

令和5年度 佐倉市居宅介護支援事業者 集団指導

【日時】令和6年2月13日（火）

午前10時～11時半

次第 及び 資料目次

| | |
|--|-----------------|
| (1) 令和5年度の変更点 ・コロナの5類移行後の取り扱いについて ・住宅改修の申請について ・要介護認定等に係る個人情報提供について | 資料1 (P1～8) |
| (2) 介護保険負担限度額認定について | 資料2 (P9～11) |
| (3) 住宅改修について | 資料3 (P12～15) |
| (4) 居宅療養管理指導について | 資料4 (P16～17) |
| (5) 認定有効期間の半数を超える短期入所利用の取り扱いについて | 資料5 (P18～19) |
| (6) その他 | 資料6 (P20～22) |
| (7) 管理者向け留意事項 ・特定事業所集中減算について ・その他 | 資料7 (P23～27) |
| (8) ・指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の改正の主な内容について ・居宅介護支援事業所による介護予防支援の指定について | 資料8 (P28～32) |
| (9) 資料 ・令和6年度介護報酬改定に関する審議会報告の概要 ・令和6年度介護報酬改定の主な事項について ・電子申請・届出システムについて ・離職防止について | 別添資料 |

《新型コロナウイルス感染症の感染防止上の位置づけの変更に伴う人員基準等に関する臨時的な取扱いについて》

厚生労働省が示してきた新型コロナウイルス感染症に係る人員基準の臨時的な取扱いについて、令和5年5月8日以降の取扱いの変更を示す事務連絡である「新型コロナウイルス感染症の感染防止上の位置づけの変更に伴う人員基準等に関する臨時的な取扱いについて」が提示されました。

詳細はホームページ「14016」ページをご確認ください。

下記についても、臨時的取扱いは終了していますのでご注意ください。

1. 居宅介護支援のサービス担当者会議の取扱いについて

感染拡大防止の観点から、やむを得ない理由がある場合については、利用者の自宅以外での開催や電話・メールなどを活用するなどにより、柔軟に対応することが可能である。

2. モニタリングの取扱いについて

感染拡大防止の観点から、令和2年2月17日付事務連絡「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」において示されたとおり、利用者事情等により、利用者の居宅を訪問できない等、やむを得ない理由がある場合については、月1回以上の実施ができない場合についても、柔軟な取扱いが可能である。

住宅改修事前申請における「確認のお知らせ（着工許可）」 発行の取り扱い変更について

昨年度まで、窓口提出時に基本的に即日で確認書類をお渡ししておりましたが、令和5年4月申請受付分から、介護保険給付対象であることの判定の標準化を目指し、担当者複数名で確認することとなりました。

そのため、確認のお知らせ（着工許可）の取り扱いを下記のとおり変更いたします。
施工会社様、ケアマネジャーの皆さまのご理解、ご協力をお願いいたします。

**変更点：即日発行 ➡ 翌開庁日（午前受付→翌営業日
午後受付→翌々営業日）にメールにて送付します**

令和5年4月以降の事前申請書の取り扱い

1. 窓口で書類を受け付けます。
〈確認事項〉
 - ・必要書類が揃っているか、被保険者情報、理由書の内容などを確認します。
 - ・着工許可の送付先となる施工会社のメールアドレス、ご担当者様を確認します。
2. 住宅改修担当者が審査を行います
〈確認事項〉
 - ・提出書類一式の理由書の記載内容、写真、図面等から、申請工事の内容が介護保険支給に該当することを、複数の担当者で審査します。
 - ・審査中に問合せ項目があれば、都度ケアマネジャー、施工会社様、または被保険者ご本人へ電話等で連絡し、疑義を解消のうえ、可否を判定します。
3. 審査結果をメールしますので、着工許可を確認いただき、工事を開始してください。

※ 12時～13時の間は、当番受付のためご申請はお控えください。

～要介護認定等に係る個人情報提供手続きご案内～

(令和5年4月1日から)

| | |
|------|--|
| 内容 | ケアプラン作成のための参考資料として、訪問調査内容および主治医意見書の内容の開示を求めるための申請書です。(業者用) |
| 手続方法 | <p>個人情報を<u>窓口</u>で受け取る場合と、<u>郵送</u>で受け取る場合で手続方法が異なります。</p> <p>【窓口】での受取 ⇒ 詳細は2ページから ※使用する様式は「要介護認定等に係る個人情報提供申出書兼受領書」</p> <p>【郵送】での受取 ⇒ 詳細は5ページから ※使用する様式は「要介護認定等に係る個人情報提供申出書【郵送用】」</p> |
| 注意点 | <p>①居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、小規模多機能型居宅介護事業所が申出書を提出する場合、対象者について以下の書類が提出されていないと個人情報の開示はできません。</p> <p>要支援1・2のかた…「介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書」</p> <p>要介護1～5のかた…「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」</p> <p>※「要介護認定等に係る個人情報提供申出書」と同時に提出することもできます。</p> <p>②本人に要介護認定等結果通知書が届いてから申出を行ってください。</p> |
| 提出場所 | <p>〒285-8501 千葉県佐倉市海隣寺町97番地 佐倉市役所 社会福祉センター1階 介護保険課 介護給付班</p> <p>※窓口受取の場合…介護保険課4番窓口(赤い看板が目印)までお越しください。</p> |
| 手数料 | なし |

情報を【窓口】で受け取る場合

介護保険課（043-484-6174）へ電話で予約してください。

電話で予約



| | |
|----------|---|
| 電話予約受付時間 | 午前8時30分～12時00分（土・日・祝・年末年始を除く） ※お急ぎの場合は、対応いたしますのでご相談ください。 |
|----------|---|

予約時に、以下の内容をお伝えください。

- ①事業所・施設名
- ②予約者名（窓口にて受け取られるかたが予約してください）
- ③事業所番号下4桁
- ④連絡先
- ⑤被保険者番号
- ⑥被保険者氏名
- ⑦希望する資料の認定年月日
- ⑧必要資料 [訪問調査票（特記事項のみ）・審査会資料・主治医意見書]

4件以上ある場合は、聞き取り誤りを防ぐため、電子メールまたはFAXにて、請求してください。

事前に↓「要介護認定等に係る個人情報提供申出書兼受領書」に記載の上、

https://www.city.sakura.lg.jp/soshiki/kaigohokenka/dl_kaigohoken/40/3108.html

介護保険課あて電子メールまたはファクスにて送信してください。

⇒送信後は、上記受付時間内に[介護給付班]へその旨をお電話ください。

【電子メール】 kaigo@city.sakura.lg.jp

↳ 添付ファイルは、必ずパスワード設定により暗号化してください。

【ファクス】 FAX:043-486-2503

↳ ファクスの場合、必ず対象者氏名の一部を黒塗り(■)してください。

例:「サクラ タロウ」→「サ■ ■ タ■ ■」

※予約は、被保険者本人に要介護認定等結果通知書が届いてから行ってください。

※居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、小規模多機能型居宅介護事業所からの申出で、居宅サービス計画作成依頼届出書・介護予防サービス計画作成依頼届出書をまだ提出していない場合は、受取時まで提出してください。また、予約時には「これから提出する」旨をお伝えください。

※窓口での予約も可能です。（予約時と受取時に従業員身分証明証をご提示ください）

窓口で予約したい場合は、申出書を先に提出いただくとスムーズですが、口頭での予約も受け付けています。（原則としてその場での提供はできませんので、受取のために再度、窓口

