

運営指導で みられる注意点 (居宅介護支援)

焼津市役所 地域包括ケア推進課

目次

- ◆居宅介護支援事業の基本方針【2'30】
- ◆サービス提供開始（契約）にあたって【3'50】
- ◆ケアマネジメントの流れ【6'10】
- ◆アセスメント【7'10】
- ◆課題分析【9'30】
- ◆原案作成～サービス担当者会議【14'20】
- ◆プラン確定～交付【16'00】
- ◆モニタリング【18'40】
- ◆気を付けたい加算、減算【21'20】

居宅介護支援事業の基本方針

- 利用者が要介護状態となった場合においても、できる限り居宅において、その人の能力に応じて自立した日常生活ができるように配慮する
- 利用者の心と体の状況や身の回りの環境に応じて、利用者の選択にもとづいて、適切な保健、医療、福祉のサービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるように配慮する
- 利用者の意思、人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、サービスが特定の種類や事業者に不当に偏らないよう、公正・中立に業務を行う
- 市、包括、他の事業者、施設等との連携に努める
- 必要な情報を活用し、適切かつ有効なサービス提供に努める
- 虐待を防止するための体制を整え、職員へ研修

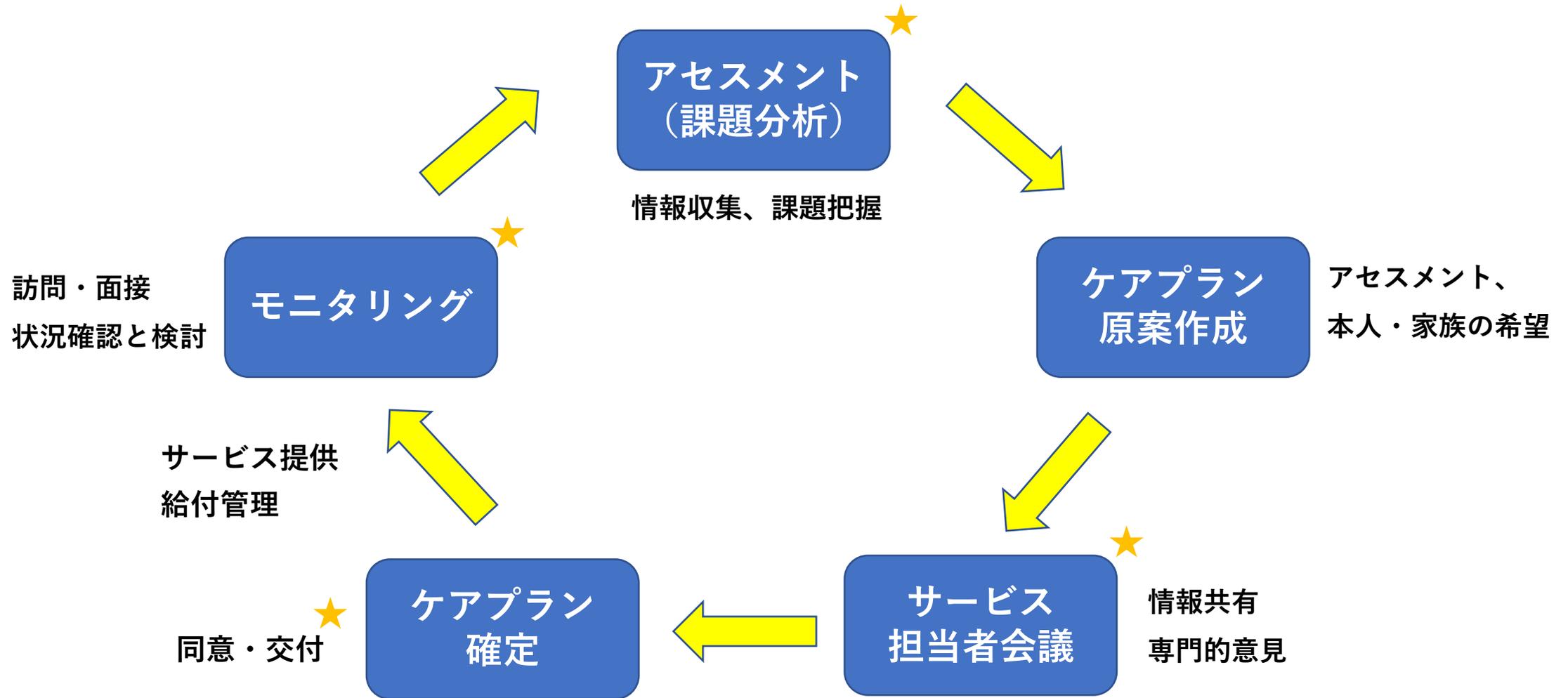
サービス提供開始（契約）にあたって

- 重要事項説明書を**交付**して説明し、利用者の**同意**を得る
（重要事項の内容 ➤ 運営規程の概要、勤務体制、秘密保持、事故・苦情対応…）
- あらかじめ以下の**説明**を行う
 - ①利用者の希望に基づき作成する
 - ②複数のサービス事業者を紹介するよう求めることができる
 - ③計画原案に位置付けた事業者の選定理由の説明を求めることができる

【解釈通知】 「文書の交付に加え、口頭での説明を丁寧に」
「理解したことについて署名を得る」

※「前6か月間の割合」は努力義務となった
- 個人情報利用について、**本人と家族から**同意を得る

ケアマネジメントの流れ

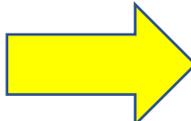


★ は運営基準減算に関するもの

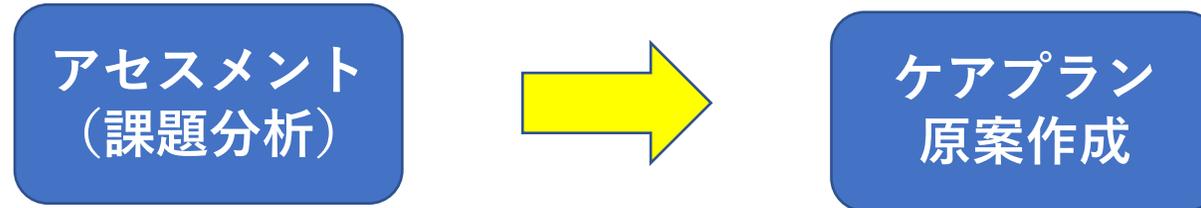
アセスメントのタイミング

アセスメント (課題分析)

