

令和 6 年度

居宅介護支援・介護予防支援

集団指導資料

資料編



令和 7 年 3 月

倉敷市保健福祉局 指導監査課

【令和6年度集団指導居宅介護支援・介護予防支援】

目 次

・ 管理者要件について.....	1
（令和2年6月5日介護保険最新情報 vol. 843）	
・ 「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.....	5
・ 「課題分析標準項目の改正に関するQ & A」の発出について.....	11
・ 居宅介護支援事業におけるモニタリングについて.....	22
・ 「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について.....	24
（介護保険最新情報 Vol. 379 より抜粋）	
・ 倉敷市における「軽度者に対する福祉用具貸与」の取扱いについて.....	27
・ 福祉用具貸与に係る介護認定基本調査項目確認書.....	34
・ 厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合の届出について.....	35
・ 居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプランの検証について.....	37
・ 「ケアプランデータ連携システム」の概要等の周知について（情報提供（Ver. 2））.....	38
・ ケアプランデータ連携システムQ & A.....	70
・ 「ケアプランデータ連携システム」利用事業所状況の掲載について.....	71
・ 「ケアプランデータ連携標準仕様Q & A（2023年10月版）」の送付について.....	80
・ ケアプランデータ連携システム「かんたんシミュレーションツール」の公開について（情報提供）.....	91
・ 住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅におけるケアマネジメントの考え方.....	96
・ 居宅介護支援事業者が介護予防支援事業者の指定を受ける場合の取り扱いについて.....	111
・ 「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.....	113
（令和6年7月4日介護保険最新情報vol. 1286）より一部抜粋	
・ 「「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」に関するQ & Aの送付について.....	142
（令和7年3月6日介護保険最新情報vol. 1362）	
・ 令和6年度地域支援事業実施要綱等の改正点について、「市町村向け介護予防ケアマネジメントを効果的に推進するための手引き」について（周知）.....	145
（令和6年8月5日介護保険最新情報vol. 1299）	

各都道府県介護保険担当課（室）
各指定都市介護保険担当課（室）
各中核市介護保険担当課（室）御 中

← 厚生労働省 老健局振興課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する
基準及び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一部を改正する省令の一部を
改正する省令の公布等について（通知）

計5枚（本紙を除く）

Vol. 843

令和2年6月5日

厚生労働省老健局振興課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-3595-2889（内線 3936、3979）
FAX：03-3503-7894

老振発 0605 第 2 号
令和 2 年 6 月 5 日

都道府県知事
各指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省老健局振興課長
(公 印 省 略)

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及び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一部を改正する省令の一部を改正する省令の公布等について（通知）

平成 30 年度介護報酬改定において、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（平成 11 年厚生省令第 38 号）を改正し、平成 30 年 4 月 1 日より、居宅介護支援事業所における管理者の要件を介護支援専門員から主任介護支援専門員に変更した。その際、令和 3 年 3 月 31 日までは、その適用を猶予するとの経過措置を設けた。

その後、社会保障審議会介護給付費分科会において、居宅介護支援事業所の人材確保の状況に関する議論が行われ、令和元年 12 月 17 日に「居宅介護支援事業所の管理者要件等に関する審議報告」がとりまとめられた。この審議報告を受けて、令和 2 年 6 月 5 日に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及び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一部を改正する省令の一部を改正する省令（令和 2 年厚生労働省令第 113 号。以下「改正省令」という。）が公布されたところである。

改正省令の趣旨及び内容は、下記のとおりであるので、十分御了知の上、市町村（特別区を含む。）を始め、関係者、関係団体等に対し周知されたい。

なお、この通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的な助言として発出するものである。

記

第一 改正の趣旨

平成 30 年度介護報酬改定において設けられた居宅介護支援事業所における管理者要件について、事業所の人材確保に関する状況等を考慮し、令和 3 年 3 月 31 日までとしていた経過措置期間の延長を行うとともに、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を可能とするため、所要の改正を行う。

第二 改正の内容

1 管理者要件（改正省令第1条）

令和3年4月1日以降、居宅介護支援事業所管理者となる者は、いずれの事業所であっても主任介護支援専門員であることとする。

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。

- ・ 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（別添）を保険者に届出した場合

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、当該地域に他に居宅介護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こととする。

（※）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
- ・ 特別地域居宅介護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

2 管理者要件の適用の猶予（改正省令第2条）

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

第三 施行期日

改正省令は、令和3年4月1日から施行する。ただし、第2条の規定は、公布の日から施行する。

倉敷市への提出用の様式は
指導監査課ホームページに掲載しています。

別添

管理者確保のための計画書

事業所等情報

介護保険事業所番号

事業者・開設者	フリガナ	
	名称	
事業所等の名称	フリガナ	
	名称	

1. 主任介護支援専門員を管理者とすることが困難である理由

--

※ 当該状況を把握できる書類を提出し、代替することも可。

2. 1. の理由が解消される見込み

※ 解消の見込みに係る計画内容（方法、工程等）と時期を可能な限り具体的に記載すること。

--

※ 当該状況を把握できる書類を提出し、代替することも可。

令和 年 月 日 (法人名)

(代表者名)

※ 当該様式及び項目は、不測の事態に係る理由等の適切な届出等を担保すべく標準例として提示するものであり、当該様式以外の様式等の使用を禁止する趣旨のものではない。

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 認知症施策・地域介護推進課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

「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
計 5 枚（本紙を除く）

Vol.1178

令和 5 年 10 月 16 日

厚 生 労 働 省 老 健 局

認知症施策・地域介護推進課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 3936）
FAX：03-3503-7894

老認発 1016 第 1 号
令和 5 年 10 月 16 日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局
認知症施策・地域介護推進課長
（ 公 印 省 略 ）

「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

標記について、今般別添のとおり一部改正することとしたので、各都道府県におかれては、十分御了知の上、関係者、関係団体等に対し、その周知徹底を図るとともに、その運用に遺漏なきを期されたい。

(別添)

○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）（抄）

新			旧		
(別紙 4) 課題分析標準項目について (別添)			(別紙 4) 課題分析標準項目について (別添)		
課題分析標準項目			課題分析標準項目		
基本情報に関する項目			基本情報に関する項目		
No.	標準項目名	項目の主な内容(例)	No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報、 <u>居宅サービス計画作成の状況（初回、初回以外）について記載する項目</u>	1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	<u>これまでの生活と現在の状況</u>	利用者の現在の生活状況、 <u>これまでの生活歴等</u> について記載する項目	2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の <u>社会保障制度の利用情報</u>	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険等）、 <u>年金の受給状況（年金種別等）</u> 、生活保護 <u>受給の有無</u> 、 <u>障害者手帳の有無</u> 、 <u>その他の社会保障制度等の利用状況</u> について記載する項目	3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、 <u>身体障害者手帳の有無等</u> ）について記載する項目
4	現在利用している <u>支援や社会資源の状況</u>	利用者が現在利用している社会資源（ <u>介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む</u> ）の状況について記載する項目	4	現在利用しているサービスの状況	<u>介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況</u> について記載する項目
5	日常生活自立度（障害）	「 <u>障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）</u> 」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、 <u>認定年月日</u> ）、 <u>介護支援専門員からみた現在の自立度</u> について記載する項目	5	障害老人の日常生活自立度	<u>障害老人の日常生活自立度</u> について記載する項目

6	日常生活自立度 (認知症)	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、 現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結 果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医 意見書）、認定年月日）、介護支援専門員から みた現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の 意見、 <u>区分</u> 支給限度額等）について記載する項 目
9	今回のアセスメン トの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由（初 回、 <u>要介護認定の更新、区分変更、サービスの 変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活 状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等</u> ）に ついて記載する項目

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、 <u>血圧、既往歴、主傷病、症状、痛み</u> の 有無、 <u>褥そうの有無等</u> ）、 <u>受診に関する状況</u> （ <u>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</u> ）、 <u>服薬に関する状況</u> （ <u>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</u> ）、 <u>自身の健康に対する理解や意識の状況</u> に ついて記載する項目
11	ADL	ADL（ <u>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）</u> 、 <u>歩行、階段昇降、食 事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等</u> ）に関す る項目
12	IADL	IADL（ <u>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</u> ） に関する項目

6	認知症である老人 の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記 載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載 する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の 意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセス メント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、 <u>定期、退院退所時等</u> ）について記載する項目

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（既往歴、主傷病、症状、痛 み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（ <u>寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、 入浴、排泄等</u> ）に関する項目
12	IADL	IADL（ <u>調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況 等</u> ）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	13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
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	14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
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）等）に関する項目	15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）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	16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
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	17	褥そう・皮膚の問題	褥そうの程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
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）、口腔ケアの状況に関する項目	18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
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	19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）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、家族等との関わりの状況（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	20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）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	21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）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（危険個所の有無、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	22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境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	23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

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 認知症施策・地域介護推進課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

「課題分析標準項目の改正に関する Q&A」の発出について
計 10 枚（本紙を除く）

Vol.1179

令和 5 年 10 月 16 日

厚 生 労 働 省 老 健 局

認知症施策・地域介護推進課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 3936）
FAX：03-3503-7894

事 務 連 絡
令和 5 年 10 月 16 日

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） 御中
各 介 護 保 険 関 係 団 体

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課

「課題分析標準項目の改正に関する Q&A」の発出について

平素より介護保険行政の適正な運営にご尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

さて、先般、「「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」（令和 5 年 10 月 16 日老認発 1016 第 1 号厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知）において、課題分析標準項目の見直しについてお示ししたところです。

その見直しの趣旨等について、今般、「課題分析標準項目の改正に関する Q&A」を送付いたしますので、御了知願います。なお、各市町村におかれましては、管内事業所等への周知を徹底し、その取扱いに当たっては遺漏なきよう、よろしくお願い申し上げます。

【担当】

厚生労働省 老健局
認知症施策・地域介護推進課 人材研修係

電 話：03-5253-1111（内線 3936）

F A X：03-3503-7894

e-mail：shinkou-jinzai@mhlw.go.jp

課題分析標準項目の改正に関する Q&A

【全体に関連する内容】

問 1 今回、課題分析標準項目を改正することとなった理由如何。

(答)

課題分析標準項目については、これまで大幅な改正は行ってこなかったが、項目の名称や「項目の主な内容（例）」の記載が一部現状とそぐわないものになっていることや、令和 6 年 4 月から開始される新たな法定研修カリキュラムにおいて「適切なケアマネジメント手法」が盛り込まれることを踏まえ、当該手法との整合性を図る必要がある（※）ことから、文言の適正化や記載の充実を図ったものである。なお、情報収集項目がこれまでと変わるわけでない。また、「項目の主な内容（例）」について、各項目の解釈の違いにより把握する内容に差異が生じないように、全体的に具体的な加筆を増やしているが、これらの内容についてすべての情報収集を行うことを求めるものではなく、各利用者の課題分析に必要な情報を判断するための例示であることに留意されたい。

※ 「適切なケアマネジメント手法」は、ケアマネジャーの実践知と各職域で培われてきた知見に基づいて想定される支援内容を体系化したものである。支援の必要性や具体化を検討するためのアセスメント／モニタリングにおける具体的な情報の例も整理しており、課題分析標準項目に関して情報を収集するに当たっての一つの視点として参考にできる。そこで、今般の課題分析標準項目の改正においては、おもに情報収集項目の具体例について「適切なケアマネジメント手法」で整理された内容を踏まえた検討とすることで整合性を図った。

問 2 全体的に「家族等」と表現されているが、「等」にはどのような意味合いがあるのか。

(答)

近年の社会状況においては、利用者を支える関係者が多様になってきているため、親族関係にある者のみだけでなく意思決定や支援に関わる者という意味を含めて、「家族等」と表記に統一、修正した。

問 3 「項目の主な内容（例）」に記載されている内容について、その全てを必ず把握しないとならないものなのか。

(答)

「項目の主な内容（例）」は、「標準項目」の各項目の解釈の違いにより把握する内容に差異が生じないように、具体的な内容を例示したものであり、これらの内容についてすべての情報収集を行うことを求めるものではない。

なお、各保険者においては実地指導等において、「項目の主な内容（例）」に記載されている内容が把握されていないことのみをもって、アセスメントが適切に行われていないと判断し、基準違反とすることが無いよう留意されたい。

【No. 1 基本情報（受付、利用者等基本情報）】

問4 「居宅サービス計画作成の状況（初回、初回以外）」という文言の追加したのはどのような趣旨か。

（答）

初回か初回以外かという情報は、従来「課題分析（アセスメント）の理由」で情報収集していたところ、本来受付時に収集する基礎的な情報であることから、今回の見直しでは「基本情報」の項目に記載することとした。

なお、「今回のアセスメントの理由」において、初回、短期目標の更新、介護認定の更新、サービス変更時等さらに詳しい状況を記載することを想定している。

【No. 3 利用者の社会保障制度の利用情報】

問5 「利用者の被保険者情報」が「利用者の社会保障制度の利用情報」に改正となったのはどのような趣旨か。

（答）

サービスや支援等の検討においては、利用者の被保険者情報に加え、介護保険以外の社会保障制度の利用状況を踏まえ、利用者の健康、障害、経済等の情報を把握する必要があるため、その趣旨を明確にするための見直しを行ったものである。

これらの情報を把握することで、利用者に必要な情報提供を行うとともに、公費情報も踏まえた適切な介護保険利用のためのサービス調整と給付管理が可能となる。

例えば、経済状況の把握においては、年金の受給状況（年金種別等）を確認した上で、月々の介護保険サービスにどのくらいの金額を支出可能か等についても、確認することが必要である。加えて、利用者が介護保険サービス以外に費やす金額に至るまで把握できると、より個別化の進んだ支援の検討が期待される。

問6 「その他の社会保障制度等」の例示として、例えばどのような情報が想定されるか。

（答）

例えば、「難病医療費助成制度」や「生活困窮者自立支援制度」等のほか、都道府県や市町村が独自に設ける制度等が想定される。

利用者の生活全般におけるケアマネジメントを行う上では、利用者が介護保険以外にどのような公的サービスを利用し、保障を受けているかも把握した上で、支援の検討を行う必要がある。これらの情報により、公的な支援によりフォローできている部分とそうでない部分を明確に把握する必要がある。

【No. 5 日常生活自立度（障害）】

【No. 6 日常生活自立度（認知症）】

問 7 項目の名称が変わっているが、収集する項目の種別が変わるのか。現在の要介護認定を受けた際の判定と、アセスメントを行っている介護支援専門員の状態の判定と異なる二つの時点での状態像を記載するのはなぜか。

（答）

No. 5 は「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」、No. 6 は「認知症高齢者の日常生活自立度」を確認するものであり、これまでの項目で確認している内容から変わるものではない。

なお、要介護認定が行われた際の「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」及び「認知症高齢者の日常生活自立度」に加え、要介護認定を受けた時点から利用者の状態が変化していることも想定されるため、介護支援専門員による、現在の利用者の状態を踏まえた判断も併せて確認することが望ましい。

【No. 7 主訴・意向】

問 8 これまでの項目名に「意向」を追加したのはなぜか。

（答）

「主訴」とは、利用者及び家族等との面談の中で最初に発せられた“訴え”を指すことが多いが、この“訴え”は利用者や家族等によってどの程度本人の真意を具体的に表現できているかが異なることが多く、単なる訴えから、今後の生活等に対する「要望」や「意向」を含むものまでありうる。

また、居宅サービス計画（第 1 表）を、「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」を記載するものとしている。

上記を考慮し、本項目においては、主訴と意向を記載する表現へと修正した。

【No. 10 健康状態】

問9 「項目の主な内容（例）」の記載がだいぶ増えているが、これまでと把握すべき内容は変わらないという認識で問題無いか。

（答）

その認識で問題ない。

従来から把握している情報であると考えられるが、改めて重要であることを示す意図で充実を図った。

なお、「項目の主な内容（例）」については、各項目の解釈の違いにより把握する内容に差異が生じないように、具体的に加筆しているが、これらの内容についてすべての情報収集を行うことを求めるものではなく、各利用者の課題分析に必要な情報を判断するための例示であることに留意されたい。

問10 「利用者の健康状態及び心身の状況」に、新たに身長、体重、BMI、血圧が追加されているが、これらの情報の把握には機材が必要となる。そのためケアマネジャーが必要な機材をもって利用者宅を訪問しなければならないのか。

（答）

今回の改正は、情報収集項目の具体的な内容の例示を加筆したものであり、ケアマネジャーが機材を持参して利用者宅で測定することまでを想定したものではない。

利用者宅の設備での測定が難しい場合には、本人が利用している医療または介護のサービス等での測定状況（医療機関や通所サービス等の利用時の測定、もしくは健康診断等での測定など）を確認し、情報を収集することが考えられる。

【No. 13 認知機能や判断能力】

問11 項目の名称が変更となっているが、これまでと把握すべき内容と変更はないとの認識で問題無いか。

（答）

その認識で問題ない。

意思決定支援は、認知症の診断を受けている高齢者や終末期の治療方針の判断の場面に限るものではなく、日々の暮らしにおける利用者の意思の確認が必要となる。そのため、生活全般におけるケアマネジメントを行う上で、日常的な意思決定支援の必要性を判断するために、認知機能の程度や判断能力の状況を確認することが必要である。

なお、改正前の「No.20 問題行動」については、認知機能や判断能力と密接に関わりのある内容であることから、本項目に統合し、併せて情報収集を行うものであるため、留意すること。

【No.14 コミュニケーションコミュニケーションにおける理解と表出の状況】

問12 本人のコミュニケーション能力だけでなく、コミュニケーションの状況全般を把握することとなっているが、具体的にはどのような内容を把握すべきか。

(答)

本人の望む暮らしの実現に向けた、本人の主訴や意向の把握や意思決定支援等のためには、本人のコミュニケーションの状況を正確に確認することが重要となる。コミュニケーションの状況は、コミュニケーションの理解の状況を確認するとともに、コミュニケーションの表出のための視覚、聴覚等の状況も確認が必要となる。

また、テクノロジー等の発展により、利用者の意思表出を支援する方法やツール等が拡充しており、それらを利用したコミュニケーションも増えている。このような状況を踏まえて、意思疎通支援の必要性（意思疎通を図ることに支障がある方かどうか）を把握した上で、その場合の意思疎通支援の方法等についても確認することが望ましい。

例えば、手話、要約筆記、点訳、代読・代筆、直接本人に接触する触覚手話、指点字、指文字、会話における理解や表現の補助（必要に応じて道具や絵の利用等）などがあげられる。加えて、従来用いられていた電話以外にも、PC やスマートフォン等の利用によるメールやチャットツール、オンライン面談等、必要に応じて情報収集することが望ましい。

【No. 1 5 生活リズム】

問 13 項目を追加した趣旨如何。また、居宅サービス計画書（第 3 表）とはどのような関係になるのか。

（答）

利用者の生活全般のケアマネジメントを行うにあたり、「1 日のリズム、1 週間のリズム」についても把握することが重要である。これまでの項目には含まれていなかった項目ではあるが、居宅サービス計画書（第 3 表）の作成に際して把握していた事項と考えられる。本項目内容の必要性を踏まえ、改めて「課題分析を行うための情報項目」として項目を新設した。本項目では、本人の日常的な 1 週間の生活リズム及び 1 日の生活リズムを把握する。

日常的な活動の程度と休息・睡眠の状況は、互いに関係しあう内容でもあるため、1 日ないしは 1 週間程度の単位でとらえる必要がある。また、生活リズムの把握に際しては、通常的生活リズムとイベントがある日の生活リズムは異なることへも留意が必要である。この場合のイベントとは、季節単位で発生するイベントから週単位で発生するイベント（デイサービスの利用等）がありうる。

加えて、本項目は他の項目の状況や疾患の状態、服薬の状況とも連動する内容である。支援の提供を通じて、生活リズムが崩れてきたことを把握した場合には、それらの状況や背景・要因等についても情報を収集・分析、検討し、生活リズムを整えるために解決すべき課題についても分析を行うことが望ましい。

【No. 1 7 清潔の保持に関する状況】

問 14 項目名が変更となっているが、把握すべき内容については、特段変わっておらず、主要内容において、より具体的に示している、という理解で問題ないか。

（答）

「褥そうの有無」については、No.10「健康状態」に記載することとしているが、それ以外については、従来から把握している情報と変わらない。

本項目のうち、着衣の清潔状況の観察は、利用者の生活の変化を把握するうえでは重要な視点である。着衣が清潔でない場合には、その原因や生活上の課題についても確認することが望ましい。

【No. 18 口腔内の状況】

問 15 大幅に加筆されているが、全ての内容について情報収集を行う必要があるのか。

(答)

「項目の主な内容（例）」については、各項目の解釈の違いにより把握する内容に差異が生じないように、具体的な加筆を増やしているが、これらの内容についてすべての情報収集を行うことを求めるものではなく、各利用者の課題分析に必要な情報を判断するための例示であることに留意されたい。

なお、口腔内の状況の確認については、介護支援専門員が自ら収集する情報だけでなく、必要に応じて歯科医や歯科衛生士とも連携して情報の収集・共有を実施することが望ましい。

【No. 19 食事摂取の状況】

問 16 「摂食嚥下機能の状態」や「必要な食事の量」が新たに追加されているが、情報を収集する上での留意点をご教示いただきたい。

(答)

摂食嚥下機能については、食形態や食事の内容を踏まえたうえで、必要な食事量を経口摂取できているか、摂食嚥下の過程における課題がないかを確認するものである。その際、本人の摂食嚥下機能に加えて、必要に応じて食事をとる環境や食事をとる姿勢などの状況も把握することが望ましい。

なお、支援の提供を通じて、食事がうまく取れていない場合（よくむせる、硬いものが食べづらくなった、残滓が増えた等）が増えるなど変化が見られた場合には、摂食嚥下機能の状況を再評価するため、必要に応じて歯科医や歯科衛生士、言語聴覚士等と連携して実施することが望ましい。

また、必要な食事の量（栄養、水分量等）については、本人の身長や体重、健康状態や療養の状況、1日の活動量などを踏まえて判断するものである。かかりつけ医等の医師の指示を踏まえることはもちろんのこと、看護師や管理栄養士等の他の職種と連携することも有効である。

特に、疾患がある利用者の場合には、水分量や塩分量の制限等についてかかりつけ医等からの指示が示される場合もあるため、療養における医師の指示内容を必ず確認すること。

問 17 食形態、食事の内容については、本人及び家族、ヘルパー等サービス事業所からのヒアリングにより把握することでも問題無いか。

(答)

問題ない。

なお、複数の立場で同じ視点で情報を収集・共有しやすく、また介護支援専門員が必要な情報を把握できるよう、本項目で示す例示も踏まえ、収集する情報の内容や依頼方法等については留意が必要である。

【No.2 1 家族等の状況】

問 18 以前の項目では「介護力」となっていたが今回の改正で「家族等の状況」と表現を変更した理由如何。

(答)

本人及び家族等の望む生活の実現を目指す観点から、家族等を介護のための資源としてとらえる「介護力」という一面的な捉え方を改めるため、修正したものである。

本項目ではまず、本人の日常生活あるいは意思決定にかかわる家族等の関係者の状況を確認する必要がある。そのうえで、家族等もそれぞれの生活があることから、家族等本人の意向にも留意し、利用者本人の介護への参加に対する意欲や負担感を十分に確認することが重要である。

【No. 2 2 居住環境】

問 19 記載内容が大幅に増えているが、これまでと収集すべき情報が変わるということか。

(答)

これまでと収集すべき情報が変わるわけではなく、各項目の解釈の違いにより把握する内容に差異が生じないよう、情報収集項目の具体的な内容の例示を加筆したものである。

居住環境は、部屋の間取りや建物の状況等といった改修等を伴わなければ変更することが難しい物理的な環境と、室温の状況や清掃の状況といったコントロール可能な状況について確認が必要である観点から、内容を加筆した。前者の環境面は、現在の環境を確認した上で、本人の生活リズムや ADL, IADL 等の他の項目も含めてサービスや支援等の必要性を検討する。後者の状況面は、現在の状況を確認した上で、本人にとって適切な状況かどうかといった課題分析につなげていく必要がある。

また、利用者の生活全般のケアマネジメントの観点からは、自宅内の環境だけではなく、自宅周辺の環境やそのほか利便性等（例えば、冬季には雪かきが必要、車がないと買い物が難しい等）についても状況の確認を行うことが必要である。

【No. 2 3 その他留意すべき事項・状況】

問 20 本項目に記載すべき内容は、具体的にどのようなものが想定されるか。

(答)

本項目では、特に他制度（医療も含む）との連携の必要性の観点が重要である。

例えば、退院後であっても特に医療依存度の高い方やターミナル期の方などの場合には、医療関係者との緊密な連携が必要となる。

障害がある方の場合には、相談支援専門員との連携も求められる。また、経済的に困窮している方の場合には、生活保護や生活困窮者自立支援制度等の利用も検討が必要となる。そのほかにも、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業等との連携が必要となる場合もある。

さらに上記のような他制度との緊密な連携を必要とする場合以外にも、1～22 項目で把握した状況を踏まえて、各項目と重複があっても特に留意が必要である内容がある場合、その情報を特記事項として本項目に記載しても良い。

各指定居宅介護支援事業所 管理者 様

岡山県保健福祉部長寿社会対策課長
(公 印 省 略)

居宅介護支援事業におけるモニタリングについて

このことについては、厚生労働省令により、特段の事情がない限り、少なくとも1月に1回、モニタリングを実施すべきものとされていますが、本県では、従来、「特段の事情」の有無及びその内容については保険者の判断に委ねることとし、保険者において特段の事情があると認める場合を除き、1月に1回のモニタリングが行われていない場合には減算とする取扱としてきたところです。

しかしながら、利用者の状況に応じた適切なケアプランに基づき、利用者に必要なサービスが提供されるべきであるという介護保険制度の本来の趣旨に鑑み、「特段の事情」に係る本県の考え方を次のとおり示すこととし、平成21年4月サービス提供分からの適用としますので、御了知願います。

なお、例1から例3はあくまで例示であり、利用者の個別の事情によっては、これら以外にも「特段の事情」に該当する場合はあり得ますので、疑義のある場合には、あらかじめ本県又は保険者に照会されるようお願いします。

記

例1：利用者の居宅を訪問すれば本人と家族の関係が悪化すると客観的に認められる場合

(考え方)

家庭内で虐待がある等の理由から、利用者の居宅を訪問することで、本人と家族との関係が悪化することが見込まれ、関係機関（地域包括支援センターや市町村の介護保険担当部・課）と協議した結果、その月の訪問を差し控えるべきであるとの判断に至ったような場合には、「特段の事情」と認められます。

この場合には、減算の対象となりませんが、その経過や理由を具体的に支援経過記録等に記載しておくことが必要です。

事業所独自の判断による場合や、協議記録がない場合には、特段の事情があるとは認められず、減算の対象となります。

例2：利用者が緊急で入院、あるいは緊急で短期入所サービスを利用することになったために、利用者の居宅でモニタリングが出来なかった場合

(考え方)

利用者が月の途中で緊急入院、あるいは緊急で短期入所サービスを利用し、その月のうちに退院(退所)できなかったために、利用者の居宅を訪問してモニタリングが出来なかった場合には、「特段の事情」と認められ、減算の対象となりません。

ただし、モニタリングの趣旨は、利用者本人の心身の状況をはじめ、家族や居宅周辺の生活環境の把握、サービス事業所等との情報交換にあることから、原則として利用者の居宅で行うことが必要ですので、少なくとも利用者の入院(入所)先を訪問し、利用者と面接することは必要です。

なお、利用者が死亡したために、モニタリングが出来なかった場合も、「特段の事情」があると認められ、減算の対象となりませんが、検査入院等、事前に入退院の時期が決まっていた場合には、その時期を避けて、利用者の居宅を訪問し、モニタリングをすることが可能ですので、「特段の事情」があると認められません。

例3：地震・風水害や火災により利用者の居宅が被災したために、利用者の居宅でモニタリングが出来なかった場合
(考え方)

例2と同様、不可抗力によるものであり、「特段の事情」があると認められます。したがって、減算の対象となりません。

注1：「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出来ない場合をいい、介護支援専門員に起因する事情は「特段の事情」に該当しないので、御留意願います。

※「指定居宅介護支援等の人員及び運営に関する基準について」（平成11年老企第22号）を参照

注2：「特段の事情」がある場合については、その具体的な内容を記録しておくことが必要であり、この記録がない場合には減算の対象となります。

また、モニタリングの結果の記録を、2年間保存しておいてください。

(なお、モニタリングの結果の記録にあたっては、記録の形式は問いませんが、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ておいてください。)

平成26年6月17日

各都道府県

介護保険主管部（局）御中

各 保 険 者

厚生労働省老健局振興課

「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

介護支援専門員は、要介護者等の心身の状態や置かれている環境、要介護者等本人やその家族などの希望等を勘案してケアプランを作成し、医療・介護等のサービスを提供する事業者によって必要なサービスが円滑に提供されるよう、連絡・調整する役割が求められています。今後、さらに高齢者のみ世帯や一人暮らし高齢者数の増加が進み、地域全体で支援を必要とする高齢者を支える必要性も高まる中、これまでに増して、介護支援専門員の資質やケアマネジメントの質の向上に対する期待も大きくなっています。

そうした中、平成25年1月に「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会」において中間整理がとりまとめられ、「適切なアセスメント（課題把握）が必ずしも十分ではない」、「サービス担当者会議における他職種協働が十分に機能していない」、「ケアマネジメントにおけるモニタリング、評価が必ずしも十分ではない」といった課題が指摘されたところです。

このため、

① 利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際に適切な情報共有に資することを目的とした「課題整理総括表」

② ケアプランに位置付けたサービスについて、短期目標に対する達成度合いを評価することで、より効果的なケアプランの見直しに資することを目的とした「評価表」

を策定し、活用にあたっての手引きを作成いたしました。

つきましては、貴管内における介護支援専門員を対象とした研修に積極的に活用いただくとともに、介護支援専門員がサービス担当者会議や地域ケア会議等の場における多職種との情報共有や調整等に際して積極的な活用を推進するため、居宅介護支援事業所等への周知を図っていただくようお願いいたします。

課題整理総括表

作成日 / /

殿

利用者名

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③		利用者及び家族の 生活に対する意向	
		④		⑤	⑥		
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3	改善/維持の可能性※4	見 通 し ※5	
移動	室内移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		※6
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
食事	食事内容		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
	食事摂取	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
排泄	調理	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
	排尿・排便		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
口腔	排泄動作	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
	口腔衛生		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
服薬	口腔ケア	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
入浴		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
更衣		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
掃除		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
洗濯		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
整理・物品の管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
金銭管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
買物		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
コミュニケーション能力		支障なし	支障あり		改善 維持 悪化		
		支障なし	支障あり		改善 維持 悪化		
認知		支障なし	支障あり		改善 維持 悪化		
		支障なし	支障あり		改善 維持 悪化		
社会との関わり		支障なし	支障あり		改善 維持 悪化		
		支障なし	支障あり		改善 維持 悪化		
褥瘡・皮膚の問題		支障なし	支障あり		改善 維持 悪化		
		支障なし	支障あり		改善 維持 悪化		
行動・心理症状(BPSD)		支障なし	支障あり		改善 維持 悪化		
		支障なし	支障あり		改善 維持 悪化		
介護力(家族関係含む)		支障なし	支障あり		改善 維持 悪化		
		支障なし	支障あり		改善 維持 悪化		
居住環境		支障なし	支障あり		改善 維持 悪化		
		支障なし	支障あり		改善 維持 悪化		

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。

※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。

※3 現在の状況が「自立、あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。

※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を読み、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)を記載する。

※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

平成23年3月31日付け介第5787号で次の内容を既に通知しておりますが、平成24年4月1日及び平成27年4月1日の法改正により、一部変更しているページがあります。

介 第 号
平成 年 月 日

倉敷市を事業実施地域とする
指定居宅介護支援事業所管理者 様
指定介護予防支援事業所管理者 様
小規模多機能型居宅介護事業所管理者 様
指定福祉用具貸与事業所管理者 様

倉敷市介護保険課長

倉敷市における「軽度者に対する福祉用具貸与」の取り扱いについて（依頼）

平素より介護保険事業についてご協力いただきありがとうございます。

さて、本市では、岡山県介護給付適正化計画に基づき、標記の件について徹底していただきたいと考えております。つきましては、次のとおり確認及び対応くださるようお願いいたします。

記

- 1 平成19年4月18日付けの文書でも通知しておりますが、「軽度者に対する福祉用具貸与」の取り扱いについて、添付の「倉敷市での軽度者に対する福祉用具貸与の確認方法」で再度確認くださるようお願いいたします。適切に届出をしていない場合、返還を求める場合もありますのでご注意ください。
- 2 本市では、福祉用具の選定につきましては、(財)テクノエイド協会のホームページに掲載されている福祉用具を基準の一つにしておりますが、疑問点や不明な点がございましたら、倉敷市介護保険課までご相談くださるようお願いいたします。
(テクノエイドのホームページには掲載されていないが、貸与するに相当するものと考えられる場合や、掲載されているが介護保険での福祉用具貸与品目になっていない場合など)
- 3 指定福祉用具貸与事業者は、軽度者に対する福祉用具貸与を算定する場合には貸与の妥当性を判断するため、基本調査の結果確認を文書等で行い、サービス記録と併せて保存しなければなりません。居宅介護支援事業所等におかれましては、倉敷市介護保険課ホームページの「様式等のダウンロード」>「事業者の方はこちら」に「福祉用具貸与に係る要介護認定基本調査項目確認書」を掲載しておりますのでご活用いただき、指定福祉用具貸与事業者に情報提供くださるようお願いいたします。

その他不明な点がございましたら、介護保険課までお問い合わせください。

(問い合わせ先) 倉敷市介護保険課 給付係 TEL 086-426-3343

倉敷市での軽度者に対する福祉用具貸与の確認方法

要介護 1 以下の軽度者に対する「車いす及び車いす付属品」、「特殊寝台及び特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具及び体位変換器」、「認知症老人徘徊感知器」及び「移動用リフト（つり具の部分を除く。）」の福祉用具貸与については、次の別表 1 の利用者等告示第 3 1 号のイで定める状態像に該当するものについては可能で、その判断については次のとおりとなります。

1. 判断の順序

- ① 次の別表 1 の定めるところにより、直近の基本調査の結果を用い貸与必要と判断する。
→貸与可能。倉敷市への確認届出は不要
- ② 「車いす及び車いす付属品」については「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」、「移動用リフト（つり具の部分を除く。）」については「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」であることが、主治医から得た情報及びサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより貸与必要と判断する。
→貸与可能。倉敷市への確認届出は不要

別表 1

対象外種目	利用者等告示第 3 1 号のイで定める状態像の者	利用者等告示第 3 1 号のイに該当する基本調査結果
ア 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) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	基本調査 1－7 「3. できない」 —
イ 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が困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1－4 「3. できない」 基本調査 1－3 「3. できない」
ウ 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	基本調査 1－3 「3. できない」

エ 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, 介護者への反応, 記憶・理解のいずれかに支障 がある者 (二) 移動において全介助を必要と しない者	基本調査3-1 「1. 調査対象者が意思を他者に伝 達できる」以外 又は 基本調査3-2～基本調査3-7の いずれか 「2. できない」 又は 基本調査3-8～基本調査4-15 のいずれか 「1. ない」以外 その他、主治医意見書において、認 知症の症状がある旨が記載されてい る場合も含む。 基本調査2-2 「4. 全介助」以外
オ 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) 移乗が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	基本調査1-8 「3. できない」 基本調査2-1 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 —
カ 自動排泄処理装置 (H24. 4. 1～)	次のいずれにも該当する者 (一) 排便が全介助を必要とする者 (二) 移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-6 「4. 全介助」 基本調査2-1 「4. 全介助」

③ 上記①、②にかかわらず、次の i) ～ iii) までのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合であっては、これらについて、市が書面等確実な方法により確認することにより、貸与必要と判断する。

- i) 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、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者
- ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告
示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者
- iii) 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
医学的判断から利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる者

2. 「市が書面等確実な方法により確認する」(1の③)についての事務手順

① 被保険者の状態の把握

主治医意見書、医師の診断書又は医師から所見を聴取する方法により、医師の医学的な所見に基づき、i) から iii) のいずれかの状態に該当するかを判断します。

② サービス担当者会議等の開催

i) から iii) のいずれかの状態であると判断した場合、サービス担当者会議等を通じて適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要かどうかを判断します。

③ 確認届出書の提出

サービス担当者会議等の結果、貸与が特に必要と判断した場合、別紙「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認届出書」を提出します。なお、その際には、②で開催したサービス担当者会議録等（写し可）も添付してください。

※ 確認届出書の「心身の状態等」欄へは、医師の医学的な所見を得た資料を基に、「重度の関節リウマチによる、関節のこわばりが朝方に強くなるため、時間帯によって、頻繁に起きあがり困難になる状況が見られる」等、被保険者の状態を具体的に記入してください。

※ サービス担当者会議録等については、貸与が特に必要と判断した箇所にマーキングをしてください。

④ 本庁介護保険課で確認

本庁介護保険課で、確認届出書と添付書類の内容から被保険者の状態等を確認します（支所は不可）。貸与可能な場合は、受付印を押した確認届出書のコピーをお渡します。

⑤ 居宅サービス計画等への記載

医師の所見及び医師の名前を居宅サービス計画等に記載するとともに、受付印のある確認届出書を居宅サービス計画書等に添付しておいてください。

以上の手順については、別紙フローも参考にしてください。

3. Q & A

Q 1 福祉用具貸与をすぐに開始したいが、確認届出書を貸与開始日までに持参できない場合は？

A 1 介護保険課に連絡をした上、妥当と判断した場合、FAXにて届出書を確認します。介護保険課から折り返し貸与可否の連絡をしますので、貸与可能と判断された場合は後日、介護保険課へ届出書を持参してください。貸与可能と判断された日を確認日とします。

Q 2 事業所が遠方のため届出書を持参できない場合は？

A 2 介護保険課に連絡をした上、妥当と判断した場合、FAXにて届出書を確認します。介護保険課から折り返し貸与可否の連絡をしますので、貸与可能と判断された場合は後日、介護保険課へ届出書を郵送してください。貸与可能と判断された日を

確認日とし、届出書のコピーを返送します。

Q 3 確認届出書の提出を忘れた場合、遡りは可能か？

A 3 原則、不可です。

Q 4 新規・更新・変更申請中で結果が要介護 2 以上と想定し、かつ貸与開始（継続）していたが、結果が要介護 1 以下だった場合は？

A 4 認定結果確認後、速やかに届出をすることで確認日を貸与開始日まで遡り、貸与可能とします。

Q 5 新規・更新・変更申請中で結果が要介護 1 以下と想定し、福祉用具貸与を開始したい場合は？

A 5 「確認届」の「要介護度」の欄に「申請中」と記載した上、介護保険課に確認届を提出してください。（無論、確認届出書の「要介護度」以外の欄については、通常通りの手順を踏み記載しておくこと）

Q 6 状態の悪化等により、現在レンタルしているものを変えたい場合は？

A 6 ①同一種目の場合は、届出必要なし。

※無論、市への届出が不要なだけであり、担当省会議を開き適切なケアマネジメントを行っていることが前提。

②異なる種目の場合は、届出の必要あり。（例：体位変換器⇒床ずれ防止用具）

Q 7 貸与種目及び品目が増えた場合は？

A 7 ①種目が増えた場合は、届出が必要。（例：今までベッド（特殊寝台）のみレンタルしていたが、今後サイドレール（特殊寝台付属品）もレンタルしたい。）

②品目が増えた場合（同一種目の場合）は、届出は不要（例：今まで特殊寝台とサイドレール（特殊寝台付属品）をレンタルしていたが、テーブル（特殊寝台付属品）を追加でレンタルしたい。）

※無論、市への届出が不要なだけであり、担当省会議を開き適切なケアマネジメントを行っていることが前提。

Q 8 要支援 2 で軽度者の福祉用具貸与の届出をし、レンタルしているが、この度、要支援 2 から要介護 1 になった場合は？

A 8 軽度者範囲内で要介護度が変更し、基本調査結果が利用者等告示第 3 1 号のイに該当する場合は、届出の必要はありません。

※無論、市への届出が不要なだけであり、担当省会議を開き適切なケアマネジメントを行っていることが前提。

その他不明な点がありましたら、介護保険課までご連絡ください。

平成23年5月19日

倉敷市を事業実施地域とする
指定居宅介護支援事業所管理者 様
指定介護予防支援事業所管理者 様
小規模多機能型居宅介護事業所管理者 様
指定福祉用具貸与事業所管理者 様

