

訓子府町 ケアマネジメントガイドライン



訓子府町福祉保健課介護保険係

令和7年3月改定版



目次



- P 2 「介護保険」とは
- P 3 ケアマネジャーの業務
 - 居宅介護支援サービスを開始するにあたって
- P 4 ケアマネジメントの過程
- P 5 アセスメント
- P 6 ケアプランの作成
 - P 7 ・ケアプラン作成時に気をつけていただきたいこと
 - P 8 ・短期入所サービスについて
 - ・主治医からの意見について
 - P 9 ・同居家族がいる場合の生活援助について
 - ・訪問介護（生活援助中心型）の基準回数の超過について
 - P 10 ・訪問介護の散歩での利用について
 - ・福祉用具の利用について
 - P 11 ・一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制についての取扱い
 - P 12 ・軽度者への福祉用具貸与
 - P 13 ・末期がん等の場合
- P 14 サービス担当者会議
- P 15 モニタリング
- P 16 訓子府町の相談窓口
 - P 17 ・訪問調査（認定調査）について
 - 〔申請日の調整について〕〔認定が遅れる場合〕
 - P 18 ・住所地特例について
 - 〔通知の送付先について〕
 - 〔他市町村から転入した方の情報開示手続きについて〕

《「介護保険」とは》

・ 目的

国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図る

・ 介護保険

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に行われる

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、適切なサービスが、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行わなければならない

・ 国民の努力および義務

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

《ケアマネジャーの業務》

居宅要介護者が、指定居宅サービス等の適切な利用等を行うことができるよう、要介護者等の依頼を受けて、

- ①その心身の状況、その置かれている環境、当該居宅要介護者等及びその家族の希望等を勘案し、
- ②利用する指定居宅サービス等の種類及び内容について、居宅サービス計画の作成を行い、
- ③居宅介護サービス計画に基づく指定居宅サービス等の提供が確保されるよう、連絡調整その他の便宜の提供を行い、
- ④施設入所を要する際は、施設の紹介その他の便宜を提供する

(介護保険法第8条より抜粋、加工)

《居宅介護支援サービスを開始するにあたって》

☆常に介護保険制度の基本理念である「自立支援」を念頭において業務を行ってください。

- ・ 本人が介護サービスを選択する上での必要な情報を提供してください。
～あくまで選択を行うのは「本人」です。
「本人」が選択不可能な場合は、「本人は何を望むか」を考えることが必要です。
- ・ 本人や家族に、「介護保険制度の目的・理念」についても伝えてください。
- ・ 本人や家族がサービス内容を十分に理解できることが大切です。
分かりやすいことばで説明してください。

利用者（本人）の自立した生活を支援するための制度であること、利用者（本人）も自立した生活を送るための協力が求められているという、制度の目的や理念について十分に説明してください。

《ケアマネジメントの過程》

居宅介護支援サービス開始

アセスメント(課題分析)

