五條市ケアマネジメントに関する基本方針

資料②

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和2年5月

１、根拠

　平成29年の「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組みが全国で実施されるよう制度化され、これに対する評価指標が示された。様々な評価指標のうち、ケアマネジメントについては、「高齢者の自立支援、重度化防止等に資するように、介護支援専門員に対して保険者の基本方針が伝えられているか。」という評価指標が設定されており、このため、介護保険制度の根幹であるケアマネジメントの在り方を保険者と介護支援専門員で共有し、より良い介護保険事業の運営を目指すために、基本方針を作成するものである。

２．理念

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

　保険給付は、要介護状態等の軽減また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いる（同法第2条第2項）とともに、被保険者の選択に基づき行われるものであり（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されなければならないものである。

３．ケアマネジメントについて

　介護保険制度の理念である「尊厳の保持」及び「自立支援」「利用者本位」を具現化していくための手法として導入されたものが「ケアマネジメント」である。

　高齢者の状態を適切に把握し、自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものである。

　「ケアマネジメント」とは、個々の要介護者の心身の状況や置かれている環境、希望などを十分把握分析したうえで、状態の悪化をできるだけ防止する視点に立って、介護保険サービスのほか、さまざまなサービス等を調整し総合的かつ効率的に提供するための仕組みであり、介護支援専門員が中心となって実施する。

（ケアマネジメントの手順）

①　要介護者の状況を把握し、生活上の課題を分析する。（アセスメント）

②　総合的な援助方針、目標を設定するとともに、①に応じた介護サービス等を組み合

わせる。（プランニング）

③　①及び②について、ケアカンファレンス等により、支援に係わる専門機関で検証、

調整し、認識を共有したうえで（多職種協働）、ケアプランを策定する。

④　ケアプランに基づくサービスを実施するとともに、継続的にそれぞれのサービスの

実施状況や要介護者の状況等を把握（モニタリング）し、ケアの内容の再評価、改

善を図る。

４、ケアマネジメント基本方針について

介護保険法の理念に基づき、「自立支援」を

　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、要支援・要介護状態になっても、主体的な選択により、介護サービスやその他の支援を利用しながら、本人が望む、生活の質が保たれた自分らしい生活を営むことに対する支援

と定義する。

　また、自立支援のためのケアマネジメントを行っていくために、「自立支援」の視点や一連のケアマネジメントプロセスの再認識等が必要であることから「ケアプラン点検」「給付実績を活用した医療情報との突合・縦覧点検等」「集団指導」「実地指導」等の機会を通して保険者としての支援を行うこととする。

５、具体的な取り組み方針について

　ケアマネジメント業務において下記の通り留意して取り組むこととし、保険者はこれに対し支援を行う。

（１）介護予防ケアマネジメント

①　利用者が可能な限りその居宅で自立した日常生活を営むことができるよう配慮されているか。

②　生活上の困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめることなく、自立

支援に資するよう、心身機能の改善、地域の中で生きがいや役割をもって生活でき

るような居場所に通い続ける「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプロー

チしているものになっているか。

③　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

と福祉サービスが、多様な事業者から、総合的・効率的に提供されるよう配慮され

ているか。

④　地域での社会参加の機会を増やし、状態等に応じ、自身が地域の支え手になること

を目指したものであるか。

⑤　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、提供されるサービス

が特定の種類や事業者に不当に偏ることがないよう、公正中立に作成されているか。

⑥　インフォーマルサービスや本人、家族のできることを位置付けているか。

⑦　多職種からの助言を取り入れているか。

（２）居宅介護ケアマネジメント

①　利用者及びその人を取り巻く環境について多方向からの客観的な情報収集をおこ

なっているか。

②　生活感、価値観、人生観などを含めた全体像のアセスメントをおこなっているか。③　医師や看護師などの専門職による視点からの観察情報、利用者の生活歴や家族状況、

（介護力や家族背景等）など、その人の取り巻く環境全般について情報収集をおこ

なっているか。

④　利用者が今どういう状況にあり、なぜサービスを必要としているのか、自立支援に

必要な本当の支援は何かを分析し、ニーズを引き出しているか。

⑤　支援が必要な状況を明らかにするだけでなく、利用者及び家族ができることをアセ

スメントしているか。

⑥　表面に現れていることを「問題」としてとらえるのでなく、問題を引き起こしてい

る原因や背景を明らかにしていき「課題」をつかんでいるか。

⑦　自立に向けた支援、利用者のＱＯＬを高める視点で分析しているか。

⑧　利用者本人や家族が希望するニーズのみ対応するのでなく、専門職として知識と技

術をもとに分析をしているか。

⑨　目標を達成する手段として、適切な内容になっているか。

⑩　個々の短期目標の積み上げの上に、長期目標の達成があり、長期目標の先に利用者

の目指すその人らしい生活が見えてくるという関連性を常に意識しているか。

⑪　どのような危険が予測されるのか、緊急事態とはどのような状況を想定するのかな

ど、個々の利用者の状態像に応じたリスクマネジメントの視点をもっているか。

⑫　家族の介護に対する思いを受け止め、その思いを支える視点を持つと同時に、家族

も利用者の支援を担うチームの一員として、目標達成に向けてアプローチをしてい

るか。

⑬　多職種からの助言を取り入れているか。

⑭　利用者本位のサービスが位置付けられているか。

⑮　インフォーマルサービスや本人、家族のできることを位置付けているか。

⑯　利用者自身はどのような生活を目指したいと考えているか。利用者の意向を踏まえ

たうえで、どこまでの改善が可能かという目標設定が明確になっているか。また自

立支援を目標としたものになっているか。

⑰　個別性のあるものとなっているか。

⑱　機能訓練等を取り入れ、各利用者に応じた自立、重度化防止のものとなっているか。