倉敷市介護保険課長

倉敷市における「軽度者に対する福祉用具貸与」の取り扱いについて（補足）

平素より介護保険事業についてご協力いただきありがとうございます。

平成23年3月31日付け文書介第5787号「倉敷市における「軽度者に対する福祉用具貸与」の取り扱いについて（依頼）」の「倉敷市での軽度者に対する福祉用具貸与の確認方法」において次のとおり補足説明をさせていただきます。対応方よろしく願いいたします。

記

1 補足箇所及び補足説明

「3. Q&A」のQ8・A8について

Q8 要支援2で軽度者の福祉用具貸与の届出をし、レンタルしているが、この度、要支援2から要介護1になった場合は？

A8 軽度者範囲内で要介護度に変更し、基本調査結果が利用者等告示第31号のイに該当する場合は、届出の必要はありません。

※ 無論、市への届出が不要なだけであり、担当者会議を開き適切なケアマネジメントを行っていることが前提。

（補足説明）

既に軽度者の福祉用具貸与の届出をしている要支援1から要介護1の方が、更新及び変更申請の結果、「要介護度が変わらない」又は「介護度が要支援1から要介護1の範囲内で要介護度に変更した」場合においても、確認届けを提出する必要があります。

提出する必要があるケースは、更新及び変更申請における基本調査の結果が、**利用者等告示第31号**のイに該当する場合のみとなります。

2 その他

平成23年4月1日以降該当がある場合は、経過措置として、確認日を要介護認定日まで遡らせていただきますので、軽度者の福祉用具貸与確認届出書を提出くださるようお願いいたします。

なお、経過措置は平成23年6月末日までとします。

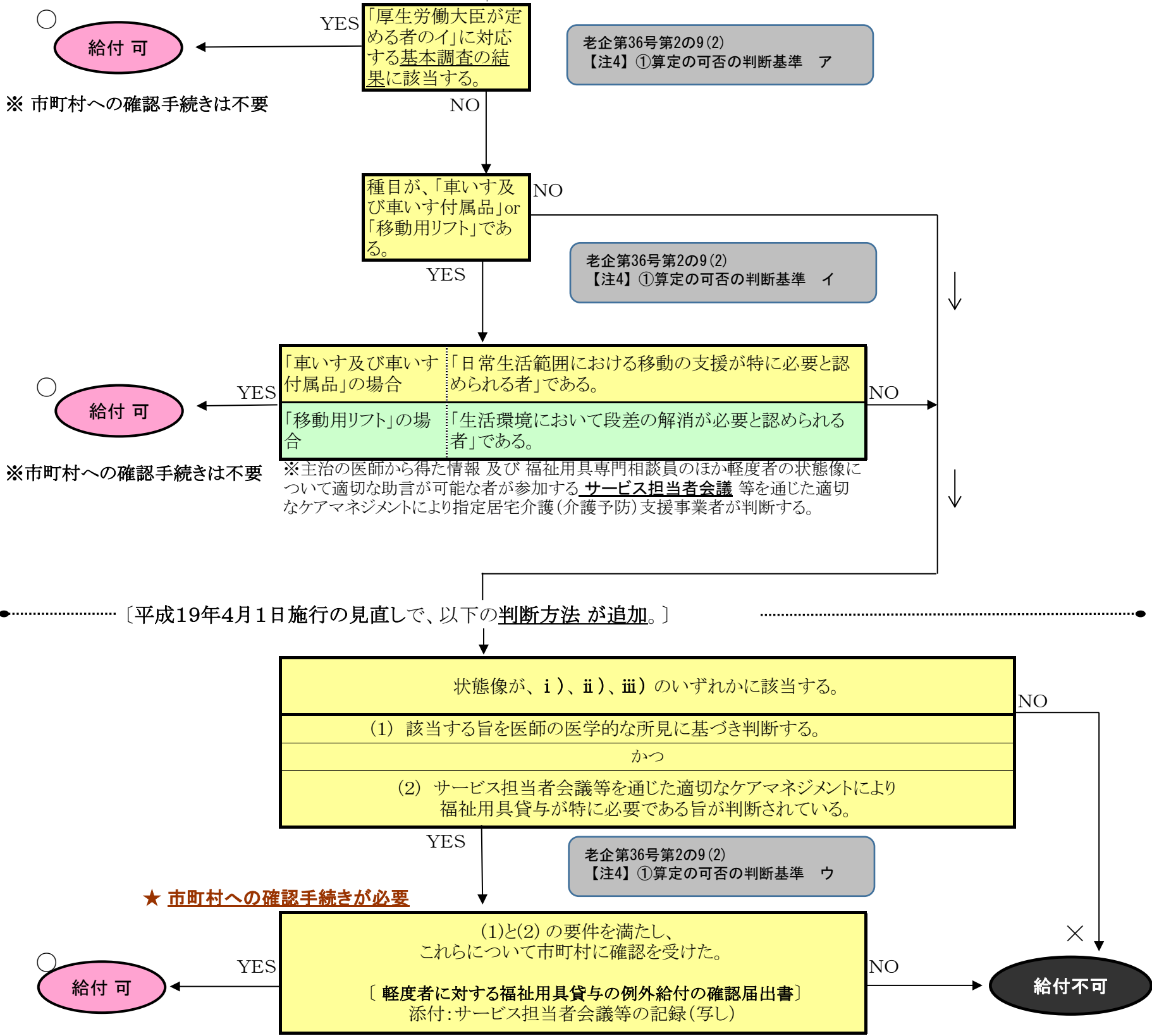
（問い合わせ先） 倉敷市介護保険課 給付係 TEL 086-426-3343

軽度者（要支援１・２、要介護１・２・３）に対する福祉用具貸与について

◆福祉用具貸与の給付要件

①							②				
種 目	車いす及び車いす付属品	特殊寝台及び特殊寝台付属品	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	移動用リフト(つり具部分除く)	自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引するものを除く)	手すり	スロープ	歩行器	歩行補助つえ	自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引するものに限る)
軽度者の範囲	要支援１・２、要介護１					要支援１・２ 要介護１・２・３	通常の取扱いにより保険給付可能				
給付要件	表１に定める「厚生労働大臣が定める者のイ」に該当しなければならない。										

◆ ①の種目に係る福祉用具貸与の判断手順



i) 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、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者
ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者
iii) 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利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる者

福祉用具貸与に係る要介護認定基本調査項目確認書

平成 年 月 日

(介護予防) 福祉用具貸与事業所

様

事業所の種別 指定居宅介護支援事業所 / 指定介護予防支援事業所

事業所の名称

所在地

電話番号

確認者の職・氏名 印

居宅(介護予防)サービス計画に福祉用具貸与を位置づけるため必要な直近の認定調査の基本調査項目については、次のとおりであることを確認します。

1 被保険者

氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
住所			
被保険者番号			

2 証明する基本調査項目 ※必要な対象用具の調査結果のみを記入しています

実施調査日：平成 年 月 日

対象用具	基本調査項目	調査結果
車いす・車いす付属品	1-7	できない・その他
特殊寝台・特殊寝台付属品	1-4	できない・その他
	1-3	できない・その他
床ずれ防止用具・体位変換器	1-3	できない・その他
認知症老人徘徊感知器	3-1	できる以外・できる
	3-2～3-7 (注)	できない・その他
	3-8～4-15 (注)	ない以外・ない
	2-2	全介助以外・全介助
移動用リフト(つり具部分を除く)	1-8	できない・その他
	2-1	一部介助または全介助・その他
自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引するものを除く)	2-6	全介助
	2-1	全介助

(注)：各項目のいずれか1つでも

認知症老人徘徊感知器については、主治医意見書に、認知症の症状がある旨の記載がある
→有る(別紙のとおり)・なし

3 遵守事項

- (1) 本資料は、福祉用具貸与の基礎資料とし、それ以外の目的には使用できません
- (2) 提供を受けた本資料は第三者へ漏洩することがないよう厳重に保管し、紛失破損しないように適正な管理を行ってください

令和2年2月28日

居宅介護支援事業所 管理者 様

倉敷市保健福祉局健康福祉部介護保険課長

厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合の届出について（通知）

平成30年10月サービス利用分から、生活援助を主体とする訪問介護を厚生労働大臣が定める回数以上必要とケアプランで位置づける場合は、市町村への届出義務が生じ、地域ケア会議等によりケアプランの検証を行う事となりました。

これまで、届出についてはケアプランの写しのみで足りることとしておりましたが、下記のとおり取扱いを変更しますのでよりしくお願いします。

記

1 提出書類

- ① 訪問介護（生活援助中心型）の回数が基準回数以上となるケアプランの届出書
- ② 第1表：居宅サービス計画書（1）（利用者確認印のあるもの）
- ③ 第2表：居宅サービス計画書（2）
- ④ 第3表：週間サービス計画表
- ⑤ 第4表：サービス担当者会議の要点
- ⑥ 第6表：サービス利用票
- ⑦ 第7表：サービス利用票別表
- ⑧ 課題分析表（アセスメントシート）

2 提出期限

ケアプランを交付した翌月の末日

3 提出方法

郵送または持参。控えが必要な場合は持参してください。

FAXは使用しないでください。

4 提出先

〒710-8565

倉敷市西中新田640番地

倉敷市保健福祉局健康福祉部介護保険課 給付係

電話（086）426-3343

※持参の場合は各支所国保介護課及び真備保健福祉課国保介護係でも可

訪問介護(生活援助中心型)の回数が基準回数以上となるケアプランの届出書

届出年月日 年 月 日

(あて先) 倉敷市長

事業所番号 :

居宅介護支援事業所名 :

電話番号 :

介護支援専門員氏名 :

被 保 険 者	被保険者番号	
	氏名	
	住所	
	要介護認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日

訪 問 回 数	要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	基準回数(参考)	27回	34回	43回	38回	31回
	計画上の回数 (期間中最多のもの)					
	該当月					
基準回数以上の 訪問介護が必要な 理由と期待される 効果						

提出書類チェック表

チェック欄	書類の名称	注意事項
	居宅サービス計画書(1)第1表(写)	利用者へ交付し、署名があるもの
	居宅サービス計画書(2)第2表(写)	該当する短期目標・サービス内容・サービス種別に線を引くこと
	居宅サービス計画表 第3表(写)	
	サービス担当者会議の要点 第4表(写)	該当する箇所に線を引くこと
	サービス利用票 第6表(写)	
	サービス利用票 第7表(写)	
	課題分析表(アセスメントシート)	該当する箇所に線を引くこと

この届出書を表紙とし、被保険者毎に提出書類をまとめて提出してください。

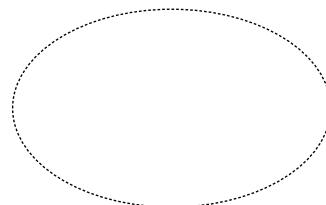
居宅サービス計画を作成した翌月末までに提出してください。

追加で資料の提出を依頼する場合があります。

内容について問合せをする場合があります。来庁を依頼する場合があります。

保険者使用欄

日付印を押して届け出書の写しを渡してください。
介護保険課給付係へ送ってください。



事 務 連 絡

令和 3年10月8日

各居宅介護支援事業所 様

倉敷市介護保険課長

居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証について

令和3年10月1日から、倉敷市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等を定める条例第10条第1項第22号に基づき、厚生労働大臣が定める基準（令和3年厚生労働省告示第336号）に規定する要件に該当するケアプランのうち、市町村から指定されたものを市町村へ届け出る必要がありますので、下記のとおり対応の方をよろしくお願いします。

記

1 届出の対象となるケアプラン

令和3年10月1日以降に作成又は変更したケアプランのうち、居宅介護支援事業所ごとに見て、

①区分支給限度基準額の利用割合が7割以上

かつ

②その利用サービスの6割以上が「訪問介護サービス」

に該当し、介護保険課から提出依頼を受けたもの。

2 提出依頼について

届出が必要なケアプランについては今後介護保険課にて選定し、各事業所に個別に依頼させていただきます。

3 留意事項

今回のケアプラン検証は、より利用者の意向や状態に合った訪問介護の提供につなげることのできるケアプランの作成に資することを目的とするものであり、サービスの利用制限を目的とするものではありません。

問い合わせ先

倉敷市介護保険課 給付係

TEL 086-426-3343

各都道府県介護保険担当課（室）

各保険者介護保険担当課（室） 御 中

各 介 護 保 険 関 係 団 体

← 厚生労働省 老健局高齢者支援課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

「ケアプランデータ連携システム」の概要等の

周知について（情報提供（Ver.2））

計31枚（本紙を除く）

Vol.1109

令和4年10月26日

厚生労働省老健局高齢者支援課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう、よろしくお願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内 線 3876）
FAX：03-3595-3670

事 務 連 絡
令和4年10月26日

各都道府県介護保険主管課（室）
各市区町村介護保険主管課（室） 御中
各 介 護 保 険 関 係 団 体

厚生労働省老健局高齢者支援課
介護業務効率化・生産性向上推進室

「ケアプランデータ連携システム」の概要等の周知について（情報提供（Ver.2））

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

厚生労働省では、公益社団法人国民健康保険中央会（以下、「国民健康保険中央会」という。）において「ケアプランデータ連携システム」を構築する事業を進めており、その概要を「「ケアプランデータ連携システム」の概要等の周知について（情報提供）（令和4年9月6日付事務連絡）」において、お示ししたところです。

今般、国民健康保険中央会より本システムの利用料金の詳細等について、追加情報の提供がありましたので周知いたします。

また、当室で実施している介護分野における生産性向上に資する取組に関する資料を併せて提供いたしますので、本システムの利用を検討する際にご活用ください。

各都道府県・市区町村におかれては、管内関係団体、介護サービス事業所等に周知いただき事業所支援にご活用いただくとともに、各関係団体におかれては、加盟事業所等に周知いただくよう、ご協力をお願いいたします。

【担当】

厚生労働省老健局高齢者支援課

介護業務効率化・生産性向上推進室 秋山、石内、小河

TEL：03-5253-1111（内線 3876）

2023（令和5）年4月本格稼働（予定）

「ケアプランデータ連携システム」が来春スタート

業務負担の軽減に繋がるシステム利用をご検討ください

国民健康保険中央会では、居宅介護支援事業所と介護サービス事業所との間で毎月やりとりされるケアプランの一部情報（予定・実績）をデータ連携するシステムを構築しています。
ケアプラン（提供票）をデータで送受信できるようになり、業務の負担軽減に繋がります。

●データ連携で、作業時間の削減やコスト削減が期待できます

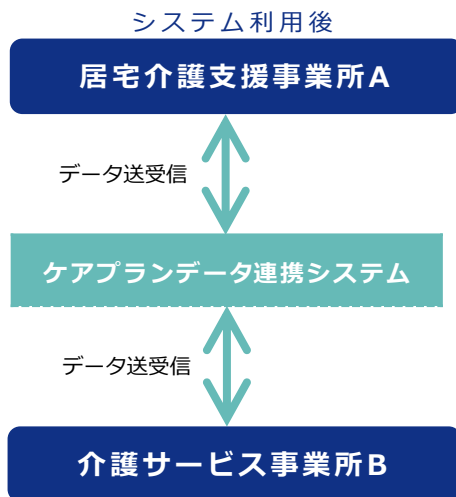
サービス提供票や居宅サービス計画書など、手書き・印刷し、FAXや郵送などでやりとりしていた書類をシステム上でデータの送受信ができるようになり、業務負担軽減が期待できます。

【期待出来る効果】

- 提供票の**共有にかかる時間が従来の3分の1**程度になることが期待できます。
- 削減された時間を反映した人件費、印刷費、通信費、交通費など、**年間81万6,000円のコスト削減**も期待できます。
- 転記誤りがなくなり、**心理的負担が軽減**されます。

※調査研究アンケート結果から
試算した全国平均の見込み

一層の利用者支援の向上に！



●運用開始までのスケジュール案

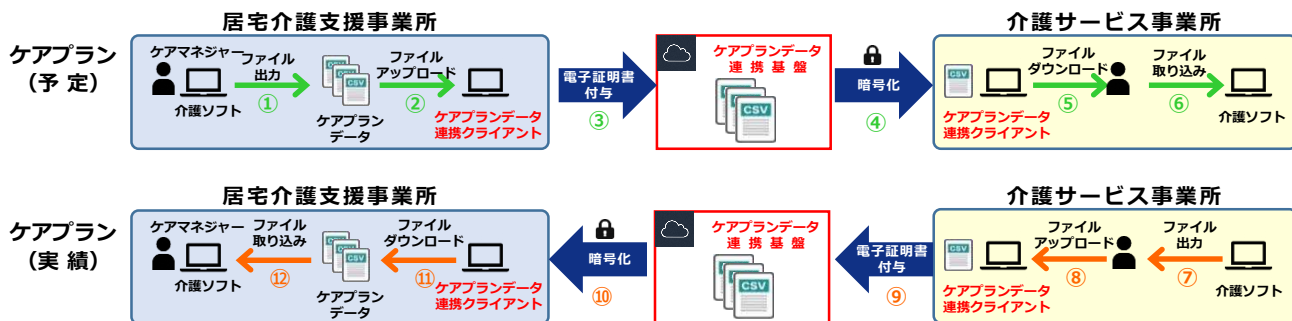
2022（令和4）年度							2023（令和5）年度	2024（令和6）年度
9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
システム開発					パイロット運用		本稼働	

自治体を限定した形でパイロット運用を予定

本稼働後も、必要な機能改修を実施予定

●システムの概要（ケアプラン連携の業務フロー）

赤字部分がシステムの範囲です。



※安心してやり取りできるよう、セキュリティ対策には十分配慮しています。

必要な環境

- パソコン（Windows10以降）
- 厚生労働省のケアプラン標準仕様に準拠した介護ソフト
- 介護給付費請求に使用する電子証明書
- ケアプランデータ連携クライアント

（システム利用申請後に利用可能になるため、事前にご用意いただく必要はございません。）

利用料金

- 1事業所あたりのライセンス料は年間21,000円（税込み）です。支払方法は、電子請求の証明書発行手数料と同様、国保連合会に請求する介護給付費からの差引きを可能とします。

●システム利用時の画面イメージ

画面は開発中のものであり、実際の画面とは異なる場合があります。

提供票送信時の画面イメージ

- ・提供表を送る側の事業所は、新規作成画面で提供表をアップロードし、送信します。
- ・送信した内容を確認する場合は、送信済データ詳細確認画面で確認します。

新規作成

送信先事業所番号

0123456789

添付ファイル (CSV)

UPHKOY_123456789_234567890_123456789.CSV

UPHOSOKU000000_123456789_2468135790_20191110102233.CSV

添付ファイル (PDF等)

UPPLAN2801912_12345678912345678911234567890.PDF

メッセージ

X月分のファイルを送信いたします。

戻る

一時保存

送信

送信済データ詳細確認

送信先事業所番号

0123456789

添付ファイル(CSV)

UPHOSOKU_000000_987654321_2468135790_20191110102233.CSV

UPHOSOKU_000000_987654321_2468135790_20191110102233.CSV

UPHOSOKU_000000_987654321_2468135790_20191110102233.CSV

添付ファイル(PDF等)

UPHOSOKU_000000_987654321_2468135790_20191110102233.CSV

メッセージ

X月分のファイルを送信いたします。
ご確認をお願いいたします。

開封確認

開封済み

戻る

ダウンロード

提供票受信時の画面イメージ

- ・提供表を受け取る側の事業所は、受信一覧画面で受信した提供表をダウンロードします。
- ・受信した内容を確認してから提供表を取り出す場合は、受信データ詳細確認画面で確認を行います。

受信一覧

受信日時	メッセージ	送信元事業所番号	ファイル名	登録	削除	PDF等
2022/07/11 10:32:18	X月の報告書となります。ご確認のほどよろしくお願いたします。	1234567890	UPHOSOKU_000000_9876...CSV	○		
2022/07/10 11:17:27	X月の報告書となります。ご確認のほどよろしくお願いたします。	1307924680	UPHOSOKU_000000_9876...CSV	○		
2022/07/08 19:20:30	X月の報告書となります。ご確認のほどよろしくお願いたします。	2468013579	UPHOSOKU_000000_9876...CSV	○		
2022/07/07 12:34:56	X月の報告書となります。ご確認のほどよろしくお願いたします。	1098765432	UPHOSOKU_000000_9876...PDF			○
2022/07/07	X月の報告書となります。ご確認のほどよろしくお願いたします。	1098765432	UPHOSOKU_000000_9876...PDF			○

データ取得

更新

受信データ詳細確認

送信元事業所番号

1234XXXX

添付ファイル(CSV)

UPHOSOKU_000000_987654321_2468135790_20191110102233.CSV

UPHOSOKU_000000_987654321_2468135790_20191110102233.CSV

UPHOSOKU_000000_987654321_2468135790_20191110102233.CSV

添付ファイル(PDF等)

UPHOSOKU_000000_987654321_2468135790_20191110102233.CSV

メッセージ

X月分のファイルを送信いたします。
ご確認のほどよろしくお願いたします。
X月分のファイルについて

戻る

ダウンロード

FAXで届いた実績を手動で入力
報酬請求まで気が抜けない…
間違ったらどうしよう…



【Before】

データが自動反映されるから楽！
書類が減った！
時間に余裕ができた！



【After】

ケアプランデータ連携システムについて

令和4年10月

Ver.2

公益社団法人 国民健康保険中央会

協力:  ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省 老健局高齢者支援課
Ministry of Health, Labour and Welfare

はじめに

介護人材の確保が喫緊の課題とされる中で、**介護現場の負担軽減や職場環境の改善**は重要であり、厚生労働省において様々な取組が行われてきています。

そういった取組の一環として、厚生労働省において、令和元年度に調査研究事業を実施し、居宅介護支援事業所と介護サービス事業所の間で毎月やり取りされるケアプランのうち、**サービス提供票(予定・実績)をデータ連携するための標準仕様**を作成し、公開しました。標準仕様を活用してデータ連携をすることで、介護事業所の文書作成に要する負担が大幅に軽減されることが期待されています。

さらに、調査研究結果を踏まえ、安全な環境で効果的にデータ連携を可能とするため、「**ケアプランデータ連携システム**」の構築を行うこととし、令和2年度より調整を進めてきました。このシステムの構築・運用は、厚生労働省からの依頼により、国民健康保険中央会が行うことになりました。

本紙は、この「ケアプランデータ連携システム」の概要を説明するものです。

※令和4年5月19日、岸田首相は都内の通所介護事業所を視察し、介護現場の職員と意見交換を行いました。その後の記者会で、「職員の負担軽減や介護サービスの質の向上のためにICTを活用するという視点が大変重要」と強調し、**事業所同士がケアプランのやり取りをクラウド上で行う為の情報連携基盤である「ケアプランデータ連携システム」を今年度中に整備すると説明**しました。

https://www.kantei.go.jp/jp/101_kishida/statement/2022/0519kaiken.html

介護現場の職員との車座対話等についての会見

更新日：令和4年5月19日 | 総理の演説・記者会見など

ツイート

LINE

Facebook

関連動画

+

〔本日の視察及び介護現場の職員との車座対話について〕

本日、官と民が協力して地域の皆さんに介護サービスを提供する施設を視察させていただき、あわせて介護現場で御努力いただいている皆さんのお話を聞かせていただきました。その中で、皆さんからとりわけ介護人材の確保をめぐる厳しい状況をお伺いしました。あわせてコロナ禍における御苦労など、現場の厳しい状況を聞かせていただきました。高齢化の進展により、今後、都市部を中心に介護を必要とされる方の増加が見込まれる中で、質の高い介護サービスを提供していくためには、介護現場で働く皆さんに生き生きと不安なく働いていただく、こうしたことが重要であると考えます。本年2月から介護職員の方々の収入を月9,000円相当引き上げる取組を実施しておりますが、今後も、人材の職場への定着、さらには経験・技能の高度化につながる処遇改善の在り方、これを引き続き検討し続けていきたいと考えています。

また、本日視察した現場でも活用されていましたが、ICT（情報通信技術）を介護現場の皆さんの負担軽減、さらには介護サービスの質の向上という観点からも活用する、これは大変重要な観点ではないか、こうしたことも感じました。このため、現場で大きな負担となっていますケアプランデータの共有については、クラウドを活用して電子的に行うことができる基盤を今年度中に整備し、早期の全国展開を目指してまいりたいと思っています。引き続き、現場の声に耳を傾けながら、介護の在り様についても、政治の立場から何をしていかなければならないのか、取組を検討していきたいと考えます。

※首相官邸HP「介護現場の職員との車座対話等についての会見」より

ケアプランデータ連携システム活用による効果

■業務の効率化

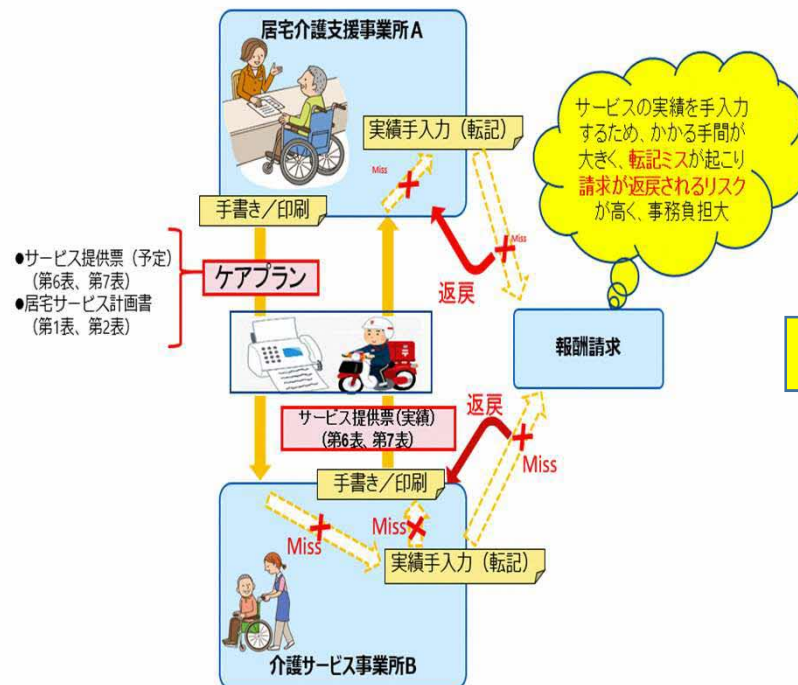
【期待できる削減効果例】

- ・記載時間の**削減**
- ・転記誤りの**削減**
- ・データ管理による文章量**削減**
- ・介護従業者の負担**軽減**

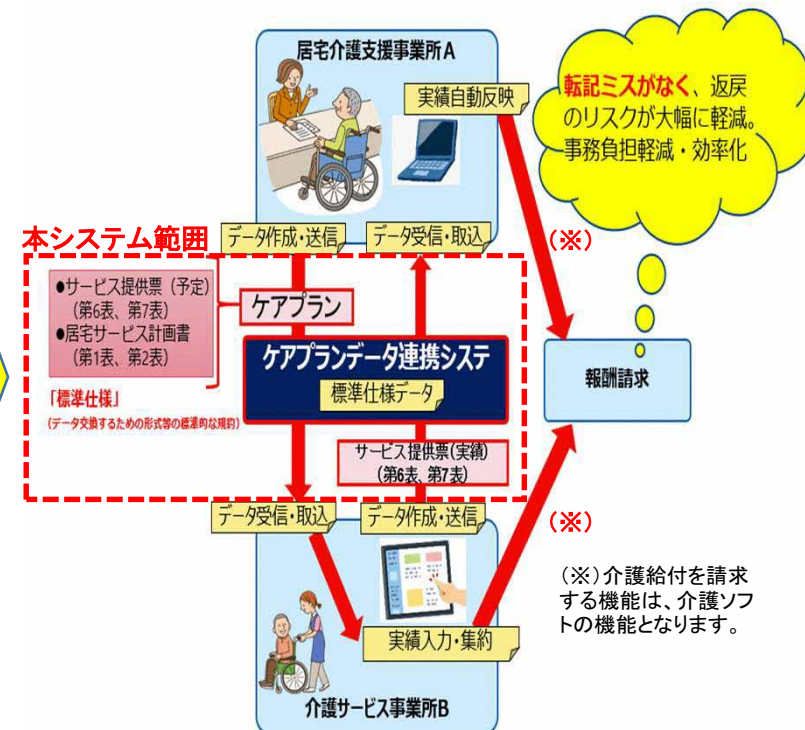
【効率化による相乗効果例】

- ・利用者支援にかかる**時間増**
- ・ケアの質の**向上**

【現状】



【データ連携後のイメージ】



ケアプランデータ連携システム活用による効果

■費用効果

【期待できる効果例】

事業所がケアプランを送付するために掛かる費用の削減が見込まれます。

- ・人件費の削減
- ・印刷費の削減
- ・郵送費の削減
- ・交通費の削減
- ・通信費(FAX)の削減

(人件費削減を考慮した場合)

約81万6千円/年の削減

(人件費削減を考慮しない場合)

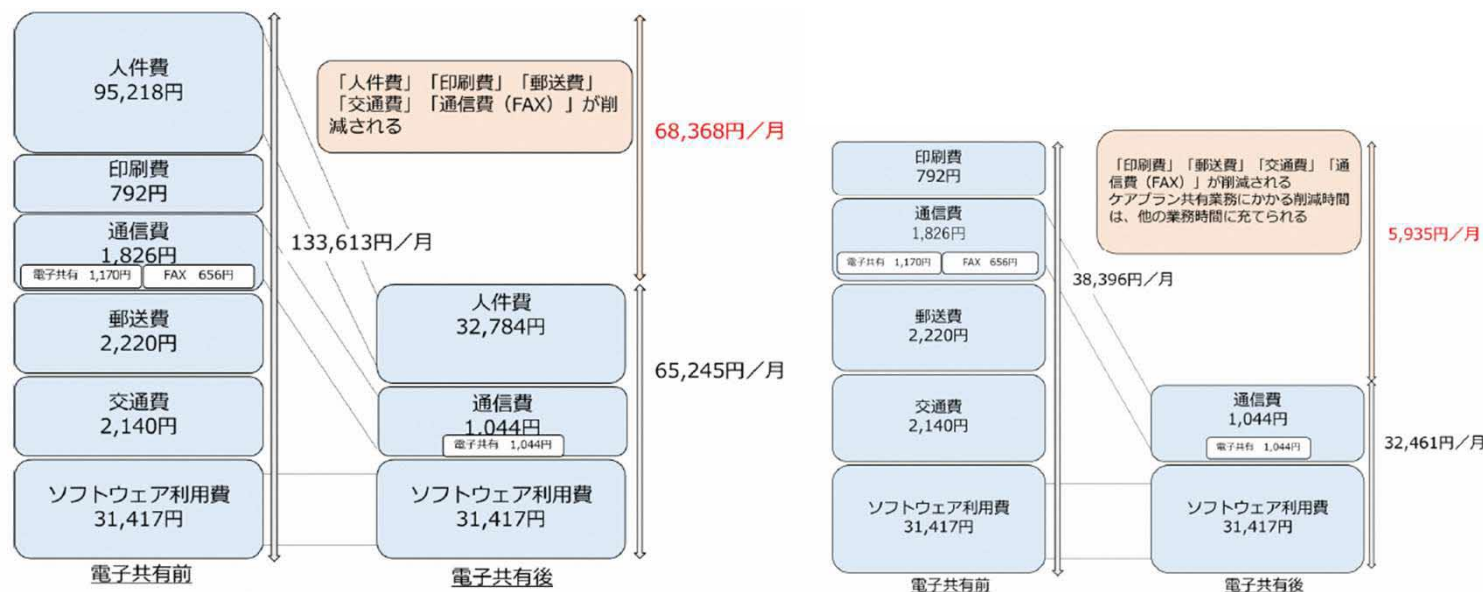
約7万2千円/年の削減

※調査研究のアンケート結果から試算した
全国平均の見込み金額あり、削減費を確約
するものではありません。

【コスト削減による相乗効果】

- ・介護人材の**新規確保**
- ・介護人材の**定着率向上**
- ・事業所環境の**維持費、改善費の割当額の増加**

令和2年度老人保健健康促進事業「介護分野の生産向上に向けたICTの更なる活用に関する調査研究」より抜粋



※ケアプラン連携効果の推計(人件費削減を考慮した場合)

※ケアプラン連携効果の推計(人件費削減を考慮しない場合)

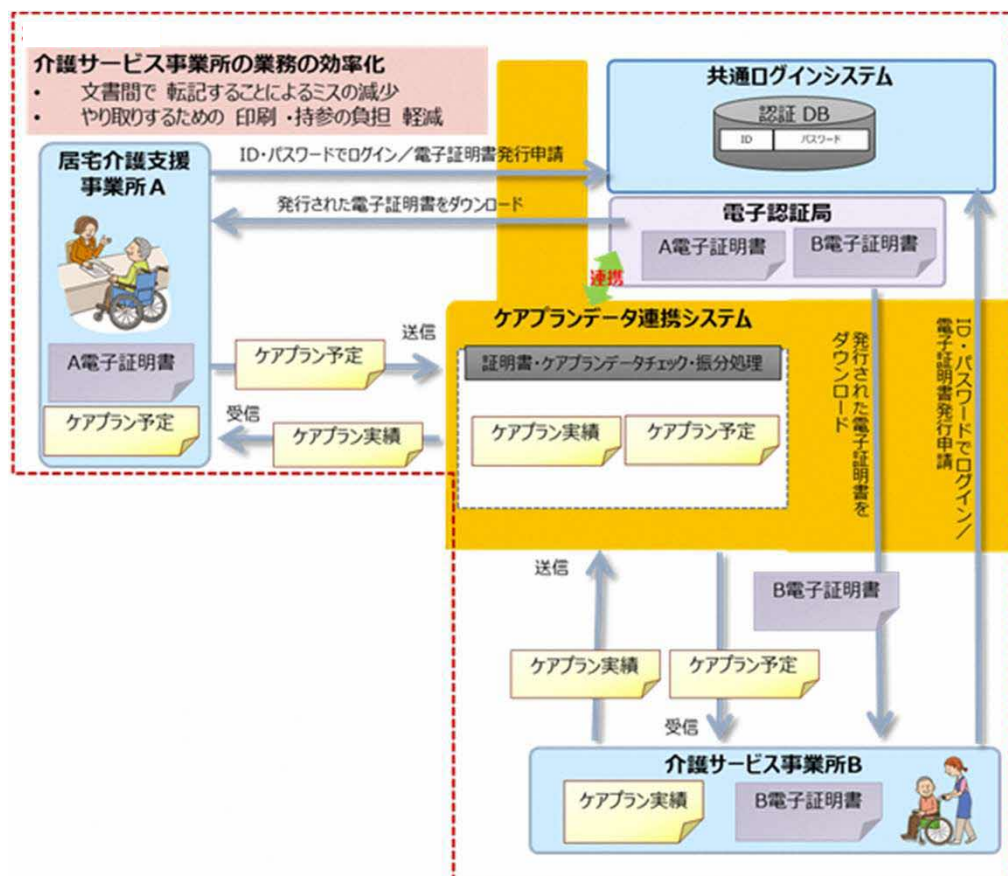
ケアプランデータ連携システムの全体概要

ケアプランデータ連携システムは、介護事業所に設置される「**ケアプランデータ連携クライアント**」と運用センターに設置される「**ケアプランデータ連携基盤**」から構成されます。

介護事業所の利用者は、「**ケアプランデータ連携クライアント**」からインターネット回線を経由し、「**ケアプランデータ連携基盤**」を通して事業所間のケアプランデータのやり取りを行います。

ケアプランデータ連携システムの全体概要は以下の通りです。

【全体概要図】



ケアプランデータ連携システムを利用するために

ケアプランデータ連携システムをご利用するために、以下のご準備が必要となります。

(※ケアプランデータ連携システムでケアプランデータを送受信する場合は、送る側と受ける側の双方がケアプランデータ連携システムをご利用されている必要があります。)

①介護事業所の利用者は、ケアプランデータ連携システムのWEBサイトより、利用申請をします。

②介護事業所の利用者は、「ケアプランデータ連携クライアント」ソフトを国保中央会のWEBサイトよりダウンロードし介護事業所のパソコンにインストールをします。

③ケアプランデータを送信するためには、電子証明書が必要となります。

【電子証明書をお持ちの場合】

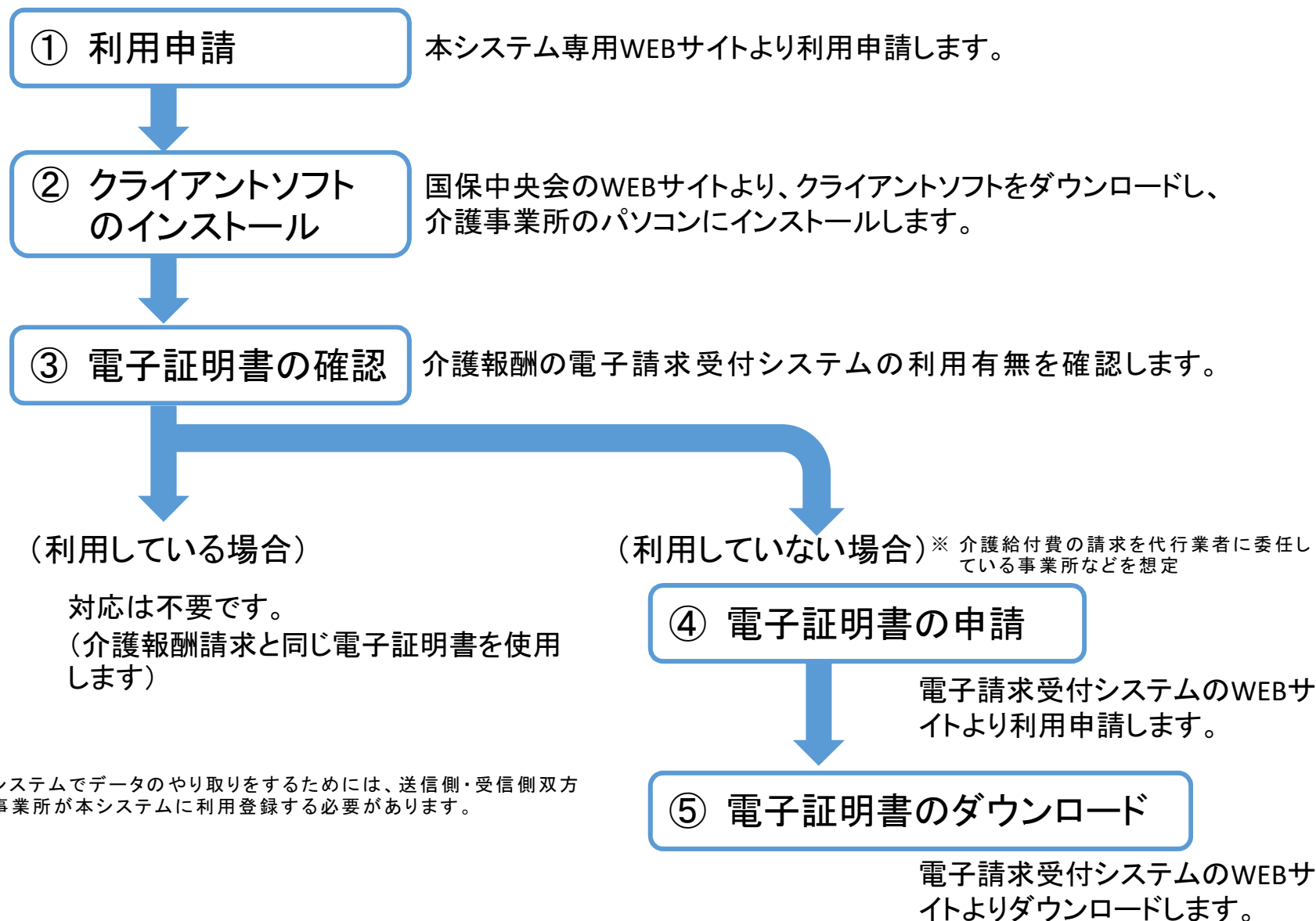
電子請求受付システムを利用されており、既に電子証明書をお持ちの場合、同じ電子証明書で利用することが可能であるため、電子証明書の発行申請とダウンロードは不要です。

