



# 令和7年度 介護サービス事業者説明会

浜松市健康福祉部介護保険課



## サービス個別 F

- ・ 居宅介護支援
- ・ 介護予防支援
- ・ (介護予防)福祉用具貸与
- ・ 特定(介護予防)福祉用具販売



# 居宅介護支援・介護予防支援

# 1. 人員基準について

| 職種  | 人員基準                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 管理者 | <p>&lt;管理者要件&gt;<br/>常勤 1 名（介護支援専門員との兼務可）<br/><b>主任介護支援専門員であること</b></p> <p>ただし、やむを得ない理由がある場合は介護支援専門員でも可</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○<u>不測の事態</u>（※）</li><li>○特別地域居宅介護支援加算又は中山間地域等における小規模事業所加算を取得できる場合</li></ul> <p>&lt;管理者要件の適用の猶予&gt;<br/>令和3年3月31日時点で主任介護支援専門員でない者が管理者である居宅介護支援事業所は、当該管理者が管理者である限り、管理者を主任介護支援専門員とする要件の適用を、令和9年3月31日まで猶予</p> |



## <管理者要件>

### ※ 不測の事態とは

(例) 本人の死亡、長期療養など健康上の問題の発生、急な退職や転居等  
(定年退職等、あらかじめ把握できる退職や転居は含まない)

- 主任介護支援専門員を管理者とできなくなった理由
- 今後の管理者確保のための計画書



浜松市に届け出た場合、要件の適用を**1年間猶予する。**

**不測の事態が発生する場合は、事前に浜松市に相談すること！！**



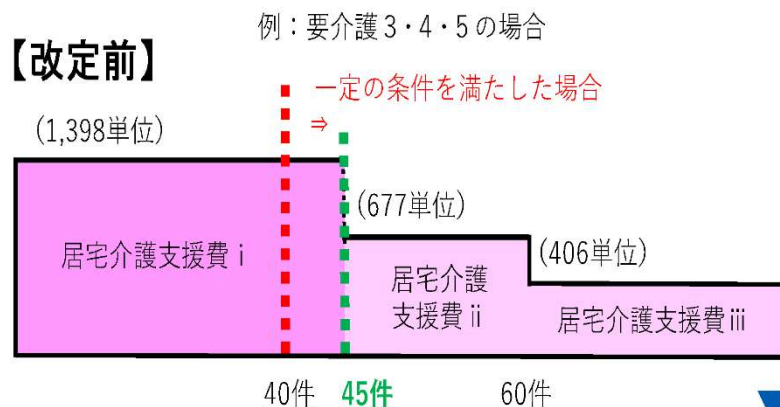
## 【令和6年度改定】

| 職種      | 人員基準                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護支援専門員 | <p>常勤の介護支援専門員 1 以上（管理者との兼務可）<br/><u>利用者の数が44</u>又はその端数を増すごとに 1</p> <p>↓</p> <p>居宅介護支援の利用者の数に介護予防支援の利用者の数に<br/><b>3分の1</b>を乗じた数を加えた数</p> <p>※指定居宅介護支援事業所が、ケアプランデータ連携システム<br/>を活用し、かつ、事務職員を配置している場合は、利用者の<br/>数が49又はその端数を増すごとに1とする。</p> |



# 【令和6年度改定】

## 【改定前】



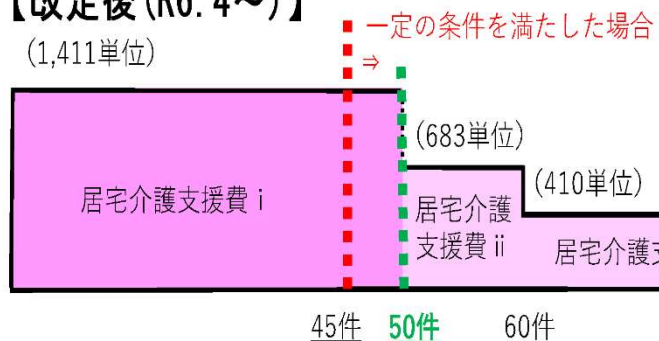
### 居宅介護支援費（Ⅱ）の算定要件

ICT機器の活用または  
事務職員の配置

### 指定介護予防支援の提供を受け る利用者数の取扱件数

2分の1換算

## 【改定後(R6.4～)】



### 居宅介護支援費（Ⅱ）の算定要件

ケアプランデータ連携システムの  
活用及び事務職員の配置

### 指定介護予防支援の提供を受け る利用者数の取扱件数

3分の1換算



## 2. 運営基準について

### (1) 業務継続計画未策定減算について

**【令和6年度改定】**

#### 概要

**感染症若しくは災害のいずれか又は  
両方の業務継続計画が未策定の場合や、  
当該業務継続計画に従い  
必要な措置が講じられていない場合に  
基本報酬を減算する。**



## (1) 業務継続計画未策定減算について

**【令和7年4月1日より適用】**

### 単位数

業務継続計画未策定減算

所定単位数の100分の1に相当する単位数を**減算**

### 算定要件等

- ・ 感染症や非常災害の発生時における業務継続計画を策定すること。
- ・ 当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。



## (2) 高齢者虐待防止の推進

**【令和6年度改定】**

### 概要

利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより促進する観点から、**虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算**する。