- ▶利用者や家族の情報を集める（課題分析 標準 2 3 項目）
- ▶課題の分析やリスク予測などに必要な情報をあわせて集め、利用者の今後の生活を予測
- ▶解決すべき課題を把握

× 居宅サービス計画の作成（変更）後  適切なタイミングで
にアセスメント

アセスメントのタイミング



✓居宅サービス計画を作成（変更）する前

【解釈通知】 「居宅サービス計画の作成に先立ち課題分析を行う」

- 初回、認定更新、区分変更、目標更新、退院退所など利用者の心身の状況や環境の変化があったとき、アセスメントを実施
- アセスメントは、居宅を訪問し、利用者・家族に面接する
- アセスメントの結果を記録（実施した日も書く） = この日にした証明

課題分析の項目

(介護保険最新情報 vol.1178,1179)

アセスメント
(課題分析)

基本情報に関する項目

1. 基本情報
2. これまでの生活と現在の状況
3. 社会保障制度の利用情報
4. 利用している支援や社会資源の状況
5. 日常生活自立度（障害、ねたきり度）
6. 日常生活自立度（認知症）
7. 主訴、意向
8. 認定情報
9. アセスメントの理由

項目の詳しい内容が国通知に定められているので、確認を

課題分析（アセスメント）に関する項目

10. 健康状態
11. ADL
12. IADL
13. 認知機能や判断能力
14. コミュニケーションにおける理解と表出の状況
15. 生活リズム
16. 排せつの状況
17. 清潔の保持に関する状況
18. 口腔内の状況
19. 食事摂取の状況
20. 社会との関わり
21. 家族等の状況
22. 居住環境
23. その他留意すべき事項、状況

課題分析の項目

アセスメント
(課題分析)

(介護保険最新情報 vol.1178,1179)

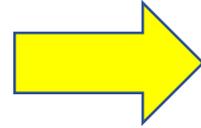
(変更された部分の例)

	標準項目名	項目の主な内容例
旧	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
新	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

旧	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目
新	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

アセスメント～プラン原案作成

アセスメント
(課題分析)



