

『アセスメントの重要性』

自立支援のケアプラン作成について ～目標までの導き方～

ふくし@JMI 小湊 純一。

I 指定居宅介護支援事業の運営基準（一部抜粋）

（基本方針）

第一条 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。

（指定居宅介護支援の基本取扱方針）

第十二条 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。

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

六 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。

II 自立を支援するということ ～

1 自己決定の尊重

選択可能な、個人を尊重した個別的対応や方法を事前に提案してお知らせし、本人

の自らの決定を尊重して対応します。決めるのは支援者でなく本人です。

自己決定と自己責任は違います。

自分で決める能力を評価し、判断が難しければ後見人（家族等）等が変わりに決定する場合があります。

2 能力の発揮

本人の自己解決能力に着目して、個々のニーズの客観的な把握・分析を行い、自立を支援及び自立を促進する目的で関わります。

できるところも代行してしまうと、その時は喜ばれるかもしれませんが、能力の発揮を妨げ、依存性を高めてしまう場合があります。

3 生活の継続性（継続性の尊重）

本人の心身の機能や生活環境に障害があったとしても、その人の生活を維持・継続していけるよう、相手の生活の継続性を尊重して関わります。

広く、保健・医療・福祉・介護・法律等、生活全般にわたる連携により支援します。

Ⅲ 高齢者ケアプラン策定の基本

1 治るものは治す（改善する可能性、維持の必要性、悪化の危険性）

2 治らなければ補う（ケアの必要性）

3 予防する

Ⅳ アセスメント「具体的支障把握の視点」（居宅）

1 健康状態

- ① 本人の生活に影響のある、介護スタッフが観察・管理の必要な病気を把握しましたか？（治った病気、身体機能やプランに関係しない病気は除きます。）
- ② 病気への対応について、主治医に相談し、対応の指示を受けましたか？
- ③ 生活に支障のある症状や痛みを把握しましたか？
- ④ 在宅医療機器（カテーテル、点滴、酸素、瘻等）について把握しましたか？

2 ADL

- ① 利用者本人のADL能力、生活の支障を具体的に把握しましたか？
- ② 活動量について把握しましたか？
- ③ リハビリに関する、意欲や目標を把握しましたか？
- ④ 転倒の具体的状況、危険性を把握しましたか？

3 IADL

- ① 利用者本人の IADL 能力, 生活の支障を具体的に把握しましたか?
- ② 自己動作に関する, 意欲や目標を把握しましたか?

4 認知

- ① 記憶障害を具体的に把握しましたか?
- ② 見当識障害を具体的に把握しましたか?
- ③ 判断力低下について具体的に把握しましたか?
- ④ 実行機能障害を具体的に把握しましたか?
- ⑤ できるところを把握しましたか?

5 コミュニケーション能力

- ① 相手のことを理解できるか, 自分のことを伝えることができるか, コミュニケーション能力を具体的に把握しましたか?
- ② 聴覚, 視覚障害を把握しましたか?

6 社会との関わり

- ① 社会との関わりと適応, 社会的活動や役割, 毎日の暮らしぶりを把握しましたか?
- ② 気分の落ち込み等, 心理面での問題について把握しましたか?

7 排尿・排便

- ① 失禁の状態を把握しましたか?

8 褥瘡・皮膚の問題

- ① 皮膚・じょく創等, 皮膚の状態を把握しましたか?

9 口腔衛生

- ① 食べる, 話すこと等に支障のある, 口腔の問題を明らかにしましたか?

10 食事摂取

- ① 栄養・水分摂取, 意図しない体重減少を明らかにしましたか?

11 問題行動(行動障害) BPSD

- ① 家族等の悩みや苦痛となる行動を把握しましたか?
- ② 問題行動の規則性, 原因, 関係性, 感じ方等を具体的に把握しましたか?

12 介護力

- ① 介護者の状況を把握しましたか?
- ② 介護者の負担と, 介護負担の原因となっていることを具体的に把握しましたか?

