

令和4年度 集団指導講習会資料

居宅介護支援

令和4年度
足柄上地域内居宅介護支援事業所及び
地域密着型通所介護事業所に対する集団指導講習会



南足柄市
高齢介護課



中井町
健康課

大井町
福祉課



松田町
福祉課



山北町
保険健康課



開成町
福祉介護課

目 次

1	令和3年度の改定の概要	1
2	運営等に関する基準について	7
3	区分支給限度基準額について	12
4	人員基準と取扱件数について	13
5	居宅サービス計画の作成と変更について	19
6	居宅サービスの居宅サービス計画への位置付けに係るポイント	26
7	運営基準に関する留意点	31
8	加算について	32
9	減算について	46
10	事前質問について	50

(参考資料)

課題整理総括表	51
退院・退所加算に関わる様式	52
入院時状連携加算に関わる様式	53

この資料は、足柄上地域 1 市 5 町共通で作成したものです。
内容についての確認等は、事業所の所在する市町の介護保険担当課に
お問い合わせください。

1

令和3年度の改定の概要：居宅介護支援

1 基本報酬の見直し

居宅介護支援費及び介護予防支援費の単位数は、次のとおり変更されました。

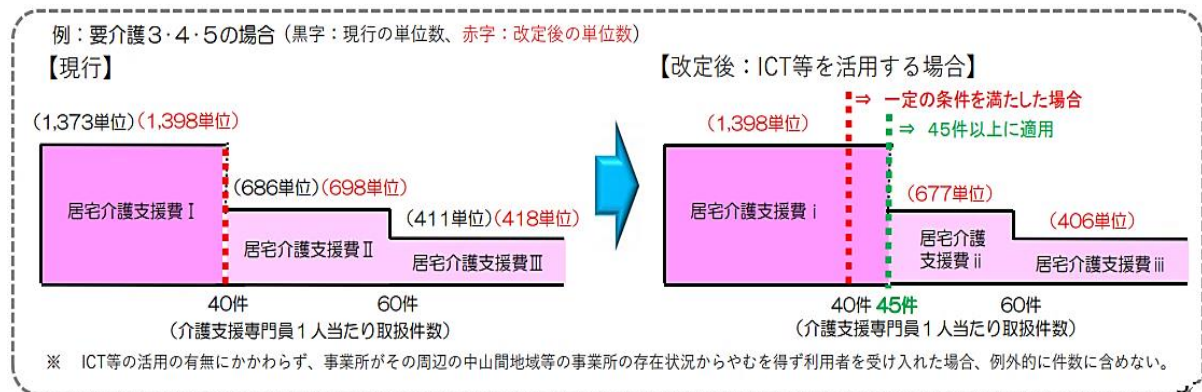
(1-①) 居宅介護支援費（Ⅰ）：居宅介護支援費（Ⅱ）を算定していない事業所（単位／月）

	対象の要介護度	令和2年度まで	令和3年度以降
居宅介護支援費 i	ケアマネ1人当たり件数40未満。40以上の場合で40未満の部分。		
	要介護1、要介護2	1,057	1,076
	要介護3、要介護4、要介護5	1,373	1,398
居宅介護支援費 ii	ケアマネ1人当たり件数40以上の場合で、40以上60未満の部分		
	要介護1、要介護2	529	539
	要介護3、要介護4、要介護5	686	698
居宅介護支援費 iii	ケアマネ1人当たり件数40以上の場合で、60以上の部分		
	要介護1、要介護2	317	323
	要介護3、要介護4、要介護5	411	418

2 逓減制の見直し

居宅介護支援について、適切なケアマネジメントの実施を確保しつつ、経営の安定化を図る観点から、以下の通り見直されました。

- 介護支援専門員1人当たり取扱件数が40件以上の場合40件目から、60件以上の場合60件目から評価が低くなる（40件未満は居宅介護支援費（Ⅰ）、40件以上60件未満の部分は（Ⅱ）、60件以上の場合は（Ⅲ）を適用。）逓減制において、一定のICT（AIを含む）の活用や事務職員の配置をしている事業者は、逓減制の適用（居宅介護支援費（Ⅱ）の適用）を45件以上の部分からに見直す。併せて、逓減率（居宅介護支援費（Ⅱ）及び（Ⅲ）の単位数）にメリハリをつけた設定とされました。
- 逓減制における介護支援専門員1人当たりの取扱件数に含めない例外として、自然災害や感染症等への突発的な対応で利用者を受け入れた場合に加え、周辺の中山間地域等の事業所の存在状況からやむを得ず利用者を受け入れた場合も加えることとなりました。



(1-②) 居宅介護支援費 (Ⅱ)【新区分】: 一定の情報通信機器 (人工知能関連技術を活用したものを含む。) の活用又は事務職員の配置を行っている事業所

居宅介護支援費 i	ケアマネ1人当たり件数45未満。45以上の場合で45未満の部分。		
	要介護 1、要介護 2	—	1,076
	要介護 3、要介護 4、要介護 5	—	1,398
居宅介護支援費 ii	ケアマネ1人当たり件数45以上の場合で、45以上60未満の部分		
	要介護 1、要介護 2	—	522
	要介護 3、要介護 4、要介護 5	—	677
居宅介護支援費 iii	ケアマネ1人当たり件数45以上の場合で、60以上の部分		
	要介護 1、要介護 2	—	313
	要介護 3、要介護 4、要介護 5	—	406

3 看取り期における本人の意思に沿ったケアの充実

看取り期における本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させるため、基本報酬やターミナルケアマネジメント加算の算定要件に、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン (厚生労働省)」等の内容に沿った取組を行うことを求められました。

《参考》「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>

4 退院・退所時のカンファレンスにおける福祉用具専門員等の参画促進

退院・退所時のスムーズな福祉用具貸与の利用を図るため、退院・退所時のカンファレンスの際に、退院・退所後に福祉用具貸与が見込まれる場合は、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の参画を明確化されました。

<単位数：変更なし>

	(Ⅰ)イ450単位	(Ⅰ)ロ600単位	(Ⅱ)イ600単位	(Ⅱ)ロ750単位	(Ⅲ) 900単位
関係者からの利用者に係る必要な情報提供の回数	1回 (カンファレンス以外の方法により実施)	1回 (カンファレンスにより実施)	2回以上 (カンファレンス以外の方法により実施)	2回 (うち1回以上はカンファレンスを実施)	3回以上 (うち1回以上はカンファレンスを実施)

<算定要件等>

退院・退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合は、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とする。

5 質の高いケアマネジメントの推進 (特定事業所加算の見直し等)

(1) 経営安定化、質の高いケアマネジメントのため特定事業所加算を見直す。

ア 必要に応じ、多様な主体等が提供する生活支援サービス (インフォーマルサービスを含む) が包括的に提供されるような居宅サービス計画の作成を要件として求められました。

イ 小規模事業所が事業所間連携により質の高いケアマネジメントを実現するよう、事業所間連携により体制確保や対応等を行う事業所を評価する区分を創設する。

ウ 特定事業所加算 (Ⅳ) は、加算 (Ⅰ～Ⅲ) と異なり、病院との連携や看取りへの

対応状況を要件とするものであるため、特定事業所加算から切り離し別の加算とされました。

<単位数>

(単位/月)

	令和2年度まで	令和3年度以降
特定事業所加算 (I)	500単位	505単位
〃 (II)	400単位	407単位
〃 (III)	300単位	309単位
〃 (A)	—	(新設) 100単位

令和2年度まで 特定事業所加算 (IV) 125単位	⇒	令和3年度以降 特定事業所医療介護連携加算 125単位
-------------------------------	---	--------------------------------

(2) ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、利用者に以下の説明を行い、介護サービス情報公表制度での公表を求められました。

- ① 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合
- ② 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与のサービス毎の、同一事業者で提供されたものの割合

6 医療機関との情報連携の強化

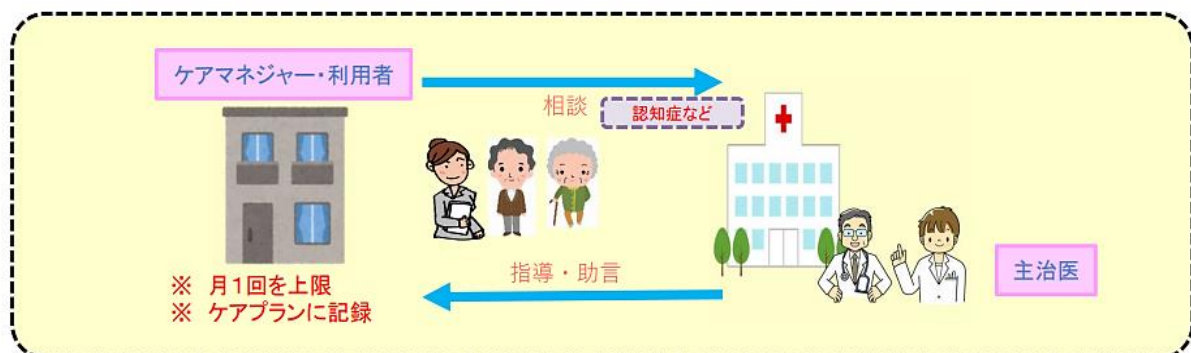
利用者が医療機関で医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携し、当該情報を踏まえケアマネジメントを行うことを評価する加算を創設されました。

<単位数>

令和2年度まで なし	⇒	令和3年度以降 通院時情報連携加算 50単位/月 (新設)
---------------	---	----------------------------------

<算定要件等>

- ① 利用者1人につき、1月に1回の算定を限度
- ② 利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画 (ケアプラン) に記録した場合



7 看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等に係る評価

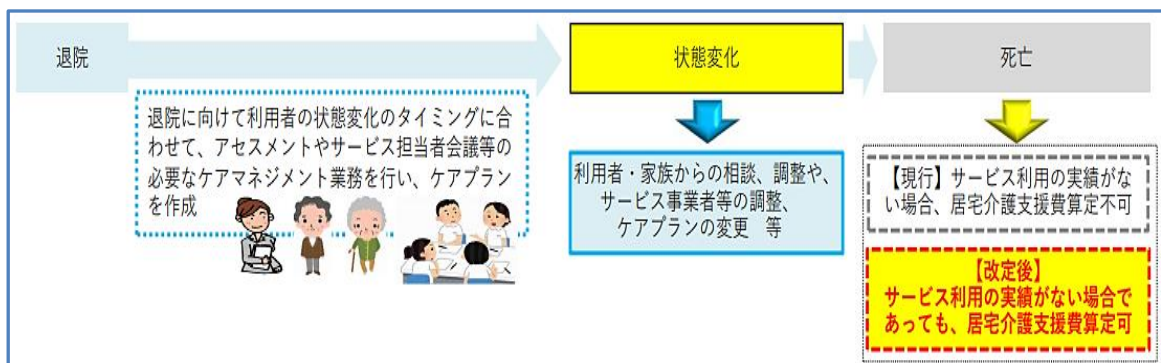
居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が利用者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの、利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合に、モニタリングやサービス担当者会議における検討等必要なケアマネジメント業務や給付管理のための準備が行われ、介護保険サービスが提供されたものと同等に取り扱うことが適当と認められるケースについて、居宅介護支援の基本報酬の算定を可能となりました。

<単位数等>

令和2年度まで	⇒	令和3年度以降
サービス利用の実績がない場合は請求不可		居宅介護支援費の算定可

<算定要件等>

- ① モニタリング等の必要なケアマネジメント業務を行い、給付管理票の（原案の）作成など、請求に必要な書類の整備を行っていること
- ② 居宅介護支援費を算定した旨を適切に説明できるよう、個々のケアプラン等において記録で残しつつ、居宅介護支援事業所において、それらの書類等を管理すること



