

河内長野市

サービス担当者会議ガイドライン

(第 1 版)

平成 2 9 年 1 1 月 1 日

河内長野市地域ケア会議

(河内長野市医師会地域連携室)

名称・名前	
-------	--

目 次

(1) 地域包括ケアシステムにおける一体感	2
(2) サービス担当者会議の重要性	3
参考 ケアマネジメント(独立行政法人福祉医療機構WAMネット作成)	
(3) ケアマネジメントの全体像をみる	4
(4) サービス担当者会議に関するアンケート	5
＜米原市高齢者福祉・介護保険サービスアンケート調査＞	
＜北九州市医療と介護の連携に関する調査＞	
参考 「ケアマネジャーのための多職種連携チェックポイント」(東京都福祉保健局作成)	
参考 「主な医療と介護の連携の場面」(厚生労働省社会保障審議会介護保険部会資料)	
(5) サービス担当者会議の目的	8
参考 居宅療養管理指導	
(WAMネット・兵庫県「居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導の手引」参照)	
☆「サービス担当者会議」チェックポイント	
☆「サービス担当者会議」の持ち方	
(6) サービス担当者会議の場所	12
(7) サービス担当者会議の運営	12
(8) サービス担当者会議の進め方(原則的な流れ)	13
(9) おわりに	15
参考 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス	
(抜粋)(内閣府個人情報保護委員会・厚生労働省、一部改訂)	
◎「かわちながの連携シート」＜サービス担当者会議用＞	17
◎「かわちながの連携シート」	19
◎「サービス担当者会議要点整理シート」(モデル様式)	21
注:このシートはモデル様式で、河内長野市地域ケア会議(れんけいカフェ)で定型化したものではありません。	
参考 モニタリングの自己診断カルテ(横浜市健康福祉局作成)	
(10) あとがき	23
～「河内長野市れんけいエチケット集」を見て下さい。～	
～ご意見・ご提案・アイデア等を募集します。～	
～ご挨拶～	
参考 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・介護保険法等(抜粋)	

(1) 地域包括ケアシステムにおける一体感

国は、要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築を目指しています。

2016(平成28)年、「地域包括ケア研究会」(厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環として設立)は、「地域包括ケアシステム」における「植木鉢」を右図(下記)に改めました。当初2013(平成25)年には、「植木鉢」の左図(下記)においては、「本人・家族の選択と心構え」というコンセプトが組み込まれ、それぞれの個人が地域生活を継続するための基礎が示されていました。しかしながら、今回これまでの考え方を踏襲しつつも、地域生活の継続を選択するにあたっては、「家族の選択」を越えて、本来は「本人の選択」が最も重視されるべきであり、それに対して、本人や家族がどのように心構えを持つかが重要であるとの考え方から、「本人の選択と本人・家族の心構え」と改められました。家族は、本人の選択をしっかりと受け止め、たとえ要介護状態となっても本人の生活の質を尊重することが重要であるとされました。



また、「地域包括ケア研究会」の報告書によれば、「地域包括ケアシステム」においては、要介護者の地域生活は、介護だけでなく、生活の前提となる住まいと、自立的な暮らしのための生活支援や社会参加の機会が確保され、必要に応じて専門職による医療、看護、介護、リハビリテーション、保健・福祉など多様なサービスや支援が必要とされています。

一方、在宅生活に臨む本人や家族は、介護の負担や心身状態の急変など、様々な面で不安感を抱えています。こうした不安を払拭するためには、ニーズに応じた多様なサービスや支援が、仮に複数の専門職から提供されていても、一つのチームから提供されていると感じられる「利用者からみた一体感」、即ち「利用者からみて一体的に提供される体制」(或いは、利用者がそのように感じられる状態)が重要であるとされています。そのためには、現場において、多くの専門職が互いの隙間を埋めていく努力が大切であると謳われています。

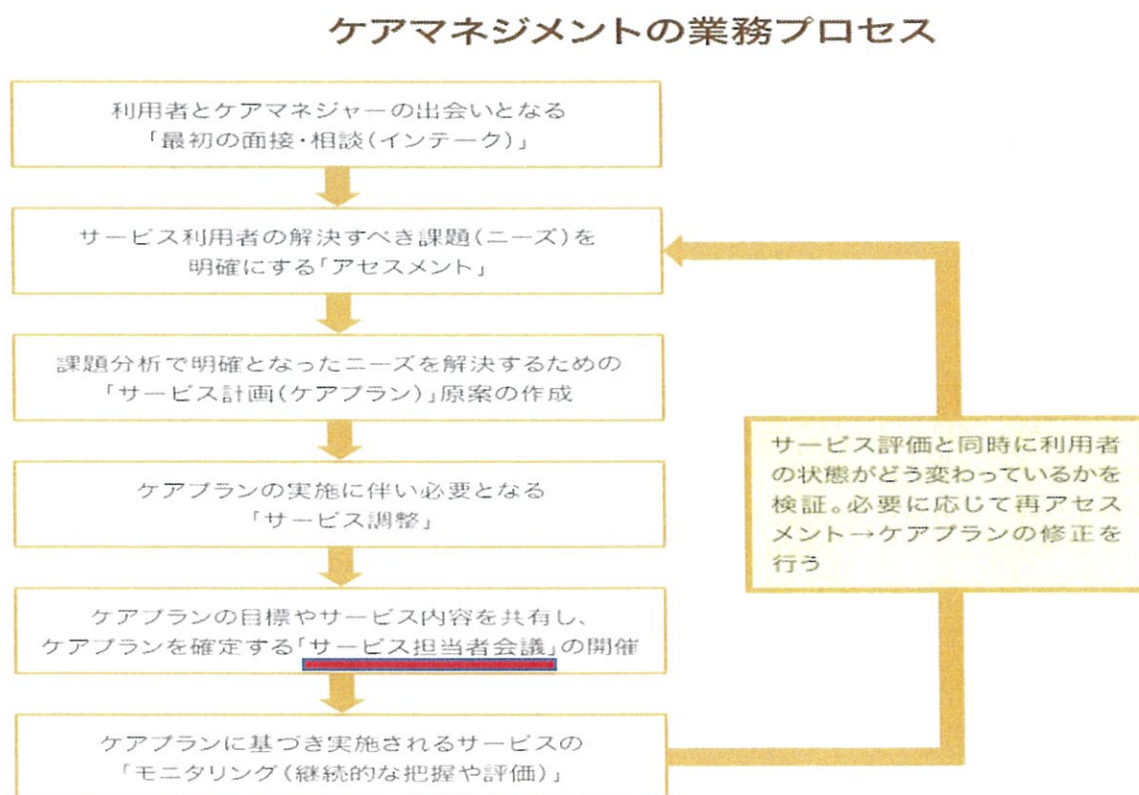
(2) サービス担当者会議の重要性

「サービス担当者会議」は、介護保険制度におけるケアマネジメントの業務プロセス（下記）の一環として、厚生労働省令「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」（25 頁以降）で、ケアマネジャーが、医師はじめ関係者を招集し、開催しなければならないと定められた会議のことです。原則として、ケアプラン作成、福祉用具の利用、或いは利用者の状態変化等による問題発生時などに適宜開催されることになります。「サービス担当者会議」には、利用者（家族）、医師、訪問看護師、サービス事業者が参加し、利用者（家族）の意向を確認するとともに、多職種からの専門的意見を求め、ケアプランの決定等を行う場となっています。その中で、医師が果たす役割もまた大きく、医師の積極的なかわりには、利用者（家族）に安心感をもたらすことになります。

また、前述の通り、「地域包括ケアシステム」においては、「利用者からみた一体感」が重要とされていますので、それを醸成する場としての「サービス担当者会議」の位置づけもまた重要となってきております。

更に、「サービス担当者会議」は、医療・ケアチーム（チームアプローチ）による多職種連携という観点から、人生の最終段階における医療（終末期医療）の延命治療の有無など、意思決定や意思統一、情報共有をする場としても有効と考えられています。特に、「終活」や「エンディングノート」がクローズアップされてきている現在においては、関係者が、ただICTに頼るのではなく、集合し、会って顔合わせをすることは有用であるといえます。

参考 ケアマネジメント(独立行政法人福祉医療機構WAMネット作成)

