

# 中能登町ケアマネジメント基本方針

令和3年3月  
中能登町 長寿福祉課

自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの質の向上を図るため、「中能登町ケアマネジメント基本方針」（以下「基本方針」という。）を策定します。

## 1. 基本方針の目的

介護保険法第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。

自立支援・重度化防止の推進においては、要介護、要支援者（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。

そのため町では、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」等を実現できるよう、基本方針を策定するものです。

### 介護保険法 第一条（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。

## 2. 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か」といった意向を踏まえて、「それを阻害している個人要因や環境要因は何なのか」といった包括的アセスメントに基づき、本人の意向を確認しながらケアプランを作成します。

その際、本人の自己決定だからと全てを受け入れることが、自立に向けたケアプランではないことに注意が必要です。自立に向けて現実的で明確な意向を持っている高齢者の場合には、その実現に向けた具体的な方法を本人とともに

検討してケアプランを作成しますが、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等を行いながら、意思決定支援を行う必要があります。

中でも、消極的・拒否的な意向の場合は特に留意する必要があります。「できる能力があるのに、していないことは何か」「かつてはしていたのに、しなくなったことは何か」「それはどうしてなのか」等の視点から、自立に向けての意欲が喪失している理由を解明し、本人の想いを引き出し、意欲を高める方法等を検討することが必要になります。

### 3. ケアマネジメントの基本的な考え方

ケアマネジメントは、介護予防の目的である「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、高齢者自身が地域において自立した日常生活を送れるよう支援するものです。

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観点からも、利用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、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くことが重要です。

このようなことから、ケアマネジメントについては、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、利用者本人が理解した上で、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検討し、ケアプランを作成する必要があります。

#### (1) ケアマネジメントの類型

ケアマネジメントのプロセスについては、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、利用者の介護度に基づき、次のような類型を利用者の状況に応じて実施します。

#### ◎ケアプラン

サービスの種類	ケアプランの種類	対象者
介護給付	居宅サービス計画	要介護1～要介護5
予防給付	介護予防サービス計画	要支援1・2

介護予防・日常生活支援総合事業	介護予防ケアマネジメント	事業対象者～要支援2で、訪問型サービス、通所型サービスのみ利用している人
-----------------	--------------	--------------------------------------

特に介護予防・日常生活支援総合事業において、国からは下記の3類型を示されています。

○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と同様）

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原則3ヶ月毎に行い、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。

○ケアマネジメントB（変則的ケアマネジメント（短期集中型サービス(サービスC)に係る介護予防ケアマネジメント）

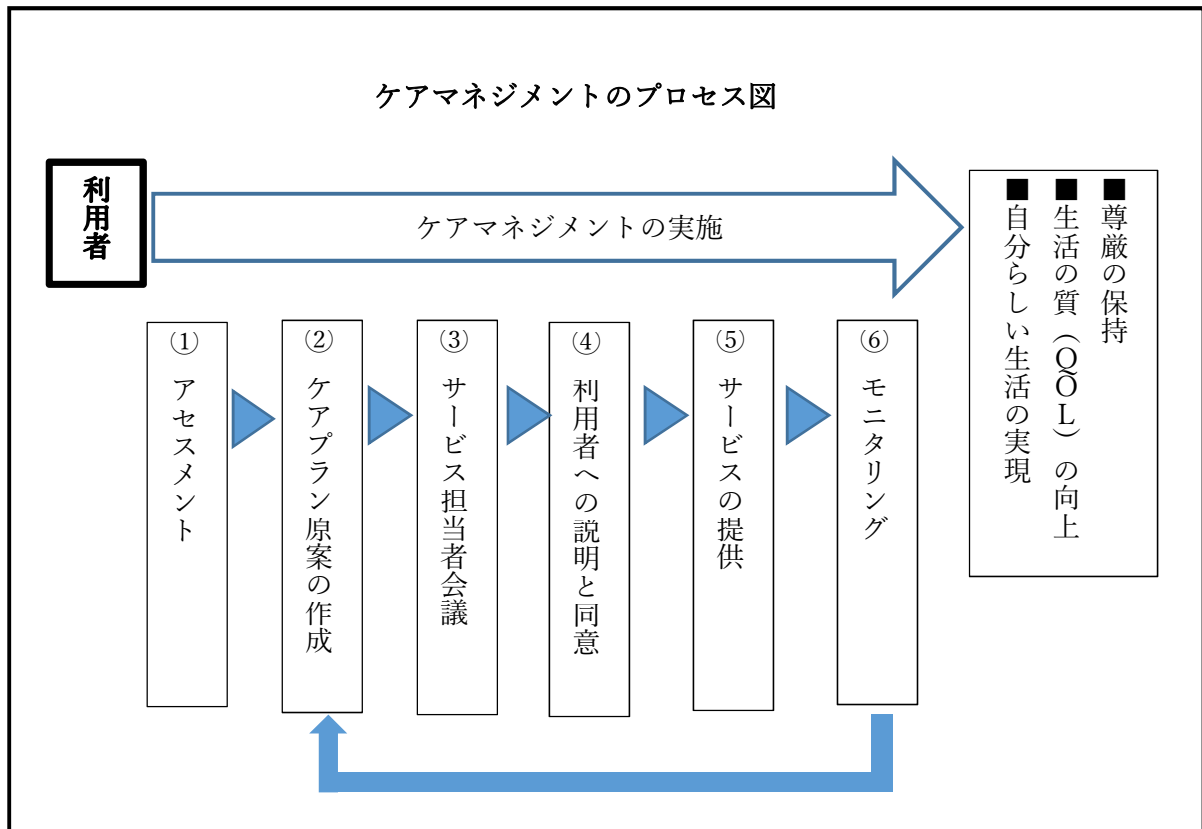
アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは、原則的ケアマネジメントと同様ですが、サービス担当者会議の開催に代わり、サービスC利用に係る独自の会議を開催し、ケアプランを作成します。モニタリングは毎月実施し、状況の確認を行い、サービス終了時に評価及びケアプランの変更等を行う介護予防ケアマネジメントを実施します。

