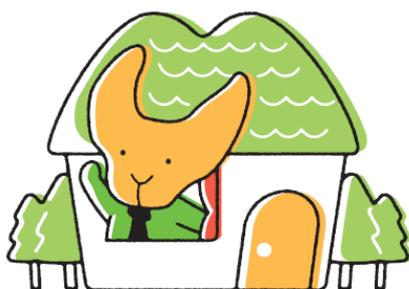


令和4年度

由布市指定介護サービス 事業者集団指導講習会

日 時：令和5年3月17日（金）13時30分～
開催形式：ZOOM（Web開催）



由布市高齢者支援課

令和4年度 由布市指定介護サービス事業者集団指導講習会

－ 次 第 －

1 開会（13：30）

2 高齢者支援課長あいさつ

3 講習

- (1) 指導監督の方針 (P 1)
- (2) 実地指導時の指摘事例 (P 4)
- (3) 運営基準 経過措置の終了について (P 8)
- (4) 処分事例（全国）について (P13)
- (5) 養介護施設従事者等による虐待について (P15)

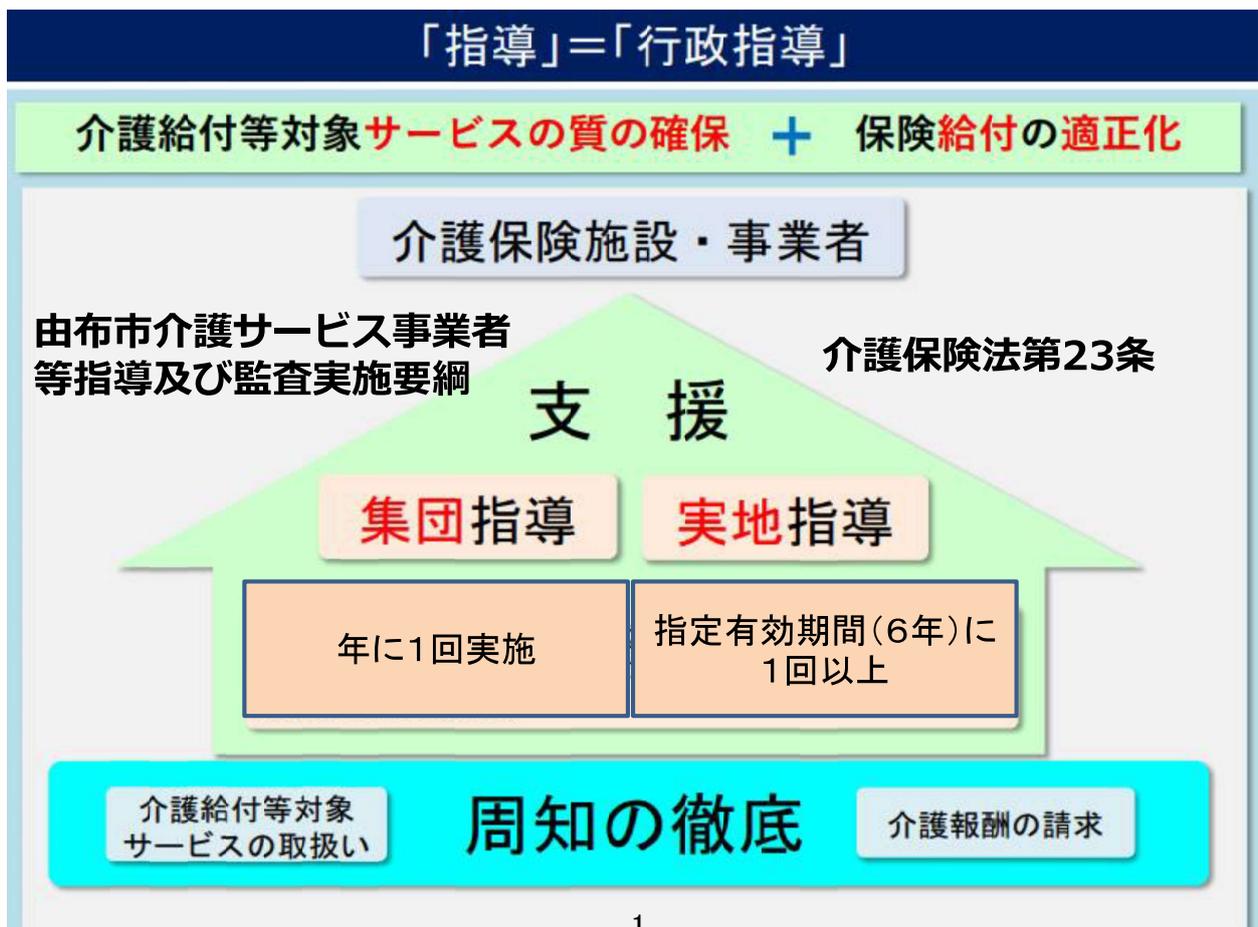
(6) 各事業担当者からの連絡事項

- ・事業所指定関係 (P19)
- ・介護保険施設における事故報告について (P24)
- ・本人通知制度 (P27)
- ・在宅医療介護連携推進事業 (P31)
- ・地域ケア会議Ⅱ (P32)
- ・介護予防ケアマネジメント A の変更について (P33)
- ・要介護認定申請におけるコロナ延長の取扱い (P36)
- ・資料開示について (P37)
- ・特例給付について (P40)
- ・おむつ等購入費助成事業 (P49)
- ・配食サービス事業 (P50)
- ・その他

4 閉会（15：00 予定）

(1) 指導監督の方針

◆指導



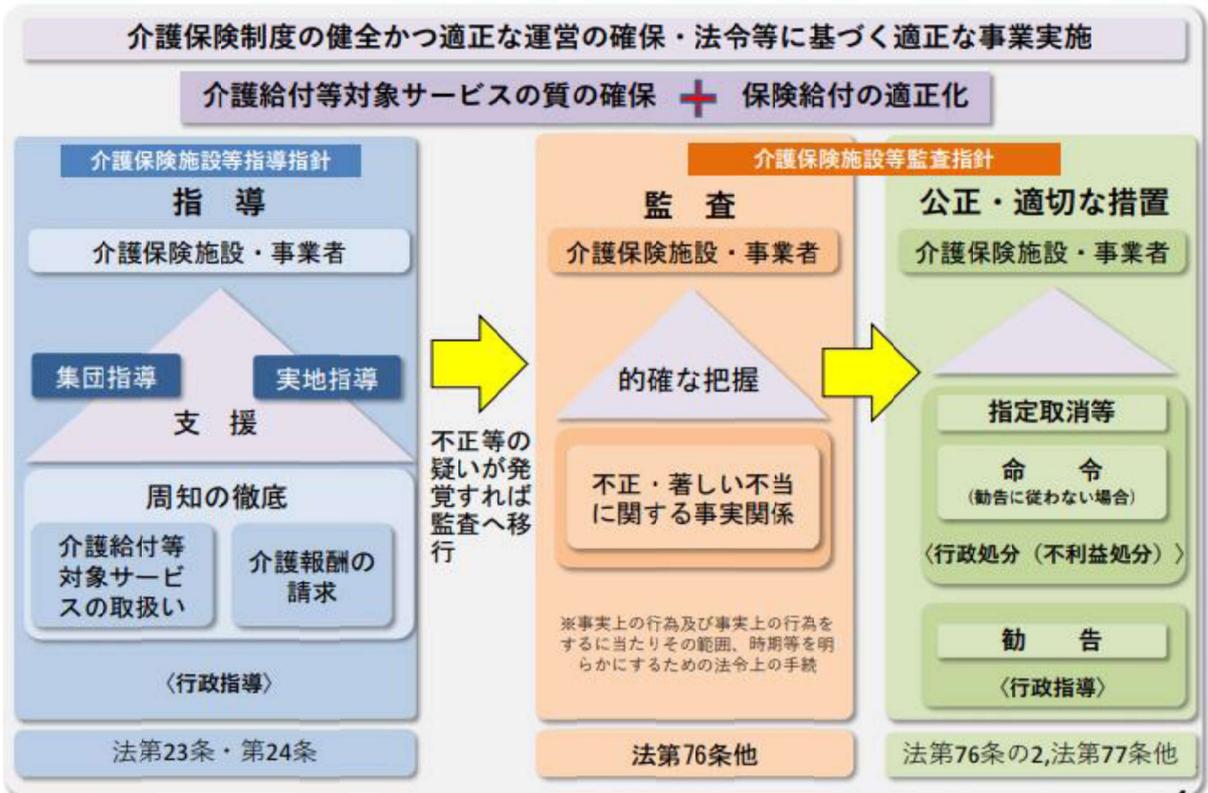
◆ 監査

【目的】介護サービス事業者の支援を行うとともに、介護サービスの質の確保並びに保険給付及び介護予防・日常生活支援総合事業の適正化を図る。不正等が疑われる場合に事実関係を把握し、公正かつ適切な措置を採る。

実施方法	事業所に立ち入り、帳簿書類等の検査や関係者への質問等を行う
根拠法令等	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法第78条の7・第83条・第115条の17・第115条の27 ・第115条の45の7 ・由布市介護保険サービス事業者等監査要綱
実施回数	入手した各種情報により、人員、設備及び運営基準等の指定基準違反や不正請求が認められる場合、又はその疑いがあると認められる場合に随時実施
効果	介護保険給付等の適正化

◆ 指導と監査

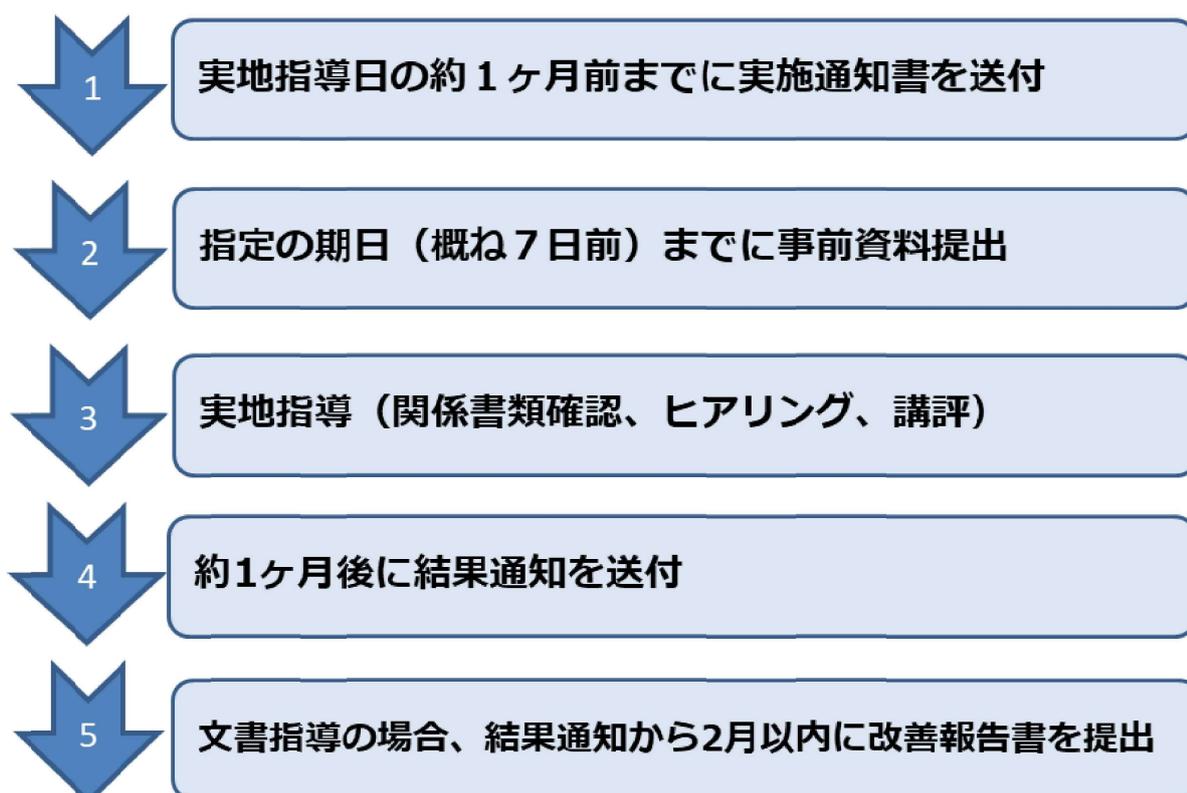
介護保険制度における介護保険施設・事業者に対する指導監督



◆ 実地指導と監査の相違点について

項目	実地指導（第23条）	監査（83条）
指導に対する拘束力	規定なし	指導に関する通知は、改善勧告書で行うため、勧告内容に従わない場合には、その旨の公表ができる。 改善命令（公示）、指定取消等（公示）の手続きへつながる。
虚偽答弁等の罰則	規定なし	30万円以下の罰金（第209条）
権限の相違	帳簿等の提出、提示を求める。	帳簿等の提出、提示を求める。（従わない場合は、拘束力の欄と同じ）
出頭命令	規定なし	規定あり
関係人（事業者や従業員でない者）への質問等	規定なし	規定あり
関係のある場所への立入	規定なし	規定あり
立入調査証	規定なし	規定あり（準用第24条第3項）

