

# 橋本市自立支援・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12月

橋本市

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、「橋本市自立支援・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や介護サービスを提供する事業者による、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、本基本方針を策定するものです。

### 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 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。

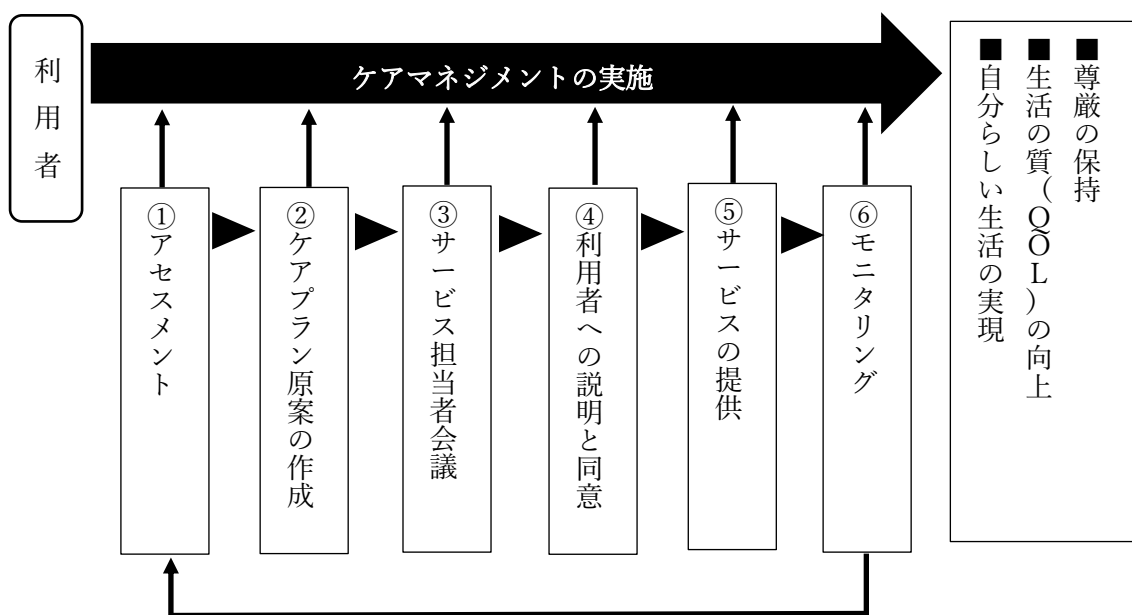
そして、自立は一度で成し得ることではなく、環境との継続的な相互作用を通じて可能になります。そのため、将来を見越したケアプランを作成するとともに、高齢者の自立を可能にする家族や地域にしていくための働きかけについても検討する必要があります。

(※) 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」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

利用者の生活ニーズが何であるかを正確に把握することが重要です。そのためには「利用者が困っている事」だけに目を向けるのではなく、なぜそうなったのかといった背景・環境や、そうなったことを利用者がどう捉えているのかといった心情面についても理解するよう努めましょう。これらは、利用者との間に信頼関係を築く上でも重要です。

また、生活ニーズを把握することができても、それに対する「利用者の考え」と専門職としての「介護支援専門員の考え」が一致しないこともあります。

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、利用者が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「したい」「できるようになりたい」目標の達成を意識してもらうことに努めましょう。

※参考 介護予防支援、介護予防ケアマネジメントにあつては、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、別紙「興味・関心チェックシート」を活用するなど、利用者の意欲を引き出すことも自立支援への一つの方法です。

### ②ケアプラン原案の作成

ケアプランは、自立支援・重度化防止の視点で作成することが重要です。作成に当たっては、次の点を意識しましょう。

- ・利用者自身ができることまでサービスを設定していないか。
- ・サービスありきのプランになっていないか。
- ・これまで(要介護状態等になる前)の生活が継続できるようなものになっているか。
- ・要介護状態等を悪化させるリスクが予防されるものであるか。
- ・予防計画にあつては、頑張ればできるようになることを組み込むなど、介護予防の視点で作成されているか。

### ③サービス担当者会議

ケアプラン原案に設定した目標の共有に努めます。利用者や家族、サービス事業者の考えをすり合わせて、サービス内容や目標等について合意形成し、全員が同じ考えを共有することで、質の高いケアが行われます。

また、サービス事業者等の専門職からは、専門的見地から意見を語ってもらい、利用者が気づかなかった日常生活でのリスクを把握し、どうすればリスクを防ぐことができるかといったことを理解してもらうことも重要です。

#### ④利用者への説明と同意

サービスの利用に当たっては、利用者や家族が、ケアプランは介護保険の理念である「自立支援・重度化防止」を目指したものであることを理解し、主体的に取り組むようになることが重要です。ケアプランの説明に当たっては、以上の点についても丁寧に説明しましょう。

#### ⑤サービスの提供

サービス事業者は、利用者との接点も多く、利用者の変化に早期に気づくことが可能です。サービス事業者との情報共有をスムーズに行うことができるよう、連携の強化に努めましょう。

#### ⑥モニタリング

ケアプランに基づいて利用したサービス等が利用者の状態にどういった変化を与えたのか、十分観察してください。

また、提供したサービスと生活ニーズにミスマッチがなかったか確認します。これらの情報から、利用者や家族、サービス事業者とともにケアプランの修正点を検討し、ケアプランを修正しましょう（再アセスメント）。