窓口で受け取る



翌営業日から提供が可能です。

必要書類（次ページ）をお持ちの上、窓口にお越しください。

※市役所開庁時間内(午前8時30分～午後5時15分)にお越しください。

原則として、12時から13時はお控えいただきますようお願いいたします。

※お急ぎの場合は、対応いたしますのでご相談ください。

◆【窓口】受取時に必要な書類一覧

①居宅介護支援事業所

| 要介護1～5 | |
|--------|---|
| 提出 | <p>必須 要介護認定等に係る個人情報提供申出書兼受領書</p> <p>未提出の場合 居宅介護サービス計画作成依頼（変更）届出書</p> <p>市から連絡があった場合 同意書※</p> |
| 提示 | <p>必須 従業員身分証明書（原本）</p> |

| 要支援1・2 | |
|--------|---|
| 提出 | <p>必須 要介護認定等に係る個人情報提供申出書兼受領書</p> <p>未提出の場合 介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書</p> <p>市から連絡があった場合 同意書※</p> |
| 提示 | <p>必須 従業員身分証明書（原本）</p> <p>必須 介護予防支援利用契約書（写し※利用者名と、委託先事業所名が入っているもの）</p> |

②地域包括支援センター

| | |
|----|---|
| 提出 | <p>必須 要介護認定等に係る個人情報提供申出書兼受領書</p> <p>未提出の場合 介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書</p> <p>市から連絡があった場合 同意書※</p> |
| 提示 | <p>必須 従業員身分証明書（原本）</p> |

③介護保険施設・介護付有料老人ホーム・グループホーム

| | |
|----|---|
| 提出 | <p>必須 要介護認定等に係る個人情報提供申出書兼受領書</p> <p>市から連絡があった場合 同意書※</p> |
| 提示 | <p>必須 従業員身分証明書（原本）</p> <p>必須 次のいずれか一点（原本または写し）</p> <ul style="list-style-type: none"> 入所・入居申込書 入所・入居契約書 施設名及び入所等年月日が記入された介護保険被保険者証 |

④小規模多機能型居宅介護事業所

| 要介護1～5 | |
|--------|--|
| 提出 | 必須 要介護認定等に係る個人情報提供申出書兼受領書 未提出の場合 居宅介護サービス計画作成依頼（変更）届出書 市から連絡があった場合 同意書※ |
| 提示 | 必須 従業員身分証明書（原本） |

| 要支援1・2 | |
|--------|--|
| 提出 | 必須 要介護認定等に係る個人情報提供申出書兼受領書 未提出の場合 介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書 市から連絡があった場合 同意書※ |
| 提示 | 必須 従業員身分証明書（原本） |

※「同意書」は、居宅介護支援事業者等に個人情報を提供することの本人の同意を確認するための書類です。既に「介護保険要介護・要支援認定申請書」内において個人情報提供についての同意を得られている場合は不要です。同意書が必要な場合は、市から事業者に連絡いたします。

情報を【郵送】で受け取る場合

次の書類を介護保険課へ郵送してください。



【宛先】

〒285-8501

千葉県佐倉市海隣寺町97番地

佐倉市役所 介護保険課 介護給付班

①居宅介護支援事業所

要介護1～5

必須 要介護認定等に係る個人情報提供申出書【郵送用】

必須 従業員身分証明書（写し）

必須 返信用封筒（切手（※1人分84円、2人分94円）を貼付し、宛先を明記したもの）

未提出の場合 居宅介護サービス計画作成依頼（変更）届出書

要支援1・2

必須 要介護認定等に係る個人情報提供申出書【郵送用】

必須 介護予防支援利用契約書（写し※利用者名と、委託先事業所名が入っているもの）

必須 従業員身分証明書（写し）

必須 返信用封筒（切手（※1人分84円、2人分94円）を貼付し、宛先を明記したもの）

未提出の場合 介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

②地域包括支援センター

必須 要介護認定等に係る個人情報提供申出書【郵送用】

必須 従業員身分証明書（写し）

必須 返信用封筒（切手（※1人分84円、2人分94円）を貼付し、宛先を明記したもの）

未提出の場合 介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

③介護保険施設・介護付有料老人ホーム・グループホーム

必須 要介護認定等に係る個人情報提供申出書【郵送用】

必須 次のいずれか一点（写し）

- 入所・入居申込書
- 入所・入居契約書
- 施設名及び入所等年月日が記入された介護保険被保険者証

必須 従業員身分証明書（写し）

必須 返信用封筒（切手（※1人分84円、2人分94円）を貼付し、宛先を明記したもの）

④小規模多機能型居宅介護事業所

要介護1～5

必須 要介護認定等に係る個人情報提供申出書【郵送用】

必須 従業員身分証明書（写し）

必須 返信用封筒（切手（※1人分84円、2人分94円）を貼付し、宛先を明記したもの）

未提出の場合 居宅介護サービス計画作成依頼（変更）届出書

要支援1・2

必須 要介護認定等に係る個人情報提供申出書【郵送用】

必須 従業員身分証明書（写し）

必須 返信用封筒（切手（※1人分84円、2人分94円）を貼付し、宛先を明記したもの）

未提出の場合 介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

《介護保険負担限度額認定について》

本人や配偶者が課税であったり資産の額が一定額を超えたり、明らかに要件を満たさない方であるにも関わらず、要件についてのご案内を受けずに申請をして、非該当となる方が散見されます。

介護保険負担限度額認定の要件を再度ご確認の上、ご案内いただきますよう、ご協力をお願いいたします。

＜介護保険負担限度額認定の要件＞

- ① : 利用者本人を含む世帯全員（別世帯の配偶者を含む）が住民税非課税である
- ② : 所得金額及び預貯金等の資産の額が一定額以下である

※ 課税であった配偶者が逝去し要件を満たすようになった場合等、本人、配偶者や世帯員の方の状況の変化によって、要件を満たすようになった際には、申請勧奨するなど、必要に応じて制度のご案内をお願いいたします。

介護保険負担限度額認定の要件を再度ご確認の上、ご案内いただきますよう、ご協力をお願いいたします。

【介護保険負担限度額認定について】

施設サービスやショートステイでの食費・居住費は全額自己負担が原則ですが、要件を満たし、介護保険負担限度額認定を受けたかた（※申請が必要です）は、食費・居住費の負担額が減額されます。

1 対象となるサービスは？

- ①施設サービス・・・特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院・介護療養型医療施設
- ②ショートステイ・・・（介護予防）短期入所生活介護・（介護予防）短期入所療養介護
- ③地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・・・地域密着型特別養護老人ホーム

※負担限度額認定制度を一部、または全部利用できない施設があります。詳しくは各施設へお問い合わせください。

2 対象となる人は？

要件①：利用者本人を含む世帯全員（別世帯の配偶者を含む）が**住民税非課税**である

要件②：所得金額及び預貯金等の**資産の額が一定額以下**である（下記表のとおり）

| 所得段階 | 所得要件 | 資産要件 |
|-------|---|------------------------------|
| 第1段階 | 老齢福祉年金を受給のかた・生活保護受給者のかた | 単身 1,000万円以下 夫婦 2,000万円以下 |
| 第2段階 | 収入額が80万円以下のかた 【収入額】合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金（遺族年金・障害年金） | 単身 650万円以下 夫婦 1,650万円以下 |
| 第3段階① | 収入額が80万円超120万円以下のかた 【収入額】合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金（遺族年金・障害年金） | 単身 550万円以下 夫婦 1,550万円以下 |
| 第3段階② | 収入額が120万円超のかた 【収入額】合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金（遺族年金・障害年金） | 単身 500万円以下 夫婦 1,500万円以下 |

※65歳未満（2号被保険者）のかたの資産要件は単身1,000万円（夫婦2,000万円）です。

※課税世帯のかたでも、高齢夫婦世帯などにおいて一方のかたが施設に入所し、食費・居住費を負担した結果生計困難になるなど、下記の6つの要件を全て満たす場合は、特例的に第3段階の負担軽減を受けることができます。（申請が必要です。詳しくはご相談ください。）

①2人以上の世帯のかた（別世帯に配偶者がいる場合や施設入所により世帯が分かれた場合も、なお同一世帯とみなす。②～⑥において同じ。）、②介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所し、食費・居住費について全額自己負担している、③世帯の年間収入から施設の利用者負担の見込み額を除いた額が80万円以下、④世帯の現金・預貯金等の額が450万円以下、⑤世帯が日常生活に必要な資産以外に利用し得る資産を有していない、⑥世帯全員が介護保険料を滞納していない