8 介護予防支援の充実（予防のみ）

介護予防支援事業所が委託する個々のケアプランについて、委託時における居宅介護支援事業者との適切な情報連携等を評価する新たな加算が創設されました。

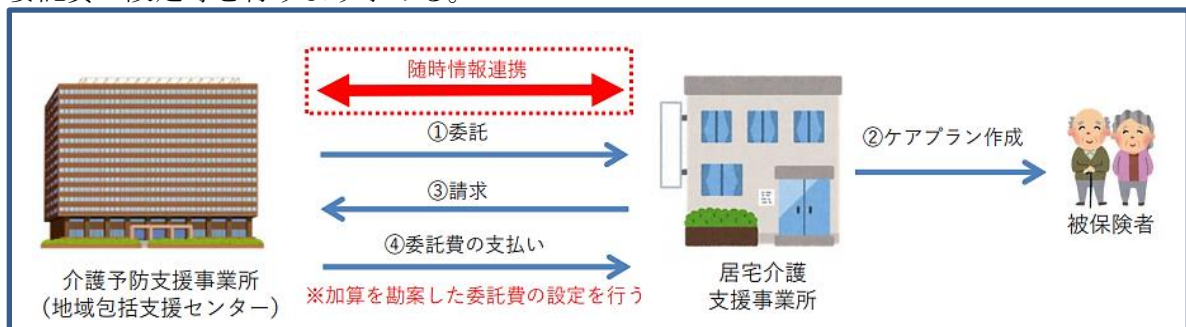
<単位数>

令和2年度まで	⇒	令和3年度以降
なし		委託連携加算 300単位/月（新設）

<算定要件等>

利用者1人につき指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り、所定単位数を算定する。

なお、当該加算を算定した際には、介護予防支援事業所に対して、当該加算を勘案した委託費の設定等を行うよう求める。



9 生活援助の訪問回数の多い利用者等のケアプランの検証

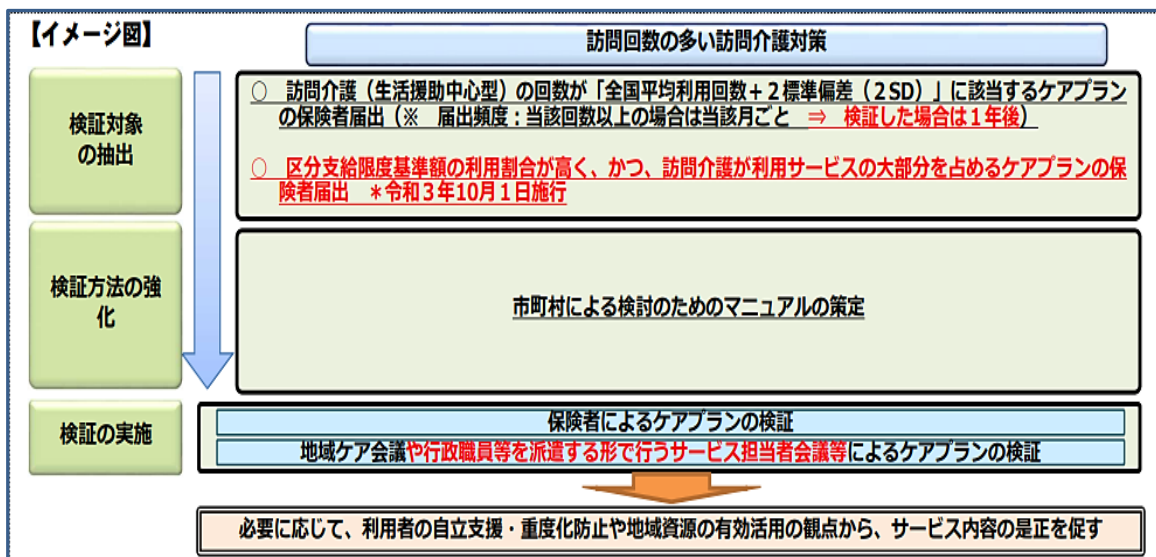
- (1) 生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプランの検証の仕組みについて、届出のあったケアプランの検証や届出頻度を次のとおり見直されました。
- ① 検証の仕方について、地域ケア会議だけでなく、行政職員やリハビリテーション専門職を派遣する形で行うサービス担当者会議等での対応が可能となりました。
 - ② 届出頻度について、検証したケアプランの次回の届出は1年後となりました。
- (2) 区分支給限度基準額の利用割合が高く、訪問介護が利用サービスの大部分を占める等のケアプランを作成する居宅介護支援事業所を事業所単位で抽出するなどの点検・検証の仕組みを導入する。

介護支援専門員は、その勤務する指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた指定居宅サービス等に係る居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費及び特例地域密着型介護サービス費（以下この号において「サービス費」といいます。）の総額が居宅介護サービス費等区分支給限度基準額に占める割合及び訪問介護に係る居宅介護サービス費がサービス費の総額に占める割合が厚生労働大臣が定める基準（※1）に該当する場合であって、かつ、市町村からの求めがあった場合には、当該指定居宅介護支援事業所の居宅サービス計画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等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りません。

※1 厚生労働大臣が定める基準（令和3年9月14日厚生労働省告示第336号）

- ① サービス費の総額が居宅介護サービス費等区分支給限度基準額に占める割合70%以上
- ② 訪問介護に係る居宅介護サービス費がサービス費の総額に占める割合60%以上

※令和3年10月から施行されています。



10 サービス付き高齢者向け住宅等における適正なサービス提供の確保

訪問系サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護を除く。）、通所型サービス（地域密着型通所介護及び認知症対応型通所介護を除く。）及び福祉用具貸与について、事業所と同一のサービス付き高齢者向け住宅等に居住する者のケアプランに関し、区分支給限度基準額の利用割合が高い者が多い場合には、併設事業所の特定を行い、当該ケアプランを作成する居宅介護支援事業者を事業所単位で抽出するなどの点検・検証を行う。

また、サービス付き高齢者向け住宅等における家賃の確認や利用者のケアプランの確認などを行うことにより、介護保険サービスが入居者の自立支援等につながっているか等も考慮しながら、指導監督権限を持つ自治体による更なる指導徹底を図ります。

※「事業所単位で抽出するなどの点検・検証」は、令和3年10月から施行します。

11 居宅介護支援における（看護）小規模多機能型居宅介護事業所連携加算の廃止

（看護）小規模多機能型居宅介護事業所連携加算について、報酬体系の簡素化のため、算定実績を踏まえて廃止されました。

<単位数>

令和2年度まで		⇒	令和3年度以降
小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	300単位/月		廃止
看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	300単位/月		
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	300単位/月		

2

運営等に関する基準について

1 「管理者」

平成30年度介護報酬改定において設けられた居宅介護支援事業所における管理者要件について、事業所の人材確保に関する状況等を考慮し、令和3年3月31日までとしていた経過措置期間が延長されました。また、主任介護支援専門員の確保が著しく困難である等やむを得ない理由がある場合について、主任介護支援専門員を管理者としない取扱いを可能するため、所要の改正が行われました。

(1) 管理者要件（改正省令第1条）

令和3年4月1日以降、居宅介護支援事業所管理者となる者は、いずれの事業所であっても主任介護支援専門員であることとする。

ただし、以下のような、主任介護支援専門員の確保が著しく困難である等やむを得ない理由がある場合については、管理者を介護支援専門員とする取扱いを可能とする。

- 令和3年4月1日以降、不測の事態（※）により、主任介護支援専門員を管理者とできなくなってしまった場合であって、主任介護支援専門員を管理者とできなくなった理由と、今後の管理者確保のための計画書を保険者に届出した場合

なお、この場合、管理者を主任介護支援専門員とする要件の適用を1年間猶予するとともに、当該地域に他に居宅介護支援事業所がない場合など、利用者保護の観点から特に必要と認められる場合には、保険者の判断により、この猶予期間を延長することができることとする。

（※）不測の事態については、保険者において個別に判断することとなるが、想定される主な例は次のとおり

- ・ 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

- 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

(2) 管理者要件の適用の猶予（改正省令第2条）

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については、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日まで猶予する。

（※）ただし、令和3年4月1日以降に管理者が変更となった場合や、当該日以降の新規事業所の管理者は、主任介護支援専門員の資格が必要です。

2 「内容及び手続の説明及び同意」

(1) 契約時の説明等

居宅介護支援の提供の開始に際しては、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要など、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、サービス提供開始に係る同意を文書により得なければなりません。

また、契約時に利用者やその家族に対して、ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、以下の説明を行う必要があります。この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(記名押印も可)を得なければなりません。

※介護予防支援を含む。

- ・利用者は複数の事業所の紹介を求めることができること
- ・利用者は当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることができること

※上記説明及び利用者の署名の取得を行わなかった場合は、**運営基準減算**となります。

今回の改定により、前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護(以下「訪問介護等」という。)がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合、前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうちに同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合等を説明することを義務づけられました。

なお、この内容を利用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なうとともに、それら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りません。また、前6月間については、毎年度2回、次の期間における当該事業所において作成された居宅サービス計画を対象とします。

① 前期(3月1日から8月末日) ② 後期(9月1日から2月末日)

注意

文書を交付して説明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減算となります。

(2) 入院時における医療機関との連携促進

指定居宅介護支援事業者と入院先医療機関との早期からの連携を促進する観点から、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、利用者又はその家族に対し事前に協力を求める必要があります。

※介護予防支援を含む。

3 「指定居宅介護支援の具体的取扱方針」

① ケアマネジメントプロセスの簡素化【ターミナルケアマネジメント加算関連】

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を

得ることを前提として、サービス担当者会議への招集を不要とすること等により、ケアマネジメントプロセスが簡素化されています。

指定居宅介護支援事業者は、サービス担当者会議の開催により、～略～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その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。（第13条の9）

② 平時からの医療機関との連携促進

ア 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づけられています。

※介護予防支援を含む。

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時その他必要と認めるときは、利用者の服薬情報、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するものとする。（第13条の13の2）

イ 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされていますが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付しなければなりません。なお、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。

※介護予防支援を含む。

（利用者が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）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。（第13条の19の2）

③ 訪問回数の多い訪問介護対策

訪問回数の多いケアプランについては、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り、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数（※）の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出なければなりません。

※届出の対象となる訪問介護の種類

生活援助中心型サービス（身体1生活1など身体介護に引き続き生活援助が中心となるものは対象外）

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。（第13条の18の2）

※検証の仕方について、地域ケア会議のみならず、行政職員やリハビリテーション専門職

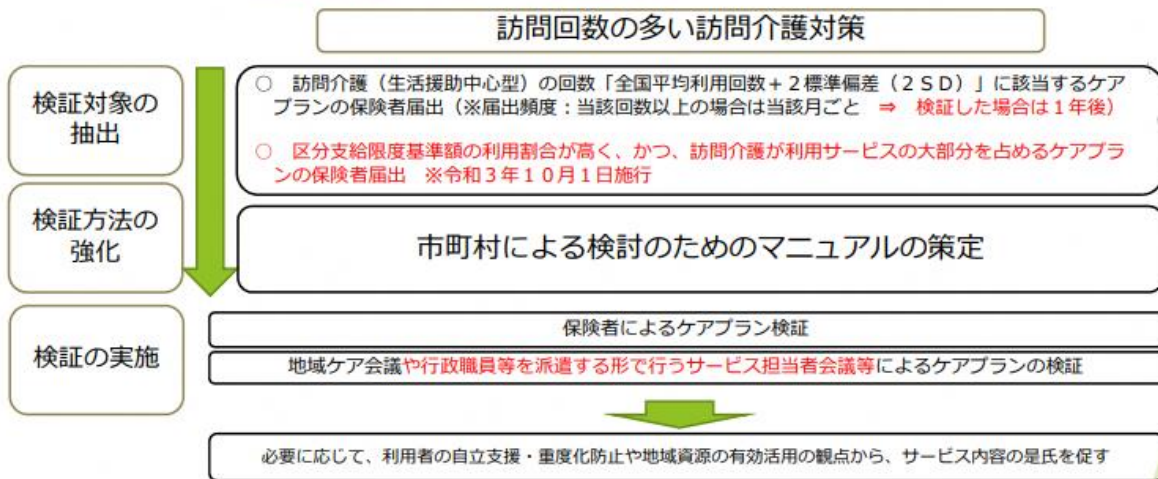
を派遣する形で行うサービス担当者会議等での対応を可能とする。
 ※届出頻度について、検証したケアプランの次回の届出は1年後とする。

厚生労働大臣が定める回数について

【基準回数】

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
回数	27回	34回	43回	38回	31回

【イメージ図】 ※赤字部分：令和3年度見直し分

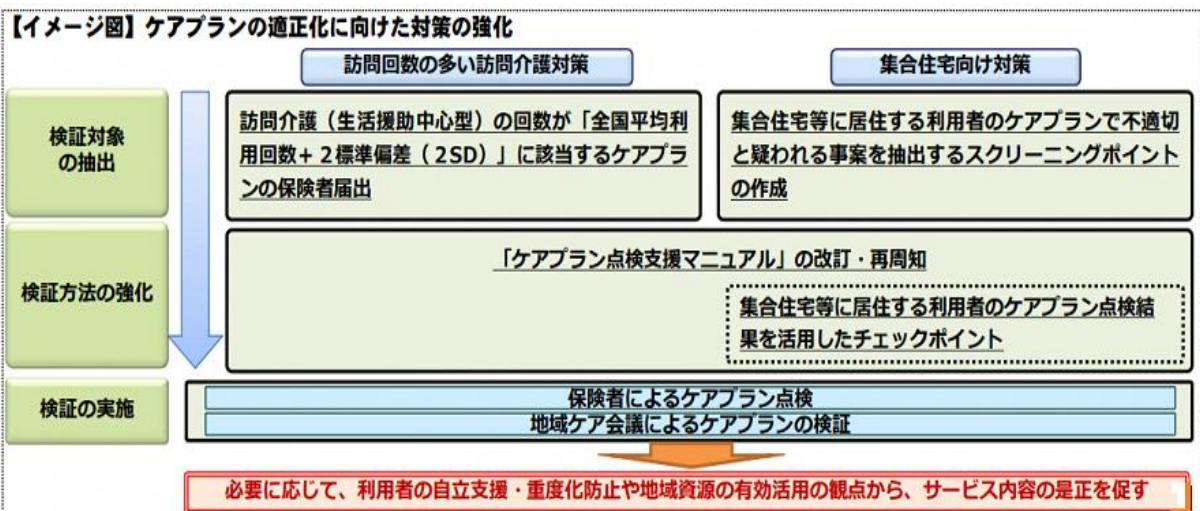



4 地域ケア会議等におけるケアプラン検証

市町村は、上記3③に基づき届け出られたケアプランの検証を地域ケア会議等で行うこととなります。

また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、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、サービス内容の是正を促します。

