

川西市

ケアマネジメントマニュアル

居宅介護支援編

川西市ケアマネジメントマニュアルの活用にあたって

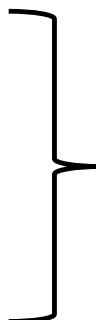
- 個々のケアマネジャーの環境や能力に応じた人材育成（地域づくりの視点含む）ツールとして活用する。
- ケアマネジメント業務の標準化をはかるとともに、様々な医療・介護ツール等を集約することで業務の効率化及び負担軽減をはかる。
- 介護報酬改定時など、適宜マニュアルの見直しを行い、ケアマネジメントの現場において日々活用できるものにする。
- マニュアルを継続的に更新し、ケアマネジメント業務の標準化を進めることにより、ケアマネジメントの質の維持・向上をはかる。

目次

1. 川西市のケアマネジメントに関する基本方針.....	5
(1) 策定の趣旨.....	5
(2) 居宅介護支援に関する基本方針.....	5
(3) 介護予防支援に関する基本方針.....	5
2. 介護支援専門員 倫理綱領.....	7
3. ケアマネジャー(介護支援専門員)の事務手順.....	9
(1) 利用者の依頼.....	11
(2) ケアマネジャーの役割.....	11
(3) ケアマネジャーの業務.....	11
(4) 介護保険被保険者証の確認.....	11
(5) 居宅サービス等の区分支給限度基準額.....	12
(6) 地域区分単価.....	14
(7) 介護保険負担割合証の確認.....	15
(8) 居宅サービス計画作成依頼(変更・終了)届出書.....	16
4. ケアプランの作成.....	17
(1) ケアプランの作成.....	17
(2) ケアマネジメントプロセスのポイント(インテーク、モニタリング).....	18
(3) バイスティックの7原則.....	19
(4) ケアマネジメントプロセス(セルフチェック).....	20
(5) ケアプラン作成における注意点(運営基準減算).....	22
(6) 居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱い.....	24
5. 地域包括ケアシステム構築に向けて.....	26
(1) 川西市(介護保険制度、ケアマネジャー等に関連する会議・団体等).....	26
(2) 川西市におけるケアマネジャー支援、業務負担軽減及び効率化促進策.....	26
(3) 地域包括支援センター.....	26
(4) 一般社団法人兵庫県介護支援専門員協会 川西猪名川支部.....	27
6. 地域ケア会議の機能.....	27

(1) 川西市の地域ケア会議の構造..... 27
(2) 川西市における地域ケア会議の構築段階..... 27
7. 地域の社会資源活用..... 29

- 8. 高齢者虐待防止
- 9. 介護現場におけるハラスメント
- 10. 川西市 ケアマネ便利・連携ツール (URL 一覧)
- 11. 介護支援専門員向け研修計画
- 12. 介護保険サービス Q&A



※川西市ケアマネジメント
マニュアル(資料編)を参照

1. 川西市のケアマネジメントに関する基本方針

(令和元年12月制定)

(1) 策定の趣旨

介護支援専門員は介護保険法及び関係法令等を遵守し、制度全般の専門的な知識と利用者への深い理解により、自立支援・重度化防止に資することを目的としたケアマネジメントを行う必要があります(介護支援専門員倫理綱領参照)。

この介護保険制度の根幹である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ことを目的とし「川西市のケアマネジメントに関する基本方針」を策定しました。

居宅介護(介護予防)支援事業者におかれましては、本基本方針の内容を踏まえ、ケアマネジメントを実施していただきますようお願いします。

(2) 居宅介護支援に関する基本方針

本市では、「川西市指定居宅介護支援の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例(平成30年条例第8号)(以下「居宅介護支援基準条例」という。)」の第4条において定める「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年厚生省令第38号)(以下「居宅介護支援基準省令」という)」に基づき居宅介護支援に関する基本方針を以下のとおり定めました。

- ① 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ます。
- 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ます。
- ③ 利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、指定居宅サービス等が特定の種類又は事業者等に偏らないよう、公正中立に行います。
- ④ 市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護(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(障がい者支援)等との連携に努めます。
- ⑤ 要介護状態の軽減又は悪化の防止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。
- ⑥ 自らその提供する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。
- ⑦ その他、「居宅介護支援の具体的取扱方針」は、居宅介護支援基準条例を踏まえ、居宅介護支援基準省令に基づいて行います。

(3) 介護予防支援に関する基本方針

本市では、「川西市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等を定める条例(平成27年条例第11号)(以下「介護予防支援基準条例」という)」の第3条において定める「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年厚生労働省令第37号)(以下「介護予防支援基準省令」という)」に基づき介護予防支援に関する基本方針を以下のとおり定めました。

- ① 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ができるように配慮します。
- 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。
- ③ 利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、指定介護予防サービス等が特定の種類又は事業者等に偏らないよう、公正中立に行います。
- ④ 市町村、地域包括支援センター、他の指定介護予防(居宅介護)支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者(障がい者支援)、その他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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 自らその提供する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。
- ⑧ その他、「介護予防支援の具体的取扱方針」は、介護予防支援基準条例を踏まえ、介護予防支援基準省令に基づいて行います。

2. 介護支援専門員 倫理綱領

< 前文 >

私たち介護支援専門員は、介護保険法に基づいて、利用者の自立した日常生活を支援する専門職です。よって、私たち介護支援専門員は、その知識、技術と倫理性の向上が、利用者はもちろん社会全体の利益に密接に関連していることを認識し、本倫理綱領を制定し、これを遵守することを誓約します。

(自立支援)

1. 私たち介護支援専門員は、個人の尊厳の保持を旨とし、利用者の基本的人権を擁護し、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、利用者本位の立場から支援していきます。

(利用者の権利擁護)

2. 私たち介護支援専門員は、常に最善の方法を用いて、利用者の利益と権利を擁護していきます。

(専門的知識と技術の向上)

3. 私たち介護支援専門員は、常に専門的知識・技術の向上に努めることにより、介護支援サービスの質を高め、自己の提供した介護支援サービスについて、常に専門職としての責任を負います。また、他の介護支援専門員やその他専門職と知識や経験の交流を行い、支援方法の改善と専門性の向上を図ります。

(公正・中立な立場の堅持)

4. 私たち介護支援専門員は、利用者の利益を最優先に活動を行い、所属する事業所・施設の利益に偏ることなく、公正・中立な立場を堅持します。

(社会的信頼の確立)

5. 私たち介護支援専門員は、提供する介護支援サービスが、利用者の生活に深い関わりを持つものであることに鑑み、その果たす重要な役割を自覚し、常に社会の信頼を得られるよう努力します。

