

大口町ケアマネジメント基本方針

平成30年4月1日から、居宅介護支援事業所の指定権限が都道府県から市町村へ変更になりました。大口町においても平成30年度より居宅介護支援事業所に対する実地指導を行っています。愛知県所管時からの継続性を保ち、ケアマネジメントの質の向上と介護保険制度の適切な利用・運営を図るために、大口町ケアマネジメント基本方針を定めます。

○基本事項

ケアマネジメントを実施するにあたり、「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（平成十一年厚生省令第三十八号）」の（基本方針）第一条の二に基づき以下のことに留意し取り組まなければならない。

1. 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. 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. 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又は特定の居宅サービス事業者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. 大口町、大口町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、介護保険施設等との連携に努めなければならない。

大口町ケアマネジメント取扱方針

ケアマネジメントは、「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（平成十一年厚生省令第三十八号）」の（指定居宅介護支援の基本取扱方針・具体的取扱方針）（基本方針）第十二条・第十三条に基づき行われます。

「PDCA サイクル」で行われるが、ケアプランを作成する前段階の情報収集「アセスメント」がケアマネジメントの過程で最も重要であることから、「SPDCA サイクル」を基本として行うことが求められます。

①調査 (Survey) →②計画 (Plan) →③実行 (Do) →④評価 (Check) →⑤改善 (Act)

①アセスメント「S」

アセスメントは、介護保険サービスを位置づけるうえで最も重要とされます。アセスメントの項目が国の定める課題分析標準項目（社会保険研究所発行「介護報酬の解釈 QA・法令編」P855（H30.4版）参照）に充足している必要があります。

また、個々のアセスメント結果から課題やニーズを引き出すだけでなく、アセスメント項目間の関連性が求められます。さらに、項目全体から把握すべき本人や家族の全体像を明らかにすることが計画の作成に欠かせません。

□要点

- ・現状の把握
- ・心身機能の低下・障害の背景分析
- ・日常生活を送る上での支障や要望
- ・解決すべき生活課題
- ・自立支援による可能性

□注意点

- ・利用者またはその家族からの同意が得られているか。
- ・原因や具体的内容の記載があり、状況全体の関連性が分かる情報量であるか。
- ・記載したサービス種類が、必要性やその他の手段を考慮して選択しているか。また、それが明確になっているか。

②-①ケアプラン（原案作成）「P」

定められた目標を達成するためにそのサービスが提供されることを、各介護保険サービス事業者が読み取れるように作成し、アセスメントと連動しているか注意します。居宅サービス計画原案は、ケアマネジャが一方的に作成するのではなく、本人や家族の希望を踏まえ、一定の合意を得た「共同作業の結果」でなければなりません。ただし、このケアプランがサービス担当者会議によって変更する可能性があることを理解していただく必要があります。

□要点

- ・総合的な援助方針と目標の設定
- ・目標達成に向けたサービス計画（種類・回数等）

□注意点

- ・利用者またはその家族からの同意が得られているか。
- ・利用者またはその家族の意向ではなくケアマネジャの判断によるサービス提供がされていないか。

②-②サービス担当者会議

これまでの過程で作成した居宅サービス計画を、サービス担当者会議でサービス提供事業所の各担当者が意見を述べて調整を行います。実施に向けて、あらかじめケアマネジャがアセスメント結果から、本人や家族を交えて、目標の設定と必要なサービスの種類・量についても検討しておく必要があります。これは、サービス担当者会議へのサービス事業者の具体的な参加依頼をするためです。会議後、必要に応じて居宅サービス計画を修正します。

近隣住民やボランティアなどのインフォーマルなサービスの提供者（支援者）にサービス担当者会議の出席を求める場合は、秘密保持に関する誓約書を書いていただく配慮などが必要とされています（民生委員などの守秘義務が定められている者は除く）。

□要点

- ・ケアプラン（初動期計画）への専門的分野からの検討や調整、情報共有
- ・利用者やその家族への説明・同意

□注意点

- ・目標設定に合わせて、適切なサービス量が組まれているか。
- ・守秘義務への配慮がされているか。

③サービス実施「D」

介護支援専門員の業務は、居宅介護支援として「居宅サービス計画」を作成することだけではありません。居宅サービス事業者への連絡調整や、サービス利用中に本人や家族の状態がどう変化しているのかを継続的にモニタリングしていくことが求められています。また、④に記載している初動期計画に対するアセスメントをするために、サービス事業者と連携して情報収集します。

