

平成30年度  
下関市介護保険サービス事業者集団指導

《 個 別 編 》

2

（居宅介護支援、介護予防支援）

資 料
-----

平成30年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》2  
(居宅介護支援、介護予防支援)

## 〔 目 次 〕

実地指導での指摘事項はどのようなものがあるか？【居宅・予防】	1
ケアプラン作成に係るケアマネジメントプロセスについて【居宅・予防】	10
アセスメント時に課題分析標準項目の23項目を確認していますか？【居宅】	21
居宅サービス計画における軽微な変更とは具体的にどういったものなのか？【居宅・予防】	22
平成30年度介護報酬改定に関するQ & A【居宅】	25
平成30年度介護報酬改定に伴う入院時情報連携加算及び退院・退所加算に係る様式例について【居宅】	33
訪問回数の多い利用者への対応について【居宅】	37
軽度者に対する福祉用具貸与について【居宅・予防】	39
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】	42
短期入所の相談票（認定の有効期間の半数超え）について	44
平成30年度下関市あんしん介護推進事業について	45

## 実地指導での指摘事項はどのようなものがあるか？【居宅・予防】

### < 居宅介護支援 >

#### 1. 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) 利用者の希望及びアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、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。

(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。

(2) 重要事項説明書・運営規程の「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」について、起算点が不明である

☞ 「通常の事業の実施地域を超えた地点から」等の文言に訂正してください。

(3) 重要事項説明書に「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ます。また、そのための必要な措置について記載します。

☞ 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ます。

(4) 重要事項説明書の「同意署名日」が未記載である。

☞ 利用申込者の署名を得る際には、記載漏れがないか再確認してください。

(5) 運営規程の「秘密保持」に、サービス担当者会議等で家族の個人情報を用いる場合の取扱いについて記載されていない。

- ☞ 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、予め文書で得る旨を記載してください。

**重要事項説明書と運営規程を掲示している事業所は、訂正分を掲示し直してください。  
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。**

## 2. 利用料等の受領に関する事

(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。

## 3. 勤務体制の確保に関する事

(1) 月ごとの勤務表を作成していない。また、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を月ごとに作成してください。

- (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

(2) 介護支援専門員が外部研修に参加しているが、研修資料等の内容が全介護支援専門員に周知されているかどうかの確認ができない。

- ☞ 介護支援専門員の資質の向上の観点から、研修の内容については全介護支援専門員に周知できるよう方法等を検討してください。

## 4. 設備及び備品等に関する事

(1) 利用者やその家族、他のサービス事業所の従業者等の外部の方が事業所を訪問した際に、利用者の個人ファイルの個人名が視認できる状態で保管している。

- ☞ 個人情報への配慮の観点から、利用者の個人名が視認できないよう遮蔽する等の対策を講じてください。

## 5. 従業者の健康管理に関する事

(1) 健康診断を受診していなかった。

- ☞ 労働関係法令遵守の観点から、法人として、定期健康診断の確実な実施など、従業

者の健康状態について必要な管理を行ってください。

## 6．秘密保持に関すること

( 1 ) 利用者及びその家族の個人情報を用いる場合において、それぞれの同意を文書で得ていない。

☞ 利用者及びその家族の個人情報を用いる場合は、それぞれの同意を文書で得てください。

( 2 ) 個人情報の利用の同意について、担当介護支援専門員の訂正印により同意日を訂正していた。

☞ 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。よって同意日を含め、記載間違い等により訂正が必要な場合は、利用者及びその家族に訂正を求めてください。

## 7．事故発生時の対応

( 1 ) 事故対応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。

## 8．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。

☞ 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すること。

## 9．指定居宅介護支援の具体的取扱方針に関すること

( 1 ) 現在の居宅サービス計画に追加して、新たに別サービスの利用を希望している利用者について、解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)を実施した記録はあるが、結果についての記録がなかった事例があった。

☞ アセスメントに当たっては、課題分析標準項目について全て確認して、要介護者等の有する課題を客観的に抽出し、記録してください。また、当該記録については2年間保存しておくこと。

( 2 ) 居宅サービス計画における利用者の文書同意日について、計画作成後に遠方にいる家族に電話にて同意を得ており、後日帰省時に、電話での同意日に遡及して、代筆に

より署名を得ていた。

☞ 利用者の文書同意日については遡及せず、実際に利用者（代筆者）から署名を得た日付を記載してください。なお、説明を受ける家族が遠方に居住する場合など、やむを得ず交付が遅れる場合は、口頭で同意を得た上で同意日等必要事項を居宅サービス計画の空白の部分や居宅介護支援経過（第5表）等に記録し、認定有効期間の開始月内に文書により同意を得てください。

(3) 急な引き継ぎのため、サービス担当者会議の開催、居宅サービス計画書の利用者の文書同意日及び交付日が居宅サービス提供開始後になっている事例があった。

☞ 居宅介護支援業務においては、少なくとも、居宅サービス計画に位置付けられた援助内容の期間で、最も早く提供されるサービスの提供開始までに、サービス担当者会議の開催（照会を含む）、居宅サービス計画の作成及び交付等といった一連の業務を、基本的には居宅条例に列挙しているプロセスに応じて進めてください。

しかしながら、緊急的なサービス利用等やむを得ない場合や効果的・効率的に行うことを前提とするものであれば、業務の順序について拘束するものではないため、居宅介護支援経過【第5表】等にその経緯を記録しておくこと。

(4) 担当する居宅介護支援事業所の変更により、新規に担当した利用者に対し、居宅サービス計画を交付した日と同じ日に初回のモニタリングを実施し、記録していた。

☞ モニタリングとは、居宅サービス計画の実施状況の把握であり、介護支援専門員は、モニタリングの結果、必要に応じて当該居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行わなければなりません。よって、モニタリングは、サービス利用開始後の利用者の実施状況を把握してください。

(5) 居宅サービス計画（本プラン）の作成日及び同意日が居宅サービス計画（暫定プラン）の作成日及び同意日に遡及して記載されている。

☞ 居宅サービス計画の作成日及び同意日については、居宅サービス計画作成に係る業務が適正な順序で行われているか確認する根拠となるため、遡って記載せず、実際に介護支援専門員が作成した日付及び利用者から署名を得た日付を記載してもらいましょう。

## 10. 課題分析（アセスメント）に関すること

(1) 課題分析標準項目の項目自体が一部確認できない。

☞ 課題分析標準項目について全て確認し、要介護者等の有する課題を客観的に抽出してください。

(2) 課題分析標準項目に関する内容が一部記載されていない。

☞ 記載漏れがないようにし、特に記載する事項がなければ「なし」、分からないものは

「不明」等の記載をするなど、利用者の当該項目について確認したことが分かるように記載してください。

### 1.1. 居宅サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）に関すること

(1) モニタリングの結果の記録が不十分である。

☞ 以下の内容を記録してください。

- (a) 利用者やその家族の意向・満足度
- (b) 目標の達成度
- (c) 事業者との調整内容
- (d) 居宅サービス計画の変更の必要性

### 1.2. 報酬に関すること

#### 【初回加算】

(1) 運営基準減算に該当するが、算定している。

☞ 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) 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。

