

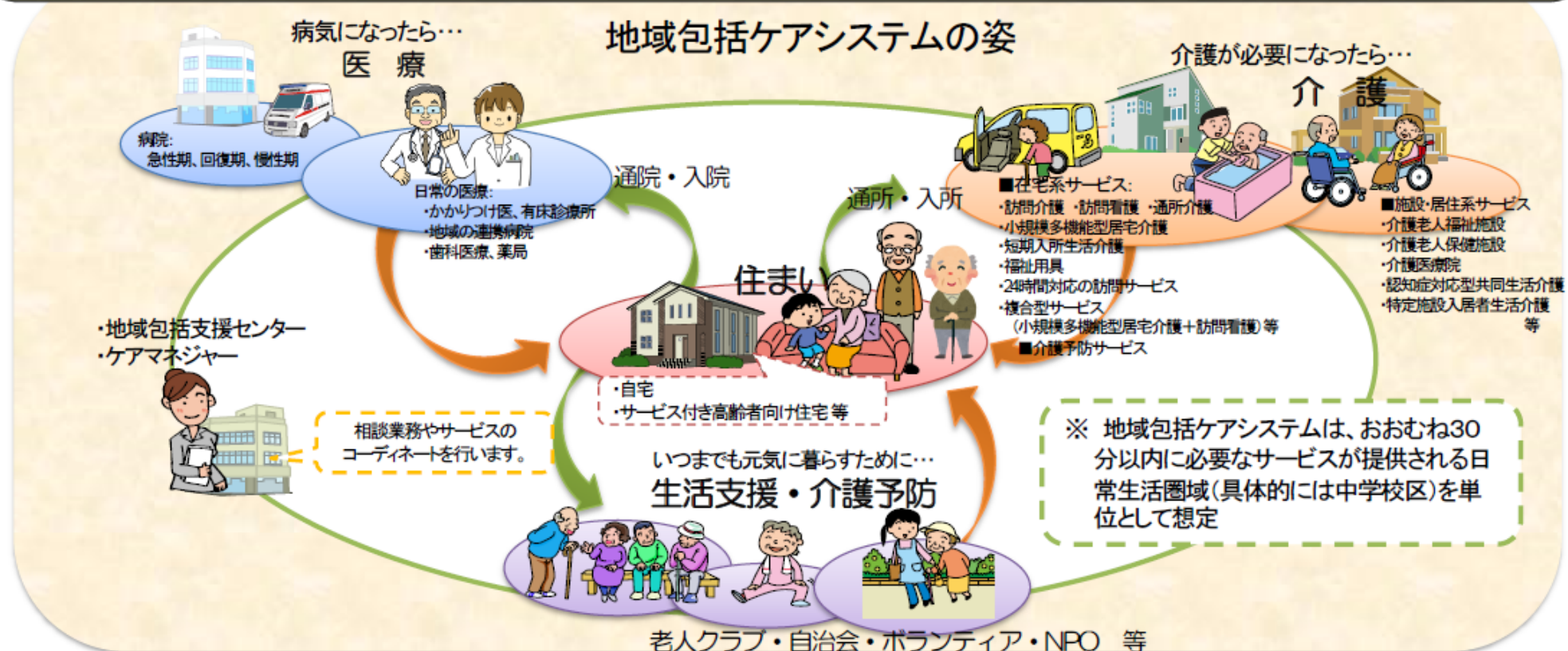
ケアマネジメント基本方針 ガイドライン

令和2年8月

本荘由利広域市町村圏組合

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



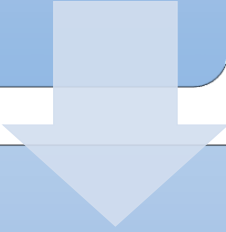
介護保険事業計画 基本理念

高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で
その有する能力に応じ
自立した日常生活を営むことを可能とする
地域づくり

