

令和5年度

由布市指定介護サービス  
事業者集団指導講習会



由布市高齢者支援課

# 令和5年度 由布市指定介護サービス事業者集団指導講習会

## - 目 次 -

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| (1) 指導監督の方針             | (P1)  |
| (2) 事業所指定関係             | (P9)  |
| (3) 養介護施設従事者等による虐待について  | (P15) |
| (4) 各事業担当者からの連絡事項       |       |
| ・ 介護保険施設における事故報告について    | (P24) |
| ・ サービス担当者会議時の医師意見照会について | (P27) |
| ・ 地域ケア会議Ⅱ               | (P29) |
| ・ 特例給付                  | (P35) |
| ・ 地域包括支援センターの体制整備等      | (P44) |
| ・ 配食サービス事業              | (P47) |
| ・ 情報開示                  | (P48) |
| ・ 介護保険被保険者証の窓口受取りについて   | (P50) |

# 指導監督の方針

# ◆指導

「指導」＝「行政指導」

介護給付等対象サービスの質の確保 + 保険給付の適正化

介護保険施設・事業者

由布市介護サービス事業者  
等指導及び監査実施要綱

介護保険法第23条

支 援

集団指導

実地指導

年に1回実施

指定有効期間(6年)に  
1回以上

介護給付等対象  
サービスの取扱い

周知の徹底

介護報酬の請求

# ◆ 監査

【目的】 介護サービス事業者の支援を行うとともに、介護サービスの質の確保並びに保険給付及び介護予防・日常生活支援総合事業の適正化を図る。  
不正等が疑われる場合に事実関係を把握し、公正かつ適切な措置を採る。

|              |   |
|--------------|---|
| <b>実施方法</b>  | 事業所に立ち入り、帳簿書類等の検査や関係者への質問等を行う   |
| <b>根拠法令等</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 介護保険法第78条の7・第83条・第115条の17・第115条の27</li><li>・ 第115条の45の7</li><li>・ 由布市介護保険サービス事業者等監査要綱</li></ul> |
| <b>実施回数</b>  | 入手した各種情報により、人員、設備及び運営基準等の指定基準違反や不正請求が認められる場合、又はその疑いがあると認められる場合に随時実施   |
| <b>効果</b>    | 介護保険給付等の適正化   |

# ◆ 指導と監査

## 介護保険制度における介護保険施設・事業者に対する指導監督

介護保険制度の健全かつ適正な運営の確保・法令等に基づく適正な事業実施

介護給付等対象サービスの質の確保 + 保険給付の適正化

介護保険施設等指導指針

指導

介護保険施設・事業者

集団指導

実地指導

支援

周知の徹底

介護給付等  
対象サービスの  
取扱い

介護報酬の  
請求

〈行政指導〉

法第23条・第24条

介護保険施設等監査指針

監査

介護保険施設・事業者

的確な把握

不正・著しい不当  
に関する事実関係

※事実上の行為及び事実上の行為を  
するに当たりその範囲、時期等を明  
らかにするための法令上の手続

法第76条他

公正・適切な措置

介護保険施設・事業者

指定取消等

命令  
(勧告に従わない場合)

〈行政処分（不利益処分）〉

勧告

〈行政指導〉

法第76条の2,法第77条他



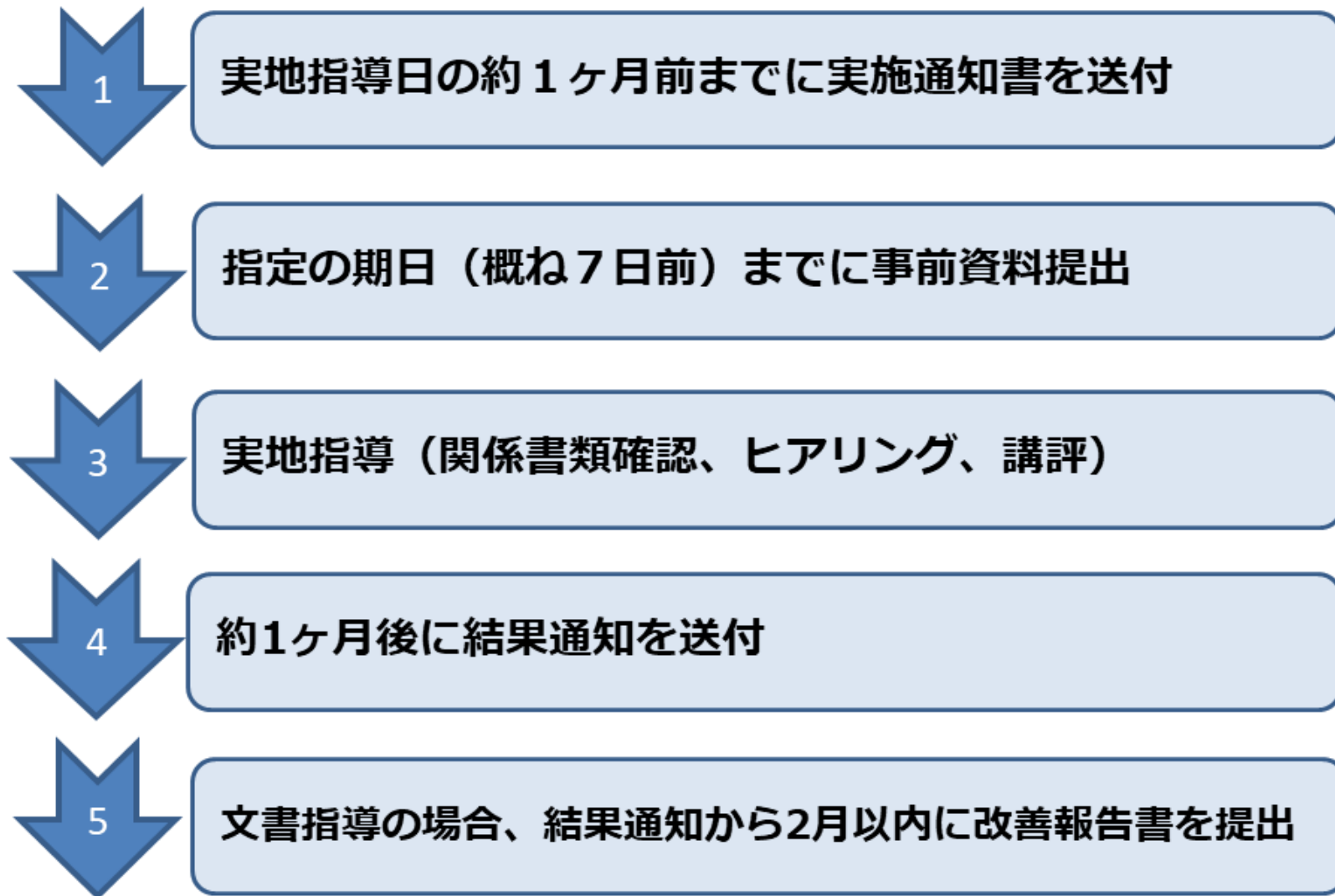
不正等の  
疑いが発  
覚すれば  
監査へ移  
行



# ◆ 実地指導と監査の相違点について

| 項目                    | 実地指導（第23条）     | 監査（83条）  |
|-----------------------|----------------|--|
| 指導に対する拘束力             | 規定なし           | 指導に関する通知は、改善勧告書で行うため、勧告内容に従わない場合には、その旨の公表ができる。<br>改善命令（公示）、指定取消等（公示）の手続きへつながる。 |
| 虚偽答弁等の罰則              | 規定なし           | 30万円以下の罰金（第209条）   |
| 権限の相違                 | 帳簿等の提出、提示を求める。 | 帳簿等の提出、提示を求める。（従わない場合は、拘束力の欄と同じ）   |
| 出頭命令                  | 規定なし           | 規定あり   |
| 関係人（事業者や従業員でない者）への質問等 | 規定なし           | 規定あり   |
| 関係のある場所への立入           | 規定なし           | 規定あり   |
| 立入調査証                 | 規定なし           | 規定あり（準用第24条第3項）  |

# ◆ 実地指導の流れ





# ◆介護保険施設等による自己点検

日頃より基準が守られているか自己点検が必要

自己点検には以下の3点を活用

- 確認項目及び確認文書(別添1)
- 各種加算等自己点検シート(別添2)
- 各種加算・減算適用要件一覧(別添3)

※由布市ホームページにも厚生労働省のリンク先を掲載  
暮らしの情報>福祉・介護>介護保険についてはこちら  
>事業者向け>指導関係

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/shidou/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/shidou/index.html)

## 【参考】 主な取消事由の事例

| 取消事由  | 違反事例  |
|---|---|
| <p>人員について、厚生労働省令で定める基準を満たすことができなくなった<br/>(第77条第1項第3号)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・常勤のサービス責任者が配置されていなかった。</li> <li>・介護職員数の人員基準を満たしていなかった。</li> </ul>                     |
| <p>設備及び運営に関する基準に従った、適切な運営ができなくなった<br/>(第77条第1項第4号)</p>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供記録の未作成。</li> <li>・虚偽のサービス提供記録の作成。</li> </ul>                                    |
| <p>利用者の人格を尊重し、職務を遂行する義務に違反した<br/>(第77条第1項第5号)</p>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護従事者が利用者の顔面を殴打するなどの身体的虐待をおこなった。</li> </ul>   |
| <p>介護給付費の請求に関して不正があった<br/>(第77条第1項第6号)</p>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供を行わず虚偽の提供記録により報酬を請求した。</li> <li>・減算規程に該当するが減算せずに請求した。</li> </ul>                |
| <p>帳簿書類の提出命令等に従わず、又は虚偽の報告をした<br/>(第77条第1項第7号)</p>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・監査において虚偽の勤務表を提出した。</li> <li>・監査において虚偽のサービス提供記録を提供した。</li> </ul>                       |
| <p>質問に対し虚偽の答弁をし、又は検査を拒み、妨げた<br/>(第77条第1項第8号)</p>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・監査において勤務及び運営実態に係る虚偽答弁を行った。</li> <li>・監査を求めても従わず、報告又は帳簿書類の提出・提示を求めても従わなかった。</li> </ul> |
| <p>不正の手段により指定を受けた<br/>(第77条第1項第9号)</p>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・指定申請時に従事予定のない従業員を勤務形態に記載し指定を受けた。</li> <li>・指定申請時に実際とは異なる場所を申請し指定を受けた。</li> </ul>      |

### 1. 変更届出書について

介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）で定める事項に変更があったとき、または、事業所を廃止・休止・再開した時は、速やかに所定の書類をご提出ください。様式は由布市ホームページに掲載しています。

