

令和4年度

宜野座村居宅介護支援ステーション事業報告書

自：令和4年4月 1日

至：令和5年3月31日

社会福祉法人

宜野座村社会福祉協議会

令和4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) 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) 「在宅・施設？」本人及び主を取り巻く環境、家族の意向の相違するケース

独居にて生活。脳梗塞後遺症やてんかん発作あり、左半身麻痺の後遺症がありながらも、（自宅で暮らしたい。大好きな社協を利用したい）と、残存する健側の右半身の機能を活かしながら、在宅での生活を継続している。高齢の長女を中心とした姉妹による在宅支援と、介護保険や障害福祉サービスを利用。自分の生き方や考え嗜好を大事にする生き方で、他人の意見を聞き入れず、短気な性格であり、本人を支援する親族は介護負担を強いられ（施設に入って欲しい）と思っている。本人は元々、介護施設が嫌いであり、昨年、転倒が原因による入院から、コロナ禍でもある事で感染防止も目的に施設への入所を検討したが、本人が強く拒み在宅生活を継続している。呼吸器の疾患も認め入退院が続き在宅生活の困難さはより顕著で高齢の姉妹は、近日より以上に体力的に本人の在宅での支援の困難さを訴える。本人の在宅生活への思いは強く今後、どのような支援の在り方が相応しいか問われている。

3) 「終末期・アドバンスケアプランニング」看取りに向けた今後の支援について…

今後の在宅支援について「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開催した。

*本人の意向： 昨年、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。そんなだったら生きている意味がない。（主は葛藤しながら自問自答繰り返す。）

2月初旬、透析の為「Tクリニック」でフラツキを主訴に、県立中部病院救急外来照会された事に、凄く不愉快で腑に落ちない様子。「医療行為や医療処置に対し認識に欠けており納得してなく余韻を残したままの状況。」

*家族の意向： 本来なら男系の従兄弟が南城市におり、次男は他界されているがその息子次男がおるので、仏壇事や金銭面等はタッチしていないし、今後も一切関わらない。ただ、村部落内近くにおるので代理に色々関わっていると本音を表していた。

*「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。」医療や

病識に対し不信感をお持ちで納得せず、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 / 500 ml 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 5 kg 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ただけ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）より平行して：緊急通報システムを導入する事も必要ではと促した。

➡①赤色灯に関しては、地区民生委員の（N 氏）が即、区事務所へ出向き区長へ相談する事で承認。②緊急通報システムに関しては、CM（仲間）が村地域包括支援センターへ相談し、代理申請する事で了承を得た。

※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事。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」。

#.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…。

※T クリニック看護師（H 氏）4/3（月）透析中に義歯（上）が喉奥に落ち詰まっていた違和感を感じており痰吸引しようとして発覚した様。リンやカリウムの数値が高い。

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。

※ 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」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向的に避難、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的背景を理解する。*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。

- 2) 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、バイジュ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。
- ① 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）
 - ② 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、尋問や事情聴取のよう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。）
 - ③ 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。

- 3) 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。

4) 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。

5) 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。

6) 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。

7) 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。

8) 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「バイジュ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）*いろん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用。

*入院入所時の身元保証等について現状と課題

- 本来、医療同意は患者本人にのみ認められており、他者に移転しない権利（一審専属）であるが、事後的に訴訟リスクを避ける為、親族や身元保証人から同意を得る事が慣行化している。わが国では、医療同意に関する法制度が整備されていない。
- 病院側は「保証人」「身元引受人」等に対して、医療同意、債務保証、認知症を発症した場合などの扶養、遺体の引き取りなどを期待している事が多い。
- 入院入所時に身元保証人として署名を求められるが身元保証人が行うべきことについて明確な事柄が記載されていない場合が多い。
- 2040年には、身寄りから身元保証人を立てる事の難しい高齢者が1000万人に上ると見込まれている。

