三豊市ケアマネジメントに関する基本方針について

令和3年9月1日 策定

1. 策定の趣旨

介護支援専門員は、介護保険法並びに関係法令等を遵守し、制度全般の専門的な知識と利用者への深い理解により、自立支援・重度化防止に資することを目的としたケアマネジメントを行う必要があります。

ケアマネジメントは介護保険制度の根幹であり、そのあ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(以下「ケアマネジャー等」という。)で共有するとともに、ケアマネジメントの質を向上させることで、より良い介護保険制度の運営を図ることができると考え、次のとおり基本方針を定めることといたしました。

ケアマネジャー等の皆様におかれましては、本基本方針の内容を踏まえ、ご理解、ご協力をよろしくお願いします。

2. 居宅介護ケアマネジメントに関する基本方針について

本市では、「三豊市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等に関する条例」(平成30年市条例第27号)第2条に規定する「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」(平成11年厚生労働省令第38号)に基づき、居宅介護ケアマネジメントに関する基本方針を次のとおりとします。

居宅介護ケアマネジメントに関する基本指針

- ① 居宅介護ケアマネジメントは、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 居宅介護ケアマネジメントは、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して行われるものでなければならない。
- ③ 居宅介護ケアマネジメントの提供にあたっては、利用者の意思と人格を尊重し、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又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、市、地域包括支援センター、他の 指定居宅介護支援事業者、指定居宅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)等との連携に努めなければならない。
- ⑤ 指定居宅介護支援事業者は、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わなければならない。
- ⑥ 指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する居宅介護ケアマネジメントの質の評価を 行い、常にその改善を図らなければならない。

3. 介護予防ケアマネジメントに関する基本方針について

本市では、「三豊市指定介護予防支援事業等の事業の人員及び運営等の基準等に関する条例」 (平成 26 年三豊市条例第 28 号)第2条に規定する「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」 (平成 18 年厚生労働省令第 37 号)に基づき、介護予防ケアマネジメントに関する基本方 針を次のとおりとします。

介護予防ケアマネジメントに関する基本方針

- ① 介護予防ケアマネジメントは、その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して行われるものでなければならない。
- ② 介護予防ケアマネジメントは、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して行われるものでなければならない。
- ③ 介護予防ケアマネジメントの提供にあたっては、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、利用者に提供される指定介護予防サービス等が特定の種類又は特 定の介護予防サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければ ならない。
- ④ 介護予防ケアマネジメント事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、老人 介護支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の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(障害者支援)、住民による自発的な活動によるサービスを含 めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければならない。
- ⑤ 総合事業においては、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも利用者の生活上の何らか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のではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるようない場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。
- ⑥ 介護予防ケアマネジメントは、利用者の介護予防に資するよう行われるとともに、医療 サービスとの連携に十分配慮して行わなければならない。
- ⑦ 指定介護予防支援事業者は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の維持・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しなければならない。
- ⑧ 指定介護予防支援事業者は、自らその提供する介護予防ケアマネジメントの質の評価を 行い、常にその改善を図らなければならない。

4. ケアマネジメントの質の向上について

より適切なアセスメント(課題把握)、モニタリング、評価を行うため、国から示されている「「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について(平成26年6月17日発出、介護保険最新情報vol.379)」の積極的な活用をお願いします。以下の様式は、「かがわ介護保険情報ネットーケアマネジャー支援情報」内にあります。

① 課題整理総括表

利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した過程について、他職種協働の場面等で説明する際に適切な情報共有に資することを目的とします。

