

令和5年度東近江市指定居宅介護支援事業所及び介護予防支援事業所集団指導
次第

令和6年3月14日（木）

午前10時から午前11時30分まで

- 1 令和5年度実地指導結果等について … 資料1
- 2 介護給付適正化事業及びケアマネジメント時の注意について… 資料2
- 3 短期入所サービス及び訪問介護（生活援助）について … 資料3
- 4 電子申請届出システム等の運用について … 資料4
- 5 ケアプランデータ連携システムについて … 資料5
- 6 令和6年度報酬改定について … 資料6
- 7 質問フォームについて … 資料7

- ・この指導においての資料は令和6年3月1日時点のものになります
- ・本指導の後に集団指導報告書の提出をお願いします。下記URL又はQRコードを読み取って回答してください。

<https://ttzk.graffer.jp/city-higashiomi/smart-apply/surveys/6640268761196676640>



資料 1

令和5年度実地指導結果等について

令和5年度介護保険サービス事業者への指導監査について

1. 指導・監査について

指導の趣旨

サービスの質の確保及び保険給付の適正化を図ることを目的に、介護サービス事業者に対し、対象サービスの取扱い、介護報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを方針として実施します。

監査の趣旨

サービスの質の確保及び保険給付の適正化を図ることを目的に、基準に従っていない状況が著しい場合、介護報酬の不正請求がある場合、不正手段により指定を受けている場合、高齢者虐待等により利用者の生命又は身体の安全に危害を及ぼしている場合などには、事実関係を的確に把握し、公正かつ適切な措置を取ることを主眼に実施します。

実地指導から運営指導へ名称変更

指導内容の一部は、情報セキュリティの確保を前提としてオンライン等（オンライン会議システムや自治体ホームページ等）の実施が可能となったことにより、実地で行わない場合もあることから名称が変更されました。しかし、施設・設備や利用者の状況の確認はオンライン等対象外となります。

介護保険施設等の指導監督について

（令和4年3月31日付け老発0331第6号厚生労働省老健局長通知）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000924179.pdf>

「老人福祉施設に係る指導監査について」の一部改正について

（令和4年3月31日付け老発0331第8号厚生労働省老健局長通知）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000924180.pdf>

運営指導の流れ

- | | | |
|---|--------|--|
| 1 | 通 知 | 約1箇月前までに文書により通知（事前に指導実施日について日程調整を行います。） |
| 2 | 事前準備 | 通知により、事前準備資料や自己点検シート等の提出を期日までに行ってください。 |
| 3 | 指導時間 | 2時間程度 |
| 4 | 体制 | 運営及び給付等に関する指導職員2名
適正化事業におけるケアプランチェックをする指導職員1名
（いずれも状況に応じて職員数の変更あり） |
| 5 | 確認内容 | 介護サービスの実施状況
・利用者に対するサービス提供状況確認、施設・設備の確認等
最低基準等運営体制
・人員基準、非常災害対策、事故発生の防止及び発生時の対応に関する確認等
報酬請求
・加算等の介護報酬請求の状況確認等 |
| 6 | 結 果 | 後日文書にて、講評及び指摘内容を通知
文書指摘、自主返還については、人員、施設及び設備又は運営について改善を要すると認められる事項がある場合、介護報酬請求について不正には当たらない軽微な誤りが認められ過誤による調整を要すると認められる場合には、その旨の通知を行います。また、文書指摘については、改善報告書の提出を求めます。 |
| 6 | 監査への変更 | 運営指導中に監査の必要性がある状況を確認した場合、運営指導を中止し、監査を行います。 |

注意事項

- ・ サービス状況については日々の記録や業務日誌等が重要です。
- ・ 介護報酬算定については算定根拠となる書類等が重要です。

2. 令和5年度運営指導の指摘事項等について

各サービス別に令和5年度運営指導において、指導を行った内容について例示しています。

令和5年度運営指導実施事業数（令和6年2月29日現在）	
地域密着型通所介護	2
認知症対応型共同生活介護	3
小規模多機能型居宅介護	1
居宅介護支援事業所	4
介護予防支援	2

(1) 人員基準

なし

(2) 運営基準 ★…昨年度と同じ指摘内容

サービス	項目	指摘内容
共通	内容及び手続の説明及び同意	★重要事項説明書には、 <u>運営規程の概要</u> 、従業員の勤務体制、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制等、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等利用者がサービスを選択するために必要な事項を記載すること。
		★重要事項説明書の苦情対応窓口に記載している関係機関の電話番号や住所を定期的に確認し適宜訂正すること。（東近江市長寿福祉課電話番号 0748-24-5678）
		利用料金の金額表記に誤りがある。また、現在は算定不可の加算の記載がある。利用者にわかりやすい表記をすること。
	運営規程	★重要事項説明書や契約書、パンフレット等において記載している内容が異なっている。統一させること。
		★通常の事業の実施地域については、客観的にその区域が特定されるように記載すること。（例：旧〇〇町）
		★虐待の防止のための措置に関する事項（虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法等を指す内容）を記載すること。
勤務体制及び形態	★月ごとの勤務表を作成し、介護従業者の日々の勤務体制、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等を明確にすること。また、加算要件を確認する際は暦月で確認すること。	

	勤務体制及び形態	<p>★事業所内での研修会を行った後は、欠席者への情報共有や参加者への再認識も含め復命書等を作成し、事業所内での回覧等により、職員の資質向上に努められたい。</p> <p>★ハラスメント防止のために作成している指針に沿った対策、研修等を行い、周知啓発をすること。</p>
	業務継続計画の策定等	★感染症や非常災害の発生時において、業務の継続・早期再開を図るための計画を策定し、従業者への周知、研修及び訓練を定期的実施すること。
	感染症の予防及びまん延防止のための措置	★委員会を設置し、定期的に開催することや指針の整備、研修及び訓練を定期的実施すること。
	掲示	事業所内の見やすい場所に、運営規程の概要、従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示すること。（重要事項を記載した書面を備え付け、いつでも関係者に自由に閲覧させることでも可。）
	広告	★チラシに記載されている内容が実態と異なる。現状に応じた内容に訂正すること。
	虐待の防止	★虐待の発生又はその再発を防止するため必要な措置（委員会の設置及び定期的な開催、指針の整備、研修の定期的な実施及び担当者設置）を講じること。
	受給資格等の確認	★利用者に被保険者証の提示を求め、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認すること。
	事故発生時の対応	事業所に応じた事故発生時の対応マニュアルを作成すること。また、事故発生時は市町村にも報告するとともに事故の状況やその対応経過の記録を作成すること。事故が発生した後、再発防止の検討を行うこと。
	苦情処理	苦情に対する記録や受付簿の作成をすること。また対応方針等については従業者へ周知すること。
	地域密着型事業所（共通）	<p>★作成されている防災マニュアルを基に避難訓練を実施されたい。また、実施後は防災マニュアルの内容を見直し、適宜内容を更新すること。</p> <p>★避難訓練については地域住民の参加が得られるよう連携に努めること。また、その旨を運営規程に記載すること。</p>

	サービス提供の記録	★サービスを提供した日時及び内容の記録がなかった。利用者の心身の状況や必要事項が記載された記録を作成すること。
	従業員の員数	★介護職員は、認知症介護に係る基礎的な研修を受講すること。
地域密着型通所介護	心身の状況等の把握及び居宅介護支援事業者等との連携	サービス担当者会議に参加しているが、記録の内容が不十分（参加したことのみ記載されている）。利用者の心身の状況や他のサービスの利用状況の把握に努め、記録に残すこと。
	サービス提供の記録	★送迎記録書においては、送迎を行わない場合の減算等の算定に関する記録となることから、利用者ごとの送迎時間を記載すること。
	地域密着型通所介護計画の作成	★地域密着型通所介護計画書の作成及び利用者への説明、同意、交付の一連の過程は、管理者が行うこと。しかし、生活相談員がスタッフと協力して作成した地域密着型通所介護計画書を利用者へ説明、同意、交付を行う場合、この一連の過程が管理者の責任の下で行われていることを管理者名の記載や押印等により明らかにすること。
小規模多機能型居宅介護	小規模多機能型居宅介護計画の作成	小規模多機能型居宅介護計画を作成すること（居宅介護サービス計画のみの作成となっている）
	心身の状況等の把握	サービス担当者会議に本人及びその家族、他職種等を交えての情報共有や、利用者の課題、課題の協議内容等、状況の把握がされていない。計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等を招集して利用者の状況を把握すること。
認知症対応型共同生活介護	サービス提供の記録	★入居に際しては、入居の年月日及び入居している共同生活住居の名称を、退去に関しては退去の年月日を利用者の被保険者証に記載すること。
	指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針	事業所が作成している身体拘束等適正化のための指針に基づいた委員会を開催すること。
	入居者	入居中の利用者に対して、認知症である者かの確認を主治の医師の診断によって行うこと。

サービス	項目	指摘内容
居宅介護（予防）支援事業所	加算要件	特定事業所加算の算定について、利用者の情報やサービス提供上の留意事項などの伝達を目的とした会議を定期的（週1回以上）に開催し、議事を記録すること。
		加算要件については、暦月で要件が満たしているか確認すること。
指定居宅介護（予防）支援の具体的取扱方針		★少なくとも1月に1回（介護予防支援については3月に1回）、利用者の居宅を訪問し、利用者面接すること。また、そのモニタリングの結果を記録すること。 介護予防支援については、各サービスの担当者がサービスの実施を開始した後は、それぞれのサービスの担当者から、少なくとも1月に1回、指定介護予防サービス事業者等への訪問、電話、FAX等の方法により、サービスの実施状況、サービスを利用している際の利用者の状況、サービス実施の効果について把握するために聴取すること。
		★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すること。また、担当者に居宅サービス計画を交付したときは、担当者に対し個別サービス計画の提出を求めること。また、居宅サービス計画と個別サービス計画の整合性について確認すること。
		★サービス担当者会議の記録に開催場所、開催時間、出席者の職種等の記載がない。
		どのようなときにサービス担当者会議を開催しなければならないか把握しておくこと。また、軽微な変更によりサービス担当者会議を開催しない場合は、事業所内で軽微な変更に対応することを確認すること。
		利用者の同意を得て介護（予防）サービス計画書の原案から本プランになるため、サービス開始までに利用者の同意を得ること。

（3）好事例

・タブレット等のICTを活用し、業務の負担軽減を目的とした効率的な業務に当たっている。
・事業所において、大まかなスケジュールが立てられているが、おやつを食べたい時に食べられるといった個別に対応した様子がみられた。
・感染症対策においては、積極的に外部の研修を受講し、それを受けて各従業員への周知を徹底、検討をし対応している。
・他の事業所と連携し、BCPについて検討を行っている。

