



きゅうふさぷり

給付適正化で！



発行のごあいさつ

日頃より町田市の介護保険事業にご理解ご協力いただきまして誠にありがとうございます。

町田市では介護給付等適正化事業を行っております。介護給付の適正化とは、介護サービスを必要とする高齢者を適切に認定し、適切なケアマネジメントにより利用者が真に必要なサービスを見極め、事業者がルールに従ってサービスを提供するよう促すことです。これにより、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を図ることで、介護保険制度への信頼が高まり、持続可能な介護保険制度へとつながります。

介護給付適正化事業では、皆さん一人一人が適正なケアプランを作成していただくことが重要となります。

この「きゅうふさぷり」はそんなケアマネジャーの皆さんが適正なケアプランを作成する上で、考え方の一助になればと思い、発行いたします。ご一読、ご活用いただきますよう、よろしくお願いいたします。

～適正化の最前線はケアマネジャーの皆さんです！～



目次

1 町田市ケアマネジメントの基本方針

(1)町田市ケアマネジメントの基本方針	1
----------------------------------	----------

2 ケアマネジメントプロセス

(1)アセスメント	6
(2)ケアプランの作成	7
(3)暫定ケアプラン	9
(4)サービス担当者会議	11
(5)モニタリング	13

3 請求に関すること

(1)給付制限	16
(2)請求	17
(3)過誤申立	18

3 適正化

(1)訪問介護・生活援助中心型	20
(2)ショートステイ半数超え	23
(3)軽度者の福祉用具レンタル	24
(4)施設入居者の住宅改修と福祉用具購入	26
(5)ケアプラン検証	27

4 その他

(1)総合事業におけるケアマネジメント様式	30
(2)総合事業のマネジメントの注意点	32
(3)居宅サービスについての注意事項	33
(4)居宅療養管理指導についての注意事項	33
(5)事業所加算についての注意事項	33

5 制度改正

・2018年改正	35
・2021年改正	38
・2024年改正	41

6 お役立ち情報掲示板	47
--------------------------	-----------



1 町田市 ケアマネジメントの 基本方針

(1) 町田市ケアマネジメントの 基本方針

「ケアマネジメントの基本方針」って、運営基準に定められてるものではないの？

そう思った方は多いと思います。確かにそのとおりです。

ですが、今回策定するのは、厚労省の基本方針ではなく、「町田市」の基本方針です。

町田市で基本方針を策定することになったきっかけは、東京都の研修「自立支援・重度化防止に向けた主任介護支援専門員・保険者研修」でした。研修参加者の主任ケアマネジャーの方々から、町田市でも、ケアマネジメントの平準化や、給付の適正化のために、ケアマネジャーが考えを共有するための「基本方針」が必要だというご意見をいただきました。

そこで、活用できる内容にするため、主任介護支援専門員協議会とケアマネジャー連絡会において意見を募集し、主任介護支援専門員協議会と介護保険課で「基本方針」を策定することになりました。

基本方針は、
私たちケアマネジャーのために、
ケアマネジメントの指針
を示してくれるものなのね。



(1) 町田市ケアマネジメントの基本方針

町田市ケアマネジメントの基本方針は、介護保険法及び関係法令（主に「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」）に基づき、町田市内で働くケアマネジャーの皆さんの、ケアマネジメントを行う際の指針を定めるものです。以下、基本方針4つを定めます。

1 自立支援・重度化防止

利用者が可能な限り、居宅や住み慣れた地域において、その方の有する能力に応じ、自立した日常生活を送れるよう支援します。

利用者が「自分のことを可能な限り行える生き方」の実現、「やってみたいことや続けたい生活」の実現（自立支援）に向けて、要介護状態の軽減又は悪化の防止に努めていますか？

2 ニーズに合ったサービスの提供

利用者の心身の状況や環境に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業所から、総合的かつ効率的に提供できるよう配慮します。

利用者の個性を踏まえ、ニーズに合ったサービスを提供する個別的なプランを作成していますか？

利用者のニーズが、利用者の選択だけにとらわれず、専門的見地から、利用者が必要と考えられるものになっていますか？

地域資源など介護保険以外のサービスも検討していますか？

3 公正中立な支援

利用者の意思や人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、特定のサービス種類や事業所に不当に偏らないよう、公正中立に支援を行います。

専門的見地でのアセスメントをもとに、サービス種類や事業所の特性を踏まえ、情報提供を行っていますか？

特定のサービスや特定の事業所に不当に偏ることなく、支援していますか？

4 多職種連携

居宅介護支援事業所、介護保険（予防支援）サービス事業所、高齢者支援センター、医療と介護の連携支援センター、医療機関、社会福祉協議会、指定特定相談支援事業者（障害者支援）、行政機関（保健所等）等との連携に努めます。

多職種での連携に努めていますか？

利用者を支援するチームケアの実現を目指していますか？

ケアマネジャー自身の振り返り

4つの基本方針が達成できているか、モニタリング時など、定期的に自身のケアマネジメントを振り返りましょう。

ケアマネジメントの質の向上に向けた支援事業

町田市ケアマネジメント勉強会

介護保険課及び主任介護支援専門員協議会で、リ・アセスメント支援シート（※）を活用した勉強会を実施しております。

ケアマネジメントのプロセスを踏まえ、自立支援に資する適切なケアプランになっているかを支援者である主任介護支援専門員とケアプラン作成者のケアマネジャーで確認しております。

（※）東京都「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」

ケアマネジメントの質の向上を目的とした研修

町田市ケアマネジャー連絡会、主任介護支援専門員連絡会、主任介護支援専門員協議会、高齢者支援センター、医療と介護の連携支援センターなどで、ケアマネジメントの質の向上を目的とした、ケアマネジャー向けの研修を実施しております。

相談援助研修

町田市と町田市介護人材開発センターが共催で、相談援助を学ぶ研修を実施しております。

介護給付適正化情報誌きゆうふさぷり

ケアマネジャーの皆さんが適切なケアマネジメントを実施できるように、介護保険課が不定期に発行している情報誌です。

各圏域で実施している事業

- 地域ケア個別会議：多職種で連携し、個別ケースの支援を検討します。
- 地域ケア推進会議：多職種で連携し、地域の課題の解決に向けた検討を行います。
- 地域の実情に応じた研修会・情報交換会

実地指導・集団指導（指導監査課）

- 実地指導：事業所を訪問し、個別的支援を行っています。
- 集団指導：事業所の方が一堂に会しての一斉的支援を行っています。

その他、ケアマネジメントの質の向上に向けた支援事業

- CMAT主催の研修会
<https://www.cmat.jp/study/>

ケアマネジメント業務を支援する主な機関

町田市ケアマネジャー連絡会

主に町田市の事業所で働くケアマネジャーで構成される連絡会です。適切な情報や質の高い介護サービスの情報を提供し、対人援助職として能力・質の向上を図るための活動を行っています。

町田市主任介護支援専門員連絡会

町田市の高齢者支援センターで働く主任ケアマネジャーで構成される連絡会です。町田市で働く主任ケアマネジャー向けの研修を企画したり、高齢者支援センター間での情報共有や、課題解決に向けての活動を行っています。

町田市主任介護支援専門員協議会

町田市の事業所で働く主任ケアマネジャーで構成される会議体です。各圏域で活動する協議会と、各圏域の協議会の幹事・副幹事で構成される全体会があります。各圏域の協議会では、ケアマネジメント勉強会、地域ケア会議、研修会などを行っています。全体会では各圏域の協議会での情報共有や、課題解決に向けての活動を行っています。

高齢者支援センター

町田市内に12か所ある地域包括支援センターです。地域のケアマネジャーからの相談に対応し、情報提供や支援を行っています。

医療と介護の連携支援センター

在宅医療・介護連携機能強化型の高齢者支援センターです。主に医療との連携について、ケアマネジャーからの相談に対応し、情報提供や支援を行っています。

町田・安心して暮らせるまちづくりプロジェクト(町プロ)

高齢者の在宅療養を支えるため、医療と介護をはじめとした多職種の連携の促進等を目的とした取組です。定期的に協議会や研修会を開催しています。ケアマネサマリーや退院調整シート等、ケアマネジメント業務に役立つ取組も実施しています。

町田市介護人材開発センター

町田市の介護保険事業所で働く方向けの研修（例：相談援助研修）を行っています。

最後に～自立とは何か～

「利用者の自立を支援する」

言うのは簡単ですが、利用者の自立とは一体何でしょう。

町田市ケアマネジメントの基本方針では、

自立＝「自分のことを可能な限り行える生き方」の実現

「やってみたいことや続けたい生活」の実現

と定義しています。

自立の捉え方は、利用者によって異なります。

自立を支援するには、利用者が何を自立と考えているかをできるだけ把握し、

自立の認識を合わせた上で行いましょう。

利用者が考える自立を踏まえ、
それに向けた支援を
チームで行いましょう！





2 ケアマネジメント プロセス

- (1) アセスメント
- (2) ケアプランの作成
- (3) 暫定ケアプラン
- (4) サービス担当者会議
- (5) モニタリング

(1) アセスメントについて整理しよう!

アセスメントの考え方

アセスメントは、ケアプランを作成するために必要な情報収集と分析

利用者が望む自立した生活を阻害する利用者本人の身体的・心理的・社会的（生活環境、介護力等）要因を、生活全般から明らかにすることで、利用者の「自立」の一步へとつながります。単なる情報収集ではなく、課題の**原因解明や解決策**を探ります。

➡ アセスメントには「**利用者のニーズを発見する**」という視点が大切

アセスメントでケアマネジャーは、「利用者の自立を支援したい」という気持ちを持ち続ける

利用者や家族の意向を引き出すために、利用者の自立を支援するための十分な情報を提供しましょう

➡ アセスメントは「**個別化されたケアプラン**」の第一歩

ケアプラン作成を見据えたアセスメント

上で述べたとおりアセスメントはケアプランを作成するために必要な**情報収集と分析**になります。そこで、ケアプランの第1表を例に、アセスメントの考え方を整理していきましょう。

第1表

居宅サービス計画書（1）

サービス提供前に作成されていますか？

作成年月日

年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

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

利用したいサービス等、利用者や家族の要望を書く欄ではありません！

- ・利用者や家族の生活に対する意向が引き出せていますか？
- ・利用者や家族の言葉を活かして記載できていますか？
- ・関わりの強い別居家族にも直接確認していますか？
- ・本人が表明できない場合でも、今までの暮らしや価値観等から代弁していますか？

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的な援助の方針

「ご利用者様、ご家族様の意向に沿ってサービスを調整して参ります」等、御用聞きプランを宣言していませんか？

- ・アセスメントで明らかになったニーズに対しケアチームの支援方針を記入する欄です。
- ・サービス担当者会議で確認し合しましょう。
- ・かかりつけ医や緊急時の連絡先は記載されていますか？
- ・ケアマネジャーが目指す方針ではなく、利用者の「望む生活」を目指して、ケアチーム（利用者、家族を含む）が取り組む内容や支援の方向性を分かりやすく書きます。

生活援助中心型の算定理由

アセスメントの結果、算定する場合は、理由を記載します。（p.20 参照）

(2)ケアプラン第2表・3表の書き方を整理しましょう

第2表(居宅サービス計画書(2))の記載方法

前号ではアセスメントの考え方とケアプラン第1表の記載方法を掲載しました。今回は、第2表と第3表の記載方法を整理していきましょう。

居宅サービス計画書(2)

利用者名	作成年月日		年	短期目標の期間と連動させます。	
	長期目標	短期目標		※1	※2
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	サービス内容	※1	※2
「○○できるよ うにしたい」とい うポジティブな生活 意欲を記載しま しょう。 利用者がニーズと して自覚している ことはそのまま書 きましょう。	認定の有効期間を考慮 して設定しましょう。	長期目標の期間と同じ なっていないけません。	サービス種別 サービス内容を適 切に実行できる サービス種別(訪 問介護、福祉用具 貸与等)を選択し ます。	※1 短期目標の達成にはど のような支援が必要か を記載しましょう。 介護保険以外の制度 (保健・医療・福祉) による支援や家族・隣 人が行う支援、利用者 のセルフケアについて も記載しましょう。	※2 正式な事 業者名を 記載しま す。家族の場 合は続柄 を記載し ます。
チェックポイント	アセスメントに基 づいて整理されて いますか。 優先順位が高いも のから記載されて いますか。	利用者自立を目指 す目標になっていま すか。 利用者の望む暮らし が見えますか。	目的に合ったサービ スを提供 できる事業者や支援者を選 んでいきますか。 特定のサービスに偏ってはい ませんか。	利用者や 家族の生 活リズム に配慮し ています か。	介護を受ける私を 主人公にしてほしいな

左から順に検討することで、サービスあききのプランを防げます！



※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。

記載の流れ

チェックポイント

第3表(週間サービス計画表)の記載方法

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名

深夜	早朝	午前	午後	夜間	深夜	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00	6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00		起床 朝食
<p>第2表のサービス内容が、もれなく記載されていますか。 起床から就寝までの日常生活をイメージできる記載になっていますか。</p>											
<p>服薬確認(長男)</p>											
<p>食事サービス</p>											
<p>◇◇デイサービス</p>											
<p>◇◇デイサービス</p>											
<p>困暮(友人)</p>											
<p>家族や隣人が行う支援や利用者のセルフケアについても記載されていますか。</p>											
<p>★★ヘルパーステーション(入浴)</p>											
<p>服薬確認(長男)</p>											
<p>夜間・深夜や土日の支援体制も考えられていますか。</p>											
<p>入浴見守り(長男)</p>											
<p>長男帰宅 夕食 テレビ</p>											
<p>就寝</p>											

利用者の日常生活をイメージできませぬ

認知症カフェも使ってませよ

息子さんの負担は大丈夫ですかね...

