

令和7年度大阪市ケアマネスキルアップ事業研修

大正区 天王寺区 福島区 都島区 中央区 鶴見区 平野区 西成区

内容

1. 令和7年度ケアプラン点検結果と解説
2. 住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅におけるケアマネジメント
3. ケアマネジメントをめぐる留意事項

1. ケアプラン点検結果と解説

点検内容

■対象区（8区）

- 大正区 天王寺区 福島区 都島区 中央区 鶴見区 平野区
西成区

■点検数

- 1事業所1事例（合計：422件）
- 大正区（26件）、天王寺区（26件）、福島区（31件）
都島区（40件）、中央区（31件）、鶴見区（48件）
平野区（99件）、西成区（121件）

点検内容

■選定事例

- 「主に有料老人ホームもしくはサービス付き高齢者向け住宅に居住している方のケアプラン」

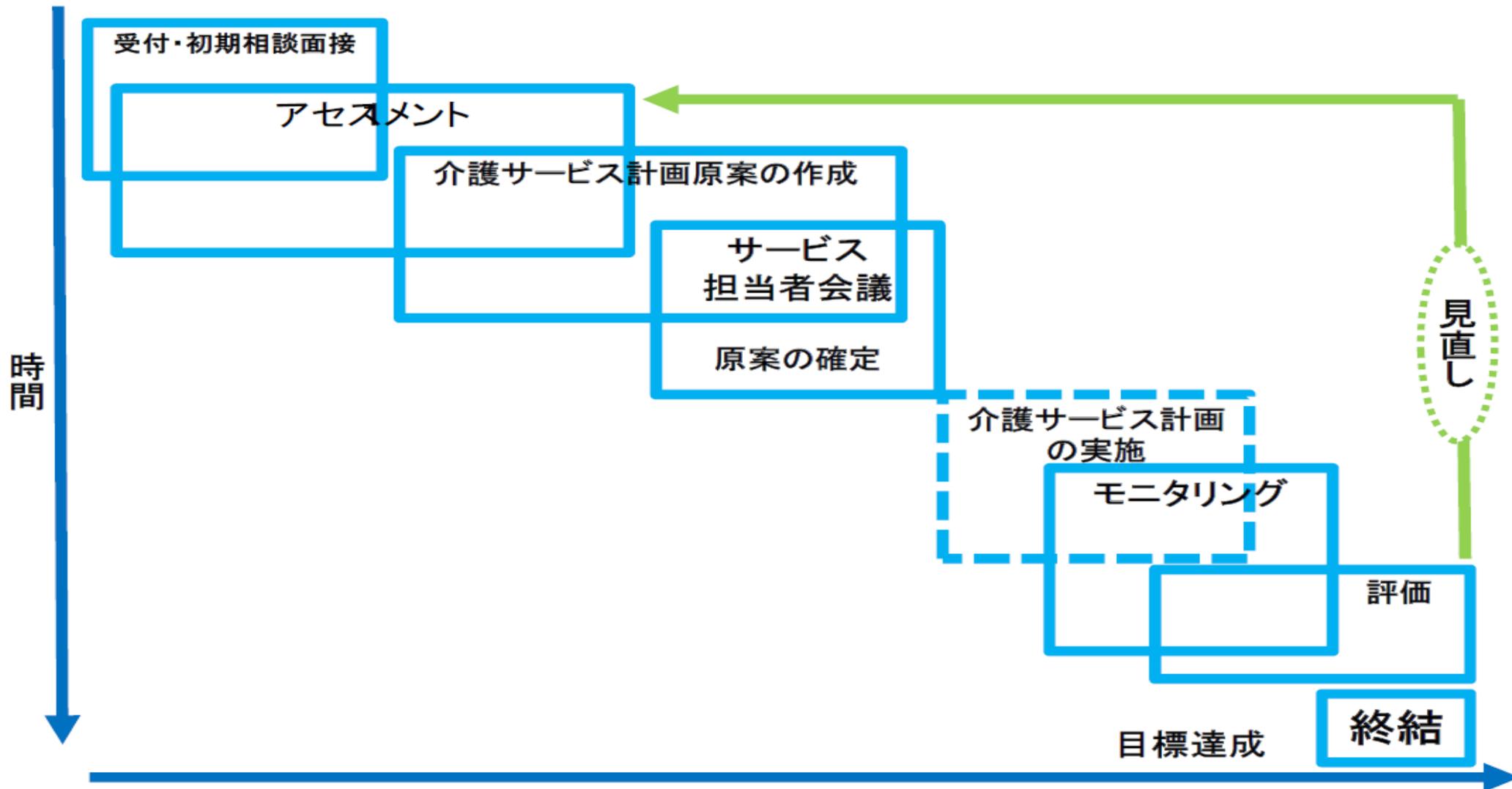
■点検項目

1. アセスメントに関する内容
2. プランニングに関する内容
3. 特定のサービス・事業所への偏りの有無など中立性公正性に関する内容

点検内容

4. サービス担当者会議に関する内容
5. モニタリング及び支援経過に関する内容
6. 総合評価に関する内容
7. その他、重要事項説明書及び介護報酬に係る自主点検の内容

ケアマネジメントプロセス



インタビューにおける大切なポイント

■運営に関する基準「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）」

第4条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第18条に規定する運営規程の概要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記した文書を利用者に交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。

- 重要事項説明書を使って、居宅介護支援の説明（業務や役割、料金など）を十分に行うことが大切です。その他、居宅介護支援を含め、居宅サービスも利用者は事業者を自由に選択できるようなことが基本であることを説明しましょう。
- 重要事項説明書は、運営基準等を踏まえ、内容についても見直しを行っていきましょう。

居宅介護支援（ケアマネジメント）の基本方針

■運営に関する基準「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）」

第12条 指定居宅介護支援は、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なければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定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。

- ▶ケアマネジメントの実施は、要介護状態の軽減又は悪化の防止（介護予防）の取り組みです。そのためには、医療サービスとの連携は欠かせません。
- ▶ケアマネジメント実践について、振り返る機会を作り（ケアマネジメントの自己評価や運営基準の自主点検など）、より良くしていくための取り組みを行いましょ。

居宅介護支援（ケアマネジメント）の実施方法

- ◆「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））」

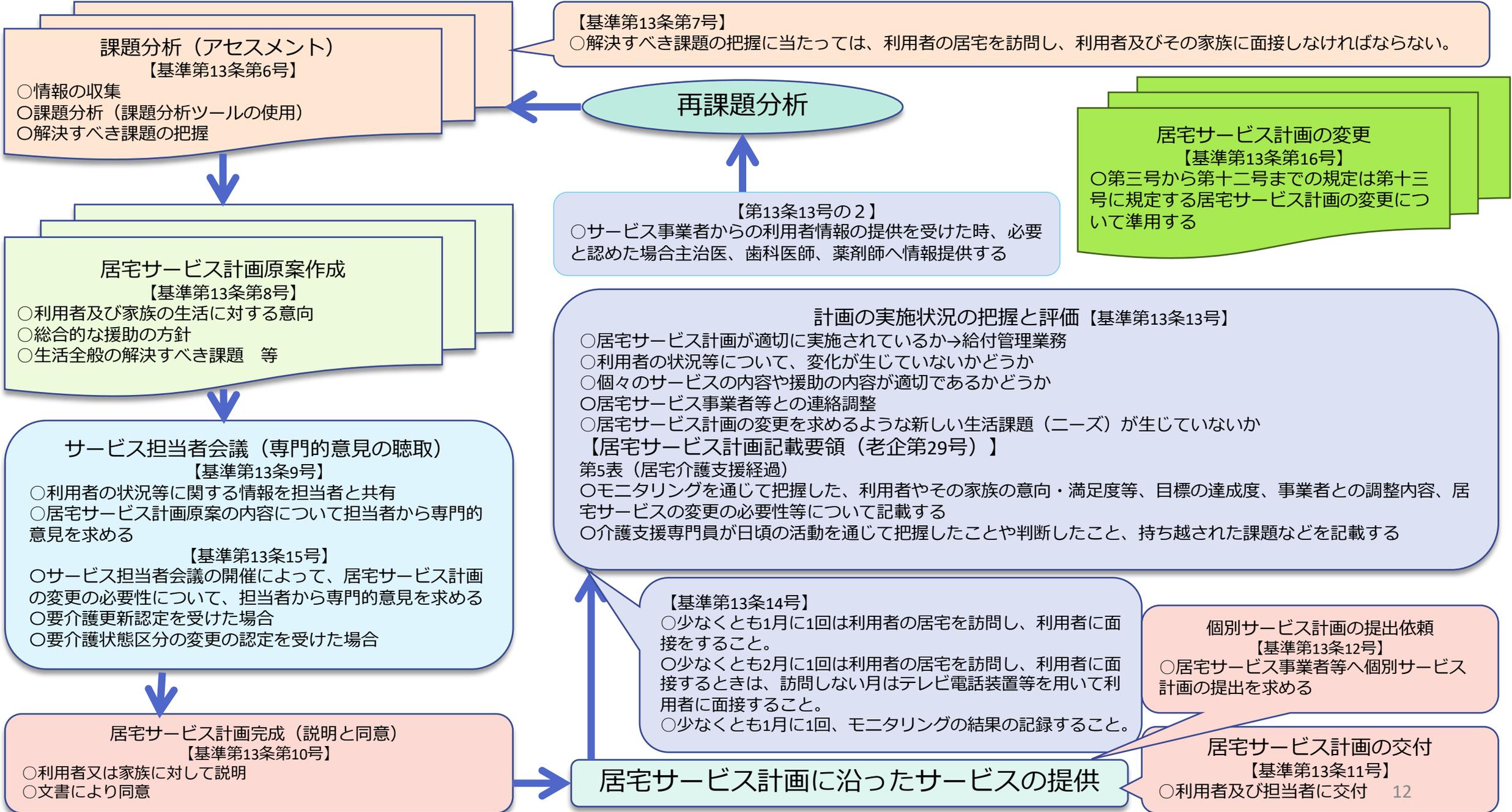
第2の3（8） 基準第13条は、利用者の課題分析、サービス担当者会議の開催、居宅サービス計画の作成、居宅サービス計画の実施状況の把握などの居宅介護支援を構成する一連の業務のあり方及び当該業務を行う介護支援専門員の責務を明らかにしたものである。

居宅介護支援（ケアマネジメント）の実施方法

◆「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））」第2の3（8）つづき

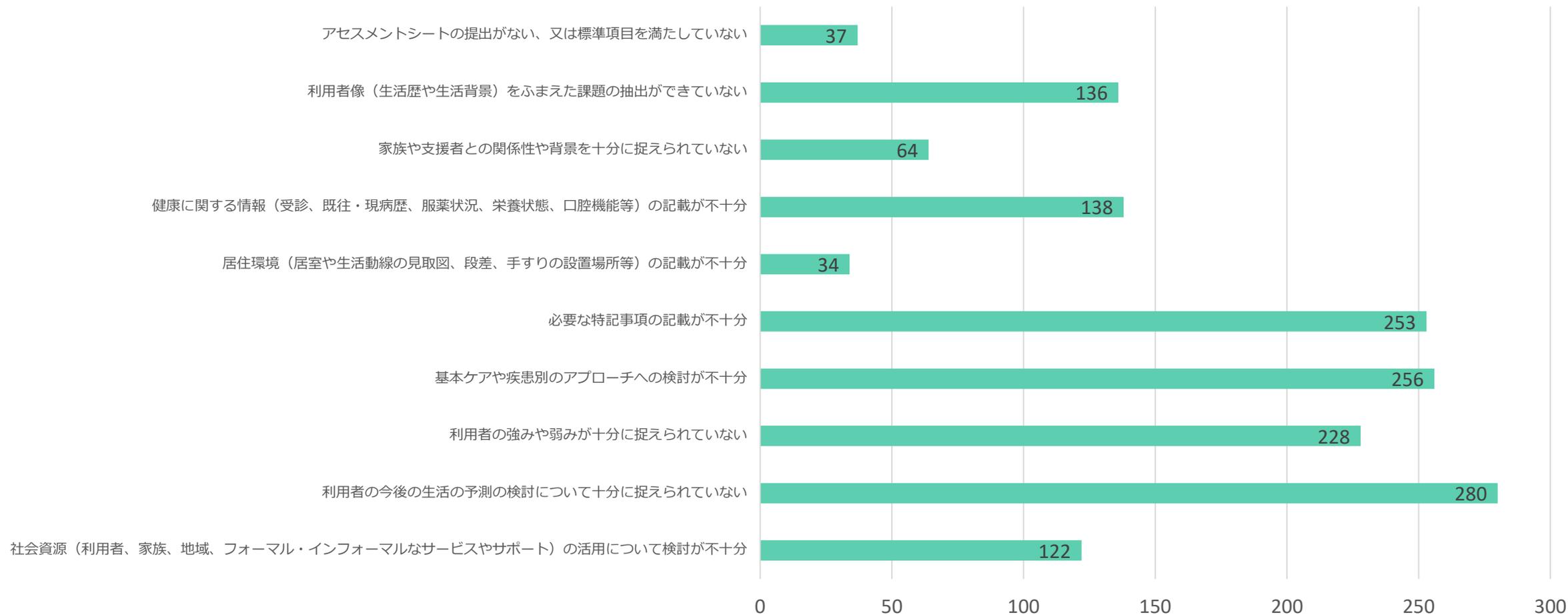
なお、利用者の課題分析（第六号）から担当者に対する個別サービス計画の提出依頼（第十二号）に掲げる一連の業務については、基準第1条の2に掲げる基本方針を達成するために必要となる業務を列記したものであり、基本的にはこのプロセスに応じて進めるべきものであるが、緊急的なサービス利用等やむを得ない場合や、効果的・効率的に行うことを前提とするものであれば、業務の順序について拘束するものではない。ただし、その場合にあっても、それぞれ位置付けられた個々の業務は、事後的に可及的速やかに実施し、その結果に基づいて必要に応じて居宅サービス計画を見直すなど、適切に対応しなければならない。

居宅介護支援の運営基準の概要



1. 課題分析手法を用いた課題分析（アセスメント）が適切に行なわれていますか。

課題分析手法を用いた課題分析（アセスメント）が適切に行なわれていますか。



アセスメントに関する運営基準

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）

□第13条第六号

➤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。

□第13条第七号

➤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。

アセスメントを実施した記録

- 利用者や家族等に関する情報の収集と課題分析の実施が必要です。
- 情報の収集については、利用者の居宅において面接が必要になります。面接を実施したことを具体的に記載しておきましょう。

年月日	内 容
令和7年12月15日 (月) 13:30 自宅で本人と妻に 面接	「初回訪問」 本日、居宅介護支援の説明を行い、〇〇ケアプランセンターでケアプラン作成等を行うことに両者に同意を得た。居宅介護支援を開始する。 「アセスメント面接」 本人と妻から現状の聞き取りとこれからの希望を確認する。詳細はアセスメントシートに記載。

アセスメントで収集する情報

(別添)

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報(受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報(氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報、居宅サービス計画作成の状況(初回、初回以外)について記載する項目
2	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目
3	利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険等)、年金の受給状況(年金種別等)、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目
4	現在利用している支援や社会資源の状況	利用者が現在利用している社会資源(介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む)の状況について記載する項目
5	日常生活自立度(障害)	「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
6	日常生活自立度(認知症)	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、区分支給限度額等)について記載する項目
9	今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由(初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等)について記載する項目