◆ 実地指導の流れ



◆介護保険施設等による自己点検

日頃より基準が守られているか自己点検が必要

自己点検には以下の3点を活用

- 確認項目及び確認文書(別添1)
- 各種加算等自己点検シート(別添2)
- 各種加算・減算適用要件一覧(別添3)

※由布市ホームページにも厚生労働省のリンク先を掲載
暮らしの情報>福祉・介護>介護保険についてはこちら
>事業者向け>指導関係

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

(2) 実地指導時の よくある指摘事例 (由布市)

居宅介護支援事業所

1 指定居宅介護支援の具体的取扱方針について（基準第13条）

- ・ サービス担当者会議において、事前に医師に対して利用者の受診時等に同行して意見を求めているが、サービス担当者会議の記録では医師が不参加となっている。

2 通院時情報連携加算（加算）

- ・ 一連の算定要件は満たしているが、居宅サービス計画に記録されていない。

※ 1、2の事例ともいわゆる記録もれと考える。

小規模多機能型居宅介護

心身の状況等の把握（基準第13条）

- ・ サービス担当者会議において、事前に医師に対して利用者の受診時等に同行して意見を求めているが、サービス担当者会議の記録では医師が不参加となっている。

※いわゆる記録もれと考える。

認知症対応型通所介護

認知症対応型通所介護計画の作成（基準第52条）

- ・ 認知症対応型通所介護計画の作成において、サービスの具体的内容、時間、日程等を明らかにするようになっているが「時間」が記されていない。

※基準省令に時間の明記はないが、「確認項目及び確認文書」に「時間」を記すようになっている。

地域密着型介護老人福祉施設

1 内容及び手続の説明及び同意（基準第3条の7）

運営規定（基準第148条、第166条）

- ・ 地域密着型介護老人福祉施設であるのに、重要事項説明書、入所契約書及び運営規定での一部表記が「指定介護老人福祉施設」となっている。
- ・ 老人福祉法での「特別養護老人ホーム」と介護保険法での「地域密着型介護老人福祉施設」が混同している表記が見られる。

2 入退所

- ・ 入所判定委員会は実施されているが、結果のみの記録で、どのような経緯で決定に結びついたのかの記録がない。

共 通

1 掲示について

- ・基準省令において運営規定の概要、重要事項等を掲示もしくはファイル等で自由に閲覧できる状況で備え付けることとなっているが、実施されていない。（事務所で管理等は行っており、閲覧の求めがあった際にのみ対応するケースは自由に閲覧できるとは言えない）

共 通

2 運営推進会議について

- ・2か月（もしくは6か月）に1回以上開催し、活動報告を行い、委員より要望、助言を受けなければならないが開催されていない。

- ・運営推進会議での報告、評価、助言等の記録がなく、公表されていない。
→運営基準等の掲示と同様にファイル等で自由に閲覧できるように備え付けることが望ましい。

※ただし、利用者のプライバシー個人情報と判断できるものに対しては公表をしない。もしくは、マスキング等の対応が必要。

(3) 運営基準 経過措置の終了について

令和6年4月1日より義務化
(令和6年3月31日までは努力義務)

- ① **業務継続計画の策定等** (基準第19条の2)
- ② **感染症の予防及びまん延防止のための措置** (基準第21条の2)
- ③ **虐待の防止** (基準第27条の2)

① 業務継続計画の策定等（基準第19条の2）

〈業務継続に向けた取組の強化〉

感染症や災害が発生した際にも、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観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続計画（BCP）の策定や、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施が義務づけられた。

- 感染症、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画（業務継続計画）の策定
- 研修及び訓練の実施（年1回以上/施設サービスは年2回以上）
- 業務継続計画（BCP）の定期的な見直し
- 業務継続計画（BCP）の従業者への周知

※研修等は新規採用時にも随時実施

<資料>

1. ② 業務継続に向けた取組の強化

概要

【全サービス★】

- 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務づける。その際、3年間の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】

（参考）介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）ガイドラインについて

- 介護サービスは、利用者の方々やその家族の生活に欠かせないものであり、感染症や自然災害が発生した場合であっても、利用者に対して必要なサービスが安定的・継続的に提供されることが重要。
- 必要なサービスを継続的に提供するためには、また、仮に一時中断した場合であっても早期の業務再開を図るためには、業務継続計画（BusinessContinuityPlan）の策定が重要であることから、その策定を支援するため、介護施設・事業所における業務継続ガイドライン等を作成。

（令和2年12月11日作成。必要に応じて更新予定。）

掲載場所： https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html

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

- ◆ **ポイント**
 - ✓ 各施設・事業所において、新型コロナウイルス感染症が発生した場合の対応や、それらを踏まえて平時から準備・検討しておくべきことを、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。
 - ✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。
- ◆ **主な内容**
 - ・BCPとは、
 - ・新型コロナウイルス感染症BCPとは（自然災害BCPとの違い）
 - ・介護サービス事業者に求められる役割
 - ・BCP作成のポイント
 - ・新型コロナウイルス感染（疑い）者発生時の対応等（入所系・通所系・訪問系）等

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

- ◆ **ポイント**
 - ✓ 各施設・事業所において、自然災害に備え、介護サービスの業務継続のために平時から準備・検討しておくべきことや発生時の対応について、サービス類型に応じた業務継続ガイドラインとして整理。
 - ✓ ガイドラインを参考に、各施設・事業所において具体的な対応を検討し、それらの内容を記載することでBCPが作成できるよう、参考となる「ひな形」を用意。
- ◆ **主な内容**
 - ・BCPとは、
 - ・防災計画と自然災害BCPの違い
 - ・介護サービス事業者に求められる役割
 - ・BCP作成のポイント
 - ・自然災害発生に備えた対応、発生時の対応（各サービス共通事項、通所固有、訪問固有、居宅介護支援固有事項）等

〈参考資料〉

○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
https://www.city.sapporo.jp/kaigo/k200jigyo/2021housyuukaitei/documents/gyoumukeizoku_kansenshou.pdf

○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
https://www.city.sapporo.jp/kaigo/k200jigyo/2021housyuukaitei/documents/gyoumukeizoku_sizensaigai_1.pdf

○厚生労働省「介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）」の作成支援に関する研修
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/douga_0002.html

②感染症の予防及びまん延防止のための措置 (基準第21条の2)

〈感染症対策の強化〉

感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、以下の取組が義務付けられた。

- 感染症対策委員会の設置及び開催
(6月に1回以上/施設サービスは3月に1回以上)
- 指針の整備(平常時及び発生時)
- 研修及び訓練の実施(年1回以上/施設サービスは年2回以上)
- 専任の感染症担当者の配置

※研修等は新規採用時にも随時実施

〈参考資料〉

○厚生労働省「介護現場における感染対策の手引き」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000814179.pdf>

○厚生労働省「介護保険サービス従事者向けの感染対策に関する研修」(終了)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/kansentaisaku_00001.html

○厚生労働省「令和4年度感染対策のための実地での研修」(終了)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/newpage_25396.html

③虐待の防止（基準第27条の2）

〈高齢者虐待防止の推奨〉

高齢者の人権擁護、虐待防止等の観点から、虐待の発生・再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施担当者を定めることが義務付けられた。

- 虐待防止委員会を設置し、定期的を開催
- 指針の整備及び従業者への周知
- 研修の実施（年1回以上/特定施設、GH、施設サービスは年2回以上）
- 上記措置を適切に実施するための担当者の設置

※研修等は新規採用時にも随時実施

<留意点>

→下記の必要な項目を盛り込むこと

- イ 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方
- ロ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項
- ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
- ニ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
- ホ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
- ヘ 成年後見制度の利用支援に関する事項
- ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
- チ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項
- リ その他虐待の防止の推進のために必要な事項

④その他～委員会の開催（虐待、感染症）

【全サービス共通】

※（資料）厚労省QA（vo.3）より

問1 居宅療養管理指導や居宅介護支援などの小規模な事業者では、実質的に従業員が1名だけということがあり得る。このような事業所でも虐待防止委員会の開催や研修を定期的に行う必要があるのか。

（答）

- ・ 虐待はあってはならないことであり、高齢者の尊厳を守るため、関係機関との連携を密にして、規模の大小に関わりなく虐待防止委員会及び研修を定期的に行うべきである。小規模事業所においては他者・他機関によるチェック機能が得られにくい環境にあることが考えられることから、積極的に外部機関等を活用されたい。
- ・ 例えば、小規模事業所における虐待防止委員会の開催にあたっては、法人内の複数事業所による合同開催、感染症対策委員会等他委員会との合同開催、関係機関等の協力を得て開催することが考えられる。
- ・ 研修の定期的実施にあたっては、虐待防止委員会同様法人内の複数事業所や他委員会との合同開催、都道府県や市町村等が実施する研修会への参加、複数の小規模事業所による外部講師を活用した合同開催等が考えられる。

※補足

【全サービス共通】

問1 居宅療養管理指導や居宅介護支援などの小規模な事業者では、実質的に従業員が1名だけということがあり得る。このような事業所でも虐待防止委員会の開催や研修を定期的に行う必要があるのか。

(答)

- ・ 虐待はあってはならないことであり、高齢者の尊厳を守るため、関係機関との連携を密にして、規模の大小に関わりなく虐待防止委員会及び研修を定期的に行うべきである。小規模事業所においては他者・他機関によるチェック機能が得られにくい環境にあることが考えられることから、積極的に外部機関等を活用されたい。

- ・ 例えば、小規模事業所における虐待防止委員会の開催にあたっては、法人内の複数事業所による合同開催、感染症対策委員会等他委員会との合同開催、関係機関等の協力を得て開催することが考えられる。

ここでいう合同開催とは、各事業所ごとに法人内の事業所で集まって開催するという意味。あくまでも各事業所として委員会を開催する必要がある。
職員数の少ない事業所においても委員会の開催は必要。

