

行橋市介護保険事業のケアマネジメント基本方針 (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)

1 基本方針策定の趣旨

高齢者の自立支援、重度化防止等に資することを目的としてケアマネジメントが行われるよう、介護保険制度の根幹であるケアマネジメントのあり方を保険者と介護支援専門員で共有し、より良い介護保険事業の運営を目指すために、行橋市におけるケアマネジメントに関する基本方針を策定するものです。

2 介護保険法の基本理念

介護保険制度の基本理念は、「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」です。（介護保険法第1条）

また、保険給付は「要介護状態等の軽減又は悪化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なければならない」（同法第2条第2項）また「被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービスが多様な事業所又は施設から、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」（同法第2条第3項）と定められています。

さらに、国民の努力及び義務として、「自ら要介護状態に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、要介護状態に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」（同法第4条第1項）と定められています。

3 ケアマネジメントに関する基本方針

ケアマネジメントは、介護保険法の基本理念である「利用者の尊厳の保持」、「能力に応じた自立した日常生活」、「利用者本位のサービスの提供」の実現を図るために導入された手法です。

また、高齢者の状態像を適切に把握し自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものです。

このため、介護支援専門員は個々の要介護者等の心身の状況や置かれている環境、希望などを十分に把握分析したうえで、要介護状態等の軽減又は悪化をできるだけ軽減する視点に立って、介護保険サービスのみでなく様々なサービス等を調整し総合的かつ効率的に提供することを心掛け、ケアマネジメントの一連のプロセスを実施していくことが求められます。

※行橋市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等を定める条例 第3条

※行橋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3条

※介護支援専門員の役割

ケアマネジメントを動かす介護支援専門員のマネジメント力によって要介護者等の生活は大きな影響を受けます。したがって、介護支援専門員の行うケアマネジメントの質の向上は、高齢者が自立した日常生活を営むという目的を達成するために常に求められていることです。

<行橋市の介護保険制度におけるケアマネジメントの必要事項>

- ① 利用者の「個人の尊厳の保持」と能力に応じた「自立支援」を常に意識し、支援ができる
- ② 利用者や家族・介護者の意向を尊重する。
- ③ ケアマネジメントのプロセス※に沿って、アセスメント、ケアプランの作成の考え方を十分に理解している。
- ④ 介護の現場に足を運び、現場での利用者の状況を十分に理解している。
- ⑤ 他職種と協働・連携して、チームとして総合的に利用者や家族・介護者の支援ができる。
- ⑥ 自ら様々な情報を収集し、自らに足りない部分の自己研鑽に努めている。
- ⑦ 介護保険制度だけでなく、様々なサービスや資源を把握し、活用できる。
- ⑧ 介護保険法を始めとした法令を順守し、個人情報適切に取り扱う。
- ⑨ 地域、職能団体、事業者団体における様々な活動に積極的に参加する。
- ⑩ 地域包括ケアシステムを理解し、家族・介護者の課題を把握した場合に必要な支援ができるよう関係機関につなげる。

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援助を受けながらも、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と言えます。自立とは身体的な自立のみではなく、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」の意向をふまえて、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。

