

# 愛南町 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3年2月1日

愛南町高齢者支援課

愛南町では、ケアマネジメントの質の向上を通じて自立支援・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

介護保険法では、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」と規定しています。また第2条2項には、「（保険給付は）要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。」と規定があります。

このため愛南町では、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す。

## 2. 愛南町におけるケアマネジメントの基本方針

ケアマネジメントは、認定区分や利用するサービス等によって異なる種別で行います。

ケアマネジメント 種別	対象者	給付種別			ケアマネジメント事業者
		介護 給付	予防 給付	総合 事業	
居宅介護支援	要介護1～5	○	×	×	居宅介護支援事業所 （施設入所者除く）
介護予防支援	要支援1・2	×	○	△併用 有り	地域包括支援センター・ 居宅介護支援事業所（委託）
第1号介護予防支援 （介護予防ケアマネ ジメント）	要支援1・2 事業対象者	×	×	○	地域包括支援センター・ 居宅介護支援事業所（委託）

### （1）居宅介護支援の基本方針

居宅介護支援の基本方針は、「愛南町指定居宅介護支援事業者の指定に関し必要な事項並びに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」第3条を準用し、次のとおりとします。

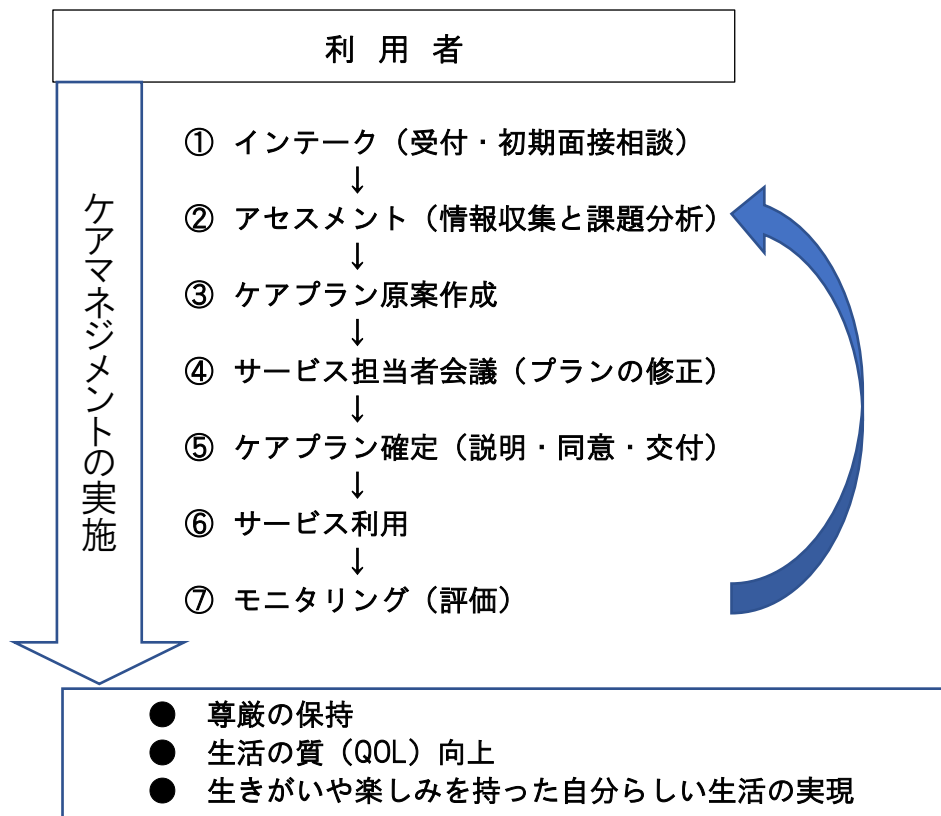
- ① 指定居宅介護支援の事業は、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように配慮して行う。
- ② 利用者の心身の状況、環境に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う。
- ③ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、提供されるサービスが、特定のサービス事業者等に偏することのないよう公正中立に行わなければならない。