会と
よる

(4) 処分事例 (全国) ～主な取消事由の事例～

【参考】 主な取消事由の事例

取消事由	違反事例
人員について、厚生労働省令で定める基準を満たすことができなくなった (第77条第1項第3号)	<ul style="list-style-type: none"> ・常勤のサービス責任者が配置されていなかった。 ・介護職員数の人員基準を満たしていなかった。
設備及び運営に関する基準に従った、適切な運営ができなくなった (第77条第1項第4号)	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供記録の未作成。 ・虚偽のサービス提供記録の作成。
利用者の人格を尊重し、職務を遂行する義務に違反した (第77条第1項第5号)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護従事者が利用者の顔面を殴打するなどの身体的虐待をおこなった。
介護給付費の請求に関して不正があった (第77条第1項第6号)	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供を行わず虚偽の提供記録により報酬を請求した。 ・減算規程に該当するが減算せずに請求した。
帳簿書類の提出命令等に従わず、又は虚偽の報告をした (第77条第1項第7号)	<ul style="list-style-type: none"> ・監査において虚偽の勤務表を提出した。 ・監査において虚偽のサービス提供記録を提供した。
質問に対し虚偽の答弁をし、又は検査を拒み、妨げた (第77条第1項第8号)	<ul style="list-style-type: none"> ・監査において勤務及び運営実態に係る虚偽答弁を行った。 ・監査を求めても従わず、報告又は帳簿書類の提出・提示を求めても従わなかった。
不正の手段により指定を受けた (第77条第1項第9号)	<ul style="list-style-type: none"> ・指定申請時に従事予定のない従業員を勤務形態に記載し指定を受けた。 ・指定申請時に実際とは異なる場所を申請し指定を受けた。

要介護施設従事者等による虐待について

高齢者虐待防止法に基づく対応状況等に関する調査結果の概要 (令和3年度)

◎養介護施設従事者等による虐待

相談・通報件数は2,390件（大分県は23件）、虐待判断件数は739件（大分県11件）であり、前年度より大きく増加

◎養護者による虐待

相談・通報件数は36,378件、虐待判断件数は16,426件であり、前年度と比較し、相談・通報件数は増加だが、虐待判断件数は減少

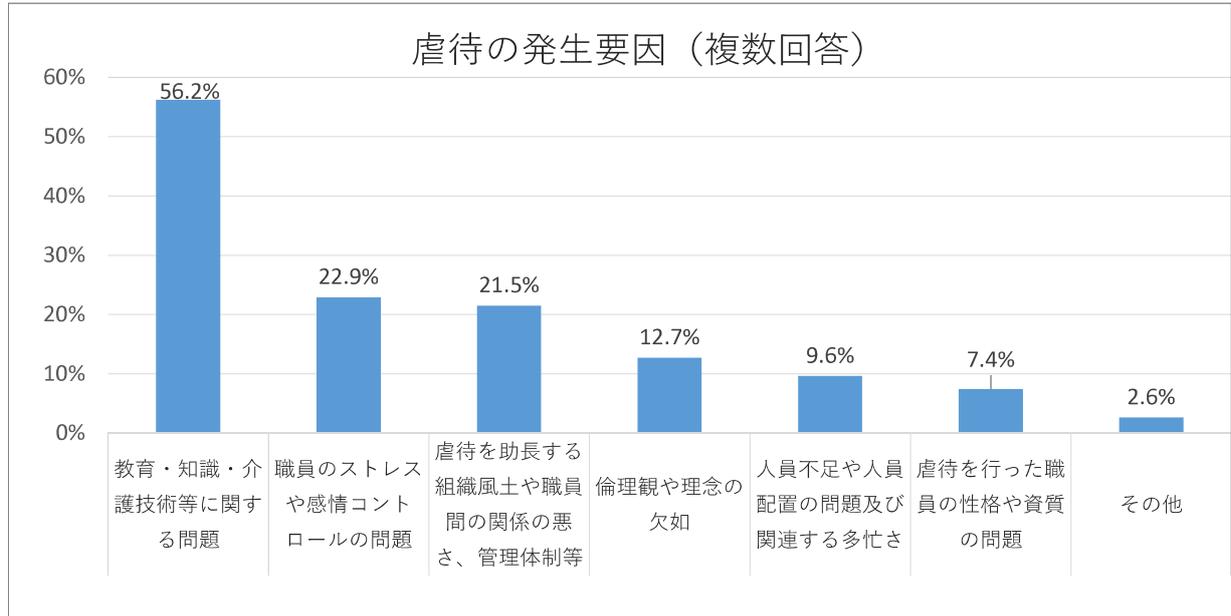
図1 養介護施設従事者等による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数の推移



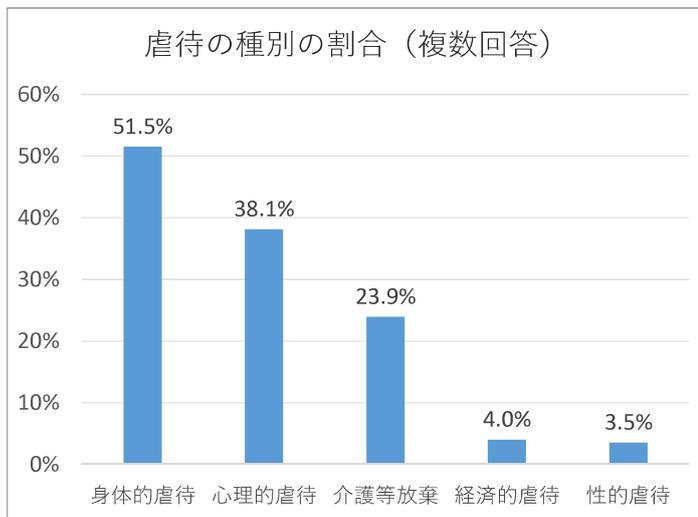
図2 養護者による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数の推移



要介護施設従事者等による虐待の発生要因



要介護施設従事者等による虐待の種別



【参考】虐待の具体的内容（主なもの）

身体的虐待	<ul style="list-style-type: none"> ・暴力的行為 ・高齢者の利益にならない強制による行為 ・「緊急やむを得ない」場合以外の身体的拘束
心理的虐待	<ul style="list-style-type: none"> ・威嚇的な発言、態度 ・侮辱的な発言、態度 ・高齢者や家族の存在や行為を否定無視するような発言、行為 ・高齢者の意欲や自立心を低下させる行為 ・羞恥心の喚起
介護等放棄	<ul style="list-style-type: none"> ・必要とされる介護や世話を怠り、高齢者の生活環境や身体・精神状況を悪化させる行為 ・高齢者の状態に応じた治療や介護を怠ったり、医学的診断を無視した行為 ・高齢者の権利を無視した行為又はその行為の放置
経済的虐待	<ul style="list-style-type: none"> ・金銭の寄付・贈与の強要 ・着服・窃盗 ・無断流用
性的虐待	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者にわいせつな行為をすること ・高齢者をしてわいせつな行為をさせること

身体的拘束について

介護保険法 運営基準(厚生労働省令)

「サービスの提供にあたっては、当該入所者（利用者）又は他の入所者（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、身体的拘束等その他入所者（利用者）の行動を制限する行為を行ってはならない。

身体拘束禁止の対象となる具体的な行為

介護保険指定基準において禁止の対象となっている行為は、「身体的拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為」で、具体的には次のような行為を指す。

- ① 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ② 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- ⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦ 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧ 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

「身体拘束ゼロへの手引き」（平成13年3月 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）

「緊急やむを得ない場合」とは

「3要件」がすべて満たされていること

切迫性

利用者本人・他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと

非代替性

身体拘束その他の行動制限を行う以外に大体重する介護方法がないこと

一時性

身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること



「適正な手続き」

が極めて慎重に実施されていること

- 担当職員個人又はチームではなく、施設全体での**組織判断**（「サービス担当者会議」「身体拘束廃止委員会」）
- 本人や家族への**説明**（目的、方法、時間帯、期間などできるだけ詳しい説明が必要）
※家族の同意があれば例外3要件が必要ないということではないので注意が必要
- 観察と再検討による**定期的再評価**⇒必要亡くなれば速やかに解除
- 記録**の義務付け（2年間保存）
（身体拘束等に関して、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由の記録）

参考）「身体拘束ゼロへの手引き」（平成31年3月:厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」及び「運営指導マニュアル」）

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令
(令和3年厚生労働省第9号)

>趣旨

全ての**介護サービス事業所**を対象に、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその発生を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることを**義務づける**

>改正の内容

1 基本方針

入所者・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旨を規定

2 運営規定

運営規定に定めておかななければならない事項として、「**虐待の防止のための措置に関する事項**」を追加

3 虐待の防止

虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じなければならない旨を規定

- ①虐待の防止のための**対策を検討する委員会**（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的で開催するとともに、その結果について、**従業者に周知徹底**を図ること
- ②虐待の防止のための**指針**を整備すること
- ③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
- ④上記措置を適切に実施するための**担当者**を置くこと

>施行期日等

施行日：令和3年4月1日（施行日から令和6年3月31日までの間、経過措置を設ける）

1. 変更届出書について

介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）で定める事項に変更があったとき、または、事業所を廃止・休止・再開した時は、速やかに所定の書類をご提出ください。様式は由布市ホームページに掲載しています。

（ホーム>暮らしの情報>年金・保険>介護保険>事業者向け）

※「運営規程」の変更の場合は、マーカー等で変更箇所を色付けする等、分かりやすいようにしてください。

【提出期限】

変更届の場合・・・変更日から 10 日以内

廃止・休止の場合・・・廃止・休止の 1 ヶ月前まで

2. 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書について

「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に記載されている項目が変更になる場合は、届出が必要です。具体的には以下のような場合です。

- ・各種加算の算定を開始・終了・変更する場合
- ・人員欠如等、減算要件に当てはまる状態が生じた場合、解消した場合
- ・介護報酬の改定等で加算内容に変更が生じた場合

サービス種類	算定の開始時期
<ul style="list-style-type: none"> ・訪問・通所サービス ・居宅介護支援 ・小規模多機能型居宅介護 	毎月 15 日以前に届出 →届出された月の翌月から 毎月 16 日以後に届出 →届出された月の翌々月から
<ul style="list-style-type: none"> ・地域密着型介護老人福祉施設 ・認知症対応型共同生活介護 	届出された月の翌月から （月の初日の場合は当該月から）

※加算の取り下げ、人員欠如による減算等の場合は、判明した時点で速やかに届出を行ってください。事実発生日から算定体制が変更となります。

3. 指定更新申請について

指定事業者は、指定日（及び前回更新日）から 6 年を経過する際に指定の更新を受けなければ、有効期間満了により、指定（許可）の効力を失います。

有効期間満了日の 2 ヶ月前までに必要書類を作成のうえ、更新の手続きをお願いします。様式はホームページに掲載しています。

4. 介護職員処遇改善加算について

介護職員処遇改善等加算を算定する事業所は、算定する年度の前年度の 2 月末日まで（年度途中で加算を取得する場合は、加算を算定する月の前々月の末日まで）に介護職員処遇改善計画書の提出が必要です。

既に加算を取得している事業所が引き続き次年度も加算を算定する場合でも、毎年度介護職員処遇改善等計画書の提出は必要ですのでご注意ください。

事務連絡
令和4年12月20日

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

厚生労働省老健局老人保健課

令和5年度の「介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算・
介護職員等ベースアップ等支援加算処遇改善計画書」に係る提出期限について

平素より、厚生労働行政の推進につきまして、御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

現在、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算（以下「処遇改善加算等」という。）について、計画書等の様式の簡素化を検討しており、見直し後の様式については2月末日処で発出する予定です。

そのため、処遇改善加算等の計画書の提出については、

- ・ 通常、処遇改善加算等を取得する月の前々月の末日までに行うこととしているところですが、
- ・ 令和5年4月又は5月から取得する場合は、同年4月15日までに行うこととする予定