（ホーム>暮らしの情報>年金・保険>介護保険>事業者向け）

**※「運営規程」の変更の場合は、マーカー等で変更箇所を色付けする等、分かりやすいようにしてください。**

#### 【提出期限】

変更届の場合・・・変更日から 10 日以内

廃止・休止の場合・・・廃止・休止の 1 ヶ月前まで

### 2. 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書について

「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に記載されている項目が変更になる場合は、届出が必要です。具体的には以下のような場合です。

- ・各種加算の算定を開始・終了・変更する場合
- ・人員欠如等、減算要件に当てはまる状態が生じた場合、解消した場合
- ・介護報酬の改定等で加算内容に変更が生じた場合

| サービス種類  | 算定の開始時期   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問・通所サービス</li> <li>・居宅介護支援</li> <li>・小規模多機能型居宅介護</li> </ul> | 毎月 15 日以前に届出<br>→届出された月の翌月から<br>毎月 16 日以後に届出<br>→届出された月の翌々月から |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域密着型介護老人福祉施設</li> <li>・認知症対応型共同生活介護</li> </ul>             | 届出された月の翌月から<br>（月の初日の場合は当該月から）                                |

**※加算の取り下げ、人員欠如による減算等の場合は、判明した時点で速やかに届出を行ってください。事実発生日から算定体制が変更となります。**

### 3. 指定更新申請について

指定事業者は、指定日（及び前回更新日）から 6 年を経過する際に指定の更新を受けなければ、有効期間満了により、指定（許可）の効力を失います。

有効期間満了日の 2 ヶ月前までに必要書類を作成のうえ、更新の手続きをお願いします。様式はホームページに掲載しています。

### 4. 介護職員処遇改善加算について

介護職員処遇改善等加算を算定する事業所は、算定する年度の前年度の 2 月末日まで（年度途中で加算を取得する場合は、加算を算定する月の前々月の末日まで）に介護職員処遇改善計画書の提出が必要です。

既に加算を取得している事業所が引き続き次年度も加算を算定する場合でも、毎年度介護職員処遇改善等計画書の提出は必要ですのでご注意ください。

事務連絡  
令和6年1月11日

各 都道府県 介護保険担当主管部（局） 御中  
市区町村

厚生労働省老健局老人保健課

令和6年度の「介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・  
介護職員等ベースアップ等支援加算処遇改善計画書」に係る提出期限について

平素より、厚生労働行政の推進につきまして、御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

現在、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算（以下「処遇改善加算等」という。）について、処遇改善計画書等の様式の見直しを検討しており、見直し後の様式については2月末日迄で発出する予定です。

そのため、処遇改善加算等の計画書の提出については、

- ・ 通常、処遇改善加算等を算定する月の前々月の末日までに行うこととしていくところですが、
- ・ 令和6年4月及び5月分を算定する場合は、同年4月15日までに行うこととする予定

ですので、管内の介護サービス事業所等に周知を図るようお願いいたします。

なお、6月以降は、処遇改善加算等を新加算に一本化する予定となっておりますので、それに関する届出等については追って連絡いたします。

## 5. 業務管理体制整備の届出について

介護サービス事業者には適切なサービス提供だけでなく、法令等の自主的な遵守が求められます。不正事案を防ぎ、事業運営をさらに適正なものにしていくため、事業者には法令遵守の業務管理体制の整備・届出が義務付けられています。

### (1) 届出事項

|   | 届出事項  | 対象となる介護サービス事業者      |
|---|---|---------------------|
| 1 | ・名称または氏名<br>・主たる事業所の所在地<br>・代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | すべての事業者             |
| 2 | 「法令遵守責任者」の氏名、生年月日                             | すべての事業者             |
| 3 | 「法令遵守規程」の概要                                   | 事業者等の数（注1）が20以上の事業者 |
| 4 | 「業務執行の状況の監査」の方法の概要                            | 事業者等の数が100以上の事業者    |

### (2) 届出先

|   | 区 分  | 届出先                   |
|---|--|-----------------------|
| 1 | 事業所等が3以上の地方厚生局管轄区域に所在する事業者                   | 厚生労働省（本省）             |
| 2 | 事業所等が2以上の都道府県管轄区域、かつ、2以下の地方厚生局管轄区域に所在する事業者   | 事業者の主たる事務所が所在する都道府県知事 |
| 3 | すべての事業所が1つの都道府県の区域に所在する事業者で 4、5 以外の事業者       | 都道府県知事                |
| 4 | すべての事業所が1つの指定都市及び中核市の区域に所在する事業者              | 指定都市及び中核市の長           |
| 5 | 地域密着型サービスのみを行う事業者であって、すべての事業所が同一市町村内に所在する事業者 | 市町村長                  |

※資料参照：大分県ホームページ

## 6. 他市町村のサービス利用について

### ①総合事業の場合

総合事業は、市町村が主体となって行う事業であるため、他市町村に所在する事業所であっても、由布市の総合事業のサービスを利用することになり、由布市の指定を受けている必要があります。そのため、市外事業所の総合事業サービスをケアプランに位置づける場合には、由布市の指定を受けている事業所であるか確認が必要です。

ただし、他市町村の住所地特例施設（有料老人ホーム等）に入所して総合事業のサービスを利用する場合には、施設所在市町村の総合事業を利用することになるため、由布市の指定は必要ありません。（住民票の異動がない場合は、施設所在市町村の総合事業を利用することはできません。）

## ②地域密着型サービス事業の場合

地域密着型サービスは、原則としてその施設がある市町村の被保険者のみが利用できるものとなっています。これは、要介護者等が住み慣れた地域での生活を支えることを目的としているためです。

よって、基本的には由布市の被保険者は他市町村の地域密着型サービスを利用できませんが、特別な事情がある場合には、施設所在市町村長等に対して、事前に協議を行い、同意を得ることによって、利用することが可能となります。

### 【特別な事情】

- ①由布市内に希望する地域密着型サービス事業所の定員に空きがなく、隣接市町村の地域密着型サービス事業を利用する場合
- ②虐待等の場合
- ③その他市長が必要と認める場合

上記理由により利用を希望する場合は、「地域密着型サービスに係る由布市被保険者の他市町村所在事業所の利用に関する理由書」(別紙)の提出をお願いします。

協議には2週間程度の日数を要しますが、由布市の地域密着型サービス事業の指定を受けていない事業所の場合には、1ヶ月程度の日数を要する場合があります。

## 7. 他市町村被保険者の由布市サービス利用について

### ①総合事業の場合

由布市の総合事業を他市町村の被保険者が利用することは可能ですが、総合事業者が当該市町村の指定を受けている必要があります。

詳しくは、被保険者の居住する市町村の介護保険担当課にお問合せください。

### ②地域密着型サービス事業の場合

由布市の地域密着型サービスを他市町村の被保険者が利用することはできませんが、特別な事情がある場合には、他市町村長等からの協議により同意を行うことがあります。

詳しくは、被保険者の居住する市町村の介護保険担当課にお問い合わせください。

地域密着型サービスに係る由布市被保険者の  
他市町村所在事業所の利用に関する理由書

年 月 日

由布市長 殿

理由書提出者 住所 \_\_\_\_\_

居宅介護（予防）支援事業所名称

担当氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

|                             |          |  |
|-----------------------------|----------|--|
| 利用<br>予<br>定<br>者           | 氏名       |  |
|                             | 被保険者番号   | (生年月日) 明・大・昭 年 月 日                               |
|                             | 住所       | 由布市  |
|                             | 要介護度     | 要支援 1・要支援 2 要介護 1・2・3・4・5<br>(有効期間 年 月 日～ 年 月 日) |
|                             | 保険者名(番号) | 大分県由布市(442137)                                   |
| 利用<br>予<br>定<br>事<br>業<br>所 | サービス種類   |  |
|                             | 事業所名     |  |
|                             | 所在地      |  |
| 事業<br>所                     | 事業者番号    |  |
|                             | 利用希望日    | 年 月 日  |
| 利用予定事業所のサービスが必要とする理由        |          |  |

作成要領等

- この理由書は、由布市の被保険者が、他市町村所在の地域密着型サービス等事業所を利用するに際して、事業所所在地の保険者の同意が必要になることから、由布市から事業所所在地の保険者に同意を求めため提出していただくものです。
- 「利用予定事業所のサービスが必要とする理由」欄は、被保険者本人の心身の状況、市外事業所を必要とする理由を詳しく記入してください。

事業所指定関係

8. 標準様式導入による様式変更について

令和6年4月1日より、全国統一の標準様式の導入により、様式が一部変更となります。様式については由布市HP（事業所向け）にて必要書類を掲載しますので確認をしてください。



# 養介護施設従事者等による 虐待について

# 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

## 「養護者」と「養介護施設従事者等」による高齢者虐待を防止するための法律

※「養護者」とは→高齢者を現に養護（お世話）する者で、養介護施設従事者等以外の者

※「養介護施設従事者等」とは→養介護施設又は養介護事業の業務に従事する者

- 養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかにこれを市町村に通報しなければならない。（生命又は身体に重大な危険が生じている場合以外は努力義務）
- 養介護施設従事者等は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めなければならない。
- 養介護施設従事者等は、当該養介護施設従事者等がその業務に従事している養介護施設又は養介護事業において業務に従事する養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。
- 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、通報をすることを妨げるものと解釈してはならない。
- 養介護施設従事者等は、通報をしたことを理由として、解雇その他不利益な取扱いを受けない。

