

令和元年度
下関市介護保険サービス事業者集団指導

《 個 別 編 》

9、12

(居宅介護支援、介護予防支援)

資 料

令和元年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》9、12
(居宅介護支援、介護予防支援)

〔 目 次 〕

① ケアマネジメント業務において留意すべき点及び実地指導における主な指摘事項について【居宅・予防】	1
② 暫定プラン作成時のサービス担当者会議について【居宅・予防】	18
③ モニタリングにおける「1月」の定義について【居宅】	19
④ (介護予防)居宅療養管理指導、特定(介護予防)福祉用具販売及び住宅改修のケアプランへの位置付けについて【居宅・予防】	20
⑤ 月の途中で(介護予防)小規模多機能型居宅介護を利用開始した場合、給付管理は誰が行うのか？【居宅・予防】	23
⑥ 入院時情報連携加算の算定要件について【居宅】	24
⑦ 退院・退所加算の「カンファレンス」について【居宅】	25
⑧ 訪問回数の多い利用者への対応について【居宅】	27
⑨ 平成30年度ケアプラン点検の結果について【居宅】	29
⑩ 2019年度下関市あんしん介護推進事業について	34
⑪ 軽度者に対する福祉用具貸与について【居宅・予防】	35
⑫ 同居家族等がいる場合の生活援助算定相談票について【居宅】	38
⑬ 短期入所の相談票(認定の有効期間の半数超え)について	40

① ケアマネジメント業務において留意すべき点及び実地指導における主な指摘事項について【居宅・予防】

実地指導における主な指摘事項を参考に、ケアマネジメント業務において留意すべき点を、チェック形式で掲載しています。今後の適正な運営の参考としてください。

< 居 宅 介 護 支 援 >

I 契約時の説明

- 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ利用者に対して、以下①②の内容について、**文書を交付して説明し、理解したことについて利用者より署名**を得ていますか？
 - ①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。
 - ②利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができること。

(重要) これらを行っていない場合には、契約月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで運営基準減算となります！！

- 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、利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合には、担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めていますか？

【実地指導での指摘事項】

●重要事項説明書・運営規程に関すること

- (1) 重要事項説明書・運営規程の「指定居宅介護支援の提供方法及び内容」が不十分である。
 - ☞ 以下の内容が記載されているか確認してください。
 - (a) 利用者の居宅に訪問し、利用者及びその家族に面接して課題分析（アセスメント）を実施する。
 - (b) 居宅サービス計画の原案を作成する。

- (c) 居宅サービス計画の原案に位置付けたサービス担当者等との会議（サービス担当者会議）を開催する。
 - (d) 居宅サービス計画の原案の内容について、利用者又はその家族に説明し、利用者の文書同意を得る。
 - (e) 居宅サービス計画を利用者と担当者に交付する。（医療サービスの利用を希望している利用者について主治の医師等の意見を求め、居宅サービス計画を作成した場合は、主治医等にも交付する。）
 - (f) 居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業所等から個別援助計画の提出を求める。
 - (g) 少なくとも1月に1回、利用者の居宅に訪問し、利用者に面接して、ケアプランの実施状況の把握（モニタリング）を実施し、その結果を記録する。
 - (h) 主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師への利用者の服薬状況、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提供
 - (i) 厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置付けた場合の居宅サービス計画の届出
- (2) 重要事項説明書の介護支援専門員の勤務の体制について、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係の記載がない事例があった。
- ☞ 職員の勤務形態（常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係）を追記してください。
- (3) 重要事項説明書・運営規程の「営業日及び営業時間」及び「通常の事業の実施地域」について、現状と異なる内容が記載されている。
- ☞ 現況に即した内容を記載してください。
- (4) 重要事項説明書の「利用料」の加算内容について、加算名及び単位数のみで、加算の概要説明の記載がない。また、概要説明の内容に誤ったものがある。
- ☞ 加算名及び単位数だけでなく、どのような場合に算定するのかの正しい説明を記載してください。
- (5) 重要事項説明書・運営規程に「秘密保持」に関する項目がない。
- ☞ 介護支援専門員その他従業者（退職者を含む）が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならないことを記載してください。また、そのための必要な措置についても記載してください。
 - ☞ サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ることを記載してください。
- (6) 重要事項説明書については契約時における複数の指定居宅サービス事業者等の紹介に関する説明等の記載はあるが、運営規程に記載されていない。
- ☞ 契約時における当該説明は指定居宅介護支援事業者として重要な業務であり、契約

時に当該説明等を行わない場合は運営基準減算にも該当するため、重要事項説明書との整合を図り記載してください。

- ☞ 重要事項説明書と運営規程を掲示している事業所は、訂正したものを改めて掲示してください。

なお、重要事項説明書には運営規程の概要が含まれるため、運営規程の掲示は省略しても差し支えありません。

- (7) 契約書と重要事項説明書を一綴りにし、それぞれについて利用者又はその家族に説明し、利用者の同意の署名を得て交付しているが、契約書（個人情報を用いる場合の同意を含む）及び重要事項説明書のそれぞれの署名について、同意日の記載がない事例があった。

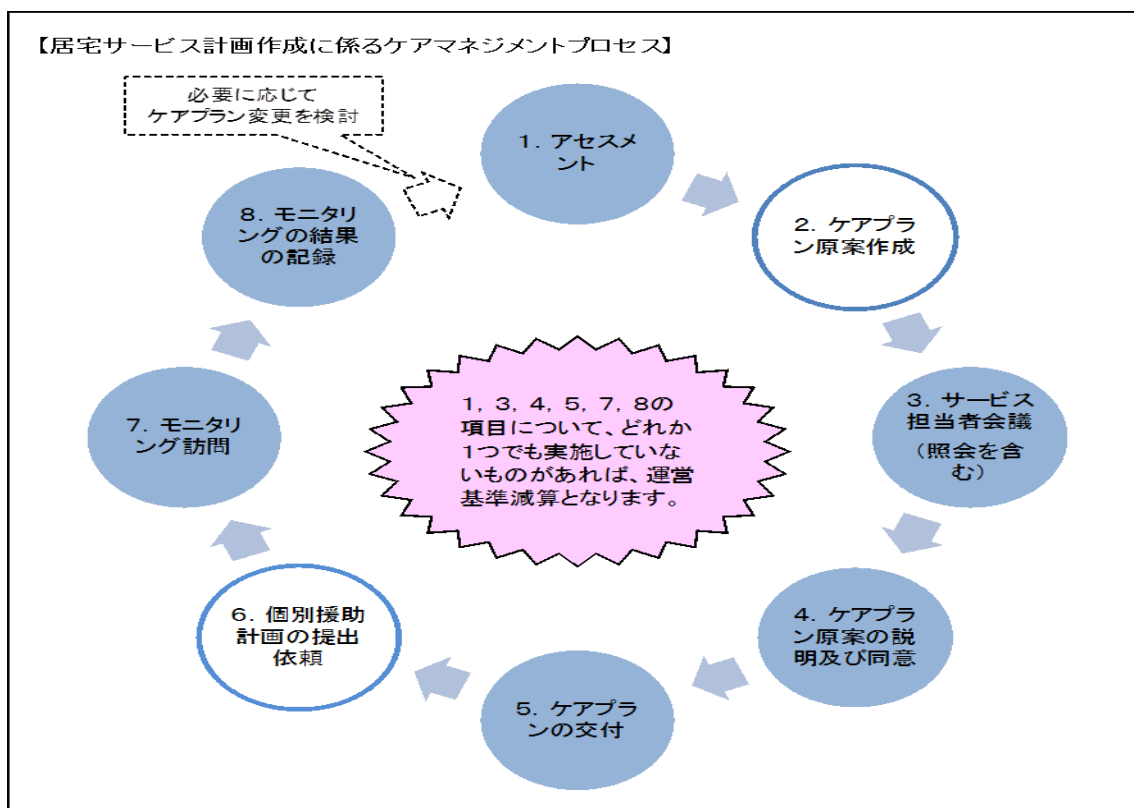
- ☞ 利用者及び利用者家族の署名においては、同意日についても記載を求め、漏れがないか再度確認してください。

- (8) 新規に担当することになった入院中の利用者について、契約及び重要事項の説明及び文書同意を得る（個人情報利用の同意を含む。）前、及び居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書（以下「居宅届」という。）の届け出前に、指定居宅介護支援の提供を開始し、利用者が入院している病院から利用者に関する情報の提供を受け（退院・退所加算を算定するための情報収集）、当該情報提供の回数を含めた算定要件で退院・退所加算を算定していた。

- ☞ 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、運営規程の概要、その他の利用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交付して説明を行い、当該提供の開始について利用者の同意を得てください。

また、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得てください。

Ⅱ 居宅サービス計画作成に係るケアマネジメントプロセス



1. アセスメント **運営基準減算の対象**

- ☐ 居宅サービス計画の新規作成・変更時にアセスメントを行っていますか？
- ☐ アセスメント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っていますか？

2. ケアプランの原案の作成

3. サービス担当者会議（照会を含む） **運営基準減算の対象**

- ☐ サービス担当者会議（やむを得ない理由がある場合※を除く）を以下①～④の場合に開催していますか？
 - ①居宅サービス計画を新規に作成した場合
 - ②居宅サービス計画の変更を行った場合
 - ③要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合
 - ④要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

※やむを得ない理由がある場合とは・・・

- ・末期の悪性腫瘍の利用者の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師の意見を勘案して必要と認める場合
- ・開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合
- ・居宅サービス計画の変更であって、利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合

等が想定されます。

- ☐ やむを得ない理由がある場合は、サービス担当者に対する照会等を行い、照会した年月日、内容及び回答を記録していますか？
- ☐ サービス担当者会議は適切な時期に開催していますか？
- ☐ サービス担当者会議に出席すべき人が出席していますか？

