

札幌市  
ケアマネジメントに関する基本方針

令和5年（2023年）7月  
札幌市保健福祉局高齢保健福祉部介護保険課

# 目次

<b>1 趣旨</b>	… 1
<b>2 ケアマネジメントに関する基本方針</b>	… 2
<b>3 ケアマネジメントの実施にあたっての留意点とポイント</b>	… 4
(1) アセスメントについて	… 4
(2) 居宅サービス計画原案の作成について	… 4
(3) サービス担当者会議について	… 5
(4) モニタリング・評価について	… 6
(5) 福祉用具貸与及び特定福祉用具販売の居宅サービス計画への反映	… 7

## 主な関係法令・条例、参考資料等

- ・介護保険法（平成9年法律第123号） ※ 主に第1条、第2条、第69条の34、第80条
- ・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）
- ・解釈通知「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）
- ・札幌市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等に関する条例（平成26年条例第55号） ※ 主に第4条、第15条、第16条
- ・厚生労働省「居宅サービス計画書記載要領」
- ・株式会社日本総合研究所「『適切なケアマネジメント手法』の手引き」（適切なケアマネジメント手法の普及推進に向けた調査研究事業（令和2年度厚生労働省老人保健健康増進等事業））
- ・札幌市「ヤングケアラー支援ガイドライン」（令和5年1月、札幌市子ども未来局）

など

# 1 趣旨

介護保険制度においては、介護を必要とする方が「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」ことを理念としています（介護保険法第1条）。

また、札幌市においては、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域包括ケア体制の基盤づくりを進めてきたところです。

この理念のもと、介護サービスを利用する方の尊厳を保持し自立した日常生活を支援する居宅サービス計画（ケアプラン）を作成するにあたっては、第一に、ケアマネジメントが利用者一人ひとりに寄り添って適切に実施されることが不可欠であり、それは介護保険制度の根幹を支える極めて重要なものです。

この適切なケアマネジメントのために踏まえるべき基本的な方針を、今後の一層の高齢化の進展を見据え、介護保険の保険者である札幌市と、介護支援専門員の皆様とが共有し、自立支援・重度化防止の推進に取り組むため「ケアマネジメントに関する基本方針」を策定いたしました。

介護支援専門員の皆様におかれましては、関係法令・基準等とともにこの基本方針を十分にご理解いただき、ケアマネジメントを実施していただきますようお願いいたします。

## 2 ケアマネジメントに関する基本方針

### (1) 自立した日常生活のための支援

ケアマネジメントの実施にあたっては、利用者が尊厳を保持し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。

### (2) 要介護状態の重度化防止への寄与、医療サービスとの連携

ケアマネジメントの実施にあたっては、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行うとともに、医療サービスとの連携に十分配慮すること。

### (3) 利用者の選択に基づく総合的・効率的なサービスの提供

ケアマネジメントの実施にあたっては、利用者の心身の状況、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こと。この際、介護保険サービスの範囲に限らず、インフォーマルサービスも含めて活用を検討すること。

### (4) 利用者の立場に立った公正中立なサービスの提供

ケアマネジメントの実施にあたっては、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指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者その他の者に不当に偏することのないよう、公正中立に行うこと。

### (5) 利用者の権利擁護

ケアマネジメントの実施にあたっては、利用者の人格の尊重及び権利擁護に十分配慮すること。

### (6) 家族介護者（ケアラー）の支援

ケアマネジメントの実施にあたっては、利用者のケアを行う家族介護者（ケアラー）に過度な負担とならないよう、介護力についてアセスメントする際には、家族介護者（ケアラー）の心身の健康状態や生活の質などについても十分な情報収集を行い、利用者及び家族の意向に寄り添った、より適切な居宅サービス計画の作成に努めること。

特に、ヤングケアラーについては、ヤングケアラー本人や家族に自覚がなく、支援が必要であっても潜在化しやすいといった状況もあることから、ヤングケアラーの存在を把握した場合には、適切なサービスの利用による負担軽減や、状況に応じた関係機関との連携等により支援を図ること。

**(7) 市、地域包括支援センター、他の事業者等との連携**

ケアマネジメントの実施にあたっては、札幌市、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、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号）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ること。

