

平成18年4月改定関係 Q&A  
(事業所評価加算関係) Vol.7  
及び

老人保健事業及び介護予防事業等に関する  
Q&A (追加・修正) Vol.2

# 平成18年4月改定関係 Q&A

## Vol. 7(事業所評価加算関係)

(問1) いつの時期までに提供されたサービスが、翌年度の事業所評価加算の評価対象となるのか。

(答)

- 1 事業所評価加算の評価対象となる利用者は、
  - ① 評価の対象となる事業所にて、選択的サービスに係る加算を連続して3月以上算定しており
  - ② 選択的サービスに係る加算より後の月に要支援認定の更新又は変更認定を受けている者であることから、選択的サービスの提供を受けた者の全てが評価対象受給者となるものではない。
  
- 2 評価の対象となる期間は、各年1月1日から12月31日までであるが、各年12月31日までに、国保連合会において評価対象受給者を確定する必要があることから、
  - ① 9月までに選択的サービスの提供を受け、10月末日までに更新・変更認定が行われた者までが、翌年度の事業所評価加算の評価対象受給者であり、
  - ② 11月以降に更新・変更認定が行われた者は翌々年度の事業所評価加算の評価対象受給者となる。
  
- 3 なお、選択的サービスに係る加算や受給者台帳情報は、国保連合会が一定期間のうちに把握できたものに限られるため、例えば、評価対象期間を過ぎて請求されてきた場合等は評価対象とならない。

(問2) 事業所評価加算の評価対象受給者については、選択的サービスを3月以上利用することが要件とされているが、連続する3月が必要か。また、3月の間に選択的サービスの種類に変更があった場合はどうか。

(答)

選択的サービスの標準的なサービス提供期間は概ね3月であることから、評価対象受給者については選択的サービスを3月以上連続して受

給する者を対象とすることとしている。

また、選択的サービスの標準的なサービス提供期間は概ね3月であることから、通常3月は同一の選択的サービスが提供されるものと考えているが、連続する3月の中で選択的サービスが同一でない場合についても、国保連合会においては、評価対象受給者として計算することとしている。

(問3) 評価対象事業所の要件として「評価対象期間における当該指定介護予防通所介護事業所の利用実人員数が10名以上であること。」とされているが、10名以上の者が連続する3月以上の選択的サービスを利用する必要があるのか。

(答)

単に利用実人員数が10名以上であればよく、必ずしもこれらの者全員が連続する3月以上の選択的サービスを利用している必要はない。

(問4) 4月にA事業所、5月にB事業所、6月にC事業所から選択的サービスの提供があった場合は評価対象となるのか。

(答)

事業所評価加算は事業所の提供する効果的なサービスを評価する観点から行うものであることから、同一事業所が提供する選択的サービスについて評価するものであり、御質問のケースについては、評価対象とならない。

(問5) 地域包括支援センター(介護予防支援事業所)においては、「サービス提供終了確認情報登録対象者一覧表」の対象者(要支援状態区分に変更がなかった者)について、「その目標に照らし、特段の支障がないと認められるものであれば、「サービスの提供が終了した」と確認する取扱いをして差し支えない」とされているが、その趣旨如何。

(答)

地域包括支援センター(介護予防支援事業所)の事務負担の軽減という観点や、更新・変更認定の改善者については、地域包括支援センター(介護予防支援事業所)における確認を行わないこととの均衡等を考慮し、サービスが終了したものと認められない者については、限定的とすることと

した。

なお、「特段の支障」がある場合とは、例えば、加算の申請があった事業者が地域包括支援センター（介護予防支援事業所）への報告を行っておらず、当該事業者のサービスの実施状況が確認できない場合などが考えられる。

（問6）都道府県が、事業所評価加算の算定の可否を事業所に通知する際、どのような方法で通知すればよいか。

（答）

ホームページへの掲載や事業所への文書の郵送等による方法等が考えられるが、どのような方法で行うかは都道府県の判断による。

なお、利用者が事業所を選択するに当たっては、地域包括支援センターが当該事業所が事業所評価加算の算定事業所である旨を説明することとなるが、その事業所の選択やケアプラン作成等に支障が生じることのないよう、事業所評価加算の対象事業所情報については、地域包括支援センター（介護予防支援事業所）、住民等にも十分に周知いただきたい。