3 自己点検シートについて

今年度実施した運営指導又はお問い合わせの中で、給付に関する算定要件の認識について不足していたり、誤った解釈がされていることがありました。

厚生労働省から「自己点検シート」が発出されていますので、「算定シート」と合わせて実地指導前書類提出時、また、毎年算定要件の確認に御使用下さい。

<目的>

事業者が自主的に事業の運営状況を点検することにより、指定基準が守られているか、法令が遵守されているか、適正な介護保険請求をしているかを確認し、不適切な事項がある場合は改善するとともに、サービスの向上に努めることを目的とします。

<実施方法>

- ・毎年定期的に点検し、事業所内で保管してください。(運営指導時に確認する場合があります。)
- ・点検を行った実施月の状況で行ってください。
 - 自己点検シートにて確認を行った結果、必要に応じて給付費算定に関する体制等に関する届を提出してください。
- ・運営指導の実施通知が届いた際、その時点で点検を行い、東近江市長寿福祉課へ提出してください。

資料 2

介護給付適正化事業及び
ケアマネジメント時の注意について

令和5年度適正化事業について

○ビデオ会議型ケアプラン点検

ビデオ会議型ケアプラン点検は、介護支援専門員と点検者（外部講師）が相互確認しながらケアマネジメントプロセスから基本的な書き方について点検を実施するものです。

・1回目 令和5年9月13日

・2回目 令和5年11月10日（1回目の振返り）

対象事業所：6事業所（居宅、介護予防：5事業所、小多機：1事業所）

※2プランずつ点検。

○ヒアリングシート

国保連合会提供情報や専用システムを元に各種条件（以下例）に該当する計画を選定し、介護支援専門員がヒアリングシートへの回答及び添付資料の提出を行う方法により実施しています。

例）算定条件に合わない給付、訪問介護の過剰な給付、限度額利用率100%超過、等。

・令和5年8月実施 74件 入浴補助用具の使用状況についてのヒアリング 89件

・令和6年2月実施 75件

⇒まとめ資料添付あり。

○実地指導時のケアプラン点検

実地指導時に、担当介護支援専門員の計画を選定し、ケアプラン点検を行っています。

・居宅介護支援事業所：9件

・介護予防支援事業所：10件

○ケアマネジメント研修会

計画作成の基礎や考え方、プロセス等を学んでいただく研修会を実施しています。

・1回目 令和5年6月21日実施（集合型研修）

対象：居宅介護（予防）支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所

テーマ：「介護予防モニタリング」

・2回目 令和5年10月18日実施（オンライン型研修）

対象：居宅介護（予防）支援事業所、訪問介護事業所

テーマ：「居宅サービス計画と訪問介護計画の相互理解と連携

～根拠に基づく適正なサービス提供について考える～」

次年度は通所介護事業所も交えた研修会も検討しております。計画作成に活用いただくためぜひご出席ください。

ケアマネジメント時の注意点について

ケアマネジメント時に注意いただきたい点を挙げています。

- 1 **軽微な変更について**
- 2 **訪問介護の2人介助について**
- 3 **福祉用具貸与について**
- 4 **緊急時訪問介護加算について**

1 軽微な変更について

(1) 軽微な変更を行うための検討

ケアプランを変更する際には、原則として、「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3月31日厚生省令第38号)」の第13条第3号から第12号までに規定された、ケアプラン作成に当たっての一連の業務を行うことが必要です。

ただし、利用者の希望による軽微な変更(サービス提供日時の変更等)を行う場合には、この必要はありません。しかし、この場合においてもケアマネジャーが利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要です。軽微な変更は、変更する内容がケアマネジメントの一連の業務を行う必要性が高い変更であるかどうかを利用者の状況等を考慮し、個別具体的に検討した上で軽微か否かを判断すべきものです。

ケアマネジャーのアセスメントは判断の根拠となりますが、ケアマネジャーのみの判断でなく、利用者、家族及びサービス事業者等の合意の上、軽微な変更を行うようにしてください。そしてその軽微な変更を行った理由及び内容(判断根拠)、変更年月日等は経過記録に記載するようにしてください。

また、サービスに変更が無い場合、サービス計画作成時から利用者の状態に大きな変化があるにもかかわらず軽微な変更を継続している例も見受けられます。利用者の状態に大きな変化がある場合は、軽微な変更とせず、一連の業務を行うようにしてください。

ケアプランの目標が抽象的であると、状態の変化に気がつきにくく、評価に繋がりません。目標に関しては、抽象的な目標でなく、本人の具体的な状態像で設定するようにしてください。

(2) 軽微な変更該当する場合のサービス担当者会議の開催について

基準の解釈通知(指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について(平成11年7月29日 老企第22号))のとおり、「軽微な変更」に該当するものであれば、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではありません。

しかしながら、**ケアマネジャーがサービス事業所へ周知したほうが良いと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、基準の解釈通知に定められているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定されます。**

この場合のやむを得ない理由の例は次のとおりです。

- ・開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合。
- ・居宅サービス計画の変更から間もない場合で**利用者の状態に大きな変化が見られない場合等。**

「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱いについて

「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱いについては、まずは**モニタリングを踏まえ、サービス事業者間(担当者間)の合意が前提である。**

その上で具体的には、「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」(平成11年11月12日 老企第29号)の「課題分析標準項目(別添)」等のうち、例えば、

「健康状態(既往歴、主傷病、病状、痛み等)」

「ADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等)」

「IADL(調理、掃除、買い物、金銭管理、服薬状況等)」

「日常の意思決定を行うための認知能力の程度」

「意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーション」

「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)」

「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)」

「褥瘡・皮膚の問題(褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等)」

「口腔衛生(歯・口腔内の状態や口腔衛生)」

「食事摂取(栄養、食事回数、水分量等)」

「行動・心理症状(BPSD)(妄想、誤認、幻覚、抑うつ、不眠、不安、攻撃的行動、不穏、焦燥、性的脱抑制、収集癖、叫声、泣き叫ぶ、無気力等)」

等を**総合的に勘案し、判断すべきものである。**

※引用:居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについて(介護保険最新情報Vol.959令和3年3月31日)

【参考】軽微な変更の例

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

なお、これらはいくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものです。

2 訪問介護の2人介助について

指定訪問介護の費用の算定において、「身体介護が中心である場合」又は「生活援助が中心である場合」については、利用者の身体の状態等により、同時に2人の訪問介護員等が1人の利用者に対して指定訪問介護を行ったときは、所定単位数の100分の200に相当する単位数を算定します。ただし、算定の場合以下の要件を満たす必要があります。

- 指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問介護費の2人介助に関して厚生労働大臣が定める要件
二人の訪問介護員等により指定訪問介護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得ている場合であって、次のいずれかに該当するとき
- イ 利用者の身体的理由により一人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合
 - ロ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
 - ハ その他利用者の状況等から判断して、イ又はロに準ずると認められる場合
- 引用：厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成27年3月23日 厚生労働省告示第94号）

上記理由により一人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合に算定できます。2人介助を行う場合は、単に利用者等の希望のみで位置付けるのではなく、利用者の安全を確認した場合、訪問介護員による2人介助が果たして安全性が保てているのか、福祉用具等の利用等代替策が無いのかよく検討を行ったうえで、2人介助のサービスを位置付けるようにしてください。

3 福祉用具貸与について

(1) シニアカーについて

シニアカーの貸与は介護保険での給付であるため、ケアプランに位置付けた目標の妥当性を確認してください。また、道路を走行するため、利用に当たっては、利用者が安全に走行できるのか確認をした上でサービスに位置付けてください。実際運転してもらい、利用者の操作性に問題が無いか、走行する道路交通状況についても福祉用具事業所と一緒に確認することが望ましいです。操作性に併せて、利用者がどれくらいの頻度で、どこに行くときに利用しているのか等、評価を行うようにしてください。

(2) 利用者等の希望するサービスについて

福祉用具の貸与等について、利用者等が「また利用するかもしれないのでそのままにしておいてほしい」という強い希望で貸与を継続しているケース等が見られます。このような場合、強く希望された理由を更に深掘りし、必要と思われる場合にサービスに位置付けてください。万一、断りが難しい等担当者のみでの対応が難しい場合は、事業所の管理者や別のケアマネジャーと一緒に対応することも一つの方法です。一緒に対応することで事業所内の情報共有にもつながるため、対応が難しいケースは複数名での対応を行ってください。

4 緊急時訪問介護加算について

ケアマネジメント研修会においても考えをお示しましたが、緊急時訪問介護加算については、ケアプランに位置付けられている場合は、頻度がどの程度であって(「適宜」、「必要時」等)も、ある程度想定されることであるため算定不可と考えます。(県確認済)算定される際は御注意ください。

