

## ケアマネジメントの基本方針

### 1 一般原則

ケアマネジメントの実施にあたっては、一般原則として、常に下記の事項を念頭に置いておく必要があります。

#### ◎ 在宅介護の重視、自立支援

ケアマネジメントは、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りません。

#### ◎ 利用者自身によるサービスの選択、保健・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れ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あたっては、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、公正中立に行われ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あたっては、市町村、地域包括支援センター、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、介護保険施設、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りません。

「在宅介護の重視」「自立支援」などの上記の事項は、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、給付率についても10割（利用者負担なし）としているところです。

## <介護保険法>

### （目的）

第一条 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。

### （介護保険）

第二条 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 第一項の保険給付は、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。

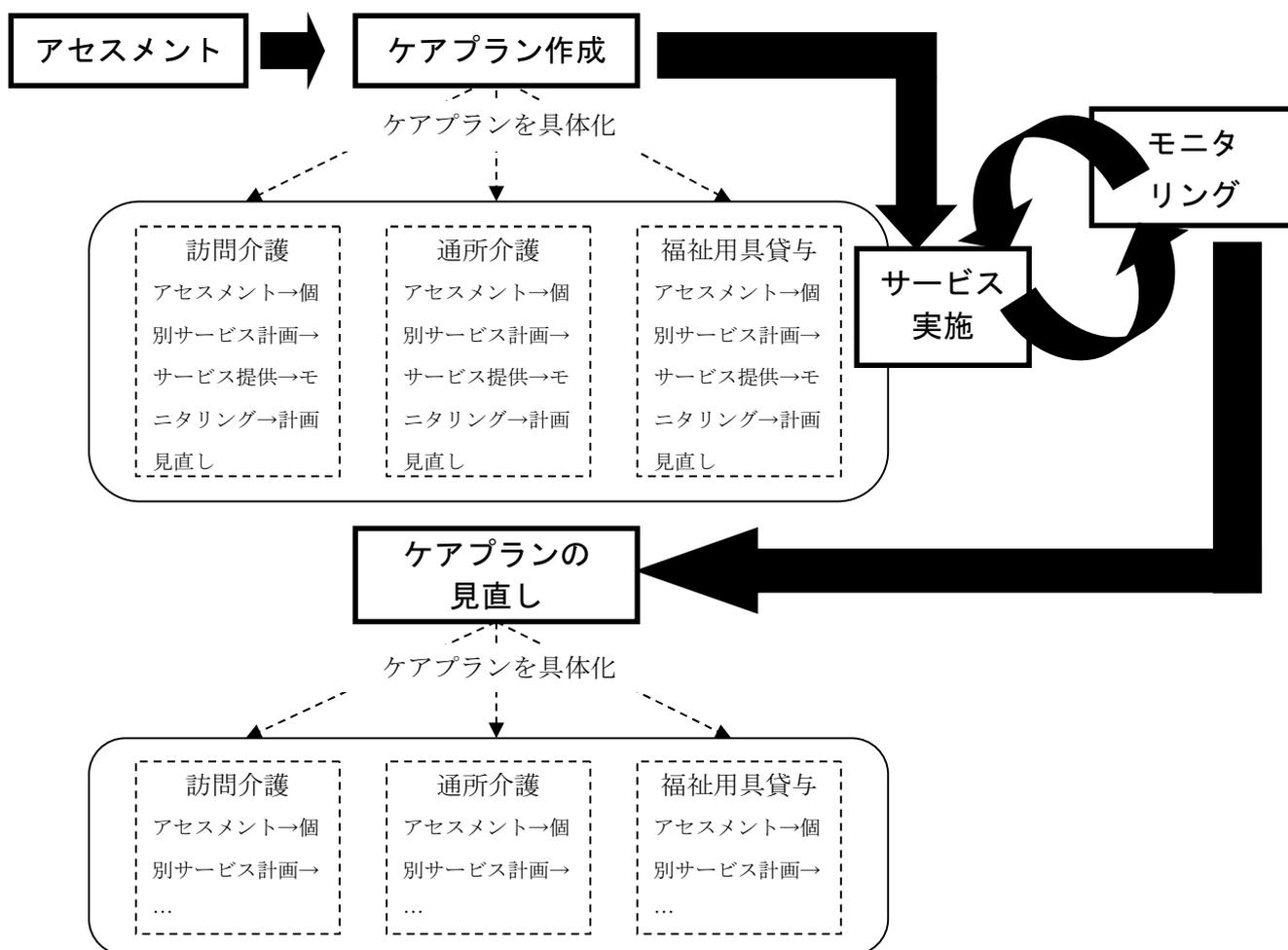
4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居室において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

2 取扱方針

ケアマネジメントのサイクルについて

ケアマネジメントは、基本的に「アセスメント⇒ケアプラン作成⇒サービス提供⇒モニタリング・再アセスメント⇒ケアプランの見直し・・・」のサイクルで行われます。

＜ケアマネジメントサイクルのイメージ図＞



このサイクルの各プロセスについての基本的な考え方や、実施にあたっての留意点などについて、次ページ以降に詳述します。

## 居宅介護支援

## 基本取扱方針について

①基本取扱方針	○ 指定居宅介護支援は、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りません。
②質の評価	<p>○ 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りません。</p> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・指定居宅介護支援事業者は、自らその提供するサービスの質の評価を行い、今後の業務の改善を図る必要があります。</li> <li>・評価の手法や頻度について特段明確な規定はありませんが、利用者アンケートや従業者へのヒアリングによる振り返りなどの方法により、少なくとも1年に1回は評価を行い、サービスの質の向上に努めてください。</li> </ul> <p><b>&lt;名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価事業について&gt;</b></p> <p>介護サービス事業者が自らのサービスの質の向上を図る手段として、また、利用者が介護サービス事業者を選択する際の指標とするため、名古屋市介護サービス事業者連絡研究会（名介研）と共催で実施している事業です。</p> <p>介護サービス事業者とその利用者が、介護保険サービスにおける評価指標についてお互いに評価を行い、その評価点数の差をもとに介護サービス事業者が自らのサービスの点検を行うものです。例えば、介護サービス事業者が高い点数を付けた指標に利用者がその点数より低い点数を付けた場合、介護サービス事業者はその指標にかかるサービス提供のあり方を見直す結果になります。</p> <p>事業の詳細、申込み時期等につきましては、名介研ホームページ（URL:<a href="http://www.meikaikenuser.jp/userhyoka/">http://www.meikaikenuser.jp/userhyoka/</a>）をご確認ください。</p>

**<提供開始時の説明について>**

平成30年度制度改正において、指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画作成にあたって利用者から介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めること、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であること等につき、利用申込者又はその家族に、文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うとともに、それを理解したことについて必ず利用申込者から署名を得なければならないこととされました。

