

# 令和6年度光市集団指導

(居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所)

高齢者支援課 介護保険係

# 令和6年度光市集団指導（居宅介護支援事業所・ 介護予防支援事業所）

- 1 居宅介護支援・介護予防支援における基本方針等について
- 2 令和6年度ケアプランチェックの点検結果
- 3 令和6年度運営指導の総評
- 4 令和6年度制度改正
- 5 令和7年度以降の指定申請について
- 6 変更届等の提出
- 7 その他

## 1 居宅介護支援における基本方針等について

### 1 基本方針

- (1) 居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。
- (2) 居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、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、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。
- (3) 居宅介護支援事業者は、居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。
- (4) 居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項第1号に規定する特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。
- (5) 居宅介護支援事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- (6) 居宅介護支援事業者は、居宅介護支援を提供するに当たっては、法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

### 2 指定居宅介護支援の基本的・具体的取扱方針

#### 【基本的取扱方針】

- (1) 居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。
- (2) 居宅介護支援事業者は、自らその提供する居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

#### 【具体的取扱方針】

- (1) 居宅介護支援事業所の管理者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。
- (2) 居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- (3) 指定居宅介護支援の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。
- (4) 前号の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。
- (5) 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、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにしなければならない。
- (6) 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、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

- (7)介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。
- (8)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ない。
- (9)介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）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。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。
- (10)介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。
- (11)介護支援専門員は、サービス担当者会議（テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師（以下この条において「主治の医師等」という。）の意見を勘案して必要と認める場合その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。
- (12)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。
- (13)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。
- (14)介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問介護計画（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を定める条例施行規則（平成24年山口県規則第82号）第25条第1項に規定する訪問介護計画をいう。）その他の同規則において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。
- (15)介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。
- (14)介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師等又は薬剤師に提供するものとする。

(15) 介護支援専門員は、第13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。

ア 少なくとも1月に1回、利用者に面接すること。

イ アの規定による面接は、利用者の居宅を訪問することによって行うこと。ただし、次のいずれにも該当する場合であって、少なくとも2月に1回、利用者の居宅を訪れ、利用者に面接するときは、利用者の居宅を訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができるものとする。

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

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

a 利用者の心身の状況が安定していること。

b 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。

c 介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。

ウ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

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

ア 要介護認定を受けている利用者が法第28条第2項に規定する要介護更新認定を受けた場合

イ 要介護認定を受けている利用者が法第29条第1項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

(17) 第3号から第12号までの規定は、第13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。

(18) 介護支援専門員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。

(19) 介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行うものとする。

(20) 介護支援専門員は、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（厚生労働大臣が定めるものに限る。以下この号において同じ。）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に届け出なければならない。

(21) 介護支援専門員は、その勤務する居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた指定居宅サービス等に係る居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費及び特例地域密着型介護サービス費（以下この号において「サービス費」という。）の総額が法第43条第2項に規定する居宅介護サービス費等区分支給限度基準額に占める割合及び訪問介護に係る居宅介護サービス費がサービス費の総額に占める割合が厚生労働大臣が定める基準に該当する場合であって、かつ、市からの求めがあったときは、当該居宅介護支援事業所の居宅サービス計画の利

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等を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市に届け出なければならない。

- (22) 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。
- (23) 前号の場合において、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主治の医師等に交付しなければならない。
- (24) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあつては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあつては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。
- (25) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置付ける場合にあつては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。
- (26) 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つては、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。
- (27) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売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、当該計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。
- (28) 介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に、法第73条第2項に規定する認定審査会意見又は法第37条第1項の規定による指定に係る居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類についての記載がある場合には、利用者による趣旨を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成しなければならない。
- (29) 介護支援専門員は、要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合には、指定介護予防支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図るものとする。
- (30) 居宅介護支援事業者は、法第115条の23第3項の規定に基づき、指定介護予防支援事業者から指定介護予防支援の業務の委託を受けるに当たっては、その業務量等を勘案し、当該居宅介護支援事業者が行う居宅介護支援の業務が適正に実施できるよう配慮しなければならない。
- (31) 居宅介護支援事業者は、法第115条の48第4項の規定に基づき、同条第1項に規定する会議から、同条第2項の検討を行うための資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあつた場合には、これに協力するよう努めなければならない。