です。管内のサービス事業所等に周知を図るようお願いいたします。

令和5年度当初の特例（予定）

令和5年4月又は5月から処遇改善加算等を取得しようとする場合は、同年4月15日までに計画書を都道府県知事等へ提出する。

（参考）通常の取扱い

加算を取得する月の前々月の末日までに、都道府県知事等へ提出する。

※「介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和4年6月21日老発0621第1号厚生労働省老健局長通知）参照

<https://www.mhlw.go.jp/content/000957094.pdf>

5. 業務管理体制整備の届出について

介護サービス事業者には適切なサービス提供だけでなく、法令等の自主的な遵守が求められます。不正事案を防ぎ、事業運営をさらに適正なものにしていくため、事業者には法令遵守の業務管理体制の整備・届出が義務付けられています。

(1) 届出事項

	届出事項	対象となる介護サービス事業者
1	・名称または氏名 ・主たる事業所の所在地 ・代表者の氏名、生年月日、住所、職名	すべての事業者
2	「法令遵守責任者」の氏名、生年月日	すべての事業者
3	「法令遵守規程」の概要	事業者等の数（注1）が20以上の事業者
4	「業務執行の状況の監査」の方法の概要	事業者等の数が100以上の事業者

(2) 届出先 ※令和3年4月1日から届出先が変更となっています。

	区 分	届出先
1	事業所等が3以上の地方厚生局管轄区域に所在する事業者	厚生労働省（本省）
2	事業所等が2以上の都道府県管轄区域、かつ、2以下の地方厚生局管轄区域に所在する事業者	事業者の主たる事務所が所在する都道府県知事
3	すべての事業所が1つの都道府県の区域に所在する事業者で 4、5 以外の事業者	都道府県知事
4	すべての事業所が1つの指定都市及び中核市の区域に所在する事業者	指定都市及び中核市の長
5	地域密着型サービスのみを行う事業者であって、すべての事業所が同一市町村内に所在する事業者	市町村長

※資料参照：大分県ホームページ

6. 他市町村のサービス利用について

①総合事業の場合

総合事業は、市町村が主体となって行う事業であるため、他市町村に所在する事業所であっても、由布市の総合事業のサービスを利用することになり、由布市の指定を受けている必要があります。そのため、市外事業所の総合事業サービスをケアプランに位置づける場合には、由布市の指定を受けている事業所であるか確認が必要です。

ただし、他市町村の住所地特例施設（有料老人ホーム等）に入所して総合事業のサービスを利用する場合には、施設所在市町村の総合事業を利用することになるため、由布市の指定は必要ありません。（住民票の異動がない場合は、施設所在市町村の総合事業を利用することはできません。）

②地域密着型サービス事業の場合

地域密着型サービスは、原則としてその施設がある市町村の被保険者のみが利用できるものとなっています。これは、要介護者等が住み慣れた地域での生活を支えることを目的としているためです。

よって、基本的には由布市の被保険者は他市町村の地域密着型サービスを利用できませんが、特別な事情がある場合には、施設所在市町村長等に対して、事前に協議を行い、同意を得ることによって、利用することが可能となります。

【特別な事情】

- ①由布市内に希望する地域密着型サービス事業所の定員に空きがなく、隣接市町村の地域密着型サービス事業を利用する場合
- ②虐待等の場合
- ③その他市長が必要と認める場合

上記理由により利用を希望する場合は、「地域密着型サービスに係る由布市被保険者の他市町村所在事業所の利用に関する理由書」(別紙)の提出をお願いします。

協議には2週間程度の日数を要しますが、由布市の地域密着型サービス事業の指定を受けていない事業所の場合には、1ヶ月程度の日数を要する場合があります。

7. 他市町村被保険者の由布市サービス利用について

①総合事業の場合

由布市の総合事業を他市町村の被保険者が利用することは可能ですが、総合事業者が当該市町村の指定を受けている必要があります。

詳しくは、被保険者の居住する市町村の介護保険担当課にお問合せください。

②地域密着型サービス事業の場合

由布市の地域密着型サービスを他市町村の被保険者が利用することはできませんが、特別な事情がある場合には、他市町村長等からの協議により同意を行うことがあります。

詳しくは、被保険者の居住する市町村の介護保険担当課にお問い合わせください。

地域密着型サービスに係る由布市被保険者の
他市町村所在事業所の利用に関する理由書

年 月 日

由布市長 殿

理由書提出者 住所 _____

居宅介護（予防）支援事業所名称

ⓐ

担当氏名 _____

電話番号 _____

利用 予 定 者	氏名	
	被保険者番号	(生年月日) 明・大・昭 年 月 日
	住所	由布市
	要介護度	要支援 1・要支援 2 要介護 1・2・3・4・5 (有効期間 年 月 日～ 年 月 日)
	保険者名(番号)	大分県由布市(442137)
利 用 予 定 事 業 所	サービス種類	
	事業所名	
	所在地	
	事業者番号	
	利用希望日	年 月 日
利用予定事業所の サービスを必要と する理由		

作成要領等

- この理由書は、由布市の被保険者が、他市町村所在の地域密着型サービス等事業所を利用するに際して、事業所所在地の保険者の同意が必要になることから、由布市から事業所所在地の保険者に同意を求めため提出していただくものです。
- 「利用予定事業所のサービスを必要とする理由」欄は、被保険者本人の心身の状況、市外事業所を必要とする理由を詳しく記入してください。

介護保険施設における事故報告について

対象となる事故が発生した場合は、「事故報告書」を記入の上、次のとおり提出してください。

報告の対象となる事故の範囲

- ・ 死亡に至った事故、病死（※死因に疑義が生じる可能性があるものに限ります。）
- ・ 医師（※施設の勤務医、配置医を含みます。）の診断を受け投薬治療等何らかの治療が必要となった事故
- ・ 食中毒及び感染症等
（※関係法令等で通報等が義務付けられているものは関係機関への対応と同時に市に報告してください。）
- ・ 失踪
- ・ 職員等の法令違反及び不祥事の発生
- ・ その他、市に報告する必要があると認められるもの

報告

- ① 第1報は少なくとも様式内の1から6の項目までについて、可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出してください。（※緊急の場合は電話で可。）
- ② 状況の変化等必要に応じて、随時追加の報告を行い、事故対応が終了したときは最終報告として事故報告書を遅滞なく市へ報告してください。ただし、第1報の提出時に、再発防止策等まで記載している場合はこの限りではありません。

様式

別紙、様式第1号

事故報告書 (事業者→由布市)

【報告先：由布市役所高齢者支援課 電話：097-529-7349 メールアドレス：kourei@city.yufu.lg.jp】

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること

※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第 ___ 報	<input type="checkbox"/> 最終報告
------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

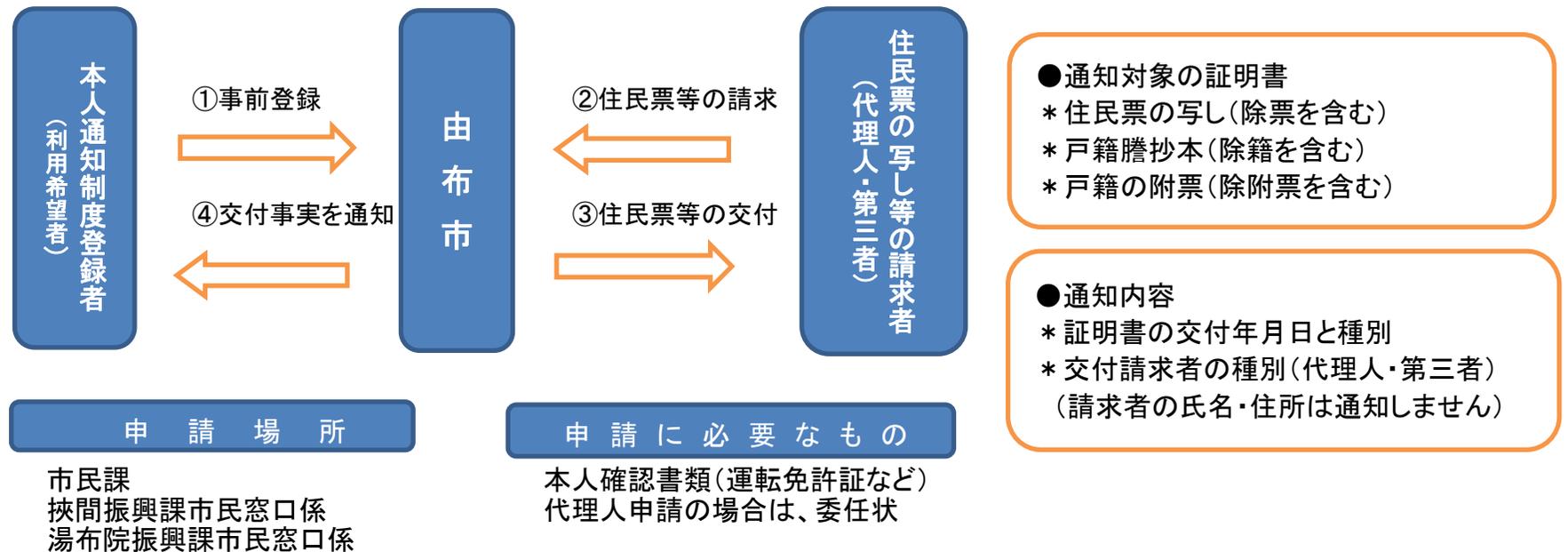
提出日：西暦 年 月 日

1事故 状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()												
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日						
2 事業 所 の 概 要	法人名													
	事業所(施設)名								事業所番号					
	サービス種別													
	所在地													
	記載者職・氏名								電話番号					
3 対 象 者	氏名・年齢・性別	フリガナ				年齢			性別：	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性				
		氏名												
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者					
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()												
	身体状況	要介護度		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自立	<input type="checkbox"/>						
	認知症高齢者 日常生活自立度		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦		年		月		日		時		分頃(24時間表記)		
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ()												
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)												
	発生時状況、事故内容の詳細													
	その他 特記すべき事項													
5 事 故 発 生 時 の 対 応	発生時の対応													
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ()												
	受診先	医療機関名				連絡先(電話番号)								
	診断名													
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位：) <input type="checkbox"/> その他 ()												
	検査、処置等の概要													

本人通知制度をご存知ですか？

本人通知制度は、本人の代理人や第三者に戸籍や住民票などを交付したとき、本人へ通知することにより不正請求の早期発見など、不正取得による個人の権利の侵害防止を図ることを目的としています。

事前に登録しておく、自分の戸籍や住民票が第三者に交付されたときに市役所からお知らせします。



※手続きについて、詳しくは市民課、または挾間・湯布院振興局地域振興課の市民窓口係でお尋ねいただくか、下記問合せ先までお問い合わせください。

【問い合わせ】

・市民課 097-582-1111(内線1142・1143)

様式第1号（第4条、第5条関係） （表）

由布市本人通知制度事前登録申請書

由布市長殿

令和 年 月 日

裏面の内容に同意の上、由布市住民票の写し等の第三者交付に係る本人通知制度実施要綱の規定に基づき、次のとおり登録を申請します。

通知を希望する人

氏名	フリガナ	生年月日		性別
		明・大・昭・平・令 年 月 日		男・女
住所			世帯主	
本籍			筆頭者	
連絡先	TEL	—	—	
対象	<input type="checkbox"/> 住民票		<input type="checkbox"/> 戸籍	<input type="checkbox"/> 附票

代理人による申請のときは次の欄も記入してください。

氏名	フリガナ	生年月日		性別
		明・大・昭・平・令 年 月 日		男・女
住所			世帯主	
連絡先	TEL	—	—	

注1：裏面に概略を書いております。内容をよくお読みください。

注2：次の書類を提出、または提示してください。（省略できる場合もあります。）

- (1) あなたが本人であること及び住所を証明する書類（旅券、運転免許証、住民票等）
- (2) あなたが法定代理人であるときは、併せてその資格を証明する書類（戸籍謄本等）
- (3) あなたがその他の代理人であるときは、併せてその旨を証明する書類（委任状等）