【電子証明書をお持ちではない場合(※)】

電子請求受付システムのWEBサイトにアクセスし、案内に従い電子証明書の発行申請を行い、電子証明書をダウンロードしてください。

(※介護給付費の請求を代行業者に委任しており、介護事業所自身で電子証明書を発行していない事業所などを想定)

ケアプランデータ連携システムの利用準備

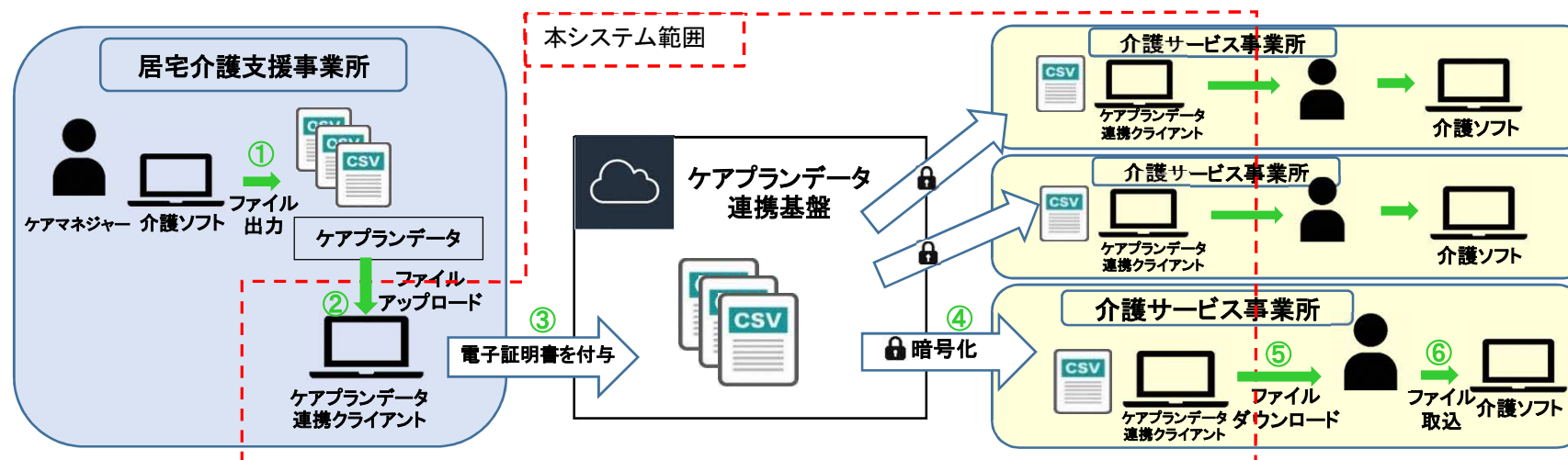


※ 本システムでデータのやり取りをするためには、送信側・受信側双方の事業所が本システムに利用登録する必要があります。

※ 本システムのみで電子証明書を利用する場合は無料とする予定。 6

ケアプランデータ連携システムの業務フローについて(1/2)

【ケアプランデータ(予定)の連携 業務フロー図】



【居宅介護支援事業所】

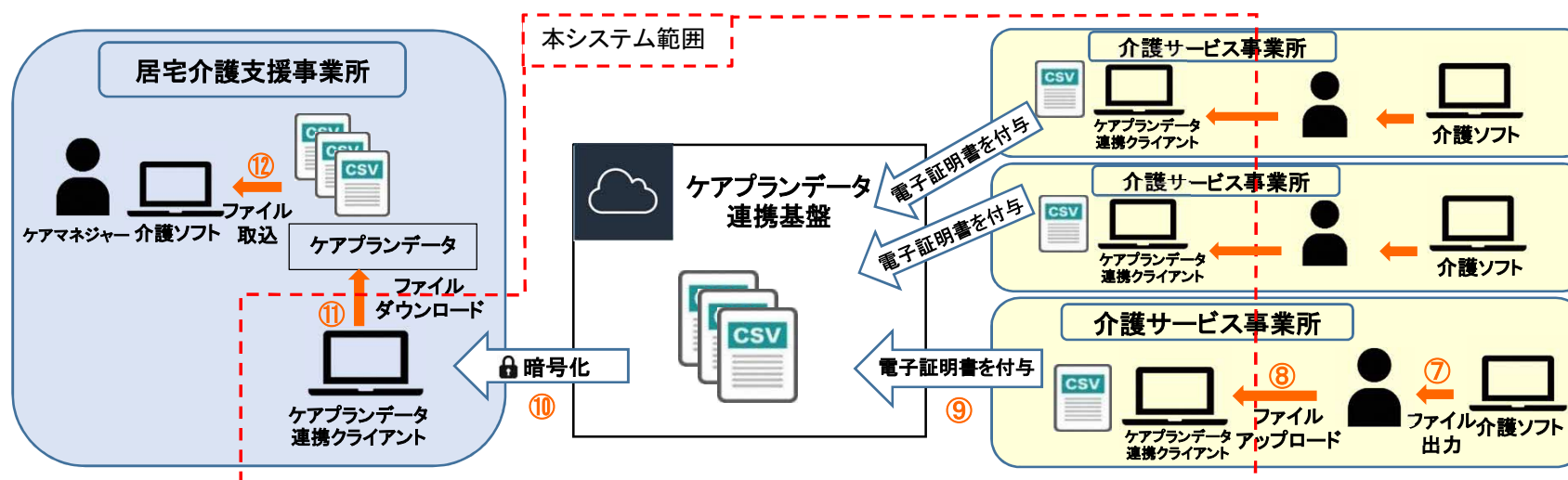
- ① 介護ソフトにてケアプランデータ予定ファイルを作成、CSVファイルとして出力(保存)します。
- ② 出力(保存)したケアプランデータ予定ファイルをデータ連携クライアントにアップロードします。
- ③ ケアプランデータ連携クライアントからケアプランデータ連携基盤へ送信します。(※電子証明書は自動で付与されます。)

【介護サービス事業所】

- ④ ケアプランデータ連携クライアントを操作し、最新情報を確認し、ケアプランデータ連携基盤から受信します。
(※ケアプランデータ連携基盤からケアプランデータ連携クライアントの通信は暗号化されて通信が行われます。)
- ⑤ ケアプランデータ連携クライアントからケアプランデータ予定ファイルをダウンロードします。
- ⑥ ダウンロードしたケアプランデータ予定ファイルを介護ソフトに取り込み確認をします。

ケアプランデータ連携システムの業務フローについて(2/2)

【ケアプランデータ(実績)の連携 業務フロー図】



【介護サービス事業所】

- ⑦ 介護ソフトにケアプランに基づく実績を入力後、ケアプランデータ実績ファイルをCSVファイルとして出力(保存)します。
- ⑧ 出力(保存)したケアプランデータ実績ファイルをケアプランデータ連携クライアントにアップロードします。
- ⑨ ケアプランデータ連携クライアントからケアプランデータ連携基盤へ送信します。(※電子証明書は自動で付与されます。)

【居宅介護支援事業所】

- ⑩ ケアプランデータ連携クライアントを操作し、最新情報を確認し、ケアプランデータ連携基盤から受信します。
- (※ケアプランデータ連携基盤からケアプランデータ連携クライアントの通信は暗号化されて通信が行われます。)
- ⑪ ケアプランデータ連携クライアントからケアプランデータ実績ファイルをダウンロードします。
- ⑫ ダウンロードしたケアプランデータ実績ファイルを介護ソフトに取り込み確認をします。

画面イメージ

※画面は開発中のものであり、実際の画面とは異なる場合があります。

■提供票送信時の画面イメージ

提供表を送る側の事業所は、新規作成画面で提供表をアップロード(※)し、送信します。送信した内容を確認する場合は、送信済データ詳細確認画面で確認します。※1表,2表,6表,7表をCSVで送信する他、PDFファイルの送信も可能です(3表等)。

【新規作成】

■提供票受信時の画面イメージ

提供表を受け取る側の事業所は、受信一覧画面で受信した提供表をダウンロードします。受信した内容を確認し提供表を取り出す場合は、受信データ詳細確認画面で行います。

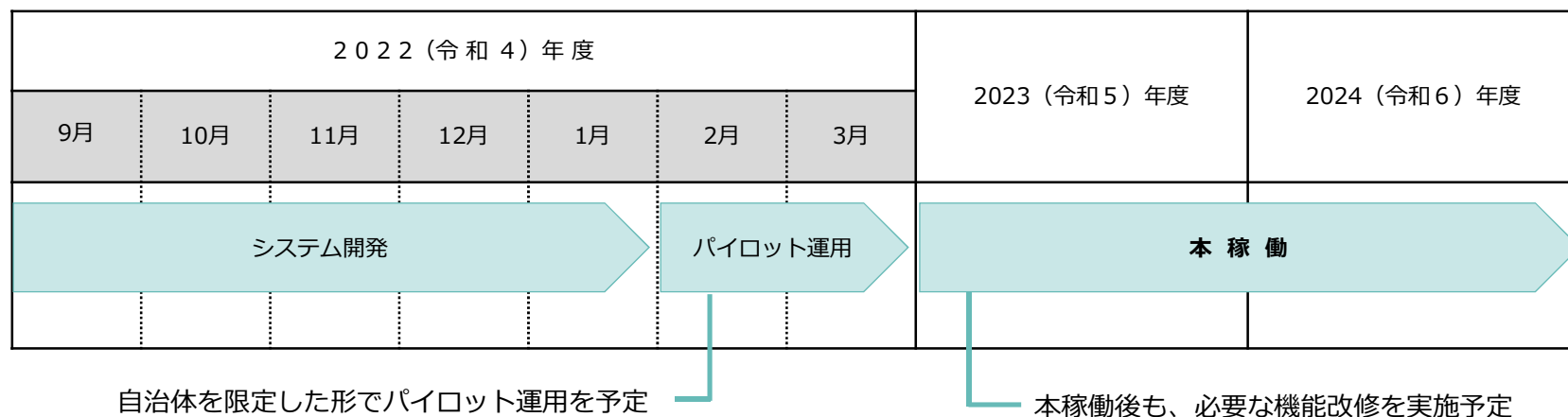
【受信一覧】

【送信済データ詳細確認】

【受信データ詳細確認】

ケアプランデータ連携システムのスケジュール

- ・令和4年5月より設計開発を開始し、令和5年4月より本稼働を予定です。
- ・本稼働後も必要となる機能を随時追加していく予定であり、徐々に利用する介護事業者が増える想定です。
- ・介護給付費の請求を委託している事業所の委任状況を鑑みて、追って代行業者がご利用できるように機能を追加する予定です。
- ・令和5年2月中旬より、先行稼働を予定しており、先行稼働のパイロットとなる参加事業所(自治体)の選定を11月末までに行い、12月末までに先行稼働参加事業所(自治体)との交渉、調整をする予定です。



■ケアプランデータ連携システムの料金について

1事業所あたりのライセンス料は年間21,000円(消費税込み)です。本システムの利用申請をすることで、1年間有効なライセンスが付与されます。

また、支払方法は、電子請求の証明書発行手数料と同様、国保連合会に請求する介護給付費からの差引きを可能とします。

介護現場における生産性向上の推進のための資料

厚生労働省 老健局高齢者支援課
介護業務効率化・生産性向上推進室

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

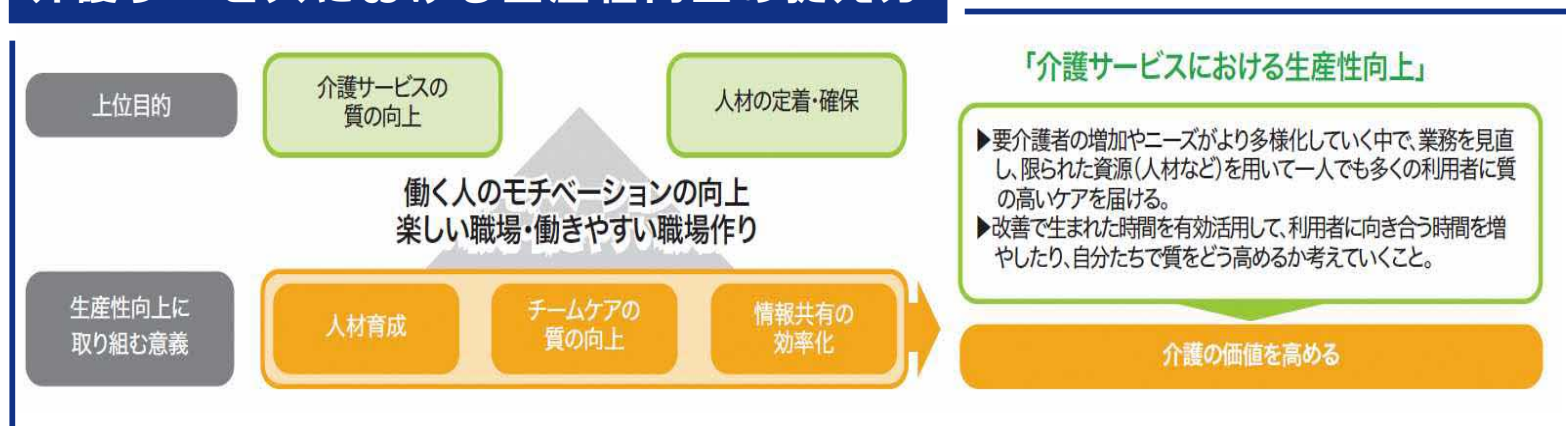
介護現場における生産性向上（業務改善）の捉え方と生産性向上ガイドライン

一般的な生産性向上の捉え方

- 業務のやり方を工夫することで、現在の業務から「ムリ」「ムダ」「ムラ」をなくし、業務をより安全に、正確に、効率的に行い、負担を軽くすることが目的
- Output（成果）/Input（単位投入量）で表し、Process（過程）に着目



介護サービスにおける生産性向上の捉え方

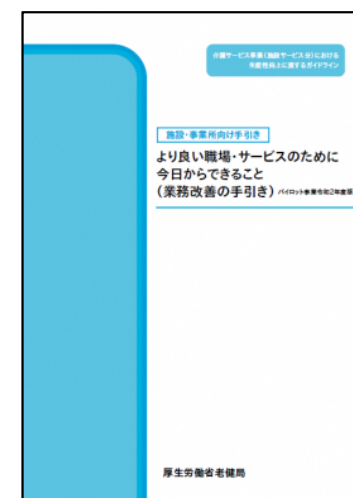


【介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン】

<https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisansei.html>

生産性向上に資するガイドラインの作成

- 事業所が生産性向上（業務改善）に取り組むための指針としてガイドラインを作成。
 - より良い職場・サービスのために今日からできること（自治体向け、施設・事業所向け）
 - 介護の価値向上につながる職場の作り方（居宅サービス分）
 - 介護サービスの質の向上に向けた業務改善の手引き（医療系サービス分）



厚生労働省が作成した生産性向上に関する参考資料等

地域単位の日線

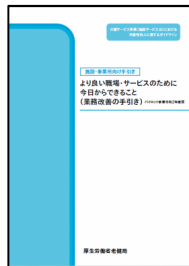
施設・事業所の目線

従業員の目線

生産性向上に資するガイドライン

自治体向け

施設向け、居宅サービス向け、医療系サービス向け



- 取組の進め方等の解説
- 事例紹介

E-ラーニング動画教材

取組事例紹介（モデル事業）資料

推進スキル研修手順書

（研修実施）

スライド、動画

- 研修手順の解説
- 研修教材、副教材（動画）

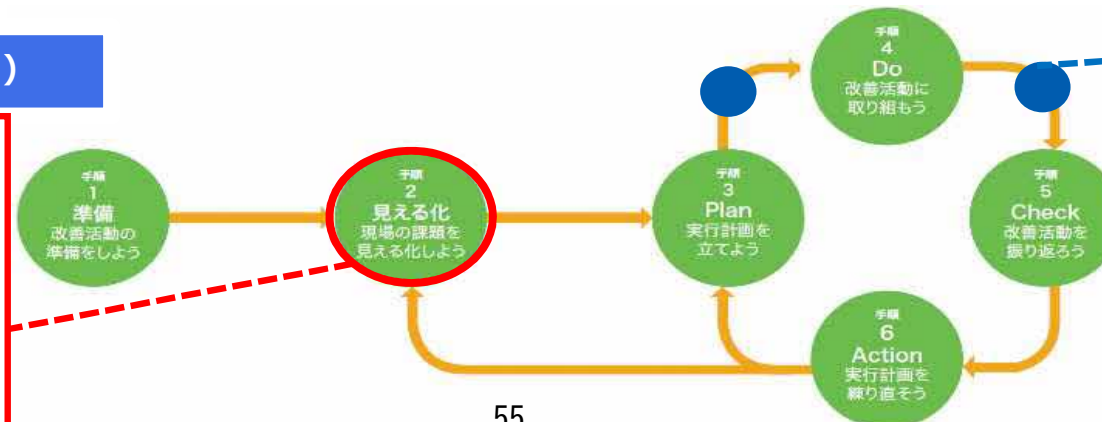
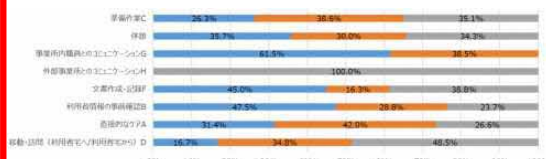
生産性向上の取組を支援・促進する手引き

- 事業所内で活動に伴走し、支援・促しを行うスキル（ファシリテーション）の解説



各種ツール（EXCELマクロ）

- 課題把握シート
- 業務時間見える化ツール



効果測定ツール



生産性向上ガイドラインと支援ツールの概要 (平成30年度作成、令和元年度改訂、令和3年度ツール改修)

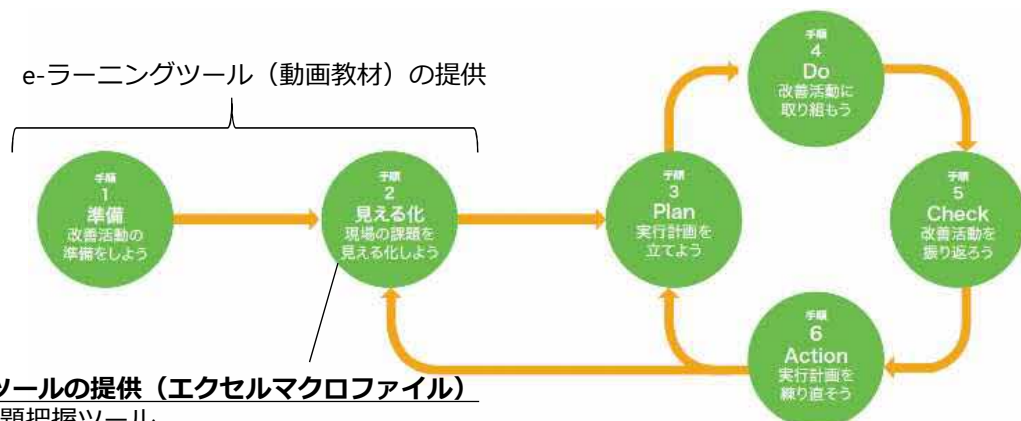
介護分野における生産性向上（業務改善）の取組を7つの視点から解説



取組の標準的なステップを解説、事例を紹介

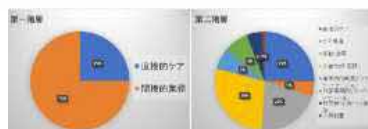
取組みの具体例を紹介（動画は公式YouTubeチャンネルで公開）

e-ラーニングツール（動画教材）の提供



支援ツールの提供（エクセルマクロファイル）

- 課題把握ツール
- 業務時間見える化ツール



より良い職場・サービスのために今日からできること（業務改善の手引き） （介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン）

①職場環境の整備

取組前

取組後



②業務の明確化と役割分担 (1)業務全体の流れを再構築

介護職の業務が
明確化されて
いない



業務を明確化し、
適切な役割分担を
行いケアの質を向上



介護職員が
専門能力を発揮
介護助手
が実施

②業務の明確化と役割分担 (2)テクノロジーの活用

職員の心理的
負担が大きい



職員の心理的
負担を軽減



③手順書の作成

職員によって異なる
申し送り



申し送りを
標準化



④記録・報告様式の工夫

帳票に
何度も転記



タブレット端末や
スマートフォンによる
データ入力（音声入
力含む）とデータ共有

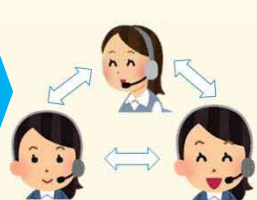


⑤情報共有の工夫

活動している
職員に対して
それぞれ指示



インカムを利用した
タイムリーな
情報共有



⑥OJTの仕組みづくり

職員の教え方に
ブレがある



教育内容と
指導方法を統一



⑦理念・行動指針の徹底

イレギュラーな
事態が起こると
職員が自身で
判断できない



組織の理念や行動
指針に基づいた
自律的な行動



生産性向上の取組を支援するツール

課題把握シート

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	訪問介護									
2	大項目	小項目	課題把握の視点							
3										
4		訪問・ケア準備	1 ケアに必要な利用者情報（基本情報・ケア計画・利用者の状況等）を把握した上で、利用者宅を訪問しているか							
5			2 一日の訪問スケジュールを把握し、事業所もしくは自宅を出発しているか							
6			3 訪問スケジュールを速やかに作成しているか							
7		移動・訪問スケジュール作成	4 効率的な訪問ルート作成の方法・コツを共有しているか							
8			5 訪問・移動に非効率が生じないよう、適切な訪問ルートを設定しているか							
9			6 急な訪問スケジュール変更が発生した際にも、忘れず利用者宅を訪問しているか							
10			7 休憩時間をしっかり確保しているか							
11			8 急な訪問キャンセルや隙間時間が発生した場合も、時間を有効活用しているか							
12		直接ケア周辺業務	9 利用者宅でのサービス提供の開始・終了について随時、サービス提供責任者に共有しているか							
13			10 提供方法・内容にバラつきが生じることなく、サービスを提供しているか							
14			11 法規制や契約内容、計画書に則ったサービスを提供しているか							
15			12 利用者及び家族に対して、適切な頻度・手段・内容のコミュニケーションをとっているか							

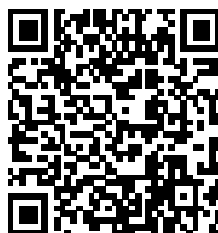


訪問介護

■していない（0点） ■あまりしていない（1点） ■ややしている（2点） ■している（3点）

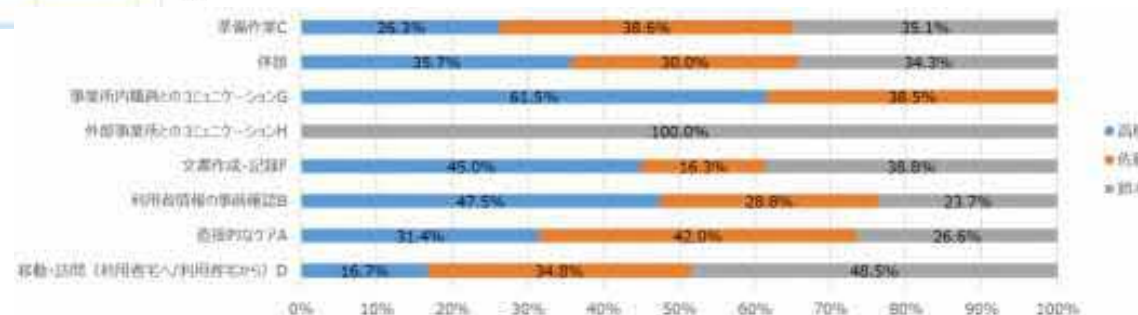
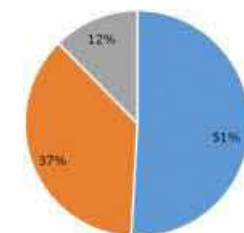


<https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisanse-elearning.html>



業務時間見える化ツール

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	記録用シート											
2												
3												
4												
5	時分	業務	時分	業務	時分	業務	時分	業務	時分	業務	時分	業務
6	0:00		4:00		8:00	直接的なケア	12:00	準備作業C	16:00		20:00	
7	0:10		4:10		8:10		12:10		16:10		20:10	
8	0:20		4:20		8:20		12:20		16:20		20:20	
9	0:30		4:30		8:30		12:30	移動・訪問	16:30		20:30	
10	0:40		4:40		8:40		12:40		16:40		20:40	
11	0:50		4:50		8:50		12:50		16:50		20:50	
12	1:00		5:00		9:00		13:00		17:00		21:00	
13	1:10		5:10		9:10		13:10		17:10		21:10	
14	1:20		5:20		9:20		13:20		17:20		21:20	
15	1:30		5:30		9:30		13:30		17:30		21:30	
16	1:40		5:40		9:40		13:40		17:40		21:40	
17	1:50		5:50		9:50		13:50		17:50		21:50	
18	2:00		6:00		10:00		14:00		18:00		22:00	
19	2:10		6:10		10:10		14:10		18:10		22:10	
20	2:20		6:20		10:20		14:20	直接的なケア	18:20		22:20	
21	2:30		6:30		10:30		14:30		18:30		22:30	
22	2:40		6:40		10:40		14:40		18:40		22:40	
23	2:50		6:50		10:50		14:50		18:50	業務終了	22:50	
24	3:00		7:00		11:00	休憩	15:00		19:00		23:00	
25	3:10		7:10		11:10		15:10		19:10		23:10	
26	3:20		7:20		11:20		15:20		19:20		23:20	
27	3:30		7:30		11:30		15:30		19:30		23:30	
28	3:40		7:40		11:40		15:40		19:40		23:40	
29	3:50		7:50		11:50		15:50		19:50		23:50	



効果測定ツール

<https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisansei-elearning.html>



■取組のステップの達成度			取組前 or 取組後				選択
取組	No.	取組のステップ	していない	あまりしていない	ややしている	している	
②業務の明確化と役割分担	1	業務を見える化しよう	○	○	○	○	選択されていません
	2	業務の必要性の整理、3Mを見つけよう	○	○	○	○	選択されていません
	3	役割のマッチング、マスターラインを引き直そう	○	○	○	○	選択されていません
	4	手順と役割の整理しよう	○	○	○	○	選択されていません
⑤情報共有の工夫	1	共有する情報を整理しよう	○	○	○	○	選択されていません
	2	情報を使う目的を明確にしよう	○	○	○	○	選択されていません
	3	情報の拾い方のルールを決めよう	○	○	○	○	選択されていません
	4	情報の渡し方のルールを決めよう	○	○	○	○	選択されていません
⑦理念・行動指針の徹底	1	組織の理念が浸透しているかチェックしよう	○	○	○	○	選択されていません
	2	一人ひとりの仕事に落とし込んで考えよう	○	○	○	○	選択されていません
	3	理念を再確認し、浸透させよう	○	○	○	○	選択されていません

効果測定ツールの 操作マニュアル



動画マニュアルも公開

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWikXDd8PJzMeZTeOVImli8h>



動画タイトル	説明文
効果測定ツール 操作動画 (全編)	効果測定ツールの操作方法を、概要と3つのユースケースに分けて説明します。
導入編	効果測定ツールを使ってできること、いつ使用するのかを簡単に説明します。
操作編	効果測定ツールを活用するにあたって必要なものや、実際の操作について簡単に説明します。
ユースケース1	効果測定ツールの操作方法を、具体的な取組例を基に説明します。 業務効率指標と介護サービスの質指標はどちらも元から設定されたものを1つずつ活用しながら解説します。
ユースケース2	効果測定ツールの操作方法を、具体的な取組例を基に説明します。 業務効率指標は2つ、介護サービスの質指標は1つ、いずれも元から設定されたものを活用しながら解説します。
ユースケース3、エンディング	効果測定ツールの操作方法を、具体的な取組例を基に説明します。 業務効率指標と介護サービスの質指標をそれぞれ1つずつ、自由に設定したものを活用しながら解説します。

効果測定ツールを使用する場面

- あらかじめ業務の改善チームで定めた成果指標を用いて、「取組を始める前の状態」と「取組を終えた後の状態」を測定し効果測定ツールに入力する。
- 解決したい課題と期待する成果の捉え方は事業所・施設ごとに異なる。そのため、効果測定活用する前後で、「取組効果を測る指標を決定する」プロセスと「ケアの質の向上に繋がったかを判定する」プロセスは欠かせない。

取組前

手順3
(実行計画を立てよう)

改善活動の
標準的なステップ

実行計画を
立案する

効率化の指標と
ケアの質を測る指標を
決めよう



取組みを
はじめる前の状態を知る



効果測定ツールに入力

取組中

手順4
(改善活動に取り組もう)

実行計画の
実践する

例
インカム／デジタル



手順書／様式変更



OJT



60

取組後

手順5
(改善活動を振り返ろう)

取組結果を
振り返る

取組みを
終えた後の状態を知る



間接業務のムダの削除



ケア時間の増加・充実



効果測定ツールに入力

ケアの質の向上に
繋がったかを
吟味しよう



7

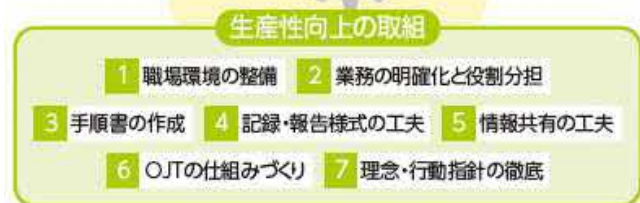
業務改善活動の推進スキルについて

- 業務の改善活動を継続的活動として取り組むため、事業所内で活動に伴走し、支援・促しを行うスキルが必要
- リーダーが孤軍奮闘するのではなく、一人一人が主体的に取り組める活動を目指すことが重要

支援・促しの役割

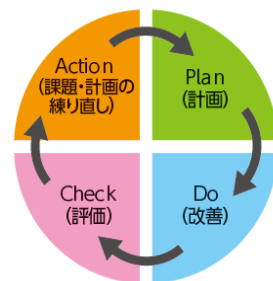


支援 ▶ 業務の改善活動 ◀ 促し



具体的に・

主な役割1：改善活動を推し進めるマネジメント上の支援・促し



プロセスが円滑に進むように支援し促そう

- 改善活動のPDCAサイクルがうまく回るようになる
- 改善活動そのものが組織文化として根付きやすい
- 属人化を避け、組織の知として蓄積しやすくなる

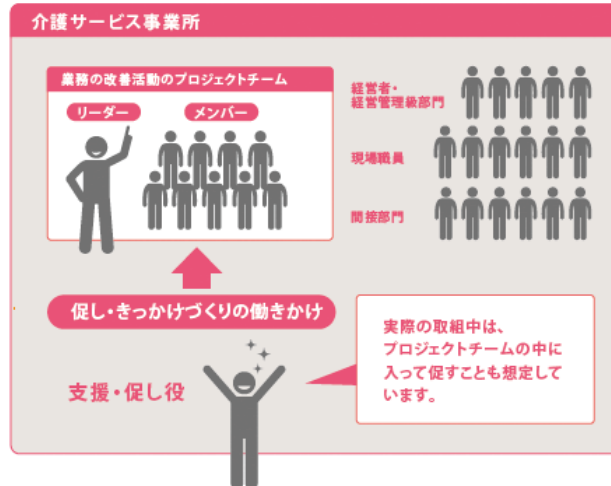
主な役割2：職員同士が意見を出し合えるプロセスの支援・促し



安心して意見や知恵を出し合えるように支援し促そう

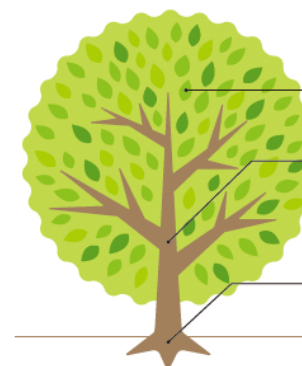
- 意見の出し合いを通じてチームメンバーが自ら気づきを得る
- メンバー同士が繋がりがやすくなる
- 自ら発言することで積極的になる

業務の改善活動のプロジェクトチームとの関係



「手引き」の概要

- ヒアリング、支援・促し役のモデル研修、研修受講者による試行的業務支援を通して得られたポイントや事例をまとめた。



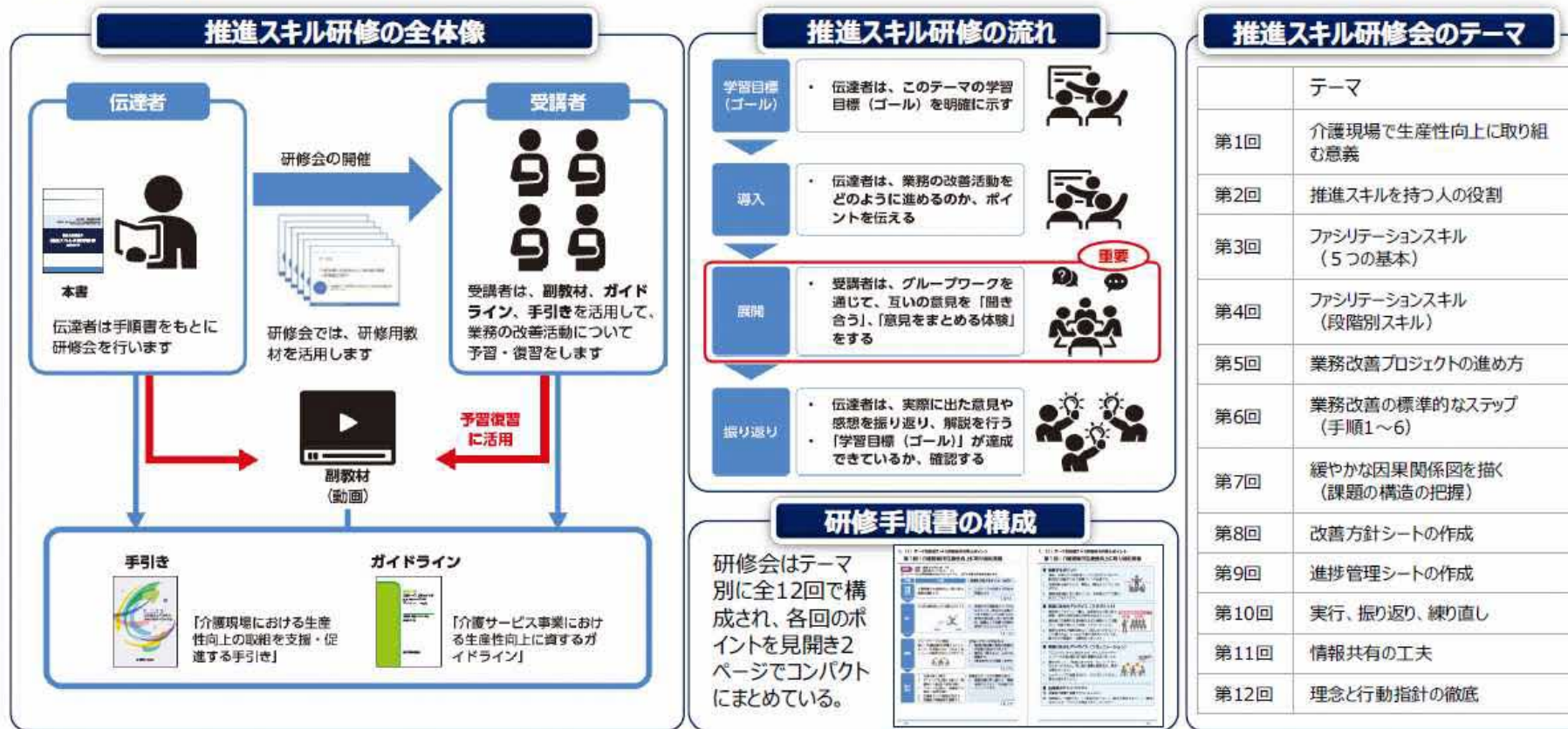
この手引の構成

- 葉＝第4章
15の事業所・施設の取組から創出された事例を掲載しています。
- 幹＝第2章・第3章
第2章では、業務の改善活動を推し進めるマネジメント上の支援・促しについて掲載しています。
第3章では、職員同士で意見を出し合える支援・促しについて掲載しています。
- 根＝第1章
介護現場において生産性向上に取り組む意義や支援・促し役に求められる役割について説明しています。

業務改善活動の推進スキル研修手順書（伝達者向け）【概要版】

業務改善活動の推進スキル研修を行う背景・目的

- ・業務の改善活動は一過性の活動ではなく継続的活動として取り組むことでその成果は一層大きくなります。
- ・プロジェクトリーダーが孤軍奮闘する活動のあり方ではなく、プロジェクトメンバー一人一人が主体的に取り組む活動であれば、プロジェクトリーダーが代わっても活動の継続は大いに期待されます。変化の激しい今だからこそ、役職や立場に依存するのではなく、一人一人が主体的にプロジェクトに取り組み、それを支援・促進する「推進スキル」が大切になっています。
- ・リーダーや上司の「指示を待つ」のではなく、主体的に取組が進められるようメンバーの改善活動を促すスキルとして、「推進スキル」を備えた人材を育成していきます。
- ・「推進スキル」を伝える人を本書では、「伝達者」と呼び、推進スキル研修会を開催し、業務の改善活動の進め方に基づき推進スキルを伝えます。



https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisansei_skil.html

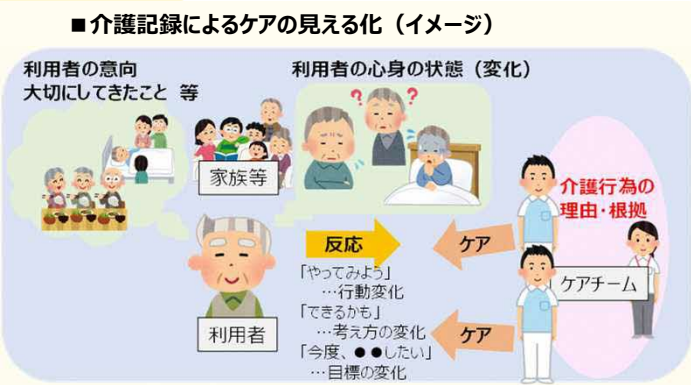
※研修教材、副教材（動画）、研修手順書を公開中



- 導入マニュアルでは、『利用者のため』の記録とは何かという視点から、事業所・施設内における項目形式の介護記録法の活用の流れと、導入ステップをとりまとめた。

介護記録の意義 – 利用者のための介護記録 –

- ・介護記録の目的として、第一には「利用者のため」に介護記録を残すことが挙げられる
- ・利用者の思いや生活状況、生活歴の中から、利用者が生きていくうえで大切にしてきたこと、その重要性を専門職として理解し、利用者の心身の状況に応じた介護を行えることが、介護職員の専門性といえる
- ・介護記録とは、見えづらい状態にあるケアについて、ケアチームや連携する多職種、利用者、利用者の家族に、ケアの理由・根拠を伝える（見える化する）ために作成するもの



