

柏原市ケアマネジャーガイドライン

令和元年6月

柏 原 市

目 次

I	介護保険制度とケアマネジャー業務	1
1	ケアマネジャー業務の基本概念	1
2	ケアマネジャー業務の流れ	3
3	ケアマネジャーの1か月の動きと業務内容	5
4	ケアマネジャー業務のポイント	7
5	医療との連携	36
6	関係法令	40
II	ケアマネジャー支援体制	54
III	その他	57

I 介護保険制度とケアマネジャー業務

1 ケアマネジャー業務の基本概念

(1) 基本理念

ケアマネジャー業務の基本理念は、「要介護者等が可能な限り居宅において、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、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に支援すること」とされています。

(2) 基本姿勢

ア 人権尊重

援助関係において、利用者の権利を守るとは当然のことながら、地域社会・家庭においても、その人権が侵害されることなく生活できるように、配慮しなければなりません。

イ 主体性の尊重

支援過程においては、常に利用者の意思及び人格を尊重し、利用者が適切な判断ができるように助言をおこないます。

ウ 公平性・中立性の視点

- ・ 利用者との関係において、ケアマネジャーは私的な感情や偏見にとらわれることなく、公平中立であることが求められます。
- ・ サービスの利用において、利用者に提供される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ることがないように、公正中立であることが求められます。

エ 社会的責任

ケアマネジャーは利用者にとって、単なる友人や相談相手ではなく、職業人として専門的な援助関係のうえにある支援者であることを念頭におく必要があります。

オ 個人情報の保護

ケアマネジャーは業務上さまざまな個人情報に触れます。個人情報の保護については十分に留意する必要があります。また、個人情報を取り扱う際には、利用者の同意を取ることが必要です。

(3) 業務の視点

ア「自立」「生活の質の向上」の視点による「生活全体」の支援

介護保険では要介護者等を対象とすることから、概して介護等のサービスに目を向けがちになりますが、ケアマネジャーは、サービスのコーディネートを含めた生活全体を支援することが求

められます。

また、要介護者等の自立とは「自らの責任で自らの生活設計をすること」であり、それを支援することがケアマネジャーには求められます。「自立」とはADL以外の面での自立を含めたものであり、ADLの自立が困難な利用者に対しても「自立」を支援することは必要です。

自立を支援するためには、ケアマネジャーは要介護者等の自己決定や自己選択を支援していくことになり、「利用者本位」の視点を持つことが重要となります。そのためには、ケアマネジャーは要介護者等の人間としての尊厳や、一人ひとりの生活に対する価値観を大切にすることが求められます。

イ 総合的なサービス提供のための多職種協働・連携

要介護者等の生活を支えることは、ケアマネジャー一人だけの力ではできません。そのため、多様な専門職が協働・連携してサービスを提供することが不可欠です。ケアマネジャーには、専門家がそれぞれの専門的立場から連携・協働して要介護者等を支えられるような環境づくりを行うことが求められます。

ウ 総合的なケアプラン（居宅サービス計画）の実施

ケアプランは、要介護者等の日常生活全般を支援する視点に立って作成することが重要ですが、そのためケアプランの作成又は変更にあたっては、介護保険サービスだけでなく、柏原市が提供する介護保険外サービスや地域のボランティア団体が提供しているインフォーマルサービス等を含めてケアプランに位置付け、総合的な計画となるように努めなければなりません。

また、ケアマネジャーは、利用者の希望や課題分析の結果を踏まえ、地域で不足していると考えられるサービス等については、関係機関（地域包括支援センターなど）に働きかけ、地域において提供されていくことが望ましいといえます。

2 ケアマネジャー業務の流れ

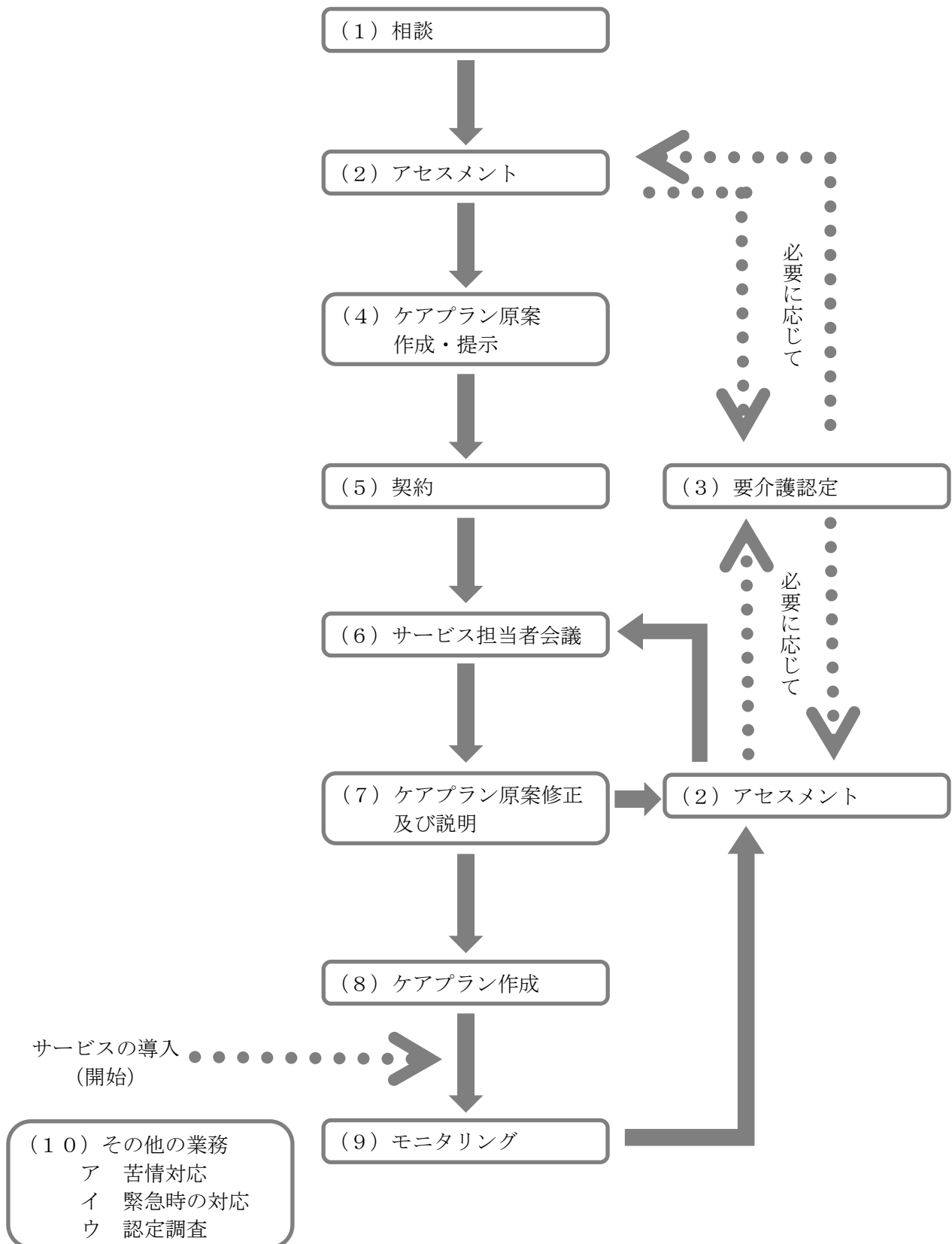
【総合相談部門】

高齢者の介護に関する相談や問い合わせは、居宅介護支援事業者だけでなく、地域包括支援センターなど、さまざまな機関に寄せられます。受け付けられた相談についてはまず「話を聴く」ことから始まりますが、その結果、居宅介護支援の対象者でないことが明らかになった場合は、速やかに適切な機関につなぐことが大切です。

介護保険サービス以外にも、高齢者の生活を支えるサービスや制度は多くあります。地域でのボランティア活動やNPO団体の活動、介護保険外の高齢者向けサービスへの民間業者の参入も盛んになってきています。

適切な機関がわからない時は、地域包括支援センターを紹介しましょう。こちらには「総合相談窓口」があり、相談内容に応じた解決策の検討や適切な機関の紹介をしています。これらの関係機関を紹介する際は、ご本人の了解を得た上で相談内容に関する情報を提供しておくことで、円滑な相談や対応が可能になります。

【ケアプラン作成の流れ】



※ わかりやすくするために、あくまでも「利用者」との関係に主眼を置いて「ケアプラン」を作成していくプロセスを重視した構成としています。全てがこのフロー図のとおりに行われるわけではありません。

3 ケアマネジャーの1か月の動きと業務内容

【注意】

この表は、ケアマネジャーの1か月の動きを必要最小限にまとめたものです。

所属事業所の職員配置などにより、実際に行う事の無い業務も含まれています。業務の詳細はそれぞれの事業所で確認するようにしてください。

【事務的業務】

時期	項目	具体的内容	備考・注意
1～15 日頃	ショートステイ受付日	施設により異なるので、事前に申込日・方法を確認し、それぞれの方法により申込みます。	1 日が土・日にあたる場合は要注意です。
	介護保険更新申請	有効期限満了の60日前から申請受付となります。	
	介護給付取下げ 【通常過誤】 毎月 15 日頃まで 【同月過誤】 毎月月末まで	前月以前に請求し、確定した介護給付費明細書について必要な場合に取下げます。	通常過誤は取下げが確定した後、同月過誤は翌月 10 日までに再請求を行うことができます。
	給付管理票及び介護給付費の請求期限（伝送等）	・前月分の返戻の確認 ・前月分のサービス実績の確認 ・介護給付費明細書の作成（サービス計画費の請求） ・給付管理票の作成 ・予防給付の場合は担当利用者の実績を地域包括支援センターへ報告	返戻があった場合は、内容を確認の上、サービス事業所と調整しながら行いましょう。サービス実績は各事業所より FAX や郵送で届きます。内容が不明な場合は必ず確認してください。
20～月末	サービス提供票の配布	次月分のサービス提供票を作成し、各サービス事業所に配布します。	生活保護の方については、サービス利用票を保護担当 CW に提出します。
月末～月初	当月のサービス利用実績の確認	当月に利用したサービスについて実績を確認します（順次届いてくる）。	全てのサービスに対して事業所からの実績がそろっていることが必要です。

【実務的業務】

項目	具体的内容	備考・注意
訪問	モニタリングは運営基準で位置付けられていますが、その他にも目的を持って有効に訪問しましょう。	1 か月に 1 回は利用者宅で面接を行い、心身の状況及び居宅サービス計画の達成状況を把握し、その記録を作成する必要があります。
月の前半	・居宅サービス計画書の配布 ・前月のサービス実績の確認 ・契約の更新（当月末で切れる場合） ・認定調査（依頼書が届いた場合）	
中旬以降	・次月の 1 日に調整すべきことの確認 ・認定結果の確認	・短期入所の希望日程、更新申請代行手続き ・認定の結果は介護保険証で確認をしましょう（給付制限についても確認すること）

項目	具体的内容	備考・注意
サービス担当者会議の開催及びケアプランの作成	①以下の場合にはサービス担当者会議を開きましょう。 ・ケアプラン原案を作成した場合 ・要介護認定を受けた場合 ・要介護認定の更新をした場合 ・ケアプランを大きく修正する場合 ②次月末に有効期限の切れる利用者の開催の調整（本人・サービス事業所などの参加依頼、日時の調整、計画原案の作成など）を行います。 ③上記の調整ができ、認定の結果が出たら、有効期限が切れるのを待たずに開催します。	介護保険の更新手続きをしたら、早めに調整しましょう。 場所の確保が困難な場合は地域包括支援センターに相談してください。 地域包括支援センターの職員が担当者会議に参加することも可能です。 開催後には開催記録とケアプランの作成を行います。 会議に参加できなかった事業所等には照会で情報収集をしてください。
認定調査の内容と主治医意見書の確認	認定結果が出たら、その結果を収集しましょう。 介護保険被保険者証等で確認してください。 「介護保険要介護・要支援認定関係資料交付（閲覧）申請書」でのやり取りになります。 認定は、原則として30日以内に行われます。もし、30日以内に認定結果が送付されない場合は、市役所に確認しましょう。	
地域包括支援センターによるサポート	地域包括支援センターでは、サービス担当者会議の開催支援や事例検討会等を行っています。 また、電話や窓口での相談を受け付けています。 地域包括支援センターの事業に参加することで、ケアマネジャー同士のつながりやサービス事業所とのつながりが生まれ、インフォーマルの情報も収集しやすくなります。積極的に活用しましょう。	サービス担当者会議やケアカンファレンスの開催について、地域包括支援センターによって日程・内容が異なります。事前にお問い合わせの上確認してください。

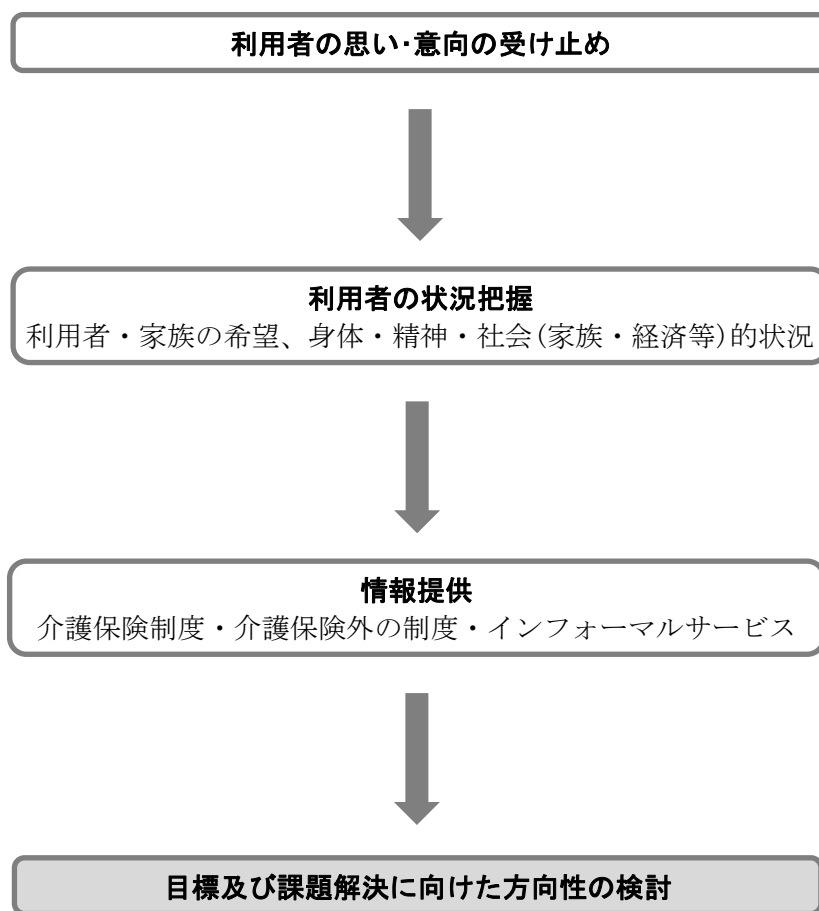
4 ケアマネジャー業務のポイント

(1) 相談

何のために

相談者の話を聴き、居宅介護支援の対象者としての見極めができると、具体的な相談が始まります。相談業務は、さまざまな期待と不安をもった利用者が、自立した生活を送るために、必要なサービスや施策の利用を選択できるようにするとともに、専門家として助言を行い、課題解決に向けた方向性を利用者と検討するために行うものです。

利用者の抱えている問題のポイントを整理し、支援の方向性を的確に見定めていくように心がけましょう。



こんなことをします

- ◇ 利用者の思い・意向の受け止め及び状況把握
- ◇ 課題把握
- ◇ 情報提供
- ◇ 目標及び課題解決の方向性の検討
- ◇ 関係機関への紹介

ここがポイント

- ◇ 相手は「何に困っているのか」「どうしたいのか」。まず、相手の訴えをきちんと聴きましょう。
- ◇ 主治医がいるのかどうか、また主治医から生活上の注意点やリハビリテーションや訪問看護などの指示が主治医から出ているかを確認しておきましょう。
- ◇ すでに利用している制度やサービスがあるかを確認しておきましょう。
- ◇ 介護保険制度以外の利用希望があった時は、利用者の状況に合わせて迅速かつ丁寧に関係機関を紹介しましょう。
- ◇ 総合的な相談が行えるよう常日頃から、情報を収集し、地域のインフォーマルサービスにも、精通するよう心がけましょう。
- ◇ 本人や家族など関係者の個人情報のうち、アセスメントやケアプラン作成のために必要な情報を、「どこから」「何のために」「どのような方法で」収集するかを説明して、了解を得ておきましょう。
- ◇ 利用者の状況に合わせて課題解決の実践に向けて必要な支援を行いましょう。