3 基準費用額と負担限度額

居住費と食費には、基準費用額と第1～3段階②の負担限度額が設けられています。負担限度額認定を受けた場合は、自己負担は負担限度額の範囲内の金額になり、基準費用額と負担限度額の差額を介護保険が負担します。

●1日当たりの居住費・食費

| 利用者負担段階 | 1日当たりの居住費 | | | | | | 1日当たりの食費 | |
|---------|-----------|-------------|-----------|------------------|---------|----------------|----------------|-------------------|
| | ユニット型個室 | ユニット型個室的多床室 | 従来型個室(特養) | 従来型個室(老健)(介護医療院) | 多床室(特養) | 多床室(老健)(介護医療院) | 施設入所(その他のサービス) | ショートステイ(短期入所生活介護) |
| 第1段階 | 820円 | 490円 | 320円 | 490円 | 0円 | 0円 | 300円 | 300円 |
| 第2段階 | 820円 | 490円 | 420円 | 490円 | 370円 | 370円 | 390円 | 600円 |
| 第3段階① | 1,310円 | 1,310円 | 820円 | 1,310円 | 370円 | 370円 | 650円 | 1,000円 |
| 第3段階② | 1,310円 | 1,310円 | 820円 | 1,310円 | 370円 | 370円 | 1,360円 | 1,300円 |
| 基準費用額 | 2,006円 | 1,668円 | 1,171円 | 1,668円 | 855円 | 377円 | 1,445円 | 1,445円 |

4 認定の申請方法

1. **申請書** および **同意書** に必要事項を記入します。

2. 下記の**添付書類**をそろえてください（※生活保護受給者の方は添付書類は必要ありません）

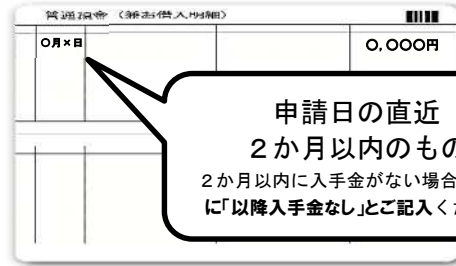
- 被保険者本人と配偶者（世帯外配偶者を含む）の**すべての預貯金通帳**について、下記①～④のコピー

① 通帳の表面をめくって **内側** 見開きページ



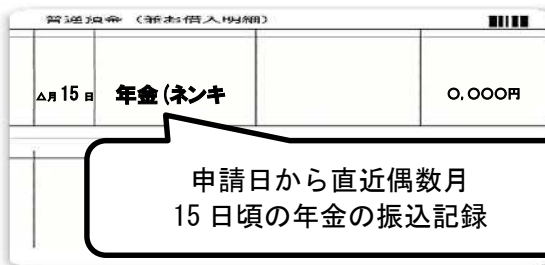
銀行名
支店名
口座番号
口座名義

② 口座の**最終残高**がわかるページ



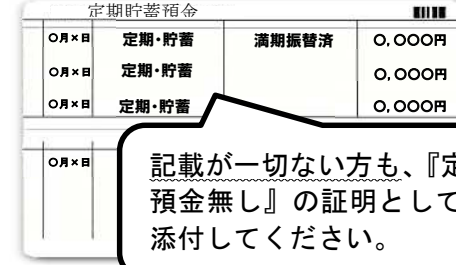
申請日の直近
2か月以内のもの
2か月以内に入金がない場合は余白に「以降入金なし」とご記入ください

③ 年金受給者は**年金振込**のわかるページ



申請日から直近偶数月
15日頃の年金の振込記録

④ **定期預金・貯蓄預金**の記録がわかるページ



記載が一切ない方も、『定期・貯蓄預金無し』の証明としてコピーを添付してください。

- **その他資産**については下記表の通り添付書類をご用意ください

| 資産の種類 | 対象か否か | 提出書類 |
|--|-------|------------------------------------|
| 有価証券（株式・国債・地方債・社債など） | ○ | 証券会社や銀行の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可） |
| 金・銀（積立購入を含む）など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属 | ○ | 購入先の口座残高の写し |
| 投資信託 | ○ | 銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可） |
| タンス預金（現金） | ○ | ※申請書への記入のみ |
| 負債（借入金・住宅ローンなど） | ○ | 借用証書などの写し |

ネットバンクや通帳アプリ等オンライン上で資産を記録されている方

対象の口座番号・名前・金額（年金記録・最終残高）がわかる画面のスクリーンショットやPDFを印刷し、ご添付下さい。

3. 佐倉市役所 介護保険課窓口へ提出します（郵送可）。

5 申請から決定まで

申請後、通常（※）2週間程度で決定通知書を郵送します。負担限度額の対象となる方は、負担限度額認定証も郵送します。

① 内容を確認してください。

証には、食費と居住費の負担限度額が記載されています。証の有効期間は、通常、申請日（郵送の場合消印有効）の属する月の初日から開始し、申請日以後最初に到来する7月31日までとなります。

② 対象となるサービス利用時に認定証を施設に提示します。

負担限度額の範囲内の自己負担になります。

【問合せ・送付先】

郵送の場合、切り取って宛名としてご利用いただけます



〒285-8501

千葉県佐倉市海隣寺町 97 番地

佐倉市役所 介護保険課 介護給付班

電話：043-484-6174

※ 以下に当てはまる場合は発送が遅くなる場合があります。

- 介護認定がまだ出ていない場合
- 本人または家族に他市区町村からの転入者がいる場合
- 遺族年金や障害年金を受給している場合
- 他市区町村に配偶者が居住している場合
- **申請書類に不備がある場合**

居宅介護（介護予防）住宅改修について

1. 基準

介護保険の支給対象の改修工事を行う場合で、事前申請及び工事後の申請手続きがされた場合に支給されます。

目的 : 居宅での日常生活を営みやすくすること

理由 : 被保険者本人の身体の状態や住環境はそれぞれ全く違うため、状況を詳細に把握し、その工事によって目的が達成できそうなものなのか。

対象者 : 佐倉市の被保険者の方で要支援、要介護認定を受けている方

対象の住宅 : 介護保険被保険者証に記載されている住所地で、実際に居住していること。

支給金額 : 20万円まで

(市内転居した場合や介護度が3段階上がった場合は、再度申請可)

2. 留意事項

- ・入院中や介護認定申請中の場合、事前申請及び工事はできますが、事後申請はできません。万が一退院できない場合や認定が非該当になった際の工事費用は、事前申請がされていても、支給されません。
- ・一時的に身を寄せている住宅の工事は対象外です。
- ・単に老朽化、物理的な劣化や故障という理由だけの工事は対象外です。
- ・趣味、リハビリ、生きがい支援、仕事のためという理由は対象外です。
- ・二階に上がるための手すりについては、一階での生活を検討したうえで、二階へ行く目的や必要な生活動線なのか、また同居のご家族が居る場合はご家族ができないのか（家事をやったことが無い、今まで本人がやってきたから、ご家族の仕事が忙しいという理由は不可）を再度確認し、検討結果及び必要な改修内容を明確に記入してください。
- ・住宅の所有者が被保険者ご本人又は配偶者以外の場合は、住宅改修の承諾書が必要です。共有名義のケースで、共有名義者の承諾のないまま工事を施行することのないよう、理由書を作成する前に対象家屋所有者全員の承諾を得ていることを確認してください。

3. 理由書について

- ・作成者は、被保険者を担当しているケアマネジャー若しくは、包括支援センターの職員です（住環境コーディネーターは不可です）
- ・身体状況や日常生活動線や福祉用具貸与の導入状況を含めた住宅の状況などを総合的に勘案し、必要な改修内容（箇所、形状、内容）や選定理由を詳細に記入してください。
（「加齢による筋力低下」「意欲の低下」「安全安心」などの抽象的な文言ではなく、本人は何ができなくて、どの程度介護する人がいるのか、どの動作をする際に何が不足しているのか、どのような工事をする事で、改善されるのかを具体的に記入してください）
- ・動線がわかるように、始点・終点を記載してください。

