

山形市ケアマネジメントに関する基本方針（令和6年度～令和8年度）

令和7年4月 山形市 長寿支援課

1 基本方針策定の趣旨

介護支援専門員・地域包括支援センター職員（以下「介護支援専門員等」という。）が行うケアマネジメントは、介護保険法の理念である**高齢者の尊厳の保持、自立支援、介護予防、重度化防止**に資するものであることが必要です。

本基本方針は、ケアマネジメントに関して、山形市（保険者）と介護支援専門員等が共通認識を持つために策定するものであり、「山形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」及び「山形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」（以下「市条例」という。）に基づき、**ケアマネジメントの基本的な考え方や取扱いを明確にするとともに、多様なサービスとの関わりや多機関・多職種との連携等に関する山形市の考え方を示し、ケアマネジメントの質を向上させ、介護保険法の理念の実現を目指す**ものです。

なお、本基本方針の対象期間は、第9期介護保険事業計画期間である令和6年度から令和8年度までの3か年とします。

2 介護保険法の理念

- (1) 介護保険制度の目的：要介護状態となった高齢者が**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こと。（第1条）
- (2) 介護保険の保険給付を行う際の観点（第2条）
 - ① 要介護状態又は要支援状態の**軽減や悪化の防止**に資するよう行われるとともに、**医療との連携**に十分配慮して行うこと。
 - ② 心身の状況や環境等に応じ、**利用者の選択**に基づいて、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・施設から**総合的・効率的に提供**されること。
 - ③ 保険給付の内容及び水準は、要介護状態となった場合であっても、可能な限り、**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すること。
- (3) 国民の努力義務：介護予防を通じた健康の保持増進、及びリハビリテーションサービス等を通じた有する能力の維持向上に努めること＝ **元気でいる努力**（第4条第1項）

3 山形市の基本理念 <山形市高齢者保健福祉計画(第9期介護保険事業計画)より>

基本理念 地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの深化・推進
～ 自らの能力を活かしながら、住み慣れた地域で共に支え合い、
自分らしくチャレンジできるまちづくり ～

上記の基本理念を踏まえ、山形市が目指す高齢者の未来像として（1）及び（2）のビジョンを、リハビリテーションサービス提供体制に関して（3）のビジョンを掲げます。

（1）健やかに生きがいを持って生活するためのビジョン

高齢者が自らの能力を活かしながら、住み慣れた地域で支え合い、いきいきとした暮らしができている

(2) 介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して生活するためのビジョン

要介護者が住み慣れた地域で安心して自らの意思で望む暮らしができている

(3) リハビリテーションサービス提供体制に関するビジョン

利用者及び医療・介護関係者が自立支援の意識を持ち、利用者が主体的に状況に応じた適切なリハビリテーションを積極的に行うことで、住み慣れた地域で自らの意思で望む暮らしができている

4 ケアマネジメントの基本的な方針

ケアマネジメントは、介護保険法の理念である「利用者の尊厳の保持」、「能力に応じた自立した日常生活」、「利用者本位のサービスの提供」の実現を図るために導入されたもので、介護保険制度の中核をなす機能です。

実施にあたっては、以下の(1)及び(2)の市条例で定めた基本方針を遵守するとともに、(3)のケアマネジメントの実施にあたり持つべき視点を踏まえ、適切なアセスメントによるニーズ(生活課題)の把握と課題解決に向けた具体的な目標設定、及び効果的なサービス利用につなげ、利用者の自立に資するケアマネジメントとしてください。

(1) 居宅介護支援の基本方針

「山形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3条(基本方針)に定める内容は以下のとおりです。

- 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する。
- 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する。
- 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ることのないよう、公正中立に行う。
- ④ 市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定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等との連携に努める。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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る。

(2) 介護予防支援の基本方針

「山形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(基本方針)に定める内容は以下のとおりです。

- ① 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する。
- 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する。
- 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、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、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る。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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る。

