

三鷹市ケアマネジメントに関する基本方針

令和5年（2023年）4月1日

三鷹市 ケアマネジメントにかかわる者の心がまえ

み **みがきつづける**

一人ひとりが、常にその資質向上を行い、質の高いケアマネジメントを実践できるよう努めましょう。

た **たくみのわざを**

か **かがやく未来と**

仲間と共に社会資源の種を蒔きましょう。花咲く未来のために。

の **のぞむ生活**

利用者の自己決定に基づく、その人らしい暮らしが実現されるよう努めましょう。

ケ **権利をまもり**

権利擁護の視点を持ち、利用者が安心して毎日を過ごせるよう努めましょう。

ア **安心できる**

マ **まちに根ざした**

一人でできることは限られています。利用者の望む暮らしのため、多職種で連携し、ケアマネジメントを推進していきましょう。

ネ **ネットワーク**

健康福祉部介護保険課

同 高齢者支援課

三鷹市介護保険事業者連絡協議会

ケアマネジメント

要介護者等が地域社会による見守りや支援を受けながら、望ましい生活を送るために解決すべき様々な総合的な生活課題（ニーズ）に対して、生活の目標と課題解決にいたる道筋と方向性を明らかにし、地域社会にある資源の活用・改善・開発を通じて総合的、効率的かつ継続的に、要介護者等のニーズに基づく課題解決を図っていく過程とそれを支える仕組みのこと。

基本方針の目的・理念

介護保険法では、その第一条（目的）において「要介護者等が尊厳を保持し、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、（中略）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」と規定しています。

三鷹市では、ケアマネジメントにおける「自立」について、「みたか高齢者憲章（平成 16 年 3 月 25 日市議会議決）」にも掲げられている「高齢者一人ひとりが誇りをもって生活できるように努めること」「年齢と状態にかかわらず自己実現できること」を旨として、次のように掲げます。

～ **こころやからだ、生活の状況などに応じて、
自らの意思で生きがいや楽しみを持ち、
自分らしい暮らしを送ること** ～

そして、ケアマネジメントに関わる一人ひとりが、自らが地域で重要な役割をもつ大切な資源であることを自覚し、介護保険制度の基本理念である「自立支援」や「重度化防止」等を実現するための指針として、本基本方針を策定します。

1 責務

三鷹市では、ケアマネジメントにおける「自立」を実現するためには、保険者、被保険者、介護支援専門員、主任介護支援専門員及び介護サービス事業者が果たすべき責務について明確にすることが重要であるという考えのもと、次のとおり定めます。

1 保険者の責務

被保険者が可能な限り住み慣れたまちで、その心身や生活の状況などに応じて自立した日常生活を営むことができるよう、三鷹市では、次の施策を推進します。

- 保健医療サービスや福祉サービスに関する施策
- 要介護状態等になることの予防または要介護状態の軽減もしくは重度化の防止のための施策
- 地域における自立した日常生活の支援のための施策
- 事業者等が適切な介護サービス等を提供できるように支援するための施策

また、三鷹市が推進するこれらの施策の効果を高め、被保険者が自立できる社会を実現するため、被保険者や介護支援専門員、サービス提供事業者に対しても、この基本方針の趣旨を広く浸透させ、次の責務を求めるとともに、その責務を果たすことができるよう、三鷹市の強みである、横のつながりや話し合える風土を最大限活かした様々な取組を通じて、支援していきます。

2 被保険者の責務

被保険者が生きがいや楽しみを持ち、自分らしい暮らしを送ることは、支援者の努力だけでは実現できません。

被保険者は、変化するところやからだの状態を自覚して、ふだんから介護予防のための健康づくりに努めましょう。また、要介護状態になったとしても、必要なりハビリテーションサービスや保健医療サービス、福祉サービスなどをすすんで利用することで、体力や健康の維持向上を心掛けましょう。

