

三芳町ケアマネジメントに関する基本方針

1. 介護保険法の基本理念

介護保険制度の基本理念は、「尊厳の保持」と「自立支援」である。(介護保険法第1条)

保険給付は要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するように行わなければならないと定められている。(同法第2条第2項)とともに、被保険者の選択に基づき行われるものであり、(同法第2条第3項)、それは、要支援者、要介護者の自立支援という理念に沿って検討されなければならないものである。

※ 介護保険法第1章総則第1条(目的)

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、国民の共同連帯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、もって国民の保険医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

※ 介護保険法第1章総則第2条(介護保険)第2項

〈略〉保険給付は、要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するように行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行わなければならない。

※ 介護保険法第1章総則第2条(介護保険)第3項

〈略〉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者又は施設から、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。

2. 指定居宅介護支援事業者が満たすべき基準

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(運営基準省令)に添った適切な運営が求められる

※ (基本方針) 運営基準省令第1条の2

指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、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して行われるものでなければならない。

2 (略) 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 (略) 指定居宅介護支援の提供に当たっては、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サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

4 (略) 事業の運営に当たっては、市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、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との連携に努めなければならない。

5 (略) 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。

6 (略) 指定居宅介護支援を提供するに当たっては、法第百十八条の二第一項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

※ 運営基準省令第12条(指定居宅介護支援の基本取扱方針)およびその2

指定居宅介護支援は、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行われなければならない。

〈略〉自らその提供する指定居宅介護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。

※ 運営基準省令第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

3. ケアマネジメントについて

- 介護保険制度の基本理念である「尊厳の保持」「自立支援」「重度化防止」を具現化していくための手法として導入されたものが「ケアマネジメント」である。
※「自立支援」とは、高齢者一人一人が、住み慣れた地域で、その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に支援する事である。すなわち、元気な方に対してはその状態を引き続き維持できるように支援するとともに、介護を必要とする方に対してはその状態の改善・悪化防止に向けて支援することである。
- 高齢者の状態像を適切に把握し、自立支援に資するサービスを総合的計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものである。
- 「ケアマネジメント」とは、個々の要介護者の心身の状況や置かれている環境や希望などを十分把握分析したうえで、状態の悪化をできるだけ防止する視点に立って、介護保険サービスを含め、様々なサービス等を調整し総合的かつ効率的に提供するための仕組みである。

4. 地域ケア会議よりみられるケアマネジメントの傾向

- 介護保険制度の基本理念である「尊厳の保持」「自立支援」「重度化防止」を具現化するためのケアプランではなく、単に利用者や家族の要望、サービス事業者からの要請に基づいたものとなっている傾向が見受けられる。
- ケアマネジメントのプロセスのうち、極めて重要である「アセスメント」の過程においては、本人の心身状態の把握のみならず、生活感、価値観、人生観等を含めた全体像のアセスメント及び医師や看護師などの専門職による視点からの観察情報、利用者の生活歴や家族状況(介護力や家族背景等)など、その人を取り巻く環境全般について情報収集がなされて行われるべきであるが、不十分な傾向が見受けられる。
- 地域包括ケアシステム(医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が一体的に提供される体制)の構築を目指していく中で、これからのケアマネジメントは、介護サービスだけではなく、地域の支え合いや民間サービスも含めた地域資源を視野に入れて行うことが更に必要になるが、関係機関との連携や多職種連携(地域ケア会議の活用等)の視点が弱い傾向が見受けられる。

5. ケアプランについて

- ケアプランは利用者の「要望」に沿うサービスを単に記載したものではなく、利用者がこれからの自立した生活に向けて希望が見い出せる計画書である必要があります。そのためには適切なアセスメント(客観的な指標)過程を経て、課題を抽出していく事が大切になります。
- 利用者が自立した日常生活を営むことが出来るよう支援するためには、「解決すべき課題」がきちんと押さえられているかを確認する必要があります。
- ひとつひとつの問題が整理され、課題が集約されていく背景において重要なのは、利用者と介護支援専門員がアセスメントの過程を通して信頼関係を構築していくことです。利用者が要望するサービスを単に組み込むのではなく、なぜそのサービスを要望しているかについて、掘り下げて確認していく中で、利用者に「気づき」が生まれることがあります。最終的には利用者の「望む生活」がより明確になり、利用者自らが課題解決へと積極的に臨む姿勢を生み出すことにつながります。

6. どのような支援を目指すのか

- 本人の「したい・できるようになりたい」を大切に
 - ⇒ 生活上の困りごとを把握したうえで、本人の「したい」「できるようになりたい」と思う具体的な生活を実現するための取り組みに。
 - ⇒ 一番大切になるのは、本人の「したい」または「できるようになりたい」と思う生活行為が目標として明確に設定されたケアマネジメント
 - ⇒ 「したい」「できるようになりたい」を実現するためには、本人の生活をしっかり理解することが重要
- 本人の能力を最大限に活かして、極力自分でできることは自分でしながら在宅で生活できるようにサポート(支援)していく
- 地域につなぐところまでを考えるケアマネジメントを
 - ⇒ 「したい」「できるようになりたい」ことができるようになったら、地域活動への参加に結びつける等、地域のインフォーマルな資源に積極的につないでいくケアマネジメントが期待される