4. ケアプラン原案の説明及び同意 **運営基準減算の対象**

- ☐ 居宅サービス計画の原案の内容について、利用者又は家族に説明し、文書により利用者の同意を得ていますか？

5. ケアプランの交付 **4 と併せて運営基準減算の対象**

- ☐ 居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者だけでなくサービス担当者にも交付していますか？

6. 個別援助計画の提出依頼

- ☐ 居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、個別援助計画の提出を求め、居宅サービス計画との連動性や整合性について確認していますか？

7. モニタリング訪問

8. モニタリングの結果の記録

- ☐ 居宅サービス計画作成後、モニタリングを行い、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との連絡調整を行っていますか？
- ☐ **特段の事情***のない限り、モニタリングは少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接して行っていますか？

運営基準減算の対象

※「特段の事情」とは・・・

利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれません。

- ☐ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録していますか？

運営基準減算の対象

- ☐ 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若しくは歯科医師又は薬剤師に提供していますか？

(その他)

【居宅サービス計画の届出】

- ☐ 居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助が中心である指定訪問介護）を位置付ける場合は、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市に届け出ていますか？

【主治の医師等の意見等】

- ☐ 利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師の意見を求めていますか？
- ☐ また、意見を求めた主治の医師等に、作成した居宅サービス計画を交付していますか？

【実地指導での指摘事項】

●指定居宅介護支援の具体的取扱方針に関すること

- (1) 短期目標期間の終了時の居宅サービス計画の変更について、居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行っていたが、変更後の居宅サービス計画について利用者の同意署名を得て交付した後に、指定居宅サービス事業者にサービス内容について照会し回答を得ていた。
- ☞ 変更後の居宅サービス計画について、やむを得ない理由によるサービス担当者に対する照会等であっても、原案の内容について専門的な見地からの意見を聞いた上で居宅サービス計画を作成し、利用者に同意署名を得て交付してください。

(2) 居宅介護支援経過(第5表)等により、居宅サービス計画の作成に当たって、サービス担当者会議を開催したことは確認できたが、当該会議の要点についての記録がなく、サービス担当者会議の要点(第4表)も作成していないため、利用者の主訴、その家族の希望、それぞれの担当者からの専門的な見地からの意見や利用者の状況等に関する情報等、検討内容について確認できない事例がある。

☞ 利用者にとって効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするために、サービス担当者会議(サービス担当者への照会を含む)を実施した記録だけでなく、サービス担当者会議の要点(サービス担当者へ照会内容を含む)についても記録するとともに、当該記録は2年間保存しておいてください。

(3) 居宅サービス計画の変更に当たって、サービス担当者会議を開催したことが書面等にて確認できない事例があった。

☞ 介護支援専門員は、居宅サービス計画を変更する際には、利用者の希望による軽微な変更を除き、居宅サービス計画作成に当たっての一連のケアマネジメント業務を行う必要があります。したがって、居宅サービス計画の変更の必要性について、サービス担当者会議の開催(サービス担当者への照会を含む)により、サービス担当者から専門的な見地からの意見を求めてください。

(4) サービス担当者会議に出席できない一部の指定居宅サービス等の担当者に対し、照会等により意見を求めた結果の記録がない事例があった。

☞ 照会等により担当者から専門的な見地からの意見を求める場合も、照会内容について記録するとともに、当該記録を2年間保存しておいてください。

(5) サービス提供開始月にモニタリングを実施せず、翌月に2回実施し、結果を記録していた事例があった。聴取した結果、利用者家族より翌月の通院日にその結果を踏まえて話をしたいという申し出があったため、提供開始月のモニタリングについては日程調整を行わず、翌月の通院時にモニタリングを実施したとのことだった。

☞ モニタリングの実施に当たっては、特段の事情のない限り、少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接し、その結果を記録しなければなりません。

なお、このときの「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれません。

本事例の場合、利用者側からの申し出ではありますが、介護支援専門員として、利用者側の希望を確認したのみでモニタリングの説明及び提供開始月のモニタリング実施の日程調整を行っていないことから、特段の事情とは認められません。

●運営基準減算に関すること

- (1) 要介護更新認定後の居宅サービス計画の変更において、居宅サービス計画の利用者の文書同意、利用者及び担当者への当該居宅サービス計画の交付が確認できない。
- (2) 居宅サービス計画の変更に当たって、サービス担当者会議を開催したことが書面等にて確認できない。
- (3) サービス提供開始月にモニタリングを実施せず、翌月に2回実施し、結果を記録していた。利用者家族より翌月の通院日にその結果を踏まえて話をしたいという申し出があったため、提供開始月のモニタリングについては日程調整を行わず、翌月の通院時にモニタリングを実施したとのことだった。

☞ モニタリングの実施に当たっては、特段の事情のない限り、少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接し、その結果を記録しなければなりません。なお、このときの「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれません。

本事例の場合、利用者側からの申し出ではありますが、介護支援専門員として、利用者側の希望を確認したのみでモニタリングの説明及び提供開始月のモニタリング実施の日程調整を行っていないことから、特段の事情とは認められず、運営基準減算の対象となります。

- (4) 要介護状態区分の変更の認定が遅れている利用者が要支援から要介護の認定を受けた月の翌月に、利用者に居宅サービス計画を交付して説明を行い、文書同意を得ていた。

☞ 本事例の場合、認定を受けた月内に一連のケアマネジメント業務を行わなければ、運営基準減算となります。

●利用料等の受領に関すること

- (1) 領収証を準備していない。

☞ 通常の事業の実施地域外でサービスを提供する場合の交通費の受領や、利用者の介護保険料の滞納等による居宅介護支援費の償還払いが想定されるため、事例がなくても領収証の準備を行ってください。

●勤務体制の確保に関すること

- (1) 月ごとの勤務予定表は作成しているが、勤務表の内容に不十分な箇所がある。

☞ 以下の内容を記載した勤務表（予定表・実績表）を月ごとに作成してください。

なお、勤務予定表と勤務実績表を一体の様式に調製し、記載することは差し支えあり

ません。

- (a) 日々の勤務時間
- (b) 常勤・非常勤の別
- (c) 管理者との兼務関係

●秘密保持に関すること

(1) 個人情報の利用の同意を得る前に、居宅介護支援を提供していた。

☞ 個人情報を用いる場合は、あらかじめ文書により利用者及びその家族から同意を得る必要があります。

(2) 個人情報利用の同意日の記載が漏れている事例があった。

☞ 利用者及び利用者家族の署名においては、同意日についても記載を求め、漏れがないか再度確認してください。

●事故発生時の対応

(1) 事故対応マニュアルを作成していない。

☞ 事故発生時に速やかに対応できるよう、あらかじめ、基本的な対応方法等について定めたマニュアル並びに事故の状況及び事故に際してとった処置について記録する様式を作成し、職員に周知してください。

●会計に関すること

(1) 指定居宅介護支援事業とその他の事業の収入額が把握できない。

☞ 事業者ごとに適用を受ける会計基準に従うことを原則としますが、指定居宅介護支援事業とその他の事業について、決算時にそれぞれの収入額が把握できるよう管理してください。

●報酬に関すること

【初回加算】

(1) 運営基準減算（要介護状態区分の変更の認定が遅れている利用者が要支援から要介護の認定を受けた月の翌月に、利用者に居宅サービス計画を交付して説明を行い、文書同意を得ていた）に該当するが、初回加算を算定している事例がある。

☞ 運営基準減算に該当すると、初回加算は算定できなくなります。

(2) 算定要件を満たしていない月（請求ソフトへの単純な誤入力）に、初回加算を算定していた。

☞ 過誤調整を行ってください。

(3) 契約の有無に関わらず、当該利用者に、過去二月以上、当該居宅介護支援事業所において居宅介護支援を提供しておらず、居宅介護支援費が算定されていない場合に、居宅サービス計画を作成しているが、算定していない。

☞ この場合は新規に該当します。介護報酬の公平化の観点から、算定要件を満たす場合は必ず算定してください。

(4) 要介護状態区分が2区分以上変更された利用者に対して居宅サービス計画を作成しているが、算定していない。

☞ 算定要件を満たしておりますので、介護報酬の公平化の観点から、必ず算定してください。

【退院・退所加算】

(1) 退院・退所加算(Ⅰ)口、(Ⅱ)口を算定していた事例において、利用者の入院先の病院から、カンファレンスにより、利用者に係る必要な情報の提供を受けていたが、当該カンファレンスは本加算の算定要件である「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の要件を満たすもの」ではなかった。

☞ 上記要件に該当しないカンファレンスに参加した本事例については、退院・退所加算の算定要件にある「必要な情報提供をカンファレンスにより受けていること」には該当しないため、適正な区分により過誤調整を行ってください。

(2) 新規に担当することになった入院中の利用者について、契約及び重要事項の説明及び文書同意を得る(個人情報利用の同意を含む。)前、及び居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書(以下「居宅届」という。)の届け出前に、指定居宅介護支援の提供を開始し、利用者が入院している病院から利用者に関する情報の提供を受け(退院・退所加算を算定するための情報収集)、当該情報提供の回数を含めた算定要件で退院・退所加算を算定していた。

☞ 本事例については、契約及び重要事項の説明及び文書同意を得る(個人情報利用の同意を含む。)前であり、指定居宅介護支援の提供開始前の業務となるため、居宅介護サービス計画費及び加算の算定対象とはならない。

したがって、退院・退所加算の情報提供を受けた回数については、契約及び重要事項の説明及び文書同意日以降に情報提供を受けた回数により、要件に合致する区分にて本加算を算定するよう過誤調整を行うこと。

