

清川村のケアマネジメントに関する基本方針

1 策定の趣旨

介護保険の基本理念に基づき、ケアマネジメントとは高齢者の自立支援、重度化防止及び生活の質の向上に資するものと定義し、ケアマネジメントのあり方を、本村と介護支援専門員及び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。）とで共有するとともに、ケアマネジメントの質を向上させることで、よりよい介護保険制度の運営を図るため、本村のケアマネジメントに関する基本方針を定めるものです。

2 基本方針

(1) 介護予防ケアマネジメント

- ① 介護予防ケアマネジメントは、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行われるものでなければならない。
- ② 介護予防ケアマネジメントは、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して行われるものでなければならない。
- ③ 介護予防ケアマネジメントの提供にあたっては、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、公正中立に行わなければならない。
- ④ 介護予防ケアマネジメント事業の運営にあたっては、村、地域包括支援センター、他の指定介護予防（居宅介護）支援事業者、介護保険施設、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なければならない。

(2) 居宅介護ケアマネジメント

- ① 居宅介護ケアマネジメントは、要介護状態となった場合においても、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行われるものでなければならない。
- ② 居宅介護ケアマネジメントは、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行われるものでなければならない。
- ③ 居宅介護ケアマネジメントの提供にあたっては、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、公正中立に行わなければならない。

- ④ 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営にあたっては、村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護（介護予防）支援事業者、介護保険施設等との連携に努めなければならない。

3 基本取扱方針

(1) 介護予防ケアマネジメント

- ① 介護予防ケアマネジメントは、利用者の介護予防に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行わなければならない。
- ② 指定介護予防支援事業者は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の維持・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、目標指向型の介護予防サービス計画を策定しなければならない。
- ③ 指定介護予防支援事業者は、自らその提供する介護予防ケアマネジメントの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(2) 居宅介護ケアマネジメント

- ① 居宅介護ケアマネジメントは、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行わなければならない。
- ② 指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する居宅介護ケアマネジメントの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

4 ケアプラン点検

ケアプラン点検は、清川村ケアプラン点検事業実施要項及びケアプラン点検支援マニュアル（平成20年7月18日発出、介護保険最新情報 Vol.38）の趣旨に基づき行い、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村と共に検証確認しながらケアマネジャー等の気づきを促すとともに、村においてケアマネジャー等が抱える問題点の把握や必要な措置の検討、今後の村の施策等に有効な情報収集を行う。

(1) ケアマネジメント重点留意事項

- ① 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項目を備えていること。
- ② 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ること。
- ③ 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すること。
- ④ 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、予後予測にたった視点でアセスメントをすること。
- ⑤ 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、アセスメントをすること。また、必要に応じ、活用すること。

- ⑥ 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すること。
- ⑦ 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すること。
- ⑧ 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分析すること。
- ⑨ 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計画書を作成すること。
- ⑩ 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、プランに位置づけること。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ること。
- ⑪ 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かかわってほしいというアプローチをすること。
- ⑫ 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すること。

5 他職種連携

ケアマネジャー等は、保険者、医療、介護、福祉等の様々な専門職種と積極的な連携・協働の取組みにより、ケアマネジメントの質の向上に努めること。

令和2年6月 清川村保健福祉課