

福島市のケアマネジメントに関する基本方針

1 策定の趣旨

介護支援専門員は介護保険法並びに関係法令等を遵守し、制度全般の専門的な知識と利用者への深い理解により、自立支援・重度化防止に資することを目的としたケアマネジメントを行う必要があります。

この介護保険制度の根幹であるケアマネジメントのあり方を保険者と介護支援専門員で共有することを目的とし「福島市のケアマネジメントに関する基本方針」を策定しました。居宅介護（介護予防）支援事業所におかれましては、本基本方針の内容を踏まえ、ケアマネジメントを実施していただきますようお願いいたします。

2 居宅介護支援に関する基本方針について

本市では、「福島市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等を定める条例」（以下、「居宅介護支援基準条例」という。）の第2条及び第15条に基づき居宅介護支援に関する基本方針を以下のとおり定めました。

（1）居宅介護支援に関する基本方針

- ① 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。
- 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、地域包括支援センター、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、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。

（2）指定居宅介護支援の具体的取扱方針

- 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ものとする。
- 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 介護支援専門員は、サービス担当者会議の開催により、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、訪問介護計画等、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。また、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、⑬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。
- イ 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。
- ロ 次のいずれにも該当する場合であって、少なくとも二月に一回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接するときは、利用者の居宅を訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができるものとする。
- （1）テレビ電話装置等を利用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。
- （2）サービス担当者会議において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
- （i）利用者の心身の状況が安定していること。
- （ii）利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
- （iii）介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。
- ハ 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。
- イ 要介護認定を受けている利用者が介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第28条第2項に規定する要介護更新認定を受けた場合
- ロ 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 ③から⑫までの規定は、⑬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若しく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。また、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。以下この号において「基準省令」という。）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。
- 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。この場合、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（同条第一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。

3 介護予防支援に関する基本方針について

本市では、「福島市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例」（以下、「介護予防支援基準条例」という。）の第31条及び第32条に基づき介護予防支援に関する基本方針を以下のとおり定めました。

（１）介護予防支援に関する基本方針

- ① 指定介護予防支援は、利用者の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なければならない。
- ② 指定介護予防支援事業者は、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。
- ③ 指定介護予防支援事業者は、自らその提供する指定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。

（２）介護予防支援の具体的取扱方針

- ① 指定介護予防支援事業所の管理者は、担当職員に介護予防サービス計画の作成に関する業務を担当させること。
- ② 指定介護予防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こと。
- ③ 担当職員は、介護予防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介護予防サービス等の利用が行われるようにすること。

④ 担当職員は、介護予防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、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介護予防サービス計画上に位置付けるよう努めること。

⑤ 担当職員は、介護予防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介護予防サービス事業者等に関するサービス及び住民による自発的な活動によるサービスの内容、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こと。

⑥ 担当職員は、介護予防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、その有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる領域ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び家族の意欲及び意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、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べき総合的な課題を把握すること。

イ 運動及び移動

ロ 家庭生活を含む日常生活

ハ 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション

ニ 健康管理

⑦ 担当職員は、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うこと。この場合において、担当職員は、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 担当職員は、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、利用者が目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、利用者及びその家族の意向、それらを踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点、本人、指定介護予防サービス事業者、自発的な活動によるサービスを提供する者等が目標を達成するために行うべき支援内容、その期間等を記載した介護予防サービス計画の原案を作成すること。

⑨ 担当職員は、サービス担当者会議の開催により、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、当該介護予防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こと。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。

⑩ 担当職員は、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防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、当該介護予防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ること。

- ⑪ 担当職員は、介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防サービス計画を利用者及び担当者に交付すること。
- ⑫ 担当職員は、介護予防サービス計画に位置付けた指定介護予防サービス事業者等に対して、介護予防訪問看護計画書等、指定介護予防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 担当職員は、指定介護予防サービス事業者等に対して、介護予防サービス計画に基づき、介護予防訪問看護計画書等、指定介護予防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作成を指導するとともに、サービスの提供状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも1月に1回、聴取すること。
- ⑭ 担当職員は、介護予防サービス計画の作成後、介護予防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、必要に応じて介護予防サービス計画の変更、指定介護予防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こと。また、担当職員は、指定介護予防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。
- ⑮ 担当職員は、介護予防サービス計画に位置づけた期間が終了するときは、当該計画の目標の達成状況について評価すること。
- ⑯ 担当職員は、⑬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、指定介護予防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うこと。
 - イ 少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月に1回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。
 - ロ 利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防通所リハビリテーション事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、当該面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施すること。
 - ハ 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。
- ⑰ 担当職員は、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、介護予防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こと。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。
 - イ 要支援認定を受けている利用者が法第33条第2項に規定する要支援更新認定を受けた場合

