

川西市・猪名川町共催

令和3年度集団指導
当日資料

令和4年3月25（金）

川西市役所 大会議室

（川西市役所7階）

10：30～12：00

目次

| | | |
|---|---|--------|
| 1 | ケアマネジメントに関する基本方針について | 1 ページ |
| 2 | 住宅改修の理由書について | 20 ページ |
| 3 | 例外給付について | 26 ページ |
| 4 | 「利用者への説明・同意等に係る見直し」について | 32 ページ |
| 5 | 複数の要介護者（要支援者）がいる世帯への訪問介護（生活援助）の提供について | 34 ページ |
| 6 | 令和3年度報酬改定に係る相談内容について | 36 ページ |
| 7 | 令和3年度ケアプラン点検について | 39 ページ |
| 8 | メールアドレスの変更について | 40 ページ |

猪名川町のケアマネジメントに関する基本方針

1. 策定の趣旨

介護支援専門員は介護保険法並びに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。

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「猪名川町のケアマネジメントに関する基本方針」を策定しました。

2. 居宅介護支援に関する基本方針について

町では、「猪名川町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等を定める条例」（以下「居宅介護支援基準条例」という。）の第4条、第15条及び第16条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。

居宅介護支援に関する基本方針

- 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事業者などに不当に偏らないよう、公正中立に行います。
- ④ 町、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（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）などとの連携に努めます。
- ⑤ 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。
- ⑥ 居宅介護支援を提供するに当たっては、法第118条の2第1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。

- ⑦ 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。
- ⑧ 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。
- ⑨ 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第16条を踏まえて行います。(5～9ページ参照)

3. 介護予防支援に関する基本方針について

町では、「猪名川町指定介護予防支援等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を定める条例」（以下「介護予防支援基準条例」という。）の第4条、第32条及び第33条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。

介護予防支援に関する基本方針

- 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、当該目標を踏まえた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 利用者の意思及び人格を尊重し、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などに不当に偏らないよう、公正中立に行います。
- ④ 町、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（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）などその他地域における様々な取組みを行う者などの連携に努めます。
- ⑤ 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。
- ⑥ 介護予防支援を提供するに当たっては、法第118条の2第1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。
- ⑦ 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。
- ⑧ 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、目標指向型の介護予防サービス計画を策定します。
- ⑨ 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。
- ⑩ 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第33条を踏まえて行います。（10～14ページ参照）

4. 猪名川町のケアプラン点検について

町では、地域支援事業の任意事業における介護給付費適正化事業として居宅介護支援事業者を対象としたケアプラン点検を実施します。基本的には運営基準違反やサービスの不適正な利用がないかを確認するといったものでなく、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ、自立支援・重度化防止に資する適切なケアプランとなっているかを保険者と共に検証確認しながら介護支援専門員の「気づき」を促すとともに、保険者においても介護支援専門員が抱える問題点の把握、必要な措置の検討、今後の町の施策等に有用な情報収集の場になるものと考えて実施しています。

※以下の重点留意事項一覧をチェックリストとしてご活用ください。

ケアマネジメント重点留意事項 チェックリスト

- 課題分析は、利用者の有する課題を客観的に抽出するための手段として合理的と認められる適切な方法を用い、課題分析標準23項目を備えていますか。
- 医療連携の重要性・必要性を認識し、主治医からの情報収集に努めていますか。
- 課題分析において利用者が「自立」ではない場合、具体的に「何ができないのか」を確認し、それを誰が支援しているのかアセスメントできていますか。
- 現在、困っていることのみを把握するのではなく、多職種からの情報収集に努め予後予測にたった視点でアセスメントをしていますか。
- 介護保険サービスのみではなく、インフォーマルな社会資源などの活用について意識をし、アセスメントを行っていますか。また、必要に応じて活用していますか。
- 各利用者に応じた自立支援、重度化防止の視点に立ち、アセスメントの中で機能訓練等の必要性を判断していますか。
- 利用者の生活の質を高めるための視点で課題を分析し、利用者の意向を踏まえたうえで目標を設定していますか。
- 利用者本人や家族が希望するニーズのみに対応するのではなく、そのニーズが本当に必要かどうか分析する努力をしていますか。
- 課題分析を通じ、ニーズの把握に努め、長期目標・短期目標・サービス内容に整合性がある計画書を作成することに努めていますか。
- 家族介護が可能な場合、家族の介護への思いや実際にどの程度支援が可能かを確認し、プランに位置づけていますか。また、家族介護ができなくなる場合に代替サービスが必要となる内容についてプランに位置づけていますか。
- 家族の介護に対する思いを受け止め、その思いを支える視点を持つと同時に、家族も利用者の支援を担うチームの一員として、目標達成に向けて一緒に関わってほしいというアプローチがされていますか。
- 画一的なプランではなく利用者の個別性を尊重したプランを作成していますか。

**猪名川町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等を定める条例
(16条のみ抜粋)**

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第16条 指定居宅介護支援の方針は、第4条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

- (1) 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。
- (2) 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ものとする。
- (3) 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。
- (4) 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（法第24条第2項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。）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。
- (5) 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。
- (6) 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。
- (7) 介護支援専門員は、前号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。
- (8) 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。

- (9) 介護支援専門員は、サービス担当者会議（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（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議（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（以下この号において「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。）をいう。以下同じ。）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。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（以下この条において「主治の医師等」という。）の意見を勧告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。
- (10) 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。
- (11) 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。
- (12) 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（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号。以下「指定居宅サービス等基準」という。）第24条第1項に規定する訪問介護計画をいう。）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。
- (13) 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。

- (14) 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。
- (15) 介護支援専門員は、第13号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。
- ア 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者面接すること。
- イ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。
- (16) 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。
- ア 要介護認定を受けている利用者が法第28条第2項に規定する要介護更新認定を受けた場合
- イ 要介護認定を受けている利用者が法第29条第1項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
- (17) 第3号から第12号までの規定は、第13号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。
- (18) 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。
- (19) 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。
- (20) 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（厚生労働大臣が定めるものに限る。以下この号において同じ。）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町に届け出なければならない。

(20) の2 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（以下この号において「サービス費」という。）の総額が法第43条第2項に規定する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つて、かつ、町からの求めがあつた場合には、当該指定居宅介護支援事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町に届け出なければならない。

(21) 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。

(22) 前号の場合において、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。

(23) 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。

(24) 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。

(25) 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。

(26) 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。

- (27) 介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に、法第73条第2項に規定する認定審査会意見又は法第37条第1項の規定による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、利用者にその趣旨（同条第1項の規定による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。
- (28) 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。
- (29) 指定居宅介護支援事業者は、法第115条の23第3項の規定に基づき、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当たっては、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。
- (30) 指定居宅介護支援事業者は、法第115条の48第4項の規定に基づき、同条第1項に規定する会議から、同条第2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った場合には、これに協力するよう努めなければならない。

<介護予防支援に関する基本方針 関係資料>

猪名川町指定介護予防支援等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を定める条例（33条のみ抜粋）

