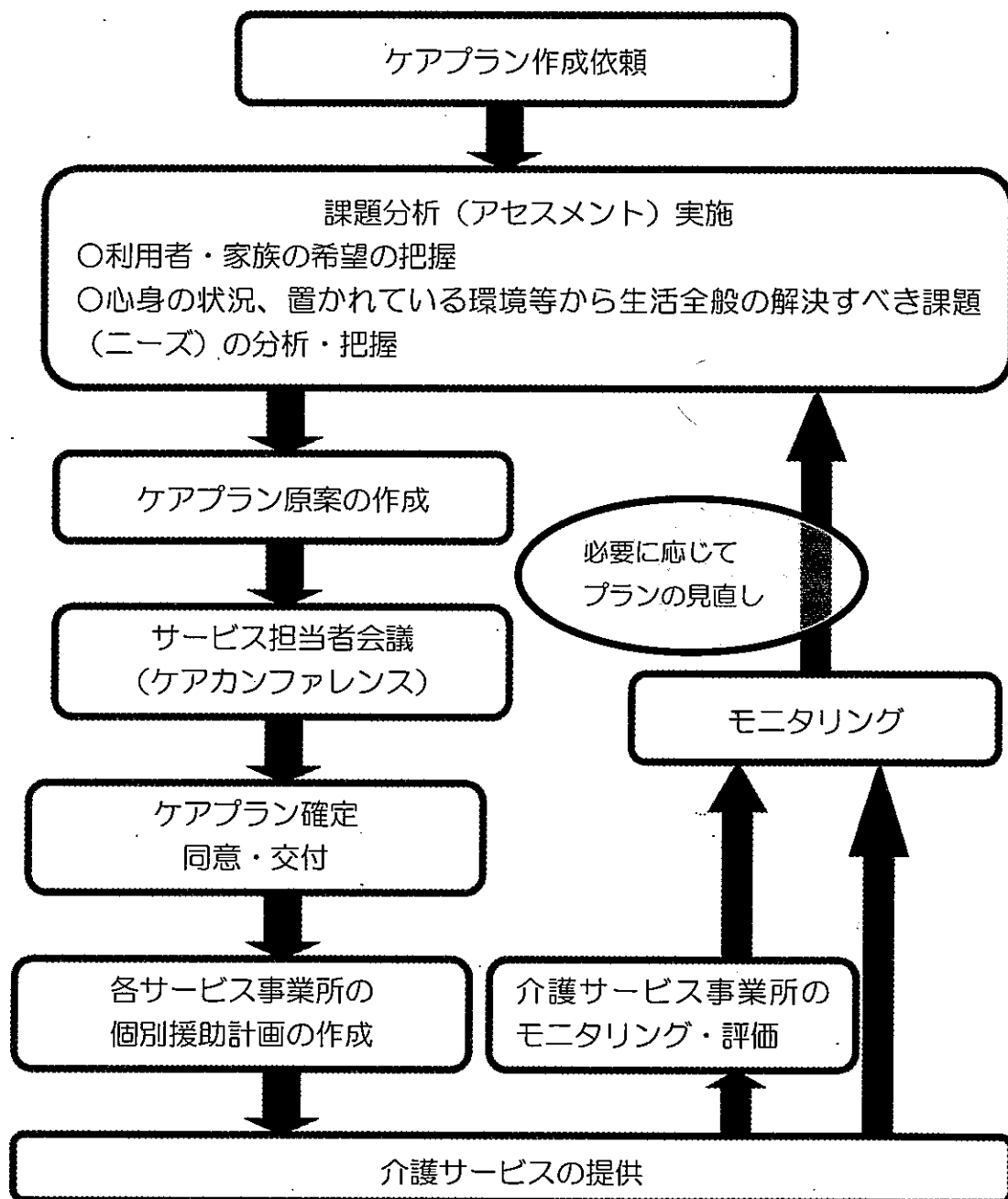


I ケアマネジメントの構造と過程

ケアマネジメントとは、アセスメントからニーズ抽出、目標設定とそれに対応するサービス提供、その結果と効果をモニタリング評価していくという、一連のプロセスです。

サービスありきではなく、課題分析を重視し、ケアマネジメント過程にそったプラン作成、サービス提供をきちんと行うことで、高齢者が住みなれた地域で安心して自立した生活ができるように、家族や地域の社会資源も含めた包括的なチームケア体制を構築することが介護支援専門員の役割です。

