

## 御坊市ケアマネジメントに関する基本方針

御坊市では、高齢者の自立（自律）支援、重度化防止及び生活の質の向上に資するため、保険者としてのケアマネジメントに関する基本方針を策定しました。

この基本方針は、本市のケアマネジメントの在り方を明確にし、保険者・地域包括支援センター・ケアマネジャー等と共有することで、ケアマネジメントの質を向上させ、よりよい介護保険制度の運営を図るためのものです。

### 1 ケアマネジメントの基本方針

本市のケアマネジメントに関する基本方針は、「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（平成11年厚生省令第38号）」に準じ、次のとおりとします。

#### （1）居宅介護ケアマネジメント

- ・利用者が可能な限り、居宅において、自立（自律）した日常生活を営むことができるように配慮する。
- ・利用者の心身の状況、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。
- ・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、提供されるサービスが特定の種類又は特定事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行う。
- ・事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、他の介護事業者等との連携に努める。

#### （2）介護予防ケアマネジメント

- ・利用者が可能な限り、居宅において、自立（自律）した日常生活を営むことができるように配慮する。
- ・利用者の心身の状況、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（自律）に向けて設定された目標を達成するために、適切なサービスが、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。
- ・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、提供されるサービスが特定の種類又は特定の事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行う。
- ・事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、他の介護事業者、市民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努める。

### 2 介護予防ケアマネジメントの類型

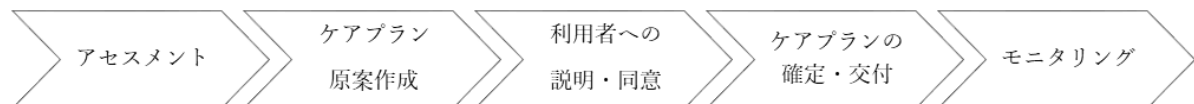
#### （1）ケアマネジメント A （原則的なケアマネジメント）

総合事業のうち、指定事業者が実施するサービスを利用する場合



## (2) ケアマネジメント B (簡略化したケアマネジメント)

総合事業のうち、短期集中予防サービスを利用する場合  
(指定事業者のサービスは利用しない)

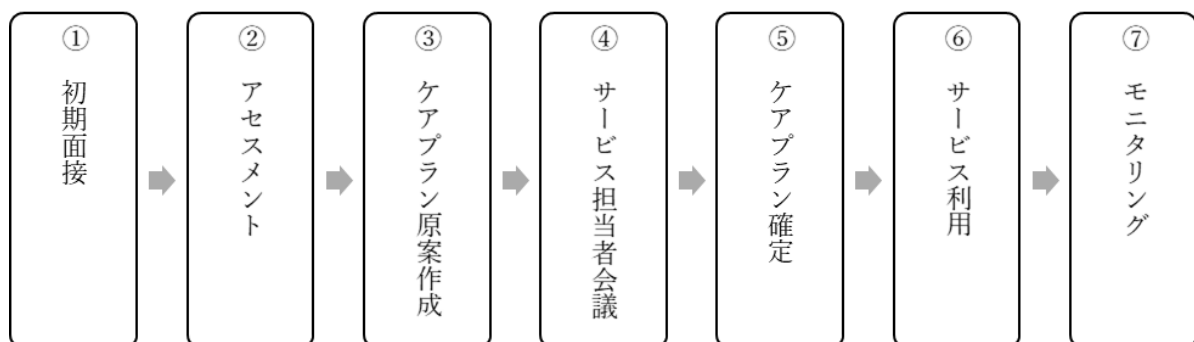


## (3) ケアマネジメント C (初回のみケアマネジメント)

総合事業のうち、住民主体の生活支援サービスのみを利用する場合



## 3 ケアマネジメントの流れ



### ① 初期面接 (インテーク)

初期面接では、利用者の考え方や生活感、価値観などをできるだけ知ろうとすることが大切ですが、初期面接において収集可能な情報は限られます。これ以降も継続的に利用者のことを知ろうとし続けることが重要です。

### ② アセスメント

より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心シート」「花まるシート」等を活用し、趣味、社会的活動、生活歴等も聞き取り、「～できない」という課題から「～したい」「～できるようになりたい」という目標に変換させる作業が重要です。利用者の生活ニーズを正確に把握するためには「利用者が困っていること」だけに目を向けるのではなく、問題を引き起こしている背景・環境や、そうなったことを利用者がどう捉えているのかといった心情面についても理解するよう努めましょう。また、生活ニーズを把握することができても、それに対する「利用者の考え」と専門職としての「ケアマネジャーの考え」が一致しないこともあります。「利用者の考え」を理解し、自立（自律）支援に向けた目標を共有しましょう。

この段階から、生活機能の低下等についての自覚を促し、介護予防に取り組む意

欲を引き出せるよう、本人及び家族とのコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努めましょう。

### ③ ケアプラン原案作成

ケアプランは、自立（自律）支援・重度化防止の視点で作成することが重要です。作成に当たっては次の点に留意しましょう。

- ・目標を達成する手段として適切な内容となっているか。
- ・利用者や家族に分かりやすい具体的な目標になっているか。
- ・利用者自身も地域や家庭内での役割を持ち、活動を継続することにより、心身機能の維持・改善、健康づくりにつながるという視点を持っているか。
- ・多様な生活支援として、また活動や社会参加の場としても、住民主体の通いの場などのインフォーマルな地域資源を積極的に活用しているか。

### ④ サービス担当者会議

利用者を、関わっている各専門職がそれぞれの立場から観察するとともに、専門的視点を持って評価を行うことにより、新たな課題の発見や、今後の目標の見直しにつながり、より利用者の状況等に合わせた支援が可能となります。会議の実施により改善できたことを、利用者本人、家族やサービス事業者等関わる人々が共有することで、その後の取組やケアマネジメント、各サービス事業の向上にもつながります。チームとして次のプロセスに進むことができるような場にしましょう。

### ⑤ ケアプラン確定

利用者や家族が、ケアプランは介護保険の理念である「自立（自律）支援・重度化防止」を目指したものであることを理解し、主体的に取り組むようになることが重要です。

### ⑥ サービス利用

サービス事業者は、利用者との接点が多く利用者の変化に早期に気付くことができます。サービス事業者との情報共有をスムーズに行うことができるよう、連携の強化に努めましょう。

### ⑦ モニタリング

ケアプランに基づいて利用したサービス等が利用者の状態にどういった変化を与えたのか、十分に観察しましょう。利用者や家族の意向、満足度等を把握し、提供したサービスと生活ニーズにミスマッチがなかったか確認しましょう。これらの情報から、ケアプランの修正点を検討しましょう（再アセスメント）。

## 4 多職種の視点を活用するための取組み

市では、自立（自律）支援・重度化防止のケアマネジメントを推進するため、様々な取組を実施しています。

- (1) 自立（自律）支援サポート会議
- (2) ケアプラン点検
- (3) 在宅医療・介護連携推進事業

## 5 居宅介護支援における特定事業所加算等について

居宅介護支援における特定事業所加算は、専門性の高い人材の確保や、中重度や支援困難ケースへの積極的な対応、医療・介護連携への積極的な取組等を総合的に実施することにより、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資することを目的としています。

また、ターミナルケアマネジメント加算は、在宅で亡くなる末期がんの方が増える中で適切な医療・介護サービスを切れ目なく受ける体制を評価する加算です。

これらの加算は、高齢者の自立（自律）支援、重度化防止や、ターミナル期における生活の質の向上にもつながる加算ですので、積極的な取得をお願いします。