

I ケアプラン点検支援について

1 ケアプラン点検支援の目的

ケアプラン点検支援とは、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているか、基本事項をケアマネージャーとともに検証・確認しながら、「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、それが広く浸透することにより、健全な給付の実施が行われるよう支援することを目的としています。

(参考：平成 20 年度に厚生労働省で「ケアプラン点検支援マニュアル」が作成された。)

2 広島市のケアプラン点検支援

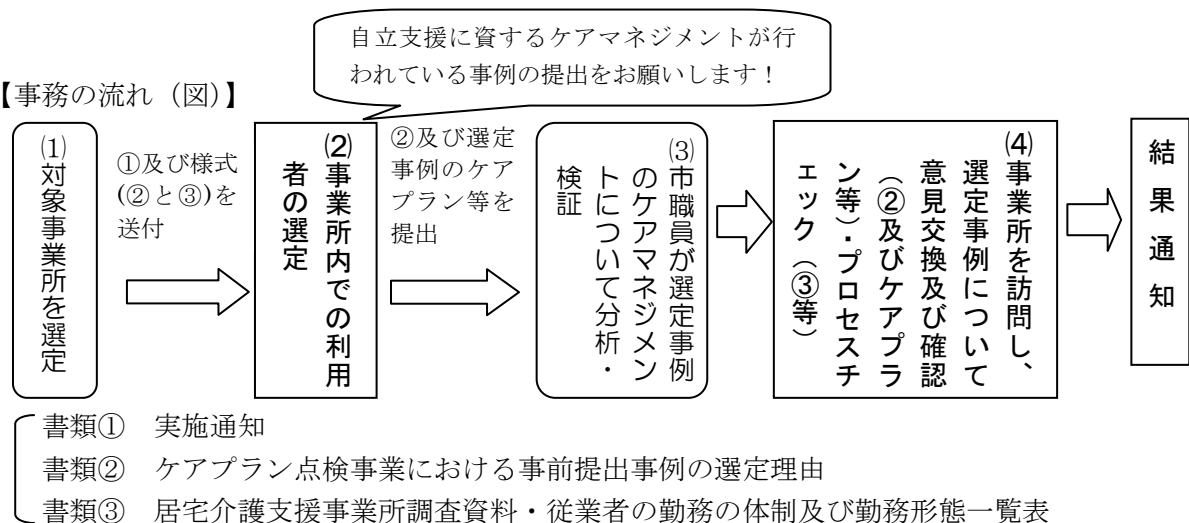
広島市は、平成 21 年度から従来のプロセスチェックに加え、ケアマネジメントの質のより一層の向上を図るため、ケアマネジメントの視点を正しく踏まえ、「自立支援に資するケアマネジメント」が行われているかということについても着目し、事業所の介護支援専門員とともにケアプランを検証・確認しています。

このケアプラン点検支援は、点数をつけたり、批評するためのものではありません。この検証・確認の作業が、提出された事例の「振り返り」や「新たな気づき」のきっかけとなり、介護支援専門員と広島市がともにレベルアップしていくことを目指しているものです。

3 具体的な事務手続

- (1) 広島市で、広島市内のすべての居宅介護支援事業所及び介護予防支援事業所の中から、1 事業所当たり概ね 3 年に 1 回になるよう対象事業所を選定します。
 - (2) 対象となった事業所から、事業所において任意で選定した 2 名分の利用者のケアプラン等を広島市に提出します。(1 事業所概ね 2 事例、担当者 1 人につき 1 事例)
 - (3) 提出されたケアプランについて、事前に広島市において分析・検証します。
 - (4) 対象事業所を訪問し、担当の介護支援専門員と広島市が意見交換します。
- (面談と同時並行でプロセスチェックも行います。)

【事務の流れ（図）】



3 ケアプラン点検支援での留意事項等

ケアプラン点検支援等での要点や留意事項について、以下のとおりまとめていますので、ケアプラン作成の参考にしてください。

項 目	留意事項
フェースシート	【留意事項】 ・ 必要に応じて、利用者の生活歴、病歴、職歴、趣味嗜好、経済状況等も記載する。 ・ アセスメント実施時から、変更があれば修正する。
アセスメント	【要点】 ○ 初回相談時の情報（相談経緯・家族状況・本人生活歴・病歴・趣味等）の記載がありますか。 ○ 課題分析の項目は23項目を網羅していますか。 ○ アセスメントツール等を活用し、課題を客観的に抽出していますか。 ○ 課題分析のプロセスが具体的に記載されていますか。 ○ サービス利用状況や利用者を取り巻く社会資源が確認できていますか。 ○ 利用者の意向を聞き取り、「そのひとらしい生活」がイメージできていますか。 ○ 状況の変化に応じて追記し、更新していますか。 【留意事項】 ・ 利用者のストレングスは何かを踏まえて、アセスメントを行う。 ・ 少なくとも、課題分析標準項目（23項目）についてのアセスメントを行う。 ・ 必要に応じて、主治医等の意見を踏まえて、アセスメントを行う。 ・ 具体的にADLの状態（起き上がりの項目は、支えがあれば可能等）を記載する。 ・ 利用者や家族の希望や意向を具体的に聞き取る。 ・ 現状把握にとらわれず、そこに至った原因、問題、背景にも目を向ける。 ・ 前任者からの引き継ぎの際には、内容を再検討し、適宜、修正を行う。
第 1 表	【要点】 ○ 本人・家族の意向が具体的に記載されていますか。 ○ 利用者及び家族を含むケアチームが、協働で行なう共通の支援目標が記載されていますか。 【留意事項】 ・ 「認定日」は、初回及び区分変更時については、認定された日（認定の始期であり、初回申請者であれば申請日）を記載する。 ・ 「利用者及び家族の生活に対する意向」は、専門用語は避け、できるだけ分かりやすく、利用者及び家族の言葉で具体的に記載する。 ・ 「総合的な援助の方針」は、抽象的ではなく、分かりやすい表現にする。また、独居及び医療ニーズが高い利用者は、緊急連絡先（家族、主治医、訪問看護等）を記載する。 ・ 「総合的な援助の方針」は特定のサービス事業所の方針ではなく、チームとしての方針を記載する。