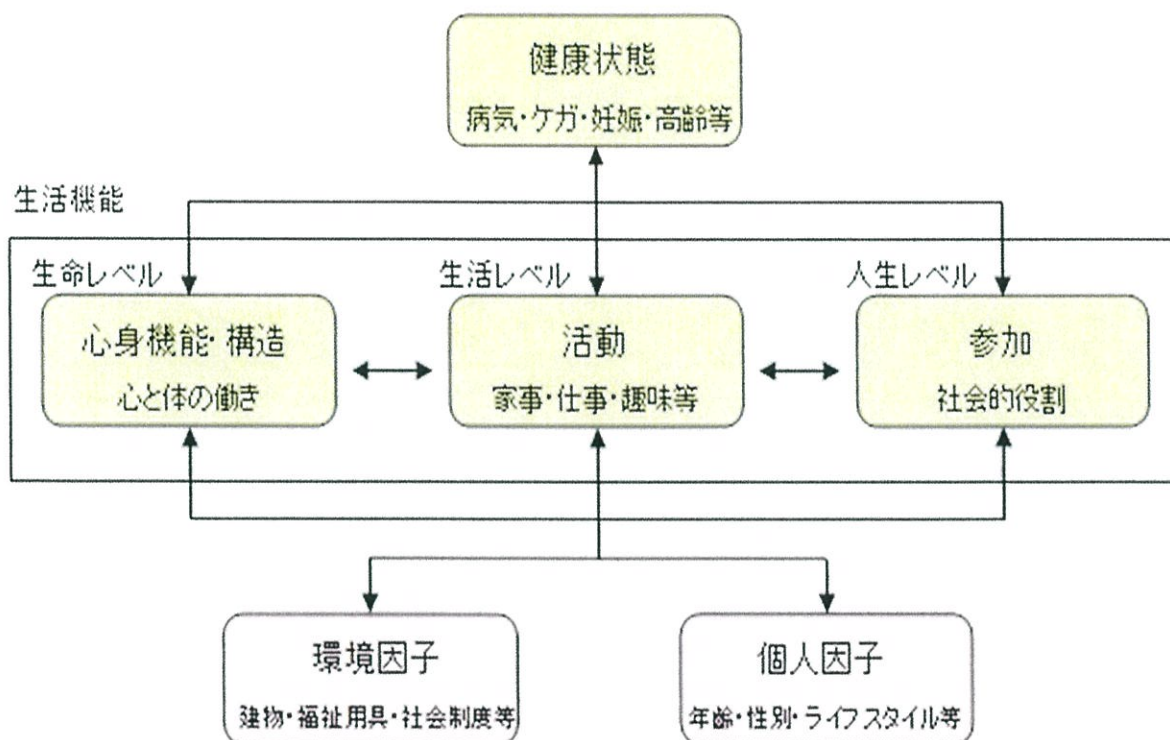


(3) ケアマネジメントの全体像をみる

下図の I C F（国際生活機能分類）とは、世界保健機関（WHO）が、2001(平成13)年 5月22日の世界保健総会（World Health Assembly）において採択したもので、身体機能のみならず、社会参加や活動をも視野に入れ、病気や障害という負の側面だけではなく、前向きに中立的に人間を理解するためのものとして使われています。つまり、「病気（障害又は変調）があるから、〇〇できないね」というのではなく、「これがあったら〇〇できるね」とか、「こうしたら〇〇できるね」という視点で、課題を整理するための概念なのです。

即ち、ケアマネジメントの全体像をみるということは、I C F（国際生活機能分類）そのものといえ、「サービス担当者会議」の基本も同じなのです。

ケアマネジャーは、「サービス担当者会議」においても、利用者の生活機能（心身機能・活動・参加）の向上と、個人因子、環境因子に留意し、一体感を持ちながら、自ら発言し、医師はじめ多職種に意見を求め、利用者（家族）を励ましていく姿勢もまた大切なのです。



(4) サービス担当者会議に関するアンケート

医療と介護の連携は、「地域包括ケアシステム」の構築をしていく上で、喫緊の課題であります。その重要な位置づけを担うのが、ケアマネジメントにおける「サービス担当者会議」ですが、これに関して、次のアンケート結果が出ています。「サービス担当者会議」が行われていても、医師（主治医・かかりつけ医）はじめ医療関係者が参加していない、書面で済まされているなどの実態が散見されております。

介護保険制度が導入されて17年以上が経過しましたが、「サービス担当者会議」の位置づけは依然として、昔も今も重要です。

<米原市高齢者福祉・介護保険サービス アンケート調査:平成23年2月>

◎ケアマネジャー対象:「サービス担当者会議の実施状況について」

- (1) すべての事例の計画作成時に必ず開いている: 82.2%
- (2) 毎回は開けないので電話連絡で済ませることがある: 15.6%

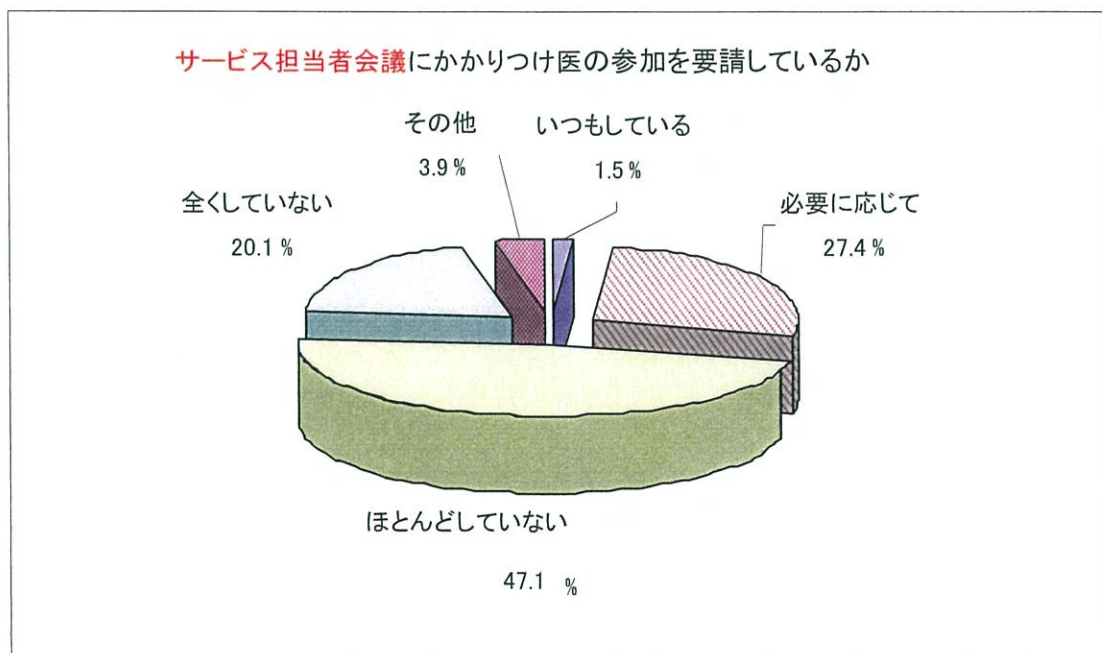
◎上記(1)と答えた方:「サービス担当者会議の出席者はどのような方ですか」

- (a) 利用者（家族）、サービス事業者: 100%
- (b) 主治医: 24.3%
- (c) (b)以外の医療機関関係者: 18.9%
- (d) 地域包括支援センター職員: 16.2%

