

9. ケアマネジメントに関すること

9-1. ケアマネジメントに関する基本方針について

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(平成26年法律第83号)による介護保険法の改正に伴い、居宅介護支援事業所の指定権限が平成30年4月1日に都道府県から市町村に移譲されたことにより、一宮市ではケアマネジメントに関する基本方針を策定しています。以下にその内容を掲載しますので、居宅介護支援をはじめ、各サービス事業者におかれましてはその趣旨をご理解いただき、居宅サービス計画、施設サービス計画及び個別サービス計画の作成等の参考としてください。

ケアマネジメントに関する基本方針 (一宮市)

介護支援専門員が実施するケアマネジメントは、介護保険制度の中核をなす機能です。

ケアマネジメントは、心身に障害を抱え介護等が必要な状態になるなど、地域での生活に困難をきたすような問題が発生した人に、その問題を解決するために必要な保健・医療・福祉サービス(フォーマルサービス)をはじめ、家族、友人、親戚、ボランティアなどのインフォーマルサポートまで含めた地域の様々な社会資源を調整して提供し、地域での生活を継続して支援していく実践のことです。

ケアマネジメント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サービスが特定の種類及び特定の事業者に偏らないよう配慮し、「公平中立」「公正中立」に行わなければなりません。

1 体系

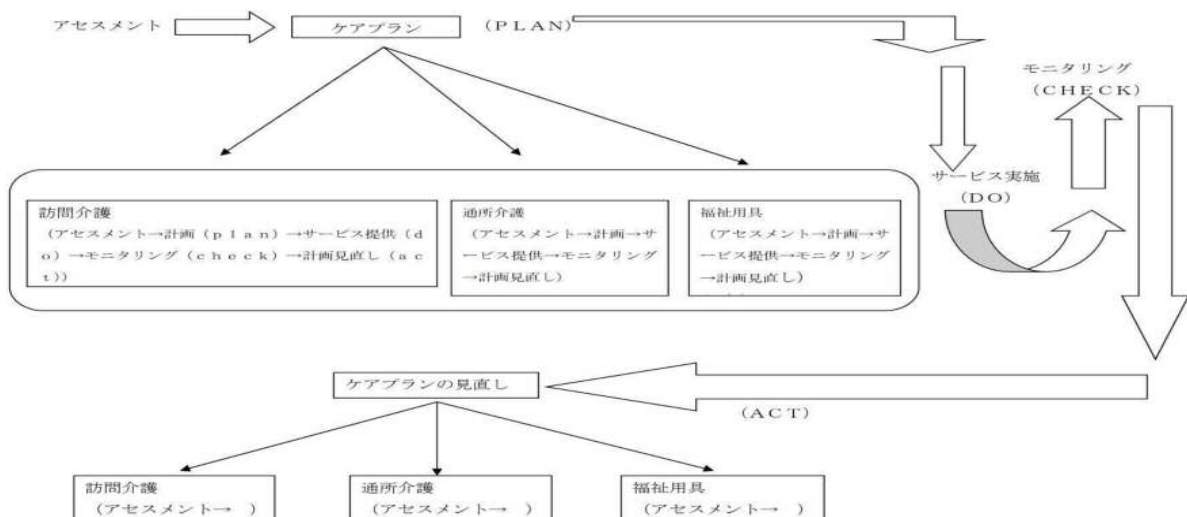
介護保険制度における介護報酬請求は介護支援専門員が作成するケアプランに沿って、関連する介護保険サービス事業者が各該当サービス(介護支援専門員が給付管理を行うサービス)を提供することで成り立っていますが、これに対し、ケアマネジメントの過程は「P D C Aサイクル」を根幹として成り立っています。

具体的には、介護支援専門員がケアプランを作成し(「P L A N」)、ケアプランに沿って各介護保険サービス事業者がサービス提供を行い(「D O」)、その内容を介護支援専門員がモニタリングし(「C H E C K」)、ケアプランの見直し(「A C T」)を行うというものです。また、「D O」の個別サービスの提供においても、各事業者内で小さな「p d c aサイクル」(ケアプランに沿った個別サービス計画の作成(「p l a n」)、それに基づくサービス提供(「d o」)、実施状況のモニタリング及び介護支援専門員への情報提供(「c h e c k」)、計画の見直し(「a c t」))を実施する必要があります。