- ・ サービスへの希望
- ・ 心身の状況、置かれている環境等から生活全般の解決すべき課題の分析・把握

ケアプランの作成

- ・ サービスの目標、達成時期
- ・ サービスの内容、種類、頻度
- ・ サービス提供上の留意点等

サービス担当者会議

説明・同意・交付

- ・ 利用者への説明・同意・交付
- ・ 事業者への交付

モニタリング

- ・ 原因、状態、問題、意欲の変化やサービス実施状況等の継続的な把握
 - ・ 目標達成に関する評価
- ※モニタリング
＝継続したアセスメント

個別サービス計画に基づく、サービスの実施

サービス提供事業所が、ケアプランに基づき、個別サービス計画を作成

欠席した方の意見も必ず記入するようにしてください。

意見がなく、「同意」のみで合った場合もそのことについて必ず記載してください。

各事業所から必ず個別サービス計画をもらい、保存してください。

プランと個別計画の連動性があるか確認

《アセスメント》

利用者や家族との
信頼関係を構築し
てください

利用者がどのよう
な暮らしを望んで
いるのかを考えて
ください

生活全般を検討し、
解決すべき課題を
把握してください

利用者の生活機能・生活習慣・生活歴・疾患等を十分に把握

適切なアセスメントから
本来目指すべき「自立支援」が可能になります。

支援経過に訪問面接し、
アセスメントしたことを
記入してください。

☆どんとこい！ケアマネジメント
☆地域ケア会議

上記☆印はアセスメント力向上に役立つと思います
ので、ぜひ活用してください。

詳しくは「地域包括支援センター（高齢者支援係）」
までお問い合わせください。

どんとこい！ケアマネジメント	地域ケア会議
事例紹介 (事例の共有)	事例検討 (支援についての検討)
30～45分程度で開催	60～90分程度で開催
居宅ケアマネ、包括職員	ケアマネ、事業所、包括職員
短時間での情報共有	多職種の見点での検討

