

愛荘町 自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントのガイドライン

令和3年3月

愛荘町福祉課

ケアマネジメントの資質向上を通じて、利用者等の自立支援・重度化防止を図るため、「愛荘町自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントのガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）を定めます。

1. ガイドラインの作成の目的

介護保険法は、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。

この推進においては、要介護者、要支援者（以下「利用者等」という。）及び家族を支える介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という。）や介護サービスを提供する事業者（以下「事業者」という。）による、適切かつ質の高いケアマネジメントが重要です。

そのため町では、ケアマネジメントの適正化や質の向上を通じて、介護保険制度の基本理念である「自立支援」や「重度化防止」等を実現できるよう、本ガイドラインを策定します。

2. ケアマネジメントの定義

ケアマネジメントの定義は多様ですが、「利用者が地域社会による見守りや支援を受けながら、地域での望ましい生活の維持継続を阻害する様々な複合的な生活課題（ニーズ）に対して、生活の目標を明らかにし、課題解決に至る道筋と方向を明らかにして、地域社会にある資源の活用・改善・開発を通して、総合的かつ効率的に継続して利用者のニーズに基づく課題解決を図っていくプロセスと、それを支えるシステム」といえます。

（厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 相談支援の手引き）

住み慣れた地域で、利用者が最後まで自分らしい自立した日常生活を送るためには、利用者等を支えるチームが多職種にわたる連携や協働、地域資源（フォーマル及びインフォーマルサービス）の収集や活用を行い、医療・介護・予防・住まい・生活支援等の多様なサービスを一体的に提供できるよう、ケアマネジメントを推進していくことが重要です。

3. 愛荘町の基本方針

愛荘町におけるケアマネジメントの基本方針は下記の条例に示しています。

愛荘町指定居宅介護支援等の事業の人員および運営に関する基準を定める条例

(基本方針)

第3条 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、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。

2 指定居宅介護支援の事業は、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および福祉サービスが、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。

3 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思および人格を尊重し、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(法第8条第24項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。)が特定の種類または特定の指定居宅サービス事業者等(法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業所をいう。以下同じ。)に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。

4 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市町村(特別区を含む。以下同じ。)、法第115条の46第1項に規定する地域包括支援センター、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の7の2に規定する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(法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。以下同じ。)、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第51条の17第1項第1号に規定す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。

愛荘町指定介護予防支援等の事業の人員および運営なら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

(基本方針)

第3条 指定介護予防支援の事業は、その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て行われるものでなければならない。

2 指定介護予防支援の事業は、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、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および福祉サービスが、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て行われるものでなければならない。

3 指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援の提供に当たっては、利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定介護予防サービス等が特定の種類また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(以下「介護予防サービス事業者等」という。)に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。

4 指定介護予防支援事業者は、事業の運営に当たっては、町、地域包括支援センター、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の7の2に規定する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、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、住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。

4. 自立支援・重度化防止に向けて

加齢に伴い、地域での生活を維持していくことが難しくなるのは当然のことです。このような高齢者が何らかの援助を受けながらも、尊厳を維持して、その人らしい生活を主体的に継続していくことが自立だと言えます。自立とは身体的な自立のみではなく、心理的、経済的、社会関係的等の複合的な概念であります。

自立支援・重度化防止の推進にあたっては、まず利用者本人の自己決定の尊重が重要です。そのため、「本人の希望する生活」の意向をふまえて、それを阻害する要因(個人・環境)の抽出を含めたアセスメントに基づき、個人の意思を確認しながらケアプランを作成します。

その際、「利用者等の意向・要望をすべて受け入れることが、本人にとって最善のケアプランとは限らない」、ということに注意が必要です。特に実際の状態と乖離した意向がある場合には、その理由を解明し、本人の現状認識を深める働きかけを行いながら、意思決定を支援する必要があります。

中でも、自立において本人の意欲が重要な要因であることを考えると、自立に向けた意欲を喪失している場合は、その理由・原因の解明や、本人の想いを引き出し、意欲を高める方法を一緒に検討することが必要です。