定期的な受診や訪問診療も記載されていますか。

住宅改修や福祉用具購入も記載されていますか。

隔週や月単位で提供されるサービスを記載します。
※加算項目を記載する欄ではありません。



手すり貸与(福祉用具△事業所)、〇〇病院受診(毎月第二火曜日)、認知症カフェ(第二土曜日)、団地内カラオケサークル(第一、第三土曜日)

(3) 暫定ケアプランの作成

皆さんは正しく暫定ケアプランを立てていますか。実は、市には暫定ケアプランに関する問い合わせが多くあります。その中から特に多く、皆さんに確実に知っていただきたいものを掲載しますので、次の点を作成時に留意してください。

■ どんなときに暫定ケアプランをつくるの？



- 新規申請で認定結果前に緊急でサービスの導入が必要な場合
- 区分変更（要支援の新規申請も含む）を行う場合
- 更新認定の結果が更新認定開始日より後になる場合（認定結果が遅れた場合）

■ 暫定ケアプランを作成しないとどうなる...

暫定ケアプランがないということは、介護保険を利用したサービスの提供はできません。仮に暫定プランがなくサービス利用があった場合、事業所は報酬返還をしなければなりません。制度上、ケアプランを作成しないで、サービスを利用することはできません。

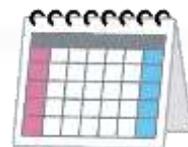
■ 誰が暫定ケアプランをつくるの？



利用者の心身の状況等から、主として対応する事業所を決めてください。要支援の認定が予想される場合には介護予防支援事業所（高齢者支援センター等）、要介護の認定が予想される場合は居宅介護支援事業所が暫定ケアプランを作成します。

■ 暫定ケアプラン時の契約はどのタイミング？

暫定ケアプランであっても、アセスメントをしてサービスの利用を開始する以上は、前もって契約の締結が必要です。



■ 居宅の届出はいつ出すの？

新規で認定結果前にサービス利用を開始する場合や、更新や区分変更で要支援から要介護など区分が変更になると想定できてサービスを利用する場合は、暫定ケアプランが必要になり、暫定ケアプランを作成した時点で、居宅届の提出が必要になります。



※居宅の届出は3種類あります！

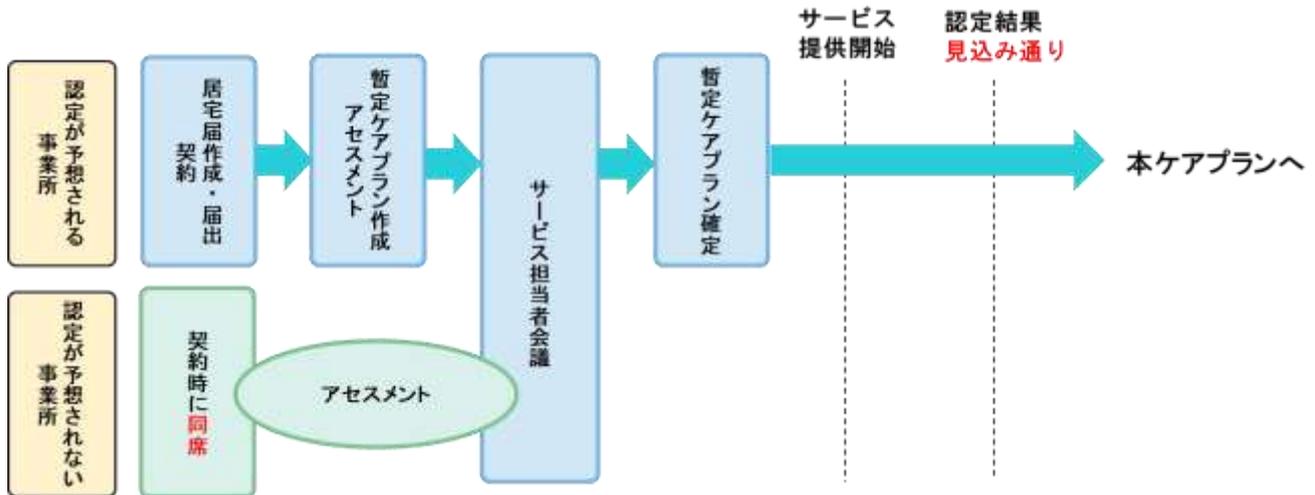
- 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書
- 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書
- （介護予防）居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書
（※小規模多機能型居宅介護支援を利用する方用）

どの事業所が対応するの？

認定の結果が判明する前にサービスを利用するため、要介護・要支援どちらの結果になっても利用者に不利益が生じないように、認定が予想される事業所と、認定が予想されない事業所の双方が対応をする必要があります。

認定が予想される事業所はケアマネジメントの一連のプロセスを実施し、認定が予想されない事業所は認定結果が予想と異なる場合に備えて下記の3つを行ってください。

- 1.認定が予想される事業所が利用者を行う契約への同席
※認定の結果が見込みと異なる場合に契約以降の手続きが改めて必要になることを説明してください。
※アセスメントの記録等の個人情報の取扱いについて、利用者の同意を得てください。
- 2.アセスメント
※暫定ケアプラン確定までに行き、得られた気付き等を認定が予想される事業所へ共有してください。
※契約同席時、サービス担当者会議出席時にアセスメントを行っても構いません。
- 3.サービス担当者会議への出席



認定結果が予想と違った！

認定が予想される事業所と、認定が予想されない事業所で速やかに暫定ケアプランと利用者の情報の引継ぎを行い、契約からサービス提供までの必要な手続きを行ってください。

※アセスメントやサービス担当者会議への出席がない場合には、**暫定ケアプランを引き継ぐことはできません。介護給付の対象外となります。**

※契約日と居宅サービス計画作成依頼届の開始日は、認定が予想される事業所の契約に同席した日とします。

どのような点を注意しないといけないのか！

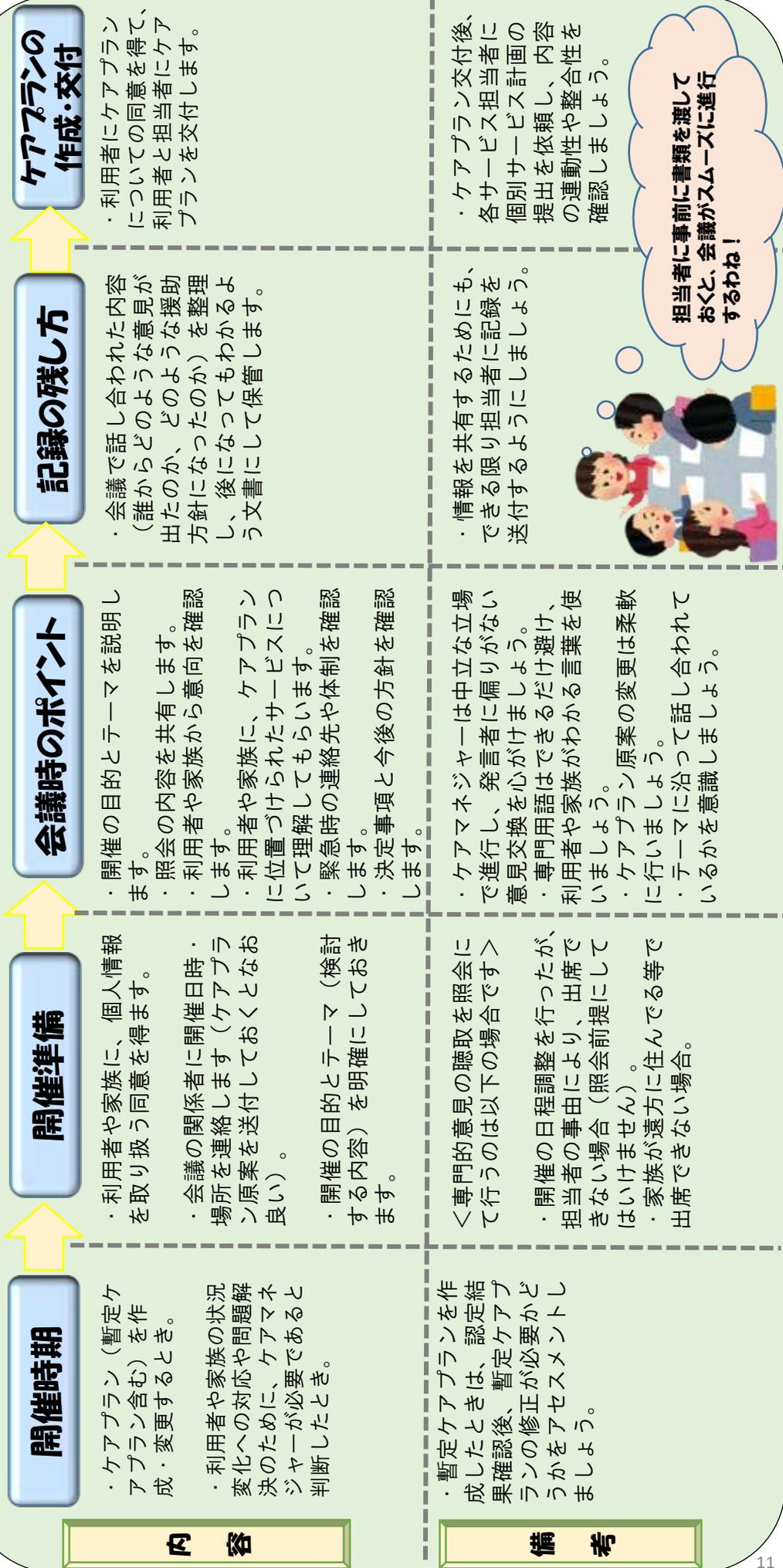
- 1.認定結果の確定前に本当にサービスの導入が必要であるかアセスメントを行うこと
- 2.通常のケアプラン作成と同様に、ケアマネジメントの一連のプロセスを実施すること
※一連のプロセスとは、アセスメント、ケアプラン原案の作成、サービス担当者会議の開催、ケアプランの説明及び同意、ケアプランの交付です。
- 3.区分支給限度額の超過等による自費の可能性に関して、本人・家族等へ事前説明し了承を得ること
- 4.要支援・要介護の想定が難しい場合は、高齢者支援センターと連携し、認定結果を想定し、必要最低限のサービス量とすること
- 5.暫定ケアプランであっても、モニタリングを実施すること
- 6.認定結果の確定後には、要介護度が記載されたケアプランに署名・日付を記載し、本ケアプランを交付すること
※交付にあたり暫定ケアプランの修正が必要かどうかを判断するため、アセスメントを行う。次にサービス担当者会議やサービス事業者への照会によりケアプランの修正の必要性を確認し、ケアプランを確定する。
※日付は確定プランの交付日とし、暫定ケアプランと確定プランを合わせて保管すること。

(4) サービス担当者会議の考え方とケアプラン第4表の書き方を整理しましょう

サービス担当者会議とは

利用者の望む生活や利用者に関する情報をサービス担当者で共有し、利用者や家族の意向や担当者の専門的な見地からの意見を聞き取って、ケアプラン原案を見直し、ケアチームの支援方針を決定するものです。

サービス担当者会議の開催からケアプラン交付まで



開催時期

- ・ケアプラン（暫定ケアプラン含む）を作成・変更するとき。
- ・利用者や家族の状況変化への対応や問題解決のために、ケアマネジャーが必要であると判断したとき。

開催準備

- ・利用者や家族に、個人情報を取り扱う同意を得ます。
- ・会議の関係者に開催日時・場所を連絡します（ケアプラン原案を送付しておくとなお良い）。
- ・開催の目的とテーマ（検討する内容）を明確にしておきます。

会議時のポイント

- ・開催の目的とテーマを説明します。
- ・照会の内容を共有します。
- ・利用者や家族から意向を確認します。
- ・利用者や家族に、ケアプランに位置づけられたサービスについて理解してもらいます。
- ・緊急時の連絡先や体制を確認します。
- ・決定事項と今後の方針を確認します。

記録の残し方

- ・会議で話し合われた内容（誰からどのような意見が出たのか、どのような援助方針になったのか）を整理し、後になってもわかるよう文書にして保管します。

ケアプランの作成・交付

- ・利用者にケアプランについての同意を得て、利用者と担当者にケアプランを交付します。

内容

- ・暫定ケアプランを作成したときは、認定結果確認後、暫定ケアプランの修正が必要かどうかをアセスメントしましょう。

備考

- ＜専門的意見の聴取を照会に行うのは以下の場合です＞
- ・開催の日程調整を行ったが、担当者の事由により、出席できない場合（照会前提にしてはいけません）。
- ・家族が遠方に住んでる等で出席できない場合。

- ・ケアマネジャーは中立な立場で進行し、発言者に偏りが無い意見交換を心がけましょう。
- ・専門用語はできるだけ避け、利用者や家族がわかる言葉を使いましょう。
- ・ケアプラン原案の変更は柔軟に行いましょう。
- ・テーマに沿って話し合われているかを意識しましょう。

- ・情報を共有するためにも、できる限り担当者に記録を送付するようにしましょう。

- ・ケアプラン交付後、各サービス担当者に個別サービス計画の提出を依頼し、内容の連動性や整合性を確認しましょう。



担当者に事前に書類を渡しておく、会議がスムーズに進行するわね！

(5)モニタリングの考え方を整理しましょう

モニタリングとは

利用者の状態を利用者や家族から聞き取ったり、事業所にサービス提供状況を確認したりして、目標の達成状況を評価し、ケアプランの継続・変更の必要性を判断するものです。それに応じてケアプランの見直しや事業所との調整を行います。

モニタリングの実施前から実施後までの流れ

実施前

内容

- ・原則、少なくとも1か月に1回※(介護予防支援の場合は3か月に1回)、利用者の居宅を訪問し面接します。
- ・サービス開始直後、随時及び定時にモニタリングします。

実施時

ポイント

- ・モニタリング項目を整理していますか。
- ・モニタリングが可能な短期目標を設定されていますか。

- ・利用者の状態を観察して、ケアプランの目標が達成状況、ニーズに変化がないかを確認します。
- ・変化が生じている場合には、ケアプランの見直しやサービス提供事業所との調整を行います。

- ・利用者の状態変化や環境の変化はありませんか。
- ・ケアプランどおりにサービスが提供されていますか。
- ・目標の達成状況を把握していますか。
- ・目標は適切ですか。
- ・ケアプラン作成時の残された課題への対応は行っていますか。

実施後

- ・少なくとも1か月に1回、モニタリングの記録を残します。
- ・記録は、完結の日から2年間保存する必要があります。

- ・左(実施時のポイント)で書かれている項目の記載は漏れていませんか。
- ・居宅介護支援経過やモニタリング票を作成し、具体的に記録していますか。
- ・公的な記録なので、誰が読んでもわかるように記載していますか。

※オンラインでモニタリングを実施している場合は、2か月に1回(介護予防支援の場合は6か月に1回)の訪問でも構いません。

モニタリングがうまくいくコツ

モニタリングを実施するにあたって、うまくいくコツを整理しましょう。

✔ サービス契約時に、利用者や家族にモニタリングの必要性を伝え、理解してもらいましょう!