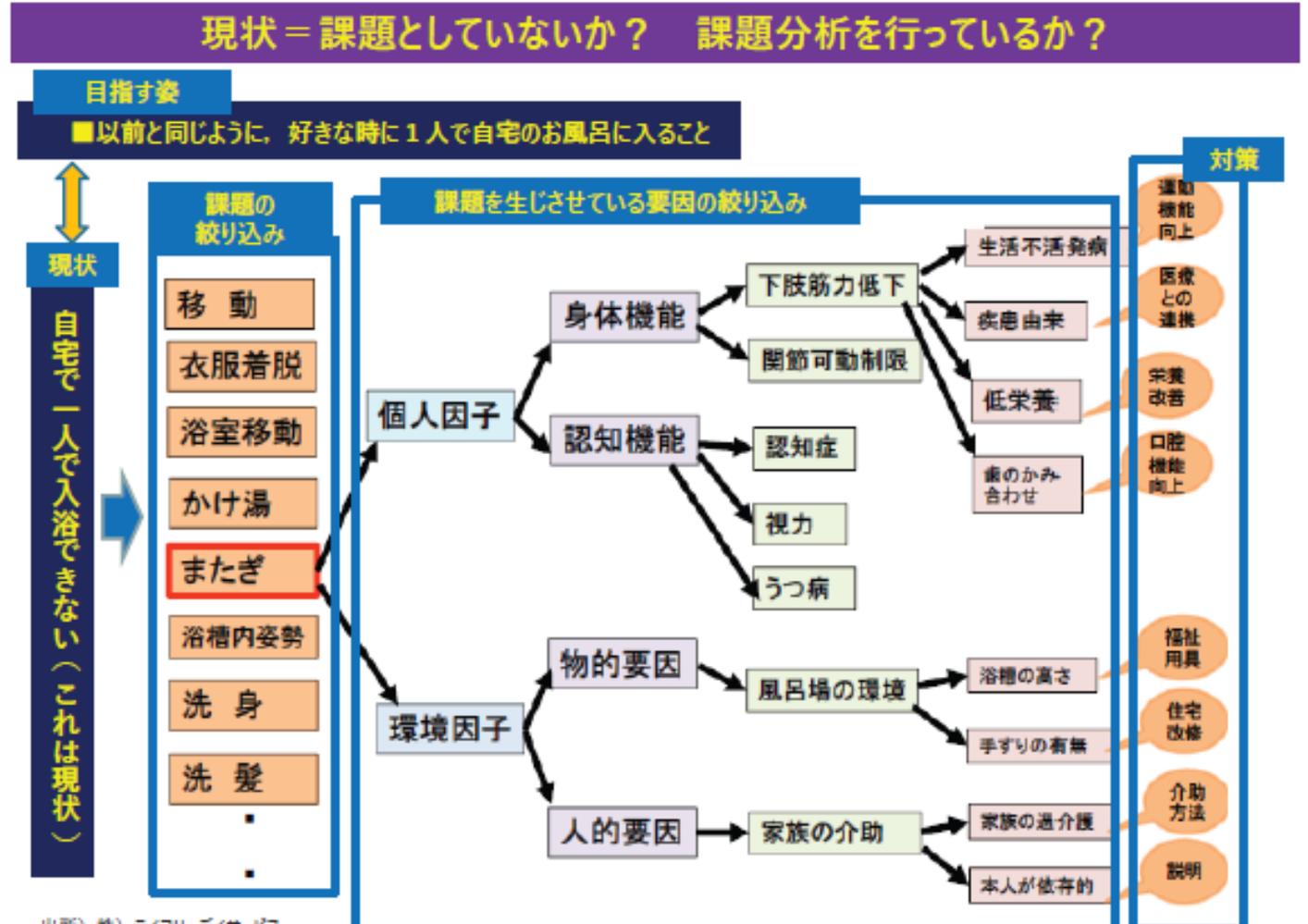
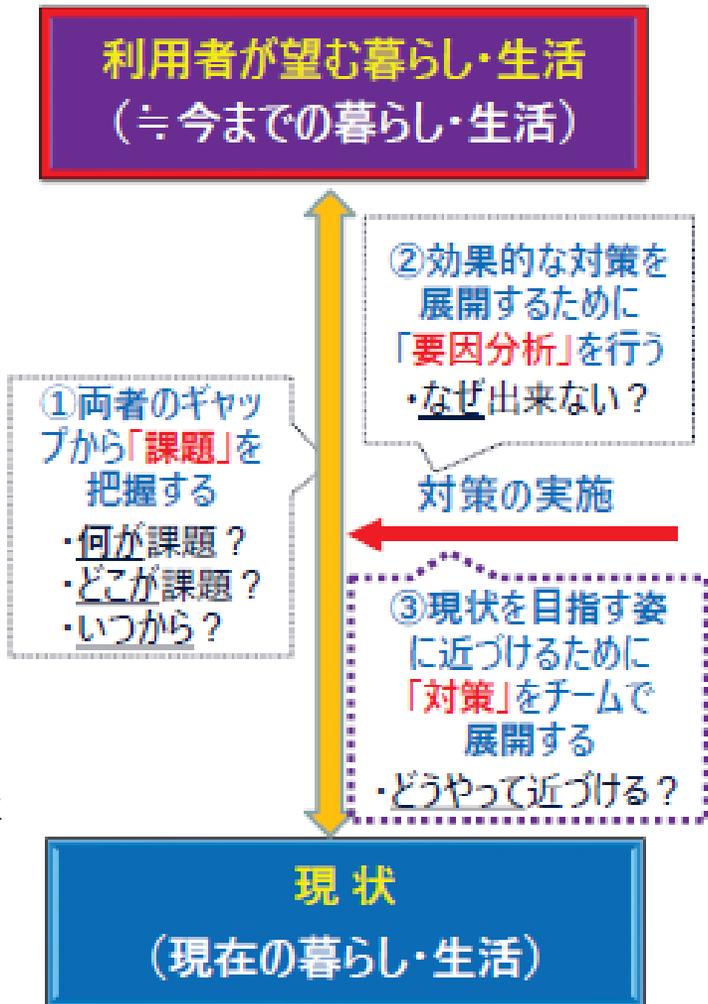
課題分析(アセスメント)に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況(身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等)、受診に関する状況(かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等)、服薬に関する状況(かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等)、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法(杖や車椅子の利用有無等を含む)、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等)に関する項目

13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況(症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等)に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況(視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通)、コミュニケーション機器・方法等(対面以外のコミュニケーションツール(電話、PC、スマートフォン)も含む)に関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度(活動の内容・時間、活動量等)、休息・睡眠の状況(リズム、睡眠の状況(中途覚醒、昼夜逆転等)等)に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム(日中・夜間の頻度、タイミング等)、排泄内容(便秘や下痢の有無等)に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム(日中・夜間の頻度、タイミング等)、排泄内容(便秘や下痢の有無等)に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況(皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等)、寝具や衣類の状況(汚れの有無、交換頻度等)に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態(歯の本数、欠損している歯の有無等)、義歯の状況(義歯の有無、汚れ・破損の有無等)、かみ合わせの状態、口腔内の状態(歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等)、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況(食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等)、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量(栄養、水分量等)、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり(家庭内での役割、家族等との関わり状況(同居でない家族等との関わりを含む)等)、地域との関わり(参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等)、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況(本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等)、家族等による支援への参加状況(参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等)、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境(浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等)、居住環境においてリスクになりうる状況(危険箇所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等)、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況(虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等)、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目

課題分析をしましょう

(課題分析の内容はアセスメント様式に記載しましょう)



出所) 株) ライフリー・ディサービス
佐藤孝臣氏スライドを一部改変

対策の考え方（援助に必要な視点）

生活の改善の可能性に焦点を当てた 自立支援に資するケアマネジメントの考え方

- 24時間365日の生活において、主体的に能力を発揮できることが自立の考え方であり、そのことが何かをしてみようという意欲を引き出し、高齢者の活動性を高める。
- 介護保険による「持てる生活能力」を維持し、できない部分の介護を支援するだけでなく、積極的に「自分の能力を生かし」、地域社会に積極的に参加し、「生活の改善の可能性」に焦点を当てた自立支援に資するケアマネジメントが今後求められている。

【視 点】

- ・ADLをゴールとしない。
IADL、生きがい・楽しみなどQOLを含むその人の24時間365日に焦点を当てる。
- ・生活行為をプラスの視点から把握 → できるところ探し
(意欲や生きる希望につながる)
- ・行為全体をできないと判断するのではなく、可能性を見つけていく思考

- サービス提供後のモニタリングにおいて、プランがうまくいかなかった場合には、その理由を確認しフィードバックしていくことが重要となる。

可能性に焦点を当てた行為能力のアセスメント

- ①「できる・できるがしていない」
- ②「できる可能性がある・もう少しうまくできる(楽にできる)可能性がある」
- ③「できる可能性が低い」
の3段階を見極める

疾患のリスクや心身機能の見極め、
生活行為の予後予測ができる
医療との連携が必要不可欠

見極めた行為能力に対する適切な対応

行為能力の段階
・できる ・できるがしていない
・できる可能性がある ・もう少しうまくできる(楽にできる) 可能性がある
・できる可能性が低い

それぞれの段階によって、
主な支援の方向性が異なる

自立支援に資するケアマネジメントのプロセス

- 本人の可能性に焦点を当て、ADLのみならず、IADLやQOLといった生活行為の向上を図る。
- 能力を活用して自ら行為を行う可能性を検討し、支援計画を作成する。
※利用者の生活目標に対する意欲向上に働きかけるよう支援することが重要となる。

【例 示】

判断の流れ

① 練習によりできる可能性あり



② 方法や道具の工夫、生活環境の調整でできる可能性あり



③ できる可能性が低い場合は、介護が必要な部分

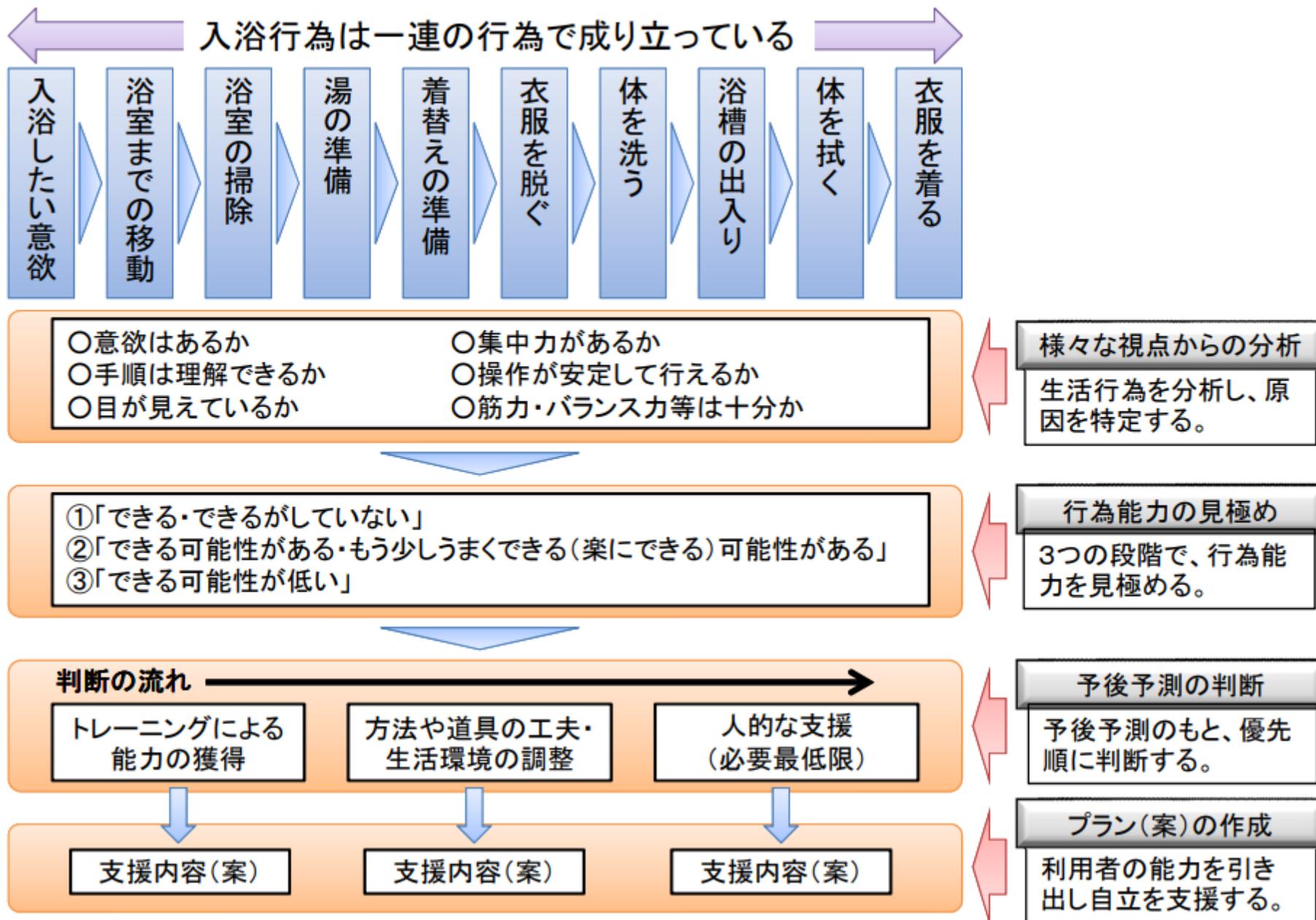
→ リハビリテーションの検討

→ 福祉用具等の利用、環境調整の検討

→ 介護サービスの利用

※ できないところのみを支援し、できるだけ自ら行う環境を維持していくことが重要

生活行為向上を図ったマネジメントの例(入浴行為)



(参考) 脳血管疾患のある方のケア

退院直後の生活における不安を小さくできるように調整する、生活が安定してきた先は再発の予防が大切

【Ⅰ期（症状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）】

大項目	中項目
再発予防	血圧や疾病の管理の支援
	服薬管理の支援
	生活習慣の改善
生活機能の維持・向上	心身機能の回復・維持
	心理的回復の支援
	活動と参加に関わる能力の維持・改善
	リスク管理



【Ⅱ期（症状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期）】

大項目	中項目
継続的な再発予防	血圧や疾病の自己管理の支援
	服薬の自己管理
	生活習慣の維持
セルフマネジメントへの移行	心身機能の見直しとさらなる回復・維持
	心理的回復の支援
	活動と参加に関わる能力の維持・向上
	リスク管理

(資料) 適切なケアマネジメント手法 活用の「手引き」より

I 期

病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期

大項目	中項目	小項目	想定される支援内容
1. 再発予防	1-1. 血圧や疾病の管理の支援	1-1-1. 基本的な疾患管理の支援	1. 基本的な疾患管理の支援
		1-1-2. 血圧等の体調の確認	2. 目標血圧が確認できる体制を整える
			3. 家庭（日常）血圧・脈拍等の把握ができる体制を整える
		1-1-3. 環境整備	4. 室内気温の調整や気温差の改善ができる体制を整える
	1-1-4. その他の基礎疾患の把握と適切な食事の提供	5. 高脂血症、糖尿病等の個別疾患の管理の支援について別途確認する	
	1-2. 服薬管理の支援	1-2-1. 服薬支援	6. 服薬管理の支援
	1-3. 生活習慣の改善	1-3-1. 脱水予防	7. 必要水分量と日常の摂取量が把握できる体制を整える
			8. 適切な水分を摂取することの理解をうながす体制を整える
			9. 自ら水分を摂取できるようにする体制を整える

2. 生活機能の維持・向上	2-1. 心身機能の回復・維持	2-1-1. 機能訓練（機能障害の回復・改善に向けて）	10.ADL/IADL の定期的な把握と機能の向上ができる体制を整える
	2-2. 心理的回復の支援	2-2-1. 受容の支援	11. 受容促進のための働きかけを行う体制を整える
			12. 抑うつ状態の防止、改善が図れる体制を整える
			13. リハビリテーションの継続がなされるよう本人の不安を軽減する体制を整える
	2-3. 活動と参加に関わる能力の維持・改善	2-3-1. 機能訓練（残存機能の維持・活用に向けて）	14.ADL/IADL の状態の定期的な把握と共有がなされる体制を整える
			15. 状態に合った ADL/IADL の機能向上がなされる体制を整える
		2-3-2. コミュニケーション能力の改善	16. コミュニケーション能力の状況の継続的な把握ができる体制を整える
			17. コミュニケーション能力の改善を図る体制を整える（言語訓練、コミュニケーション手段の検討等）
		2-3-3. 社会参加の機会の確保	18. 日常生活（自宅内・自宅外）における役割の回復・獲得がなされる体制を整える
			19. 外出や交流の機会が確保できる体制を整える
2-4. リスク管理	2-4-1. 食事と栄養の確保	20. 新たな価値・機能の獲得がなされる体制を整える	
		21. 必要な栄養量の把握と食事の支援がなされる体制を整える ※誤嚥性肺炎の予防について別途確認	
	2-4-2. 転倒予防	22. 転倒しにくいよう体の機能あるいは環境整備するための体制を整える	

