

揖斐広域連合 自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの基本方針

ケアマネジメントの質の向上を図るため、「揖斐広域連合自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの基本方針」（以下「基本方針」という。）を定めます。

1. 作成の根拠

介護保険法第1条（目的）は、「要介護者等が尊厳を保持し、その有する能力に応じた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」（下枠参照）と規定しています。

自立支援・重度化防止の推進においては、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、揖斐広域連合では、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、本基本方針を策定します。

介護保険法第1条（目的）

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。

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さまざま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・開発をとおして、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）

揖斐広域連合高齢者福祉計画・介護保険事業計画では、高齢者が健康で生きがいを持ちみんなが参加するふれあい福祉のまちづくりを基本理念として掲げています。健康で生きがいを持ち暮らし続けていくためには「医療・介護・住まい・予防・生活支援」を一体的に提供していくことが重要です。そのため、揖斐広域連合では、地域ケア会議や多職種連携会議を充実し、医療や地域の関係団体・機関等による重層的なネットワーク

の構築を図っています。

ケアマネジメントにおいては、利用者を支えるチームが連携や協働、地域資源の収集や活用を行い、医療・介護・住まい・予防・生活支援等の多様なサービスを一体的、継続的に提供できるよう推進していくことが重要です。

3. 自立支援・重度化防止にむけて

自立に向けたケアプランにおいては、「高齢者本人の自己決定を尊重すること」が最も重要になります。自立とは、身体的、心理的、経済的、社会関係的等の複合的な概念であり、「本人はどのような生活を望んでいるか」といった意向を踏まえて、それを「阻害している個人要因や環境要因は何なのか」といった包括的な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。

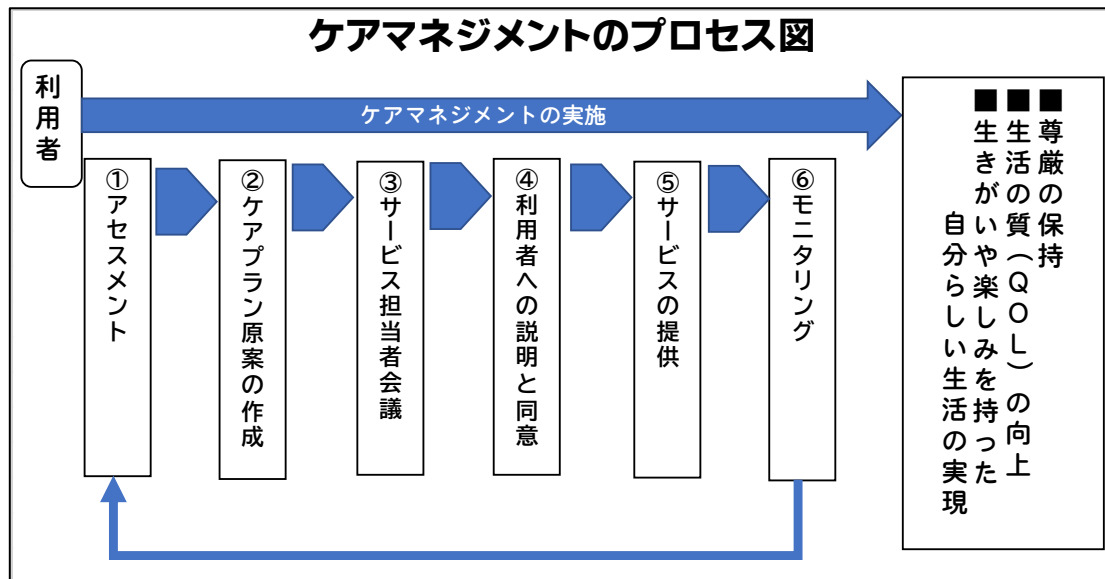
その際、消極的・拒否的な意向の高齢者に対しては、自立に向けての意欲が喪失している理由を解明し、本人の想いを引き出し、意欲を高める方法等を検討することが必要になります。現実的で明確な意向を持っている高齢者には、実現に向けての具体的な方法を本人とともに検討しながらも、実際の状態と大きくかけ離れた意向の場合は、本人の現状認識を深める働きかけ等が必要になります。

自立は一度で成し得ることではないため、ケアマネジメントのプロセスを見える化し、将来を見越して、高齢者一人ひとりの生活を支える検討をしていく事が必要になります。

(平成30年10月9日厚生労働省 介護保険最新情報Vo1685「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」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）。



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化する過程です。

【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ている生活、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暮らし”を意識してもらうことに努めましょう。

また、アセスメントで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の検討をしましょう。

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（期間の考慮を含む）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掛けましょう。

③サービス担当者会議

サービスに携わる担当者が共働・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・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あ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の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】

サービスの提供においては、自立支援・重度化防止に向けて、「自分でできること」を大切に、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を把握し、サービスの継続時は事前に設定した目標の達成度や効果の検証が必要です。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】

状態や環境の変化（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、きめ細や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）ケアマネジメントの類型と考え方

利用者の状況に応じた支援・サービスの内容とその後の利用者への関わりを検討した上で、介護予防ケアマネジメントを実施します。ケアマネジメントの類型は、3種類ありますが、揖斐広域連合では、従前の介護予防ケアマネジメントを続行する「ケアマネジメントA」を実施しています。

（参考）

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か月ごとに行い、利用者の状況に応じて支援・サービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。

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）

利用者の状態等が安定しており、目標も含めてケアプランの大きな変更はなく、間隔をあけたモニタリングで対応できる利用者を想定している。アセスメントからケアプランの原案作成までは、ケアマネジメントAと同様に実施しつつ、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行っていく。

ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）

ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。

初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアプラン原案の結果を利用者に説明し、利用者自身が目標達成に向けて取り組む「セルフマネジメント」によって、住民主体の支援の利用等を継続する。その後は、モニタリングは行わないが、利用者の状況の悪化や利用者本人からの相談があった場合は、地域包括支援センター（委託含）によるケアマネジメントに変更する。

4. 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。前述「3（1）ケアマネジメントのプロセス」で触れ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、利用者にとって初めての相談や利用時の説明は極めて重要で、この時に利用者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、全ての事業者が、このガイドラインの趣旨を理解したうえで利用者へ対応することが求められます。

また、介護予防支援、介護予防ケアマネジメントにあたっては、生活意欲が低下している利用者も少なくありません。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・関心シート」（別紙）を活用するなど、「できない」を「できるようになりたい」という意欲に変えていくことも自立支援への一つの方法です。

5. 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、各構成町（地域包括支援センター）が運営する「行政職員をはじめ、介護・保健・医療・福祉等の専門職、地域の関係者から構成される会議」のことを言います。

利用者個人に対する支援の充実と、そこで共有された地域課題は地域づくり等にも繋がっていくため、個人を支える社会基盤の整備も同時に進めていく地域包括ケアシステムの実現に向けた手法です。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、利用者の自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントに向けた見直しも期待できます。

6. 基本方針の理解・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、本基本指針を居宅介護支援事業所や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、揖斐広域連合では、構成町の全事業者をはじめ、関係する団体、利用者等（地域住民等を含む）への普及・啓発を継続的に行います。

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女）記入日： _____ 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×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、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・ゲーム			
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			

（出典）「平成25年度老人保健健康増進等事業医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人日本作業療法士協会（2014.3）