

宮崎県ケアプラン適正化支援マニュアル

平成27年3月

宮崎県 ・ 一般社団法人 宮崎県介護支援専門員協会

はじめに

我が国の高齢化率は上昇を続け、全国では平成26年の推計で26%、本県はさらに速いペースで高齢化が進み、28%に達しており、平成37年(2025年)には、国民の3人に1人が65歳以上の高齢者という、これまで経験したことのない社会の到来が見込まれています。

また、高齢化の進展に伴い、今後、要支援・要介護者も増加していくことが見込まれていますが、こうした中、県においては、高齢者が介護等が必要な状態になっても、住み慣れた地域で、安心して生活ができるよう、平成37年(2025年)を見据えた高齢者施策の方向性を示す新たな計画として、「宮崎県高齢者保健福祉計画」を策定し、医療・介護・予防・生活支援・住まいを一体的に提供する「地域包括ケアシステム」の一層の推進を図っていくこととしたところです。

「地域包括ケアシステム」の推進にあたっては、医療ニーズの高い要介護者等を在宅を中心に支援していくこととなりますことから、「介護」の関係者間だけでなく、「医療」と「介護」の関係者が密接に連携し、医療・介護サービスを切れ目なく提供していくことが不可欠となります。

このため、介護支援専門員には、多職種連携の要として医療職をはじめとする多職種との連携を推進し、それぞれの専門的見地を取り入れたケアマネジメントを実施していくことがこれまで以上に求められていくこととなります。

こうしたことから、県では一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会に委託し、「ケアプラン適正化支援マニュアル」を作成しました。

本マニュアルは、介護支援専門員のケアマネジメント力を、多職種連携などを通して高め、利用者の自立支援に向けたケアプランに繋げていただくために作成したものです。

ケアマネジメントの実践にあたり、利用者の「真のニーズ」や「真に必要なとされるサービス」を導き出していく手引きとして、是非、活用していただきたいと思えます。

最後になりますが、マニュアルの作成にあたり御協力いただいた関係者の皆様、事務局として取りまとめに御尽力いただいた一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会の皆様に、あらためて、心よりお礼申し上げます。

平成27年3月

宮崎県福祉保健部長寿介護課

目次

第1章 ケアマネジメントとは	1
1 ケアマネジメントの目的と重要性	2
(1) ケアマネジメントの目的	
(2) 自立支援に向けたアセスメント・モニタリングの重要性	
(3) ケアマネジメントにおける多職種連携	
(4) 居宅サービス計画（ケアプラン）と個別サービス計画の連動性	
2 ケアマネジメントの流れ	6
(1) サービス利用開始までのケアマネジメント	
(2) サービス利用開始後のケアマネジメント	
3 自立支援に向けたアセスメントの方法	8
(1) 課題分析標準項目	
(2) 自立支援に向けたアセスメントの着眼点	
4 自立支援に向けたモニタリングの方法	10
(1) 自立支援に向けたモニタリングの評価	
(2) 自立支援に向けたモニタリングの着眼点	
5 医療系サービスの活用	12
(1) 医療系サービスの活用方法	
(2) 医療との連携の具体例	
(3) 訪問看護の活用について	
【参考1】医療との連携に便利なツール	18
①主治医との連携シート	
②主治医意見書予診票	
【参考2】医療との連携のために知っておきたい知識	23
①入退院における介護・診療報酬加算について	
②医療費が控除される制度	
6 居宅サービス計画書の記載ポイント(第1表～第5表)	27
第2章 適切なサービスがケアプランに位置付けられていない事例と その改善に向けた取組	33
・事例1：同一サービスのみを利用している事例	
・事例2：褥瘡があるが福祉系サービスのみ位置付けられている事例	
・事例3：経口摂取を強く希望する事例	
・事例4：家での生活を希望する事例	
・事例5：有料老人ホームより福祉用具を借用している事例	
第3章 実態調査結果	51