### 3 ケアマネジメントの実施にあたっての留意点とポイント

ケアマネジメントの実施にあたっては、厚生労働省から示されている「居宅サービス計画書記載要領」及び『適切なケアマネジメント手法』の手引き」（基本ケア及び疾患別ケア）を必ず確認してください。

#### (1) アセスメントについて

アセスメントはサービス導入の根拠となる非常に重要なプロセスです。アセスメントが不十分では、サービスの必要性の根拠が明らかにならず、その後の目標設定やモニタリングについても、具体性を欠くものとなってしまいます。

##### ア 留意点

- (ア) 原則、本人及び家族と、本人の「居宅」で面接を行います。
- (イ) アセスメントは、課題分析標準項目を網羅しつつ、サービス内容の根拠となる事項について、漏れなく情報収集を行い、できる限り具体的に記録します。
- (ウ) 本人のできること（ストレングス）の活用を積極的に考えます。

##### イ ポイント

- (ア) 居宅サービス計画の作成（変更も含む）ごとに、アセスメントの実施は必須です（軽微な変更を除く）。前回から状態に大きく変化がない場合や、短い期間で再アセスメントを行う場合も、必ず記録します。
- (イ) 居宅サービス計画に位置づけられたサービスには、その必要性の根拠となるアセスメントが必要です。サービス導入の必要性と目標の必然性（妥当性）を明らかにするために、特記事項欄を活用するなどして、なぜ本人にこのサービスが必要であるか明確にわかるよう、本人の状態像と併せて、介護支援専門員がサービスを必要と判断した分析も漏れなく記載します。

また、「一部介助」や数値での評価に留まらず、本人が「どのような状態」で「何に対して、どの程度の支援が必要であるのか」を具体的に記載します。

#### (2) 居宅サービス計画原案の作成について

##### ア 留意点

- (ア) 本人と家族の意向を確認した上で、本人が抱える問題点を、介護支援専門員の視点から整理・分析し、課題を設定します。

- (イ) 目標は具体的で、目標期間内で解決が可能なものとします。
- (ウ) サービス提供そのものが目標とならないようにします。

## イ ポイント

- (ア) アセスメントが不十分では、目標が抽象的な内容（「今よりよい状態になる」「転倒せずに安全に暮らす」等）になり、具体的な目標が設定できません。課題が明確にならない場合は、アセスメントを見直します。
- (イ) サービスの利用そのものを目標とする（「デイサービスに通う」「在宅サービスを受けて生活する」等）のではなく、サービスを利用することによって、本人がどのような状態を目指すのかに着目します。
- (ウ) 長期目標は、本人の解決すべき課題について設定し、短期目標は解決すべき課題や長期目標に段階的に対応し、解決に結び付ける具体的な内容とします。
- (エ) 課題や目標と一致しないサービス内容（「自宅内で転倒なく生活する」といった目標に対し、訪問介護による「入浴介助」を位置付ける）を位置付けることがないよう、課題解決のため、目標を達成するためのサービス内容が適切に位置付けられているか確認し、必要に応じて見直します。
- (オ) 第2表の「生活全般の解決すべき課題」については、単に本人や家族の感想や要望をそのまま記載するのではなく（「余計な介護は受けたくない」「一人でも生活できる」等）、本人が抱える問題点を整理・分析し、介護支援専門員として個々の特性に応じた課題を把握・記載します。また、課題は本人が解決しなければならない優先順位を見立て、そこから目標を立てます。
- (カ) 生活援助中心型の算定理由を「その他」とした場合は、第1表には具体的な理由を記載し、第3表には、主な日常生活上の活動や週単位以外のサービスについても記載するなど、居宅サービス計画の必要な箇所は漏れなく記載します。

## (3) サービス担当者会議について

### ア 留意点

- (ア) 本人及び家族の参加が原則です。（参加が望ましくない場合（家庭内暴力等）はその限りではありません。）
- (イ) 原案の主旨説明と緊急時の想定及び連絡先の確認をします。
- (ウ) 介護保険以外のサービス利用についても検討します。

