

倉吉市ケアマネジメントに関する基本方針

令和 4 年 3 月
倉吉市長寿社会課

目 次

1. 策定の目的 1
2. 基本方針及び基本取扱方針 2
3. ケアマネジメントプロセスの留意点 4
4. 重点的に取り組みたい内容 6
5. ケアマネジメント支援の取り組み 8
6. 参考資料11

1. 策定の目的

介護保険法の目的・理念には、要介護状態等となっても、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必要な支援を行うことが定められています。また、保険給付は、要介護状態の軽減・維持に資するよう行われるとともに、利用者の選択に基づいた利用者本位による保健・医療・福祉サービスが、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われることが求められています。

在宅を支えるケアマネジメントは、生活課題(ニーズ)を有している人に対して社会資源を結びつけることによって、その人たちが住み慣れた地域での生活を継続できるよう支援することであり、介護保険の目的・理念を実現する上で、大きな役割を担っています。

利用者が住み慣れた地域で自分らしい自立した暮らしを営み続けるためには、高齢者を支える多職種チームによる連携や協働が重要であり、その要となる介護支援専門員には、介護保険や行政等による公的な支援(フォーマルサービス)だけでなく、家族・友人・地域などの支援(インフォーマルサービス)をも含めた、多様な社会資源を一体的に提供し、地域での生活を支援していくことが求められています。

指定居宅介護支援事業及び指定介護予防支援事業の実施にあたっては、厚生労働省の各基準に定められた「基本方針」・「基本取扱方針」等に基づいた運営をお願いしているところですが、この度、適切なケアマネジメントのあり方を保険者と介護支援専門員で共有するとともに、ケアマネジメントの更なる質の向上を目的として、倉吉市ケアマネジメントに関する基本方針を策定します。

2. 基本方針及び基本取扱方針

(1) 居宅介護支援の基本方針及び基本取扱方針

倉吉市の居宅介護支援のケアマネジメントについては、「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日厚生労働省令第38号)に基づき、次のとおりとします。

居宅介護支援の基本方針	参考
1. 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います。	基準第1条の2
2. 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います。	基準第1条の2第2項
3. 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、公正中立に行ないます。	基準第1条の2第3項
4. 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、指定特定相談支援事業者等との連携に努めます。	基準第1条の2第4項
5. 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、行政、地域包括支援センター、施設・病院、社会福祉協議会、住民組織等と連携しながら継続的に働きかけていきます。	基準第1条の2第5項
6. 法第百十八条の二第一項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めます。	基準第1条の2第6項

居宅介護支援の基本取扱方針	参考
1. 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います。	基準第12条
2. 自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。	基準第12条第2項