(秘密保持)

6. 私たち介護支援専門員は、正当な理由なしに、その業務に関し知り得た利用者や関係者の秘密を漏らさぬことを厳守します。

(法令遵守)

7. 私たち介護支援専門員は、介護保険法及び関係諸法令・通知を遵守します。

(説明責任)

8. 私たち介護支援専門員は、専門職として、介護保険制度の動向及び自己の作成した介護支援計画に基づいて提供された保健・医療・福祉のサービスについて、利用者に適切な方法・わかりやすい表現を用いて、説明する責任を負います。

(苦情への対応)

9. 私たち介護支援専門員は、利用者や関係者の意見・要望そして苦情を真摯に受け止め、適切かつ迅速にその再発防止及び改善を行います。

(他の専門職との連携)

10. 私たち介護支援専門員は、介護支援サービスを提供するにあたり、利用者の意向を尊重し、保健医療サービス及び福祉サービスその他関連するサービスとの有機的な連携を図るよう創意工夫を行い、当該介護支援サービスを総合的に提供します。

(地域包括ケアシステムの推進)

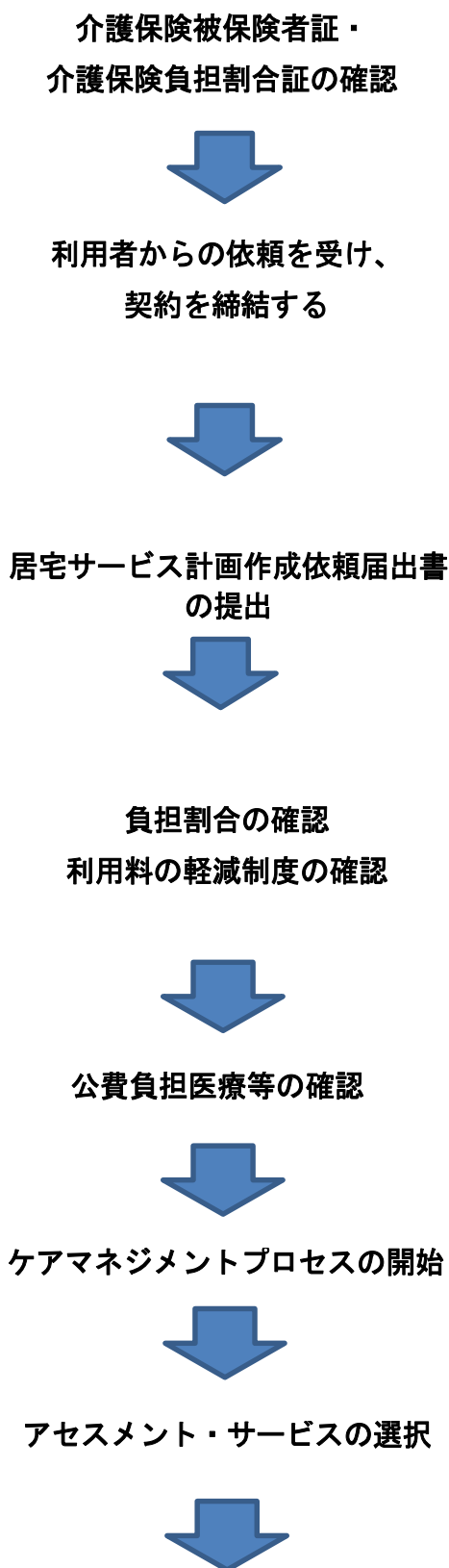
11. 私たち介護支援専門員は、利用者が地域社会の一員として地域での暮らしができるよう支援し、要介護者等の生活課題が地域において解決できるよう、他の専門職及び地域住民との協働を行い、よって地域包括ケアシステムを推進します。

(より良い社会づくりへの貢献)

12. 私たち介護支援専門員は、介護保険制度の要として、介護支援サービスの質を高めるための推進に尽力し、より良い社会づくりに貢献します。

引用元：日本介護支援専門員協会 平成19年3月25日採択、令和3年6月27日改定

3. ケアマネジャー(介護支援専門員)の事務手順



利用者の被保険者証により、要介護（要支援）認定の内容、給付制限の有無等を確認します。また、負担割合証により負担割合を確認します。

利用者から居宅サービス開始に必要な手続きの依頼を受けます。

重要事項説明書等を用いて、所属する居宅介護支援事業者の説明を行った後、契約を締結します。

利用者に代わって、介護保険課に『居宅サービス計画作成依頼届出書』を提出します。

※川西市では、サービス開始日以降に提出することとしています。

利用者が所持している各種の認定証等により、利用料の軽減を受けられるかどうかを確認し、未認定で軽減制度の利用の必要性があれば、制度利用に向けて支援をおこないます。

利用者が所持している各種の受給者証等により、公費負担医療等を受けられるかどうかを確認します。

資格の確認を終えたら、居宅サービス計画書(以下「ケアプラン」という)の原案作成に取りかかります。

4. ケアプランの作成 (P17)
を参照

サービス担当者会議の開催



ケアプランの交付
サービス利用票・提供票の作成



実施状況の把握
(モニタリング)



介護給付費の請求

4. ケアプランの作成
(P17) を参照

4. ケアプランの作成
(P17) を参照

4. ケアプランの作成
(P17) を参照

サービス提供月の翌月に、実績に応じて修正されたサービス提供票と利用票をもとに給付管理票を作成し、兵庫県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という)に提出します。

ケアマネジャー、サービス提供事業者が介護給付費を国保連に請求します。この際、ケアマネジャーが提出した給付管理票を元に、サービス提供事業者の請求内容が正しいか審査されます。

(1) 利用者の依頼

利用者から居宅サービス開始に必要な手続きの依頼を受けます。重要事項説明書等を用いて、所属する居宅介護支援事業者の説明を行った後、契約を締結します。

(2) ケアマネジャーの役割

介護保険サービスの利用には、事前にケアプランを作成し、ケアプランの内容について利用者の同意を得たうえで、計画に基づきサービスを利用する手順が必要となります。

ケアプランの作成に重要な役割を果たすのが居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャーです。ケアマネジャーは、利用者が居宅サービス等を利用する際に相談を受け、ケアプランを作成しサービス提供事業者の手配や予約、連絡調整、さらには、利用状況の管理等、さまざまな業務を行います。

