

君津市ケアマネジメントに関する基本方針

令和3年3月 君津市保健福祉部高齢者支援課

1 基本方針策定の趣旨と背景

介護保険法では、第1条（目的）において、要介護状態となり、介護、機能訓練、看護及び療養上の管理等を要する方々が、「**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…と規定されています。また、第4条（国民の努力及び義務）においては、要介護状態となることを予防するための「**健康保持増進**」、要介護状態となった場合にも介護サービスを利用して「**能力維持向上**」に努める…と規定され、介護保険制度全体を貫く理念となっています。

介護支援専門員及び地域包括支援センター職員は、この介護保険制度の理念に基づき、要介護者等の自立支援・重度化防止及び生活の質（QOL）の向上に資するケアマネジメントを行う必要があります。

この介護保険制度の根幹であるケアマネジメントのあり方を、市と介護支援専門員及び地域包括支援センター職員とで共有し、ケアマネジメントの質の向上とよりよい介護保険制度の運営を図ることを目的として本市のケアマネジメントに関する基本方針を策定しました。

介護支援専門員等の皆さまにおかれましては、本基本方針の内容を踏まえ、ケアマネジメントを実施していただきますようお願いします。

2 介護予防支援、介護予防ケアマネジメントに関する基本方針

本市では「君津市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等を定める条例」に基づき、基本方針を以下のとおり定めています。

介護予防支援、介護予防ケアマネジメントにおいては、

- 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のできるよう配慮します。
- ② 利用者の心身の状況、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、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ます。

- ③ 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介護予防サービス等が、特定の種類、特定の事業者等に不当に偏ることのないよう、公正中立に行います。
- ④ 市、地域包括支援センター、指定介護予防支援（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）、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ます。
- 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います。
- 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します。
- ⑦ 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、常にその改善を図ります。

3 居宅介護支援に関する基本方針

本市では「君津市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等を定める条例」に基づき、居宅介護支援に関する基本方針を以下のとおり定めています。

居宅介護支援においては、

- ① 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ます。
- ② 利用者の心身の状況、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、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ます。
- ③ 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、特定の事業者等に不当に偏ることのないよう、公正中立に行います。
- ④ 市、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援（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）等との連携に努めます。
- 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います。
- ⑥ 自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。

4 ケアプラン点検について

本市では、介護給付費適正化事業のひとつとして、居宅介護支援事業者等を対象としたケアプラン点検を実施しています。このケアプラン点検は、運営基準違反やサービスの不適正な利用がないことを確認する趣旨ではなく、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」に資するケアプランとなっているかについて、保険者と介護支援専門員等がともに検証・確認しながら、介護支援専門員等の「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しようとするものです。

※以下の留意事項一覧をチェックリストとしてご活用ください。

ケアマネジメント 重点留意事項 チェックリスト

(分類：アセスメント)

- 課題分析の情報収集及び整理は、利用者の課題を客観的に抽出するための手段として合理的に認められる適切な方法を用いていますか。(課題分析標準項目23項目)
- 利用者、家族の望む生活の具現化のため、希望、困りごと、生活を営む上での課題(自覚・無自覚)について、何故問題等が生じているのか、課題整理総括表や興味・関心チェックシート等を活用し、原因や背景の把握・分析を行い、自立支援に向けた生活課題(真のニーズ)を明らかにしていますか。
- 課題分析にあたっては、困りごとのみを把握するのではなく、多方面から情報を収集し、予後予測(改善や悪化の可能性)にたった視点で行っていますか。
- 課題分析にあたっては、介護保険サービスのみだけでなく、保険福祉サービス、インフォーマルな社会資源などの活用を意識していますか。
- 医療介護連携の重要性・必要性を認識し、医療機関からの情報収集に努めていますか。
- 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について判断をしていますか。

(分類：プラン作成)

- 専門職として、課題分析から抽出された「望む生活」、「改善可能であろう生活」に向けた生活課題(真のニーズ)を利用者や家族が前向きに受け止め、主体的に取り組めるようなケアプラン作成や働きかけを行っていますか。(利用者や家族の「要望」だけに合わせたケアプランを作成していませんか。)

- 短期目標は、「現状維持・悪化を少しでも緩やかにする、状態の改善を図る」等の自立支援の視点を保持しており、サービス事業所の個別サービス計画書の指標となっていますか。
- 目標設定にあたっては、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、ニーズの解決、利用者の目指す生活となることを意識していますか。
(目標の期間や内容は妥当であり、具体的ですか。サービス利用自体が目標となっていませんか。)
- ケアプランの内容は、利用者の日常生活全般を支援する観点から、利用者の希望や課題分析の結果に基づき、介護保険のほか、必要に応じ介護保険外のサービスも位置付けていますか。
- ケアプランの内容は、ケアチーム（利用者、家族、介護支援専門員、サービス事業者等）が目指す方向や役割を具現化したものになっていますか。また、利用者情報を共有し、担当者から専門的見地に基づく意見を求め、効率的で実現可能なものとなっていますか。
- ケアプラン作成にあたり、「利用者によるサービスの選択」の観点から、地域のサービス事業所に関する情報を利用者提供していますか。（特定のサービス事業者のみの情報を提供することや、利用者の選択を求めることなく、同一事業主体のサービス事業者のみをケアプランの原案に位置付けていませんか。）

(分類：モニタリング)

- 利用者同意を得て実施したケアプランについては、実施状況の把握、利用者や家族の意向・満足度、自立支援に向けた評価（目標の達成度等）、ケアプラン変更の必要性の確認を行い、必要に応じケアプランの変更、サービス事業者との連絡調整を行っていますか。