

吉岡町 ケアマネジメント基本方針

1 目的

吉岡町に住む、介護を必要とする高齢者が地域でその人らしく生き生きと暮らしていくためには、適切かつ質の高いケアマネジメントが重要です。

そのため吉岡町は、ケアマネジメントの適正化・質の向上を通じて介護保険制度の基本理念である「自立支援」や「重症化防止」等を実現できるよう、本基本方針を策定しました。

2 ケアマネジメントの基本方針

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実施します。

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努めます。

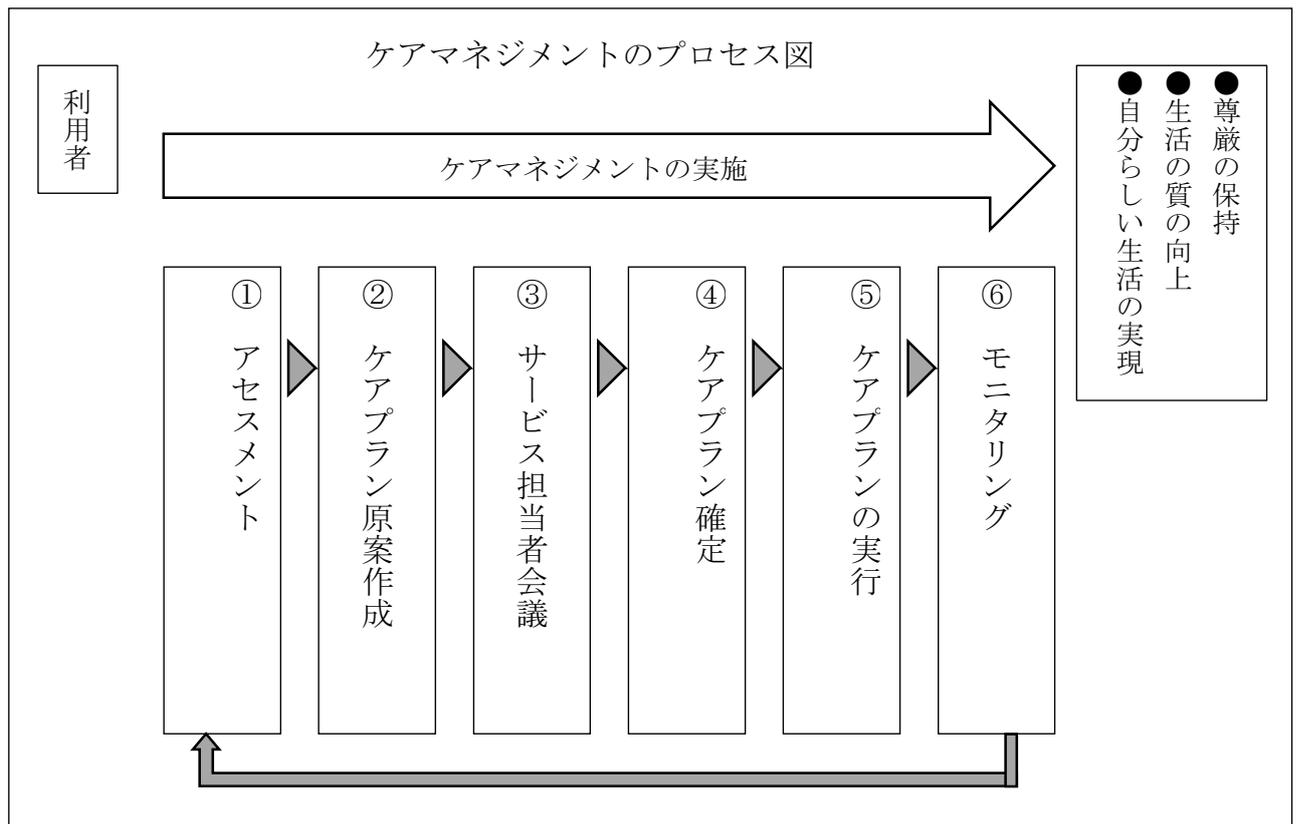
3) 指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者並びに第1号介護予防支援事業者（以下「指定居宅介護支援事業者等」）は、居宅介護支援等の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。

4) 事業の運営に当たっては、町、地域包括支援センター、他の指定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、医療機関等との連携に努める。

5) 介護保険サービス以外の保健医療及び福祉サービス等に加え、生活支援サービス等地域の多様な社会資源を活用します。さらに、日常生活全般を支援する上で、地域で不足していると認められるサービス等については、介護給付等対象サービスであるかどうかを問わず、地域において提供されるよう働きかけます。