## 1 介護予防支援における基本方針等について

### 1 基本方針

- (1) 介護予防支援の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。
- (2) 介護予防支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。
- (3) 介護予防支援事業者は、介護予防支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される介護予防サービス等が特定の種類又は特定の指定介護予防サービス事業者もしくは地域密着型介護予防サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。
- (4) 介護予防支援事業者は、事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、他の介護予防支援事業者、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項第1号に規定する特定相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行うもの等との連携に努めなければならない。
- (5) 介護予防支援事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- (6) 介護予防支援事業者は、介護予防支援を提供するに当たっては、法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

### 2 指定介護予防支援の基本的・具体的取扱方針

#### 【基本的取扱方針】

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

#### 【具体的取扱方針】

- (1) 指定介護予防支援事業所の管理者は、担当職員（指定居宅介護支援事業者の場合は介護支援専門員も含む。以下同じ）に介護予防サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。
- (2) 介護予防支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- (2)の2 介護予防支援の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。
- (2)の3 前号の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。
- (3) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的

に指定介護予防サービス等の利用が行われるようにしなければならない。

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

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

(6) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる各領域ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者および家族の意欲及び意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握しなければならない。

ア 運動及び移動

イ 家庭生活を含む日常生活

ウ 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション

エ 健康管理

(7) 担当職員は、前号に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）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。この場合において、担当職員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

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

(9) 担当職員は、サービス担当者会議（テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該介護予防サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

(10) 担当職員は、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、介護予防サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。

(11) 担当職員は、介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。

(12) 担当職員は、介護予防サービス計画に位置付けた指定介護予防サービス事業者等に対して、介護予防訪問看護計画（指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第76条第2項に規定する介護予防訪問看護計画をいう。）その他の同規則において

位置付けられている計画の提出を求めるものとする。

(1 3) 担当職員は、指定介護予防サービス事業者等に対して、介護予防サービス計画に基づき、介護予防訪問看護計画書等指定介護予防サービス等基準において位置付けられている計画の作成を指導するとともに、サービスの提供状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも1月に1回、聴取しなければならない。

(1 4) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成後、介護予防サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて介護予防サービス計画の変更、指定介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

(1 4)の2 担当職員は、指定介護予防サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師等又は薬剤師に提供するものとする。

(1 5) 担当職員は、介護予防サービス計画に位置付けた期間が終了するときは、当該計画の目標の達成状況について評価しなければならない。

(1 6) 担当職員は、第14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、指定介護予防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。

ア 少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月に1回、利用者に面接すること。

イ アの規定による面接は、利用者の居宅を訪問することによって行うこと。ただし、次のいずれにも該当する場合であって、サービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月ごとの期間（以下この号において単に「期間」という。）について、少なくとも連続する2期間に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接するときは、利用者の居宅を訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができるものとする。

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

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

a 利用者の心身の状況が安定していること。

b 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。

c 介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。

ウ サービスの評価期間が終了する月及び利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。

エ 利用者の居宅を訪問しない月（イただし書の規定によりテレビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除く。）においては、可能な限り、指定介護予防通所リハビリテーション事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、当該面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施すること。

オ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

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

ア 要支援認定を受けている利用者が法第33条第2項に規定する要支援更新認定を受けた場合

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

(18)第3号から第12号までの規定は、第14号に規定する介護予防サービス計画の変更について準用する。

(19)担当職員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。

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

(21) 担当職員は、利用者が介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主事の医師等の意見を求めなければならない。

(21)の2 前号の場合において、担当職員は、介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

(22) 担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあつては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定介護予防サービス等を位置付ける場合にあつては、当該指定介護予防サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

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

(24) 担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防福祉用具貸与を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に介護予防福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、その継続の必要性について検証をした上で、継続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介護予防サービス計画に記載しなければならない。

(25) 担当職員は、介護予防サービス計画に特定介護予防福祉用具販売を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定介護予防福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

(26) 担当職員は、利用者が提示する被保険者証に、法第73条第2項に規定する認定審査会意見又は法第37条第1項の規定による指定に係る介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービスの種類についての記載がある場合には、利用者にもその趣旨を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って介護予防サービス計画を作成しなければならない。