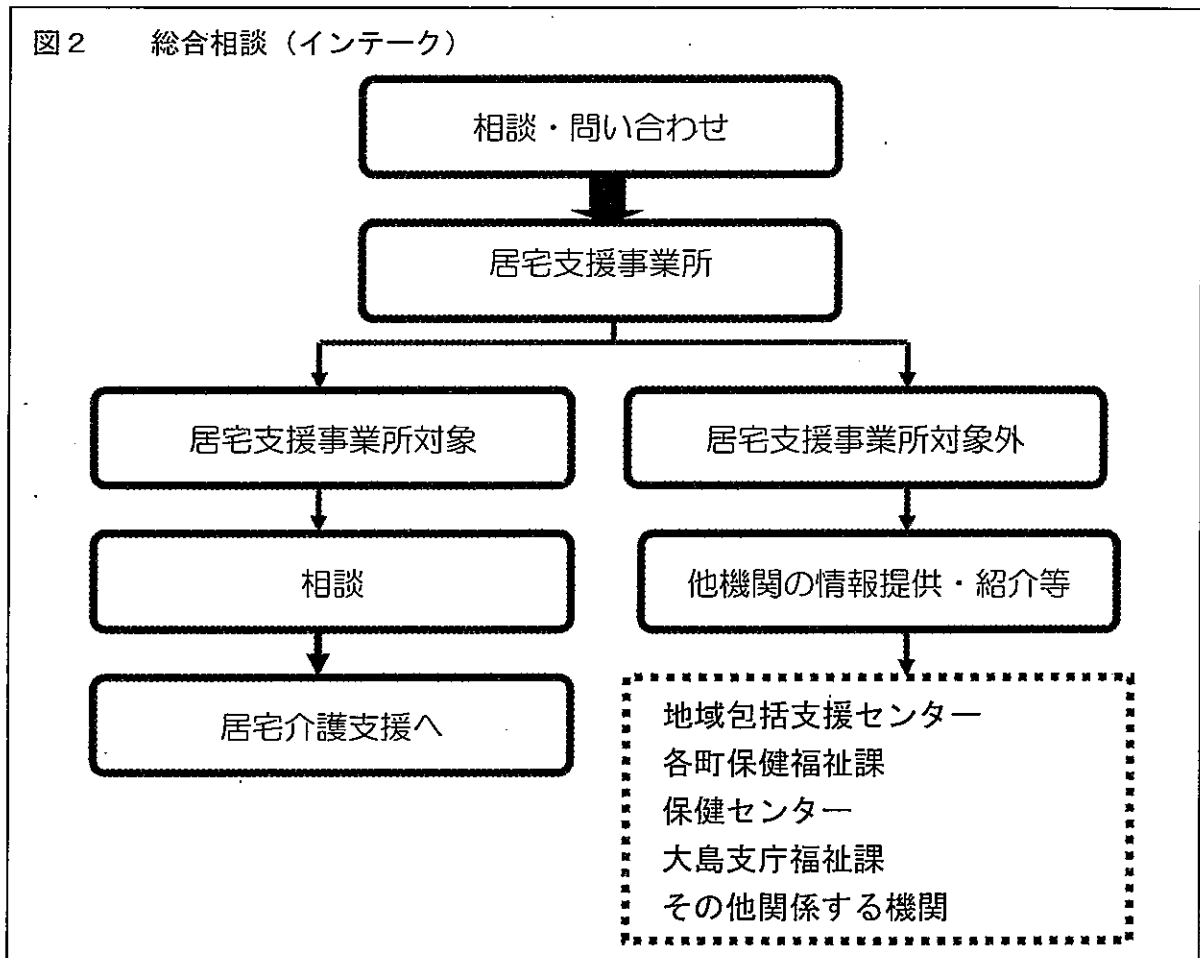
図1 ケアマネジメントの過程



Ⅱ ケアマネジメントのプロセス

1. 受付・相談（インテーク）

受付・相談は、ケアマネジメントにおける利用者と介護支援専門員とが最初に接する機会です。最初の接触では、利用者の思いをケアマネジメント過程にスムーズに導入するための配慮が必要になります。また、居宅支援事業所には、様々な相談が寄せられることと思われませんが、まず話を聞いた上で、居宅支援事業所の対象ではないことが明らかになった場合は、速やかに適切な機関につなぐことが大切です。

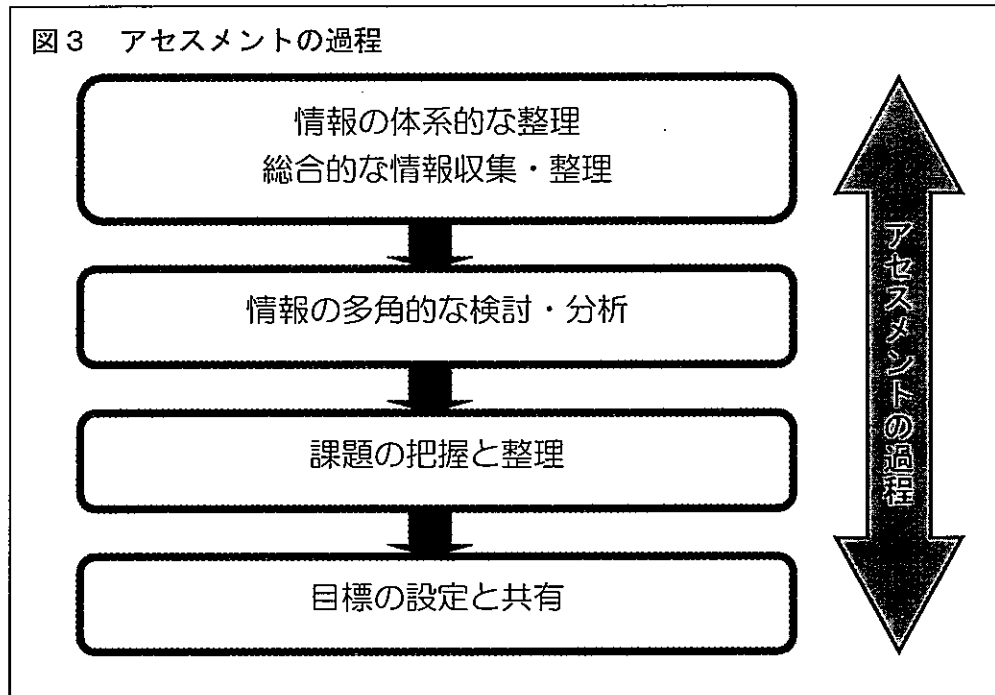


■ポイント

- まず、相手の訴えをきちんと聴くことが大事。
- すでに利用している制度やサービスがあるかを確認する。
- インフォーマルサービスも含め、常日頃から保健福祉等の関係機関から情報に努めていくこと。
- 要介護認定者（見込み）以外の新規申請等の相談は地域包括支援センターでの対応となる。

2. アセスメント

アセスメントとは、自立支援のサービスを提供するためのケアプランを作成する上で、必須である情報収集と分析の過程です。情報を体系的に整理して、利用者のおかれている状況を多角的に分析することが求められます。分析した結果をもとにして、利用者と共に課題や目標を設定し、共有化していきます。



■ ポイント

○ICFの視点を踏まえて、本人の「できる活動」「している活動」を具体的にとらえ、生活の全体像を把握すること。

○アセスメントで捉えた情報を、専門的な視点から評価・分析し、ケアの方向性を出していく。

○専門知識が不足する部分や専門的な対応を必要とする部分は、他職種や専門機関の活用を図る。

(1) 情報の収集と分析

【アセスメントに関わる基本的技術】

本人・家族の生活があり、利用者の「望む暮らし」をしっかりとイメージし共有できる

ように話し合った結果がケアプランです。そのためには、利用者の気持ちを引き出せるよう、面接技術を意識して身につけていくことが大事です。しっかり本人と向き合い、利用者や家族との信頼関係の構築を図りながら、閉じた質問・開かれた質問の組み合わせなど、相談援助業務に必要な面接技術を身につけていかなければなりません。利用者や家族と、どう関わり何を必要な情報として意識して聞き取るのか、確認することが必要です。

まず、援助者であるケアマネ自身が、自分を知ることが必要です。自分自身の考え方や傾向を知り、プロとして客観視し、専門性を高めていくことが求められます。

【アセスメントツールの使用について】

アセスメントシートは、ごく基本的な情報把握の手段であり、ツールの項目を埋めるだけでは不十分です。アセスメントツールを上手く活用し、問題分析と検討をしっかりと行い、ICFの視点を踏まえて、トータルな評価をしながら、方向性を導き出していきます。

【アセスメントの視点】

○生活の全体像を捉え、支援の方向性を出す

表面に表れている生活面の困り事のみには捉われず、背景にある問題点・焦点を明確にしていきます。問題が起こっている原因は何か、評価分析し、どう支援していくのか、方向性を出していきます。評価分析により、起こりえる問題に対して予測的な対応を検討し、問題を未然に防ぐことが出来るようなプランにしていくことが必要です。

本人のできること、できないことをきちんと捉え、分析をします。自立支援の視点から、その人の能力を引き出し、今後どこまでの目標を設定するのか、明確にしていくことが必要です。必要な部分は、細かく情報を取り、段階を経て達成可能な目標を設定します。