⇒令和5年10月ケアマネジメント研修会の参加訪問介護事業所へはメールで周知済。

ルール別ヒアリングシートの回答及びコメント

内容		回答（抜粋）及びコメント
算定に合わない給付（認知症加算）		<ul style="list-style-type: none"> ・更新後の主治医意見書の確認ができていなかった。 ・サービス利用にあたって主治医に健康診断書を依頼して認知症自立度Ⅲaであることを確認した。 <p>*更新認定等の際は主治医の意見書等で認知症高齢者の日常生活自立度を確認するようにしてください。</p>
重度の寝たきり状態利用者への歩行器貸与		<ul style="list-style-type: none"> ・調査のときは一番悪いときで、その後リハビリで歩行器歩行できた。 ・起きているときはスタッフ介助のもと歩行器で歩行は可能だったが、その後大幅にADLが向上し現在は歩行器での歩行をしている。 ・入院中の認定調査で要介護5と判定。本人リハビリ意欲が高く、前腕支持型歩行器にて施設内廊下を軽介助で可能になる。 <p>*認定調査時と比べて状態が回復している場合、症状が変化した場合等があります。認定結果でなく本人の状態に適したサービス内容、量にしてください。不要の場合等は返却し、本人に適した福祉用具を貸与するようにしてください。</p>
訪問介護の過剰給付	寝たきり度A以下の状態に20分未満の訪問介護の身体介護	<ul style="list-style-type: none"> ・独居で、薬の飲み忘れ、食事の摂り忘れ等が出現したため、平日に夕食、夕食後薬の確認及び翌朝食後薬のセットを行っている。 ・食事や服薬の促しが必要な状態だが、家族も働いているので対応できないため、デイサービスを利用しない昼食とデイサービス帰宅後の夕方に訪問介護で対応している。 ・服薬管理が必要であったが拒否されていたが、転倒して入院し退院後訪問介護を受け入れてもらえるようになった。 ・昼寝をして起きたら朝と思い服薬するという状況がみられ、デイサービスやショートステイに薬を預け、それ以外の日は訪問介護が手渡すようにした。 <p>*20分未満の訪問で算定できるのは身体介護です。「見守り援助」で位置付けていますが、生活援助とみられるサービス内容もありますので、身体介護である内容にしてください。</p>
	身体介護の2人派遣	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス付き高齢者住宅に入居。体格がよく、少しの揺れで嘔吐・嘔気があり、身体に触れると硬直するので、慎重に移動・移乗が必要のため2人介助が必要である。 ・入浴時不穏や拒否がありストレッチャー等から転落する可能性が高く目が離せない状態のため2人介助が必要である。 ・透析後はほぼ歩行ができない状態で車いす移動を提案するが、本人家族の強い希望により、2人介助で移動介助を行い、シャワー浴も家族では対応が困難になり、2人介助で提供した。 <p>*利用者家族の強い希望、やせた体格で暴力行為がない状態で2人介助が提供されていました。2人介助の必要性、介助方法の適切さ、安全性等を十分検討して、必要に応じてリハビリ職に意見を求める等その内容を明記しておいてください。 *訪問介護計画書にも2人介助の必要性が不明なものがありました。訪問介護事業所と2人介助の必要性を確認し、訪問介護側の判断のみで2人介助加算が算定されないよう注意してください。</p>
	身体介護の朝夜・早朝深夜加算	<ul style="list-style-type: none"> ・ADLの低下でオムツ交換が必要となったがオムツをさわり汚染することが増えたので、夜間(22:00～身体01)にオムツ交換を導入した。 ・オムツ外しや弄便行為が時々ある。ベッドから降りてお尻でいざって移動する等みられ昼夜関係なく定期訪問が必要な状態である。 ・褥創があり、創部の清潔を守るため定時のオムツ交換が必要である。 ・ヘルパーが朝8時に訪問すると尿失禁でベッドまで濡れていたり裸でいる等みられ、検討の結果深夜訪問することになった。失禁によるトラブルが減ってきている。 ・退院後、寝たきりになり1日4回オムツ交換が必要で23:30にオムツ交換をしている。 <p>*1日4回オムツ交換の時間設定の妥当性、保清等目的の達成をモニタリングして評価していました。 *算定根拠となる提供日時、所要時間、内容の記載がない訪問介護計画書については居宅サービス計画書との整合性を確認してください。</p>
	訪問介護の身体生活を1回2時間以上	<ul style="list-style-type: none"> ・洗濯後に受診同行のため2時間30分要した。 ・疥癬になり集中して対応。1日3回の軟膏塗布と衣類、寝具の毎日洗濯をしていた。 <p>*受診介助で訪問介護を算定する場合、単なる待ち時間、診察時間等は算定できない時間帯です。また自宅からでなく院内だけの介護も算定できません。算定できない時間を除算して給付管理をしてください。</p>

ルール別ヒアリングシートの回答及びコメント

内容		回答（抜粋）及びコメント
訪問介護の 過剰給付	訪問介護の 身体介護を 月に90回 以上（1日 3回以上目 安）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 傾眠傾向の日が多く、また認知症状の進行が顕著で何をするのも介助が必要で定期的な訪問が必要。 ・ ADLの低下に伴いほぼ全介助で排尿介護に1日に3回は必要。 ・ サービス付き高齢者住宅に入居して、1回20分のオムツ交換と体位変換を1日4回介護を受けている。 ・ *1日数回算定の場合、訪問間隔や時間帯の根拠、サービス内容を検討した記載をしておいてください。また、不備のある訪問介護計画書もみられますので居宅サービス計画書との整合性を確認して、適正なサービス提供、給付管理をしてください。 ・ *サービス付き高齢者住宅入居者に訪問介護過多がよくみられます。住宅サービスの位置づけがないプランがよくあります。住宅サービス(自費含め)内容の確認、インフォーマルサポート活用の検討をしてください。
	生活援助	<ul style="list-style-type: none"> ・ ADLが大きく低下、自分では掃除、洗濯、シーツ交換ができないので週3回生活援助でサービスが入っている。 ・ 清潔、整容にこだわりがありきれいい好きで週3回訪問介護で対応している。 ・ *必要以上に洗濯、掃除等生活援助が提供されていました。サービス回数の妥当性を再アセスメントするようにしてください。
福祉用具の 過剰給付	予防用具貸 与が全国平 均の約3倍 以上	<ul style="list-style-type: none"> ・ 段差が多く古い家屋であるが本人や家族が住改を反対。上がり框、玄関から外トイレまでの動線に手すりを配置した。外用手すりは単価が高めである。 ・ 独居で住改でなく貸与での対応を希望され、玄関アプローチ、勝手口に手すり、自宅内は歩行器を使用している。 ・ *設置した福祉用具を記入した家屋の見取り図が添付しており、見取り図から利用者の動線や設置の必要性が読み取れた。 ・ *状態変化に伴い福祉用具貸与の検討を行ってください。使用されない福祉用具は継続して貸与しないようにしてください。
限度額利用率が 100%超過		<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の進行を遅らせたい思いが強く、自費が出てもデイサービスの利用を希望される。 ・ 認知症がありプライドも強いいため、家族の支援は困難である。短期入所、通所介護でほぼ1ヶ月利用している。 ・ 同居家族は平日就労しているため平日は通所介護、月5-8日短期入所を利用、特殊寝台も貸与のため要介護2なので限度額を超えている。 ・ 同居家族に支援が望めない状況のため食事、排泄、入浴、受診において介護保険サービスを利用している。 ・ 認知症の独居。子の家庭状況（葬式、がん治療等）から老健やグループホームを紹介したが、「まだ可哀そう」と利用につながらず、在宅サービスを限度額を超えて利用していた。 ・ 独居。尿失禁便失禁もみられ介護負担が大きいので、筋力低下予防、介護負担軽減のためにデイサービス、ショートステイを多く利用している。 ・ 徘徊がひどく、地域密着型通所介護を月～金利用、帰宅後の対策として徘徊感知器を貸与。一般型の変更、徘徊感知器の購入を検討している。 ・ 日中は独居、全盲で認知症のため転倒や脱水、カビの生えたものを食べることもある。週4回通所介護、訪問介護、手すり、訪問看護を利用している。 ・ *サービス利用者のサービス利用機会の公平性確保の観点から、自費で短期入所を利用することで他の利用者が短期入所を利用できない等支障の生じることのないようにしてください。 ・ *限度額を超えてサービスを利用している場合、住み替え、サービスの変更、代替え等の提案を検討してください。提案されて受け入れられない状況もありますが、利用者家族の状態変化に伴い受け入れられた事例もあります。限度額を超えてサービスを利用している状況に見通しをたてて、ケアチームで検討してください。
重度の認知 症状態利用 者へのサー ビスの偏り	重度の認知 症状態利用 者への用具 貸与のみ1 種類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人は外へ出ることや人嫌いが激しい。入浴介助に妻の負担があるため、訪問介護や他の福祉用具の検討をしたが利用に結びつかず、手すりのみのレンタルである。入浴介助については子の援助を受けられるようになった。 ・ *困っている認知症状の記載はありますが、それについてのアセスメントや対応の記載がありません。主治医や地域包括支援センター等に相談して専門医へつなげることも検討してください。

ルール別ヒアリングシートの回答及びコメント

内容		回答（抜粋）及びコメント
用具貸与のみ利用の介護支援		<ul style="list-style-type: none"> ・以前は通所介護も利用していた。自宅で転倒して圧迫骨折してから通所介護が休まれ、本人の拒否、家族も本人の意向を尊重して福祉用具貸与利用のみとなる。 ・歩行も不安定であり転倒の危険性もあるため多点杖を貸与している。本人や家族ともあまり他者とのコミュニケーションをとるのが苦手であり抵抗もあるので、他のサービスの利用に至っていない。 ・本人の意思が強くサービスには繋がらないが環境整備により在宅介護生活が継続でき介護負担軽減になっている。 ・スパイがいる、見張られている等の妄想があり訪問通所サービスの利用が難しい。地域包括支援センターにも相談。福祉用具貸与は本人の意向があり利用している。 ・金銭面で、受診のための車いす貸与だけ利用している。 <p>*介護支援専門員は福祉用具貸与以外の介護サービスの必要性を伝えても本人家族の合意が得られない状況がありました。しかし、状況変化等により他の介護サービスが導入できた事例もあり、ケアチーム全体で課題を共有して機会をとらえられるようにしてください。</p> <p>*また、福祉用具貸与のみ利用している事例は、困難事例が多くみられました。地域包括支援センターの介入が必要な場合はご相談ください。</p>
短期入所のみ利用の介護支援		<ul style="list-style-type: none"> ・生活全般に介護を要する状態で転倒の繰り返し、独居での在宅生活は困難な状態のため、介護老人福祉施設の短期入所と介護老人保健施設の短期を組合せた利用をして、その後介護老人保健施設へ入所となる。 ・利用者の拒否によりデイサービスを利用しなくなり家族と折り合いが悪く短期入所の利用となった。その後グループホームへ入所となる。 ・認知症の進行が著しく精神疾患のある介護者には在宅介護の負担が大きい。月半分ずつを老健短期入所と老健入所を利用している。在宅にいるのは月1,2日である。 <p>*短期入所のみ利用している事例は在宅生活が困難な場合が多く、自宅外の住処等を提案されています。短期入所の利用日数が増加していく可能性があるため、見通しをたてて他サービスの提案も検討してください。</p>
訪問介護の緊急時訪問介護加算		<ul style="list-style-type: none"> ・昼の訪問介護で具合が悪く、家族が夕方を受診する予定であったが家族の都合がつかず緊急で依頼した。 ・歩行不安定で転倒の恐れがあるため定時以外で利用者から希望時に緊急利用されていた。同じ内容で1月4回加算されていた ・本人が落ち着かない様子なので家族に見守りを依頼したが難しいため緊急時訪問介護で対応した。 ・ヘルパーが本人の妻の訪問時に、本人から腰痛により排泄介助を依頼されたヘルパーから連絡が入り依頼した。翌日、腰椎圧迫骨折が判明し入院となる。 ・発熱があり通所介護を休むが、独居で認知症があるため訪問介護を依頼した。 <p>*受診介助は算定できない時間を除算して給付管理をしてください。</p> <p>*転倒予防で訪問介護の移動介助がプランに位置づけられている場合は算定できません。またプランに位置づけられていない場合は居宅サービス計画の変更を検討して、移動介助が必要であれば位置付けてください。</p> <p>*プランを見直すため、同じ内容で同月複数回の算定は想定されません。</p> <p>*身体介護中心型のサービスのみが算定対象です。訪問介護における身体介護の内容を確認して算定できるかどうか判断してください。</p> <p>*コロナ禍で発熱者の介護がみられましたが、単なる安否確認は訪問介護で算定できませんので気を付けてください。</p>
入院時情報連携加算		<ul style="list-style-type: none"> ・心不全の悪化で入院を繰り返している。内服コントロール治療を行い、ADLに大きな変化がないため退院後サービスを継続している ・急性胆嚢炎で入院。その後も入院を繰り返すが完全に石を取り除くことができなかった。12月にかなり特殊な器具を使用したことで入院がなくなった。 <p>*透析患者の死因原因の第1位は心不全です。心不全を繰り返すと心機能はどんどん悪化するので、主治医と連携し日常生活の指示を把握してプランに位置づけるようにしてください。</p> <p>*再入院しないために検討した記載がほとんどありませんでした。入院自体が機能低下のリスクを増加させるので対応を検討するようにしてください。</p>
福祉用具の同一品目複数	スロープ	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅がお寺で段差が多く、車いす移動するため、各部屋の移動や外出時玄関までの移動に段差解消のために多くのスロープが必要である。
	歩行器	<ul style="list-style-type: none"> ・室内(狭い廊下幅)と室外用(腰掛られる)を利用している。歩行器を強く押して使うので交換が多い。 ・屋内用と屋外用に歩行器をレンタルしている。PTの助言で屋内用の歩行器を変更しているため3台になった。
	特殊寝台	<ul style="list-style-type: none"> ・妻のコロナ感染により、一時的に長女宅へ生活の場を変更した。特殊寝台を運ぶことが困難であり、また同種の特殊寝台を準備できなかったため、長女宅へ別の特殊寝台を搬入した。