## (2) 高齢者虐待防止の推進

**【令和6年度改定】**

### 算定要件等

虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合

- ・ **委員会の定期的開催**とその結果の従業員への周知徹底
- ・ **指針の整備**
- ・ **研修の定期的実施**
- ・ **担当者の設置**



## (2) 高齢者虐待防止の推進

**【令和6年度改定】**

### 虐待防止のための指針に盛り込む項目

- 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



## (2) 高齢者虐待防止の推進

**【令和6年度改定】**

### 単位数

高齢者虐待防止措置未実施減算

所定単位数の100分の1に相当する単位数を**減算**



(2) 高齢者虐待防止の推進

**【令和6年度改定】**

**注意！**

**「虐待の防止のための措置に関する事項」**

に関する規程を

**運営規程** に定めること。

※令和6年4月1日より義務化



### (3) 一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制について

**【令和6年度改定】**

利用者の過度な負担軽減及び制度の持続可能性を確保する観点から、一部の福祉用具について、貸与と販売の選択制が導入されました。

#### 【対象種目】

##### ①スロープ

主に敷居等の小さい段差の解消に使用し、頻繁な持ち運びを要しないもの  
※ 撤去や持ち運びができる可搬型のものは除く

##### ②歩行器

脚部が全て杖先ゴム等の形状となる固定式または交互式歩行器  
※ 車輪・キャスターが付いている歩行車は除く

##### ③歩行補助杖

カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットホームクラッチ及び多点杖に限る



### (3) 一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制について

**【令和6年度改定】**

選択制の福祉用具を位置付ける場合には、

- 貸与又は販売の**いずれかを利用者が選択できる**ことを説明すること
- それぞれの**メリット及びデメリット等**、利用者の選択に当たって**必要な情報を提供する**こと

選択制の福祉用具の提案を行う際、利用者の心身の状況の確認に当たっては、

- ・利用者へのアセスメントの結果
- ・医師や専門職の意見聴取
- ・退院・退所前カンファレンス
- ・サービス担当者会議の結果      を踏まえること。

### 3. 介護報酬について

#### (1) 同一建物等減算の新設

**【令和6年度改定】**

所定単位数の95%を算定する。

【対象となる利用者】

① 居宅介護支援事業所の所在する建物と同一の敷地内、隣接する敷地内の建物又は居宅介護支援事業所と同一の建物に居住する利用者

又は

② 居宅介護支援事業所における 1月あたりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物（①を除く。）に居住する利用者



## (2) 入院時情報連携加算の見直し【令和6年度改定】

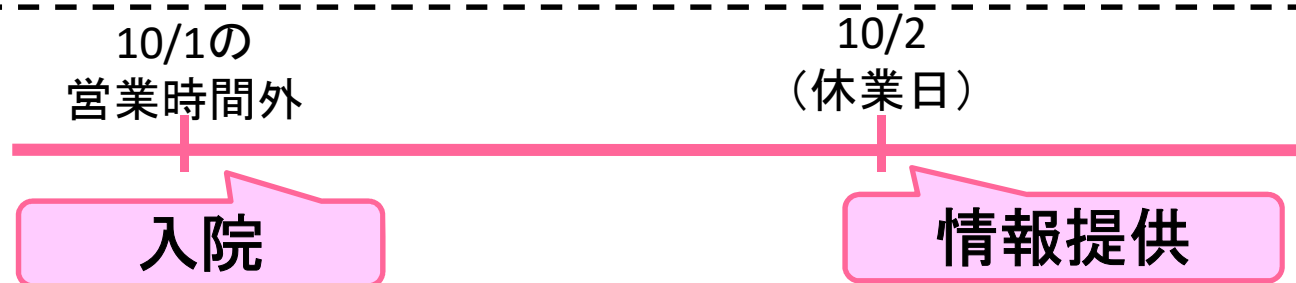
入院時情報連携加算の算定要件について

(区分Ⅰ)

利用者が病院又は診療所に**入院した日のうち**に、医療機関の職員に対して、当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

以下の場合にも算定可能。

- ・ **入院日以前**に情報提供した場合
- ・ **運営規程に定める営業時間終了後**又は**営業日以外の日**に入院した場合に、その**入院日の翌日**に情報提供した場合



問118 入院日以前の情報提供について、入院何日前から認められるか

答 特段の定めは設けていないが、情報提供日から実際の入院日までの間隔があまりにも空きすぎている場合には、入院の原因等も踏まえた上で適切に判断すること。

令和6年度介護報酬改定関係Q&A (vol.1)



## (2) 入院時情報連携加算の見直し【令和6年度改定】

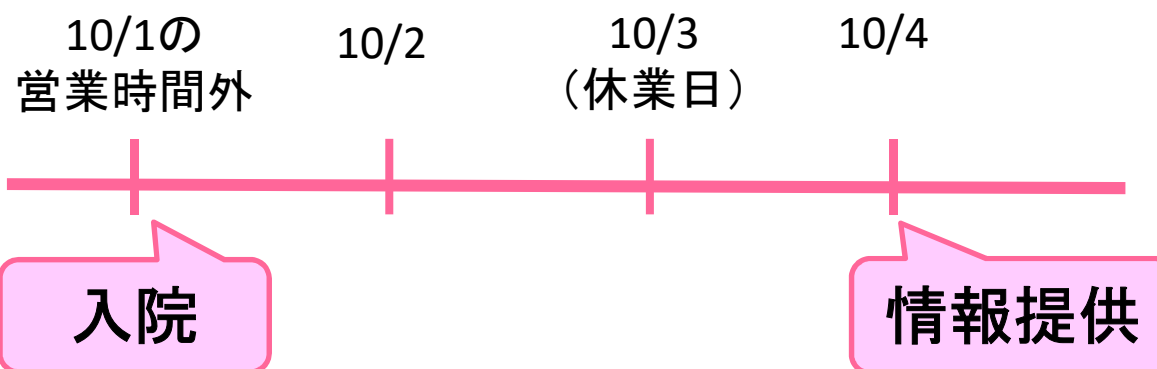
入院時情報連携加算の算定要件について

(区分Ⅱ)

利用者が**入院した日の翌日又は翌々日**に、医療機関の職員に対して、当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