（３）ケアマネジメントの実施にあたり持つべき視点

次の①から⑨の事項に留意し、ケアマネジメントを行ってください。

- ① 利用者と課題解決に向けた具体的な目標設定と共有を行い、利用者に対し十分な理解を促した上で、認知症の症状や医療の必要性等、利用者の状態に応じ、在宅生活の継続に向けた適切なサービスの主体的な利用を促進してください。
また、利用者の家族や介護サービス事業者とも具体的な目標とサービス提供の方針を共有するほか、自立支援に向けた効果的なケアマネジメントを行ってください。
- ② 利用者が望むその人らしい暮らしが実現できるよう、将来を見据えて繰り返し周囲の人と話し合えるよう配慮し、本人の意思・選択にもとづくよりよいサービス利用や社会参加につなげてください。
- ③ 心身機能の維持・改善、健康づくりには、個々の能力を活かして主体的に活動することが効果的であるため、利用者が単にサービス・支援の受け手になるのではなく、地域に関わったり就労したりできるよう、担い手として活躍できる場としての地域資源（住民主体の通いの場等）やボランティア活動等の把握及び情報提供を心掛けてください。
また、近所付き合いや仲間同士の付き合い等、日常の暮らしの中から生まれる支え合いを活かしながら過ごせるよう心掛けてください。
- ④ 在宅生活の継続に有効な訪問系サービス、機能維持・改善に資するリハビリテーションサービス、認知症への適切な対応や介護者のレスパイト等の家族介護者支援に有効なサービス等についての理解を深め、効果的なサービス利用につなげてください。
- ⑤ 医療依存度の高い利用者への支援にあたっては、主治医との連携及び、訪問看護や定期

巡回サービスの活用と連携を十分に図ってください。

- ⑥ 総合的なケアマネジメントとなるよう、運動、栄養、口腔、疾病管理等の多分野が関連しあうことでそれぞれの機能向上及び改善につながることを踏まえ、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士等と連携してください。
- ⑦ 住み慣れた地域での生活の支援につなげていくため、地域支え合いボランティア活動（通所型・訪問型サービスB、訪問型サービスD）や住民主体の通いの場をはじめとした地域における多様な主体によるサービス、民間企業のサービス等のインフォーマルサービスを積極的に活用してください。
- ⑧ 一般介護予防事業（介護予防教室、地域リハビリテーション活動支援事業等）や介護予防・日常生活支援総合事業（元気あっぷ教室、栄養あっぷ訪問等）について、利用者の生活課題や意欲に沿って、積極的に活用してください。
- ⑨ 利用者とその家族が安心して在宅生活を継続できるよう、必要に応じて、家族介護者の仕事と介護の両立のための制度（介護休暇・休業制度等）の紹介を行ってください。また、家族介護者の負担や悩みに傾聴し、適切かつ効果的なサービス利用に向けた調整等を行ってください。
- ⑩ 疾病発症直後や退院直後等、専門的な医学的管理下でリハビリテーションが必要とされる場合は、医療との適切な連携のもと、適切な介護保険の認定申請及びリハビリテーションサービスの活用により、状態の改善等を図ってください。

5 具体的な取扱方針

居宅介護支援等の具体的な取扱方針及び留意事項は、以下の市条例を遵守するとともに、（１）から（６）までの事項に留意したケアマネジメントを行ってください。

- ① 山形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１５条、第１６条各号 本基本方針８～１１ ページ参照＞
- ② 山形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、第３３条、第３４条各号 本基本方針 １１～１４ ページ参照＞

（１）多機関・多職種連携による支援

利用者の自立支援を実現するためには、介護支援専門員等だけではなく、サービス事業者や医療機関、インフォーマルサービスを提供するNPOや民間企業等、利用者支援に関わる多機関・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、各種研修、その他日頃からの情報交換を通して、専門職が幅広い視点から連携・協働し効果的な支援につなげることが大切です。

また、利用者が医療系サービスの利用を希望している場合や、その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治医の意見を求める等、医療的視点をケアプランや支援に反映させるための連携を図ってください。その際は、当該ケアプランを主治医等と共有する等、フィードバックも大切な連携となります。

さらに、利用者が病院等へ入院する際は病院等へ情報提供を行い、退院する際は地域での生活に向け、医療や介護サービス等の必要な支援が切れ目なく受けられるよう、退院前カンファレンスへ参加するようにしてください。加えて、退院後には病院等へフィードバックを行ってください。

また、支援困難事例への対応に係る連携に限らず、介護予防の推進の観点においても連携による効果的な支援を行うため、居宅介護支援事業者は地域包括支援センターからの介護予防ケアマネジメント等に関する依頼に協力してください。