「ケアマネジメント」は基本理念を具現化していく重要な手法！



高齢者の状態像を適切に把握し、自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核！

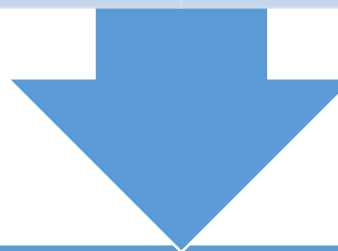


高齢者の自立支援、重度化防止等に資することを目的として「ケアマネジメント」が行われるよう「ケアマネジメントの基本方針」を策定

これまでのケアマネジメント基本方針

条例・運営基準等

サービスごとの基本方針



ケアマネジメントの基本的な
考え方はどのサービスも同じ
はず

これからのケアマネジメント基本方針

考え方を統一

基本的事項の共通認識

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

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

ケアマネジメント 基本方針

指定地域密着型サービスの事業の
人員、設備及び運営に関する基準
等

各種サービスごとにケアマネジメントに関する基本方針等は、運営基準等に記載されていますが、ケアマネジメントに対する考え方はサービスごとではなく統一した考え方とすべきと考え、「ケアマネジメント基本方針」を令和2年1月7日に策定。

ケアマネジメント基本方針

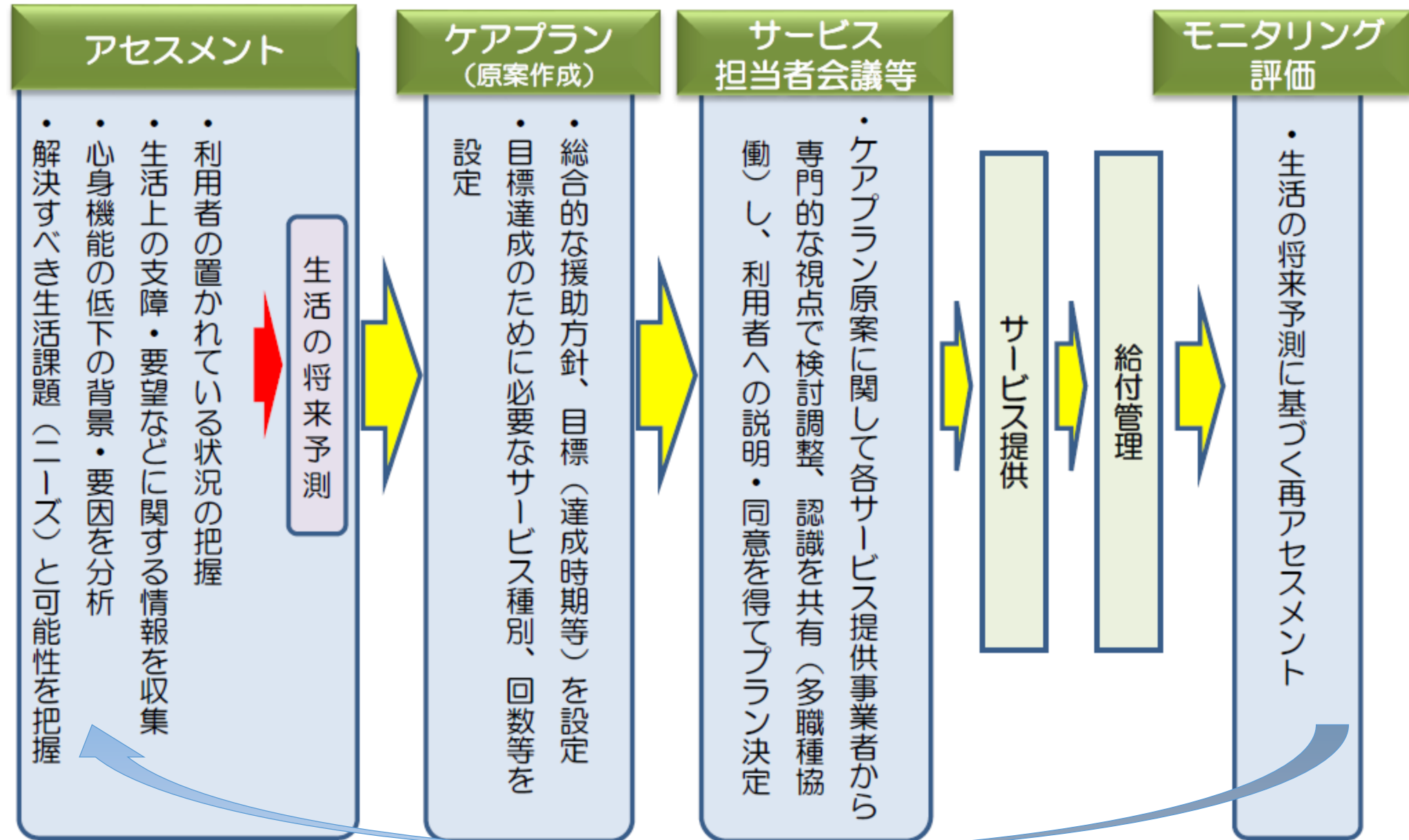
1. 利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮してケアマネジメントを行うこと。

