

令和6年度 集団指導講習会資料

居宅介護支援

令和6年度
足柄上地区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	居宅介護支援 基本報酬	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	15
4	人員基準と取扱件数について	19
5	居宅サービス計画の作成と変更について	24
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	35
7	運営基準に関する留意点	44
8	加算について	46
9	減算について	65
(参考資料)		
	課題整理総括表	71
	入院時情報提供書	72
	モニタリングに係る情報連携シート	74
	退院・退所情報記録書	76

この資料は、足柄上地区 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

居宅介護支援 基本報酬

1 基本報酬

居宅介護支援費及び介護予防支援費の単位数の計算において、介護支援専門員一人当たりの件数の計算方法が変わりました。

(居宅介護支援を受ける利用者数 + (介護予防支援の提供を受ける利用者数 ÷ 3))
 ÷ 当該事業所の介護支援専門員の常勤換算方法で算定した員数

(1-①) 居宅介護支援費 (I) (単位/月)

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	1,086単位
	要介護3、要介護4、要介護5	1,411単位
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	544単位
	要介護3、要介護4、要介護5	704単位
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	326単位
	要介護3、要介護4、要介護5	422単位

(1-②) 居宅介護支援費 (II)

指定居宅サービス事業者等との間で居宅サービス計画に係るデータを電子的に送受信するためのシステム(国民健康保険中央会が運用する「ケアプランデータ連携システム」)の活用及び事務職員の配置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50未満。50以上の場合で50未満の部分。	
	要介護1、要介護2	1,086単位
	要介護3、要介護4、要介護5	1,411単位
居宅介護支援費 ii	ケアマネ1人当たり件数50以上の場合で、50以上60未満の部分	
	要介護1、要介護2	527単位
	要介護3、要介護4、要介護5	683単位
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	316単位
	要介護3、要介護4、要介護5	410単位

※ ケアプランデータ連携システムの活用

「公益社団法人国民健康保険中央会が運用及び管理を行う指定居宅介護支援事業者及び指定居宅サービス事業者等の使用に係る電子計算機と接続された居宅サービス計画の情報共有等のための情報処理システム」は、いわゆる「ケアプランデータ連携システム」

を指しており、ケアプランデータ連携システムの利用申請をし、クライアントソフトをインストールしている場合に当該要件を満たしていることとなり、当該システムによる他の居宅サービス事業者とのデータ連携の実績は問いません。

※ 事務職員の配置

事務職員は、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しますが、その勤務形態は常勤でなくても差し支えありません。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ています。勤務時間数については 特段の定めを設けていませんが、当該事業所における業務の実情を踏まえ、適切な数の人員を配置する必要があります。

(2) 居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い

令和6年4月から居宅介護支援事業者も市町村からの指定を受けて介護予防支援を実施できるようになりました。

ア 市町村長に対し、介護予防サービス計画の実施状況等に関して情報提供することを運営基準上義務付けることに伴う手間やコストについて評価する新たな区分を設けました。【省令改正】【告示改正】

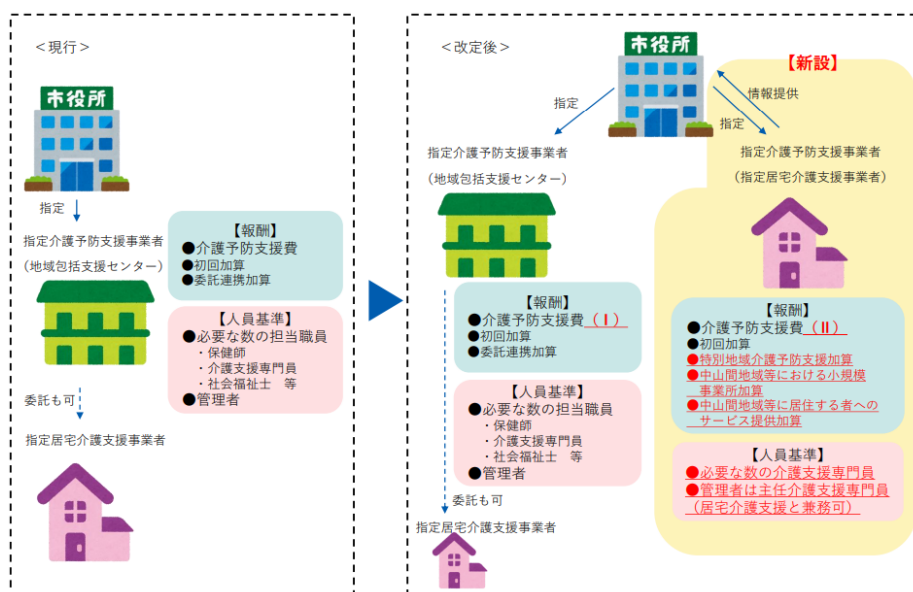
イ 以下のとおり運営基準の見直しを行いました。【省令改正】

- i 居宅介護支援事業者が現在の体制を維持したまま円滑に指定を受けられるよう、居宅介護支援事業者が指定を受ける場合の人員の配置については、介護支援専門員のみでの配置で事業を実施することを可能とする。
- ii また、管理者を主任介護支援専門員とするとともに、管理者が他の事業所の職務に従事する場合（指定居宅 介護支援事業者である指定介護予防支援事業者の場合であって、その管理する指定介護予防支援事業所の管理に支障がないときに限る。）には兼務を可能とする。

ウ 居宅介護支援と同様に、特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算及び中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の対象とする。【告示改正】

介護予防支援費（単位／月）

- 介護予防支援費（Ⅰ） 442単位（地域包括支援センターが行う場合）
- 介護予防支援費（Ⅱ） 472単位（指定居宅介護支援事業者が行う場合）



2 特定事業所加算の見直しについて

特定事業所加算の算定要件について以下の見直しが行われました。

<改定前 ⇒ 改定後>

特定事業所加算（Ⅰ） 505単位/月 ⇒ 519単位/月

特定事業所加算（Ⅱ） 407単位/月 ⇒ 421単位/月

特定事業所加算（Ⅲ） 309単位/月 ⇒ 323単位/月

特定事業所加算（A） 100単位/月 ⇒ 114単位/月

ア 「ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等、他制度に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること」を要件とするとともに、評価の充実を行う。

イ （主任）介護支援専門員の専任要件について、居宅介護支援事業者が介護予防支援の提供や地域包括支援センターの委託を受けて総合相談支援事業を行う場合は、これらの事業との兼務が可能である旨を明確化する。

ウ 事業所における毎月の確認作業等の手間を軽減する観点から、運営基準減算に係る要件を削除する。

エ 介護支援専門員が取り扱う1人当たりの利用者数について、居宅介護支援費の見直しを踏まえた対応を行う。

3 入院時情報連携加算の見直しについて

入院時の迅速な情報連携をさらに促進する観点から、入院当日中又は入院後3日以内に情報提供した場合に評価するよう見直しが行われました。その際、事業所の休業日等に配慮した要件設定が行われました。

○入院時情報連携加算（Ⅰ）

<改定前 ⇒ 改定後>

200単位/月 ⇒ 250単位/月

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

※ 入院日以前の情報提供を含む。

※ 営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む。

○入院時情報連携加算（Ⅱ）

<改定前 ⇒ 改定後>

100単位/月 ⇒ 200単位/月（変更）

利用者が病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

※ 営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む。

4 通院時情報連携加算の見直しについて

利用者の口腔衛生の状況等を適切に把握し、医療と介護の連携を強化した上でケアマネジメントの質の向上を図る観点から、医師の診察を受ける際の介護支援専門員の同席に加え、利用者が歯科医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席した場合を同加算の対象とする見直しが行われました。

<改定前 ⇒ 改定後>

通院時情報連携加算 50単位 ⇒ 変更なし

5 同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント（令和6年新設）

介護報酬が業務に要する手間・コストを評価するものであることを踏まえ、利用者が居宅介護支援事業所と併設・隣接しているサービス付き高齢者向け住宅等に入居している場合や、複数の利用者が同一の建物に入居している場合には、介護支援専門員の業務の実態を踏まえた評価となるよう見直しが行われました。【告示改正】

- ・ 所定単位数×95／100 を算定（5%の減算）

対象となる利用者

- ・ 指定居宅介護支援事業所の所在する建物と同一の敷地内、隣接する敷地内の建物又は指定居宅介護支援事業所と同一の建物に居住する利用者
- ・ 指定居宅介護支援事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物（上記を除く。）に居住する利用者

同一建物の定義

○ 同一敷地内建物等とは、「事業所と構造上または外形上、一体的な建築物」、及び「同一敷地内、隣接する敷地にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能な建物」を指します。

具体的には、同じ建物の別のフロアに事業所がある場合や渡り廊下などで繋がっている建物、同一敷地内の別棟の建物、幅員の狭い道路を挟んで隣接する場合などが該当します。

同一の建物に20人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く。）の定義

同一の建物に20人以上居住する建物とは、「同一敷地内建物等に該当しない建物」であり、「その建物に、その事業所の利用者が20人以上居住する建物」を指します。

この場合の利用者数は、当該月において事業者が提出した給付管理票に係る利用者のうち、当該する建物に居住する利用者の合計とします。

6 月額包括報酬の日割り請求にかかる適用について

- ・ 以下の対象事由に該当する場合、日割りで算定する。該当しない場合は、月額包括報酬で算定する。
- ・ 日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間（※）に応じた日数による日割りとする。具体的には、用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単位数を算定する。