＜介護保険制度の利用＞

介護保険制度の仕組みについて十分な理解がされているかを確認し、必要に応じて補足説明をしましょう。

※ 要介護認定の状況を確認し、必要に応じて申請への援助を行いましょう。

＜介護保険外制度・インフォーマルサービスの利用＞

介護保険外の各制度やインフォーマルサービスの概略を説明し、関係機関を紹介しましょう。

＜行政機関との連携＞

多くの複雑な問題を抱えており、行政機関との連携が必要と判断した場合は、市役所・地域包括支援センターと情報を共有した上で連携体制をつくります。

ここに注目！！

- ◇ 特定の事業者等によるサービスを位置付けるべき旨の指示をすることは禁じられています。(運営基準第 25 条)

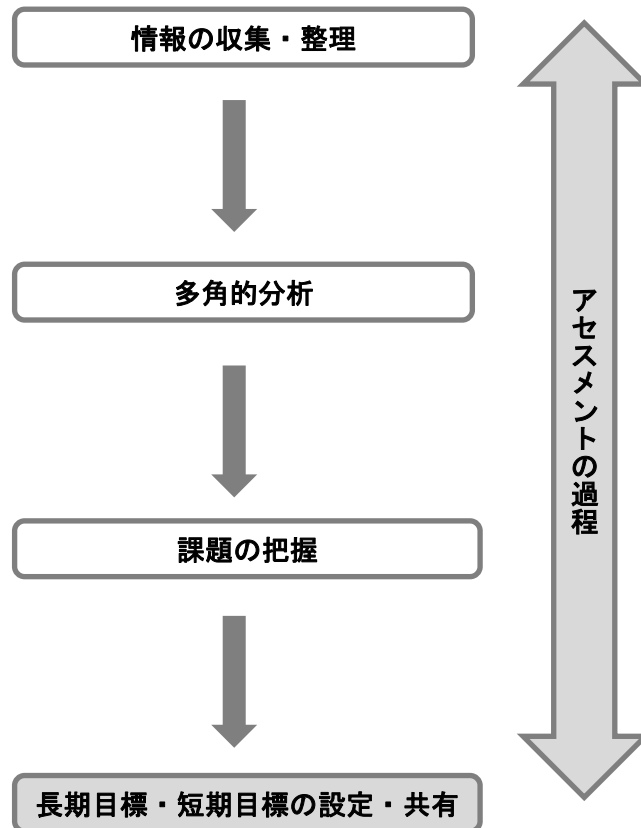
自己診断カルテ

- ☐ 安心して相談できるような態度や話し方を心がけ、利用者の立場で相談に応じていますか。
- ☐ ゆとりを持った時間や、相手の都合などを考慮して訪問の約束をしていますか。
- ☐ 日頃から、地域のインフォーマルサービスにも精通するよう心がけていますか。
- ☐ 介護保険制度やケアマネジャーの役割について説明し、理解を得ていますか。
- ☐ 利用者の自己決定権を保障するため、介護保険内外のサービス・インフォーマルサービスを含めて、公正・中立な情報提供を総合的に行っていますか。
- ☐ 介護保険を利用するまでの大まかな流れについての説明や、必要に応じた詳細説明を行っていますか。
- ☐ 個人情報の収集について、(目的・方法・収集先・内容など)説明して了解を得ていますか。
- ☐ 被保険者証の有無、内容(要介護度、有効期間、意見欄、給付制限)を確認し、必要な援助を行っていますか。
- ☐ 必要に応じて関連機関への連絡を行いましたか。
- ☐ 地域包括支援センターの紹介等、関連機関の説明を行いましたか。

(2) アセスメント

何のために

相談を終えた後は利用者が抱える課題を明らかにして、具体的な生活の目標を設定するためにアセスメントを行います。そのためには、情報を収集・整理して、利用者のおかれている状況を多角的に分析することが求められます。その分析結果をもとにして、改めて利用者とともに課題や目標を共有化しましょう。



こんなことをします

- ◇ 総合的な情報収集
- ◇ 情報の整理
- ◇ 情報の関連性の検討・分析
- ◇ 課題の把握と整理
- ◇ 長期目標・短期目標の検討

ここがポイント！！

- ◇ 利用者・家族からの情報収集に加え、要介護認定調査に関する情報の請求や主治医等の関係機関との連携によって、情報を総合的に収集しましょう。
- ◇ 利用者宅を訪問して利用者及び家族に面接をして解決すべき課題の把握を行いましょう。
- ◇ 住環境や周辺の環境にも注目して、事実に基づいて客観的な分析をしましょう。また、家族構成は可能な限り、親や兄弟などの親族も把握しましょう。
- ◇ それぞれの課題について、「その課題が誰の課題か」「解決する力は（誰に）どの程度あるか」を検討してみましょう。
- ◇ 現在の状況に至った経過や、今までの生活歴にも注目しましょう。
- ◇ 目の前の状況だけではなく、利用者の将来について、予後予測のイメージを図りましょう。また、要介護状態の改善や軽減を図る視点も重視しましょう。
- ◇ 身体障害者手帳の所持や生活保護等の受給についても確認しましょう。
- ◇ 認定審査会からの意見やサービスの種類制限及び、給付制限等の有無を被保険者証で確認しましょう。

ここに注目！！

- ◇ アセスメントを行うにあたっては、利用者宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行なわなければなりません。（運営基準第 13 条七）
- ◇ 利用者宅に訪問する時は、身分証明書及び都道府県知事が発行する携帯用介護支援専門員登録証明書を携行し、初回訪問時又は利用者・家族の求めに応じて提示できるようにしましょう。（運営基準第 9 条）
- ◇ アセスメントの書類等はサービス利用契約終了後 2 年間保存することが義務付けられています。（運営基準第 29 条第 2 項）

自己診断カルテ

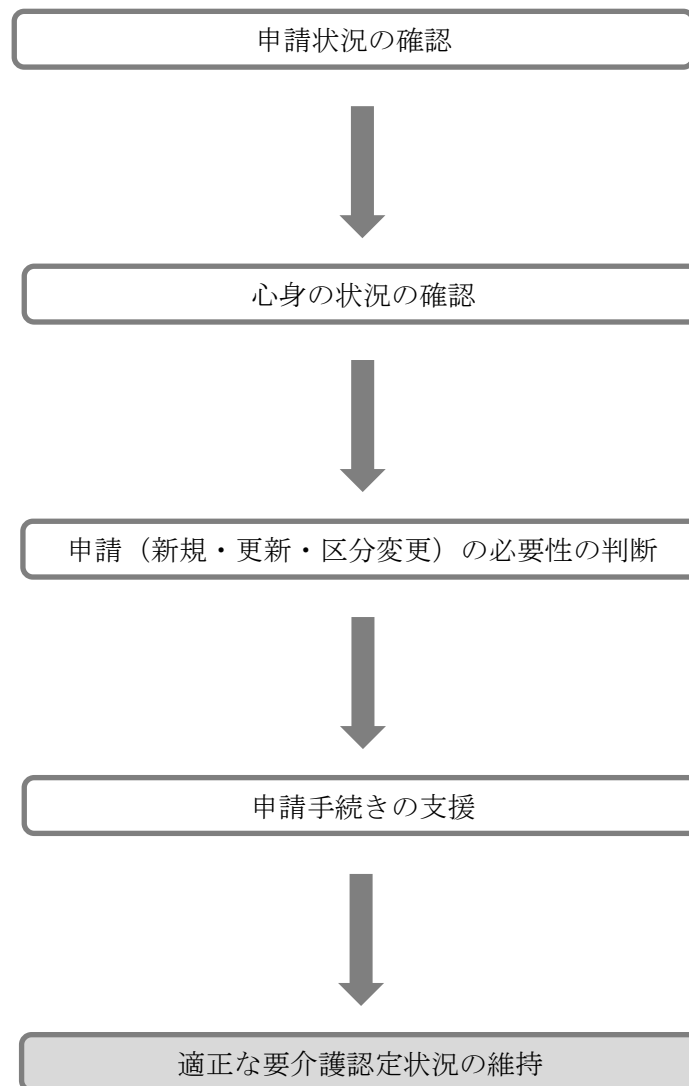
- ☐ 課題の把握にあたっては、居宅を訪問し利用者及び家族に面接していますか。
- ☐ 常に身分証明書及び携帯用介護支援専門員登録証明書を携行しており、求めに応じて提示できるようにしていますか。
- ☐ 事前に訪問や質問の目的を説明し、了解を得ていますか。
- ☐ 身体状況、精神状況、認知症の症状、社会参加の状況、家族の介護力、家族との関係、住環境等について総合的にアセスメントしていますか。
- ☐ 現在の状況だけでなく、今までの生活歴や今後の生活に対する希望や不安等を確認していますか。
- ☐ 必要に応じて、主治医や行政機関等の関係者から情報収集をしましたか。
- ☐ 介護保険外サービス（行政施策及び民間サービス等）の利用の有無を確認しましたか。
- ☐ 被保険者証で認定審査会からの意見や給付制限の有無などを確認しましたか。
- ☐ ケアマネジャー自身がニーズとして感じることと、利用者や家族が要望（欲求）していることを整理した上で正確に把握していますか。
- ☐ 収集した個人情報の保管にあたっては、個人情報の保護に留意して適切に管理していますか。
- ☐ アセスメント記録は、利用者や家族から公開を求められた場合、速やかに閲覧等できるように記録・管理していますか。

(3) 要介護認定

何のために

要介護認定は、要介護状態や要支援状態にあるかどうか、どの程度かの判定をするために行います。

居宅介護支援事業者は、利用申込者の意思を踏まえ、新規・更新申請はもとより、利用者が常に適正な要介護認定を受けられるよう、モニタリング、アセスメントの結果から区分変更申請などについて、必要な助言や協力を行う必要があります。



こんなことをします

- ◇ 認定にかかる相談への対応
- ◇ 申請に関する助言
- ◇ 申請代行（必要に応じて）
- ◇ 認定調査（委託等を受けている場合）

ここがポイント！！

- ◇ 日頃から利用者の認定有効期間を把握し、更新申請の漏れが無いように注意を払いましょう。
- ◇ モニタリング、アセスメントの結果から区分変更申請が必要と判断した場合は、利用者・家族に必要な助言を行いましょう。
- ◇ 認定結果に対する苦情等があった場合は、要介護認定の仕組みを説明するとともに、必要に応じて市役所高齢介護課に引継ぎましょう。

ここに注目！！

- ◇ 「要介護認定等に係る申請について、利用申込者の意思を踏まえ、必要な協力を行わなければならない」（運営基準第8条）とされています。
- ◇ 要介護認定は介護保険制度の重要な手続きです。制度を十分に理解し、必要な協力や助言を行うようにしましょう。（運営基準第8条第1項及び第3項）
 - ①新規・区分変更申請は、その申請のあった日にさかのぼって認定されます。
 - ②更新申請は、現に受けている要介護認定の有効期間満了の日の60日前から満了の日までの間に行うことができます。
- ※ 特に、更新申請の手続きを忘れ、現に受けている要介護認定の有効期間が満了してしまった場合は、有効期間満了の翌日から新たに申請を行うまでの期間については、介護保険によるサービスは受けることができません。
- ◇ 柏原市では、ケアプランの適切かつ迅速な作成に資するため、柏原市要介護・要支援認定関係資料の交付（閲覧）にかかる事務取扱要綱に基づき、居宅介護支援事業者等に対して認定情報の提供を行っています。ただし、提供される認定調査結果等は、あくまでも要介護認定を行うためのものであるため、提供された情報だけでなく、必ずアセスメントを実施した上でケアプランを作成してください。
- ◇ 介護保険要介護・要支援認定関係資料交付（閲覧）申請書は、柏原市のウェブサイトからダウンロードすることができます。

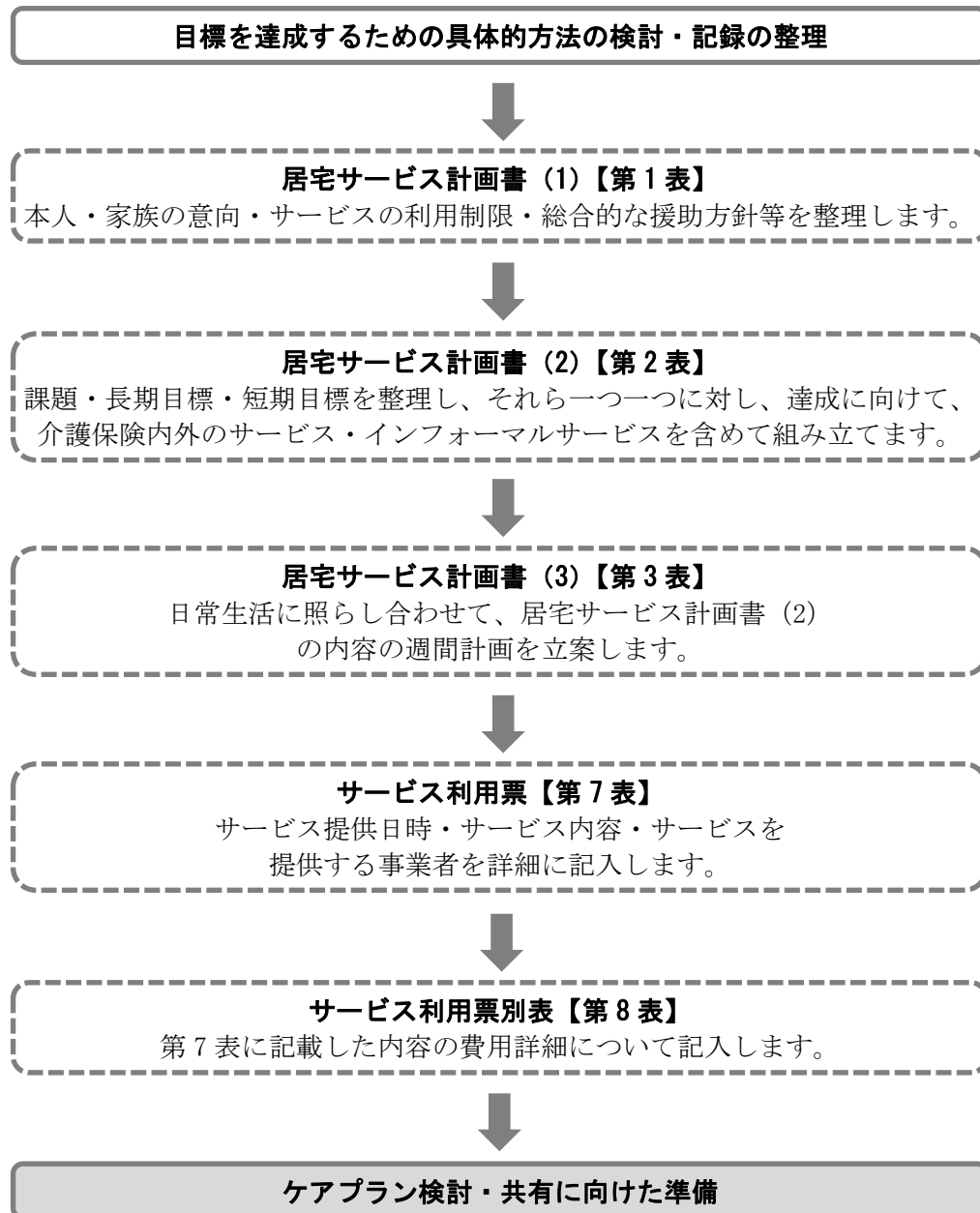
自己診断カルテ

- ☐ 各利用者の認定有効期間を把握していますか。
- ☐ 各月毎の認定有効期間満了者リスト等を作成するなど、更新手続に漏れがないようにしていますか。
- ☐ 区分変更申請の必要を把握した場合に、利用者・家族に必要な助言を行っていますか。
- ☐ 認定結果に対する苦情等があった場合に、認定の仕組みを説明するとともに、必要に応じて市役所高齢介護課に引き継いでいますか。

(4) ケアプラン原案作成・提示

何のために

アセスメントによって把握された課題や設定した目標を達成するためには、具体的な方法を検討する必要があります。様々な課題を日常生活の中でどのように解決していくことができるかを総合的かつ具体的に検討し、ケアプラン原案を作成します。原案として書面にまとめて提示することで、利用者及び事業者がより具体的にケアプランの検討を行うことが可能になります。