《ケアプランの作成》

利用者自らが、サービスの利用を決める主体であることを意識してください

生活全体的なケアプランを作成してください

利用者や家族が分かりやすい表現を心がけてください

多職種と連携して多角的な情報を収集

利用者が居宅で
「自立した生活」を継続できるようなケアプラン
を作成してください

「適切なアセスメントに基づいて、ケアプランにサービスを位置づける」という基本的な考え方を意識してください

アセスメントで導き出された課題解決

介護保険サービス

医療サービス

福祉サービス

一般施策のサービス

インフォーマルサービス

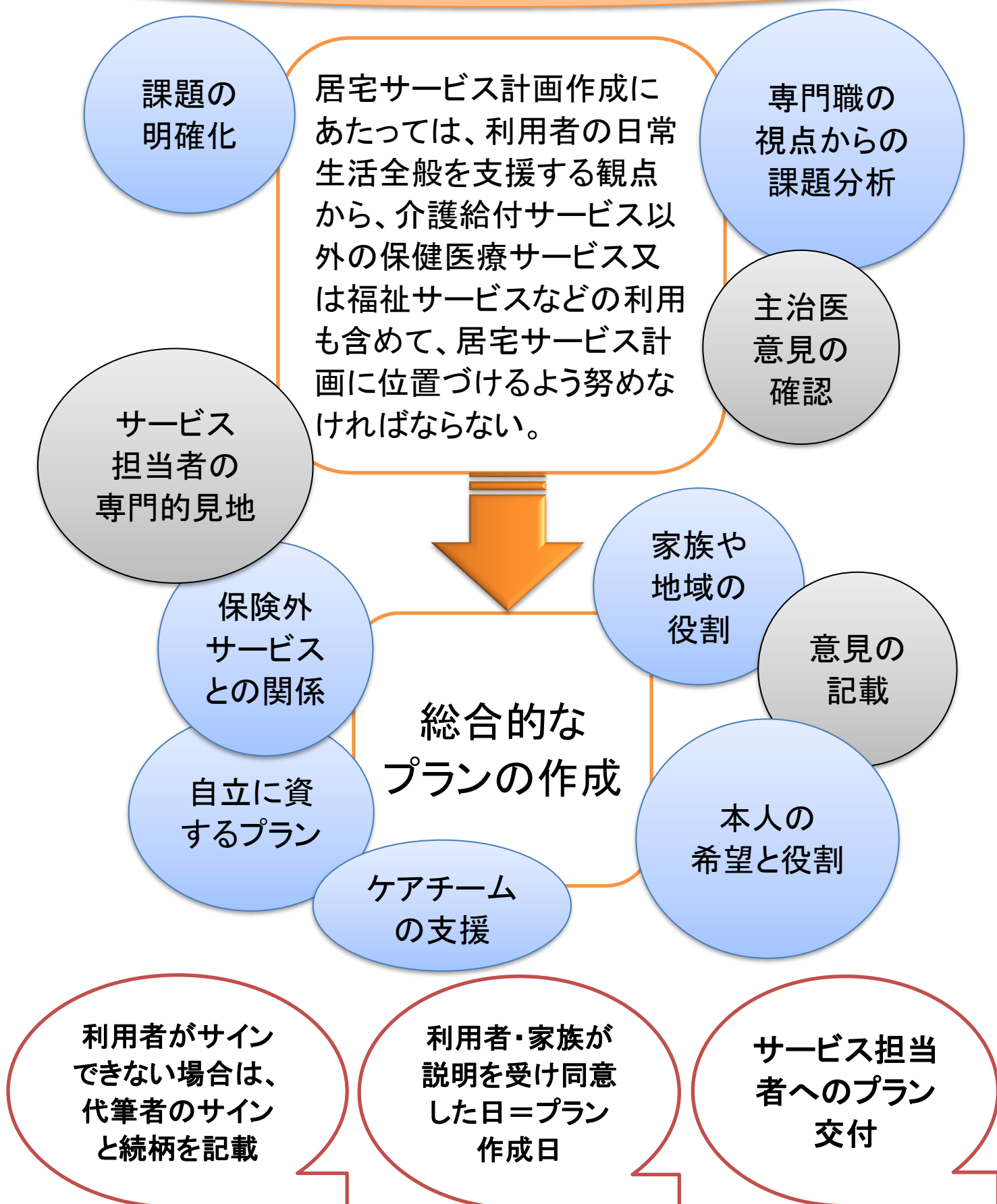
☆最適なサービスの組みあわせを位置づけてください

専門職の介入による利用者や家族の暮らしへの
プラス変化を意識

「適切なケアマネジメント手法」の手引きを活用し、視点の抜け落ちや情報収集に不足がないか確認

- ・更新や変更の認定を受けた場合は、サービス担当者会議の開催等の一連の業務を必ず行ってください。
- ・区分変更中の場合は、その申請日より利用者負担が変わる可能性について、利用者や家族に説明してください。

ケアプラン作成時に気をつけていただきたいこと



短期入所サービスについて

1. 認定有効期間の半数を超える利用について

短期入所サービスを利用する場合、認定有効期間のおおむね半数を超えることは原則できません。やむを得ない事情があり、おおむね半数を超える利用が見込まれる場合には、町に「理由申出書」を提出し、町からの許可をもらってください。

「理由申出書」は必ず事前に提出いただきますようお願いいたします。

2. 長期的な短期入所サービスの利用について

短期入所サービスの連続利用は30日までです。30日を超えて連続利用した場合には、全額利用者負担となります。

ただし、「くんねっふ静寿園」「置戸緑清園」をご利用されている方は町の在宅福祉サービス(ショートステイ)を利用できません。申請手続きが必要になりますので、町福祉保健課にご相談ください。

※施設の入所待ちにより長期間にわたり短期入所サービスを利用する場合には、施設(特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、グループホーム等)2箇所以上の申込みが条件となりますので、「入所申込み中の施設名」に必ずご記入ください。

主治医からの意見について

1. 医療系サービスの利用について

医療系サービス(訪問看護・通所リハ・訪問リハ・居宅療養管理指導等)をケアプランに位置づける場合には、利用者の同意を得て、主治医の意見を求める必要があります。

主治医からの意見が得られた場合には、必ず支援経過に記入し、文書での指示であれば保存するようにしてください。

平成30年度からは、「意見を求めた主治医等にケアプランの交付をしなければならない」となっていますので、留意願います。

同居家族がいる場合の生活援助について

生活援助中心型の訪問介護については、

- ①利用者のできること
- ②利用者のできないこと
- ③家族等の介護力や意欲

などを十分アセスメントし、利用者の目標を実現するために必要なサービスをサービス担当者会議で検討した結果、生活援助中心型の訪問介護が適切なサービスであれば、ケアプランに位置づけてください。

国の通知の給付可能な例として

- 1) 家族が高齢で筋力が低下してきており、行うのが難しい家事がある場合
 - 2) 家族が仕事で不在の時に、行わなくては日常生活に支障がある場合
- が挙げられています。

訪問介護（生活援助中心型）の基準回数の超過について

生活援助中心型サービスの利用回数が基準回数を超える居宅介護サービス計画については、保険者による地域ケア会議でその必要性等を議論することになっています。

基準回数は以下のとおりです。

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基準回数	27回	34回	43回	38回	31回

- ①サービス利用の前月末日までに
「居宅介護サービス計画書」「サービス利用表」を提出してください。
- ②サービス利用の翌月月末までに
「アセスメント表」、「訪問介護計画書の写し」を提出してください。
- ③地域ケア会議を開催しますので、出席をお願いします。