7. ケアプラン(自立)の合意形成

- 共通理解の促進「介護保険は、してもらう介護ではなく「自立支援」の介護である」
 - ケアプランの合意形成
 - ⇒ 自立支援型のケアプランが出来ても、本人とケアプランの合意ができないと先に進めない…ケアマネジャーの合意形成能力が必要
 - ⇒ ケアマネジャーは専門職として本人に説明をする(アセスメント結果からの見通しの説明等、根拠のある説明を行う)。
- ※初めが肝心: 介護保険のできる事、できない事をはじめに説明、ケアチーム全体で支援方針を確認し共通認識の徹底を図る。

◎ 自立の合意形成 ※利用者、支援者のそれぞれが「自立」の合意形成のプロセスを踏む

利用者への説明と同意 ※「自立」の合意形成 (利用者) 本人の能力に応じて「自分でできること」を増やしていく事が目標

地域ケア会議での検討 ※「自立」の合意形成(支援者)

地域ケア会議アドバイザー: 歯科衛生士、理学療法士・作業療法士、管理栄養士、看護師 他

- ⇒ 地域ケア会議で、課題抽出を目的とした質問や事例の見立て、支援課題に基づいた支援方針を参加者全員で検討し発表することで、事例提供者の気づきにつなげる
- ⇒ 一定期間のサービス介入により元の生活に戻す(または可能な限り元の生活に近づける)ための支援を行う
- ⇒ 地域社会での活躍の機会を増やす(重度化防止)



ケアプラン点検・プラン作成

利用者の身体機能、認知機能だけでなく意欲(その気にさせる)の向上を図る
サービスは、利用者の自立を損なわないように配慮し、適宜アセスメントを行い必要量を見直す



地域活動・地域インフォーマルサービス

介護サービス

※介護サービスのみでなく、地域の社会資源も含め総合的な
支援を行うことで、住みなれた地域でその人らしい活動的な
生活を送れるよう支援する。

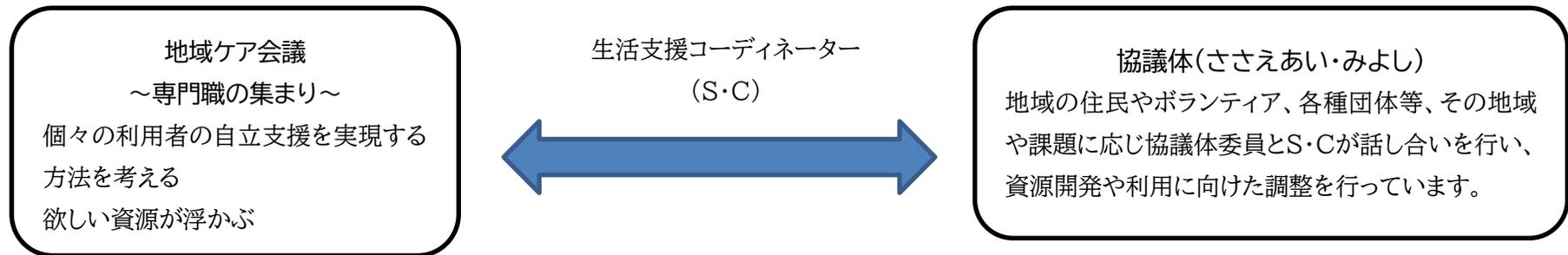
8. 地域ケア会議について

- 地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法
 - ⇒ 医療・介護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る。
 - ⇒ 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する。
 - ⇒ 共有された地域課題の解決に必要な資源づくりや地域づくり、介護保険事業計画への反映等政策形成につなげる
- ※ケア会議の5つの機能 ①地域支援ネットワークの構築 ②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
③地域課題の把握 ④地域づくり・資源開発 ⑤政策形成

9. 「地域ケア会議」と「協議体(三芳町生活支援体制整備推進協議体)」の関係性

- 自立支援に必要な不足している地域資源を特定する上で、「地域ケア会議」は大変重要な役割を果たしている。地域ケア会議の中で、自立支援を実現するために必要な地域資源を介護保険に特定せず広い視点で探していくと、地域に不足している資源がみえてくる。
- 協議体は、地域に不足している社会資源を分析したり、今あるもの(既存資源)を育んだり、新たに作ることを模索したりする場所(協議する場所)でもある。協議体に所属する生活支援コーディネーターは、ケアマネやサービス事業者担当者や医療介護のアドバイザー等、専門職のアセスメントから見えてきたサービス利用者の生活ニーズに合致した地域資源の創出や住民活動の展開の調整を行っていく。

地域ケア会議での個別ケースの議論を通じ、地域に足りないものが見えてくると協議体で何を話し合うべきかが明らかになる。



※生活支援コーディネーターが地域ケア会議と協議体の間に入ることによって地域に「あるのに活用されていないもの」「あったらいいなと望まれるもの」に関する認識が共有される。 ~厚生労働省およびMUFG資料より抜粋~