

日光市におけるケアマネジメントに関する基本方針

1、策定の趣旨

介護支援専門員は、介護保険法並びに関係法令を遵守し、制度全般の専門的な知識と利用者への深い理解により、自立支援・重度化防止に質することを目的としたケアマネジメントを行う必要があります。

日光市では、この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することを目的とし、ケアマネジメントに関する基本方針を策定し条例に定めました。

指定居宅介護（指定介護予防）支援事業所におかれましては、本基本方針の内容を踏まえ、ケアマネジメントを実施していただくようお願いいたします。

2、指定居宅介護支援に関する基本方針について

「日光市居宅介護支援事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例」第3条、第15条、第16条

(1) 基本方針

- ① 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態になった場合でも、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なければなりません。
- 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なければなりません。
- ③ 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。
- ④ 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（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りません。

(2) 基本取扱方針

- ① 要介護状態の軽減又は悪化の防止に質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りません。
- ② 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。

(3) 具体的取扱方針

- ① 管理者は、指定居宅介護支援事業所の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ければなりません。
- ② 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行い、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。
- 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りません。
- ④ 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に位置付けるよう努めなければなりません。
- ⑤ 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、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こと。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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りません。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りません。
- ⑧ 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。

- ⑨ 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」という。）を招集して行う会議をいう。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、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こととします。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こととします。
- ⑩ 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、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。
- ⑪ 居宅サービス計画を作成した際には、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。
- ⑫ 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。
- ⑬ 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」という。）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。
- ⑭ 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^{くわう}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。

- ⑮ 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。

ア 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。

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 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。

ア 要介護認定を受けている利用者が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要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

- ⑰ 居宅サービス計画の変更についても、上記③から⑯が適用されます。

- ⑱ 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若しく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。

- ⑲ 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。

- ⑳ 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、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。

- ㉑ 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りません。

- ㉒ ㉑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、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。

- ⑳ 訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合は、医療サービスに係る主治の医師等の指示があるときに限るとし、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は、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、留意点を尊重して行なわなければなりません。
- ㉑ 短期入所生活介護又は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、利用する日数は要介護認定の有効期間のおおむね2分の1を超えないようにしなければなりません。
- ㉒ 福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置付ける場合は、利用の妥当性を検討し、居宅サービス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、その継続の必要性について検証をし、継続が必要な場合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。
- ㉓ 特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置付ける場合は、利用の妥当性を検討し、居宅サービス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。
- ㉔ 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、利用者によるその趣旨（指定に係る居宅サービス又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、その記載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。
- ㉕ 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利用者によ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。
- ㉖ 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、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。
- ㉗ 指定居宅介護支援事業者は、介護保険法第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（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。

3、指定介護予防支援に関する基本方針について

「日光市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等を定める条例」第3条、第32条、第33条

(1) 基本方針

- ① 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、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なければなりません。
- 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なければなりません。
- ③ 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指定介護予防サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければなりません。
- ④ 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（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りません。

(2) 基本取扱方針

- ① 介護予防に質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りません。
- ② 介護予防の効果が最大限に発揮され、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りません。
- ③ 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。

(3) 具体的取扱方針

- ① 管理者は、指定介護予防支援事業所の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ければなりません。
- ② 指定介護予防支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行い、利用者又は家族に対し、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。
- 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りません。
- ④ 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、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に位置付けるよう努めなければなりません。
- ⑤ 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、地域における指定介護予防サービス等事業者によ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家族に対して提供してください。
- ⑥ 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、その有する生活機能、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、介護予防の効果が最大限に発揮され、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課題を把握しなければなりません。
 - ア 運動及び移動
 - イ 家庭生活を営む日常生活
 - 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 総合的課題の把握（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りません。この場合において、担当職員は、面接の趣旨を利用者及び家族に対して十分に説明し、理解を得なければなりません。

- ⑧ 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及び具体策、利用者及び家族の意向、それらを踏まえた具体的な目標、目標を達成するための支援の留意点、利用者、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原案を作成しなければなりません。
- ⑨ 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」という。）を招集して行う会議をいう。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、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こととします。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こととします。
- ⑩ 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、居宅サービス計画の原案の内容について利用者又は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。
- ⑪ 介護予防サービス計画を作成した際には、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。
- ⑫ 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、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。
- ⑬ 指定介護予防サービス等事業者に対し、介護予防サービス計画に基づき、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、サービス提供状況及び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。
- ⑭ 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（当該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、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等事業者との連絡調整その他便宜の提供を行わなければなりません。
- ⑮ 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。

⑯ 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は、計画の目標の達成状況について評価してください。

⑰ 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。

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、居宅を訪問し、利用者に面接すること。

イ 利用者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等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、面接出来ない場合にあつては、電話等により当該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。

⑱ 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、担当者に専門的な見地からの意見を求めてください。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。

ア 利用者が要支援更新認定を受けた場合

イ 利用者が要支援状態区分の変更の認定を受けた場合

⑲ 介護予防サービス計画の変更についても、上記③から⑬が適用されます。

⑳ 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若しく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。

㉑ 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つた場合には、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。

㉒ 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りません。

- ⑳ ㉒の場合において、担当職員は、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。
- ㉔ 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とき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、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、留意点を尊重して行なわなければなりません。
- ㉕ 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、利用する日数は要支援認定の有効期間のおおむね2分の1を超えないようにしなければなりません。
- ㉖ 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は、その利用の妥当性を検討し、介護予防サービス計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、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、継続が必要な場合は、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。
- ㉗ 介護予防サービス計画に特定介護予防福祉用具特定福祉用具販売を位置付ける場合は、利用の妥当性を検討し、介護予防サービス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。
- ㉘ 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の種類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、利用者とその趣旨（指定に係る居宅サービス又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、その記載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。
- ㉙ 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。

- ③〇 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（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。

4、ケアプラン点検について

日光市では、厚生労働大臣が定める主要介護給付等費用適正化事業として、ケアプラン点検を実施しています。ケアプラン点検は、「ケアプラン点検支援マニュアル（介護保険最新情報Vol.38平成20年7月18日厚生労働省発出）」を居宅介護支援事業所との共通マニュアルとして行います。（指定居宅介護支援以外はこれに準じて行います。）

基本的には、運営基準違反やサービスの不適正な利用がないかを確認するものでなく、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ、自立支援に質する適切なプランとなっているかを、保険者と介護支援専門員が共に検証し、「自立支援に質するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り健全なる給付の実施を目指していきます。

（1）介護支援専門員との面談

ケアプラン点検は、介護支援専門員と保険者の「対話方式（面談）」による協働点検作業です。ケアプランはあらかじめ保険者へ提出いただき保険者は疑義事項等を整理します。ケアプラン点検当日は、保険者の質問に、作成者である介護支援専門員が回答します。質問と回答を通して、共に利用者への理解を深め、適切なプランとしていくために何か必要か一緒に考えていきます。最終的には介護支援員の「気付き」の部分を活かし、介護支援専門員は、修正が必要と思われた部分のケアプラン修正や、次回のケアプラン作成への活用、保険者は回答を整理・分析し、今後の施策の参考としていきます。

（2）ケアプラン点検に用いる資料

- 事例概要（またはフェイスシート）
- アセスメントシート
- 居宅サービス計画書

第一表から第三表・サービス担当者会議の要点（第四表又は第五表）