

飯塚市ケアマネジメントに関する基本方針

令和4年3月 策定

介護支援専門員・地域包括支援センター職員（以下、「ケアマネジャー等」という。）が行うケアマネジメントは、介護保険法の基本理念に基づき、高齢者のQOLの向上、自立支援、介護予防、重度化防止に資するものであることが必要です。

本基本方針は、飯塚市（保険者）とケアマネジャー等がケアマネジメントに関して、共通認識を持つために策定するものであり、「飯塚市介護サービス事業等の人員、設備及び運営の基準等に関する条例」（以下、「市条例」という。）に基づき、ケアマネジメントの基本的な考え方や取扱いを明確にし、ケアマネジメントの質を向上させ、介護保険法の基本理念の実現、介護保険制度への信頼並びに持続可能な制度を目指すものです。

ケアマネジャー等の皆様におかれましては、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いたします。

1. 二つの基本理念

(1) 介護保険法の基本理念（抜粋）

(目的)

第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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ため、国民の共同連携の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態、又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに医療との連携に十分配慮して支援を行わなければならない。

3 第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業所又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行わなければならない。

4 第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、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されなければならない。

(国民の努力及び義務)

第4条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

介護保険の基本理念は、利用者の自己決定、自立支援、重度化防止、サービスの総合的・効率的な提供等です。（介護保険法第1条、第2条）

しかし、社会保障制度である介護保険においては、利用者である国民は、権利の行使だけでなく、義務も負っています。サービスを利用して、自らの有する能力の維持向上に努めなければなりません。（介護保険法第4条）

（2） 第8期高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画における飯塚市の基本理念

高齢者の笑顔が美しい元気なまちの実現 ～健康で安心して暮らせる長寿社会を目指して～

本市では、上記の実現を基本理念に掲げ、地域の特性に応じた保健・医療・福祉の連携によるきめ細やかな支援を展開するとともに、市民自らがお互いを支え合い、助け合う体制づくり等の地域福祉を推進することを基本方針として定めています。

本市の全ての高齢者が、自身の暮らす地域で、互いに支え合いながら健康かつ安心して暮らせるように、高齢者保健福祉計画及び介護保険施策の推進を図ります。

（第8期飯塚市高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画 P22 より抜粋）

以上が、ケアマネジメントの実施において、意識していただきたい2つの理念です。

2. 基本方針

（1） 自立支援と重度化防止

利用者が可能な限り、居宅や住み慣れた地域で、その方の有する能力に応じ、自立した日常生活を送れるよう支援します。

- 高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）
- 要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ

本市の介護認定及び介護給付情報等を分析したところ、令和2～3年の1年間で、全利用者の19.6%の方が悪化していました。

また、令和元年度において、要支援1の利用者のうち、38.2%の方が1年後に悪化しており、悪化した方々の悪化原因疾患は、ロコモティブシンドロームによるものが1/4でした。

本市は、この分析結果を大変重要であると受け止めています。重度化の要因は、様々であると考えられますが、ロコモティブシンドロームについては、リハビリテーションを取り入れることにより高い防止効果が期待されるため、ケアプランの内容が大変重要となってきます。

この結果をケアマネジャー等の皆様と共有し、利用者の健幸寿命を延ばすために、共に考え、共に行動していくことが重要であると考えます。

(2) 利用者のニーズに合ったサービス提供

利用者の心身の状況や環境に応じて、利用者本人の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業所（支援者）から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。

- 利用者の個性を踏まえ、ニーズに合ったサービス提供が可能な個別プランの作成
- 利用者のニーズや選択だけにとらわれず、専門的見地から利用者に必要なサービス提供の提案
- 地域資源などの介護保険以外のサービス（支援）も検討

