

綾川町

ケアマネジメントに関する

保険者の基本方針

令和8年3月

綾川町健康福祉課

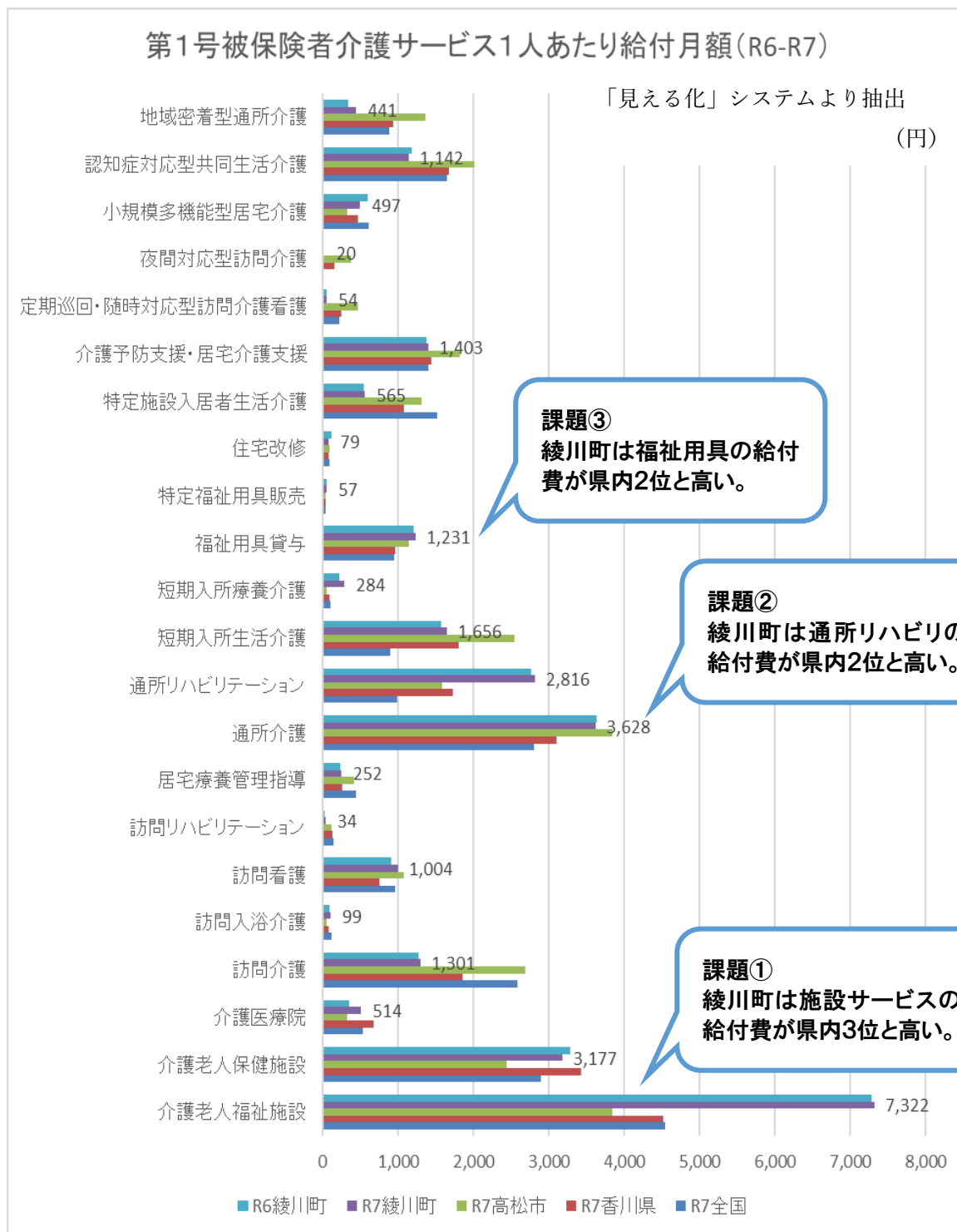
## 目次

1	一般原則	4
2	居宅介護支援ケアマネジメント	5
3	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント	7
4	サービス担当者会議について	8
5	モニタリングについて	8
6	評価について	8
7	サービス担当者会議及びモニタリングにおける運営基準減算対象	9
8	適切なケアマネジメント手法の手引きの活用について	9
9	ケア会議等を活用したケアマネジメントについて	9
10	軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について	10
11	訪問介護サービスの利用について	10
12	住宅改修の利用について	10
13	福祉用具（歩行器・車いす・杖）同一種目の複数貸与について	16
14	福祉用具貸与・販売の選択制について	16
15	訪問介護における通院等乗降介助利用の際の家族等の同乗	17
16	介護支援専門員が身内のプランを立てる場合について	18
17	通所介護と通所リハビリテーションの併用利用について	18
18	複数の通所介護事業所又は通所リハビリテーション事業所の利用	18
19	通所サービス中の医療機関等の受診について	19
20	複数の通所介護事業所の利用について	19
21	短期入所利用日数が有効期間のおおむね半数を超える場合	19

## 綾川町ケアマネジメントの基本方針

綾川町では現在、第9期介護保険事業計画に基づき、介護保険事業に取り組んでいるところですが、残念ながら令和6年度と令和7年度を比較すると給付実績は増加しています。

綾川町の課題は、他市町と比べて①重度者が多く施設利用者が多いこと、②通所サービスの費用額が高いこと、③福祉用具貸与の費用額が高いことなどが上げられます。課題解消のために、適切なケアマネジメントは重要となります。そのため、綾川町ではケアマネジメント研修会の開催や、事業所指導等のケアプランチェックを行っています。この基本指針では、研修等で学んだポイントをお示しします。