ルール別ヒアリングシートの回答及びコメント

内容		回答（抜粋）及びコメント
福祉用具の同一品目複数	手すり	<ul style="list-style-type: none"> ・ 圧迫骨折繰り返し腰痛がありふらつき物に当たる。そのため玄関から台所へ移動時(途中にトイレ)の廊下、勝手口の段差、便座の立ち座りに手すりを設置している。 ・ 大腿骨骨折され入院。支持物にて伝い歩きするため、土間出入り口から台所、食卓、居間を通過して寝室のベッドまで手すりを設置している。 ・ 足や腕に痛みやしびれがあり杖歩行であるがふらつきがある。居間やドア付近、玄関上がり框、外の出入り口に手すり10本を設置している。借家のため住宅改修ができなかった。 ・ 支持物のないところの移動は転倒リスクがあり、1人で移動する可能性の高い場所に支持物(手すり)が必要なため11本の手すりを設置していたが、状態悪化のため手すりを6本に減らしている。 <p>＊家屋内や本人の移動状況の情報収集が不十分で、利用者の意向で手すりを設置した記載がありました。本人の状態と環境（見取図）から動線確認をして手すりの設置をしたことがわかるようアセスメントに記載しておいてください。アセスメントをして福祉用具の貸与をするようにしてください。特に環境アセスメントの空白がよくみられました。</p> <p>＊福祉用具サービス計画書に手すり等の設置場所が記載されていないものがあり、特に複数設置している場合、居宅サービス計画書との整合性を確認するようにしてください。</p> <p>＊福祉用具貸与の場合は、必要に応じて随時、サービス担当者会議を開催し、その継続の必要性を検証した上で、継続が必要な場合にはその理由を居宅サービス計画に記載してください</p>
電動車いすの安全性		<ul style="list-style-type: none"> ・ 福祉用具貸与事業者による電動車いすの定期点検(6か月毎)、操作に問題が生じたので、福祉用具貸与事業者による運転操作評価を実施。セニアカー使用上の遵守事項をもとに使用上の注意事項を説明し毎月モニタリングを行う。 ・ ADL低下があり屋外移動手段の目的として電動車いす（セニアカー）を導入にあたり、サービス担当者会議において試乗、運転技術確認を実施して問題なしと判定。毎月車両点検、操作の安全性も確認している。 ・ 本人、家族、福祉貸与事業者、介護支援専門員で、車体の傷等の確認、自宅周囲を1周する際の操作（方向転換、一旦停止等）確認をした。 ・ サービス担当者会議において必要性や有効性を検討。導入までに屋内外出入口に手すりを設置し調整も図り、2回の試用機会を設定し福祉用具事業者による操作指導と動作評価を行った。 <p>＊福祉用具貸与事業所の評価記録がなかった。nite（独立行政法人製品評価技術基盤機構）によると2023年1～7月時点で死亡事故6件、重傷事故1件と、例年と比較して事故が多く発生しています。安全対策を十分に検討してください。</p> <p>＊介護保険で貸与する福祉用具なので買い物や通院、銀行等日常生活の自立支援を目的に使用するようにしてください。</p>
小規模多機能型居宅介護25日以上		<ul style="list-style-type: none"> ・ ほぼ全介助状態。介護者は就労しており休日は子どもの世話、父親の介護をされ介護疲れがあり利用日数が多くなっている。 ・ 本人、家族とも家事全般ができない。朝夕に訪問して排泄、食事の確認が必要である。他、週2回の通い、朝夕以外の訪問を実施している。 ・ 外出すると戻れない、家事ができないため、毎日の訪問、通いを利用している。 ・ 独居。自宅で転倒骨折され緊急性があるということで当事業所のショートステイを利用された。施設申し込みをしているが、現在も泊まりが継続している。 ・ 利用当初から週5.6回宿泊している。現在は介護者の体調不良で小規模多機能で生活している。施設申し込みはされている。 ・ 独居。左上下肢麻痺がありベッド上中心の生活をしている。毎日3回、食事の準備、ポータブルトイレの掃除、服薬支援、更衣介助を行っている。 ・ 認知症が進行して抵抗や拒否があり夜間や朝方に出ていこうとする。同居の娘は就労しており在宅介護が難しい。要介護3なので特老入所の申し込みをしている。入所まで、自宅に週1回帰宅を条件にお泊りをしている。 ・ 介護者のネグレクトにより毎日利用することになった。地域包括支援センター介入している。現在要介護4なので特老の入所申し込みを家族に検討してもらおう。 ・ 独居。知的レベルが低く婚姻歴なく遠方に住む姪が支援者である。生活全般に見守り、支援が必要で、毎日訪問、週5回通いを利用している。特老入所の申し込みをしている。 <p>＊小規模多機能居宅介護は在宅での生活が継続できるように「通い」「訪問」「泊まり」を組み合わせるサービスです。泊まりを継続して利用する施設ではありません。事情は汲み取れますが、定員がありますので、他の利用者に影響します。適宜会議を開催して、サービス内容や小規模多機能居宅介護以外のサービス等を検討するようにしてください、</p>

ヒアリングシート（住宅改修）まとめ

1 送付対象者

令和4年4月から令和4年9月に住宅改修の提供（給付）を受け、居宅サービスの給付管理があった被保険者

内訳	実人数	性別		年代別			
		男性	女性	60歳	70歳	80歳	90歳
要介護者	56人	26	30	1	9	29	17
要支援者	28人	9	19	1	7	16	4
合計	84人	35	49	2	16	45	21

2 世帯状況

内訳	単身	同居	不明	合計
要介護者	5	50	1	56
要支援者	6	22	0	28
合計	11	72	1	84

3 改修ヶ所状況

内訳	実人数	改修ヶ所状況	
		1ヶ所改修した人数	複数改修した人数
要介護者	56件	41	15
要支援者	28件	15	13
合計	84件	56	28

4 改修場所

内訳	トイレ	脱衣室 浴室	玄関 勝手口	廊下	外まわり	その他
要介護者	24	13	12	15	8	5
要支援者	10	14	12	9	3	3
合計	34	27	24	24	11	8

5 改修内容

内訳	トイレ	脱衣室 浴室	玄関 勝手口	廊下	外まわり	その他	合計
手すり	30	25	22	22	8	5	112
段差解消	4	0	5	6	1	1	17
床材変更	0	2	0	1	2	1	6
扉取替え	2	0	1	0	0	0	3
便座取替え	2						2

* この改修場所も「手すり」の取付けが一番多い

6 利用状況

内訳	トイレ	脱衣室 浴室	玄関 勝手口	廊下	外まわり	その他	合計
毎回利用	27	24	20	20	9	7	107
ときどき利用	3	0	0	2	1	1	7
あまり利用しない	2	1	0	0	0	0	3
利用していない	1	1	2	2	0	0	6
不明	1	1	2	0	1	0	5
合計	34	27	24	24	11	8	128

* この改修場所も「ほとんどが毎回利用」されている

7 利用満足度

内訳	トイレ	脱衣室 浴室	玄関 勝手口	廊下	外まわり	その他	合計
とても満足	27	23	21	21	8	7	107
ほぼ満足	2	0	1	2	2	1	8
やや不満	1	1	0	0	0	0	2
とても不満	0	0	0	0	0	0	0
不明	4	3	2	1	1	0	11
合計	34	27	24	24	11	8	128

* この改修場所も「とても満足」されている

8 現在改修場所を使用していない状況

内訳	延べ数	現在使用していない改修場所					
		トイレ	浴室等	玄関等	廊下	外まわり	その他
要介護者	12	4	2	4	2	0	0
要支援者	3	3	0	0	0	0	0
合計	15	7	2	4	2	0	0