記載例 1

| | |
|-----|--|
| 悪い例 | 「手すりを取付けることで安全に入浴できる。」 |
| 良い例 | 「浴槽脇に縦手すりを1本取付けることで、浴槽の跨ぎ動作でふらつきや転倒のリスクが軽減され、安全に浴槽の出入りができる。」 |

記載例 2

| | |
|-----|--------------|
| 悪い例 | 「廊下」 |
| 良い例 | 「寝室から脱衣所の廊下」 |

※ご本人やご家族の希望だけを記載するのではなく、ケアマネジャーの専門的な目線で、必要性や妥当性を検討してください。

※理由書の記載が不十分な場合には、口頭での確認及び書類の差し替えをお願いする場合があります。

住宅改修が必要な理由書

<基本情報>

| | | | | | | | | | |
|-----|--------|-----------------|-----------------------------------|------|---|---|---|----|---|
| 利用者 | 被保険者番号 | 年齢 | 歳 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 被保険者氏名 | 要介護認定 (該当に○) | 経過的要介護・要支援1・要支援2 I II・III・IV・V | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | |

< 記入例 >

| | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|-----|---|---|---|
| 作成者 | 現地確認日 | 年 | 月 | 日 | 作成日 | 年 | 月 | 日 |
| | 所属事業所 | | | | | | | |
| | 資格 <small>(作成者が介護支援専門員でないとき)</small> | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 連絡先 | | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|-----|---|---|---|-----|--------------------------------------|
| 保険者 | 確認日 | 年 | 月 | 日 | 評価欄 | <h3>※ 記入された内容で、住宅改修が必要なことが、わかる例</h3> |
| | 氏名 | | | | | |

<総合的状況>

| | | | | | |
|---------------------------|---|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| 利用者の身体状況 | 変形性股関節症のため、右足を上げる動作を行うと痛みがひどく、歩幅が狭い。そのため少しでも急いだ動きをすると家の中でも転倒してしまうことがある。自宅内は杖を、外ではシルバーカーを使用している。また、過活動膀胱のため、夜間にトイレに2回以上行く。 | 福祉用具の現状の利用状況と改修後の想定 | | | |
| 介護状況 | 現在、夫と息子と3人で生活をしているが、息子は平日の7時から19時まで仕事で家に居ないので、平日は夫と二人で過ごしている。週に1回デイサービスを利用しており、病院への定期的な受診も週に1度通っている。家事の中でも、調理は夫に手伝ってもらいながら自分のペースで少しはできるが、部屋の掃除は、しゃがむ動作などは足が痛いため夫が行っている。買い物は週末息子がまとめて購入し、お風呂やトイレの掃除も息子が週に1、2回やっている。自分の着替えや食事や排せつは自分でできる。股関節悪く、足が上がりにくいいため、長く歩くことや段差の上り下りの動きが悪いので、介護が必要な状況。 | ●車いす | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか | 現在、廊下に手すりが無いので、杖をついてトイレまで行っているが、平らな床でもつま先が引っ掛かり、日中でも転倒したことがある。特に夜間は、急いでトイレへ行くことが多く、転倒し、さらに足の痛みが増すことも多くなっている。寝室からトイレまでの廊下に手すりを設置し、手すりを使用して移動することで、転倒するリスクを避けることができる。これ以上足の痛みを悪化させないようにして、日常生活で自分のできることが減らないようにしていきたいと本人も家族も望んでいる。 | ●特殊寝台 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 住宅改修により、利用者等の日常生活がどう変わったか | | ●床ずれ予防用具 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | ●体位変換器 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | ●手すり | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | | ●スロープ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | ●歩行器 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | | ●歩行補助つえ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | | ●認知症老人徘徊感知機器 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | ●移動用リフト | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | ●腰掛便座 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | ●特殊尿器 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | ●入浴補助用具 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | ●簡易浴槽 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | ●トイレ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | () | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | 改修完了日 | 年 | 月 | 日 |
| | | 評価年月日 | 年 | 月 | 日 |

住宅改修が必要な理由書

<基本情報>

| | | | | | | | | | |
|-----|--------|-----------------|-----------------------------------|------|---|---|---|----|---|
| 利用者 | 被保険者番号 | 年齢 | 歳 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 被保険者氏名 | 要介護認定 (該当に○) | 経過的要介護・要支援1・要支援2 I II・III・IV・V | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | |

< 記入例 >

| | | | | | | | | |
|-----|-------|--------------------|---|---|-----|---|---|---|
| 作成者 | 現地確認日 | 年 | 月 | 日 | 作成日 | 年 | 月 | 日 |
| | 所属事業所 | | | | | | | |
| | 資格 | (作成者が介護支援専門員でないとき) | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 連絡先 | | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|-----|---|---|---|-----|--------------------------------------|
| 保険者 | 確認日 | 年 | 月 | 日 | 評価欄 | ※ 記入された内容では、住宅改修が必要なのか、わからない例 |
| | 氏名 | | | | | |

<総合的状況>

| 利用者の身体状況 | <p>高齢により身体の動きに不安を覚えてきた。</p> <p>➡どのような身体で、どのような動きに不安があるのか、より具体的に記入してください。</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">福祉用具の現状の利用状況と改修後の想定</th> <th>改修前</th> <th>改修後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>●車いす</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●特殊寝台</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●床ずれ予防用具</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●体位変換器</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●手すり</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●スロープ</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●歩行器</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●歩行補助つえ</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●認知症老人徘徊感知機器</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●移動用リフト</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●腰掛便座</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●特殊尿器</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●入浴補助用具</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●簡易浴槽</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>●その他</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>()</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>()</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>()</td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2">改修完了日</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr> <tr><td colspan="2">評価年月日</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr> </tbody> </table> | 福祉用具の現状の利用状況と改修後の想定 | | 改修前 | 改修後 | ●車いす | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●特殊寝台 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●床ずれ予防用具 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●体位変換器 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●手すり | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●スロープ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●歩行器 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●歩行補助つえ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●認知症老人徘徊感知機器 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●移動用リフト | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●腰掛便座 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●特殊尿器 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●入浴補助用具 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●簡易浴槽 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ●その他 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | () | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | () | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | () | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 改修完了日 | | 年 | 月 | 日 | 評価年月日 | | 年 | 月 | 日 |
|---------------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|-----|-----|------|--|--------------------------|--------------------------|-------|--|--------------------------|--------------------------|----------|--|--------------------------|--------------------------|--------|--|--------------------------|--------------------------|------|--|--------------------------|--------------------------|-------|--|--------------------------|--------------------------|------|--|--------------------------|--------------------------|---------|--|--------------------------|--------------------------|--------------|--|--------------------------|--------------------------|---------|--|--------------------------|--------------------------|-------|--|--------------------------|--------------------------|-------|--|--------------------------|--------------------------|---------|--|--------------------------|--------------------------|-------|--|--------------------------|--------------------------|------|--|--------------------------|--------------------------|-----|--|--------------------------|--------------------------|-----|--|--------------------------|--------------------------|-----|--|--------------------------|--------------------------|-------|--|---|---|---|-------|--|---|---|---|
| 福祉用具の現状の利用状況と改修後の想定 | | | 改修前 | 改修後 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●車いす | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●特殊寝台 | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●床ずれ予防用具 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●体位変換器 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●手すり | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●スロープ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●歩行器 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●歩行補助つえ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●認知症老人徘徊感知機器 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●移動用リフト | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●腰掛便座 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●特殊尿器 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●入浴補助用具 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●簡易浴槽 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ●その他 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修完了日 | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 評価年月日 | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護状況 | <p>妻と二人で生活している。</p> <p>➡介護状況を詳細に記入してください。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか | <p>これからも夫婦で協力して生活していきたい。安心安全な生活を送りたい。</p> <p>➡住宅改修の必要性がこれでは不明です。どの部分の住宅改修をすることで、どのように変えていきたいのかを記入してください。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅改修により、利用者等の日常生活がどう変わったか | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. 居宅療養管理指導とは