※サービス算定対象期間：月の途中に開始した場合は、起算日から月末までの期間。
月の途中に終了した場合は、月初から起算日までの期間。

<対象事由と起算日>

月額報酬対象サービス	月途中の事由		起算日
居宅介護支援費 介護予防費 介護予防ケアマネジメント費	—	<ul style="list-style-type: none"> ・日割りは行わない。 ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。（※1） ・月の途中で、要介護度に変更がある場合は、月末における要介護度に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。 	—
日割計算用サービスコードがない加算及び減算	—	<ul style="list-style-type: none"> ・日割りは行わない。 ・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。 ・月の途中で、要介護度（要支援含む）に応じた報酬を算定するものとする。 ・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。 	

※1 ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合には、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。

※ 終了の起算日は、引き続き月途中からの開始事由がある場合についてはその前日となる。

7 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）。

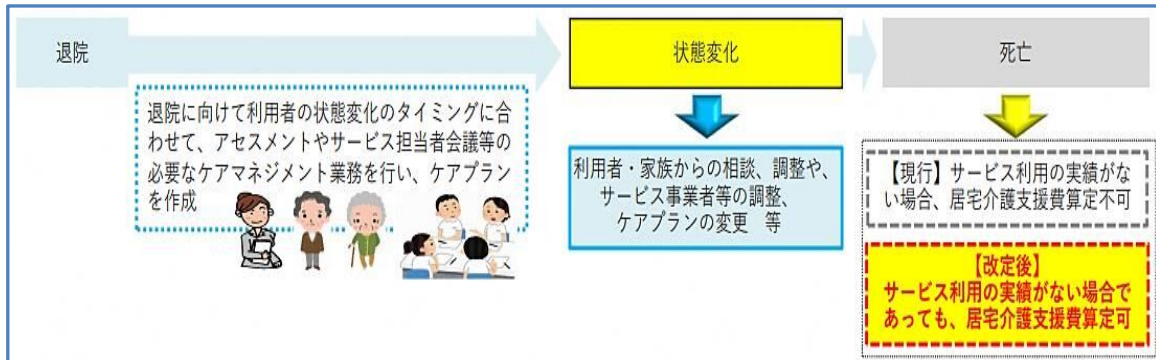
ただし、病院若しくは診療所又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設（以下「病院等」という。）から退院又は退所する者等であって、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断した利用者については、当該利用者に対してモニタリング等の必要なマネジメントを行い、給付管理票の作成など、請求にあたって必要な書類の整備を行っている場合は請求することができます。なお、その際は居宅介護支援費を算定した旨を適切に説明できるよう、個々のケアプラン等において記録を残しつつ、居宅介護支援事業所においてこれらの書類等を管理しておくことが必要です。

<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



2

運営等に関する基準について

1 「管理者」

(1) 管理者要件（改正省令第1条）

- 指定居宅介護支援事業所に置くべき管理者は、主任介護支援専門員であって、専ら管理者の職務に従事する常勤の者でなければなりません。当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の職務に従事する場合及び管理者が他の事業所の職務に従事する場合（その管理する指定居宅介護支援事業所の管理に支障がない場合に限る。）は必ずしも専ら管理者の職務に従事する常勤の者でなくても差し支えないこととされています。この場合、他の事業所とは、必ずしも指定居宅サービス事業を行う事業所に限るものではなく、例えば、介護保険施設、病院、診療所、薬局等の業務に従事する場合も、当該指定居宅介護支援事業所の管理に支障がない限り認められます。
- 指定居宅介護支援事業所の管理者は、指定居宅介護支援事業所の営業時間中は、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ます。管理者が介護支援専門員を兼務していて、その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。

また、例えば、訪問系サービスの事業所において訪問サービスそのものに従事する従業者と兼務する場合（当該訪問系サービス事業所における勤務時間が極めて限られている場合を除く。）及び事故発生時や災害発生等の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定居宅介護支援事業所又は利用者の居宅に駆け付けることができない体制となっている場合は管理者の業務に支障があると考えられます。また、併設する事業所に原則として常駐する老人介護支援センターの職員、訪問介護、訪問看護等の管理者等との兼務は可能と考えられます。なお、介護保険施設の常勤専従の介護支援専門員との兼務は認められないものです。
- 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します。
 - ・ 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う場合であって、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け出た場合。

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ます。
 - ・ 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9年3月31日までの間は、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猶予することとしているが、指定居宅介護支援事業所における業務管理や人材育成の取組を促進する観点から、経過措置期間の終了を待たず、管理者として主任介護支援専門員を配置することが望ましいです。

(※) 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、介護支援専門員の勤務の体制、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要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 同意を得なければなりません。なお、当該同意については、利用者及び指定居宅介護支援事業者双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましいです。

また、契約時に利用者やその家族に対して、居宅サービス計画が第一条の二に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、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等につき説明を行い、理解を得なければなりません。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、併せて、居宅サービス計画原案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可能であることにつき説明を行うとともに、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ことやそれを理解したことについて利用申込者から署名を得ることが望ましいです。

※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
- ※上記説明を行わなかった場合は、**運営基準減算**となります。

○ 事業者の負担軽減を図るため、次に掲げる事項に関して利用者に説明し、理解を得ることを居宅介護支援事業者の努力義務とする。【省令改正】

ア 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及び福祉用具貸与の各サービスの割合

イ 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及び福祉用具貸与の各サービスにおける、同一事業者によって提供されたものの割合

指定居宅介護支援の提供の開始に際し、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中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につき説明を行い、理解を得るよう努めることが必要です。

この前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） |

なお、説明については、指定居宅介護支援の提供の開始に際し行うものとするが、その際に用いる当該割合等については、直近の①若しくは②の期間のものとなります。

(2) 入院時における医療機関との連携促進

利用者が病院又は診療所に入院する場合には、利用者の居宅における日常生活上の能力や利用していた指定居宅サービス等の情報を入院先医療機関と共有することで、医療機関における利用者の退院支援に資するとともに、退院後の円滑な在宅生活への移行を支援することにもつながります。

基準第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。

なお、より実効性を高めるため、日頃から介護支援専門員の連絡先等を介護保険被保険者証や健康保険被保険者証、お薬手帳等と合わせて保管することを依頼しておくことが望ましいです。

※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(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(テレビ電話装置その他の情報通信機器(以下「テレビ電話装置等」という。)を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族(以下この号において「利用者等」という。)が参加する場合にあつては、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。)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。

(厚生労働省基準第13条第9号)

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 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等については、主治の医師等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければなりません。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。

特に、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションについては、医療機関からの退院患者において、退院後のリハビリテーションの早期開始を推進する観点から、入院中の医療機関の医師による意見を踏まえて、速やかに医療サービスを含む居宅サービス計画を作成することが望ましいです。

※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。(厚生労働省基準第13条第11号)

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。

(厚生労働省基準第13条第19号)

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、市町村へのケアプランの届け出を義務付け、そのケアプランについて、市町村が地域ケア会議の開催等により検討を行うこととしています。

※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。

- ・具体的には、直近の1年間の給付実績（全国）を基に、各月における要介護度別の「全国平均利用回数+2標準偏差（2SD）」の回数を算出した上で、要介護度別に最大値となる月の回数を用いることとし、要介護状態区分に応じてそれぞれ1月あたり以下の回数とします。

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

④ 身体的拘束等の原則禁止や身体的拘束等を行う場合の記録

指定居宅介護支援の提供に当たって、利用者・他の利用者等の生命・身体を保護するために、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束や利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならないことが位置付けられました。

訪問系サービス、通所系サービス、福祉用具貸与、特定福祉用具販売及び居宅介護支援について、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないこととし、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録することを義務付けられました。

ア 身体的拘束に該当する行為について

「身体拘束ゼロへの手引き」（厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議発行」）に具体的な行為が列挙されていますが、本人の行動制限を目的とした対応であれば、身体的拘束

に該当します。

- 身体的拘束とみなされる11の行為（「身体拘束ゼロへの手引き」より）
 - ・徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
 - ・転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
 - ・自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
 - ・点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
 - ・点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、又は皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
 - ・車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
 - ・立ち上がり能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
 - ・脱衣やおむつはずしを制限する為に、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
 - ・他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
 - ・行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
 - ・自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

ただし、これらの項目はあくまでも例示であり、他にも身体的拘束等に該当する行為があることに注意する必要があります。「ベッドを柵で囲む」対応で、柵の位置や本数で「身体的拘束か否か」の判断が変わるものではありません。本人の行動を制限する目的で行う場合は、「身体的拘束」にあたりますが、ベッドから立ち上がる際に「柵が妨げにならない」「柵を掴んで立ち上がることの補助的に、自助具的に活用できる」ような場合は、「身体的拘束」にはあたりません。

あくまでも「何を目的にその対応を行ったか」という視点を持ち、また「ご本人の立場、視点に立った場合にどうなのか」を多角的に検討することが大切です。

イ 「緊急やむを得ない場合」とは、下記の3つの要件を満たす場合です。

- ① 切迫性：利用者本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合。
- ② 非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。
- ③ 一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

○ 担当する介護支援専門員個人での判断ではなく、当該利用者等の支援関係者等での状況確認して必要性を検討し、事業所として判断します。また、その検討過程の具体的な内容を記録します。

ウ 身体的拘束等を行う場合の注意

緊急やむを得ない場合に該当する場合でも、次のことに留意する必要があります。

- (1) 手続きや説明者を事前に明文化し、利用者や家族に対し、身体的拘束の内容、目的、理由、拘束時間・時間帯・期間等を詳細に説明し、十分な理解を得ること。また実際

に身体的拘束を行う時点でも、必ず個別に説明を行うこと。

- (2) 緊急やむを得ない場合に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなったら直ちに解除すること。 この場合には、実際に身体拘束を一時的に解除して状態を観察するなどの対応をとることが重要です。
- (3) 身体的拘束を行うその態様、時間、その際の利用者の心身状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。

