ケアマネジメント業務・参考資料

【日総研】新人ケアマネ即戦力化マニュアル
【瀬谷出版】ケアマネジメント入門１ より

- 相談と面接（インテーク）及び契約について
- アセスメントとサービス担当者会議
- モニタリング
- 同一法人による集中減算における考え方（H27 改正）
- 暫定ケアプランとケアマネジメントの関係
- 複数サービス・給付の併用条件について
- 各加算の概要と算定条件
- 予防介護ケアマネジメントについて
- 包括支援ケアシステムとケア会議
- 暫定ケアプランを「自己作成扱いとする場合の取り扱い」について

FUKUOKA CITY
WELFARE SERVICE
福岡シティ福祉サービス
～（株）東京シティ福祉サービス FC 加盟店～

ケアマネジメント業務について

①相談（インテーク面接）

相談とは
相手が安心して話せる場をつくり、信頼関係を築くと同時に介護保険について説明し、ケアプラン作成にあたって必要な情報を集める場となること

相談（面接）の目的

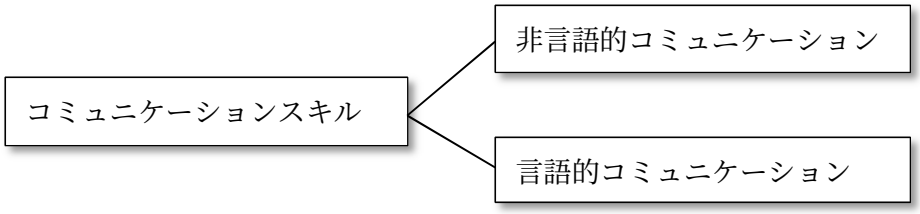
●相談者が安心して話せるように信頼関係をつくる
●介護保険制度、自分の事業所の特徴をしっかり説明する
●ケアプラン作成にあたって必要な情報を収集する

訪問相談について

利用者が入院中等で物理的に居宅にいない場合を除いては、少なくとも月１回の家庭訪問が義務付けられている。

面接に必要なコミュニケーションスキル

・説明責任（アカウンタービリティ）⇒リスクマネジメントにつながる



コミュニケーションで大切なこと

・まず、利用者家族との信頼関係を築くことが大切
・相手が話しやすくするような雰囲気を作る事
・後々でもめないようにしっかりと説明をして相手が納得できてるか確認しながら面談を進めることが大切
　⇒介護保険制度の簡単な説明
・守秘義務についても説明

②要介護認定

要介護認定とは

介護保険サービスを受けるために、保険者から受ける認定

申請代行を支援する

相談（面接）の中で確認された内容が介護保険制度により対応できると判断された場合、要介護認定の申請をすることになる。具体的には申請の代行などを行う。

要介護認定うまくいくコツ

・独居の方の場合、本人が緊張せず、リラックスして自分の現状が思せるように本人を力づけることのできる人に同席してもらう。

・介護者同居の場合、あらかじめ介護の手間が具体的にどの程度かかっているのか、文章などに箇条書きにしておいて調査にのぞむようアドバイスする。

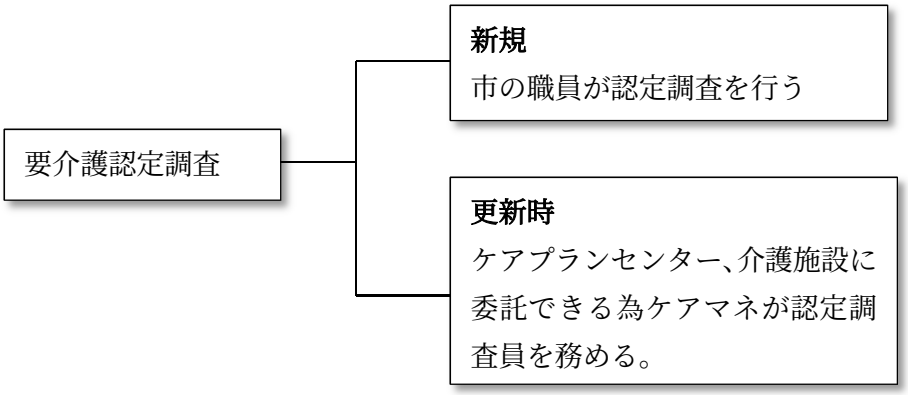
要介護認定の段階で発生する業務

①申請代行

面接を行う中で、相手が抱えている困難さや生活の課題が介護保険で対応可能と予測される場合には、
相手にその旨を説明し、介護保険の要介護認定申請の代行を行う。

②要介護認定調査

認定調査は原則として市（区）町村の職員が行うが、更新の場合は、指定居宅介護支援事業所や介護保険施設に委託することができる。そのため、ケアマネジャーは、依頼があった場合には認定調査の調査員も務めることになる



③暫定ケアプラン

要介護認定の申請から結果が出るまでには約 1 カ月かかる為緊急にサービスが必要な状態であれば
「暫定ケアプラン」を作作成する。（様式類は通常の居宅サービス計画書と同様のものを使う）。

暫定ケアプランは、認定が下りることを前提にサービスを事前に導入し、結果が下りてから正式な手続きを行う仮のケアプラン。
ただし、要介護皮が「自立」と出た場合、または要介護度の判定の通知前に他界された場合には、
利用したサービスは全額自己負担になることをあらかじめ説明する必要がある。
特に住宅改修などはかなり高額になる場合があるので、慎重に対処すること

平成 24 年改正で行われた有効期間の見直し

申請区分		原則の認定有効期間	認定可能な認定有効期間の範囲
新規申請		6 か月	3～12 か月
区分変更		6 か月	
更新	要支援⇒要支援	12 か月	
	要介護⇒要介護	12 か月	
	要支援⇒要介護	6 か月	
	要介護⇒要支援	6 か月	

③　契約

契約とは

利用者と事業所との間で結ぶ約束事

契約がうまくいくためには

・ケアマネージャーには説明責任（アカウンタービリティ）が求められる。
・バイステックの 7 原則を意識して
・重要事項説明書、契約書をわかりやすく説明すること
・居宅サービス計画書を作る必要性を説明
・後々、トラブルにならない為にも、本人だけでなく、家族にも同席してもらう事。（リスクマネジメント対策）

重要事項説明書の交付と契約

・ケアプラン作成の依頼があったときは、サービスに関する重要事項を説明し、それについて納得してもらったうえで契約を結ぶ必要がある。
・また、個人情報の同意書は、利用者・家族等それぞれの同意が必要となる。

↓

ケアマネージャーの説明責任とリスクマネジメント対策

事業所にて 2 部づつ作成
3 部を 1 セットとする

重要事項証明書
契約書
個人情報同意書

→

契約時
2 セットともサイン、捺印をいただく

→ 1 セットを事業所控えとしてファイルに綴じて保管

→ 1 セットを利用者に渡す

またこの段階で同時に伝えること

・サービス計画作成依頼届出書にサインをもらう事

・これから居宅サービス計画書を作成する事

【面接（対人援助技術）に必要な技法について】

◆バイステックの７原則（ソーシャルワークにもっとも使われる技法）

①個別化の原則

利用者を個人としてとらえ、利用者の問題状況に応じて個別的な対応をすること

②意図的な感情表出の原則

援助者が利用者の考えや感情（肯定的な感情も否定的な感情も）を自由に表現できるように働きかけなければならない。そして、その利用者の感情表現を大切に扱わなければならない

③制御された情緒関与の原則

援助者は自身の感情を自覚し吟味しながら、援助者が利用者の表出した感情を受容的・共感的に受け止めること

④非審判的態度の原則

援助者は利用者の言動や行動を、一般の価値基準や援助者自身の価値基準から良いとか悪いとか評価する態度を慎まねばならない。利用者のあるがままを受け入れれるように努め、利用者を一方的に非難してはならない

⑤自己決定の原則

援助者は利用者の意思に基づく決定ができるように援助していく。

⑥秘密保持の原則

利用者から信頼を得るためには、援助関係のなかで利用者の言動や状況を秘密（プライバシー）として守らねばならない

⑦専門的援助関係の原則

援助者は、個人的な関心・興味から利用者に関わってはならない。援助者は、常に専門職としての態度で臨まなければならない

◆コミュニケーションの種類(対人援助技術)

情報をやり取りするコミュニケーション

「名前を訊く」「住所を訊く」「それにこたえる」など日常によくおこなわれるコミュニケーション

感情をやり取りするコミュニケーション

利用者の感情を感じ取り、感じ取ったことを言葉にして返す事

情報と感情をやり取りするコミュニケーション

情報を求められたとき⇒情報を
感情を求められたとき⇒感情を
言葉にしてあらわす

④　居宅サービス計画作成依頼届出書の提出

・事業所が管轄する保険者（市区町村）に提出
・旨の届出と呼ばれる

居宅サービス計画作成依頼届出書の提出 → 保険者と国保連の「事業者台帳」「受給者台帳」に登録される

この提出を持って初めて介護報酬が発生することになる

⑤　アセスメント［利用者のニーズを探る、情報収集］

利用者宅に訪問し、居宅サービス計画書を作成するための情報収集を行う。
アセスメントは、契約が終わった段階で同時に行われることが多い

利用者の意向確認を行う
その利用者がいくらまでなら負担できるのか（負担可能額）の確認と、優先して利用したいサービスは何なのかを確認することが重要

課題分析のポイント

①相手の主訴に近いことから聞いていき、核心的な問いかけへと続ける
相手が一番話したいことから初めて必要な情報を確認していくこと

②一度ですべてを聞いてしまおうとしない
一度で聞いてしまおうとしないで、数回の訪問に分けて質問をしていくことも重要
人間は、当日より後々冷静になって考えることができる。その利点を生かし、場合によっては数回に分けて、情報収集することがよいサービスが提供できることを忘れずに

③強みと資源に着目
その方の工夫している点、知恵、努力している点も併せて尋ねることが大切
相談に来られる以前はどうしておられたか、どうやって暮らしておられたのかという事について尋ねることにより、その人自身の持つ力、柔軟性、暮らしのこだわりに気づくヒントになりうる。

④あくまでも傾聴スキルを忘れずに
情報収集と言えども、アセスメントの標準項目に沿って尋問的に聞くことはナンセンス
会話の中にねぎらいの言葉、利用者の苦悩の気持ちをくみ取る（傾聴スキル）が大切