- ④ 事業の運営に当たっては、地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業者、介護保険施設、特定相談支援事業者等との連携に努める。
- (2) 介護予防支援の基本方針  
介護予防支援の基本方針は、「愛南町指定介護予防支援事業者の指定に関する基準並びに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3条を準用し、次のとおりとします。
- ① 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う。
- ② 利用者の心身の状況、環境に応じて、利用者の選択に基づき、自立に向けて設定された目標を達成するために、適切なサービス等が、多様な事業者等から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う。
- ③ 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サービス等が、特定の種類又は事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行う。
- ④ 事業の運営に当たっては、町、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、特定相談支援事業者等との連携に努める。
- (3) 第1号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）の基本方針  
第1号介護予防支援事業（以下「介護予防ケアマネジメント」という。）の基本方針は、次のとおりとします。
- ① 利用者が要介護状態になることをできるだけ防ぐとともに、要支援・要介護状態になったとしても、それ以上悪化しないようにするために、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していく。
- ② 高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行えるよう支援する。
- ③ 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。
- ④ 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、目標の達成に取り組んでいけるよう支援する。

### 3. ケアマネジメントのプロセスにおける自立支援・重症化予防のポイント

自立支援に資するケアマネジメントの実施においては、「Plan」（計画）、「Do」（実行）、「Check」（評価）、「Action」（改善）のPDCAサイクルを多職種チームで繰り返すことで、継ぎ目なく支援を提供し、利用者の心身の状況を継続的に改善することを目指します。

ケアマネジメントのプロセス図



#### ① インテーク（受付・初期面接相談）

初期面接は、利用者やその家族から情報を得て、その人の考え方や人間像を知る目的があります。また、利用者と介護支援専門員との関係性を構築する機会にもなります。

多くの場合、利用者は何らかの生活上の不安を抱えておられるため、利用者の不安を無くすような心遣いが必要です。簡単な雑談の中で緊張を和らげ、本人の好きなことや興味ある事等を自然に聴きとっていく事も、自立支援のケアマネジメントには有効と思われれます。

#### ② アセスメント（情報収集と課題分析）

情報収集と分析を行い、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。

利用者が困っていることだけに目を向けるのではなく、なぜそうなったかの背景・環境や、そうなったことを利用者がどう捉えているのか、今後どうなりたい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。

自立支援・重症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、「本人の望む生活」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は何なのか、質問を重ねて情報を収集・分析し、ニーズを明確にしていきま

す。各事業所で使用しているアセスメントツールの他、状態の維持・改善を意識した取り組みをプランに反映させるため、課題整理総括表（※別紙）等のツールを活用することも有効です。

### ③ ケアプラン原案作成

自立に向けて支援するためのケアプランにおいては、利用者の意向・要望を全て受け入れるのが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。

利用者本人に実際の状態と乖離した意向がある場合は、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、意思決定支援を行う必要があります。

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、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、本人の思いを引き出し、意欲を高める方法を検討することが必要です。

### ④ サービス担当者会議（プラン修正）

サービス原案を提示し、サービス事業者等の専門職から、専門的な見地からの意見を語ってもらいます。自立支援・重度化防止について、利用者本人や家族も気づかなかった日常生活でのリスクを把握し、新たな課題があれば、対策を検討します。ケアプラン原案に設定した目標の共有に努め、各々の役割を確認します。利用者や家族、サービス事業者の考えをすり合わせて、修正点があれば、原案の修正・加筆を行います。

### ⑤ ケアプランの確定（説明・同意・交付）

利用者・家族からケアプランの同意をいただく際には、ケアプランは介護保険の基本理念である「自立支援・重度化防止」を目指したものであることを丁寧に説明し、その内容を理解し、主体的に取り組んでいただけるよう意識しましょう。利用者・家族、サービス担当者等にケアプランを交付し、本人・家族の望む生活の実現に向けて連携しながら取り組んでいきます。

### ⑥ サービス利用

サービス事業者等は利用者との接点が多く、変化に早期に気づくことができます。サービス事業者等との情報共有を円滑に行うことができるよう、日頃から連携の強化に努めましょう。また、各サービス事業者が作成する個別援助計画とケアプランが整合性を保っているか確認し、自立支援・重度化防止に向けてチームで取り組んでいくことが重要です。

