

綾川町

ケアマネジメントに関する

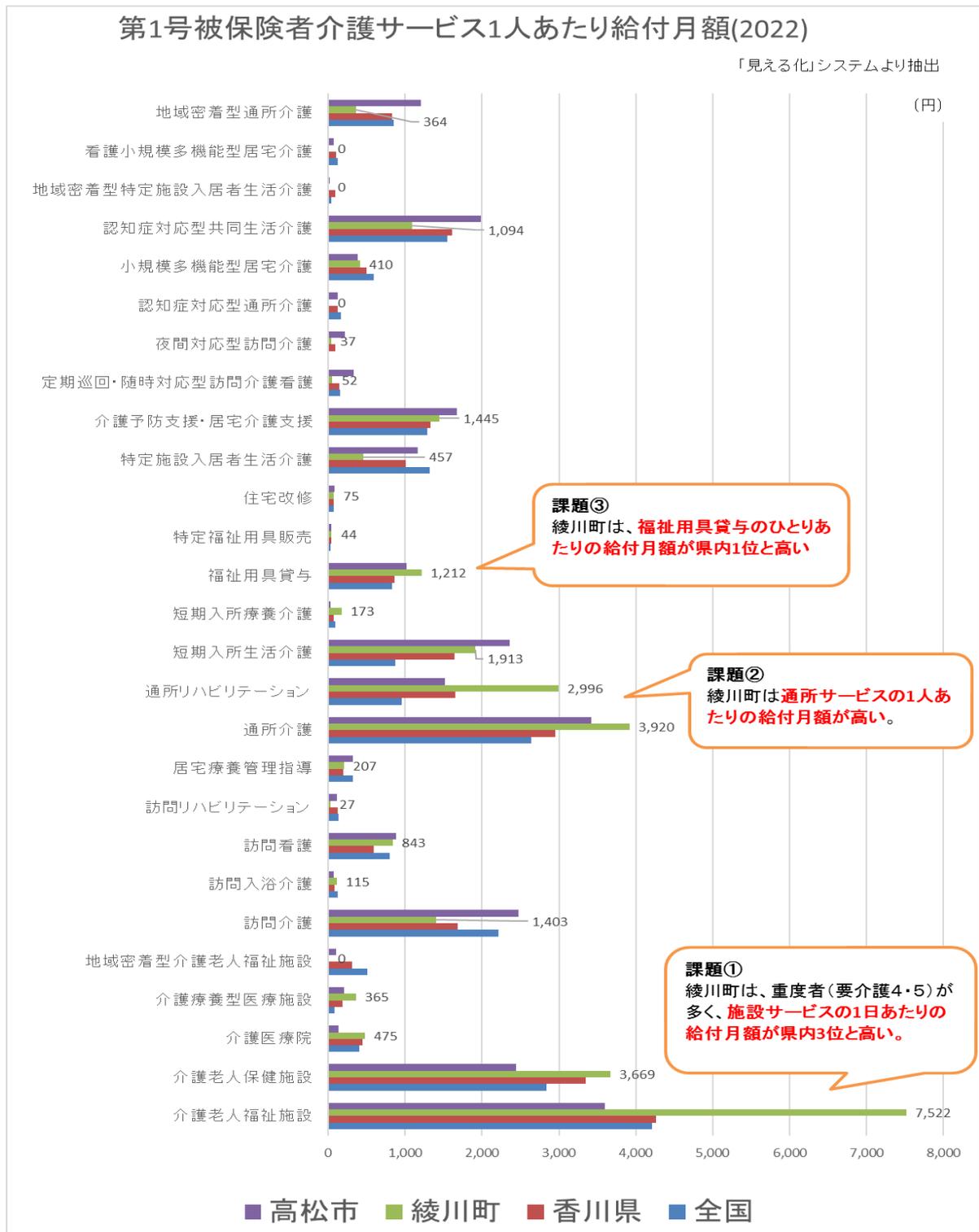
保険者の基本方針

令和5年1月

綾川町健康福祉課

## 綾川町ケアマネジメントの基本方針

綾川町では現在、第8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ます。綾川町の介護保険事業における課題は、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。