地域ケア会議は、次に掲げる事項について検討を行うものとする。
 二 指定居宅介護支援等基準第13条第18号の2（※前項参照）の規定により届け出られた居宅サービス計画に関する事項（第140条の72の2）





指導事例

- ① サービス提供開始時に「複数の事業所の紹介を求めることができること」及び「当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることができること」について文書同意を得ていなかった。
- ② 医療系サービスを位置付けた際に医師からの指示を確認していなかった。また、医師へ居宅サービス計画を提供していなかった。

《区分支給限度基準額》

居宅介護サービスと地域密着型サービスには、要介護度別に区分支給限度基準額を設定して一定の制約を設け、また、その範囲内でサービス選択を可能とする仕組みとなっている。

1 区分支給限度基準額の算定の際の留意点

「同一建物減算」又は「同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは、事業所と同一の建物に居住する利用者に対する減算（集合住宅減算）」を適用する対象者の区分支給限度基準額を算定する際には、減算前の単位数を用いることとされています。

※該当サービス：訪問介護、（予防）訪問入浴介護、（予防）訪問看護、（予防）訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護

2 区分支給限度基準額の算定に含まれない加算

次に掲げる加算は、記載サービスの区分支給限度基準額の算定の際には含めません。

① サービス提供体制強化加算

訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、地域密着型通所介護

② 総合マネジメント体制強化加算

定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

③ 訪問体制強化加算：小規模多機能型居宅介護

④ 訪問看護体制強化加算：看護小規模多機能型居宅介護

⑤ 特別地域加算

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護

⑥ 介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算

訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、地域密着型通所介護

⑦ 緊急時訪問看護加算・特別管理加算・ターミナルケア加算

訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護

⑧ 事業開始時支援加算：看護小規模多機能型居宅介護

⑨ 介護老人保健施設の緊急時施設療養費（緊急時治療管理・特定治療）・特別療養費：短期入所療養介護

⑩ 病院・診療所の特定診療費：短期入所療養介護

4

人員基準と取扱件数について

1 管理者（「変更に係る届出」：事前届出必要）

(1) 管理者の兼務の範囲（基準条例第6条）

ア 管理者は主任介護支援専門員（※）の資格を有する者でなければなりません。

1. 令和3年4月1日以降に、主任介護支援専門員の確保が著しく困難である等のやむを得ない理由がある場合については、保険者に届け出ることによって、一定の間介護支援専門員を管理者とすることができます。

※やむを得ない理由とは

不測の事態により、主任介護支援専門員を管理者とできなくなった理由と、今後の「管理者確保のための計画書」を保険者に届け出た場合は、管理者を主任介護支援専門員とする要件の適用を1年間猶予することができます。

- ・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
- ・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

2. 令和3年3月31日までに、指定を受けている事業所については、令和3年3月31日時点で管理者である介護支援専門員が管理者である場合は、令和9年3月31日まで管理者を主任介護支援専門員とする要件の適用が猶予されます。
ただし、令和3年4月1日以降に管理者変更を行う場合は、通常の基準どおり、主任介護支援専門員でなければなりません。

イ 原則として常勤かつ専従の管理者を配置しなければなりません。ただし、居宅介護支援事業所の管理に支障がない場合に限り、次の職務に従事することが可能です。

- ① 当該居宅介護支援事業所の介護支援専門員の職務
- ② 同一敷地内にある他の事業所の職務
 - ・同一敷地内にある他の事業所の職務とは、指定居宅サービスを行う事業所に限るものではなく、介護保険施設や病院、診療所、薬局等の他業種の業務を含みます。

(2) 管理者の責務（基準条例第20条）

- ① 従業者の管理、利用の申込み調整、業務の実施状況の把握など一元的に管理
- ② 従業者に運営に関する基準を遵守させるための必要な指揮命令

管理者は、事業所の営業中は、常に利用者からの利用申込等に対応できる体制を整えている必要があり、業務上の必要性から当該事業所に不在となる場合であっても、その他の従業者等を通じ、利用者が適切に管理者に連絡が取れる体制としておく必要があります。

2 介護支援専門員（「変更に係る届出」：事前届出必要）

(1) 資格要件（介護保険法第69条の7・第69条の8）

ア 介護支援専門員資格には、5年毎の更新制度があります。有効期間が切れていると、

介護支援専門員としての業務に従事することはできません。

イ 資格更新のためには、有効期間満了日前までに更新研修か、専門研修課程Ⅰ及びⅡを修了したうえで、介護支援専門員証の更新申請を行う必要があります。

(2) 事業所の介護支援専門員に身分を証する書類（介護支援専門員証）を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示してください。

注意

○ 介護支援専門員の資格を要する職種について、専門員証の有効期間と更新状況の確認を事業所が怠った結果、有効期間が切れたまま実務に従事していた時期の介護報酬が返還となった事例もあります。重大な人員基準違反にもつながりうる点をご認識いただき、更新手続きについて管理してください。

【新型コロナウイルス感染症に係る介護支援専門員等の資格を喪失しない取扱いについて】（令和2年6月11日神奈川県福祉子どもみらい局福祉局地域福祉課長通知 地福第1229号）

神奈川県から以下のとおり取扱いについて示されていますので、該当する方は対応が必要となります。

1. 資格を喪失しない取扱いについて

(1) 介護支援専門員証

- 令和2年2月28日から令和3年3月31日までの間に有効期間が満了する場合、令和4年3月31日まで資格を喪失しない取扱いとします。
- 令和3年4月1日から令和4年3月31日までの間に有効期間が満了する場合、令和5年3月31日まで資格を喪失しない取扱いとします。

介護支援専門員証に記載の有効期間満了日	資格を喪失しない取扱いの期間の終期
令和2年2月28日から令和3年3月31日まで	令和4年3月31日
令和3年4月1日から令和4年3月31日まで	令和5年3月31日

- 介護支援専門員証の有効期間が令和2年2月28日以降に満了する方で令和元年度に延期となった再研修の受講者については、資格を喪失しない取扱いの対象外となります。再研修を修了後、介護支援専門員証の交付申請をしてください。交付申請書を収受した日から5年間の有効期間が設けられます。
- 新型コロナウイルス感染症の影響により、資格を喪失しない取扱いの対象者の拡大、期間の終期の延長等変更が生じた場合は、下記ホームページ等で案内があります。

県ホームページ「介護支援専門員の研修情報」

<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/n7j/cnt/f3721/p1091762.html>

(2) 主任介護支援専門員

- 令和2年2月28日から令和3年3月31日までの間に有効期間が満了する場合、令和4年3月31日まで資格を喪失しない取扱いとします。

- 令和3年4月1日から令和4年3月31日までの間に有効期間が満了する場合、令和5年3月31日まで資格を喪失しない取扱いとします。

主任介護支援専門員研修修了証明書に記載の有効期間満了日（※1）	資格を喪失しない取扱いの期間の終期（※2）
令和2年2月28日から令和3年3月31日まで (平成24年度から平成27年度の間に修了)	令和4年3月31日
令和3年4月1日から令和4年3月31日まで (平成28年度に修了)	令和5年3月31日

※1 平成28年度から主任介護支援専門員の更新制度が導入されたため、平成27年度までに修了した主任介護支援専門員研修の修了証明書には有効期間満了日の記載はありませんが、介護支援専門員証と同様、5年間の有効期間満了日が設けられています。

※2 平成24年度から平成26年度の間に修了した主任介護支援専門員については、令和2年3月31日まで有効期間の経過措置が設けられており、経過措置の対象者についても、資格を喪失しない取扱いとします。

- 新型コロナウイルス感染症の影響により、資格を喪失しない取扱いの対象者の拡大、期間の終期の延長等変更が生じた場合は、下記ホームページ等でご案内します。

県ホームページ「主任介護支援専門員研修及び主任介護支援専門員更新研修について」

<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/n7j/cnt/f3721/p553196.html>

2. 資格を喪失しない取扱いの対象者が行う手続きについて

- 資格を喪失しない取扱いの対象となるために、手続きは必要ありません。
- ただし、資格を喪失しない取扱いの終期までに、介護支援専門員証の場合は更新に必要な研修を修了後に更新申請を行う、主任介護支援専門員の場合は主任介護支援専門員更新研修を修了する必要があります。
- 有効期間満了後に、市町村等から介護支援専門員等の資格の状況を確認された場合は、「新型コロナウイルス感染症に係る介護支援専門員等の資格を喪失しない取扱いについて（通知）」（令和2年6月11日付神奈川県福祉子どもみらい局福祉部地域福祉課長通知）を提示してください。

(3) 配置数（基準条例第5条第1項）

ア 常勤の介護支援専門員を1以上配置しなければなりません。

イ 利用者の数が35人に対して1人を基準とし 又はその端数を増すごとに1人とし
ます。

ポイント

【常勤とは】

- 当該事業所での勤務時間が、当該事業所で定める常勤の従業者が勤務すべき時間数（週32時間を下回る場合は週32時間を基本）に達していることをいいます。

○ただし、育児休業等の労働時間短縮が講じられている者は、利用者処遇に支障がない体制を事業所が整えている場合は、30時間として取り扱うことが可能です。

3 取扱件数と基準担当件数等

(1) 取扱件数と居宅介護支援費（厚告第20号別表イ注1、老企第36号第三の7）

居宅介護支援費は、当該事業所の介護支援専門員1人当たりの取扱件数に応じて、次のとおり所定単位数が算定されます。

【介護報酬の基本単位の取扱い】

居宅介護支援費は、利用者に対して指定居宅介護支援を行い、かつ、月の末日において給付管理票を提出している事業者について、上記区分に従い、所定単位数を算定します。

① 居宅介護支援費（Ⅰ）：居宅介護支援費（Ⅱ）を算定していない事業所（単位／月）

要介護状態区分	取扱件数	要介護1 要介護2	要介護3 要介護4 要介護5
居宅介護支援費（ⅰ）	<u>40件未満</u>	<u>1,076単位</u>	<u>1,398単位</u>
居宅介護支援費（ⅱ）	<u>40件以上～ 60件未満</u>	<u>539単位</u>	<u>698単位</u>
居宅介護支援費（ⅲ）	<u>60件以上</u>	<u>323単位</u>	<u>418単位</u>

② 居宅介護支援費（Ⅱ）：一定の情報通信機器（人工知能関連技術を活用したものを含む。）の活用又は事務職員の配置を行っている事業所

要介護状態区分	取扱件数	要介護1 要介護2	要介護3 要介護4 要介護5
居宅介護支援費（ⅰ）	<u>45件未満</u>	<u>1,076単位</u>	<u>1,398単位</u>
居宅介護支援費（ⅱ）	<u>45件以上～ 60件未満</u>	<u>522単位</u>	<u>677単位</u>
居宅介護支援費（ⅲ）	<u>60件以上</u>	<u>313単位</u>	<u>406単位</u>

情報通信機器（人工知能関連技術を含む）の活用

情報通信機器（人工知能関連技術を含む）については、当該事業所の介護支援専門員が行う指定居宅介護支援等基準第13条に掲げる一連の業務等の負担軽減や効率化に資するものとするが、具体的には、

① 当該事業所内外や利用者の情報を共有できるチャット機能のアプリケーションを備えたスマートフォン

- ② 訪問記録を随時記載できる機能（音声入力も可）のソフトウェアを組み込んだタブレット等とする。

この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

【事務職員の配置】

- 事務職員については、当該事業所の介護支援専門員が行う指定居宅介護支援等基準第 13 条に掲げる一連の業務等の負担軽減や効率化に資する職員とするが、その勤務形態は常勤のものでなくても差し支えない。なお、当該事業所内の配置に限らず、同一法人内の配置でも認められるが、常勤換算で介護支援専門員 1 人あたり 1 月 24 時間以上の勤務を必要とする。