*具体的な留意事項については、令和2年度、3年度のケアプラン点検の結果に基づくものです。留意事項に沿ってケアプランを作成してください。

【留意事項】

- 課題分析（以下、「アセスメント」という。）は、現状についての記載のみにとどまっていないか。
- アセスメントにおいて、利用者が抱える問題や、利用者が今後どうなりたいのかといった意向の掘り下げや明確化ができていないか。
- アセスメントにおいて、どのような分析に基づいて、そのニーズが導き出されているか、ニーズに対する理由が明確化されているか。
- アセスメントにおいて、ケアプランのサービス内容の必要性が確認できるか。アセスメントで必要性が確認できないのであれば、サービス内容を再確認して、必要に応じてアセスメントについても見直しをしてください。
- ケアプランにおけるニーズや目標は、介護保険サービス利用が前提となっていないか。また、目標が、サービス利用時のみに限定されたものになっていないか。介護保険サービス利用ありきの設定ではなく、利用者の自宅における生活状況に合わせたニーズや目標設定も必要。
- 課題（悪化）の原因を多方面から分析し、利用者が自分で「できそうなこと」を見つけているか。
- 課題（悪化）を解決できないと決めつけていないか。利用者が自分で「できないこと」に目を向けすぎているか。
- ケアプランにおけるニーズと長期・短期目標、サービス内容の整合性が取れているか。
- ケアプランにおけるニーズや目標が具体的になっているか。また、目標が利用者目線ではなく事業所目線のものとなっていないか。
- サービス内容が過剰になっていないか。利用者が自分で「できること」や意欲をサービスの導入により、逆に奪っていないか。
- 利用者の意欲を引き出すために、趣味活動や興味があること等のインフォーマルなサービスが計画されているか。
- アセスメントにより、利用者がまだ自分で「できること」や「できないこと」、支援があれば「できそうなこと」等を把握しているのに、セルフケアの位置付けが無いケアプランになっていないか。

- ケアプランにおける記載内容が抽象的な文言になっていないか。
目標等において抽象的な文言になっていると利用者やご家族・サービス事業所・介護支援専門員にとっても、何をもって達成なのか不透明になりがちです。
具体的に「〇〇ができるようになる」など、具体的に明確な表現にすることで、利用者の意欲向上に繋がりがやすくなるとともに、サービスに関わる全ての関係者が容易にモニタリングできるようになります。
- モニタリングの結果に応じて新たな目標設定を行っているか。
モニタリングにより目標達成の状況が継続していることを確認したら、その結果に応じて新たな目標設定やサービスの見直し（アセスメント）が必要です。
逆に、目標達成ができていない状況が継続していることを確認した場合においても、当初の目標が適切なのか、目標が高すぎて利用者の意欲を阻害していないか再検討する必要があります。

(3) 公正中立な支援

利用者の意志や人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、特定のサービス種類やサービスに偏ることのないように支援します。

- 専門的見地でのアセスメントを基に、サービスの種類や提供事業所の特性を踏まえ、情報提供や支援を行う

【留意事項】

- サービスの利用は、利用者の選択により行われているか。特定の事業者に偏っていないか。

(4) 多職種の連携

居宅介護(介護予防)支援事業所、介護保険(予防支援)サービス事業所、地域包括支援センター、医療機関、社会福祉協議会、指定特定相談支援事業者(障がい者支援)、行政機関(生活支援課、保健所等)等との連携に努めます。

- 多種職連携に努める
- 利用者を支援するチームケアの実現を目指す

【留意事項】

- サービス担当者会議等により、チームとして相互に情報共有ができていないか。
- 積極的にコミュニケーションを取り、各担当者から、専門的な見地からの意見を求めているか。
- サービス担当者会議の中で話し合った内容が計画に反映されているか。
- 主治医をはじめとする医療との連携は十分にできているか。
連携が取りやすい方からでも受診同行・医師等への照会等を利用して連携を図ることが必要です。
- 新型コロナウイルス感染症の拡大等を理由に、サービス担当者会議への多職種の参加依頼・照会自体をあきらめていないか。
厳しい状況下ですが、照会を行い、支援経過記録に記載が必要です。