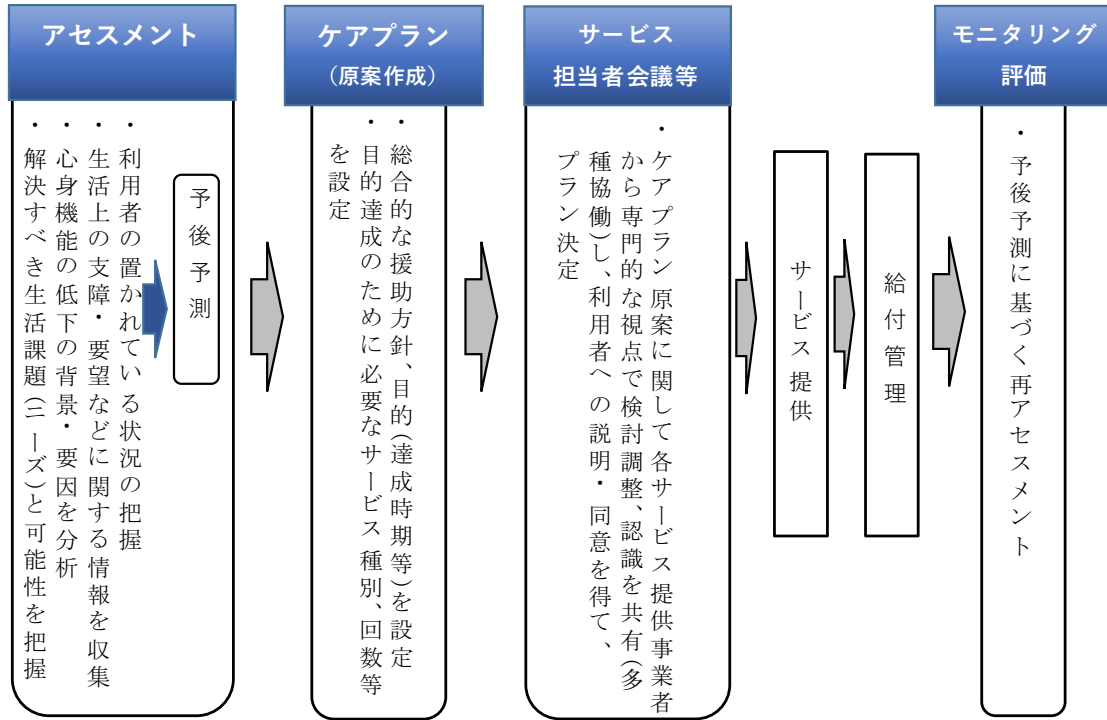
(2)介護予防支援の基本方針及び基本取扱方針

倉吉市の介護予防ケアマネジメントについては、「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」(平成18年3月14日厚生労働省令第37号)に基づき、次のとおりとします。

介護予防支援の基本方針	参考
1. 介護予防支援事業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ます。	基準第1条の2
2. 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ます。	基準第1条の2第2項
3. 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、公正中立に行います。	基準第1条の2第3項
4. 市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者(障害者支援)、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ます。	基準第1条の2第4項
5. 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、行政、地域包括支援センター、施設・病院、社会福祉協議会、住民組織等と連携しながら継続的に働きかけていきます。	基準第1条の2第5項
6. 法第百十八条の二第一項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めます。	基準第1条の2第6項

介護予防支援の基本取扱方針	参考
1. 利用者の介護予防に資するよう行うとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行います。	基準第29条
2. 介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス計画を策定します。	基準第29条第2項
3. 自らその提供する指定介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。	基準第29条第3項

3.ケアマネジメントプロセスの留意点



参照: 社会保障審議会 介護保険部会(第57回参考資料)

◆アセスメント

- 情報収集は、利用者の生活実態を総合的に把握できるよう、課題分析標準項目(23項目)をもとに、あらかじめ各項目での確認内容を整理しておいてください。
- 課題分析の各項目において利用者の具体的な状況を確認し、それを誰がどのように支援しているのか把握してください。
- 利用者の役割の再構築、新たな役割の獲得など、家庭内や地域社会への参加を通じた生活の質の維持・向上が図られるようにICFの視点に基づいたアセスメントを意識してください。
- 疾病に起因する生活上の諸問題も多いため、主治医や医療関係者からの情報収集を行ってください。
- 利用者が把握している顕在的な問題だけでなく、多職種からの情報収集などにより、潜在的な問題を明らかにするよう努めてください。
- 利用者本人、家族、友人、地域が、利用者の生活課題(ニーズ)に対処する力をどの程度有しているかを見積もりながら、真の課題(ニーズ)把握を行ってください。

◆ケアプラン(原案作成)

- 利用者、家族の意向については、サービス利用の意向ではなく、生活に対する意向を確認してください。(「在宅生活を続けたい」だけでなく、家で「どのように」生活していきたいか。)
- アセスメントの過程で把握した解決すべき生活課題(ニーズ)がケアプランに反映されているか、ニーズの優先順位は適切に設定しているか確認してください。
- 長期・短期目標は、アセスメントの過程で利用者と共に共有した情報をもとに、利用者が具体的に目標としやすく、期間内に達成できそうな内容が設定されているか確認してください。

□短期目標は、モニタリングの指標になることを踏まえて、評価がしやすく、生活場面がイメージできるよう、より具体的な内容になっているか確認してください。(短期目標は、サービス事業所の個別計画の目標とも連動するため。)

□目標を達成するために必要な取組みが、複数検討されているか確認してください。

□セルフケアの継続や強化、意欲の維持や環境整備など、家族・友人・地域の支援などインフォーマル資源等を含めて、具体的に行動変容を促せるようなケアプランとなっているか確認してください。

◆サービス担当者会議等

□あらかじめ、会議開催の目的、検討する内容を整理できているか確認してください。

□主治医など医療関係者の参加が促されているか確認してください。

□欠席予定者の意見は、会議開催前までに確認し、会議開催当日に出席者と共有してください。

□ケアチーム全体で利用者の課題(ニーズ)に前向きに取り組み、利用者の様々な変化に対応できる体制になっているか確認してください。

□ケアプラン原案(生活課題(ニーズ)や目標の設定、サービス内容等)について、各サービス提供事業者の専門的な視点をふまえた検討と調整を行い、ケアチーム全体で認識の共有をしてください。