□要点

- ・先々の再アセスメント・ケアプラン修正に向けた情報収集

□注意点

- ・サービス利用中の本人の状態や家族の支援を確認しているか
- ・計画作成にとどまることなく、初動期計画に対するアセスメントに向けて情報収集がなされているか。

④モニタリング・再アセスメント「C」

モニタリングは定期的実施することが求められます。状況の変化に対し、いつでも対応できる姿勢が求められます。本人や家族からの相談やサービス提供事業者からの情報に対する行動は、随時に行うモニタリングです。結果、初動期の居宅サービス計画については、ほぼ毎日のようにモニタリングを行う形となり、ケアマネージャ自身が「変化」を捉えることが求められます。介護サービス計画書の「第2表 居宅サービス計画書（2）」に記載した「期間」を経過したときに必ずモニタリング・評価を行います。

初めて居宅サービス計画書を作成する場合は、本人の状況をはじめの計画原案作成までには十分に把握できないことがあります。計画実施後のサービス利用状況やモニタリングを通して利用者理解を進めながら修正を行います。そのため、居宅サービス計画作成のためのアセスメントは、すべての項目を把握する必要はなく、与えられた情報から可能な範囲で本人を理解し計画を作成することとなります。そして、サービス利用をしながら計画を修正すること方法が、現実的かつ確実な進め方と考えられています。

□モニタリングの目的

- ① 計画通りにサービスの提供がされているか
- ② 目標に向けて改善が進んでいるか
- ③ ニーズは満たされているか
- ④ 新たなニーズは生じていないか

□要点

- ・モニタリングにつながる情報収集
- ・当初作成した居宅サービス計画（初動期計画）に対する再アセスメント

□注意点

- ・モニタリングの目的に沿っているか
- ・再アセスメントにつながる情報収集ができているか

☆要介護認定調査項目に変化が生じた場合の助言

本人の日常生活状況とその家族の介護力に対して必要な介護サービスが行われているか確認し、対応が難しいと思われる場合は家族と相談し、これからの介護サービスの必要性などを検討します。区分変更申請を促すことが目的ではないことに留意すること。

⑤ケアプランの見直し「A」

居宅サービス計画の修正や変更が必要と判断される場合、または新たなニーズが発生していると思われる場合は、再アセスメントの結果から居宅サービス計画の再作成を行います。これまでの「SPDC」のサイクルで得た情報を活用するが、ここでは提供された「サービスの質」を確認する必要があります。「サービスの質」が低いために目標達成ができなかった場合や効果が表れないケースも考えられます。その場合、ケアマネジャがサービス事業者に対し改善を求めたり、利用者またはその家族と協議した上でサービス事業者を変更したりします。

☆地域ケア会議への困難事例の提出

ケアマネジャはケアマネジメントの過程で困難ケースに出会うことがあります。家族構成によるコミュニケーションが難しい案件や虐待、認知症の単身高齢者などがケースとして考えられます。こうしたケースを、地域包括支援センターが主催する地域ケア会議で関係者が集い、適切な居宅サービス計画の作成・実施とそれに向けた対応方法などを検討していきます。ケアマネジャは会議に積極的に参加し、事例を共有することが大切です。地域ケア会議で検討されたことは、地域包括ケアシステムの構築に貢献することにつながります。

第1表 居宅サービス計画書（1）

○本人（利用者）及び家族の生活に対する意向の明確化

本人や家族と一緒に、自立や生活の質を向上させる観点から、どこでどのように生活したいのかが分かるように記述しなければなりません。利用者が主体的にサービスを利用しながら、自立的な生活の実現に結びつくよう、基本は本人の意向を記述します。しかし、本人と家族の意向が異なる場合や家族の介護負担が大きく、家族に対しても援助が必要と考えられる場合は、本人・家族を区別して記述することもあります。

意向を明らかにすることで、どのような方針で援助をしていくかを示すことができます。そしてこの方針が、「居宅サービス計画書（2）」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」及び「目標」の全体を総括するものであり、そこにおいては優先課題・目標や、各課題・目標間の関係が明らかになる必要があります。

第2表 居宅サービス計画書（2）

○課題（ニーズ）の明確化

本人や家族の意向の達成に向けて、総合的な援助の方針に沿い具体的な居宅サービス計画の作成を行います。初めに、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を抽出していくことが必要であります。言い換えると、身体機能的状況、心理的状況、社会的状況の関係から生活課題（ニーズ）が生じていることを示しています。ニーズの抽出を可視化するために、「課題整理総括表」の活用も有効であると言われていています。

○目標設定（長期・短期）

本人や家族の意思、総合的な援助の方針を踏まえて、個々の生活課題（ニーズ）を解決するために設定される本人、家族、サービス提供者共通の「目標」であるが、サービス提供者にとっては達成すべき援助目標でなければならない。サービス提供者が主語となる目標であること。

「目標」は、実現可能な援助目標であることが求められます。達成できないことも考えられるが、当初から不可能であることが予想されるようなものや建前的な援助目標であってはなりません。

