

令和7年度

集 団 指 導 資 料

～ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント ～

筑紫野市健康福祉部高齢者支援課

令和7年度 集団指導資料

(介護予防支援・介護予防ケアマネジメント)

(目次)

第1 指定介護予防支援事業に関する事項

1. 介護保険法第115条の23	P 1
2. 運営基準	
(1) 運営基準の性格	P 1
(2) 事業の基本方針	P 1
(3) 人員に関する基準	P 2
① 従業者の員数	
② 管理者	
(4) 運営に関する基準 ①～③	P 4
(5) 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準	P 18
(6) 雑則	P 32
3. 指定の取消し	P 33
4. 主な関係法令等	P 33
5. 介護報酬関連	
(1) 指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの介護報酬について	P 34
(2) 「特別地域」加算及び「中山間地域等」加算	P 39
6. 指定居宅介護支援事業者による介護予防支援について	P 42

第2 本市の指針

1. 介護予防ケアマネジメントについて	P 44
2. 介護予防ケアマネジメント実施における関連様式例一覧	P 57
3. 暫定ケアプランの取扱い	P 75
4. ケアプランの軽微な変更の取扱い	P 83
5. 介護予防サービス計画の同意に関する取扱い 署名(押印廃止)及び記名押印について	P 87
6. 指定相当訪問型サービス、指定相当通所型サービスにおける回数制の導入について	P 91
7. 指定相当訪問型サービス、指定相当通所型サービスに関するQ & A	P 93
8. 短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の取扱い	P 98
9. 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の取扱い	P 100

第1 指定介護予防支援事業に関する事項

1 介護保険法第115条の23（指定介護予防支援の事業の基準）

事業者は、指定介護予防支援に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準及び指定介護予防支援の事業の運営に関する基準に従い、要支援者の心身の状況等に応じて適切な介護予防支援を提供するとともに、自らその提供する介護予防支援の質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより常に介護予防支援を受ける者の立場に立ってこれを提供するように努めなければならない。

2 運営基準

(1) 運営基準の性格

- 基準は、事業の目的を達成するために必要な最低限度の基準である。
事業者は、基準を充足することで足りるとすることなく、常にその事業の運営の向上に努めなければならない。
- 基準を満たさない場合は、指定を受けられない又は更新は受けられない。
- 運営開始後、基準違反が明らかになった場合には、市町村長は、
「① 相当の期限を定めて基準を遵守する勧告を行い、
② 相当の期限内に勧告に従わなかったときは、事業者名、勧告に至った経緯、当該勧告に対する対応等を公表し、
③ 正当な理由が無く、当該勧告に係る措置をとらなかったときは、相当の期限を定めて当該勧告に係る措置をとるよう命令する」ことができる。
なお、③の命令を行った場合には、事業者名、命令に至った経緯等を公表する。また、③の命令に従わない場合には、当該指定を取り消すこと、又は取り消しを行う前に相当の期間を定めて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。
- ただし、次の場合には、基準に従った適正な運営ができなくなったものとして、指定の全部若しくは一部の停止、又は直ちに指定を取り消すことができる。
 - ① 指定介護予防支援事業者及びその従業者が、介護予防サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の介護予防サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、当該介護予防サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を收受したときその他の自己の利益を図るために基準に違反したとき
 - ② 利用者の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき
 - ③ その他①及び②に準ずる重大かつ明白な基準違反があったとき
- 基準違反に対しては、厳正に対応すべきとされている。

(2) 事業の基本方針

- 利用者が可能な限り、居宅において自立した日常生活を営むことができるよう配慮して行われるものでなければならない。
- 利用者の心身の状況、その置かれている環境に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉

サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者からの総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

- 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される介護予防サービス等が特定のサービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。
- 市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設、特定相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければならない。
- 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、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。
- 指定介護予防支援を提供するに当たっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

(3) 人員に関する基準

※用語の定義

①「常勤」

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従事者が勤務すべき時間数(週32時間を下回る場合は週32時間を基本とする)に達していることをいうものである。

ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律(昭和47年法律第113号)第13条第1項に規定する措置(以下この①において「母性健康管理措置」という。)又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律(平成3年法律第76号。以下この①において「育児・介護休業法」という。)第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置若しくは厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業所が自主的に設ける所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従事者が労働基準法(昭和22年法律第49号)第65条に規定する休業、母性健康管理措置、育児・介護休業法第2条第1号に規定する育児休業、同条第2号に規定する介護休業、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第1項(第2号に係る部分に限る。)の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従事者を常勤の従業者の員数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能である。

②「専らその職務に従事する」

原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいうものである。

① 従業者の員数

ア 地域包括支援センターの設置者である指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援事業所ごとに必ず1以上の保健師、介護支援専門員、社会福祉士、経験ある看護師又は高齢者保健福祉に関する相談業務等に3年以上従事した社会福祉主事(以下「担当職員」という)であり、介護予防支援業務に関する必要な知識及び能力を有する者を1以上置かなければならない。

イ 担当職員は、アの要件を満たすものであれば、当該介護予防支援事業所である地域包括支援センターの職員等と兼務して差し支えないものであり、また、利用者の給付管理に係る業務等の事務的な業務に従事する者については、アの要件を満たしていても差し支えない。

ウ 指定居宅介護支援事業者である指定介護予防支援事業者は、当該指定に係る事業所ごとに指定介護予防支援の提供に当たる必要な数の介護支援専門員を1以上置かなければならない。

エ ウの介護支援専門員は、当該居宅介護支援事業所の介護支援専門員と兼務しても差し支えない。

② 管理者

ア 指定介護予防支援事業者は、当該指定介護予防支援事業所ごとに常勤の管理者を置かなければならない。

イ 地域包括支援センターの設置者である指定介護予防支援管理者がアの規定により置く管理者は、専らその職務に従事する者でなければならない。ただし、指定介護予防支援事業所の管理に支障がない場合は、当該指定介護予防支援事業所の他の職務に従事し、又は当該指定介護予防支援事業者である地域包括支援センターの職務に従事することができる。

ウ イの管理者は、指定介護予防支援事業所の営業時間中は、常に利用者からの利用申込等に対応できる体制を整えている必要があるものであり、管理者が指定介護予防支援事業所である地域包括支援センターの業務を兼務していて、その業務上の必要性から当該事業所に不在となる場合であっても、その他の従業者等を通じ、利用者が適切に管理者に連絡がとれる体制としておく必要がある。

エ 指定居宅介護支援事業者である指定介護予防支援事業者がアの規定により置く管理者は、主任介護支援専門員でなければならない。ただし、以下のような主任介護支援専門員の確保が著しく困難である等やむを得ない理由がある場合については、管理者を介護支援専門員とする取扱いを可能とする。

- 不測の事態(※)により、主任介護支援専門員を管理者とできなくなって待った場合であって、主任介護支援専門員を管理者とできなくなった理由と、今後の管理者確保のための計画書を保険者に届け出た場合。

なお、この場合、管理者を主任介護支援専門員とする要件の適用を1年間猶予するとともに、当該地域に他に介護予防支援事業所がない場合など、利用者保護の観点から特に必要と認められる場合には、保険者の判断により、この猶予期間を延長することができる。

(※) 不測の事態については、保険者において個別に判断することとなるが、想定される主な事例は次のとおり

- ・本人の死亡、長期療養など健康上の問題の発生
- ・急な退職や転居等

- 特別地域介護予防支援加算又は中山間地域等における小規模事業所加算を取得できる場合

オ エに規定する管理者は、専らその職務に従事する者でなければならない、ただし、次に掲げる場合は、この限りではない。

- i 管理者がその管理する指定介護予防支援事業所の介護支援専門員の職務に従事する場合
- ii 管理者が他の事業所の職務に従事する場合(その管理する指定介護予防支援事業所の管理に支障がない場合に限る)

(4) 運営に関する基準

① 介護保険等関連情報の活用とPDCAサイクルの推進について

- 指定介護予防支援を行うに当たっては、介護保険法(以下法という。)第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報等を活用し、事業所単位でPDCAサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければならない。

② 内容及び手続の説明及び同意

- 事業者は、利用申込があった場合には、あらかじめ、利用者又はその家族に対して、運営規程の概要・担当職員の勤務体制・秘密の保持・事故発生時の対応・苦情処理の体制等の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項を、説明書やパンフレット等の文書を交付して説明を行い、同意を得なければならない。
同意については、書面によって確認することが望ましい。

- 介護予防サービス計画は、筑紫野市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例(以下「筑紫野市条例」という。)第4条の基本方針及び利用者の選択を尊重し、自立を支援するために作成されるものである。このため、指定介護予防支援について利用者の主体的な取り組みが重要であり、介護予防サービス計画の作成にあたって利用者から担当職員に対して複数の指定介護予防サービス事業者等の紹介を求めること等につき十分説明を行わなければならない。なお、この内容を利用申込者又はその家族に説明を行うに当たっては、併せて、介護予防サービス計画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の説明を求めることが可能であることについても説明を行うとともに、理解が得られるよう、文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行い、それらを理解したことについて利用申込者から署名を得ることが望ましい。

- 事業者は、介護予防支援事業者は、指定介護予防支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、担当職員(指定居宅介護支援事業所である指定介護予防支援事業者の場合にあつては介護支援専門員。以下同じ。)の氏名及び連絡先を当該病院又は診療

所に伝えるよう求めなければならない。

また、利用者が病院又は診療所に入院する場合には、利用者の居宅における日常生活上の能力や利用していた指定介護予防サービス等の情報を入院先医療機関と共有することで、医療機関における利用者の退院支援に資するとともに、退院後の円滑な在宅生活への移行を支援することにもつながる。指定介護予防支援事業者と入院先医療機関との早期からの連携を促進する観点から、利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合には担当職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう、利用者又はその家族に対し事前に協力を求める必要がある。なお、より実効性を高めるため、日頃から担当職員の連絡先等を介護保険被保険者証や健康保険被保険者証、お薬手帳等と合わせて保管することを依頼しておくことが望ましい。

＜運営指導における不適正事例＞

- 重要事項説明書が作成されていない・交付されていない。
- 重要事項説明書の記載内容が不十分。
(例) 複数事業所の紹介、事業所選定理由の説明、入院時の協力、苦情相談窓口（事業所・国保連・市町村）、事故発生時の対応苦情処理の体制、秘密の保持
- 重要事項説明書の内容が運営規程と異なる。※特に実施地域や営業日
- 実施地域を越えたサービスの提供に係る交通費の記載が不適切。

③ 重要事項の電磁的方法による提供

○ 事業者は、利用申込者又はその家族から申し出があった場合には、②による文書の交付に代えて、当該利用申込者又は家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を使用する方法であって次に掲げるものにより提供することができる。この場合において、当該指定介護予防支援事業者は、当該文書を交付したものとみなす。

ア 電子情報処理組織を使用する方法のうち i 又は ii に掲げるもの

- i 指定介護予防支援事業者の使用に係る電子計算機と利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法
- ii 指定介護予防支援事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された重要事項を電気通信回線を通じて利用申込者又はその家族の閲覧に供し、当該利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法（以下に記載する承諾又は申し出にあっては、指定介護予防支援事業者の仕様に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法）
- iii イ 磁気ディスク、CD-ROM その他これらに準じる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに重要事項を記録したものを交付する方法

○ 上記ア及びイに掲げる方法は、利用申込者又はその家族がファイルへの記録を出力することによる文書を作成することができるものでなければならない。

- 事業者は、電磁的方法により重要事項を提供しようとするときは、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、その用いる次に掲げる電磁的方法の種類及び内容を示し、文書又は電磁的方法による承諾を得なければならない。
 - a 上記ア及びイのうち指定介護予防支援事業者が使用するもの
 - b ファイルへの記録の方式
- 上記承諾を得た事業者は、当該利用申込者又はその家族から文書又は電磁的方法により電磁的方法による提供を受けない旨の申出があったときは、当該利用申込者又はその家族に対し、重要事項の提供を電磁的方法によってしてはならない。ただし、当該利用申込者又はその家族が再び同項の承諾をした場合は、この限りでない。

④ 提供拒否の禁止

- 事業者は、正当な理由なく指定介護予防支援の提供を拒んではならない。

(正当な理由の例)

- 利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合
- 利用申込者が他の指定介護予防支援事業者にも併せて指定介護予防支援の依頼を行っていることが明らかな場合
- 当該事業所(指定居宅介護支援事業者である指定介護予防支援事業者の当該指定に係る事業所に限る。)の現員からは利用申込に応じきれない場合

⑤ サービス提供困難時の対応

事業所の通常の事業の実施地域等を勘察し、利用申込者に対し自ら適切な指定介護予防支援を提供することが困難であると認めた場合は、他の事業者の紹介その他の必要な措置を講じなければならない。

⑥ 受給資格等の確認

被保険者証によって、被保険者資格、要支援認定の有無、要支援認定の有効期間を確認するものとする。

(住所地特例適用被保険者に対するサービス提供)

- 住所地特例とは住所地特例対象施設に入居し、住民票を施設に異動した方が対象。
- 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントは施設所在地市町村の地域包括支援センターや介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所が実施。
- 筑紫野市の地域包括支援センターや介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所が担当する人
 - 条件: 次の①②両方に該当する方
 - ① 他市町村の被保険者証を持っている方
 - ② 筑紫野市内の住所地特例施設に入居し、かつ、介護保険証の住所が筑紫野市になっている方
- 筑紫野市の被保険者証であっても、保険証記載の住所が市外の施設の場合は、住所地の地域包括支援センターや介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所が担当する。

- ⑦ 要支援認定の申請に係る援助
- 被保険者の要支援認定に係る申請について、利用申込者の意思を踏まえ、必要な援助を行わなければならない。
 - 指定介護予防支援の提供の開始に際し、要支援認定を受けていない利用申込者については、要支援認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。
 - 要支援認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要支援認定の有効期間の満了日の 30 日前には行われるよう、必要な援助を行わなければならない。
- ⑧ 身分を証する書類の携行
- 事業者は、担当職員に身分を証する書類を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められた時は、これを提示すべき旨を指導しなければならない。
- ⑨ 利用料等の受領
- 償還払いの場合の利用料と介護報酬により算定した額との間に、不合理な差額を設けてはならない。
 - 通常の事業の実施地域以外の地域の居宅を訪問して指定介護予防支援を実施する場合には、それに要した交通費の支払いを利用者から受けることができる。その場合は、あらかじめ、利用者又はその家族に対して額等に関して説明を行い、利用者の同意を得なければならない。
 - あいまいな名目による費用の支払いを受けることは認められない。
- ⑩ 保険給付の請求のための証明書の交付
- 利用者から利用料の支払いを受けた場合は、当該利用料の額等を記載した指定介護予防支援提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。
- ⑪ 指定介護予防支援の業務の委託
- 地域包括支援センターの設置者である事業者は、法第 115 条の 23 第3項の規定により指定介護予防支援の業務の一部を委託する場合には、次に掲げる事項を遵守しなければならない。
- ア 委託に当たっては、中立性及び公正性の確保を図るため地域包括支援センター運営協議会(介護保険法施行規則第 140 条の 66 第 1 号ロ(2)に規定する地域包括支援センター運営協議会をいう。)の議を経なければならないこと。
 - イ 委託に当たっては、適切かつ効率的に指定介護予防支援の業務が実施できるよう委託する業務の範囲や業務量について配慮すること。
 - ウ 委託する指定居宅介護支援事業者は、指定介護予防支援の業務に関する知識及び能力を有する介護支援専門員が従事する指定居宅介護支援事業者でなければならないこと。
 - エ 委託する指定居宅介護支援事業者に対し、指定介護予防支援の業務を実施する介護支援専門員が、筑紫野市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条

例を遵守するよう措置させなければならないこと。

⑫ 法定代理受領サービスに係る報告

- 指定介護予防支援事業者は、毎月、国民健康保険団体連合会に対し、介護予防サービス計画において位置付けられている指定介護予防サービス等のうち法定代理受領サービス(法第 53 条第4項の規定により介護予防サービス費が利用者に代わり当該指定介護予防サービス事業者を支払われる場合の当該介護予防サービス費に係る指定介護予防サービスをいう。)として位置付けたものに関する情報を記載した文書を提出しなければならない。
- 指定介護予防支援事業者は、介護予防サービス計画に位置付けられている基準該当介護予防サービスに係る特例介護予防サービス費の支給に係る事務に必要な情報を記載した文書を、国民健康保険団体連合会に対して提出しなければならない。

⑬ 利用者に対する介護予防サービス計画等の交付

事業者は、要支援認定を受けている利用者が要介護認定を受けた場合その他利用者からの申出があった場合には、当該利用者に対し、直近の介護予防サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付しなければならない。

⑭ 利用者に関する市町村への通知

指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援を受けている利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。

ア 正当な理由なしに介護給付等対象サービスの利用に関する指示に従わないこと等により、要支援状態の程度を増進させたと認められるとき又は要支援状態となったと認められるとき。

イ 偽りその他不正の行為によって保険給付の支給を受け、又は受けようとしたとき。

⑮ 管理者の責務

○ 管理者は、介護保険法の基本理念を踏まえた利用者本位の指定介護予防支援の提供を行うため、当該指定介護予防支援事業所の担当職員の管理、利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握等を一体的に行うとともに、職員に指定基準の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行わなければならない。また、管理者は、日頃から業務が適正に執行されているか把握するとともに、従業員の資質向上や健康管理等、ワーク・ライフ・バランスの取れた働きやすい職場環境を醸成していくことが重要である。

<運営指導における不適正事例>

- 管理者が利用申込の調整をしていない。
- 管理者が各担当職員の介護予防サービス計画の内容不備等を把握しておらず、また指導していない。
- 管理者が各担当職員の業務の実施状況を把握していない。

⑯ 運営規程

事業者は、事業所ごとに次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程として、次の事項を定めるものとする。

- 事業の目的及び運営の方針

- 職員の職種、員数及び職務内容
 - ・担当職員とその他の従業者に区分し、員数及び職務内容を記載すること。
 - ・職員の「員数」は日々変わりうるものであるため、業務負担軽減等の観点から、規程を定めるに当たっては、基準条例第5条において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「〇人以上」と記載することも差し支えない。
- 営業日及び営業時間
- 指定介護予防支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額
 - ・利用者の相談を受ける場所、課題分析の手順等を記載すること。
- 通常の事業の実施地域
 - ・客観的にその区域が特定されるものとする。
- 虐待の防止のための措置に関する事項
 - ・虐待の防止に係る組織内体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法等を指す内容であること。
- その他運営に関する重要事項

⑰ 勤務体制の確保

- 事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、担当職員については、日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等を明確にすること。また、非常勤の担当職員については、他の業務と兼務する場合には、当該他の業務に支障がないよう配慮しなければならない。
- 勤務の状況等は管理者が管理する必要がある、当該事業所の業務として一体的に管理されることが必要であり、非常勤の担当職員が兼務する業務の事業所を介護予防支援の拠点とし、独立して利用者ごとの介護予防支援台帳の保管を行うようなことは認められない。
- 事業者は担当職員の資質の向上を図る研修の機会を確保すること。
- 事業者は、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係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担当職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。
 - ※ 事業主が講ずべき措置の具体的な内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりとする。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれることに留意すること。

1 事業主が講ずべき措置の具体的な内容

事業主が講ずべき措置の具体的な内容は、事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成 18 年厚生労働省告示第 615 号）及び事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和2年厚生労働省告示第5号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりであるが、特に留意されたい内容は以下のとおりである。

a 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。

b 相談（苦情を含む。以下この⑰において同じ。）に応じ、適切に対応するため

に必要な体制の整備

相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。

なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律(令和元年法律第24号)附則第3条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第30条の2第1項の規定により、中小企業(医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金が5,000万円以下又は常時使用する従業員の数が100人以下の企業)は、令和4年4月1日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされているが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努められたい。

2 事業主が講じることが望ましい取組について

パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為(カスタマーハラスメント)の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための取組(メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等)及び③被害防止のための取組(マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組)が規定されている。介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、1(事業主が講ずべき措置の具体的内容)の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「(管理職・職員向け)研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているので参考にされたい。

(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html)

<運営指導における不適正事例>

- 月毎の勤務(予定)表が作成されておらず、勤務状況が不明確。
- 勤務表上、勤務時間・常勤非常勤の別・職員の兼務関係が不明確。
・ハラスメント防止のための指針の整備等の措置が講じられていない。

⑱ 業務継続計画の策定等

- 事業者は、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介護予防支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。
- 事業者は、担当職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練(シミュレーション)を定期的実施しなければならない。
 - * 業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。
 - * 研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業員が参加できるようにすることが望ましい。
 - * 業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災

害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。さらに、感染症に係る業務継続計画並びに感染症の予防及びまん延の防止のための指針については、それぞれに対応する項目を適切に設定している場合には、一体的に策定することとして差し支えない。

イ 感染症に係る業務継続計画

- a 平時からの備え(体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等)
- b 初動対応
- c 感染拡大防止体制の確立(保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等)

ロ 災害に係る業務継続計画

- a 平常時の対応(建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等)
- b 緊急時の対応(業務継続計画発動基準、対応体制等)
- c 他施設及び地域との連携

- * 研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとする。

職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的(年1回以上)な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録すること。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。

- * 訓練(シミュレーション)においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的(年1回以上)に実施するものとする。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。
- * 訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

- 事業者は、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こと。

⑭ 設備及び備品等

- 必要な事務室・設備・備品等を確保すること。
- 相談、サービス担当者会議等に対応するための、利用しやすいスペースを確保することとし、相談のためのスペース等はプライバシーが守られ、利用者が直接出入りできるなど利用者が利用しやすいよう配慮すること。
 - * 指定介護予防支援の業務に支障がない場合には、地域包括支援センターが行う他の事業(指定居宅介護支援事業所の場合は、指定居宅介護支援事業)の用に供する事務室又は区画と同一のものであっても差し支えない。

⑳ 従業員の健康管理

- 事業者は担当職員の清潔の保持及び健康状態について、管理すること。

＜運営指導における不適正事例＞

- 定期的に健康診断が行われていない。
- 健康診断記録が事務所に保管されていない。

㉑ 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

- 事業者は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、以下に掲げる措置を講じなければならない。各事項について、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

- 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（以下「感染対策委員会」という。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、担当職員に周知徹底を図ること。
 - * 感染対策委員会は、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましい。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、感染対策を担当する者（以下「感染対策担当者」という。）を決めておくことが必要である。なお、同一事業所内での複数担当(※)の兼務や他の事業所・施設等との担当(※)の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。
(※) 身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者(看護師が望ましい。)、感染対策担当者(看護師が望ましい。)、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者
 - * 感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね6月に1回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要がある。
 - * 感染対策委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
 - * 感染対策委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。
 - * 感染対策委員会は、介護予防支援事業所の従業者が1名である場合は、次に掲げる指針を整備することで、委員会を開催しないことも差し支えない。この場合にあつては、指針の整備について、外部の感染管理等の専門家等と積極的に連携することが望ましい。
- 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
 - * 指針には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。
 - * 平常時の対策としては、事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等が想定される。また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要である。なお、それぞれの項目の

記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照されたい。

- 事業所において、担当職員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施すること。

- * 研修の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。

- 職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該事業所が定期的な教育(年1回以上)を開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録することが必要である。

- なお、研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、事業所内で行うものでも差し支えなく、当該事業所の実態に応じ行うこと。

- また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練(シミュレーション)を定期的(年1回以上)に行うことが必要である。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習等を実施するものとする。

- 訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

⑳ 掲示

- 事業者は、事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、担当職員の勤務体制、その他利用申込者のサービスの選択に資する重要事項を掲示しなければならない。

- 運営規程の概要、担当職員の勤務の体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況(実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況)等の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を指定介護予防支援事業所の見やすい場所に掲示すること。

- 事業者は、上記の事項を記載した書面を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、上記の掲示に代えることができる。

- 事業者は、原則として重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

- ウェブサイトとは、法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システムのことをいう。なお、重要事項の掲示及びウェブサイトへの掲載を行うにあたり、次に掲げる点に留意する必要がある。

- イ 事業所の見やすい場所とは、重要事項を伝えるべき介護サービスの利用申込者、利用者又はその家族に対して見やすい場所のことであること。

- ロ 担当職員の勤務の体制については、職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数を掲示する趣旨であり、担当職員の氏名まで掲示することを求めるものではないこと。

- ハ 事業者が自ら管理するホームページ等を有さず、ウェブサイトへの掲載が過重な負担となる場合は、これを行わないことができること。なお、ウェブサイトへの掲載を行わない場合も、掲示は行う必要があるが、これをイや筑紫野市条例第24条第1項、第2項の規定に基づく措置に代えることができること。

<運営指導における不適正事例>

- 事業所に重要事項が掲示されていない。
- 利用者が見えにくい場所に、重要事項が掲示されている。

⑳ 秘密保持

- 担当職員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- 事業者は、担当職員その他の従業者が、従業者でなくなった後においても利用者・家族の秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時に取り決め、例えば違約金について定める等の措置を講ずるべきものであること。
- 事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は当該利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

<運営指導における不適正事例>

- 在職中、退職後の秘密保持について措置が講じられていない。
- 個人情報（家族を含む）使用の同意を、文書で得ていない。

㉑ 広告:内容が虚偽又は誇大なものであってはならない

㉒ 介護予防サービス事業者等からの利益收受の禁止等

- 事業者及び管理者は、介護予防サービス計画の作成又は変更に関し、担当職員に対して、利益誘導のために、特定の介護予防サービス事業者等によるサービスを位置付ける旨の指示等を行ってはならない。
また、管理者が、同一法人系列の介護予防サービス事業者のみを位置付けるように指示することや介護予防支援の加算を得るために、解決すべき課題に即さないサービス計画に位置付けることはあってはならない。
- 担当職員は、利用者に、利益誘導のために、特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行ってはならない。
- 事業者及びその従業者は、介護予防サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の介護予防サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、当該介護予防サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

㉓ 苦情処理

- 事業者は、自ら提供した介護予防支援又は介護予防サービス計画に位置付けたサービスに対する利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応しなければならない。
- 事業者は、苦情を受け付けた場合は、当該苦情の内容等を記録しなければならない。
 - 苦情の内容を踏まえサービスの質の向上に向けた取組を自ら行うべきである。
- 事業者は、市町村からの文書・物件の提出・提示の求め、又は質問・照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合には、必要な改善を行わなければならない。
- 市町村からの求めがあった場合には、改善の内容を報告しなければならない。
- 事業者は、介護予防サービス計画に位置付けたサービス、又は指定地域密着型介護予防サービスに対する苦情の国民健康保険団体連合会への申立てに関して、利用者に対し必要な援助を行わなければならない。

- 事業者は、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、そこから指導・助言を受けた場合には、必要な改善を行わなければならない。
- 国民健康保険団体連合会から求めがあった場合には、改善の内容を報告しなければならない。
 - 事業者は、相談窓口連絡先や苦情処理の体制・手順等、苦情を処理するために講ずる措置の概要を、事業所に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載すべきものである。なお、ウェブサイトへの掲載に関する取扱いは、第1の2の(4)の㉓に準ずるものとする。