訪問介護の散歩での利用について

適切なケアマネジメントに基づき、自立支援・日常生活活動向上の観点から、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行われる訪問介護員による散歩の同行であれば保険給付の対象として認められます。

必ず、「ケアプラン」に記載し、サービス担当者会議の議事録や支援経過にその必要性を記載してください。

趣味、気分転換、気晴らしを目的にした散歩については、保険給付の対象になりません。

福祉用具の利用について

1. ケアプランへの記載について

ケアプランに福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置づける場合には、必ずサービス担当者会議でその必要性を検討し、必要な理由をプランに記載しなければなりません。

また、継続的に利用する場合にも、その継続性を検証した上で、継続が必要な理由をケアプランに記載してください。

※手すりや物干しとして使われていたり、使われていない福祉用具が貸与のままになっているケースが見受けられます。適切な介護保険サービスの利用にご協力ください。

2. 軽度者に対する福祉用具貸与について

福祉用具は利用者の状態から判断し、適切に利用しなければかえって自立を妨げることも考えられます。このような観点から軽度者に対する福祉用具貸与が一部保険給付対象外となっています。

ただし、医師の医学的所見に基づき明確にされている等、一定の要件を満たしている場合には例外的に認められています。（P 12 参照）

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制についての取扱い

(令和6年4月～)

1 選択制の対象福祉用具

固定用スロープ、歩行器（歩行車を除く）、単点杖（松葉づえを除く）、多点杖

2 貸与と販売の選択制導入に伴う対応について

選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員又は介護支援専門員が、福祉用具貸与または特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることについて、利用者等に対し、メリット及びデメリットを含め十分説明すること。また、利用者の選択に当たって必要な情報（下記参照）を提供するとともに、医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ、提案を行うこと。（令和6年4月1日以前に上記1の福祉用具を貸与している利用者についても同様とする）

※利用者の選択に当たって必要な情報

- ・利用者の身体状況の変化の見通しに関する医師やリハビリテーション専門職等から聴収した意見
- ・サービス担当者会議等における多職種による協議の結果を踏まえた生活環境等の変化や福祉用具の利用期間に関する見通し
- ・貸与と販売それぞれの利用者負担額の違い
- ・長期利用が見込まれる場合は販売の方が利用者負担額を抑えられること
- ・短期利用が見込まれる場合は適時適切な福祉用具に交換できる貸与が適していること
- ・国が示している福祉用具の平均的な利用月数（固定用スロープ：13.2ヶ月、歩行器：11.0ヶ月、単点杖：14.6ヶ月、多点杖：14.3ヶ月）

【福祉用具貸与を選択した場合】

選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員が、利用開始後6月以内に少なくとも1回モニタリングを行い、貸与継続の必要性について検討すること。また、モニタリング結果については、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業所に報告すること。

【特定福祉用具販売を選択した場合】

選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員が、特定福祉用具販売計画の作成後、当該計画における目標の達成状況を確認すること。また、利用者等からの要請等に応じて、販売した福祉用具の使用状況を確認するよう努めるとともに、必要な場合は、使用方法の指導、修理等（メンテナンス）を行うよう努めること。

3 その他の取扱い及び留意事項等について

特定福祉用具販売は、原則、同一種目の複数購入及び再購入は認めていないが、「固定用スロープ」等については、複数個の使用が必要とされる場合があるため、購入を選択した場合には必要に応じて複数個支給を認める。ただし、必要性について十分に検討し、配置場所（個数等）及びその理由を明確にし、申請書類に記載、もしくはその資料（「福祉用具購入が必要な理由書」等）を添付すること。

なお、当面の間、申請書類及び申請方法の変更はありません。

軽度者への福祉用具貸与

要支援1、要支援2、要介護1（以下軽度者）の方への福祉用具貸与については、その状態像からみて使用が想定しにくい以下の項目については、原則として算定できないことになっています。

