訪問介護検討型地域ケア会議実施要領

（目的）

第１条　この要領は、鳥取市地域ケア会議設置要綱（以下「要綱」という。）第２条第２号で定める訪問介護検討型地域ケア会議（以下「会議」という。）の実施に当たり、必要な事項を定めることを目的とする。

（所掌事務）

第２条　会議の主な検討内容は、次の各号に掲げるとおりとする。

（１）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）第１３条第１８号の２の規定により介護支援専門員から届出された厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（厚生労働大臣が定めるものに限る。）を位置付けた居宅サービス計画（以下「計画」という。）の内容の妥当性について

（２）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号の３の規定により介護支援専門員から届出された厚生労働大臣が定める基準に該当する訪問介護を位置付けた計画の内容の妥当性について

（構成員等）

第３条　会議は、長寿社会課の次の職員で構成する。

（１）介護保険係長、給付担当及びケアプラン点検指導担当の職員

（２）理学療法士の資格を有する職員

２　長寿社会課長は、必要に応じて会議に次の者の出席を求め、その説明又は意見を聴く。

（１）計画を作成又は変更した介護支援専門員

　（２）地域包括支援センター職員

　（３）生活支援コーディネーター

　（４）その他長寿社会課長が必要と認める者

（届出）

第４条　第２条第１号において、計画を作成した介護支援専門員（以下「担当者」という。）は、当該計画を作成又は変更した月の翌月末までに、厚生労働大臣が定める基準以上の訪問介護を位置付ける居宅サービス計画届出書（様式第１号）に、当該計画及び課題分析票を添えて市に提出する。

２　第２条第２号において、担当者は、市から求めがあった場合には、当該計画の利用の妥当性を検討し、厚生労働大臣が定める基準以上の訪問介護を位置付けた居宅サービス計画届出書（様式第１号）に当該計画に訪問介護が必要な理由等を記載し、当該計画及び課題分析票を添えて市に提出する。ただし、計画第２票に訪問介護が必要な理由等を記載している場合は、様式第１号の提出を省略できるものとする。

３　前２項により届出された計画について、訪問介護検討型地域ケア会議で検討済の場合は、次回の届出は前回の届出から１年後でよいものとする。

（会議）

第５条　市は、前条第１項により会議開催月の前月末までに届出された計画について、会議で訪問介護（生活援助中心型サービス）の利用の妥当性について検討する。

２　市は、前条第２項により届出された計画について、会議で訪問介護の利用の妥当性について検討する。

３　市は、前２項の検討の結果、改善が必要と認められたときは、改善すべき内容及び方法等について整理し、担当者に対して訪問介護検討型地域ケア会議における改善事項通知書（様式第２号）により通知する。

（改善状況の報告）

第６条　担当者は、前条で改善が必要と指摘されたときは、前条第３項の通知を受理した月の翌月から起算して３月以内に改善を行い、その結果を訪問介護検討型地域ケア会議の指摘事項に係る改善状況報告書（様式第３号）により市に報告する。

２　市は、前条第３項の指導事項に対して前項の報告内容が改善対応中の場合は、再度前条第１項又は第２項の会議で検討し、担当者を指導する。

３　市は、前項の指導を行っても改善の見通しがたたない場合は、要綱第２条第１号で定める自立支援型地域ケア会議で検討を行い、担当者を指導する。

（会議の開催時期等）

第７条　第５条第１項の会議は毎月第２木曜日に開催する。

２　第５条第２項の会議は随時開催とする。

（個人情報の保護）

第８条　会議の構成員及び会議に出席を求められた者は、要綱第４条の規定に基づき、個人情報を取扱う。

（庶務）

第９条　会議の庶務は、長寿社会課が所掌する。

（その他）

第１０条　この要領に定めるもののほか、必要な事項は、福祉部長が別に定める。

附　則

この要領は、平成３０年９月１８日から施行する。

附　則

この要領は、令和３年１０月１日から施行する。

（様式第１号）

　　年　　月　　日

鳥取市長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | 郵便番号 | 〒 | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | |
| 担当介護支援専門員氏名 |  | | | | | | | | | |