＜運営指導における不適正事例＞

- 苦情を処理するために講ずる措置の概要が事務所に掲示されていない。
- 苦情に対する処理経過を記録する様式が整備されていない。
- 市町村からの照会に応じていない。
- 相談窓口連絡先として、市町村(保険者)、国保連の窓口が記載されていない。

㉓ 事故発生時の対応

- 事業者は、事故が発生した場合には速やかに市町村・利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- 事業者は、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録しなければならない。
- 賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。
 - ・事故発生時の対応方法を定めておくことが望ましい。
 - ・損害賠償保険に加入すること、又は賠償資力を有することが望ましい。
 - ・事故発生については、原因を解明し、再発防止の対策を講じること。

＜運営指導における不適正事例＞

- 事故発生時の連絡マニュアル等がない。
- 事故報告等の記録が整備されていない。
- 病院受診等、保険者へ報告義務がある事故を報告していない。

㉔ 虐待の防止

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる措置を講じなければならない。

- 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。以下「虐待防止検討委員会」という。)を定期的開催するとともに、その結果について、担当職員に周知徹底を図ること。
 - 虐待防止検討委員会は、管理者を含む幅広い職種で構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的開催することが必要である。また、事業所外の虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。
 - 虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要である。

- 虐待防止検討委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携により行うことも差し支えない。
 - 虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
 - 虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討することとする。その際、そこで得た結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業者に周知徹底を図る必要がある。
 - イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること
 - ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること
 - ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
 - ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること
 - ホ 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
 - ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
 - ト への再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること
- 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
- 指針には、次のような項目を盛り込むこととする。
 - イ 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方
 - ロ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項
 - ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
 - ニ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
 - ホ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
 - ヘ 成年後見制度 の利用支援に関する事項
 - ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
 - チ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
 - リ その他虐待の防止の推進のために必要な事項
- 事業所において、担当職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施すること。
- 事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年1回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施すること。
 - また、研修の実施内容についても記録すること。研修の実施は、事業所内での研修で差し支えない。
- 上記の措置を適切に実施するための担当者を置くこと。
- 当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましい。なお、同一事業所内での複数担当(※)の兼務や他の事業所・施設等との担当(※)の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

(※) 身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者(看護師が望ましい。)、感染対策担当者(看護師が望ましい。)、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

⑳ 会計の区分

- 事業者は、事業所ごとに経理を区分するとともに、指定介護予防支援の事業の会計とその他の事業の会計とを区分しなければならない。

<運営指導における不適正事例>

- 他の事業との会計の区分がされてない。

㉑ 記録の整備

- 事業者は、従業員、設備、備品及び会計に関する記録を整備しなければならない。
- 事業者は、次の書類を整備し、(1)及び(2)に掲げるものについてはその完結の日から5年間、(3)から(6)までに掲げるものについてはその完結の日から2年間保存しなければならない。

(1) 指定介護予防サービス事業者等との連絡調整に関する記録

(2) 個々の利用者ごとに次の事項を記載した介護予防支援

- ア 台帳介護予防サービス計画
- イ アセスメントの結果の記録
- ウ サービス担当者会議等の記録
- エ 達成状況の評価の記録
- オ モニタリングの結果の記録

(3) 身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録

(4) 市町村への通知に係る記録

(5) 苦情の内容等の記録

(6) 事故の状況及び事故に際して採った処置の記録

<運営指導における不適正事例>

- 書類が整備されていないため、介護支援専門員の勤務形態等が不明。
- 介護予防サービス計画書がない。
- 利用者基本情報がない。
- サービス担当者会議等の記録がない。
- モニタリングの結果の記録がない。

㉒ 暴力団員等の排除

- 事業所の管理者は、暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者であってはならない。
- 事業所は、その運営について、暴力団、暴力団員及び暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する者の支配を受けてはならない。

(5) 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準

① 指定介護予防支援の基本取扱方針

- 指定介護予防支援は、利用者の介護予防に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。
- 事業者は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス計画を策定しなければならない。
- 事業者は、自ら提供する指定介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

② 指定介護予防支援の具体的取扱方針

- 指定介護予防支援の方針は、筑紫野市条例第4条に定める基本方針及び筑紫野市条例第33条に定める基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

(1号) 担当職員による介護予防サービス計画の作成

指定介護予防支援事業所の管理者は、担当職員に介護予防サービス計画の作成に関する業務を担当させること。

(2号) 指定介護予防支援の基本的留意点

指定介護予防支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行うこと。

- 指定介護予防支援は、利用者及びその家族の主体的な参加及び自らの目標に向けての意欲の向上と相まって行われることが重要である。
- 担当職員は、指定介護予防支援を懇切丁寧に行うことを旨とし、サービスの提供方法等について理解しやすいようにわかりやすく説明を行うことが肝要である。

(3号) 計画的な指定介護予防サービス等の利用

担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定介護予防サービス等の利用が行われるようにすること。

- 利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うためには、利用者の心身又は家族の状態等に応じて、継続的かつ計画的に介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス等が提供されることが重要である。

(4号) 総合的な介護予防サービス計画の作成

担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて介護予防サービス計画上に位置付けるよう努めること。

- 利用者の日常生活全般を支援する観点に立って作成されることが重要である。
- 予防給付等対象サービス以外のサービス等も含めて介護予防サービス計

画に位置付けることにより総合的かつ目標指向的な計画となるよう努めること。

(例)

- 利用者本人の取組や家族が行う支援
- 市町村保健師等が居宅を訪問して行う指導等の保健サービス
- 老人介護支援センターにおける相談援助
- 市町村施策(配食サービス、寝具乾燥サービス等)
- 地域住民による見守り、配食、会食等の自発的な活動によるサービス
- 精神科訪問看護等の医療サービス
- はり師・きゅう師による施術
- 保健師・看護師・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師による機能訓練

(5号) 利用者自身によるサービスの選択

担当職員は、介護予防サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定介護予防サービス事業者等に関するサービス及び住民による自発的な活動によるサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供すること。

- 特定の指定介護予防サービス事業者又は指定地域密着型介護予防サービス事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のサービスのみによる介護予防サービス計画原案を最初から提示するようなことがあってはならない。
- 例えば集合住宅等において、特定の指定介護予防サービス事業者のサービスを利用することを、選択の機会を与えることなく入居条件とするようなことはあってはならないが、介護予防サービス計画についても、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の指定介護予防サービス事業者のみを介護予防サービス計画に位置付けるようなことはあってはならない。

<運営指導における不適正事例>

- 計画の作成開始時に同一事業主体のサービス事業所以外のサービス事業者等の情報を利用者・家族に提供していない。

(6号) 課題分析の実施

担当職員は、介護予防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、その有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる各領域ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及びその家族の意欲及び意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、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べき総合的な課題を把握すること。

- イ 運動及び移動
- ロ 家庭生活を含む日常生活
- ハ 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション
- ニ 健康管理

(7号) 課題分析における留意点

- 担当職員は、課題の把握(アセスメント)に当たっては、利用者が入院中

であることなど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。

- 事前に要支援認定の認定調査結果、主治医意見書等により、一定程度利用者の状態を把握しておく必要がある。
- 面接に当たっては、利用者やその家族との間の信頼関係、協働関係の構築が重要であり、担当職員は、面接の趣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。
- アセスメントの結果を記録するとともに、当該記録をその完結の日から5年間保存しなければならない。

<運営指導における不適正事例>

- 課題分析が全く行われていない。
- アセスメント又はその結果の記録が不十分。
- アセスメントに当たって利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない。
- 家族への説明がなされていない。

(8号) 介護予防サービス計画原案の作成

担当職員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果、利用者が目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、利用者及びその家族の意向、それらを踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点、本人、指定介護予防サービス事業者、自発的な活動によるサービスを提供する者等が目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間等を記載した介護予防サービス計画の原案を作成すること。

- 利用者についてのアセスメントの結果、利用者が目標とする生活、利用者及びその家族の意向を踏まえ、当該地域における指定介護予防サービス等が提供される体制を勘案した上で、実現可能なものとする。
- 目標、目標についての支援のポイント、当該ポイントを踏まえ具体的に本人等のセルフケア、家族、インフォーマルサービス、介護保険サービス等により行われる支援の内容、これらの支援を行う期間等を明確に盛り込み、当該達成時期には介護予防サービス計画及び各指定介護予防サービス等の評価を行い得るようにすることが重要。

<運営指導における不適正事例>

- アセスメントにより把握された課題と計画に位置付けられたサービスが対応していない。
- 介護予防サービス計画がない期間がある。

(9号) サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

- 担当職員は、新規に介護予防サービス計画原案を作成したときは、利用者の情報を各サービスの担当者等で共有するとともに、利用者が抱えている課題、目標、支援の方針等について協議し、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかについて相互に理解するなどについて、利用者や家族、介護予防サービス計画原案作成者、介護予防サービス計画原案に位置付けた介護予防サービスの担当者、主治医、インフォーマルサービス担当者等からなるサービス担当者会議を開催する必要がある。
- やむを得ない理由がある場合は、照会等により専門的見地からの意見を求めれば差し支えないこととされているが、この場合にも、緊密に相互の情報交換を行うこ

とにより、利用者の状況等についての情報や介護予防サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要がある。

- サービス担当者会議はテレビ電話装置等を活用して行うことができる。ただし、利用者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について、当該利用者等の同意を得なければならない、なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
- サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容について記録するとともに、当該記録をその完結の日から5年間保存すること。

＜運営指導における不適正事例＞

- 計画の新規作成、変更の際にサービス担当者会議を行っていない。
- 介護予防サービス計画に位置付けた全ての介護予防サービス事業者等の担当者からの意見を求めている。

- サービス担当者会議における検討内容が不十分である。
- 当該介護予防支援事業所の都合で照会対応を行っている。

(10号) 介護予防サービス計画の説明及び同意

担当職員は、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該介護予防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ること。

- 説明及び同意を要する介護予防サービス計画原案とは、いわゆる「介護予防サービス・支援計画書」に相当するものすべてが望ましいが、少なくとも「目標」、「支援計画」、「【本来行うべき支援ができない場合】妥当な支援の実施に向けた方針」、「総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント」欄に相当するものについては、説明及び同意を要する。

(11号) 介護予防サービス計画の交付

担当職員は、介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防サービス計画を利用者及びサービスの担当者に交付すること。

- 介護予防サービス計画は、その完結の日から5年間保存しなければならない。

＜運営指導における不適正事例＞

- 計画の原案について利用者の同意を得ていない。
- 計画を利用者に交付した旨の記録がない。
- 計画作成日が分からない。
- 計画を利用者及び介護予防サービス計画に位置付けた各サービス担当者に交付していない。

(12号) 担当者に対する個別サービス計画の提出依頼

担当職員は、介護予防サービス計画に位置付けた指定介護予防サービス事業者等に対して、介護予防訪問看護計画書等指定介護予防サービス等基準条例施行規則において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。

- 介護予防サービス計画と個別サービス計画の連動性を高め、介護予防支援事業

者とサービス提供事業者の意識の共有を図ることが重要であるため、担当者に介護予防サービス計画を交付したときは、担当者に、個別サービス計画の提出を求め、介護予防サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性を確認すること。

- 介護予防サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性の確認については、介護予防サービス計画を担当者に交付したときに限らず、必要に応じて行うことが望ましい。
- サービス担当者会議の前に介護予防サービス計画の原案を担当者に提供し、サービス担当者会議に個別サービス計画案の提出を求め、サービス担当者会議において情報の共有や調整を図るなどの手法も有効である。

＜運営指導における不適正事例＞

- 担当者に、個別サービス計画の提出を求めている。

(13号) 個別サービス計画作成の指導及び報告の聴取

担当職員は、指定介護予防サービス事業者等に対して、介護予防サービス計画に基づき、介護予防訪問看護計画書等指定介護予防サービス等基準条例施行規則において位置付けられている計画の作成を指導するとともに、サービスの提供状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも1月に1回、聴取すること。

- 聴取方法については、事業所への訪問、電話、FAX等が挙げられる。

(14号・14号の2) 介護予防サービス計画の実施状況等の把握

- 担当職員は、介護予防サービス計画の作成後、介護予防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、必要に応じて介護予防サービス計画の変更、指定介護予防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こと。
- 担当職員は、指定介護予防サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供すること。例えば、
 - ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
 - ・薬の服用を拒絶している
 - ・使いきらないうちに新たに薬が処方されている
 - ・口臭や口腔内出血がある
 - ・体重の増減が推測される見た目の変化がある
 - ・食事量や食事回数に変化がある
 - ・下痢や便秘が続いている
 - ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
 - ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない状況がある

等の利用者の心身又は生活状況に係る情報を得た場合は、それらの情報のうち、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要であると担当職員が判断したものについて、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。なお、ここでいう「主治の医師」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。

(15号) 介護予防サービス計画の実施状況等の評価

担当職員は、介護予防サービス計画に位置付けた期間が終了するときは、当該計画の目標の達成状況について評価すること。

＜運営指導における不適正事例＞

- 計画作成後の課題把握・連絡調整等が不十分である。
- 提供されたサービス内容が介護予防サービス計画と異なっている。

(16号) モニタリングの実施

担当職員は、第14号に規定する実施状況の把握(イ及びオにおいて「モニタリング」という。)に当たっては、利用者及びその家族、指定介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行わなければならない。

指定介護予防サービス事業者等の担当者との連携により、モニタリングが行われている場合においても、特段の事情のない限り、少なくともサービスの期間終了月、サービス提供した月の翌月から起算して3月に1回のいずれかに該当する場合には利用者の居宅を訪問し、面接しなければならない。

次のいずれにも該当する場合であって、サービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月ごとの期間(以下この号において単に「期間」という。)について、少なくとも連続する2期間に1回利用者の居宅を訪問し面接するときは、利用者の居宅を訪問しない期間において、テレビ電話装置等を活用して利用者に面接することができる。

イ テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。

ロ サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。

- a 利用者の心身の状況が安定していること。
- b 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
- c 担当職員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。

※ テレビ電話装置等を活用して面接を行うに当たっては、以下に掲げる事項について留意する必要がある。

i 文書により利用者の同意を得る必要があり、その際には、利用者に対し、テレビ電話装置等による面接のメリット及びデメリットを含め、具体的な実施方法(居宅への訪問は2期間に1回であること等)を懇切丁寧に説明することが重要である。なお、利用者の認知機能が低下している場合など、同意を得ることが困難と考えられる利用者については、後述のiiの要件の観点からも、テレビ電話装置等を活用した面接の対象者として想定されない。

ii 利用者の心身の状況が安定していることを確認するに当たっては、主治の医師等による医学的な観点からの意見や、以下に例示する事項等も踏まえて、サービス担当者会議等において総合的に判断することが必要である。

- 介護者の状況の変化が無いこと。
- 住環境に変化が無いこと(住宅改修による手すり設置やトイレの改修等を含む)
- サービス(保険外サービスも含む)の利用状況に変更が無いこと

- iii テレビ電話装置等を活用して面接を行うに当たっては、利用者がテレビ電話装置等を介して、利用者の居宅において対面で面接を行う場合と同程度の対応ができる必要がある。なお、テレビ電話装置等の操作については、必ずしも利用者自身で行う必要はなく、家族等の介助者が操作を行うことは差し支えない。
- iv テレビ電話装置等を活用して面接を行う場合、画面越しでは確認できない利用者の健康状態や住環境等の情報については、サービス事業所の担当者からの情報提供により補完する必要がある。この点について、サービス事業所の担当者の同意を得るとともに、サービス事業所の担当者の過度な負担とならないよう、情報収集を依頼する項目や情報量については留意が必要である。なお、サービス事業所の担当者に情報収集を依頼するに当たっては、厚生労働省が示す「情報連携シート」を参考にすること。
- v 主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得る方法としては、サービス担当者会議のほか、利用者の通院や訪問診療への立会時における主治の医師への意見照会や、サービス事業所の担当者との日頃の連絡調整の際の意見照会等も想定されるが、いずれの場合においても、合意に至るまでの過程を記録しておくことが必要である。

利用者宅を訪問しない月（テレビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除く。）でも、指定介護予防サービス事業者等への訪問、利用者への電話等の方法により、利用者自身に介護予防サービス計画の実施状況について確認を行い、利用者の状況に変化があるときは、利用者宅を訪問して確認を行うことが必要である。こうして行ったモニタリングについては、1月に1回はその結果を記録しなければならない。

- 「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、担当職員に起因する事情は含まれない。
- 「特段の事情」がある場合については、記録に残す必要がある。
- モニタリングの結果については、その完結の日から5年間保存しなければならない。

<運営指導における不適正事例>

- 3月又は6月に1回、利用者とは面接していない。
- モニタリングの記録がない。
- モニタリングの内容が不十分である。

	あり/なし	あり/なし	
	あり/なし	あり/なし	

特に確認したい事項・情報共有事項、総括

--

参考：課題分析標準項目について

「サービス事業所に確認してほしい項目」のうち、「ク 健康状態」～「ナ その他留意すべき事項・状況」については、令和5年10月16日に発出された『「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について』（厚生労働省、老認発 1016 第 1 号）のうち、記載に対応しております。以下、『「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について』の一部抜粋

課題分析（アセスメント）に関する項目

NO	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起きあがり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）に関する項目
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等））に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状況（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険箇所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目

(17号) 介護予防サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取

担当職員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、介護予防サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めること。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができる。

イ 要支援認定を受けている利用者が要支援更新認定を受けた場合

ロ 要支援認定を受けている利用者が法第33条の2第1項に規定する要支援状態区分の変更の認定を受けた場合

- サービス担当者会議の要点又は担当者への照会内容については記録するとともに、5年間保存しなければならない。

- 前述のサービス担当者からの意見により、介護予防サービス計画の変更の必要がない場合においても、記録の記載及び保存については同様であること。

<運営指導における不適正事例>

- 更新認定、区分変更認定時に、サービス担当者会議を開催していない。
- 更新認定、区分変更認定時に、サービス担当者会議等で計画の変更の必要性について十分検討されていない。
- 計画変更時にサービス担当者会議を開催していない。（軽微な変更を除く）

(18号) 介護保険施設への紹介その他の便宜の提供

担当職員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、利用者の要介護認定に係る申請について必要な支援を行い、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うこと。

(19号) 介護保険施設との連携

担当職員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要支援者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、介護予防サービス計画の作成等の援助を行うこと。

- 利用者の居宅での生活における介護上の留意点等の情報を介護保険施設等の従業者から聴取する等の連携を図るとともに、居宅での生活を前提としたアセスメントを行った上で介護予防サービス計画を作成する等の援助を行うことが重要である。

(20号・20号の2・21号) 主治の医師等の意見等

- 担当職員は、利用者が介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師(以下「主治の医師等」という。)の意見を求めること。
- 担当職員は、介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防サービス計画を主治の医師等に交付すること。
- 担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防訪問看護、介護予防通所リハビ

リテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うこととし、医療サービス以外の指定介護予防サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定介護予防サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うこと。

＜運営指導における不適正事例＞

- 主治医に対し、介護予防サービス計画を交付したことが分からない。
- 主治医の意見について、口頭確認のみ行い内容が記録されていない。

(22号) 介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護の介護予防サービス計画への位置づけ

担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を位置付ける場合にあっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意することとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護を利用する日数が要支援認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにすること。

※ 参照 P98 「短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の取扱い」

(23号・24号) 介護予防福祉用具貸与及び介護予防特定福祉用具販売の介護予防サービス計画への反映

担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に介護予防福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時、サービス担当者会議を開催し、その継続の必要性について検証をした上で、継続が必要な場合にはその理由を介護予防サービス計画に記載すること。

担当職員は、介護予防サービス計画に特定介護予防福祉用具販売を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定介護予防福祉用具販売が必要な理由を記載すること。

- 対象福祉用具を計画に位置付けるには、福祉用具の適時適切な利用及び利用者の安全を確保する観点から、介護予防福祉用具貸与又は介護予防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や、それぞれのメリット及びデメリット等、利用者の選択に資するよう、必要な情報を提供しなければならない。
- 対象福祉用具の提案を行う際、利用者の心身の状況の確認に当たっては、利用者へのアセスメントの結果に加え、医師やリハビリテーション専門職等からの意見聴取、退院・退所前カンファレンス又はサービス担当者会議の結果を踏まえることとし、医師の所見を取得する具体的な方法は、主治医意見書による方法のほか、医師の診断書又は医師から所見を聴取する方法が考えられる。
- また、介護予防福祉用具貸与については以下の項目について留意すること。

イ 担当職員は、介護予防サービス計画に指定介護予防福祉用具貸与を位置付ける場合には、「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」(平成27年厚生労働省告示第94号)第31号のイで定める状態像の者であることを確認するため、当該利用者の「要介護認定等基準時間の推計の方法」(平成12年厚生労働省告示第91号)別表第1の調査票について必要な部分(実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該利用者の状態像の確認が必要な部分)の写し(以下「調査票の写し」という。)を市町村

から入手すること。

ただし、当該利用者がこれらの結果を担当職員へ提示することに、あらかじめ同意していない場合については、当該利用者の調査票の写しを本人に情報開示させ、それを入手しなければならない。

- ロ 担当職員は、当該利用者の調査票の写しを指定介護予防福祉用具貸与事業者へ提示することに同意を得たうえで、市町村より入手した調査票の写しについて、その内容が確認できる文書を指定介護予防福祉用具貸与事業者へ送付すること。
- ハ 担当職員は、当該利用者が「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成 18 年老計発第0317001 号・老振発第 0317001 号・老老発第 0317001 号)の第2の11(2)①ウの判断方法による場合については、福祉用具の必要性を判断するため、利用者の状態像が、同 i) から iii) までのいずれかに該当する旨について、主治医意見書による方法のほか、医師の診断書又は医師から所見を聴取する方法により、当該医師の所見及び医師の名前を介護予防サービス計画に記載しなければならない。この場合において、担当職員は、指定介護予防福祉用具貸与事業者より、当該利用者に係る医師の所見及び医師の名前について確認があったときには、利用者の同意を得て、適切にその内容について情報提供すること。

【参考】別に厚生労働大臣が定める者(第 94 号告示第 31 号のイ)次に掲げる福祉用具の種類に応じ、それぞれ次に掲げる者

(1)車いす及び車いす付属品 次のいずれかに該当する者

(一)日常的に歩行が困難な者

(二)日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者

(2)特殊寝台及び特殊寝台付属品 次のいずれかに該当する者

(一)日常的に起きあがり困難な者

(二)日常的に寝返りが困難な者

(3)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

(4)認知症老人徘徊感知器 次のいずれにも該当する者

(一)意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者

(二)移動において全介助を必要としない者

(5)移動用リフト(つり具の部分を除く。)

次のいずれかに該当する者

(一)日常的に立ち上がりが困難な者

(二)移乗において一部介助又は全介助を必要とする者

(三)生活環境において段差の解消が必要と認められる者

(6)自動排泄処理装置 次のいずれにも該当する者

(一)排便において全介助を必要とする者

(二)移乗において全介助を必要とする者

※参照 P100 「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の取扱い」

<運営指導における不適正事例>

- 例外給付確認依頼書を市に提出しないまま、特殊寝台等を計画に位置付けている。
- 例外給付確認依頼書の写しを介護予防福祉用具貸与事業所に送付する等の情報提供を行っていない。
- 介護予防サービス計画に介護予防福祉用具貸与を位置付けた後、その継続の必要性について、サービス担当者会議で検証した記録がない。

(25号) 認定審査会意見等の介護予防サービス計画への反映

担当職員は、利用者が提示する被保険者証に、認定審査会意見又は法第 37 条第 1 項の規定による指定に係る介護予防サービスの種類若しくは地域密着型介護予防サービスの種類についての記載がある場合には、利用者によるその趣旨（同項の規定による指定に係る介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類については、その変更の申請ができることを含む。）を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って介護予防サービス計画を作成すること。

(26号) 居宅介護支援事業者との連携

担当職員は、要支援認定を受けている利用者が要介護認定を受けた場合には、指定居宅介護支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図ること。

(27号) 地域ケア会議への協力

事業者は、法第 115 条の 48 第 4 項の規定に基づき、地域ケア会議から、要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者への適切な検討を行うための資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

- 地域ケア会議は、個別ケースの支援内容の検討を通じて、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援、高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築及び個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握を行うことなどを目的としていることから、事業者は、その趣旨・目的に鑑み、より積極的に協力することが求められる。
- 地域ケア会議から個別のケアマネジメントの事例の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

(28号) 市長に対する情報の提供

指定居宅介護支援事業者である事業者は、法第 115 条の 30 の 2 第 1 項の規定により市長から情報の提供を求められた場合には、その求めに応じなければならない。

提供を行う情報については、以下に掲げる事項のうち、市町村長の求められたもの。

- 介護予防サービス計画の実施状況
- 基本チェックリスト
- 利用者基本情報
- 介護予防支援経過記録
- サービス担当者会議の開催等の状況
- 介護予防支援に係る評価

- その他市町村長が必要と認める事項
- 3号から 13号までの規定は、14号に規定する介護予防サービス計画の変更について準用する。

③ 身体的拘束等の禁止

- 事業者は、指定介護予防支援の提供に当たっては、当該利用者又は他の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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(次項において「身体的拘束等」という。)を行ってはならない。
- 事業者は、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
 - 緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の3つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録すること。
 - 当該記録を5年間保存しなければならない。

④ 介護予防支援の提供に当たっての留意点

- 介護予防支援の実施に当たっては、介護予防の効果を最大限に発揮できるよう次に掲げる事項に留意しなければならない。
 - 単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すものではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。
 - 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。
 - 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。
 - 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。
 - サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用すること。
 - 地域支援事業(法第115条の45に規定する地域支援事業をいう。)及び介護給付と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。
 - 介護予防サービス計画の策定に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとする。
 - 機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。

(6) 雑則

○ 電磁的記録について

- 指定介護予防支援事業者及び指定介護予防支援の提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するものうち、条例及びこの規則の規定において書面(書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下この条において同じ。)で行うことが規定されている又は想定されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録(電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。)により行うことができる。電磁的記録により行う場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

○ 電磁的方法について

- 指定介護予防支援事業者及び指定介護予防支援の提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもの(以下「交付等」という。)のうち、条例及びこの規則の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法(電子的方法、磁気的方法その他人の知覚によって認識することができない方法をいう。)により行うことができる。

電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのQ&A(令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省)」を参考にすること。

電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等との間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのQ&A(令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省)」を参考にすること。

電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

3 指定の取消し（介護保険法第115条の29）

市長は、次のいずれかに該当する場合には指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部効力を停止することができる。