(3) 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。

#### 【入院時情報連携加算】

(1) 利用者が病院に入院するに当たって、当該病院に出向き、担当看護師と面談し、「利用者情報提供書」により利用者の心身の状況、生活環境、サービスの利用状況等必要な情報を提供しているが、算定していない事例がある。

☞ 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。

(2) 入院時情報連携加算 を算定した事例において、居宅介護支援経過（第5表）等に病院へ出向き、当該病院の職員と面談した記録はなく、情報提供の記録についても確認できなかった。

☞ 訪問及び情報提供の記録がなく事実についても確認できないため、当該加算の算定は認められません。過誤調整してください。

#### 【退院・退所加算】

(1) 利用者の退院に当たって、病院職員との面談及びサマリー等で得た利用者に関する必要な情報が不十分である。

☞ 必要な情報は、「退院・退所加算に係る様式例」平成21年老振発第0313001号(最終改正:平成24年老振発第0330第1号/別紙)の「退院・退所情報記録書」に定められています。

☞ 「退院・退所情報記録書」を絶対使用しなければならないものではありませんが、これにある項目については、記録漏れがないようしてください。

#### 【運営基準減算】

(1) 居宅サービス計画の作成に当たり、アセスメントを実施していない。

(2) 居宅サービス計画について、利用者又はその家族に対して説明し文書により同意を得ておらず、交付も行っていない。

(3) 入院により、過去2月居宅介護支援を提供しておらず、居宅介護支援が算定されていない利用者に対して、入院前の居宅サービス計画の短期目標期間が終了していたが、気付かないまま、退院後の居宅サービス計画にかかる一連の業務を行わず、新たな計画を作成・交付しないまま利用者がサービス提供を受けていた。

(4) 担当していた利用者が介護老人保健施設に入所し、退所後再度居宅介護支援を担当することになったが、改めて居宅サービス計画にかかる一連の業務を行わず、新たな計画を作成・交付しないまま利用者がサービス提供を受けていた。

☞ 居宅サービス計画については、指定居宅サービス等の利用前までに、利用者又はその家族に説明し、文書により利用者の同意を得て、利用者及び指定居宅サービス事業者等の担当者に交付しなければなりません。

(5) モニタリングを実施した記録及び結果の記録がない。

(6) モニタリングについて、実施していたことは居宅介護支援経過(第5表)で確認できたが、結果の記録を作成していない。

(7) 退院した利用者について、サービス事業者より同月に再入院したことの情報提供を受けた記録はあるが、その後の対応の記録(居宅及び入院先でのモニタリングが実施できなかった理由の記録等)がなく、モニタリングの実施及び結果の記録もない。

☞ 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。

☞ 「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。

- ☞ 入院中の利用者について、病状等で入院先での面会が不可能な場合等、利用者の事情により、利用者に面接することができない場合は「特段の事情」となります。  
「特段の事情」により、モニタリングの実施ができなかった場合は、居宅介護支援経過等に記録してください。

なお、居宅介護支援経過に病室で利用者と面会した際の記録等があり、モニタリングをしなかった特段の事情があると認められない場合は、運営基準減算となります。

- ☞ モニタリングを実施していない場合、当該月から当該状態が解消された月の前月まで運営基準減算となります。
- ☞ モニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続する場合には、その月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算となります。

## < 介 護 予 防 支 援 >

### 1．指定介護予防支援の業務の委託に関すること

( 1 ) 指定居宅介護支援事業所との指定介護予防支援の業務の委託に関する契約書の契約日が空白となっている。

- ☞ 契約日は記載漏れのないようにしてください。

### 2．指定介護予防支援の具体的取扱方針に関すること

( 1 ) 介護予防サービス計画（委託先の介護予防サービス計画を含む）について、担当職員（介護支援専門員）が、指定介護予防サービス事業者等に対し、介護予防サービス計画に基づき、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回聴取していることが確認できない。

- ☞ 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、少なくとも1月に1回、当該サービス事業者等への訪問、電話、FAX等により、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ようにしてください。

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。

( 2 ) 介護予防サービス計画に介護予防通所リハビリテーションを位置付けていたが、当該サービスに係る主治医等の指示があったことが確認できない。

- ☞ 新規に介護予防サービス計画を作成する場合に限らず、介護予防サービス計画に医療サービスを位置付ける場合は、主治医又は歯科医師等の指示を確認し、記録に残してください。
- (3) 介護予防サービス計画に介護予防福祉用具貸与を位置付けていたが、サービス担当者会議に当該サービス担当者が出席した記録や意見聴取(照会を含む)の記録がない。
  - ☞ 利用者や家族、介護予防サービス計画原案作成者、介護予防サービス計画原案に位置付けた全ての指定介護予防サービスの担当者、主治医、インフォーマルサービス担当者等からなるサービス担当者会議を開催すること(照会等も含む)。また、サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容については記録に残し、2年間保存してください。
- (4) 介護予防サービス計画について、当該計画に定めた期間が終了するときに、目標の達成状況についての評価を実施した記録及びその結果の記録がない。
  - ☞ 介護予防サービス計画で定めた期間の終了時には、定期的に当該計画の目標の達成状況について評価し、結果の記録を2年間保存してください。なお評価の実施に際しては、利用者宅を訪問して行ってください。
- (5) 介護予防通所介護について、サービスの利用及び利用する事業所も未定のまま、介護予防サービス計画に位置付けており、その後も当該サービスの利用はなかったが、計画の変更を行っていなかった。
  - ☞ 介護予防サービス計画の原案の作成においては、本人、指定介護予防サービス事業者等が目標を達成するために行うべき支援内容及びその期間等を記載し、実現可能なものとする必要があるため、サービス利用及び利用する事業所が確定した上で、当該サービスを位置付けてください。

### 3. 利用者基本情報に関すること

- (1) 利用者基本情報の各項目に関する内容が一部記載されていない。
  - ☞ 記載漏れがないようにし、特に記載する事項がなければ「なし」、分からないものは「不明」等の記載をするなど、利用者の当該項目について確認したことが分かるように記載してください。

### 4. 介護予防サービス計画に関すること

- (1) 従前より担当している利用者が2ヶ月以上サービス利用がなかった場合に、「初回・紹介・継続」のうち、「初回」に を記入している
  - ☞ 「継続」に を記入してください。
- (2) 「サービスの種別」に実際とは異なるサービスを記載していた。

- ☞ 介護予防サービス計画については、利用者及び指定介護予防サービス等の担当者に交付するものであることから、その内容の記載については正確に記載してください。
- (3)「領域における課題」に実情とは異なる記載をしていた。
- ☞ アセスメントに基づいた計画作成時における課題を記載してください。