(3) ケアマネジャーの業務

- ・ 要介護者等や介護者・家族等の相談対応
- ・ 介護保険制度、その他、活用が可能な福祉制度の情報提供
- ・ 利用者の様子を把握するために必要な情報収集の実施
- ・ ケアプラン作成のための課題分析（アセスメント）
- ・ ケアプランの作成（ニーズ、目標、介護内容、サービス、種類、頻度、時間帯、担当機関）
- ・ サービスに関する説明と同意
- ・ サービス提供事業者との連絡調整
- ・ 給付管理業務
- ・ 要介護者等の状態の把握、継続的な見守り（モニタリング）
- ・ 要介護認定の更新申請及び各種申請の援助、代行
- ・ サービスに関する苦情の聴取と対応
- ・ 介護保険施設に入所する場合の紹介等
- ・ サービス担当者会議を実施する場合の主催
- ・ 住宅改修、住宅改造、福祉用具購入の支援

(4) 介護保険被保険者証の確認

介護認定の申請後、介護認定審査会で二次判定が行われ、認定情報を記した介護保険被保険者証(以下「被保険者証」という)(桃色)が利用者の居宅へ送付されます。送付先変更の届出が提出されている場合は、変更先に送付されます。

被保険者証は、サービスの契約時や提供を受ける時、要介護(要支援)認定の「更新申請・区分変更申請」を行う時等に必要となります。

被保険者証は被保険者番号や住所、氏名等を第一面に、要介護認定についての情報を第二面に記載しています。また、サービス利用に伴い「居宅サービス計画作成依頼届出書」の提出により、担当している居宅介護支援事業者及び開始日が記載されます。

また、給付制限がある方は、その内容について第三面に記載されます。

介護保険被保険者証		要介護 状態区分等	給付制限	
被 保 者	番号	認定年月日 (事業対象者の場合は、基本 チェックリスト実施日)	開始年月日 終了年月日	
	住所	認定の有効期間	開始年月日 終了年月日	
	フリガナ	居宅サービス等 区分支給限度基準額	開始年月日 終了年月日	
	氏名	1月当たり サービスの種類	開始年月日 終了年月日	
交付年月日	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	種類支給限度基準額	居宅介護支援事業 業者若しくは介護 予防支援事業者 及びその事業 所の名称又は地 域包括支援セン ターの名称	
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印			種類	入所等年月日
2 8 2 1 7 8			名称	退所等年月日
〒666-8501 兵庫県川西市中央町12番1号 川西市 電話番号 072-740-1111			種類	入所等年月日
			名称	退所等年月日

(5) 居宅サービス等の区分支給限度基準額

介護保険の居宅サービスと地域密着型サービスの各サービスは施設で提供されるものを除き、要支援・要介護の認定区分ごとに定められた1月あたりの区分支給限度基準額(以下「限度額」という)の範囲内で利用することができます。限度額は下表のとおりです。

要介護度		限度額
事業対象者		5,032 単位
要支援	1	5,032 単位
	2	10,531 単位
要介護	1	16,765 単位
	2	19,705 単位
	3	27,048 単位
	4	30,938 単位
	5	36,217 単位

この限度額を超えた分については、保険給付の対象とならず利用者が全額負担するために、事前に十分な説明が必要です。居宅介護(介護予防)支援費は限度額の対象には含まれません。また、居宅療養管理指導等の限度額の対象に含まれないサービスについても、ケアプラン上に位置づける必要があります。

●区分支給限度基準額管理の対象サービス

対象		対象外	
居宅	訪問介護	居宅	居宅療養管理指導
	訪問入浴介護		特定施設入居者生活介護
	訪問看護		居宅介護支援
	訪問リハビリテーション	地域密着	認知症対応型共同生活介護
	通所介護		地域密着型特定施設入居者生活介護
	通所リハビリテーション		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
	短期入所生活介護	施設	介護老人保健施設
	短期入所療養介護		介護老人福祉施設
	福祉用具貸与		介護医療院
夜間対応型訪問介護			
認知症対応型通所介護			
地域密着	小規模多機能型居宅介護		
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
	看護小規模多機能型居宅介護		

<限度額管理の注意点>

利用者の要介護状態区分が月の途中で変更になった場合、居宅サービス等の限度額は介護の必要性が高い方の要介護状態区分に応じた限度額を適用します。また、報酬の算定については提供時点の介護度で算定します。

例1) 1月15日に区分変更申請をして、要介護2→要介護3となった場合。

⇒1月の限度額は「要介護3」の額を適用します。

例2) 1月15日に区分変更申請をして、要介護3→要介護2となった場合。

⇒1月の限度額は「要介護3」の額を適用します。

●特定福祉用具購入費・住宅改修費の限度額

※特定福祉用具の購入・住宅の改修については、限度額は適用されませんが、それぞれ限度額が定められています。

特定福祉用具購入費	10万円 1年度あたり(4月～翌年3月)
住宅改修費	20万円 支給可能額算定の例外有(3段階リセット、転居リセット)

(6) 地域区分単価

介護報酬では、介護サービスの種類及び事業所所在地によって、1単位あたりの単価が異なります。下記の表に、サービス種別・地域ごとの単価と、兵庫県内の市町がどの地域区分に該当するかを示しているの確認してください。

＜サービス種類・地域区分ごとの1単位あたりの単価＞

サービス種類	地域区分	単価
<ul style="list-style-type: none"> ・居宅療養管理指導 ・福祉用具貸与 	全国一律	10.00 円
<ul style="list-style-type: none"> ・通所介護 ・短期入所療養介護 ・特定施設入居者生活介護 ・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 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ・介護福祉施設サービス ・介護老人保健施設サービス ・介護療養施設サービス ・介護医療院サービス 	1 級地	10.90 円
	2 級地	10.72 円
	3 級地	10.68 円
	4 級地	10.54 円
	5 級地	10.45 円
	6 級地	10.27 円
	7 級地	10.14 円
	その他	10.00 円
	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問リハビリテーション ・通所リハビリテーション ・短期入所生活介護 ・認知症対応型通所介護 ・小規模多機能型居宅介護 ・看護小規模多機能型居宅介護 	1 級地
2 級地		10.88 円
3 級地		10.83 円
4 級地		10.66 円
5 級地		10.55 円
6 級地		10.33 円
7 級地		10.17 円
その他		10.00 円
<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護 ・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・夜間対応型訪問介護 ・居宅介護支援 	1 級地	11.40 円
	2 級地	11.12 円
	3 級地	11.05 円
	4 級地	10.84 円
	5 級地	10.70 円
	6 級地	10.42 円
	7 級地	10.21 円
その他	10.00 円	