◆モニタリング評価

□モニタリングは、「運営基準」に定められた定期的な訪問のみならず、サービス導入後すぐに行う初動期のモニタリングや、サービスの利用状況等に応じて、適宜行ってください。

□サービス事業所の個別サービス計画とその実施状況がケアプランに沿ったものとなっているか確認してください。

□サービス担当者からサービス利用に関する意見・評価・要望等を確認してください。

ケアプランに位置付けたサービスの効果がない場合や、新たな生活課題(ニーズ)が出現した場合には、再アセスメントを行い、ケアプランの見直しへ・・・

本人と家族の生活と生活課題(ニーズ)は、サービスの利用や援助職の関わり等によって変化します。変化に対応して、利用者が望む暮らしの実現を図るより良い支援を提供するには、(Plan) 目標達成の計画を立て→(Do) 具体的に実行し→(Check) その結果を振り返って→(Action) 客観的に評価しより良い改善を考えるというPDCAサイクルを循環させることが重要です。

4. 重点的に取り組みたい内容

(インフォーマルサービスの充実)

本市において人口減少や少子高齢化が進むなか、特に日中、若い世代は学業や就労で地域から不在となり、高齢者同士の見守り・支え合いが頼りの状況も少なくありません。

介護支援専門員は、高齢者が地域で生活するうえでの生活課題(ニーズ)に気づきやすい立場です。利用者を取りまくインフォーマルサービス(家族・友人・地域などの私的関係による支援)を活かすなかで、地域に不足しているつながりや資源に気づけば、地域ケア会議の積極的な活用などを通して、高齢者の生活課題(ニーズ)、引いては地域課題(ニーズ)の解決へ向けた提言・協力をお願いします。

(自立支援)

介護保険法第1条においては、要介護状態となっても、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出来るよう支援することとされています。利用者の意欲を引き出すとともに、潜在能力、利用者の強み、できそうなことなどを見出し、それを最大限に発揮できるように支援を行ってください。

自立、「自立支援」とは何か

「自立」は、単に身体的自立ではなく、精神的・人格的、経済的、社会的自立などを含めた概念です。中でも、人間にとって「自由に主体的な決定ができること」がいかに大切かを思えば、精神的・人格的自立が特に重要となります。

介護保険制度における「自立支援」の理念は、たとえ精神的・身体的に障害がある人であっても、可能な限りその人のもつ人生観や価値観に即した生活を主体的に送れるよう、「高齢者自身の自立に向けた主体的営みを社会的に支援する」ことです。

(要約 七訂 介護支援専門員実務研修テキスト 上巻)

(ネットワークづくり)

利用者の望む暮らしを実現するためには、利用者の自立支援という共通の目標に向かって多職種がそれぞれの役割と専門性から取り組むチームアプローチが求められます。

多職種連携は「ネットワークづくり」です。ネットワークをつくるには、地域ケア会議への参加、医療機関主催の研修会、医療介護連携「地域づくりしよいやの会」への参加等を通じた「顔の見える関係づくり」が効果的です。

多職種連携、医療連携にあたって、困難さを感じる場面も想定されますが、所属する事業所内や地域包括支援センターの主任介護支援専門員等とも相談しながら、乗り越えていきましょう。

(公正中立)

公正中立とは、単にサービスの提供主体が偏らず、利用者の選択に資するというだけでなく、事業所と利用者との対等な関係性が保たれることも含まれます。

介護支援専門員には、サービスの受け手となる利用者と提供者であるサービス事業者との間に、潜在的な力関係が存在することについて認識し、そのうえで、「利用者と事業者は対等な立場である」ことを支えることが求められます。また、利用者が自分の権利を適切に行使するための仕組みとして「苦情申し立て」がありますが、その仕組みを理解し、利用者、家族、サービス事業所等に周知して権利意識を高めます。その意識を絶えず喚起することで、利用者とサービス事業所との公正中立な関係を保持していくことが大切です。

(権利擁護)

本市において人口減少や少子高齢化が進むなか、一人暮らしや認知症高齢者の増加が見られます。また、世帯構成員数の減少や、定年延長の影響もあつての日中独居高齢者が少なくない状況にあり、家庭内の介護力の低下や地域のつながりの減少が懸念されます。

また、いわゆる「8050問題」等、社会保障のはざまに陥りがちな複合的課題を抱えた世帯や、社会とのつながりが希薄な世帯も徐々に増えてきている印象があります。

こうした状況のもと、周りが気づかぬうちに、高齢者が虐待、消費者被害、特殊詐欺等の被害者となるリスクが高まっていると言えます。

介護支援専門員はこのような、いわゆる「権利侵害」に気づきやすい立場にあります。必要に応じて、日常生活自立支援事業や成年後見制度につなぐなど、行政、地域包括支援センター、障がい者地域生活支援センター、施設・病院、社会福祉協議会、住民組織等と連携しながら、高齢者の権利を守ることが大切です。