項 目	留意事項
第 2 表	【要点】 ○ 根拠のある課題設定を意識し、利用者の意向との関連付けが図られていますか。 ○ 利用者自身に取り組むことができ、一定期間に達成できる実現可能な目標になっていますか。 ○ 目標を達成するための期間を考慮し、期間設定をしていますか。 ○ 家族支援・インフォーマル・医療など介護保険外の支援の記載がありますか。 【留意事項】 ・ 利用者が出来そうなことや、取り組んでいきたいことを、引き出して反映する。 ・ ニーズのないサービス種類を位置付けない。 ・ 「生活全般の解決すべき課題」は、自立支援に向けた視点で記載する。また、利用者や家族の要望のみではなく、アセスメント結果を踏まえる。 ・ 「短期目標」は、抽象的ではなく、利用者や家族が具体的にイメージできるような表現で記載する。また、長期目標を達成するための具体的で実現可能な目標にする。なお、サービス利用を前提として短期目標を設定しない。 ・ 「期間」は、原則として開始時期と終了時期を記載する。 ・ 目標はサービス事業所の目標ではなく、本人の目標を記載する。
第 3 表	【要点】 ○ 家族の支援・セルフケアなども含む、生活全体の流れが見える記載となっていますか。 ○ ケアチームとして、他のサービス事業所との連携を図るために分かりやすいものになっていますか。 【留意事項】 ・ 利用者の日常生活の活動内容を把握する。（1日の生活リズムや1日の生活の中で習慣化していることなど） ・ 介護保険サービス以外の家族の支援及びインフォーマルサービスについても記載する。 ・ 週単位以外のサービス（居宅療養管理指導、短期入所、福祉用具、医療や保健福祉サービス、地域の活動等）も記載する。
担当者会議	【要点】 ○ 計画原案に位置づけたサービス事業所が参加できるよう調整を図っていますか。 ○ 各事業所からの専門的な意見や検討内容が具体的に記録されていますか。 ○ 目標達成に向けての取り組みについて、検討していますか。 ○ 現状把握や今後の支援方針など、ケアチームについて情報共有ができていますか。 【留意事項】 ・ サービス事業者間の検討内容のみではなく、本人及び家族の意向を記載する。 ・ 医療系サービスの多い利用者の担当者会議に、医療系のサービス事業者の参加が得られない場合は、事前に情報を得て、会議時に意見を反映させる。 ・ 介護保険外のサービス利用があれば、その事業者との情報提供、情報交換を行う。 ・ 残された課題、次の開催時期等を記載する。 ・ 有意義な会議になるよう事前に検討課題を事業所に説明する。

項 目	留意事項
モニタリング	【要点】 ○ 月に1度は自宅訪問しサービスの利用状況の確認をしていますか。 ○ 利用者・家族の満足度、目標の達成度、計画変更の必要性の記載がありますか。
	【留意事項】 ・ 第2表の短期目標に沿って、モニタリングを行う（プランの課題や目標が抽象的な場合、適切なモニタリングが困難となる。）。
支 援 経 過	【要点】 ○ 情報開示の際にも理解できるよう、分かりやすく記録していますか。 ○ 家族・事業所等の日常的な連絡・調整が記録されていますか。 ○ 支援のプロセスが時系列に記録されていますか。
	【留意事項】 ・ 漫然と記載するのではなく、客観的に記載する。

※ 厚生労働省作成「ケアプラン点検支援マニュアル」については、広島市ホームページ（広島市ホーム＞事業者＞その他＞介護保険＞広島市の介護保険制度＞ケアプラン点検、実地指導に関する様式等）に掲載しています。

4 自立支援に資するケアマネジメントが行われている事例等

○ 介護予防支援により、支援が必要な状態から自立に改善された事例

アセスメントにおいて、担当者が利用者の楽しみや地域との交流関係を細やかに聞きとり、介護予防サービス計画に、支援が必要な部分と利用者自らが取り組むべき自助努力部分の課題を整理し、課題を解決するための目標、具体的なサービス等を位置付けた。

その後、利用者自身の努力と、利用者ができることは利用者に任せるよう配慮するなど家族の努力もあり、予防サービスを終了するまでに改善されたが、サービス終了後も利用者、家族と地域包括支援センターのつながりは続いており、何かあればすぐに相談できる体制があることで、生活上の不安を最小限にできるよう、引き続き支援をしている。

○ ボランティア等の活用により、利用者が閉じこもりがちな生活から、意欲を持った生活に移行できた事例

利用者は妻を亡くし、家に閉じこもりがちであったことから、外出の機会を確保するために、デイサービスや社協のボランティアを活用することとし、趣味であった囲碁ができる環境を整えた。利用者が囲碁で勝ちたいとの意欲を持ち始めたことをきっかけに、生活全般への意欲向上につなげることができた。

担当ケアマネジャー自身も元気になる利用者を見て、仕事への意欲や楽しさが実感できたとのことであった。

○ 適切なアセスメントにより利用者の意欲が引き出され、A D Lの改善がみられた事例

歩行機能が著しく低下し、リハビリに対する意欲を失いかけた利用者、利用者が持つ力の強さ・可能性に着目してアセスメントを行い、利用者の「また旅行に行けるようになりたい」という意欲の実現に向けて、利用者がリハビリの必要性を十分に理解できるような、サービス計画を提案した。

その結果、利用者が積極的にリハビリに取り組むようになり、歩行機能の改善だけでなく、A DLの改善もみられ、常に目標を持って生活を送られている。

○ 疾病があっても自立したいと希望する利用者が、生活への意欲を持てるよう支援をされていた事例

利用者は、自立心は強いがうつがあり、目も不自由でなかなか人との関わりを持てずにいた。そこで、利用者が昔、ダンスをしに公民館によく通っていたことから、公民館で行われているダンス活動への参加を提案し、利用者が自分からそこへ行く意欲を持つようになった。