* 現在使用していない理由として、状態悪化による入院、寝たきり、死亡等 また、認知症進行による改修箇所の認知が困難になった事例もあった

9 改修後状況（記入欄より抜粋、要約）

<ul style="list-style-type: none"> ・介助は必要だが毎日手すりを活用している。 ・立ち座り下着の上げ下げしやすくなった。 ・段差解消、扉の変更で、転倒なくトイレまで行けて便座からの立ち座り等排泄動作が問題なく行える。 ・転倒の不安がなくなりほぼ毎日入浴するようになった。 ・家族に迷惑をかけず脱衣所の段差を自立して行えるようになった。 ・手すりを取り付けることで家族で介助できるようになり介護保険終了となった。 ・安心して浴室へ行ってシャワー浴を自立して行っている。 ・上がり框の昇降玄関を出る一連の動作が自立して外へ気軽に行ける。 ・億劫だった玄関移動が行えるようになった。 ・段差があり手すりを取り付けることで1人で移動することができた。 ・車椅子を介助しやすくなった。 ・玄関から外道路まで坂になっているので手すりをつけたことで安心して外出できる。 ・スロープのかけ外しする負担がなくなった。 ・畳からフローリングに変更し車いすが移動しやすくなった。 ・駐車場までに10段の段差があり半身麻痺で転倒みられたが、手すりを取付けて安全に昇降できて外出しやすくなった。 ・引き戸にしてふらつかずに扉の開閉ができるようになった。 ・敷居を撤去して自室からトイレへ車いすが自走しやすくなった。
--

10 コメント

<ul style="list-style-type: none"> ・「認知症の方は手すりを使わずに行動されていたので、取付けた手すりを持つことが習慣化できない」「認知症の進行により、指示が入りにくくなりADL等の低下も伴い自宅での入浴が困難になった」等により改修場所を現在使用されていません。認知症の方には限りませんが、動線の動作を確認して、必要ヶ所に貸与で福祉用具を設置し動作確認をしてから住改の検討を進めてください。 ・「廊下に手すりを取付けて移動できていたが、躓いたり転倒するようになった」等状態変化に伴い改修ヶ所が安全に動作できなくなることがあるので、動作確認は継続してモニタリングしてください。 ・要介護者、要支援者1名ずつ自立され更新申請されていませんでした。

11 その他

- 令和4年4月から令和4年9月に住宅改修を提供（給付）を受け、居宅サービスの給付管理のない被保険者の住宅改修後の介護（予防）サービス利用状況調べ

内訳	人数	改修後介護サービス利用状況	
		有	無
要介護者	3	2	1
要支援者	17	6	11
合計	20	8	12

・介護サービス利用していない要支援者が住宅改修後も介護サービスを利用していない割合は65%である。入院している場合もあると思われるが、要支援者は環境が整備されると、自立した生活が送れていると思われる。

- 転倒してから住宅改修の事前申請を出されているように思われる。今回ヒアリングシートの対象者の認定調査資料で転倒の既往状況調べ

内訳	事前申請前の転倒既往歴		
	1年以上前	1年未満	合計
要介護者	6	13	19
要支援者	3	5	8
合計	9	18	27

・住宅改修事前申請前に転倒している割合は32%である。認定調査資後に転倒されて住宅改修事前申請をされる人もおられると思われる。転倒場所や原因は不明なので一概に言えないが、住環境アセスメントを行い福祉用具貸与等を利用して住環境を整備すると起こりうる転倒は予防できると思われる。

ヒアリングシート（ポータブルトイレ、補高便座等購入）まとめ

1 送付対象者

令和4年4月から令和4年9月に福祉用具（腰掛便座等）の購入（給付）を受け、居宅サービスの給付管理があった被保険者

内訳	実人数	性別		年代別					
		男性	女性	50歳	60歳	70歳	80歳	90歳	100歳
要介護者	42人	16	26	2	1	3	19	16	1
要支援者	8人	4	4	0	0	3	4	1	0
合計	50人	20	30	2	1	6	23	17	1

2 世帯状況

内訳	単身	同居	不明	合計
要介護者	9	32	1	42
要支援者	2	6	0	8
合計	11	38	1	50

3 利用状況

内訳	人数
毎回利用	32
ときどき利用	7
あまり利用しない	2
利用していない	8
不明	1
合計	50

4 利用満足度

内訳	人数
とても満足	31
ほぼ満足	12
やや不満	1
とても不満	1
不明	5
合計	50

5 現在ポータブルトイレを使用していない人数及び理由

内訳	人数
要介護者	23
要支援者	1
合計	24

理由	
ADL改善しポータブルトイレを使用しなくなった	(2人)
状態悪化による入院、老健入所、死亡等	(18人)
本人の意思による使用の拒否	(3人)
認知症により使用の習慣化に至らなかった	(1人)

6 購入後状況（記入欄より抜粋、要約）

- ・呼吸器疾患もありトイレまでの移動時の息切れが悪化したことから居室内にポータブルトイレを置くことにした。
- ・身長180cmほどあり便座が低かった。補高便座を設置し立ち上がり易くなり立位後のふらつきも予防できた。
- ・両側膝関節痛の悪化により便座の立ち座りに困難を感じ、補高便座を購入。使用することで痛みの軽減になった。
- ・パーキンソン病で自室からトイレへの移動に時間がかかり間に合わない。ポータブルトイレ購入後は座って安定した排泄動作ができるので満足されている。
- ・日中夜間歩行が不安定の時に家族がポータブルトイレを購入。しかし、本人はトイレでの排泄が強くポータブルトイレを汚したくないと使用されていない。
- ・終末期。ホスピスに入院、他界された。入院まではポータブルトイレでの排泄は継続できた。
- ・歩行不安定で自宅内を歩行器で歩きかねている状況。排泄が間に合わないこともあり寝室横に置いて毎回利用している。
- ・夜間は転倒の危険が特にあるためベッド横に設置したポータブルトイレを使用されている。
- ・直後は利用され排泄動作が安楽にできた。約2か月後入院となり介護医療病院へ転院した。
- ・トイレまでの動線が5m以上あり、ポータブルトイレを利用することで失禁の回数が減っている。

7 コメント

- ・現在まで継続してポータブルトイレを利用している割合は約52%。残り約半数近くが現在ポータブルトイレを使用していない。ポータブルトイレを使用する対象の多くはトイレまで行けない病態にあり、病状が悪化して使用期間が短くなった場合が多いが、退院後次の行き先に入所するまでの自宅待機している短期間に使用する場合もみられた。
- ・ポータブルトイレを購入して現在使われていないうち、購入された約半数は使用期間が短い。
- ・「転倒予防のため夜間に使用する」「排尿時に使用する」「排便時に使用する」等トイレとポータブルトイレの使い分けがみられる。
- ・ポータブルトイレを使用する人は、主にトイレまで行きかねる身体機能が低下状態にあるので、使用期間が短い人が約半数近くおられると思われる。
- ・がん末期など疾患の進行、家族等の事情により自宅以外の住まいが見つかるまでの間など、短期間の使用が約36%おられる。
- ・本人が納得していない、認知症の方がポータブルトイレを習慣化していないとポータブルトイレの使用につながりにくい。
- ・自動ラップポータブルトイレは、自動ラップ処理で排泄物をフィルムで密封するのでバケツを洗ったりする手間がなくなるので購入されていた。今回はみられなかったが、水洗ポータブルトイレの使用も少ないがみられる。

入浴補助用具購入者(2022/10/1-2023/3/31)のヒアリングシート結果

延べ117件の入浴補助用具購入種類の内訳、利用状況、利用満足度については下記のとおりの結果でした

1 回答内容

世帯		種類								利用状況					利用満足度				
単身	同居	ア シャ ワー ベン チ	イ シャ ワー キャ リー	ウ 浴 槽 内 い す	エ 浴 槽 用 手 す り	オ バ ス ボ ー ド	カ 浴 室 内 す の こ	キ 浴 槽 内 す の こ	ク 入 浴 用 介 助 ベ ル ト	ア 毎 回 利 用	イ と き ど き 利 用	ウ あ ま り 利 用 し な い	エ 利 用 し て い な い	オ 未 記 入	ア と と も 満 足	イ ほ ぼ 満 足	ウ や や 不 満	エ と と も 不 満	オ 未 記 入
16	101	62	2	35	12	6	0	0	0	96	6	0	9	6	87	10	2	0	18

2 使用状況等

- ・世帯構成は単身が13.7%、同居が86.3%であった
- ・購入種類の内訳は、1位シャワーベンチ(53%) 2位浴槽内いす(30%) 3位浴槽用手すり(10%)であった
- ・利用状況は82%が「毎回利用」されていた
- ・利用満足度は74.4%が「とても満足」されていた
- ・大方は入浴補助用具を使用したことで「洗身したり、浴槽に浸かったりできるようになった」「介護者の負担が軽減した」等の意見であった
- ・利用状況で「利用していない」理由として、心不全の悪化、転倒の繰り返し等でADLの低下により自宅での入浴が難しくなったというもので、本人の状態悪化によるものであった