..... 以下の欄は市役所が記入します。

登録日	令和 年 月 日
対象住所	
対象本籍	

受付	住基	申請の区分及び確認事項	備考
No.		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他の代理人 <input type="checkbox"/> その他（ ）	登録済No.
名簿	戸籍		

本人通知制度について

- 1 本人通知制度は、この申請により登録した人（以下「登録者」という。）に係る住民票の写し等を第三者（本人等の代理人、本人等以外の者）に交付した場合、交付した事実について通知する制度です。

「本人等」とは、「本人や本人の家族等」をいいます。

 - ◎住民票関係では、本人、本人と同一世帯の方をいいます。
 - ◎戸籍関係では、本人、配偶者、同じ戸籍に記載されている方又は直系の尊属、若しくは卑属をいいます。
- 2 第三者に登録者に係る住民票の写し等を交付したときは、登録者又は法定代理人に「住民票の写し等第三者交付本人通知書」（以下「通知書」という。）を送付します。
- 3 通知書では、次の事項をお知らせします。
 - ◎交付年月日
 - ◎交付した住民票の写し等の種別及び通数（又は件数）
 - ◎交付請求者の種別（本人等の代理人や本人等以外の者）

※交付請求者の氏名、住所を通知することはできません。なお、由布市個人情報保護条例の規定に基づき、本人から個人情報開示請求を行うことができます。ただし、開示請求が認められた場合においても規定に基づき、氏名など公開できない場合がありますのであらかじめご了承ください。
- 4 登録を希望する人は、疾病その他やむを得ない理由により自ら手続きすることができない場合は、代理人により登録の申請をすることができます。
- 5 郵便又は信書便による登録の申請は、次のいずれかに該当する場合にすることができます。
 - ◎登録を希望する人が疾病等の理由により申請書を持参することができない場合
 - ◎登録を希望する人が他の市区町村に居住している場合
- 6 登録を廃止しようとする場合、転出又は転居等により登録した内容に変更が生じた場合は、届出が必要です。
- 7 登録者が死亡、居所不明等により住民票が消除されたときは、事前登録を廃止します。
- 8 登録に必要な場合、戸籍等の内容を調査することがありますのでご了承ください。

※ 委任者(登録する人)が
すべて記入してください

本人通知制度 登録委任状

由布市長 宛

令和 年 月 日

委任者 (登録する人)	住所	電話番号
	氏名	生年月日

私は、下記の者を代理人と定め、本人通知制度の登録に関する権限を委任します。

代理人 (窓口にくる人)	住所	
	氏名	生年月日



キリトリ



記入例

本人通知制度 登録委任状

由布市長 宛

令和△△年△△月△△日

委任者 (登録する人)	住所	電話番号
	氏名	生年月日

由布市〇〇〇番地〇〇

097-〇〇〇-

由布 太郎

生年月日

昭和〇〇年〇月〇日

私は、下記の者を代理人と定め、本人通知制度の登録に関する権限を委任します。

代理人 (窓口にくる人)	住所	電話番号
	氏名	生年月日

由布市□□□番地□□

由布 花子

生年月日

昭和□□年□月□日

在宅医療介護連携推進事業

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進することを目的としています。



「由布地域包括ケア推進協議会」を推進母体として、連携推進班・調査研究班・研修班・広報啓発班がさまざまな活動を展開している。市民への働きかけとして現在「市報ゆふ」に毎号掲載し、普及啓発を行っています。

医療介護の情報連携ツールとして、由布市が独自に「ゆーふーネット」を使用しており、由布市消防本部とも連携できたため、ますます活用できる場面が増えていくと期待しています。

～ゆーふーネットで何ができるの？～

患者・利用者情報

患者・利用者情報の表示やコメントの投稿・確認ができます。
 患者・利用者のカレンダー機能を利用してケアカンファレンス予約もできます。
 利用者コメントと連携シートを利用することで、入退院時連携加算の算定もできます。



利用者コメント

気づきをリアルタイムで共有。支援者間での情報共有をサポートします。



関連文書

患者様・利用者様に関する文書を投稿・閲覧できます。



連携シート

入退院時の情報が共通シートで管理できる為、必要な情報が効率的に把握できます。



メッセージ

「気軽」に「スムーズ」な情報交換が行えます。
 他事業所のスタッフのアドレス等を知らなくてもメッセージのやり取りができます。



会議室

時間や場所を問わず、自由な意見交換が行えます。



掲示板・回覧板

お知らせや連絡事項を一度に伝達。
 コミュニケーションを効率化できます。

令和5年度 地域ケア会議Ⅱ 居宅ローテーション表

	1 事例目	2 事例目	3 事例目	包括から 確認Tel	包括へ 事例報告	包括へ 事例提出
4月12日	みんなの家	ゆとり	包括支援センター	3月13日	3月22日	4月3日
5月10日	ぬくみ	暖家	包括支援センター	4月10日	4月19日	5月1日
6月14日	ゆふネット	虹	包括支援センター	5月15日	5月24日	6月5日
7月12日	豊友館	情和園	包括支援センター	6月12日	6月21日	7月3日
8月9日	川崎	社協	包括支援センター	7月10日	7月19日	7月31日
9月13日	わかば	ごとう	包括支援センター	8月14日	8月23日	9月4日
10月11日	道	暖家	包括支援センター	9月11日	9月20日	10月2日
11月8日	せきじょうあん	白心荘	包括支援センター	10月10日	10月18日	10月30日
12月13日	ゆとり	湯布院病院	包括支援センター	11月13日	11月22日	12月4日
1月10日	虹	情和園	包括支援センター	12月11日	12月20日	1月4日
2月14日	社協	わかば	包括支援センター	1月15日	1月24日	2月5日
3月13日	ごとう	川崎	包括支援センター	2月13日	2月21日	3月4日

1. 提出事例については、以下より選定してください。

(1) 自立支援につながる事例

- ・新規で支援している（する予定の）事業対象者および要支援1・2の方
- ・更新予定のある事業対象者および要支援1・2の方
- ・新規で支援している（する予定の）要介護1の方

(2) 下記の要件に該当し、地域ケア会議で専門職の助言を受けたいケース

- ・地縁の欠如、身寄りのない方で、支援が困難
- ・世帯連携が難しい方で、支援が困難
- ・医療連携が難しい方で、支援が困難

※事例の内容によって、通常地域ケア会議助言者（3.参照）に加えて他の関係機関（権利擁護、生活困窮等）にも参加を求める場合は、1カ月前までに市担当者へ直接ご相談下さい。

2. 提出書類

《事業対象者、要支援1・2》

利用者基本情報・介護予防のアセスメント[1]（基本チェックリスト）・生活機能評価表
薬剤情報・介護予防サービス支援計画書・個別サービス計画書・地域ケア会議質問票

《要介護1～5》

フェイスシート・アセスメントシート・（生活機能評価表）・介護サービス支援計画書
個別サービス計画書・薬剤情報・地域ケア会議質問票

* 上記以外にも必要に応じてアセスメントシートなどを提出ください。

* 要介護1～5の方についてはテーマ（1）自立支援に係る検討の場合は生活機能評価表の提出をお願いします。
テーマ（2）地縁の欠如等による支援困難に係る検討の場合は任意とします。

3. 助言者ならびに出席者

助言者：理学療法士または作業療法士、薬剤師、訪問看護師、歯科衛生士、管理栄養士

出席者：高齢者支援課地域ケア会議担当者、高齢者支援課高齢者福祉担当者、福祉課重層的支援事業担当者
地域包括支援センター職員、第2層生活支援コーディネーター 等

※事例の内容によって、通常地域ケア会議助言者（3.参照）に加えて他の関係機関（権利擁護、生活困窮等）にも参加を求める場合は、1カ月前までに市担当者へ直接ご相談下さい。

介護予防ケアマネジメントAの様式 ならびに手引き変更について

変更①アセスメント様式ならびに手順の変更

* 介護予防のアセスメント [1] 基本チェックリスト
→プラン作成時のみの作成に変更

* 介護予防のアセスメント [2] 追加項目
→必要時作成に変更

* 生活機能評価表 →プラン作成時のみの作成に変更。
「事後」は事後予測を記入する

* 介護予防のアセスメント [1] 基本チェックリスト様式

介護予防のアセスメント[1] 基本チェックリスト				現行	
氏名	性別	生年	調査日	事前	事後
項目	番号	確認内容	評価尺度	回答	評価結果
生活機能	1	バスや電車一人で外出していますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	日用品の買い物をしていますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	友人の家を訪ねていますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	家族や友人の指図に従っていますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
運動機能	6	階段を手すりや杖をつたらずに昇っていますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7	椅子に座った状態から何にもつかまらずに立ち上がっていますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8	15分くらい続けて歩いていますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9	この一年間に転んだことがありますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10	転倒に対する不安は大きいですか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
栄養状態	11	6か月で2〜3kgの体重減少がありましたか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12	※前 身長 153.1cm 体重 50.0 kg ⇒BMI 21.6 ※後 身長 153.1cm 体重 51.0 kg ⇒BMI 22.1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔機能	13	半年前に比べて飲み物が喉につくようになりましたか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14	お茶や汁等でむせることがありますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15	口の潤いが乾いていませんか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
閉じこもり	16	家一軒以上外出していますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17	車と比べて有刺の回数が増えていますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知機能	18	周りの人から「いつも同じ事を繰り返す」と言われますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19	自分で電話番号を調べて、電話がかけられることがありますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
うつ	21	この一週間、毎日の生活を楽しんでいないと感じませんか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22	この一週間、これまで楽しんでやっていたことが楽しくなくなりましたか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23	この一週間、以前より眠りが浅くなりましたか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	24	この一週間、自分が役に立つ人間だと思えないと感じませんか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	25	この一週間、わけがわからなくなったような感じがする	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
合計(得点)				0	0



介護予防のアセスメント[1] 基本チェックリスト				改定案	
氏名	性別	生年	調査日	事前	事後
項目	番号	確認内容	評価尺度	回答	評価結果
生活機能	1	バスや電車一人で外出していますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	日用品の買い物をしていますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	友人の家を訪ねていますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	家族や友人の指図に従っていますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
運動機能	6	階段を手すりや杖をつたらずに昇っていますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7	椅子に座った状態から何にもつかまらずに立ち上がっていますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8	15分くらい続けて歩いていますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9	この一年間に転んだことがありますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10	転倒に対する不安は大きいですか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
栄養状態	11	6か月で2〜3kgの体重減少がありましたか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12	※前 身長 153.1cm 体重 50.0 kg ⇒BMI 21.6 ※後 身長 153.1cm 体重 51.0 kg ⇒BMI 22.1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔機能	13	半年前に比べて飲み物が喉につくようになりましたか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14	お茶や汁等でむせることがありますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15	口の潤いが乾いていませんか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
閉じこもり	16	家一軒以上外出していますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17	車と比べて有刺の回数が増えていますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知機能	18	周りの人から「いつも同じ事を繰り返す」と言われますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19	自分で電話番号を調べて、電話がかけられることがありますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
うつ	21	この一週間、毎日の生活を楽しんでいないと感じませんか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22	この一週間、これまで楽しんでやっていたことが楽しくなくなりましたか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23	この一週間、以前より眠りが浅くなりましたか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	24	この一週間、自分が役に立つ人間だと思えないと感じませんか	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	25	この一週間、わけがわからなくなったような感じがする	0: はい / 1: 少し降下 / 2: いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
合計(得点)				0	0