課題分析内容の例（入浴に関すること）

【特記、解決すべき課題など】

病院ではシャワー浴。身体の前面は洗えるが、それ以外は介助が必要。自宅で入浴する際には、浴槽の跨ぎ動作、浴槽内からの立ち上がりに介助が必要。

（原因）脳梗塞後遺症による左上下肢麻痺、両下肢の筋力低下のため、介助を要する。主介護者の妻は、腰痛・膝関節症があり、夫の身の回りの介護に限界がある。また、介護に関する知識がほとんどない。浴室には段差があり、手すりもないので介助が必要。

（可能性）リハビリテーションや福祉用具による環境を整えば、一人でも安全に自宅内を移動できる可能性がある。補助具や自助具を活用することで、一人で洗身できるようになる可能性がある。浴室の環境を改善することで、自立できることが増えて妻の介護負担の軽減につながる。

（リスク）住環境を改善しなければ、転倒・骨折の危険性がある。リハビリテーションを継続しなければ、筋力低下が進行する危険性がある。

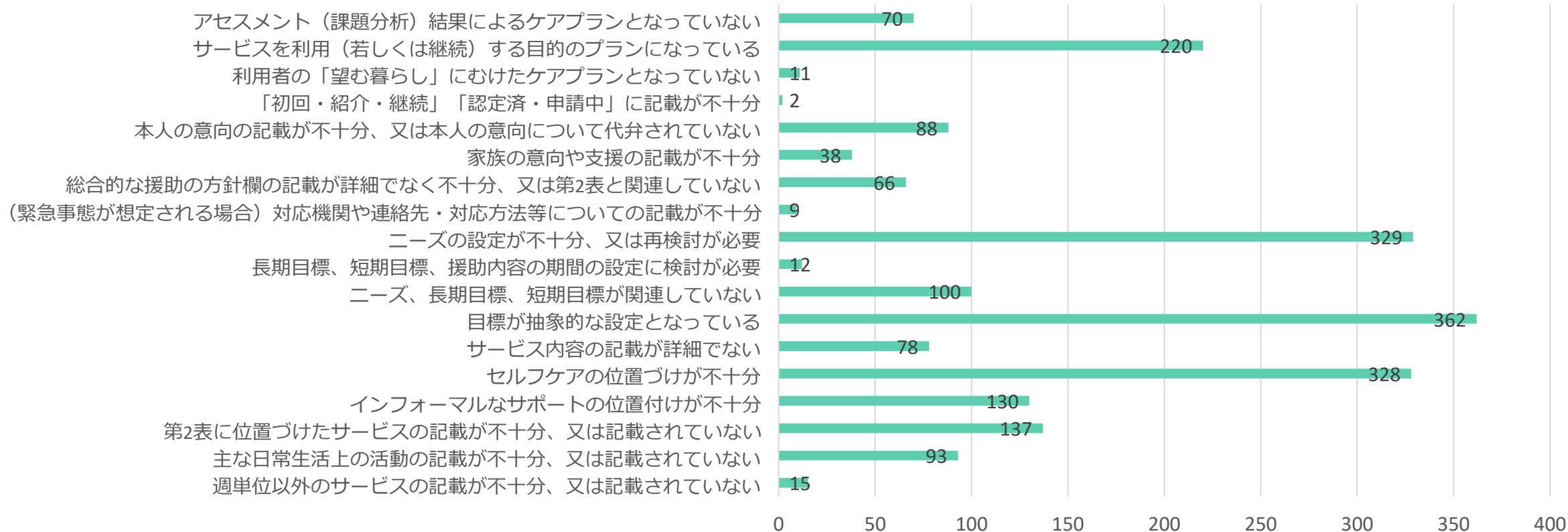
（必要な援助）浴室内に手すりを設置し、シャワーチェアや浴槽台を購入することで、浴室内の動作が安全に行える。洗身の自助具の使用方法や入浴動作の手順について助言を得ることで、軽介助で入浴できる。安全に一人で入浴できるようになるまでの間、ヘルパーによる見守りや介助を受ける。

（解決すべき課題）自宅のお風呂に1人で入浴できるようになりたい。

2. アセスメントの結果から生活課題と目標設定が行われていますか。その上でのサービス計画となっていますか。

アセスメントの結果から生活課題と目標設定が行われていますか。

その上でのサービス計画となっていますか。



ケアプラン作成に関する運営基準

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）

- 第13条第八号 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わせについて検討し、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。

ケアプランに関する運営基準

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）第3運営に関する基準（8）指定居宅介護支援の取扱方針及び具体的取扱方針

□⑨居宅サービス計画原案の作成（第八号）

- 介護支援専門員は、居宅サービス計画が利用者の生活の質に直接影響する重要なものであることを十分に認識し、居宅サービス計画原案を作成しなければならない。したがって、居宅サービス計画原案は、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よる専門的見地に基づき、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た上で、実現可能なものとする必要がある。

ケアプランに関する運営基準

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）第3運営に関する基準（8）指定居宅介護支援の取扱方針及び具体的取扱方針

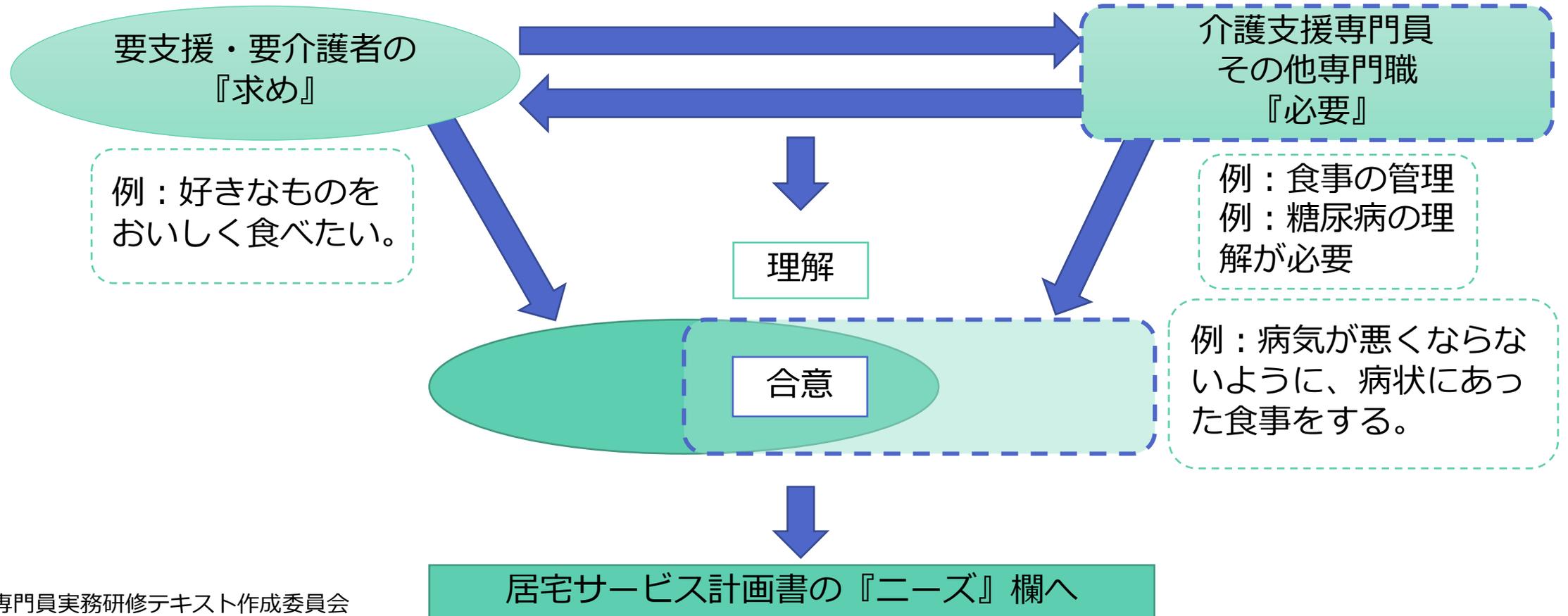
□⑨居宅サービス計画原案の作成（第八号）

- また、当該居宅サービス計画原案には、利用者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題を記載した上で、提供されるサービスについて、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、当該達成時期には居宅サービス計画及び各指定居宅サービス等の評価を行い得るようにすることが重要である。
- さらに、提供されるサービスの目標とは、利用者がサービスを受けつつ到達しようとする目標を指すものであり、サービス提供事業者側の個別のサービス行為を意味するものではないことに留意する必要がある。

生活ニーズとは

- 利用者が生活を送るうえで必要な基本的要因が欠如し、その欠如した要因が相互に関連し合い、負の連鎖となりながら、利用者のおかれている、介護が必要な状況をつくりだしています。生活ニーズを解決していくことによって、利用者がより自立的で尊厳を保ち、質の高い生活が送れることになるのです。（「七訂第2版 介護支援専門員実務研修テキスト上巻P.459」介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会、一般財団法人 長寿社会開発センター（令和3年11月））
- ニーズは、介護支援専門員をはじめ、その他の専門職が、アセスメントから見出したニーズと利用者の求めとしての自覚している、あるいは、表明しているニーズをすり合わせ、両者の合意が得られたものを、居宅（施設）サービス計画書のニーズとして扱います。
- 利用者に自覚されていないニーズについては、少しでも共通認識ができるようにはたらきかけることが大切です。

課題分析から解決すべき課題の把握



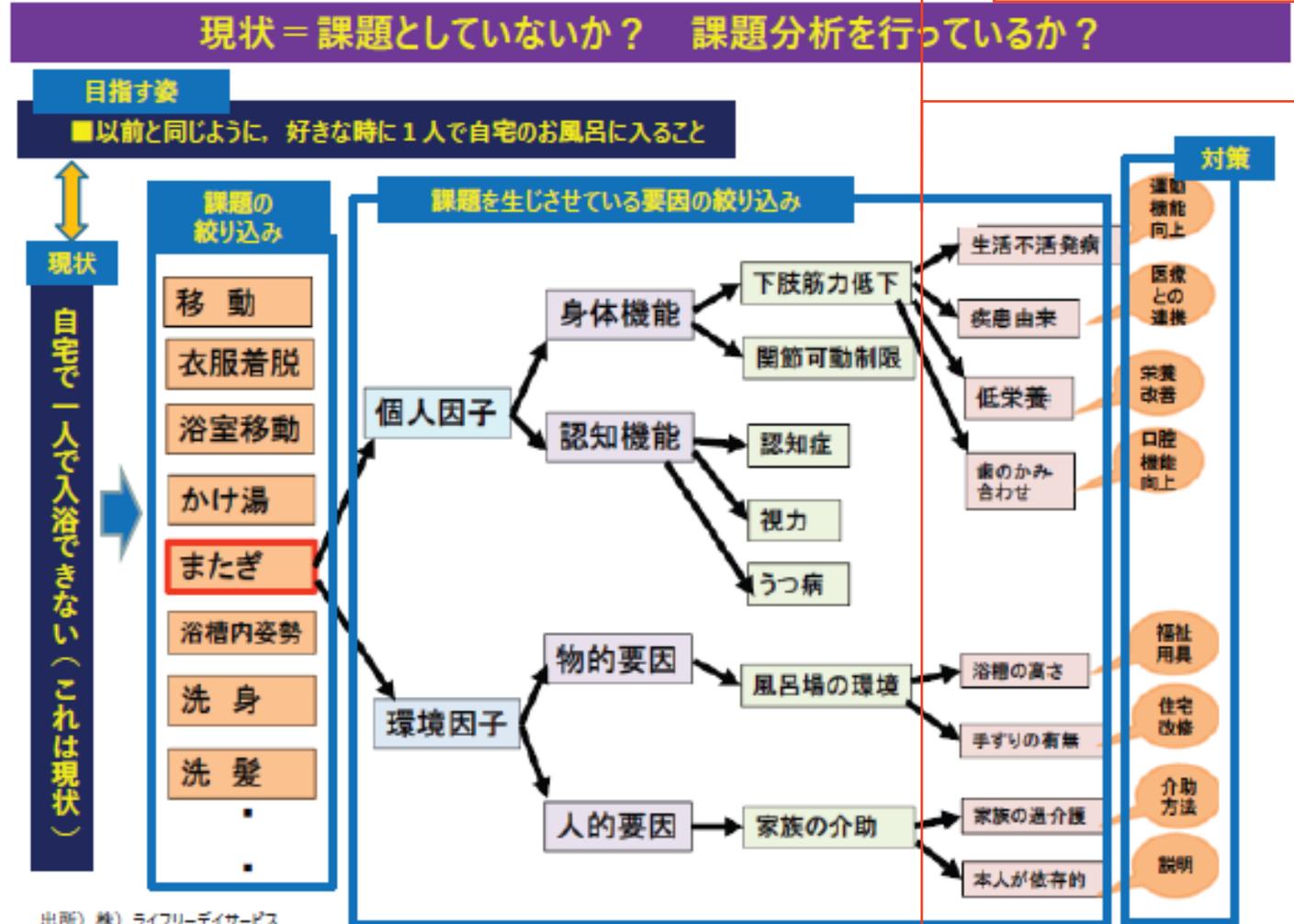
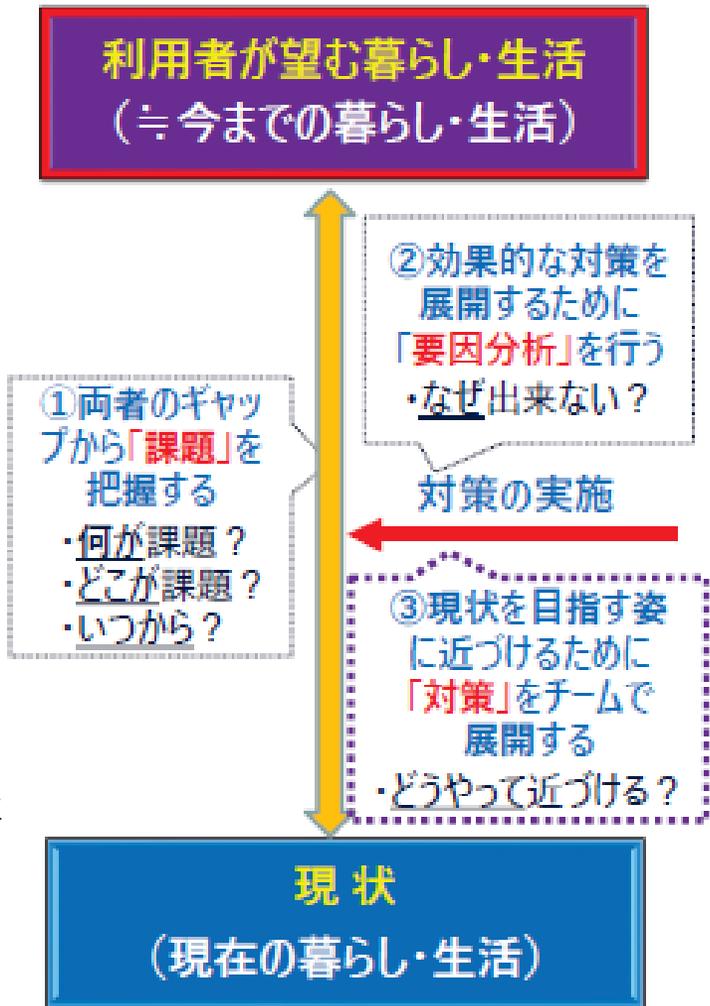
ニーズの表記