3 コメント

- ・使用目的外での使用、福祉用具購入費支給申請でも不適切な使用の仕方がみられたため、福祉用具の使用目的、使用方法を確認して適切な使用をしてください。

ヒアリングシートからのケアプラン点検結果

内容	コメント
<p>アセスメント</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・きちんと情報収集しているものもありますが、情報不足もみられます。「一部介助」にチェックするだけでどのような介助を要するか記載がなかったり、住環境の見取り図や段差等の情報がなく居宅サービス計画書には手すりの貸与が位置付けられ、根拠のない貸与をしていました。支援の根拠となる情報を収集するようにしてください。 ・厚生労働省は令和5年10月16日付、ケアプラン作成時のアセスメントに用いる「課題分析標準項目」の一部改正を通知しました。この機会に事業所内でアセスメントシートの様式、収集した情報の記載部分等見直ししてください。 ・令和3年に厚生労働省が公表した「適切なケアマネジメント手法の手引き」があります。「適切なケアマネジメント手法の手引き」はケアマネジメントの水準を一定以上に保つことを目的とした手引です。この手引きを使用することで、ケアプランやアセスメントの抜け・漏れの防止、他職種との円滑な連携ほか、利用者の状況に応じたケアプランの見直ししやすくなりますので参照してください。 ・アセスメントがない居宅サービス計画書が作成されているものがあります。運営基準に「介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならぬ」「第三号から第十二号までの規定は、第十三号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する」と定められています。居宅サービス計画の作成とアセスメントはセットになりますので、居宅サービス計画書を作成するときはアセスメントを行われていることになります。 ・介護支援専門員は、アセスメントに当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならないと定めていますが、サービス提供事業者のモニタリング情報でアセスメントしていると思われるものがありました。利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接したことを記載しておいてください。
<p>居宅サービス計画書 第1表</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者及び家族の生活に対する意向に利用者や家族が発した「よろしく願います」「ありがとうございます」等の表記は「意向、希望」ではありません。利用者等の「困りごと」に耳を傾け、その困りごとに対して「どうしたい」「どうなりたい」という姿（目標）を引き出して、利用者等が望む生活を具体化してください。 ・「意向を踏まえた課題分析の結果」には、利用者等の意向に対して、本人の状況と本人が持つ力・可能性を十分に考慮し、どのように取り組んでいくか今後の方向性を介護支援専門員が判断した内容を分析結果として記載してください。 ・「総合的な援助の方針」が第2表、第3表の内容が一致しないものがあります。「総合的な援助の方針」ケアプランの全体像の内容なので最後に記載します。先に第2表・第3表で具体的な目標や援助内容などを設定したあとに記載することで、全体方針と具体的な支援内容の間にズレや漏れを生じることがなくなります。
<p>居宅サービス計画書 第2表</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「生活全般の解決すべき課題」に「〇〇したい・〇〇になりたい」だけの記載があります。ニーズが何かかわからないため、「ニーズに対して〇〇したい」という考え方で記載してください。たとえば、「自宅の浴槽が深くて浴槽の出入りができないが、入浴して清潔を保ちたい」「転倒する危険があるが、コンビニまで歩いて行きたい」等。 ・また、「自宅で暮らしたい」「元気に暮らしたい」と抽象的で誰にでも当てはまる内容が記載されています。そう願う背景にはそれぞれ個別の要因があると思われます。課題分析を十分にいう個別性のある内容を記載してください。 ・複数の課題が1つの文章に含まれて、何が課題であるかわかりにくく、連動性や整合性のない目標設定がみられます。必ず1つずつ課題を分ける必要はありませんが、わかりやすい記載を工夫してください。 ・目標は利用者の目指す状態像を設定します。「介護者が休養できる」「病状管理をして異常の早期発見ができる」「他者と交流する」等利用者の目標でない、目標の背景となる状況を目標等に設定しないようにしてください。 ・長期目標も「できる限り自宅で暮らし続けたい」というような抽象的な設定がよくみられます。自宅で暮らし続けられる状態像を目標に設定してください。たとえば、「自分の衣類を洗濯することができる」「自宅内を移動することができる」等。 ・短期目標はモニタリングの際に達成度がわかるような具体的な状態像を記載してください。たとえば、「体重が50kgになる」「トイレまで転倒せずに行ける」等。 ・目標期間は「年月日～年月日」と明確にわかるように記載してください。 ・介護支援専門員が位置付けた目標、サービス内容が訪問介護と認識が異なることがあります。「利用者と一緒に調理をする」サービス内容は、訪問介護も調理をすることがあれば「生活援助」ですし、安全を確保しながら常に介助できる状態で見守っているのであれば「身体介護」です。身体介護、生活援助のどちらで提供するのかわかるように位置付けてください。

内容	コメント
居宅サービス計画書 第3表	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険サービスだけでなく、フォーマルサービス・インフォーマルサポートを問わず全体像がわかるよう記載してください。 ・令和3年3月31日老認発 0331 第6号付、厚生労働省通知において、「主な日常生活上の活動」には、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よう示されています。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わかると、利用者の支援全体が把握できます。空欄にせず記載するようにしてください。
サービス担当者会議	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議は適切なケアを提供できるよう、様々な立場の関係者が全員で検討して情報を共有するための重要な会議です。しかし、サービス担当者会議の要点に、「検討内容」の記載がない、「結論」に至った経緯も不明等不十分な内容がみられました。形式だけの開催にせず、意義あるサービス担当者会議になるよう準備して取組むようにしてください。 ・運営基準に「介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を居宅サービス計画に記載しなければならない」と定められています。福祉用具貸与の必要な理由を記載するようにしてください。
モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ・運営基準に「介護支援専門員は、第十三号に規定する実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。イ 少なくとも一月に一回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。ロ 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること」と定められています。実施していると思われませんが記録がないものがあります。利用者の居宅を訪問したことや本人と面接したことを必ず記載するようにしてください。
個別計画書	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具サービス計画書に手すり等の設置場所が記載されていないものがあり、特に複数設置している場合居宅サービス計画書との整合性が確認できませんでした。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒の繰返し、心機能悪化がみられたが経過観察している事例がみられます。主治医やケアチームと連携を図り、再発予防にも努めてほしい ・手すりや歩行器を導入していたにもかかわらず転倒されたが転倒についてアセスメントがされていません。身体状態の変化に伴い選定している福祉用具の検討をして適切な福祉用具を導入するようにしてください。 ・訪問介護のサービス内容は「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成12年3月17日「老計10号」）に示されていますので、確認をして位置付けるようにしてください。
軽微な変更	<ul style="list-style-type: none"> ・令和3年3月31日付「居宅介護支援等に係る書類・事務手続きや業務負担等の取扱いについて」（介護保険最新情報vol.959）により厚生労働省が事例を示していますが、軽微な変更を行える場合は、利用者の状態に変化がないことが前提で、「援助の方針・方向性が変更にならない程度のもので」です。心身状況の変化等がある場合には軽微な変更には該当しません。 ・福祉用具の追加や機能の変更等みられましたが「軽微な変更」で処理されていました。また、前回の短期目標期間から状態が変化していないと判断され「軽微な変更」を繰り返し、更新認定で要介護度が重度になっていました。1年に1回はアセスメント、サービス担当者会議を開催して、本人の状態を把握し、援助の方針・方向性に変更がないか確認されている居宅介護支援事業所もあります。「軽微な変更」で処理するか事業所内で確認をするようにしてください。

資料 3

短期入所サービス及び訪問介護（生活援助）について

(写)

東長寿第 445 号
令和 4 年 5 月 25 日

指定居宅介護支援事業所 管理者様

東近江市健康福祉部長寿福祉課長
(公 印 省 略)

短期入所サービス及び訪問介護（生活援助）の利用にかかる事前相談等について（通知）

平素は本市介護保険の運営に御理解、御協力を賜り、御礼申し上げます。

さて標記の件については、平成 19 年 10 月 26 日付け東長寿第 250 号 東い第 219 号、平成 19 年 11 月 13 日事務連絡（補足説明）、平成 20 年 2 月 7 日事務連絡（再通知）、及び平成 23 年 3 月 23 日付け東長寿第 506 号 東い第 343 号 にて通知しているところですが、今後の運用について本通知をもって、改めてお示しします。

記

1 短期入所サービスの利用にかかる事前相談

短期入所サービスは、限られた居宅介護サービス資源であることから、本来の趣旨に沿った利用確保が必要です。また、「指定居宅介護支援等の事業所の人員及び運営に関する基準」第 21 条の規定による「利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合」に該当するかの判断のため事前相談を行ってください。

(1) 対象

ア 介護支援専門員が課題分析（アセスメント）を行った結果、1 箇月の短期入所利用が 15 日を恒常的に超える可能性があるもの（目安として連続 3 箇月以上の計画がされるもの）

事前相談必要書類の提出不要となる一時的な利用の例

- ・虐待等により地域包括支援センターに相談した結果、緊急対応での利用となった場合
 - ・短期入所利用先施設において、新型コロナウイルス感染症の影響により帰宅困難なため月 15 日以上の利用となる場合
- ※上記例であっても、その後、恒常的に月 15 日以上の利用の可能性が出てきた場合、その時点で相談対象となります。

対象案件が迷われる場合は、地域包括支援センターに御相談ください。

イ 認定期間の半数を超える利用（※）になると見込まれるもの

※認定期間が2年以上の場合は、1年を超える利用

上記アの一時的な理由である場合でも、認定期間の半数を超える利用となる場合は御提出ください。

ウ アの事前相談により承認された期間以降も、利用が必要となるもの

(2) 提出書類

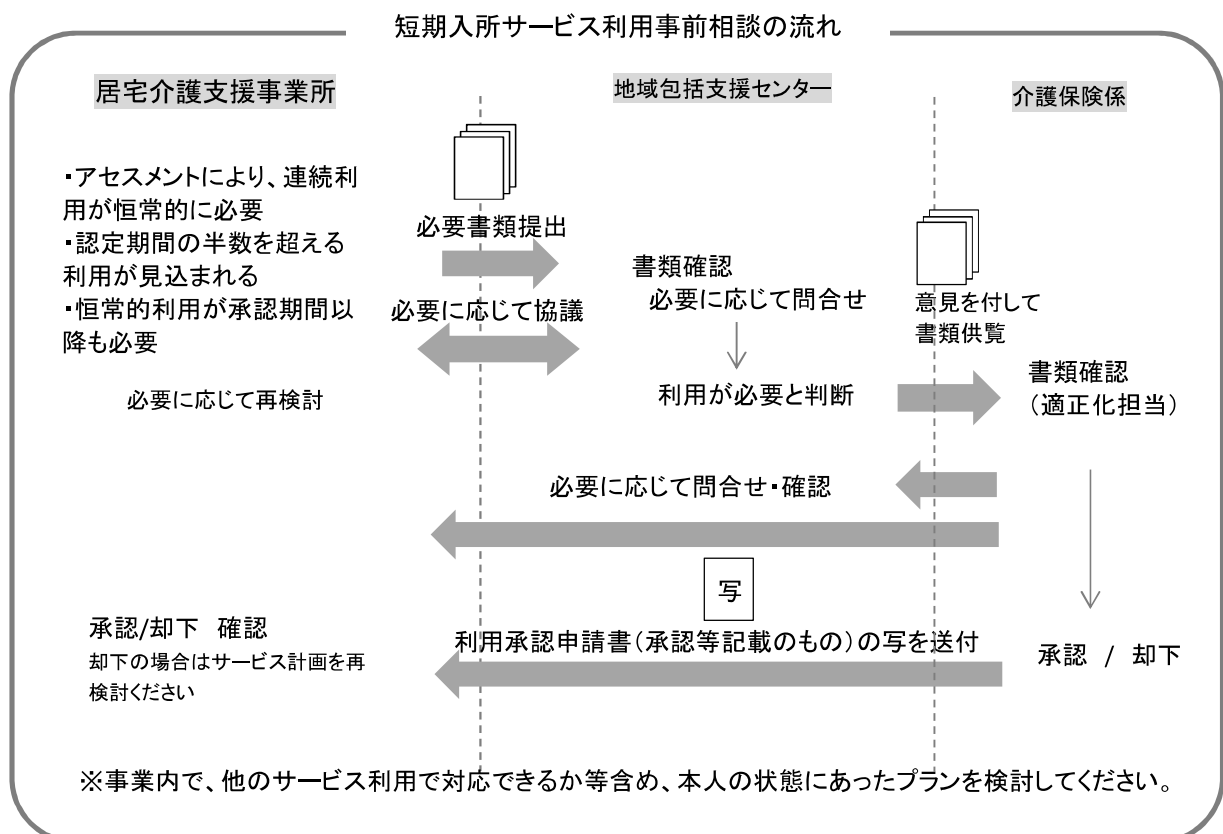
- ・ 短期入所サービス長期利用承認届出書
- ・ 利用者基本情報・アセスメント概要等
- ・ 第1表（居宅サービス計画書(1)）
- ・ 第2表（居宅サービス計画書(2)）
- ・ 第3表（週間サービス計画表）
- ・ 第4表（サービス担当者会議の要点）
- ・ 第5表（居宅介護支援経過）
- ・ 第6表（サービス利用票）
- ・ 第7表（サービス利用票別表）
- ・ 短期入所生活介護（療養介護）計画書
- ・ その他（必要性を補足説明できる資料等があれば適宜添付してください）