※評価尺度: (0) はい、(1) 少し降下、(2) いいえ
※評価結果: (0) はい、(1) 少し降下、(2) いいえ
※評価結果は、「予防サービス-支援計画書」作成の際の参考とする

* 介護予防のアセスメント [2] 追加項目様式

現行		介護予防のアセスメント[2] 追加項目		令和 年 月 日		
項目	番号	確認内容	評価尺度	回答		評価項目
				事前	事後	
運動	1	自宅内を物を持って歩けますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
	2	自宅の外を物を持って歩けますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 社
	3	ズボン、スカートなど穿いたまま、支えなしで歩けますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
	4	食事の用意をしていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
栄養・食生活	5	規則的に食事をとっていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
	6	主食・主菜(肉・魚・卵・乳製品、大豆製品)・副菜をとっていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
健康管理	7	有節の出し入れ、シーツ交換・布団干しをしていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
更衣	8	季節・場所に応じた服装ができますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 社
	9	季節・場所に応じた服装ができますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 社
入浴・整容	10	一人で体を洗うことができますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
	11	顔や髪、爪をきちんと整えることができますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 社
排便	12	排便に関する心配がありませんか(尿もれ、便閉、下痢)	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 社
	13	尿や糞便を漏れたり、口腔の手入れをしていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
口腔	14	自分の歯又は入れ歯で左右の歯をしっかりと噛みしめられますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
	15	流涎したり、干し物を取り込み、元の位置に戻っていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
洗濯・掃除	16	窓の中や家のまわりの片付けや掃除などをしていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
	17	ごみの分別やごみ出しをしていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
認知	18	火の始末や戸締りは出来ますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 他
	19	前の晩に食べたものを思い出せますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 他
閉じこもり	20	趣味や楽しみ、好きでしていることがありますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
	21	日中寝ないで起きて過ごしていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
	22	家庭の事で決まった仕事や役割がありますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
	23	親類、友人、隣近所と付き合いや交流ができますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 他
健康管理	24	薬の服用や検診などを受けますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 他
	25	定期的な診察、あるいは1年以上に1度検診を受けていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 他
	26	薬はきちんと飲んでいますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 他
	27	食事内容の注意を守っていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
うつ	28	眠れぬ状態(寝)はよくしていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 運
	29	十分な睡眠はとれていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 他
	30	あなたは普段健康だと思いますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 他
	合計(得点)				0	0
総合計						

*すべての行為ができていれば「はい」ひとつでも欠けていれば「少し降々」すべて出来ていなければ「はい」

主領域合計	運動	
	生活	
	健康	
総合計	0	



改定案		介護予防のアセスメント[2] 追加項目		令和 年 月 日		
項目	番号	確認内容	評価尺度	回答		評価項目
				事前	事後	
運動	1	自宅内を物を持って歩けますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
	2	自宅の外を物を持って歩けますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 社
	3	ズボン、スカートなど穿いたまま、支えなしで歩けますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
	4	食事の用意をしていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
栄養・食生活	5	規則的に食事をとっていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
	6	主食・主菜(肉・魚・卵・乳製品、大豆製品)・副菜をとっていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
健康管理	7	有節の出し入れ、シーツ交換・布団干しをしていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
更衣	8	季節・場所に応じた服装ができますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 社
	9	季節・場所に応じた服装ができますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 社
入浴・整容	10	一人で体を洗うことができますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
	11	顔や髪、爪をきちんと整えることができますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 社
排便	12	排便に関する心配がありませんか(尿もれ、便閉、下痢)	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 社
	13	尿や糞便を漏れたり、口腔の手入れをしていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
口腔	14	自分の歯又は入れ歯で左右の歯をしっかりと噛みしめられますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
	15	流涎したり、干し物を取り込み、元の位置に戻っていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
洗濯・掃除	16	窓の中や家のまわりの片付けや掃除などをしていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
	17	ごみの分別やごみ出しをしていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
認知	18	火の始末や戸締りは出来ますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 他
	19	前の晩に食べたものを思い出せますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 他
閉じこもり	20	趣味や楽しみ、好きでしていることがありますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
	21	日中寝ないで起きて過ごしていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
	22	家庭の事で決まった仕事や役割がありますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
	23	親類、友人、隣近所と付き合いや交流ができますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 他
健康管理	24	薬の服用や検診などを受けますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 他
	25	定期的な診察、あるいは1年以上に1度検診を受けていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 他
	26	薬はきちんと飲んでいますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 他
	27	食事内容の注意を守っていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 生
うつ	28	眠れぬ状態(寝)はよくしていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 運
	29	十分な睡眠はとれていますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 他
	30	あなたは普段健康だと思いますか	0:はい 1:少し降々 2:はい			運 他
	合計(得点)				0	0
総合計						

*すべての行為ができていれば「はい」ひとつでも欠けていれば「少し降々」すべて出来ていなければ「はい」

主領域合計	運動	
	生活	
	健康	
総合計	0	

* 生活機能評価表様式

生活機能評価		現行		
氏名	(ふりがな)	調査日		
		事前	事後	
		事前	事後	備考
室内歩行				
屋外歩行				
外出頻度				
排泄				
食事				
入浴				
着脱衣				
掃除				
洗濯				
買物				
調理				
整理				
ごみ出し				
通院				
服薬				
金銭管理				
電話				
社会参加				



生活機能評価		第2回提示(改定案)		
氏名	(ふりがな)	調査日		
		事前	事後予測	
		事前	事後予測	備考
室内歩行				
屋外歩行				
外出頻度				
排泄				
食事				
入浴				
着脱衣				
掃除				
洗濯				
買物				
調理				
整理				
ごみ出し				
通院				
服薬				
金銭管理				
電話				
社会参加				

変更②中間評価についての明記を追加

* プラン期間が6月以上の場合はプランの中間期を目途に中間評価を実施。

▼モニタリング：健康状態や生活状況等の変化により、解決すべき課題が変わっていないか、毎月訪問や電話等で、3月毎に居宅訪問で確認する。モニタリング結果は毎回、介護予防支援経過記録表に記載する

▼中間評価：ケアプラン期間が6月を超える場合には、プラン期間の中間期を目安とした時期に中間評価を実施する。中間評価については介護予防支援経過記録表に記録する。中間評価はモニタリングと同時実施でも差し支えない。

支援経過記録表への記載内容について

• モニタリング

実施日、実施方法、利用者の健康状態の変化の有無、サービス利用状況が計画通りに進んでいるかどうか、利用者と家族の満足度、今後の対応、評価に関連する事項 等

• 中間評価

実施日、計画の目標と目標の達成度、目標達成状況とその理由、今後の支援方針（プラン継続かプラン変更かプラン終了か） 等

「コロナ延長」について（令和5年2月21日付事務連絡の確認）

（公印省略）

事 務 連 絡
令和 5年 2月 21日

各医療機関
各居宅介護支援事業者
各介護保険サービス事業者 様

由布市高齢者支援課長

【重要】令和5年度以降の新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の 臨時的な取扱い（いわゆるコロナ延長）について

平素より由布市介護保険事業運営にご理解、ご協力頂き感謝申し上げます。

標題の件につきまして、厚生労働省通知をふまえ、下記のとおり由布市のコロナ延長該当要件を変更しますので、お知らせいたします。

直前のお知らせとなり大変恐縮ですが、ご対応のほどよろしくお願い申し上げます。

記

【認定期間満了日が令和5年3月31日までの被保険者】

- ・施設入所者・病院入院患者に対し、面会禁止（リモートを除く）
- ・感染拡大防止の観点から面会が困難（リモートを除く）

【認定期間満了日が令和5年4月1日以降の被保険者】

- ・施設入所者・病院入院患者に対し、面会禁止（リモートを除く）

※原則、施設等面会制限の事由にのみ「コロナ延長」を認めます。

なお、上記事由での「コロナ延長」は、認定期間満了日が令和6年3月31日までの被保険者まで適用可能とする予定ですが、今後、国からの通知等により取扱いが変更となる場合があります。

《問い合わせ先》

由布市高齢者支援課

介護保険係 小倉

電話：097-529-7349（直通）

資料開示について

「由布市介護保険要介護認定等に係る資料の開示に関する要綱(平成17年告示第34号)」の改正(令和5年4月1日施行予定)に伴い、下記のとおり変更予定がありますので、あらかじめお知らせいたします。なお、要綱改正後は改めて通知をお送りする予定です。

記

①開示対象資料について(第2条)

【現行(3点)】

- ・主治医意見書
- ・調査票(特記事項)
- ・審査会判定結果・意見書

【令和5年4月1日以降(2点)】

- ・主治医意見書
- ・調査票(概況調査、基本調査、特記事項)

※システム変更に伴い、審査会判定結果・意見書の提供ができなくなるための措置です。ご理解いただきますようお願い申し上げます。

(注意事項)

上記変更に伴い、印刷枚数の増加(1枚程度)となります。

②申請様式について(第4条)

要綱改正に伴い、改めて様式を設定する予定です。

なお、要綱改正後は、その様式での申請のみ受付いたします。

- ・本人、本人の法定代理人、本人の委任による代理人が申請する場合
→様式第1号(個人用)
- ・本人、本人の法定代理人と介護サービス等の提供契約を締結している居宅サービス事業者や介護保険施設等の職員が申請する場合
→様式第2号(事業者用)
- ・地域包括支援センターから介護予防支援業務の一部委託を受けた居宅介護支援事業者が申請する場合
→様式第3号(事業者用)

(別紙様式1) 介護保険要介護認定等に係る資料の開示申請書 (個人用)

由布市長 様 年 月 日

下記の被保険者の要介護認定等に関する情報を提供されますよう申請します。

申請者	住所	電話番号() - ()	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()
	氏名			

(開示対象資料)

被保険者番号	生年月日	住所	保険者 確認欄
0 0 0 0	明治 大正 昭和		
被保険者氏名	提供情報		<input type="checkbox"/> 本人同意 <input type="checkbox"/> 開 <input type="checkbox"/> 写
	<input type="checkbox"/> 1.認定調査票 <input type="checkbox"/> 2.主治医意見書 <input type="checkbox"/> 3.その他()		
開示方法			<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 写しの交付

【被保険者同意欄】

私は、申請者が下記のものであることを証するとともに、由布市が保有する私の資料について申請者に提供することに同意します。また、本申請書に記載の事項について理解しています。

その他()
(氏名:)

同意者 住所 _____

氏名 _____

由布市は、本申請書での開示において、損害や賠償等一切の責任を有しません。

※ 代理での申請の際は開示対象者の公的身分証等の提示が必要です。

(参考) 由布市介護保険要介護認定等に係る資料の開示に関する要綱(平成17年告示第34号)

第4条 認定資料の開示を求めようとする者(以下「申請者」という。)のうち前条第1号、第2号又は第3号に該当する者は介護保険要介護認定等に係る資料の開示申請書(個人用)(様式第1号)により、前条第4号に該当する者は介護保険要介護認定等に係る資料の開示申請書(様式第2号)により、地域包括支援センターから介護予防支援業務の一部委託を受けた居宅介護支援事業者は介護保険要介護認定等に係る資料の開示申請書(一部委託用)(様式第3号)により市長に申請するものとする。

(別添様式3) 介護保険要介護認定等に係る資料の開示申請書(一部委託用) (事業者用)

由布市長 様 年 月 日

下記の被保険者の要介護認定等に関する情報を提供されますよう申請します。
なお、資料の提供を受けた際は、下記記載の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理することを約束します。

申請者情報欄: 居宅施設事業者名称等, 居宅サービス事業者等, 介護保険施設, 担当者名(※), 住所(所在地), 電話番号

(※) 居宅・施設事業者の方は担当者を記入してください。

Table with 5 rows for insured persons, columns for ID, name, birth date, address, and insurance status.

