

令和5年度

介護保険事業所実績報告書
宜野座村居宅介護支援ステーション

自：令和5年4月 1日

至：令和6年3月31日

令和5年度 宜野座村居宅介護支援ステーション

実績報告書

1. 現状及び課題・評価

1) 終末期「ACP」看取りに向けた在宅介護の支援について…

今後の在宅支援についてアドバンスケアプランニング「ACP」。高齢で一人暮らしという事で、何かと不安や心配事がつき物。これから終末期に向けての余生を住み慣れた家で安心して暮らしていける様、医療介護多職種協働は基より、(地域住民の見守り・協力支え合い等)地域の資源を活用しながら支援していく事が目的で令和5年4/7自宅において開催した。

*本人の意向：頸椎の痛みや胸痛持続し、日々、あちこち痛く弱くなっている。そんなことから生きている意味がない(*葛藤しながら自問自答繰り返す)。

*「ACP」：ご本人を主体としてご家族やご友人、医療スタッフ、ケアチーム、地域住民を交え繰り返し話し合い、「人生会議」本人様を尊重した人生の最終段階における医療ケアについて、意思決定をサポートする取り組み。本人➡「話し合いの場を設け皆様に賛同して戴き感謝気持ちを表していた。」*最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した最適な医療・ケアが行われるべきである。「終末期医療」を「人生の最終段階における医療」という表現に改められる。

1) 自分らしい生き方を大切な人と話し合う。(家族に相談し、想いや希望を伝えたい)

・本人：「今日は、関係職員他、地域の皆さんも参加してもらい、有難いです…ハイ。」

K訪問看護管理者(K氏)より、現在の病状や、2月～3月にかけての経過「COPDの増悪」にて入院に至る迄の状況の報告を行う。

「肺や心臓、腎臓等の機能低下、循環器のトラブルが生じ、息を吸ったり吐いたりするのが徐々に低下↓し酸素補給が必要、心不全の悪化にて水が溜まり入退院を繰り返す。家では、自分らしく行きたいと絵図を描き、自ら調理して食事をされてきた。水分制限1日/500mlあるも、1ℓ水分をとることもあり、週/3回の血液透析で例)2日で5kg落とす…水を抜く事も至難の業。又、透析中や入院期間等にはきちんと「HOT」出来ているのに、家では自分勝手に「HOT」を外して生活される事が日常茶飯事であり、このような状態では、頻回に呼吸苦や体調不良を訴える事になる。」と弁。

2) 近い将来、原疾患の増悪と共に状態が低下した時、どんな治療やケアを望むか話し合う。どこでどのように過ごしたいか等…。

・本人：「気分が悪く苦しい時は今迄通り救急車を呼び、病院では一般的な治療を希望。」では、治療に関しても、延命処置や積極的な治療を施す様要望あり。・今回、気分不良で玄関先で倒れ、まだ意識はあったから何でもなかったが、職員や家族が家に訪れ意識がない状態であればどう対応したら良いのか困惑し、本日の話し合いでは決められない状況にある。

3) もしもの時に誰に判断をお願いすれば? 「日頃大切にしている事や信念、価値観等」代理決定者と共有しておく事が大事。」*一度決めた事「人生の最期」に向けた考えは絶対ではなく時間の経過や病状の変化等によっても常に揺らぐ物であり、いつでも何度でも変更する事が可能である事をケアマネより説明する。

*本人抜きで決めないで、大切なのは「何を決めたかではなく」、「どれだけ大切な人と話し合っ一緒に決められたか」である。

【…今後の方針…】

※1：自宅に新聞がたまると地域や周辺住民が関係者へ連絡する事。*赤色灯(回転灯)を設置すれば、動けなくてもボタンを押すだけで地域にSOSを発信する事ができ凄く助かるのでは…(見守り支え合い隊：T氏)が提言される。

*ケアマネ(仲間)が緊急通報システム導入代理申請を行い設置に向ける。

※2：緊急時➡もしもの時、自宅訪問し倒れていて息をしていない時は、①訪問看護事業所へ連絡する。②訪問看護による緊急時訪問を行い、現状を往診でかかりつけ医「Oクリニック Dr」

へ連絡する。③Dr が自宅に伺い最終判断を下す。(最終的に心肺停止なら死亡診断を行う。)