### ⑦ モニタリング

定期的にケアプランの実施状況の把握・継続的なアセスメントを行い、必要に応じてケアプラン変更やサービス事業者等との連絡調整を行います。プランに設定した目標の達成度や、サービスの効果についても検証します。利用者・家族から直接聞き取った情報だけでなく、サービス事業者等からの報告等も参考にし、プラン変更の必要性を判断しましょう。モニタリングを繰り返しながらケアプランを評価し、より適切な計画へ見直しを行っていきます。

#### 4. 愛南町の取り組み

##### ① 研修及び連絡会の開催

ケアマネジメントを担当する町内介護支援専門員の資質の向上のため、連絡会や研修会を開催しています。連絡会では、情報提供や勉強会、意見交換だけでなく、より良いケアマネジメントの実践のために、事例検討を行っています。事例検討を行うことにより、気づかなかつた着想や視点を得たり、他者からの専門的見地からの助言を得たりして、より深い見立てや新たな関わりのヒント、内省的な気づきなどを得られるように努めていきます。

##### ② 介護支援専門員に対する個別支援

介護支援専門員が孤立せず、気軽に相談できる体制を整えたり、ケアマネジメント力向上の支援を行ったりするため、地域包括支援センター主任介護支援専門員が、各居宅介護支援事業所を訪問して、ケアプラン点検や、巡回相談を実施しています。併せて介護保険適正化事業でも、ケアプランが自立支援・重度化防止に資するものになっているかの視点を持ち、町担当者が確認・指導を行います。

##### ③ 地域ケア会議の開催

地域ケア会議とは、高齢者の金銭管理や住まいの問題、認知症や依存症等の高齢者支援が課題とされる中、重層的で複雑化した問題を抱える高齢者への適切な支援を行い、関係者間のネットワークの構築につなげるため、多職種が協働で支援の方向性を検討する会議です。

令和3年からは、「介護予防のための地域ケア個別会議」を開催し、要支援者等の生活上の課題解決や状態改善、自立促進、ひいては高齢者のQOLの向上を目指し、多職種からの助言を得ることで介護予防に資するケアプラン作成とそのプランに則したケア等の提供を促進します。

個別ケースの支援内容について、介護支援専門員の視点だけでなく、リハビリ専門職や栄養士、歯科衛生士等の視点から多職種協働による検討を行い、利用者の自立支援・重度化防止、地域資源の有効活用等に関する専門的助言を得て、高齢者等の課題解決を支援するとともに、必要に応じてケアプラン内容の再検討を促す等、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能を持っています。

積極的に会議に参加し、助言を活かしたケアプラン作成に努めていただきますようお願いいたします。

##### ④ 介護予防手帳の配布

愛南町では令和3年度から、心身の健康に配慮した生活を送りながら、自分だけで難しいことは支援・サービスを選択して利用する「セルフマネジメント」を促進するため、介護予防手帳を希望者に配布します。

この手帳は、ケアプラン等で位置づけた生活の中での「目標」や「具体的な取り組み」、「活動」等を記録し、意識的に介護予防に取り組むことによって、セルフマネジメントを促し、関係者と共有して、自立支援や重度化防止に繋げるためのツールとして活用することができます。心身の状況に関する詳しい状況が記入されていますので、必要に応じて活用していただくようお願いします。

#### 5. ガイドラインの理解・普及に向けて

自立支援・重度化防止の推進にあたり、本ガイドラインを町内全居宅介護支援事業所に周知するとともに、他の介護保険事業者等にも広く周知して理解を図ることが重要です。そのため、各種の研修や広報活動により普及啓発を継続的に行っていきます。

## 6. 関係法令・参考文書等

- 介護保険法
- 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン  
(厚生労働省老健局 平成 27 年 6 月)
- 介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き  
(厚生労働省老健局老人保健課 平成 29 年 3 月)
- 介護保険最新情報「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」  
(厚生労働省 平成 30 年 10 月 9 日)
- 課題整理総括表・評価表の活用の手引き(厚生労働省老健局 平成 26 年 3 月)
- 愛南町指定居宅介護支援事業者の指定に関し必要な事項並びに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
- 愛南町指定介護予防支援事業者の指定に関する基準並びに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
- 介護保険最新情報「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント(第 1 号介護予防支援事業)の実施及び介護予防手帳の活用について」  
(厚生労働省 平成 27 年 6 月 5 日)