【連携や情報把握のための機関】

・ 業務全般、地域資源等	…地域包括支援センター
・ 多機関ネットワークの構築、事業所連絡会の開催支援	…基幹型地域包括支援センター
・ 在宅医療・介護連携	…在宅医療・介護連携室ポピー
・ 認知症高齢者への支援	…おれんじサポートチーム（えがお・こころ）
・ 地域資源、支え合い活動等	…生活支援コーディネーター
・ 成年後見制度	…成年後見センター
・ 高齢者虐待の防止、早期発見・早期対応	…地域包括支援センター、市長寿支援課
・ 生活困窮	…生活サポート相談窓口、生活困窮者自立相談支援員
・ 精神保健福祉	…市健康増進課（市保健所）
・ 障がい福祉サービス	…障がい福祉制度の相談支援専門員、市障がい福祉課
・ 多世代多問題事例、制度の狭間	…福祉まるごと相談員、多機関協働支援センター

（２）地域ケア会議の活用（自立支援型地域ケア会議／個別地域ケア会議）

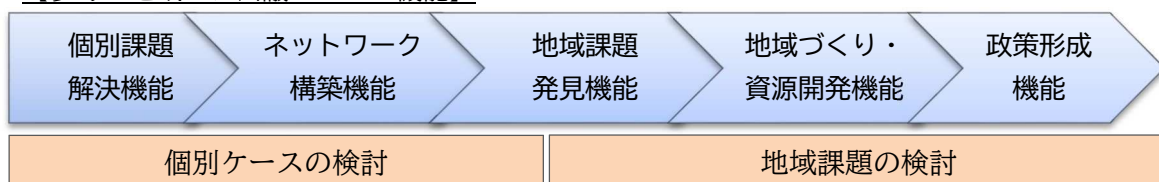
山形市では、高齢者の自立した生活を支援するため、地域ケア会議を推進しています。

この地域ケア会議には、支援困難事例等に対して地域包括支援センター等が開催する「個別地域ケア会議」と、リハビリ専門職等が利用者の自立支援に向けたアドバイス等を行う「自立支援型地域ケア会議」があり、いずれの会議も、高齢者の課題解決、ＱＯＬの向上に加え、参加者のスキル向上、地域課題の把握等につながります。

介護予防と自立支援をより推進していくために、市内すべての居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所及び地域包括支援センターにおいては、積極的に自立支援型地域ケア会議に参加してください。（※）

※「山形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」において、居宅介護支援事業者は地域ケア会議への参加・協力が義務化されています。

【参考：地域ケア会議の５つの機能】



（３）ケアマネジメントの質の向上と人材育成

介護支援専門員等は、質の高いケアマネジメントにより介護保険法の理念を実現するため、日頃からケアプランの自己点検や自己研鑽に努め、自らその質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。

地域包括支援センター等による圏域毎の情報交換会、自立支援型地域ケア会議、介護支援専門員等を対象とした研修会への参加や、特定事業所加算の対象となる取組を通じて、ケアマネジメントの質の向上に努めてください。

（４）高齢者の避難体制の確保

災害発生時の迅速な対応につなげられるよう、利用者や家族等と災害時を想定した話し

合いを行い、日頃から備えることが望ましいとされています。介護保険サービスの利用等、災害時に行うべき必要な支援について、日頃から利用者や家族、地域の関係者等と共有するとともに、災害発生時には関係機関と連携し、迅速な支援を行ってください。

避難支援を要する者（避難行動要支援者）のうち、特に在宅の要介護3以上の認定者について、計画作成が進むよう必要に応じて支援してください。

（5）感染症・災害対策と継続的なサービス提供

感染症や非常災害の発生時においてもサービスを継続的に提供するため、また、非常時の体制で早期の業務回復を図るための業務継続計画（BCP）に基づき、支援体制の構築等必要な措置を講じてください。

また、ICTを活用したオンラインによる会議や研修会への参加、さらに、市条例によるサービス担当者会議の開催（※）を行う等、感染予防に留意し、効果的な実施に努めてください。

- ※ ・山形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16条第1項第9号 本基本方針9ページ参照＞
- ・山形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33条第1項第9号 本基本方針12ページ参照＞