○健康・医療情報

疾患による生活障害を有する場合は、医療情報の確認が特に必要です。主治医との連携を図り、事前の担当者会議への参加や照会等を通して医療情報を把握していきます。

○家族の状況

家族状況については、別居や島外の家族も含め、3等親程度は情報把握が必要です。同居している家族の関わりだけでなく、別居家族、都会にいる家族の関係性、何が出来るのか、どう関わるのか役割を検討します。家族の役割としてできる部分、何をサービスで提供すべきかを考え、家族に今、必要な支援の優先順位をしっかりと伝えることが大事です。家族を含めた、チームとしてのかかわりであり、ケアマネとしての役割、介護保険のサービスの責任範囲を説明し、家族の理解を得ていくことが重要です。

○地域での生活状況

本人の持っている能力については、社会的な活動状況も含めてアセスメントをし、本人にとって必要なサービスを計画することが必要です。本人がどういう生活を送りたいと思

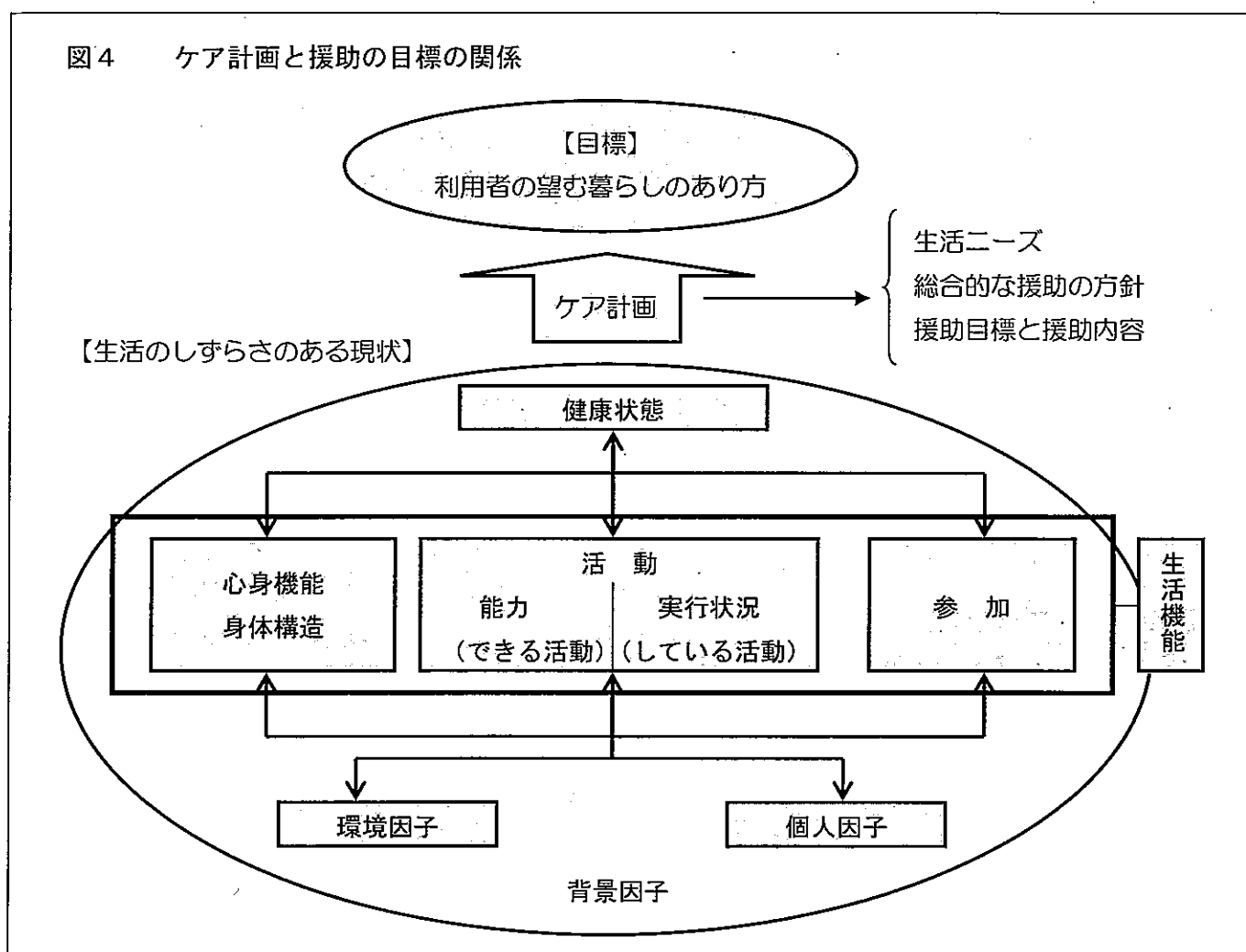
っているのか、その中での介護サービスの位置付けということを考えます。本人なりの楽しみや趣味、社会参加ができてきているかの評価が大事です。

また、地域でのさまざまな社会資源を把握し、活用を考えていきます。最初にサービスありきではなく、地域のつながりや地域力をどうプランに盛り込むかによって、利用者の生活に密着したプランとなっていきます。

(2) 目標の設定

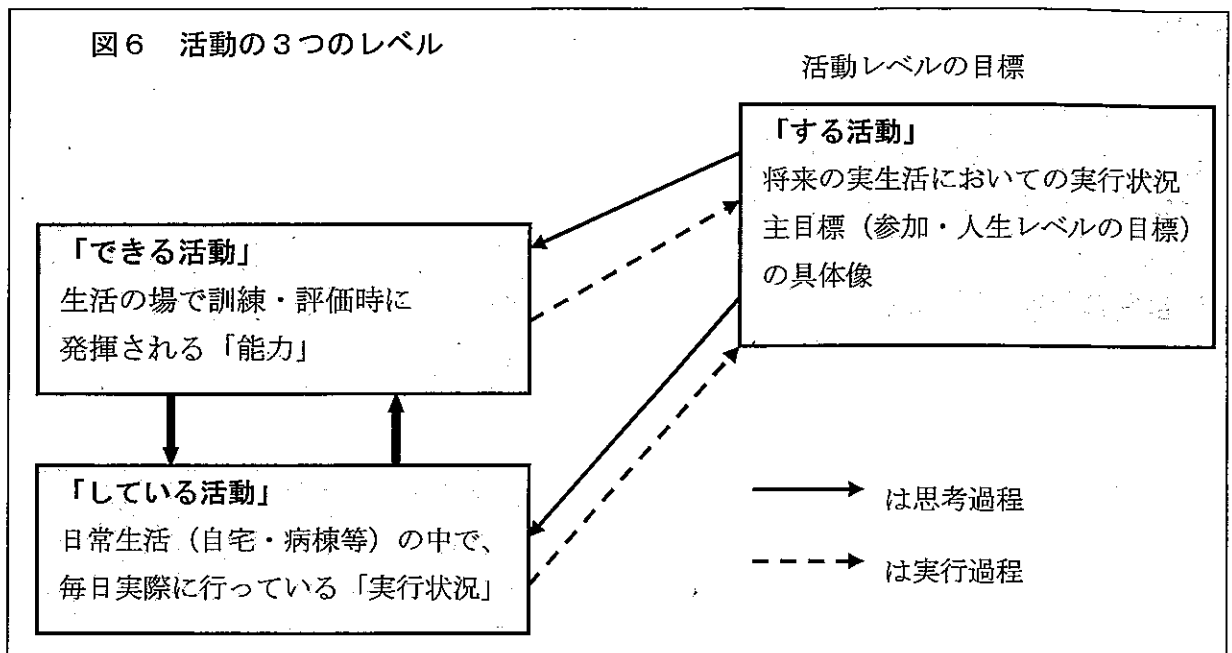
目標とは、1人ひとりの利用者のために、これから創っていかうとする「もっとも幸せな人生」の状態、すなわち利用者にとっての「あるべき人生」の具体像です。1人ひとり個別的・個性的、かつ具体的なものです。この目標が実現することにより、利用者・家族の生活がどのように変わるのかを確認することが大切です。

