

(6) ケアマネジャー関係

質問項目	
45	<p>Q . 介護支援専門員の機能と役割について教えてください。</p> <p>A . 介護を中心とした相談や保健・医療・福祉・介護分野等のサービスや制度を活用・調整することにより、要介護者等（要介護者・要支援者）が、より質の高い生活を営むことができるように支援を提供します。</p> <p>アセスメント、課題（解決すべきニーズ）の抽出、目標の設定、目標達成のために必要なサービスの検討や導入、サービス担当者会議、状況把握、評価を一連の流れで実施します。</p>
46	<p>Q . 利用者がかかりつけ医以外の他科受診の際、どのような連携を取ればいいでしょうか。</p> <p>A . 他科受診の必要な状況を把握した際に、まずは、かかりつけ医にご相談ください。他科受診結果、必要な支援が追加になった場合も、同様にかかりつけ医にまずご相談ください。必要時は、連絡シート等を用いてください。</p>
47	<p>Q . ケアマネジャーが自分の患者さんにどのようなプランを作っているか知りたいが、この誰が担当ケアマネジャーかわからない。どうすればいいでしょうか。</p> <p>A . まず、本人・ご家族に確認してください。本人やご家族に聞いても分からない場合、本人やご家族の同意を得て、介護保険被保険者証の確認を行って下さい。被保険者証の居宅介護支援事業所欄を見ると、担当する居宅介護支援事業者の名称が記載されていますので、事業所に連絡を取って担当のケアマネジャーを確認して下さい。主治医意見書を記入している場合には、「特記すべき事項」の欄に『ケアプラン希望』の旨を記入すれば、担当するケアマネジャーからプランの提出を受けられます。</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第13条第18号及び第19号参照 http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_docframe.cgi?MODE=hourei&DMODE=CONTENTS&SMODE=NORMAL&KEYWORD=&EFSNO=2001</p>
48	<p>Q . 患者さんの状態が急に悪くなり、介護サービスの変更をして貰いたい。医師として指示を出したい。どのようにすればよいですか。</p> <p>A . ケアマネジャーへ電話やファックスで連絡を取って、情報提供をして下さい。</p>
49	<p>Q . 居宅療養管理指導を行う際の、医師からケアマネジャーに対する情報提供はどのような方法で行いますか。</p> <p>A . 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</p>

	質問項目
	<p>とが基本です。会議への参加が困難な場合、または会議が開催されない場合は文書等で情報提供を行ってください。</p> <p>※ 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）</p> <p>「第二 居宅サービス単位数表（訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。）に関する事項」内の</p> <p>「6 居宅療養管理指導費 (2) 医師・歯科医師の居宅療養管理指導について ②「情報提供」及び「指導又は助言」の方法」 参照</p> <p>http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/dl/c01.pdf</p>
50	<p>Q . 急性期あるいは回復期リハを行っている病院から、通所リハあるいは在宅での訪問リハを含む対応が必要とのことで、介護認定を受けて欲しいとの依頼がありました。どのようなことに気をつければ良いのでしょうか。</p> <p>A . 利用者の、かかりつけ医が内科医のみではないことがあります。すでに医療保険でのリハビリを病院以外の医療機関で受けていた、あるいは受けている可能性を考えてください。まずは、その医療機関と連絡をとってください。その上で、ケアプランを作成してください。</p> <p>※ 医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について＜平成26年3月28日付け保医発0328第1号厚生労働省保険局医療課長通知＞ 参照</p> <p>http://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/jigyo/jigyosha/kaigohosyu.files/H26.3.28iryoku-kaigo-kyufuchousei.pdf</p>
51	<p>Q . かかりつけ医がいるが、専門医(認知症等)の受診が必要と思われる場合は、担当ケアマネジャーとしてどのようにすればよいのでしょうか。</p> <p>A . 他の医療機関を受診させたいときは、必ず主治医に連絡を取ってください。</p> <p>担当ケアマネジャーとして、専門医の受診が必要ではないかと判断した理由なども明確にして、かかりつけ医と十分に相談してください。</p> <p>かかりつけ医が専門医の受診が必要と判断すれば、専門医療機関に紹介します。専門医療機関受診には、かかりつけ医の紹介状(診療情報提供書)が必要です。</p>

質問項目	
52	<p>Q . 軽度者への福祉用具貸与などの場合、担当ケアマネジャーとして自立支援の観点から用具の利用がかえって自立を妨げると判断しているが、利用者の強い希望があり、かかりつけ医より「必要」との意見が出ている場合、どのようにすればよいでしょうか。</p> <p>A . 軽度者（要支援1・2及び要介護1）に対する福祉用具の利用については、医師の医学的所見に基づきかつサービス担当者会議等を通じて、必要性が判断されていることが条件となります。</p> <p>本人・サービス事業者と合わせて、かかりつけ医にもサービス担当者会議に出席してもらうなど、かかりつけ医と十分な意思疎通をはかるよう工夫してください。</p> <p>※次頁「軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いについて」参照</p>

（堺市健康福祉局長寿社会部介護保険課 監修）

軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いについて

要支援1、要支援2及び要介護1の方（以下「軽度者」という。）に対しては、その状態像から見て使用が想定しにくい下表の福祉用具（以下「対象外種目」という。）については、原則として貸与できません。

