

ふじみ野市ケアマネジメントに関する基本方針

1 策定の趣旨

ふじみ野市では、介護保険の理念に基づき、高齢者の尊厳の保持、自立支援・重度化防止及び生活の質（QOL）の向上に資するようケアマネジメントの質の向上を図るとともに、ケアマネジメントの在り方を保険者と介護支援専門員及び地域包括支援センター職員が共有することで、より良い介護保険事業の運営を図るため、この基本方針を策定します。

2 介護保険制度の基本理念

介護保険制度の基本理念は、介護を必要とする方（以下「利用者」という。）の「尊厳の保持」と「自立支援」であり、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ます。

また、介護サービス等は利用者の選択に基づき行われるものであり、利用者の自立支援・重度化防止という理念に沿って検討されなければならないものです。

(1) 尊厳の保持・自立支援（介護保険法第1条）

利用者の尊厳（本人が本人であること）を保持し、自立を支援することを目指しています。

（目的）

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。

(2) 利用者本位（介護保険法第2条）

利用者の選択により、多様な主体から必要な量と内容のサービスが提供される制度です。

（介護保険）

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 略

3 第1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。

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、自立支援及び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す。高齢者の状態像を適切に把握し、自立支援に資するサービスを総合的かつ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す。ケアマネジメントとは、要介護者等それぞれの心身の状況や置かれている環境、希望などを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、介護保険サービスを含め、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す。

4 ケアマネジメントの基本方針について

【自立支援・重度化防止に資するケアプランのための保険者としての支援】

「自立支援・重度化防止」とは

「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、自分が望む、生活の質が保たれた自分らしい生活を営むための支援」のことです。

利用者のQOLの向上につながり、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は、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す。

そのため、本市は、介護支援専門員研修、実地指導、ケアプラン点検等の機会を通じて、介護支援専門員等への支援を行うとともに、自立支援型地域ケア会議の開催により、多職種と協働して個別課題の解決を図ることで、多職種との連携・協働体制を構築し、自立支援に資するケアマネジメントの質を高め、また、不足している社会資源等の地域課題を共有し、施策に繋げていきます。

【介護予防支援に関する基本方針】

- ① 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に配慮することとする。
- ② 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することとする。
- ③ 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、指定介護予防サービス等が特定の種類又は事業者等に不当に偏らないよう、公正中立に行うこととする。
- ④ 市、地域包括支援センター、他の指定介護予防（居宅介護）支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者（障害者支援）、その他地域における様々な取組を行う者等との連携に努めることとする。

- ⑤ 利用者の介護予防に資するよう行うとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行うこととする。
- ⑥ 介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス計画を策定することとする。
- ⑦ 自らその提供する介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図ることとする。

【居宅介護支援に関する基本方針】

- ① 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することとする。
- ② 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、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮することとする。
- ③ 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、指定居宅サービス等が特定の種類又は事業者等に不当に偏らないよう、公正中立に行うこととする。
- ④ 市、地域包括支援センター、他の指定居宅介護（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（障害者支援）等との連携に努めることとする。
- ⑤ 要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行うとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行うこととする。
- ⑥ 現状分析（アセスメント）から導き出した自立支援に資する課題（ニーズ）に対応し、具体的に何を行うかが明確で、利用者の意欲が湧くような一定期間後に実現可能な目標志向型の介護サービス計画を策定することとする。
- ⑦ 自らその提供する居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図ることとする。

5 ケアマネジメントの取組についての留意事項（チェックリスト）

ケアマネジメント業務において、介護支援専門員は次の事項に留意して取り組むこととしてください。

【留意事項】

◆ アセスメント（課題分析）

① 情報収集

- 利用者及び利用者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行っているか。（課題分析標準23項目を備えているか。）
- 医療連携等を行い、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、家族背景等）など、利用者を取り巻く環境全般について情報収集を行い、利用者の全体像を捉えているか。

- 利用者が今どのような状況にあり、何故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た上で、ニーズを引き出しているか。(単に要望とサービスを結びつけるだけにならないように配慮しているか。)

②分析

- 表面に現れている現象を「問題」として捉えるのではなく、問題を引き起こしている原因や背景、その相互関係を明らかにしていくことで「真の課題」をつかんでいるか。
- 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(ストレングス)をアセスメントしているか。
- 困っていることのみを把握するのではなく、予後予測(緊急事態の予測、リスクマネジメント)に配慮した視点でアセスメントしているか。
- 利用者本人の支援だけでなく、主たる介護者を支援する視点及び虐待防止の視点をもってアセスメントしているか。
※ 必要に応じて地域包括支援センター等と連携し、支援を受けること。
- 利用者本人や家族が希望するニーズのみに対応するのではなく、専門職として知識と技術を基に分析を行う努力をしているか。
- 自立に向けた支援、利用者のQOLを高める視点で分析をしているか。

◆ケアプランの作成(個別性に応じた計画作成)

- 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(利用者本位)、どこまでの改善が可能か、という自立支援を目標とした明確な目標設定となっているか。本人、家族のできることを位置づけているか。
- 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、長期目標の達成の先に、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。
- 目標を達成する手段として適切なサービス内容となっているか。
- 個別のサービス内容については、「誰が、いつまでに、どのような方法で、どのくらいの頻度で」サービスが提供されるのかが具体的に示されているか。
- 機能訓練等を取り入れ、各利用者に応じた自立支援、重度化防止のものとなっているか。
- 利用者のニーズに即した過不足のない、安全なケアが行われることに配慮されたサービスになっているか。
- 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等、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があるか。

- 自立支援型地域ケア会議への参加や地域包括支援センターへの相談等により、多職種からの助言を積極的に取り入れているか。
- 地域との交流について地域資源を利用し、インフォーマルサービスを位置づけ、環境の充実を図っているか。
- 個別性のあるものとなっているか。（生活に本人の意向を取り入れ、漫然と利用者全員が同じ生活となっていないか。）

◆ サービス担当者会議（ケアカンファレンス）の開催

- 利用者に関わるサービス担当者（多職種）が、それぞれの立場から利用者を観察し、専門的な視点で評価を行い、利用者及び利用者家族を含めたケアチームの情報共有及び合意形成のための話し合いの場として、サービス担当者会議が実施すべき時期（新規申請、更新申請、区分変更申請、ケアプランの変更（軽微な変更を除く。）を行おうとするとき等）に、また、必要に応じて開催されているか。
- 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、目標達成に向けて一緒に関わって欲しいというアプローチがされているか。

◆ モニタリング

- 作成したケアプランを漫然とこなすのではなく、ケアプランの有効性の検証のため、以下のポイントを適切に評価し、その結果をケアプランに反映させているか。

- ①目標の達成度（P D C Aサイクルの確認）
- ②ケアプランに基づき、サービスが適切に実施されているか
- ③利用者や家族に新たなニーズが発生していないか
- ④サービス担当者の意見・評価・要望
- ⑤利用者や家族のサービスに対する意向

(※ 参考)「介護保険施設等実地指導マニュアル（改訂版）」厚生労働省