

令和4年4月1日

ケアマネジメントの基本方針

日南町

【介護支援専門員の行うケアマネジメントの質を向上させる意義】

ケアマネジメントの質を向上させる意義は、介護保険制度が目指す「自立支援」の理念を実現することにある。介護保険制度は、高齢者が要介護状態等になっても、尊厳を保持して、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することを目的としている。ケアマネジメントは高齢者が自立した日常生活を営むという目的のために、高齢者の現状や自立した日常生活に向けての希望を十分に把握し、それを踏まえてその人にとって最もふさわしいサービスが利用できるよう支援する仕組みである。

介護支援専門員は、要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に対応し、要介護者等がその心身の状況等に応じた適切なサービスを利用できるようサービス利用を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものである。つまり、ケアマネジメントを動かす介護支援専門員の働き方によって要介護者等の生活は大きな影響を受ける。

したがって、介護支援専門員の行うケアマネジメントの質の向上は、高齢者が自立した日常生活を営むという目的を達成するために常に求められていることである。

【介護支援専門員の行うケアマネジメントの質を向上させる手法】

介護支援専門員の行うケアマネジメントの質を向上させる手法はいくつか考えられるが、まずケアプランが適切に作成されているかを確認することが大切である。その理由はケアプランは介護保険制度の目的である利用者の自立支援のために各種サービス・サポートを導入する根拠となるものだからである。ケアプランは「ケアマネジメントの中核」とであるといえる。ケアプランに着目した①「自己点検」、②「ケアプラン点検」、③「多職種との連携・協働」の手法によるケアマネジメントの質の向上が必要と考えられる。

なお、本町において実施される『ケアプラン点検』『自立支援検討会』『在宅支援会議』『地域包括ケア会議』の機会を通じて、「自己点検」「ケアプラン点検」「多職種との連携・協働」の研鑽を積み重ねると共に、介護支援専門員が日々の業務における内省や研修への参加等により、自己研鑽を積みながら質の向上を図っていくことができると考える。

(参考)

*介護保険法第一条 目的

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、排泄、食事等の介護、機能訓練なら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かかる給付を行うため、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。

*介護保険法第二条 介護保険

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

に、医療との連携に十分配慮して行わなければならない。

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。

*介護保険法第四条 国民の努力及び責務

1 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

*介護保険法第7条5 (26年6月25日改正)

この法律において「介護支援専門員」とは、要介護者又は要支援者（以下、「要介護者等」という）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業（第百十五条の四十五第一項第一号イに規定する第一号訪問事業、同号ロに規定する第一号通所事業又は同号ハに規定する第一号生活支援事業をいう。以下同じ。）を利用できるよう、市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者、特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第六十九条の七第一項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。

ケアマネジメントの考え方（介護支援専門員）

令和4年4月1日

1. アセスメント

①基本情報（基本情報に関する項目）

○本人を取り巻く人間関係や関係機関との関係図、本人の人生の経歴なども（徐々に）把握していく

②アセスメントシート（事実確認、要因の把握・分析、事後予測、目標の導き出し）

○要支援者・事業対象者：基本チェックリスト、介護予防のアセスメント「2」、生活機能評価などの活用

○要介護者：アセスメントシート（アセスメントに関する14項目を含む）

○その他のシート

・自立支援検討会：アセスメントに関する項目（チェックポイントシート）

・興味・関心シート ・課題分析総括表 ・エコマップ など

③主治医意見書

2. 介護支援専門員の分析

○本人・家族に認識がある生活ニーズと本人・家族に認識はないが必要な生活ニーズ

○国際生活機能分類（ICF）の考え方の活用

○本人、家族の思いは本人、家族の言葉を丁寧に聞き取り、そのままを表現していく。
介護支援専門員が要約したり専門用語に置き換ええない。

○本人、家族と介護支援専門員や介護スタッフの目標、意図のズレの確認

1) 上記アセスメントで本人・家族からの強み（本人の自覚がない部分も含む）や（サービスを活用してもよい）生活の目標としてやりたいことの確認

2) 上記アセスメントから本人の生活で支援を必要とすることを具体的に出してみる。

(1) 生活で現在、支援を受けている内容

① 支援の内容が継続でよいか、変化が必要か

(2) 生活で支援が必要だが支援を受けていない、支援が不十分な内容の一つ一つについて下記を考える。

① 本人の能力の向上が可能か（事後予測）

② 環境の改善・用具の活用などで改善が可能か

③ 家族やフォーマル・インフォーマルなサービス利用で支援して生活を整えるか

(3) 誰に、何を依頼するか、働きかけるか

① 本人

② 家族

③ 介護サービス

a. サービス時間内での自立支援を考えた支援を依頼

b. サービス時間の支援だけでなく、本人が家で生活する動作（ADL・IAD）が改善されるために介護サービスができることを行う視点が必要なことを共有する

c. 本人の生活状況、能力でよくわからない部分の把握の依頼：目標設定を介護

サービスと協働しても良い

- ・サービス担当者会議、個別援助計画評価など

④ インフォーマルサービス

- ・近所、親戚、民生委員などの個のインフォーマルサービス
- ・介護医療関係ガイド(ファイル)の活用:介護保険以外の医療・福祉・障害などのサービスの掲載があります。
- ・地域の集いや人生学園等、その他、地域包括支援センター等へ問い合わせして下さい。

3) アセスメントにおけるの生活ニーズを本人(及び家族)と確認する。

3. 居宅サービス計画・介護予防サービス計画の作成と合意

4. サービス担当者会議

- 居宅サービス計画・介護予防サービス計画に基づいた通所介護計画や訪問介護計画の確認
- 介護支援専門員のアセスメント分析を関係者が共有できる
 - ・介護支援専門員が分析したすべてでなくても伝えたい内容
 - ・サービス事業所へのより把握したいより詳細なアセスメント依頼など

5. 実施 モニタリング→再アセスメント

- 本人・家族及びサービス事業所とともに利用者の解決すべき課題の変化の有無の把握

【自立支援検討会の視点】

自立支援検討会は事例を通じてケアマネジメント(ケアマネジャー、介護スタッフ等)の視点を確認する

- ケアマネジメントのプロセスに視点を置く
- 介護サービス個別計画のプロセスに視点を置く