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

(28) 指定介護予防支援事業所は、法第115条の48第4項の規定に基づき、同条第1

項に規定する会議から、同条第2項の検討を行うための資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

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

# 1 居宅介護支援における基本方針等について

## (2) 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等の観点から、訪問介護（生活援助中心型）の利用回数が基準回数を超えるケアプランについては、市へ届出が必要です。

### ○届出の基準となる回数

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

※ 上記の回数には、1回の訪問において身体介護及び生活援助が混在する場合（「身体1生活1」など、生活援助加算を算定している場合）は含みません。

### ○届出様式：居宅サービス計画書 2部

※ なお、「必要である理由」が計画書の記載内容から読み取れない場合は、別途、補足資料の提出が必要となります。

### ○提出期限：作成又は変更の翌月末

# 1 居宅介護支援における基本方針等について

## (3) 短期入所サービスの長期利用に関する理由書について

短期入所サービス（ショートステイ）の利用日数（累計）が要介護認定有効期間のおおむね半数を超える場合、市へ届出が必要です。

### ○提出時期

認定の有効期間内に短期入所サービスの利用日数がおおむね半数を超える見込みとなったとき（次月の計画で超える場合）

※ 更新・変更申請による新たな有効期間において、同様におおむね半数を超えることになった場合は、再度提出が必要。

### ○提出書類

- ・理由書（市ホームページ掲載）

<https://www.city.hikari.lg.jp/soshiki/6/koreisha/kenko/1/2291.html>

- ・居宅サービス計画書（最新のもの）

（第1表～第3表、第4表（担当者会議を開催していない場合、各事業者に照会した内容を添付）、第6表、第7表）

- ・過去3回分の訪問記録

（訪問日時だけでなく、その内容も記入したもの）

# 1 居宅介護支援における基本方針等について

## (4) 特定事業所集中減算の届出について

毎年度2回、判定期間ごとに居宅サービス計画に位置付けた訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護の提供総数のうち、それぞれのサービスについて最も紹介件数の多い法人を位置付けた居宅サービス計画の数の割合を「特定事業所集中減算届出書」で算出してください。

その結果が80%を超えている場合、市へ届出が必要となり、正当な理由に該当しない場合は、減算対象となります。

	判定期間	提出期限	減算適用期間
内容	すべての事業所が「届出書」を作成	「届出書」を作成した結果、いずれかのサービスで80%を超えている場合	80%を超えている場合において、正当な理由がない場合は、この期間の給付管理分の請求について減算
前期	3月～8月	9月15日	10月～翌年3月
後期	9月～翌年2月	3月15日	4月～9月

詳細は市ホームページをご参照ください

<https://www.city.hikari.lg.jp/soshiki/6/koreisha/kenko/1/2296.html>

# 1 居宅介護支援における基本方針等について

## (5) 市外地域密着型サービスの利用について

○地域密着型サービスとは

被保険者が住み慣れた地域で、地域の特性に応じた柔軟なサービス提供を受けるためのもの。原則、事業所所在市町村の被保険者のみ利用することが可能。

○市外にある地域密着型サービスの利用

事業所所在市町村の同意を得た上で、光市が当該地域密着型サービス事業所を指定した場合に、例外的に利用が可能となる。

○住所地特例者の地域密着型サービスの利用

住民票のある市町村を基準とするため、住所地特例施設に入所中の被保険者については、上記指定なく地域密着型サービスの利用が可能。

本人の状況等により、市外地域密着型サービスの利用が必要な場合は、必ず事前に市にご相談ください。

## 2 令和6年度ケアプランチェックの点検結果

令和6年度の点検結果をまとめましたので、計画作成の際の参考にしてください。

項目	内容
アセスメント	・厚労省が示す標準23項目について、現状にそぐわないものになっていることや令和6年度4月から開始される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」が盛り込まれていることを踏まえ、当該手法との整合性を図る必要があることから、改正がされているため、参考とすること。
計画書(1)	・ <u>意向を踏まえた課題分析の結果を記載</u> すること。
週間サービス計画書	・セルフケアやインフォーマルサービスがある場合は記載すること。 ・週単位以外のサービス欄や利用者の24時間の予定欄の記載を すること。 ・高齢者向け住まい(有料老人ホーム、サ高住)に入所中の被保険者について、当該施設で提供されるサービスと併設事業所において提供されるサービスの切り分けが不十分な点が見られたので、十分に整理をすること。

## 2 令和6年度ケアプランチェックの点検結果

### ○ケアプランの軽微な変更について

軽微な変更の取り扱いについて、下記介護保険最新情報に定められている内容以外のプランの変更の場合は一連の流れを行うようにしてください。

※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)  
「3 ケアプランの軽微な変更の内容について (ケアプランの作成)」