自立	した日常生活の	(1)	-000-194-00013		······································	(2)	de to attende on			(3)	nerebrasion and account of the comment	利用者	び家族の				
10	組書要因 (Pの状態、環境等)	(4)				5	********			6			する意向				
状況の事実 ※1		現在 ※2				要因※3 改善/維持の可能性※4				備考(秋汉・支援内容等)		見通し※5		5 生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】			
移動	室内移動			一部介助				1839	悪化							_	
	屋外移動			一般会助		1	3.8	RE39	表化								
食事	食事内容		支険なし	支撑あり			改善	1670	悪化								
	食事摂取			-81 (c) NO		<u> </u>	改善	1531	悪化								
	課理			制分数			38	18.79	悪化								
排泄	排尿・排便		支撑なし	支牌あり			本者	1879	悪化								
	排泄動作	自立 男	194 -	一部分物	全分数	-	88	1870	悪化								
口腔	口腔衛生	1 3	支撑なし	支撑あり			8.5	推拍	悪化								
	口腔ケア	自立 男	(守U -	一部分助	全分数		改善	1619	悪化								
服薬		商立 男	equ -	-新介物	全分数	A Land South	8.9	1879	悪化								
入浴				- 部分取		-	8:8	1830	悪化								
更衣				・部分期		-	改善	18.79	悪化								
網除				- 部介助		-	改善	16.19	悪化								
3.2		en s	t94 -	- 部分和	全分類	100	改善	1679	悪化								
整理・物品の管理		自立 友		一部会物		-	36	18.79	悪化								
金銭管理		自立 見	守り -	一部分助	全分助	-	3.6	18.79	悪化								
頁物				一部分別		·	改得	18.70	悪化								
コミュニケーション能力		1	支障なし	支撑あり	ries on		8.0	18.70	悪化								
認知		- 23	支撑なし	支撑あり			改善	1610	悪化								
社会との関わり		- 2	支頭なし	支撑あり			改装	1870	悪化								
褥癒・皮膚の問題		支牌なし 支牌あり				改領	1679	悪化									
行動・心理症状(BPSD)		- 3	支撑なし	支撑あり			改善	66.39	悪化								
介護力(家族関係含む)		- 1	支撑なし	支算あり			改善	1679	悪化								
居住理	填	3	支牌なし	支降あり			8.0	HE 20	悪化								
		1					28	1610	悪化								

② 評価表

ケアプランに位置付けたサービスについて、短期目標に対する達成度合いを評価することで、より効果的なケアプランの見直しに資することを目的とします。

評価表

5. ケアプラン点検について

本市では、地域支援事業の任意事業における介護給付費適正化事業として居宅介護支援事業者を対象としたケアプラン点検を実施しています。ケアプラン点検は、国から示されている「ケアプラン点検支援マニュアル(平成20年7月18日発出、介護保険最新情報vol.38)」の趣旨に従って行います。

基本的には運営基準違反やサービスの不適正な利用がないかを確認するといったものではなく、「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・重度化防止に資する適切なケアプランとなっているか」を保険者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、保険者においても介護支援専門員が抱える問題点の把握、必要な措置の検討、今後の市の施策等に有用な情報収集の場になるものと考えて実施しています。

〇ケアマネジメント重点留意事項 チェックリスト

No.	チェック	内容
1		課題分析は、利用者の有する課題を客観的に抽出するための手段として合理的と認められる適切な方法を用い、課題分析標準23項目を備えていますか。
2		医療連携の重要性・必要性を認識し、主治医からの情報収集に努めていますか。
3		課題分析において利用者が「自立」ではない場合、具体的に「何ができないのか」 を確認し、それを誰が支援しているのかアセスメントできていますか。
4		現在、困っていることのみを把握するのではなく、他職種からの情報収集に努め 予後予測にたった視点でアセスメントをしていますか。
5		介護保険サービスのみではなく、インフォーマルな社会資源などの活用について 意識をし、アセスメントを行っていますか。また、必要に応じて活用しています か。
6		各利用者に応じた自立支援・重度化防止の視点に立ち、アセスメントの中で機能 訓練等の必要性を判断していますか。
7		利用者の生活の質を高めるための視点で課題を分析し、利用者の意向を踏まえたうえで目標を設定していますか。
8		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、そのニーズが本 当に必要かどうか分析する努力をしていますか。
9		課題分析を通じ、ニーズの把握に努め、長期目標・短期目標・サービス内容に整合性がある計画書を作成することに努めていますか。
10		家族介護が可能な場合、家族の介護への思いや実際にどの程度支援が可能かを確認し、プランに位置付けていますか。また、家族介護ができなくなる場合に代替サービスが必要となる内容についてプランに位置付けていますか。
11		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ほしいというアプローチがされていますか。
12		画一的なプランではなく、利用者の個別性を尊重したプランを作成していますか。