## 1 一般原則

ケアマネジメントは、介護保険法に規定されている「在宅介護の重視」「自立支援」を実現するために、極めて重要な役割になります。疾病の重症化を予防し、住み慣れた地域での自分らしい生活の実現を応援し、1日でも長く継続できるように、法律で定められた目的や介護支援専門員の責務を、今一度ご確認ください。

### 【介護保険法】

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、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されなければならない。

(介護支援専門員の義務)

第六十九条の三十四 介護支援専門員は、その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、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又は特定介護予防・日常生活支援総合事業が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない。

2 介護支援専門員は、厚生労働省令で定める基準に従って、介護支援専門員の業務を行わなければならない。

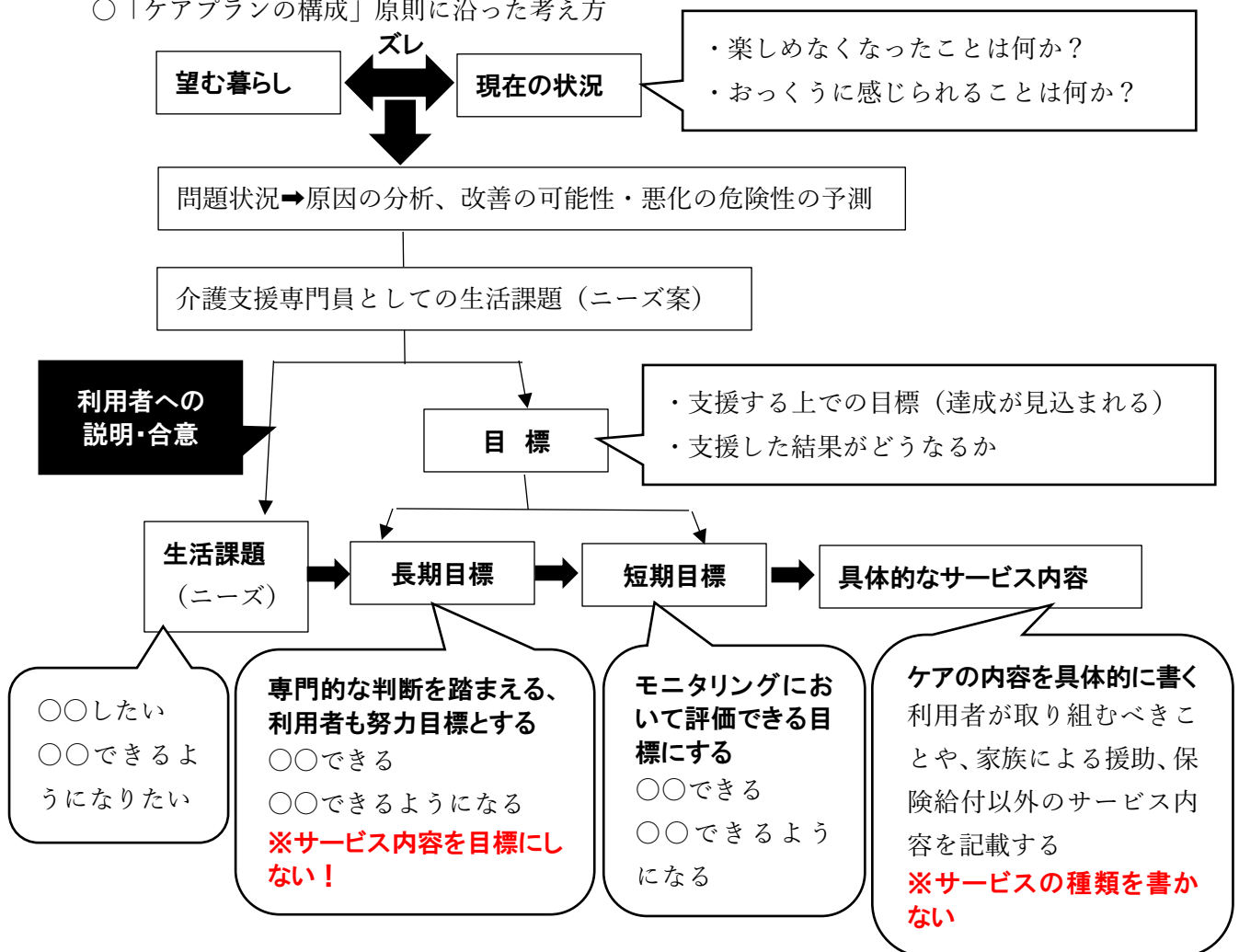
3 介護支援専門員は、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術の水準を向上させ、その他その資質の向上を図るよう努めなければならない。

## 2 居宅介護支援ケアマネジメント

### ○アセスメントの展開方法のポイント

① 情報収集	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の心身の状態、生活環境、介護力等を総合的に把握する（最低限、標準項目は情報収集する）</li> <li>・本人や家族の「主訴」や「望む暮らし」を把握する</li> </ul>
② 分析	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 「望む暮らし」と「現状」の「ズレ」を明らかにする</li> <li>2) ズレ（問題状況）の原因・背景を分析する</li> <li>3) 予後（改善の可能性・悪化の危険性）の予測を行う</li> <li>4) 介護支援専門員としての生活ニーズを導く</li> <li>5) 本人・家族の意思の核に（すり合わせ・合意）</li> <li>6) 合意した生活ニーズ→ケアプランへ…</li> </ol>