1 3 居住環境

- ① 対象者本人の障害の状況から見た，居住環境の不具合，自立を阻害する原因を把握しましたか？

1 4 特別な状況

- ① 緩和ケア，ターミナルケアの必要性，実現の可能性を把握しましたか？
- ② 高齢者虐待の兆候，危険性，緊急性を確認しましたか？

ケアプラン点検 ～ケアプランの振り返り～

ケアプランの2表を見てください。

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）があります。

①「歩けるようになりたい」となっていたとします。

ある、見る立場の人（介護保険に詳しい家族でもいいです。）から、なぜ、「歩けるようになりたい」という課題になったのですかと質問されました。

あなたは、どのように説明しますか？

「デイサービスでリハビリができるから」「デイサービスに行きたいという希望があったから」「歩きたいと言われたから」・・・では説明になりませんね。

3週間前、転んで膝を痛めたために安静にしていました。安静にして寝て過ごしていたら、歩けなくなり、立っているのがやっとになってしまいました。痛みも取れたし、主治医の先生からも身体を動かして大丈夫と言われました。本人も、また元のように歩けるようになりたいという希望だったため、改善の可能性が高いと判断しました。本人の言葉を借りて「歩けるようになりたい」としました。

説明の後、「では、そのことが確認できる、アセスメントの結果を見せてください。」と言われました。

対応はOKですか？ 理由が説明できますか？

②「気分転換したい」となっていました。

「気分転換したい。」ということは、気分の落ち込みや悩み等が見られたのですか？ それはアセスメント記録のどこを見れば分かりますか？ と聞かれました。

対応はOKですか？ 理由が説明できますか？

根拠を明らかにできなかった場合どうしますか？

改めて情報を整理し、課題検討をし直します。

- ① 情報の整理は、国の「課題分析標準項目」を基本にします。
- ② プロセスは「居宅介護支援の手引き」で確認します。
- ③ 課題検討は「ケアプラン策定のための課題検討用紙」を使います。
- ④ 検討の方法は「ケアプラン策定のための課題検討の手引き」を使います。

〈アセスメントの基本〉

介護支援専門員として、アセスメントを行う理由についてどのように理解していますか。またアセスメントを行う専門職として、その役割を十分に果たせていると感じますか？

(ケアプラン点検支援マニュアルから抜粋)

居宅介護支援の手引き (抜粋)

Ⅱ アセスメントする

1 アセスメントをするための情報を集めます。

(1) 国の定めた標準項目が最低限の情報項目です。要介護認定の調査項目ではありません。

(2) 身体状況や環境については、直接本人と面接して情報を得ます。

(3) 医療情報については、主治医意見書及び診療情報提供によって得ます。

※1 アセスメントのための情報収集シート (宮城版：居宅) 参照。

2 集めた情報の中から、詳しく見る必要のある項目を選び出します。(スクリーニング)

(1) 利用者本人の生活上の支障があることを選び出します。

(2) 支障がないことも明らかにします。(確認したことを証拠だてる。)

※1 情報収集シートで、支障ありは○、支障なしは×で分けます。

※2 その支障はあくまでも本人の支障であり、家族の支障ではありません。

3 選び出した項目の生活上の支障を具体的に把握します。

(1) どのように支障があるのか、その状況を具体的に把握し、関連情報を集めます。
(転んだ→いつ→どのような場面で→何をしていた時・・・など)

(2) 動作を細かく分割するなど、どこまで出来て、どこから支障があるのかを明らかにします。

- ※1 情報収集シートで、○を付けた場合にコメントを記入します。
- ※2 ケアプラン策定のための課題検討用紙（宮城版）の「検討の必要な具体的状況」に整理します。

4 生活上の支障の原因を明らかにします。

- (1) 病気のため
 - ① 急性期の病気
 - ② 持病の進行
 - ③ 痛みを伴う症状
 - ④ 認知症
 - ⑤ 精神疾患
- (2) 怪我のため
- (3) 障害のため
- (4) 動かない（廃用）ため
- (5) 生活習慣のため
- (6) 悩み・不安等のため
- (7) 環境のため
- (8) 薬のため
 - ① 薬が合わない
 - ② 向精神薬のため . . . など

- ※1 医療面については、主治医の先生に確認します。
- ※2 課題検討用紙の「原因」に整理します。

5 そのことについての意向を確認します。

- (1) 生活上の支障と原因を踏まえた上で、本人、家族はどうなりたい、どうしたいと思っているのか、意向を確認します。
- (2) 実現可能なことを聞きます。

(3) 介護保険の理念に沿った意向を聞きます。

「また自分で歩けるようになりたい。」「炊事は自分でしたい。」「トイレは自分でしたい。」

★ 後ろ向きな希望は、とりあえず聞くだけにする。(プランに載せない)

