

隠岐広域連合自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの基本方針

令和3年3月1日

隠岐広域連合介護保険課

隠岐広域連合では、自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの質の向上を図るため、「自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの基本方針」（以下「基本方針」という。）を定める。

1. 基本方針の目的

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）と規定している。

そのためには、要介護者、要支援者、事業対象者（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ある。

そのため隠岐広域連合では、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、本基本方針を策定するものである。

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. 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ある。そのため、「本人の希望する生活」の意向をふまえて、それを阻害している個人要因や環境要因の抽出を含めたアセスメントに基づき、本人の意思を確認しながら、ケアプランを作成する。その際、「利用者の意向・要望をすべて受け入れることが、本人にとっての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ある。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る。

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ある。

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る。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る。

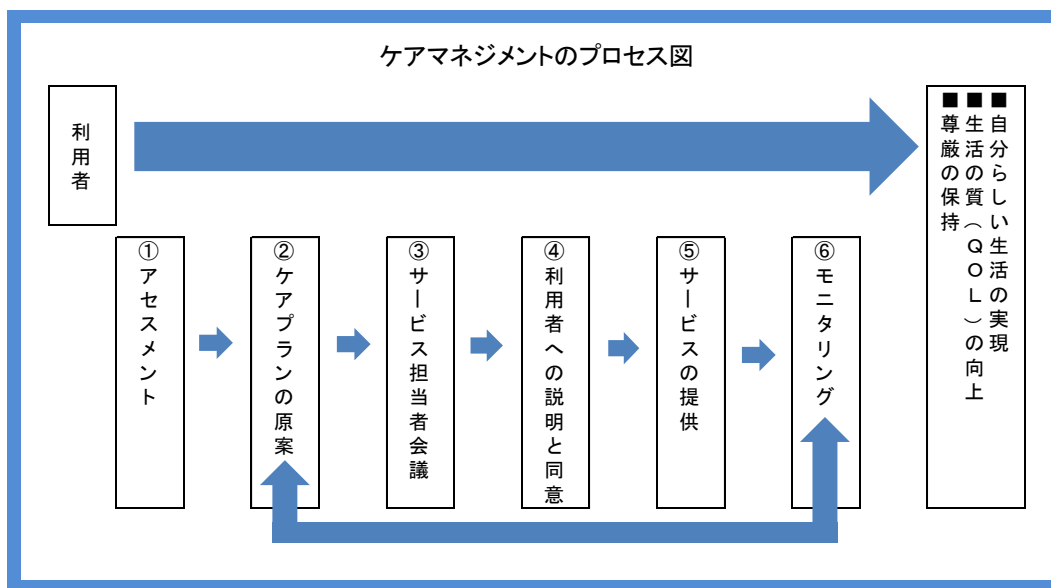
3. ケアマネジメントの基本的な考え方

ケアマネジメントは、介護予防の目的である「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、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものである。

地域において、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からも利用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、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な居場所に通い続けるなど、「心身機能」「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ある。このようなことから、ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成する必要がある。

(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（下図参照）。



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ある。利用者ニーズの明確化にあたり、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努めることとする。また、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」（別紙）を活用することを推奨する。これらは、利用者との間に信頼関係を築く上でも重要である。

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、自立支援・重度化防止の視点に留意しながら、利用可能な社会資源を活用した居宅サービス計画、介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント（以下、総称して「ケアプラン」という。）原案を作成すること。

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する。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、目標を共有化することとする。

④ ケアプラン確定（説明と同意）

作成したケアプランを利用者等へ説明の上、同意を得て、その後、利用者等及び各事業者へ交付する。各事業者が作成したサービスの個別援助計画の内容とケアプランの目標の整合性を確認します。

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する。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ある。事業者との情報共有するために連携の強化に努めるものとする。

サービス提供においては、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、適正なサービス量を見定めながら支援するものとする。

⑥ モニタリング

計画どおりにサービスが提供されているかの確認、及び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ある。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を行う。

(2) ケアマネジメントの類型

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、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、次のような類型を利用者の状況に応じて実施する。

介護予防・日常支援総合事業においては3類型を提示する。

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

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	—
サービス担当者会議	○	△	—
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	○ケアマネジメント結果
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○	△	—

(○：実施 △：必要に応じて実施 —：不要)

4. 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

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」が重要である。

◎ 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る。

◎ 公正中立

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る。また事業者を探す際は、利用者等のおかれた状況を考慮しながら、目標達成に適した事業者を利用者等と検討する。

◎ 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ある。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く。

◎ 継続的な技術の向上

介護サービスを取り巻く環境は日々変化している。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、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ない。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る。

② 主任介護支援専門員

介護保険法の改正に伴い、居宅介護支援事業所の管理者は主任介護支援専門員であることが必須要件となっている。（離島地域である隠岐圏域では必須要件とはなっていない。）

主任介護支援専門員は、事業所の管理・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る。

そのため、利用者等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る。

5. 隠岐広域連合及び構成町村の取組

① 研修

技能の習得・向上に資する研修のほか、職能団体と連携した専門的な研修を全事業者向けに適宜実施し、専門性の向上にむけて支援する。

② 地域ケア会議の開催

地域ケア会議では、多職種協働による個別ケースの支援を通じ、地域支援ネットワークの構築、高齢者の自立支援に資するマネジメント支援、地域課題の把握等を行う。また、高齢者個人に対する支援の充実と、資源開発、これを支える社会基盤の整備を進めることを目的とし、構成町村等が主催し実施していく。

③ ケアプラン点検

ケアプラン点検とは、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、保険者等がケアマネジャーとともに検証確認することである。その目的には、点検を通じてケアマネジャーの「気づき」を促し、資質向上に資することも含まれる。隠岐広域連合では、隠岐地域介護支援員専門員協会に点検を委託し、専門的な意見も導入するなど、相互研鑽できる仕組みを取り入れていく。

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、本基本方針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ある。隠岐広域連合及び構成町村では、隠岐圏域の全介護サービス事業者をはじめ、関係する団体、利用者等（地域住民等を含む）への普及・啓発を継続的に行うこととする。

(別紙)

興味・関心チェックシート

作成日： 年 月 日

氏名： 様 性別： 生年月日： 年 月 日 年齢： 歳 介護度：

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・麻雀・ゲーム等			
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・相撲等観戦			
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)				賞金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他()				その他()			
その他()				その他()			