

## 高砂市 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4年1月31日

高砂市地域福祉課

本市は、高齢者が要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域のネットワークを活用しながら、住まいを中心とした医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される仕組みである地域包括ケアシステムを推進しています。

そこで本市全体のケアマネジメントの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」を実現できるようケアマネジメントの基本方針を定めます。

### 1 基本方針の目的について

介護保険法（以下「法」という。）は、その第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」ことを規定し、また法第4条及び5条において、国民並びに国及び地方公共団体が「介護予防」と「重度化防止」の推進に努めるよう規定しています。

これらの推進においては、介護支援専門員による適切かつ質の高いケアマネジメント、要介護者、要支援者等やその家族、介護サービスを提供する事業者等との緊密な連携や協働が重要です。

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」等の実現を図ることを、基本方針の目的とします。

### 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当たっては、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」の意向を踏まえて、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、「利用者等の意向・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。

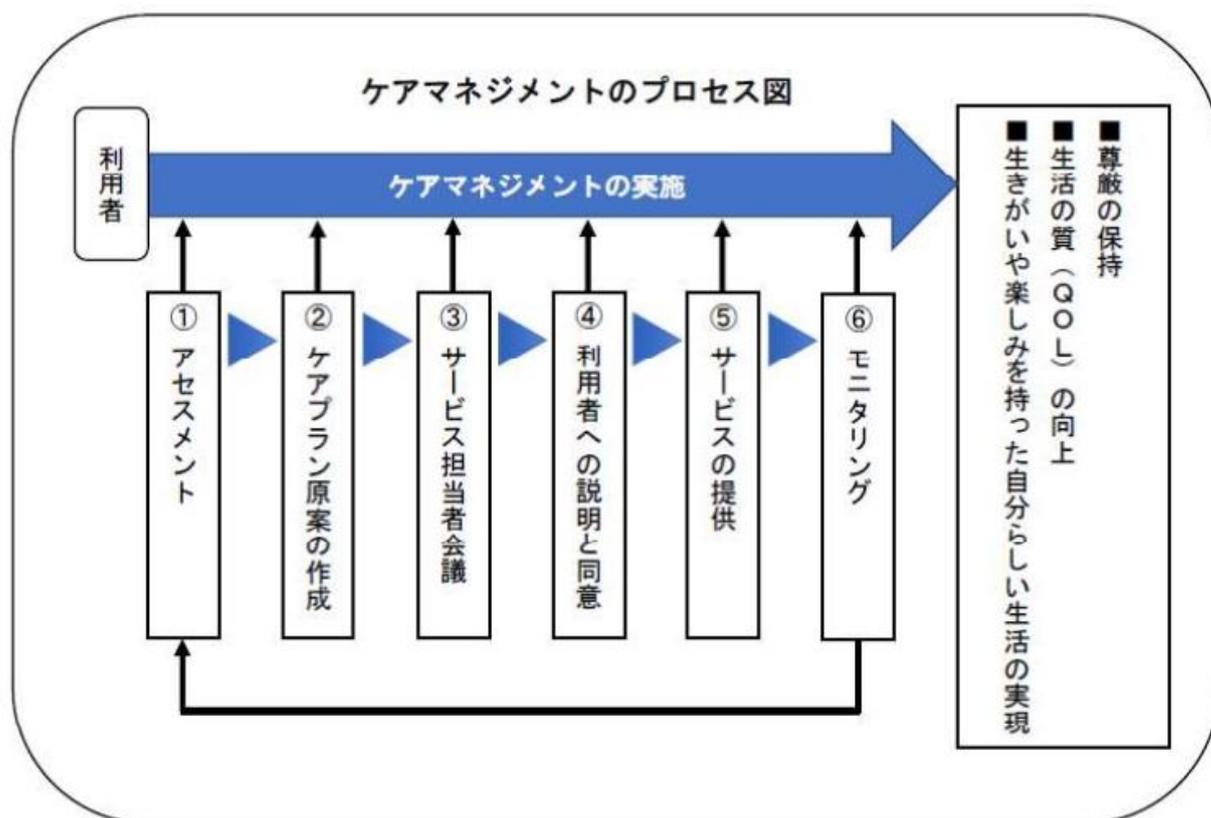
中でも、自立において本人の意欲が重要な要因であることを考えると、自立に向けた意欲を喪失している場合は、本人の想いを十分に引き出し、意欲を高める方法を一緒に

検討することが必要です。

そして自立は一度で成し得るものではなく、その人の取り巻く環境との間に形成される相互作用を通じて可能になると言われています。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 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」を一部引用

### (1) ケアマネジメントのプロセス



#### 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。

#### 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、自立支援の視点に留意しながら、本人と共有した目的、目標をゴールとした長期目標、短期目標を設定し、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」といいます。）原案を作成します。

### 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・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、目標を共有化します。

### 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上、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。

### 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長期目標、短期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。また計画どおりにサービスが提供されているかの確認を行います。