- 【遵守事項】
1. 開示を受けた認定資料に係る本人に関する情報(以下「本人情報」といふ)を本人の居宅サービス計画又は施設サービス計画等の介護サービスに関する事項以外の目的には使用しないこと。
2. 本人の同意を得ることなく本人情報を本人以外の者に知らせ、又は提供しないこと。
3. 開示を受けた認定資料を複製又は複製しないこと。
4. 開示を受けた認定資料を厳重に管理し、紛失することのないようにすること。
5. 本人との介護サービス等の提供に係る契約関係が終了した場合その他開示を受けた認定資料が必要でなくなった場合は、当該認定資料を申請者の責任において速やかに廃棄すること。

(別添様式2) 介護保険要介護認定等に係る資料の開示申請書 (事業者用)

由布市長 様 年 月 日

下記の被保険者の要介護認定等に関する情報を提供されますよう申請します。
なお、資料の提供を受けた際は、下記記載の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理することを約束します。

申請者情報欄: 居宅施設事業者名称等, 居宅サービス事業者等, 介護保険施設, 担当者名(※), 住所(所在地), 電話番号

(※) 居宅・施設事業者の方は担当者を記入してください。

Table with 5 rows for insured persons, columns for ID, name, birth date, address, and insurance status.

- 【遵守事項】
1. 開示を受けた認定資料に係る本人に関する情報(以下「本人情報」といふ)を本人の居宅サービス計画又は施設サービス計画等の介護サービスに関する事項以外の目的には使用しないこと。
2. 本人の同意を得ることなく本人情報を本人以外の者に知らせ、又は提供しないこと。
3. 開示を受けた認定資料を複製又は複製しないこと。
4. 開示を受けた認定資料を厳重に管理し、紛失することのないようにすること。
5. 本人との介護サービス等の提供に係る契約関係が終了した場合その他開示を受けた認定資料が必要でなくなった場合は、当該認定資料を申請者の責任において速やかに廃棄すること。

その他、追加・修正等ございますので、要綱改正後は由布市ホームページ等でご確認をお願いいたします。

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について

1. 福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の給付対象品目

- ★①車いす
- ★②車いす附属品
- ★③特殊寝台
- ★④特殊寝台附属品
- ★⑤床ずれ防止用具
- ★⑥体位変換機
- ⑦手すり（工事を伴わないもの）
- ⑧スロープ（工事を伴わないもの）
- ⑨歩行器
- ⑩歩行補助つえ
- ★⑪認知症老人徘徊感知機器
- ★⑫移動用リフト
- ☆⑬自動排泄処理装置

例外給付品目

- ★・・・原則として要支援1・2、要介護1の人は利用できません。
- ☆・・・原則として要支援1・2、要介護1～3の人は利用できません。

2. 軽度者に対する福祉用具の例外給付について

軽度者(要支援1・2、要介護1)に対する福祉用具貸与については、車椅子等の種目は原則保険給付の対象外となりますが、様々な疾患などによって厚生労働省の示した状態像に該当する方については例外的に福祉用具の貸与が認められています。

軽度者に対し、福祉用具貸与の例外給付を行う場合には、ケアマネジャーもしくは地域包括支援センター担当職員(以下「ケアマネジャー等」と呼びます)が適切な手順により、利用者の状態像や福祉用具貸与の必要性を慎重に精査し、適切なケアマネジメントを行うことが必要です。

3. 軽度者に対する福祉用具の例外給付の判断基準

利用者の状態像から例外給付品目の貸与が必要であると判断できる場合には、福祉用具貸与費の算定が可能となります。福祉用具貸与費の算定が可能となる利用者の状態像については【表1】と【表2】を参照してください。

【表1】で該当しない場合は【表2】の状態像に該当することを確認し、市町村に確認を依頼してください。

【表1】

対象品目	状態像	認定調査の結果
ア車いす及び同附属品	次のいずれかに該当する者	
	(1)日常的に歩行が困難な者	「できない」
	(2)日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者（注1）	※
イ特殊寝台及び同附属品	次のいずれかに該当する者	
	(1)日常的に起き上がりが困難な者	「できない」
	(2)日常的に寝返りが困難な者	「できない」
ウ床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に起き上がりが困難な者	「できない」
エ認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者	
	(1)意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	「意思を他者に伝達できない」等または主事意見書に認知症の記載がある場合
	(2)移動において全介助を必要としない者	「全介助」以外
オ移動用リフト（つり具部分を除く）（昇降座椅子を含む）（注2）	次のいずれかに該当する者	
	(1)日常的に立ち上がりが困難な者	「できない」
	(2)移乗が一部介助または全介助を必要とする者	「一部介助」または「全介助」
	(3)生活環境に段差の解消が必要と認められる者	※

※ア(2)及びオ(3)については、該当する認定調査の結果がないため、「主治医から得た情報」及び「サービス担当者会議等を通じた適切なマネジメント」によりケアマネジャー等が判断する。「主治医から得た情報」は書面に限りませんが、照会・回答内容について必ず記録してください。

注1 車いす及び同附属品は、歩行が「できる」であっても、「日常生活において移動の支援が特に必要と認められる者」として、ケアマネジャーが総合的に判断をした場合は、市町村への確認依頼の必要はありません。

注2 昇降座椅子は「立ち上がり」でなく「移乗」で判断します。昇降座椅子は「床からの昇降」を補助するものであるため、床からの「移乗」を評価してください。

表1の対象にならない者についても、医師の医学的な所見に基づき、表2のいずれかを満たし、かつサービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントにより、福祉用具貸与が特に必要であると判断されており、このことについて市町村が確認していれば、例外的に福祉用具の算定は可能になります。

【表2】

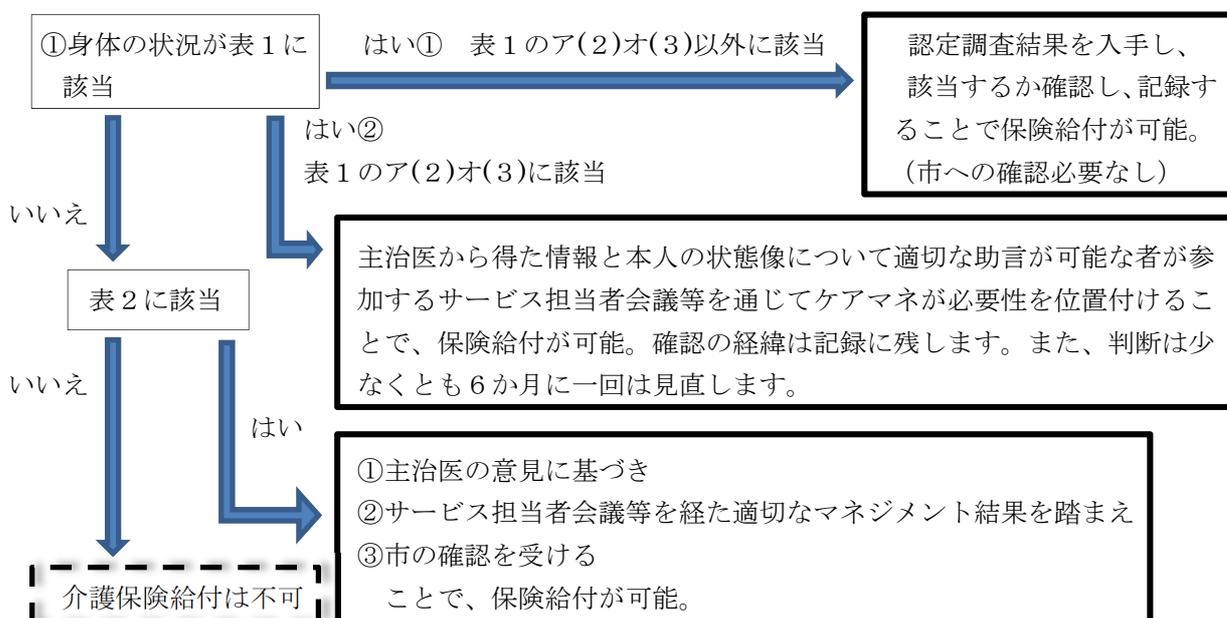
i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に表1の状態像に該当する者 例：パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象
ii) 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに表1の状態像に該当するに至ることが確実に認められる者 例：ガン末期の急速な状態悪化
iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から表1の状態像に該当すると判断できる者 例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避

4. 高齢者支援課への書類提出について

- ・軽度者に対する福祉用具貸与に対する医学的所見
- ・ケアプラン（サービス担当者会議の要点含む）

※介護報酬が算定可能（利用開始日）となるのは、由布市の確認日（書類提出日）以降です。→例外給付の福祉用具貸与を位置付ける場合は早めにご提出ください

フローチャート（軽度者に対する福祉用具の例外給付）



認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用について

短期入所生活（療養）介護サービス（以下「短期入所サービス」という。）は、利用者の在宅生活を維持する観点から、利用者の心身機能の維持と家族の身体的・精神的負担の軽減を図るためのものです。

居宅サービス計画に短期入所サービスを位置付ける場合、利用者の心身の状況や環境等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所サービスの利用日数が、認定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りませんとされています。

しかし、利用者の心身の状況及び本人、家族等の意向に照らし、サービスの利用が特に必要と認められる場合においては、これを上回る日数の短期入所サービスを位置付けることも可能であるとされています。

短期入所サービスの適切な利用を確保するため、認定有効期間全体のおおむね半数を超えることが見込まれる場合は、「短期入所サービス特例利用申請書」（以下「理由書」という。）に関係書類を添えて、由布市に提出してください。

【利用の対象者】

利用の対象者は、以下のいずれかに該当する場合に、半数を超えて利用する必要性があるものと判断します。

- ①利用者が認知症であり、同居している家族等の介護が困難な場合、若しくは独居で、在宅生活が困難であると判断される場合
- ②同居の家族等が高齢又は疾病中であることを理由として十分な介護を受けることができない者
- ③その他やむを得ない理由により、居宅において十分な介護を受けることが出来ない場合

【半数の考え方】

(例) 認定有効期間日数 365日

$$365日 \div 2 = 182.5日$$

183日が半数 ⇒ 184日目から半数超え

※連続30日を超えた利用日については、介護保険給付対象外（自己負担）のため、半数の計算範囲には含めません。

【提出書類】

○短期入所サービス特例利用申請書

○認定有効期間中の給付実績、予定がわかるもの（サービス利用表）

※特例給付ですので、半数を超える日までに書類を提出する必要があります。半数超えの利用が見込まれる場合は早めの提出をお願いします。

【留意事項】

- 由布市へ理由書提出後も、介護保険施設等への入所申込みを検討するなど、必要な援助を行なうこと。
- サービス計画等に位置づけようとする場合は、家族等の希望のみで決定された結果とならないよう、サービス担当者会議を開催し、その必要性を十分に検討した結果の判断である旨を記録として残しておくこと。
- 次期認定有効期間内においても、おおむね半数を超える見込みとなった場合には、再度提出が必要となります。

同居家族がいる場合の生活援助の取扱いについて

由布市では、同居家族がいる場合の生活援助を導入するにあたっては、書面にてサービス内容を確認した上で、給付の承認の連絡をしております。同居家族がいる場合の生活援助は、原則、算定できないものでありますが、一律機械的に算定できない取扱いとはしておりません。

生活援助は同居家族がいても、個々の状況に応じてやむを得ない事情がある場合には算定できるものですので、生活援助を居宅サービス計画に位置づける場合は状況を確認のうえ、サービス開始前に保険者へ理由書の提出を行うようお願いしています。

