令和元年度第2回介護保険事業者連絡調整会議次第

1 説	明事項
(1)	介護サービス事業者等への指導・監督について・・・・・・P1~S
(2)	施設整備計画について・・・・・・・・・・・・・・P10
(3)	高齢者福祉サービスの改正について・・・・・・・・P11~12
(4)	ケアマネジメントに関する基本方針について・・・・・P13~25
(5)	自立支援サポート会議について・・・・・・・・P26~27
(6)	リハビリ職による訪問同行支援について・・・・・・・・P28
(7)	高齢者虐待防止について・・・・・・・・・・・・・・・P29
2 そ	の他
	あんジョイプラン9策定に伴うアンケートへのお礼・・・・・P3(
(2)	安城市北部デイサービスセンターの廃止について・・・・・・P3(

高齢福祉課の業務分担及び電話番号

高齢福祉係

71-2223

- 高齢者福祉サービス
- 老人クラブ、シルバー人材センターの支援

地域支援係

71-2264

- ・高齢者の相談・支援
- 在宅医療・介護連携(サルビー見守りネットなど)
- 認知症施策(見つかるつながるネットワークなど)

介護保険係

71-2290

- 介護保険事業所の指定・更新・休止・廃止の手続き
- 介護保険事業所の変更・加算の届出等の手続き
- 事故報告

介護給付係

71-2226

- 届出を行わない加算について
- 居宅介護支援事業所の届出
- ・負担限度額の申請 など

介護審査係

71-2257

- 要介護認定申請、認定調査
- 閲覧申請

介護サービス事業者等への指導・監督について

1 はじめに

介護保険サービス事業は、各事業所の責任において人員基準・設備基準・運営 基準に適合しているか自主点検を日々行い、更に利用者サービスの向上を目指し て充実していただくものです。事業運営の向上に努めなければならないことに留 意し、事業の目的を達成するために必要な最低限度の基準の適合に満足すること なく、自ら事業運営の改善をはかっていただくようお願いします。

(1)職員研修

従業員の資質向上のために、研修の機会を確保してください。特に、身体拘束 防止、虐待防止、法令遵守に関する研修は、毎年、実施してください。

(2)業務管理体制の整備

介護サービス事業者は法令遵守等の業務管理体制を整備し、国・県又は市に届出を行うことが義務付けられています。安城市に業務管理体制の届出が必要な事業者は、地域密着型サービスのみを行う事業者(総合事業は対象外)で、事業所が安城市内のみに所在する事業者です。既に届出を済ませている事業者で、法令遵守責任者の変更など届出内容に変更があった場合は遅延なく届出してください。

(3)「介護サービス情報公表システム」での公表

介護サービス事業者は、介護サービス情報を愛知県に報告することが義務付けられています。愛知県公式ウェブサイトを参考に、情報公表制度の対象事業者は 手続きをし、「介護サービス情報公表システム」により公開してください。

対象事業所

ア 年間100万円を超える介護報酬の支払いを受けている事業所

イ 新規指定事業所(基本情報のみ)

(4) 愛知県介護保険指定事業者講習会

愛知県が行う「介護保険指定事業者講習会」の資料も参考にしてください。 (愛知県高齢福祉課介護保険指定・指導グループのウェブサイト参照)

2 指導の種類

(1)集団指導と実地指導

市が行う指導は、集団指導と実地指導をいいます。事業者連絡調整会議は集団 指導の位置づけです。集団指導では、指定事務の制度説明、改正された場合の介 護保険法の趣旨・目的の周知及び理解の促進、介護報酬請求に係る過誤・不正請 求の観点から介護保険事業の適正化を図るため実施します。市が所管する事業所 については、集団指導に欠席した事業所は指導強化対象事業所としています。

(2) 市単独指導と県合同指導

愛知県と市の合同指導では、事前調査(自己点検シート)書類の提出及び改善 指示事項に対する改善状況報告について、愛知県へはもちろん安城市へも同書類 を提出してください。

(3) 監査

人員、設備及び運営基準等が指定基準違反であると認められる場合、又はその 疑いがあると認められる場合に行います。

3 実地指導について

安城市では、原則として3年に一度は実地指導を行っています。実地指導では、 サービスの質の確保・向上を図ることを主眼として、サービス事業者が法令・通 達などに基づき、適正な事業運営を実施しているか調査し、また必要な指導を行 うことをいいます。

(1) 事前提出書類

市の実地指導において、勤務形態一覧表や運営規程等の書類を事前提出していただきます。実施通知に事前提出書類について記載してあります。

(2) 改善指示事項

実地指導での改善指示事項は、文書で通知する内容は勿論、口頭指導内容も漏 らさず改善をはかっていただくようお願いします。

(3)総合事業の実地指導

総合事業の実地指導については、「介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ 有効な実地を図るための指針」に基づき実施します。県の合同指導時に同時実施 や、市単独で実施します。

(4) 留意事項

一度指摘した改善指示事項(文書・口頭とも)について、改善されていない場合は、悪質性が疑われると判断することがあり、悪質性、反復継続性等は処分の判断材料のひとつです。

あらかじめ通知したのでは当該事業所の日常におけるサービスの提供状況を 確認することができないと認められる場合は、当日通知でもって実地指導を行う 場合があります。

(5) 指導の実施状況

平成31年4月~令和2年2月指導事業所 53事業所 55改善報告を求めた事業所 45事業所

(6) 主な指導内容【平成31年4月~令和2年1月実施分】

ア サービス共通

		指導内容				
人員基準	1	管理者の出勤状況が確認できないため、適切に出勤状況を管理				
		し、記録に残すこと。				
	2	他事業所との兼務者については、辞令等により兼務関係を明確				
		にすること。				
運営基準	1	運営規程と重要事項説明書の整合性を図ること。				
	2	個人情報使用の同意は家族からも文書で得ておくこと。				
	3	利用者のサービス選択に資すると認められる重要事項、運営規				
程の概要等は見やすい場所に掲示すること。						
	4 サービスの質の向上を図るため、研修に参加した際は、研修					
	容について事業所内で共有すること。なお、参加した研修					
	料を整理し、必要な情報をいつでも確認できるようにし					
		こと				
	5	事故報告は適正な時期に市様式にて提出すること。				
	6	苦情・事故・ヒヤリハットの記録を適宜残すこと。				
	7	重要事項説明書の利用者負担割合について、3割負担の記載を				
		加えること。				
介護給付	1	加算を算定する場合は、算定要件を満たしていることを確認す				
費算定		ること。				

