

Ⅱ 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

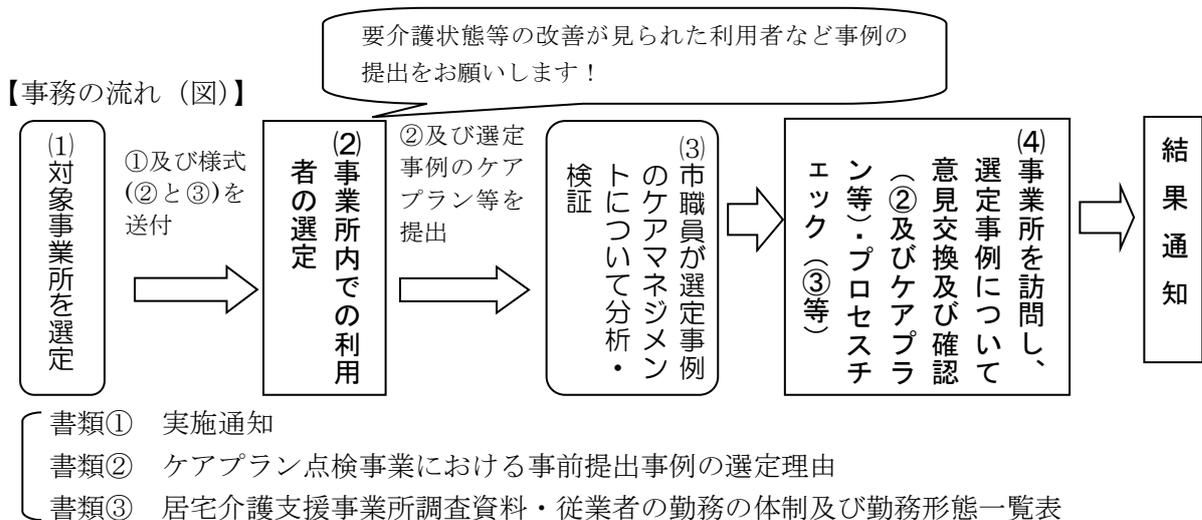
広島市は、平成 21 年度から従来のプロセスチェックに加え、ケアマネジメントの質のより一層の向上を図るため、ケアマネジメントの視点を正しく踏まえ、「自立支援に資するケアマネジメントが行われているか」ということについて着目し、事業所の介護支援専門員とともにケアプランを検証・確認しています。

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利用者のケアプラン等を広島市に提出します。(原則 1 事業所 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。)



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	<p>【留意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<p>【要点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 課題分析の項目は23項目を網羅していますか。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 課題分析のプロセスが具体的に記載されていますか。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 状況の変化に応じて追記し、更新していますか。 <p>【留意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<p>【要点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 本人・家族の意向が具体的に記載されていますか。 <input type="checkbox"/> 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。 <p>【留意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「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、チームとして利用者にとり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	<p>【要点】</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 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。 <p>【留意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<p>【要点】</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 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。 <p>【留意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<p>【要点】</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 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。 <p>【留意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<p>【要点】</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <hr/> <p>【留意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<p>【要点】</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 支援のプロセスが時系列に記録されていますか。</p> <hr/> <p>【留意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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>産業・雇用・ビジネス>介護保険>事業者向け情報>実地指導>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

○ 在宅生活が困難であるが母親としての役割を果たせるように支援している事例

退院時に病院から「家で看ることは無理」と言われていた。担当者は利用者の生命維持が基本ではあるが、利用者の家族に対する思いを受け止め、次男を中心に医療関係者等と調整を図りながら支援している。

発語が困難ではあるが、長男や次男の帰宅を待ちその後就寝することで、利用者の母親としての役割を果たせることや、利用者の楽しみである家族3人での旅行が出来るよう環境を整える等、本人の在宅生活の意欲向上につながる支援を行っている。

○ 本人の思いに寄り添うことで笑顔の出る支援ができています事例

意思表示が困難なベッド上の生活を続けている利用者に対して、“笑顔で生活できるように支援する”に向かって献身的介護を続ける家族と共にケアチームとして寄り添うことで、夫が見ていたのと同じ天井を眺めることで安らぎ、声掛けに反応でき、縁側に出て“ひなたぼっこ”ができるようになるなど、自立支援への意欲向上につながる支援をしている。

