

大崎上島町ケアマネジメントに関する基本方針

大崎上島町福祉課

平成30年8月作成

このガイドラインは、介護支援専門員として、利用者の自立支援に資するケアマネジメントの役割を理解し、また地域包括ケアシステムにおいて求められる機能や役割を再確認することにより、ケアマネジメントの質の向上を図ること目的としています。

【基本理念】

ケアマネジャー業務の基本理念は、「要介護者等が可能な限り居宅において、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、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に支援すること」とされています。

【基本姿勢】

ア 人権尊重

援助関係において、利用者の権利を守ることは当然のことながら、地域社会・家庭においても、その人権が侵害されることなく生活できるように、配慮しなければなりません。

イ 主体性の尊重

支援過程においては、常に利用者の意思及び人格を尊重し、利用者が適切な判断ができるように助言をおこないます。

ウ 公平性・中立性の視点

利用者との関係において、ケアマネジャーは私的な感情や偏見にとらわれることなく、公平中立であることが求められます。

サービスの利用において、利用者に提供される居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることがないように、公正中立であることが求められます。

エ 社会的責任

ケアマネジャーは利用者にとって、単なる友人や相談相手ではなく、職業人として専門的な援助関係のうえにある支援者であることを念頭におく必要があります。

オ 個人情報の保護

ケアマネジャーは業務上さまざまな個人情報に触れます。個人情報の保護については十分に留意する必要があります

【業務の視点】

| 項 目 | 内 容 |
|-------------------------|---|
| 自立支援のための ケアマネジメントの基本 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者が住み慣れた地域で、最期まで尊厳をもってその人らしい生活が送れるよう自立支援のためのケアマネジメントを実践するうえで必要な視点をもつこと。 ○ インフォーマルサービス等の社会資源にも着目し、それらを活用したケアマネジメントを行うこと。 ○ 利用者を支援するうえで、家族を取り巻く環境に留意し、家族に対する支援も重要です。 |
| 相談援助の専門職 としての基礎 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者のニーズを把握するうえで、利用者を多面的に捉える視点（身体的・心理的状況、生活環境、社会参加状況等）をもつこと。 |
| 介護支援専門員としての 倫理 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者本位、自立支援、公正中立、権利擁護、守秘義務、及び利用者のニーズの代弁等の介護支援専門員としての職業倫理を認識すること。 |
| 受付、初期面接相談 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者及びその家族との信頼関係を築くこと。 |
| アセスメント及びニーズ の把握の方法 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 収集した情報を的確に分析し、課題の明確化や改善及び悪化の可能性などを導くこと。 |
| 居宅サービス計画等の 作成 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 保険医療サービス利用時の主治医やリハビリテーション専門職からの意見収集など多職種との連携を図ること。 |
| サービス担当者会議 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 居宅サービス計画と個別サービス計画との整合性を確認し、会議での意識の共有を図ること。 |
| モニタリング | <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者、その家族及びサービス担当者と面接することの意味を理解し、視点や手法、状況の変化に対応すること。 |

| | |
|------------------------------|--|
| <p>地域包括ケアシステム 及び社会資源</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括ケアシステムを構築していくなかで、介護支援専門員に求められる役割（自立支援に資するケアマネジメント、インフォーマルサービスを含めた社会資源の活用、多職種や地域包括支援センター等との連携、不足している地域資源の提案等）を理解すること。 ○ 地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況を把握し、介護保険事業計画の内容や、地域ケア会議の重要性を認識すること。 ○ 生活保護制度、障がい者に対する施策、高齢者福祉施策等についても理解するとともに、関係機関とのネットワークの構築を図ること。 |
| <p>医療との連携</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療との連携の重要性を理解し、利用者の医療に係る情報収集や、介護支援専門員からの医療機関への情報提供等を行うこと。 ○ 入院時の担当ケアマネジャーの氏名の提供等の、入退院時における連携を図ること。 |
| <p>看取りに関すること</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者及びその家族との関わりにおいて、生活動作の負担や痛みの軽減、主治医との連携や、急変時の対応方法等について、介護支援専門員としての役割や適切な対応について認識しておくこと。 |

要介護者の生活は、ケアマネジメントの行う介護支援専門員の働き方によって、大きな影響を受けることとなります。高齢者が自立した日常生活を営むという目的を達成するために、介護支援専門員が行うケアマネジメントの質の向上は、常に求められています。