文書を交付して説明を行っていない場合、運営基準減算になりますので、注意してください。

具体的取扱方針について

<p>①介護支援専門員による居宅サービス計画の作成</p>	<p>○ 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なくてはなりません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、従業者の介護支援専門員証及びその有効期限を確認した上で居宅サービス計画の作成にかかる業務を行わせてください。</li> </ul> </div>
<p>②サービス提供方法等の説明</p>	<p>○ 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行ってください。</p> <p>○ 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ってください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・指定居宅介護支援は、利用者やその家族の主体的な参加、自らの課題解決に向けての意欲を作りだすことと相まって行われることが重要であり、そのためには、介護支援専門員からのサービスの提供方法等に係る懇切丁寧でわかりやすい説明が必要です。</li> </ul> </div>
<p>③継続的かつ計画的なサービスの利用</p>	<p>○ 介護支援専門員は、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居宅サービス計画を作成してください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・支給限度額の枠があることのみをもって、特定の時期に偏って継続が困難な、また必要性に乏しい居宅サービスの利用を助長するようなことがあってはなりません。</li> </ul> </div>
<p>④総合的な居宅サービス計画の作成</p>	<p>○ 介護支援専門員は、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りません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族による援助や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居宅サービス計画に位置づけてください。（特に同居家族による援助の漏れが多いです。）</li> <li>・利用者が住宅型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同様です。</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>別添資料① 「住居において「介護保険」と「介護保険外」のサービスが混合して提供される場合における訪問介護サービスに係る給付の算定要件及び居宅サービス計画の作成等について」参照</p> </div> </div>

<p>⑤利用者自身によるサービスの選択</p>	<p>○ 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しなければなりません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定の事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のサービスのみによる居宅サービス計画原案を最初から提示するようなことがあってはなりません。</li> <li>（有料老人ホーム等の入居者に対し、その必要性や個別性について十分な検討もせず、一律に同一法人の運営する訪問介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護を位置付けたりするなど）</li> </ul> </div>
<p>⑥課題分析の実施</p>	<p>○ 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りません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>別添資料②「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」参照 別添資料③「課題整理総括票・評価表の活用の手引き」について」参照</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・課題分析の中で、利用者の起床から就寝までの「一日の生活リズム」の把握を行い、居宅サービス計画第3表の中にも記載するよう努めてください。</li> <li>・課題分析は、国が定める23の課題分析標準項目が充足されて実施されている必要があります。</li> <li>・課題分析の結果について、最新の結果のみを保持しておくのではなく、過去の課題分析も保持されている必要があります。利用者の過去の課題分析結果を時系列に比較検討することは、より適切なケアマネジメントを実施するために必要です。</li> </ul> </div>
<p>⑦課題分析における留意点</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>運営基準減算</p> </div>	<p>○ 介護支援専門員は、上記⑥の解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」といいます。）に当たっては、必ず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りません。</p> <p>○ 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、理解を得てください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントは、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合を除き、必ず利用者の居宅を訪問して行わなければなりません。</li> <li>・居宅サービス計画の新規作成及びその変更にあたってこの訪問・面接を行っていない場合は、運営基準減算に該当します。</li> </ul> </div>

⑧居宅サービス  
計画原案の作成

- 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りません。

【ポイント】

- ・ 目標（長期目標及びそれを達成するための短期目標）の設定に当たっては、目標達成時期に居宅サービス計画及び各指定居宅サービス等の評価を行い得るようにすることが重要です。
  - ・ 目標は、課題（ニーズ）に沿っていること、（特に短期目標では）達成可能な具体的な設定になっていることを要します。また、その達成のために利用者の動機づけが得られるよう、明確なものとしてください。  
※⑬のモニタリングにおいて、当該目標の達成状況を確認できるようなものにする必要があります。
  - ・ 提供されるサービスの目標とは、利用者がサービスを受けつつ到達しようとする目標を指すものであり、サービス提供事業者側の個別のサービス行為を意味するものではないことに留意してください。
  - ・ 居宅サービス計画は、アセスメントに基づきサービスの必要性を十分に検討の上作成しなければなりません。
  - ・ アセスメントと、位置付けられているサービスの内容が一致しないケースがあります。アセスメントに基づいたプランが作成されているか、再度確認して下さい。
- <一致しない例>
- ・ アセスメントにおいて「調理可」となっているにも関わらず、生活援助で調理の訪問介護サービスが位置付けられている。
  - ・ アセスメントにおいて自力での歩行が可能となっているにも関わらず、車椅子の福祉用具貸与が位置付けられている。
  - ・ アセスメントで得た一日の生活リズムと計画で位置付けたサービス提供の時間帯が一致していない。
  - ・ 主治医意見書では通所リハビリテーションが特に必要性が高いとされているのに（※）、ケアプランには通所介護が位置付けられており、アセスメントにもその理由を見いだせない。  
※主治医意見書において、主治医が特に必要性が高いと考えたサービスにはチェック・下線が引かれている。

⑨サービス担当者会議等による専門的見地からの意見聴取

運営基準減算

- 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「担当者」といいます。）を召集して行う会議をいいます。）を開催し、利用者の状況等に関する情報を当該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なければなりません。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ます。

**【ポイント】**

- ・「やむを得ない理由がある場合」とは、以下の場合等が想定されます。
  - ア サービス担当者会議の開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合
  - イ 居宅サービス計画の「軽微な変更」に該当する場合

別添資料④「ケアプランの軽微な変更の内容について」参照

ウ 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、主治の医師等の意見を勘案して必要と認める場合

- ※ 末期の悪性腫瘍の利用者について必要と認める場合とは、主治の医師等が日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると判断した時点以降において、主治の医師等の助言を得た上で、介護支援専門員がサービス担当者に対する照会等により意見を求めることが必要と判断した場合が想定されます。
  - ※ 「主治の医師等」は、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されません。
  - ※ サービス種類・利用回数の変更等を利用者に状態変化が生じるたびに迅速に行っていくことが求められます。そのため、日常生活上の障害が出現する前に、今後利用が必要と見込まれる指定居宅サービス等の担当者を含め関係者を招集し、予測される状態変化と支援の方向性について関係者間であらかじめ共有しておくことが望ましいです。
- ・担当者に対する照会等により意見を求める場合にも、緊密に相互の情報交換を行うことで、利用者の状況等についての情報や居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要があります。
  - ・なお、利用者やその家族の参加が望ましくない場合（家庭内暴力等）には、必ずしも参加を求めるものではないことに留意してください。
  - ・居宅サービス計画の新規作成及びその変更にあたり、やむを得ない事情がないのに、サービス担当者会議を行っていないときには、運営基準減算に該当します。

<p>⑩計画原案に係る説明及び同意</p> <p>運営基準減算</p>	<p>○ 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りません。</p> <p>○ なお居宅サービス計画原案とは、居宅サービス計画書第1表から第3表まで、第6表及び第7表に相当するすべてを指します。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指定居宅サービス等の選択は、利用者自身が行うことが基本であり、また、当該計画は利用者の希望を尊重して作成されなければなりません。居宅サービス計画を作成する上でも、居宅サービス事業者等の都合によるサービス内容や提供時間の変更は認められないことに留意してください。</li> <li>・ 居宅サービス計画は、必ずサービス利用開始までに、遅滞なく作成し利用者の同意を得ておかなければなりません。</li> <li>・ 居宅サービス計画の新規作成及び変更に当たって、計画原案の内容について説明し同意を得た上での交付を行っていない場合は、運営基準減算に該当します。</li> </ul> </div>
<p>⑪居宅サービス計画の交付</p> <p>運営基準減算</p>	<p>○ 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りません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居宅サービス計画を作成した際には、遅滞なく利用者及び担当者に交付しなければなりません。</li> <li>・ また、担当者に対して居宅サービス計画を交付する際には、当該計画の趣旨及び内容等について十分に説明し、各担当者との共有、連携を図った上で、各担当者が自ら提供する居宅サービス等の当該計画（以下「個別サービス計画」といいます。）における位置づけを理解できるように配慮する必要があります。</li> <li>・ 居宅サービス計画の新規作成及び変更に当たって、計画原案の内容について説明し同意を得た上での交付を行っていない場合は、運営基準減算に該当します。</li> </ul> </div>

