ケアマネジメントに関する基本的な考え方

（　小牧市　）

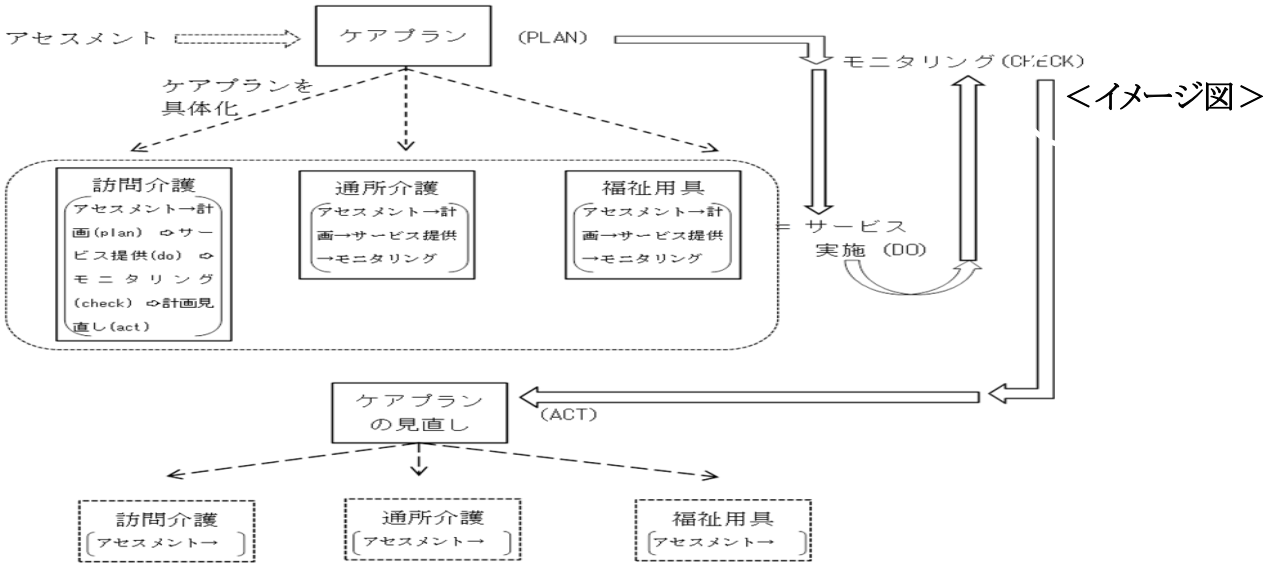
１　体系

基本的には、介護支援専門員（ケアマネジャー）が作成するケアプランに沿って、関連する介護保険サービス事業者が該当サービス（ケアマネジャーが給付管理を行うサービス）を提供して初めて介護報酬を請求することになります。

【　ここが大切！　】
居宅療養管理指導や住宅改修など給付管理を伴わないサービスのみのマネジメントを行っても居宅介護支援費の請求はできません。
上記のような給付管理のない居宅サービス計画書では報酬請求ができません。この場合には自費でのサービス提供とすることも可能と考えますが、運営規程等でこれらの内容が適切に定められ、契約締結していることが必要となります。

介護保険制度においては「PDCA サイクル」をシステムの根幹として位置付けているため、各介護保険サービス事業者が該当サービスを提供するにあたっては、ケアプラン（「PLAN」）に沿って、各事業所内で個別サービス計画のための（小さな）「PDCA サイクル」を機能させ、当事業所で作成した「PLAN」に基づくサービス提供（「DO」）が義務付けられている。

介護保険サービス事業者による具体的なサービス提供を「DO」として、ケアマネジャーがモニタリング（「CHECK」）、ケアプランの見直し（「ACT」）、という大きな PDCA サイクルを機能させることで、ケアマネジメントが成立しています。



※ この考え方は特別養護老人ホーム等の施設系でも基本は同じです（各介護保険サービス事業者を各職種（介護職員、看護職員等）と読替）。ただし、各職種内での機能訓練や栄養ケアの計画は基本部分だけの記載でよく、加算が求める詳細計画は別に作成すれば問題ありません。

２　概論　≪ケアマネジメントの流れ≫

『アセスメント ⇒ ケアプラン作成（P） ⇒ サービス提供（D） ⇒ モニタリング（C）→ 再アセスメント → ケアプランの見直し（A）…』(PDCA サイクル)