## 5. 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。

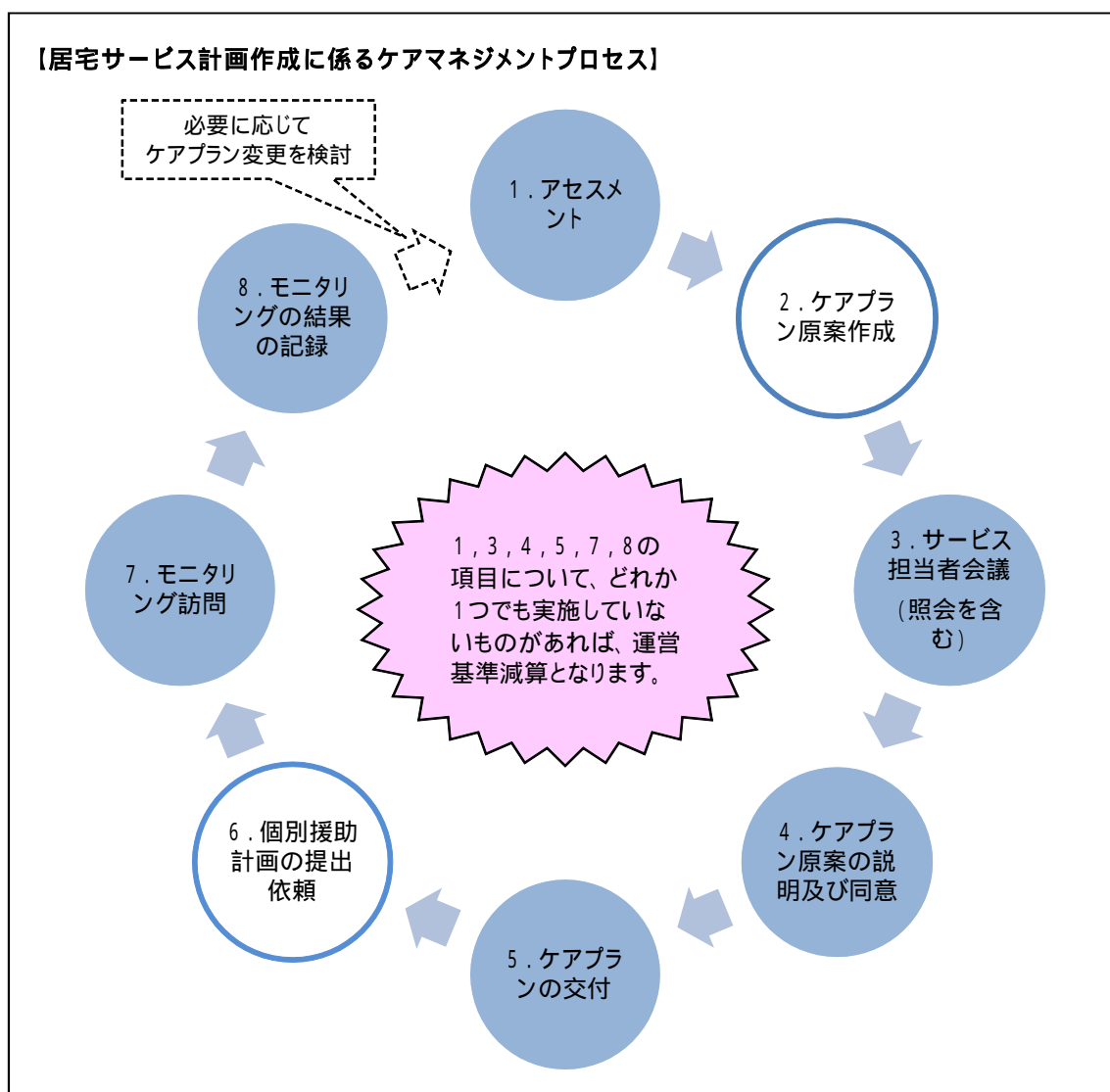
### 【各地域包括支援センターの皆様へ】

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。

## ケアプラン作成に係るケアマネジメントプロセスについて【居宅・予防】

「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条及び「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条において、介護支援専門員等が行わなければならないケアプラン作成に係るケアマネジメントプロセスが規定されています。

以下に、主要なケアマネジメントプロセスについてまとめましたので、遺漏のないようお願いいたします。



## 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の注意点

### 【**改正**】 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？

- ・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
- ・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？

### 【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）を以下の場合に開催していますか？

居宅サービス計画を新規に作成した場合

居宅サービス計画の変更を行った場合

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

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 **改正**

- ・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？  
特段の事情がない限り、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？

「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、に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

**改正** 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<sup>1</sup>を、利用者の同意を得て主治の医師<sup>2</sup>若しくは歯科医師又は薬剤師に提供していますか？

- 1
- ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
  - ・薬の服用を拒絶している
  - ・使いきらないうちに新たに薬が処方されている
  - ・口臭や口腔内出血がある
  - ・体重の増減が推測される見た目の変化がある
  - ・食事量や食事回数に変化がある
  - ・下痢や便秘が続いている
  - ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
  - ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない

等の利用者の心身又は生活状況に係る情報のうち、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要であると介護支援専門員が判断したもの

- 2 「主治の医師」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されません。

### 【改正】居宅サービス計画の届出】(平成30年10月1日施行)

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？(詳しくはP37・38に記載しています。)

### 【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？ **改正**

交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えありません。また、「主治医の医師又は歯科医師」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されません。

平成30年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》2  
(居宅介護支援、介護予防支援)

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条より抜粋

**(アセスメント)**

(6) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

(7) 介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、**利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接**して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

**(ケアプラン原案作成)**

(8) 介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を助案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。

**(サービス担当者会議)**

(9) 介護支援専門員は、**サービス担当者会議(介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者(以下この条において「担当者」という。)を招集して行う会議をいう。以下同じ。)の開催**により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、**利用者(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師(以下この条において「主治の医師等」という。)の意見を助案して必要と認める場合その他やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。**

(15) 介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、**サービス担当者会議の開催**により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、**やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。**

ア 要介護認定を受けている利用者が法第二十八条第二項に規定する**要介護更新認定を受けた場合**

イ 要介護認定を受けている利用者が法第二十九条第一項に規定する**要介護状態区分の変更の認定を受けた場合**

**(ケアプラン原案の説明及び同意)**

(10) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該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対して説明し、文書により利用者の同意**を得なければならない。

**(ケアプランの交付)**

(11) 介護支援専門員は、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**利用者及び担当者に交付**しなければならない。

**(個別援助計画の提出依頼)**

(12) 介護支援専門員は、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に対して、訪問介護計画(下関市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(平成24年条例第70号。以下「指定居宅サービス等条例」という。))第25条第1項に規定する訪問介護計画をいう。)等指定居宅サービス等条例において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。

**(モニタリング訪問)(モニタリングの結果の記録)**

(13) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握(利用者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

(13の2) 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認められるものを、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するものとする。