<p>⑫サービス担当者に対する個別サービス計画の提出依頼</p>	<p>○ 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なければなりません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居宅サービス計画と個別サービス計画との連動性を高め、居宅介護支援事業者とサービス提供事業者の意識の共有を図ることが重要です。このため、担当者に居宅サービス計画を交付したときは、担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認する必要があります。</li> <li>・ なお、この確認については、居宅サービス計画を担当者に交付したときに限らず、必要に応じて行うことが望ましいとされています。</li> <li>・ さらに、サービス担当者会議の前に居宅サービス計画の原案を担当者に提供し、サービス担当者会議に個別サービス計画案の提出を求め、サービス担当者会議において情報の共有や調整を図るなどの手法も有効です。</li> </ul> </div>
<p>⑬居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等 (モニタリングの項目、視点)</p>	<p>○ 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。以下「モニタリング」と言う。）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わなければなりません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護支援専門員は利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であり、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画のモニタリングを行い、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合等必要に応じて居宅サービス計画の変更、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必要があります。</li> <li>・ 利用者の解決すべき課題の変化は、利用者へ直接サービスを提供する居宅サービス事業者等により把握されることも多いことから、介護支援専門員は、当該指定居宅サービス事業者等のサービス担当者と緊密な連携を図り、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合には、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めなければなりません。</li> <li>・ モニタリングは、現行の居宅サービス計画が利用者の現状に即しているかどうかを判断するために行われるもので、目標の達成度を見るためのものです。モニタリングの結果、短期目標が達成されていれば、長期目標により近づく新たな短期目標を設定することになります。</li> <li>・ モニタリングが単なる「サービスについての利用者の満足度の確認」のみになっている例がみられます。上記のとおり、モニタリングにおいて目標の達成度を確認する視点が必要です。</li> <li>・ また、モニタリングは利用者についての継続的なアセスメントでもありますが、その結果が居宅サービス計画の変更には反映されていない例もみられます。モニタリングにより、居宅サービス計画の変更の必要性を把握する視点が必要です。</li> </ul> <p>&lt;モニタリング結果が居宅サービス計画につながない例&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ モニタリングの結果では「特段の変化なし」であるにも関わらず、実際は介護者</li> </ul> </div>

の状況に変化があり、新たに通所介護を位置付ける居宅サービス計画の変更を行っている。

- ・モニタリングの実施にあたり、介護支援専門員は、上記⑫において居宅サービス計画に位置付けた事業所から提出を受けた個別サービス計画（訪問介護計画など）の内容を十分に理解し、当該個別サービス計画上、どのようなサービスが行われているかを把握しておく必要があります。そして、それが当該個別の計画どおり行われているかや、当該個別サービス計画の内容が現在の利用者の状態からみて目標の達成に沿うものになっているかどうかを確認することも必要です。

- 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判断したものを、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しなければなりません。

**【ポイント】**

- ・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は、主治の医師・歯科医師・薬剤師が医療サービスの必要性等を検討するにあたり有効な情報です。
- ・例えば、次のような情報を得た場合、主治の医師等の助言が必要であると判断したものについては、利用者の同意を得て情報提供をしてください。
  - ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
  - ・薬の服用を拒絶している
  - ・使いきらないうちに新たに薬が処方されている
  - ・口臭や口腔内出血がある
  - ・体重の増減が推測される見た目の変化がある
  - ・食事量や食事回数に変化がある
  - ・下痢や便秘が続いている
  - ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
  - ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない
- ・「主治の医師」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されません。

<p>⑭モニタリングの実施 （手順、頻度など）</p> <p>運営基準減算</p>	<p>○ 介護支援専門員は、上記⑬のモニタリングに当たっては、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りません。</p> <p>イ 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。</p> <p>ロ 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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれません。さらに、特段の事情がある場合については、その具体的な内容を記録しておくことが必要です。</li> <li>・特段の事情なく利用者の居宅への訪問ができておらず、電話等で利用者の様子を確認している場合や、モニタリング結果を記録していない状態が1ヶ月以上継続している場合などは運営基準減算に該当します。</li> </ul> </div>
<p>⑮居宅サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取</p> <p>運営基準減算</p>	<p>○ 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なければなりません。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ます。</p> <p>イ 利用者が要介護更新認定を受けた場合。</p> <p>ロ 利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「やむを得ない理由がある場合」とは、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合や、居宅サービス計画の変更から間もない場合で利用者の状態に大きな変化が見られない場合等が想定されます。</li> <li>・当該サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容については記録に残さなければなりません。</li> <li>・更新認定時や区分変更認定時に、サービス担当者会議（あるいは意見照会）を行っていない場合などは運営基準減算に該当します。</li> </ul> </div>
<p>⑯居宅サービス計画の変更</p>	<p>○ 居宅サービス計画時の変更時も、上記③から⑭までは適用されます。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービス計画を変更する際には、原則として上記③から⑭までに規定された一連の業務を行うことが必要です。なお、利用者の希望による軽微な変更（例えばサービス提供日時の変更等で、介護支援専門員が③から⑭に掲げる一連の業務を行う必要性がないと判断したもの）を行う場合には、この必要はありません。</li> <li>・ただし、この場合においても、介護支援専門員が、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であることは、⑬に規定したとおりです。</li> </ul> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p>別添資料④「ケアプランの軽微な変更の内容について」参照</p> </div>

<p>⑰介護保険施設への紹介その他の便宜の提供</p>	<p>○ 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わなければなりません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険施設はそれぞれ医療機能等が異なることに鑑み、主治医の意見を参考にす る、主治医に意見を求める等をして介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行 ってください。</li> </ul> </div>
<p>⑱介護保険施設との連携</p>	<p>○ 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わなければなりません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・あらかじめ、居宅での生活における介護上の留意点等の情報を介護保険施設等の従 業者から聴取する等の連携を図るとともに、居宅での生活を前提とした課題分析を 行った上で居宅サービス計画を作成する等の援助を行うことが重要です。</li> </ul> </div>
<p>⑳の2 居宅サービス 計画の届出</p>	<p>○ 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（生活援助が中心であるものに限り。）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りません。</p> <p>※ 要介護1…1月につき27回 要介護2…1月につき34回 要介護3…1月につき43回 要介護4…1月につき38回 要介護5…1月につき31回</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・この規定は、平成30年10月1日より施行されるため、同年10月以降に作成又 は変更した居宅サービス計画について届出を行うことが必要です。</li> <li>・本市被保険者について、該当する計画がある場合は、その計画を作成・変更（⑳に おける軽微な変更を除く。）し、利用者の同意を得て交付した月の翌月末までに、 名古屋市健康福祉局介護保険課指導係に、居宅サービス計画（1～4表）及びアセ スメント表（基本情報を含む。）を届け出てください。</li> </ul> </div>

<p>⑱主治の医師等の意見等</p>	<p>1 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又は歯科医師(以下「主治の医師等」という。)の意見を求めなければなりません。</p> <p>2 上記1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りません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービス計画の交付の方法は、対面のほか、郵送やメール等によることも差支えありません。</li> <li>・ここでいう「主治の医師等」については、要支援認定の申請のために主治医意見書を記載した医師には限定されません。</li> <li>・居宅療養管理指導は、給付管理の対象でないことから、歯科医師の関与を十分に把握していないケースが散見されます。利用者や家族等と情報共有を行い、利用者を取り巻く環境を把握するよう努めてください。</li> </ul> </div>
<p>⑳主治の医師等の意見等</p>	<p>○ 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づ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居宅サービス等を位置づける場合にあつては、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されています。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ここでいう医療サービスとは、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導及び短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）及び看護小規模多機能型居宅介護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）のことをいいます。これらについては、主治の医師等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置づける場合にあつては主治の医師等の指示があることを確認しなければなりません。</li> </ul> </div>