こんなことをします

- ◇ 具体的サービスの抽出・選定
- ◇ 利用者負担額の検討
- ◇ サービス提供事業者との調整
- ◇ ケアプラン原案の作成（第1表～第3表、第7表、第8表）
- ◇ 利用者及び関係者へのケアプラン原案の提示

ここがポイント！！

- ◇ 契約は、利用者の権利擁護だけではなく事業所側が実施するサービスの内容を明確にするためにも、書面で締結することが望ましいでしょう。
- ◇ 契約にあたり、特に重要となる事項（利用者負担額やサービス提供方法等）については、利用者に理解してもらえるようにわかりやすく説明しましょう。
- ◇ 契約を急がせることなく、契約書を読み上げるなど、ゆっくり利用者に理解してもらってから締結するようにしましょう。
- ◇ 契約書や重要事項説明書等を作成する場合は、2通作成し、利用者・事業者双方共に署名、押印の上、1通ずつ保管しておきましょう。
- ◇ 個人情報の使用にあたって、同意が得られない場合は情報の取扱方法や業務上の制約などについて、利用者と話し合いましょう。
- ◇ 利用者に十分な判断能力が認められない場合は、成年後見制度の紹介等の後見的支援を行います。

ここに注目！！

- ◇ 居宅介護支援事業者は、サービス提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要やサービスの選択に資すると認められる内容を記した文書（重要事項説明書）を交付して説明を行い、利用申込者の同意を得なければならないとされています。（運営基準第4条第1項）
- ◇ 居宅介護支援事業者は、事業の運営についての重要事項に関する規程（運営規程）として、職員の職種・員数及び職務内容・営業日及び営業時間・利用料・事業の実施地域などの事項を定めるととされています。（運営基準第18条）
- ◇ 居宅介護支援事業者は、利用申込があった場合は、①当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合 ②利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合 ③利用申込者が他の指定居宅介護支援事業者にも併せて指定居宅介護支援の依頼を行っていることが明らかな場合等を除いては、利用を拒んではならないとされています。（運営基準第5条 解釈通知3-（2））また、事業実施地域外である場合等で、適切な居宅介護支援を提供できない場合については、他の居宅介護支援事業所の紹介その他の必要な措置を講じなければなりません。（運営基準第6条）
- ◇ 居宅介護支援事業者は、サービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いる場合は、あらかじめ、それぞれから文書により同意を得る必要があります。（運営基準第23条第3項）
- ◇ 契約締結後、速やかに利用者が居住する市役所高齢介護課に「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」を提出する必要があります。本来は利用者が届出書を提出するものですが、提出の代行等必要な援助をしてください。なお、届出書の書式は柏原市のホームページからダウンロードすることができます。
- ◇ 「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」を提出する際は、介護保険被保険者証（又は資格者証）の原本と、契約書の原本の提出をお願いします。提出後、介護保険被保険者証に届出事業所名を記入と柏原市印を押印し、契約書は締結日と利用開始日を確認し、共に返却します。

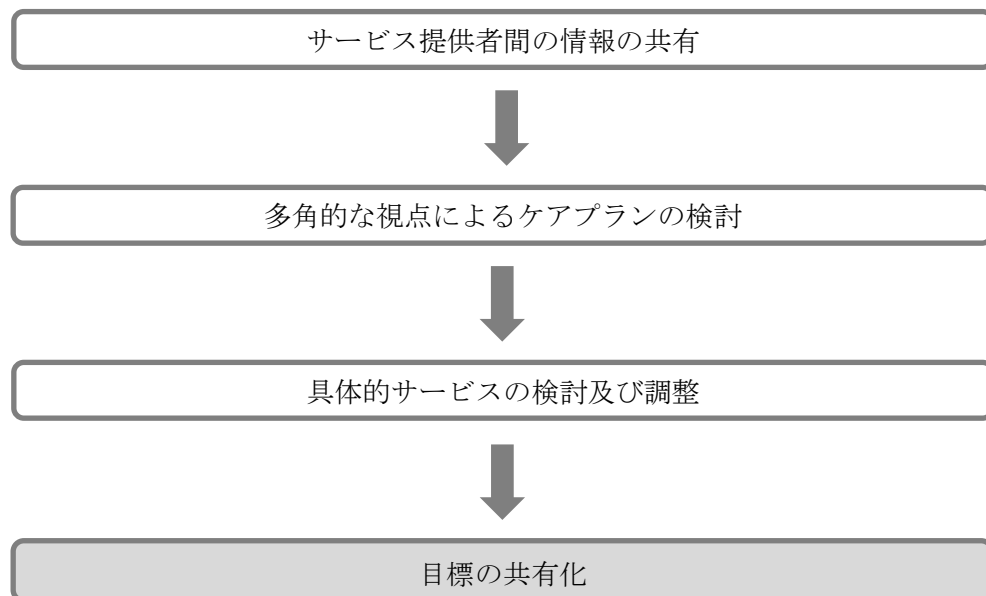
自己診断カルテ

- ☐ 契約に際しては、契約書及び重要事項説明書を交付していますか。
- ☐ 契約の内容は分かりやすく、利用者が理解できるように説明していますか。
- ☐ 通常事業の実施地域などを勘案し、適切なサービス提供が困難で、利用を断らざるを得ない場合は他の事業所等を紹介していますか。
- ☐ 利用者・家族から個人情報使用同意書を得ていますか。
- ☐ 契約後に市役所高齢介護課に居宅サービス計画作成依頼（変更）の届出を行いましたか。
- ☐ 契約期間が満了し、引き続き契約を継続するときに、契約更新の手続きを忘れていませんか。

(5) サービス担当者会議

何のために

ケアプランの原案を作成したら、サービス担当者会議もしくは担当者への照会を行います。これらを行うことで、ケアマネジャーひとりの手によって作成されたケアプラン原案は、利用者やその家族をはじめ関係機関との情報交換や多角的な検討がなされ、より良いものになっていきます。また、ケアプランの作成後も必要に応じてサービス担当者会議や、担当者への照会を行いましょう。チームケアを実践するためには、お互いにコミュニケーションをとることがとても大切です。目標を共有し、それぞれの役割分担を確認することで、効果的なケアプランの実践が可能となります。



こんなことをします

- ◇ 情報交換
- ◇ 課題の共有化
- ◇ 援助目標（長期・短期）の共有化
- ◇ ケアプランの妥当性の検討
- ◇ サービス内容及び提供量の調整
- ◇ 役割分担の明確化
- ◇ チーム形成・連携
- ◇ 場所・日時の設定
- ◇ 事前にサービス提供事業者への呼びかけ

ここがポイント！！

- ◇ 担当者及び利用者やその家族等との間で、「どのようなサービスを」「誰が」「何のために」「どの程度」「いつまで行うのか」を明らかにしていきます。
- ◇ できる限り多くの人が出席できるような日程調整や場所の選定を心がけましょう。
- ◇ 参加者間で、会議で話す問題点などを、事前に情報を共有するようにしましょう。また、そのためにもケアマネジャーが利用者等の問題点を要約したフェイスシート等を配布するのも効果的です。
- ◇ 特に、医療系サービスが組み込まれている利用者などについては、必要に応じて主治医に参加や事前の意見収集などをお願いしましょう。
- ◇ 担当者会議の結果は第4表に記録しておきましょう。また、記録の様式や管理方法は、事業所内で統一しておきましょう。
- ◇ 担当者会議の開催記録は残しておきましょう。
- ◇ 開催については、地域包括支援センターも支援します。

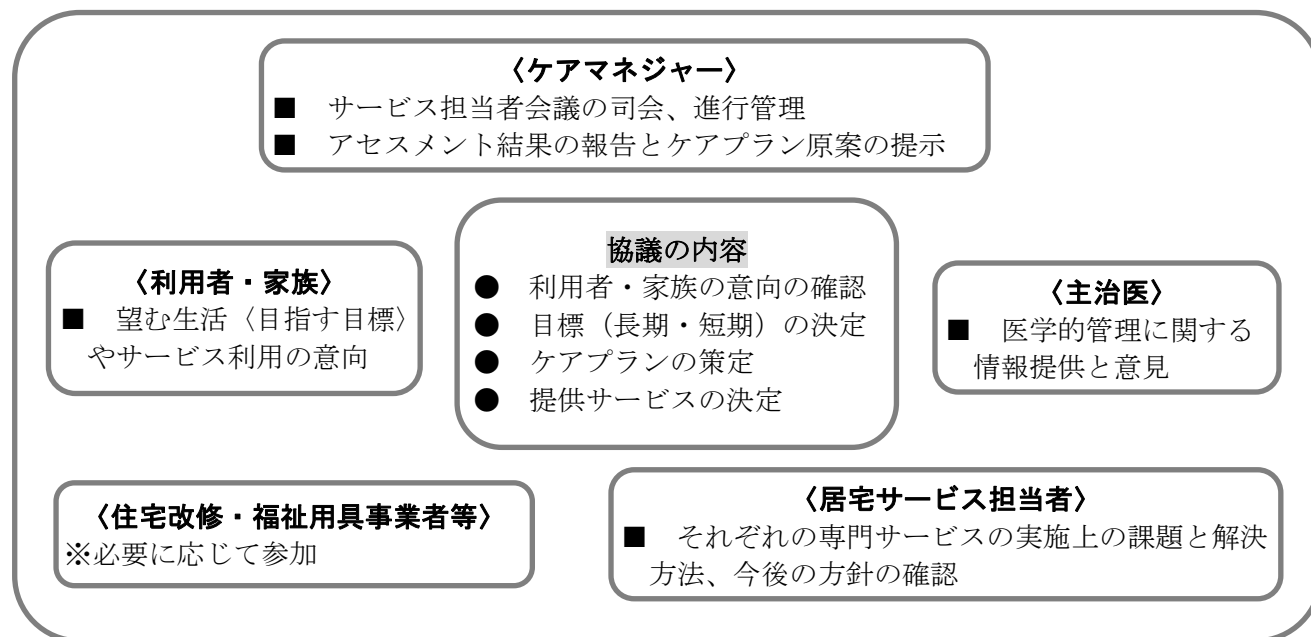
ここに注目！！

- ◇ サービス担当者会議・照会を行う基準（運営基準第13条十四、十五）
 - ① ケアプラン原案を作成した場合
 - ② 要介護認定を受けた場合
 - ③ 要介護認定の更新をした場合
 - ④ ケアプランを大きく修正する場合
- ※ 一時的な利用者の都合や状況に合わせたサービス提供時間帯・曜日・回数の変更の場合はあてはまりません。※ その他、必要に応じて適宜開催しましょう。
- ◇ 「サービス担当者会議の要点（第4表）」に検討した結果を記載しましょう。
- ◇ 「サービス担当者に対する照会内容（第5表）」に検討した結果を記載し
- ◇ サービス担当者会議・照会等が行われない場合は、居宅介護支援費の請求は所定単位数の70～50％に減算して行わなければなりません。（算定基準 注2）

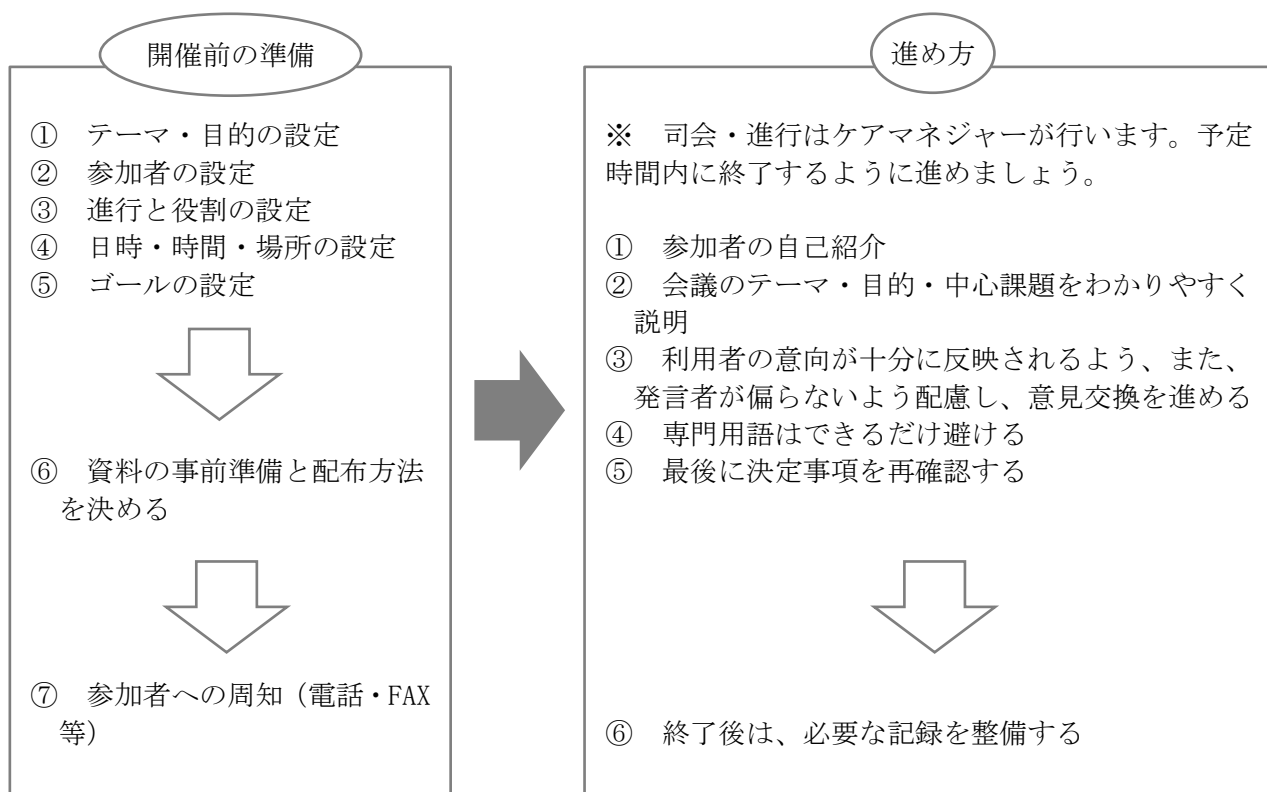
自己診断カルテ

- ☐ ケアプラン作成やケアプラン変更、及び要介護認定や更新認定の際に、サービス担当者会議の開催もしくは担当者に対する照会等（以下、サービス担当者会議等）を行っていますか。
- ☐ サービス担当者会議等を開催する前に、話し合うテーマを明確にしていますか。
- ☐ 利用者の同意を得て、サービス事業者と利用者情報を共有していますか。
- ☐ サービス担当者会議等では、生活課題、利用者の目標、ケアプランの内容等をサービス事業者へ伝えて援助方針の共有化を図り、関係者に専門的な意見を求めるとともに、それぞれの役割分担が明確になるよう、ケアプランの内容の調整を図っていますか。
- ☐ 必要に応じてサービス担当者会議等に利用者や家族に参加してもらい、サービスに対する要望や家族の役割などを確認していますか。
- ☐ 会議の要点をまとめ、記録に残し、各サービス事業者等に報告していますか。
- ☐ サービス担当者会議等を開催できない場合、担当者等に対する照会等により専門的な意見を求め、調整を図っていますか。

