

# 会津若松市自立支援・重度化防止に向けた 介護予防ケアマネジメントのガイドライン

## 《目次》

|   |   |     |
|---|---|-----|
| 1 | ガイドライン作成の目的   | 1   |
| 2 | ケアマネジメントの定義   | 1～2 |
| 3 | 会津若松市におけるケアマネジメントに関する基本方針   | 2   |
| 4 | 自立支援・重度化防止に向けて  | 3   |
|   | (1)ケアマネジメントのプロセス  | 3～5 |
|   | (2)介護予防ケアマネジメントの類型  | 5   |
|   | (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   | 5～6 |
|   | (4)介護サービス事業所等に求められること   | 6   |
|   | (5)利用者等へのアプローチ  | 7   |
|   | ※会津若松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 | 7   |
| 5 | 会津若松市の取組  | 8   |
| 6 | ガイドラインの理解・普及に向けて  | 8   |
| 7 | 関係法令・参考文書等  | 8   |
|   | ※参考様式   |     |

令和5年1月

## 1 ガイドライン作成の目的

このガイドラインは、介護保険制度の基本理念を踏まえ、高齢者の自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの実現に向け作成しました。

介護保険法は、その第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」（以下枠参照）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」等実現できるよう、本ガイドラインを策定します。

### 介護保険法

#### 第1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。

#### 第2条（介護保険）

介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、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。

3 第一項の保健給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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されなければならない。

## 2 ケアマネジメントの定義

ケアマネジメントの定義は多様ですが、「利用者が地域社会による見守りや支援を受けながら、地域での望ましい生活の維持継続を阻害するさまざまな複合的な生活課題（ニーズ）に対して、生活の目標を明らかにし、課題解決に至る道筋と方向を明らかにして、地域社会にある資源の活

用・改善・開発をとおして、総合的かつ効率的に継続して利用者のニーズに基づく課題解決を図っていくプロセスと、それを支えるシステム」といえます。

(厚生労働省 社会・援護局 傷害保健福祉部 相談支援の手引きより)

住み慣れた地域で、最後まで自分らしく自立した日常生活を送るためには、地域資源（フォーマルサービスやインフォーマルサポートなど）を活用し、利用者を支える多職種や地域、家族等が連携できるよう、ケアマネジメントを推進していくことが重要です。

### 3 会津若松市におけるケアマネジメントに関する基本方針

「会津若松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」の第3条に定めており、その内容は以下の通りです。

(指定介護予防支援の事業の基本方針)

第3条 指定介護予防支援の事業は、その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配慮して行われるものでなければならない。

2 指定介護予防支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、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われるものでなければならない。

3 指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援の提供に当たっては、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(法第8条の2第16項に指定する指定介護予防サービス等をいう。以下同じ。)が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者(以下「介護予防サービス事業者等」という。)に不当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 指定介護予防支援事業者は、事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター(法第115条の46第1項に規定する地域包括支援センターをいう。以下同じ。)、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の7の2に規定する老人介護支援センター、指定居宅介護支援事業者(法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者という。以下同じ。)、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、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なければならない。

5 指定介護予防支援事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。

6 指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援を提供するに当たっては、法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

## 4 自立支援・重度化防止に向けて

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いえます。自立とは身体的のみでなく、心理的、経済的、社会関係的等の複合的な概念です。

自立支援・重度化防止の推進には、利用者本人の自己決定を尊重することが最も重要です。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、「それを阻害す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、「利用者の意向・要望をすべて受け入れることが自立に向けた最善のケアプランではないことに注意が必要です。特に実際の状況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思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、その理由の解明と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になります。

そして自立は一度でなし得ることではなく、環境との相互作用を通して可能になります。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けるための働きかけについても検討する必要があります。