その後、利用者は、他の趣味活動にも月1～2回通うようになり、生活への意欲を維持できるようになった。

○ 民生委員、サービス提供事業所の従業者等の働きかけにより、利用者が生活に対する意欲を取り戻した事例

利用者は妻を亡くし、家族に勝手に土地の名義変更をされていたり、また、町内会とのトラブルがあつたりして、生活に対する意欲が低下していた。

担当ケアマネジャーが家族から利用者の趣味を聞き出し、サービス提供事業所へ情報提供することで、デイサービスや訪問介護の従業者が、利用者が趣味を行うことの楽しさを引き出したりしている。

また、民生委員が継続的に声をかけるなど、こうしたチームケアの結果、利用者が自信を取り戻し、日常生活や町内の行事への参加に意欲的になった。

Ⅱ 介護報酬算定に係る留意事項

1 居宅介護支援

(1) 運営基準減算に係る留意事項

① 居宅サービス計画作成等に係る一連の業務の可否等

項目	実施の可否				留意事項	根拠規定 (※2)
	新規作成	更新認定	区分変更	計画の変更 (※1)		
アセスメント	○	△ (※3)	△ (※3)	○	① 必須の実施時期に利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接すること（原則、居宅でのアセスメントが必須。例外については、1_(3)_②を参照）。 ② 記録すること。 ③ サービス提供の月末までに実施すること。	基準第 13 条第 7 項、第 15 項
サービス担当者会議の開催・照会	○	○	○	○	① 必須の実施時期に実施すること。 ② 記録すること。 ③ サービス提供の月末までに実施すること。 ④ ケアプラン（第 2 表）に位置付けた事業所すべてを対象とすること。	基準第 13 条第 9 項、第 14 項、第 15 項
ケアプランの説明・同意・交付（1～3 表、6、7 表）	○	○	○	○	① 必須の実施時期に実施すること。 ② サービス提供の月末までに実施すること。 ③ ケアプランの原案（1～3 表、第 6 表及び 7 表）の内容を利用者又は家族に対し説明し、文書（署名又は押印）により利用者の同意を得ること。 ④ ケアプランを利用者及び担当者に交付すること。	基準第 13 条第 10 項、第 11 項、第 15 項
モニタリング	特段の事情(※4)のない限り、少なくとも 1 月に 1 回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接するとともに、モニタリングの結果を記録すること。				サービス提供の月末までに実施すること。 （給付管理を行う最初の月も行うこと。）	基準第 13 条第 13 項

※1 「計画の変更」とは、サービス種類の増減をいう（例：訪問介護及び通所介護のサービスを受けていて、訪問看護が新たに加わる場合、通所介護のサービスをやめる場合など）。その際は、一連の業務（アセスメント、担当者会議開催、ケアプランの説明・同意・交付）を行うことが必須となる。ただし、サービス種類は増減するが、利用者の状況等が全く変わらない場合（例：特殊寝台を貸与から購入に切り替えた場合など）においては、一連の業務を行わなくても運営基準減算を適用しない。

また、軽微な変更の場合は、一連の業務は必須ではないが、必要に応じて第 2 表及び第 3 表等を修正し、修正後の居宅サービス計画を利用者及び担当者に情報提供すること。

- (例)
- ・ 同一サービスの回数が増減する場合
 - ・ 同一サービスの事業所が変更する場合

※2 「基準」とは、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」のことをいう。

※3 利用者の状態像が変化しない場合は、アセスメント不要としているが、状態像が変化する場合は、適切なアセスメントを経てケアプランを作成すること。《H23. 9. 22 追加》

※4 「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。さらに、当該特段の事情がある場合は、その具体的な内容を記録しておくことが必要である。

(例) ・ 利用者が急きょ入院したためモニタリングができなかった場合

・ ショートへ長期入所する利用者の場合 (p9_1_(3)_③を参照)

② 暫定プランの取扱い

・ 要介護認定を申請し、要介護認定を受けるまでの間において、当該利用者が介護サービスを利用する場合は、いわゆる暫定プランを作成すること。

・ 暫定プランにおける介護報酬請求の考え方《H23. 10. 19 追加》

〔前提条件〕①6月1日(区分変更の申請) ②6月30日(介護認定審査会での認定判断)

③7月1日(認定結果の通知) ④6月中にサービス利用実績有り

No	プランの作成者	作成したプラン	要介護認定結果	介護報酬受領者	原則的な介護報酬請求の考え方
1	居宅 (委託を受けている。かつ、委託を受ける余地がある。)	介護	要介護	居宅	6月中に居宅が一連の業務の一部を行っていない場合 → 運営基準減算
2			要支援	包括 経由で 居宅	6月中に居宅が一連の業務をまったく行っていない場合 → 請求できない (セルフプランとみなす)
3	居宅 (委託を受けていない。又は、委託を受ける余地がない。)	介護	要介護	居宅	6月中に居宅が一連の業務の一部を行っていない場合 → 運営基準減算
4			要支援	包括	6月中に包括が一連の業務をまったく行っていない場合 → 請求できない (セルフプランとみなす)
5	居宅 (委託を受けている。かつ、委託を受ける余地がある。)	予防	要介護	居宅	6月中に居宅が一連の業務の一部を行っていない場合 → 運営基準減算
6			要支援	包括 経由で 居宅	6月中に居宅が一連の業務をまったく行っていない場合 → 請求できない (セルフプランとみなす)
7	包括	予防	要介護	居宅	請求できない (セルフプランとみなす)
8			要支援	包括	6月中に一連の業務をまったく行っていない場合 → 請求できない (セルフプランとみなす)

(2) 加算に係る留意事項

① 初回加算

・ 利用者が予防から介護になったことに伴い、同一の居宅介護支援事業所において、予防支の委託から居宅介護支援に変更する場合、居宅介護支援に係る初回加算の算定は可能(ただし、当該利用者について、過去2か月以上、当該居宅介護支援事業所において居宅介護支援を提供していない場合に限る。)

- ・新規（当該利用者について、過去2か月以上、当該居宅介護支援事業所において居宅介護支援を提供していない場合。）に居宅サービス計画を作成する場合、一連の業務は必須である（一連の業務が行われない場合、運営基準減算が適用され、初回加算も算定できない）。
- ・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、初回加算を算定するときは一連の業務が必須となる（一連の業務が行われない場合は、初回加算の算定はできない）。《H22.5.18 削除》

