

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

後志広域連合介護保険課

1. 背景・目的

後志広域連合では、広域連合・関係町村・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等の関係者が、ケアマネジメントの質を向上させることで、より良い介護保険制度の運営を目指すため、2021年3月に「後志広域連合ケアマネジメントに関する基本方針」を定めました。

本基本方針を踏まえつつ、介護保険制度の基本理念である「自立支援」や「重度化防止」等の実現に向けて、適切かつ質の高いケアマネジメントを推進するための考え方や取組方向等を示した「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」を策定するものです。

【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

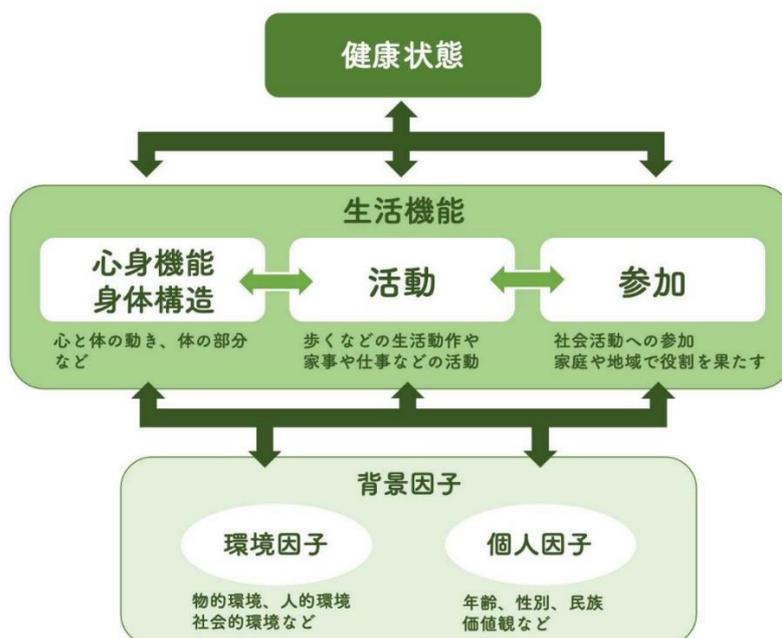
ケアマネジメントとは、「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」、「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、「高齢者が地域社会による見守りや支援を受けながら、地域での望ましい生活の維持継続を阻害するさまざまな複合的な生活課題（ニーズ）に対して、生活の目標を明らかにし、課題解決に至る道筋と方向を明らかにして、地域社会にある資源の活用・改善・開発をとおして、総合的かつ効率的に継続して利用者のニーズに基づく課題解決を図っていくプロセスと、それを支えるシステム」といえます。

（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、高齢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、高齢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。

さらに、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点が重要です。そのため、高齢者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、ICF（国際生活機能分類）の考え方にに基づき、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう、「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。

【ICF を構成する要素】



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、高齢者本人の自己決定を尊重することが最も重要です。そのため、「本人はどのような生活を望んでいるのか」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」といった包括的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。

高齢者はケアマネジャーが期待するように、自分が望む生活等について積極的に話してくれるとは限りません。多少時間は要しますが、相手が話すのを待ったり、在宅で生活し続けていること自体を褒めたりしながら、少しずつ話を引き出し、相手の話をしっかり受容するスタンスが重要です。

本人の自己決定だからと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。自立に向けて現実的で明確な意向を持っている高齢者の場合には、その実現に向けた具体的な方法を本人とともに検討してケアプランを作成しますが、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。

また、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」「かつてはしていたのに、しなくなったことは何か」「それはどうしてなのか」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になります。

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、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

【自立について】

「人に助けを求める、頼る」ことは、一見すると依存しているような印象を受けますが、広域連合では、そのような意思を表出することも「自立」の一つの考えであると認識しています。

ケアマネジメントでは、アセスメントやモニタリングによる高齢者の生活ニーズ、収集した情報の分析が重要となります。その際に、高齢者本人が「こういうことに困っている、こういう生活を送りたい」という思いをケアマネジャーに伝えられること自体を「自立」と捉えることができると考えています。

高齢者が他人であるケアマネジャーに意思表示することは、ケアマネジャーとの信頼関係の表れでもあるため、ケアマネジャーが高齢者の「自立」を支援していると捉えても良いのではないのでしょうか。

(1) ケアマネジメントの種類

ケアマネジメントは、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、利用者の介護度に基づき、次のような類型を利用者の状況に応じて実施します。

【ケアプラン】

サービスの種類	ケアプランの種類	対象者
介護給付	居宅サービス計画	要介護1～5
予防給付	介護予防サービス計画	要支援1～要支援2で予防給付である福祉用具貸与や訪問看護等を利用している人
介護予防・日常生活支援総合事業	介護予防ケアマネジメント	事業対象者～要支援2で、通所型サービス・訪問型サービスのみを利用している人