【居宅介護支援費の割り当て】

- 居宅介護支援費（i）、（ii）又は（iii）の利用者ごとの割り当ては、利用者の契約日が古いものから順に、1 件目から 39 件目（常勤換算方法で 1 を超える数の介護支援専門員がいる場合は、40 にその数を乗じた数から 1 を減じた件数まで）については居宅介護支援費（i）を算定し、40 件目（常勤換算方法で 1 を超える数の介護支援専門員がいる場合は、40 にその数を乗じた件数）以降については、取扱件数に応じ、それぞれ居宅介護支援費（ii）又は（iii）を算定します。
- ただし、居宅介護支援費（II）を算定する場合は、「39 件目」を「44 件目」と、「40」を「45」と読み替える。

取扱件数の算定方法は次のとおりです。

指定居宅介護支援事業所全体の利用者（月末に給付管理を行っている者をいう）の総数に指定介護予防支援事業者から委託を受けた指定介護予防支援に係る利用者の数に 2 分の 1 に乗じた数を加えた数を、当該事業所の常勤換算方法により算定した介護支援専門員の員数で除して得た数により該当する区分を適用する。

適用する区分のそれぞれの単位数を利用者数（指定介護予防支援事業者から委託を受けた指定介護予防支援に係る利用者の数を除く）に乗じて得た単位を算定する。

（2）取扱件数と基準担当件数について（基準条例第 5 条第 2 項）

ア 取扱件数及び基準担当件数（1 人当たり 35 件）は、事業所全体の常勤換算後の介護支援専門員 1 人当たり担当件数の基準を定めています。なお、基準担当件数が「36 件以上 40 件未満」であっても、直ちに基準違反とはなりません。

イ 介護支援専門員の経験年数や担当ケースの難易度により、適切な範囲で実際に担当する件数に差を設けることも差し支えありませんが、過度な差が生じないようにご留意ください。

指導事例

- ① 管理者が、同一敷地内ではない場所で、他の事業の職務を行っていた。
- ② 管理者兼介護支援専門員は、居宅介護支援事業所と同一敷地内にある訪問看護事業所で管理者として業務に従事しているが、介護支援専門員の常勤換算方法による員数の算出において、訪問看護事業所で管理者業務に従事する時間も含めてカウントしていた。(居宅介護支援事業所の管理者、介護支援専門員以外の業務時間を含めることはできません。)

(3) 居宅介護支援費を算定しない場合

サービス利用票の作成が行われなかった月及びサービス利用票を作成した月においても利用実績のない月については、給付管理表を作成できないため、居宅介護支援費は請求できません(短期利用居宅介護費・短期利用認知症対応型共同生活介護を算定する場合を除く)

ただし、病院若しくは診療所又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設(以下「病院等」という。)から退院又は退所する者であって、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断した利用者については、当該利用者に対してモニタリング等の必要なマネジメントを行い、給付管理票の作成など、請求にあたって必要な書類の整備を行っている場合は請求することができます。なお、その際は居宅介護支援費を算定した旨を適切に説明できるよう、個々のケアプラン島において記録を残しつつ、居宅介護支援事業所においてこれらの書類等を管理しておくことが必要です。

【21.3.23 事務連絡 介護保険最新情報 vol.69 (平成21年4月改定関係 Q&A vol.1)】

(問 59) 取扱件数 39・40 件目又は 59・60 件目に当たる利用者について、契約日は同一であるが、報酬単価が異なる利用者(「要介護1・2:1,005 単位/月」と「要介護3・4・5:1,306 単位/月」)であった場合、当該利用者をどのように並べるのか。

(答) 利用者については、契約日順に並べることとしているが、居宅介護支援費の区分が異なる39件目と40件目又は59件目と60件目において、それぞれに当たる利用者の報酬単価が異なっていた場合については、報酬単価が高い利用者(「要介護3・4・5:1,306 単位/月」)から先に並べることとし、40件目又は60件目に報酬単価が低い利用者(「要介護1・2:1,005 単位/月」)を位置付けることとする。

(※現行の単位数とは一部異なる部分がありますが、厚労省が示している原文のまま掲載しています。)

5

居宅サービス計画の作成と変更について

1 居宅サービス計画の作成・変更及び説明・同意・交付

居宅サービス計画を作成した際は、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た上で交付しなければなりません。

同意の署名をもらうだけでなく、説明した日と交付した日がわかる記録が必要です。

(1) 居宅サービス計画の「説明・同意・交付」のタイミング

① 居宅サービス計画を作成した際

② 居宅サービス計画を変更した際

(2) 居宅サービス計画を「交付する者」

① 利用者

② 指定居宅サービス等事業者のサービス担当者

③ 主治の医師等（利用者が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）

記載例

居宅サービス計画書の説明を受け、同意し、受領しました。

令和〇年〇月〇日 足柄 花子 ㊞ 続柄 本人

注意

① 居宅サービス計画の説明・同意・交付は、居宅サービスの開始前に行ってください。行っていない場合、運営基準減算の対象となります。

② 指定居宅サービス事業所のサービス担当者は、居宅サービス計画の内容に沿ってサービス計画を作成しますので、新規及び変更の都度交付してください。

交付していない場合は、運営基準減算の対象になります。

2 サービス担当者会議

(1) サービス担当者会議の開催時期

ア 新規作成・変更作成の場合

サービス担当者会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有し、当該居宅サービス計画原案への専門的な見地からの意見を求めます。

① 新規に居宅サービス計画の原案を作成したとき

② 居宅サービス計画を変更するとき

イ 居宅サービス計画の変更を検討しなければならない場合

サービス担当者会議を開催し、居宅サービス計画の変更について、担当者からの専門的見地からの意見を求めます。

① 要介護更新認定のとき

② 要介護状態区分の変更認定のとき

(2) サービス担当者会議への招集を不要とすることができる場合

サービス担当者会議は、居宅サービス計画に位置づけた事業所の担当者の出席が原則ですが、次の場合は、担当者への照会で意見を求めることができる※こととされています。

ア 利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況により、主治の医師又は歯科医師の意見を勘案して、照会等で意見を求めることが必要と認める場合

イ やむを得ない理由がある場合（以下の①～③のとおり）

① サービス担当者会議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参

加を得られなかった場合（サービス担当者会議は「軽微な変更」である場合を除き、居宅サービス計画に係る担当者全員が参加する必要があります。）

- ② 居宅サービス計画の変更後から間もないため、利用者状態に大きな変化が見られない場合
- ③ 居宅サービス計画の「軽微な変更」に該当する場合 ⇒ 下記【参考】参照

ポイント

《※サービス担当者に照会し意見を求めた場合》

- ① 担当者の意見の内容、出席できない等の理由を記録してください。
- ② 利用者の状況等についての情報や、居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要があります。

(3) サービス担当者会議は、次の条件を満たした場合、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。）を活用して行うことができます。

- ア 利用者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。
- イ テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・高齢労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

【参考：居宅サービス計画の「軽微な変更」とは】

(1) 変更の際の例外規定

居宅サービス計画の変更の場合、介護支援専門員が「軽微な変更」と判断した際は、基準条例第 16 条第 3 号から第 12 号の一連の業務を行う必要がないとされています。

(2) 「軽微な変更」とは

「軽微な変更」に該当するかどうかの判定は、変更する内容が「基準条例第 16 条第 3 号から第 12 号までの一連の業務を行う必要性の高い変更」であるかで判断します。

《参考：南足柄市指定居宅介護支援等の事業の人員、運営等の基準等を定める条例》
※他町村の条例の番号と必ずしも一致しませんので、留意してください。

第 16 条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

- 第 3 号 継続的かつ計画的なサービスの利用
- 第 4 号 総合的な居宅サービス計画の作成
- 第 5 号 利用者自身によるサービスの選択
- 第 6 号 課題分析（アセスメント）の実施
- 第 7 号 課題分析における留意点（利用者の訪問・面接等）
- 第 8 号 居宅サービス計画の原案の作成
- 第 9 号 サービス担当者会議による専門的な見地からの意見聴取
- 第 10 号 居宅サービス計画の原案に係る説明・同意
- 第 11 号 居宅サービス計画の交付
- 第 12 号 指定居宅サービス等事業者に対する個別サービス計画の提出要求

ポイント

《「軽微な変更」の判断ポイント》

- 利用者の希望による変更か。
- 利用者の状態像に変化はないか。

○ サービス担当者会議の開催が不要と自信をもって判断できるか。

(3) 「軽微な変更」の場合の留意点

- ① 「やむを得ない理由」がある場合として、担当者への照会等により意見を求めることができますが、介護支援専門員がサービス事業所へ周知した方がよいと判断する場合などは、サービス担当者会議の開催を制限するものではありません。
- ② サービス担当者会議の開催が必要である変更を、誤って「軽微な変更」として扱い、サービス担当者会議を行わなかった場合や、変更した居宅サービス計画を利用者及びサービス担当者に交付しなかった場合は、運営基準減算の対象となります。
判断に迷うケースについては、保険者に確認してください。

<居宅サービス計画の「軽微な変更」の内容例>

	変更内容	「軽微な変更」に該当する事例
1	サービス提供の曜日変更	利用者の体調不良や家族都合など臨時的・一時的なもので、単なる曜日、日付の変更のような場合
2	サービス提供の回数変更	同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減
3	利用者の住所変更	同左
4	事業所の名称変更	同左
5	目標期間の延長	ケアプラン上の目標設定(課題や期間)を変更する必要がなく、単に目標設定期間を延長する場合 <u>※目標設定の再検討は、必ず行ってください。</u>
6	福祉用具で同等の用具に変更する場合で単位数のみが異なる場合	福祉用具の同一種目で機能の変化を伴わない用具の変更
7	目標もサービスも変わらない単なる事業所変更(利用者状況以外の原因によるもの)	同左
8	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	第一表「総合的な援助方針」や第二表「生活全般の解決すべき課題、目標、サービス種別等」が変わらずに、目標達成のサービス内容が変わるだけの場合
9	担当介護支援専門員の変更	契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更(ただし、新しい担当者が利用者をはじめ各サービス担当者とは面識を有していること)

3 アセスメント

アセスメントは、ケアマネジメントにおいて、介護支援専門員が行う最も重要で専門的な作業です。アセスメントは、「適切な方法」(※)で、利用者が現に抱える問題点を明らかにし、日常生活を営むために支援する上で解決すべき課題を把握しなければなりません。
※「適切な方法」: 介護支援専門員の個人的な考え方や手法ではなく、利用者の課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められるもの

(1) 課題分析標準項目

「課題分析標準項目」は、介護サービス計画の適切な作成等を担保する標準例として提示されているものです。このため、独自のアセスメント方法等を採用する場合であっても、この23項目は網羅される必要があります。

【課題分析標準項目（老企 29 号別紙 4）】

＜基本情報に関する項目＞

①基本情報、②生活状況、③利用者の被保険者情報、④現在利用しているサービス状況、⑤障害老人の日常生活自立度、⑥認知症である老人の日常生活自立度、⑦主訴、⑧認定情報、⑨課題分析理由

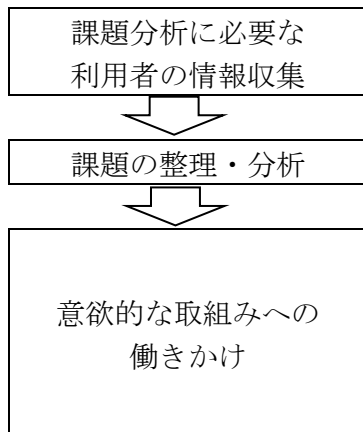
＜課題分析に関する項目＞

⑩健康状態、⑪ADL、⑫IADL、⑬認知、⑭コミュニケーション能力、⑮社会との関わり、⑯排尿・排便、⑰じょく瘡・皮膚の問題、⑱口腔衛生、⑲食事摂取、⑳問題行動、㉑介護力、㉒居住環境、㉓特別な状況

(2) 利用者の解決すべき課題把握

- ア 利用者の心身状態、生活環境、介護力等の各項目の情報を的確総合的に把握し、利用者や家族が直面している問題や生活を営む上での課題（自覚・無自覚）を整理し、その原因・背景をあらゆる面から分析し、「状態」と「原因」をつなぐ必要があります。
- イ アセスメントを通じ利用者が「望む生活」に向けて前向きに課題を受け止め、主体的な取組みができるよう、専門職として働きかけることが重要です。
- ウ 自立支援を目指す居宅サービス計画の作成が重要です。問題点や課題等から、支援が必要な状況を明らかにし、また、利用者や家族からポジティブな生活意欲を引き出し、利用者の有する能力や改善可能性に着目したアセスメントを行う必要があります。

(3) アセスメント表の役割



- ・アセスメント表は、左記の一連の流れを適切に実施するために必要不可欠なものです。アセスメント表を作成することが目的ではありません。
- ・不十分なアセスメントからは、適切な課題や目標は導き出されず、本来目指すべき「自立支援」とかけ離れた居宅サービス計画となってしまいます。
- ・管理者は、介護支援専門員の課題分析能力を向上させるよう努めます。資質向上のため、研修機会を確保することは、居宅介護支援事業者の責務です。

