

令和7年度 介護サービス事業者説明会（集団指導）
「居宅介護支援」

介護報酬の算定上の留意点について

高崎市 福祉部介護保険課

I 基本報酬

1 居宅介護支援費

居宅介護支援費（I）

（i）取扱件数：45未満	
要介護1又は要介護2	1,086単位/月
要介護3、要介護4又は要介護5	1,411単位/月
（ii）取扱件数：45以上60未満	
要介護1又は要介護2	544単位/月
要介護3、要介護4又は要介護5	704単位/月
（iii）取扱件数：60以上	
要介護1又は要介護2	326単位/月
要介護3、要介護4又は要介護5	422単位/月

I 基本報酬

1 居宅介護支援費

居宅介護支援費（Ⅱ）

居宅介護支援費（Ⅱ）は、「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の活用・事務職員配置を行う事業所」が、事前に届出を行っている場合に算定可能。

（ⅰ）取扱件数：50未満		
要介護1又は要介護2		1,086単位/月
要介護3、要介護4又は要介護5		1,411単位/月
（ⅱ）取扱件数：50以上60未満		
要介護1又は要介護2		527単位/月
要介護3、要介護4又は要介護5		683単位/月
（ⅲ）取扱件数：60以上		
要介護1又は要介護2		316単位/月
要介護3、要介護4又は要介護5		410単位/月

I 基本報酬

1 居宅介護支援費

◇取扱件数の取扱い

- 基本単位の居宅介護支援費（i）、（ii）及び（iii）を区分するための取扱件数の算定方法事業所全体の利用者（月末に給付管理を行っている者）の総数＋（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に係る利用者数×1/3）÷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とする。

- 「常勤」の計算に当たり、職員が育児・介護休業法等による育児・介護等の短時間勤務制度を利用する場合に加えて、「治療と仕事の両立ガイドライン」に沿って事業者が設ける短時間勤務制度等を利用する場合にも、週30時間以上の勤務で「常勤」として扱うことを認める。

- 「常勤換算方法」の計算に当たり、職員が「治療と仕事の両立ガイドライン」に沿って事業者が設ける短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で常勤換算での計算上も1（常勤）と扱うことを認める。

I 基本報酬

1 居宅介護支援費

◇月途中で居宅介護支援事業者に変更がある場合

月末時点で居宅介護支援を行い、給付管理票を国保連に提出する事業所についてのみ算定可能。
(ただし、月途中で他の市町村に転出する場合を除く)。

◇月の途中で要介護度に変更があった場合

月末における要介護度で判断する。

月初：要介護 1 又は要介護 2	→	月末：要介護 3～要介護 5	要介護 3～要介護 5 の区分
要介護 3～要介護 5	→	要介護 1 又は要介護 2	要介護 1 又は要介護 2 の区分

区分支給限度基準額については、重い方の要介護度の方を適用する。

◇月の途中で他の市町村に転出する場合

利用者が月途中で他の市町村に転出する場合は、転出の前後のそれぞれの支給限度額は、それぞれの市町村で別々に管理することになることから、転入日の前日までの給付管理票と、転出日以降の給付管理票も別々に作成することになる。この場合、それぞれの給付管理票を同一の居宅介護支援事業所が作成した場合であっても、それぞれについて居宅介護支援費が算定されるものとする。

I 基本報酬

1 居宅介護支援費

◇月の途中で利用者が死亡し、又は施設入所した場合

利用者の死亡、施設入所の時点で居宅介護支援を行っており、かつ届出を行っている場合は算定可能。

◇サービス利用票を作成した月において利用実績のない場合

サービス利用票の作成の有無にかかわらず、利用実績のない月については、給付管理票を作成できないため、居宅介護支援費は請求できない。ただし、病院等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診断した利用者については、モニタリング等の必要なケア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る。

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、それらの書類等を管理しておくこと。

I 基本報酬

1 居宅介護支援費



Q1.【給付管理票を不作成の月の請求】

数か月に1～2度短期入所のみを利用する利用者に対しては、サービス利用票の作成されない月があるため、給付管理票を作成できない月があるが、給付管理票を国保連に提出する月分しか居宅介護支援費を請求することは出来ないのか？

A1.