- ア 事業者が、第百十五条の二十二第二項第三号の二から第四号の二まで、第八号（同項第四号の三に該当する者のあるものであるときを除く。）又は第九号（同項第四号の三に該当する者であるときを除く。）のいずれかに該当するに至ったとき
- イ 事業者が、事業所の従業者の知識若しくは技能又は人員について、基準に定める員数を満たすことができなくなったとき
- ウ 事業者が、介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準又は運営に関する基準に従って適正な事業の運営をすることができなくなったとき
- エ 要支援者の人格を尊重し、忠実に職務を遂行する義務に違反したと認められるとき
- オ 介護予防サービス計画費の請求に不正があったとき
- カ 市町村長から求められた報告、帳簿書類の提出等に従わず、又は虚偽の報告をしたとき
- キ 事業者又は事業所の従業者が市長から求められた出頭に応じず、質問に答弁しない若しくは虚偽の答弁をし、又は帳簿書類の検査を拒み、妨げ若しくは妨げたととき。ただし、事業所の従業者がその行為をした場合において、その行為を防止するため、事業者が、相当の注意及び監督を尽くした場合を除く
- ク 事業者が、不正の手段により指定を受けたとき
- ケ 事業者が、介護保険法やその他保健医療若しくは福祉に関する法律で、政令で定めるもの又はこれらの法律に基づく命令若しくは処分違反したとき
- コ 事業者が、居宅サービス等に関し、不正又は著しく不当な行為をしたとき
- サ 事業者の役員等のうちに、指定の取消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止をしようとするとき前5年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者があるとき

4 主な関係法令等

○ 事業運営関係

- ・指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日号外厚生労働省令第37号）
- ・「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について（平成18年3月31日老振発第0331003号、老老発第0331016号）」
- ・「筑紫野市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成26年12月26日条例第26号）」

○ 介護給付費関係

- ・指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生省告示第129号）
関連：厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚労省告示第93号）
- ・「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年3月17日老計発第0317001号、老振発第0317001号、老老発第0317001号）」

5 介護報酬関連

(1) 指定介護予防支援:介護予防ケアマネジメントの介護報酬について

- ① 介護予防支援費(地域包括支援センターが行う場合) 442単位/月
介護予防支援費(居宅介護支援事業所が行う場合) 472単位/月

※1 利用者が月を通じて介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用介護予防居宅介護費を算定する場合を除く)若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護(介護予防短期利用共同生活介護費を算定する場合を除く。)を受けている場合は算定しない。

※2 居宅介護支援事業所への委託制限(1人8件)は廃止。(平成 24 年度～)

- ② 介護予防ケアマネジメント費(地域包括支援センターが行う場合) 442単位/月

- ③ 高齢者虐待防止措置未実施減算について

高齢者虐待防止措置未実施減算については、事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、第1の2の(4)の㉔に規定する措置を講じていない場合に、利用者全員について、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

- ④ 業務継続計画未策定減算について

業務継続計画未策定減算については、第1の2の(4)の⑱に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月(基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月)から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

- ⑤ 特別地域介護予防支援加算

別に厚生労働大臣が定める地域に所在し、市長に対し、届出を行った事業所の介護支援専門員が指定介護予防支援(居宅介護支援事業所が行う場合に限る)を行った場合は、特別地域介護予防支援加算として、所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算する。

別に厚生労働大臣が定める地域については、40ページに記載。

- ⑥ 中山間地域等における小規模事業所加算

別に厚生労働大臣が定める地域に所在し、かつ別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして、市長に対し、届出を行った事業所の介護支援専門員が指定介護予防支援(居宅介護支援事業所が行うものに限る)を行った場合は、所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数に加算する。

別に厚生労働大臣が定める地域については、39ページに記載。

- ⑦ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算

指定介護予防支援事業所の介護支援専門員が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えて、指定介護予防支援(居宅介護支援事業所が行う場合に限る)を行った場合、所定単位数の100分の5に相当する単位数を所定単位数に加算する。

別に厚生労働大臣が定める地域については、41ページに記載。

⑧ 初回加算 300単位/月

介護予防の初回加算は「介護予防支援事業所」が初回か否かで判断する。委託を受けた居宅介護支援事業所が初回であっても算定できないことがある。

⑨ 委託連携加算 300単位/月

委託連携加算の算定要件（取り扱い）について

委託連携加算とは？【令和3年3月30日 臨時主任 CM 職能会議にて通知済】

【概要】介護保険法

1) 指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準の一部改正

指定介護予防支援事業所が利用者に提供する指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所(指定介護予防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)第2条第1項に規定する指定居宅介護支援事業所という。)に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該居宅介護支援事業所における介護予防サービス計画の作成等に協力した場合は、当該委託を開始した日の属した月に限り、利用者一人につき1回を限度として所定単位数を加算する。

2) 介護報酬改定における改定事項について

【概要】

介護予防支援事業所(地域包括支援センター)が居宅介護支援事業所に外部委託を行いやすい環境の整備を進める観点から、介護予防支援事業所(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、委託時における、居宅介護支援事業者との適切な情報連携等を評価する新たな加算を創設する。

【算定要件等】

○利用者1人につき指定介護予防支援を指定居宅支援事業所に委託する初回に限り、所定単位数を算定する。

※当該加算を算定した際には、介護予防支援事業所に対して、当該加算を勘案した委託費の設定等を行うよう求める。

3) 当市の考え方

今回、委託時における地域包括支援センター(委託元)と居宅介護支援事業所(委託先)の適切な情報連携等を評価するものとして新設されたが、新設の背景には、居宅介護支援事業所に受託してもらえないという現状があり、その現状を解消し委託の促進を図ることが加算を新設した目的とされている。

委託に際しては、地域包括支援センターにおいて、表1のとおり一定の業務があり、その業務の対価として包括にも収入が発生して当然であるが、委託を促進するという加算の目的を考えると、居宅支援事業所側を手厚くすることが適当と考える。

よって、表1の業務を遂行し、情報提供のみならず、介護予防サービス計画の作成等に協力することとし、**当市においては委託連携加算(300単位 3,063円)のうち、3割(90単位 919円)を包括収入、7割(210単位 2,144円)を委託料と取り決める。**

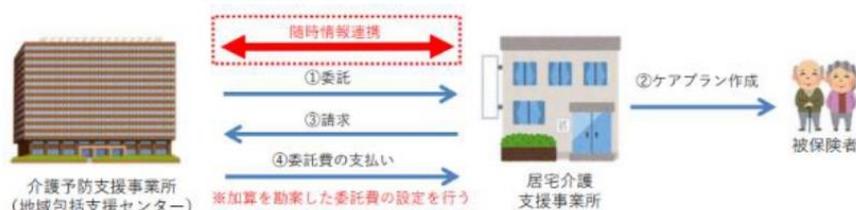


表 1:委託時の地域包括支援センター(委託元)の業務

<p>○利用者等から介護予防支援、介護予防ケアマネジメントの依頼を受ける。</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 利用者の適切なアセスメントを実施の上、サービスの明確な利用意志を聞き取る。 ➤ サービスの利用意向が明確ではない場合は、地域包括支援センターにて支援する。 <p>○委託先を見つける(利用者に関する情報提供)。</p> <p>○委託先と同行訪問。</p> <p>○主治医意見書、訪問調査票の情報提供。</p> <p>○利用者と包括・居宅介護支援事業所にて契約、重要事項説明。</p> <p>○介護予防支援の保険者への届出。</p> <p>○介護予防支援及び介護予防・日常生活支援総合事業業務依頼書の取り交わし</p> <p style="text-align: right;">など</p> <p>【初めて委託する場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○居宅介護支援事業所と包括の委託契約 ○代理受領委任状の取り交わし

委託連携加算の算定にあたっての留意事項

令和4年 10 月更新

本加算の具体的な基準については、厚生労働省からの見解が示されないことから、他の保険者の取扱いも参考にし、筑紫野市独自で設定したものととなります。そのため、保険者により考え方に相違がある場合があります。

また、今後、厚生労働省から見解が示された場合は、当該見解に基づき基準に変更が生じる可能性がありますので御留意ください。

契約変更した「だけ」、
ケアマネジャーが変わった「だけ」、
では算定要件を満たさない

前提条件

- 原則として、被保険者1人につき 1 回限り。
- 契約から改め、ケアマネジメントの一連の業務を行い、ケアプランを作成(変更)等に協力していること。

【問い合わせ内容①】

要支援認定で地域包括支援センターが直営でケアマネジメント業務を行っていたが、途中で再委託しサービス継続することになった。初回加算は地域包括支援センターが変更しないため請求できないが、委託連携加算は請求できるか？

【回答①】

委託連携加算は、「利用者に係る必要な情報(アセスメント含む)」を「居宅介護支援事業所」に提供し、介護予防サービス計画の作成等に協力した場合に算定が可能となります。従って、「利用者に係る必要な情報」を「居宅介護支援事業所」に提供し、再委託先の居宅介護支援事業所におけるケアプランの作成等に協力したのであれば、委託連携加算は請求可能と判断する。

【問い合わせ内容②】

要支援認定で再委託しサービス導入していたが途中でサービス未利用となり、その後認定切れ。再度、サービス利用意向があり、新規申請し支援認定となる。
アセスメント・契約等の一連の流れを行い、同じ居宅介護支援事業所へ再委託。この場合、委託連携加算は請求できるか？

【回答②】

委託連携加算は、「利用者に係る必要な情報」を「居宅介護支援事業所」に提供し、介護予防サービス計画の作成等に協力した場合に算定が可能となります。「認定切れ＝契約終了」とみなし、再度新規申請を行っており、新規申請等に伴う援助・情報提供等を行っている。また今回の支援を通して、アセスメント・契約等の一連の流れを行っている。従って、委託連携加算は請求可能と判断する。

【問い合わせ内容③】

居宅事業所に再委託のケース。以前サービス導入していたが、途中で未利用となり、1、2年経過して、再度サービス利用意向があった。
サービス未利用の間も介護認定は継続しており、居宅事業所との契約は終了しておらず、休止の状態となっていた。今回、サービス利用再開にあたりケアマネジメントの一連の業務を行ったが、委託連携加算は請求できるか？

【回答③】

委託連携加算は、「利用者に係る必要な情報」を「居宅介護支援事業所」に提供し、介護予防サービス計画の作成等に協力した場合に算定が可能となります。
令和3年4月以降、一度も委託連携加算を算定しておらず、ケアマネジメントの一連の業務を行っており（「利用者に係る必要な情報」を「居宅介護支援事業所」に提供し、介護予防サービス計画の作成等に協力したという算定要件を満たしていると考え）、請求可能と判断する。

【問い合わせ内容④】（※令和4年10月追加）

居宅介護支援事業所に再委託し、委託連携加算を算定していたが、その後、利用者から変更希望があり、再委託先の居宅介護支援事業所が変更となった。この場合、変更後の居宅介護支援事業所は委託連携加算を算定できるか？
委託先が変更するにあたり、「委託連携加算の算定要件(取り扱い)」について「p.2「表1:委託時の地域包括支援センター(委託元)の業務」に記載されている業務は全て行っている。

【回答④】

委託連携加算は、委託時における居宅介護支援事業者との情報連携を評価する加算である。今回、委託先の居宅介護支援事業所が変更となった場合に、「利用者に係る必要な情報」を「居宅介護支援事業所」に提供し、介護予防サービス計画の作成等に協力したという算定要件を満たしているため、請求可能と判断する。

〔公印省略〕

6 筑高支 169 号
令和 6 年 5 月 30 日

筑紫野市地域包括支援センター 管理者各位

筑紫野市長 平井 一三
(高齢者支援課 高齢者福祉担当)

介護保険報酬改定に伴う介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の委託料について

日頃より筑紫野市の介護保険事業にご理解とご協力を賜り感謝申し上げます。

標記について、令和 6 年 3 月 28 日付 5 筑高支第 1051 号で通知しておりますが、高齢者虐待措置未実施及び高齢者業務継続計画未策定の場合の委託料の減算額を下表のとおり追加いたします。

つきましては、居宅介護支援事業者との契約金額等の変更を遺漏なく行っていただくようお願いします。また、市内居宅介護支援事業所には、市から別紙のとおり通知いたします。

なお、介護報酬改定に伴う Will システム変更については、対応済みです。

記

令和 6 年 4 月 1 日以降地域包括支援センター（指定介護予防支援事業者）から居宅介護支援事業者への業務委託料

類型	介護報酬額	包括収入分	居宅介護支援事業者への業務委託料 (消費税込み)		
			利益	消費税	
介護予防支援費（Ⅰ） 介護予防ケアマネジメント 442 単位	4,512 円	500 円	4,012 円	3,648 円	364 円
初回加算 300 単位	3,063 円	0 円	3,063 円	2,785 円	278 円
委託連携加算 300 単位	3,063 円	918 円	2,145 円	1,950 円	195 円
介護予防ケア高齢者虐待防止 未実施減算	4,471 円	500 円	3,971 円	3,610 円	361 円
介護予防ケア高齢者虐待防 止・業務継続計画未実施減算	4,431 円	500 円	3,931 円	3,574 円	357 円
介護予防ケア高齢者業務継続 計画未実施減算	4,471 円	500 円	3,971 円	3,610 円	361 円

※太枠が追加分。

※介護予防ケアマネジメントについては、介護予防支援と異なり、これまでどおり地域包括支援センターからの委託を受けることとなります。地域包括支援センターは、委託する指定居宅介護支援事業者に対し、高齢者虐待防止の措置や業務継続計画の遵守を措置しなければならないとなっており、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所双方の遵守がないと減算となります。

※業務継続計画については、令和 7 年 3 月 31 日までは努力義務となっています。

(2) 別に厚生労働大臣が定める地域等について

表1 福岡県内の「中山間地域等」加算の該当地域(事業所所在地による区分)

前年度(4月~2月)の実績で、小規模事業所でなくなったときは、中山間地域等に所在する小規模事業所加算(10%)の算定はできなくなります。

令和7年4月1日現在

事業所所在地	1 「特別地域」に所在する事業所の加算該当地域 (15%加算)	2 「中山間地域等」に所在する「小規模事業所」の加算該当地域 (10%加算) ※「1」「特別地域」に所在する事業所の加算該当地域と重複する地域は対象外
1 北九州市	馬島、藍島	
2 福岡市	玄界島、小呂島、旧隘山村	
4 久留米市		旧水繩村
6 飯塚市	①	旧筑穂町、旧頼田町
7 田川市		全域
8 柳川市		旧大和町、旧柳川市
9 八女市	旧上陽町◎(旧横山村☆に限る。)、 旧黒木町◎(旧大瀬村☆、旧笠原村☆及び②に限る。)、 旧矢部村◎、 旧里野村◎	全域 (1に該当する地域を除く)
10 筑後市		旧羽犬塚町
13 豊前市	③	求菩提、篠瀬、旧合河村(轟含む)
16 筑紫野市		平等寺、上西山、本道寺・袖須原・香園
19 宗像市	地島、大島	
23 うきは市	旧姫治村	旧浮羽町
24 宮若市	旧吉川村	旧笠松村
25 嘉麻市	④	全域(1に該当する地域を除く)
26 朝倉市	旧高木村、旧上秋月村、旧松末村	旧秋月町、旧杷木町、旧朝倉町
27 みやま市		全域
28 糸島市	姫島	白糸、旧福吉村、旧志摩町(姫島を除く)
29 那珂川市	旧南畑村	
31 篠栗町		萩尾
34 新宮町	相島	
37 芦屋町		全域
41 小竹町		全域
42 鞍手町		全域
44 筑前町		三箇山
45 東峰村	旧小石原村	全域(1に該当する地域を除く)
48 広川町		旧上広川村
49 香春町		全域
50 添田町	旧津野村、⑤	全域(1に該当する地域を除く)
51 糸田町		全域
52 川崎町		全域
53 大任町		全域
54 赤村		全域
55 福智町		全域
57 みやこ町	旧伊良原村	全域(1に該当する地域を除く)
59 上毛町	旧友枝村	全域(1に該当する地域を除く)
60 築上町	旧上城井村、⑥	全域(1に該当する地域を除く)

	市町村名	地域名
①	飯塚市	内住(字大野、字白坂、字原、字払ノ谷、字十郎、字用意の元、字久保山、字浦ノ谷、字福ヶ谷、字久保山前、字古屋敷、字禰山、字赤松尾及び字鍛冶木屋の地域に限る。)、山口(字米の山、字茜屋、字アラ谷、字飯田、字窪ヶ谷、字ヲジト、字河原、字勘四郎、字コノヲ、字城山、字城ノ山、字新開、字地藏ヶ原、字下木屋、字尻ノ谷、字高塚、字竹ノ尾、字堂田、字峠、字松葉、字宮ノ脇、字六反田、字道官、字梨木原、字墓ノ尾、字橋ヶ下、字平原、字仏田、字堀田及び字前田の地域に限る。)、弥山(字水上、字坂ノ下、字大山口、字大塚、字大石道、字コボシキ、字小山口、字鳥越、字七曲、字仁田尾、字萩の迫、字畑川及び字広畑の地域に限る。)及び桑曲(字前田、字牧ノ内、字ホリ田、字八郎四、字神ノ後、字上ノ浦、字ヲナシ、字薄ヶ藪及び字上ノ山の地域に限る。)
②	八女市	黒木町田代(字下筒井、字上筒井、字海太郎、字鋤先、字鳥山、字曾底、字捨井手、字下堂目木、字上堂目木、字柿ノ木迫、字下姥ヶ塚、字北明所、字湯ノ下、字坂ノ根、字角佛、字小別当、字辻ノ木、字年ノ神、字三反田、字櫻ノ実谷、字松本、字津留、字阿蘇谷、字池ノ谷、字井手ノ本、字岩ノ鼻、字下真梨穂、字新城、字尾草、字下尾道、字南真門、字堂ノ迫、字杉山、字田ノ原、字大坪、字鶴牧、字高柿、字森ノ下、字鳥越、字菅之谷、字谷山口、字願正、字山口、字勿鉢、字睦園、字堂目木及び字陣床の地域に限る。)、黒木町鹿子生(字作り道、字窪、字〔おう〕ノ谷、字仲田、字細工谷、字長畑、字村下、字屋敷、字南前田、字鬼突、字大股及び字糶田の地域に限る。)、黒木町土窪(字一ノ渡瀬、字柳ノ原、字梅ヶ谷、字辻、字段、字上川原、字迫田、字平瀬、字福寿庵、字井手、字長老岩、字文田、字細工谷、字中通、字西方、字辻山、字池ノ上、字原畑、字石原、字溝添、字僧見、字不動前、字不動山、字込野、字毛條野及び字柿ノ木迫の地域に限る。)、黒木町木屋(字森、字本村、字釘ノ鼻、字本坪、字山桃塚、字屋舗ノ下、字平平、字苧扱場、字松出、字京ノ松、字前田、字大窪、字中村、字建石、字佛岩、字堂ノ先、字差原、字垣添、字葛原、字鹿ノ子谷、字洲頭、字小川原、字井川元、字塚原、字小平、字大迫、字椿四郎、字長田、字長田下、字大下、字村下、字野ノ中、字餅田、字薬師ノ元、字辻、字山ノ神、字小西ノ上、字弓掛塔、字橋本、字高平、字辻ノ上、字木山、字家舗、字小谷ノ迫、字浦小路、字二本木、字浦ノ上、字一ノ坂、字辨財天、字茅切場、字木山向、字後ヶ迫、字境ノ谷(八千七百九十八番地の一から八千八百三十六番地まで及び一万九百九十番地の二から一万二千二十四番地までの地域に限る。)、字美野尾(五千九百七番地から五千九百五十二番地まで及び七千二百二番地の一から七千三百二十四番地までの地域に限る。)、字竹ノ迫、字〔お〕扱谷及び字椿原の地域に限る。)及び黒木町北木屋(字前田、字御明園、字椀谷、字下荒谷、字白金、字久保、字外園、字水口、字滝ノ上、字滝ノ下、字山ノ原及び字漆原の地域に限る。)
③	豊前市	大字中川底(八百三十四番地の一から千八百五十一番地までの地域に限る。)
④	嘉麻市	千手(字ナカノの地域に限る。)、泉河内(字ラムカイ、字ウト、字山ノ下及び字高畑の地域に限る。)、嘉穂才田(字川淵、字ムカエハル及び字上ノ原の地域に限る。)及び桑野(字倉谷、字イチノ及び字山セ川の地域に限る。)
⑤	添田町	大字柵田(字糶ノ宮、字中ノ原、字仙道及び字広瀬の地域に限る。)、大字落合(字別所河内、字鍛冶屋、字長谷、字緑川、字深倉、字中河原、字駒鳴及び字芝峠の地域に限る。)、大字英彦山(字町、字北坂本及び字唐ヶ谷の地域に限る。)及び大字中元寺(字木浦、字大藪及び字戸谷の地域に限る。)
⑥	築上町	大字小山田(字小川谷及び字永尾の地域に限る。)

表2 福岡県内の「中山間地域等」加算の該当地域(利用者の居住地による区分)

下記地域に居住する利用者にサービスを提供しても、事業所の「通常の事業の実施地域」内であれば、加算を算定できません。
中山間地域等加算(5%)を算定する場合には、利用者から別途交通費を受領できません。

令和7年4月1日現在

利用者居住地	3 「通常の事業の実施地域」を超えて「中山間地域等」に居住する者へのサービス提供を行った場合の加算該当地域(5%加算)
1 北九州市	馬島、藍島
2 福岡市	玄界島、小呂島、旧脇山村
4 久留米市	旧水鏡村
6 飯塚市	旧筑穂町、旧頸田町
7 田川市	全域
8 柳川市	旧大和町
9 八女市	全域
10 筑後市	旧羽犬塚町
13 豊前市	旧岩屋村
16 筑紫野市	平等寺、上西山、本道寺・柚須原・香園
19 宗像市	地島、大島
23 うきは市	旧浮羽町
24 宮若市	旧吉川村、旧笠松村
25 嘉麻市	全域
26 朝倉市	旧高木村、旧上秋月村、旧秋月町、旧杷木町、旧朝倉町
27 みやま市	全域
28 糸島市	白糸、旧福吉村、旧志摩町
29 那珂川市	旧南畑村
31 糠栗町	萩尾
34 新宮町	相島
37 芦屋町	全域
41 小竹町	全域
42 鞍手町	全域
44 筑前町	三箇山
45 東峰村	全域
48 広川町	旧上広川村
49 香春町	全域
50 添田町	全域
51 糸田町	全域
52 川崎町	全域
53 大任町	全域
54 赤 村	全域
55 福智町	全域
57 みやこ町	全域
59 上毛町	全域
60 築上町	全域

6 指定居宅介護支援事業者による介護予防支援について

- 1 指定居宅介護支援事業者が市の指定を受けて実施できるのは介護予防支援（介護予防サービス又は総合事業と介護予防サービスを含む）です。介護予防ケアマネジメント（総合事業）は実施できません。
- 2 指定介護予防支援事業者の指定を受けた指定居宅介護支援事業者が、地域包括支援センターから委託を受けて介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを実施することは可能です。
- 3 指定居宅介護支援事業者が行う支援内容が、介護予防支援から介護予防ケアマネジメントに変更となった場合は、地域包括支援センターによる契約及び居宅届の提出が必要です。

例) A指定居宅介護支援事業者(指定介護予防支援事業者・委託でない)が令和6年4月から通所型サービスと短期入所生活介護の利用者を担当していたが、令和6年6月は短期入所生活介護をキャンセルし、令和6年7月に再び短期入所生活介護を利用した場合

	5月	6月	7月
利用するサービス	・通所型サービス (総合事業) ・短期入所生活介護	・通所型サービス (総合事業)	・通所型サービス (総合事業) ・短期入所生活介護
	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント	介護予防支援
担当事業者	A指定居宅介護支援事業者	地域包括支援センター または委託によりA指定居宅介護支援事業者	A指定居宅介護支援事業者
居宅届		地域包括支援センターが市へ提出 サービス変更が月末の場合7月提出	A指定居宅介護支援事業者が市へ提出

- ・居宅届の提出がサービス変更月の場合は通常の請求事務ができますが、

サービス変更が月末に確定し、居宅届の提出がサービス変更月の翌月となった場合、月遅れ請求になります。

この事例の場合6月分の変更が月末確定となり、居宅届の提出が7月になれば国保連合会への請求は、8月以降になります。

- ・ 介護予防支援から介護予防ケアマネジメントに変更する際は地域包括支援センターと契約が必要になります。あらかじめサービス利用開始時に利用者、指定居宅介護支援事業者、地域包括支援センターの三者において契約を行っておくと、変更時の負担軽減になります。

4 担当できる要支援者は指定した市町村の住民に限定されます。そのため筑紫野市から指定を受けている指定介護予防支援事業者は、他市町村の要支援者に介護予防支援を提供することはできません。

他市町村の要支援者の介護予防支援を担当する際は、他市町村の指定を受ける必要があります。

なお、他市町村の地域包括支援センターから委託を受けて他市町村の要支援者を担当することは可能です。

5 介護予防支援事業者の指定を受けた後、すでに地域包括支援センターから委託を受けて担当している利用者移行時のケアプラン作成については、下記①～④の条件を全て満たす場合、「軽微な変更」として取扱うことを可とします。1つでも満たさない場合、一連のケアマネジメント業務を行ってください。

- ①利用者の心身状況・環境に変化がないこと。
- ②担当する介護支援専門員に変更がないこと。
- ③ケアプランに変更がないこと。
- ④契約変更等、移行に関して利用者・家族が同意していること。

※今後、国の通知等によりこれらの取り扱いに関しては、変更となる場合があります。

お問い合わせ
筑紫野市役所高齢者支援課指定指導担当
電話 092-923-1111 〈内線453〉

第2 本市の指針

1 介護予防ケアマネジメントについて

介護予防ケアマネジメントについて

(介護予防ケアマネジメントCを除く)

令和8年1月更新

作成者：高齢者支援課高齢者福祉担当・地域包括支援センター主任ケアマネジャー共同

もくじ	ページ
1. 介護保険制度における介護予防（自立支援）の基本的な考え方	45
2. 介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント	46
3. 介護予防ケアマネジメントのポイント	47
4. サービス利用の流れ	48
5. 相談から介護予防ケアマネジメントの流れ～新規～	49
6. 事業対象者とは	49
7. 要介護認定結果後の動き	50
8. 事業対象者のサービス利用頻度と請求	53
9. 給付管理について	53
10. 介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業所に一部委託する場合	54
11. みなし2号者（生保2号の事）が、介護保険サービスの利用を希望された場合の手続き	56

1. 介護保険制度における介護予防（自立支援）の基本的な考え方

介護保険制度の基本理念は「尊厳の保持」と「自立支援」であり、保険給付は要介護状態等の軽減や悪化の防止に資するよう、医療との連携に十分に配慮し、総合的かつ効率的に提供されるものです。

また、国民は要介護状態となることを予防するため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も、介護サービスを利用して能力の維持向上に努めると明文化されています。

【介護保険制度の基本理念】

第1章 総即

（目的）

第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が**尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう**、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

（介護保険）

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、**必要な保険給付を行うものとする。**

2 前項の保険給付は、**要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう**行われるとともに、**医療との連携に十分配慮して**行われなければならない。

3 第1項の保険給付は、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、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、**総合的かつ効率的に提供されるよう**配慮して行われなければならない。

4 第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

（国民の努力及び義務）

第4条 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。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

●介護保険制度における介護予防の目的は、次のような二つのポイントに集約されます。

① 高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐこと

高齢者一人ひとりが自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報を収集するとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取り組みを主体的に行うことが重要。