(14) 介護支援専門員は、第13号に規定する実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

ア **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**すること。

イ **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。

**(ケアプランの変更)**

(16) 第3号から第12号までの規定は、第13号に規定する**居宅サービス計画の変更について準用**する。



**【居宅サービス計画の届出】**

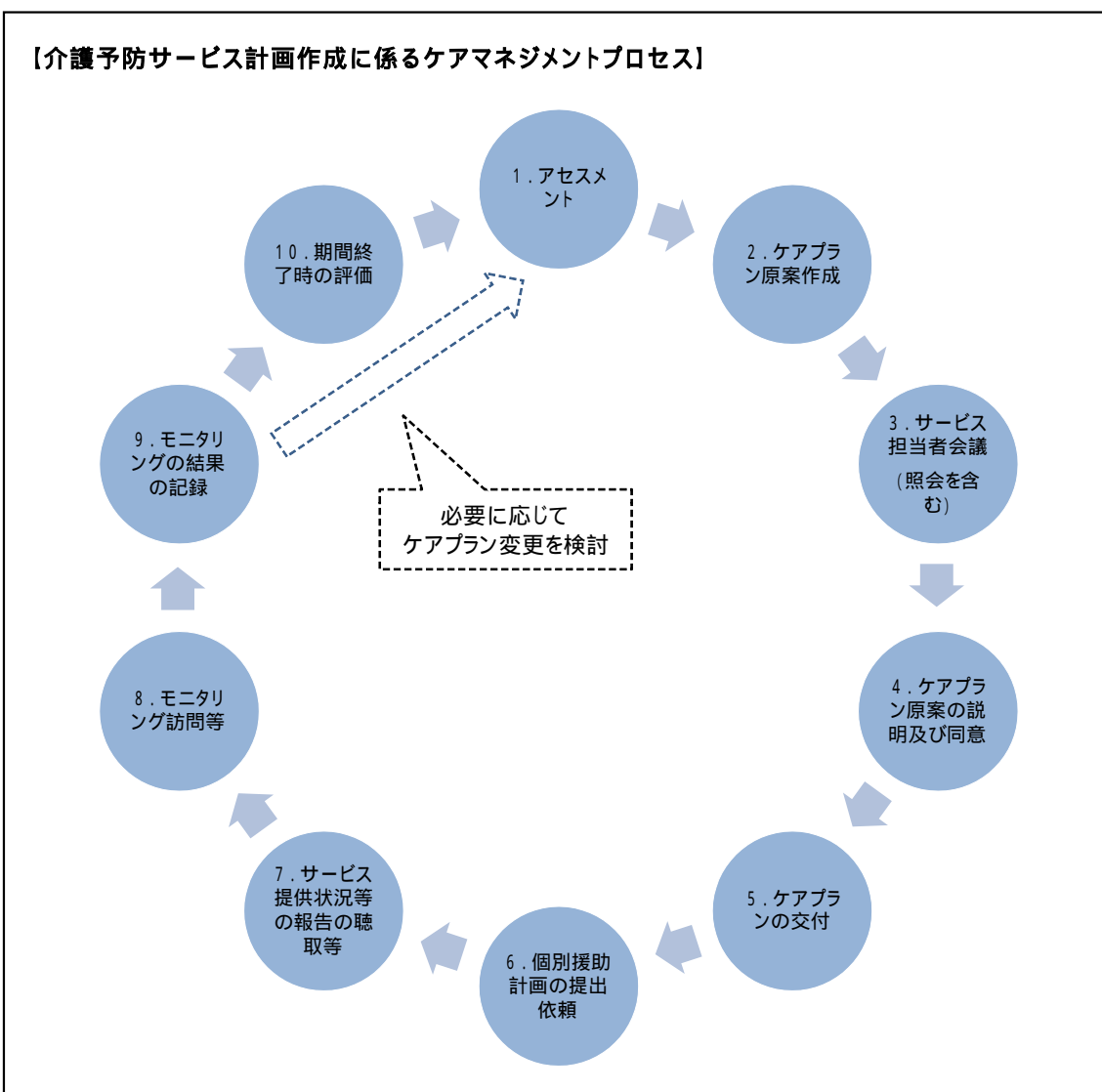
〔18の2〕 介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（厚生労働大臣が定めるものに限る。以下この号において同じ。）を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。

**【主治の医師等の意見等】**

〔19〕 介護支援専門員は、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等の意見を求めなければならない。

〔19の2〕 前号の場合において、介護支援専門員は、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主治の医師等に交付しなければならない。

**【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の注意点

### 【改正】 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？

- ・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
- ・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？

### 【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？

介護予防サービス計画を新規に作成した場合

介護予防サービス計画の変更を行った場合

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

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

・居宅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？

#### 【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、特段の事情がない限り、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われていますか？

「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？

### 改正

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<sup>1</sup>**を、利用者の同意を得て主治の医師<sup>2</sup>若しくは歯科医師又は薬剤師に提供していますか？

- 1 ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
- ・薬の服用を拒絶している
- ・使いきらないうちに新たに薬が処方されている
- ・口臭や口腔内出血がある
- ・体重の増減が推測される見た目の変化がある
- ・食事量や食事回数に変化がある
- ・下痢や便秘が続いている
- ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない

等の利用者の心身又は生活状況に係る情報のうち、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要であると担当職員が判断したもの

- 2 「主治の医師」については、要支援認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されません。

### 【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。

## 【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？ **改正**

交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えありません。また、「主治医の医師又は歯科医師」については、要支援認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されません。

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条より抜粋

### （アセスメント）

(6) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる各領域ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び家族の意欲及び意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握しなければならない。

ア 運動及び移動

イ 家庭生活を含む日常生活

ウ 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション

エ 健康管理

(7) 担当職員は、前号に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、**利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接**して行わなければならない。この場合において、担当職員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

### （ケアプラン原案作成）

(8) 担当職員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果、利用者が目標とする生活、専門的観点からの目標と具体策、利用者及びその家族の意向、それらを踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点、本人、指定介護予防サービス事業者、自発的な活動によるサービスを提供する者等が目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間等を記載した介護予防サービス計画の原案を作成しなければならない。

### （サービス担当者会議）

(9) 担当職員は、**サービス担当者会議(担当職員が介護予防サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防サービス等の担当者(以下この条において「担当者」という。)を招集して行う会議をいう。以下同じ。)の開催**により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共に共有するとともに、当該介護予防サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、**やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求める**ことができるものとする。

(17) 担当職員は、次に掲げる場合においては、**サービス担当者会議の開催**により、介護予防サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、**やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求める**ことができるものとする。

ア 要支援認定を受けている利用者が法第33条第2項に規定する**要支援更新認定を受けた場合**

イ 要支援認定を受けている利用者が法第33条の2第1項に規定する**要支援状態区分の変更の認定を受けた場合を受けた場合**

### （ケアプランの原案の説明及び同意）

(10) 担当職員は、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該介護予防サービス計画の原案の内容について**利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意**を得なければならない。

### （ケアプランの交付）

(11) 担当職員は、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**利用者及び担当者に交付**しなければならない。

平成30年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》2  
(居宅介護支援、介護予防支援)

**(個別援助計画の提出依頼)**

(12) 担当職員は、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に対して、介護予防訪問看護計画(下関市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス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24年条例第71号。以下「指定介護予防サービス等条例」という。)第77条第2号に規定する介護予防訪問看護計画書をいう。次号において同じ。)等指定介護予防サービス等条例において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。

**(サービス提供状況等の報告の聴取等)**

(13) 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条例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。

**(モニタリング)**

(14) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成後、介護予防サービス計画の実施状況の把握(利用者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて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その他の便宜の提供を行うものとする。

[14の2] 担当職員は、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られるものを、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するものとする。

**(モニタリング訪問等)【モニタリングの結果の記録】**

(16) 担当職員は、第14号に規定する実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)に当たっては、利用者及びその家族、指定介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

ア 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、利用者に面接すること。

イ 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指定介護予防サービス等条例第118条第1項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。)を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、当該面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施すること。

ウ 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。

**(期間終了時の評価)**

(15) 担当職員は、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なければならない。

**(ケアプランの変更)**

(18) 第3号から第13号までの規定は、第14号に規定する介護予防サービス計画の変更について準用する【主治の医師等の意見等】

[21] 担当職員は、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(次号及び第22号において「主治の医師等」という。)の意見を求めなければならない。