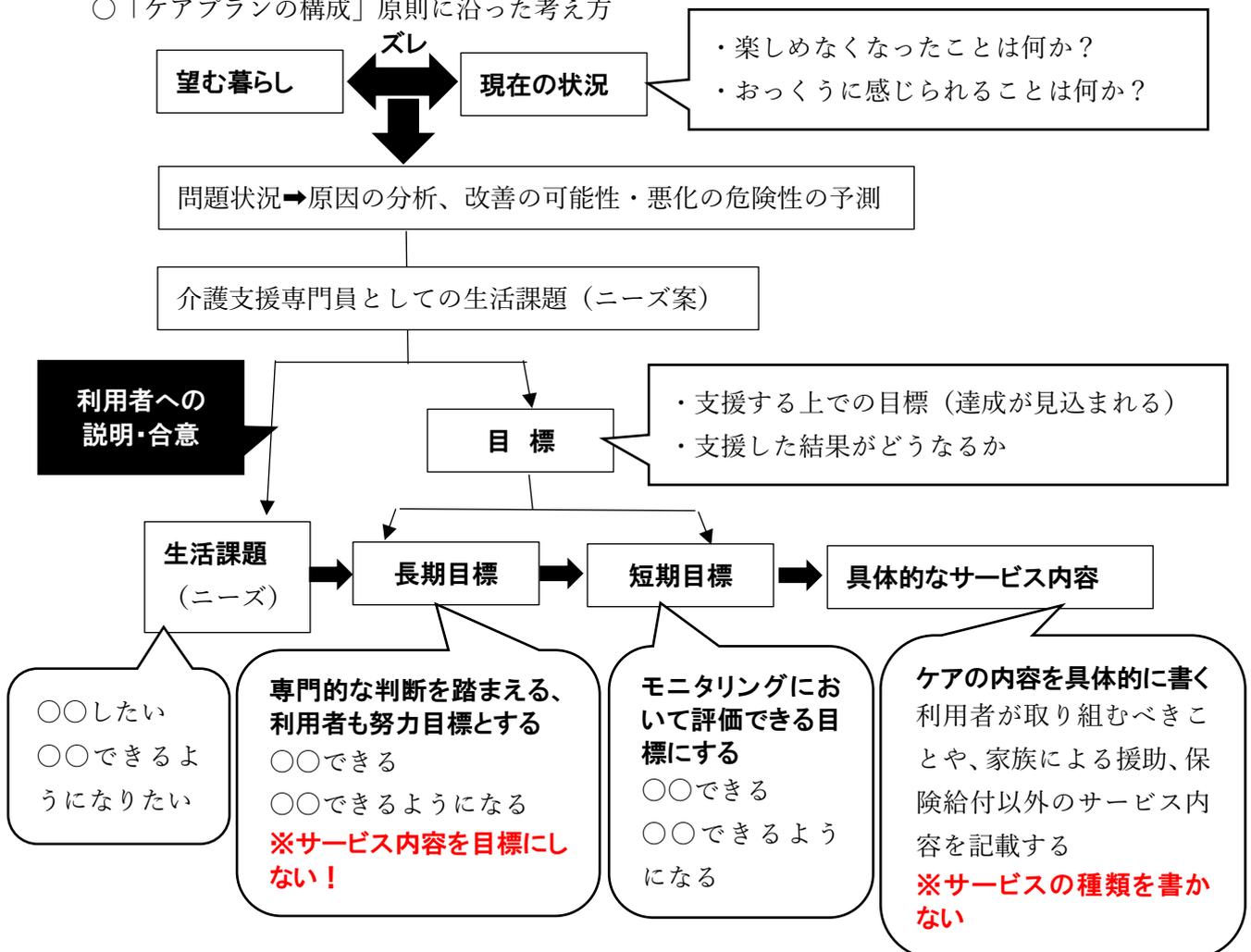
3 介護支援専門員は、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術の水準を向上させ、その他その資質の向上を図るよう努めなければならない。

## 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れ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。（必ず居宅を訪問し、本人・家族と面接してください）