（指定介護予防支援の具体的取扱方針）

第33条 指定介護予防支援の方針は、第4条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

- （1） 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。
- （2） 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ものとする。
- （3） 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。
- （4） 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。
- （5） 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。
- （6） 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。

ア 運動及び移動

イ 家庭生活を含む日常生活

ウ 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション

エ 健康管理

- (7) 担当職員は、前号に規定する課題の把握（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うこと。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。
- (8) 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。
- (9) 担当職員は、サービス担当者会議（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（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議（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（以下この号において「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。）をいう。以下同じ。）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こと。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。
- (10) 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。
- (11) 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。
- (12) 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（指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス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35号。以下「指定介護予防サービス等基準」という。）第76条第2号に規定する介護予防訪問看護計画書をいう。次号において同じ。）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。

(13) 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1月に1回、聴取しなければならない。

(14) 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。

(15) 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。

(16) 担当職員は、介護予防サービス計画に位置付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。

(17) 担当職員は、第13号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。

ア 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3月に1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、利用者に面接すること。

イ 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（指定介護予防サービス等基準第117条第1項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。）を訪問する等の方法により利用者に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あっては、電話等により利用者との連絡を実施すること。

ウ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

(18) 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こと。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。

ア 要支援認定を受けている利用者が法第33条第2項に規定する要支援更新認定を受けた場合

イ 要支援認定を受けている利用者が法第33条の2第1項に規定する要支援状態区分の変更の認定を受けた場合

(19) 第3号から第13号までの規定は、第14号に規定する介護予防サービス計画の変更について準用する。

(20) 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若しく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。

(21) 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。

(22) 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24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。

(23) 前号の場合において、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。

(24) 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こととし、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、当該留意事項を尊重してこれを行うものとする。

- (25) 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っては、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こととし、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。
- (26) 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付ける場合にあっては、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。
- (27) 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っては、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。
- (28) 担当職員は、利用者が提示する被保険者証に、法第73条第2項に規定する認定審査会意見又は法第37条第1項の規定による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、利用者によるその趣旨（同項の規定による指定に係る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。
- (29) 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。
- (30) 指定介護予防支援事業者は、法第115条の48第4項の規定に基づき、同条第1項に規定する会議から、同条第2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った場合には、これに協力するよう努めなければならない。

川西市のケアマネジメントに関する基本方針

1. 策定の趣旨

介護支援専門員は介護保険法並びに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。

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）支援事業所におかれましては、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いたします。

2. 居宅介護支援に関する基本方針について

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、老人介護支援センター、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について

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、老人介護支援センター、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。

4. 川西市のケアプラン点検、地域ケア会議について

基本的には、介護支援専門員とともに検証確認していくことで、介護支援専門員の「気づき」を促し、介護支援専門員の資質向上に資することを目的としています。

ケアプラン点検については、国から示されている「ケアプラン点検支援マニュアル（平成 20 年 7 月 18 日発出、介護保険最新情報 Vol.38）」の趣旨に従って行います。ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ自立支援・重度化防止に資する適切なものとなっているかを検証確認していきます。

また、自立支援型地域ケア会議を開催し、運営を支援しています。自立支援・重度化防止や社会資源の有効活用等について、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、リハビリ職や管理栄養士等を含めた多職種協働による検討を行います。

※ 以下、ケアプラン点検支援マニュアルに掲載されている質問事項を抜粋します。
チェックリストとしてご活用ください。

第1表 居宅サービス計画書（1）

- 記載事項に漏れないよう、常に確認をしていますか？
- 「課題」の整理はできましたか、またそれらの「課題」は「利用者及び家族の生活に対する意向」とに関連性はありますか？
- 家族はどのようなおもいで、利用者を支えていこうとお考えですか？
- 利用者及び家族の「生活に対する意向」は、アセスメントをすすめ、課題が明確になっていく過程において、面接当初と比べてどのような変化が生まれましたか？
- 総合的な援助方針はどのようなプロセスを踏んで決定しましたか？
- 生活援助中心型を算定した理由を教えてください。

第2表 居宅サービス計画書（2）

- 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の原因や背景を教えてください。
- 課題の優先順位を決める上で、大切なことはどのようなことだと思いますか？
- 生活全般の解決すべき課題が利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか？
- 利用者・家族の「困りごと」に対してどのような働きかけを行いましたか？
- 長期目標は、どのように設定しましたか？利用者自身が、課題（ニーズ）ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点として、具体的にわかりやすく記載できていますか？
- 短期目標は長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっていますか？
- 課題を解決するための単なるサービス内容の記載だけではなく、どのような点に注意すべきか、どういったことを大切にすべきか等の視点も含めた具体的な記載内容となっていますか？
- 計画したサービス内容を適切に提供する為に、サービス種別はどのような資源を検討し、決定しましたか？
- サービスの利用頻度と期間の見直しはいつ頃、どのように行いますか？

第3表 (週間サービス計画)

- 週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について、どのように考えていますか？
- 本人の主な日常生活について、どのように把握しましたか？またその人らしい生活がイメージされていますか？
- 週間サービスには、利用者・家族の状況（意向、事情等）にあった計画になりましたか？
- 「週単位以外のサービス」の欄には何を記載していますか？

分析表

- <アセスメントの基本> 介護支援専門員として、アセスメントを行う理由についてどのように理解していますか。またアセスメントを行う専門職として、その役割を十分に果たせていると感じていますか？
- <情報収集> アセスメントに必要な情報をどのような方々から得ましたか？
- <基本情報> アセスメントを行う上で必要だと思われる基本情報について、どのような情報を特に重要な情報として押さえましたか？
- <相談> どのような相談経緯だったのでしょうか？
- <生活状況> 利用者の「個別性・その人らしさ」を大切にするためにも、大切な情報である生活暦や生活状況をどのようにして聞き取りましたか。
- <サービスの把握> 現在利用しているサービスについて、その利用状況・満足度等を把握していますか。またその上で介護給付以外のサービスについても把握ができていますか。
- <日常生活自立度> 障がい高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度について、最新の状況を把握していますか。
- <主訴> 利用者・家族は主にどのようなことに困って来られたのですか。
- <認定> 認定情報の内容を確認しましたか。
- <理由> 今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由について教えてください。
- <健康状態> 利用者の健康状態について、ケアプラン作成にあたり重要だと考えている事を教えてください。
- <ADL・IADL> 利用者のADL・IADLの現状を把握するにあたり、何に気をつけてアセスメントしましたか。またその手法・経路について教えてください。