② 退院・退所加算

- ・初回加算を算定する場合は、算定できない。
- ・入院期間又は入所期間の日数の制約はない。ただし、当該加算の趣旨を踏まえると、単なる検査入院等の場合の算定は想定できない。
- ・運営基準上、一連の業務が必須ではない際（新規ではない場合など）に退院・退所加算を算定する場合、一連の業務が行われない場合にあっても、算定は可能である。《H22.5.18 追加》

③ 運営基準減算と初回加算又は退院・退所加算との関係性 《H22.5.18 追加》

加算の算定事例(※1)			ケアプラン作成の必要性	一連の業務の実施状況						
				行っている			行っていない			
				運営減算	初回加算	退院加算	運営減算	初回加算	退院加算	
初回加算	①	新規(p6_1_(1)_①の新規作成など)にケアプランを作成する場合		必須	無	可		有	不可	
	②	要支援者が要介護認定を受けた場合にケアプランを作成する場合		必須	無	可		有	不可	
	③	新規(入院などで過去2か月以上、居宅介護支援費を算定していない場合)の場合	元のプランを継続し、新たに作成しない場合(※3)	必須でない				無	不可	
			計画に変更はないが、プランを作成する場合(※4)	必須でない	無	可		無	不可	
			計画を変更し、プランを作成する場合(※4)	必須	無	可		有	不可	
	④	要介護状態区分が2区分以上変更された場合	元のプランを継続し、新たに作成しない場合(※3)	必須でない				無	不可	
計画に変更はないが、プランを作成する場合(※4)			必須でない	無	可		無	不可		
計画を変更し、プランを作成する場合(※4)			必須	無	可		有	不可		
退院・退所加算※2	⑤	居宅介護支援の提供が初めてで、退院・退所後に新規にケアプランを作成する場合		必須	無		可	有		可
⑥	入院・入所前に居宅介護支援を提供していた場合	元のプランを継続し、新たに作成しない場合(※3)	必須でない				可	無		可
		計画に変更はないが、プランを作成する場合(※4)	必須でない	無			可	無		可
		計画を変更し、プランを作成する場合(※4)	必須	無			可	有		可

※1 初回加算と退院・退所加算とは、どちらかしか算定できない。

※2 退院・退所加算の算定にあたっては、入院・入所先から情報提供を受けるなど、他の要件を満たす必要がある。

※3 サービス担当者会議等により検討した結果、元のケアプランと同じ内容の計画になった場合には、その理由等をケアプランに記載し、作成年月日を加筆修正するなどしておくこと。《H23.9.22 追記》

※4 計画の変更とは、サービス種類の増減を伴う変更(p6.1.(1)①の計画の変更)をいう。

④ 医療連携加算

- ・退院・退所加算と同月中に算定することは可能。

⑤ 認知症加算

- ・主治医意見書等により平成23年3月から既に認知症（日常生活自立度のランクがⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）であったことが判明した場合は、平成23年3月に遡って算定可能。

⑥ 独居高齢者加算

- ・住民票による確認を行うことについて利用者の同意が得られなかった場合又は住民票においては単独世帯ではなかった場合であっても、介護支援専門員のアセスメントにより利用者が単身で居住していると認められる場合は、算定可能。

- ・ 住民票の取得について、利用者の同意を得られていたにもかかわらず、住民票を取得していない月において算定することは不可。
- ・ 少なくとも月に1回利用者の居宅を訪問し、利用者が単身で居住している旨を確認し、その結果を居宅サービス計画等に記載すること。《H23.10.19 追加》

(3) その他の留意事項

① 訪問介護等における適切なケアマネジメントの実施について

別紙1のとおり。

② 病院等から直接ショートに入所する場合における居宅介護支援のアセスメントについて

アセスメントについては、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第13条第7号の規定により、「利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない」とされており、これを満たしていない場合は、居宅介護支援に係る介護給付費が減算となる。

しかしながら、病院、介護保険施設等から直接短期入所生活介護又は短期入所療養介護事業所に入所する場合、物理的にアセスメントを居宅においてできない状況にあること等から、やむを得ないと認められるため、特例として、病院又は介護保険施設等において、利用者及びその家族に面接してアセスメントを行い、かつ、他のすべての要件を満たすときは、減算しない取扱いとする。

なお、この場合における初回加算の算定については、加算に係る他のすべての要件を満たすときに限り、算定可能。

③ ショートに長期間入所する利用者に対する居宅介護支援のモニタリングの実施について

モニタリングについては、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第13条第13号の規定により、「少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること」とされており、これを満たしていない場合は、居宅介護支援に係る介護給付費が減算となる。

しかしながら、短期入所生活介護又は短期入所療養介護事業所に暦月を通して入所している場合、物理的にモニタリングを居宅においてできない状況にあること等から、やむを得ないと認められるため、特段の事情として、少なくとも1月に1回、当該利用者が入所している短期入所生活介護又は短期入所療養介護事業所を訪問し、利用者に面接し、かつ、他のすべての要件を満たすときは、減算しない取扱いとする。

2 介護予防支援

(1) 留意事項

- ・ 居宅介護支援事業所へ委託した事案についても、その進行を適正に管理すること。

《H23.10.19 追加》

(2) 加算に係る留意事項

① 初回加算

- ・ 委託から直営になった場合、算定は不可。
- ・ 介護予防支援事業所が変更しないにもかかわらず、委託先の居宅介護支援事業所がA事業所からB事業所に変更した際、算定は不可。

3 訪問介護

(1) 留意事項

① 算定について

- ・ 前回提供した指定訪問介護から概ね2時間未満の間隔で指定訪問介護が行われた場合には、それぞれの所要時間を合算する（2時間未満の間隔で指定訪問介護を行うことは可能）。
- ・ 通院等乗降介助又は通院外出介助は、片道ずつの算定が可能であるが、居宅が始点又は終点でなければならない。

