

上球磨地域のケアマネジメントに関する基本方針

令和7年6月

多良木町 福祉課

湯前町 保健福祉課

水上村 保健福祉課

1. 作成の根拠

平成29年の「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（以下、「地域包括ケア強化法」という。）において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組みが全国で実施されるよう制度化され、これに対する評価指標が示されたところである。様々な評価指標のうち、ケアマネジメントについては、「高齢者の自立支援、重度化防止等に資するように、介護支援専門員に対して保険者の基本方針が伝えられているか。」という評価指標が設定されており、このため、介護保険制度の根幹であるケアマネジメントの在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、本基本方針を作成するものである。

2. 法の理念

介護保険制度の基本理念は、「尊厳の保持」と「自立支援」である。（介護保険法第1条）

保険給付は、要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するように行わなければならないと定められている（同法第2条第2項）とともに、被保険者の選択に基づき行われるものであり（同法第2条第3項）、それは、要支援者、要介護者の自立支援という理念に沿って検討されなければならないものである。

※介護保険法第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2条（介護保険）

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。

3. ケアマネジメントについて

介護保険制度の理念である「尊厳の保持」及び「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」である。

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ある。

「ケアマネジメント」とは、個々の要介護者の心身の状況や置かれている環境、希望などを十分把握分析したうえで、状態の悪化をできるだけ防止する視点に立って、介護保険サービスのほか、さまざまなサービス等を調整し総合的かつ効率的に提供するための仕組みであり、ケアマネジャーが中心となって次の手順により実施される。

ケアマネジメントの手順

① 要介護高齢者の状況を把握し、生活上の課題を分析する。(アセスメント)



② 総合的な援助方針、目標を設定するとともに、①に応じた介護サービス等を組み合わせる。(プランニング)



③ ①及び②について、ケアカンファレンス等により支援に係わる専門職間で検証・調整し、認識を共有したうえで(多職種協働)、ケアプランを策定する。



④ ケアプランに基づくサービスを実施するとともに、継続的にそれぞれのサービスの実施状況や要介護高齢者の状況変化等を把握(モニタリング)し、ケアの内容等の再評価・改善を図る。

4. 上球磨地域におけるケアマネジメントの状況について

上球磨3町村で行っているケアマネジメントに係る業務等において把握した、ケアマネジメントの状況を示すと以下のとおりである。

業務等	状況
ケアマネジャーからの相談対応	・新規利用者の基本情報を含む利用者全体のアセスメントが不十分なものがあった。 ・ケアプラン作成時のサービスの種類や量について適切なケアマネジメントに基づかず本人や家族の要望を聞き、分析が不十分なままケアプランにサービスを位置づけているものがあった。 ・各機関や事業所の担当者とケアマネの関係性が薄く、情報収集が上手くなされていないものがあった。 ・ケアプランに位置づけるサービスが事業所サービス中心であり、利用者及び家族ができることや地域資源を含めたケアマネジメントができていないものがあった。 ・ケアマネジャーが利用者や家族に関すること、事業所に関する悩みを抱え込んでいる状況が見受けられた。 ・有料老人ホーム等からケアマネジャーに対してサービス種類や回数に対して指示されることがあるとの相談があった。

ケアプラン点検	・制度の基本理念である自立支援が考慮されていないと思われるケアプランがあった。 ・限度額に対して高い割合でサービスを利用している人が多い状況があった。 ・有料老人ホーム等併設のデイサービス及びヘルパー事業所が多く、入居者が高い頻度で利用している状況があった。 ・介護保険サービスの利用のみでケアプランが構成されており、インフォーマルサービスを利用しようとする意識が低い状況があった。
給付実績分析	・県内における2024年の1人あたりの給付月額、高い順から水上村1番目、多良木町3番目、湯前町16番目という状況。
高齢者実態調査	・「要介護者」の介護が必要になった主な原因として、「高齢による衰弱」が最も多く、次いで「骨折・転倒」、「脳出血・脳梗塞等」、「関節の病気（リウマチ等）」となっている。 ・「在宅要介護者」の現在治療中又は後遺症のある病気については、「高血圧」が最も多く、次いで「目の病気」、「骨粗しょう症、関節症等」となっている。 ・口腔機能が低下している高齢者の割合が高い。（固いものが食べにくい、お茶や汁物等でむせる、口の渇きが気になる） ・外出の頻度について、「ほとんど外出しない」、「週1回」の割合が高く、外出の機会が減っていると回答した割合も高い。（閉じこもりリスクが高い） ・生きがいはあるかについて、「思いつかない」と回答した割合が高く、気分が沈んだり憂鬱な気持ちになることがある高齢者の割合が高い。 ・地域住民の有志によって健康づくり活動や趣味等のグループ活動を行って、いきいきとした地域づくりを進めることに、「参加者」として参加したいと考えている高齢者の割合は高い。

