

那智勝浦町自立支援・重度化防止に向けた ケアマネジメントの基本方針

令和3年4月1日改定
那智勝浦町福祉課

那智勝浦町では、自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの質の向上を図るため、「自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの基本方針」(以下「基本方針」という。)を策定しました。

ケアマネジメントの実施にあつては、本方針にご留意いただき、自立支援・重度化防止の推進のため、皆様のご協力をお願いします。

1. 基本方針の目的

介護保険は、介護保険法第1条、第2条において、介護が必要になった方の

- 尊厳の保持
- 自立支援
- 重度化防止

を基本理念としています。また、同第4条では、国民が

- 介護予防
- 重度化防止

に努めることを義務としています。

これらの理念は、介護支援専門員(以下「ケアマネジャー」という。)が行うケアマネジメントにより実現されるものとなります。そのため、ケアマネジメントの質の向上が重要であり、町では、これを推進するため、基本方針を策定します。

2. ケアマネジメントの基本方針

ケアマネジメントは、認定区分等や利用するサービスによって実施する事業者が異なり、整理すると次の通りとなります。

ケアマネジメント種別	対象者	給付種別			ケアマネジメント事業者
		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 (施設入所者除く)
介護予防支援	要支援1・2	×	○	☆併用	地域包括支援センター (小規模多機能型居宅介護除く)
第1号介護予防支援事業 (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

※ここでの総合事業とは、指定事業者が行う事業をいい、多様なサービスは含みません。

(1) 居宅介護支援の基本方針

居宅介護支援の基本方針は、「那智勝浦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」第3条を準用し、次の通りとします。

- ▶ 利用者が可能な限り、居宅において、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して行う。
- ▶ 利用者の心身の状況、環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切なサービスを多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う。
- ▶ 利用者の意志及び人格を尊重し、利用者に提供されるサービスが特定の種類や事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行う。
- ▶ 事業の運営に当たっては、町、地域包括支援センター、他の介護事業者等との連携に努める。
- ▶ 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る。
- ▶ 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る。

(2) 介護予防支援の基本方針

介護予防支援の基本方針は、「那智勝浦町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係る基準等に関する条例」第2条を準用し、次の通りとします。

- ▶ 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配慮して行う。
- ▶ 利用者の心身の状況、環境等に応じて、利用者の選択に基づき、自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な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う。
- ▶ 利用者の意思及び人格を尊重し、利用者に提供されるサービスが特定の種類や事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行う。
- ▶ 事業の運営に当たっては、町、他の介護事業者、住民主体の活動によるサービスを含めた様々な取組を行う者等との連携に努める。
- ▶ 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る。
- ▶ 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る。

(3) 第1号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）の基本方針

第1号介護予防支援事業（以下「介護予防ケアマネジメント」という。）の基本方針は、次の通りとします。

- ▶ 利用者が要介護状態になることをできる限り防ぐとともに、要支援・要介護状態になってもそれ以上悪化しないようにするために、地域で自立した日常生活を送ることができるよう支援する。
- ▶ 高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取り組みを行うことが重要であることを意識し、介護予防支援と同様にアセスメントを行い、その状態や環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組みを生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるよう支援する。
- ▶ 高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、日常生活上の困りごとに対して、心身機能の改善だけではなく、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等、「心身機能」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容となるよう要支援者等の選択を支援する。
- ▶ 適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者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等の利用について検討し、ケアプランを作成する。

3. ケアマネジメントのポイント

「2. ケアマネジメントの基本方針」を踏まえてケアマネジメントを実施するにあたって、気をつけるポイントについて記載しますので、ご確認をお願いします。

(1) 全体

▶ 居宅介護支援

「那智勝浦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」第15条の基本取扱方針、同第16条の具体的取扱方針については、ケアマネジメントの実施にあたって、遵守しなければならない事項となりますので、遵守してください。

▶ 介護予防支援

「那智勝浦町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係る基準等に関する条例」第31条の基本取扱方針、同第32条の具体的取扱方針については、ケアマネジメントの実施にあたって、遵守しなければならない事項となりますので、遵守してください。