○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）

ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施します。初回のみ簡略した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアプランの原案の結果（「目標とする生活」「現状の状態・本人及び家族の希望」「課題（背景・原因）」「目標に向けた具体的提案と実施方針」等を記載）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ます。その後はモニタリングは行いません。

（2）ケアマネジメント実施の手順

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。



### 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です。

利用者ニーズの明確化にあたり、利用者の要望を丁寧にヒアリングするだけでなく、介護保険法の趣旨（自立支援や重度化防止、適正利用等）を説明し、「利用者が困っていること」だけに目を向けるのではなく、なぜそうなったのかといった背景・環境や、そうなったことを利用者がどう捉えているのかといった心情面についても理解するよう努めることとします。これらは、利用者との間に信頼関係を築く上でも重要です。

利用者の心身の状況や生活状況を把握するためのツールとして「生活状況を把握するためのアセスメントシート」や「課題整理総括表」を活用します。

### ② ケアプラン原案の作成

ケアプランは、自立支援・重度化防止の視点で作成することが重要です。作成にあたっては、次の点を意識するものとします。

- ・利用者ができることまでサービスを設定していないか。
- ・サービスありきのプランになっていないか。
- ・サービス計画書の作成にあたっては、頑張ればできるようになることを組み込むなど、介護予防の視点で計画されているか。

- ・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等を検討しているか。
- ・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を心掛けているか。

### ③ サービス担当者会議

ケアプラン原案に設定した目標の共有に努めることとします。利用者の家族、サービス事業者が支援の方向性を確認し、サービス内容や目標等について合意形成し、全員が同じ考えを共有することで、質の高いケアが行われます。

### ④ 利用者への説明と同意（ケアプラン確定）

利用者や家族に対し、作成したケアプランは、介護保険の理念である「自立支援・重度化防止」を目指したものであるということを理解してもらい、主体的に取り組めるよう丁寧に説明し、同意を得ます。

### 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。サービス事業者は、利用者との接点も多く、利用者の変化に早期に気づくことが可能です。サービス事業者との情報共有のために連携の強化に努めます。

### ⑥ 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ういった変化を与えたのか、十分観察します。また、提供したサービスと生活ニーズがミスマッチがなかったか確認します。これらの情報から、利用者や家族、サービス事業者とともにケアプランの修正点を検討し、適切なケアプランへ見直します。

## 4. 中能登町の取り組み

町は、ケアマネジメントの質の向上のため、相互に協力しながら以下について取り組みます。

### ◎地域ケア会議の開催

多職種（理学療法士、作業療法士、歯科衛生士等）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た会議です。事例提供や会議への参加等、積極的に活用しましょう。

#### ◎ケアプラン点検

ケアプランが利用者の自立支援のために適切なものになっているか、町がケアマネジャーとともに確認するものです。より良いケアプランの作成について、ケアマネジャー自身の気づきを促し、ケアプランの質の向上を図ります。

#### ◎在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう地域における医療・介護関係機関の情報共有や研修等を実施しています。

### 5. 基本方針の理解・普及に向けて

利用者の自立支援・重度化防止の推進にあたり、本基本方針を居宅介護支援事業所や事業者等へ周知し、理解を図ることが重要です。そのため、町内の事業所をはじめ、関係団体への普及・啓発を継続的に行います。

