

伊豆の国市ケアマネジメントの基本方針

令和4年12月1日

1 趣旨

介護保険制度におけるケアマネジメントは、介護保険法に掲げる基本理念を踏まえ、本人・家族や環境等に働きかけながら適切なサービスの調整を図り、利用者自身が自立した生活を送れるよう支援する一連の過程として位置付けられています。

本方針は、自立支援に資する居宅介護支援、居宅介護予防支援及び総合事業支援（以下「ケアマネジメント」という。）により、高齢者一人ひとりが住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を営むために、ケアマネジメントに求められている多様な事項を踏まえ、本市が重要とする事項を整理し、保険者（本市）と介護支援専門員が共通の認識を持って一体的に自立支援を推進していくことを目的として、その考え方を示すものです。

2 基本的な考え方

(1) 介護サービス及び介護予防サービスの趣旨及び目的

介護サービス及び介護予防サービス（以下：介護サービス等という）は以下の目的で実施されるものとします。

- ・自立した生活が制限される課題が生じた際、又は、自立した生活が制限される可能性が明らかな場合に、その課題の解決のために利用するものであること。
- ・生活機能の維持を目的とした利用については、単に介護サービスの利用だけではなく、利用者本人の取組の習慣化や地域の活動への参加及びインフォーマルサービスの活用を検討すること。
- ・永続的に介護サービス等を行うことを前提とするのではなく、介護サービス等の人的及び物的な資源に限りがあることを踏まえ、高齢者が真に必要なサービスを受けることができる体制の確保に努めながら利用するものであること。

(2) 自立支援

利用者が、その有する能力に応じ、住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を営むことができるよう、「できないことを代わりに行う」という視点だけではなく、「自分のしたいことや自分のできることを可能な限り自分で行うための支援」及び「できないことを可能な限りできるようにするための支援」も含めて提供することであり、自立した生活のための課題を解決することを目的とします。サービス利用の終了を目的とするものではありません。

(3) 利用者本位

利用者の有する能力に応じ、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する自立した生活を営むために最も適切なサービスを利用者が選択します。

(4) 重度化の防止

ケアマネジメントを行う際は、利用者の残存機能を低下させることがないよう、利用者の生活機能を細分化して評価し、利用者が行える生活行為をサービスにより代行することのないようにします。

(5) 関係機関との連携

ケアマネジメントを行う際は、医療機関との情報共有、多職種との連携による当該職種の視点を踏まえたケアプランの作成、地域包括支援センターとの連携など、必要に応じて関係機関との連携を図ります。

3 ケアマネジメントの基本事項

(1) 課題分析

ケアプラン作成に当たり、利用者の単に心身機能が低下していることではなく、そのことが利用者やその家族が希望する利用者の自立した生活にどのように影響しているかという視点の下、健康状態・心身機能・活動（生活習慣等）・社会参加・環境を多面的に評価し、自立を阻害する因子を明確化した上で、生活レベルでの課題を分析することとします。

なお、これらのことから、利用者の課題分析を行うためには、利用者やその家族が望む「利用者にとって馴染みの関係性の中での自分らしい生活」を明らかにすることが必須となることから、本人の興味や本人のできることなどの肯定的な側面も重視しながら、本人との面接及び家族等の関係者からの情報収集を行い、利用者の生活歴及び現在の生活状況の把握のための取組を重点的に行うこととします。

課題分析例① ※明らかな生活課題が生じている利用者の場合

課題分析例② ※今後、生活課題が生じる可能性が高い利用者の場合

課題分析例①

町内の老人憩の家が閉館され（環境）、外出の機会が減ったことにより（活動）、筋力が低下し（心身機能）、一人で買物に行くことが難しくなっている。

（買物に行くための移動能力を改善させる必要がある。また、今後の活動量の確保のためにも、町内会館で行っていた活動の代わりとなる地域活動に参加するなど、外出の機会を増やしていく必要がある。）

課題分析例②

町内の老人憩の家が閉館され（環境）、外出や他者との交流の機会がなくなったことで（活動）、今後、身体機能及び精神機能の低下を招くおそれがある。

（心身機能の低下の予防のために、生活の中に外出及び他者との交流の習慣をつける必要がある）

(2) 目標の設定

ケアプランにおける目標の設定に当たっては、次の事項を満たすこととし、サービスの利用自体が目標とならないよう設定することとします。

- ア 解決すべき生活上の課題について、可能な限りその全てに対応するものであること。
- イ 課題の解決のために妥当なものであること。
- ウ 可能な限り、達成のための明確な期間が設定可能なものであること。
- エ 客観的に評価可能であり、具体的な目標であること。
- オ 利用者本人が意識しやすく、実現可能な目標であること。

考え方

「週1回デイサービスに通って▲▲する」などではなく、「■■できるようにする」ことが目標であり、前者はそのための支援内容として記載すること。疾患の特性等により、心身機能の向上や環境調整による課題の改善が見込めず、生活機能の維持を目標とする支援計画であれば、「●●を低下させない」などではなく、●●を落とさないために「本人が何をできるようにすればよいか」という利用者本人が主体的に取り組むことができ、生活に反映しやすい目標を設定すること。

(3) 支援内容

ケアマネジメントが利用者本人の自立した生活のためのものであることを踏まえ、支援内容は、ケアマネジメントの期間中及びその後において、利用者がどのような生活を送るかが明確になっていることを重視し、次の事項を満たしたものとします。