<兵庫県内の地域区分>

3 級地	西宮市、芦屋市、宝塚市
4 級地	神戸市
5 級地	尼崎市、伊丹市、川西市、三田市
6 級地	明石市、猪名川町
7 級地	姫路市、加古川市、三木市、高砂市、稲美町、播磨町
その他	その他

(7) 介護保険負担割合証の確認

利用者は前年の所得に応じて介護サービス費用の 1～3 割を自己負担します。利用者の自己負担の割合は負担割合証に記載されていますので、ケアマネジャーは必ず負担割合証(グリーン色)で負担割合の確認をしてください。また、サービス提供事業者にも負担割合証を必ず確認してもらうようにしてください。

<負担割合の区分>

割合	対象者
3 割	以下の 1、2 の両方に該当する場合 1. 本人の前年の合計所得金額が 220 万円以上 2. 前年の「年金収入+その他の合計所得金額」が 340 万円以上(同一世帯に 65 歳以上の人が 2 人以上いる場合はあわせて 463 万円以上)
2 割	3 割に該当せず、以下の 1、2 の両方に該当する場合 1. 本人の前年の合計所得金額が 160 万円以上 2. 前年の「年金収入+その他の合計所得金額」が 280 万円以上(同一世帯に 65 歳以上の人が 2 人以上いる場合はあわせて 346 万円以上)
1 割	2 割、3 割に該当しない人、住民税非課税者、生活保護受給者及び第 2 号被保険者(40 歳～64 歳の方)

※負担割合の判定対象となる収入に非課税年金は含まれません。

※年金以外の合計所得金額に給与所得が含まれている場合には、給与所得から 10 万円を控除した後の金額を用います。

※「その他の合計所得金額」とは、合計所得金額から年金収入の雑所得をのぞいた所得金額です。また、その他の合計所得金額に給与所得が含まれている場合には、所得金額調整控除適用前の給与所得から 10 万円を控除した後の金額を用います。

※合計所得金額、その他の合計所得金額ともに、譲渡所得に係る特別控除額は金額から除きます。

※判定は、第 1 号被保険者個人単位で行います(本人の合計所得が 160 万円に満たない場合は、世帯内の他の第 1 号被保険者の所得状況にかかわらず、1 割負担となります)。

送付時期

要介護認定を受けている方には毎年 7 月に新しい負担割合証を送付します。また、新たに介護認定を受けた方には、認定結果が出てから概ね 10 日程度で負担割合証を交付します。

適用期間

負担割合の適用期間は 8 月(新規申請をした人は申請日から)から翌年 7 月末です。

その他

※所得更正により負担割合が変更になった場合は、直近の 8 月まで適用期間を遡った負担割合証を、更正の行われた翌月上旬に再交付します。

※世帯構成の変更により負担割合が変更になった場合は、変更が生じた翌月から負担割合を変更し、負担割合証を再交付します。

※第 2 号被保険者が 65 歳になり、2 割(または 3 割)負担の所得水準にある場合は、65 歳になった翌月から負担割合を変更し、負担割合証を再交付します。

問い合わせ先

介護保険課 給付担当 072-740-1149

介護保険負担割合証	
交付年月日	
番号	
被 保 険 者	住所 見本
フリガナ	
氏名	
生年月日	性別
利用者負担の割合	適用期間
割	開始年月日 終了年月日
割	開始年月日 終了年月日
保険者番号 並びに保険者の 名称及び印	282178 〒666-8501 兵庫県川西市中央町12番1号 川西市 電話番号(072)740-1111

(8) 居宅サービス計画作成依頼(変更・終了)届出書

利用者と居宅介護支援事業者との間で契約が成立したら、利用者を代行して、「居宅サービス計画作成依頼(変更・終了)届出書」(以下「届出書」という)を介護保険課に提出します。

この届出書は、利用者が居宅介護支援事業者にケアプラン作成を依頼することを市に届出るもので、市は毎月初旬に前月の届出内容を国保連に報告します。

利用者が途中で居宅介護(介護予防)支援事業者を変更した場合も、介護保険課に上記の届出書を提出してください(ケアマネジャーの変更で事業者の変更を伴わない場合、届出書の提出不要です)。

届出書を提出しない場合、介護給付費の現物支給は受けられません。利用者は費用をいったん全額支払い、後から負担割合に応じて 7~9 割分の償還を受けることになります(手続には 3 ヶ月程度かかります)。

届出書の「開始日」はサービスが開始された日を記入します。尚、川西市では届出の受付は開始日以降とします。

開始日時点で認定結果が確定していない場合は確定後に提出します。

※居宅介護(介護予防)サービス等を利用する予定がない場合、または施設に入所する場合は届出の必要はありません。また、住宅改修、福祉用具購入のみの利用の場合も、届出の必要はありません。

契約が終了した際には、終了届を提出します。

問い合わせ先

介護保険課 適正化担当 072-740-1149

4. ケアプランの作成

(1) ケアプランの作成

ケアプランの作成に当たっては、単に利用者や介護者の要望のみを基に計画書を作成するのではなく、利用者自らが自立した日常生活を送るべく努力を怠ることができるよう支援を効果的に行うために、利用者や介護者の心身の状況等に応じて継続的かつ計画的にサービス利用が行われるようにしてください。また、住み慣れた地域で生活を継続していくために、日常生活全般を支援する観点から、介護保険以外の医療・保険・福祉サービスや民間サービス、地域住民が主体となって実施する生活支援等を含めて計画上に位置づけるようにしてください。

また、ケアプランの作成は以下に示すプロセスを経て行います。特に、計画を新たに作成する場合や更新認定・変更認定の場合には、やむを得ない理由がある場合を除き、サービス担当者会議を開催し、サービス担当者の意見を聞くことが必要です。

1. 課題分析(アセスメント)の実施



利用者の日常生活上の能力、利用者の生活環境、すでに受けているサービス、介護者の状況等の環境等の評価を通じて問題点を明らかにし、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、適切な方法で把握してください。

解決すべき課題の把握(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・家族と面談の上、情報を集めることが必要です。

2. ケアプラン原案作成



利用者の望む暮らしとアセスメント結果に基づき、家族の希望・地域のサービス提供体制を勘案して、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を検討し、サービスの目標・達成時期・内容・利用料等を記載してください。

3. サービス担当者会議の開催



サービス担当者会議を開催し、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、ケアプラン原案について専門的見地からの意見を求めてください。やむを得ない理由がある場合は、照会等により意見を求めることができます(がん末期の場合、利用者の体調変化が著しくサービス担当者会議を開催する時間的余裕がない場合等)。