### ○「ケアプランの構成」原則に沿った考え方



### ○「予後予測」の視点

分析した原因や背景に対する対応策をとることによって、どのような改善が見込めるのか、また、問題状況を放置したり、誤った対応をしたりすると、どのようなリスクが起こりえるのか等を具体的に検討し、利用者のこれからの生活を見立ててプランを立てましょう。（原則居宅を訪問し、本人・家族と面接してください）

「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」の一部改正について

介護サービス計画は、利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するために重要な計画であり、利用者が地域の中で尊厳ある自立した生活を続けるための利用者本人の計画であることを踏まえ、分かりやすく前向きな表現で記載する必要があります。確認をお願いします。

- ① 第1表「利用者及び家族の生活の意向を踏まえた課題分析の結果」について
- 利用者及びその家族の生活に対する意向は、双方が異なる場合は、各々の主訴を記載
  - 課題分析の結果は、本人や家族の**望む暮らしと、現在の状況のズレを分析した結果**、本人・家族が段階的に取り組めることを「**今後の方向性**」として記載します。

**例** 【本人】 100m先のスーパーに1人で買い物に行けるようになりたい  
【妻】 1日1回一緒に散歩に行きたい。トイレのことは自分でできるようになって欲しい  
【今後の方向性】  
1日1回の散歩と、週2回のリハビリテーションを休まず実施します。ふらつきなく歩くことを第一として、少しずつ距離を伸ばしていくことが大切です。

- ② 第1表「総合的な援助の方針」について
- 本人・家族を含む、**ケアチームの方針**を記載します。

**例** ○月○日、脱水症状がありましたので「飲水の量」について常に確認し、声掛けします。

- どのような場合を緊急事態と考えるか認識を合わせ、対応方法や連絡先を記載します。

**例** 脱水が心配される時（汗の量が食欲減退）には、主治医を（○○医院 ☎00-0000）とし、長女（○○様 ☎00-0000）へ連絡します。

「居宅介護支援等に係る書類・事務手続きや業務負担等の取り扱いについて（通知）」

- ケアプランの軽微な変更について

利用者の体調不良や家族の都合など臨時的・一時的で単なる曜日や日付の変更や、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など、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にサービス内容だけが変わる場合、「軽微な変更」に該当する場合があります。

「軽微な変更」に該当し、プラン作成時の一連の業務を簡素化できる場合がありますので、最新情報をご確認いただき、迷った場合は健康福祉課にご相談ください。

### 3 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、介護保険制度創設時から変わらず求められている「ケアマネジメントの本来の姿」となります。ご自身の力が最大限発揮できるような、ケアマネジメントに心がけてください。

#### 【介護保険法】

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

#### ○要介護高齢者の自立とは

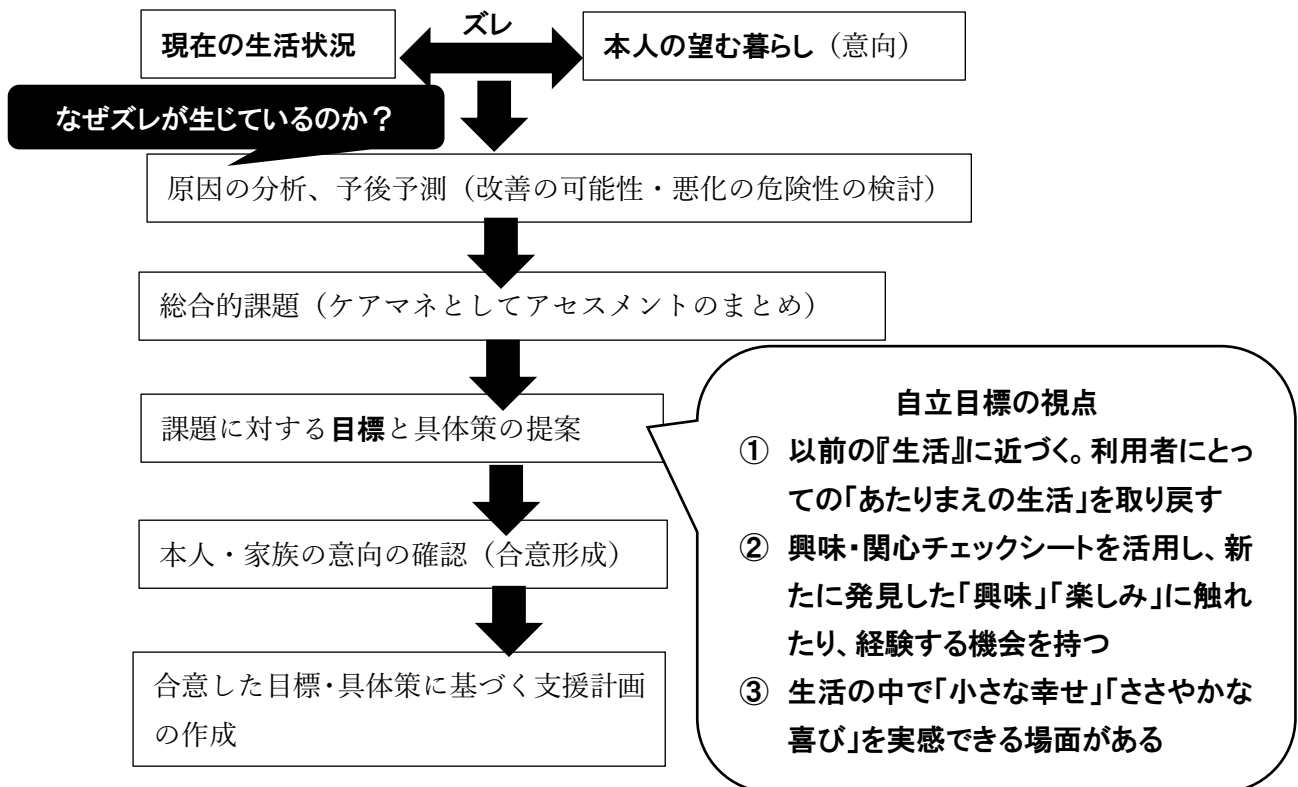
- ① 身体機能や生活動作がより自立する
- ② より少ない支援で生活する
- ③ より多くのことを自分で意思決定（自己決定・自己選択）できる
- ④ 潜在能力を活用する
- ⑤ 現状以上の悪化を防ぐ
- ⑥ 潜在的な危険性を防止する
- ⑦ 尊厳が守られる（その人らしさを大事にする）