利用実績のない月については、給付管理票を作成できないため、居宅介護支援費の請求はできない。

I 基本報酬

1 居宅介護支援費



Q2.【居宅介護支援費の請求方法】

病院等から退院・退所する者等であって、医師が一般的にみとめられている医学的見地に基づき回復の見込みがないと診断した利用者について、モニタリング等の必要なケア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の請求方法は？

A2.

当初、ケアプランで予定されていたサービス事業所名、サービス種類名を記載し、給付計画単位数を0単位とした給付管理票及び居宅介護支援介護給付費明細書を合わせて提出することにより請求する。

I 基本報酬

1 居宅介護支援費



Q3.【取扱件数による基本単位区分】

居宅介護支援費の算定区分の判定のための取扱件数については、事業所の所属するケアマネージャー1人当たりの平均で計算するという取扱でよいのか？

A3.

基本的には、事業所に所属するケアマネージャー1人（常勤換算）当たりの平均で計算することとし、事業所の組織内の適正な役割分担により、事業所内のケアマネージャーごとに多少の取扱件数の差異が発生し、結果的に一部ケアマネージャーが当該事業所の算定区分に係る件数を超える件数を取り扱うことが発生することも差し支えない。ただし、一部のケアマネージャーに取扱件数が著しく偏るなど、居宅介護支援の質の確保の観点で支障があるような場合については、是正する必要がある。

I 基本報酬

1 居宅介護支援費



Q4.【取扱件数による基本単位区分】

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

A4.

取扱件数の計算に当たっての「ケアマネージャー1人当たり」の取扱については、常勤換算による。なお、管理者がケアマネージャーである場合、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のケアマネージャーとして取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全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、ケアマネージャーの人数として算定することはできない。

I 基本報酬

1 居宅介護支援費



Q5.【取扱件数による基本単位区分】

報酬の支給区分の基準となる取扱件数は、実際に報酬請求を行った件数という意味か？

A5.

取扱件数の算定は、実際にサービスが利用され、給付管理を行い、報酬請求を行った件数という。単に契約をしているだけのケースについては、取扱い件数にカウントしない。

Ⅱ 減算

1 居宅介護支援の同一建物減算

所定単位数×95／100を算定する（5%の減算）

以下のいずれかに該当する場合

- 居宅介護支援事業所の所在する建物と同一の建物、同一の敷地内の建物、隣接する敷地内の建物に住む利用者
- 居宅介護支援事業所の利用者が1月あたり20人以上住む建物（上記を除く）に住む利用者

※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する。

Ⅱ 減算

2 運営基準減算

- ・運営基準（条例基準）で定められた介護支援専門員が行うべき業務を行っていない場合には、事業所は自ら減算を行うこと。

減算の内容

- ▲利用者ごとに、所定単位数の100分の50／月を減算
- ▲運営基準減算が2月以上継続している場合、所定単位数は算定しない（2月目から）

減算の対象

1. 居宅介護支援の提供開始に際し、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の説明をあらかじめ行っていない場合。

2. 居宅サービス計画の新規作成及びその計画変更：

- ① 利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない
- ② サービス担当者会議の開催を行っていない場合（やむを得ない事情がある場合は除く）
- ③ 居宅サービス計画の原案の内容について、利用者またはその家族に対して説明し、文書による同意を得て、居宅サービス計画を交付していない

3. サービス担当者会議の未開催：

- ① 居宅サービス計画を新規に作成したとき
- 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とき
- 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とき

※やむを得ない理由とは…

開催の日程調整を行ったが、サービス担当者に事由によりサービス担当者会議への出席が得られなかった場合、居宅サービス計画の変更から間もない場合で利用者に大きな状態の変化が見られない場合、又は著しい状態の変化を伴う悪性腫瘍の利用者の場合など

減算の対象

4. モニタリング：

- ① 特段の事情なく、次のいずれかの方法により利用者に面接していない場合
(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) 次のいずれにも該当し、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おいて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、文書により利用者の同意を得ていること
- b. 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同意を得ていること
 - (i) 利用者の心身の状態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を担当者から提供を受けていること