5. ケアマネジメント支援の取り組み

現在、主なケアマネジメント支援の取り組みとして ケアプラン点検、地域リハビリテーション活動支援事業、ネットワークづくり、研修会、地域ケア会議を行っています。

積極的な活用と参画をお願いします。

(1) ケアプラン点検

一人ひとりの利用者が真に必要なサービスを確認するとともに、その状態に合わないサービス提供の改善を目的とします。

具体的には、ケアプランが、ケアマネジメントのプロセスを踏まえて、自立支援に資する適切なケアプランとなっているかを、基本となる事項についてケアプラン点検員とともに検証し、介護支援専門員の「気づき」を促します。

(2) 地域リハビリテーション活動支援事業

リハビリテーションに関する専門職が、高齢者の能力を評価して改善の可能性を助言する等、地域包括支援センターと連携しながら、介護予防の機能強化と高齢者の自立支援に資する取り組みを支援します。自立支援のプロセスを関係者間で共有し、ケアマネジメントやケアの質の向上を目指します。 ※対象要件あり

- ① 住民への介護予防に関する技術的助言
- ② 介護職員等への介護予防に関する技術的助言
- ③ 地域ケア会議やサービス担当者会議におけるケアマネジメント支援

問い合わせ先 長寿社会課 tel22-7851

(3) ネットワークづくり・研修会

「ケアマネネットワーク会議」や「小地域ネットワーク」、その他研修会を通して、介護支援専門員同士のネットワークづくりや、実践力の向上、地域に即した情報交換等を推進します。医療介護連携「しよいやの会」など、多職種連携のための「顔の見える関係」づくりを行います。

(4) 地域ケア会議

ア. 地域ケア(個別)会議について

本市における地域ケア(個別)会議は、「支援困難ケースに関するケア会議」と、「自立支援型ケア会議」(R4スタート)の2つです。

その他、地域ケア会議に位置付けられていませんが、地域でその人らしい生活が続けられるように、多様な関係者が協働して抱える課題の解決に向けた話し合いの場として、「障害福祉サービスの併給会議」や「倉吉市あんしんネットワーク会議」があります。

○支援困難ケースに関するケア会議

(主な目的)

- ・地域でその人らしい生活が続けられるように、支援困難ケース等が抱える課題について、身近な支援者だけでなく地域住民・専門職等を交えて解決に向けて話し合う。
- ・話し合いを通して、高齢者の実態把握や地域包括支援ネットワークの促進をはかる。
- ・地域課題(ニーズ)を把握する。

概要		主催
○開催頻度	必要時に随時開催	地域包括支援センター ○問い合わせ先 利用者の居住エリアの 地域包括支援センター
○事例	支援困難又は支援が必要だが支援につながっていないケースなど	
○メンバー	家族、近隣・友人、民生委員・自治公館長、ケアマネジャー、介護サービス事業所、病院MSW、障がい者地域生活支援センター、SC(生活支援コーディネーター)、認知症地域支援推進員、生活保護CW・長寿社会課その他行政等	

○自立支援型ケア会議

※令和4年度から実施(令和3年度は準備中)

(主な目的)

- ・多職種の知見を得て、自立支援に資するケアマネジメントの知識・技術を習得する OJT
- ・高齢者の生活の質向上 ・専門職同士のネットワークづくり
- ・地域課題(ニーズ)の把握

概要		主催
○開催頻度	月1回の定期	長寿社会課・5 包括共催 ○問い合わせ先 長寿社会課 tel22-7851
○場所	市役所第2庁舎	
○対象事例	市内居宅・包括が担当する事例から年度毎	
○助言者	に対象ケースを選定 薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、SC(生活支援コーディネーター)、保健師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等	

○障害福祉サービスの併給会議

※ケア会議に類似

65 才以上又は、介護保険の第 2 号被保険者が、障害福祉サービスの利用を希望する場合には開催。介護保険優先の原則を踏まえた上で、当該ケースにおける障害福祉サービス利用の必要性について、障害・介護双方の関係者がともに検討します。

主催 福祉課・長寿社会課

問い合わせ先 福祉課 tel 22-8118 または長寿社会課 tel22-7851

○倉吉市あんしんネットワーク会議 ※ケア会議に類似

複合化・複雑化した課題にワンストップで対応するため、あんしん相談支援センターに相談支援包括化推進員を配置。住まい・生活困窮・障がい・高齢・介護・医療など多様な分野の相談支援機関をコーディネートして、チームとして包括的・総合的な相談に対応します。