3 介護支援専門員の責務

介護支援専門員¹（以下「ケアマネジャー」といいます。）は、要介護状態等になった被保険者（以下「要介護者等」といいます。）が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識や技術を幅広く持った専門家です。

常に、要介護者等の立場に立って、次のことを行いましょう。

- この基本方針の趣旨を理解したうえで、介護保険制度やケアプランについて、要介護者等への説明を丁寧かつわかりやすく行うこと。
- 公正かつ誠実に業務を遂行すること。
- 特定のサービスや事業または特定の事業者や施設にかたよることなく、要介護者等の「自立」を支援すること。
- 医療機関等と十分に連携を図り、支援すること。

¹ 介護支援専門員（ケアマネジャー）

要介護者等の相談や心身の状況に応じるとともに、介護サービス（訪問介護や通所介護など）を受けられるようにケアプラン（介護サービス等の提供についての計画）の作成や市区町村・サービス提供事業者・施設等との連絡調整を行う者。

- 介護保険制度だけでなく、国、東京都、三鷹市の独自の制度やインフォーマルサービス¹などについても情報収集を行い、活用すること。
- 現状に満足することなく、常に専門的知識や技術の水準を向上させていくこと。
- 自分自身が地域資源であることを自覚し、ケアマネジャー自身の心身の健康を損なうことなく、継続的に要介護者等の支援を行うこと。

4 主任介護支援専門員の責務

主任介護支援専門員（以下「主任ケアマネジャー」といいます。）は、所属する事業所の管理・運営や職員の育成に尽力することにとどまらず、三鷹市と共に、広い視野を持って地域全体のケアマネジメントの質の向上にも努めていくことが求められます。そのために、次のことを自ら率先して行いましょう。

- 地域の他のケアマネジャーとのネットワークづくりを行うこと。
- 地域の保健医療サービス、福祉サービスなどの提供者とのネットワークづくりを行い、連絡調整を円滑に行うこと。
- ケアマネジメントの質の向上を目的として開催される研修などについて、自ら積極的に参加し、常に自己研鑽に励むこと。
- 自らの知識・経験を活かし、他のケアマネジャーに対する相談支援を行うこと。
- 地域づくりの担い手の一員として、地域全体に目を向け、地域包括ケアシステムの構築及び推進に協力すること。
- 保険者が行うケアプラン点検に点検者として参画し、点検を受けるケアマネジャー及び自らのケアマネジメント力の向上に努めること。
- その他、保険者、地域包括支援センターなどと連携し、これらの機関から地域全体のケアマネジメントの質の向上に資する取組への参加を要請された場合には、積極的に参画すること。

¹ インフォーマルサービス

家族をはじめ近隣や地域社会、NPO法人（非営利活動法人）やボランティアなどが行う援助活動で、公的なサービス以外のものを指します。情報収集にあたっては、地域包括支援センター、生活支援コーディネーター、民生委員など多様なツールを活用しましょう。

5 介護サービス事業者の責務

介護サービス事業者は、ケアマネジャーと共に、被保険者が要介護状態等となった場合においても、その心身や生活の状況などに応じて自立した日常生活を営むことができるよう、要介護者等の立場に立って、次のことを心掛けて業務を行きましょう。

- 個別援助計画¹は、ケアプランにおける目標との連動及び医療機関との連携等を考え、サービスを利用する要介護者等（以下「利用者」といいます。）の「自立」に向けた目標を設定すること。
- 設定した目標が達成された場合には、さらなる自立に向けた次の目標を設定できるよう、利用者、家族、ケアマネジャー、他の事業者などとチームで検討すること。
- 利用者に最も身近に接するものとしての自覚を持ち、利用者の体調や環境に変化があれば、ケアマネジャーなどにすみやかに連絡・相談すること。また、こうした変化に気づけるよう、常に利用者の状態に気を配ること。