写し

(3) 提出先

地域包括支援センター TEL0748-24-5641

利用者の居住地により、能登川地域包括支援センター、五箇荘地域包括支援センターに提出をお願いします。



2 訪問介護（生活援助中心型）の事前相談について

基本的に事前相談は必要ありません。しかしながら、生活援助中心型の訪問介護については、利用者が一人暮らしであるか又は、家族等が障害、疾病等（疾病等がなくても同様のやむを得ない事情）により、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合に算定可能となります。生活援助の算定を決定した場合は、第三者への明確な説明ができるよう、支援経過、サービス担当者会議記録等に経過、協議を記録してください。実地指導等で確認することがあります。

また、利用者が求めているサービスが生活援助中心型の算定を行えない場合は、利用者へ介護保険サービスとして適当でない旨の説明をしていただくよう訪問事業所へお伝えください。（説明にあたっては必要に応じ事業所と協力いただくようお願いいたします。）生活援助中心型の算定対象となるか判断に迷われる場合は御相談ください。

3 訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランの届出について

利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用の観点から、訪問介護における生活援助中心型サービスの利用が基準回数を超えるケアプランについては届出が必要です。

(1) 対象

1月当たりの訪問介護における生活援助中心型の基準回数が次の回数を超える場合

- ・ 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

居宅サービス計画に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、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とともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければなりません。一定回数位置付けたものについて、翌月の末日までに市に届出を行ってください。また、一度市町村が検証した居宅サービス計画の次回の届出は1年後でよいものとします。 参考：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（H11.3.31 厚生省令第38号）
指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について（H11.7.29 老企第22号）

(2) 提出書類

- ・ 訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランの届出書
- ・ 課題分析（アセスメント概要 課題整理総括表 等）
- ・ 第1表（居宅サービス計画書(1)）
- ・ 第2表（居宅サービス計画書(2)）
- ・ 第3表（週間サービス計画表）
- ・ 第4表（サービス担当者会議の要点）
- ・ 第5表（居宅介護支援経過）
- ・ 第6表（サービス利用票）
- ・ 第7表（サービス利用票別表）
- ・ 訪問介護計画書

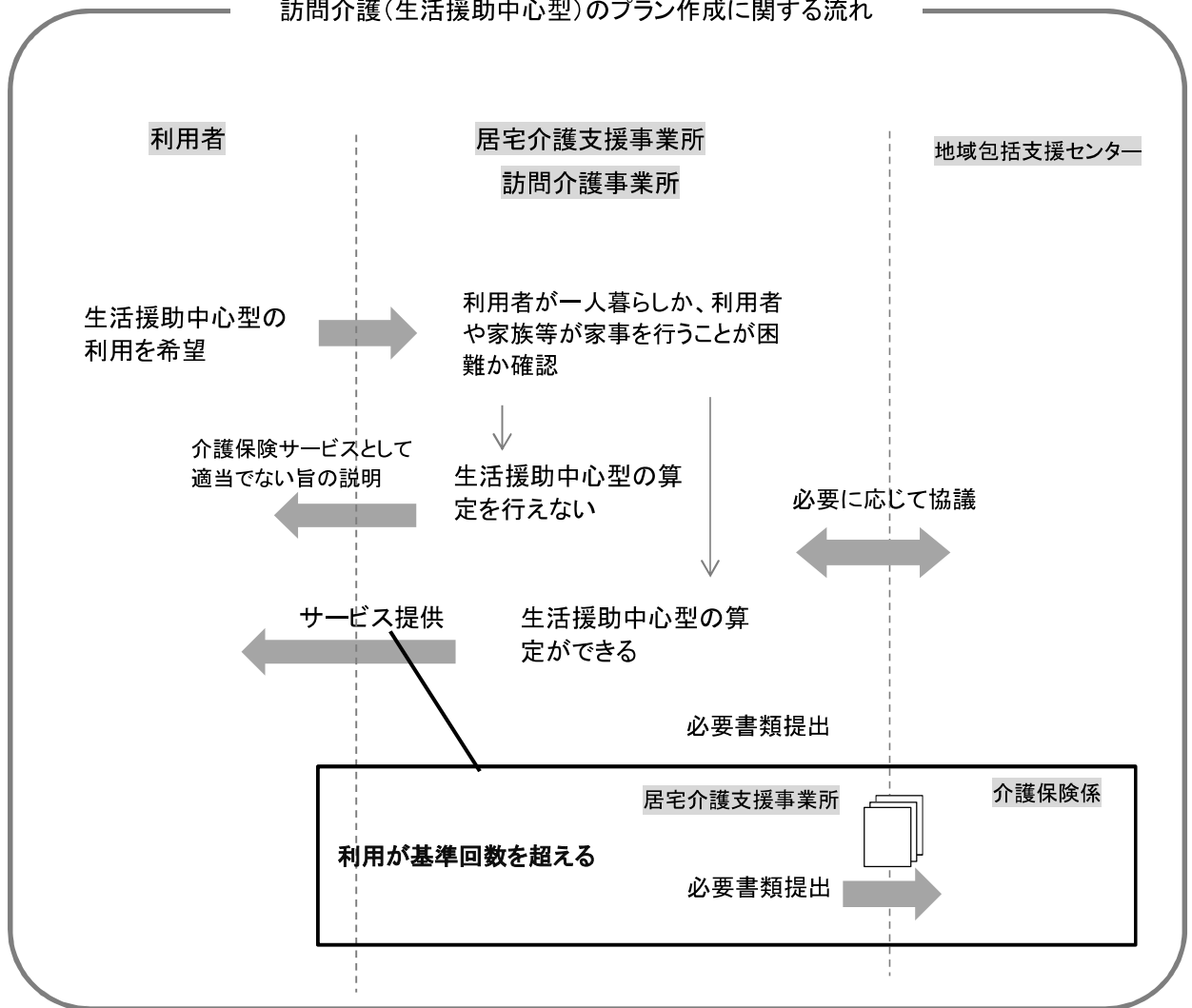
写し

(3) 提出先

長寿福祉課介護保険係 TEL0748-24-5678

※基準回数を超えるプランを作成した月の翌月末日までに提出してください。

訪問介護(生活援助中心型)のプラン作成に関する流れ



【お問い合わせ先】

東近江市健康福祉部長寿福祉課

介護保険係

TEL : 0748-24-5678 (介護保険制度、運営基準、保険給付、認定関係)

地域包括支援センター

TEL : 0748-24-5641 (個別ケアマネジメント支援)

申請年月日 年 月 日

東近江市 福祉部 長寿福祉課長 様

居宅介護支援事業所名称

管理者氏名

短期入所サービス長期利用承認申請書

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		要介護度区分	要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）
		認定期間	
生年月日		住所	東近江市
性別	男 ・ 女		
担当介護支援専門員		連絡先	
届出区分	<input type="checkbox"/> 短期入所サービスが恒常的に月15日以上の利用が見込まれる（利用開始 月から） <input type="checkbox"/> 短期入所サービスが概ね認定期間の半数を超えると見込まれる（利用開始 月から） <input type="checkbox"/> 承認期間終了(年 月 日)後も継続利用が見込まれる		
対象利用者の状況及び意向			
家族の状況及び意向			
短期入所サービス長期利用に至る経緯			
今後の方針	<input type="checkbox"/> 現在と同程度短期入所を利用しながら、在宅生活を維持していく <input type="checkbox"/> 現在施設入所申込みをしている（申込み年月と施設名） { <input type="checkbox"/> その他 {		

以下居宅介護支援事業所記入不要

地域包括支援センターの意見

上記申請を以下のとおり通知します

東近江市 福祉部 長寿福祉課長

承認 不承認

承認開始日 年 月 日

承認終了日 年 月 日

承認の場合、承認終了日までに経過を地域包括支援センターへ報告してください

短期入所サービス長期利用承認申請書提出確認事項

【提出先及び連絡先】

東近江市地域包括支援センター	電話番号 0748-24-5641
(能登川地区) 能登川地域包括支援センター	電話番号 0748-29-3198
(五個荘地区) 五個荘地域包括支援センター	電話番号 0748-48-5540

< 提出書類 >

- 短期入所サービス長期利用承認申請書
- 利用者基本情報・アセスメント概要等
- 第1表 (居宅サービス計画書(1))
- 第2表 (居宅サービス計画書(2))
- 第3表 (週間サービス計画表)
- 第4表 (サービス担当者会議の要点)
- 第5表 (居宅介護支援経過)
- 第6表 (サービス利用票)
- 第7表 (サービス利用票別表)
- 短期入所生活介護 (療養介護) 計画書
- その他 (必要性を補足説明できる資料等があれば適宜添付してください)

< 留意点 >

- 居宅介護支援事業所内で、短期入所サービスの長期利用以外の支援についても検討をされてから提出してください。
- 緊急の場合は、連続月15日以上短期入所の利用が見込まれることを電話等で地域包括支援センターへ連絡してください。
提出書類が準備でき次第、地域包括支援センターへ提出してください。

訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランの届出書

届出日： 年 月 日

1 届出者

介護支援専門員名	
事業所名	
連絡先電話番号	
メールアドレス	

2 対象利用者

被保険者番号	
被保険者氏名	
住所	

3 届出理由等

当該プランの作成月	年 月					
届出区分	新規作成 ・ 更新認定後初回の作成 ・ その他（ ）					
生活援助を位置つけた回数	要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	基準の回数	27回	34回	43回	38回	31回
	計画上の回数 <small>（該当の介護度の欄に記入してください）</small>					
届出歴	初めて ・ 2回目 ・ （ ）回目					
基準以上となった理由						
※添付の居宅サービス計画で詳細の確認が取れる場合は、概要のみ記入。						