事例　　**浴中に体を洗うことができない**

①に関して・・・・

この場合、ケアマネジャーはまず入浴動作に近い内容から相手の話を開いていくことになる。

なぜ洗うことが困難なのか。円背で背中にタオルが届かないのか、運動不足で両手が後ろに回らないのか、それとも……？

仮に円背であることがわかれば、次いで、更衣はどうか？　歩行は？杖やシルバーカーを利用しているのか？　普段の寝返りや起き上がりは？（ＡＤＬ情報）さらに、重いものを持つこともつらくはないか？買い物で米、しょうゆなど、どうしているか？　掃除や、洗濯、布団干しなどは？（ＩＡＤＬ情報）

そして、こうしたことを手伝ってくれる家族はいるのか？　これまでどうしてきたのか？

このように、情報収集では、まずアセスメントシートの順番に尋問的に相手に尋ねるのではなく、相手が一番話したいことから始めて必要な情報を確認していくことが大切。

②に関して・・・

次に、一度の訪問ですべて情報を聞いてしまおうと焦って、相手を質問攻めにしないことも大事。

たとえば、一人暮らしの認知症の疑いのある方への初回訪問では、観察して気がつける情報であればある程度は把握が可能だが、認知やコミュニケーション能力、社会との関わりや問題行動の有無など、一度の訪問だけでは把握できないこともたくさん。こうした場合には、今日の訪問で確認できることは何か、枠を設定し、臨機応変に質問項目を工夫することも大切。

③関して・・・・

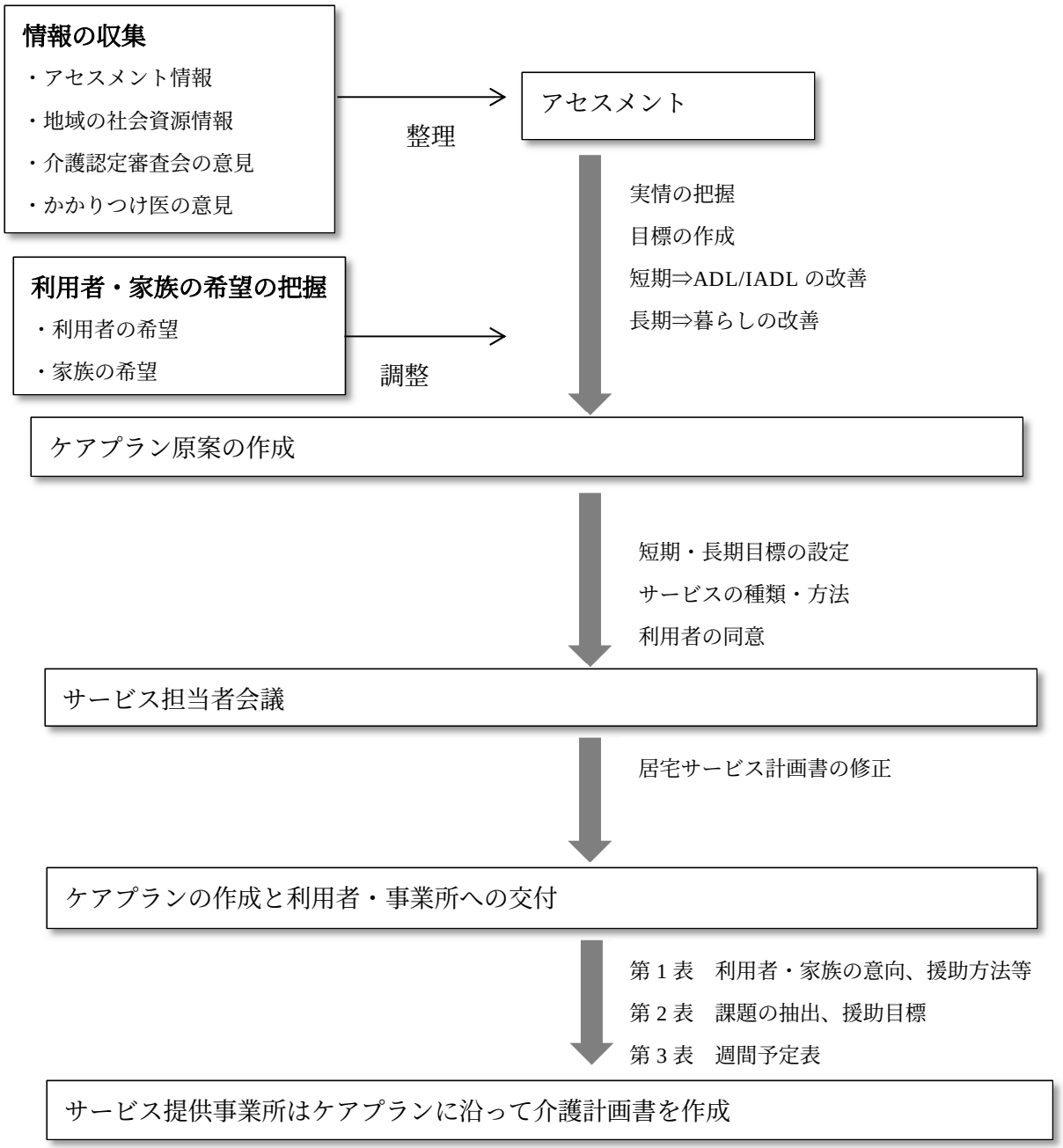
さらに、強みと資源への着目する。

先ほどの円背の方への質問では、円背であるための生活の困難を中心に尋ねていくことになるが、時に、その方の工夫している点、知恵、努力している点も併せて尋ねることが大切。

そうすると、長年の習慣で、重いものなどは生協などで購入していること、野菜や果物等は使う分だけ毎日シルバーカーで近くの八百屋で買っていること、布団干しなどは、近所の友人たちが交代で干してくれていることなど、話していただけることもありうる

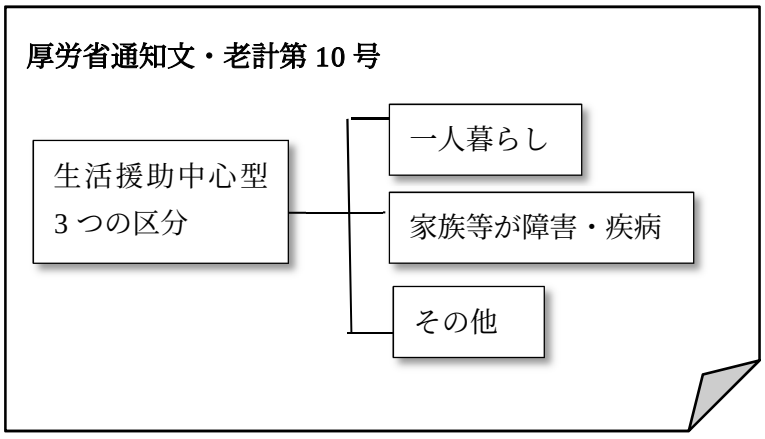
そのような会話を進めることでその人を取り巻く環境を理解することができ、使える社会資源は何かが分かってくるようになる。

⑥　居宅サービス計画書［ケアプラン］原案作成



生活援助中心型を居宅サービス計画書に組み入れる場合の注意点について

●「その他」の解釈に注意する



生活援助中心型３つの区分における「その他」について

「家族同居であって、その家族に障害、疾病がない場合であってもやむを得ない事情により、家族による家事が困難な場合をさす」として、家族の有無によって一律でサービスが利用できないという考え方を示している。

↓

アセスメントを行った上で、必要があれば算定できる
これは、日中独居などの利用者にとって必要な家事であれば、ケアプランに位置づけるようにとのメッセージととらえることができる。

福祉用具をプランに位置付ける際の注意点

福祉用具の種類により利用可能な人が定められているので注意

No	福祉用具の種類	利用可能な人
1	車いす・車いす付属品	日常的に歩行が困難な者 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者
2	特殊寝台・特殊寝台付属品	日常的に起き上がりが困難な者 日常的に寝返りが困難な者
3	床ずれ防止用具・体位変換器	日常的に寝返りが困難な者
4	認知症老人徘徊感知器	移動において全介助を必要としない者 意思の伝達、介護をおこなう者への対応、記憶または理解に支障がある者
5	移動用リフト	日常的に立ち上がりが困難な者 移乗において一部介助または全介助を必要とする者 生活環境において段差の解消が必要と認められる者
6	自動排せつ処理装置	排便において全介助を必要とする者 移乗において全介助を必要とする者

⑦　サービス担当者会議

開催時期について

①新規に居宅サービス計画を作成する場合
②要介護度更新時
③要介護度変更時
　①～③以外で、居宅サービス計画を変更する際には、関係者の意見を集約することが義務づけられている。