エ 身体的拘束の弊害について

- (1) 身体的弊害： 関節の拘縮、筋力の低下、食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの身体的弊害をもたらします。
- (2) 精神的弊害： 人間の尊厳の侵害、認知症の進行、家族の罪悪感など、本人だけではなく家族にも精神的弊害をもたらします。
- (3) 社会的弊害： 介護保険施設等に対する社会的な不信、偏見を引き起こすだけではなく、高齢者のさらなる医療的処置を生じさせるなどの社会的弊害をもたらします。

オ 身体的拘束等のないケアの実現に向けて

身体的拘束等のないケアを行うには、拘束を行わざるを得ない原因を特定し、その原因を除去するためケアを見直すことが必要です。そのためには、次のようなことが求められます。

(1) 身体的拘束等を誘発する原因を探り、除去すること

身体的拘束等をやむを得ず行うような状況が発生する場合、必ずその人なりの理由や原因があり、ケアする側の関わり方や環境に問題があることも少なくありません。そうした理由や原因を徹底的に探り、除去するケアが求められます。

(2) 5つの基本的ケアを徹底すること

起きる、食べる、排泄する、清潔にする、活動する、という5つの基本的事項について、利用者一人ひとりの状態に合わせた適切なケアを十分に行い、徹底することが求められます。

(3) 事業所全体として、身体的拘束等の廃止に向けて主体的に取り組むこと

身体的拘束等を行わないための計画等の作成や研修の開催等、事業所全体で身体的拘束の廃止に取り組むことが求められます。

(4) 身体的拘束等の廃止を契機に、よりよいケアを実現すること

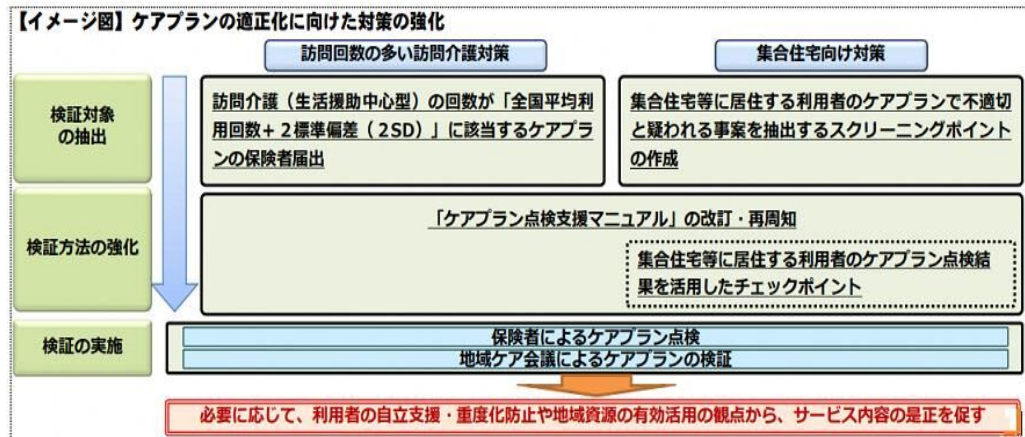
身体的拘束等の廃止を最終ゴールとはせず、身体的拘束を廃止する過程で提起された様々な課題を真摯に受け止め、よりよいケアの実現に取り組むことが求められます。

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。

3

区分支給限度基準額について

《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

(1) 「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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護

(2) 大規模型通所介護費（Ⅰ）及び（Ⅱ）、または通所リハビリテーションで大規模の事業所（Ⅰ）及び（Ⅱ）を算定する場合は、通常規模型を利用する者との公平性の観点から、利用者の支給限度基準額を算定する際に、通常規模の単位数を用いて計算します。

2 区分支給限度基準額の算定に含まれない加算等

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。

サービス種類	支給限度額管理の対象外の算定項目
訪問介護	特別地域訪問介護加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、介護職員等処遇改善加算
訪問入浴介護	特別地域訪問入浴介護加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
訪問看護	特別地域訪問看護加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算、サービス提供体制強化加算
訪問リハビリテーション	特別地域訪問リハビリテーション加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、サービス提供体制強化加算
通所介護	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合、事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に

	通所介護を行う場合、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
通所リハビリテーション	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合、事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所リハビリテーションを行う場合、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
短期入所生活介護	サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
短期入所療養介護（老健）	特別療養費、緊急時施設療養費、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
短期入所療養介護（療養病床を有する病院）	特定診療費、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
短期入所療養介護費（診療所）	特定診療費、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
短期入所療養介護（介護医療院）	緊急時施設診療費、特別診療費、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
福祉用具貸与	特別地域福祉用具貸与加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
介護予防訪問入浴介護	特別地域介護予防訪問入浴介護加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
介護予防訪問看護	特別地域介護予防訪問看護加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、緊急時介護予防訪問看護加算、特別管理加算、サービス提供体制強化加算
介護予防訪問リハビリテーション	特別地域介護予防訪問リハビリテーション加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、サービス提供体制強化加算
介護予防通所リハビリテーション	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に介護予防通所リハビリテーションを行う場合、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
介護予防短期入所生活介護	サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善

	加算
介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設）	特別療養費、緊急時施設療養費、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
介護予防短期入所療養介護（療養病床を有する病院）	特定診療費、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
介護予防短期入所療養介護（診療所）	特定診療費、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
介護予防短期入所療養介護（介護医療院）	緊急時施設診療費、特別診療費、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
介護予防福祉用具貸与	特別地域介護予防福祉用具貸与加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	特別地域定期巡回・随時対応型訪問介護看護加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算、総合マネジメント体制強化加算、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
夜間対応型訪問介護	特別地域夜間対応型訪問介護加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
地域密着型通所介護	特別地域夜間対応型訪問介護加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
認知症対応型通所介護	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合、事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に認知症対応型通所介護を行う場合、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
小規模多機能型居宅介護	特別地域小規模多機能型居宅介護加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、訪問体制強化加算、総合マネジメント体制強化加算、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
複合型サービス	特別地域看護小規模多機能型居宅介護加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算、

	看護体制強化加算、訪問体制強化加算、総合マネジメント体制強化加算、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
介護予防認知症対応型通所介護	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合、事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に介護予防認知症対応型通所介護を行う場合、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算
介護予防小規模多機能型居宅介護	特別地域介護予防小規模多機能型居宅介護加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、総合マネジメント体制強化加算、サービス提供体制強化加算、介護職員等処遇改善加算

※短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護費、（予防）短期利用認知症対応型共同生活介護費は区分支給限度基準額に含まれます。

1 管理者（「変更に係る届出」：事前届出必要）

管理者の責務について、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を行うことである旨を明確化した上で、管理者が兼務できる事業所の範囲について、管理者がその責務を果たせる場合には、同一敷地内における他の事業所、施設等ではなくても差し支えありません。

(1) 管理者の兼務の範囲（基準条例第6条）

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 他の事業所の職務

- ・ 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。

※「他の事業所」：同一敷地内等は問わない。

※管理に支障がない場合とは、例えば、訪問系サービスの事業所において訪問サービスそのものに従事する従業者する場合（当該訪問系サービス事業所における勤務時間が極めて限られている場合を除く。）及び事故発生時や災害発生等の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定居宅介護支援事業所又は利用者の居宅に駆け付けることができない体制となっている場合は管理者の業務に支障があると考えられます。

(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が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。
- 介護支援専門員証の有効期間満了日を必ず確認してください。

(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 利用者数（指定介護予防支援を行う場合にあっては、当該事業所における指定居宅介護支援の利用者の数に当該事業所における指定介護予防支援の利用者の数に 3 分の 1 を乗じた数を加えた数。）が 44 又はその端数を増すごとに 1 人とします。
- ウ ケアプランデータ連携システムを利用し、かつ事務職員を配置している場合は、利用者の数が 49 又はその端数を増すごとに 1 人とします。
- ウ 介護保険施設に置かれた常勤専従の介護支援専門員との兼務はできません。

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、介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置」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。

居宅介護支援費は取扱件数によって（Ⅰ）とケアプランデータ連携システム及び事務職員を活用する（Ⅱ）に分かれています。

【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>45件未満</u>	<u>1,086単位</u>	<u>1,411単位</u>
居宅介護支援費（ⅱ）	<u>45件以上～ 60件未満</u>	<u>544単位</u>	<u>704単位</u>
居宅介護支援費（ⅲ）	<u>60件以上</u>	<u>326単位</u>	<u>422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>50件未満</u>	<u>1,086単位</u>	<u>1,411単位</u>
居宅介護支援費（ⅱ）	<u>50件以上～ 60件未満</u>	<u>527単位</u>	<u>683単位</u>
居宅介護支援費（ⅲ）	<u>60件以上</u>	<u>316単位</u>	<u>410単位</u>

ケアプランデータ連携システムの活用

ケアプランデータ連携システムの利用申請をし、クライアントソフトをインストールしている場合に当該要件を満たしていることとなり、当該システムによる他の居宅サービス事業者とのデータ連携の実績は問いません。

【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。勤務時間数については特段の定めを設けていな

いが、当該事業所における業務の実情を踏まえ、適切な数の人員を配置する必要がある。

【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44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、45にその数を乗じた数から1を減じた件数（小数点以下の端数が生じる場合にあっては、その端数を切り捨てた件数）まで）については居宅介護支援費（i）を算定し、45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、45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、「44件目」を「45件目」と、「45」を「50」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に乘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）に乘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44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「45件以上」であっても、地域における介護支援専門員や居宅介護支援事業所の充足状況等も踏まえ、緊急的に利用者を受け入れなければならない等のやむを得ない理由により利用者の数が当該基準を超えてしまった場合においては、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 神奈川県へ介護支援専門員の登録手続きは行っていたものの、介護支援専門員証の交付手続きを行っておらず、証の交付を受けないまま業務に従事していた。
- 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。）

