

# 流山市 ケアマネジメント に関する基本指針

## 目次

- 1 基本指針策定の趣旨 P1
- 2 居宅介護支援のケアマネジメント
  - (1) 居宅介護支援の基本方針 P1
  - (2) 居宅介護支援の基本取扱方針 P2
  - (3) 居宅介護支援の具体的取扱方針 P2
  - (4) 居宅介護支援における特定事業所加算について P2
- 3 介護予防支援と介護予防ケアマネジメント
  - (1) 介護予防支援の基本方針 P6
  - (2) 介護予防支援の基本取扱方針 P7
  - (3) 介護予防支援の具体的取扱方針 P7
  - (4) 介護予防支援の提供に当たっての留意点について P12
  - (5) 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援） P12
  - (6) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの一部委託について P13
- 4 自立支援を目指したケアマネジメントの推進 P13
- 5 多職種協働 P14
- 6 セルフマネジメントの推進 P16

# 流山市のケアマネジメントに関する基本指針

## 1 基本指針策定の趣旨

高齢者の自立支援、重度化防止等に資することを目的としてケアマネジメントが行われるよう、介護保険制度の根幹であるケアマネジメントのあり方を保険者と介護支援専門員で共有し、より良い介護保険事業の運営を目指すため、この基本指針を策定しました。

## 2 居宅介護支援のケアマネジメント

居宅介護支援のケアマネジメントについては、「流山市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4条及び第6条に定められており、その内容は、「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」第1条の2、第12条及び第13条と同じであり、次のとおりです。

### (1) 居宅介護支援の基本方針

- ① 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。
- 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、利用者の選択に基づき、適切な保健・医療・福祉にわたる指定居宅サービス等が、当該目標を踏まえ多様な事業所から、総合的かつ効果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。
- 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。
- ④ 市、地域包括支援センターや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、特定相談支援事業者との連携に努めなければなりません。

## (2) 居宅介護支援の基本取扱方針

① 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 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。

## (3) 居宅介護支援の具体的取扱方針

①介護支援専門員による居宅サービス計画の作成	・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てください。
②基本的留意点	・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。 ・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継続的かつ計画的なサービスの利用	・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。
④総合的な居宅サービス計画の作成	・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。
⑤利用者自身によるサービスの選択	・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。
⑥課題分析の実施	・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、利用者については、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 課題分析における留意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
⑧ 居宅サービス計画原案の作成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
⑩ 計画原案に係る説明及び同意	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
⑪ 居宅サービス計画の交付	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
⑫ 担当者に対する個別サービス計画の提出依頼	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
⑬ 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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」という。）を行</li> </ul>

<p>価等</p>	<p>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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
<p>⑭ モニタリングの実施</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。 <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul> </li> </ul>
<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。 <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 利用者が要介護更新認定を受けた場合。</li> <li>ロ 利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合。</li> </ul> </li> </ul>
<p>⑯ 居宅サービス計画の変更</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅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。</li> </ul>
<p>⑰ 介護保険施設への紹介その他の便宜の提供</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
<p>⑱ 介護保険施設との連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>

<p>⑱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ます。）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>⑲主治の医師等の意見等</p>	<p>・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>・上記の場合において、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>
<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づ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ってください。</p>
<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りません。</p>
<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りません。</p>

②④ 認定審査会意見等の居宅サービス計画への反映	・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、利用者によるその趣旨(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。
②⑤ 指定介護予防支援事業者との連携	・介護支援専門員は、要介護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。
②⑥ 指定介護予防支援業務の受託に関する留意点	・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。
②⑦ 地域ケア会議への協力	・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。

#### (4) 居宅介護支援における特定事業所加算について

居宅介護支援における特定事業所加算は、自事業所での専門性の高い人材の確保や、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応、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、地域全体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ています。これは高齢者の自立支援、重度化防止等にも繋がるため、積極的に取得していきましょう。

### 3 介護予防支援と介護予防ケアマネジメント

介護予防支援は、「流山市指定介護予防支援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 4 条及び第 6 条により定められており、その内容は「指定介護予防支援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」第 1 条の 2 及び第 29 条から第 31 条と同様であり、次の(1)から(4)

のとおりです。

また、介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）による介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援）は、介護予防支援と同様に、地域包括支援センター等が居宅要支援被保険者等に対するアセスメントを行い、本人の状況や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成するものです。

介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの違いは、下表のとおりです。

	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント	
		A	C
対象者	要支援1・2に該当し、予防給付または予防給付と総合事業を利用している者	要支援1・2、事業対象者に該当し、総合事業のみ利用している者	
実施者	地域包括支援センター（指定介護予防支援事業所） （指定居宅介護支援事業所に委託可能）		
費用	介護予防支援費	介護予防ケアマネジメント費	

### （１）介護予防支援の基本方針

- ① 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。
- 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・福祉にわたる指定居宅サービス等が、当該目標を踏まえ多様な事業所から、総合的かつ効果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。
- 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。
- ④ 市、地域包括支援センターや指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、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。