4. ケアプランの説明および同意



原案での各サービスの介護保険対象・対象外を区分した上で、内容を利用者・家族に説明し、文書により利用者の同意を得てください。

5. ケアプランの交付

同意を得たケアプランを利用者・事業者に交付してください(担当者に対しては、計画の趣旨・内容を説明してください)。その際、居宅介護支援事業者及




び、各サービス提供事業者において、交付に係る記録を支援経過等に記載するか、または、交付書兼受領書を活用し、交付の記録として保存するいずれかの方法を参考に行ってください。

交付したケアプランに対応した個別サービス計画書を担当者(介護サービス事業者)より受領してください。

なお、利用票の交付について、**居宅介護支援**においては「文書による同意」が必要ですので、利用票の欄外に署名を得る又は押印を得るのどちらかの方法をとっておいてください。

介護予防支援においては文書による同意の義務は示されていないものの利用日や費用についての混乱を防ぐ手段として、上記方法又は利用者に口頭で同意を得たうえで支援経過に記録する方法をとっておいてください。


6. 実施状況の把握(モニタリングの実施)



ケアプランに基づいてサービス提供の把握を行います。また、必要に応じてケアプランの変更やサービス提供事業者等との連携調整等を行ってください。

実施状況の把握(モニタリング)にあたっては、利用者・家族や事業者等との連絡を継続的に行い、利用者側に特段の事情がない限り、少なくとも月1回は(介護予防支援の場合は3か月に1回、間の月は電話での面談で可)利用者の居宅を訪問して面談するとともに、モニタリングの結果を記録しなければなりません。

7. ケアプラン変更についての専門的意見の聴取



更新認定や変更認定等において、ケアプランを変更する際、サービス担当者会議を開催し、計画変更の必要性について専門的見地からの意見を求めてください(やむを得ない理由がある場合は、照会等により意見を求めることができます)。

8. ケアプランの変更

モニタリングの結果、プランの変更が必要となった場合や更新、区分変更申請を行った場合などケアプランを再度作成する場合は、上記1.課題分析以降の一連の業務を行ってください。

(2) ケアマネジメントプロセスのポイント(インテーク、モニタリング)

【相談面接】

あらゆる対人援助において、面接は基本的な技能です(バイスティックの7原則参照)。ケアマネジャーが日常的に行っている相談面接は、ケアプラン作成含めケアマネジメントプロセス全般に共通する重要な機能です。

- ・ 安心して話せる雰囲気を作りましょう
(身だしなみ、表情、態度、言葉遣い等に留意)。
- ・ 相談にどれだけ時間がかけられるか、相手と調整しておきましょう。
- ・ 誰が相談者なのか、相談者との関係を把握しておきましょう。

- ・ 利用者が主人公、ケアマネジャーは支援する脇役という役割を理解しましょう。
- ・ 相談者の状況だけでなく、感情も理解しましょう。
- ・ 地域の社会資源の情報を常に収集・整理し、求めに応じる準備をしておきましょう。

◆電話の場合：

相談者は、さまざまな悩みや不安をかかえて電話をかけてきます。電話では、相手の表情や態度等、視覚的な情報を得ることが出来ません。そのため、相手の声の様子から感情の側面を把握できるように努力することが必要です。

◆窓口の場合：

介護者の相談は、個別的な問題を扱います。ケアマネジャーが情報を上手く聞き出すのではなく、利用者が上手く話せるように環境を整備し、話しの道筋を整えることが必要です。また、プライバシー保護の配慮をしましょう。職員から離れた、できれば面接室で話しをしましょう(人の話し声や雑音がない、静かな環境を整えましょう)。

◆家庭訪問の場合：

利用者の生活の場を訪問することは、ケアマネジャーの欠かせない業務です。支援が必要な状態だからこそ、専門機関まで移動してくることに困難さがあります。家庭訪問は、専門機関まで到達できない人と出会うと同時に、会話だけで得られない生活の情報を得る、有効な方法です。

◆座る位置によって相談者の緊張が異なりますので、適宜相手に合わせて工夫しましょう。

【対面に座った場合】 相談者の緊張が高まる位置です。

【90度の位置に座った場合】 相談に適した、通常よく用いられる位置です。

【並列に座った場合】 リラックスできますが、相談者の反応が見えにくい位置です。

(3) バイステックの7原則

① 個別化の原則

利用者の直面する問題を個別的に理解しましょう。「この人の場合は」という視点がポイントです。

② 意図的な感情の表出の原則

利用者の気持ちを敏感に読みとりましょう。

否定的／肯定的感情を言語にして表現できるようアプローチすることも大切です。

③ 統制された情緒的関与の原則

ケアマネジャー自らの表情や態度をコントロールする能力が求められます。

④ 受容の原則

利用者の気持ちをわかろうとする気持ちが不可欠です。

⑤ **非審判的態度の原則**

ケアマネジャー自らの価値基準や道徳規範から利用者のことを評価しない態度を保つことが重要です。

⑥ **自己決定の原則**

主役は利用者です。利用者自身で自分が直面する問題を解決できるため、利用者の判断・決定を尊重しましょう。

⑦ **秘密保持の原則**

利用者の秘密を守ることによって、信頼を得ることができます。

利用者に秘密遵守を十分に説明しましょう。

(足立 叡 他共編 「ソーシャル・ケースワーク対人援助の臨床福祉学より」)

(4) ケアマネジメントプロセス (セルフチェック)

① **居宅介護支援業務の説明と同意**

重要事項説明書を用い、業務内容やケアマネジャーの役割を明確に説明し理解を得ている。

② **課題分析**

ケアプラン作成時、居宅を訪問し利用者に面接している。

生活全般の課題に関する情報を収集している。

(令和5年10月16日介護保険情報Vol.1178等参照)

生活の状況を具体的に把握し記録している。

ケアプラン変更時、課題分析を再検討している。

③ **ケアプラン第1表**

利用者・家族の生活に対する意向を把握し、課題分析の結果を記載している。

ケアマネジャー・サービス事業者・主治医・家族等のチームケアに基づき、自立支援の観点から総合的な援助方針を策定している。

緊急時が想定される場合、連絡先等を記載している。

④ **ケアプラン第2表**

生活全般の課題を利用者・家族が理解できる表現で整理・記載している

長期目標が達成可能な内容になっている。

短期目標がモニタリングに対応できる内容になっている。

サービス内容を具体的に記載している。

サービス内容と給付管理票に齟齬がないよう留意している。

⑤ **ケアプラン第3表**

利用者の生活全般(24時間・週間単位)を把握し記載している。

課題分析・第1・2表と齟齬がないよう留意している。

⑥ サービス担当者会議（第4表）

新規・更新・区分変更・計画変更時にサービス担当者会議を開催し記録している。

結論や今後の課題等を参加者全員で共有し合意している。

⑦ モニタリング

月1回以上利用者宅を訪問し、面接し記録している。

サービスの実施状況・短期目標の達成度、利用者の満足度を評価している。

モニタリングに基づき、再度の課題分析やケアプランの修正等を検討している。

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(オンラインモニタリング)。その場合、少なくとも2か月に1回(介護予防支援の場合は6か月に1回)は利用者の居宅を訪問している。

