

奥多摩町のケアマネジメントに関する基本方針

1. 策定の趣旨

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（平成30年4月施行）は、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにすることを主眼としています。その中で介護支援専門員は、介護保険制度及び関係法規を遵守し、制度全般の専門的な知識と対象者への深い理解により、自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの役割を理解し、地域包括ケアシステムにおける介護支援専門員の役割を認識することが求められています。

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、よりよい介護保険事業を運営するために基本方針を策定することにしました。

2. 奥多摩町地域高齢者支援計画の基本理念

第8期計画では、まちの将来像を「高齢者が生きがいをもって暮らせる地域づくり」とし、その基本理念を「高齢者の自立と自己決定の尊重」「地域の支え合いの促進と連携のとれた良質なサービスの提供」「高齢者が元気で社会参加できるまちづくり」としています。住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることが出来るよう、奥多摩町ならではの地域包括ケアシステムの実現を目指します。

3. ケアマネジメントについて

ケアマネジメントの目的は、介護保険制度の理念である「尊厳の保持」を守り、「自己決定」「自立」を支援することです。中立性と公平性を保ち、生活を継続するうえで解決すべき課題（ニーズ）のある方に対し、その方たちが地域の中で生活できるよう生活の質を高めると同時に、自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントを提供することが求められています。

4. 居宅介護支援に関する基本方針について

奥多摩町では「奥多摩町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を定める条例」（以下、「居宅介護支援基準条例」という。）の第2条、第14条及び第15条に基づき、居宅介護支援に関する基本方針を次のとおり定めます。

居宅介護支援に関する基本方針

1. 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ます。
2. 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、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効果的に提供されるよう配慮します。
3. 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正かつ中立に行います。
4. 市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、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（障害者支援）等との連携に努めます。
5. 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、研修等を受講し必要な体制を整備します。（経過措置あり）
6. 介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に支援の提供に努めます。
7. 要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行うとともに、医療サービスとの連携に十分配慮します。
8. 自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。
9. その他「居宅介護支援の具体的取扱方針」は、居宅介護支援基準条例第15条を踏まえて行います。

5. 介護予防支援に関する基本方針について

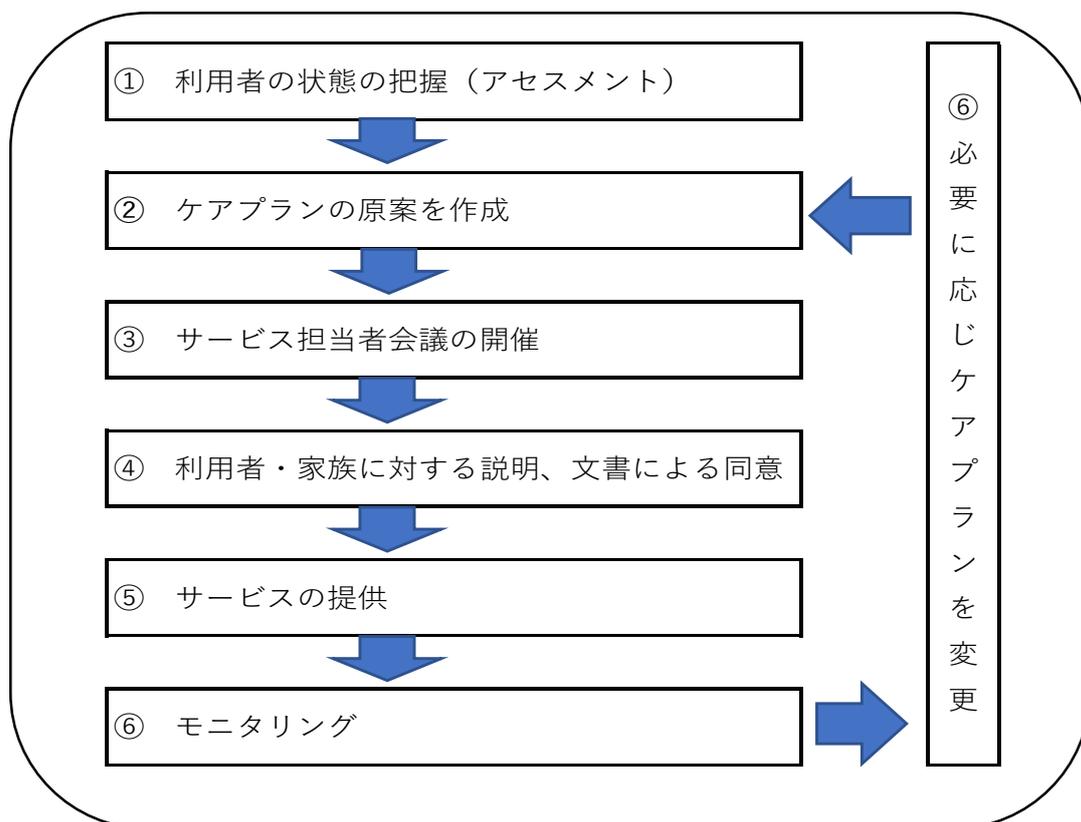
奥多摩町では、「奥多摩町指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例」の第4条、第16条及び「奥多摩町指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例施行規則」（以下、「介護予防支援基準規則」という。）第22条に基づき、介護予防支援に関する基本方針を次のとおり定めます。

介護予防支援に関する基本方針

1. 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ます。
2. 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ます。
3. 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、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もしくは地域密着型介護予防サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正かつ中立に行います。
4. 市町村、地域包括支援センター、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、指定特定相談支援事業者（障害者支援）、その他地域における様々な取組を行う者等との連携に努めます。
5. 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、研修等を受講し必要な体制を整備します。（経過措置あり）
6. 介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に支援の提供に努めます。
7. 利用者の介護予防に資するよう行うとともに、医療サービスとの連携に十分配慮します。
8. 介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス計画を策定します。
9. 自らその提供する指定介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。
10. その他「指定介護予防支援の基本方針」は、介護予防支援基準規則第22条を踏まえて行います。

6. 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（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。（次図参照）



7. 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防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の結果、本人の希望する生活やサービス等を踏まえて、従来からの介護予防支援のマネジメントのプロセスに沿った上で、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する。モニタリングについては少なくとも3ヵ月ごとに行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。

8. 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、前述「6. ケアマネジメントのプロセス」の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の初めての相談や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、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。

利用者に制度の趣旨やケアマネジメントの理解を図る時は、「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。

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。介護予防支援、介護予防ケアマネジメントにあっては、生活意欲が低下している利用者も少なくありません。アセスメント等において、別紙の「興味・関心チェックリスト」を活用するなど、利用者の意欲を引き出すことも自立支援への一つの方法です。