ケアマネジメントは「１体系」のとおり PDCA サイクルが基本ですが、ケアプラン作成のためには、情報収集を含むアセスメントが最も重要なプロセスになります（SPDCA サイクル）。「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）の第 13 条にこの流れと各業務内容が具体的に規定されているため、まずはこれらのケアマネジメント業務がなされているかを確認します。

このうち、第 13 条第 7 号、第 9 号から第 11 号まで、第 14 号から第 16 号（変更の場合の準用規定）に規定された業務ができていない場合には運営基準減算に該当する（厚生労働大臣が定める基準第 82 号）ため、重要なポイントです。

運営基準違反と運営基準減算

運営基準違反とは、「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」（以下「運営基準」という。）に違反していることで、様々な内容が規定されており、その内容に抵触していれば運営基準違反となります。

それに対し、運営基準減算は、報酬算定のルールの中で、運営基準のうち第 4 条第 2 項及び第 13 条の一部が遵守されていないと報酬上の減算になります。

報酬上の減算規定に関わらず運営基準違反を犯した場合、どのような処分となってしまうのか。

> **（勧告、命令等）**
>
> **第八十三条の二　市町村長は、指定居宅介護支援事業者が、次の各号に掲げる場合に該当すると認めるときは、当該指定居宅介護支援事業者に対し、期限を定めて、それぞれ当該各号に定める措置をとるべきことを勧告することができる。**
>
> **一　当該指定に係る事業所の介護支援専門員の人員について第八十一条第一項の市町村の条例で定める員数を満たしていない場合　当該市町村の条例で定める員数を満たすこと。**
>
> **二　第八十一条第二項に規定する指定居宅介護支援の事業の運営に関する基準に従って適正な指定居宅介護支援の事業の運営をしていない場合　当該指定居宅介護支援の事業の運営に関する基準に従って適正な指定居宅介護支援の事業の運営をすること。**

上記の介護保険法第 83 条の 2 に基づき、勧告を受けることとなります。

勧告に従わない場合は、命令を受け、（この段階から事業者名等の公表が義務化される。）命令に従わない場合は、最終的に事業所の取消し処分となります。

一般的な基準違反は前述のとおりですが、報酬減算とはならないものの、とても重要な事項として、基準第 13 条第 6 号があります。適切なアセスメントを行っていない居宅訪問は、訪問の目的がアセスメントであることから、例え居宅訪問してもアセスメントが不十分であれば第 7 号違反として運営基準減算となる可能性があります。また、この項目に抵触する場合は、より重大な違反行為と評価される場合もありますので注意が必要です。

基準第 13 条第６号
　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。（第７号で、第６号でいう解決すべき課題の把握を「アセスメント」と定義されている。）

基準第 13 条第 7 号
　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。

上記第 6 号違反そのものは、運営基準減算としては適用を受けない項目と整理されていますが、

第八十一条（「人格尊重義務」と言われる規定）
六　指定居宅介護支援事業者は、要介護者の人格を尊重するとともに、この法律又はこの法律に基づく命令を遵守し、要介護者のため忠実にその職務を遂行しなければならない。

介護保険法第 81 条第 6 項に抵触している可能性（人格尊重義務違反）がとても高い内容です。

人格尊重義務違反を犯した場合、どのような処分となってしまうのか。

（指定の取消し等）
第八十四条　市町村長は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該指定居宅介護支援事業者に係る第四十六条第一項の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。
四　指定居宅介護支援事業者が、第八十一条第六項に規定する義務に違反したと認められるとき。

人格尊重義務違反は、介護保険法第 84 条の指定の取消し等の処分規定が適用される内容となっており、この取り扱いについては、所轄庁の裁量の範囲とされているものであるため、アセスメント未実施や不十分という評価＝人格尊重義務違反とし、取消し処分という結論は早計ですが、事由によっては処分となり得る内容であることに注意が必要です。

○ 運営基準減算に係る考え方（基準第 13 条に抵触する場合）

【基準第 13 条】

・第 7 号　「(アセスメント）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を行わなければならない。」

［注意点］

居宅訪問していても、新規申請時、認定更新時、区分変更申請時や退院・利用者の状態像の変化等によるケアプラン（暫定プラン（認定がされていない時点のプラン）を含む。）の変更時にアセスメントが全くされていない場合は、アセスメントのための居宅訪問とは認めることができません。