4 添付書類 ※次の書類を添付してください。提出前に、✓を入れてご確認ください。

	利用者基本情報（フェイスシート）の写し
	課題分析表（アセスメント概要 課題整理総括表（作成している場合）等）の写し
	第1表 居宅サービス計画書（1）の写し
	第2表 居宅サービス計画書（2）の写し
	第3表 週間サービス計画書の写し
	第4表 サービス担当者会議の要点の写し
	第5表 居宅介護支援経過とモニタリングの内容が分かる書類の写し
	第6表 サービス利用票の写し（当該月）
	第7表 サービス利用票別表の写し（当該月）
	その他 訪問介護計画の写し 等

資料 4

電子申請届出システム等の運用について

『電子申請届出システム』について

1. いつから運用開始？

- ・ 令和6年4月1日から（東近江市における運用）

2. なぜするの？

- ・ 介護事業所の負担軽減につながります。
- ・ オンライン上の申請届出により、郵送や持参等の手間が削減されます。
- ・ 複数の申請届出を本システム上で行うことができます。
- ・ 1つの電子ファイルを複数の申請届出で活用でき、書類の作成負担が大きく軽減されます。

3. 対象となる電子申請・届出の種類は？

- ・ 新規指定申請
- ・ 指定更新申請
- ・ 変更届出
- ・ 廃止・休止届
- ・ 再開届
- ・ 加算に関する届出

4. 電子申請システムを利用する前に準備することは？

- (1) G Biz ID^{※1}を作成
- (2) 「電子申請届出システム」で登記事項証明書を添付する場合は「登記情報提供サービス^{※3}」に登録

5. ^{※1}G Biz ID取得について

- ・ gBizID ホームページ <https://gbiz-id.go.jp/top/>



- ・電子申請届出システムの利用にあたってのG Biz IDの運用について

https://demo.kaigokensaku.mhlw.go.jp/shinsei/pdf/operation_gbizID_1_01.pdf



・アカウントの種類

gBizID プライム プライム	会社代表、個人事業主向け	利用可
gBizID メンバー	gBizID プライム取得組織の従業員向け（複数作成可能）	利用可
gBizID エントリー	事業しているなら誰でも	利用不可

【gBizID プライムを作成する】

郵送申請の場合	オンライン申請の場合
<ul style="list-style-type: none"> ・発行まで1週間程度 ・印鑑証明等の必要書類の審査を経て登録 	<ul style="list-style-type: none"> ・即日発行 ・マイナンバーカードを読み取り

【gBizID メンバーを作成する】

- ・gBizID プライムアカウント作成後
- ・書類審査不要

6. ^{※2} 登記情報提供サービスについて

- ・登記情報提供サービスホームページ

<https://www1.touki.or.jp/>



- ・ 登記情報をインターネットを通じてパソコン等の画面上で確認できる有料サービス
- ・ 利用には登録が必要

7. 電子申請届出システムの使い方

- ・ 電子申請届出システムは以下のリンクから利用することができます。また、システムの利用方法等については、本システム「ヘルプ」から確認できます。

<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/shinsei/index.php>



- ・ 電子申請届出システム操作ガイド（事業所向け）説明動画

https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWgpWG4SSXpn8JiZsCI_5MM5



市ホームページに掲載予定

東近江市▷健康・医療・福祉▷介護▷事業所向けのお知らせ▷「電子申請届出システム」について

指定更新・変更等に関する届出について

- ・ 指定更新については、更新案内の通知を送付しますが事業所においても事前準備をお願いします。関係書類の提出締切日は指定有効期間満了日の1ヵ月前（閉庁日はその前日まで）です。
- ・ 事前に届けている情報に変更が生じた場合は、変更後10日以内に提出してください。
- ・ 廃止又は休止の場合は1ヵ月前にまでに届出を提出してください。また事前にその旨の相談を長寿福祉課介護保険係へしてください。

介護(予防)給付費算定に係る体制等に関する届出について

- ・ 新たな加算を算定する場合や算定内容を変更する場合は、算定する月の前月15日までに届出をしてください。
- ・ 加算の要件を満たさなくなった場合（取下げ）は、判明した時点で速やかに提出してください。
- ・ 提出書類は介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書、介護給付費算定に係る体制等状況一覧表、内容に該当する添付書類です。
- ・ 算定する加算の要件を理解し、算定根拠となる資料等を作成し保管してください。

申請書等の様式について

- ・ 令和6年4月から申請書等の様式が変更になります。令和6年4月以降に申請や届出書を提出される場合は新たな様式を使用してください。
- ・ 近日、ホームページに掲載予定です。

資料 5

ケアプランデータ連携システムについて

『ケアプランデータ連携システム』について

1. ケアプランデータ連携システムとは？

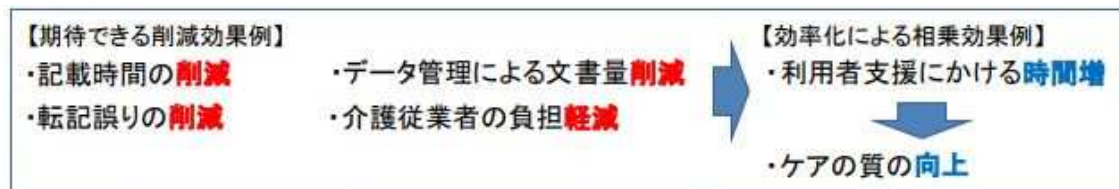
- ・居宅介護支援事業所と介護サービス事業所との間で毎月やり取りされるケアプランの情報をデータ連携するシステムです。サービス提供票など、FAXや郵送でやり取りしていた書類をシステム上でデータの送受信ができるようになり、業務負担軽減や経費削減が期待できます。

※1事業所あたり（1事業所番号ごと）のライセンス料年間 21,000 円（税込）

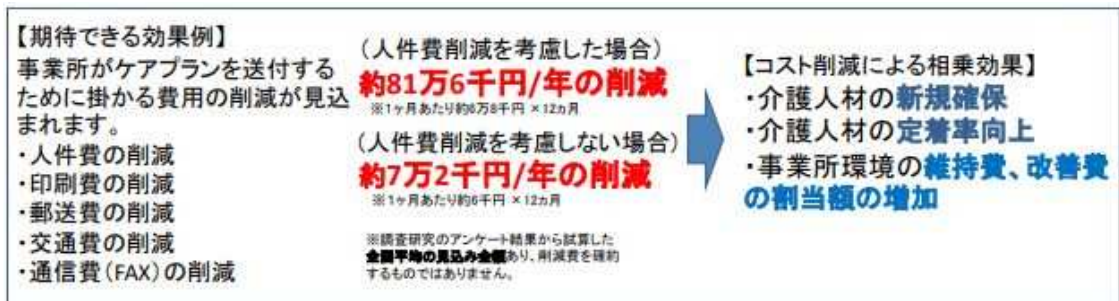
※ライセンス有効期間は1年です。

2. どんな効果があるの？（公益社団法人国民健康保険中央会資料より）

【業務の効率化】



【費用効果】



シミュレーションツールで事業所の費用対効果をみることができます。

- ・データ連携による費用対効果を診断かんたんシミュレーションツール

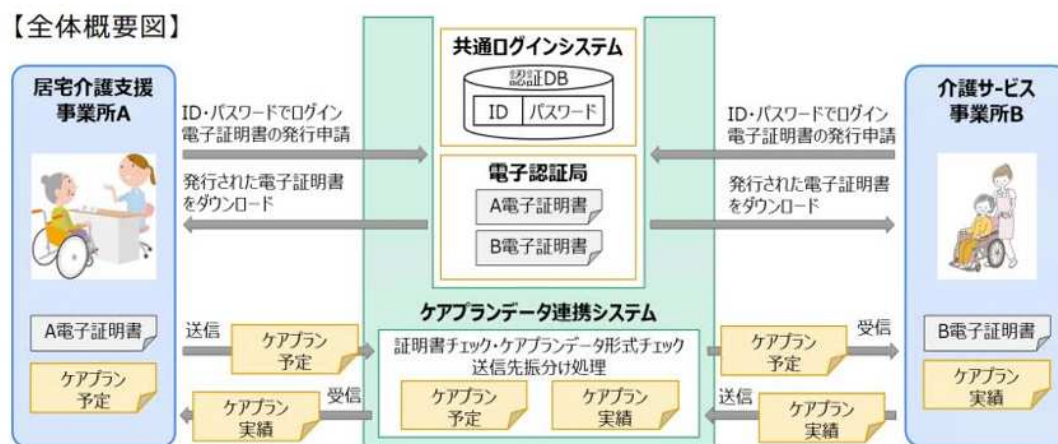
<https://www.careplan-renkei-support.jp/message/index.html>



3. システム全体の概要

- ・厚生労働省が提供する「ケアプランのデータをインターネット上でやりとりできるシステム」です。
- ・居宅介護支援事業所→介護サービス事業所：ケアプラン（予定）
- ・介護サービス事業所→居宅介護支援事業所：ケアプラン（実績）
- ・送受信側の両方のシステムが利用していないとデータのやりとりはできません。
- ・ケアプランの共有が必要となる事業所間で、導入の時期を確認することをおすすめします。

【全体概要図】



4. 利用する前に準備、確認することは？

- (1) 現在利用中の介護ソフトがケアプラン標準仕様に対応しているか確認
- (2) インターネット接続できる端末を準備
- (3) 電子証明書のインストール
- (4) ケアプランデータ連携システムの利用申請
- (5) ケアプランデータ連携システムのインストール

公益社団法人国民健康保険中央会

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



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/index.html>



ケアプランデータ連携システムの利用事業所の確認（WAMNET）

<https://www.wam.go.jp/wamappl/kpdrsys.nsf/top>



市ホームページに掲載予定

トップ▷健康・医療・福祉▷介護▷事業所向けのお知らせ▷ケアプランデータ
連携について

資料 7

質問フォームについて

【介護保険系宛てへの質問フォームを開設します】

介護サービスの事業所運営や報酬等について、質問がある場合は専用フォームを御利用ください。軽微な内容を除き、メールにて回答します。回答の目安は2週間以内です。ただし、内容によっては時間を要する場合があります。また、質問の前に次のことについて確認等をしてください。

- ◆事業所内の従業者で確認や相談をしてください
- ◆関係資料（厚生労働省の通知等）の確認をしてください
- ◆事業所の見解はありますか

質問フォームは市ホームページに掲載しています。

〔掲載場所〕

市ホームページトップ▶健康・医療・福祉▶介護▶事業所向けのお知らせ▶介護保険サービス事業所の運営、給付等に関するお問合せについて

<https://ttzk.graffer.jp/city-higashiomi/smart-apply/surveys/3538938022818695421>