サービス担当者会議の持ち方



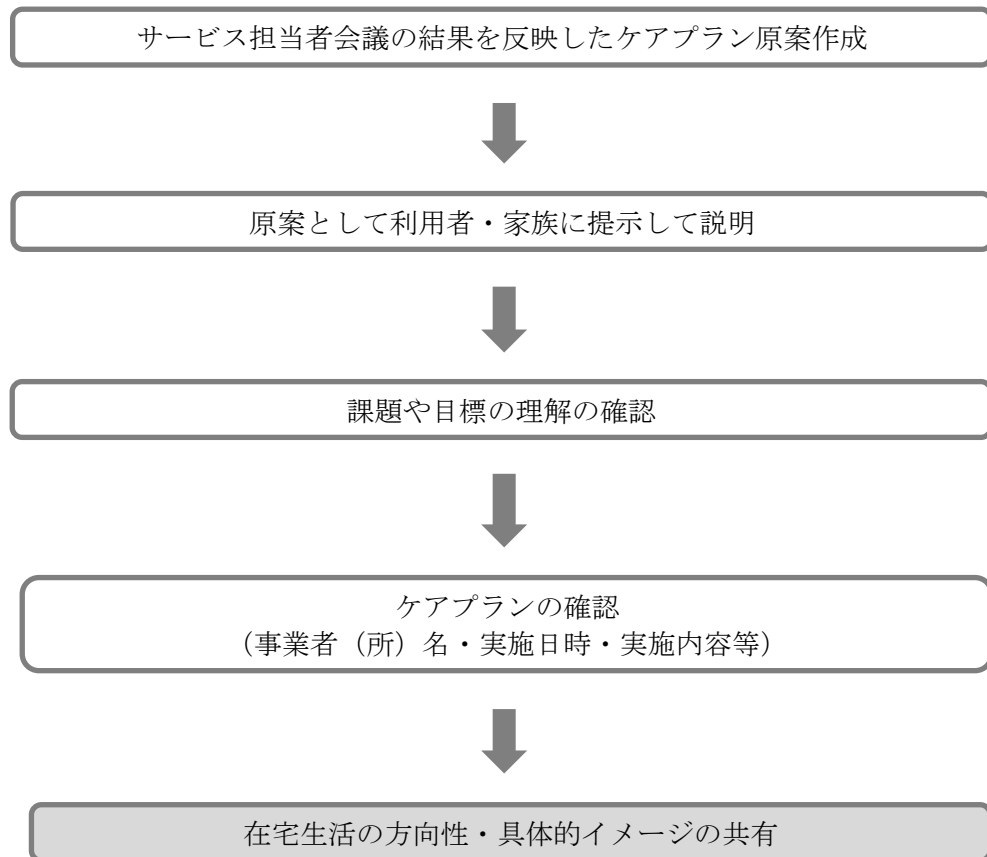
〈サービス担当者会議の開催（参考例）〉



(6) ケアプラン原案修正及び説明

何のために

サービス担当国会議等を終えたら、その結果を反映したケアプラン原案を利用者に提示して説明します。さらに、利用者とその家族の同意を得ることにより、利用者とその家族、サービス事業者、医療機関、ケアマネジャー間で認識の共有化が図られ、利用者やその家族が抱く今後の生活に対する不安を取り除くことができます。



こんなことをします

- ◇ 意見反映によるケアプラン原案修正
- ◇ ケアプランの提示・説明
- ◇ 目標の共有
- ◇ ケアプラン内容の詳細確認

ここがポイント！！

- ◇ サービス担当者会議の結果を適切に反映したケアプラン原案を作成しましょう。
- ◇ 利用者や家族に提示するものです。居宅サービス計画書第1表・第2表の記載については、利用者や家族の気持ちに配慮した表現に注意しましょう。
- ◇ 利用者や家族が、生活の目標やサービス利用の目的を理解し、生活に対する不安を取り除くことができるように、分かりやすく、的確かつ具体的に説明しましょう。
- ◇ ケアプラン原案の説明後に、文書で同意を得ます。その方法については、事業所内で統一しておきましょう。

ここに注目！！

- ◇ ケアプラン原案とは第1表～第3表と第7表・第8表の5種類すべてをいいます。(運営基準解釈通知第2の3(7)⑩)
- ◇ ケアプラン原案の説明及び文書による同意が義務付けられています。(運営基準第13条十)
※実施されない場合は、居宅介護支援費の請求は所定単位数の70%～50%に減算して行わなければなりません。(算定基準 注2)
- ◇ 柏原市医師会作成の「居宅サービス計画情報提供依頼書」が、利用者を通じて届いた時は医師とのより一層の情報の共有に向けて、積極的に回答しましょう。

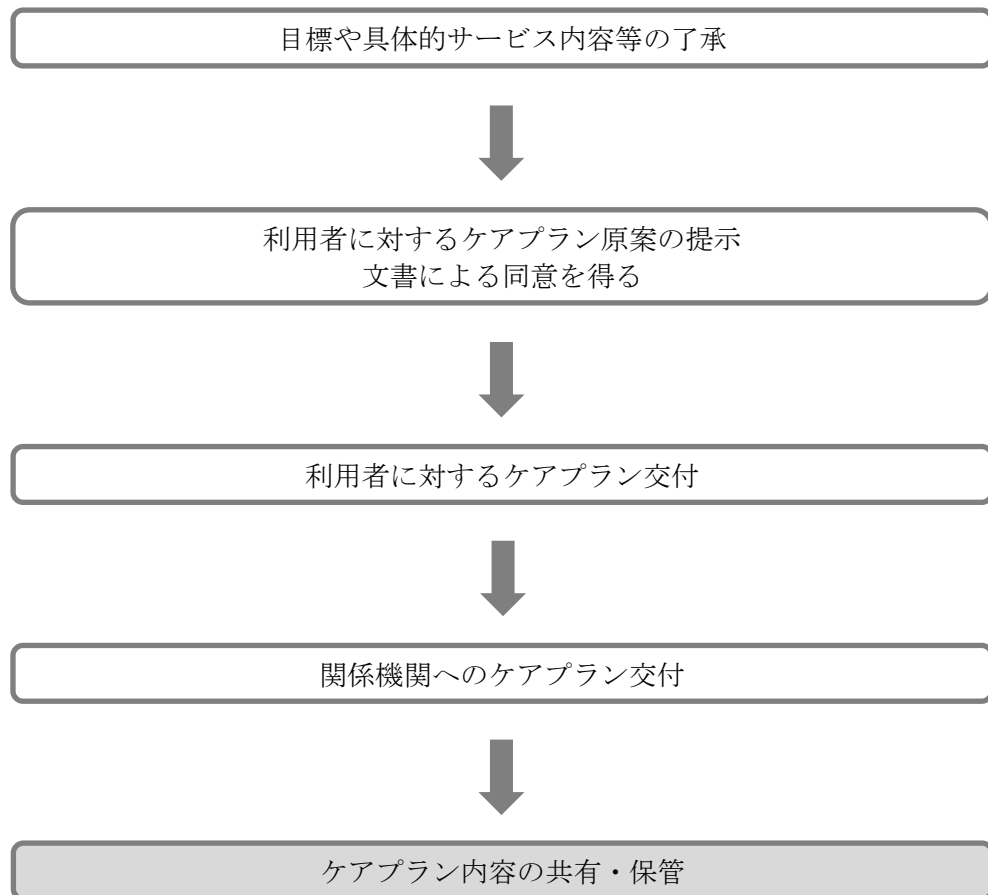
自己診断カルテ

- ☐ アセスメントより抽出された生活全般の解決すべき課題に対応して、総合的な援助方針に基づいて計画原案を作成していますか。
- ☐ ケアプラン原案は、長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に記載していますか。
- ☐ 居宅サービス等に係る主治医等の医学的な観点からの留意事項が示されている場合には、主治医の指示を求めるとともに、その留意点を活かしていますか。
- ☐ 各サービス事業者が提供するサービスの特性を把握し、適切なサービスの選択のもとで実現可能な居宅サービス計画となっていますか。
- ☐ 同一事業主体のサービスに偏ったケアプラン原案を作成することがないよう努めていますか。
- ☐ ケアプラン原案は利用者・家族や関係者にも分かりやすく具体的に記載されていますか。
- ☐ 必要に応じて行政機関や関係団体と連携を図っていますか。
- ☐ 生活保護受給者の場合、担当ケースワーカーと連絡を取っていますか。
- ☐ 居宅サービス計画書第1表～第3表及び第7表・第8表がそろっていますか。
- ☐ 本人及び家族に対してケアプラン原案を提示して、サービス内容や自己負担などについて具体的に説明した上で、文書で同意を得ていますか。

(7) ケアプランの交付

何のために

利用者から文書による同意を得て、ケアプラン原案はケアプランとして確定します。このケアプランを利用者・家族及び関係機関の担当者に文書で交付されることにより、共通の目標に向かってサービス利用を開始することができます。



こんなことをします

- ◇ ケアプラン原案を提示し、利用者・家族等へ文書での同意確認
- ◇ 利用者・家族へのケアプラン交付
- ◇ 関係機関の担当者へのケアプラン交付

ここがポイント！！

- ◇ 第1表～第3表と第7表・第8表の5種類すべてを交付します。
- ◇ 関係機関の担当者へも忘れずに交付しましょう。
- ◇ ケアプランを交付する際には、事業所として決裁を取っておくと良いでしょう。
- ◇ 医療的な注意の必要度が高い場合は、本人や家族の同意を得て、主治医にも渡しておくとう良いでしょう。
- ◇ ケアプランが交付されることで具体的なサービス利用がスタートします。ケアプラン交付前にケアプランどおりにサービスが提供されるよう、サービス提供事業所と最終確認をしておくとう良いでしょう。

ここに注目！！

- ◇ ケアプランとは居宅サービス計画書第1表～第3表と第7表・第8表の5種類すべてをいいます。
- ◇ ケアプラン交付については義務付けられています。(運営基準第13条十一) ケアプラン交付がされていない場合は、居宅介護支援費の請求は所定単位数の70～50%に減算して行わなければなりません。(算定基準 注2)

自己診断カルテ

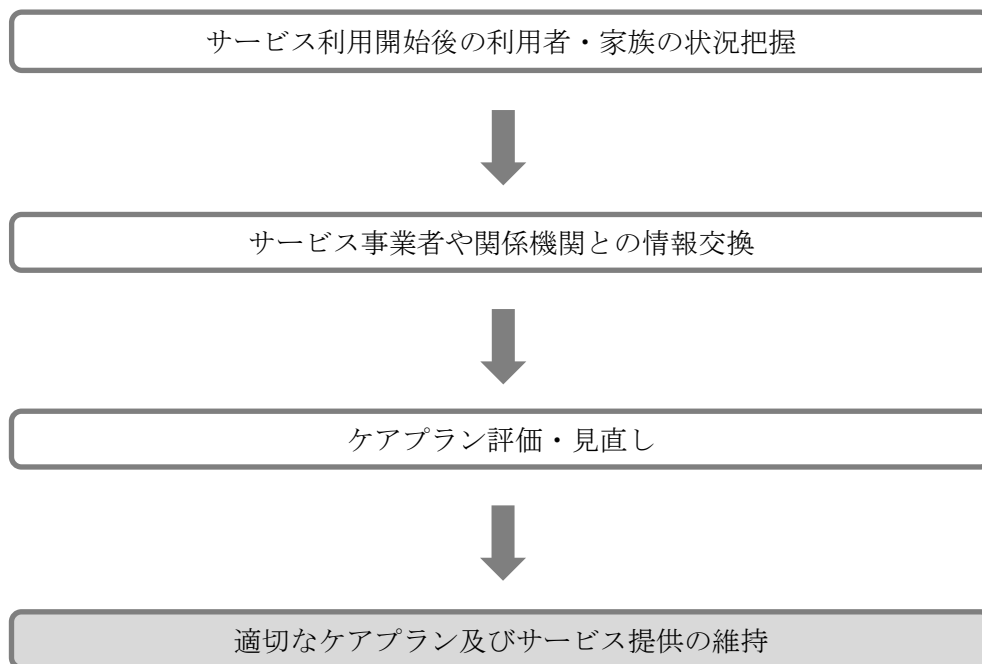
- ☐ サービス原案作成及び変更の際に、居宅サービス計画第1表～第3表・第7表・第8表を交付していますか。
- ☐ サービス原案に記載されているサービスと、利用票に記載されているサービスは一致していますか。
- ☐ サービス提供事業所等の担当者にも交付していますか。

(8) モニタリング

何のために

ケアマネジャーの業務はケアプランを作って終わりではありません。介護サービスの利用開始に伴って、利用者の生活はさまざまな変化を見せているはずです。

「ケアプランどおりにサービスが提供されているか」「目標の達成状況はどうか」「新たな課題が生じていないか」等をチェックして、場合によってはケアプランの変更も検討します。『ケアプランは常に変化するものであり、完璧なケアプランは存在しない』のです。そのためには、利用者の心身状況だけでなく、家族や自宅周辺の生活環境の把握や、サービス事業者などとの情報交換も重要となります。



こんなことをします

- ◇ 居宅を訪問して利用者・家族に面接
- ◇ サービス提供事業者からの情報収集
- ◇ 心身の状態や生活の変化の把握
- ◇ ケアプラン評価・見直し

ここがポイント！！

- ◇ サービスを利用することで、利用者の心身状態や生活は必ずどこかが変化しています。どこがどのように変化したでしょうか。新たな課題が出てきていないでしょうか。訪問して確認しましょう。
- ◇ モニタリングを行う際は、訪問をして、本人の様子だけでなく、住環境や自宅周辺の様子の変化にも注意しましょう。
- ◇ 変化の様子は「目標」に合致したものであるかどうかをチェックしましょう。
- ◇ ケアプランに組み込まれたサービスが的確に提供されているか、サービス内容は適切で、目標に対して的確に提供されているかを、サービス利用票の記録や事業者からの報告の他に、利用者や家族との面談などで把握しましょう。また、状況に応じて、サービスが提供されている場面を訪問しましょう。
- ◇ モニタリングの結果は、第 6 表等へ必ず記録しておきましょう。

ここに注目！！

- ◇ 忘れてはならないモニタリングの目的
 - ①ケアプランの妥当性の確認
 - ②サービス内容の妥当性の確認
 - ③確実なサービス提供の確認
- ◇ 毎月 1 回、利用者の居宅での面接によるモニタリング及びモニタリング記録が義務付けられています。(運営基準第 13 条十三)
- ◇ モニタリングやその記録が適切に行われていない場合は、居宅介護支援費の請求は所定単位数の 70%～50%に減算して行わなければなりません。(算定基準 注 2)

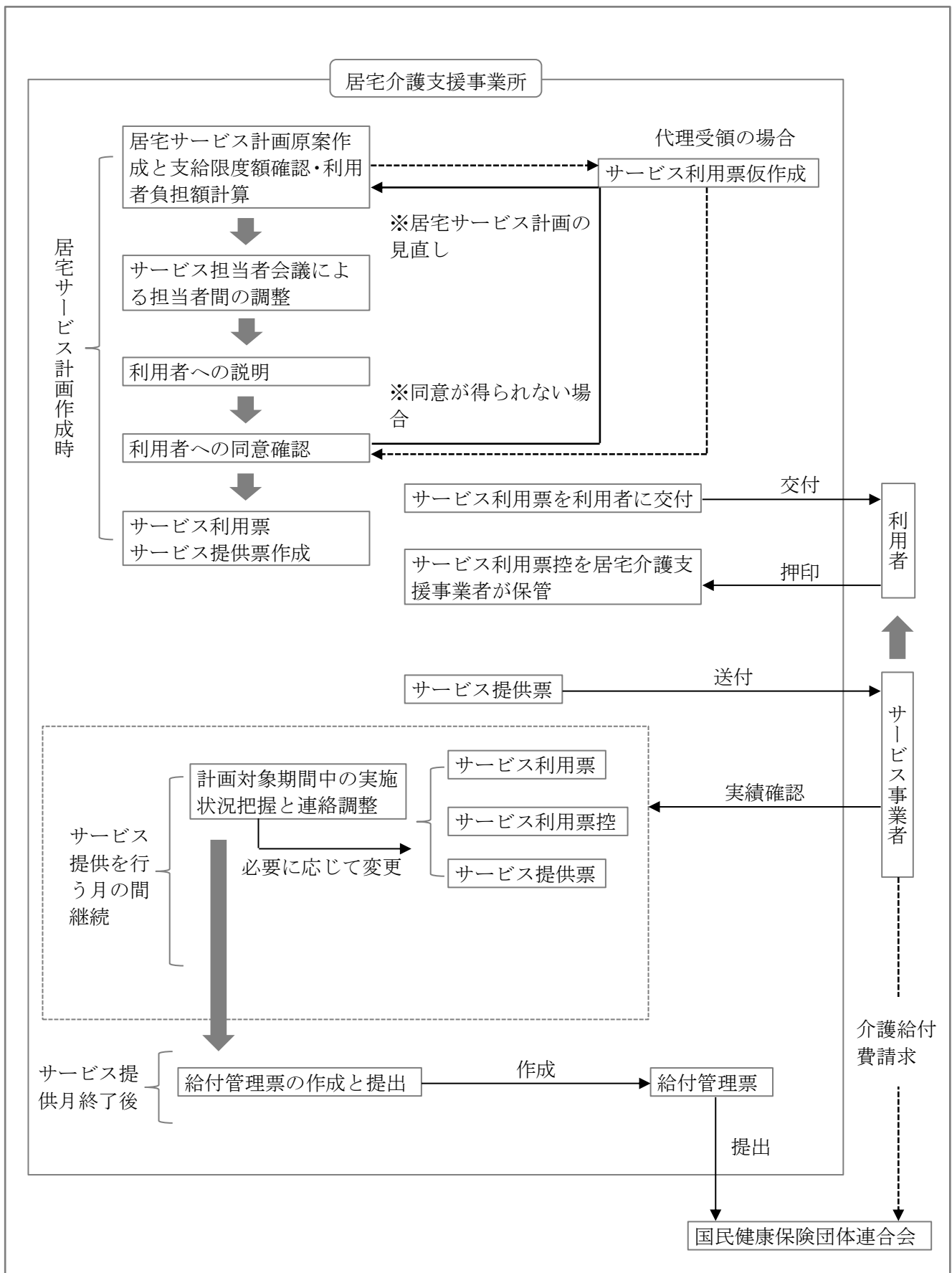
自己診断カルテ

- ☐ 毎月 1 回、利用者宅を訪問して本人・家族に面接をしていますか。
- ☐ サービス事業者が作成した個別援助計画を入手するなど、あらかじめ設定した時期に目標がどの程度達成されたかを確認していますか。
- ☐ サービス内容は、利用者や介護者・家族にとって満足のいくものとなっているかを把握していますか。
- ☐ モニタリングで収集された情報は、(毎月) 文書化して一元管理するとともに、月に 1 回のモニタリング記録を整備していますか。
- ☐ 計画的に再アセスメントを行い、ケアプランの見直しを行っていますか。
- ☐ モニタリングにより修正すべき目標や心身状態及び介護内容の変化が発生した時は、その根拠や理由を具体的に整理し、主治医、サービス事業者等と情報交換していますか。