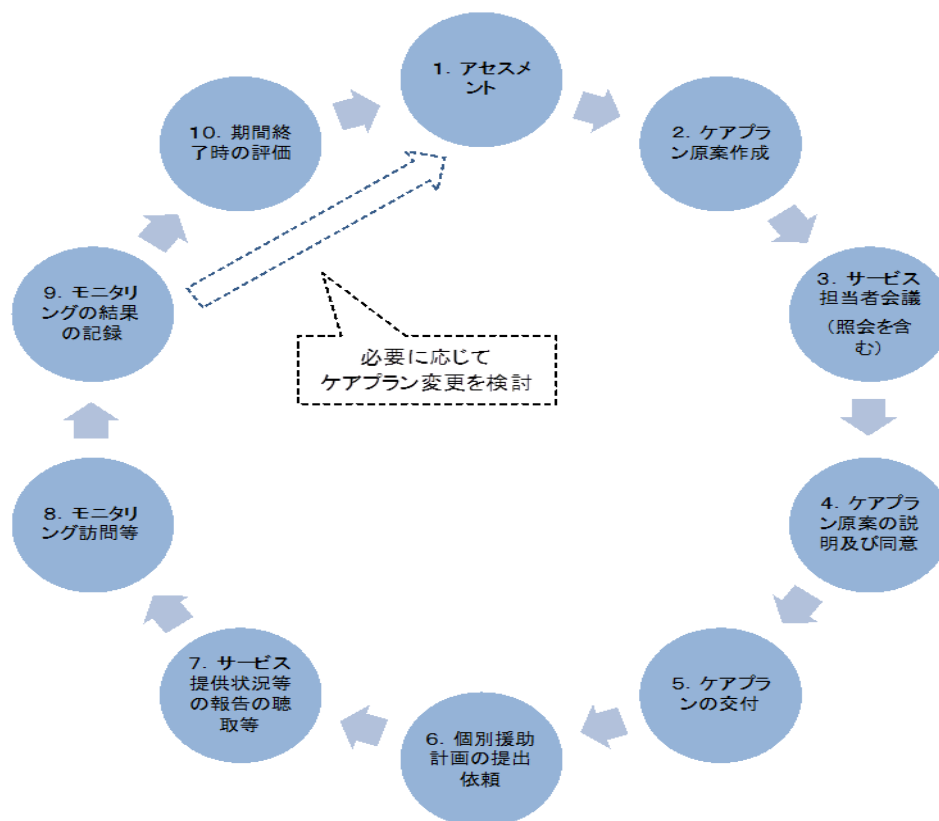
< 介護予防支援 >

I 契約時の説明

- 指定介護予防支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者に対して以下の内容について、**文書を交付して説明し、理解したことについて利用者より署名**を得ていますか？
- ①利用者は複数の指定介護予防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。
 - ②利用者は介護予防サービス計画に位置付けた指定介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができること。
- 指定介護予防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、利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合には、担当職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めていますか？

II 介護予防サービス計画作成に係るケアマネジメントプロセス

【介護予防サービス計画作成に係るケアマネジメントプロセス】



1. アセスメント

- ☐ 介護予防サービス計画の新規作成・変更時にアセスメントを行っていますか？
- ☐ アセスメント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っていますか？

2. ケアプランの原案の作成

3. サービス担当者会議（照会を含む）

- ☐ サービス担当者会議（やむを得ない理由がある場合※を除く）を以下の場合に開催していますか？
 - ①介護予防サービス計画を新規に作成した場合
 - ②介護予防サービス計画の変更を行った場合
 - ③要支援認定を受けている利用者が要支援更新認定を受けた場合
 - ④要支援認定を受けている利用者が要支援状態区分の変更の認定を受けた場合

※やむを得ない理由がある場合とは・・・

・開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合

・介護予防サービス計画の変更から間もない場合で利用者の状態に大きな変化が見られない場合

等が想定されます。

- ☐ やむを得ない理由がある場合は、サービス担当者に対する照会等を行い、照会した年月日、内容及び回答を記録していますか？
- ☐ サービス担当者会議は適切な時期に開催していますか？
- ☐ サービス担当者会議に出席すべき人が出席していますか？

4. ケアプラン原案の説明及び同意

- ☐ 介護予防サービス計画の原案の内容について、利用者又は家族に説明し、文書により利用者の同意を得ていますか？

5. ケアプランの交付

- ☐ 介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防サービス計画を利用者だけでなくサービス担当者にも交付していますか？

6. 個別援助計画の提出依頼

- 介護予防サービス計画に位置付けた指定介護予防サービス事業者等に対して、個別援助計画の提出を求め、介護予防サービス計画との連動性や整合性について確認していますか？

7. サービス提供状況等の報告の聴取等

- 指定介護予防サービス事業者等に対して、介護予防サービス計画に基づき、少なくとも1月に1回、サービス事業者等への訪問、電話、FAX等の方法により、サービスの提供状況やサービス利用時の利用者の状況、サービス実施の効果について聴取していますか？

「指定介護予防支援事業者の担当職員（委託を受けた指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員を含む。）（以下、「担当職員」という。）」が行う指定介護予防支援の業務として、

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

「下関市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成26年12月18日条例第79号）」
第32条第13号

とあります。

これは、利用者の状況や課題の変化は、利用者に直接サービスを提供する指定介護予防サービス事業者等により把握されることも多いことから、担当職員は、各サービスの担当者がサービスの実施を開始した後は、それぞれのサービスの担当者から、少なくとも1月に1回、当該指定介護予防サービス事業者等への訪問、電話、FAX等の方法により、サービスの実施状況、サービスを利用している際の利用者の状況、サービス実施の効果について把握するために聴取することを定めています。

したがって、少なくとも1月に1回、指定介護予防支援事業者に利用者の状態、サービスの提供状況等について報告しなければならない介護予防通所

リハビリテーション事業者以外の指定介護予防サービス事業者等【介護予防訪問入浴、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防福祉用具貸与（特定介護予防福祉用具販売）、介護予防認知症対応型通所介護】に対しても、1月に1回、「サービスの実施状況や利用者の状態に特に変わりはない。」「利用者からの相談・連絡等は特にない。」場合も含めて、サービスの提供状況や利用者の状態等に関する報告を聴取してください。

注1) 介護予防短期入所生活介護や介護予防短期入所療養介護は、特にモニタリング実施の義務はなく、毎月定期的に利用するサービスとは限らないため、利用月に関する情報の聴取を行ってください。

注2) 薬剤師、歯科衛生士又は栄養管理士が行う介護予防居宅療養管理指導は、医師又は歯科医師の指示に基づき行われ、提供したサービスの内容について当該医師等に報告されるものであるため、特に薬剤師、歯科衛生士又は管理栄養士に対して聴取する必要はありません。

(聴取の方法例)

- ・ サービス提供票（別表）の空きスペースに記載を求める。
- ・ モニタリング結果の記録の提出を求める。
- ・ 訪問又は電話で聴取した結果を支援経過記録に残す。 等

8. モニタリング訪問等

9. モニタリングの結果の記録

- ☐ 介護予防サービス計画作成後、モニタリングを行い、必要に応じて介護予防サービス計画の変更、指定介護予防サービス事業者等との連絡調整を行っていますか？
- ☐ モニタリングは、**特段の事情***のない限り、少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月に1回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接して行っていますか？

※「特段の事情」とは・・・

利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、担当職員に起因する事情は含まれません。

- ☐ 利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防通所リハビリテーション事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めていますか？
- ☐ 面接ができない場合にあっては、電話等により利用者の状況を確認していますか？
- ☐ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録していますか？
- ☐ 指定介護予防サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供していますか？

10. 期間終了時の評価

- ☐ 介護予防サービス計画に位置付けた期間が終了するときは、当該計画の目標の達成状況について評価していますか？
- ☐ 評価の実施に際しては、利用者宅を訪問して行っていますか？

(その他)

【主治の医師等の意見等】

- ☐ 利用者が介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師の意見を求めていますか？
- ☐ また、意見を求めた主治の医師等に、作成した介護予防サービス計画を交付していますか？

【実地指導での指摘事項】

●指定介護予防支援の具体的取扱方針に関すること

- (1) 委託した指定居宅介護支援事業者が作成した介護予防サービス計画において、委託先の指定居宅介護支援事業者から引き継ぎを受けた際に、アセスメント等により、利用している介護予防サービスを確認しておらず、新たに作成した介護予防サービス計画においても指定介護予防福祉用具貸与を位置付けないまま、現在まで指定介護予防福祉用具貸与を提供し、給付管理を行っていた。
- ☞ 介護予防サービス計画を作成する際には、介護予防支援を構成する一連の業務を行い、必要な指定介護予防サービス等を全て計画に位置付け、利用者に説明・同意を得た後、サービスの提供を開始してください。また、給付管理を行う際は、介護予防サ

サービス計画に位置付けている指定介護予防サービスとサービス利用票、サービス利用票別表の内容の整合を確認した上で、給付管理票を作成し、提出してください。

●指定介護予防支援の業務の委託に関すること

(1) 委託した指定居宅介護支援事業者が作成した介護予防サービス計画において、指定介護予防福祉用具貸与を介護予防サービス計画に位置付けないままサービスを提供し、毎月作成するサービス利用票、サービス利用票別表にも利用実績として記載していた。なお、介護予防支援計画記録等においても指定介護予防福祉用具貸与の開始時期等についての記載はなかった。

☞ 介護予防サービス計画を作成する際には、介護予防支援を構成する一連の業務を行い、必要な指定介護予防サービス等を全て計画に位置付け、利用者に説明・同意を得た後、サービスの提供を開始してください。

また、介護予防支援事業者として、委託先の居宅介護支援事業者についても適切に業務を行っているか確認し、必要に応じて指導するようにしてください。

●法定代理受領サービスに係る報告に関すること

(1) 委託した指定居宅介護支援事業者が作成した介護予防サービス計画において、委託先の指定居宅介護支援事業者に対し、当該計画の内容、介護予防福祉用具貸与の利用の有無を確認しないまま、提出されたサービス利用票、サービス利用票別表の内容で給付管理を行っていた。

☞ 給付管理を行う際は、介護予防サービス計画に位置付けている指定介護予防サービスとサービス利用票、サービス利用票別表の内容の整合を確認した上で、給付管理票を作成し、提出してください。