以下の場合にも算定可能。

- ・ **運営規程に定める営業時間終了後**に入院した場合、入院日から**3日目が営業日以外の日に当たるときは当該営業日以外の日の翌日**に情報提供した場合



## 2) 入院時情報連携加算の見直し 【令和6年度改定】

### Q&A

令和6年度介護報酬改定に関するQ & A (Vol.1) 問119  
介護保険最新情報Vol.1225 (令和6年3月15日)

問 119 入院時情報連携加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、入院したタイミングによって算定可能な日数が変わるが、具体的に例示されたい。

（答）

下図のとおり。

☆…入院 ★…入院（営業時間外） → 情報提供

|              | 営業日 | 営業日以外 | 営業日以外 | 営業日 | 営業日 | 営業日以外 | 営業日 |
|--------------|-----|-------|-------|-----|-----|-------|-----|
| 入院時情報連携加算（Ⅰ） | ☆ → | ★ →   | ★ →   | ★ → | ★ → |       |     |
| 入院時情報連携加算（Ⅱ） | ☆ → | ★ →   | ★ →   | ★ → | ★ → | ★ →   | ★ → |



## (3) 退院・退所加算における**カンファレンス**について 【要注意】

- 病院又は診療所の場合  
診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一  
医科診療報酬点数表の**退院時共同指導料2の注3の要件**を満たし、  
**退院後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあっては、必要に応じ、  
福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加  
するもの。**

### 退院時共同指導料2の注3

退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を

- ①入院中の保健医療機関の医師又は看護師等が、
- ②
  - a)在宅医療担当の保険医もしくは看護師等
  - b)歯科医師もしくはその指示を受けた歯科衛生士
  - c)保険薬局の薬剤師
  - d)訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）、理学療法士、  
作業療法士、言語聴覚士
  - e)介護支援専門員又は相談支援専門員

いずれかのうち3者以上と共同して行った場合に算定可

①… 1 者

②… a, b, c, d, e のうち3者以上 **実際に集まるのは 4者以上**



令和6年度  
運営指導における  
主な指摘事項  
・助言事項について



# 令和6年度運営指導における主な 指摘事項・助言事項について



参考資料に掲載しております。  
ご確認ください。



**お問合せ先**

**浜松市 介護保険課  
指導グループ**

**053-457-2875**



お疲れさまでした。

受講確認票の提出を  
お願いします。



(介護予防)福祉用具貸与・  
特定(介護予防)福祉用具販売

# 1. 人員基準について

| 職種            | 人員基準                                                                                                                                                                              |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 管理者           | 常勤（福祉用具専門相談員である必要はない）<br>※当該事業所管理に支障がない場合、当該事業所の他の業務<br>または同一敷地内にある他の事業所等の職務に従事する場合は兼務可                                                                                           |
| 福祉用具<br>専門相談員 | 常勤換算方法で 2 以上<br>※(介護予防)福祉用具貸与、特定(介護予防)福祉用具販売の<br>指定を併せて受け、同一の事業所において事業が一体的に<br>運営されている場合については、<br>常勤換算方法で 2 以上の福祉用具専門相談員を配置すること<br>をもって、これらの指定に係るすべての人員基準を満たして<br>いるものとみなすことができる。 |

【令和6年度改定】

## 2. 貸与と販売の選択制の導入

利用者の過度な負担軽減及び制度の持続可能性を確保する観点から、一部の福祉用具について、貸与と販売の選択制が導入されました。

### 【対象種目】

#### ①スロープ

主に敷居等の小さい段差の解消に使用し、頻繁な持ち運びを要しないもの  
※ 撤去や持ち運びができる可搬型のものは除く

#### ②歩行器

脚部が全て杖先ゴム等の形状となる固定式または交互式歩行器  
※ 車輪・キャスターが付いている歩行車は除く

#### ③歩行補助杖

カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットホーム  
クラッチ及び多点杖に限る

## 【令和6年度改定】

貸与と販売の選択制の導入にあたり、福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保する観点から、事業者には以下のような対応が義務付けられました。

選択制対象の福祉用具の提供に当たっては、メリット及びデメリットを含めて十分な説明を行い、選択に必要な情報を提供するとともに、医師や専門職等の意見や、利用者の身体状況等を踏まえた提案を行うこと。