- ニーズは、利用者の生活全般の解決すべき課題であることから、その主体は、「利用者」です。
- また、利用者と合意が得られたものをニーズとして設定します。一方、合意が得られていない、潜在的なニーズは、合意が得られるように働きかけることとし、第5表居宅介護支援経過にその旨を記載します。
- 他方、利用者と家族のニーズが異なる場合などは、第5表居宅介護支援経過に記載し、意見の調整ができるように働きかけます。
- ニーズは、安易に「〇〇したい」と記載するのではなく、また、単なる思いにとどまらず、丁寧に働きかけることより利用者の行動変容を促し、「〇〇する」といったより強い意向を表明できるように支援しましょう。（一般財団法人長寿社会開発センター「新訂居宅サービス計画書作成の手引き」適切なケアマネジメント手法導入と活用（令和6年12月））

課題分析をしましょう

(課題分析の内容はアセスメント様式に記載しましょう)

対策に関する必要な援助がサービス内容です。
(必要な援助は改善のための取組みやリスク回避の取組みなど)
必要な援助を実施した結果の利用者の姿が目標です。



出所) 株) ライフリー・ディサービス 佐藤孝臣氏スライドを一部改変

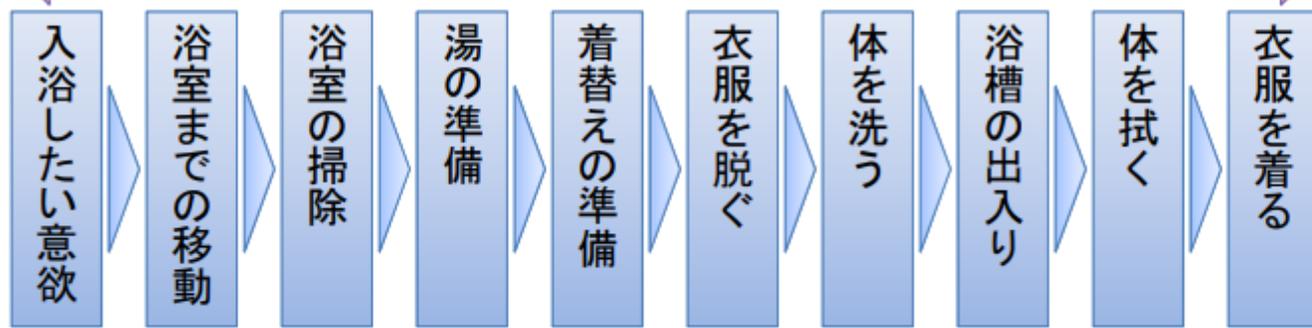
一般社団法人
日本介護支援
専門員協会ケ
アマネジメント研修会
(令和3年9
月12日) 埼玉
県立大学大学
院/研究開発
センター川越
雅弘先生資料
から抜粋(一
部改変)

目標の考え方 (あくまで利用者の姿です)

- 「長期目標」は一定の期間、必要な援助を行った結果の姿
(ニーズを解決するレベルと期間を見積もること。)
- 「短期目標」を具体化するにはセルフケアなど利用者が行うこと
(サービス内容)を、必要な期間実施した結果を考えることも有効です。まずは、利用者が身近に達成できそうなことを検討しましょう。
- 改善を目指す「目標」と、維持を考える「目標」の両面を見据えて設定を行うこと。

生活行為向上を図ったマネジメントの例(入浴行為)

← 入浴行為は一連の行為で成り立っている →

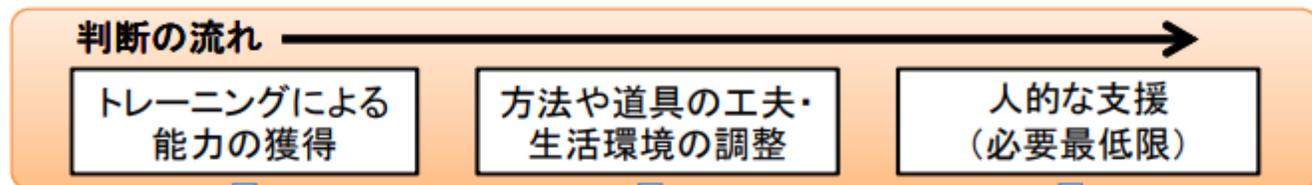


- 意欲はあるか
- 手順は理解できるか
- 目が見えているか
- 集中力があるか
- 操作が安定して行えるか
- 筋力・バランス力等は十分か

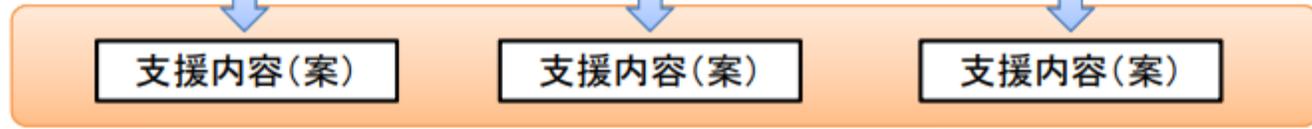
様々な視点からの分析
生活行為を分析し、原因を特定する。

- ①「できる・できるがしていない」
- ②「できる可能性がある・もう少しうまくできる(楽にできる)可能性がある」
- ③「できる可能性が低い」

行為能力の見極め
3つの段階で、行為能力を見極める。



予後予測の判断
予後予測のもと、優先順に判断する。



プラン(案)の作成
利用者の能力を引き出し自立を支援する。

支援方法の検討

専門家の関わりが必要なことの検討

生活ニーズ

- 本人にとって生きていくために必要な要素のうち欠けたもの
- 医療や健康
- 職業や収入
- 住まい、友人
- 教育、社会
- 趣味、娯楽 など

セルフケア能力

- ニーズを充足できる
本人の能力・程度
- できる行動
- 得意分野
- 残存機能
- 夢
- 希望 など

インフォーマルサポート

- 対人的相互支援関係
- 家族、親戚、近隣、友人、仲間等の存在と関係
- ボランティア
- 地域活動 など

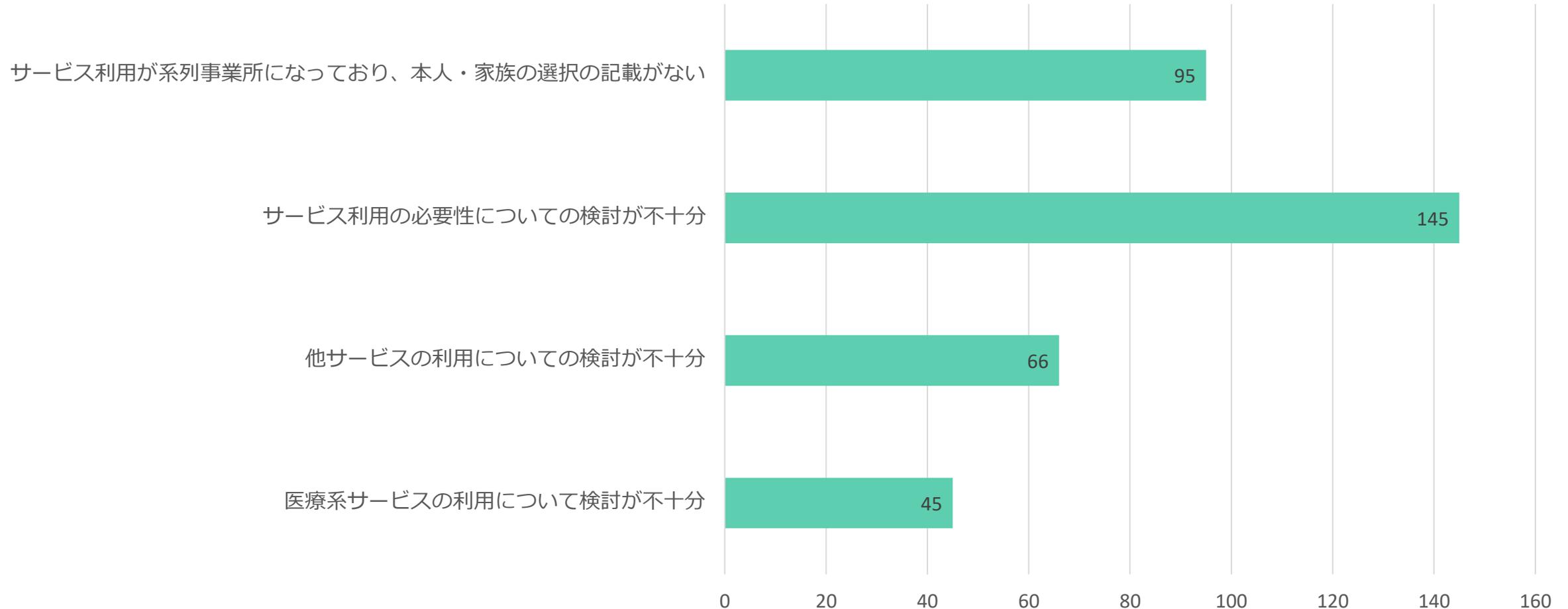
フォーマルサービス

- 利用可能な専門機関や専門職の情報
- ニーズとサービスの合致性
- 専門職の能力
- 費用
- 依頼ルート など

3. 特定のサービス・特定の事業所に偏っていませんか。適正なサービス量になっていますか。

特定のサービス・特定の事業所に偏っていませんか。

適正なサービス量になっていますか。



サービス利用の選択や中立性に関する基準

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）

■第1条の2

第2項 指定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。

サービス利用の選択や中立性に関する基準

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）

■第1条の2

第3項 指定居宅介護支援事業者（法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）は、指定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（法第8条第24項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。）が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者（法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者をいう。以下同じ。）等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。

サービス利用の選択や中立性に関する基準

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）

■第4条

第2項 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、居宅サービス計画が第1条の2に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

サービス利用の選択や中立性に関する基準

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）

■第4条

第3項 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、前6月間に当該指定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の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下この項において「訪問介護等」という。）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合及び前6月間に当該指定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訪問介護等ごとの回数の中に同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合につき説明を行い、理解を得るよう努めなければならない。

サービス利用の選択や中立性に関する基準

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）

- 第13条第五号 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。

ケアプランに関する運営基準

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）第3運営に関する基準（8）指定居宅介護支援の取扱方針及び具体的取扱方針

□⑥居宅サービス計画原案の作成（第五号）

- 介護支援専門員は、利用者自身がサービスを選択することを基本に、これを支援するものである。このため、介護支援専門員は、利用者によるサービスの選択に資するよう、利用者から居宅サービス計画案の作成にあたって複数の指定居宅サービス事業者等の紹介の求めがあった場合等には誠実に対応するとともに、居宅サービス計画案を利用者に提示する際には、当該利用者が居住する地位の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。

ケアプランに関する運営基準

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）第3運営に関する基準（8）指定居宅介護支援の取扱方針及び具体的取扱方針

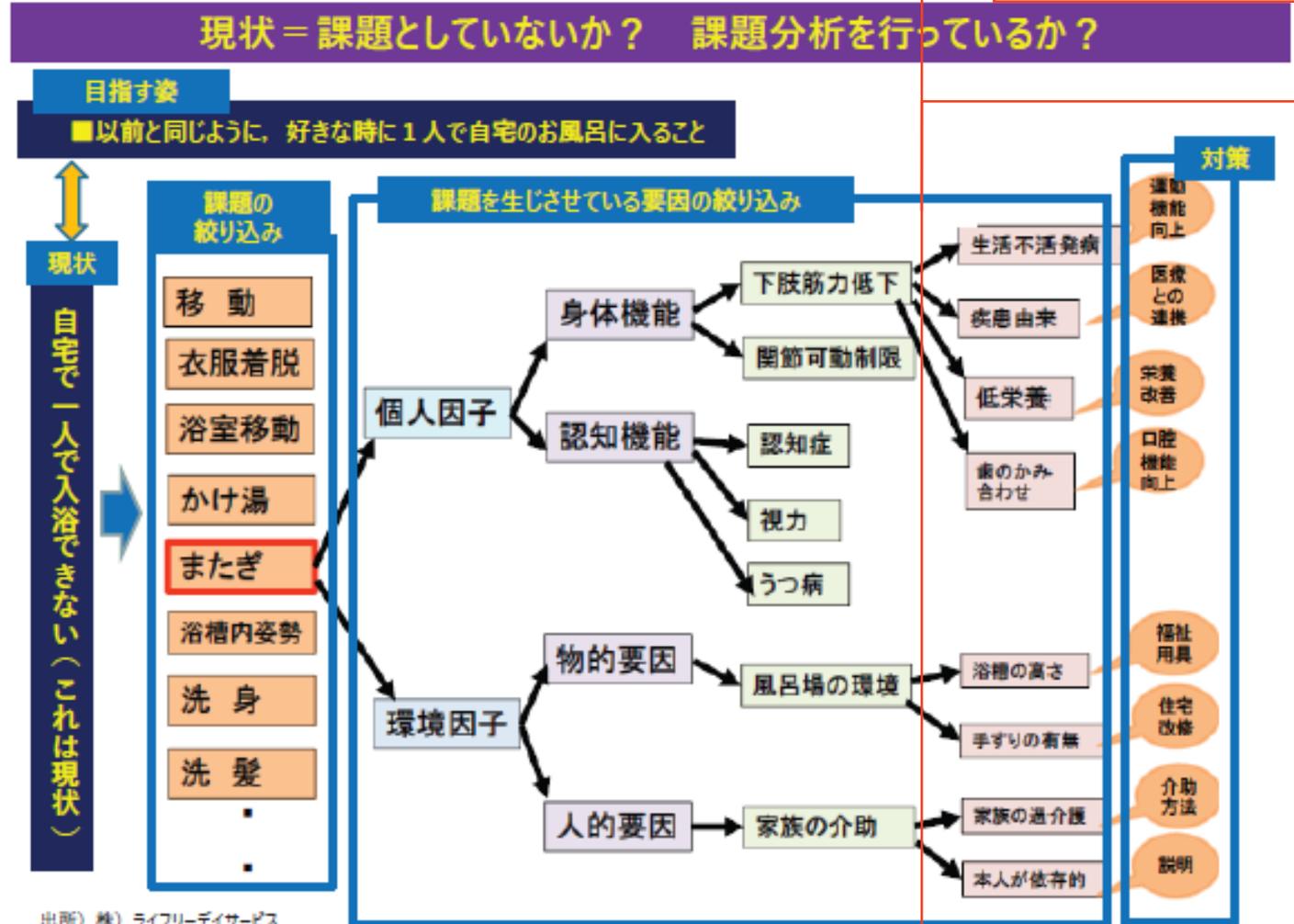
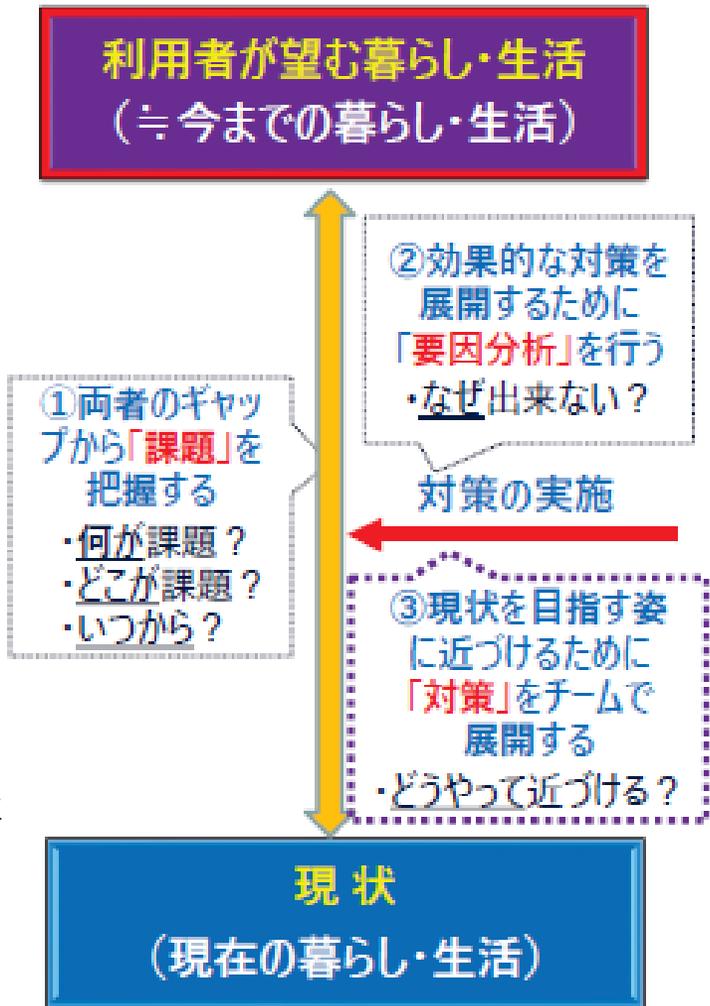
□⑥居宅サービス計画原案の作成（第五号）つづき