- <認知症> 物忘れや認知症について何か気になることはありましたか。
- <コミュニケーション> 友人や家族、地域の方とどのようにコミュニケーションをとっているか確認しましたか。
- <社会参加> 利用者の友人や家族、地域の方との関わり方は良好ですか。また最近変化したこと（例：友人の入院・入所、他界等）はありませんか。利用者が自らすすんで行っている活動や趣味などはありますか。
- <排泄> 利用者の排泄に関しての意向や困っているところはありますか？またその原因や背景を把握していますか。
- <食事・口腔> 食事や口腔の状態について、何か気になる点がありましたか。
- <問題行動> 利用者が周囲を戸惑わせたり、介護者が負担に思っている行為は起こっていませんか。
- <家族の心身の状況> 家族の方の心身の状況は把握していますか？特にどなたか心配な方はいらっしゃいますか。
- <家族の介護力> 家族の方の介護に対する思いをどのように捉えましたか。家族の方が話した言葉で印象に残った事があれば教えてもらえますか。
- <居住環境> 在宅生活を続ける居住環境として、気がかりな点はありませんか？利用者・家族の意向はどうですか。
- <特別な状況> プランを作成する上で、特別に配慮したほうがよいと思われたことがあれば教えてください。
- <尊重> アセスメントを通じて、利用者・介護者に現状を認識してもらえましたか。また、介護支援専門員として利用者の自己選択や自己決定などの主体性を尊重することができましたか。

住宅改修が必要な理由書

(P 1)

〈基本情報〉

| | | | | | | | | | | |
|-----|--------|-----------------|-----|---------------|----------------|---|---|---|----|------|
| 利用者 | 被保険者番号 | 年齢 | 歳 | 生年月日 | 明治 大正 昭和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | □男□女 |
| | 被保険者氏名 | 要介護認定 (該当に○) | 要支援 | 要介護 | | | | | | |
| | | | 1・2 | 経過的・1・2・3・4・5 | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----|-------|------------------------|---|---|-----|---|---|---|
| 作成者 | 現地確認日 | 年 | 月 | 日 | 作成日 | 年 | 月 | 日 |
| | 所属事業所 | | | | | | | |
| | 資格 | (作成者が介護支援 専門員でないとき) | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 連絡先 | | | | | | | |

| | | | | | |
|-----|-----|---|---|---|-----|
| 保険者 | 確認日 | 年 | 月 | 日 | 評価欄 |
| | 氏名 | | | | |

福祉用具の利用状況と、改修後に利用が想定される福祉用具をチェックする。

〈総合的状況〉

利用者の身体状況

P1-①

身体障害(肢体・視覚・聴覚)、疾病(急性・慢性・進行性)。立ち上がりやバランスの保持、移動といった生活動作(ADL)。屋内の移動方法(つかまらないで歩ける・つたい歩き・介助歩行・杖や歩行器、車いす等の利用、介助の必要性)。屋外に関連する改修をする場合は、屋外の移動方法等をなるべく具体的に記載する。

介護状況

P1-②

介護サービスの利用状況や、家族による介護も含めた介護状況を記載する。(見守りの状況、頻度など)

住宅改修により、利用者は日常生活をどう変えたいか

P1-③

利用者や家族が住宅改修によって、介護状況や日常生活動作(ADL)、社会参加等、日常生活をどのように変えたいと思っているのか、とくに何を希望しているのか、またその効果(日常生活における動作の手段等)を記載する。具体的な改修方針や改修項目は「P2」に記載する。

(例)
「自宅敷地内で転倒を繰り返しており、外出意欲が低下している。幸いにも今まで骨折等はしていないが、再び転倒して骨折でもしないか、本人、妻ともに心配している。自宅内でも横になっていることが多く、活動が低下傾向にある。昔から囲碁クラブへの参加のためによく外出していたので、動線を整備することで安全性を確保し、身体的・精神的負担の軽減を図り、生活に活気をもたせ、現状の身体機能を維持したい。」

| 福祉用具の利用状況と | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| 住宅改修後の想定 | 改修前 | 改修後 |
| ●車いす | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●特殊寝台 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●床ずれ防止用具 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●体位変換器 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●手すり | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●スロープ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●歩行器 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●歩行補助つえ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●認知症老人徘徊感知機器 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●移動用リフト | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●腰掛便座 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●特殊尿器 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●入浴補助用具 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●簡易浴槽 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ●その他 | | |
| ・ _____ | | <input type="checkbox"/> |
| ・ _____ | | <input type="checkbox"/> |
| ・ _____ | | <input type="checkbox"/> |

「その他」の欄には介護保険給付対象外の用具を記載。
・T字型つえ など

住宅改修が必要な理由書

(P2)

〈P1の「総合的状況」を踏まえて、①改善しようとしている生活動作②具体的な困難な状況③改修目的と改修の方針④改修項目を具体的に記入してください。〉

| 活動 | ① 改善しようとしている生活動作 | ② ①の具体的な困難な状況(…なので…で困っている)を記入してください | 改修目的・期待効果をチェックした上で改修の方針(…することで、…が改善できる)を記入してください | ④改修項目(改修箇所) |
|--------|--|---|--|---|
| 排泄 | <input type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input type="checkbox"/> トイレ出入口の出入 <small>(扉の開閉)</small> <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 衣服 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他() | <p>●生活動作で困っていること、問題点について、その状況や介護の現状を具体的に記載する。</p> <p>・本当は…したいのだが、実際には…しかできないので、…について困っているというように具体的に記載する。</p> <p>・「動作のレベル」(「立ち上がる」「歩く」「車いすを押す」「またぐ」「段差昇降」「扉を閉会する」など)で、それがどのように困難なのかを具体的に記載する。</p> <p>・生活のどの場面、どの動作が利用者・介護者にとって大変なのか、動作の流れに沿って1つずつ見極めること。</p> | <input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <small>()</small> <p>●改修内容を工事の種類ごとに記載する。</p> <p>●改修箇所は、場所だけでなく「手すり」であれば、「便器横壁面」等その取付位置や寸法等も具体的に記載する。</p> <p>(例) ・「浴槽を縁高〇cmものに変更」 ・「玄関上がりかまちに高さ〇cmの踏み台を設置」 など</p> |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 衣服 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 洗面 <small>(洗体・洗髪を含む)</small> <input type="checkbox"/> 浴槽の出入 <small>(立ち座りを含む)</small> <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他() | <p>●①のチェックと②のコメントの両方を合わせて、住宅改修を必要とする利用者の状況が伝わるか確認する。</p> | <input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 <small>()</small> <input type="checkbox"/> その他 <small>()</small> |
| 外出 | <input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降 <input type="checkbox"/> 車いす等、装具の着脱 <input type="checkbox"/> 履物の着脱 <input type="checkbox"/> 出入口の出入 <small>(扉の開閉を含む)</small> <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動 <input type="checkbox"/> その他() | <p>・「寝室からトイレまでに段差が多く不安」ではなく、「寝室からトイレまでに3cmの段差が2カ所あり、伝い歩きでつまずきやすい」というように具体的に記載する。</p> | <input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> その他 <small>()</small> |
| その他の活動 | <p>●「その他の活動」の欄には「排泄」「入浴」「外出」以外の活動の生活動作を記載する。 (例) 「調理：台所までの移動」「洗濯：洗濯機からの洗濯物の取り出し」など</p> | <p>●①のチェックと②のコメントの両方を合わせて、住宅改修を必要とする利用者の状況が伝わるか確認する。</p> | <input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他() | <p>●「その他」の欄には必要に応じて付帯工事について記載する。</p> |