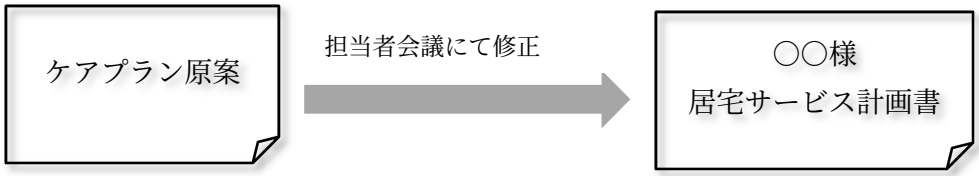
開催の狙い

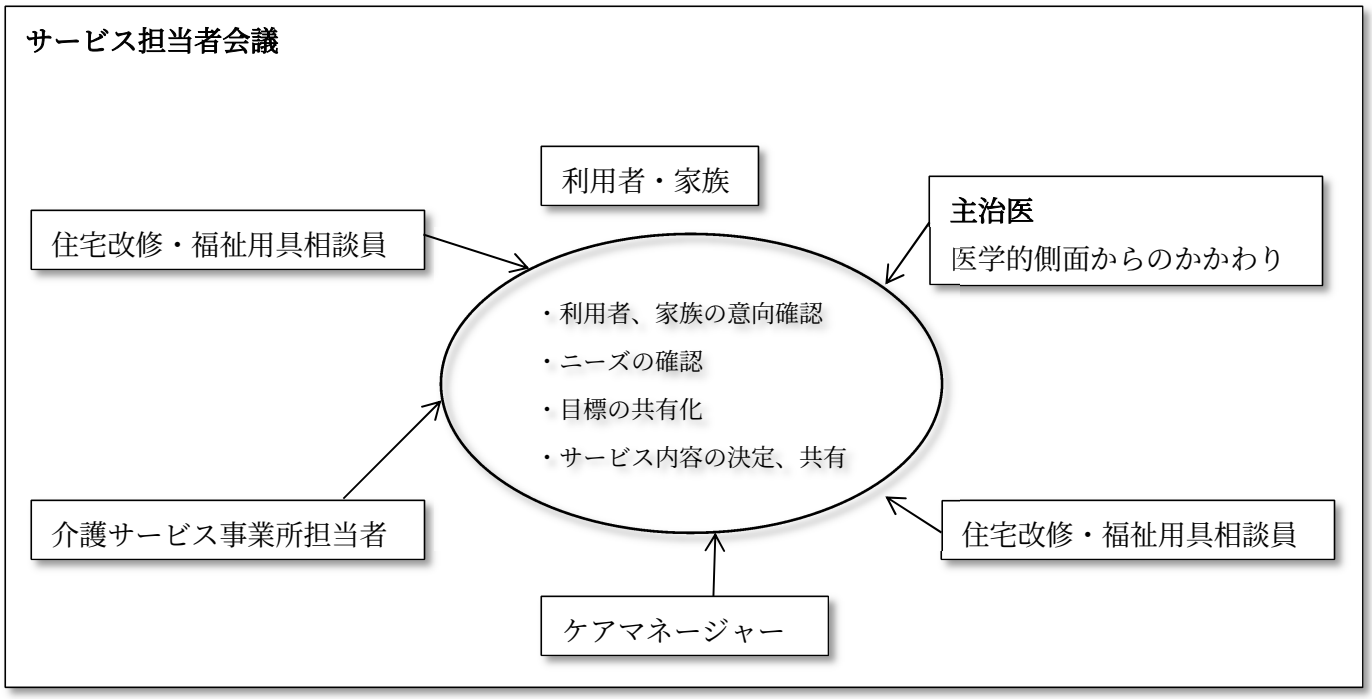
サービス関係者、利用者、家族それぞれの立場からの意見を出し合い、居宅サービス計画原案の見直しを行い、目標の共有化を図る。

福祉用具の貸与・販売が行われる場合の担当者会議の実施について

平成 20 年に、居宅サービス計画作成後必要に応じて随時会議を開催すればよいとされた。

居宅サービス計画書（ケアプラン）原案からサービス担当者会議を経て改良され、居宅サービス計画書になる。





サービス担当者会議の目的

・利用者の状況等に関する情報の共有

・ケアプラン原案の内容について担当者の専門的見地からの意見の聴収

実際は、業務上、関係する全員が集まることが難しく、電話、ファックスのみで済ませていることが多い。（H24 年から介護保険法が改正され、担当者会議を開催しなければ、ペナルティーが科せられるようになった）

担当者会議の話し合い内容

・新規利用者との契約内容の打ち合わせ

・担当者との調整連絡

・利用者の課題

・利用者情報の共有

・利用者の家族の事業者への希望の聴取

記録の残し方

記録は要点を整理し、文書にしてファイル保存

後日、サービス事業者に交付する

注意

①情報の共有化

②専門的意見の聴収

③それぞれの調整

この 3 つのポイントを押さえて記録を取るようにする

「○○○を情報共有した」「○○○との専門的意見を聴取した」など語尾に注意して記録を残す

（実地指導対策の為）

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（省令第 38 号）

第十三条

九 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。

利用者の様子、サービス利用状況について各サービス担当者が一堂に集まり、話し合う。また情報を共有する

①ケアプラン変更について

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

但し以下の場合は紹介などにより意見を求めることで代替可能

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かった場合
利用者の状態に大きな変化が見られなかった場合
同一事業所における週 1 回程度の単なるサービス利用回数の増減など軽微な変更の場合

軽微な変更の事例

サービス提供の曜日変更	目標もサービスも変わらない単なる事業所の変更
サービス提供の回数変更	福祉用具を同等の用具に変更する際に単位数が異なる場合
利用者の住所変更	目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合
事業所の名称変更	担当ケアマネの変更
目標期間の延長	

②会議の収集と日程調整

事前に日程はもちろん話し合う内容も知らせておく（文書、FAX などで）
またサービス事業者によっては会議当日に契約する場合が多いためその点も事前に確認しておくことが必要となる。

↓

利用者のサービスを担当している各サービス事業者、利用者宅へ

サービス担当者会議を家族宅へ打診する文書例

○○　△△様　　平成 27 年○月○日

××ケアプランセンター
介護支援専門員　　○○　○○

いつもお世話になっております。
○○様について介護保険を利用されるに当たり、様々な関係者がかかわっていることもあり、一度、サービス担当者で顔合わせをし、皆で面談（打合せ）をさせていただきたいと思っております。

7 月上旬のどこかで 1 時間ほど、ご都合のよい時間がございますでしょうか。

【主に確認させていただきたいこと】
・ご本人（ご主人、ご家族を含む）の最近のご家庭での様子、生活状況、健康状態
・ケアプラン概況
・サービス利用開始日
・デイケア送迎時の注意点、雨天時の送迎方法

打合せ終了後、各サービスの契約、自費サービスの契約、その他詳細確認などを行います。

③サービス担当者会議に代わる照会

紹介で済ませてもよい場合

ケアプラン新規作成・変更時
・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かった場合 ・ケアプランの変更であって利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合 ・状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合　など

認定切り替え時
・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会議への参加が得られなかった場合 ・ケアプランの変更から間もない場合で利用者の状態に大きな変化が見られない場合など

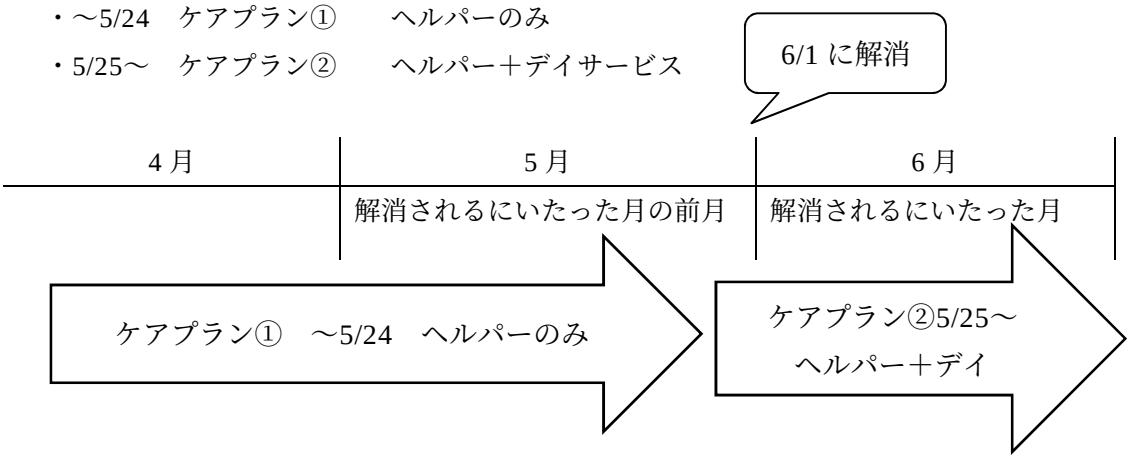
④サービス担当者会議の開催時期

会議の開催期限

算定基準の通知（省令第 38 号）
居宅サービス計画に係る月（以下該当月）から該当状態が解消されるに至った月までの前月まで減算とする

・サービス担当者会議には開催限度がある
・不備な状態が解消されるまでに至った月の前月まで減算
・新たなケアプランの初月内（月まで）にプロセスを完遂する

事例
・～5/24　ケアプラン①　　ヘルパーのみ
・5/25～　ケアプラン②　　ヘルパー＋デイサービス



6 月 1 日にサービス担当者会議を開催

↓

該当状態が解消されるに至った月

解消されるに至った月までの前月まで減算

↓

5 月が減算月

↓

遅くとも新たなケアプランの初月内（月末まで）にプロセスを経れば減算にならない

⑧モニタリング

モニタリングとは

ケアプランが適切に実行されているが、ケアプランの変更や事業者との連絡調整の必要はないが、利用者の生活が改善しているかを把握していくプロセス

モニタリングの方法

少なくとも１カ月１回、居宅訪問が義務づけられている。

モニタリングの記録

記録は２年間の保存が義務づけられている（しないと減算扱い）。

モニタリングについて

運営基準（省令第 38 号）

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。

減算規定

モニタリングはアセスメントに含まれる

↓

モニタリングの結果ケアプランを変更する際に、ベット居宅でアセスメントを行う必要はない

算定基準の留意事項

⑫ 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等（第 12 号）

指定居宅介護支援においては、利用者の有する解決すべき課題に即した適切なサービスを組み合わせて利用者に提供し続けることが重要である。このために介護支援専門員は、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あり、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。以下「モニタリング」という。）を行い、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合等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。

なお、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なければならない。

⑭モニタリングの実施［第 14 号］
介護支援専門員は、モニタリングに当たっては、居宅サービス計画の作成後においても、利用者及びその家族、主治の医師、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、当該指定居宅サービス事業者等の担当者との連携により、モニタリングが行われている場合においても、特段の事情のない限り、少なくとも１月に１回は利用者の居宅で面接を行い、かつ、少なくとも３月に１回はモニタリングの結果を記録することが必要である。また、「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、利用者に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ない。

例えば緊急の入院で面談ができない場合も「特段の事情」に該当する

減算規定を要約すると

・モニタリング＝実施状況の把握＋再アセスメント
・該当事業所の介護支援専門員が一月に利用者の居宅を訪問し、利用者に面接をしていない場合は格段の事情がない限り、その月から、該当状態が解消されるまでに至った前月までを減算とする。
・当該事業所の介護支援専門員がモニタリングの結果を記録していない状態が 2 か月以上継続する場合には、特段の事情がない限り、その月から該当状態が解消されるにいたった前月までを減算とする。