リハビリテーションの理念を踏まえ、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよく働きかけ、日常生活の活動性を高め、家庭や社会への参加を促し、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを促進することが求められています。それが介護保険法第1条に規定する「尊厳の保持」の追求の出発点になります。

② 要支援・要介護状態になっても状態の改善・維持・悪化の遅延を図ること

生活上のさまざまな課題を抱える高齢者に対して適切な支援を行うことにより、要支援・要介護状態の予防やその重症化の予防、改善を図るもの。

2 介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という）における介護予防ケアマネジメント

介護保険法第 115 条 45 の規定により、市町村に実施が義務づけられている事業です。

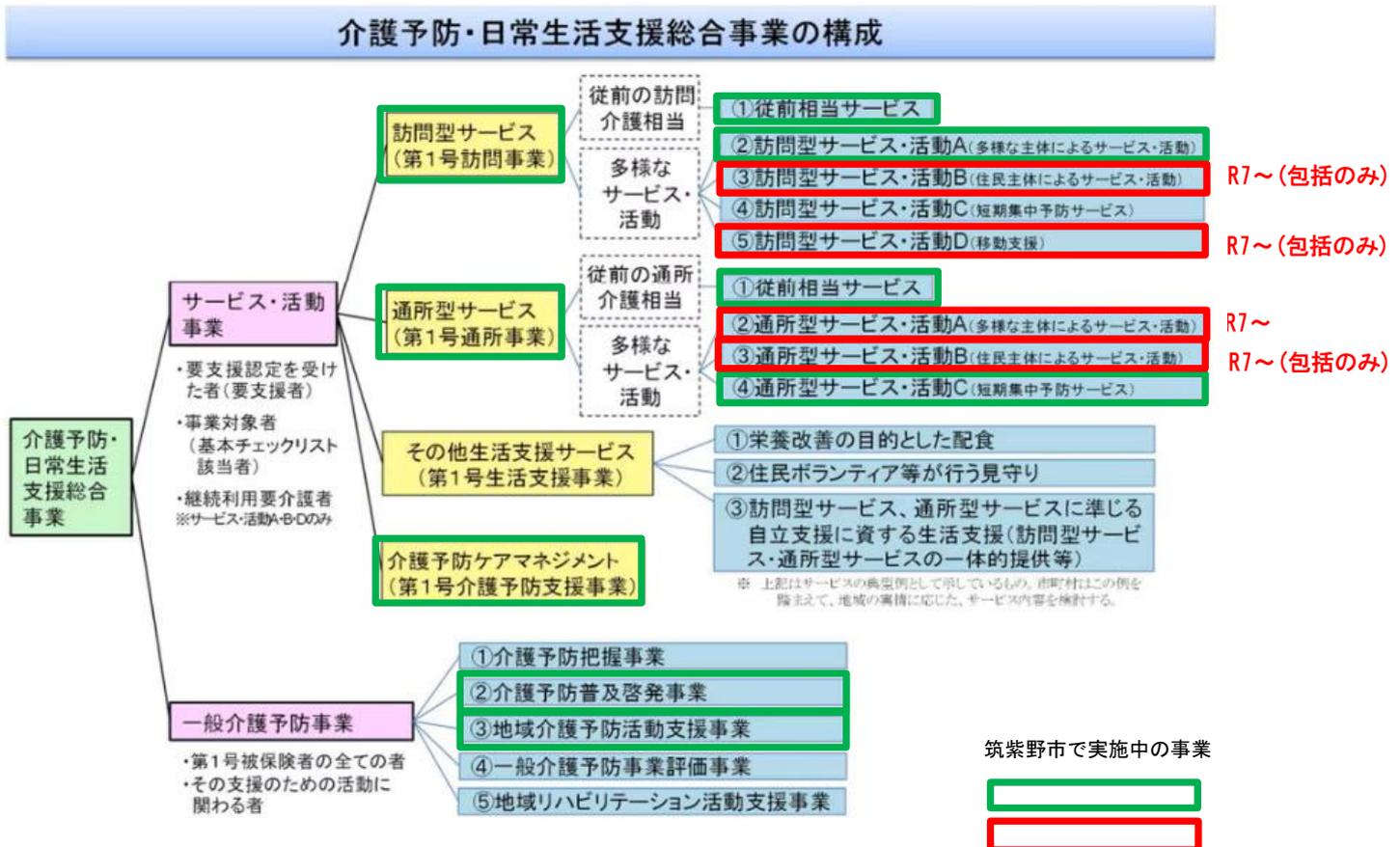
平成 29 年度から法改正に伴い、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするを指すものです。

総合事業の実施に当たって、①住民主体の多様なサービスの充実による、要支援者の状態等にに応じた住民主体のサービス利用促進、②高齢者の社会参加の促進や介護予防のための事業の充実による認定に至らない高齢者の増加、③効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス実施による重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化が図られることを目指しています。

介護予防ケアマネジメントとは、介護保険法第 115 条の 45 第 1 項に規定される「第 1 号介護予防支援事業」です。

居宅要支援被保険者等の介護予防を目的として、厚生労働省令で定める基準に従って、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、第 1 号訪問事業、第 1 号通所事業または第 1 号生活支援事業その他の適切な事業（下図）が効果的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行います。（介護保険法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号二参照）

図 1



3. 介護予防ケアマネジメントのポイント

介護予防マネジメントとは、高齢者が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するもので、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

デマンド（要望）型からニーズ（課題）解決型へのケアプランへと思考の転換を図り、自ら実施・評価できるように支援していくことが期待されています。以下のポイントに留意し、より介護予防の取り組みを生活の中に取り入れてください。

【ポイント】

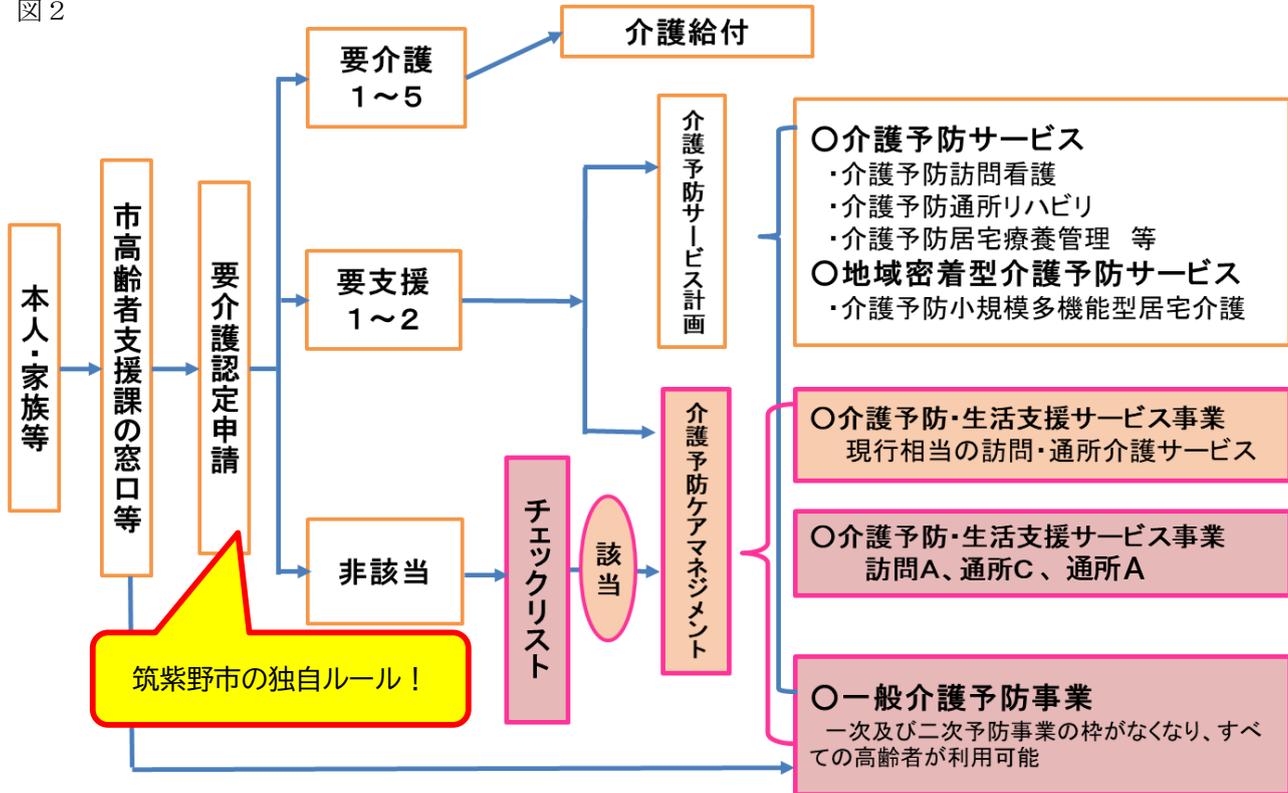
- 生活の困りごとをアセスメントした上で、本人の「したい」「できるようになりたい」と思う具体的な生活を実現するための目標を設定する。
（良い例：〇〇に歩いて行き、買い物ができるようになりたい 等）
- 自助努力の他、インフォーマルサービスの活用も視野に入れ、そのための地域情報を把握して行き、地域の居場所につなぐ・社会参加につなぐところまでを目指す。
※インフォーマルサービスとは、地域の集まりや自主活動、家族の支援、民間企業により提供される生活支援サービス等を意味します。
- サービスへの参加そのものを目的としない。
ただし、利用者の状況によっては上記も可能とします。なお、上記を目的や目標とした場合は、1ヶ月後のモニタリングにて評価し、それ以外のものとしたケアプランに変更してください。
- サービスを利用することで即座に達成される目標にしない。
（良くない例：デイサービスでの入浴で清潔保持に努める 等）

4. サービス利用の流れ

【新規申請】

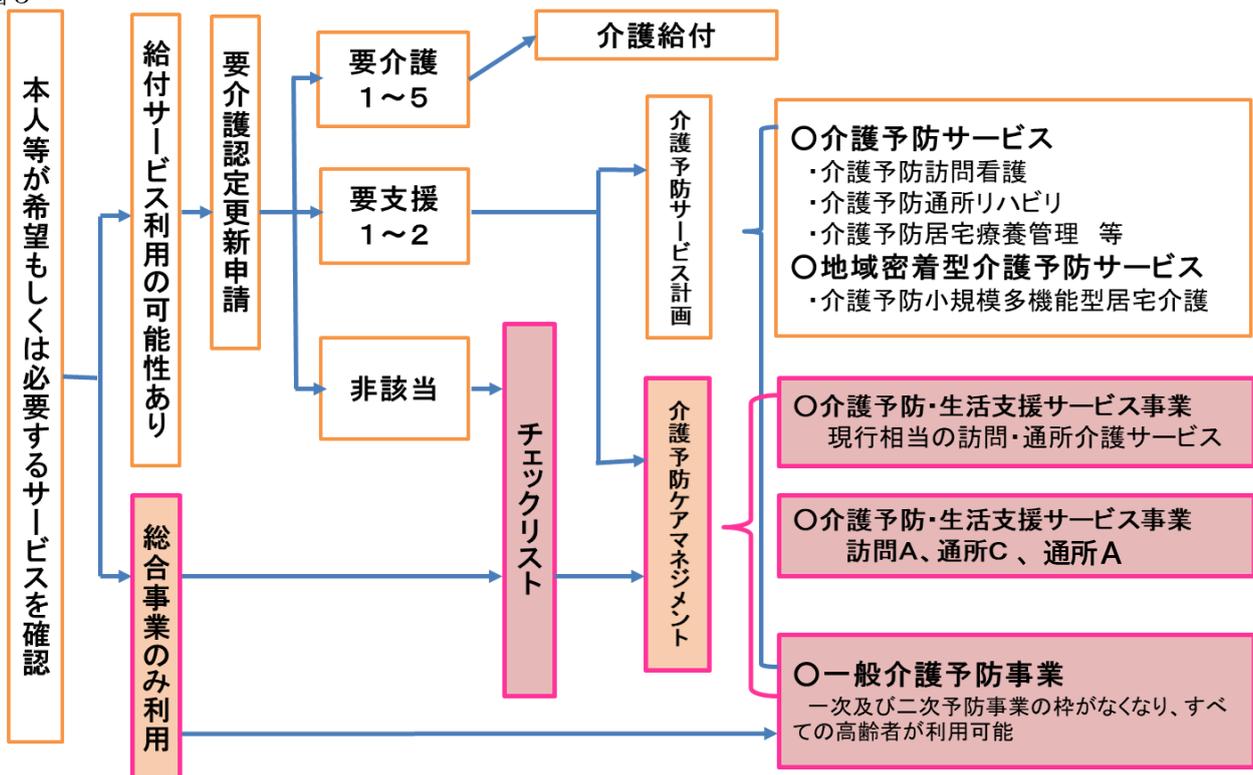
通所型サービスCの利用希望者以外は、原則、介護認定の新規申請をします。

図2



【更新申請】

図3



5. 相談から介護予防ケアマネジメントの流れ～新規～

(1) 相談・聞き取り・総合事業の説明

利用者より、相談の目的や必要と考えているサービスを聞き取ります。

筑紫野市では通所型 A または C のみを利用する場合をのぞいて、他サービス利用の意向があるときは、必ず申請してもらうこととしています。基本チェックリストを行い、事業対象者の基準に該当するかどうかを判断するのは、新規では非該当になった場合と、更新時のみです。

これは、基本チェックリストだけでは介護予防ケアマネジメントを行う上で、どのサービスをどの程度提供することが必要とされるかを判断する客観的な基準が得られず、利用者やその家族等の主観的な意見に左右されやすくなることが予想され、サービス過剰なケアプランになることや、本人の心身の状況や病状に適さないサービスが提供されることが懸念されるためです。

全国一律の基準で調査する調査員の視点で得られた情報と、主治医意見書によって客観性を保ち、**非該当になった場合は「要支援1相当」と判断し、それ以上のサービスの提供を防ぎ、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントとなるよう努めてください。**

(2) 基本チェックリストの実施

実施に際しては、従来からある「基本チェックリストの考え方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、基本的には本人が記入します。記入の様子や回答内容を見ながら、本人の理解度や認知度などを把握する機会にしてください。

(3) 基本チェックリストの基準に該当しているかの確認

基本チェックリストの実施の結果が、事業対象者の基準に該当しているかどうかを確認します。

詳細は後述「6. 事業対象者とは」参照

(4) 要介護認定の申請援助

地域包括支援センター等が代行申請する場合は、本人の現状、要介護認定を必要とする理由や希望サービス等を記載した記録を添付する。

6. 事業対象者とは

事業対象者とは、65歳以上の者で、基本チェックリストに該当し、介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書を市に提出した者をいいます。

ただし、第2号被保険者は、介護予防・生活支援サービス事業の利用、予防給付の利用のいずれの場合も、要支援認定が必要です。

要介護認定等申請において「非該当」になった場合で、介護予防・生活支援サービス事業を利用する場合は、まず基本チェックリストの基準に該当することが必要となります。

※「非該当」から事業対象者にする場合は、「非該当」の保険証も添えて、介護保険担当へ「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出」を提出と実施した「基本チェックリスト」と新規申請時同様の内容がわかる文章を添えて提出。1週間か、10日後に「事業対象者」と印字の入った保険証と負担割合証が届く。

事業対象者には有効期限がありませんので、更新手続きなどは不要ですが、最低でも年1回は基本チェックリストを行い、状態の確認をすることが必要です。

基本チェックリストの結果、どの基準にも該当しなかった場合、もしくは該当したが各事業の必須条件を満たさなかった場合には、介護予防ケアマネジメントは受けずに、一般介護予防事業等の案内を行います。

表1：事業対象者基準（基本チェックリストのうち、以下の①～⑦のいずれかに該当する者）

	該当項目	認められる機能低下等
①	1～20の項目のうち、10項目以上に該当する者	複数の項目に支障
②	6～10の項目のうち、3項目以上に該当する者	運動機能の低下
③	11～12の項目のうち、2項目すべてに該当する者	低栄養状態
④	13～15の項目のうち、2項目に該当する者	口腔機能の低下
⑤	16～17の項目のうち、No.16に該当する者	閉じこもり傾向
⑥	18～20の項目のうち、いずれか1項目以上に該当する者	認知機能の低下
⑦	21～25の項目のうち、2項目以上に該当する者	うつ病の可能性

【総合事業サービス併用の可否】

訪問型サービスの併用（現行相当⇔訪問A）は不可

通所型サービスの併用（現行相当⇔通所C）は不可

※一般介護予防事業については、全てのサービスと併用可能

7. 要介護認定結果後の動き

(1) 利用者宅に介護認定結果が届く→利用者や家族から連絡が入る。

聞き取りにて生活に支障があり、サービス利用の意向確認がある場合、後日訪問を行うことを伝える。

(2) 利用者宅を訪問し、介護保険サービスの説明を再度行う。

利用者の適切なアセスメントを実施の上、サービスの明確な利用意志を聞き取る。

介護サービス利用意向を確認後、(3)以降を行う。サービスの利用意向が明確ではない場合は、地域包括支援センターにて支援する。

(3) 利用者と介護予防ケアマネジメントに関する契約

利用者宅を訪問し、利用者の同意を得た上で契約の締結を行い、介護予防ケアマネジメントを開始。

直営が難しい場合、委託先を見つけ（利用者に関する情報提供）、委託先と同行訪問する。

※利用者によって持参物が異なります。

	要支援1・2 (直営)	事業対象者 (直営)	事業対象者が新規申請し、支援認定が出た場合 (直営)
契約書・重要事項説明書	○2部	○2部	
介護予防ケアマネジメント依頼届出書	○	○	○
基本チェックリスト	○	○	○
アセスメント (様式は問わず)	○	○	○

※居宅介護支援事業所に一部委託する場合は、「1.1. 介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業所に一部委託する場合」参照。

【地域包括支援センター職員が WILL にて行うこと】

契約したこと（契約場所（どこで）・契約者・同席者・説明者）を支援経過に記録を記す。

ケアプラン作成の為、①利用者基本情報、②アセスメントを入力、③ケアプランを作成する。

(4) 基本チェックリスト及び介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の提出

サービスの利用や給付管理に関することについての相談窓口は、介護保険担当です。市（介護保険担当）は、基本チェックリストと介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を受理し被保険者証を発行します。

事業対象者だった利用者が介護保険申請した結果、非該当となった場合は、再度の介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の提出は不要。（理由：事業対象者と介護保険申請は別物。事業対象者には認定期間がない為）

(5) 介護予防マネジメントの実施

利用者に対して、介護予防・生活支援を目的に、その心身の状況に応じて、その選択に基づき、適切な事業が包括的かつ継続的に提供されるよう、専門的視点から援助を行います。

国の方針としては、介護予防・生活支援なので、基本ここで介護予防し、要介護認定に移行することを極力遅延させるようケアマネジメントすることが求められています。サービスの提供支援だけでなく、生活の活性化のために生活の中で役割や新たな取り組みを見出す、一般介護予防事業（地域サロン等の公民館活動）を活用するなど創意工夫をお願いします。

※総合事業を利用する場合は、筑紫野市の指定が必要となります。サービス提供を受ける場合は、筑紫野市の指定を受けているかどうかを十分確認してください。

(6) ケアプラン原案の作成

利用者宅を訪問し、利用者・家族等と面接してアセスメントを行います。

アセスメント結果により、必要な支援について利用者と調整し「介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン原案）」を作成します。

【暫定利用（認定結果がでる前に利用したい場合）】

- ・非該当か要支援になることが予測される場合は、介護予防サービス計画の作成と基本チェックリストを行い事業対象者に該当することを確認する。
- ・予防・介護のどちらの可能性もある場合は、介護予防もしくは介護サービス計画どちらかの計画を作成し動く。
- ・「非該当」だった場合も、基本チェックリストをかけた事業対象者に該当していれば、総合事業のサービスを受けることができる。
- ・総合事業以外のサービスは全額自己負担となる。
 ※軽度者の例外給付の届け出を出していないと、利用している福祉用具に関しても全額自己負担となる可能性がある。
 ※事業対象者は、予防給付(訪問看護や福祉用具等)の利用はできないことに注意！
 ※詳細は「暫定ケアプラン作成の取扱いについて（通知）」参照

(7) サービス担当者会議の開催

ケアマネジメント A は必須ですが、ケアマネジメント B は必要に応じて開催となります。必要性は各自で判断してください。

表3：介護予防ケアマネジメントの類型と概要①

ケアマネジメントの類型	利用サービス	サービス担当者会議	モニタリング
ケアマネジメント A	現行相当 (介護予防支援) (介護予防ケアマネジメント)	従来どおり	従来どおり
ケアマネジメント B	訪問 A		
	通所 A	必要時	間隔を空けて実施
	通所 C		

(8) 利用者への説明、同意の取得

(9) ケアプランの確定及び交付

ケアマネジャーは、利用者及びサービス事業所に「介護予防サービス・支援計画書（写し）」・「利用者基本情報（写し）」・「基本チェックリスト（写し）」・を交付します。

(10) モニタリングの実施

担当ケアマネジャーは、サービス事業者や利用者からの聴取をしながら、その進捗を管理するとともに意欲の維持向上の支援をしてください。その後の状況、問題、意欲の変化などを継続的に把握します。

利用者及び家族等より聴取する他、サービス提供者等から状況を把握します。

介護予防ケアマネジメント A・B とともに、介護予防支援に準じて実施をします。

(11) 評価及びケアプランの検討

ケアプランの目標が達成されたかを利用者・家族等とともに評価し、今後の方針を決定します。

(12) 基本チェックリストの再実施 ～前回実施から 11 か月後～

事業対象者には有効期限がありませんので、更新手続きなどは不要ですが、最低でも年 1 回は基本チェックリストを行い、状態の確認をすることが必要です。（その 1 年後の基本チ

チェックリストについては、初回に地域包括支援センター職員から再委託先のケアマネジャーへ十分に説明を行い、ケアマネジャーがその方法と主旨を理解できたようであれば、再委託先のケアマネジャーが行っても構いません)

実施結果が、事業対象者基準に該当していない場合や、サービスの必須条件を満たしていない場合は、サービス事業を利用継続することはできません。

8. 事業対象者のサービス利用頻度と請求

要支援認定者が更新申請して非該当となり、チェックリストにより事業対象者となった場合は、要支援1相当（5032単位）と認識してください。

ただし、要支援認定者が更新時に更新申請をせずにチェックリストにより事業対象者となった場合、デイサービスおよび訪問介護については、利用回数に応じた請求となります。

留意事項： ※上述のとおり、第2号被保険者は除く

- ① 利用回数は、適切なケアマネジメントにより計画する。
- ② 事業対象者の支給限度額は 5032 単位（要支援1相当）なので、超過しないよう計画。
- ③ 事業対象者となって間もなく、予防サービスの必要が出たということで新規申請に至るケースが少なくない現状があるため、更新しないことのリスクなど十分説明、確認の上で選択すること。

9. 給付管理について

介護予防ケアマネジメント費に関する給付管理については、これまでどおり国保連合会を通じて行われます。

ただし、県外の居宅介護支援事業所と県外の保険者に委託している場合は、地域包括支援センターから再委託先への振込みが必要となります。

表4：ケアマネジメント費の請求

	要支援認定の有無	総合事業サービスの利用の有無	その他介護サービスの利用の有無 (例：福祉用具、訪問看護等)	介護予防支援費 or 介護予防ケアマネジメント費	請求
1	○	○	○	介護予防支援費	国保連合会
2	○	×	○	介護予防支援費	国保連合会
3	○	○	×	介護予防ケアマネジメント費	国保連合会 (※1)
4	×	○	×	介護予防ケアマネジメント費	国保連合会 (※1)

※地域包括支援センターが居宅介護支援事業者に再委託している場合のみ、地域包括支援センターが請求。

10. 介護予防ケアマネジメントを居宅介護支援事業所に一部委託する場合

- (1) 委託する居宅介護支援事業所⇔法人（指定介護予防支援事業所）との委託契約締結と、代理受領委任状の取り交わし（初年度のみ、保険者に提出する）

※年度ごとの契約が必要 ※法人印または包括印の押印が必要

【独自書類を配布する】

介護予防ケアマネジメントについて

提出書類チェックシート

対象者一覧（介護予防支援と介護予防ケアマネジメント）

- (2) 地域包括支援センター・委託事業所・利用者との三者契約締結時、下記を持参する。
契約後は契約場所（どこで）・契約者・同席者・説明者を支援経過に記録を記す。

	要支援1・2 (委託)	備考
契約書・重要事項説明書	○3部	
介護予防ケアマネジメント依頼届出書	○	包括職員が保険者に提出する。住所地特例者等、保険者が他市でも、届け出は筑紫野市経由で保険者に届ける
主治医意見書、訪問調査票のコピー	○	契約締結後に交付

※他市、住所地特例に関しては、保険者に確認が必要。

- (3) 委託居宅介護支援事業所によるマネジメント実施

委託居宅介護支援事業所ケアマネジャーからの相談内容・報告に対し、地域包括支援センターは適時、助言・情報共有を行う。委託ケアマネジャーが主催するが、困難ケース等、必要があれば地域包括支援センター職員も参加する。

※区分変更申請時は必ず担当地域包括支援センターへ連絡を入れてもらうよう依頼する。

〈サービス担当者会議開催について〉

定期	不定期開催
<ul style="list-style-type: none"> ・初回、更新終了時に開催 ・軽度者の例外給付対象者 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス内容（プラン）変更時 (例：福祉用具購入・貸与、住宅改修)

【委託連携加算について】

[算定要件等]

○利用者1人につき指定介護予防支援を指定居宅支援事業所に委託する初回に限り、所定単位数を算定する。

※当該加算を算定した際には、介護予防支援事業所に対して、当該加算を勘案した委託費の設定等を行うよう求める。

[委託連携加算の算定にあたっての留意事項]

本加算の具体的な基準については、厚生労働省からの見解が示されないことから、他の保険者の取扱いも参考にし、筑紫野市独自で設定したものととなります。そのため、保険者により考え方に相違がある場合があります。

また、今後、厚生労働省から見解が示された場合は、当該見解に基づき基準に変更が生じる可能性がありますので御留意ください。(下記内容は令和4年10月更新時点)

前提条件

- **原則として、被保険者1人につき1回限り。**
- **契約から改め、ケアマネジメントの一連の業務を行い、ケアプランを作成(変更)等に協力していること。**
 - ※契約変更した「だけ」、ケアマネジャーが変わった「だけ」、では算定要件を満たさない
 - ※詳細は「委託連携加算について(通知)」参照

(5) 委託居宅介護支援事業所から提出された書類確認し、地域包括支援センターがケアプラン(原本)に確認コメントを記載する。(詳細は、表5:提出書類一覧表参照)

※新規・評価・更新・プラン変更時の同様の作業を行う

※利用者の状態・目標・担当ケアマネジャーが変わらず、居宅介護支援事業所の事業所番号のみが変更された場合は「軽微な変更時」として取り扱う。詳細は「軽微な変更時の事務処理手順」参照