図4 ケア計画と援助の目標の関係



【活動の3つのレベル】

生活機能レベルの中でも主目標（参加・人生レベルの目標）の具体像である「する活動」を目標設定し、その達成に向けて、実生活での実行状況である「している活動」と評価・訓練時の能力である「できる活動」に働きかけることが有効です。



○ 「できる活動」とは

「能力」であり、訓練や評価の場面で発揮できることが確認された活動のレベルです。推定ではありません。この場合の「訓練」とは、訓練室で行うものではなく、自宅、病室などの実際の生活場面で行うものです。

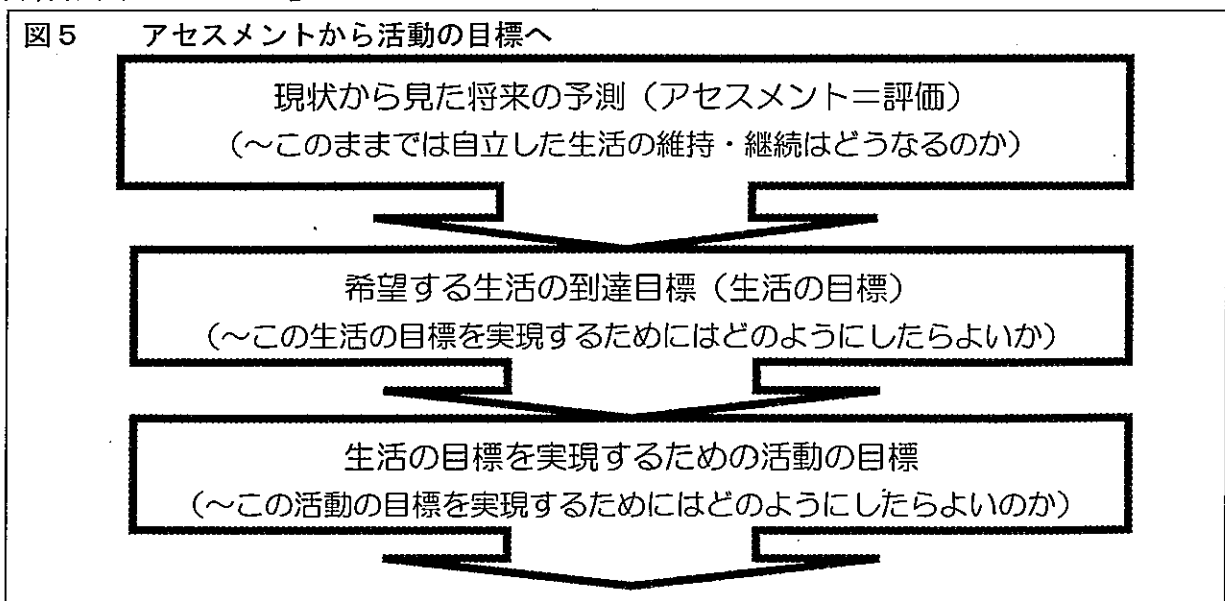
○ 「している活動」とは

自宅、病室などの生活場面で毎日、実際に利用者が行っている活動です。「できる活動」の方が「している活動」よりも自立度が高いのが普通で、その差は意外に大きいです。

○ 「する活動」とは

参加レベル（人生レベル）の目標である「最も幸せな人生の状態」を支える、朝から晩までの1日の生活に必要なさまざまな活動についての目標です。すなわち、主目標の具体像が「する活動」です。

【目標設定のプロセス】



○ 現状から見た将来の予測(アセスメント=評価)

心身機能、「できる活動」と「している活動」のそれぞれの把握、生活及び参加レベルの活動について、評価し、実行するプログラムをもとに専門的な立場からの予後、将来予測をもとに、個々の利用者にとって最適な「達成可能な目標」を設定していきます。

心身機能については、主に医療関係者の関与、できる活動については、リハ専門職種、している活動には家族や介護職の関与が有効です。

心身機能低下という、マイナス面の改善だけではなく潜在能力の開発など、プラス面の評価や能力をどう引き出していくかという面も重要です。

○希望する生活の到達目標(生活の目標)

目標設定の目的は、主目標である参加レベルの目標を決め、その具体像である活動の目標をきめ、その実現に必要な心身機能の目標を決定していくことです。

参加レベルの目標である「主目標」(「どのような人生を築くのか」という「あるべき人生」)が最優先・最重視されます。「できる活動」の予後に加えて、社会・環境条件、さらに利用者の個人的条件や人生観、価値観等を総合的に考え合わせて、達成可能な最良の参加レベルでの予後予測を行います。その人が、どのような人生を送り、どう生活をしていくか、ということであり、極めて個別的・具体的に設定されていく必要があります。

○生活の目標を実現するための活動の目標

現在の参加の状況を把握し、それと活動との関連性を認識します。活動評価では、居室や地域、用具などの物的環境や家族などの人的環境、制度やサービスなどの社会的環境も含む「環境因子」と、生活歴や価値観などの「個人因子」、健康状態や心身機能等、相互の関連性を総合的に見ていきます。それらの関連性とそれぞれへのアプローチによる「できる活動」の予後予測、「している活動」の予後予測から、実現可能な目標を設定していきます。

【インフォームド・コオペレーションによる目標の決定】

目標設定の過程は、専門家だけで進めるのではなく、本人・家族が主体的に関与して進められることが必要です。チームが様々な目標を提案し、十分に説明をした中から、本人や家族とのやりとりがあり、最終的には本人・家族が選択し、決定します。これによって利用者や家族の自己決定をチームの専門性で支えていくことができます。