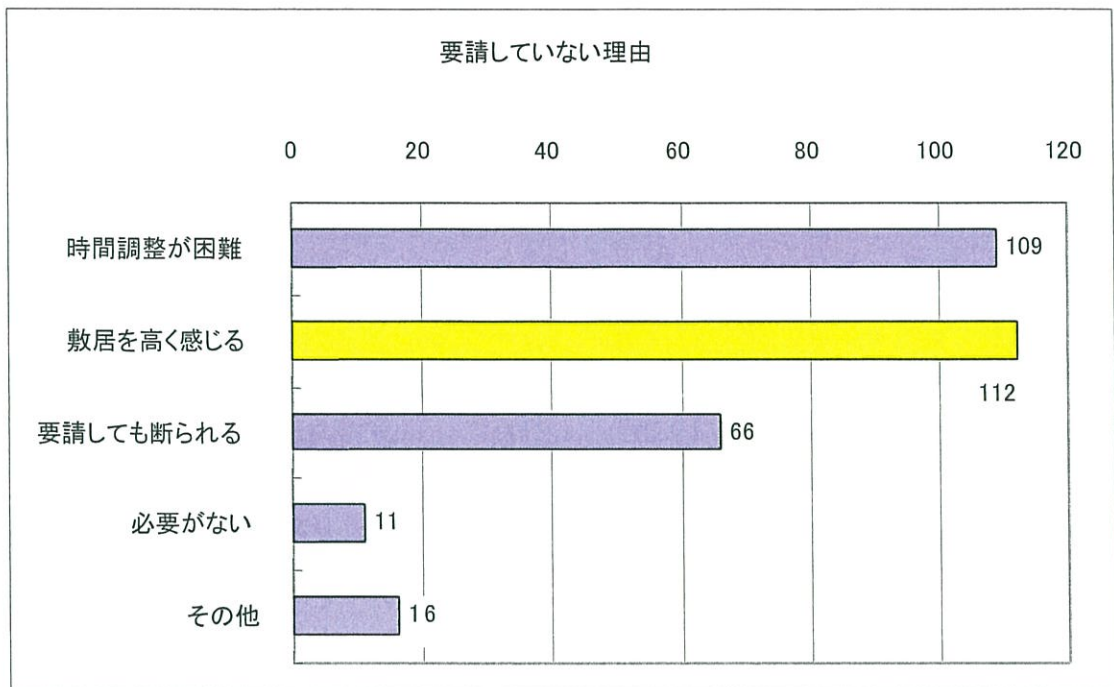
<北九州市医療と介護の連携に関する調査:平成21年9～12月>

◎ケアマネジャー対象:「サービス担当者会議へのかかりつけ医の参加要請は」

- (1) 殆どしていない: 47.1%
- (2) 必要に応じて: 27.4%
- (3) 全くしていない: 20.1%

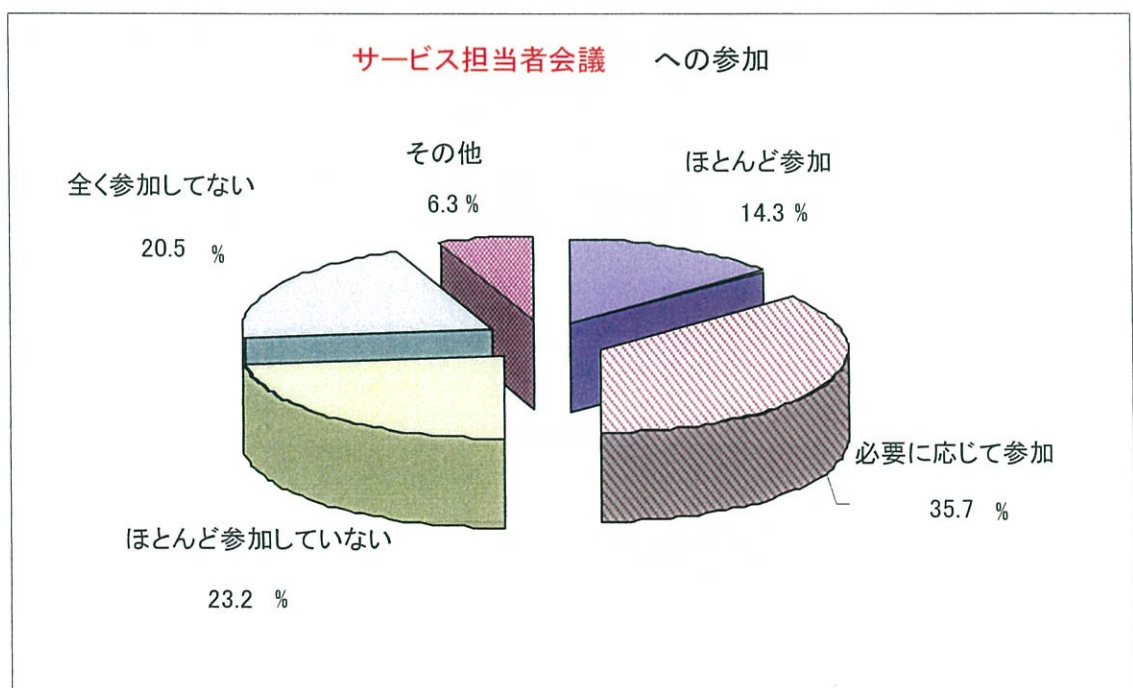


◎ケアマネジャー対象：「サービス担当者会議の参加要請をしていない理由」
理由のトップは、「敷居が高く感じる」（要請しにくい）となっている。



◎かかりつけ医対象：「サービス担当者会議への参加は」

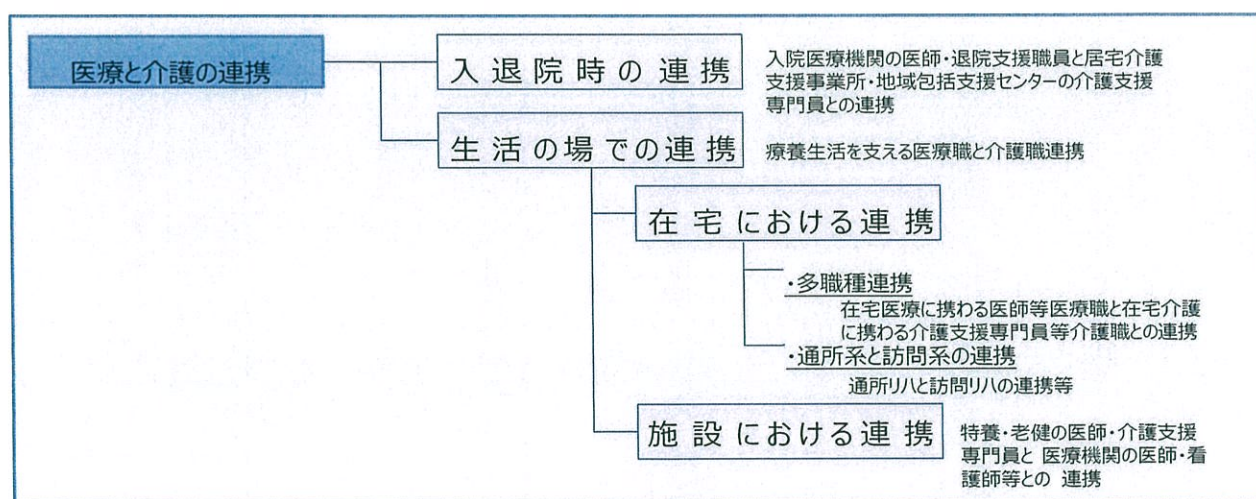
- (1) 必要に応じて参加：35.7%
- (2) 殆ど参加していない：23.2%
- (3) 全く参加していない：20.5%



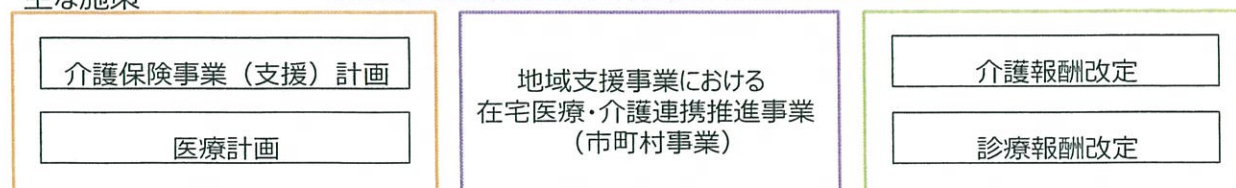
参考 ケアマネジャーのための多職種連携チェックポイント(東京都福祉保健局作成)

- ☐ 効果的なケアマネジメントを実施するために関係機関との連携が必要不可欠であることを意識して「情報の共有」を図るよう取り組んでいますか。
- ☐ 利用者のライフスタイルや価値観を考慮し、どのような生き方を望んでいるか、利用者の視点に立った上で介護保険給付外のフォーマルなサービスやインフォーマルサービスについても検討しましたか。
- ☐ 主治医や主治医以外の治療に関わっている医師の意見を求め、医学的観点からの留意事項等を居宅サービス計画に位置付けていますか。
- ☐ 利用者の状態によって、地域包括支援センター、障害者福祉サービスや生活保護等の他制度の活用も検討しましたか。
- ☐ 各関係機関の相談窓口について知っていますか。日頃から「連携」を意識し顔の見える関係づくりを意識しておきましょう。

参考 主な医療と介護の連携の場面(厚生労働省社会保障審議会介護保険部会資料)



主な施策



(28. 11. 16)

(5) サービス担当者会議の目的

＜イメージ＞ ～皆で共有し、援助の実感を持つ～

「サービス担当者会議」は、ケースにかかわる多職種が一堂に会する貴重な場です。そこでは、医療・ケアチーム（チームアプローチ）を形成し、情報を共有し、多職種連携で援助の実感を持ち、更には役割分担を明確化するというのが目的となるでしょう。その中で、医師が果たす役割もまた大きく、医師の積極的なかわりは、利用者（家族）に安心感をもたらすことになります。

「サービス担当者会議」を開催すると、ケアマネジャーが背負っていたケアマネジメントについての重荷等を、或いは、人生の最終段階における医療（終末期医療）の延命治療の意思決定など、心理的な負担等を、参加者全員が分担するという有用性もあります。

加えて、対応等に苦勞をしている多職種に対する「労をねぎらい、大変さを共感する」ことも大切です。会議が終わった時に、会議に参加した人々が、「参加してよかった」「意味があった」と思うような会議にしたいものです。

「サービス担当者会議」について、次のように思っていることはないでしょうか？

＜医師（主治医）のつぶやき＞

「最近、会議に出てないなあ…」



「でも、主治医意見書を書いているのは僕（私）やしね。介護保険の始まりに関した限りは、その後はお任せではダメやよね。本人や家族のためにも。今度、ケアマネさんに『サービス担当者会議、どうしようか』って言ってみよう」