特に介護予防・日常生活支援総合事業において、国からは3類型示されています。

○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）

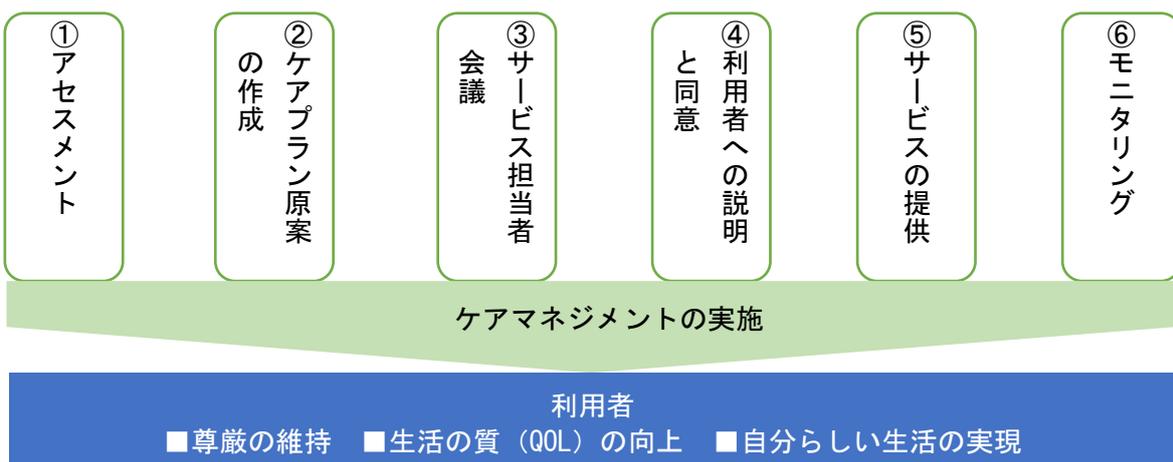
現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様

○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）

○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）

(2) ケアマネジメントのプロセス

高齢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。



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。

これは言い換えればケアマネジャーが利用者の自立支援に向けた思考過程のアウトプットでもあります。ケアプランに記載される必要とされる介護サービスの種類や量に対して、「なぜそれがよいと考えたのか」と思考の流れを遡ることで、情報の相互関連性の作業が意識化され、本人・家族・関係者・関係専門職から「何を中心に情報収集すべきか」がより明確になり、その後のケアマネジメントプロセスが円滑になります。

【ポイント】

- ・高齢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、利用者が困っていること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とらえているのかといった心情面についても理解するように努めましょう。
- ・利用者の興味や関心を把握するためのツールとして、「アセスメントシート」や「基本チェックリスト」、「興味・関心チェックシート」などを活用しましょう。
- ・また、活動や参加の目標設定や評価を支援するアセスメントツール「SIOS（社会的自立支援アウトカムスケール）」などの活用も有効です。（参考資料をご参照ください）
- ・得られた情報を活用し、多職種との連携を図り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（居宅サービス計画）原案の作成

利用者の人権や主体性を尊重し、利用者や関係者のニーズを踏まえながら、利用可能な社会資源を活用し、自立支援・重度化防止の視点で、居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）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について、課題整理総括表等を用いながら、分析しましょう。
- ・そのうえで利用者や関係者と相談しながら、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を検討しましょう。
- ・利用者や関係者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、プランニングに心掛けましょう。
- ・サービスありきのプランになっていないか、利用者自身ができることまでサービス設定していないか、頑張ればできるようになることを組み込むなど、介護予防の視点で計画されているか確認しましょう。

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、ケアプラン原案の意図・目標イメージの共有やチームで利用者や関係者を支援することを確認します。

利用者や関係者・サービス担当者からの意見をもとに、ケアプラン原案を修正し、総合的な援助方針を決定し、目標を共有します。

【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、利用者や関係者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、利用者や関係者と「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や関係者へ説明のうえ同意を得て、その後、利用者や関係者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。

【ポイント】

利用者や関係者への説明にあたっては、利用者や関係者を支えるチームが、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」を大切にしてい、適正な介護量を見定めながら支援しましょう。
- ・また、利用者や関係者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(利用者の変化、自立支援に関するニーズ(アセスメントに係る情報))等を積極的に共有しながら、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

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のような変化を与えたのかを十分観察します。サービスの利用開始時は、利用者や関係者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、きめ細かなケアマネジメントにつながります。
- ・利用者や関係者へのフィードバックを含めたモニタリングを通じて、利用者や関係者の目標への理解、信頼関係の醸成、チームの関係強化を図りましょう。