できることを活用する

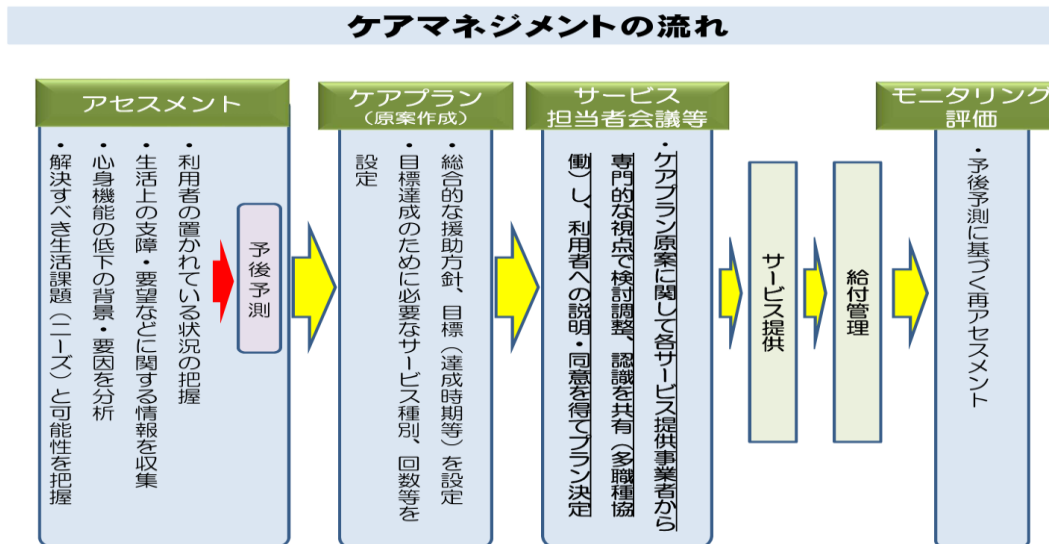
できていることを維持する

→ できないことが増えると虐待につながる＝自立度を高めると虐待防止につながる  
できるようになった「達成度」で評価できるように、目標を具体的に設定する

#### ○アセスメント（課題分析）の展開過程



## 4 サービス担当者会議について



ケアマネジメントの流れの中で、サービス担当者会議は利用者を支援していくための方向性や内容を定める場所です。利用者及び家族への説明と同意を得、チームアプローチを促進させる機会として大切なものです。介護支援専門員がケアプラン原案を説明し、各サービス提供事業者からの専門的な視点や日々の生活の中での気づきを加えながら検討・調整を行います。目標等の共有化を図り、本人の同意を得てプランを決定し記録にも残します。

### 【サービス担当者会議を開催する機会】

- ① 最初のサービス計画を作成したとき
- ② 更新認定及び区分変更をしたとき
- ③ 多様な主体がケアにかかわるとき
- ④ 支援に困難性を伴うとき
- ⑤ 利用者の状況が大きく変化したとき

## 5 モニタリングについて

○モニタリングの機能とは、

- ① ケアマネジメントの援助過程の展開や援助内容が適切かを「監視する」こと
- ② 実践されている援助の有効性を「評価する」こと
- ③ 援助が有効に機能しているかどうかを見定めて、計画を微調整しながら関係者の役割を「調整する」こと

以上の3つとなります。居宅介護支援ケアマネジメントは原則毎月1回、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについては原則3か月に1回、訪問にてモニタリングを実施し、監視・評価・調整を意識して、支援をお願いします。

## 6 評価について

目標の達成度を評価する際に、抽象度の高い目標だと達成の有無を判断する根拠が明確にもてないため、より具体的な目標を設定するよう心がけてください。

## 7 サービス担当者会議及びモニタリングの運営基準減算対象

- 居宅介護支援の提供開始の際、利用者にあらかじめ「複数のサービス事業者等を紹介できること」について説明を行っていない場合。
- 居宅サービス計画の新規作成・変更にあたり、介護支援専門員が利用者の居宅を訪問し、利用者とその家族に面接をしていない場合。
- 居宅サービス計画の新規作成・変更にあたり、介護支援専門員がサービス担当者会議を開催していない場合。
- 居宅サービス計画の新規作成・変更にあたり、介護支援専門員が居宅サービス計画の原案の内容について、利用者またはその家族に説明し、文書により利用者からの同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者と担当者に交付していない場合。
- 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や要介護状態区分の変更の認定を受けた場合に、サービス担当者会議を行っていない場合。
- 居宅サービス計画作成後、モニタリングにあたり、介護支援専門員が1月に1回、利用者の居宅を訪問して、利用者に面接をしていない場合。
- 居宅サービス計画作成後、モニタリングにあたり介護支援専門員が2月に1回、利用者の居宅を訪問し、訪問しない月にテレビ電話を活用して利用者に面接をしていない場合。
- 居宅サービス計画作成後、モニタリングにあたり、介護支援専門員がモニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続する場合。