➤したがって、特定の指定居宅サービス事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のサービスのみによる居宅サービス計画原案を最初から提示するようなことがあってはならない。また、例えば集合住宅等において、特定の指定居宅サービス事業者のサービスを利用することを、選択の機会を与えることなく入居条件とするようなことはあってはならないが、居宅サービス計画についても、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の指定居宅サービス事業者のみを居宅サービス計画位置づけるようなことはあってはならない。

課題分析をしましょう

(課題分析の内容はアセスメント様式に記載しましょう)

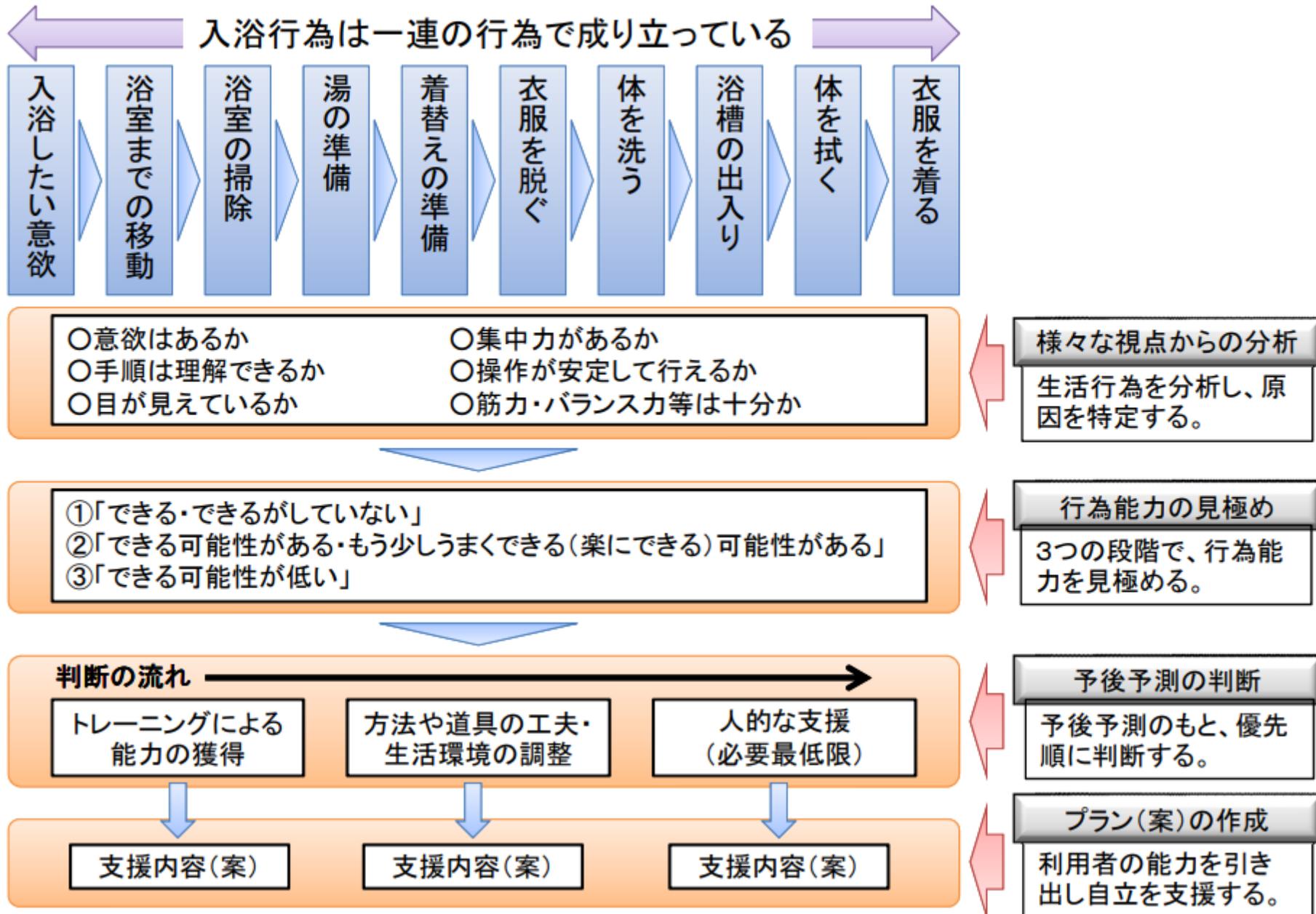
対策に関する必要な援助がサービス内容です。
(必要な援助は改善のための取組みやリスク回避の取組みなど)
必要な援助を実施した結果の利用者の姿が目標です。



出所) 株) ライフリー・ディサービス 佐藤孝臣氏スライドを一部改変

一般社団法人
日本介護支援
専門員協会ケ
アマネジメント研修会
(令和3年9
月12日) 埼玉
県立大学大学
院/研究開発
センター川越
雅弘先生資料
から抜粋(一
部改変)

生活行為向上を図ったマネジメントの例(入浴行為)



支援方法の検討

専門家の関わりが必要なことの検討

生活ニーズ

- 本人にとって生きていくために必要な要素のうち欠けたもの
- 医療や健康
- 職業や収入
- 住まい、友人
- 教育、社会
- 趣味、娯楽 など

セルフケア能力

- ニーズを充足できる
本人の能力・程度
- できる行動
- 得意分野
- 残存機能
- 夢
- 希望 など

インフォーマルサポート

- 対人的相互支援関係
- 家族、親戚、近隣、友人、仲間等の存在と関係
- ボランティア
- 地域活動 など

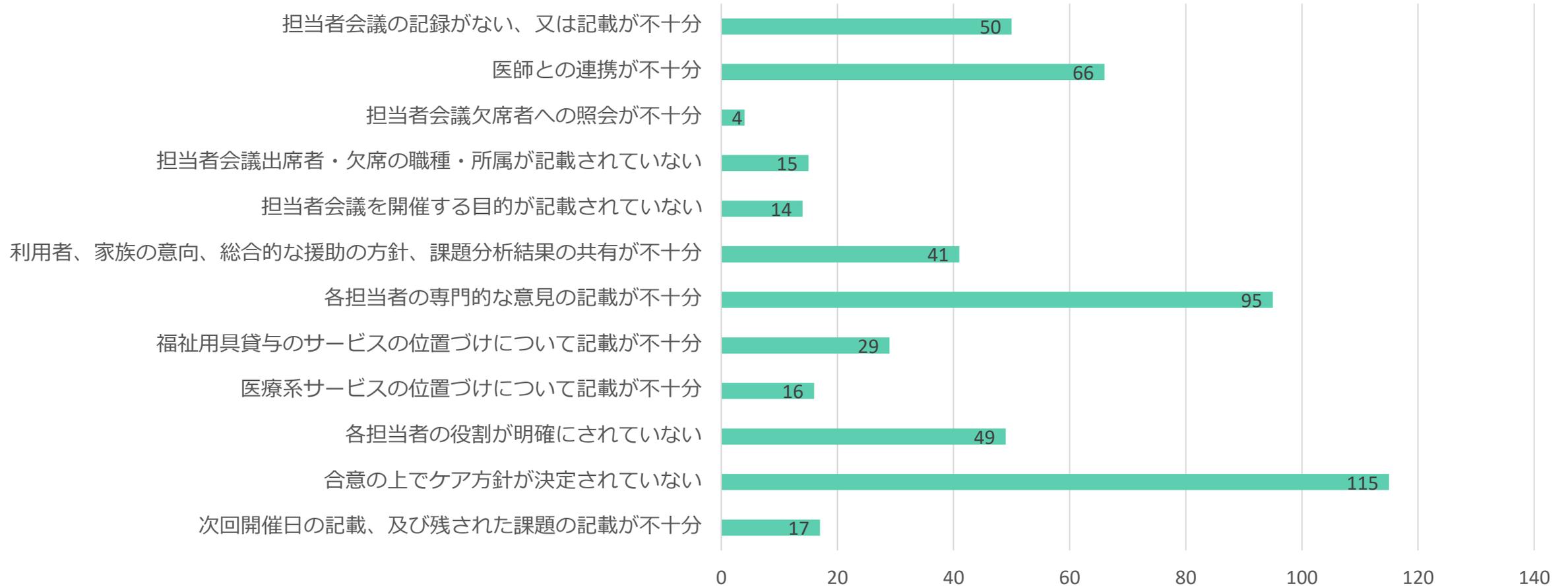
フォーマルサービス

- 利用可能な専門機関や専門職の情報
- ニーズとサービスの合致性
- 専門職の能力
- 費用
- 依頼ルート など

4. サービス担当者会議が適切に行なわれていますか。欠席者からの意見照会や各自の役割分担など合意を得ていますか。

サービス担当者会議が適切に行なわれていますか。

欠席者からの意見照会や各自の役割分担など合意を得ていますか。



サービス担当者会議に関する基準

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）

- 第13条第九号 介護支援専門員は、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、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の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）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（以下この号において「利用者等」という。）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。）をいう。以下同じ。）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。

サービス担当者会議に関する基準

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）

■第13条第九号 つづき

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。

サービス担当者会議に関する基準

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）

■第13条第十五号 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。

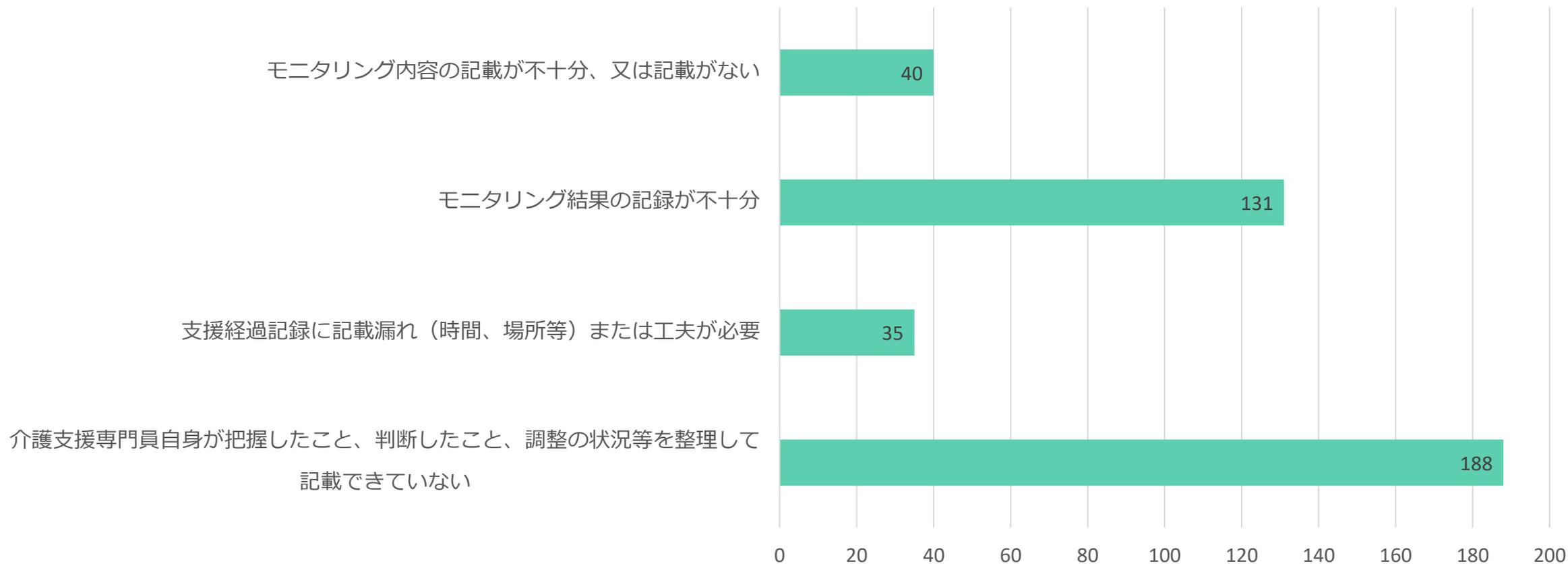
イ 要介護認定を受けている利用者が法第28条第2項に規定する要介護更新認定を受けた場合

ロ 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

5. モニタリング・評価表を適切に行っていますか。支援経過を適切に記録していますか。

モニタリング・評価表を適切に行っていますか。

支援経過を適切に記録していますか。



モニタリングに関する基準

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）

- 第13条第十三号 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（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。
- 第13条第十三号の二 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。

モニタリングに関する基準

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）

■第13条第十四号 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1月に1回、利用者に面接すること。

ロ イ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、利用者に面接ができるものとする。

モニタリングに関する基準

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）

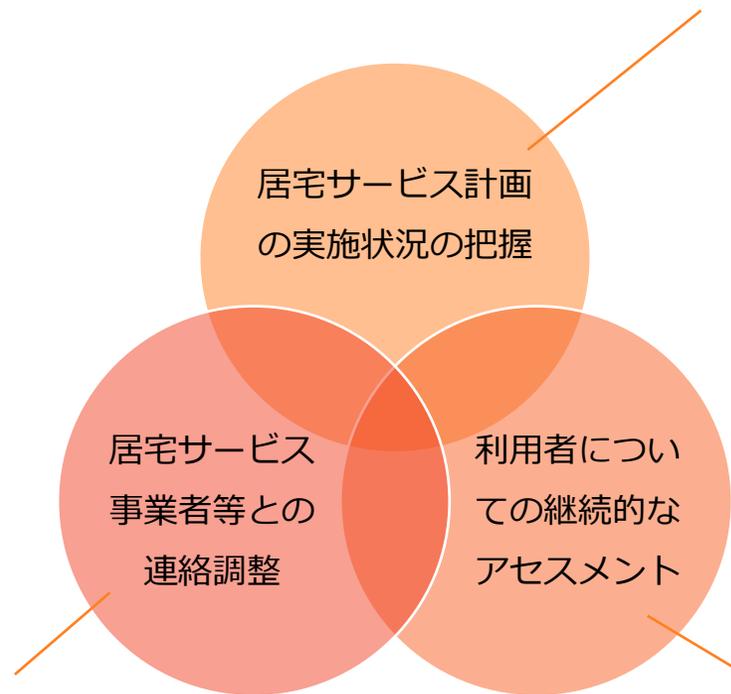
- (1) テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。
- (2) サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
 - i 利用者の心身の状況が安定していること。
 - ii 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
 - iii 介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。
- ハ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

モニタリング関連項目の構成

- 本項目については、モニタリングが実施されていることとその記録について、確認をしている項目です。
- 居宅サービス計画作成後は、介護支援専門員の主な活動はモニタリングになります。

「モニタリング」
ケアプラン実施後にケアプラン作成時の利用者等の状況や状態、気持ちなどの変化がケアプランに描いているニーズや目標、援助内容で対応できない場合はケアプランの変更になります。