- ア 目標を達成するために必要な支援が網羅されていること。
- イ 本人の日常生活における主体的な取組を充実させること。
- ウ 利用者が行える生活行為を代行するものでないこと。
- エ 医療等の専門職の関与が必要な場合は、当該専門職からの意見聴取等、積極的な連携を図ること。
- オ 地域の活動や住民同士の生活支援等、地域とのつながりに配慮すること。
- カ 支援内容がインフォーマルサービスで対応可能な支援内容である場合は、当該サービスの活用を優先して検討すること。
- キ 専門職との連携、地域の活動及びインフォーマルサービスの調整については、地域包括

支援センター等の関係機関と積極的に連携を図ること。

ク 各関係者が正確に実施することができるよう、誰が、いつ、何をどのように行うかを明確かつ具体的に記載すること。

考え方

入浴の自立を目標とする（入浴の自立が望める）利用者に対して、通所介護等による当該目標への支援を位置づける場合、支援内容は「入浴支援」や「できない部分の介助」などではなく、「3-(1) 課題分析」に示すとおり、多面的な評価により入浴が行えない原因を明らかにした上で、利用者が入浴を自立して行うために必要な支援を検討すること。

また、「できない部分」や「介助」という抽象的な内容は避け、どのようなことを目的に支援するかを明確に記載すること。

例 ※入浴の跨ぎ動作が行えない方の場合

「浴槽の出入りの動作練習」

「跨ぎ動作に必要な筋力のトレーニング」

(4) サービスの選択

介護支援専門員は、単に利用者が希望した「サービスの利用」に係る支援を行うのではなく、利用者の有する能力に応じ、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する自立した生活を営むための制度であることを前提とし、「そのためのサービスの選択」を支援することとします。仮に利用者が希望するサービスの内容が、残存能力を低下させる可能性があるなど利用者の自立した生活のための内容と反する場合は、そのサービスが利用者の生活に与える影響及び介護保険制度の趣旨を説明した上で、自立した生活のためのサービスの選択を促すこととします。

また、正当な理由なく指定居宅サービス等が特定の種類又は事業者等に偏らないよう、公正中立にサービスに係る情報を提供することとします。

(5) 期間の設定

介護支援専門員は、利用者の課題を解決するための適切な期間を設定するものとし、健康状態・心身機能・生活習慣・環境因子を多面的に評価した結果、分析した生活上の課題が不変的な場合であって、その課題の改善のための目標を達成するために要する期間が、明らかに長期間を要する場合を除き、利用者の状況に合わせた適切な支援を提供していくことを目的として、短期目標※の期間は、原則として6か月を最長とします。

※居宅サービス計画の短期目標、介護予防サービス支援計画の目標

(6) サービス担当者会議

サービス担当者会議では、サービス計画原案の内容を確認するだけでなく、利用者の状況の詳細、介護支援専門員が分析した課題からその目標を設定した理由を説明し、利用者の目標とする自立した生活のイメージを出席者で十分に共有した上で、本人、家族及び当該計画原案に位置づけた居宅サービス等の担当者から、利用者への支援計画についての意見を聴取し、より効果的な支援計画となるよう積極的な協議を行うこととします。また、サービス担当者会議の円滑な開催が困難な場合や、医療職等の専門職の参加が必要な際にその調整が困難な場合は、必要に応じ地域包括支援センターとの連携を図ることとします。

(7) モニタリング

モニタリングに当たっては、介護支援専門員が利用者の居宅を訪問し、生活状況の聞き取り及び実際場面又は模擬的に設定した場面の観察によって、生活機能の確認を行い、目標とする生活に向けた到達状況を評価することとします。到達状況の評価によって、支援計画に位置づけるサービスが、目標を達成するためのものとして効果が認められない場合や、新たな課題が生じている場合は、支援内容を変更又は追加するなど、適宜、支援計画の変更を行うこととします。また、目標に向けて利用者の課題に改善が認められてきている場合は、「2-(2)-エ 重度化の防止」で示すとおり、利用者が遂行可能な生活行為をサービスで代行することがないように支援内容を減らすなど、適宜、支援計画の変更を行い、利用者が主体的に行う生活行為を増やすことを重要視することとします。

(8) 期間満了後の更新又は終了の判断

「3-(1) 課題分析」に示すとおり、利用者の多面的な評価を行った上で、目標の達成状況を評価することとします。評価の結果、目標が達成されておらず、支援計画を更新する場合は、これまでの支援により目標が達成できなかったことを踏まえ、目標や支援内容が適切であったかを検討し、必要に応じた修正を行った上で次期の支援計画を立案することとします。

また、目標が達成され、課題が解決された場合は、ケアマネジメントの効果を今後も継続させていくための生活を改めて利用者と共に共有し、必要に応じて地域住民や関係機関等による支援体制を構築した上で、サービスの利用を終了することとします。

(9) ケアプラン点検及び自立支援地域ケア個別会議（JTC 会議）

ケアプラン点検を受け、「自立支援」に資する適切なケアプランになっているかを検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「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るケアマネジメントにすることとします。

自立支援地域ケア個別会議（JTC 会議）等を積極的に利用し、他の専門職と共に個別事例の自立に向けてのアセスメントの視点や介護予防サービス計画の見直しの検討を重ね、介護予防ケアマネジメント及びケアの質の向上に努めることとします。