

福津市におけるケアマネジメントに関する基本方針

平成30年9月

令和3年9月改正

令和8年4月改正

福津市高齢者サービス課

作成の趣旨

国は、平成29年6月に介護保険制度の改正を行い、「高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図ると共に、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする人に必要なサービスが提供されるようにする」としました。

高齢者の自立支援、重度化防止等に向けた取組が全国で実施、推進されていくよう制度化されましたが、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、本市におけるケアマネジメントに関する基本方針を作成しました。

法の理念

介護保険制度の基本理念は、「**高齢者の尊厳の保持**」と「**自立支援**」です。（介護保険法第1条）

保険給付は、要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するように行わなければならないと定められているとともに、被保険者の選択に基づき行われるものであり、それは要支援、要介護の自立支援という理念に沿って検討されなければなりません。（同法第2条第2項、第3項）

【介護保険法】

（目的）

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**、必要な保険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。

（介護保険）

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の**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。

3 第1項の保険給付は、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。

4 第1項の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**に配慮されなければならない。

ケアマネジメントについて

ケアマネジメントは

■高齢者が自立した日常生活を営むという目的のために、高齢者の現状や自立した日常生活に向けての希望を十分に把握し、それを踏まえてその人にとって最もふさわしいサービスが利用できるよう支援する仕組みで、介護保険制度の中核となるものです。

■個々の要介護者の心身の状況や置かれている環境や希望などを十分把握分析したうえで、状態の悪化をできるだけ防止する視点に立って、介護保険サービスを含め、さまざまなサービス等を調整し総合的にかつ効率的に提供するために、介護支援専門員(以下、「ケアマネジャー」という。)を中心に実施されるものです。

ケアマネジメントの基本方針について

福津市では、介護保険法の理念に基づき、「加齢に伴って生じる心身の変化、また疾病等を起因として要支援・要介護状態になっても、介護サービスやその他の支援を利用しながら、高齢者が自分の望む、自分の有する能力に応じた日常生活を営むことに対する支援」を「自立支援」と定義します。

ケアマネジメントの実施にあたっては、一般原則として、下記の事項を基本に行う必要があります。

■在宅介護の重視、自立支援

ケアマネジメントは、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りません。

■要介護高齢者自身によるサービスの選択、保険・医療・福祉サービスの総合的かつ効率的な提供

ケアマネジメントは、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なければなりません。

■利用者本位、公正中立

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、常に利用者の立場に立って、利用者提供されるサービスが特定の種類又は特定の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りません。

■関係機関との連携

ケアマネジメントの提供に当たっては、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、介護保険施設、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り組みを行う者等との連携に努めなければなりません。

※「在宅介護の重視」「自立支援」などの前頁の事項は、介護保険の基本理念に規定されているものであり、ケアマネジメントはその実現の上で極めて重要な役割を果たします。その役割の重要性に鑑み、保険給付率についても10割(利用者負担なし)となっています。

ケアマネジメントに関する基本方針の適用範囲について

自立支援・重度化防止の考え方が適用されるのは、居宅介護(予防)支援事業所のケアマネジャーだけではありません。小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護等における介護支援専門員においても自立支援・重度化防止の考え方を基本とします。

ケアマネジメントの類型

介護保険におけるケアマネジメントについては、下記のように区分されます。

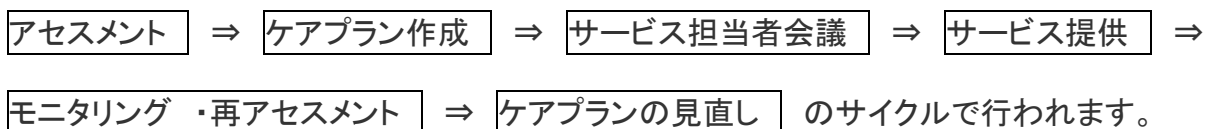
- ①居宅介護支援(対象:居宅要介護者)
- ②介護予防支援(対象:予防給付を利用する居宅要支援者)
- ③第1号介護予防支援(対象:予防給付を利用しない居宅要支援者、事業対象者)

③の第1号介護予防支援はさらに下記のとおり分けられます。

- ◎ケアマネジメントA・・・地域包括支援センターが、要支援者等が適切なサービスを利用できるようマネジメントする事業
- ◎ケアマネジメントB・・・地域包括支援センターが、要支援者等が適切なサービスを利用できるよう緩和した基準によりマネジメントする事業
- ◎ケアマネジメントC・・・緩和した基準による介護予防ケアマネジメントであって、基本的に初回にのみ行なわれるもの。

