

令和3年度指定居宅介護支援事業所集団指導（第1回）	
令和3年8月12日（木） 午後1時30分～	資料3

説明内容

「南部町ケアマネジメントに関する基本方針」について

南部町ケアマネジメントに関する基本方針

令和3年7月改定 南部町福祉介護課

1. 策定の趣旨

高齢者の自立支援・重度化防止に資することを目的としてケアマネジメントが行われるよう、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し、より良い介護保険事業の運営を目指すために、南部町におけるケアマネジメントに関する基本方針を示すものです。

2. 介護保険法の基本理念

介護保険法では、介護等が必要な人の尊厳を保持し、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に支援することを基本理念としています。

また、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に行わなければならないこと、保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、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配慮されなければならないとされています。

～介護保険制度の理念としての「自立」～

身体的自立

介護が必要になっても自分でできることを可能な限り維持し、増やしていくこと

社会的・精神的自立

人の暮らしに不可欠な、地域とのつながりや他者との交流や活動を大切にしたり暮らしをすること

経済的自立

必要に応じ、社会保障の機能を発揮させつつ、経済的な継続性を保つこと

3. ケアマネジメントの類型について

介護保険におけるケアマネジメントとは、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いて、適切な介護サービス等が、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう、サービス計画を立案し、計画に基づいたサービス提供が行われるよう調整、管理を行うことです。認定区分等により類型は次のとおりとなります。

ケアマネジメントの類型	認定区分等	給付種別			実施機関
		介護給付	予防給付	総合事業	
居宅介護支援	要介護1～5	○	×	×	指定居宅介護支援事業者
介護予防支援	要支援1・2	×	○	併用	指定介護予防支援事業所
介護予防ケアマネジメント	要支援1・2 事業対象者	×	×	○	地域包括支援センター

4. ケアマネジメントに関する基本方針について

(1) 居宅介護支援

「南部町指定居宅介護支援事業所等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例」（以下「居宅介護支援基準条例」という。）に基づき、基本方針を次のとおりとします。

- 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。
- 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、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に配慮して行われるものでなければならない。
- ③要介護状態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。
- ④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ることのないよう、公正中立に行われなければならない。
- ⑤指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、町、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（障害者支援）との連携に努めなければならない。
- ⑥指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなくてはならない。
- ⑦利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- ⑧指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援を提供するに当たっては、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。
- ⑨「居宅介護支援の具体的取扱方針」については、居宅介護支援基準条例第 16 条^{※1}を遵守して行われなければならない。

※¹ 居宅介護支援基準条例第 16 条は 11 ページの添付資料参照のこと

(2) 介護予防支援

「南部町指定介護予防支援事業者の指定に関し必要な事項並びに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。）に基づき、次のとおりとします。

- ①利用者が可能な限り居宅において、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、当該目標を踏まえ、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介護予防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介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者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指定介護予防支援事業者は、事業の運営に当たっては、町、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の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（障害者支援）、住民による自発的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なければならない。
- ⑤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おこなわなければならない。
- ⑥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。
- ⑦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。
- ⑧利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- ⑨指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援を提供するに当たっては、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。
- ⑩「介護予防支援の具体的取扱方針」については、介護予防支援基準条例第 33 条・34 条^{※2}を遵守して行われなければならない。

※² 介護予防支援基準条例第 33 条・34 条は添付資料 14 ページ参照のこと

(3) 介護予防ケアマネジメント

「南部町介護予防ケアマネジメント実施要綱」に基づき、次のとおりとします。

- ①利用者が可能な限りその居宅において、自立した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並びに地域の予防活動等の場が、当該目標を踏まえ、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介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立って、利用者に提供されるサービスが特定の種類又は総合事業実施事業者に不当に偏することのないよう、公正中立におこなわなければならない。
- ④地域におけるインフォーマルサービスも含めた社会資源及び利用者並びにその家族等の希望等の情報を勘案して、介護予防サービス計画を作成しなければならない。
- ⑤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、目的志向型の介護予防ケアマネジメントを実施しなければならない。

【介護予防ケアマネジメントの類型】

ケアマネジメントA（原則的なケアマネジメント）

アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも3月に1回行い評価を行います。

ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

アセスメントからケアプラン原案までは、ケアマネジメントAと同様に実施しつつ、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施するものです。