➡ よりスムーズなモニタリングの実施につながります。

✔ 短期目標を具体的な目標にしましょう!

➡ モニタリングの際に達成状況を把握しやすくなります。

✔ サービス関係者間で日常的に情報共有できる仕組みをもちましょう!

➡ サービス担当者からの情報やサービスの実績確認も、大事なモニタリングです。

✔ オンラインで実施する際は、通信環境や利用者の状態をよく確認しましょう!

➡ 実施にいくつかの条件があります。p.36を確認しましょう。

モニタリングで変化を見つけたら

ケアプランが妥当でない判断した場合、目標を達成した場合、新たな問題・課題が発生した場合は、アセスメントから始まる一連の流れを見直しましょう。

STEP1 アセスメントを行う

- ・利用者や家族の意向を確認し、ケアプランの変更を検討します。（アセスメントの内容については、p.6参照）
- ・必要に応じて、利用者や家族、サービス事業所や主治医の意見を電話や文書などで求め、要介護度認定区分の変更についても検討します。

STEP2 サービス担当者会議を開き、ケアプランを修正する

- ・利用者や家族の状態変化、環境の変化に応じてケアプランを修正します。
- ・サービス担当者との情報共有を行い、サービスの内容や回数等を変更します。

モニタリングを実施できない特段の事情とは

ケアマネジャーの事情による未実施は認められません

ケアマネジャーは、特段の事情のない限り、少なくとも1か月に1回※(介護予防支援の場合は3か月に1回)、利用者の居宅を訪問し、利用者との面接及びモニタリングの結果を記録しなければなりません。

特段の事情とは、緊急入院等、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者との面接することができない場合を指し、ケアマネジャーに起因する事情は含まれません。

特段の事情で利用者の居宅を訪問できない場合については、その具体的な内容を記録しておく必要があります。

予防プランのモニタリングの記録について

予防プランであっても1か月に1回は記録をすることが必要です

ケアマネジャーは、予防プランの方のモニタリングについて、サービス提供開始月に1回、サービス提供の翌月から起算して少なくとも3か月に1回※は、利用者の居宅を訪問し、面接して行う必要があります。利用者の居宅を訪問しない月であっても、サービス提供事業所への訪問や電話等の手段により、利用者の状況を確認しておく必要があります。

記録については、1か月に1回はモニタリングの結果を記録することが必要です。

※オンラインでモニタリングを実施している場合は、2か月に1回(介護予防支援の場合は6か月に1回)の訪問でも構いません。

こういうモニタリングは好ましくありません！

- ・評価が毎回「変化なし」だけになってしまっている
- ・評価が毎回「継続」、評価の視点がサービス変更の有無になってしまっている
- ・短期目標が具体的でなく、評価できない
- ・利用者の満足度調査になっており、自立支援の視点がなくなっている



小さな変化を見逃さないことが大切ね

3 請求に関わること

- (1) 給付制限
- (2) 請求後の市からの確認
- (3) 過誤申立

(1) 給付制限(給付額の減額)とは

給付制限(給付額の減額)とは

納期限後も介護保険料を納めず2年経過すると、納めることができなくなります。納めることができなくなった保険料があると、その期間に応じて給付制限(給付額の減額)がかかります。

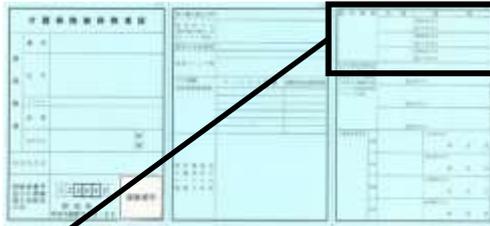
制限内容

- (1) 介護サービスを利用する際の自己負担割合が3割または4割に引き上げられます。
- (2) 負担限度額認定及び高額介護サービス費の負担軽減措置が受けられなくなります。
- (3) 住宅改修及び福祉用具購入の際、受領委任払いが利用できなくなります。

給付制限か確認する方法

介護保険被保険者証に「給付制限の内容」と「制限される期間」が記載されています。そのため、毎月モニタリングを行う際に、介護保険被保険者証を確認してください。なお、給付額の減額等は認定結果を通知する日の属する月の翌月の初日からです。

内容に「給付額の減額」と記載されている場合、負担割合証に記載されている利用者負担(1割から3割)ではなく、3割または4割の利用者負担となります。



毎月モニタリングの時に
確認してください。

給付制限	内容	期間
	給付額の減額	開始年月日 令和**年*月*日 終了年月日 令和**年*月*日
		開始年月日 終了年月日
		開始年月日 終了年月日



最初のアセスメントの時に滞納しているか確認できるといいね♪

納めていない利用者がいた時、
制度の説明をお願いします。



介護保険制度は高齢社会において介護を必要とする方々を社会全体で支える目的でつくられました。介護サービスを提供するために必要な費用は、皆さまから納めていただく介護保険料と公費(税金)でまかなわれています。

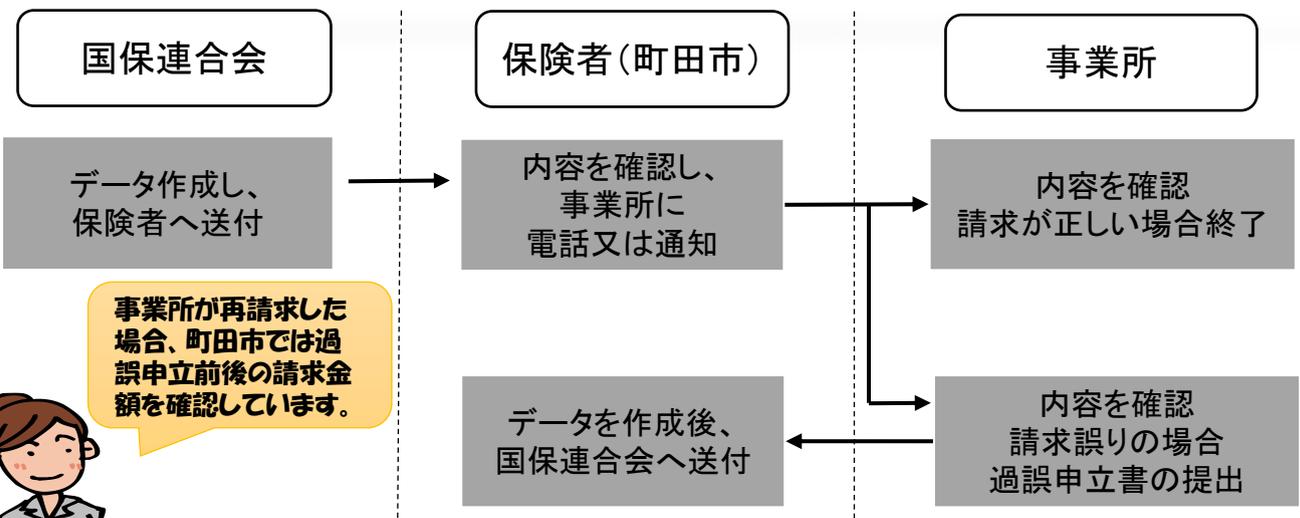
社会全体で支えあう介護保険制度にご理解、ご協力をお願いします。

(2) 請求後の町田市の確認について

介護保険課から「請求内容の確認をしたいのですが」と電話がきたことはありませんか。町田市では、事業所の請求内容を、国保連合会のデータ(※)をもとに確認しています。請求に誤りがあった場合、過誤申立書の提出や利用者との金額調整が必要です。請求誤りが発生しないよう、今回は町田市が行う主な確認内容を掲載しますので、適正な請求のためにご活用ください。

(※) 国保連合会データが市に提供されるまでに時間を要するため、事業所への連絡はサービス提供年月から期間が空きます。

請求内容の確認の流れ



事業所が再請求した場合、町田市では過誤申立前後の請求金額を確認しています。



※詳しくは、p.18を見て、過誤申立てについて理解しましょう。

過誤申立書の作成・提出について

●過誤申立書は町田市ホームページからダウンロードしてください。
(トップページ>医療・福祉>介護保険>事業所の方へ>過誤申立て)

事業所 → 保険者 (介護給付用) 過誤申立書

【再請求： 有 無】

事業所番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
事業所名称	介護センター××
担当者名	□□ □□
電話番号	042-7△△-△△△△

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号	フリガナ 被保険者氏名	サービス提供月	申立事由 コード	申立事由
1	0000123456	カイヤ クロウ 介護 太郎	2019年4月	1045	適正化(医療突合)による実績の取り下げ
2	0000123456	カイヤ クロウ 介護 太郎	2019年5月	1045	適正化(医療突合)による実績の取り下げ
3	0000123456	カイヤ クロウ 介護 太郎	2019年6月	1045	適正化(医療突合)による実績の取り下げ
4	0000234567	モリス タロウ 介護 次郎	2019年7月	1045	適正化(医療突合)による実績の取り下げ
5	0000234567	モリス タロウ 介護 次郎	2019年8月	1045	適正化(医療突合)による実績の取り下げ
6	0000234567	モリス タロウ 介護 次郎	2019年9月	1046	適正化(縦覧審査)による実績の取り下げ
7	0000345678	マツダ ハナコ 町田 花子	2019年10月	1046	適正化(縦覧審査)による実績の取り下げ
8	0000345678	マツダ ハナコ 町田 花子	2019年11月	1046	適正化(縦覧審査)による実績の取り下げ
9	0000345678	マツダ ハナコ 町田 花子	2019年12月	1046	適正化(縦覧審査)による実績の取り下げ
10					

申立事由コード〇〇45とは…医療保険入院と介護保険サービスの重複請求及び居宅療養管理指導費(I)(II)の請求誤りの場合に使用するコードです。申立事由には「適正化(医療突合)による実績の取り下げ」と記載しましょう。

申立事由コード〇〇46とは…介護保険サービスの回数超過や重複請求等の場合に使用するコードです。申立事由には「適正化(縦覧審査)による実績の取り下げ」と記載しましょう。

過誤申立書は郵送又は窓口で提出してください。また、専用の受付フォームから、電子申請も可能です。詳しくは町田市ホームページをご確認ください。

https://www.city.machida.tokyo.jp/iryo/kaigo/business/kago_moshitate.html

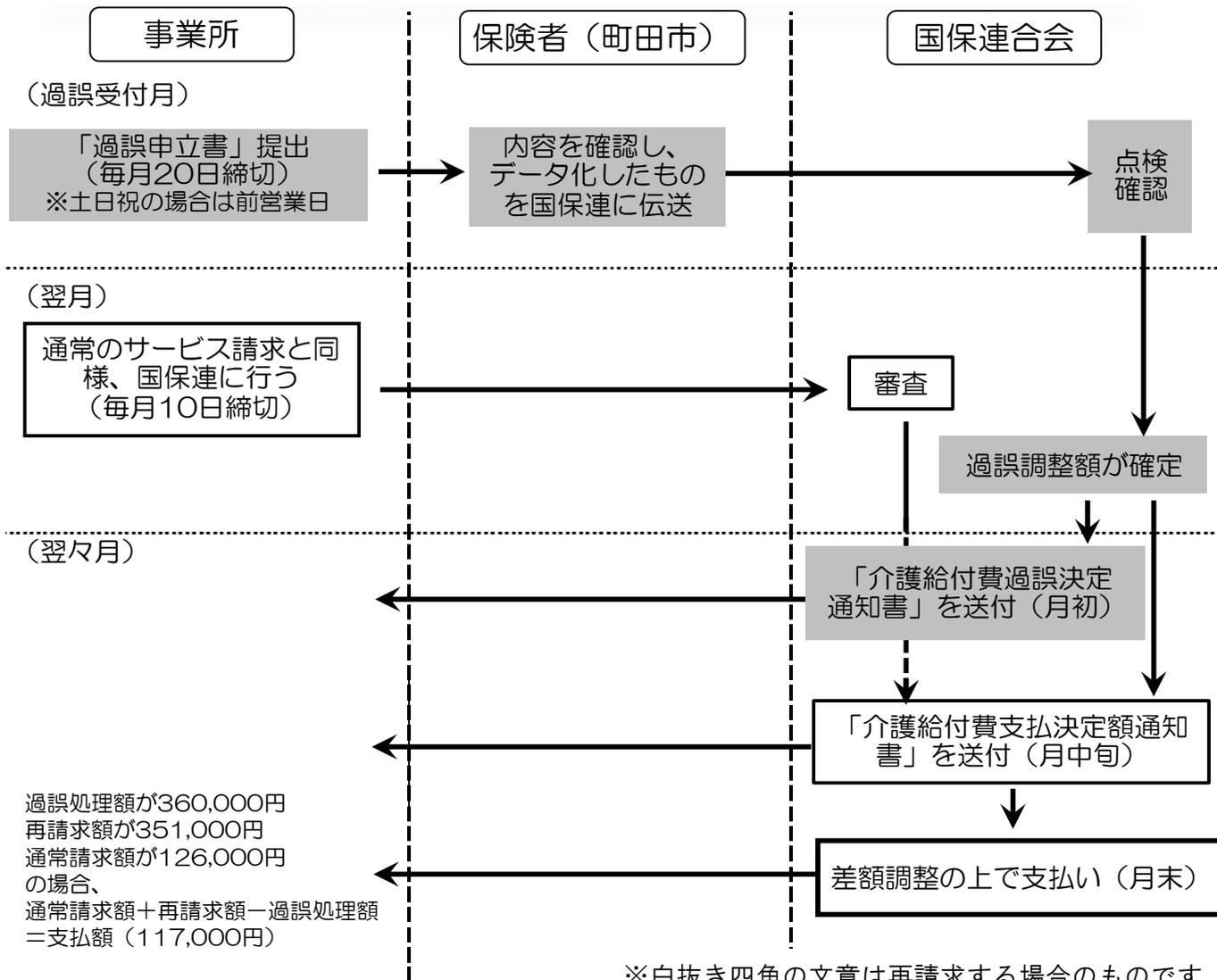
(個人情報に記載されているので、メール、FAXでの送付は行わないでください。)