問題となる状況の修正について

モニタリングの事例

【モニタリング時の訴え】
利用者より、やってほしいことを何もしてくれない。怠慢。あのヘルパーはよくないので、変えてほしいとの訴えあり。

【ヘルパーよりの聞き取り】
窓ふきと、お孫さんのお弁当作りを依頼されてしまう。これはできない援助だと言ってもわかってくれない。毎回サービス提供責任者から説明するが、怠慢だと言って開き入れてくれない。

【事実分析】
今回の利用者の主訴は、介護保険サービスへの理解が不十分であるために起こっている。ケアマネジャーとして、制度の説明を十分に行えていなかったことが問題。ヘルパーが悪いのではなく、そういう制度であることを改めて説明する必要あり。

【対応】
制度の詳細な説明。さらに、窓ふき、お孫さんのお弁当作りが可能なＮＰＯの自費サービスの紹介を行うこととする。

モニタリングで問題があった場合の具体的な改善方法

①個別事業所に問題がある場合

個別の事業者に問題がある場合には、利用者から詳細な情報を集めて事実関係を明らかにし、至急事業所の責任者（管理者）に申し入れ、協議の上、改善するなどの具体的な対応を求める。また、同様の申し入れをしたにもかかわらず状況が改善されない場合は利用者にその旨説明し、速やかに事業者を変更する。

また、事業所に悪質な違反などが見られる場合などについては、他の事業所への情報提供が必要なので、保険者（市区町村）への報告も必要

②ニーズが変化した場合

最初にアセスメントしたときと比較し、本人の状態または家族を含めた環境が変化するなど、ニーズが変化した場合には、「ケアプラン（個別の援助計画）の変更」を検討する。また、必要に応じて、サービス担当者会議（全体の会議、特に関係がある事業者だけのミニ・カンファレンス、電話連絡、その他）により、「目標」やサービス提供の変更を行うことも考えられる。

③利用者等に問題がある場合

介護者が利用者を放置するなど、虐待の可能性がある利用者を担当することもある。この場合には、早いうちに保険者・地域包括支援センターに連絡をして、アドバイスを得ることも大切。

自分の力量では対応できないと思われる場合には、早いうちに他の専門職など、他者の支援を得るようにする。

④その他の場合

認知症の単身者など、認知症の進行などで在宅生活が危うくなる可能性を持つ高齢者の場合には、再度支援方針の見直しを行うとともに、本人の意向を尊重しつつ、事前に施設入所の検討をしておくことも大切。

施設への申し込みの方法などは地域包括支援センター、または介護保険担当窓口に問い合わせをしてみること

モニタリングで大切なこと

利用者に何らかの変化が生じた場合 → 事業所、病院など関係機関の担当者に連絡すること

介護サービスの提供は利用者・サービス事業所・医療機関などチームワークのでき次第で決まる！！

利用者希望によるケアプランの「軽微な変更」の場合

軽微な変更の場合のケアプランの扱い

軽微な変更 → ケアマネジメントプロセスは不要

明らかな変更 → ケアマネジメントプロセスは必要

①軽微な変更への対応例

ケアプランに沿ってサービス提供

↓

デイサービスへモニタリング実施
デイサービススタッフ「すごく楽しく運動も出来たから、来月も今月同様にお願いしたい t とおっしゃっていましたよ。

↓

利用者へモニタリング訪問
利用者「デイサービスの準備をしてくれる家族の都合で利用する曜日を火曜から木曜に変えたいの」

↓

デイサービスに曜日の変更と連絡調整

↓

ケアマネジメントプロセスは行わない

②ケアプラン変更への対応例

ケアプランに沿ってデイサービス利用

↓

デイサービスにモニタリング実施
デイサービス職員「介護者である家族が入院されたとのことでした」

↓

利用者へのモニタリング訪問（継続的アセスメントを含む）
利用者「介護者が入院してしまって独居状態で、食事面で困っています。ホームヘルパーを利用したいんです。」

↓

変更ケアプランの原案作成

↓

サービス担当者会議を開催

↓

原案に対する説明を行い、同意を得た後、確定ケアプランを作成、交付

ケアマネジメントプロセスをおこなう

居宅での面接が行えなくても減算に該当しないと考えられる事例

ショートステイで長期入院中
通所介護の保険外事業として長期宿泊中
一時的に親せき宅や別荘に生活場所を移している場合

モニタリングの記録

介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の刑事について（老企第 25 号）
第 5 表：「居宅支援経過」
モニタリングを通じ把握した、利用者やその家族の意向、満足度等、目標の達成度、事業所間の調整内容、居宅サービスの変更の必要性等について記載する。漠然と記載するのではなく、項目毎に記載するように努める

モニタリング記録に盛り込むべき項目
・利用者やその家族の移行、満足度
・目標の達成度
・事業者との調整内容
・居宅サービス計画の変更の必要性　など

モニタリングのポイント

主なモニタリングのポイント	把握できる情報など
サービス提供票の実績	1カ月のサービス利用状況
各サービスの実施記入　報告書	サービス内容など
連絡ノート	サービス事業者から見た利用者の様子など
医療機関の検査結果	健康状態
お薬手帳，薬	健康状態，医師の考えなど
カレンダー	生活状況や社会参加
アルバム，レターラック	過去の人間関係，キーパーソン
ポスト	社会手続きなど
ごみ箱，残飯	食生活，金銭管理など
便器，布団などの汚れ	健康状態など
冷蔵庫	食生活，衛生管理など
年賀状，正月やお盆の過ごし方	誰と過ごしたかなど→キーパーソン
入退院の状況	誰を頼るか→キーパーソン

■同一法人による集中減算における考え方（H27 改正）

正当な理由のない特定の事業所へのサービスの偏りの割合が 90%を超える場合の減算の適用について、適用要件の明確化を図りつつ、減算の適用割合を引き下げるとともに、対象サービスの範囲については、限定を外す。

特定事業所集中減算 △200 単位 ⇒ 変更なし

※ 算定要件等
○ 正当な理由なく、特定の事業所の割合が 80%を超える場合に減算する。

事例訪問介護を位置づけたケアプラン数のうち A 法人が最も多い場合の集中減算の算出方法

A 法人の訪問介護を位置づけたケアプラン数÷訪問介護を位置づけた全ケアプラン数

訪問会を位置づけているケアプラン数［利用票の数］		訪問介護事業所（別法人）の数			
		A 法人	B 法人	C 法人	各ケアプラン法人数
利用者 1	1	○	―	―	1
利用者 2	1	○	○	―	2
利用者 3	1	○	○	○	3
利用者 4	1	○	―	―	1
利用者 5	1	―	○	○	2
利用者 200	1	○	―	―	1
ケアプラン数	200(b)	185(a)	68	22	275
集中率(%)		**92.5(c)**	**34**	**11**	

特定事業所集中減算適用
c＝「A 法人の訪問介護を位置づけたケアプラン数(a)÷「訪問介護を位置づけた全ケアプラン数(b)

減算が適用されない「正当な理由の範囲」とは

サービス種別で見た場合に、事業所数 5 事業所未満のサービス

ケアプランに位置づけられている件数が月平均 10 件以下のサービス

例）　訪問看護が位置付けられたケアプラン数が 1 か月あたり平均 5 件
通所介護が位置付けられたケアプラン数が 1 か月あたり平均 20 件の場合

↓

減算適用　⇒紹介率が最高法人である訪問看護業者
減算非適用　⇒　〃　　通所介護事業者

（離島等）特別地域のケアマネ事業者

ケアプラン数が月平均 20 件以下

利用者から理由書の提出を受け、地域ケア会議などに提出しているケアプラン

例　利用者ら質の高いことを理由に「そのサービスを利用したい」旨の理由書を提出を受けており、地域ケア会議や包括支援センターが実施する事前検討会などにその利用者のケアプランを提出し、支援内容について意見、助言を受けている者［様式は任意］

都道府県知事などが認めた場合

変更と初回加算算定の関係

①他事業所からの担当変更

他事業所のケアマネの退職に当たり担当を翌月より引き継ぐことになった

↓

遅くとも翌月の月末までにケアマネジメントを実施

↓

従前のケアプランと比べて変化のないケアプランを作成・交付

↓

初めてケアプランを作成するのであれば初回加算の**算定は可能**
もし**ここで担当者会議を開催しなければ運営基準減算となり初回加算は算定できない**

②要介護・要支援の変更

ケース 1

介護予防支援を委託している居宅支援事業所が A から B に変更

↓

遅くとも翌月の月末までにケアマネジメントを実施

↓

前任の A 事業所とは異なる内容で介護予防計画を作成・交付

↓

給付管理を実施する介護予防支援事業所には変更ないことから初回加算は**算定不可**

ケース 2

要介護から要支援に変更。従前ケアプランを作成していた居宅支援事業所が委託を受けた。担当ケアマネに変更は無し）

↓

一連のケアマネジメントプロセスを実施

↓

介護予防サービス計画も含めて作成

↓

指定介護予防支援事業所にとって初めての給付管理対象者であり一連のプロセスを実施していることから**初回加算は算定可能**

暫定ケアプランとケアマネジメントの関係

①暫定ケアプランと確定ケアプランに「変更」がない場合

認定状況	**認定申請中**	→	**要介護 1 確定**
ケアマネ業務	居宅アセスメント、サービス担当者会議などの一連のプロセス		一連のプロセスがなくても減算にはならない ↓
ケアプラン状況	暫定ケアプラン（車いす利用）	→	確定ケアプラン A(車いす)

②暫定ケアプランと暫定ケアプランに「変更」がある場合

認定状況	**認定申請中**	→	**要介護 1 確定**
ケアマネ業務	居宅アセスメント、サービス担当者会議などの一連のプロセス		一連のプロセスが必要 ↓
ケアプラン状況	暫定ケアプラン（車いす利用）	→	確定ケアプラン B(目標が変更となり車いすとデイサービスの利用

認定切り替え時におけるケアマネジメントプロセス

老企第 22 号

第 13 条

十五　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

ケアマネジメントプロセスが必要な場合

・新規認定時

・要介護区分の変更

認定が変わったからと言って全てが「ケアプランの変更」　として扱われるものではない

必ずしも新規作成時において同じケアマネジメントプロセスは必要ない。

老企第 22 号　3 運営に関する基準

⑮ 居宅サービス計画の変更（第 15 号）

介護支援専門員は、居宅サービス計画を変更する際には、原則として、基準第 13 条第 3 号から第 11 号までに規定された居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要である。