厚生労働大臣が定める基準以上の訪問介護を位置付ける居宅サービス計画届出書

　厚生労働大臣が定める基準以上の訪問介護を位置付けた居宅サービス計画を作成（変更）したので、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）第１３条第１項第１８号の２又は第１８号の３の規定に基づき、下記のとおり居宅サービス計画を届出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 介護保険被保険者番号 | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | | 生年月日 | | 明・大・昭 | | | | | | 性別 | | | 男・女 | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | |
| 住所  (住民票住所) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定 | 要介護度 | □要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 該当する内容 | □生活援助中心型サービスが規定回数以上  □サービス費総額が区分支給限度基準額の100分の70以上、かつ訪問介護の利用割合がサービス費総額の100分の60以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | □居宅サービス計画（第１票～第７票）  □課題分析票 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基準以上の利用となった理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活援助中心型サービスの  回数/月  (要介護度の  欄に記入) | 要介護度 | 要介護１ | 要介護２ | | 要介護３ | | 要介護４ | | | | | | 要介護５ | | | | | |
| 基準回数 | ２７回 | ３４回 | | ４３回 | | ３８回 | | | | | | ３１回 | | | | | |
| 計画上の回数 |  |  | |  | |  | | | | | |  | | | | | |

（様式第２号）

　　年　　月　　日

　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　鳥取市長

訪問介護検討型地域ケア会議における改善事項通知書

訪問介護検討型地域ケア会議において検討した結果、訪問介護を位置付けた居宅サービス計画について、下記のとおり改善が必要と認められましたので通知いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 介護保険被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | 生年月日 | 明・大・昭 | | | | | 性別 | | 男・女 | | | |
| 年　　月　　日 | | | | |
| 住所  (住民票住所) |  | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定 | 要介護度 | □要介護１　　□要介護２　　□要介護３　　□要介護４　　□要介護５ | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 検討内容 | □生活援助中心型サービスが規定回数以上  □サービス費総額が区分支給限度基準額の100分の70以上、かつ訪問介護の利用割合がサービス費総額の100分の60以上 | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問介護検討型地域ケア会議で検討した改善事項 | 改善が必要な事項 |  | | | | | | | | | | | | |

（様式第３号）

　　年　　月　　日

鳥取市長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | 郵便番号 | 〒 | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | |
| 担当介護支援専門員氏名 |  | | | | | | | | | |

訪問介護検討型地域ケア会議の指摘事項に係る改善状況報告書

　訪問介護検討型地域ケア会議で指摘を受けた厚生労働大臣が定める基準以上の訪問介護を位置付けた居宅サービス計画について、下記のとおり指摘事項についての改善状況を報告します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 介護保険被保険者番号 | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | | | 生年月日 | | 明・大・昭 | | | | | | 性別 | | | 男・女 | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | |
| 住所  (住民票住所) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定 | 要介護度 | □要介護１　　□要介護２　　□要介護３　　□要介護４　　□要介護５ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検討内容 | □生活援助中心型サービスが規定回数以上  □サービス費総額が区分支給限度基準額の100分の70以上、かつ訪問介護の利用割合がサービス費総額の100分の60以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問介護検討型地域ケア会議の指導事項 | 指導事項 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改善状況 | □改善完了  □改善対応中 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記が「改善対応中」の場合、その理由と改善完了の目途を記入 | 改善対応中  となっている  理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改善完了の目途 | 年　　　月頃 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | □居宅サービス計画（第１票～第７票）  □課題分析票 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活援助中心型サービスの回数/月  (要介護度の欄に記入) | 要介護度 | | 要介護１ | 要介護２ | | 要介護３ | | 要介護４ | | | | | | 要介護５ | | | | | |
| 基準回数 | | ２７回 | ３４回 | | ４３回 | | ３８回 | | | | | | ３１回 | | | | | |
| 計画上の回数 | |  |  | |  | |  | | | | | |  | | | | | |