作成にあたり留意点と記入要領(P1)

留意点 1. 利用者・家族の生活状況と生活上の希望について、総合的に把握する。

P1-①：利用者の身体状況

- ・利用者の状況は、日常的に接していない者には見えにくい場合もあります。
 - 健康、疾病、日常生活動作等については利用者の了解のもと、主治医やリハビリテーションの専門職（理学療法士、作業療法士など）、担当の訪問看護師などから情報を得ることも有益です。
 - 特に疾病の状況把握については、利用者本人の生活の基調をなすものなので、関係機関と十分な連絡を取り合う必要があります。

P1-②：介護状況

- ・どのような介護（サービス）が提供されているかが住宅改修の必要性を判断する上で重要となります。
 - 各種介護サービスの利用状況を始め、家族の介護（見守りを含む）の状況も記載します。
 - 住宅改修を行うことにより、どのような介護状況が想定されるかの記載もあるとさらによいでしょう。

P1-③：住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか

- ・介護給付の場合であれば、居宅サービス計画書第1表にしたがって、介護支援専門員が専門家の立場から利用者や家族の希望を把握する必要があります。（居宅サービス計画書第1表の中で、住宅改修に関して援助方針の記載があればそれを転記しても構いません。）
- ・利用者、家族の希望をよく踏まえた上で、リハビリテーションなどの専門家の意見も提供された上で、利用者、家族が納得する内容を取り入れましょう。利用者、家族の希望だけを取り入れて行った住宅改修では、自立支援としての効果が認められないものも少なくありません。
 - 利用者と家族の希望が必ずしも一致しているわけではないので、十分な情報収集が必要となります。
 - 利用者と家族の希望を把握した上で、利用者の身体状況や介護・住環境の状況を踏まえ、住宅改修の必要性や目的・方針について専門職の立場からの意見を示し、利用者がそれを理解し、納得した上で自己決定を行うことができるようにすることが重要です。

P1-④：福祉用具の利用状況と住宅改修後の想定

- ・福祉用具との関係から、どういった改修がおこなわれるかを判断するための項目です。
 - 改修前及び改修後に想定される福祉用具を可能な限りチェックしてください。
 - 介護保険で給付される福祉用具に限ったものではありません。
 - 改修工事で取り付ける手すり、スロープは含みません。
- ・利用者の生活状況や介護状況を改善するためには、住宅改修と福祉用具を組み合わせることで一体的に検討することが重要です。
 - 利用する福祉用具によって、スペースの確保や段差解消の必要性が異なります。
 - 手すりやつえをどのように使い分けるかなど、具体的な生活動作の必要性に応じてリハビリテーションの専門職等に確認します。

作成にあたり留意点と記入要領（P2）

留意点 2 改善しようとする生活動作を明確にして、具体的に何に困っているのかを記載する。

P2-①：改善しようとしている生活動作

- ・”入浴動作”と記載しただけでは、何をどう改善したらよいかわかりません。浴室内での移動に問題があるのか、浴槽の出入りに問題があるのかでは改修の内容が大きく変わります。
- ・改善したい動作をより具体的に把握することで、始めて改修方針が見えてきます。
 - そのためには、訪問介護員や訪問看護師等から情報を得ましょう。
 - 可能であれば、利用者本人や介護者に、普段の一連の生活動作を、再現してもらってもよいでしょう。

P2-②：具体的困難な状況

- ・困難な状況を具体的に記載しないと、どうすべきなのかという方針につながりません。
 - 利用者本人の心身状況や動作
 - 介助方法
 - 居住環境の現状

※例えば「寝室～トイレに段差が多く、つたい歩きでは不安」でも少し具体化されましたが、さらに、「寝室と廊下、廊下とトイレに各 3cm 程度の段差があり、つまづきやすい」などと具体的に状況を記載すると、改修方針が定まりやすくなります。

P2-③-1：改修目的・期待効果

- ・住宅改修を行うことによって、困難な状況の改善にどのように役立つのか、改修の目的と期待する効果を明確にします。
- ・行った改修が本当に利用者のためになったのかを明確にしなければ、モニタリングがうまくできなくなります。
 - 目的や効果を明確にすることで、利用者や家族も納得して住宅改修に取り組むことができます。

P2-③-2：改修の方針

- ・改修目的、期待効果に沿ってどのような改修工事を行うのか、また困難な動作や状況がどのように改善されるのか、改修の方針を具体的に記載します。
 - 施工者や、必要に応じてリハビリテーションの専門職等とともにプランを検討します。
 - 現場を訪問して、改修箇所を確認します。
 - また、可能であれば、利用者実際に動作をしてもらって確認するとよいでしょう。
 - その際、福祉用具の利用も考慮します。

P2-④：改修項目（改修箇所）

- ・改修内容を工事の種類ごとに整理します。
 - 整理をすることで、住宅改修費支給対象となるものと、そうでないものを確認することができます。

住宅改修が必要な理由書

記入例

(P 1)

〈基本情報〉

| | | | | | | | | |
|-----|--------|------------------|-----------------|-----|------|-------------------------|----|---|
| 利用者 | 被保険者番号 | 〇〇〇〇〇〇〇 | 年齢 | 75歳 | 生年月日 | 明治 大正 〇〇年 〇月〇日 昭和 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 被保険者氏名 | 介護 太郎 | 要介護認定 (該当に○) | 要支援 | 要介護 | | | |
| | 住所 | 猪名川町上野字北畑 11 の 1 | | | | | | |

| | | | | |
|-----|-------|------------------------------------|-----|---------|
| 作成者 | 現地確認日 | 〇〇年〇月〇日 | 作成日 | 〇〇年〇月〇日 |
| | 所属事業所 | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 | | |
| | 資格 | (作成者が介護支援 専門員でないとき) | | |
| | 氏名 | 猪名川 花子 | | |
| | 連絡先 | □□□-□□□□-□□□□ | | |

| | | | |
|-----|-----|-------|-----|
| 保険者 | 確認日 | 年 月 日 | 評価欄 |
| | 氏名 | | |

〈総合的状況〉

| 利用者の身体状況 | 介護状況 | 住宅改修により、 利用者は日常生活 をどう変えたいか | 福祉用具の利用状況と | | |
|---|--|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | | | 住宅改修後の想定 | 改修前 | 改修後 |
| 半年前に脳梗塞により右半身麻痺。右上肢は随意的に動かすことができないが、右下肢は多少動かすことができる。屋内はつえ歩行で見守りもしくは軽介助が必要。屋外では車いす移動が中心。 | 子どもは独立しており、同居家族は高齢の妻のみ。妻は要介護状態ではなく自立。二人とも自立意識が強く在宅生活の継続を希望している。週1回のデイサービス利用あり。 | 一人での浴槽への出入りは恐怖感があり、また妻一人だけの介助では浴槽への出入りを行うことは困難であるため、現在は浴槽に入らずシャワー浴だけの利用となっている。改修を行うことにより、今後は妻や訪問介護の助けも得ながら浴槽に入れるようにしたい。 | <ul style="list-style-type: none"> ●車いす <input checked="" type="checkbox"/> ●特殊寝台 <input type="checkbox"/> ●床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> ●体位変換器 <input type="checkbox"/> ●手すり <input type="checkbox"/> ●スロープ <input type="checkbox"/> ●歩行器 <input type="checkbox"/> ●歩行補助つえ <input checked="" type="checkbox"/> ●認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> ●移動用リフト <input type="checkbox"/> ●腰掛便座 <input type="checkbox"/> ●特殊尿器 <input type="checkbox"/> ●入浴補助用具 <input type="checkbox"/> ●簡易浴槽 <input type="checkbox"/> ●その他 <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | | ● _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | ● _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | ● _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