- 事例 精神疾患を有する子どもと高齢者世帯、8050問題など
 主催 あんしん相談支援センター（社福）倉吉市社会福祉協議会
 問い合わせ先 高齢者の居住エリア担当の地域包括支援センターまたは、あんしん相談支援センター相談支援包括化推進員 tel24-6265 fax22-5249

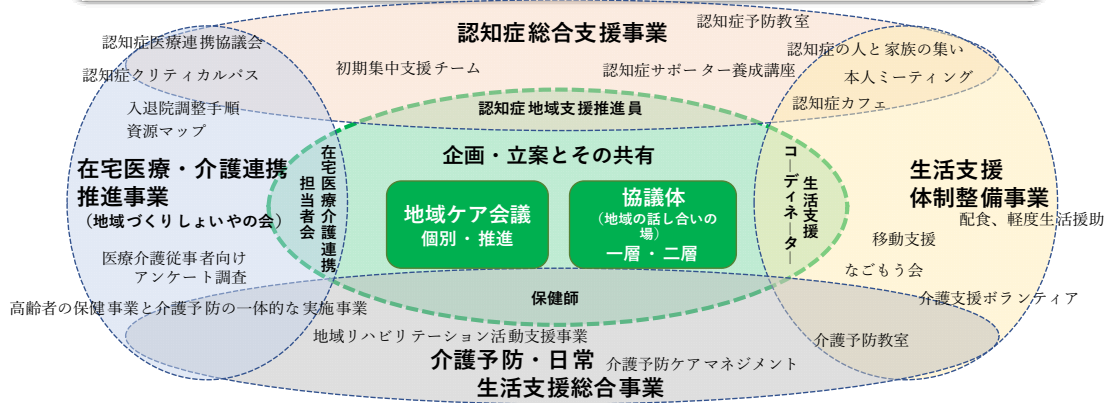
イ. 地域ケア(推進)会議について

現在、本市では地域ケア(推進)会議に位置づけた会議はありませんが、地域ケア(個別)会議で把握する地域課題(ニーズ)を年度毎に整理して、その他データとあわせて関係者間で検討を行っています。

今後、生活支援体制整備事業における協議体(地域の話し合いの場)や、いきいき長寿社会推進協議会との調整を図りながら、より一層地域課題(ニーズ)の解決に向けた取り組みを進めます。

地域包括ケアを形づくる事業の連動 (イメージ)

- 地域包括ケアシステムの構築の目的は、“住み慣れた地域で人生の最後まで**自分らしい暮らし**を続ける”こと。
- 事業はあくまでも、そのためのツールであり、それぞれの事業実施が目的ではない。
- 事業を効果的に行うには、**住民が参画し、多職種が連携して支える**ことが重要。目的意識を共有し、各事業の関連性を活かすために、“**場**”としての**地域ケア会議や協議体を活用**することが重要。



6. 参考資料

(1) 令和7年(2025)年までに目指す地域包括ケアの姿

倉吉市地域包括ケア推進計画(第8期倉吉市高齢者福祉計画・介護保険事業計画)より抜粋

○高齢者が、趣味活動、地域づくり、ボランティア・就労活動など様々な社会活動に参加でき、いきいきと、生きがいをもって暮らすことができています。

○高齢期の生活に合わせた健康づくりや介護予防に取り組める場の充実により、高齢者自らが健康管理できて、健やかに自分らしく暮らすことができています。

○住民組織・ボランティア等の活動により、地域の見守りや高齢者のニーズに柔軟に対応できる生活支援・介護予防支援の提供があり、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができています。

○高齢者が、身近な地域で生活上の困りごと相談ができており、分野を越えた複合的な困りごとであっても、関係機関の連携による「丸ごと」の相談体制で受け止めができています。全市的には、あんしん相談支援センターを中心とした、住民生活全般に係る包括的な相談支援体制が確立されています。

○高齢者の自己決定が尊重されているとともに、認知症等により判断能力が低下しても安心して生活できるよう権利擁護支援の充実が図られています。認知症に関する正しい知識と理解が社会に普及し、認知症であっても、希望をもって、自分らしく暮らすことができています。

○高齢者が尊厳をもって生活するために必要な介護サービスが準備され、サービスを利用するにあたっては、選択肢が用意されています。

○医療と介護の両方が必要になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることが出来るように、医療機関、介護事業者、行政等関係者の連携による切れ目ない在宅医療と介護が一体的に提供されています。