## (2) 介護予防支援の基本取扱方針

- ① 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。
- 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。
- 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りません。

## (3) 介護予防支援の具体的取扱方針

① 担当職員による介護予防サービス計画の作成	・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てください。
② 基本的留意点	・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。 ・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 計画的なサービスの利用	・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。
④ 総合的な介護予防サービス計画の作成	・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。
⑤ 利用者自身によるサービスの選択	・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>⑥ 課題分析の実施</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <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>
<p>⑦ 課題分析における留意点</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
<p>⑧ 介護予防サービス計画原案の作成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
<p>⑩ 計画原案に係る説明及び同意</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
<p>⑪ 介護予防サービス計画の</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>

交付	ればなりません。
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
⑬ 個別サービス計画作成の指導及び報告の聴取	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
⑭ 介護予防サービス計画の実施状況等の把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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ってください。</li> <li>・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てください。</li> </ul>
⑮ 介護予防サービス計画の実施状況等の評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
⑯ モニタリングの実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。 <ul style="list-style-type: none"> <li>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、利用者に面接すること。</li> <li>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っては、電話等により利用者との連絡を実施すること。</li> <li>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。</li> </ul> </li> </ul>

<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。 <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 利用者が要支援更新認定を受けた場合。</li> <li>ロ 利用者が要支援状態区分の変更の認定を受けた場合。</li> </ul> </li> </ul>
<p>⑱ 介護予防サービス計画の変更</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
<p>⑲ 介護保険施設への紹介その他の便宜の提供</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
<p>⑳ 介護保険施設との連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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ってください。</li> </ul>
<p>㉑ 主治の医師等の意見等</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>
<p>㉒ 主治の医師等の意見等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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ってください。</li> </ul>

<p>⑳ 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の介護予防サービス計画への位置付け</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>
<p>㉑ 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、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>
<p>㉒ 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>㉓ 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、利用者にその趣旨(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>㉔ 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>
<p>㉕ 地域ケア会議への協力</p>	<p>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。</p>

#### (4) 介護予防支援の提供に当たっての留意点について

- ① 単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを指すものではなく、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してください。

- ② 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援してください。
- ③ 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有してください。
- ④ 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮してください。
- ⑤ サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用してください。
- ⑥ 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。
- ⑦ 介護予防サービス計画の策定に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとしてください。
- ⑧ 機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めてください。

## （５）介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援）

### 介護予防ケアマネジメント A

介護予防ケアマネジメント A のケアマネジメントについては、「流山市第一号事業の人員、設備及び運営並びに介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める要綱」第 24 条及び第 25 条により定められており、その内容は上記（１）から（４）の介護予防支援と同様です。

### 介護予防ケアマネジメント C

介護予防ケアマネジメント C のケアマネジメントについては、「流山市第一号事業の人員、設備及び運営並びに介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める要綱」第 26 条により、「介護予防・日常

生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の実施及び介護予防手帳の活用について」別紙1のとおりと定めています。(介護保険最新情報 Vol.484 参照)

## (6) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの一部委託

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、その業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託することができますが、その公平性・中立性を確保する観点から、委託の状況について、地域包括支援センター及び地域密着型サービス運営協議会の議決を得ることとされています。

また、令和3年4月より、厚生労働省が定める居宅サービス等の運営基準改定により、利用者のサービス選択や事業所選択に関するより一層の公平性・中立性を確保するため、説明等が義務付けられることとなりました(居宅介護支援における特定事業所選択割合に関する説明など)。

介護予防支援等の委託については、以下のことを遵守しなければなりません。

- ・利用者の意思及び人格を尊重し、その状況や生活環境等の情報をもとに、常に利用者の立場に立つこと
- ・特定の居宅介護支援事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行い、委託する業務の範囲や業務量について配慮すること
- ・委託する指定居宅介護支援事業所は、介護予防支援等の業務に関する知識及び能力を有する介護支援専門員が従事する事業所であること
- ・地域包括支援センターは、指定居宅介護支援事業所に委託した場合も、初回のアセスメントに関与、地域ケア会議等を活用するように努める等、責任をもって関与すること
- ・利用者への支援は、地域支援事業及び介護給付と連続性及び一貫性を持てるよう配慮すること

## 5 自立支援を目指したケアマネジメントの推進

### (1) 目的志向型のケアプラン

高齢者は疾患や加齢により心身機能が低下し、実際に援助が必要になっているからこそ要介護認定を受けていると考えられます。利用者、家族にとっては「今困っていることをすぐに助けてほしい」という思いが強く、困りごとに対して直接的な援助を希望される場合も多いかもしれませんが、しかし、時にそれは、高齢者や家族の主体性を損なう可能性もあります。活用できる能力や家族等の社会資源があるにもかかわらず、長期にわたっての援助を継続した結果、援助を受ける側は受け身になり、結果、自立を阻害することもあります。