援助目標を設定する上で、以下の視点が重要とされる。

- ・本人と家族の希望を十分に踏まえること
- ・生活の質の向上を図ること
- ・自立を促進すること
- ・自立（律）的に生きることをめざすこと
- ・残存機能を生かすこと
- ・心身機能の向上をめざすこと

- ・社会への参加が行われること

ここで「短期目標」は、「～カ月間は～したい」、「長期目標」は「最終的に～したい」という「本人の求めている望ましい目標・結果」が示されます。そのため、短期目標と長期目標は連続したものとなり、短期目標を達成していくことが長期目標につながるよう設定します。どの「レベル」で「どのように」設定するかが居宅サービス計画の質の鍵を握り、本人の生活の質の向上につながります。

○援助内容の検討

「援助内容」を「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」と「長期・短期目標」をセットで検討します。

アセスメント用紙を活用しながら、サービス内容の点検や本人の1日のスケジュールによる生活や介護の現状やリズムを踏まえて検討します。その中で、食事の準備のように1日の中で、一定の時間帯で行われるサービスと、時間に縛られないサービスの組み合わせを整理することも求められます。そして、そのサービスの利用者負担額を算出し、要介護認定による区分支給限度基準額の範囲内であるか確認を行います。併せて、上乘せのサービス（基準額以上のサービス）やインフォーマルなサービスを利用する場合は援助内容に盛り込みます。

したがってケアマネジャーは、地域の社会資源の種類や提供される内容を理解して、十分把握しておく必要があります。

利用者負担額は、本人や家族にとってサービス利用の有無を判断するにあたり大きな要因となります。金額により、サービス利用を調整する必要性が出てくる可能性があります。その際、以下の方法で検討をします。（※訪問看護や通所リハビリテーション等の医療サービスについて見直す場合は、主治医等の意見を聞く必要があります。）

- ・計画原案の内容を伝え、自己負担額を増やすことが可能かどうか尋ねる。
- ・サービス内容の組み合わせ変更し調整を図る。
- ・ほかの安価なサービスやインフォーマルなサービス、家族の支援で対応が可能かどうか検討する。
- ・サービスの内容や回数で調整を図る。

第3表 週間サービス計画表

○利用者の生活活動とサービス提供状況の明確化

「第2表 居宅サービス計画書(2)」に記載されたサービスを、介護保険適用内適用外、インフォーマルなサービス等を記載します。利用者またはその家族がサービス利用時間を確認でき、サービス提供事業者が他の支援状況やサービスの提供状況を認識し包括的なケアに取り組めるよう作成しなければなりません。また、利用者（起床・就寝・食事・排泄・

入浴等)と介護者(家族の出勤時間・帰宅時間・定期的な外出要件等)の日常生活の様子を記載します。平日日中だけではなく、夜間や土曜日、日曜日についても記載します。この計画がいつ作成されたものか明らかにするため、作成年月日の記載漏れがないように注意すること。

第4表 サービス担当者会議の要点

○利用者についての検討事項の明確化と関係者同士の情報共有

利用者またはその家族、ケアマネジャ、主治医、サービス提供事業所等が一堂に会しサービス担当者会議を実施し、居宅サービス計画書の第1～3表の確認・協議・調整を行い、実施時の検討事項について記載します。ケアマネジャや事業所単位で、記載方法に傾向が出ると思われるが、番号付けや記載内容の簡潔化に努め、要点が整理されている必要があります。

サービス担当者会議を開催できない場合、出席できない場合は、「照会(事業者)」と「回答(ケアマネジャ)」でやり取りを行い必ず情報共有をします。「照会」が発生した場合は、サービス担当者会議に参加した関係機関にその内容と「回答」について情報提供を行います。

第5表 居宅介護支援経過

○居宅サービス計画の見直し・検討

ケアマネジャ自身の情報収集だけでは、モニタリングが十分に行われるとは言えません。サービス提供がされることで、関係機関からの情報提供等により把握したことや判断したこと、難航していることなどを整理し記載していきます。ケアマネジャは、支援の継続を確認するだけでなく、ニーズ、目標、それに対するサービス内容といった総合的な支援が適切か、居宅サービス計画の見直しの必要性が生じているか確認をしなければなりません。

第6表 サービス利用票(兼居宅サービス計画)

第7表 サービス利用票別表

○サービス提供の確認と請求

「第3表 週間サービス計画表」に記載されているサービス種類、提供日等の整合性を確認します。介護保険で給付されるサービス提供事業者だけではなく、必要とされる医療保険福祉サービスやボランティアといったインフォーマルな支援者への利用票の提出も必要とされています。この利用票の提出はサービス提供事業者への「依頼」の意味を持ちます。

参考文献

- ・居宅サービス計画ガイドライン Ver. 2 アセスメントから計画作成へのマニュアル付
- ・社会保険研究所発行「介護報酬の解釈 QA・法令編」(H30.4版)