▶ 介護予防ケアマネジメント

ケアマネジメント類型※のAについては、介護予防支援と同様のプロセスでケアマネジメ

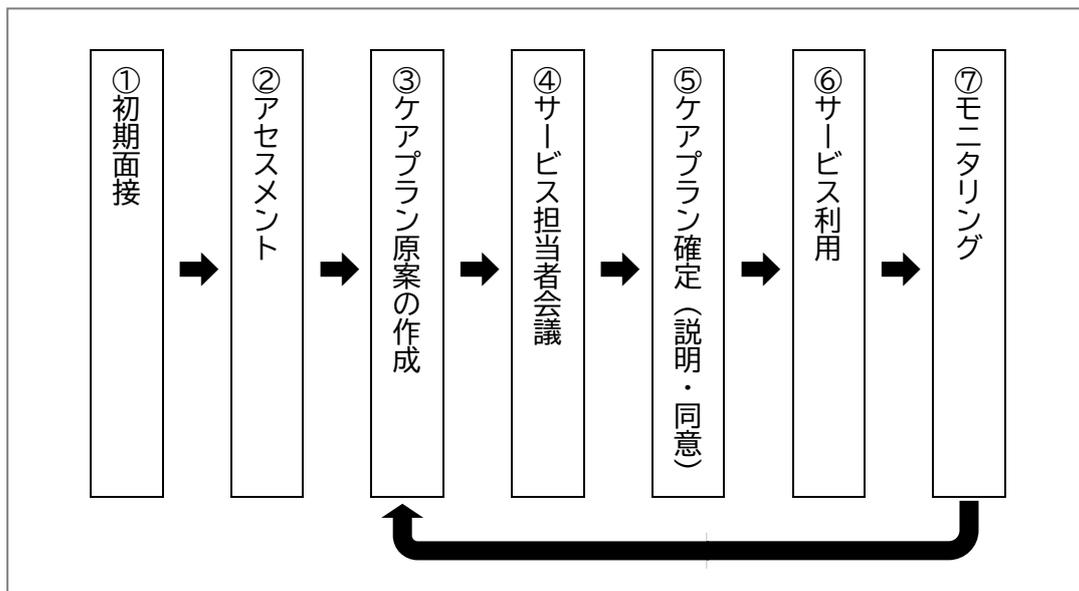
ントを実施することから、介護予防支援における基本取扱方針、具体的取扱方針に則って実施してください。

B及びCについては、簡略化されたプロセスによるため、両取扱方針に該当しない部分があります。該当する部分について、両取扱方針に則って実施してください。

※介護予防ケアマネジメントの類型について

区分	ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	ケアマネジメントB (簡略化したケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)
サービス	総合事業のうち、指定事業者が実施するサービス（訪問・通所介護相当サービス）を利用する場合	総合事業のうち、短期集中予防サービスを利用する場合 ※指定事業者のサービスは利用しない	総合事業のうち、住民主体の生活支援サービスのみを利用する場合
プロセス	アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 →モニタリング	アセスメント →ケアプラン原案作成 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 →モニタリング	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付

(2) ケアマネジメントの各段階における留意点について



①初期面接（インテーク）

初期面接では、利用者の考え方や生活感、価値観などをできるだけ知ろうとすることが大切ですが、初期面接において収集可能な情報は限られます。これ以降も継続的に利用者のことを知ろうとし続けることが重要ですので、意識しましょう。

②アセスメント

利用者の生活ニーズが何であるかを正確に把握することが重要です。そのためには「利用者が困っている事」だけに目を向けるのではなく、なぜそうなったのかといった背景・環境

や、そうなったことを利用者がどう捉えているのかといった心情面についても理解するよう努めましょう。これらは、利用者との間に信頼関係を築く上でも重要です。

また、生活ニーズを把握することができても、それに対する「利用者の考え」と専門職としての「ケアマネジャーの考え」が一致しないこともあります。生活ニーズに対する「利用者の考え」を理解し、生活ニーズのすり合わせにも努めましょう。

※参考 介護予防支援、介護予防ケアマネジメントにあっては、生活意欲が低下している利用者も少なくありません。アセスメント等において、別紙「興味・関心チェックシート」を活用するなど、利用者の意欲を引き出すことも自立支援への一つの方法です。

③ケアプラン原案の作成

ケアプランは、自立支援・重度化防止の視点で作成することが重要です。作成に当たっては、次の点を意識しましょう。

- ・利用者自身ができることまでサービスを設定していないか。
- ・サービスありきのプランになっていないか。
- ・これまで（要介護状態等になる前）の生活が継続できるようなものになっているか。
- ・要介護状態等を悪化させるリスクが予防されるものであるか。
- ・予防計画にあっては、頑張ればできるようになることを組み込みなど、介護予防の視点で作成されているか。

④サービス担当者会議

ケアプラン原案に設定した目標の共有に努めます。利用者や家族、サービス事業者の考えをすり合わせて、サービス内容や目標等について合意形成し、全員が同じ考えを共有することで、質の高いケアが行われます。

また、サービス事業者等の専門職からは、専門的見地から意見を語ってもらい、利用者気づかなかった日常生活でのリスクを把握し、どうすればリスクを防ぐことができるかといったことを理解してもらうことも重要です。

⑤ケアプラン確定（説明・同意）

サービスの利用に当たっては、利用者や家族が、ケアプランは介護保険の理念である「自立支援・重度化防止」を目指したものであることを理解し、主体的に取り組むようになることが重要です。ケアプランの説明に当たっては、以上の点についても丁寧に説明しましょう。