(3) 生活の目標を実現するサービスの検討

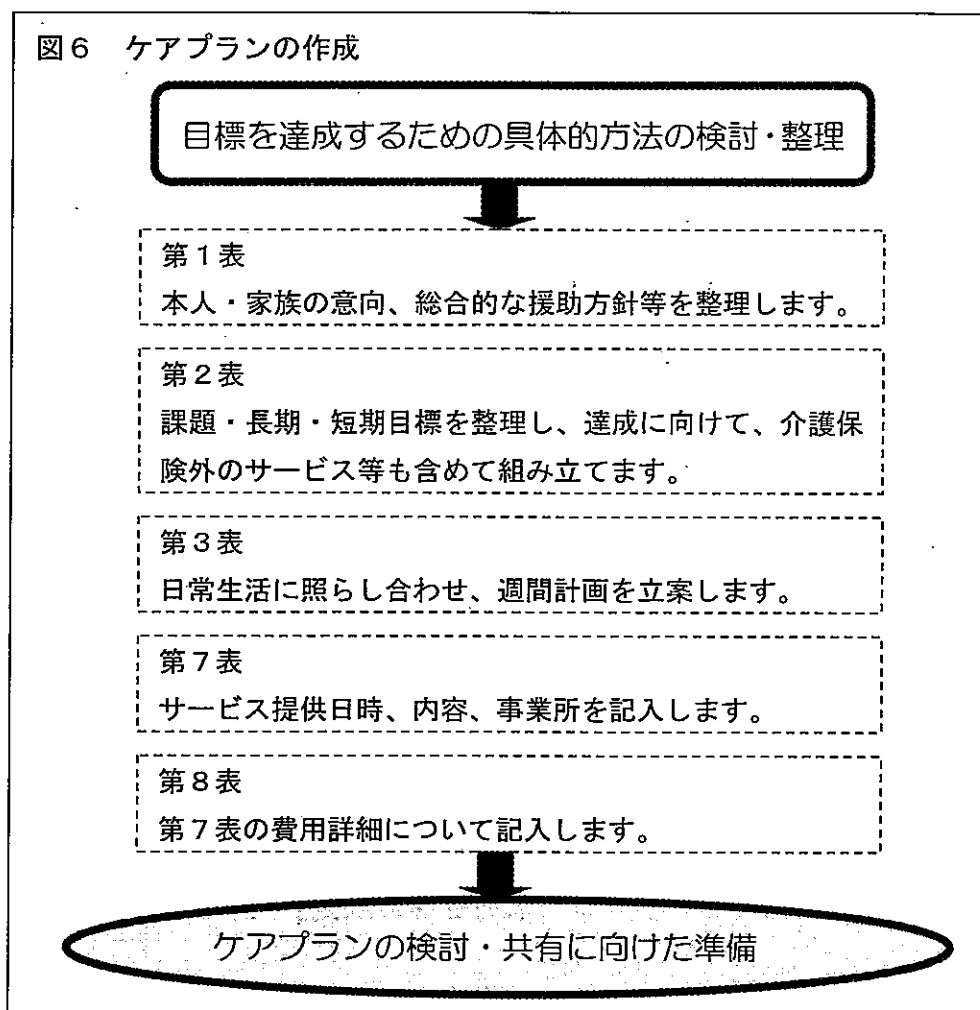
このサービスを利用したらどのようなサービスになるのか、求めている生活の目標に近づくことができるのかということが利用者や家族にも見えてくる必要があります。

また、サービスを利用したケアの予測を示すことにより、いつまでに活動の目標が達成すると次のステップに進むことができるという、利用者や家族だけでなく、自立支援に関する関係者の進路もはっきり見えてきます。そして、生活の目標の実現に向けて、まだ、達成されていない活動の目標への取り組みが意識できるようになります。

3. ケアプラン作成

ケアプランとは、利用者の意向を中心として、生活ニーズを明確にし、利用者・ケアマネ、各サービス事業所が共通理解のもとに総合的なチームケアをしていくための基本的なツールです。サービス事業所もプランによって動き、プランに沿って評価します。何を目標に、何をすればいいのかというサービス提供の根拠となるものです。

図6 ケアプランの作成



■ポイント

○ケアプランは、「何のために」「どんなサービスを」「どのように」提供していくかということ、皆で共有するためのツールである。

○目標やサービス内容を具体的に記載し、事業所の個別援助計画につなげる。

○目標は、段階的に達成可能なものを設定し、短期目標でモニタリングする。

○ニーズに対するサービスの選択は、ケアマネとしての専門的な判断が基本となる。また、サービス内容には、本人や家族の行うこと、地域のインフォーマルサービスも含めた総合的なプランを作成する。

(1) 第1表

【生活に対する意向】

本人の思い、本人がどのような生活をしたいのかをはっきりさせることが大切です。これまでの利用者の暮らしや価値観を把握し、その上で利用者の希望を踏まえた希望を踏まえたこれからの生活に向けた意向を聞き取ります。

【総合的な援助の方針】

利用者を含むケアチームが目指す共通の方針を記載します。第2表の「利用者、家族の生活に対する意向」に対応して、第2表の「長期目標」を設定した後に、「長期目標」を総合化した内容として記載します。

介護支援専門員をはじめ、各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、サービス担当者会議の協議が反映された内容であり、ケースの全体像とらえ、生活全体をみることが総合的な援助方針につながります。利用者や家族が「望む暮らし」を目指して、自ら積極的に取り組むことができるように、わかりやすく書きましょう。

独居や疾患により必要なケースは、緊急時の対応方法について記載します。

【生活援助中心型の算定理由】

生活援助算定が可能なのは、独居もしくは、同居する家族が疾病や障害等で家事を行うことができない時、その他やむをえない事情により家族による家事が著しく困難な場合とされています。生活援助提供を必要とする場合は算定理由のいずれかに○をつけ、「その他」の場合は具体的な理由を記載するとともに、保険者への確認を行なうことも必要です。

(2) 第2表

【課題（ニーズ）の整理】

原則的に、優先度の高いものから記載していきます。単に問題状況を記載するのではなく、「望む生活」が見え利用者が生活意欲を持てるようにしましょう。

【援助目標】

利用者の視点に立ち、いつまでに、どの段階まで、どういうことが達成できるということを明確にしていきます。長期目標は、個々の解決すべき課題(ニーズ)に対して利用者の目標の到達点として設定します。長期目標を段階的に達成していくための身近な目標として、短期目標を設定します。短期目標で、モニタリングを行い、達成された目標は次の段階へつなげ、未達成のものは修正や継続の評価をしていくこととなります。

【サービスの選択】

○家族・本人への対応, 説明

サービスの選択については、本人の機能や医療面、反応など情報を収集し、専門家としての判断、評価を伝え、予測をして話をします。本人にとってのサービス利用の必要性をケアマネとして専門的に判断し、家族に伝えることが必要です。

○サービス種別の選択の根拠

目標に対するサービス種別の選択は、ケアマネとしての専門的な判断をしていくことが必要です。「本人・家族の希望」のみでは必ずしも適切なサービス選択とはなりません。サービス種別の選択の根拠を、2表に示していきます。

○自立のための援助

利用者は要介護者であっても、健康な部分、強さも持ち合わせています。先回りしたサービスの提供や導入のしすぎが逆に利用者や家族の持つ力を奪うことのないよう、利用者の力を引き出せるような働きかけや、自己決定を待つことも必要です。

【サービス内容の具体化を】

サービス内容については、ケアプランを具体的に記載し、個別援助計画につなげていきます。ケアプランは利用・家族、サービス事業所が共通理解のもとにサービス提供を行なうためのものであり、ケアマネの意向をサービス事業所が理解し、オーダーできるように具体的に記載することが必要です。

