

東区ケアマネジャー自主勉強会 資料

広 島 市

平成25年5月21日

も く じ

I ケアプラン点検支援について

1～6

- 1 ケアプラン点検支援の目的
- 2 広島市のケアプラン点検支援
- 3 具体的な事務手続き
- 4 ケアプラン点検支援での留意事項等
- 5 ケアプラン点検支援において適切なケアマネジメントが行われていると思われる事例

II 介護報酬に係る留意事項

7～14

- 1 居宅介護支援
- 2 介護予防支援
- 3 訪問介護
- 4 通所介護
- 5 通所リハビリテーション
- 6 地域密着型サービスについて
- 7 その他

別 紙

- 別紙1 特定事業所加算について
- 別紙2 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3 介護報酬改定を踏まえた適切なケアプランの作成等について
- 別紙4 訪問介護サービスの生活援助の取扱いについて
- 別紙5 地域密着型サービスの概要
- 別紙6 介護報酬の算定等に係るQ & A（事業者向け）

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、「医療との連携を図っているか」、「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。

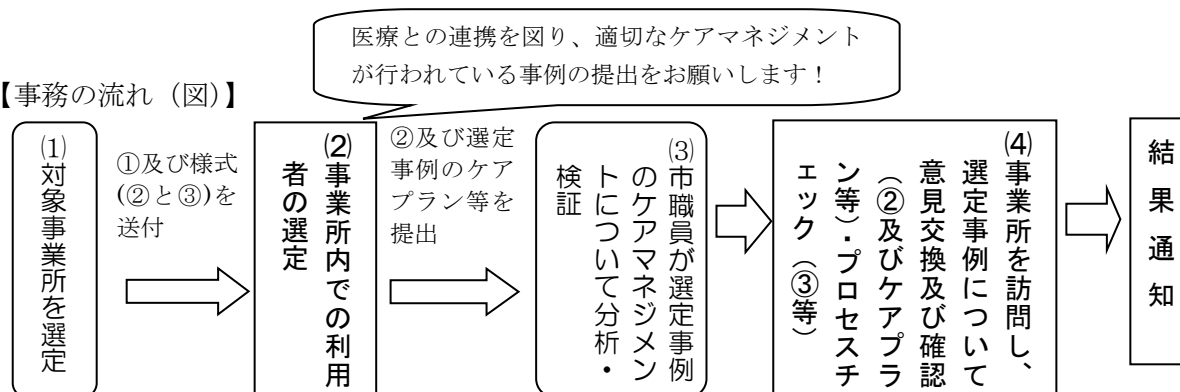
このケアプラン点検支援は、採点したり、批評するためのものではありません。この検証・確認の作業が、提出された事例の「振り返り」や「新たな気付き」のきっかけとなり、介護支援専門員と広島市がともにレベルアップしていくことを目指しているものです。

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 1～2 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 1～2 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)】



書類① 実施通知

書類② ケアプラン点検事業における事前提出事例の選定理由

書類③ 居宅介護支援事業所調査資料・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

4 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】 ● 利用者の弱みのみを取り上げるのではなく、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。 ● 利用者や家族それぞれ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。 ● ケアマネジャーの頭の中だけでの課題分析とせず、紙に落とすなど客観的に課題の抽出を行うこと。 ● 具体的な利用者の情報収集により、ニーズやそれに基づくサービスの根拠が明確となる。
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、チームとして利用者にとってどう関わるのかという方針を記載する。 ● サービス利用を目的とした記載ではなく、利用することによって改善される生活のイメージについて記載する。

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。 ○ 利用者自身が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。専門用語を多用せず、利用者の言葉を利用する。 ● 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、次回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。 ● ケアチームで利用者の状況を確認し支援の方向性を決めるものであり、文書照会等のみではなく、会議を開催できるよう調整する。

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。）。 ● サービス事業所の目標に対するモニタリングだけでなく、ケアプランの目標に対するモニタリングを行う。 ● モニタリングの方法として、確認項目へチェックするだけでなく、具体的な評価を記載する。
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＞事業者向け情報＞実地指導・集団指導関係＞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。