<p>②①短期入所生活介護及び短期入所療養介護の居宅サービス計画への位置付け</p>	<p>○ 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、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りません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えない」という目安については、居宅サービス計画の作成課程における個々の利用者の心身の状況やその置かれている環境等の適切な評価に基づき、在宅生活の維持のための必要性に応じて弾力的に運用することが可能であり、要介護認定の有効期間の半数の日数以内であるかについて機械的な適用を求めるものではありません。従って、利用者の心身の状況及び本人、家族等の意向に照らし、この目安を超えて短期入所サービスの利用が特に必要と認められる場合においては、これを上回る日数の短期入所サービスを居宅サービス計画に位置付けることも可能です。</li> <li>・要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えて短期入所サービスを利用する場合には、支援経過等にその理由を記録しておくことが必要です。</li> </ul> </div>
<p>②②福祉用具貸与の居宅サービス計画への反映</p>	<p>○ 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つては、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りません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉用具貸与及び特定福祉用具販売については、その特性と利用者の心身の状況等を踏まえて、その必要性を十分に検討せずに選定した場合、利用者の自立支援は大きく阻害されるおそれがあることから、検討の過程を別途記録する必要があるとされています。</li> <li style="padding-left: 20px;">＜必要性が明確でない例＞</li> <li>・要介護2以上の利用者に対し、必要性が明確でないにも関わらず、利用者の身体的負担が少なくなるとして、特殊寝台を位置づけている。</li> <li>・必要性が不明確な状態で、同一種目を複数利用しているケース。複数利用を認めるのは、必要性が明確であり、かつ用途が異なる場合などに限られるため、留意してください。</li> <li>・また、軽度者に対する福祉用具貸与については以下の項目について留意することとされています。</li> <li style="padding-left: 20px;">ア 介護支援専門員は、要介護1の利用者（以下、「軽度者」という。）の居宅サービス計画に指定福祉用具貸与を位置付ける場合には「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」（平成27年厚生労働省告示第94号）第31号のイで定める状態像の者であることを確認するため、当該軽度者の「要介護認定等基準時間の推計の方法」（平成12年厚生省告示第91号）別表第1の調査票につい</li> </ul> </div>

	<p>て必要な部分（実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該軽度者の状態像の確認が必要な部分）の写し（以下「調査票の写し」という。）を市町村から入手しなければなりません。</p> <p>ただし、当該軽度者がこれらの結果を介護支援専門員へ提示することに、あらかじめ同意していない場合については、当該軽度者の調査票の写しを本人に情報開示させ、それを入手しなければなりません。</p> <p>イ 介護支援専門員は、当該軽度者の調査票の写しを指定福祉用具貸与事業者へ提示することに同意を得たうえで、市町村より入手した調査票の写しについて、その内容が確認できる文書を指定福祉用具貸与事業者へ送付しなければなりません。</p> <p>ウ 介護支援専門員は、当該軽度者が「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年老企第36号）の第二の9(2)①ウの判断方法による場合については、福祉用具の必要性を判断するため、利用者の状態像が、同i)からiii)までのいずれかに該当する旨について、主治医意見書による方法のほか、医師の診断書又は医師から所見を聴取する方法により当該医師の所見及び医師の名前を居宅サービス計画に記載しなければなりません。この場合において、介護支援専門員は、指定福祉用具貸与事業者より、当該軽度者に係る医師の所見及び医師の名前について確認があったときには、利用者の同意を得て、適切にその内容について情報提供しなければなりません。</p>
<p>㉓特定福祉用具販売の居宅サービス計画への反映</p>	<p>○ 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りません。</p>
<p>㉔認定審査会意見等の居宅サービス計画への反映</p>	<p>○ 介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に、認定審査会意見又は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(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りません。</p>
<p>㉕指定介護予防支援事業者との連携</p>	<p>○ 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らなければなりません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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が当該利用者の介護予防サービス計画を作成することになるため、速やかに適切な介護予防サービス計画の作成に着手できるよう、指定居宅介護支援事業所は、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</li> </ul> </div>

	<div style="border: 3px double black; padding: 5px;"> <p>図る必要があります。</p> </div>
<p>②⑥ 指定介護予防支援業務の委託を受けるにあたって</p>	<p>○ 指定居宅介護支援事業者は、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りません。</p>
<p>②⑦ 地域ケア会議への協力</p>	<p>○ 指定居宅介護支援事業者は、法 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（地域ケア会議）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りません。</p> <div style="border: 3px double black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケアシステムの構築を推進するため、地域ケア会議が介護保険法上に位置付けられ、関係者等は会議から資料又は情報の提供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りません。</li> <li>・地域ケア会議は、個別ケースの支援内容の検討を通じて、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援、高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築及び個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握を行うことなどを目的としていることから、指定居宅介護支援事業者は、その趣旨・目的に鑑み、より積極的に協力することが求められます。</li> <li>・そのため、地域ケア会議から個別のケアマネジメントの事例の提供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とされているところです。</li> </ul> </div> <p>《参考：介護保険法抜粋》</p> <p>第百十五条の四十八 市町村は、第百十五条の四十五第二項第三号に掲げる事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体（以下この条において「関係者等」という。）により構成される会議（以下この条において「会議」という。）を置くように努めなければならない。</p> <p>2 会議は、厚生労働省令で定めるところにより、要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者（以下この項において「支援対象被保険者」という。）への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、支援対象被保険者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとする。</p> <p>3 会議は、前項の検討を行うため必要があると認めるときは、関係者等に対し、資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力を求めることができる。</p> <p>4 関係者等は、前項の規定に基づき、会議から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。</p> <p>5 会議の事務に従事する者又は従事していた者は、正当な理由がなく、会議の事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。</p> <p>6 前各項に定めるもののほか、会議の組織及び運営に関し必要な事項は、会議が定める。</p>

※「⑥課題分析の実施」～「⑫担当者に対する個別サービス計画の提出依頼」に掲げる一連の業務については、基本的にはこのプロセスに応じて進めるべきものですが、緊急的なサービス利用等やむを得ない場合や、効果的・効率的に行うことを前提とするものであれば、業務の順序について拘束するものではありません。ただし、その場合にあっても、それぞれ位置づけられた個々の業務は、事後的に可及的速やかに実施し、その結果に基づいて必要に応じて居宅サービス計画を見直すなど、適切に対応しなければなりません。

介護予防支援

基本取扱方針について

<p>①基本取扱方針</p>	<p>○ 指定介護予防支援は、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行われなければなりません。</p>
<p>②目標指向型の介護予防サービス計画の策定</p>	<p>○ 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、目標指向型の介護予防サービス計画を策定しなければなりません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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継続するため、地域における様々な取組等との連携も踏まえ、支援を行うよう定められています。</li> </ul> </div>
<p>③質の評価</p>	<p>○ 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りません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価の手法や頻度について特段明確な規定はありませんが、利用者アンケートや従業者へのヒアリングによる振り返りなどの方法により、少なくとも1年に1回は評価を行い、サービスの質の向上に努めてください。</li> </ul> </div>

<提供開始時の説明について>

平成30年度制度改正において、指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援の提供の開始に際し、あらかじめ、介護予防サービス計画作成にあたって利用者から担当職員（下記①）に対して複数の指定介護予防サービス事業者等の紹介を求めること、介護予防サービス計画原案に位置付けた指定介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であること等につき、利用申込者又はその家族に、文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うとともに、それを理解したことについて必ず利用申込者から署名を得なければならないこととされました。