○ケアマネジメントの実施にあたっては、**別紙**（具体的な支援等の場面における活用ツール等）もご参照ください。

6 その他、参照すべき主な基準、通知、計画等

- 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（平成11年厚生省令第38号）
- 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について（平成11年7月29日老企第22号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）
- 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）
- 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う介護給付費算定に係る体制等に関する届出における留意点について（平成12年3月8日老企第41号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）
- 介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（平成27年3月31日厚生労働省告示第196号）
- 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（平成27年6月5日老振発0605第1号）
- 山形市高齢者保健福祉計画／第9期介護保険事業計画（令和6年度～令和8年度）
- 山形市地域包括支援センター運営方針（令和6年度～令和8年度） 等

○山形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（抜粋）

（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ものとする。
- (2)の2 指定居宅介護支援の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。
- (2)の3 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
- (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（山形市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等を定める条例（平成 30 年市条例第 57 号。以下この号において「指定居宅サービス等基準条例」という。）第 25 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条例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、当該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、必要に応じて当該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等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、利用者に面接すること。

イ アの規定による面接は、利用者の居宅を訪問することによって行うこと。ただし、次のいずれにも該当する場合であって、少なくとも 2 月に 1 回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接するときは、利用者の居宅を訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができるものとする。

(ア) テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。

(イ) サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。

a 利用者の心身の状況が安定していること。

b 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。

c 介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握することができない情報について、担当者から提供を受けること。

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。

(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) 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規則で定める回数以上の訪問介護（規則で定めるものに限る。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。

(20)の 2 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規則で定める基準に該当する場合であって、かつ、市町村からの求めがあった場合に

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、当該留意事項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、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、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。
- (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、地域包括支援センターの設置者である指定介護予防支援事業所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、これに協力しなければならない。ただし、正当な理由がある場合は、この限りでない。

○山形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（抜粋）

（指定介護予防支援の基本取扱方針）

- 第 3 2 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33条 指定介護予防支援の方針は、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、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、介護予防訪問看護計画書（山形市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30年市条例第58号。以下「指定介護予防サービス等基準条例」という。）第57条第1項第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条例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の便宜の提供を行うものとする。
- (15) 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するものとする。
- (16) 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、当該介護予防サービス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。
- (17) 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、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条例第78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。
- (18) 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
- (19) 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。
- (20) 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。
- (21) 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。
- (22) 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（次号及び第24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。
- (23) 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。
- (24) 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。

- (25) 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。
- (26) 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、当該介護予防サービス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。
- (27) 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、当該介護予防サービス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。
- (28) 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（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。
- (29) 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。
- (30) 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、これに協力しなければならない。ただし、正当な理由がある場合は、この限りでない。

（介護予防支援の実施に当たっての留意点）



第34条 介護予防支援の実施に当たっては、介護予防の効果を最大限に発揮できるよう次に掲げる事項に留意しなければならない。

- (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こと。
- (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すること。
- (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すること。
- (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すること。
- (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すること。
- (6) 地域支援事業（法第115条の45に規定する地域支援事業をいう。）及び介護給付（法第18条第1号に規定する介護給付をいう。）と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。
- (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する。
- (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ること。

山形市ケアマネジメントに関する基本方針（令和6年度～令和8年度）

別紙 具体的な支援等の場面ににおける活用ツール等

※必ず本紙に沿って対応しなければならぬということではありませんので、参考としてご覧ください。

ページ	参照箇所	具体的な支援等の場面	活用できるツールや市の事業等
2	4 ケアマネジメントの基本的な方針	ケアマネジメントの質の向上を図る	<ul style="list-style-type: none"> ・[国] 適切なケアマネジメント手法の手引き ・[国] 課題整理総括表・評価表活用の手引き
3	4 (3)ケアマネジメントの実施にあたり持つべき視点①	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援に向けた効果的なケアマネジメントの実施 ・課題解決に向けた具体的な目標を設定する ・認知症の症状や医療の必要性等、利用者の状態に応じた在宅生活の継続に向けた適切なサービス利用を促進する ・加齢による聴力低下の早期発見及び早期対応等 	<div>  <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険と高齢者保健福祉の手引き </div> <div>  <ul style="list-style-type: none"> ・やまがた人生備えの書(介護予防手帳) </div> <div>  <ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアパス (認知症の相談先が分かるサポートブック) </div> <div>  <ul style="list-style-type: none"> ・聴こえくつきり事業 (聴こえのフレイル対策) </div> <div>  <ul style="list-style-type: none"> ・[市民向け]在宅療養リーフレット ・[支援者向け]在宅療養事例集 ※ポピー及び山形市長寿支援課にて配布 </div>
3	4 (3)ケアマネジメントの実施にあたり持つべき視点②	<ul style="list-style-type: none"> ・人生会議を実施する ・希望するケアや支援について話し合う ・利用者の望む暮らしが実現できるように支援する 	<div>  <ul style="list-style-type: none"> ・やまがた人生備えの書(介護予防手帳) </div> <div>  <ul style="list-style-type: none"> ・[国] 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン </div>