# 高齢者虐待防止法に基づく対応状況等に関する調査結果の概要 (令和4年度)

## ◎養介護施設従事者等による虐待

相談・通報件数は2,795件（大分県は16件）、虐待判断件数は856件（大分県4件）であり、前年度より大きく増加

## ◎養護者による虐待

相談・通報件数は38,291件で増加傾向だが、虐待判断件数は16,669件とほぼ横ばいで推移

図1 養介護施設従事者等による高齢者虐待の  
相談・通報件数と虐待判断件数の推移

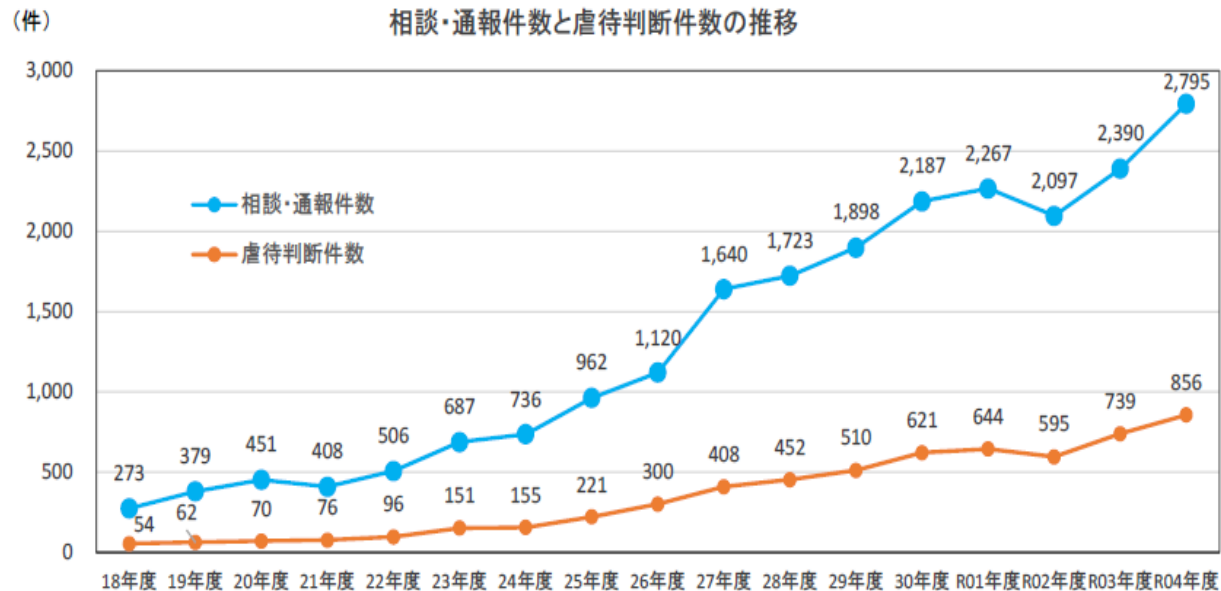
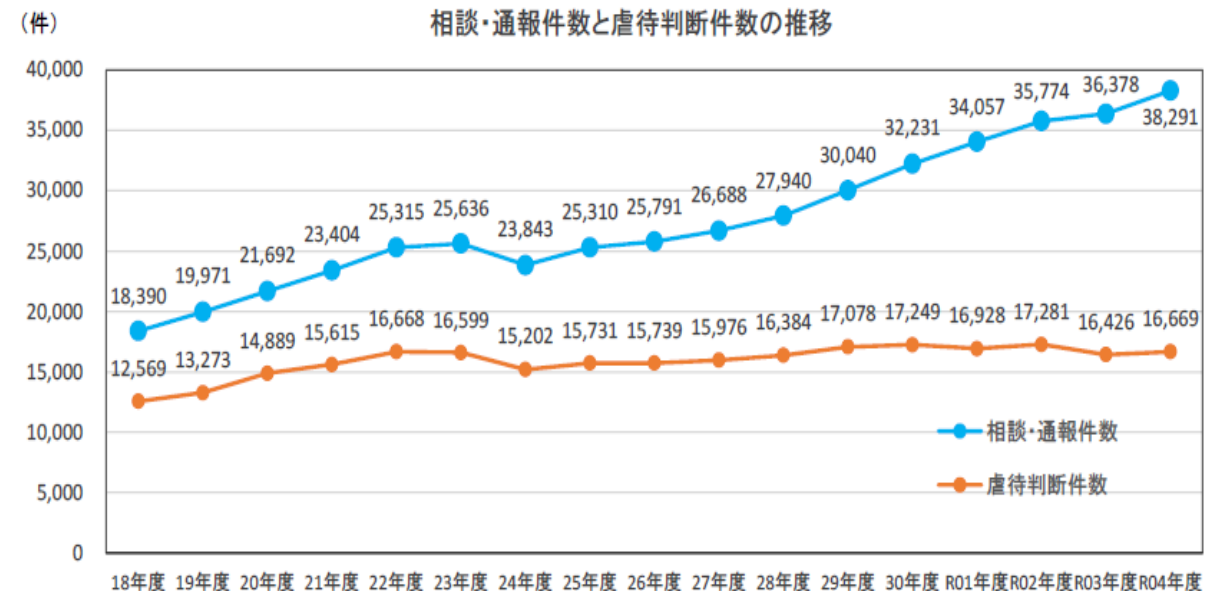
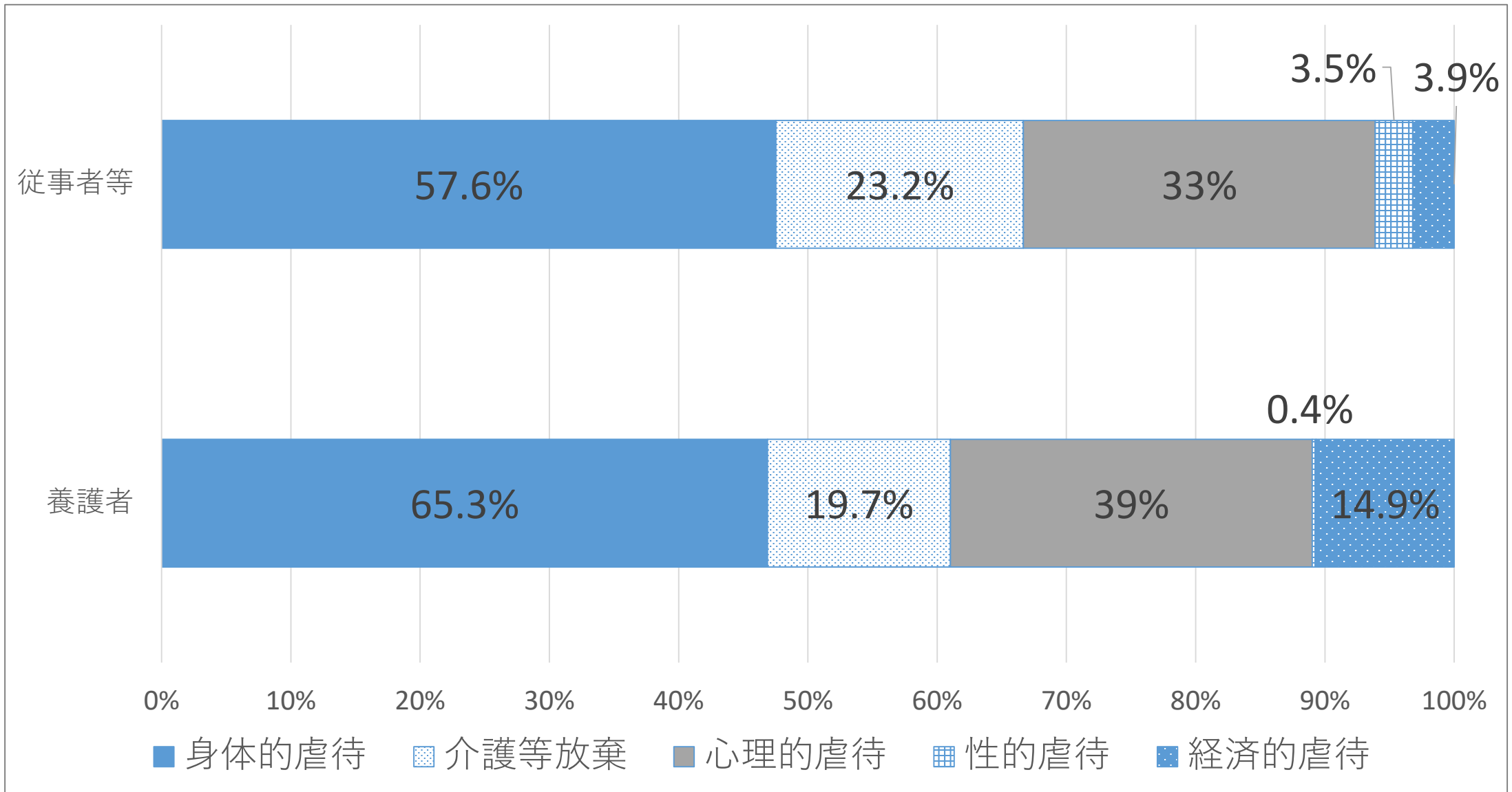