イ 地域密着型通所介護 (療養通所介護)・介護予防通所サービス・生活支援通 所サービス・認知症対応型通所介護

	1					
		指導内容				
運営基準 1 通所介護計画は、アセスメント結果等に基づき、居宅						
		計画に沿って遅滞なく作成し、利用者又は家族に説明し同意を				
		得たうえで交付すること。				
	2	介護予防通所サービス計画の作成者は管理者であることに留意				
		すること。				
	3	非常災害に関する具体的計画を立て、定期的に避難、救出そ				
		他必要な訓練を定期的に行うこと。				
	4	サービスの質の向上を図るための研修の機会が不足しているの				
		で、研修の充実に努めること。特に、身体拘束や高齢者虐待、				
		法令遵守に関する研修を行うこと。				
	5	出勤状況を確認できない従業者(管理者含む) がいるので、適				
		切に出勤状況を管理し、記録すること。				
介護給付	6	サービス提供体制強化加算を算定する場合は、加算に必要な職				
費算定		員割合を満たしていることを確認し、毎年度記録すること。				

ウ 認知症対応型共同生活介護

, ,,=,		指導内容					
人員基準	1	日中は共同生活住居ごとに介護従業者を、常勤換算方法で利用					
		者の数が3又はその端数を増すごとに1以上とすることとされ					
		ているが、配置が十分でない日があったり、管理者やその他介護					
		職員の超過勤務等を含めて確保を図っていた場合があるため、					
		職員の補充等体制の充実を図ること。					
	2	管理者の介護従事者との兼務は、管理上又は利用者の処遇に支					
		障が無い場合に限られるので、管理業務が常勤換算方法で0.5					
		以上となるよう人員配置を改めること。					
運営基準	1	利用者の精神の安定を図る観点から、担当の介護従事者を固定					
		する等、継続性を重視したサービス提供に配慮すること。					
	2	勤務表は暦月でユニットごとに毎月作成し、介護従事者が必要					
		な時間数配置されているか確認すること。					
	3	負担割合が変更となる利用者については、重要事項説明書によ					
		りその旨を説明し、同意を得ること。					
	4	身体的拘束等の適正化のための指針は、必要な項目を盛り込ん					
		で作成すること。					
	5	介護計画について、他の介護従事者に説明し、情報、認識の制					
		をすること。					
	6	認知症対応型共同生活介護計画はアセスメント結果等に基づ					
		き、内容の充実を図り、あわせて利用者又は家族に説明し、利用					
		者の同意を得た上で交付すること。					
	7	認知症対応型共同生活介護計画は画一的なものではなく、利用					
		者ごとに具体的な内容で作成すること。					
	8	入居の際には入居の年月日及び入居している共同生活住居の名					
		称を、退居に際しては退居の年月日を、利用者の被保険者証に記し、					
		載すること。					
	9	身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じること。					
		・身体的拘束適正化検討委員会を3月に1回以上開催すること。					
		・身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。					
A =# /A / !		・身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。					
介護給付	1	サービス提供体制強化加算を算定する場合は、加算に必要な職具を対象を選択していることを確認し、存在で記録されること					
費算定		員割合を満たしていることを確認し、毎年度記録すること。					
	2	看取りに関する指針について、指針に盛り込むべき項目を見直					
		すこと。					

工 小規模多機能型居宅介護

		指導内容		
人員基準	1	介護従業者について人員基準を満たしていない日がみられたた		
		め、適切な配置をすること。		
運営基準	1	通いサービスの利用者が登録定員に比べて著しく少ない状態が		
		続くものであってはならないことに留意すること。		
	2	小規模多機能型居宅介護計画は、画一的なものではなく、利用者		
		ごとに具体的な内容で作成すること。		
介護報酬	1	訪問体制強化加算は、訪問サービスを担当する常勤の従業者を		
算定		2名以上配置する必要があることに留意すること。		

才 居宅介護支援

		指導内容			
運営基準	1	事故発生時の対応について、重要事項説明書に記載すること。			
介護給付	1	入院時連携加算Iにおいて、入院日の記載誤りにより加算の要			
費算定		件を満たせないため、取り下げ、再請求をすること。			

カ 介護予防支援

		指導內容					
運営基準	1	運営規程の職員の員数は、実人数で表記すること。					
	2	介護予防サービス原案に位置付けた指定介護予防サービス事業					
		者等の選定理由について、利用者又はその家族に説明する際は、					
		文書を交付するとともに、説明を理解したことについて署名を					
		得ること。					
	3	職員の資格が証明できる書類を事業所内に整備すること。					

4 指定申請等に係る提出書類の一部簡素化について

指定申請に係る文書等を削減する観点から、介護保険法施行規則が改正され (平成30年10月1日施行)、保険者へ提出する書類の一部が簡素化されました。 これに伴い、新規指定、指定更新、変更、加算等において必要な添付書類や、 書類の様式が変更されております。市公式ウェブサイトに必要書類一覧及び各種 様式が掲載されておりますので、ご確認ください。

ホーム>暮らす>福祉・介護・医療>事業者向け情報>介護保険事業所の各種 手続きについて

5 【地域密着・居宅・総合事業】変更届・加算届について

- (1)変更届について
- ① 変更届出書は変更後10日以内に届け出ることとする。
- ② 総合事業のサービス事業所においても、忘れずに届け出ること。

③ ただし、運営規程の変更のうち従業員の変更(職員の採用、退職の異動)は頻繁にあることも考えられるため、次のことを条件に、特例扱い※をすることとする。

(愛知県における「従業員の変更に係る届け出の特例」同様の規定とします。) ※その都度の届出はなく、毎年6月1日時点の内容を同月末までに届け出ること。

- ◎人員基準の適合していることを事業所が自主点検すること
- ◎運営規程、重要事項説明書等の書類を事業所で適切に整備すること
- ◎介護報酬の加算の体制に影響のないこと
- ◎次の職種でないこと
- ア 管理者(全サービス)
- イ サービス提供責任者(介護予防訪問サービス・生活支援訪問サービス)
- ウ 介護支援専門員(全サービス)
- 工 計画作成担当者

(2) 加算届について

サービスの種類	算定の開始時期
定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (介護予防)認知症対応型通所介護 (介護予防)小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 地域密着型通所介護 居宅介護支援 介護予防支援 介護予防訪問サービス 介護予防通所サービス	毎月 15日以前に届出 → 翌月から 16日以降に届出 → 翌々月から
(介護予防)認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護	届出を受理した日が属する月の翌月 (届出を受理した日が月の初日である場
地域密着型特別養護老人ホーム	合は当該月)

(3) 届出書の様式について

ホーム>暮らす>福祉・介護・医療>事業者向け情報>変更及び加算の届出について

忘れていませんか?