- ◆ 事業者等からみたケアプランの実施状況（ケアプラン実施に係る調整等を含む）
- ◆ 事業者等からみた利用者や家族の変化
- ◆ 個別サービス計画の実施状況
- ◆ ケアプランの変更含めた意見



- ◆ ケアプラン作成時の見込み通り実施が出来ているか。
- ◆ サービスを利用した利用者や家族の思い（満足度）はどうか
- ◆ 各サービスは目標に向けたサービス提供になっているか

- ◆ ケアプラン作成当初のアセスメントから利用者の変化について（ポジティブ／ネガティブ）
- ◆ 心身（個人）・環境・意向は変わっていないか
- ◆ 利用者からみて課題に変化はないか

モニタリングの記録

■モニタリングの記録には、①運営基準にある1月に1回以上のモニタリングの結果の記録と、②介護支援専門員としての日頃の活動の記録が必要です。

➤①について

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) 別紙1 (居宅サービス計画書記載要領) 第5表 居宅介護支援経過

「モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載する。(後略)」

モニタリングの記録

➤②について

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）別紙1（居宅サービス計画書記載要領）第5表 居宅介護支援経過

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

モニタリングの記録

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）別紙1（居宅サービス計画書記載要領）第5表 居宅介護支援経過

■モニタリングシート等について

「（前略）なお、モニタリングを通じて把握した内容について、モニタリングシート等を活用している場合については、例えば、「モニタリングシート等（別紙）参照」等と記載して差し支えない。（重複記載は不要）ただし、「（別紙）参照」については、多用することは避け、その場合、本表に概要をわかるように記載しておくことが望ましい。※モニタリングシート等を別途作成していない場合は本表への記載でも可。」

記録について

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）別紙1（居宅サービス計画書記載要領）第5表 居宅介護支援経過

■記録の具体性について

「（前略）具体的には、

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

等の客観的な事実や判断の根拠を、簡潔かつ適切な表現で記載する。簡潔かつ適切な表現については、誰もが理解できるように、例えば、

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

等わかりやすく記載する。（後略）」

居宅介護支援経過（第5表）

年月日	項目	内 容	年月日	項目	内 容
○年○月○日	初回訪問	介護支援専門員証を提示し自己紹介後、重要事項	○年○月○日	自宅訪問	【目的】モニタリングのため自宅訪問
○曜日	重要事項説明	説明書、契約書、個人情報の取り扱いについて説明	○曜日	モニタリング	本人は居室のベッドで横になり「寒くなってきた
○時～○時	契約	を行い、同意を得て契約書、個人情報使用同意書に	○時～○時	本人・妻と面接	から体動かしにくいけどなんとか動くようにして
	アセスメント	署名（捺印）して頂く			いる」と話す。気温の低下に伴い体を動かしにく
	自宅訪問	本人の主訴・意向、身体状況や生活環境等について			いが、レンタルしている歩行器を利用し1日1回は
		アセスメントを実施する。			デイケアで習った自宅で行うリハビリプログラム
		本人及び長男の意向を確認する			を実行するよう頑張っている。また、1時間おき
		本人：「通所系サービスには行きたくない。転び			に水分を取り、エアコンの温度の調節を行うなど
		たくないため、手すりなどを借りたい。」			体調に気をつけている。
		長男：「他者との交流や入浴介助のため、通所			妻からも本人の体調は安定していると発言あり。
		系サービスを週2回程度利用できると助かる。」			妻の表情も前回の訪問時と変わりなく明るい
		「また、転倒リスクが高いため、自宅環境を確認し			印象を受ける。
		手すりの設置等の助言もしてほしい。」			週1回程度、長女と近くのスーパーへ買い物に行き
		ケアマネジャーの所感			リハビリと気分転換を兼ねて外出を楽しんでいる。
		・本人は福祉用具貸与など自宅の環境整備のみを			現行のケアプランをもう1か月継続とする。
		希望しているが、長男は自宅の環境整備とともに			※モニタリング記録 別紙参照
		通所系サービスの利用希望あり。本人と長男の意向			
		に相違あり。			

利用者氏名 ○○花子 様

指定居宅介護支援事業所C

	項目	評価基準	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回
			R5.5.31					
利用者・家族と変化の 見解	○○デイケア	1. 大変満足 2. 満足 3. 不満 4. 非常に不満 5. 不明	2					
	訪問介護事業所		2					
	福祉用具事業者		2					
	利用者の変化（利用者自身）	1. 良くなった 2. 変化なし 3. 悪くなった 4. 不明	1					
	利用者の変化（介護者見解）	1. 良くなった 2. 変化なし 3. 悪くなった 4. 不明	1					
	家族の状況変化	1. 良くなった 2. 変化なし 3. 悪くなった 4. 不明	2					
① ② 計画 実践 状況	服薬と体調管理ができる	①計画実践状況（評価欄 左に記入）	1	2				
	バランスのとれた食事、栄養状態の改善	1. 実践されている 2. 実践されないことがある 3. 実践されていない	1	2				
	入浴が定期的にできる		1	1				
	室内の移動、入浴が自分でできる	②目標達成状況（評価欄 右に記入）	2	2				
	寝起きが楽にできる	1. 効果が見られている 2. 変化なし（現状維持）	1	1				
	夫が家事や介護方法を学び妻が健康に過ごせる	3. 悪化している	2	2				
所見	サービスの適切度	1. 適正 2. 検討を要する 3. 適正とは言えない	1					
	新しい生活課題	1. 現状ではない 2. 課題となる不安がある 3. ある	1					
	居宅サービス計画変更の必要性	1. 現状ではなし 2. あり	1					
	連絡・調整の必要性	1. 現状ではなし 2. あり	1					
	サービス担当者会議等の必要性	1. 現状ではなし 2. あり	1					
	再アセスメントの必要性	1. 現状ではなし 2. あり	1					
記入者 = 介護支援専門員氏名			大阪					

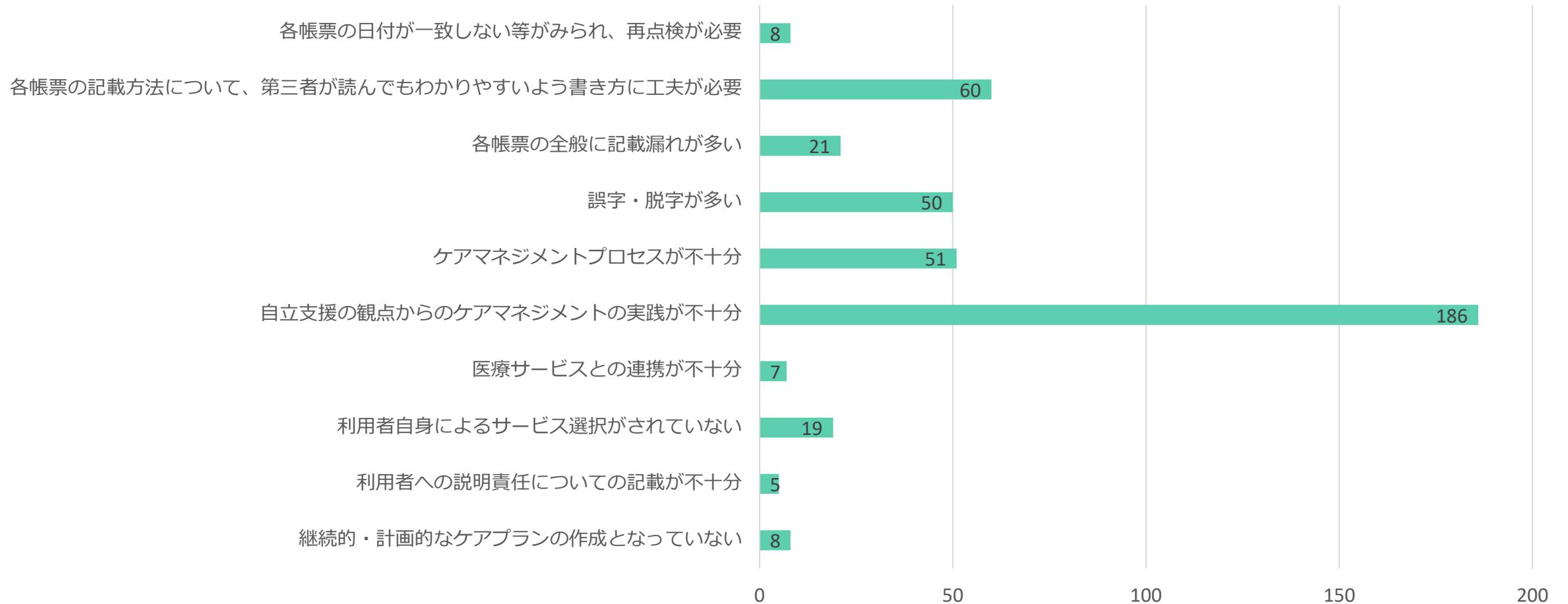
総合評価等

第1回	痛みがなくデイケアの訓練を意欲的に続けられているので、家庭での生活にあわせて継続していきたい。夫への介護の説明がまだ不十分かもしれない。
第2回	
第3回	
第4回	
第5回	
第6回	

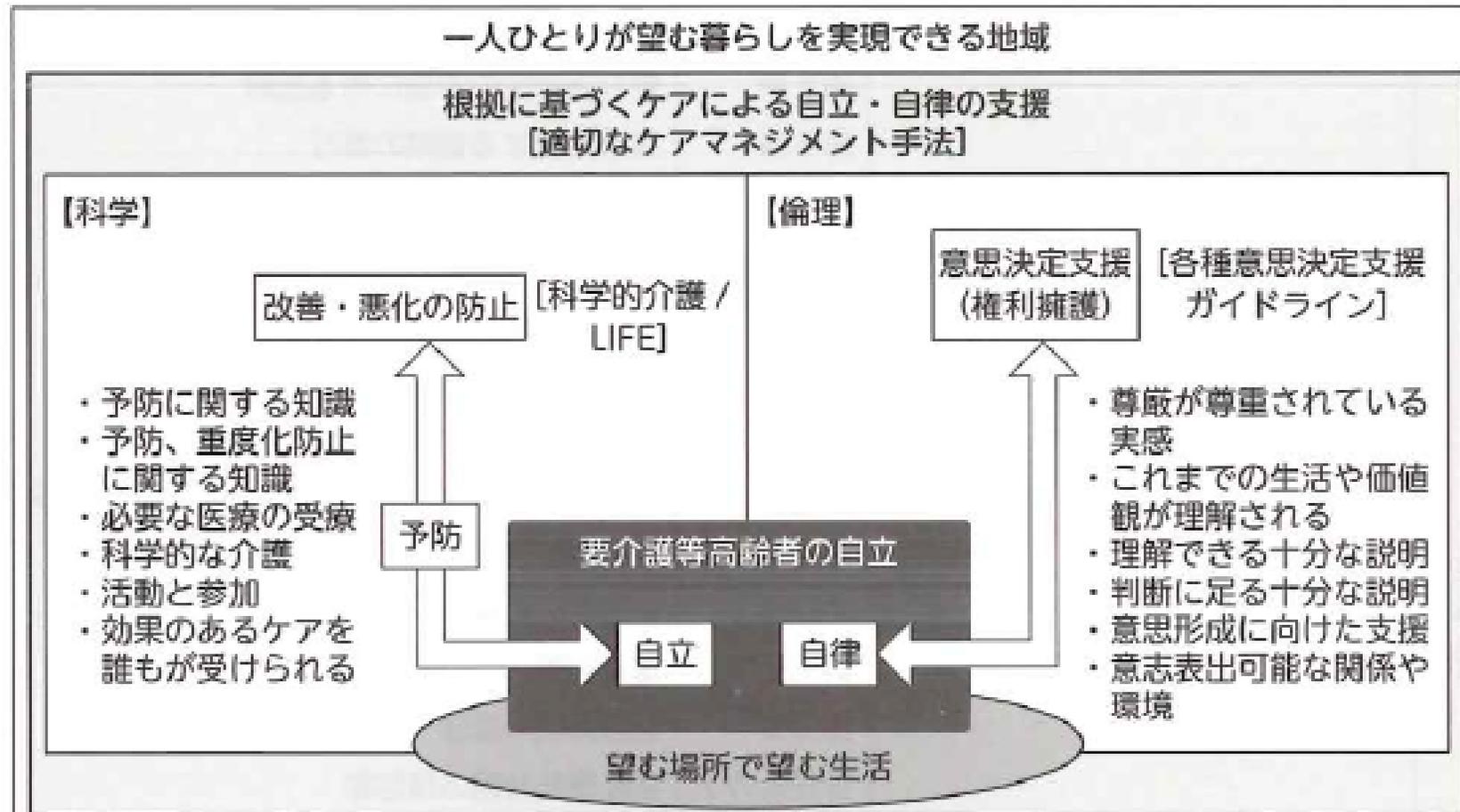
介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会編集「八訂介護支援専門員実務研修テキスト上巻」一般財団法人長寿社会開発センター（令和6年3月）一部改変

6. 総合評価

総合評価



「自立支援」 自立することと自律を支える



自立支援の4つのポイント

1. 利用者の望む暮らしについて、自己決定ができるように支援を行うこと。
2. 自己決定を最大限に尊重するため、利用者がサービス提供者などに対して適切に発言できない場合などには、利用者の意向を代弁して、サービス利用の権利の擁護を行うこと。
3. 利用者の意欲を引き出すとともに、潜在能力、利用者の強み、できそうなことなどを見出し、それを最大限に発揮できるように支援を行うこと。
4. 利用者の要介護状態等の軽減または悪化の防止に役立つような支援を行うこと。

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

「不適切」なケアマネジメントから適切なケアマネジメントを考える

□介護支援専門員自身の悪意の有無にかかわらず、高齢者向け住まいから要求されるがままに高齢者向け住まいに配慮して、利用者の意思に沿わない不合理なケアプランを作成することは不適切です。

個別性の欠如

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

過剰なサービス

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

サービスの不足

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

事業所選択の権利侵害の懸念

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

ケアマネジメントサイクルの問題

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

自身のケアマネジメントをチェック（1 / 5）

1. 個別性の欠如

- 本人の希望よりも、特定法人（住まいと同じなど）のサービスを優先したケアプランになっていませんか？
- 「同じ住まいに住んでいる＝同じようなニーズ」と考え、個別のアセスメントが十分でないまま、同じサービスをプランに組み入れていませんか？

2. 過剰なサービス

- 住まいとの間で、住宅併設のデイサービスなどを積極的に活用するよう取り決めがされていて、本人の要望や状態に関係なく、併設された事業所のサービスの利用をプランに組み込んでいませんか？
- 追加サービスが客観的に不要な状態で、本人の希望もないのに、区分支給限度基準額に余裕があるだけで、安易にサービスを追加していませんか？

自身のケアマネジメントをチェック（2 / 5）

3. サービスの不足

- 住まいとの間で優先的に活用を取り決められているサービスが区分支給限度基準額を使っているため、利用者が、より必要なサービスを追加できなくなっていることはありませんか？
- アセスメントが法定のタイミングのみで、形だけになっているために、本人の要望や状態変化をプランに反映できないケースはありませんか？
- 住まいと同じ法人には医療系サービスがない場合などに、（その法人の）別サービスを優先していて、医療関連のアセスメントやサービス提供が不足していることはありませんか？

自身のケアマネジメントをチェック（3 / 5）

4. 事業所選択の権利侵害の懸念

- 本人が他の事業所のサービスを希望しているのに、その理由や必要性を十分に検討せず、同じ法人の事業所サービスを優先していませんか？
- 住まい側から明確な指示がなくても、なんとなくの「配慮」で、住まいの法人が運営している事業所のサービスプランに組み込んでいませんか？
- 入居後は、それまで利用していた事業所のサービスから、住まいと同じ法人が運営するサービスに移行するのが当たり前の雰囲気となっていて、本人が継続利用したくてもできない状況になっていませんか？