しかし、厚生労働大臣が定める者の状態像に該当する者については、一定の条件を満たしていることで、町の承認を得て保険給付として算定することができます。

対象種目	貸与が認められる場合	適否の判断基準
車いす及び付属品 ＜いずれか＞	(1) 日常的に歩行が困難な者 (2) 日常生活範囲における移動支援が特に必要と認められる者	・認定調査「歩行」が「できない」 ・意見書等で主治医の意見をふまえ、サービス担当者会議等で検討されている
特殊寝台及び付属品 ＜いずれか＞	(1) 日常的に起き上がりが困難な者 (2) 日常的に寝返りが困難な者	認定調査「起き上がり」が「できない」または、「寝返り」が「できない」
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	認定調査「寝返り」ができない
認知症老人徘徊感知 機器 ＜いずれも＞	(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 (2) 移動において全介助を必要としない者	・認定調査「意思の伝達」が「できる」以外または、記憶・理解 3-2～7 のいずれかが「できない」または、問題行動 3-8～4-15 のいずれかが「ない」以外 ・認定調査「移動」が「全介助」以外
移動用リフト ＜いずれか＞	(1) 日常的に立ち上がりが困難な者 (2) 移乗が一部介助または全介助を必要とする者 (3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	・認定調査「立ち上がり」が「できない」 ・認定調査「移乗」が「一部介助」または「全介助」 ・意見書等で主治医の意見をふまえ、サービス担当者会議等で検討される
自動排泄処理装置 ＜いずれも＞	(1) 排便が全介助を必要とする者 (2) 移乗が全介助を必要とする者	認定調査「排便」が「全介助」 認定調査「移乗」が「全介助」

前頁の表に当てはまらない場合には次の書類を提出してください。

- ・ 居宅サービス計画
- ・ 医学的所見を確認した書類・文書の写し
※「必要な理由」を明記していただけるようお願いします。
- ・ サービス担当者会議の議事録

※主治医の意見を確認した後に会議を開催するよう心がけてください。

※全ての書類の日時は「福祉用具貸与」が始まる前でなくてはなりません。ご注意ください。

町に書類を提出し、許可を得たことを「支援経過」に記入してください。

貸与開始



- ①介護度が変更になったとき
- ②新たな種目の福祉用具貸与を始めるときには、再度町に書類を提出してください。

判断に迷うときには必ず町に相談してください。

新規申請中で、暫定で福祉用具を利用したいが、軽度者に該当しそうな場合は、主治医に意見を聴取し、担当者会議を開催し、暫定ケアプランに記載し、町に提出してください。

末期がん等の場合

末期がん等の方で、介護サービスの利用について急を要する場合には、迅速に暫定ケアプランを作成し、介護サービスの利用が可能となるようにしてください。

暫定ケアプランに福祉用具貸与を位置づける場合には、「軽度者による福祉用具貸与」も考慮してください。

軽度者であっても、末期がんの急速な状態悪化等、疾病その他の原因により状態が急速に悪化し、短期間のうちに日常的に起き上がりや寝返り等が困難となることが確実に見込まれる者については、特殊寝台等の福祉用具貸与が認められています。