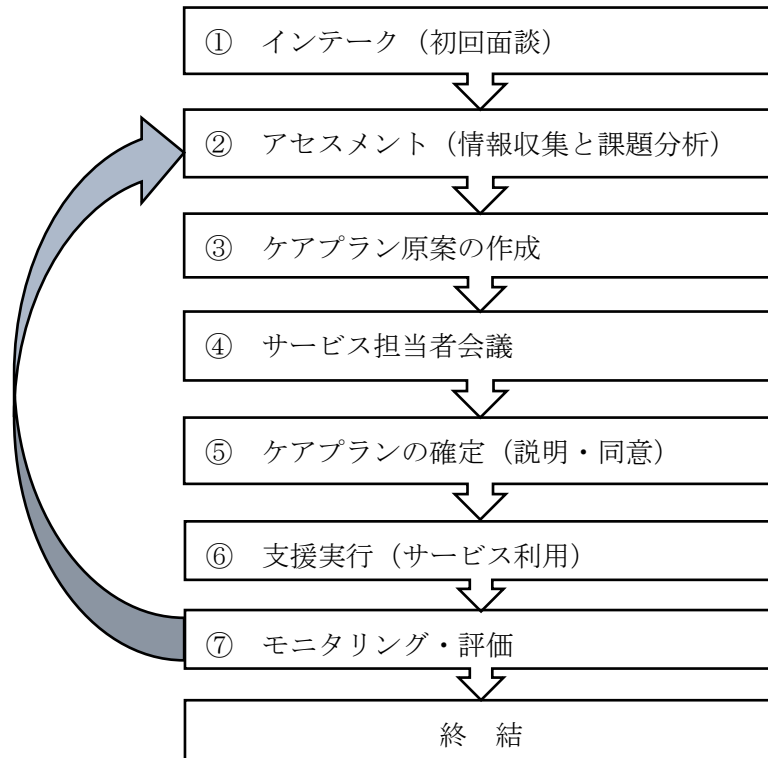
ケアマネジメントC（初回のみケアマネジメント）

初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアプラン原案の結果を利用者に説明し、理解を得た上で交付し、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認するものです。

5. ケアマネジメントのプロセスと各段階における留意点について

居宅介護支援等のケアマネジメントを実施していくうえでは、サービス利用申込者からの依頼を受け、受付⇒インテーク（初回面談）⇒アセスメント（情報収集と課題分析）⇒ケアプラン原案の作成⇒サービス担当者会議⇒サービス事業者によるケアプランに沿った支援の実行（サービス利用）⇒モニタリング・評価⇒終結または再アセスメントというプロセスをたどります。

《ケアマネジメントのプロセス》



①インテーク（初回面談）

介護支援専門員と利用者・家族との出会いの場であり、その後のケアマネジメントプロセスに大きな影響を与えることとなりますので、まずは信頼関係を構築することが大切です。

インテークでは、利用者や家族の考え方や生活感、価値観等について、配慮を欠くことなく、聞き取りを行いましょ。その際、重要事項説明書により事業所の事業内容や介護支援専門員の業務内容を説明したうえで、利用者との間で受託契約を結ぶこととなります。

《チェックポイント》

- 利用者の被保険者証、負担割合証等を確認していますか
- 重要事項説明書や個人情報使用同意等の説明を行い、同意を得ていますか
- 介護保険制度、介護支援専門員の役割について説明を行い、理解を得ていますか
- 利用者・家族の話を傾聴し、信頼関係を築けるよう面談していますか
- 必要に応じて介護保険制度以外のサービスについて説明していますか

②アセスメント（情報収集と課題分析）

アセスメントとは、実際に利用申込者宅を訪問し、①利用者等の情報を収集し、②利用者等の課題を分析し、③解決すべき課題（ニーズ）を明らかにすることです。

特に居宅支援における課題分析については、国が定める課題分析標準項目（23項目）を満たす方法で行わなくてはなりません。

また、利用者の興味や関心を把握するためのツールとして「興味・関心チェックシート」^{※3}利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析を通じ課題を導き出した過程を表現するツールとして「課題整理総括表」^{※4}を活用することも考えられます。

※³添付資料 19 ページ、※⁴添付資料 20 ページ参照のこと

《チェックポイント》

- 自宅を訪問し、利用者及び家族に面接していますか
- 家族構成、住環境、通院・服薬等からの医療情報、心身の状況、生活歴、趣味、楽しみ、家族の介護力、家族背景、その人を取り巻く環境全般について情報収集していますか
- 課題分析標準項目の情報収集を行い、解決すべき課題を導き出していますか
- できないこと・困りごとのみを把握するのではなく、利用者及び家族ができること（ストレングス）の把握や予後予測（危険性の予測）にたった視点でアセスメントしていますか
- 自立に向けた支援、利用者のQOLを高める視点で分析をしていますか
- 利用者本人や家族が希望するニーズのみ対応するのではなく、専門職として知識と技術をもとに分析を行うよう努めていますか