(3) 過誤申立てについて

過誤申立てとは

- ・ 国保連の審査で一度決定された請求を取り下げること（返戻や保留のものは過誤できません）
- ・ 過誤申立てを行うのは請求を行った事業所で、申立ては毎月20日まで（土日祝は前営業日）
- ・ 書式は町田市ホームページに掲載しています。総合事業分の過誤は別書式になります。

過誤申立ての流れ



給付管理票の修正・取消

・ 給付管理票の修正は、過誤申立てと同じタイミングで行えません。過誤決定後行うようにしてください。
(例：9月過誤申立て 10月再請求 11月給付管理票修正)

・ 事業所の過誤等で、給付実績が全くないのにも関わらず、給付管理票が提出されている場合は、給付管理票の取消及び居宅サービス計画費の過誤申立てを行ってください。

ケアマネと事業所が連携し、過誤処理を行おう！





4 適正化

- (1) 訪問介護・生活援助中心型
- (2) ショートステイ半数超え
- (3) 軽度者の福祉用具レンタル
- (4) 施設入居者の福祉用具購入
- (5) ケアプラン検証

(1) 教えて！生活援助の考え方！

生活援助の算定の考え方を整理しよう！！

生活援助を算定するにあたっては、ケアマネジャーがアセスメントを通じて「利用者の自立支援のためにこのサービスが必要であるということ」を明確に導き出し、「なぜこの援助を本人や家族等（その他インフォーマルサービスを含む）が行うことが出来ないのか」という理由を分析するプロセスを経て検討することが大切です。

STEP1 本人をアセスメント

 **自分の力でできることを増やすほうが本人の幸せにつながる！**

- できる可能性がある生活行為を代行することでのADLの低下に注意！

 **生活環境の改善を検討し、本人の残存機能を活用することが重要！！**

- 「やったことがない」や「やりたくない」という理由では算定できません！

 **本人ができること、できないこと、できそうなことをアセスメントすることが重要！**



STEP2 家族をアセスメント

 **家族がいれば基本的には家族に行ってもらおう！これが大原則！！家族へのアセスメントが重要！**

- 本人の聞き取りや家族の要望だけで判断していませんか！？

 **家族へのアセスメントを行い、役割を明確にしましょう！！**

- 同居家族がいる場合は原則算定できません！

 **別居でも、家族からの支援を望める場合は原則は家族に！！**

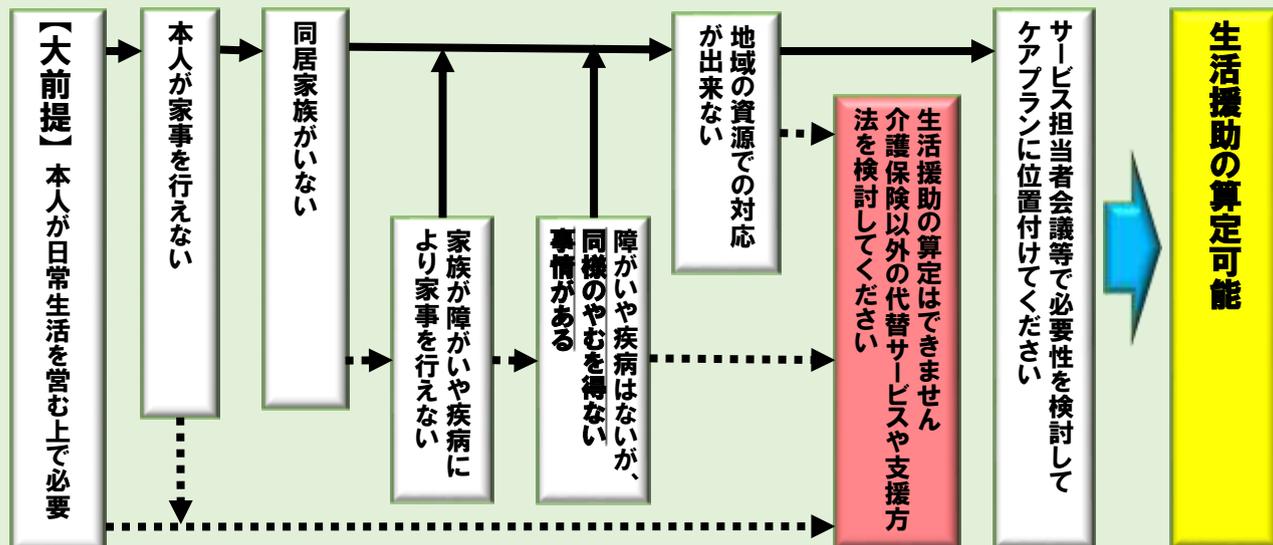
STEP3 地域資源をアセスメント

 **優先は社会資源！地域をアセスメントして地域資源を洗い出そう！！**

- 生活援助ありきのプランになっていませんか！？

 **食事であれば配食サービス、買い物であれば宅配サービス等の活用を検討しましょう！！**

生活援助算定のフローチャート



これらの検討プロセスは、第三者が見てもわかるよう記録しましょう！！

同居家族がいる場合の「やむを得ない事情」とは！？

～このようなケースが想定されます～

<介護負担により共倒れの危険性がある> <虐待により家事援助が見込めない>



同居家族とは！？

基本的には、同一敷地内に住んでいる親族を同居家族とします。

虐待の疑いがある場合は必ず高齢者支援センターに相談しましょう！

やむを得ない事情として算定する場合は、家族のアセスメントがより重要です！

家族のアセスメントを行いこのままだと「どのような生活環境の悪化」が見込まれるかを予測しましょう！

☑ 日中独居という理由だけだとやむを得ない事情にはなりません！どのような家事ができて、どのような家事ができないのかを明確にしましょう。「不在の時間帯に行う必要があるのか」も検討しましょう！

☑ やむを得ない理由で生活援助をケアプランに位置づけるときは、短期的に位置づけ、改善の方向に向けて働きかけを継続しましょう！！

生活援助の算定についての判断に迷ったときは！

☎ まずは事業所内で話し合い、サービス導入の妥当性を検討してください！

☎ それでも迷う場合は地域の主任ケアマネジャーや高齢者支援センターに相談しましょう！

一定以上の訪問介護(生活援助中心型)を位置付けた場合の届出について

- 一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、その利用の妥当性を検討し、訪問介護が必要な理由を記載したケアプランを市町村に届出する必要があります。

要介護1:27回 要介護2:34回 要介護3:43回 要介護4:38回 要介護5:31回

届出の流れ

居宅介護支援事業所

1 理由書（HP掲載）を作成する。訪問介護事業所に、現状についての書類（HP掲載）の作成を依頼する。

2 ケアプランの作成（変更）の翌月末までに、ケアプラン（1表から4表、6表、7表）、理由書等を介護保険課に提出する。

訪問介護事業所

2 ケアプランの作成（変更）の翌月末までに、現状についての書類を介護保険課に提出する。

保険者（町田市）



3 ①理由書等とケアプランの内容に整合性がとられているか ②ケアプランで一定回数以上の生活援助利用の妥当性を判断できるかを確認する（p.20参照）。

4 確認通知と現状についての書類を居宅介護支援事業所へ送付する。上記3の①又は②を確認できなかった場合には、居宅介護事業所へ連絡をする。内容によっては来庁してもらい検証の場を設ける。

生活援助の多いケアプランは、半年間で見直ししていきましょう！



厚労省の定める回数を超えてはいけないということではありません。超えることの必要性がケアプランに記載されており、利用の妥当性が判断できれば、市としてケアプランを是正するものではありません。



確認通知を受け取った後は

ケアマネジャーは、サービスを導入する段階で、それが利用者にとって適切かどうかを判断する必要があります。

本当にそのサービスが必要なのか、利用者だけではなく、家族等にもアセスメントを行きましょう。

そのうえで、届出が必要となった場合には速やかに提出をしてください。

(2) ショートステイ半数超えについて

ショートステイは原則、要介護認定有効期間の半数を超えて利用できません。ショートステイを利用する場合には、あらかじめ利用者や家族にも要介護認定有効期間の半数を超えられないことを説明しましょう。

でも、ショートステイが認定有効期間の半数を超えてしまう！！

基本的に認定有効期間の半数を超えてはいけないショートステイですが、やむを得ない場合については、市として認めている事例もあります。

やむを得ない場合とは？

- ① 虐待など緊急により在宅生活が望めない場合
- ② 主たる介護者が入院等で、長期でのショートステイを必要とした場合
- ③ 介護サービス等を調整しても在宅生活が困難であり、複数の施設で待機者となっている場合
- ④ 特養の入所待ちで、1ヶ月程度で入所ができる確約があり、早期解消が望める場合

と、基本的には、やむを得ない理由や突発的な出来事によるもの、または在宅生活を継続するために、サービス内容を見直しても難しく、複数の施設で待機者になっている、入所の優先順位が高く近々入所ができる場合に限ります。ここでいう施設には、特養だけではなく、グループホームや有料老人ホームも入ります。

ケアマネジャーの皆さんに対応してもらいたいこと！！

長期利用を前提としたショートステイのケアプランは計画しないでください。

1か月の半分以上ショートステイを利用することや、理由もなく利用することも、在宅のケアプランとしては適正ではありません。

家族の意向も大切かもしれませんが、しっかりと本人と家族のアセスメントを行い、申込可能な施設への申込みを行ったり、サービスの見直しを提案したりすることが、ケアマネジャーにとって重要な役割になります。

やむを得ずに超えてしまう。どうすれば...

まずは介護保険課に相談してください。

相談する目安としては、超えてしまう月の1か月前です。そのときに、どうして超えてしまうのか、他に手段がないのか、やれることはやったのかと質問させていただき、市でやむを得ない場合に該当するかどうかの判断を行います。その後、ケアマネジャー宛に申請書を送付しますので、ケアプランとともに、市に提出してください。提出後、市で申請書の内容等を確認し判断します。

最後に...

申請書はもれなく記入してください。申請の内容が不十分である場合は、申請書の書き直しを行ってまいりますので、ご注意ください。

また、今受け持っている利用者の中で、ショートステイの利用が多い方がいる場合は、ぜひこの機会に見直しをお願いします。



(3) 軽度者の福祉用具レンタルについて整理しよう!

福祉用具レンタルの縦覧審査を行っています

毎月、軽度者（要支援1・2、要介護1）の方の手続きが適正に行われているか審査を行っています。具体的には、認定調査時における調査票の結果から、市に届出書を提出して承認を受けていることなどを確認しています。

軽度者の福祉用具レンタルの届出方法

具体的な提出書類についてはホームページをご覧ください。



福祉用具貸与開始前に提出してください!

➡ 貸与開始前の届出が難しい場合は、貸与開始がわかった時点で、予め介護保険課までご一報ください。

認定申請中の場合は**暫定ケアプラン**で提出しましょう!

緊急でレンタルを開始する場合で、やむを得ない場合は**居宅サービス計画作成(変更)日から14日以内**に提出しましょう!

➡ 緊急でサービスを導入する必要がある場合は、暫定ケアプランで届出をしましょう。認定結果確認後、ケアプランに変更がなければ再度届出は必要ありません。

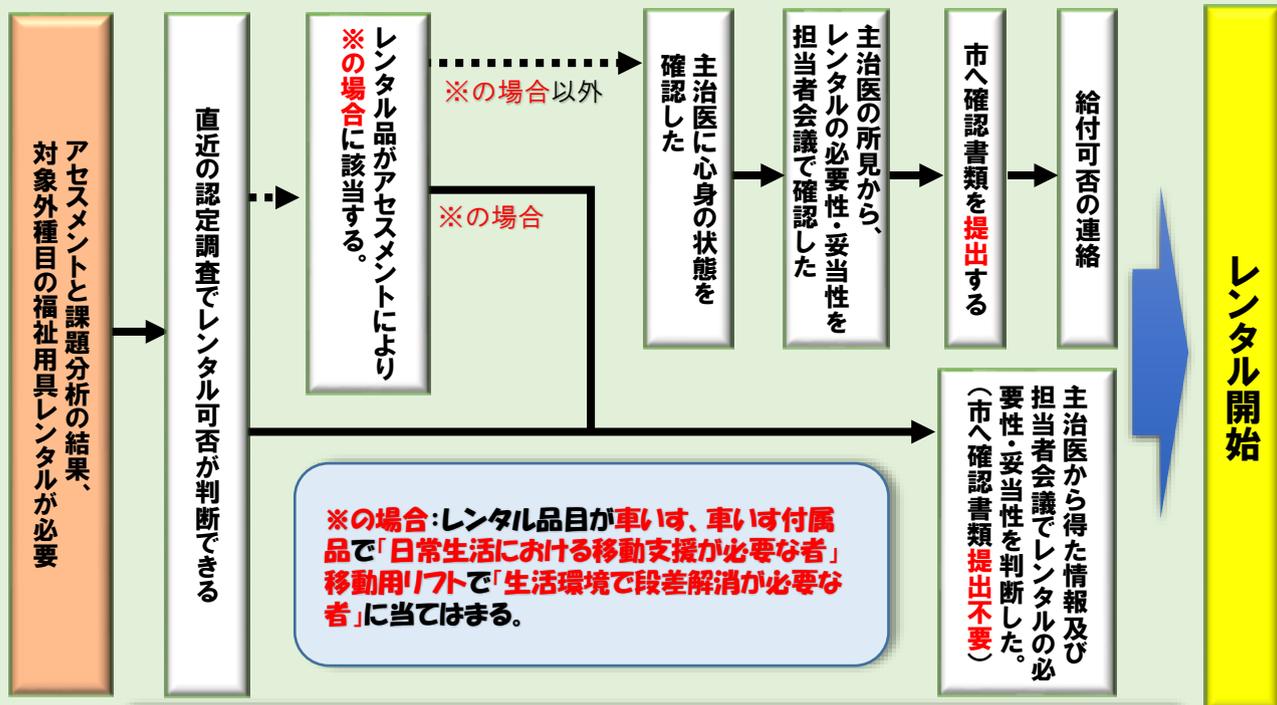
利用者が**更新・区変申請**をする場合や、**居宅支援事業者が変更**した場合は再度提出しましょう!