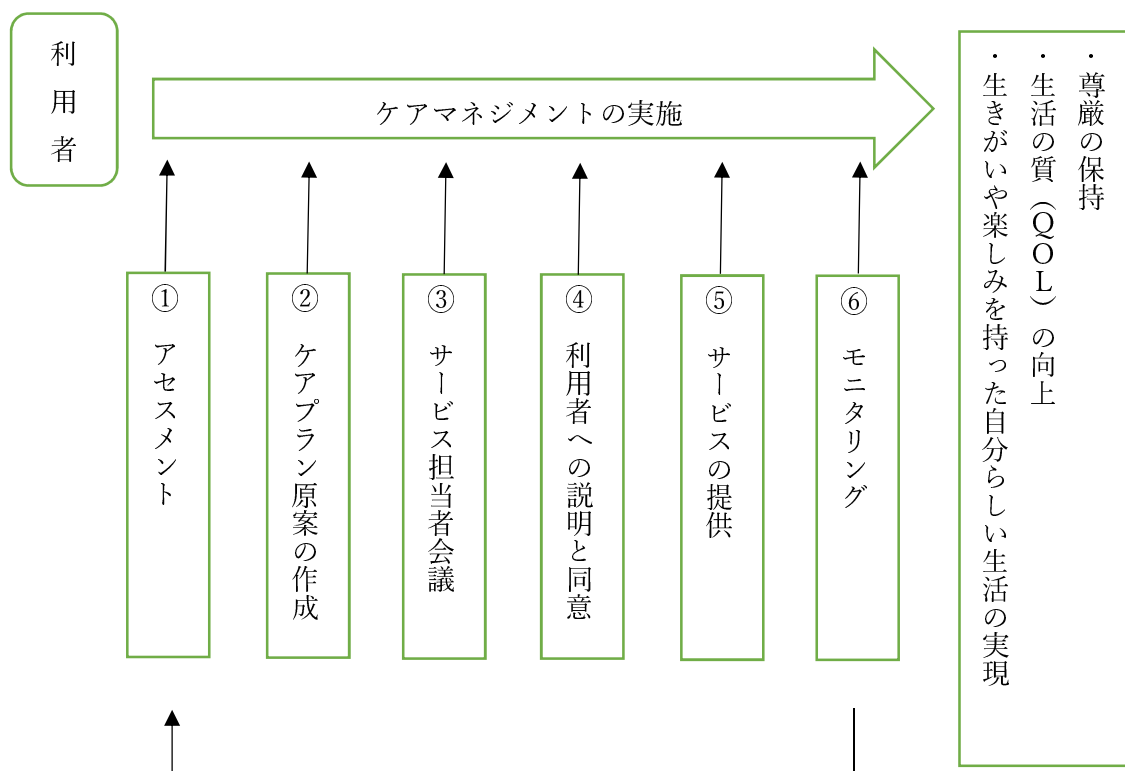
そして、自立は一度で成し得ることではなく、環境との継続的な相互作用を通じて可能になります。そのため、将来を見越したケアプランを作成するとともに、高齢者の自立を可能にする家族や地域にしていくための働きかけについても検討する必要があります。

(※) 平成30年10月9日厚生労働省 介護保険最新情報 vol.685「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」を一部引用

(1) 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わた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)。

<ケアマネジメントのプロセス図>



①アセスメント

アセスメントは、生活全般に関わる情報を収集・分析し、利用者のニーズを明確にする過程です。

【ポイント】

利用者ニーズの明確化にあたり、専門職は利用者の要望を丁寧にヒアリングするだけでなく、介護保険法の趣旨（自立支援や重度化防止、適正利用等）を説明しながら、利用者からこれまでの生き方や求める生活、大切にしたいこと、充実感や満足感の高かった体験談・エピソード等を聞いたうえで、「生きがいや楽しみを持った自分らしい生活」（愛荘町の自立の考え方）を意識してもらうことに努めましょう。利用者の興味や関心を把握するためのツールとして「興味・関心チェックシート」を活用することも考えられます。（別紙）

また、得られた情報を活用しながら予後・予測の見立てを行い、目標やサービスの優先順位等を検討しましょう。

②ケアプラン原案の作成

利用者の人権や主体性を尊重し、利用者等のニーズを踏まえながら、利用者可能な社会資源を活用したケアプラン原案を作成します。

【ポイント】

利用者の人権や主体性を尊重しつつ、アセスメントから得た情報を専門職の視点で分析しましょう。そのうえで利用者等と相談しながら、短期・長期の目標の連動性と達成の可能性のある具体的な目標設定（期間の配慮を含む）を行い、サービス導入による自立支援の可能性等を検討しましょう。利用者等にサービスへの強い要望がある場合であっても、サービス導入の根拠を明確にしつつ、専門職としてのプランニングに心がけましょう。