# 老人保健事業及び介護予防事業等に関する Q&A（追加・修正）Vol.2

## 1. 老人保健事業

### (1) 基本健康診査（生活機能評価）

（問1）基本チェックリストの結果、特定高齢者の候補者の条件、特定高齢者の決定方法のいずれの条件も満たしているが、基本健康診査（生活機能評価）において、「生活機能の著しい低下無」にチェックされている場合、どう取り扱えばよいか。

（答）

基本チェックリストの結果からは特定高齢者の条件を満たしているが、基本健康診査（生活機能評価）の結果、「生活機能の著しい低下無」にチェックされている者については、健診医に確認を行うなど十分に連絡を取った上で、基本チェックリストの結果等から、市町村が総合的に判断して差し支えない。

（問2）平成18年8月3日付事務連絡「老人保健事業及び介護予防事業等に関するQ&A」の問3において、生活機能評価の判定結果については、「医療を優先すべき」、「生活機能の著しい低下あり」、「生活機能の著しい低下無し」について報告するよう記載されているが、平成18年3月9日付通知「地域保健・老人保健事業報告の一部改正について」では、「生活機能の著しい低下を認める者」のみ報告するようになっている。報告する内容はどちらが正しいのか。

（答）

老人保健事業報告における生活機能評価の結果については、平成18年3月9日付け「地域保健・老人保健事業報告の一部改正について」に基づき、「生活機能の著しい低下を認める者」のみ御報告願いたい。

## 2. 介護予防特定高齢者施策

### (1) 特定高齢者把握事業

(問3) 要支援・要介護認定を受けている者が、自主的に認定の取下げを届けた場合は、特定高齢者と見なすことができるとあるが、その際、要介護認定の手続きはどのようなになるか。

(答)

- 1 平成18年第1回地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会資料「老人保健事業、介護予防事業等に関するQ&Aの整理(平成18年6月)」問47において、要支援・要介護認定(以下「要介護認定等」という。)を自主的に取り下げる場合についての記載があるが、この取扱いについては、介護保険法第31条及び第34条に規定する要介護認定等の取消として取り扱うものである。
- 2 この際の手続きとしては、当該被保険者からの取消を求める理由を記した届出(別紙「介護保険(要介護認定・要支援認定)取消届」参照)により手続きを開始し、被保険者証の提出その他の手続きについては、介護保険法第31条及び第34条に従って取り扱うものであるが、当該被保険者においては、要介護認定等を受けることを求めていることから、認定調査及び主治医意見書の入手手続きを省略することは可能である。
- 3 なお、前述の手続きにより要介護認定等の取消が行われた場合においては、
  - ① 当該取消の効力については、届出日に遡って効力を有するものではなく、取消日以降の将来に向かってのみ存すること
  - ② 当該取消以降においては、要介護認定等の申請を再度行うまでの間は、介護保険法による給付を受けることができないことについて、当該取消の届出を行う者に対し十分に説明をし、承諾の上で届出が行われるようにする必要がある。
- 4 また、今後の要介護認定等の申請受付に当たっては、要介護認定等を受けた場合、地域支援事業の特定高齢者施策の対象とはならない旨についても説明していただくようあわせて留意されたい。

(問4) 要支援・要介護認定の有効期間が満了した者や更新認定により非該当と判定された者についても、基本健康診査から特定高齢者の決定までのプロセスを経ずに「特定高齢者」と見なして事業を実施してよいか。

(答)

介護予防特定高齢者施策への参加の意向が確認された時点で、既に有効期間が満了していた場合や、更新認定により非該当と判定されていた場合については、通常どおり、特定高齢者把握事業の所定の手続きを経て、特定高齢者の決定を行う必要がある。

(要介護認定等の有効期間内の者に関する取扱いについては、平成18年8月3日付事務連絡「老人保健事業及び介護予防事業等に関するQ&A」問12を参照)

(問5) 閉じこもり、認知症、うつ等の理由により、生活機能評価の受診が困難な高齢者について、基本チェックリストの結果のみを「特定高齢者の決定方法」(地域支援事業実施要綱別添3)に適用した場合、「閉じこもり予防・支援」、「認知症予防・支援」、「うつ予防・支援」に該当する場合には、生活機能評価を実施せずにこれらの介護予防プログラムの対象者としてよいか。

(答)

