

## 自立支援等に資するケアマネジメントに関する明石市の基本方針等

明石市では、介護予防と自立支援の推進を図るため、個人が主体的に自らの生き方を追求できること、つまり、「自分がこう生きたい、こうありたいと考える方向に向かって、主体的に人生を営んでゆけること」を自立と捉え、下記のとおり自立支援等に資するケアマネジメントに関する基本方針を定めています。

ケアマネジメント等に関する明石市の考え方、介護予防と自立支援の推進やケアマネジメントの質の向上のための取組等について、下記のとおりお示ししますので、介護支援専門員等の皆様におかれましては、基本方針等に基づいたケアマネジメントの実施について、ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

### 記

#### 1 基本方針

##### (1) 介護予防ケアマネジメント等

- 指定介護予防支援及び要支援者、事業対象者に対してそれぞれ行う第1号介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）は、制度としては別のものであるが、その実施に当たっては、共通の考え方に基づき、一体的に行われるものでなければならない。（これらをあわせて、以下「介護予防ケアマネジメント等」という。）
- 介護予防ケアマネジメント等は、その利用者が、本人らしく、地域の生活主体者として、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。また、支援者は、その利用者の意思決定を促したり、容易にするなど、その利用者の希望や意思を踏まえた支援のための働きかけを行わなければならない。
- 介護予防ケアマネジメント等は、利用者の心身の状況や置かれている環境等に応じて、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するため、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。
- 介護予防ケアマネジメント等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等に不当に偏することのないよう、公正・中立に行われなければならない。
- 介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、日常生活上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、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することが結果として高齢者の介護予防につながるという視点も踏まえ、「心身機能」の改善だけではなく、「活動」「参加」にもバランスよくアプローチし、利用者の自立に資するよう支援するものでなければならない。

- 介護予防ケアマネジメント等の提供に当たっては、主治医をはじめとした医療関係者、介護予防サービス事業者等と連携ツール等を活用して必要な情報を適時適切に共有するなど、連携に努めるとともに、利用者を中心としたチーム支援に向けた働きかけを行わなければならない。
- 介護予防ケアマネジメント等の事業の運営に当たっては、市、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、障害福祉サービスにおける指定特定相談支援事業者、市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。

## (2) 指定居宅介護支援

- 指定居宅介護支援は、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。また、支援者は、その利用者の意思決定を促したり、容易にするなど、その利用者の希望や意思を踏まえた支援のための働きかけを行わなければならない。
- 指定居宅介護支援は、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、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。
- 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が特定の種類又は特定の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・中立に行われなければならない。
- 指定居宅介護支援の提供に当たっては、主治医をはじめとした医療関係者、居宅サービス事業者等と連携ツール等を活用して必要な情報を適時適切に共有するなど、連携に努めるとともに、利用者を中心としたチーム支援に向けた働きかけを行わなければならない。
- 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市、地域総合支援センター、介護保険施設、障害福祉サービスにおける指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。

## 2 基本取扱方針

### (1) 介護予防ケアマネジメント等

- 介護予防ケアマネジメント等は、利用者の介護予防に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。

- 介護予防ケアマネジメント等の事業を行う者は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の維持・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、介護予防サービス計画を策定しなければならない。
- 介護予防ケアマネジメント等の事業を行う者は、自らその提供する介護予防ケアマネジメント等の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

## (2) 指定居宅介護支援

- 指定居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。
- 指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

## 3 介護予防ケアマネジメントの概要等

### (1) 概要

介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）における介護予防ケアマネジメントは、地域総合支援センターが要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて目標を設定し、その達成に向け、介護予防の取組を日常生活の中に取り入れ、自ら実施・評価できるよう支援する。