【対象外種目】

車いす及び車いす付属品	特殊寝台及び特殊寝台付属品
床ずれ防止用具	体位変換器
認知症老人徘徊感知機器	移動用リフト(つり具の部分を除く。)
自動排泄処理装置(※)	

(※) 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。)については、軽度者に加え、要介護2及び要介護3の方も原則として貸与できません。

ただし、厚生労働大臣が定める状態像（「第95号告示第25号のイの状態」）に該当する方については、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目に限り、軽度者（自動排泄処理装置にあっては、軽度者に加え、要介護2及び要介護3の方）であっても例外的に貸与することができます。その判断方法は、原則として、要介護認定の認定調査票（基本調査）の直近の結果を活用して客観的に判定することとされています。【裏面参照】

なお、認定調査票の基本調査の結果にかかわらず、次の各号のいずれかに該当することが医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより対象外種目が特に必要であると判断されていることを、書面等確実な方法で市が確認した場合にも例外的にこれを貸与することができます。

堺市では、居宅介護支援事業所による指定(介護予防)福祉用具貸与理由書の提出をもって確認しております。当該書類の提出先は、利用者が居住する区の区役所地域福祉課介護保険係となっています。

- (1) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第95号告示第25号のイの状態に該当する者(例:パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
- (2) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者(例:がん末期の急速な状態悪化)
- (3) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から第95号告示第25号のイに該当すると判断できる者(例:ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)

以上が軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いについての原則となりますが、軽度者に対し、対象外種目の福祉用具を貸与する前には、利用者が居住する区の区役所地域福祉課介護保険係にご相談ください。

対象外種目 (福祉用具の種類)	第95号告示第25号のイに該当する状態	第95号告示第25号のイに該当する 基本調査の結果
ア 車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に歩行が困難な者 (二) 日常生活範囲における移動の支 援が特に必要と認められる者	基本調査1-7 「3. できない」 —
イ 特殊寝台及び 特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に起き上がりが困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-4 「3. できない」 基本調査1-3 「3. できない」
ウ 床ずれ防止用具 及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 「3. できない」
エ 認知症老人徘徊 感知機器	次のいずれにも該当する者 (一) 伝達、介護者への反応、記憶・ 理解のいずれかに支障がある者 (二) 移動において全介助を必要とし ない者	基本調査3-1 「1. 調査対象者が意思を他者に伝達 できる」以外 又は 基本調査3-2~3-7のいずれか 「2. できない」 又は 基本調査3-8~4-15のいずれか 「1. ない」以外 その他、主治医意見書において、認知 症の症状がある旨が記載されている 場合も含む。 基本調査2-2 「4. 全介助」以外
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く)	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に立ち上がりが困難な者 (二) 移乗が一部介助又は全介助を必 要とする者 (三) 生活環境において段差の解消が 必要と認められる者	基本調査1-8 「3. できない」 基本調査2-1 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 —
カ 自動排泄処理 装置 (尿のみを自動的に 吸引する機能のもの を除く。)	次のいずれにも該当する者 (一) 排便が全介助を必要とする者 (二) 移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-6 「4. 全介助」 基本調査2-1 「4. 全介助」

詳しくは平成12年3月1日付け老企第36号 第2の9(2)及び平成18年3月17日付け老
計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号 第2の11(2)
(両通知とも、平成24年3月16日付け老高発0316第1号・老振発0316第1号・老老発0
316第5号により一部改正)をご参照ください。

指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

堺市長様

医師の医学的所見に基づき、下記利用者の居宅（介護予防）サービス計画に指定（介護予防）福祉用具貸与を位置付けることについて、居宅サービス計画書（第1表、第2表、第3表）、又は介護予防サービス・支援計画表（A表、B表、C表、D表）の写しと、「サービス担当者会議の要点」（第4表又はE表等）を添えて、以下のとおり届出します。

年 月 日

居宅介護（介護予防）支援事業者名 _____

代表者名 _____ ㊦（担当者名 _____）

（ _____ ）地域包括支援センター ㊦（確認者名 _____）

被保険者番号		被保険者氏名	
住 所	〒 _____ 電話（ _____ ）		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）		
要介護度等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
認定調査実施日	年 月 日		

【必要な福祉用具の種類】 ※必要な貸与品目に○を付けること。

<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <small>（特殊寝台をお持ちでない方は付属品のみ貸与はできません）</small>	<input type="checkbox"/> 移動用リフト
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 <small>（尿のみを自動的に吸引するものを除く）</small> <small>注）自動排泄処理装置については、要介護2、3の方も軽度者となりますので、理由書の提出が必要です。</small>
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	

【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等】

医師の医学的所見 <small>※原因となる疾病名及び具体的状態像については、診断書等の添付に替えても可</small>	主治医名	
	医療機関名	
	医師の医学的所見の確認方法 <small>※該当するものにチェックすること</small>	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師連絡（医師への聴取日） <small>年 月 日</small> <input type="checkbox"/> 診断書等 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	<small>【例外的貸与基準の該当性】 ※該当するものにチェックすること</small> <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間によって、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する者 <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当することが確実に見込まれる者 <input type="checkbox"/> 疾病その他の要因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から第95号告示第25号のイに該当すると判断される者 <small>【原因となる疾病等】</small> <small>【当該利用者の具体的状態像】</small>	