ケアプラン
原案作成

✓アセスメントの結果にもとづいたプラン

【解釈通知】 「アセスメントの結果による専門的見地に基づき」

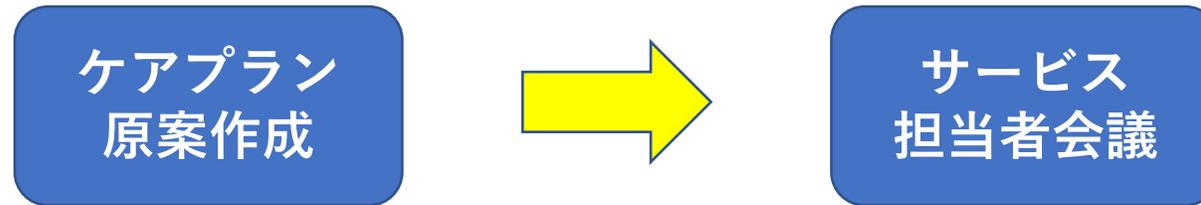
➤アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための具体策を、**専門的見地から考察し**、（介護保険外を含めた）最適なサービスを組み合わせる

第1表…ケアプラン全体の方向性（支援の方向性）をわかりやすく。

最初の項目は「利用者の生活に対する意向（をふまえた課題分析結果）」

第2表…長期目標・短期目標とその達成時期を明確にし、達成時期には、各サービスとケアプランの評価を行う。目標は、具体的で達成可能な内容

プラン原案作成～サービス担当者会議



✓原案に位置付けたサービス担当者を招集

【解釈通知】 「情報を担当者と共有」 「専門的見地からの意見を求め」

- ケアプラン作成（変更）時、利用者・家族、原案に位置付けたサービス担当者を招集
- 利用者の情報を担当者間で共有し、専門的な見地からの意見を求める
- 欠席による意見照会の場合も、緊密に相互の情報交換を行い、情報を共有
- 担当者会議の要点、照会内容は必ず記録

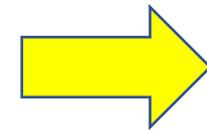
サービス担当者会議のタイミング

サービス
担当者会議

- | | |
|-------|--------|
| ①新規作成 | ②プラン変更 |
| ③更新認定 | ④区変認定 |

× 居宅サービス計画の作成（変更）後
に担当者会議

× 更新、区変の際に未開催



運営基準減算

ケアプラン確定～プラン交付

ケアプラン 確定

- ✓利用者・家族への説明と文書での同意
- ✓居宅サービス計画を利用者・担当者へ交付

【解釈通知】 「内容について説明」「文書によって利用者の同意を得る」
「遅滞なく利用者及び担当者に交付」

- 原案の内容について説明し、**文書により**利用者の同意を得る
- 確定したプランは、利用者・担当者に交付する
- プランの趣旨、内容について十分に説明し、連携・情報共有に努める
- 医療サービスを位置付ける場合の事務処理（主治医等へ意見を求め、プランを交付）

注：担当者への交付の際は、利用者署名はなくてよい

個別サービス計画の提出

ケアプラン
確定

✓個別サービス計画の提出を依頼

【解釈通知】 「担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め」

- 居宅サービス計画と個別サービス計画との連動性や整合性を確認
- ケアマネジャーとサービス事業所の意識（現状、課題）の共有

福祉用具、特定福祉用具販売

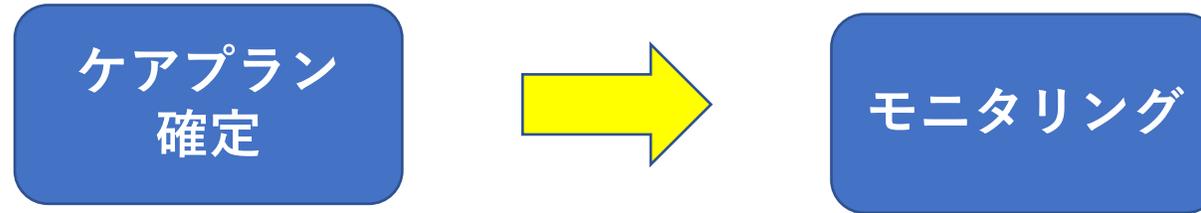
ケアプラン 確定

✓ 妥当性の検討、必要な理由を記載、検証

【解釈通知】 「検討過程を記録する」 「必要な理由を記載」

- サービス担当者会議を開催し、居宅サービス計画に必要な理由を記載
- (貸与) 継続する必要性について、専門的意見を聴取、検証を行う

ケアプラン確定～モニタリング



- ✓ 1月に1回、居宅を訪問し面接する
- ✓ モニタリングの結果を記録

【解釈通知】 「居宅サービス計画の実施状況を把握」
「少なくとも1か月に1回は居宅で面接」
「少なくとも1か月に1回はモニタリングの結果を記録」

- 居宅サービス計画の実施状況を把握（「モニタリング」）
- モニタリングをふまえ、利用者の課題変化に応じ、計画変更を検討
- 「特段の事情」は、利用者側の事情を指す（事業所側ではない）