(21の2) 前号の場合において、担当職員は、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主治の医師等に交付しなければならない。

**アセスメント時に課題分析標準項目の23項目を確認していますか？【居宅】**

居宅サービス計画の変更時も含め、居宅サービス計画作成時において、利用者の解決すべき課題を把握するためにアセスメントを行います。課題を客観的に抽出するために、下記の課題分析標準項目23項目について確認しなければなりません。今一度これらの項目についてアセスメントを行っているか、ご確認をお願いします。また、居宅サービス計画の変更時も含め、アセスメントの結果については必ず記録に残し、2年間保存しておいてください。

**・基本情報に関する項目**

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報(受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報(氏名、性別、生年月日・住所・電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等)について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等)について記載する項目
9	課題分析(アセスメント)理由	当該課題分析(アセスメント)の理由(初回、定期、退院退所時等)について記載する項目

**・課題分析(アセスメント)に関する項目**

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態(既往歴、主傷病、症状、痛み等)について記載する項目
11	A D L	A D L(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等)に関する項目
12	I A D L	I A D L(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり(社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等)に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取(栄養、食事回数、水分量等)に関する項目
20	問題行動	問題行動(暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等)に関する項目
21	介護力	利用者の介護力(介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等)に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況(虐待、ターミナルケア等)に関する項目

## 居宅サービス計画における軽微な変更とは具体的にどのようなものなのか？【居宅・予防】

「ケアプラン作成に係るケアマネジメントプロセスについて」に記載しているとおり、指定居宅介護支援等の居宅サービス計画の変更を行う場合、原則としてアセスメント、ケアプラン原案作成、サービス担当者会議、ケアプランの説明、同意、交付、個別援助計画の提出依頼といった一連の業務を行わなければなりません。しかし、「利用者の希望による軽微な変更（サービス提供日時の変更等で、介護支援専門員が一連の業務を行う必要がないと判断したもの）」については、必ずしもこの必要はありません。

軽微変更について具体例を下記に列挙しますが、これらはあくまで例示です。「軽微な変更」に該当するかどうかは、実際に変更する内容が一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微かそうでないかを判断してください。

### < 軽微な変更として考えられる可能性のある事例 >

#### サービス提供日の変更

例) 6月19日に利用予定だった通所介護を、利用者等の都合により6月21日に変更する。

#### サービス提供時間帯の変更

例) 毎週水曜日9時～10時に位置づけていた訪問介護を、利用者等の希望により、毎週水曜日11時～12時に変更する。

#### サービス提供曜日の変更

例) 毎週木曜日13時～14時に位置づけていた訪問介護を、利用者等の希望により、毎週金曜日13時～14時に変更する場合。

#### 利用者の住所変更

例) 住民票上はA町に単身で居住しているが、実態はB町の長女宅で生活している場合等であって、住民票を移すことにより、住所がA町からB町に変更となった場合。



単なる目標期間の延長

例) 長期目標(4月1日～9月30日)、短期目標(4月1日～6月30日)と設定していたプランにおいて、短期目標の終了月である6月のモニタリング時点で、長期目標の残りの3ヶ月についても、同様の目標・同様の支援内容で実施していくと判断した場合。

福祉用具の機種の変更

例) 車イスをレンタルしていたが、より軽く操作性の良いモデルが出たため、利用者等の希望から、新しいモデルに変更する場合。

単なる事業所の名称の変更

例) A法人の訪問介護事業所Bを利用していたが、事業所Bが同一法人の事業所Cと統廃合され、事業所Cを利用することになった場合。

目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所の変更

例) 訪問介護における通院等乗降介助(いわゆる介護タクシー)を受けている利用者について、プランに位置付けがあるのは、A事業所のみだが、A事業所が職員の体調不良等により急遽、対応できなくなったため、B事業所を利用した場合。

目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合

例) 通所リハを受けている利用者について、リハビリの際に使う器具や、運動のメニュー等が変更となる場合。

担当介護支援専門員の変更

例) 担当介護支援専門員が退職等で担当を外れる場合等であって、担当介護支援専門員だけではなく、新しく担当者になる介護支援専門員等が、利用者はじめ各サービス担当者と面識を有している場合。

臨時的、一時的なサービス提供時間の変更

例1) 週3回、1回1時間で利用していた訪問介護を、翌月の第2週と第3週のみ、一時的に、1回1時間半に増やす場合。  
例2) 週2回、1回8時間で利用していた通所介護を、翌週のみ、一時的に、1回4時間に減らす。

臨時的、一時的なサービス提供回数の変更

例1) 週2回利用していたデイサービスを、家族の都合等(やむを得ない外出等)から、特定の週のみ、週3回に変更する場合。

例2) 月、水、金の週3回利用していた訪問介護のサービスを、家族の都合等(仕事の都合で火曜日の家族支援が一時的に困難になった等)から、特定の月のみ、週4回に変更する場合。

**【記載方法等】**

原則、介護サービス計画の一部を変更する都度、別葉を使用して記載してください。但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができます。

- ・ケアプランの1表2表3表に係る事項について変更がある場合  
変更箇所について、見え消しで修正を行います。

サービス提供日の変更、臨時的、一時的なサービス提供時間又は回数の変更については、その変更が継続的なものではないことから、1表、2表、3表についての修正は必要ありません。

単位数の変更が発生する軽微変更の場合は、利用票の差し替えを行ってください。その際は料金の変更について利用者等に十分な説明を行ってください。

いずれの場合についても、軽微な変更を行う際は、支援経過記録に、変更の理由、変更をした年月日、具体的な変更内容等の記載をお願いします。

## 平成30年度介護報酬改定に関するQ & A【居宅】

「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)」より【居宅介護支援】の項目を記載するとともに、4月以降、制度改正に伴い問い合わせのあった主な質問に対する回答を記載しています。

「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)」より

### 【契約時の説明について】

問131 今回の改正により、利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること等を説明することを義務づけ、それに違反した場合は報酬が減額されるが、平成30年4月以前に指定居宅介護支援事業者と契約を結んでいる利用者に対しては、どのように取り扱うのか。

(答)平成30年4月以前に契約を結んでいる利用者については、次のケアプランの見直し時に説明を行うことが望ましい。

なお、この内容を利用申込者又はその家族に説明を行うに当たっては、理解が得られるよう、文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うとともに、それを理解したことについて必ず利用申込者から署名を得なければならない。

は「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)より

### 【主治の医師について】

問132 末期の悪性腫瘍の利用者に関するケアマネジメントプロセスの簡素化における「主治の医師」については、「利用者の最新の心身の状態、受診中の医療機関、投薬内容等を一元的に把握している医師」とされたが、具体的にどのような者を想定しているのか。

(答)訪問診療を受けている末期の悪性腫瘍の利用者については、診療報酬における在宅時医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料を算定する医療機関の医師を「主治の医師」とすることが考えられる。これらの医師

については、居宅介護支援専門員に対し、病状の変化等について適時情報提供を行うこととされていることから、連絡を受けた場合には十分な連携を図ること。また、在宅時医学総合管理料等を算定していない末期の悪性腫瘍の利用者の場合でも、家族等からの聞き取りにより、かかりつけ医として定期的な診療と総合的な医学管理を行っている医師を把握し、当該医師を主治の医師とすることが望ましい。

