

## (別紙) 居宅介護支援業務の実施方法等について

### 1. 居宅介護支援業務の実施について

- (1) 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行います。また、サービスの提供方法などについて、理解しやすいように分かりやすい説明を心掛けます。
- (2) そのために、利用者が希望するサービス、地域等をお聞きした上で、市町村の「事業所一覧表」や「介護サービス情報公表システム」などを最大限活用し、希望に当てはまる事業所（サービス）を複数提示します。またパンフレット等を用いる場合でも必ず複数の事業者のものを提示します。
- (3) また、利用者から複数のサービス事業所を紹介するよう求めていることや、サービス計画原案に位置づけたサービス事業者の選定理由を求めることができます。  
現在の当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりです。(別紙参照)  
なお、この内容についての文書を交付するとともに口頭での説明を懇切丁寧に行い、またご理解いただいたことについて利用者から署名を頂きます。

### 2. 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成について

- (1) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案作成に際しては、次の点に配慮します。
  - ① 利用者の居宅への訪問、利用者及びその家族に面接により利用者の置かれている環境、立場の十分な理解と課題の把握に努めます。
  - ② 利用する居宅サービス等の選択にあたっては、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関する情報を利用またはその家族に提供します。
  - ③ 介護支援専門員は、利用者に対して居宅サービスの内容が特定の種類、事業者に不当に偏るような誘導または指示を行いません。
  - ④ 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案が、利用者の実情に見合ったサービスの提供となるよう、サービス等の担当者から、専門的な見地からの意見を求めます。
- (2) 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を希望する場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めます。
- (3) その他、利用者自らの意思による選択に資するよう、地域のサービス事業者等に関する情報を提供します
- (4) ケアプランの原案を作成した際は、必ずその内容について説明し、同意を得ます。  
その後、作成したケアプランについて利用者へ交付します。

### 3. サービス実施状況の把握、評価について

- (1) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後において、居宅サービス計画の実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）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います。
- (2) 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、サービス実施状況の把握（モニタリング）を行います。
- (3) 以下の要件を設けた上で、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリングを行う事が出来ます。
  - ① 利用者の同意を得ること。
  - ② サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ること。
    - i 利用者の状態が安定していること。
    - ii 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること。(家族のサポートがある場合も含む)
    - iii テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること。

③ 少なくとも2月に1回は利用者の居宅を訪問すること。

(4) サービス担当者会議に担当者を招集する場合、テレビ電話装置等を活用して行う事が出来ますが、その場合は利用者等の同意を得て実施します。

(5) 介護支援専門員は、居宅サービス計画が効果的なものとして提供されるよう、利用者の状態を定期的に評価します

(6) 利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難になったと判断した場合や介護保険施設への入院または入所を希望する場合には、介護保険施設に関する情報を提供します。

#### 4. 居宅サービス計画の変更について

事業者が居宅サービス計画の変更の必要性を認めた場合、または事業者が居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者と利用者双方の合意をもって居宅サービス計画の変更を、この居宅介護支援業務の実施方法などの手順に従って実施するものとします。

#### 5. 給付管理について

事業者は、居宅サービス計画作成後、その内容に基づき毎月給付管理票を作成し、国民健康保険団体連合会に提出します。

#### 6. 要介護認定などの協力について

利用者の要介護認定または要支援認定の更新申請および状態の変化に伴う区分変更の申請が円滑に行われるよう必要な協力を行います。また、希望される場合は、要介護または要支援認定の申請を利用者に代わって行います。

#### 7. 介護支援専門員の変更について

(1) 当事業所以外の居宅介護支援事業者の利用を希望される際には、引継ぎが円滑に進むよう、直近のケアプランやその実施状況に関する書類等の情報提供などに誠意をもって応じ、利用者の立場に立って全力で支援します。

(2) 事業者の都合により、介護支援専門員を交代することがあります。その場合は、利用者及びその家族等に対してサービス上の不利益が生じないように十分に配慮するものとします

#### 8. 医療との連携について

(1) サービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有すると共に、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します。

但し、利用者の心身の状況等により、主治の医師等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ます。

(2) サービス事業者等より、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また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、主治の医師もしくは歯科医師または薬剤師に提供します。

(3) 事業者は利用者の主治の医師又は関係医療機関との間において、利用者の疾患に対する対応を円滑に行うために、疾患に関する情報について必要に応じて連絡を取らせて頂きます。

そのために、入院、受診時等には、当該事業所名および担当介護支援専門員の名称を伝えて頂きますようお願いいたします。(医療保険証、お薬手帳等に当該事業所の介護支援専門員の名刺を添付する等の対応をお願いします。)