○ 入所が妥当と言われる状態だった利用者の在宅復帰への強い意志を尊重し支援した事例

小脳出血後遺症により、歩行、座位保持、コミュニケーションが難しくなり、胃ろう造設手術により入所が妥当と言われていた利用者に対し、本人や家族の在宅復帰への強い思いを尊重し、ケアチームで密に連携し、在宅生活の支援を行うことで、想像以上に後遺症の回復がみられるとともに、胃ろうの抜去が予定より早まった。

生活歴や多趣味な利用者の情報をよく収集し、意欲的にリハビリが出来るよう努めている。

○ 主治医を含めたケアチームが連携し、利用者の意欲を引き出すための支援体制を整えている事例

利用者は、疾患の痛みや体調不良から生活意欲をなくし、自分でできる行為も、やる気が出せないでいた。

そんな利用者に対して、主治医を含めたケアチームが担当者会議で対応を検討し、意欲を引き出すための支援体制をつくり、根気強く、利用者や家族に働きかけていく支援をチームで連携しながら行っている。

○ 社会資源の情報を積極的に入手し活用することで、利用者の状態改善に繋がっている事例

若くして脳梗塞を発症し言語麻痺や片麻痺があるが社会との関わりを望む利用者には、社会資源の情報を提供して、家族会や友人との交流会等ネットワークを広げ、リハビリのサポート体制を整えた。

人と関わる機会が増えたことで、本人の意欲向上につながり、日常生活の安定や行動範囲が広がる等著しい状態の改善がみられる。

○ **利用者の出来ている部分に気づきを与え、意欲的な生活に繋げていく支援を行った事例**

重度の難聴により、急変時の対応に配慮を要する利用者に対し、意欲的に自分の生活に参加していけるような環境整備を行うために、日中における独居の不安解消対策をケアチームで連携し検討した。その結果、「利用者のために出来ることは何か」について意見を出し合う中で、利用者自身も「自分は何ができるのか」について考えるようになり、何事にも積極的に取り組んでいけるようになった。

○ **自信を失っている利用者が、在宅生活を継続できるようにケアチームで支援を行った事例**

度重なる入退院により一人暮らしに自信を失い、血圧上昇も顕著となっていた利用者に対し、相談援助業務の難しさを感じつつも事業所内での協議を重ねて、利用者の「不安感」に寄り添い在宅生活の継続ができています。

○ **生活を楽しむことができるように支援されている事例**

住宅型有料老人ホーム入所当初は帰宅願望が強く、各関係機関等と元々住んでいた島へ帰れるように検討調整していたが、島にはサービス自体が少なく家族の支援も限界であった。通所介護等も拒否される中、有料老人ホームの生活において本人の好きなことを取り入れ（生け花等）、楽しみを見出すことにより徐々に落ち着きを取り戻し、生活が送れるようになった。

○ **ケアマネジャー自身が視点を変えることで、デマンドの解決から自立を目指した支援に向かった事例**

認知症があり、介護者や他の利用者との関わりを拒否する利用者に対し、ケアマネジャーの「助けてあげたい」という強い思いを基盤にした支援を行っていた。支援する過程において、ケアマネジャー自身がアセスメントの視点を変えることにより、利用者の「自分でできます。」という言葉や理解しがたい行動に隠された本人の強みや望みが何なのかに気づくことができ、自立を目指した支援に向かっている。

Ⅲ 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要否等

項目	実施の要否				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。(※4)	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(※5)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、介護保険の訪問看護から医療保険の訪問看護になる場合など）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。《H26. 5. 20 修正》

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 利用者やその家族の参加を基本とする。(H26. 4. 1 施行省令第13条第9号) なお、利用者やその家族の参加が望ましくない場合(家庭内暴力等)には、必ずしも参加を求めるものではない。《H26. 5. 20 追加》

※5 「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。《H24. 8. 7 修正》

回数	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） <ul style="list-style-type: none"> ・ 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） <ul style="list-style-type: none"> ・ 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） <ul style="list-style-type: none"> ・ 同上 	介護支援連携指導料（300点） <ul style="list-style-type: none"> ・ 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） <ul style="list-style-type: none"> ・ 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） <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院中の保険医療機関の保険医が、退院後の在宅医療を担う、次の①～⑤の5者から3者以上と共同して指導を行った場合に加算する。 <ul style="list-style-type: none"> ①退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師 ②保険医である歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士 ③保険薬局の保険薬剤師 ④訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（准看護師を除く。） ⑤居宅介護支援事業者の介護支援専門員
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院時共同指導料2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。なお、退院時共同指導料2の算定していることを病院に確認しておくこと。（H24報酬改定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等に、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） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 特定事業所加算