●勤務体制の確保に関すること

(1) 月ごとの勤務表を作成していたが、管理者との兼務関係の記載がなかった。

☞ 管理者との兼務関係についても勤務表に記載してください。

●秘密保持に関すること

(1) 個人情報の利用目的の同意書の内容に不十分な箇所がある。

☞ 利用者及びその家族の個人情報を用いる場合は、それぞれの同意をあらかじめ文書により得てください。

●事故発生時の対応に関すること

(1) 事故対応マニュアルを作成していない。

☞ 緊急時及び事故発生時に速やかに対応できるよう、あらかじめ、基本的な対応方法等についてのマニュアルを作成し、保管しておいてください。

【各地域包括支援センターの皆様へ】

介護予防支援事業者として委託先の居宅介護支援事業者が適切に業務を行っているか確認し、必要に応じ指導してください。

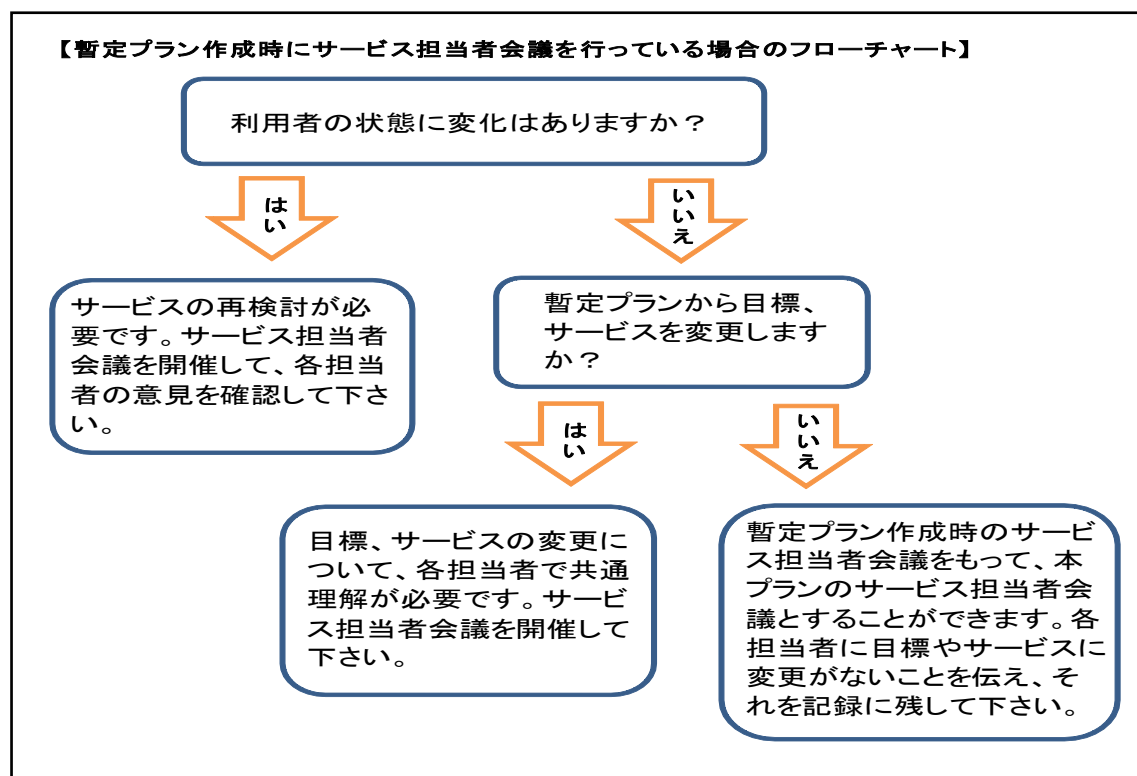
② 暫定プラン作成時のサービス担当者会議について【居宅・予防】

要介護度が確定していない状態で介護保険サービスを利用する際は、サービスの利用料を現物給付化するために、暫定的に居宅サービス計画を作成する必要があります（以下、「暫定プラン」という。）。

しかしながら、条例※上、居宅サービス計画及び介護予防サービス計画作成において、サービス担当者会議（やむを得ない理由がある場合の照会を含む。）の開催についての規定はありますが、暫定プランに関しては明確な規定がありません。

したがって、暫定プランの作成時においても、利用者の状態やサービスの利用状況、各サービス担当者からの情報提供、主治医の意見等を勘案して、暫定プラン作成時にサービス担当者会議が必要かどうかを判断してください。

なお、暫定プラン作成時にサービス担当者会議を開催している場合に、本プランへの移行に際して、サービス担当者会議が再度必要かどうかについて、下記に示しますのでご留意ください。



※「下関市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等を定める条例（平成26年12月18日条例第78号）」第15条

「下関市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成26年12月18日条例第79号）」第32条

③ モニタリングにおける「1月」の定義について【居宅】

基準には、居宅サービス計画の実施状況の把握（以下、「モニタリング」という。）について、

- ・少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問して利用者に面接すること。
- ・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。

が示されています。

平成26年に厚生労働省に確認した「1月」の定義及び質問回答について、改めて下記のとおり示しますので、ご留意ください。

質問		回答
「1月」の定義とは？		「1月」とは暦月、すなわち月の初日から月の末日までとなります。
月の末日からサービスの利用を開始した場合	末日にモニタリングを行わなければ減算となるのか？	利用者の事情に起因する「特段の事情」がない限り、サービス終了後に利用者の居宅を訪問し、利用者に面接してモニタリングを実施しなければ、運営基準減算となります。
	末日に利用者の居宅で利用者に面接できない場合に、代替手段が可能か利用者に確認を行わずに面接しなければ、運営基準減算に該当すると考えて差し支えないか。	代替手段を講ずることで利用者の居宅ではないものの、面接ができる可能性があるにもかかわらず、利用者にその確認も行わずに面接しなかったことは、利用者の事情に起因する「特段の事情」には該当せず、モニタリングの実施に瑕疵があると考えられるため、運営基準減算となります。
	代替手段が可能であるか利用者に確認したが、代替手段も講ずることができず、末日に利用者に面接することが不可能となった場合は、運営基準減算になるのか？	介護支援専門員が代替手段ができるか確認して、それでもなお利用者に面接ができなければ、それは利用者の事情に起因する「特段の事情」であるため、記録を残せば運営基準減算になりません。
	末日が居宅介護支援事業所の休業日である場合、介護支援専門員は休みを返上して利用者の居宅を訪問して面接しなければ、運営基準減算に該当するのか。	事業所の休業日は、介護支援専門員に起因する事情に当てはまると考えられるため、運営基準減算になります。

(厚生労働省に確認済)

利用者の事情に起因する「特段の事情」がある場合には、必ず居宅介護支援経過（第5表）に記録を残すようにお願いします。

なお、「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれません。

④ (介護予防) 居宅療養管理指導、特定(介護予防)福祉用具販売及び住宅改修のケアプランへの位置付けについて【居宅・予防】

(介護予防) 居宅療養管理指導、特定(介護予防)福祉用具販売及び住宅改修について、「ケアプランへ位置付ける必要があるのか。」また「今まで位置付けていなかった事例について、遡って作成しなおす必要があるのか。」「運営基準減算に該当するのか。」等の質問がありました。

下関市の取扱いについて、下記のとおり示しますのでご留意ください。

＜(介護予防) 居宅療養管理指導＞

1 ケアプランの作成及びそれに係る一連のケアマネジメント業務について

(1) 利用者が介護給付等対象サービスを利用しておらず、ケアプランを作成していない場合

- ☞ 利用者が(介護予防)居宅療養管理指導の利用のみを希望する場合、ケアプランを作成する必要はありません。
- ☞ 利用者が(介護予防)居宅療養管理指導を含めた介護給付等対象サービスの利用を希望する場合その他必要な場合には、ケアプラン作成に係る一連のケアマネジメント業務を行い、(介護予防)居宅療養管理指導を含めたケアプランを作成する必要があります。

(2) 利用者が介護給付等対象サービス等を利用しており、ケアプランを作成している場合

- ☞ 利用者が(介護予防)居宅療養管理指導の利用を希望する場合その他必要な場合には、あらかじめ利用者の同意を得て医師又は歯科医師の意見を求めなければならず、当該医師等がその必要性を認めた場合は、改めてケアプランの変更に係る一連のケアマネジメント業務を行い、(介護予防)居宅療養管理指導を位置付けたケアプランを作成し、利用者及び当該医師等に交付する必要があります。

(3) 医師又は歯科医師等からの情報提供を元にケアプランを作成する前に、既に(介護予防)居宅療養管理指導の提供が行われており、結果としてサービス提供開始前までに一連のケアマネジメント業務が行えなかった場合

- ☞ 運営基準減算の対象とはなりません。(介護予防)居宅療養管理指導の利用を開始していることがわかった時点で速やかにケアプランの変更に係る

一連のケアマネジメント業務を行い、(介護予防)居宅療養管理指導を位置付けたケアプランを作成し、利用者及び当該医師等に交付してください。

2 サービス担当者会議の参加者について

(1) 医師・歯科医師が(介護予防)居宅療養管理指導を行う場合

☞ サービス担当者会議への参加が必要です。

医師・歯科医師は、ケアプランの作成等に必要な情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことを基本とされています。

なお、当該会議への参加が困難な場合やサービス担当者会議が開催されない場合等においては、原則として、文書等(メール、FAX等でも可)により介護支援専門員(担当者)に対して情報提供を行うことで足りるものとなっているため、照会でも差し支えありません。