※研修動画、様式等も公開

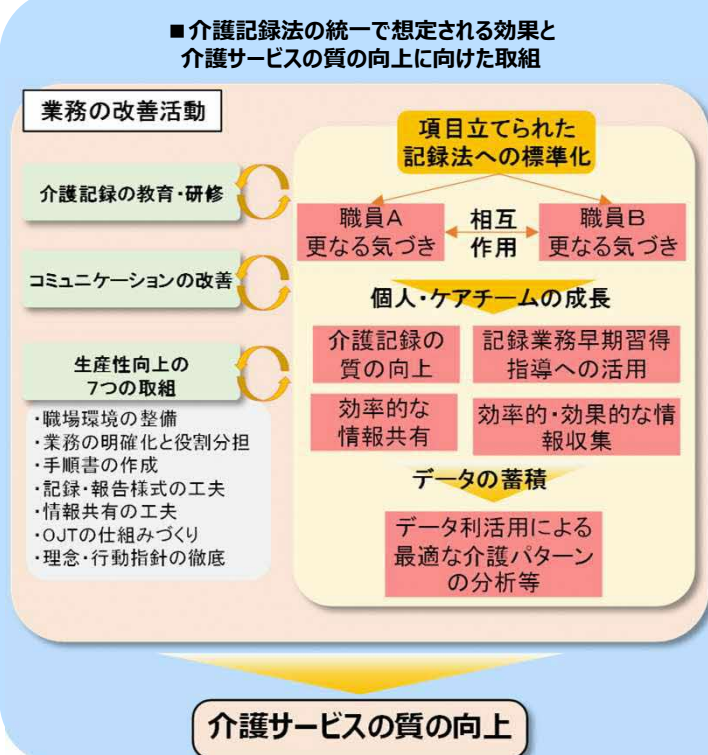
<https://www.jmar-llg.jp/record2020/>



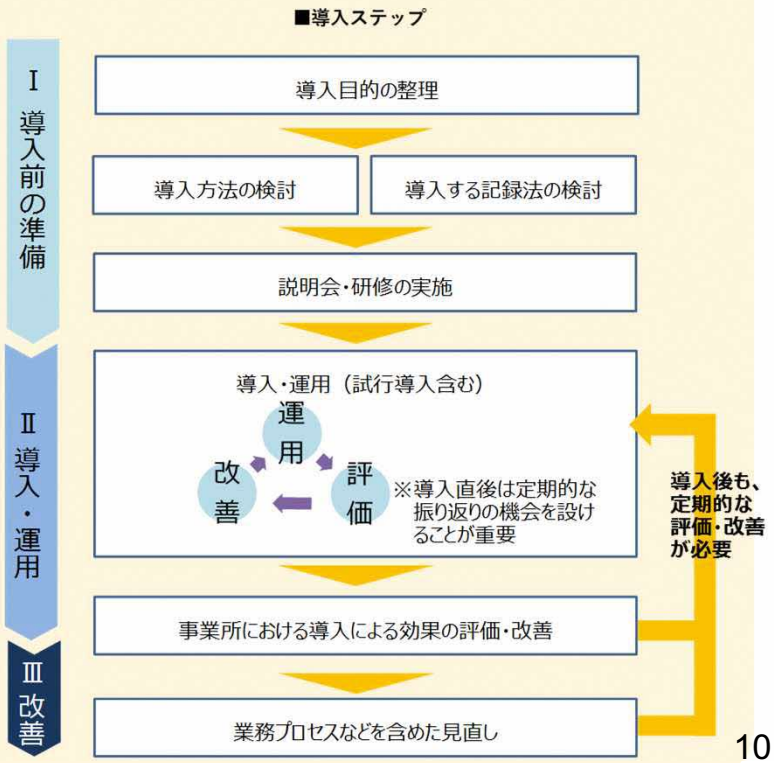
導入ステップ

- ・モデル事業結果等を基に、項目形式の介護記録法を事業所・施設内に導入するステップを「Ⅰ. 導入前の準備」「Ⅱ. 導入・運用」「Ⅲ. 改善」の大きく3ステップに整理
- ・既に項目形式の介護記録法を導入している事業者やモデル事業に参加した事業者が工夫したポイント等も掲載

項目形式の介護記録法への統一による効果と介護記録の活用



- ・事業所内で項目形式の介護記録法に統一されることで、次のような効果が期待される
 - 職員の意識変容・行動変化
 - 介護記録の質の向上
 - 記録業務の早期習得
 - 記録業務の負担軽減
 - 効率的・効果的な情報収集
 - 効率的な情報共有
 - データ活用
- ・しかし、項目形式の介護記録法への統一は業務の改善活動の一つであり、介護サービスの質の向上に向けては、介護記録法の統一によって整理された介護記録を活用し、更なる取組へとつなげていくことが必要
- ・例えば、介護記録の教育・研修、事業所内でのコミュニケーションの改善、その他の業務改善の取組による負担軽減や効率化を通じて、介護サービスの質の向上に向けて、介護記録を価値あるものへと昇華させることが求められる



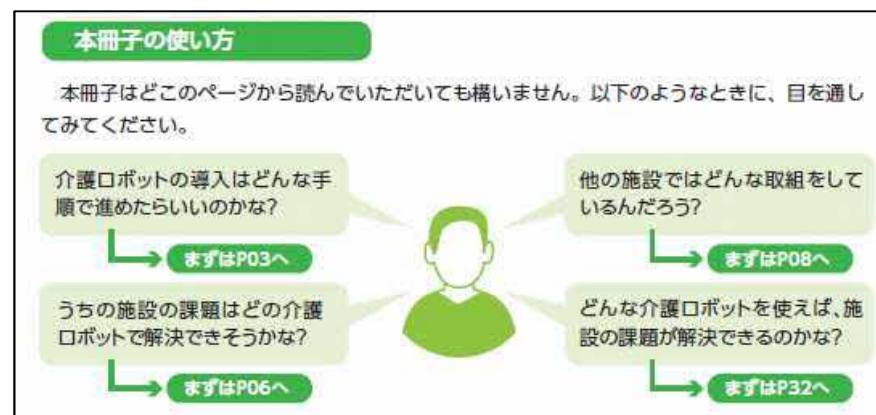
介護ロボットのパッケージ導入モデルについて

令和3年度介護ロボット等の効果測定事業で作成



生産性向上ガイドラインで示されている業務改善の手順を参考に作成。
各施設・事業所が抱える課題を抽出し、「改善策の取組」の手段（ツール）として介護ロボットの導入・活用を通じて得られた効果などを取組事例としてまとめたもの。

- 介護ロボット導入の手順
- 機器導入のポイント
- 介護現場での取組
 - ・ 課題の抽出・把握
 - ・ 介護ロボットの導入・活用
 - ・ 事例（10事例）
 - ・ 改善活動の振り返り
- 付録



<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000928398.pdf>

介護ロボット導入の手順・機器導入のポイント

	手順	ポイント	ワンポイントアドバイス
P	手順1 改善活動の準備をしよう	<改善活動を検討・実行に移すための体制づくり> - 生産性向上の取組を推進するにあたって、プロジェクトチームをつくります。 - 現場担当者任せだけでなく、経営層（トップ層）も関与しましょう。 - 経営層（トップ層）から、取組開始のキックオフ宣言をし、取組の意義等を周知しましょう。	- プロジェクトメンバーには、多様な観点からの議論をすることが望ましいため、可能であれば多職種が参加できるようにしましょう。 - 介護ロボットやICTに慣れている職員等をメンバーに含めましょう。 - キックオフ宣言は、トップ層自らが自身の言葉で取組の意義を語りましょう。
	手順2 現場の課題を見える化しよう	<介護現場での課題把握> - どのような現場の課題があるのか、今後どのようなケアを進めていきたいのか、課題して見える化しましょう。 - 導入したい介護ロボットを前提とした議論をするのではなく、施設・事業所の課題や抱たい姿を丁寧に議論することが望ましいです。	- 課題の見える化にあたっては、ワークショップを実施する、気づきシートやアンケート等で全職員から意見を収集する等の方法があります。 - 実施手順の具体については、「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」を参照ください。
	手順3 実行計画を立てよう	<導入後のオペレーション変更の検討、導入後の効果を把握するための定量的な仮説の設定> - 課題等を踏まえ、介護ロボットの導入をする場合、実行計画を検討します。 - これまでに介護ロボット等を導入したことがない場合、本冊子「5.付録 介護ロボット導入のためのフローチャート」を参考にしましょう。 - 一度に複数の機器を導入するのではなく、順次導入するようにしましょう。 - 機器の特性（適応と禁制）を踏まえ、対象利用者を選定しましょう。 - 介護ロボットの導入・教育だけでなく、現場のオペレーションをどのように変えるか、を検討しましょう。 - 導入後、想定される効果を検討し、評価項目を設定しましょう。	- 介護ロボット・ICT等の導入が初めての場合、見守り機器やインカムを最初に導入している施設・事業所が多いようです。 - 介護ロボットを導入してもオペレーションを変更しないと効果が見られず、例えば見守り機器を導入しても、夜間の防犯タイミングを含めたケアの在り方を見直すなどを検討しましょう。 - 対象利用者は、実際の利用者ベースで議論しましょう。例えば、Aさんは夜間防犯のため睡眠がよくとれず、日中の活動量が低くなっている可能性があるため、夜間の睡眠時間、日中の起床時間などを評価指標とする、などがあります。
D	手順4 改善活動に取り組もう	<導入準備、利用者へのケアの提供、導入後の効果検証> - 本冊子を参考に、導入準備（保管場所・活用ルール等の検討）、機器導入・研修、利用者への活用を進めます。 - 夜勤者で十分な教育ができないことや、ICTに慣れていないために活用が進まないケースがあります。十分な導入期間を確保するようにしましょう。 - 導入当初は、プロジェクトチームによるミーティング等を月1～2回程度開催するなどして、メンバーでの情報共有を心がけましょう。 - 取組のなかで、小さな改善活動を進めていきましょう。	- 導入当初は、慣れるまで（2週間程度）は職員だけで使用し、十分に使い方を理解してから利用者にも使用するなどがあります。 - メーカーの説明書を読み、施設・事業所独自に紙1枚のマニュアルを作り、機器のそばに置いておくなども一案です。 - 小さな改善活動としては、取り出しや充電がしやすい位置に機器の保管場所を変更する、見守り機器の通知基準（起き上がりで通知するか、着座位で通知するか等）を利用者に応じて変えることなどがあげられます。
C	手順5 改善活動を振り返ろう	<期待していた効果（仮説）に対する効果検証、振り返りミーティングの実施> - 実行計画の中で設定した評価項目が達成されているかの評価を行いましょう。評価は、利用者への効果・職員への効果・組織への効果の観点で行います。可能な限り定量評価ができるようにしましょう。 - うまくいった点、いかなかった点を整理しましょう。うまくいった点は好事例として、施設・事業所内に情報共有しましょう。 - うまくいかなかった点は、原因等をプロジェクトチームで検討しましょう。	- 評価方法は、アンケート調査やタイムスタディ調査等があります。調査は現場の負担にもなりますので、導入目的に合わせて、調査負担がなるべく減るような調査設計をすることが望ましいです。 - 例えば、見守り機器の導入により夜勤職員の巡視が減った場合、夜勤時の歩数を代替指標として評価することもあります。記録時間が減った場合、PCや記録端末の稼働時間で評価することもあります。
A	手順6 実行計画を繰り返そう	- うまくいかなかった点については、実行計画に変更を加えましょう。 - 一定の効果が検証できた場合、次のステップに進みます。抱たい姿に向けた次の取組や、新たな課題への検討を行いましょう。 - 導入済みの機器の活用を進める場合、対象利用者・対象となるケアのシーン・より効果的な使い方を検討しましょう。 - 追加で機器を導入する場合、導入済みの機器と組み合わせで活用することにより、相乗効果が発揮できるかを検討しましょう。	- 例えば、これまで移乗支援機器（装着型）をベッドから車いすへの移乗支援のみに使っていた場合に、入浴支援やシーツ交換、ゴミ出し等で使うことなどが使い方の幅を広げる例になります。 - 機器の組み合わせによる効果の一例としては、①見守り機器と排泄予測機器を組み合わせ、排泄自立のための定量評価をする、②移乗支援機器とインカムを組み合わせで効果的な誘導をすることで、入浴時に利用者が待つ時間を減少できるようにする、があげられます。

トップ層によるキックオフ宣言



気づきシート ※

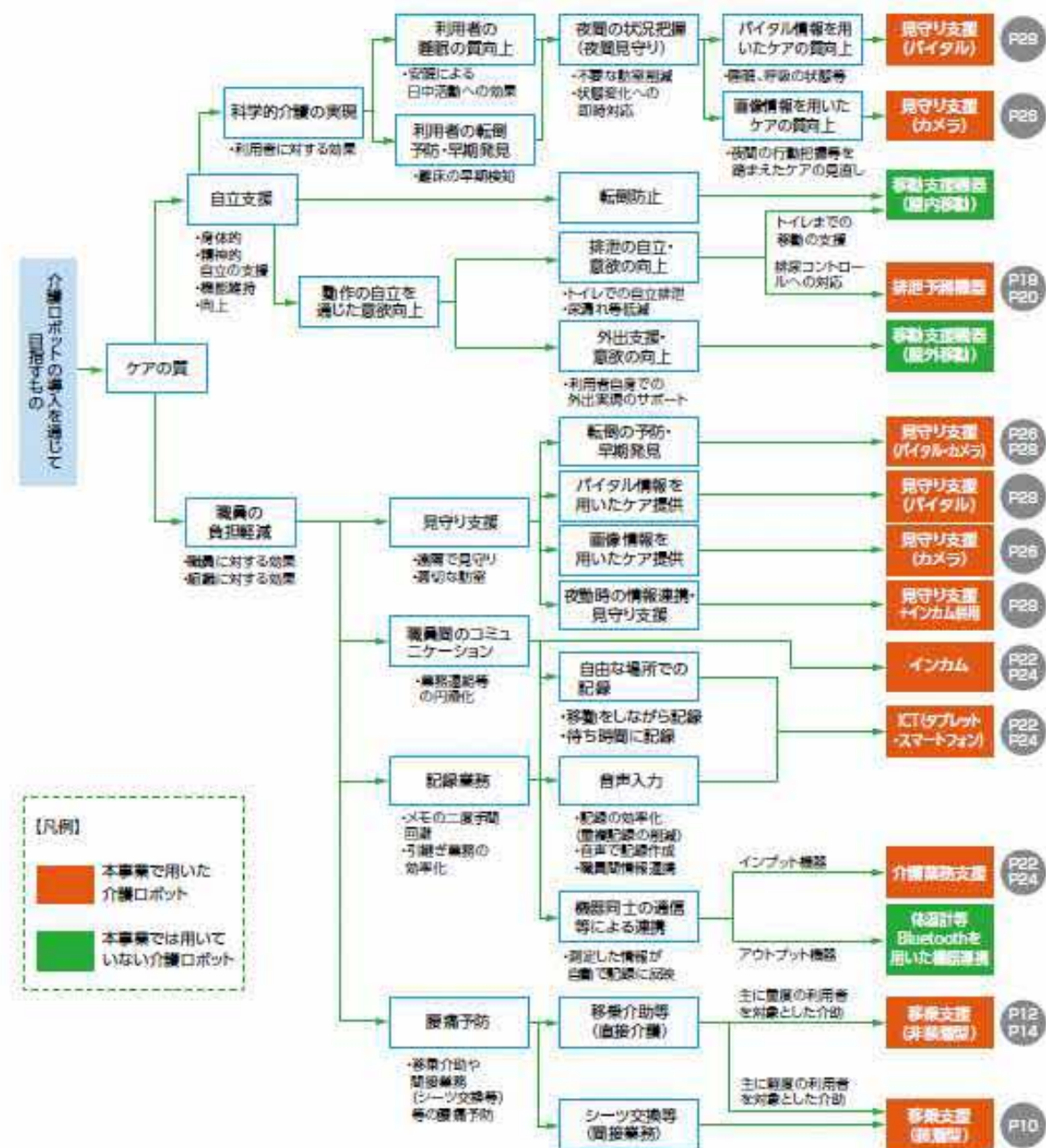
機器の組み合わせによる効果



付録

(介護ロボットの導入を通じて目指すものを起点とした介護ロボット導入のためのフローチャート)

本資料は、施設サービスを想定して、介護ロボット等を初めて導入する施設が、ケアの目指す姿や抱える課題をもとに導入機器を選定するための参考資料として作成しているもの。



介護現場で活用されるテクノロジー便覧

令和3年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業
介護現場におけるテクノロジーの実態調査研究事業

介護現場で活用される テクノロジー便覧

NTT Data
株式会社NTTデータ経営研究所

1. 移乗介助の負担軽減.....3

2. 移動（屋外・屋内）の自立支援.....15

3. 排泄介助の負担軽減.....19

4. 排泄の自立支援.....28

5. 見守り（施設・在宅）の効率化・負担軽減.....33

6. コミュニケーション・レクリエーションの充実.....72

7. 入浴介助の負担軽減.....84

8. 間接的な業務の効率化・負担軽減.....90

9. その他の業務の効率化・負担軽減.....95

10. その他の生活動作の自立支援.....99

5. 見守り（施設・在宅）の効率化・負担軽減

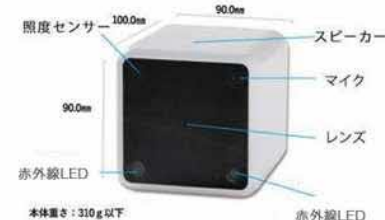
57 株式会社ラムロック みまもりCUBE

●製品概要

通信モジュール（SIMカード）内蔵カメラなのでコンセントをさすだけで離れた場所から映像・録画をスマートフォン・パソコン・タブレットで見ることができます。

■利用場面：
在宅介護における被介護者の見守り

■製品のユーザー：
被介護者（独居在宅）の家族等



●主要な機能

➢ みまもりCUBEには携帯電話やスマートフォンのようにSIMカード（通信するために必要なカード）が内蔵されているため、設置場所にインターネットの環境がなくてもご利用いただけます。

また画像認識技術が内蔵しているので、予め設定した特定の動作（扉からの出入り・離床・特定ヶ所への滞在等）を検知し画像付きメールに

●導入効果

➢ 介護者の負担軽減
在宅独居高齢者をお持ちのご家族様によくある“様子を見に行くには遠いし、電話ではよくわからない...”
“お薬の飲み忘れがないか心配...”
等の状態を映像で確認できますので精神的負担の軽減になります。

- 10 類型 102 製品について、製品概要、主要な機能、導入効果を紹介

https://www.nttdata-strategy.com/services/lifevalue/docs/r03_add16_02jigyohokokusho.pdf

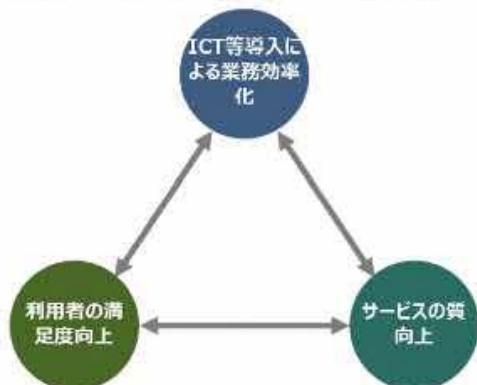


ICT導入・活用のための参考資料



※令和4年6月発行

図表 6 ICT 機器・ソフトウェアの導入の意義



ICT機器・ソフトウェアの導入の全体像の詳細

- 電子保存による文書量削減**
 - パソコンやタブレット等のICT機器、クラウドサービス等を使って各種文書を電子上で保存
 - ➡ 事業所内で保管すべき紙の量を削減
- 転記不要（一気通貫）による記録負担軽減**
 - 介護記録入力、情報共有、報酬事務といった事務が転記不要（一気通貫）で作成できるICT機器やソフトウェアを利用
 - ➡ 記録の負担を軽減
- 標準仕様の活用によるデータ連携の効率化**
 - 厚生労働省「居宅介護支援事業所と訪問介護などのサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様」（標準仕様）を実装したソフトウェアを導入
 - ➡ ケアプランのデータ連携の効率化
- 情報共有の促進による介護の質の向上**
 - 医療機関を含む多職種間で記録以外の日々の利用者に関する情報を共有するため、ICT機器・ソフトウェアを活用
 - ➡ 情報共有が促進され、利用者に対する介護の質が向上

①～④に取り組んでいる事業所や地域の事例を紹介



【導入スケジュール作成の際に考えられる導入プロセス】

①ICT機器・ソフトウェア導入計画の作成	■ ICT機器・ソフトウェア導入の目的・意義を理解した上で、具体的な実行計画を立てる。
②導入するICT機器・ソフトウェアを検討する	■ 自法人に適したICT機器・ソフトウェアを導入するために、製品機能、価格、効果、サポート・メンテナンスの観点から検討を行う。
③ICT機器・ソフトウェアの導入に伴う業務フローの見直しを行う	■ ICT機器・ソフトウェアの導入により、業務フローがどのように変わるかについて整理・見直しを行う。
④ICT機器・ソフトウェア導入の際の実施体制を整備する	■ ICT機器・ソフトウェアを導入の際、法人内外でどのような実施体制をとるかについて検討・整備を行う。
⑤ICT機器・ソフトウェア導入に係る関係者への説明等を行う	■ ICT機器・ソフトウェアの導入に係る関係者（利用者・家族、他のサービス事業所、職員等）への説明を行う。
⑥ICT機器・ソフトウェア導入に関する職員への研修を行う	■ ICT機器・ソフトウェアを実際に使用する職員（サービス提供責任者・生活相談員、介護職員等）への説明を行う。
⑦ICT機器・ソフトウェア導入の効果を検証する	■ ICT機器・ソフトウェアの導入の効果を、定量的・定性的に検証する。

同時並行の場合もあり

【セキュリティについて分かりやすく解説】

医療情報ガイドライン 第5.2版の主な内容

3章 本ガイドラインの対象システム及び対象情報	介護事業における対象となる文書等の情報を明示
7章 電子保存の要求事項について	その情報の取り扱いについて参照
8章 診療録及び診療諸記録を外部に保存する際の基準	
9章 診療録等をスキャナ等により電子化して保存する場合について	
6章 医療情報システムの基本的な安全管理	ICT製品・ソフトウェアの機能と関連する項目でかつ最低限遵守が求められる項目を紹介

<https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-ict.html>

本文

概要版

介護事業所におけるICTの導入・普及促進セミナー

No.	動画タイトル	講演者	説明文
1	介護現場でのICT活用 ～課題解決のヒントとアイデア～	中部学院大学 看護リハビリテーション学部 教授 井村 保 氏	特にこれからICTを導入していく事業所を対象に、介護現場の課題解決をするためのICT導入のポイントやメリット等を分かりやすく説明します。
2	介護分野におけるICT導入の必要性・ 関連事業のご紹介	厚生労働省老健局 認知症施策・地域介護推進課	介護現場の負担軽減・質の向上を推進するために、政策的な視点から、介護現場におけるICTの活用に向けた取り組み、生産性向上の取り組み等をご紹介します。
3	都道府県によるICT導入支援事業の ご紹介	株式会社三菱総合研究所	都道府県が実施しているICT導入支援事業について、事業概要や本事業の活用による成果等をご紹介します。（北海道、東北、関東、中部、近畿、中国、四国、九州・沖縄）
4	ICT導入・活用事例のご紹介（1）	東京海上日動ベターライフサービス株式会社	在宅介護（訪問介護）におけるコミュニケーション用スマホアプリの具体的な活用方法、導入による業務の効率化・サービスの質の向上の効果等をご紹介します。
5	ICT導入・活用事例のご紹介（2）	株式会社SOCIAL LAB	通所介護事業所におけるチャットツール、介護請求・記録ソフトの導入や、コロナ禍でのテレワークの実施のためのノートパソコンの導入について、具体的な活用方法・効果等をご紹介します。
6	ICT導入・活用事例のご紹介（3）	株式会社バイオネスト	介護事業所における文書のデジタル化、電子署名の導入による文書量の削減、事務作業の効率化、事業所間での情報共有等に関する取り組みをご紹介します。
7	ケアプランデータの連携に向けたこれまでの動向及び最新動向のご紹介	株式会社三菱総合研究所	ケアプランデータ連携に関する平成28年度からの厚生労働省事業の概要、ケアプランデータ連携による費用削減効果の試算、令和3年度から開始したケアプランデータ連携システムの構築等の取り組みをご紹介します。
8	ICTを活用した情報共有・連携事例のご紹介（1）	株式会社ケアリッツ・アンド・パートナーズ	訪問介護におけるICTツールの導入による、書類作成・請求作業等の効率化、訪問介護事業所と居宅介護支援事業所との情報共有・連携等をご紹介します。
9	ICTを活用した情報共有・連携事例のご紹介（2）	つるかめ診療所・つるかフェ	医療介護専用SNSを活用した、医療介護の多職種による利用者の情報・ケア等の共有、ケアの質・効率の向上に関する取り組みをご紹介します。
10	介護分野におけるICT化・情報化の展望と課題	関西学院大学 人間福祉学部 社会起業学科 教授 生田 正幸 氏	介護分野におけるICT活用、情報の共有・連携等について、具体的な取り組みを踏まえた今後の展望と課題をご紹介します。



#	質問	回答
1	ケアプランデータ連携システムの仕様について	
1	ケアプランの標準様式以外のデータ（入院時・退院時情報等）の送信は可能なのか。	標準様式以外の情報は、PDF等で出力したものを添付ファイルとして送信可能です。
2	開発中の画面イメージを拝見したが、受信一覧において、送信元の事業所名を表示できないか。	どの事業所から送付されたケアプランデータであるかが分かるよう、事業所名を表示する予定です。
3	本システムを導入することで転記不要になるとのことだが、どの部分が転記不要になるのか。	現在FAXで送られてきている紙媒体のケアプランを介護ソフトに手入力しているところを、本システムと介護ソフトを組み合わせることで、手入力が不要になることを意図しています。 サービス事業所側は、ケアマネ事業所から送られてきたケアプラン（予定）を、ケアマネ事業所側はサービス事業所から送られてきたケアプラン（実績）を介護ソフトに入れるところになります。
4	メールで添付するのと何が違うのか。	ファイルを送受信するという行為自体はメールとあまり変わりません。しかし、要配慮個人情報であるケアプランデータをやり取りするには、強固なセキュリティ対策を講じた本システムを利用することで安心安全に送信することが可能となります。また、メールでは業務に関係の無いメール等も混在するため管理が煩雑となりますが、本システムでは送受信状況の管理が容易となります。
5	送信したケアプランデータを蓄積し、将来的に利活用する想定はあるか。	本システムはデータを蓄積しない仕様となっていますので、送受信のためにサーバに集まったデータについては、一定期間経過後はデータが削除されます。 将来的なデータの蓄積については今後厚労省において検討される想定です。
6	送信したケアプランデータが受信側に届いたことを送信側が認識することが可能か。	受信側が事業所のPCにデータをダウンロードしたことを、送信側の送信一覧画面上で認識することが可能となります。
7	事業所が用意するケアプランデータ連携システムクライアントは、既存の介護ソフトがインストールされているクライアントPCと共用はできないのでしょうか。	ケアプランデータ連携クライアントをインストールするクライアントPCにつきましては、動作環境の条件が双方のソフト共に満たされていることを前提に、お使いの介護ソフトがインストールされているクライアントPCをお使いいただくことを想定しております。
2	ケアプランデータ連携システムにかかる費用について	
1	ライセンス料の徴収方法をお教えてください。	以下の2通りによる徴収方法を想定していますが、利用者と提供側双方の事務負担軽減の観点から、電子請求の証明書発行手数料と同様、①を基本と考えています。 ①介護給付費からの差引 ②請求書送付による口座振り込み
2	ライセンス料が徴収される時期はいつになるのか。	令和5年4月の本稼働直後から利用される場合、令和5年4月請求（5月支払分）からの徴収を予定しています。
3	1ライセンスあたり21,000円とのことだが、ケアプランデータ連携システムを3年間利用する場合は、21,000円×3＝63,000円が必要になるのでしょうか。	3年間ご利用いただく場合は、合計63,000円のライセンス料となります。 利用期間については、1年間ごとの契約とする予定です。
4	新規開設事業者は、「年額「21,000円」のライセンス料と、3年ごと「13,200円」の電子証明書発行手数料の両方が費用としてかかる。」と思いますが、この認識で合っていますか？ また、すでに「13,200円」支払済みで有効期間内の介護保険伝送請求を行っている事業所の、当該費用の内訳と金額についてご教示ください。	新規開設事業所については、お見込みの通りです。すでに介護保険伝送請求を行っている事業所(有効な電子証明書をお持ちの事業所)については、ライセンス料の年額21,000円のための費用となります。
5	ケアプランデータ連携システム用の電子証明書発行は、「(1)既存の介護保険電子証明書と同じ（13,200円、有効期間3年）」「(2)既存の介護保険電子証明書より安価な証明書を新設」のいずれになるのでしょうか。	(2)既存の介護保険電子証明書より安価な証明書を新設（料金は無料）となります。なお電子請求受付システムを利用するために既に発行済みの介護保険電子証明書（13,200円、有効期間3年）をお持ちの場合には、お持ちの電子証明書をそのまま利用いただき、(2)の電子証明書の発行をしていただく必要はありません。
6	利用料金の1事業所単位の考え方は。	1事業所番号あたり21,000円が必要となります。複数事業所を運営している場合であっても、同様となります。
3	その他	
1	ケアプランデータ連携システムについて、令和5年4月システム稼働は決定事項という認識で宜しいでしょうか。	ご認識のとおり、令和5年4月システム稼働を予定しております。
2	介護給付費支払決定額通知書の記載について、ケアプランデータ連携システムの使用に伴い、介護給付費等から差引されるライセンス料の記載は「①既存の「電子証明書発行手数料」とは別枠で記載される」「②既存の「電子証明書発行手数料」と合算される」のいずれを想定されていますでしょうか。	①既存の「電子証明書発行手数料」とは別枠で記載される方向で検討しています。
3	ケアプランデータ連携システムの電子証明書の管理について、代理人請求を行っている事業所の運用がどのようになるかご教示ください。	代理請求を行ってる事業所（委任事業所）については、新たにケアプラン用の電子証明書を取得いただき、代理人を経由せず事業所が直接システムを利用する運用を想定しております。また、できるだけ早期に委任事業所への対応も検討いたします。
4	ケアプランデータ連携システムの運用は、居宅介護支援事業者及び国保中央会、国保連合会間で連携するが、介護予防給付や事業費を計画する地域包括支援センターは居宅介護支援事業所とは異なるため、対象外と考えてよいか。	地域包括支援センターにおいても介護サービス事業所とケアプラン等のやりとりが発生することから、様式等が標準仕様に則っている限りは、当システムの対象となる想定しております。 ただし、居宅介護支援事業所に委託している場合については、対象外となります。
5	来年度予算確保のため利用申込時期を確認したい。	令和5年4月に本稼働となる想定となりますが、具体的な日程については調整中となりますので、改めて周知させていただきます。
6	電子請求の証明書を流用可能とのことだが、ケアマネと請求事務の担当が違う場合でも請求事務を行う端末にケアプランデータ連携システムクライアントソフトをインストールする必要があるということか。それとも異なる端末でも利用可能か。	すでに請求事務で取得いただいている電子証明書は別端末にも格納することが可能です。この場合の手続きは電子請求受付システムのマニュアルをご確認ください。

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 高齢者支援課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

「ケアプランデータ連携システム」

利用事業所状況の掲載について

計8枚（本紙を除く）

Vol.1 1 5 5

令和5年6月14日

厚生労働省老健局高齢者支援課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 3876）
FAX：03-3595-3670

事 務 連 絡

令和5年6月14日

各都道府県介護保険主管課（室）
各市区町村介護保険主管課（室） 御中
各 介 護 保 険 関 係 団 体

厚生労働省老健局高齢者支援課
介護業務効率化・生産性向上推進室

「ケアプランデータ連携システム」の利用事業所状況の掲載について（情報提供）

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

厚生労働省では、公益社団法人国民健康保険中央会（以下「国民健康保険中央会」という。）が構築した「ケアプランデータ連携システム」の本格運用に伴い、介護サービス事業所等に積極的に周知し利用勧奨いただくよう、ご協力をお願いしてまいりました。

今般、本システムを利用している介護サービス事業所の情報が、独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報サイト「WAMNET」に掲載される旨、国民健康保険中央会より情報提供がありましたので、周知いたします。

各都道府県・市区町村におかれては、管内関係団体、介護サービス事業所等に積極的に周知し利用勧奨いただくとともに、各関係団体におかれても、加盟事業所等に周知・利用勧奨いただくよう、ご協力お願い申し上げます。

また、国民健康保険中央会に開設されているヘルプデスクのHPに、本システムの導入におけるねらい・期待する効果について、最新の資料が掲載されておりますので、併せて周知いただき、管内の介護サービス事業所への利用促進にご活用ください。

【掲載先】

○『ケアプランデータ連携システム』の利用事業所状況について

※7月に掲載された際に改めてご周知させていただきます。

○介護現場における生産性向上について～ケアプランデータ連携システムの導入におけるねらい・期待する効果～

https://www.careplan-renkei-support.jp/wp-content/uploads/sites/2/2023/06/230606_5113_seisanseikoujou.pdf

【担当】

厚生労働省老健局高齢者支援課

介護業務効率化・生産性向上推進室 秋山、石内、長井、黒木

TEL:03-5253-1111（内線 3876）

「ケアプランデータ連携システム」 全国各事業所利用状況掲載について

2023年6月13日
国民健康保険中央会

※「ケアプランデータ連携システム」全国各事業所の利用状況掲載について

・本システム稼働に伴い、既に本システムを導入された事業所や、利用をご検討されている事業所等から、近隣地域における利用状況（申込状況）を知りたいというご要望を多くいただいていることを踏まえ、事業所の利用状況（申込状況）を福祉・保健・医療の総合情報サイト「WAM NET」に7月下旬を目途に掲載していただくよう調整しております。

・なお、本対応に伴い、「ケアプランデータ連携システム」利用規約に「WAM NETへの掲載」に関する項目を追加する改訂を行います。

・既に利用申請をされた事業所で、個別のご事情により「WAM NET」への掲載を望まれない事業所の情報は、上記掲載情報から削除いたしますので、本会宛てにメール(kc-careplan@kokuho.or.jp)にて、事業所名、事業所番号、連絡先(ご担当者TEL)と、掲載を希望しない旨を添えてご連絡いただくようお願いいたします。

・また、掲載内容(「地図上の表記が実際の所在地と異なる」等)に相違がある等の場合も上記アドレス宛てのメールにてご連絡をお願いいたします。

・メールにてご連絡いただく際は、**必ず表題に「WAM NET掲載について」と記載**をお願いいたします。

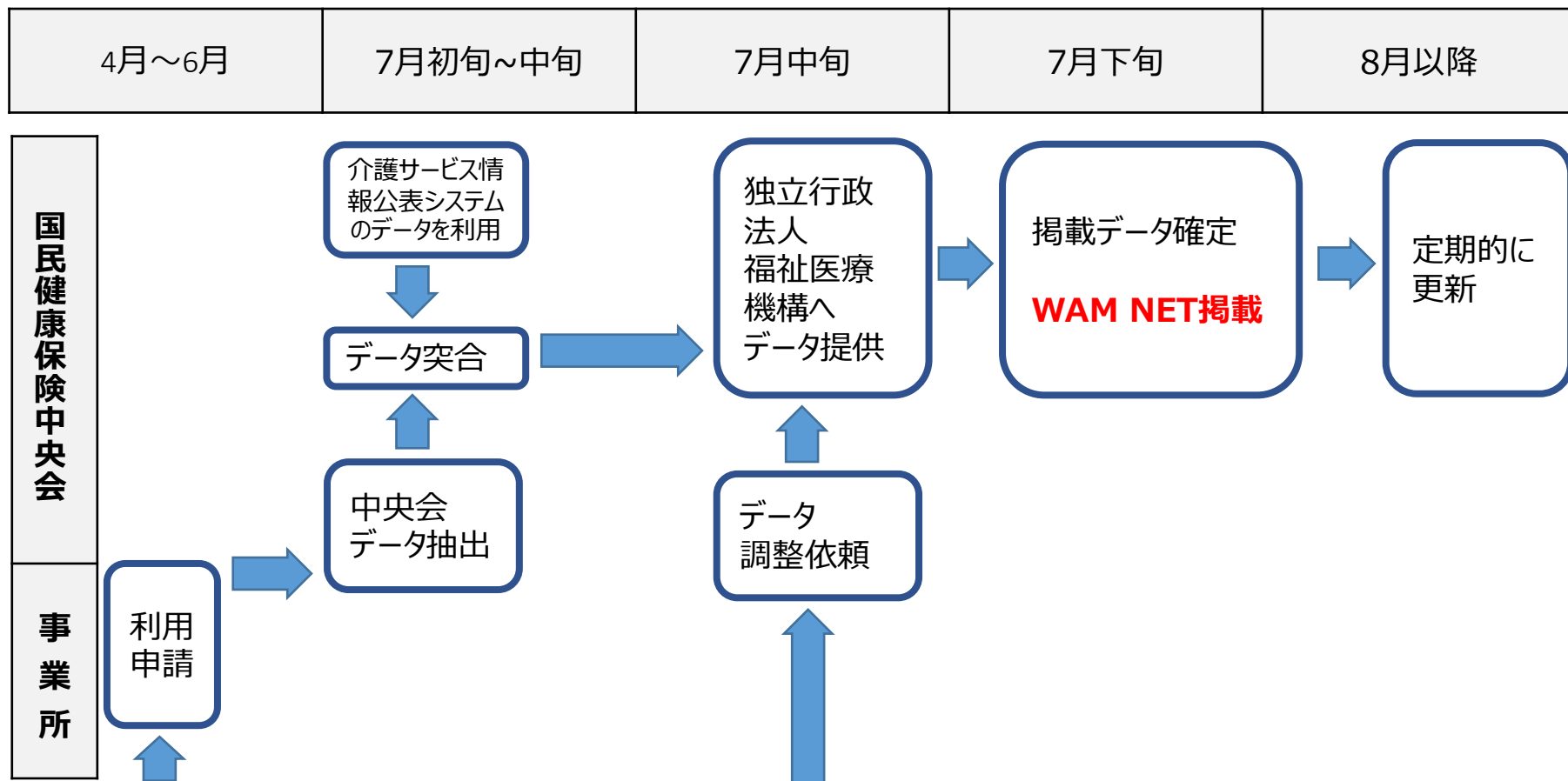
※ 利用状況のWAM NETへの掲載について(掲載イメージ)



※ 画面は開発中のもので、実際の画面と異なる場合があります。

※掲載フローイメージ

事前に、利用規約において「WAM NETへの掲載」に関する項目を追加する改訂を行います(前ページ参照)



※「WAM NET」への掲載を望まれない事業所(既に利用規約に同意済みの事業所含む)がございましたら、掲載情報から削除いたしますので、本会宛てメールアドレス(kc-careplan@kokuho.or.jp)に、事業所名、事業所番号、連絡先と、掲載を希望しない旨を添えてご連絡いただきますようお願いいたします。

※運用の開始および「WAM NET」への掲載時期は7月下旬頃を予定しております。
詳細日程が決まりましたら改めて周知いたします

- 18条を（WAM NETへの掲載）とし、新規で追加します。
また、変更前18条を19条とし、19条以下同様にひとつずつずらします。

第18条（WAM NETへの掲載）

1. 国保中央会は、本システムの利用を促進するため、本システムを利用し、又は利用しようとする事業所等が、他の事業所等による本システムの利用状況（以下「利用状況」といいます。）をあらかじめ把握できるようにすることを目的として、システム利用者に係る次項に定める情報（以下「本システム利用者情報」といいます。）を、厚生労働省から提供を受ける介護サービス情報公表システムに登録されている全国の介護サービス事業所情報の抽出情報（以下「介護サービス事業所情報」といいます。）と突合する方法により、独立行政法人福祉医療機構（以下「福祉医療機構」といいます。）に提供することができるものとします。
2. 国保中央会が福祉医療機構に提供することができる情報の項目及び当該情報の取得の方法は次のとおりとします。

※利用規約追加内容(第18条)(続き)

項目	取得の方法
事業所の名称	本システムのデータベースより抽出します
介護保険事業所番号	
介護サービスコード	事業所の名称及び介護保険事業所番号を介護サービス事業所情報と突合する方法により取得します
サービス種別	
都道府県コード	
市区町村コード	
都道府県名	
市区町村名	
郵便番号	
緯度	
経度	
事業所の所在地	
介護サービス情報公表システムの事業所詳細画面のURL	