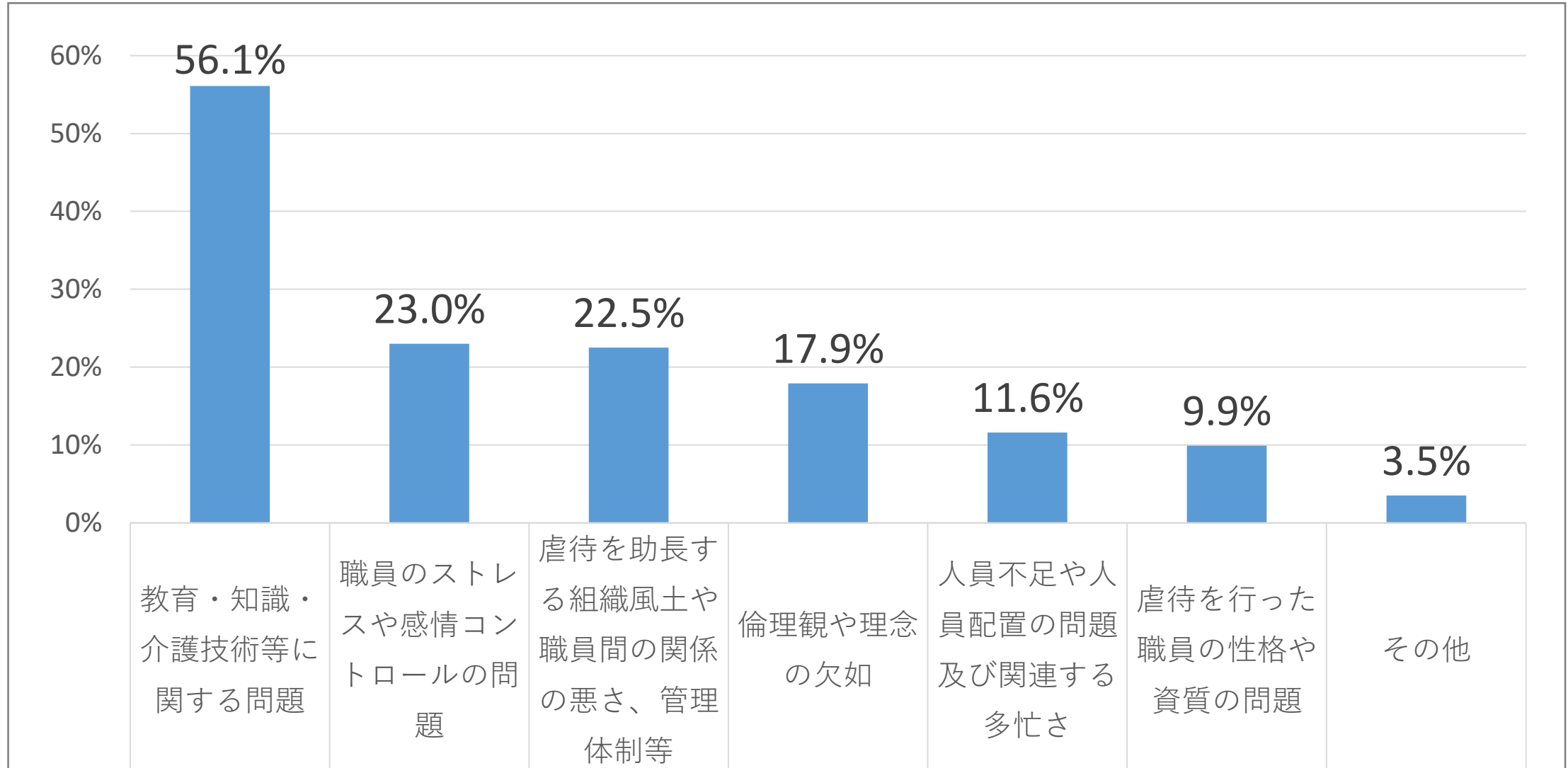
図2 養護者による高齢者虐待の  
相談・通報件数と虐待判断件数の推移



## 虐待の種別



# 養介護施設従事者等による虐待の発生要因



# 身体的拘束について

## 介護保険法 運営基準(厚生労働省令)

「サービスの提供にあたっては、当該入所者（利用者）又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等その他入所者（利用者）の行動を制限する行為を行ってはならない。

## 身体拘束禁止の対象となる具体的な行為

介護保険指定基準において禁止の対象となっている行為は、「身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為」で、具体的には次のような行為を指す。

- ① 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- ⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧ 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

「身体拘束ゼロへの手引き」（平成13年3月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）

## 「緊急やむを得ない場合」とは

「3要件」がすべて満たされていること

### 切迫性

利用者本人・他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと

### 非代替性

身体拘束その他の行動制限を行う以外に大体する介護方法がないこと

### 一時性

身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること



### 「適正な手続き」

が極めて慎重に実施されていること

- 担当職員個人又はチームではなく、施設全体での**組織判断**（「サービス担当者会議」「身体拘束廃止委員会」）
- 本人や家族への**説明**（目的、方法、時間帯、期間などできるだけ詳しい説明が必要）  
※家族の同意があれば例外3要件が必要ないということではないので注意が必要
- 観察と再検討による**定期的再評価**⇒必要亡くなれば速やかに解除
- 記録**の義務付け（2年間保存）  
（身体拘束等に関して、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由の記録）



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  
(令和3年厚生労働省第9号)

➤趣旨

全ての介護サービス事業所を対象に、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその発生を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることを義務づける

➤改正の内容

1 基本方針

入所者・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なければならない旨を規定

2 運営規定

運営規定に定めておかなければならない事項として、「虐待の防止のための措置に関する事項」を追加

3 虐待の防止

虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じなければならない旨を規定

- ①虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること
- ②虐待の防止のための指針を整備すること
- ③従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること
- ④上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと

令和6年度より義務化

➤施行期日等

施行日：令和3年4月1日（施行日から令和6年3月31日までの間、経過措置を設ける）

## 介護保険施設における事故報告について

対象となる事故が発生した場合は、「事故報告書」を記入の上、次のとおり提出してください。

### 報告の対象となる事故の範囲

- ・ 死亡に至った事故、病死（※死因に疑義が生じる可能性があるものに限ります。）
- ・ 医師（※施設の勤務医、配置医を含みます。）の診断を受け投薬治療等何らかの治療が必要となった事故
- ・ 食中毒及び感染症等  
（※関係法令等で通報等が義務付けられているものは関係機関への対応と同時に市に報告してください。）
- ・ 失踪
- ・ 職員等の法令違反及び不祥事の発生
- ・ その他、市に報告する必要があると認められるもの

### 報告

- ① 第1報は少なくとも様式内の1から6の項目までについて、可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出してください。（※緊急の場合は電話で可。）
- ② 状況の変化等必要に応じて、随時追加の報告を行い、事故対応が終了したときは最終報告として事故報告書を遅滞なく市へ報告してください。ただし、第1報の提出時に、再発防止策等まで記載している場合はこの限りではありません。

### 様式

別紙、様式第1号

# 事故報告書 (事業者→由布市)

【報告先：由布市役所高齢者支援課 電話：097-529-7349 メールアドレス：kourei@city.yufu.lg.jp】

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること

※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

|                              |                                  |                               |
|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 第1報 | <input type="checkbox"/> 第 ___ 報 | <input type="checkbox"/> 最終報告 |
|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|

提出日：西暦 年 月 日

|   |                   |   |   |  |  |    |  |           |       |   |  |            |
|---|-------------------|---|---|--|--|----|--|-----------|-------|---|--|------------|
| 1事故<br>状況                                 | 事故状況の程度           | <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |   |  |  |    |  |           |       |   |  |            |
|   | 死亡に至った場合<br>死亡年月日 | 西暦  |   | 年  |  | 月  |  | 日         |       |   |  |            |
| 2<br>事業<br>所<br>の<br>概<br>要               | 法人名               |   |   |  |  |    |  |           |       |   |  |            |
|   | 事業所(施設)名          |   |   |  |  |    |  |           | 事業所番号 |   |  |            |
|   | サービス種別            |   |   |  |  |    |  |           |       |   |  |            |
|   | 所在地               |   |   |  |  |    |  |           |       |   |  |            |
|   | 記載者職・氏名           |   |   |  |  |    |  |           | 電話番号  |   |  |            |
| 3<br>対<br>象<br>者                          | 氏名・年齢・性別          | フリガナ  |   |  |  | 年齢 |  |           | 性別：   | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |  |            |
|   |                   | 氏名  |   |  |  |    |  |           |       |   |  |            |
|   | サービス提供開始日         | 西暦  |   | 年  |  | 月  |  | 日         | 保険者   |   |  |            |
|   | 住所                | <input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ( )   |   |  |  |    |  |           |       |   |  |            |
|   | 身体状況              | 要介護度  |   | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 事業対象者 |  |    |  |           |       |   |  |            |
|   | 認知症高齢者<br>日常生活自立度 |   | <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M |  |  |    |  |           |       |   |  |            |
| 4<br>事<br>故<br>の<br>概<br>要                | 発生日時              | 西暦  |   | 年  |  | 月  |  | 日         |       | 時   |  | 分頃(24時間表記) |
|   | 発生場所              | <input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下<br><input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外<br><input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |  |  |    |  |           |       |   |  |            |
|   | 事故の種別             | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)  |   |  |  |    |  |           |       |   |  |            |
|   | 発生時状況、事故内容の詳細     |   |   |  |  |    |  |           |       |   |  |            |
|   | その他<br>特記すべき事項    |   |   |  |  |    |  |           |       |   |  |            |
| 5<br>事<br>故<br>発<br>生<br>時<br>の<br>対<br>応 | 発生時の対応            |   |   |  |  |    |  |           |       |   |  |            |
|   | 受診方法              | <input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |   |  |  |    |  |           |       |   |  |            |
|   | 受診先               | 医療機関名   |   |  |  |    |  | 連絡先(電話番号) |       |   |  |            |
|   | 診断名               |   |   |  |  |    |  |           |       |   |  |            |
|   | 診断内容              | <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位： )<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |   |  |  |    |  |           |       |   |  |            |
|   | 検査、処置等の概要         |   |   |  |  |    |  |           |       |   |  |            |

|  |                        |   |                              |   |                                  |  |  |  |   |
|--|------------------------|---|------------------------------|---|----------------------------------|--|--|--|---|
| 6<br>事<br>故<br>発<br>生<br>後<br>の<br>状<br>況          | 利用者の状況                 |   |                              |   |                                  |  |  |  |   |
|  | 家族等への報告                | 報告した家族等の<br>続柄  | <input type="checkbox"/> 配偶者 |   | <input type="checkbox"/> 子、子の配偶者 |  | <input type="checkbox"/> その他 ( )       |  |   |
|  |                        | 報告年月日   | 西暦                           |   | 年                                |  | 月                                      |  | 日 |
|  | 連絡した関係機関<br>(連絡した場合のみ) | <input type="checkbox"/> 他の自治体<br>自治体名 ( )  |                              | <input type="checkbox"/> 警察<br>警察署名 ( ) |                                  |  | <input type="checkbox"/> その他<br>名称 ( ) |  |   |
| 本人、家族、関係先等<br>への追加対応予定                             |                        |   |                              |   |                                  |  |  |  |   |
| 7 事故の原因分析<br>(本人要因、職員要因、環境要因の分析)                   | (できるだけ具体的に記載すること)      |   |                              |   |                                  |  |  |  |   |
|  |                        |   |                              |   |                                  |  |  |  |   |
| 8 再発防止策<br>(手順変更、環境変更、その他の対応、<br>再発防止策の評価時期および結果等) | (できるだけ具体的に記載すること)      |   |                              |   |                                  |  |  |  |   |
|  | 損害賠償等の状況               | <input type="checkbox"/> 損害賠償保険を適用 <input type="checkbox"/> 損害賠償保険を適用を検討または交渉中 <input type="checkbox"/> 損害賠償保険の適用なし |                              |   |                                  |  |  |  |   |
| 9 その他<br>特記すべき事項                                   |                        |   |                              |   |                                  |  |  |  |   |

令和 6 年 3 月 12 日

市内居宅介護（予防）支援事業所 御中

由布市高齢者支援課長 工藤 由美

ケアプラン作成時にかかる医師への意見聴取について（依頼）

平素より由布市介護保険制度の運営に多大なるご支援ならびにご協力を賜り厚く感謝申し上げます。

令和 5 年 10 月 13 日付由高支第 1013001 号にて居宅介護（予防）支援におけるサービス担当者会議の医師への専門的意見の聴取についての対応について調査させていただきましたが、その結果ならびに高齢者支援課で協議した結果、介護支援専門員ならびに医師の皆様の業務負担軽減に繋げるために、ケアプラン作成時のサービス担当者会議における医師の参加要請（意見照会）の基準を以下のように設定させていただきたいと思っております。

**【サービス担当者会議へ主治医を参加要請（意見照会）しなければならない場合】**

- ① 介護保険申請（新規、更新、変更）後のケアプラン作成時  
・・・医師が主治医意見書を作成した直後のケアプラン作成
- ② 医療系サービス（通所リハビリ、訪問リハビリ、訪問看護）の導入、変更、終了時
- ③ その他疾患や身体状況の増悪が見られる等の理由で主治医への意見照会が必要とケアマネジャーが必要と判断した時