自立支援という介護保険法の理念に基づけば、目的志向型の視点に立ちケアケアプランを作成が必要です。

### (2) 目的志向型のケアマネジメントをするために

高齢者・家族から丁寧に話を聴き、介護サービス等を利用しながらどのような生活をしたいか確認していきましょう。

その際、生活全体像の把握、自立支援、尊厳の保持、生活の質の向上、生活機能の維持・拡大、役割の再構築や新たな役割の発見、リスクの軽減等広い視点を持ちアセスメントしてください。

ケアマネジメントにおいては、高齢者のできなくなった部分を補うだけでなく、利用者の強み（できること、したいこと、自信を持っていること）を活用しながら支援を展開することが大切です。

高齢者がどのような人か、どのような暮らしをしてきてどのような暮らしを望んでいるか。望む暮らし（目標）を探ることが重要です。顕在化している問題に対応するのはもちろんですが、潜在的なニーズを引き出すために、生活歴をきき、その情報を読み解いてみましょう。

高齢者自身が介護保険を利用せざるを得なくなった理由、高齢者自身の経験を語りだせるように質問していきましょう。

高齢者は加齢に伴う疾病や障害のために要介護（要支援）状態となった人であり、それまでの生活では当たり前のように行ってきたことが、その疾病や障害によりできなくなり、もどかしく思ったり、家族に迷惑をかけて申し訳なく思い、やってみたいことも我慢したりと抑圧された

思いを持っている場合があります。

その方の現状を受け止め、以前はどうだったか、これからはどうしたいかなど本人に語ってもらい、それをヒントにその方の社会的役割を取り戻すための目標を立てましょう。

さらに、その目標を達成するために、サービス等利用をすることになりますから、サービス提供事業所と目標の共有、事業所の個別サービス計画との整合性に配慮しながらケアマネジメントを行いましょう。

## 6 多職種協働

高齢者の自立支援を実現するためには、ケアマネジャー等だけではなく、サービス事業者や医療機関など、高齢者支援にかかわる他機関・多職種との連携・協働が必要となります。

利用者に対するチームアプローチ（多職種協働）を実践するためにサービス担当者会議や地域ケア会議、その他日頃からの情報交換をとおして、専門職が連携・協働し効果的な支援につなげることが大切です。

市では、多職種連携の取組みを下記のとおり実施していますので御活用ください

### （１）地域ケア会議

地域ケア会議は、包括的・継続的ケアマネジメント業務の効果的な実施のために医療、介護等の専門職をはじめ、民生委員、自治会長、NPO法人等地域の多様な関係者が協働し、ケアマネジメント支援を通じて、介護等が必要な高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援していくことを目的とするものです。

市では下記により地域ケア会議を開催していますのでご活用ください。

	地域ケア会議の内容	主催
①	支援困難事例等に対する個別地域ケア会議	各地域の高齢者 なんでも相談室
②	自立支援型ケア会議 医療・介護に係る多職種（例えば医師・歯科医師・薬剤師・リハ職・看護師・管理栄養士・生活支援コーディネーター等）による	高齢者支援課

	<p>専門的な助言を得て自立に資するケアプラン作成を支援することで、高齢者の課題抽出と解決を図り、QOLを維持・向上することを目的に行っています。</p>	
--	---	--

## (2) 在宅医療介護連携推進事業（担当：介護支援課）

地域包括ケア体制の構築に向けて、医療・介護に関する職種の代表者で医療介護の連携に関する課題について検討する会議と多職種が集まり顔の見える関係づくりや研修、事例検討等の場である「介護と医療をつむぐ会」を開催しています。自立支援に係る医療と介護の連携に関する課題がありましたら、御連絡ください。

また、在宅療養においてスムーズな情報連携が可能となるよう、「流山市医療・介護連携に関する連絡可能時間一覧表（診療所・病院）」の作成や、「インターネットのクラウドを活用した情報共有システム（ICT）」の導入を行っていますので、お気軽にお問い合わせください。

## 7 セルフマネジメントの推進

### (1) いきいき元気応援手帳（介護予防手帳）（担当：高齢者支援課）

介護保険法第4条第1項において「国民の努力及び義務」として、高齢者には、要介護状態とならないための予防やその有する能力の維持向上に努めることが求められています。

セルフマネジメントを推進するため、あるいは多様な支援者が本人の心身の状況等を把握し共有化された支援の方針や目標に向かって支援していくためのツールとして「いきいき元気応援手帳」（介護予防手帳）を作成しています。

いきいき元気応援手帳には、高齢者の趣味や興味の確認や活動の目標、その達成に向けた取り組みのプランや活動記録の記載、介護予防の取り組みの紹介、基本チェックリスト、介護予防と健康づくりのポイント等が記載されています。是非ご活用ください。

#### お問い合わせ

流山市役所健康福祉部

介護支援課 電話番号 04-7150-6531

高齢者支援課 電話番号 04-7150-6080