*保証人：債務者が債務を履行しない時にその履行の責任を負う。正し、保証人は先ず政務者に請求する様求める事ができる。（催告の抗弁）又、債務者に弁済するだけの資力があり、執行が容易であると証明した時には、債務者の財産から弁済をする（検索の抗弁）。

*連帯保証人：保証人と同様に債務者が債務を履行しない時にその履行の責任を負う。正し、保証人とは異なり、催告の抗弁と検索の抗弁がない為保証人よりも責任が重い。

*身元保証人：雇用契約時に使われる事が多く、本人の行為により保証を求める側（施設等）が損害を受け、本人がその損害を賠償する事ができない場合に、身元保証人がその損害を担保する。

*身元引受人：法的に「身元引受人」という用語はないが、施設等を退所する際に「身柄を引き受ける責任を有する人」という意味で使われる。

○ 医療同意（医療における患者の自己決定権）

・医療行為というのは病気や怪我を治療する行為であり、予防接種やかかりつけ医への定期受診など日常的な事から手術や延命措置迄広範囲に及ぶ。医療行為を受ける際に、専門家である医師から十分な情報提供を受け、自らの納得と自由な意思に基づき自分の医療行為を選択・同意し、或いは拒否する権利が医療における患者の自己決定権（医療同意）である。この権利は、*本人に一身専属的に帰属し、更衣代理になじまないものとされている。

- インフォームドコンセント：説明と同意とは、「法的義務」である。患者さんの個人の尊厳及び「生命、自由及び幸せ追及に対する権利（憲法13条）に基づく自己決定権又は、自己の身体に対する支配権を言う。又、契約関係における受任者の報告義務（民法645条もその根拠の一部をはしている。

- **手術同意書** : 手術同意書は、医師の診療契約上の説明義務が履行され、患者が手術を受ける事について同意する事により身体的侵襲に伴い発生する損害賠償請求権を放棄するという性質を有する。※患者が手術同意書に署名押印したとしても、医師が負う事になる責任の一切が免除されるものではなく、あくまで手術同意書は病院が患者に対して手術内容を十分説明し、医療水準に従って過失がない手術をすべき医療契約上の責務を果たした場合、手術の結果が万が一発生した不可抗力の事態に至ったとしても損害賠償をしないという趣旨の合意と解されると考えられる。
- ◇ 成年後見人制度 : 認知症、知的障がい、精神障がい等の理由で判断能力の不十分な方々は、預貯金などの財産を管理したり、介護などのサービスや施設入所に関する契約をするのが難しい事がある。このような

【 * 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。

※ 定義目的一覧表

1. アセスメント

適切な方法により、利用者の有する能力や置かれている環境等の評価を通じ、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事が出来る様に支援する上で解決すべき課題を把握すること（運営基準第13条第6号）

2. 課題整理総括表

利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析を通じて課題を導き出した過程について、多職種協同の場面等で説明する際に適切な情報共有に資する事を目的とする。

3. モニタリング

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）（運営基準13条第13号）

4. 評価表

ケアプランに位置づけたサービスについて、短期目標に対する達成度合いを評価する事で、より効果的なケアプランの見直しに資する事を目的とする。

* 法令通知集 (指定居宅介護支援の具体的取扱い方針 第13条9 解釈通知～)

◇ なお、やむを得ない理由がある場合とは、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合、居宅サービスの変更であって利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合等が想定される。(略)

※ 法令通知集 (指定居宅介護支援の具体的取扱い方針 第13条 7 解釈通知～)

◇ 介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握に当たっては、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。介護支援専門員は、面接の主旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

* 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。

* 「居宅介護支援事業所」って何？

「居宅介護支援事業所」とは、保険者の指定を受けてケアマネージャー（介護支援専門員）を配置しているサービス事業所のことです。利用者が適切な介護サービスを受けられるよう相談を受けたり、介護サービス提供事業所と調整を図ったりする在宅介護の拠点となる事業所の事。