### (2) 考え方

- 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、医療や介護を必要とする状態となっても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・増進に向けた取組を行うことが重要となる。
- 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、日常生活上の何らかの困りごとに対して、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もって生活できるような活動に参加するなど、心身機能・活動・参加の視点を踏まえた内容となるよう、要支援者等の選択を支援することが重要である。
- ケアプランは利用者本人の計画であることを意識し、利用者の意向を十分に聴き取り、その意向を踏まえたうえで（その意向を根拠に）、専門職としてどのような支援を検討し、提案できるのかをケアプランに落とし込むことが必要である。

### (3) 類型

明石市では、ケアマネジメントB（サービス担当者会議やモニタリングを省略したケアマネジメント）は実施せず、ケアマネジメントA（指定介護予防支援と同様のケアマネジメント）とケアマネジメントC（基本的にサービス利用開始時のみ行うケアマネジメント）を実施する。

【介護予防ケアマネジメントのタイプ別プロセス】

区分	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	サービス提供	モニタリング
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	○	×	×	○	(○)	○	○

○…実施 △…必要に応じて実施 ×…不要

(2) 実施主体

利用者本人が居住する日常生活圏域を担当する地域総合支援センターにおいて実施する。なお、従来の指定介護予防支援と同様、業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託することができる。委託するのは、ケアマネジメントAを行うケースとなる。

※ 介護予防ケアマネジメントの詳細は、別冊「明石市版 介護予防ケアマネジメントマニュアル～自立支援にむけた、適切なケアマネジメントを目指して～」を参照。

4 介護予防と自立支援の推進に向けた取組

(1) 多職種協働の取組（自立支援型ケアマネジメント会議の実施）

自立支援型ケアマネジメント会議は、高齢者のQOLの向上を目指すため、多職種の助言を得ながら、自立支援・介護予防の観点から実施する地域ケア会議の一つである。明石市では、要支援者等の軽度者に対するケアマネジメントのさらなる強化を図るため、多職種協働による自立支援型ケアマネジメント支援を行うことを重視し、事例の検討のほか、会議後の検討者による同行訪問や研修会の開催などの取組を進めている。

この取組により、会議の参加者が、事例に対する多職種の専門的な視点に基づく助言等を通じて、自立支援に資するケアマネジメントの視点やサービス等の提供に関する知識や技術を得て、会議で検討した事例のみならず、広くその知見を役立てることを期待している。あわせて、事例の検討を積み重ねることにより、参加者同士のネットワーク構築はもとより、介護サービス事業所にとっては「ケアマネジメント力やケアの質の向上」、専門職にとっては「専門職としてのスキルアップ」、行政にとっては「地域課題の発見や把握」につながることを期待している。

※ 自立支援型ケアマネジメント会議の詳細は、「明石市自立支援型ケアマネジメント会議運営の流れ」を参照。

(2) リハビリテーション専門職の同行訪問による支援

新規にサービスの利用を開始する要支援者等に対し、本人の同意を得てリハビリテーション専門職が介護支援専門員等の訪問に同行し、リハビリテーション専門職の視点か

ら現在の状況をアセスメントし、必要なサービスやそのサービスを利用することで何ができるようになるのかを具体的に助言する取組を行っている。

### **(3) 短期集中介護予防サービス（再見！生活プログラム）の実施**

再見！生活プログラムは、要支援者又は事業対象者を対象として、リハビリテーション専門職が生活行為向上マネジメントの考え方を取り入れて立案したプログラムに基づき、通所型サービス及び訪問型サービスを一体的に短期間集中して実施するサービスである。リハビリテーション専門職が、事前アセスメントにより利用者の状態の把握・評価を行うとともに、プログラム終了時には、その状態を保持できるよう、その後の生活について留意点等を助言する。

この取組により、対象者の自立を支援するとともに、プログラム終了後も対象者が生活機能を維持・向上させ、対象者の目指す「活動」及び「参加」が継続できることを目的としている。あわせて、介護支援専門員等がリハビリテーション専門職の専門的な視点に基づく助言等を通じて得た「ケアマネジメント力の向上」や「専門職としてのスキルアップ」につながることを期待している。