生活状況を把握するためのアセスメントシート

様

日付:

記入者:

領域	視点	アセスメント項目
A 自ら行きたい場所に移動するための手段を取れるかどうか。乗り物を操縦する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうか。	視 点 移動する場所、乗降する場所、乗り物、歩行、走る、昇降、交通手段、交通手段の状況。	運動機能 (支えの必要性) 立ち上がり: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 起き上がり: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 片足立ち: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		歩行状況 (歩行レベル) 室内 ( ) 屋外 ( )
		転倒傾向 転倒 ( ) つまずき ( )
		移動範囲 <input type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 区内・市内くらい <input type="checkbox"/> 市外まで
		移動手段 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車 (運転) <input type="checkbox"/> 車 (同乗) <input type="checkbox"/> 徒歩
		買い物 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等
		献立を考える <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等
		調理 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> 配達サービス <input type="checkbox"/> 惣菜購入
		食べる楽しみ <input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> あまり感じない ( )
		洗濯 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
B 日常生活・家庭生活について	視 点 家事 (買い物・調理・掃除・洗濯・こみ捨て等) や、住居・経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかどうかの状況。	掃除 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
		整理整頓・ごみ捨て <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
		身だしなみへの関心 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い
		電気機器類の操作 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 迷う <input type="checkbox"/> 難しい (何が: )
		火の始末 <input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input type="checkbox"/> 火の消し忘れ等の経験がある
		電話の利用 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない (理由: )
		金銭管理 (家計の管理) <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない (理由: )
		役所や金融機関等の手続き <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 人に尋ねながらしている <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> していない
		悪質商法への注意 <input type="checkbox"/> 注意している <input type="checkbox"/> 注意していない <input type="checkbox"/> 被害経験がある
		情報への関心 <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> テレビ・ラジオ <input type="checkbox"/> 人づて <input type="checkbox"/> 近隣の広報 <input type="checkbox"/> 関心がない
C 社会参加・対人関係・コミュニケーション	視 点 状況に即合った社会的に適切な方法で、人々との人間関係を保ちながら、近隣のボランティア活動に参加しているかどうか。仕事やボランティアの参加状況や家族内や近隣に於ける役割の有無などの内容や程度はどうか。	社会参加 <input type="checkbox"/> 趣味や楽しみがある ( ) <input type="checkbox"/> 仕事をしている
		参加 <input type="checkbox"/> 地域活動やボランティア活動に参加している <input type="checkbox"/> 特にない
		対人関係 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月に2~3回 <input type="checkbox"/> 殆ど出ない
		対人関係 <input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動等への参加 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		対人関係 状況:
		対人関係 状況:
		対人関係 状況:
		対人関係 状況:
		対人関係 状況:
		対人関係 状況:
対人関係 状況:		
コミュニケーション <input type="checkbox"/> 自己の意思の表出ができる <input type="checkbox"/> 他者の話の内容が理解できる		