【本人・家族の参加, 意識づけ】

○家族の意識づけをしていく

家族のかかわりをプランに位置づけ、家族が意識をもってプランに取り組めるようにしていきます。家族の理解を得ることは重要で、ケアマネとしての役割、介護保険のサービスの責任範囲をきちんと説明することが必要です。

(3) 第3表

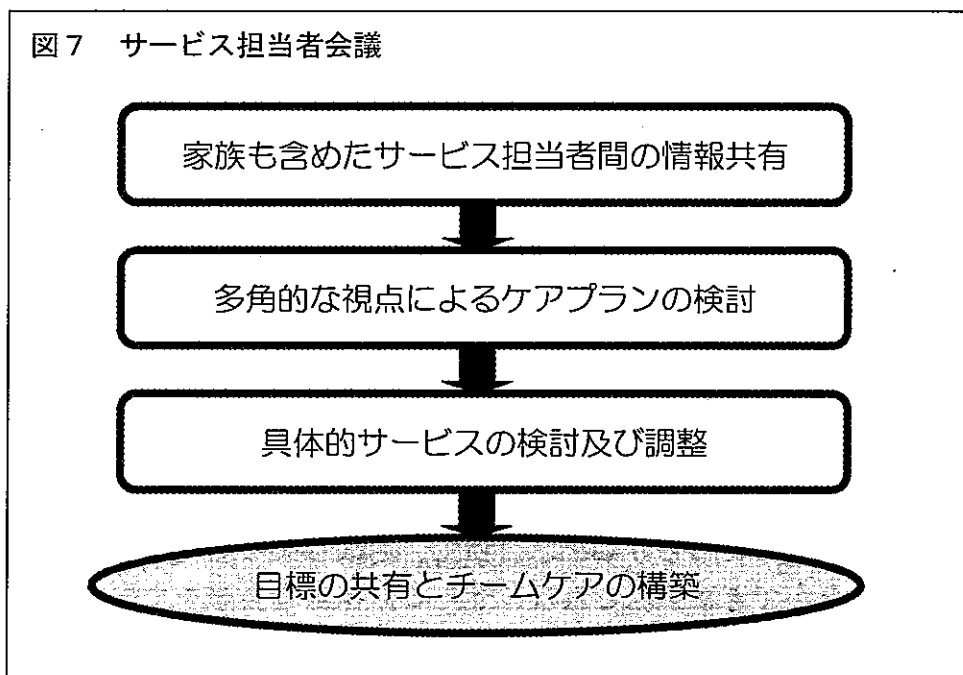
本人の日常生活状況の記入をし、生活全体の把握や、家族の行う介護内容など、本人の普段の生活状況が確認できるようにします。

週単位のサービス提供について、同じ目的のサービスが連続して提供されていないか、週単位のサービス利用が妥当であるか、検討します。

介護サービスだけではなく、医療や福祉制度などのサービス内容、家族の行う介護やインフォーマル支援も記載します。

4. サービス担当者会議

サービス担当者会議の目的は、ケースの生活全般、課題と援助目標についての共通理解をしていくこと、また、相互にプランの内容を深め、目標の共有と、役割分担を明確にしチームケアとして協働体制を構築していくことにあります。利用者及びその家族等との間で、「どのようなサービスを」「誰が」「何のために」「どの程度」「いつまで行うのか」を明らかにし、担当者会議で話し合われた内容は、ケアプランへ反映させます。利用者やその家族をはじめ、関係機関との多角的な検討を行い、より実効性のあるプランにしていけることができます。担当者会議の結果は記録し、参加者へ議事録を返していきましょう。



■ポイント

- 利用者や家族の生活全体について、また、「本人や家族の生活に対する意向」や援助側の「総合的な援助の方針」について共通理解する。
- 専門職としての意見を出し合い、居宅サービス計画の内容を相互に深めること。主治医や事業者等が参加できない場合は事前に照会をし、会議に反映させる。
- 家族や利用者も含めて皆で作成されたサービス提供者（各職種）の相互の役割分担を理解しチームとしての協働体制を作る。
- 介護放棄や虐待など問題のある場合は理由を明確にした上で事業所、関係者だけで開催するケースもある。

【サービス担当者会議の開催時期】

○最初の居宅サービス計画作成時

初めて居宅サービス計画が作成される場合は、サービス事業者も利用者と十分な関係をつくれていない場合が多いため、利用者についての理解を深め、目標の共有化と相互の役割分担を図るためにも大切です。

○更新認定、区分変更認定を受けた場合

要介護認定が変更になった場合はもちろんですが、要介護更新認定を受けた場合もサービス担当者会議を開催します。利用者の心身の状態や利用者を取り巻く状況が大きく変化した場合等、サービス担当者会議の開催が有効になります。

○困難事例の場合

独居の認知症高齢者など、困難事例については、緊急時の対応や危機管理体制など、支援のポイントを明確にして各サービス事業所が皆でしっかり確認していくことが必要です。情報共有型より問題解決型のカンファレンスが必要な場合が多く、援助の糸口を見つけ出す作業が中心になります。必要に応じて、ケースワーカーや民生委員、また地域包括支援センターの職員等の参加を依頼します。

【サービス担当者会議運営における留意点】

○関係者全員が参加できるように工夫する

すべての参加者に発言してもらうことによって、さまざまな意見をくみ上げ、ケアプランに生かしていくことができます。これは、サービス担当者会議を主催する介護支援専門員に求められる基本的な技術です。

○専門用語や略語の使用を慎み、わかりやすい説明をする。

サービス担当者会議に出席している利用者にも、そこで話されている内容が十分理解できるように配慮することが大切です。

○個人情報の保護に留意する

サービス担当者会議では、議題として提示する情報について、利用者に個人情報の使用についての了解を得ることが必要とされています。これは、個人情報の保護という観点からも大切ですし、利用者との信頼関係構築にも大きく影響します。