* ケアマネージャーとはどんな人？

・利用者からの相談に応じて、利用者の希望や心身の状態に合ったサービスが利用できるように導いてくれる介護の専門家です。

* 「ケアマネージャー」は自分で選べるの？

・ケアマネージャーは利用者が選ぶ事ができますし、変更する事もできます。その場合は、市町村役場の介護保険担当窓口や地域包括支援センターに相談しましょう。

* 緊急にサービスを利用したい？>※「利用可能・できます。」

・通所の場合、市町村役場（介護保険窓口）へ申請してから「認定結果」が届く迄には約1ヶ月程度要します。緊急の時など「認定結果」が出る前にサービスを受ける必要がある場合は、先ずはケアマネージャーに相談しましょう。

介護サービスの「暫定プラン」を立てて、サービスを利用する事ができます。ただし「認定結果」が「自立（非該当）」となった場合は、先にサービスを利用している場合保険が適応されず、全額自己負担となりますので事前の周知が必要になる。

◆ * 集団指導について

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。

<概要> 【全サービス】

1) 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、「全ての介護サービス事業者」を対象に業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シュミレーション）の実施を義務付ける。その際3年間の経過措置を設ける。
「省令改正」

2) 利用者への説明・同意書等に係る見直し

・利用者の利便性向上や介護サービス事業者の業務負担軽減の観点から見直しを行う。

ア 書面での説明・同意に関して「電磁的記録による対応を原則認める。」

イ 利用者等の署名・押印について→「求めない事が可能であること」及び、その場合の代替手段を明示すると共に、洋式例から「押印欄を削除」する。

3) 全ての介護サービス事業者を対象に、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生またはその再発を防止するための「委員会の開催」、「指針の整備」、「研修の実施」、「担当者を定める事を義務付ける。」（3年間の経過措置期間を設ける。）

4) 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。）

* 通院情報連携加算 50単位/月（新設）

5) 介護予防支援の充実

地域包括支援センターが委託する個々のケアプランについて、居宅介護支援事業者との情報連携等新たに評価する。【告示改正】

⇒ 委託連携加算 300単位/月（新設） ※初回に限り所定単位数を算定。

5) 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, 057単位/月 ➔ 1, 076単位/月

(二) 要介護3.4.5 1, 373単位/月 1, 398単位/月

6) 介護予防支援

<現行>

431単位/月 ➔ 438単位/月

7) 新型コロナウイルス感染症に対する為の特例的な評価

・新型コロナウイルス感染症に対する為の特例的な評価として。全サービスについて、「令和3年9月末までの間、基本報酬に0.1%上乘せする。」

8) 認知症に係る取組の情報公表の推進

全ての介護サービス事業者（居宅療養管理指導を除く）を対象に研修の受講状況、認知症に係る事業者の取組状況について介護サービス情報公表制度において公表する事を求めることとする

