

美濃加茂市 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5年4月

美濃加茂市 高齢福祉課

1 策定の趣旨

加齢に伴い、地域での生活を維持していくことが難しくなるのは当然のことです。このような高齢者が何らかの援助を受けながらも、尊厳を保持して、その人らしい生活を主体的に継続していくことが自立だと言えます。自立とは身体的自立のみではなく、心理的、経済的、社会関係的等の複合的な概念であることを今一度確認する必要があります。

このような自立に向けて支援するためのケアプランにおいては、高齢者本人の自己決定を尊重することが最も重要になります。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、ケアプランを作成します。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す。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でしょう。しかしながら、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ります。

そして、自立は一度で為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ります。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ります。

このように、ケアプランは単なる計画ではなく、ケアマネジメントすべてのプロセスを見える化したものであり、ケアプランに係る議論をする際にはそのことを認識する必要があります。

指定介護予防支援事業所におかれましては、本基本方針の内容を踏まえ、自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントを実施していただきますようお願いいたします。

2 介護予防支援、介護予防ケアマネジメントに関する基本指針について

「美濃加茂市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」及び「美濃加茂市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」に基づき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送ることができるように配慮すること。
- ②利用者の心身の状況やその置かれている環境に応じて、利用者の選択を尊重しながらも、利用者の自立に向けての目標達成に資する、適切な保健医療サービスや福祉サービスが総合的かつ効率的に提供されるよう配慮すること。
- 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指定介護予防サービス等が特定の種類又は事業所に偏らないよう、公平中立に行うこと。
- ④事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険サービス事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めること。

3 介護予防支援、介護予防ケアマネジメントの種類とプロセス

利用者や類型等によってケアマネジメントのプロセスが異なります。整理すると以下のようになります。

ケアマネジメントの種別	対象者	類型	プロセス
介護予防支援	要支援1・2		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（利用者・サービス提供者へ） →サービス利用開始 →モニタリング（給付管理）
介護予防ケアマネジメント （第1号介護予防支援事業）	要支援1・2 事業対象者	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）	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（利用者・サービス提供者へ） →サービス利用開始 →モニタリング（給付管理）
介護予防ケアマネジメント （第1号介護予防支援事業）	要支援1・2 事業対象者	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 →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（利用者・サービス提供者へ） →サービス利用開始 （→モニタリング（適宜））

ケアマネジメントの種別	対象者	類型	プロセス
介護予防ケアマネジメント (第1号介護予防支援事業)	要支援1・2 事業対象者	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)	アセスメント ➡ケアマネジメントの結果作成 ➡利用者への説明・同意 ➡利用するサービス提供者等への説明・送付 ➡サービス利用開始

4 ケアマネジメントのポイント

①初回面接（インテーク）

初回の面接では、お互いが初めての出会いの過程を経て相互理解のもと、支援を必要とする利用者にとって安心できる信頼関係を構築することを意識して臨むことが重要です。

【ポイント】

- 1度の面接で全て把握することはできないことを意識し、利用者や家族との信頼関係を築くことを優先する。
- 先ずは、利用者や家族の話を「傾聴」して、ありのままの利用者や家族を受け止める。
- 一方通行の会話ではなく、双方向のコミュニケーションを意識する。
- 面接の目的をしっかりと伝え内容の理解をしていただくため、利用者や家族の理解度に配慮した丁寧な説明を心掛け、インテークの段階で伝える必要事項（介護保険制度やケアマネジャーの役割、ケアマネジメントプロセス、アセスメントの同意等）について、説明を行う。
- 面接中は、相手の表情、しぐさ、言葉のイントネーション等から心情の理解や情報収集に努める。

②利用者の状況把握（アセスメント）

アセスメントは、生活全般にかかわる情報を収集・分析し、利用者のニーズを把握する過程です。

【ポイント】

- 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」等を活用する。
- 「できない」ことを探すのに注力するのではなく、できない原因（その状況を作り出している原因）を探り、「できる部分」と「できない部分」の整理をする。
- できる部分については利用者に示し、自立した生活に向けて利用者本人の自信につなげる。
- 利用者のニーズの明確化のため、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）を説明する。
- 利用者の生きがいや楽しみを持った自分らしい生活に対する思いを把握するため、これまでの生き方、求めている生活、大切にしたい事、充実感や満足感が高かったエピソードを聴く。

ソード体験談等を把握する。

- 本人の要望をよく聴くことは大切であるが、それをすべて受け入れることがかえって本人の自立を阻害することにつながる場合もあるため、「要望」と「ニーズ」のすみわけを慎重に実施する。
- 本人が望む暮らしに必要なサービスを使って、このように改善できれば、その実現に近づくことができる、といった見通しを持てるような自立支援と重度化防止に向けた働きかけをする。