○住まいについての相談先の充実や、高齢者に配慮したサービス付き高齢者向け住宅等の供給、住宅の改善等により、介護を必要とする高齢者や認知症高齢者が、住み慣れた家庭や地域で暮らし続けられる住環境が整っています。

重点課題 地域包括ケアシステムの推進

地域包括ケアシステムとは、重度な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・生活支援が一体的に提供される体制のことをいいます。

団塊の世代が75歳以上となる令和7(2025)年を目途に、日常生活圏域ごとに、それぞれの実情に応じた地域包括ケアシステムを構築していきます。

(2) 介護保険法

発令 :平成9年12月17日号外法律第123号

最終改正:令和3年6月11日号外法律第66号

改正内容:令和3年6月11日号外法律第66号[令和4年1月1日]

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、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されなければならない。

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

(3) 「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日厚生労働省令第38号」に基づき、読みやすく一部編集

居宅介護支援の具体的取扱方針		参考
1. 介護支援専門員による居宅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。	基準第13条第一号 (解釈通知①)
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。	基準第13条第二号 (解釈通知②)
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あたっては、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。	基準第13号第三号 (解釈通知③)
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。	基準第13条第四号 (解釈通知④)
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。	基準第13条第五号 (解釈通知⑤)
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。	基準第13条第六号 (解釈通知⑥)

7. 課題分析における留意点	<p>・介護支援専門員は、上記6.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。</p>	<p>基準第13条第七号 (解釈通知⑦)</p>
8. 居宅サービス計画の原案の作成	<p>・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。</p>	<p>基準第13条第八号 (解釈通知⑧)</p>
9. サービス担当者会議等による専門的意見の聴取	<p>・介護支援専門員は、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。</p> <p>・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。</p> <p>(※)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「担当者」という。)を招集して行う会議</p> <p>この会議は、テレビ電話装置その他の情報通信機器(以下「テレビ電話装置等」という)を活用して行うことができるものとする。(ただし、利用者又はその家族(以下「利用者等」という。)が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。)</p>	<p>基準第13条第九号 (解釈通知⑨)</p>
10. 居宅サービス計画の説明及び同	<p>・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</p>	<p>基準第13条第十号 (解釈通知</p>

意	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。	⑩)
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。	基準第13条第十一号 (解釈通知⑪)
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。	基準第13条第十二号 (解釈通知⑫)
13. 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等	・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。	基準第13条第十三号 (解釈通知⑬)
	・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。	基準第13条第十三号の二 (解釈通知⑬)
14. モニタリングの実施	・介護支援専門員は、上記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。	基準第13条第十四号 (解釈通知⑭)
15. 居宅サービス計画の変更の必要性についての	・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	基準第13条第十五号 (解釈通知

サービス担当者会議等による専門的意見の聴取	<p>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。</p> <p>イ 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合</p> <p>ロ 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合</p>	⑮)
16. 居宅サービス計画の変更	<p>・上記3. から12. までの規定は、上記13. に規定する居宅サービス計画を変更する場合にも適用される</p>	基準第13条第十六号 (解釈通知⑯)
17. 介護保険施設への紹介その他の便宜の提供	<p>・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。</p>	基準第13条第十七号 (解釈通知⑰)
18. 介護保険施設との連携	<p>・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。</p>	基準第13条第十八号 (解釈通知⑱)
19. 居宅サービス計画の届出	<p>【訪問回数等の多いケアプランの届出】</p> <p>・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(生活援助中心型)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。</p>	基準第13条第十八号の二 (解釈通知⑲)
	<p>・介護支援専門員は、その勤務する指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた指定居宅サービス等に係る居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費及び特例地域密着型介護サービス費の総額が居宅介護サービス費等区分支給限度基準額に占める割合及び訪問介護に係る居宅介護サービス費がサービス費の総額に占める割合が厚生労働大臣が定める基準に該当する場合であって、かつ、市町村からの求めがあった場合には、当該指定居宅介護支援事</p>	基準第13条第十八号の三 (解釈通知⑳)

	業所の居宅サービス計画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等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。	
20. 主治の医師等の意見等	・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。	基準第13条第十九号 (解釈通知②)
	・上記の場合において、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。	基準第13条第十九号の二 (解釈通知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。	基準第13条第二十号 (解釈通知②)
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つては、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。	基準第13条第二十一号 (解釈通知②)
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	・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つては、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。	基準第13条第二十二号 (解釈通知③)