選択制対象用具を貸与した場合、福祉用具専門相談員は、貸与の利用開始後6か月以内に少なくとも1回のモニタリングを実施し、貸与継続の必要性を検討すること。

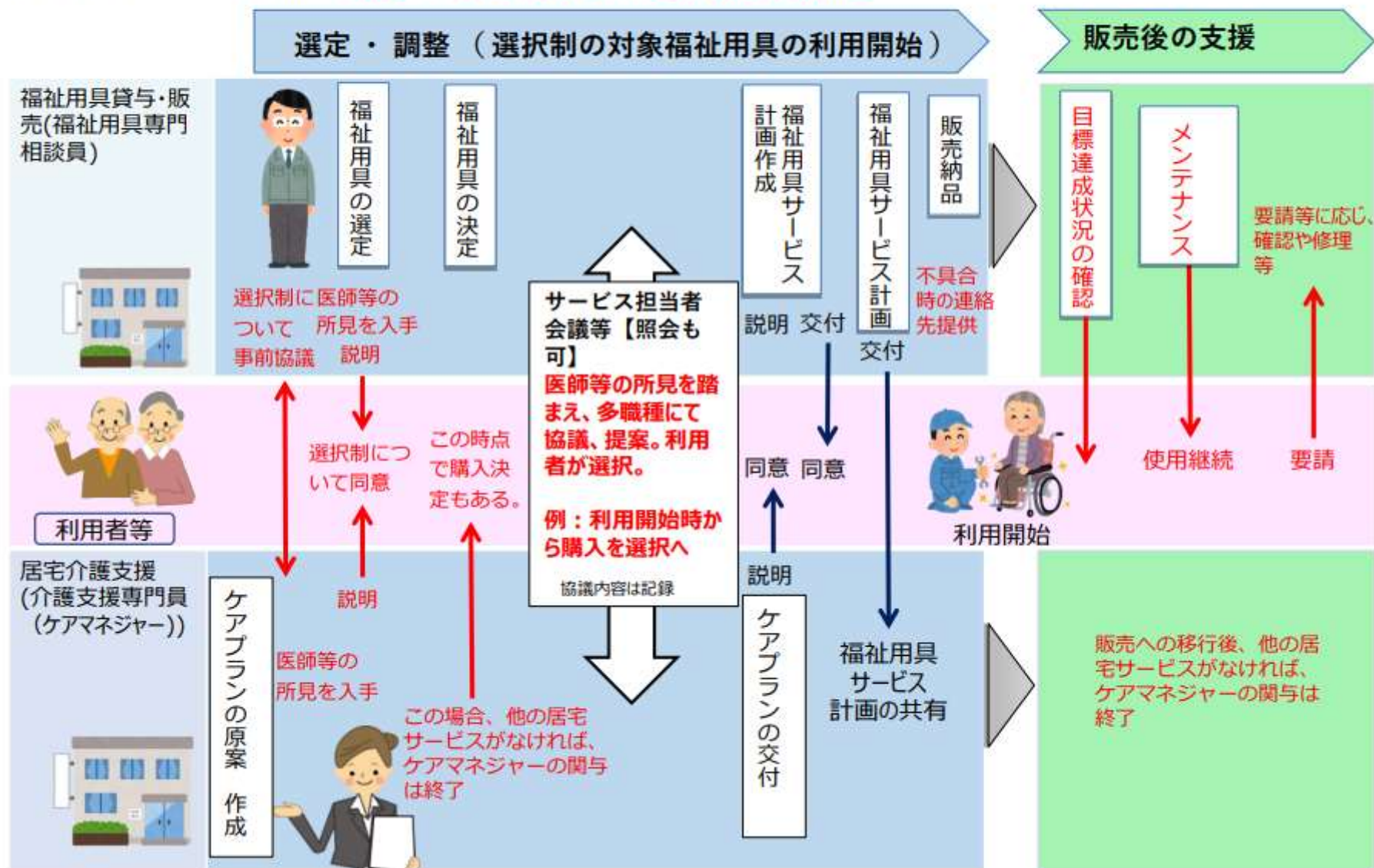
選択制対象の福祉用具を販売した場合、福祉用具専門相談員が、特定福祉用具販売計画の作成後、当該計画における目標の達成状況を確認すること。