- ・ 加算要件等のうち、研修計画を定めるのは年度開始前までに行うこと。《H27.5.18 修正》
- ・ 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となる。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。

④ 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。

⑤ サービス事業所の個別サービス計画の提出《H27.5.18 追加》

サービス事業所の担当者に対する個別サービス計画の提出依頼について、運営基準減算の対象とはなっていないが、サービス事業所間の意識の共有が目的であり、適切に実施すること。

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

776 単位(身体 2・2 人) + 183 単位(生活 2) → ×

522 単位(身体 2 生活 2) + 388 単位(身体 2) → ○

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。

- #### ③ サービス提供責任者の任用要件について、介護福祉士への段階的移行を進めるため「介護職員初任者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 70/100 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 訪問看護

(1) 留意事項《H26. 5. 20 追加》

① 20分未満の訪問看護の算定について

20分未満の訪問看護は、短時間かつ頻回な医療処置等が必要な利用者に対し、日中等の訪問看護における十分な観察、必要な助言・指導が行われることを前提として行われる。

したがって、居宅サービス計画又は訪問看護計画において20分未満の訪問看護のみが設定されることは適切ではなく、20分以上の訪問看護を週1回以上含む設定とすること。

5 通所介護・認知症対応型通所介護

(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。

③ 送迎未実施減算《H27. 5. 18 追加》

実際に送迎を実施していない場合、減算となる。

④ 介護保険制度外の夜間及び深夜のサービス（宿泊サービス）《H27. 5. 18 追加》

H26. 8以降、宿泊サービスを実施している通所介護事業所は、広島市へ届出することになっており、現在の届出状況は広島市ホームページ（広島市ホームページ > 産業・雇用・ビジネス > 介護保険 > 利用者向け情報 > 宿泊サービス事業所一覧）に掲載されている。

6 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

H27. 4改定により訪問指導加算がリハビリテーションマネジメント加算に統合され区分が追加されている。また、リハビリテーションの実施回数の要件がなくなった。《H27. 5. 18 修正》

② 短期集中個別リハビリテーション実施加算

- ・ 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】

↓ § 19-1

（効力が生じた日）

↓ § 27-1

（認定を受けた日）

→

7 その他

(1) 施設入所日の入所前及び退所日の退所後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) 居宅サービス等利用中の算定について<<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 在宅中に福祉用具を利用している場合は、小規模多機能型居宅介護を利用中に使用しても算定可。

※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。

(4) 人員に関する基準について《H26. 5. 20 追加》

介護支援専門員の員数について（H26. 4. 1 施行省令第 2 条第 2 号）、常勤の介護支援専門員の配置は利用者の数 35 人に対し 1 人を基準とするとなったが、これは利用者 35 人または端数を増すごとに増員することが望ましいという解釈が変更になったものではない。

(5) 居宅介護住宅改修費等について《H26. 5. 20 追加》

① 住宅改修が必要と認められる理由書

- ・ 「住宅改修が必要と認められる理由書」を作成しようとする者が、当該住宅改修に係る被保険者の居宅サービス計画等を作成している者と異なる場合は、十分に連絡調整を行うことが必要である。このため、居宅サービス計画等を作成した介護支援専門員等は、理由書に連絡調整を行ったことを署名・押印すること。
- ・ 介護支援専門員等が「住宅改修が必要と認められる理由書」を作成する業務は、居宅介護支援事業等の一環であるため、被保険者から別途費用を徴収することはできない。また、介護支援専門員等が、自ら住宅改修の設計・施工を行わないにもかかわらず被保険者から住宅改修の工事を請け負い、住宅改修の事業者に一括下請けさせたり、住宅改修事業者から仲介料・紹介料を徴収したりすること等は認められない。