総合事業の各種加算届・変更届は、市への提出が必要です。

訪問介護・通所介護を西三河福祉相談センターへ届け出て、総合事業もあれば市へも忘れずに届け出てください。他市の総合事業の指定を受けている場合は、他市への届け出も忘れずに行ってください。

6 令和2年度「介護職員処遇改善加算」「介護職員等特定処遇改善加算」算定のための処遇改善計画書様式例の提示及び提出期限について

令和元年10月の介護報酬改定において、経験・技能のある介護職員に重点化を 図りながら、介護職員の更なる処遇改善を進めるため、介護職員等特定処遇改善加 算が創設されました。

加算の取得に係る業務簡素化の観点から、介護職員処遇改善加算と介護職員等特定処遇改善加算の計画書等の届出について、2月末を目処に様式の統合等が予定されています。

そのため、例年処遇改善計画書の提出期限を2月末としておりますが、<u>令和2年</u>度の処遇改善計画書の提出期限については、<u>令和2年3月31日(火)</u>となりますので、ご承知おきください。

届出書類等の様式は市公式ウェブサイトに掲載しておりますので、ご確認ください。

ホーム>暮らす>福祉・介護・医療>介護サービス事業所の各種手続きについて て>介護職員等特定処遇改善加算の届出について

7 【居宅】特定事業所集中減算について

(1) 判定期間及び減算適用期間

	判定期間 減算適用期間		届出期日
前期	前年度3月1日から当年度8月末日	当年度10月1日から3月31日	9月15日まで
後期	当年度9月1日から当年度2月末日	次年度4月1日から9月30日	3月15日まで

- ※届出期日が閉庁日の場合、直前の開庁日が届出期日となります。
- ※令和元年度後期分については、令和2年3月13日(金)までにご提出ください。

(2) 手続きについて

- ・80%を超えたサービスが一つでもあった場合、正当な理由の有無に関係なく届出書の提出が必要です。
- ・なお、80%を超えるサービスがなかった場合も、「特定事業所集中減算届出書」 及び各サービスの「計算書」は事業所で5年間保管してください。
- ・届出書類等は市公式ウェブサイトよりダウンロードしてください。 ホーム>暮らす>福祉・介護・医療>事業者向け情報>特定事業所集中減算の 届出について

(3) 提出先

高齢福祉課介護保険係(市役所北庁舎1階43番窓口)

8 市公式ウェブサイトの確認について

市公式ウェブサイトの高齢福祉課のページでは、「事業者向け情報」を掲載して おります(例:介護保険最新情報、国・県からのお知らせ、介護報酬改定について、 介護保険事業所の各種手続について等)。

重要な情報を掲載しておりますので、普段からこまめにご確認いただきますよう、 お願いします。

高齢福祉課のお知らせ HPのご案内





福祉・介護・医療





あんジョイブラン/施設整備/各種審議会/介護・福祉の仕事に関する情報 など

■ その他

説明事項(2)

あんジョイプラン8 (第8次高齢者福祉計画・第7期介護保険事業計画) における 施設整備計画の進捗状況について

施設名	定員数	整備数	設置運営法人	整備予定地	開所予定時期
認知症対応型 共同生活介護	18人 (2ユニット)	2か所	株式会社大木家	横山町	令和2年3月
(グループホーム)			株式会社日本介護研究所	小川町	令和3年3月
地域密着型特定施設 入居者生活介護	29人	1か所	株式会社日本介護研究所	箕輪町	令和2年12月
地域密着型特別養護老人ホーム	29人	1か所	公募終了 応募なし	安城南・篠 目中学校区 以外	未定
特別養護老人ホーム	100人	1か所	再公募中	安城市	令和5年3月

高齢者福祉サービスの改正について

<問い合わせ先 高齢福祉課高齢福祉係 Tel0566-71-2223>

1 「リフォームヘルパー派遣事業」の廃止及び「人にやさしい住宅リフォーム助成」の今後の取扱いについて

リフォームヘルパー派遣事業については、利用者が逓減してきたことや介護保険 住宅改修給付対象外の申請手続の簡素化を図るため、令和元年度をもって廃止いた します。

現在、介護保険による住宅改修給付の対象外の改修内容であるものの、介護又は 介護予防に資する一定の改修内容について、リフォームヘルパー派遣事業を利用す ることで、人にやさしい住宅リフォーム助成の対象としております。

リフォームヘルパー派遣事業は廃止となりますが、引き続き一定の介護保険対象 外の改修内容が人にやさしい住宅リフォーム助成の対象となるよう、以下のとおり 対応いたします。

● 申請方法について

介護保険の住宅改修給付対象外の改修のうち、介護又は介護予防に資すると認められるものの申請は、リフォームヘルパー派遣事業の廃止に伴い、<u>直接市で受付を</u>行いますが、申請手続の前の事前相談を必須とします。

事前相談がない場合、申請時に改修内容・理由によっては助成対象外となりますので、ご注意ください。

- 対象となる改修内容について(介護保険による住宅改修給付対象外のもの)
 - 介護又は介護予防に資すると認められる住宅改修工事(事前相談必須)
 - < 対象となりうる主な改修内容 >
 - ・ウッドデッキの設置、ベランダの段差解消
 - 玄関上り框の拡張
 - 移動円滑化のための障害物等の撤去、通路拡張
 - 車椅子対応等の洗面台及び流し台への取替
 - 昇降機設置に係る整地(昇降機本体の設置費用は対象外)
 - ※ 上記の改修内容以外においても、介護又は介護予防に資すると認められる改修 内容は助成の対象となりますので、随時お問い合わせください。
 - ※ その他「対象者の要件」、「助成金額」等については、変更はありません。

2 「高齢者外出支援サービス事業」の改正について

● 高齢者タクシー料金助成利用券の利用範囲が広がります

令和元年度までは、出発又は行先が「自宅」である必要があるなど、利用範囲に 多くの制限がありました。

令和2年4月1日からは、『デイサービス・デイケアの送迎』以外であれば、出発 地や行先・目的の制限はありません。

- ※ 入所施設からの退所時はその時点で対象者としての要件を満たしていませんの で、助成利用券を利用することはできません。
- ※ 施設への入所時の利用は可能ですが、施設入所した時点で、助成の対象要件を満 たさなくなりますので、速やかに助成利用券をご返却ください。
- ※ 対象となる方、利用券の交付枚数、助成金額、利用方法等は、今までと同様です。
- 3 「生活支援ハウス事業」の廃止と「高齢者中短期入所生活支援事業」 の実施について

● 生活支援ハウス事業の廃止

特別養護養護ホームあんのん館・福釜内で実施してきました生活支援ハウス事業については、稼働率の低下等を理由に令和2年3月31日をもって廃止します。

併せて、養護老人ホーム等で行っている在宅高齢者短期入所介護事業についても 廃止します。

● 高齢者中短期入所生活支援事業の実施

これまでの生活支援ハウス事業と在宅高齢者短期入所介護事業の機能の見直し・ 統合を行い、養護老人ホームにおいて高齢者中短期入所生活支援事業を令和2年4 月1日から実施します。