なお、利用者の希望による軽微な変更(例えばサービス提供日時の変更等で、介護支援専門員が基準第 13 条第 3 号から第 11 号までに掲げる一連の業務を行う必要性がないと判断したもの)を行う場合には、この必要はないものとする。

必ずしも認定更新時にサービス担当者会議の結果ケアプランが変更しなくてもよいことが読み取れる

認定が変わったが、利用者ニーズやサービスが変わらない場合のプロセス例

	認定状況	ケアプランの内容	ケアプラン上の手続
4 月	要介護 1	週 2 回のデイサービスのみのケアプラン（A）	①更新申請 ②居宅にてモニタリング（継続的アセスメント含む）実施、翌月もケアプラン（A）の内容で継続決定
5 月	要介護 1 5 月末まで	週 2 回のデイサービスのみのケアプラン（A）	居宅にてモニタリングを実施。6 月以降のケアプランについてニーズや必要なサービスに変化がない為ケアプラン（A）の継続が必要と判断。週 2 回のデイサービスのみの暫定ケアプラン（A）を作成して交付
6 月	申請中 ↓ 要介護 2 （6/1～）	・週 2 回のデイサービスのみの暫定ケアプラン（A）の実施 ・これまで通り、週 2 回のデイサービスの未利用を継続	月半ばに要介護 2 と認定。先に作成した暫定ケアプラン（A）の内容の内容について「変更の必要性」があるかについてサービス担当者会議を開催。 その結果、変更の必要性がないものと判断され継続が決定。 暫定ケアプラン（A）の再作成は軽微な変更と判断しサービス担当者会議などを省略したうえで交付

複数サービス・給付の併用条件について

・原則的に、目的や内容の同じサービスの重複給付はできない
・同じような内容のサービスでも、使用目的などが異なる場合は給付可能
・介護保険リハと医療保険リハの併給要件もある

給付 サービス1		給付 サービス2	可否	併給要件
車いすA	＋	車いすB	△	原則的に，複数の同一種目の貸与はできず，1つに限られる。ただし，屋内用と屋外用で使用するために2つの車いすを貸与する場合など，当該利用者に必要性が認められる場合には，複数の貸与も給付対象とする保険者が多い。
訪問介護	＋（同じ時間帯）	訪問看護 訪問リハビリ 訪問入浴	△	同一時間帯の利用が介護のために必要と認められる場合に限って，それぞれ算定。
訪問介護	＋（同じ時間帯）	訪問診療	△	上記準用が妥当。
訪問看護 （介護保険）	＋（同じ期間）	精神科訪問看護	○	精神科訪問看護・指導料（医療保険）は介護保険による訪問看護と併給可。
A予防通所リハビリ	＋ （同じ期間）	B予防通所リハビリ	×	月当たりの定額制が導入される介護予防サービスは，複数の事業所を利用することはできず、1つの事業所を選択する必要がる。

（予防）通所リハビリ	→ （入所前）	介護老人保健施設 介護療養型医療施設 短期入所療養介護	△	機械的にサービスをケアプランに組み込むことは適切でない。
通所リハビリ	＋ （同じ期間）	訪問リハビリ	△	通所サービスを優先的に考えた上で，訪問サービスと同様のサービスが担保されない場合は併給可能。
訪問リハビリ 通所リハビリ	＋ （同じ期間）	疾患別リハビリ （医療保険）	△	同一の疾患などについて，疾患別リハビリ（医療保険）とは別施設で介護保険のリハビリを（日程が重ならないで）提供する場合は2カ月間併給できる。
A通所介護	＋ （同じ期間）	通所介護	○	複数の通所介護事業所を利用することは可能（通所リハビリも同様）
認知症対応型 通所介護 通所リハビリ	＋ （同じ期間）	精神科デイケア	△	同一日でない場合は算定可能。
通所サービス	＋ （利用中）	併設医療機関	△	緊急やむを得ない場合のみ。受診に要する時間は通所時間から差し引く
通所サービス	＋ （利用の前後）	併設医療機関	△	受診は可能であるが，一律に機械的に通所サービスの前後に組み入れることは適切でなく，当日の利用者の心身の状況サービスの見直しなどの必要性に応じて行われるべきもの。
短期入所生活介護	＋ （利用の前後）	訪問介護 通所介護 訪問入浴 通所リハビリ 訪問看護 訪問リハビリ	○	機械的にサービスをケアプランに組み込むことは適切でない
介護老人保健施設 介護療養型医療施設 短期入所療養介護	→ （退所日）	通所リハビリ 訪問看護 訪問リハビリ 居宅療養管理指導	×	
介護老人保健施設 介護療養型医療施設 短期入所療養介護	→ （退所日）	訪問介護など 福祉系サービス	○	
訪問・通所 サービス	→ （入所日）	介護老人保健施設 介護療養型医療施設 短期入所療養介護	○	施設サービスや短期入所サービスでも機能訓練やリハビリを行えることから，入所（入院）前に通所介護または通所リハピリを機械的に組み込むといったケアプランは適切でない。
介護保健施設・ 医療機関の入所 （入院）中	＋ （外泊時	居宅サービス	×	

居宅療養管理指導黄（介護保険）	＋（同じ日）	訪問看護ステーションの訪問看護費（介護保険）	△	訪問看護ステーションと医療保険でいう「特別な関係」にある保険医療機関において，医療機関が居宅療養管理指導費（介護保険）を算定した日と同一日に訪問看護ステーションの訪問看護費（介護保険）を算定することは，別の時間帯に別のサービスとして行われた場合，可能である。
訪問診療（医療保険）	＋（同じ日）	訪問看護 訪問リハビリ（介護保険）	△	別の時間帯に別のサービスとして行われた場合，それぞれ算定可能。
訪問診療（医療保険）	＋（同じ日）	医療機関の薬剤師，管理栄養士の居宅療養管理指導	×	医療保険による訪問診療を算定した日に，医療機関の薬剤師，管理栄養士の居宅療養管理指導を算定できない（医療機関の薬剤師，管理栄養士の居宅療養管理指導を行った後，患者の病状の急変などにより往診を行った場合を除く）。

医療保険の訪問看護と介護保険の関係

原則は介護保険給付が優先となる

以下の場合は医療保険が優先となる

末期の悪性腫瘍	ライソゾーム病
多発性硬化症	副腎白質ジストロフィー
重症筋無力症	脊髄性筋萎縮症
スモン	球脊髄性筋萎縮症
筋萎縮性側索硬化症	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
脊髄小脳変性症	頸髄損傷または人工呼吸器を使用している状態
パーキンソン病関連疾患 ※進行性核上性麻痺，大脳皮質基底核変性症，パーキンソン病→ホーエンヤールの重症度分類がステージ3以上であって，生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度のものに限る。	パンチントン病
プリオン病	進行性筋ジストロフィー症
急性硬化性全脳炎	多系統萎縮症 ※線条体黒質変性症，オリーブ橋小脳萎縮症，シャイドレーガー症候群
後天性免疫不全症候群	
急性増悪，終末期，退院直後など頻繁に訪問看護が必要な場合であって，医師より特別訪問看護指示書が出されている人	

介護老人保健施設・介護療養型医療施設の退所・退院日でも訪問看護（介護保険）が算定可能な利用者

原則的に，医療系介護施設の退院・退所日に訪問看護は使得ない

以下の場合は例外的に併給が可能

特別管理加算対象者	在宅自己腹膜濯流指導管理	気管力ニューレ・ドレーンチューブ
	在宅血液透析指導管理	留置カテーテル
	在宅酸素療法指導管理	人工肛門・人工膀胱を設置
	在宅中心静脈栄養法指導管理	真皮を越える褥瘡
	在宅気管切開患者指導管理を受けている状態など	

介護保険が優先されず類似の医療保険が給付される例

訪問看護	①治医から特別指示書が交付されている。 ②末期がん，難病などの患者 ③入院中（外泊日含む）に退院に向けて訪問看護を行う場合
訪問 リハビリテーション	急性増悪などにより一時的に頻回の訪問リハビリテーションの指導管理を行う 必要がある場合（6カ月に1回，14日間に限る）
訪問 通所リハ	同一の疾患などについて，疾患別リハビリテーション（医療保険）とは別施設で介護保険のリハビリテーションを（日程が重ならないで）提供する場合は2カ月間併給できる。
認知症対応型通所介護 通所リハビリテーション	左記サービスと同一日でない場合の精神科デイケアなどは算定可能。

ケアプランの交付の重要性と留意点

主治医	特に訪問診療，居宅療養管理指導などとの重複訪問の回避のために週間スケジュールなどの交付が重要。
生活保護の 担当ケースワーカー	双方の情報共有に必要。特に介護券の交付のために利用票，別の交付が重要
関係者以外の親族など	（場合によるが）老々介護の世帯などでキーパーソンが別居の親族などの場合は，交付しておくと，いざという時に連携しやすい

個別サービス計画の提出依頼

・ケアプランを各担当者に交付したら, 担当者に訪問介護計画, 通所介護計画などの個別サービス計画の提出を求める。

・訪問入浴，居宅療養管理指導には個別サービス計画の作成義務がなく，ショートステイではおおむね 4 日以上連続して利用する場合にその作成義務が規定されている

入院時情報連携加算

その他，支援経過記録（またはケアプラン）に記載すること	
入院時情報連携加算	情報提供を行った日時，場所（医療機関へ出向いた場合），内容提供手段（面談，ファクスなど）など
緊急時等居宅カンファレンス加算	カンファレンスの実施日（指導した日が異なる場合は指導日も併せて），カンファレンスに参加した医療関係職種などの氏名，カンファレンスの要点
退院時共同指導料（医療機関が請求）	入院中の病院の医師と退院後の主治医，看護師などと共同で利用者に指導を行った場合は，その内容を記載し，提供された文書を添付。
居宅療養管理指導	情報提供および必要な助言を受けた内容

各加算の概要と算定条件

初回加算
①新規に居宅サービス計画を作成する場合 ②要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合 ③要介護状態区分が 2 区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合

