

かつらぎ町自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの基本方針

令和2年11月25日

令和7年4月1日改定

か つ ら ぎ 町

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、「かつらぎ町自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの基本方針」（以下「基本方針」という。）を策定するものである。

1. 基本方針の目的

介護保険法は、その第一条（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。

自立支援・重度化防止の推進においては、要介護、要支援者（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、本基本方針を策定するものである。

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. 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、ケアプランを作成する。

その際、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ある。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するが、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、消極的・拒否的な意向の場合は特に留意する必要がある。「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、環境との継続的な交互作用を通して可能になる。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る。

※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

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、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する。

➤ 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～要介護5
予防給付	介護予防サービス計画	要支援1～要支援2で、予防給付の対象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類型示されているが、本町ではケアマネジメントA、Bを実施している。

- 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）

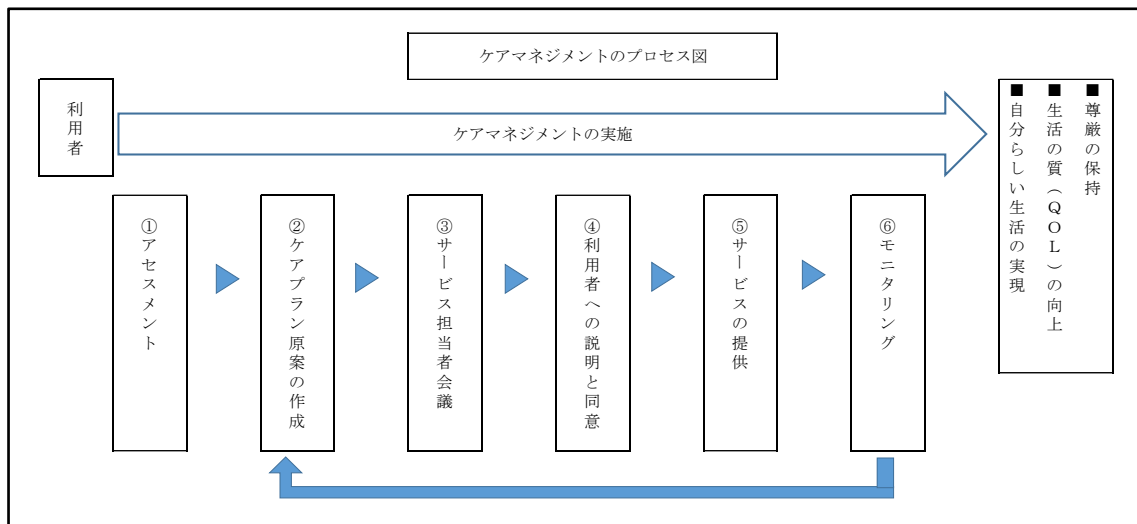
○ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）

	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)

(2) ケアマネジメント実施の手順

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ある(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、「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。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。利用者の心身の状況や生活状況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」を活用し、併せて別紙かつらぎ町版「生活機能評価」を活用するものとする。

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ある。作成に当たっては、次の点を意識するものとする。

- ・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。
- ・サービス計画書の作成にあたっては、頑張ればできるようになることを組み込むなど、介護予防の視点で計画されているか。
- ・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ているか。
- ・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を心がけているか。

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ることとする。利用者や家族、サービス事業者が支援の方向性を確認し、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る。

④ ケアプラン確定（説明と同意）

利用者や家族に対し、作成したケアプランは、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ということを理解してもらい、主体的に取り組めるよう丁寧に説明し、同意を得るものとする。

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。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ある。サービス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」を大切にして、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

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、十分観察する。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する。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、適切なケアプランへ見直すこととする。（再アセスメント）

4. かつらぎ町の取組み

町では、自立支援・重度化防止のケアマネジメントを推進するため、様々な取組みを実施している。

➤ 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ある。事例提供や会議への参加等、積極的に活用することとする。

なお、地域ケア個別会議で明らかとなった地域課題については、町の関係課で構成された地域包括ケア会議でその解決に向けた検討を行う仕組みも構築している。

また、ケアマネジメント力の向上を図ることを目的に、地域ケア個別会議において、課題整理ツールとして「生活機能評価」、「アセスメントシート」、「基本チェックリスト」を活用して課題整理し、見出された課題に対する適切なケアプランとなっているかを検証することとする。

➤ ケアプラン点検

ケアプランが利用者の自立支援のために適切なものになっているか、町がケアマネジャーとともに確認するものである。より良いケアプランの作成について、ケアマネジャー自身の気づきを促し、ケアプランの質の向上を図る。

➤ 地域ケア研修会

自立支援・重度化防止に沿ったケアプランの作成、サービス提供をしていただくことを目的に知識・技術の向上を図るため、居宅介護支援事業所及びサービス事業所を対象に地域ケア研修会を開催している。

➤ 在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう地域における医療・介護関係機関の情報共有や研修等を実施している。

5. 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や事業者等へ幅広く周知し、理解を図ることが重要である。そのため、町内の事業所をはじめ、関係団体への普及・啓発を継続的に行うこととする。

生活機能評価

*現状・事後予測の記入

氏名	性別	現状の調査日	R02年	月	日	*現状・事後予測の記入			個人因子	(一部介助) △1:改善の可能性が高い △2:改善の可能性が低い	(全介助) ×1:改善の可能性が高い ×2:改善の可能性が低い
						項目	* 現状	* 事後予測			
ケア領域と 現在の状況											
【運動・移動 について】											
【日常生活 について】	室内歩行										
	屋外歩行										
	予備欄										
	排泄										
	入浴										
	着脱衣										
	掃除										
	洗濯										
	買物										
	調理										
【社会参加等 について】	整理										
	ごみ出し										
	金銭管理										
	予備欄										
	外出頻度										
	電話										
	社会参加										
	予備欄										
	食事										
	通院										
【健康管理 について】	服薬										
	予備欄										