○会議の趣旨に合わせて、キーマンの出席を確保する。

サービス担当者会議において、ケアプランの中で主要な役割を果たすサービス提供機関の出席を得ることができるかどうかは、重要な問題になります。

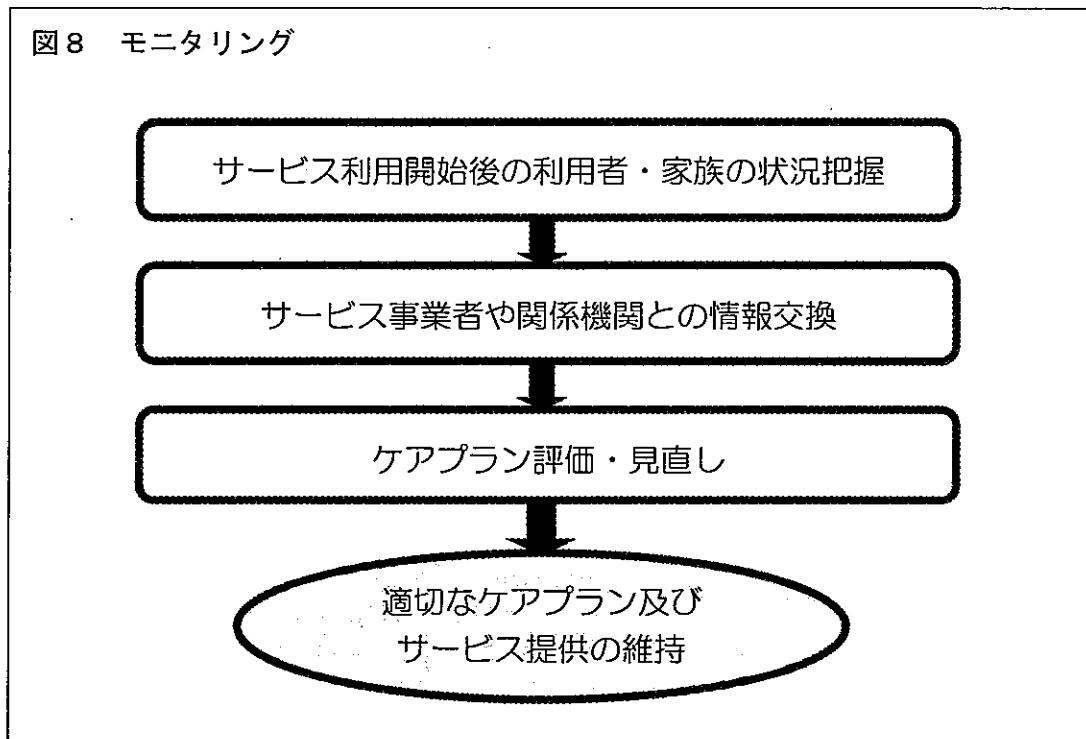
基本的には、本人・家族が参加するのが望ましいが、介護放棄や虐待など問題のある場合は理由を明確にした上で意図して事業所、関係者だけで開催するケースもありえます。

5. モニタリング

モニタリングは必ず利用者の居宅を訪問し、本人・家族に面接して行います。利用者の心身状況や生活の変化はないか、新たな課題はないかを確認します。また、プラン通りにサービス提供がなされているか、事業所からの報告や利用者・家族からの面談などで把握します。それらの情報を総合的に勘案して、目標の達成状況を評価・確認します。

また、モニタリングの記録は、少なくとも月に1回は記録をすることとされています。

図8 モニタリング



■ポイント

○本人の状況の変化、生活の変化を捉え、どういう状況でよくなったのか、達成された部分、達成されなかった部分の要因を分析し、評価をしながら次の目標設定へ方向性を出していくことが必要。

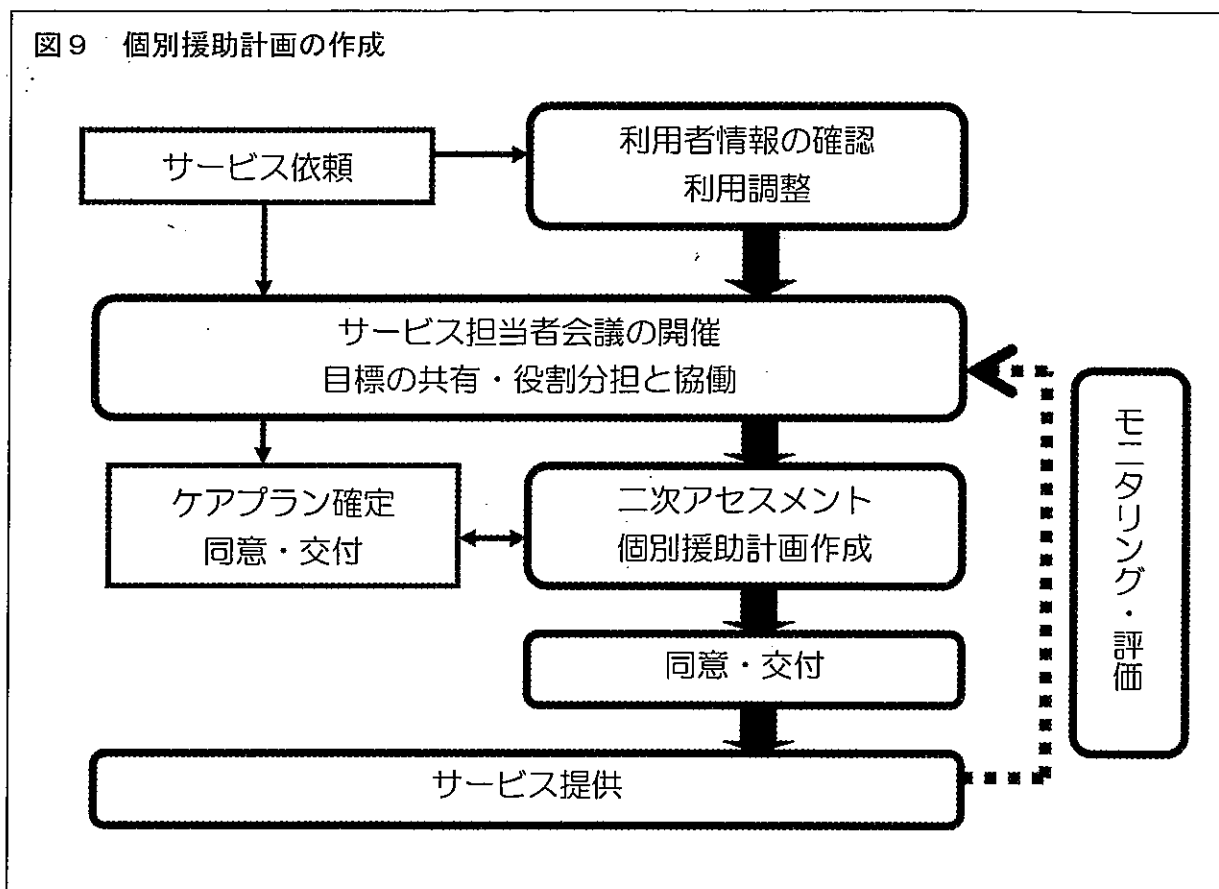
○利用者への確認のみでなく、介護サービス提供事業所へも本人の状態を確認する。

○介護サービス事業所では、記録の仕方を工夫し、サービス提供内容だけでなく、それによる本人の反応や効果などを記載していき、事業所及びケアマネのモニタリングに活かす。

○モニタリングの結果評価により、再アセスメント、プランの見直しなどにつなげていく積み重ねが、よりよいケース支援につながる。

6. サービス提供・個別援助計画

ケアマネジャーの作成した居宅サービス計画をもとに、各サービス提供事業所では、個別援助計画を作成していきます。ケアプランに基づき、共通の目的が達成されるよう、それぞれのサービス内容の目的により、サービス提供のために必要となるより詳細な利用者情報の収集を行い、事業所独自の支援目標を設定します。サービス提供をしながら随時モニタリングを行い、評価した結果をケアマネジャーに返しておくことが必要です。