・第 9 号　「サービス担当者会議」の開催により、「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」。

［注意点］

ケアプランの変更時（軽微な変更※を除く。）にサービス担当者会議が開催されていない。

※介護保険最新情報　Vol.155（H22.7.30）

・第 10 号　「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。」

［注意点］

利用者若しくは家族に説明・同意がなされていない（→第 11 号の交付もされていない可能性も考えられる。）。

・第 11 号　「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。」

・第 14 号　「少なくとも１月に１回、利用者の居宅を訪問し、」「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」。

［注意点］

月１回の居宅訪問はしているが記録していないだけという場合でも、モニタリングの結果を記録することが要件であるため、記録がないことで減算に該当します。

・第 15 号　「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」、若しくは「要介護状態区分の変更の認定を受けた場合」には、「サービス担当者会議」の開催により、「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。」

［注意点］

日常生活の自立を目指していることから、暫定プラン作成時にもサービス担当者会議を開催し、専門的な見地からの意見聴取が必要と理解できます。

各業務が実施されているとして、次にその内容を確認することになるが、ケアマネジメントは上記の流れに沿って行われることになるので、各々の業務がつながっているか（“イメージ図＜資料１頁＞”では矢印⇨の部分。）が次のポイントになります。各々の業務が個々に行われているにすぎないのであれば、運営基準減算には該当しないとしても、適切なケアマネジメントとは言い難い部分があります。

愛知県内の例として、アセスメントやモニタリングがバラバラであったり、目標に着眼したモニタリングではないサービスの満足度評価であったり、また、ケアプラン（見直しを含む。）につながっていないなど、実際のサービス提供に生かされていない事例も見受けられます。

［具体例］

○　生活援助で調理の訪問介護サービスが位置付けられているにもかかわらず、アセスメントにおいて、IADL の調理の記述がなかった（中には調理可となっていたケースもあった。）。また、調理の生活援助の訪問介護サービス提供以外の曜日の食事摂取についてどのように対応しているのか不明瞭であった。

○　住宅型有料老人ホーム等で夜間の排泄介助が位置付けられているが（特養等でも同様の事例あり。）、排泄に関するアセスメントは｛自立・一部介助・全介助｝のチェックのみであり、時間帯や介助の内容の記述もなく、当該サービスの必要性が不明瞭であった。

○　ユニット型特養（老健）であるにもかかわらず、起床時間に関するアセスメントもないまま、画一的な時間に起床介助をケアプランに位置付けている。

○　運営基準減算に係る考え方（基準第４条第２項に抵触する場合）

指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ利用者又はその家族に対して、

・　利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること。

・　利用者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の選定理由の説明を求めることができること。

・　前６月間に当該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の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下この２において「訪問介護等」という）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合並びに前６月間に当該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訪問介護等ごとの回数のうちに同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合

について文書を交付して説明を行っていない場合には、運営基準減算となります。

３　課題分析　≪アセスメント≫

アセスメントはケアマネが介護保険サービスを位置付ける根拠です。

アセスメントについては、「居宅サービス計画ガイドライン（全社協方式）」や「包括的自立支援プログラム」等のアセスメントシートではなく、独自方式を活用することもあります。独自様式を活用する場合は、アセスメントの項目が国の定める課題分析標準項目（23 項目）を充足しているかどうかを確認する必要があります。

また、介護ソフトを使用している場合に、入力するだけで書類を打ち出していない場合も見受けられます。（この場合の多くは、項目のチェックのみであり、言葉による課題分析がほとんどありません。）また、入力の際に前回データを上書きしている場合もあり、その場合には、過去のアセスメントの実施の有無が確認できなくなるため、アセスメント結果を印刷する、もしくはデータを日付毎に保存しておくことが必要です。運営指導のためではなく、利用者の過去のアセスメントを時系列に比較検討することが、より適切なケアマネジメントにつながるためです。

なお、紙ベースの場合に、利用者の状態像があまり変わらないため、変更箇所だけ追記し、支援経過にその旨を記載してアセスメントをしているという場合には、色を変える、日付を書く等により、いつ時点のアセスメント内容かが分かるようにすることが必要となります。

現実には、要介護者の場合、状態像が全く変わらないということは想定しがたく、利用者の些細な変化を把握することもケアマネジャーの業務として重要なポイントだと考えます。