具体的取扱方針について

<p>①担当職員による介護予防サービス計画の作成</p>	<p>○ 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なくてはなりません。</p> <p>※ 保健師、介護支援専門員、社会福祉士等であって、介護予防支援業務に関する必要な知識及び能力を有する者</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、従業者の資格証（有効期限があるものはそれについても）を確認した上で介護予防サービス計画の作成にかかる業務を行わせてください。</li> </ul> </div>
<p>②サービス提供方法等の説明</p>	<p>○ 指定介護予防支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行ってください。</p> <p>○ 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ってください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・指定介護予防支援は、利用者やその家族の主体的な参加、自らの目標に向けての意欲の向上と相まって行われることが重要であり、そのためには、担当職員からのサービスの提供方法等に係る懇切丁寧でわかりやすい説明が必要です。</li> </ul> </div>
<p>③継続的かつ計画的なサービスの利用</p>	<p>○ 担当職員は、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介護予防サービス計画を作成してください。</p>
<p>④総合的な介護予防サービス計画の作成</p>	<p>○ 担当職員は、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りません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者本人の取組み、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介護予防サービス計画に位置づけてください。</li> <li>・利用者が住宅型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同様です。</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>別添資料① 「住居において「介護保険」と「介護保険外」のサービスが混合して提供される場合における訪問介護サービスに係る給付の算定要件及び居宅サービス計画の作成等について」参照</p> </div> </div>

<p>⑤利用者自身によるサービスの選択</p>	<p>○ 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しなければなりません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定の事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のサービスのみによる介護予防サービス計画原案を最初から提示するようなことがあってはなりません。</li> <li>（有料老人ホーム等の入居者に対し、その必要性や個別性について十分な検討もせず、一律に同一法人の運営するサービスを位置付けたりするなど）</li> </ul> </div>
<p>⑥課題分析の実施</p>	<p>○ 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りません。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 運動及び移動</li> <li>ロ 家庭生活を含む日常生活</li> <li>ハ 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション</li> <li>ニ 健康管理</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・課題分析の結果について、最新の結果のみを保持しておくのではなく、過去の課題分析も保持されている必要があります。利用者の過去の課題分析結果を時系列に比較検討することは、より適切なケアマネジメントを実施するために必要です。</li> </ul> </div>
<p>⑦課題分析における留意点</p>	<p>○ 担当職員は、上記⑥の解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」といいます。）に当たっては、必ず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りません。</p> <p>○ 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、理解を得てください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントは、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合を除き、必ず利用者の居宅を訪問して行わなければなりません。</li> <li>・事前に要支援認定の認定調査結果、主治医意見書等により、一定程度利用者の状態を把握しておく必要があります。</li> </ul> </div>

⑧介護予防サービス計画原案の作成

- 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りません。

【ポイント】

- ・介護予防サービス計画は、目標指向型である必要があり、目標は達成可能な具体的な設定になっていることを要します。また、その達成のために利用者の動機づけが得られるよう、明確なものとしてください。
  - ※ ④のモニタリングにおいて、当該目標の達成状況を確認できるようなものにする必要があります。
  - ・介護予防サービス計画は、アセスメントに基づきサービスの必要性を十分に検討の上作成しなければなりません。
  - ・アセスメントと、位置付けられているサービスの内容が一致しないケースがあります。アセスメントに基づいたプランが作成されているか、再度確認して下さい。
- <一致しない例>
- ・アセスメントにおいて「調理可」となっているにも関わらず、生活援助で調理の予防専門型訪問サービスが位置付けられている。
  - ・主治医意見書では介護予防通所リハビリテーションが特に必要性が高いとされているのに（※）、ケアプランには予防専門型通所サービスが位置付けられており、アセスメントにもその理由を見いだせない。
  - ※ 主治医意見書において、主治医が特に必要性が高いと考えたサービスにはチェック・下線が引かれている。

別添資料⑤「介護予防支援業務に係る関連様式例の提示について」参照

<p>⑨サービス担当者会議等による専門的見地からの意見聴取</p>	<p>○ 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「担当者」といいます。）を召集して行う会議をいいます。）を開催し、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なければなりません。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ます。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「やむを得ない理由がある場合」とは、以下の場合等が想定されます。 <ul style="list-style-type: none"> <li>ア サービス担当者会議の開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合</li> <li>イ 介護予防サービス計画の「軽微な変更」に該当する場合</li> </ul> </li> </ul> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">別添資料④「ケアプランの軽微な変更の内容について」参照</span> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当者に対する照会等により意見を求める場合にも、緊密に相互の情報交換を行うことで、利用者の状況等についての情報や介護予防サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要があります。</li> <li>・なお、利用者やその家族の参加が望ましくない場合（家庭内暴力等）には、必ずしも参加を求めるものではないことに留意してください。</li> </ul> </div>
<p>⑩計画原案に係る説明及び同意</p>	<p>○ 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りません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防サービス計画は利用者の希望を尊重して作成されなければならないことから、その内容について説明を行った上で文書によって利用者の同意を得ることを義務づけることにより、利用者によるサービスの選択やサービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障しようとするものです。</li> <li>・介護予防サービス計画は、必ずサービス利用開始までに、遅滞なく作成し利用者の同意を得ておかなければなりません。</li> <li>・説明及び同意を要する介護予防サービス計画原案とは、国通知（※）の「介護予防サービス・支援計画書」に相当するものすべてと考えてください。</li> </ul> <p style="font-size: small;">※（「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18年3月31日老振発第0331009号厚生労働省老健局振興課長通知）</p> </div>
<p>⑪介護予防サービス計画の交付</p>	<p>○ 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りません。</p>

	<p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防サービス計画を作成した際には、遅滞なく利用者および担当者に交付しなければなりません。</li> <li>・また、担当者に対して介護予防サービス計画を交付する際には、当該計画の趣旨及び内容等について十分に説明し、各担当者との共有、連携を図った上で、各担当者が自ら提供する居宅サービス等の当該計画（以下「個別サービス計画」といいます。）における位置づけを理解できるように配慮する必要があります。</li> </ul>
<p>⑫サービス担当者に対する個別サービス計画の提出依頼</p>	<p>○ 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なければなりません。</p> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防サービス計画と個別サービス計画との連動性を高め、介護予防支援事業者とサービス提供事業者の意識の共有を図ることが重要です。このため、担当者に介護予防サービス計画を交付したときは、担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め、介護予防サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認する必要があります。</li> <li>・なお、この確認については、介護予防サービス計画を担当者に交付したときに限らず、必要に応じて行うことが望ましいとされています。</li> <li>・さらに、サービス担当者会議の前に介護予防サービス計画の原案を担当者に提供し、サービス担当者会議に個別サービス計画案の提出を求め、サービス担当者会議において情報の共有や調整を図るなどの手法も有効です。</li> </ul>
<p>⑬サービス事業者に対する、個別サービス計画作成の指導及び報告の聴取</p>	<p>○ 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、聴取しなければなりません。</p> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当職員は、サービスの担当者に対し、介護予防サービス計画の趣旨及び内容等について十分に説明し、当該サービスの担当者が介護予防サービス計画の内容に沿って個別サービス計画を作成できるよう必要な援助を行う必要があります。</li> <li>・利用者の状況や課題の変化があれば、当然、計画の変更が必要となる可能性があります。これらの変化は利用者に直接サービスを提供する指定介護予防サービス事業者等により把握されることも多いことから、担当職員は、これらサービスの担当者と緊密な連携を図り、利用者の状況等に変化が認められる場合には、円滑に連絡が行われる体制を整備する必要があります。</li> <li>・このような理由から、サービスの実施を開始した後は、それぞれのサービスの担当者から、少なくとも1月に1回、指定介護予防サービス事業者等への訪問、電話、FAX等の方法により、サービスの実施状況、サービスを利用している際の利用者の状況、サービス実施の効果について把握するために聴取する必要があります。</li> </ul>