## **5 その他ケアマネジメントの質の向上への取組**

### **(1) ケアプラン点検による利用者に対する効果的支援の推進**

明石市は、指定居宅介護支援事業者等を対象に、利用者に寄り添った適切なサービスの提供につながるプランとなるよう、ケアプランの点検を実施している。

点検は、ケアプランが適正なプロセスを経て作成されているか、ケアプランの内容が利用者や家庭環境等に沿ったものになっているか、などの観点から実施し、「1 基本方針」及び「2 基本取扱方針」に基づくケアマネジメントについて、保険者と介護支援専門員等とで相互理解を図り、考えを共有することにより、利用者が受けるケアの適正化を図ることを目的としている。

### **(2) ケアマネジメントに関する研修会等の実施**

明石市は、利用者の希望や意思を踏まえた適切なケアマネジメントが提供されるよう研修会を実施している。

また、事業所で働く職員のスキルアップに係る研修（主任介護支援専門員研修等）の受講料助成や、働きやすい職場づくりを支援する研修会（事業所管理者向けの虐待防止研修・マネジメント研修）の開催等、業務継続を支援する取組も実施している。

介護支援専門員等は、保険者である明石市が実施する研修会のほか、ケアマネジメントに関する各種研修会に積極的に参加し、専門技術・知識の学習に努めること。

### **(3) 事業所に対する指導（集団指導、運営（実地）指導等）**

明石市は、指定居宅介護支援事業者等をはじめとする介護保険事業者や施設に対して、サービスの質の確保及び保険給付の適正化を図ることを目的として、集団指導や運営（実地）指導を実施している。

集団指導は、兵庫県との共催で、介護給付等対象サービスの取扱い、介護報酬請求の

内容、制度改正内容及び高齢者虐待事案をはじめとした過去の指導事例等に基づく指導を毎年実施している。

また、運営（実地）指導は、利用者等に対するサービスの提供状況を含む個別サービスの質、基準等に規定する運営体制、介護報酬請求の適正実施等に関する指導を現地に出向き実施している。

## 5 災害時の避難行動の支援

明石市では、近い将来発生が予測される南海トラフ地震や、近年日本で多発する豪雨災害等に備え、災害時に避難できず取り残されてしまう人をなくすために、個別避難計画の作成等の取組を進めている。

災害時には、その規模が大きいほど公的支援が遅れること、支援者自身も被災者となり避難行動要支援者の安否確認にも時間を要すると想定されることから、災害時の避難方法等（避難場所、避難経路、避難を助けてくれる人、連絡先等）について個別に事前の確認を行っておく必要がある。

確認した内容は、ケアプランへの記載等により家族を含めた支援者とも共有するとともに、適宜変更がないか確認しておくことが重要であるため、ケアプラン作成（更新を含む）時には、【緊急連絡先】【避難先】等の災害に備えた情報について確認を行い、ケアプランに記載しておくこと。

※ ケアプランに記載する内容等については、別添「記入例」を参照。

### 【個別避難計画作成の経緯】

令和3年度の災害対策基本法改正により個別避難計画の作成が努力義務化され、これを受け改正された「避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針」においては、「個別避難計画作成等関係者のうち、特に介護支援専門員や相談支援専門員は、避難行動要支援者のうち介護保険サービス等の利用者について、①日頃からケアプラン等の作成を通じて、避難行動要支援者本人の状況等をよく把握しており、信頼関係も期待できること、②ケアプラン作成等に合わせて行うことが効果的であること、③災害時のケア継続にも役立つことなどから、個別避難計画作成の業務に、福祉専門職の参画を得ることが極めて重要である。」とされています。

また、令和3年度介護報酬改定においては、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続計画の策定等が、3年間の経過措置を設けた上で義務づけられたところであり、この取組指針も踏まえ、平時から市町村の防災部局等関係者とも連携して災害発生時の避難先など利用者情報を予め把握することなどにより、利用者へのサービス継続に向けた取組を推進していくことが重要とも言われています。