	<p>・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つては、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。</p>	<p>基準第13条第二十三号 (解釈通知⑳)</p>
23. 認定審査会意見等の居宅サービス計画への反映	<p>・介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に、認定審査会意見又は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、利用者による趣旨(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。</p>	<p>基準第13条第二十四号 (解釈通知㉑)</p>
24. 指定介護予防支援事業者との連携	<p>・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。</p>	<p>基準第13条第二十五号 (解釈通知㉒)</p>
25. 指定介護予防支援業務の受託に関する留意点	<p>・指定居宅介護支援事業者は、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にあつては、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。</p>	<p>基準第13条第二十六号 (解釈通知㉓)</p>
26. 地域ケア会議への協力	<p>・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(地域ケア会議)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つた場合には、これに協力するよう努めなければならない。</p>	<p>基準第13条第二十七号 (解釈通知㉔)</p>

(4) 指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準

「平成18年3月14日厚生労働省令第37号」に基づき、読みやすく一部編集

介護予防支援の具体的取扱方針		参考
1. 担当職員による介護予防サービス計画の作成	・指定介護予防支援事業所の管理者は、担当職員に介護予防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。	基準第30条第一号（解釈通知①）
2. 指定介護予防支援の基本的留意点	・指定介護予防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。	基準第30条第二号（解釈通知②）
3. 計画的な指定介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス等の利用	・担当職員は、介護予防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介護予防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。	基準第30条第三号（解釈通知③）
4. 総合的な介護予防サービス計画の作成	・担当職員は、介護予防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、予防給付の対象となるサービス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介護予防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。	基準第30条第四号（解釈通知④）
5. 利用者自身によるサービスの選択	・担当職員は、介護予防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介護予防サービス事業者等に関するサービス及び住民による自発的な活動によるサービスの内容、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。	基準第30条第五号（解釈通知⑤）
6. 課題分析の実施	・担当職員は、介護予防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、その有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる各領域ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び家族の意欲及び意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が自立した日	基準第30条第六号（解釈通知⑥）

	<p>常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握しなければならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 運動及び移動 ロ 家庭生活を含む日常生活 ハ 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション ニ 健康管理 	
7. 課題分析における留意点	<p>・担当職員は、上記6.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、担当職員は、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。</p>	基準第30条第七号(解釈通知⑦)
8. 介護予防サービス計画原案の作成	<p>・担当職員は、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、利用者が目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、利用者及びその家族の意向、それらを踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点、本人、指定介護予防サービス事業者、自発的な活動によるサービスを提供する者等が目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間等を記載した介護予防サービス計画の原案を作成しなければならない。</p>	基準第30条第八号(解釈通知⑧)
9. サービス担当者会議等による専門的意見の聴取	<p>・担当職員は、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ともに、当該介護予防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。</p> <p>・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。</p> <p>(※)担当職員が介護予防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、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防サービス等の担当者(以下「担当者」という。)を招集して行う会議 この会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。(ただし、利用者又はその家族(以下利用者等という。)が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。)</p>	基準第30条第九号(解釈通知⑨)
10. 介護予防サービス計画の説明及び同意	<p>・担当職員は、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防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、当該介護予防サービス計画の原案の内</p>	基準第30条第十号(解釈通

	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。	知⑩)
11. 介護予防サービス計画の交付	・担当職員は、介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防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。	基準第30条第十一号 (解釈通知⑪)
12. 担当者に対する個別サービス計画の提出依頼	・担当職員は、介護予防サービス計画に位置付けた指定介護予防サービス事業者等に対して、介護予防訪問看護計画書等指定介護予防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。	基準第30条第十二号 (解釈通知⑫)
13. 個別サービス計画作成の指導及び報告の聴取	・担当職員は、指定介護予防サービス事業者等に対して、介護予防サービス計画に基づき、介護予防訪問看護計画書等指定介護予防サービス等基準において位置付けられている計画の作成を指導するとともに、サービスの提供状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも一月に一回、聴取しなければならない。	基準第30条第十三号 (解釈通知⑬)
14. 介護予防サービス計画の実施状況等の把握	・担当職員は、介護予防サービス計画の作成後、介護予防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、必要に応じて介護予防サービス計画の変更、指定介護予防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。	基準第30条第十四号 (解釈通知⑭)
	・担当職員は、指定介護予防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。	基準第13条第十四号の二 (解釈通知⑭)
15. 介護予防サービス計画の実施状況等の評価	・担当職員は、介護予防サービス計画に位置づけた期間が終了するときは、当該計画の目標の達成状況について評価しなければならない。	基準第30条第十五号 (解釈通知⑮)
16. モニタリングの実施	・担当職員は、上記14. 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	基準第30条第十六