＜ケアマネジャーのつぶやき＞

「実は、日程調整が大変なんだなあ～」



「今度、主治医の先生と相談してみよう」

「サービス担当者会議」は、時期毎に開催目的が若干異なってくると考えられます。いずれの場合も、メンバーが目的を共有しやすいように進めて行くことが肝要です。

- ①新規サービス利用時：利用者の生活機能上の課題を説明し、目標とする状態像を多職種で共有することが重要です。家族の希望や意向、医師からの疾病予測や医学上の留意点についての説明、サービス事業者からの質問が主になるでしょう。
- ②要介護認定の更新時：たとえ、現在のケアプランで問題なしと思われても、現状を確認しあうだけで意味があります。目標を再確認することで、それぞれのサービス事業者での個別ケア計画に反映されることもあるでしょう。
- ③問題発生時：まず問題の状況説明があり、それを共有しながら、問題解決のための知恵を前向きに出し合うことが大切になるでしょう。
- ④意思決定時：人生の最終段階における医療（終末期医療）における延命治療の意思決定など、関係者はできるだけ一堂に会して、真摯に話し合い、意識を共有しておきましょう。

参考 居宅療養管理指導

(WAMネット・兵庫県「居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導の手引」参照)

目的：安心して療養生活を送るためのサービス。

趣旨：在宅で療養していて、通院が困難な利用者へ医師、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士などが家庭を訪問し療養上の管理や指導、助言等を行うサービス。また、ケアマネジャーに対して、ケアプランの作成に必要な情報提供も行う。

事業所指定：病院、診療所、薬局は、介護保険法第 71 条第 1 項により、保険医療機関又は保険薬局である場合は、介護保険の指定事業所としてみなされる（みなし指定）。

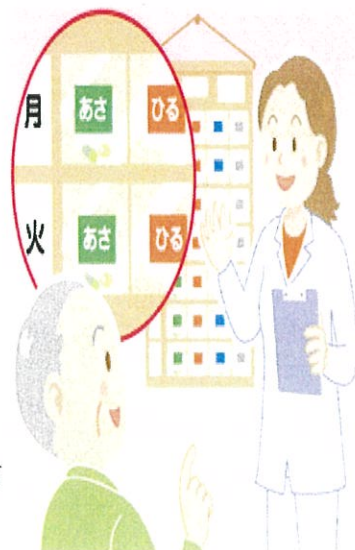
対象者：要介護 1 以上の認定を受けた方（要支援 1・2 の認定を受けた方は、介護予防居宅療養管理指導の対象）

サービスの内容：①介護方法等の指導・助言、②療養上の管理、指導・助言

算定の内容：主治の医師及び歯科医師が、在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づき、ケアマネジャー（指定居宅介護支援を受けている利用者はケアプランを作成しているケアマネジャーを、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護の利用者は、当該事業所のケアマネジャー）に対するケアプランの作成等に必要な**情報提供※**（利用者の同意を得て行うもの）、利用者若しくはその家族等に対する介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての**指導及び助言※**を行った場合に算定する。ケアマネジャーへの情報提供がない場合には、算定できない。また、利用者が他の介護サービスを利用している場合は、必要に応じて、利用者又は家族の同意を得た上で、介護サービス事業者等に介護サービスを提供する上での情報提供及び助言を行うこと。なお、当該医師が当該月に医療保険において、「在宅時医学総合管理料」又は「特定施設入居時等医学総合管理料」を当該利用者について算定した場合には当該医師に限り居宅療養管理指導費(Ⅱ)を算定する。

※ケアマネジャーに対する情報提供の方法

ケアプランの策定等に必要な情報提供は、**サービス担当者会議**への参加により行うことを基本とし、必ずしも文書等による必要はない。当該**サービス担当者会議**への参加が困難な場合や**サービス担当者会議**が開催されない場合等においては、下記の「情報提供すべき事項」について、原則として、文書等（メール、FAX等でも可）により、ケアマネジャーに対して情報提供を行うこと。なお、**サービス担当者会議**等への参加により情報提供を行った場合については、その情報提供の要点を記載すること。当該記載については、医療保険の診療録に記載する



ことは差し支えないが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。
また、文書等により情報提供を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

※利用者・家族等に対する指導又は助言の方法

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等に関する指導又は助言は、文書等の交付により行うよう努めること。なお、口頭により指導又は助言を行った場合は、その要点を記録すること。当該記載は、医療保険の診療録に記載してもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。また、文書等により指導又は助言を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

利用料の目安（1回あたり）：

医師が行う場合（月2回まで）	下記以外	同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合	503 円
		同一建物居住者に対して行う場合（同一日の訪問）	452 円
	医療保険による訪問診療（在宅時医学総合管理料または特定施設入居時等医学総合管理料）を受けている場合	同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合	292 円
		同一建物居住者に対して行う場合（同一日の訪問）	262 円
歯科医師が行う場合（月2回まで）	同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合		503 円
	同一建物居住者に対して行う場合（同一日の訪問）		452 円
薬剤師が行う場合	病院または診療所の薬剤師が行う場合（月2回まで）	同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合	553 円
		同一建物居住者に対して行う場合（同一日の訪問）	387 円
	薬局の薬剤師が行う場合（月4回まで）	同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合	503 円
		同一建物居住者に対して行う場合（同一日の訪問）	352 円
保健師・看護師が行う場合（サービス開始から6か月間で2回まで）	同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合		402 円
	同一建物居住者に対して行う場合（同一日の訪問）		362 円

※上記は1割の自己負担額（平成29年9月現在）。

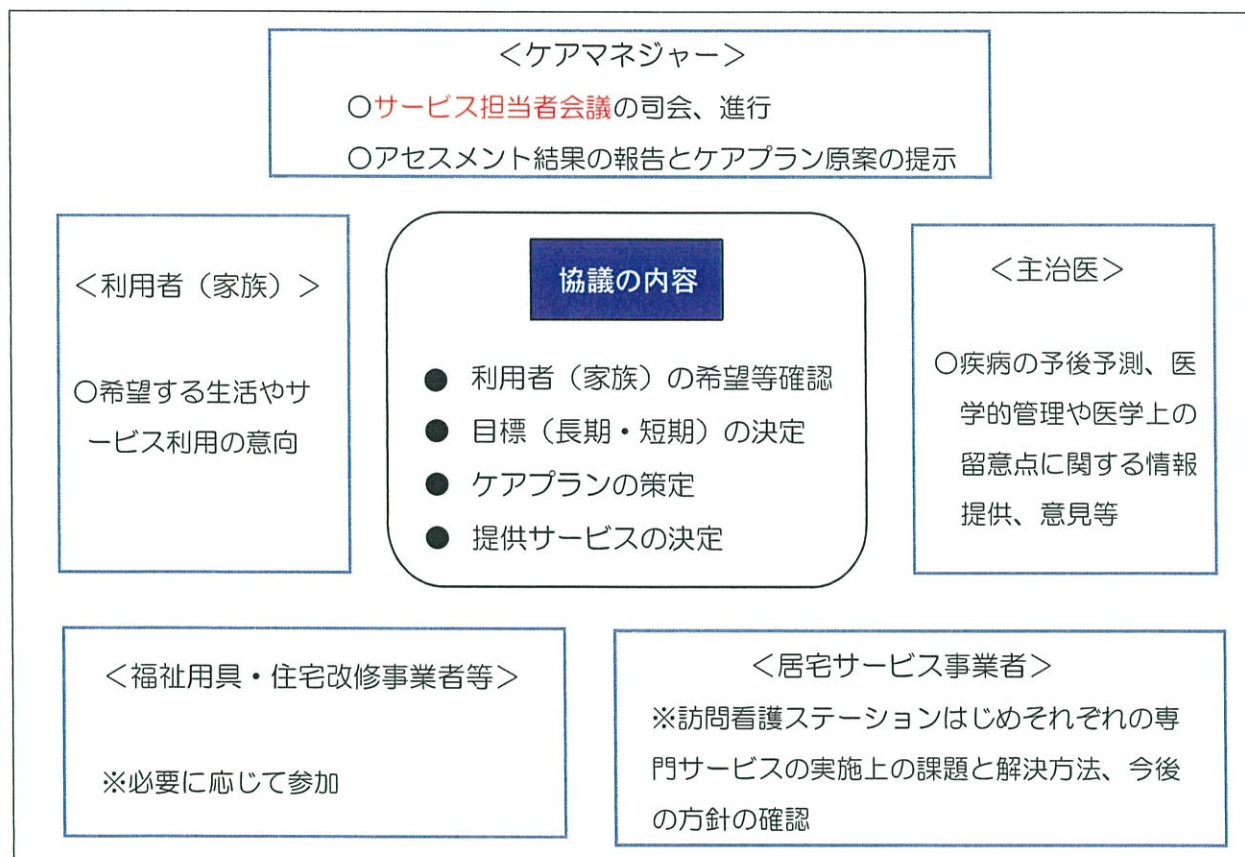
※「同一建物居住者」とは、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）、サービス付き高齢者向け住宅、マンションなどの集合住宅等に居住している複数の利用者のことです。