## 8 適切なケアマネジメント手法の手引きの活用について

経験豊富な介護支援専門員は、網羅的な情報収集の前に、インタビューで得られた限りの情報から、「どのような支援が必要そうか」、「何を詳しく確認すべきか」の“あたり”をつけています。“あたり”の精度を高めるための基本的な知識の体系として、適正化研修会でも紹介があった「適切なケアマネジメント手法」の手引きをぜひご活用ください。

### 適切なケアマネジメント手法に関連する事業まとめ 株式会社日本総合研究所



## 9 ケア会議等を活用したケアマネジメントについて

令和7年度より主任ケアマネ等をアドバイザーに迎え、自立支援型ケア会議を開催しています。本人の望む暮らしの実現に向けて、ぜひご活用ください。

## 10 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について

要介護1以下の者に係る指定福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「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。）」及び「自動排泄処理装置」に対しては、原則として算定できません。

また「自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸収する機能のものを除く。）」については、要介護1以下の者に加え、要介護2及び要介護3の者に対しては、原則として算定できません。しかし利用者等告示第三十一号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者であっても、直近の認定調査の内容が対象者に該当する場合は、福祉用具の算定が可能です。

### 【利用者等告示第三十一号のイで定める状態像】

対象外種目	厚生労働大臣が定める告示イに該当する対象者	直近の認定調査結果での判断基準
1 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※	1-7 歩行「3. できない」 (該当する基本調査結果なし)
2 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 →	1-4 起き上がり「3. できない」 1-3 寝返り「3. できない」
3. 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 →	1-3 寝返り「3. できない」
4. 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 (一) 意見の伝達、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 →	3-1 医師の伝達「1. 調査対象者が意見を他者に伝達できる」以外 又は3-2～3-7のいずれか「2. できない」又は3-8～4-15 のいずれかが「1. ない」以外 その他、主治医意見者において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む  2-2 移動「4. 全介助」以外
5 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※	1-8 立ち上がり「3. できない」 2-1 移乗「3. 一部介助」又は「4. 全介助」
6 自動排泄処理装置	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 →	2-6 排便「4. 全介助」 2-1 移乗「4. 全介助」

※の判断は、主治医から得た情報や福祉用具専門相談員等軽度者の状態像について適切な助言が可能者が参加する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ケアマネジャーが判断する項目。(町への申請必要)

認定調査結果が、上記に該当する場合は、町への申請不要。(ケアプランに根拠を記載)

## 認定調査結果で告示イに該当しない場合

認定調査結果で該当しない場合でも、次の i) から iii) までのいずれかに該当する旨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福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合にあっては、これらについて、市町村が書面等確実な方法で確認し、貸与の要否を判断することが可能とされています。

綾川町では軽度者例外給付利用申請書で i) から iii) までに該当するかを確認します。申請書と一緒にケアプラン、アセスメント、サービス担当者会議の記録を健康福祉課にご提出ください。

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例外給付の対象者に該当する場合
ii)	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに例外給付の対象者に該当することが確実に見込まれる場合
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、例外給付の対象者に該当すると判断できる場合

具体類型	必要となる福祉用具	事例内容
i) 状態の変化	特殊寝台	パーキンソン病で内服加療中に急激な症状・症候の軽快・増悪を起こす現象(ON・OFF現象)が頻繁に起き、日によって例外給付が必要な状態となる等。
	床ずれ防止用具	
	体位変換器	
	移動リフト	
ii) 急性増悪	特殊寝台	重度の関節リウマチで、関節のこわばりが朝方に強くなり、時間帯によって例外給付が認められる状態となる等。
	床ずれ防止用具	
	体位変換器	
	移動リフト	
iii) 重篤化回避	特殊寝台	重度の喘息発作で特殊寝台の利用により、一定の角度に上体を起こすことで、呼吸不全の危険性を回避する必要がある。
		重度の心疾患で、特殊寝台の利用により急激な動きをとらないようにし、心不全発作の危険性を回避する必要がある。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。
		嚥下障害があるため、特殊寝台の利用により、一定の角度に上体を起こすことで、誤嚥性肺炎の危険性を回避する必要がある等。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。
	床ずれ防止用具	脊髄損傷による下半身麻痺で、床ずれ発生のリスクが高く、床ずれ防止用具の利用により、床ずれの危険性を回避する必要がある等。床ずれ防止用具の必要性を医師からも指示されている。
	体位変換器	人工股関節の術後で、移動用リフトにより、立ち座りの際の脱臼の危険性を回避する必要がある等。移動用リフトの必要性を医師からも指示されている等。
	移動用リフト	

## 特殊寝台貸与の妥当性

- 単に床からの立ち上がりができないだけでは特殊寝台の必要性の根拠とはなりません。
- あくまで個別のケースによって必要性は判断されるもの。軽度者であっても必要な場合もあり、要介護2以上でも必要でない場合もある。根拠となるアセスメントが重要。
- 身体状況により、モーター数を検討し、目標が達成した場合は、返却することを視野に、サービス担当者会時等で検討を行い、ケアプランにも位置づける。

## 電動カート(車いす)の妥当性

- ① **日常的に歩行が困難な者(1-7歩行「3 できない」)以外**  
車椅子は歩けない人や長時間歩くことが困難な人が利用する福祉用具のため、認定調査1-7 歩行:「1. つかまらなくてできる」の方は、**想定しにくく対象外となります。**
- ② **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**