③ケアプラン原案の作成

ケアプラン原案の作成の目的は、アセスメントの結果に基づいて、利用者・家族の望む暮らし、尊厳の保持と自立した生活を実現するための総合的な方針や課題及びそれに対応する目標と具体策を提案・確認することです。地域における指定居宅サービス等が提供される体制を検討し、利用者の生活課題を解決するために最も適切なサービスの組み合わせとともに、インフォーマルな社会資源の活用なども検討しましょう。

《チェックポイント》

- 総合的な援助の方針には本人、家族、近隣住民、介護支援専門員、各種サービス事業所等がどのようなチームケアを行うのか記載していますか
- 緊急事態が想定される場合、対応機関やその連絡先、対応方法について記載していますか
- 訪問介護の生活援助中心型を算定する場合は、その事情を具体的かつ簡潔に記載していますか
- 生活全般の解決すべき課題には利用者が意欲的に取り組めるような表現で記載され、個別性のあるものとなっていますか

- 生活全般の解決すべき課題は利用者・家族と相談して優先度が高い順に記載していますか
- 自立支援を目標とするものになっていますか、サービスの利用が目的とになっていませんか
- 長期目標は抽象的ではなく、課題を達成するための具体的な目標と期間とになっていますか
- 短期目標は、長期目標を達成するための段階的な目標と期間とになっていますか
- 援助内容は、短期目標を達成するために必要なサービス内容・種別・頻度・期間を記載していますか
- 援助内容には、インフォーマルサービスや本人、家族の行うことを位置付けていますか
- サービスを位置付ける際に複数の事業所を紹介し、公正中立に利用者の選択のもとサービス事業所が決められていますか
- 週間サービス計画表には利用者の平均的な一日の過ごし方を記載していますか
- 医療系サービスを位置付ける場合、主治医等の意見を確認し、記録していますか
- 福祉用具の品目ごとに、ニーズや目標を検討し、記載していますか
- 第6表サービス利用票（兼居宅サービス計画）のサービス内容は、第2表・第3表にも位置づけられていますか
- 軽度者に対する福祉用具貸与について、保険給付の必要性がある場合、例外給付の申請等の手続きを行っていますか
- 要介護認定の有効期間おおむね半数を超える短期入所生活介護及び短期入所療養介護を居宅サービス計画に位置付ける場合には、妥当性を検討し、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町に届け出ていますか
- 厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を居宅サービス計画に位置付ける場合には、妥当性を検討し、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町に届け出ていますか
- 居宅サービス計画に位置付けられた居宅介護サービス費の総額が区分支給限度基準額に占める割合及び訪問介護に係る居宅サービス費がサービス費の総額に占める割合が高い場合には、妥当性を検討し、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町に届け出ていますか

④サービス担当者会議

サービス担当者会議では、利用者やその家族の生活全体およびその課題について、利用者・家族、プラン作成者（介護支援専門員）、関係するサービス事業所の担当者等が一堂に会して、利用者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを協議し、支援の方向性について共通の理解を持ちます。

《チェックポイント》

- 新規、区分変更、認定更新時は、サービス提供開始前までに開催していますか
- ケアプランに位置付けているサービス事業所の担当者が全て出席していますか
- 開催できない場合や参加できないサービス事業所の担当がいる場合は照会を行っていますか
- 利用者の課題、目標等について他職種の視点から協議し、共通理解を図り、担当者の役割分担を確認していますか

⑤ケアプランの確定（利用者への説明、同意取得、居宅サービス計画書の交付）

サービス担当者会議を受けて、ケアプラン原案の内容を調整する必要がある場合は、関係するサービス事業所の担当者と相談して内容を調整し、ケアプランを作成し、利用者・家族の同意を得て、その後、利用者等及び各事業者へ交付します。

各事業所はサービスの個別援助計画を作成し、その内容とケアプランの目標の整合性を確認します。

《チェックポイント》

- サービス提供前に利用者等へ説明を行い、同意を得ていますか
- 利用者だけでなく、サービス事業所の担当者にも交付していますか
- 医療系サービスを位置付けた場合は、主治医等へ交付していますか
- 各サービス事業所から個別援助計画を受領し、ケアプランの目標との整合性を確認していますか

⑥サービスの提供

ケアプランに基づいて作成された個別援助計画に基づきサービスを提供されます。

利用者等の支援に関わるチーム全員が、計画に定めた（自分らしい生活に向けた）目標を理解し、サービスの提供を通じて得た情報を共有しながら、利用者へ動機づけを行うことが重要です。

