

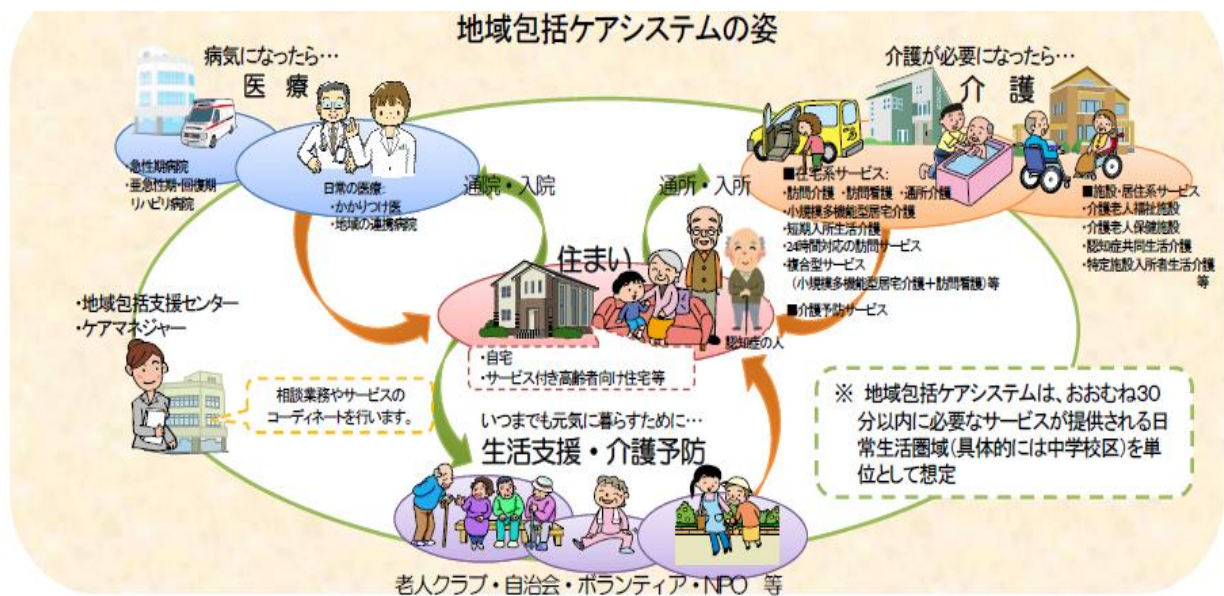
守山市のケアマネジメントに関する基本方針(案)について

1 策定の目的

守山市では、高齢者が介護や支援が必要になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域のネットワークを活用しながら、住まいを中心とした医療・介護・介護予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいます。

地域包括ケアシステムの構築には、守山市が目指す「自立」「自立支援」（以下「自立等」という。）の明確化とともに高齢者や家族、ケアマネジャー、サービス提供事業者、地域包括支援センター、地域住民、行政等が、守山市が目指す「自立等」を共有した上で、高齢者の暮らしを支援する仕組みであるケアマネジメントを進めることが必要です。

このことから守山市では、ケアマネジャーが担うケアマネジメントの適切かつ円滑な実施、質の向上を通じて、高齢者の自立支援や重度化防止等の実現を図ることを目的に、ケアマネジメントに関する基本方針を策定します。



2 基本方針の対象

地域包括ケアシステムの構築には、ケアマネジメントに関わる全ての者が、本市が目指す「自立等」について理解・共有した上で、高齢者に対してサービスや支援を行うことが重要になります。

こうしたことから、基本方針は、ケアプランの作成等でケアマネジメントを中心的に担うケアマネジャーだけではなく、ケアマネジメントに関わる全ての者に向けて策定することとします。

3 守山市における自立、自立支援の考え方

(1) 自立について

「自立」には、ADL 等の身辺的自立、収入・所得に関わる経済的自立等様々なものがあります。

それらの中でも、自分のことを自分で決めるという自己決定・自己選択に関わる精神的・人格的自立、つまり「日常生活の中で、自らの意思で選び決めること」が特に重要であると考えています。

このことを踏まえ、守山市では、自立を、「地域の中で、生きがいや役割、地域とのつながりを持ちながら、自分の望む暮らしを実現できるよう、必要なサービスや支援などを、自分で選び、決定し、主体性をもって生活できること」と定義し、高齢者が、支援や介護が必要になっても、それぞれの状態に応じて「自立」を目指すことができるケアマネジメントを実施します。

(2) 自立支援について

高齢者一人ひとりが、住み慣れた地域で、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に、次のポイントを踏まえ、必要な支援を行います。

《ポイント》

ア 高齢者が望む暮らしについて、自分で選び、決定できる。

イ 高齢者の要介護状態等の軽減または重度化の防止に役立つ。

ウ 高齢者の意向や意欲を引き出すとともに、持っている能力、強み、できそうなことを見出し、主体性を引き出す。

エ 「自立」とは、決して「一人でできないといけない」「がんばらないといけない」ものではないという認識を高齢者に持っていただく。

4 ケアマネジメントに関する基本方針

(1) 介護の基本方針

ア 要介護状態になった場合においても、利用者が可能な限り居宅において、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ます。