▶ 利用対象者

身の回りのことが自分でできる概ね65歳以上の方で、「自立又は要支援1・2」かつ「ひとり暮らしの方・夫婦のみの世帯の方・家族の援助を受けることが困難な方」。

> 利用者負扣額

収入に応じて定められた額(月額0円から20,000円) 別に光熱水費等の負担が必要です。

> 入所期間

最大6か月間(原則として3か月間)

※利用にあたっては、個別で生活状況の確認等を行った上で利用可否を決定します。 利用を希望する場合や事業の詳細等については、随時お問い合わせください。

ケアマネジメントに関する基本方針(愛知県・安城市版)

~~居宅介護支援事業所に対する実地指導について~~

1 体系

ケアマネジメントについて、特に居宅介護支援事業所におけるケアマネジメントは他の介護保険サービス事業者の実地指導を行う際にも前提となるものであり、居宅サービス計画書(ケアプラン)がどのように作成されているかを理解していると、他の介護保険サービス事業者に対する実地指導の参考にもなるので、しっかりと理解しておくべき重要な内容である。

基本的には、介護支援専門員(ケアマネ)が作成するケアプランに沿って、関連する介護保険サービス事業者が該当サービス(ケアマネが給付管理を行うサービス)を提供してはじめて介護報酬請求することになる。

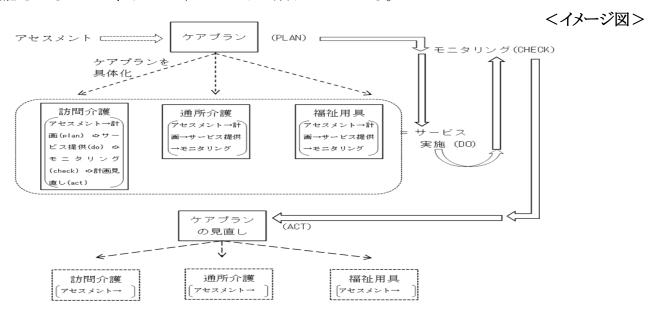
指導のポイント

居宅療養管理指導や住宅改修など給付管理を伴わないサービスのみのマネジメントを行っても居 宅介護支援費の請求はできないということ。

考え方としては、上記のような給付管理のない居宅サービス計画書を作成することもあり得るが、報酬請求できないので、作成する事業者はほとんどないが、この場合には自費でのサービス提供とすることも可能と考えるが、運営規程等でこれらの内容が適切に定められ、契約締結していることが必要となる。

一方、介護保険制度においては「PDCA サイクル」をシステムの根幹として位置付けているため、各介護保険サービス事業者が該当サービスを提供するにあたっては、ケアプラン(「PLAN」)に沿って、各事業所内で個別サービス計画のための(小さな)「pdca サイクル」を機能させ、当事業所で作成した「plan」に基づくサービス提供(「do」)が義務付けられている。

そして、担当介護保険サービス事業者による具体的なサービス提供を「DO」として、ケアマネがモニタリング(「CHECK」)、ケアプランの見直し(「ACT」)、という大きな PDCA サイクルを機能させることで、ケアマネジメントが成り立っている。



※ この考え方は特別養護老人ホーム等の施設系でも基本は同じ(各介護保険サービス事業者を各職種(介護職員、看護職員等)と読み替えればよい。)。ただし、各職種内での機能訓練や栄養ケアの計画は基本部分だけの記載でよく、加算が求める詳細計画は別に作成すればよい。

2 概論 ≪ケアマネジメントの流れ≫

『アセスメント \Rightarrow ケアプラン作成 (P) \Rightarrow サービス提供 (D) \Rightarrow モニタリング (C) \rightarrow 再アセスメント \rightarrow ケアプランの見直し (A) …』 (PDCA サイクル)

ケアマネジメントは「**1体系」**のとおり PDCA サイクルが基本になるが、ケアプラン作成のためには、情報収集を含むアセスメントが最も重要なプロセスになる(SPDCA サイクル)。

「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) の第 13 条にこの流れと各業務内容が具体的に規定されているため、まずはこれらのケアマネジメント業務がなされているかを確認する。

このうち、第13条第7号、第9号から第11号まで、第14号から第16号(変更の場合の準用規定)に規定された業務ができていない場合には運営基準減算に該当する(厚生労働大臣が定める基準第82号)ため、重要ポイントである。

運営基準違反と運営基準減算

運営基準違反とは、文字通り、「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」 (略して「運営基準」と称している。)に違反していることで、様々な内容が規定されており、 その内容に抵触していれば運営基準違反となる。

それに対して運営基準減算は、詳細は次に記しているが、報酬算定のルールの中で、運営基準のうち第13条の一部が遵守されていないと報酬上の減算になることで、逆に報酬減算にならないからといって、報酬減算に該当しない項目についてないがしろにする事業者も少なからず存在している。

報酬上の減算規定に関わらず運営基準違反を犯すとどうなるのか。

(勧告、命令等)

- 第八十三条の二 市町村長は、指定居宅介護支援事業者が、次の各号に掲げる場合に該当すると 認めるときは、当該指定居宅介護支援事業者に対し、期限を定めて、それぞれ当該各号に定め る措置をとるべきことを勧告することができる。
 - 一 当該指定に係る事業所の介護支援専門員の人員について第八十一条第一項の市町村の条例で定める員数を満たしていない場合 当該市町村の条例で定める員数を満たすこと。
 - 二 第八十一条第二項に規定する指定居宅介護支援の事業の運営に関する基準に従って適正 な指定居宅介護支援の事業の運営をしていない場合 当該指定居宅介護支援の事業の運営に 関する基準に従って適正な指定居宅介護支援の事業の運営をすること。

上記の介護保険法第83条の2条に基づき、勧告を受けることとなる。

勧告に従わない場合は、命令を受け、(この段階から事業者名等の公表が義務化される。)命令に従わない場合は、最終的には事業所の取消し処分となる法体系となっている。

一般的な基準違反は前述のとおりであるが、報酬減算とはならないが、とても重要な事項として、基準第13条第6号がある。適切なアセスメントを行っていない居宅訪問は、訪問の目的がアセスメントであることから、例え居宅訪問してもアセスメントが不十分であれば第7号違反として運営基準減算となる可能性がある旨を次でも説明しているが、この項目に抵触する場合は、もっと重大な違反行為と評価する場合もあるので注意が必要である。

基準第13条第6号

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。(第7号で、第6号でいう解決すべき課題の把握を「アセスメント」と定義されている。)

上記第6号違反そのものは、運営基準減算としては適用を受けない項目と整理されているが、

第八十一条 (「人格尊重義務」と言われる規定)

六 指定居宅介護支援事業者は、要介護者の人格を尊重するとともに、この法律又はこの法律に 基づく命令を遵守し、要介護者のため忠実にその職務を遂行しなければならない。

介護保険法第81条第6項に抵触している可能性(人格尊重義務違反)がとても高い内容である。

人格尊重義務違反を犯すとどうなるのか。

(指定の取消し等)