### イ ポイント

- (ア) 会議には、居宅サービス計画に位置づけられた「担当者」が全員参加するものとします。

医療機関や高齢者住宅、居宅療養管理指導等は特に注意します。

(イ) 医療系サービス（訪問看護、訪問リハビリなど）を居宅サービス計画に位置付ける場合、主治の医師等の意見を求める必要があります。

※ 「担当者」とは、居宅サービス計画原案に位置づけられたサービス等（インフォーマルサービスも含む）の担当者を指します。「担当者」ではない相手に情報提供をしてしまうと、個人情報の漏えいとなる可能性があります。

※ 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。この場合についても、記録第4表は作成します。なお、やむを得ない理由としては、開催の日程調整を行ったものの、サービス担当者の都合により参加が得られなかった場合や、居宅サービス計画の軽微な変更の場合等が想定されます。また、末期の悪性腫瘍など本人の心身の状況により、主治医の意見を勘案して、必要と認める場合が追加されています。

(ウ) サービス担当者会議を欠席した「担当者」に対し照会を行っていない、又は、照会を行った結果について記録を欠くことのないよう、やむを得ず参加できなかった「担当者」に対しては、照会（書面や口頭は問わない）を行い、意見を求め、その結果を支援経過等に記録します。

#### (4) モニタリング・評価について

##### ア 留意点

(ア) モニタリングは、居宅サービス計画に位置づけられたサービスの実施状況や本人、家族の状況について心身の健康状態のみならず関係性の変化にも注視し実施します。

(イ) モニタリングは、特段の事情のない限り、少なくとも1月に1回は、原則居宅で実施し、その結果を記録します。本人側の都合以外による訪問以外での実施はできません。また本人の都合で訪問による実施ができない場合は、その内容を支援経過等に記録します。

(ウ) モニタリングの中で得た居宅サービス事業者からの服薬状況や口腔機能等本人の心身の状況や生活に係る情報は、本人、家族の同意を得て必要に応じ主治医や他の居宅サービス事業者等に提供、共有します。

##### イ ポイント

(ア) モニタリングの中で必要に応じ、居宅サービス事業者等との連絡調整や居宅サービス計画の変更について再アセスメント（評価）しますが、居宅サービスの内容（種類や回数）を変更する場合は、その判断根拠を明確にし、必ず記録に残します。

(イ) 評価において、目標が「達成」されている場合は、別の目標を設定する等、本人や家族の現状を反映した居宅サービス計画を立案します。



目標は「達成」されているが、居宅サービス計画を「継続」する場合もあり、その場合においても、判断根拠について記録します。

- (ウ) 目標が達成されていない場合については、達成するまで同様の目標を継続することもあります。ほとんど状況が変わらない、進捗が見られない場合には設定した目標が具体的ではない、高すぎるといったことが考えられますので再度検討が必要です。

## (5) 福祉用具貸与及び特定福祉用具販売の居宅サービス計画への反映

### ア 留意点

- (ア) 既に当該福祉用具の貸与を受けている本人に要介護状態の変化（要介護2以上から要介護1に変わった場合等）があった際は、軽度者に対する福祉用具の例外給付に該当する場合があります。そのため注意を要します。
- (イ) 軽度者に対する福祉用具の例外給付に該当する場合、必要性が認定調査の結果等で確認できず、医師の医学的な所見及びサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより、必要性を判断することも可能です（ただし、車いす及び車いす付属品、移動用リフト以外は、最終的に市への確認手続が必要です）。この場合、医学的な所見については医師意見書、診断書又は医師から所見を聴取するなどの方法により確認し、所見の内容と医師の氏名を居宅サービス計画に記載しなければなりません。
- (ウ) 軽度者に対する福祉用具の例外給付に該当する場合は、暫定で居宅サービス計画を作成した時点で、市への確認手続を行います。

### イ ポイント

- (ア) 福祉用具貸与及び特定福祉用具販売が必要な理由を、居宅サービス計画に記載します。  
例えば、「〇〇を使用することで転倒を防止する」や「転倒防止」といった記載だけではなく、なぜ転倒しやすいのか等、本人が福祉用具を必要とする“理由”を明確に記載します。
- (イ) 要支援または要介護1（自動排泄処理装置は要介護2及び3を含む）の者に特殊寝台や車いす等の特定の福祉用具貸与を位置づける場合には、「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」（平成27年厚生労働省告示第94号）の状態像の者であるか確認を欠くことのないようにします。