

鶴田町 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2年7月1日

鶴田町健康保険課

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、「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した。

◇介護保険法

（目的）

第一条 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、利用者を支える家族や地域、多職種が連携、協働し、地域資源（フォーマル及びインフォーマルサービス）をうまく活用し、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。

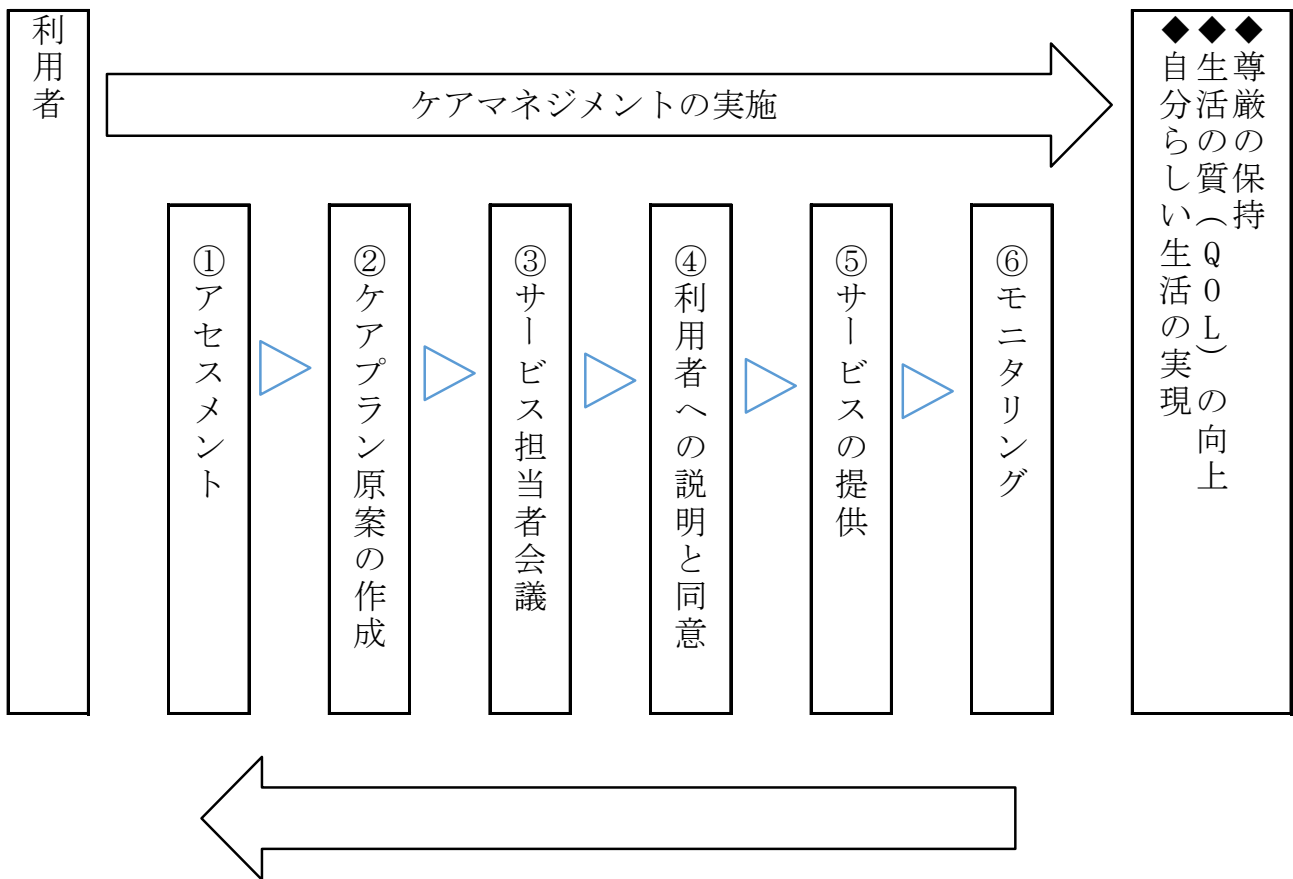
※平成30年10月9日 厚生労働省 介護保険最新情報VOL685「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」一部引用