在宅の利用者であって、通院が困難なものに対して、利用者の居宅を訪問し提供されるサービスです。また、下記の利用者に対しても提供が可能です。

ア 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅などの集合住宅等に入居又は入所している利用者

イ 小規模多機能型居宅介護(宿泊サービスに限る)、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス(宿泊サービスに限る)、介護予防小規模多機能型居宅介護(宿泊サービスに限る)、介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている利用者

※ショートステイ先や、お泊りデイサービス先といった、居宅以外の場所でのサービス提供はできません。

2. 留意事項

- ・ サービス提供ごとに、ケアマネジャーへケアプラン作成等に必要な情報の提供が必要です。情報提供がされていない場合は算定できません。月に複数回サービス提供を行う場合であっても、毎回情報提供を行う必要があります。
- ・ 1月に1人の利用者について算定できるのは、医師・歯科医師・薬剤師の場合、業種ごとに1か所のみです。月の前半と後半で担当医院等が変更になった場合は、どちらか一方のみが算定できます。
- ・ 居宅療養管理指導費は、通院が困難な利用者について、定期的に訪問して指導等を行った場合の評価です。継続的な指導等の必要のない利用者や、通院が可能な利用者に対して安易に算定しないでください。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる利用者などは、通院が容易であると考えられるため、やむを得ない事情がある場合を除き算定できません。(令和3年4月1日施行の改正通知。指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び居宅介護支援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12年3月1日老企第36号)第2の6の(1))

3. 算定できない例

- ① ケアマネジャーが知らない間にサービス提供がなされ、情報提供がない場合や、1か月分まとめて情報提供がされた場合。
- ② ショートステイ先、お泊りデイサービス先などの居宅以外の場所へ訪問し、サービス提供した場合。
- ③ 算定上限回数を超えた分の算定。
- ④ 1月に複数の医師、歯科医師等からサービス提供を受けた場合(医師・歯科医師・薬剤師の場合、業種ごとに1か所のみ算定可)。
※有料老人ホーム等入居月の複数事業所の算定による過誤が散見されます。入居時の引継ぎにご注意下さい。

《認定有効期間の半数を超える短期入所利用の 取扱いについて》

短期入所利用サービスの利用日数(累計)が有効期間の概ね半数を超える計画を作成する場合は、担当介護支援専門員が「要介護認定有効期間の半数を超える短期入所についての理由書」を佐倉市に提出いただいております。

提出にあたっては、下記にご注意ください。

1. 介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所サービスを位置付ける場合にあっては、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し、居宅サービス計画の作成過程における個々の利用者の心身の状況やご家族やその置かれている環境等の適切な評価（アセスメント）を行ってください。
2. 認定有効期間の半数を超えて短期入所を利用している場合には、必要に応じ、特別養護老人ホーム等への施設への申し込みを検討する等必要な援助を行ってください。
3. 認定有効期間の半数を超えて短期入所を利用することは、特例であるため、詳細な理由をご記入ください。「ショートで状態が安定しているから・金銭的に助かるから・ショート先が近いから」という理由は特例にはあたりません。

認定有効期間の半数を超える短期入所利用の取り扱いについて

更新日：2022年06月01日

ページ番号：2947

介護支援専門員は居宅サービス計画において短期入所サービスを位置づけるにあたっては、利用日数が要介護認定の有効期間全体の概ね半数を超えないようにしなくてはならないとされています。

短期入所サービスの利用日数（累計）が認定有効期間の概ね半数を超える計画を作成する場合は、**令和3年2月1日から**介護支援専門員から佐倉市へ「認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用の届出書」の提出が必要です。

提出書類

1. 認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用の届出書（下記ファイルをダウンロードしてください）
2. 居宅サービス計画第1～7表（モニタリング含む）

(注意)認定期間以前の書類に、短期入所の必要性について詳しく議論したもの等がある場合は、併せて提出してください。

届出時期

認定有効期間ごとに、短期入所サービス利用日数が概ね認定有効期間の半数を超える1か月前まで。

(例：令和3年3月1日に認定有効期間の半数を超える場合 ⇒ 令和2年2月1日までに提出)

提出にあたっての注意点

1. 介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所サービスを位置づけるにあたっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分留意し、居宅サービス計画の作成過程における個々の利用者の心身の状況やその置かれている環境等の適切な評価（アセスメント）を行ってください。
2. 有効期間の半数を超えて短期入所を利用している場合には、必要に応じ、特別養護老人ホーム等の施設への申し込みを検討するなど必要な援助を行ってください。

提出書類

認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用の届出書

[認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用の届出書 \(PDFファイル: 95.9KB\)](#)

[\(記入例\) 認定有効期間の半数を超える短期入所サービス利用の届出書 \(PDFファイル: 104.8KB\)](#)

提出先（郵送可）

〒285-8501 千葉県佐倉市海隣寺町97番地 介護保険課 介護給付班

この記事に関する お問い合わせ先

[福祉部]介護保険課(介護給付班)
〒285-8501千葉県佐倉市海隣寺町9 7 番地
電話番号:043-484-6174
ファクス:043-486-2503
[メールフォームによるお問い合わせ](#)



さい。

PDFファイルを開覧するには「Adobe Reader (Acrobat Reader)」が必要です。お持ちでない方は、左記の「Adobe Reader (Acrobat Reader)」ダウンロードボタンをクリックして、ソフトウェアをダウンロードし、インストールしてくだ

その他 各事業所へのお願い

・令和5年度ケアプラン点検結果・質問内容（別紙）

令和5年4月から令和5年12月の間に実施したケアプラン点検の指摘事項をまとめました。居宅介護支援業務において、ご注意ください。

・介護給付費通知について

年に1回、全利用者（資格喪失者を除く）に対して「介護給付費通知書」を送付しています。令和5年度は3月下旬に発送の予定です。介護支援専門員の皆様におかれましては、利用者からの問い合わせ等への対応にご協力くださいますよう、よろしくお願いいたします。

・訪問介護（生活援助中心型）が厚生労働大臣が定める回数以上となる場合の居宅サービス計画の届出について

生活援助中心型の訪問介護の利用回数が厚生労働大臣が定める回数以上となる場合は、介護支援専門員から保険者への届出が必要です。

要介護1（27回）・要介護2（34回）・要介護3（43回）・要介護4（38回）・要介護5（31回）

詳細は、佐倉市HPをご参照ください。

<https://www.city.sakura.lg.jp/soshiki/kaigohokenka/23/306/5097.html>

・居宅介護サービス計画作成依頼届（居宅届）について

居宅介護サービス計画作成依頼届（以下、居宅届）の「計画作成開始日」について、よくご確認の上ご提出ください。

例えば、A居宅介護支援事業所からB居宅介護支援事業所に変更があった場合、3月1日からB居宅介護支援事業所でケアプラン作成であるのに、B居宅介護支援事業所が居宅届の計画作成開始日を「2月15日」と届け出た場合、A事業所は2月の居宅介護支援費を請求できなくなります。