※サービスの内容等に応じて利用料は異なります。

☆「サービス担当者会議」チェックポイント

- ☐ 早期にチームを形成するようにしましょう。
- ☐ 医師には、参加を呼び掛けていますか。
- ☐ アセスメント情報、目標の共有に努めていますか。
- ☐ 利用者（家族）が希望や意向を語る場になっていますか。
- ☐ 多様な専門的立場から意見聴取の貴重な場として活用していますか。
- ☐ ケアプラン原案の変更を恐れなくて、良い意見は積極的に採用していますか。
- ☐ 寛いだ雰囲気作りに留意していますか。

☆「サービス担当者会議」の持ち方



（注意）①多職種には、法令に基づき、個人のプライバシーに関する守秘義務があります。個人情報の取扱いに関しては、事前に同意を得るなど、細心の注意が必要です。

②協議内容に関係する関係者全員に出席を依頼しましょう。

③開催前の準備

- ・テーマや目的の設定からゴールの設定まで予め考えておきましょう。
- ・事前にケアプラン原案等の資料を準備し、前もって配布しておきましょう。
- ・案内や周知方法（電話、FAX、メール…）については、関係者毎の最適な方法で連絡しましょう。
- ・後頁に「かわちながの連携シート」を載せました。主治医はじめ専門職の連絡用にご活用下さい。特に、18頁のシートは、サービス担当者会議用として作成しました。

(6) サービス担当者会議の場所

＜イメージ＞ ～効率的、かつ寛いだ感じにする～

「サービス担当者会議」の開催場所は重要です。場所としては、下記以外にも考えられますが、次の2ヶ所が推奨されると思います。

- ① **利用者宅**：自宅なので、リラックスした感じで、利用者（家族）が発言しやすいというメリットがあります。しかし、主治医の参加が不確実になったり、時には時間にルーズになったりするかもしれません。注意したいところです。

場合によっては、主治医の訪問診療の日時に合わせて、利用者宅で、会議を開催するのも一考かもしれません。その際は、事前に利用者（家族）と主治医の了承を取って下さい。

- ② **診療所**：主治医のいる診療所は、大概どのサービス事業者からも近距離にあることが多く、移動時間が少ないと思われます。また、主治医の参加が、確実に得られるというメリットがあります。但し、診療時間内には開催できない制約があったり、利用者（家族）が少し緊張したりする問題等もあるかもしれません。

連絡や連携が進んでいきますと、主治医はじめ寄り集まる関係者の最適場所・日時・曜日（会議の）等が分かってくると思われます。それらをリサーチしながら、自身ならではの「ケアマネタイム」を作ることができると思われます。

(7) サービス担当者会議の運営

＜イメージ＞ ～時間を守り、円滑に行う～

ケアマネジャーが運営していく中で、「サービス担当者会議」を成功させるには、その場の雰囲気作りが重要です。利用者（家族）はとても緊張しているはずです。会議の開始前に、出席者の緊張をほぐす冗談の一つも飛び出すような和やかな雰囲気を作るよう心がけましょう。

「サービス担当者会議」の開催時刻の厳守は当然ですが、多端な専門職にとっては、会議時間は短時間に収めたいところです。開催に当たって、最初に何時何分までの会議なのか出席者に知らせ、確認を求めておくことが勧められます。

会議の司会はケアマネジャーが行いますが、併せて、会議録も作成しなければならないため、会議の進行に専念できず、うまくいかないときもあると思われます。誰かがオブザーバーの形で参加して、記録役を務めることも一考と考えます。

(8) サービス担当者会議の進め方(原則的な流れ)

＜イメージ＞ ～前向きな発言を尊び、成功裡に終了する～

※照会対応

ケアマネジャーは、当日どうしても出席できない事業者には、FAXやメール等で、前もって照会を掛けておきましょう。

また、「**サービス担当者会議**」では、現場担当者が参加していないケースがよく見られます。現場担当者から情報がほしい場合は、その事業者に対して、「この課題について、こういう情報が必要であり、(現場担当者の)〇〇さんの出席をお願いしたい」旨率直にお願いしてみましょう。それでも、出席が叶わない場合は、会議前に**ケアマネジャー**が、現場担当者から必要な情報を直接聞き出しておくことも一考かと存じます。但し、この場合、事業者には事前に話を通しておきましょう。

照会(聞き合わせを)した際、照会(聞き合わせ)年月日、内容、回答等を資料にまとめ、会議当日はそれを報告し、関係者間で情報共有をしておきましょう。

①開会と予定終了時刻の周知

司会者である**ケアマネジャー**は、「**サービス担当者会議**」の参集に対する謝辞を述べます。次に、予定終了時刻を全員に告げ、予定時間内に終了できるよう協力を求めます(以下、**ケアマネジャー**が主宰していきます)。

＜発言例として＞

- (a)「お忙しい中参集頂きまして有難うございます。本日の会議は、概ね〇分、3時30分終了を目途に行いたいと思います」

②参加者の紹介

自己紹介でも、**ケアマネジャー**が紹介しても構いません。もし、会議に出席できなかった関係者がいる場合には、所属及び氏名、更には出席できなかった理由についても、**ケアマネジャー**から報告しておきましょう。

③目的・テーマの伝達

目的(新規サービス利用のためなのか、要介護認定が更新されたためなのか、状態が変化したためなのか…)を明らかにし、**ケアマネジャー**自身がこの会議で検討したい点を簡潔に伝えましょう。

④現状と中心課題(検討事項)の紹介

現状と本日検討してほしい中心課題(問題点)を簡単に紹介しましょう。できれば、A4判1枚程度の資料にまとめておくといいでしょう。

＜発言例として＞

- (a)「Aさんは最近〇〇で、家族の負担が増えています。また、〇〇で転倒の危険が増えています。今後の課題として、〇〇が挙げられます。その点を踏まえて、皆様のご意見を伺わせて頂きたいと存じます」
- (b)「本日会議を開かせて頂いたのは、引越しされた後、環境やBさんの状態に変化がみられるためです。最近、体重の増加や皮膚状態の悪化も心配される状況にあり、生活全体を見直す必要があるのではと考えました」

⑤意見交換・検討と追加発言

専門用語は出来るだけ避け、利用者（家族）の希望が十分反映されるよう、また、発言者が偏らないように配慮し、意見交換・検討を進めていきます。併せて、照会事項等がありましたら、これを報告し、情報を共有しておきましょう。

「サービス担当者会議」は、よりよくするための会議ですので、「前向きな発言」を尊重し、和やかな雰囲気を醸し出すようにしましょう。そのためには、感情的な発言、誹謗中傷、時間を気にしない発言、上から目線の発言、会議の仕切りすぎ、発言の阻止などの言動には注意しましょう。

発言の順番としては、本人→家族→サービス事業者→主治医の順番がいいかもしれません。新規サービス利用の場合では、先に、主治医からの病状と今後の予後予測等の説明という方法も一理ありますが、むしろ、まず利用者（家族）、続いてサービス事業者、それを受けて主治医が、夫々発言するという方が、まとまりがよいと思います。あるべき姿について、主治医には、まとめるような形での説明を求める方がいいでしょう。また、利用者（家族）の発言が、若干趣旨と違った内容になっていても、新たに気付きのきっかけになったりする場合があり、結果として、よりよい医療・介護が実現できることも多々あります。

一通りの意見を踏まえた結果、更なる方策の検討が必要な場合、具体的な医療・介護方法など意見の調整が必要な場合（例えば、いつどのような形の歩行補助具を使用するか。排泄介助をいつ誰がどこで行うか）など、**ケアマネジャー**が、必要な事業者に再度意見を求めるのもいいでしょう。また、時間に余裕がある場合は、発言の少なかった方に追加発言を促すのもいいと思います。

＜発言例として＞ (b) (c) は追加発言として

- (a) 「〇〇の状態のことも踏まえて、皆様のご覧になっている状況やご意見等をお伺いしたいと思います。まず、ご家族の△△さんから、如何でしょうか？宜しくをお願いします」

「続いて、ご自宅の状況について、◇◇ヘルパーステーションの◇◇さんから、次に、□□訪問看護ステーションの□□さんから、各々宜しくお願いします」

「それでは、☆☆先生の方から如何でしょうか？」

- (b) 「確かに、〇〇になっていることが多いように思いますね。何か他に、ご本人の自宅での活動を増やす方策はありませんでしょうか？」

- (c) 「〇〇については、先生、どうでしょうか？目標値はどの位がいいのでしょうか？」

⑥まとめ（確認事項）

一通り参加者の発言が終了すると、何となく終了した気持ちになりがちですが、きちんとまとめを述べ、決定事項を確認するのも、重要な**ケアマネジャー**の役目だと認識しましょう。

とはいえ、限られた時間内での会議ですので、全ての問題点とその解決策を決定し、まとめるのは至難の業です。少なくとも、予測されるリスクを皆で共有し、多職種連携で援助の実感を持つことを念頭に置きながら、挙げられた課題に対して、今後取り組んでいく内容と同時に残された課題について確認し、いつ頃までに解決する（できる）のか、目安を示すことも重要です。