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してケアマネジメントを行うこと。

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、公正中立にケアマネジメントを行うこと。

4. 保険者、市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、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等との連携に努めること。

ケアマネジメントの流れ



受付・契約

- 管理者は、介護支援専門員等にサービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。



サービス計画の作成は誰でもできるものではなく、専門性が求められるもの。作成できる者の要件確認が必要。

- 提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。



運営基準を網羅した重要事項説明書の整備が重要。(制度改正等注意) 説明を受け、提供の開始の同意と受領まで。

アセスメント

- サービス計画の作成にあたっては、適切な方法（課題分析標準23項目参照）により、利用者についてその有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。
- アセスメントに当たっては、（利用者の居宅を訪問し、※）利用者及びその家族に面接して行わなければならない。



居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能等においては、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合を除き必ず利用者の居宅を訪問。

ツールの活用

- 課題の整理に迷ったら「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」にある課題整理総括表を活用して課題整理しましょう。

課題整理総括表

利用者名		殿			
自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)	①	②	③	④	
	⑤	⑥			
状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容等)
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
食事	食事内容	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
掃除	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
買物	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
コミュニケーション能力	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
認知	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
社会との関わり	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
褥瘡・皮膚の問題	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
行動・心理症状(BPSD)	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
介護力(家族関係含む)	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
居住環境	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
			改善 維持 悪化		

※1 本表は紙媒体でありシステムツールではないため、必ず別に紙媒体情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。

※2 介護支援専門員が収集した事象的事実を記載する。選択肢に○印を記入。

※3 原因の記述が「自立あるなし」以外である場合に、そのよう状況をもたしている原因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。

※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

作成日		
利用者及び家族の 生活に対する意向		
見 通 し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための課題内容と、それが提供されることにより見込まれる事象の状況(目標)を記載する。

※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「—」印を記入。

生活意欲が低下している高齢者等については、具体的な目標を表明しない場合も少なくありません。そのようなときは、ケアマネジメント等において、高齢者等の興味・関心に気付くヒントを得るためのツールである、「興味・関心チェックシート」を活用しましょう。

興味・関心チェックシート

氏名：_____ 年齢：_____ 歳 性別（男・女） 記入日：H____ 年 ____ 月 ____ 日

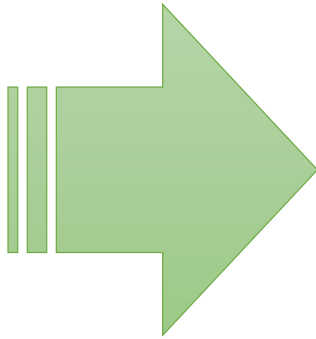
表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思い当たるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 （町内会・老人クラブ）				賞金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

ケアプランの原案作成

- サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにしなければならない。
- サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めてサービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

- ・介護支援専門員等は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。



- ・複数の指定居宅サービス事業者等の紹介の求めがあった場合等には誠実に対応するとともに、居住する地域の指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供する。
- ・利用者の意思に反して、集合住宅と同一の敷地内等の指定居宅サービス事業者のみを計画に位置付けるようなことがあってはならない。

- 介護支援専門員等は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。

サービス担当者会議

- ・介護支援専門員等は、サービス担当者会議（介護支援専門員等がサービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者を招集して行う会議をいう。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師の意見を勘案して必要と認める場合その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

- 介護支援専門員等は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。
- イ 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合
- ロ 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

- 居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能等においては、
- 介護支援専門員等は、サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時、サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由をサービス計画に記載しなければならない。

サービス提供・給付管理

- ・介護支援専門員等は、サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。
- ・介護支援専門員等は、サービス計画を作成した際には、当該サービス計画を利用者(及び担当者※)に交付しなければならない。
- ・介護支援専門員等は、サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問介護計画等指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。