<ケアプランの記載方法 (「居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」より) >

- ・ 当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記してください。
- ・ 「居宅介護支援経過」に「軽微な変更」の場合の根拠や判断等を記載してください。

### 3 令和6年度運営指導の総評

#### ○「介護保険施設等運営指導マニュアル」について

運営指導は厚生労働省作成の「介護保険施設等運営指導マニュアル」に沿って実施します。また、市作成の自己点検シートは、定期的な自己点検にご活用ください。点検結果について市への提出は不要ですが、運営指導時に確認します。

※「介護保険施設等運営指導マニュアルについて」厚生労働省ホームページ

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_kour\\_eisha/shidou/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kour_eisha/shidou/index.html)

### 3 令和6年度運営指導の総評

○運営指導対象 3事業所

○指定基準及び介護報酬ともおおむね適切に運用していることを確認しました。指導内容について次ページでまとめましたので参考にしてください。

### 3 令和6年度運営指導の総評

#### ○口頭指導

※令和6年度は文書指導なし

項目	内容
勤務体制の確保について	職場におけるハラスメントを防止するための方針について、利用者及びその家族から受けるセクシュアルハラスメントを含めた内容とすること。
業務継続計画（BCP）について【感染症】	新型コロナウイルスのリスクに加え、新興感染症のリスクも懸念されることを踏まえて国ガイドラインの名称が変更されているため、計画の名称を「新型コロナウイルス感染症編」から「感染症編」に改めること。 （令和7年3月31日まで経過措置）
ケアプランの作成（他意見や各サービスとの関係）について	介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めること。この場合において、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主治の医師等に交付すること。
要支援者のモニタリングについて	利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、サービス事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、当該面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施すること。なお、これらの方法により利用者の居宅を訪問しない月に実施したモニタリングについても、少なくとも1月に1回、結果を記録すること。

### 3 令和6年度運営指導の総評

#### ○令和7年度実施予定

- ・ 実施時期 令和7年11～12月頃
- ・ 電算化により紙媒体で管理を行っていない書類は、運営指導時にモニター画面等で確認をします。

## 4 令和6年度制度改正

(1) 書面揭示規制の見直し(市条例第27条)

(2) 業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入 (市条例第23条)

※令和7年3月31日まで経過措置

# 4 令和6年度制度改正

## (1) 書面揭示規制の見直し

インターネット上での情報の閲覧の完結等を求める「デジタル原則」の考え方を踏まえ、事業所の運営規程の概要等の重要事項等について、「書面揭示」に加え、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、原則として重要事項等の情報をウェブサイトに掲載・公表が義務となります。

**【経過措置 令和7年3月31日】**

○重要事項等とは

運営規程の概要、従業者の勤務の体制その他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いいます。

○ウェブサイトとは

法人のホームページ等又は情報公表システム上をいいます。

※介護サービス情報制度における報告義務の対象ではない事業所は、法人のホームページ等へ掲載を行うことが望ましいとされています。

## 4 令和6年度制度改正

### (2) 業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入

感染症や非常災害が発生した場合、サービスの早期再開や継続を図るため、事業者は事前の対策や非常時の行動基準・実施事項等について取りまとめた「業務継続計画」を策定し、研修の実施、訓練(シミュレーション)の実施など、計画に従った必要な措置をとることが義務付けられています。

⇒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策定されていない場合、業務継続計画未策定減算の適用【経過措置 令和7年3月31日まで】

業務継続計画の策定の参考として、「ガイドライン」や「ひな形」を参照してください。

- 介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン
  - 介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン
- ガイドラインやひな形は下記のURLに公開されています。

「介護施設・事業所における業務継続計画(BCP)作成支援に関する研修」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/douga\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/douga_00002.html)

## 5 令和7年度以降の指定申請について

### (1) 令和7年度指定更新について

事業所名	有効期限
光富士白苑居宅介護支援事業所	令和8年3月31日
光寿苑居宅介護支援事業所	令和8年3月31日
やまと苑指定居宅介護支援事業所	令和8年3月31日
居宅介護支援事業所市川医院	令和8年3月31日

※有効期限の1ヶ月前までには、指定更新書類の提出をお願いします。

# 5 令和7年度以降の指定申請について

## (2) 電子申請・届出システムの開始

令和7年2月7日付け文書でも通知したとおり、令和7年4月1日から、光市が指定する介護サービス及び総合事業に係る指定及び報酬請求に関する光市への申請及び届出について、厚生労働省が構築・運用する電子申請・届出システムの利用による電子申請の受付を開始します。

