

丹波市自立支援・重度化防止に資する ケアマネジメントの基本方針

令和7年4月1日
丹波市福祉部介護保険課

丹波市では、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・重度化防止に資するケアマネジメントの基本方針」（以下「基本方針」という。）を定めるとともに、丹波市の高齢者が重度な要介護者状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう地域づくりや地域のネットワークを構築しながら、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される丹波市版地域包括ケアシステムの構築を行なうための関係者の規範的統合を目指して作成しました。

ケアマネジメント実施の際、地域包括支援センター職員、介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という。）の皆様におかれましては、当該基本方針に基づいた運営とご協力をお願いいたします。

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、同法第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。

これらの理念はケアマネジャーが行な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、市では、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、整理すると次のとおりとなります。

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・指定居宅介護支援事業者 (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・指定居宅介護支援事業者

※ここでいう総合事業とは、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、「丹波市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営等に関する基準を定める条例」第2条を準用し、次のとおりとします。

- 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、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、市、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。

(2) 介護予防支援の基本方針

介護予防支援の基本方針は、「丹波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2条を準用し、次のとおりとします。

- 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ないよう、公正中立に行う。
- 事業の運営に当たっては、市、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り組みを行う者等との連携に努める。

(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、次のとおりとします。

- 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・増進にむ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り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

「丹波市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営等に関する基準を定める条例」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、大切な事項となりますので、遵守してください。

●介護予防支援

「丹波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32条の基本取扱方針、同第33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、大切な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

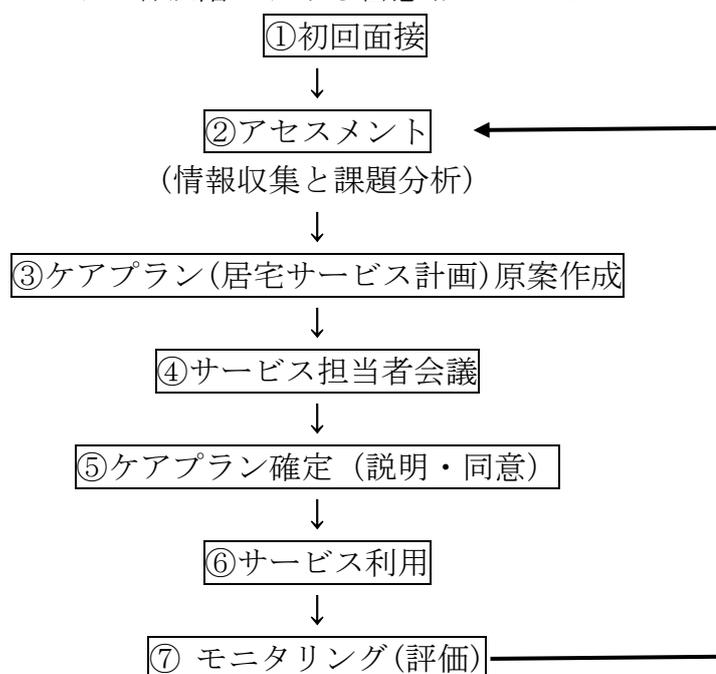
ケアマネジメントの類型※のAについては、介護予防支援と同様のプロセスでケアマネジメントを実施することから、介護予防支援における基本取扱方針、具体的取扱方針に則って実施してください。

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、住民主体の生活支援サービスの <u>み</u> 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 (→サービス担当者会議) →利用者へ説明・同意 →ケアプラン確定・ケアプラン（簡易版）交付 →セルフマネジメントへ

(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初回面接（インテーク）

初回面接では、利用者の考え方や生活感、価値観などをできるだけ知ることが大切ですが、初回面接において収集可能な情報は限られています。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「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、今

後どうなりたい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つては、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①「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。また、課題分析を行なうにあたり別紙②「課題整理総括表」の活用も効果的です。

③ケアプラン原案作成

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。作成にあたっては、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。
- ・予防計画にあつては、頑張ればできるようになることを組み込むなど、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、利用者が気づかなかつ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の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）

サービスの利用にあたっては、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あたっては、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。

また、サービス事業所が作成する個別援助計画書と居宅サービス計画書とが同じ方向性をもった支援になっているかの確認にも努めましょう。

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. 丹波市の取り組み

市では、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、次のような取り組みを実施しています。積極的にご活用ください。

●自立支援型個別地域ケア会議

多職種（リハ職、薬剤師、歯科衛生士、保健師、主任介護支援専門員、管理栄養士・栄養士、地域支えあい推進員、社会福祉士）、保険者により、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なっています。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、地域課題分析会議等において、その解決に向けた検討等を行ないます。