住宅改修が必要な理由書

(P 2)

〈P 1 の「総合的状況」を踏まえて、①改善しようとしている生活動作②具体的な困難な状況③改修目的と改修の方針④改修項目を具体的に記入してください。〉

| 活動 | ① 改善しようとしている生活動作 | ② ①の具体的な困難な状況(…なので…で困っている)を記入してください | 改修目的・期待効果をチェックした上で改修の方針(…することで、…が改善できる)を記入してください | | ④改修項目(改修箇所) |
|--------|--|---|---|---|---|
| 排泄 | <input type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input type="checkbox"/> トイレ出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 便器からの立ち座り (移乗を含む) <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他() | | <input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他() | | <input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け (浴室内の手すり) (浴槽の出入りのための L 字型手すり) () () () |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input checked="" type="checkbox"/> 浴室出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 浴室内部での移動 (立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持 (洗体・洗髪を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 浴槽の出入 (立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内部での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他() | ・脱衣所と浴室に 5cm の段差がありつまずきやすい。 ・浴室内ではつえが使えず、つかまる場所がないため移動に不安がある。 ・浴槽 50cm の縁高を一人または妻の介助だけではまたぐことができず、浴槽に入ることができない。 | <input checked="" type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input checked="" type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他() | ・床面のかさ上げで出入口の段差を解消することにより、浴室の出入りの際の転倒を防止することができる。 ・浴室内部での移動の安全を確保するために、移動の経路に手すりを設置する。 ・浴槽の出入りの円滑化を図るために、L 字型手すりを壁面に設置する。 | <input checked="" type="checkbox"/> 段差の解消 (浴室出入口の段差解消) () () <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え () () |
| 外出 | <input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降 <input type="checkbox"/> 車いす等、装具の着脱 <input type="checkbox"/> 履物の着脱 <input type="checkbox"/> 出入口の出入 (扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動 <input type="checkbox"/> その他() | | <input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他() | | <input type="checkbox"/> 便器の取替え () () <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 () () |
| その他の活動 | | | <input type="checkbox"/> できなかったことをできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他() | | <input type="checkbox"/> その他 () () () |

軽度者に対する福祉用具例外給付について

1 制度の概要

要支援1、2及び要介護1の方は、その状態像から見て、一部の福祉用具の使用が想定しにくいいため、原則として介護報酬は算定できません。（要介護2及び3の方も含まれる用具もあります。）

しかしながら、さまざまな疾患等によって厚生労働省の示した状態像に該当する方については例外的に給付が認められています。

したがって、軽度者に対し福祉用具の例外給付を行う際には、ケアマネジャーもしくは地域包括支援センターの職員が利用者の状態像及び福祉用具貸与の必要性を十分に確認、検討することが必要になります。

以下には、例外給付の対象種目、厚生労働省の示した状態像、猪名川町に申請が必要な場合などを記載していますので、ご確認ください。

注意事項

「例外給付＝猪名川町への申請」ではありません。例外給付の対象、例外給付のうち猪名川町への申請が必要な場合、必要でない場合等をご確認ください。

2 例外給付の対象種目

| 種 目 | 要支援 | | 要介護 | | | | |
|------------------------------|----------------------|---|-----|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 車いす及び同付属品 | 原則、保険給付の対象外（例外給付の対象） | | | | | | |
| 特殊寝台及び同付属品 | | | | | | | |
| 床ずれ防止用具及び体位変換器 | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | |
| 自動排せつ処理装置（尿のみを自動的に吸引するものを除く） | | | | | | | |
| 手すり | | | | | | | |
| スロープ | | | | | | | |
| 歩行器 | | | | | | | |
| 歩行補助杖 | | | | | | | |
| 自動排せつ処理装置（尿のみを自動的に吸引するもの） | | | | | | | |

3 例外給付の対象となる場合

(1) 認定調査票の基本調査結果を確認

まず、直近の認定調査における基本調査結果から、表1の状態像に該当するかどうかを確認してください。

【例】特殊寝台及び同付属品の貸与の場合

表1では、「日常的に起きあがり困難な者」または「日常的に寝返りが困難な者」が例外給付の対象になる状態像であることがわかります。基本調査1-4または1-3が「できない」になっていれば、保険給付の対象として貸与の対象となります。

表1の例外給付の対象になる状態像であることが基本調査結果で確認できれば、サービス担当者会議等で必要性を検討し貸与してください。

(2) 基本調査の確認項目がない場合

「車いす及び同付属品」の「日常生活範囲における異動の支援が特に必要と認められる者」及び「移動用リフト」の「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、基本調査に該当項目がありません。

そのため、該当するかどうかの判断は、主治医から得た情報及びサービス担当者会議を通じたケアマネジメントにより、ケアマネジャーが判断してください。

(3) 「(1)」の基本調査結果を確認した結果、例外給付の対象にならない場合

基本調査の結果のみでは例外給付の対象にならない場合でも、下記①、②両方の条件を満たし、猪名川町の確認を受けた場合に例外給付の対象になります。

①表2の「i」から「iii」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いて判断されている場合

②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、福祉用具が特に必要である旨の判断がなされている場合

(表1)

| 種 目 | 例外給付の対象になる状態像 (厚生労働大臣が定める者) | 左の状態像に該当する基本調査の結果 (厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果) |
|-------------------------------|---|--|
| ア 車いす及び付属品 | 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 | 基本調査項目 1-7 「3.できない」 該当する基本調査項目なし |
| 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)日常的に起きあがり困難な者 (二)日常的に寝返りが困難な者 | 基本調査項目 1-4 「3.できない」 基本調査項目 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 | 基本調査項目 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)意思の伝達、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 | 基本調査項目 3-1 「1.調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 又は 基本調査項目 3-2～3-7 のいずれか「2.できない」 又は 基本調査項目 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。 基本調査項目 2-2 「4.全介助」以外 |
| オ 移動用リフト（釣リ具の部分を除く） | 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 | 基本調査項目 1-8 「3.できない」 基本調査項目 2-1 「3.一部介助」又は「4.全介助」 該当する基本調査項目なし |
| カ 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するものを除く） | 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 | 基本調査項目 2-6 「4.全介助」 基本調査項目 2-1 「4.全介助」 |