【地域包括支援センター職員が WILL にて行うこと】

- ・3者契約したこと等を日報入力
- ・利用者基本情報に、居宅契約情報と家族連絡先を入力
- ・プランの提出(新規・評価・更新・プラン変更時など)があったら日報入力

※包括職員が代理受理し、提出日が不明な時は、主任ケアマネの手元に届いた日を提出日とし WILL 日報入力する。

(6) 地域包括支援センターから委託居宅介護支援事業所へ書類の返却(原本は地域包括支援センターで保管し、コピーを返却)

(7) 委託居宅介護支援事業所からサービス事業所へケアプランの配布

(8) 評価について

評価月に利用状況確認を行い、変化が無ければサービス担当者会議は不要とする。但し、福祉用具貸与の方は、サービス担当者会議・あるいは照会にて評価が必要
プラン変更時は、短期間であっても評価表提出を依頼する。

(9) 給付請求について

委託居宅介護支援事業所へ給付請求時は、毎月6日までに担当地域包括支援センターへの提出を依頼する。

【提出書類】

◆介護予防サービス計画 ◆対象者一覧 ◆利用票（実績）

表5：提出書類一覧表（必要なもの：○）

		初回	更新	評価	プラン 変更時	終了
1	利用者基本情報（押印不要）	○	○			
2	基本チェックリスト	○	○	○		
3	介護予防サービス支援計画書（押印不要）	○	○	○	○	
4	介護予防支援経過記録 ※サービス担当者会議録含む	○	○	○	○	○
5	介護予防サービス評価表		○	○	○	○
6	（他市保険者のみ） 介護保険証負担割合証	○	○			

(10) 継続して委託契約を行うとき（委託2年目以降～）について

委託する居宅介護支援事業所⇔法人（指定介護予防支援事業所）との委託契約書

※毎年度、4月に取り交わす（3月中に相手方に送付、4月1日の日付で記名してもらい、4月中に受け取る）

11. みなし2号者（生保2号の事）が、介護保険サービスの利用を希望された場合の手続き

(1) 本人宛に「要介護・要支援の認定について（通知）」が、福祉事務所（保護課）より届く。

※通知より「本人の氏名、認定結果、被保険者番号「H1234・・・」、認定期間」を確認

(2) 契約を行う。

(3) 契約後、下記書類を記載し保護課へ提出

「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出」

「要介護（要支援）認定等の情報提供にかかわる申請書」⇒OCRの受け取りをする

(4) 後の流れは通常通りと同様の扱いとなる。

(5) 給付管理時：「生活保護法介護兼連名簿」が、毎月20日過ぎに届く。

その情報をWILLの公費認定情報に必要な個所を入力後に給付管理を行なう。

※一連の流れが終わり、サービス開始となったら保護課へケアプランと利用票の提出を行う。

※サービス変更時はケアプランと利用票の提出を行う。

※生保2号の方の要介護認定申請も取り扱いが異なるため、注意が必要。

2 介護予防ケアマネジメント実施における関連様式例一覧

基本チェックリスト

利用者番号 _____

実施日付 _____

担当者 _____

氏名	様 (男・女)		年齢	歳	電話番号		
住所			身長	cm	体重	kg	
					BMI		
握力	kg	開眼片足立時間	秒	歩行速度 (m)	秒	血清アルブミン値	g/dl
視診により口腔内の衛生状態に問題を確認			あり	なし	反復唾液嚥下テスト	回	

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付け下さい)
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい 1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい 1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい 1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい 1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい 1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい 1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい 1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい 1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい 0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい 0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい 0. いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい 0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい 0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい 0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい 1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい 0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい 0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい 1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい 0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい 0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい 0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい 0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい 0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい 0. いいえ

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ (m) が18.5未満の場合に該当とする。

【備考】

基本チェックリスト判定

日常生活	運動器の機能	栄養改善	口腔機能	閉じこもり予防	認知症予防	うつ予防	判断2 (1~20)	事業対象者判定
/ 5	/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3	/ 5	/ 20	

(○印 : 必要な支援)

興味・関心チェックシート

利用者番号 _____

実施日 _____

氏名	様（男・女）	年齢	歳	記入日	
----	--------	----	---	-----	--

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない・できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれも該当しないものは「している」の列に×を付けてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレに行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グランドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動(町内会・老人クラブ)				賞金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

※どの選択肢にも該当しない場合は、「している」欄に「×」が付いています。

利用者基本情報

様

《 介護予防に関する事項 》

今までの生活			
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族
	友人・地域との関係		

《 現病歴・既往歴と経過 》 (新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
		Tel		

《 現在利用しているサービス 》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 _____

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)

保険者番号
 推進番号

NO.
 利用者名

認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 初回・紹介・継続 認定済・申請中 卒業対象者 要支援1・要支援2

計画作成者氏名
 計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日) 年 月 日

要托の場合、計画作成者氏名・事業所名及び所在地(連絡先):
 担当地域包括支援センター:

目標とする生活 _____ 1年 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向(本人・家族)	目標	目標についてのポイント	支援計画				
								本人等のセルフケアや他の支援、インフォーマルサービス(家族サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業サービス(総合事業サービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
「運動・移動について」		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
「日常生活(家庭生活)について」		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
「社会参加・対人関係・コミュニケーションについて」		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
「医療管理について」		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										

健康状態について
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本を行うべき支援が実施できない場合】
 受当の支援の実態に向けた方針

総合的な方針：生活不活発性の改善・予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数) / (総項目数) を記入して下さい
 地域支援事業の開始は必要な事業プログラムの枠内の数字に○をつけて下さい

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
<input type="checkbox"/>					

有開始日
 または、
 地域支援事業

【意見】
 地域包括支援センター

上記計画について、同意いたします。
 令和 年 月 日 氏名 _____

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)サービス評価表

評価日

利用者名 様

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針

地域包括支援センター意見

<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 中断 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了
--	--

2026.01.23 11:57

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に係る関連様式例記載要領)

本様式例は、当初の介護予防サービス計画原案又は、介護予防ケアマネジメント(第一号介護予防支援事業)におけるケアプラン原案(以下、「介護予防サービス計画原案等」という。)を作成する際に記載し、その後、介護予防サービス計画又は、介護予防ケアマネジメント(第一号介護予防支援事業)におけるケアプラン(以下、「介護予防サービス計画等」という。)の一部を変更する都度、別用紙を使用して記載するものとする。

但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。

1 「利用者基本情報」

① 「作成担当者名」

利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。

② 「相談日」

初回の相談日で、当該利用者基本情報を作成した年月日を記載する。また、相談の方法として、来所や電話等の種別を記入する。また、初回の訪問か、再来の場合は、前回の相談日がわかれば記載する。

③ 「本人の現況」

利用者本人の現在の居所について記載する。入院または入所中の場合は、その施設名を記載する。

④ 「本人氏名」

利用者氏名及び性別を記載する。介護保険被保険者証と一致していることを確認し、利用者の生年月日と年齢を記載する。

⑤ 「住所」

当該利用者の現在居住している居住지를記載すること。住民票の住所地と異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。

⑥ 「電話番号」

当該利用者との連絡のとれる電話番号を記載する。

⑦ 「日常生活自立度」

利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要支援認定で用いられた主治医意見書の3(1)の「日常生活の自立度等について」を参考に、現在の状態に該当するものに○印を付す。

⑧ 「認定・総合事業情報」

利用者の要介護認定等の区分について、「非該当」、「要支援1」から「要介護5」のいずれかを○で囲む。また、認定有効期間と前回の介護度を記載する。

基本チェックリストの記入について、「事業対象者の該当有り」又は「事業対象者の該当なし」のいずれかを○で囲み、記入日を記載する。

⑨ 「障害者等認定」

障害等の種別について○印で囲む。障害等級等、特記することがあれば空欄に記載する。

⑩ 「本人の住居環境」

該当するものについて○印で囲む。自室の有無、自室のある場合は自室のある階を記載する。また、住宅改修の有無についても記載する。

⑪ 「経済状況」

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。

⑫ 「来所者(相談者)」

来所者または相談者について、氏名を記載する。

⑬ 「住所連絡先」

来所者または相談者の住所、連絡先及び本人との続柄を記載する。

⑭ 「緊急連絡先」

緊急時に確実に連絡がとれる電話番号を記載する。連絡先は複数確認することが望ましい。当該利用者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合に利用者自宅以外の連絡先を記載する。また、家族が働いている場合は、携帯電話や自宅の他に家族の職場等確実に連絡がとれる電話番号を記載する。

⑮ 「家族構成」

当該利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域も可能な範囲で記載する。現在利用者と同居している家族は○で囲む。当該利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載する。なお、家族関係で特記すべき事項があれば記載する。

⑯ 「今までの生活」

当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載する。

⑰ 「現在の生活状況(どのような暮らしを送っているか)」

「一日の生活すごし方」は、起床から就寝までの一日の流れや食事・入浴・買い物仕事や日課にしていることなど、一日の過ごし方を記載する。上段には、生活全般に関する様子を記入し、食事や入浴、家事など毎日の決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記入する。

のちにアセスメント領域の「日常生活(家庭生活)について」で、この領域をアセスメントすることを念頭に必要な情報を記載する。

「趣味や楽しみ、特技」は、以前取り組んでいた趣味や楽しみ、特技も聞き取り記載する。

「友人や地域との関係」は、友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

⑱ 「現病歴・既往歴と経過」

主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往症と治療服薬の状況について時間の経過順に記載する。記入した病気のために服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付し、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、経過観察中に○印を付す。その他の状況の場合には「その他」に○印を付す。また、要支援者の場合、主治医意見書を記載した医療機関または医師については★印を付す。

⑱ 「現在利用しているサービス」

当該利用者が現在利用している支援について、サービスの種別と利用頻度について記載する。ここでいうサービス・事業は、行政の行う一般施策のような公的なサービスと、ボランティアや友人などによって行われている非公的なサービスを分けて記載する。

⑳ 「個人情報の第三者提供に関する同意」

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意を得る。

2 「介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)」

① 「NO.」

利用者の整理番号を記載する。

② 「利用者名」

当該介護予防サービス計画等の利用者名を記載する。

③ 「認定年月日」

当該利用者の要支援認定の結果を受けた日を記載する。

④ 「認定の有効期間」

当該利用者の認定の有効期間を日付で記載する。

⑤ 「初回・紹介・継続」

当該利用者が、当該地域包括支援センター、指定介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において初めて介護予防ケアマネジメント及び予防給付を受ける場合は「初回」に、介護予防ケアマネジメントを受けていたが、予防給付を受けるように紹介された場合、又は、予防給付を受けていたが、介護予防ケアマネジメントを受けるよう紹介された場合は「紹介」に、介護予防ケアマネジメントを受けており、今後も介護予防ケアマネジメントを受ける予定、あるいは予防給付を現在受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は「継続」に○を付す。

⑥ 「認定済・申請中」

要支援認定について「新規申請中」(前回「非該当」となり、再度申請している場合を含む。)、**「区分変更申請中」**、**「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」**は、「申請中」に○を付す。それ以外の場合は「認定済」に○を付す。認定を受けていない場合は、○を付さない。

⑦ 「要支援1・要支援2 地域支援事業」

被保険者証に記載された「要介護状態区分」あるいは基本チェックリストの結果から総合事業における介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)を『利用する場合は「地域支援事業」に○を付す。

⑧ 「計画作成者」

当該介護予防サービス計画等作成者(地域包括支援センター担当者名)の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

- ⑨ 「委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)」
介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、当該介護予防サービス計画等作成者の所属する介護予防支援事業者・事業所名及び所在地(住所と電話番号)を記載する。
- ⑩ 「担当地域包括支援センター」
介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合に、当該利用者が利用する地域包括支援センター名を記載する。
- ⑪ 「計画作成(変更)日(初回作成日)」
当該地域包括支援センター若しくは介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において当該利用者に関する介護予防サービス計画等を作成した日を記載する。また、「初回作成日」には、二回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載する。
- ⑫ 「目標とする生活」
利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。
この欄には、必要に応じて計画作成者が前記のような支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取り組みである「目標とする生活」のイメージについて記載する。
具体的にどのような生活を送りたいかは、一日単位でも、一年単位でも、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述する。漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活のレベルとともに考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握した上で、再度利用者と修正するのは差し支えない。一日及び一年単位の両方記載しなければならないものでなく、また、両者の目標に関係がなければならぬものではない。
「一日」は、大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もあり得る。また、利用者が達成感自己効力感が得られるような内容が望ましい。
「一年」は、利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントや利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。
- ⑬ 「健康状態について」
「主治医意見書」(要支援者のみ)、「生活機能評価」「基本情報」等より健康状態について、介護予防サービス計画等を立てる上で留意すべき情報について記載する。

⑭ 「アセスメント領域と現在の状況」

各アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。

各アセスメント領域において「現在、自分で(自力で)実施しているか否か」「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているのか」等について、その領域全般について聴取。アセスメントは、基本チェックリストの回答状況、主治医意見書、生活機能評価の結果も加味して行う。

聴取するにあたって利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意する。

利用者・家族からの情報だけでなく、計画作成者が観察した状況についても記載する。

「運動・移動について」欄は、自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか、乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうかについて確認する必要がある。

「日常生活(家庭生活)について」欄は、家事(買い物調理掃除洗濯ゴミ捨て等)や住居経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかについて確認する必要がある。

「社会参加、対人関係コミュニケーションについて」欄は、状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要がある。

「健康管理について」欄は、清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分・排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

⑮ 「本人・家族の意欲・意向」

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。

具体的には、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい。」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防サービス計画等を立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントでは大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

⑯ 「領域における課題(背景・原因)」

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状況等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。ここには、現在課題となっていることあるいはその状態であると将来どのようなことがおこるかなど課題を予測して記載する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「口有」に■印を付す。

⑰ 「総合的課題」

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探するため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。例えば、複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付す。

⑱ 「課題に対する目標と具体策の提案」

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できるため、地域包括支援センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な支援やサービスは、サービス事業や一般介護予防事業、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、民間企業により提供される生活支援サービス、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。

今後、次の項目である「具体策についての意向 本人・家族」欄で同意が得られた場合は、ここで提案した目標と具体策が介護予防サービス計画等の目標と支援内容につながっていく。

計画作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。

⑲ 「具体策についての意向本人・家族」

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点を確認できる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。

合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載する。合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。

⑳ 「目標」

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。当初から「課題に対する目標と具体策」について合意を得られている場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載してもよい。

⑳ 「目標についての支援のポイント」

前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考える上での留意点を記入する。

ここには、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担など、様々な次元の項目が書かれることがある。

㉑ 「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)」

「介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス含む)」

「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)」欄には、本人が自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力、民間企業により提供される生活支援サービスなどもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。

「介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス含む)」欄には、予防給付、総合事業のサービス事業や一般介護予防事業等含めた地域支援事業のサービスの内容を記載し、どのサービス・事業を利用するかわかるように○印で囲むものとする。

具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。

しかし、サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりを行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。

㉒ 「【本来行うべき支援ができない場合】妥当な支援の実施に向けた方針」

本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。また、本来必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。

㉓ 「サービス種別」

「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)」

「介護保険サービスまたは地域支援事業(総合事業のサービス含む)」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。

㉔ 「事業所(利用先)」

具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名(利用先)」を記載する。また、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても明記する。

②⑥ 「期間」

「期間」は、「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する(「〇か月」「〇月〇日～〇月〇日」など記載する)。

なお、「期間」の設定においては要支援者の場合は「認定の有効期間」も考慮するものとする。

また、「支援内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度(一定期間内での回数、実施曜日等)」で実施するか提案があれば記載する。

②⑦ 「総合的な方針(生活不活発病の改善・予防のポイント)」

記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。

②⑧ 「必要な事業プログラム」

基本チェックリストの該当項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入する。また、専門職による短期集中予防サービスを利用する場合は、その判断基準から参加することが望まれると考えられるプログラムの枠内の数字に○印を付す。

②⑨ 「地域包括支援センターの意見・確認印」

居宅介護支援事業者が地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用する。この場合、その介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの最終的な責任主体である当該地域包括支援センターは、介護予防サービス計画等が適切に作成されているかを確認する必要がある。

このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は、介護予防サービス計画原案等を作成し、介護予防サービス計画書について当該地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした当該地域包括支援センターの担当者がその氏名を記載する(当該地域包括支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時に介護予防サービス計画原案等の確認を行っても差し支えない)。

この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

(ただし、総合事業における介護予防ケアマネジメントの場合は、そのプロセスによっては、ケアプラン原案としての作成や、サービス担当者会議を省略することもある。)

③⑩ 「計画に関する同意」

介護予防サービス計画原案等の内容を当該利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。この場合、利用者名を記入した原本は、事業所において保管する。

3 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」

- ① 「利用者氏名」
当該利用者名を記載する。
- ② 「計画作成者名」
当該介護予防サービス計画等作成者(地域包括支援センター担当者名)の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、委託を受けた指定居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名もあわせて記載する。
- ③ 「年月日」「内容」
訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載する。事業所から報告書等が提出された場合は、ここに添付する。ここでは、事実の記載は最重要事項であるが、その事実に基づき介護予防サービス計画等の修正が必要と考えられた場合などは、記録を残すことも重要である。

4 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表」

- ① 「利用者氏名」
当該利用者名を記載する。
- ② 「計画作成者名」
当該介護予防サービス計画等作成者(地域包括支援センター担当者名)の氏名を記載する。なお、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合には、担当介護支援専門員名を記載する。
- ③ 「評価日」
当該介護予防サービス・支援評価を行った日を記載する。
- ④ 「目標」
当該「介護予防サービス・支援計画書」の目標を記載する。
- ⑤ 「評価期間」
「介護予防サービス・支援計画書」の「期間」欄から期間を転記する。
- ⑥ 「目標達成状況」
評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する。
評価時に、評価期間が終わっていないサービスについてもいったん評価を行い、介護予防サービス計画等を見直す。
- ⑦ 「目標 達成／未達成」
目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付す。
- ⑧ 「目標達成しない原因(本人・家族の意見)」
何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性も含め当該利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。
- ⑨ 「目標達成しない原因(計画作成者の評価)」
何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、計画作成者としての評価を記載する。
- ⑩ 「今後の方針」
目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。

⑪ 「総合的な方針」

今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。

⑫ 「地域包括支援センター意見」

介護予防サービス計画等に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持悪化等の判定をし、その根拠も記載する。特に、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、地域包括支援センターと委託を受けた指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方針の統一を図る必要がある。

地域包括支援センター意見を参考に今後の方針で該当するものにレ印を付す。

3 暫定ケアプラン作成の取扱い

令和7年6月 筑紫野市高齢者支援課

1. 暫定ケアプランを作成する場合は

次のような場合が考えられます。

- 要介護等認定申請中の新規利用者で、認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合
- 要介護等認定者が区分変更申請を行い、認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合
- 要介護等認定者が更新申請を行い、認定結果が更新前の認定有効期間中に確定しない場合

2. 暫定ケアプラン作成にあたっての留意事項

- ① 認定結果が非該当となったり、想定していた介護度よりも低くなったりした時には、介護サービスに要する費用の全額が自己負担になる部分が生じる場合があるため、あらかじめ利用者や家族に十分な説明を行う。
- ② 暫定ケアプランを作成する場合も、「筑紫野市指定居宅介護支援等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」第16条(6)～(11)に定める一連の業務（以下「一連の業務」という）を行う（業務の概要は別紙2参照）。
※介護予防支援の場合は「筑紫野市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例」第34条(6)～(11)
- ③ 認定結果が要介護、要支援のどちらになるか判断できない場合、必ず居宅介護支援事業所と介護予防支援事業所がそれぞれ利用者との契約を交わし、相互に連携を取りながらより可能性の高い方が暫定ケアプランを作成する（両方において暫定ケアプランを作成することも可能）。
- ④ ③の場合のサービス担当者会議では、認定結果が見込み違いの場合はケアマネジャーが変更する可能性を周知する（双方のケアマネジャーの参加が望ましい）。
- ⑤ 見込みの介護度が要支援又は要介護であることがほぼ確実に予測される場合に限り、予測される介護区分の支援事業者のみの契約も可能である。
万が一、見込み違いの介護度だった場合ケアプランがない期間のサービス利用は全額自己負担となる。
例) 要支援の可能性が高い場合は介護予防支援事業所
要介護の可能性が高い場合は居宅介護支援事業所
- ⑥ 非該当が見込まれる場合は、暫定ケアプラン作成時に基本チェックリストを実施する。これにより認定結果が非該当であっても、事業対象者の該当者であれば総合事業の利用が可能となる。
- ⑦ 暫定ケアプラン作成日、サービス担当者会議実施日、暫定ケアプラン同意日、契約書同意日は、実際の日と相違ないように記録する。
- ⑧ サービス事業所を選定する場合は、見込み違いであった場合でも給付を可能とするため、原則として「地域包括支援センターと居宅介護支援事業所」または「介護予防支援事業所の指定を受けた居宅介護支援事業所」のいずれかを選定する。

- ⑨ 認定調査後に見込み介護度の市への問い合わせは原則として受け付けない。ただし、以下の場合は相談に応じる。
- ※いずれも早急なサービス利用の必要があるケース
- ・ターミナルケース
 - ・虐待対応や地域ケア会議でフォローしているケース
 - ・やむを得ない事情^{※1}により面談が出来ず、かつ他者からの適切な情報収集ができないケース
- ※1感染症のため面談が制限されている場合など
- ⑩ 軽度者の福祉用具貸与に該当する可能性がある場合は、暫定ケアプラン作成時に軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付届出書を提出する。
- ⑪ 「居宅（介護予防）サービス計画作成依頼届出書（以下「居宅届出書」という）」を認定結果が出る前に提出する場合は、届出の際に口頭で申請中であることを伝える（ただし介護保険証の発行と認定調査（OCR）情報の提供は認定日以降）。
- ⑫ 暫定ケアプラン期間中は、暫定ケアプラン作成事業者がモニタリング等のケアマネジメント業務を行う。
- ⑬ 暫定ケアプラン期間中に利用者のニーズ、目標設定およびサービス内容の変更が生じた場合は、改めて一連の業務を実施し暫定ケアプランの変更を行う。
- ⑭ 暫定ケアプランを作成した経緯や、介護予防支援事業所や居宅介護支援事業所との連携状況等を支援経過記録に残す。

3. 認定結果が出てからの具体対応と留意事項

(1) 想定していた要介護度等と認定結果が同一の場合

- ① 要介護認定日以降に必ず本ケアプランを作成する。
- ② 認定結果を受けて、利用者の状況・状態に変化がなくサービス内容の変更が必要ない又は軽微な変更該当すると判断したときは暫定ケアプラン作成者が一連の業務を行っていけば、作成者が変わった場合も本ケアプラン作成にかかる一連の業務は省略できる。

1) 一連の業務を省略して暫定ケアプランを本ケアプランに移行する場合の取扱い。

- ・暫定ケアプランの変更箇所がわかるように修正（見え消し、朱書き、差し替え等）する。
- ・本ケアプランの作成日および同意日は、それらを実施した実際の日付とする。
- ・利用者及び家族に説明し同意を得る（口頭同意可）。
- ・各サービス事業所へ連絡する。
- ・支援経過記録に利用者及び家族への同意日、説明方法（電話、訪問等）、暫定ケアプランが本ケアプランとなったこと、各サービス事業所への連絡について記録する。

2) 主な省略可能業務

- ・サービス担当者会議の開催。
- ・利用者、家族からの本ケアプランの同意の署名。

- ・利用者、サービス事業所への本ケアプランの交付。

※ただし利用者、家族やサービス事業所によっては行うほうが望ましい場合があるため、状況に応じて対応してください。

(2) 想定していた介護度と認定結果が異なった場合

- ・ 暫定ケアプランのサービスの支給額が認定結果の区分支給限度額を超える部分については、全額自己負担となる。

例1 要介護1と見込んで暫定ケアプランを作成→認定結果が要介護2

- ・ 認定結果を受けて、利用者の状況・状態に変化がなくサービス内容の変更が必要ない又は軽微な変更と判断したときは(1)想定していた要介護度等と認定結果が同一の場合のとおり

※要支援1⇔要支援2の見込み違いの場合も同様

例2 介護予防支援事業所が要支援2の暫定ケアプランを作成

→認定結果が要介護

- ・ 地域包括支援センターが暫定ケアプランを作成していた場合は、利用者との契約ができて居宅介護支援事業所が、地域包括支援センターから予防の暫定ケアプランの交付を受け、居宅介護支援事業所が本ケアプランの作成・同意・交付をおこなう。
- ・ 介護予防支援事業所の指定を受けた居宅介護支援事業所が予防の暫定ケアプランを作成していた場合は、予防の暫定ケアプランを基に介護の本ケアプランの作成・同意・交付をおこなう
- ・ 利用者の状況・状態に変化がなくサービス内容の変更が必要ない又は軽微な変更と判断したときはサービス担当者会議は省略できる。
- ・ 暫定ケアプラン作成にあたり居宅届出書を提出していた場合は、改めて届出を提出する。この場合の届出日は、契約日以降で実際のサービス利用開始までの任意の日付とする。