【8.3.27 介護制度改革 information vol.80 成 18 年 4 月改定関係 Q&A(vol.2)】

(問 31) ケアマネジャー 1 人当たりというのは、常勤換算によるものか。その場合、管理者がケアマネジャーであれば 1 人として計算できるのか。

(答) 取扱件数や介護予防支援業務受託上限の計算に当たっての「ケアマネジャー 1 人当たり」の取扱については、常勤換算による。なお、管理者がケアマネジャーである場合、管理者がケアマネジメント業務を兼ねている場合については、管理者を常勤換算 1 のケアマネジャーとして取り扱って差し支えない。ただし、管理者としての業務に専念しており、ケアマネジメント業務にまったく従事していない場合については、当該管理者については、ケアマネジャーの人数として算定することはできない。

【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。)

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【令和5年10月見直し】

「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＞

【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（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、居宅サービス計画作成の状況（初回、初回以外）について記載する項目

②これまでの生活と現在の状況

利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目

③利用者の社会保障制度の利用情報

利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険等）、年金の受給状況（年金種別等）、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目

④現在利用している支援や社会資源状況

利用者が現在利用している社会資源（介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む）の状況について記載する項目

⑤日常生活自立度（障害）

「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目

⑥日常生活自立度（認知症）

「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目

⑦主訴・意向

利用者の主訴や意向について記載する項目

家族等の主訴や意向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、区分支給限度額等）について記載する項目

⑨今回のアセスメントの理由

今回のアセスメントの実施に至った理由（初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等）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＞

⑩健康状態

利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症

状、痛みの有無、褥そうの有無等)、受診に関する状況(かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等)、服薬に関する状況(かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等)、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目

⑪ ADL

ADL(寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法(杖や車椅子の利用有無等を含む)、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等)に関する項目

⑫ IADL

IADL(調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等)に関する項目

⑬ 認知機能や判断能力

日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況(症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等)に関する項目

⑭ コミュニケーションにおける理解と表出の状況

コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況(視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通)、コミュニケーション機器・方法等(対面以外のコミュニケーションツール(電話、PC、スマートフォン)も含む)に関する項目

⑮ 生活リズム

1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度(活動の内容・時間、活動量等)、休息・睡眠の状況(リズム、睡眠の状況(中途覚醒、昼夜逆転等)等)に関する項目

⑯ 排泄の状況

排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム(日中・夜間の頻度、タイミング等)、排泄内容(便秘や下痢の有無等)に関する項目

⑰ 清潔の保持に関する状況

入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況(皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等)、寝具や衣類の状況(汚れの有無、交換頻度等)に関する項目

⑱ 口腔内の状況

歯の状態(歯の本数、欠損している歯の有無等)、義歯の状況(義歯の有無、汚れ・破損の有無等)、かみ合わせの状態、口腔内の状態(歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等)、口腔ケアの状況に関する項目

⑲ 食事摂取の状況

食事摂取の状況(食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等)、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量(栄養、水分量等)、食事制限の有無に関する項目

⑳ 社会との関り

家族等との関わり(家庭内での役割、家族等との関わり(同居でない家族等と

の関わりを含む)等)、地域との関わり(参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等)、仕事との関わりに関する項目

①家族等の状況

本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況(本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等)、家族等による支援への参加状況(参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等)、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目

②居住環境

日常生活を行う環境(浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等)、居住環境においてリスクになりうる状況(危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等)、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目

③その他留意すべき事項・状況

利用者に関連して、特に留意すべき状況(虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等)、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目

【課題分析標準項目の改正に関する Q&A】 【全体に関連する内容】

(問2) 全体的に「家族等」と表現されているが、「等」にはどのような意味合いがあるのか。

(答) 近年の社会状況においては、利用者を支える関係者が多様になってきているため、親族関係にある者のみだけでなく意思決定や支援に関わる者という意味を含めて、「家族等」と表記に統一、修正した。

【課題分析標準項目の改正に関する Q&A】 【全体に関連する内容】

(問3) 「項目の主な内容(例)」に記載されている内容について、その全てを必ず把握しないものなのか。

(答) 「項目の主な内容(例)」は、「標準項目」の各項目の解釈の違いにより把握する内容に差異が生じないように、具体的な内容を例示したものであり、これらの内容についてすべての情報収集を行うことを求めるものではない。なお、各保険者においては実地指導等において、「項目の主な内容(例)」に記載されている内容が把握されていないことのみをもって、アセスメントが適切に行われていないと判断し、基準違反とすることが無いよう留意されたい。

【課題分析標準項目の改正に関する Q&A】 【No.7 主訴・意向】

(問8) これまでの項目名に「意向」を追加したのはなぜか。

(答) 「主訴」とは、利用者及び家族等との面談の中で最初に発せられた“訴え”を指すことが多いが、この“訴え”は利用者や家族等によってどの程度本人の真意を具体的に表現できているかが異なることが多く、単なる訴えから、今後の生活等に対する「要望」や「意向」を含むものまでありうる。また、居宅サービス計画(第1表)を、「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」を記載するものとしている。上

記を考慮し、本項目においては、主訴と意向を記載する表現へと修正した。

【課題分析標準項目の改正に関する Q&A】 【No.10 健康状態】

(問10)「利用者の健康状態及び心身の状況」に、新たに身長、体重、BMI、血圧が追加されているが、これらの情報の把握には機材が必要となる。そのためケアマネジャーが必要な機材をもって利用者宅を訪問しなければならないのか。

(答) 今回の改正は、情報収集項目の具体的な内容の例示を加筆したものであり、ケアマネジャーが機材を持参して利用者宅で測定することまでを想定したものではない。利用者宅の設備での測定が難しい場合には、本人が利用している医療または介護のサービス等での測定状況（医療機関や通所サービス等の利用時の測定、もしくは健康診断等での測定など）を確認し、情報を収集することが考えられる。

【課題分析標準項目の改正に関する Q&A】 【No.15 生活リズム】

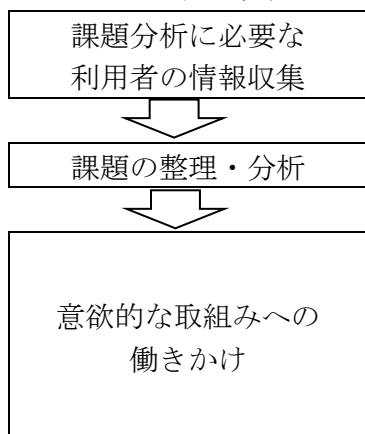
(問13) 項目を追加した趣旨如何。また、居宅サービス計画書（第3表）とはどのような関係になるのか。

(答) 利用者の生活全般のケアマネジメントを行うにあたり、「1日のリズム、1週間のリズム」についても把握することが重要である。これまでの項目には含まれていなかった項目ではあるが、居宅サービス計画書（第3表）の作成に際して把握していた事項と考えられる。本項目内容の必要性を踏まえ、改めて「課題分析を行うための情報項目」として項目を新設した。本項目では、本人の日常的な1週間の生活リズム及び1日の生活リズムを把握する。日常的な活動の程度と休息・睡眠の状況は、互いに関係しあう内容でもあるため、1日ないしは1週間程度の単位でとらえる必要がある。また、生活リズムの把握に際しては、通常的生活リズムとイベントがある日の生活リズムは異なることへも留意が必要である。この場合のイベントとは、季節単位で発生するイベントから週単位で発生するイベント（デイサービスの利用等）がありうる。加えて、本項目は他の項目の状況や疾患の状態、服薬の状況とも連動する内容である。支援の提供を通じて、生活リズムが崩れてきたことを把握した場合には、それらの状況や背景・要因等についても情報を収集・分析、検討し、生活リズムを整えるために解決すべき課題についても分析を行うことが望ましい。

(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/gyoseiShiryoku/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。①または③、及び②の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
- ③ 次のいずれにも該当する場合は、①に代えて少なくとも二月に一回、利用者の居宅を訪問して利用者に面接し、利用者の居宅を訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接すること。
 - (1) テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。
 - (2) サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
 - (i) 利用者の心身の状況が安定していること。
 - (ii) 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
 - (iii) 介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。

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。

ポイント

＜③居宅訪問を2月に1回とする場合の留意点＞

- イ テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、説明の際には、利用者に対し、テレビ電話装置等による面接のメリット及びデメリットを含め、具体的な実施方法（居宅への訪問は2月に1回であること等）を懇切丁寧に説明することが重要です。なお、利用者の認知機能が低下している場合など、同意を得ることが困難と考えられる利用者については、後述の口の要件の観点からも、テレビ電話装置等を活用した面接の対象者として想定されていません。
- ロ 利用者の心身の状況が安定していることを確認するに当たっては、主治の医師等による医学的な観点からの意見や、以下に例示する事項等も踏まえて、サービス担当者会議等において総合的に判断することが必要です。
 - ・介護者の状況の変化が無いこと。
 - ・住環境に変化が無いこと
（住宅改修による手すり設置やトイレの改修等を含む）
 - ・サービス（保険外サービスも含む）の利用状況に変更が無いこと
- ハ 利用者がテレビ電話装置等を活用して面接を行うに当たっては、利用者がテレビ電話装置等を介して、利用者の居宅において対面で面接を行う場合と同程度の対応ができる必要があります。なお、テレビ電話装置等の操作については、必ずしも利用者自身で行う必要はなく、家族等の介助者が操作を行うことは差し支えありません。
- ニ テレビ電話装置等を活用して面接を行う場合、画面越しでは確認できない利用者の健康状態や住環境等の情報については、サービス事業所の担当者からの情報提供

により補完する必要があります。この点について、サービス事業所の担当者の同意を得るとともに、サービスとともに、サービス事業所の担当者の過度な負担とならないよう、情報収集を依頼する項目や情報量については留意が必要です。なお、サービス事業所の担当者に情報収集を依頼するに当たっては、以下の「モニタリングに係る情報連携シート」を参考にしてください。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001227930.xlsx>

