

昭島市 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3年3月1日現在
昭島市 介護福祉課

ケアマネジメントの質向上を通じて、利用者等の自立支援・重度化防止を図るため、「昭島市自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの基本方針」（以下「基本方針」という。）を定めます。

1 基本方針の作成の目的

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）と規定しています。

この推進においては、要介護者、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す。

そのため市では、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」等を実現できるよう、本基本方針を策定します。

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 ケアマネジメントの定義

東京都が平成26年3月に作成した「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」では、「ケアマネジメントとは、高齢者が自立した生活を営むという目的のために、高齢者の現状や自立した日常生活に向けた希望を十分に把握し、それを踏まえてその人にとって最もふさわしいサービスが利用できるよう支援する仕組みである」と定めています。

住み慣れた地域で、利用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、利用者等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。

3 昭島市の自立（自立支援・重度化防止）の考え方

要介護・要支援状態となっても、「自分らしい暮らし」を実現できるように、介護分野における「自立」についての考え方を次のように定めます。

ひとりひとりの体や心、生活の状況等に応じて、生きがいや楽しみを持って自らの意思で自分らしい暮らしを送ること

4 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、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」の意向をふまえて、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。

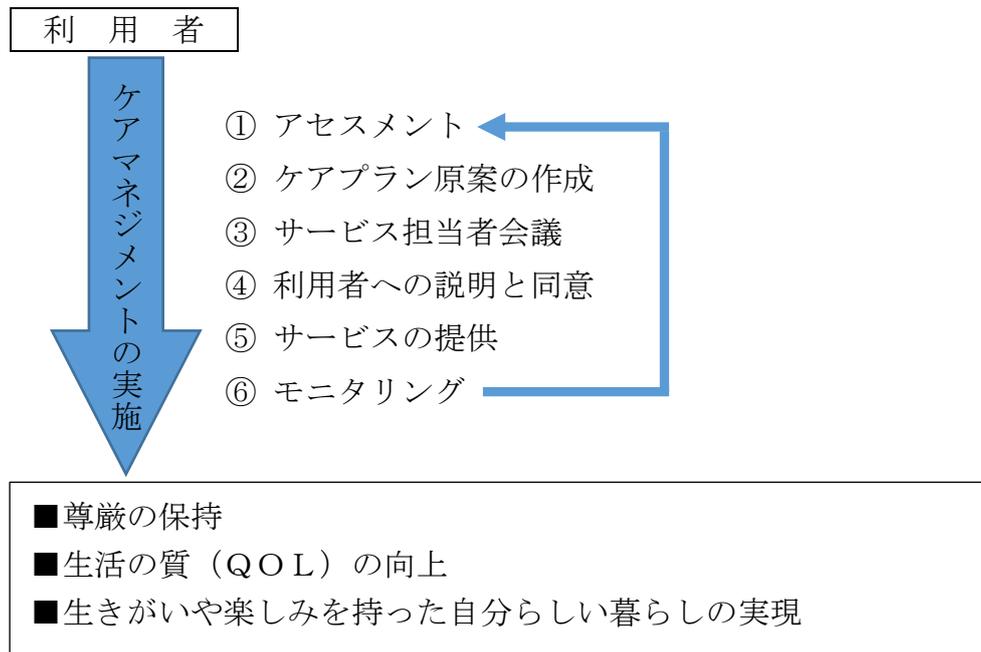
そして、自立は一度で成し得ることではなく、環境との継続的な相互作用を通じて可能になります。そのため、将来を見越したケアプランを作成するとともに、高齢者の自立を可能にする家族や地域にしていくための働きかけについても検討する必要があります。

（※）平成30年10月9日 厚生労働省 介護保険最新情報vol1685「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

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です（次図参照）。

ケアマネジメントのプロセス図



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。

◀ポイント▶

利用者ニーズの明確化にあたり、専門職は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、利用者からこれまでの生き方や求めている生活、大切にしたいこと、充実感や満足感の高かった体験談・エピソード等を聞いたうえで、「生きがいや楽しみを持った自分らしい暮らし」