⑭介護予防サービス計画の実施状況等の把握  
（モニタリングの項目、視点）

- 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わなくてはなりません。

【ポイント】

- ・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。以下「モニタリング」という。）を行い、計画目標との関係を踏まえつつ利用者の有する生活機能の状況や課題の変化が認められる場合は、計画の変更、サービス担当者との連絡・調整などを行います。
- ・モニタリングは、現行の介護予防サービス計画が利用者の現状に即しているかどうかを判断するために行われるもので、目標の達成度を見るためのものです。モニタリングの結果、目標が達成されていれば、利用者の望みを実現するための新たな目標を設定することになります。
- ・モニタリングが単なる「サービスについての利用者の満足度の確認」のみになっている例がみられます。上記のとおり、モニタリングにおいて目標の達成度を確認する視点が必要です。
- ・また、モニタリングは利用者についての継続的なアセスメントでもありますが、その結果が介護予防サービス計画の変更には反映されていない例もみられます。モニタリングにより、介護予防サービス計画の変更の必要性を把握する視点が必要です。  
 <モニタリング結果が介護予防サービス計画につながっていない例>
  - ・モニタリングの結果では「特段の変化なし」であるにも関わらず、実際は介護者の状況に変化があり、新たに予防専門型通所サービスを位置付ける介護予防サービス計画の変更を行っている。
- ・モニタリングの実施にあたり、担当職員は、上記⑫において介護予防サービス計画に位置付けた事業所から提出を受けた個別サービス計画（介護予防訪問看護計画など）の内容を十分に理解し、当該個別サービス計画上、どのようなサービスが行われているかを把握しておく必要があります。そして、それが当該個別サービス計画どおり行われているかや、当該個別サービス計画の内容が現在の利用者の状態からみて目標の達成に沿うものになっているかどうかを確認することも必要です。

- 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しなければなりません。

【ポイント】

- ・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は、主治の医師・歯科医師・薬剤師が医療サービスの必要性等を検討するにあたり有効な情報です。
- ・例えば、次のような情報を得た場合、主治の医師等の助言が必要であると判断したものについては、利用者の同意を得て情報提供をしてください。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している</li> <li>・薬の服用を拒絶している</li> <li>・使いきらないうちに新たに薬が処方されている</li> <li>・口臭や口腔内出血がある</li> <li>・体重の増減が推測される見た目の変化がある</li> <li>・食事量や食事回数に変化がある</li> <li>・下痢や便秘が続いている</li> <li>・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある</li> <li>・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない</li> <li>・「主治の医師」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されません。</li> </ul>
<p>⑮介護予防サービス計画の実施状況等の評価</p>	<p>○ 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りません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価の実施に際しては、利用者の状況を適切に把握し、利用者及び家族の意見を聞く必要があることから、利用者宅を訪問して行う必要があります。</li> </ul> </div>
<p>⑯モニタリングの実施（手順、頻度など）</p>	<p>○ 担当職員は、モニタリングに当たっては、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りません。</p> <p>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、利用者面接すること。</p> <p>ロ 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つては、電話等により利用者との連絡を実施すること。</p> <p>ハ 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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅訪問し、面接するモニタリングは、少なくとも、 <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供開始月の翌月から数えて3月に1回</li> <li>・サービス評価期間終了月</li> <li>・利用者の状況に著しい変化があったとき</li> </ul>                     に行う必要があります。                 </li> <li>・それ以外の月も、利用者が利用する通所事業所などでできるだけ利用者に面接して（面接ができない場合も電話などで）モニタリングを行う必要があります。</li> <li>・これらは、⑬の指定介護予防サービス事業者等に対するサービスの提供状況や利用者の状態等に関する報告の聴取とは別のものです。</li> <li>・「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接</li> </ul> </div>

	<p>することができない場合を主として指すものであり、担当職員に起因する事情は含まれません。さらに、特段の事情がある場合については、その具体的な内容を記録しておく必要があります。</p>
<p>⑰介護予防サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取</p>	<p>○ 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なければなりません。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ます。</p> <p>イ 利用者が要支援更新認定を受けた場合。</p> <p>ロ 利用者が要支援状態区分の変更の認定を受けた場合。</p> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「やむを得ない理由がある場合」とは、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合や、介護予防サービス計画の変更から間もない場合で利用者の状態に大きな変化が見られない場合等が想定されます。</li> <li>・当該サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容については記録に残さなければなりません。</li> </ul>
<p>⑱介護予防サービス計画の変更</p>	<p>○ 介護予防サービス計画の変更時も、上記③から⑫までは適用されます。</p> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防サービス計画を変更する際には、原則として上記③から⑫までに規定された一連の業務を行うことが必要です。なお、利用者の希望による軽微な変更（例えばサービス提供日時の変更等で、担当職員が③から⑫に掲げる一連の業務を行う必要性がないと判断したもの）を行う場合には、この必要はありません。</li> <li>・ただし、この場合においても、担当職員が、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であることは、⑭に規定したとおりです。</li> </ul> <p style="text-align: right;">別添資料④「ケアプランの軽微な変更の内容について」参照</p>
<p>⑲介護保険施設への紹介その他の便宜の提供</p>	<p>○ 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、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行わなければなりません。</p> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の要介護認定の申請の援助を行うほか、介護保険施設はそれぞれ医療機能等が異なることに鑑み、主治医の意見を参考にする、主治医に意見を求める等をして介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行ってください。</li> </ul>

<p>⑩介護保険施設との連携</p>	<p>○ 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わなければなりません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・あらかじめ、居宅での生活における介護上の留意点等の情報を介護保険施設等の従業者から聴取する等の連携を図るとともに、居宅での生活を前提とした課題分析を行った上で介護予防サービス計画を作成する等の援助を行うことが重要です。</li> </ul> </div>
<p>⑪主治の医師等の意見等</p>	<p>1 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(以下「主治の医師等」という。)の意見を求めなければなりません。</p> <p>2 上記1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りません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防サービス計画の交付の方法は、対面のほか、郵送やメール等によることも差支えありません。</li> <li>・ここでいう「主治の医師等」については、要支援認定の申請のために主治医意見書を記載した医師には限定されません。</li> <li>・介護予防居宅療養管理指導は、給付管理の対象でないことから、歯科医師の関与を十分に把握していないケースが散見されます。利用者や家族等と情報共有を行い、利用者を取り巻く環境を把握するよう努めてください。</li> </ul> </div>
<p>⑫主治の医師等の意見等</p>	<p>○ 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づ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づ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されています。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ここでいう医療サービスとは、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護予防短期入所療養介護のことをいいます。これらについては、主治の医師等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、担当職員は、これらの医療サービスを介護予防サービス計画に位置づける場合にあつては主治の医師等の指示があることを確認しなければなりません。</li> </ul> </div>
<p>⑬介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養</p>	<p>○ 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づ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</p>