入院時情報連携加算（1 人につき 1 カ月に 1 回）
入院するに当たって，病院または診療所の職員に，入院してから遅くとも 7 日以内に，必要な情報＊を提供した場合に加算する。（Ⅰ とⅡのどちらかに限る）。
（Ⅰ）
医療機関へ出向いて，当該医療機関の職員と面談し，必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定
（Ⅱ）（Ⅰ）以外の方法により必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定
＊提供する情報の例 ・疾患・病歴，認知症の有無や排掴などの行動の有無など ・家族構成，生活歴，介護者の介護方法や家族介護者の状況など ・サービスの利用状況 ※情報提供を行った日時，場所（医療機関へ出向いた場合），内容，提供手段（面談，ファクスなど）などについて居宅サービス計画などに記録しておく必要がある。なお，情報提供の方法としては，居宅サービス計画などの活用などが考えられる。

退院・退所加算（入院・入所期間中につき 3 回を限度）
退院・退所に当たって，病院，診療所，介護保険施設などの職員と面談を行い，利用者に関する必要な情報を得た上で，居宅サービス計画を作成し，居宅サービスなどに関する調整を行った場合には，サービス利用開始月に加算 ただし，初回加算を算定する場合は算定しない。
入院・入所期間中 3 回まで算定することができる。（医師などからの要請により退院に向けた調整を行うための面談に参加し，必要な情報を得た上で，居宅サービス計画を作成し，居宅サービスなどの調整を行った場合を含む）。 **〈3 回算定の条件〉** 3 回のうち 1 回について，入院中の担当医などとの会議（カンファレンス）に参加して，退院後の在宅での療養上必要な説明を行った上で，居宅サービス計画を作成し，居宅サービスなどの利用に関する調整を行った場合に限る。

〈1 日に複数回の算定〉
同一日に必要な情報の提供を複数回受けた場合，またはカンファレンスに参加した場合でも，1 回として算定。

〈情報入手の期間〉
退院後 7 日以内に情報を得た場合には算定可能（原則，退院・退所前が望ましい）。
〈記録〉
上記会議（カンファレンス）に参加した場合は，会議（カンファレンス）などの日時，開催場所，出席者，内容の要点などについて居宅サービス計画に記録し，利用者または家族に提供した文書の写しを添付する必要がある。（入院時情報連携加算の様式ではない）。

小規模多機能型居宅介護事業所連携加算
介護支援専門員が，小規模多機能型居宅介護事業所（以下，小規模）に出向き，利用者の居宅サービスの利用状況などの情報提供を行うことにより算定を行う。ただし，利用開始日前 6 カ月以内にこの加算を算定した利用者は算定できない。また，利用者が小規模の利用を開始した場合にのみ算定できる

看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算
上記「小規模多機能型居宅介護事業所連携加算」と同趣旨。

緊急時等居宅カンファレンス加算（1 人につき 1 カ月に 2 回を限度）

イ特定事業所加算（Ⅰ）	（Ⅱ）	（Ⅲ）
次に掲げる基準のいずれにも適合すること。（Ⅱ）と（Ⅲ）は○の付いた項目を満たすこと。		
（1）常勤専従の主任介護支援専門員を 2 人以上配置		
常勤専従の主任介護支援専門員は，その居宅介護支援事業所の業務に支障がない場合は，同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務しても差し支えない。		
（2）常勤専従の介護支援専門員を 3 人以上配置	○	
常勤専従の介護支援専門員 3 人とは別に，主任介護支援専門員を置く必要がある。したがって，少なくとも主任介護支援専門員および介護支援専門員 3 人の合計 4 人を常勤かつ専従で配置する必要がある		
（3）利用者に関する情報またはサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達などを目的とした会議を定期的に開催	○	○
「利用者に関する情報またはサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達などを目的とした会議」は，次の要件を満たすものでなければならない。 ①議題については，少なくとも次のような議事を含める必要がある ・現に抱える処遇困難ケースについての具体的な処遇方針 ・過去に取り扱ったケースについての問題点およびその改善方策 ・地域における事業者や活用できる社会資源の状況 ・保健医療および福祉に関する諸制度 ・ケアマネジメントに関する技術 ・利用者からの苦情があった場合は，その内容および改善方針 ・その他必要な事項 ②議事については，記録を作成し，2 年間保存しなければならない ③「定期的」とは，おおむね週 1 回以上をいう		

（4）24 時間連絡体制を確保し，かつ，必要に応じて利用者などの相談に対応する体制を確保	○	○
24 時間連絡体制とは，常時担当者が携帯電話などにより連絡を取ることができ，必要に応じて相談に応じることが可能な体制をとる必要があり，その事業所の介護支援専門員が輪番制による対応等も可能。		

（5）算定日が属する月の利用者の総数のうち，要介護 3～5 が 40%以上		
要介護 3，要介護 4 または要介護 5 の者の割合が 40%以上であることについては，毎月その割合を記録しておく必要がある。 なお，特定事業所加算を算定する事業所については，積極的に支援困難ケースに取り組むべきこととされており，こうした割合を満たすだけでなく，それ以外のケースについても，常に積極的に支援困難ケースを受け入れるべきものである。 また，（7）の要件のうち，「地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合」に該当するケースについては，例外的に（5）の 40%要件の枠外として取り扱うことが可能（すなわち，そのケースについては，要介護 3～5 の者の割合の計算の対象外として取り扱うことが可能）。		

（6）居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し，計画的に研修を実施	○	○
「計画的に研修を実施していること」については，その事業所における介護支援専門員の資質向上のための研修体系とその研修実施のための勤務体制の確保を定めると共に，介護支援専門員について個別具体的な研修の目標，内容，研修期間，実施時期などについて，毎年度少なくとも次年度が始まるまでに次年度の計画を定めなければならない。また，管理者は，研修目標の達成状況について，適宜確認し，必要に応じて改善措置を講じなければならない。なお，年度の途中で加算取得の届け出をする場合にあっては，その届け出を行うまでにその計画を策定すればよい		

（7）地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても，その支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供	○	○
特定事業所加算算定事業所は，自ら積極的に支援困難ケースを受け入れなければならず，また，そのため，常に地域包括支援センターとの連携を図らなければならない		

（8）地域包括支援センターなどが実施する事例検討会などに参加		

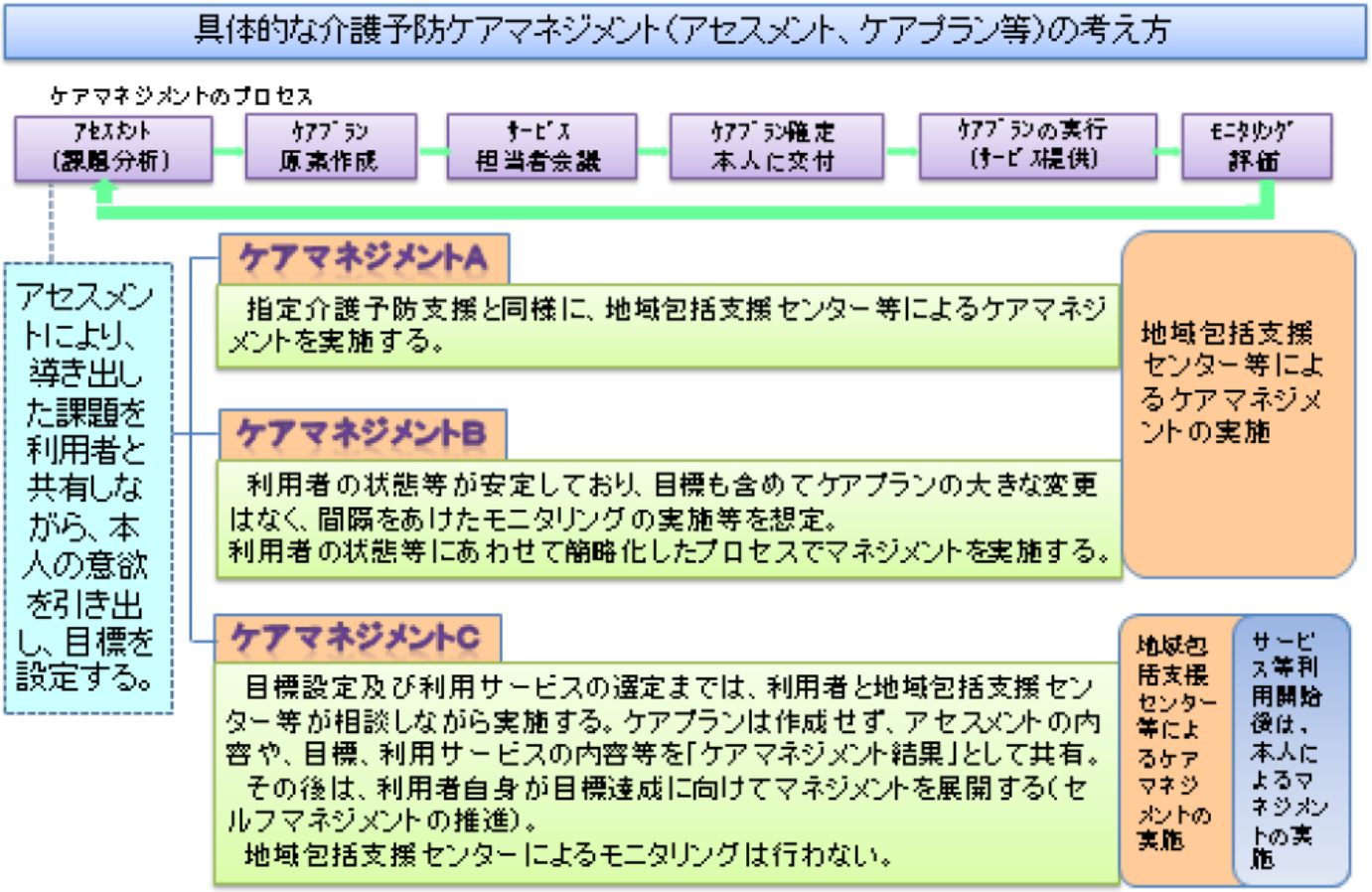
（9）居宅介護支援費に係る運営基準減算または特定事業所集中減算の適用を受けていない	○	○
（10）居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数がその居宅介護支援事業所の介護支援専門員 1 人当たり 40 人未満	○	○
取り扱う利用者数については，原則として事業所単位で平均して介護支援専門員 1 人当たり 40 人未満であれば差し支えない。		

