

泉佐野市ケアマネジメントに関する基本方針

介護保険法の基本理念は、『高齢者が尊厳を保持し、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ようにすること』とされています。

この理念の実現のため、ケアマネジメントは高齢者の自立支援と重度化防止に資するように行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮しておこなわなければなりません。

以上のことから、本市におけるケアマネジメントに関する基本方針を策定しましたので、基本方針の内容を踏まえ、ケアマネジメントの実施に努めていただきますようお願いいたします。また具体的なケアマネジメントに際しては、居宅介護支援については下記「ケアマネジメントの具体的取扱い方針」を、居宅介護予防支援については、基幹包括支援センターいずみさの作成の「泉佐野市介護予防ケアプランマニュアル」及び「介護予防マネジメント業務の手引き」を活用してください。

(基本方針)

1 居宅介護ケアマネジメント

- (1) 居宅介護ケアマネジメントは、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) 居宅介護ケアマネジメントは、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) 居宅介護ケアマネジメント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、公正中立に行われなければならない。
- (4) 居宅介護ケアマネジメント事業の運営に当たっては、泉佐野市、地域包括支援センター、介護保険施設、医療関係者、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

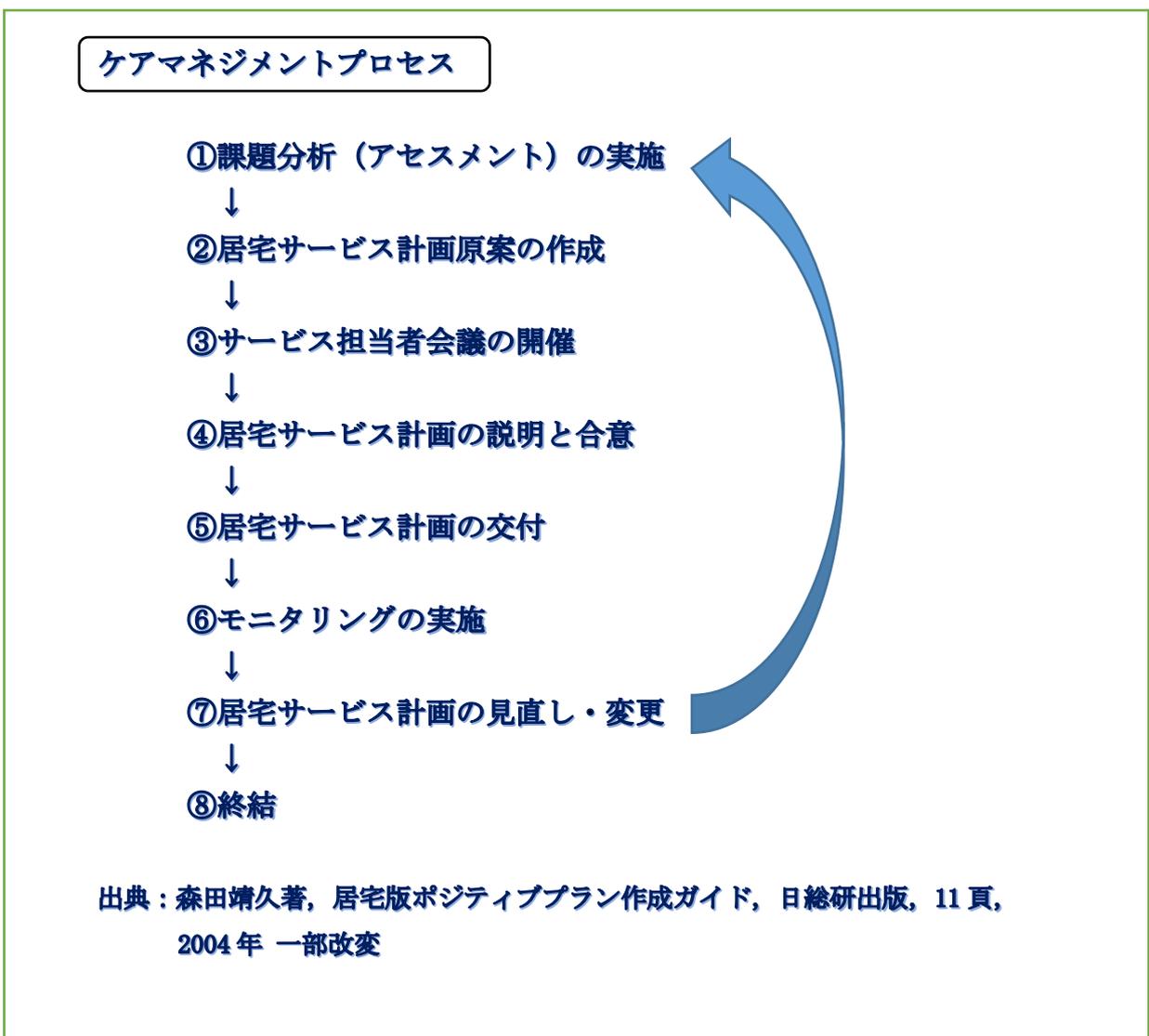
ならない。

2 介護予防ケアマネジメント

- (1) 介護予防ケアマネジメントは、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) 介護予防ケアマネジメントは、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) 介護予防ケアマネジメント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) 介護予防ケアマネジメント事業の運営に当たっては、泉佐野市、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、医療関係者、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。

ケアマネジメントの具体的取扱い方針

ケアマネジメントの具体的取扱い方針を示すにあたって、ケアマネジメントプロセスを踏まえた上で理解することが重要です。日常のケアマネジメントの実践を振り返り、基準省令「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、一部改正）に基づいた居宅介護支援業務の自己点検を行い、利用者の自立支援に向けた質の高いサービス提供を行ってください。



① 介護支援専門員による居宅介護サービス計画の作成

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。

ポイント

- ・介護支援専門員証は更新（5年）をしているか定期的に有効期限を確認しましょう。

② 指定居宅介護支援の基本的留意点

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。

ポイント

- ・指定居宅介護支援は、利用者の課題解決に向けての意欲を作りだすことと家族の理解、協力が必要です。そのために、介護支援専門員からのサービス提供方法等を懇切丁寧でわかりやすい説明を心掛けましょう。