- ・ 2人の訪問介護員等が一部異なった時間帯でサービス提供をする場合、訪問介護員等1人1人について算定する。

例：A訪問介護員等が、午前10時から身体2生活2のサービスを提供し、B訪問介護員等が午前10時から身体2のサービスを提供する場合

$$804 \text{ 単位(身体2} \cdot 2 \text{ 人)} + 229 \text{ 単位(生活2)} \rightarrow \times$$

$$568 \text{ 単位(身体2生活2)} + 402 \text{ 単位(身体2)} \rightarrow \bigcirc$$

- ② 訪問介護サービスにおける生活援助の取扱い及び院内介助の取扱いについて
別紙2のとおり。

(2) 加算に係る留意事項

① 緊急時訪問介護加算

- ・ 居宅サービス計画に位置付けられていない訪問介護（身体介護が中心のものに限る。）を、利用者等から要請を受けてから24時間以内に行った場合が算定の前提となる。「居宅サービス計画に位置付けられていない」とは、第3表の週単位部分（週単位以外のサービスを除く。）に位置付けられていないことをいう。また、「身体介護が中心のものに限る。」とは、身体介護及び生活援助が混在する場合を含む。
- ・ 居宅サービス計画に訪問介護が位置付けられていない場合又は生活援助のみ位置付けられている場合にあっても、算定要件を満たせば算定可能。
- ・ 1日当たり又は1か月当たりの回数制限はない。
- ・ 訪問介護計画の修正やサービス利用票への記録が必要である。内容は、要請のあった時間、内容、提供時刻、緊急である旨の記録である。《H23. 10. 19 追加》

② 初回加算

- ・ 利用者が予防から介護になったことに伴い、介護予防訪問介護事業所から一体的に運営している訪問介護事業所に変更する場合、訪問介護に係る初回加算の算定は可能（ただし、当該利用者について、過去2か月以上、当該訪問介護事業所において指定訪問介護を提供していない場合に限る。）。

4 通所リハビリテーション

加算に係る留意事項

① リハビリテーションマネジメント加算及び短期集中リハビリテーション実施加算

1月の予定が、休日により、8回未満になった場合は、両加算とも算定不可。ただし、1月の予定が8回以上であったが、利用者の都合（体調不良等による欠席等）により、8回未満になった場合は、両加算とも算定可能。

② 短期集中リハビリテーション実施加算の退院日又は退所日等

- ・ 退院日又は退所日
利用者がリハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療等のために入院若しくは入所した病院若しくは診療所若しくは介護保険施設から退院若しくは退所した日をいう。なお、入院期間又は入所期間の日数の制約はない。
- ・ 認定日
法第27条第1項に規定する要介護認定を受けた日（新規の認定日）をいい、認定の有効期間の始期ではない。 《H22. 5. 18 波線部分加筆》
なお、要支援の利用者が、更新認定の結果、要介護になった場合は、認定の始期（新規の認定期間の初日）とする。 《H22. 6. 15 波線部分加筆》《H23. 3. 14 削除》

5 地域密着型サービスについて

概要は別紙3のとおり

6 その他

(1) 施設入所日及び退所日における居宅サービスの算定について

サービス種類	介護老人福祉施設 (ショート含む)		介護老人保健施設 (ショート含む)		介護療養型医療施設 (ショート含む)	
	入所日	退所日	入所日	退所日	入院日	退院日
訪問介護	○	○	○	○	○	○
訪問入浴介護	○	○	○	○	○	○
訪問看護	○	○	○	△(※1)	○	△(※1)
訪問リハビリテーション	○	○	○	×	○	×
居宅療養管理指導	○	○	○	×	○	×
通所介護	○	○	△(※2)	△(※2)	△(※2)	△(※2)
通所リハビリテーション	○	○	△(※2)	×	△(※2)	×

※1 厚生労働大臣が定める状態（平成12年厚生省告示第23号の第五号を参照）の利用者に限り、算定可。

※2 機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正でない。ただし、急に利用しなくてはならない場合は算定可。

(2) 居宅サービス相互の関係<H23.10.19追加>

サービス種類	特定施設入居者生活介護	認知症対応型共同生活介護	小規模多機能型居宅介護	短期入所生活(療養)介護
訪問介護	×(※1)	×(※1)	×	×
訪問入浴介護			×	
訪問看護			○(※2)	
訪問リハビリテーション			○(※2)	
夜間対応型訪問介護			×	
通所介護			×	
通所リハビリテーション			×	
認知症対応型通所介護			×	
居宅療養管理指導	○	○	○(※3)	○(※2)

※1 必要な場合は事業者の負担により提供すること。

※2 居宅在宅中のみ算定可。

※3 在宅中又は宿泊サービス利用時は算定可。

(3) 介護予防サービスのサービス内容等の考え方について

① 介護予防訪問介護

- 介護予防訪問介護の利用回数や1回当たりのサービス提供時間については、介護予防サービス計画において設定された目標等を勘案し、必要な程度の量を介護予防訪問介護事業者が作成する介護予防訪問介護計画に位置付けられる。実際の利用回数やサービス提供時間については、利用者の状態の変化、目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更されるべきものであり、当初の介護予防訪問介護計画などに必ずしも拘束されるものではない。また、過小サービスになっていないか等サービス内容の適切性については、介護予防支援事業者が点検することとされている。（要支援1は週1回、要支援2は週2回等、一律の取り扱いとすべきではない。）

② 介護予防通所系サービス

- 要支援度により介護報酬が設定されているが、サービス内容については、介護予防支援事業者が利用者の心身の状況、その置かれている環境、希望等を勘案して行う介護予防マネジメントを踏まえ、事業者と利用者の契約により、適切な利用回数、利用時間の設定が行われるものである。

※詳しくは、広島市介護保険課事業者指導係（Tel 082-504-2183）へお尋ねください。
 なお、この資料は、広島市ホームページ(<http://www.city.hiroshima.lg.jp>)
 事業者>その他・介護保険>広島市の介護保険制度>各サービスに関する留意事項
 ◎各種集団指導、研修会等における配付資料へ掲載します。

平成 21 年 11 月 2 日

各居宅介護支援事業所 管理者 様
各介護予防支援事業所 管理者 様

広島市健康福祉局高齢福祉部介護保険課長

訪問介護等における適切なケアマネジメントの実施について（依頼）

日ごろから、本市介護保険事業の運営につきまして、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、介護保険サービスの内容につきましては、一般的に介護保険の対象とならないものと考えられる事例について、各区勉強会等において、過去の介護報酬の返還事例等を例示としてお示ししてきているところですが、平成 21 年 7 月 24 日付け厚生労働省老健局振興課事務連絡「適切な訪問介護サービス等の提供について」（別紙参照）にありますように、例示で示した同様の行為についても、一定の条件のもと、保険給付の対象となる場合があります。