*上記①～③の手順で行う事を、本人の同意を得て関係者一同再確認してもらった。

【 課題・療養用の今後のリスク 】

今後も、主の思いや気持ちを最大限に尊重し、自立した生活の実現に向けて公的サービスや、地域資源を活用しながらサポートしていきます。

【 残された課題 】

- ・看護より、HOT 導入 SPO2 80 台迄下降しても自覚症状乏しい。(訪問看護導入指導助言必要)
- ・労作時の呼吸苦あり、今後においても呼吸苦が出現する可能性が考えられる。
- ・高齢であり皮膚トラブルの可能性あり、「要観察」。

1. 退院後、自己にて運転を行う可能性が高い為、本人と十分話し合い、鍵を預かるか差し押さえる事も必要かと…。

【 ケースカンファレンスの実施 】

- ・7/19、正午、血液透析通院されている「たいようのクリニック」にてカンファを開催。
- ・本人の困り事を確認し、主治医より医療的見解からの助言アドバイスを貰い、今後の支援方法について話し合いがもたれた。

※ 困り事について

1. 足趾がふらついて歩くのが大変みてわかるでしょ…。
2. 看護婦が勝手に酸素を 0.75ml に上げ、頭がフラフラし痛くなっている。
3. 訪問看護サービスが入っても何もよくなるから断ろうと思っている。
4. みのり内科へのクリニックの変更はどうなっているのか疑問を呈する。

※ 主治医 (宮平Dr) より、当初酸素は 0.25ml で在宅酸素開始したが、毎回、息苦しさを訴えており途中、0.5ml へ上げる。それでも時折呼吸不全の状態は変わらず、一時的に 0.75ml へ上げて様子観していた。主治医の指示に従い看護師が酸素を上げているにも関わらず、看護婦が勝手に酸素を上げて余計に苦しくなって大変。統一して貰いたいと強く要望される。主治医より、今後は、酸素を 0.5ml で統一します。エチゾラムは中止、二酸化酸素が増える。下肢がムズムズの症状を抑える薬も二酸化酸素を増やす^oナルコシス、前回それが主訴で入院になっている現状。・昼間寝て、夜、寝ないのはダメ。週3回透析中に足趾のトレーニングを提案、主の意向で運動するか判断する。トレーニングする事で酸素が増え↑体調もよくなり状態が維持できると宮平Dr が推奨している。

クリニックの看護師が付き添いトレーニングの一連の動作を指導して貰いながら行う為安心との事。できれば主の場合、呼吸器内科の主治医が担当すべきであるが、訪看桑の実より、おくまクリニック奥間先生が担当され1回/2週往診で関り状態の把握病状管理をしている事を申し伝えした。

*訪問看護 (管理者) : 病状の管理と状態の把握で看護師が介入するので今の状態を長く続けたいですか…? 7月以降もこれまで同様、1回/週入ってもよろしいですかと問い、本人渋々納得された様子。*主治医からも後押しがあり、是非、訪問看護による状態の把握と内服管理は必須であると弁。

【 訃報の知らせ 】

・10/24、朝早くご家族より連絡を受け、緊急訪問時に状態を確認しおくまクリニック奥間Drへ連絡行い、午後8時30頃死亡診断行ったとの報告を受けた。出勤してからCMも急ぎ現場へ向かう旨お伝えした。

【 訃報の知らせを受けご自宅訪問 】

・本日、早朝、桑の実管理者 (桑江氏) より報告を受け訪問した。故三郎氏の訃報を受け、親族が駆け付けお集まりの状況。主介護者として身の世話をしてきた甥姪へ挨拶し、心情を察しする。主 (三郎氏) がこれまで何度も痛みや息苦しきなど苦痛を訴え、「もう終わりにした

い…」 「今後、透析をしない…」等々口にされていた事を思い出し、これでやっと本人の望む「あの世」へ自らの意思で旅立たれたんだと思う。大和で働き生計を立て、今日迄人の手を借りた事のない頑固な性格で、介護に関しても他所様の手を汚さない拒否し続けてきた生涯を評価せずにはいられない。天涯孤独で誰にも心を許さない持ち主、でも内面は寂しさをひた隠しにしていたに違いない。これまで色々と時間や労力を使い支援してきた姪甥へ労ねぎらいを行い、退出した。

