阿見町ケアマネジメント方針

1. はじめに

阿見町では「阿見町長寿福祉計画・介護保険事業計画」を基本に、適切な介護サービス及び地域支援事業を提供し、高齢者が可能な限り健康で自立した生活ができるよう、様々な課題に取り組んできました。今後はさらに高齢化社会が進み、高齢者の単独世帯や夫婦のみの世帯、認知症高齢者はさらに増加すると予測されます。「団塊の世代」全てが75歳以上となる2025年を見据え、高齢者が住みなれた地域で安心して自立した生活を継続して営むことができるよう、「介護」・「予防」・「医療」・「生活支援」・「住まい」の５つのサービスを切れ目なく提供する地域包括ケアシステムの構築を実現することが求められており、実現に向けて、保険、医療、福祉の関係機関と連携し、地域全体で高齢者を支える「地域包括ケアシステム及び地域共生社会」に向けた取り組みを進めてまいりたいと考えております。

町では町・地域包括支援センター・介護支援専門員が共同で地域の高齢者を支えていくための意識を共有することでよりよい介護サービス及び地域支援事業に繋がることを期待し、阿見町ケアマネジメント方針を作成しました。

1. 基本理念

　介護保険法には、その目的として、（第１条）「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、機能訓練及び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,国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う介護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。」と記載されています。

　また地域支援事業実施要綱には「要支援者等に対して、要介護状態等となる事の予防または要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援を実施することにより、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援し、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるように支援することを目的として実施する。」とあります。

　ケアマネジメントは、これらの目的を実現するための支援であり、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、自立し充実した生活を送ること、そして最期まで尊厳が保持されるために、公的サービスや社会資源を利活用し他職種と協働・連携することは、すなわち地域包括ケアシステムの向上につながるものであると考えます。

1. ケアマネジメントの基本方針

　　　ケアマネジメントの実施にあたり、下記の基本方針を念頭に置いておく必要があります。

* 1. 尊厳の保持、自立した日常生活の実現

　ケアマネジメントは、その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する必要がある。「自立した生活」とは、住み慣れた居宅・地域で自分で選択し決定することが当たり前にできる生活を成り立たせることであり、単に、介護サービスを不要にすることを自立と呼ぶのではなく、個別のニーズを充足させるために、介護予防に資するサービスの提供、在宅生活の限界点を高めるサービスの提供といった生活の質の向上を目指した支援をする必要がある。また効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の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、目標指向型のサービス計画を策定しなければならない。

* 1. 利用者の選択の自由

　介護支援（介護予防支援）の提供の開始に際しては、あらかじめ、利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等につき説明を行い、理解をえなければならない。

　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。

　支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、十分に説明し、理解を得なければならない。

* 1. 公正中立の視点

　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指定居宅（介護予防）サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅（介護予防）サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正かつ中立に行わなければならない。

* 1. 他職種、関係機関及び地域との連携

　利用者の日常生活全般の支援、心身の状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、次の者等との連携に努めなければならない。

　　・市町村、市町村地域包括支援センター

　　・他の指定居宅介護支援事業者、指定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等

　　・医療サービスとまたは福祉サービス

　　・住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

* 1. 継続的計画的支援

　居宅（介護予防）サービスの計画作成にあたっては、医療者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身、家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に居宅（介護予防）サービス等の利用が行われるようにしなければならない。

* 1. 課題の把握及び効果

　ケアマネジメントにあたっては適切な方法により、利用者について、その有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び家族の意欲及び意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、介護（予防）の効果を最大限に発揮し、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握しなければならない。

* 1. 評価と改善

　ケアマネジメントを行う際には自らその提供する指定居宅介護支援（介護予防支援）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　介護予防ケアマネジメント

　　　　介護予防ケアマネジメントは、上記の①から⑦に加え「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」ために、高齢者自身ができることは

高齢者自身が行えるよう支援することを念頭におき、地域における自立

した日常生活を送れるよう支援するものです。単にサービスを補充する

のではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場

所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプ

ローチしていくことが重要です。総合事業における介護予防ケアマネジ

メントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏

まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のため

に必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいける

よう、具体的にサービスの利用について検討し、ケアプランを作成してい

かなければなりません。

1. ケアマネジメントの質の向上への取り組み

　　　高齢者の自立支援・介護予防のためのケアマネジメントの質の向上を図

るため、全ての介護支援専門員は、町及び地域包括支援センターと協力の下、

以下の取り組みを行うこととします。

１．介護給付費等適正化事業への協力

地域支援事業実施要綱（平成18年6月9日老発第0609001号通知）に基づき町が実施する主要な介護給付費等適正化事業に協力すること。特に「ケアプランの点検」は適正化事業のひとつではあるが，介護支援専門員の質の向上と利用者にとって真に必要なサービスを過不足なく提供されることを目的としている。これは実地指導とは異なり，介護支援専門員への支援として，介護支援専門員と保険者が協同で行うことによりケアマネジメント業務における気づきを促し，課題について共に検討する機会であるため，積極的に取り組み，よりよいケアマネジメントを供するよう努力を行うこと。

２．地域ケア会議への積極的参加

地域ケア会議は，高齢者が住み慣れた地域においてその人らしい生活を

送るための地域包括ケアシステムを実現するための中核的な役割を担うも

のであり，多職種と協働して高齢者の個々の課題，また地域の課題解決を図

ることを目的の一つとしている。全ての介護支援専門員は高齢者を支援す

る上で抱える課題について薬剤師，理学療法士，管理栄養士，歯科衛生士，

作業療法士など外部の専門家の助言を受けるだけでなく，不足する社会資

源など把握したニーズについて会議の場に問題提起することによって，地

域包括ケアシステムの向上に資するとともに，自立支援に資するケアマネ

ジメントの実践力を高めるよう図ること。

３．自己点検及び自己啓発

介護支援専門員はケアプランの自己点検を実施し，自立支援の視点でのケアマネジメントプロセスの再認識を行うこと。ケアマネジメントに関する研修会等を通じ，自身の資質の向上に努めること。