ケアマネジメントの手順

ケアマネジメントは、基本的に、



アセスメント

利用者の有する能力、既に提供を受けているサービス(フォーマル・インフォーマルを含む。)等の利用者の置かれている環境等の状態を通じて、高齢者が現に抱える問題点を明らかにし、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、解決すべき課題を分析する。

ケアプラン原案の作成

利用者の希望やアセスメントにより分析した結果により、総合的な援助方針、目標を設定し、介護サービスを組み合わせて、居宅(介護予防)サービス計画(以下「ケアプラン」という。)の原案を作成する。

サービス担当者会議と利用者の同意によるケアプランの確定

利用者の状況等に関する情報を、ケアプラン原案に位置付けられたサービス担当者や利用者本人、家族と共有し、ケアプラン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。ケアプラン原案は、必要に応じて修正されるが、利用者の同意を得てケアプランの確定となる。

サービスの実行

確定したケアプランは、利用者やケアプランに位置づけた居宅サービス等の担当者に交付され、サービスが実行される。

モニタリング

ケアプランの目標の達成状況やニーズ変化等を把握し、利用者の状況とサービスが合致しているかの確認を行う(モニタリング)。モニタリングの結果、必要があればケアプランの変更を行う。

介護予防ケアマネジメントの具体的なツール

(1) 興味・関心チェックシート

利用者の興味やこれまでの人生の中での趣味、関心があったこと等を負担なく聞き取ることができるもので、課題整理後の具体的な目標設定や取組についてつなげていくためのツールです。

(2) 課題整理総括表

利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析を通じて課題を導き出した過程について、多職種共同の場面等で説明する際の一つの様式例です。

ケアマネジャーの行うケアマネジメントの質の向上の意義

ケアマネジメントの質を向上させる意義は、介護保険制度が目指す「自立支援」の理念を実現させることにあります。介護保険制度は、高齢者が要介護状態となっても、尊厳を保持して、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することを目的としているものであり、そのための制度運用の仕組みとしてケアマネジメントが導入されました。

そして、ケアマネジメントとは「高齢者が自立した日常を営む」という目的のために、高齢者の現状や自立した日常生活にむけての希望を十分に把握し、それを踏まえてその人にとって最もふさわしいサービスが利用できるよう支援する仕組みです。

ケアマネジャーは、要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に対応し、要介護者等がその心身の状況等に応じた適切なサービスを利用できるようサービス利用者やその家族等との連絡調整を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有する者です。つまり、ケアマネジメントを動かすケアマネジャーの働き方によって、要介護者等の生活は大きな影響を受けるのです。したがって、ケアマネジャーの行うケアマネジメントの質の向上は、高齢者が自立した日常生活を営むという目的を達成するために常に求められていることなのです。

ケアマネジャーの質を向上させる手法

ケアマネジャーの行うケアマネジメントの質を向上させるためには、まずケアプランが適切に作成されているかを確認することが大切です。それは、ケアプランが、介護保険制度の目的である「利用者の自立支援」のために各種サービス・サポートを導入する根拠となるものだからです。

ケアマネジメントの質は、「自己点検」「ケアプラン点検」「多職種との連携・協働」により向上しますが、これらのみで十分に達成できるものではありません。ケアマネジャーが日々の業務における内省や研修への参加等により、自己研鑽を積みながら身に付けていくものです。

福津市では、平成 28 年度から「自立支援型地域ケア会議（※）」を開催しています。ケアプランや住宅改修等の個別のケースについて、多職種の専門職が多角的な視点から検討をおこなうことにより、ケアマネジャーやサービス提供事業者の自立支援に資するケアマネジメント力や支援方法の向上を目指しています。地域ケア会議を積極的に利用し、ケアマネジメントの質を向上させるのも一つの手法です。

※自立支援型地域ケア会議

福津市・福津市地域包括支援センターが主催。

専門多職種が連携して、自立支援に資するケアマネジメントを支援することにより、介護保険法の理念に基づいた高齢者の自立支援および生活の質（QOL）の向上を目指すための会議。いかにして、実効性のある効果的なケアプランにするかについて調整することを目標とする。

（参考）「福津市自立支援型地域ケア会議マニュアル」より抜粋

ケアマネジメントの重点留意事項と市の支援

自立支援のためのケアマネジメントを行っていくためには、「自立支援」の視点や一連のケアマネジメントプロセスの再認識等が必要であることから、新規ケアプランや国民健康保険団体連合会の介護給付適正化システムから抽出されたケアプラン等の点検、自立支援型地域ケア会議、ケアマネジャー研修等のあらゆる機会を通じて、保険者としてケアマネジャー等への支援を行っていくこととします。