第八十四条 市町村長は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該指定居宅介護支援事業者に係る第四十六条第一項の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。

四 指定居宅介護支援事業者が、第八十一条第六項に規定する義務に違反したと認められるとき。

人格尊重義務違反は、介護保険法第84条の指定の取消し等の処分規定が適用される内容となっており、この取り扱いについては、所轄庁の裁量の範囲とされているものであるため、アセスメント未実施や不十分を人格尊重義務違反と評価し、よって処分事由に該当するため、取消し処分となるという結論付けは早計な判断であるが、事由によっては、処分となりえる内容であることに注意が必要である。

○ 運営基準減算に係る考え方(基準第13条に抵触する場合)

【基準第13条】

- ・第7号 「(アセスメント)に当たっては、利用者の居宅を訪問し」なければならない。
 - ⇒ アセスメントを実施していなければ、たとえ居宅訪問をしていたとしても、当該 条項に違反する(=運営基準減算)と考えることはできる。

<この内容を不正請求扱いする場合は要注意>

[具体例]

新規申請時、認定更新時、区分変更申請時や退院・利用者の状態像の変化等によるケアプラン(暫定プラン(認定がされていない時点のプラン)を含む。)の変更時にアセスメントが全くされていない場合は、アセスメントのための居宅訪問とは認められない。

・第9号 「サービス担当者会議」の開催により、「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」。

[具体例]

ケアプランの変更時(軽微な変更※を除く。)にサービス担当者会議が開催されていない。 ※介護保険最新情報 Vol. 155 (H22.7.30)

・第 10 号 「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。」

[具体例]

利用者若しくは家族に説明・同意がなされていない (→第11号の交付もされていない。)。

- ・第 11 号 「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。」
- ・第 14 号 「少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、」「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」。

[具体例]

月1回の居宅訪問がなされていない(=モニタリングがなされていない。)。 訪問はしているが記録していないだけという事業者も存在するが、要件には「結果の記録」 となっており、記録がないことでもって減算に該当するので、このような答弁をする事業者は 基準そのものの理解不足である。

・第 15 号 「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」、若しくは 「要介護状態区分の変更の認定を受けた場合」には、「サービス担当者会議」の開催 により、「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。」

[具体例]

暫定プラン作成時にサービス担当者会議が開催されていない。

暫定プランだから一連の手続きを省略するという考え方はあり得ない。

サービス担当者会議でもって専門的な見地からの意見聴取となっている。なぜ専門的な見地から意見聴取するのか、を正しく理解されることが重要。

日常生活の自立を目指していることから、不適切に作成された居宅サービス計画書に基づくサービス提供は、場合によっては、自立どころか利用者の健康被害も引き起こす可能性があることを理解させる。

各業務が実施されているとして、次にその内容を確認することになるが、ケアマネジメントは上記の流れに沿って行われることになるので、各々の業務がつながっているか("イメージ図<資料1頁>"では矢印→の部分。)が次のポイントになる。逆に言えば、各々の業務が個々に行われているにすぎないのであれば、運営基準減算には該当しないとしても、適切なケアマネジメントになっていない。

しかし、実地指導に行くと、特にアセスメントやモニタリングがバラバラであったり、目標に着眼したモニタリングでなく、サービスの満足度評価であったり、それらがケアプラン(見直しを含む。)につながっていなかったり、実際のサービス提供に生かされていない事例は少なくない。

[具体例]

- 生活援助で調理の訪問介護サービスが位置付けられているにもかかわらず、アセスメントにおいて、IADLの調理の記述がない(中には調理可となっていたケースもあった。)。また、調理の生活援助の訪問介護サービス提供以外の曜日の食事摂取についてどのように対応しているのかを尋ねても明確な回答が返ってこない。
- 〇 住宅型有料老人ホーム等で夜間の排泄介助が位置付けられているが(特養等でも同様の事例あり。)、排泄に関するアセスメントは{自立・一部介助・全介助}のチェックのみであり、時間帯や介助の内容の記述もなく、当該サービスの必要性が不明であった。
- ユニット型特養(老健)であるにもかかわらず、起床時間に関するアセスメントもないまま、 画一的な時間に起床介助をケアプランに位置付けている。(中には、そもそも生活リズムの聞き取 りをしていない施設ケアマネもいる。)
 - こうした状況の背景には様々な理由があると思われるが、(原因の考察)
 - ① ケアマネジメント能力(文章力を含む。)の不足
 - ② 利用者(若しくは家族)要望への言いなり(場合によっては、会社に逆らえない・サービス事業者の言いなり)
 - ③ 介護保険ソフトへの過度の依存が挙げられるのではないか、と考える。
- <u>運営基準減算に係る考え方(基準第4条第2項に抵触する場合:平成30年度から)</u> 利用者に対して、複数の居宅サービス事業者の紹介を求めることができること、居宅サービス事業者の選定理由の説明を求めることができることを文書で説明すること。

3 課題分析 ≪アセスメント≫

アセスメントはケアマネが介護保険サービスを位置付ける根拠である。

アセスメントについては、「居宅サービス計画ガイドライン(全社協方式)」や「包括的自立支援プログラム」等の大手のアセスメントシートではなく、独自方式を活用しているケアマネもいる。この場合には、まず、アセスメントの項目が国の定める課題分析標準項目(23項目:社会保険研究所発行「介護報酬の解釈 QA・法令編」P855 (H30.4版))を充足しているかどうかを確認する必要がある。

大手のアセスメントシートを使用している場合は、シートとしての項目自体は充足しているものの、記入漏れがあれば適切なアセスメントをしたことにならないのは言うまでもない。

また、介護ソフトを使用している場合に、入力するだけで書類を打ち出していない場合も見受けられる。(この場合の多くは、項目のチェックのみであり、言葉による課題分析がほとんどない。) しかも、入力の際に前回データを上書きしている場合もあり、そうすると過去のアセスメントの実施の有無すら確認できないため、アセスメント結果を印刷する、もしくはデータを日付毎に適切に保存しておくことが必要である。それは、実地指導のためではなく、利用者の過去のアセスメントを時系列に比較検討することが、より適切なケアマネジメントをするために必要だからである。

紙ベースの場合に、利用者の状態像があまり変わらないという理由で、変更箇所だけ追記していたり、支援経過にその旨を記載してアセスメントをしていると主張したケアマネがいたが、最低限、色を変える等により、いつ時点のアセスメント内容かが分かるようにすることは必須である。

現実には、要介護者の場合、状態像が全く変わらないということは想定しがたく、利用者の 些細な変化を把握することもケアマネの業務として重要なポイントではある。

[具体例]