ホ 主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得る方法としては、サービス担当者会議のほか、利用者の通院や訪問診療への立会時における主治の医師への意見照会や、サービス事業所の担当者との日頃の連絡調整の際の意見照会も想定されるが、いずれの場合においても、合意に至るまでの過程を記録しておくことが必要です。

(2) 主治の医師等又は薬剤師への情報提供について

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があると認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て、主治の医師等又は薬剤師に提供しなければなりません。

(3) 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。

<p>＜暫定ケアプランが必要となる場合の例＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<p>サービス担当者会議</p> <p>「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。」</p>	<p>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。</p>
2	<p>想定した要介護度等と認定結果が同一の場合</p> <p>「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。」</p>	<p>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。</p>
3	<p>想定していた要介護度と認定結果が異なった場合</p> <p>「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。」</p>	<p>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。</p>
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、本ケアプランの認定有効期間初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。

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、居宅療養管理指導、短期入所療養介護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

エ 主治医の医師等の意見を踏まえて作成したケアプランについては、意見を求めた主治医等に交付する。

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ない。経過記録等に交付したことを記録すること。

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られた者は、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小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護の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。

(3) 一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入【令和6年改定】

利用者の過度な負担を軽減しつつ、制度の持続可能性の確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保する観点から、要介護度に関係なく給付が可能な福祉用具のうち、比較的廉価で、購入した方が利用者の負担が抑えられる者の割合が相対的に高い下記の品目については、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることになりました。

ア 対象品目

対象種目	詳細
スロープ	段差解消のためのものであって、取付けに際し工事を伴わないものに限る。
歩行器	歩行が困難な者の歩行機能を補う機能を有し、移動時に体重を支える構造を有するものであって、四脚を有し、上肢で保持して移動させることが可能なもの
歩行補助つえ	カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットホームクラッチ及び多点杖に限る。

イ 利用者への情報提供及び選択

利用者の選択に際し、介護支援専門員は、貸与、販売それぞれのメリット及びデメリット等、利用者の選択に資するよう、必要な情報を提供しなければなりません。また、対象福祉用具の提案を行う際、利用者の心身の状況の確認に当たっては、利用者へのアセスメントの結果に加え、医師やリハビリテーション専門職等からの意見聴取、退院・退所前カンファレンス又はサービス担当者会議等の結果を踏まえることとし、医師の所見を取得する具体的な方法は、主治医意見書による方法のほか、診療情報提供書又は医師から所見を聴取する方法が考えられます。

ウ 選択制での利用開始後

選択制の対象福祉用具貸与に当たっては、福祉用具専門相談員が、利用開始後6月以内に少なくとも1回モニタリングを行い、貸与継続の必要性について検討を行うこととされています。介護支援専門員は、居宅サービス計画の見直しに際し、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、福祉用具専門相談員によるモニタリングの結果も踏まえ、その必要性を検証することが必要です。

また、選択制の特定福祉用具販売に当たっては、福祉用具専門相談員が、特定福祉用具販売計画の作成後、当該計画における目標の達成状況を確認することとされ、利用者等からの要請等に 応じて、販売した福祉用具の使用状況を確認するよう努めるとともに、必要な場合は、使用方法の指導、修理等（メンテナンス）を行うよう努めることとされています。

「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）」

【特定福祉用具販売種目の再支給等について】

（問98）特定福祉用具販売の種目は、どのような場合に再支給又は複数個支給できるのか

（答）居宅介護福祉用具購入費の支給が必要と認める場合については、介護保険法施行規則第70条第2項において「当該既に購入した特定福祉用具又は特定介護予防福祉用具が破損した場合、当該居宅要介護被保険者の介護の必要の程度が著しく高くなった場合その他特別の事情がある場合であって、市町村が当該申請に係る居宅介護福祉用具購入費の支給が必要と認めるときは、この限りでない。」とされており、「その他特別な事情」とは、利用者の身体状況や生活環境等から必要と認められる場合の再支給のほか、ロフストランドクラッチやスロープのような種目の性質等から複数個の利用が想定される場合も含まれる。

【貸与と販売の選択制における令和6年4月1日（以下、「施行日」という）以前の利用者について】

（問99）厚生労働大臣が定める特定福祉用具販売に係る特定福祉用具の種目及び厚生労働大臣が定める特定介護予防福祉用具販売に係る特定介護予防福祉用具の種目（平成11年厚生省告示第94号）第7項～第9項にそれぞれ掲げる「スロープ」「歩行器」「歩行補助つえ」（以下、「選択制の対象福祉用具」という）を施行日以前より貸与している利用者は、施行日以後に特定福祉用具販売を選択することができるのか。

（答）貴見のとおりである。なお、利用者が販売を希望する場合は福祉用具貸与事業者、特定福祉用具販売事業者、居宅介護支援事業者において適切に連携すること。

【貸与と販売の選択制における令和6年4月1日（以下、「施行日」という）以前の利用者について】

（問100）施行日以降より選択制の対象福祉用具の貸与を開始した利用者へのモニタリング時期はいつになるのか。

（答）施行日以後に貸与を開始した利用者に対しては、利用開始時から6月以内に少なくとも1回モニタリングを実施することとしているが、施行日以前の利用者に対しては、利用者ごとに適時適切に実施すること。

【貸与と販売の提案に係る利用者の選択に資する情報提供について】

（問101）福祉用具専門相談員又は介護支援専門員が提供する利用者の選択に当たって必要な情報とはどういったものが考えられるか。

（答）利用者の選択に当たって必要な情報としては、

- ・ 利用者の身体状況の変化の見通しに関する医師やリハビリテーション専門職等から聴取した意見
- ・ サービス担当者会議等における多職種による協議の結果を踏まえた生活環境等の変化や福祉用具の利用期間に関する見通し
- ・ 貸与と販売それぞれの利用者負担額の違い
- ・ 長期利用が見込まれる場合は販売の方が利用者負担額を抑えられること
- ・ 短期利用が見込まれる場合は適時適切な福祉用具に交換できる貸与が適していること
- ・ 国が示している福祉用具の平均的な利用月数（※）等が考えられる。

※ 選択制の対象福祉用具の平均的な利用月数（出典：介護保険総合データベース）

- ・ 固定用スロープ：13.2ヶ月
- ・ 歩行器：11.0ヶ月
- ・ 単点杖：14.6ヶ月
- ・ 多点杖：14.3ヶ月

【担当する介護支援専門員がいない利用者について】

（問102）担当する介護支援専門員がいない利用者から福祉用具貸与事業所又は特定福祉用具販売事業所に選択制の対象福祉用具の利用について相談があった場合、どのような対応が考えられるのか。

(答) 相談を受けた福祉用具貸与事業所又は特定福祉用具販売事業所は、当該福祉用具は貸与と販売を選択できることを利用者に説明した上で、利用者の選択に必要な情報を収集するために、地域包括支援センター等と連携を図り対応することなどが考えられる。

【貸与と販売の選択に係る情報提供の記録方法について】

(問103) 福祉用具専門相談員は、利用者に貸与と販売の選択に資する適切な情報を提供したという事実を何に記録すればよいのか。

(答) 福祉用具貸与・販売計画又はモニタリングシート等に記録することが考えられる。

【選択制の対象福祉用具の販売後の取り扱いについて】

(問104) 福祉用具専門相談員は、利用者に貸与と販売の選択に資する適切な情報を提供したという事実を何に記録すればよいのか。

(答) 販売後のメンテナンス等にかかる費用の取扱いについては、利用者と事業所の個別契約に基づき、決定されるものと考えている。

【スロープの給付に係るサービス区分に係る判断基準について】

(問105) スロープは、どのような基準に基づいて「福祉用具貸与」、「特定福祉用具販売」、「住宅改修」に区別し給付すればよいのか。

(答) 取り付けに際し、工事を伴う場合は住宅改修とし、工事を伴わない場合は福祉用具貸与又は特定福祉用具販売とする。

【福祉用具について】

(問112) 選択制の対象福祉用具を居宅サービス計画又は介護予防サービス計画(以下「居宅サービス計画等」という。)に位置付ける場合、主治医意見書や診療情報提供書に福祉用具に関する記載がない場合は、追加で医師に照会する必要があるか。

(答) 追加で医師に照会することが望ましいが、主治医意見書や診療情報提供書、アセスメント等の情報から利用者の心身の状況を適切に把握した上で、貸与・販売の選択に必要な情報が得られているのであれば、必ずしも追加の照会は要しない。

【福祉用具について】

(問113) 福祉用具貸与については、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画(以下「居宅サービス計画等」という。)作成後、利用者が継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証し、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、その理由を再び居宅サービス計画等に記載しなければならないこととなっており、選択制の対象福祉用具の貸与を行った場合、福祉用具専門相談員が少なくとも6月以内にモニタリングを行い、その結果を居宅サービス計画等を作成した指定居宅支援事業者等に報告することとされているが、居宅サービス計画等の見直し又は継続理由の記載については福祉用具専門相談員のモニタリングと同様に6月以内に行う必要があるのか。

(答) 必ずしも6月以内に行う必要はないが、福祉用具専門相談員からモニタリングに関する情報提供があった後、速やかに居宅サービス計画等の見直し又は継続理由の記載を行うこと。

「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.5) 」

【モニタリングの実施時期について】

(問3) 福祉用具貸与計画の実施状況の把握(モニタリング)を行う時期を記載することとされたが、計画に記載する事項として、モニタリングの実施を予定する年・月に加え、日付を記載する必要があるのか。