※月初（月の営業日初日）の午前中が締め切りとなっております。

締め切り以降の受付分は、翌月の受付となり、請求可能月がひと月遅れますのでご注意ください。

[令和5年度 ケアプラン点検指摘事項まとめ] (R5.12末現在)

| 課題分析(アセスメント) について | |
|---|---|
| 指摘内容 | コメント |
| ① 全社協・在宅版ケアプランフェースシート1ページ目「相談受付」の日付がアセスメント日に毎回変更されている | 全社協・在宅版ケアプランフェースシート1ページ目「相談受付」は初回相談を受けた日、場所、受付者を記載します。初めて居宅を訪問しアセスメントを行った日は下部「アセスメント実施日(初回)」に記載します。この2か所は日にちが変更になることはありませんが、日にちが異なる場合もあることに留意してください。途中心身状況の変化で訂正がある場合は訂正した日付を空いている場所に記載し、追記もしくは見え消しで変更してください。 |
| ② 全社協・在宅版ケアプランフェースシート1ページ目「日常生活自立度判定基準」に主治医意見書以外の判定結果を記載していた | 判定結果は主治医意見書の最新の情報を記載してください。 なお、令和5年10月16日に介護保険最新情報Vol.1178「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、Vol.1179「課題分析標準項目の改正に関わるQ&A」が発出されています。ご参照ください。 |
| 居宅サービス計画書 について | |
| 指摘内容 | コメント |
| ③ 「短期目標の期間」より「援助内容の期間」の方が長い | 長期目標を達成するために短期目標を設定し、短期目標を達成するために援助内容を設定するため、援助内容と短期目標の「期間」は連動します。なお、援助目標、援助内容のそれぞれの「期間」は開始日と終了日を〇年〇月〇日～〇年〇月〇日と記載します。終了時期が特定できない場合等にあつては、開始時期のみを記載してください。それぞれの「期間」は「有効期間」も考慮します。 |
| サービス担当者会議 について | |
| 指摘内容 | コメント |
| ④ 追加のサービス事業者とのみサービス担当者会議を開催し、他事業者には後日交付を行った | 居宅サービス計画の変更になるため、一連の業務は必要です。日程調整を行ったがサービス担当者の事由により、参加が得られなかった場合、照会等により意見を求めることができます。 |
| 居宅介護支援経過 について | |
| 指摘内容 | コメント |
| ⑤ 更新時以外、月に1回程度の記録となっている | 支援経過は公的な記録です。利用者・家族、事業所間との情報共有等必要な情報、利用者等の心身状況など実際に行った事、聞き取った内容について、時系列で誰もが理解できるように記載します。 |
| モニタリング について | |
| 指摘事項 | コメント |
| ⑥ 単に居宅を訪問し、利用者に面会することをもってモニタリングと記載していた | 月1回以上居宅を訪問し、モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載します。その際、漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努めます。 |
| ⑦ 居宅サービス計画書の期間内のプランに対してのモニタリングが行われていなかった | モニタリングはその月のサービスに対して次月も継続か変更か中止かを確認するために行います。モニタリングを行った月に提供していない居宅サービス計画書のサービスに対してモニタリングを行うことはできません。 |
| その他 | |
| 指摘内容 | コメント |
| ⑧ 専門的用語を使用している | 介護支援専門員にとっては日常業務の中で当たり前を使用している言葉でも、利用者・家族は初めて耳にする言葉もあるため、相手が理解しやすい言葉を選択しながら説明することが大切です。 |

[令和5年度質問内容]

| | 質問 | 回答 |
|----|---|--|
| 1 | 事業所、サービス内容も変更はないが、利用者の転居で保険者が変更した場合の業務はどうしますか。 | 利用者の住所変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられます。なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号から第11号までの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してください。 |
| 2 | 入院が前もって決まっている場合、入院前に利用者に係る必要な情報を提供した場合でも、入院時情報連携加算を算定できますか。 | 利用者が病院又は診療所に入院してから3日以内とあるため、原則算定はできません。 |
| 3 | 特定事業所加算の要介護3から要介護5が40パーセントとは要支援の利用者も含まれますか？ | 要支援は含みません。 |
| 4 | 途中で要支援1から要支援2に変更となったが、要支援1の時にサービスを利用していなかった場合の日割り計算はどうなりますか。 | 日割り請求を行う場合は、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間に応じた日数に日額単位をかけて計算します。ただし、報酬区分が変更となる前(後)のサービス利用の実績がない場合にあつては、報酬区分が変更となった後(前)の報酬区分を算定することとし、サービス利用の実績がない報酬区分は算定しないため、サービスを利用していなかった日割りはできず、要支援2のみ日割りとなります。 |
| 5 | 途中で要支援から要介護に変更になったが、要介護になってからのサービス利用はない場合はどのように給付しますか。 | 日割り請求を行う場合は、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間に応じた日数に日額単位をかけて計算します。ただし、報酬区分が変更となる前(後)のサービス利用の実績がない場合にあつては、報酬区分が変更となった後(前)の報酬区分を算定することとし、サービス利用の実績がない報酬区分は算定しません。要介護のサービスがなかった場合は包括が給付管理を行います。 |
| 6 | 要支援で総合事業(訪問型)を利用し、初回加算を算定した同月に区分変更で要介護となった場合、総合事業(訪問型)初回加算、訪問介護初回加算それぞれ算定できますか。 | 日割り計算のサービスコードがないため月末における月1回の算定となります。 |
| 7 | 同月で要支援から要介護になった場合、看護体制強化加算はそれぞれ算定できますか。 | 日割り計算のサービスコードがないため月末における月1回の算定となります。 |
| 8 | 途中で要支援1から支援2になった場合デイサービスの加算はそれぞれ算定できますか。 | 加算に日割りはなく、月に1回の算定となります。途中で事業所が変更の場合は変更後の事業所が算定します。 |
| 9 | 介護予防支援業務を委託している居宅介護支援事業所が変更になった場合、新しい居宅介護支援事業所は初回加算を算定できますか。また、転居等により、介護予防支援事業所が変更になった場合はどうですか。 | 事業所は変更になっても、当該介護予防支援事業所としては初めて当該利用者を担当するわけではないので、初回加算は算定できません。しかし、転居等により介護予防介護予防支援事業所としては支援事業所が変更になった場合は初めて当該利用者を担当するため、居宅介護支援事業所の変更はなくても初回加算は算定できます。 |
| 10 | 布団を2階に干すことは可能ですか。 | 2階に布団を干すことは可能ですが、階段の状況を確認し、危険があるようであれば1階の日当たりのいい場所に干す等アセスメント結果で判断してください。その際取り入れについても確認をしてください。 |
| 11 | 同居家族がいる場合の生活援助はどのように行えばいいですか | 本人、家族等のできることを整理し、生活援助を行わないと利用者の生活維持が行えない場合には生活援助算定が可能となる場合があります。アセスメント等で必要性の有無を確認してください。 |
| 12 | 便失禁等で着替えをした後の処理とはどこまでできますか。 | 身体でトイレ介助を行った際、便失禁で衣類を汚した場合、着替え、汚れた衣類の処理(衣類についての便を取り除く)までは身体で算定。その後の洗濯は必要に応じて生活援助、もしくは同居家族がいる場合は家族に依頼してください。 |
| 13 | 道が狭く通所介護の車が居宅前まで迎えに行けない場合訪問介護サービスを利用し、送迎車までの送り迎えができますか。 | 通所介護の送迎は居宅まで迎えに行くことが原則です。利用者の安全を確保するのに必要な人員は、通所サービス事業所で配置すべきであり、別途訪問介護費として算定することはできません。 |
| 14 | リハビリに使用するために福祉用具を貸与できますか。 | 介護保険の福祉用具は、要介護者等の日常生活上の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具であつて、利用者がその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助けるものについて、保険給付の対象としているため、機能訓練のみでの利用の貸与はできません。 |
| 15 | 車いすを室内用室外用2台を貸与することはできますか。 | 2台必要な理由があれば貸与は可能ですが、単に汚れる等で家用、外用で分けるのであれば1台は自費となります。 |
| 16 | オンラインで福祉用具購入の場合は福祉用具購入費の対象となりますか。 | 福祉用具購入の対象とはならず、全額自費となります。 |
| 17 | 小規模多機能利用者ショートステイ利用中に訪問看護は利用できますか。 | 居宅においては利用できますが、ショート利用中は利用できません。 |