(6) 広島市指定居宅サービス事業設備基準等条例の一部改正について《H27. 5. 18 修正》

これまで厚生労働省令で定められていた居宅介護支援及び介護予防支援の人員、運営等に関する基準については、H27. 4 以降、広島市指定居宅サービス事業設備基準等条例で定められた。なお、以下の項目は、広島市の独自基準として定められている。

- ・ 基本方針として、利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のための措置の実施
- ・ 運営規程の記載事項として、利用者等の虐待の防止のための措置に関する事項の記載 (H28.3.31 までに運営規程の変更を行うこと)
- ・ 管理者の研修の機会の確保
- ・ 居宅介護サービス費等の支給の根拠となる記録の 5 年間保存

※ 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>)
広島市ホームページ > 産業・雇用・ビジネス > 介護保険 > 事業者向け情報 > 集団指導 > 各種
集団指導、研修会等における配付資料（過去 5 年分） 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たところですが、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よろしくお願いいたします。

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に必要なものとする。）、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、福祉サービス等他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、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。

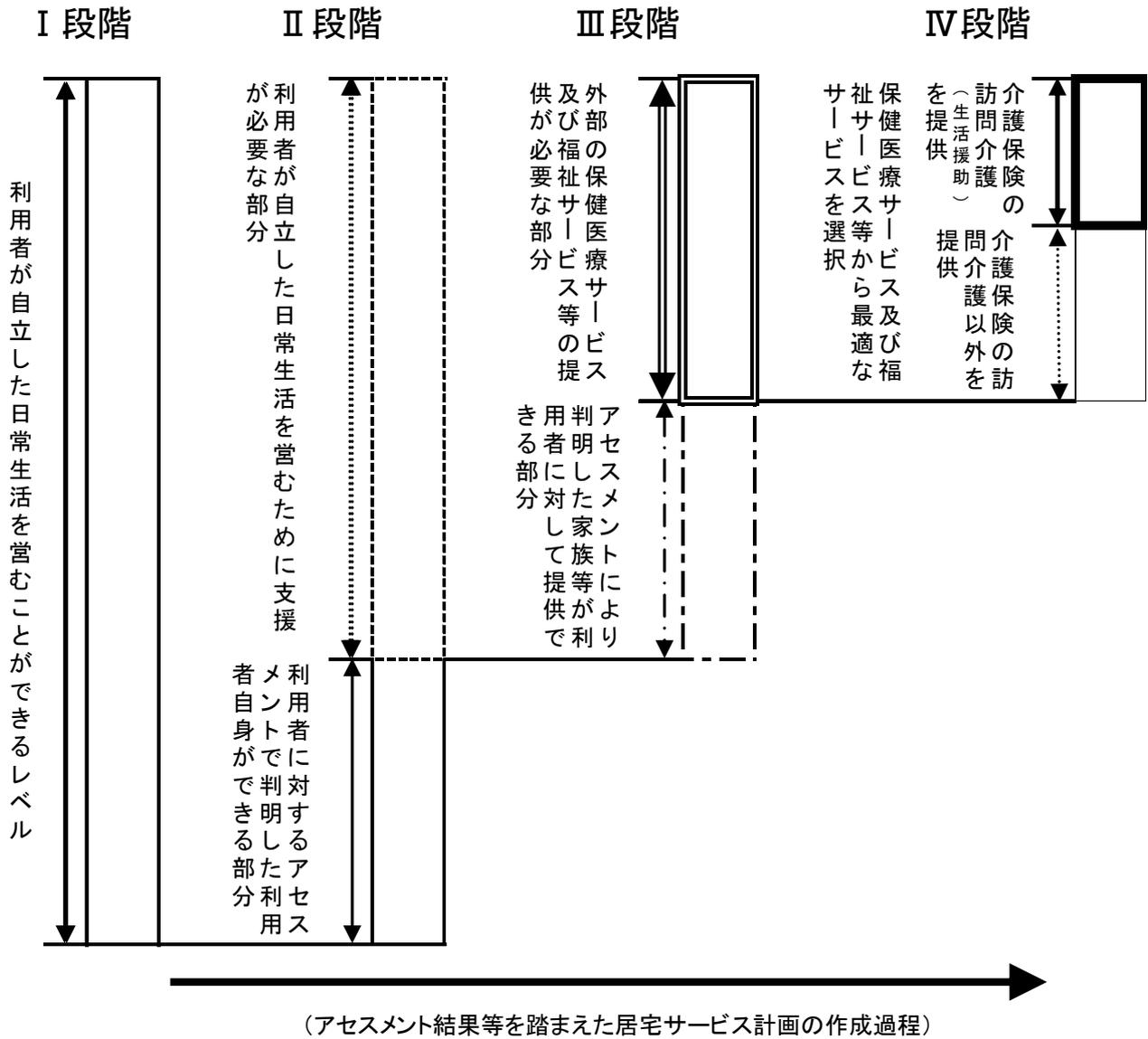
なぜなら、当然のことながら男性といっても身につけている家事能力の程度は様々であるので、たとえば、同居している家族（年齢、性別に関係なく）が利用者に対して必要な介護の何をどの程度提供できるのか、また、日中就業といっても就業時間帯、休日の頻度等様々であるので、同居している家族の具体的な就業形態、家事従事等の生活実態を踏まえ、その家族が利用者に対して必要な介護の何をどの程度提供できるのか、を個々具体的に検討する必要がある。

