

青梅市自立支援・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3月

青梅市高齢者支援課

目次

1	ガイドライン作成の目的	- 2 -
2	ケアマネジメントの定義	- 4 -
3	自立支援・重度化防止に向けて	- 4 -
(1)	ケアマネジメントのプロセス	- 5 -
(2)	介護予防ケアマネジメントの種類と考え方	- 8 -
(3)	ケアマネジャーおよび主任介護支援専門員に求められること	- 9 -
(4)	介護サービス事業者等に求められること	- 12 -
(5)	利用者等へのアプローチ	- 12 -
(6)	市の取組	- 13 -
(7)	具体的なツール	- 14 -
4	ガイドラインの理解・普及に向けて	- 14 -
5	関係法令・参考資料等	- 15 -

青梅市自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントのガイドライン

ケアマネジメントの質向上を通じて、利用者の自立支援・重度化防止を図るため、「青梅市自立支援・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た自立した日常生活を営むことができるよう（中略）国民の保健医療向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」（下記、介護保険法参照）」と規定されています。

そのためには、要介護者、要支援者、事業対象者（以下「利用者」という。）およ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。

そこで、青梅市では、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、本ガイドラインを策定しました。

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、必要な保険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（フォーマルおよ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 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、その理由・原因の解明や、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。

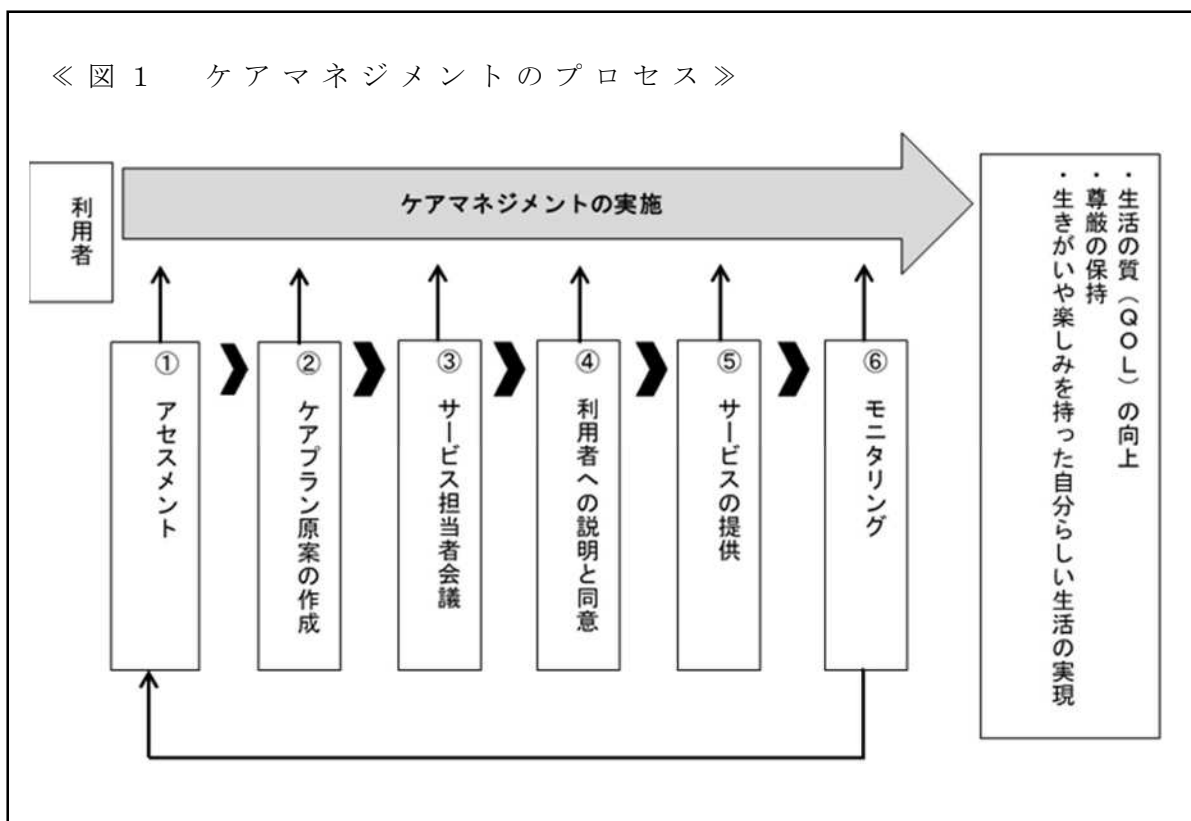
そして、自立は一度で成し得ることではなく、環境との継続的な相互作用を通じて可能になります。そのため、将来を見越