2) 身寄りのない方の身元保証等についての現状や動向について

ケアマネージャーは、身寄りのない方の入院入所及び手術施行する際の同意や身元保証を迫られ対応に苦慮している。ケアマネージャーが、身元引受人を代行せねばならない状況に陥る事がある。金銭面等、様々な手続き等家族の代行ではない事を本人に説明するも改善は難しい状況。今後、緊急時など、必然的にケアマネージャーが家族の代行を担うのではなく、どのような生活の在り方（施設も含む）、支援の在り方が最も望ましいのかを絶えず模索し関係機関を交えながら協議していく必要がある。

②社協福祉用具無償貸与事業

村内の企業、有志、村外の福祉事業に関心のある方々からの浄財の寄贈（介護ベッド、車いす、ポータブルトイレ、歩行器等）を社協が無償貸与する事で保険者及び利用者の経済的負担の軽減が図られた。

種 類	介護ベッド一式	車 椅 子	簡易トイレ	歩 行 器	シャワチェア	合 計
人 数	20人	17人	16人	2人	1人	56人

※ 介護保険で福祉用具貸与サービスを利用した場合

- ・介護ベッド一式の場合→月約8,000円～10,000円（10割）

③社会福祉法人等による利用者負担額の軽減事業の継続実施

・平成17年3月1日付で、沖縄県介護保険広域連合へ、当該事業実施法人として登録。利用料や食費が0.25%の割引で利用者の負担軽減に繋がっている。

⇒ 令和元年度 対象者 : 0名

2. 課題及び展望

・村内に24時間体制の訪問診療出来る医院がなかったが、直近では、終末期のターミナルケアや看取り等の支援における訪問診療で、金武町の「クリニック」をはじめ、「訪問看護事業所」と調整、＊看取り等の緩和ケアが必要な対象者へ、在宅医療・介護の連携推進（24時間体制）の支援が提供でき今後においても凄く重要視されている。

・ケアマネージャーやヘルパーが気づいた医療的な課題について本人を介さずに主治医に連絡すべきか判断する事が難しい。（※ H30年度より☞主治医へ情報提供が義務付けられる。）

・入院中にADLが低下しご家族の介護力も乏しく、在宅復帰が非常に困難な状況の中、退院日が決定されるケースが多々あり、在宅介護サービスの支援・調整が厳しい現状。

☞ 例①生活が見えてないまま、在宅に帰される。

☞ 例②在宅の受入が出来ていないが、退院が勝手に決められる。

- 1) ケアマネジメントの基本理念を実践する為、①利用者主体、尊厳の保持を前提とする支援。②自立支援の促進（その方の望む生活の支援）を行う。③住み慣れた地域における生活を継続する援助を行って行かなければならない。
- 2) 対人援助者としての姿勢と態度、相談援助技術が求められる。⑦「バイオスティックの原則」

クライアントを個人として捉える（個別化）。疾患や障がい、困り事などどのように捉えているかによって援助の方法も変化する。クライアントの感情表現を大切にする（意図的な感情の表出）。気持ちや感情を十分に表現して貰う事が必要。感情が表現できないままになると、良い解決法も受け入れなくなる事もある。

援助は自分の感情を自覚して吟味する。「自己覚知」自分の感情のコントロール（統制された情緒的関与）。*感情を観察と傾聴で理解し、援助者としての反応を援助目的やニーズ等にあったものなのか吟味し、「言語化」し、クライアントに帰していく事が大事である。利用者の立場に立ち思いや考え、行動を受け止め（確認）した上でかけがえのない存在として受け入れる。

（共感力）を身につける事で受容できる。*非審判的な態度で一方的に避難、指示的な非難めいた発言はタブー。（言動や行動に援助者の価値判断し批判せず、何故そのような言動等をしたことの背景を理解する。*自己決定を促して尊重する「*自己決定の原則」選考の自由、自己決定できるだけの十分な情報提供が必要になる。

