

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
米子市長寿社会課

ケアマネジメントの質向上を通じて、利用者等の「自立支援」と「重度化防止」を図るため、「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」を定めます。

1 ガイドライン作成の目的

本ガイドラインを介護支援専門員及び地域包括支援センター職員とで共有するとともに、適切かつ質の高いケアマネジメントを実践することで、高齢者の「自立支援」や「重度化防止」等が実現できることを目指します。

2 介護保険法における理念

介護保険制度の基本理念は、「尊厳の保持」と「自立支援」です。（介護保険法第1条）

また、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なければならないと定められており（同法第2条第2項）、被保険者の選択に基づき行われ（同法第2条第3項）、要支援者・要介護者の自立支援という理念に沿って検討を行う必要があります。

※介護保険法第1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。

※介護保険法第2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れなければならない。

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、適切な保健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れなければならない。

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。

3 米子市の基本方針

米子市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。

※米子市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等を定める条例第4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、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、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。

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、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、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。

また、米子市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画では、「住み慣れた地域で支え合い、高齢者が生きがいを持って、安心・安全に暮らし続けるまちづくり ～米子の地域包括ケアの充実をめざして～」を基本理念として策定しています。高齢者が、いきいきと健やかに、住み慣れた地域や自宅で安心して生活を継続することができる社会を目指し、自分の意思で生き方を選択でき、人生の最期まで自分らしい生活をおくることができるよう、生きがいづくり、地域包括ケアシステムの充実、介護保険制度の円滑な運営を推進します。

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むずかしくなるのは当然の事です。このような高齢者が何らかの援助を受けながらも、尊厳を保持して、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。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となります。

自立支援・重度化防止の推進において、本人の自己決定を尊重することが最も重要になります。そのため、「本人はどのような生活を望んでいるか」といった意向をふまえて、「それを阻害している個人要因や環境要因は何なのか」といったアセスメントに基づき、本人の意思を確認しながら、ケアプランを作成します。

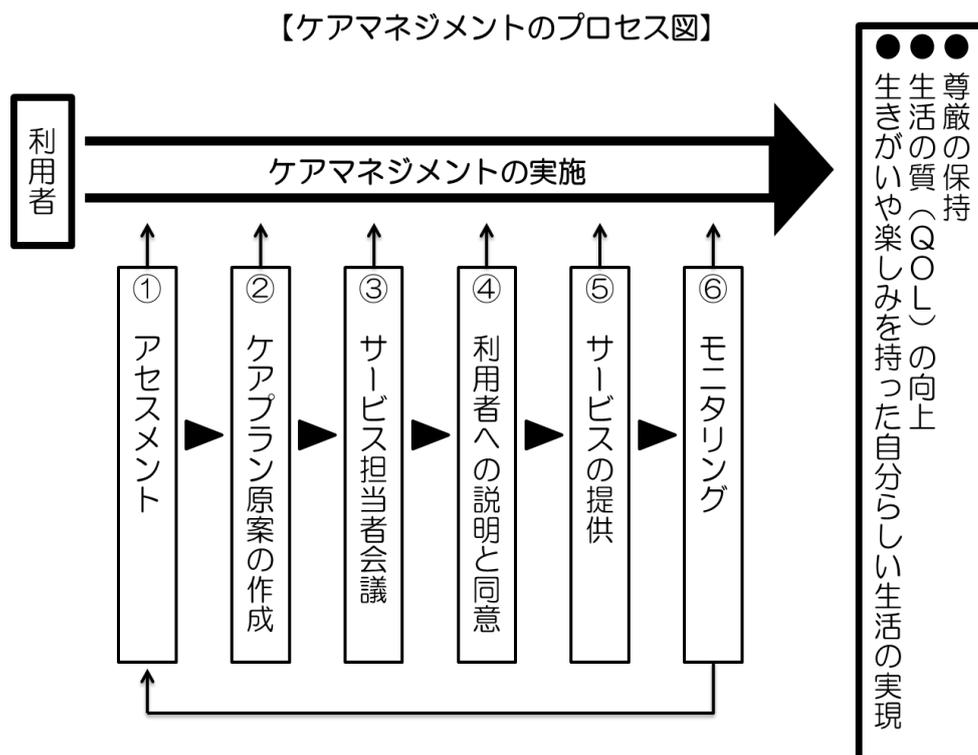
その際、本人の自己決定だからすべてを受け入れることが、自立に向けたケアプランではないことに注意が必要です。特に実際の状態と乖離した意向がある場合には、その理由を解明し、本人の現状認識を深める働きかけ等を行いながら、意思決定支援を行う必要があります。

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、消極的・拒否的な意向の場合は特に留意する必要があります。「できる能力があるのに、していないことは何か」等の視点から、自立に向けての意欲が喪失している理由を解明し、本人の想いを引き出し、意欲を高める方法等を検討することが必要となります。

そして、自立は一度で為し得ることではなく、環境との継続的な交互作用を通して可能になります。そのため、将来を見越してケアプランを作成するとともに、本人の自立を可能にするための、家族や地域への働きかけについても検討する必要があります。

5 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、改善していくことが重要となります。（①アセスメントにおいて、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）



6 ケアマネジメントの種類と考え方

「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て実施されるものとなります。

① 介護予防給付におけるケアマネジメント

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します。モニタリングについては少なくとも3か月ごとに行い、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きます。

② 総合事業におけるケアマネジメント（介護予防ケアマネジメント）

プロセスに関しては、①と同様となりますが、様式（介護予防サービス・支援計画書）については簡略化することができます。

7 介護支援専門員及び主任介護支援専門員に求められること

① 介護支援専門員

「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。

(米子市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等を定める条例第4条参照)

■ 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。また、機能回復訓練などの高齢者本人のみへのアプローチだけではなく、社会参加や地域との関わりなど、インフォーマルな資源についても検討を行う必要があります。

■ 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。また事業所を選定する際には、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する必要があります。

■ 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践されるようにケアマネジメントを進める必要があります。

■ 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、市の新たな施策や地域資源等、以前に取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捉えた知識の取得に加え、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る必要があります。

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・運営だけではなく（管理者でない場合でも、求められる役割となります）、自らもケアマネジメントを実践しながら、地域の他の介護支援専門員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。

また、包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備における地域包括支援センターとの協働も求められています。地域包括支援センターの主任介護支援専門員等と連携を図りながら、地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みを実施する必要があります。

8 米子市の取組

① ケアプラン点検

介護保険制度の目的である「自立支援」を実現するために、介護給付適正化専門員によるケアプラン点検を計画的に実施し、自立支援の観点からケアプランを点検するとともに適正なプラン作成ができるよう指導・助言を行っています。

② 自立支援型地域ケア会議

自立支援型地域ケア会議は「介護予防のための地域ケア個別会議」となります。要支援認定者等の事例に関して、多職種（医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士等）の専門的な視点に基づく助言を通じ、生活課題の解決や自立支援の促進とQOLの向上を図ります。

また、自立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・技術を会議の参加者に習得していただくことも目的となります。このような地域ケア個別会議で検討する事例を積み重ねることにより、地域に不足する資源といった行政課題の発見・解決策の検討につなげていきます。

9 関係法令・参考文書等

- ・介護保険法
- ・米子市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等を定める条例
- ・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」
（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）

【興味・関心チェックシート】

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： R _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。

どれにも該当しないものは「している」の列に×を付けてください。リスト以外の生活行為に思い当たるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

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
自分でトイレに行く				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			
好きな時に眠る				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			
お祭り・宗教活動				旅行・温泉			
その他 ()				その他 ()			