（11）法定実務研修科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」などに協力または協力体制を確保（平成 28 年度実務研修試験の合格発表日から）	○	○
実習生受け入れの際には書面などによって提示しなければならない		

主任ケアマネとケアマネの配置基準の比較			
	（Ⅰ）	（Ⅱ）	（Ⅲ）
常勤専従の主任ケアマネジャー	2人以上	1人以上	1人以上
常勤専従のケアマネジャー	3人以上	3人以上	2人以上

■区分

	A	B	C
	原則版	簡略版	初回のみ
利用サービス	・サービスA （訪問・通所事業所を利用） ・サービスC （短期集中予防サービス） Aサービス Cサービスのミックス	主にAやC以外のケース （民間事業所、NPO法人など雇用者によるサービス）	配食サービス、サービスA サービスCの補助 NPO,ボランティアによるサービス
アセスメント	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	
サービス担当者会議	○		
利用者への説明・同意	○	○	○
ケアプランの確定・甲府	○	○	△［ケアマネジメントの結果を共有］
サービス利用開始	○	○	○
モニタリング	○（給付管理）	△（適度）	



■介護予防ケアマネジメント A の委託手順（地域包括支援センターと居宅介護支援事業所との関係）

地域包括支援センター

①利用申込
利用申し込みの受け付け

②契約締結
利用申込者との契約締結

③セスメント

利用者情報の入手
市区町村から認定調査結果、主治医意見書を入手する

介護予防支援業務の委託
・利用者台帳、基本本チェックリストなどでアセスメントを行う
・利用者台帳、基本チェックリスト、認定調査結果、主治医意見書などを居宅支援事業所に交付

業務締結

帳簿類の提供

居宅介護支援事業所

③セスメント

介護予防支援業務の受託
必要書類を入手し利用者宅を訪問する
訪問の結果を踏まえ具体的な支援策を提案、利用者と調整する

④介護予防ケアプラン原案の作成
・アセスメントの結果をもとにケアプラン原案を作成
・作成した原案をもとにサービス利用について地域包括支援センター、サービス事業所などと調整する
・利用者、家族サービス提供担当者など関係者を集め今後の支援策を協議する
・担当者会議後の介護予防ケアプランについて包括支援センターの承諾を得る

⑥介護予防ケアプランの説明と同意
利用者、サービス事業所、地域包括支援センターへの交付

交付

⑥介護予防ケアプランの授受
居宅介護支援センターより予防ケアプランの授受

⑦モニタリングの提供

モニタリング

・少なくとも 3 か月に 1 回は利用者宅を訪問し面接する

・利用者宅を訪問しない月はサービス事業者における面接、電話などにより利用者の状況を確認する

・月に 1 回は介護予防支援経過記録にモニタリングの結果を記録する
サービス事業者から少なくとも月に 1 回は書面にて報告を受け地域包括支援センターに報告する

・利用者の状況に変化があった場合は必要に応じて計画の見直しを行う

⑧評価

・3 か月~6 か月に 1 回は利用者宅を訪問し計画の達成状況を把握する

・介護予防サービス、支援評価表を作成し、地域包括支援センターに報告

⑨給付管理

月初めに実績を確認し、給付管理票を作成。地域包括支援センターに送付

給付管理票送付

⑧評価

居宅支援事業者が行った評価について確認を行い、今後の方針について必要な助言、指導を行う

⑨給付管理

居宅支援事業所から送付された給付完了を確認

⑩介護報酬の請求と支払

介護報酬の請求

・介護報酬請求書類を作成し、給付管理票とともに国保連に請求

・国保連から介護報酬を受領する

⑪委託料支払い

居宅支援事業者に介護予防業務に係る委託料を支払う

支払

⑪委託料受領

地域包括支援センターからの委託料の受領

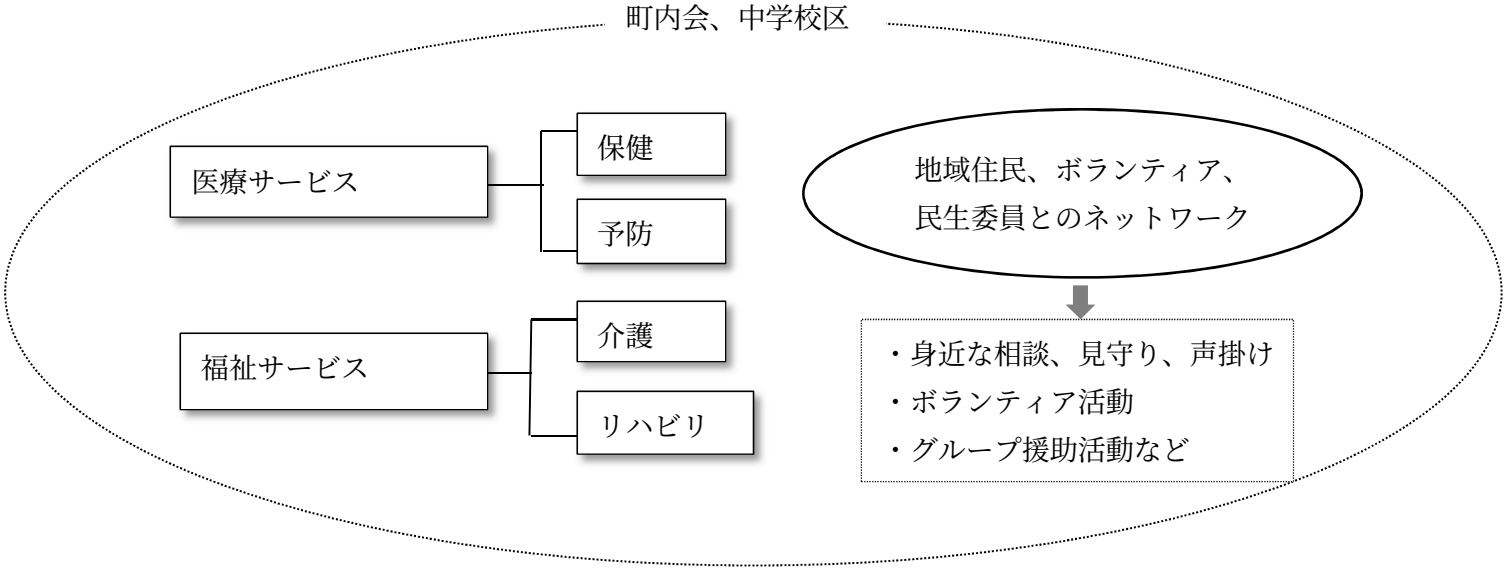
包括支援ケアシステムとケア会議

福岡県社会福祉士会「地域包括支援ネットワーク構築と地域ケア会議」研修資料

地域包括ケアシステムとは

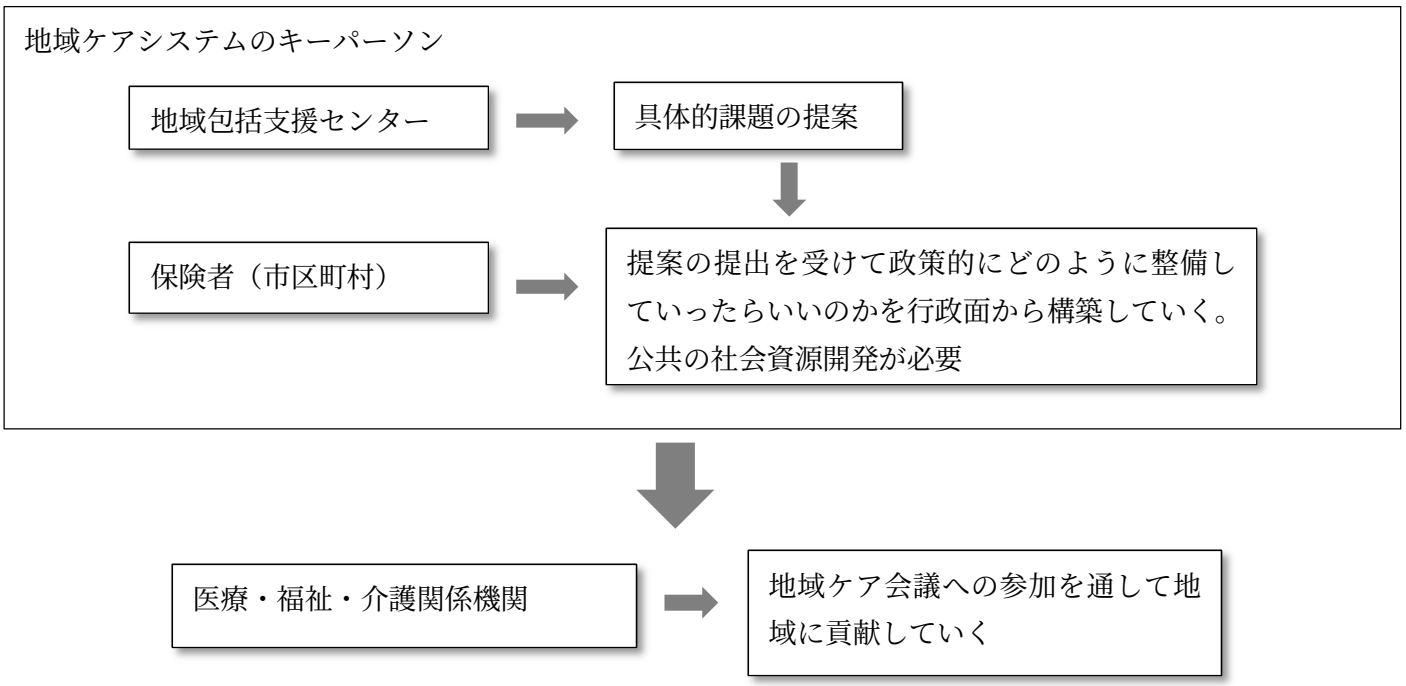
重度になっても住み慣れた地域で人生の最後まで自分らしく暮らし続けることが出来るシステム

イメージ



地域ケアシステムの構成要素

下記のいずれも不足してはいけない



地域包括支援センターの役割

・日常的な業務（総合相談事例）地域課題を明らかにする
・地域を含めた関係者の支援体制を構築する
・地域課題を関係者と構築する。特に行政に対しても情報提供を行う

↓

特に地域課題を解決していくためには行政の力が必要不可欠

↓

地域ケア会議の有効活用

市町村［保険者］の役割

・地域包括ケアシステム構築のための環境整備
・生活支援サービス（インフォーマル）の基盤整備
・在宅医療支援体制の構築を医師会と共同で推進する
・地域で認知症の人を支える体制を構築
・地域包括支援センターが適切に業務を遂行できるように環境を整備していく