2 ケアマネジメント

1 ケアマネジメントが指すもの

東京都が平成 26 年 3 月に作成した「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」では、「ケアマネジメントとは、高齢者が自立した生活を営むという目的のために、高齢者の現状や自立した日常生活に向けた希望を十分に把握し、それを踏まえてその人にとって最もふさわしいサービスが利用できるよう支援する仕組みである」と定めています。

自立した生活を営むためには、サービスを適切に活用し、そして利用者自らも主体的に重度化防止に取り組むことが大切です。ケアマネジメントを通じて、その人らしい自立した生活を実現させていくための「自立支援」、そして「重度化防止」を目指していきましょう。

¹ 個別援助計画

ケアマネジャーが作成したケアプランをもとに、各サービス事業者が実際にどのようなサービスを利用者に提供するのかを、具体的に記した計画のこと。

2 自己決定に基づくケアマネジメント

ケアマネジメントにおいて、「自立支援」や「重度化防止」を実現するためには、それが利用者本人の自己決定に基づいていることが重要です。

アセスメント¹では、いまの状態を把握するとともに、これまでの生活がどんなものだったか、どんなことを大切にしてきたかについても確認しましょう。そのうえで「自らが望む生活」を利用者自身が考え、その意思を表明していく過程を大切にしましょう。そして、その意向の実現に向け、克服すべきさまざまな課題や本人の強みを分析し、それらを基に、本人の思いを丁寧に確認し、客観的に検証しながら、ケアプラン原案を作成します。

作成にあたっては、利用者本人が、自らの「自立」のイメージを具体的に描くことができているか、そしてその「自立」に向かうアプローチを表現できているかどうかを意識して、その人らしいケアプラン原案の作成に努めましょう。

利用者本人の意向や要望が、実際の状態などから大きくかけ離れている場合は、本人が実際の状態を理解するための働きかけを繰り返し行いながら、時間をかけて意思決定を支援する必要があります。

本人が自立に向けた意欲を失っているような場合には、家族や他の支援者の協力を得ながら、本人と共に、「自分らしい自立した生活とは何か」を一緒に考えていきましょう。また、意思を表明できない状態である場合には、本人の立場に立つことを基本とし、家族等から生活歴や好み、価値観を聞き取り、何が本人の望む生活なのかを導き出していく過程を関係者間で共有していきましょう。

サービス担当者会議²でケアプランが確定し、ケアマネジメントが展開される段階においても、一つひとつの過程で本人の意思を確認することが大切です。ケアマネジメントを通じて、利用者本人の自己決定による「自立支援」と「重度化防止」を支援していきましょう。

¹ アセスメント

利用者の持っている能力や提供を受けているサービス等の利用者を取り巻く状況の評価を通じて、利用者の困りごとを明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援するうえで解決すべき生活上の課題（ニーズ）を把握すること。

² サービス担当者会議

利用者の状況等に関する情報をケアプラン原案に位置付けたサービス事業所の担当者等と共有し、ケアプラン原案の内容について、専門的な見地からの意見を求めるためにケアマネジャーが開催する会議のこと。会議の参加者は、利用者、家族、主治医、サービス提供事業者の担当者、近隣住民やボランティア等の関係者です。

3 高齢者の権利を擁護するために

権利擁護の基本は、個人の生活・権利をその人の立場に立って代弁し主張すること、あるいは本人が自分の意思を主張し権利行使ができるよう支援することです。「みたか高齢者憲章」の理念に基づく「自立支援」や自己決定に基づくケアマネジメントの推進は、そのすべてが権利擁護の実践であると言えます。高齢者が周りの人の支配を受けやすいこと、高齢者本人の意思が尊重されていないとは限らないことに留意し、すべての関係者が権利擁護の視点を持ち、連携して支援にあたることが重要です。まずは本人としっかり向き合い、意思を受け止め、本人が主体的に生きる力を発揮できるよう支援していきましょう。