注意

○利用者の居宅を訪問せず、利用者及びその家族に面接していない場合、運営基準減算の対象になりますのでご注意ください。

(4) 課題整理総括表について

介護支援専門員については、「利用者増や課題に応じた適切なアセスメントが必ずしも十分でない」、「サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない」といった課題が指摘されています。

これらの課題に対応するため、利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際に、適切な情報共有に資することを目的に策定した「課題整理総括表」を活用してください。

＜活用の場面＞

- ・介護支援専門員の研修で活用

- ・サービス担当者会議や地域ケア会議等における多職種間での情報共有に活用
- ・課題を導いた考え方などが明確にされ、具体的な指導につながることから、初任介護支援専門員が主任介護支援専門員等から OJT 研修を受ける際に活用

《「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の掲載場所》

<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou/detail?gno=1920&ct=020060090>

WAMNET トップページ> 行政情報 > 介護 > 介護全般 > 「介護保険最新情報」 > 介護保険最新情報 vol. 379

4 モニタリング

居宅介護支援事業者として、利用者の有する解決すべき課題に即した適切なサービスを組み合わせ、利用者に提供し続ける必要があります。

そのため、介護支援専門員は、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であり、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（モニタリング）を行わなければなりません。

(1) モニタリングの実施

ア 次の内容を行う必要があります。いずれかひとつでも満たさない場合は、運営基準減算となります。

- ① 少なくとも1月に1回は利用者の居宅を訪問して、利用者に面接して行うこと
- ② 少なくとも1月に1回はその結果を記録しなければならないこと

イ 特段の事情がある場合は、行わないことができます。

ウ モニタリングには、継続的なアセスメントの実施も含まれます。

《「特段の事情」とは》

- 利用者が入院中であることなど、物理的な理由がある場合で、利用者に起因する内容であるものに限りません。
- 事業者側の都合は「特段の事情」には該当しません。

(2) 評価表について

モニタリングで、ケアプランに位置づけられたサービスの実施状況を把握し、短期目標を達成するために位置付けたサービスの提供期間が終了した際に、その評価・検証を行うことを目的に策定した「評価表」を活用してください。**(前述の URL を参照ください。)**

また、短期目標の終了時期に、サービスを提供する関係者の間で、目標の達成度合いとその背景を分析・共有することで、次のケアプランに向けた再アセスメントがより有効なものとなることも狙いとしています。

ポイント

＜居宅介護支援業務の順序について＞

- 利用者の課題分析（第6号）から居宅サービス計画の利用者への交付（第11号）に掲げる一連の業務は、基本的にはこのプロセスに応じて進めるべきものですが、緊急的なサービス利用等やむを得ない場合や、効果的・効率的に行うことを前提とするものであれば、業務の順序について拘束するものではありません。

指導事例

- ① 特殊寝台の貸与を位置づけていたが、福祉用具貸与事業者をサービス担当者会議に招集していなかった。
- ② 適切な方法によりアセスメントを行わずに居宅サービス計画を作成していた。
- ③ 居宅サービス計画の説明・同意・交付が確認できた日付よりも前に、居宅サービス計画が開始されていた。
- ④ 集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていなかった。

5 暫定ケアプランについて

要介護認定の新規申請、区分変更申請等において、認定結果が出る前にサービスを提供する場合、要支援又は要介護の認定結果を見込んだ上で作成する「暫定ケアプラン」の作成が必要です。

暫定ケアプランと実際の認定結果の区分が異なることにより、利用者に給付がなされないなどの不都合が生じることがありますので、十分留意してください。

＜暫定ケアプランが必要となる場合の例＞

- 新規利用者が認定結果が出る前（申請中）に、サービスの利用が必要となる場合
- 利用者の状態が悪化する等し、認定の有効期間の途中で区分変更を行う場合
- 要介護更新認定の結果が更新認定開始日よりも後になる場合

【市町村への照会内容と回答】

	照会内容	回 答
1	サービス担当者会議 「更新時、前ケアプランの目標評価を行い、サービス内容に変更がないと判断し、暫定ケアプランを作成した場合は、サービス担当者会議の開催は省略できるのか。」	更新時、前ケアプランの目標評価を行い、サービス内容に変更がないと判断し、暫定ケアプランを作成した場合は、利用者又はその家族の同意があれば、サービス担当者会議の開催を省略できる。ただし、省略した場合は、認定結果が出た後に速やかに一連の業務を実施すること。また、同意を得た日などを支援経過記録に記録しておくこと。
2	想定した要介護度等と認定結果が同一の場合 「暫定ケアプラン作成時に一連の業務を行っており、本ケアプランへの移行でサービス内容を変更しない場合は、改めて一連の業務を行う必要はあるのか。」	暫定ケアプランを作成時に一連の業務を行った場合は、アセスメント内容や目標等に変更がなければ、改めて一連の業務を行う必要はない。ただし、利用者又はその家族その旨を説明し、希望がある場合には、一連の業務を行うこと。また希望がなかった場合には、説明日や希望がなかった旨を支援経過記録に記録しておくこと。
3	想定していた要介護度と認定結果が異なった場合 「暫定ケアプラン作成時に一連の業務を行っており、本ケアプランへの移行でサービス内容を変更しない場合は、軽微な変更として取り扱ってよいか。」	厚生労働省例示のケアプランの軽微変更内容に「要介護度の変更」の記載がないため、軽微な変更には該当しないが、暫定プラン作成時に一連の業務を行った場合、アセスメント内容や目標等に変更がなければ、改めて一連の業務を行う必要はない。ただし、利用者や家族にその旨を説明し、希望がある場合には一連の業務を行うこと。また、希望がない場合は、説明日や希

		望がなかった旨を支援経過記録に記録しておくこと。
4	<p>暫定ケアプランを作成し、本ケアプランを作成した場合</p> <p>「①本ケアプランの作成日はいつにすればよいか。</p> <p>②本ケアプラン第2表の目標等の期間の取り扱いについては、どのように記載すればよいか。」</p>	<p>①本ケアプランの作成日は実際に作成した日とすること。</p> <p>②本ケアプランの第2表の目的等の期間は、本ケアプランの同意日を開始日とすること。</p>

※地域包括支援センターが暫定プランを作成し先行してサービスを利用し、認定結果が「要介護」になった場合や、居宅介護支援事業所が暫定プランを作成し先行してサービスを利用し、認定結果が「要支援」になった場合には、保険者への報告が必要です。

居宅サービスの居宅サービス計画への位置付けに係るポイント

1 保健医療サービスの位置付け

(1) 医師の指示内容の確認等

ア 主治医の指示の確認が必要な場合

- ① 訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションなどの保健医療サービスを位置付ける場合
- ② 定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護に、訪問看護サービスを位置付ける場合

イ 確認すべき内容

指示内容と指示期間等を確認し、記録する。

ウ 確認方法の例

- ① 医療機関への確認（主治医への聞き取り、受診時に同行等）
- ② 主治医意見書での確認

ポイント

○ 医師、歯科医師、薬剤師、看護職員が居宅療養管理指導を行った場合は、居宅介護支援事業者に対し、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行うことが必須とされています。居宅療養管理指導を算定している利用者については、当該情報を活用してください。

(2) 医療保険と介護保険の関係

ア 医療保険と介護保険の訪問看護の位置づけ

要介護認定を受けている利用者には、介護保険の訪問看護を算定することが原則ですが、次の場合には、医療保険の訪問看護を位置付けます。

① 「厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する利用者

【厚生労働大臣が定める疾病等（厚労告第94号第4号）】

①末期の悪性腫瘍、②多発性硬化症、③重症筋無力症、④スモン、⑤筋萎縮性側索硬化症、⑥脊髄小脳変性症、⑦ハンチントン病、⑧進行性筋ジストロフィー症、⑨パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、⑩多系統萎縮症、⑪プリオン病、⑫亜急性硬化性全脳炎、⑬ライソゾーム病、⑭副腎白質ジストロフィー、⑮脊髄性筋萎縮症、⑯球脊髄性筋萎縮症、⑰慢性炎症性脱髄性多発神経炎、⑱後天性免疫不全症候群、⑲頸髄損傷、⑳人工呼吸器を使用している状態

② 利用者が、急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別指示（訪問看護ステーションでは特別指示書の交付）があった場合（交付の日から14日間を限度）

イ 医療保険と介護保険のリハビリテーションの算定

保険医療機関においては、疾患別（維持期・生活期）リハビリテーション料は、平成31年4月1日以降は算定できないことから、円滑な介護保険におけるリハビリテーションへの移行のための取扱いが定められています。

平成 31 年 4 月以前に、維持期・生活期リハビリテーション料を算定していた保健医療機関から、介護保険におけるリハビリテーションに係る意見等が居宅介護支援事業所に寄せられた場合等には、十分に調整を行う必要があります。

(3) リハビリテーション事業者が行うリハビリテーション会議への出席

訪問・通所リハビリテーション事業者がリハビリテーション計画を作成する際、介護支援専門員や他のサービス担当者とともに「リハビリテーション会議」を開催し、専門的見地から利用者の状況等の情報共有をするよう努めることとされています。当該事業者からリハビリテーション会議の出席を求められた際は、協力をお願いします。

2 短期入所サービス等の位置付け

(1) 短期入所サービスの日数

要介護認定の有効期間の概ね半数を超えないようにしなければなりません。ただし、心身状況、環境等の適切な評価に基づき、在宅生活の維持のために必要であれば、半数を超えた位置付けも可能ですが、その場合は、ケアプランへの理由の記載が必要です。

(2) 緊急時の短期利用の対応

利用者の状態や家族等の事情で、介護支援専門員が緊急に利用することが必要と認めた者は、次の利用が可能です。

ア 緊急時の短期入所生活介護の利用

当該利用者や受入事業所の利用者の処遇に支障がない場合に限り、短期入所生活介護の専用居室以外の静養室での受入れが可能です。

- 7 日間が限度（日常生活上の世話をを行う家族の疾病等、やむを得ない事情があるときは 14 日間まで）
- 利用者数は、利用定員が 40 人未満である場合は 1 人まで、利用定員が 40 人以上である場合は 2 人まで

イ 緊急時の小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の短期利用

事業所の登録者数が登録定員未満で、当該登録者へのサービス提供に支障がないと介護支援専門員が認めた場合に限り、当該事業所での短期利用の受入れが可能です。

- 7 日以内（日常生活上の世話をを行う家族の疾病等のやむを得ない事情があるときは 14 日以内）

3 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の位置付け

(1) 居宅サービス計画への理由の記載

- 福祉用具貸与、特定福祉用具販売を位置付ける場合は、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た上で、居宅サービス計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければなりません。
- 福祉用具貸与を継続して位置付ける場合は、必要に応じてサービス担当者会議を開催し、継続する必要性を検証し、居宅サービス計画に継続する理由を記載しなければなりません。

(2) 軽度者に対する福祉用具貸与

ア 要介護状態区分が軽度の者は、福祉用具貸与に制限があります。

【要支援1、2及び要介護1の利用者に原則として貸与できない福祉用具】

- ①車いす、②車いす付属品、③特殊寝台、④特殊寝台付属品、⑤床ずれ防止用具、
⑥体位変換器、⑦認知症老人徘徊感知機器、⑧移動用リフト（つり具の部分を除く）

【要支援1、2及び要介護1、2、3の利用者に原則として貸与できない福祉用具】

- 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）

イ 厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（厚労告第94号第31号のイで定める者）は、例外的に対象とすることができます。

《認定調査票のうち基本調査の結果を用いる場合》

- ・対象の適否の判断は、原則として認定調査票のうち基本調査の結果を使います。
- ・介護支援専門員は、調査票の必要な部分の写しを市町村から入手し、指定福祉用具貸与事業者へ送付しなければなりません。（事業者への送付については、軽度者による送付の同意が必要です。）

《医師の医学的所見の収集を用いる場合》

1 「車いす及び車いす付属品・移動用リフト」

- ・医師の医学的所見の収集を行った後、サービス担当者会議を開催し、対象外種目の福祉用具を貸与することが軽度者に対して特に必要であるかを判断します。
- ・介護支援専門員は、主治医から得た情報と「利用が想定される状態像」に該当する理由をサービス記録と併せて保存する必要があります。

2 「車いす及び車いす付属品・移動用リフト以外」

- ・医師の医学的所見の収集を行った後、サービス担当者会議を開催し、対象外種目の福祉用具を貸与することが軽度者に対して特に必要であるかを判断します。
- ・介護支援専門員は、「軽度者に対する対象外種目の福祉用具貸与確認依頼書」と併せて必要書類を市町村に提出し、市町村から「軽度者に対する対象外種目の福祉用具貸与確認書」の交付を受けてから福祉用具貸与の利用を開始します。