### 【主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師への情報提供について】

問 133 基準第 13 条第 13 号の 2 に規定する「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」について、解釈通知に記載のある事項のほかにもどのようなものが想定されるか。

(答) 解釈通知に記載のある事項のほか、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師への情報提供が必要な情報については、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要かどうかをもとに介護支援専門員が判断するものとする。

なお、基準第 13 条第 13 号の 2 は、日頃の居宅介護支援の業務において介護支援専門員が把握したことを情報提供するものであり、当該規定の追加により利用者に係る情報収集について新たに業務負担を求めるものではない。

### 【訪問介護が必要な理由について】

問 134 基準第 13 条第 18 号の 2 に基づき、市町村に居宅サービス計画を提出するにあたっては、訪問介護(生活援助中心型)の必要性について記載することとなっているが、居宅サービス計画とは別に理由書の提出が必要となるのか。

(答) 当該利用者について、家族の支援を受けられない状況や認知症等の症状があることその他の事情により、訪問介護(生活援助中心型)の利用が必要である理由が居宅サービス計画の記載内容から分かる場合には、当該居宅サービス計画のみを提出すれば足り、別途理由書の提出を求めるものではない。

**【特定事業所加算( )、( )及び( )について】**

問 136 特定事業所加算( )、( )及び( )において、他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施することが要件とされ、解釈通知において、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに事例検討会等に係る次年度の計画を定めることとされているが、平成30年度はどのように取扱うのか。

(答)平成30年度については、事例検討会等の概略や開催時期等を記載した簡略的な計画を同年度4月末日までに定めることとし、共同で実施する他事業所等まで記載した最終的な計画を9月末日までに定めることとする。  
なお、9月末日までに当該計画を策定していない場合には、10月以降は特定事業所加算を算定できない。

**【入院時情報連携加算について】**

問 139 先方と口頭でのやりとりがない方法(FAXやメール、郵送等)により情報提供を行った場合には、送信等を行ったことが確認できれば入院時情報連携加算の算定は可能か。

(答)入院先の医療期間とのより確実な連携を確保するため、医療機関とは日頃より密なコミュニケーションを図ることが重要であり、FAX等による情報提供の場合にも、先方が受け取ったことを確認するとともに、確認したことについて居宅サービス計画等に記録しておかなければならない。

**【退院・退所加算について】**

問 140 退院・退所加算( )口、( )口及び( )の算定において評価の対象となるカンファレンスについて、退所施設の従業者として具体的にどのような者の参加が想定されるか。

(答)退所施設からの参加者としては、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を想定している。

### 【居宅サービス計画の変更について】

問141 今回、通所介護・地域密着型通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分について、2時間ごとから1時間ごとに見直されたことにより、時間区分を変更することとしたケースについては、居宅サービス計画の変更(サービス担当者会議を含む)は必要なのか。

(答) 介護報酬算定上のサービス提供時間区分が変更になる場合(例えば、サービス提供時間が7時間以上9時間未満が、7時間以上8時間未満)であっても、サービス内容及び提供時間に変更が無ければ、居宅サービス計画の変更を行う必要はない。

一方で、今回の時間区分の変更を契機に、利用者のニーズを踏まえた適切なアセスメントに基づき、これまで提供されてきた介護サービス等の内容をあらためて見直した結果、居宅サービス計画を変更する必要性が生じた場合は、通常の変更と同様のプロセスが必要となる。

### 平成30年度介護報酬改定に関するQ & A【下関市】

#### 【特定事業所集中減算について】

問1 特定事業所集中減算の前期の判定期間は3月1日から8月末日である。平成30年度報酬改定において、対象事業者が、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与となったが、3月までは改定前の事業所で計算するのか。また、地域密着型通所介護も3月まで通所介護と併せて計算し、4月からは別々に計算するのか。

(答) 当該減算についての改正は、平成30年4月1日から適用するとしているため、平成30年度においては、前期の判定期間を4月1日から8月末日とし、判定については、この期間において作成された居宅サービス計画から適用するものとなり、減算については同年10月1日からの居宅介護支援から適用となる。

また、通所介護と地域密着型通所介護については、平成30年4月1日以降に作成される居宅サービス計画についても、通所介護及び地域密着型通所介護のそれぞれについて計算するのではなく、いずれか又は双方を位置付けた居宅サービス計画数を算出し、通所介護及び地域密着型通所介護について最もその紹介件数の多い法人を位置付けた居宅サービス計画の数の占める割合を計算する。 【H30.4.6 厚生労働省に確認】

**【特定事業所加算について】**

問2 特定事業所加算( )から( )において新たに要件とされた、他の法人が運営する居宅介護支援事業者と共同で実施する事例検討会、研修会等について、

市と地域の介護支援専門員の職能団体が共同して実施する研修会(事例検討も含む)の案内があり、市内の居宅介護支援事業所の介護支援専門員が事業者の代表として参加する場合も、参加した居宅介護支援事業者は評価の対象となるのか。

「地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。」の要件と同様、他法人が運営する居宅介護支援事業者が事例検討会、研修会を実施することの情報を得て、その会に参加した居宅介護支援事業者も評価の対象となるのか。

(答) 、 とも評価の対象とならない。

(理由) 当該加算を算定する事業所は、質の高いケアマネジメントを実施する事業所として、地域における居宅介護支援事業所のケアマネジメントの質の向上を牽引する立場にあることから、同一法人内に留まらず、他の法人が運営する事業所の職員も参画した事例検討会の取組を自ら率先して行わなければならない。よって、参加する場合は評価の対象とならない。

(例) A事業所が、他の法人が運営する居宅介護支援事業者(B事業所)と共同で事例検討会、研修会等を実施する場合

**【A事業所が特定事業所加算を算定できる要件】**

他の法人の居宅介護支援事業者(B事業所)が開催者又は参加者として事例検討会等に参画することが必要。

	共同する事業所	事例検討会・研修会	算定要件
A事業所が加算を算定する場合	A事業所	開催者	
	(他の法人)B事業所、市町村や地域の介護支援専門員の職能団体等	開催者 or 参加者	

(注) あくまでもA事業所が加算を算定する場合の解釈であるため、B事業所側は事例検討会等に参加したからといって、A事業所と同様に算定対象の要件には該当しない。

なお、A事業所との事例検討会等でB事業所が当該加算を算定できるのは、参加者としてではなく、A事業所と一緒に事例検討会や研修を開催・実施した場合である。

【H30.5.14 厚生労働省に確認】

### 【入院時情報連携加算について】

問3 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)

問4 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( )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( )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( )に該当。

**【退院・退所加算について】**

問5 平成30年3月から引き続き入院している利用者について、退院に当たって、3月に1回、病院等の職員と面談し情報収集を行っており、4月に入って2回(うち1回は、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の要件を満たすカンファレンスに参加)、病院等の職員と面談し情報収集を行っている。  
平成30年度介護報酬改定(平成30年4月1日から適用)により退院・退所加算の算定方法が改正されたが、算定要件である情報収集の回数に改正前の3月に行ったものも含めてよいか。

