



# 神山町 ケアマネジメントに関する基本方針

---

令和2年3月  
神山町 健康福祉課 介護保険係



# 1 基本方針策定の根拠

---

介護支援専門員、地域包括支援センター職員等（以下「ケアマネジャー等」という。）が行うケアマネジメントは、介護保険の基本理念に基づき、重度化防止及び生活の質（QOL）の向上に資するものであることが必要です。

本町のケアマネジメントのあり方を明確にし、保険者とケアマネジャー等が目的を共有することで、ケアマネジメントの質を向上させ、よりよい介護保険制度の運営を図るために、次のとおり基本方針を定めます。

## 2 介護保険法の理念

---

### ○ 第1条

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

### ○ 第2条第2項

保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

### ○ 第2条第3項

保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

### ○ 第4条第1項

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

### 3 ケアマネジメントの基本方針

---

1. 指定居宅介護支援及び指定介護予防支援（以下「指定居宅介護支援」という。）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及び指定介護予防支援事業者（以下「指定居宅介護支援事業者」という。）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(法第 8 条第 24 項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。)が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者(法第 41 条第 1 項に規定する指定居宅サービス事業者をいう。以下同じ。)等に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。
4. 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、神山町、法第 115 条の 46 第 1 項に規定する地域包括支援センター、老人福祉法(昭和 38 年法律第 133 号)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(法第 58 条第 1 項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。以下同じ。)、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(平成 17 年法律第 123 号)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。

## 4 ケアプランについて

居宅サービス計画書（ケアプラン）は、利用者及び家族の「望む生活」を具現化するための計画書です。そのためには、利用者や家族がどのようなことを望んでいるのか十分なアセスメントが重要です。

～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 3 月 31 日）

（厚生省令第 38 号）

### 第 13 条第 8 項

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もっと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。

- ケアプランは、利用者の要望のみを単純に記載したものにならないよう、「利用者の希望」と「課題分析の結果」から、利用者及び家族の生活に対する意向を導き出す必要があります。
- 利用者が自立した日常生活を送れるようにするために、何が問題なのか、何が障害となっているのか、利用者が解決すべき課題を、しっかり確認することが大切です。
- 利用者本人の「したいこと」「できるようにになりたいこと」を尊重し、それが具体的解決策として本人の目標になるよう、ケアマネジャー等は方向付けをすることが大切です。
- 目標設定については、抽象的な表現になってしまわないよう、できるだけ具体的で実現可能な設定が、利用者自らが課題解決へつなげるきっかけとなります。本人の能力を最大限に活かし、自立生活への第一歩となるケアマネジメントが期待されます。
- 保険者はケアプラン点検等を通じ、ケアマネジャー等の支援を行い、ケアマネジメントの質の向上のために相互協力を行います。