ケアマネジメントにおいては、下記の事項に留意して実施してください。

総合事業対象者のケアプラン

- 高齢者自身が地域において自立した日常生活が送れるように支援するものとなっているか。
- 生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめることなく、自立支援に資するよう、心身の機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「生活」にバランスよくアプローチしているか。
- 状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業などの利用について検討し、作成されているか。
- 利用者本人が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、ケアマネジメントのプロセスを通じて、本人の意欲に働きかけながら目標指向型の計画を作成しているか。
- 地域での社会参加の機会を増やし、状態等に応じ、自身が地域の支え手になることを目指したものであるか。

(参考)「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」厚生労働省

市の支援

- 自立支援型地域ケア会議
- ケアプラン研修

要支援者(予防給付受給者)のケアプラン

(基本的な考え方)

○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、目標指向型のケアプランを作成しなければなりません。

○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ケアプランを作成しなければなりません。

○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ケアプラン上に位置付けるように努めなければなりません。

(留意事項)

■利用者が可能な限りその居宅で自立した日常生活が送れるように配慮されているか。

■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と福祉サービスが当該目標を踏まえ、多様な事業所から総合的・効率的に提供されるよう配慮されているか。

■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サービスが特定の種類や事業者に不当に偏ることがないよう、公正中立に作成されているか。

■利用者本人の取り組み、家族による援助、当該地域の住民による見守り、市町村の施策として行う配食サービス、精神科訪問看護等の医療サービスなどもケアプランに位置づけられているか。

■多職種からの助言を取り入れているか。

■利用者が住宅有料老人ホーム等に居住しており、施設サービスを受けている場合も、上記「基本的な考え方」を基にしたケアプランになっているか。

市の支援

○自立支援型地域ケア会議

○ケアプラン研修

○運営指導等によるケアプラン点検

要介護者のケアプラン

(基本的な考え方)

○利用者について、その有する能力、既に提供を受けている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りません。

○利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行わなければなりません。

○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ケアプランを作成しなければなりません。

○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ケアプラン上に位置付けるように努めなければなりません。

(留意事項)

■利用者及びその人を取り巻く環境について、多方向からの客観的な情報収集をおこなっているか。

(課題分析標準23項目※令和5年10月に一部改正)

■生活感、価値観、人生観などを含めた全体像のアセスメントを行っているか。

■医師や看護師などの専門職による視点から観察情報、利用者の生活歴や家族状況(介護力、家族背景等)など、その人を取り巻く環境全般について情報収集を行っているか。

■利用者が今どのような状況にあり、何故サービスを必要としているのか、自立支援に必要な本当の支援は何かを分析した上で、ニーズを引き出しているか。

■自立に向けた支援、利用者のQOLを高める視点で分析しているか。

■支援が必要な状況を明らかにするだけでなく、利用者及び家族ができることをアセスメントしているか。

■困っていることのみを把握するのではなく、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るか。

■表面に現れている現象を「問題」として捉えるのではなく、問題を引き起こしている原因や背景を明らかにしていくことで「真の課題」をつかんでいるか。

■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基に分析を行う努力をしているか。

■目標を達成する手段として適切な内容となっているか。

市の支援

- 自立支援型地域ケア会議
- ケアプラン研修
- ケアプラン点検
- 運営指導によるケアプラン点検

その他(参考)

○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（抜粋）

(平成十一年三月三十一日)

(厚生省令第三十八号)

(基本方針)

第一条の二 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(法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。)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(法第八条第二十四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(法第四十一条第一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、法百十五条の四十六第一項に規定する地域包括支援センター、老人福祉法(昭和三十八年法律第百三十三号)第二十条の七の二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(法第五十八条第一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(平成十七年法律第百二十三号)第五十一条の十七第一項第一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。
- 5 指定居宅介護支援事業者は、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、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- 6 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、法百十八条の二第一項に規定する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。

(指定居宅介護支援の基本取扱方針)

第十二条 指定居宅介護支援は、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充分配慮して行われなければならない。

2 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ければならない。

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第一条の二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。

一 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。

二 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。

二の二 指定居宅介護支援の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という。)を行ってはならない。

二の三 前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

三 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。

四 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(法第二十四条第二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。

五 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。

六 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。

七 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。

八 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。

九 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。

十 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。

十一 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。

十二 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(平成十一年厚生省令第三十七号。以下「指定居宅サービス等基準」という。)第二十四条第一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。

十三 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。

十三の二 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等又は薬剤師に提供するものとする。

十四 介護支援専門員は、第十三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。

イ 少なくとも一月に一回、利用者に面接すること。

ロ イの規定による面接は、利用者の居宅を訪問することによって行うこと。ただし、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活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等において、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 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。