※買物やゴミ出し、病院や銀行など、日常生活を行う上で必要な場所に日常的に行く必要があり、代替の方法もなく、移動の支援が特に必要と認められる方を想定しています。

※日常的とは週1回以上を想定しています。理由を明確にして、ケアプラン及び週間計画の中にも位置づけてください。

※夏や冬など季節によって使わなくなる場合は、一旦返却をご検討ください。

移動の支援が特に必要と認められる場合でも、認知機能の低下がみられる場合は、安全面を考慮し介護保険での給付は想定しておりません。

### 【主治医意見書又は認定調査結果】

- 認知症高齢者の日常生活自立度:II a以上**

### 【認定調査結果】

- 3-4 短期記憶:「2. できない」**



- 主治医に確認すること
  - 1) 主治医意見書や認定調査結果を踏まえ、本当に認知機能（理解判断力・注意機能・危険予測等）の条件を備えているかを確認
  - 2) 安全な運転が可能な身体機能（操作技術・視覚・聴覚等）の有無を確認
- ケアマネジャーが確認すること
  - 1) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要かどうか
  - 2) 利用開始時や更新の際に、返却しなければならない状況を本人や家族にあらかじめ伝え、「残された課題」に返却の目安を記載し、納得を得たうえで利用を開始する。
  - 3) 定期点検結果で、傷の有無や走行距離などを確認し、安全かつ必要性の有無を確認し、返却すべき状況になっていないかを確認する。

## 福祉用具に関するセルフチェック

綾川町では、1人当たりの福祉用具貸与の給付費が県内1位高くなっており、今一度、利用している福祉用具の貸与が、有効であるかをご確認ください。

- 本当に利用していますか？
- 本人の自立支援や重度化防止に役立てられていますか？
- 家族や介護者の負担軽減につながっていますか？
- 目的に応じた活用ができていますか、効果が出ていますか？(目標の達成度)
- 用具の必要性を適切に評価したうえで、適時見直しが行えていますか？
- リハビリや機能訓練のサービスとの連携ができていますか？
- 通所サービスでの利用のみを目的とした福祉用具の貸与になっていませんか？

### 例外給付を利用される場合は・・・

サービス担当者会議終了後速やかに ①例外給付利用申請書 ②アセスメント  
③ケアプラン ④サービス担当者会議の記録を、健康福祉課までご提出ください。なお、提出は、新規申請時、更新時、変更時（医学的見地に基づいて判断した状態に変更が生じた時、貸与する福祉用具の追加変更時）に必要となりますのでご注意ください。

## 1 1 訪問介護サービスの利用について（介護保険最新情報 Vol.125・652 参照）

### 身体介護サービスの再確認

■身体介護とは

- ①利用者の身体に直接接触して行う介護サービス（そのために必要となる準備、後片付け等の一連の行為を含む）
- ②利用者の日常生活動作能力（ADL）や意欲の向上のために利用者とともに行う自立支援のためのサービス
- ③その他専門的知識・技術（介護を要する状態になった要因である心身の障害や疾病等によって必要となる特段の専門的配慮）をもって行う利用者の日常生活上、社会生活上のためのサービス

**排泄・食事介助、清拭・入浴、身体整容、体位変換、移動・移乗介助、外出介助、起床及び就寝介助、服薬介助、自立生活支援のための見守りの援助を含む**

- 自立支援、ADL 向上の観点から安全性を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等
- 利用者と一緒に手助けしながら行う調理（安全確認の声かけ、疲労の確認含む）
  - 入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ等含む）
  - 移動時、転倒しないように側について歩く（介助は必要時だけで、事故予防で見守り）
  - 車いすでの移動介助を行って店に行き、本人が自ら物品を選べるよう援助
  - 洗濯物を一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促し、声かけ・見守り
  - 認知症の高齢者の方と一緒に、冷蔵庫の中の整理等を行うことにより生活歴の喚起

## 生活援助サービスの再確認

- 生活援助とは、身体介護以外の訪問介護
  - 洗濯、掃除、調理などの日常生活の援助(そのために必要な一連の行為を含む)
  - 利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいう
  - 生活援助は、本人の代行的なサービスとして位置づけることができ、仮に介護等を要する状態が解消されたとしたならば、本人が自身で行うことが基本となる行為となる。
- ※商品の販売・農作業等の援助的な行為、直接本人の生活の援助に属しないと判断される行為は生活援助の内容に含まれません。(草むしりや水やり、ペットの世話や家具の移動、大掃除、窓ガラス磨き、ワックスがけ、室内外家屋の修理、庭木の剪定等は含まれない。)

## 同居親族がいる場合の生活援助サービスについて

訪問介護の**生活援助中心型**の単位を算定する場合は「利用者が一人暮らしであるか又は家族が障害、疾病等のため、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合」とされています。しかしながら、介護保険最新情報 Vol.125 で周知のとおり、生活援助サービスは、利用者が一人暮らしであるか又は同居家族等の障害、疾病の有無に限定されるものではなく、適切なケアプランに基づき、個々の利用者の状況に応じて具体的に判断する必要があります。

### 同居親族が「有」と判断した方がサービスを利用する場合は・・・

確認シートをご記入いただきながら、適正なサービス導入となっているか確認をお願いします。この確認シートは、介護保険法で提出を求められている書類ではありませんが、介護保険の適正な運用の為、ケアプランに位置づけする際には①確認シート ②アセスメント ③ケアプラン を健康福祉課へご提出ください。新規・更新・ケアマネ変更時に要提出。