9) 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。【通知改正】

→ ① 1回カンファ意外の方法により実施 イ) 450単位

② 1回カンファレンスにより実施 ロ) 600単位

③ 2回以上→ 600単位～900単位の算定あり。

10) 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

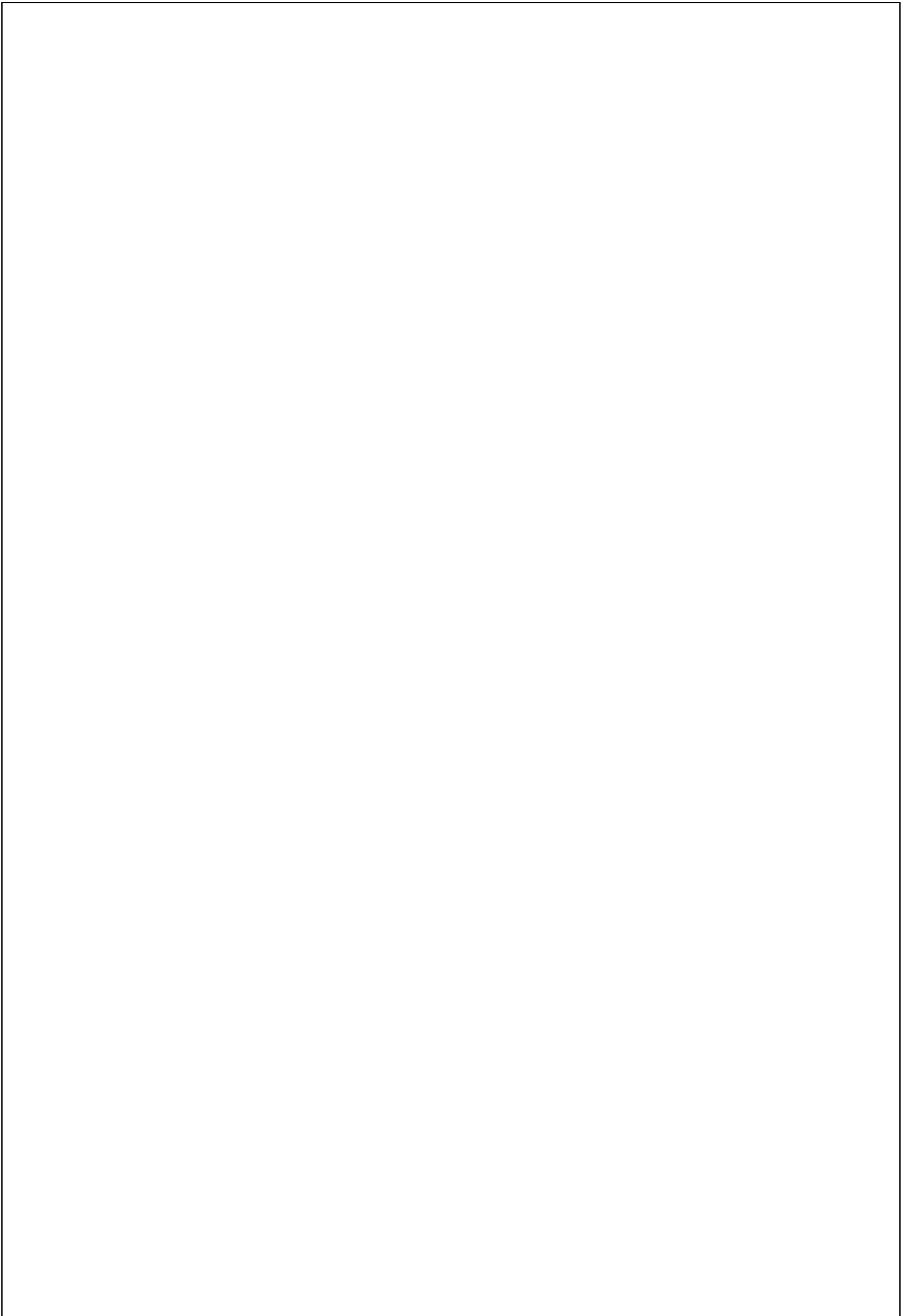
退院前にケアマネジメントを行ったものの利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に（モニタリングやサービス担当者会議における検討など必要なケアマネジメント業務や給付管理の為の準備が行われ、介護保険サービスが提供されたものと同等に取り扱う事が適当と認められたケースについて、居宅介護支援の基本報酬の算定を可能とする見直しを行う。）