## ○ケアプランの書き方について

令和4年度より介護サービス計画書の様式等が一部改正となりました。介護保険最新情報 Vol.1049にて、改正のポイントが再周知されております。改正のポイントは以下となりますが、通知文書の再確認をお願いします。

### 介護保険最新情報 Vol.958

「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。

### 介護保険最新情報 Vol.959

「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等は「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。今一度、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

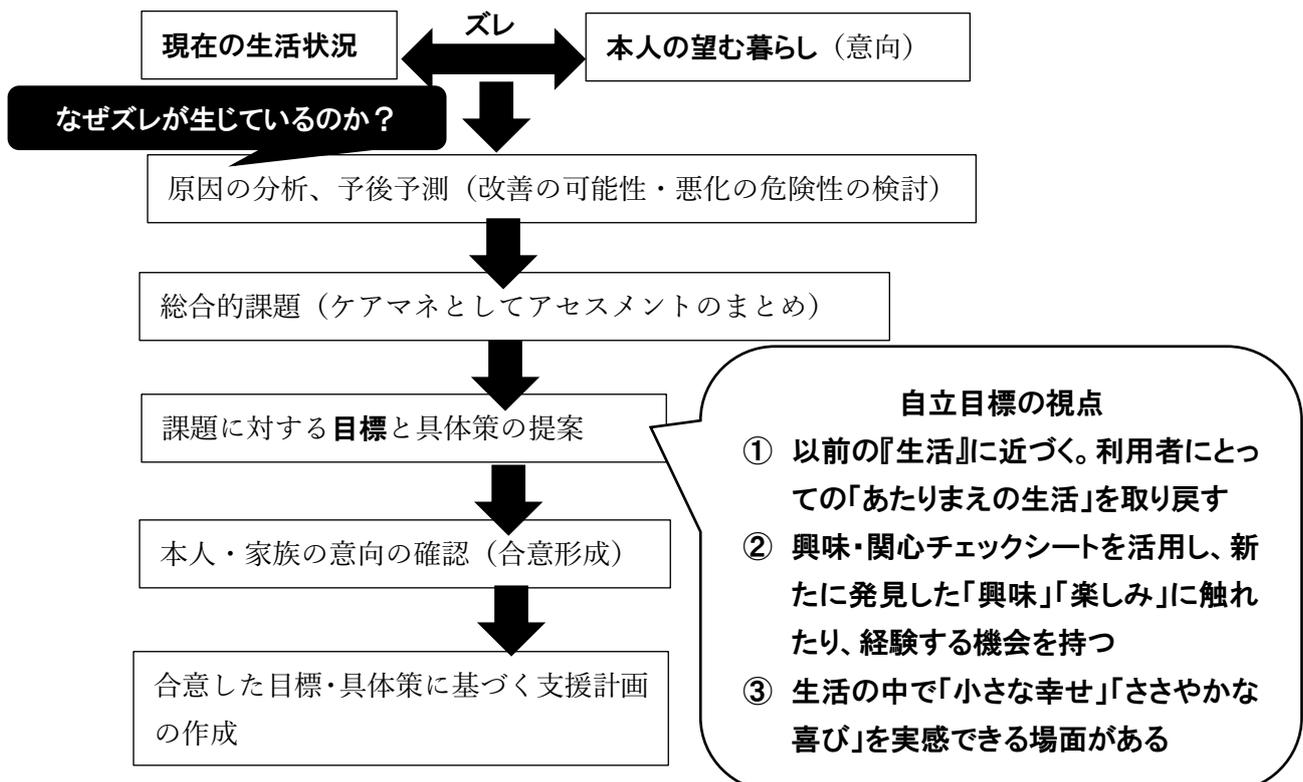
- ① 身体機能や生活動作がより自立する
- ② より少ない支援で生活する
- ③ より多くのことを自分で意思決定（自己決定・自己選択）できる
- ④ 潜在能力を活用する
- ⑤ 現状以上の悪化を防ぐ
- ⑥ 潜在的な危険性を防止する
- ⑦ 尊厳が守られる（その人らしさを大事にする）