3 ケアマネジメントのプロセス

利用者の自立支援に資するケアマネジメントの実施においては、計画（PLAN）、実行（DO）、評価（CHECK）、改善（ACTION）の4つの段階で構成されるPDCAサイクルを多職種に渡るチームで繰り返していき、改善させていきます。



4 ケアマネジメントの種類

- 1) 居宅介護支援
- 2) 介護予防支援
- 3) 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントの種類			
類型	①ケアマネジメントA (原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス)	②ケアマネジメントB (簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス)	③ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス)
内容	通常の介護予防支援の流れ、様式を利用して実施。	サービス担当者会議の適宜開催やモニタリングの実施期間、ケアプラン様式を簡略化したケアマネジメントを実施。	ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。
対象事業	介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業者のサービスを利用する場合	①または③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合(指定事業以外の多様なサービスを利用する場合等)	ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用(住民主体のサービス等)や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合

プロセス	アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 →サービス利用開始 →モニタリング【給付管理】 (少なくとも3ヶ月毎)	アセスメント →ケアプラン原案作成 (必要に応じサービス担当者会議) →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 →サービス利用開始 →モニタリング(適宜)	アセスメント →ケアマネジメント結果作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始 (必要に応じ、その後の状況把握を実施)
------	--	---	--

5 自立支援・重度化防止に向けて

1) 高齢者本人の自己決定の尊重

高齢者が何らかの援助を受けながらも、尊厳を保持して、その人らしい生活を主体的に継続していくことが自立だと言えます。このような自立に向けて支援するためのケアプランにおいては、高齢者本人の自己決定を尊重することが最も重要になります。そのため、「本人はどのような生活を望んでいるのか」といった意向をふまえて、「それを阻害している個人要因や環境要因は何なのか」といった包括的アセスメントに基づき、必要に応じてツール（「興味・関心チェックシート」等）を活用し、本人の意思を確認しながらケアプランを作成します。

その際、本人の自己決定だからとすべてを受け入れることが、自立に向けたケアプランではないことに注意が必要です。実際の状態と乖離した意向がある場合には、その理由を解明し、本人の現状認識を深める働きかけ等を行いながら、意思決定支援を行う必要があります。消極的・拒否的な意向の場合は、「できる能力があるのに、していないことは何か」「かつてはしていたのに、しなくなったことは何か」「それはどうしてなのか」等の視点から、自立に向けての意欲が喪失している理由を解明し、本人の想いを引き出し、意欲を高める方法等を検討することが必要になります。

そして、自立は一度で為し得ることではなく、環境との継続的な相互作用を通して可能になります。そのため、将来を見越してケアプランを作成するとともに、高齢者の自立を可能にする家族や地域にしていくための働きかけについても検討する必要があります。

2) 多職種の視点

自立支援・重度化予防の観点から、多職種の視点に立ってケアプランに係る議論を行うための仕組みとして、「地域ケア個別会議」を活用することが有効です。

「地域ケア会議」は、介護保険法第115条の48で規定されており、市町村が設置し、市町村または地域包括支援センターが運営する「行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議」のことを言います。地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を、地域ケア個別会議と地域ケア推進会議等を連動させて進めるための手段です。

地域ケア会議は、開催の目的・方法によって大きく下記の2種類に分かれます。

地域ケア個別会議	個別事例の課題の検討により、高齢者等の自立を支援する会議
地域ケア推進会議	地域課題の共有・検討等により、地域づくり・資源開発や政策形成による地域課題の解決につなげる会議

地域ケア会議には、①個別課題の解決、②地域包括支援ネットワークの構築、③地域課題の発見、④地域づくり資源開発、⑤政策の形成という5つの機能があります。

多職種によるケアプランに係る議論は、利用者の自立支援・重度化予防の観点から、多職種の視点から意見を出し合い、ケアプランの質を向上させることを目的として実施するものです。

地域ケア個別会議に参加する専門職として、医師、歯科医師、薬剤師、保健師・看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士や介護福祉の専門職等が考えられますが、取り扱う事例の内容に即した検討が行われるよう、参加する職種、意見を求める職種について考慮します。

地域ケア個別会議においては、それぞれの専門性の観点から建設的な意見が出され、利用者のQOL向上を目指して、参加者全員で前向きな検討を行うことが重要です。ケアマネジメントのプロセスやケアプランにおける不十分・不適切な箇所についての指摘や、専門領域の範囲内で一方的な指導を行う場ではないことに留意します。

※平成30年10月9日 厚生労働省 介護保険最新情報 vol1685「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」一部引用