### 介護保険法

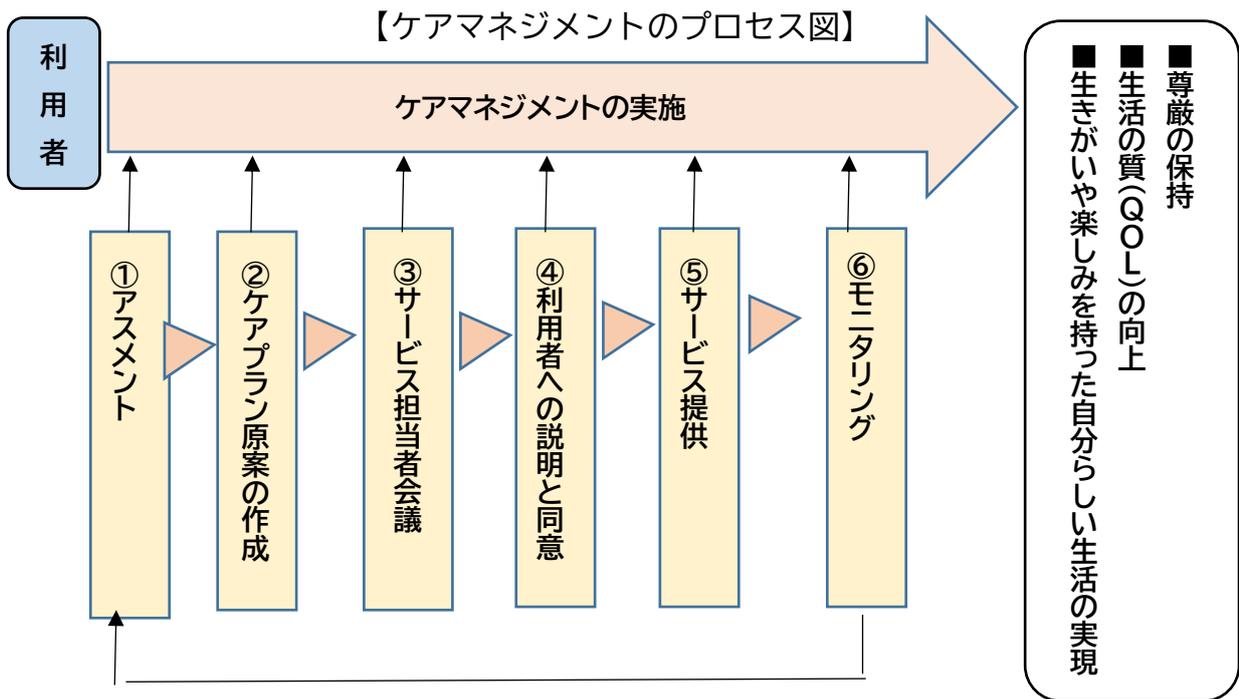
#### 第4条（国民の努力及び義務）

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

（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」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段階で構成されるPDCAサイクルを多職種にわたるチームでくり返していき、改善させていくことが重要です。（次図参照）



### ①アセスメント

アセスメントとは、①利用者の情報を収集し、②利用者の課題を分析し、③解決すべき課題（ニーズ）を明らかにすることです。

介護予防ケアマネジメントにおけるアセスメント（課題分析）では、利用者の生活全般について情報収集を行い、生活機能が低下している原因を分析するとともに、悪化の危険性や改善の可能性等の予後予測の検討を行ったうえで、目標を含む支援の方向性を導きます。

利用者の主訴や要望も十分考慮し、潜在化している課題にも目を向けながら「このように暮らしたい」という利用者・家族の積極的な願いや生きる力を引き出すことが重要となります。

そのためには、利用者のもつ長所や強さ（ストレングス）に加え、まだ発揮されていない潜在的な能力にも着目しながら、利用者と協働してアセスメントしていくことが必要になります。

### ②ケアプラン原案の作成

ケアプラン原案の作成に当たっては、利用者の望む暮らしを実現するために明らかとなった課題や目標を設定します。利用者自身が「したいこと」や「できること」に気づいて、自分の可能性を再認識できるように働きかけることが重要になります。また、利用者の自主的な活動や地域社会への参加を目標に取り入れて計画を作成し、本人のセルフケアやインフォーマル支援を活用することも求められます。

### ③サービス担当者会議

チームアプローチを促進する方法として、関係者が一堂に会するカンファレンスがあります。関係者が顔を合わせ、お互いに意見を出し合うことで、目標や援助方法の共有が行え、協力関係

が形成されやすくなります。話し合いを通じて「チームで支える」という共通意識を持ちながら、利用者等と「自立支援・重度化防止」を意識した目標を共有し、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ます。

