

佐倉市のケアマネジメントに関する基本方針（平成31年3月13日 第1版）

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。

このたび、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、保険者である市と介護支援専門員で共有することを目的とし、「佐倉市のケアマネジメントに関する基本方針」を策定いたしました。

居宅介護（介護予防）支援事業所におかれましては、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 居宅介護支援に関する基本方針について

本市では、「佐倉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を定める条例」（以下、「居宅介護支援基準条例」という。）の第3条、第14条及び第15条に基づき、居宅介護支援に関する基本方針を以下のとおり定めました。

【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、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、老人介護支援センター、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 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。
- ⑦ その他具体的な支援は、居宅介護支援基準条例第15条を踏まえて行うこととする。

3 介護予防支援に関する基本方針について

本市では、「佐倉市指定介護予防支援等の事業に関する基準を定める条例」(以下、「介護予防支援基準条例」という。)の第2条、第31条及び第32条に基づき、介護予防支援に関する基本方針を以下のとおり定めました。

【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 利用者の意思と人格を尊重し、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、老人介護支援センター、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。
- ⑧ その他具体的な支援は、介護予防支援基準条例第33条を踏まえて行うこととする。

3 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の一つとして、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、介護保険最新情報V o 1. 38)」の趣旨に従って行っており、基本的には運営基準違反や適切でないサービスを確認するということが目的とするものではありません。

「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」を保険者と共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ことに主眼をおいて実施しています。

※以下の重点留意事項一覧を参考としてご活用ください。

- 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。
- 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。
- 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。
- 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立った視点でアセスメントをしていますか。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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画書を作成することに努めていますか。
- 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、プランに位置づけていますか。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づけていますか。
- 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ほしいというアプローチがされていますか。
- 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。