本市における取り扱いは下記のとおりですが、この場合でも介護保険制度が市民の皆様の保険料及び税金で賄われている公的サービスであることや、各事業者におかれましてはサービス提供の必要性に係る説明責任があることに留意し、今後も引き続き適切なケアマネジメントを実施していただくようお願いします。

記

保険給付の対象となる場合

訪問介護等の具体的サービス行為について、一般的に介護保険の対象とならないと考えられるものとしてお示ししている行為でも、次の条件を満たす場合は、保険給付の対象となる場合があります。

その際、適切なアセスメントを実施し、利用者の自立支援について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会議等を通じて明らかとなった、当該サービスの必要性について、必ず居宅サービス計画等に具体的に記載してください。

- ① 介護支援専門員又は担当職員の適切なアセスメントに基づくもの。
- ② サービス担当者会議等を通じ、利用者の自立を支援する上で真に必要と認められたサービスであること。
- ③ 適宜、モニタリングを実施し、その必要性等について検討すること。

※ ご不明な点があれば、お気軽にお問い合わせください。

お問い合わせ先：事業者指導係 TEL 082-504-2183
認定・給付係 TEL 082-504-2363

平成 21 年 11 月 2 日

各（介護予防）訪問介護事業所 管理者 様

広島市健康福祉局高齢福祉部介護保険課長

訪問介護等における適切なケアマネジメントの実施について（通知）

日ごろから、本市介護保険事業の運営につきまして、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記の件につきまして、別添写しのとおり、各居宅介護支援事業所及び各介護予防支援事業所管理者あてに送付していますので、参考までに送付します。

つきましては、今後も引き続き適切なサービス提供に努めていただきますようお願いいたします。

お問い合わせ先：事業者指導係 TEL 082-504-2183

認定・給付係 TEL 082-504-2363

訪問介護サービスの生活援助の取扱いについて

1 介護保険法等の規定

訪問介護については、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第2項で定められているとおり、「居宅において」「行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話」であり、その具体的内容については、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第5条に、「入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事（居宅要介護者が単身の世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、これらの者が自ら行うことが困難な家事であって、居宅要介護者の日常生活上必要なものとする。）、生活等に関する相談及び助言その他の居宅要介護者に必要な日常生活上の世話とする」と規定されている。

このうち、生活援助が中心であるサービス提供については、「単身の世帯に属する利用者又は家族若しくは親族と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者又は当該家族等が家事を行うことが困難であるものに対して、」「指定訪問介護を行った場合に所定単位数を算定する」旨が「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（平成12年2月10日厚告第19号）」（以下「基準」という。）別表1の注3に規定されている。

上記の「利用者が一人暮らしであるか又は家族等が障害、疾病等のため、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合」とは、「障害、疾病のほか、障害、疾病がない場合であっても、同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合をいうものであること。なお、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付ける場合には、居宅サービス計画書に生活援助中心型の算定理由その他やむを得ない事情の内容について記載するとともに、生活全般の解決すべき課題に対応して、その解決に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明確に記載する必要がある」旨が「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2の2の(5)に示されている。

2 本市の取扱い

1の基準等を踏まえ、本市においては、同居家族等がいる場合における訪問介護サービスの生活援助の取扱いについて、例えば同居家族等の有無のみを判断基準として一律機械的に介護給付の支給の可否について判断するのではなく、自立支援に資する必要なサービスが提供されるという介護保険の基本理念に基づき、あくまでも個々の利用者等の状況に応じた介護支援専門員の適切なアセスメント結果を基に、個別に判断するよう指導してきたところである。

また、平成19年12月20日付けで、厚生労働省老健局振興課から「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス及び介護予防訪問介護サービスの生活援助等の取扱いについて」の事務連絡（本市ホームページに掲載済）が発出され、「市町村においては、同居家族等の有無のみを判断基準として、一律に介護給付の支給の可否を機械的に判断しないよう」明記されている。

各サービス事業者においては、この基準等の趣旨を十分ご理解いただき、適切なサービス提供

に努めていただきたい。

3 個別の事例におけるケアマネジメント

(1) 基本的な考え方

個別の事例に係る介護給付の支給の可否については、個々の利用者等の状況に応じた介護支援専門員の適切なアセスメント結果を基に判断することとなる。この際、障害、疾病のほか、障害、疾病がない場合であっても、同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合については、生活援助を算定することは可能であるが、同様のやむを得ない事情がない場合は、介護給付を支給することはできないので、福祉サービス等のサービスを検討することとなる。

いずれにしても、適切なアセスメントの結果等を踏まえた居宅サービス計画の作成を通じて、個々の利用者等の具体的な状況に応じて慎重に判断を行うことが必要である。

(2) 手順（別図を参照）

I 段階、II 段階

個々の利用者に対してアセスメントを行い、利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握する。

III 段階

次に、利用者が自立した日常生活を営むために支援が必要な部分について、家族等が利用者に対して介護を提供できる部分があるかどうかについても検討する必要があるが、同居している家族が男性であるから、日中就業しているから、といった理由だけでは、不十分である。