利用者等からの要請等に応じて、販売した福祉用具の使用状況を確認するよう努めるとともに、必要な場合は、使用方法の指導、修理等（メンテナンス）を行うよう努めること。



# 福祉用具貸与と特定福祉用具販売の選択制のプロセス（例） （販売を利用）

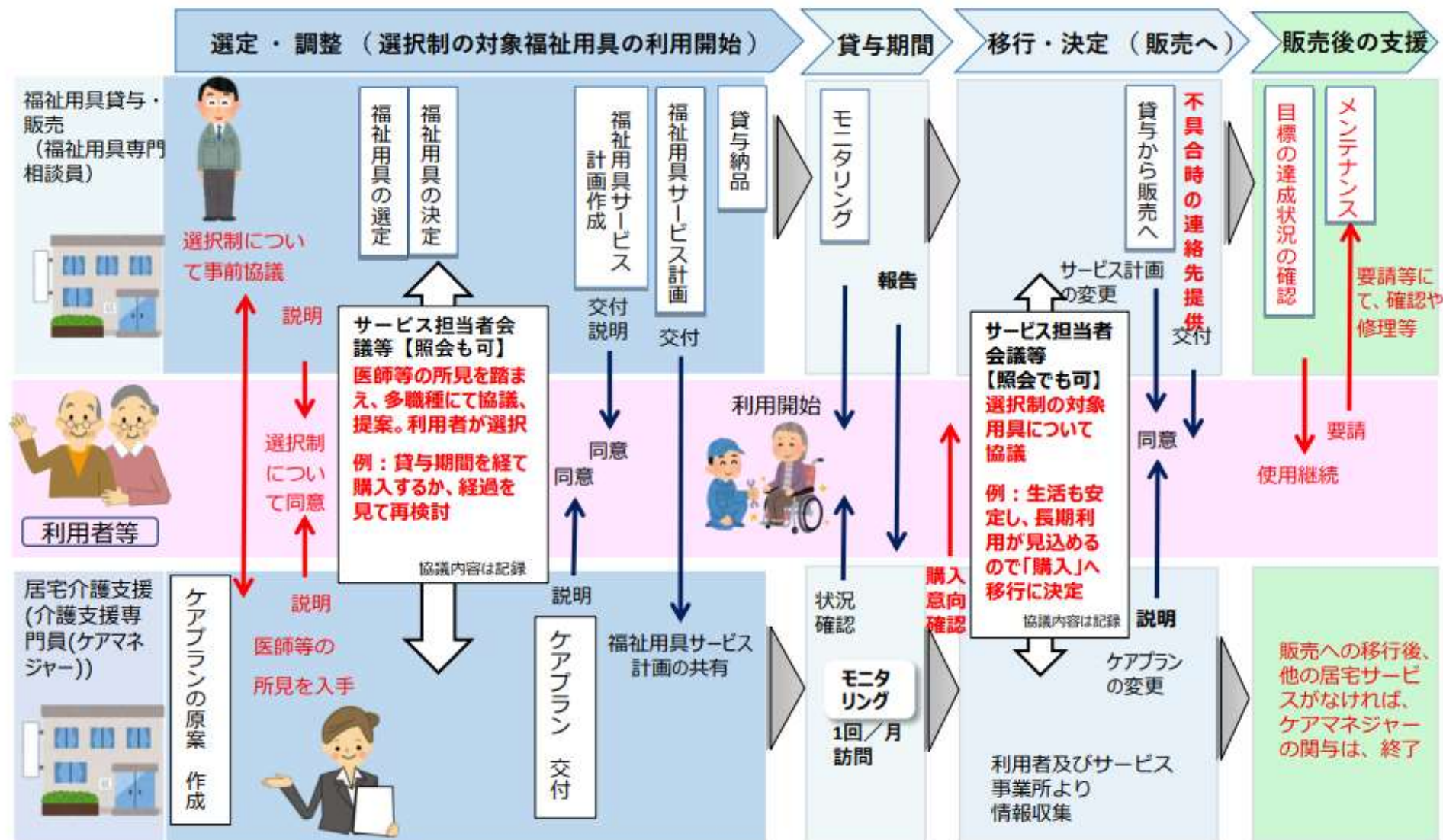
※黒字：既存の対応、赤字：選択制に伴う新規の対応



※資料：選択制の対象とする種目に関する解釈（抜粋）

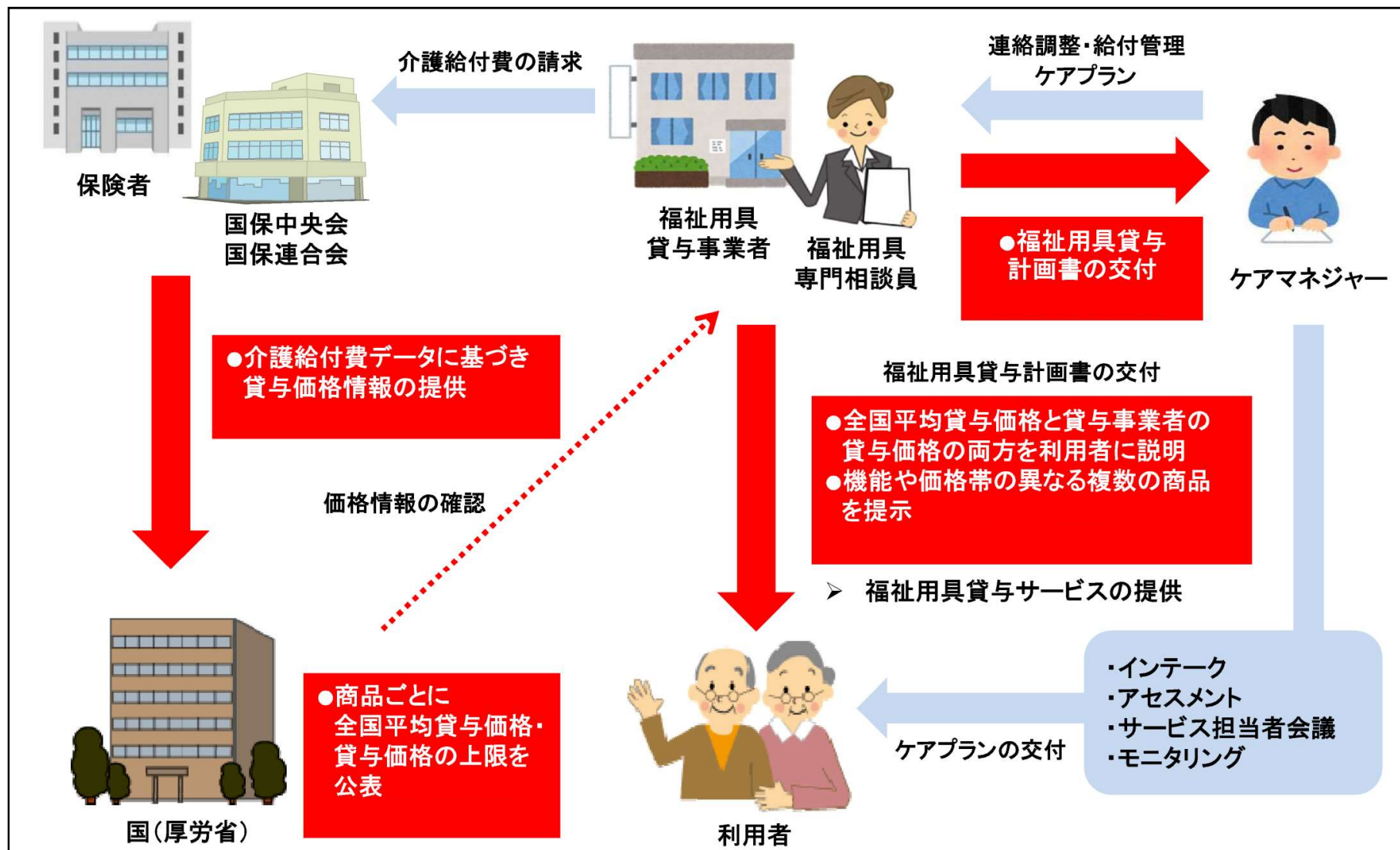
# 福祉用具貸与と特定福祉用具販売の選択制のプロセス（例） （貸与から販売に移行）

※黒字：既存の対応、赤字：選択制に伴う新規の対応



※資料：選択制の対象とする種目に関する解釈（抜粋）

## 3. 福祉用具貸与について（取組のイメージ）



※資料：平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改定事項について一部加工



## 4. 介護報酬について

### <基準>

福祉用具の貸与価格が「貸与価格の上限」を超えないこと。

上限を超えて福祉用具貸与を行った場合は、福祉用具貸与費の算定はできない。

### <運用に当たっての留意事項>

- ・ **新商品**については、**3月に1度の頻度**で**上限設定等**を行う。
- ・ **上限設定等**については、**3年に1度の頻度**で見直しを行う。ただし、見直しを行うとき、上限設定等から経過した期間が**1年未満の新商品**については**見直しを行わず**、次に見直しを行う年度に見直すこと。
- ・ 上限設定等を行うに当たっては、月平均100件以上の貸与件数となったことがある商品について適応する。

