

指定居宅介護支援の事業に係る指針

平成30年9月21日制定
台東区福祉部介護保険課

指定居宅介護支援事業者（以下、「事業者」という。）は、介護保険法（以下、「法」という。）に基づく指定居宅介護支援の事業の実施に際し、利用者に対するケアマネジメントの質の向上を図ることを目的として、保険者である台東区（以下、「区」という。）と協働し、共に役割と責務を果たすために、以下のとおり取り組むこととする。

◎事業者と区が共に掲げる目標

「台東区全体のケアマネジメントの質の向上を図る」

◎目標に向けての具体的な取り組み

1. 事業者の取り組み

東京都台東区指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準に関する条例（平成30年3月27日台東区条例第2号）等、その他関係法令を遵守すること。また、以下の【基本方針】に基づき、重点的に取り組むこと。

【ケアマネジメントの基本方針】

(1) 自立支援及び重度化防止

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。また、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なければならない。

(2) 利用者本位に基づいた居宅サービス計画の作成

①利用者の有する能力、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すること。

②利用者の希望及びアセスメントの結果に基づき、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すること。

③事業者は、居宅サービス計画の作成にあたり、利用者に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等について説明を行い、理解を得ること。

(3) 関係機関と連携したケアマネジメントの実施

- ①サービス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、利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合には、利用者に係る介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めること。
- ②指定居宅サービス事業者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こと。
- ③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るとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、作成した居宅サービス計画を意見を求めた主治の医師等に交付すること。
- ④事業者は地域ケア会議において、利用者に対する適切な支援体制等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ること。
- ⑤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ること。
- ⑥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が作成した各種計画（訪問介護計画）等の提出を求めること。

(4) 厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護に基づく届出

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）を位置付ける場合、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区へ提出すること。

(5) 法第23条等に基づく、文書等の提出や提示の求め又は質問や照会への対応

事業者は、法第23条(※)等の規定により、区からの文書等の提出や提示の求め又は質問や照会に応じること。また、区から指導又は助言を受けた場合においては、それに従って必要な改善を行い、区から求めがあった場合には改善の内容を報告すること。

(※) 介護保険法第23条

市町村は、保険給付に関して必要があると認めるときは、当該保険給付を受ける者若しくは当該保険給付に係る居宅サービス等（居宅サービス（これに相当するサービスを含む。）、地域密着型サービス（これに相当するサービスを含む。）、居宅介護支援（これに相当するサービスを含む。）、施設サービス、介護予防サービス（これに相当するサービスを含む。）、地域密着型介護予防サービス（これに相当するサービスを含む。）若しくは介護予防支援（これに相当するサービスを含む。）をいう。以下同じ。）を担当する者若しくは保険給付に係る第四十五条第一項に規定する住宅改修を行う者又はこれらの者であった者（第二十四条の二第一項第一号において「照会等対象者」という。）に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を求め、若しくは依頼し、又は当該職員に質問若しくは照会をさせることができる。

2. 区取り組み

台東区行政計画及び台東区高齢者保健福祉計画等に基づき、介護支援専門員の育成・支援を目的として、以下の(1)～(2)の取り組みを行う。

(1) 介護事業者研修

制度改正や社会状況の変化などにあわせた研修を実施し、介護事業者が提供するサービスの向上を図る。また、介護支援専門員の資質向上や業務効率を図るため、ケアマネジャーに対し、医療・介護に関する知識や適切なケアプラン作成に資する研修会などを開催することや、区の事業の周知・啓発を行う。

(2) 指導検査の実施

法第23条等の規定に基づき、事業者指導(実地指導、集団指導)を行うことで、法令、通達及び区が別に定める指導に係る基準に対する適合状況等について確認し、必要な助言及び指導又は是正の措置を講ずることにより、介護給付等対象サービスの質の確保、利用者保護及び保険給付の適正化を図る。

3. 事業者と区の協働の取り組み

平成30年4月1日より居宅介護支援事業所の指定権限が区に移行となったことや、新たに運営基準に位置付けられた「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」に基づく居宅サービス計画の届出などにより、事業者と区の連携がより一層重要となる。このため、以下の(1)～(4)について互いに協働して取り組むこととする。

(1) ケアプラン点検

東京都が作成した「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」に基づき、主任介護支援専門員の協力のもと、区内の介護支援専門員が作成したケアプランを点検することで、利用者の自立支援の促進及び介護支援専門員の資質向上を図り、利用者に対する公平・公正かつ適切なサービスを確保し、制度の信頼性を高めていくと共に、持続可能な制度運営を図る。

(2) 厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護

「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」(平成30年厚生労働省告示第218号)に基づき、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)を位置付ける場合、当該居宅サービス計画を区へ提出し、区は利用者の自立支援及び重度化防止の観点から点検を行い、必要に応じてケアプランの是正を促す。

(3) 事業所への調査による運営状況の確認及び課題の共有・解決

事業所の運営状況等について、区が現地確認及び書面による調査を行うことで、事業者が抱える課題を共有し、解決に向けた取り組みを行う。

(4) 主任介護支援専門員の活動

主任介護支援専門員は区の主任介護支援専門員連絡会に所属のうえ、目標に向け、介護支援専門員に対する指導や助言など事業所内で円滑なケアマネジメントを実践するためのスーパーバイザーとして、また、地域包括ケアシステムを実現するために必要な情報の収集、発信、事業所・職種間の連絡調整など、主任介護支援専門員としての役割を果たすよう、活動すること。

区は活動状況を把握し、随時、情報提供等を行うことで活動を支援する。

【イメージ図】