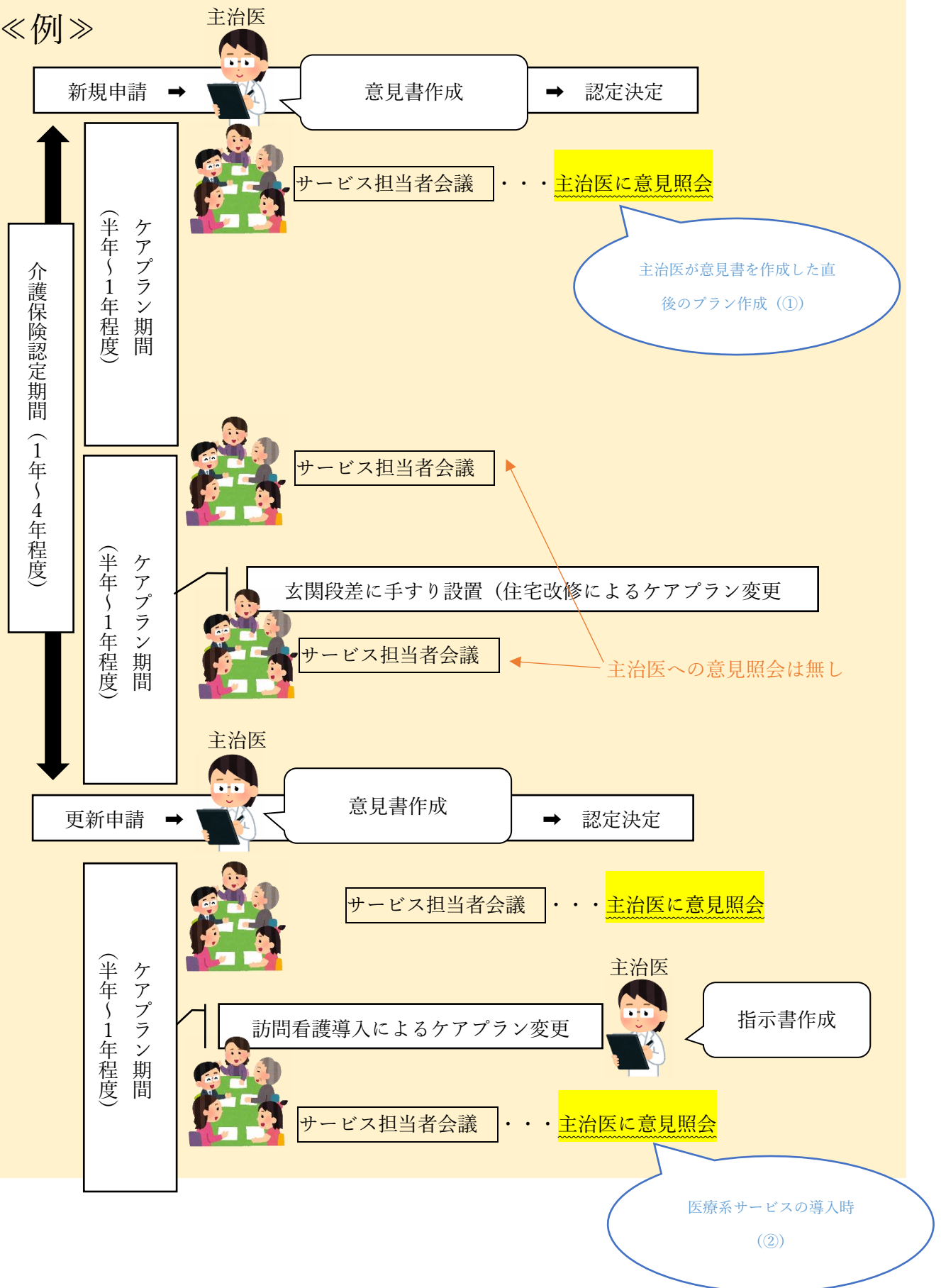
原則として指定居宅介護支援等の事業の人員におよび運営に関する基準では、サービス担当者会議には主治医も担当者として参加要請（意見照会）を実施することが求められており、市としても健康の維持管理面で医師の意見は大変重要と感じております。しかしながら、すべてのケアプラン作成時等にケアマネジャーより医師にサービス担当者会議への参加要請（意見照会）を実施することは介護支援専門員ならびに医師の皆様のご負担となっていると判断し、今回の決定に至りました。皆様におかれましては、業務ご多忙の中大変申し訳ございませんが、引き続き介護保険制度運営へのご協力をお願い申し上げます。

また、上記に関しては由布市としての方針であり、他市が保険者のケースには当てはまらないことをご周知おきください。ご不明点等ございましたら下記までご連絡ください。

《問合せ》 由布市高齢者支援課  
担当：佐々木、小代  
電話：097-529-7349（課直通）

担当者会議への医師出席要請（意見照会）の一例

《例》



(公印省略)

由高支第 0227006 号

令和 6 年 2 月 27 日

由布市内居宅介護支援事業所 管理者 様

由布市地域包括支援センター長 様

由布市高齢者支援課長

工 藤 由 美

令和 6 年度由布市地域ケア会議における事例検討のご協力について（依頼）

時下、貴職におかれましてはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。また平素より当市介護予防ならびに介護保険事業に多大なるご支援ご協力をいただき、厚く感謝申し上げます。

さて当市では平成 26 年度より地域ケア会議を実施しております。地域ケア会議は、個別事例から地域課題を抽出し、市としての施策形成につなげることができる大切な会議であり、令和 6 年度も引き続き開催予定です。

別紙日程表にて令和 6 年度の地域ケア会議のローテーションや検討事例案を作成しましたので、業務多忙の折大変恐縮ではありますが、事例検討にご協力いただきますようお願い申し上げます。

ご不明点や事例提出日程の都合が悪い等ございましたら下記までご連絡ください。

**【問合せ】**

由布市高齢者支援課 担当：小代

電話：097-529-7349

E-mail: kourei@city.yufu.lg.jp

## 令和6年度 地域ケア会議Ⅱ 居宅ローテーション表

|        | 1 事例目     | 2 事例目    | 3 事例目 | 包括から<br>居宅へ確認Tel | 包括へ<br>事例報告 | 包括へ<br>事例提出 |
|--------|-----------|----------|-------|------------------|-------------|-------------|
| 4月10日  | 暖家        | 包括支援センター | 手上げ   | 3月13日            | 3月21日       | 4月4日        |
| 5月8日   | みんなの家     | ぬくみ      | 手上げ   | 4月10日            | 4月17日       | 5月1日        |
| 6月12日  | 豊友館       | 包括支援センター | 手上げ   | 5月15日            | 5月22日       | 6月6日        |
| 7月10日  | ゆとり       | 包括支援センター | 手上げ   | 6月12日            | 6月19日       | 7月4日        |
| 8月14日  | L O Y A L | 道        | 手上げ   | 7月17日            | 7月24日       | 8月8日        |
| 9月11日  | 白心荘       | 包括支援センター | 手上げ   | 8月14日            | 8月21日       | 9月5日        |
| 10月9日  | 湯布院病院     | 包括支援センター | 手上げ   | 9月11日            | 9月18日       | 10月3日       |
| 11月13日 | 虹         | 情和園      | 手上げ   | 10月16日           | 10月23日      | 11月7日       |
| 12月11日 | 社協        | 包括支援センター | 手上げ   | 11月13日           | 11月20日      | 12月5日       |
| 1月15日  | わかば       | 包括支援センター | 手上げ   | 12月18日           | 12月25日      | 1月9日        |
| 2月12日  | ごとう       | 川崎       | 手上げ   | 1月15日            | 1月22日       | 2月6日        |
| 3月12日  | あん        | 包括支援センター | 手上げ   | 2月12日            | 2月19日       | 3月6日        |

### 1. 提出事例については、以下より選定してください。

「支援方針に困っている事例」 \*介護度等は問いません。

### 2. 提出書類

- ①利用者基本情報・各種アセスメントシート・薬剤情報・介護（予防）サービス支援計画書・個別サービス計画書等  
その方の状況がわかるもの
- ②地域ケア会議質問票

\*上記以外にも必要に応じてアセスメントシート、支援経過表などを提出ください。

### 3. 助言者ならびに出席者

助言者：理学療法士または作業療法士、薬剤師、訪問看護師、歯科衛生士、管理栄養士

出席者：高齢者支援課、福祉課重層的支援事業担当者

地域包括支援センター職員、第2層生活支援コーディネーター 等

※事例の内容によって、通常地域ケア会議助言者に加えて他の関係機関（権利擁護、生活困窮等）にも参加を求める場合は、1カ月前までに市担当者へ直接ご相談下さい。

### 4. その他

- ・上記ローテーションにて日程の都合が悪い場合には早めに高齢者支援課にご連絡ください。
- ・手上げの枠は、随時困ったケース等が発生した場合に、自由に入れる枠とします。地域ケア会議にて検討したいケースが発生した場合には、地域包括支援センターにご連絡ください。空き状況等によって調整いたします。



## 由布市地域ケア会議Ⅱ 質問票

【事例タイトル】

|  |
|--|
|  |
|--|

【本人・家族の困り、望むこと】

|    | 困り | 望むこと |
|----|----|------|
| 本人 |    |      |
| 家族 |    |      |

【事例対象者の方への自立に向けた支援を行う上で困っていること、求める助言はどんなことですか？具体的にご記入ください。特に助言を受けたい項目に◎・○をつけてください。】

| 項目           | 内 容 |
|--------------|-----|
| 運動<br>(身体活動) |     |
| 栄養           |     |
| 口腔           |     |
| 医療・看護        |     |
| 服薬           |     |
| その他          |     |

【支援者として望むこと】

|  |
|--|
|  |
|--|

【支援者として感じる地域課題】

|  |
|--|
|  |
|--|

## 由布市地域ケア会議Ⅱ 質問票

### 【事例タイトル】

転倒がきっかけで外に出なくなり、難聴のため他者との交流ができていない事例

### 【本人・家族の困り、望むこと】

|    | 困り                                     | 望むこと                     |
|----|--|--------------------------|
| 本人 | 外で尻餅をついてからは、怖くて外に出られない。                | 庭木の手入れがしたい。              |
| 家族 | 家の中でも動くのを嫌がり、お風呂に入りたがらない。起床・就寝時間がバラバラ。 | 以前のようにゴミ出しでもいいから外に出てほしい。 |