アセスメントシートに「入院により車椅子利用となった」(そもそもこれはアセスメントでなく、介護保険サービスの追加という結果であるが。)旨のみ追加記載され、他は変化なしと口頭で説明を受けたが、同時期のケアプランを見ると介護者の負担軽減のために(当該理由はサービス担当者会議の議事録に記載してあった。)、通所介護の回数を増やしていたケースがあった。勿論、アセスメントの介護力欄には何ら追加記載はなし。といった具合に整合性のない計画策定の手順となっていたもの。

なお、愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会(愛介連)が独自のアセスメンシートを開発しており、研修付きで普及に取り組んでいる。愛介連版はいわゆるチェック方式とは対極にあり、全て文章で、「『以前の生活を踏まえた今の暮らし』 → 『生活に対する意向』 → 『予後予測・リスク』 → 『他職種の意見』 → 『課題の整理』 → 『生活の目標』 → 『生活全般の解決すべき課題』」の流れで課題を導き出すところにその特徴があり、課題分析をするという視点からは参考になる。

参考

愛介連版アセスメントシート作成の折には、出版内容として、6 類型のアセスメントから計画書までの事例が掲載されており、県として、その内容・水準であれば実地指導等での指導対象とならない内容となるように助言したもの。

【国が定める課題分析標準項目】

- (1) 基本情報 … 利用者受付情報、利用者・利用者以外の家族等の基本情報
- (2) 生活状況 … 利用者の現在の生活状況、生活歴等

指導時のポイント

居宅サービス計画書の第3表には、主な日常生活上の活動の記載欄があるので、この生活状況の項目として、日常生活の活動時間帯が把握されていない場合には、第3表は如何にして作成されたのか、提供すべきサービスの提供時間帯がなぜ決まったのか、等々の疑問が生じる。

把握すべき重要事項であるが、国の示す記載様式でもあまり重要度を感じられないので要注意。

(3) 利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等)

指導時のポイント

40歳から64歳までの2号被保険者の年齢区分の場合、生活保護受給者の場合は、そのほとんどは、介護保険の被保険者でない場合が多いので、被保険者確認は重要である。

実際の取扱いとして「みなし2号」という表現を用いている場合もあり、あたかも介護保険適用者であるかの錯誤を与えるので要注意。

2号被保険者は、医療保険加入者であることが前提であり、生活保護受給者は、国保以外に社保 等に加入していなければ医療の全額が生活保護適用となり、医療保険未加入者となるため介護保険 の被保険者ではない。

- (4) 現在利用しているサービスの状況 介護保険給付対象・対象外を含め、利用者が受けているサービスの状況
- (5) 障害老人の日常生活自立度
- (6) 認知症である老人の日常生活自立度
 - (5)、(6)共通して、入手方法は主治医意見書、認定調査員、主治医意見書を記載しない他の医師(複数診療科に受診の場合はあり得る)等が考えられる。

指導時のポイント

オリジナルシートは作成してあるが、その記入要領を定めていない場合も多い。(市販のアセスメントシートは記入要領だけで一冊の本になるぐらいの量がある。)

そこで、(5)、(6)の記入方法を聞取りするとよい。主治医意見書という答えが多く、そのことが最も合理的であるが、主治医意見書の入手時点や内容と、ケアマネ本人の判断が相違する場合の対応について聞き取りをすると、答えに窮することが多い。

⇒これは、内容的には、アセスメント上の最重要事項ではないが、独自のアセスメントを行っている場合には、この点が曖昧となりやすいため、相手側の理論の脆弱性を指摘するのに解りやすい項目ということ。

また、主治医意見書からの場合に、初回アセスメントの場合は、主治医意見書の入手はアセスメント実施日から相当遅れて入手することとなるので、実際には後日追記し、形式的に穴埋めしただけのこともある。2回目以降でも、アセスメント実施日として入手している主治医意見書は前回分の場合が多いため、日付の齟齬が多く生じることとなる。一見単純な情報収集と思える内容でも、時系列的に確認すると矛盾が生じていることがある。従って、どのような内容でもって、また入手方法はどうするのかがルール化されていないと、情報としては不安定となるもの。

(7) 主訴 (要望を含む)

利用者と家族の思いは相反することも多く、分けて記載してあるか確認する。

- (8) 認定情報 (要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等)
- (9) 課題分析理由(初回·定期·退院退所時等)

指導時のポイント

この項目は手抜きが多い。

これは初回・定期以外の状況とリンクできるか、という情報である。

区分変更や入・退院時に該当するにもかかわらず、アセスメントの時期を見逃している場合の確認に使用する。支援経過で区分変更、入・退院事実や状態像の変化を把握し、その時点で一連のケアマネジメントを実施、ケアプラン見直し・暫定プラン作成をしているかという視点で確認する。

(10) 健康状態

健康とは身体状態のみではなく、心の状態、生活スタイルや生活状況にも目を向ける。とりわけ、疾病等がある場合には、本人の病識について理解する。

(11) ADL

介護上の基本的な項目。日常生活行為の自立の程度やレベルを観察し、環境的条件も考慮する必要がある。

(12) IADL

IADL 中の服薬情報について、記載がないことが多いが、薬局発行の薬情報を入手している場合もあるので、記載の有無以外にも注意する。

指導時のポイント

複数医療機関に受診し、服薬を受けている場合に重複投与となっていることもあるが、その点の確認レベルが低い。積極的に主治医及び薬局の居宅療養管理指導を巻き込んでいれば「優」、 把握すらされていなければ「不可」。

服薬情報は、利用者の状態像の把握においても重要事項であるので、複数箇所からの服薬の場合には居宅療養管理指導又は医療保険での診療情報提供の活用等を視野に入れることを検討する姿勢が重要。

(13) 認知

認知機能の低下等のマイナスイメージの項目であるが、自立した生活を営んでいく上での 自己表現や他者との関わりといった本人らしさをとらえる。

(14) コミュニケーション能力

広く他者との関わりや環境とのつながりを意味しているので、意思伝達能力に留まらず、 共に分かり合うための相互の働きかけが可能な環境にあるかを把握する。

(15) 社会との関わり

要介護だからこそ「ふつうの暮らし」を求めており、地域で暮らし、他者と交流することは自分らしい生活を作るうえで重要な要素である、という視点を持つ。

(16) 排尿·排便

排泄は尊厳に関わる項目であり、日常生活を営む上で深刻な心配事の一つであるため、自立に向けた可能な条件をどのように整えていくか、という視点が必要になる。

(17) 褥瘡・皮膚の問題

もともと高齢者の皮膚はデリケートで傷つきやすいものであるが、家族介護力の低さ、介護知識・理解不足がその要因となることもある。栄養状態不良、廃用症候群が原因で褥瘡があるなら、根本的な改善が必要である。