- ② モニタリングの結果が毎月記録されていない

※特段の事情とは…

利用者の事情により、面接することができない場合を指し、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。また、特段の事情がある場合であっても、その具体的な内容を記録しておくことが必要。

Ⅲ 加算

1 初回加算

- ・新たに居宅サービス計画を作成するにあたり、アセスメント等を要することを評価したもの



加算の内容

＋３００単位／月を加算

算定要件

- ①新規に居宅サービス計画を作成する場合
- ②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
- ③要介護状態区分が２区分以上変更された場合

Ⅲ 加算

1 初回加算



Q1. 介護予防支援 委託で介護予防サービス計画作成の場合

利用者が要介護者から要支援者に変更となった事例について、従前、ケアプランを作成していた居宅介護支援事業所が、地域包括支援センターから委託を受けて、新規に介護予防サービス計画作成する場合、初回加算は算定できるのか。

A1.

初回加算については、介護予防サービス計画を新たに作成するに当たり、新たなアセスメント等を要することを評価したものであり、お尋ねの事例については、算定可能。この考え方については、居宅介護支援費に係る初回加算についても共通。

Ⅲ 加算

1 初回加算



Q3.介護予防支援 契約が実質的に継続している場合

契約期間が終了したものの、その翌日に、再度、契約がされた場合については、再度の契約時の際に初回加算は算定できるのか。

A3.

初回加算については、実質的に、介護予防支援事業所が、初めて、利用者に対する対応を行う際に、その手間等を評価するという趣旨であるので、契約が実質的に継続するようなケースについては、算定することはできない。

Ⅲ 加算

1 初回加算



Q4.介護予防支援 総合事業から移行した場合

介護予防・日常生活支援総合事業による介護予防ケアマネジメントを受けている者が、介護予防支援に移行した場合は、介護予防支援の初回加算は算定できるのか。

A4.

要支援者又はチェックリスト該当者に対して介護予防ケアプランを作成することは、要支援者に対して介護予防サービス計画を作成することと同等であることから、初回加算を算定できるのは、留意事項通知に示す、新規で介護予防サービス計画を作成する場合である。具体的には、過去2月以上地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防ケアマネジメントが算定されていない場合に、当該利用者に対して介護予防サービス計画を作成した場合には算定が可能である。

Ⅲ 加算

２ 入院時情報連携加算

- ・入院時情報連携加算（Ⅰ）：250単位／月

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。

※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）：200単位／月

算定要件

：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日目営業日でない場合は、その翌日を含む。



Ⅲ 加算

3 入院時情報連携加算

・必要な情報とは…
利用者の入院日、心身の状況（例：疾患・病歴、認知症の有無、徘徊等の行動の有無など）、生活環境（例：家族構成、介護者の介護方法、家族介護者の状況など）、サービスの利用状況などを指す。



※入院時情報連携加算（Ⅰ）と入院時情報連携加算（Ⅱ）は、併算定できない。

※入院時情報連携加算は、利用者1人につき、1月に1回を限度として算定できる。

Ⅲ 加算

3 入院時情報連携加算



Q1.入院時情報連携加算

入院日以前の情報提供については、入院何日前から認められるか。

A1.

特段の定めは設けていないが、情報提供日から実際の入院日までの間隔があまりにも空きすぎている場合には、入院の原因等も踏まえた上で適切に判断すること。

Ⅲ 加算

4 退院・退所加算

対象者：以下の医療機関等から退院・退所する利用者が対象となります。

- ・ 病院
- ・ 診療所
- ・ 介護老人福祉施設
- ・ 介護老人保健施設
- ・ 介護療養型医療施設
- ・ 介護医療院
- ・ 地域密着型介護老人福祉施設
- ・ 退院・退所加算の対象外になるケース
- ・ 居宅介護支援において初回加算を算定する場合
- ・ 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設において、在宅・入所相互利用加算を算定する場合



加算	単位数	算定要件
退院・退所加算(Ⅰ) イ	450単位	病院等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回受けること
退院・退所加算(Ⅰ) ロ	600単位	病院等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	病院等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回以上回受けること
退院・退所加算(Ⅱ) ロ	750単位	病院等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	病院等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