(9) 給付管理

何のために

適正なサービスが提供され、利用者に不要な負担がかからないようにするために、給付管理は重要です。



こんなことをします

- ◇ サービス提供の実績及びケアプランの遂行状況の確認
- ◇ 利用者負担の確認及び適正な給付管理

ここがポイント！！

サービス提供実績の確認

- ◇ 毎月、利用者、サービス提供事業所に、利用実績を確認しましょう。
- ◇ 月の途中で要支援状態区分と要介護状態区分をまたぐ変更等があった場合
月末時点で担当している居宅介護支援事業者（または介護予防支援事業者）が給付管理票を作成し、居宅介護（介護予防）支援費を請求します。

- ◇ 月末の時点で要介護（要支援）度が確定しない場合

要介護（要支援）度が確定してから、月遅れで報酬請求を行ってください。（要介護（要支援）度が確定しないと給付管理を行う事業者や限度額が確定しないため。）

- ◇ 各種利用者負担軽減制度の確認

それぞれ該当者には証書が交付されています。軽減期間（8月～翌年7月の1年間）、軽減率等を証で確認し、利用者負担額の確認、サービス事業者の利用料徴収の調整を行ってください。

- ① 社会福祉法人による利用者負担軽減（国制度）
- ② 補足給付（特定入所者介護サービス費）（国制度）
- ③ 訪問介護利用者負担助成（国制度）

その他に、公費負担や被災者等に対する保険給付の額の特例等があります。

- ◇ 給付制限の確認

被保険者が保険料を滞納し給付制限を受けていると、通常の方法で報酬請求を行っても返戻となってしまう。給付制限については、被保険者証に記載してから実施されますので、サービス提供月の前に、必ず被保険者証を確認するようにしてください。

・支払い方法の変更（償還払い化）

保険料を1年間滞納すると、保険給付が償還払い化されます。この措置を受けた被保険者は費用の全額（10割）を事業者支払い、サービス提供証明書等を事業者から交付を受け、市役所に保険給付分の償還払いの申請を行います。（居宅介護（介護予防）支援費も同様です。）

・給付額の減額

過去に保険料の未納が一定期間ある場合、保険給付率が減額されます。事業者は3割もしくは4割を被保険者から徴収し、国保連への報酬請求の保険給付率を7割もしくは6割で行います。

◇ 月の途中で、住所変更した場合

- ・月の途中で柏原市外へ転出、あるいは市外から転入した場合、
区分支給限度額→それぞれの市町村ごとに別々に算定されます。

居宅介護（介護予防）支援費→両方の保険者に請求します。（転入前後で事業者が変わっていても、両方に請求可能ですが、全く同一の事業所で、利用サービスの変化がない場合はどちらかの保険者に請求してください。）

各種サービス提供に係る報酬→転入前の利用分と転入後の利用分を、それぞれの保険者に請求します。（福祉用具等、月単位の請求の場合は日割りで各保険者に請求してください。）

自己診断カルテ

- ☐ サービス提供実績をサービス利用票等により確認していますか。
- ☐ 介護報酬の請求前に、利用者もしくはサービス事業者と連絡を取り、サービス提供実績の確認をしていますか。
- ☐ 介護報酬の請求の際、被保険者証で被保険者番号や届出年月日を確認していますか。
- ☐ 区分変更申請中の被保険者ではありませんか。
- ☐ 加算・減算に対応した適正な請求をしていますか。

【作業手順】

手順	関係書類	備考
①居宅サービス計画の作成	・居宅サービス計画	
②サービス利用票 サービス提供票作成	・サービス利用票 ・サービス提供票	・利用者へ自己負担等の説明 ・各事業所への手配
③計画対象期間中の実施状況把握 と連絡調整	・月の途中でサービスの変更があ った場合は改めてサービス利用 票を作成 ・サービス提供票	・利用者、サービス事業者、 ケアマネジャー間の連絡 調整
〈居宅支援事業者〉 ④給付管理票の作成と提出及び居 宅介護支援介護給付費明細書の 作成と請求	・給付管理票と居宅介護支援介護 給付費明細書	・毎月 10 日までに国保連合 会へ提出
〈指定サービス事業者〉 ④介護給付費明細書の作成と請求	・居宅サービス介護給付費明細書	・毎月 10 日までに国保連合 会へ提出
⑤国保連合会による審査	・審査月の翌月初めに「審査結果 通知」が届く（連合会から事業 所へ）	
⑥支払	・介護給付費等決定額通知書 ・介護給付費等決定額内訳書	・毎月、指定の銀行へ振込

【国保連合会による審査】

審査項目	主な点検項目	審査内容
一次審査	・給付管理票の記載不備の点検 ・請求明細書の記載不備の点検	・単純な記載誤りによるもの→ 返戻
資格審査	・被保険者の情報に対する点検 ・事業者の情報に対する点検	・受給者情報・事業者情報との 照合誤りによるもの→返戻
上限審査	・給付管理票の内容と請求明細書 の内容の照合	・給付管理票との照合誤りによ るもの→査定または返戻 ・給付管理票の提出または確定 がないもの→介護給付費請求 明細書の保留

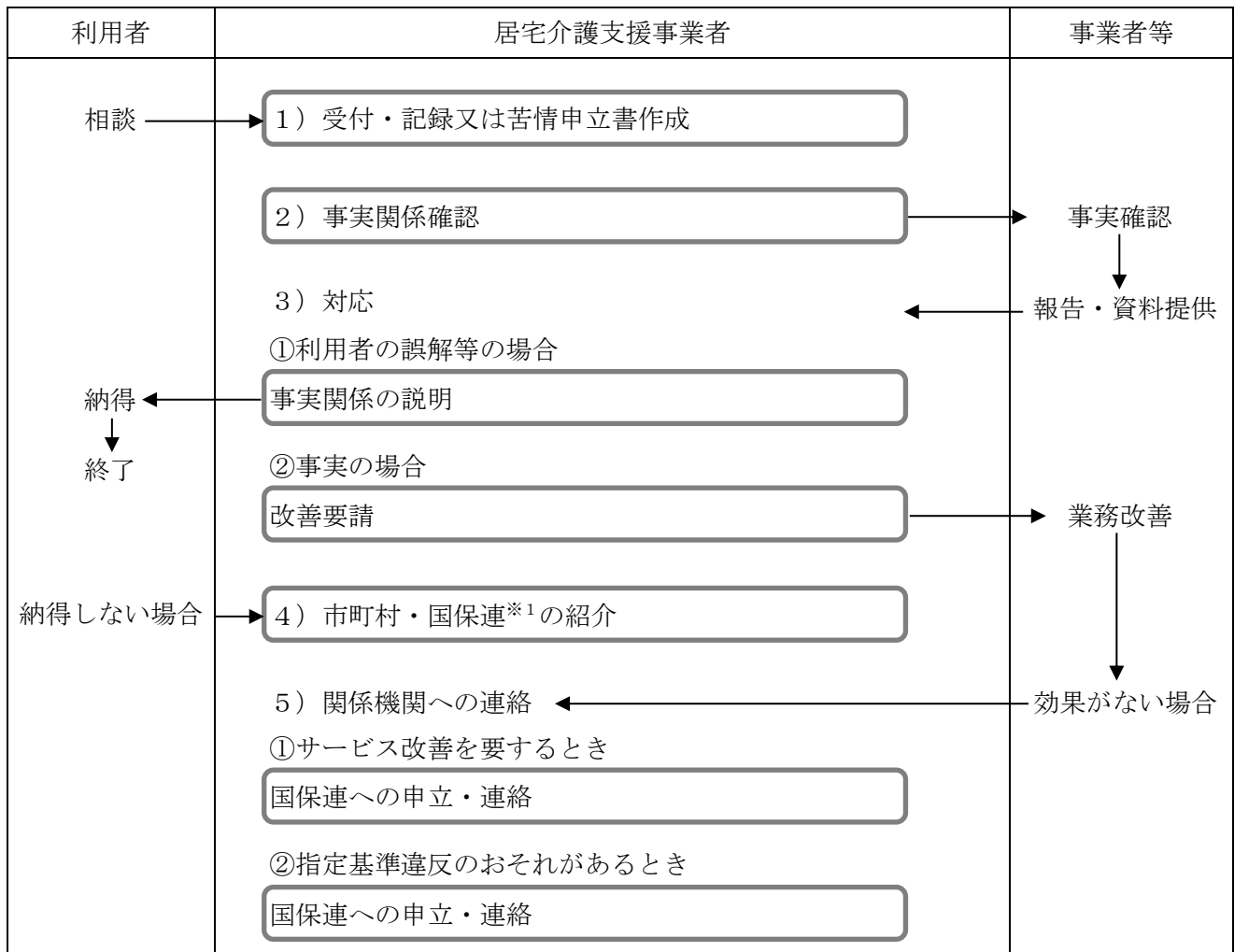
(10) その他業務

ア 苦情対応

何のために

「利用者の選択に基づいて適切なサービスが提供される」ためには、利用者が提供されたサービスに不満がある場合に苦情を申し出ることができ、それに対し、関係機関が迅速かつ適切に対応する必要があります。そのため、居宅介護支援事業者は自ら作成したケアプランに関する苦情の他に、個別サービスに関する苦情が当事者間で解決できない場合についても、解決に向けた調整を図ります。

～サービスに関する苦情相談の流れ～



※ 1 大阪府国民健康保険団体連合会。以下、「国保連」と表記します。

こんなことをします

- ◇ 事実関係の確認
- ◇ 必要に応じて、サービス事業者へ業務改善を要請
- ◇ サービス事業者の変更等の調整
- ◇ 必要に応じた関係機関への連絡
- ◇ 苦情を活かしたサービスの質の見直し
- ◇ 苦情相談記録の作成

ここがポイント！！

- ◇ サービス事業所に事実確認を行う場合、相談者の名前を事業者にも明らかにしてもよいが必ず確認しましょう。
- ◇ 速やかな事実確認と正確な記録及び説明を心がけましょう。
- ◇ 苦情はケアマネジャーが個人的に受け付けるものではなく、事業所として受け付けるものです。
- ◇ 事業所内における苦情対応マニュアルを作成するようにしましょう。事業所としての対応が必要です。
- ◇ 業務改善の要請に対してサービス内容に改善が見られない場合は、市役所指導監査課や国保連に連絡します。
- ◇ 受け付けた苦情内容・対応経過等を記録して、整理しましょう。
- ◇ 自らの居宅介護支援事業所に対する苦情についても、事実確認を行い、必要な説明・改善を行います。

ここに注目！！

- ◇ 自ら提供した指定居宅介護支援又は自らが居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等に対する利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応しなければなりません。（運営基準第 26 条）
- また、受け付けた苦情の内容等を記録しなければなりません。（運営基準第 26 条 2）
- ◇ 自らが居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービスに対する苦情の国保連への申立に関し、利用者に対し必要な援助を行わなければなりません。（運営基準第 26 条第 5 項）
 - ◇ 柏原市では、市役所高齢介護課及び地域包括支援センターが利用者からの苦情相談窓口として位置付け、介護保険サービスに関する利用者の苦情に対応しています。

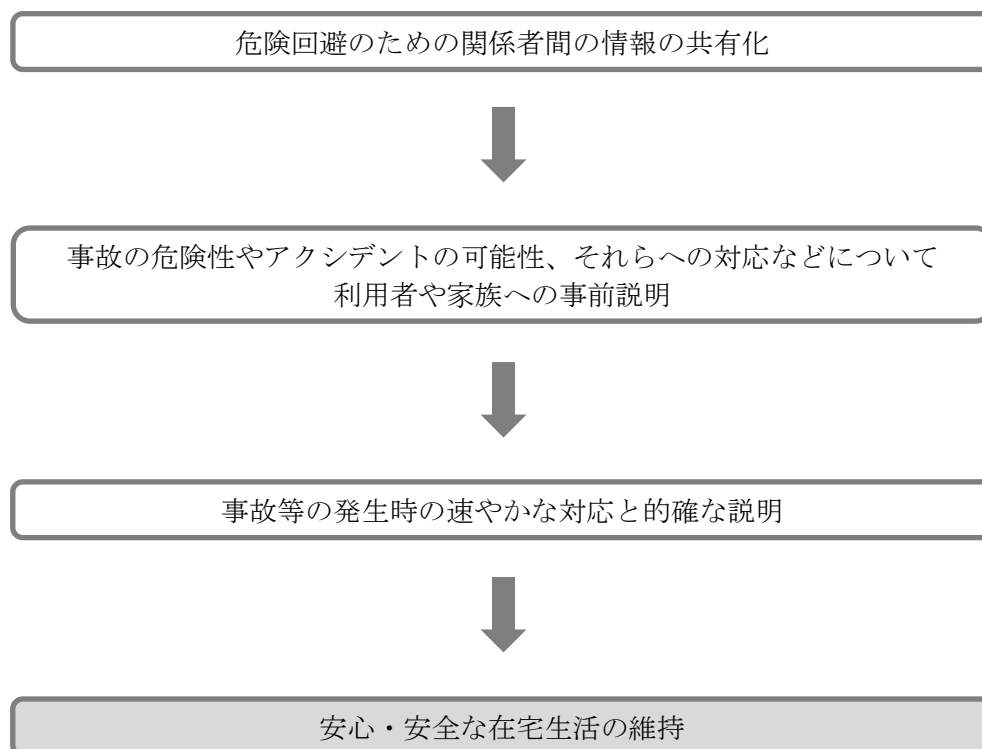
自己診断カルテ

- ☐ 利用者に提供されたサービスの苦情相談窓口の説明をしていますか。
- ☐ 利用者に苦情相談の趣旨を説明して記録を作成していますか。
- ☐ サービス事業者に苦情の事実確認を行う際には、利用者の名前を公表してよいか確認していますか。
- ☐ 事実確認の結果を、利用者の理解が得られるまで説明していますか。
- ☐ 必要に応じて、市役所高齢介護課、国保連や大阪府等の関係機関に連絡もしくは報告をしていますか。
- ☐ 自分の事業所に対する苦情の相談窓口を利用者に説明していますか。
- ☐ 苦情対応に関する報告を適宜上司や責任者に行い、助言を求めていますか。
- ☐ 国保連への苦情申立に関して、利用者に必要な援助をしていますか。
- ☐ 記録は個人情報に配慮した方法で管理していますか。

イ 緊急時の対応

何のために

介護サービスは、人が人に直接触れたり、利用者の居宅内で提供されるサービスが多く、「事故」が発生する危険が高いと言われています。また、急なアクシデントなどで予定されていたサービスが提供できなくなってしまうこともあります。「利用者に安定した在宅生活を提供すること」がケアマネジャーの業務である以上、このような事故やアクシデントが起こった場合の対応も重要な業務です。