<p><b>D</b> 健康管理について</p> <p>清潔・整容と服薬・定期受診が行われているかどうか。またアルコール、食生活、食事の観点から必要と認められた健康の自己管理の場、この種々の管理（自己管理）と関わった必要がある管理。または家族による管理。</p>	<p>受診の状況</p> <p>定期的に受診している <input type="checkbox"/> 必要時に受診している <input type="checkbox"/> 受診しない</p> <p>指示通り飲める <input type="checkbox"/> 他者の指示があれば飲める <input type="checkbox"/> できない</p> <p>健康診断を受けている <input type="checkbox"/> 受けていない</p> <p>痛みがある <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 粘膜 <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> ぐちの渴き</p> <p>軽い物が食べにくい <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 臭いが気になる</p> <p>歯の手入れ（義歯を含む） 頻度（ 回/日・週・月） 方法（ ）</p> <p>食生活・栄養状況 回数（ 回/日） 状況：<input type="checkbox"/> バランスに気をつけている <input type="checkbox"/> 偏っている <input type="checkbox"/> 食事量減少 <input type="checkbox"/> 関心がない</p> <p>水分摂取の状況 <input type="checkbox"/> 気をつけている（ ） <input type="checkbox"/> 特に関心がない</p> <p>飲酒状況・喫煙状況 飲酒：頻度（ 回/日・週） 量（ ） <input type="checkbox"/> 喫煙：量（ 本/日・週）</p> <p>適度な運動 <input type="checkbox"/> 心がけている（ ） <input type="checkbox"/> していない（ ）</p> <p>適度な栄養 <input type="checkbox"/> 心がけている <input type="checkbox"/> つい無理をしてしまう</p> <p>排泄の状況 <input type="checkbox"/> 支障ない <input type="checkbox"/> 尿漏れ・尿失禁がある（気がかりなこと）</p> <p>入浴の状況 頻度（ 回/週・月） 方法：<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭など</p> <p>生活リズム <input type="checkbox"/> 保たれている（起床： 時/就寝： 時） <input type="checkbox"/> あまり保たれていない（ ）</p> <p>物忘れの状況 物忘れ：<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 本人の認識：<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p>居住環境 室内（ ） 屋外（ ）</p> <p>経済状況 収入（ 円） 主な用途（ ） 心配なこと（ ）</p> <p>家族の状況</p> <p>家族の介護力 <input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない（理由： ）</p> <p>虐待の可能性 <input type="checkbox"/> みられない <input type="checkbox"/> 要注意（根拠： ）</p> <p>精神的な不安・意欲低下 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> みられる（内容： ）</p> <p>見守りの状況 <input type="checkbox"/> ある（<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 民生委員等 <input type="checkbox"/> 近隣住人 <input type="checkbox"/> IT見守り <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> ない</p> <p>緊急時のSOS発信 <input type="checkbox"/> 自分なりの対応ができる <input type="checkbox"/> 自信がない <input type="checkbox"/> 特に考えていない</p> <p>緊急性の判断：<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できにくい</p> <p>価値観 大切にしたいこと（ ）</p> <p>嫌なこと（ ）</p>
<p><b>E</b> その他</p>	<p>生活状況全体を理解するために必要事項を聞き取りや観察から、ここでアセスメントする。</p>
<p>本人の主訴や意向</p>	
<p>家族の主訴や意向</p>	
<p>これからの生活についての希望</p>	
<p>現在利用しているサービスなど</p>	
<p>全体的な印象</p>	



自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)	①		②		③		利用者及び家族の 生活に対する意向
	状況の事実 ※1	現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考 (状況・支援内容等)	生活全般の解決すべき課題 (二～六)【案】	
移動	室内移動 屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化 改善 維持 悪化			※5 「費用」は「介護」種類の可搬性、消費性、費用を勘案して決定する。費用を勘案して決定する。費用を勘案して決定する。 ※6 本計画期間における優先順位を赤字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」を記入。
食事	食事内容 食事摂取 調理	支援なし 支援あり 自立 見守り 一部介助 全介助 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化 改善 維持 悪化 改善 維持 悪化			
排泄	排尿・排便 排泄動作	支援なし 支援あり 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化 改善 維持 悪化			
口腔	口腔衛生 口腔ケア	支援なし 支援あり 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化 改善 維持 悪化			
服薬							
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
掃除		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
洗濯		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
整理・物品の管理		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
金銭管理		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
買物		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
コミュニケーション能力		支援なし 支援あり		改善 維持 悪化			
認知		支援なし 支援あり		改善 維持 悪化			
社会との関わり		支援なし 支援あり		改善 維持 悪化			
褥瘡・皮膚の問題		支援なし 支援あり		改善 維持 悪化			
行動・心理症状(BFSD)		支援なし 支援あり		改善 維持 悪化			
介護力(家族関係含む)		支援なし 支援あり		改善 維持 悪化			
居住環境		支援なし 支援あり		改善 維持 悪化			

※1 本計画期間における状況の事実 ※2 現在の状況 ※3 改善/維持の可能性 ※4 改善/維持/悪化の可能性 ※5 「費用」は「介護」種類の可搬性、消費性、費用を勘案して決定する。費用を勘案して決定する。費用を勘案して決定する。  
※6 本計画期間における優先順位を赤字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」を記入。

利用者名 様

課題整理総括表

作成日

年 月 日

見 通 し ※ 5	生活全般の解決すべき課題 (二～六)【案】	※ 6
-----------	--------------------------	-----

状況の事実 ※ 1	現在 ※ 2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考 (状況・支援内容等)
			改善 維持 悪化	

※1 本書は執筆を完了したウェブサイト上では見えないため、必ず別に課題が複数原因で分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて差し変えがたい。  
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。  
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「要介護」以外である場合に「そのほか状況」を記入し、該当する事柄(数字)を記入する(複数の事柄を記入可)。  
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断にて選択肢に○印を記入する。  
 ※5 「原因」は「改善/維持」の可能性は「改善/維持」を記入し、原因を解決するための運動内容と、それが提供されることについて記入する。また「改善/維持」の状況(目標)を記載する。  
 ※6 本表提出時には「改善/維持」の状況(目標)を記載する。