※詳細はホームページをご覧ください。

https://www.city.machida.tokyo.jp/iryo/kaigo/business/fukushiyogu/yogu_taiyo.html

どんな時に提出が必要なんだろう??

軽度者の福祉用具レンタルのフローチャート



これらの検討プロセスは、第三者が見てもわかるよう記録しましょう。

実際に提出する時は、こんなところに気をつけよう！！

CHECK1 主治医の医学的所見

主治医の医学的所見は、状態像について具体的に記載しましょう！

●単に「ベッドが必要」等の記述になっていませんか？

➡ 例外基準に相当する記述が**主治医の意見書**にない場合には、聴取や診断書等から確認しましょう！

例外基準に相当しないと、担当者会議で必要性を判断したとしても保険給付の対象となりません



重度の関節リウマチで、関節のこわばりが朝方に強くなるとか、時間帯によって、変化があるとか具体的に書かないとね

例外基準とは？

疾病その他の原因から
(1)状態が変動しやすい
(2)状態が急速に悪化している
(3)身体への重大な危険性又は重篤化の回避がある利用者等告示第31号のイに該当することをいいます。

CHECK2 暫定ケアプランについて

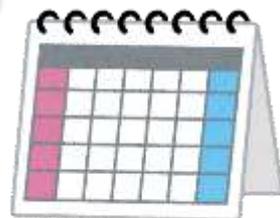
認定結果が出る前にサービス利用を開始する場合は暫定ケアプランが絶対！

●認定を持っている時と同様、ケアプランを作成して利用者・家族から同意を得ましょう！

➡ **ケアプランなしにサービス提供が行われることはありません！**

●保険給付が受けられないケースも出てくるということを説明しましょう！

➡ **認定結果が非該当の場合や認定前に資格喪失になった場合(死亡等)は注意！**



CHECK3 よくある間違い

自己負担が困難であることは例外給付の対象とはなりません。もう一度理由を確認しよう！

「転倒予防」「腰痛悪化」等だけでは適切なケアマネジメントから判断したと確認できません！
より具体的に必要性を話し合いましょう！

特殊寝台と付属品の必要性が「床からの立ち上がりが困難」「手すりがないと寝返り、起き上がりが困難」になっていませんか？

➡ これだと単なるベッドの必要性に…**特殊寝台の必要性**を考えよう！

主治医の意見確認日はサービス担当者会議より前です！

➡ **担当者会議は主治医の意見を踏まえて行うものです！**

話し合いから新たに見えてくることもあるわよね。

最後に！

レンタルの必要性は話し合いから！しっかりサービス担当者会議を行いましょう！

軽度者レンタルの届出が必要なのは、その人にとって必要以上の福祉用具を使ってしまうことで自立を妨げることがあってはならないからです。提出書類の中には、しっかりとサービス担当者会議を開いて話しているのか、不明確な書類も見られます。

よく必要性を話し合い、利用者のアセスメントに努めましょう！



(4)高齢者用住宅に入居している方の住宅改修と福祉用具購入・貸与

高齢者用住宅（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）に入居されている方が住宅改修や福祉用具の購入・貸与が必要な場合、どのようにしたらよいかという問い合わせが多くあります。そこで今回は、高齢者用住宅に入居している方に対する住宅改修と福祉用具購入・貸与について、町田市における介護保険給付の考え方を、整理しましょう。

特定施設入居者生活介護と他の居宅サービスは、原則併用できない

特定施設入居者生活介護を受けている間は、居宅療養管理指導を除き、他の居宅サービスに係る介護給付費について対象外となります。（平成12年老企第40号）

※必要な場合には事業者（有料老人ホーム等）が費用を負担することにより、他の事業者が行う居宅サービスを利用させることは差し支えないとしています。（平成12年老企第40号）

高齢者用住宅は設備が整っている

東京都は、有料老人ホームの設置に関して、「建物の設計に当たっては、高齢者が居住する住宅の設計に係る指針（平成13年国土交通省告示第1301号）及び東京都福祉のまちづくり条例（平成7年東京都条例第33号）を参考として、入居者の身体機能の低下や障害が生じた場合にも対応できるよう配慮すること」（東京都有料老人ホーム設置運営指導指針）と定めています。

また、国土交通省は、高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則において、「加齢対応構造等である構造及び設備の基準に準ずる基準」を定めています。

高齢者用住宅では、介護保険での住宅改修は想定していない

以上のことから、高齢者用住宅は、高齢者の利用に適した住宅であり、設備は住宅側で対応するとされています。したがって、介護保険での住宅改修は、町田市として想定しておりません。

※高齢者の身体の状況により特別な事情があると判断された場合は、住宅改修費の支給対象となる可能性があります。事前に市役所に相談してください。

介護保険での福祉用具購入・貸与の前に備品の確認

福祉用具貸与に関して、特定施設入居者生活介護を受けている間は、福祉用具貸与費の算定をしません。（平成12年厚労省告示第19号）

特定施設入居者生活介護を受けていない場合も、高齢者用住宅で福祉用具を用意しているのであれば、そちらを利用していただきたいと、町田市は考えております。

福祉用具の利用が必要であると判断された場合には、まずは、住宅の備品を確認してください。



すぐに住宅改修や福祉用具の購入・貸与に結びつけてはいけないうね

まずは高齢者用住宅の備品を確認してみましょう

住宅改修・福祉用具アドバイザーも活用しましょう！

<https://www.city.machida.tokyo.jp/iryu/kaigo/shurui/jukai.files/adtirasi.pdf>



(5) 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月に、居宅介護支援基準省令により、区分支給限度基準額の7割、かつ訪問介護の割合がサービス費の総額の6割以上となるケアプランを作成した事業所は、届出が必要となりました。ケアプラン検証について理解を深めていきましょう！

制度の目的

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して、区分支給限度基準額の利用割合が高く、かつ訪問介護の利用サービスの大部分を占める等のケアプランを作成する居宅介護支援事業者を事業所単位で抽出し、点検・検証することになりました。ケアマネジャーの視点だけでなく多職種で検討することで、必要に応じてケアプランの内容の再検討を促すことを目的としています。

なお、この制度は、サービスの利用を制限するものではありません。

介護保険最新情報
Vol. 1009も
確認しましょう！！

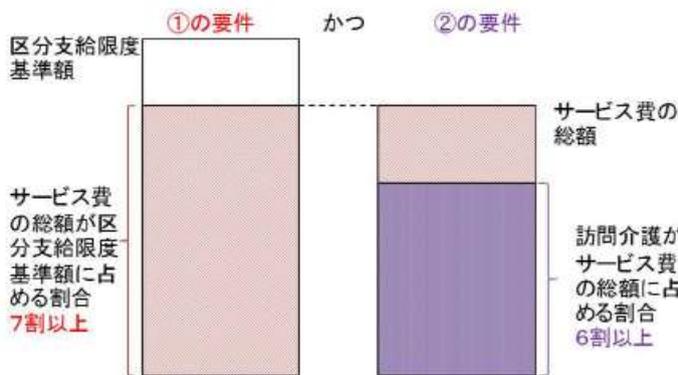


対象の抽出要件

抽出要件①・②のどちらにもあてはまる居宅介護支援事業所のうち町田市で指定したものが対象となります。

- ① 区分支給限度基準額の利用割合が7割以上
- ② 利用サービスの6割以上が「訪問介護サービス」

1. まずはケアマネ事業所単位で要件①・②に該当しているかを確認



2. 次に、要件①・②に該当しているケアプランを介護度別に1件ずつ以上を保険者が指定し、届出を求める

対象事業所の抽出と対象者の抽出の2つを行っています。

対象事業所の抽出

- ① 合計した事業所全体の区分支給限度基準額の利用割合が7割以上の事業所
- ② ①の内、サービスの利用割合の6割以上が「訪問介護サービス」の事業所

対象者の抽出

- ① 対象事業所の中で区分支給限度基準額の利用割合が7割以上のケアプラン
- ② ①の内、サービスの利用割合の6割以上が「訪問介護サービス」のケアプラン

届出書類・届出時期

届出が必要な場合は、町田市から個別に事業所にご連絡いたします。

【届出書類】

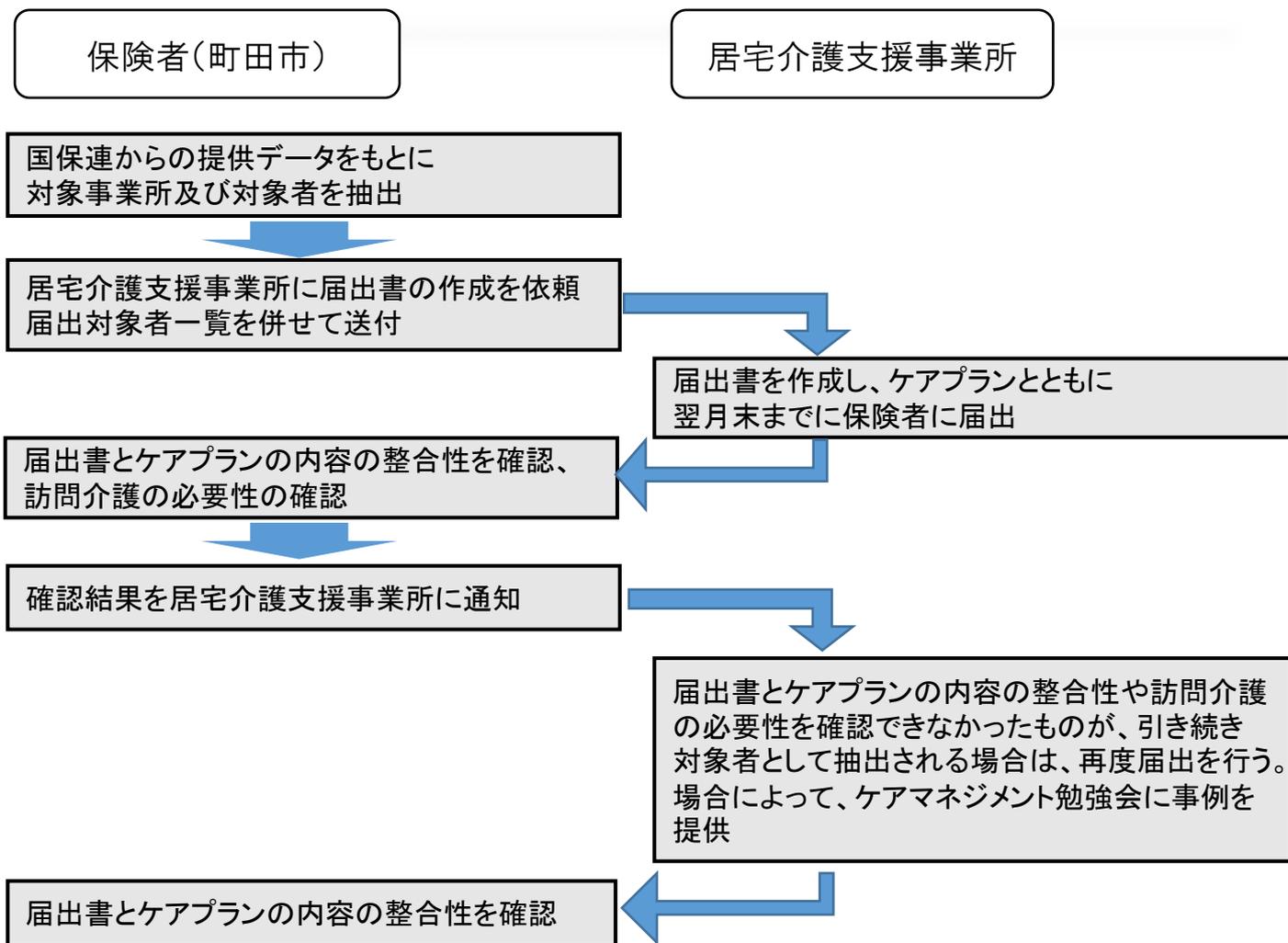
- 居宅サービス計画書(第1表～4表)
- ケアプラン検証における居宅サービス計画書等の届出書(町田市から送付)

※市から送付する届出対象者一覧に記載されている介護度別に1件ずつ届出が必要となります。

【届出時期】

- 通知を受領した翌月末までに町田市に提出

届出の流れ



サービスを位置付ける理由を第三者が見ても
わかるように記録に残しましょう。

届出をしたケアプランのほか、事業所内で同様・類似の
内容で作成しているケアプランについても見直しの再検
討を行いましょう。



5 その他

- (1) 総合事業におけるケアマネジメント様式
- (2) 総合事業のマネジメントの注意点
- (3) 居宅サービスについての注意事項
- (4) 居宅療養管理指導についての注意事項
- (5) 事業所加算について