3. 福祉医療機構は、国保中央会から本システム利用者情報を受領したときは、当該システム利用者に係る本システム利用状況を、福祉医療機構が運営する福祉・保険・医療の総合情報サイトであるWELFARE AND MEDICAL SERVICE NETWORK SYSTEM（以下「WAM NET」といいます。）に掲載することができるものとします。
4. システム利用者は、自己に係る本システム利用状況がWAM NETに掲載されることを望まない場合は、国保中央会ホームページ等に掲載する手続により、国保中央会に対して、国保中央会が自己に係る本システム利用者情報を福祉医療機構に提供すること及び福祉医療機構が自己に係る本システム利用状況をWAM NETに掲載することの停止を申し出ることができます。
5. 国保中央会は、前項の申し出を受けたときは、速やかにその旨を福祉医療機構に連絡し、当該申し出を行ったシステム利用者に係る本システム利用者情報を廃棄させ、当該システム利用者に係る本システム利用状況をWAM NETに掲載することを停止させるものとします。
6. 国保中央会は、システム利用者の本システム利用状況又は事業所の名称、事業所の所在地が変更されたことを知ったときは、速やかにその旨を福祉医療機構に連絡し、WAM NETに掲載された当該システム利用者に係る情報を更新させるものとします。

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 高齢者支援課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

「ケアプランデータ連携標準仕様 Q&A
（2023 年 10 月版）」の送付について
計 10 枚（本紙を除く）

Vol.1 1 7 7

令和5年10月6日

厚生労働省 老健局 高齢者支援課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 3876）
FAX：03-3595-3670

事 務 連 絡

令和5年10月6日

各 都道府県介護保険主管部（局）御中

厚生労働省老健局高齢者支援課
介護業務効化・生産性向上推進室

「ケアプランデータ連携標準仕様 Q & A（2023 年 10 月版）」の送付について

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

厚生労働省では、居宅サービス計画書やサービス利用票について、異なるベンダーの介護ソフト間であってもデータ連携ができるよう、「居宅介護支援事業所と訪問介護などのサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様」（令和5年6月15日老高発 0615 第1号、老認発 0615 第1号）をお示ししているところです。

今般、公益財団法人国民健康保険中央会にて構築・運用が開始された「ケアプランデータ連携システム」の利用状況等を踏まえ、別紙のとおり「ケアプラン標準仕様 Q & A（2023 年 10 月版）」をまとめましたのでお送りいたします。

なお、国民健康保険中央会の「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」において、同システムのプロモーション動画を公開しているので、ご視聴ください。

※掲載ページ（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）

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



公式マスコットキャラクター 「ケアプー」

【照会先】

厚生労働省老健局高齢者支援課

介護業務効率化・生産性向上推進室

秋山、石内、長井、黒木

電話番号：03-5253-1111（内線 3876）

E-mail：kaigoseisansei@mhlw.go.jp

問 1

ケアプランデータ連携標準仕様（以下「標準仕様」という。）の活用によるデータ連携のメリットは何か。

（答）

介護サービスの利用にあたっては、サービス提供時は、居宅介護支援事業所から居宅サービス事業所に居宅サービス計画書（1・2・3 表など）、サービス利用票（兼居宅サービス計画）（第 6 表）【予定】、サービス利用票別表（第 7 表）を共有し、介護報酬請求時は、居宅サービス事業所から居宅介護支援事業所にサービス利用票（兼居宅サービス計画）（第 6 表）【実績】を共有する。

その共有方法の多くは紙によるものであり、転記や手作業が発生する等、双方にとって負担になっている現状がある。また、同一ベンダーの介護ソフトを使用している場合はデータ連携が可能なケースもあるが、異なるベンダーの介護ソフトを使用している事業所同士はデータ連携が行えないという課題があった。

標準仕様に対応した介護ソフトから出力される CSV ファイルは、通知で示した形式に標準化されるため、異なるベンダーの介護ソフトを使用している事業所間であっても、国民健康保険中央会に構築・運用中の「ケアプランデータ連携システム」を利用する等により、円滑にデータ連携ができるようになる。

具体的には、以下のような効果が期待できる。

- ①居宅介護支援事業所から送付される居宅サービス計画等の情報を含むファイルを居宅サービス事業所の介護ソフトに取り込むことにより、転記不要となることで、取り込んだ介護ソフトでデータの再利用が可能となり、データ入力作業およびデータ確認作業の省力化が図れる。
- ②居宅サービス事業所から送付されるサービス利用表（兼居宅サービス計画）（第 6 表）【実績】のファイルを、居宅介護支援事業所に取り込むことにより、転記不要となることで、実績データ登録作業の省力化が図れると共に、取り込んだ介護ソフトで計画データと実績データの差異をシステムでの自動確認や、実績間違いによる請求返戻作業の削減に寄与できる。

（参考）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

<https://www.careplan-renkei-support.jp/message/index.html>

厚生労働省資料 介護現場における生産性向上について

～ケアプランデータ連携システム導入のねらいと期待される効果～

問 2

想定している共有方法は何か。

(答)

やり取りされる情報には要配慮個人情報が含まれる場合があるため、やり取りする際は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第 6.0 版」や「介護サービス事業所における ICT 機器・ソフトウェア導入に関する手引き Ver. 2」等を参考に、十分なセキュリティ対策を施す必要がある。

そのため、電子メール等セキュリティ対策が十分でない媒体でのやり取りは適切ではなく、セキュアなメディア媒体で受け渡しする他、運用中の「ケアプランデータ連携システム」といった上記ガイドライン等に沿った高度なセキュリティを確保したデータ連携基盤上でやり取りすることを想定している。

(参考) 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第 6.0 版

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00006.html

介護サービス事業所における ICT 機器・ソフトウェア導入に関する手引き Ver. 2

https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/ICT_Guide.pdf

問 3

標準仕様を使ってデータ連携するにあたって、事業所で必要な準備はどのようなものがあるか。

(答)

データ連携するためには、標準仕様に準じた CSV ファイルの出力・取込機能を実装した介護ソフトが必要となる。

当該ソフトを利用する際は、介護現場における生産性向上ガイドライン等を参考に、課題分析を行った上で、業務フローの見直しを行いつつ、効率的な業務フローに繋げていただきたい。

(参考) 介護現場における生産性向上

<https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-seisansei.html>

問 4

標準仕様に準じた CSV ファイルについて、必要なデータ出力・取込機能は、サービス種別によって異なるのではないかな。

(答)

お見込みのとおりである。必要な機能は以下となるのでご留意いただきたい。

	居宅介護支援事業所		居宅サービス事業所	
	出力	取込	出力	取込
利用者補足情報	○	-	-	○
居宅サービス計画 1 表	○	-	-	○
居宅サービス計画 1 表_削除 ※	○	-	-	○
居宅サービス計画 2 表	○	-	-	○
第 6 表 (サービス利用票) 予定	○	-	-	○
第 6 表 (サービス利用票) 予定削除 ※	○	-	-	○
第 6 表実績情報	-	○	○	-
第 6 表実績情報削除	-	○	○	-
第 7 表 (サービス利用表別表)	○	-	-	○

※は任意。 ○ : 必要 - : 不要

問 5

サービス利用票等を紙以外の方法でやり取りするのであれば、PDF ファイルの共有で十分ではないかな。

(答)

確かに、サービス利用票等を PDF ファイルにして共有することで、電子的にやり取りすることが可能であり、ペーパーレス化には繋がると言える。一方で、PDF ファイルで共有する場合は、居宅サービス事業所において居宅介護支援事業所から送付された予定、居宅介護支援事業所において居宅サービス事業所から送付された実績等、送付された情報はそれぞれの事業所において手入力する必要があるため、負担軽減は限定的となる。標準仕様を活用したデータ連携が進むことにより、現場の負担軽減が一層進むことになると考えている。

問 6

使用している介護ソフトが標準仕様に対応しているか確認するにはどのようにしたらよいか。

(答)

標準仕様の対応状況については、各介護ソフトベンダーにより異なっているため、使用している介護ソフトのベンダーに確認していただきたい。

なお、国民健康保険中央会において構築・運用中の「ケアプランデータ連携システム」においては、標準仕様への対応状況についてベンダーテストを実施しており、テスト結果はベンダー各社において公表いただくこととしている。国民健康保険中央会ホームページにおいて、テスト結果の公表情報を一覧で取りまとめているので参考にされたい。

(参考) 国民健康保険中央会 [ベンダ試験関連を参照]

<https://www.kokuho.or.jp/system/care/careplan/index.html>

問 7

標準仕様について、介護ソフトベンダーは理解しているのか。

(答)

ケアプランデータ連携については、これまでも、介護ソフトベンダーの事業者団体の協力を得ながら、研究等を進めてきた。

また、標準仕様に準拠した介護ソフトの導入に対して地域医療介護総合確保基金を活用した補助を行う等、各ベンダーにおける介護ソフトへの実装を促している。

問 8

標準仕様は、居宅介護支援事業所と介護サービス事業所双方が電子的に利用してはじめて効果的なデータ連携できるものか。

(答)

お見込みのとおりである。データ連携を促進し負担軽減を実現するためには、多くの事業所が「ケアプランデータ連携システム」のような、ベンダーを問わずにデータ連携できる基盤を利用いただくことが必要である。

問 9

地域包括支援センターは標準仕様を活用したデータ連携が可能か。

(答)

連携対象となるサービス種別においては、予防給付や介護予防・日常生活支援総合事業も対象としている。地域包括支援センターが介護予防支援や介護予防ケアマネジメント等を実施している場合は、標準仕様を活用したデータ連携が可能となる。

なお、委託の場合を含めて、介護予防支援や介護予防ケアマネジメントにおいてよりデータ連携が促進されるよう、令和5年度に実施する調査研究結果を踏まえ、令和6年度に標準仕様の改訂を予定している。

問 10

小規模多機能型居宅介護事業所や看護小規模多機能型居宅介護事業所は、内部にケアマネジャーが配置されており、予定・実績情報は内部で完結しているが、標準仕様の活用をどのように考えたらよいか。

(答)

ご指摘のとおり、内部で完結する場合は、必ずしも、標準仕様を活用したデータ連携が行われない場合がある。一方で、外部サービスを利用する場合は、小規模多機能型居宅介護事業所等に配置されたケアマネジャーが給付管理を行う場合があり、そういったケースにおいては標準仕様の活用が期待できるところである。

問 11

重要な項目が標準仕様で必須とされていないのは何故か。

(答)

定義書にある「必須」については、介護ソフトでデータの取込等を行う際に、データの識別を行うために必須となる項目、という意味であり、本質的に必要・不要という意味ではない。

「必須」以外の項目で空白であっても、データとしては取り込むことが可能。変更があった場合等、様々なシチュエーションを想定して、柔軟な形でデータ連携が出来るように設計している。

問 12

第 3 表が標準仕様にないのは何故か。

(答)

先行研究により、情報の共有は必要であるものの、データ連携して転記不要とする効果はそれ程高くないと整理されたものである。そのため、第 3 表については、別途 PDF ファイルにして共有することを想定している。

一方、当該 PDF ファイルの作成に別途手作業が発生する等、負担軽減が限定的になっているとのご意見もいただいております、令和 6 年度に予定している標準仕様改訂で一定の改善を図る予定である。

問 13

月の途中で予定が変更された場合の取扱いはどうようにするのか。

(答)

標準仕様に基づいて出力される CSV ファイルには、自動的に作成年月日が記載される仕様となっており、取り込む際は最新のデータに反映されることを想定している。そのため、

①居宅介護支援事業所が変更されたサービス利用票の CSV ファイルを送付する
②双方の事業所において、予定情報を変更し、実績を介護ソフトに取り込む時に確認する

等の運用が考えられる。

実際の運用にあたっては、双方の事業所をよく相談して取扱いルールを定める等の工夫をお願いする。

問 14

送信先事業所の指定はどうようにするのか。

(答)

標準仕様に準じて出力された CSV ファイルのファイル名には送信先・送信元の事業所番号が含まれており、ケアプランデータ連携システム等の連携基盤側で自動的に送信先を判断することを想定している。

なお、同一事業所番号で複数サービスを提供している場合に送信先・送信元事業所を正確に特定できないという課題があると承知しており、令和 6 年度に予定している標準仕様改訂で一定の改善を図る予定である。

問 15

各項目の記載内容のマニュアルはないのか。

(答)

標準仕様は、「居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」で示す標準様式の各項目について、データの並び順、フォーマット等を規定したものであり、記載内容については、記載要領に準じて対応いただきたい。

(参考) 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領

<https://www.mhlw.go.jp/content/000764679.pdf>

問 16

福祉用具貸与事業所において、宅介護支援事業所から送付されるサービス利用票（提供票）には、福祉用具貸与事業所が報酬請求するのに必要な、TAIS コード又は福祉用具届出コード（以下、商品コードという）の情報が含まれないため、CSV データを取込んでも再度商品コードを入力しなければならず、非効率ではないか。

(答)

ご指摘のと通りの課題があると認識している。目指すべき理想像としては、福祉用具専門相談員が作成する「福祉用具サービス計画書」、介護支援専門員が作成する「サービス利用票（提供票）」の双方で商品コードを含むデータをやり取りすることが出来ることであり、令和6年度に予定している標準仕様改訂で一定の改善を図る予定である。このことにより、居宅介護支援事業所、福祉用具サービス事業所双方において、転記・計算し直しが不要となり、負担軽減のみならず、返戻の防止にも繋がるものと考えている。

なお、既に本システムを利用開始した居宅介護支援事業所においては、商品コードを含めた提供票で双方やり取りするよう、福祉用具貸与事業所と調整した例や、福祉用具貸与事業所において提供票の CSV ファイルを介護ソフトに取り込まずに送受信の証跡として活用している例があると承知している。

問 17

自治体からの指導により、第 6 表について、利用者の同意が得られたサイン入りのものを事業所に交付している。ケアプランデータ連携システムで共有する場合は、どのように整理すればいいのか。

(答)

「居宅介護支援事業所に保管するケアプラン」と「利用者とサービス事業所に交付するケアプラン」の取り扱いは異なるため、切り分けて考えるべきである。

ケアプラン原案は、文書による利用者の同意を得た上で、ケアプランとして居宅介護支援事業所に保管するとともに、利用者等に交付される。また、居宅介護支援事業所に保管する第 6 表（控）に利用者の確認を受けることとしている。

ケアプラン原案に対する利用者の同意や第 6 表（控）の確認については、電磁的方法によらない場合は、利用者の署名等が必要となる。相手方の承諾を得れば、利用者の同意や確認を電磁的方法で行うことができ、電子署名や利用者同意を確認した電子メールの保管等の方法で行うことができる。このように、文書の真正性は、居宅介護支援事業所に保管する署名等の同意文書又は電磁的方法による取扱い（電子署名や電子メール）を確認することで把握できる。

このため、ケアプランデータ連携システムを利用してケアプランを電子的に連携する場合においても、サービス事業所が第 6 表の利用者の同意の有無を確認する必要はない。同様に、ケアプラン原案に対する利用者の同意の有無についても、サービス事業者が確認する必要はない

ケアプランデータ連携システムの利用を見据え、文書負担軽減の観点から、自治体においても、ケアプランにおける電磁的記録や電磁的取扱いを踏まえた取扱いをするよう、取組を進めていただきたい。

参考 1：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

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第一条の二に規定する基本方針及び前条に規定す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。

十 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅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、当該居宅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。

十一 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。

参考 2：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

別紙 1 （居宅サービス計画書記載要領）

6 第 6 表：「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」

⑬「利用者確認」

居宅介護支援事業者が保存するサービス利用票（控）に、利用者の確認を受ける。ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。

問 18

提供票は事業所に保管することが義務づけられているが、運営指導の際に、印刷した提供票が必要となるのではないか。

(答)

「介護保険施設等運営指導マニュアル」（令和４年３月）において、「運営指導においては、介護保険施設等において作成、保存等が行われている各種書面について、当該書面に代えて電磁的記録により管理されている場合は、ディスプレイ上で内容を確認することとし、別途、印刷した書類等の準備や提出は求めないようにしましょう。」と自治体に対して示しており、ケアプランデータ連携クライアント上に蓄積されたデータもその対象となる。

(参考) 介護保険施設等運営指導マニュアル

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

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
← 厚生労働省老健局高齢者支援課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

ケアプランデータ連携システム
「かんたんシミュレーションツール」
の公開について（情報提供）

計5枚（本紙を除く）

Vol.1 204

令和6年1月30日

厚生労働省老健局高齢者支援課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL : 03-5253-1111（内線 3876）
FAX : 03-3595-3670

事 務 連 絡

令和6年1月30日

各 都道府県介護保険担当課（室）
各 市区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
介護業務効率化・生産性向上推進室

ケアプランデータ連携システム「かんたんシミュレーションツール」
の公開について（情報提供）

厚生労働行政の推進については、平素から格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

介護現場の負担軽減や職場環境の改善は、介護人材の確保が喫緊の課題とされる中で重要な課題です。そこで取り組みの一環として、居宅介護支援事業所と介護サービス事業所の間で毎月やり取りされるケアプランのうち、サービス提供票（予定・実績）を安全な環境で効果的なデータ連携を可能とする「ケアプランデータ連携システム」が国民健康保険中央会において構築され、令和5年4月より稼働しています。

運用主体の国民健康保険中央会からは、事業所の皆様から『どの程度費用対効果が見込めるか知りたい』『自身の事業所の規模に合うか分からない』といった声を頂いていると聞いております。このような声に応えるため、今般、導入後の費用対効果をかんたんに診断できる「かんたんシミュレーションツール」を作成し、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に公開した旨、国民健康保険中央会より情報提供がありました。

各都道府県・市区町村、介護保険関係団体の皆様におかれましては、管内関係団体、介護サービス事業所等に確実に周知いただきますようお願いいたします。

※本ツールは令和2年度老人保健健康促進事業「介護分野の生産性向上に向けた ICT の更なる活用に関する調査研究」に基づいて算出しており、シミュレーション数値は主に居宅介護支援事業所における概算値であると聞いております。

【シミュレーションツールの概要】



シミュレーションツールの概要

ケアプランデータ連携システムを導入することで得られる効果を簡単に調べることができるツールをご用意しました。

たった**5つ**の数値を入力するだけで、システム導入後の費用対効果をシミュレーションできます。

※令和2年度老人保健健康促進事業「介護分野の生産性向上に向けたICTの更なる活用に関する調査研究」に基づいて算出しているため、シミュレーション数値は主に居宅介護支援事業所における概算値となっています。

5つの項目で導入後の効果を診断 かんたんシミュレーションツール	
あなたの事業所について教えてください	入力欄
1. 提供エリア・共有業務を行う組織の人数 (※事業所は2つの、提供エリアは共有業務を行う組織数を入力ください)	人
2. 事業所数 (※事業所番号が重複する場合は、その数を入力ください)	事業所
3. 共有業務回数 (※提供エリア有数の事業所数)	事業所
4. 共有事業所のPC・タブレット端末使用システムの利用数 (※タブレット端末使用システムを導入、利用しない場合は、0から事業所数を入力ください)	事業所
5. ご利用者の人数 (※1事業所数として記入した事業所全体の利用者の人数を入力ください)	人

※このツールは、概算値・傾向を示すものであり、実際の費用対効果は導入後の実績や状況により異なります。
※このツールは、概算値・傾向を示すものであり、実際の費用対効果は導入後の実績や状況により異なります。

結果は右側のページに結果が表示されます



30秒で費用対効果を簡単診断



削減できる金額・時間が数値で見える化



事業所ごとの数値シミュレーションが可能

【掲載場所およびダウンロード方法】

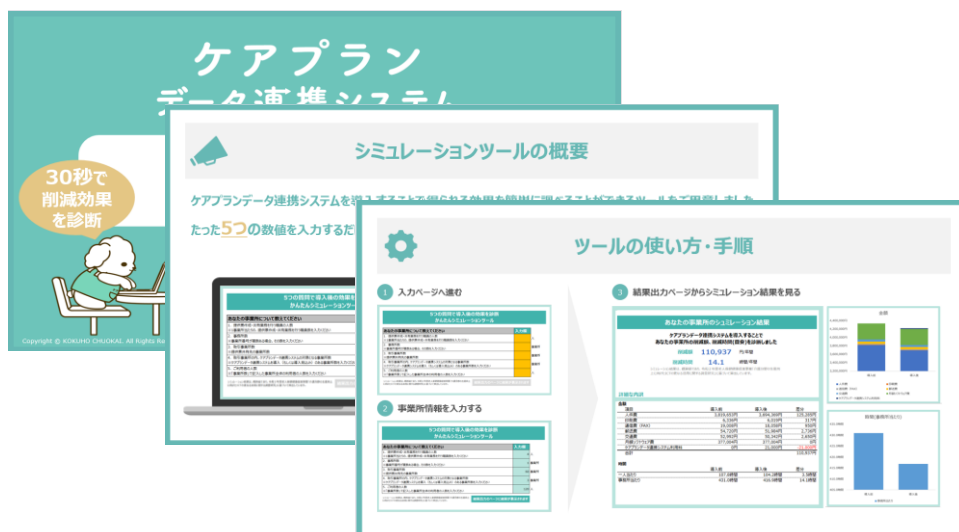
- ・ケアプランデータ連携システム ヘルプデスクサポートサイト内からご利用いただけます。管内介護事業所及び 会員事業所に情報提供いただき、より多くの事業所様に本システムの導入を検討いただけるよう推奨頂きますようお願いいたします。

- ・下図赤枠内より使い方ガイド(PDF)とシミュレーションツール(Excel ファイル)をダウンロードできます。

リンク：<https://www.careplan-renkei-support.jp/message/index.html>



- ・シミュレーションツールの概要/使い方ガイドも掲載しています。



【ケアプランデータ連携システムに関するお問い合わせ先】

- ・ 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問い合わせフォーム (<https://www.careplan-renkei-support.jp/contact/index.html>)
- ・ 電話番号：0120-584-708 受付時間：09:00～17:00（土日祝日は除く）

また、ヘルプデスクサポートサイトを大幅リニューアルしました。サイトデザインのリニューアル、有識者様やご利用事業所様のインタビューページ、ならびに公式キャラクター「ケアプー」のコンテンツページなどを新設しました。

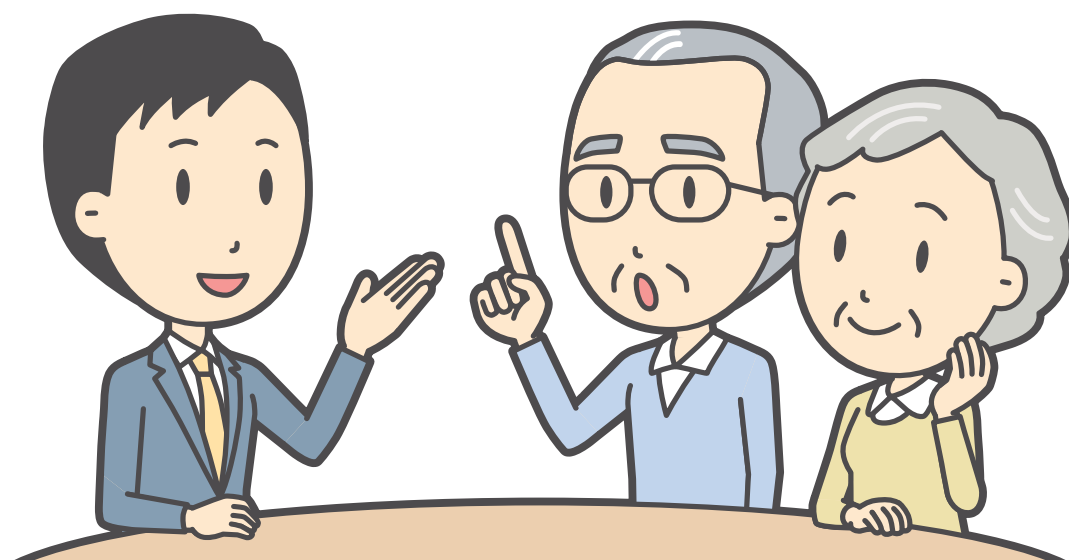
リンク：<https://www.careplan-renkei-support.jp/>



住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の
入居者を担当されるケアマネジャーの皆様へ

大丈夫？ 知らず知らずのうちに “不適切なケアマネジメント事例” を作り出していないか？

住宅型有料老人ホーム、
サービス付き高齢者向け住宅における
ケアマネジメントの考え方



2022 年 3 月

令和 3 年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業
「サービス付き高齢者向け住宅等における
適正なケアプラン作成に向けた調査研究」

事務局・編集 株式会社日本総合研究所

はじめに

本冊子作成の狙い

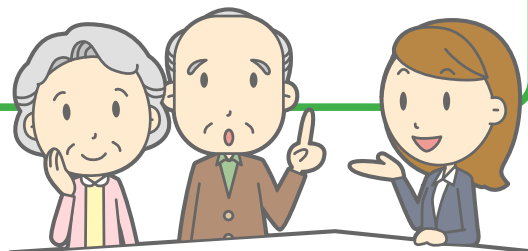
- 住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（以下、「高齢者向け住まい」または「住まい」といいます）は合計の入居定員が 50 万人（2020 年時点）を超え、高齢期の「住まい」の重要な一角を占めています。
- 一方で、これらの住まい運営法人によって、利用者の意思に沿わない提供者都合のサービス提供が行われている等の問題もしばしば指摘され、適正な運営が求められる状況にあります。こうした高齢者向け住まいにおいて、入居者の状態に応じて適切なサービスが提供されるには、「ケアマネジメント」が適切に行われていることが重要な要素の一つです。
- ここでは、故意や悪意ではないにせよ、慣例のような形も含めて、不適切なケアマネジメントやサービス提供に陥っている事例などを確認し、具体的に振り返りができる資料として作成しています。
- ケアマネジャーの皆様が置かれた状況次第では、様々な関係者との関係性の観点等から、対応に困る場面もあるかと思います。しかし、不適切な対応等を知っておくことは自分自身のケアマネジャーとしての立場を守ることにもつながりますので、是非確認してみてください。（後半では、困ったときの相談先についても記載しています。）

住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に求められる役割

- 住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅は、高齢者が介護が必要になっても、安心して自分らしく生活できるための住まいとして、高齢化が進む中での役割が大きくなっています。
- ◆ 高齢者向け住まいは、適正な運営により、地域住民へ「魅力的な住まいの選択肢」を提供することができ、高齢者の安心・安全な日常生活に寄与するもの
 - ◆ 「住まい」「ホーム」部分と「介護サービス」が、それぞれ独立していることにより、「施設」ではなく、入居者の「自宅」として、その人に最適な住環境を提供できることが、これらの制度の大きな利点であり、求められる役割
 - ◆ こうした高齢者向け住まいにおいて、入居者の状態に応じて、適切なサービスが提供されるためには、ケアマネジメントが適切に行われていることが重要な要素

高齢者向け住まいにおけるケアマネジメントのあるべき姿

- サービス提供の元となるケアプランは、ケアマネジメント、とりわけ、アセスメントやモニタリングのあり方に、その内容が大きく左右されるため、あるべき姿を以下のようにとらえておく必要があります。
- ◆ 入居者本人にとっての自立支援および重度化防止、困りごとの解消・改善につながる最適なケアを、多職種協働のチームケアを通じて提供することで、その人の生活の質を上げること・望む暮らしを実現することに、ケアマネジメントの目的をしっかりと据える
 - ◆ この点、本質は高齢者向け住まいと、一般在宅で変わることがない



住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅における「不適切」なケアマネジメントの考え方

- 高齢者向け住まいのケアマネジメントのあるべき姿については、それぞれの入居者の状態や置かれた状況等、個別具体的なケースで異なるため一概に示すことは困難ですが、「不適切」と疑われる可能性があるケアマネジメントとしては、例えば下記のようなものが挙げられます。
- ※ 下記事項については状況次第（文脈次第）で適切とも不適切ともなり得ます。
例えば、「ケアプランが画一的なものとなっている」ことのみをもって不適切であると断定することはできない点に留意が必要です。むしろ、その事象が生じている背景として、入居者の意思や状態等の十分な把握（アセスメント・モニタリング）とそれに応じた的確なサービス選定ができていないかどうか等に注目することが求められます。
- ※ また、本資料の事例等では、住まいに併設している介護サービス事業所の活用時に不適切な場合があるといったケースも挙げていますが、住まいに併設されたサービスやケアマネジャーが活用されること自体に問題があるわけではありません。むしろ、併設事業所については、常に変化する状況に応じた機動的な対応が可能であるといったメリット等もあることに留意が必要です。

1 個別性の欠如

利用者個々の意向や課題が考慮されることなく、ケアプランが画一的なものとなっている

2 過剰なサービス

利用者の意向や状態を考慮せず、アセスメントからは必要性が見いだせない住まい事業者と同一法人によるサービスを、ケアプランに設定している（その結果として区分支給限度基準額上限までサービスが設定されている、など）

3 サービスの不足

本人の希望するサービスや客観的に必要性の高いと考えられるサービスがケアプランに組み込まれていない、あるいは検討自体なされていない（ケアマネジャーから見て利用者にとって必要なサービスをケアプランに位置付けることが難しい場合がある）

4 事業所選択の権利侵害の懸念

住まいと同一法人が提供するサービスの利用を、合理的な理由もなく、また利用者の意向も踏まえずに利用者に求めており、この対応にケアマネジャーも同調している（同調せざるを得ない状況にある）

5 ケアマネジメントサイクルの問題

ケアプランの見直しが法定のタイミング（認定更新時や区分変更時）以外では、ほとんど行われていない

**ケアマネジャー自身の悪意の有無にかかわらず、
高齢者向け住まいから要求されるがままに
高齢者向け住まいに配慮して、
利用者の意思に沿わない
不合理なケアプランを作成することは不適切**

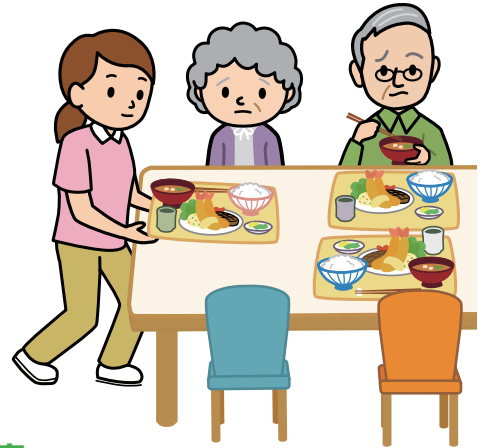
具体的な“不適切なケアマネジメント”事例

こんな対応、していませんか？ 見逃していませんか？
見て見ぬふりをしていませんか？

事例 1 Aさん

デイが週 2 日から 5 日に。
「行かないと食事ができませんよ」

高齢者向け住まいが運営するデイサービスを週 5 日利用するよう提案された。自宅で生活しているときは、デイサービスは週 2 回だったのに…。
「入浴日の週 2 回利用で十分」との希望をケアマネに伝えたら、「他の入居者にも毎日利用してもらっています。デイに行かないと食事が取れませんよ」と取り合ってもらえなかった。



➡ ①個別性の欠如、②過剰なサービス、④事業所選択の権利侵害



事例 2 Bさん

体調が悪くてもデイサービスへ。
休む場所もなくつらい…

デイサービスに毎日行くケアプランになっているが、体調が悪く部屋で休みたいと伝えても、「デイサービスで休んでください」と言われ、毎日1階のデイサービスに連れていかれる。
デイサービスを減らしてほしいとケアマネに相談しても、取り合ってもらえない。

➡ ①個別性の欠如、②過剰なサービス、④事業所選択の権利侵害

事例 3 Cさん

ケアプランの説明がされないまま入居。
住まい職員は介護サービスや
ケアプランを理解していない

入居後のケアマネが事前に決まっているにもかかわらず、ケアプランの説明がされないまま入居。契約時には住まいから「まかせてください。大丈夫ですよ」と言われたが、住まいに対して介護サービスの内容に関する希望や説明のお願いを伝えても回答がなく解決しない。本当はケアマネからしっかり説明を受けたい。



➡ ⑤ケアマネジメントサイクルの問題

「これって、入居者第一じゃないですか？」

こんな対応、していませんか？ 見逃していませんか？
見て見ぬふりをしていませんか？

事例 4 Dさん

介護サービスの利用が、
住まいの値引きの条件に！
※住まいの契約上の不適切事例

入居契約時に、値引き(月額 1～2 万円)することを条件に介護サービスの利用を強要された。契約書上は本来の正当な金額表示であり、値引きに関する文章は存在しない…。



➡ ④事業所選択の権利侵害



事例 5 Eさん

値引きを条件に、
本人の自由や都合が無視され、
通院もできない
※住まいの契約上の不適切事例

住まいの法人から、「うちの介護保険サービスを利用して、私的な外出・病院受診など含めて住まいの都合に合わせてスケジュールしてくれば、料金を毎月 1 万円値引する」と言われた。
これではサービスが多い平日は外出できないと言われたことと同じ。自由な時間が多い日曜日には病院が休みなので困っている。

➡ ④事業所選択の権利侵害

事例 6 Fさん

専門リハビリが必要なのに、
外部法人のサービスは利用できない

専門的なリハビリを受けたくて通所リハビリを利用したいとケアマネに伝えたが、外部の介護保険サービスは利用できないと言われ、高齢者向け住まいが運営しているデイサービスの利用を継続させられた。



➡ ②サービスの不足、④事業所選択の権利侵害

1 個別性の欠如

利用者個々の意向や課題が考慮されることなく、ケアプランが画一的なものとなっている

- 個別性の欠如により利用者個々の意向や課題が考慮されることなく、ケアプランが画一的なものとなっている不適切な状況としては、具体的には例えば、下記のような場合が想定されます。

以下では、**不適切な対応の例**を紹介します。
ご自身ならびに周囲でこうした対応が行われていないか、チェックしてみましょう。



【チェックポイント】

- ☑ 本人の希望よりも、**特定法人（住まいと
同じなど）のサービスを優先したプラン**
になっていませんか？

ウチに入居する場合は、
皆さんこのデイサービスを
利用することになってますよ
（住まい職員）

わたしは入浴日の
利用だけでいいのに



アセスメントで把握した
状況やニーズをケアプランに
反映していない

- ☑ 「同じ住まいに住んでいる＝同じような
ニーズ」と考え、**個別のアセスメントが
十分でないまま**、同じサービスをプラン
に組み入れていませんか？



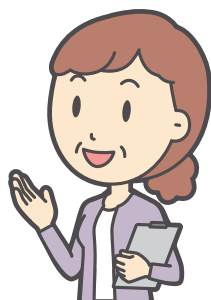
しんどい日は
休みたいのに…

ウチに入居されるんだから、
大体介護度も暮らしぶりも
似たようなものだから、
みんな毎日デイに通ってもらおう
（住まい職員）



* 事例1, 2を参照のこと

先輩ケアマネジャーからのアドバイス



「入居者の多くが、似たようなサービス内容のケアプランになっていること」自体ではなく、そのサービスを活用する背景としてのアセスメントが十分かどうかに着目しましょう！
一人ひとりの利用者にとって、「なぜこのサービスが必要なのか」ということを、「常に意識し」アセスメントすることが重要です。

本人の意向を踏まえた適切なサービスの選定のためには、
居住環境だけでなく利用者の心身状態・生活上の課題を確認することが必須。
自宅を離れ不安を抱えて入居している方もおり、
その価値観や生活歴などについても丁寧に確認することが必要です。

チェックが入った場合にはP11の留意点も確認してみましょう！
また、困ったときの相談先等については、P12を参照してください！（次頁以降も同様）

2 過剰なサービス

利用者の意向や状態を考慮せず、アセスメントからは必要性が見いだせない住まい事業者と同一法人によるサービスを、ケアプランに設定している（その結果として区分支給限度基準額上限までサービスが設定されている、など）

- 利用者の意向や状態を考慮せず、アセスメントからは必要性が見いだせない住まい事業者と同一法人によるサービスを、ケアプランに設定している不適切な状況としては、具体的には例えば下記のような場合が想定されます。

以下では、**不適切な対応の例**を紹介します。
ご自身ならびに周囲でこうした対応が行われていないか、チェックしてみましょう。



【チェックポイント】

- ☑ 住まいとの間で、**住まい併設のデイサービスなどを積極的に活用するよう取り決めがされていて、ご本人の要望や状態に関係なく**、併設された事業所のサービスの利用をプランに組み込んでいませんか？

1 階のデイサービスで
日中を過ごしてもらうのが
よいですよ
(住まい職員)

皆さんそのように
されてますよ
(ケアマネジャー)



しんどい日は
デイサービスを
休みたいけど…



- ☑ **追加サービスが客観的に不要な状態で、ご本人の希望もないのに、区分支給限度基準額に余裕があるだけで、安易にサービスを追加していませんか？**

元気だし、
自分で自分のことは
やりたいから
こんなサービスは
いらないけど…

デイサービスに
いかないと
食事ができませんよ
(住まい職員)



* 事例1, 2を参照のこと

先輩ケアマネジャーからのアドバイス



入居者の心身状態・生活上の課題をアセスメントした上で
必要なサービスを位置づけることが基本です！
介護報酬を得ることを目的として、合理的な理由なく区分支給限度基準額上限まで
サービスを盛り込むことは、アセスメントせずにケアプランを作成することと変わりません。

住まいや併設事業者からこうした過剰サービスを要請されることもあるかもしれません。
そうしたときには、まず「自分の責任で作成するケアプランが、本当にこれでよいのか」
ということ、自分自身に問いかけてみましょう。
また、対応に困ったら、信頼できる職場の先輩等にも相談してみましょう。

3 サービスの不足

本人の希望するサービスや客観的に必要性の高いと考えられるサービスがケアプランに組み込まれていない、あるいは検討自体なされていない（ケアマネジャーから見て利用者にとって必要なサービスをケアプランに位置付けることが難しい場合がある）

- サービスが不足しており、本人の希望するサービスや客観的に必要性の高いと考えられるサービスがケアプランに組み込まれていない、あるいは検討自体なされていない不適切な状況としては、具体的には例えば下記のような場合が想定されます。

【チェックポイント】

以下では、**不適切な対応の例**を紹介します。
ご自身ならびに周囲でこうした対応が行われていないか、
チェックしてみましょう。



- ✓ 住まいとの間で優先的に活用を取り決められているサービスが区分支給限度基準額を使っているため、ご利用者が、より必要なサービスを追加できなくなっていることはありませんか？



うちの
ご入居者さんは、
みなさん週5日、
ここの訪問介護を
利用してもらいます
（住まい職員）

訪問介護以外の
サービスを利用したいのに、
限度額がいっぱいで
利用できない

- ✓ アセスメントが法定のタイミングのみで、形だけになっているために、ご本人の要望や状態変化をプランに反映できないケースはありませんか？

最近こんな
感じだからサービスを
見直したいんだけど…



プランの見直しのタイミングは
法律でまっていますから…
（住まい職員）

専門的な
リハビリが
必要です

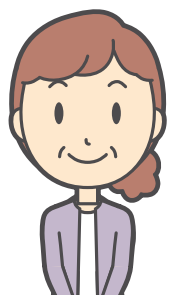


専門の人でなくても、
うちの職員で
対応できますよ
（住まい職員）



* 事例 6 を参照のこと

先輩ケアマネジャーからのアドバイス



ある時点での不足感だけでなく、普段から十分なアセスメントがあるか、これにより適切なサービス選択ができているかを確認しましょう！

特定のサービスの利用で区分支給限度基準額が占められているようなケースでは、本当に利用者にとって、そのサービスがそれだけ必要なかを振り返ってみましょう。

サービス不足解消のためには、多職種の視点が重要です。
改めて主治医等と相談したり、利用者や家族にも提案・相談しつつ必要なサービスを検討しましょう。

4 事業所選択の権利侵害の懸念

住まいと同一法人が提供するサービスの利用を、合理的な理由もなく、また利用者の意向も踏まえずに利用者に求めており、この対応にケアマネジャーも同調している（同調せざるを得ない状況にある）

- 住まいと同一法人が提供するサービスが合理的な理由なく優先され、また利用者の意向も踏まえずに利用者に求めており、事業所選択の権利侵害の懸念がある不適切な状況としては、具体的には例えば下記のような場合が想定されます。

以下では、**不適切な対応の例**を紹介します。
ご自身ならびに周囲でこうした対応が行われていないか、チェックしてみましょう。



【チェックポイント】

- ☑ **本人が他の事業所のサービスを希望しているのに、その理由や必要性を十分に検討せず、**同じ法人の事業所サービスを優先していませんか？

ウチには、訪問介護もケアマネ事業所もありますから、他の事業所を使わなくても全部お世話できます
だから他の事業所を使う必要は一切ありませんし、手続きが面倒なので使わないでください
(住まい職員)

- ☑ **住まい側から明確な指示がなくても、なんとなくの「配慮」で、**住まいの法人が運営している事業所のサービスをプランに組み込んでいませんか？



ウチのサービスを利用すれば
住まいの料金は割引します
(住まい職員)