## (2) 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

### ◎目標指向型のケアマネジメントを意識する

困りごとに関して、単にサービスを補完する形のケアマネジメントではなく、生活機能の低下が生じている原因や背景を分析し、課題を整理した上で個々人の興味や関心のあることを中心に目標の設定を行い、その目標達成に向けて取り組む具体的な支援内容を盛り込むことが重要です。

また、目標達成ができた先には、心身機能の向上のみならず、身近な地域においての活動や参加を果たせるような居場所や活躍の場の創出を合わせて行うことにより、より具体的な個々の目標設定及び支援方針が導き出せることが重要です。

### ◎利用者のための目標設定がポイント

目標指向型プランが立てられていても、計画作成者が利用者の意欲や認識、意向を汲み取らなければ、利用者と目標を共有することはできません。利用者が主体的になれるよう、面接を通じて利用者の興味や関心のあるものを探りながら支援することが重要です。

できるだけ活動や参加を意識した具体的な目標を利用者とともに設定しましょう。

### (3) 介護予防ケアマネジメントの種類

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、以下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)

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。

#### 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、原則的ケアマネジメントと同様であるが、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施する。

#### 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。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、ケアマネジメントの結果(「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取り組み」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 橋本市の取り組み

橋本市では、自立支援・重度化防止のケアマネジメントを推進するため、以下のような取り組みを実施しています。

### **(1) 医療・介護連携に向けた取り組み**

高齢者が自分らしく安心して在宅生活を過ごすことができるよう、医療・介護連携の強化を推進するため、橋本保健医療圏在宅医療・介護連携推進協議会を開催し、在宅医療と介護に関する課題の抽出、対応策の検討等を行い、地域における在宅医療と介護連携の推進に努めています。また、医療機関から退院する高齢者に対しては、「橋本保健医療圏域における退院調整ルール」を活用し、切れ目のない支援につながるようにしてください。

### **(2) 自立支援型地域ケア個別会議の開催**

本市では、介護保険制度の理念である「できる限り在宅で自立した日常生活を継続できるように支援すること」の実現、ケアマネジメントの質の向上を目指し、「自立支援型地域ケア個別会議」を開催しています。専門職（理学療法士・作業療法士・管理栄養士・歯科衛生士・薬剤師）からの意見等を参考に、今後のケアプラン作成に活用してください。

### **(3) 地域支援型地域ケア個別会議の開催**

本市では、地域で気がかりな方をいかに支えていくかについて、地域の方々や多職種で協議する中で、住み慣れた地域での生活を継続できるように開催しています。

### **(4) 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のプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているか、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに、「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り健全な給付の実施を支援することを目的に実施しています。

様式6 **興味・関心チェックシート**

作成日： 令和 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 様

性別： 男・女 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・マージャン・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( )			

チェック日：令和 年 月 日

### 基本チェックリスト

利用者：

実施者：

No.	質 問 事 項	回 答 ( どちらかに○印を お付けください )	
1.	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2.	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3.	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4.	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5.	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6.	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7.	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8.	15分くらい続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9.	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10.	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11.	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12.	身長                    cm ・ 体重                    kg (BMI                    ) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が18.5未満の場合に該当する		
13.	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14.	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15.	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16.	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17.	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18.	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われますか	1. はい	0. いいえ
19.	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20.	今日が何月何日か、わからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21.	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22.	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくな った	1. はい	0. いいえ
23.	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに 感じられる	1. はい	0. いいえ
24.	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25.	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ



# 栄養・口腔アセスメント

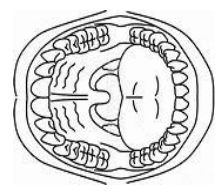
事業者名:

氏名	性別	調査日	年	月	日
(ふりがな)					

## 栄養

質問項目	現状	備考
右記の疾患等について、医師から食事に関する指示はありましたか 1 指示のあった項目に「○」を記入してください	高血圧・心臓病 腎臓病 骨粗鬆症 貧血 肥満 脂質異常症(高脂血症) 油を使った料理 肝臓病 他栄養 その他(備考に入力)	指示の内容等
右記の食品について、ほぼ毎日食べているものに「○」を記入してください 2	肉 魚介類 卵 大豆・大豆製品 牛乳・乳製品 緑黄色野菜 海藻類 いも 果物 油を使った料理	

## 口腔機能

質問項目	評価尺度	現状	備考
1 歯科受診の状況について かかりつけ歯科医はありますか	①ある。定期的受診 ②ある。痛み・不具合のある時受診 ③ない。2年以上受診していない		
2 入れ歯の使用状況 (入れ歯のある方のみ)	①いつも使う ②食事の時だけ使う ③食事の時以外に使う ④持っているのに使わない		該当する部分を○で囲んでください。 (上) 総入れ歯 : 部分入れ歯 (下) 総入れ歯 : 部分入れ歯
3 自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛み砕けますか	①両方できる ②片方だけできる ③どちらでもできない		
4 どれくらいの噛みごたえのものから食べられますか?	①餅だこ、たくあん、ビーフステーキ ②かまぼこ、薄切り肉、れんこん、おこわ ③軟飯、バナナ、ナスの煮つけ ④③の食品も噛めない		
5 現在残っている自分の歯の状況を教えてください。		 右上 _____ 本 左上 _____ 本 右下 _____ 本 左下 _____ 本 不明	気になる点などについて自由記載
特記事項			
6			医師・歯科医師等の指示または連携

食事内容	食事内容
朝食	分
昼食	分
夕食	分
水分	分
間食	分

※朝食、昼食、夕食、間食についておむねの食事の量にご記入をお願いします。  
(記入例) ごはん: 粥1杯 食パン: 1枚 おかず: 小鉢1杯 など