(身体1生活1等身体介護と合わせて算定する場合は提出の必要はありません。)

### ステップ1 同居家族「有」の判断

- 一般的な同居の定義：同じ家屋に家族等が住んでいること。
  - 二世帯住宅：家屋構造に関わりなく、同居と考えます。
- ※家族の生活実態等も勘案して判断を行う必要がありますが、基本は「同居」と判断します。

### ステップ2 同居家族「有」の場合、同居家族のアセスメントが必要

#### ① 家族が障害・疾病で家事が困難な場合

- 障害者手帳の有無や障害認定(身体・知的・精神)だけで判断するのではなく、障害に起因して実際に家事を行うことが困難であるかで判断を行ってください。
- 疾病名を明らかにすると共に、該当疾病によって、そのような家事を行うことが困難であるかを明らかにする必要があります。(診断書は不要)
- 同居家族が一時的に家事が困難になった場合は、短期的にサービスを導入することもできます。(必ず事前に状態が改善すればサービスが終了となることを伝えましょう)

## ② やむを得ない事情で家族による家事(生活援助)が困難な場合

【やむを得ない事情の例】

- 家族間に利用者の今後の生活に影響を及ぼすような深刻な問題があるため、家事援助が期待できない場合
- 家族が高齢による筋力低下があり、困難な家事がある場合
- 家族に家事を行わせてしまうことにより、介護疲れによる共倒れ等の、深刻な問題が生じることが明らかだと判断した場合
- その他、安全・健康・衛生上の必要性が高い場合など

※ やむを得ない事情とは個別判断を要するものです。「家族に対して遠慮があり頼みにくい」や「家族に負担をかけたくない」という理由では生活援助は算定できません。

※ 家族がどのような家事ができるか、できないかを明らかにする必要があります。

買い物    掃除    調理等    洗濯    病院の付き添い    その他…

※ ケアプランに位置付ける際は短期的に位置づけ、改善の方向にむけて働きかけを継続していきましょう。

## ③ 日中独居について

家族が就労等のため、日中独居となるケースについても、場合によっては「やむを得ない事情」に該当することがあります。ただし、「日中独居」だけでは対象外です。

※ 家族が日中不在であることにより、どのような家事ができなくなり、逆にどのような家事ならば可能であるかを明確にしましょう。

※ 家族が不在の時間帯に行う必要性があるものなのか(家族が不在の時間帯に行わなければ、日常生活上、大きな支障が生じるか)を検討しましょう。

※ 他の代替手段(配食弁当の利用等)がないかを検討しましょう。

### 生活援助サービスの回数について

介護保険最新情報 Vol.652 で周知のとおり、訪問介護における生活援助中心型サービスについては、利用者の自立支援・重症化防止や地域資源の有効活用等の観点から、事前に健康福祉課にご相談ください。

#### 届出の要否の基準となる生活援助中心型サービスの回数(1ヶ月あたり)

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
27 回	34 回	43 回	38 回	31 回

※ 全国での利用回数の標準偏差に 2 を乗じた回数

※ 要介護度ごとに上記の回数以上の生活援助中心型サービスを位置づける医場合は、届出が必要。

※ 月変更で要介護度に変更になる場合には、より多い回数を基準とする。

## 1 2 住宅改修の利用について（介護保険最新情報 Vol.664 参照）

住宅改修は、1人につき1回20万円を上限とし、手すりの取付け、床段差の解消等比較的小規模なものを想定しており、本人の自立支援のために、日常的（ほぼ毎日）使うものが対象となります。

制度についての的確に説明を行い、本人の不利益になるような、不必要な住宅改修が行われないよう、的確なアセスメントをお願いします。

**事前に健康福祉課に①理由書 ②写真 ③図面 ④見積書 ⑤申請書をご提出ください。担当が確認し、必要な場合はケア会議等で協議し利用の可否を判断します。**

## 1 3 福祉用具（歩行器・車いす・杖）同一種目の福祉用具の複数貸与について

同一種目の福祉用具を複数貸与する場合は、「福祉用具（歩行器・車椅子・杖）同一種目複数貸与」の理由書の提出をお願いします。

独居で本人や介護者がタイヤをふき取り持ち運びをすることが困難なため、屋外と屋内で併用できない場合や、住環境により屋外用と屋内用でサイズや機能を変更する必要がある場合などは、複数貸与が可能となります。必要と判断した理由をケアプランに必ず記載してください。今後、同一種目複数貸与の方を抽出し、理由をお伺いする場合があります。

## 1 4 福祉用具貸与・販売の選択制について

### 提出書類について

令和6年4月より一部の福祉用具（固定用スロープ、歩行器、単点杖、多点杖）について、貸与と購入の選択制が導入されました。利用者には十分な説明を行い貸与・購入の選択を行ってください。なお、これらの福祉用具を購入される場合は、その他の購入の際の提出書類でもある①～⑤に加えて⑥⑦を提出してください。

- ① 領収書
- ② 介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

➡ 「福祉用具が必要な理由」の欄に、福祉用具が必要な理由に加えて貸与より購入の方が適当である理由をご記入ください。  
(理由が書ききれない場合は、任意の様式を添付いただいても構いません)

- ③ 見積書
- ④ 福祉用具のパンフレット等
- ⑤ 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する委任状  
※受領委任払いの場合
- ⑥ 福祉用具サービス計画書の写し  
※一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会の様式
- ⑦ スロープを設置する場所の図面  
※スロープを購入する場合のみ