- ☑ 入居後は、それまで利用していた事業所のサービスから、**住まいと同じ法人が運営するサービスに移行するのが当たり前の雰囲気**となっていて、本人が継続利用したくてもできない状況になっていませんか？

訪問介護は
週5日も
いらないんだけど…



専門リハだから、
外部を利用したいのに…



* 事例 1、2、4～6 を参照のこと

先輩ケアマネジャーからのアドバイス



「同一法人やその併設事業所のサービスを利用してもらうこと」自体が不適切なのではなく、「合理的な理由なく本人がサービスや事業所を選択する意思に反して、利用させること」が問題です。

利用者自身によるサービスの選択は、利用者の基本的権利ですが、住まい等から、権利侵害につながる併設事業所の利用を要請されることもあるかもしれません。

利用者・家族にもこの権利を理解してもらいつつ、
悩んだら信頼できる職場の先輩等に相談しましょう。

5 ケアマネジメントサイクルの問題

ケアプランの見直しが法定のタイミング（認定更新時や区分変更時）以外では、ほとんど行われていない

- ケアプランの見直しが法定のタイミング（認定更新時や区分変更時）以外では、ほとんど行われていない場合等に見られる、ケアマネジメントサイクルのあり方として不適切な状況としては、具体的には例えば下記のような場合が想定されます。

以下では、**不適切な対応の例**を紹介します。
ご自身ならびに周囲でこうした対応が行われていないか、チェックしてみましょう。



【チェックポイント】

- ✓ 住まいと居宅の間で、**なるべくケアプランを変更しない方針があり**、アセスメントやモニタリングは必要最小限にとどまっていることはありませんか？
- ✓ 状況の変化やご本人・ご家族からの相談など、**新たな情報がケアマネジャーに届いた場合でも**、対応しないケースはありますか？
- ✓ **ご利用者の状態に大きな変化があっても**、法定のタイミングまで状況確認をしないなどのケースはありますか？



ケアプランの見直しは、法定のタイミングとしましょう（住まい職員）

わかりました
（〇〇さんは変えたいみたいだけど…）
（ケアマネジャー）



ケアマネさんにも相談できない…



- ✓ **入居時にケアプランの説明をしない、相談があった場合も**住まい職員が説明するなどのケースはありますか？
- ✓ **利用票のサインを、住まい職員が代筆している**ことはありますか？

大丈夫です、お任せください！
（といって説明をしない）
（住まい職員）

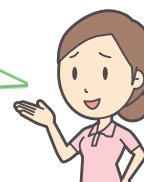
住まいの職員さんは何もわかってない…



* 事例3を参照のこと

- ✓ **同じ住まいでは、居室がすべて同じであるという考えのもと**、併設されたサービス利用時等に、モニタリングをまとめて行っていませんか？
- ✓ そのため、居室内の状況を確認していないなどはありませんか？

ここの間取りは全部同じだから、部屋は見なくていいよね
（ケアマネジャー）



先輩ケアマネジャーからのアドバイス



アセスメントの頻度が高ければ適切というわけではありません。あくまで「利用者の状態や要望の変化をタイミングよく捉えてケアプランに反映すること」を目的に、アセスメントを実施しましょう。特に住まい併設の居宅の場合は、普段から利用者に近い場所にいる、という強みも生かしましょう！

住まい側との取り決めなどにより意図的にケアプランの見直しを行わない、このためアセスメントやモニタリングも法定のタイミング以外では行わないこととしている、といったことは、あってはなりません。特に入居後は状態が変わりやすいため、再アセスメントなども検討してみましょう。

1～5の各不適切事例（パターン）における留意点

- 前掲の1～5の各不適切事例においては、以下の点に留意して対応しましょう。また、結果だけをもって「不適切」とすることはできないことにもご留意ください。

※ これらは、あくまで十分なアセスメントや多職種連携、法令で定められた頻度の状況確認等の必要な対応が前提であるということに、ご注意ください。

1 個別性の欠如

利用者個々の意向や課題が考慮されることなく、ケアプランが画一的なものとなっている

その結果として、ケアプラン上に示される記載がそれぞれの入居者で類似する内容になっている場合には「不適切な事例」には該当しません。

2 過剰なサービス

利用者の意向や状態を考慮せず、アセスメントからは必要性が見いだせない住まい事業者と同一法人によるサービスを、ケアプランに設定している（その結果として区分支給限度基準額上限までサービスが設定されている、など）

その結果として、入居者のケアプランに区分支給限度基準額上限までサービスが盛り込まれている場合には「不適切事例」には該当しません。

3 サービスの不足

本人の希望するサービスや客観的に必要性の高いと考えられるサービスがケアプランに組み込まれていない、あるいは検討自体なされていない（ケアマネジャーから見て利用者にとって必要なサービスをケアプランに位置付けることが難しい場合がある）

十分なアセスメント等を通じたケアマネジメントを行い、本人の意思を汲み取りつつ周辺の活用可能な資源等も含め多職種連携の下で総合的に判断しましょう。

ケアプラン上に示されるサービス内容が、仮にある一つの側面から見た際に不足していると思われるといった場合であっても、その結果としての記載であれば「不適切事例」には該当しません。

4 事業所選択の権利侵害の懸念

住まいと同一法人が提供するサービスの利用を、合理的な理由もなく、また利用者の意向も踏まえずに利用者に求めており、この対応にケアマネジャーも同調している（同調せざるを得ない状況にある）

仮に住まいに併設された事業所から多くの入居者がサービス提供を受けているといった場合であっても、その結果としてのサービス提供であれば「不適切事例」には該当しません。

5 ケアマネジメントサイクルの問題

ケアプランの見直しが法定のタイミング（認定更新時や区分変更時）以外では、ほとんど行われていない

アセスメントやモニタリングのタイミング・頻度については、法定基準を満たしていることを前提に、個別の状況で判断しましょう。

単にケアプランの見直しが法定のタイミング以外で行われていないことをもって、「不適切な事例」とはなりません。

不適切事例の対応で困ったときは

- 不適切事例かもしれないが、具体的にどう対処したらよいかわからない、組織的な圧力があり、改善策を提案することが難しい、といったケースもあるかと思います。
- ケアマネジャーの皆様としても、ご自身では解決しづらい問題を抱えていることもあるのではないのでしょうか。
- そんなときの身近な相談先や方法を、以下にご紹介します。

悩んだときにはひとりで抱え込まずに、
周囲の信頼できる関係者に相談してみましょう。



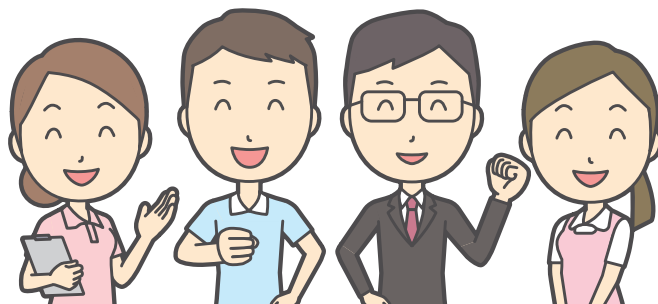
相談方法①：職場の主任ケアマネジャーや先輩ケアマネジャーへの相談

まずは身近にいる、職場内の主任ケアマネジャーや先輩のケアマネジャーに相談してみましょう。具体的な対応策について、アドバイスしてくれるはずですよ。



相談方法②：他事業所のケアマネジャーとの事例検討会等での議論

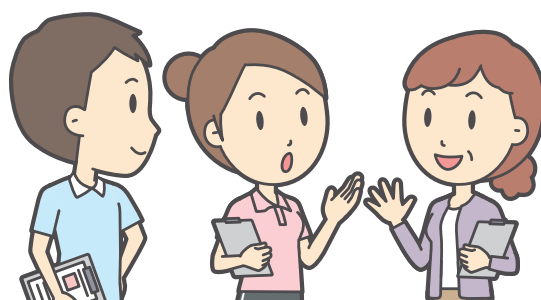
職場内に限らず、他事業所との合同事例検討会や研修会の場で、対応策を他の事業所のケアマネジャーと議論することも検討してみましょう。これまで気づかなかった新たな視点から、様々な意見が出てくるかもしれません。
またこうした検討を通じて、日常的に相談できる仲間が外部にできる可能性があることも、一つのメリットでしょう。



相談方法③：地域包括支援センターの主任ケアマネジャーへの相談

職場内の関係者には相談しづらい、といった場合には、地域包括支援センターの主任ケアマネジャーに相談してみましょう。地域包括支援センターは、包括的・継続的なケアマネジメント支援（環境整備とケアマネジャーへのサポート）の役割を担っているため、中立的な立場から、客観的なアドバイスがもらえるでしょう。

上記各所への相談では解決しない、
あるいは相談がしにくいといった場合には、
☒ 自治体の介護保険担当課
☒ 日本介護支援専門員協会の各都道府県支部
に相談してみましょう。



行政上の対応について

不適切事例の行政上の対応：実地指導

- いわゆる「不適切事例」に関しては、その内容により介護保険法および関係法令に基づき、**住まい運営事業者だけでなく居宅介護支援事業所に対しても自治体による指導（実地指導）等が行われます。**実地指導は、事業者や職員の育成・支援とともに、制度管理や保険給付の適正化とよりよいケアの実現につなげることが目的とされています。
- 具体的には、市町村は居宅介護支援事業者に対して、必要に応じて保険給付に関し、事業所を直接訪問し、書類の閲覧やヒアリングをもとに、事業者の運営および報酬請求について確認すること（実地指導）が可能とされています。
- 実地指導においては、介護サービスの質の確保及び適正な保険請求の促進の観点から、**当該不適切事例については確認・指導対象とされる場合があります。**【介護保険法第 23 条、第 24 条】
- 実地指導における事業所選定の観点や個別ケース確認の際の着眼点として、自治体の指導要領上に、前掲のような事項が明記されているケースもあることから、**これに該当する事業所に対しては実地指導が行われる可能性が高い**と考えられます。 ※根拠条文の詳細については資料末尾を参照（以下同様）

不適切事例の行政上の対応：ケアプラン点検

- ケアプラン点検は、ケアプランをケアマネジャーと確認しながら自立支援に向けた「気づき」を促すとともに、「自立支援に資するケアマネジメント」を追求し、適切な給付の実施を支援することが目的とされています。
- ケアプラン点検については、自治体からの、改善のための助言等に従うかどうかは任意とされており、法令の根拠に基づく実地指導とは異なるものとされていますが、一方で、**ケアプラン点検で確認された事例について、実地指導の際に改めて確認・指導対象とすることは可能**とされています。
- なお、対象事業所の選定にあたっては、ケアプラン点検も実地指導と同様、自治体の判断により決定されることから、前掲のような事項をポイントとして設定するケースも多く、**こうした事業所に対しては実地指導が行われる可能性が高い**と考えられます。

客観的に法令の趣旨に反しているケースとは

下記のようなケースは客観的に法令の趣旨に反しており、老人福祉法に基づき、住まいに対しては、自治体から指導や改善命令、事業の制限・停止命令が行われる可能性があります。そうしたケースにおいては、関係する居宅介護支援事業所に対しても、上記のとおり指導対象とされる可能性が高いです。【老人福祉法第 29 条、第 39 条】**【高齢者の居住の安定確保に関する法律 24 ～ 26 条】**【介護保険法第 23 条、第 24 条】

※いずれにおいても、契約関連書類等の書面ではなく、あえて**口頭で下記のような内容を伝達**されるケースも存在します。

- ◆ 入居契約の段階で**サービス利用内容（回数や提供事業所）が決められており**、これ自体が契約条件になっている、あるいは、入居者本人や家族としては契約条件と同一視できるような形となっている
- ◆ 入居契約の段階で、**本人の状態にかかわらず区分支給限度基準額上限までサービスを入れる**ことが決められており、これが契約条件になっている、あるいは入居者本人や家族としては契約条件と同一視できるような形となっている
- ◆ 入居契約上特定のサービスを利用すること、併設事業所のサービスを多く利用することあるいはその他のサービスも含め介護保険サービスを多く利用することで入居費用が割引になるとされている（**利用しなくなった際には入居費用を値上げされる・利用者の行動がすべて住まい都合で管理**される）

参考：根拠法令

● 老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）

（届出等）

第 29 条 （略）

2～10 （略）

11 有料老人ホームの設置者は、当該有料老人ホームに係る有料老人ホーム情報（有料老人ホームにおいて供与をする介護等の内容及び有料老人ホームの運営状況に関する情報であつて、有料老人ホームに入居しようとする者が有料老人ホームの選択を適切に行うために必要なものとして厚生労働省令で定めるものをいう。）を、厚生労働省令で定めるところにより、当該有料老人ホームの所在地の都道府県知事に対して報告しなければならない。

12 （略）

13 都道府県知事は、この法律の目的を達成するため、有料老人ホームの設置者若しくは管理者若しくは設置者から介護等の供与（将来において供与をすることを含む。）を委託された者（以下「介護等受託者」という。）に対して、その運営の状況に関する事項その他必要と認める事項の報告を求め、又は当該職員に、関係者に対して質問させ、若しくは当該有料老人ホーム若しくは当該介護等受託者の事務所若しくは事業所に立ち入り、設備、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

14 （略）

15 都道府県知事は、有料老人ホームの設置者が第六項から第十一項までの規定に違反したと認めるとき、入居者の処遇に関し不当な行為をし、又はその運営に関し入居者の利益を害する行為をしたと認めるとき、その他入居者の保護のため必要があると認めるときは、当該設置者に対して、その改善に必要な措置をとるべきことを命ずることができる。

16 都道府県知事は、有料老人ホームの設置者がこの法律その他老人の福祉に関する法律で政令で定めるもの若しくはこれに基づく命令又はこれらに基づく処分に違反した場合であつて、入居者の保護のため特に必要があると認めるときは、当該設置者に対して、その事業の制限又は停止を命ずることができる。

17～19 （略）

第 39 条 第十八条の二第一項又は第二十九条第十五項の規定による命令に違反した場合には、当該違反行為をした者は、六月以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する。

● 高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成 13 年法律第 26 号）

（報告、検査等）

第 24 条 都道府県知事は、この章の規定の施行に必要な限度において、登録事業者又は登録事業者から登録住宅の管理若しくは高齢者生活支援サービスの提供を委託された者（以下この項において「管理等受託者」という。）に対し、その業務に関し必要な報告を求め、又はその職員に、登録事業者若しくは管理等受託者の事務所若しくは登録住宅に立ち入り、その業務の状況若しくは帳簿、書類その他の物件を検査させ、若しくは関係者に質問させることができる。

2～4 （略）

（指示）

第 25 条 （略）

2 （略）

3 都道府県知事は、登録事業者が第十五条から第十九条までの規定に違反し、又は第二十条の国土交通省令・厚生労働省令で定める事項を遵守していないと認めるときは、当該登録事業者に対し、その是正のために必要な措置をとるべきことを指示することができる。

参考：根拠法令

(登録の取消し)

第26条 (略)

2 都道府県知事は、登録事業者が次の各号のいずれかに該当するときは、その登録事業の登録を取り消すことができる。

- 一 第九条第一項又は第十一条第三項の規定に違反したとき。
- 二 前条の規定による指示に違反したとき。

● 介護保険法(平成9年法律第123号)

(文書の提出等)

第二十三条 市町村は、保険給付に関して必要があると認めるときは、当該保険給付を受ける者若しくは当該保険給付に係る居宅サービス等(居宅サービス(これに相当するサービスを含む。)、地域密着型サービス(これに相当するサービスを含む。)、居宅介護支援(これに相当するサービスを含む。)、施設サービス、介護予防サービス(これに相当するサービスを含む。)、地域密着型介護予防サービス(これに相当するサービスを含む。))若しくは介護予防支援(これに相当するサービスを含む。)をいう。以下同じ。)を担当する者若しくは保険給付に係る第四十五条第一項に規定する住宅改修を行う者又はこれらの者であった者(第二十四条の二第一項第一号において「照会等対象者」という。)に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を求め、若しくは依頼し、又は当該職員に質問若しくは照会をさせることができる。

(帳簿書類の提示等)

第二十四条 厚生労働大臣又は都道府県知事は、介護給付等(居宅介護住宅改修費の支給及び介護予防住宅改修費の支給を除く。次項及び第二百八条において同じ。)に関して必要があると認めるときは、居宅サービス等を行った者又はこれを使用する者に対し、その行った居宅サービス等に関し、報告若しくは当該居宅サービス等の提供の記録、帳簿書類その他の物件の提示を命じ、又は当該職員に質問させることができる。

2 厚生労働大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、介護給付等を受けた被保険者又は被保険者であった者に対し、当該介護給付等に係る居宅サービス等(以下「介護給付等対象サービス」という。)の内容に関し、報告を命じ、又は当該職員に質問させることができる。

3・4 (略)

(介護支援専門員の義務)

第69条の34 介護支援専門員は、その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない。

2 介護支援専門員は、厚生労働省令で定める基準に従って、介護支援専門員の業務を行わなければならない。

3 介護支援専門員は、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術の水準を向上させ、その他その資質の向上を図るよう努めなければならない。

令和 6 年 2 月 1 6 日

指定居宅介護支援事業所 管理者 様

倉敷市長 伊 東 香 織
(保健福祉局指導監査課扱い)

令和 6 年度以降に居宅介護支援事業者が介護予防支援事業者の指定を受ける場合の取扱いについて（通知）

平素から倉敷市の介護保険事業の運営に御理解、御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、令和 6 年度の介護保険法の改正に伴い、居宅介護支援事業者が介護予防支援事業者の指定を受けることが可能となります。

つきましては、令和 6 年 4 月 1 日から介護予防支援事業者の指定を受ける場合は、下記のとおり手続きいただくようお願いします。(令和 6 年 4 月 1 日以降に書類を提出する場合は、3 月中に改訂予定の「申請・届出の手引き（令和 6 年 4 月版）」の内容をご確認のうえ、所定の書類をご提出ください。)

なお、倉敷市では、介護予防支援事業者の指定に当たり、市が設置する介護保険地域密着型サービス等運営専門分科会にて審議を行う必要があります。当該分科会の開催スケジュールによっては御希望の指定日に沿えない場合がございますので、介護予防支援事業者の指定を受ける予定がある場合には、あらかじめ書類の提出期限より前にご相談ください。

記

1 提出書類（[指導監査課ホームページ](#)＞[指定（許可）関連＞介護保険事業者の申請の手引き・様式](#)＞[\(14\) 介護予防支援＞申請書・各種様式](#)に掲載）

- (1) 指定介護予防支援事業所指定申請書
- (2) 指定介護予防支援事業者の指定に係る記載事項（付表）
- (3) 登記事項証明書（※ 1、※ 2）
- (4) 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表（事業開始月のもの）
- (5) 運営規程
- (6) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（参考様式 4）
- (7) 損害賠償保険の加入者証の写し等（※ 1）
- (8) 誓約書（参考様式 6）

※1 (3)、(7)については、介護予防支援事業の開始に伴い変更がある場合のみ添付してください。

※2 法人の事業目的に「介護予防支援事業」が必要です。事業の指定日までに登記の変更が間に合わない場合は、完了次第御提出ください。

2 提出期限

指定を受ける日（原則毎月1日）の前々月の末日

※令和6年4月1日から指定を受ける場合には、令和6年2月29日（木）までに御提出ください。

3 留意事項

- (1) 新たに指定を受ける介護予防支援事業所の事業所番号は、現在指定を受けている居宅介護支援事業所と同じ番号が付番されます。
- (2) 居宅介護支援の指定申請との同時申請も可能です。
- (3) 介護支援専門員1以上（居宅介護支援事業所との兼務可）の配置が必要です。
- (4) 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を除き、管理者は主任介護支援専門員である必要があります。なお、管理業務に支障がない場合に限り、事業所の介護支援専門員等との兼務が可能です。
- (5) 介護予防支援事業の指定を受けない場合であっても、引き続き地域包括支援センターから介護予防支援の委託を受けることができます。
- (6) 介護予防・日常生活支援総合事業における第1号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）については、地域包括支援センターから委託を受けた場合のみ可能です。

【介護予防ケアマネジメントとは】

- ・基本チェックリストにより「事業対象者」となった方、又は
- ・要支援1又は2の認定を受けた方で、介護予防・日常生活支援総合事業のみを利用する方に対して提供されるケアマネジメントサービスです。

<提出先及び問合せ先>

〒710-8565

倉敷市西中新田640番地

倉敷市保健福祉局 指導監査課

電話：086-426-3297

メール：audiwlf@city.kurashiki.okayama.jp

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 認知症施策・地域介護推進課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

「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

計 79 枚（本紙を除く）

Vol.1286

令和 6 年 7 月 4 日

厚 生 労 働 省 老 健 局

認知症施策・地域介護推進課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-3595-2889（内線 3936）
FAX：03-3503-7894

老 認 発 0704 第 1 号
令 和 6 年 7 月 4 日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局
認知症施策・地域介護推進課長
（ 公 印 省 略 ）

「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

標記については、これまで福祉用具貸与について、居宅サービス計画書と福祉用具貸与実績報告書の記載内容が統一されていなかったことから、今般別添のとおり様式の一部を改正することとし、令和7年4月から施行することとしたので関係者、関係団体等に対し、周知をお願いします。

第6表

(別添1)

認定済・申請中

年 月 分

サービス利用票(兼居宅(介護予防)サービス計画)

居宅介護支援事業者⇒利用者

保 険 者 番 号										保 険 者 名	居 宅 介 護 支 援 事 業 者 事 業 所 名 担 当 者 名				作 成 年 月 日	年 月 日		
被 保 険 者 番 号										フリガナ 被保険者氏名					届 出 年 月 日	年 月 日		
生 年 日 月	明・大・昭				性別		要介護状態区分	1 2 3 4 5	区 分 支 給 限 度 基 準 額	単 位 / 月	限 度 額 適 用 期 間	年 月 から 年 月 まで	前 月 ま で の 短 期 入 所 利 用 日 数	日				
	変更後 要介護状態区分 変更日	1 2 3 4 5																
	年 月 日																	

[illegible][illegible]

サービス利用票別表

[illegible]

サービス種類	種類支給限度基準額（単位）	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額（単位）	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
				合計			

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数

(改正後全文)

老 企 第 29 号
平成 11 年 11 月 12 日
最終改正 老 認 発 0704 第 1 号
令和 6 年 7 月 4 日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生省老人保健福祉局企画課長

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

標記について、今般下記のとおり定めたので御承知の上、管下市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

なお、当該様式及び項目は介護サービス計画の適切な作成等を担保すべく標準例として提示するものであり、当該様式以外の様式等の使用を拘束する趣旨のものではない旨、念のため申し添える。

記

1. 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領（別紙 1）
2. 施設サービス計画書標準様式及び記載要領（別紙 2）
3. 介護サービス計画書の様式について（別紙 3）
4. 課題分析標準項目について（別紙 4）

居宅サービス計画書標準様式及び記載要領

利用者名	殿	生年月日	年	月	日	住所
------	---	------	---	---	---	----

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成（変更）日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日

要介護状態区分	要介護 1	・	要介護 2	・	要介護 3	・	要介護 4	・	要介護 5
---------	-------	---	-------	---	-------	---	-------	---	-------

利用者及び家族の 生活に対する意向 を踏まえた課題分 析の結果	
--	--

介護認定審査会の 意見及びサービス の種類指定	
-------------------------------	--

統合的な援助の方針	

生活援助中心型の 算 定 理 由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ ）
---------------------	---

居宅サービス計画書（２）

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

[illegible]

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								
	4:00								
早朝	6:00								
	8:00								
午前	10:00								
	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
	20:00								
夜間	22:00								
	24:00								
深夜									

週単位以外のサービス	
------------	--

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名

開催日 年 月 日 開催場所 開催時間 開催回数

会議出席者 利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 （続柄： ） ※備考	所 属(職種)	氏 名	所 属(職種)	氏 名	所 属(職種)	氏 名
検討した項目						
検 討 内 容						
結 論						
残された課題 （次回の開催時期）						

利用者名 殿

居宅サービス計画作成者氏名

[illegible]

第6表

認定済・申請中

年 月分 サービス利用票（兼居宅（介護予防）サービス計画）

居宅介護支援事業者→利用者

保険者 番号			保険者名		居宅介護支援 事業者事業所名 担当者名				作成年月日	年	月	日					
被保険者 番号			フリガナ 被保険者氏名						届出 年月日	年	月	日					
生年月日	明・大・昭 年	月	日	性別	要介護状態区分 変更後 要介護状態区分 変更日	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 年	月	日	区分支給 限度基準額	単位／月	限度額 適用期間	年	月	から 年	月	までの 短期入所利 用日数	日

[illegible]

区分支給限度管理・利用者負担計算

[illegible]

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額（単位）	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額（単位）	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
				合計			

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数

(居宅サービス計画書記載要領)

本様式は、当初の介護サービス計画原案を作成する際に記載し、その後、介護サービス計画の一部を変更する都度、別葉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。

なお、介護サービス計画は、利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するために重要な計画であり、利用者が地域の中で尊厳ある自立した生活を続けるための利用者本人の計画であることを踏まえ、わかりやすく記載するものとする。

1. **第1表**：「居宅サービス計画書（1）」

①「利用者名」

当該居宅サービス計画の利用者名を記載する。

②「生年月日」

当該利用者の生年月日を記載する。

③「住所」

当該利用者の住所を記載する。

④「居宅サービス計画作成者氏名」

当該居宅サービス計画作成者（介護支援専門員）の氏名を記載する。

⑤「居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地」

当該居宅サービス計画作成者の所属する居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地を記載する。

⑥「居宅サービス計画作成（変更）日」

当該居宅サービス計画を作成または変更した日を記載する。

⑦「初回居宅サービス計画作成日」

当該居宅介護支援事業所において当該利用者に関する居宅サービス計画を初めて作成した日を記載する。

⑧「初回・紹介・継続」

当該利用者が、当該居宅介護支援事業所において初めて居宅介護支援を受ける場合は「初回」に、他の居宅介護支援事業所（同一居宅介護支援事業者の他の事業所を含む。以下同じ。）又は介護保険施設から紹介された場合は「紹介」に、それ以外の場合は「継続」に○を付す。

なお、「紹介」とは、当該利用者が他の居宅介護支援事業所又は介護保険施設において既に居宅介護支援等を受けていた場合を指す。

また、「継続」とは、当該利用者が既に当該居宅介護支援事業所から居宅介護支援を受けている場合を指す。

おって、当該居宅介護支援事業所において過去に居宅介護支援を提供した経緯がある利用者が一定期間を経過した後に介護保険施設から紹介を受けた場合には、「紹介」及び「継続」の両方を○印で囲むものとする。

⑨「認定済・申請中」

「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。

⑩「認定日」

「要介護状態区分」が認定された日（認定の始期であり、初回申請者であれば申請日）を記載する。

「申請中」の場合は、申請日を記載する。認定に伴い当該居宅サービス計画を変更する必要がある場合には、作成日の変更を行う。

⑪「認定の有効期間」

被保険者証に記載された「認定の有効期間」を転記する。

⑫「要介護状態区分」

被保険者証に記載された「要介護状態区分」を転記する。

⑬「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのか意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生

活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。

なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。

⑭「認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」

被保険者証を確認し、「認定審査会意見及びサービスの種類の指定」が記載されている場合には、これを転記する。

⑮「総合的な援助の方針」

課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、利用者及び家族を含むケアチームが確認、検討の上、総合的な援助の方針を記載する。

あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先、また、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応の方法等について記載することが望ましい。例えば、利用者の状態が急変した場合の連携等や、将来の予測やその際の多職種との連携を含む対応方法について記載する。

⑯「生活援助中心型の算定理由」

介護保険給付対象サービスとして、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付けることが必要な場合に記載する。

「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」（平成十二年二月十日厚生省告示第十九号）別表の１の注３に規定する「単身の世帯に属する利用者」の場合は、「１．一人暮らし」に、「家族若しくは親族（以下「家族等」という。）と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者または当該家族等が家事を行うことが困難であるもの」の場合は、「２．家族等が障害、疾病等」に○を付す。また、家族等に障害、疾病がない場合であっても、同様のやむをえない事情により、家事が困難な場合等については、「３．その他」に○を付し、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。事情の内容については、例えば、

- ・ 家族が高齢で筋力が低下していて、行うのが難しい家事がある場合
- ・ 家族が介護疲れで共倒れ等の深刻な問題が起きてしまう恐れがある場合
- ・ 家族が仕事で不在の時に、行わなくては日常生活に支障がある場合などがある。（「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援

助の取扱いについて」(平成二十一年十二月二十五日老振発一二二四第一号)参照)

2. **第2表**:「居宅サービス計画書(2)」

①「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」

利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題(ニーズ)についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。具体的には、利用者の生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の中で、解決していかなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、

- ・ 利用者自身の力で取り組めること
- ・ 家族や地域の協力でできること
- ・ ケアチームが支援すること

で、できるようになることなどを整理し、具体的な方法や手段をわかりやすく記載する。

目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようになるのか」という目標達成に向けた取り組みの内容やサービスの種別・頻度や期間を設定する。

②「目標(長期目標・短期目標)」

「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。

ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合やいくつかの課題が解決されて初めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。

「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものである。

緊急対応が必要になった場合には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度、「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記載する。

なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやすい具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

③（「長期目標」及び「短期目標」に付する）「期間」

「長期目標」の「期間」は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を、いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載する。

「短期目標」の「期間」は、「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載する。

また、原則として開始時期と終了時期を記入することとし、終了時期が特定できない場合等にあつては、開始時期のみ記載する等として取り扱って差し支えないものとする。

なお、期間の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

④「サービス内容」

「短期目標」の達成に必要であつて最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。

この際、家族等による援助や必要に応じて保険給付対象外サービスも明記し、また、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。

なお、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載する必要があるが、その理由を当該欄に記載しても差し支えない。

⑤「保険給付の対象となるかどうかの区分」

「サービス内容」中、保険給付対象内サービスについて○印を付す。

⑥「サービス種別」

「サービス内容」及びその提供方針を適切に実行することができる居宅サービス事業者等を選定し、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」を記載する。

家族が担う介護部分についても、誰が行うのかを明記する。

⑦「頻度」・「期間」

「頻度」は、「サービス内容」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）」で実施するかを記載する。

「期間」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する。

なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

⑧福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のサービスを必要とする理由

福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置付ける場合においては、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する。

なお、理由については、別の用紙（別葉）に記載しても差し支えない。

3. **第3表**：「週間サービス計画表」

第2表「居宅サービス計画書（2）」の「援助内容」で記載したサービスを保険給付内外を問わず、記載する。なお、その際、「援助内容」の頻度と合っているか留意する。

①「主な日常生活上の活動」

利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載する。例えば、食事については、朝食・昼食・夕食を記載し、その他の例として、入浴、清拭、洗面、口腔清掃、整容、更衣、水分補給、体位変換、家族の来訪や支援など、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見えるように記載する。

なお、当該様式については、時間軸、曜日軸の縦横をどちらにとってもかまわない。

②「週単位以外のサービス」

各月に利用する短期入所等、福祉用具、住宅改修、医療機関等への受診状況や通院状況、その他の外出や「多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス」などを記載する。

4. **第4表**：「サービス担当者会議の要点」

サービス担当者会議を開催した場合に、当該会議の要点について記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合に、サービス担当者に対して行った照会の内容等についても、記載する。

①「利用者名」

第1表から転記する。

②「生年月日」

第 1 表から転記する。

③「住所」

第 1 表から転記する。

④「居宅サービス計画作成者氏名」

第 1 表から転記する。

⑤「開催日」

当該会議の開催日を記載する。

⑥「開催場所」

当該会議の開催場所を記載する。

⑦「開催時間」

当該会議の開催時間を記載する。

⑧「開催回数」

当該会議の開催回数を記載する。

⑨「会議出席者」

当該会議の出席者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載する。本人又はその家族が出席した場合には、その旨についても記入する。記載方法については、「会議出席者」の欄に記載、もしくは、「所属（職種）」の欄を活用して差し支えない。また、当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載するとともに、当該会議に出席できない理由についても記入する。なお、当該会議に出席できないサービス担当者の「所属（職種）」、「氏名」又は当該会議に出席できない理由について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。

⑩「検討した項目」

当該会議において検討した項目について記載する。当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者に照会（依頼）した年月日、内容

及び回答を記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合には、その理由を記載するとともに、サービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日、照会（依頼）した内容及び回答を記載する。なお、サービス担当者会議を開催しない理由又はサービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日若しくは照会（依頼）した内容及び回答について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。

⑪「検討内容」

当該会議において検討した項目について、それぞれ検討内容を記載する。その際、サービス内容だけでなく、サービスの提供方法、留意点、頻度、時間数、担当者等を具体的に記載する。

なお、⑩「検討した項目」及び⑪「検討内容」については、一つの欄に統合し、合わせて記載しても差し支えない。

⑫「結論」

当該会議における結論について記載する。

⑬「残された課題（次回の開催時期等）」

必要があるにもかかわらず社会資源が地域に不足しているため未充足となった場合や、必要と考えられるが本人の希望等により利用しなかった居宅サービスや次回の開催時期、開催方針等を記載する。

なお、これらの項目の記載については、当該会議の要点を記載するものであることから、第三者が読んでも内容を把握、理解できるように記載する。

5. **第5表**：「居宅介護支援経過」

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する。

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る。

第5表「居宅介護支援経過」は、介護支援専門員等がケアマネジメントを推進する上での判断の根拠や介護報酬請求に係る内容等を記録するものであることから、介護支援専門員が日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、記録の日付や情報収集の手段（「訪問」（自宅や事業所等の訪問先を記載）、「電話」・「FAX」・「メール」（これらは発信（送信）・受信がわかるように記載）等）とその内容について、時系列で誰もが理解できるように記

載する。

そのため、具体的には、

- ・ 日時（時間）、曜日、対応者、記載者（署名）
- ・ 利用者や家族の発言内容
- ・ サービス事業者等との調整、支援内容等
- ・ 居宅サービス計画の「軽微な変更」の場合の根拠や判断

等の客観的な事実や判断の根拠を、簡潔かつ適切な表現で記載する。

簡潔かつ適切な表現については、誰もが理解できるように、例えば、

- ・ 文章における主語と述語を明確にする、
- ・ 共通的でない略語や専門用語は用いない、
- ・ 曖昧な抽象的表現を避ける
- ・ 箇条書きを活用する

等わかりやすく記載する。

なお、モニタリングを通じて把握した内容について、モニタリングシート等を活用している場合については、例えば、「モニタリングシート等（別紙）参照」等と記載して差し支えない。（重複記載は不要）

ただし、「（別紙）参照」については、多用することは避け、その場合、本表に概要をわかるように記載しておくことが望ましい。

※ モニタリングシート等を別途作成していない場合は本表への記載でも可。

6. 第6表：「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」

「居宅サービス計画原案」に位置付けられたサービスをもとに、月単位で作成する。

①「認定済・申請中の区分」

「認定済」・「申請中」の区分のどちらかを○で囲む。「新規申請中」、「区分変更申請中」及び「更新申請中に当該認定有効期間を超えた場合」については「申請中」となり、その他の場合が「認定済」となる。

②「対象年月」

居宅サービス計画の対象となる年月を和暦で記載する。

③「保険者番号」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

④「保険者名」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑤「被保険者番号」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑥「被保険者氏名」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑦「生年月日」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑧「性別」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑨「要介護状態区分」

「認定済」の場合は、被保険者証に記載された要介護状態区分を○で囲む。
「申請中」の場合は、居宅サービス計画作成に当たって前提とした要介護状態区分を○で囲む。

⑩「変更後要介護状態区分・変更日」

月の途中で要介護状態区分に変更があった場合に、変更後の要介護状態区分を○で囲み、変更日を記載する。

⑪「居宅介護支援事業者事業所名担当者名」

居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者の名称及び担当者名を記載する。ただし、利用者が作成した場合は記載する必要はない。

⑫「作成年月日」

居宅サービス計画からサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載する。居宅サービス計画の変更を行った場合は、変更後の居宅サービス計画に基づいてサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載する。ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。

⑬「利用者確認」

居宅介護支援事業者が保存するサービス利用票（控）に、利用者の確認を

受ける。ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。

⑭「届出年月日」

利用者が自ら作成した居宅サービス計画に基づきサービス利用票を作成した場合に、その受付を行った市町村が市町村に届け出た年月日を記載する。ただし、居宅介護支援事業者が作成したサービス利用票を受け付けた場合は、記載する必要はない。

⑮「区分支給限度基準額」

被保険者証に記載された支給限度基準額（単位数）を記載する。「申請中」の場合は、居宅サービス計画作成に当たって前提とした要介護状態区分に応じた一月間当たりの支給限度基準額（単位数）（月途中の変更がある場合には、重い方の「要介護状態区分」に対応した額と一致する。）を記載する。

⑯「限度額適用期間」

被保険者証に記載された限度額適用期間を記載する。

⑰「前月までの短期入所利用日数」

計画対象月までの短期入所利用日数を記載する。新規認定申請中の場合は、「0」と記載する。

⑱「曜日」

対象月における日付に対応する曜日を記載する。

⑲「提供時間帯」

サービス提供開始から終了までの予定時刻を二四時間制で記載する。サービス提供時間帯が決まっているものは、提供時間帯の早い順（0:00～24:00）に記載する。ただし、福祉用具貸与及び短期入所サービスの場合は、記載する必要はない。

⑳「サービス内容」

適用するサービスコードに対応するサービスの名称（「介護給付費単位数・サービスコード表」の省略名称）を記載する。

㉑「サービス事業者事業所名」

サービス提供を行う事業所の名称を記載する。

②②「用具名称（機種名）」

福祉用具貸与の場合、適用するサービスコードに対応する用具の名称（機種名）を記載する。

②③「TAIS・届出コード」

福祉用具貸与の場合、公益財団法人テクノエイド協会が管理・運用する福祉用具情報システム（TAIS）上の管理コード、または福祉用具情報システム（TAIS）上の管理コードを取得していない商品の場合は福祉用具届出コードのいずれかを記載する。福祉用具貸与以外のサービスについては空欄とする。
例：00001－000010

②④「予定」

該当するサービスの提供回数（通常は「1」）を記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。

②⑤「実績」

サービスを提供した事業所が実績を記載する。計画を作成する時点での記載は、必要ない。

②⑥「合計回数」

各行の「予定」欄に記載された提供回数の合計を記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。

7. **第7表**：「サービス利用票別表」

（1）第6表「サービス利用票」の各行から、支給限度管理の対象となるサービスを全て転記する。記載は、サービス提供事業所毎に記載することとし、同一事業所で複数のサービスを提供する場合は、サービスコード毎に記載する。また、事業所又はサービス種類（サービスコードの上二桁）が変わる毎に、その事業所又はサービス種類毎の集計値を記載するための集計行を一行ずつ挿入する。（一つのサービス種類について一つしかサービスコードがない場合は、集計行は不要。）

①「事業所名」

第6表「サービス利用票」の②①「サービス事業者事業所名」欄から転記す

る。集計行にも対象事業所名を記載する。

②「事業所番号」

上記①「事業所名」に対応する事業所番号を WAM NET の『介護報酬情報提供システム』等により確認して記載する。集計行にも対象事業所の事業所番号を記載する。

③「サービス内容／種類」

第 6 表「サービス利用票」の⑳「サービス内容」欄から転記する。集計行には、サービス種類の名称を記載する。

④「サービスコード」

前記③「サービス内容／種類」に対応するサービスコードを『介護給付費単位数・サービスコード表』により確認して記載する。集計行には、記載する必要はない。

⑤「用具名称（機種名）」

福祉用具貸与の場合、第 6 表「サービス利用票」の㉑「用具名称（機種名）」欄から転記する。

⑥「TAIS・届出コード」

福祉用具貸与の場合、第 6 表「サービス利用票」の㉒「TAIS・届出コード」欄から転記する。

⑦「単位数」

前記④「サービスコード」に対応する一回当たりの単位を『介護給付費単位数サービスコード表』により確認して記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。

⑧「割引後率（％）」

料金割引を行っている場合には、前記③「サービス内容／種類」に対応する割引率を確認し、割引後の率（割引後率＝１００％－割引率（％））を WAM NET の『介護報酬情報提供システム』等の活用により確認し記載する。