(表2)

| | |
|-----|---|
| i | 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(表1)の状態像に該当する者 |
| ii | 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(表1)の状態像に該当することが確実に見込まれる者 |
| iii | 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(表1)の状態像に該当すると判断できる者 |

4 猪名川町への申請について

(1) 提出書類

①福祉用具貸与例外給付申請書

②医師の医学的な所見

主治医意見書、診断書、医師の所見の記録等

③サービス担当者会議等の計画に関する書類

要介護1～5の方・・・居宅サービス計画書 第1表、第2表、第4表

要支援1, 2の方・・・介護予防サービス・支援計画書、介護予防支援経過記録(サービス担当者介護の要点含む)

(2) 提出方法等

軽度者に対する福祉用具貸与例外給付に関する書類は、猪名川町役場に来庁し提出されるか、郵送で提出してください。

〒666-0292

猪名川町上野字北畑11-1

猪名川町役場 生活部 福祉課 介護保険担当

TEL 072-766-0001 (内線124、129)

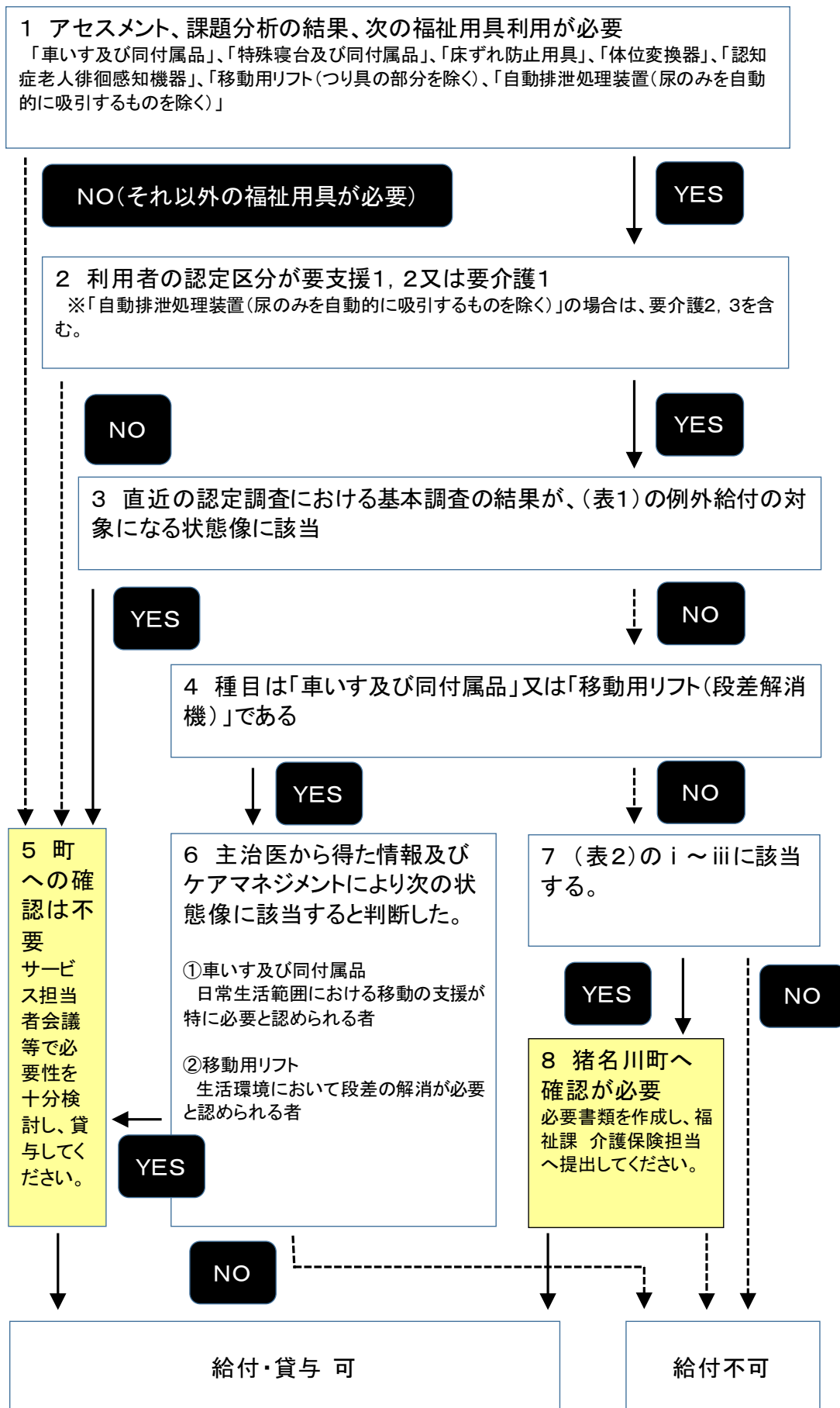
FAX 072-766-8895

(3) 提出時期

原則として、当該福祉用具を利用される前に申請してください。

ただし、認定結果が出る前に利用していた場合、主治医の所見を得るのに時間がかかった場合など、やむを得ない事情で提出が遅れる場合は、必ず福祉課までご連絡ください。

軽度者に対する福祉用具貸与例外給付フロー図



●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及び指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令の一部を改正する省令の交付等について（令和2年6月5日 老振発0605第2号 介護保険最新情報 Vol.843）

1. 管理者について

(1) 平成30年度介護保険制度改正において、管理者は「主任介護支援専門員であって、専ら管理者の職務に従事する常勤の者でなければならない」と定められました。なお、令和3年3月31日までの間は、管理者は主任介護支援専門員以外の介護支援専門員の配置を可能とする経過措置を設けるとされていましたが、令和3年4月の制度改正にて以下のとおり変更がありました。

- ① 令和3年3月31日時点で主任介護支援専門員でないものが管理者の事業所について、当該管理者が管理者である限り、要件の適用を令和9年3月31日まで延長する。
- ② 令和3年4月1日以降新たに管理者となるものに対しては上記①の措置は適用されず、いずれの事業所においても主任介護支援専門員でなければならない。
- ③ 令和3年4月1日以降、急な退職などの不測の事態により、主任ケアマネジャーを管理者とできなくなってしまった事業所については、当該事業所がその理由と改善に係る計画書を保険者に届出した場合、管理者を主任ケアマネジャーとする要件の適用を1年間猶予する。

(2) 管理者は、専らその職務に従事する者でなければなりません。ただし、居宅介護支援事業所の管理に支障がない場合に限り、次の職務に従事することが可能です。

- ① 当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員の職務
- ② 同一敷地内にある他事業所の兼務

2. 介護支援専門員の員数

介護支援専門員は、指定居宅介護支援事業所ごとに1以上の員数の指定居宅介護支援の提供に当たる介護支援専門員であって常勤であるものを配置する必要があります。

「利用者への説明・同意等に係る見直し」について

1. 基準省令・解釈通知

(1) 基準省令

「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」 (一部抜粋)

第5章 雑則

(電磁的記録等)