③ 継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用

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。

ポイント

- ・支給限度額の枠があることのみをもって、必要性の乏しいサービスや、特定の時期に偏って継続が困難なサービスの利用を助長するようなことがないようにしましょう。

④ 総合的な居宅サービス計画の作成

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。

ポイント

- ・利用者に対してどのような支援体制が組み立てられているかを明確にするために、家族による援助や当該地域の住民による見守り、市町村の施策等も居宅サービス計画に位置づけてください。
- ・利用者が住宅型有料老人ホーム等に居住している場合は、施設サービスや介護保険外（自費サービス等）を含めて居宅サービス計画に位置づけてください。

⑤利用者自身によるサービスの選択

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。

ポイント

- ・特定の事業所や同一の事業主体のサービスのみに偏った情報を提供することなく、利用者の自由な選択に基づく居宅サービス計画原案を提示するようにしましょう。

⑥課題分析の実施

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。

ポイント

- ・「解決すべき課題の把握」（以下「アセスメント」という。）では、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を把握しなければなりません。利用者の有する能力や利用者を取り巻く環境等の評価を通じて、利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じてい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うえで

解決すべき課題を把握することが求められます。

- ・アセスメントは個々の利用者の特性に応じて作成されることが重要です。認定調査票等の情報提供資料はあくまでも参考とし、介護支援専門員として個別に目の前の利用者に向き合い、課題を把握するように努めましょう。
- ・アセスメントは国が定める「課題分析標準項目」が備わった課題分析方式であり、当該事業者が運営規定に定めた方式（府または広域福祉課へ届出している）を用いて行われているかを確認しましょう。
- ・アセスメントは情報収集を行い、生活課題（ニーズ）を把握するための一連の分析プロセスを踏まなければなりません。利用者が主体であるため、言語化・合意のプロセスを丁寧に行いましょう。

★課題分析のプロセス

- ① 望む暮らしと現状の暮らしとのズレを（生活障害）を明らかにする。
- ② 生活障害の原因・背景の分析を行う。
- ③ 予後（改善の可能性・悪化の危険性）の予測を行う。
- ④ 介護支援専門員として捉えた生活課題（ニーズ）を整理する。
- ⑤ ④について、本人・家族と意向のすり合わせを行い、合意を得る。
- ⑥ 合意した生活課題（ニーズ）を居宅サービス計画へ反映する。

7 課題分析における留意点

介護支援専門員は、6に規定する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。

ポイント

- ・アセスメントは、利用者が入院中であることなどやむを得ない理由がある場合を除き必ず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ってください。
- ・アセスメントの結果について記録するとともに、当該記録は、5年間保存しなければなりません。
- ・アセスメントにおいて、訪問による面接を行っていない場合は運営基準減算に該当します。