③ケアプランの原案作成

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ケアプラン原案を作成します。

【ポイント】

- 利用者の意向を踏まえ、利用者本人が目標をもって生活できるよう支援するため、利用者本人が目標を言語化できるプロセスを利用者と一緒に踏むことで利用者本位の目標を設定する。
- 利用者にとって「自立の機会を奪っていないか」といった観点で、残存能力を見極めることが重要である。その過程では、利用者の「できていること」と「できていないこと」を明確にして本人の意欲や気づきを確認しながら、「できていること」の向上または維持できるような内容を提案したり、「できていないこと」の中でもできるようになることがあるのではないかと一緒に考え具体策を提案することを通して、達成できる目標をイメージできるよう支援する。
- 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行う。

④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。利用者等や、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】

- ケアプランは、あくまでも利用者本人の人権や主体性を尊重したその人らしい暮らしの実現のためのものであり、そのために介護支援専門員、サービス提供担当者、利用者や家族等はこの会議を通して同じ目標を共有し、共通の認識を持つことで方向性を一致させることを念頭におく。
- 利用者の日常生活全般を支援し「活きたもの」にするために、地域のインフォーマルサービスやサービス提供事業者にもケアプランをよく理解してもらう。
- サービス事業所が作成する個別の援助計画との連動を図るため、例えば訪問サービスでは、家事のプロセスに沿って本人が行う内容などを具体的に示し、本人ができる部分はサポート役に徹し本人の自立を奪わないようにしたり、通所サービスでは、本人

の趣味や性格をよく理解してもらい本人の自尊心を向上させ、自信が持てるようなプログラムを盛り込むなどする。

- 友人や近所の支援者、民生委員等インフォーマルな支援者の参加がある場合は、事前に本人に開示してもよい個人情報について確認しておくなどの配慮をしておく。

⑤利用者・家族に対する説明、文書による同意

作成したケアプランを利用者や家族へ説明の上同意を得て、その後、利用者や家族、及び事業者へ交付します。各事業者は個別の援助計画を作成し、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】

- 利用者へ説明する際は、利用者と支える各支援者が1つのチームとなって同じ目標へ向かって共に取り組む姿勢にあることを伝える。

⑥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を記録し、チームで共有の上次回のサービスに活かせるようにします。

【ポイント】

- サービスの提供開始後も、継続的にアセスメントを行い、自立支援・重度化防止に向けて、「自分にできること」を大切にして、適正な介護量を見定めながら支援する。
- 必要に応じてケアプランの変更、指定介護予防サービス事業者などとの連絡調整等行う。

⑦モニタリング

サービスの利用開始時は、利用者などへのサービス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。必要に応じてアセスメント（②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】

- モニタリングはケアプラン作成者だけが行うものではなく、チーム全員がかかわることできめ細やかなケアマネジメントへとつなげる。そのためには、利用者本人との生活の中での時間をともにしているサービス提供事業者からの情報を有効に活用することで、効率的かつ効果的なモニタリングを心がける。
- モニタリングは利用者本人の自宅で行うだけでなく、通所サービスの場において他の仲間との会話・関係等を見ることで、より効果的に状態を把握できる場合がある。3か月に1回は「利用者宅への訪問」が規定されているが、それ以外の月は通所サービスの場に出向いていき、本人と話し合うのもよい。
- 利用者本人にも、自らの状態や行動変容した事柄等について自発的に計画作成者に伝えることが大切だということを伝えておき、主体的にサービスを利用しているという

意識の向上につなげる。

5 利用者へのアプローチ

自立支援・重症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。

- 前述した、4 ケアマネジメントのポイント①初回面接（インテーク）②利用者の状況把握（アセスメント） ③ケアプランの原案作成の段階において、利用者が望む自分らしい日常生活の実現に向けて、どのようなサービスを使ってどのように改善していけば目標達成に近づけるのかのストーリーを描けるように支援する。
- 相談や提案に際しては、利用者への真摯な姿勢を示しながら、信頼関係を構築していくことも重要である。

6 多職種の連携

利用者の自立支援・重症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。

7 本市の取組

①ケアプラン点検

ケアプラン点検とは、ケアマネジャー等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等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等の「気づき」を促し、マネジメントの向上に資することも含まれます。

②地域ケア会議

介護保険法第115条の48に規定されているこの会議は、地域包括支援センター及び市が開催するものです。今ある資源のみでは課題解決が困難である事例や介護予防ケアマネジメントにおける自立（自律）支援の視点等について話し合ったり、高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築を推進すること、さらに、個別ケースの課題の蓄積・分析を進める中で地域の課題を把握し政策へとつなげるための会議体のことを言います。

8 基本方針の理解・普及

利用者の自立支援・重症化防止の推進にあたり、本基本方針を事業者及び利用者等へ広く周知し、理解を図っていきます。