ページ	参照箇所	具体的な支援等の場面	活用できるツールや市の事業
3	4 (3)ケアマネジメントの実施にあたり持つべき視点③	<ul style="list-style-type: none"> ・社会参加先を見つける ・地域資源（住民主体の通いの場、地域での支え合い等）やボランティア活動等の情報提供を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・山形市生活お役立ちガイドブック ・デジタルによる地域資源集・マップ ※第9期計画期間中に整備予定 
4	4 (3)ケアマネジメントの実施にあたり持つべき視点⑥	運動・栄養・口腔機能低下のリスクがある利用者に対し、管理栄養士や歯科衛生士・作業療法士等によるアセスメントを取り入れる	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職（管理栄養士、歯科衛生士、作業療法士等）訪問事業（地域リハビリテーション活動支援事業）
4	4 (3)ケアマネジメントの実施にあたり持つべき視点⑦	地域における多様な主体によるサービスや民間企業のサービスのインフォーマルサービスを活用する	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険と高齢者保健福祉の手引き  <ul style="list-style-type: none"> ・山形市生活お役立ちガイドブック <ul style="list-style-type: none"> ・デジタルによる地域資源集・マップ ※第9期計画期間中に整備予定 
4	4 (3)ケアマネジメントの実施にあたり持つべき視点⑧	<ul style="list-style-type: none"> ・フレイル状態の方に対するサービス調整を行う ※総合事業の通所型サービスの利用にあたっては、適切なアセスメントのもと、医師から制限されている場合等を除き、まずは元気があつぷ教室からの利用を基本としてください。元気があつぷ教室（通所型サービスC）や栄養あつぷ訪問（訪問型サービスC）等を利用して心身状態の改善が図られた利用者には、これまでに参加してきた地域活動や継続していた日常生活に戻っていただくほか、新たに地域の居場所（通所型サービスBなど）や老人クラブ活動に参加する等、利用者の意欲や目標に応じた活動等につなげてください。	<ul style="list-style-type: none"> ・山形市元気があつぷ教室（通所型サービスC） ・山形市栄養あつぷ訪問（訪問型サービスC） ・山形市介護予防モデル再構築事業

ページ	参照箇所	具体的な支援等の場面	活用できるツールや市の事業
4	4 (3)ケアマネジメントの実施にあたり持つべき視点⑨	家族介護者の仕事と介護の両立のための制度（介護休暇・休業制度等）を紹介する	<p>・相談先：各自の職場、山形労働局</p> <p>・厚生労働省 HP： 「介護休業制度に関するリーフレット」</p>  <p>・厚生労働省 HP： 「そのとぎのために、知っておこう。 介護休業制度」</p> 
4	5 具体的な取扱方針 (1)多機関・多職種連携による支援	利用者が医療系サービスを希望している場合等に医師等との連携による支援を行う 例) 利用者が医療機関で診察を受ける際に同席し、医師等と情報共有の上ケアプランや支援に反映させる	 <p>・認知症早期発見・早期対応ガイドブック</p> <p>・〔市医師会〕紹介状（認知症）</p>
4	5 具体的な取扱方針 (1)多機関・多職種連携による支援	病院等から退院・退所する利用者に対し、地域での生活に向けて医療や介護サービスの切れ目ない支援を調整する	 <p>・村山地域入退院支援の手引き</p> <p>・山形市入退院支援フロー（地域版）</p>  <p>・在宅療養事例集 ※ポピー及び山形市長寿支援課にて配布</p> 
6	5 具体的な取扱方針 (4)高齢者の避難体制の確保	<p>・災害発生時の安全・迅速な対応につなげるための利用者や家族との話し合い、日頃の備えをする</p> <p>・個別避難計画を作成する</p>	 <p>・山形市避難行動支援制度</p> <p>・高齢者個別避難計画作成事業</p>