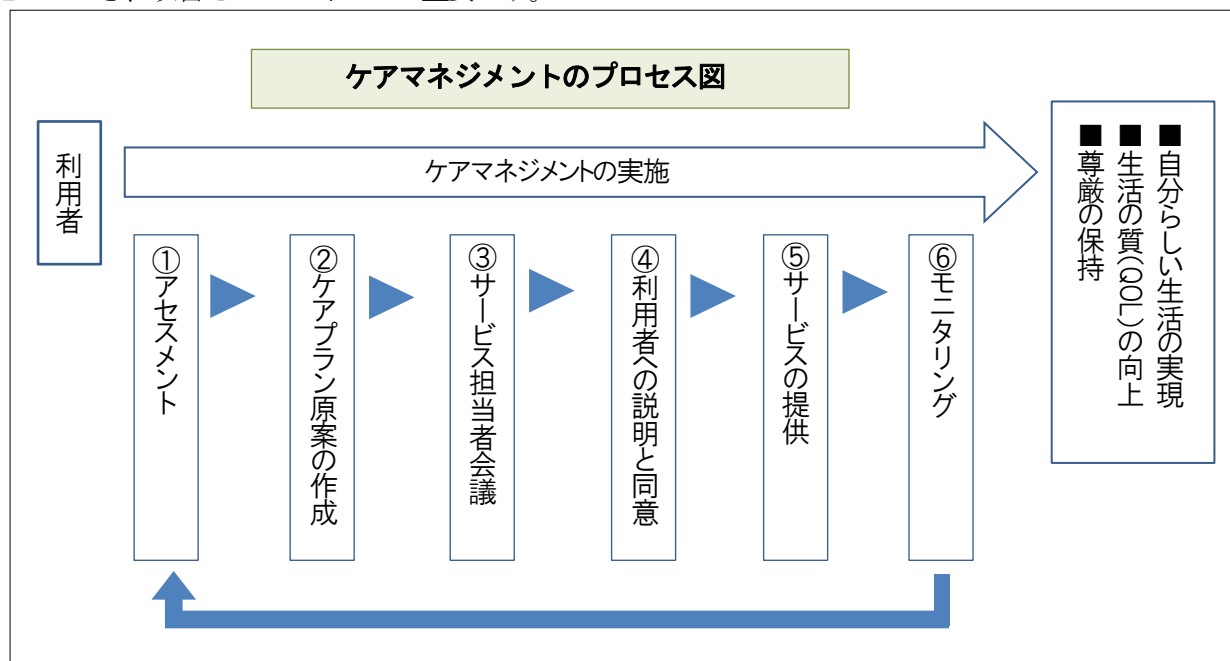
その際、「利用者の意向・要望を全て受け入れることが、本人にとって最善のケアプランとは限らない」、ということに注意が必要です。特に実際の状態と乖離した意向がある場合には、その理由を説明し、本人の現状認識を深める働きかけを行いながら、意思決定を支援する必要があります。

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、本人の想いを引き出し、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、自立は一度で成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ための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 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」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（PRAN）、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。



※ケアマネジメントの実施①～⑥の詳細および留意事項について、別紙1参照

(2) 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、以下のような類型を利用者の状況に応じて実施します。

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～要支援2で、予防給付の対象である福祉用具貸与や訪問看護等を利用している人
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、通所型サービス、訪問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は、国からは3類型が示されている】

◆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する。モニタリングについては少なくとも3ヶ月ごとに行い、利用者の状況に応じてサービス変更も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、原則的な介護予防ケアマネジメント

(ケアマネジメントA)と同様であるが、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、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ケアマネジメントを実施する。

◆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する。初回のみ、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、ケアプラン原案の結果（「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る。その後は、モニタリング等は行わない。

介護予防・日常生活支援総合事業 ケアプラン類型

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	—
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	○	○	(○) (ケアマネジメント結果)
サービス利用者開始	○	○	○
モニタリング	○	△	—

(○：実施 △：必要に応じて実施 —：不要)

5 「基本方針」を実現するための行橋市の取り組み

ケアマネジメントの質の向上のために、まずケアプランが適切に作成されているかを確認することが大切です。その理由は、ケアプランは介護保険制度の目的である利用者の自立支援のために各種サービス・サポートを導入する根拠となるものだからです。ケアプランは「ケアマネジメントの中核」であるといえます。

具体的な手法として、「自己点検」、「ケアプラン点検」、「多職種との連携・協働」が挙げられます。なお、ケアマネジメントの質の向上はこれらに限らず、介護支援専門員が日々の業務における内省や研修への参加等により、自己研鑽を積みながら身に付けていくものです。

そのため、行橋市では以下の取り組みを実施します。

【取り組み項目】

- ① 介護支援専門員向け研修の実施
- ② 主任介護支援専門員の地域での活動の明確化および活動に対する支援
- ③ 多職種との連携による介護予防ケアマネジメントの実施
- ④ 地域ケア会議における個別事例検討の実施
- ⑤ 高齢者相談支援センターにおけるケアマネジメント支援
- ⑥ 在宅医療・介護関係者の情報共有とネットワークづくり支援
- ⑦ ケアプラン点検の実施
- ⑧ 法令順守のための個別及び集団指導
- ⑨ 職能団体、事業者団体との協力・支援
- ⑩ 「基本方針」の周知