⑨「割引後単位数」

前記⑧の記載を行っている場合（料金割引を行っている場合）には、前記

⑦「単位数」に前記⑧「割引後率」を乗じて算出した割引後の単位数（小数点以下四捨五入）を記載する。

⑩「回数」

第6表「サービス利用票」の②④「予定」欄から一月間分の合計回数（同表の②⑥「合計回数」欄）を転記する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。

⑪「サービス単位／金額」

前記⑦「単位数」（料金割引を行っている場合は、前記⑨「割引後単位数」）に前記⑩「回数」を乗じて算出した結果を、集計行を識別できるよう括弧書き等により記載する。区分支給限度管理対象外のサービス（特別地域加算等）については、合計には含めないため、識別できるように記載する。福祉用具貸与の場合は、実際の費用額を単位数当たり単価で除した結果（小数点以下四捨五入）を記載する。

⑫「種類支給限度基準額（単位）」※「種類別支給限度管理」表

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、「被保険者証」から、種類別の支給限度額を転記する。

⑬「合計単位数」※「種類別支給限度管理」表

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、前記⑪「サービス単位／金額」欄から、サービス種類別に単位数を合計し記載する。

⑭「種類支給限度基準を超える単位数」※「種類別支給限度管理」表

前記⑫及び⑬の記載を行った場合（市町村が種類支給限度基準を定めている場合）には、前記⑬「合計単位数」から前記⑫「種類支給限度基準額（単位）」を差引き、種類別に支給限度基準を超える単位数を算出する。

⑮「種類支給限度基準を超える単位数」

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、前記⑭の「種類支給限度基準を超える単位数」の合計に等しくなるように単位数を種類別に振り分ける。

⑯「種類支給限度基準内単位数」

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、前記⑪「サービス単位

／金額」から前記⑮「種類支給限度基準を超える単位数」で割り振られた単位数を差し引いた単位数を記載する。

⑰「区分支給限度基準額（単位）」

「被保険者証」から、区分支給限度基準額を転記する。

⑱「区分支給限度基準を超える単位数」

種類支給限度基準が設定されていない場合は、上記⑮から上記⑨「サービス単位／金額」欄の合計欄の単位数を超える単位数を記載する。

種類支給限度基準額が設定されている場合は、上記⑮から上記⑭「種類支給限度基準内単位数」欄の合計欄を超える単位数を記載する。内訳については、合計欄に等しくなるように単位数を割り振る。

⑲「区分支給限度基準内単位数」

種類支給限度基準が設定されていない場合は、前記⑪「サービス単位／金額」から、前記⑱で割り振られた単位を差し引いた単位数を記載する。

種類支給限度基準が設定されている場合は、前記⑫「種類支給限度基準内単位」から、前記⑱で割り振られた単位数を差し引いた単位数を記載する。

⑳「単位数単価」

各事業所の所在地におけるサービス種類に対応する単位数当たりの単価を、WAM NET『介護報酬情報提供システム』等の活用により確認し記載する。

㉑「費用総額（保険対象分）」

前記⑲「区分支給限度基準内単位数」に前記㉑「単位数単価」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。

㉒「給付率（％）」

介護給付費の基準額のうち保険給付を行う率を百分率で記載する。利用者負担の減額対象者、保険給付額の減額対象者等は、被保険者証、減額証等を参考にして記載する。

㉓「保険給付額」

前記㉑「費用総額（保険対象分）」に前記㉒「給付率」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。

②④「利用者負担（保険対象分）」

前記②①「費用総額（保険対象分）」から前記②③「保険給付額」を差引いて算出した額を記載する。

なお、端数処理の関係で、実際の事業者の徴収方法（毎回徴収するか、まとめて徴収するか）や、公費負担医療の適用によっては利用者負担が異なる場合があるので注意すること。

②⑤「利用者負担（全額負担分）」

前記②⑧「区分支給限度基準を超える単位数」に前記②⑩「単位数単価」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。

（２）要介護認定期間中の短期入所利用日数

①「前月までの利用日数」

サービス利用票の前月までの短期入所利用日数の合計を転記する。

②「当月の計画利用日数」

当月中に計画に位置づけた短期入所サービスの利用日数のうち、限度額内の単位数に相当する日数を記載する。

③「累計利用日数」

①と②の累計日数を記載する

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 高齢者支援課、認知症施策・地域介護推進課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

「『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」（令和6年7月4日付老認発 0704 第1号厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知）に関するQ&A（令和7年3月6日）の送付について計2枚（本紙を除く）

Vol.1362

令和7年3月6日

厚 生 労 働 省 老 健 局

高齢者支援課、認知症施策・地域介護推進課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL : 03-5253-1111(内線 3936、3985、3997)

FAX : 03-3503-7894

事 務 連 絡
令和 7 年 3 月 6 日

都道府県
各 指定都市 介護保険主管部（局） 御中
中 核 市

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課
高 齢 者 支 援 課

「『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」（令和 6 年 7 月 4 日付け老認発 0704 第 1 号厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知）に関する Q & A（令和 7 年 3 月 6 日）の送付について

介護保険制度の運営につきましては、平素より種々ご尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。

「『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」（令和 6 年 7 月 4 日付け老認発 0704 第 1 号厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知）に関する Q & A」を送付いたしますので、貴県又は貴市におかれましては、御了知の上、管下市町村又は事業所等への周知を徹底し、その取扱いに当たっては遺漏なきよう、よろしくお願い申し上げます。

（ケアプランに関すること）

認知症施策・地域介護推進課 人材研修係 担当 上柳田

電話 03-5253-1111（内線 3936）

（福祉用具、TAIS コード・届出コードに関すること）

高齢者支援課 福祉用具・住宅改修係 担当 松本

電話 03-5253-1111（内線 3985）

（ケアプランデータ連携システムに関すること）

高齢者支援課介護業務効率化・生産性向上推進室 担当 長谷田

電話 03-5253-1111（内線 3997）

「『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」（令和6年7月4日付け老認発 0704 第1号厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知）に関するQ & A
(令和7年3月6日)

問 「『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」（令和6年7月4日付け老認発 0704 第1号厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知）において、居宅サービス計画書の様式に「用具名称（機種名）」及び「TAIS コード・届出コード」の項目が追加されたが、これらの項目について、記載は必須とされるのか。

(答)

これらの項目については、居宅介護支援事業所と福祉用具貸与事業所間で取り扱う項目を統一し、効率的なデータ連携を行うことができるようにする観点から、居宅サービス計画書の様式に追加したものである。

このため、ケアプランデータ連携標準仕様に準じた CSV ファイルによりデータ連携を行う場合は記載を行うものとし、データ連携を行わない場合は、当面の間、当該項目を空白として差し支えない。

また、記載する場合、「用具名称（機種名）」の欄に記載するのは具体的な機種名とする。

なお、居宅介護支援事業所と福祉用具貸与事業所間で取り扱う項目を統一し、効率的なデータ連携を行うことが出来るよう所要の見直しを行った趣旨については、「介護保険最新情報 Vol. 1177（令和5年10月6日付け厚生労働省老健局高齢者支援課事務連絡）」の問16も参照いただきたい。

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） 御 中

← 厚生労働省 認知症施策・地域介護推進課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

令和6年度地域支援事業実施要綱等の改正点について、
「市町村向け介護予防ケアマネジメントを効果的に推
進するための手引き」について（周知）

計 24 枚（本紙を除く）

Vol.1299

令和6年8月5日

厚 生 労 働 省 老 健 局

認知症施策・地域介護推進課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線 3986・3982)
FAX：03-3593-7894

事 務 連 絡
令和 6 年 8 月 5 日

各都道府県介護保険担当主管部（局）
各市区町村介護保険担当主管部（局） 御中

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課

令和 6 年度地域支援事業実施要綱等の改正点について

日頃より、介護保険行政に御尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

令和 6 年度の地域支援事業の実施にあたり、今般、下記通知の一部が改正されたところです。
つきましては、別添 1 のとおり改正点をまとめ、別添 2 のとおり改正にかかる概要資料をまとめましたので、参考としていただくとともに、特段のご配慮をお願いいたします。

なお、「地域支援事業交付金の交付について」（平成 20 年 5 月 23 日付け厚生労働省発老第 0523003 号厚生労働事務次官通知）の別紙「地域支援事業交付金交付要綱」についても一部改正を予定しておりますが、準備が整い次第発出させていただきますので、ご承知おきくださいますようお願いいたします。

記

1. 「地域支援事業の実施について」（平成 18 年 6 月 9 日老発 0609001 号厚生労働省老健局長通知）
2. 「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」（平成 27 年 6 月 5 日老発 0605 第 5 号厚生労働省老健局長通知）
3. 「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」（平成 27 年 6 月 5 日老振発 0605 第 1 号厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知）
4. 「地域包括支援センターの設置運営について」（平成 18 年 10 月 18 日老計発第 1018001 号、老振発第 1018001 号、老老発第 1018001 号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長連名通知）

※ 各通知の改正通知（新旧対照表）及び改正後全文は、以下の厚生労働省ホームページに掲載しています。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184585.html>

【照会先】TEL：03-5253-1111（代）

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課

1・2について：地域包括ケア推進係（内線 3986）

3・4について：企画調整係（内線 3982）

令和 6 年度地域支援事業実施要綱等の改正点

「地域支援事業の実施について」(平成 18 年 6 月 9 日老発 0609001 号厚生労働省老健局長通知) 及び
「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」(平成 27 年 6 月 5 日老発 0605 第 5 号厚生労働省老健局長通知)

1. 介護保険法・介護保険法施行令・介護保険法施行規則等の法令改正関係

法令改正により令和 6 年 4 月 1 日から適用される以下の点について反映。

- (1) 総合事業の継続利用要介護者の利用可能サービスの弾力化
- (2) 総合相談支援事業の一部委託
- (3) 介護給付費等費用適正化事業の再編

2. 「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」・「介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針」の改正関係

「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」(令和 3 年厚生労働省告示第 29 号) 及び「介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針」(平成 27 年厚生労働省告示第 196 号) の全部改正に伴い、文言や事業内容の統一を行うとともに、総合事業におけるサービス・活動事業の記載方法について整理。

3. 「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」を踏まえた改正

介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理を踏まえ、1 及び 2 に加えて以下の点を反映。

- (1) 総合事業のうち補助・助成等による実施の場合に居宅要支援被保険者等以外の利用者がいる場合の対象経費の計算方法の見直し
- (2) 高齢者の選択を支援する目標指向型の介護予防ケアマネジメントの明確化
- (3) 生活支援体制整備事業における「住民参画・官民連携推進事業」の新設
- (4) 事業評価の留意事項の更新

4. 各事業における事業内容の変更

上記のほか、以下の事業において事業内容の変更を反映。

- (1) 認知症総合支援事業のうち、認知症地域支援・ケア向上事業の拡充
- (2) 任意事業の家族介護支援事業のうち、介護用品の支給にかかる第 9 期取扱いの反映
- (3) 任意事業のその他の事業の地域自立生活支援事業のうち、高齢者の安心な住まいの確保に資する事業について、詳細を別に定める通知に記載する方式に変更

5. その他、全体の構成や語句修正等

1～4 のほか、全体構成や語句の修正等を反映。

「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」（平成27年6月5日老振発0605第1号厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知）

- 1 「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」における議論の内容を踏まえ、介護予防ケアマネジメントについて、地域包括支援センターの計画の策定に係る業務負担軽減の視点も踏まえつつ、医療・介護専門職の適切なかかわりあいのもとで「高齢者の選択」を適切に支援する観点から、
 - ・ 介護予防ケアマネジメント計画の策定が法令等において必須である場合を整理するとともに、
 - ・ 介護予防ケアマネジメント計画の策定業務以外の、介護予防ケアマネジメントに含まれる業務範囲を明確化。
- 2 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）による改正後の介護保険法（平成9年法律第123号）の施行により指定介護予防支援事業者の指定について、新たに指定居宅介護支援事業者が指定を受けて実施できることに伴い生じる指定介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの行き来に関する対応についての対応例を記載。
- 3 その他用語の定義や文言の修正等

「地域包括支援センターの設置運営について」（平成 18 年 10 月 18 日老計発第 1018001 号、老振発第 1018001 号、老老発第 1018001 号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長連名通知）

1 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）の施行に係る所要の改正及びそれに伴う介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号。以下「規則」という。）の改正によるもの

- 改正法により、地域包括支援センター（以下「センター」という。）が行う総合相談支援事業について、その一部を委託可能となることにあわせ、一部委託できる者や要件等を規定。
- 改正法により、指定介護予防支援事業者の指定について、新たに指定居宅介護支援事業者が指定を受けて実施できることに伴い、介護予防サービス計画の検証について規定。
※検証の具体的内容については、別途事務連絡で周知予定。

2 社会保障審議会介護保険部会での意見を踏まえて行う上記以外の規則の改正等に伴うもの

- センターの職員配置について、一定の条件のもと常勤換算方法による配置及び複数の圏域で合算して配置することを可とする規則改正に係る内容を規定。
- 上記に係る規則改正に伴い、地域包括支援センター運営協議会の所掌事務について、新たに追記。
- 主任介護支援専門員に準ずる者について、センターが育成計画を策定しており、センターに現に従事する主任介護支援専門員の助言のもと、将来的な主任介護支援専門員研修の受講を目指す介護支援専門員であって、介護支援専門員として従事した期間が通算 5 年以上である者を新たに規定。

3 その他、全体の構成や用語の定義及び字句の修正等

概要の各項目について、関連する通知（１～４）に○を付しています。

1	2	3	4
実施 要綱	ガイド ライン	ケアマネ ジメント	包括 センター

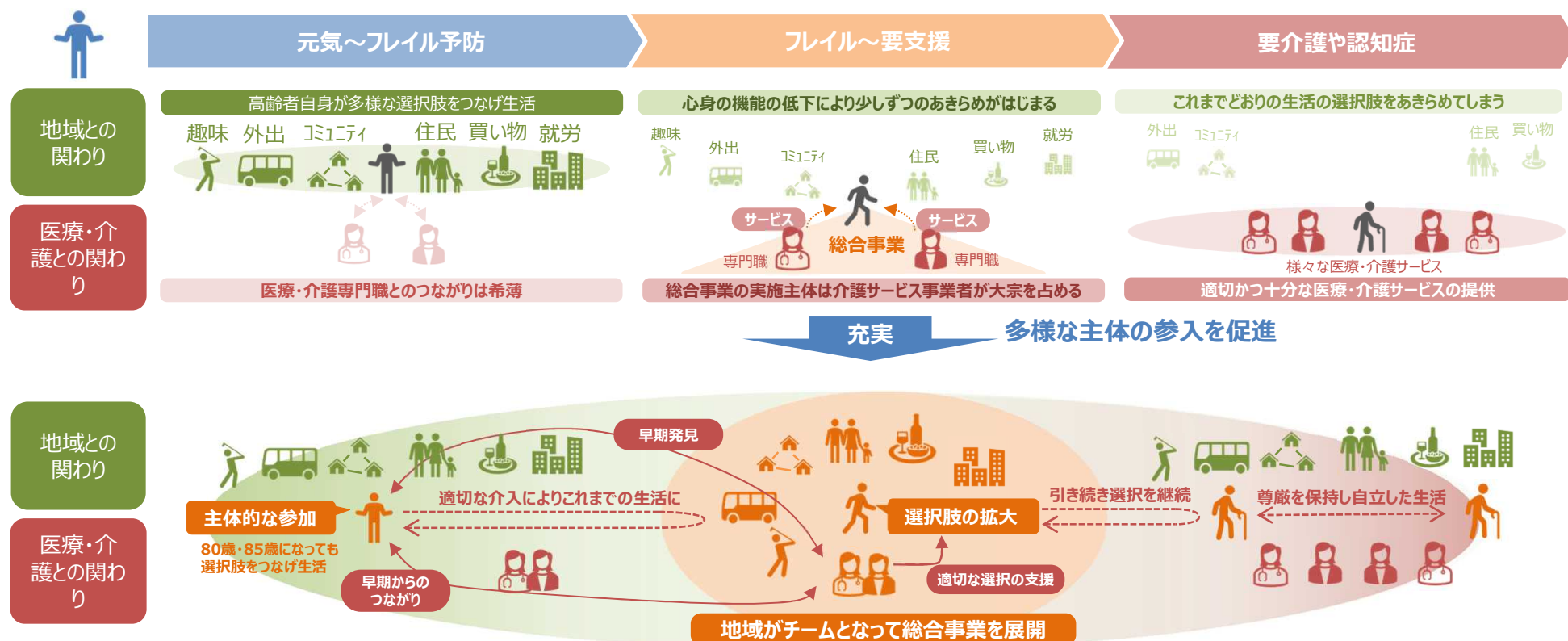
令和 6 年度地域支援事業実施要綱等改正の概要

厚生労働省老健局
認知症施策・地域介護推進課
地域づくり推進室

介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における 議論の中間整理（概要）

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 センター
○	○	○	

- 高齢者の地域での生活は、医療・介護専門職との関わりのみならず、地域の住民や産業との関わりの中で成立するもの。また、高齢者自身も多様な主体の一員となり、地域社会は形作られている。
- 総合事業の充実とは、こうした地域のつながりの中で、地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進し、医療・介護の専門職がそこに関わり合いながら、**高齢者自身が適切に活動を選択できる**ようにするものである。
- 総合事業の充実を通じ、高齢者が元気づちから地域社会や医療・介護専門職とつながり、そのつながりのもとで社会活動を続け、介護が必要となっても必要な支援を受けながら、住民一人ひとりが自分らしく暮らし続けられる「地域共生社会」の実現を目指していく。



地域の人と資源がつながり地域共生社会の実現や地域の活性化

多様なサービス・活動の分類（交付金の取扱いによるもの）

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジヤント	4 包括 センター
○	○		

○国が示す総合事業の類型について、あくまでも制度に基づく実施手法等による分類であること、**多様なサービス・活動は、高齢者の目線に立ち、選択肢の拡充を図るものであることを明確化。**

- ・高齢者が担い手となって活動（就労的活動を含む。）できるサービス、高齢者の日常生活支援を行うサービスなど、高齢者の目線に立ったサービスのコンセプトを軸とする多様な事業のあり方の例示
- ・予防給付時代の制度的分類にとられない、訪問と通所、一般介護予防事業、高齢者の保健事業や保険外サービスなどを柔軟に組み合わせた新たなサービス・活動モデルの例示
- ・など、高齢者がその選択と参加の際にわかりやすく、また、市町村がこれまで国が示してきたサービス類型に縛られず総合事業を弾力的に展開できるような事業のあり方を検討することが必要である。

実施要綱改正後

	従前相当サービス	多様なサービス・活動				その他
		サービス・活動A (多様な主体によるサービス・活動)		サービス・活動B、 サービス・活動D（訪問型のみ） (住民主体によるサービス・活動)	サービス・活動C (短期集中予防サービス)	
		指定	委託			
実施手法	指定事業者が行うもの（第1号事業支給費の支給）		委託費の支払い		活動団体等に対する補助・助成	委託費の支払い
想定される実施主体	介護サービス事業者等（訪問介護・通所介護等事業者）	介護サービス事業者等以外の多様な主体（介護サービス事業者等）		- ボランティア活動など地域住民の主体的な活動を行う団体 - 当該活動を支援する団体	保健医療に関する専門的な知識を有する者が置かれる団体・機関等	
基準	国が定める基準※1を例にしたもの		サービス・活動の内容に応じて市町村が定めるもの			
費用	国が定める額※2（単位数）		サービス・活動の内容に応じて市町村が定める額			
	額の変更のみ可					
対象者	要支援者・事業対象者	- 要支援者・事業対象者 - 継続利用要介護者		- 要支援者・事業対象者 - 継続利用要介護者 ※ 対象者以外の地域住民が参加することも想定	要支援者・事業対象者のうち、目標達成のための計画的な支援を短期集中的に行うことにより、介護予防・自立支援の効果が増大すると認められる者	
サービス内容（訪問型）	旧介護予防訪問介護と同様* * 身体介護・生活援助に該当する内容を総合的かつ偏りなく老計10号の範囲内で実施することが求められる	- 高齢者が担い手となって活動（就労的活動を含む。）することができる活動 - 介護予防のための地域住民等による見守りの援助の実施 - 高齢者の生活支援のための掃除、買い物等の一部の支援*を行う活動 など * 市町村の判断により老計10号の範囲を越えてサービス・活動を行うことも可能 - 通院・買い物等の移動支援や移送前後の生活支援（原則としてB・Dでの実施を想定）			ガイドライン改正 対象者に対し、3月以上6月以下の期間を定めて保健医療に関する専門的な知識を有する者により提供される短期集中的なサービス	
サービス内容（通所型）	旧介護予防通所介護と同様* * 運動器機能向上サービス、入浴支援、食事支援、送迎等を総合的に行うことが求められる	- 高齢者が担い手となって活動（就労的活動を含む。）することができる活動 - セルフケアの推進のため一定の期間を定めて行う運動習慣をつけるための活動 - 高齢者の社会参加のための生涯学習等を含む多様な活動を支援するもの - 住民や地域の多様な主体相互の協力で行う入浴、食事等を支援する活動 など - 送迎のみの実施				
支援の提供者	国が定める基準による		市町村が定める基準による			
	訪問型:訪問介護員等 サービス提供責任者 通所型:生活相談員、看護職員 介護職員、機能訓練指導員	- 地域の多様な主体の従事者 - 高齢者を含む多世代の地域住民（有償・無償のボランティア）	- 有償・無償のボランティア - マッチングなどの利用調整を行う者	保健医療専門職		

これらによらないもの（委託と補助の組み合わせなど）

152

これらによらないもの

（委託と補助の組み合わせなど）

多様なサービス・活動の例

(ガイドライン改正)

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 センター
	○		

○実施要綱の改正内容について具体的なイメージができるよう、事業例について、「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」（平成27年 6 月 5 日老発0605第 5 号厚生労働省老健局長通知）の一部を改正。

従前相当サービス

- 専門職による専門的な支援ニーズに総合的に応えるサービス
- 想定される対象者は、進行性疾患や病態が安定しない者など
- サービスの内容は総合的なものであるほか一定の制約あり

選択



支援

多様なサービス・活動

- 地域住民を含む地域の多様な主体により展開されるサービスや活動
- 想定される対象者は、地域とのつながりの中で生活する要支援者等
- サービスの内容は高齢者の視点に立って検討される

【高齢者の選択肢の拡大の視点にたった多様なサービス・活動A・B(D)のイメージ】

訪問型の多様なサービス・活動のイメージ

- **地域住民が担い手となって活動することができる活動**
 - **介護予防のための地域住民等による見守りの援助の実施**
 - ➡ 多世代の地域住民が高齢者に対する生活支援や介護予防のための見守りの援助等を実施する（多様なサービス・活動の利用者が、自身ができる範囲で活動することも想定される）
 - ➡ （有償・無償）ボランティア活動による場合は、サービス・活動 B、雇用（ボランティアとの選択も可）による場合など、地域の多様な主体への委託による活動として実施する場合は、訪問型サービス・活動 A となる
 - **高齢者の生活支援のための掃除、買い物等の一部の支援を行う活動 など**
 - ➡ 地域の訪問型サービスの利用者の支援ニーズを把握した結果、例えば、掃除がその大宗を占める場合、掃除に特化したサービス・活動を提供
 - ➡ 地域の清掃業者に委託等を行う場合、サービス・活動 A となる
 - **通院・買い物等の移動支援や移送前後の生活支援**
 - ➡ 地域住民の互助活動としての移動支援と付き添いであり、行き先は、介護予防・社会参加の推進の観点から、市町村と地域住民とが協議のもと定める
 - ➡ 原則としてサービス・活動 B・D での実施を想定しているが、中間支援組織等への委託を行う場合はサービス・活動 A の一部として実施することも可能
- ※ 買い物支援については、通所型サービスを実施する場所あてに共同で配送を依頼することや、移動販売を訪問型サービス・活動 A として実施することなども想定される

通所型の多様なサービス・活動のイメージ

- **地域住民が担い手となって活動することができる活動**
 - ➡ 多世代の地域住民が高齢者や例えば子どもなどの見守りを行う場、高齢者が自身のスキルを活かし、他の高齢者の支援を行う場、例えば農業などの地域産業と連動し、食品の加工や農作業などを行う場（多様なサービス・活動の利用者が、自身ができる範囲で活動することも想定される）
 - ➡ 訪問型サービスと同様
- **セルフケアの推進のため一定の期間を定めて行う運動習慣づけのための活動**
 - ➡ 外出機会の低下等がみられる者、サービス・活動 C の利用終了直後の者などに対する運動習慣づけのための活動
 - ➡ 民間の運動・健康づくり施設への委託等（期間を定めて支援し、終了後は自主的な活動（セルフケア）に移行すること）を想定
- **高齢者の社会参加のための生涯学習等を含む多様な活動**
 - ➡ 高齢者が興味・関心があり、今後の外出機会の向上や社会参加に資する活動と連動するような、ITリテラシーの向上やスキルアップのための学習活動やサークル活動等への参加を支援
 - ➡ 当該活動を実施する多様な主体への委託等が想定（利用者の自己負担等に関わりのない活動経費の一部を定額で支援する手法が適切）
- **住民や地域の多様な主体相互の協力で入浴・食事等の支援**
 - ➡ 多世代の地域住民が集まる場で、高齢者同士が入浴時の見守りや食事等の支援（配膳等）を行う活動
 - ➡ 入浴施設、公民館、図書館など地域の多様な空間を活用することを想定

総合事業における継続利用要介護者の利用可能サービスの弾力化

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 センター
○	○	○	

- 本人の希望を踏まえて地域とのつながりを継続できるようにする観点から、継続利用要介護者（介護給付を受ける前から継続的に総合事業を利用する要介護者）にあっては、介護予防・日常生活支援総合事業の住民主体サービス（サービスB・D）を利用できることとしている（令和3年4月施行^{（※）}）。

（※）継続利用要介護者数：295人、継続利用要介護者に対する総合事業を提供する市町村数：59市町村（令和4年6月1日現在）
 （出典）令和4年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備の実施状況に関する調査研究」（株式会社エヌ・ティ・ティデータ経営研究所）

- 「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理」（令和5年12月7日）等を踏まえ、総合事業における多様な主体の参入の促進を図りながら、地域のつながりの中で高齢者自身が適切に活動を選択できるよう、見直しを行う。

「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理」（令和5年12月7日）
 ○ 高齢者の日常生活と関わる地域の多様な主体の参画が進めば、高齢者自身に支援が必要となっても、さらには要介護状態や認知症となっても、地域でのこれまでの日常生活を自身の能力と選択に応じて継続できることにつながる。このような視点に立てば、継続利用要介護者の利用対象サービスを、住民主体サービスから広げていくことについて検討することが必要である。

介護保険法
施行規則の改正

- ・ 継続利用要介護者が地域とのつながりのもとで日常生活を継続するための選択肢の拡大を図る観点から、継続利用要介護者が利用できるものとして**サービスAを含める。**
- ・ 継続利用要介護者の選択のもと、心身の状況等を踏まえたサービスが適切に提供されるよう、継続利用要介護者に対し総合事業を提供する際の基準に、**居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・地域ケア会議等との密接な連携と緊急時の対応**に関する規定を新設。

	訪問型・通所型 従前相当サービス	訪問型・通所型 サービスA	訪問型・通所型 サービスB	訪問型・通所型 サービスC	訪問型 サービスD
内容	従前の予防給付相当	緩和された基準	住民主体	短期集中予防	住民主体の移動支援
対象	×	○（R6.4～）	○（R3.4～）	×	○（R3.4～）

（注）継続利用要介護者のケアマネジメントは、従前と同様、原則として指定居宅介護支援事業者が本人の選択のもとで行う。
 継続利用要介護者に対する総合事業に要する費用については、総合事業の上限額の個別協議の対象とする。（通知により規定）

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 センター
○	○		

住民主体のサービス・活動の推進

(サービス・活動 A・B(D)における総合事業対象者以外の参加者に係る委託費・補助等の取扱い)

○サービス・活動 Aを委託により実施する場合の委託費や、サービス・活動 B(D)の補助等の対象経費について、総合事業の対象者以外の地域住民が参加する場合のルールについて、地域の多様な主体の参画を推進する観点から見直し。

住民主体サービスについて、全利用者の半数以上が要支援者・事業対象者・継続利用要介護者である場合、地域共生社会の推進の観点から事業費を按分せず全額を地域支援事業交付金の交付対象とする取扱いとしている。他方、利用人数の記録・交付金の申請額の計算等に住民コストが発生することを踏まえ、住民活動を地域で幅広く展開していく観点から、更なる方策を検討することが必要である

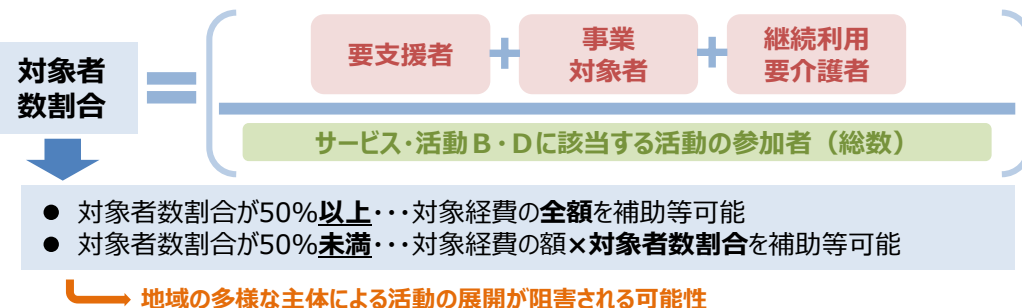
補助対象経費

活動に係る「間接経費」の範囲内で市町村の裁量により定める

例)

- 活動の立上げ支援に要する費用
 - 活動場所の借上げに要する費用
 - 光熱水費
 - 利用者の利用調整等を行う者に対する人件費 *
 - 支援者のボランティア活動に対する奨励金（謝礼金）
- * 支援者の人件費は対象とならないが、人件費を補助等している利用調整等を行う者が利用者に対し支援することは妨げない。

総合事業対象者以外の参加者がいる場合のルール



令和 6 年度以降、地域住民を含む多様な主体による活動の促進を図る観点から、以下の取扱いによる。※

活動に係る「間接経費」の範囲内で市町村の裁量により定める

例)

- 活動の立上げ支援に要する費用
 - 活動場所の借上げに要する費用
 - 光熱水費
 - 利用者の利用調整等を行う者に対する人件費 *
 - 支援者のボランティア活動に対する奨励金（謝礼金）
- * 支援者の人件費は対象とならないが、人件費を補助等している利用調整等を行う者が利用者に対し支援することは妨げない。

※ 市町村の判断により、改正前の方法により補助を行うことも可能

市町村が、総合事業の対象者以外の参加者に対する活動を事業の目的を達成するための附随的な活動と判断する場合は、以下の取扱いによることとする。

- 対象者数割合によらず、対象経費の一部を（定額）補助等すること
- 対象者に対する活動に支障がないと市町村が認める場合、（給付の場合の兼務と同様）対象者以外の者に対する活動全体に対して補助等すること



⇒対象者の数によらずボランティア活動全体に対する奨励金を補助することが可能

サービス・活動 Aの委託費についても、同様の考え方によることができる。

※この場合、「ボランティア活動に対する奨励金」については、委託業務に従事する職員の人件費等を含めることとし、対象経費については、その他の直接経費を含むことができる。

* この取扱いによる場合も、対象者のみの事業を実施する場合と同様に、市町村は、総合事業の対象者の数について、適宜適切に把握（団体等の負担に配慮し、把握時期を年度内の適切な時期とすることや、利用実績の有無によらず登録者の数とすること等も可能）すること

高齢者の選択を支援するための介護予防ケアマネジメントの業務範囲等の明確化

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 センター
○		○	

- 介護予防ケアマネジメントについて、地域包括支援センターの計画の策定に係る業務負担軽減の視点も踏まえつつ、医療・介護専門職の適切なかわりあいのもとで「高齢者の選択」を適切に支援する観点から、個別のケアプラン作成から地域における包括的なケアマネジメントの実施への重点化を図るため、
- ・ 介護予防ケアマネジメント計画の策定が法令等において必須である場合を整理するとともに、
 - ・ 介護予防ケアマネジメント計画の策定業務以外の、介護予防ケアマネジメントに含まれる業務範囲を明確化する。

		ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
改正前	考え方	指定介護予防支援と同様に行われるもの	サービス担当者会議の省略や必要に応じてモニタリング時期を設定するなど簡略化が可能	初回のみ実施し、住民主体の支援等につなげ、その後はモニタリング等を行わない。
	対象のサービス	● 従前相当サービス ● 指定事業者によるサービスA ● サービスC	● 多様な主体による緩和型サービスA	● サービスB・D ● その他生活支援サービス
	費用	ケアプラン作成 1 件当たり	ケアプラン作成 1 件当たり	初回のケアプラン作成 1 件当たり
	件数等	499,232件（1,455市町村）	39,005件（327市町村）	2,258件（267市町村）

個別の計画の策定 → 高齢者の選択と継続的な活動・参加支援の充実

実施要綱改正後	考え方	ケアプランの策定が制度上必須となるもの（介護予防支援と同様に行う必要があるもの）	ケアプランの策定の要否やケアマネジメントプロセスの簡略化などについて、市町村の判断のもとで柔軟に行うもの	専門職のゆるやかな関わり合いのもとで、地域の多様な主体との連携を図りながら実施するもの
	対象のサービス	● 従前相当サービス ● サービス・活動A ● サービス・活動C ※ケアプランと第1号事業費が連動する場合 ※ケアプランで利用期間を定める場合	● サービス・活動A ● サービス・活動C	● サービス・活動B・D（サービス・活動A） ● その他生活支援サービス
	業務の性質に応じた費用等の考え方	● ケアプラン作成 1 件当たり ※1 ※額の変更のみ可能	● ケアプラン作成 1 件あたり ※2 ※独自の評価(加算)設定が可能	● 初回のケアプラン作成 1 件当たり ※2 ※独自の評価(加算)設定が可能

ケアマネジメントB・Cについては、

- ・ 高齢者の選択を適切に支援するためのインテーク
- ・ 孤独・孤立などのハイリスク者へのアプローチ
- ・ 継続参加率向上のための活動状況のフォローアップ
- ・ リハ職などの連携による支援

など、①～⑥のような、ケアプラン作成件数単位では評価しがたい高齢者の選択と継続的な活動・参加支援に資する業務の実施体制整備に係る委託費(実施に当たる者の人件費等)を、別途、包括的に支払うことが可能とする

- ① ケアプラン策定をしない場合のアセスメントや事業実施者との連携
 - ② サービス・活動事業の利用に至らなかった場合のアセスメントや利用調整等
 - ③ 孤独・孤立の状況にある者に対する地域の多様な活動への参加支援のためのアウトリーチ等
 - ④ サービス・活動B・D等の利用者に対し、自宅や活動の場への訪問・実施者からの報告等を通じ、状況等を定期的に把握すること（利用者や事業実施者への助言等を含む）
 - ⑤ 目標の達成等がなされ、サービス・活動事業の利用終了が適切と認められる者に対し、その選択・目標に応じて、地域の多様な活動につなげるための援助
 - ⑥ 地域のリハビリテーション専門職等との連携・協働（支援方針の検討のためのカンファレンスの実施等）
- ※市町村は、事前に都道府県・郡市区医師会等や地域の医療機関等との調整の上、連携等の体制を整備

※1：ケアプランの作成は必須（内容は省令の規定による）

※2：ケアプランの作成要否・内容等含め市町村の判断による

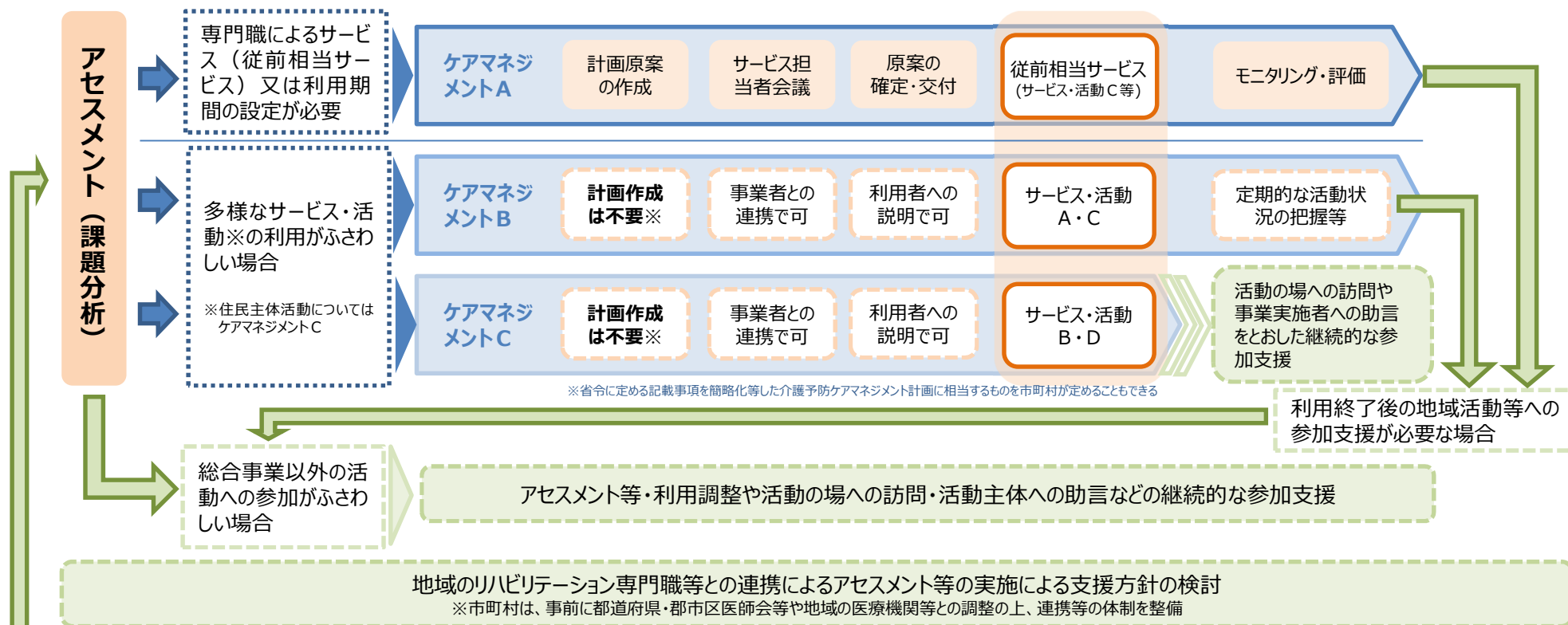
高齢者の選択を支援するための介護予防ケアマネジメントの推進 (介護予防ケアマネジメント通知の改正)

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 センター
		○	

- 介護予防ケアマネジメントについて、多様なサービス・活動の充実が進む場合、必ずしも指定介護予防支援と同様あるいはそのプロセスを基礎として取扱うことよりも、より一層、インテークとフォローアップを効果的に行うことが必要となる。
- このため、多様なサービス・活動利用時の介護予防ケアマネジメントについて、個別のサービス利用計画の作成業務から、これまで地域包括支援センターが担ってきた機能である地域づくりに密接に関わる業務への移行を図り、高齢者が、**その選択に基づき、医療・介護の専門職とのかかわりのもとで継続的に地域とつながりながら多様な活動に参加することを支援する。**

個別のサービス利用計画の作成業務
(これまで1件当たりで評価を行ってきた部分)

インテークとフォローアップの充実による高齢者の選択と継続的な参加の支援
(独自の加算として評価することや体制確保に要する費用を包括的に委託費で支払うことが可能)