(1)同居家族の考え方

同じ家屋に家族等が住んでいる。

※上記以外の場合でも、日常的に介護が行える家族等がいる場合は、同居家族に準じる場合があります。 例) 同一敷地内の別棟に家族が居住している

⇒実際に居住している「家屋の状況」や「生活実態」を勘案して総合的に判断します。

(2)同居家族がいる場合の生活援助の導入にあたって

同居家族がいる場合は、原則、生活援助の算定はできません。

ただし、同居家族が「障がい」や「疾病」等により家事等ができない場合または以下に挙げるような状況である場合は算定できる場合があります。

導入にあたっては、サービス担当者会議において、本人ができること、できそうなこと、同居家族ができること、別居家族ができること及びインフォーマルサービスで対応できること等、十分アセスメントしたうえで、介護保険サービスでの利用の必要性の有無を検討し、必要と判断した場合は、支援の内容と必要量についても検討した上で、決定してください。

同居家族がいる場合の生活援助の導入にあたっては、事前（サービス開始前）に「同居家族がいる生活援助理由書」を市に提出してください。

① 同居家族が障がい、疾病や要介護等の認定を受けていて、家事等が困難な状況である

※障がい、疾病や要介護等の事実のみでもって生活援助を算定することは認められません。疾病名、要介護度を明らかにしたうえで、できること、できないこと、できそうなことを明確にし、算定の可否の判断をしてください。

② 障がいや疾病はないが、同様のやむを得ない事情で家族による家事が困難である場合

ア) 高齢による筋力低下があり困難な家事がある場合。

※単に高齢ということのみでもって生活援助の導入はしないこと。

イ) 家族による困難な家事があり、代替手段もない。

※家族等が担えない場合でも、インフォーマルサービス等代替手段の活用についても検討してください。「単にやったことがない」家事は該当しません。

ウ) 安全面や健康面、衛生面からみて必要性が高い。

例)「呼吸疾患等により日常的に室内の清潔保持が必要（担当医からの指示あり）」

だが、家族は仕事で帰宅が遅いため、こまめな掃除ができない」

「自力排泄は可能だが、ほぼ毎回トイレを汚してしまうため、その都度の掃除が必要」など。

エ) 時間が限定され、その時間に家族などの支援が得られない。

例)「食事の準備や服薬の確認等、家族不在の時間帯であっても定期的に行われなければならないことがある」

オ) 家族等に無理に介護を行わせることで介護負担が重くなり、健康面に支障がでる等いわゆる「共倒れ」になる恐れがある場合。

③ 同居家族との関係において、極めて深刻な問題があり、援助ができない

介護放棄や修復不能なこじれ等は該当しますが、単にやった事がない、遠慮があつて頼みにくいなどは該当しません。

④ 同居の家族に精神疾患等を疑うような状況があり、援助が期待できない

⑤ その他やむを得ない事情があると判断した場合

⑥ 日中独居の取り扱いについて

(1) 同居家族が就労していて、長時間の日中独居、または出張で不在になるため独居の状態になる場合。

(2) 就労状況により必要な支援が受けられない。

例)「深夜勤の仕事で日中は家で休息をとらなければならない」

「日中勤務だが残業が多く帰宅が〇時と遅い」など

※単に日中不在や出張で不在という理由のみでもって算定することは認められません。

どの時間帯（期間）が独居状態になるのか確認し、独居になる時間帯においてサービスを行わなければならない支援内容なのか、家族等が在宅中にできる支援内容なのか、よく検討してください。

(3)理由書提出のタイミング

サービス担当者会議にて必要性を十分検討したうえで、サービス開始前に提出してください。

(4)提出書類

- ・同居家族がいる場合の生活援助理由書
- ・ケアプラン（サービス担当者会議の要点を含む）

生活援助とは、介護予防訪問及び訪問介護の生活援助中心型で算定している場合をいい、「身体介護」と「生活援助」を組み合わせで算定している場合は、理由書での申請は不要。

障害、疾病その他やむを得ない理由の考え方(由布市の取扱い)

	考え方	理由書での申請
1)障害	障害者手帳の有無や障害認定(身体・知的・精神)だけで判断せず、障害に起因して家事を行うことが困難な状態である場合	不要
2)疾病	疾病名を明らかにするとともに当該疾病により家事を行うことが困難な状態である場合(医師の診断書による確認や保管は不要)	不要
	けがや骨折等で家事を行うことが困難な状態である場合(けがや骨折等の状態が改善して家事を行えるようになるまで、一時的にサービスを利用する場合も含む)	不要
3)その他	同居家族等が就労等のため日中不在である	必要
	同居家族等が要介護認定(要介護1～要介護5)を受けており、家事を行うことが困難な状況	不要
	同居家族等が、要支援認定(要支援1・2)を受けている	必要
	同居家族等と利用者の家族関係に深刻な問題がある等	必要

※理由書:「同居家族がいる場合の生活援助理由書」

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

「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）の一部改正に伴い、平成 30 年 10 月より、利用者の自立支援・重度化防止及び地域資源の有効活用等の観点から、訪問介護における生活援助中心型サービスの利用回数が基準回数以上のケアプランについて、保険者への届出が必要となりました。

1. 届出対象ケアプラン

平成 30 年 10 月 1 日以降に作成または変更（軽微な変更は除く）し、利用者の同意を得て交付したケアプランで、その援助期間において、厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置付けるもの

厚生労働大臣が定める回数（ひと月あたり）

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

※上記の回数には、「身体介護に引き続き生活援助が中心である訪問介護を行う場合」の回数を含みません。

2. 届出書類

- ①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
- ②居宅サービス計画書（ケアプラン）の写し（第 1 表～第 7 表）
 - ※居宅サービス計画書（第 1 表）は利用者へ交付し署名があるもの
 - ※居宅介護支援経過（第 5 表）は生活援助中心型の訪問介護を位置づけた理由を記載したページのみの提出で可
- ③訪問介護計画書の写し

3. 届出期限及び方法

ケアプランを作成または変更し、利用者の同意を得て交付した月の翌日の末日までに届出窓口を持参もしくは郵送

4. 届出されたケアプランの取扱い

届出を受けたケアプランのうち、地域ケア会議にて検証事例として取り上げる場合があります。

5. その他

- ・届出書類の内容について、問い合わせることあります。
- ・基準回数を上回ることをもって一律にサービスの利用を制限するものではありません。

紙おむつ・尿取りパッド購入助成事業

寝たきりや認知症等により日常生活において、常時紙おむつ又は尿とりパッドを必要とする高齢者等を介護している家族等に対して、肉体的、精神的及び経済的負担を軽減するとともに、高齢者福祉の向上を図ることを目的とした事業です。

●対象者

次の（１）～（３）までのすべてに該当する高齢者を居宅において介護する家族の方で、介護を受ける高齢者及びその家族の属する世帯がともに非課税世帯である方

- （１）由布市の住民登録を行っている在宅の高齢者等の方
- （２）介護保険制度において要介護４または要介護５の認定を由布市で受けている方
- （３）常時失禁状態にある方

※介護を受ける高齢者が施設等に入所している場合は対象となりません。

●交付申請

在宅高齢者等紙おむつ等購入補助金交付申請書に紙オムツ等の領収書（レシート含む）を添えて、購入した月ごとに１ヶ月分をまとめて申請してください。

※申請は紙オムツ等を購入した月の属する年度の末日までに行ってください。

●補助対象額

月額 上限 5,000円

※入院の日数やショートステイの利用状況等により補助できない場合があります。

●提出先

高齢者支援課、挾間振興局挾間地域振興課、湯布院振興局湯布院地域振興課

●問い合わせ

高齢者支援課 ☎097-529-7349

高齢者配食サービス事業

由布市内在住で、一人暮らしの高齢者等に対し、配食サービスを行うことにより、食生活の改善及び健康の増進を図るとともに、安否確認等を行ない、安心して在宅生活を継続できるよう支援するための事業です。

●対象者

・65歳以上の一人暮らし及び高齢者のみの世帯で、(1)(2)に該当する方

(1) 総合事業対象者又は要支援・要介護認定対象者

(2) 配食サービス事業利用基準票 (※)において一定の基準を満たす方

※利用基準票にて有効期間を1年間設けて、年に1度、状態のアセスメントを行います。

●利用者負担額

440円(1食)

●申請方法

・総合事業対象者又は要支援・要介護認定対象者の方は、ケアマネジャーにお問い合わせください。

・総合事業対象者又は要支援・要介護認定対象者ではない方は、高齢者支援課または由布市地域包括支援センターへご相談ください。

●市への提出書類

申請書、配食サービス事業利用基準票

●問い合わせ

高齢者支援課 ☎097-529-7349

高齢者配食サービス事業 利用申請書

年 月 日

由布市長 様

申請者 住所

氏名

電話

配食サービス利用者	氏名		性別	男・女	年齢	歳
	住所	由布市	生年月日	明・大・昭 年 月 日		
			電話			
利用希望	利用回数	希望曜日に○印				
	週 回	月・火・水・木・金・土				
同居家族状況	氏名	続柄	生年月日	年齢	職業	
申請理由						

配食サービス事業 利用基準票

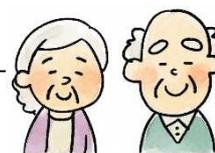
氏名	(被保険者番号：)	記入者 本人・家族
住所	由布市	提出代行者 ()
項目		チェック欄
家族状況	高齢者世帯	
	同居家族がいるが、援助が見込めない	
	独居	
視力	日常生活に支障なし	
	日常生活に支障あり	
麻痺または拘縮	日常生活に支障なし	
	日常生活に支障あり	
障がい者手帳	なし	
	あり	
認知度	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると 言われる	← 1つでも該当があればチェック
	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていない	
	今日が何月何日かわからない時がある	
	認知症の診断がある	
買い物	買い物に行くことができる	
	買い物の支援をしてくれる人がいる	
	週1回程度買い物の支援をしてくれる人がいる	
	月1～2回買い物の支援をしてくれる人がいる	
	買い物の支援をしてくれる人がいない	
調理	自分で調理ができるまたは調理できる人がいる	
	ごはん程度は炊けるかつ調理ができる人がいない	
	自分で調理できないかつ調理できる人がいない	
交通手段	本人または同居者が車両の運転ができる	
	本人または同居者が二輪車及び自転車に乗ることができる	
	誰も運転できない	
身体の状況	体重 () kg 身長 () cm	
	6ヶ月以内の体重減少が3kg以上	
代替サービスの有無	生協等(委託3事業所を除く)の配食サービスが利用可能(配達エリア内)	
	上記サービスエリア内であるが、注文が困難	
食事制限等	塩分(3g以下)・カリウム・たんぱく質・その他()	
特記事項		

本調査のために必要があるときは、介護・医療情報等について、市が必要な情報を取得することに 同意します。
 同意しません。

令和4年度

由布市 高齢者向け配食サービス

由布市では65歳以上の高齢者のみの世帯の方を対象に、1日1食（夕食）を月曜日～土曜日の週6回を上限に食事を配達し、見守りを行っています。



対象者

- ・65歳以上の高齢者のみの世帯の方
- ・総合事業対象者又は要支援・要介護認定対象者
- ・配食サービス事業利用基準票において一定の基準を満たす方

食事代

自己負担額（1食） 440円

※令和4年度4月1日時点の自己負担額となります

実施事業所

- ・社会福祉法人会 豊寿会（挾間）
- ・由布市社会福祉協議会（庄内）
- ・有限会社 ウェルケア（湯布院）

お申し込み方法

総合事業対象の方又は要支援・要介護認定対象の方は担当のケアマネジャーへお問い合わせください。
上記以外の方は、由布市高齢者支援課へお問い合わせください。

《 問い合わせ先 》
由布市高齢者支援課 介護保険係 097-529-7349