■ ポイント

- ケアプランの課題にそって、それぞれの事業所で本人を評価し、目標を設定する。
- 事業所での情報、モニタリング結果、評価をケアマネに返していく。
- 生活全体を見て、トータルな視点でのサービス提供をする。ケアマネを中心に連携をとり、チームケアとしての関りを。

【個別援助計画書について】

ケアマネとの共通目標がサービス事業所とも共有されていることが必要であり、ケアマネと家族、事業所と共有した目標も常に確認できるようにします。事業所では、ケアプランの課題にそって、それぞれの事業所で本人を評価し、目標を設定します。

【ケアマネとサービス事業所と連携・連絡のあり方】

サービス提供事業所で得た情報は、1つのことをサービス事業所サイドでもきっちり評価した上でケアマネに返していきます。それぞれの事業所では、利用者に関わるスタッフ全員がサービス提供評価に関わることが出来るように工夫します。

また、日々のケア提供記録については、利用者に提供したサービス内容の記載のみではなく、提供されたサービスに対する本人の反応や、効果を記載します。日々の記録を、事業所やケアマネのモニタリングに活かしていきます。

【サービス事業所による自立支援】

自立支援のサービス提供ができているか確認しましょう。適切なサービス内容であるか、提供時間が妥当であるか、本人の能力を見ていき、利用者のできる能力があったら、ケアマネに返していきます。

訪問介護サービスの内容は、事業所独自のものではなく、ケアマネのプランによるオーダーがあつての提供です。そのことを常に認識して、理論的・科学的に実行していく事が求められます。サービス提供責任者レベルで理解することはもちろんですが、実際にサービスに入る登録ヘルパーまで理念が理解され、徹底できるよう、事業所の責任として育成を図ります。

【生活の全体性・一貫性のあるサービス提供】

介護サービスの利用時間は、利用者の生活のごく一部でしかありません。利用者は24時間の生活があり、生活全体をトータルに観ていく視点が必要です。

在宅ではヘルパーの役割が重要であり、その方の家での生活を見ることができます。自宅での介護環境の整備について、専門職（ヘルパー）が入り、その関わり方を見ることによって家族の介護力の向上、家族の意欲も引き出すことができます。

入院から退院に至る場合、入院中にOT等の専門職の関わりがあり、生活動作の訓練を行いますが、それを自宅での生活にどう結びつけ、プランにどう活かしていくかという視点が必要です。入院中から在宅への継続性・一貫性を持たせるのがケアマネの役割です。また、在宅での各種サービス提供にあたっては、OT等専門スタッフの細かな評価を他のスタッフに伝えていき、チームとしての関りが重要です。長い経過で家族には、「本人は何もできない」というあきらめの気持ちがつよく、家族が理解しない場合もあります。各サービス事業所の総合的なアプローチで、できる基盤をつくっていく関りが求められます。

【生活機能向上へのアプローチ】

○本人の生活とつながるリハビリ・サービス提供を。

課題分析で、きっちりと本人の状況を分析し、方向性をしっかり出せるようにしていきます。どの部分まで自分でできるのか、能力をどう引き出すのか整理します。身体機能、マヒの改善は困難でも、生活機能向上への働きかけは可能であり、ケアマネがきちんと伝えていくことが必要です。本人の望む改善とは何を意味するのか、具体的に導きだします。単に「歩くことができるように」ではなく、その人にとっての歩くことの意味、その先の目標を考えましょう。本人の望むことと、活動との結びつきを明確にしていきます。室内の段差につまずく、移動に不安がある方であれば、段差を認識させる、のりこえるためのリハビリが必要となります。足を意識して上げる、段差をクリアできるだけの本人の能力向上を目指し、「ここにつまずかないようにしましょう」という具体的なプランを出します。本人の機能評価を抜きにした段差解消、バリアフリー化は本人の生活の中での能力維持の機会を失うことになり、望ましくありません。

通りハで作成される個別援助計画も、個別的・具体的にしていける必要があります。ディプログラムに1つだけでもその人らしさを乗せていきます。

目標達成のためのアプローチについて、スタッフが共通目標をもって、専門家としての関わりをしていくことが必要です。本人の残存機能をどう高めるか、どのサービススタッフでも方向性を同じにして取組んでいきます。

本人の能力を引き出すためのアプローチをどのように行ない、どう評価しているのか、ケアプランや、各事業所の個別援助計画にしっかり書き出していくことが必要です。

【介護保険のサービス提供範囲】

介護保険では、「普通の生活」を基準としてサービス提供をすることが基本です。被保険者である町民皆が納得するサービス提供のあり方をしましょう。本人のこだわりや、通常の常識的に考えられる以上の生活範囲への対応は、介護保険の利用範囲外となります。

生活援助の提供に関しては、独居もしくは家族が疾病や障害により家事が行えない場合や、やむをえない事情により家事を行うことが著しく困難な場合としています。家族や近隣のインフォーマルな支援の評価、また、本人のできる能力の評価を行った上で、本当に必要なサービス提供であるのか、検討が必要です。単に「掃除ができない」「きれいな環境で生活したい」ということではなく、どのような工夫で本人ができるようになるのかというアプローチを優先します。安易にサービスで代行することにより、本人の能力を奪う危険性も認識しましょう。

【医療との連携について】

平成18年4月の法改正により、医師・歯科医師の居宅療養管理指導の算定について、次のような規定となりました。これにより、ケアプラン作成上必要な医療情報について、

サービス担当者会議への参加、若しくは文書等による情報提供を行うことが基本となりました。

<介護報酬の解釈通知（抜粋）>

○居宅療養管理指導

主治の医師及び歯科医師の行う居宅療養管理指導については計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づき、ケアマネジャー等に対するケアプランの策定等に必要となる情報提供並びに利用者若しくはその家族等に対する介護サービスを利する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に算定する。

○ケアマネジャー等に対する情報提供の方法

ケアプランの策定等に必要となる情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことを基本とする。会議への参加が困難な場合やサービス担当者会議が開催されない場合等においては、下記の「情報提供すべき事項について原則として文書等（メールやFAX等でも可）により、ケアマネジャー等に対して情報提供を行うことで足りるものとする。

なお、サービス担当者会議等への参加により情報提供を行った場合については、その情報提供の要点を記載すること。当該記載については医療保険の診療録に記載することは差し支えないが下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすること。

また、文書等により情報提供を行った場合については、当該文書等の写しを診療録に添付する等により保存すること。

③ 減算の取扱いについて

居宅療養管理指導（I）を算定する場合において、ケアマネジャー等に対する情報提供を行わない場合については、所定単位数から減算されることとなる。

④ 算定回数について

主治の医師及び歯科医師が、1人の利用者について、それぞれ月2回まで算定することができる。

⑤ 算定日について

算定日は、当該月の訪問診療又は往診を行った日とする。また、請求明細書の摘要欄には、訪問診療若しくは往診の日又は当該サービス担当者会議に参加した場合においては、参加日若しくは参加が困難な場合においては文書等を交付した日を記入することとする。