(答) 福祉用具貸与計画における次のモニタリング実施時期については、例えば「何年何月頃」や「何月上旬」等の記載を想定しており、必ずしも確定的な日付を記載する必要はない。一方で、利用者の身体状況やADLに著しい変化が見込まれる場合等、利用者の状況に応じて特定の日に実施する必要があると判断されるときは日付を記載することも考えられる。

(問4) 福祉用具貸与計画に記載する実施状況の把握(モニタリング)の実施時期は、どのように検討すればよいのか。

(答) 利用者の希望や置かれている環境、疾病、身体状況及びADLの変化等は個人により異なるものであるから、モニタリングの実施時期は利用者ごとに検討する必要がある。

【選択制の対象となる福祉用具の購入後の対応について】

(問5) 選択制の対象となる福祉用具を購入したのちに、修理不能の故障などにより新たに必要となった場合、特定福祉用具販売だけでなく福祉用具貸与を選択することは可能か？また、販売後に身体状況の変化等により、同じ種目の他の福祉用具を貸与することは可能か。

(答) いずれも可能である。なお、福祉用具の販売または貸与のいずれかを提案するに当たっては、利用者の身体状況等を踏まえ、十分に検討し判断すること。

【医学的所見の取得について】

(問6) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のリハビリテーション専門職から医学的所見を取得しようとする場合、利用者を担当している福祉用具貸与事業所にリハビリテーション専門職が所属していれば、その職員から医学的所見を取得することは可能か。

また、利用者を担当している福祉用具専門相談員が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の資格を所持している場合は、当該福祉用具専門相談員の所見を持って医学的所見とすることは可能か。

(答) 選択制の提案に必要な医学的所見の取得に当たっては、利用者の身体状況や生活環境等の変化の観点から、利用者の過去の病歴や身体状況等を把握している専門職から聴取することを想定しており、例えば、質問で挙げられている職員が、医師と連携のもと利用者の入院期間中にリハビリテーションを担当している場合や、利用者には訪問リハビリテーションも提供している場合等であれば可能である。

(問7) 選択制の検討・提案に当たって医学的所見の取得に当たり、所見の取得方法や様式の指定はあるのか？

(答) 聴取の方法や様式に特段の定めはない。

(問 8) 一度貸与を選択した利用者に対して、一定期間経過後に、再度貸与の継続または販売への移行を提案する場合において、改めて医師やリハビリテーション専門職から医学的所見を取得する必要があるのか？

(答) 販売への移行を提案する場合においては、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれかから聴取した意見又は、退院・退所時カンファレンス又はサービス担当者会議といった多職種による協議の結果を踏まえる必要がある。貸与の継続に当たっては、必要に応じて聴取等をするものとして差し支えない。

【選択制の対象の販売品について】

(問 9) 選択制対象福祉用具に関しての中古品の販売は可能か。

(答) 今般の選択制の導入以前から特定福祉用具販売の対象になっている福祉用具は、再利用に心理的抵抗感が伴うものや、使用により形態・品質が変化するものであり、基本的には中古品の販売は想定していない。

また、選択制の導入に伴い、「固定用スロープ」「歩行器」「単点杖」「多点杖」が新たに特定福祉用具販売の対象となったが、これらについても原則として新品の販売を想定している。これは、福祉用具貸与では中古品の貸出しも行われているところ、福祉用具貸与事業所によって定期的なメンテナンス等が実施され、過去の利用者の使用に係る劣化等の影響についても必要に応じて対応が行われる一方で、特定福祉用具販売では、販売後の定期的なメンテナンスが義務付けられていないこと等を踏まえたものである。

(問 10) 選択制の対象である福祉用具を貸与から販売に切り替える際、既に当該福祉用具の販売が終了していて新品を入手することが困難な場合は、同等品の新品を販売することで代えることは可能か。

(答) 利用者等に説明を行い、同意を得れば可能である。

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出てください。

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 各自治体の介護保険窓口へご提出ください。

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 : 045-210-4840

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。

3 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・検証を行います。

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

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（届出：必要）※令和6年度改正あり

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。

令和6年度の法改正では、多様化・複雑化する課題に対応するための取組の促進、(主任)介護支援専門員の専任要件についての見直し、事業所における毎月の確認作業等の手間を軽減する観点から、運営基準減算に係る要件の削除、介護支援専門員が取り扱う1人当たりの利用者数について、居宅介護支援費の見直しを踏まえた対応が行われています。

※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）： 519単位／月

【算定要件】

次のいずれにも適合すること。

- ① 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を2名以上配置していること。ただし、利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある他の事業所の職務と兼務をしても差し支えないものとする。
- ② 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を3名以上配置してい

ること。ただし、利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある指定介護予防支援事業所の職務と兼務をしても差し支えないものとする。

- 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。
- 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。
- ⑤ 算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の40以上であること。
- ⑥ 当該指定居宅介護支援事業所における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。
- 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、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること。
- ⑧ 家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障害者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること。
- ⑨ 居宅介護支援費に係る特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。
- ⑩ 指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員1人当たり45名未満であること。ただし、居宅介護支援費（Ⅱ）を算定している場合は50名未満であること。
- 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。
- 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。
- 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（介護給付等対象サービス（法第24条第2項に規定する介護給付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。）が包括的に提供されるような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）： 421単位／月

【算定要件】

次のいずれにも適合すること。

- ① 特定事業所加算（Ⅰ）の算定要件②、③、④及び⑥から⑬までの基準に適合すること。
- ② 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を配置していること。ただし、利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある他の事業所の職務と兼務をしても差し支えないものとする。

○ 特定事業所加算（Ⅲ）： 323 単位／月

【算定要件】

次のいずれにも適合すること。

- ① 特定事業所加算（Ⅰ）の算定要件③、④及び⑥から⑬までの基準に適合すること。
- ② 特定事業所加算（Ⅰ）の算定要件②の基準に適合すること。
- ③ 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を2名以上配置していること。ただし、利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある指定介護予防支援事業所の職務と兼務をしても差し支えないものとする。

○ 特定事業所加算（A）： 114 単位／月

【算定要件】

次のいずれにも適合すること。

- ① 特定事業所加算（Ⅰ）の算定要件③、④及び⑥から⑬までの基準に適合すること。
ただし、特定事業所加算（Ⅰ）の算定要件④、⑥、⑪及び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ものとする。
- ② 特定事業所加算（Ⅱ）の算定要件②の基準に適合すること。
- ③ 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を1名以上配置していること。ただし、利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある指定介護予防支援事業所の職務と兼務をしても差し支えないものとする。
- ④ 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる介護支援専門員を常勤換算方法（当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいう。）で1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（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。）の職務と兼務をしても差し支えないものとし、利用者に対する指定居宅介護支援の提供に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある指定介護予防支援事業所の職務と兼務をしても差し支えないものとする。

<留意点>

(1) 趣旨

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や、専門性の高い人材の確保、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ある。

(2) 基本的取扱方針

特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）又は（A）の対象となる事業所については、

- ・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。
- ・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が必要となる。

本制度については、こうした基本的な取扱方針を十分に踏まえ、(1)に掲げる趣旨に合致した適切な運用を図られるよう留意されたい。

(3) 厚生労働大臣の定める基準の具体的運用方針

大臣基準告示第84号に規定する各要件の取扱については、次に定めるところによること。

① 特定事業所加算(Ⅰ)の算定要件①関係

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と兼務をしても差し支えないものとする。なお、「当該指定居宅介護支援事業所の他の職務」とは、地域包括支援センターの設置者である指定介護予防支援事業者からの委託を受けて指定介護予防支援を提供する場合や、地域包括支援センターの設置者からの委託を受けて総合相談支援事業を行う場合等が考えられる。

② 特定事業所加算(Ⅰ)の算定要件②関係

常勤かつ専従の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、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある指定介護予防支援事業所当該指定居宅介護支援事業者が指定介護予防支援の指定を受けている場合に限る。(⑭から⑯において同じ。)の職務と兼務をしても差し支えないものとする。なお、「当該指定居宅介護支援事業所の他の職務」とは、地域包括支援センターの設置者である指定介護予防支援事業者からの委託を受けて指定介護予防支援を提供する場合や、地域包括支援センターの設置者からの委託を受けて総合相談支援事業を行う場合等が考えられる。

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こと。

③ 特定事業所加算(Ⅰ)の算定要件③関係

「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」は、次の要件を満たすものでなければならないこと。

ア 議題については、少なくとも次のような議事を含めること。

- (1) 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
- (2) 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
- (3) 地域における事業者や活用できる社会資源の状況
- (4) 保健医療及び福祉に関する諸制度

- (5) ケアマネジメントに関する技術
- (6) 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
- (7) 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。

また、会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。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。

④ 特定事業所加算(I)の算定要件④関係

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を言うものであり、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こと。

なお、特定事業所加算(A)を算定する事業所については、携帯電話等の転送による対応等も可能であるが、連携先事業所の利用者に関する情報を共有することから、指定居宅介護支援等基準第23条の規定の遵守とともに、利用者又はその家族に対し、当該加算算定要件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い、同意を得ること。

⑤ 特定事業所加算(I)の算定要件⑤関係

要介護3、要介護4又は要介護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。

なお、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こと。

また、特定事業所加算(I)の算定要件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4又は要介護5の者の割合の計算対象外として取り扱うことが可能)。

⑥ 特定事業所加算(I)の算定要件⑥関係

「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。

なお、特定事業所(A)を算定する事業所については、連携先事業所との共同開催による研修実施も可能である。

⑦ 特定事業所加算(Ⅰ)の算定要件⑦関係

特定事業所加算算定事業所については、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、また、そのため、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こと。

⑧ 特定事業所加算(Ⅰ)の算定要件⑧関係

多様化・複雑化する課題に対応するために、家族に対する介護等を日常的に行っている児童、障害者、生活困窮者、難病患者等、介護保険以外の制度や当該制度の対象者への支援に関する事例検討会、研修等に参加していること。なお、「家族に対する介護等を日常的に行っている児童」とは、いわゆるヤングケアラーのことを指している。