特定事業所集中減算に係る「正当な理由」の判断基準

佐倉市福祉部介護保険課

- 1 居宅介護支援事業所の通常の事業実施地域（以下「実施地域」という。）において、「サービス種別ごとの事業所数」※が、当該判定期間の初日現在で、5事業所未満である場合
 - ※「サービス事業種別ごとの事業所数」：判定期間の初日現在で、最新の「千葉県介護サービス情報公表システム」に掲載されている事業所数とする。
- 2 判定期間の1か月当たりの平均居宅サービス計画件数が20件以下である場合
- 3 判定期間の1か月当たりの居宅サービス計画のうち、それぞれのサービスが位置付けられた居宅サービス計画の件数が1か月当たり平均10件以下の場合
- 4 その他正当な理由と市が認めた場合
 - (1) 「サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められる場合」として、以下のいずれかに該当する場合
 - ① 当該事業について、「紹介率最高法人」※がISOの認証（ISO9001）を取得している場合
 - ※「紹介率最高法人」：居宅介護支援事業所において、各判定期間（前期：3月1日～8月末日、後期：9月1日～2月末日）に作成した居宅サービス計画について、訪問介護等のサービス種別ごとに、当該サービスが位置づけられた居宅サービス計画の数を介護サービス事業者（法人）別に算出し、最もその件数の多い法人を「紹介率最高法人」という。（以下同じ。）
 - ② 当該事業について、「紹介率最高法人」が、福祉サービス第三者評価の標準項目において、項目別評価コメントにおける実施・未実施項目の数で、実施が90%以上（端数処理については、小数点以下第2位を四捨五入とする。）であり、かつ市の公表に同意する場合
 - なお、第三者評価結果の評価確定日が特定事業所集中減算の提出期限より前3年度分までのものとする。
 - ③ 当該事業について、「紹介率最高法人」が、介護予防・日常生活支援総合事業の第一号通所事業又は介護予防通所リハビリテーションを併せて実施している事業所であり、事業所評価加算を算定している場合

(2) 居宅サービス計画作成時点で、次のアからウに記載の内容のいずれかに該当する居宅サービス計画を除いて再計算した結果、当該事業について、「紹介率最高法人」の計画数が80%以下になる場合又は各サービス1か月当たりの平均居宅サービス計画件数が10件以下になる場合

ア 訪問介護

- ① 通院等乗降介助サービスを行っている事業所が、実施地域に5事業所未満である場合に、これらの事業所において、当該サービスを位置づけている居宅サービス計画
- ② 夜間、早朝又は休日のサービスを行っている事業所が、実施地域に5事業所未満である場合に、これらの事業所において、当該サービスを位置づけている居宅サービス計画
- ③ 特定事業所加算を算定している事業所が、実施地域に5事業所未満である場合に、要介護度4以上かつ認知症（日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はM）である者を対象として、当該事業所を位置づけている居宅サービス計画

イ 通所介護及び地域密着型通所介護

時間延長又は休日のサービスを行っている事業所が、実施地域に5事業所未満である場合に、これらの事業所において、当該サービスを位置づけている居宅サービス計画

ウ 全サービス共通

- ① 利用者からサービスの質が高いことを理由に、当該サービスを利用したい旨の理由書の提出を受けている場合であって、「地域ケア会議」等に当該利用者の居宅サービス計画を提出し、支援内容についての意見・助言を受けている居宅サービス計画
- ② 居宅介護支援事業所が、市町村や地域包括支援センターからの紹介を受けた、支援が困難な者（平成12年3月31日以前からの利用者を含む。）が対象である居宅サービス計画

居宅介護支援事業所の特定事業所集中減算について

いいね! シェアする ツイート

更新日：2023年02月07日

ページ番号：2948

居宅介護支援事業所は、毎年度2回、下表の判定期間において作成された居宅サービス計画のうち、対象となるサービスを位置付けた居宅サービス計画の数をそれぞれ算出し、それぞれ最も紹介件数の多い法人（以下、紹介率最高法人という）の名称等を記載した「特定事業所集中減算算定表」を作成し、当該書類を5年間保存することとなっています。

また、算定の結果、いずれかのサービスについて紹介率最高法人の割合が80%を超えた場合は、「特定事業所集中減算算定表」等を市に提出することとなっていますので、該当する事業所は、下記事項を参照の上、指定の期日までに提出してください。

なお、この場合において正当な理由がないとき（市が正当な理由に該当しないと判断したときを含む）は、減算適用期間における居宅介護支援費のすべてについて、1月につき200単位を所定単位数から減算して請求することとなります。

判定期間・提出期限・減算適用期間

| 区分 | 判定期間 | 提出期限 | 減算適用期間 |
|----|--------------|-------|----------------|
| 前期 | 3月1日から8月31日 | 9月15日 | 10月1日から翌年3月31日 |
| 後期 | 9月1日から翌年2月末日 | 3月15日 | 4月1日から9月30日 |

対象となるサービス

訪問介護
通所介護
福祉用具貸与
地域密着型通所介護

提出書類等

紹介率最高法人へ80%を超えて計画を作成した居宅サービスがある事業所は、下記の書類を市に提出してください。算定の結果、提出する必要がない（80%を超えない）場合は、各事業所において5年間保存してください。

- 特定事業所集中減算算定表
- 「正当な理由」に該当する場合は、正当な理由を確認できる書類

正当な理由を確認できる書類については、下記の「特定事業所集中減算に係る「正当な理由」の判断基準」のうち、該当する番号等を算定表に記入の上、必要な書類を提出してください。必要な書類については、「作成上の注意」でご確認ください。

正当な理由の判断基準、作成上の注意

特定事業所集中減算に係る「正当な理由」の判断基準

[正当な理由の判断基準 \(Wordファイル: 19.9KB\)](#)

作成上の注意

[作成上の注意 \(Wordファイル: 22.9KB\)](#)

[作成上の注意 \(別紙\) \(PDFファイル: 37.6KB\)](#)

提出様式

[特定事業所集中減算算定表 \(Excelファイル: 29.8KB\)](#)

正当な理由に該当する場合の添付書類様式

[\(別添1\) 算定から除外する件数の集計表 \(Excelファイル: 46.5KB\)](#)

[\(別添2\) 特定事業所集中減算に係る再計算書 \(Excelファイル: 40.5KB\)](#)

[\(別添3\) 理由書 \(Wordファイル: 33.5KB\)](#)

[\(別添4\) 地域ケア会議等に係る概要書 \(Wordファイル: 28.9KB\)](#)

[\(別添5\) 支援困難事例受け入れ概要書 \(Wordファイル: 27.3KB\)](#)

提出期限・提出先

提出期限：上表のとおり

提出先（郵送可）：〒285-8501 佐倉市海隣寺町97番地 佐倉市役所 介護保険課 介護給付班 特定事業所集中減算担当

この記事に関する お問い合わせ先

[福祉部]介護保険課(介護給付班)
〒285-8501千葉県佐倉市海隣寺町9 7 番地
電話番号:043-484-6174
ファクス:043-486-2503
[メールフォームによるお問い合わせ](#)



GET
Adobe Acrobat Reader

PDFファイルを開覧するには「Adobe Reader (Acrobat Reader)」が必要です。お持ちでない方は、左記の「Adobe Reader (Acrobat Reader)」ダウンロードボタンをクリックして、ソフトウェアをダウンロードし、インストールしてください。

その他 管理者向け 各事業所へのお願い

・居宅介護支援事業所における管理者の資格要件について

平成30年度の厚生労働省令（以下、「省令」という。）の改正により、原則、管理者の要件は「主任介護支援専門員」に限られ、令和3年3月31日までは、その適用を猶予すると経過措置期間が設けられましたが、令和2年6月5日に省令が改正され、令和3年3月31日時点で主任介護支援専門員でない者が管理者である居宅介護支援事業所については、当該管理者が管理者である限り、経過措置期間が令和9年3月31日まで延長されました。また、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、主任介護支援専門員を管理者としない取扱いも可能となりました。