### <介護支援専門員が算定する退院・退所加算の「カンファレンス」>

退院後の在宅での療養において、福祉用具の貸与が見込まれる場合、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加すること。



## 5. 運営基準について

### (1) 衛生管理

福祉用具の保管又は消毒を委託等により他の事業者に行わせることができる。

この場合、

- 保管又は消毒が適切な方法により行われることを担保しなければならない。
- 委託事業者の業務の実施状況について定期的に確認及び結果等を記録しなければならない。

## 2) 個別サービス計画

介護サービスは、利用者の要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うため、個別サービス計画を作成し、その計画に基づき提供すること。

### <不適切な事例>

- 計画の内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の**同意を得ずにサービス提供**を行っている。
- 計画の**内容が居宅サービス計画に沿っていない**。
- 介護予防サービスにおいて、**計画期間終了後のモニタリングを行っていない**。
- 介護予防支援事業者に対して**実施状況等の報告を毎月行っていない**。



居宅介護支援  
(介護予防支援)

## 通常

① 居宅サービス  
(介護予防サービス)  
計画

交付

⑤ 交付

居宅サービス  
事業所等

② (居宅サービス等に沿って)  
個別サービス  
計画作成

③ 説明

利用者

④ 同意

⑥ サービス  
開始

## 不適切な例

居宅サービス  
(介護予防サービス)  
計画

交付

個別サービス  
計画作成

説明

居宅サービス計画が  
交付されていなくても、  
個別サービス  
計画の作成は**必要**

同意

サービス  
開始



(出典 一般社団法人 全国福祉用具専門相談員協会ホームページ)

|                                          |     |                               |           |      |              |   |
|------------------------------------------|-----|-------------------------------|-----------|------|--------------|---|
| <b>ふくせん 福祉用具サービス計画書</b><br><b>(基本情報)</b> |     | 管理番号<br>作成日<br>福祉用具<br>専門相談員名 |           |      |              |   |
| フリガナ                                     | 性別  | 生年月日                          | 年齢        | 要介護度 | 認定期間         |   |
| 利用者名                                     | 様   | M・T・S                         | 年         | 月    | 日            | ～ |
| 住所                                       | TEL |                               |           |      |              |   |
| 居宅介護支援事業所                                |     |                               | 担当ケアマネジャー |      |              |   |
| 相談内容                                     | 相談者 | 利用者との続柄                       | 相談日       |      |              |   |
| ケアマネジャーとの相談記録                            |     |                               |           |      | ケアマネジャーとの相談日 |   |

| 身体状況・ADL                          |                                              | ( 年 月 ) 現在                                |                                          | 疾病                            |                                     |                                                                          |
|-----------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 身長                                | cm                                           | 体重                                        | kg                                       |                               |                                     |                                                                          |
| 寝返り                               | <input type="checkbox"/> つまらな<br>いでできる       | <input type="checkbox"/> 何かにつか<br>まればできる  | <input type="checkbox"/> 一部介助            | <input type="checkbox"/> できない | 麻痺・筋力低下<br>障害日常生活自立度<br>認知症の日常生活自立度 |                                                                          |
| 起き上がり                             | <input type="checkbox"/> つまらな<br>いでできる       | <input type="checkbox"/> 何かにつか<br>まればできる  | <input type="checkbox"/> 一部介助            | <input type="checkbox"/> できない |                                     |                                                                          |
| 立ち上がり                             | <input type="checkbox"/> つまらな<br>いでできる       | <input type="checkbox"/> 何かにつか<br>まればできる  | <input type="checkbox"/> 一部介助            | <input type="checkbox"/> できない | 特記事項                                |                                                                          |
| 移乗                                | <input type="checkbox"/> 自立<br>(介助なし)        | <input type="checkbox"/> 見守り等             | <input type="checkbox"/> 一部介助            | <input type="checkbox"/> 全介助  |                                     |                                                                          |
| 座位                                | <input type="checkbox"/> できる                 | <input type="checkbox"/> 自分の手で支<br>えればできる | <input type="checkbox"/> 支えてもらえ<br>ればできる | <input type="checkbox"/> できない | 介護環境<br>家族構成/主介護者                   |                                                                          |
| 屋内歩行                              | <input type="checkbox"/> つまらな<br>いでできる       | <input type="checkbox"/> 何かにつか<br>まればできる  | <input type="checkbox"/> 一部介助            | <input type="checkbox"/> できない |                                     |                                                                          |
| 屋外歩行                              | <input type="checkbox"/> つまらな<br>いでできる       | <input type="checkbox"/> 何かにつか<br>まればできる  | <input type="checkbox"/> 一部介助            | <input type="checkbox"/> できない | 他のサービス<br>利用状況                      |                                                                          |
| 移動                                | <input type="checkbox"/> 自立<br>(介助なし)        | <input type="checkbox"/> 見守り等             | <input type="checkbox"/> 一部介助            | <input type="checkbox"/> 全介助  |                                     |                                                                          |
| 排泄                                | <input type="checkbox"/> 自立<br>(介助なし)        | <input type="checkbox"/> 見守り等             | <input type="checkbox"/> 一部介助            | <input type="checkbox"/> 全介助  | 利用している<br>福祉用具                      |                                                                          |
| 入浴                                | <input type="checkbox"/> 自立<br>(介助なし)        | <input type="checkbox"/> 見守り等             | <input type="checkbox"/> 一部介助            | <input type="checkbox"/> 全介助  |                                     |                                                                          |
| 食事                                | <input type="checkbox"/> 自立<br>(介助なし)        | <input type="checkbox"/> 見守り等             | <input type="checkbox"/> 一部介助            | <input type="checkbox"/> 全介助  | 特記事項                                |                                                                          |
| 更衣                                | <input type="checkbox"/> 自立<br>(介助なし)        | <input type="checkbox"/> 見守り等             | <input type="checkbox"/> 一部介助            | <input type="checkbox"/> 全介助  |                                     |                                                                          |
| 意思の伝達                             | <input type="checkbox"/> 意思を簡潔<br>に伝達でき<br>る |                                           |                                          |                               |                                     | <input type="checkbox"/> 利用者が確認できた <input type="checkbox"/> 利用者が確認できなかった |
| 視覚・聴覚                             | <input type="checkbox"/> ときどき伝達<br>できない      |                                           |                                          |                               |                                     |                                                                          |
| 利用者の意欲・意向、今困っていること(福祉用具で期待することなど) |                                              |                                           |                                          |                               |                                     |                                                                          |