ケアマネジメントはこのP D C Aサイクルを機能的に実施することで要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するものであることが求められます。

【ケアマネジメントのサイクル】

<イメージ図>



2 ケアマネジメントの流れ

『アセスメント ⇒ ケアプラン作成 (P) ⇒ サービス提供 (D) ⇒ モニタリング (C) → 再アセスメント → ケアプランの見直し (A)』(PDC Aサイクル)

ケアマネジメントは、「1 体系」のとおりPDC Aサイクルが基本になりますが、ケアプランの作成にあたっては、前段階としてのアセスメントが重要なプロセスになります。

これらの流れと各業務内容が具体的に規定されているものが「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)の第13条です。

3 課題分析 《アセスメント》

アセスメントは介護支援専門員が介護保険サービスを位置付ける根拠です。

アセスメントは、情報をもとに利用者のおかれている状況を理解し、生活全般にわたった解決すべき課題(ニーズ)を把握していくことが目的になります。利用者の生活の全体像を理解することによって、ケアプランを作成していくことになります。

【国が定める課題分析標準項目】

- (1) 基本情報(受付、利用者等基本情報)
- (2) これまでの生活と現在の状況
- (3) 利用者の社会保障制度の利用情報
- (4) 現在利用している支援や社会資源の状況
- (5) 日常生活自立度(障害)
- (6) 日常生活自立度(認知症)
- (7) 主訴・意向
- (8) 認定情報
- (9) 今回のアセスメントの理由
- (10) 健康状態
- (11) ADL
- (12) IADL
- (13) 認知機能や判断能力
- (14) コミュニケーションにおける理解と表出の状況
- (15) 生活リズム
- (16) 排泄の状況
- (17) 清潔の保持に関する状況
- (18) 口腔内の状況
- (19) 食事摂取の状況
- (20) 社会との関わり
- (21) 家族等の状況
- (22) 居住環境
- (23) その他留意すべき事項・状況

4 居宅サービス計画 《ケアプラン》

ケアプランはPDC Aサイクルにおいて、アセスメント結果等から得られた課題分析とその解決法を示したPLANであり、そのプロセス(どのような課題があり、どのようにその課題を解決していくのか(目標の設定)、そのためにどんなサービスを、どのように提供するか)を各介護保険サービス事業者伝える手段です。よって、目標(特に短期)の設定がポイントになります。

目標は、要介護状態の軽減又は悪化の防止を基本に、解決すべき課題(ニーズ)に沿っていること、達成可能な具体的な目標になっていることが必須となります。利用者が目標を達成するための動機づけが得られるようにしていくことも必要です。ケアプランに位置づけられた目標が、各介護保険サービス事業者側の個

別のサービス行為を意味するものにならないよう留意して作成します。

5 サービス実施

「1 体系」においてサービス実施は各介護保険サービス事業者がケアプランに沿って個別サービスを提供することと位置づけていますが、居宅介護支援事業所としては各介護保険サービス事業者へケアプランを交付すること及び個別サービス計画の提出を求めること等により、その確認を行うことが必要です。

6 モニタリング

モニタリングは、現行のケアプランが利用者の現状に即しているかどうかを判断するために行われるものであるため、目標の達成度を見なければなりません。目標が達成されていれば、目標を変更することになります。少なくとも1月に1回は、モニタリングを行なう必要があります。

7 計画の見直し

モニタリングで得た利用者の情報のみならず、各介護保険サービス事業者や主治医等から提供された情報をもとにケアプランを変更する必要があるか検討します。見直しを行う時期は要介護更新認定を受けた場合、要介護状態区分の変更の認定を受けた場合、短期目標・長期目標期間の更新をする場合の他、利用者が退院した場合や住環境の変更（自宅から有料老人ホームへ入居した場合等含む）があった場合など利用者の解決すべき課題（ニーズ）の変化が認められる場合は必要に応じてケアプランを変更し、適切なサービス利用につなげる必要があります。

.....

このケアマネジメントに関する基本方針は、いわゆる「暫定プラン」についても同様です。利用者の要介護認定において、新規、更新、変更の各申請にあたり暫定プランを作成する場合も適切な手順で実施する必要があります。

なお、その後の確定プラン作成にあたり、ケアマネジメントの過程を一部省略することもあり得ると考えられますが、その場合は個々のケース毎に適切な判断が必要です。