（昭島市の自立の考え）を意識してもらうことに努めましょう。利用者の興味や関心を把握するためのツールとして、「興味・関心チェックシート」（別紙）を活用することも考えられます。

また、得られた情報を活用し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、利用者等のニーズを踏まえながら、利用可能な社会資源を活用した居宅サービス計画（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を専門職の視点で分析しましょう。そのうえで利用者等と相談しながら、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等を検討しましょう。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に心掛けましょう。

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、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。

◀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、利用者等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、利用者等と「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等へ説明のうえ同意を得て、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▶

利用者等への説明にあたっては、利用者等を支えるチームが、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、適正な介護量を見定めながら支援しましょう。また、利用者等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を共有しながら、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

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。利用者等へのフィードバックを含めたモニタリングを通じて、利用者等の目標への理解、信頼関係の醸成、チームの関係強化を図りましょう。

(2) ケアマネジメントの類型と考え方

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、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します。

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のプロセス）

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、アセスメント（課題分析）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する。モニタリングについては、少なくとも3ヶ月に1回行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制を取っておく。

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）

アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは、ケアマネジメントAのプロセスと同様であるが、サービス担当者会議の開催を省略することができ、ケアプランを作成する。サービス期間は12ヶ月とし、モニタリングは計画期間のうち少なくとも1回行い、1ヶ月に1回は提供状況等の報告を行う。

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、住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。

(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と検討しましょう。

○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、昭島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。

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、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。

（４）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。

◀ポイント▶

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・連絡することが必要です。

また、達成度を図ることができる目標の設定が大切です。またサービスの内容が、その目標の達成に向けて適切な内容となっているかケースカンファレンス等にて確認しましょう。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、利用者等・ケアマネジャー・事業者のチームで検討しましょう。

(5) 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。

理解や協力にあたり、前述「4 (1) ケアマネジメントの流れ」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、利用者等にとっての初めて相談・利用時の説明は極めて重要です。この時に利用者等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、信頼関係築いていくことも重要です。

◀ポイント▶

利用者等に制度の趣旨やケアマネジメントの理解を図る時は、昭島市等、行政が作成したパンフレットも最大限活用してください。

また「4 (1) ①アセスメント、②ケアプラン原案の作成」にも記載していますが、例えば「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、利用者等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。

(6) 市

①研修

「4 (2) 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」に記載した技能の習得・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随時実施し、専門性の向上にむけて支援します。

②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す。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ます。

昭島市では、介護福祉課による点検のほか、主任介護支援専門員による点検も導入するなど、相互研鑽できる仕組みを取り入れます。

③個別地域ケア会議

個別地域ケア会議は、介護保険法第115条の48で定義されており、昭島市が設置し、市また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」のことを言います。

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す。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。

なお、個別地域ケア会議で取り上げられた地域課題は、多職種の専門職や市の関係課が参加する地域ケア推進会議において検討します。個別地域ケア会議や地域ケア推進会議を経て、最終的に市の新たな事業へと発展し、実際に利用者の課題解決につながった例もあります。

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。そのため昭島市では、市内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）及び市の関係部署への普及・啓発を図るため、研修や広報活動等を継続的に行います。

6 関係法令・参考文書等

- ・介護保険法
- ・介護保険最新情報vol1685「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）
- ・主任介護支援専門員研修ガイドライン（厚生労働省、平成28年11月）
- ・保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上のガイドライン（平成26年3月、東京都）
- ・居宅介護支援専門員の手引き・改訂3版（東京都、平成25年3月）
- ・介護支援専門員実務研修テキスト上巻・六訂（一般財団法人 長寿社会開発センター）

(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）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他（ ）				その他（ ）			
その他（ ）				その他（ ）			