(2) 地域ケア個別会議

多職種（理学療法士、作業療法士、栄養士、歯科衛生士、薬剤師等）からの助言を得ながら、利用者のQOLの向上に向けた自立支援型ケアマネジメントへの支援の検討を行い、個別課題の解決、地域包括ネットワークの構築、地域課題の発見を目的とした会議です。

関係町村においては、地域ケア個別会議の開催を通じて、自立支援型ケアマネジメントの質的向上等を図ることが求められます。

会議においては、対象者の自立した生活の実現に向けた現状や課題について、会議開催前を含めて多職種でいかに共有するかが重要です。

さらに、地域ケア個別会議を通じた様々なケース検討の蓄積により、地域全体としての課題を明確化し、地域ケア推進会議において、地域課題の解決に向けた施策や政策の立案・提言するという一連のプロセスを確立することが求められます。

(3) ケアマネジャー及び主任介護支援専門員に求められること

① ケアマネジャー

前記の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。

ア 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。

イ 公平中立

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。また事業者を探す際は、利用者や関係者のお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や関係者と検討しましょう。

ウ 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ていきましょう。

エ 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、行政の新たな施策や地域資源等、以前に習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習得に加え、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ましょう。

② 主任介護支援専門員

主任介護支援専門員は、事業所等の管理・運営だけでなく、自らもケアマネジメントを実践しながら、地域の他のケアマネジャー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、利用者や関係者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、地域ケア会議への参画や社会資源の開発、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。

(5) 介護サービス事業者等に求められること

サービス担当者会議で合議を得たケアプランに基づき、サービスの個別援助計画を作ります。個別援助計画は、生活課題の解決方法、ケアプランとの連動、医療機関の連携等を考えながら、利用者が理想とする生活像にアプローチできるように目標を設定します。

サービス事業者は利用者に関わる機会が多いため、体調や環境の変化等があれば、ケアマネジャー等へ適宜報告・連絡するとともに、サービス担当者会議等を通じて、目標の達成に向けて適切なサービス内容となっているか、目標達成が見込まれる状況の場合は、次なる（自分らしい生活に向けた）目標を、チームで検討する姿勢が求められます。

(6) 利用者や関係者へのアプローチ

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、利用者や関係者の理解や協力が不可欠です。

理解や協力にあたり、前述「(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、利用者や関係者にとっての初めて相談・利用時の説明は極めて重要です。この時に利用者や関係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、この基本方針の趣旨を理解のうえで利用者や関係者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、利用者や関係者への真摯な姿勢を示しながら、信頼関係築いていくことも重要です。

【ポイント】

利用者や関係者に制度の趣旨やケアマネジメントの理解を図る時は、広域連合で作成した「みんなのあんしん介護保険」（パンフレット）を最大限活用してください。

また、前述のとおり、「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、利用者や関係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。

4. 後志広域連合の役割

(1) 研修

地域包括支援センターの専門職や行政職員、サービス事業者等を対象とした研修を随時実施し、自立支援型ケアマネジメントの質の向上を図ります。

【研修（例）】

- ・ アセスメントツールの活用方法について
- ・ ケアマネジメントプロセスにおける多職種連携について
- ・ 自立支援型地域ケア会議の開催方法について
- ・ 一般介護予防事業や生活支援体制整備との連携について
- ・ 円滑なケアマネジメント推進に向けた ICT の利活用について

(2) ケアプラン点検

ケアマネジャーが作成したケアプランが、ケアマネジメントのプロセスを踏まえた「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、広域連合とともに検証確認します。点検を通じて関係町村のケアマネジャーの「気づき」を促し、資質向上を図ります。

(3) 多職種連携の促進に向けた支援

高齢者の自立支援・重度化防止に向けては、「自立支援型」地域ケア会議の運営や、自立支援型ケアプランの作成等が求められます。

また、サービス提供事業者においては、利用者の個別機能や生活機能を高めるための加算算定が求められます。

こうした取組の推進には、高齢者の適切なアセスメントを実施できる体制整備が重要であり、ケアマネジャー等だけではなく、リハビリテーション専門職や管理栄養士、歯科衛生士等の多職種連携により進めることが求められます。

一方、町村では、高齢者の自立支援や重度化防止に関わることができる医療専門職が不足しているのが現状です。

このため、職能団体や道内の医療機関と連携体制を構築し、関係町村における外部の医療専門職のノウハウを活用できる体制を整備します。

(4) 円滑な情報共有に向けた ICT の活用促進

円滑なケアマネジメントの推進に向けては、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等の職員間、外部の医療専門職などとの多職種連携において、対象となる高齢者の情報の共有からアセスメントの実施までを円滑に実施できる ICT の活用が不可欠です。

そのために必要となるタブレット等の情報端末の提供や通信環境の整備、オンラインツールやクラウド型チャットツールの利用促進を図ります。

また、これらのツールを効果的に活用するため、関係者を対象とした ICT リテラシーの向上を目的とした研修を開催します。