十五 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法第二十八条第二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二十九条第一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

十六 第三号から第十二号までの規定は、第十三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。

十七 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。

十八 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。

十八の二 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市町村に届け出なければならない。

十八の三 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。)の総額が法第四十三条第二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、市町村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市町村に届け出なければならない。

十九 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。

十九の二 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。

二十 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。

二十一 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。

二十二 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。

二十三 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つては、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。

二十四 介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に、法第七十三条第二項に規定する認定審査会意見又は法第三十七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。

二十五 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。

二十六 指定居宅介護支援事業者は、法第一百五條の二十三第三項の規定に基づき、地域包括支援センターの設置者である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つては、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。

二十七 指定居宅介護支援事業者は、法第一百五條の四十八第四項の規定に基づき、同条第一項に規定する会議から、同条第二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。

○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（抜粋）

（平成十八年厚生労働省令第三十七号）

第一章 趣旨及び基本方針

（趣旨）

第一条の二 指定介護予防支援の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことの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 指定介護予防支援の事業は、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、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 指定介護予防支援事業者(法第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。以下同じ。)は、指定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(法第八条の二第十六項に規定する指定介護予防サービス等をいう。以下同じ。)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(以下「介護予防サービス事業者等」という。)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、市町村、地域包括支援センター(法第一百五十五条の四十六第一項に規定する地域包括支援センターをいう。以下同じ。)、老人福祉法(昭和三十八年法律第百三十三号)第二十条の七の二に規定する老人介護支援センター、指定居宅介護支援事業者(法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。)、他の指定介護予防支援事業者、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(平成十七年法律第百二十三号)第五十一条の十七第一項第一号に規定する指定特定相談支援事業者、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 指定介護予防支援事業者は、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、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。

6 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、法第一百八条の二第一項に規定する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。

第四章 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準

(指定介護予防支援の基本取扱方針)

第二十九条 指定介護予防支援は、利用者の介護予防(法第八条の二第二項に規定する介護予防をいう。以下同じ。)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。

(指定介護予防支援の具体的取扱方針)

第三十条 指定介護予防支援の方針は、第一条の二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。

一 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。

二 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。

二の二 指定介護予防支援の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。

二の三 前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

三 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。

四 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(法第十八条第二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。

五 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。

六 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。

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

七 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。

八 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。

九 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(テレビ電話装置等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。

十 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。

十一 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。

十二 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(平成十八年厚生労働省令第三十五号。以下「指定介護予防サービス等基準」という。)第七十六条第二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。

十三 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一月に一回、聴取しなければならない。

十四 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。

十四の二 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(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。

十五 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しなければならない。

十六 担当職員は、第十四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。

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三月に一回、利用者に面接すること。

ロ イの規定による面接は、利用者の居宅を訪問することによって行うこと。ただし、次のいずれにも該当する場合であって、サービスの提供を開始する月の翌月から起算して三月ごとの期間(以下この号において単に「期間」という。)について、少なくとも連続する二期間に一回、利用者の居宅を訪問し、面

接するときは、利用者の居宅を訪問しない期間において、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。

(1) テレビ電話装置等を活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等において、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) 担当職員が、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 サービスの評価期間が終了する月及び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。

ニ 利用者の居宅を訪問しない月(口ただし書の規定によりテレビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除く。)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百十七条第一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。

ホ 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。

十七 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 要支援認定を受けている利用者が法第三十三条第二項に規定する要支援更新認定を受けた場合

ロ 要支援認定を受けている利用者が法第三十三条の二第一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

十八 第三号から第十三号までの規定は、第十四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。

十九 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。

二十 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。

二十一 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（次号及び第二十二号において「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。

二十一の二 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。

二十二 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。

二十三 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。

二十四 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。

二十五 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。

二十六 担当職員は、利用者が提示する被保険者証に、法第七十三条第二項に規定する認定審査会意見又は法第三十七条第一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（同条第一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しなければならない。

二十七 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。

二十八 指定介護予防支援事業者は、法第一百五十五条の四十八第四項の規定に基づき、同条第一項に規定する会議から、同条第二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。

二十九 指定居宅介護支援事業者である指定介護予防支援事業者は、法第一百五十五条の三十の二第一項の規定により市町村長から情報の提供を求められた場合には、その求めに応じなければならない。

(介護予防支援の提供に当たっての留意点)

第三十一条 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。

一 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。

二 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。

三 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。

四 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。

五 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。

六 地域支援事業(法第一百五十五条の四十五に規定する地域支援事業をいう。)及び介護給付(法第十八条第一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。

七 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。

八 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。