(2) 上記以外が(介護予防)居宅療養管理指導を行う場合

☞ 医師又は歯科医師の指示に基づきサービスを提供するため、サービス担当者会議への参加は必要ありません。

薬剤師は医師又は歯科医師に報告した上で、介護支援専門員(担当職員)に対するケアプラン作成等に必要な情報提供を行います。

管理栄養士は、指示を行った医師を通じて介護支援専門員(担当職員)に情報提供を行います。

歯科衛生士等も、指示を行った歯科医師をとおして介護支援専門員(担当職員)に情報提供を行います。

※ ケアプランに位置付ける必要性について、給付管理(支給限度額管理)の対象となるサービスか否かで判断するものではないことにご留意ください。

＜特定（介護予防）福祉用具販売＞

1 ケアプランの作成及びそれに係る一連のケアマネジメント業務について

(1) 利用者が介護給付等対象サービスを利用しておらず、ケアプランを作成していない場合

- ☞ 利用者が特定（介護予防）福祉用具の購入のみを希望する場合、ケアプランを作成する必要はありません。

(2) 利用者が介護給付等対象サービス等を利用しており、ケアプランを作成している場合

- ☞ 利用者が新たに特定（介護予防）福祉用具の購入を希望する場合又は新たに購入した特定（介護予防）福祉用具を利用する場合は、サービス担当者会議を開催し、その利用の妥当性を検討し、特定（介護予防）福祉用具販売が必要な理由を記載したケアプランを作成し、利用者及びサービス担当者に交付する必要があります。

なお、購入を希望する場合のケアプランへの位置付けについては、課題（ニーズ）、目標は購入することを目的とするものではありません。

(3) 特定（介護予防）福祉用具を購入し利用する際に、一連のケアマネジメント業務が行えなかった場合

- ☞ 運営基準減算の対象とはなりません。

＜住宅改修＞

1 ケアプランの作成及びそれに係る一連のケアマネジメント業務について

- ☞ 必ずしもケアプランへ位置付ける必要はありませんが、総合的なケアプランを作成する観点から位置付けるよう努めてください。なお、当該サービス利用について、居宅介護支援経過（第5表）等に記録し、居宅介護住宅改修費の支給申請時に添付する理由書を一緒に保管する方法でも差し支えありません。また、住宅改修の内容についてはアセスメントシート等に情報を記録するようにしてください。

⑤ 月の途中で（介護予防）小規模多機能型居宅介護を利用開始した場合、給付管理は誰が行うのか？【居宅・予防】

月の途中で（介護予防）小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合、利用開始前の指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員（指定介護予防支援事業所の担当職員）が「給付管理票」の作成と届出を行い、居宅介護支援費（介護予防支援費）の請求を行うこととなります。

【Q】 居宅介護支援事業所の介護支援専門員を利用している者が小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合、介護支援専門員は当該小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員に変更されることとなり、国保連への「給付管理票」の作成と提出については、当該小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が行うこととなるが、月の途中で変更が行われた場合の小規模多機能型居宅介護の利用開始前又は利用終了後の居宅介護サービス利用にかかる国保連への「給付管理票」の作成と提出はどが行うのか。

【A】 利用者が月を通じて小規模多機能型居宅介護（又は介護予防小規模多機能型居宅介護。以下略）を受けている場合には、小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員がケアプラン作成を行うこととなる。

この場合の給付管理は、他の居宅介護サービスを含めて「給付管理票」の作成と提出を行い、当該月について居宅介護支援費（又は介護予防支援費。以下略）は算定されないこととなる。

月の途中で小規模多機能型居宅介護の利用を開始又は終了した場合は、居宅介護支援費の算定は可能であるため、小規模多機能型居宅介護の利用開始前又は利用終了後の居宅介護支援事業所の介護支援専門員が小規模多機能型居宅介護を含めてその利用者に係る「給付管理票」の作成と提出を行い、居宅介護支援費の請求を行うこととなる。

なお、同月内で複数の居宅介護支援事業所が担当する場合には、月末時点（又は最後）の居宅介護支援事業所の介護支援専門員が「給付管理票」の作成と提出を行い、居宅介護費を提出することとなる。

【Q&A H18.3.27】

⑥ 入院時情報連携加算の算定要件について【居宅】

以下の内容に注意して算定してください。

問1) 5/14(月)に家族から連絡があり、5/11(金)のPM4:30頃入院したことを聞いた。連絡をもらってすぐ、5/14(月)に入院時情報提供書を作成し、病院の職員に対して情報提供を行ったが、5/14(月)の情報提供は入院してから3日以内(入院時情報連携加算Ⅰ)の要件に該当するのか、4日以上7日以内(入院時情報連携加算Ⅱ)の要件に該当するのか。

(答) 入院時情報連携加算の要件である「入院してから」は入院日を含めない。
(※入院当日を入院0日目とする。)よって、5/11(金)入院日(入院0日目)、5/12(土)入院1日目、5/13(日)入院2日目、5/14(月)入院3日目となり、5/14(月)に情報提供した場合は、入院してから3日以内の情報提供となり、入院時情報連携加算Ⅰに該当。

問2) A病院を受診したが、診断の結果、当該病院では対応困難だったため、総合病院への受け入れ先が決まるまで(1泊)入院し、自宅に戻らずB総合病院に転院となった。入院時情報提供をどちらの病院で行えば「入院時情報連携加算」が算定できるのか。

(答) A病院に入院した際に、A病院へ当該利用者に係る必要な情報を提供した場合には、当該加算を算定できる。B総合病院で算定することはできない。

(理由) 入院時情報連携加算は、利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合に、利用者一人につき、1月に1回を限度として、利用者が入院して遅くとも7日以内に情報提供した場合に算定する。

したがって、A病院からB総合病院へ転院の場合は、病院から病院へ情報提供がなされるため、B総合病院への情報提供では算定することはできない。(病院間の情報連携あり)

⑦ 退院・退所加算の「カンファレンス」について【居宅】

1 病院又は診療所

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1医科診療報酬点数表の退院時共同指導料2の注3の要件を満たすものとされており、「退院時共同指導料2の注3」には、

入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が

- ①在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、
- ②保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、
- ③保険薬局の保険薬剤師、
- ④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、作業療法士若しくは言語聴覚士、
- ⑤介護支援専門員又は相談支援専門員

のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として加算する。

とあります。なお、「3者」とは、「退院時共同指導料2」の多機関共同指導加算を算定する保険医療機関の関係者を除外したうえでの数です。

したがって、実際現場に集まるのは4者以上（例：入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等以外に、上記の①から⑤のうちいずれか3者以上）となります。ただし、同一職種が2者以上の場合は1者と数えます。

また、当該要件を満たすカンファレンスに参加した場合は、

- ①カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録すること。
- ②診療報酬の退院時共同指導料2の算定方法でいう「病院の医師や看護師等と共同で退院後の在宅療養について指導を行い、患者に情報提供した文書」の写しを添付すること。
が義務付けられています。

これらの要件に十分留意した上で、同加算を算定してください。

また、当該医療機関等で、多機関共同指導加算を算定できるかどうかも確認すると確実です。

2 介護老人保健施設

「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 40 号）」第 8 条第 6 項に基づき、入所者への指導及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。

ただし、基準第 2 条に掲げる介護老人保健施設に置くべき従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限るとされており、

介護老人保健施設に置くべき従業者とは、

当該施設に配置される介護支援専門員や生活相談員、支援相談員等、利用者の心身の状況や置かれている環境等について把握した上で、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に必要な情報提供等を行うことができる者

(平成 30 年度介護報酬改定に関する Q&A (Vol.1) (平成 30 年 3 月 23 日))

を想定しています。

また、当該要件を満たすカンファレンスに参加した場合は、

①カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録すること。

②カンファレンスを行った際に話し合った要点、内容等について介護老人保健施設が記録し、利用者又は家族に提供したものの写し※を添付すること。

(H30.10.9 厚生労働省に確認)

が義務付けられています。

※ カンファレンスの会議録ではなく、介護老人保健施設の従業者が、入所者の同意を得て、退所後に利用する居宅介護支援事業所の介護支援専門員に直接提供した入所者の診療状況を示す文書は②の書類には該当しません。

(H30.10.9 厚生労働省に確認)

「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 40 号）」

第 8 条第 6 項

介護老人保健施設は、入所者の退所に際しては、その者又はその家族に対し、適切な指導を行うとともに、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供に努めるほか、退所後の主治の医師に対する情報の提供その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

⑧ 訪問回数の多い利用者への対応について【居宅】

平成30年10月1日より、介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、

介護支援専門員は、居宅サービス計画に**厚生労働大臣が定める回数**^{※1}以上の訪問介護（**厚生労働大臣が定めるもの**^{※2}に限る。）を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。

「下関市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等を定める条例」（平成26年12月18日条例第78号）第15条第18号の2

と定められており、当該居宅サービス計画の届け出のあった市町村においては、

訪問介護の利用回数が統計的に見て通常の居宅サービス計画よりかけ離れている場合には、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当である。

「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日老企発第22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)」

とあります。以上のことから、下関市は地域ケア会議の開催等により提出された居宅サービス計画の検証を行っております。

※1 厚生労働大臣が定める回数とは、

イ	要介護1	1月につき27回
ロ	要介護2	1月につき34回
ハ	要介護3	1月につき43回
ニ	要介護4	1月につき38回
ホ	要介護5	1月につき31回

※2 厚生労働大臣が定めるものとは、

生活援助が中心である指定訪問介護

下関市に届け出る際の注意点

- 1 当該月において作成又は変更（軽微な変更は除く）した居宅サービス計画★のうち、一定回数（前頁記載の厚生労働大臣が定める回数）以上の生活援助中心型の指定訪問介護を位置付けたもの★★について、翌月の末日までに届け出てください。

★ 当該月において作成又は変更（軽微な変更は除く）した居宅サービス計画とは、当該月において**利用者の同意を得て交付した居宅サービス計画**を言います。

★★ 生活援助中心型の指定訪問介護を位置付けたものとは、**純粹に生活援助だけで入っている回数のみをいい、身体介護に引き続いて生活援助を提供するサービスについては対象となりません。**