以上のような状況から、上球磨におけるケアマネジメントの傾向として、以下の事項が挙げられる。

- ・介護保険制度の基本理念である「尊厳の保持」「自立支援」、また、「利用者本位」「重度化防止」を具現化するためのケアプランではなく、単に利用者や家族の要望、サービス事業所からの要請に基づいたものとなっている傾向が見受けられる。
- ・ケアマネジメントのプロセスのうち、極めて重要である「アセスメント」の過程においては、本人の心身状態の把握のみならず、生活感、価値観、人生観等を含めた全体像のアセスメント及び医師や看護師などの専門職による視点からの観察情報、利用者の生活歴や家族状況（介護力や家族背景等）など、その人を取り巻く環境全般について情報収集がなされて行われるべきであるが不十分な傾向が見受けられる。
- ・団塊の世代が全員75歳以上となる2025年を迎えた今、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年までを見据え、地域包括ケアシステム（医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が包括的に確保される体制）の深化・推進を図るためには、これからのケアマネジメントは、介護サービスだけではなく、地域の支え合いや民間サービスも含めた地域資源を視野に入れて行うことがさらに必要になるが、関係機関との連携や多職種連携（地域ケア会議の活用等）の視点が弱い傾向が見受けられる。

5. 上球磨地域におけるケアマネジメントの基本方針について

これまでに示した介護保険法の理念に基づき、「自立支援」を

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、要支援・要介護状態になっても、主体的な選択により、介護サービスやその他の支援を利用しながら、自分が望む、生活の質が保たれた自分らしい生活を営むことに対する支援

と定義する。

上球磨地域全体として、自立支援のためのケアマネジメントを行っていくためには、「自立支援」の視点や一連のケアマネジメントプロセスの再認識等が必要であることから、「ケアプラン点検」、「地域ケア会議」、「給付実績を活用した医療情報との突合・縦覧点検等」、「ケアマネジャー研修」、「実地指導」等のあらゆる機会を通じて、保険者としてケアマネジャー等への支援を行うこととする。

6. 上球磨地域におけるケアマネジメントの取組方針について

ケアマネジメント業務においては、ケアマネジャーは下記に留意して取り組むこととし、上球磨3町村はこれに対して各支援を行うこととする。

【総合事業対象者のケアプラン】

重点留意事項
☐ 高齢者自身が地域において自立した日常生活が送れるよう支援するものとなっているか。 ☐ 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ことなく、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るか。 ☐ 状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、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、具体的に介護予防・生活支援サービス事業などの利用について検討し作成されているか。 ☐ 利用者本人が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、ケアマネジメントのプロセスを通じて、本人の意欲に働きかけながら目標指向型の計画を作成しているか。 ☐ 地域での社会参加の機会を増やし、状態等に応じ、自身が地域の支え手になることを目指したものであるか。 (参考)「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」厚生労働省

(支援)

- ・多職種からの専門的な助言を得ることでケアプランをよりよいものとし、利用者のQOLの向上を目指す「自立支援型地域ケア個別会議（上球磨地域ケア会議）」を開催（H29～）
- ・事業対象者が利用するサービスの種類、回数、評価時期、評価後の方針等を多職種により検討する「総合事業サービス調整会議」を開催（H29～）