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

アセスメントに基づきケアプラン原案を作成した後は、介護支援専門員が日程を調整し、本人、家族、ケアチームが一堂に会し、サービス担当者会議を開催します。

住み慣れた地域（居宅）での生活を継続するために、利用者の可能性を、利用者自身や家族、ケアチームが信じることは大切です。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。

#### 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 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、介護保険最新情報 Vol.992 で紹介された「適切なケアマネジメント手法」の手引きをご活用ください。

[https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/r2fukyu\\_betsushiryō.pdf](https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/r2fukyu_betsushiryō.pdf)

#### 8 ケア会議等を活用したケアマネジメントについて

綾川町では第1、第3水曜日の午前9時15分より、自立支援型ケア会議を開催しています。利用者の自立支援にとって、より良いサービスとするために、多職種から意見をもらえる場所となっています。インフォーマルサービスや、地域資源の活用などについても協議を行っています。ご希望の方は、健康福祉課又は地域包括支援センターまでご相談ください。

## 9 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について

- 平成18年度から軽度者（要支援1・2、要介護1）の利用が想定しにくい種目（特殊寝台及び付属品・車いす及び付属品・床ずれ防止用具及び体位変換器・認知症老人徘徊感知器・移動用リフト）は保険給付の対象外となり、例外的に給付される状態の判断として、原則的に要介護認定の基本調査結果で判断するよう変更となっています。
- 平成19年4月からは特例給付が一部見直され、i) 状態の変化、ii) 急性増悪、iii) 重篤化回避のいずれかに該当する場合は、保険者判断で給付可となっています。

対象外種目	厚生労働大臣が定める告示に該当する対象者	対象者に該当する基本調査の結果
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「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「3. できない」 1-3「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「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「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 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「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	
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「4. 全介助」 2-1「4. 全介助」

認定調査結果で確認ができない項目については、別紙アセスメント表を活用し、医師より意見をもらってください。①医師の判断に基づき、②ケアマネジメントでの判断を経て、③保険者で確認し給付の可否を判断します。

認定調査の基本調査結果が、上記に該当する場合は、町への書類の提出は不要です。(ケアプランに根拠を記載する)

<b>i)</b> <b>状態の変化</b>	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
<b>ii)</b> <b>急性増悪</b>	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
<b>iii)</b> <b>重篤化回避</b>	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	
移動用リフト	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。	

※サービス担当者会議を経たアセスメントの結果が、上記の状態である場合、別紙特例給付利用申請書に医師より意見をもらい、ケアプラン及びアセスメントとサービス担当者会議の記録を添付し、健康福祉課にご提出ください。上記が確認できなければ、給付不可となります。

## 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らない。
- 特殊寝台機能（電動）を使用する必要性があるかどうかが見極めのポイント。
- 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、サービス担当者会議等で検討を行い、ケアプランにも位置づける。

## 電動カート(車いす)の妥当性

- 安全な運転が可能な身体機能（操作技術・視覚・聴覚等）と認知機能（理解判断力・注意機能・危険予測等）の条件を備えているか、主治医や療法士などの専門職の見立ても含めて使用の妥当性を判断する。
- 日常生活に必要な使用目的で、日常的な使用頻度が見込めるかをアセスメントして、ケアプランへ位置付ける。
- 貸与する際に、返却すべき状態についてサービス担当者会議等で検討を行い、本人や家族の納得を得たうえで利用を開始する。
- 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、貸与開始時に決めた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位高くなっております。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

## 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、更新毎に申請が必要となりますのでご注意ください。

### 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伴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（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・農作業等正業の援助的な行為、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、ガラス磨き、ワックスがけ、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

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1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際は、事前にケアプランを健康福祉課へご提出ください。

### 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」の場合は、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こと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」という理由だけ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く必要があるものなのか(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。

※月変更で要介護度が変わる場合には、より多い回数を基準とする。

### 同居家族がいる場合の家事援助 及び 訪問回数の基準を超える場合は・・・

事前に健康福祉課に①アセスメント ②ケアプラン(原案)を持ってご相談ください。利用の可否をケア会議等で協議し判断します。

#### 1 1 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人につき原則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。