

小樽市ケアマネジメント に関する基本方針

【居宅介護支援及び介護予防支援】

R5.1.25 令和 4 年度小樽市居宅介護支援事業所集団指導

一定の水準で求められるケアマネジメント

1 個々のケアマネジャーの基礎資格や経験等のみには頼らない、すべての介護支援専門員の共通となる基本的考え方を示す。



小樽市
ケアマネジメント
に関する基本方針

2 これまでの介護支援専門員が得た知見を踏まえ、科学的根拠に基づくケアマネジメントを、すべての介護支援専門員が実践する。



適切なケア
マネジメント
手法の手
引き

「適切なケアマネジメント手法」の
手引き

①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。

在宅での生活を
基本におく

個別性をしっかりと
把握する

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、（利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために）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。

多様なニーズへの
対応
チームアプローチ

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。

×利用者のために
○利用者の立場に立つ

抱え込み防止

④ 市町村、地域包括支援センター、老人福祉法第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、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。

多様な生活ニーズに
様々な資源を結びつけて
課題の解決に向けて
調整する

⑤ 要介護状態の軽減又は悪化の防止（介護予防）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。

医療やリハビリテーション等の視点

⑥ 自らその提供する指定居宅介護支援（介護予防支援）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。

スーパーバイズ
PDCAの機能

介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス計画を策定しなければならない。

目標を設定し、達成することで、より良い状態を作る。

高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、日常生活上の何らかの困りごとに対して、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続ける等、「心身機能」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容となるよう要支援者等の選択の支援に努めなければならない。

**地域生活の主体者
周囲と助け合いの中で暮らしている。**

◆利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。

動機（モチベーション）への働きかけ

◆（具体的な日常生活における行為について、）利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。

利用者自身の目標

◆利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。

利用者自身の自立した生活

◆サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な介護（予防）給付の対象となるサービス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、自立支援・重度化防止（介護予防）に資する取組を積極的に活用すること。

地域の社会資源の把握
生活支援コーディネーターとの連携

◆居宅（介護予防）サービス計画の策定に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとする。

サービスありきの計画に陥らないよう注意

◆機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。

課題分析(アセスメント)
改善・悪化の予測

◇単に運動機能や栄養状態、口腔機能などの特定の機能の改善だけを目指すものではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって、生活の質の向上を目指すこと。

機能の改善と悪化防止・環境への調整等の総合的なアプローチ

◇地域支援事業及び介護給付と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。

自立から要介護まで地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の連携

多職種連携とストレングス視点

- ・ 専門職やインフォーマルな支援者との他・多職種間の連携（関係構築）
- ・ 地域ケア会議等での検討
- ・ 利用者の持っている「強み」に着目

ケアプラン点検

「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているか確認する過程で介護支援専門員の「気づき」を生み、ケアマネジメントの質の向上を図る。