自身のケアマネジメントをチェック（4 / 5）

5. ケアマネジメントサイクルの問題

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

自身のケアマネジメントをチェック（5 / 5）

5. ケアマネジメントサイクルの問題

- 入居時にケアプランの説明をしない、相談があった場合も住まい職員が説明するなどのケースはありませんか？
- 利用票のサインを、住まい職員が代筆していることはありませんか？
- 同じ住まいでは、居室がすべて同じであるという考えのもと、併設されたサービス利用時等に、モニタリングをまとめて行っていませんか？
- 同じ住まいで、居室がすべて同じであるという考えのもと、居室内の状況を確認していないなどはありませんか？

まとめ

- 住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅におけるケアマネジメントは、居宅におけるケアマネジメントと同様です。一方、住まいにおける援助との連携は、施設のケアマネジメントも参考になります。自分たちの立ち位置と役割を再確認して、適切なケアマネジメントの実施を行いましょう。
- 適切なケアマネジメントにおける、介護支援専門員の最大の専門性は「アセスメント」です。アセスメントにおいて、利用者の状態と状況から、利用者の意向を踏まえて、必要な援助を見立てていきます。適切な援助を導くことは、「本人らしい生活」と「本人らしい変化」を支えることに繋がります。
- 適切なケアマネジメントの実践は権利擁護を踏まえた実践に繋がります。

「本人らしい生活」の保障とは、自分の「存在」に意味と価値があることが社会の中で認められ、さらに本人が自分にとってのあるべき生活を主体的に創造していくこと。

「本人らしい変化」の保障とは、心身と環境の変化に伴って、社会資源の活用を含めて周囲との支え合いの社会関係を結びながら新しい生活を創造していくこと。（介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会「七訂介護支援専門員実務研修テキスト上巻」一般財団法人長寿社会開発センター、平成30年11月）

3. ケアマネジメントをめぐる留意事項

障がいのある方の介護保険利用について (障がい福祉サービス等と介護保険制度の適用関係)

令和5年12月

障がいのある方の介護保険利用について
(障がい福祉サービス等と介護保険制度の適用関係)

大阪市福祉局

介護保険優先原則の下では、障がいのある方が65歳になって介護保険の被保険者となった際に、障がい福祉サービスに相当するサービスが介護保険サービスにあれば、介護保険サービスの利用が優先されることとなっています。

一方で、これまで国の社会保障審議会障害者部会等で「介護保険を利用することになって急に利用者負担が増える」「使い慣れた障がい福祉サービス事業所を利用できなくなる」「サービス量が下がる」等の意見が出されています。

これらの意見を踏まえ、平成30年4月の制度改正において、「高齢障がい者の介護保険サービスの利用者負担軽減」や「共生型サービス」が創設されました。

介護保険サービスの利用開始前後で、利用者のニーズや必要とするサービス量が大きく変化することは一般的には考えにくいことから、介護保険サービスの利用によりサービス量が下がり、利用者の生活に支障が生じることがないように、障がいのある方自身の意向や生活実態ならびに障がい福祉サービスへの理解を深め、個々の実態に即し適切に運用いただく必要があります。

1 介護保険制度について

- 介護保険制度においては、障がい福祉サービスを利用している障がいのある方を含め、原則として40歳になると、被保険者として介護保険に加入します。
- 65歳以上の方は、市区町村（保険者）が実施する要介護認定において介護が必要と認定された場合、利用料の1割負担（所得によっては2割又3割）でいつでも介護保険サービスを利用することができます。
- また、40歳から64歳までの方は、介護保険の対象となる特定疾病により介護が必要と認定された場合は、介護保険サービスを利用することができます。

	特定疾病該当なし	特定疾病該当者	生活保護受給者
0～39歳	障がい福祉サービス(介護保険サービス適用外)		
40～64歳	障がい福祉サービス	介護保険サービス	障がい福祉サービス
65歳～	介護保険サービス		

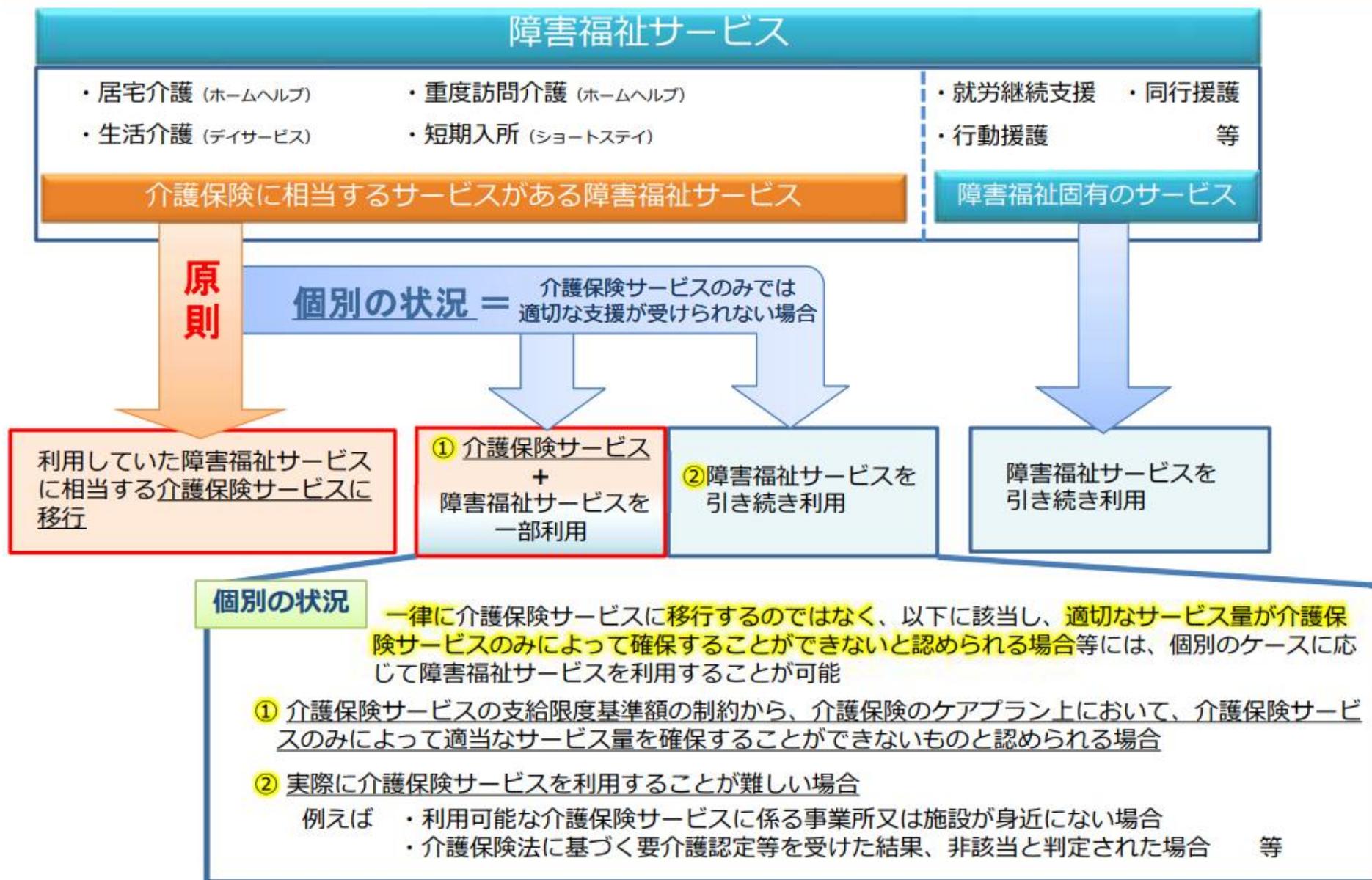
- なお、指定障がい者支援施設等の介護保険適用除外施設に入所又は入院されている方は、当分の間、介護保険の被保険者とはならないこととされています。

■令和5年12月大阪市福祉局から「障がいのある方の介護保険利用について（障がい福祉サービス等と介護保険制度の適用関係）」が発出されています。

➤障がいのある方の介護保険サービスと障がい福祉サービスの併給が可能なことなどについて、確認しておきましょう。

➤下記にポイントを抜粋しています。

障害福祉制度と介護保険制度の適用関係の概要



※ 障害者支援施設等に入所又は入院している者については、介護保険法の規定によるサービスに相当する介護サービスが提供されていること等の理由から、当分の間、介護保険の被保険者とはならないこととされており、入所を継続できる

「障害者総合支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」(平成19年通知)

障がいのある方の介護保険サービス利用について（障がい福祉サービス等との適用関係）

- 障がい福祉サービスに相当する介護保険サービス（下表参照）がある場合は、原則として介護保険サービスに係る保険給付を優先して利用することになります。

（障害者総合支援法第7条）

	介護保険サービス	障がい福祉サービス等
共通するサービス例	・訪問介護（ホームヘルプ）	・居宅介護（ホームヘルプ） ・重度訪問介護（ホームヘルプ）※1
	・通所介護（デイサービス）	・生活介護（デイサービス）
	・短期入所（ショートステイ）	・短期入所（ショートステイ）
	・訪問看護	・訪問看護（自立支援医療）※2

※1 重度訪問介護については、必要とする支援が、見守り等の支援、外出時における移動中の介護、病院等に入院・入所している際の意味疎通の支援（入院時コミュニケーション・サポート）等である場合には、介護保険サービスに相当するサービスに該当しません。

※2 精神科訪問看護については要介護認定を受けた場合でも自立支援医療の適用が受けられることもあります（自立支援医療適用の場合は、自立支援医療の自己負担額となります）。

- 介護保険サービスに相当するものがない障がい福祉サービス固有のもの（※）と認められるサービスについては、障がい福祉サービスの利用が認められています。

【※同行援護、行動援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等】

- なお、一律に介護保険サービスを優先的に利用するものではなく、障がいのある方の個別の状況に応じ、障がいのある方が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能かを市区町村（障がい福祉担当）が判断します。例えば、生活介護、短期入所や自立訓練（機能訓練）を利用している場合であっても、本人の障がい特性やニーズ、サービス内容などによっては、介護保険サービスの事業所では本人に合った適切な対応を行うことが難しく、障がい福祉サービスをそのまま利用し続けることが望ましい場合があります。本人、ご家族、相談支援専門員等の支援者から意見を聞き取り、判断します。

- 次の①～③のように、介護保険サービスだけでは十分な支援が受けられないと判断した場合は、障がい福祉サービスの利用が可能です。

- ① 支給量が介護保険サービスのみによって確保することができない場合
- ② 利用可能な介護保険サービス事業所又は施設が身近にない、利用定員に空きがない場合
- ③ 介護保険法に基づく要介護認定等を受けた結果、介護保険サービスを利用できない場合（非該当の場合等）

<参考>

・障がいのある方が65歳になって介護保険の利用者となった際に、介護保険サービスのみでは、必要な支給量が不足する場合（例として、介護保険サービスの訪問介護サービス（身体介護・生活援助）の時間数が従前の障がい福祉サービスの居宅介護（身体介護・通院等介助・家事援助）のときの時間数と比べ不足する場合等）は、上記①に該当することから、利用者の生活に支障が生じることがないように、障がい福祉サービスを利用することが可能です。

- 障がい福祉サービス利用者が介護保険サービスを利用するにあたっては、障がいのある方が適切なサービスを受けられるよう、相談支援専門員と介護支援専門員が連携を行います。

介護支援専門員の作成する居宅サービス計画等と相談支援専門員等の作成するサービス等利用計画について

- 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成にあたっては、対象者の日常生活全般を支援する観点から、介護保険サービス以外の保健医療サービスや福祉サービス、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とされています。
- 介護保険のサービスと障がい福祉サービスを併用して利用する場合は、居宅サービス計画または介護予防サービス計画（ケアプラン）において、対象者が必要とする障がい福祉サービスについても位置付ける必要があります。
- 対象者が、障がい福祉サービス固有のものと認められる支援の利用を希望する場合等、介護支援専門員として居宅サービス計画等に位置づけて作成することが困難である場合等においては、居宅介護支援と計画相談支援を同時に利用することも可能です。

障がい福祉サービス利用者等に対する介護保険制度との併給が可能な旨の案内について

- ◇ 介護保険優先原則について、あたかも介護保険のみの利用に制限されるという誤解を利用者に与えることのないようにする必要があります。
- ◇ また、介護保険サービスに相当するものがない障がい福祉サービス固有のものと認められるサービス、介護保険サービスだけでは十分な支援が受けられない場合は、障がい福祉サービスの利用ができる旨の案内が必要です（上記2参照）。

高齢の障がいのある方の介護保険サービス利用についての留意事項

(1) 障がい福祉サービス利用者への介護保険制度の案内について

要介護認定等の申請から認定結果通知にかかる期間を考慮して65歳到達日等前の適切な時期（60日前）から市区町村や相談支援専門員から介護保険制度の説明と申請の案内を行うことが望ましいとされています。

(2) 障がい福祉サービス利用者等に対する介護保険制度との併給が可能な旨の案内について

- ◇ 介護保険優先原則について、あたかも介護保険のみの利用に制限されるという誤解を利用者に与えることのないようにする必要があります。
- ◇ また、介護保険サービスに相当するものがない障がい福祉サービス固有のものと認められるサービス、介護保険サービスだけでは十分な支援が受けられない場合は、障がい福祉サービスの利用ができる旨の案内が必要です（上記2参照）。

(3) 相談支援専門員と介護支援専門員（ケアマネージャー）等との連携

- ◇ 高齢の障がいのある方等が介護保険サービスを利用するにあたっては、障がいのある方が適切なサービスを受けられるよう相談支援専門員がモニタリングを通じて、必要な介護保険サービスを円滑に利用できるよう、介護保険制度に関する案内や、本人了承のうえ居宅介護支援事業所等に対し、障がいの状態や障がい福祉サービスの利用状況等サービス等利用計画に記載されている情報を提供するように適切に引継ぎを行うことが大切です。
- ◇ 引継ぎを終えて計画相談支援が終了となる場合もあれば、上記3のように併用する場合があります。相談支援専門員と介護支援専門員（ケアマネージャー）は、サービス担当者会議等を活用して随時情報共有を図ることが必要です。

高齢の障がいのある方等に介護保険サービスを提供する場合（特に注意すること）

◇ 障がいのある方のサービス利用を排除しない

- ・ 障がいを理由にサービス提供を拒否することは障がい者差別につながります。
- ・ 障がいのある方のニーズに対応できない、介護に時間がかかる又は対応の経験がないなどの理由で、安易にサービス提供を拒否しないでください。
- ・ また、自ら適切なサービスを提供することが困難な場合には、別の事業者を紹介したり、地域ケア会議に支援を求めたり、障がいのある方に不利益が生じないように努める必要があります。

◇ 説明と納得に基づくサービス提供を

- ・ サービスの手順や内容、利用者と事業者の責任の範囲、利用料と諸費用の支払方法について、またサービスを提供時の配慮と希望の対応の可能性などについて、詳しく丁寧に説明し、利用者から了解を得るようにしましょう。
- ・ コミュニケーション支援など種々の障がいにできる限り配慮してください。
- ・ また、利用料等の請求の際には、必ず明細書を添付して内容を明らかにし、個々の障がい特性をふまえつつ十分説明するとともに、支払い方法については、利用者の意見を踏まえて取り決めるよう努めましょう。

高齢の障がいのある方の介護保険サービスへの円滑な利用について

障がい福祉サービスを利用してきた方が、65歳という年齢に到達したというだけで利用者負担が増加してしまうという事態を解消するため、高齢の障がいのある方の介護保険サービスの利用者負担を軽減する制度（高額障がい福祉サービス等給付費）があります。対象者の方にはこの制度を説明し、利用に向けたサポートをしてください。