【事例対象者の方への自立に向けた支援を行う上で困っていること、求める助言はどんなことですか？具体的にご記入ください。特に助言を受けたい項目に◎・○をつけてください。】

| 項目             | 内 容  |
|----------------|--|
| ◎ 運動<br>(身体活動) | 下肢の筋力低下・腰痛があり、デイでの運動時に息切れが頻回に出現する。痛みや息切れがあるときの運動強度や見合わせる目安は？                     |
| ○ 栄養           | 身長159.5cm 体重56.0kg BMI22.01<br>同居の娘が作ってくれた物を食べる。昼近くに起きると2食になることがある。特に困っていることはない。 |
| 口腔             | むせることはない。総義歯。食事の時だけ、義歯を装着する。<br>歯科受診は「どこも悪くないし、億劫だ」と2年ほど行っていない。                  |
| 医療・看護          | 高血圧・脳梗塞で月に1回受診し、内服治療中。脳梗塞による後遺症はない。求める助言は、特になし。                                  |
| 服薬             | 薬は、その都度娘が薬を手渡して内服する。受診は、娘が付き添う。求める助言は、特になし。                                      |
| ○ その他          | 難聴があり、デイサービスでもコミュニケーションがとりづらい。<br>便秘や下痢がよく見られ、時折、間に合わずに失禁することがある。                |

### 【支援者として望むこと】

近隣の方との交流が少なくなり、2年前の転倒（尻餅をついたこと）で家での役割（ゴミ出し）も果たさなくなり、自宅内での活動量も減少、自宅で入浴しなくなった。腰痛に配慮しながら下肢の筋力アップを図り、ゴミ出しや庭木の手入れができるようになってもらいたい。

### 【支援者として感じる地域課題】

地域の老人会が無くなり、交流の場が無くなった。

## 地域ケア会議における担当ケアマネジャーの説明について

※提出した書類のうち、ポイントを絞って3～5分程度でご説明ください。

### 【例1】

Aさん〇〇歳、要支援〇（要介護〇）で、今回は新規の事案です。

生活機能のアセスメントにおいて、〇〇について一部介助が必要になっているのは、△△が原因によるものです。


したがって、プランの総合的な課題には、

- ① 〇〇の機能が△△によってできない
- ② 〇〇の機能が△△によって低下している

としました。

支援の方針としては、〇〇の機能を向上するために通所型事業所において、〇〇機能の向上を目指した◇◇訓練を行い、自立を目指します。

①及び②の機能が回復することによって、◎◎も改善されるものと考えられます



△△が課題

### 【例2】

Bさん〇〇歳、要支援〇で、☆☆病院に★★で入院していましたが、〇月〇日に退院され、住宅改修を希望されている新規のプランです。

生活機能のアセスメントにおいて、〇〇ができていないのは、△△が原因によるものです。

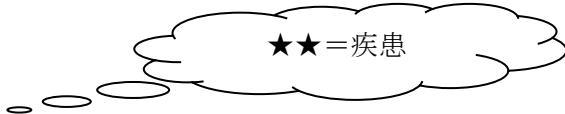
入院していた医療機関では、十分なリハビリができていなく、入院によるレベル低下で廃用が進み、下肢筋力の低下が顕著で、バランス能力も低下していると考えられます。

したがって、プランの総合的な課題には、

- ① 〇〇の機能が△△によってできない
- ② 〇〇の機能が△△によって低下している

支援の方針としては、下肢筋力の低下及びバランス能力を向上させるために、運動機能向上を目的として週2回デイケアを利用します。

さらに、住宅改修で設置した手すり等を使用した日常生活動作の訓練のため、訪問リハビリによる日常生活動作の支援を、1月間実施した後、デイケアでの訓練を習慣化（セルフトレーニング）させるために、訪問介護による生活機能向上サービスを利用して支援します。



★★=疾患

## 地域ケア会議におけるサービス事業所担当者の説明について

※ケアマネジャーが説明した以外のサービス利用時の様子を1～2分程度でご説明ください。

## 【例1】通所介護事業所

Aさんは、今月から週1回、○曜日にご利用されています。

当事業所では、○○機能の向上を目指した◇◇訓練として、タオル体操でストレッチ、バランス訓練、踏み台昇降運動等を行っています。高血圧と不整脈があるということだったので、運動中のバイタルに気を付けています。これまで、運動中や運動の前後に血圧の上昇、不整脈、動悸、息上がり等の不調はありません。

事業所として課題に感じていることは 。

## 【例2】通所リハ事業所

Bさんは、運動機能向上を目的として週2回デイケアをご利用し始めました。先週が、初めての利用でした。利用された2日後に体調確認の連絡をしましたら「少し筋肉痛みみたいな感じがあった」と話されていたので、今週の利用時に詳しく確認するようにしています。デイケアでの訓練を習慣化（セルフトレーニング）させるために、めじろん元気アップ体操をご自宅でできるように、支援していく予定です。

事業所として課題に感じていることは 。

## 【例3】訪問介護事業所

Cさんは、要支援認定を受けられて以降、水回りの掃除と買物の支援で週1回利用されています。腰痛で前屈みになる姿勢が辛いために浴室とトイレのお掃除をしています。買物は、週末ごとに来られる娘さんが食料品やお惣菜等を持ってこられるので、2週間に1回程度、事前にご本人から支援に入る前にお電話があつて洗剤等の日用品や調味料類を買っていくようにしています。ご本人から「字が小さくて見えないから」と月に1回ぐらい、冷蔵庫内の食材の消費期限等を一緒に確認するようにしています。

事業所として課題に感じていることは 。

## 【例4】福祉用具事業者

Dさんは、歩行が不安定で布団で寝起きているため、4点杖と布団からの起き上がり立ち上がり補助に据え置き式の手すりをレンタルされています。退院後から2ヵ月お使いいただいています。当初は、ベッドのレンタルを考えましたが、ご本人の強い希望で布団で休まれるというので、この手すり様子を見ようと導入しました。ご本人は、安全にお使いいただけているようすし、ご家族からは「ベッドのように場所を取らなくていい」と、今後もこの手すりをご希望されています。

事業所として課題に感じていることは 。

## 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について

### 1. 福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の給付対象品目

- ★①車いす
- ★②車いす附属品
- ★③特殊寝台
- ★④特殊寝台附属品
- ★⑤床ずれ防止用具
- ★⑥体位変換機
- ⑦手すり（工事を伴わないもの）
- ⑧スロープ（工事を伴わないもの）
- ⑨歩行器
- ⑩歩行補助つえ
- ★⑪認知症老人徘徊感知機器
- ★⑫移動用リフト
- ☆⑬自動排泄処理装置

#### 例外給付品目

- ★・・・原則として要支援1・2、要介護1の人は利用できません。
- ☆・・・原則として要支援1・2、要介護1～3の人は利用できません。

### 2. 軽度者に対する福祉用具の例外給付について

軽度者(要支援1・2、要介護1)に対する福祉用具貸与については、車椅子等の種目は原則保険給付の対象外となりますが、様々な疾患など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福祉用具の貸与が認められています。

軽度者に対し、福祉用具貸与の例外給付を行う場合には、ケアマネジャーもしくは地域包括支援センター担当職員(以下「ケアマネジャー等」と呼びます)が適切な手順により、利用者の状態像や福祉用具貸与の必要性を慎重に精査し、適切なケアマネジメントを行うことが必要です。

### 3. 軽度者に対する福祉用具の例外給付の判断基準

利用者の状態像から例外給付品目の貸与が必要であると判断できる場合には、福祉用具貸与費の算定が可能となります。福祉用具貸与費の算定が可能となる利用者の状態像については【表1】と【表2】を参照してください。

【表1】で該当しない場合は【表2】の状態像に該当することを確認し、市町村に確認を依頼してください。

【表1】

| 対象品目                            | 状態像                                | 認定調査の結果                             |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| ア車いす及び同附属品                      | 次のいずれかに該当する者                       |                                     |
|                                 | (1)日常的に歩行が困難な者                     | 「できない」                              |
|                                 | (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（注1） | ※                                   |
| イ特殊寝台及び同附属品                     | 次のいずれかに該当する者                       |                                     |
|                                 | (1)日常的に起き上がりが困難な者                  | 「できない」                              |
|                                 | (2)日常的に寝返りが困難な者                    | 「できない」                              |
| ウ床ずれ防止用具及び体位変換器                 | 日常的に起き上がりが困難な者                     | 「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                       |                                     |
|                                 | (1)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 | 「意思を他者に伝達できない」等または主事意見書に認知症の記載がある場合 |
|                                 | (2)移動において全介助を必要としない者               | 「全介助」以外                             |
| オ移動用リフト（つり具部分を除く）（昇降座椅子を含む）（注2） | 次のいずれかに該当する者                       |                                     |
|                                 | (1)日常的に立ち上がりが困難な者                  | 「できない」                              |
|                                 | (2)移乗が一部介助または全介助を必要とする者            | 「一部介助」または「全介助」                      |
|                                 | (3)生活環境に段差の解消が必要と認められる者            | ※                                   |

※ア(2)及びオ(3)については、該当する認定調査の結果がないため、「主治医から得た情報」及び「サービス担当者会議等を通じた適切なマネジメント」によりケアマネジャー等が判断する。「主治医から得た情報」は書面に限りませんが、照会・回答内容について必ず記録してください。

注1 車いす及び同附属品は、歩行が「できる」であっても、「日常生活において移動の支援が特に必要と認められる者」として、ケアマネジャーが総合的に判断をした場合は、市町村への確認依頼の必要はありません。

注2 昇降座椅子は「立ち上がり」でなく「移乗」で判断します。昇降座椅子は「床からの昇降」を補助するものであるため、床からの「移乗」を評価してください。

表1の対象にならない者についても、医師の医学的な所見に基づき、表2のいずれかを満たし、かつサービス担当者会議等を経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と判断されており、このことについて市町村が確認していれば、例外的に福祉用具の算定は可能になります。