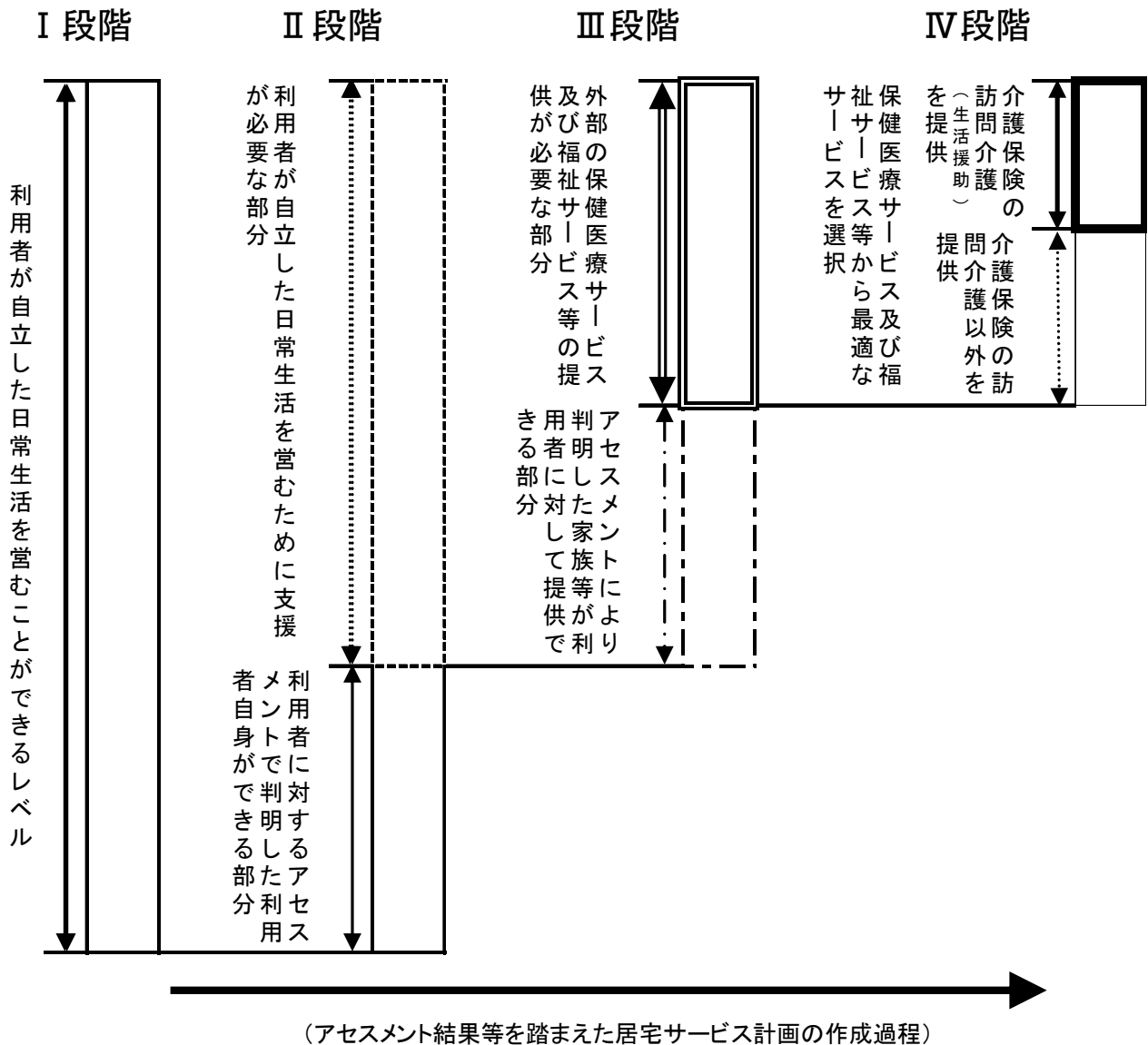
なぜなら、当然のことながら男性といっても身につけている家事能力の程度は様々であるので、たとえば、同居している家族（年齢、性別に関係なく）が利用者に対して必要な介護の何をどの程度提供できるのか、また、日中就業といっても就業時間帯、休日の頻度等様々であるので、同居している家族の具体的な就業形態、家事従事等の生活実態を踏まえ、その家族が利用者に対して必要な介護の何をどの程度提供できるのか、を個々具体的に検討する必要がある。

第IV段階

III段階までにおいて、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題があった場合については、その解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討しなければならない。また、サービスの組合せに当たっては、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う必要がある。

その結果、単身の世帯に属する利用者又は家族若しくは親族と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者又は当該家族等が家事を行うことが困難であるものに対して、生活援助中心型の訪問介護を居宅サービス計画に位置付けることが可能となる。

(別図)



事 務 連 絡

平成 22 年 4 月 28 日

都道府県
各 指定都市 介護保険担当課（室）御中
中 核 市

厚生労働省老健局振興課

訪問介護における院内介助の取扱いについて

標記については、『通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合』及び『身体介護が中心である場合』の適用関係について」（平成 15 年 5 月 8 日老振発第 0508001 号、老老発第 0508001 号）において、「基本的には院内のスタッフにより対応されるべきものであるが、場合により算定対象となる」とされているところです（ただし、「通院等のための乗車又は降車が中心である場合」の院内介助については、「通院のための乗車又は降車の介助」として包括して評価されます。）。

院内介助が認められる場合については各保険者の判断となりますが、院内介助について、一部で、一切の介護報酬上の算定を拒否されているとの指摘もあり、院内介助であることをもって、一概に算定しない取扱いとすることのないよう願います。

当課では、この度、院内介助の判断に資するべく、別添のとおり各都道府県・保険者が作成・公表している対応事例を取りまとめました。各都道府県・保険者においては、①適切なケアマネジメントを行った上で、②院内スタッフ等による対応が難しく、③利用者が介助を必要とする心身の状態であることを要件としているところが多く見られ、また、利用者が介助を必要とする心身の状態である場合の例としては、以下のような事例が挙げられておりましたので、参考として活用していただきますよう願います。

【利用者が介助を必要とする心身の状態である場合の例】

- ・ 院内の移動に介助が必要な場合
- ・ 認知症その他のため、見守りが必要な場合
- ・ 排せつ介助を必要とする場合 等

別添

訪問介護における院内介助の取扱いに 係る各都道府県・保険者の対応事例について

【福島県】

- 通院介助の算定において、アセスメントやサービス担当者会議において院内介助の必要性が明確にできれば、算定できるか。(認知症による徘徊がない場合でも、他の周辺症状のため見守りが必要と判断した場合等)
→ 可能です。