［具体例］

アセスメントシートに「入院により車椅子利用となった」旨のみ追加記載され、他は変化なしと口頭で説明を受けたが、同時期のケアプランを見ると介護者の負担軽減のために（当該理由はサービス担当者会議の議事録に記載あり。）通所介護の回数を増やしていたケースがあり、アセスメントの介護力欄には追加記載はなかった。というような整合性のない計画策定の手順となってしまっていた。

なお、愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会（愛介連）が独自のアセスメンシートを開発しており、研修付きで普及に取り組んでいます。愛介連版はチェック方式とは対極にあり、全て文章で、「『以前の生活を踏まえた今の暮らし』⇨『生活に対する意向』⇨『予後予測・リスク』⇨『他職種の意見』⇨『課題の整理』⇨『生活の目標』⇨『生活全般の解決すべき課題』」の流れで課題を導き出すところにその特徴があり、課題分析をするという視点からは参考になります。

参考

愛介連版アセスメントシート作成の折に、愛知県として、その内容・水準であれば運営指導等での指導対象とならない内容となるように助言したものとなります。

【国が定める課題分析標準項目】

(1)　基本情報

利用者受付情報、利用者・利用者以外の家族等の基本情報、居宅サービス計画作成の状況

(2)　これまでの生活と現在の状況

利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等

指導時のポイント

居宅サービス計画書の第 3 表には、主な日常生活上の活動の記載欄があるので、この生活状況の項目として、日常生活の活動時間帯が把握されていない場合には、第 3 表は如何にして作成されたのか、提供すべきサービスの提供時間帯がなぜ決まったのか、等々の疑問が生じます。

(3)　利用者の社会保障制度の利用情報

介護保険、医療保険等、年金の受給状況、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況

指導時のポイント

40 歳から 64 歳までの 2 号被保険者の年齢区分の場合、生活保護受給者の場合は、そのほとんどは、介護保険の被保険者でない場合が多いので、被保険者確認は重要です。

2 号被保険者は、医療保険加入者であることが前提であり、生活保護受給者は、国保以外に社保等に加入していなければ医療の全額が生活保護適用となり、医療保険未加入者となるため介護保険の被保険者ではありません。

(4)　現在利用している支援や社会資源の状況

(5)　日常生活自立度（障害）

(6)　日常生活自立度（認知症）

(5)、(6)共通して、入手方法は主治医意見書、認定調査員、主治医意見書を記載しない他の医師（複数診療科に受診の場合はあり得る）等が考えられます。

指導時のポイント

オリジナルシートは作成してあるが、その記入要領を定めていない場合も多い。

(5)、(6)の記入方法については、主治医意見書が最も合理的ですが、主治医意見書の入手時点や内容、ケアマネジャーの判断が相違する場合の対応について聞き取りをすることもあります。

【補足】

アセスメント上の最重要事項ではありませんが、独自のアセスメントを行っている場合には、この点が曖昧となりやすいため、聞き取りをすることがあります。

また、初回アセスメントの場合は、主治医意見書の入手はアセスメント実施日から相当遅れて入手することとなります。2 回目以降でも、アセスメント実施日として入手している主治医意見書は前回分の場合が多いため、日付の齟齬が多く生じることとなり、一見単純な情報収集と思える内容でも、時系列的に確認すると矛盾が生じていることがあります。

(7)　主訴・意向

利用者と家族の思いは相反することも多く、分けて記載してあるか確認します。

(8)　認定情報（要介護状態区分、審査会の意見、区分支給限度額等）

(9)　今回のアセスメントの理由（初回・更新・区分変更・退院退所時等）

指導時のポイント

支援経過で区分変更、入・退院の事実や状態像の変化を把握し、その時点で一連のケアマネジメントを実施、ケアプラン見直し・暫定プラン作成をしているかという視点で確認します。

(10) 健康状態

健康状態及び心身の状況、受診・服薬に関する状況、自身の健康に対する理解や意識の状況、生活スタイルや生活状況にも目を向けます。疾病等がある場合には、本人の病識についても理解する必要があります。