《チェックポイント》

- サービス提供事業所等から利用者に係る情報の提供を受けた場合には、利用者の同意を得て、服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活に係る情報を主治医等に提供していますか

⑦モニタリング・評価

利用者・家族、サービス事業所等と継続的なコミュニケーションを通じて、現行のケアプランが利用者の現状に即しているかを判断するために行います。ケアプランが利用者の現状に合っているかを確認するために行うものですので、ケアプランに定め

である目標の達成度をみることが重要です。必要な場合にはケアプランの修正を行いましょう。

ケアプランに位置付けたサービスについて、目標に対する達成度を評価し、サービスを提供する関係者間で分析・共有するツールとして評価表^{※5}の活用も有効と考えます。

※⁵添付資料 21 ページ参照のこと

《チェックポイント》

適切な時期・方法でモニタリングをしていますか

・居宅介護支援では、少なくとも1月に1回自宅へ訪問し、利用者と面談し、記録を記載していますか

・介護予防支援では、少なくとも3月に1回自宅へ訪問し、利用者と面談していますか。また、少なくとも月に1回はサービス提供事業所への訪問や電話等で状況を把握し記録していますか

・ケアマネジメントAでは、少なくとも3月に1回自宅へ訪問し、利用者と面談し、記録していますか。

サービスの実施状況を把握し、必要に応じてサービス提供事業所等との連絡調整
その他便宜の提供を行っていますか

短期目標ごとに評価し、適時適切なケアプランの見直しを行っていますか

モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度、目標の達成度、事業者との調整内容、ケアプランの見直しの必要性等について記録を残していますか

6. 南部町の取組み

町では、自立支援・重度化防止のケアマネジメントを推進するため、次の取組みを実施しています。

①地域ケア会議

地域ケア会議では、高齢者個々の生活課題に対して単に既存のサービスを提供するだけでなく、その課題の背景にある要因を探り、個人と環境に働きかけることによって自立支援に資するケアマネジメント支援を行います。それらの課題分析や支援の積み重ねを通じて地域共通の課題や有効な支援策を把握し、課題の発生予防及び重度化防止に取り組むとともに、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築や社会基盤の整備に取り組み、さらなる個別支援の充実につなげます。

②ケアプラン点検

ケアマネジメントのプロセスを踏まえ、「自立支援」に資する適切なプランとなっ

ているか介護支援専門員とともに検証確認を行っています。その目的には、点検を通じて介護支援専門員の「気づき」を促し、マネジメント力の向上に資することも含まれます。

添付資料

- 居宅介護支援基準条例第 16 条（P11～14）
- 介護予防支援基準条例第 33 条・34 条（P14～18）
- 興味・関心チェックシート（P19）
- 課題整理総括表（P20）
- 評価表（P21）

～ 関係法令・参考文書等 ～

- ・介護保険法
- ・南部町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
- ・南部町指定介護予防支援事業者の指定に関し必要な事項並びに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
- ・南部町介護予防ケアマネジメント実施要綱
- ・平成 11 年 11 月 12 日付老企第 29 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」
- ・平成 18 年 3 月 31 日付老振発第 0331009 号厚生労働省老健局振興課長通知「介護予防支援業務に係る関連様式例の提示について」
- ・平成 26 年 6 月 17 日付厚生労働省老健局振興課事務連絡「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について
- ・平成 27 年 6 月 5 日付老振発 0605 第 1 号「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について
- ・厚生労働省「介護予防活動普及展開事業市町村向け手引き（Ver. 2）」
- ・平成 29 年度市町村における居宅介護支援事業所に対する実地指導に関する支援ツールの開発に関する研究事業「居宅介護支援事業所への実施指導マニュアル」

○南部町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（抜粋）

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

第16条 指定居宅介護支援の方針は、第3条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

- (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。
- (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（法第24条第2項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。）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（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、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の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この号において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。）をいう。以下同じ。）

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（以下この条において「主治の医師等」という。）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（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号。以下「指定居宅サービス等基準」という。）第24条第1項に規定する訪問介護計画をいう。）等指定居宅サービス等基準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) 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。

(14) 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（くう）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) 介護支援専門員は、第13号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。

ア 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者面接すること。

イ 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。

(16) 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。

ア 要介護認定を受けている利用者が法第28条第2項に規定する要介護更新認定を受けた場合

イ 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

(17) 第3号から第12号までの規定は、第13号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。

(18) 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又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。