【行橋市の取り組みの詳細内容】

① 介護支援専門員向け研修の実施

介護支援専門員の経験や知識に合わせた研修、多様な主体が実施する介護支援専門員向け研修への必要な支援を行う。

② 主任介護支援専門員の地域での活動の明確化および活動に対する支援

主任介護支援専門員が高齢者相談支援センターと連携しながら行う介護支援専門員等を支援する活動（研修、相談、意見交換会等）を支援し、介護支援専門員のケアマネジメント能力の向上と顔の見える関係づくりを進める。

③ 多職種との連携による介護予防ケアマネジメント研修

個々の高齢者が自身のニーズに合った総合事業等のサービスを適切に利用し、自立した生活を続けていくために、高齢者相談支援センター職員向けの研修の実施し、自立支援に資するケアマネジメント力の向上に努める。

また、地域ケア会議における個別ケース検討や、研修等の実施にあたっては、多職種と連携を図り、高齢者相談支援センターが実施する介護予防ケアマネジメントの質の向上を図る。

④ 地域ケア会議における個別事例検討の実施

高齢者相談支援センター主任介護支援専門員が実施する地域ケア会議（個別事例検討会）において、複合的な課題等により介護支援専門員だけでは解決できない事例や地域課題を内在した事例等について、多職種と連携を図り多角的視点から個別ケース検討を実施することにより、ネットワーク構築やケアマネジメント支援を実施し、ケアマネジメント力の向上を図る。

また、介護保険課が実施する地域ケア会議（自立支援ケア会議）では、軽度者の個別ケース検討を通して、予後予測の視点や地域資源の活用、社会参加による自立支援など、本人の力を最大限に引き出す介護予防ケアマネジメントを実践し、共有することにより、介護予防ケアマネジメントの質の向上を図っていく。

⑤ 高齢者相談支援センターにおけるケアマネジメント支援

介護支援専門員に対して、そのマネジメント力を高めるために、高齢者相談支援センター等の主任介護支援専門員と連携しながら、各種相談の対応、研修会や事例検討会の開催、介護支援専門員同士のネットワークの構築などの支援を実施する。

⑥ 在宅医療・介護関係者の情報共有とネットワークづくり支援

切れ目のない医療・介護の提供を図るため、医療機関と介護支援専門員が患者情報を共有する医療と介護の連携シート等既存の連携ツールの活用を図るとともに、また、行橋・京都在宅医療介護連携推進協議会および在宅医療・介護連携支援センター等を通じて、地域における医療職・介護職のネットワークづくりを進める。

⑦ ケアプラン点検の実施

自立支援に向けた適切なケアプランの作成を支援するため、ガイドラインに沿ったケアプラン点検を実施し、効率的・効果的な手法を検討する。

さらに、ケアプラン点検の実施結果をもとにしたケアプラン作成における留意点等を介護支援専門員に周知する。

⑧ 法令順守のための個別及び集団指導

介護保険法に基づき、介護サービス事業者等に対して、介護給付費等対象サービスの取り扱い、介護報酬の請求、ケアマネジメントに基づくサービス提供等に関する事項について、周知徹底を図るため運営指導や集団指導を実施する。

⑨ 職能団体、事業者団体との協力・支援

介護支援専門員の職能団体や介護事業者の団体など、独自にケアマネジメントの質の向上のための研修会等を行い、講師やアドバイザーとしての参加や会員以外が参加する研修会への講師派遣、会場確保などの協力・支援を行う。

⑩ 「基本方針」等の周知

介護支援専門員を中心に「基本方針」を周知するとともに、その内容についての意見等をいただきながら、内容の充実を図っていく。

行橋市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等を定める条例

(基本方針)

- 第3条 指定居宅介護支援（法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援をいう。以下同じ。）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、多様な事業者から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（法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）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という。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、地域包括支援センター（法第115条の46第1項に規定する地域包括支援センターをいう。）、老人介護支援センター（老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の7の2第1項に規定する老人介護支援センターをいう。）、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、指定特定相談支援事業者（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をいう。）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、責任者の設置その他の必要な体制を整備するとともに、事業に従事する者に対し、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。