【横浜市】

- 質問内容
身体介護の通院・外出介助及び通院等乗降介助を行う場合の院内介助について、介護報酬が算定できるのはどのような場合か。
- 回答
院内介助は、原則、病院のスタッフが行うべきですが、病院のスタッフが対応することができない場合で、ケアマネジャーがケアプランに必要性を位置付けて実施する場合については、例外的に算定できます。その場合は、ケアマネジャーが単独で判断するのではなく、主治医等の意見を踏まえ、サービス担当者会議で協議するなど、その必要性については十分に検討するとともに、検討した内容を記録等に残しておく必要があります。
なお、院内介助を病院のスタッフが対応できるかどうかの確認については、病院の地域連携室等に相談するなど、適切な方法をとるようにしてください。医師等からは文書を出してもらう必要はありませんが、確認した内容は必ず記録に残してください。

【神奈川県藤沢市】

- 院内介助は医療保険で提供されるべきサービスです。サービスを提供する前に病院側と院内介助の必要性について調整してください。

なお、調整の結果として病院の医師等に院内介助の依頼書等を書いていただく必要はありません。

調整の結果、例外的に「単なる待ち時間」を訪問介護としてケアプランに位置づける場合には、次の①、②を満たす場合にあくまでもケアマネの判断により、位置づけることになります。

①利用者の心身の状況を勘案して…。

- ・ そのヘルパーが訪問介護を実施しないと利用者が精神的に不穏になる。
- ・ 目が不自由、耳が不自由等
 - ケアマネとして、心身の状況を十分に把握している。
 - いわゆるケアプランにその理由付けがされている。

②利用者の自立生活支援に繋がる。

- ・ サービス担当者会議等で設定（確認）している「自立生活支援」に繋がる目標等に院内介助がどういう役割を果たすか、明確になっている。

【大阪市】

- 以下の確認ができた場合に対応が可能とします。

1 院内介助が必要な状態であることを確認する。

利用者の状態とどのような内容のサービスが必要であることを明確にすること。

2 院内介助が必要な状態である場合、受診先の医療機関に院内介助の体制があるか否かを確認する。

院内介助の体制がない場合、その旨を居宅介護支援経過に記録する（対応できない理由、必要なサービス内容。「院内介助が必要」だけの記録では不十分）

3 1、2の状況をもって、サービス担当者会議で検討した結果、利用者の状態等から院内での介助が必要であることの判断がなされた場合、サービス担当者会議の記録にその旨を明記すること。

【大阪府羽曳野市】

○ 通院介助についての留意事項

※ 通院介助における院内介助については、原則、院内スタッフにおいて行われるべきものです。通院介助において、他科受診等があり、その移動に介助が必要な利用者であり、医療機関に院内スタッフでの対応の可否を確認した上で、院内スタッフでの対応が出来ない場合のみ、実際に介助を行った時間（他科受診がある場合等の移動における介助、トイレ介助等）を算定します。（院内スタッフでの対応が出来ないからといって、身体介護を算定できるものではありません。あくまでも利用者の状況によって必要かどうかを判断した上で、院内スタッフでの対応が出来ない場合についてのみ実際介助を行った時間について算定するというものです）。

【大阪府枚方市】

○院内介助について

原則として、医療機関のスタッフで対応すべきものですが、適切なケアマネジメントを通じて、具体的な院内介助の必要性が確認されている場合には例外的に算定となります。

《必要なプロセス》

- ①利用者の心身の状況から院内介助が必要な理由の把握
- ②具体的な介助内容（移動介助等）と所要時間
- ③当該医療機関等においては、当該医療機関のスタッフによる病院内の介助が得られないことが確認された経緯（何時、誰に、確認した内容）
…必ずしも医師への確認は必要ありません。（医事課・看護部等で可）
これらを居宅サービス計画に記載してください。

【宮城県柴田郡柴田町】

○院内の介助は、介護保険の対象となりません。しかし、個々の身体・精神状況により、どうしても必要と判断した場合は、アセスメントシートに課題分析をした上でサービスを提供します。課題分析の内容は、①医療機関の院内介助の体制の有無、②精神・身体状況（介助や見守りが必要か）、③家族等の介護体制（家族等の援助があるか）の3点です。居宅サービス計画書には、必要と判断した理由を記入してください。

地域密着型サービスの概要

区分	概要	対象者		事業所数 (H23.10.1現在) (注1)	主な単位数		「給付管理票」作成及び提出担当者
		要支援者	要介護者		サービスの内容	単位数	
夜間対応型訪問介護	一定の人口規模(20～30万人程度)の地域を対象とし、夜間に定期的に巡回して行う訪問介護と、通報に基づき随時対応する訪問介護を合わせたサービス。	×	○	1か所	夜間定期巡回サービスの場合	1回あたり381単位	居宅介護支援事業所の介護支援専門員
認知症対応型通所介護	認知症である方について、老人デイサービスセンター等に通い、当該施設において入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うサービス。	○	○	22か所	特別養護老人ホームにおける所要時間6時間以上8時間未満の場合	[要介護3の方] 1日あたり1,055単位	居宅介護支援事業所の介護支援専門員
小規模多機能型居宅介護	「通い」を中心として、利用者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせて提供するサービス。	○	○	21か所	—	[要介護3の方] 1月あたり23,286単位	小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員(注2)
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	認知症高齢者が共同生活を営む住居において、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の世話及び機能訓練を受けるサービス。	要支援2の方のみ	○	115か所	—	[要介護3の方] 1日あたり865単位	認知症対応型共同生活介護の計画作成担当者
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	定員が30人未満の介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)で、入所して、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話を受けるサービス。	×	○	2か所	多床室(相部屋)の場合	[要介護3の方] 1日あたり792単位	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の介護支援専門員

(注1) 事業所の名称・所在地等については、広島市ホームページ(<http://www.city.hiroshima.lg.jp>) 事業者>その他・介護保険>広島市の介護保険制度>事業者一覧 ◎介護保険サービス事業者一覧 に掲載しています。

(注2) 月の途中で小規模多機能型居宅介護の利用を開始又は終了した場合で、当該月に居宅サービスを利用しているときは、居宅介護支援費の算定は可能であるため、小規模多機能型居宅介護の利用開始前又は利用終了後の居宅介護支援事業所の介護支援専門員が小規模多機能型居宅介護を含めてその利用者に係る「給付管理票」の作成と提出を行い、居宅介護支援費の請求を行うこととなる。