(1)総合事業におけるケアマネジメント様式の使い分けについて

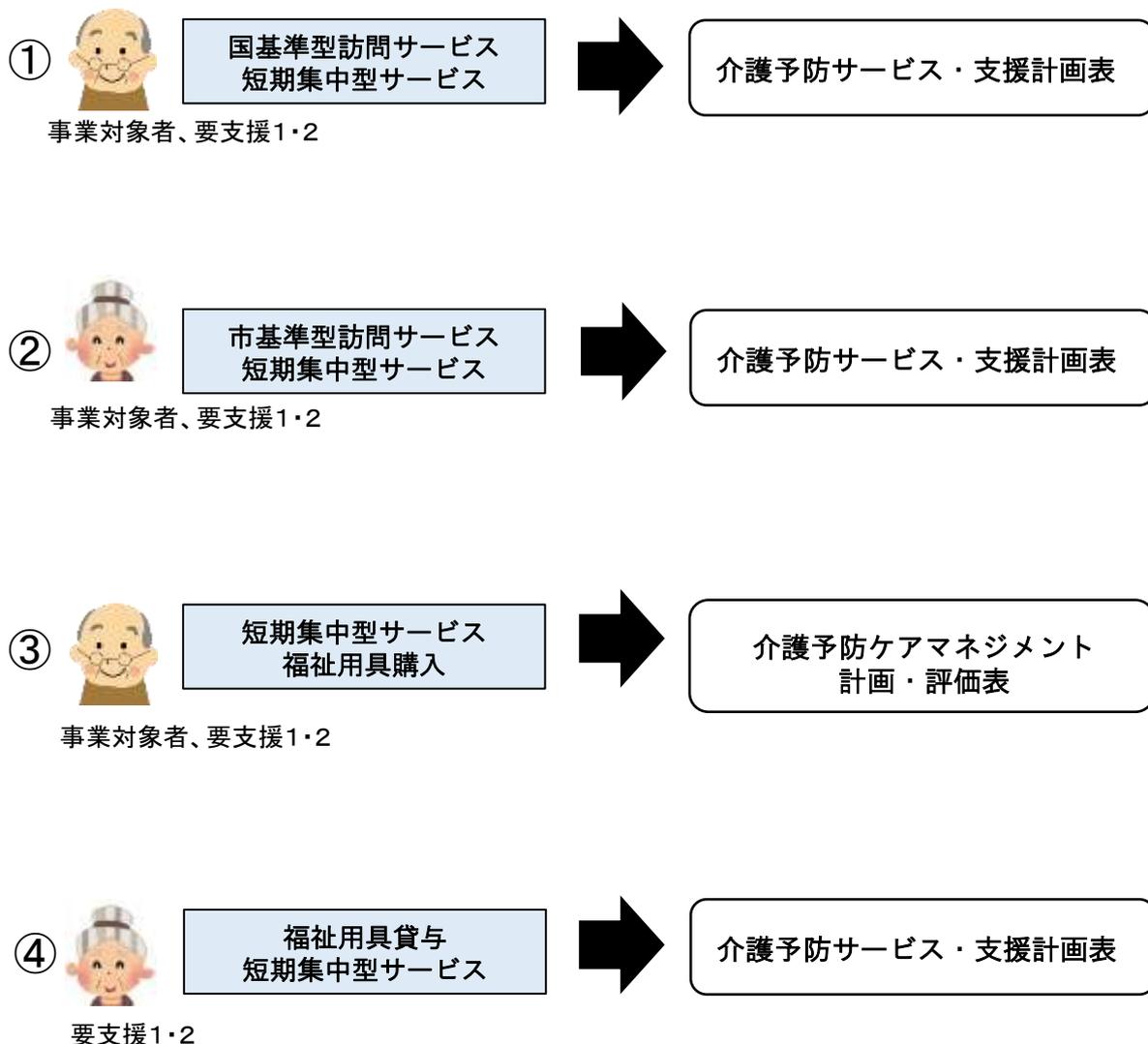
2017年4月から町田市介護予防・日常生活支援総合事業を実施しています。
町田市では、介護予防支援で使用している様式（介護予防サービス・支援計画表）と介護予防ケアマネジメントで使用している様式（介護予防ケアマネジメント計画・評価表）について、以下のとおり使い分けています。

利用サービスと使用する様式の整理

短期集中型サービス（サービス活動・C）や福祉用具購入、住宅改修、地域資源のみを利用する時にだけ、介護予防ケアマネジメント計画・評価表を使用します。

利用サービス

使用する様式



[STEP1] 現在の状態・本人及び家族の希望を記載

アセスメント領域ごとに日常生活の状況を記載し、その内容について、本人・家族の希望（認識と意向）も記載します

- ・自分で実施しているかどうか
- ・家族などの介助を必要とする場合はどのような介助のもとで実施しているのか等を確認します。
- また、本人及び家族の希望については、
 - ・機能低下を自覚しているかどうか
 - ・困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等について、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい」等と記載し、その理由についても記載します。

ポイント

生活機能が低下している行為に気づきを与え、改善や自立への意欲を引き出しましょう

[STEP2] 課題・背景・原因を記載

領域における生活上の課題とその背景・原因について記載します

- ・STEP 1 の内容
- ・利用者基本情報
- ・基本チェックリスト
- ・主治医意見書等

上記の情報をもとに健康状態、心理

- ・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状況等の観点から整理し、分析します。

現在の生活を続けることで起こり得る問題についての予後予測についても記載します。

ポイント

病名のみでの記載になっていませんか？

[STEP3] 目標とする生活を記載

本人がどのような生活を送りたいかについて、合意した目標を記載します

本人の価値観、生きがいや楽しみを十分に考慮し、本人が具体的なイメージをもてる内容を共に考え、記載します。

ポイント

本人の意欲に働きかけた目標になっていますか？目標は期間も意識して作成していますか？

[STEP4] 目標に向けた具体的提案と実施方針を記載

「目標とする生活」に向けた適切な支援計画を記載します

<記載する内容>

- ・実施方針
- ・自分で行う取組や家族の支援
- ・地域資源、インフォーマルサービス等（提供者・頻度）
- ・総合事業サービス（種別・提供者・頻度・期間）

ポイント

目標に向けた主体的な取組、できる事はできるだけ本人が行えるような内容になっていますか？

介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)計画・評価表		初回	紹介	継続	認定済	申請中	要支援1	要支援2	事業対象者
No.	利用者名	様	男	女	プラン作成者	事業所名			
認定年月日	<p>[STEP3] 本人がどのような生活を送りたいかについて、合意した目標を記載します</p> <p>本人の価値観、生きがいや楽しみを十分に考慮し、本人が具体的なイメージをもてる内容を共に考え、記載します。</p> <p>ポイント 本人の意欲に働きかけた目標になっていますか？目標は期間も意識して作成していますか？</p>								
計画作成(変更)日									
目標とする生活									
現在の状態・本人及び家族の希望	課題・背景・原因	目標に向けた具体的提案と実施方針 (自分で行うこと、利用サービス)	健康状態について						
<p>[STEP1] アセスメント領域ごとに日常生活の状況を記載し、その内容について、本人・家族の希望（認識と意向）も記載します</p> <p>・自分で実施しているかどうか</p> <p>・家族などの介助を必要とする場合はどのような介助のもとで実施しているのか等を確認します。</p> <p>また、本人及び家族の希望については、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・機能低下を自覚しているかどうか ・困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等について、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい」等と記載し、その理由についても記載します。 <p>ポイント</p> <p>生活機能が低下している行為に気づきを与え、改善や自立への意欲を引き出しましょう</p>	<p>[STEP2] 領域における生活上の課題とその背景・原因について記載します</p> <ul style="list-style-type: none"> ・STEP 1 の内容 ・利用者基本情報 ・基本チェックリスト ・主治医意見書等 <p>上記の情報をもとに健康状態、心理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状況等の観点から整理し、分析します。 <p>現在の生活を続けることで起こり得る問題についての予後予測についても記載します。</p> <p>ポイント</p> <p>病名のみでの記載になっていませんか？</p>	<p>[STEP4] 「目標とする生活」に向けた適切な支援計画を記載します</p> <p><記載する内容></p> <ul style="list-style-type: none"> ・実施方針 ・自分で行う取組や家族の支援 ・地域資源、インフォーマルサービス等（提供者・頻度） ・総合事業サービス（種別・提供者・頻度・期間） <p>ポイント</p> <p>目標に向けた主体的な取組、できる事はできるだけ本人が行えるような内容になっていますか？</p>	<p>この3ヶ月間に1週間以上の入院</p> <p>あり ・ なし</p> <p>かかりつけの医師等から日常生活で制限されていること</p> <p>あり ・ なし</p> <p>ありの場合記入</p> <p>重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)</p> <p>あり ・ なし</p> <p>その他、留意点 (主治医意見書・健診結果、観察結果を踏まえた留意点)</p>						
【計画書に関する同意】 上記計画について、同意します。	年 月 日	年 月 日	年 月 日						

この様式は、地域活動団体型サービス(サービスB)や短期集中型サービス(サービスC)、地域資源、インフォーマルサービスのみを利用する場合に使用します。



(2)総合事業のマネジメントの注意点

ここでは、介護予防ケアマネジメントで特に注意いただきたい点について、皆さまからよく疑問としてお問い合わせをいただくものをまとめています。ご確認ください。

ケアプランの期間の定め方って？

ケアプランの期間については、介護予防支援と同様、**介護予防・自立支援の観点及び利用者の状態や目標**などをふまえ、適切な期間で作成してください。目安として**6か月から1年**が考えられます。（ただし、認定の有効期間を超えるケアプランの作成は不可となります。）

なお、総合事業の短期集中型サービス（サービスC）を利用する場合は、当サービスが3か月間の提供となるため、それに合わせたケアプランとなります。

総合事業では日割り算定の事由に変更がある？

予防給付サービスでは、区分変更やサービス事業者の変更等に基づく日割り算定がありますが、総合事業の介護事業者が提供するサービス（国基準型と市基準型の訪問・通所サービス）では、これらに加えて、「利用者との契約開始」「利用者との契約解除」が事由として追加されました。

それぞれ、「契約日」が開始日、「契約解除日」が終了日となります。

委託を受けた時の注意点は？

基本的な流れはこれまでの介護予防支援の委託を受けた場合と同様です。ただし、介護予防ケアマネジメント計画・評価表を使用した時は、評価が終了するまでは原本を居宅介護支援事業所にて保管し、高齢者支援センターでコピーを保管します。

他市の事業所を利用できる？

総合事業は市区町村の事業です。他市の事業者が町田市の被保険者の受入れをするためには、町田市から事業所の指定※を受ける必要があります。

※指定を受けるために、事前相談や必要書類の提出及び審査の時間が必要であり、最短で4か月ほどかかります。

住所地特例の人はサービスを利用できる？

他市区町村の被保険者であっても、町田市の施設に住所地特例対象者として入居している場合は、町田市から指定を受けた事業所のサービスが利用できます。

事業対象者の認定日・有効期間開始日は？

認定日は「基本チェックリスト実施日」、有効期間開始日は届出書の「開始又は変更年月日」です。また、事業対象者には有効期限がありません。

その人らしい生活の実現に向けて効果的なケアマネジメントを行い、自立の促進や重度化防止を目指しましょう！



(3) 居宅サービスについての注意事項

- 居宅サービスを利用していない月は、居宅介護（予防）支援費（計画費）を請求できません。総合事業のみを利用している場合は、介護予防支援費ではなく、介護予防ケアマネジメント費を請求してください。
- 施設入所者は入所中、原則居宅サービスを併用できません。施設入所者にはショートステイ、介護付き有料老人ホーム、グループホームに入所している方を含みます。
- 病院に入院中は、居宅サービスを利用できません。

例えば・・・

- ・入院中に福祉用具貸与費を請求できません。
- ・病院から自宅に外泊している場合でも、居宅サービスを利用できません。

(4) 居宅療養管理指導についての注意事項

- 居宅療養管理指導は受給できる回数を超えて請求できません。また、同一の内容を同月に複数事業所で算定できません。

- ・医師又は歯科医師：それぞれ月2回まで
- ・病院又は診療所の薬剤師：月4回まで（薬局の薬剤師は月8回、がん末期患者及び中心静脈栄養を受けている方は週2回かつ月8回まで）
- ・歯科衛生士、管理栄養士：月4回まで

同月に複数事業所で
請求しているケース
が多いのよね・・・



- 次の場合、居宅療養管理指導費（Ⅰ）ではなく、居宅療養管理指導費（Ⅱ）で請求してください。

- ・医療保険で在宅時医学総合管理料（在医総管）を算定する場合
- ・医療保険で施設入居時等医学総合管理料（施医総管）を算定する場合

(5) 事業所加算についての注意事項

【訪問看護】

- ターミナルケア加算、緊急時訪問看護加算、特別管理加算は同月に複数事業所で算定できません。
- 退院時共同指導加算と初回加算は併用できません。

【居宅介護支援】

- 退院・退所加算と初回加算は併用できません。
- 居宅介護支援の初回加算を算定できるのは次の場合です。

- ① 新規ケアプラン作成
- ② 要支援から要介護に変わったケアプラン作成
- ③ 介護度が2区分以上変更したケアプラン作成
- ④ 2か月以上居宅介護支援費を算定していない場合



制度改革

- ・2018年改正
- ・2021年改正
- ・2024年改正

2018年度制度改正

平成30年度介護報酬改定（制度改正）では、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進し、改定率は全体で+0.54%となりました。

地域包括ケアシステムの推進

中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

多様な人材の確保と生産性の向上

人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

そこで今回は、制度改正によりケアマネジャーの皆さんが特に関わる部分を整理していきましょう。

居宅介護支援事業所の管理者要件の見直し

主任ケアマネジャーが管理者要件に

人材育成の取組を促進するため、居宅介護支援事業所の管理者は主任ケアマネジャーであることが要件になりました。（2021年3月31日までの経過措置期間あり）

主任ケアマネジャーになるには、東京都での研修修了が必要であり、研修を受講するには、東京都の受講要件を満たした上で、市での推薦が必要になります。

市の推薦にあたっては、

- ・ケアマネジメントの質の向上・担保を図るため、今後も選考を行います。
- ・主任ケアマネジャーの役割を理解した上で、ケアマネジャーの指導・助言を行うことができ、町田市の事業にご協力いただける方を推薦します。

訪問介護（生活援助中心型）の位置づけについて

通常よりかけ離れた回数の訪問介護は見直しの検討を

自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、ケアマネジャーが、通常のケアプランよりかけ離れた回数※の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、その利用の妥当性を検討し、訪問介護が必要な理由を記載したケアプランを市町村に届出する必要があります（2018年10月から施行。10月以降に作成又は変更したケアプラン）。提出先や提出方法に関してはp.22を参照してください。

※要介護1：27回 要介護2：34回 要介護3：43回 要介護4：38回 要介護5：31回

生活援助の回数の多いものであっても、真に必要なものであれば、必ずしも不相当ではありませんが、現段階で該当しているものについては、利用者への説明と、サービス内容の見直しの検討をお願いします。その際、地域資源へも目を向けてみてください。

医療サービス利用の希望者のケアプランは主治医等に交付を

ケアマネジャーは、利用者が医療サービスを希望している場合、利用者の同意を得て、意見を求めた主治医等に対してケアプランを交付しなければなりません。

なお、利用者の同意の取り方は、重要事項説明書等に追記するか、経過記録に同意を得た記録を残しておくことが望ましいです。

また、サービス事業所等から提供を受けた利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報や、ケアマネジャー自身が把握した状態等で、主治医等の助言が必要であるとケアマネジャーが判断したものについて、主治医等に提供する必要がある。