<p>介護の介護予防サービス計画への位置付け</p>	<p>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りません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防短期入所サービスを位置付けるにあたっては、当該サービスが利用者にとって在宅生活の維持につながるように十分に留意しなければなりません。</li> <li>・「要支援認定の有効期間のおおむね半数を超えない」という目安については、介護予防サービス計画の作成過程における個々の利用者の心身の状況やその置かれている環境等の適切な評価に基づき、在宅生活の維持のための必要性に応じて弾力的に運用することが可能であり、要支援認定の有効期間の半数の日数以内であるかについて機械的な適用を求めるものではありません。</li> </ul> <p style="margin-left: 2em;">ただし、要支援認定の有効期間のおおむね半数を超えて介護予防短期入所サービスを利用する場合には、支援経過等にその理由を記録しておくことが必要です。</p> </div>
<p>④介護予防福祉用具貸与の介護予防サービス計画への反映</p>	<p>○ 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、継続して介護予防福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して介護予防福祉用具貸与を受ける必要がある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りません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防福祉用具貸与及び特定介護予防福祉用具販売については、その特性と利用者の心身の状況等を踏まえて、その必要性を十分に検討せずに選定した場合、利用者の自立支援は大きく阻害されるおそれがあることから、検討の過程を別途記録する必要があるとされています。</li> <li style="margin-left: 2em;">＜必要性が明確でない例＞</li> <li style="margin-left: 2em;">・必要性が不明確な状態で、同一種目を複数利用しているケース。複数利用を認めるのは、必要性が明確であり、かつ用途が異なる場合などに限られるため、留意してください。</li> <li>・また、福祉用具貸与については以下の項目について留意することとされています。</li> <li style="margin-left: 2em;">ア 担当職員は、利用者の介護予防サービス計画に指定介護予防福祉用具貸与を位置付ける場合には「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」（平成 27 年厚生労働省告示第 94 号）第 31 号のイで定める状態像の者であることを確認するため、当該利用者の「要介護認定等基準時間の推計の方法」（平成 12 年厚生労働省告示第 91 号）別表第 1 の調査票について必要な部分（実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該利用者の状態像の確認が必要な部分）の写し（以下「調査票の写し」という。）を市町村から入手しなければなりません。</li> <li style="margin-left: 2em;">ただし、当該利用者がこれらの結果を担当職員へ提示することに、あらかじめ同意していない場合については、当該利用者の調査票の写しを本人に情報開示させ、それを入手しなければなりません。</li> </ul> </div>

	<p>イ 担当職員は、当該利用者の調査票の写しを指定介護予防福祉用具貸与事業者へ提示することに同意を得たうえで、市町村より入手した調査票の写しについて、その内容が確認できる文書を指定介護予防福祉用具貸与事業者へ送付しなければなりません。</p> <p>ウ 担当職員は、当該利用者が「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 18 年老計発第 0317001 号・老振発第 0317001 号・老老発第 0317001 号）」の第 2 の 1 1（2）①ウの判断方法による場合については、福祉用具の必要性を判断するため、利用者の状態像が、同 i）から iii）までのいずれかに該当する旨について、主治医意見書による方法のほか、医師の診断書又は医師から所見を聴取する方法により当該医師の所見及び医師の名前を介護予防サービス計画に記載しなければなりません。この場合において、担当職員は、指定介護予防福祉用具貸与事業者より、当該利用者に係る医師の所見及び医師の名前について確認があったときには、利用者の同意を得て、適切にその内容について情報提供しなければなりません。</p>
<p>㉕ 特定介護予防福祉用具販売の介護予防サービス計画への反映</p>	<p>○ 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っては、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りません。</p>
<p>㉖ 認定審査会意見等の介護予防サービス計画への反映</p>	<p>○ 担当職員は、利用者が提示する被保険者証に、認定審査会意見又は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の記載がある場合には、利用者による趣旨（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りません。</p>
<p>㉗ 指定居宅介護支援事業者との連携</p>	<p>○ 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らなければなりません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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が当該利用者の居宅サービス計画を作成することになるため、速やかに適切な居宅サービス計画の作成に着手できるよう、指定介護予防支援事業所は、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必要があります。</li> </ul> </div>

<p>⑳地域ケア会議 への協力</p>	<p>○ 指定介護予防支援事業者は、法 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（地域ケア会議）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りません。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケアシステムの構築を推進するため、地域ケア会議が介護保険法上に位置付けられ、関係者等は会議から資料又は情報の提供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りません。</li> <li>・地域ケア会議は、個別ケースの支援内容の検討を通じて、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援、高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築及び個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握を行うことなどを目的としていることから、指定介護予防支援事業者は、その趣旨・目的に鑑み、より積極的に協力することが求められます。</li> <li>・そのため、地域ケア会議から個別のケアマネジメントの事例の提供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ことについて、具体的取扱方針においても、努めなければならないとされているところです。</li> </ul> </div> <p>《参考：介護保険法抜粋》</p> <p>第百十五条の四十八 市町村は、第百十五条の四十五第二項第三号に掲げる事業の効果的な実施のために、担当職員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体（以下この条において「関係者等」という。）により構成される会議（以下この条において「会議」という。）を置くように努めなければならない。</p> <p>2 会議は、厚生労働省令で定めるところにより、要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者（以下この項において「支援対象被保険者」という。）への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、支援対象被保険者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとする。</p> <p>3 会議は、前項の検討を行うため必要があると認めるときは、関係者等に対し、資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力を求めることができる。</p> <p>4 関係者等は、前項の規定に基づき、会議から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。</p> <p>5 会議の事務に従事する者又は従事していた者は、正当な理由がなく、会議の事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。</p> <p>6 前各項に定めるもののほか、会議の組織及び運営に関し必要な事項は、会議が定める。</p>
-------------------------	--

※「⑥課題分析の実施」～「⑩介護予防サービス計画の利用者への交付」に掲げる一連の業務については、基本的にはこのプロセスに応じて進めるべきものですが、緊急的なサービス利用等やむを得ない場合や、効果的・効率的に行うことを前提とするものであれば、業務の順序について拘束するものではありません。ただし、その場合にあって、それぞれ位置づけられた個々の業務は、事後的に可及的速やかに実施し、その結果に基づいて必要に応じて介護予防サービス計画を見直すなど、適切に対応しなければなら

りません。

### 介護予防支援の提供に当たっての留意点について

<p>①総合的な支援</p>	<p>○ 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必要があります。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・目標は可能な限り具体的なものを取り入れつつも、ケアマネジメントとして目指すのは、特定の機能の改善だけではなく、これらを通じた生活の質の向上にあります。そのためには、支援を行うことによって利用者がどのような生活を営むことができるのかということを常に留意しながら、支援を行う必要があります。</li> </ul> </div>
<p>②利用者の意欲を高める支援</p>	<p>○ 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必要があります。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防の取組は、あくまでも利用者が自ら主体的に取り組むことが不可欠であり、そのため、わかりやすい説明を心がけるなども含め、様々な工夫をして利用者の意欲が高まるようにする必要があります。</li> </ul> </div>
<p>③目標の設定と共有</p>	<p>○ 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してください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・目標の設定にあたっては、利用者と一緒に目標を設定するなど、上記②のとおり利用者が意欲をもって主体的に取り組めるようなものとし、また、サービス提供を行う事業者等とも共有して、当該事業者等が当該目標を達成するために適切な支援を行うことができるようにする必要があります。</li> </ul> </div>
<p>④自立を最大限に引き出すような支援</p>	<p>○ 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してください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自立した生活の実現のため、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行うことが基本であり、利用者のできる能力を阻害するようなサービスを提供しないよう配慮する必要があります。</li> </ul> </div>