- 2 届出が必要となるのは、**平成30年10月以降**に作成又は変更した居宅サービス計画です。

届出のあった居宅サービス計画の取扱いについて

質問) すでにサービス利用を開始している利用者について、地域ケア会議等での検証の結果、訪問介護の位置付けが「不適」と判断され、居宅サービス計画の是正改善を促された場合、是正改善後の居宅サービス計画の変更の時期はいつですか。また、訪問介護費は返還対象となりますか。

回答) 地域ケア会議での検証結果に拘束力や義務はないため、必ずしも居宅サービス計画を変更しなければならないということではありません。

検証結果は、介護支援専門員が視点を変えて居宅サービス計画を作成するための材料とするものです。

よって、訪問介護費の返還対象とはなりません。

【H30.5.14 厚生労働省に確認】

⑨ 平成30年度ケアプラン点検の結果について【居宅】

【ケアプラン点検での気づき及び提案】

●アセスメントに関すること

- (1) 課題分析標準項目23項目が具備されていない。
- (2) 課題分析標準項目23項目の中の「基本情報に関する項目」について、不足又は不明瞭なものがある。
- (3) 通院に関することや服薬、主治医の情報が少ない。
- (4) 課題分析標準項目23項目の中の「課題分析（アセスメント）に関する項目」についての記載はあるが、ADLやIADLに「一部介助」や「問題あり」とだけで、利用者は何ができて、何ができないのか、どのような問題があるのか等詳細な記述がないので、状態像がわかりづらい。
 - ☞ 第2表のプラン作成の根拠となる情報分析は重要です。利用者本人ができていること、できるであろうこと、またできないことを把握し、生活環境を含めてできない原因を分析し、生活課題を明らかにしましょう。
 - ☞ アセスメントの際には、現状を把握することだけでなく、課題を重点的に聞き取ることが意識してみましょう。その際、聞き取った内容をアセスメントシートに記載しておきましょう。
- (5) 利用者の情報を十分に把握し、記録しているが、課題分析ができていない。
- (6) 状態像把握から課題分析の一連のアセスメントが十分にできていないため、アセスメントの内容と第1表、第2表の内容の整合がつかない。
 - ☞ 面談の結果、原因として、①頭の中で分析しているため記録にはない。②分析をせず状態像把握から直にケアプランを作成している。③課題分析の書き方がわからない。等が想定されました。解決方法の1つとして、①頭の中で完結せず、状態の把握から課題分析までを可視化（見える化）してみる。②課題分析の結果を記載する（結果としてニーズの根拠が明確になる）。③課題分析した結果「△△のため〇〇が必要」等を記載する。を参考にしてみてください。
- (7) 利用者の状態像の把握、課題分析の結果をアセスメントシートへ記載していない。
 - ☞ 現状把握の記載のみでなく、課題分析や課題抽出に関することアセスメントシートに記載するとわかりやすいです。
 - ☞ 事業所で使用しているアセスメントシートに課題分析結果の項目がない場合、ニーズの根拠や援助の必要性について記載するのも一つの方法です。
 - ☞ 課題整理総括表を使い、課題分析してみるのも一つの方法です。

●ケアプランに関すること

【第1表】

(1)「利用者及び家族の生活に対する意向」に本人の意向の記載がない。抽象的な表現になっている。意向が介護保険サービスに関するもののみとなっている。

☞ 利用者の生活に対する意向を確認し、具体的に記載しましょう。

☞ 利用者の意向の聞き取りが難しい場合でも、アセスメントや家族からの情報を参考に、本人の意向を考えるのも一つの方法です。

(2)「利用者及び家族の生活に対する意向」に家族の意向の記載がない。

☞ 利用者の在宅生活のあり方を考える上で、家族の意向も重要であるため、具体的に記載しましょう。

(3)「総合的な援助の方針」の内容と課題（ニーズ）・意向・アセスメントが不整合。

☞ 課題（ニーズ）に即した総合的な援助の方針にしましょう。第2表の内容を記載しているか確認しましょう。

☞ 第2表の内容を確認しながら記載しましょう。援助方針に第2表に記載していないものが挙がった場合は、アセスメントの過程を振り返ってみましょう。

【第2表】

(1)「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」について、課題（ニーズ）が本人の視点で記載されていない。意向の内容が曖昧なので、関連性も曖昧になっている。

☞ 本人がどのような状態・生活を望んでいるかを文章化してみましょう。

☞ 援助内容ではなく、本人がどのようになりたいと思っているかを記載してみましょう。

(2)「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」とアセスメントが不整合。

☞ アセスメントの内容（課題の原因や背景）を振り返ってみましょう。

(3)「目標」について、長期目標、短期目標が具体性に欠ける。

☞ 抽象的な表現になっていませんか？目標が具体的にになるとモニタリングもしやすくなります。

(4)「目標」について、長期目標、短期目標が支援者側の目標になっている。

☞ 利用者本人主体で記載しましょう。利用者の希望であっても、介護保険サービスを利用することを目標にした記載の仕方には気をつけましょう。

(5)「援助内容」について、援助内容に対して、アセスメント内容が不明瞭（情報不足）。

☞ アセスメントシートに援助の理由など具体的に記載しておくのも一つの解決方法です。

☞ うっかり前回のアセスメントやケアプランのままの記載になっていないか、自己点検しましょう。

(6)「援助内容」について、援助内容とアセスメントの状態像が不整合。

☞ アセスメントで自立や一部介助で利用者本人ができる行為に、ケアプラン上、訪問介護や福祉用具貸与を位置付けている等の事例があったため、根拠のわかるアセスメントを実施しましょう。また、福祉用具貸与又は特定福祉用具の購入を計画に位置付ける場合は、「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由を記載しましょう。

(7) アセスメントで課題として挙げているのに、第1表から第3表に位置付けられていない。

☞ アセスメントの結果と導き出された課題（ニーズ）や目標、サービス内容に矛盾が生じていないか、今一度確認しましょう。

(8) アセスメントに情報があがっていないため、支援内容を設定した理由が不明瞭。

☞ 根拠のわかるアセスメントを実施し、アセスメントシートに漏れなく情報を記載しましょう。

(9) セルフケア、インフォーマルサービス、介護保険外のサービスを位置づけていない。

☞ 本人の計画書であるため本人のできることを把握し、本人の生活意欲が高まるプラン立案を心がけましょう。

☞ 日常生活全般を支える視点を持ち、生活を支えているサービスは位置付けるよう努めましょう。

【第3表】

(1) 第3表に介護保険サービスのみの記載しかない。

☞ サービス提供と本人の生活内容のバランスが見える表を作成しましょう。チームとしてよりわかりやすく情報共有ができ、本人の生活意欲の維持向上について考えることも可能になると思います。

☞ 利用者の1週間の生活状況についてひとめで把握できるよう、介護保険サービスだけでなくセルフケア、インフォーマルサービス、日常生活上の活動を記載すると、利用者や家族に説明する上でもとても分かりやすいものになると思います。

(2) 第2表の内容が転記されていない。

☞ 第2表に記載されている（支援されている）ものは全て記載しましょう。

●ケアプラン上のサービスの位置づけに関すること

(1) 退院後に訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションを併せて利用している場合、退院後、自宅での生活にも慣れ、また通院可能な利用者については、今一度通所リハビリテーションに移行できるのではないかなどを検討してみてください。

(2) サービス付き高齢者向け住宅に居住する利用者が、同一法人が経営する通所介護事

業所を毎日利用、または、訪問系のサービスを毎日利用しているが、理由が不明瞭。

- ☞ サービス付き高齢者向け住宅に居住する利用者に対し、一律に毎日のように位置付けられた通所介護や多数回の訪問介護、居宅療養管理指導の位置付けについて、利用者それぞれに沿ったケアプランかどうか、利用者にとって何が一番必要なのかを再度視点を変えて検討する必要があります。

また、サービスが必要な理由や利用する根拠をアセスメントやモニタリングに残すことで、今後のサービス内容の検討にもつながりますので、参考にしてください。

- (3) サービス付き高齢者向け住宅と同一法人が経営する通所介護事業所を毎日利用、または、訪問系のサービスを毎日利用している当該住宅に居住する利用者の居宅支援経過やモニタリング結果を確認したところ、サービスの提供時間帯にモニタリングや訪問診療等を行っているのではないかと読み取れるような事例がある。

- ☞ サービス提供中にモニタリングの実施や訪問診療を行うことはできません。

訪問診療については、サービス提供日時と重ならないようにするため、前もってサービス付き高齢者向け住宅の職員等に、実施される曜日・時間帯等を確認した上で、ケアプランを作成するの一つの方法です。

- (4) 定期巡回随時対応型訪問介護看護、通所介護を毎日位置付けている理由が不明瞭。

- ☞ 頻回の利用が必要な状況や理由をアセスメントでしっかり把握・分析し、アセスメントシートにも記載しておくとうかりやすいです。

令和元年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》9、12
(居宅介護支援、介護予防支援)

ケアプランに位置づけている指定居宅サービス事業所等の数と法人の関係

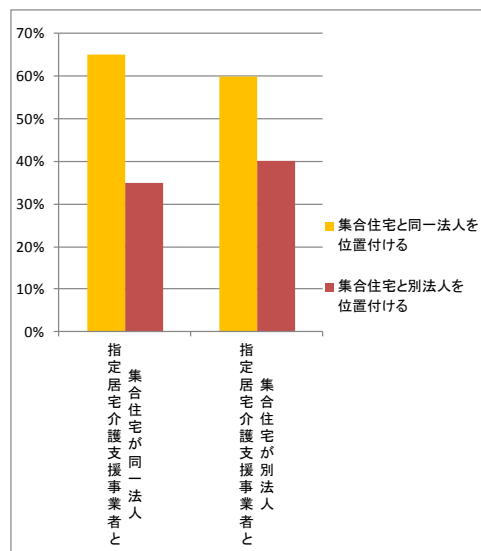
1. サービス付き高齢者向け住宅又は有料老人ホーム(集合住宅)に居住している利用者のケアプラン(164件)