こんなことをします

- ◇ 心身の安全確保を最優先した処置
- ◇ 家族や関係機関への連絡
- ◇ 家族や関係者への経過報告
- ◇ 記録作成

ここがポイント！！

- ◇ 契約時などに事故防止策やアクシデント発生時の対応について説明しましょう。
- ◇ ケアマネジャーとしてできることの範囲を事前に説明しておきましょう。(例を示して対応方法を説明すると良いでしょう。)
- ◇ サービス提供時の注意点や緊急時の連絡方法などについて、関係者間で共有化しておくこと。特にかかりつけ医との情報の共有化が重要です。
- ◇ 速やかな事後処置と正確な説明ができるようにしておきましょう。
- ◇ 緊急時の連絡先を決めておきましょう。
- ◇ 事故やアクシデントの内容や対応経過はできるだけ詳細に記録しておきましょう。
- ◇ 緊急時に適切な対応が行えるよう、日頃から突発的な事態を想定した対応を事業所内で統一しておきましょう。

ここに注目！！

【緊急連絡事項のポイント】

- ※ あくまでも参考例です。状況に応じて必要な項目を正確に伝えましょう。
- ◇ いつ
- ◇ どこで
- ◇ 何が起きたか
- ◇ 本人の心身状態など現在の様子
- ◇ 本人の所在（例／近くの〇〇病院 など）
- ◇ 原因（事故の場合など）
- ◇ これからの対応の見込み（例／入院する。自宅に戻る。家族に戻るまで〇〇が付き添う。など）
- ◇ 次の連絡時期や連絡先、連絡方法

自己診断カルテ

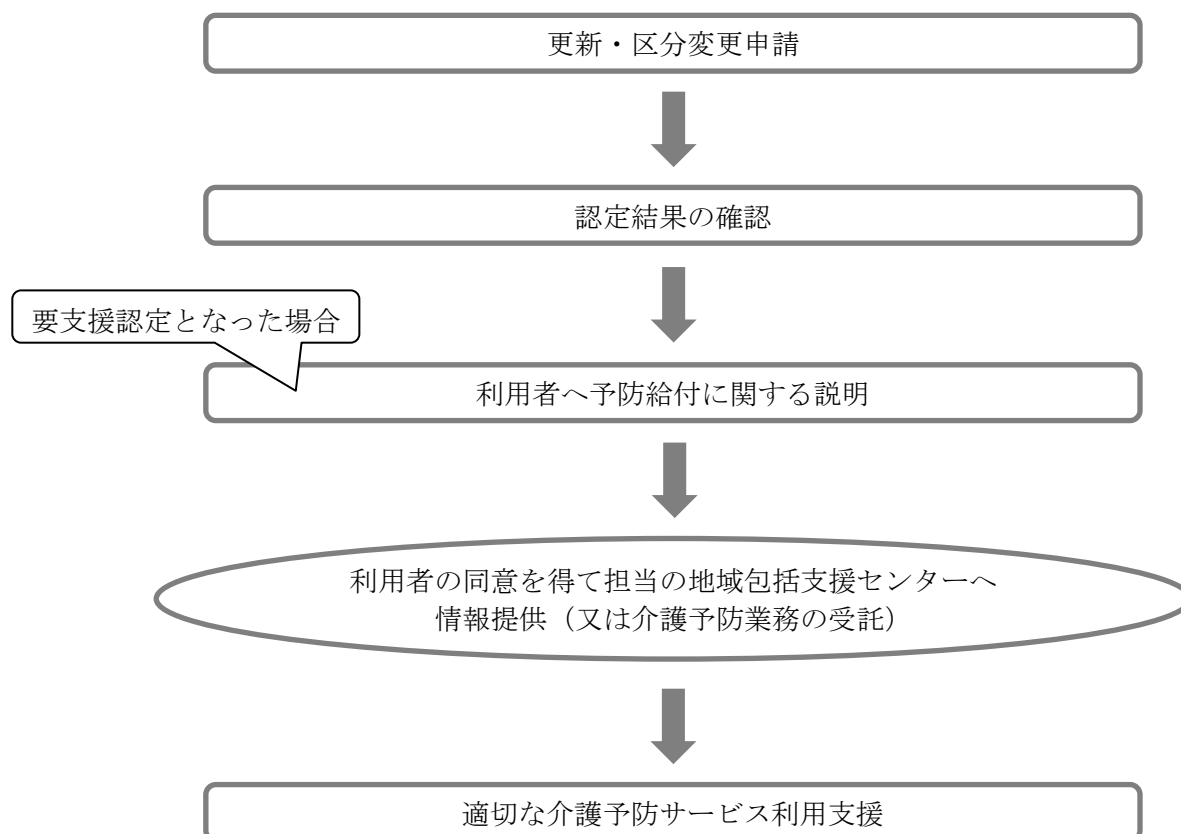
- ☐ 身体状況や介護者の状況の変化に伴って、急なサービスの変更や中止などへの対応方法を構築していますか。
- ☐ 想定される緊急事態について家族などから必要な情報を入手した上で、本人への手当や関係機関との調整など、対応方法について確認できていますか。
- ☐ 緊急事態が発生した際の対応方法について、契約時などに本人や家族に説明していますか。
- ☐ 緊急事態が発生した際の連絡先や連絡方法等を把握していますか。
- ☐ 緊急事態が発生した際の関係機関との連絡方法や調整など、きちんとした対応がとられていますか。
- ☐ 急な変化に対応できるよう、介護保険外の知識や技術の習得に向けて努めていますか。
- ☐ 緊急事態が生じた際に、協力を依頼できるネットワークを持っていますか。
- ☐ 緊急事態が生じた際の対応経過について、記録を作成していますか。ケアマネジャーとしてできることの範囲を事前に説明しておきましょう。(例を示して対応方法を説明すると良いでしょう。)
- ☐ 作成した記録について、個人情報保護等に配慮して適切に管理していますか。

ウ 指定介護予防支援事業者との連携

何のために

ケアマネジャーは、要介護認定を受けて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わる必要な情報を提供する等の連携を図ります。あらかじめ、制度の主旨及び要支援認定にあたって変更となるサービス利用に係わる説明を充分に行うことが必要です。

また、これは介護保険法第2条3項において高齢者の選択に基づき適切なサービスが総合的かつ効率的に提供されることとした基本理念に基づくものです。



こんなことをします

- ◇ 介護保険の理念、介護予防サービス内容及び地域包括支援センターなどの説明
- ◇ 個人情報の使用の同意確認
- ◇ 地域包括支援センターへ情報提供（又は介護予防支援業務の受託）

ここがポイント！！

- ◇ 要介護認定を受けている利用者に対して、介護保険制度の基本理念（自立支援と尊厳の保持）平成 18 年度の介護保険法改正の主旨などを説明しましょう。
- ◇ 更新申請の時期は、認定有効期間満了の日の 60 日前に行う等、認定結果が有効期間満了間際とならないようにしましょう。これは、認定結果が変更となった場合、利用者や指定介護予防支援事業者への説明及び引継ぎ等が円滑に実施されるために必要です。
- ◇ 要支援認定となった利用者が混乱しないように、介護予防支援を担当する地域包括支援センター及び介護保険の基本理念や介護予防に関するサービス内容を利用者に理解してもらうように説明し、引継ぎ方法（もしくは受託すること）などを具体的に紹介しましょう。
- ◇ 引継ぎにあたり、個人情報の使用についての同意を得るようにしましょう。もし同意が得られない場合は、円滑に効率良く介護予防に係わるサービスの利用ができるようにするためであることを再度説明します。それでも同意が得られない場合は、地域包括支援センターへ相談するための連絡先などを紹介するようにしましょう。
- ◇ 介護予防に関しての知識を得るようにしましょう。これは、利用者からの相談、依頼があった場合、利用者自身の立場に立ち、常に、その居宅において日常生活を営むことができるように支援することができるかどうかという視点からの検討し支援をするために大切です。
- ◇ 介護予防支援業務を委託できる指定居宅介護事業者の要件として、基本的には公正・中立性が担保され、受託する予防給付のケアマネジメント業務の円滑な遂行ができる能力のある事業者であることが必要です。

ここに注目！！

- ◇ 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わる必要な情報を提供する等の連携を図るものとしてとされています。（運営基準第 13 条二十四）
- ◇ 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、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、介護保険施設等との連携に努めなければならないとされています。（運営基準第 1 条第 4 項）
- ◇ 指定居宅介護支援事業者は、利用者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合、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その他利用者からの申出があった場合には、当該利用者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付しなければならないとされています。（運営基準第 15 条）

自己診断カルテ

- ☐ 介護保険の理念や平成 18 年度の制度改正の主旨を説明していますか。
- ☐ 地域包括支援センターについて分かりやすく、利用者が理解できるように説明していますか。
- ☐ 要支援へ移行する可能性の高い利用者には、更新申請の時期は、認定の有効期間満了の 60 日前に行うように利用者などへ説明や支援を行っていますか。
- ☐ 更新認定後に、介護保険被保険者証などで認定結果を確認し、要支援認定の結果となった利用者へ、予防給付に関するサービスや利用までの手続きなどを分かりやすく説明していますか。
- ☐ 要介護認定を受けて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わる必要な情報を提供する等の連携を図るようにしていますか。

5 医療との連携

何のために

介護保険制度は保健・医療・福祉の連携のもとで、効率的・総合的にサービスを提供していくことを基本理念としています。その実現のためには、主治医や薬局等の医療機関との連携は欠くことができません。

利用者が安全かつ安心して在宅で生活できるよう、医療機関との連携を図ることが重要です。

(1) 主治医との連携

ここがポイント

◇ 利用者の情報は、利用者本人や家族に確認することが基本です。利用者自身が管理する退院療養計画書や薬の説明書等でも必要な情報を確認することは可能です。そのうえで、入手が必要な情報について、要点を整理して、問い合わせるようにしましょう。

◇ 医療情報を得る場合には、本人の同意が必要です。書面等で同意内容を医療機関に示す等の工夫をすることで、医療関係者も本人以外の者へ情報を開示しやすくなります。書式等、同意の確認方法は各医療機関で定めているに確認しましょう。

◇ 情報交換を始める前に、自分が担当のケアマネジャーであることを主治医に伝えておくことが連携の第一歩です。

電話やファックスでの連絡だけではなく、時間を予約して医療機関を訪問するなど、日頃から顔の見える関係づくりを心掛けましょう。

◇ 連絡や相談をする場合には、まずは電話で、連絡方法等について相手の希望を確認しましょう。緊急時以外は、突然の電話による相談は避けましょう。

◇ 医療機関から書面での情報交換を求められた場合には、返信用のフォーマットを決めておくなど、相手の負担を最小限にする工夫も大切です。

◇ 病院の医師が主治医の場合、医師と直接連絡をとるのは難しいかもしれません。しかし、病院には外部と連絡をとる際の窓口が設置されているところもあります。

まずは、そのような窓口で連絡し、医療ソーシャルワーカー（MSW）、看護師等と相談の上、主治医との連絡方法を確認すると良いでしょう。

また、地域包括支援センターでは地域の医療機関等の情報の収集・提供を行っています。日頃から連絡を取り合い、地域の情報収集に心掛けましょう。

サービス担当者会議の活用

◇ 出席が難しい場合もありますが、無理のない範囲で声をかけてみましょう。依頼する際には、なぜ出席してほしいのか、何を話し合うのかを明確にしておくことが大切です。また、出席が難しい場合にはファックス等でのやり取りも有効でしょう。

訪問診療等で医師が利用者宅に赴く機会を活用し、訪問先で会議を開くことも可能です。

受診の同行

◇ ご本人の了解を得て、外来受診に同行し、医師に相談することもできます。ただし、相談に時間がかかると予測される場合には、あらかじめ電話等で主治医に確認しておくとう良いでしょう。

医療機関との連携が密に必要な利用者の例

- ◇ 呼吸器・酸素吸入器等の医療機器の使用や、点滴・経管栄養・吸引・インスリン注射等の医療処置を在宅で行っている方。
- ◇ 在宅でターミナルケアを行っている方。
- ◇ 食事制限・活動制限等の医学的管理を行っている方。
- ◇ 退院後間もない方、入退院を頻繁に繰り返している方。

Q 1 主治医と連携を図るためには、何から取り組めばいいのでしょうか？

A 1 まずは、自分が担当のケアマネジャーであることを主治医に伝えてください。場合によっては、ケアマネジャーという職業を説明することも必要でしょう。

Q 2 主治医に連絡をするには、どのような方法がよいのでしょうか。迷惑にならないようにしたいのですが。

A 2 まずは電話をして、相手の希望を聴きましょう。書面での情報交換を求められた場合には、返信用のフォーマットを決めておく等、相手の負担を最小限にすることが大切です。

Q 3 サービス担当者会議のほかケアマネジャー連絡会にも医師は参加してもらえますか？

A 3 出席が難しい場合もありますが、無理のない範囲で声をかけてみましょう。依頼する際には、なぜ出席してほしいのか、何を話し合うのか明確にしておくことが必要でしょう。また参加が難しくても、必要な医療情報を事前に提供してもらう等の協力が得られやすくなるでしょう。

Q 4 ケアプラン〔居宅サービス計画書 第1表・第2表・第3表（週間サービス計画表）〕を主治医に渡したほうがよいのですか？

A 4 主治医と緊密な連携が必要であると判断した場合には、渡すことが望ましいでしょう。（主治医と確認のうえ渡してください）緊急時に主治医とスムーズに連携を図るためにも、ケアプランを知ってもらうほうが望ましいと思います。

Q 5 主治医等から利用者の医療情報や助言をもらうためのポイントを教えてください。

A 5 なぜ主治医と連携をとりたいのかが明確になっていますか？自分自身でできる限りの情報を集め、確認した上で、必要性和確認したい内容を明らかにしておくことが大切です。また、聴きたい要点を事前に簡潔にまとめておきましょう。初回の場合は、電話をしてから書面でやり取りをすることが望ましいです。原則として、突然の電話による相談は避けましょう。

Q 6 本人や家族から主治医や往診医を探してほしいと求められた場合、どのような方法がありますか？

A 6 地域包括支援センターをご活用ください。主治医や往診医の紹介を行なっています。また、市役所高齢介護課でもご相談に応じています。

Q 7 主治医がケアマネジャーから聴きたい情報は何か？

A 7 利用者の状況によって異なりますが、概ね次の情報を必要としています

- ①担当ケアマネジャーの名前、連絡先
- ②ケアプラン（アセスメントやモニタリングの結果も含む）
- ③サービス担当者会議の内容（話し合われる内容・結果など）
- ④その他、利用者の生活・介護状況

少なくとも、上記の①と②を伝えた上で、必要な情報交換を行いましょう。

※各医療機関との連携は、このガイドラインを参考にしながら、みなさん自身で工夫していきましょう。

薬局との連携

何のために

高齢者は、複数の疾病を有することが多く、多種類の薬剤を併用しているため、薬の副作用や服薬管理について相談を受けることがあります。薬についての説明は、医師、看護師等においても行われますが、薬局と連携して、適切な服薬管理ができるように配慮することも必要です。

ここがポイント

◇ 複数の病院や診療所にかかっていると、それぞれの医療機関から薬を処方されることがあります。かかりつけ薬局をつくると、他の医療機関の処方薬や市販薬との重複・相互作用・副作用の可能性などを確認・助言を得ることができ、服薬管理の支援が行いやすくなります。

～利用者が「かかりつけ薬局」を選ぶ時のポイント～

- ・薬についてきちんと説明してもらえること。
- ・わからないことは気軽に相談できること。
- ・必要な時、お薬手帳や文書で薬の情報をもらえること。
- ・信頼できる薬剤師がいること。

キーワードは「説明」「気軽」「情報」「信頼」です。

◇ お薬手帳を活用しましょう。複数の病院や診療所にかかっていると、それぞれの医療機関から薬を処方されることがあります。たくさんの薬を飲んでいればいるほど、服薬方法を正しく守って飲まなくてはなりません。薬局で希望すると、「お薬手帳」を作ってもらえます。お薬手帳の記入は利用者自身でもできますが、薬の相互作用や副作用のチェックが必要と思われるときは、薬剤師に記録をお願いします。

★要介護・支援認定者への居宅療養管理指導

◇ 居宅療養管理指導は、医師の指示に基づいて行われます。薬剤師による居宅療養管理指導が必要であると判断した場合には、主治医または薬剤師に相談しましょう。

◇ 利用者が、居宅療養管理指導を利用した場合には、実施内容・実施結果について情報を得ましょう。関係機関との連携方法等については、前述の「(1) 主治医との連携」を参考にしてください。

6 関係法令

・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 3 月 31 日厚生省令第 38 号)