注意

暫定プランで福祉用具貸与を位置づける場合は、認定結果が軽度者に該当する可能性があるため、あらかじめ医師の医学的所見の収集を行ってから、プランに位置づけ、必要に応じて市町村に「軽度者に対する対象外種目の福祉用具貸与確認依頼書」を提出してください。

4 訪問回数が多い訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合

介護支援専門員が、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護（生活援助中心型）を位置付けた場合には、市町村にケアプランを届け出る必要があります。

ア 厚生労働大臣が定める回数について

【基準回数】

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
回数	27回	34回	43回	38回	31回

※1月あたりの回数については、身体介助に引き続き生活援助を行う場合の回数は含みません。

例えば「身体1生活2」は回数の対象外となります。「生活2」「生活3」のみ回数に数えてください。

イ 届出の時期及び期限について

利用者の同意を得て交付（作成又は変更）した居宅サービス計画のうち、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）を位置付けたものについて、翌月の末日までに届けてください。

また、居宅サービス計画の提出頻度については、一度市町村が検討した居宅サービス計画については、次回の届出は、1年後でよいものとします。

ウ 提出書類について（南足柄市の場合）

- (1) 訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランの届出書（兼理由書）
 - (2) 居宅サービス計画書「第1表」～「第3表」の写し
 - (3) 訪問介護計画の写し
 - (4) サービス担当者会議の記録の写し
 - (5) サービス利用票（サービス開始月の利用予定）の写し
 - (6) 課題分析標準項目に係る記録（基本情報、アセスメント、課題整理表等）の写し
- ※（2）、（3）は、案ではなく、利用者の同意を得た計画の写しを提出してください。
※（6）は、提出用に新たに基本情報等を作成する必要はありません。
既に作成している記録の写しを提出してください。

エ 提出方法について（南足柄市の場合）

原則として、事前に電話予約のうえ、高齢介護課（市役所1階7番窓口）に直接提出してください。

なお、市外に所在する事業者の場合は、郵送での提出についても相談に応じます。

ポイント

- 届出せずにサービスを利用した場合や、地域ケア会議等で検討した結果、サービス利用に妥当性がないと保険者が判断した場合は、保険給付の対象にならないことがあります。
- 必要に応じて、届出内容について問い合わせることがあります。

指導事例

- ① 主治の医師の指示を確認せずに通所リハビリテーションなど、保健医療サービスを位置付けていた。
- ② 車いすを要介護1の利用者へ貸与可能であるか、認定調査票等で確認せずに貸与していた。
- ③ サービス提供事業所へ個別サービス計画の求めておらず、提出がなされていなかったことで、計画したサービスの内容の整合性の確認を行っておらず、加算の要件を満たしていないことに気づかずに給付管理を行ったため、後日、サービス提供事業者が過誤調整を行った。
- ④ 福祉用具貸与、特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置付ける際に、必要な理由や妥当性を検討した記録がなかった。

5 県指定サービスをプランに位置付ける場合

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護等の県指定サービスをプランに位置付ける際に、サービス提供の対象となるのか疑義等が生じた場合は、該当するサービス種類を所管する県の担当部署に確認をとり、保険者判断の事案になった場合は、保険者にお問合せください。

【神奈川県を担当窓口】

- ・神奈川県福祉子どもみらい局福祉部高齢福祉課 在宅サービスグループ
TEL : 045-210-1111 (代表)

7

運営基準に関する留意点

居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、一人ひとりに適したサービス提供がなされるよう、個別サービス計画との連動や、地域ケア会議への協力が規定されています。

1 サービス担当者に対する個別サービス計画の提出依頼

(1) 個別サービス計画の提出依頼

居宅サービス計画と個別サービス計画との連動性を高め、居宅介護支援事業所と指定居宅サービス等の事業所の意識の共有を図る観点から、介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス事業者等のサービス担当者から個別サービス計画の提出を求めてください。

(2) 提出依頼の時期

居宅サービス計画の新規作成時だけでなく、変更時にも同様の取り扱いとなるため、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性を必ず確認してください。

ポイント

《連動性や整合性の確認の時期と手法》

- 居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性の確認は、居宅サービス計画を担当者に交付した時だけでなく、随時行うことが望ましいこととされています。
- サービス担当者会議以前に居宅サービス計画（原案）を担当者に提供することで、サービス担当者会議の場に個別サービス計画の提出を求めて、情報の共有や調整を図るなどの手法も有効です。

2 地域ケア会議への協力

(1) 事例の提供

介護保険法上に位置づけた「地域ケア会議」において、個別のケアマネジメントの事例提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めることとしています。

(2) 訪問回数の多い訪問介護

統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとされ、「地域ケア会議」等でその内容が検証されます。

参考

【地域ケア会議（介護保険法第115条の48）】

- 個別ケースの支援内容の検討を通じて、介護保険法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援、高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築及び個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握を行うことなどを目的として市町村が設置する会議。

1 初回加算（300単位／月）

事業所において、新規に居宅サービス計画を作成する利用者に対して、指定居宅介護支援を行った場合についてはその他の別に厚生労働大臣が定める基準に適合する場合は1月につき所定単位数の加算が算定できます。

※ 退院・退所加算と同時に算定することはできません。

次のいずれかに該当する場合

イ 新規に居宅サービス計画を作成する利用者に対し居宅介護支援を行った場合

ロ 要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合

ハ 要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合

2 特定事業所加算

特定事業所加算制度は、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、医療・介護連携への積極的な取組等を総合的に実施することにより質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、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に資することを目的とするものです。

※本加算を取得した特定事業所については、毎月末までに、基準の遵守状況に関する所定の記録を作成し、2年間保存するとともに、市町村長から求めがあった場合については、提出をしなければなりません。

※特定事業所加算取得事業所については、介護保険法に基づく情報公表を行うほか、積極的に特定事業所加算取得事業所である旨を表示するなど利用者に対する情報提供を行う必要があります。また、利用者に対し、特定事業所加算取得事業所である旨及びその内容が理解できるよう説明を行ってください。

○ 特定事業所加算（I）： 505単位／月

（算定要件）

- ① 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を2名以上配置していること。
 - ・常勤かつ専従の主任介護支援専門員については、業務に支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務しても差し支えないものとする。
- ② 常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置していること。
 - ・常勤かつ専従の介護支援専門員3名とは別に、主任介護支援専門員2名を置く必要があること。したがって、当該加算を算定する事業所においては、少なくとも主任介護支援専門員2名及び介護支援専門員3名の合計5名を常勤かつ専従で配置する必要がある。
- ③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議※を定期的を開催すること。

(※)は、次の要件を満たすものでなければならないこと。

ア 課題については、少なくとも次のような議事を含めること。

- (ア) 現に抱える処遇困難ケースについての具体的な処遇方針
- (イ) 過去に取扱ったケースについての問題点及びその改善方策
- (ウ) 地域における事業者や活用できる社会資源の状況
- (エ) 保健医療及び福祉に関する諸制度
- (オ) ケアマネジメントに関する技術
- (カ) 利用者からの苦情があった場合は、その内容及び改善方針
- (キ) その他必要な事項

イ 議事については、記録を作成し、5年間保存しなければならない。

ウ 「定期的」とは、概ね週1回以上であること。

- ④ 24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。

・24時間連絡可能な体制とは、常時、担当者が携帯電話等により連絡を取ることができ、必要に応じて相談に応じることが可能な体制をとる必要があることであり、当該事業所の介護支援専門員が輪番制による対応等も可能である。

- ⑤ 算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護3から要介護5である者の割合が40%以上であること。

・要介護3から要介護5の者の割合が40%以上であることについては、毎月その割合を記録しておくこと。

また、特定事業所加算を算定する事業所については、積極的に支援困難ケースに取り組むべきこととされているものであり、こうした割合を満たすのみではなく、それ以外のケースについても、常に積極的に支援困難ケースを受け入れるべきものである。

なお、⑦の要件のうち、「地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合」に該当するケースについては、例外的に⑤の40%要件の枠外として取り扱うことが可能であること（すなわち、当該ケースについては、要介護3～要介護5の者の割合の計算の対象外として取り扱うことが可能）。

- ⑥ 介護支援専門員に対し、計画的に研修(※)を実施していること。

(※)については、当該事業所における介護支援専門員の資質向上のための研修体系と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、介護支援専門員について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等について、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに次年度の計画を定めなければならない。また、管理者は、研修目標の達成状況について、適宜、確認し、必要に応じて改善措置を講じなければならないこと。なお、年度の途中で加算取得の届出をする場合にあつては、当該届出を行うまでに当該計画を策定すればよいこと。

- ⑦ 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること。

- ・自ら積極的に支援困難ケースを受け入れるものでなければならず、常に地域包括支援センターとの連携を図らなければならない。
- ⑧ 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。
- ⑨ 運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。
 - ・減算の適用になっていないのみならず、特定事業所加算の趣旨を踏まえた、中立公正を確保し、実質的にサービス提供事業者からの独立性を確保した事業所である必要がある。
- ⑩ 介護支援専門員1人当たりの利用者の平均件数が原則として40件未満であること。ただし、居宅介護支援費（Ⅱ）を算定している場合は45件未満であること。
 - ・指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの提供を受ける利用者数を含みません。
- ⑪ 介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること。
 - ・協力及び協力体制とは、現に研修における実習等の受入が行われていることに限らず、受入が可能な体制が整っていることをいう。そのため、居宅介護支援事業所は、研修の実施主体との間で実習等の受入を行うことに同意していることを、書面等によって提示できるようにすること。
- ⑫ 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、研修会等を実施していること。
 - ・当該加算算定事業所は、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等の取組を、自ら率先して実施していかなければならない。なお、事例検討会等の内容、実施時期、共同で実施する他事業所等について、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに次年度の計画を定めなければならない。なお、年度の途中で加算取得の届出をする場合にあっては、当該届出を行うまでに当該計画を策定すること。
- ⑬ 必要に応じて多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス（介護給付費等対象サービス（法第24条第2項に規定する介護給付費等対象サービスをいう。）以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等をいう。）が包括的に居宅サービス計画を作成していること。

○ 特定事業所加算（Ⅱ）： 407単位／月

（算定要件）

- ・特定事業所加算（Ⅰ）の算定要件の②、③、④、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪、⑫及び⑬を満たすこと。
- ・常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置していること。

※常勤かつ専従の主任介護支援専門員については、当該指定居宅介護支援事業所の業務

に支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務しても差し支えないものとする。また、常勤かつ専従の介護支援専門員3名とは別に、主任介護支援専門員を置く必要があること。したがって、当初加算を算定する事業所においては、少なくとも主任介護支援専門員及び介護支援専門員3名の合計4名を常勤かつ専従で配置する必要があること。

○ 特定事業所加算（Ⅲ）： 309単位／月

（算定要件）

- ・ 特定事業所加算（Ⅰ）の算定要件の③、④、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪、⑫及び⑬を満たすこと。
- ・ 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置していること。
- ・ 常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置していること。

※常勤かつ専従の主任介護支援専門員については、当該指定居宅介護支援事業所の業務に支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務しても差し支えないものとする。また、常勤かつ専従の介護支援専門員2名とは別に、主任介護支援専門員を置く必要があること。したがって、当該加算を算定する事業所においては、少なくとも主任介護支援専門員及び介護支援専門員2名の合計3名を常勤かつ専従で配置する必要があること。

○ 特定事業所加算（A）： 100単位／月

（算定要件）

- ・ 特定事業所加算（Ⅰ）の算定要件の③、④、⑥、⑦、⑧、⑨、⑩、⑪、⑫及び⑬を満たすこと。

※④、⑥、⑪、⑫の基準は他の同一の居宅介護支援事業所との連携により満たすこととしても差し支えない。

- ・ 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置していること。
- ・ 常勤かつ専従の介護支援専門員を1名以上配置していること。
- ・ 専ら指定居宅介護支援の提供にあたる介護支援専門員を常勤換算方法で1名以上配置していること。ただし、当該介護支援専門員は他の居宅介護支援事業所（④、⑥、⑪、⑫で連携している他の居宅介護支援事業所がある場合、当該事業所に限る）の職務と兼務しても差し支えない。

○ 基本的取扱方針（老企第36号 第3の11（2））

特定事業所加算制度の対象となる事業所は、以下の要件を満たす必要があります。

＜特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）の対象となる事業所＞

- ①公正中立性を確保し、サービス提供主体からも実質的に独立した事業所であること
- ②常勤かつ専従の主任介護支援専門員及び介護支援専門員が配置され、どのような支援困難ケースでも適切に処理できる体制が整備されている、いわばモデル的な居宅介護支援事業所であること