【要支援者（予防給付受給者）のケアプラン】

重点留意事項
☐ 利用者が可能な限りその居宅で自立した日常生活を営めるよう配慮されているか。 ☐ 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と福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的・効率的に提供されるよう配慮されているか。 ☐ 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サービスが特定の種類や事業者に不当に偏ることがないように、公正中立に作成されているか。 ☐ インフォーマルサービスや本人、家族のできることを位置づけているか。 ☐ 多職種からの助言を取り入れているか。 （参考）「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」

（支援）

- ・多職種からの専門的な助言を得ることでケアプランをよりよいものとし、利用者のＱＯＬの向上を目指す「自立支援型地域ケア個別会議（上球磨地域ケア会議）」を開催（H29～）

【要介護者のケアプラン】

重点留意事項
☐ 利用者及びその人を取り巻く環境について多方向からの客観的な情報収集を行っているか。 （課題分析標準23項目） ☐ 生活感、価値観、人生観などを含めた全体像のアセスメントを行っているか。 ☐ 医師や看護師などの専門職による視点からの観察情報、利用者の生活歴や家族状況、（介護力、家族背景等）など、その人を取り巻く環境全般について情報収集を行っているか。 ☐ 利用者が今どのような状況にあり、何故サービスを必要としているのか、自立支援に必要な本当の支援は何かを分析した上で、ニーズを引き出しているか。 ☐ 支援が必要な状況を明らかにするだけではなく、利用者及び家族ができること（ストレングス）をアセスメントしているか。 ☐ 困っていることのみを把握するのではなく、予後予測（危険性の予測）にたった視点でアセスメントしているか。 ☐ 表面に現れている現象を「問題」として捉えるのではなく、問題を引き起こしている原因や背景を明らかにしていくことで「真の課題」をつかんでいるか。 ☐ 自立に向けた支援、利用者のＱＯＬを高める視点で分析をしているか。 ☐ 利用者本人や家族が希望するニーズのみ対応するのではなく、専門職として知識と技術を基に分析を行う努力をしているか。 ☐ 目標を達成する手段として適切な内容となっているか。 ☐ 個々の短期目標の積み上げの上に、長期目標の達成があり、長期目標の達成の先に、利用者の目指すその人らしい生活が見えてくるという関連性を常に意識しているか。

- ☐ どのような危険が予測されるのか、緊急事態とはどのような状況を想定するのか等、個々の利用者の状態像に応じたリスクマネジメントの視点があるか。
- ☐ 家族の介護に対する思いを受け止め、その思いを支える視点を持つと同時に、家族も利用者の支援を担うチームの一員として、目標達成に向けて一緒に関わってほしいというアプローチがされているか。
- ☐ 自立支援を目標とするものになっているか。
- ☐ 多職種からの助言を取り入れているか。
- ☐ 利用者本位のサービスが位置づけられているか。
- ☐ インフォーマルサービスや本人、家族のできることを位置づけているか。
- ☐ 利用者自身は、どのような生活を目指したいと考えているか、利用者の意向を踏まえた上で、どこまでの改善が可能かという目標設定が明確になっているか。
- ☐ 個別性のあるものとなっているか。（生活に本人の意向を取り入れ、漫然と利用者全員が同じ生活となっていないか。）
- ☐ 機能訓練等を取り入れ、各利用者に応じた自立支援、重度化防止のものとなっているか。
- ☐ 地域との交流について地域資源を利用し、環境の充実を図っているか。

（参考）「介護保険施設等運営指導マニュアル」厚生労働省

（支援）

- ・多職種からの専門的な助言を得ることでケアプランをよりよいものとし、利用者のQOLの向上を目指す「自立支援型地域ケア個別会議（上球磨地域ケア会議）」を開催（H29～）
- ・実地指導による、上記留意事項の確認等
- ・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、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援するための「ケアプラン点検」を実施。（H30～）
- ・訪問介護における生活援助中心型サービスについて、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、利用者の自立支援にとってより良いサービスとするため、多職種協働によりケアプランの検証を行う「サービス調整会議」を開催（H30～）