<現行> サービス利用の実績がない場合は請求不可

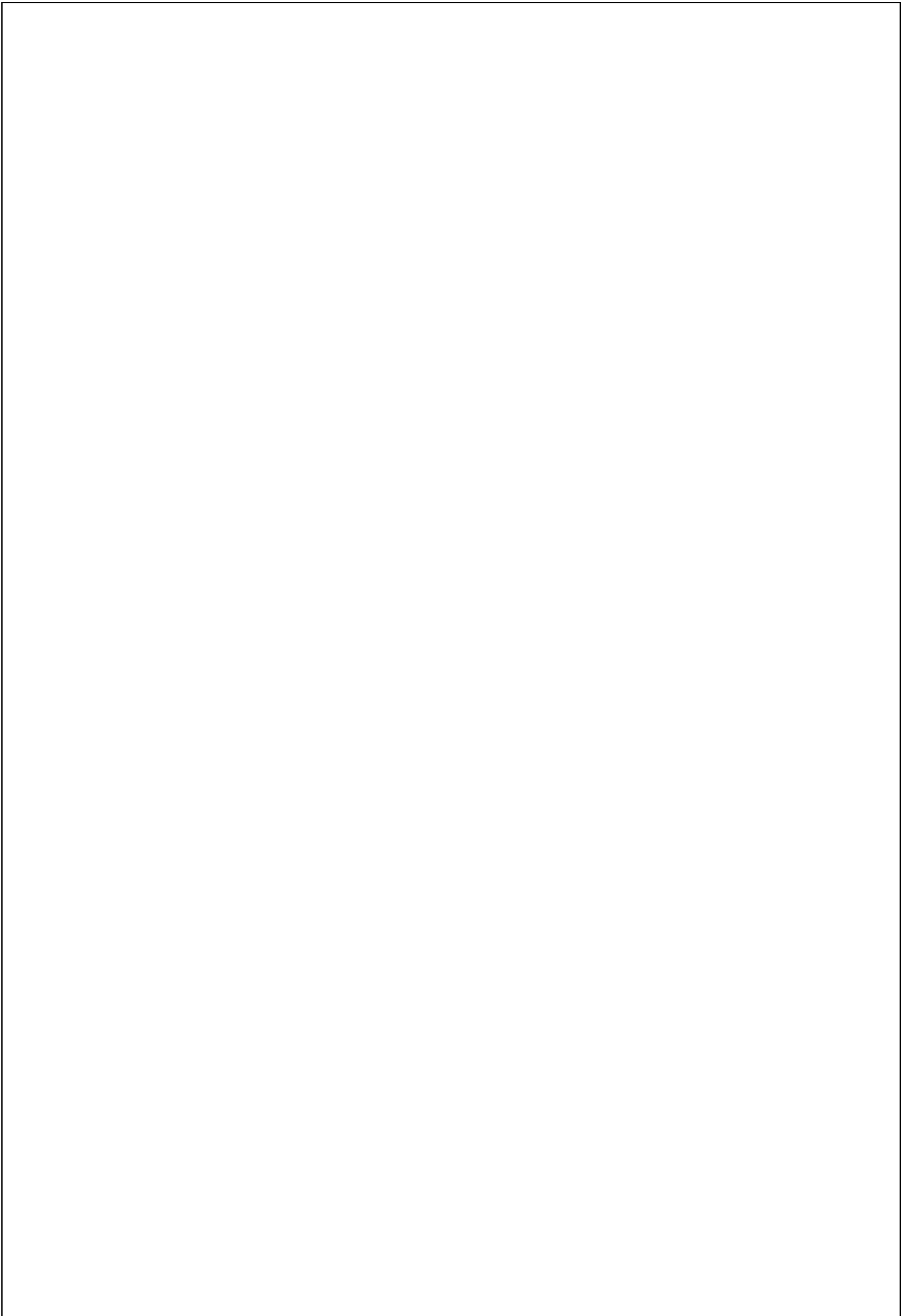
<改定後> 居宅介護支援費を算定可

11) 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。



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



令和4年度

介護保険事業所実績報告書

自：令和4年4月 1日

至：令和5年3月31日

宜野座野座村社会福祉協議会

宜野座村居宅介護支援ステーション