○ 特定事業所加算を算定する事業所は、こうした基本的な取扱方針を十分に踏まえ、中重度者や支援困難ケースを中心とした質の高いケアマネジメントを行ってください。

ポイント

【人員配置基準】

- 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を2名以上配置していること（特定事業所加算Ⅰ）、常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置していること（特定事業所加算Ⅱ・Ⅲ）
- ⇒ 当該指定居宅介護支援事業所の業務に支障がない場合、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務しても差し支えありません。管理者を兼務する主任介護支援専門員は含まれます。
- 常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置していること（特定事業所加算Ⅰ・Ⅱ）、常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置していること（特定事業所加算Ⅲ）
- ⇒ 居宅介護支援事業所の管理者を兼務している介護支援専門員は「専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員」に含めることはできません。
- 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を1名以上配置していること（特定事業所加算A）
介護支援専門員を常勤換算方法で1名以上配置していること。（特定事業所加算A）
- ⇒ 主任介護支援専門員及び介護支援専門員 1名の合計2名を常勤かつ専従で配置するとともに、介護支援専門員を常勤換算方法で1の合計3名を配置する必要があること。
ただし、当該常勤換算方法で1の介護支援専門員は他の居宅介護支援事業所（①で連携している他の居宅介護支援事業所がある場合は、当該事業所に限る。）の職務と兼務しても差し支えありません。

3 特定事業所医療介護連携加算：125単位

（算定要件）

- ・ 前々年度の3月から前年度の2月までの間に退院・退所加算（Ⅰ）イ、（Ⅰ）ロ、（Ⅱ）イ、（Ⅱ）ロ又は（Ⅲ）の算定に係る病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設との連携の回数（第八十五号の二 イからホまでに規定する情報の提供を受けた回数をいう。）の合計が35回以上あること
- ・ 前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を5回以上算定していること

- ・特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）または（Ⅲ）を算定していること

※各算定実績については以下のとおり

ア 退院・退所加算の算定実績について

退院・退所加算の算定実績に係る要件については、退院・退所加算の算定回数ではなく、その算定に係る病院等との連携回数が、特定事業所医療介護連携加算を算定する年度の前々年度の3月から前年度の2月までの間において、算定回数が5回以上の場合に要件を満たすこととなる。

イ ターミナルケアマネジメント加算の算定実績について

ターミナルケアマネジメント加算の算定実績に係る要件については、特定事業所医療介護連携加算を算定する年度の前々年度の3月から前年度の2月までの間において、算定回数が5回以上の場合に要件を満たすこととなる。

ウ 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）の算定実績について

特定事業所医療介護連携加算は、質の高いケアマネジメントを提供する体制のある事業所が医療・介護連携に総合的に取り組んでいる場合に評価を行うものであるから、他の要件を満たす場合であっても、特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）のいずれかを算定していない月は特定事業所医療介護連携加算の算定はできない。

4 入院時情報連携加算

入院時情報連携加算制度は、医療と介護の連携の強化・推進を図る観点から、病院等への入院時に、病院等と利用者に関する情報共有等を行うことを評価することを目的とするものです。

（算定要件）

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（※）を提供した場合は、利用者1人につき1月に1回を限度として加算します。

※必要な情報とは・・・

⇒当該利用者の

- ・入院日
- ・心身の状況(例えば、疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など)
- ・生活環境(例えば、家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など)
- ・サービスの利用状況

※入院（退院）した日を1日目と数えます。

○ 入院時情報連携加算（Ⅰ）：200単位／月 （利用者1人につき1月に1回を限度）

（算定要件）

利用者が入院してから3日以内に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供していること。（情報の提供方法は問わない）

○ 入院時情報連携加算(Ⅱ)：100単位/月 (利用者1人につき1月に1回を限度)
(算定要件)

利用者が入院してから4日以上7日以内に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供していること。(情報の提供方法は問わない)

※情報提供を行った日時、場所(医療機関に出向いた場合)、内容、提供手段(面談、FAX等)等について、居宅サービス計画等に記録しなければなりません。情報提供の方法としては、居宅サービス計画等の活用が考えられます。

5 退院・退所加算

退院・退所加算制度は、医療と介護の連携の強化・推進を図る観点から、病院等からの退院・退所時に、病院等と利用者に関する情報共有等を評価することを目的としています。

(算定要件)

病院若しくは診療所に入院していた者又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設(以下「病院等」という。)に入所していた者が退院又は退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院等の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整(同一の利用者について、当該居宅サービス及び地域密着型サービスの利用開始月に調整を行う場合に限る。)を行った場合に、入院又は入所期間中につき1回を限度として所定単位数を加算します。

- ・初回加算を算定する場合は算定できません。
- ・原則として、退院・退所前に利用者に関する必要な情報を得ることが望ましいものとされていますが、退院後7日以内に情報を得た場合には算定できます。

○退院・退所加算(Ⅰ)イ：450単位

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により1回受けていること。

○退院・退所加算(Ⅰ)ロ：600単位

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンスにより1回受けていること。

○退院・退所加算(Ⅱ)イ：600単位

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により2回以上受けていること。

○退院・退所加算(Ⅱ)ロ：750単位

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る

必要な情報の提供を2回受けており、うち1回以上はカンファレンスによること。

○退院・退所加算(Ⅲ) : 900 単位

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供を3回以上受けており、うち1回以上はカンファレンスによること。

○カンファレンスについて(老企第36号 第3の13(3)①)

イ 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。

ロ 地域密着型介護老人福祉施設

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年3月14日厚生労働省令第34号。以下このロにおいて「基準」という。)第134条第6項及び第7項に基づき、入所者への援助及び居宅介護支援事業者への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131条第1項に掲げる地域密着型介護老人福祉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。

ハ 介護老人福祉施設

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第39号。以下このハにおいて「基準」という。)第7条第6項及び第7項に基づき、入所者への援助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福祉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。

ニ 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。以下このニにおいて「基準」という。)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。

ホ 介護医療院

介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成30年1月18日厚生労働省令第5号。以下このホにおいて「基準」という。)第12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4条に掲げる介護医療院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。

ヘ 介護療養型医療施設(令和5年度末までに限る。)

健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第41号。以下このヘにおいて「基準」という。)第9条第5項に基づき、患者に対する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条に掲げる介護療

養型医療施設に置くべき従業者及び患者又はその家族が参加するものに限る。

- 同一日に必要な情報提供を複数回受けた場合又は会議(カンファレンス)に参加した場合でも、1回として算定します。
- 原則として、退院・退所前に利用者に関する必要な情報を得ることが望ましいものとされていますが、退院後7日以内に情報を得た場合には算定できます。
- 入院中の担当医の会議(カンファレンス)に参加した場合は、退院・退所情報記録書の様式を使用するのではなく、当該会議(カンファレンス)等の日時、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、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付する必要があります。

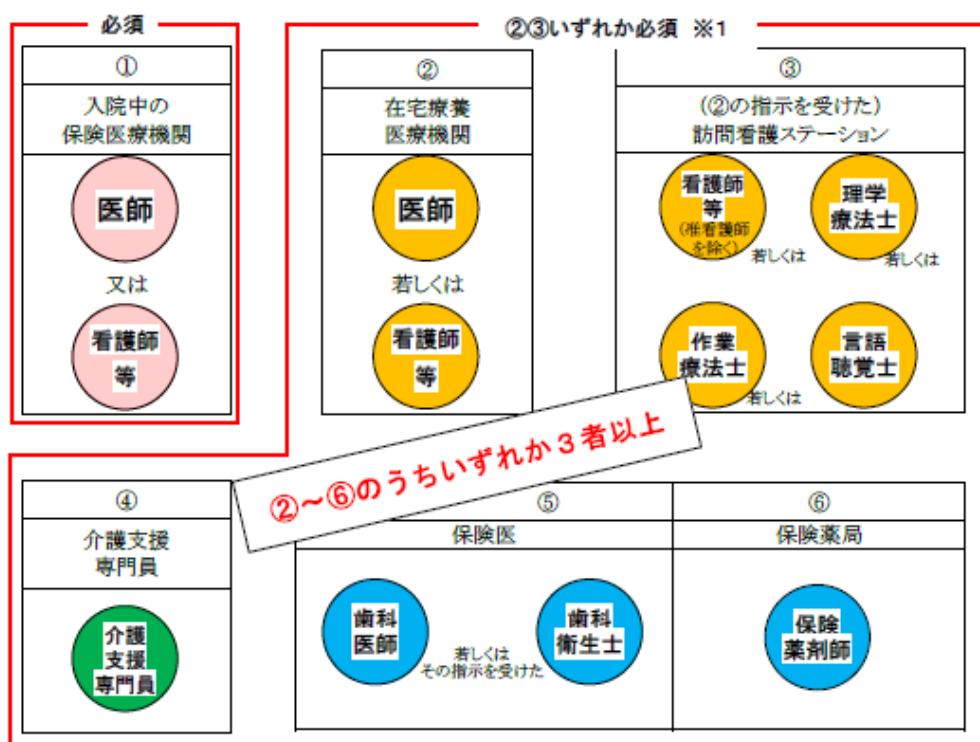
※【診療報酬の算定方法 別表第一医科診療報酬点数表 第2章特掲診療料第1部医学管理等区分B005 退院時共同指導料2】 (令和2年厚生労働省告示第57号)

注1 保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた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と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している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若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)と1回以上、共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。

注2 (略)

注3 注1の場合において、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若しくは看護師等、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、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、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員(介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。)又は相談支援専門員(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準(平成24年厚生労働省令第28号)第3条第1項又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準(平成24年厚生労働省令第29号)第3条第1項に規定する相談支援専門員をいう。以下同じ。)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、2,000点を所定点数に加算する。

○カンファレンス参加者 図説



上記②～⑥のいずれかに属する3者以上が参加していることが必要です。

※1 「注3」は「注1の場合において」となっているため、②または②の指示を受けた③の参加が必須です。

※2 「看護師等」とは、「保健師、助産師、看護師及び准看護師」を指します。

※3 便宜上、図から「相談支援専門員（障害支援サービス）」は除いています。

※4 同番号の職種が複数参加しても「1者」と数えます。（例：訪問看護ステーションの看護師と理学療法士が参加しても「1者」です。）

○カンファレンスの要件を満たさない例

	参加者	理由
1	①入院中の医療機関の医療相談員 (MSW) ②在宅療養担当医療機関の医師 ③訪問看護ステーションの看護師 ④介護支援専門員	入院中の医療機関の医師（又は看護師）が参加していない。
2	①入院中の医療機関の医師 ②A訪問看護ステーションの看護師(※) ③B訪問看護ステーションの看護師(※) ④介護支援専門員 (※) 同一種別の別事業所から同一職種が各々参加	「いずれか3者」のうち「2者」しか参加していない。(※)②③を合わせて「1者」と数える。
3	①入院中の医療機関の医師	

②A訪問看護ステーションの看護師(※) ③B訪問看護ステーションの理学療法士(※) ④介護支援専門員 (※)同一種別の別事業所から別職種が各々参加	「いずれか3者」のうち「2者」しか参加していない。(※)②③を合わせて「1者」と数える。
--	--

○退院（退所）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必要があります。

6 通院時情報連携加算（50単位／月）

利用者が医療機関で医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席し、医師等と情報連携し、当該情報を踏まえケアマネジメントを行うことを評価することを目的とするものです。

（算定要件）

利用者が医師の診察を受ける際に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録した場合は、利用者1人につき1月に1回を限度として加算します。

7 緊急時等居宅カンファレンス加算（200単位／回）

医療との連携を強化する観点から、在宅患者緊急時等カンファレンスに介護支援専門員が参加した場合に評価することを目的とするものです。

（算定要件）

病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて、当該利用者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合は、利用者1人につき1月に2回を限度として所定単位数を加算します。

※当該カンファレンスは、利用者の病状が急変した場合や、医療機関における診療方針の大幅な変更等の必要等の必要が生じた場合に実施されるものであることから、利用者の状態像等が大きく変化していることが十分想定されるため、必要に応じて、速やかに居宅サービス計画を変更し、居宅サービス及び地域密着型サービスの調整を行うなど適切に対応する必要があります。

ポイント

当該加算を算定する場合は、カンファレンスの実施日（指導した日が異なる場合は指導日もあわせて）、カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名及びそのカンファレンスの要点を居宅サービス計画等に記載する必要があります。

8 ターミナルケアマネジメント加算（400単位/月）

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者について、本人またはその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合に評価することを目的とするものです。

(算定要件)

- (1) ターミナルケアマネジメント加算については、在宅で死亡した利用者の死亡月に加算することとするが、利用者の居宅を最後に訪問した日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合には、死亡月に算定することとする。
- (2) ターミナルケアマネジメント加算は、1人の利用者に対し、1か所の指定居宅介護支援事業所に限り算定できる。なお、算定要件を満たす事業所が複数ある場合には、当該利用者が死亡日又はそれに最も近い日に利用した指定居宅サービスを位置づけた居宅サービス計画を作成した事業所が加算を算定することとする。
- (3) ターミナルケアマネジメントを受けることについて利用者又はその家族が同意した以降は次に掲げる事項を支援経過として居宅サービス計画等に記録しなければならない。
 - ① 終末期の利用者の心身又は家族の状況の変化や環境の変化及びこれらに対して居宅介護支援事業者が行った支援についての記録
 - ② 利用者の支援にあたり、主治の医師及び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と行った連絡調整に関する記録
- (4) ターミナルケアマネジメントを受けている利用者が、死亡診断を目的として医療機関へ搬送され、24時間以内に死亡が確認される場合等については、加算を算定する。
- (5) ターミナルケアマネジメントにあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努める。