秘密保持して信頼関係を醸成する（秘密保持）秘密保持の原則は、面談に先立ちクライアントに伝える事はとても重要。

- 3) 質問のスキル：質問には能動的傾聴の様に発言を促す質問から事実を確認する為の質問、バイジーの思考を促す質問、モチベーションを高める質問。心を開く質問などがある。
 - (ア) オープンクエスチョン（対象者自身が自由に自分の言葉で話ができる機会を提供）
 - (イ) クローズドクエスチョン（必要な情報を早く的確に収集する際に使い、尋問や事情聴取の様になるので多用は注意が必要。新たな展開に繋がる様な質問が理想。
 - (ウ) 能動的聴取（対象者の話を引き出して聴く為の質問）「それでそれで」、「他には？」、「もう少し具体的に教えて貰えますか」等々…。
- *例示) 1. 視点を変えたり、映像化したり、発見を促したり、未来をイメージする（ミラクルクエスチョン）や、数値化したりする質問等があり、都度場面転換しながらケースバイケースにて活用していく事がスキルアップに繋がる。
- 4) 承認・称賛のスキル：関心を持ち共有するのに効果的でモチベーション維持ができる。変化や違い、成長や成果にいち早く気づきそれを言語化しはっきりと伝える。称賛とは、ほめる事だが、対象者のやる気を奪わない褒め方が必要で必要以上に褒めないこと。
- 5) 問題解決アプローチ
 - ・人の生活は問題解決の過程であると視点に立ち、動機づけし能力を高め機会を与える事で成長させるという枠組みで問題解決を図る。問題が大きすぎると、小さく切り分け達成可能なものにする。動機づけ、意識づけを与えモチベーションを維持に繋げ、ケアマネが利用者を支援している際、真摯に向き合い見ているよという姿勢が重要である。
- 6) 課題中心アプローチ（ケアプラン）
 - ・短期の計画的援助として体系化。クライアントの生活上の抽象的問題ではなく、具体的課題に焦点を当て、クライアントと共に課題達成を目指す方法。*MCO と組み合わせると効果的である。
- 7) 解決思考アプローチ
 - ・クライアントが抱えている解決のイメージをケアマネとの協働作業（面接過程）の中で作り上げていく方法。解決志向の「解決」は問題解決の解決ではなく、「問題がない状態」を志向し、スモールステップを踏んでいく。更に解決の為の資源は、対象者自らがもっているという考えに基づいている。問題の除去や原因探しをせず、「上手くいっている状態」に目を向け、「例外探し」「ミラクルクエスチョン」「スケーリングクエスチョン」「コーピングクエスチョン」などの様々な質問により進めるアプローチである。
- 8) スーパービジョンの意義
 - ・コミュニケーションによる学びと成長に繋がる。・実践上の課題への対処方法を学ぶ。専門職としての視点・考え方の点検、修正ができる。・個人・組織・地域とのジレンマへの対処方法を学ぶ。ストレスの軽減、バーンアウトの予防に繋がる。自身を振り返り、ものの見方・考え方・促し方に気づく。・経験の蓄積により自身をつける。

9) スーパービジョンのセッション

・状況把握とアセスメント、介入のプロセス、状況を言葉で報告する事による頭の整理、気づき「バイザーが言語化して表現」、気づきにおける成長。組織・環境にあるのか、知識・技術が不足しているのか、感情や気持ちといった情緒的問題なのか、介入としての気づきを促す（質問）＊いろいろな考えをめぐらせる時間。＊自己覚知できる事で気づきに繋がる。

＊村地域包括支援センターとの連携

虐待や自殺が疑われる時には、疑いの恐れがある時点で市町村や地域包括支援センターへの通報が必須。虐待や自殺のリスクに早期に気づき情報を関係機関と連携を図りながら必要な支援へと繋ぐという対応が求められている。

高齢化は進展の一途を辿っており、介護保険制度の果たすべき役割は重要性が高まっている。

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みや、「地域共生社会」の実現に向けて介護支援専門員に期待される役割も多岐に及んでいる。

地域課題の発見、把握、地域づくり、資源開発、地域全体の地域包括支援ネットワークをサポートする村地域包括支援センターを中心に、地域課題を捉えて多職種協働による社会資源への働きかけを展開し、地域や民生委員、NPO、関係機関など共に連携し、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続ける事ができるよう、より専門性を高め、地域の在宅福祉サービスに尽力して行く。

＊一連のケアマネ業務に対する役割 ◊ 介護保険（専門職）として位置付けられているが、全国的に施設上層部の知識・理解が不十分な事業所が多く、ケアマネを取り巻く環境が厳しい状況である。日本介護支援専門員協会「日介協」より厚生労働省へ「役割の重要性」を継続して提言していく方針。※ 誇りある業務を遂行◊業務量と待遇面の不均衡の改善が必須。

【 ＊ 厚労省・正式決定 ＊ 】

※経過措置の延長は、「2021年3月31日の時点で主任ケアマネ以外が管理者を担っている事業所のみが対象。」その管理者が管理者を担い続けていく場合に限り、「2026年度まで6年間にわたって厳格化が猶予される。」