5 ケアプラン点検支援において適切なケアマネジメントが行われていると思われる事例

(1) 認知症状の周辺症状の改善が図られ笑顔が見られるようになった利用者と、妻の介護負担の軽減が図られた事例

昼夜逆転や徘徊を繰り返す利用者に対して、介護負担の軽減を最優先課題として計画作成を行い通所介護の導入を行った。

結果、生活のリズムが整い笑顔が見られるようになり、徐々に昼夜の逆転や徘徊も消失していった。妻の介護負担軽減も図られ、車いすから立ち上がる練習も意欲的に取り組むなど、意欲向上も認められた。

(2) 本人の意向確認のため粘り強く連絡調整している事例

長年認知症の妻の介護をしてきた利用者が、難病を発症し、家族に負担をかけたくないと病院を選択したが、本人の意向確認のため面談ごとに（またメール連絡等）機会あるごとに意向確認（具体的に聞くことを繰り返す）を丁寧に行うことで自宅での生活を実現できていた。その間、家族の意向確認も含め、生活環境を細かく整え、調整することを同時進行しながら、利用者への状況報告も行っていた。

(3) 認知症が進行する中で家族と一緒に生活できるように家族や事業所等とチームケアで支えている事例

認知症が進行する中で次男との二人暮らしを継続していくために、毎日歩行器を使用し次男と近くのスーパーに買い物に行っていた。今後は、買い物も継続しつつ、リハビリを兼ねてデイサービスでやっているちぎり絵を、自宅でもできるよう訪問看護等と連携を図りながら支援を行う方向である。介護者も高齢で持病があり、よりきめ細やかな支援の継続が必要になっていくが、現在は適切な支援により、体調もよく生活リズムが整っていた。

(4) がんで余命1年の告知を受けた利用者が意欲的な生活に変化した事例

当面の病状について不安が強く、今後の生活を考えられない状態であった。担当ケアマネは遠隔地に住む姉妹、友人、主治医、民生委員、各サービス事業者等の支援を調整しながら、本人の生活をサポートしていた。病状について訪問看護やインターネットから医療の知識を得、主治医と情報を共有していた。プランにインフォーマルなサービス（友人の支援）を位置付けることによって本人は安心し、現在は、本人の「絵を教えたい。絵を教えることが私の使命なのよ。」と望んでいる生活を聞き取り、ケアチーム全体で本人を支えていた。

(5) 本人の意欲を活かし、適切なサービスを行うことにより利用者の状態が改善（要介護5→要介護4）した事例

入院後に全介助、胃ろうの状態となった高齢の利用者を、本人や家族の強い希望である経口摂取ができるように医療と十分な連携を図りながら、インフォーマルサービスを含むケアチームで統一した支援を行い、経口摂取が可能となった。また、本人のストレングスやプラス面を意識してプランを作成していた。

(6) 在宅生活への不安が強い利用者が家での生活に対する意欲を取り戻した事例

利用者は進行性難病の告知を受け、当初は病気や生活への不安や葛藤から妻の介護方法を批判し、入院する事を希望していた。ケアマネジャーは家での生活維持や改善の可能性をサービス提供事業者と共に検討し、利用者が意欲を持って自宅で生活していけるよう関わっていた。主治医には、入院時期や緊急時の対応方法についての利用者の意向を伝えながら、予後予測の視点で今後の方針をチームで検討し確認している。利用者からは「妻に手伝ってもらいながら可能な限り自分の力で歩き、自宅で生活したい。」との前向きな言葉が聴け、妻の介護への感謝の言葉が出るようになるなど「夫婦で協力して家で生活していく」という意向をチーム全体で支えていくように支援を進めていた。

(7) パーキンソン病という難病を抱えながらも、“家に帰りたい”という本人の強い意志を尊重し療養型から在宅へ移行できた事例

不安な一人暮らしのため、担当ケアマネジャーだけでなく事業所全体で支援されており、半年後には、服薬管理もうまくできるようになり活動的になった。介護者のいない中で、歩行器で歩いたり、家で入浴されたような形跡も見受けられるようになり、リスク管理の必要性も出てきたが本人の望む生活へ向けての支援を行っていた。調理も本人は簡単な物は作りたいという意欲が湧いてきており、今後、サービス変更の予定である。息子や主治医との連携もよく取られていた。