居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能等においては、原案に位置付けたサービス等の「担当者」にも交付が必要。

モニタリング

- ・介護支援専門員等は、サービス計画の作成後、サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じてサービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。
- ・居宅介護支援、小規模多機能等においては、
- ・介護支援専門員等は、実施状況の把握（「モニタリング」）に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。
- ・イ 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。
- ・ロ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

- 短期目標の終了時期には「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」にある評価表を活用して達成状況を確認し、振り返りましょう。

[illegible]

21

- アセスメントからの一連の流れに関する規定は、サービス計画の変更について準用する。

終結・記録の保存

- 利用者に対する提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間(秋田県指定事業所は5年間)保存しなければならない。
 - 一 居宅サービス事業者等との連絡調整に関する記録
 - 二 個々の利用者ごとに次に掲げる事項を記載した居宅介護支援台帳 イ 居宅サービス計画 ロ アセスメントの結果の記録 ハ サービス担当者会議等の記録 ニ モニタリングの結果の記録
 - 三 市町村への通知に係る記録
 - 四 苦情の内容等の記録
 - 五 事故の状況及び事故に関して採った処置についての記録

ケアマネジメントの質の向上に向けた支援

- 実地指導、集団指導
- ケアプラン点検
- 地域ケア会議
- 各種研修
- 等により、事業所及びケアマネジャーの質の向上、給付の適正化を図り、地域の高齢者が安心して生活できる介護保険制度を推進します。

実地指導と集団指導

- 実地指導

- 利用者の自立支援及び尊厳の保持を念頭に、①利用者本位のサービスが提供されているか、②適正な保険給付が確保されているか、③サービスに係る指定基準等は遵守されているか、④適正な会計処理がされているか等を現地で確認させていただき、事業所の健全な運営のための支援を行うことを目的として指定期間内に1回以上実施。

- 集団指導

- 基本方針及び指導要綱の規定に基づき、人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例、介護報酬算定に関する告示等の正しい理解を図り、不適正な運営や介護報酬の過誤・不正請求等を事前に防止することを目的として年1回以上実施。

ケアプラン点検

- ケアプラン点検は、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」に資する適切なケアプランとなっているかを、介護支援専門員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「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追及し、その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援するために行うものです。また、利用者が真に必要なサービスをきちんと提供することで、状態像が維持改善し介護保険制度の信頼感を高めることも重要な目的としています。



課題分析(アセスメント)の結果を踏まえ、利用者と家族及びケアマネジャーが共同で第1表から第3表を作成しているか。それは、第3者が見てもわかり易い表記となっているか。

地域ケア個別会議

個別のケアマネジメント

サービス担当者会議

(すべてのケースについて、多職種協働により適切なケアプランを検討)

事例提供

支援

○地域包括支援センターが開催

○個別ケース(困難事例等)の支援内容を通じた

①地域支援ネットワークの構築

②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援

③地域課題の把握などを行う。

※幅広い観点から、直接サービス提供に当たらない専門職も参加
※行政職員は、会議の内容を把握しておき、地域課題の集約などに活かす。

《主な構成員》

医療・介護の専門職種等

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、PT、OT、ST、管理栄養士、ケアマネジャー、介護サービス事業者 など