カンファレンスとは？

- ・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1 医科診療報酬点数表の退院時共同指導料2の注3の要件を満たすもの(*3)

*3…入院中の保険医療機関の医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師若しくは看護師、保険医である歯科医師若しくは歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、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、介護支援専門員又は相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導した場合

- ・介護老人保健施設等：入所者への指導や援助、居宅介護支援事業者へ情報提供を行うにあたり実施された場合の会議で、基準に掲げる各施設の従業者及び入所者又はその家族が参加するもの

Ⅲ 加算

5 退院・退所加算



居宅介護支援の退院・退所加算の留意点

- ・利用者・家族が参加する医療機関等の職員との面談において、テレビ電話装置等を活用する場合、テレビ電話装置等の活用について利用者・家族の同意を得る必要がある。テレビ電話装置等を活用する場合、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」等を遵守することが求められている。
- ・同一日に必要な情報の提供を複数回受けた場合やカンファレンスに参加した場合でも、1回として算定する。
- ・原則として、退院・退所前に情報を得ることが望ましいとされているが、退院後7日以内に情報を得た場合でも加算を算定することができる。
- ・カンファレンスに参加した場合は、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、居宅サービス計画等に記録し、利用者・家族に提供した文書の写しを添付する必要がある。

Ⅲ 加算

5 退院・退所加算



Q1.カンファレンス参加時に添付する利用者等に提供した文書の写し

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。

A1.

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

Ⅲ 加算

5 退院・退所加算



Q2.想定される参加者（カンファレンス）

退院・退所加算（Ⅰ）ロ、（Ⅱ）ロ及び（Ⅲ）の算定において評価の対象となるカンファレンスについて、退所施設の従業者として具体的にどのような者の参加が想定されるか。

A2.

退所施設からの参加者としては、当該施設に配置される介護支援専門員や生活相談員、支援相談員等、利用者の心身の状況や置かれている環境等について把握した上で、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に必要な情報提供等を行うことができる者を想定している。

Ⅲ 加算

5 退院・退所加算



Q3.利用者又は家族に提供した文書の写しの解釈

入院中の担当医等との会議（カンファレンス）に参加した場合、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』を添付することになっているが、この文書の写しとは診療報酬の退院時共同指導料算定方法でいう「病院の医師や看護師等と共同で退院後の在宅療養について指導を行い、患者に情報提供した文書」を指すと解釈してよいか。

A3.

そのとおり。

Ⅲ 加算

5 退院・退所加算



Q4. 転院等前の情報を居宅サービス計画に反映した場合

転院・転所前の医療機関等から提供された情報を居宅サービス計画に反映した場合、退院・退所加算を算定することは可能か。

A4.

可能である。

退院・退所加算は、原則、利用者の状態を適切に把握できる退院・退所前の医療機関等との情報共有に対し評価するものであるが、転院・転所前の医療機関等から提供された情報であっても、居宅サービス計画に反映すべき情報であれば、退院・退所加算を算定することは可能である。

なお、この場合においても、退院・退所前の医療機関等から情報提供を受けていることは必要である。

Ⅲ 加算

5 退院・退所加算



Q5.算定次期

4月に入院し、6月に退院した利用者で、4月に1回、6月に1回の計2回、医療機関等から必要な情報の提供を受けた場合、退院・退所加算はいつ算定するのか。

A5.

利用者の退院後、6月にサービスを利用した場合には6月分を請求する際に、2回分の加算を算定することとなる。

なお、当該月にサービスの利用実績がない場合等給付管理票が作成できない場合は、当該加算のみを算定することはできないため、例えば、6月末に退院した利用者に、7月から居宅サービス計画に基づいたサービスを提供しており、入院期間中に2回情報の提供を受けた場合は、7月分を請求する際に、2回分の加算を算定することが可能である。ただし、退院・退所後の円滑なサービス利用につなげていることが必要である。

Ⅲ 加算

5 退院・退所加算



Q6.退所後に一定期間サービスが提供されない場合

病院等の職員と面談等を行い、居宅サービス計画を作成したが、利用者等の事情により、居宅サービス又は地域密着型サービスを利用するまでに、一定期間が生じた場合の取扱いについて示されたい。

Ⅲ 加算

5 退院・退所加算

A6.