(8) 病態が悪化しているがケアチームでの支援により在宅生活が可能となった事例

病態の悪化により入退院を繰り返し施設入所の話も出る中、「両親共に家で看たい」との家族の強い希望もあり在宅に戻った。退院時には無表情で意思の疎通も困難であった利用者が、ケアチームで専門的な見地から意見を出し合い改善の可能性に向けての検討を行い、本人の取り組んでいく目標をケアプランに位置付けた結果、聞き取れなかった発語も少しずつ出てくるようになり、サービス終了時には「ありがと」と手を挙げて笑顔で応えられるようにまで改善みられた。

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

「一連の業務」は、基本方針を達成するために必要となる業務であり、基本的には、アセスメント、担当者会議開催、ケアプランの説明・同意・交付といったプロセスで進めるべきであるが、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ない。

ただし、その場合であっても、それぞれ位置付けられた個々の業務は、事後的に可及的速やかに実施し、その結果に基づいて必要に応じて居宅サービスを見直すなど、適切に対応しなければならない。

なお、運営基準違反がある場合、運営基準減算として、所定単位数の 100 分の 50 に相当する単位数を算定し、運営基準減算が 2 月以上継続する場合には、所定単位数は算定できない。

《H24. 5. 15 追加》

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 号、第 15 号
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 号、第 14 号、第 15 号
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 号、第 11 号、第 15 号
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 号

※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、利用者の状況やサービス内容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 利用者の状態の変化を客観的に確認・評価する必要があるため、適切なアセスメントを経てケアプランを作成すること。《H25.5.15 修正》

※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（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

〔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、予防支援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。）。

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。
- ・ 入院又は入所期間中三回を限度として算定できる。ただし、三回算定することができるのはそのうち一回について、入院中の担当医等との会議（カンファレンス）に参加して、退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上で、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を行った場合に限る。《H24.5.15 追加》
- ・ 上記に係る会議（カンファレンス）に参加した場合は、当該会議（カンファレンス）の日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付すること。《H24.5.15 追加》
- ・ 退院・退所加算に係る介護及び医療の各報酬の算定条件は以下のとおり。

	介護（居宅介護支援費）	医療（診療報酬）
1回	退院・退所加算（300単位） ・ 退院等に当たって、当該病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービスの利用に関する調整を行った場合には、当該利用者の居宅サービスの利用開始月に所定単位数を加算する。	介護支援連携指導料（300点） ・ 初回の指導は、介護サービスの利用の見込みがついた段階で、地域で導入可能な介護サービスや要介護認定の申請手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有するもの。
2回	退院・退所加算（300単位） ・ 同上	介護支援連携指導料（300点） ・ 2回目の指導は、実際の退院を前に退院後に想定されるケアプランの原案の作成に資するような情報収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行うこと等を想定したもの。
3回	退院・退所加算（300単位） ・ 3回算定するには、3回のうち1回について、右の「退院時共同指導料2（3者以上による指導加算）」の対象となる会議に参加して、退院後の在宅での療養上必要な説明を行った上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。 ・ 上記の会議に参加した場合は、当該会議等の日時、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。	退院時共同指導料2（2,000点）（3者以上による指導加算） ・ 退院後の在宅療養上、必要な説明及び指導を入院医療機関の医師と、退院後の在宅療養を担う医療機関の医師、看護師、准看護師、歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士、薬局薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員のうち3者以上と共同して行った場合に加算する。
備考	・ 「退院時共同指導料2（3者以上による指導加算）」の対象となる会議への参加は、3回算定できる場合の要件として規定しているが、面談の順番として3回目である必要はなく、また、面談1回、当該会議1回の計2回、あるいは当該会議1回のみ算定も可能。 (Q&A vol.2 問19より) ・ 面談の場所は病院以外でも可。 (PT等が、利用者が外泊中の自宅へ退院後の生活導線を確認するため訪問している際に、ケアマネジャーも訪問し、PT等から情報収集した場合も算定可能)	・ 行った指導の内容等は、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付。 ・ 指導の内容を踏まえて作成されたケアプランは、患者の同意を得た上で、ケアマネジャーに情報提供を求め、ケアプランの写しを診療録に添付。