□ 要支援認定を受けている利用者が法第33条の2第1項に規定する要支援状態区分の変更の認定を受けた場合

- ⑱ ③から⑬までの規定は、⑭に規定する介護予防サービス計画の変更について準用する。
- ⑲ 担当職員は、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、利用者の要介護認定に係る申請について必要な支援を行い、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うこと。
- ⑳ 担当職員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要支援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、介護予防サービス計画の作成等の援助を行うこと。
- ㉑ 担当職員は、利用者が介護予防訪問看護、介護予防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又は歯科医師の意見を求めること。この場合、担当職員は、介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防サービス計画を主治の医師等に交付すること。
- ㉒ 担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防訪問看護、介護予防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介護予防サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定介護予防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こと。
- ㉓ 担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防短期入所生活介護又は介護予防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、介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護を利用する日数が要支援認定の有効期間の概ね半数を超えないようにすること。
- ㉔ 担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防福祉用具貸与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、当該計画に介護予防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、随時サービス担当者会議を開催し、その継続の必要性について検証をした上で、継続が必要な場合にはその理由を介護予防サービス計画に記載すること。
- ㉕ 担当職員は、介護予防サービス計画に特定介護予防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、当該計画に特定介護予防福祉用具販売が必要な理由を記載すること。
- ㉖ 担当職員は、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介護予防サービスの種類若しくは地域密

着型介護予防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介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防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、その内容に沿って介護予防サービス計画を作成すること。

⑳ 担当職員は、要支援認定を受けている利用者が要介護認定を受けた場合には、指定居宅介護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こと。

㉑ 指定介護予防支援事業者は、法第115条の4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。

4 福島市のケアプラン点検について

本市では、地域支援事業の任意事業における介護給付費適正化事業として居宅介護支援事業者を対象としたケアプラン点検を実施いたします。ケアプラン点検は、国から示されている「ケアプラン点検支援マニュアル（平成20年7月18日発出、介護保険最新情報 Vol. 38）」の趣旨に従って行います。

基本的には運営基準違反やサービスの不適正な利用がないかを確認するといったものではなく、「ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ自立支援・重度化防止に資する適切なケアプランとなっているか」を保険者とともに検証確認しながら介護支援専門員の「気づき」を促すとともに、保険者においても介護支援専門員が抱える問題点の把握、必要な措置の検討、今後の市の施策等に有用な情報収集の場になるものとするために実施いたします。

5 福島市地域包括ケアシステムにおける介護支援専門員の役割 （福島市が介護支援専門員に期待すること）



出典：三愛リサーチ＆コンサルティング「平成27年度厚生労働省老人保健課調査
事業＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント（地域包括
ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）2016年

「地域包括ケアシステム」においては、地域包括ケア研究会が「地域包括ケアシステムのしくみ」に示す「本人の選択と本人・家族の心構え」「すまいとすまい方」「介護予防・生活支援」「医療・看護、介護・リハビリテーション、保健・福祉」の4つが、ケアマネジメントに基づいて有機的に連携し、一体的に提供されることが必要です。

このため、介護支援専門員が地域包括ケアシステムの構築に果たす役割は大きく、期待するものです。

① 介護支援専門員は、福島市地域包括ケアシステム構築に向け、福島市と一体となって推進していく役割がある。

② 利用者や介護者が有しているニーズを的確に捉え、本人の意思を尊重しながら、介護保険（共助）や市独自のサービス（公助）といったフォーマルなサービスだけでなく、利用者・

家族ができること（自助）や地域の支え合い（互助）といったインフォーマルなサービスにもつなげるマネジメントを行う。

- ③ ケアマネジメントの実践を通して気づき、把握した市民の生活実態や課題、既存のサービスや資源の不足や課題などを地域包括支援センターとの連携のもと、地域ケア会議等事例に提供するなどして「見える化」し、課題解決に向けた支援、施策の開発に積極的に協力する。
- ④ 医療や介護の多職種との連携により、利用者の生活等についての情報や課題を共有し質の高いケアの提供を目指す。また、連携の中でお互いの役割を理解し、更なる連携強化と資質の向上を目指す。

ケアマネジメント重点留意事項 チェックリスト

- ☐ 課題分析は、利用者の有する課題を客観的に抽出するための手段として合理的と認められる適切な方法を用い、課題分析標準23項目を備えていますか？
- ☐ 医療連携の重要性・必要性を認識し、主治医からの情報収集に努めていますか？
- ☐ 課題分析において利用者が「自立」ではない場合、具体的に「何に困っているのか」を確認し、それを誰が支援しているのかアセスメントできていますか？
- ☐ 現在、困っている事のみを把握するのではなく、多職種からの情報収集に努め予後予測にたった視点でアセスメントをしていますか？
- ☐ 介護保険サービスのみではなく、インフォーマルな社会資源などの活用について意識をし、アセスメントを行っていますか？また、必要に応じて活用していますか？
- ☐ 利用者に応じた自立支援、重度化防止の視点に立ち、アセスメントの中で機能訓練等の必要性を判断していますか？
- ☐ 利用者の生活の質を高めるための視点で課題を分析し、利用者の意向を踏まえたうえで、目標を設定していますか？
- ☐ 利用者本人や家族が希望するニーズのみに対応するのではなく、そのニーズが本当に必要かどうか分析する努力をしていますか？
- ☐ 課題分析を通じ、ニーズの把握に努め、長期目標・短期目標・サービス内容に整合性がある計画書を作成することに努めていますか？
- ☐ 家族介護が可能な場合、家族の介護への思いや実際にどの程度支援が可能かを確認し、プランに位置付けていますか？また、家族介護ができなくなる場合に代替サービスが必要となる内容についてプランに位置付けていますか？
- ☐ 家族の介護に対する思いを受け止め、その思いを支える視点を持つと同時に、家族も利用者の支援を担うチームの一員として、目標達成に向けて一緒に関わってほしいというアプローチがされていますか？
- ☐ 画一的なプランではなく利用者の個別性を尊重したプランを作成していますか？