退院・退所加算については、医療と介護の連携の強化・推進を図る観点から、退院・退所時に、病院等と利用者に関する情報共有等を行う際の評価を行うものである。また、当該情報に基づいた居宅サービス計画を作成することにより、利用者の状態に応じた、より適切なサービスの提供が行われるものと考えられることから、利用者が当該病院等を退院・退所後、一定期間サービスが提供されなかった場合は、その間に利用者の状態像が変化することが想定されるため、行われた情報提供等を評価することはできないものである。このため、退院・退所日が属する日の翌月末までにサービスが提供されなかった場合は、当該加算は算定することができないものとする。

（例）

6/20 退院・退所日が決まり、病院等の職員と面談等を行い、居宅サービス計画を作成

6/27 退院・退所日

6/27～8/1 サービス提供なし＝算定不可

8/1～ 8月からサービス提供開始

上記の例の場合、算定不可



Ⅲ 加算

5 退院・退所加算



Q7.情報提供書の取り扱い・誰が記入するか

退院・退所加算の標準様式例の情報提供書の取扱いを明確にされたい。また、情報提供については、誰が記入することを想定しているのか。

A7.

退院・退所加算の標準様式例の情報提供書については、介護支援専門員が病院、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と面談を行い、適切なケアプランの作成に資するために、利用者に関する必要な情報の提供を得るために示したものである。

したがって、当該情報提供書については、上記の趣旨を踏まえ、介護支援専門員が記入することを前提としているが、当該利用者の必要な情報を把握している病院等の職員が記入することを妨げるものではない。

なお、当該情報提供書は標準様式例であることを再度申し添える。

Ⅲ 加算

6 通院時情報連携加算

算定要件 50単位／月

- ・ 病院又は診療所において医師の診察を受ける際に介護支援専門員が同席すること
- ・ 医師等に対し、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うこと
- ・ 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
- ・ 上記のことについて居宅サービス計画等に記録すること

居宅介護支援の通院時情報連携加算の留意点

利用者1人につき1月に1回を限度として加算を算定することができます。
診察を受ける時の同席にあたっては、利用者の同意を得た上で、医師・歯科医師等と連携を行う必要がある。



Ⅲ 加算

6 通院時情報連携加算



Q1.医師等との連携内容・方法の具体例

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。

A1.

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。

Ⅲ 加算

7 緊急時等居宅カンファレンス加算

200単位／回（1月に2回を限度）

算定要件

- ・ 病院・診療所の求めにより、医師・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、必要に応じて居宅サービス・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月に2回を限度として加算する。
- ・ 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節を行うなど適切に対応すること。



Ⅲ 加算

7 緊急時等居宅カンファレンス加算



Q1.給付管理を行わない場合の取扱い

カンファレンス後に入院などで給付管理を行わない場合には、加算のみを算定できるのか。

A1.

月の途中で利用者が入院した場合などと同様、居宅介護支援を算定できる場合には、当該加算も算定することが出来るが、サービスの利用実績がない場合等給付管理票が作成できない場合は居宅介護支援を算定することができないため、当該加算についても算定できない。

Ⅲ 加算

7 緊急時等居宅カンファレンス加算



Q2.利用に関する調整を行わなかった場合

「必要に応じてサービスの利用に関する調整を行った場合」とあるが、結果として調整しなかった場合も算定できるのか。

A2.

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ところであるが、結果的に調整の必要性が生じなかった場合についても評価をするものであり算定できる。

Ⅲ 加算

8 ターミナルケアマネジメント加算

400単位／回

算定要件



- ターミナルケアマネジメントを受けることについて、利用者またはその家族から同意を得ていること。
- 24時間連絡できる体制を確保し、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。
- 在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況等を記録し、主治医及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者と連絡調整すること
- 令和6年度の介護報酬改定において、対象となる疾患が「末期の悪性腫瘍に限定しない」こととなり、「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された者」が対象となった。