⑧ 居宅サービス計画原案の作成

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。

ポイント

- ・ 居宅サービス計画は、アセスメントに基づきサービスの必要性を十分に検討のうえ作成してください。アセスメントと位置づけられているサービス内容が一致していないケースがないかを確認してください。
- ・ 要介護度や利用者負担割合を保険証等で確認し、また公費等の助成対象者でないか等も確認しましょう。
- ・ 居宅サービス計画は利用者に交付しなければなりません。そのことを意識して専門用語は極力使わない等、利用者や家族が理解しやすい記載を心掛けましょう。
- ・ 同居家族がいる利用者への訪問介護の生活援助を位置付ける場合は、居宅サービス計画書第1表に算定理由を記載してください。

⑨ サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

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、利用者(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師(以下この条において「主治の医師等」という。)の意見を勘案して必要と認める場合その他の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。

ポイント

- ・ サービス担当者会議は利用者の自宅で行うことが望ましいですが、自宅で行わない場合

はその理由を支援経過やサービス担当者会議録に記載してください。また通所介護等で行う場合はサービス提供時間内に行わないようにしてください。

- ・「その他のやむを得ない理由がある場合」とは次の場合です。
 - ①サービス担当者会議の開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られない場合。
 - ②居宅サービス計画の変更であって、利用者の状態に大きな変化がみられない等における軽微な変更に該当する場合。
- ・サービス担当者会議に出席できないサービス担当者に対する照会は、事前に聴取しておき、サービス担当者会議で情報共有や検討内容として提供できるようにしておくことが大切です。
- ・サービス担当者会議を行っていない場合は、当該月から解消されるに至った月の前月まで運営基準減算となります。

10 居宅サービス計画の説明および同意

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。

ポイント

- ・居宅サービス計画は、必ずサービス利用開始までに、遅滞なく作成し利用者の同意を得ておかなければなりません。
- ・説明及び同意を要する居宅介護サービス原案とは、居宅介護サービス計画書の第1表から第3表と第6表及び第7表です。

11 居宅サービス計画の交付

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。

ポイント

- ・居宅サービス計画の新規作成、変更また計画原案の内容について説明し同意を得たうえ

で交付してください。交付していない場合は、運営基準減算に該当します。

- ・居宅介護サービス計画の同意・署名欄は本人の署名が必要です。本人が署名できない場合は、家族に代筆してもらい、代筆者の氏名も記入するなどの対応をしてください。
- また、本人が同意・署名ができず代理人がいる場合は、代理人の氏名を記入するようにしてください。

12 担当者に対する個別サービス計画の提出依頼

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(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(平成十一年厚生省令第三十七号。以下「指定居宅サービス等基準」という。)第二十四条第一項に規定する訪問介護計画をいう。)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。

ポイント

- ・居宅サービス計画と個別サービス計画との連動性を高め、居宅介護支援事業者とサービス提供事業者との意識の共有を図ることが重要です。
- ・居宅サービス計画を担当者に交付したときに限らず、必要に応じて、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認してください。

13 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等

- (1) 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。
- (2) 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等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ものとする。

ポイント

- ・介護支援専門員は、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要です。利用者の解決すべき課題の変化は、利用者に直接サービスを提供する指定居宅サービス事業者等により把握されることも多いことから、介護支援専門員は、当該指定居宅サービス事業者等のサービス担当者と緊密な連携を図り、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合には、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めてください。
- ・指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたとき等は、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してください。なお、ここでいう「主治の医師」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されません。

【情報例】

- ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している。
- ・薬の服用を拒絶している。
- ・使い切らないうちに新たな薬が処方されている。
- ・口臭や口腔内出血がある。
- ・体重の増減が推測される見た目の変化がある。
- ・食事量や食事回数に変化がある。
- ・下痢や便秘が続いている。
- ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある。
- ・リハビリの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない状況。

14 モニタリングの実施

介護支援専門員は、13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。

ポイント

- ・「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者面接することができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれ

ません。

・モニタリングの時には次の確認を行ってください。

- ①利用者や家族の意向・満足度…サービス内容について利用者の不満や改めてもらいたいと感じている事柄はないかを確認し、介護支援専門員が判断した理由を記述する。
- ②目標の達成度…居宅サービス計画における短期目標で想定したように改善されているか、長期目標で想定した地点に近づきつつあるかを判断し、その結果を記述する。
- ③事業者との調整内容…居宅サービス計画どおりにサービスが実施されているか、調整を必要とする事柄はなかったかを確認し、調整した結果を記述する。
- ④居宅サービス計画変更の必要性…新たなニーズが発生する等、居宅サービス計画を変更する必要はないかを判断し、その結果を記述する。