- 1 特定高齢者の決定に当たっては、生活機能評価を受診していることが原則であるが、閉じこもり、認知症、うつ等の理由により、生活機能評価の受診が困難な高齢者については、その者の状況にかんがみ、例外的に生活機能評価を受診していない場合でも、「閉じこもり予防・支援」、「認知症予防・支援」、「うつ予防・支援」の介護予防プログラムの対象者として特定高齢者と決定してよいものとする。
- 2 これは、こうした者については、保健師等の速やかな訪問により、心身の状況や環境等を把握し、受診勧奨等の必要な支援を行うことが重要であるための例外的な取扱いであり、運動器の機能向上等の通所型介護予防事業について、生活機能評価の受診が必要になることは他の者の場合と同様のものである。
- 3 なお、この場合であっても、「特定高齢者の候補者選定」で示す基準(地

域支援事業実施要綱1(1)イ(ア)③を満たしていることが前提であ  
って、「特定高齢者の決定方法」で示す基準のみに該当しても、特定高齢  
者とはならないことに留意されたい。

(本問は、平成18年8月3日付事務連絡「老人保健事業及び介護予防事業  
等に関するQ&A」問11の内容について必要な補足等を加えたものであ  
り、8月3日付問11の内容については、趣旨を明確にするために本Q&  
Aに差し替えるものとする。)

## (2) 介護予防事業関係

(問6) 住所地特例対象施設である有料老人ホームに入所している要介護認定  
非該当者など遠隔地に居住する被保険者に対する介護予防事業は、どの  
ように実施するのか。

(答)

- 1 遠隔地に居住する被保険者に対する介護予防事業は、当該被保険者の保  
険者が実施することとなるが、この場合、介護保険法第115条の40第4  
項の規定に基づき当該事業を委託することができる。
- 2 この場合、地方自治法上の事務の委託に係る手続は必要ではなく、保険  
者と居住する市区町村や当該市区町村から事業の委託を受けている者など  
と委託契約を交わすことなどで事業を実施することが可能である。
- 3 この場合の介護予防ケアマネジメントは介護保険法第115条の40第  
1項の規定に基づき当該被保険者に係る包括的支援事業を一括して居住地  
の地域包括支援センター(介護予防支援事業所)等に委託することなどで  
実施することとなる。



【参考】介護保険法第115条の40

(実施の委託)

第百十五条の四十 市町村は、老人福祉法第二十条の七の二第一項に規定する老人介護支援センターの設置者その他の厚生労働省令で定める者に対し、包括的支援事業の実施を委託することができる。

2・3 (略)

4 市町村は、第百十五条の三十八第一項第一号及び第二項各号に掲げる事業の全部又は一部について、老人福祉法第二十条の七の二第一項に規定する老人介護支援センターの設置者その他の当該市町村が適当と認める者に対し、その実施を委託することができる。

(問7)「地域支援事業の実施について」(平成18年老発第0609001)において、通所型介護予防事業の実施担当者として「経験のある介護職員等」があげられているが、この「等」にはどのような者が含まれるのか。

(答)

- 1 通所型介護予防事業については、「地域支援事業の実施について」(平成18年老発第0609001号)1(1)イ(イ)③において、医師、歯科医師、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、経験のある介護職員等が実施することとしている。
  
- 2 この「等」については、例えば、運動器の機能向上プログラムの実施に当たっては、「日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者」として、通所介護事業所等に配置されることとされている機能訓練指導員(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師)が想定されるが、通所型介護予防事業の実施担当者については、介護予防サービス評価研究委員会における専門家の方々の議論を踏まえ、必要な専門的知識を有する者としておられるところであり、各市町村においては、この趣旨を踏まえた適切な対応をされたい。

介護保険（要介護認定・要支援認定）取消届

〇〇市（区町村）長様

被 保 険 者	被保険者番号	<input type="text"/>	届出年月日	平成 年 月 日
	フリガナ	<input type="text"/>	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名	<input type="text"/>	性別	男 ・ 女
	住所	〒 <input type="text"/> 電話番号 <input type="text"/>		
	取消を求める 認定内容	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援 1 2 有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで		

※ 現に受けている認定の取消を届け出た場合、認定の有効期間は取消の決定日までとなります。

提 出 代 行 者	名 称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設） 印
	住 所	〒 <input type="text"/> 電話番号 <input type="text"/>

注）家族、代理人等が届出を行う場合においても、この欄に記載してください。

取消を要する理由	<input type="text"/>
----------	----------------------