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)



介護保険サービス事業所の概要

H27.4.1現在

サービスの種類	サービスの概要	事業所数(注1)		「給付管理票」作成及び提出担当者(注3)
		介護サービス	介護予防サービス	
居宅介護支援	適切にサービスを利用できるよう、介護支援専門員(ケアマネジャー)に相談し、介護サービス計画(ケアプラン)を作成するサービス	358	-	-
介護予防支援	適切にサービスを利用できるよう、介護支援専門員(ケアマネジャー)等に相談し、介護予防サービス計画(ケアプラン)を作成するサービス	-	41	-
訪問介護	自宅等で、ホームヘルパーなどによる入浴、排せつ、食事等の日常生活上の世話を受けるサービス	357	351	居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等
訪問入浴介護	自宅等で、簡易浴槽を使って入浴の介護を受けるサービス	17	17	居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等
訪問看護	自宅等で、看護師などによる療養上の世話や必要な診療の補助を受けるサービス	111	110	居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等
訪問リハビリテーション	自宅等で、理学療法士などによる理学療法等の必要なリハビリテーションを受けるサービス	5	5	居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等
居宅療養管理指導	自宅等で、医師、歯科医師などによる療養上の管理や指導を受けるサービス	8	8	-
通所介護	通所介護施設(デイサービスセンター)に通って、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の世話や機能訓練を受けるサービス	367	358	居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等
通所リハビリテーション	通所リハビリテーション施設に通って、理学療法等の必要なリハビリテーションを受けるサービス	86	85	居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等
短期入所生活介護	特別養護老人ホーム等に短期入所し、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の世話や機能訓練を受けるサービス	134	123	居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等
短期入所療養介護	老人保健施設等に短期入所し、看護、医学的管理のもので、介護、機能訓練、日常生活上の世話を受けるサービス	57	54	居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等
特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム等で、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	44	43	- (注3)
福祉用具貸与	自宅等で、車いす、ベッド等の福祉用具の貸与を受けるサービス(要介護度によっては貸与できない用具があります。)	56	56	居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等
特定福祉用具販売	入浴、排せつ等に使う福祉用具購入のサービス	56	56	-
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	定期的な巡回訪問や随時通報により、日中・夜間を通じて、訪問介護や訪問看護を受けるサービス	12	-	居宅介護支援事業所の介護支援専門員
夜間対応型訪問介護	巡回や通報システムによる夜間専用の訪問介護サービス	5	-	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	認知症の方が通所介護施設(デイサービスセンター)に通って、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の世話や機能訓練を受けるサービス	31	29	居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等
小規模多機能型居宅介護	通いを中心に、利用者の様態や希望に応じて、随時、泊まりや訪問サービスを組み合わせて提供するサービス	32	31	小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員(注2)(注3)
認知症対応型共同生活介護	認知症の方が共同生活を営む住居(グループホーム)において、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の世話や機能訓練を受けるサービス	144	143	- (注3)
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	小規模(入所定員29名以下)な介護老人福祉施設に入所して、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話を受けるサービス	6	-	- (注3)
複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせて受けるサービス	3	-	看護小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員(注2)(注3)
介護老人福祉施設	特別養護老人ホームに入所して、入浴、排せつ、食事等の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話を受けるサービス	56	-	-
介護老人保健施設	老人保健施設に入所して、看護、医学的管理のもとに介護、機能訓練等の医療や日常生活上の世話を受けるサービス	30	-	-
介護療養型医療施設	療養病床等に入院して、療養上の管理、看護、医学的管理のもとに介護、機能訓練その他必要な医療を受けるサービス	23	-	-
事業所数 合計		1,998	1,510	