| 居宅サービス計画         |           | 住環境                                                                                                         |
|------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者及び家族の生活に対する意向 | 利用者<br>家族 | <input type="checkbox"/> 戸建<br><input type="checkbox"/> 集合住宅（    階 ）<br>（ エレベーター    □有    □無 ）<br>例：段差の有無など |
| 総合的な援助方針         |           |                                                                                                             |

| ふくせん 福祉用具サービス計画書(選定提案) |               |             |  |  |    |           |               |  |  | 管理番号  |  |
|------------------------|---------------|-------------|--|--|----|-----------|---------------|--|--|-------|--|
|                        |               |             |  |  |    |           |               |  |  | 説明日   |  |
|                        |               |             |  |  |    |           |               |  |  | 説明担当者 |  |
| フリガナ                   | 性別            | 生年月日        |  |  | 年齢 | 要介護度      | 認定期間          |  |  |       |  |
| 利用者名                   | 様             | M・T・S 年 月 日 |  |  |    |           | 年 月 日 ~ 年 月 日 |  |  |       |  |
| 居宅介護<br>支援事業所          |               |             |  |  |    | 担当ケアマネジャー |               |  |  |       |  |
| ※                      | 福祉用具が必要な理由(※) |             |  |  |    |           |               |  |  |       |  |
|                        |               |             |  |  |    |           |               |  |  |       |  |
|                        |               |             |  |  |    |           |               |  |  |       |  |
|                        |               |             |  |  |    |           |               |  |  |       |  |

[illegible]



# <福祉用具サービス計画書様式例>

(出典 一般社団法人 全国福祉用具専門相談員協会ホームページ)

| ふくせん 福祉用具サービス計画書(利用計画)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |             |          |      |           | 管理番号 |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|----------|------|-----------|------|--------------|-----|------|---|--|--|---|--|--|---|--|--|---|--|--|---|--|--|---|--|--|---|--|--|---|--|--|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 性別        | 生年月日        | 年齢       | 要介護度 | 認定期間      |      |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| 利用者名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 様         | M・T・S 年 月 日 |          |      | ～         |      |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| 居宅介護<br>支援事業所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |             |          |      | 担当ケアマネジャー |      |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| 生活全般の解決すべき課題・ニーズ<br>(福祉用具が必要な理由)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |             | 福祉用具利用目標 |      |           |      |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |             |          |      |           |      |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>品目<br/>機種(型式)</th> <th>単位数</th> <th>選定理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>①</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>②</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>③</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>④</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>⑤</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>⑥</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>⑦</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>⑧</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> |           |             |          |      |           |      | 品目<br>機種(型式) | 単位数 | 選定理由 | ① |  |  | ② |  |  | ③ |  |  | ④ |  |  | ⑤ |  |  | ⑥ |  |  | ⑦ |  |  | ⑧ |  |  |
| 品目<br>機種(型式)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 単位数       | 選定理由        |          |      |           |      |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| ①                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |             |          |      |           |      |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| ②                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |             |          |      |           |      |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| ③                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |             |          |      |           |      |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| ④                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |             |          |      |           |      |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| ⑤                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |             |          |      |           |      |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| ⑥                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |             |          |      |           |      |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| ⑦                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |             |          |      |           |      |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| ⑧                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |             |          |      |           |      |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| <div> <div>選定福祉用具(レンタル・販売)</div> <div>( / 枚)</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |             |          |      |           |      |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| <div> <div>留意事項</div> <div> <input type="checkbox"/> 私は、貸与の候補となる福祉用具の全国平均貸与価格等の説明を受けました。<br/> <input type="checkbox"/> 私は、貸与の候補となる機能や価格の異なる複数の福祉用具の提示を受けました。<br/> <input type="checkbox"/> 私は、福祉用具サービス計画の内容について説明を受け、内容に同意し、計画書の交付を受けました。 </div> </div>                                                                                                                                                                                    |           |             |          |      |           |      |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| 事業所名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 福祉用具専門相談員 |             | 日付       | 年    | 月         | 日    |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
| 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | TEL       | FAX         | 署名       |      |           | 印    |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |             | (続柄)代筆者名 | ( )  |           | 印    |              |     |      |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |  |  |