●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、市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。

5. 丹波市版地域包括ケアシステム (図1)

団塊の世代が85歳以上になる2035年にむけて、医療・介護サービス量の絶対的な不足や介護人材不足が見込まれており、医療・介護・看取りの難民を出さず、たとえ介護が必要になってもできるだけ住み慣れた地域で暮らし続けるための体制整備が必要です。

介護保険制度が始まり、専門職によるサービスが入ることで、今までの地域とのつながりが疎遠になってしまう傾向がありました。専門職によるサービスは、「支援する、支援される」関係であることが多く、地域のような「お互い様」の関係性ではありません。支援されるのに慣れてしまうと、生きがいや意欲、自分の役割を感じにくくなってしまいます。できるだけ地域との関係性を守り、関係性が少ない人には関係性を作るようなマネジメントができれば、その方の生活は、サービスだけで支えられる生活よりも、より深く充実したものになるのではないのでしょうか。

丹波市では、住民の皆様が地域の中でお互いに支えあいながらいきいきと安心して暮らせる地域包括ケアシステムの構築を目指します。そのために、住民主体による介護予防・社会参加・支えあいのまちづくりに我が事として市民が取り組むために、市が運営する基幹型地域包括支援センターと 3 圏域の地域包括支援センター及び社会福祉協議会が一体的に支援していきます。

地域住民の「自助・互助」が必要な時代がすでにきています。ケアマネジャーの皆様にとっては、専門職によるサービスのみで利用者の生活を支えるのではなく、『地域の中で生活している』利用者を捉え、地域住民とのつながり、関係作りも意識して、介護人材の有効な活用も意識しながら、自立支援に資するケアマネジメントをお願いします。

《丹波市版地域包括ケアシステム構築に向けての取り組み》

●いきいき百歳体操（図 1-C）

「筋力の維持・向上」「閉じこもり予防」「交流の場作り」などを目的にし、地域での立ち上げ・運営などの支援をしています。また、いきいき百歳体操サポーター養成も行なっています。

●くらし応援隊（図 1-C）

地域において、相互援助活動を行いたい者（くらし応援隊）及び相互援助活動を受けたい者（依頼会員）を組織し、家事等の生活援助活動を行うことにより、市民が互いに助け合う地域づくりを支援するとともに、活動を通じた介護予防も図りながら、地域福祉の増進を目指します。

●認知症サポーターの養成（図 1-C）

認知症を理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する認知症サポーターを一人でも増やし、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを市民の手で展開していきます。

●医療・介護連携（図 1-A・B）

いつまでも住み慣れた地域で生活していくためには、医療と介護の切れ目のない連携や在宅生活を支えるための医療と介護サービスの提供が必要です。そ

のために医療・介護連携会議等を通じて、連携しやすい体制を整えて、丹波圏域退院調整ルール、医師のケアマネタイム、多職種連携シートなどの作成を行なっています。

●ほっとかへんネット（図1-C）

「ほっとかへん」を合言葉に、複数の社会福祉法人が連携することで、地域の生活・福祉課題の解決を図る取り組みを進めています。各法人によろずおせっかい相談所を開設し、地域からの困りごと相談の受け付け対応を行なっています。

●生活支援サービス体制整備事業（図1-C）

多様な地域資源を活用しながら互助を基本とした生活支援活動の充実を図るとともに、高齢者を支える地域の支え合いの体制づくりを推進しています。小学校区単位に「地域支えあい推進会議（協議体）」と「よろずおせっかい相談所サテライト（愛称：つなぎ）」の設置を進めています。

図①

団塊の世代が85歳以上になる2035年にむけて、医療・介護サービス量の絶対的な不足や介護人材不足が見込まれており、医療・介護・看取りの難民を出さず、たとえ介護が必要になってもできるだけ住み慣れた地域で暮らし続けるための体制整備が必要です。丹波市では住民主体による介護予防・社会参加・支えあいのまちづくりに我が事として市民が取り組むために、市基幹型地域包括支援センターと3圏域の地域包括支援センター及び社会福祉協議会が一体的に支援していきます。また、在宅療養生活を支援するために、医療・介護分野の専門職が多職種協働で連携していきます。