【表2】

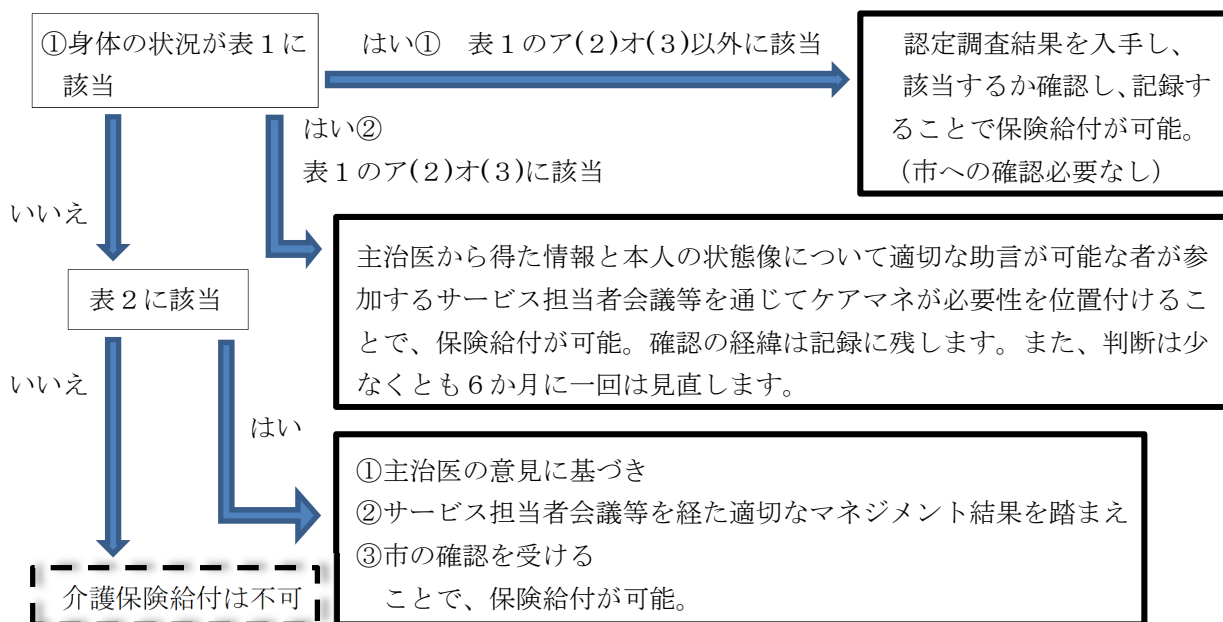
|   |
|---|
| i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に表1の状態像に該当する者<br>例：パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象                           |
| ii) 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに表1の状態像に該当するに至ることが確実に認められる者<br>例：ガン末期の急速な状態悪化                                   |
| iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から表1の状態像に該当すると判断できる者<br>例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避 |

4. 高齢者支援課への書類提出について

- ・軽度者に対する福祉用具貸与に対する医学的所見
- ・ケアプラン（サービス担当者会議の要点含む）

※介護報酬が算定可能（利用開始日）となるのは、由布市の確認日（書類提出日）以降です。→例外給付の福祉用具貸与を位置付ける場合は早めにご提出ください

フローチャート（軽度者に対する福祉用具の例外給付）



## 認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用について

短期入所生活（療養）介護サービス（以下「短期入所サービス」という。）は、利用者の在宅生活を維持する観点から、利用者の心身機能の維持と家族の身体的・精神的負担の軽減を図るためのものです。

居宅サービス計画に短期入所サービスを位置付ける場合、利用者の心身の状況や環境等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所サービスの利用日数が、認定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とされています。

しかし、利用者の心身の状況及び本人、家族等の意向に照らし、サービスの利用が特に必要と認められる場合においては、これを上回る日数の短期入所サービスを位置付けることも可能であるとされています。

短期入所サービスの適切な利用を確保するため、認定有効期間全体のおおむね半数を超えることが見込まれる場合は、「短期入所サービス特例利用申請書」（以下「理由書」という。）に関係書類を添えて、由布市に提出してください。

### 【利用の対象者】

利用の対象者は、以下のいずれかに該当する場合に、半数を超えて利用する必要性があるものと判断します。

- ①利用者が認知症であり、同居している家族等の介護が困難な場合、若しくは独居で、在宅生活が困難であると判断される場合
- ②同居の家族等が高齢又は疾病中であることを理由として十分な介護を受けることができない者
- ③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出来ない場合

### 【半数の考え方】

(例) 認定有効期間日数 365日

$$365日 \div 2 = 182.5日$$

183日が半数 ⇒ 184日目から半数超え

※連続30日を超えた利用日については、介護保険給付対象外（自己負担）のため、半数の計算範囲には含めません。

### 【提出書類】

○短期入所サービス特例利用申請書

○認定有効期間中の給付実績、予定がわかるもの（サービス利用表）

※特例給付ですので、半数を超える日までに書類を提出する必要があります。半数超えの利用が見込まれる場合は早めの提出をお願いします。

### 【留意事項】

- 由布市へ理由書提出後も、介護保険施設等への入所申込みを検討するなど、必要な援助を行なうこと。
- サービス計画等に位置づけようとする場合は、家族等の希望のみで決定された結果とならないよう、サービス担当者会議を開催し、その必要性を十分に検討した結果の判断である旨を記録として残しておくこと。
- 次期認定有効期間内においても、おおむね半数を超える見込みとなった場合には、再度提出が必要となります。



## 同居家族がいる場合の生活援助の取扱いについて

由布市では、同居家族がいる場合の生活援助を導入するにあたっては、書面にてサービス内容を確認した上で、給付の承認の連絡をしております。同居家族がいる場合の生活援助は、原則、算定できないものでありますが、一律機械的に算定できない取扱いとはしていません。

生活援助は同居家族がいても、個々の状況に応じてやむを得ない事情がある場合には算定できるものですので、生活援助を居宅サービス計画に位置づける場合は状況を確認のうえ、サービス開始前に保険者へ理由書の提出を行うようお願いしています。

### (1)同居家族の考え方

同じ家屋に家族等が住んでいる。

※上記以外の場合でも、日常的に介護が行える家族等がいる場合は、同居家族に準じる場合があります。 例) 同一敷地内の別棟に家族が居住している

⇒実際に居住している「家屋の状況」や「生活実態」を勘案して総合的に判断します。

### (2)同居家族がいる場合の生活援助の導入にあたって

同居家族がいる場合は、原則、生活援助の算定はできません。

ただし、同居家族が「障がい」や「疾病」等により家事等ができない場合または以下に挙げられるような状況である場合は算定できる場合があります。

導入にあたっては、サービス担当者会議において、本人ができること、できそうなこと、同居家族ができること、別居家族ができること及びインフォーマルサービスで対応できること等、十分アセスメントしたうえで、介護保険サービスでの利用の必要性の有無を検討し、必要と判断した場合は、支援の内容と必要量についても検討した上で、決定してください。

同居家族がいる場合の生活援助の導入にあたっては、事前（サービス開始前）に「同居家族がいる生活援助理由書」を市に提出してください。

#### ① 同居家族が障がい、疾病や要介護等の認定を受けていて、家事等が困難な状況である

※障がい、疾病や要介護等の事実のみでもって生活援助を算定することは認められません。疾病名、要介護度を明らかにしたうえで、できること、できないこと、できそうなことを明確にし、算定の可否の判断をしてください。

#### ② 障がいや疾病はないが、同様のやむを得ない事情で家族による家事が困難である場合

ア) 高齢による筋力低下があり困難な家事がある場合。

※単に高齢ということのみでもって生活援助の導入はしないこと。

イ) 家族による困難な家事があり、代替手段もない。

※家族等が担えない場合でも、インフォーマルサービス等代替手段の活用についても検討してください。「単にやったことがない」家事は該当しません。

ウ) 安全面や健康面、衛生面からみて必要性が高い。

例) 「呼吸疾患等により日常的に室内の清潔保持が必要（担当医からの指示あり）」

だが、家族は仕事で帰宅が遅いため、こまめな掃除ができない」

「自力排泄は可能だが、ほぼ毎回トイレを汚してしまうため、その都度の掃除が必要」など。

エ) 時間が限定され、その時間に家族などの支援が得られない。

例)「食事の準備や服薬の確認等、家族不在の時間帯であっても定期的に行われなければならないことがある」

オ) 家族等に無理に介護を行わせることで介護負担が重くなり、健康面に支障がでる等いわゆる「共倒れ」になる恐れがある場合。

### ③ 同居家族との関係において、極めて深刻な問題があり、援助ができない

介護放棄や修復不能なこじれ等は該当しますが、単にやった事がない、遠慮があつて頼みにくいなどは該当しません。

### ④ 同居の家族に精神疾患等を疑うような状況があり、援助が期待できない

### ⑤ その他やむを得ない事情があると判断した場合

### ⑥ 日中独居の取り扱いについて

(1) 同居家族が就労していて、長時間の日中独居、または出張で不在になるため独居の状態になる場合。

(2) 就労状況により必要な支援が受けられない。

例)「深夜勤の仕事で日中は家で休息をとらなければならない」

「日中勤務だが残業が多く帰宅が〇時と遅い」など

※単に日中不在や出張で不在という理由のみでもって算定することは認められません。

どの時間帯（期間）が独居状態になるのか確認し、独居になる時間帯においてサービスを行わなければならない支援内容なのか、家族等が在宅中にできる支援内容なのか、よく検討してください。

## (3)理由書提出のタイミング

サービス担当者会議にて必要性を十分検討したうえで、サービス開始前に提出してください。

## (4)提出書類

- ・同居家族がいる場合の生活援助理由書
- ・ケアプラン（サービス担当者会議の要点を含む）

生活援助とは、介護予防訪問及び訪問介護の生活援助中心型で算定している場合をいい、「身体介護」と「生活援助」を組み合わせで算定している場合は、理由書での申請は不要。

**障害、疾病その他やむを得ない理由の考え方(由布市の取扱い)**

|       | 考え方   | 理由書での申請 |
|-------|---|---------|
| 1)障害  | 障害者手帳の有無や障害認定(身体・知的・精神)だけで判断せず、障害に起因して家事を行うことが困難な状態である場合                  | 不要      |
| 2)疾病  | 疾病名を明らかにするとともに当該疾病により家事を行うことが困難な状態である場合(医師の診断書による確認や保管は不要)                | 不要      |
|       | けがや骨折等で家事を行うことが困難な状態である場合(けがや骨折等の状態が改善して家事を行えるようになるまで、一時的にサービスを利用する場合も含む) | 不要      |
| 3)その他 | 同居家族等が就労等のため日中不在である   | 必要      |
|       | 同居家族等が要介護認定(要介護1～要介護5)を受けており、家事を行うことが困難な状況                                | 不要      |
|       | 同居家族等が、要支援認定(要支援1・2)を受けている  | 必要      |
|       | 同居家族等と利用者の家族関係に深刻な問題がある等  | 必要      |

※理由書:「同居家族がいる場合の生活援助理由書」

## 訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランの届出について

「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 3 月 31 日厚生省令第 38 号）の一部改正に伴い、平成 30 年 10 月より、利用者の自立支援・重度化防止及び地域資源の有効活用等の観点から、訪問介護における生活援助中心型サービスの利用回数が基準回数以上のケアプランについて、保険者への届出が必要となりました。