<p>⑤多職種との連携</p>	<p>○ 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してください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の生きがいや自己実現の取組みも含めた、利用者の生活全般の総合的な支援のため、予防給付の対象となるサービスだけでなく、それ以外のサービスがサービス担当者会議等の機会を通じてそれぞれ連携して提供されるよう配慮する必要があります。</li> </ul> </div>
<p>⑥地域支援事業や介護給付との連続性・一体性への配慮</p>	<p>○ 地域支援事業及び介護給付と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮してください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が状態の改善又は悪化により、利用するサービスが地域支援事業に又は介護給付に変わった場合でも、その支援が連続性・一貫性をもって行われるよう、地域包括支援センターや居宅介護支援事業者との連携を図ってください。</li> </ul> </div>
<p>⑦利用者の個別性の重視</p>	<p>○ 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してください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が要支援に至る過程、その状態、意欲や生活の状況等は様々であることから、個別性を重視して計画を策定していく必要があります。</li> </ul> </div>
<p>⑧機能改善後の状態維持への支援</p>	<p>○ 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てください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防は終わりのない取組みです。利用者の機能が改善したあとは、その機能が維持できるよう、利用者自らが継続的に意欲をもって取り組めるよう、支援する必要があります。</li> </ul> </div>

## 第1号介護予防支援

<p>①実施の視点等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護予防と自立支援の視点を踏まえ、対象者の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、対象者自らの選択に基づきサービスが包括的かつ効率的に実施されるよう、専門的な視点から、必要な援助を行ってください。</li> <li>○ さらに、サービス利用を終了した場合においても対象者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要があるため、対象者が主体的に取り組めるように働きかけるとともに、知識や技術の提供によって対象者自身の能力が高まるような支援を行ってください。</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が目標を達成し、サービス利用を終了した場合においても、対象者がセルフケアとして習慣され、継続されるよう、対象者に対しサービス終了後のセルフケアの内容・効果について懇切丁寧かつ十分な説明を行うなど、効果の向上や意欲の喚起が図れるような支援を行ってください。</li> </ul> </div>
<p>②アセスメント</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ アセスメントは、対象者の居住環境や家族の状況などの把握に努め、対象者や家族との信頼関係を構築するとともに、根本的な問題や課題を定めて支援ニーズを明らかにすることを目的とします。</li> <li>○ アセスメントは、次のように行ってください。 <ul style="list-style-type: none"> <li>ア ケアマネジメントA 対象者の居宅を訪問して実施してください。</li> <li>イ ケアマネジメントB及びケアマネジメントC 原則として、対象者の居宅を訪問して実施してください。 ただし、第1号介護予防支援事業により対象者が利用する事業に、生活支援型訪問サービスが含まれていない場合は、居宅を訪問せずに実施しても差し支えありませんが、この場合においても、上記目的が果たされるようにしてください。</li> </ul> </li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅を訪問せずに実施する場合も、可能な限り対象者や家族に面接してアセスメントを行い、信頼関係の構築、環境や問題の把握に努める必要があります。</li> </ul> </div>
<p>③ケアプラン原案作成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 対象者が目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、対象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、介護予防・生活支援サービス事業者、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ケアプラン原案作成を行ってください。</li> </ul> <p>※ 参考様式として、下記URL（NAGOYAかいごネット内）参照  <a href="http://www.kaigo-wel.city.nagoya.jp/view/kaigo/company/center/">http://www.kaigo-wel.city.nagoya.jp/view/kaigo/company/center/</a></p>

<p>④サービス担当者会議</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ サービス担当者会議は、対象者やその家族の生活全体及びその課題を共通理解すること、地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどについて情報共有し、その役割を理解すること、対象者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを協議すること及びケアプランにおけるサービス事業者等の役割を相互に理解することなどを目的として行います。</li> <li>○ サービス担当者会議は、ケアプラン作成時、ケアプラン変更時、対象者に関する要支援更新認定が行われた時（以下「要支援更新認定時」という。）、対象者が事業対象者の有効期間の更新を行った時（以下「事業対象更新時」という。）その他必要時に実施してください。</li> <li>○ ただし、ケアマネジメントCの場合においては実施を要しません。</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス担当者会議は、 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対象者及びその家族の生活全体の共通理解</li> <li>・ 地域にどのようなサービスがあるか、どのような役割を果たせるかの情報共有</li> <li>・ 対象者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などの協議及び共有</li> <li>・ ケアプラン内でのサービス事業者等の役割について、自身及び相互の理解などを目的に行います。</li> </ul> </li> </ul> </div>
<p>⑤ケアプランの対象者への説明・同意、確定・交付</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ケアプランの原案について、対象者へ説明し対象者から文書により同意を得てください。</li> <li>○ 同意後、ケアプランを対象者に交付してください。</li> <li>○ 必要に応じて、対象者からケアプランをケアプランに位置づけたサービス事業者に交付することについて同意を得た上で、ケアプランをケアプランに位置づけたサービス事業者に交付してください。</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 説明にあたっては懇切丁寧な説明を心がけ、対象者の主体性や意欲を喚起し、効果の向上につなげることが重要です。</li> </ul> </div>
<p>⑥モニタリング及び評価</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ モニタリング及び評価は、対象者にサービスによる支援が実施されている間、必要に応じて実施状況を把握し、目標との乖離が見られた場合には、再度ケアプランを作成すること、順調に進行した場合は、サービスによる支援を終了し、本人との面接等により評価を行い、サービスによる支援終了後も対象者がセルフケアを継続できるよう、必要な情報提供、助言を行うことを目的として行ってください。</li> <li>○ モニタリングは、次のとおり行ってください。 <ul style="list-style-type: none"> <li>ア ケアマネジメントA <ul style="list-style-type: none"> <li>サービスの実施状況等に関する報告をサービス事業者から月1回聴取することにより実施してください。</li> <li>また、サービス提供開始時、サービス評価期間終了月、対象者の状況に著しい変化があった時、要支援更新認定時、事業対象者該当の有効期間の更新時、3か月に1回及びその他必要時、対象者の居宅を訪問し、面接して実施してください。対象者の居宅を訪問しない月においては、対象者の通所先を訪問する等の方法により対象</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

	<p>者に面接するよう努めるとともに、面接できない場合は、電話等により対象者との連絡を実施してください。</p> <p>イ ケアマネジメントB</p> <p>サービスの実施状況等に関する報告をサービス事業者から月1回聴取することにより実施してください。</p> <p>また、サービス提供開始時、サービス評価期間終了月、対象者の状況に著しい変化があった時、要支援認定更新時、事業対象者該当の有効期間の更新時、生活支援型訪問サービスを含む場合においては、6か月に1回及びその他必要時、対象者の居宅を訪問し、面接して実施してください。対象者の居宅を訪問しない月においては、対象者の通所先を訪問する等の方法により対象者に面接するよう努めるとともに、面接できない場合は、電話等により対象者との連絡を実施してください。</p> <p>ウ ケアマネジメントC</p> <p>実施を要しません。</p> <p>○ 評価は、サービス評価期間終了月及びその他必要時に実施してください。ただし、ケアマネジメントCの場合においては実施を要しません。</p> <p>○ モニタリング及び評価結果を記録してください。</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>【ポイント】</b></p> <p>・第1号介護予防支援事業の類型により、モニタリングが義務付けられている頻度が異なることに注意してください。</p> </div>
--	--

このほか、第1号介護予防支援においても、基本方針の方向性は介護予防支援のものと原則として同様ですので、介護予防支援において定められている内容について実施していただくことが望ましいと考えます。