援・重度化防止の推進にあたっては、高齢者本人の自己決定を尊重することが最も重要です。そのため、「本人はどのような生活を望んでいるのか」といった意向を踏まえて、「それを阻害している要因は何なのか」といった包括的アセスメントに基づき、本人の意思を確認しながら、ケアプランを作成します。

（１） 介護予防ケアマネジメントの類型

介護予防ケアマネジメントは、利用者の状況や、基本チェックリスト及びアセスメントシートの結果、本人の希望する生活やサービス等を踏まえて、以下のような類型を利用者の状況に応じて実施します。

①ケアマネジメント A（原則的な介護予防ケアマネジメント）

現行の予防給付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します。モニタリングについては少なくとも３ヶ月ごとに行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更を行うことが可能な体制をとります。

②ケアマネジメント B（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

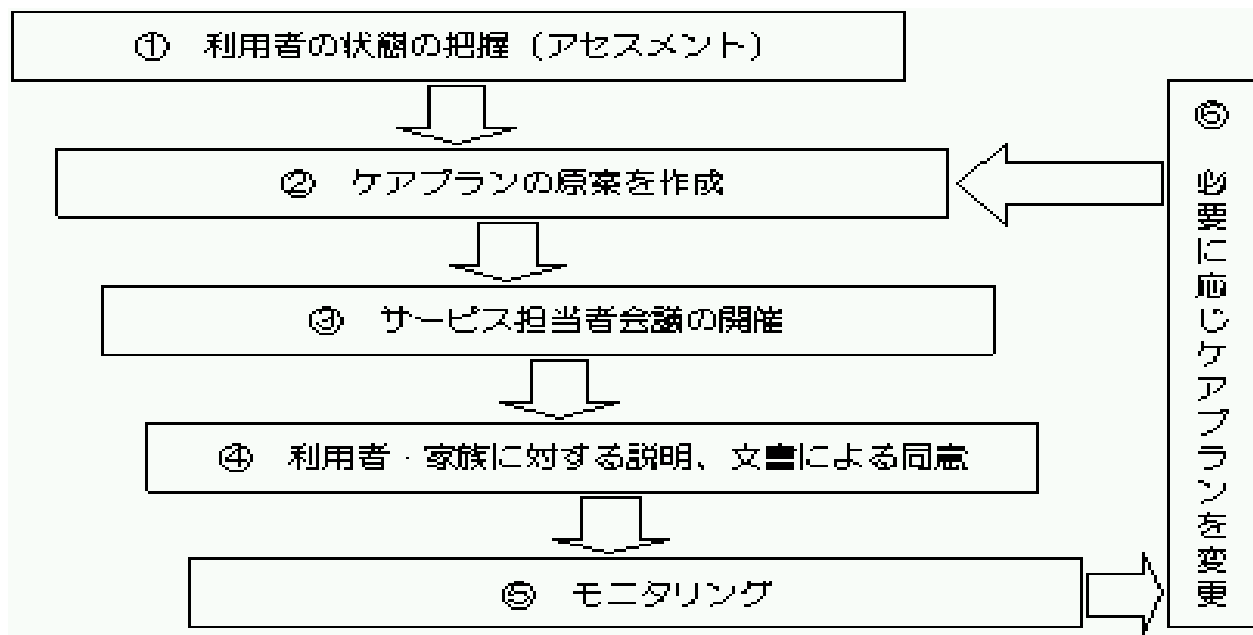
アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは、原則的介護予防ケアマネジメントと同様です。サービス担当者会議を省略したり、間隔をあけて必要に応じてモニタリングの時期を設定するなど、簡略した介護予防ケアマネジメントを実施します。

③ケアマネジメント C（初回のみ介護予防ケアマネジメント）

利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、セルフマネジメントに基づき住民主体のサービス等を利用する場合に実施します。初回のみ、地域包括支援センターは、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果を利用者に説明し、理解を得た上で、住民主体の支援等につなげる。その後は、モニタリング等は行わない。

