

●宗像市のケアマネジメントに関する基本方針●

「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第13条」

「宗像市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する条例第3条」

居宅介護支援は、要介護者である利用者が尊厳を保持し、可能な限りその居宅において、その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配慮して行われるものでなければならない。

利用者の意思が十分に反映されるように個々の解決すべき課題、その心身の状況や置かれている環境に応じて利用者自身のサービス選択に基づき、保健・医療・福祉サービスが、総合的かつ効率的に提供され、公正中立に行われなければならない。これらを基本理念とし、以下のプロセスを踏まえてサービス提供のマネジメントが行われるものとする。

① アセスメント（課題分析）

利用者が抱える生活課題（ニーズ）を明確にするため、利用者及びその人を取り巻く環境についての多方向からの客観的な情報収集を適切な方法で行うことが必要であり、アセスメントのための課題分析標準項目（23項目）をもとに、総合的な視点での情報収集が必要である。このことを踏まえて次の点に留意する。

- ・ 表面に現れている現象を「問題」として捉えるのではなく、問題を引き起こしている原因や背景を明らかにしていくことで「真の課題」をつかんでいるか。
- ・ 目に見えている問題は、相互に関連し合っており、一つの現象を示している為、その相互関連を明らかにする視点があるか（できる能力があるのに、していないことはないか）。
- ・ 利用者や家族が希望する課題のみに対応するのではなく、専門職として知識と技術をもとに分析を行う努力をしているか。
- ・ 利用者の支援だけでなく、主たる介護者を支援する視点を忘れていないか。
- ・ 利用者に起こりうる危険性を予測することなどにより、潜在化している課題を発見し、課題の見落としを防ぐことに配慮しているか。
- ・ 緊急事態の予測、リスクマネジメントに配慮する視点を持っているか。（予後予測）

② ケアプランの作成

アセスメントに基づき抽出された生活課題（真の課題）の改善を目指すために、次の点に配慮する。

- ・ 利用者自身はどのような生活を目指したいと考えているか。
- ・ 利用者の意向を踏まえた上で、どこまでの改善が可能か。

◇ケアプラン原案には課題を解決し、目標を達成するための具体策・方法として具体的なサービス内容の設定を行う必要がある。サービス内容の設定にあたっては、次の点に留意する。

- ・ 目標を達成する手段として適切な内容となっているか。
- ・ 利用者や家族に分かりやすい具体的な目標になっているか。
- ・ 個別のサービス内容については、「誰が、いつまでに、どのような方法で、どのくらいの頻度で」サービスが提供されるのかが具体的に示されているか。
- ・ 利用者のニーズに即した過不足のない、安全なケアが行われることに配慮されたサービスになっているか。
- ・ 利用者や家族の「要望」だけに合わせたケアプランを作成するのではなく、専門家として「自立支援」に資する内容となっているか。実際の状況と

かけ離れた内容となっている場合は利用者や家族が現状の認識を深める働きかけ等を行い、意思決定支援を行う。

◇サービス担当者会議を開催し、関わっている各専門職が利用者をそれぞれの立場から観察するとともに、専門的視点をもって評価を行うことにより、新たな課題の発見や、今後の目標の見直しに繋がり、チームとして次のプロセスに進むことができるようなものでなければならない。また、利用者やその家族がサービス担当者会議に参加することができない場合でも、利用者自身や家族の意思や希望を何らかの形で確認し、計画に反映させることが重要である。

◇作成したケアプランを保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、利用者や家族に説明し、文書での同意を得る。

◇同意を得たケアプランを利用者及びサービス事業者に交付する。

③ ケアプラン実行

- ・ サービス事業者が個別サービス計画書の提出を求めるとともに、個別サービス計画書がケアプランと整合した内容となっているかを確認する。
- ・ 実績報告等をもとに、ケアプランや給付管理票と整合した内容となっているかを確認する。

④ モニタリング

サービスの実施状況を確認した上で、ケアプランが利用者の自立支援に向けて有効的な計画であったかどうかを検証するための定期的な評価として実施する。その上で、アセスメントにつなげる必要があるかどうかを判断し、必要に応じてケアプランの追加・修正・変更を行う。漠然とした内容ではなく、項目毎に整理してモニタリングを行い、新たな課題が発生していないかを確認するため、次の点に留意する。

- ・ 目標の達成度（PDCA サイクルの確認）を確認する。
- ・ 利用者や家族のサービスに対する意向や満足度等を確認する。
- ・ サービス担当者からサービス利用に関する意見・評価・要望等を確認する。

◇モニタリングの結果利用者の実態が明らかに計画の変更を必要とする場合には、速やかにケアプランの変更を行う必要がある。

また、緊急性を要しないが慢性的状態にありケアプランの効果が見られない場合など、目に見える状態や問題の変化がなくても、サービスの効果や状態の再評価から、一定期間ごとにケアプランの見直しを行い、計画的な支援が展開できるようにする。

さらに、サービスを提供していく過程で発生する様々な問題により、支援の内容について、利用者や家族の支援に携わるチームの考え方にズレが生じることもあるため、サービスの計画の変更にあたり、チームとしての共通認識が得られるよう、再度調整する（以下、①～④を繰り返す）。

●ケアマネジメントにおける一連のプロセス●