### 1. 届出対象ケアプラン

平成 30 年 10 月 1 日以降に作成または変更（軽微な変更は除く）し、利用者の同意を得て交付したケアプランで、その援助期間において、厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置付けるもの

厚生労働大臣が定める回数（ひと月あたり）

| 要介護度 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 回数   | 27回   | 34回   | 43回   | 38回   | 31回   |

※上記の回数には、「身体介護に引き続き生活援助が中心である訪問介護を行う場合」の回数を含みません。

### 2. 届出書類

- ①訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランの届出書
- ②居宅サービス計画書（ケアプラン）の写し（第 1 表～第 7 表）
  - ※居宅サービス計画書（第 1 表）は利用者へ交付し署名があるもの
  - ※居宅介護支援経過（第 5 表）は生活援助中心型の訪問介護を位置づけた理由を記載したページのみの提出で可
- ③訪問介護計画書の写し

### 3. 届出期限及び方法

ケアプランを作成または変更し、利用者の同意を得て交付した月の翌日の末日までに届出窓口を持参もしくは郵送

### 4. 届出されたケアプランの取扱い

届出を受けたケアプランのうち、地域ケア会議にて検証事例として取り上げる場合があります。

### 5. その他

- ・届出書類の内容について、問い合わせることあります。
- ・基準回数を上回ることをもって一律にサービスの利用を制限するものではありません。



# 地域包括支援センターの体制整備等（令和6年4月1日施行）

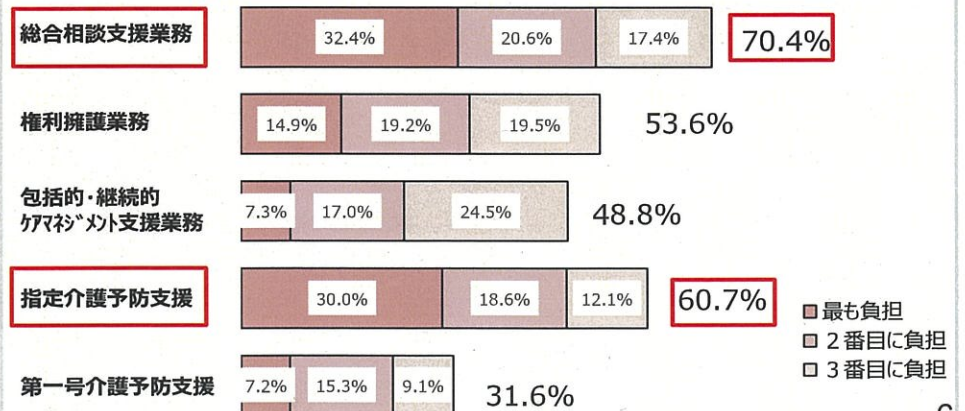
## 改正の趣旨

- 地域住民の複雑化・複合化したニーズへの対応、認知症高齢者の家族を含めた家族介護者支援の充実など、地域の拠点である地域包括支援センターへの期待や業務は増大。
- このため、居宅介護支援事業所など地域における既存の資源の効果的な活用・連携を図りながら、介護予防支援（介護予防ケアプランの作成等）や総合相談支援業務など、センターが地域住民への支援をより適切に行う体制の整備を図る。

## 改正の概要・施行期日

- 要支援者に行う介護予防支援について、地域包括支援センターに加えて、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）も市町村からの指定を受けて実施できることとする。その際、指定を受けたケアマネ事業所は、市町村や地域包括支援センターとも連携を図りながら実施することとする。
- 地域包括支援センターが行う総合相談支援業務について、その一部をケアマネ事業所等に委託することを可能とする。その際、委託を受けたケアマネ事業所等は、市町村等が示す方針に従って、業務を実施することとする。
- 施行期日：令和6年4月1日

負担に感じる業務（上位3つまで） ※1037センターからの回答を集計



## 指定介護予防支援事業の改正について

令和6年4月1日より、指定介護予防支援事業について、居宅介護支援事業所が地域包括支援センターを通さず、対象者と直接契約できるように法改正が行われました。（介護保険最新情報vol.1201）

現在、各居宅介護支援事業所では、指定介護予防支援事業についての指定申請をされるかどうか検討中だと思えます。

しかしながら、今後地域包括支援センターを通さずに、居宅介護支援事業所が利用者と直接契約していくことで混乱が生じる懸念があります。

そのため由布市としては次の点を整理したうえで、居宅介護支援事業所と対象者の直接契約の運用を開始したいと思っております。

| 懸念  | 整理する点  |
|---|--|
| 現在、包括支援センターを経由して一部委託を実施している方との直接契約をする場合、包括支援センターがそのことを知らないと請求等に混乱が生じる。                  | ①居宅が一部委託を実施する場合に、包括支援センターや市にある程度の情報を提供してもらいたい。<br>→* 情報提供に関する法律の整理が必要。<br>また情報提供同意を契約書に入れ込む必要があるかの検討と雛形の整備<br>*どのような情報をどのタイミングでやりとりするか決定<br><br>②できるだけ混乱が生じないように市が作成している介護予防支援マニュアルを改訂 |
| 総合事業（第1号事業）のみ利用の方は、居宅介護予防支援事業所がケアマネジメントできない。契約した後に総合事業の利用という話になった場合に、契約がどうなるのか？等の不安がある。 |  |
| 包括支援センターの役割として地域のマネジメントがある。居宅介護支援事業所と利用者の直接契約が始まることで、包括支援センターが地域が見えなくなる可能性がある。          |  |
| ・<br>・<br>等々  |  |

## 今後のスケジュール（予定）

| 時 期    | 内 容                                     |
|--------|---|
| 3月末～4月 | 前ページの整理する点を市と包括支援センターで協議し、各居宅介護支援事業所に周知 |
| 4月～5月  | 周知や準備期間                                 |
| 6月～    | 居宅介護支援事業所と利用者の直接契約の運用開始                 |

\* 指定の受付は現在もでき、指定開始日は4月1日から可能です。  
 法律的には4月1日より居宅介護支援事業所と利用者の直接契約が可能です。  
 包括支援センターから一部委託を受ける場合と報酬単価も若干違います。  
 法人のご意向もあるかと思しますので、市から強制はできませんが、スムーズな  
 移行のために可能であれば上記のスケジュールで今後の準備を進めていただければ幸いです。

## 留意点とお願い

\* 居宅介護支援事業所が必ず、指定居宅介護予防事業の指定を受けなければならないというわけではありません。今まで通り、包括支援センターからの一部委託のままでもよいというご判断でも大丈夫です。

\* 法人の方針で6月1日以前より利用者との直接契約を開始するという事業所さんがいらっしゃる場合は由布市高齢者支援課（097-529-7349）へご連絡ください。





由布市

# 高齢者向け配食サービス



由布市では65歳以上の高齢者のみの世帯の方を対象に、1日1食（夕食）を月曜日～土曜日の週6回を上限に食事を配達し、見守りを行っています。



## 対象者

- 65歳以上の高齢者のみの世帯の方
- 総合事業対象者又は要支援・要介護認定対象者
- 配食サービス事業利用基準票において一定の基準を満たす方

## 食事代

自己負担額（1食） 440円

※令和5年度4月1日時点の自己負担額となります

## 実施事業所

- 社会福祉法人会 豊寿会（挾間）
- 由布市社会福祉協議会（庄内）
- 有限会社 ウェルケア（湯布院）

## お申し込み方法

総合事業対象の方又は要支援・要介護認定対象の方は担当のケアマネジャーへお問い合わせください。

上記以外の方は、由布市高齢者支援課へお問い合わせください。

## ご案内

現在、要綱の改正を行っており、様式など若干の変更を予定しております。決定次第、HP等でお知らせいたしますので、関係される方におかれましては今後の案内にご留意ください。

## 《 お問い合わせ先 》

由布市高齢者支援課 介護保険係 097-529-7349



## 【情報開示における各申請者の必要書類】

### 〈本人〉

- ・申請書(別紙様式1)
- ・公的身分証等の本人確認書類(代理人申請の場合は、代理人の公的身分証等)  
※代理人申請の場合は、被保険者同意欄を記入すること。

### ① 居宅介護(予防)支援事業所等 ※居宅届を提出していることが前提です。

#### ○地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所

- ・申請書(別紙様式2)
- ・当該事業所の職員であることの証明(職員証、職員証明書) ※名刺は不可
- ・公的身分証等の本人確認書類

#### ○居宅介護支援事業所(一部委託)

- ・申請書(別紙様式3)※一部委託チェック欄の記入漏れにご注意ください。
- ・当該事業所の職員であることの証明(職員証、職員証明書) ※名刺は不可
- ・公的身分証等の本人確認書類

#### ○居宅介護(予防)支援事業所(保険者が由布市以外)

- ・申請書(別紙様式2)
- ・当該事業所の職員であることの証明(職員証、職員証明書) ※名刺は不可
- ・公的身分証等の本人確認書類
- ・契約書の写し(全頁)

### ② ①以外の事業所

- ・申請書(別紙様式2)
- ・当該事業所の職員であることの証明(職員証、職員証明書) ※名刺は不可
- ・公的身分証等の本人確認書類
- ・施設入所、サービス利用に係る契約書の写し(全頁)

職員証明書の参考様式は次項に載せています。必要に応じてご活用ください。  
なお、管理者名自署の場合、押印は省略可能です。  
また、証明書は情報開示以外にも提示を求める場合があります。

## 介護保険事業所職員証明書

事業所名

管理者名

印

(管理者名自署の場合、押印省略可)

下記の者は、上記事業所に所属する職員であることを証明します。

記

|        |  |
|--------|--|
| 職 員 名  |  |
| 職員生年月日 |  |

## 【介護保険被保険者証の窓口受取りについて】

### (変更前)

事前連絡並びに委任状を持参のうえで、発送日に本庁舎、挟間庁舎及び湯布院庁舎にて被保険者証を受取り。

### (変更後)

事前連絡並びに委任状を持参のうえで、発送日に本庁舎で受取り。  
挟間庁舎・湯布院庁舎での受取り希望の場合は、発送日の翌開庁日以降にて対応可。

※電話等での進捗確認に対しては、あくまでも発送予定日を回答しています。審査会の進捗状況等によっては、日付が変更となる場合があります。

※窓口受取りを希望される場合は、受取り日の前開庁日に高齢者支援課まで準備状況の確認を行うことをお勧めします。

(進捗確認の予定日通りに交付できない場合があります。)