提供する情報の具体例

- ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
- ・薬の服用を拒絶している
- ・口臭や口腔内出血がある
- ・食事量や食事回数に変化がある
- ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない
- ・使いきらないうちに新たに薬が処方されている
- ・体重の増減が推測される見た目の変化がある
- ・下痢や便秘が続いている

入院時情報連携加算でのケアマネサマリーの活用

迅速な情報提供にケアマネサマリーの活用を

入院時情報連携加算の算定にあたり、7日以内の情報提供（訪問による）⇒3日以内の情報提供（提供方法問わない）と、より迅速な医療・介護連携が求められるようになりました。しかし、口頭でのやりとりがない方法で情報提供を行った場合には、相手方が受け取ったことを確認するとともに、確認したことについての記録が必要になります。

よって、情報提供の際には、原則、訪問によるケアマネサマリーをご活用ください。

契約時の説明

文書交付・口頭説明のみでなく、必ず署名を

利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、ケアマネジャーは、

- ・ケアプランに位置付けるサービス事業所について、利用者は複数の事業所の紹介を求めることが可能であること
- ・その事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること

の説明が義務になり、違反した場合は報酬が減額になります（所定単位数の50/100に相当する単位数（運営基準減算））。

利用者や家族への説明は、文書の交付に加えて口頭でも行い、それを理解したことについて署名を得る必要があります。

また、利用者が医療機関に入院する際に入院先と連携を図るため、利用者や家族に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名や連絡先を入院先に提供するようあらかじめ依頼しておく必要があります。

入院先へ渡しやすいよう、ケアマネの名刺、介護と医療の被保険者証と一緒に保管してもらうようにしましょう！

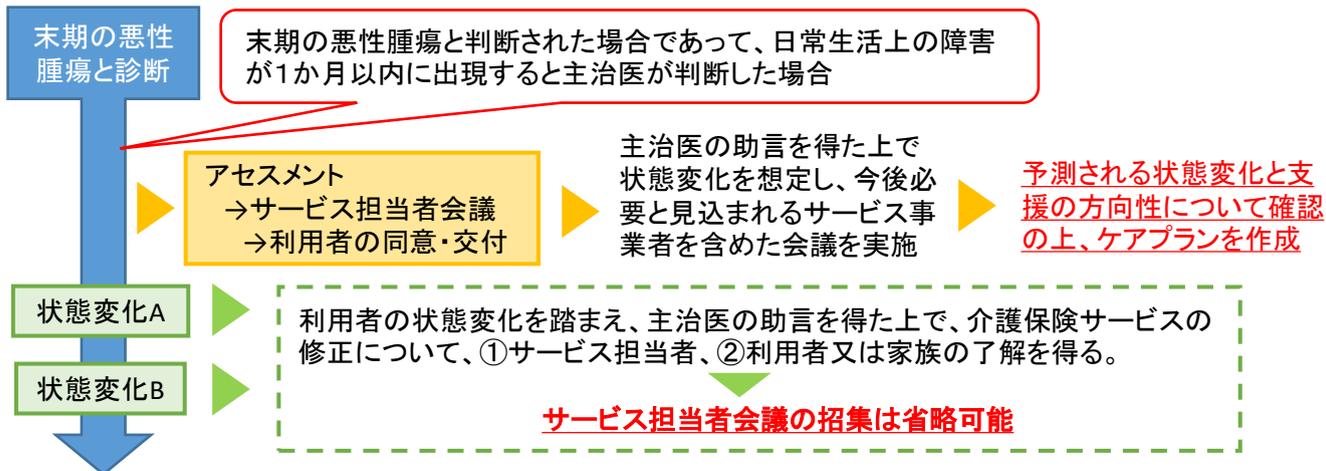


末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメントプロセスの簡素化

初回の担当者会議の開催は必要です

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治医の助言を得ることを前提として、担当者に対する照会等により意見を求めることで、ケアマネジメントプロセスの簡素化を図れます。ここでいう主治医とは、利用者の最新の心身の状態、受診中の医療機関、投薬内容等を一元的に把握している医師のことです。

なお、初回のサービス担当者会議の開催は必要です。



居宅療養管理指導におけるケアマネジャーへの情報提供

利用者の状態に変化がない場合にも、情報提供を

医師、歯科医師又は薬剤師による居宅療養管理指導について、ケアマネジャーへの情報提供は必要ですが、月に複数回行う場合であっても、情報提供は毎回行うことが必要です。なお、利用者の状態に変化がなければ、変化がないことの情報提供や、利用者や家族に対して往診時に行った指導・助言の内容の情報提供を受けてください。

理学療法士等による訪問看護での、訪問看護費の算定について

予定されていた訪問看護の場合のみ算定可能です

理学療法士等による訪問看護において、少なくとも3か月に1回程度は当該事業所の看護職員が訪問する必要があります。看護職員による訪問については、必ずしもケアプランに位置づけ、訪問看護費の算定までを求めるものではありません。

訪問看護費の算定が想定されるのは、以下に該当する場合です。

- ① 目標達成のために必要な支援であるとケアマネジャーが判断し、サービス担当者会議で妥当性が確認されているサービスが行われること（単なるモニタリングではない）。
- ② その内容を利用者や家族に説明し、同意を得ていること。
- ③ 予定された支援であり、実績によって追加されるものではないこと。
- ④ 2か所以上の事業所が同一内容の支援を行う場合、複数の事業所が行う必要性（根拠）が明らかであること。



なるほど、看護職員が訪問したからといって、訪問看護費を算定できるものではないのね

2021年度制度改正

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、2040年も見据えながら、「地域包括ケアシステムの推進」、「自立支援・重度化防止の取組の推進」、「介護人材の確保・介護現場の革新」、「制度の安定性・持続可能性の確保」を図ることを目的に、令和3年度報酬改定（制度改正）が行われました。

感染症や災害への対応力強化

感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築

地域包括ケアシステムの推進

住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進

自立支援・重度化防止の取組の推進

制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進

介護人材の確保・介護現場の革新

喫緊・重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応

制度の安定性・持続可能性の確保

必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図る

今回は、制度改正によりケアマネジャーの皆さんが特に関わる部分（上記の地域包括ケアシステムの推進）を整理していきます。

契約時の説明

文書の交付、口頭での説明、理解したことについて署名を得ることが必須

利用者に提供される

- ・ サービス種類
- ・ サービス事業所

が不当に偏ることなく、公正中立性を図る観点から、居宅介護支援の提供の開始にあたっては、

- ①前6か月間（※）に事業所が作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合
- ②前6か月間（※）に事業所が作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの、同一事業所によって提供されたもの（※2）の割合（上位3位まで）

（※）9月1日から2月末日、もしくは、3月1日から8月末日のうち、直近のもの

（※2）同一事業所が一人の利用者に複数回提供しても、回数は1としてカウント

①・②を、文書の交付及び口頭で丁寧な説明を行い、理解したことについて署名を得る必要があります。ただし、割合の集計や出力の対応が難しい場合においては、5月以降のモニタリング等の際に説明を行うことでも差し支えありません。なお、3月以前に契約を結んでいる利用者については、次のケアプランの見直し時に説明を行うことが望ましいです。

割合のデータは、半年ごとに更新する必要がありますということね。



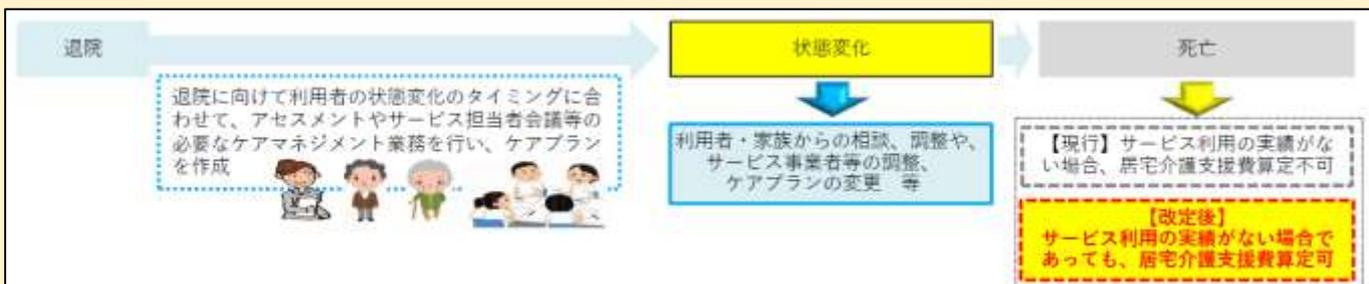
看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等に係る評価

必要なケアマネジメントと書類の整備を行うことで、請求可能

退院・退所前に利用者が死亡した場合で、
医師が、**医学的初見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者**については、

- ・必要なケアマネジメントを行い、
- ・請求にあたって必要な書類の整備（給付管理票の作成など）を行っている場合は、
居宅介護支援費を請求することができます。

請求する場合は、支援経過記録などに記録を残しておく必要があります。



厚生労働省資料「令和3年度介護報酬改定における改定事項について」 p.55の抜粋

医療機関との情報連携の強化

通院時情報連携加算の創設

利用者が病院または診療所で医師の診察を受ける際に、介護支援専門員が同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録した場合は、

通院時情報連携加算（50単位。利用者1人につき月1回を限度）

を算定できます。

なお、介護支援専門員が診察に同席する場合は、利用者の同意を得た上で、医師等と連携を行うことが必要です。

介護予防支援の充実

委託連携加算の創設

介護予防支援事業所が居宅介護支援事業所に委託を行いやすい環境の整備を進める観点から、利用者に係る必要な情報を提供し、ケアプランの作成等に協力した場合、委託を開始した日の属する月に限り、

委託連携加算（300単位。利用者1人につき1回を限度。委託先が変わった場合は算定可能）

を算定できます。

なお、加算を算定した場合は、加算を勘案した委託費の設定を行うことが必要です。

逓減制の見直し

情報通信機器等の活用または事務職員の配置で逓減制の適用が変わります

居宅介護支援費の逓減性の適用について、
情報通信機器等の活用、または事務職員の配置を行うことで、

介護支援専門員1人あたりの取扱件数が40件以上ではなく、45件以上になります。

情報通信機器等とは、ケアマネジメント業務の負担軽減や効率化に資するもので、
・事業所内外や利用者の情報を共有できるチャット機能のアプリケーションを備えたスマートフォン

・訪問記録を随時記載できる機能（音声入力も可）のソフトウェアを組み込んだタブレットなどが挙げられます。

事務職員とは、ケアマネジメント業務の負担軽減や効率化に資する職員ですが、勤務形態は常勤でなくても差し支えありません。

また、事業所内の配置ではなく同一法人内の配置でもかまいませんが、常勤換算で介護支援専門員1人あたり、ひと月24時間以上の勤務が必要です。

特定事業所加算に要件追加

多様な主体により提供されるサービスを検討すること

特定事業所加算の要件に、

「必要に応じて、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が、包括的に提供されるようなケアプランを作成していること」

が追加されました。

「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」とは、介護給付等対象サービス以外の、

・老人介護支援センターにおける相談援助及び市町村が一般施策として行う配食サービス
・地域の住民による見守り、配食、会食などの自発的な活動によるサービス

などが挙げられます。

事業所の全てのケアプランにおいて、「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」を一つも位置付けなかった場合は、その理由を説明できるよう、記録に残しておくことが望ましいです。

退院・退所時のカンファレンスにおける福祉用具相談員等の参加促進

福祉用具貸与が見込まれる場合のカンファレンスに参加

退院・退所加算の算定で求められるカンファレンスについて、
退院・退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合においては、
必要に応じ、

・福祉用具専門員相談員
・居宅サービスを提供する作業療法士等
が参加してください。

制度改正についてわからないことがあったら、①厚生労働省のホームページ、
②東京都のホームページ、③町田市のホームページを確認しましょう！



2024年度制度改正

人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、下記の4点を基本的な視点として令和6年度報酬改定（制度改正）が行われました。

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進

3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進

4. 制度の安定性・持続可能性の確保

介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築

今回は、制度改正によりケアマネジャーの皆さんが特に関わる部分を整理していきます。

居宅介護支援における特定事業所加算の見直し

加算の算定要件などが変わります

多様化・複雑化する課題への対応を促進したり、事業所の手間を軽減するために居宅介護支援の特定事業所加算の算定要件などが変わります。

<変更点>

- ①「ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等、他制度に関する知識等に関する事例検討会、**研修等**に参加していること」が算定要件に追加されます
- ②下記は居宅介護支援事業所の業務と**兼務**が可能です
 - ・介護予防支援の提供
 - ・地域包括支援センターの委託を受けて総合相談支援事業を行うこと
- ③算定要件から**運営基準減算**の要件がなくなります
- ④ケアマネジャー1人当たりの利用者数が**45名未満**※になります

※居宅介護支援費（Ⅱ）を算定している場合は50名未満

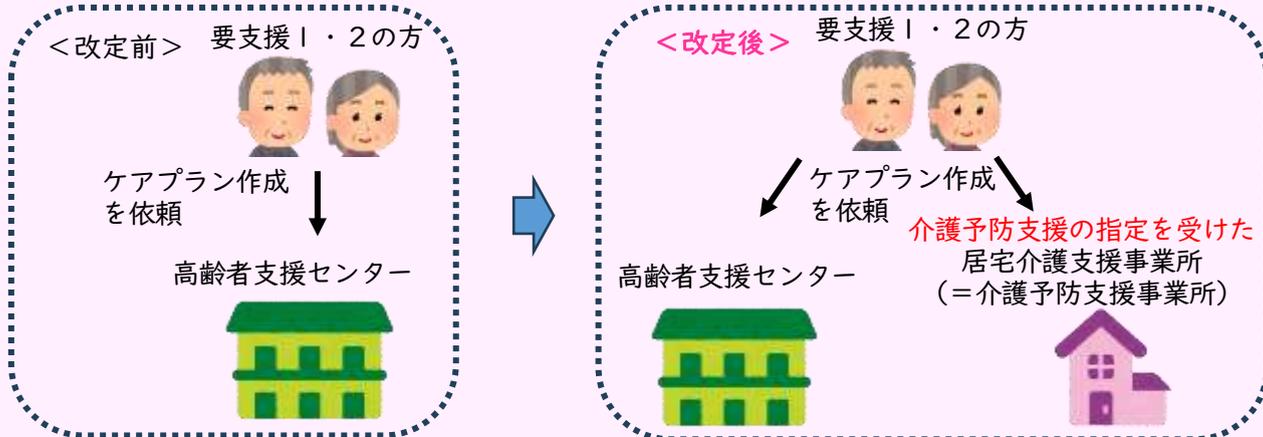


介護予防支援の取扱い

居宅介護支援事業所も介護予防支援の指定を受けられます

介護予防支援費（Ⅱ）（472単位）が新設され、居宅介護支援事業所も市から指定を受けて介護予防支援を実施できるようになりました。※

指定を受ける場合の人員の配置は、介護支援専門員のみでの配置で事業を実施することが可能で、管理者は主任介護支援専門員とし、業務に支障がなければ居宅介護支援事業所の業務と兼務が可能です。