《サービス担当者会議》

利用者、家族、ケアマネ、サービス提供事業所の情報共有

利用者(家族)が意見を言いやすい雰囲気づくり

ケアプランの目的
と
サービス
(目的を達成するための手段)
を利用者や家族が理解できる



サービス提供事業所が欠席する場合にも必ず意見を聴取してください。聴取した内容は必ず支援経過等に記録してください。

利用者や家族等の都合でサービス担当者会議がサービス利用開始前にできないこともあるかと思いますが、その場合にはその理由について必ず支援経過に記録してください。

・開催場所……なるべく利用者の居宅で開催してください。

○利用者がリラックスできる。

○利用者の居宅での様子をサービス提供事業所が確認できる

・サービス担当者会議の進行……会議参加者全員が主体的に会議に参加できるように心がけてください。

・サービス担当者会議の要点の配付……サービス担当者間で情報を共有できるように配付をこころがけてください。

《モニタリング》

利用者・家族との継続的連絡

サービス提供事業所との
継続的連絡

利用者の居宅訪問・・・最低月1回
面接でのモニタリング
モニタリング結果の記録

モニタリングの結果を記録
してください。

- ①利用者や家族の意向や
満足度
- ②目標の達成度
- ③計画変更の有無

誰と、どこで モニタリングしたかを
必ず記録に残してください。

- ①発言の主
- ②発言の手段(電話、面接等)
- ③利用者、家族、主治医、事業者
からの情報ややりとり



《訓子府町の相談窓口》

(1) 介護保険係

○介護保険に関する相談窓口です。

- ・介護保険の申請に関すること
- ・介護保険サービスの利用に関すること
- ・要介護認定に関すること
- ・介護保険料に関すること
- ・介護保険についての苦情に関すること
- ・事業者の指定や届出に関すること
- ・事業者の指導・監督に関すること

(2) 地域包括支援センター（高齢者支援係）

○高齢者に関する総合的な相談窓口です。

- ・認知症に関すること
- ・高齢者の権利擁護に関すること
- ・成年後見制度に関すること

(3) 社会福祉係

○高齢者の在宅サービスに関する相談窓口です。

○各種障害者手帳に関する相談窓口です。

(4) 医療給付係

○国民健康保険制度に関する相談窓口です。

○後期高齢者医療制度に関する相談窓口です。

(5) 健康増進係

○特定疾患・精神疾患に関する相談窓口です。

○健康診断に関する相談窓口です。

※社会福祉協議会

貸付制度、ボランティアについてご相談いただけます。

訪問調査(認定調査)について

＜長期でショートステイを利用している場合＞

要介護認定更新の期間のほとんどをショートステイで過ごされる場合、ショートステイ先で訪問調査を行うことも可能です。

原則としては、日常の生活場所で行うこととなっていますので、ショートステイ先で調査を行う場合には予め介護保険係に連絡をお願いします。

要介護度について

要介護認定は「どれくらい介護サービスを必要とするのか」という「介護の手間」により判断されています。

- ・身体能力や認知機能の低下
- ・認知症に伴って生じる行動の有無
- ・居住環境
- ・本人の意欲や疾患の状況 など

対象者に係る様々な要因の組み合わせから結果が出ます。

ご本人やご家族の方には分かりづらい部分です。丁寧な説明をお願いいたします。

調査票は、調査後速やかに提出してください
ますようお願いいたします。



申請日の調整について

日付を遡っての申請は受け付けることができません。

区分変更等で1日が休日で、1日付の申請を希望される場合は、事前に介護保険係に相談・申請書の提出をお願いします。

認定が遅れる場合

認定は原則として、申請日から30日以内に行われます。

30日以内に結果を通知できない場合は「延期通知」を行っています。

結果が遅れる理由として

- ①主治医意見書が遅れている
- ②調査票の提出が遅れている
- ③審査会の開催日程による
があります。

1日でも早く認定結果をご本人にお伝えできるように、調査票の早期提出と、医師との連絡調整をお願いいたします。

通知の送付先について

介護保険関係通知の送付先は原則住所地になります。

認知症等のため、本人が書類の管理をできない場合は家族の申出により家族に送付することができますので、介護保険係にご相談ください。

ただし、変更できるのは介護保険関係通知のみです。他の通知に関しては各部署に相談していただくことになります。

他市町村から転入した方の 情報開示手続きについて

転入した方の認定情報は本町にはありませんので、前住所地に確認してください。

申請方法や費用等が市町村によって異なりますので、確認のうえ請求してください。



住所地特例について

住所地特例の対象となる施設は以下の施設です

①介護保険施設

- ・介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)(本町: 静寿園)
- ・介護老人保健施設
- ・介護医療院

②特定施設

- ・軽費老人ホーム(本町: ケアハウス)
- ・有料老人ホーム(介護付、住宅型、健康型)
- ・サービス付き高齢者向け住宅(安否確認、生活相談サービスのみは除く。)

③養護老人ホーム

※老人福祉法第11条第1項第1号による入所措置がとられたものに限る

以上の各施設に入所(居)する方については、要介護認定の有無にかかわらず、住所地特例対象者になります。

みんなで作る
だれもが安心して
心地よく暮らせるまち



訓子府町ケアマネジメントガイドライン
発行日／平成30年11月
令和7年3月改定
発行／訓子府町福祉保健課