

出水市 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3年10月1日
出水市いきいき長寿課

ケアマネジメントの質の向上を通じて、利用者等の自立支援・重度化防止を図るため、「出水市自立支援・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、(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。」と規定されています。

この推進においては、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、本市では、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、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することとしました。

○介護保険法

（目的）

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。

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）の抽出を含めた包括的アセスメントに基づき、個人の意思を確認しながら居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）を作成します。

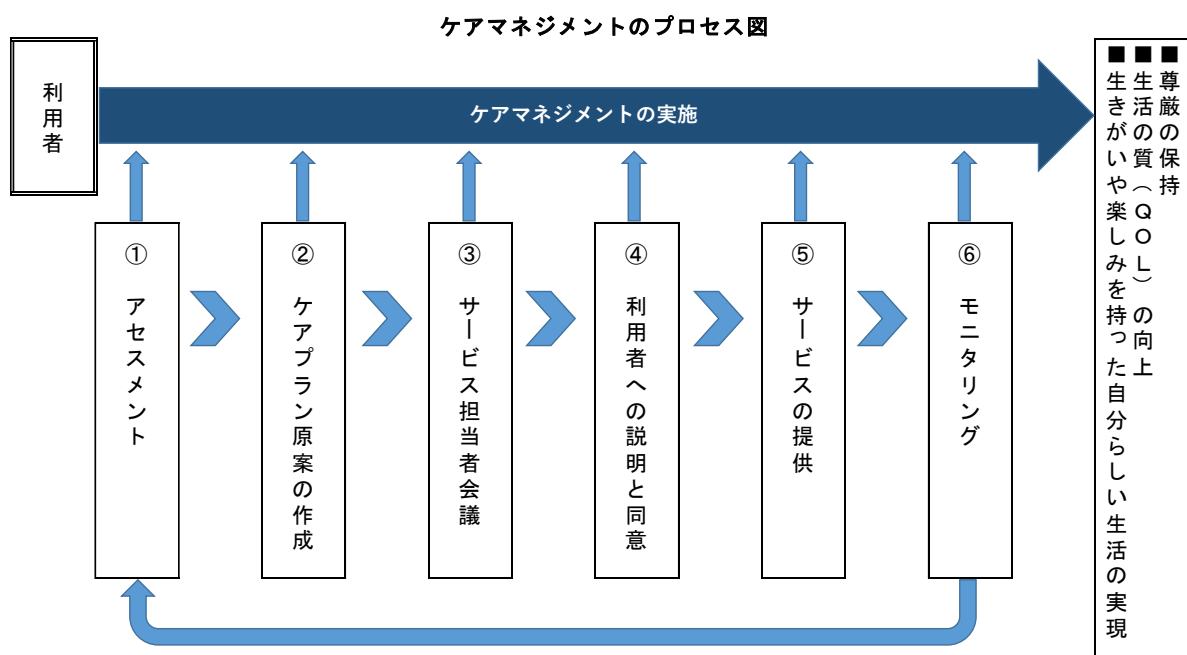
その際、「利用者の意向・要望を全て受け入れることが、本人にとって最善のケアプランとは限らない」、ということに注意が必要です。特に実際の状態と乖離した意向がある場合には、その理由を解明し、本人の現状認識を深める働きかけを行いながら、意思決定を支援する必要があります。

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、環境との継続的な交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。

(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にする過程です。

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、自立した生活を営むことができるように、支援すべき総合的な課題を

把握します。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)

適切なアセスメントに基づき、高齢者の自立に向けて設定された目標を達成することを目指しましょう。利用者の生活上の困りごとに対して、単にできないことを補うのではなく、高齢者の自立支援や介護予防に資するよう、専門的支援により生活機能の維持改善を図りましょう。

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。

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基に原案を修正し、総合的な援助方針を決定し、目標を共有化します。

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」という共通意識を持ちながら、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。

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。

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、「自分にできること」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等を把握し、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。

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出水市の基本方針は、下記の条例にて示しています。

○出水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

（基本方針）

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、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。）が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者（法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者をいう。以下同じ。）等に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

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 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。

○出水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、利用者に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（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、公正かつ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、関係する市町村、地域包括支援センター（法第 115 条の 46 第 1 項に規定する地域包括支援センターをいう。第 6 条第 2 項において同じ。）、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、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、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」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、利用者等にとって初めての相談や利用時の説明は極めて重要で、この時に利用者等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。

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、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。

(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、出水市が設置し、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。

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、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 関係法令・参考文書等

- ・介護保険法
- ・出水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
- ・出水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」
- ・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）

(別紙)

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)