| ふくせんモニタリングシート<br>(訪問確認書)                                  |                                                                                                                                                       | 管理番号: 00000                                                                                                                                 |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 実施日                                                       | 月 日 AM・PM                                                                                                                                             | 訪問                                                                                                                                          | 電話                                                                                  |
| 前回実施日                                                     | 年 月 日                                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |                                                                                     |
| お話伺った人                                                    | <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 他( )                                                               |                                                                                                                                             |                                                                                     |
| 作成者                                                       |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                             |                                                                                     |
| 次回予定日                                                     | 年 月 頃                                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |                                                                                     |
| フリガナ                                                      | 支援事業所                                                                                                                                                 | 担当                                                                                                                                          | ケアマネジャー                                                                             |
| 利用者氏名                                                     | 様                                                                                                                                                     | 介護度                                                                                                                                         | 認定期間                                                                                |
|                                                           |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                             | ～                                                                                   |
| 利用目標                                                      |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                             |                                                                                     |
| 利用福祉用具(品目)<br>機種(型式)                                      | 利用開始日                                                                                                                                                 | 使用状況の問                                                                                                                                      | 点検結果                                                                                |
|                                                           |                                                                                                                                                       | 点検結果                                                                                                                                        | 備考                                                                                  |
| ①                                                         |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 問題なし                                                        |                                                                                     |
|                                                           |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 問題あり                                                        |                                                                                     |
| ②                                                         |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 問題なし                                                        |                                                                                     |
|                                                           |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 問題あり                                                        |                                                                                     |
| ③                                                         |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 問題なし                                                        |                                                                                     |
|                                                           |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 問題あり                                                        |                                                                                     |
| ④                                                         |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 問題なし                                                        |                                                                                     |
|                                                           |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 問題あり                                                        |                                                                                     |
| ⑤                                                         |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 問題なし                                                        |                                                                                     |
|                                                           |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 問題あり                                                        |                                                                                     |
| ⑥                                                         |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 問題なし                                                        |                                                                                     |
|                                                           |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 問題あり                                                        |                                                                                     |
| ⑦                                                         |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 問題なし                                                        |                                                                                     |
|                                                           |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 問題あり                                                        |                                                                                     |
| ⑧                                                         |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 問題なし                                                        |                                                                                     |
|                                                           |                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 問題あり                                                        |                                                                                     |
| 身体状況の変化                                                   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 悪化                                                                   | 生活状況の変化                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| お気持ちの変化                                                   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明                                                                   | ご家族の状況の変化                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 悪化 |
| ご利用者・ご家族への聞き取り                                            |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                             |                                                                                     |
| 使いにくさ、使用中に困ったこと                                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部あり <input type="checkbox"/> あり                                                                 |                                                                                                                                             |                                                                                     |
| ご利用者、ご家族の希望など                                             | <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> 不満足                                                           |                                                                                                                                             |                                                                                     |
| 目標達成度                                                     | <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 一部達成 <input type="checkbox"/> 未達成                                                                |                                                                                                                                             |                                                                                     |
| 今後の方針                                                     | <input type="checkbox"/> 再説明 <input type="checkbox"/> 再アセスメント <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 修理交換 <input type="checkbox"/> 変更提案 |                                                                                                                                             |                                                                                     |
|                                                           | 見直しの必要性                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                                                     |                                                                                     |
| <div> <div>専門相談員による総合確認の結果(自由記載)</div> <div></div> </div> |                                                                                                                                                       | <div> <div>管理番号: 00000</div> <div>以上、利用後の 訪問確認 <input type="checkbox"/> 電話確認 <input type="checkbox"/> をいたしました</div> <div>年 月 日</div> </div> |                                                                                     |
|                                                           |                                                                                                                                                       | 事業所:                                                                                                                                        |                                                                                     |
|                                                           |                                                                                                                                                       | 作成者:                                                                                                                                        |                                                                                     |
|                                                           |                                                                                                                                                       | 住 所:                                                                                                                                        |                                                                                     |
|                                                           |                                                                                                                                                       | 連絡先:                                                                                                                                        |                                                                                     |



(3) 業務継続計画未策定減算について

**【令和6年度改定】**

**(介護予防) 福祉用具貸与**

## 概要

感染症若しくは災害のいずれか又は  
両方の業務継続計画が未策定の場合や、  
当該業務継続計画に従い  
必要な措置が講じられていない場合に  
**基本報酬を減算する。**



(3) 業務継続計画未策定減算について

**【令和7年4月1日より適用】**

**(介護予防) 福祉用具貸与**

### 単位数

業務継続計画未策定減算

所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算

### 算定要件等

- ・ 感染症や非常災害の発生時における業務継続計画を策定すること。
- ・ 当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。



## (4) 高齢者虐待防止の推進

**【令和9年3月31日までの経過措置あり】**

**(介護予防) 福祉用具貸与**

### 概要

利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより促進する観点から、**虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算**する。



#### 4) 高齢者虐待防止の推進

**【令和9年3月31日までの経過措置あり】**

**(介護予防) 福祉用具貸与**

##### **算定要件等**

虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合

- ・ **委員会の定期的開催とその結果の従業員への周知徹底**
- ・ **指針の整備**
- ・ **研修の定期的実施**
- ・ **担当者**の設置



#### (4) 高齢者虐待防止の推進

**【令和9年3月31日までの経過措置あり】**

**(介護予防) 福祉用具貸与**

##### 単位数

高齢者虐待防止措置未実施減算

所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算



(4) 高齢者虐待防止の推進

**【令和6年度改定】**

**注意！**

**「虐待の防止のための措置に関する事項」**

に関する規程を

**運営規程**

に定めること。

※令和6年4月1日より義務化

## 6. 特定福祉用具販売

### ＜保険給付の申請に必要な書類等の交付＞

- ・ 当該指定特定福祉用具販売事業所の名称
- ・ 販売した特定福祉用具の種目及び品目の名称及び販売費用の額その他必要と認められる事項を記載した証明書
- ・ 領収書
- ・ 当該福祉用具のパンフレットその他の当該福祉用具の概要



## 7. 浜松市の保険給付について

浜松市では、  
福祉用具貸与・特定福祉用具販売（介護予防含む）  
の保険給付は、

テクノエイド協会

TAISコード + 貸与／販売マーク表示

があることを基本とします。



令和6年度  
運営指導における  
主な指摘事項  
・助言事項について



# 令和6年度運営指導における主な 指摘事項・助言事項について



参考資料に掲載しております。  
ご確認ください。



**お問合せ先**

**浜松市 介護保険課  
指導グループ**

**053-457-2875**



お疲れさまでした。

受講確認票の提出を  
お願いします。

