

大口町ケアマネジメント基本方針（介護予防支援）

大口町では、高齢者の自立支援、重度化防止及び生活の質（QOL）の向上のため、次のとおり介護予防・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基本方針を示します。

○基本事項

ケアマネジメントを実施するにあたり、以下のことに留意し取り組まなければなりません。

1. 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. 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. 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居宅サービス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らない。
4. 大口町、大口町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、介護保険施設等との連携に努めなければならない。

○介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、高齢者自身が自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

地域において、高齢者が健康を保ちつつ、生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人ひとり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す。

介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、利用者の生活上の困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、心身機能、活動、参加にバランスよくアプローチしていくことが重要です。

このようなことから、介護予防ケアマネジメントは、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、利用者本人がそれを理解したうえで、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成します。

大口町ケアマネジメント取扱方針

ケアプランを作成する前段階の情報収集「アセスメント」がケアマネジメントの過程でも重要であることから、「SPDCA サイクル」を基本として行うことが求められます。

①調査 (Survey) →②計画 (Plan) →③実行 (Do) →④評価 (Check) →⑤改善 (Act)

①アセスメント「S」

アセスメントは、介護保険サービスを位置づけるうえで最も重要とされます。アセスメントの項目が国の定める課題分析標準項目（社会保険研究所発行「介護報酬の解釈 QA・法令編」P855（H30.4版）参照）に充足している必要があります。

また、個々のアセスメント結果から課題やニーズを引き出すだけでなく、アセスメント項目間の関連性が求められ、さらに、項目全体から把握すべき本人や家族の全体像を明らかにすることが計画の作成に欠かせません。

□要点

- ・現状の把握
- ・心身機能の低下・障害の背景分析
- ・日常生活を送る上での支障や要望
- ・解決すべき生活課題
- ・自立支援による可能性

□注意点

- ・利用者またはその家族からの同意が得られているか。
- ・原因や具体的内容の記載があり、状況全体の関連性が分かる情報量であるか。
- ・記載したサービス種類が、必要性やその他の手段を考慮して選択しているか。また、それが明確になっているか。

②-①ケアプラン（原案作成）「P」

定められた目標を達成するためにそのサービスが提供されることを、各介護保険サービス事業者が読み取れるように作成し、アセスメントと連動しているか注意します。居宅サービス計画原案は、ケアマネジャが一方的に作成するのではなく、本人や家族の希望を踏まえ、一定の合意を得た「共同作業の結果」でなければなりません。ただし、このケアプランがサービス担当者会議によって変更する可能性があることを理解していただく必要があります。

□要点

- ・総合的な援助方針と目標の設定
- ・目標達成に向けたサービス計画（種類・回数等）

□注意点

- ・利用者またはその家族からの同意が得られているか。
- ・利用者またはその家族の意向ではなくケアマネジャの判断によるサービス提供がされていないか。

②-②サービス担当者会議

これまでの過程で作成した居宅サービス計画を、サービス担当者会議でサービス提供事業所の各担当者が意見を述べて調整を行います。実施に向けて、あらかじめケアマネジャがアセスメント結果から、本人や家族を交えて、目標の設定と必要なサービスの種類・量についても検討しておく必要があります。これは、サービス担当者会議へのサービス事業者の具体的な参加依頼をするためです。会議後、必要に応じて居宅サービス計画を修正します。

近隣住民やボランティアなどのインフォーマルなサービスの提供者（支援者）にサービス担当者会議の出席を求める場合は、秘密保持に関する誓約書を書いていただく配慮などが必要とされています（民生委員などの守秘義務が定められている者は除く）。

□要点

- ・ケアプラン（初動期計画）への専門的分野からの検討や調整、情報共有
- ・利用者やその家族への説明・同意

□注意点

- ・目標設定に合わせて、適切なサービス量が組まれているか。
- ・守秘義務への配慮がされているか。

③サービス実施「D」

介護支援専門員の業務は、居宅介護予防支援として「介護予防サービス計画」を作成することだけではありません。居宅サービス事業者への連絡調整や、サービス利用中に本人や家族の状態がどう変化しているのかを継続的にモニタリングしていくことが求められています。また、④に記載している初動期計画に対するアセスメントをするために、サービス事業者と連携して情報収集します。

□要点

- ・先々の再アセスメント・ケアプラン修正に向けた情報収集

□注意点

- ・サービス利用中の本人の状態や家族の支援を確認しているか
- ・計画作成にとどまることなく、初動期計画に対するアセスメントに向けて情報収集がなされているか。

④モニタリング・再アセスメント「C」

モニタリングは定期的実施することが求められます。状況の変化に対し、いつでも対応できる姿勢が求められます。本人や家族からの相談やサービス提供事業者からの情報に対する行動は、随時に行うモニタリングです。介護予防サービス計画書に記載した「期間」を経過したときに必ずモニタリング・評価を行います。

初めて介護予防サービス計画書を作成する場合は、本人の状況をはじめの計画原案作成までの間には十分に把握できないことが多いです。計画実施後のサービス利用状況やモニタリングを通して利用者理解を進めながら修正を行います。そのため、介護予防サービス計画作成のためのアセスメントは、すべての項目を把握する必要はなく、与えられた情報から可能な範囲で本人を理解し計画を作成することとなります。そして、サービス利用をしながら計画を修正すること方法が、現実的かつ確実な進め方と考えられています。