#### 【ポイント① 目標志向型のケアマネジメントを意識】

- ・生活機能の低下が生じている原因や背景を分析
- ・個人の興味や関心のあることを中心に目標設定
- ・目標達成のための具体的な支援内容を盛り込む
- ・心身機能の向上のみならず、地域における活動や参加が果たせるような居場所、活躍の場の創出

⇒より具体的な個々の目標設定および支援方針を導き出せることが重要

#### 【ポイント② 利用者のための目標設定】

- ・利用者が主体的になれるよう支援することが重要
- ・活動や参加を意識して、できる限り「〇〇できるようになりたい」「〇〇に取り組む」「〇〇（趣味など）を継続する」など、目標の設定をイメージできるよう支援する

## (2) 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

### 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）

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に、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します。利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも3箇月に1回行い、利用者の状況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いてください。

### ②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）

住民主体のサービス等を利用する場合に実施します。アセスメント（課題分析）から介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、「高砂市介護予防ケアマネジメント簡易計画書」原案を作成し決定します。モニタリングについては、少なくとも6箇月に1回行い、利用者の状況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いてください。

### ③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）

ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、一般介護予防またはその他サービスを利用する場合に実施します。

初回のみ、介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、「高砂市介護予防ケアマネジメント簡易計画書」を作成後、利用者に説明、理解を得た上で、利用者自身のセルフケアマネジメントによって、住民主体の支援の利用等を継続します。その後はモニタリングは行いません。利用者の状態悪化や利用者からの相談があった場合に、地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行します。

## (3) 介護支援専門員及び主任介護支援専門員に求められること

### ①介護支援専門員

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」「多職種連携」「継続的な技能の向上」が重要です。

#### ○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。

#### ○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ます。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所を利用者等に情報提供し、利用者選択を促しながら検討しましょう。

#### ○多職種連携

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。

#### ○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化することから、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、本市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。

そのため、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

介護保険法の改正に伴い、指定居宅介護支援事業所の管理者は、原則として主任介護支援専門員であることが必須要件となりました。

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、地域の他の介護支援専門員へ指導的な助言を行い、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ます。

また、それに加えて地域包括支援センターに配置されている主任介護支援専門員については、法第115条の45第2項第3号に規定する包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の主体的な担い手として、被保険者が地域において自立した日常生活を営むことができるよう、介護支援専門員の資質や困難事例対応支援、関係機関や地域の連携構築などの包括的かつ継続的な支援を行うこととされています。

#### （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。その理解や協力に当たり、ケアマネジメントのプロセスにおける各段階に応じて適切に対応することが必要です。

特に、利用者等にとっての初めての相談・利用時の説明は極めて重要であり、このときに利用者等の理解した内容が介護保険制度の理解そのもの（考え方の基本）となる傾向があります。そのため、この指針の趣旨を理解の上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、利用者等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。

### 3 保険者が行う支援について

#### (1) 研修

自立支援・重度化防止に向けた質の高いケアマネジメントに係る知識や技能の習得・向上に資する研修等を居宅介護支援事業所、地域包括支援センター向けに実施します。

また、地域の医療・介護関係者間の連携の視点を養い、それを実現するため在宅医療・介護連携推進事業の枠組みの中で多職種での研修を実施します。

#### (2) ケアプラン点検

介護支援専門員が作成したケアプランについて、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、保険者等が介護支援専門員とともに検証確認し共有を図りながら、点検を通じて介護支援専門員の「気づき」を促し、資質向上に資することも目的としています。

#### (3) 地域ケア会議（個別ケア会議）

地域ケア会議は、法第115条の48で規定され、本市が設置し、市又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です。そのうち個別ケア会議は、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あり、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。

また、個別ケア会議から地域課題を明らかにし、地域ケア実務者会議、地域ケア推進会議において、その解決に向けた検討を行います。

### 4 「高砂市のケアマネジメントに関する基本方針」との関係と連携について

本市では、介護保険制度の根幹であるケアマネジメントの在り方を保険者と介護支援専門員で共有し、質の高いケアマネジメントを実現していくため、令和3年12月に「高砂市のケアマネジメントに関する基本方針」を策定し、ケアマネジメントについて総論的、概念的に述べておりますが、本方針では、更に利用者の自立支援・重度化防止の観

点について、より具体的にその考え方や方法を示していることから、それぞれが補完的な関係にあると言えます。

本市のケアマネジメントの質向上に向けては、それぞれの基本方針を踏まえ、介護支援専門員が本市と同一の目標を共有すること、またそれを実現するために地域包括支援センターが行う包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を通じて、介護支援専門員との協働により、利用者の自立に向けた適切かつ質の高い支援を行うことが望まれます。

## 5 基本方針の理解や普及に向けて

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す。

そのため本市では地域包括支援センターと連携して、市内の介護サービス事業者をはじめ、関係する団体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。