(11) ＡＤＬ

介護上の基本的な項目であり、日常生活行為の自立の程度やレベルを観察し、環境的条件も考慮します。

(12) ＩＡＤＬ

IADL 中の服薬情報について、薬局発行の薬情報を入手している場合もあるため、記載の有無以外にも確認します。

指導時のポイント

服薬情報は、利用者の状態像の把握においても重要事項であるので、複数箇所からの服薬の場合には居宅療養管理指導又は医療保険での診療情報提供の活用等を視野に入れることを検討する姿勢が重要です。

(13) 認知機能や判断能力

認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況、自立した生活を営んでいく上での自己表現や他者との関わりといった本人らしさを捉えます。

(14) コミュニケーションにおける理解と表出の状況

コミュニケーションの理解や表出の状況、コミュニケーション機器・方法等に関して確認をします。

(15) 生活リズム

１日及び１週間の生活リズムや過ごし方、日常的な活動の程度に関して確認します。

(16) 排泄の状況

排泄は尊厳に関わる項目であり、日常生活を営む上で深刻な心配事の一つであるため、自立に向けた可能な条件をどのように整えていくか、という視点が必要になります。

(17) 清潔の保持に関する状況

入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況、寝具や衣類の状況に関して確認します。

(18) 口腔内の状況

歯の状態や義歯の状況等、口腔内の状態によっては、嚥下だけでなく、コミュニケーションの困難を引き起こすほどに重い生活障害にもつながります。

(19) 食事摂取の状況

生きていくための栄養や水分の補給に加え、摂食嚥下機能や食事量の把握等について、生きる意欲、楽しみ等につながる条件や内容であるかを把握します。

(20) 社会との関わり

家族等との関わり、仕事との関わりに関して把握することで、利用者の人間関係や環境との調整をどのようにしたら生活の改善を図れるかという視点を持ちます。

(21) 家族等の状況

介護者を含む家族等の理解、能力や実行状況を的確に測り、利用者の QOL をどのように維持するかを検討します。家族支援がどこまでできるのかという視点を持ちます。

また、要介護状態のレベルに関わらず、家族で面倒を見るという理由から、提供されているサービス内容が要介護状態と乖離しているような場合には、ネグレクトや、過剰な責任感等から自死への可能性も考えます。

(22) 居住環境

日常生活の自立支援を目標としているため、居住環境を把握する必要があり、住宅改修の必要性や危険箇所だけでなく、自宅周辺の環境やその利便性について把握することで、日常生活を送る上での障害物を把握することが必要となります。

居住環境の把握のため、間取り図等の記載欄があり、段差等を補記する様式のアセスメントシートもあります。

指導時のポイント

住環境の把握については、在宅生活の継続、自立した日常生活を考える上では、住環境に関する情報は非常に重要となります。

利用者の起居、食事の場所、トイレ、お風呂等日常生活を送る上でどのような状態であるかが把握されていないアセスメントでは、在宅生活の継続を目指した居宅サービス計画書となっているのか、また、住環境の状態と心身の状態から、目指すべき心身機能の回復レベルも見えてくるため、この点からも住環境の把握は重要です。

(23) その他留意すべき事項・状況

利用者に関して、介護サービスを提供する上での個別のニーズ、家族虐待や経済的困窮、身寄りがない等、生活に何等かの影響を及ぼす事項についても確認します。

４　居宅（施設）サービス計画　≪ケアプラン≫

アセスメントとの連動性、具体的には、アセスメントにこう書いてあるから、当該サービスが必要になる、という論理が読みとることができるかがポイントになります。

具体例及び指導時のポイント

主治医意見書では通所リハが必要と記載されているが、ケアプランには通所介護が位置付けられているケースがよくあります。医学的に必要とされている通所リハについて通所介護の個別機能訓練で対応しているとの回答をいただきますが、個別機能訓練加算を算定していないこともありました。

医療系のサービス（訪看、訪問リハ、通所リハ、短期療養等）を位置づける際は、主治医の指示があることを確認し、記載する必要がありますが、確認記録のないままサービスが位置付けられていることも見受けられます。新規に医療系サービスを位置づける場合は、主治医との連絡調整等の記録を確認することが多いです。

【参考】迫井厚生労働省老健局老人保健課長　～「介護保険情報４（2015)」(社会保険研究所発行)

「医療のリハは、骨折や色々な疾患に起因する心身機能の低下の改善が一つのゴールです。介護のリハは、急性期や回復期の後の長い期間、社会で生活することを目指して実施することが目的であり、より生活に密着したものです。」