例3 居宅介護支援事業所が要介護の暫定ケアプランを作成

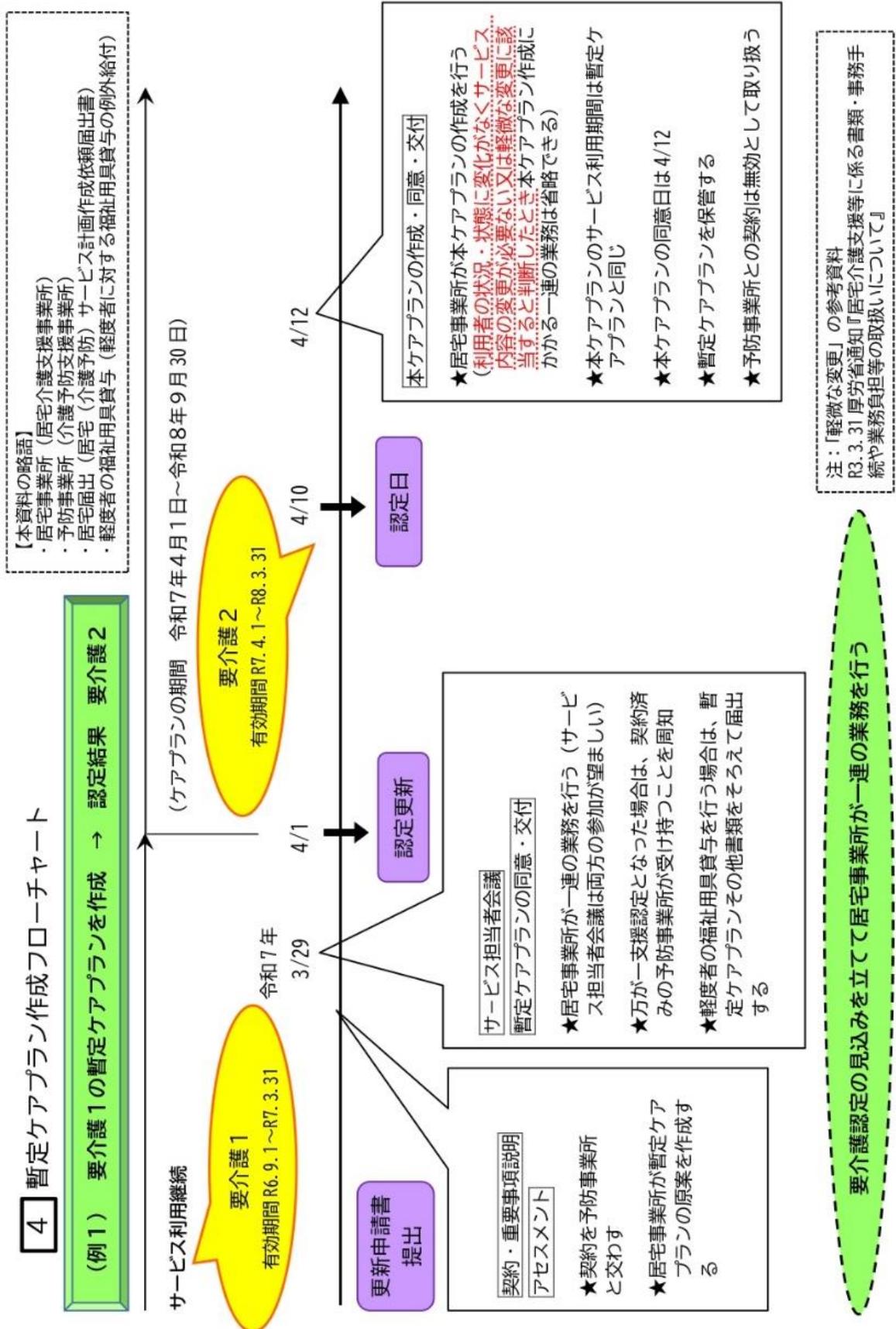
→認定結果が要支援

- ・ 基本的な考えは例2と同様

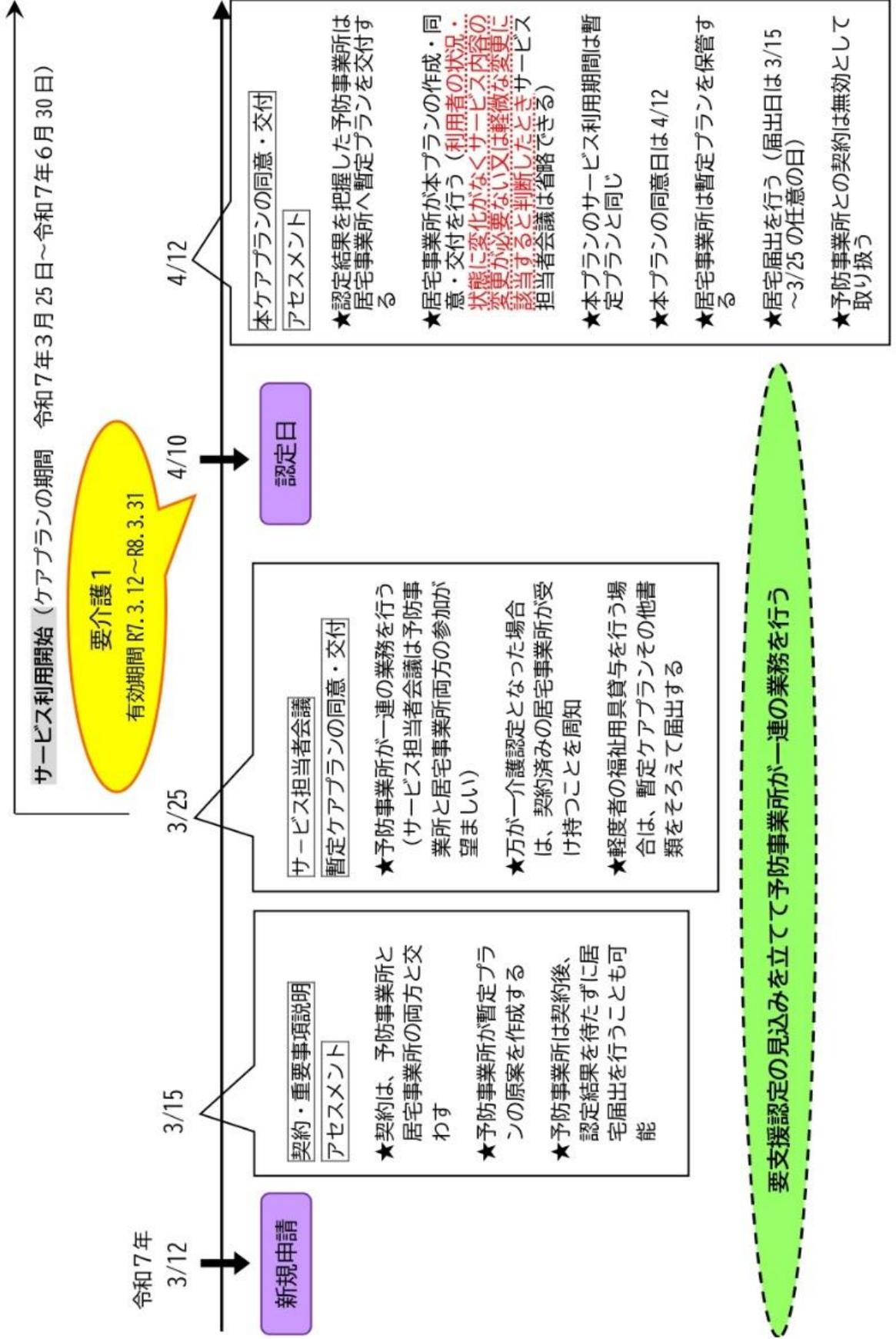
(3) 暫定ケアプランを作成していなかった場合

- ・ ケアプランがない期間のサービス利用にかかる費用は全額自己負担となる。

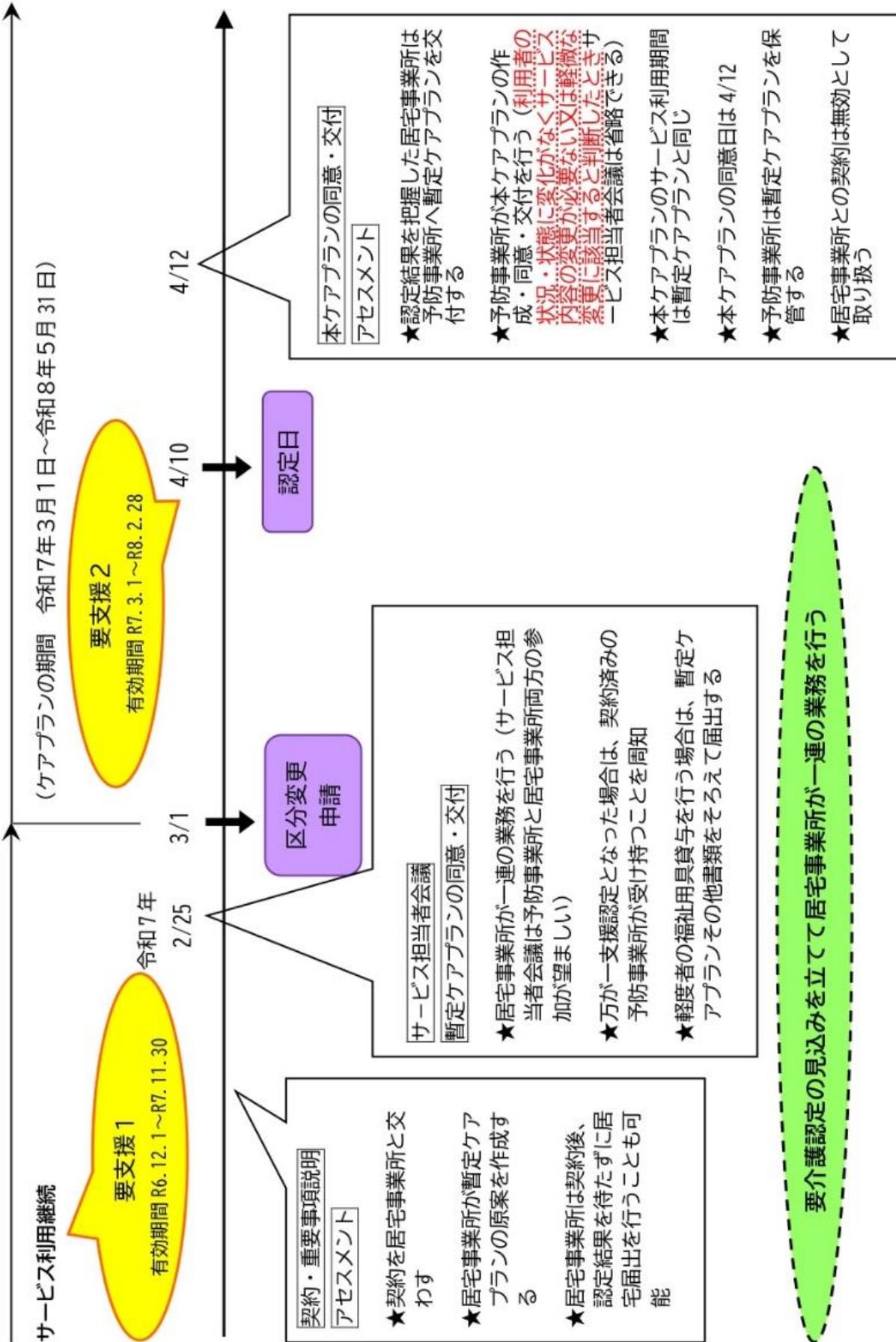
4. 暫定ケアプラン作成フローチャート



(例2) 要支援の暫定ケアプランを作成 → 認定結果 要介護



(例3) 要介護の暫定ケアプランを作成 → 認定結果 要支援



要介護認定の見込みを立てて居宅事業所が一連の業務を行う

5. 暫定ケアプラン作成Q & A

Q1 もともと介護のサービス提供のみ実施する通所介護事業所を利用しているケースが、区分変更や更新申請の際の暫定サービスを利用することになった場合、必ず予防（総合事業）と介護の両方のサービス提供ができる通所介護事業所に変更しなければならないのか。

A1 暫定サービス利用の期間は、対象となるサービス利用を控える方法が考えられる。また、要支援認定となった場合に全額自己負担となることを利用者や家族に十分説明し、承諾を得ていれば介護のみの通所介護事業所を継続利用することは差し支えない。

Q2 居宅介護支援事業所と介護予防支援事業所と両方の契約を交わし、要支援の見込みを立てて介護予防支援事業所が予防の暫定ケアプランを立てた。結果要介護だったので、居宅介護支援事業所が予防の暫定ケアプランの交付を受け、居宅介護支援事業所が本ケアプランを作成し同意を得て交付した。その場合の居宅介護支援費の請求はどうなるのか。

A2 居宅介護支援事業所は、認定有効期間開始日以降の居宅介護支援費が請求できる。ただし、初回加算についてはケアプランの作成にかかる一連の業務を実施した場合は算定できるが、しなかった場合は算定できない。なお、介護予防支援事業所は介護予防支援費の請求はできない。

Q3 暫定ケアプランの期間の終了はどのように記載したらよいか。

A3 通常のケアプランと同様に、ケアプランに位置付けた目標設定やサービス利用に妥当な期間とする。

Q4 本ケアプランの作成年月日や同意日はいつになるのか。

A4 作成年月日は本ケアプランを作成した実際の日付とする。なお、本プランを作成するにあたりサービス担当者会議を開催した場合は、サービス担当者会議の開催日以降の日付となる。同意日は、本ケアプランの内容を説明し同意を得た実際の日付とする。いずれの場合も、サービス利用開始から時期が経過しているため、本ケアプランに決定した旨を支援経過記録に残す。

Q5 暫定サービス利用にあたり、予防と介護のいずれか片方の契約により暫定ケアプランを作成した場合で、認定結果が見込み違いだった場合はどうすればよいか。

A5 遡った契約はできないため、要介護度に応じた支援事業所（介護予防支援事業所または居宅介護支援事業所）と契約を交わすまでの期間の業務は実施できない。ケアプランがない期間のサービス利用は原則全額自己負担となるが、具体的な対応について市へ相談すること。

Q6 要介護認定結果がでて本ケアプランを作成する際に、サービス内容の変更が必要となった場合はどのようにケアプランを作成すればよいか。

A6 一連の業務を行いケアプランの変更を行う。この場合、変更後のケアプランの作成年月日および同意日は、本ケアプラン同意日以降であること。

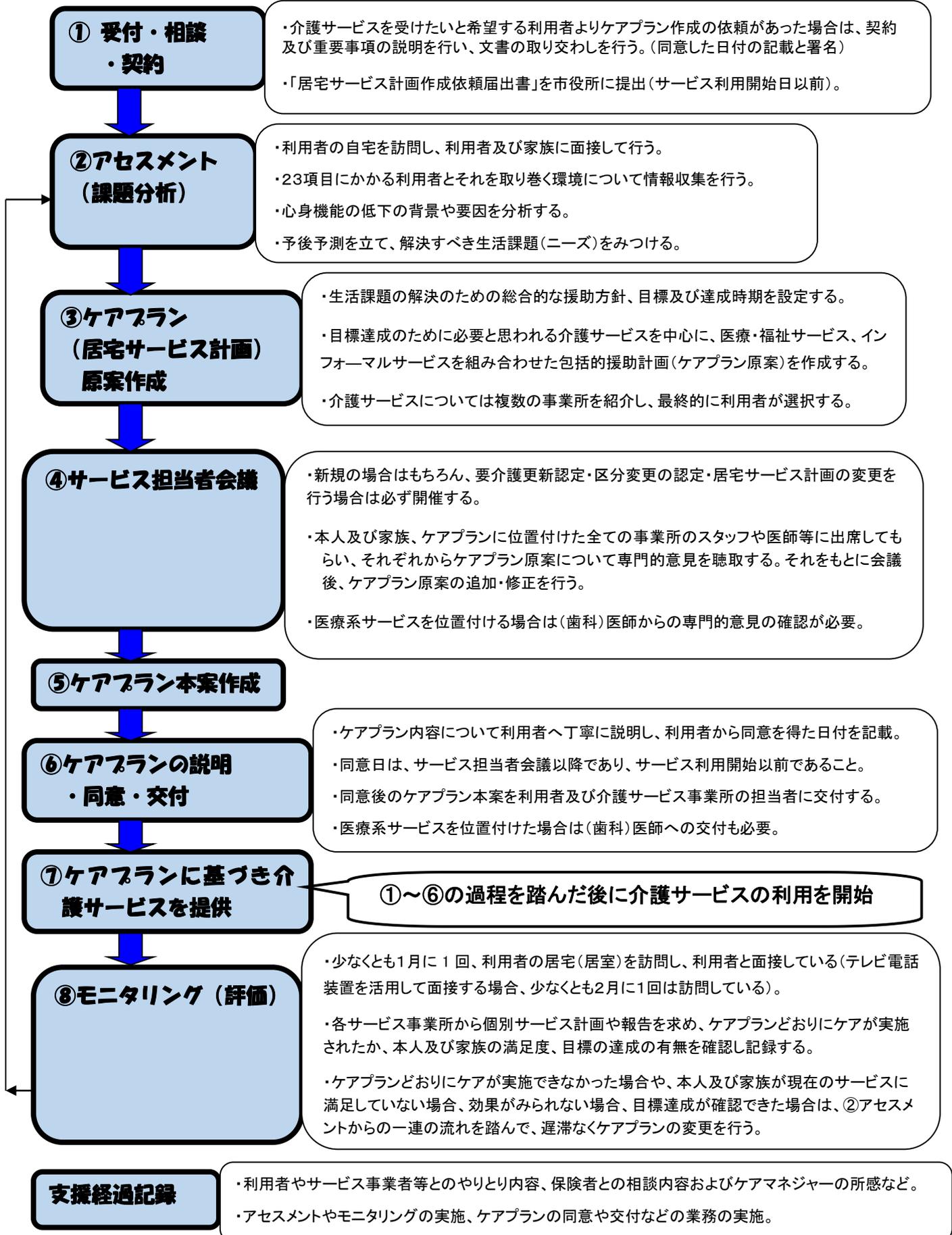
なおサービス内容の変更が軽微な変更として取り扱うことが出来る場合は一連の業務は省略可能とする。

ケアマネジメントの流れとその内容

～ 一連の業務の概要 ～

暫定ケアプランを作成して暫定サービスを利用する場合も、これらの業務を行う

サービスが継続する限り②～⑧の繰り返し



4 ケアプランの軽微な変更の取扱い

令和7年6月 筑紫野市高齢者支援課

【1】 ケアプランの変更について

ケアプランの変更については、新規にケアプランを作成する時と同様の業務を実施しなければなりません。具体的には以下の業務です。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">① アセスメント② 変更に伴うケアプラン原案の作成③ サービス担当者会議④ 利用者への説明・同意(ケアプランの確定)⑤ 利用者・サービス担当者へケアプランを交付⑥ 個別サービス計画の提出依頼 |
|--|

《根拠》

筑紫野市指定居宅介護支援等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例
(平成30年3月29日条例第11号 第16条第1項16号)

【2】 サービス担当者会議の開催時期

サービス担当者会議は以下の場合において、開催することとされています。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">① ケアプランを新規に作成する場合② 要介護・要支援更新認定を受けた場合または要介護等状態の区分の変更の認定を受けた場合③ ケアプランを変更する場合 |
|--|

《根拠》

筑紫野市指定居宅介護支援等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例
(平成30年3月29日条例第11号第16条第1項第9号第15号第16号)

【3】 軽微な変更該当する場合

利用者の希望による軽微な変更と判断した場合には、一連の業務（サービス担当者会議、ケアプランの交付等）を省略することができるため、事業所の業務負担軽減になります。

《根拠》

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について
(平成11年7月29日老企第22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知第2条3(8)⑰)

【4】 軽微な変更の内容について

以下の10の項目について、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられます。

なお、これはあくまでも例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が、一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものです。

当市の基本的な考え方は、利用者の状態・状況に変化がないことが前提で、援助の方針・方向性が変更にならないものとしします。

サービス提供の曜日変更	利用者の体調不良や家族の都合などの臨時的、一時的なもので、単なる曜日、日付の変更のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
サービス提供の回数変更	同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
利用者の住所変更	利用者の住所変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
事業所の名称変更	単なる事業所の名称変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
目標期間の延長	単なる目標設定期間の延長を行う場合（ケアプラン上の目標設定（課題や期間）を変更する必要が無く、単に目標設定期間を延長する場合など）については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合	福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
対象福祉用具の福祉用具貸与から特定福祉用具販売への変更	指定福祉用具貸与の提供を受けている対象福祉用具（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（平成11年厚生省令第37号）第199条第2号に定める対象福祉用具をいう。）をそのまま特定福祉用具販売へ変更する場合に、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所変更	目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合	第一表の総合的な援助の方針や第二表の生活全般の解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
担当介護支援専門員の変更	契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更（但し、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者との面識を有していること。）のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。

《根拠》

居宅介護支援等に係る書類・事務手続きや業務負担等の取扱いについて
 (令和3年3月31日老介発0331第1号、老高発0331第2号、老認発0331第3号、老老発0331第2号)

【5】軽微な変更を適用した場合のサービス担当者会議

ケアプランの変更にあたってはサービス担当者会議を開催しなければなりません。上記で挙げた軽微な変更該当する場合は、サービス担当者会議を含む一連の業務を必ずしも実施する必要はありません。

しかし介護支援専門員がサービス担当者会議を開催して各担当者と利用者の情報共有を図ったり、変更事項に対して意見を求めたりした方が良いと判断した場合に、サービス担当者会議を開催することについては全く制限するものではありません。

開催にあたっては、やむを得ない理由がある場合に照会等により意見を求めることもできます。

<p>サービス利用回数の増減によるサービス担当者会議の必要性</p>	<p>単なるサービス利用回数の増減（同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減など）については、「軽微な変更」に該当する場合もあるものと考えられ、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。</p> <p>しかしながら、例えば、ケアマネジャーがサービス事業所へ周知した方が良いと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>
<p>ケアプランの軽微な変更に関するサービス担当者会議の全事業所招集の必要性</p>	<p>ケアプランの「軽微な変更」に該当するものであれば、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。</p> <p>ただし、サービス担当者会議を開催する必要がある場合には、必ずしもケアプランに関わるすべての事業所を招集する必要はなく、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>
<p>「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱い</p>	<p>「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱いについては、まずはモニタリングを踏まえ、サービス事業者間（担当者間）の合意が前提である。その上で具体的には、「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成11年11月12日老企第29号）の「課題分析標準項目（別添）」等のうち、例えば、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥瘡の有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況」 ・「ADL（寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）」 ・「IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）」 ・「日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）」

	<ul style="list-style-type: none"> ・「コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）」 ・「1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）」 ・「排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）」 ・「入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）」 ・「歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況」 ・「食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無」 ・「行動・心理症状（BPSD）（妄想、誤認、幻覚、抑うつ、不眠、不安、攻撃的行動、不穏、焦燥、性的脱抑制、収集癖、叫声、泣き叫ぶ、無気力等）」等を総合的に勘案し、判断すべきものである。
--	---

《根拠》

居宅介護支援等に係る書類・事務手続きや業務負担等の取扱いについて

（令和3年3月31日老介発0331第1号、老高発0331第2号、老認発0331第3号、老老発0331第2号）

【6】軽微な変更該当する場合の事務処理について

- 1 ケアプランの変更箇所を修正（見え消し、朱書き修正、差し替え等）します。
⇒変更前と変更後のケアプランが確認できるのであれば、方法は問いません。
- 2 軽微な変更の理由や経緯、軽微と判断した根拠、変更日を支援経過記録に記録します。
- 3 ケアプランの変更内容について利用者の同意を得ます。同意日、同意の方法（電話、訪問等）について支援経過記録等に記録します（口頭同意可）。
- 4 サービス事業所の担当者と情報共有に努め、支援経過記録などに記録します。

【7】注意点

- 1 この考え方は、あくまで「軽微な変更該当する場合」であり、例示の内容が全ての事例に無条件に該当するわけではないことにご注意ください。
- 2 軽微な変更該当する場合でも、サービス事業所の担当者や各関係機関との情報共有、連携に努めてください。
- 3 軽微な変更該当する場合でも、介護支援専門員がサービス事業所へ周知したほうが良いと判断されるような場合には、必要に応じてサービス担当者会議を開催してください。その開催にあたっては、やむを得ない理由がある場合、照会等の方法により意見求めることもできます。
- 4 軽微な変更の適用にあたり判断がつかない場合には、個別に判断しますので、市にご相談ください。

5 介護予防サービス計画の同意に関する取扱い

〈公印省略〉

4筑高支第84号
令和4年4月22日

地域包括支援センター管理者 様

筑紫野市長

介護予防サービス計画書等の同意に関する取扱いについて (周知)

本市の介護保険行政の推進につきましては、日頃から格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて標記の件につきまして、今般の政府の押印廃止方針及び令和3年度介護報酬改定により、書面による同意を行うことが規定されているものは押印を必須とせず署名のみでも可能としました。また書面に代えて「電磁的方法」ができるようになりました。

本市の取扱いについて記載し周知いたします。

1. 介護予防サービス計画書の同意を書面で得る場合

◇原則利用者の署名を得てください（押印はなくても構いません）。

◇署名が困難な利用者について

① 家族又は法定代理人による利用者名の代筆（手書き）、及び代筆者名・続柄を得て下さい（押印はなくても構いません）。

② 代筆者がない場合などは記名（印字・スタンプなど）と押印を得てください。

◇いずれの場合においても支援経過記録に同意の記録（年月日、方法、場所、署名が困難な理由など）をしてください。

【用語の説明】

署名：自己の氏名を手書き（自署）すること。

記名：代筆や印刷、スタンプ等により氏名を記すこと。

法定代理人：成年後見人など。

《根拠資料》 ※一部抜粋しています。

- ・「筑紫野市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例」（平成26年12月26日条例第26号 第34条10項）

（指定介護予防支援の具体的取扱方針）

(10) 担当職員は、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該介護予防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。

- 「介護予防支援業務に係る関連様式例の提示について」
(平成 18 年 3 月 31 日 老振発第 0331009 号)

(介護予防支援業務に係る関連様式例記載要領)

1 介護予防サービス・支援計画書

③「計画に関する同意」

介護予防サービス原案の内容を当該利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。この場合、利用者名を記入した原本は、事業所において保管する。

- 「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」及び「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の実施及び介護予防手帳の活用について」の一部改正について
(介護保険最新情報 Vol.1020 令和3年 11 月 15 日)

別紙2 参考様式の見直し

押印の削除や介護報酬改定に関する通知等で示された関連様式を踏まえ参考様式へ反映

2. 電磁的方法について

- ◇「交付」や「同意」は相手方の承諾を得て書面に代えて電磁的方法によることができます。電磁的方法により行わない場合は、これまでと同様に書面で行う必要があります。
- ◇「交付」や「同意」などを電磁的方法で行う場合は、省令、解釈通知及び条例の規定により取り扱ってください。「同意」などを省略するものではありません。
- ◇電磁的方法による場合は、書面による場合と同様に個人情報の適切な取扱いに留意してください。特にインターネットで行う場合はサイバー攻撃（データ窃取・システム破壊など）の対策をしてセキュリティ強化に努めてください。
- ◇電磁的方法による「交付」や「同意」を行う際は、事前に市にご相談ください。

《根拠資料》 ※一部抜粋しています。

- 「筑紫野市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例」
(平成 26 年 12 月 26 日条例第 26 号 第 37 条 2 項)

電磁的記録等

2 指定介護予防支援事業者及び指定介護予防支援の提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、この条例の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができる。

- ・「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について」
(平成 18 年 3 月 31 日 老振発第 0331003 号、老老発第 0331016 号)
(厚生労働省令第 37 号 第 33 条 2 項 解釈通知)

(2)電磁的方法について

- ① 電磁的方法による交付は、基準第 4 条第 2 項から第 8 項までの規定に準じた方法によること。
- ② 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についての Q&A (令和 2 年 6 月 19 日内閣府・法務省・経済産業省)」を参考にすること。
- ③ 電磁的方法による締結は、利用者・事業者等との間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についての Q&A (令和 2 年 6 月 19 日内閣府・法務省・経済産業省)」を参考にすること。
- ④ その他、基準第 33 条第 2 項において電磁的方法によることができるとされているものは、①～③までに準じた方法によること。ただし、基準又はこの通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。
- ⑤ また、電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

3.その他の事項

1) 利用者基本情報

◇契約時に個人情報使用同意書で同意の署名を得ている場合、利用者基本情報に署名・押印はなくても構いません。

《根拠資料》 ※一部抜粋しています。

- ・「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について」
(平成 18 年 3 月 31 日 老振発第 0331003 号)
(厚生省令第 37 号第 30 条 10 項解釈通知)

⑩介護予防サービス計画の説明及び同意(第 10 号)