第31条 省略

2 指定居宅介護支援事業者及び指定居宅介護支援の提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもの(以下「交付等」という。)のうち、この省令の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法(電子的方法、磁気的方法その他人の知覚によって認識することができない方法をいう。)によることができる。

(2) 解釈通知

「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」 (一部抜粋)

5 雑則

(1) 電磁的記録について

省略

(2) 電磁的方法について

基準第31条第2項は、利用者及びその家族等(以下「利用者等」という。)の利便性向上並びに事業者等の業務負担軽減等の観点から、事業者等は、書面で行うことが規定されている又は想定される交付等(交付、説明、同意、承諾、締結その他これに類するものをいう。)について、事前に利用者等の承諾を得た上で、次に掲げる電磁的方法によることができることとしたものである。

① 電磁的方法による交付は、基準第4条第2項から第8項までの規定に準じた方法によること。

② 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのQ&A(令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省)」を参考にすること。

③ 電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのQ&A(令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省)」を参考にすること。

- ④ その他、基準第 31 条第 2 項において電磁的方法によることができるとされているものは、①から③までに準じた方法によること。ただし、基準又はこの通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。
- ⑤ また、電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「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」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

【留意点】

- ・「利用者に口頭で同意を得て、支援経過に記載する」という方法は想定しておらず、従来の方法（署名による同意）または電磁的方法で同意を得る必要があります。

(参考)

「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 省略

十 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、保険給付の対象に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。

複数の要介護者（要支援者）がいる世帯への訪問介護（生活援助）の提供について

1. 取扱いについて

同一世帯で複数の利用者が、同一時間帯に生活援助を利用する場合、全員のケアプラン上に位置付ける必要があります。複数の利用者がいる世帯において、同一時間帯に訪問介護を利用した場合の取扱いとして、「それぞれに標準的な所要時間を見込んで居宅サービス計画（介護予防サービス支援計画）上に位置付ける」「ただし、生活援助については、要介護者（要支援者）間で適宜所要時間を振り分けることとする」（平成12年老企第36号 第二 1（5））とされています。

なお、按分の方法について、必ずしも一回の利用時間を当該者間で按分する必要はなく、適切なアセスメントに基づき、週単位もしくは月単位で、同一回数になるように按分しても差し支えありません。ただし、均等に按分できない場合は、互いの役割等を加味して多少の偏りがあってもよいものとします。

また、要介護者と要支援者の世帯において、生活援助を位置付ける場合に、要介護者の居宅サービス計画だけに位置付けて、要支援者の介護予防サービス計画には位置付けないで算定することは原則できません。（逆の場合も同様です。）

例) 要介護2の夫と要介護1の妻 二人世帯

必要と認められている訪問介護（生活援助）について、標準的な所要時間として計画上夫30分、妻30分（それぞれ週1回）位置付けられており、火曜日の午前9時から10時まで二人分の生活援助を利用する場合

①一回の利用時間を該当者間で按分する

| | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|------|------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 第1週目 | 9:00～9:30 | | 夫 | | | | | |
| | 9:30～10:00 | | 妻 | | | | | |
| 第2週目 | 9:00～9:30 | | 夫 | | | | | |
| | 9:30～10:00 | | 妻 | | | | | |
| 第3週目 | 9:00～9:30 | | 夫 | | | | | |
| | 9:30～10:00 | | 妻 | | | | | |
| 第4週目 | 9:00～9:30 | | 夫 | | | | | |
| | 9:30～10:00 | | 妻 | | | | | |

②月単位で同一回数になるように按分する

| | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|------|------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 第1週目 | 9:00～10:00 | | 夫 | | | | | |
| 第2週目 | 9:00～10:00 | | 妻 | | | | | |
| 第3週目 | 9:00～10:00 | | 夫 | | | | | |
| 第4週目 | 9:00～10:00 | | 妻 | | | | | |

2. 算定方法とサービス内容について

複数の利用者間の算定については、実際のサービスと算定が必ずしも一致しない場合もあります。

(例)

要介護者の夫婦世帯に対しての掃除を考えた場合、夫の算定日についても、夫婦の共有部分に係る掃除を行うため、夫が使用する箇所のみを掃除することにはなりません。実際には夫のみ算定しますが、サービスは二人に対して行っていることとなります。

3. 留意事項

複数の利用者がある場合には、訪問介護は本人の安否確認等も合わせて行うこととなるため、利用者全員が自宅にいる必要があります。(平成12年老企第36号 第二 1(2))

4. ケアプランへの記載について

ケアプランへ記載する際には、該当の日数を利用者全員に振り分けて記載します。

例) 夫婦二人に対し週2回生活援助のサービス提供を行う場合

- ・居宅サービス計画書第2表「頻度」(介護予防サービス支援計画表「期間」)の欄にそれぞれの請求回数を記載する。そのうえで、二人合わせた頻度を記載する。

※夫のプランの記載例：週1回(妻は週1回、合わせて週2回)

- ・週間サービス計画表(第3表)に夫婦二人に対し、週2回サービスが提供されていることが分かるように記載する。

※夫のプランの記載例

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|---|------|---|---|-------------|---|---|
| | 生活援助 | | | 生活援助 (妻) | | |

令和3年報酬改定に係る主な相談について

| | |
|-----|---|
| 相談1 | <p>通院時情報連携加算(新設)について</p> <p>①通院時だけではなく往診時に自宅に訪問して医者との連携を図れば算定できるか。</p> <p>②居宅サービス計画書第2表に医者のことはすでに記載されているが加算算定の為には他に何か記載しなければならないのか。居宅サービス計画書は書き換えないといけないのか。</p> |
| 回答 | <p>①概要に「利用者が医療機関において医師の診察を受ける際に・・・」と書かれていることから通院時のみに算定できる加算と考えられる。(往診の場合は居宅療養管理指導の算定要件に医師からケアマネジャーに情報提供が必須となっている。)</p> <p>現在厚生労働省からの情報が少ないため市の見解としては通院時のみの加算と考えている。厚生労働省からなにかしら情報が出た時にはお知らせします。</p> <p>②居宅サービス計画書第2表に「定期的な受診で状態安定を図る」等よく見られるが、加算を算定する場合は、ケアマネジャーが心身の状況や生活環境等の情報提供を行い、医師から利用者に関する情報提供を受けた上でプランに記録することが必須となっています。毎月医師に情報提供し、医師からの意見をプランに記録するのであれば算定可能です。(プランには本人、家族の同意が必要です。)</p> |

| | |
|-----|---|
| 相談2 | <p>説明会資料の「④質の高いケアマネジメントの推進(特定事業所加算の見直し等)」の特定事業所加算Aの算定について。</p> <p>特定事業所加算Aの算定にあたり、人員配置要件はどのように解釈したら良いか。管理者兼介護支援専門員の事業所(一人ケアマネの事業所)でも算定できるのか。</p> |
| 回答 | <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」を確認する。</p> <p>特定事業所加算(A)の人員配置要件として、「常勤かつ専従の介護支援専門員1名並びに常勤換算方法で1の介護支援専門員とは別に、主任介護支援専門員を置く必要があること。したがって、当該加算を算定する事業所においては、少なくとも主任介護支援専門員及び介護支援専門員1名の合計2名を常勤かつ専従で配置するとともに、介護支援専門員を常勤換算方法で1の合計3名を配置する必要があること。」とあるため、一人ケアマネの事業所では算定できません。</p> |