【注平成 21 年 3 月 30 日厚生労働省令第 54 号改正現在】

第一章基本方針

基本方針

第一条 指定居宅介護支援(介護保険法(平成九年法律第百二十三号。以下「法」という。)第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援をいう。以下同じ。)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(法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。)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(法第八条第二十一項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。)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。

4 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市町村(特別区を含む。以下同じ。)、法第百十五条の四十五第一項に規定する地域包括支援センター、老人福祉法(昭和三十八年法律第百三十三号)第二十条の七の二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(法第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。以下同じ。)、介護保険施設等との連携に努めなければならない。

(平一二厚令一二・平一五厚労令二九・平一八厚労令三三・平二一厚労令五四・一部改正)

第二章人員に関する基準

従業者の員数

第二条 指定居宅介護支援事業者は、当該指定に係る事業所(以下「指定居宅介護支援事業所」という。)ごとに一以上の員数の指定居宅介護支援の提供に当たる介護支援専門員であって常勤であるもの(以下第三条第二項を除き、単に「介護支援専門員」という。)を置かなければならない。

2 前項に規定する員数の標準は、利用者の数が三十五又はその端数を増すごとに一とする。

(平一八厚労令三三・一部改正)

管理者

第三条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに常勤の管理者を置かなければならない。

2 前項に規定する管理者は、介護支援専門員でなければならない。

3 第一項に規定する管理者は、専らその職務に従事する者でなければならない。ただし、次に掲げる場合は、この限りでない。

一 管理者がその管理する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の職務に従事する場合

二 管理者が同一敷地内にある他の事業所の職務に従事する場合(その管理する指定居宅介護支援事業所の管理に支障がない場合に限る。)

(平一八厚労令三三・一部改正)

第三章 運営に関する基準

内容及び手続の説明及び同意

第四条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第十八条に規定する運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が第一条に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

3 指定居宅介護支援事業者は、利用申込者又はその家族からの申出があった場合には、第一項の規定による文書の交付に代えて、第六項で定めるところにより、当該利用申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であって次に掲げるもの(以下この条において「電磁的方法」という。)により提供することができる。この場合において、当該指定居宅介護支援事業者は、当該文書を交付したものとみなす。

一 電子情報処理組織を使用する方法のうちイ又はロに掲げるもの

イ 指定居宅介護支援事業者の使用に係る電子計算機と利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法

ロ 指定居宅介護支援事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された第一項に規定する重要事項を電気通信回線を通じて利用申込者又はその家族の閲覧に供し、当該利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法(電磁的方法による提供を受ける旨の承諾又は受けない旨の申出をする場合にあっては、指定居宅介護支援事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法)

二 磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに第一項に規定する重要事項を記録したものを交付する方法

4 前項に掲げる方法は、利用申込者又はその家族がファイルへの記録を出力することによる文書を作成することができるものでなければならない。

５ 第三項第一号の「電子情報処理組織」とは、指定居宅介護支援事業者の使用に係る電子計算機と、利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。

６ 指定居宅介護支援事業者は、第三項の規定により第一項に規定する重要事項を提供しようとするときは、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、その用いる次に掲げる電磁的方法の種類及び内容を示し、文書又は電磁的方法による承諾を得なければならない。

一 第三項各号に規定する方法のうち指定居宅介護支援事業者が使用するもの

二 ファイルへの記録の方式

７ 前項の規定による承諾を得た指定居宅介護支援事業者は、当該利用申込者又はその家族から文書又は電磁的方法により電磁的方法による提供を受けない旨の申出があったときは、当該利用申込者又はその家族に対し、第一項に規定する重要事項の提供を電磁的方法によってしてはならない。ただし、当該利用申込者又はその家族が再び前項の規定による承諾をした場合は、この限りでない。

(平一三厚労令三六・平一五厚労令二九・一部改正)

提供拒否の禁止

第五条 指定居宅介護支援事業者は、正当な理由なく指定居宅介護支援の提供を拒んではならない。

サービス提供困難時の対応

第六条 指定居宅介護支援事業者は、当該事業所の通常の事業の実施地域(当該指定居宅介護支援事業所が通常時に指定居宅介護支援を提供する地域をいう。以下同じ。)等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定居宅介護支援を提供することが困難であると認めた場合は、他の指定居宅介護支援事業者の紹介その他の必要な措置を講じなければならない。

受給資格等の確認

第七条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供を求められた場合には、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめるものとする。

(平一八厚労令三三・一部改正)

要介護認定の申請に係る援助

第八条 指定居宅介護支援事業者は、被保険者の要介護認定に係る申請について、利用申込者の意思を踏まえ、必要な協力を行わなければならない。

２ 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。

３ 指定居宅介護支援事業者は、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の三十日前には行われるよう、必要な援助を行わなければならない。

(平一五厚労令二九・平一八厚労令三三・一部改正)

身分を証する書類の携行

第九条 指定居宅介護支援事業者は、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に身分を証する書類を携行させ、初回訪問時又は利用者若しくはその家族から求められたときは、これを提示すべき

旨を指導しなければならない。

利用料等の受領

第十条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援（法第四十六条第四項の規定に基づき居宅介護サービス計画費（法第四十六条第二項に規定する居宅介護サービス計画費をいう。以下同じ。）が当該指定居宅介護支援事業者を支払われる場合に係るものを除く。）を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料（居宅介護サービス計画費の支給の対象となる費用に係る対価をいう。以下同じ。）と、居宅介護サービス計画費の額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、前項の利用料のほか、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅を訪問して指定居宅介護支援を行う場合には、それに要した交通費の支払を利用者から受けることができる。

3 指定居宅介護支援事業者は、前項に規定する費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

（平一八厚労令三三・一部改正）

保険給付の請求のための証明書の交付

第十一条 指定居宅介護支援事業者は、提供した指定居宅介護支援について前条第一項の利用料の支払を受けた場合は、当該利用料の額等を記載した指定居宅介護支援提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。

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。

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。

（平一八厚労令三三・一部改正）

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（法第二十四条第二項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。）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、サービス担当国会議(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。

十三 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。

十四 介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当国会議の開催により、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第二十八条第二項に規定する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法第二十九条第一項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

十五 第三号から第十一号までの規定は、第十二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。

十六 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。

十七 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。

十八 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。

十九 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 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。

二十一 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。

二十二 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。

二十三 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。

二十四 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。

二十五 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、当該指定居宅介護支援事業所ごとに、所属する介護支援専門員の数に八を乗じて得た数を、委託を受ける件数(指定居宅介護支援事業者が、指定介護予防支援事業者から、離島その他の地域であって厚生労働大臣が定める基準に該当するものに住所を有する利用者に係る指定介護予防支援の業務の委託を受ける件数を除く。)の上限とするとともに、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。

(平一八厚労令三三・一部改正)

法定代理受領サービスに係る報告

第十四条 指定居宅介護支援事業者は、毎月、市町村(法第四十一条第十項の規定により同条第九項の規定による審査及び支払に関する事務を国民健康保険団体連合会(国民健康保険法(昭和三十三年法律第九十二号)第四十五条第五項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下同じ。))に委託している場合にあっては、当該国民健康保険団体連合会)に対し、居宅サービス計画において位置付けられている指定居宅サービス等のうち法定代理受領サービス(法第四十一条第六項の規定により居宅介護サービス費が利用者に代わり当該指定居宅サービス事業者に支払われる場合の当該居宅介護サービス費に係る指定居宅サービスをいう。)として位置付けたものに関する情報を記載した文書を提出しなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、居宅サービス計画に位置付けられている基準該当居宅サービスに係る特例居宅介護サービス費の支給に係る事務に必要な情報を記載した文書を、市町村(当該事務を国民健康保険団体連合会に委託している場合にあっては、当該国民健康保険団体連合会)に対して提出しなければならない。

(平一八厚労令三三・一部改正)

利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付

第十五条 指定居宅介護支援事業者は、利用者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合、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その他利用者からの申出があった場合には、当該利用者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付しなければならない。

(平一八厚労令三三・一部改正)

利用者に関する市町村への通知

第十六条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援を受けている利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。

一 正当な理由なしに介護給付等対象サービスの利用に関する指示に従わないこと等により、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。

二 偽りその他不正の行為によって保険給付の支給を受け、又は受けようとしたとき。

(平一八厚労令三三・一部改正)

管理者の責務

第十七条 指定居宅介護支援事業所の管理者は、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者の管理、指定居宅介護支援の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。

2 指定居宅介護支援事業所の管理者は、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

運営規程

第十八条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程(以下「運営規程」という。)として次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 事業の目的及び運営の方針
- 二 職員の職種、員数及び職務内容
- 三 営業日及び営業時間
- 四 指定居宅介護支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額
- 五 通常の事業の実施地域
- 六 その他運営に関する重要事項

勤務体制の確保

第十九条 指定居宅介護支援事業者は、利用者に対し適切な指定居宅介護支援を提供できるよう、指定居宅介護支援事業所ごとに介護支援専門員その他の従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に指定居宅介護支援の業務を担当させなければならない。ただし、介護支援専門員の補助の業務についてはこの限りでない。

3 指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

設備及び備品等

第二十条 指定居宅介護支援事業者は、事業を行うために必要な広さの区画を有するとともに、指定居宅介護支援の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。

従業者の健康管理

第二十一条 指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。

掲示

第二十二条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、介護支援専門員の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。

秘密保持

第二十三条 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員その他の従業者であった者が、正当な理由がなく、

その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

広告

第二十四条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものであってはならない。

居宅サービス事業者等からの利益収受の禁止等

第二十五条 指定居宅介護支援事業者及び指定居宅介護支援事業所の管理者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを位置付けるべき旨の指示等を行ってはならない。

2 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行ってはならない。

3 指定居宅介護支援事業者及びその従業者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、当該居宅サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

(平一五厚労令二九・一部改正)

苦情処理

第二十六条 指定居宅介護支援事業者は、自ら提供した指定居宅介護支援又は自らが居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等(第六項において「指定居宅介護支援等」という。)に対する利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応しなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、前項の苦情を受け付けた場合は、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者は、自ら提供した指定居宅介護支援に関し、法第二十三条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

4 指定居宅介護支援事業者は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しなければならない。

5 指定居宅介護支援事業者は、自らが居宅サービス計画に位置付けた法第四十一条第一項に規定する指定居宅サービス又は法第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービスに対する苦情の国民健康保険団体連合会への申立てに関して、利用者に対し必要な援助を行わなければならない。

6 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援等に対する利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う法第七十六条第一項第二号の調査に協力するとともに、自ら提供した指定居宅介護支援に関して国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

7 指定居宅介護支援事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善

の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

(平一五厚労令二九・平一八厚労令三三・一部改正)

事故発生時の対応

第二十七条 指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行わなければならない。

(平一五厚労令二九・一部改正)

会計の区分

第二十八条 指定居宅介護支援事業者は、事業所ごとに経理を区分するとともに、指定居宅介護支援の事業の会計とその他の事業の会計とを区分しなければならない。

記録の整備

第二十九条 指定居宅介護支援事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。

- 一 第十三条第十二号に規定する指定居宅サービス事業者等との連絡調整に関する記録
- 二 個々の利用者ごとに次に掲げる事項を記載した居宅介護支援台帳
- イ 居宅サービス計画
- ロ 第十三条第七号に規定するアセスメントの結果の記録
- ハ 第十三条第九号に規定するサービス担当者会議等の記録
- ニ 第十三条第十三号に規定するモニタリングの結果の記録
- 三 第十六条に規定する市町村への通知に係る記録
- 四 第二十六条第二項に規定する苦情の内容等の記録
- 五 第二十七条第二項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

(平一五厚労令二九・一部改正)

第四章 基準 該当居宅介護支援に関する基準

準用

第三十条 第一章から第三章(第二十六条第六項及び第七項を除く。)までの規定は、基準該当居宅介護支援(法第四十七条第一項第一号に規定する基準該当居宅介護支援をいう。)の事業について準用する。この場合において、第四条第一項中「第十八条」とあるのは「第三十条において準用する第十八条」と、第十条第一項中「指定居宅介護支援(法第四十六条第四項の規定に基づき居宅介護サービス計画費(法第四十六条第二項に規定する居宅介護サービス計画費をいう。以下同じ。))が当該指定居宅介護支援事業者を支払われる場合に係るものを除く。)」とあるのは「基準該当居宅介護支援」と、「居宅介護サービス計画費の額」とあるのは「法第四十七条第二項に規定する特例居宅介護サービス計画

費の額」と読み替えるものとする。

(平一二厚令一二・平一五厚労令二九・平一八厚労令三三・一部改正)

附則

この省令は、平成十二年四月一日から施行する。

附則(平成一二年二月二一日厚生省令第一二号)

この省令は、平成十二年四月一日から施行する。

附則(平成一二年一二月八日厚生省令第一四一号)抄

(施行期日)

第一条この省令は、平成十四年一月一日から施行する。ただし、第二条及び第四条の規定は、平成十三年一月一日から施行する。

附則(平成一三年三月二六日厚生労働省令第三六号)抄

(施行期日)

1 この省令は、書面の交付等に関する情報通信の技術の利用のための関係法律の整備に関する法律の施行の日(平成十三年四月一日)から施行する。

附則(平成一五年三月一四日厚生労働省令第二九号)

この省令は、平成十五年四月一日から施行する。

附則(平成一八年三月一四日厚生労働省令第三三号)抄

(施行期日)

第一条この省令は平成十八年四月一日から施行する。

(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の一部改正に伴う経過措置)

第七条 平成十七年改正法附則第十条第一項の規定により指定居宅介護支援事業者とみなされた者が指定居宅介護支援の事業を行う事業所については、第四条による改正後の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「指定居宅介護支援等新基準」という。)第三条第二項の規定にかかわらず、平成十九年三月三十一日までの間は、当該指定居宅介護支援事業所の管理者は、介護支援専門員でない場合であっても当該職務に従事することができる。

第八条 平成十七年改正法附則第十条第一項の規定により指定居宅介護支援事業者とみなされた者が事業を行う指定居宅介護支援の事業を行う事業所については、指定居宅介護支援等新基準第十三条第二十五号の規定にかかわらず、平成十九年三月三十一日までの間は、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利用者の数の上限については適用しない。

(平一八厚労令一五六・一部改正)

附則(平成一八年九月八日厚生労働省令第一五六号)

この省令は、公布の日から施行する。

附則(平成二〇年八月二九日厚生労働省令第一三五号)

この省令は、平成二十年九月一日から施行する。

附則(平成二一年三月三〇日厚生労働省令第五四号)抄

(施行期日)

第一条この省令は、介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律(平成二十年法律第四十二号)の施行の日(平成二十一年五月一日)から施行する。

○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

(平成十二年二月十日)

(厚生省告示第二十号)

介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第四十六条第二項及び第五十八条第二項の規定に基づき、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を次のように定め、平成十二年四月一日から適用する。

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

一 指定居宅介護支援に要する費用の額は、別表指定居宅介護支援介護給付費単位数表により算定するものとする。

二 指定居宅介護支援に要する費用の額は、別に厚生労働大臣が定める一単位の単価に別表に定める単位数を乗じて算定するものとする。

三 前二号の規定により指定居宅介護支援に要する費用の額を算定した場合において、その額に一円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算するものとする。

(平一二厚告四九〇・一部改正)

改正文(平成一二年一二月二八日厚生省告示第四九〇号)抄

平成十三年一月六日から適用する。

改正文(平成一五年二月二四日厚生労働省告示第五一号)抄

平成十五年四月一日から適用する。

改正文(平成一八年三月一四日厚生労働省告示第一二四号)抄

平成十八年四月一日から適用する。

改正文(平成二一年三月三日厚生労働省告示第五一号)抄

平成二十一年四月一日から適用する。

別表

(平 21 厚劳告 51・全改)

指定居宅介護支援介護給付費単位数表

居宅介護支援費

イ 宅介護支援費(1月につき)

(1)居宅介護支援費(Ⅰ)

(一)要介護1又は要介護 1,053 単位

(二)要介護3、要介護4又は要介護 1,368 単位

(2)居宅介護支援費(Ⅱ)

(一)要介護1又は要介護 527 単位

(二)要介護3、要介護4又は要介護 684 単位

(3)居宅介護支援費(Ⅲ)

(一)要介護1又は要介護 316 単位

(二)要介護3、要介護4又は要介護 410 単位

注

1(1)から(3)までについては、利用者に対して指定居宅介護支援(介護保険法(平成9年法律第123号)。

以下「法」という。)第46条第1項に規定する指定居宅介護支援をいう。以下同じ。)を行い、かつ、月の末日において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。以下「基準」という。)第14条第1項の規定により、同項に規定する文書を提出している指定居宅介護支援事業者(法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。)について、次に掲げる区分に応じ、それぞれ所定単位数を算定する。