□モニタリングの目的

- ① 計画通りにサービスの提供がされているか
- ② 目標に向けて改善が進んでいるか
- ③ ニーズは満たされているか
- ④ 新たなニーズは生じていないか

□要点

- ・モニタリングにつながる情報収集
- ・当初作成した居宅サービス計画（初動期計画）に対する再アセスメント

□注意点

- ・モニタリングの目的に沿っているか
- ・再アセスメントにつながる情報収集ができているか

☆要介護認定調査項目に変化が生じた場合の助言

本人の日常生活状況とその家族の介護力に対して必要な介護サービスが行われているか確認し、対応が難しいと思われる場合は家族と相談し、これからの介護サービスの必要性などを検討します。区分変更申請を促すことが目的ではないことに留意すること。

⑤ケアプランの見直し「A」

介護予防サービス計画の修正や変更が必要と判断される場合、または新たなニーズが発生していると思われる場合は、再アセスメントの結果から居宅サービス計画の再作成を行います。これまでの「SPDC」のサイクルで得た情報を活用するが、ここでは提供された「サービスの質」を確認する必要がある。「サービスの質」が低いために目標達成ができなかつ

た場合や効果が表れないケースも考えられます。その場合、ケアマネジャがサービス事業者に対し改善を求めたり、利用者またはその家族と協議した上でサービス事業者を変更したりします。

☆地域ケア会議への困難事例の提出

ケアマネジャはケアマネジメントの過程で困難ケースに出会うことがあります。家族構成によるコミュニケーションが難しい案件や虐待、認知症の単身高齢者などがケースとして考えられます。こうしたケースを、地域包括支援センターが主催する地域ケア会議で関係者が集い、適切な居宅サービス計画の作成・実施とそれに向けた対応方法などを検討していきます。ケアマネジャは会議に積極的に参加し、事例を共有することが大切です。地域ケア会議で検討されたことは、地域包括ケアシステムの構築に貢献することにつながっています。

1 基本取扱い方針について（基準第 29 条関係）

（1） 基本取扱い方針

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） 目標指向型の介護予防サービス計画の策定

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） 質の評価

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。評価方法については、特段の定めはありませんが、自らが、効果的であると判断する方法を用いて評価を行い、サービスの質の向上に努めてください。

2 具体的取扱い方針について

（1） 担当職員による介護予防サービス計画の作成（基準第 30 条第一号関係）

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。

※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

（2） サービス提供方法等の説明（基準第 30 条第二号関係）

- ・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） 継続的かつ計画的なサービスの利用（基準第 30 条第三号関係）

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（基準第 30 条第四号関係）

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（基準第 30 条第五号関係）

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。

(6) 課題分析の実施（基準第 30 条第六号関係）

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。

イ 運動及び移動

ロ 家庭生活を含む日常生活

ハ 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション

ニ健康管理

(7) 課題分析における留意点（基準第 30 条第七号関係）

- ・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」という。）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。
- ・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。

(8) 介護予防サービス計画原案の作成（基準第 30 条第八号関係）

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。

(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（基準第 30 条第九号関係）

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」という。）を召集して行う会議をいう。）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。

(10) 計画原案に係る説明及び同意（基準第 30 条第十号関係）

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。

(11) 介護予防サービス計画の交付（基準第 30 条十一号関係）

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。

(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（基準 30 条十二号関係）

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。

(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（第 30 条十三号関係）

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。

(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）（基準第 30 条第十四号・第十四号の二関係）

- ・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。
- ・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。

(15) 介護予防サービス計画の実施状況等の評価（基準第 30 条の第十五号関係）

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。

(16) モニタリングの実施（手順、頻度など）（基準第 30 条第十六号関係）

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。

- ・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。
- ・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。

・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) 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（基準第30条第十七号）

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。

- ・利用者が要支援更新認定を受けた場合。
- ・利用者が要支援状態区分の変更の認定を受けた場合。

- (18) 介護予防サービス計画の変更（基準第30条第十八号関係）

介護予防サービス計画の変更時も、上記（3）から（13）までは適用されます。

- (19) 介護保険施設への紹介その他の便宜の提供（基準第30条第十九号関係）

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。

- (20) 介護保険施設との連携（基準第30条第二十号関係）

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。

- (21) 主治の医師等の意見等（基準第30条第二十一号・第二十一号の二関係）

- ・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。
- ・上記の場合において、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。

- (22) 主治の医師等の意見等（基準第30条第二十二号関係）

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、当該留意点を尊重してこれを行うものとされています。

- (23) 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（基準第30条第二十三号関係）

担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期

入所療養介護を位置付ける場合にあつては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護を利用する日数が、要支援認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければなりません。

(24) 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（基準第 30 条第二十四号関係）

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つては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に介護予防福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、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。

(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（基準第 30 条第二十五号関係）

担当職員は、介護予防サービス計画に特定介護予防福祉用具販売を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定介護予防福祉用具販売が必要な理由を記載しなければなりません。

(26) 認定審査会意見等の介護予防サービス計画への反映（基準第 30 条第二十六号関係）

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。

(27) 指定居宅介護支援事業者との連携（基準第 30 条第二十七条関係）

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。

(28) 地域ケア会議への協力（基準第 30 条第二十八号関係）

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つた場合には、これに協力するよう努めなければなりません。

3 介護予防支援の提供に当たっての留意点

(1) 総合的な支援（基準第 31 条第一号関係）

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。

(2) 利用者の意欲を高める支援（基準第 31 条第二号関係）

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。

(3) 目標の設定と共有（基準第 31 条第三号関係）

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) 自立を最大限に引き出すような支援（基準第 31 条第四号関係）

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) 多職種との連携（基準第 31 条第五号関係）

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) 地域支援事業や介護給付との連続性・一体性への配慮（基準第 31 条第六号関係）

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) 利用者の個別性の重視（基準第 31 条第七号関係）

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) 機能改善後の状態維持への支援（基準 31 条第八号関係）

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。