令和7年4月以降は、同システムを利用しての申請となります。利用にあたっては、GビズIDの取得が必須となりますので、未取得の事業所は、取得をお願いします。

### ●対象となる申請

- (1) 指定に関する申請（新規（更新）指定、変更届、休止・廃止届）
- (2) 加算に関する届出（加算等の算定体制届）

### ●本番環境について

デモ環境について文書で通知しましたが、別途、光市ホームページに本番環境URLを掲載します。申請・届出にあたっては、こちらをご利用ください。

## 6 変更届等の提出

### ○加算等に係る体制の届出について

加算等を届け出た日と算定開始月は、次のように取り扱われています。

届出受理日	算定開始月
各月15日以前	翌月から
各月16日以降	翌々月から

### ○加算等に影響のない変更届出について

変更があったときから10日以内に提出してください。

※事務負担軽減の観点から、加算や運営基準に影響がない変更については、年度末にまとめて変更内容の届出をお願いしています。

※実際に使用される重要事項説明書等については、適宜変更を行い、変更分を使用してください。

# 7 その他

## (1)ケアプランデータ連携システムの利用促進について

### ■ケアプランデータ連携システム

居宅介護支援事業所と介護サービス事業所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「ケアプランデータ連携システム」により、業務負担軽減や経費削減が期待できます。法人内の積極的な利用をお願いします。

- システムの利用かつ事務員を配置している場合、居宅介護支援費 i の1人あたり取扱い件数が50未満（通常45未満）となります。
- 「光市高齢者保健福祉計画及び第9期介護保険事業計画」の目標指標にも設定しています。

詳細は、下記をご覧ください。

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/>



## 7 その他

(2)「入院時情報連携加算」及び「退院・退所加算」の取得促進について

### ■「入院時情報連携加算」・「退院・退所加算」

医療介護連携の推進の観点から、「光市高齢者保健福祉計画及び第9期介護保険事業計画」では、標記加算の取得率を目標指標に設定しています。積極的な加算取得をお願いします。

#### ○入院時情報連携加算・・・

利用者が病院・診療所に入院するに当たり、利用者に係る必要な情報を提供した場合に算定

#### ○退院・退所加算・・・

病院等や介護保険施設等に入院(所)していた利用者が退院(所)して居宅サービスを利用する際に、居宅サービス計画を作成し、利用に関する調整を行った場合に算定

※加算算定にあたっては、詳細な算定条件を確認の上、適切にご対応ください。

## 7 その他

### (3) 人材確保・育成・定着に係る補助金 ※商工振興課所管事業

#### ■「光に住んで、働こうやー！」支援事業 (中小企業等人材確保・育成・定着支援事業)

商工振興課において、中小企業等の人材確保・育成・定着の取組として、①企業を知ってもらい、②就業体験してもらい、③住んで働き続けられる、ための一連の取組をセットで事業者の支援を行っています。詳細は商工振興課ホームページをご確認ください。

##### ●商工振興課ホームページ

<https://www.city.hikari.lg.jp/soshiki/7/syoukou/hatarakouya/index.html>

##### ●支援内容

###### ①中小企業等知名度向上・ブランド化補助金

市内事業所への求人に関する採用活動に補助金を交付  
(補助率1/2、1事業者あたり補助上限30万円)

###### ②インターンシップ促進補助金

インターンシップを受け入れる事業者に補助金を交付  
(学生1人の受入れにつき1万円、1事業者あたり補助上限10万円)

###### ③中業企業等人材定着・定住支援補助金

従業員のリスキリング等の研修・講習に補助金を交付 など **※ケアマネ資格研修も対象**  
(補助率1/2、1事業者あたり補助上限30万円)

# 資料確認

## 資料確認のご連絡をお願いします

本資料を確認されましたら、下記サイトにアクセスしご連絡ください。  
<https://shinsei.pref.yamaguchi.lg.jp/SksJuminWeb/EntryForm?id=LkIWhKuZ>

ホームページからも連絡フォームにアクセスできます。

期 限：令和7年4月30日(水)



# お願い

## 介護保険制度に係る質問について

介護保険制度に係る質問については、国からの通知（告示、留意事項通知、Q&A等）をよく読んだ上で、疑義がある場合はお問い合わせください。お問い合わせの際は、質問内容を明確にした上で、それに対する事業所の考え及びその根拠をお示しくくださいますようお願いいたします。