また、対象となる事例検討会、研修等については、上記に例示するもののほか、仕事と介護の両立支援制度や生活保護制度等も考えられるが、利用者に対するケアマネジメントを行う上で必要な知識・技術を修得するためのものであれば差し支えない。

⑨ 特定事業所加算(Ⅰ)の算定要件⑨関係

特定事業所加算の趣旨を踏まえ、単に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こと。

⑩ 特定事業所加算(Ⅰ)の算定要要件⑩関係

取り扱う利用者数については、原則として事業所単位で平均して介護支援専門員1名当たり45名未満(居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合は50名未満)であれば差し支えないこととするが、ただし、不当に特定の者に偏るなど、適切なケアマネジメントに支障がでることがないように配慮しなければならないこと。

⑪ 特定事業所加算(Ⅰ)の算定要件⑪関係

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、受入可能な体制が整っていることをいう。そのため、当該指定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。

なお、特定事業所加算(A)を算定する事業所については、連携先事業所との共同による協力及び協力体制も可能である。

⑫ 特定事業所加算(Ⅰ)の算定要件⑫関係

特定事業所加算算定事業所は、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。

なお、特定事業所加算(A)を算定する事業所については、連携先事業所との協力による研修会等の実施も可能である。

⑬ 特定事業所加算(Ⅰ)の算定要件⑬関係

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とは、介護給付等対象サービス(介護保険法第24条第2項に規定する介護給付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のことをいう。

⑭ 特定事業所加算(Ⅱ)について

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、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある他の事業所の職務(介護支援専門員(主任介護支援専門員を除く。))の場合にあっては、指定介護予防支援事業所の職務に限る。)を兼務しても差し支えないものとする。なお、「当該指定居宅介護支援事業所の他の職務」とは、地域包括支援センターの設置者である指定介護予防支援事業者からの委託を受けて指定介護予防支援を提供する場合や、地域包括支援センターの設置者からの委託を受けて総合相談支援事業を行う場合等が考えられる。

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。

⑮ 特定事業所加算(Ⅲ)について

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、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又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。なお、「当該指定居宅介護支援事業所の他の職務」とは、地域包括支援センターの設置者である指定介護予防支援事業者からの委託を受けて指定介護予防支援を提供する場合や、地域包括支援センターの設置者からの委託を受けて総合相談支援事業を行う場合等が考えられる。

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。

⑯ 特定事業所加算(A)について

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並びに常勤換算方法で1

の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、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある他の事業所（介護支援専門員（主任介護支援専門員を除く。）の場合にあつては、指定介護予防支援事業所の職務に限る。）の職務を兼務しても差し支えないものとする。なお、「当該指定居宅介護支援事業所の他の職務」とは、地域包括支援センターの設置者である指定介護予防支援事業者からの委託を受けて指定介護予防支援を提供する場合や、地域包括支援センターの設置者からの委託を受けて総合相談支援事業を行う場合等が考えられる。

また、常勤かつ専従の介護支援専門員1名並びに常勤換算方法で1の介護支援専門員とは別に、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。

この場合において、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（連携先事業所に限る。）の職務と兼務しても差し支えないが、当該兼務に係る他の業務との兼務については、介護保険施設に置かれた常勤専従の介護支援専門員との兼務を除き、差し支えないものであり、当該他の業務とは必ずしも指定居宅サービス事業の業務を指すものではない。

⑰ その他

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こと。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うこと。

(4) 手続

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、提出しなければならない。

○ 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・A）
⇒ 当該指定居宅介護支援事業所の業務に支障がない場合、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務（管理者を兼務する主任介護支援専門員、及び常勤・専従の介護支援専門員）、及び同一敷地内にある他の事業所の職務（指定介護予防支援、及び包括からの委託を受けての総合相談支援事業）を兼務しても差し支えありません
- 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）常勤かつ専従の介護支援専門員1名以上を配置していること。（特定事業所加算A）
⇒ 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」に含めることができるようになりました。また、同一敷地内にある指定介護予防支援事業所の職務に限り、兼務できるようになりました。
- 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）
⇒ 常勤換算方法で配置する介護支援専門員は他の居宅介護支援事業所（連携先事業所に限る。）の職務と兼務しても差し支えありません。ただし、介護保険施設の常勤専従の介護支援専門員との兼務はできません。

3 特定事業所医療介護連携加算：125単位

【算定要件】

- ① 前々年度の3月から前年度の2月までの間において退院・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保健施設又は介護保険施設との連携の回数（第85号のニ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回以上であること。
- ② 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。
- ③ 特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定していること。

<留意点>

(1) 基本的取扱方針

当該加算の対象となる事業所においては、日頃から医療機関等との連携に関する取組をより積極的に行う事業所であることが必要となる。

(2) 具体的運用方法

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35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15回以上の場合に要件をみたすこととなる。なお、経過措置として、令和7年3月31日までの間は、従前のおり算定回数が5回以上の場合に要件を満たすこととし、同年4月1日から令和8年3月31日までの間は、令和6年3月におけるターミナルケアマネジメント加算の算定回数に3を乗じた数に令和6年4月から令和7年2月までの間におけるターミナルケアマネジメント加算の算定回数を加えた数が15回以上である場合に要件を満たすこととするため、留意すること。

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。

○ 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】

□ 利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。または、入院の日以前に情報提供した場合及び運営規程に定める営業時間終了後または営業日以外の日に入院した場合であり、入院した日の翌日に情報提供をしていること。

○ 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】

□ 利用者が病院又は診療所に入院した日の翌日または翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。または、運営規程に定める営業時間終了後に入院した場合であって、入院した日から起算して3日目が運営規

程に定める営業日以外の日に当たるときは、その翌日に状況を提供していること。

<要件等>

(1) 総論

「必要な情報」とは、具体的には、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）及びサービスの利用状況をいう。当該加算については、利用者1人につき、1月に1回を限度として算定することとする。

また、情報提供を行った日時、場所（医療機関へ出向いた場合）、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すること。なお、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る。

(2) 入院時情報連携加算（Ⅰ）

利用者が入院した日のうちに、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。なお、入院の日以前に情報提供した場合及び指定居宅介護支援事業所における運営規程に定める営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合であって、当該入院した日の翌日に情報を提供した場合も、算定可能である。

(3) 入院時情報連携加算（Ⅱ）

利用者が入院した日の翌日又は翌々日に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。なお、運営規程に定める当該指定居宅介護支援事業所の営業時間終了後に入院した場合であって、当該入院した日から起算して3日目が運営規程に定める当該指定居宅介護支援事業所の営業日以外の日に当たるときは、当該営業日以外の日翌日に情報を提供した場合も、算定可能である。

※情報の提供方法は問いません。

※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。

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（テレビ電話装置等の活用を含む）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。

○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。

○ カンファレンスは以下のとおりとする。

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の要件を満たし、退院後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあつては、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加するもの。

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。また、退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあつては、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こと。

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員及び入所者又はその家族が参加するものに限る。また、退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあつては、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こと。

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員及び入所者又はその家族が参加するものに限る。また、退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあつては、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こと。

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号に基づき、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員及び入所者又はその家族が参加するものに限る。また、退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあつては、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こと。

- 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。

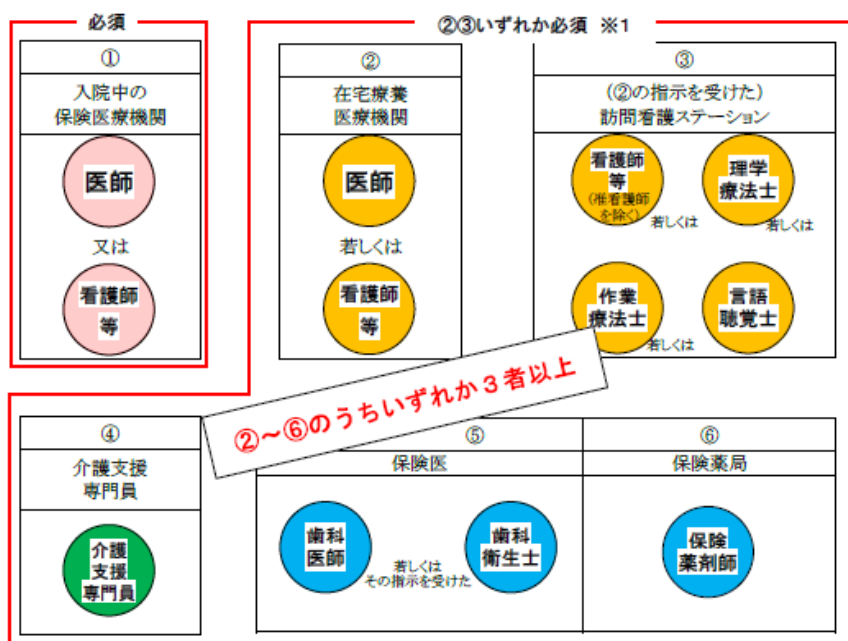
【令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 3)】

(問 120) カンファレンスに参加した場合は、「利用者又は家族に提供した文書の写しを添付すること」としているが、具体例を示されたい。

(答) 具体例として、次のような文書を想定しているが、これらの具体例を踏まえ、個々の状況等に応じて個別具体的に判断されるものである。

なお、カンファレンスに参加した場合の記録については、居宅介護支援経過（第5表）の他にサービス担当者会議の要点（第4表）の活用も可能である。

〈例〉カンファレンスに係る会議の概要、開催概要、連携記録等



※ 同一事業所から2名参加する場合は、1者の参加となります。

※ 入院中の保健医療機関の保険医と①の保険医が同一の場合は、①の保険医は1者とカウントできません。

※1 「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

○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	「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。

