

# 今治市 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2年3月31日

今治市介護保険課

ケアマネジメントの質向上を通じて、利用者の自立支援・重度化防止を図るため、「今治市自立支援・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 ガイドライン作成の目的

介護保険法第1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た自立した日常生活を営むことができるよう（下記、介護保険法参照）」と規定されています。

そのためには、要介護者、要支援者、事業対象者（以下「利用者」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。

そのため今治市は、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、地域包括支援センターの主任介護支援専門員と協働し、本ガイドラインを策定しました。

### 介護保険法 第一条（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、必要な保険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）

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 自立支援・重度化防止に向けて

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、「利用者の意向・要望を全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。

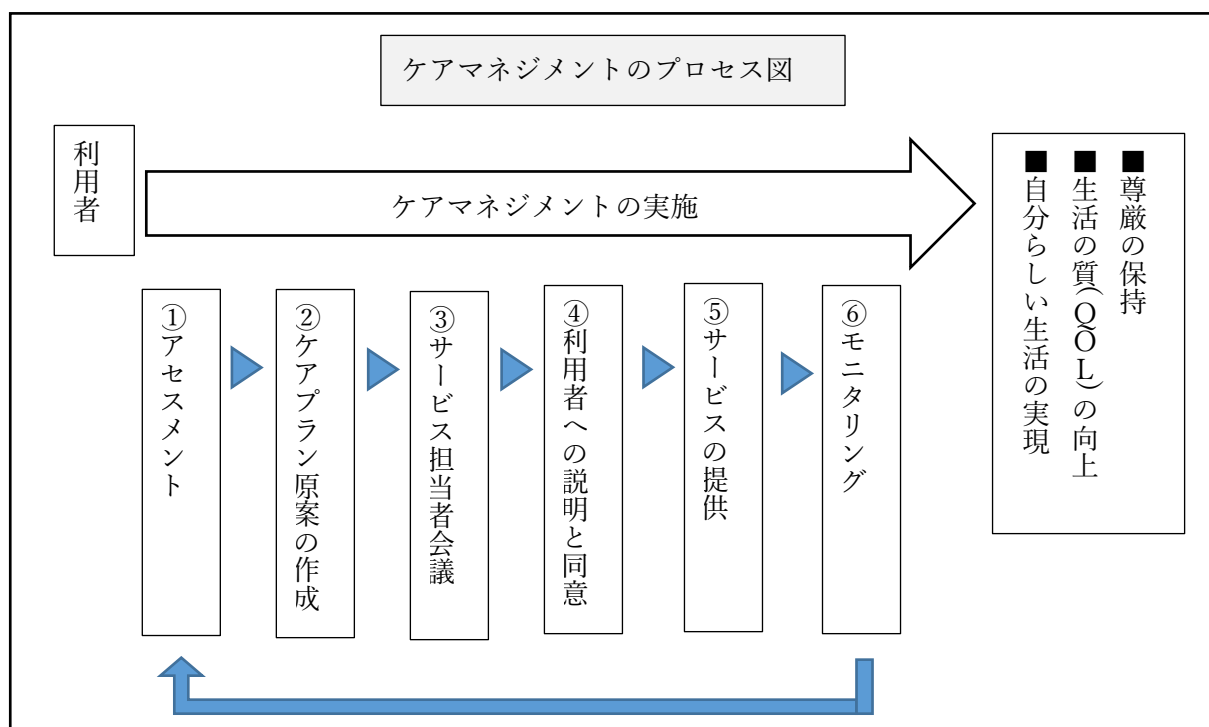
中でも、自立において本人の意欲が重要な要因であることを考えると、自立に向けた意欲を喪失している場合は、本人の想いを引き出し、意欲を高める方法を一緒に検討する必要があります。

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 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」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）。



※ケアマネジメントの実施①～⑥の詳細については、別添資料参照

## (2) 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

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する。モニタリングについては少なくとも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。

### ② ケアマネジメント B（変則的ケアマネジメントに係る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までは、原則的ケアマネジメントと同様であるが、サービス担当者会議の開催に代わり、サービス C 利用に際する独自の会議を開催し、ケアプランを作成する。モニタリングは毎月実施し、状況の確認を行い、サービス終了時に評価及びケアプランの変更等を行う介護予防ケアマネジメントを実施する。

### ③ケアマネジメント C（簡易的ケアマネジメント）

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（「目標とする生活」「現状の状態・本人及び家族の希望」「課題（背景・原因）」「目標に向けた具体的提案と実施方針」等を記載）を利用者に説明し、理解を得た上で、住民主体の支援等につなげる。その後は、モニタリング等を行わない。

## （3）ケアマネジメントに関する保険者の基本方針

ケアマネジメントに関する今治市の基本方針は、下記の条例にて示しています。

### 今治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、当該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、常に当該利用者の立場に立って、当該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、市町村、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第1項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。

## 今治市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並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等を定める条例

- 第4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及び福祉サービスが、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若しくは地域密着型介護予防サービス事業者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、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、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) 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」に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。

利用者に制度の趣旨やケアマネジメントの理解を図る時は、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す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。

また相談や提案に際しては、利用者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。

### (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、今治市が設置し、市または地域包括支援センターが運営する「行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議」のことを言います。

今治市が設置する地域ケア会議の類型は、①個別地域ケア会議、②圏域別地域ケア会議、③自立支援型地域ケア会議、④地域ケア推進会議の4類型です。

利用者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、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。

なお、①から③の地域ケア会議で取り上げられた地域課題は、多機関・多職種の代表で構成される地域ケア推進会議において施策化に向けた検討を行います。

#### 4 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、本ガイドラインを居宅介護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。そのため市内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・啓発を図るため、研修や広報活動等を継続的に行います。