⑧ 居宅介護支援経過（第5表）

散文、メモ等ではなく、公的な記録として記載している。

日時・場所、誰とどのような話をしたのか、時系列で記録している。

⑨ 利用票の説明と同意（第6表）

（居宅介護支援）

介護保険最新情報 Vol.958（令和3年3月31日）において、第6表の利用者確認欄が削除されていますが、居宅サービス計画書記載要領において、「居宅介護支援事業者が保存するサービス利用票（控）に、利用者の確認を受ける。」と記載されており、その確認方法として文書による利用者の同意を得る必要があります。

「文書による同意」については、以下のいずれかの対応を行うようお願いします。

① サービス利用票（第6表）の欄外に署名を得る。

② サービス利用票（第6表）の欄外に押印を得る。

※ 「利用者に口頭で同意を得て、居宅サービス計画書第5表（支援経過）に記録する」ことで同意を得たとは認められません。

※ 利用者が自署することができない場合、代筆が可能です。その場合、代筆者の氏名・続柄等記載してください。家族、後見人以外の代筆は認められませんのでご注意ください。

（介護予防支援）

介護予防支援については、利用票の様式が定められておらず、よってその同意の確認の有無についても示されていません。又、運営基準上文書による同意が必要なものに、利用票は含まれていません。

ただし、利用サービス予定の説明や周知のためには利用票を用いることは有効であり、利用票の説明や同意の確認がないために利用日やそれに係る費用について混乱を招くことがないようにする必要があります。

川西市では以下のいずれかの対応を行うようお願いします。

① 利用者に口頭で同意を得て、支援経過表に記録する。

② サービス利用票（第6表）の欄外に署名を得る。

③ サービス利用票（第6表）の欄9外に押印を得る。

- ※ 利用票の作成がない月の場合は、利用内容等について口頭で説明したうえで①の対応をお願いします。

⑩ その他

- 医療系サービスでは主治医との連携をおこなっている。
- 利用者の状態像に基づき、地域資源を把握しつつインフォーマルサービス等を検討している。
- 過剰サービスとならない視点を意識している。
- 支援困難事例等、多職種・他機関等の連携が必要な場合は、適宜連携している。

⑪ 個人情報の取扱い及び守秘義務

介護支援専門員は、個人情報の取り扱いにあたり、個人情報保護法及び厚生労働省が通知している「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」を参考に、個人情報保護または守秘義務に関する法令等の規定を遵守してください。

※ 介護支援専門員が保有する個人情報は

- ・ 基本情報(フェイスシート)・課題分析表・居宅サービス計画書
 - ・ 介護支援経過表・モニタリング表・事故報告書
- 上記等の「業務に関わる文書」のほとんどが該当します。

コラム～こんなことはありませんか？～

- 利用者の記録ファイルを誰もが簡単に取り出すことができるようになっていませんか。
- 利用者の記録ファイルが他人の目のつくところに保管されていたり、オンライン研修時に画面で見えていたりしていませんか。
- パソコンに保管している情報が誰でも閲覧出来ないよう、パスワードを設定していますか。パスワードを書いたメモをパソコンに貼っていませんか。
- 外出中のファイル紛失の可能性を考え、利用者の記録ファイルを持ち歩かないようにするか、持ち出す場合は持ち出し用の管理簿で管理出来る様にしたりしていますか。
- 事業者以外の場所で利用者に関わる情報について話しをしていませんか。

個人情報漏洩につながらないよう、普段から事業所内の環境について注意しましょう。

(5) ケアプラン作成における注意点 (運営基準減算)

居宅介護支援業務を行うにあたり、運営基準を遵守するようにしてください。運営基準に違反した場合、所定単位の 100 分の 50 が減算されます。なお、運営基準減算が 2 か月以上継続している場合は、所定単位数は算定できません。

【減算の対象になる業務】

① 指定居宅介護支援の提供開始に際しての説明

指定居宅介護支援の提供の開始に際し、下記のいずれかを行っていない場合は、契約月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算してください。

- (ア) 利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができることについて文書を交付して説明すること。
- (イ) 利用者はケアプランに位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができることについて文書を交付して説明すること。
- (ウ) 上記の説明を理解したことについて利用申込者から署名を得ること。

② ケアプランの新規作成及びその変更にあたって

下記のいずれかを行っていない場合は、いずれかを行わなかった月から全てを行った月の前月まで減算してください。

- (ア) 利用者の居宅を訪問すること。
- (イ) 利用者に面接すること。
- (ウ) サービス担当者会議を開催すること。
- (エ) ケアプラン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た上で、ケアプランを利用者及び担当者に交付すること。

③ サービス担当者会議の開催

下記のいずれかの場合にサービス担当者会議を開催していない場合は、サービス担当者会議を開催した前月まで減算してください。

- (ア) ケアプランを新規に作成する場合。
- (イ) ケアプランを変更する場合。
- (ウ) 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
- (エ) 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

④ 月1回の訪問、モニタリングの記録

特段の事情のない限り、下記のいずれかを行わなかった場合、実施した前月まで減算してください。

- (ア) 1月に1回利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。
- (イ) モニタリングの結果を毎月記録すること。

※ 介護予防支援については運営基準減算はないものの、運営基準は遵守してください。

「特段の事情」とは

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、ケアマネジャーに起因する事情は含まれません。

また、特段の事情がある場合はその具体的な内容を記録しておくことが必要です。

(6) 居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱い (軽微な変更)

介護保険最新情報 Vol. 9 5 9 (下記 URL 参照)より抜粋

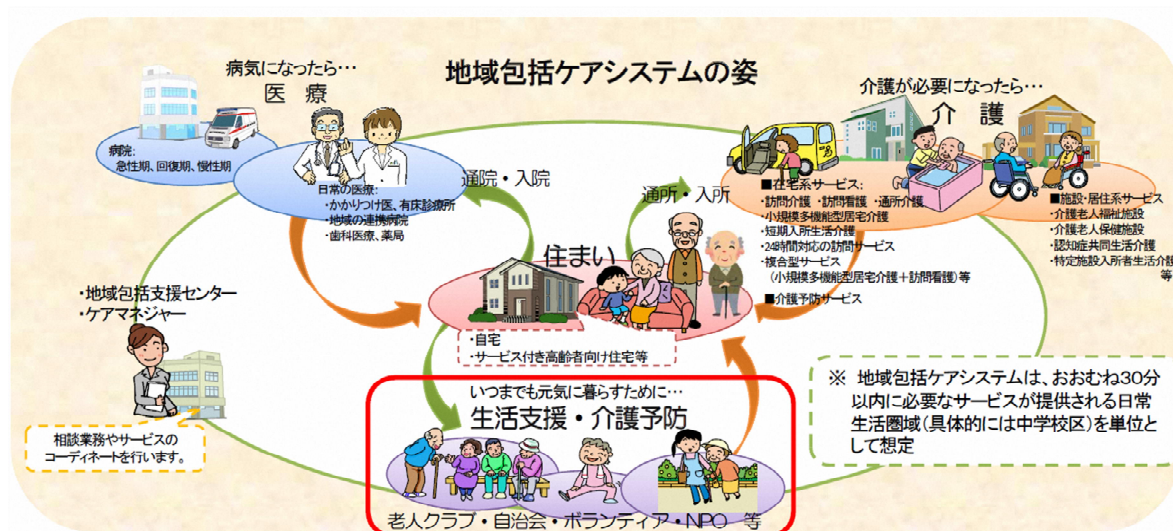
<参考><https://www.wam.go.jp/gvoseiShirvou-files/documents/2021/0401105608450/ksvol.959.pdf>



<p>1. ケアプランの軽微な変更の内容について (ケアプランの作成)</p>	<p>「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について (平成 11 年 7 月 29 日老企 22 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)」(以下、「基準の解釈通知」という。))の「第Ⅱ指摘居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」の「3 運営に関する基準」の「(7) 指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針」の「⑩居宅サービス計画の変更」において、居宅サービス計画を変更する際には、原則として、指定居宅介護支援等の事業及び運営に関する基準 (平成 11 年 3 月 31 日厚令 38、以下「基準」という。)の第 13 条第 3 号から第 11 号までに規定されたケアプラン作成にあたっての一連の業務を行うことを規定している。 なお、「利用者の希望による軽微な変更 (サービス提供日時の変更等)を行う場合には、この必要はないものとする。」としているところである。</p>
<p>サービス提供の曜日変更</p>	<p>利用者の体調不良や家族の都合等臨時的、一時的なもので、単なる曜日、日付の変更のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第 13 条第 3 号 (継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用) から第 11 号 (居宅サービス計画の交付) までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>サービス提供の回数変更</p>	<p>同一事業所における週 1 回程度のサービス利用回数の増減のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第 13 条第 3 号 (継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用) から第 11 号 (居宅サービス計画の交付) までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>利用者の住所変更</p>	<p>利用者の住所変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第 13 条第 3 号 (継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用) から第 11 号 (居宅サービス計画の交付) までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>目標期間の延長</p>	<p>単なる目標設定期間の延長を行う場合 (ケアプラン上の目標設定 (課題や期間) を変更する必要が無く、単に目標設定期間を延長する場合等) については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第 13 条第 3 号 (継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用) から第 11 号 (居宅サービス計画の交付) までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合</p>	<p>福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第 13 条第 3 号 (継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用) から第 11 号 (居宅サービス計画の交付) までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>目標もサービスも変わらない (利用者の状況以外の原因による) 単なる事業所変更</p>	<p>目標もサービスも変わらない (利用者の状況以外の原因による) 単なる事業所変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第 13 条第 3 号 (継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用) から第 11 号 (居宅サービス計画の交付) までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>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</p>	<p>第一表の総合的な援助の方針や第二表の生活全般の解決すべき課題、目標サービス種別等が変わらない範囲で、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には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第 13 条第 3 号 (継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用) から第 11 号 (居宅サービス計画の交付) までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
<p>担当介護支援専門員の変更</p>	<p>契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更 (但し、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者で面識を有していること。) のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第 13 条第 3 号 (継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用) から第 11 号 (居宅サービス計画の交付) までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>

<p>2. ケアプランの軽微な変更の内容について（サービス担当者会議）</p>	<p>基準の解釈通知のとおり、「軽微な変更」に該当するものであれば、例えばサービス担当者会議の開催等、必ずしも実施しなければならないものではない。しかしながら、例えば、ケアマネジャーがサービス事業所へ周知したほうが良いと判断されるような場合等について、サービス担当者会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、基準の解釈通知に定められているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>
<p>サービス利用回数の増減によるサービス担当者会議の必要性</p>	<p>単なるサービス利用回数の増減（同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減等）については、「軽微な変更」に該当する場合もあるものと考えられ、サービス担当者会議の開催等、必ずしも実施しなければならないものではない。しかしながら、例えば、ケアマネジャーはサービス事業所へ周知したほうが良いと判断されるような場合等について、サービス担当者会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、基準の解釈通知に定められているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>
<p>ケアプランの軽微な変更に関するサービス担当者会議の全事業所招集の必要性</p>	<p>ケアプランの「軽微な変更」に該当するものであれば、サービス担当者会議の開催等、必ずしも実施しなければならないものではない。ただし、サービス担当者会議を開催する必要がある場合には、必ずしもケアプランに関わるすべての事業所を招集する必要はなく、基準の解釈通知に定められているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>
<p>「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱い</p>	<p>利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱いについては、まずはモニタリングを踏まえ、サービス事業者間（担当者間）の合意が前提である。その上で具体的には、「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成11年11月12日老企第29号）の「課題分析標準項目（別添）」等のうち、例えば、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「健康状態（既往歴、主傷病、病状、痛み等）」 ・「ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）」 ・「I A L D（調理、掃除、買い物、金銭管理、服薬状況等）」 ・「日常の意思決定を行うための認知能力の程度」 ・「意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーション」 ・「社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）」 ・「排尿・排便（失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度等）」 ・「褥瘡・皮膚の問題（褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等）」 ・「口腔衛生（歯・口腔内の状態や口腔衛生）」 ・「食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）」 ・「行動・心理症状（B P S D）（妄想、誤認、幻覚、抑うつ、不眠、不安、攻撃的行動、不穏、焦燥、性的脱抑制、収集癖、叫声、泣き叫ぶ、無気力等）」等を総合的に勘案し、判断すべきものである。