(19) 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。

- (20) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（厚生労働大臣が定めるものに限る。以下この号において同じ。）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町に届け出なければならない。
- (21) 介護支援専門員は、その勤務する指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた指定居宅サービス等に係る居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費及び特例地域密着型介護サービス費（以下この号において「サービス費」という。）の総額が法第43条第2項に規定する居宅介護サービス費等区分支給限度基準額に占める割合及び訪問介護に係る居宅介護サービス費がサービス費の総額に占める割合が厚生労働大臣が定める基準に該当する場合であって、かつ、町からの求めがあった場合には、当該指定居宅介護支援事業所の居宅サービス計画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等を記載するとともに、当該居宅サービス計画を町に届け出なければならない。
- (22) 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。
- (23) 前号の場合において、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。
- (24) 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。
- (25) 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。
- (26) 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。
- (27) 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。
- (28) 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、利用者によるその趣旨（同条第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。

- (29) 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。
- (30) 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。
- (31) 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。

○南部町指定介護予防支援事業者の指定に関し必要な事項並びに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（抜粋）

（指定介護予防支援の具体的取扱方針）

第33条 指定介護予防支援の方針は、第4条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

- (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ものとする。
- (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ものとする。
- (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しなければならない。
- (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（法第18条第2号に規定する予防給付をいう。以下同じ。）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なければならない。
- (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ものとする。
- (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、次に掲げる各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しなければならない。

ア 運動及び移動

- イ 家庭生活を含む日常生活
- ウ 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション
- エ 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わなければならない。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並びに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しなければならない。
- (9) 担当職員は、サービス担当者会議（担当職員が介護予防サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、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の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この号において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。）をいう。以下同じ。）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。
- (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なければならない。
- (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しなければならない。
- (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（指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス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（平成18年厚生労働省令第35号。以下「指定介護予防サービス等基準」という。）第76条第2号に規定する介護予防訪問看護計画書をいう。次号において同じ。）等指定介護予防サービス等基準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、聴取しなければならない。
- (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ものとする。

- (14)の2 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付けた期間が終了するとき、当該計画の目標の達成状況について評価しなければならない。
- (16) 担当職員は、第14号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わなければならない。
- ア 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。
- イ 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（指定介護予防サービス等基準第117条第1項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。）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。
- ウ 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、サービス担当学会議の開催により、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。
- ア 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
- イ 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) 第3号から第13号までの規定は、第14号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ものとする。
- (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ものとする。
- (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（次号及び第22号において「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。
- (21)の2 前号の場合において、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しなければならない。

- (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つては、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つては、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ものとする。
- (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つては、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おおむね半数を超えないようにしなければならない。
- (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付ける場合にあつては、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、必要に応じて随時、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しなければならない。
- (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つては、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しなければならない。
- (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、利用者によるその趣旨（同項の規定による指定に係る介護予防サービス又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しなければならない。
- (27) 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ものとする。
- (28) 指定介護予防支援事業者は、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つた場合には、これに協力するよう努めなければならない。

(介護予防支援の提供に当たっての留意点)

第34条 介護予防支援の実施に当たっては、介護予防の効果を最大限に発揮できるよう次に掲げる事項に留意しなければならない。

- (1) 単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。

- (5) 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、介護予防に資する取組を積極的に活用すること。
- (6) 地域支援事業（法第115条の45に規定する地域支援事業をいう。）及び介護給付（法第18条第1号に規定する介護給付をいう。）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。
- (7) 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事。
- (8) 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。

課題整理総括表

利用者名

殿

作成日

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)	①	②	③	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6	
	④	⑤	⑥			
状況の事実 ※1	現在 ※2			要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(扶養、支障内容等)
移動	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
食事	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
排泄	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
口腔	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
掃除	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
買物	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
コミュニケーション能力	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
認知	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
社会との関わり	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
褥瘡・皮膚の問題	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
行動・心理症状(BPSD)	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
介護力(家族関係含む)	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
居住環境	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		

※1 本表は継続支援計画の作成に当たっては、必ずしもすべての項目に該当する課題を記載する必要はないが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が実施した支援内容(支援手段)を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「見守り」以外である場合に、そのような状況を明らかにする。該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。
 ※5 「原因」および「改善/維持の可能性」を簡潔に記述する。要因を記載する場合は、原因を記載する。必要に応じて追加して差し支えない。
 ※6 本計画期間における要因/改善/維持/悪化の可能性を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

評価表

利用者名	殿	作成日	/	/		
短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス種別	※1		

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現度合いを5段階で記入する(◎:短期目標は予想を上回って達せられた、○:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、△:短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)