

松山市における介護予防ケアマネジメントに関する基本指針

1. 作成の趣旨

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、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた取組みが制度化され、これに対する評価指標が示されたため、介護予防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基本指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よう、医療との連携に十分に配慮し、総合的かつ効率的に提供されるものです。

また、国民は要介護状態となることを予防するため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も、介護サービスを利用して能力維持向上に努めると明文化されています。

第一章 総則

(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、適切な保険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適切な保険利用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。

3. 介護予防ケアマネジメントの考え方

- (1) 介護予防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ができる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるようにするものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものです。
- (2) 地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状態となっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組みを行うことが重要となります。
- (3) 高齢者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。
- (4) 介護予防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、利用者自身がそれを理解したうえで、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

4. ケアマネジメントの類型及び実施の手順

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のプロセス）	
介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合	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 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 →モニタリング【給付管理】

5. 具体的なツール

(1) 興味・関心チェックシート

利用者の興味やこれまでの人生のなかでの趣味、関心があったこと等を負担なく聞き取ることができるもので、課題整理後の具体的な目標設定や取組みについてつなげていくためのツールです。

(2) 課題整理総括表

利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析を通じて課題を導き出した過程について、多職種

協働の場面等で説明する際の一つの様式例です。

6. 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点

- (1) 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントは、要支援者等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志向型の計画を作成し、地域での社会参加の機会を増やし、状態等に応じ、要支援者等自身が地域の支え手になることを目指すものです。
- (2) 特に ADL・IADL の自立支援では、在宅生活で要支援者等の有する能力が実際に活かされるよう支援することが重要であることから、必要に応じて日常環境調整や動作の仕方などの改善の見極めについてアドバイスができるリハビリテーション専門職等が、ケアマネジメントのプロセスに関与していくことが望ましいです。
- (3) 自立支援・重度化防止の観点から、多職種の視点に立ってケアプランに係る論議を行うための仕組みとして、地域ケア個別会議を活用することが有効です。

7. 多職種の視点

地域ケア個別会議等で自立支援・重度化防止の観点を踏まえ、専門職として助言を行う際、基盤となるのは専門職としての知見や根拠になります。専門職の知識や技術を生かし、共通の目標に向けた支援方法を考えることを念頭に置いて、問いかけや助言を行います。専門領域の範囲内で一方的な指導にならないように留意が必要です。

8. 本市におけるケアマネジメントの取組み方針について

市全体として、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」、「ケアプラン研修」、「実地指導」等あらゆる機会を通じて、保険者として介護支援専門員等への支援を行います。