(注1) 事業所等の名称・所在地等については、広島市ホームページ[<http://www.city.hiroshima.lg.jp>] > 健康・医療・福祉 > 高齢者・介護 > 介護 > 介護保険 > 利用者向け情報 > サービス事業所の一覧 > 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又は複合型サービス(看護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又は複合型サービス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又は複合型サービス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。

(注3) 特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護及び認知症対応型共同生活介護に係る短期利用の給付管理票は居宅介護支援事業所等の介護支援専門員等が作成する。

平成26年度実地指導等の指摘事項等について

別紙 4

平成26年度の実地指導、指定申請等において、文書又は口頭指導等を行った内容について具体的に例示します。
今後の事業所等の運営において、参考としてください。

1 人員に関する基準

番号	サービス種類	項目	指摘内容
1	居宅介護支援	従業員の員数	介護支援専門員1人当たり40名以上の利用者を担当していた。 1人当たりの担当利用者数について35名以下を基準として介護支援専門員の増員や利用者数の調整をすること。

2 運営に関する基準

番号	サービス種類	項目	指摘内容
1	全サービス	内容及び手続きの説明及び同意	重要事項説明について、同意の署名・押印はあるが、同意日が記録されていなかった。
3	〃	勤務体制の確保等	従業員の資質の向上のための研修の機会が確保されていなかった。 従業員の研修参加について、事業者はその機会を確保しなければならない。
5	〃	掲示	事業所の見やすい場所に、従業員の勤務の体制(月ごとの勤務表等)を掲示すること。
6	全サービス	秘密保持等	個人情報の取扱いに関する同意書について、利用者や家族の同意を得ていなかった。 利用開始時には、文書で同意を得ておくこと。
7	〃	〃	利用者の記録として、他の利用者の個人情報が記載された紙を裏紙として使用していた。 個人情報の取扱上望ましくないため使用しないこと。
8	〃	〃	利用者の記録が相談室等の棚で保管されていた。 個人情報保護の観点からも施錠できる保管場所での保管すること。
9	〃	苦情処理	事業所の見やすい場所に、「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」を掲示すること。
10	〃	事故発生時の対応	本市へ報告を要する事故の要件を把握していなかった。 本市ホームページにも報告対象となる要件、報告様式を掲載しているので確認をすること。
11	〃	〃	利用者にノロウイルスやインフルエンザ等の感染症が発生したにも関わらず本市に報告していなかった。 介護サービスの提供中に死亡した場合、医療機関で治療を受けた場合、ノロウイルス等感染症が発生した場合、利用者の所有物を破損等し利用者との紛争が起こった場合等は、所定の様式で本市に報告すること。
12	〃	記録の整備	サービス提供に係る記録が保存されていなかった。 記録の完結の日から5年間保存すること。(平成27年4月1日以降は居宅介護支援事業、介護予防支援についても5年間保存が義務付けられる。)
13	全サービス(居宅介護支援、施設系サービス等除く)	居宅介護支援事業所との連携	居宅介護支援事業所等から居宅サービス計画を入手しているが、その内容が利用者同意前の計画案であった。 居宅サービス計画は、利用者の同意後の写しを入手し、保管すること。
14	居宅介護支援	指定居宅介護支援の具体的取扱方針	要介護認定の更新時及び区分変更時において、アセスメントを実施していなかった。 更新、区分変更時には、利用者の状態が変化している場合も想定されるため、アセスメントを行うこと。