## ケアプランの作成・変更及び担当者会議の開催について

- ・新たに選択制となった福祉用具について、同一品目を貸与から購入に変更する場合  
➡軽微な変更となるため必要ありません。  
※スロープは、貸与と同じ場所、同じ個数の場合のみ必要なしとなります。

- ・その他の場合

アセスメント→プラン原案の作成→サービス担当者会議の開催→モニタリング→評価

の一連の流れが必要となります。

※福祉用具の購入以外のサービスを利用しない場合は、現時点では、プランは不要です。

## 1 5 訪問介護における通院等乗降介助利用の際の家族等の同乗について

介護保険を利用した介護タクシーは、「乗降介助」を主な目的としています。そのため、同乗する家族がいる場合は、①乗降介助ができない理由及び②同乗が必要な理由が必要となります。

### 【ケアプランに位置づけできる理由】

- 利用者が、認知症又は不穏・興奮などにより第3者に対する拒絶が強く、家族でなければ対応困難である場等、乗車中においても家族による見守りの必要がある。
- 利用者が、認知症・難聴などにより主治医に対し十分なコミュニケーションがとれず、家族等が病状の説明等を行う必要がある。

**訪問介護における通院等乗降介助の際のご家族等が同乗する場合は…**  
事前に保険者にご相談いただき、目的がわかるようにケアプランに位置付けし、サービス担当者会議の後に「**乗降介助における同乗に係る承諾申請書**」及びケアプランを提出してください。

## 1 6 介護支援専門員が身内のプランを立てる場合について

身内がケアプランを立案する場合、客観的なケアマネジメントができるかどうかや、自身がキーパーソンであった場合、介護者として、また身内としての想いや愚痴を吐く人がいなくなることも考えられます。

綾川町では法令上禁じられていないので可能としますが、アセスメント→プラン原案の作成→サービス担当者会議の開催→モニタリング→評価の一連の流れを必ず行い、記録についても必ず残してください。

## 17 通所介護と通所リハビリテーションの併用利用について

ケアマネジメントの結果、必要と判断される場合は、通所介護費及び通所リハビリテーション費をそれぞれ算定できます。なお、介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションを同時に提供することは想定していません。（R6.4版、緑本 p343、Q21 参照）

### ■通所介護・通所リハビリテーションの目的

利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る、利用者の心身の機能の維持回復を図る

### ■対象者

病状が安定期にあり、診療に基づき実施される計画的な医学的管理の下におけるリハビリテーションを要する要介護者

### ■内 容

#### 【通所介護】

老人デイサービスセンター等に通わせ、入浴・排せつ・食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認等の日常生活上の世話及び機能訓練を行うこと

#### 【通所リハビリテーション】

介護老人保健施設、病院、診療所に通わせその心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うこと

## 18 複数の通所介護事業所又は通所リハビリテーション事業所の利用について

複数の通所事業所を利用することは可能ですが支援の目標や目的の連携が必要です。なお、「通所リハビリテーションについては、原則として一つの事業所でリハビリテーションを提供するものであるが、やむを得ない場合においてはこの場合ではない。」とされています。（R6.4 緑本 P332 Q2、介護保険最新情報 vol.948 Q1 参照）

やむを得ない理由として考えられるものは

- ① 身体リハビリと言語療法の必要があるが、言語聴覚士がいない等必要なサービスの提供が難しい場合
- ② 通所リハの事業所が極端に少なく、必要な回数を確保できない場合 など

※通い慣れた場所をキープするという理由では複数利用は認められません。（必要なサービス内容や日数を別の事業所で確保できるのであれば、一つの事業所でサービスを提供してください）

➔判断に迷われる場合は、保険者にご相談ください。また、やむを得ない理由により併用利用する場合は、それぞれの理由を明確化し、プランに位置付けてください。（今後、ケアプランを確認する場合がありますのでよろしくお願ひします。）

## 19 通所サービス中の医療機関等の受診について

通所サービスのサービス提供時間帯における医療機関の受診は緊急やむを得ない場合を除いて認められません。（R6.4 緑本 p 8 3 Q4、P 3 3 4 Q13 参照）

やむを得ず通所サービスのサービス提供時間中に医療機関を受診した場合の算定は、提供開始から受診により通所事業所を離れるまでの時間又は受診後通所事業所に戻ってきた時からサービス提供終了時までの時間どちらかの時間に応じた区分により算定する。

## 20 訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの併用について

綾川町では、原則訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの併用は認めていません。

ただし、退院直後で家庭での生活動作の訓練が必要な場合など、通所リハビリテーションのみでは、家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた訪問リハビリテーション（家での動きにあわせたリハビリ）の提供が必要と認められる場合もあります。

事前に保険者に相談いただき、状況により判断いたします。サービス担当者会議の後、プランを提出してください。（目標の期間を定め、その期間は利用可とします）

この場合も、訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションそれぞれの目的を連携し、訪問リハの終了（通所リハのみに移行）を目指しましょう。

## 21 短期入所利用日数が有効期間のおおむね半数を超える場合

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（注）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りません。

（注）特に必要と認められる場合について

- (1) 利用者が認知症等により、同居の家族による介護が困難と判断できる場合
- (2) 同居の家族等が高齢、疾病等の理由により十分な介護ができない場合
- (3) 利用者の状態に沿った施設に入所を申し込んでいるが、現在待機状態にある場合
- (4) その他やむを得ない理由により、居宅において十分な介護を受けることができないと認められる場合

短期入所生活介護・短期入所療養介護の利用日数が、要介護認定等の有効期間の半数になる少し前に理由書を提出してください。