(答)可能である。

当該加算は、医療と介護の連携の強化・推進を図る観点から、退院・退所時に病院等と利用者に関する情報共有等を行う際の評価を行うものであり、該当する算定区分により、入院又は入所期間中1回のみ算定できる加算である。よって、制度改正前の3月の情報収集についても、入院期間中であり、算定要件の情報収集の回数に含まれる。

【H30.5.9 厚生労働省に確認】

問6 病院から退院する際に、利用者の自宅において、指定訪問看護ステーションの看護師、利用者・家族、作業療法士、介護支援専門員で退院後の生活環境の確認も含め、カンファレンスを開催したが、退院・退所加算のカンファレンス有の算定は可能か。また、病院又は診療所でのカンファレンスの要件を教えてください。

(答)不可。

(理由)病院又は診療所から退院する際に、退院・退所加算を算定する場合のカンファレンスの要件は、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なっている。

なお、当該要件を満たすカンファレンスに参加した場合は、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し、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る。

( 参考 )

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には、退院時共同指導料2を算定する場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医・看護師等、保険医である歯科医師・歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、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、介護支援専門員、相談支援専門員の3者以上と共同して指導を行った場合に算定できる多機関共同指導加算について記載しています。

なお、「3者」とは、「退院時共同指導料2」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：入院医療機関の医師・在宅療養担当医師等以外に、歯科医師、薬剤師、訪問看護ステーション看護師、介護支援専門員等）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。

**平成30年度介護報酬改定に伴う入院時情報連携加算及び退院・退所加算に係る様式例について【居宅】**

「居宅介護支援費の退院・退所加算に係る様式例の提示について」(平成21年3月13日老振発第0313001号厚生労働省老健局振興課長通知)において、下記のとおり入院時情報連携加算及び退院・退所加算の算定を担保するための標準様式例が提示されました。

なお、当該様式等の使用を強制する趣旨のものではありません。

ただし、当該標準様式以外の様式等を使用する場合も、情報共有する内容については、当該様式に記載のある内容を具備しておくようお願いいたします。

記

入院時情報連携加算に係る様式例	【入院時情報提供書(表・裏)】	P34・35
退院・退所加算に係る様式例	【退院・退所情報記録書】	P36

平成30年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》2  
 (居宅介護支援、介護予防支援)

記入日： 年 月 日  
 入院日： 年 月 日  
 情報提供日： 年 月 日

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名： 事業所名：  
 ご担当者名： ケアマネジャー氏名：  
 TEL： FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男	女
		生年月日	明・大・昭	年	月	日生
住所	〒	電話番号				
住環境 可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類(戸建て・集合住宅)・ 階建て・ 居室 階・ エレベーター(有・無)					
入院時の要介護度	特記事項( )					
障害高齢者の日常生活自立度	要支援( )	要介護( )	有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日			
認知症高齢者の日常生活自立度	申請中(申請日 / )	区分変更(申請日 / )	未申請			
介護保険の自己負担割合	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	医師の判断				
年金などの種類	自立 a b a b M	ケアマネジャーの判断				
	割 不明	障害など認定	なし	あり(身体・精神・知的)		
	国民年金 厚生年金 障害年金 生活保護	その他( )				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	独居 高齢者世帯 子同居 その他( )				
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL		

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。居宅サービス計画書1.2.3表 その他( )
-----------------	--------------------------------------

5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	独居 高齢世帯 子同居(家族構成員数 名) * 日中独居 その他( )
世帯に対する配慮	不要 必要( )
退院後の主介護者	本シート2に同じ 左記以外(氏名 続柄・年齢)
介護力*	介護力が見込める(十分・一部) 介護力が見込めない 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	なし あり( )
特記事項	

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	希望あり 具体的な要望( )
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	希望あり

\* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連

平成30年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》2  
 (居宅介護支援、介護予防支援)

7. 身体・生活機能の状況 / 療養生活上の課題について										
麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	なし あり( )			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	杖	歩行器	車いす	その他
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	杖	歩行器	車いす	その他
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	( ) 回 / 日 ( 朝 時頃 昼 時頃 夜 時頃 )				食事制限	あり( ) なし 不明			
	食事形態	普通	きざみ	嚥下障害食	ミキサー	UDF等の食形態区分				
	摂取方法	経口	経管栄養		水分とろみ	なし	あり	水分制限	あり( ) なし 不明	
口腔	嚥下機能	むせない		時々むせる	常にむせる	義歯	なし あり( 部分・総 )			
	口腔清潔	良		不良	著しく不良	口臭	なし あり			
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	なし 夜間 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ / パッド	なし 夜間 常時			
睡眠の状態		良	不良( )		眠剤の使用	なし	あり			
喫煙		無	有 _____本くらい / 日		飲酒	無	有 _____合くらい / 日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	なし あり( )			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	なし あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項:				
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		なし 幻視・幻聴 興奮 焦燥・不穏 妄想 暴力/攻撃性 介護への抵抗 不眠 昼夜逆転 徘徊 危険行為 不潔行為 その他( )								
疾患歴*		なし 悪性腫瘍 認知症 急性呼吸器感染症 脳血管障害 骨折 その他( )								
入院歴*	最近半年間での入院	なし あり(理由: 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日) 不明								
	入院頻度	頻度は高い / 繰り返している 頻度は低い / これまでにもある 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		なし 点滴 酸素療法 喀痰吸引 気管切開 胃ろう 経鼻栄養 経腸栄養 褥瘡 尿道カテーテル 尿路ストーマ 消化管ストーマ 痛みコントロール 排便コントロール 自己注射( ) その他( )								
8. お薬について 必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付										
内服薬	なし あり( )				居宅療養管理指導	なし あり(職種: )				
薬剤管理	自己管理 他者による管理(・管理者: ) 管理方法: )									
服薬状況	処方通り服用 時々飲み忘れ 飲み忘れが多い、処方を守られていない 服薬拒否									
お薬に関する、特記事項										
9. かかりつけ医について										
かかりつけ医機関名					電話番号					
医師名	(フリガナ)				診察方法・頻度	通院 訪問診療 頻度 = ( ) 回 / 月				
* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連										

平成30年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》2  
(居宅介護支援、介護予防支援)

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日: 年 月 日

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (要区分変更)		
	氏名	様	男・女	歳	要支援( )	要介護( )	申請中 なし
入院(所)概要	入院(所)日: H 年 月 日 退院(所)予定日: H 年 月 日						
	入院原因疾患(入所目的等)						
	入院・入所先	施設名			棟 室		
	今後の医学管理	医療機関名:			方法	通院	訪問診療
疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	① ②	疾患の状況	*番号記入	安定( ) 不安定( )		
	移動手段	自立 杖 歩行器 車いす その他( )					
	排泄方法	トイレ ポータブル おむつ カテーテル・パウチ( )					
	入浴方法	自立 シャワー浴 一般浴 機械浴 行わず					
	食事形態	普通 経管栄養 その他( )				UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	なし あり(時々・常に)		義歯	なし あり(部分・総)		
	口腔清潔	良 不良 著しく不良			入院(所)中の使用: なし あり		
	口腔ケア	自立 一部介助 全介助					
	睡眠	良好 不良( )				眠剤使用	なし あり
	認知・精神	認知機能低下 せん妄 徘徊 焦燥・不穏 攻撃性 その他( )					
②受け止め/意向	<本人>病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知: あり なし					
	<本人>退院後の生活に関する意向						
	<家族>病気、障害、後遺症等の受け止め方						
	<家族>退院後の生活に関する意向						