当該説明及び同意を要する介護予防サービス計画原案とは、いわゆる「介護予防サービス・支援計画書」(「介護予防支援業務に係る関連様式例の提示について」(平成 18 年 3 月 31 日老振発第 0331009 号厚生労働省老健局振興課長通知)に示す標準様式を指す)に相当するものすべてが望ましいが、少なくとも「目標」「支援計画」「【本来行うべき支援ができない場合】適切な支援の実施に向けた支援」、「総合的な方針：生活不活発病の改善・予防ポイント」欄に相当するものについては、説明及び同意を要するものである。

- ・介護予防支援業務の実施に当たり重点化・効率化が可能な事項について
(平成19年7月23日老振発第0723001号・老老発第0723001号)

2利用者情報の収集について

(1) 利用者の要介護・要支援認定申請の際に、要介護・要支援認定申請書に市町村が申請者の認定調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書を地域包括支援センター等に情報提供することについての本人同意欄を設け、本人からの同意を得ている場合は、介護予防サービス・支援計画書作成の際に改めて本人からこれらの情報を利用することの同意を得ることは必要ない。

2) サービス利用・提供票

◇署名・押印はなくても構いません。

◇支援経過記録に同意の記録(年月日、方法、場所)をして下さい。

3) 重要事項説明書

◇1.の介護予防サービス支援計画書と同様の取扱いとし原則利用者の署名が必要です。書面または電磁的方法により行う必要があります。

《根拠資料》 ※一部抜粋しています。

- ・「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について」
(平成18年3月31日 老振発第0331003号)
(厚生省令第37号第4条2項 解釈通知)

(2) 内容及び手続きの説明及び同意

この内容を利用申込者又はその家族に説明を行うに当たっては、理解が得られるよう、文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うとともに、それを理解したことについて必ず利用申込者から**署名**を得なければならない。

※ご不明な点は筑紫野市高齢者支援課にご相談ください。

<問い合わせ先>

〒818-8686 筑紫野市石崎一丁目1番1号

筑紫野市 健康福祉部 高齢者支援課 指定指導担当

TEL: 923-1111 FAX: 920-1786

6 指定相当訪問型サービス、指定相当通所型サービスにおける回数制の導入について

(公印省略)

6 筑高支第934号

令和7年 3月 5日

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者

国基準の訪問介護サービス 管理者 様

国基準の通所介護サービス 管理者 様

筑紫野市長 平 井 一 三

(高齢者支援課指定指導担当)

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業の変更について (通知)

本市の介護保険事業の運営に日頃から格別のご協力をいただき厚く御礼申し上げます。
さて、標記のことについて、下記のとおり変更しますので、ご対応くださいますようお願いいたします。

記

1 変更内容

①名称の変更

「国基準の訪問介護サービス」 → 「指定相当訪問型サービス」

「国基準の通所介護サービス」 → 「指定相当通所型サービス」

②回数制の導入

国基準の訪問介護サービス、国基準の通所介護サービスにおいて、これまで「月額包括報酬」のみでしたが、「1回あたりの単位」(回数制)を導入します。詳細は、資料1「指定相当訪問型サービス、指定相当通所型サービスにおける回数制の導入について」をご覧ください。

③通所型サービス・活動A(元気アップデイ)の開始

指定相当サービスから人員基準や面積要件を緩和した入浴や食事の提供は行わない短時間の機能訓練サービスを開始します。

詳細は、資料2「通所型サービス・活動Aの開始について」をご覧ください。

※通所型サービス・活動Aへの移行は任意であり、指定相当サービスの継続も可能です。

2 変更時期

令和7年4月利用分から

※サービスコード表は準備ができしだい、筑紫野市ホームページに掲載します。

※運営規程、重要事項説明書の変更及び利用者等への説明・同意が必要となる場合があります。

3 問い合わせ先

筑紫野市健康福祉部高齢者支援課 指定指導担当 平嶋、真子

電 話 092-923-1111 (内線 453)

メール kourei@city.chikushino.fukuoka.jp

指定相当訪問型サービス、指定相当通所型サービスにおける回数制の導入について（資料1）

筑紫野市では、令和7年4月から、指定相当訪問型サービス、指定相当通所型サービスにおいて、「1回あたりの単位」（回数制）を導入します。

1. 指定相当通所型サービス

	回数	単位数
要支援1・事業対象者	1月に4回まで	1回につき 436 単位
	1月に5回以上	1月につき 1,798 単位
要支援2・事業対象者	1月に8回まで	1回につき 447 単位
	1月に9回以上	1月につき 3,621 単位

2. 指定相当訪問型サービス

		回数	単位数
標準的な内容の指定相当訪問型サービス	1週に1回程度の場合	1月に4回まで	1回につき 287 単位
		1月に5回以上	1月につき 1,176 単位
	1週に2回程度の場合	1月に8回まで	1回につき 287 単位
		1月に9回以上	1月につき 2,349 単位
	1週に2回を超える程度の場合	1月に12回まで	1回につき 287 単位
		1月に13回以上	1月につき 3,727 単位
生活援助が中心である場合	所要時間が20分以上 45分未満の場合	1回につき 179 単位	
	所要時間が45分以上の場合	1回につき 220 単位	
短時間の身体介護が中心である場合	所要時間が20分以内の場合	1回につき 163 単位	

1月のサービス提供回数が回数制で算定できる数を超える場合は、包括報酬（1月あたりの単位）の算定です。サービス提供実績に基づいて算定してください。

7 指定相当訪問型サービス、指定相当通所型サービスに関するQ&A

筑紫野市

指定相当訪問型サービス及び指定相当通所型サービスに関するQ&A（令和8年2月1日）

	質問内容	回答
1. 指定相当訪問型サービス・指定相当通所型サービス共通事項		
Q 1	報酬を算定する回数は実際に利用した回数なのか、ケアプラン上の回数なのか。	実際に利用した回数の報酬請求になります。 ただし、ケアプラン上の回数と異なるサービス提供が続く場合は、適宜ケアプランの変更を検討してください。
Q 2	キャンセル料を徴収することは可能か。	キャンセル料は、利用者との間で契約を取り交わしていれば請求することは可能です。
2. 指定相当訪問型サービス		
Q 3	「標準的な内容の指定相当訪問型サービスである場合」、「生活援助が中心である場合」、「短時間の身体介護が中心である場合」の違いはなにか。	<p>1. 標準的な内容の指定相当訪問型サービス</p> <p>①専ら身体介護（自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助を含む）を行う場合</p> <p>②身体介護と生活援助の両方を含む場合</p> <p>2. 生活援助が中心である場合</p> <p>①専ら生活援助を行う場合</p> <p>②生活援助に伴い若干の「動作介護」を行う場合。</p> <p>3. 短時間の身体介護が中心である場合</p> <p>1. ①の身体介護を20分以内で提供する場合 （単なる安否確認や健康チェック、それに伴う若干の身体介護を行う場合は算定できない）</p> <p>【参考】 身体介護、生活援助の具体的な内容については、「介護保険最新情報 vol. 637(平成30年3月30日老振発0330第2号)」による改正後の「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（平成12年3月17日老計第10号）」を参照してください。</p>
Q 4	指定相当訪問型サービスの月額制と回数制の使い分けの考え方は。	<p>月額制の単位数を超えるまでは回数制による単位数で算定し、回数制による単位数が月額制の単位数を超える場合は月額制の単位数で算定してください。月額制と回数制の選択制ではありません。</p> <p>（例）標準的な内容の指定相当訪問型サービスである場合</p> <p>①1週に1回程度の場合</p> <p>1月に4回 → 287単位 × 4 = 1,148単位 → 月額1,176単位を下回るため回数制1,148単位を採用 1月に5回 → 287単位 × 5 = 1,435単位 → 月額1,176単位を上回るため月額制1,176単位を採用</p> <p>②1週に2回程度の場合</p> <p>1月に8回 → 287単位 × 8 = 2,296単位 → 月額2,349単位を下回るため回数制2,296単位を採用 1月に9回 → 287単位 × 9 = 2,583単位 → 月額2,349単位を上回るため月額制2,349単位を採用</p> <p>③1週に2回を超える程度の場合</p>

		<p>1月に12回 → 287単位×12 = 3,444単位 → 月額3,727単位を下回るため回数制3,444単位を採用</p> <p>1月に13回 → 287単位×13 = 3,731単位 → 月額3,727単位を上回るため月額制3,727単位を採用</p>
Q5	<p>指定相当訪問型サービスの1週に2回程度の場合、1回ずつ「標準的な内容の指定相当訪問型サービス」と「生活援助が中心である場合（45分以上）」を組み合わせる利用する場合どのように請求すればよいか。</p>	<p>Q4と同様の使いわけを行う。</p> <p>1週に2回程度の場合（月額2,349単位）を上限として、月額単位数を超えるまでは回数制による単位数で算定し、回数制による単位数が月額の単位数を超える場合は月額の単位数で算定する。</p> <p>例) 1週に2回程度の場合 ※1月が5週</p> <p>1月に5回 → 287単位×5 = 1,435単位 1月に5回 → 220単位×5 = 1,100単位 合計2,535単位 → 回数が1月に9回以上であり、月額2,349単位を上回るため月額2,349単位を採用</p> <p>《サービス時間の区分が混在している場合の算定方法》</p> <p>①「単価×回数」の単位を計算する。 ② ①で計算した単位と、「月額」の単位を比べる。 ③ ①の単位 < 「月額」の単位 → ①の単位で請求 ①の単位 > 「月額」の単位 → 「月額」の単位で請求</p>
Q6	<p>生活援助（掃除、買い物代行等）で支援していたが、「標準的な内容の指定相当訪問型サービス」の身体介護（自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助）に変更したいが、ケアプランの取扱いはどうすればよいか。</p>	<p>生活援助から身体介護への変更は、一連のケアマネジメント（サービス担当者会議の開催含む）が必要です。</p> <p>身体介護（自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助）への変更が必要かアセスメント及びマネジメントし、サービス担当者会議で協議してください。検討の結果、身体介護（利用者とともに自立生活支援・重度化防止のサービス等）で支援する場合は「標準的な内容の指定相当訪問型サービス」で算定できますが、自分で出来るようになると見込まれる家事関連活動がなく、生活援助で支援する場合は「生活援助が中心である場合」で算定してください。</p>
Q7	<p>令和7年3月まで生活援助で掃除や買い物代行等の支援をしていたが、令和7年4月から身体介護（自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助）に変更し、「標準的な内容の指定相当訪問型サービス」で算定したい。</p> <p>スケジュールが決まっていますサービス担当者会議の開催が難しいがどうすればよいか。</p>	<p>今回の回数制導入による経過措置として以下の取扱いとします。</p> <p>① 生活援助から身体介護へ変更する場合、次のモニタリング訪問時（期限は令和7年7月末）までにサービス担当者会議を開催しケアプラン変更をしてください。</p> <p>② ケアプランを変更するまでの期間（令和7年4月～7月）に「標準的な内容の指定相当訪問型サービス」で算定する場合は身体介護（自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助）でサービス提供し、ケアマネジャーは支援経過記録等に記録してください。令和7年4月以降に生活援助の内容でサービス提供した場合は「生活援助が中心である場合」で算定してください。</p> <p style="text-align: right;">令和7年8月1日廃止</p>

Q 8	「生活援助が中心である場合」で 60 分で掃除と買い物代行を計画していたが、実際の支援が 40 分に変更になった時は「20 分以上 45 分未満の場合」の単位数で請求するのか。	実際に要した時間ではなく、訪問介護計画に位置付けられた内容の訪問介護を行うのに要する標準的な時間（介護支援専門員やサービス提供責任者が行う適切なアセスメント及びマネジメントにより設定する時間）で算定してください。質問の場合は「45 分以上の場合」の単位数で請求します。ただし、実際の提供時間が計画に位置付けられた時間に比べ著しく短時間となっている状態が続く場合には、サービス提供責任者は、介護支援専門員と調整の上、訪問介護計画を見直してください。
Q 9	掃除の支援に週 1 回「生活援助が中心である場合」で 45 分入っているが、月の途中で状態が変化し、入浴介助が週 1 回必要になった。月の途中から、掃除の支援に、入浴介助を追加してもいいか。	令和 7 年 4 月の回数制の導入により、一連のケアマネジメントを実施しケアプラン変更を行った場合は、本人の状態変化による、月の途中のサービス内容や回数の変更を可能とします（軽微な変更の取扱いには該当しません）。この事例の場合、月の途中から訪問型サービスを週 2 回程度算定することとなります。Q 5 の算定方法を参照してください。
Q 10	週 1 回入浴支援を計画し、「標準的な内容の指定相当訪問型サービス」で算定予定だが、訪問した際、体調不良で入浴できなかったためヘルパーが居室の掃除をした。算定してよいか。	体調不良で入浴できない場合に、掃除や洗濯を行ってもケアプランのニーズや目標は異なるため算定できません。清拭（身体介護）であればケアプランのニーズや目標は変わらずサービス内容の変更なので軽微な変更の取扱いで算定できます。
Q 11	身体介護（自立支援型見守りの支援）による支援者とともに行う掃除を週 1 回計画している。体調不良により、ヘルパーだけで掃除を行った場合「生活援助が中心である場合」を算定してよいか。	身体介護（自立支援型見守りの支援）による「標準的な内容の指定相当訪問型サービス」の算定を計画している場合、本人の体調が悪いときに「生活援助が中心である場合」への変更はできません。契約書によるキャンセル対応をしてください。体調不良により掃除を自立支援型見守りの支援でできない頻度が増える場合、ケアプランの見直しをしてください。
Q 12	夫婦 2 人とも要支援 1 の認定を受けている世帯に、週 2 回「生活援助が中心である場合」で掃除、買い物、調理の支援を入れる。この場合妻のケアプランは作成せず、夫のケアプランにサービスを位置付けて夫婦 2 人分のサービスを実施してよいか。	夫のケアプランのみ作成する場合は妻の生活援助はできません。その場合、夫妻で使用している部屋の掃除や夫婦に必要な買い物や調理も出来ません。夫婦に生活援助が必要な場合は、それぞれにケアプランを作成し、適宜所要時間や回数を振り分けてください。
3. 指定相当通所型サービス		
Q 13	短期入所（ショートステイ）を利用した場合、指定相当通所型サービスは日割りによる請求となるか。	日割りは行いません。利用実績に基づき回数で定められた単位数を請求してください。令和 7 年 3 月まで日割りにしていたのは利用者が短期入所の期間にデイサービスの利用ができないことを考慮し、月額料金をそのまま負担することが不利益だったためです。今

		回、回数制を導入したことで短期入所の利用期間は、デイサービスの利用料金は発生しないため日割りは行いません。
Q14	令和6年度報酬改定により運動器機能向上加算は基本単位に包括化されたが、計画、評価はどのようにすればよいか。	別途運動器に関する計画書の作成は不要ですが、利用者や介護支援専門員へ提出する通所介護計画書に運動器機能向上サービスの内容を明記してください。評価に関して、規定の様式はありません。任意の様式や記録等に明記してください。
Q15	要支援1の利用者について、月によって5回利用になる利用回数を4回までとして取り扱うことは可能か。逆に、月によって4回利用になる利用回数を、同一週にもう1回利用することにより月5回の利用としてもよいか。	利用者に説明し同意を得たうえで、サービス担当者会議で検討しケアプランや通所介護計画に位置付ければ、週1回程度の利用者について、月によって5回利用になる利用回数を4回までとして取り扱うことは可能です。一方、週1回程度の利用者について、同一週に2回利用し恒常的に利用回数を月5回とすることは、週1回程度という原則に比べて過剰なサービスとなるため認められません。
Q16	天候（台風、大雪等）、利用者都合、事業者都合等により利用できなかった日があった場合に、別日で振り替えることは可能か。	利用できなかった日の振り替えは、同一週、別の週に関わらず振替可能です。また、翌月への振り替えも可能ですが、報酬請求の利用回数に影響があるため注意が必要です。

8 短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の取扱い

(公 印 省 略)

6 筑高支第 418 号
令和 6 年 8 月 28 日

居宅介護支援事業所 管理者 様
介護予防支援事業所 管理者 様

筑紫野市高齢者支援課長 谷 昌義

短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の
取扱い(周知)

標記の件について、別紙の通り当市の取扱いについて周知いたします。
なお、既に短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超えている場合は、令和 6 年 9 月 30 日(月)までに、理由書を提出されますようお願いいたします。

<問い合わせ先>

筑紫野市高齢者支援課 指定指導担当
TEL 923-1111 FAX 920-1786
メール kourei@city.chikushino.fukuoka.jp

短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の取扱い

1. 概要

短期入所(介護予防短期入所)生活介護および短期入所(介護予防短期入所)療養介護(以下「短期入所サービス」という)は、利用者の自立した日常生活の維持のために利用するサービスです。短期入所サービスの利用日数は、要介護認定の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。利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合、これを超えて利用することができます。

具体的には、以下のような事例を想定しています。

- ① 介護者が事故や急病により長期間入院する場合
- ② 介護者からの暴力、ネグレクト
- ③ 施設入所が必要な状況で、入所時期が決まっている場合

2. 短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合

短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間のおおむね半数を超える場合、特に必要と認められる場合であるかを確認するために短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の理由書(以下「理由書」という)と居宅サービス計画書などの提出が必要です。

3. 提出書類

- ① 理由書
- ② 居宅サービス計画書(第1～3表)、介護予防サービス・支援計画書
- ③ サービス担当者会議の要点(短期入所サービス利用の必要性について議論しているもの)
- ④ サービス利用票、サービス利用票別表
- ⑤ 課題分析表(アセスメント表、フェイスシート等)、利用者基本情報

※居宅サービス計画書等には、短期入所サービスを利用しなければならない必要性(本人及び家族の状況)を記録して下さい。

4. 提出時期

半数を超えることが見込まれる月の前月15日までに提出してください。

5. 注意点

- ・給付実績の突合などにより、筑紫野市へ理由書の提出がないことが判明した場合や提出された書類において短期入所サービスを要介護認定有効期間の半数を超えて利用するやむを得ない理由が確認できなかった場合は保険給付の返還対象となる場合もありますのでご注意ください。
- ・施設入所待ちを理由とする短期入所サービス利用の場合は、原則として施設などの申込みをし、入所時期が決定している方を対象とします。
- ・利用日数は介護給付(予防給付)日数です。利用者が全額自己負担した短期入所サービスの日数については利用日数に含まれません。

<提出・問い合わせ先>
〒818-8686 筑紫野市石崎一丁目1番1号
筑紫野市 健康福祉部 高齢者支援課 指定指導担当
TEL : 923-1111 FAX : 920-1786

短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の理由書

筑紫野市長 様

依頼者 事業所名称
所在地
電話番号 ()
介護支援専門員氏名

短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の理由書については以下の通りです。

被 保 険 者	被保険者番号												申請日	令和	年	月	日	
	フリガナ								生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳								
	氏名								性別	男 ・ 女								
	住所	〒																
	現在の要介護状態区分等	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5							認定有効期間の合計日数 日									
		有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで																
施設等の申込状況		① 現在、入所を申し込んでいる。 施設名称 () 入所予定時期 (令和 年 月 頃) ② 申し込んでいない。																
認定有効期間中の短期入所サービス利用計画(実績及び予定)																		
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数																		
利用累積日数																		
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数																		
利用累積日数																		
要介護認定の有効期間の半数を超える理由																		
今後の方針																		

添付資料：下記書類の写しを添付してください。

- ①居宅サービス計画書（第1～3表）、介護予防サービス・支援計画書
- ②サービス担当者会議の要点（短期入所サービス利用の必要性について議論しているもの）
- ③サービス利用票、サービス利用票別表
- ④課題分析表（アセスメント表、フェイスシート等）、利用者基本情報

9 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の取扱い

令和6年6月17日改正

要介護認定が軽度者に対する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として、原則貸与対象外となる福祉用具の種類（対象外種目）が定められています。ただし、軽度者であっても特に必要な状態の人に対して、例外的に貸与することができます。

1) 対象者及び対象となる福祉用具

要介護認定 (軽度者)	福祉用具の種類 (対象外種目)
要支援1、2 要介護1	車いす及び車いす付属品 ※付属品のみの場合も含む ※電動カート、電動車いすを含む
	特殊寝台及び特殊寝台付属品 ※付属品のみの場合も含む
	床ずれ防止用具及び体位変換器
	認知症老人徘徊感知機器
要支援1、2 要介護1、2、3	移動用リフト ※つり具の部分を除く 自動排泄処理装置

2) 例外給付の方法

① 直近の認定調査票の結果により判断する方法

- ◆貸与しようとする種目に応じた認定調査の結果が判断基準に該当する場合は、適切なケアマネジメントの上で貸与することができます（届出は不要）。

《判断の流れ》

- ア. 居宅介護支援事業者は、市から「要介護（要支援）認定等の情報提供にかかる申出書」により認定調査票等の写しを取り寄せてください。
- イ. 「算定可否の判断基準チェック表」を参考に、認定調査の結果が判断基準に該当するかどうか確認をしてください。
(該当する例：車いすの場合、調査項目「1-7歩行」が「できない」)
- ウ. 該当することの確認がとれた認定調査票等の写しは、居宅サービス計画書と一緒に保管し、また福祉用具事業所にも提供してください（「介護認定審査会資料」のみでよい）。
- エ. 要介護認定の更新、区分変更ごとに確認をして判断してください。

② 届出により市が給付の要否を判断する方法

- ◆貸与しようとする種目に対する医師の医学的な所見による判断（下記i～iiiのいずれかに該当）および適切なケアマネジメントにもとづく居宅サービス計画書の届出をおこない、市が給付の要否を判断します。

《医師の医学的な所見による判断》

- i 状態の変化
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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者。
- ii 急性増悪
疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者。

iii 医師禁忌

疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的
判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者。

3) 例外給付の届出について

① 届出が必要な対象者

- ◆認定調査の結果が判定基準に該当しない場合。
- ◆要介護認定申請中で届出の必要があるか判断できない場合。

② 届出時期

- ◆新規
- ◆要介護認定期間の更新
- ◆区分変更申請（軽度者の福祉用具貸与に該当する可能性がある場合）
- ◆貸与品目の追加、変更があったとき

《留意事項》

- ◆原則的に貸与開始前に提出してください。
- ◆貸与開始日は届出日、もしくは貸与開始前届出の場合は貸与開始予定日となります。
- ◆届出に必要な書類の提出がない、又は内容等が不十分で、保険者である本市が必要性を確認しないままサービスを提供した場合、原則として福祉用具貸与費は算定できません。
従って見込み違いで軽度者の例外給付の対象となっても未届け期間は算定できません。
- ◆末期がんなどで早急な利用が必要等のやむを得ない事情により貸与開始後に届出書を提出する場合は事前に相談をしてください。

③ 届出に必要な書類

要支援 1、2	要介護 1、2、3
● 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付届出書	
● 算定可否の判断基準チェック表	
● 車いす（電動含む）の貸与にかかる判断上の留意点 ※車いすの場合のみ	
● 介護予防サービス・支援計画書 ● 介護予防支援経過記録（サービス担 当者会議の要点を含む）	● 居宅サービス計画書（1～4表）
● 医師の医学的な所見が確認できるもの 4) その他①参照	

4) その他

① 「医師の医学的な所見が確認できるもの」

◆提出書類は以下のいずれか1点

- 主治医意見書又は診断書
- 軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の医学的所見聴取記録用紙（本市様式）
- 聴取した内容が示された書類（様式は任意で可、支援経過記録やサービス担
当者会議記録への記載でも可）
- その他（ ）

- ◆届出書に「2主治医への確認事項」がありますが、届出書は医師の医学的所見の提出書類にしていません。必ず上記 a)～d) のいずれか1点の資料をつけてください。
- ◆利用者の病名と対象福祉用具を必要とする心身の状態が記載された医師の医学的所見を提出して下さい。
- ◆医師及び医療機関へ書類の記載を依頼する際に情報提供料が発生する場合があります。

② 車いす（電動車いす・電動カート）

- ◆電動車いす（電動カート）は福祉用具貸与業者と連携の上必ず目的地（病院、商店など）まで試乗して安全性を検証し、提出書類（車いすの貸与にかかる判断上の留意点など）に結果を記載し届出してください。
- ◆日常生活を営むための移動を支援する福祉用具なので単なる気分転換や閉じこもり防止の目的では貸与出来ません。

③ 特殊寝台・特殊寝台付属品

- ◆特殊寝台及び特殊寝台付属品については、モーター数、付属品名を記載のうえ、その必要性を記載してください。自立支援と介護給付適正化の観点から過剰なモーター数の特殊寝台、不必要な付属品の利用は認められませんのでご注意ください。

④ 福祉用具貸与中止

- ◆骨折の治癒などで利用者の状態が改善し、特殊寝台、車いすなどが不要となった場合は速やかに貸与を中止してください。

⑤ 届出の方法

- ◆郵送もしくは窓口へ提出（郵送の場合は到着日を届出日とします）

＜ 提出・問い合わせ先 ＞
〒818-8686 筑紫野市石崎一丁目1番1号
筑紫野市 健康福祉部 高齢者支援課 指定指導担当
TEL : 923-1111 FAX : 920-1786

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付届出書

1 被保険者情報

届出日：令和 年 月 日

被保険者番号										
被保険者氏名										
生年月日	大正・昭和 年 月 日（ 歳）									
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2						有効期間	令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3							～ 令和 年 月 日		
福祉用具貸与品目	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く。） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置									

2 主治医への確認事項

根拠となる身体状況			疾病名その他の原因
<input type="checkbox"/>	i 状態の変化	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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者	
<input type="checkbox"/>	ii 急性増悪	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者	
<input type="checkbox"/>	iii 医師禁忌	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者	
主治医	医療機関名		医師名

3 添付書類

医師の医学的な所見が確認できるもの 以下のいずれかを提出してください <input type="checkbox"/> 主治医意見書又は診断書 <input type="checkbox"/> 軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の医学的所見聴取記録用紙（本市様式） <input type="checkbox"/> 聴取した内容が示された書類（任意様式）	計画書等（サービス担当者会議内容等） <input type="checkbox"/> ケアプラン（第1表～4表） <input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画表 <input type="checkbox"/> 介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）
---	--

提出者	事業所名	担当者名
		電話番号

算定可否の判断基準チェック表

判断基準 対象外種目	直近の基本調査の結果 (認定調査日: 年 月 日)	基本調査の結果 によることができない場合	医師の医学的 所見から
ア 車いす (付属品)	日常的に歩行が困難な者 「1-7 歩行」 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> <u>できない</u>	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> i 状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌
イ 特殊寝台 (付属品)	次の(1)(2)のいずれかに該当する者 (1)日常的に寝返りが困難な者 「1-3 寝返り」 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> <u>できない</u> (2)日常的に起き上がりが困難な者 「1-4 起き上がり」 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> <u>できない</u>		<input type="checkbox"/> i 状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌
ウ 床ずれ防止用具 体位変換器	日常的に寝返りが困難な者 「1-3 寝返り」 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> <u>できない</u>		<input type="checkbox"/> i 状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌
エ 認知症老人 徘徊感知機器	次の(1)(2)の <u>いずれにも該当</u> する者 (1)移動において全介助を必要としない 「2-2 移動」 <input type="checkbox"/> <u>全介助以外</u> <input type="checkbox"/> 全介助 (2)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 ア「3-1 意思の伝達」 <input type="checkbox"/> 意思を他者に伝達できる <input type="checkbox"/> <u>できる以外</u> イ「3-2 毎日の日課を理解」から「3-7 場所の理解」までのいずれか () <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> <u>できない</u> ウ「3-8 徘徊」から「4-15 話がまとまらない」までのいずれか () <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <u>ない以外</u>		<input type="checkbox"/> i 状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌

算定可否の判断基準チェック表

判断基準 対象外種目	直近の基本調査の結果 (認定調査日: 年 月 日)	基本調査の結果に よることができない 場合	医師の医学的所見か ら
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く。)	次の(1)(2)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 「1-8 立ち上がり」 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> <u>できない</u> (2)移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 「2-1 移乗」 <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り等 <input checked="" type="checkbox"/> <u>一部介助</u> <input type="checkbox"/> <u>全介助</u>	<input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	<input type="checkbox"/> i 状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌
カ 自動排泄処理装置	次の(1)(2)の <u>いずれにも該当</u> する者 (1)排便が全介助を必要とする者 「2-6 排便」 <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> <u>全介助</u> (2)移乗が全介助を必要とする者 「2-1 移乗」 <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> <u>全介助</u>		<input type="checkbox"/> i 状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌

車いす（電動含む）の貸与にかかる判断上の留意点

1 被保険者情報

届出日： 令和 年 月 日

被保険者番号											
被保険者氏名											
種類	<input type="checkbox"/> 自走式			<input type="checkbox"/> 介助用			<input type="checkbox"/> 電動				

2 本人の状況

- (1) つかまれば歩ける距離は、どのくらいか _____
- (2) 杖、歩行器（カートを含む）の利用ができないか _____
- (3) 車いすを使用することが、下肢筋力の低下につながらないか _____

3 運転に伴う危険の確認 ←電動の場合のみ記入

- (1) 認知症がないか（認知症高齢者自立度は、自立が望ましい） _____
- (2) 普通自動車免許を取得しているか、取得していたことがあるか _____
- (3) 交通ルールを理解し、遵守できるか _____
- (4) 電動車いすセーフティアドバイザー、福祉用具専門相談員等による実地指導（目的地まで試乗し安全性の検証）、講習を受けているか。理解しているか。 _____

4 外出行為の目的と距離、頻度

外出の目的	目的地	距離	頻度
通院			
買い物			

5 生活環境

- (1) 坂道など、歩行の障害となる問題があるか _____
- (2) 車いすへの移乗に問題となる障害はないか _____
- (3) 車いすの管理上の障害はないか（充電用の電源確保、保管場所での盗難やいたずら防止等） _____

6 介護状況

外出の目的となる行為を代替する家族等の協力・支援が得ることができないか _____

7 その他 _____

10 介護保険における福祉用具貸与の取扱い

[公印省略]

筑高支第684号
令和4年11月10日

各居宅介護支援事業所 管理者 様

筑紫野市長
(健康福祉部高齢者支援課)

介護保険における福祉用具貸与の取扱いについて

平素より本市の保健福祉行政の推進にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
標記の件につきまして、貸与の可否について問い合わせがあるため、市の取扱いを周知いたします。

- 1) 本市の介護保険における福祉用具貸与は、公益財団法人テクノエイド協会の判断を基準とします。

※福祉用具情報システム「介護保険福祉用具一覧」において「貸与」表示があるものを給付対象とします。

- 2) 「貸与」表示がない品目（iTSUM0 iTSUM02 i-coco等）は給付の対象外としますが、本通知発出以前に使用開始し継続して利用中の場合については、引き続き給付対象とします。

◇介護保険福祉用具情報の検索

<http://www.techno-aids.or.jp/TaisCodeSearch.php>

【根拠法令】

- ・「厚生労働大臣が定める福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与に係る福祉用具の種目」（平成11年3月31日 厚生省告示第93号）
- ・「介護保険の給付対象となる福祉用具及び住宅改修の取扱いについて」（平成12年1月31日 老企第34号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

【問い合わせ先】

筑紫野市役所健康福祉部
高齢者支援課指定指導担当
TEL：092-923-1111

11 月途中で福祉用具貸与の開始及び中止を行った場合の算定方法について

(公印省略)

7 筑高支第 394 号
令和 7 年 8 月 7 日

地域包括支援センター
居宅介護支援事業所
介護予防支援事業所
小規模多機能型居宅介護事業所 管理者様

筑紫野市長 平 井 一 三
(健康福祉部 高齢者支援課)

月途中で福祉用具貸与の開始及び中止を行った場合の算定方法について (通知)

本市は「筑紫野市第 9 期介護保険事業計画」に基づき介護保険事業の適正な給付を目指すため、医療給付の情報と介護給付の情報の突合点検を行っています。

その取り組みの中で医療機関に入院された方の介護保険における福祉用具貸与について、適正な給付を指摘するにあたり「月途中で福祉用具貸与の開始及び中止を行った場合の算定方法」を定め下記の通りとしましたので、今後のご対応よろしく申し上げます。

記

1. 適用開始日：令和 7 年 9 月 1 日
2. 月途中で福祉用具貸与の開始及び中止を行った場合の算定方法
 - ① 開始月と中止月が異なる場合

当該月の貸与期間が一月に満たない場合は、当該開始月及び中止月は日割り計算を行います。ただし、半月単位の計算方法を行うことも差し支えありません。
 - ② 開始月と中止月が同じ場合

貸与期間が一月に満たない場合(1~30日間)であっても、一月分の利用料金として請求して問題ありません。日割り計算または半月単位の計算方法で請求しても差し支えありません。
3. 介護給付明細書の記載方法については、福祉用具貸与を現に行った日数を記載します。

《根拠》

- ・ 介護保険法 (平成 9 年法律第 123 号) 第 115 条の 45 第 3 項第 1 号
- ・ 筑紫野市第 9 期介護保険事業計画 第 6 章介護給付適正化計画(3)④縦覧点検・医療情報との突合
- ・ H15. 6. 30 事務連絡介護報酬に係る Q&A(vol. 2)について Q9

【連絡・問い合わせ先】

筑紫野市 健康福祉部 高齢者支援課 指定指導担当
TEL 092-923-1111 (内線 453) FAX 092-920-1786

12 新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準などの 臨時的な取扱いの終了について

(公 印 省 略)

6筑高支第482号
令和6年9月19日

居宅介護支援事業所 管理者 様
介護予防支援事業所 管理者 様

筑紫野市高齢者支援課長 谷 昌義

新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準などの臨時的な取扱いの終了について（周知）

標記の件について、令和6年3月19日付で厚生労働省より、「令和6年4月以降の新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて」の事務連絡がありました。

よって本市からお知らせしましたすべての取扱いは、令和6年9月19日をもって終了し、令和6年9月20日以降は臨時的取扱い以前と同様の対応とします。

※添付文書

令和6年4月以降の新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（令和6年3月19日事務連絡）

※本市の人員基準などの臨時的な取扱いに関して（令和6年9月19日をもってすべて終了）

新型コロナウイルス感染拡大防止に係る居宅介護（介護予防）支援業務に係る臨時的取扱いについて（令和5年3月29日）※令和6年9月19日終了

新型コロナウイルス感染予防・拡大防止のための居宅介護（介護予防）支援業務に関する臨時的取扱いについて（その2）【補足】（令和2年10月28日）※令和5年5月7日終了

新型コロナウイルス感染予防・拡大防止のための居宅介護（介護予防）支援業務に関する臨時的取扱いについて（その2）（令和2年5月29日）※令和5年5月7日終了

新型コロナウイルス感染予防・拡大防止のための居宅介護（介護予防）支援業務に関する臨時的取扱いについて（令和2年4月1日）※令和5年5月31日終了

入院（入居）先の面談制限により面談やサービス担当者会議ができない場合の取扱いについて（令和2年2月28日）※令和2年3月31日終了

<問い合わせ先>

筑紫野市高齢者支援課 指定指導担当
TEL 923-1111(内線453) FAX 920-1786
メール kourei@city.chikushino.fukuoka.jp

第3 参考資料

1 筑紫地区入退院時の情報共有の仕組み

『医療・介護 共有シート』の使い方   

このシートは「筑紫地区 入退院時の情報共有の仕組み」の仕組み図 **入院時**、**入院中**、**退院時**・**転院時**の場面での使用を想定して作成しています。

『記入ガイド』『記入例』を参考に効率的に工夫してご活用下さい。

- ・追加情報を添付する
- ・退院前に聞き取りたい内容を事前に伝えておく
- ・シート右側の記入を依頼する 等々

* 資料は医師会ホームページよりダウンロードできます。*excel/ データを編集しメール添付も可能です。

◆ 介護報酬加算の算定には、下記情報の提供・収集が必要です。

入院前

入院時情報連携加算

- 情報提供先医療機関名・担当者名
- 入院日
- CM 記入日
- 情報提供日
- 心身の状況（病歴・疾患歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）
- 介護サービス等の利用状況 *居宅サービス計画書 1.2.3 表等の添付
- 生活環境（家族構成、生活状況、主介護者など）

～令和元年 10 月版介護報酬の解釈より～

- ※医療機関へ持参する場合 必ず**アポイント**を取りましょう。
FAX する場合 **個人情報流出防止策**を講じて下さい。例) 住所氏名等のマスキング
FAX.郵送の場合 必ず先方の**受け取り確認**をしましょう。

退院・在宅 移行期 / 退院時

退院・退所加算

*共有シートの右側の内容を聞き取り、退院後のケアプランへ反映させる

- 退院日
- 面談日（聞き取り日）
- 症状・病状の予後・予測
- 本人・家族の受け止め・意向

～～筑紫地区入退院時連携の取組み～～

医療・介護従事者は、高齢者の入院時から連携することで、退院後の在宅生活を視野に入れた支援が効果的・効率的にでき、高齢者は早く不安なく在宅復帰できると考え、筑紫地区では『早期在宅復帰～入院期間(非日常)の短縮と元の生活の場(日常)へ戻ること～』を目指しています。

* ご不明な点等については筑紫医師会在宅医療介護連携支援センターまでお問合せください。

TEL : 092-408-1267

ケアマネジャーのチェックリスト

開始日： 年 月 日

記載者： _____

利用者氏名		様		
場 面	行 動	チェック	備 考	仕組み
日常	1. 契約(更新)時に自分の名刺等と医療保険証、介護保険証、あればお薬手帳をセットにする説明をして了承を得た。	<input type="checkbox"/>		準備
	2. モニタリングの時に保険証セットのことで医療機関への提示について声掛けをした。	<input type="checkbox"/>		準備
入院時	3. 入院医療機関から連絡を貰った。 日付： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 不在のため FAX	<input type="checkbox"/>		入 2
	4. 入院窓口を確認して連絡を入れ訪問日等を調整した。 医療機関： 訪 問 日： 月 日() 訪問時間：	<input type="checkbox"/>		入 3-1
	5. 利用中の介護サービス事業者に入院報告をした。 ◆サービス事業者◆			入 3-2
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>			
	※ご家族に介護保険外の事業所等への連絡依頼をした。	<input type="checkbox"/>		

筑紫地区在宅医療介護連携推進検討会議作成様式

3 人生会議について

人生会議（ACP、アドバンス・ケア・プランニング）とは、いつか来る”もしも”のときのために、自分が大切にしていることや望んでいること、どこで、どのような医療やケアを受けたかを、自分自身で前もって考え、家族や信頼する人、医療・介護関係者などと繰り返し話し合い、共有しておく取り組みのことを言います。



人生会議のすすめ方



気持ちは変わるものです。何度でも、繰り返し考え、話し合しましょう

人生会議リーフレット・啓発ポスター

筑紫野市在宅医療介護連携部会では、今後の人生や生き方を考え、話し合う機会となることを目的に、人生会議リーフレットとポスターを作成しました。リーフレットとポスターはホームページの下記アドレスよりからダウンロードすることができます。人生会議が必要な方に、ぜひご活用ください。

リーフレット

～筑紫野市民の皆様～
人生会議してみませんか？

人生会議とは
自分が大切にしていることや望み、どのような医療や介護を望んでいるかについて前もって考え、信頼する人たちと話し合うことです。筑紫野市の65歳以上の高齢者を対象に実施した実態調査では、すでに約4割の方が、人生の最後の迎え方について、家族と話し合われていました。

項目	割合
話し合い済み	40%
話し合い済み	60%

人生会議の大切なポイント

- 書くことが主目的ではなく、考え、話し合う過程を大切にしたいリーフレットです。気持ちや思いは、時間とともに変化したり、健康状態によっても変わる可能性があります。結論を出さなくてもいいので、たくさんお話ししてみましょう。
- このリーフレットは、法的な効力はもちませんが、自分の希望や意思をまとめて残しておくことは、いざという時に家族や大切な人たちを助けることにもつながります。

啓発ポスター

あなたが目指す生き方を
人生会議
してみませんか？

人生会議とは
もしもどきのために、自分が大切にしていることやどのように生活し、どのような医療や介護を受けたいかなどについて信頼する人と話し合うことです。

人生会議のポイント
どのような生き方を望むかは、一人ひとり異なります。また、ライフステージとともに変わっていくこともあります。何度でも繰り返し考え、話し合しましょう。

筑紫野市役所高齢者支援課にてリーフレット配布中

092-923-1111
受付時間：月曜日～金曜日 8:30～17:00

※年子定額には限りがあります。

作成：筑紫野市地域包括ケア推進会議在宅医療介護連携部会

記事ID : 0035755

<https://www.city.chikushino.fukuoka.jp/site/kaigo/35755.html>

トップページ > 分類でさがす > 健康・福祉 > 医療・健康・福祉 > 介護保険・高齢者福祉 > 介護保険・高齢者福祉 > 「人生会議」してみませんか？

4 ケアプランデータ連携システムの利用促進について

各都道府県介護保険担当課(室)
各市町村介護保険担当課(室)
各介護保険関係団体

御中
← 厚生労働省 老健局老人保健課

介護保険最新情報

今の内容

介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業、ケアプランデータ連携システムの利用促進及び介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援策について

計8枚(本紙を除く)

Vol.1460

令和8年1月13日

厚生労働省老健局老人保健課

【貴関係団体に速やかに送信いただきますよう
よろしくお願いたします。】

連絡先 TEL: 03-5253-1111(内線3944、3945)
FAX: 03-3595-4010

事務連絡
令和8年1月13日

都道府県介護保険担当課(室)

各市町村介護保険担当課(室)

御中

介護保険関係団体

厚生労働省老健局高齢者支援課
老人保健課

介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業、ケアプランデータ連携システムの利用促進及び介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援策について

介護保険行政の円滑な実施につきまして、日頃からご尽力賜り厚く御礼申し上げます。

令和7年度補正予算に盛り込まれた「介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業」については、「令和7年度介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業 実施要綱」(令和7年12月25日付け老第1225第3号厚生労働省老健局長通知別紙)において、生産性向上や協働化等に取り組み事業者の介護職員に対する賃上げ支援の上乗せの要件(以下「上乗せ要件」という。)として、「ケアプランデータ連携システム」に加入していることが設けられることになりました。

上乗せ要件については、申請時にケアプランデータ連携システムに加入している介護事業所だけでなく、申請時にケアプランデータ連携システムの加入を誓約した場合であっても、申請要件を満たしているものと取り扱うこととしており、当該誓約をした介護事業所については、実績報告までにはケアプランデータ連携システムの加入が必要になります。加えて、令和8年度介護報酬改定においても、介護職員等処遇改善加算に設ける上乗せの加算区分の要件とすることを検討されています。

ケアプランデータ連携システムについては、「介護情報基盤とケアプランデータ連携システムの統合に向けたケアプランデータ連携システムの利用促進等について」(令和7年12月4日付け厚生労働省老健局高齢者支援課及び老人保健課事務連絡)でご案内しているとおり、公益社団法人国民健康保険中央会が実施している「介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援」において、介護事業所が、導入支援事業者から、介護情報基盤の接続サポートとケアプランデータ連携システムの接続サポートに必要な支援を一体的に受ける場合には、その費用も支援の対象とすることとしています。これにより、ケアプランデータ連携システムの利用を支援するためのフリーパスキャンペーン(※)と併せて、ケアプランデータ連携システムの導入を促進することとしています。

つきましては、都道府県及び市町村におかれましては、内容についてご知の上、ケアプランデータ連携システムの導入の際に当該助成金を活用いただけるよう、貴管内の介護事業所に対して、周知をお願いいたします。また、介護保険関係団体におかれましては、会員事業所へのご周知についてご協力を賜りますようお願い申し上げます。

なお、「介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援」については、介護事業所等への助成金の申請受付を令和8年3月13日までの予定としておりますので、介護事業所へ早期のお申込みをご案内いただきますようお願い申し上げます。

※ フリーパスの実施期間を延長するための所望の予算を盛り込んだ令和7年度補正予算の成立により、令和8年度中は引き続き無料で利用いただくことができます。また、

別添1

事務連絡
令和7年12月4日

都道府県介護保険主管課(至)
市町村介護保険担当課(至)
各 介護保険関係団体 御中

厚生労働省高齢者支援課
老人保健課

介護情報基盤とケアプランデータ連携システムの統合に向けたケアプランデータ連携システムの利用促進等について

介護保険行政の円滑な実施につきまして、日頃からご尽力賜り厚く御礼申し上げます。

ケアプランデータ連携システムについては、「介護情報基盤の今後のスケジュール、介護情報基盤活用のための介護事業所等への支援及び介護情報基盤とケアプランデータ連携システムの統合について」(令和7年7月22日付け厚生労働省高齢老人保健課・介護保険計画課・高齢者支援課連名事務連絡)においてご連絡のとおり、「介護情報基盤」と「介護保険資格確認等WEBサービス」に「ケアプランデータ連携機能」として統合する方針で検討を進めています。

これらのシステムが統合された後、介護事業所において「ケアプランデータ連携機能」を円滑に利用開始するためには、現在運用している「ケアプランデータ連携システム」を導入し、予めシステム利用を前提とした業務体制を構築するとともに、連携先づくりを進めることが有効です。

このため、公益社団法人国民健康保険中央会が実施している「介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援」(別添1)における「介護情報基盤との接続サポート等費用」の対象経費については、介護事業所が、導入支援事業者から、介護情報基盤の接続サポートとケアプランデータ連携システムの接続サポートに必要な支援を一体的に受ける場合には、その費用も対象とすることとし、フリーパスキャンペーン(別添2)と併せてケアプランデータ連携システムの導入を促進することとしました。つきましては、内容についてご了知の上、都道府県及び市町村におかれましては、貴管内の介護事業所に対して、ケアプランデータ連携システムの導入に際して当該助成金を活用いただけますようお願いいたします。また、介護保険関係団体におかれましては、会員事業所への周知についてご協力を賜りますようお願い申し上げます。

【別添一覧】

- ・別添1：介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援
- ・別添2：ケアプランデータ連携システムのフリーパスキャンペーンについて

介護情報基盤に統合後の費用負担のあり方については、フリーパスの状況も踏まえつつ、適切に検討してまいります。

【送付物一覧】

- ・別添1：介護情報基盤とケアプランデータ連携システムの統合に向けたケアプランデータ連携システムの利用促進等について(令和7年12月4日付け厚生労働省高齢者支援課及び老人保健課事務連絡)
- ・別添2：介護分野の職員の官上げ・職場環境改善支援事業
- ・別添3：ケアプランデータ連携システムに対する支援策について(令和7年12月3日第249回社会保障審議会介護給付費分科会資料2)

【参考】

- 「介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援(助成金)」について
介護情報基盤ポータルサイトをご参照ください。[こちらのリンク](#)または下記の二次元コードからアクセスいただけます。

【介護情報基盤ポータルサイト】



- 「ケアプランデータ連携システム」について
ケアプランデータ連携システムヘルプデスクサポートサイトをご参照ください。[こちらのリンク](#)または下記の二次元コードからアクセスいただけます。

【ヘルプデスクサポートサイト】



※電話でのお問い合わせの場合は下記へご連絡ください。
TEL:0120-584-708 受付時間:9:00~17:00(土日祝は除く)

介護情報基盤の活用 のための介護事業所等 への支援 (概要)

別添1

介護事業所・医療機関（介護サービス提供医療機関）向け支援

(注)消費税分(10%)も助成対象であり、下記の助成限度額は、消費税分を含む費用額となります。

1. 助成対象経費

- ①カードリーダーの購入経費 ②介護情報基盤との接続サポート等経費(※)

※ 介護事業所等が介護保険資格確認等WEB サービスを利用する際に必要となるクライアント証明書の搭載等の端末設定について、技術的支援を受ける場合に要する経費。(なお、介護WEB サービスで主治医意見書を作成・送信する介護事業所や医療機関は、介護WEB サービスの利用に必要な端末設定のみで主治医意見書の電子的送信が可能となる。)

2. 助成限度額等

1. 対象(介護サービス種別)	2. カードリーダーの助成限度台数	3. 助成限度額(①②を合算した限度額)
訪問・通所・短期滞在系	3台まで	助成限度額は6.4万円まで
居住・入所系	2台まで	助成限度額は5.5万円まで
その他	1台まで	助成限度額は4.2万円まで

※ ①・②について同一事業所で複数のサービスを提供する場合には介護サービス種別に応じた助成限度額の合算助成限度額とすることができます。

医療機関（主治医意見書作成医療機関）向け支援

1. 助成対象経費

主治医意見書の電子的送信機能の追加経費(※)

※ 保険医療機関において、主治医意見書をオンライン資格確認等システムに接続する回線及び介護情報基盤経由で電子的に送信するために必要となる電子カルテや文書作成ソフト等の改修に係る経費。

2. 助成限度額等

1. 対象	2. 補助④	3. 助成限度額
200床以上の病院	1 / 2	助成限度額は55万円まで
199床以下の病院または診療所	3 / 4	助成限度額は39.8万円まで

申請・補助方法

国民健康保険中央会のポータルサイト経由で申請受付し、国民健康保険中央会経由での補助を実施します。

ケアプランデータ連携システム フリーパスキャンペーン



フリーパス
キャンペーン

期間限定
最大21,000円無料

6月1日
スタート

フリーパス
FREE PASS

フリーパスキャンペーンとは、ケアプランデータ連携システムすべての機能を1年間無料でご利用いただける期間限定のキャンペーンです。「導入コストが気になる」「周りの事業所を誘いたいけれど、きっかけがない」。そのようなお声にお応えし、業務改善の第一歩を、負担ゼロで気軽に始められるキャンペーンとなっています。

キャンペーン申請期間
2025年6月1日～2026年5月31日（予定）
無料でご利用いただける期間は、申請いただいた日から1年間です。

ライセンス料
通常 21,000円/年 → **0円/年**

対象となる事業所
すべての介護事業所が対象です
新規利用の方 既に利用中の方 一度ご利用済みの方

2025年6月1日 2026年5月31日 2027年5月31日

初めて利用の方
新規申込 0円/年
2026年4月～5月の更新時 21,000円/年

現在利用中の方
21,000円/年
2026年4月～5月の更新時 0円/年
2027年4月～5月の更新時 21,000円/年

2025年4月～5月に「ケアプラン」のお申し込み済みの方、更新をされた方も、2026年4月～5月の更新時にフリーパス適用可能です！

詳しくは、サポートサイト内 特設ページよりご覧ください
※特設ページは、3月14日(金)より公開

https://www.careplan-renkei-support.jp

ケアプラン ヘルプデスク

ケアプランデータ連携システム ヘルプデスクサポートサイト
TEL 0120-584-708 受付時間 9:00～17:00（土日祝日除く）
サポートサイト内にて、お問い合わせも受け付けています。

- 1年間フリーパスの配布期間
2025年6月1日～2026年5月31日
- 対象となる事業所
全ての介護事業所（初めて、利用中、再利用）
- 利用可能な機能
全ての機能

さあ！
今が始め時



フリーパスキャンペーン特設サイトはこちら
※右記の二次元コードからもアクセスできます。



【〇介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善に対する支援】

施策名:ア 介護分野における物価上昇・賃上げ等に対する支援
(介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業)

令和7年度補正予算 1,920億円

別添 2

老健局老人保健課
※医療・介護等支援パッケージ（内線3942）

① 施策の目的

- 介護分野の職員の処遇改善については、累次の取組を講じてきた結果、介護職員の賃金は改善してきたものの、他産業とはまだ差がある状況。
- 介護分野の人材不足が厳しい状況にあるため、他職種と遜色のない処遇改善に向けて、令和8年度介護報酬改定において、必要な対応を行うこととし、報酬改定の時期を待たず、人材流出を防ぐための緊急的対応として、賃上げ・職場環境改善の支援を行う。支援については、持続的な賃上げを実現する観点で踏まえて実施する。

② 対策の柱との関係

I			II			III	
1	2	3	1	2	3	4	5
	○	○					

③ 施策の概要

- ① 介護従事者に対して幅広く賃上げ支援(※1)を実施。
 - ② 生産性向上や協働化に取り組む事業者(※2)の介護職員に対して賃上げ支援を上乗せ。
 - ③ 併せて、介護職員について、職場環境改善に取り組む事業者(※3)を支援(介護職員等の人件費に充てることも可能)。
- (※1) 処遇改善加算の対象サービスについては加算取得事業者、対象外サービス(訪問看護、訪問リハ、ケアマネ等)については処遇改善加算に準ずる要件を満たす(又は見込み)事業者が対象。
- (※2) 処遇改善加算の取得に加え、以下の要件を満たす事業者。
ア) 訪問、通所サービス等
→ ケアプランデータ連携システムに加入(又は見込み)等。
イ) 施設、居住サービス、多機能サービス、短期入所サービス等
→ 生産性向上加算Ⅰ又はⅡを取得(又は見込み)等。
- (※3) 処遇改善加算を取得の上、職場環境等要件の更なる充足等に向けて、職場環境改善を計画し実施する事業者(要件は、令和6年度補正予算の「介護人材確保・職場環境改善等事業」と同様)。

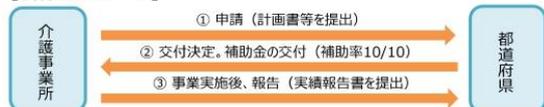
④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

(1) 支給要件・金額

- ① 介護従事者に対する幅広い賃上げ支援 1.0万円
- ② 協働化等に取り組む事業者の介護職員に対する上乗せ 0.5万円
- ③ 介護職員の職場環境改善の支援
※人件費に充てた場合、介護職員に対する0.4万円の賃上げに相当

(2) 対象期間: 令和7年12月～令和8年5月の賃上げ相当額を支給

【執行のイメージ】



(注) サービスごとに交付率を設定し、各事業所の総報酬にその交付率を乗じた額を支給(国10/10で都道府県に支給。併せて交付額算出のための国保連システム改修費用及び国・都道府県の必要な事務費等も確保)

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

- 介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援を実施することで、介護サービス提供に必要な人材確保につながる。