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 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」から一部引用

(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サイクルを多職種で構成す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（図1参照）。



ア 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もった自分らしい生活」（青梅市の自立の考え方）を意識してもらうことに努めましょう。

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。

イ 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。

ウ 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】

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。

エ 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、利用者等および各事業者へ交付します。また、各事業者がケアプランに基づいて作成した個別支援計画と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（図1①から続く重層的な説明）。

オ 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。

カ 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（図1①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) 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防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およびアセスメントの結果、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、以下のような類型を利用者の状況に応じて実施します。（平成27年6月5日付厚生労働省「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」より一部引用。）

ア 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する。モニタリングについては少なくとも3ヶ月ごとに行い、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とっておく。

イ ケアマネジメントC（簡易的ケアマネジメント）

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。初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアプラン原案の結果（「目標とする生活」「現状の状態・本人および家族の希望」「課題（背景・原因）」「目標に向けた具体的提案と実施方針」等を記載）を利用者に説明し、理解を得た上で、住民主体の支援等につなげる。その後は、モニタリング等を行わない。

(3) ケアマネジャーおよび主任介護支援専門員に求められること

ア 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」といった4つの視点を持つことが重要です。（青梅市指定居宅介護支援等の事業の人員および運営に関する基準を定める条例を参照。）

(ア) 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。

(イ) 公正中立

サービス等が特定の種類または特定の事業者も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は、利用者等の置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。

(ウ) 多職種の連携

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。

(エ) 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。

青梅市指定居宅介護支援等の事業の人員および運営に
関する基準を定める条例（一部抜粋）

（基本方針）

第2条 指定居宅介護支援（法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援をいう。以下同じ。）の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が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して行われるものでなければならない。

2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択にもとづき、適切な保健医療サービスおよび福祉サービスが、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われるものでなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類または特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

4 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、青梅市、法第115条の46第1項に規定する地域包括支援センター、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、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。

イ 主任介護支援専門員

介護保険法の改正に伴い、経過措置はあるものの、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条件となっています。

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、多職種で連携して作成し、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、ケアプラン原案を作成する際は、達成度を測ることができる目標を設定し、ケースカンファレンス等にて、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、利用者の理解や協力が不可欠です。前述「3

（１）ケアマネジメントのプロセス」の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や利用時の説明は極めて重要で、この時に利用者が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）になる傾向があります。

そのため、全ての事業者が、このガイドラインの趣旨を理解したうえで利用者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。

【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、各種パンフレットも最大限活用してください。

また、「４（１）ア アセスメント、イ 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」「友達が通っているデイサービスに通所したい」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）市の取組

ア 研修

「３（３）ケアマネジャーおよ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・向上に資する研修を全事業者向けに随時実施し、専門性の向上を支援します。

イ 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、マネジメント力の向上に資することも含まれます。

ウ 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、青梅市が設置し、行政職員をはじめ、地域の医療・介護関係者等で構成される会議のことを言います。

個別ケースについて、多職種からの助言を得ながら、高齢者の自立支援にかかるケアマネジメントの支援、地域包括支援ネットワークの構築、地域課題の把握を通じて、包括的かつ継続的な支援を効果的に行うこと、また、個の課題から地域課題への吸い上げを行い、地域づくりに向けた課題発見・解決につなげていくことを目的とした会議です。

(7) 具体的なツール

ケアマネジメントの実施にあたっては、平成27年6月5日付厚生労働省「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）の実施および介護予防手帳の活用について」にて例示されている「利用者基本情報」等の様式を活用している。

4 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、事業者および利用者等へ幅広く周知し、理解を図ることが重要です。そのため市内の全事業者をはじめ、関係する団体、利用者等（地域住民等を含む）への普及・啓発を行います。

5 関係法令・参考資料等

- ・ 介護保険法
- ・ 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)
- ・ 保険者と介護支援専門員がともに行うケアマネジメントの質の向上のガイドライン (東京都 平成26年3月)
- ・ 「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) の実施およ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)
- ・ 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)
- ・ 「青梅市指定居宅介護支援等の事業の人員および運営に関する基準を定める条例」