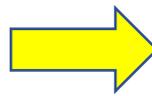
モニタリングの目的

モニタリング

✓ケアプランの継続（変更）を判断する

- 設定した目標や提供サービスの種類・期間、サービス提供者が妥当か
- 目標の達成度、利用者の満足度、利用者・家族の意向（ニーズ）
- サービスと支援結果
- 解決すべき課題の変化

- × 「達成度○、満足度△」
- × 「自宅訪問しモニタリング」



プラン継続（変更）の決定の
根拠となる情報や判断理由を記す

気を付けたい加算・減算

- 入院時情報連携加算
- 退院・退所加算
- 通院時情報連携加算
- 特定事業所加算
- 運営基準減算
- 特定事業所集中減算

入院時情報連携加算

利用者が入院するに当たって、入院先の職員に対して、必要な情報を提供すること。

- (I) 入院した当日に提供
- (II) 入院した日の翌日か翌々日に提供

「必要な情報」（「標準例」参照）

- 入院日、サービスの利用状況
- 心身の状況（疾患・病歴、認知症、徘徊行動 など）
- 生活環境（家族構成、生活歴、介護状況 など）

「提供」

- 情報提供の日時、場所（医療機関へ出向いた場合）、内容、手段（面談、FAX等）の記録
- （FAX等）相手方が受け取ったことの確認とその記録

入院時の
迅速な
情報「連携」
を評価

入院時情報連携加算

○ 入院時情報連携加算について

問 119 入院時情報連携加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、入院したタイミングによって算定可能な日数が変わるが、具体的に例示されたい。

（答）

下図のとおり。

☆…入院 ★…入院（営業時間外） → 情報提供

	営業日	営業日以外	営業日以外	営業日	営業日	営業日以外	営業日
入院時情報連携加算（Ⅰ）	☆ →	★ →	★ →	★ →			
入院時情報連携加算（Ⅱ）	☆ ←	★ ←	★ ←	★ ←	☆ ←	★ ←	☆ ←

当日

翌日・翌々日

退院・退所加算

退院・退所後に居宅サービスを利用する場合で、退院・退所にあたって病院・施設の職員と面談し、必要な情報提供を受けたうえで居宅サービス計画を作成し、サービスの利用調整を行うこと。

「情報提供」

加算区分	提供方法	回数
(Ⅰ)イ	カンファレンス以外	1回
(Ⅰ)ロ	カンファレンス	1回
(Ⅱ)イ	カンファレンス以外	2回
(Ⅱ)ロ	カンファレンス	1回
	カンファレンス以外	1回
(Ⅲ)	カンファレンス	1回
	カンファレンス以外	2回

- ▶ 同じ日に何回か情報提供があっても、1回とカウント
- ▶ 退院・退所前に情報提供を受ける（退院後7日以内までならOK）
- ▶ カンファレンスの日時、場所、出席者、要旨を記録
- ▶ 病院が作成した書類のコピーを付けておく

退院・退所加算

カンファレンスのメンバー

入院先の

医師、(准)看護師、保健師、助産師

 必須

1～5のうち3者

+

- 1 在宅療養担当医療機関の医師、(准)看護師、保健師、助産師
- 2 歯科医師、歯科衛生士
- 3 薬局の薬剤師
- 4 訪看ステーションの看護師、保健師、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
- 5 介護支援専門員、相談支援専門員

★複数の専門的な意見を得られる多職種カンファによる情報収集を評価

通院時情報連携加算

医師・歯科医師の診察時に介護支援専門員が同席し、利用者の心身の状況や生活環境等の情報提供を行い、必要な情報提供を受け、居宅サービス計画に記録すること。

「同席」

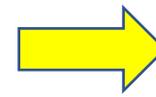
- 利用者・医療機関から同意を得ておく

「情報提供を行い、…受け」

- 情報交換を行う（「連携」）
- 心身の状況や生活環境等の必要な情報

「記録」

- 同席先・日時、情報交換の内容



情報交換をふまえ、
ケアプランの見直しを

口腔衛生と
医療・介護の
連携を重視

特定事業所加算

【解釈通知】 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、地域における居宅事業所のケアマネジメントの質の向上を目的とする。

