

柏市ケアマネジメントに関する基本方針

令和 3 年 2 月 1 日施行

1 策定の目的

介護保険制度は、介護を必要とするかたの「尊厳の保持」と、そのかたの有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるような「自立支援」を目的として創設されました。

柏市では、この介護保険制度の目的と、柏市高齢者いきいきプラン 21 の基本理念である、「すべての高齢者が、その人らしく、住み慣れた地域で安心していきいきと暮らせるまち 柏」を実現するため、柏市ケアマネジメントに関する基本方針（以下、基本方針）を策定しました。

ケアマネジメントを実施するにあたっては、介護を必要とする利用者本人をはじめ、介護支援専門員、介護事業所等や地域包括支援センターの職員、地域で活躍されているボランティア、NPO 法人、民間企業、そして保険者である柏市を含めた、ケアマネジメントに携わる全ての関係者が主体となり、この基本方針に沿って理念の実現を目指すものとします。

2 居宅介護（介護予防）支援に関する基本方針について

- (1) 利用者本人が可能な限りその居宅や住み慣れた地域において、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とともに、要介護状態の軽減又は重度化の防止に資することを目的とし、利用者が適切なサービスを選択できるような居宅（介護予防）サービス計画とします。
- (2) 利用者本人の心身の状況や置かれている環境等に応じて設定された目標を達成するために、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ものとします。
- (3) 利用者本人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（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、公正中立なものとしします。
- (4) 柏市、地域包括支援センター、指定居宅介護（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（障害者支援），医療機関等，多機関・多職種と連携したものとします。
- (5) 自らその提供する支援の質の評価を行い，常にその改善を図ります。
- (6) 総合事業においては，フレイル予防の視点に加え，利用者本人が地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより，結果として介護予防につながるという視点から「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチします。

3 ケアマネジメント重点留意事項（チェックリスト）

ケアマネジメント業務に当たっては，以下の重点留意事項を踏まえて行うものとします。

- 課題分析は，利用者本人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。
- 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，予後予測に立った多角的な視点でアセスメントをしている。
- 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ている。
- 課題分析において利用者本人が「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できている。
- 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している。
- 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，アセスメントを行っている。また，必要に応じて活用している。
- 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，そのニーズが利用者本人の自立した生活や要介護状態の軽減，重度化防止のために本当に必要かどうか分析している。
- 利用者本人の生活機能の向上に対する意欲を引き出し，本人の望む生活を実現するための具体的な目標設定をしている。

- 課題分析を通じ，課題解決に向けた長期目標・短期目標・サービス内容に整合性がある計画書を作成している。
- 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，家族も利用者本人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関わってほしいというアプローチがされている。
- 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，プランに位置づけている。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ている。
- 画一的なプランではなく，利用者本人の心身の状況や置かれている環境等に応じた生活背景など，個別性を尊重したプランを作成している。

4 ケアマネジメントの質の向上に向けた支援

柏市では，ケアマネジメントの質の向上を目指し，以下の取組を行います。

(1) ケアプラン点検

介護支援専門員の作成したケアプランが，ケアマネジメントのプロセスを踏まえ自立支援・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市とともに検証・確認することにより，作成者自身の「気づき」を促し，適切なサービス提供に向けたケアプランの質の向上を図ります。

(2) 地域ケア会議

医療，介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに，介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高めます。また，個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより，地域に共通した課題を明確化し，それを基にした政策を立案します。

・地域ケア個別会議

支援困難事例等に関する個別課題の解決に向けた検討を通し，ネットワークの構築や高齢者に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備を進める手段として実施します。

- ・ 介護予防個別会議

多職種の専門的な視点からケアプランに係る議論を行い、利用者本人の自立支援や重度化予防の観点からケアマネジメントの質を向上させるための場として実施します。