(18) 口腔衛生

大事な項目のわりに見逃しやすい項目。口腔内の状態によっては、嚥下だけでなく、コミュニケーションの困難を引き起こすほどに重い生活障害にもつながりかねない。

(19) 食事摂取

食事は生きていくための栄養補給だけでなく、口腔摂取は生きる意欲、愉しみや張り合いであるため、意欲等につながる条件や内容になっているかを把握する。

(20) 問題行動

利用者の問題像、あるいは逆にストレングスとして、人間関係や環境との調整をどのようにしたら生活の改善を図れるか、医療対応が必要かという視点を持つ。

(21) 介護力

とりわけ在宅の場合は、介護者を含む家族等の理解、能力や実行状況を的確に測り、利用者の QOL をどのように維持するかを検討する。介護や相続等が絡み、家族間で意見の相違があることも多く、キーパーソンをきちんと押さえ、家族支援がどこまでできるのかという視点を持つ。

また、要介護状態のレベルに関わらず、家族で面倒を見るという理由から、提供されているサービス内容が要介護状態と乖離しているような場合には、ネグレクトや、過剰な責任感等から自死への可能性も視野にいれる。

(22) 居住環境

記載がないことも多いが、中には写真付きにしているところもある。

日常生活の自立支援を目標としているのに、居住環境を把握しなくて何を目標に設定するのか。⇒サービス提供側の言いなりか、利用者(若しくは家族)の言いなりの場合は省略されてしまっていることが多い。

住宅改修の必要性や危険箇所の把握だけでなく、日常生活を送る上での障害物の把握が必要となる。

大手のアセスメントシートでは、居住環境の把握のため、間取り図等の記載欄があり、段 差等を補記するパターンが多い。

指導時のポイント

住環境の把握については、国の示す内容では「住宅改修の必要性」程度の記載例となっているが、 在宅生活の継続、自立した日常生活を考える上では、住環境に関する情報は非常に重要となる。

利用者がどこで起居し、食事の場所、トイレ、お風呂等日常生活を送る上でどのような状態であるかが、把握されていないアセスメントでは、在宅生活の継続を目指した居宅サービス計画書となっているのか疑問である。

また、住環境の状態と心身の状態から、目指すべき心身機能の回復レベルも見えてくるので、この点からも住環境の把握は重要である。

(23) 特別な状況

介護サービスを提供する上での個別のニーズ、家族虐待等も把握する。

4 居宅(施設)サービス計画 ≪ケアプラン≫

まずは、3とも関連するが、アセスメントとの連動があるかないか - 具体的には、アセスメントにこう書いてあるから、当該サービスが必要になる、という論理が読めるか、がポイントになる。

指導時のポイント

主治医意見書では通所リハが必要と記載されているのに(主治医が特に必要性が高いと考えたサービスにはチェック+下線を引くことになっている。)、ケアプランには通所介護が位置付けられているケースはよく見られる。その時に、なぜ通所リハではなく、通所介護なのか、を確認すると、答えられないか、「利用者が希望しているから(若しくは、利用者がリハを拒否しているから)」との答えが返ってくることが多い。では、医学的に必要とされているリハについてはどのように対応しているのか、と聞くと黙ってしまうか、通所介護の個別機能訓練で対応している(個別機能訓練加算を算定していないにもかかわらず。)、との答えになる。

リハビリテーション(医療系のサービスには全て医師の指示が要件となっている。)と個別機能訓練ではその内容も効果も異なるが、その点を踏まえてアセスメントに記載したり、ケアプランに通所介護を位置付けている事例はきわめて少ない。(とはいえ、現実にはサービス内容が似通っている事業所がある点は否めないが…。)

医療系のサービス(訪看、訪問リハ、通所リハ、短期療養等)を位置付ける際は、主治医の指示のあることを確認し、記録しなければならないが、確認記録のないままサービスが位置付けられていることが多々見られる。更新時(サービスの継続)はともかくも、新規に医療系サービスを入れる場合は必ず主治医との連絡調整等の記録を確認する。

また、平成30年度よりは作成したケアプランを主治の医師等に交付しなければならないことに留意すること。

【参考】迫井厚生労働省老健局老人保健課長 ~「介護保険情報4(2015)」(社会保険研究所発行)

「医療のリハは、骨折や色々な疾患に起因する心身機能の低下の改善が一つのゴールです。介護のリハは、急性期や回復期の後の長い期間、社会で生活することを目指して実施することが目的であり、より生活に密着したものです。」

- 〇 社会保障審議会介護給付費分科会(H26.8.27): 平成27年度介護報酬改定に向けて ~居宅サービスに求められる機能
- ・通所介護 必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、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。
- ・通所リハ 理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心 身の機能の維持回復を図る。

ケアプランはアセスメント結果等から得られた課題分析とその解決法を示した PLAN であるため、そのプロセスー何のために、定められた目標を達成するために、どんなサービスを、どのように提供するか、を各介護保険サービス事業者に伝える手段である。

よって、次に(特に短期)目標の設定がポイントとなる。ここはレベルの差が問題になる箇所であり、改善指示の判断に迷う場面もあるかもしれないが、課題(ニーズ)に沿っているか、利用者目線になっているか、や(特に短期目標では)達成可能な具体的な目標設定になっているか等を確認する。

それは、目標がある程度具体的になっていなければ、次項のモニタリングを適切に行うことができないからである。

5 モニタリング

モニタリングは独自に様式を定めているか、介護ソフトの様式を使っていることが多いが、 大抵の場合、「サービスの実施状況」、「利用者の満足度」、「ケアプランの見直しの要否」等に 「〇」を付けるような方式が多い。実際には「満足度」を中心にモニタリングをしている事例 が多く見られる。

モニタリングの定義

基準第13条の第13号、第14号から、その定義は理解できる。

13号

一介護支援専門員は、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 号

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。)・・・以下

あるいは、「目標の達成度」の項目があっても、「(ほぼ)達成」に〇をつけ、「ケアプランの 見直し」は不要とし、ケアプランを「継続」している事例が非常に多い。

しかし、この水準では、求められるモニタリングを行っているとは言い難い内容である。

モニタリングは、現行のケアプランが利用者の現状に即しているかどうかを判断するために 行われるものであるため、目標の達成度を見なければならない。

目標が達成されていれば、(短期)目標を変更することになる。←

また、平成27年度法改正の一環として、基準の第13条に「訪問介護計画等指定居宅サービス等基準において位置づけられている計画の提出を求める」ことが追加規定されたが、これも居宅介護支援事業所と居宅サービス事業所が共通認識をもつとともに、ケアプランに基づいたサービスが提供されているかどうかを確認し、モニタリングの実効性を高める狙いがあるものと考えられる。

それは、各サービス事業所でどのようなサービスが提供されているかを把握した上でなけれ

ば、「指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い」、「少なくとも1月に1回、モニタリング」(基準第13条第14号)を行うという、本来の意味でのモニタリングにならないからである。