R6 報酬改定による変更点

	R5 まで	R6 改定後
人員	常勤・専従の主任介護支援専門員を（加算区分に応じ）配置（管理者兼務可）	常勤・専従の主任介護支援専門員を（加算区分に応じ）配置（兼務可を明記）
	常勤・専従の介護支援専門員を（加算区分に応じ）配置（兼務不可）	常勤・専従の介護支援専門員を（加算区分に応じ）配置（兼務可）
研修	地域包括支援センター等が開催する事例検討会に参加	ヤングケアラーや高齢者以外への支援に関する事例検討会、研修に参加
減算	運営基準減算・特定事業所集中減算に非該当	特定事業所集中減算に非該当
取扱件数	介護支援専門員 1 人あたり 40 人未満 （居宅支援費Ⅱ 45 人未満）	介護支援専門員 1 人あたり 45 人未満 （居宅支援費Ⅱ 50 人未満）

特定事業所加算

算定要件	(I)	(II)	(III)	(A)
	519単位	421単位	323単位	114単位
(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配置していること。 ※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。	2名以上	1名以上	1名以上	1名以上
(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配置していること。 ※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。	3名以上	3名以上	2名以上	常勤・非常勤 各1名以上
(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に開催すること			○	
(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		○		○ 連携でも可
(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。		○		○ 連携でも可
(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運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと			○	
(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（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（平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用）		○		○ 連携でも可
(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		○		○ 連携でも可
(13) 必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること			○	

特定事業所加算

◆ 毎月、加算の算定要件を満たしていることを記録する

⇒ 市HPにチェック表（参考様式）を掲載しています

https://www.city.yaizu.lg.jp/documents/10317/kyotaku_tokutei_shotei_no_kiroku.pdf

◆ 月途中で、人員減など算定要件を満たさなくなった場合は、すぐに届け出る

⇒ 要件を満たさなくなった月から、**算定不可**

◆ 事業所内での研修計画、他法人と共同実施の研修計画は、前年度末までに作成し、提出を

⇒ 「次年度が始まるまでに」

◆ 情報伝達のための会議は、概ね週1回開催し、議事録を作成

運営基準減算

以下の基準規定に適合していない場合は、**運営基準減算**として、報酬を**1/2**とする。また、運営基準減算が2か月以上継続する場合は、報酬は**算定できない**。

基準省令	規定の内容（本文の一部省略）
4条2項	居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、複数の居宅サービス事業者を紹介するよう求めることができること等について説明を行い、理解を得なければならない。
13条7号	解決すべき課題の把握（アセスメント）にあたっては、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。この場合において、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。
13条9号	サービス担当者会議の開催により、利用者の状況に関する情報を担当者と共有するとともに、居宅サービス計画原案の内容につき、担当者に専門的見地からの意見を求めるものとする（やむを得ない場合は照会）。
13条15号	更新認定、区分変更認定を受けた場合は、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者に専門的見地からの意見を求めるものとする（やむを得ない場合は照会）。

※居宅サービス計画の変更についても同じ

運営基準減算

以下の基準規定に適合していない場合は、**運営基準減算**として、報酬を**1/2**とする。また、運営基準減算が2か月以上継続する場合は、報酬は**算定できない**。

基準省令	規定の内容（本文の一部省略）
13条10号	居宅サービス計画原案に位置付けたサービスについて、保険給付の対象となるかどうかを区分し、居宅サービス計画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なければならない。
13条11号	作成した居宅サービス計画を、利用者及び担当者に交付しなければならない。
13条14号	居宅サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）にあたっては、利用者及びその家族、居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次のとおり行わなければならない。 <ul style="list-style-type: none">・少なくとも、1か月に1回、利用者に面接すること・面接は、利用者の居宅を訪問すること（テレビ電話装置等の活用による例外あり）・少なくとも、1か月に1回、モニタリングの結果を記録すること

※居宅サービス計画の変更についても同じ

特定事業所集中減算

	判定期間	提出期限	減算期間
前期	3月～8月	9月15日	10月～3月
後期	9月～2月	3月15日	4月～9月

毎年2回（9月・3月）、判定期間に作成した居宅サービス計画のうち、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護 が位置づけられた計画の数を算出し、それぞれのサービス種別について、最も紹介件数の多い法人を位置づけた計画の占める割合が80%を超えると、**200単位/月の減算**が**6か月**適用される（正当な理由がある場合は減算しない）

◆市から全ての居宅事業所へ、判定期間に合わせて年2回、特定事業所集中減算の判定に関する書類の提出を依頼します

⇒ 案内文、添付のQAもよく読み、正しく算定してください。