③サービス担当者会議

サービスに携わる担当者が協働・連携し、チームで利用者等を支援することを確認します。利用者等やサービス担当者からの意見をもとに原案を修正し、総合的な援助方針を決定し、目標を共有化します。

【ポイント】

サービス担当者会議は、ケアマネジャーや事業者、利用者等が支援の方向性を確認し、共通の認識を持つ貴重な場です。顔の見える関係を作るとともに、話し合いを通じて、「チームで支える」という視点を持ちながら、利用者等と「自立支援・重度化防止」を意識した目標の理解を深め合うようにしましょう。

④利用者への説明と同意（ケアプランの確定・交付）

作成したケアプランを利用者等へ説明のうえ同意を得て、その後、利用者等及び各事業

者へ交付します。各事業者はサービスの個別援助計画を作成し、その内容とケアプランの目標の整合性を確認します。

【ポイント】

利用者等への説明にあたっては、利用者等を支えるチームが、同じ目標に向かって共に取り組む姿勢にあることを感じてもらえるようにしましょう(①から続く重層的な説明)。

⑤サービスの提供

計画に基づいて作成された個別のプログラムを提供します。利用者の心身の状況や実施内容等を記録し、チームで共有のうえ、次回のサービスに活かせるようにします。

【ポイント】

サービス提供においては、自立支援・重度化防止に向けて、「自分にできること」を大切にして、適正な介護量を見定めながら支援しましょう。また、利用者等の支援に関わるチームの全員が、計画に定めた（自分らしい生活に向けた）目標を理解し、サービスの提供を通じて得た情報を共有しながら、利用者へ動機づけを行うことが重要です。

⑥モニタリング

サービスの利用開始時は、利用者等のサービスへの適応状況等を把握し、サービスの継続時は設定した目標の達成度や効果検証が必要です。必要に応じて再アセスメント（①に戻る）を行い、モニタリングを繰り返しながらケアプランを評価し、適切なサービス計画へ見直します。

【ポイント】

状況や環境の変化（気づき）を多職種間で共有するなど、チーム全員がモニタリングに関わることで、きめ細かなケアマネジメントにつながります。利用者等へのフィードバックを含めたモニタリングを通じて、利用者等の目標への理解、信頼関係の醸成、チームの関係強化を図りましょう。

(2) 介護予防ケアマネジメントの類型

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シートの結果、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、以下のような類型を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のプロセス）

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します。モニタリングについても少なくとも3ヶ月ごとに行い、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

体制をとっておく必要があります。

②ケアマネジメント B（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成はケアマネジメント A のプロセスと同様ですが、サービス担当者会議の開催を実施せず、ケアプランを作成します。モニタリングは 6 ヶ月ごとに行い、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必要があります。

（3）ケアマネジャー及び主任介護支援専門員に求められること

①ケアマネジャー

前記のケアマネジメントのプロセスを推進していくうえで、主に「自立した日常生活への配慮」「公正中立」「多職種の連携」「継続的な技能の向上」が重要です。

○自立した日常生活への配慮

ケアマネジメントは、利用者が可能な限り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する必要があります。

○公正中立

サービス等が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行うことが求められます。また事業者を選定する際は、利用者等の置かれた状況を考慮しながら、目標達成に適した事業所を利用者等と検討しましょう。

○多職種の連携

利用者の自立支援・重度化防止を進めていくためには、多様な専門職が協働・連携してサービスを提供することが不可欠です。各分野の専門職の見解等を尊重しながら、総合的かつ効率的にチームケアが実施されるようにケアマネジメントを進めていきましょう。

○継続的な技能の向上

介護サービスを取り巻く環境は日々変わります。社会環境や価値観の変化、介護保険や社会保障等の制度改正、町の新たな施策や地域資源等、以前に習得した知識や技術だけでは、利用者のニーズに十分対応できるとは言えません。研修をはじめ様々な機会を据えた知識の習得に加え、専門職同士の（地域）交流を通じた情報収集等の自己研鑽を心がけましょう。