③ 入院時情報連携加算

- ・ 退院・退所加算と同月中に算定することは可能。

④ 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Ⅴ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。

また、平成 25 年 2 月から既に日常生活自立度のランクがⅡ以下であったことが判明した場合は、平成 25 年 2 月に遡って算定が不可となる。

⑤ 独居高齢者加算

- ・ ①利用者から単身で居住している旨の申立てがあった場合で、②介護支援専門員のアセスメント及びモニタリング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。
- ・ 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。《H24. 5. 15 修正》

⑥ 特定事業所加算《H25. 5. 15 追加》

- ・ 加算要件等の注意点について、別紙 1 のとおり通知していますので確認すること。
- ・ 加算要件が満たされなくなった場合、満たされなくなったその月から算定不可。速やかに加算を取り下げる旨の介護給付費算定に係る体制等に関する届出（体制届）を提出すること。なお、加算要件が満たされることとなった場合、翌月から加算を算定するには、当月の 15 日までに加算を算定する旨の体制届を提出すること。体制届けの提出が、当月 15 日を超えると翌々月からの算定開始となる。

(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 2 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。

④ 介護報酬改定を踏まえた適切なケアプランの作成について《H24. 5. 15 追加》

別紙 3 のとおり。

⑤ 月途中での要介護認定の変更（要介護⇔要支援）又は事業所変更（※2）に伴う給付管理及び介護報酬の請求について《H25. 5. 15 追加》

番号	変更前担当事業所	変更後担当事業所	給付管理を行う事業所 (介護報酬を請求する事業所)
1	A 介護予防支援事業所	B 居宅介護支援事業所	B 居宅介護支援事業所
2	C 居宅介護支援事業所	D 介護予防支援事業所	D 介護予防支援事業所
3	E 居宅介護支援事業所	F 居宅介護支援事業所	F 居宅介護支援事業所

※1 原則、月末時点で担当する事業所において給付管理を行い、報酬を請求する。

※2 利用者が保険者変更（広島市への転出入）を伴う転居を行った場合を除く。

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。

(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
 $804 \text{ 単位}(\text{身体 } 2 \cdot 2 \text{ 人}) + 190 \text{ 単位}(\text{生活 } 2) \rightarrow \times$
 $542 \text{ 単位}(\text{身体 } 2 \text{ 生活 } 2) + 402 \text{ 単位}(\text{身体 } 2) \rightarrow \bigcirc$

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 4 のとおり。

③ サービス提供責任者の質の向上を図る観点から、サービス提供責任者の任用要件のうち、「2 級課程の研修を修了した者であって、3 年以上介護等の業務に従事した者」をサービス提供責任者として配置している事業所に対し、所定単位数に 90/100 を乗じた単位数で算定する。

(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のサービスが全く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。

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 通所介護

(1) 留意事項

① サービス提供時間中の医療機関受診

緊急止むを得ない場合を除きサービス提供時間中の医療機関への受診は認められない。やむを得ず受診した場合は、サービス提供時間から受診時間を除くこと。

② 外出サービス

通所介護では事業所内のサービス提供が原則であり、屋外でのサービス提供を行う場合には、以下の条件を満たしておく必要がある。これは花見も例外ではない。

- イ あらかじめ通所介護計画に位置付けられていること。
- ロ 効果的な機能訓練等のサービスが提供できること。

5 通所リハビリテーション

(1) 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、4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4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、4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19条第1項に規定する要介護認定の効力が生じた日

【認定日の整理】



6 地域密着型サービスについて

概要は別紙5のとおり

7 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<<H25.5.15修正>>

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			×	
福祉用具貸与			○(※3)	○(※2)
居宅療養管理指導	○	○	○(※4)	

※1 必要な場合は事業者の負担により提供すること。（外泊中の中日については可）

※2 居宅在宅中のみ算定可。

※3 在宅中に利用している場合は小規模で使用しても算定可。

※4 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＞事業者向け情報＞実地指導・集団指導関係＞各種集団指導、研修会等
における配付資料 へ掲載します。