孤独・孤立の状態等のハイレスクになるおそれのある居宅要支援被保険者等に対するサービス・活動への参加支援のためのアウトリーチ

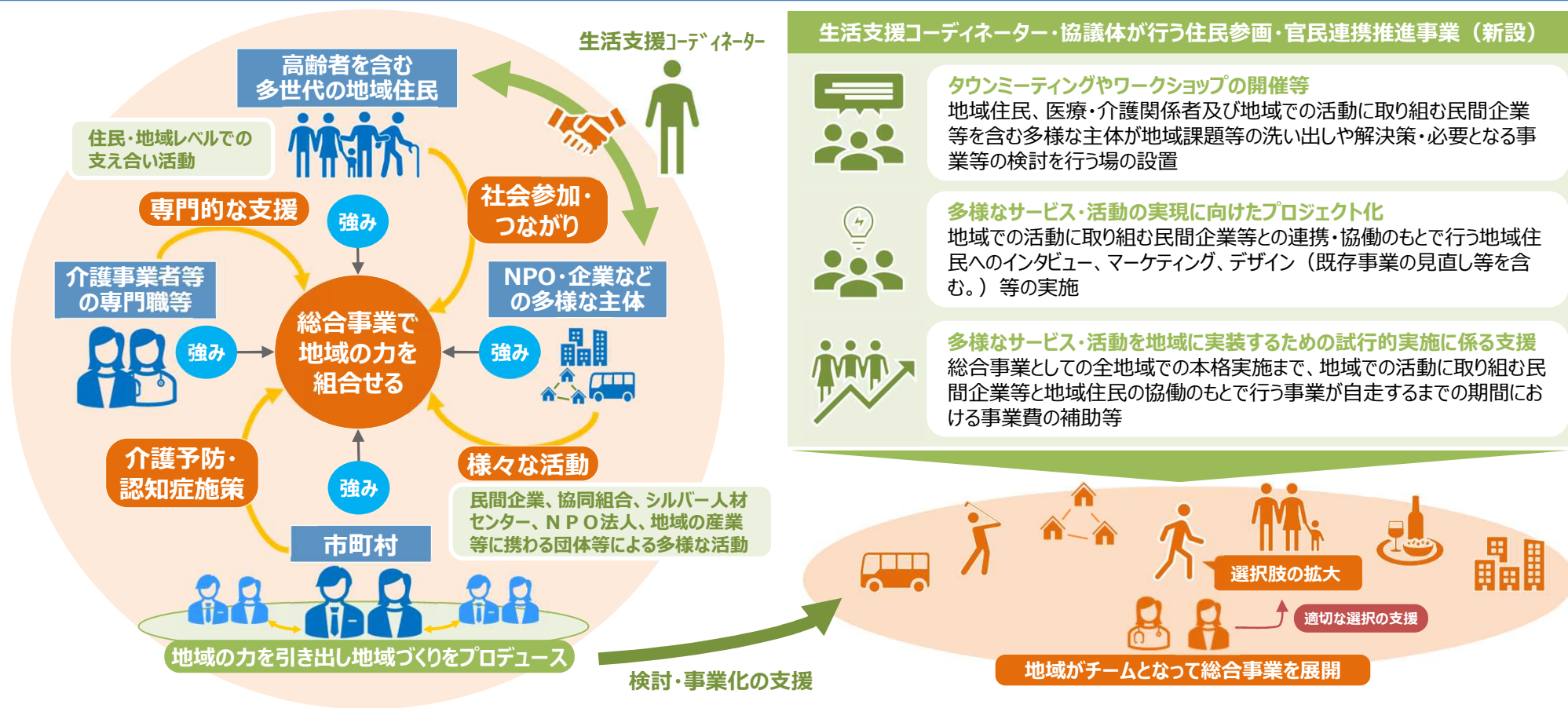
生活支援コーディネーターによる地域住民と地域の多様な主体との連携の推進 (生活支援体制整備事業における住民参画・官民連携推進事業の創設)

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 センター
○	○		

○高齢者の目線に立ち、地域で一層の多様なサービス・活動の充実を図るためには、生活支援体制整備事業を活用し、地域住民の関心事項を引き出し、高齢者の日常生活を取り巻く様々な活動とをつなげていくことが重要。

○このため、生活支援体制整備事業について、住民や地域での活動に取り組む民間企業等とをつなげるための活動についての評価を拡充する。

生活支援体制整備事業の活性化を図るため、生活支援コーディネーターが、その活動や協議体運営を通じ、地域住民の活動とそれ以外の多様な主体の活動とをつなげる活動を評価するなどの検討が必要である。



生活支援体制整備事業（生活支援コーディネーターの配置・協議体の設置）の標準額

- 第1層（市町村区域） 8,000千円 × 市町村数（※）
- 第2層（中学校区域） 4,000千円 × 日常生活圏域の数

+ 住民参画・官民連携推進事業の実施
4,000千円 × 市町村数（※）

※ 指定都市の場合は行政区の数
一部事務組合及び広域連合の場合は構成市町村の数

令和6年度当初予算案 86億円の内数 (86億円の内数) ※()内は前年度当初予算額

1 事業の目的

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるよう、市町村において、認知症の早期診断・早期対応に向けた支援体制の構築、地域の実情に応じた認知症施策の推進、認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み（チームオレンジ）の整備を図る。

2 事業の概要・スキーム・実施主体等

【事業の概要】

- 認知症初期集中支援推進事業

「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等に配置し、認知症専門医の指導の下、保健師、介護福祉士等の専門職が、認知症が疑われる人、認知症の人やその家族に対して、初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを実施する。

- 認知症地域支援・ケア向上事業

認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関の連携支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務、地域において「生きがい」をもった生活を送れるよう社会活動参加のための体制整備等を行う「認知症地域支援推進員」を配置する。

(推進員の業務内容)

- ・状況に応じた適切なサービスが提供されるよう、医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関の連携を図るための取組
- ・認知症の人やその家族を支援する相談支援や支援体制を構築するための取組
- ・そのほか、一般病院・介護保険施設などでの認知症対応力の向上を図るための支援、認知症グループホームなどでの在宅生活継続のための相談・支援、認知症カフェ等の設置やボランティアによる認知症の人の居宅訪問、認知症の人の社会参加活動の体制整備、認知症の人とその家族を一体的に支援するプログラムを提供するための事業に関する企画及び調整

※ 以下の内容は令和6年度の新規事項

- ・認知症地域支援推進員が、若年性認知症支援コーディネーターと連携し、若年性認知症の人への対応を行った場合に、その事務に要する経費を補助することを可能とする。
- ・認知症地域支援推進員等が、夜間・休日等の時間外に認知症の人等からの相談や対応に応じた場合やオンライン機器を活用して相談や対応を行った場合等に、それらの事務に要する経費を補助することを可能とする。

- 認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業

市町村がチームオレンジコーディネーターを配置し、地域の認知症の人や家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組みとして「チームオレンジ」を整備し、その運営を支援する。

【实施主体】：市町村

【負担割合】：1号保険料23/100、国38.5/100、都道府県19.25/100、市町村19.25/100

【事業実績】：実施保険者数：1,555保険者※の内数（※）本事業が含まれる地域支援事業の包括的支援事業（社会保障充実分）の実施保険者数 9

高齢者の安心な住まいの確保に資する事業（地域支援事業）

1	2	3	4
実施要綱	ガイドライン	ケアマネジメント	包括センター
○			

概要

- 高齢者の安心な住まいの確保と入居後の生活の安定を図る観点から、高齢者が民間賃貸住宅等に円滑に入居し安心して生活ができるよう、**不動産関係団体や地域の関係者、住宅部局・福祉関係部局等が連携して、入居前から入居中、退居時に至るまでの総合的な支援等の実施**や、シルバーハウジング等の高齢者が多数居住する集合住宅の入居者を対象に生活援助員の派遣を行う。
- 令和6年に改正住宅SN法が成立したことを踏まえ、取組の具体的な例示や居住支援法人等への事業委託が可能である旨を明確化するなどの実施要綱の見直しを行い、総合的・包括的な住まい支援の推進を図る。

支援の内容

市町村は、居住支援協議会や居住支援法人等の仕組みを積極的に活用し、地域の実情に応じて以下の事業を行う。

なお、事業実施にあたり、福祉施策に限らず、住宅施策やまちづくり施策、既存の相談支援窓口、地域のネットワーク、地域資源や民間活力も活かしながら、事業を実施いただくことを想定。

(1) 総合的・包括的な「住まい支援」の実施

ア 入居前から入居後、退居時まで対応する総合的な相談支援の実施

- ・住宅情報の提供、入居相談の実施
- ・必要な支援のコーディネートの実施
- ・入居後の見守り等生活支援の実施 等

イ 住まい支援に必要な地域資源の情報収集や開発

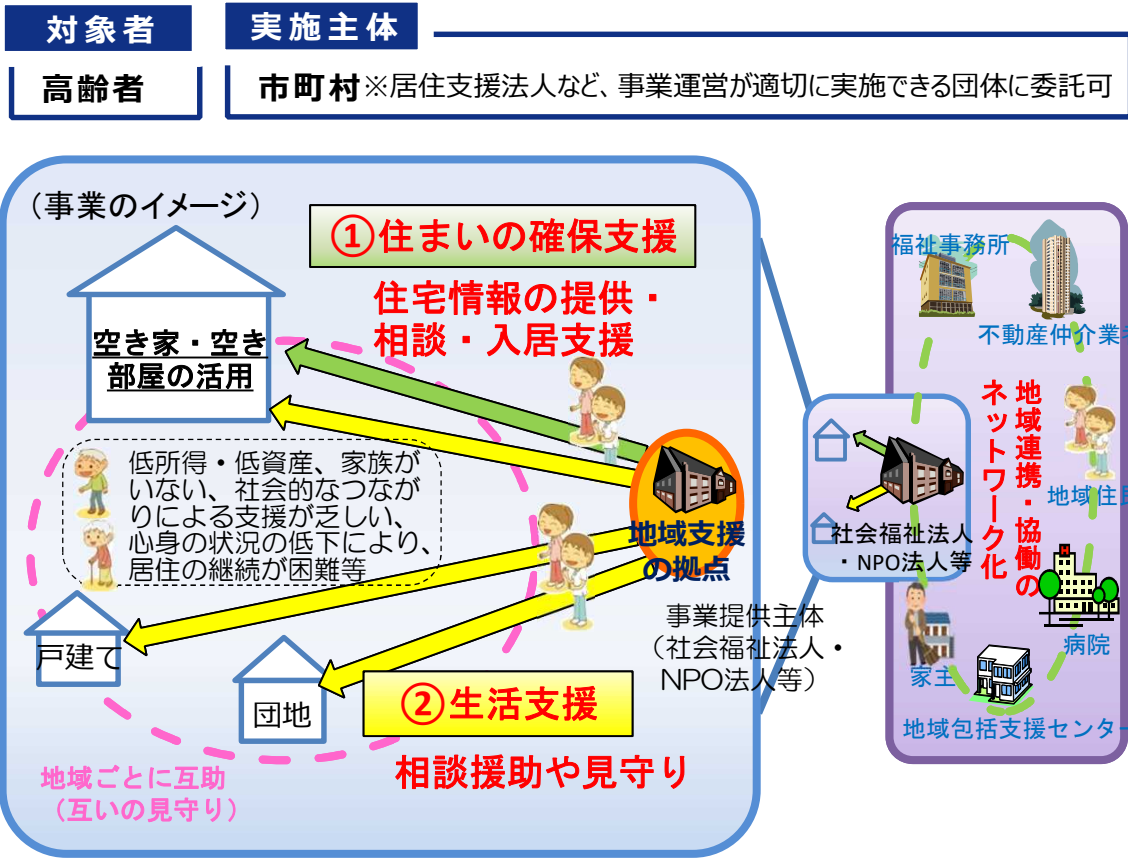
- ・高齢者の入居を拒まない住宅や不動産事業者等の調査
- ・居住支援協議会の運営 等

ウ 住宅関係者と福祉関係者が連携した住まい支援体制の構築

- ・住まい支援に関する各種制度や地域の取組・資源を活用した総合的・包括的な地域連携・協働のネットワークの構築 等

(2) 生活援助員の派遣事業

高齢者が多数居住する集合住宅等の入居者を対象に、日常生活上の生活相談・指導、安否確認、緊急時の対応や一時的な家事援助等を行う生活援助員を派遣する。



1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 センター
○			

第9期介護保険事業計画期間における介護用品支給事業の取扱い

○ 地域支援事業における任意事業の「家族介護支援事業」のうち介護用品支給事業については、平成27年4月からの第6期介護保険事業計画において、原則、任意事業の対象外とし、平成26年度に介護用品支給事業を実施していた市町村に限り、例外的な激変緩和措置として、地域支援事業実施要綱で定める要件の下で実施することとは差し支えないこととしている。

＜これまでの激変緩和措置＞

第6期	○ 平成26年度に事業を実施していた市町村（1,131市町村）に限り、実施可能
第7期	○ 平成26年度に事業を実施していた市町村（平成28年度1,124市町村）に限り、以下①～③を要件とする場合は実施可能 ① 高齢者の個別の状態を踏まえて適切に支給している ② 地域包括支援センターの運営や任意事業における各事業の課題を把握し、その対応方針を検討している ③ 事業の廃止・縮小に向けた具体的方策を検討している
第8期	○ 実施する場合は、縮小に向けて対象を限定 ① 本人課税（第6～9段階）の新規・既存利用者については、対象外。 ② 本人非課税・世帯員課税（第4～5段階）の新規・既存利用者については、年間6万円の支給上限。 ③ 新規利用者については、高齢者の個別の状態を踏まえて、以下の方法により必要性を個別判断。 ただし、要介護4以上の者については、以下の方法によらず、必要な者に該当することとしても差し支えない。 1）市町村職員は、要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）における認定調査票を確認し、「排尿」又は「排便」の項目において「介助」又は「見守り等」に該当する者を対象とする（※）。 ※ 例外的な取扱いとして、認定調査票の「ズボン等の着脱」等の項目の「特記事項」を踏まえ、別途必要性が認められる者についても対象とする。 2）要介護認定を受けていない者からの申請や、介護用品の支給申請時点において要介護認定時の状態から変化しており認定調査票では必要性が確認できない場合（状態が改善し必要性に疑義が生じる者や、認定調査票の項目には該当していなかったがその後状態が変化し必要性があると考えられる者など）については、市町村職員は、認定調査と同様の方法で必要性を確認する。確認に際しては、ケアマネジャーや地域包括支援センター職員に依頼することも可能とする。 ※ 実施市町村は、上記取扱いが第8期介護保険事業計画期間における例外的な激変緩和措置であることを踏まえ、地域包括支援センターの運営等、他の事業との優先順位を勘案した上で、市町村特別給付等への移行等、任意事業としての介護用品の支給に係る事業の廃止・縮小に向けた具体的方策について、引き続き十分な検討を進める必要がある。

＜第9期の取扱い＞

第9期	○ 第8期介護保険事業計画期間中の支給要件に加え、 地域支援事業交付金の交付額に上限を設ける。 ○ 具体的には、原則として、 <u>地域支援事業交付金の予算の範囲内かつ介護用品支給事業に係る令和5年度の対象経費支出予定額の範囲内（国の交付額は当該額に38.5%を乗じて得た額）とする。</u> その上で、実施市町村における高齢者の所得段階が下がることや要介護度が悪化するなどのやむを得ない事情により計画的な取組の実施に支障がある場合は、 <u>地域支援事業交付金の予算の範囲内かつ介護用品支給事業に係る令和5年度の対象経費支出予定額に物価の状況その他諸般の事情に鑑みた率（1.073）を乗じた額の範囲内（国の交付額は当該額に38.5%を乗じて得た額）</u> で交付する。
-----	---

高齢者の選択肢の拡大に向けた総合事業の事業評価の推進

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 センター
○			

- 法第115条の45の2において、市町村は、定期的に総合事業の実施状況について、調査・分析・評価を行うとともに、その結果に基づき必要な措置を講ずるよう努めるものとされており、当該調査・分析・評価事務については、一般介護予防事業評価事業として実施することが可能。
- 具体的な評価のあり方については、今後、検討を深めることとしているが、国において実施要綱に示す評価の留意点について、介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理で示された4つの視点を踏まえ、見直しを行う。

総合事業の評価指標の見直しに当たっては、・高齢者一人一人の介護予防・社会参加・自立した日常生活の継続の推進の状況 ・高齢者の地域生活の選択肢の拡大 ・地域の産業の活性化（地域づくり） ・総合事業と介護サービスとを一連のものとして地域の介護サービスを含む必要な支援を継続的かつ計画的に提供するための体制づくりの4つの観点を盛り込むことが必要であると考えられる。

評価のための前提となる考え方

高齢者の視点

- 高齢者の地域での生活や選択（活動）がどのように変化したか
- 高齢者にかかわる活動に地域の多様な主体がどのように関与しているか

保険者の視点

人材の視点

- 地域住民などの多様な主体による参画が進み、そこに医療・介護の専門職がゆるやかに関わっているか。

財政の視点

- あらかじめ決められた予算（上限額や介護保険事業計画等）の範囲内で実現できているか

総合事業の充実に向けた評価指標の例

3つのアプローチ

プロセス

アウトプット

アウトカム

最終アウトカム

1

高齢者の選択肢の拡大

➢ 生活支援コーディネーターや協議体等による取組実績

● 多様なサービス・活動の種類・数

● 従前相当サービスが位置づけられたプランの割合

2

ポピュレーション・アプローチ

➢ 出前講座・説明会等の開催数
➢ 通いの場の箇所数
➢ 体力測定会の開催数
➢ 広報活動の回数

● 多様なサービス・活動の参加者数等
● 出前講座・説明会等に出席した住民の数
● 通いの場の参加者数

● 多様なサービス・活動に対する継続参加率
● 社会参加率
● 通いの場の75歳以上高齢者の年代別参加率・継続参加率

3

ハイリスク・アプローチ

➢ 孤独・孤立等の状態にある高齢者へのアウトリーチ支援の実績等
➢ サービス・活動Cなど専門職による支援を想定するサービス・活動の開催回数・参加者数等

● 孤独・孤立等の状態にあった高齢者の地域の活動の参加者数
● 想定対象者に占める実際の参加者数
● 参加者の参加前後の生活状況等の変化

● 孤独・孤立等の状態にあった高齢者の地域の活動の継続参加率
● 社会参加率
● 参加者の一定期間後の生活状況等

- 調整済み軽度認定率
- 初回認定者の平均年齢
- 在宅継続数・率

地域包括支援センターの体制整備等（令和6年4月1日施行）

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 センター
○	○	○	○

改正の趣旨

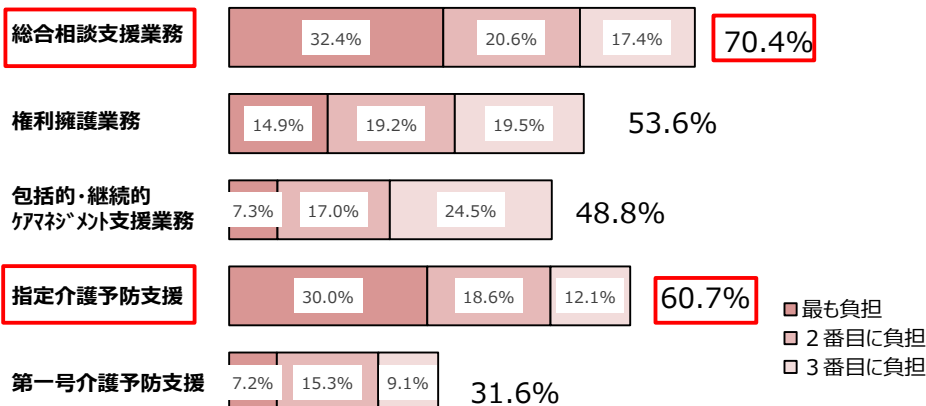
- 地域住民の複雑化・複合化したニーズへの対応、認知症高齢者の家族を含めた家族介護者支援の充実など、地域の拠点である地域包括支援センターへの期待や業務は増大。
- このため、居宅介護支援事業所など地域における既存の資源の効果的な活用・連携を図りながら、介護予防支援（介護予防ケアプランの作成等）や総合相談支援業務など、センターが地域住民への支援をより適切に行う体制の整備を図る。

改正の概要・施行期日

- 要支援者に行う介護予防支援について、地域包括支援センターに加えて、居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）も市町村からの指定を受けて実施できることとする。その際、指定を受けたケアマネ事業所は、市町村や地域包括支援センターとも連携を図りながら実施することとする。
- 地域包括支援センターが行う総合相談支援業務について、その一部をケアマネ事業所等に委託することを可能とする。その際、委託を受けたケアマネ事業所等は、市町村等が示す方針に従って、業務を実施することとする。
- 施行期日：令和6年4月1日

負担に感じる業務（上位3つまで）

※1037センターからの回答を集計



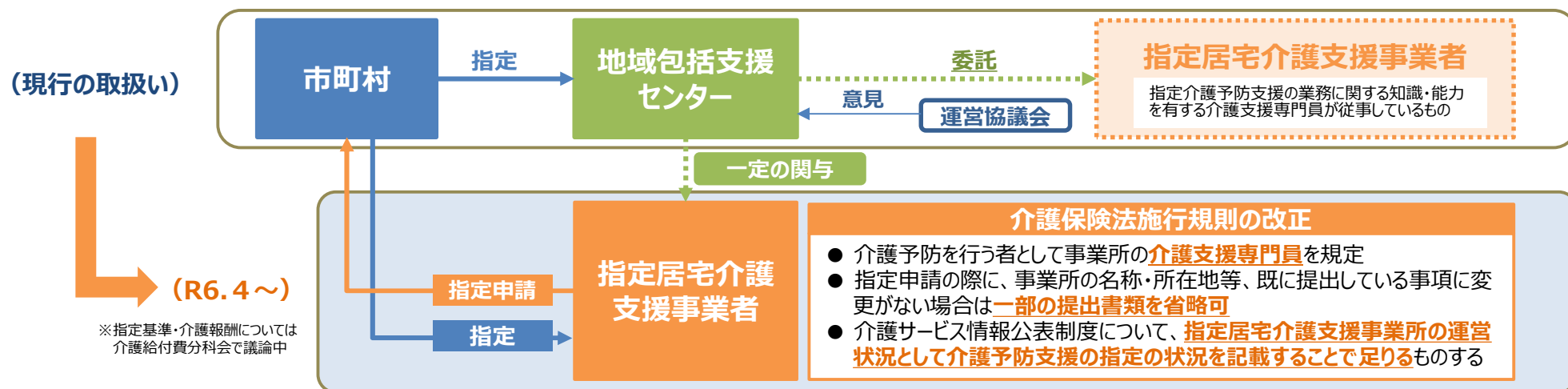
介護予防支援の指定対象の拡大（介護保険法施行規則の改正）

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 センター
○			

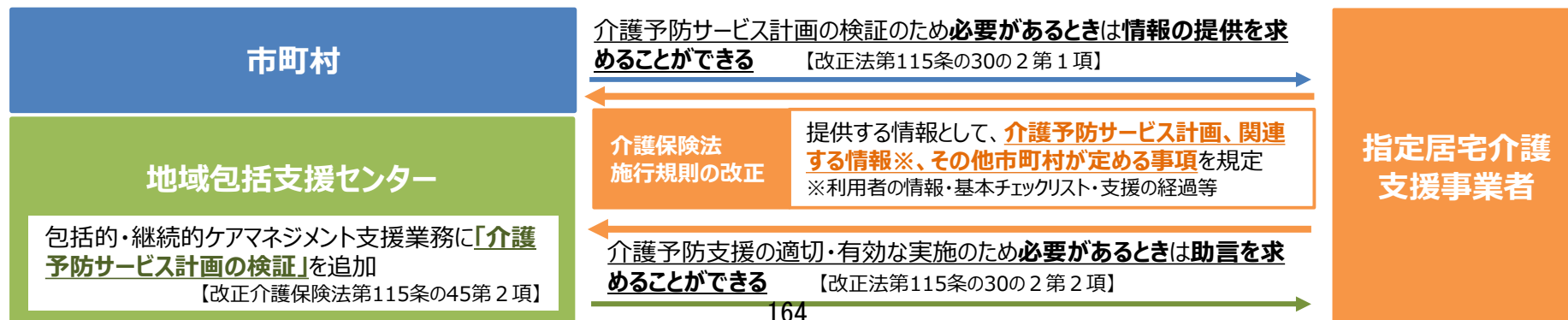
「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）

- こうした地域包括支援センターの業務負担軽減を進めるに当たり、保険給付として行う介護予防支援について、地域包括支援センターが地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設であることを踏まえ、介護予防支援の実施状況の把握を含め、**地域包括支援センターの一定の関与を担保した上で、居宅介護支援事業所に介護予防支援の指定対象を拡大することが適当**である。

1. 指定居宅介護支援事業者が、介護予防支援の指定を受けて実施する場合の所要の手続き等



2. 指定介護予防支援事業者に対する地域包括支援センターの一定の関与



総合相談支援事業の一部委託（介護保険法施行規則の改正）

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 センター
○			○

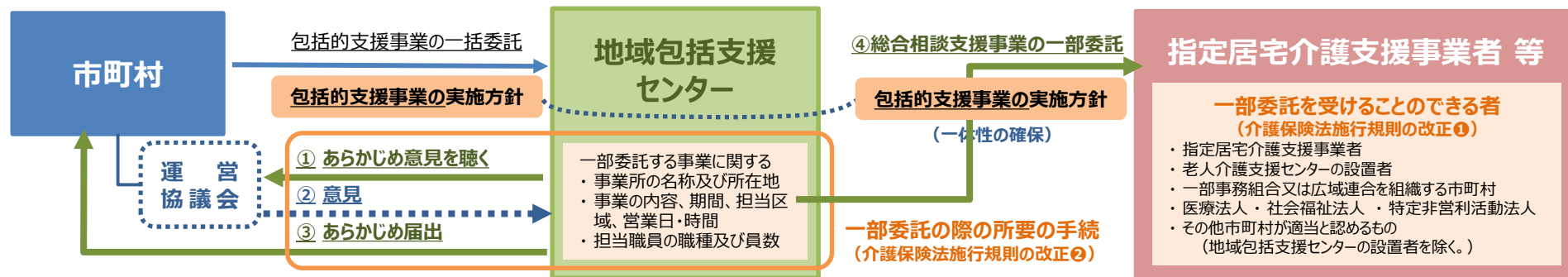
「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）

- また、総合相談支援業務について、センターの専門性を活かした効果的な実施等の観点から、居宅介護支援事業所などの地域の拠点のブランチやサブセンターとしての活用を推進することが適当である。総合相談支援業務はセンターが行う根幹の業務であることを踏まえ、質の確保に留意しつつ、センターの業務との一体性を確保した上で市町村からの部分委託等を可能とすることが適当である。

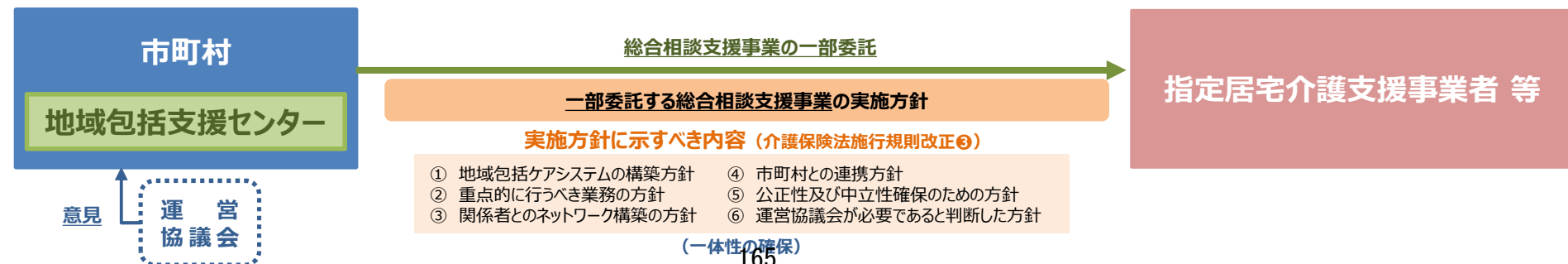
介護保険法 施行規則の改正

- ① 一部委託を受けることのできる者について、指定居宅介護支援事業者のほか老人介護支援センターの設置者などを定める。
- ② 委託型センターが一部委託を行う際は、あらかじめ運営協議会の意見を聴いた上で所定の事項を届け出ることとする。
- ③ 一部委託を受けた者は市町村が定める包括的支援事業の実施方針に従い事業を実施することとなるが、市町村直営型センターが一部委託を行う際の実施方針として示すべき内容を定める。

パターン１．地域包括支援センター（委託型）の設置者が一部委託をする場合



パターン２．地域包括支援センター（市町村直営型）が一部委託をする場合



1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 センター
○			○

地域包括支援センターにおける柔軟な職員配置について

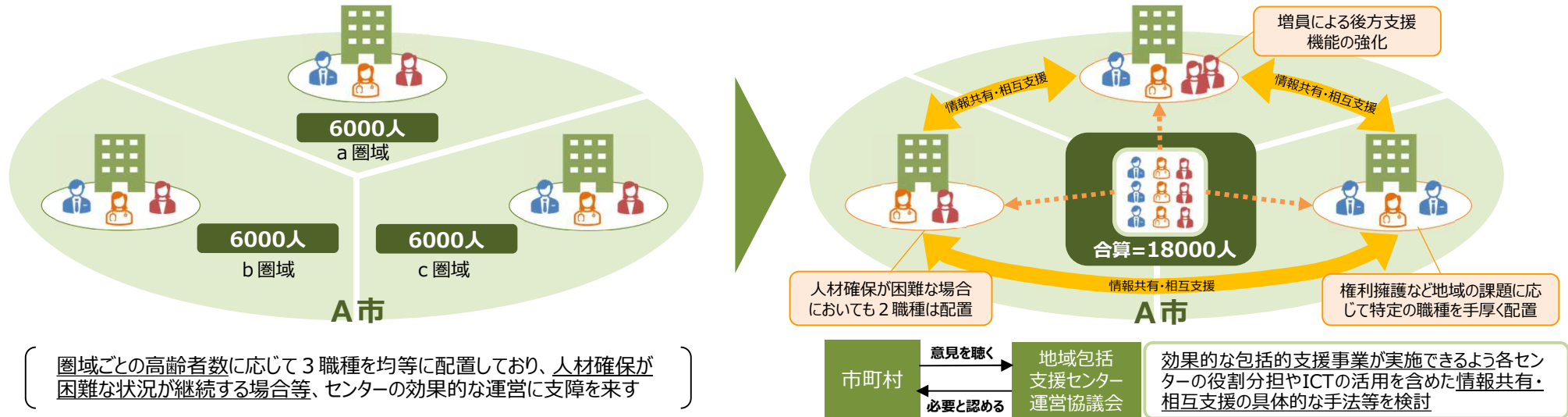
「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和 4 年12月20日社会保障審議会介護保険部会）

- センターの職員配置については、人材確保が困難となっている現状を踏まえ、3 職種（保健師その他これに準ずる者、社会福祉士その他これに準ずる者及び主任介護支援専門員その他これに準ずる者）の配置は原則としつつ、センターによる支援の質が担保されるよう留意した上で、**複数拠点で合算して3 職種を配置**することや、**「主任介護支援専門員その他これに準ずる者」の「準ずる者」の範囲の適切な設定**など、柔軟な職員配置を進めることが適当である。

（参考）「令和 5 年の地方からの提案等に関する対応方針」（令和 5 年12月22日閣議決定） 4【厚生労働省】(30)介護保険法
 (viii) 地域包括支援センター（115条の46第 1 項）における保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員の配置について、地域の実情に応じ、一定の条件を満たす場合には、柔軟な職員配置を可能とすることについて検討し、令和 6 年度までに結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

介護保険法施行規則の改正

現行の配置基準は存置しつつ、**市町村の判断により、複数圏域の高齢者数を合算し、3 職種を地域の実情に応じて配置することを可能とする**
 注）市町村の事務負担に配慮し、本改正に伴う条例改正について 1 年の猶予期間を設ける。



〔 圏域ごとの高齢者数に応じて3 職種を均等に配置しており、人材確保が困難な状況が継続する場合等、センターの効果的な運営に支障を来す 〕

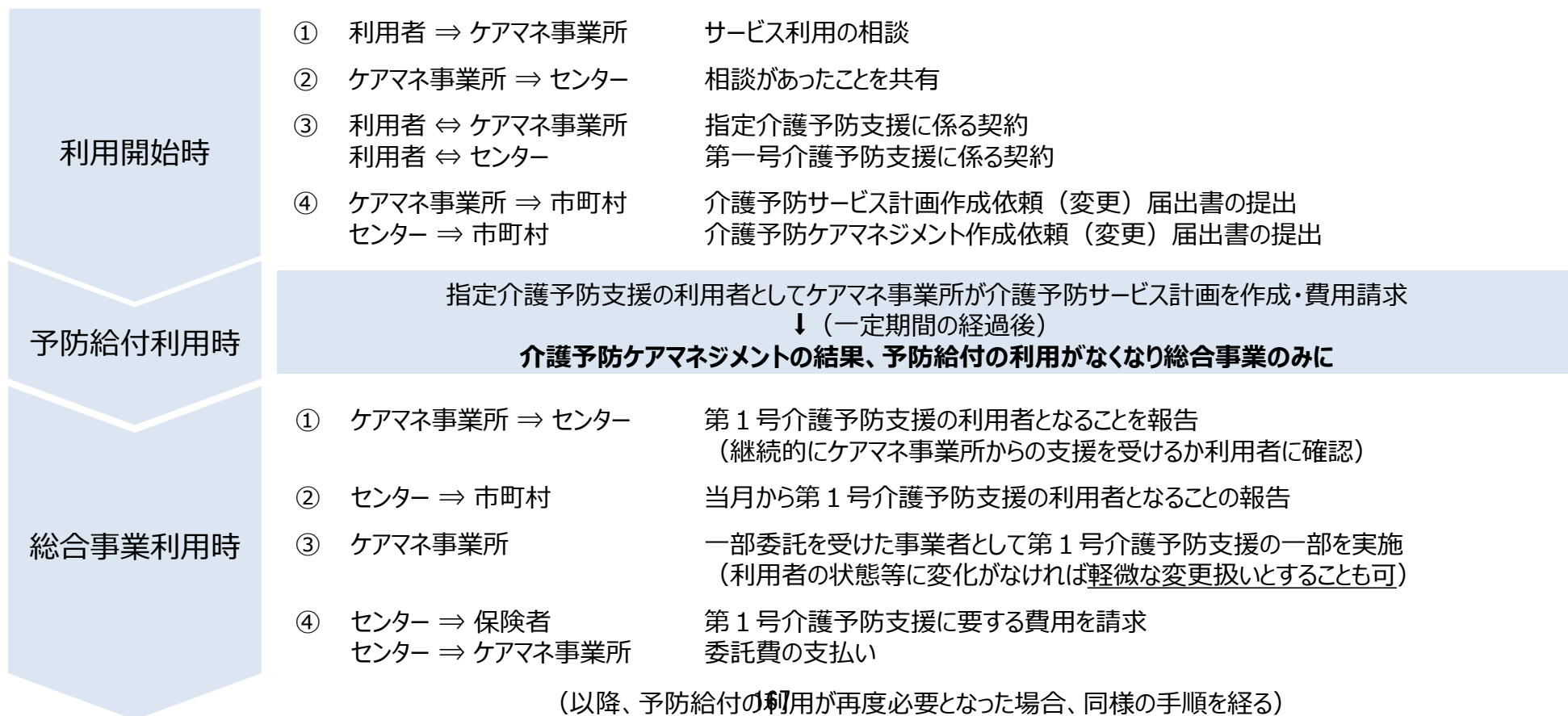
- このほか、人材確保が困難となっている現状等を踏まえ、センターの職員配置について以下の対応を実施
 - ・ センターに置くべき常勤の職員について、運営協議会で必要と認める場合は、常勤換算方法によることができることとする（介護保険法施行規則の改正）
 - ・ 主任介護支援専門員に準ずる者として、「地域包括支援センターが育成計画を策定しており、センターに現に従事する主任介護支援専門員の助言のもと、将来的な主任介護支援専門員研修の受講を目指す介護支援専門員であって、介護支援専門員として従事（専任か否かは問わない。）した期間が通算 5 年以上である者」を追加（通知改正）

包括的な委託を行った場合に想定される事務手続きの流れ①

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 センター
		○	○

- 指定居宅介護支援事業者が実施する指定介護予防支援の利用者が、予防給付の対象となる介護予防サービス等を利用しなくなった場合、当該利用者は第1号介護予防支援事業の対象者となるため、当該利用者が引き続き当該居宅介護支援事業者による援助を受けようとする場合、センターが第1号介護予防支援事業の一部を委託する必要がある。
- 利用者にとって必要となるサービスの適切な選択の支援を行う観点から、当面の間は、指定の状況を踏まえながら第1号介護予防支援事業の一部を指定介護予防支援事業者としての指定を受けている指定居宅介護支援事業者に委託する場合は、**あらかじめ運営協議会の意見を聴いた上で、利用者ごとに行うのではなく、包括的に委託を行うことも差し支えない。**

1. 「包括的な委託」を行った場合の事務フロー（イメージ）



包括的な委託を行った場合に想定される事務手続きの流れ②

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 センター
		○	○

2. 介護保険被保険者証の「居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事務所の名称または地域包括支援センターの名称」欄の取扱い

(表面)

(一)		(二)		(三)	
介護保険被保険者証		要介護状態区分等		給付期間	
被保険者氏名		認定年月日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)		開始年月日 令和 年 月 日 終了年月日 令和 年 月 日	
住所		認定の有効期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日		開始年月日 令和 年 月 日 終了年月日 令和 年 月 日	
フリガナ		区分支給限度基準額		開始年月日 令和 年 月 日 終了年月日 令和 年 月 日	
生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 性別 男・女		居宅サービス等 令和 年 月 日～令和 年 月 日 1月当たり		開始年月日 令和 年 月 日 終了年月日 令和 年 月 日	
交付年月日 令和 年 月 日		(うち報酬支給限度基準額)		開始年月日 令和 年 月 日 終了年月日 令和 年 月 日	
保険者番号並びに保険者の名称及び印		サービスの種類 報酬支給限度基準額		開始年月日 令和 年 月 日 終了年月日 令和 年 月 日	
		認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		開始年月日 令和 年 月 日 終了年月日 令和 年 月 日	

「包括的な委託」を行う場合は、指定介護予防支援の担当であるケアマネ事業所と、第1号介護予防支援事業の担当である地域包括支援センターとの双方を併記することとする

(参考) 消費税の取扱い

指定居宅介護支援事業者が指定介護予防支援または第1号介護予防支援を実施する場合の消費税の取扱いについては、以下のとおり。

- ・令和6年度制度改正により、指定を受けて介護予防支援を実施する場合は「非課税」、
- ・これまでどおり地域包括支援センターからの一部委託を受け介護予防支援又は第1号介護予防支援事業を実施する場合は「課税」

なお、この取扱いは、「包括的な委託」を行うか否かによらず適用される。

各都道府県介護保険担当主管部（局）
各市区町村介護保険担当主管部（局） 御中

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課

「市町村向け介護予防ケアマネジメントを効果的に推進するための手引き」
について（周知）

平素より厚生労働行政の推進にご尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。

「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）による介護保険法の一部改正により、介護予防支援事業者の指定対象が拡大されました。これに伴い、地域包括支援センターの一定の関与を担保するために、地域包括支援センターが行う包括的・継続的ケアマネジメント支援業務に介護予防サービス計画の検証が追加され、当該検証に当たり必要と認める場合は、市町村長が当該計画の実施状況に関する情報の提供を求めることが可能となりました。

このことを踏まえ、令和 5 年度老人保健健康増進等事業「地域の介護予防を推進するための包括的・継続的ケアマネジメント支援業務のあり方と地域包括支援センターの事業評価に関する調査研究」（三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング）において、介護予防ケアマネジメントの質の向上に資するよう「市町村向け介護予防ケアマネジメントを効果的に推進するための手引き」が作成され、成果物として取りまとめられたところです。

各自治体におかれましては、本成果物をご活用いただき、地域の実情に応じて効果的な介護予防支援に取り組んでいただきますようお願いいたします。

記

- ・市町村向け介護予防ケアマネジメントを効果的に推進するための手引き
https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2024/04/koukai_240425_04.pdf
- ・（参考）調査研究事業報告書
https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2024/04/koukai_240425_03.pdf

＜厚生労働省担当者＞

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課
地域づくり推進室 企画調整係
電 話：03-5253-1111（内線 3894、3982）