9 特別地域居宅介護支援加算（所定単位数の100分の15に相当する単位数）

特別地域（振興山村、離島等）に所在する居宅サービス計画を作成することを評価することを目的とするものです。

(算定要件)

別に厚生労働大臣が定める地域（平成24年厚労告120三（振興山村等（※））に所在する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が指定居宅介護支援を行うこと。

※ 県内での該当地域は次のとおりです。

- 山村振興法に基づく振興山村
清川村（宮ヶ瀬、煤ヶ谷）、山北町（三保、協和、清水）、相模原市緑区（鳥屋、青根、牧野）

10 中山間地域等における小規模事業所に対する加算

（所定単位数の100分の10に相当する単位数）

特別地域居宅介護支援加算対象地域を除く中山間地域等（特定農山村地域、過疎地域等に所在する小規模の居宅介護支援事業者が居宅サービス計画を作成することを評価することを目的とするものです。

（算定要件）

別に厚生労働大臣が定める地域（特別地域居宅介護支援加算対象地域を除く特定農山村地域等（※1））に所在する前年度（3月を除く）1月当たりの平均実利用者数（※2）が20名以下の指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が指定居宅介護支援を行うこと。

平均実利用者数は毎月記録し、所定の人数を上回った場合、直ちに加算を取り下げる必要があります。

※1：県内での該当地域は次の通りです。

- 特定農山村法に基づく特定農山村地域（特別地域居宅介護支援加算対象地域を除く）
山北町（三保、共和、清水を除きます。）、湯河原町、清川村（宮ヶ瀬、煤ヶ谷を除きます。）、南足柄市（旧北足柄村＝内山、矢倉沢）、大井町（旧相和村＝赤田、高尾、柳、篠窪）、松田町（旧寄村、旧松田町＝松田町全域）、相模原市緑区（旧津久井町（鳥屋、青根を除きます。）、旧藤野町（牧野を除きます。））
- 過疎地域自立促進特別措置法に基づく過疎地域
真鶴町

※2：前年度の実績が6か月に満たない事業所（新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含みます。）については、直近の3か月におけるひと月当たりの平均実利用者数を用います。

11 中山間地域居住者へのサービス提供に対する加算

（所定単位数の100分の5に相当する単位数）

- 中山間地域等に居住する利用者に対し、居宅介護支援事業者が通常の事業の実施地域を越えて居宅サービス計画を作成することを評価することを目的とするものです。

（算定要件）

別に厚生労働大臣が定める地域（特定農山村地域、過疎地域等（※））に居住する利用者に対し、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が通常の事業の地域を超えて指定居宅介護支援を行います。

※ 県内での該当地域は次のとおりです。

- 特定農山村法に基づく特定農山村地域

山北町、湯河原町、清川村、相模原市緑区（旧津久井町、旧藤野町）、南足柄市（旧北足柄村＝内山、矢倉沢）、大井町（旧相和村＝赤田、高尾、柳、篠窪）、松田町（旧寄村、旧松田町＝松田町全域）

- 過疎地域自立促進特別措置法に基づく過疎地域
真鶴町

1 運営基準減算

運営基準減算は、適正なサービスの提供を確保するために設けられています。規定の遵守を指導しても改善が進まない場合には、指定取り消しの対象にもなります。

▼ 所定単位数の 100 分の 50/月

▼ 所定単位数は算定しない（運営基準減算が 2 月以上継続している場合）

※居宅介護支援費に係る運営基準減算の適用を受けている場合は、初回加算や退院・退所加算など、その他の加算も算定することはできません。

<減算の対象となる業務>

1 指定居宅介護支援の提供の開始時の説明

ア 指定居宅介護支援事業者は、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ利用者等に対して、次の内容についても文書を交付し説明を行わなければならない、これに違反した場合には運営基準減算が適用されます（平成 30 年度介護報酬改定内容）。

- 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。

イ 指定居宅介護支援事業者は、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ利用申込者又はその家族に対して、①②の内容について説明を行い、理解を得なければなりません。

なお、説明に当たっては、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..を得なければなりません。

- ①前 6 か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合
- ②前 6 か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

○割合の対象期間

前 6 月間については、毎年度 2 回、次の期間における当該事業所において作成された居宅サービス計画を対象とし、説明の際に用いる当該割合については、直近の期間のものとします。

- ・前期（3月1日から8月末日）
- ・後期（9月1日から2月末日）

サービスの提供の開始に際し、あらかじめ利用者に対して、①②の内容について文書を交付して説明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減算となります。

なお、運営基準減算として、所定単位数の100分の50に相当する単位数を算定し、運営基準減算が2月以上継続している場合は、所定単位数は算定しません。

また、運営基準減算が適用されると、特定事業所加算は算定できません。

2 居宅サービス計画の新規作成及びその変更時のアセスメント等

下記のいずれかを介護支援専門員が行っていない場合は、いずれかを行わなかった月から全てを行った月の前月まで減算すること。

- ① 利用者の居宅を訪問すること
- ② 利用者及びその家族と面接すること
- ③ サービス担当者会議を開催すること
- ④ 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た上で、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付すること

3 サービス担当者会議等の開催

下記のいずれかの場合にサービス担当者会議等を開催していない場合は、当該月からサービス担当者会議を開催した前月まで減算すること。

- ① 居宅サービス計画を新規に作成するとき
- ② 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
- ③ 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
(ただし、末期の悪性腫瘍の利用者について必要と認める場合や、「やむを得ない理由」がある場合は意見照会も可)

4 月1回の訪問、モニタリングの記録

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(以下「モニタリング」という。)に当たっては、次の場合に減算されるものであること。

- ① 当該事業所の介護支援専門員が1月に利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していない場合には、特段の事情のない限り、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する。
- ② 当該事業所の介護支援専門員が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、特段の事情のない限り、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する。

指導事例

- ① 利用者に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していなかった。
- ② 一部のサービスについて利用をやめたが、居宅サービス計画の変更を行っていなかった。(利用者の希望による軽微な変更でない場合)
- ③ 居宅サービス計画を変更し、変更後の居宅サービス計画を利用者には交付していたが、居宅サービス事業者に交付していなかった。

2 特定事業所集中減算

居宅サービス計画の作成に当たり、サービスの依頼先が特定法人の居宅サービス事業所に偏った計画にならないよう導入された減算です。

(1) 減算要件

毎年度2回、(2)の判定期間において作成した居宅サービス計画が特定の事業所に集中している場合には、減算を適用します。

- 対象サービス：訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与
- 減算額：200単位/月減算

(2) 判定期間と減算適用期間

全ての居宅介護支援事業所は、各判定期間について、特定事業所集中減算の適用に係る報告書を作成しなければなりません。

	判定期間	届出書作成時期	届出書提出期限	減算適用期間
前期	3月～8月	9月1日～	9月15日	10月～3月
後期	9月～2月	3月1日～	3月15日	4月～9月

(3) 判定方法

事業所ごとに、当該居宅介護支援事業所において判定期間に作成された居宅サービス計画のうち、対象サービスが位置付けられた居宅サービス計画の数をそれぞれ算出し、対象サービスそれぞれについて、最もその紹介件数の多い法人（以下「紹介率最高法人」という。）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し、そのいずれかについて80%を超えた場合には、正当な理由に該当しない限り減算となります。

【具体的な計算式】

事業所ごとに、それぞれのサービスにつき、次の計算式により計算します。

$$\frac{\text{当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数}}{\text{当該サービスを位置づけた計画数}}$$

【ポイント】

- 訪問介護サービス等のうち1つでも80%を超えれば減算の可能性が生じます。
- 減算適用期間の6か月間にわたり、利用者全員分が減算対象となります。

(4) 算定手続

判定期間が前期の場合については、9月15日までに、判定期間が後期の場合については、3月15日までにすべての居宅介護支援事業者は次に掲げる事項を記載した書類を作成し、算定の結果80%を超えた場合については、当該書類を市町村に提出しなければなりません。

なお、80%を超えなかった場合についても、当該書類は、各事業所において、少なくとも2年間保存しなければなりません。

- ① 判定期間における居宅サービス計画の総数
- ② 対象サービスのそれぞれが位置付けられた居宅サービス計画数
- ③ 対象サービスのそれぞれの紹介最高法人が位置付けられた居宅サービス計画数並びに紹介最高法人の名称、住所、事業所名及び代表者名
- ④ (3) の計算式で計算した場合
- ⑤ (3) の計算式により計算した割合が 80%を超えている場合であって、正当な理由がある場合はその理由

(5) 正当な理由の有無

(4) で提出された当該書類の内容について、「正当な判断の判断基準」に基づき市町村において正当な理由の有無に関する審査が行われます。その結果については「報告書」を提出した全ての事業所へ通知されます。

その結果、**正当な理由に該当するとされた事業所を除き、減算請求が必要**となります。

(6) 正当な理由の範囲

- ① 居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域の対象サービスが各サービスごとでみた場合に5事業所未満である場合などサービス事業所が少数である場合
- ② 特別地域居宅介護支援加算を受けている事業所である場合
- ③ 判定期間の1月当たりの平均居宅サービス計画件数が20件以下であるなど事業所が少数である場合
- ④ 判定期間の1月当たりの居宅サービス計画のうち、それぞれのサービスが位置付けられた計画件数が1月あたり平均10件以下であるなど、サービスの利用が少数である場合
- ⑤ サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者集中していると認められる場合
- ⑥ その他正当な理由と市町村長が認めた場合

番号	質問内容	回答
1	<p>【認定更新に伴うアセスメントの実施時期について】</p> <p>例：9月末で認定が切れる。 9月中にサービス担当者会議を開催し、10月からのケアプランを作成する。その場合、アセスメント実施日（＝アセスメント表の作成日）は、認定更新2ヶ月前の8月の自宅訪問（モニタリング）の日付なのか。認定更新する直近の9月の自宅訪問時、つまりサービス担当者会議と同じ日付なのか。</p>	<p>質問にあります文脈ですと、訪問は月1回が前提のように見受けられますが、対象者の状態の変化があった場合や、ケアプランに組み込まれていない新たなサービス利用希望がある場合など、都度訪問はなされるべきです。したがって、必ずしもサービス担当者会議と同一の日付となるものでもなく、適切な時期に実施していただくこととなります。</p>
2	<p>【サービス担当者会議の開催時期と開催場所について】</p> <p>例：新規の利用者が退院した翌日から在宅サービスを利用開始する必要がある。しかし、利用開始する前に、サービス担当者会議が間に合わず開催できない。</p> <p>この場合、サービス担当者会議の開催日と開催場所は、①入院中に病院で開催なのか。②入院中に、本人不在の自宅で開催なのか。③退院後、すでにサービス開始した後の日に、自宅で開催なのか。</p>	<p>質問の事例ですと、①とすべきです。サービス担当者会議は利用者（とその家族）の参加が原則であり、また、サービスの利用開始前に行われている必要があります。</p>

課題整理総括表

利用者名 _____ 殿

作成日 _____ / _____ / _____

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③	
		④	⑤	⑥	
状況の事実 ※1		現在 ※2	要因 ※3	改善／維持の可能性 ※4	備考(状況・支援内容等)
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
食事	食事内容	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	口腔衛生	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
掃除		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
整理・物品の管理		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
金銭管理		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
買物		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
認知		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
社会との関わり		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
居住環境		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
				改善 維持 悪化	
				改善 維持 悪化	

利用者及び家族の 生活に対する意向	
----------------------	--

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお、「状況の事実」の各項目は課題分析表順項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。○
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸文字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための補助内容と、それが提供されることによる見込まれる今後の状況(目標)を記載する。
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な場合には「—」印を記入。

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	
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	①	②	③	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

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()			
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 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					
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、③退院後に必要な事柄、④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。

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） 特記事項（ _____ ）				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ____ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ____ ） 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 ____ / ____) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 ____ / ____) <input type="checkbox"/> 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				<input type="checkbox"/> 医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 身体・精神・知的 ）	
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他(_____)				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） * <input type="checkbox"/> 日中独居				
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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1,2,3表 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 _____ 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（ _____ ）
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 _____ 続柄 _____ ・ 年齢 _____ ）
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部 ） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 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*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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」に関する

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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分 ・ 総)				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由： _____ 期間： H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： _____)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者： _____ ・管理方法： _____)		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 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	(ワカガ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 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