参考資料

WAMNET ケアマネジャーのしごとガイド、介護サービス関係 Q&A

参 考 資 料

介護保険法（抜粋）

（目的）

第1条 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、もって国民の保健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）

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、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れなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、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されなければならない。

（国民の努力及び義務）

第4条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

大崎上島町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を定める条例（抜粋）

（基本方針）

第2条 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 指定居宅介護支援の事業は、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 指定居宅介護支援事業者(法第 46 条第 1 項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。)は、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(法第 8 条第 24 項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。)が特定の種類又は特定の不当に偏することのないよう、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、事業の運営に当たっては、市町村、法第 115 条の 46 第 1 項に規定する地域包括支援センター、老人福祉法(昭和 38 年法律第 133 号)第 20 条の 7 の 2 に規定する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(法第 58 条第 1 項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。以下同じ。)、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成 17 年法律第 123 号)第 51 条の 17 第 1 項第 1 号に規定する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。

(指定居宅介護支援の基本取扱方針)

第 13 条 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て行われなければならない。

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。

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第 14 条 指定居宅介護支援の方針は、第 2 条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

(1) 指定居宅介護支援事業所の管理者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

(2) 指定居宅介護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、理解しやすいように説明を行う。

(3) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅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。

(4) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス(法第 24 条第 2 項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。)以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

(5) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資する

よう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。

- (6) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者 について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、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る上で解決すべき課題を把握しなければならない。
- (7) 介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。
- (8) 介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。
- (9) 居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者(以下この条において「担当者」という。)を招集して行う会議(テレビ電話装置その他の情報通信機器(以下「テレビ電話装置等」という。)を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族(以下この号において「利用者等」という。)が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。)をいう。以下同じ。)の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、利用者(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師(以下この条において「主治の医師等」という。)の意見を勘案して必要と認める場合その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。
- (10) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。
- (11) 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。
- (12) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問介護計画(介護保険法に基づく指定居宅サービス事業者の指定の申請者に関する事項並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例(平成24年広島県条例第68号。以下「指定居宅サービス等基準条例」という。)第18条第1項に規定する訪問介護計画をいう。)等指定居宅サービス等基準条例において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。

(13) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

(13)の2 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔くう機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

(14) 介護支援専門員は、第13号に規定する実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

ア 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。

イ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

(15) 介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

ア 要介護認定を受けている利用者が法第28条第2項に規定する要介護更新認定を受けた場合

イ 要介護認定を受けている利用者が法第29条第1項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

(16) 第3号から第12号までの規定は、第13号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。

(17) 介護支援専門員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。

(18) 介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行うものとする。

(18)の2 介護支援専門員は、居宅サービス計画に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)第13条第18号の2に規定する厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護(厚生労働大臣が定めるものに限る。以下この号において同じ。)を位置づける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。

(18)の3 介護支援専門員は、その勤務する指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位

置付けられた指定居宅サービス等に係る居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費及び特例地域密着型介護サービス費（以下この号において「サービス費」という。）の総額が法第43条第2項に規定する居宅介護サービス費等区分支給限度基準額に占める割合及び訪問介護に係る居宅介護サービス費がサービス費の総額に占める割合が町長が定める基準に該当する場合であって、かつ、市町村からの求めがあった場合には、当該指定居宅介護支援事業所の居宅サービス計画の利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由等を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。

(19) 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

(19)の2 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

(20) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

(21) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置付ける場合にあっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。

(22) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時、サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を居宅サービス計画に記載しなければならない。

(23) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

(24) 介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に、法第73条第2項に規定する認定審査会意見又は法第37条第1項の規定による指定に係る居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類についての記載がある場合には、利用者にその趣旨(同項の規定による指定に係る居宅サービス又は地域密着型サービスの種類については、その変更の申請ができることを含む。)を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成しなければならない。

(25) 介護支援専門員は、要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合には、指定介護予防支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図るものとする。

(26) 指定居宅介護支援事業者は、法第115条の23第3項の規定に基づき、指定介護予防支援事業者から

指定介護予防支援の業務の委託を受けるに当たっては、その業務量等を勘案し、当該指定居宅介護支援事業者が行う指定居宅介護支援の業務が適正に実施できるよう配慮しなければならない。

- (27) 指定居宅介護支援事業者は、法第 115 条の 48 第 4 項の規定に基づき、同条第 1 項に規定する会議から、同条第 2 項の検討を行うための資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。