対象者	<ul style="list-style-type: none">○ 65歳までの5年間にわたり「相当障がい福祉サービス（居宅介護、重度訪問介護、生活介護、短期入所）」の支給決定を受けていた方が、65歳以降にこれに対応する介護保険サービス（訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護）を利用する方○ 65歳に達する日の前日までに所得区分が「低所得」又は「生活保護」に該当し、65歳以降に利用者負担の軽減の申請をする際にも「低所得」又は「生活保護」に該当すること○ 65歳に達する日の前日において障がい支援区分2以上であること○ 65歳に達するまでに介護保険法による保険給付を受けていないこと
-----	--

- 平成30年4月より、高齢障害者の介護保険サービスの利用を促進するため、**65歳に至るまで相当の長期間にわたり障害福祉サービスを利用していた一定の高齢障害者に対し**、介護保険サービス利用者負担が軽減されるよう障害福祉制度により**利用者負担を軽減(償還)する仕組み(新高額障害福祉サービス等給付費)**を設けたところ。
- 当該給付費については、対象者からの申請が必要であり、いくつかの自治体では、申請対象者に対して個別に勧奨通知を送付している事例もあり、**高齢障害者への制度の周知について丁寧に説明いただきたい。**
- また、65歳に達する障害者が当該給付費の要件となる「相当介護保険サービス」を利用しているか否かについては、介護保険担当部局とも連携して、その把握に努めていただきたい。

対象者の具体的要件①（「65歳に達する前に長期間にわたり」）

65歳に達する日前5年間にわたり、相当する障害福祉サービス(相当障害福祉サービス)に係る**支給決定を受けていた**ことを要件とする。

※ただし、65歳に達する日前5年間にわたり、入院その他やむを得ない事由により相当障害福祉サービスに係る支給決定を受けなかった期間がある場合において、その期間以外の期間において、相当障害福祉サービスに係る支給決定を受けていたときは、当該要件を満たすものとする。

対象者の具体的要件②（「相当障害福祉サービス、相当介護保険サービス」）

今回の利用者負担軽減の対象となるサービス(「相当障害福祉サービス」及び「相当介護保険サービス」)は以下のとおり。



(離島等で行われる、これらに係る基準該当サービスを含む。)

(離島等で行われる、これらに相当するサービスを含む。)
(介護予防サービスは含まない。)

※65歳までの5年間にわたり「相当障害福祉サービス」を利用して(=支給決定を受けて)いた者が、65歳以降にこれに対応する「相当介護保険サービス」以外の「相当介護福祉サービス」を利用した場合にも利用者負担を軽減。

対象者の具体的要件③（「所得の状況」）

65歳に達する日の前日において「**低所得**」又は「**生活保護**」に該当し、65歳以降に利用者負担の軽減の申請をする際にも「**低所得**」又は「**生活保護**」に該当することを要件とする。

対象者の具体的要件④（「障害の程度」）

65歳に達する日の前日において**障害支援区分2以上**であったことを要件とする。

対象者の具体的要件⑤（「その他の事情」）

65歳まで介護保険サービスを利用してこなかったことを要件とする。

※今般の法改正の趣旨は、いわゆる「65歳問題」、つまり①長年(5年以上)にわたり、障害福祉サービスを利用してきた障害者が、②「65歳」という年齢に達したことのみで、利用者負担(1割)が発生することに対応することであるため、65歳になる前から介護保険サービスを利用していた方は対象としない。

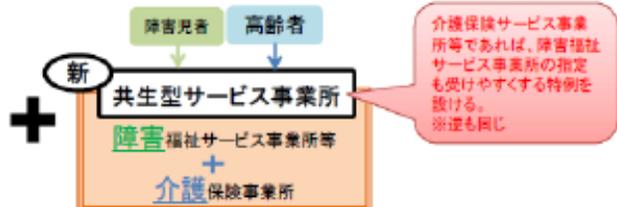
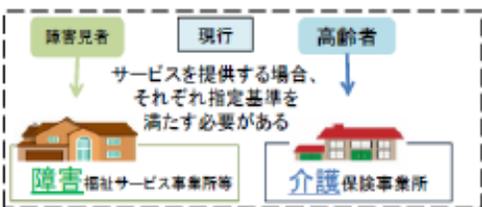
共生型サービスについて

障がいのある方が65歳に達し介護保険に移行した後も、円滑にサービスを利用できるよう障がい福祉サービスと介護保険サービスの双方に「共生型サービス」というサービス類型を創設することで、同じ事業者が双方のサービスを提供できるようになりました。

「共生型サービス」は、福祉に携わる人材に限りがある中で、地域の実情に合わせて、人材をうまく活用しながら適切にサービス提供を行うという観点から、介護保険又は障がい福祉のいずれかの指定を受けた事業所がもう一方の制度における指定を受けやすくする制度です。

「共生型サービス」は、障がいのある方が身近な場所や使い慣れた事業所において継続してサービスを利用しやすくなるように創設されたサービスです。ただし、厚生労働省は事務連絡で、「共生型サービスを利用するか否かは障害者等自身が判断するものであり、利用を義務づけるものではない」と通知しており、共生型サービスの利用を希望しない方に対して、利用が義務づけられているとの誤解に基づき、利用を求めるようなことがあってはなりません。

また、障がい福祉サービス事業所が、「共生型サービス」の指定を受けるかどうかについては、地域の高齢者や障がいのある方のニーズを踏まえて、各事業所が判断するものですので、一律に「共生型サービス」の指定を前提とした居宅介護支援を行うことのないようご注意ください。



※厚生労働省資料より

共生型サービスの概要

○ 介護保険法の訪問介護・通所介護・（介護予防）短期入所生活介護については、障害者総合支援法若しくは児童福祉法の指定を受けている事業所からの申請があった場合、「共生型サービス」として指定が可能。

共生型サービスを活用することのメリット

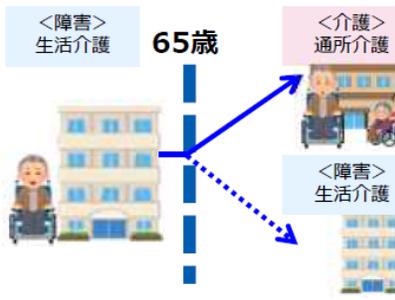
利用者

- ① 障害者が65歳以上になっても、従来から障害福祉で利用してきたサービスの継続利用が可能となる。
- ② 高齢者だけでなく、障害児・者など多様な利用者が共に暮らし支え合うことで、お互いの暮らしが豊かになる。

①

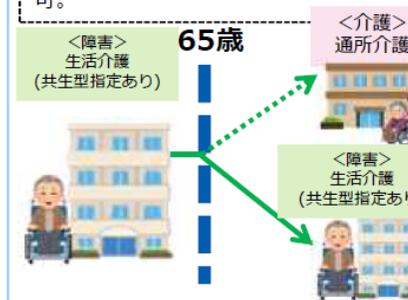
共生型サービス開始前

65歳を境に、なじみのある事業所から介護サービス事業所へ移行する可能性。



共生型サービス開始後

なじみのある事業所が共生型サービスになることで、65歳以降も引き続き通所可。



②

【地域の実践例】
「富山型デイサービス」



事業所

障害福祉事業所、介護保険事業所それぞれ**の基準を満たす必要なし。**

※ 障害福祉事業所の指定を受けた事業所であれば、基本的に共生型サービスの指定を受けることができるよう、特例基準を設定。

地域

地域の実情にあわせて、限られた福祉人材を有効に活用することが可能。

介護保険と障害福祉の両制度の基準や高齢者と障害児・者の支援内容の違いを踏まえ、サービスの質の確保に十分留意しつつ、共生型サービスの指定を推進

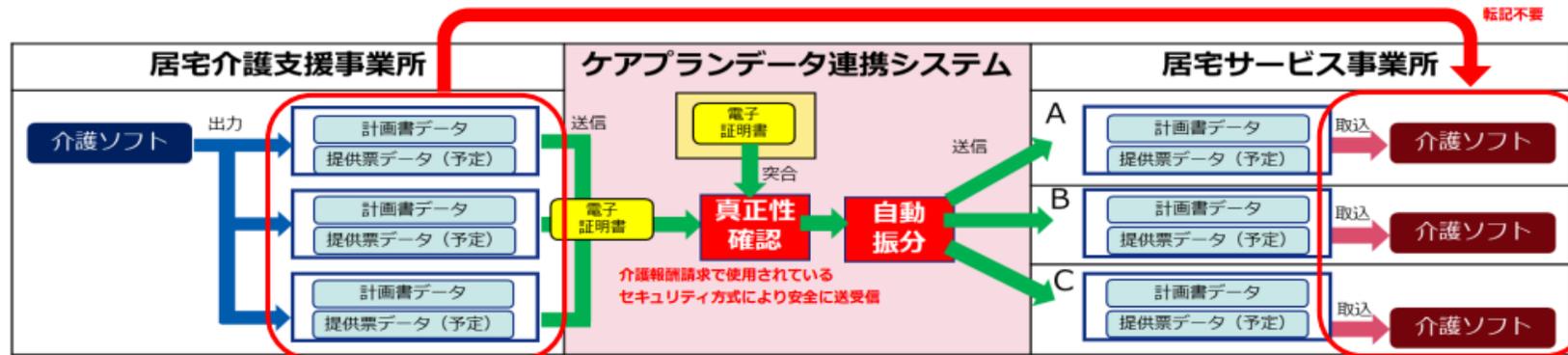
障害保健福祉関係主管課長会議資料令和7年3月14日

ケアプランデータ連携システムの活用促進

ケアプランデータ連携システムについて

これまで毎月紙でやり取りされ、介護事業所の負担が大きかったケアプラン（計画・予定・実績の情報）をオンラインで完結するシステムを提供。「データ連携標準仕様」に対応した介護ソフトとの連携により、ケアマネ・サービス事業所共に転記不要による事務負担の軽減を実現。

【計画・予定情報の流れ】 以下に加えて令和7年5月より地域包括支援センターと介護予防サービス・総合事業間の連携も可能に



※実績情報は逆の流れとなり、予定情報と同様、真正性確認の上、振分けられる。

期待される効果（居宅介護支援事業所の場合）

- FAX・郵便切手・紙不要による **事務経費の削減**
- データ自動反映に伴う転記不要で **「ミス」の削減・「時間」の効率化**
- 間接事務（FAX・封入・移送時間・紙処理）にかかる **「時間」の削減**
- 従業者の間接事務負担軽減で **「心理的負担軽減」が可能**
- 従業者の残業削減・直行直帰可など **「ワークライフバランス」の改善**
- ケアマネジメントにかかる時間増による **「従業者満足度」と「サービスの質」の向上**
- 遡減制緩和等加算やミス削減に伴う返戻減による事業所の **「経営力」の向上**



ヘルプデスクサ
ポートサイト

**施策名:ア 介護分野における物価上昇・賃上げ等に対する支援
(介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業)**

令和7年度補正予算案 1,920億円

※医療・介護等支援パッケージ

① 施策の目的

- 介護分野の職員の処遇改善については、累次の取組を講じてきた結果、介護職員の賃金は改善してきたものの、他産業とはまだ差がある状況。
- 介護分野の人材不足が厳しい状況にあるため、他職種と遜色のない処遇改善に向けて、令和8年度介護報酬改定において、必要な対応を行うこととし、報酬改定の時期を待たず、人材流出を防ぐための緊急的対応として、賃上げ・職場環境改善の支援を行う。支援については、持続的な賃上げを実現する観点を踏まえて実施する。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○	○							

③ 施策の概要

- ①介護従事者に対して幅広く賃上げ支援(※1)を実施。
- ②生産性向上や協働化に取り組む事業者(※2)の介護職員に対して賃上げ支援を上乗せ。
- ③併せて、介護職員について、職場環境改善に取り組む事業者(※3)を支援(介護職員等の人件費に充てることも可能)。

(※1) 処遇改善加算の対象サービスについては加算取得事業者、対象外サービス(訪問看護、訪問リハ、ケアマネ等)については処遇改善加算に準ずる要件を満たす(又は見込み)事業者が対象。

- (※2) 処遇改善加算の取得に加え、以下の要件を満たす事業者。
- ア) 訪問、通所サービス等
 - ケアプランデータ連携システムに加入(又は見込み)等。
 - イ) 施設、居住サービス、多機能サービス、短期入所サービス等
 - 生産性向上加算 I 又は II を取得(又は見込み)等。

(※3) 処遇改善加算を取得の上、職場環境等要件の更なる充足等に向けて、職場環境改善を計画し実施する事業者(要件は、令和6年度補正予算の「介護人材確保・職場環境改善等事業」と同様)。

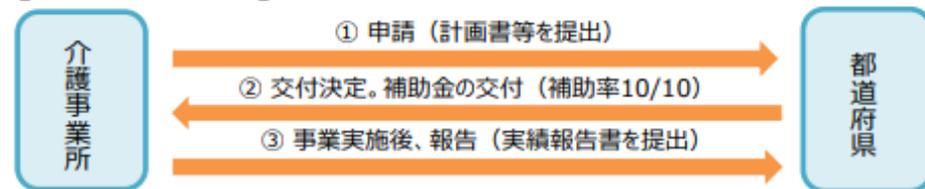
④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

(1) 支給要件・金額

- ①介護従事者に対する幅広い賃上げ支援 1.0万円
- ②協働化等に取り組む事業者の介護職員に対する上乗せ 0.5万円
- ③介護職員の職場環境改善の支援
※人件費に充てた場合、介護職員に対する0.4万円の賃上げに相当

(2) 対象期間: 令和7年12月～令和8年5月の賃上げ相当額を支給

【執行のイメージ】



(注) サービスごとに交付率を設定し、各事業所の総報酬にその交付率を乗じた額を支給(国10/10で都道府県に支給。併せて交付額算出のための国保連システム改修費用及び国・都道府県の必要な事務費等も確保)

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

- 介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援を実施することで、介護サービス提供に必要な人材確保につながる。

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）
各介護保険関係団体

御 中

← 厚生労働省老健局老人保健課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

令和7年度介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業の実施について
計 29 枚（本紙を除く）

Vol.1454

令和7年 12 月 25 日

厚生労働省老健局老人保健課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願いいたします。】

連絡先

TEL :

・介護サービス事業所・施設向け：050-3733-0222

・自治体向け：03-5253-1111(内線 3949、3989)

FAX : 03-3595-4010

老発 1225 第 3 号
令和 7 年 12 月 25 日

各 都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長
（公印省略）

令和7年度介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業の実施について

「強い経済」を実現する総合経済対策（令和7年11月21日閣議決定）において、「介護分野の職員の処遇改善については、累次の取組を講じてきた結果、介護職員の賃金は改善してきたものの、他産業とはまだ差があり、人材不足が厳しい状況にあるため、他職種と遜色のない処遇改善に向けて、令和8年度介護報酬改定において、必要な対応を行うこととし、報酬改定の時期を待たず、人材流出を防ぐための緊急的対応として、賃上げ・職場環境改善の支援を行う」とされたことを踏まえ、賃上げに向けた取組等に必要な緊急の措置を講じることとし、今般、別紙のとおり「令和7年度介護保険事業費補助金（介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援）実施要綱」を定め、令和7年12月16日から適用することとしたので通知する。

については、管内市町村（特別区を含む。）に対して周知をお願いするとともに、本事業の適正かつ円滑な実施に向け、特段の御配慮をお願いする。

「居宅介護支援、介護予防支援」の要件の一つ
① 基準月において、生産性向上や協働化に係る取組として以下のいずれかの取組を行っていること。（ア）ケアプランデータ連携システムに加入していること。ただし、基準月において、ケアプランデータ連携システムに加入していない場合であっても、申請時にケアプランデータ連携システムに加入している又はケアプランデータ連携システムの加入を誓約した場合は、本補助金の申請要件の審査に当たっては、基準月からケアプランデータ連携システム加入しているものとして取り扱うこととする。なお、ケアプランデータ連携システムの加入を誓約した場合は、実績報告書においてケアプランデータ連携システムの加入について報告することとする。

ありがとうございました。