あわせて給付管理を適切に行っているかどうかもポイントの一つである。

基本的にはケアプランに沿った各個別計画に基づいたサービスを各居宅サービス事業者が 提供して、初めてそれら居宅サービス事業者は報酬の請求をする根拠が与えられるものであり、 在宅系においてはケアマネがその給付管理をすることになっている。

従って、ケアマネは各個別計画を見て、具体的にどんなサービスを提供しているかを確認し、 その実施状況を把握(モニタリング)しなければならない。

特に訪問系のサービスのようにサービス内容、時間等が変更されやすいものについて、ケアマネが適切な管理をしているかどうかは確認すべき事項の一つである。

とはいえ、ケアマネに対する実地指導で給付管理(サービス提供の事実確認)の適正性を チェックすることは難しいことが多く、むしろ、他の介護保険サービス事業者(特に訪問介護 等)の実地指導において、ケアマネが給付管理を怠っている(架空のサービスとなっている場 合等)と思われる事例に遭遇することもあり得るので、居宅サービス事業者実地指導との連携 は非常に重要なことであり、当該事業者の所轄庁との連携が重要となってくる。





自立支援サポート会議~みんなでもう一歩ぐ~

【目的】

自立型ケアマネジメントの強化、 多職種の視点によるケアの質の向上

【開催日】

毎月第4木曜日午後2時~午後3時30分 【対象】

要支援者でよくある事例(困難ケース以外)

【参加者】 ⇒誰が参加しても歓迎(下記は一例) 市、地域包括支援センター、ケアマネジャー、薬剤師 リハビリ専門職 (PT,OT,ST)、管理栄養士、看護師 生活支援コーディネーター、介護サービス事業者等

【効果】

- ・高齢者の生活課題の把握(個別事例) ⇒地域の課題の把握⇒政策立案
- ・専門性の技術移転(在宅医療介護連携)
- ・インフォーマル資源の共有、不足する資源の把握等
- ★会議を繰り返す中で、目指す姿の方向性を共有
- ★地域支援事業が有機的に連動し、つながる。

「このケースを考える」のではな く、「このケースで考える」こと で、他の事例でも応用可能な手法 を学びます。ケースの解決を目的 とするわけではありません。

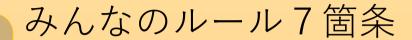








自立支援サポート会議~みんなでもう一歩で



- ①心をこめて、傾聴します(みんな対等でフラット)
- ②否定せず、批判せず、非難せず、断定せず
- ③質問は、その意図を伝え、思いやりをもって
- (4)考えが変わり、気づくことを良しとする
- ⑤プロフェッショナルの専門性を発揮し、互いを尊重
- ⑥利用者の本当の幸せ、望む暮らしに思いを馳せよう
- ⑦参加を楽しむ、まじめにふざける(^^)/













保険契約必要ない「同行訪問リハ」で目標設定支援

サービス開始前に、サービス導入により達成する生活目標の設定や、サービスのゴール設 **定を本人や家族と合意形成すること**が欠かせないが、**ケアマネ**だけでは荷が重い。 契約なし(地域リハ活動支援事業)でリハ職がケアマネに同行訪問し、側方支援する。

自立支援「マネジメント」の導入時期には プランナーにも利用者にも「アテンド」が必要







期間や終了が合意形成された保険利用となる

効果

負担軽減及び

(2)自立支援サポート 会議の実践

③R2年度より廃止さ れる住宅リフォーム ヘルパーの補完

④短期集中からのサ ロンへの誘導など

予算(介護保険特会の地域支援事業費) 【総合事業の一般介護予防事業「地域リハビリテーション活動支援事業」】

年間で120回程度の利用を想定。 1.25回/月/各包括



高齢者虐待防止について

*法:高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律

1 早期発見・通報

(1) 高齢者虐待を受けたと<u>思われる</u>高齢者を発見した場合(法7条) 生命または身体に重大な危機が生じている場合 ⇒速やかに市町村に通報しなければならない

それ以外の場合

⇒速やかにこれを市町村に通報するよう努めなければならない

『虐待かどうかの判断』は必要ありません。虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、高齢者の居住地の地域包括支援センターまたは市高齢福祉課地域支援係に相談・通報をしてください。

(2)養介護施設従事者等による虐待が疑われる場合(法第21条)

養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと<u>思われる</u>高齢者を発見した場合

⇒速やかに市町村へ通報しなければならない

<u>『事業所による事実確認』を行うのではなく</u>市高齢福祉課地域支援係に速やかに連絡してください。市高齢福祉課が介護保険法に基づく「監査(立入検査等)」「実地指導」、法に基づく養介護施設・事業所の協力による調査等を行います。

2 高齢者虐待防止のために

(1) 養護者による高齢者虐待の防止に向けて

養護者による高齢者虐待の事例の多くは、虐待を行っている養護者も何らかの支援を必要としています。発生要因として、「虐待者の介護疲れ・介護ストレス」、「虐待者の障害・疾病」、「経済的困窮」が多く挙げられます。高齢者虐待を未然に防ぐため、養護者支援という視点を持ったケアマネジメントやサービス提供をお願いします。

(2)養介護施設従事者等による高齢者虐待防止に向けて

発生要因として「教育・知識・介護技術等の関する問題」や「職員のストレスや感情コントロールの問題」が多く報告されています。これらを踏まえ、高齢者虐待を未然に防止するため、次の点の重点的に取り組んでいただきますようお願いします。

- ①養介護施設等が自ら企画した研修を定期的に実施すること
- ②苦情処理体制が施設長等の責任の下、運用されていること
- ③メンタルヘルスに配慮した職員面談等を組織的に対応すること
- ④業務管理体制を常に自主的に点検し、必要に応じ、体制の見直しや運用の改善 に努めること

その他(1)あんジョイプラン9策定に伴うアンケート調査について

なお、令和2年4月以降になりますが、安城市の公式ウェブサイト望遠郷に報告書を掲載する予定です。アンケート結果の詳細をお知りになりたい方は,そちらの方をご覧ください。

(参考)

	任 柘	☆ /大 米Ի	七岁口於粉	日体表
	種類	発送数	有効回答数	回答率
	認定者	4, 297	3, 121	72.6%
プラン	一般高齢者	2,000	1,616	80.8%
8	市民	2,000	1, 149	57.5%
	合計	8, 297	5, 886	70.9%
	認定者	4, 368	3, 015	69.0%
プラン	一般高齢者	2,000	1, 553	77.7%
9	市民	2,000	1,044	52.2%
	合計	8, 368	5, 612	67.1%

その他 (2) 安城市北部デイサービスセンターの廃止について

安城市北部デイサービスセンターは、他の通所介護事業所の増加に伴い、開設 時のサービス提供者としての役割を終えたため、令和2年3月31日をもって廃 止いたします。これをもちまして、市内に5か所ありました安城市のデイサービ スセンター全てが廃止となります。