（２） ケアマネジメントのプロセス

高齢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。



（出典：厚生労働省）

① 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となります。

② ケアプランの原案を作成

利用者の人権や主体性を尊重し、利用者や関係者のニーズを踏まえながら、利用可能な社会資源を活用し、自立支援・重度化防止の視点で、ケアプランの原案を作成します。

③ サービス担当者会議の開催

サービスに携わる担当者が協働・連携し、ケアプラン原案の意図・目標イメージの共有やチームで利用者や関係者を支援することを確認します。利用者や関係者・サービス担当者からの意見をもとに、ケアプランの原案を修正し、総合的な援助方針を決定し、目標を共有します。

④ 利用者・家族に対する説明と同意（ケアプランの確定・交付）

作成したケアプランを利用者や関係者へ説明のうえ同意を得て、その後、利用者や関係者及び各事業者へ交付します。

⑤ モニタリング

ケアプランに基づいて、利用したサービス等が利用者の状態にどのような変化を与えたのかを十分観察します。利用者や関係者のサービスへの適応状況等を把握し、目標の達成度や効果を検証します。

⑥ 必要に応じケアプランを変更

必要に応じて、再アセスメントを行い、モニタリングを繰り返しながらケアプランを見直します。

(3) 地域ケア個別会議

地域ケア個別会議は、多職種（理学療法士、作業療法士、栄養士、歯科衛生士、薬剤師等）からの助言を得ながら、利用者のＱＯＬの向上に向けた自立支援型ケアマネジメントへの支援の検討を行い、個別課題の解決、地域包括ネットワークの構築、地域課題の発見を目的としています。

地域ケア個別会議を通じて、自立支援型ケアマネジメントの質的向上等を図ることが求められます。

さらに、地域ケア個別会議を通じた様々なケース検討の蓄積により、地域全体としての課題を明確化し、地域ケア推進会議(地域ケア支え合い推進会議)において、地域課題の解決に向けた施策や政策の立案・提言するという一連のプロセスを確立することが求められます。

(4) 多職種との連携・協働

利用者等の様々な課題を介護支援専門員等のみで抱えず、地域ケア個別会議等により、多くの関係機関や専門職との連携により、各職種の判断や意見を把握し、多職種との協働によりケアマネジメントの質の向上に努めていきます。

(5) 地域資源の活用

介護保険のサービスはもとより、地域住民のつながりや住民主体の自主活動、ボランティア団体並びに企業等の生活関連サービスなど様々な社会資源を生かし、利用者の自立した日常生活を支援していきます。

4 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

ア 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。

イ 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ます。

ウ 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必要があります。

エ 継続的な技能の向上

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が必要です。

② 主任介護支援専門員

主任介護支援専門員は、事業所等の管理・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。

5 塩尻市の取組

ケアマネジメントの質の向上を達成するため、ケアマネジャー等及び本市は、相互の協力のもと、以下について取り組みます。

(1) ケアマネジャーは、ケアプランの自己点検を実施し、自立支援の視点でケアマネジメントプロセスの再認識を行うとともに、ケアマネジメントに関する研修会等を通じて、自身の資質の向上に努めます。また、多職種との連携・協働への積極的な取組により、ケアマネジメントの質の向上を図ります。

(2) 本市は、「ケアプランの点検」、「給付実績の活用」、「縦覧点検等の実施」、「ケアマネジャー」等に対する研修会の開催等のあらゆる機会を通じて、ケアマネジャー等への支援を行うとともに、地域ケア個別会議の開催などにより、ケアマネジャー等と多職種との連携・協働体制を構築していきます。また、基本方針を市、介護支援専門員及び地域包括支援センター職員とで共同で取り組むことで、利用者の自立支援・重度化防止を推進していきます。

≪ 関係法令・参考文献等 ≫

- ・ 介護保険法
- ・ 介護保険最新情報 vol685「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」
(厚生労働省 平成 30 年 10 月 9 日)
- ・ 地域包括支援センター運営マニュアル3訂

- ・ 平成31年4月策定
- ・ 令和2年2月改訂
- ・ 令和7年3月改訂