Ⅲ 加算

8 ターミナルケアマネジメント加算

留意点

- 死亡した利用者に対して算定するため、算定は1回に限ります。
- 利用者の居宅を最後に訪問した月と利用者の死亡月が異なる場合は、死亡月に算定する。
- ターミナルケアに係る計画の作成及びターミナルケアにあたっては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス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が求められる。
- 1人の利用者に対して、1ヵ所の居宅介護支援事業所がターミナルケアマネジメント加算を算定できるので、算定要件を満たす居宅介護支援事業所が複数ある場合には、死亡日または死亡日に最も近い日に利用した居宅サービスを位置付けたケアプランを作成した事業所が、加算を算定する。
- 在宅で死亡した利用者が対象となりますが、死亡診断を目的として医療機関へ搬送され、24時間以内に死亡が確認される場合等は、ターミナルケアマネジメント加算を算定することがでる。



Ⅲ 加算

9 委託連携加算

300単位／月

算定要件

- ・ 地域包括支援センターが介護予防支援を居宅介護支援事業所に委託する際、利用者に係る必要な情報を居宅介護支援事業所に提供し、居宅介護支援事業所における介護予防サービス計画の作成等に協力すること
- ・ 委託にあたって、委託連携加算を勘案した委託費の設定を行うこと

留意点

- ・ 委託を開始した日の属する月に限り算定でる。
- ・ 利用者1人につき1回を限度として算定できる。



居宅介護支援等の基本方針（第1条の2）

指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。



Q. 週の前半を息子の家、週の後半を娘の家でサービスを受けたい

A. ×

住民票の住所地でなくても良いが、居宅介護サービスは住んでいるところでのサービスであり、居宅を異動する場合はアセスメントからやり直しが必要。

IV その他

1、ケアプラン点検について

地域支援事業と運営指導におけるケアプラン点検の違い

【地域支援事業】

- ・ 介護保険法第115条の4第3項第1号

ケアプランがケアマネジメントプロセスを踏まえて利用者の「尊厳の保持」「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、基本となる事項について介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員を支援しケアマネジメントの質の向上を目指し健全なる給付の実施を支援する。

【運営指導】

- ・ 介護保険法第23条

制度管理の適正化と不適切な請求の防止及びよりよいケアの実現を図る観点から、基準の遵守、報酬請求等の確認を行う。ケアプランに関して省令、報酬告示に基づき一連のケアマネジメントの流れに基づいているか点検し必要があれば指導を行う。不正請求や指定基準違反等があり指導に従わない場合は監査（法83条）に移行。

IV その他

1、ケアプラン点検について

地域支援事業と運営指導におけるケアプラン点検の違い

【地域支援事業】

- ・ 介護保険法第115条の4第3項第1号

ケアプランがケアマネジメントプロセスを踏まえて利用者の「尊厳の保持」「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、基本となる事項について介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員を支援しケアマネジメントの質の向上を目指し健全なる給付の実施を支援する。

【運営指導】

- ・ 介護保険法第23条

制度管理の適正化と不適切な請求の防止及びよりよいケアの実現を図る観点から、基準の遵守、報酬請求等の確認を行う。ケアプランに関して省令、報酬告示に基づき一連のケアマネジメントの流れに基づいているか点検し必要があれば指導を行う。不正請求や指定基準違反等があり指導に従わない場合は監査（法83条）に移行。

Ⅳ その他

1、ケアプラン点検について

地域支援事業における「ケアプラン点検項目」

No.	点検対象書類	項目	評価基準
1	アセスメントシート	課題分析の理由	2：初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されている。 1：初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されていない。
2	アセスメントシート	かかりつけ医	3：かかりつけ医と連携が取れている様子が伺える。 2：かかりつけ医が1か所以上記載されている。 1：かかりつけ医が記載されていない。
3	アセスメントシート	既往歴の有無・内容	2：既往歴の有無と内容が記載されている。 1：既往歴の有無と内容が記載されていない。 他：主治医意見書の「既往歴」欄に病歴の記載がない。
4	アセスメントシート	主傷病	2：主傷病が記載されている。 1：主傷病が記載されていない。
5	アセスメントシート	内服薬・処置	2：内服薬・処置が記載されている。内服薬・処置ともに無い場合は、その旨が記載されている。 1：2に該当しない。 ※お薬手帳のコピー等が添付されている場合でも、「2」としてください。
6	アセスメントシート	一日に摂取すべき水分量	2：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されている。（アセスメントシート以外の別紙に記載されている場合であっても「2」とする。） 1：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されていない。
7	アセスメントシート	実際に摂取した水分量	2：その利用者が実際に摂取している一日の水分量が記載されている。（アセスメントシート以外の別紙に記載されている場合であっても「2」とする。） 1：その利用者が実際に摂取している一日の水分量が記載されていない。
8	アセスメントシート	食事内容・カロリー数	2：大まかな食事内容やカロリー数（一食、1日など単位は問わない）が記載されている。ケアマネジャーや介護職が確認した内容であっても「2」とする。 1：大まかな食事内容やカロリー数（一食、1日など単位は問わない）が記載されていない。