＊老健局の担当者は延長を6年間としたことについて、「2020年度から新たに管理者となった人も、5年間の実務経験を積んで主任ケアマネ研修を受けられる期間を確保するため」と説明した。

※介護支援専門員の義務

第1項 公正・誠実に業務を行わなければならない。

第2項 要介護状態の軽減または悪化の防止に資する様行なわれるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行わなければならない。自ら質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

第3項 専門的知識及び技術の水準を向上させ、脂質の向上を図るよう努めなければならない。

◊ 「ケアマネジメント」の統一された定義は未だになし。

多くの高齢者ケアマネジメントの定義に共通しているのは以下の2点

① 生活課題（ニーズ）を有している人が対象

② 社会資源を活用しながら、住み慣れた地域で生活が継続できるように支援

＊ケアマネジメントの過程（①～⑦迄を常時繰り返し行う）

① 受付・契約・インテーク⇒ ②アセスメント⇒ ③ ケアプラン原案作成⇒

④ サービス担当者会議⇒ ⑤ ケアプラン確定実行⇒ ⑥ モニタリング⇒

⑦ 再アセスメント ⇒⇒⇒ 終結。

- * 課題分析における留意点（第7号） ⇨ 利用者が入院中である事等物理的な理由がある場合を除き必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。
* 自宅でできない物理的理由を支援経過や別紙へ記入しておく事。

◆*令和5年度・集団指導について（留意する事項・着眼点）

集団指導は、制度改正や介護給付等対象サービスの取り扱い、介護報酬の内容などについて、介護保険事業所に周知徹底する事を目的として、講習等の方法で実施するもの。介護支援専門員は介護保険制度を持続可能とする実現に向けて常に重要な役割を担っている。運営指導の機会をもって個別の事業所を支援しつつ、それに伴って居宅介護支援事業所の果たすべき役割を十分に発揮されるよう共に取り組んでいくのが狙いである。

<概要> 【全サービス共通：1）～5）】

- 1 業務継続に向けた取り組み強化
- 2 感染症対策の強化
- 3 高齢者虐待防止の推進
- 4 認知症介護基礎研修の受講の義務付け

1) 業務継続計画の策定等について

- ① 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施する為の、及び非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じる。
- ② 従業者に対し、業務継続計画について周知すると共に、必要な研修及び訓練を定期的実施すること。
- ③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行う。

2) 感染症対策の強化について

- ① 衛生管理等、事業所において「*感染症の予防及び蔓延等の防止の為の対策を検討する委員会（概ね6月に1回以上）開催すると共に、その結果について、従業者に周知徹底している。
事業所における感染症の予防及び蔓延防止の為の指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）を定期的実施する。

3) 高齢者虐待防止の推進について

- ① 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止する為に、次に掲げるとおり必要な措置を講じる。
- ② 虐待防止に関する担当者を選定する。

虐待防止に関する担当者	管理者	仲間	司
-------------	-----	----	---
- ③ 虐待防止の対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っていく。
- ④ 虐待防止の為の指針の整備を行う。
- ⑤ 従業者に対して、虐待を防止する為の定期的な研修を実施する。
サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報する。

4) 認知症介護基礎研修の受講の義務付けについて

- ① 認知症対応力の向上と利用者の介護サービスの選択に資する観点から、研修の受講（*認知症介護基礎研修等）状況等、認知症に係る事業者の取組状況について、介護情報公表制度において公表を行う。

5) ハラスメントの防止対策について（令和6年4月以前に整備済。）

- ・事業者は、適切な居宅介護支援の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は、優越的な環境を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、職員の就業環境が害される事を防止する為の方針の明確化等の必要な措置を講じる。
 - ・ハラスメント事案が発生した場合、マニュアル等を基に即座に対応し、再発防止会議により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討する。
 - ・職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修等を実施します。又、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
 - ・契約者（利用者）様、家族又は代理人等から事業所の職員に対して故意に暴力や暴言等の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合は、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、サービスのご利用を一時中止及び、契約を廃止させていただく場合があります。
 - ・男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策に取り組みます。

6) 医療機関との情報連携強化

利用者が医療機関で診察を受ける際に同席し、医師等と情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行う事を新たに評価する。（居宅サービス計画書ケアプランに記録必須。）入院時情報提供連携加算は、利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を提供した場合に算定する。