市内居宅介護支援事業所におかれましては、今一度管理者の資格要件をご確認のうえ、経過措置期間後も居宅介護支援事業の業務に支障をきたすことのないようご注意ください。

※令和3年4月1日以降、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しまった場合であって、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。不測の事態については、本人の死亡、長期療養など健康上の問題の発生や急な退職や転居などが想定されます。

・経過措置となっている取り組みの実施について

令和3年度介護報酬改定にて、以下の取組が義務付けられました。いずれも3年の経過措置（令和6年3月31日まで）が設けられています。令和6年度介護保険報酬改定により、減算については詳細が提示されますが、各事業所で検討し計画的に実施していただきますようお願いいたします。

① 感染症対策の強化

感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を図る観点から、委員会の開催、指針の整備、研修・訓練を実施等が義務付けられました。

② 業務継続に向けた取組の強化

感染症や災害が発生した場合でも、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画等の作成、研修・訓練の実施等が義務付けられました。

③ 高齢者虐待防止の推進

利用者の権利の擁護、虐待防止の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会を開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることが義務付けられました。

運営に関する基準等の改正の主な内容について》

居宅介護支援・介護予防支援

＜公正中立性の確保のための取組の見直し＞

事業者の負担軽減を図るため、次に掲げる事項に関して利用者に説明し、理解を得ることを居宅介護支援事業者の努力義務とする。

- ・ 前6月間に作成した居宅サービス計画における、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護の各サービスの利用割合
- ・ 前6月間に作成した居宅サービス計画における、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護の各サービスの同一事業者によって提供されたものの割合

＜指定居宅サービス事業者等との連携によるモニタリング＞

人材の有効活用及び指定居宅サービス事業者等との連携促進によるケアマネジメントの質の向上の観点から、次に掲げる要件を設けた上で、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことを可能とする。

ア 利用者の同意を得ること。

イ 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医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。

- ・ 利用者の心身の状態が安定していること。
- ・ 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通できること。
- ・ 介護支援専門員が、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。

ウ 少なくとも2月に1回（介護予防支援の場合は6月に1回）は利用者の居宅を訪問すること。

＜ケアマネジャー1人当たりの取扱件数＞

基本報酬における取扱件数との整合性を図る観点から、指定居宅介護支援事業所ごとに1以上の員数の常勤のケアマネジャーを置くことが必要となる人員基準について、次のとおり見直す。

ア 原則、要介護者の数に要支援者の数に1/3を乗じた数を加えた数が44又はその端数を増すごとに1とする。

イ 指定居宅介護支援事業者と指定居宅サービス事業者等との間において、居宅サービス計画に係るデータを電子的に送受信するための公益社団法人国民健康保険中央会の

システムを活用し、かつ、事務職員を配置している場合においては、要介護者の数に要支援者の数に1/3を乗じた数を加えた数が49 又はその端数を増すごとに1とする。

<介護予防支援の円滑な実施>

ア 指定居宅介護支援事業者が指定介護予防支援の指定を受ける場合の人員配置指定居宅介護支援事業者が指定を受けて指定介護予防支援を行う場合の人員に関する基準については、次のとおりとする。

- ・ 事業所ごとに1以上の員数の介護支援専門員を置かなければならないこと。
- ・ 常勤かつ主任介護支援専門員である管理者を置かなければならないこと。(ただし、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、介護支援専門員を管理者とすることができる。)
- ・ 管理者は、同一の事業所の他の職務に従事する場合や、管理上支障がない範囲で他の事業所の職務に従事する場合を除き、専らその職務に従事する者でなければならないこと。

イ 市町村に対する情報提供

市町村において管内の要支援者の状況を適切に把握する観点から、指定居宅介護支援事業者が指定介護予防支援の指定を受けて介護予防支援を行うに当たって、市町村から情報提供の求めがあった場合は、介護予防サービス計画の実施状況等を市町村に情報提供することとする。

全サービス共通

<「書面掲示」規制の見直し>

事業所内での「書面掲示」を求めている事業所の運営規程の概要等の重要事項について、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、「書面掲示」に加え、原則としてウェブサイト(※)に掲載することを令和7年度から義務付ける。

(※) 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上に掲載することを想定

<管理者の兼務範囲の明確化>

提供する介護サービスの質を担保しつつ、介護サービス事業所を効率的に運営する観点から、管理者が兼務できる事業所の範囲について、同一敷地内における他の事業所、施設等ではなくても差し支えない旨を明確化する。

<身体的拘束等の適正化の推進>

身体的拘束等の適正化を推進する観点から、次に掲げる見直しを行う。

ア 短期入所系サービス及び多機能系サービスについて、身体的拘束等の適正化のため

の措置（委員会の開催等、指針の整備、研修の定期的な実施）を義務付ける。その際、1年間の経過措置期間を設けることとする。

イ 訪問系サービス、通所系サービス、福祉用具貸与、特定福祉用具販売、居宅介護支援及び介護予防支援について、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、身体的拘束等を行ってはならないこととする。また、身体的拘束等を行う場合の記録を義務付ける。

<「フレキシブルディスク」、「シー・ディー・ロム」といった特定の記録媒体の使用を定めるものについて、所要の改正>

次に掲げる省令の規定について、「シー・ディー・ロム」等の特定の記録媒体を、「電磁的記録媒体」（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。））に改めること。

- ・ 介護保険法施行規則
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準
- ・ 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準
- ・ 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準
- ・ 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス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
- ・ 指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービス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
- ・ 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
- ・ 軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準
- ・ 介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準

詳細につきましては厚生労働省のホームページにてご確認いただきますようお願いいたします。

<最新情報掲載ページ>

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/index_00010.html

<第239回社会保障審議会介護給付費分科会（web会議）資料>

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_37407.html

《介護保険法施行規則の一部を改正する省令

(介護予防支援) の公布について》

介護保険法施行規則の一部を改正する省令（令和 6 年厚生労働省令第 15 号。以下「改正省令」という。）については、下記のとおり公布され、令和 6 年 4 月 1 日より施行されることとなりました。

(改正省令の趣旨)

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和 5 年法律第 31 号。以下「改正法」という。）による改正後の介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）の施行等に伴い、令和 6 年度からの第 9 期介護保険事業計画の開始に向けて、介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）について、所要の改正を行うもの。

(改正省令の内容)

介護予防支援に関する事項

○ 改正法による改正後の介護保険法第 115 条の 22 第 1 項の規定により、指定居宅介護支援事業者が指定介護予防支援事業者としての指定を受けることができることとされたことに伴い、以下の改正を行う。

ア 指定居宅介護支援を行う事業所の従業者のうち厚生労働省令で定める者として介護予防支援を行う者は、介護支援専門員とすること。

イ 指定居宅介護支援事業者が指定介護予防支援事業者の指定を受けようとする際に、既に当該指定の申請に係る事業所の所在地の市町村に提出している事項に変更がない場合は、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略させることができることとする。

ウ 市町村長が介護予防サービス計画の検証の実施に当たって指定介護予防支援事業

者に対して情報の提供を求めることができる事項は、介護予防サービス計画の実施状況、直近の第 140 条の 62 の 4 第 2 号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準の該当の有無の判断の際に当該基準に該当した第一号被保険者の状況、介護予防支援の利用者の心身又は生活の状況、その置かれている環境、現病歴その他の介護予防サービス計画の作成に当たり勘案した当該利用者に関する基本的な情報、介護予防支援の経過の記録、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とすること。

エ 地域包括支援センターの設置者がその職員に対して、介護支援サービスを適切かつ円滑に提供するために必要な業務に関する知識及び技術を修得することを目的として受けさせる研修について、当該介護支援サービスの定義に「介護予防支援」を加えること。

※改正に伴い、居宅介護支援事業所が支援の指定をされる場合、申請書の記載又は書類の提出を省略することができるようになっていますが、佐倉市では、申請書のみの提出を考えております。

詳細につきましては、後日メールにてお知らせいたします。

どうぞよろしくお願いいたします。