| | |
|-----|---|
| 相談3 | <p>運営基準第4条第2号の改正について、</p> <p>①居宅サービス計画に位置付けられたサービスごとの回数の中に同一のサービス事業者によって提供されたものが占める割合との記載があるが、この事業者とは法人単位か事業所単位か。</p> <p>②当該改正に係る割合の説明について、どのタイミングで行わなければならないのか。また年2回(前期、後期)共に説明を行う必要があるのか。</p> |
| 回答 | <p>介護保険最新情報Vol.952に掲載されており、</p> <p>①について、居宅サービス計画に位置付けられたサービスと記載されていることから事業所単位</p> <p>②について、新規の利用者については提供開始の際とされており、既契約者については次のケアプランの見直し時に説明を行うことが望ましいと記載されています。</p> |

| | |
|-----|---|
| 相談4 | <p>令和3年度報酬改定について</p> <p>①通減制の見直し ICT等を活用し、取扱い件数を増やす場合にどのような届出が必要か。</p> <p>②前6か月間に作成した、ケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合を計算するにあたり、母数は該当サービスを利用しているプランになるのか、全プランが対象となるのか。</p> |
| 回答 | <p>①体制に関する届出書に、別紙10-5 情報通信機器等の活用等の体制に係る届出書を添付し、提出する必要があります。</p> <p>②分母の対象は「事業所のケアプラン」とされていることから、前6か月間に作成した全てのケアプランが対象になります。</p> |

「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて」
に係る主な相談

| | |
|-----|--|
| 相談1 | <p>【第4報 問4】</p> <p>新型コロナウイルスの発生に伴い、介護予防・日常生活支援総合事業において通所型サービスおよび訪問型サービスを提供する事業者が休業を行った場合、月額報酬となっているサービス費について、休業期間分を日割りすることが可能か。</p> |
| 回答 | <p>市町村の判断で、事業所指定効力停止の開始・解除に準じた取扱いとして、日割り計算を行うことが可能である。</p> <p>【留意点】 本取扱いについて、川西市では、新型コロナウイルスの発生により事業所が休業となった場合は、日割り計算としています。ただし、休業の影響を受けない利用者(予定通りの回数を利用される人)は日割り計算不要です。また、振替により予定回数利用される場合も日割り計算不要です。 ※保険者により取り扱いが変わる可能性があります。</p> |

| | |
|-----|---|
| 相談2 | <p>【第11報 問5】</p> <p>新型コロナウイルス感染症の影響により、居宅介護支援事業所において、当初ケアプランで予定されていたサービス利用がなくなった等の場合は、居宅介護支援費の請求は可能か。</p> |
| 回答 | <p>事業所において、モニタリング等の必要なケアマネジメント業務を行い、給付管理票の作成など、請求にあたって必要な書類の整備を行っていれば、新型コロナウイルス感染症の影響により、実際にサービス提供が行われなかった場合であっても請求は可能である。</p> <p>なお、具体的な請求にあたって、データの作成等において、個別の請求ソフト等による支障がある場合については、個別に各請求ソフト作成者に相談いただきたい。</p> <p>また、今般の取扱いは新型コロナウイルス感染症の影響による場合に限った取扱いであることから、新型コロナウイルス感染症により、サービスの利用実績が存在しないが、居宅介護支援費を算定した旨を適切に説明できるよう、個々のケアプラン等において記録に残しつつ、居宅介護支援事業所において、それらの書類等を管理しておくことが必要である。</p> <p>【留意点】 本取扱いは、モニタリング等の必要なケアマネジメント業務を行い、給付管理票の作成など、請求にあたって必要な書類の整備を行っていれば、新型コロナウイルス感染症の影響により、実際にサービス提供が行われなかった場合であっても請求は可能ということです。モニタリング時に、次月のサービス利用の中止をあらかじめ把握している場合は、請求できませんのでご留意願います。</p> |

① アセスメント

- ・標準課題項目の全23項目についてほぼ全ての計画書に記載されていた。
- ・ADL・IADLの項目は調査票の転記のみ行い、具体的な状況の記載が記載されていない。
- ・住環境について、居室の見取り図を作成しているアセスメントシートがあり、利用者の生活空間が分かりやすく記載されていた。

② 居宅サービス計画書

第1表

- ・「利用者及び家族の生活に対する意向」について、利用者の発言のみ記載している計画書が散見された。
⇒課題分析の結果、導いた利用者の生活の意向を記載するようにしましょう。
- ・「総合的な援助の方針」について、ほぼ全ての計画書において、緊急事態が発生した際の対応機関、連絡先が記載されていた。
- ・「生活援助中心型の算定理由」について、記載されていない計画書が多く見られた。

第2表

- ・「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」について、「デイサービスに行きたい」など、サービスを利用することが課題として記載されている計画書が散見された。
⇒利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）について記載を行いましょう。
- ・「長期目標・短期目標」について、目標が抽象的で達成したか客観的に評価できない内容が記載されている計画書が散見された。
⇒目標については、抽象的な言葉ではなく誰にでもわかりやすい具体的な内容で記載することとし、実際に解決が可能と見込まれるものを記載しましょう。

※福祉用具貸与、特定福祉用具販売について

福祉用具貸与または特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置付ける場合においては、当該サービスを必要とする理由が明らかになるよう記載しましょう。

また、ニーズが解決したものの、引き続き用具を使用する場合は第3表の「週単位以外のサービス」欄に記載する様にしましょう。

第3表

- ・インフォーマルサービスも含めて記載された計画書があり、利用者の生活状況がよく理解できた。
⇒一日の生活について食事・起床・就寝のみではなく、散歩・入浴など日課も分かるように記載するようにしましょう。

メールアドレスの登録について



新型コロナウイルス感染に伴う各種通知・調査をはじめ、介護サービスに関する情報をタイムリーにお知らせできるよう、県内全て(政令市・中核市を含む)の高齢者福祉施設及び介護サービス事業所のメールアドレス登録をお願いしています。

**医療みなしの事業所は、登録対象外です。
登録は、実施サービスごと**にお願いします。

対象施設及び事業所

| | |
|-----|---|
| 入所系 | 特別養護老人ホーム(地域密着型を含む)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅 |
| 通所系 | 通所介護(療養・地域密着型含む)、通所リハビリテーション、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護、看護小規模多機能型居宅介護、短期入所生活介護 |
| 訪問系 | 訪問介護、訪問看護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| その他 | 居宅介護支援、福祉用具貸与、特定福祉用具販売 |

登録方法

下記パソコンURLもしくはスマートフォンQRコードから電子申請システムにより登録してください。

パソコンURL：<https://www.e-hyogo.elg-front.jp/hyogo/uketsuke/form.do?id=1625191110654>

スマートフォンQRコード：