＜発言例として＞

- (a) 「色々なご意見有難うございました。具体的な生活の見直しとして、〇〇が考えられますね。また、食事面では〇〇ということになります。そして、残された課題としては、〇〇になろうと思います。いずれにしましても、これから3ヶ月ほど経過をみて、必要ならケアプランの見直しを行いたいと思います。本日は本当に有難うございました」

⑦会議録の作成（記録）と送付

記録が残らない会議は、良い会議ではありません。「サービス担当者会議」はプライベートな雑談でも、家族・友人間の会話でもなんでもありません。利用者・家族のための今後を決める重要なオフィシャル会議です。また、人間の記憶は薄れていきますし、決めたことの責任はきちんと明記し、それに基づいて各々きちんと果たしていくべきです。そのため、記録は重要です。

会議録作成において、まず会議に出席できなかった関係者の所属及び氏名、更には出席できなかった理由についても記載しておきましょう。作成した会議録は、参加者へのお礼も一言も付け加えて、できるだけ早めに送付するよう努めましょう。

なお、会議録作成にどうも苦手意識がある場合は、21頁の「サービス担当者会議要点整理シート」（モデル様式）を活用して下さい。但し、このシートはモデル様式で、河内長野市地域ケア会議（れんけいカフェ）で定型化したものではありません。

⑧完了

「お疲れさまでした」。

(9)おわりに

今般、河内長野市地域ケア会議（れんけいカフェ）では、「サービス担当者会議」を開催しやすくし、医師の積極的な参加を促すために、このガイドラインを作成しました。これにより、地域におけるスタンダードが提供でき、今後は能率的かつ効果的で、実のある「サービス担当者会議」が開催されるものと思っています。

更には、このガイドラインが、先に刊行された「河内長野市れんけいエチケット集」とともに、超高齢社会における円滑な多職種連携の確立に向けた一つの端緒となるものと期待しています。



独立行政法人福祉医療機構WAMネットより

参考 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス(抜粋)

(平成 29 年 4 月 14 日内閣府個人情報保護委員会・厚生労働省、一部改変)

<本人の同意>

本人の同意とは、本人の個人情報が、個人情報取扱事業者によって示された取扱方法で取り扱われることを承諾する旨の当該本人の意思表示をいいます（当該本人であることを確認できていることが前提）。また、本人の同意を得るということは、本人の承諾する旨の意思表示を当該個人情報取扱事業者が認識することをいい、事業の性質及び個人情報の取扱状況に応じ、本人が同意に係る判断を行うために必要と考えられる合理的かつ適切な方法によらなければなりません。なお、個人情報の取扱いに関して、同意したことによって生ずる結果について、未成年者、成年被後見人、被保佐人、被補助人が判断できる能力を有していないなどの場合は、親権者や法定代理人等から同意を得る必要があります。

本人の同意を得ている事例としては、次の事項が挙げられます。

- 事例 1 本人からの同意する旨の口頭による意思表示
- 事例 2 本人からの同意する旨の書面（電磁的記録を含む）の受領
- 事例 3 本人からの同意する旨のメールの受信
- 事例 4 本人による同意する旨の確認欄へのチェック
- 事例 5 本人による同意する旨のホームページ上のボタンのクリック
- 事例 6 本人による同意する旨の音声入力、タッチパネルへのタッチ、ボタンやスイッチ等による入力

<本人の同意がなくても情報提供ができる場合>

個人情報については、本人の同意がなくても、第三者（外部）に提供できる場合があります。個人情報保護法第 16 条第 3 項には、第 1 号から第 4 号まで、同意不要の場合が列举されています。①法令に基づく場合、②人の生命・身体・財産の保護のために必要がある場合で、本人の同意を得ることが困難であるとき、③公衆衛生の向上または児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合で、本人の同意を得ることが困難であるとき、④国の機関もしくは地方公共団体またはその委託を受けた者が法令を定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合の 4 項目です。

具体的には、①（法令による）では、医療法に基づく立入検査、介護保険法に基づく不正受給者に係る市町村への通知、児童虐待の防止等に関する法律に基づく児童虐待に係る通告など、②（緊急時対応）では、意識不明で身元不明の患者について、関係機関へ照会したり、家族または関係者等からの安否確認に対して必要な情報提供を行う場合、意識不明の患者の病状や重度の認知症の高齢者の状況を家族等に説明する場合、大規模災害等で医療機関に非常に多数の傷病者が一時に搬送され、家族等からの問合せに迅速に対応するためには、本人の同意を得るための作業を行うことが著しく不合理である場合など、③（公衆衛生向上・児童虐待対応）では、健康増進法に基づく地域がん登録事業による国または地方公共団体への情報提供、がん検診の精度管理のための地方公共団体または地方公共団体から委託を受けた検診機関に対する精密検査結果の情報提供、児童虐待事例についての関係機関との情報交換、医療安全の向上のため、院内で発生した医療事故等に関する国、地方公共団体または第三者機関等への情報提供のうち、氏名等の情報が含まれる場合など、④（公的機関への協力）統計法の規定に定める一般統計調査に協力する場合、災害発生時に警察が負傷者の住所、氏名や傷の程度等を照会する場合など公共の安全と秩序の維持の観点から照会する場合など挙げられます。

「かわちながの連携シート」 <サービス担当者会議用>

(サービス担当者会議開催のお知らせ・照会)

病院では、取扱いが異なる場合もありますので、連絡方法等は、まず電話でご確認下さい。

WORD版は、表題を変えずに適宜改訂して作って頂いて結構です。例えば、事業所間の連絡用として、事業所⇄訪問看護ステーション間の連絡用としてお使い下さい。

◎目 的

このシートは、サービス担当者会議用として、当該会議開催のお知らせ、或いは照会に関するFAX連絡票として、河内長野市地域ケア会議(れんけいカフェ)において、作成しました。

サービス担当者会議において、関係者が一堂に会して、円滑に開催され、有機的に遂行されることを希望しています。

◎利用の仕方

このシートは、FAXにて送付して下さい。(ご多端の折宜しく願います。)

個人情報の取り扱いは、特に注意して下さい。

個人情報保護法の趣旨に則り、特に、個人情報の取り扱いには、十分ご注意下さい。

内容は簡潔に記載するよう願います。

<医師には、ご確認頂き、返信して頂きますよう願います。また、照会がありましたら、コメント等をお返し下さい。>

◎注意・連絡事項

使用できるのは、河内長野市内の医師・関係者となります。

このシートは、河内長野市地域ケア会議(れんけいカフェ)が作成した、河内長野市としての独自版となります。

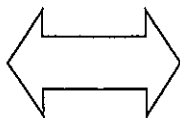
※WORD版は、河内長野市医師会ホームページからダウンロードして下さい。

<http://www.kawachinagano-med.or.jp/area/index.html> (地域連携室)

(サービス担当者会議開催のお知らせ・照会) 本票 + 枚(添付資料)

発信日:平成 年 月 日 ⇒ 返信日:平成 年 月 日

事業所:
担当者:
TEL:
FAX:



医療機関:
主治医:
TEL:
FAX:

いつも、ご支援いただき誠にありがとうございます。

この度、貴院で加療中の 様(下記)のサービス担当者会議を開催することとなりましたので、下欄へ
出欠等をご記入の上、返信頂けますよう宜しくお願いいたします。また、ご欠席される場合、 様の身体
状態につき、医学的見地から生活上の注意点等がありましたら、ご教示頂けますと幸いに存じます。

ご多忙とは存じますが、ご高配賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

☆ご本人・ご家族に対して、個人情報の使用等について説明を行い、同意を頂いた上で送付しております。

ふりがな 氏名	住所	性別	男女	年齢	歳

開催場所	☐ 自宅(住民票上の住所と同じ)
	☐ 入院・入所先(名称: 住所:)
	☐ その他(名称: 住所:)

開催日時	平成 年 月 日() 時間: : ~ :
------	-----------------------

開催目的	☐ 更新 ☐ 区分変更 ☐ ケアプラン変更 ☐ 状態変化 ☐ その他()
------	--

出席事業所 (予定)	
---------------	--

連絡事項等	
-------	--

【主治医記載欄】 (返信内容) サービス担当者会議に ☐出席 ☐欠席 します。

(コメント・照会)

「かわちながの連携シート」

病院では、取扱いが異なる場合もありますので、連絡方法等は、まず電話でご確認下さい。

WORD版は、表題を変えずに適宜改訂して作って頂いて結構です。例えば、事業所間の連絡用として、事業所⇄訪問看護ステーション間の連絡用としてお使い下さい。

◎目 的

このシートは、医師と訪問看護師、ケアマネジャーはじめ医療介護福祉関係者（以下「関係者」）、或いは関係者同士とが、顔なじみになるための「きっかけ」のツール（FAX連絡票）として、河内長野市地域ケア会議において、作成しました。