	<p>介護予防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。</p> <p>イ 少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して三月に一回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者面接すること。</p> <p>ロ 利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防通所リハビリテーション事業所を訪問する等の方法により利用者面接するよう努めるとともに、当該面接ができない場合においては、電話等により利用者との連絡を実施すること。</p> <p>ハ 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。</p>	号 (解釈通知⑯)
17. 介護予防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	<p>・担当職員は、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、介護予防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。</p> <p>イ 要支援認定を受けている利用者が要支援更新認定を受けた場合</p> <p>ロ 要支援認定を受けている利用者が要支援状態区分の変更の認定を受けた場合</p>	基準第30条第十七号 (解釈通知⑰)
18. 介護予防サービス計画の変更	<p>・上記3. から13. までの規定は、14. に規定する介護予防サービス計画を変更する場合にも適用される。</p>	基準第30条第十八号 (解釈通知⑱)
19. 介護保険施設への紹介その他の便宜の提供	<p>・担当職員は、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、利用者の要介護認定に係る申請について必要な支援を行い、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。</p>	基準第30条第十九号 (解釈通知⑲)
20. 介護保険施設との連携	<p>・担当職員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要支援者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円</p>	基準第30条第二十

	滑に移行できるよう、あらかじめ、介護予防サービス計画の作成等の援助を行うものとする。	号 (解釈通知⑳)
21. 主治の医師等の意見等	・担当職員は、利用者が介護予防訪問看護、介護予防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(次号及び第二十二号において「主治の医師等」という。)の意見を求めなければならない。	基準第30条第二十一号(解釈通知㉑)
	・上記の場合において、担当職員は、介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防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。	基準第30条第二十一の二号(解釈通知㉑)
	・担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防訪問看護、介護予防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介護予防サービス等を位置付ける場合にあつては、当該指定介護予防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。	基準第30条第二十二号(解釈通知㉑)
22. 介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護の介護予防サービス計画への位置づけ	・担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を位置付ける場合にあつては、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、介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護を利用する日数が要支援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。	基準第30条第二十三号(解釈通知㉒)
23. 介護予防福祉用具貸与及び介護予防特定福祉用具販売の介護予防サービス計画への反映	・担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防福祉用具貸与を位置づける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に介護予防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、その継続の必要性について検証をした上で、継続が必要な場合にはその理由を介護予防サービス計画に記載しなければならない。	基準第30条第二十四号(解釈通知㉓)

	<p>・担当職員は、介護予防サービス計画に特定介護予防福祉用具販売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、当該計画に特定介護予防福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。</p>	<p>基準第30条第二十五号 (解釈通知⑳)</p>
<p>24. 認定審査会意見等の介護予防サービス計画への反映</p>	<p>・担当職員は、利用者が提示する被保険者証に、認定審査会意見又は指定に係る介護予防サービスの種類若しくは地域密着型介護予防サービスの種類についての記載がある場合には、利用者による趣旨(介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防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、その内容に沿って介護予防サービス計画を作成しなければならない。</p>	<p>基準第30条第二十六号 (解釈通知㉑)</p>
<p>25. 指定居宅支援事業者との連携</p>	<p>・担当職員は、要支援認定を受けている利用者が要介護認定を受けた場合には、指定居宅介護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。</p>	<p>基準第30条第二十七号</p>
<p>26. 地域ケア会議への協力</p>	<p>・指定介護予防支援事業者は、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(地域ケア会議)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つた場合には、これに協力するよう努めなければならない。</p>	<p>基準第30条第二十八号 (解釈通知㉒)</p>

(5) 令和3年度倉吉市ケアマネジメントに関する基本方針策定検討会
参加者名簿

No	氏名	所属	備考
1	藤田 洋史	居宅介護支援センター マグノリア	鳥取県介護支援専門員連絡協議会 中部支部
2	松原 あい	居宅介護支援事業所のじま	鳥取県介護支援専門員連絡協議会 中部支部
3	田中 ゆかり	倉吉市社会福祉協議会	倉吉市生活支援体制整備事業受託 第1層コーディネーター
4	清水 可奈	マグノリア地域包括支援センター	
5	藤井 太陽	倉吉中央地域包括支援センター	

(事務局：長寿社会課)

山根 千歩 高齢者福祉係 保健師
 森本 美樹 介護保険係介護給付適正化 介護支援専門員
 池田 育世 介護保険係介護給付適正化 介護支援専門員 栄養士
 濱路 由布子 介護保険係長