②主任介護支援専門員

介護保険法の改正に伴い、居宅介護支援事業所の管理者は主任介護支援専門員であることが必須条件となりつつあります。

主任介護支援専門員は、事業所の管理・運営だけでなく、自らもケアマネジメントを実践しながら、地域の他のケアマネジャーへスーパーバイズを行い、地域全体におけるケアマネジメントの質の向上に努めていく必要があります。

そのため、利用者等の問題や地域課題の把握、適切な指導等といった技術の向上に加え、社会資源の開発、ネットワークの構築等の活動を行いながら、自らの資質を高めていくことが求められます。

(4) 介護サービス事業者等に求められること

サービス担当者会議で合議を得たケアプランに基づき、サービスの個別援助計画を作ります。個別援助計画は、生活課題の解決方法、ケアプランとの連動、医療機関の連携等を考えながら、利用者が理想とする生活像にアプローチできるように目標設定します。

【ポイント】

事業者は利用者に関わる機会が多いため、体調や環境の変化等があれば、ケアマネジャー等へ適宜報告・連絡することが必要です。

また、達成度を図ることができる目標設定が大切です。サービス内容がその目標達成に向けて適切な内容となっているかケースカンファレンス等にて確認しましょう。達成が見込まれる状況の場合は、次なる（自分らしい生活に向けた）目標を、利用者等・ケアマネジャー・事業者のチームで検討しましょう。

(5) 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「4（1）ケアマネジメントのプロセス」に示している各段階に応じて適切に対応することが必要です。

特に、利用者等にとって初めての相談・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は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、全ての事業者が、このガイドライン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。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。

【ポイント】

利用者等に制度の趣旨やケアマネジメントの理解を図る時は、愛荘町等、行政が作成したパンフレットも活用してください。

また「4（1）①アセスメント、②ケアプラン原案の作成」にも記載していますが、例えば「ヘルパーさんに買物や調理、掃除をお願いしたい」「友達の行っているデイサービスに通いたい」といった、利用者等の直接的な要望をケアプランに採用する場合、利用者の目標や自分らしい生活の実現にそぐわない恐れがあります。「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。

(6) 愛荘町の取り組み

①研修

「4(3) ケアマネジャー及び主任介護支援専門員に求められること」に記載した技能の習得・向上に資する研修のほか、関係機関と連携した専門的な研修を事業者へ向けて実施し、専門性の向上にむけて支援します。

②ケアプラン点検

ケアプラン点検は、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どうかを基本となる事項について町職員とケアマネジャーが協働で確認し、「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追及し、その普遍化を図り、自立支援に向けて適切な給付が行われることを支援することを目的として実施しています。

ケアプラン点検で、介護が必要になった方が可能な範囲で自分らしい生活やその方が望む生活ができるような「自立支援に資するケアマネジメント」が実施できているかを確認することにより、ケアマネジャーの「気づき」が促され、ケアマネジャーの資質向上につながります。

③地域ケア会議

地域ケア会議は介護保険法第115条の48で定義されており、町が主催する会議です。

医療、介護等の多職種が協働して、個別課題の解決を図るとともに、地域課題の発見を目的とした会議です。

なお、地域ケア会議で明らかになった地域課題については、多職種の専門職や町の関係者が参加する地域ケア推進会議等でその解決に向けた検討を行います。

5. ガイドラインの理解・普及に向けて

利用者の自立支援・重度化防止の推進にあたり、ガイドラインを居宅支援事業所はもとより、事業者及び利用者等へ幅広く周知し、理解を図ることが重要です。そのため愛荘町では、町内の全介護サービス事業者をはじめ、関係する団体、利用者等(地域住民を含む)及び町の関係部署への普及・啓発を図るため、研修や広報活動等を継続的に行います。

6. 関係法令・参考文書等

- ・介護保険法
- ・介護保険最新情報 vol685 「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」
(厚生労働省 平成 30 年 10 月 9 日)
- ・主任介護支援専門員研修ガイドライン (厚生労働省 平成 28 年 11 月)
- ・愛荘町指定居宅介護支援等の事業の人員および運営に関する基準を定める条例
- ・愛荘町指定介護予防支援等の事業の人員および運営なら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
- ・介護支援専門員実務研修テキスト上巻・六訂 (一般社団法人 長寿社会開発センター)

別紙

興味・関心チェックシート

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			