地域の支援者

自治会、民生委員、ボランティア、NPO など

生活支援体制整備

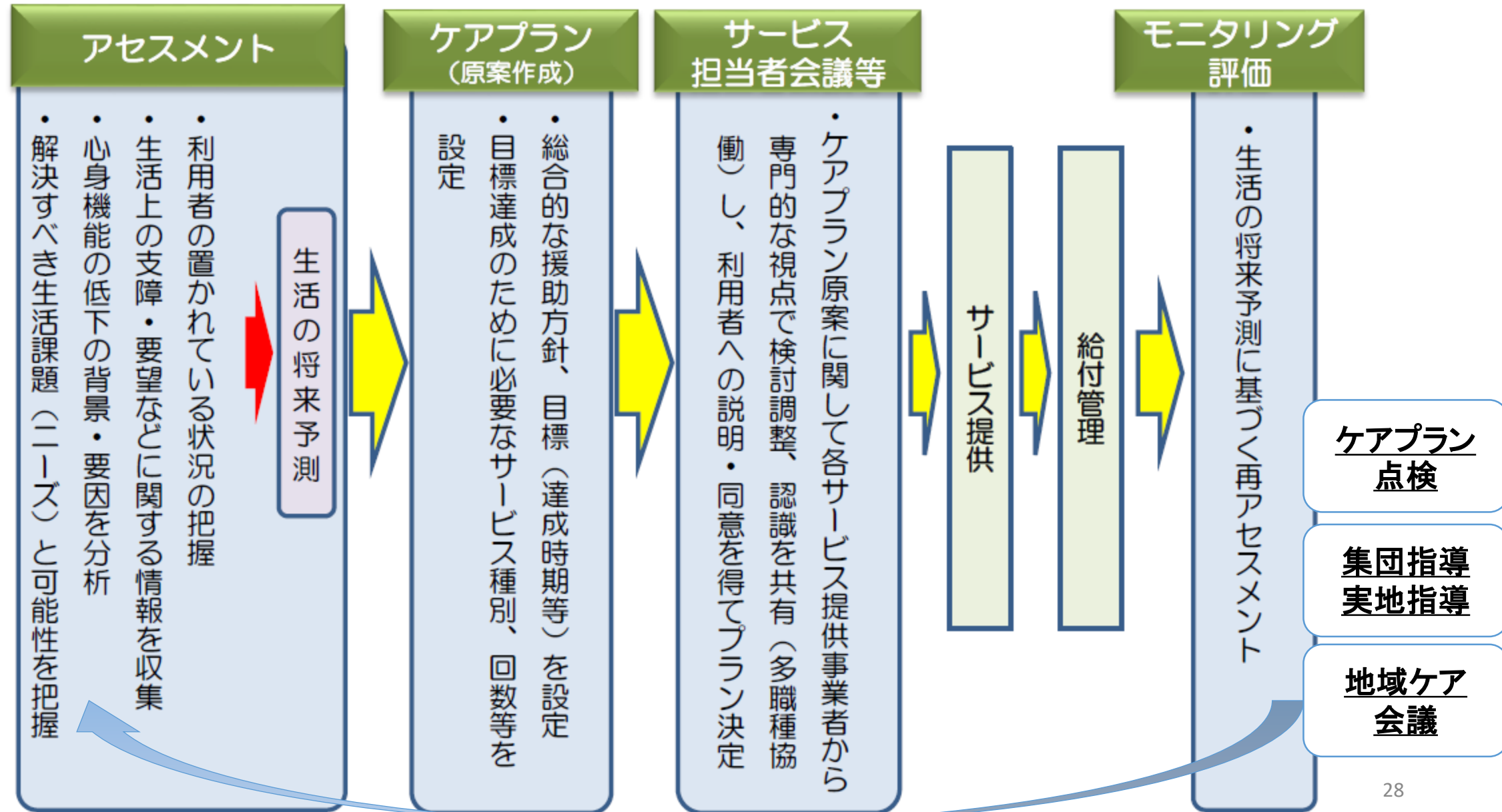
生活支援コーディネーター協議体

認知症施策

認知症初期集中支援チーム
認知症地域支援推進員

- ・問題が発生した際には、関係者が参集し行う不定期の開催
- ・介護支援専門員が困難に感じている事例について行う定期の開催
- ・一定回数以上の訪問介護(生活援助)を位置づけているケアプランに対し開催 等

ケアマネジメントの流れ



《地域包括ケアシステムの深化・推進》

「本人の選択と本人・家族の心構え」は、地域包括ケアシステムの「受け皿」。今後も高齢化社会が加速していき、単身・高齢者のみ世帯が主流となる中で、もし介護が必要になった場合にどのような生活を送りたいのかについて、本人及び家族がしっかりと考え、共に理解し、そのための心構えを持つことが重要となります。

「本人の選択と本人・家族の心構え」を実行していくうえで、「土」である介護予防・生活支援や「3つの葉」と結びつけるためには、「ケアマネジメント」が重要な要素を持ちます。介護保険制度の中核となる「ケアマネジメント」の質の向上に向けご協力をよろしくお願いいたします。