■ケア会議の役割

ケア会議の種類

→ 高齢者個人に対する支援の充実（個別ケース）

・サービス担当者会議で解決できない困難事例を取り上げる
・利用者を支える為のサービスが介護事業所内で不足しており、外部の社会資源を使わなければいけない場合（見守りネットワークなど）
・地域包括支援センター主体の地域関係者を集めてのケース会議

→ 社会基盤の整備（地域課題ケース）

地域の実情に応じて必要と認められる事項

例）坂道が多い
⇒コミュニティーバスの提供などにより、地域住民（高齢者）の歩行による負担を減らす
認知症の人の割合が他の町よりずば抜けて多い
⇒月に１回、認知予防教室を行う

↓

地域で尊厳のあるその人らしい生活の継続を図る
（地域包括ケアシステム）

個別ケースの検討を行う地域ケア会議で取り上げる個別ケースの種類

・サービス未利用で支援を要する高齢者等への対応
・支援者が困っている事例
・支援が自立を阻害していると考えられる事例
・支援者個人の為の資源や環境整備が必要な事例
・保険者から見てサービス提供内容に課題がる事例　など

地域課題の検討を行う地域ケア会議について

地域づくり、資源開発機能［こういうサービスがあったらなおよいというもの］

インフォーマルサービスや地域見守りネットワーク等、地域に必要と考えられる資源の開発

政策形成機能［保険者の役割］

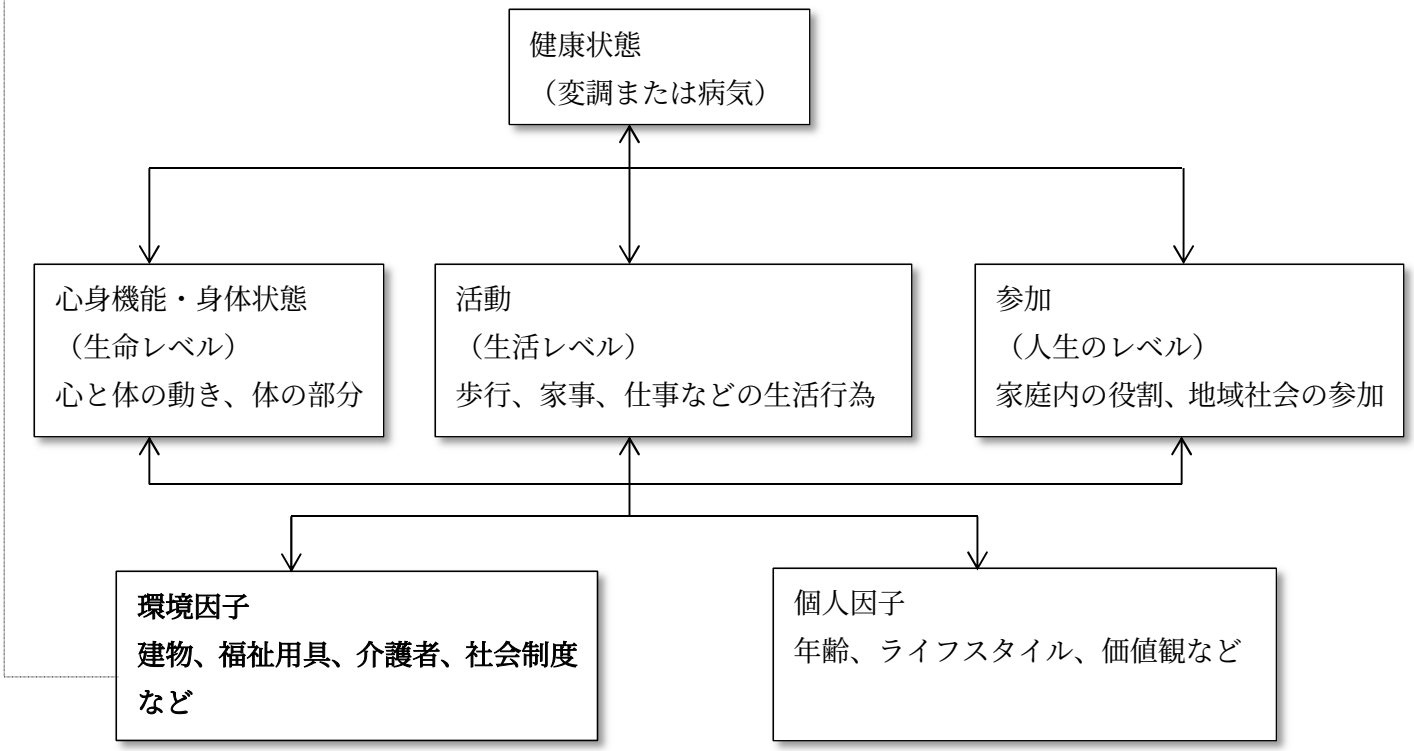
地域に必要な取り組みを明らかにして、施策や政策を立案・提言する

地域課題の抽出方法のヒント

①量的調査（日常生活圏域ニーズ調査、日常の相談データ等）から導き出す
②環境因子より引き起こされる課題が地域課題の可能性が高い

個別課題を地域課題に変換する機能が困難を要する

ICF における生活機能モデル図



平成 26 年９月８日

暫定（予防）ケアプランを「自己作成扱い」とする場合の取り扱いについて

瀬戸市高齢者福祉課

要介護・要支援認定の新規申請者が申請時からサービスの利用を希望している場合の暫定（予防）ケアプランの作成等については、厚生労働省の平成１８年４月改定関係 Q&A（Vol.2）問 52 に示されています。

要介護・要支援認定の申請中に暫定（予防）ケアプランを作成しサービスを導入したが、認定結果が見込みと異なった場合、暫定（予防）ケアプランをケアプランとみなすことができない場合があります。この場合には、暫定（予防）ケアプランを「自己作成扱い」とし、保険者が給付管理を行うこととなります。

【暫定（予防）ケアプランの取り扱いの考え方】

認定結果の見込み	暫定（予防）ケアプラン作成事業者	認定結果	認定結果後の取り扱い
要支援	介護予防支援事業者	**要介護（見込みと異なった）**	**「自己作成扱い」とし保険者が給付管理**
		要支援	介護予防支援事業者が給付管理
要介護	居宅介護支援事業者	要介護	居宅介護支援事業所が給付管理
		要支援（見込みと異なった）	**「自己作成扱い」とし保険者が給付管理**
要介護・要支援の想定が困難な場合	介護予防支援事業者と居宅介護支援事業者が適宜協議し、暫定予防ケアプランと暫定ケアプランの両方を作成	要介護 または 要支援	認定結果に応じて給付管理

【「自己作成扱い」とする場合の手続き】

① 「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」又は「介護予防サービス計画作成（変更）届出書」に必要事項を記載する。

☞ 「居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者」欄に「自己作成」と記載する。

② 記載した「居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書」と、介護保険被保険者証を持って高齢者福祉課へ提出する

☞ 介護保険被保険者証の「居宅介護支援事業者又は介護支援事業者及びその事業所の名称」欄に「自己作成」と印字される。

☞ 認定結果が出た月の月末までに提出する。（次月に給付管理業務を行うことが可能となる。）

③ 支払いを希望する月の前々月の５日まで（厳守）に下記書類を高齢者福祉課までに提出する。

1） 暫定（予防）ケアプラン

2） 居宅サービスの実績が記載されたサービス利用票、利用票別表※

※ 介護予防支援業務においては、関連様式例では提示されていませんが、サービス利用実績の把握のために作成願います。

【留意事項】

- 要介護・要支援の想定が困難な場合において、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターで、介護予防支援業務に係る委託契約をあらかじめ締結しておくことで、居宅介護支援事業者が暫定ケアプランと暫定予防ケアプランの両方を作成することも可能です。
- 「自己作成扱い」とした月の次月において、初回加算を含む通常の算定を行うことは可能です。
- 暫定（予防）ケアプランの作成においては、想定と異なる認定結果となっても、利用者に給付がなされないことがないよう、介護予防サービス事業者及び居宅サービス事業者の両方の指定を受けているサービス事業者を位置付けるようにしてください。
- 介護（予防）サービス事業者へは、居宅介護支援事業者、または介護予防支援事業者から「自己作成扱い」となることを説明してください。
- 「自己作成扱い」として保険者が給付管理を行う際、支払いを希望する月の前々月の５日までに必要な書類を提出できない場合は、早急に高齢者福祉課介護認定給付係までご連絡ください。

参考

平成 18 年 4 月改定関係 Q&A（Vol.2）問 52

要介護・要支援認定の新規申請、区分変更申請など、認定申請後に要介護度（要支援度）が確定するまでの間のいわゆる暫定ケアプランについては、どこが作成し、また、その際には、介護給付と予防給付のどちらを位置付ければよいのか。

（答）

いわゆる暫定ケアプランについては、基本的にはこれまでと同様とすることが考えられる。したがって、要介護認定又は要支援認定を申請した認定前の被保険者は、市町村に届出の上で、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者に暫定ケアプランを作成してもらい、又は自ら作成し、当該暫定ケアプランに基づきサービスを利用することが考えられる。

その際、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）は、依頼のあった被保険者が明らかに要支援者（要介護者）であると思われるときには、介護予防支援事業者（居宅介護支援事業者）に作成を依頼するよう当該被保険者に介護予防支援事業者を推薦することが考えられる。また、仮に居宅介護支援事業者において暫定ケアプランを作成した被保険者が、認定の結果、要支援者となった場合については、当該事業者の作成した暫定ケアプランについては、当該被保険者が自ら作成したものとみなし、当該被保険者に対して給付がなされないことがないようにすることが望ましい。

なお、いずれの暫定ケアプランにおいても、仮に認定の結果が異なった場合でも利用者に給付がなされるよう介護予防サービス事業者及び居宅サービス事業者の両方の指定を受けている事業者をケアプラン上は位置付けることが考えられる。

問い合わせ先・提出先
瀬戸市　高齢者福祉課　介護認定給付係
電話　0561－88－2620