(1)居宅介護支援費(Ⅰ)指定居宅介護支援事業所(基準第2条第1項に規定する指定居宅介護支援事業所をいう。以下同じ。)において指定居宅介護支援を受ける1月当たりの利用者数に、当該指定居宅介護支援事業所が法第115条の23第3項の規定に基づき指定介護予防支援事業者(法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。)から委託を受けて行う指定介護予防支援(同条第1項に規定する指定介護予防支援をいう。)から委託を受けて行う指定介護予防支援(同項に規定する指定介護予防支援をいう。)の提供を受ける利用者数(基準第13条第26号に規定する厚生労働大臣が定める基準に該当する地域に住所を有する利用者数を除く。)に2分の1を乗じた数を加えた数を当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の員数(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(平成11年厚生省令第37号)第2条第8号に規定する常勤換算方法で算定した員数をいう。以下同じ。)で除して得た数(以下「取扱件数」という。)が40未満である場合又は40以上の場合において、40未満の部分について算定する。

(2)居宅介護支援費(Ⅱ)取扱件数が40以上である場合において、40以上60未満の部分について算定する。

(3)居宅介護支援費(Ⅲ)取扱件数が40以上である場合において、60以上の部分について算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合には、運営基準減算として、所定単位数の100分の50に相当する単位数を算定する。また、運営基準減算が2月以上継続している場合には、所定単位数は算定しない。

3 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が指定居宅介護支援を行った場合は、特別地域居宅介護支援加算として、所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算する。

4 別に厚生労働大臣が定める地域に所在し、かつ別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が指定居宅介護支援を行った場合は、所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数に加算する。

5 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域(基準第18条第5号に規定する通常の事業の実施地域をいう。)を越えて、指定居宅介護支援を行った場合は、所定単位数の100分の5に相当する単位数を所定単位数に加算する。

6 別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合には、特定事業所集中減算として、1月につき200単位を所定単位数から減算する。

7 利用者が月を通じて特定施設入居者生活介護(短期利用特定施設入居者生活介護費を算定する場合を除く。)又は小規模多機能型居宅介護(短期利用居宅介護費を算定する場合を除く。)、認知症対応型共同生活介護(短期利用認知症対応型共同生活介護費を算定する場合を除く。)、地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護費を算定する場合を除く。)若しくは複

合型サービス（短期利用居宅介護費を算定する倍を除く。）を受けている場合は、当該月については、居宅介護支援費は、算定しない。

ロ 初回加算 300 単位

注指定居宅介護支援事業所において、新規に居宅サービス計画（法第 8 条第 23 に規定する居宅サービス計画をいう。）を作成する利用者に対して、指定居宅介護支援を行った場合その他の別に厚生労働大臣が定める基準に適合する場合は、1 月につき所定単位数を加算する。ただし、イの 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、当該加算は、算定しない。

ハ 特定事業所加算

注別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長（特別区の区長を含む。以下同じ。）に届け出た指定居宅介護支援事業所は、当該基準に掲げる区分に従い、1 月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、特定事業所加算（Ⅰ）から特定事業所加算（Ⅲ）までのいずれかの加算を算定している場合においては、特定事業所加算（Ⅰ）から特定事業所加算（Ⅲ）までのその他の加算は算定しない。

(1) 特定事業所加算（Ⅰ） 500 単位

(2) 特定事業所加算（Ⅱ） 400 単位

(3) 特定事業所加算（Ⅲ） 300 単位

(4) 特定事業所加算（Ⅳ） 125 単位

二 入院時情報連携加算

注利用者が病院又は診療所にて入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合は、別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、利用者 1 人につき 1 月に 1 回を限度として所定数単位を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を賛成している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

(1) 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200 単位

(2) 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100 単位

ホ 退院・退所加算

注病院若しくは診療所に入院していた者又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設に入所していた者が退院又は退所（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（平成 18 年厚生労働省告示第 126 号）別表指定地域密着型サービス介護給付単位数表の地域密着型介護老人保健施設入所者生活介護のヨ又は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（平成 12 年厚生省告示第 21 号）別表指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護福祉施設サービスのワの住宅・入所相互利用加算を算定する場合を除く。）し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合（同一の利用者について、当該居宅サービス及び地域密着型サービスの利用開始月に調整を行う場合に限る。）には、別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、入院又は入所期間中につき 1 回を限度として所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定する

場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。また、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。

(1) 退院・退所加算(Ⅰ) イ 450 単位

(2) 退院・退所加算(Ⅰ) ロ 600 単位

(3) 退院・退所加算(Ⅱ) イ 600 単位

(4) 退院・退所加算(Ⅱ) ロ 750 単位

(5) 退院・退所加算(Ⅲ) 900 単位

ヘ 小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 300 単位

注 利用者が指定小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成 18 年厚生労働省令第 34 号。以下「指定地域密着型サービス基準」という。)第 62 条に規定する指定小規模多機能型居宅介護をいう。)の利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を当該指定小規模多機能型居宅介護を提供する指定小規模多機能型居宅介護事業所(指定地域密着型サービス基準第 63 条第 1 項に規定する指定小規模多機能型居宅介護事業所をいう。以下同じ。)に提供し、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所における居宅サービス計画の作成等に協力した場合に、所定単位数を加算する。ただし、この場合において、利用開始日前 6 月以内において、当該利用者による当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の利用について本加算を算定している場合は、算定しない。

ト 看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 300 単位

注 利用者が指定看護小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型サービス基準第 170 条に規定する指定看護小規模多機能型居宅介護をいう。)の利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を当該指定看護小規模多機能型居宅介護を提供する指定看護小規模多機能型居宅介護事業所(指定地域密着型サービス基準第 171 条第 1 項に規定する指定看護小規模多機能型居宅介護事業所をいう。以下同じ。)に提供し、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所における居宅サービス計画の作成等に協力した場合に、所定単位数を加算する。ただし、利用開始日前 6 月以内において、当該利用者による当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の利用について本加算を算定している場合は、算定しない。

チ 緊急時等居宅カンファレンス加算 200 単位

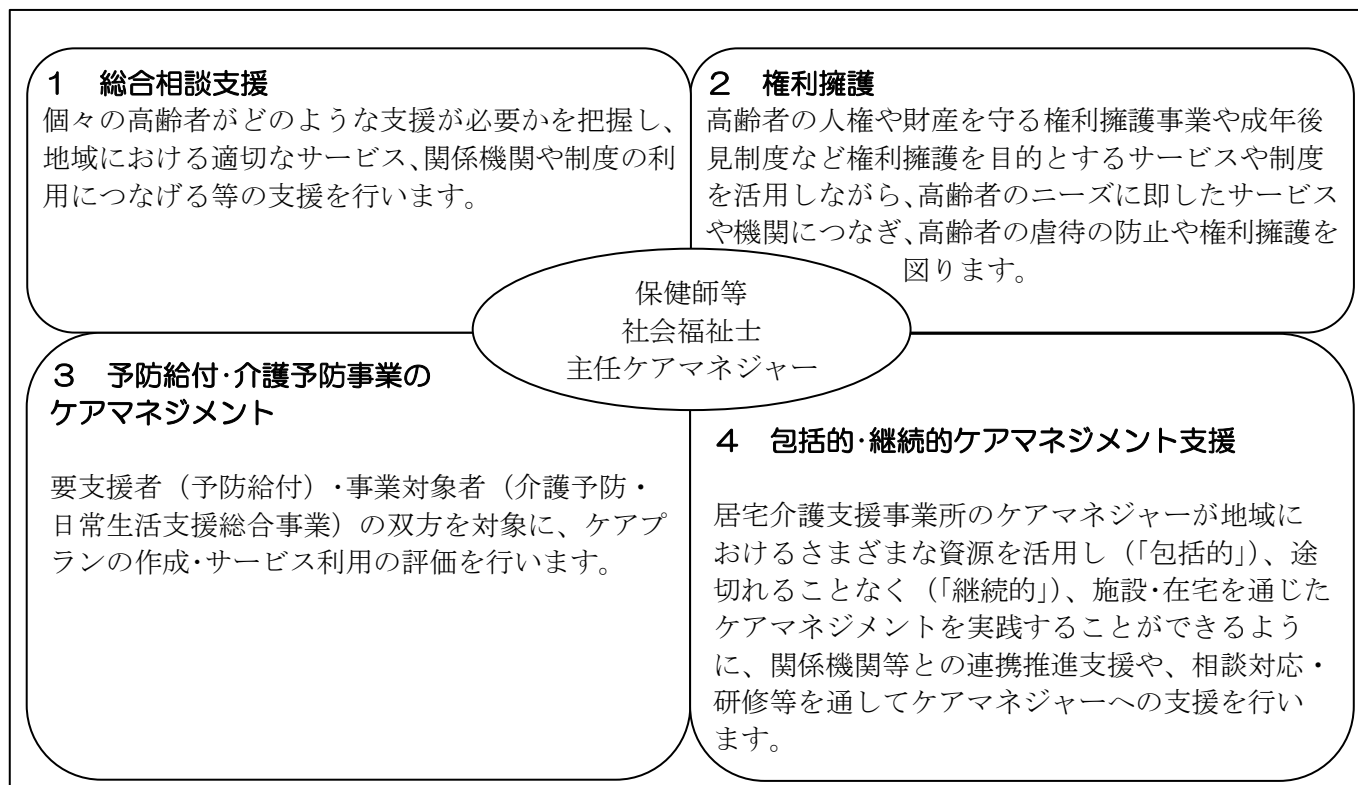
注 病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて、当該利用者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合は、利用者 1 人につき 1 月に 2 回を限度として所定単位数を加算する。

リ ターミナルケアマネジメント加算 400 単位

注 在宅で死亡した利用者(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)に対して、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定居宅介護支援事業所が、その死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供した場合は、1 月につき所定単位数を加算する。

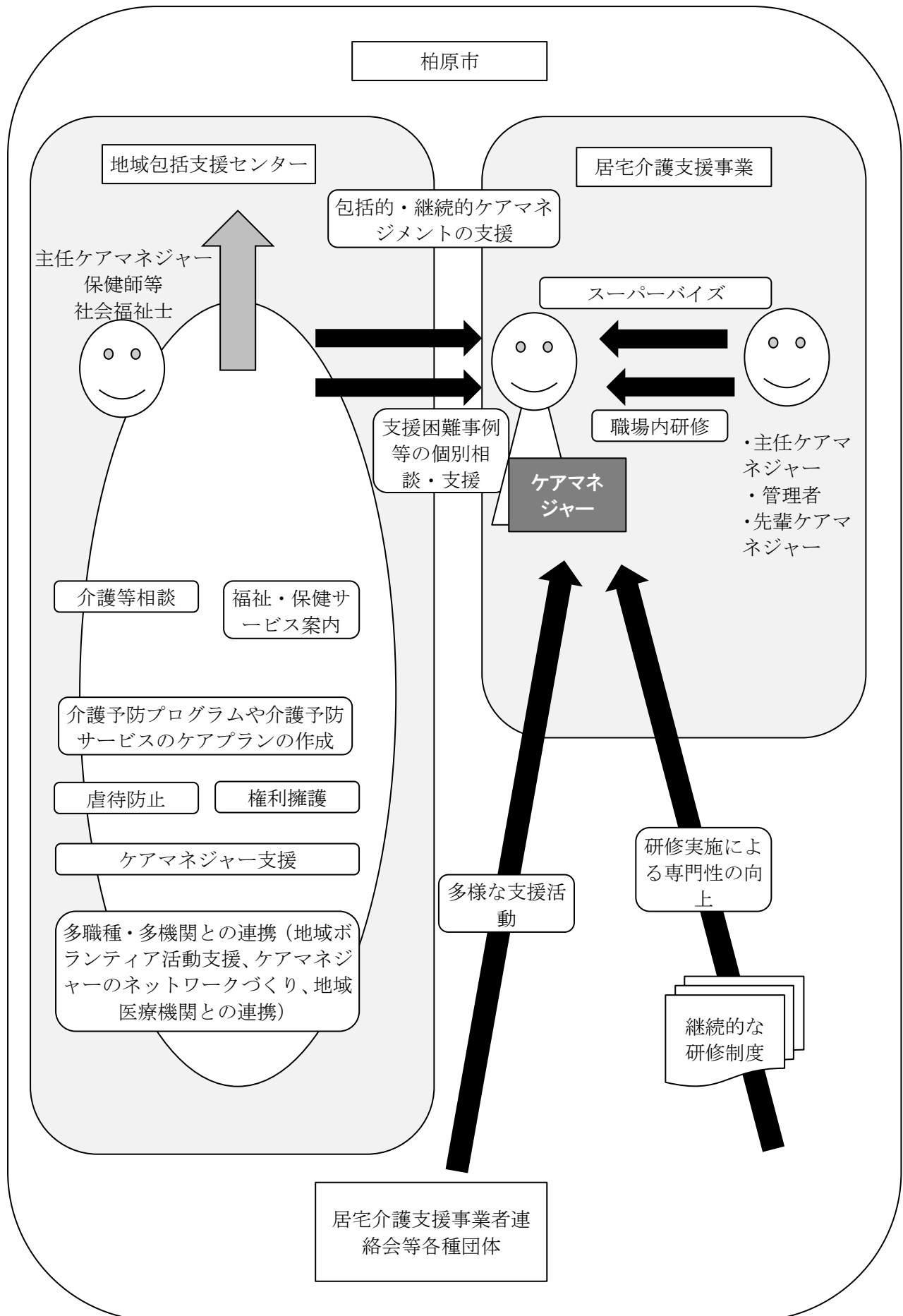
Ⅱ ケアマネジャー支援体制

地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活を継続できるよう、高齢者の生活や身体の状態に応じた援助、支援を包括的に行う中核機関として設置されています。



包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の具体的内容

目的	業務内容	具体的実施内容
1 地域住民、 関係機関等との 連携推進支援	(1) 地域住民・関係機関との連携推進支援	ア ケアマネジャーのニーズ等の把握
		イ 地域の社会資源の情報収集及び情報提供
		ウ 地域住民・関係機関等への周知
		エ ケアマネジャーとインフォーマル組織・関係機関等との意見交換等の場の設定
		オ 関係機関と情報共有のためのルールづくり（点検を含む）
	(2) 医療・介護の連携推進支援	ア ケアマネジャーと医療機関等との意見交換等の場の設定
		イ 連携のためのルールづくり（点検を含む）
2 ケアマネジャー 支援	(1) 相談への支援	ア 電話・窓口等によるケアマネジャーからの相談対応
		イ 支援困難事例への支援・助言
	(2) ケアマネジメントの質の向上	ア サービス担当者会議やケアカンファレンスの開催支援及びスーパーバイズ
		イ 事例検討会、研修会等の開催（介護予防従事者研修を含む）
		ウ 事業所訪問による、情報提供・ケアプラン立案等の相談支援の実施
		エ ケアマネジャー同士の連携推進支援
	(3) 新人・就労予定ケアマネジャーへの支援	実習や研修の開催



Ⅲ その他

（１）高齢介護課

介護保険に関する相談窓口です。なお、介護報酬の請求については、大阪府国民健康保険団体連合会に問い合わせてください。

問合せ内容	担当窓口	電話番号
転出・転入などの届け出、被保険者証の発行	介護管理係 20 番窓口	072-972-1572
保険料の納付についての相談		
要介護（要支援）認定の申請・相談	介護業務係 21 番窓口	072-972-1571
介護サービスについての相談		
介護保険施設に入所・入院やショートステイ されている人の負担限度額認定証の申請		
利用料の払い戻し（高額介護サービス費の払 い戻しなど）住宅改修・特定福祉用具購入		
緊急通報システム事業や配食サービスなど の在宅福祉サービス	高齢者福祉係 22 番窓口	072-972-1570
介護予防（一般介護予防）に関する相談		

（２）福祉指導監査課

介護サービス事業者の届出受理、指導及び監査に関する窓口です。

問合せ内容	担当窓口	電話番号
事業者の指導・監督に関する事	福祉指導監査課	072-971-5202

柏原市ケアマネジャーガイドライン

令和元年6月

柏原市健康福祉部高齢介護課

〒582-8555

柏原市安堂町1番55号

TEL 072-972-1501 (代表)

072-972-1571 (介護業務係)

FAX 072-970-3081

e-mail: kaigo@city.kashiwara.lg.jp