5. 地域包括ケアシステム構築に向けて



(1) 川西市（介護保険制度、ケアマネジャー等に関連する会議・団体等）

- ・ 介護保険運営協議会(第1層協議体・地域ケア推進会議)
- ・ 川西市・猪名川町在宅医療・介護連携推進協議会
- ・ 川西市・猪名川町在宅医療・介護連携支援センター

(2) 川西市におけるケアマネジャー支援、業務負担軽減及び効率化促進策

令和5年度

- ・ 川西市介護支援専門員等研修受講費助成(令和6年度継続)
- ・ 川西市ケアマネジメントマニュアル(初版)の作成
- ・ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにおける事務効率化の実施(利用票・提供票の一部配布の省略化)

令和6年度

- ・ 認知症アクションプラン(見守り登録者にGPSシューズ給付、損害賠償保険等)実施
- ・ 認定結果を電話等でケアマネジャーに提供開始
- ・ ケアプランデータ連携システム導入費用助成
- ・ 資料提供即日交付の開始

令和7年度

- ・ 川西市ケアマネジメントマニュアルの改定

(3) 地域包括支援センター

- ・ 介護予防支援(要支援⇔要介護者への支援についてケアマネジャーと連携)
- ・ 支援者支援(支援困難ケース等、ケアマネジャーに伴奏しながら支援実施)

- ・ 居宅事業者間交流の促進(交流会や研修会等を通じて、居宅間ネットワーク構築)
- ・ 地域ケア会議開催(民生委員、地域住民等、様々な資源を活用し利用者支援体制を整える)
- ・ 高齢者虐待防止・対応(通報窓口、虐待対応時は保険者・ケアマネジャー等との調整を担う)
- ・ 介護予防(介護予防教室やいきいき百歳体操等開催し、地域の資源を「かわナビ」等で周知)
- ・ 認知症ケア(認知症行方不明者 SOS ネットワークの充実 見守り登録等)

(4) 一般社団法人兵庫県介護支援専門員協会 川西猪名川支部

地域住民の福祉サービスの向上を目的に、現場の声を吸い上げ、ケアマネジャーが働きやすい環境づくり、質の向上を目指して、行政・支部間連携にてマニュアル作りや研修企画、政策提言等の取組み。

6. 地域ケア会議の機能

(1) 川西市の地域ケア会議の構造

地域ケア会議は目的別に3つの会議で構成

- ① 地域ケア個別会議
個別の支援困難ケース等を扱う会議
- ② 自立支援型地域ケア会議
高齢者の生活の質向上や自立支援に資するケアマネジメントを目指し多職種が検討を行う会議
- ③ 地域ケア推進会議
地域包括ケアシステムを構築するための効果的な手段として、保健、医療、福祉等の関係者が連携し、地域の課題について情報交換を行い、問題解決に向けた話し合いや政策立案を行う会議

(2) 川西市における地域ケア会議の構築段階

第1段階 個別レベルの地域ケア会議

個別課題の解決、介護支援専門員による自立支援の方針を決定する。個別事例の解決を蓄積することにより、地域課題を明らかにする。

⇒地域ケア個別会議(各地域包括支援センター主催)

自立支援型地域ケア会議(中央地域包括支援センター主催)

第2段階 日常生活圏域レベルの地域ケア会議

日常生活圏域毎の課題の把握および対応を検討する。地域ケア個別会議・自立支援型地域ケア会議で出された個別課題で、日常生活圏域毎の地域に共通する課題を検討する。

⇒地域包括支援センター実務担当者会議(中央地域包括支援センター主催)

第3段階 市町村レベルの地域ケア会議

市における地域課題の把握、及び対応を検討する。日常生活圏域毎の地域ケア会議で検討された課題で、日常生活圏域内では解決できない市全域に共通する課題を検討する。

⇒川西市介護保険運営協議会での地域ケア推進会議（介護保険課主催）

第4段階 市町村を越えたレベルの地域ケア会議

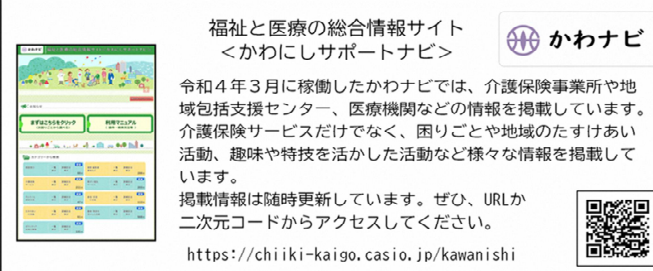
把握されている地域課題が市町村を横断している場合には、同様の課題を有する近隣の市町村と課題を理解し対応を検討する。市町村内での課題解決が困難な場合、県や国等に対する政策の提言に向けて検討する。

7. 地域の社会資源活用

福祉と医療の総合情報サイト<かわにしサポートナビ>（略称：かわナビ）とは

川西市（以下「市」という）では、市及び川西市社会福祉協議会に配置している生活支援コーディネーターが中心となり、医療や介護等の公的サービスに加えて、サロンや健康体操等の地域住民が主体となって行う様々な活動を支援する取組を行っています。

これらの情報をデータベース化し一元的に見ることができるようになることで、情報を必要とする方にタイムリーで正確な情報提供を行います。



福祉と医療の総合情報サイト
＜かわにしサポートナビ＞

令和4年3月に稼働したかわナビでは、介護保険事業所や地域包括支援センター、医療機関などの情報を掲載しています。介護保険サービスだけでなく、困りごとや地域のたすけあい活動、趣味や特技を活かした活動など様々な情報を掲載しています。

掲載情報は随時更新しています。ぜひ、URLか二次元コードからアクセスしてください。

<https://chiiki-kaigo.casio.jp/kawanishi>

<掲載している情報>

以下のカテゴリーに分類し、高齢者（おおむね65歳以上）のかたを対象とする活動（事業）を掲載しています。

- ・ 相談窓口
- ・ 病院、歯医者、薬局等
- ・ 介護保険サービス
- ・ 障がい福祉サービス
- ・ きんたくん健幸体操
- ・ 交流活動
- ・ ささえあい活動
- ・ ボランティア会員の募集

地域づくりと人材育成
圏域の社会資源を把握

<その他の機能>

上記の情報を利用者宅を中心にしてGoogleマップ上に表示することが可能です。この機能を使うことにより、利用者の社会の一員として参加するための目標作りにも役立てる事が可能です。

この「川西市ケアマネジメントマニュアル」は、
兵庫県介護支援専門員協会川西猪名川支部、各地域包括支援センターと連携し作成しました。

川西市ケアマネジメントマニュアル

居宅介護支援編

令和8年3月

(発行) 川西市福祉部 介護保険課

〒666-8501

川西市中央町12-1