○　社会保障審議会介護給付費分科会（H26.8.27)：平成 27 年度介護報酬改定に向けて　～居宅サービスに求められる機能

・通所介護　必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。

・通所リハ　理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る。

ケアプランはアセスメント結果等から得られた課題分析とその解決法を示した PLAN であるため、そのプロセス「何のために、どんなサービスを、どのように提供するか」を各介護保険サービス事業者に伝える手段の一つです。

次に、目標の設定がポイントとなります。課題（ニーズ）に沿っているか、利用者目線になっているか、達成可能な具体的な目標設定になっているか等を確認します。目標がある程度具体的になっていなければ、モニタリングを適切に行うことが難しいためです。

５　モニタリング

モニタリングは独自に様式を定めているか、「サービスの実施状況」、「利用者の満足度」、「ケアプランの見直しの要否」等に「〇」を付けるような方式が多く、特に「満足度」を中心にモニタリングをしている事例が多く見受けられます。

モニタリングの定義

基準第 13 条の第 13 号、第 14 号

13 号

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 号

介護支援専門員は、第十三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、利用者に面接すること。

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。

「目標の達成度」の項目があっても、「（ほぼ）達成」に〇をつけ、「ケアプランの見直し」は不要とし、ケアプランを「継続」している事例も多くあります。

しかし、モニタリングは、現行のケアプランが利用者の現状に即しているかどうかを判断するために行われるものであるため、目標の達成度を見る必要があります。

目標が達成されていれば、（短期）目標を変更することになります。

平成 27 年度法改正の一環として、基準の第 13 条に「訪問介護計画等指定居宅サービス等基準において位置づけられている計画の提出を求める」ことが追加規定されましたが、居宅介護支援事業所と居宅サービス事業所が共通認識を持ち、ケアプランに基づいたサービスが提供されているかどうかを確認し、モニタリングの実効性を高める狙いがあるものと考えられます。

また、給付管理を適切に行っているかどうかもポイントの一つです。

基本的にはケアプランに沿った各個別計画に基づいたサービスを各居宅サービス事業者が提供して、初めて居宅サービス事業者は報酬の請求をする根拠を得られるものであり、在宅系においてはケアマネジャーがその給付管理をすることになっています。

従って、ケアマネジャーは各個別計画及びサービス提供内容を確認し、その実施状況を把握（モニタリング）する必要があるため、特に訪問系のサービスのようにサービス内容、時間等が変更されやすいものについて、ケアマネジャーが適切な管理をしているかについては確認するべき事項の一つとなります。

６　ケアマネジメントに関する基本方針について

１　指定居宅介護支援に関する基本方針について

（小牧市指定居宅介護支援事業者の指定に係る申請者の資格並びに指定居宅介護支援の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例第４条）

(1)　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指定居宅サービス事業者等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) 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、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、介護保険施設（法第８条第２５項に規定する介護保険施設をいう。以下同じ。）、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なければならない。

(5) 指定居宅介護支援事業者は、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なければならない。

(6) 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援を提供するに当たっては、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なければならない。

２　指定介護予防支援に関する基本方針について

（小牧市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例第３条）

(1) 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指定介護予防サービス事業者若しくは指定地域密着型介護予防サービス事業者（以下「指定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、公平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、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、他の指定介護予防支援事業者、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、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。

(5) 指定介護予防支援事業者は、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なければならない。

(6) 指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援を提供するに当たっては、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なければならない。

３　第１号介護予防支援に関する基本方針について

（小牧市第１号介護予防支援事業実施要綱第４条）

(1) 第１号介護予防支援事業は、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) 第１号介護予防支援事業は、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、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) 地域包括支援センター受託者は、第１号介護予防支援事業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法第８条の２第１６項に規定する特定介護予防・日常生活支援総合事業その他の介護予防に資する保健医療サービス又は福祉サービスが、特定の種類又は特定の事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立に行わなければならない。

(4) 地域包括支援センター受託者は、事業の運営に当たっては、市、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、指定居宅介護支援事業者、法第８条第２５項に規定する介護保険施設、法第５４条の２第１項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者、法第５８条第１項に規定する指定介護予防支援事業者、住民による自発的な活動によるサービス、地域の予防活動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。

(5) 地域包括支援センター受託者は、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なければならない。

(6) 地域包括支援センター受託者は、第１号介護予防支援事業を提供するに当たっては、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なければならない。