このシートは、原則連絡を取り合うための、最初のツール（FAX連絡票）としての位置づけをしておりますので、これを契機に今後は、医師と関係者間、即ち多職種間で、有効的、かつ有機的な連携を構築されることを期待します。

◎利用の仕方

このシートは、**FAX**にて送付して下さい。（ご多端の折宜しくをお願いします。）

個人情報の取り扱いは、特に注意して下さい。

個人情報保護法の趣旨に則り、特に、【基本情報】の取り扱いには、十分ご注意下さい。ご本人が特定できる範囲での記載で結構です。例えば、ご本人の氏名については、下記の記入例に倣うか、イニシャル等でご記入下さい。

記入例： 河 ● 太 ▲

内容は簡潔に記載するようお願いします。

このシートは、原則関係者から医師へ、或いは医師から関係者へ、連絡等の際に使用する最初のシートです。

例えば、このシートは、関係者から医師へは、「担当になったことのお知らせ」、訪問看護指示書の記載依頼、ケアプラン作成時の意見拝受など、医師から関係者へは、ケアプラン内容の教示など、必要に応じて活用して下さい。

<医師には、ご確認頂き、返信して頂きますようお願いします。>

<シート右上の「至急ご連絡下さい」欄にチェックがありましたら、早めの連絡をお願いします。>

◎注意・連絡事項

使用できるのは、河内長野市内の医師・関係者となります。

このシートは、河内長野市地域ケア会議が作成した、初の河内長野市の独自版です。

※WORD版は、河内長野市医師会ホームページからダウンロードして下さい。

<http://www.kawachinagano-med.or.jp/area/index.html>（地域連携室）

FAX

「かわちながの連携シート」

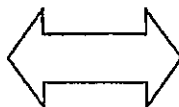
☐ 至急ご連絡下さい。

本 票 + 枚 (添付資料)

☐ ご連絡下さい。

発信日:平成 年 月 日 ⇒ 返信日:平成 年 月 日

事業所:
担当者:
携帯電話:
固定電話:
FAX:
メール:



医療機関:
主治医:
連携室担当者:
携帯電話:
固定電話:
FAX:
メール:

※携帯番号等は、お知らせできるものだけで結構です。

【基本情報】 ※注意:ご本人が特定できる範囲の記載で結構です。

姓 氏 名		住 所		性 別	男 女	年 齢	歳
-------	--	-----	--	-----	-----	-----	---

【事業所記載欄】 担当になったことのお知らせです。宜しくお願いします。

下記★にて、連絡方法、可能な曜日・時間帯とお知らせ下さい。

(連絡内容) ☐ サービス担当者会議 ☐ 返信 ☐ 報告 ☐ 連絡 ☐ 相談・問合せ ☐ 別添資料
(コメント)

返信希望の有無 ☐ 要返信 ☐ 返信不要

☆ご本人・ご家族に対して、個人情報の使用等について説明を行い、同意を頂いた上で送付しております。

【主治医記載欄】 下記の通り宜しくお願いします。

(連絡内容) ☐ 返信 ☐ 報告 ☐ 連絡 ☐ 相談・問合せ ☐ 別添資料

- ☐ 直接会って話をします。⇒日時: 月 日 時頃に来院下さい。
☐ 電話で話をします。⇒日時: 月 日 時頃に電話を下さい・します。
☐ 当院から (FAX・メール) で回答します。

★今後の連絡方法 ☐ 面談 ☐ 電話 (固定・携帯) ☐ FAX ☐ メール ☐ 郵送★可能な曜日・時間帯 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土の (: ~ :) 頃 ☐ 診察時間内

(コメント)

返信希望の有無 ☐ 要返信 ☐ 返信不要

「河内長野市地域ケア会議」作成

サービス担当者会議要点整理シート(モデル様式)

司会進行:

(所属:)

利用者: 様	平成 年 月 日 ()	:	~	:
要介護度:	場所:	記録:		
1. 参加者(続柄・所属)・自己紹介 ●欠席者(欠席理由)				
2. 目的・テーマ ①新規サービス利用時: ②問題発生時: ③要介護認定更新・区分変更:				
3. 現状と中心課題(検討事項) ◇ケアプラン原案: ◇中心課題:				
4. 照会事項(資料があれば添付) ◇ (事業所):				
5. 意見交換・協議 ◇本人(家族)の希望・意向:				
6. まとめ(確認事項) ◇決定内容: ◇残された課題: ◇その他:				

注:このシートはモデル様式で、河内長野市地域ケア会議(れんけいカフェ)で定型化したものではありません。

参考 モニタリングの自己診断カルテ(横浜市健康福祉局作成)

- ☐ 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。

(注意) ①厚生労働省令「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」(25頁以降)により、毎月1回、利用者宅での面接によるモニタリングの実施及びモニタリングの記録整備が義務付けられています。

②モニタリングは、ケアプランの妥当性、サービス内容の妥当性、確実なサービス提供の3つを確認することが主な目的となっています。換言すれば、目標が達成されたか、ニーズに変化がないか、ケアプランは常に適正かどうかなどを確認することがポイントです。

③モニタリングを行う際は、訪問して、本人の様子だけではなく、住環境や自宅周辺の状況変化にも注意をしましょう。

④本人の状態変化は医学的知見が必要な場合が多く、日頃から、主治医とは連絡を取り合いましょう。また、本人に接しているサービス担当者の情報もとても大切です。日常的な情報を共有するようにしておきましょう。

⑤変化があった場合、改めてアセスメントを行い、必要に応じて、サービス担当者会議を開催するなどして、今後の対応を再検討してみましょう。

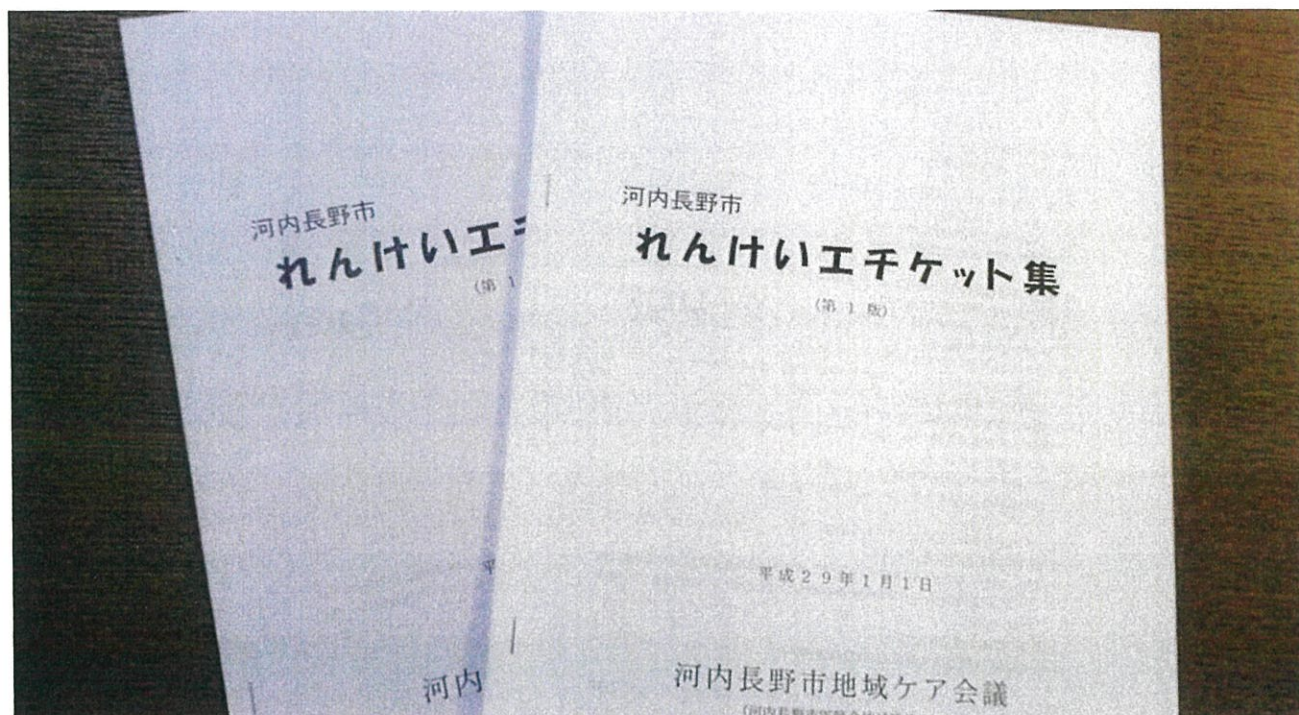


独立行政法人福祉医療機構WAMネットより

(10)あとかき

～「河内長野市れんけいエチケット集」を見て下さい。～

多職種間の連携におけるマナーやエチケットについては、「[河内長野市れんけいエチケット集](#)」をご参照下さい。エチケット集をご入用の場合は、河内長野市医師会ホームページ（地域連携室）をご覧頂き、ダウンロードをするか、編集室あてお問合せ下さい。