行橋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

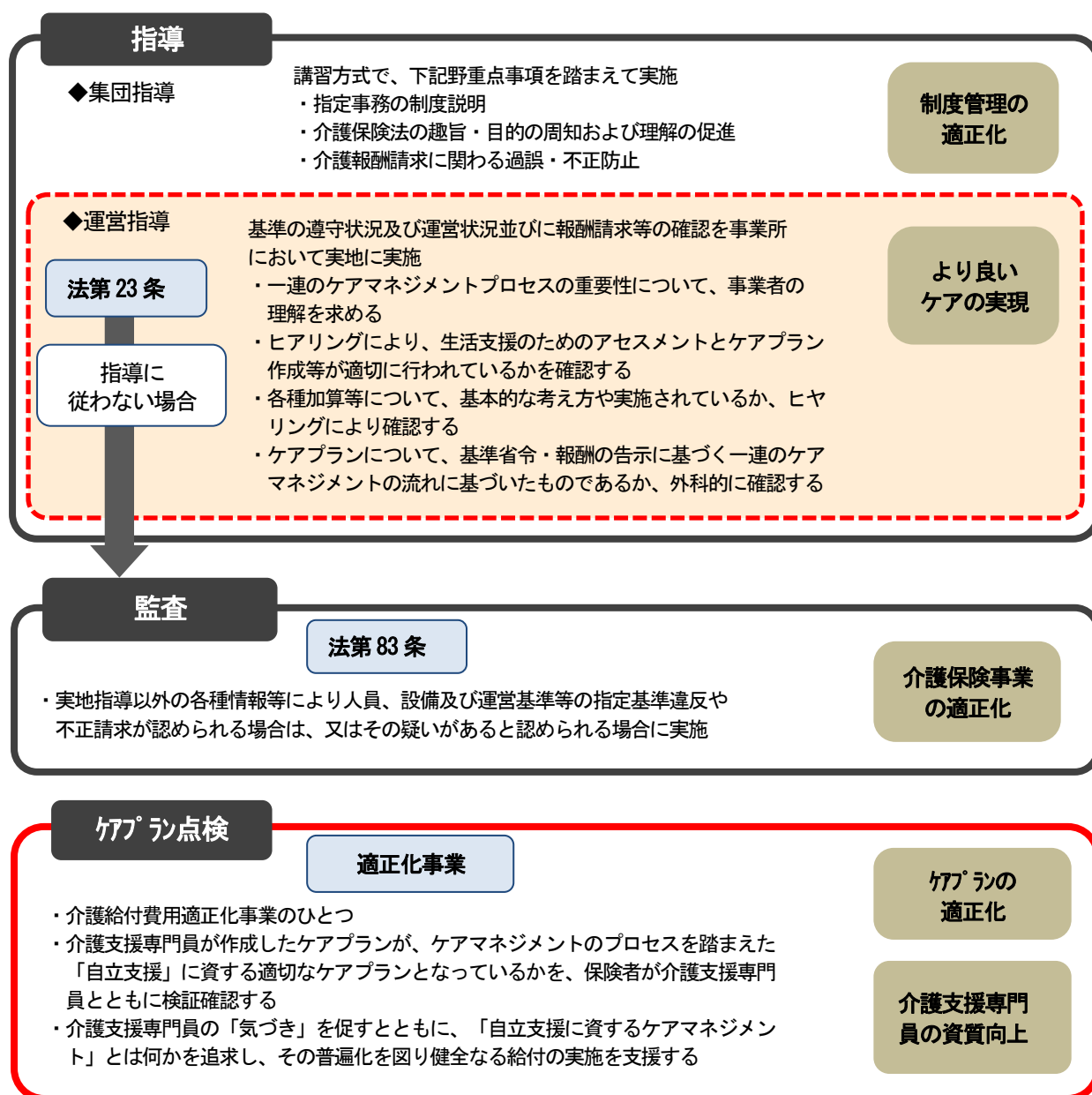
(基本方針)

- 第3条 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（以下「介護予防サービス事業者等」という。）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、本市、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、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、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。
- 5 指定介護予防支援事業者は、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 指定介護予防支援事業者は、指定介護予防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。

【運営指導とケアプラン点検について】

運営指導と監査、ケアプラン点検はそれぞれ、主たる目的が異なります。運営指導は居宅介護支援事業所に対して実施するものであり、ケアプラン点検は介護支援専門員個人を対象に実施するものです。