【表1】

指定居宅介護支援事業者(法人)及び集合住宅(法人)の関係及び指定居宅サービス事業者等(法人)との関係性

	ケアプランに位置付けた 指定居宅サービス事業所等		
	集合住宅と 同一法人	集合住宅と 別法人	計
指定居宅介護支援事業者と集合住宅が同一法人	129 (65%) a	70 (35%) c	199 e
指定居宅介護支援事業者と集合住宅が別法人	137 (60%) b	90 (40%) d	227 f

【指定居宅サービス事業所との関係性】



※1 集合住宅(法人)と同一法人の指定居宅サービス事業所等の利用割合が50%を超えるプランは134件あり、全体の82%を占めた。

※2 集合住宅(法人)とケアプランに位置付けた指定居宅サービス事業所等(法人)との関係性は上記【表1】より

同一法人の事業所を位置付ける場合、 $(a+b) \div (e+f) \times 100 = 62\%$

別法人の事業所を位置付ける場合、 $(c+d) \div (e+f) \times 100 = 38\%$

となり、同一法人の指定居宅サービス事業所等を位置付けた場合が優位となった。

【検証結果】

集合住宅入居の利用者のケアプランについては、指定居宅介護支援事業者(法人)と集合住宅(法人)の関係に関わらず、集合住宅(法人)と同一法人の指定居宅サービス事業所等をケアプランに位置付ける傾向があることがわかった。

したがって、ケアプラン作成において、「集合住宅と同一法人の指定居宅サービス事業所等を位置付ける傾向がある」と考えられる。

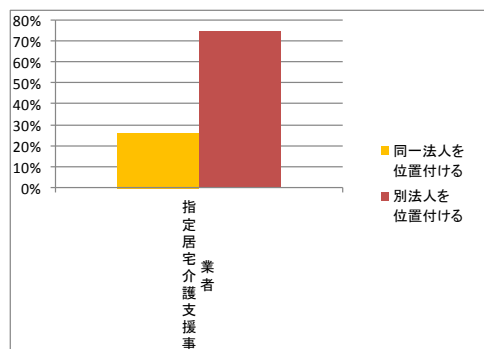
2. 在宅の利用者のケアプラン(60件)

【表2】

指定居宅介護支援事業者(法人)及び指定居宅サービス事業者等(法人)との関係性

	ケアプランに位置付けた 指定居宅サービス事業所等		
	同一法人	別法人	計
指定居宅介護支援事業者	37 (26%)	103 (74%)	140

【指定居宅サービス事業所との関係性】



※ 指定居宅支援事業者(法人)と同一法人の指定居宅サービス事業所等の利用割合が50%を超えるプランは21件あり、全体の35%を占めた。

令和元年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》9、12
(居宅介護支援、介護予防支援)

⑩ 2019年度下関市あんしん介護推進事業について

(スキルアップ研修会)

	テーマ	開催日時	開催場所
第1回	可視化で行う事例検討(予定)	令和元年10月	生涯学習プラザ(予定)
第2回	未定	令和2年2月	生涯学習プラザ(予定)

(ケアプラン点検)

1 ケアプラン点検の目的

居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成するケアプランを点検し、利用者にとって真に必要なサービスを提供するケアプラン(自立支援に資する適切なケアプラン)であるかを、作成者である当該介護支援専門員とともに検証確認しながら、気付きを促すことにより、ケアプランの質の向上、介護支援専門員の資質向上を図り、介護給付の適正化を図ることを目的とする。

2 ケアプラン点検の方法

1) 書類審査

ア. 点検対象とするケアプランの選定

- ① 居宅介護支援事業所に利用者名簿(被保険者番号、名前、要介護度、担当ケアマネ、居住地)の提出依頼。
- ② 事業所から提出された利用者名簿と国保連から送付された給付実績により利用者を選定。

(対象事業所)

平成27～30年度にケアプラン点検の対象となっていない居宅介護支援事業所(24事業所)

(対象のケアプラン)

1事業所につき3件分のケアプラン (24事業所×3件分=72件分のケアプラン)

(選定要件)

支給限度額に対して8割以上のサービスを利用している利用者のうち、

- ① 集合住宅に居住している利用者(2名)
- ② 自宅(居宅)に居住している利用者(1名)

イ. ケアプランの取り寄せ

- ① ア. で選定した利用者のケアプランについて、対象の事業所に提出を依頼。

	ケアプラン提出依頼数	ケアプラン提出依頼	ケアプラン提出期限
第1クール	8事業所 24人分	5月中旬	5月末
第2クール	8事業所 24人分	8月初旬	8月末
第3クール	8事業所 24人分	11月初旬	11月末

- ② 提出書類 (直近のケアプランに関するもの ※暫定プランを除く。)

- ・アセスメント表
 - ・第4表 サービス担当者会議の要点
 - ・第1表 居宅サービス計画書(1)
 - ・第5表 居宅介護支援経過
 - ・第2表 居宅サービス計画書(2)
 - ・モニタリング表
 - ・第3表 週間サービス計画表
 - ・ケアプラン自己点検シート
- ※様式は依頼文書に同封。提出するケアプランに対し、担当介護支援専門員が自己点検し、他の書類と一緒に提出。

ウ. 点検の方法

取り寄せた書類を、ケアプランチェックシートにより点検実施者が点検する。

2) ヒヤリング

- ① 1) アで選定したケアプランを作成した担当介護支援専門員に対し、所属する居宅介護支援事業所を訪問し、ケアプランチェックシートにより面談を行う。
(面談日は、後日担当介護支援専門員に連絡し、調整の依頼をします。)
- ② 面談した結果を記録に残し、ケアプランチェックシートの【結果講評】を作成する。

3) 実施時期

	点検時期	面談時期
第1クール	6月～7月初旬	7月～8月初旬
第2クール	9月～10月初旬	10月～11月初旬
第3クール	12月～1月中旬	1月～2月中旬

⑪ 軽度者に対する福祉用具貸与について【居宅・予防】

軽度者【要支援1・2、要介護1の利用者（排便機能を有する自動排泄処理装置においては、要介護2・3の者も含む。）】は、下記枠内の福祉用具の種目について、一定の条件に該当するものを除き、原則として保険給付の対象外となり、指定（介護予防）福祉用具貸与費については算定できません。

下関市では、その判断について「軽度者に対する（介護予防）福祉用具貸与に関する下関市ガイドライン」を策定しており、これを基に取り扱います。

当該ガイドラインの内容に留意し、十分ご理解の上ご対応いただきますようお願いいたします。

【原則として保険給付の対象外となる種目】

「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、
「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」、
「移動用リフト（つり具の部分を除く。）」、
「自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。）」

【指定（介護予防）福祉用具貸与費算定が可能となる場合】

- ① 認定基本調査の直近の結果により「厚生労働大臣が定める者」（37 頁参照）と判断できる場合 → 「福祉用具貸与に係る協議書」の提出必要なし
- ② 主治医から得た情報及びサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントの結果、「厚生労働大臣が定める者」（37 頁参照）と判断できる場合
○車いす及び車いす付属品
○（段差の解消を目的とする）移動用リフト（例：段差解消リフト）
→ 「福祉用具貸与表1」に係る協議書の提出が必要
※移動用リフトの中で、「昇降椅子」、「入浴用リフト」、「吊り上げ式リフト」は「福祉用具貸与表2」に係る協議書の提出をお願いします。
- ③ 利用者の疾病等により次の状態にあり、i～iiiまでのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより特に必要と判断される場合
i 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に「厚生労働大臣が定める者」（37 頁参照）に該当する場合

- ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに「厚生労働大臣が定める者」(37 頁参照)に該当することが確実に見込まれる場合
- iii 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から「厚生労働大臣が定める者」(37 頁参照)に該当すると判断できる場合

→「福祉用具貸与表 2」に係る協議書」の提出が必要

【！！重要！！】

②もしくは③に該当する軽度者の場合は、利用を開始する前に介護支援専門員が介護保険課事業者係に「福祉用具貸与に係る協議書」を提出し、承認を得られたものについて福祉用具貸与費の算定が可能となります。

認定遅れ等により、軽度者に該当するかどうか確認できないが、利用者の身体状況を考慮し、対象外種目の暫定利用を開始する場合は、その時点で介護支援専門員から介護保険課事業者係への事前連絡が必要です。認定がおりた後、介護支援専門員は介護保険課事業者係へ結果を連絡し、必要に応じ「福祉用具貸与に係る協議書」を提出します。

下関市では、提出された協議書の受付日又は事前連絡のあった日を起点として、介護保険適用か否かの審査をします。

したがって、更新の認定申請や区分変更の認定申請、担当の居宅介護支援事業所の変更時等においても、引き続き福祉用具貸与を希望する利用者については、申請書提出時や引き継ぎ時に忘れないように必ず事前連絡を行ってください。

②もしくは③に該当する場合で、介護支援専門員が協議書を未提出のまま貸与を開始した場合には、給付費の返還対象となります。

【参考】

- 単位数表告示 11-注 4 (予防も同じ)、留意事項通知 第 2 の 9 (2)
- 「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」 厚生労働省告示第 94 号 (H27.3.13 付)
- 「介護保険サービス事業の申請様式等について」 その他の様式 下関市ホームページ

【福祉用具貸与事業者が確認しなければならない事項】

福祉用具貸与事業者においては、介護支援専門員から要介護認定の認定調査票の内容が確認できる文書（認定調査票の基本調査部分だけの写し、軽度者貸与に必要な該当項目を認定調査票から書き写した文書等）を入手した上で、福祉用具貸与費の算定可能となる要件（①～③）のどれに該当するのか確認しなければなりません。文書の提供依頼があった際には対応をお願いいたします。