⑥サービス利用

サービス事業者は、利用者との接点も多く、利用者の変化に早期に気づくことが可能です。サービス事業者との情報共有をスムーズに行うことができるよう、連携の強化に努めましょう。

⑦モニタリング

ケアプランに基づいて利用したサービス等が利用者の状態にどういった変化を与えたのか、十分観察してください。また、提供したサービスと生活ニーズにミスマッチがなかったか確認します。これらの情報から、利用者や家族、サービス事業者とともにケアプランの修正点を検討し、ケアプランを修正しましょう。(再アセスメント)

4. 那智勝浦町の取組み

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、様々な取組みを実施しています。積極的にご活用ください。

➤ 地域ケア個別会議

多職種（理学療法士、作業療法士、栄養士等）により、ケアプラン等をもとに個別事例の検討を行い、自立支援型ケアマネジメントへの支援を行っています。事例提供や会議への参加等、積極的にご活用ください。

また、個別会議から地域課題を明らかにし、地域ケア推進会議等において、その解決に向けた検討等を行います。

➤ ケアプラン点検

ケアプランが利用者の自立支援のために適切なものになっているか、町がケアマネジャーとともに確認するものです。より良いケアプランの作成について、ケアマネジャー自身の気づきを促し、ケアプランの質の向上を図ります。

➤ 在宅医療・介護連携推進事業

在宅で療養と介護が必要な方に、より良い支援を提供するため、医療・介護関係者の情報共有の場や研修等を行っています。

5. その他の留意事項

介護報酬において「特定事業所加算」については、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応や、専門性の高い人材の確保、医療・介護連携への積極的な取組等を総合的に実施することにより、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域における居宅介護支援事業所のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とした加算です。

自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの推進において、重要な加算となりますので、積極的な取得についてご検討をお願いします。

別紙

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください、どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思い当たるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動（町内会・老人クラブ）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

（出典）「平成 25 年度老人保健健康増進等事業医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人日本作業療法士協会（2014.3）

参考

※関係法令（抜粋）

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。

（国民の努力及び義務）

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

那智勝浦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

（基本方針）

第3条 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、利用者へ提供される指定居宅サービス等（法第8条第24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41条第1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（特別区を含む。以下同じ。）、地域包括支援センター（法第115条の46第1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38年法律第133号）第20条の7の2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58条第1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17年法律第123号）第51条の17第1項第1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、法第118条の2第1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15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十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。
- (13)の 2 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）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。
- (14) 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。
- (15) 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
- (16) 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。
- (17) 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。
- (18) 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。
- (18)の 2 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。

- (18)の3 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つて、かつ、町からの求めがあつた場合には、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。
- (19) 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。
- (19)の2 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。
- (20) 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、当該留意事項を尊重してこれを行うものとする。
- (21) 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。
- (22) 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。
- (23) 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。
- (24) 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、利用者にその趣旨（同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。
- (25) 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。
- (26) 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。
- (27) 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。

那智勝浦町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係る基準等に関する条例

（基本方針）

第 2 条 指定介護予防支援の事業は、当該事業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 8 条の 2 第 16 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、町、地域包括支援センター（法第 115 条の 46 第 1 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 38 年法律第 133 号）第 20 条の 7 の 2 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 46 条第 1 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 17 年法律第 123 号）第 51 条の 17 第 1 項第 1 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 118 条の 2 第 1 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。

(指定介護予防支援の基本取扱方針)

第 31 条 指定介護予防支援は、利用者の介護予防（法第 8 条の 2 第 2 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れなければならない。

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 32 条 指定介護予防支援の具体的取扱方針は、第 2 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、次の各号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、次に掲げる項目ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及びその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れなければならない。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に基づき、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。

(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、介護予防訪問介護計画書（和歌山県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等を定める条例（平成 24 年和歌山県条例第 66 号。以下「和歌山県指定介護予防サービス等基準条例」という。）第 3 条第 1 項に規定する介護予防訪問介護計画書をいう。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、介護予防訪問介護計画書等指定介護予防サービス等基準条例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、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を作成した後は、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(く)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。
- (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並びに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（和歌山県指定介護予防サービス等基準条例第3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。）を訪問する方法により利用者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。
- 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に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、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（法第8条の2第3項に規定する介護予防訪問看護をいう。以下同じ。）、介護予防通所リハビリテーション（同条第6項に規定する介護予防通所リハビリテーションをいう。以下同じ。）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介護予防サービス等を位置付ける場合にあっては、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、当該留意事項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（法第8条の2第7項に規定する介護予防短期入所生活介護をいう。以下同じ。）又は介護予防短期入所療養介護（同条第8項に規定する介護予防短期入所療養介護をいう。以下同じ。）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、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（法第8条の2第10項に規定する介護予防福祉用具貸与をいう。以下同じ。）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、継続が必要と認める場合にはその理由を当該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（法第8条の2第11項に規定する特定介護予防福祉用具販売をいう。以下同じ。）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。