

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4年3月

みなかみ町町民福祉課

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」と「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基本方針」(以下「基本方針」という。)を定めます。

1 基本方針作成の目的

介護保険制度の基本理念は、「尊厳の保持」と「自立支援」です。(介護保険法第1条)

また、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に行わなければならないと定められており(同法第2条第2項)、被保険者の選択に基づき行われ(同法第2条第3項)、要支援者・要介護者の自立支援という理念に沿って検討を行う必要があります。

本基本方針を介護支援専門員及び地域包括支援センター職員、介護サービス提供事業者とで共有するとともに、適切かつ質の高いケアマネジメントを実践することで、高齢者の「自立支援」や「重度化防止」等が実現できることを目指します。

◆介護保険法第1条

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。

◆介護保険法第2条

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行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、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 みなかみ町の基本方針

第8期みなかみ町高齢者保健福祉計画では「すべての高齢者がいきいきと暮らせる町 みなかみ」を基本理念として策定しています。高齢化が進む中で、健康で希望や生きがいを持って、日々を楽しく暮らしていくためには、町民、事業者、団体、町がそれぞれの立場で協力し手を携えて、高齢者を支え、見守っていく環境づくりが重要となります。

(1) 第8期計画の概要

- ①介護予防・健康づくりの推進(健康寿命の延伸)
 - 一般介護予防事業の推進
- ②保険者機能の強化(地域保険としての地域のつながり機能・マネジメント機能の強化)
 - 地域支援事業の推進・強化
- ③地域包括ケアシステムの推進(多様なニーズに対応した介護の提供・整備)
 - 在宅医療・介護連携の推進・強化
 - 2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備
- ④認知症「共生」「予防」の推進
 - 認知症施策推進大綱を踏まえた施策の推進
- ⑤持続可能な制度の再構築・介護現場の革新
 - 介護職員の処遇改善、業務効率化
- ⑥その他
 - 近年の状況を踏まえ、災害や感染症対策に係る体制整備

3 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支援を受けながらも、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。自立とは身体的な自立のみではなく、心理的、経済的、社会関係的等の複合的な概念であります。

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、それを阻害する個人要因・環境要因の抽出を含め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、自立に向けての意欲

が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、自立は一度で為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、将来を見越してケアプランを作成するとともに、利用者の自立を可能にする家族や地域へ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」を一部引用

4 ケアマネジメントについて

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。

(1) 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、改善して行くことが重要となります。(①アセスメントにおいて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」を活用することも考えられます。(別紙)

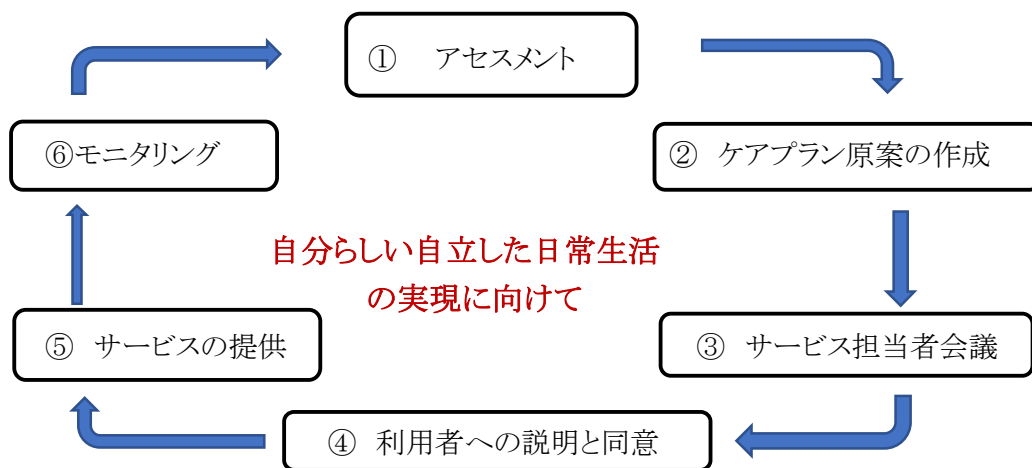


図 ケアマネジメントのプロセス

(2) 類型

介護予防・日常生活支援総合事業において、国からは 3 類型示されていますが、本町ではケアマネジメント A のみ実施しています。

◆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）

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取っておきます。

5 介護支援専門員及び主任介護支援専門員、介護サービス事業者等に求められること

(1) 介護支援専門員

「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。

(みなかみ町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2条参照)

◆ 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配慮する必要があります。また、適切な保健医療サービス及び福祉サービスの利用による利用者本人へのアプローチだけではなく、社会参加や地域との関わりなど、インフォーマルな資源についての検討を行う必要があります。

◆ 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がないように、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、事業所を選定する際には、利用者等の置かれてい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する必要があります。

◆ 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る必要があります。

◆ 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、新たな施策や地域資源等、以前に習得した知識や技能だけでは、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、専門職同士の交流を通じた情報収集等の自己研鑽を心がける必要があります。

(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条件です。

主任介護支援専門員は、事業所の管理者・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、地域の他の介護支援専門員への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向上に努めていく必要があります。そのため、個々の利用者へのケアマネジメントや地域課題の把握、適切な指導等といった技術の向上に加え、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。

また、包括的・継続的ケアマネジメント支援を担う地域包括支援センターとの協働も求められています。地域包括支援センターの主任介護支援専門員と連携を図りながら、地域包括ケアシステムの構築、深化・推進に向けた取り組みを実施する必要があります。

(3) 介護サービス事業者等

サービス担当者会議で合意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、医療機関と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。

6 みなかみ町の取組

(1) ケアプラン点検

ケアプラン点検はケアプランがケアマネジメントプロセスを踏まえ、「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかどうかを、基本となる事項について町職員と介護支援専門員が協働で確認し、「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り、自立支援に向けて適切な給付が行われることを支援することを目的として実施しています。

ケアプラン点検で、介護が必要になった利用者が可能な範囲で自分らしい生活や、望む生活ができるような「自立支援に資するケアマネジメント」が実施できているかを確認することにより、介護支援専門員の「気づき」が促され資質向上につながります。

(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、町が設置し地域包括支援センターが運営する「行政、医療、介護職員をはじめ、地域の関係者等から構成される会議」のことをいいます。

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。また、医療・介護等の多職種から助言を得ながら、利用者の自立支援に向けた検討を行いケアマネジメントの向上も期待できます。

(3) 在宅医療・介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護関係機関の情報共有や研修等を実施しています。

(4) 研修

地域包括支援センターが運営する「ケアマネ連絡会議」を支援し、知識・技能の習得や専門性の向上を図ります。

(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や事業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、町内の事業所をはじめ、関係団体等への普及・啓発を継続的に行います。

7 関係法令・参考文献等

- ・介護保険法
- ・介護保険最新情報 vol685「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基本方針(厚生労働省 平成 28 年 11 月)
- ・厚生労働省社会・援護局障害保険福祉部相談支援
- ・みなかみ町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