「歩けるようになると困るので動かさないで寝かせておいてほしい。」「できるだけ介護したくない。」「早く施設に入れてしまいたい。」…

(4) 言い換えて整理してみても聞きます。

「歩けるようになればいいんだね ⇒ 「ということは、できればまた歩けるようになりたい!っていうことですね。」

(5) 意向が聞き取りにくい場合は、予測して提案してみることも重要です。

※ 課題検討用紙の「利用者(家族)の意向」に整理して記入します。

6 ケアプランにする必要性を把握します。(スクリーニング)

(1) 改善するのか、維持するのか、予防するのか、可能性を検討します。

① 良くなるのか、元に戻る可能性があるのか

支障・低下が最近起こった利用者で、状態が安定している場合など。

② 今の状態を続けられるようにする必要があるのか

支障が長い間変化していない場合など。

③ 悪化を予防、低下するのを予防する必要があるのか

じょく創や失禁、筋力低下、拘縮、転倒などの危険性がある場合など。

(2) 必ず行わなければならない介護を確認します。

① 必要な介護を把握します。

ア 改善の可能性がなく、生活する上で必ずしなければならない介護は何かを把握します。

イ 改善の可能性のある場合でも、生活する上で必ずしなければならない介護は何かを把握します。

② 必要な医療対応を把握します。

ア 主治医からの指示のある医療的管理について把握します。(病気の管理・観察、食事制限、薬の副作用など…)

※1 課題検討用紙の「自立に向けた可能性、必要性」に整理して記入します。

7 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)を把握します。

(1) アセスメントの結果を反映させます。

- ① 把握した，生活上の支障・困っていること
- ② 把握した，支障、困っている原因
- ③ 把握した，希望・意向
- ④ 把握した，可能性
- ⑤ 把握した，危険性
- ⑥ 把握した，必要な医療対応
- ⑦ 把握した，必要な介護

(2) アセスメントの結果からの必要性と本人の意向が一致している場合は、その意向をそのままニーズにします。また、必要性を本人の意向に沿って言い換えて、本人の了解を得ます。

- ① お風呂に自分で入れない ⇒ お風呂に入りたい（本人の意向を反映）
- ② 歩行練習が必要である ⇒ また散歩できるようになりたい
- ③ 一人での時間が長く、
落ち込みが進む可能性がある
ある ⇒ いろいろな人と会って楽しく過ごしたい
- ④ 膝の痛みのため掃除機が ⇒ 掃除を手伝ってほしい
けができない

(3) 本人の意向がとれなければ、必要性をニーズにします。

- ① 排泄介助が必要です
- ② 床ずれの予防が必要です
- ③ 日常動作のすべてに介助が必要です
- ④ 通院介助が必要です

(4) 必要性が明らかで、家族の想いを反映させる場合は次のようにします。

- ① お風呂に入れてあげたい
- ② 楽しく過ごす時間を持ってほしい

※1 課題検討用紙の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に整理して記入します。

8 どのようなケアを提供するのか，方向性を決めます。

(1) 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を解決するために，どのようなケアを提供し，どのような目標に沿ってケアを進めていくのかがわかるようにします。

- ① たとえば・・・
 - ア お風呂に入れるようにします。
 - イ 外出，交流し，楽しく過ごす機会を作り，気分が改善出来るようにします。
 - ウ 機能訓練により，下肢機能が改善するようにします。
 - エ 出来るだけ早く，床ずれを治すようにします。・・・など。

(2) この段階では、まだサービスの種別は決まっていません。方向性だけで十分です。サービスを使うためのプランにならないようにするためにも重要です。

※1 課題検討用紙の「ケアの方向性」に整理して記入します。

Ⅲ ケアプランの原案を作る

1 目標を定めます。

期間： 短期目標は概ね3ヶ月、長期目標は最も長くて認定の有効期間

(1) 実現可能でモニタリングしやすい目標にします。

- ① 5mぐらい自力で歩けるようになる
- ② お風呂に入れる
- ③ 食事がとれる
- ④ 話し相手ができる

(2) 本人の目標にします（事業者や家族の目標にしない）

- ① 歩行介助をする ⇒ 安全に歩ける
- ② 床ずれを治す ⇒ 床ずれが治る
- ③ 楽しく過ごせる機会を作る ⇒ 楽しく過ごせる
- ④ 家族の介護負担が軽くなる ⇒ 入浴などの介助が受けられる