専門職が連携した
在宅生活支援

病気になったら医療

- ・県立丹波医療センター、大塚病院、香良病院
- ・丹波市医師会、丹波市歯科医師会、丹波市薬剤師会
- ・かかりつけ医

- ・医療介護の連携推進
- ・退院調整ルール推進 等



在宅療養支援

ミレネ

丹波市健康センターミレネ
医療と介護・保健・福祉の連携拠点

診療所、休日応急診療所
訪問看護、健診センター

健康増進・疾病予防
子育て世代包括支援センター
子ども発達支援センター

お世話が必要になったら介護

- ・特別養護老人ホーム
- ・認知症対応型共同生活介護
- ・老人保健施設
- ・デイサービス
- ・ホームヘルプサービス 等



- ・医療介護の連携推進
- ・自立支援・重度化防止推進
- ・訪問サービス推進 等



在宅生活支援



医療サービス受給

社会参加
地域での支えあい

介護サービス利用

介護支援専門員

自助・互助ですすめる地域支えあい・介護予防

社会参加・ボランティア活動

- ・くらし応援隊(有償ボランティア)
登録者61人(R23月末現在)
- ・いきいき百歳体操サポーター
登録者57人(R23月末現在)
- ・認知症サポーター



地域ニーズに応じた活動創出へ

- ・居場所づくり
- ・仲間づくり
- ・見守り 等



住民主体の通いの場を運営 参加多様な主体が連携・協働

- ・いきいき百歳体操 (152団体 R23月末現在)
- ・サロン、カフェ等
- ・25地区での支えあい推進会議
- ・つなぎ(よろずおせっかい相談所サテライト)
- ・よろずおせっかい相談所



地域包括支援センター
(東部・西部・南部)

- ・基幹型地域包括支援センター
(丹波市福祉部)
- ・医療介護連携推進
- ・支えあいの地域づくり推進等

応援

丹波市社会福祉協議会

丹波市社会福祉法人連絡会
(ほっとかへんネット)

丹波市福祉部各課
(福祉事務所)

推進

- ・社会福祉課
- ・福祉まるごと相談
- ・参加支援
- ・地域づくり

地域共生社会へ

高齢者・生活困窮者 障がい者・母子福祉など包括ケアを全世代・全対象に拡大



住民主体の
支えあいのまちづくり

別紙①

興味・関心チェックシート

作成日： 令和 年 月 日

氏名： 様 性別： 生年月日： 年 月 日 年齢 歳 介護度：

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・麻雀・ゲーム等			
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・相撲等観戦			
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			
その他（ ）				その他（ ）			
その他（ ）				その他（ ）			

別紙②

課題整理総括表

利用者名 _____ 殿

作成日 _____ / _____ / _____

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③		
		④	⑤	⑥		
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容等)
移動	室内移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
食事	食事内容		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
	食事摂取	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	調理	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
排泄	排尿・排便		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
	排泄動作	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
口腔	口腔衛生		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
	口腔ケア	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
服薬		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
入浴		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
更衣		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
掃除		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
洗濯		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
整理・物品の管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
金銭管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
買物		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
コミュニケーション能力			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
認知			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
社会との関わり			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
褥瘡・皮膚の問題			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
行動・心理症状(BPSD)			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
介護力(家族関係含む)			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
居住環境			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
					改善 維持 悪化	

利用者及び家族の 生活に対する意向			
見 通 し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6	

※1 本表では数値を有する項目ではないため、必ず別添「詳細な情報収集・分析を行うこと」なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、**要因を解決するための援助内容**と、それが提供されることによって見込まれる**事後の状況(目標)**を記載する。
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

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。

丹波市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営等に関する基準を定める条例

(基本方針)

第2条 指定居宅介護支援（法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援をいう。以下同じ。）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（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。）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、利用者に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。）、法第115条の46第1項に規定する地域包括支援センター、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条）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。

(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、設備及び運営等に関する基準（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。

(14) 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場合その他必要と認める場合は、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するものとする。

(15) 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。

(16) 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

(17) 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。

(18) 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うものとする。

(19) 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。

(20) 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つては、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。

(21) 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。

(22) 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。

(23) 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、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

(24) 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。

(25) 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。

(26) 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。

(27) 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、利用者によるその趣旨（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。

(28) 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。

(29) 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。

(30) 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。

丹波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

(基本方針)

第2条 指定介護予防支援（法第58条第1項に規定する指定介護予防支援をいう。以下同じ。）の事業は、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の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（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。）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18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、市、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、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。

（指定介護予防支援の具体的取扱方針）

第33条 指定介護予防支援の方針は、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。

(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、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、介護予防訪問看護計画書（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（平成18年厚生労働省令第35号。以下「指定介護予防サービス等基準」という。）第76条第2号に規定する介護予防訪問看護計画書をいう。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、聴取しなければならない。

(14) 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便宜の提供を行うものとする。

(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、利用者に面接すること。

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（指定介護予防サービス等基準第117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。

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ときは、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ときは、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、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ときは、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付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、その継続の必要性について検証をした上で、継続が必要なとき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ときは、利用者にその趣旨（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ときは、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。