番号	サービス種類	項目	指摘内容
15	"	"	サービス担当者会議について、利用者が不穩になるため、会議を実施せずに電話での意見聴取で済ませていたが、その理由が記録されていなかった。 サービス担当者会議は、原則利用者及びその家族、サービス担当者が一堂に会して開催する必要がある。やむを得ない理由により電話での意見聴取等を行う場合は、その旨を特記事項として記録しておくこと。
16	"	"	居宅サービス計画(第6表、第7表)について、利用者の同意が確認できなかった。 サービス提供の前月までには利用票を作成し、利用者の同意を得ること。
17	"	"	モニタリングの結果の記録がなかった。 少なくとも1月に1回は、モニタリングの結果を記録すること。
18	"	"	モニタリング時に利用者の居宅を訪問しているという理由から、訪問の記録を残していなかった。 モニタリングの記録をもって、利用者の居宅で面接を行ったことの証明にはならないので、自宅訪問した場合は、支援経過等にその旨を記録すること。
19	介護予防支援	指定介護予防支援の具体的取扱方針	サービス種類(福祉用具貸与)が減少した場合に、介護予防サービス計画作成等に係る一連の業務を実施していなかった。 サービス種類が減少する場合には、利用者の居宅を訪問、面談し、課題の把握(アセスメント)を行い、介護予防サービス計画の原案を作成し、サービス担当者会議により担当者から専門的意見等を求め、介護予防サービス計画の原案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て、利用者及び担当者に交付すること。
20	"	"	サービス担当者会議について、介護支援専門員、利用者及びその家族しか参加しておらず、各サービス事業所には照会のみを行っている事例が散見された。また、サービス担当者会議の記録について、支援経過に結論のみを簡潔に記載していた。 やむを得ない理由がある場合は、各サービス事業所のサービス担当者に対し照会等で意見を求めることができるが、サービス担当者会議には、原則的に全ての担当者を参集すること。また、当該会議の記録について、結果のみではなく、担当者からの専門的な見地からの意見等を記載すること。
21	介護予防支援	"	定期的な訪問の記録については、モニタリングシートに記載しているが、訪問時の様子等、詳細な記録が残されておらず、支援経過が1年以上記載されていなかった。 利用者の状況等について、必要に応じて支援経過に記録を残すこと。

3 報酬に関する基準

番号	サービス種類	項目	指摘内容
1	居宅介護支援	居宅介護支援費	セルフプランで介護サービスを利用していたにもかかわらず、運営基準減算として介護支援費を算定していた。
2	"	運営基準減算	居宅介護支援費の算定について、1月に1回、利用者の居宅で面接していない、又は1月に1回、モニタリングの結果を記録していなかった。 運営基準減算とすること。
3	"	"	新規に居宅サービスの利用を開始した利用者について、サービス担当者会議の開催等一連の業務を利用開始月内に実施していなかった。 運営基準減算とすること。
4	"	"	解決すべき課題の把握(アセスメント)が行われていなかった。 運営基準減算とすること。
5	"	初回加算	運営基準減算が発生する月に加算を算定していた。
6	"	特定事業所加算(Ⅰ)(Ⅱ)	計画的な研修に関する記録が残されていなかった。 計画的な研修の実施に係る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、それらを定めた日を記録しておくこと。また、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ること。

番号	サービス種類	項目	指摘内容
7	''	入院時情報連携加算(I)	面談して情報提供を行った記録が確認できなかった。 医療機関へ出向いて、当該医療機関の職員と面談し、必要な情報を提供すること。
8	居宅介護支援	退院・退所加算	退院前に当該病院等の職員と面談を行っていたものの、その内容が確認できない、また、この情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成していないなど、算定要件を満たしていなかった。 また、情報提供の内容について、看護サマリーだけでは情報が不十分な場合があるため、国が示している標準様式の項目を参考に、在宅での生活に関する情報提供を受けること。
9	''	''	退院・退所時に居宅サービス計画を作成していなかった。 退院・退所に当たって、病院等の職員と面談し、利用者に関する情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービスの利用の調整を行った場合に算定する。
10	''	''	当該加算を3回算定する際、3回のうち1回は、「退院時共同指導料2」の対象となる会議に参加する必要があるが、当該会議には参加していなかった。
11	''	認知症加算	月末時点で主治医意見書により認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱbであることを確認した利用者に対し、当該加算を算定していた。
12	''	独居高齢者加算	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していなかった。
13	''	小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	介護支援専門員が小規模多機能型居宅介護事業所に出向き、小規模の担当者に情報提供する必要があるが、利用者宅で小規模の担当者も含めカンファレンスを行い、利用者が小規模の利用を開始したことをもって当該加算を算定していた。 介護支援専門員が小規模に出向いて情報提供すること。