(3) きれいな言葉を並べるのではなく、具体的な目標にします。

- ① その人らしく暮らせる？ ⇒
- ② 安楽に過ごせる？ ⇒
- ③ 穏やかでいられる？ ⇒
- ④ 自立した生活が送れる？ ⇒

2 目標を達成するための介護内容を定めます。

(1) 具体的で簡潔に、利用者が何をしてもらえるのかがわかるように書きます。

入浴介助（リフト浴）、ポータブルトイレ介助、更衣介助、会話支援、交流支援、

歩行訓練支援、下肢筋力強化訓練支援、服薬確認 など。

3 介護を実施するサービス，事業者を選定します。

(1) 選ぶための提案をし、選んだ時のメリットとデメリットを説明します。

お風呂はどのように入りたいですか？ 自宅のお風呂で？浴槽を持ってきてもらって？出かけて？ など

4 目標達成に必要な利用頻度を定めます。

(1) 目標達成を意識した、回数・頻度を設定し、その理由が客観的に説明できるようにします。

5 総合的な援助方針を設定します。（課題検討用紙の「ケアの方向性」です）

(1) 短期目標は本人の目標ですが、援助の方針はサービス提供者の方針です。

(2) 「～できるようにします。」 「～を支援します。」などと整理します。

(3) ニーズと目標を整理して、箇条書きに整理して書きます。

(4) ニーズと目標を整理して、まとめて文章にして書きます。

『ケアプランの原案』

利用者本人（家族）と話し合い，担当するサービス事業者と調整を済ませ，双方の内諾を得ているものが『ケアプランの原案』です。

2016.11.02. jk

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（抜粋）

（基本方針）

第一条の二 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

（指定居宅介護支援の基本取扱方針）

第十二条 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）

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第一条の二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。

一 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。

二 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。

三 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。

四 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。

五 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。

六 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。

- 七 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。
- 八 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。
- 九 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。)を召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、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。
- 十 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。
- 十一 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。
- 十二 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るものとする。
- 十三 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。
- 十四 介護支援専門員は、前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。
- イ 少なくとも一月に一回、利用者の居宅を訪問し、利用者面接すること。
- ロ 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。
- 十五 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。

イ 要介護認定を受けている利用者が法要介護更新認定を受けた場合

ロ 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

十六 第三号から第十二号までの規定は、第十三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。

十七 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。

十八 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。

十九 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らない。

二十 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居宅サービス等を位置付ける場合にあつては、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。

二十一 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、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。

二十二 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つては、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。

二十三 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つては、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。

二十四 介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に、法第七十三条第二項に規定する認定審査会意見又は法第三十七条第一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(同条第一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。

二十五 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。

二十六 指定居宅介護支援事業者は、法第百十五条の二十三第三項の規定に基づき、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。

二十七 指定居宅介護支援事業者は、法第百十五条の四十八第四項の規定に基づき、同条第一項に規定する会議から、同条第二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。

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（抜粋）

（趣旨）

第一条の二 指定介護予防支援の事業は、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。

（指定介護予防支援の基本取扱方針）

第二十九条 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）

第三十条 指定介護予防支援の方針は、第一条の二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。

二 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。

三 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。

四 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。

五 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。

六 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。

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

七 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。

八 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。

九 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。）を召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。

- 十 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。
- 十一 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。
- 十二 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るものとする。
- 十三 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等指定介護予防サービス等基準 において位置づ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一月に一回、聴取しなければならない。
- 十四 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。
- 十五 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らない。
- 十六 担当職員は、第十四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。
 - 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三月に一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。
 - ロ 利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防通所介護事業所又は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。
 - ハ 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。
- 十七 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。
 - イ 要支援認定を受けている利用者が要支援更新認定を受けた場合
 - ロ 要支援認定を受けている利用者が要支援状態区分の変更の認定を受けた場合

- 十八 第三号から第十三号までの規定は、第十三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。
- 十九 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、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。
- 二十 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。
- 二十一 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らない。
- 二十二 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。
- 二十三 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。
- 二十四 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づ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らない。
- 二十五 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づ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。
- 二十六 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、利用者にもその趣旨を説明し、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。
- 二十七 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。

二十八 指定介護予防支援事業者は、法第百十五条の四十八第四項の規定に基づき、同条第一項に規定する会議から、同条第二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。

(介護予防支援の提供に当たっての留意点)

第三十一条 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。

- 一 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。
- 二 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。
- 三 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。
- 四 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。
- 五 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。
- 六 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すること。
- 七 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。
- 八 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。