・利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していない場合や、モニタリング実施結果を記録していない場合は、運営基準減算に該当します。

15 居宅サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見

の聴取

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

ポイント

- ・要介護更新認定または要介護状態区分の変更の認定を受けた場合は、利用者へのアセスメントに基づき居宅サービス計画の原案を作成し、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を召集し、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てください。
- ・基本的な考えは『9 サービス担当者会議等による専門的意見の聴取』のポイントと同様です。

16 居宅サービス計画の変更

3から12までの規定は、13に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。

ポイント

- ・居宅サービス計画を変更する際には、原則として上記3から12までに規定された一連の業務を行うことが必要です。なお利用者の希望による等の軽微な変更（例えばサービス提供日時の変更等で、介護支援専門員が3から12に掲げる一連の業務を行う必要性がないと判断してもの）を行う場合には、この必要はありません。

17 介護保険施設への紹介その他の便宜の提供

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。

ポイント

- ・各施設の情報を事前に収集し、利用者の心身の状況、経済的状況 利用者、家族の希望を考慮し、利用者に適した病院、介護保険施設等への紹介を行ってください。
- ・介護保険施設はそれぞれの医療機能等が異なることを考慮し、主治医の意見を求める等をして介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行いきましょう。

18 介護保険施設との連携

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。

ポイント

- ・あらかじめ、居宅での生活における介護上の留意点等の情報を介護保険施設等の職員から聴取する等の連携を図るとともに、居宅での生活を前提とした課題分析を行ったうえで居宅サービス計画を作成する等の援助を行うことが必要です。

19 居宅介護サービス計画の届出

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。以下この号において同じ。）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市町村に届け出なければならない。

ポイント

・「厚生労働大臣が定める回数」とは

要介護1…1月につき27回 要介護2…1月につき34回

要介護3…1月につき43回 要介護4…1月につき38回

要介護5…1月につき31回

・上記の回数を超える場合は、当該月の翌月末までに、「生活援助中心型サービスが厚生労働大臣の定める回数以上となる場合の届出書」、アセスメント表、居宅サービス計画（1）（2）（3）、サービス担当者会議録を提出してください。（詳しくは市のホームページをご覧ください。）後日、地域ケア会議または給付適正化ヒアリング事業等で利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、検討を行います。

20 主治の医師等の意見等

（1）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等の意見を求めなければならない。またこの場合において、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主治の医師等に交付しなければならない。

（2）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。

ポイント

・「主治の医師等」の意見を求める場合は、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されません。

・居宅サービス計画の交付については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支え

ありません。

- ・医療系サービスを利用しない場合でも、利用者や家族の了承のもと、介護支援専門員として医療情報や介護上の留意点などを主治医から聞き取り、サービス事業者間で情報共有しておく必要があります。

21 短期入所生活介護及び短期入所療養介護の居宅サービス計画への位置付け

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。

ポイント

- ・「要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えない」とは、機械的な適用を求めているものではありません。利用者の心身の状況及び本人、家族等の意向に照らし、この目安を超えて短期入所サービスの利用が特に必要と認められる場合においては、これを上回る日数の短期入所サービスを居宅サービス計画に位置付けることも可能です。特別な必要性があり計画に位置付けた場合は、支援経過等に記載しておき、市から照会があったときには回答できるようにしてください。
- ・短期入所生活介護及び短期入所療養介護は、居宅に戻ることなく、自費利用をはさみ同一事業所を連続30日を超えて利用している場合は、連続30日を超えた日から減算になります。

22 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

- (1) 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。
- (2) 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

ればならない。

ポイント

- ・福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を居宅介護サービス計画に位置付ける場合は、サービス担当者会議を開催し、サービス計画書（２）の「生活全般の解決すべき課題」・「目標」・「援助内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載してください。

23 認定審査会意見等の居宅サービス計画への反映

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、利用者によるその趣旨（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。

ポイント

- ・認定審査会において、要介護状態の軽減又は悪化防止のために必要な療養についての意見が被保険者証に記されている場合があります。その場合には当該意見に従ってサービスを提供するように努めてください。

24 指定介護予防支援事業者との連携

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。

ポイント

- ・利用者の住所地を担当する地域包括支援センターと連携をしてください。

25 指定介護予防支援業務の受託に関する留意点

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。

26 地域ケア会議への協力

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。

ポイント

- ・地域ケア会議は、個別ケースの支援内容の検討を通じて、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援、高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築及び個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握を行うことを目的としています。
- ・地域ケア会議から個別のケアマネジメントの事例の提供の求めがあった場合は、その趣旨・目的に鑑み、協力するよう努めましょう。