～ご意見・ご提案・アイデア等を募集します。～

このガイドラインは、これで完成ではありません。今回第1版を発行しましたが、「ここはこう表現した方がいい」「こんなことも載せてほしい」「こういう情報も共有したい」など、ご意見、ご提案、アイデア等がありましたら、随時募集いたします。頂いたご意見等は、河内長野市地域ケア会議（れんけいカフェ）で検討し、必要なものは、エチケット集に新たに加えたり、内容等を修正したりしながら、少しずつ育てていきたいと存じます。

ご意見等応募の専用様式・フォーマットは特にありませんので、自由書式で次の項目をご記入の上、編集室あて、FAX、郵送等にてお送り下さい。

1. 内 容：ご意見、ご提案、アイデア等
2. 所 属：事業所・団体名
3. 氏 名：
4. 職 種：
- 5：連絡先：〒、所在地、電話、FAX等

～ご挨拶～

河内長野市では、地域における医療、介護、福祉の課題を、行政を含め多職種が一堂に会して、地域ケア会議で一元的に協議していく体制を構築しました。



現在、地域包括ケアシステム構築に向けて、在宅医療・介護連携の推進は、喫緊の課題であり、かつ介護保険制度におけるケアマネジメント業務の的確な運営は、大切な問題の一つとなっております、その中でも、特に、「サービス担当者会議」は重要で、その目的として、①利用者の課題の共通理解、②サービスの情報共有と理解、③利用者の生活機能向上の目標設定と支援の指針、④ケアプランにおける担当者の役割の相互理解が挙げられています。

今後「サービス担当者会議」の役割は益々大きくなっていくでしょうし、それを運営するケアマネジャーの力量により、利用者へのサービスに大きな違いが生じてくると思われます。毛利元就の「三本の矢」のお話のように、ケアマネジャーを中心に、「サービス担当者会議」で担当者が集まり協議した時、担当者の力の結集がより大きな力になるように願って、河内長野市医師会地域連携室の田中忠徳氏が、この「河内長野市サービス担当者会議ガイドライン」を編纂しました。

このガイドラインが、利用者さんへのより有効なサービスの提供につながる一助になるよう祈念し、あとがきの挨拶とさせていただきます。

平成29年11月1日

河内長野市医師会
地域連携室担当理事
宮 崎 浩
(みやざき整形外科)

参考 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(抜粋)

注：平成 11 (1999) 年 3 月 31 日厚生省令第 38 号、平成 28 (2016) 年 2 月 5 日厚生労働省令第 14 号（最終改正）

介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第四十二条第一項第二号並びに第七十四条第一項及び第二項の規定に基づき、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を次のように定める。

＜基本方針＞

第一条の二 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者（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（法第八条第二十四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。）、法第百十五条の四十六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。

＜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。

＜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、第一条の二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、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。
- 十三 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。
- 十四 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
- 十六 第三号から第十二号までの規定は、第十三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。
- 十七 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。
- 十八 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。
- 十九 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。

- 二十 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。
- 二十一 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。
- 二十二 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。
- 二十三 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。
- 二十四 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。
- 二十五 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。
- 二十六 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。
- 二十七 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。

（特例居宅介護サービス計画費の支給）

第四十七条 市町村は、次に掲げる場合には、居宅要介護被保険者に対し、特例居宅介護サービス計画費を支給する。

- 一 居宅要介護被保険者が、指定居宅介護支援以外の居宅介護支援又はこれに相当するサービス（指定居宅介護支援の事業に係る第八十一条第一項の都道府県の条例で定める員数及び同条第二項に規定する指定居宅介護支援の事業の運営に関する基準のうち、都道府県の条例で定めるものを満たすと認められる事業を行う事業所により行われるものに限る。次号及び次項において「基準該当居宅介護支援」という。）を受けた場合において、必要があると認めるとき。
- 二 指定居宅介護支援及び基準該当居宅介護支援の確保が著しく困難である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居宅要介護被保険者が、指定居宅介護支援及び基準該当居宅介護支援以外の居宅介護支援又はこれに相当するサービスを受けた場合において、必要があると認めるとき。
- 三 その他政令で定めるとき。

（指定居宅介護支援の事業の基準）

第八十条 指定居宅介護支援事業者は、次条第二項に規定する指定居宅介護支援の事業の運営に関する基準に従い、要介護者の心身の状況等に応じて適切な指定居宅介護支援を提供するとともに、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより常に指定居宅介護支援を受ける者の立場に立ってこれを提供するように努めなければならない。

- 2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援を受けようとする被保険者から提示された被保険者証に、認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、当該被保険者に当該指定居宅介護支援を提供するように努めなければならない。

第八十一条 指定居宅介護支援事業者は、当該指定に係る事業所ごとに、都道府県の条例で定める員数の介護支援専門員を有しなければならない。

- 2 前項に規定するもののほか、指定居宅介護支援の事業の運営に関する基準は、都道府県の条例で定める。

- 3 都道府県が前二項の条例を定めるに当たっては、次に掲げる事項については厚生労働省令で定める基準に従い定めるものとし、その他の事項については厚生労働省令で定める基準を参酌するものとする。

一 指定居宅介護支援に従事する従業者に係る基準及び当該従業者の員数

二 指定居宅介護支援の事業の運営に関する事項であって、利用する要介護者のサービスの適切な利用、適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持等に密接に関連するものとして厚生労働省令で定めるもの

- 4 厚生労働大臣は、前項に規定する厚生労働省令で定める基準（指定居宅介護支援の取扱いに関する部分に限る。）を定めようとするときは、あらかじめ社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

- 5 指定居宅介護支援事業者は、次条第二項の規定による事業の廃止又は休止の届出をしたときは、当該届出の日前一月以内に当該指定居宅介護支援を受けていた者であって、当該事業の廃止又は休止の日以後においても引き続き当該指定居宅介護支援に相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な居宅サービス等が継続的に提供されるよう、他の指定居宅介護支援事業者その他関係者との連絡調整その他の便宜の提供を行わなければならない。

- 6 指定居宅介護支援事業者は、要介護者の人格を尊重するとともに、この法律又はこの法律に基づく命令を遵守し、要介護者のため忠実にその職務を遂行しなければならない。

3 実施方法及び研修課程

(2) 研修内容

前期科目	目 的	内 容
サービス担当者会議の意義及び進め方	多職種とのアセスメント結果の共有や、居宅サービス計画等の原案に対する専門的見地からの意見収集の意義を理解し、会議の開催に係る具体的な方法を修得する。	・会議を開催するに当たり、事前の準備や開催当日の準備など、必要な業務を理解するとともに、会議の進行の手法等に関する講義を行う。 ・サービス担当者会議は、利用者及び家族並びにサービス担当者も含めて、利用者を支援していくための方向性を定める場であることから、介護支援専門員によるアセスメントの結果を共有することの重要性を理解する。 ・会議での意識の共有に当たり、居宅サービス計画と訪問介護計画等の個別サービス計画との内容の整合性を確認することの重要性を理解する。 ・複数のサービスを利用する場合には、各サービスの個別サービス計画ごとの内容を確認することの重要性を理解する。
介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）	多職種に対する理解・尊重に基づいてチームを構成し、円滑に機能させるための基本的な技術を修得する。	・利用者及びその家族の支援に際し、チームアプローチの意義を理解するとともに、介護支援専門員には、ケアのマネジメントだけでなく、チームのマネジメントも求められることを認識するための講義を行う。 ・チームアプローチに際し、チームを構成する各職種の専門性と各々に求められる役割を理解するとともに、チームにおける介護支援専門員の役割を理解し、チーム運営において想定される課題や対応策を含め、チームを円滑に機能させるために必要な知識・技術を修得する。
ケアマネジメントの基礎技術に関する実習	実習現場でのケアマネジメントプロセスの経験を通じて、実践に当たっての留意点や今後の学習課題等を認識する。	・実習に当たっては、利用者への居宅訪問を行い、アセスメントの実施、居宅サービス計画の作成、サービス担当者会議の準備・同席、モニタリングの実施、給付管理業務の方法など一連のケアマネジメントプロセスの実習を行う。

～気になれば、地域包括支援センターへ～

河内長野市東部 地域包括支援センター	(電話) 0721-52-0180	千代田、長野、川上各小学校区
河内長野市中部 地域包括支援センター	(電話) 0721-55-3451	三日市、南花台、加賀田、石仏、天見、美加の台各小学校区
河内長野市西部 地域包括支援センター	(電話) 0721-56-6600	楠、小山田、天野、高向各小学校区

河内長野市地域ケア会議

(事務局) 河内長野市保健福祉部いきいき高齢・福祉課

〒586-8501 河内長野市原町1-1-1

TEL 0721-53-1111

FAX 0721-50-1088

(編集室) 河内長野市医師会地域連携室

〒586-0012 河内長野市菊水町2-13

TEL 0721-54-1700

FAX 0721-54-1567

メールアドレス:

chiikirenkei4@kawachinagano-ishikai.com