(※)同一種別の別事業所から別職種が各々参加	
<p>※【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6年厚生労働省告示第57号)</p> <p>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。</p> <p>注2 (略)</p> <p>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。</p>	

○退院(退所)後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあつては、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・歯科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】

- 利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師等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の提供を行うとともに、医師等から当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合は、利用者一人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する。

<留意点>

- 当該加算は、利用者が医師又は歯科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、医師又は歯科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に、算定を行うものである。なお、同席にあたっては、利用者の同意を得た上で、医師又は歯科医師等と連携を行うこと。

【国Q&A】（令和3年4月改定関係（Vol.3）（令和3年3月26日））

（問118） 通院時情報連携加算の「医師等と連携を行うこと」の連携の内容、必要性や方法について、具体的に示されたい。

（回答） 通院時に係る情報連携を促す観点から、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問 通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年3月1日老企第36号）

第3の「15 通院時情報連携加算」において、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けることとしている。

なお、連携にあたっては、利用者に同席する旨や、同席が診療の遂行に支障がないかどうかを事前に医療機関に確認しておくこと。

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2回を限度として所定単位数を加算する。

※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)

自宅で最期を迎えたいと考えている利用者の意向を尊重する観点から、人生の最終段階における利用者の意向を適切に把握することを要件とした上で、当該加算の対象となる疾患を末期の悪性腫瘍に限定しないこととし、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診断した者を対象とし、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】

- ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備していること。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。

<留意点>

- (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者に限り算定できる。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ターミナルケアマネジメント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時点以降は、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 利用者への支援にあたり、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
 - ③ 当該利用者が、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診断した者に該当することを確認した日及びその方法

- (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時間以内に死亡がかくにんされる場合等については、ターミナルケアマネジメント加算を算定することができるものとする。
- (5) ターミナルケアマネジメントにあたっては、終末期における医療・ケアの方針に関する利用者又は家族の意向を把握する必要がある。また、その際には、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの方針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こと。

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

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、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につい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されます。

※利用者が説明を受け理解した旨の文書同意を得られると望ましいです。

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①または②に該当する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 次に掲げるいずれかの方法により、利用者面接し

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。

イ 1月に1回、利用者の居宅を訪問することによって行う方法。

ロ 以下のa・bの全てに該当する利用者の場合で、2月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅を訪問しない月にはテレビ電話装置等を活用して行う方法。

a テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、利用者から文書同意を得ていること。

b サービス担当者会議等で、(i)～(iii)の事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。

(i) 利用者の心身の状況が安定していること。

(ii) 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。

(iii) 介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。

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取りやめたが、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

※減算を開始・終了する場合、加算届が必要です。

(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5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

※「正当な理由」のうち、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に集中していると認められる場合、利用者ごとに次の書類を併せて提出してください。

- ・利用者から提出を受けた特定事業所集中減算における正当な理由に係る理由書
- ・特定事業所集中減算の算定に係る自己点検シート
- ・当該利用者に係る居宅サービス計画
- ・当該計画に係るサービス担当者会議の記録
- ・その他市が指定する書類（ケースに応じ個別に指定します）

(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におけるサービス種別ごとの事業所数が5事業所未満である場合
- 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件以下の場合
- 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

3 高齢者虐待防止未実施減算【令和6年新設】

高齢者虐待防止措置未実施減算については、利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、全ての介護サービス事業者（居宅療養管理指導及び特定福祉用具販売を除く。）について、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算します。

※事業所において高齢者虐待が発生した場合にはありません。

▼ 所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算

※事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算

(1) 減算要件

虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置のいずれかが講じられていない場合

- ① 高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底していない（テレビ電話装置等の活用可能）
- ② 高齢者虐待防止のための指針を整備していない
- ③ 高齢者虐待防止のための年1回以上の研修を実施していない
- ④ 高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない

(2) 都道府県知事への報告

(1) ①～④のいずれかがなされていない事実が生じた場合、都道府県知事に対して以下の文書提出・報告等を行う。

- ・改善計画を速やかに提出
- ・事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を報告

4 業務継続計画未策定減算（令和6年新設）

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続に向けた計画の策定の徹底を求める観点から、感染症若しくは災害のいずれかまたは両方の業務継続計画が未策定の場合、基本報酬を減算します。

▼ 所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算

(1) 減算要件

感染症もしくは災害のいずれか、または両方の業務継続計画が未策定の場合であり、かつ、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合

※令和7年3月31日までの間は経過措置期間ですが、義務となっていることを踏まえ、速やかに作成してください。業務継続計画の策定については、「共通編10業務継続計画」をご参照下さい。

4 同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント（令和6年新設）

▼ 所定単位数×95/100を算定（5%の減算）

(1) 算定要件

指定居宅介護支援事業所の同一敷地内建物等に居住する利用者、または指定居宅介護支援事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く。）に居住する利用者が対象。

(2)、(3)いずれの場合においても、同一の建物については、当該建築物の管理、運営法人が当該指定居宅介護支援事業所の指定居宅介護支援事業者と異なる場合であっても該当するものであること。

(2) 同一敷地内建物の定義

指定居宅介護支援事業所と

- ・同一の敷地内
- ・隣接する敷地内の建物（道路等を挟んで設置している場合を含む。）
- ・同一の建物（構造上又は外形上、一体的な建築物）

のうち効率的なサービス提供が可能なものを指すものである。

具体的には、一体的な建築物として、当該建物の1階部分に指定居宅介護支援事業所がある場合や当該建物と渡り廊下でつながっている場合など、同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物として、同一敷地内にある別棟の建築物や幅員の狭い道路を挟んで隣接する場合などが該当するものであること。

(3) 同一の建物に20人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く。）の定義

- ①「指定居宅介護支援事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物」とは、(2)に該当するもの以外の建築物を指すものであり、当該建築物に当該指定居宅介護支援事業所の利用者が20人以上居住する場合に該当し、同一敷地内にある別棟の建物や路を挟んで隣接する建物の利用者数を合算するものではない。
- ②この場合の利用者数は、当該月において当該指定居宅介護支援事業者が提出した給付管理票に係る利用者のうち、該当する建物に居住する利用者の合計とする。

(4) 算定趣旨

本取扱いは、指定居宅介護支援事業所と建築物の位置関係により、効率的な居宅介護支援の提供が可能であることを適切に評価する趣旨であることに鑑み、本取扱いの適用については、位置関係のみをもって判断することがないよう留意すること。具体的には、次のような場合を一例として、居宅介護支援の提供の効率化につながらない場合には、減算を適用すべきではないこと。

(同一敷地内建物等に該当しないものの例)

- ・ 同一敷地であっても、広大な敷地に複数の建物が点在する場合
- ・ 隣接する敷地であっても、道路や河川などに敷地が隔てられており、横断するために迂回しなければならない場合

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らしている要因を、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よって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。

入院時情報提供書 <在宅版>

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

医療機関名：
 ご担当者名：



事業所名：
 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、____年__月__日時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）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			
氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦 年 月 日生
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	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
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> __割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無	<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"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()		
主介護者氏名	(続柄・才) (同居・別居)	電話番号	
意思決定支援者(代諾者)	(続柄・才) (同居・別居)	電話番号	
3. 意思疎通について			
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
4. 口腔・栄養について			
摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄い・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い)
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ()	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ()
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
特記事項			
5. 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：)		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容：) <input type="checkbox"/> 全介助		
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、処方を守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
6. かかりつけ医について			
かかりつけ医療機関 1		かかりつけ医療機関 2	
医師名		医師名	
かかりつけ医療機関 3		かかりつけ歯科医療機関	
医師名		歯科医師名	
かかりつけ薬局		訪問看護ステーション	
7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報			
※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること			
意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない (<input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外)		
※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載			
本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照 (書類名：)		
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名： 続柄：) (氏名： 続柄：) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※			
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容		

8. 入院前の身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位・深度・大きさ等)			
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット	<input type="checkbox"/> クッション	<input type="checkbox"/> 体位変換(時間毎)		<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> なし			
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動(屋内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート(フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他()								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()								
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か <input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 常にみまもりが必要である								
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか <input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前がわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない								
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか <input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> たまに(週1回程度)忘れることがあるが、考えることで思い出せる <input type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある <input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない <input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない								
	遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか <input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えられれば使える <input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない <input type="checkbox"/> リモコンが何をするものかわからない								
過去半年間における入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(頻度： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上)(直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日)								

9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画(1)～(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート(フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他() ペット飼育の有無： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 特記事項：								
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

10. 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)

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(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 特記事項：								
在宅生活に必要な要件									
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()								
退院後の支援者	<input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める(<input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める(<input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 支援は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や家族以外の支援者はいない								
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2と同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名： 続柄： 年齢：)								
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									

11. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「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 具体的な要望()								

参考：課題分析標準項目について

「サービス事業所に確認してほしい項目」のうち、「ク 健康状態」～「ナ その他留意すべき事項・状況」については、令和5年10月16日に発出された『「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について』（厚生労働省、老認発1016第1号）のうち、記載に対応しております。以下、『「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について』の一部抜粋

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	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起きあがり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）に関する項目
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等））に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険箇所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目

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 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)	
	氏名	様 男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 () ・要介護() <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()			
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()			
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()			UDF等の食形態区分
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()			眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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、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。

参考：課題分析標準項目について

「サービス事業所に確認してほしい項目」のうち、「ク 健康状態」～「ナ その他留意すべき事項・状況」については、令和5年10月16日に発出された『「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について』（厚生労働省、老 認 発 1016 第 1 号）のうち、記載に対応しております。以下、『「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について』の一部抜粋

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	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）に関する項目
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等））に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険箇所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目