イ 利用者の心身の状況、お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および福祉サービスが、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ます。

ウ 利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場で、提供される指定居宅サービス等が特定の種類または特定の居宅サービス事業者等に不当に偏ることがないように、公正中立に行います。

エ 事業の運営に当たっては、守山市、地域包括支援センター、指定介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めます。

(2) 介護予防の基本方針

- ア 利用者が、自分らしく、可能な限り居宅において、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ます。
- イ 利用者の心身の状況、置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき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および福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的かつ効果的に、切れ目なく提供されるよう配慮します。
- ウ 利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場で、提供されるサービス等が特定の種類または特定の介護予防サービス事業者等に不当に偏ることがないように、公正中立に行います。
- エ 事業の運営に当たっては、守山市、地域包括支援センター、指定介護予防支援事業者、市民による活発な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めます。

5 ケアマネジメントを行う上で留意したい事項

(1) 介護

- ア 要介護状態の軽減または重度化の防止に資するよう行なうとともに、医療サービスとの連携に十分に配慮する必要があります。
- イ 自ら提供する居宅介護ケアマネジメントの質の評価を行い、常にその改善を図る必要があります。

(2) 介護予防

- ア 利用者の介護予防に資するよう行なうとともに、医療サービスとの連携に十分に配慮する必要があります。
- イ 介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の維持・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、サービス計画を策定する必要があります。
- ウ 自ら提供する介護予防ケアマネジメントの質の評価を行い、常にその改善を図る必要があります。

6 ケアマネジメントに関わる対象者、関係者等の役割

(1) 高齢者とその家族

それぞれの状態に応じて、高齢者本人は「今の状態を維持する。」「機能を回復したらやりたいことがある。」等の目標や希望、家族は「本人にできるようになって欲しいこと」等の意向を持ち、それをケアマネジャー等支援に関わる人に伝えることが重要です。

自立とは、決してしんどいことをがんばることではありません。それぞれの状

態に応じて、「できること」「やりたいこと」等を無理のない範囲で行ってください。

(2) ケアマネジャー

ケアマネジャーはケアマネジメントの中心的役割を担います。

ケアプランの作成においては、高齢者の意向やこれまでの生活の背景等を、本人や家族からの聴取等により十分に把握することが必要になります。

ケアプランの目標は、高齢者が望む生活の実現です。本人にとって適切な支援が行えるよう、サービス提供事業者、医療機関等と連携することが重要です。

また、地域包括ケアシステムの構築には、介護サービスだけでなく、インフォーマルサービスの活用も視野に入れ、ケアプランを作成することが必要となります。

(3) 地域包括支援センター

地域包括支援センターには、地域包括ケアシステムの構築に向けて中心的な役割が求められています。

そのため、高齢者の地域における自立した生活の支援やケアマネジャーへの指導・相談を通じて、高齢者の自立につながるケアマネジメントの支援に努めるとともに、サービス担当者会議における適切なアセスメントにより、自立支援につながる効果的なサービスの提案に努めます。

また、地域の個別事例から地域課題を抽出し、課題解決のための施策を検討、立案することにより、地域包括ケアシステムの推進を図ります。

(4) サービス提供事業者

高齢者の生活課題の解決方法、ケアプランとの連携、医療機関との連携等を考えながら、利用者が目指す生活像に近づけるように目標を設定することが必要です。常に目標を利用者、家族と共有するよう努めることが重要です。

(5) 地域

地域包括ケアシステムでは、事業者が提供するサービス等では対応できない高齢者の困り事等を解決するための生活支援が重要になります。

特に、高齢者や地域住民等が「支える側」となり、自治会やグループ等での取組の中で、日常生活に困り事を抱える高齢者の生活支援や、高齢者の見守り、安否確認等を実践されることが期待されます。まずは、「ちょっとやってみようかな」という気持ちを大切にしてください。

(6) 市

地域包括ケアシステムを構築するために必要な基盤整備、多様な主体の連携・協働を進められるよう必要な体制整備を進めます。

ケアプラン点検を通じて、利用者の自立支援に資する適切なケアプランの作成および介護給付の適正な利用の推進を図ります。

各種研修会を開催し、技能の習得、専門性の向上を支援するとともに、事業所への集団指導等を通じて、サービスの質の確保・向上を図ります。

高齢者を介護する家族等に対しては、介護者の集い等悩みや課題等を共有できる場の周知を通じて、悩みを抱え込まない支援を行います。

また、近年の台風、豪雨や新型コロナウイルス感染拡大の状況を踏まえ、災害や感染症に対する備えとして、サービス提供事業者等と連携し、防災、感染症対策に取り組むとともに、滋賀県、他市町、関係団体等と連携し、サービス、支援が継続して提供されるよう、支援体制の構築に取り組みます。

7 基本方針の理解、普及に向けて

地域包括ケアシステム、自立支援・重度化防止の推進に向けて、ケアマネジメントに関する基本方針をケアマネジメントの中心的役割を担うケアマネジャーをはじめ、高齢者や家族、サービス提供事業者、地域等へ広く周知し、理解を図ることが重要になります。そのため、ケアマネジャー等の研修、地域での出前講座やサロン等のあらゆる機会を活用して、周知・啓発を継続的に行います。