4 ケアマネジメントの質の向上に活用できる仕組み

三鷹市には、自立支援や重度化防止に取り組むケアマネジャーやサービス提供事業者を支援するため、次のような仕組みがあります。積極的に活用しましょう。

詳細は別冊資料を確認してください。

- (1) 地域包括支援センター
- (2) ケア専門職交流会（東部・中部・西部）
- (3) 地域包括ケア会議
- (4) 主任ケアマネジャー
- (5) 在宅医療・介護連携支援窓口「連携窓口みたか」
- (6) 三鷹市在宅療養後方支援病床利用事業
- (7) 権利擁護センターみたか
- (8) ケアプラン点検
- (9) 集団指導
- (10) 実地指導
- (11) 三鷹市介護保険事業者連絡協議会
- (12) ICTの活用に関する取組
 - ①三鷹市介護・医療・地域資源情報検索サイト「三鷹かよおっと」
 - ②連絡帳みたかい（MCS）

5 本基本方針の策定にあたって

本基本方針は、三鷹市でケアマネジメントに関わるすべての方に「三鷹市でケアマネジメントに関わる仕事をしていたよかった」と感じ、次の世代にも伝えたいと思える基本方針となることを願って策定しました。策定にあたっては、保険者と介護の現場でケアマネジメントを行っているケアマネジャーとが協働し、多角的な視点による検討を行いました。議論を重ねる中で、介護を必要とする方だけでなく、その方を支える周りの方も、それぞれを大切にしたいという思いや事業者の垣根を越えた横のつながりを大切にする「三鷹らしさ」が込められたものとなりました。

本基本方針は多くの方に手に取っていただき、「だれでも・いつでも」活用できるよう、丁寧かつわかりやすい表現を心掛けました。ケアマネジメントの指針としてだけではなく、ケアマネジメントに関わるすべての方の心の支えになるようにとの願いが込められています。

支援者の皆様には、本基本方針の目指すものをよく理解していただき、ケアマネジメントを通じて、要介護者等の「自分でできる」「自分で決める」生活の実現にこだわり続けていただきたいと思います。関係者が互いに支え合いながら「三鷹らしい」ケアマネジメントを実践していきましょう。

本基本方針は、策定後もよりよい内容に発展するよう継続的に検討を行っていきます。皆様におかれましては、今後とも共に本基本方針を育てていただき、三鷹市のケアマネジメント力の向上にご尽力いただけますと幸いです。

(令和5年4月1日 三鷹市のケアマネジメントを考える会)

基本方針策定経過

令和4年 1月 28日	三鷹市のケアマネジメントを考える会(※) 発足
同年 3月 25日	第1回考える会 開催
同年 4月 22日	第2回考える会 開催
同年 5月 27日	第3回考える会 開催
同年 6月 24日	第4回考える会 開催
同年 7月 22日	第5回考える会 開催
同年 8月 25日	基本方針(素案) 決定
同年 8月 26日	三鷹市介護保険事業者連絡協議会主催研修での市内介護支援専門員等による基本方針(素案)に関するグループワーク及び意見募集
同年 9月 14日	第6回考える会 開催
同年 10月 20日	基本方針(案) 決定
同年 10月 28日	第7回考える会 開催
同年 11月 25日	第8回考える会 開催
同年 12月 1日	基本方針 決定
令和5年 1月 23~25日	基本方針に関する事業者向け研修会
同年 4月 1日	基本方針 施行

※三鷹市のケアマネジメントを考える会

市内居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターに所属する有志のケアマネジャー11人、三鷹市健康福祉部介護保険課職員3人、同部高齢者支援課職員2人により活動しました。

6 関係法令・参考通知等

- 介護保険法（平成9年法第123号）
- 介護保険法施行令（平成10年政令第412号）
- 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）
- 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（平成11年厚生省令第38号）
- 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について
（平成11年7月29日老企第22号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）
- 保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン
（平成26年3月 東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課）
- 「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」について
（平成30年10月9日 介護保険最新情報 Vol.685）