2. 課題認識のための情報

退院後に必要な事柄	医療処置の内容	なし 点滴 酸素療法 喀痰吸引 気管切開 胃ろう 経鼻栄養 経腸栄養 褥瘡 尿道カテーテル 尿路ストーマ 消化管ストーマ 痛みコントロール 排便コントロール 自己注射( ) その他( )					
	看護の視点	なし 血圧 水分制限 食事制限 食形態 嚥下 口腔ケア 清潔ケア 血糖コントロール 排泄 皮膚状態 睡眠 認知機能・精神面 服薬指導 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) ターミナル その他( )					
	リハビリの視点	なし 本人指導 家族指導 関節可動域練習(ストレッチ含む) 筋力増強練習 バランス練習 麻痺・筋緊張改善練習 起居/立位等基本動作練習 摂食・嚥下訓練 言語訓練 ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) IADL練習(買い物、調理等) 疼痛管理(痛みコントロール) 更生装具・福祉用具等管理 運動耐容能練習 地域活動支援 社会参加支援 就労支援 その他( )					
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容/留意点)			
症状・病状の予後・予測	なし あり						
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	例)医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、退院後に必要な事柄、その他の観点から必要と思われる事項について記載する。						
在宅復帰のために整えなければならない要件							
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)					会議出席
1	年 月 日						無・有
2	年 月 日						無・有
3	年 月 日						無・有

課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

## 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、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第38号)」第13条第18号の2【「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(平成30年10月1日施行)】において、

「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(**厚生労働大臣が定めるもの**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。」とされており、

「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)」において、

「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」とあり、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うこととなりました。

これに基づき、平成30年5月2付けで「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」(平成30年厚生労働省告示第218号)により下記の内容が示されました。

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

厚生労働大臣が定める訪問介護とは、

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

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。

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】



## 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、その状態像から見て使用が想定しにくい（介護予防）福祉用具貸与に係る、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。

### 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。）」

しかしながら、27頁に示す「厚生労働大臣が定める者」については、軽度者であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について、指定（介護予防）福祉用具貸与費算定が可能<sup>1</sup>となります。

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ので、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。

### 1 指定（介護予防）福祉用具貸与費算定が可能となる場合

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」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

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」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。

利用者の疾病等により次の状態にあり、～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

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」に該当する場合

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」に該当することが確実に見込まれる場合

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」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

「厚生労働大臣が定める者」については、27頁の表を参照

もしくは 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。もしくは 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、給付費の返還になる可能性があります。

#### 【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<sup>2</sup>を入手した上で、福祉用具貸与費の算定可能となる要件(～)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。

(<sup>2</sup>: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)

平成30年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》2  
 (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		(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
	(1) 日常的に歩行が困難な者	基本調査1-7(歩行) 「できない」	
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	基本調査1-4(起き上がり) 「できない」	
床ずれ防止用具 及び体位変換器	次のいずれかに該当する者		
	(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	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	
認知症老人徘徊 感知機器	次の(1)及び(2)に該当する者		基本調査項目は該当しないが、医学的所見に基づき前頁の～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。
	(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	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。	
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		基本調査項目は該当しないが、医学的所見に基づき前頁の～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 <b>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)</b>
	(1) 日常的に立ちあがりが困難な者	基本調査1-8(立ちあがり) 「できない」	
	(2) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査2-1(移乗) 「一部介助」又は 「全介助」	
自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者		基本調査項目は該当しないが、医学的所見に基づき前頁の～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
	(1) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 <b>段差解消機</b>	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	
自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者		基本調査項目は該当しないが、医学的所見に基づき前頁の～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
	(1) 排便が全介助を必要とする者	基本調査2-6(排便) 「全介助」	
自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者		基本調査項目は該当しないが、医学的所見に基づき前頁の～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
	(2) 移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-1(移乗) 「全介助」	

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。

## 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、「『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要否を判断する際には、「生活援助算定相談票 提出要否判断フロー」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、「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 ~ 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 提出要否判断フロー」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。

⋮

平成30年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》2  
 (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・ <b>S</b>		1年		10:00~10:15、10:15~10:30と分けて記載せず、 <b>1回の援助時間をまとめて</b> 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	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
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

<p>「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 〇〇 は行えないためサービスが必要である等))</p>
--

【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

## 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。

<b>基本情報</b>		【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(年齢)	【相談票における有効期間】脚注参照。(有効期間： 日～H年 月 日)		被保険者氏名	
要介護(支援)度(丸を付ける)	有効期間	要介護3	要介護4	要介護5	その他( )
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	年
事業所名	担当者連絡先	( )	—	担当者氏名	
<b>短期入所サービス利用状況</b>					
短期入所先(施設名)		【入所申込先の施設名】該当の場合は必ず記入のこと(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。)			
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)					
<b>今後のケアの方向性</b> 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					
<b>短期入所を長期的に利用する理由及び必要性</b> 具体的な身体状況及び介護者の状況を記載すること					
【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。					
<b>提出書類の自己チェック</b>		【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 【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)

平成30年度下関市介護保険サービス事業者集団指導《個別編》2  
(居宅介護支援、介護予防支援)

平成30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	(未定)	平成30年12月	アブニール菊川
第2回	相談支援専門員との連携について (予定)	平成31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【下関市】

全居宅介護支援事業所に対し、利用者名簿(居住地記載あり)の提出を依頼。

提出された利用者名簿の中から、居住地によって2区分に分け、国保連の給付実績により利用者を選定。

区分	対象者	点検実施者
A	サービス付き高齢者住宅又は有料老人ホームに居住している利用者	下関市
		山口県介護支援専門員協会
B	在宅の利用者	下関市

(選定要件)

- ・支給限度額に対するサービス利用の割合が高い利用者
- ・支給限度額に対するサービス利用の割合が低い利用者

イ. ケアプランの取り寄せ【下関市】

ア. で選定した利用者のケアプランについて、対象の居宅介護支援事業所に提出を依頼。

区分	点検実施者	提出依頼時期	提出切時期
A	下関市	8月初旬、11月初旬	8月中旬、11月中旬
	山口県介護支援専門員協会		
B	下関市	5月初旬、8月初旬、11月初旬	5月中旬、8月中旬、11月中旬

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
- (提出するケアプランの作成に際して実施したもの)
- ・第5表 居宅介護支援経過
- ・第1表 居宅サービス計画書(1)
- ・モニタリング表
- ・第2表 居宅サービス計画書(2)
- ・ケアプラン自己点検シート
- ・第3表 週間サービス計画表
- 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【下関市・山口県介護支援専門員協会】

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(下関市・山口県介護支援専門員協会)が点検する。

2)ヒヤリング【下関市・山口県介護支援専門員協会】

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。)

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

区分	ケアプランチェックシートによる点検	面談時期
A	下関市【9月～11月、12月～2月】	下関市【10・11月、1・2月】
	山口県介護支援専門員協会【9月～11月、12月～2月】	山口県介護支援専門員協会【9～11月、12～2月】
B	下関市【6月～8月、9月～11月、12月～2月】	下関市【7月、10・11月、1・2月】