- ※ 退院・退所加算、病院・介護保険施設等に入院、入所していた利用者が退院又は退所し、居宅において居宅サービスを利用する場合に、当事業所の介護支援専門員が当該病院等職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画の作成及びサービスの調整を行った場合に算定する。情報提供の回数・方法により算定区分が異なる。
- ※ 通院時情報連携加算は、利用者が病院又は診療所で医師の診察を受ける時に介護支援専門員が同席し、医師等に対して必要な情報提供を行うと共に、医師等から必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合に、算定する。
- ※ 看取り期におけるサービス利用前の相談調整等に係る評価(本人の意思を尊重したケアの充実)
 - ・看取り期の本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取り組みを行う。
- ※ 居宅介護支援の提供開始にあたり、入院時には、ご本人又はご家族から、当事業所名及び担当介護支援専門員の名称を医療機関へお伝え頂きますようお願い致します。その趣旨をご契約者へ説明し、又、医療機関に対して必要な情報等を提供する。

ご契約者が医療系サービスの利用を希望している場合などは、ご契約者の同意を得て主治の医師等の意見を求め、その主治の医師等に対してケアプランを交付する。

 - ・退院前にケアマネジメントを行ったものの利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に（モニタリングやサービス担当者会議における検討など必要なケアマネジメント業務や給付管理の為の準備が行われ、介護保険サービスが提供されたものと同等に扱う事が適当と認められたケースについて、居宅介護支援の基本報酬の算定を可能とする見直しを行う。）

<現 行>	サービス利用の実績がない場合は請求不可
<改定後>	居宅介護支援費を算定可

7) 居宅介護支援・介護予防支援 基本報酬の改定

- (一) 要介護1又は2 < 現行 > < 改定後 >
 1, 076単位/月 → 1, 086単位/月
- (二) 要介護3.4.5 1, 398単位/月 1, 411単位/月

8) 退院・退所時のカンファにおける福祉用具専門相談員等の参画促進

退院退所後に福祉用具の貸与が見込まれた場合、必要に応じ福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参画する事を明確化する。

9) 管理者要件の改正について

令和3年3月31日時点で主任介護支援専門員でない者が管理者である居宅介護支援事業所については、当該管理者が管理者である限り、管理者を主任介護支援専門員とする要件の適用を令和9年3月31日まで猶予とする。

10) 居宅介護支援の提供の開始に際し留意する点

- ① ご利用者は、複数の居宅サービス事業者等を紹介する様求める事ができること。
 - ② ご利用者は、居宅サービスに位置付けた居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求める事ができること。
- ・前6ヶ月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数の内、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護（以下訪問介護等）がそれぞれ位置付けた居宅サービス計画の数が占める割合、前6ヶ月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成した居宅サービス計画書に位置付けられた訪問介護等ごとの回数の中に同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合等について説明を行い、理解を得なければならない。

11) 特定事業所集中減算の報告について

- ・全ての居宅介護支援事業所は…
- ① : 毎年度2回判定機関（前期・後期）において作成された居宅サービス計画書を対象とし、「居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る報告書を作成しなければならない。
- ② : ①の結果、「判定対象サービスのうち、いずれか1つのサービスでも特定の事業所への紹介率が80%を超えた場合」は、広域連合へ報告書の提出が必要になる。

※※ここで注意※※

- ・80%を超えるに至ったことについて「正当な理由」がある場合でも、報告書の提出は必須である。
- ・正当な理由に該当するかの可否は提出された報告書をもって広域連合が判断する。

(別紙1) : 各サービス割合等 *令和5年度後期（令和5年9月～令和6年2月分）

当事業所のケアプランに位置付けた、各サービスの利用状況は以下の通りです。

- 1) 前6ヶ月間に作成したケアプランにおける訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸、各サービスの利用割合

・ 訪問介護	59%
・ 通所介護	67%
・ 福祉用具貸与	89%
・ 地域密着型通所介護	%

2) 前6ヶ月間に作成したケアプランにおける訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸、各サービスの同一事業者によって提供されたものの割合

サービス種別	事業所名	割合	事業所名	割合	事業所名	割合
訪問介護	宜野座村訪問介護事業所	70.7%	訪問介護事業所えがお	24.0%	訪問介護どリーむ	5.0%
通所介護	宜野座村通所介護事業所	68.1%	介護センターかな	20.3%	あやかいデイサービス	5.3%
地域密着型通所介護	デイサービスえにし	%	デイサービスささえ	%	デイサービス喜福	%
福祉用具貸与	ケアサービスよみたん	66.6%	サトウ(株)	13.3%	フロンティアゆい	9.3%