令和元年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》9、12
(居宅介護支援、介護予防支援)

【表】「厚生労働大臣が定める者」と具体的な該当要件

対象外種目	厚生労働大臣が定める者	具体的な該当要件	備考
車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (1) 日常的に歩行が困難な者 (2) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	基本調査1-7(歩行) →「できない」 主治医の意見とケアマネジメントにより、「厚生労働大臣が定める者」に該当すると判断できる場合	(2)については、市のガイドラインに沿って協議書(表1)を作成し、介護保険課へ提出
特殊寝台及び 特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (1) 日常的に起き上がりが困難な者 (2) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-4(起き上がり) →「できない」 基本調査1-3(寝返り) →「できない」	
床ずれ防止用具 及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3(寝返り) →「できない」	
認知症老人徘徊 感知機器	次の(1)及び(2)に該当する者 (1) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 (2) 移動において全介助を必要としない者	基本調査3-1(意思の伝達) →「できる」以外 又は 基本調査3-2～基本調査3-7(記憶・理解)のいずれか →「できない」 又は 基本調査3-8～基本調査4-15(問題行動)のいずれか →「ない」以外 ※その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合を含む。 基本調査2-2(移動) →「全介助」以外	基本調査項目は該当しないが、医学的所見に基づき前頁③の i ～ iii に該当すると判断できる場合は、市のガイドラインに沿って協議書(表2)を作成し、介護保険課へ提出。
移動用リフト (つり具の部分を除く。)	次のいずれかに該当する者 (1) 日常的に立ちあがりが困難な者 (2) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 (3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 ※段差解消機	基本調査1-8(立ちあがり) →「できない」 基本調査2-1(移乗) →「一部介助」又は「全介助」 主治医の意見とケアマネジメントにより、「厚生労働大臣が定める者」に該当すると判断できる場合	基本調査項目は該当しないが、医学的所見に基づき前頁③の i ～ iii に該当すると判断できる場合は、市のガイドラインに沿って協議書(表2)を作成し介護保険課へ提出 ※段差解消機以外のリフト(入浴用リフト、立ちあがり補助いす、吊り上げ式リフト) (3)については、市のガイドラインに沿って協議書(表1)を作成し、介護保険課へ提出
自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者 (1) 排便が全介助を必要とする者 (2) 移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-6(排便) →「全介助」 基本調査2-1(移乗) →「全介助」	基本調査項目は該当しないが、医学的所見に基づき前頁③の i ～ iii に該当すると判断できる場合は、市のガイドラインに沿って協議書(表2)を作成し介護保険課へ提出

※主治医の意見、医学的見解については、担当の介護支援専門員が聴取した、居宅サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法で差し支えない。

⑫ 同居家族等がいる場合の生活援助算定相談票について【居宅】

同居家族等がいる場合の生活援助にあたっては、①「『同居家族等がいる場合の生活援助の算定』について（留意事項）」（一部改正：平成27年4月2日）を参照し、担当する利用者についての相談票提出の可否を判断する際には、②「生活援助算定相談票 提出可否判断フロー」を確認してください。

なお、相談票を提出しない場合においても、③「同居の家族等がいる場合の生活援助の提供範囲について（通知）」（平成27年1月19日下介第83号）を確認のうえ、適正に対応してください。

〔ホームページ掲載場所〕 ※上記①～③を掲載しています。

下関市ホームページトップページ (<http://www.city.shimonoseki.lg.jp/>)

- 事業者の方へ
- 保健・福祉
- 介護保険
- 通知集
- 「同居家族等がいる場合の生活援助 算定相談票」の取扱いについて

相談票提出にあたっては、相談票のチェックリスト（相談票様式の電子ファイル末尾シート）を点検の上、提出してください。

次ページに相談票記入例を掲載しています。

【チェックリスト（一部）】

★チェックリスト★

提出前に必ずご確認ください

●提出が必要なのはいつか

- (1) 同居家族等がいる利用者が生活援助の利用を開始する場合
※「生活援助算定相談票 提出可否判断フロー」を参照してください。
- (2) 以前提出した相談票の内容より利用するサービス内容が増加又は変更する場合
※曜日又は時間帯の変更のみの場合は提出不要です。
- (3) 要介護（要支援）認定の更新や区分変更が行われる場合
- (4) 担当する居宅介護支援事業所が変更となる場合
※指定訪問介護事業所が変更となる場合は不要です。

（注1）提出の目安はサービスの利用を開始したい日より1週間程度前です。

（注2）市の協議の結果利用可能となった場合は、相談票提出日（市介護保険課受付日）に遡って利用可能です。

：

令和元年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》9、12
(居宅介護支援、介護予防支援)

【記入例（表）】

同居家族等がいる場合の生活援助算定 相談票

平成 30 年 7 月 23 日
(前回提出日：平成 28 年 7 月 26 日)

●基本情報

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	被保険者氏名	下関 太郎
生年月日	M・T・ S 1年	10:00～10:15、10:15～10:30と分けて記載せず、 1回の援助時間をまとめて 記載します。 また、身体介護と生活援助を同時に行う場合は、身体介護まで含めた日程を記載してください。 日程が調整中により未定の場合は、「週1回 60分 ※日程は調整中」等の記載でも構いません。	
要介護度	要介護3 有効期		
事業所名	〇〇ケアプランセン		
担当者氏名	山口 花子		

●利用する生活援助の概要 ※サービス内容

サービス内容 ※掃除は範囲も記載	所要時間	日程 ※特例の下の場合はその旨も記載すること（例：家族不在時）
掃除（本人居室）	15 分	水 10:00～10:30
洗濯	15 分	水 10:00～10:30
調理・配膳	30 分	月・木 12:00～12:30 ※家族不在時のみ
サービス内容、所要時間は それぞれ分けて 記載します。 「調理・配膳」のように、一連の流れとして行う援助については、 分けずに記載することも差し支えありません。		

●サービスの必要性 ※各援助について、本人が行えない理由・家族が援助出来ない理由を具体的に記載すること

「●利用する生活援助の概要」に記載されているサービス内容が必要な理由を具体的に記載してください。 （本人が行えない理由及び家族が援助できない理由（勤務状況、身体状況、家事のうち〇〇は行えるが△△は行えないためサービスが必要である等））

【記入例（裏）】

●提出書類の自己チェック

チェックをつけて、すべて提出してください。

- ☐ 相談票
- ☐ ケアプラン（第 1～3 表）※生活援助の位置付けがあるもの（暫定プランで可）
- ☐ アセスメント

⑬ 短期入所の相談票（認定の有効期間の半数超え）について

(介護予防) 短期入所生活介護又は(介護予防) 短期入所療養介護（以下、短期入所サービスという。）では、ケアプランへの位置付けにおいて、その利用日数を認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにする旨が規定されています。しかしながら、利用者の状況により、当該所定の期間を超えた位置づけが必要であると認められる場合について、本市では、居宅介護支援事業者が作成した相談票により、当該給付量の適正性を確認することとしています。

相談票作成時は以下を参考に、ケアマネジメントプロセスにも則り対応いただきますようご協力をお願いします。

●基本情報		①【介護度・有効期間】提出時現在の認定内容を記載のこと。		被保険者氏名	
被保険者番号	生年月日()	要介護3	要介護4	要介護5	その他()
要介護(支度度) (丸を付ける)	有効期間	(有効期間: 日～日 年 月 日)			
④【短期入所先】複数にわたる場合は全ての利用先を記載のこと。	前回提出年月 ※前2年以内にある場合	年	月	相談票における有効期間 ※認定の有効期間が1年を超える場合のみ	年
事業所名	担当者連絡先	()	—	担当者氏名	③【担当者氏名】当該担当者は添付書類のケアプラン作成者と同じ者となる。
短期入所サービス利用状況					
短期入所先(施設名)					
利用頻度					
認定の有効期間における短期入所利用日数(累積)					
⑤【入所申込先の施設名】該当の場合は必ず記入のこと(⑥で「施設への入所待機のために短期入所サービスを利用と記載しているにもかかわらず、空欄のまま提出される事例が見受けられます。)					
●今後のケアの方向性 ※施設への入所待機のために短期入所サービスを利用している場合のみ記載すること					
入所申込先の施設名					
●短期入所を長期的に利用する理由及び必要性 ※具体的な身体状況及び介護者の状況を記載すること					
⑥【短期入所を長期的に利用する理由及び必要性】認定の有効期間のおおむね半数を超える利用が必要な理由として、対象者の具体的な身体状況及び介護者の状況の2点については必ず記入することとし、ほかに長期利用に繋がる事由があればあわせて記入のこと。なお、当該欄の記入内容が、添付書類(ケアプラン及びアセスメント)から読み取れる内容であり、当該添付書類の内容に齟齬しないか確認のこと。					
●提出書類の自己チェック					
⑦【添付書類】相談票提出時点での最新のケアプラン及び当該ケアプランの元となったアセスメント(課題分析標準項目23項目を要確認)を提出のこと。					
☐ 相談票(本票) ☐ ケアプラン(有効期間内かつ直近のケアプラン。居宅介護支援の場合は第1・2・3表) ☐ アセスメント(名称は問わず利用者基本情報がわかるものを含む。) ☐ チェックリスト(提出不要。相談票作成後チェックリストで確認してください。)					

脚注 ②【相談票における有効期間】

認定の有効期間が2年間の場合は1年毎に期間を区切ること。

(例) 要介護認定の有効期間: H21. 1. 1～H22. 12. 31 (730日)

ア. H21. 1. 1～H21. 12. 31 (365日) の間で、短期入所サービスの利用日数の累積が180日に達することが見込まれる場合に相談票を提出

イ. H22. 1. 1～H22. 12. 31 (365日) の間で、短期入所サービスの利用日数の累積が180日に到達することが見込まれる場合に相談票を提出(イではH21. 1. 1～21. 12. 31の間の利用日数は計上しない)