（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プロセス図



① アセスメント

利用者の生活ニーズが何であるかを正確に把握することが重要です。そのためには「利用者が困っている事」だけに目を向けるのではなく、なぜそうなったのかといった背景・環境や、そうなったことを利用者がどう捉えているのかといった心情面についても理解するよう努めましょう。これらは、利用者との間に信頼関係を築く上でも重要です。

また、生活ニーズを把握することができても、それに対する「利用者の考え」と専門職としての「ケアマネジャーの考え」が一致しないこともあります。生活ニーズに対する「利用者の考え」を理解し、生活ニーズのすり合わせにも努めましょう。
※参考 介護予防支援、介護予防ケアマネジメントにあっては、生活意欲が低下している利用者も少なくありません。アセスメント等において、別紙「興味・関心チェックシート」を活用するなど、利用者の意欲を引き出すことも自立支援への一つの方法です。

② ケアプラン原案の作成

ケアプランは、自立支援・重度化防止の視点で作成することが重要です。作成に当たっては、次の点を意識しましょう。

- ・利用者自身ができることまでサービスを設定していないか。
- ・サービスありきのプランになっていないか。

- ・これまで（要介護状態等になる前）の生活が継続できるようなものになっているか。
- ・要介護状態等を悪化させるリスクが予防されるものであるか。
- ・予防計画にあっては、頑張ればできるようになることを組み込むなど、介護予防の視点で作成されているか。

③サービス担当者会議

ケアプラン原案に設定した目標の共有に努めます。利用者や家族、サービス事業者の考えをすり合わせて、サービス内容や目標等について合意形成し、全員が同じ考えを共有することで、質の高いケアが行われます。

また、サービス事業者等の専門職からは、専門的見地から意見を語ってもらい、利用者が気づかなかった日常生活でのリスクを把握し、どうすればリスクを防ぐことができるかといったことを理解してもらうことも重要です。

④ケアプラン確定（説明・同意）

サービスの利用に当たっては、利用者や家族が、ケアプランは介護保険の理念である「自立支援・重度化防止」を目指したものであることを理解し、主体的に取り組むようになることが重要です。ケアプランの説明に当たっては、以上の点についても丁寧に説明しましょう。

⑤サービス利用

サービス事業者は、利用者との接点も多く、利用者の変化に早期に気づくことが可能です。サービス事業者との情報共有をスムーズに行うことができるよう、連携の強化に努めましょう。

⑥モニタリング

ケアプランに基づいて利用したサービス等が利用者の状態にどういった変化を与えたのか、十分観察してください。

また、提供したサービスと生活ニーズにミスマッチがなかったか確認します。これらの情報から、利用者や家族、サービス事業者とともにケアプランの修正点を検討し、ケアプランを修正しましょう。（再アセスメント）

（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ヶ月毎に行い、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（簡易的ケアマネジメント）

アセスメント（課題分析）から原案作成までは、原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）と同様であるが、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う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施する。

（３）ケアマネジメントに関する保険者の基本方針

ケアマネジメントに関する町の基本方針等は、下記の条例にて示しています。

○鶴田町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、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（法第４６条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）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、町、法第１１５条の４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１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。

（指定居宅介護支援の基本取扱方針）

第１５条 指定居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。

２ 指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

○鶴田町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

第2章 基本方針

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（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。）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（法第8条の2第16項に規定する指定介護予防サービス等をいう。以下同じ。）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、公正中立に行われなければならない。

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（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。以下同じ。）、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（法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）、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（法第8条第24項に規定する介護保険施設をいう。以下同じ。）、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。

（指定介護予防支援の基本取扱方針）

第32条 指定介護予防支援は、利用者の介護予防（法第8条の2第2項に規定する介護予防をいう。以下同じ。）に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。

2 指定介護予防支援事業者は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス計画を策定しなければならない。

3 指定介護予防支援事業者は、自らその提供する指定介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

（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。

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、「行政職員をはじめ地域の関係者から構成される会議」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、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包括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。