#### ④利用者への説明と合意（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合意を得て、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。

#### ⑤サービスの提供

計画に基づいて作成された個別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。

サービス提供においては、自立支援・重度化防止に向けて、「自分にできること」を大切にして、適正な介護量を見定め支援します。また、利用者等の支援に関わるチーム全員が、計画に定めた（自分らしい生活に向けた）目標を理解し、サービス提供を通じて得た情報を共有しながら、利用者への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。

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。本人や家族との信頼関係の構築やサービス事業者との連携が不可欠であり、日常的な相談対応や連絡調整を通じて、関係性をつくり、幅広く情報を収集できる環境を整えておくことが大切です。また、利用者の状態が変化した場合は、即時に情報が得られるような機動性のあるネットワークを構築しておく必要があります。

### （2）介護予防ケアマネジメントの類型

#### 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。モニタリングについては少なくとも3か月に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きます。

### （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

前述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」「多職種の連携」「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。また事業者を選定する際には、利用者等の置かれた状況を考慮しながら、目的達成に適した事業者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、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

主任介護支援専門員は、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監督・指導を行い、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) 介護サービス事業所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成します。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。

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。ケアプラン原案を作成するうえで、達成度を図ることができる目標の設定が必要です。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に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プロセス」に示している各段階に応じて適切に対応することが必要です。

特に利用者にとって初めての相談・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、すべての事業者が自立支援・重度化防止について理解したうえで、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、信頼関係を築いていくことも重要です。

「こんな暮らしがしたい。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。

### ※会津若松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

第3条 指定介護予防支援の事業は、その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配慮して行われるものでなければならない。

2 指定介護予防支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、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われるものでなければならない。

3 指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援の提供に当たっては、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、利用者提供される指定介護予防サービス等(法第8条の2第16項に規定する指定介護予防サービス等をいう。以下同じ。)が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者(以下「介護予防サービス事業者等」という。)に不当に偏ることのないよう、公正中立に行わなければならない。

4 指定介護予防支援事業者は、事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター(法第115条の46第1項に規定する地域包括支援センターをいう。以下同じ。)、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の7の2に規定する老人介護支援センター、指定居宅介護支援事業者(法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。)、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、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なければならない。

5 指定介護予防支援事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。

6 指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援を提供するに当たっては、法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

(平30条例12、令3条例8・一部改正)

### (1) 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。その目的は点検を通してケアマネジャーの気づきを促し、マネジメント力の向上に資することも含まれます。

### (2) 地域ケア会議

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、地域包括支援センター及び市が主催する会議です。

地域ケア会議の類型は、①地域全域を対象とした地域ケア会議・協議体、②町内会単位で行うミニケア会議、③近隣住民で個別課題協議等を行う地域ケア個別会議、④多職種の専門的な視点で介護予防支援を検討する自立支援型地域ケア会議の 4 類型です。

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。

## 6 ガイドラインの理解・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、本ガイドライン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、理解を得ることが重要です。そのため、会津若松市では、市内の介護サービス事業者、関係団体、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、広報活動等を継続的に行います。

## 7 関係法令・参考文書等

- ・介護保険法
- ・相談支援の手引き（厚生労働省社会援護局障害保健福祉部）
- ・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」（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）
- ・会津若松市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
- ・介護支援専門員実務研修テキスト上巻・七訂

## ※参考様式

参考として提示いたします。状況に応じご活用ください。

### ○「興味・関心チェックシート」

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにあたっては、生活意欲が低下している利用者も少なくありません。アセスメント等において、「興味・関心チェックシート」を活用し、利用者の意欲を引き出すことも自立支援への1つの方法です。

### ○「課題整理総括表」

基本的な情報を多職種間で共有する、生活全般の解決すべき課題を導き出したのかを表現するものです。

基本的には、アセスメントツール等を用いて情報の整理・分析を行い、ケアプラン(原案)の作成にかかる前のタイミングで課題整理総括表を作成します。

### ○「簡易口腔アセスメント」「誤嚥性肺炎リスク評価」「食事記録」

重症化予防では、体調管理、体力低下予防なども重要なポイントです。口腔の状態、食事の摂取量と内容等を把握し、疾病管理や再発予防のためのアセスメントにご利用ください。