- ◎ 運営指導とは、法第23条に基づいて行われ、自治体の担当者が介護事業所を直接訪問し、書類の確認やヒアリングを基に、事業者や事業所の運営および報酬請求について確認することによって、制度の適正化とよりよいケアの実現を図るものです。
- ◎ ケアプラン点検とは、法第115条の45に基づいて行われる介護給付等費用適正化事業の一つであり、自立支援に資するケアプラン作成や介護支援専門員の資質向上を目的に実施されるものです。



※図資料：「居宅介護支援事業所への実地指導マニュアル 2018年」
発行 エム・アール・アイ リサーチアソシエイツ株式会社 社会公共政策部

(自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメント)
ケアマネジメントの実施におけるプロセスと留意事項

(1) ケアマネジメントのプロセス

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】

利用者ニーズの明確化にあたり、専門職は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）を説明しながら、利用者からこれまでの生き方や求めている生活、大切にしたいこと、充実感や満足感の高かった体験談・エピソード等を聞いたうえで、「利用者が困っている事」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とら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ましょう。

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、「アセスメントシート」や「基本チェックリスト」を活用し、得られた情報を活用しながら予後予測の見立てを行い、目標やサービスの優先順位等を検討し、適切なアセスメントに基づき、高齢者の自立に向けて設定された目標を達成することを目指しましょう。

利用者の興味や関心を把握するためのツールとして、「興味・関心チェックシート」を活用することも考えられます。（別紙2）

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、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。そのうえで利用者等と相談しながら、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等を検討しましょう。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。

【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」という共通意識を持ちながら、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（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援助計画を作成し、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（①から続く重層的な説明）。

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・重度化防止に向けて、「自分にできること」を大切に、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、適切なサービス計画へ見直します。

【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、利用者等の目標への理解、信頼関係の醸成、チームの関係強化を図りましょう。

（２）介護支援専門員及び主任介護支援専門員に求められること

①介護支援専門員

前記のケアマネジメントのプロセスを推進していくうえで、主に「自立した日常生活への配慮」「公正中立」「多職種の連携」「継続的な技能の向上」が重要です。

（行橋市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等を定める条例を参照）

◆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。また事業者を選定する際は、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、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ません。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）介護サービス事業者等に求められること

サービス担当者会議で合議を得たケアプランに基づき、サービスの個別援助計画を作成します。個別援助計画は、生活課題の解決方法、ケアプランとの連動、医療機関の連携等を考えながら、利用者が理想とする生活像にアプローチできるように目標を設定します。

【ポイント】

サービス事業者は利用者に関わる機会が多いため、体調や環境の変化等があれば、ケアマネジャー等へ適宜報告・連絡することが必要です。

また、ケアプラン原案を作成する上で、達成度を測ることができる目標の設定が必要です。またサービスの内容が、その目標の達成に向けて適切な内容となっているかケースカンファレンス等にて確認しましょう。達成が見込まれる状況の場合は、次なる（自分らしい生活に向けた）目標を、利用者等・ケアマネジャー・事業者のチームで検討しましょう。

（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。

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を介護保険制度の理解そのもの（考え方の基本）になる傾向があります。そのため、全

ての事業者が、この基本方針の趣旨を理解のうえ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】

利用者等に制度の趣旨やケアマネジメントの理解を図る時は、行橋市等、行政が作成したパンフレットも最大限活用してください。

また、「ケアマネジメントのプロセス ①アセスメント、②ケアプラン原案の作成」にも記載していますが、例えば「ヘルパーさんに買物や調理、掃除をお願いしたい」「友達の行っているデイサービスに通いたい」といった、利用者等の直接的な要望をケアプランに採用する場合、利用者の目標や自分らしい生活の実現にそぐわない恐れがあります。

「こんな暮らし（生活）をしたい。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。

【関係法令・参考文書等】

- ・介護保険法 ・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」 （厚生労働省 平成30年10月9日）
- ・主任介護支援専門員研修ガイドライン（厚生労働省 平成28年11月）
- ・介護支援専門員実務研修テキスト上巻・六訂（一般財団法人 長寿社会開発センター）
- ・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 （厚生労働省 平成30年5月10日）
- ・介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について （厚生労働省 平成27年6月1日）
- ・介護保険施設等運営指導マニュアル 令和4年3月 厚生労働省老健局総務課介護保険指導室

興味・関心チェックシート

氏名：_____ 年齢：_____歳 性別（男・女）記入日：_____年____月____日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成25年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014.3)