※介護予防ケアマネジメントを実施することはできません。

他のサービス事業所との連携によるモニタリング

テレビ電話などでのモニタリングが可能です

人材の有効活用や、他業種連携促進の観点から、下記の条件を満たすと、オンラインでのモニタリングが可能になりました。

- ①文書により利用者の同意を得ること。
- ②サービス担当者会議等で**主治医、担当者その他の関係者**から次の合意を得ていること。
 - ・利用者の**状態が安定**していること。
 - ・利用者がテレビ電話装置等を介して**意思疎通ができる**こと。
（家族のサポートがある場合も含む）
 - ・オンラインでのモニタリングで収集できない情報は、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること。
- ③**2月に1回**（介護予防支援の場合は6月に1回）は**利用者の居宅を訪問**すること。



入院時情報連携加算の見直し

入院から情報提供を行うまでの期間が変わります

迅速な情報連携を促進するために、情報提供を行うまでの期間が短くなりました。

<改定前>

入院時情報連携加算（Ⅰ）200単位/月
↳入院から3日以内に必要な情報を提供

<改定後>

入院時情報連携加算（Ⅰ）**250**単位/月
↳**入院した日のうちに**必要な情報を提供

入院時情報連携加算（Ⅱ）100単位/月
↳入院から7日以内に必要な情報を提供

入院時情報連携加算（Ⅱ）**200**単位/月
↳**入院した日の翌々日まで**に情報を提供

通院時情報連携加算の見直し

歯科医師の診察への同席も加算の対象となります

利用者の口腔衛生の状況等を適切に把握し、医療と介護の連携を強化した上でケアマネジメントの質の向上を図る観点から、加算の要件が見直されました。

<改定前>

利用者が病院又は診療所において
医師の診察を受けるときに同席

<改定後>

利用者が病院又は診療所において
医師又は**歯科医師**の診察を受けるときに同席

ターミナルケアマネジメント加算等の見直し

末期の悪性腫瘍の制約がなくなり、特定事業所医療介護連携加算が変わります

自宅で最期を迎えたいと考えている利用者の意向を尊重する観点から、加算の要件が見直されました。

○ターミナルケアマネジメント加算

<改定前の対象>

在宅で死亡した利用者へのケアマネジメント
(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)

<改定後の対象>

在宅で死亡した利用者へのケアマネジメント
※終末期の医療やケアの方針に関する本人・家族の意向を把握すること

○特定事業所医療介護連携加算

<改定前>

前々年度の3月から前年度の2月までの間に
ターミナルケアマネジメント加算を**5回以上**
算定していること

<改定後の対象者>

前々年度の3月から前年度の2月までの間に
ターミナルケアマネジメント加算を**15回以上**
算定していること

高齢者虐待防止の推進

必要な措置が講じられていない場合、基本報酬が減算になります

利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、高齢者虐待の発生や、再発を防止するための措置が講じられていない場合、基本報酬が減算となります。

<必要な措置>

- ・虐待防止について検討する**委員会を定期的**に開催する
 - ▶その結果を従業者に周知徹底する
- ・虐待の防止のための**指針を整備**する
- ・従業者に対し、虐待の防止のための**研修を定期的**に実施すること
- ・上記措置を適切に実施するための**担当者**を置くこと。



身体的拘束等の適正化の推進

運営基準に以下を規定します

- ・利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないこと。
- ・身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入

レンタルと購入を選択できるようになります

利用者の負担を軽減するために、一部の福祉用具が貸与と販売を選択できるようになりました。

<対象>

- ・固定用スロープ
- ・歩行器（歩行車を除く）
- ・単点杖（松葉づえを除く）
- ・多点杖

【貸与と販売の選択に伴う判断体制・プロセス】

選択制の対象福祉用具の提供に当たり、福祉用具専門相談員又は介護支援専門員は、利用者に対し、以下の対応を行う。

- ・貸与と販売のいずれかを利用者が**選択できることの説明**
- ・利用者の選択に当たって**必要な情報の提供**
- ・**医師や専門職の意見**、利用者の身体状況等を踏まえ提案

貸与・販売後は、福祉用具専門相談員によるモニタリングやメンテナンスが行われるようにしてください。



ケアプラン作成に係る「主治の医師等」の明確化

入院中の医療機関の医師を「主治の医師等」と書けることが明文化されました

退院後早期に介護保険のリハビリテーションを開始できるように、ケアプランに通所リハ・訪問リハを位置付ける際に意見を求める「医師等」に、入院中の医療機関の医師が含まれることが明確化されました。

<指定居宅介護支援の具体的取扱方針>

～前略～

ここで意見を求める「主治の医師等」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。特に、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションについては、医療機関からの退院患者において、退院後のリハビリテーションの早期開始を推進する観点から、入院中の医療機関の医師による意見を踏まえて、速やかに医療サービスを含む居宅サービス計画を作成することが望ましい。（後略）

公正中立性の確保のための取組の見直し

契約時の説明が一部努力義務になります

業務負担の軽減を目指し、下記の2点は契約時の利用者への説明が義務から努力義務になります。

- ・前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護及び福祉用具貸与の各サービスの割合
- ・前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護及び福祉用具貸与の各サービスにおける、同一事業者によって提供されたものの割合

テレワークの取扱い

テレワークの取扱いが明確化されました

管理者を除き、これまでテレワークの取扱いが明確化されていみせんでしたが、管理者以外の各職種の従業者についても、個人情報適切に管理していること、利用者の処遇に支障が生じないこと等を前提に、テレワークができるようになります。ただし、職種や業務ごとに取扱いが異なります。

▶詳細は介護保険最新情報vol.1237に記載

介護支援専門員1人当たりの取扱件数(報酬)

これまでより多くの利用者を担当することが可能です

居宅介護支援事業所を取り巻く環境の変化を踏まえ、居宅介護支援費の内容が見直されました。

<取扱件数>

居宅介護支援費 (I) (i) 40未満 ⇒ 45未満
居宅介護支援費 (I) (ii) 40～60未満 ⇒ 45～60未満

居宅介護支援費 (II) (i) 45未満 ⇒ 50未満
居宅介護支援費 (II) (ii) 45～60未満 ⇒ 50～60未満

<居宅介護支援費 (II) の算定要件>

《改定前》
ICT機器の活用 ⇒ 《改定後》
ケアプランデータ連携システムの活用
または事務職員の配置 及び事務職員の配置

<指定介護予防支援の提供を受ける利用者数の取扱件数>

《改定前》
2分の1換算 ⇒ 《改定後》
3分の1換算



介護支援専門員1人当たりの取扱い件数(基準)

事業所に最低限必要なケアマネジャーの人数が変わります

<改定前> 利用者35人に対して1人 → <改定後> 利用者44人に1人
(介護予防支援の場合は利用者の人数に1/3を掛けた値)

※下記の条件を満たした場合は、利用者49人に1人

- ・ケアプランデータ連携システムを利用している
- ・事務員を配置している

同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント

居宅介護支援事業所と同じ敷地内に利用者が住んでいる場合、報酬が変わります

ケアマネジャーが利用者宅へ訪問する手間も介護報酬に含まれていることを鑑み、利用者宅と事業所が同じ敷地にある場合や、多くの利用者が同じ建物に入居している場合の報酬が見直されました。

同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント

所定単位数の95%を算定

<対象>

- ・指定居宅介護支援事業所の所在する建物と同一の敷地内、隣接する敷地内の建物又は指定居宅介護支援事業所と同一の建物に居住する利用者
- ・指定居宅介護支援事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物(上記を除く。)に居住する利用者

業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入

感染症や災害へ備えた計画を策定していないと減算の対象となります

感染症や災害が発生しても必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画の策定の徹底していく必要があります。感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合は基本報酬が減算になります。

業務継続計画未実施減算

- ・施設・居住系サービス：所定単位数の100分の3に相当する単位数を減算
- ・その他のサービス：所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算

※居宅介護支援事業所は、令和7年3月31日までの間は経過措置となり減算を適用しません。

<要件>

- ・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定すること
- ・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。

全サービス共通の改定事項

○人員配置基準における両立支援への配慮

「治療と仕事の両立ガイドライン」に沿って事業者が設ける短時間勤務制度等を利用する場合にも、週30時間以上の勤務で「常勤」として扱うことが認められます。

○管理者の責務及び兼務範囲の明確化等

管理者が兼務できる事業所の範囲について、管理者がその責務を果たせる場合には、同一敷地内における他の事業所、施設等ではなくても差し支えない旨を明確化されました。

○いわゆるローカルルールについて

都道府県及び市町村に対して、人員配置基準に係るいわゆるローカルルールについて、あくまでも厚生労働省令に従う範囲内で地域の実情に応じた内容とする必要があることが示されました。

○「書面掲示」規制の見直し

事業所の運営規程の概要等の重要事項等をウェブサイトに掲載・公表する必要があります。

※令和7年度から義務付け

義務や算定要件等のまとめ

	義務が生じる	運営規程記載	加算要件変更	研修開催	委員会開催	計画・指針等作成
居宅介護支援における特定事業所加算の見直し			○			
入院時情報連携加算の見直し			○			
通院時情報連携加算の見直し			○			
ターミナルケアマネジメント加算等の見直し			○			
業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入	○	△ (義務はないが望ましい)				○
高齢者虐待防止の推進		○		○	○	○
身体的拘束等の適正化の推進		△ (義務はないが望ましい)				○
公正中立性の確保のための取組の見直し	○(※)					
同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント			○			
「書面掲示」規制の見直し	○					

(※)義務が努力義務に変更

お役立ち情報掲示板

主任介護支援専門員の在籍確認について

町田市では、市内の事業所に在籍する主任介護支援専門員の把握を行うため、毎年4月1日時点での在籍確認届の提出をお願いしています。また、年度途中に変更があった場合には、在籍状況変更届の提出をお願いしています。（様式はともに町田市トップページ>医療・福祉>介護保険>事業者の方へ>町田市主任介護支援専門員について）

なお、主任介護支援専門員の更新が2016年度から始まり、更新には市からの推薦が必要となるため、あらかじめ市へ届出がない方は、推薦ができない場合がありますのでご注意ください。

住宅改修点検・福祉用具点検にご協力ください。

町田市では、住宅改修や福祉用具の利用がある利用者の自宅に訪問し、利用者・家族へのヒアリング等を行うことで、住宅改修・福祉用具の内容が身体や家屋の状況に適しているかを確認しています。

ケアマネジャーには、利用者への事前説明や訪問日程の調整をお願いしています。また、当日立ち会っていただき、住宅改修・福祉用具アドバイザーとともに改修箇所や福祉用具の利用方法を確認してもらうことで、今後のアセスメントの参考にさせていただいています。市から依頼があった際にはご協力をお願いします。

町田市入院時・外来受診時情報提供書(ケアマネサマリー)を知っていますか。

町田市では、まちプロ等を通じて、医療と介護の連携を促進しています。

その一つのツールとして、在宅にいる高齢者が、入院(受診)する際にケアマネジャーから医療機関へ情報提供する連携シートがあります。

本シートは、町田市のホームページ掲載されていますので、ぜひ活用し、医療と介護の連携に役立ててください。

介護保険課のお知らせ・連絡は

メールやホームページで行いますので、定期的なチェックをお願いします

介護保険課では、介護保険に関するお知らせ、防災訓練・災害(ゲリラ豪雨、地震、感染症の流布)に関するお知らせ等については、メールを通じて、関係する介護保険事業者等へ連絡します。

そのため、町田市へまだアドレスを届け出していない場合は、速やかに届け出るようにしてください。また、アドレスに変更が生じた場合も同様です。

さらに、町田市のホームページでは、介護保険に関するお知らせページも定期的に変更していますので、あわせてホームページの確認もお願いします。

税金の申告について

負担限度額認定の申請などの際に障害者控除などの申告がもれていたなどの理由で、非該当となるケースが見受けられます。

お支払いいただく介護保険料が高くなってしまふこともありますので、控除の申告をお忘れにならないよう、ご利用者様にご案内ください。

介護保険負担割合の遡及(遡り適用)について

請求時には、負担割合の確認を必ず行っていただいているかと思いますが、世帯状況の変更や所得の修正申告により、負担割合は最大2年間遡及する場合があります。

毎年、50名程度の方が遡及しており、中には1年間遡及する方もいます。市ではそのような場合には、事業所及び本人に対し、負担割合が遡及して適用される旨の通知を個別に行っています。

通知が届いた場合には、過誤申立てによる対応をお願いしておりますので、ご協力をお願いします。

介護保険料決定(納入)通知書について

普通徴収納付書によるお支払いの方の納付は、町田市役所や市民センターのほか、金融機関や郵便局、コンビニエンスストアでも受け付けています。

本通知はシルバーパスの申請の際の証明書類にもなりますので、シルバーパスをご利用の方がいらっしゃいましたらご案内をお願いします。

シルバーパスの更新時期は毎年9月です。

平成30年3月30日に「老計10号」が見直されました

身体介護における「自立生活支援のための見守りの援助」の明確化を行うため、該当する行為の例が8種類追加され、重度化防止やADL、QOLの向上が新たに位置づけられました。

給付適正化で！



<編集・発行元>

町田市役所介護保険課給付係

住所：町田市森野2-2-22

電話：042-724-4366