Ⅳ その他

1、ケアプラン点検について

地域支援事業における「ケアプラン点検項目」

No.	点検対象書類	項目	評価基準
9	アセスメントシート	BMI	2：BMIが記載されている。 1：BMIが記載されていない。 ※身長・体重が記載されている場合も、BMIが記載されていなければ「1」としてください。
10	アセスメントシート	口腔衛生の状態	3：以下①②両方に該当する。 2：以下①②のいずれかが該当する。 1：以下①②いずれも該当しない。 ①口腔ケアの自立の程度が記載されている。 ②歯肉、舌、口腔乾燥、出血の有無、義歯・残歯等のいずれかが記載されている。
11	アセスメントシート	排尿、排便の状態	3：以下①②両方に該当する。 2：以下①②のいずれかが該当する。 1：以下①②いずれも該当しない。 ①排尿と排便が分けて記載されている。 ②排尿が日中と夜間の状態を分けて記載されている。
12	アセスメントシート	「一部介助」項目の特記	3：一部できること、できないことが記載されている。また、転倒・骨折のリスクについても記載がなされている。 2：一部できること、できないことが記載されているが、転倒・骨折のリスクについては記載がなされていない。 1：上記に該当しない。
13	アセスメントシート	「見守り」項目の特記	2：必要な見守りの内容が記載されている。 1：必要な見守りの内容が記載されていない。 他：「見守り」項目がない。

Ⅳ その他

1、ケアプラン点検について

地域支援事業における「ケアプラン点検項目」

No.	点検対象書類	項目	評価基準
14	アセスメントシート	外出頻度、外出先	3：外出頻度、外出先がどちらも記載されている。 2：外出頻度が記載されている。 1：上記に該当しない。 他：アセスメント内容等から判断し、外出できない理由（感染症等）があると考えられる。 ※外出していない場合は、外出の有無が記載されていれば「2」としてください。
15	アセスメントシート	利用者の主訴・要望	3：利用者がどのような生活を送りたいと考えているか（暮らしの中で特に継続したいことや重視したいこと等）について、本人の言葉や本人が家族等に表明している意思を基に具体的に記載されている。 （第2号被保険者ケアプランの場合は、社会的また家庭内においてどのような生活を望むのかの記載がある。） 2：利用者がどのような生活を送りたいと考えているかについて記載されているが、記載内容が具体性に欠ける。 1：利用者の主訴や要望が記載されていない。
16	アセスメントシート	一日の過ごし方	3：利用者の24時間の過ごし方について、少なくとも、起就床、食事、服薬、排せつの4つ全てが記載されている。 2：起就床、食事、服薬、排せつのうち3つが記載されている。 1：起就床、食事、服薬、排せつのうち記載されていないものが2つ以上ある。 ※服薬については、第2表に服薬に関する記載があるに関わらず、服薬に関する記載が第3表に記載されていない場合は「記載なし」としてください。
17	アセスメントシート	離床、臥床	2：項目No.16「1日の過ごし方」の活動状況に離床・臥床の別が明示的に記載されている。 1：2に該当しない。 他：サービス内容等から判断し、寝たきりであると考えられる。
18	アセスメントシート	現在の生活状況	3：利用者が生活してきた中で大切にしてきたことやエピソード、価値観、趣味、得意なことや苦手なことなど、その人らしさを象徴する情報が簡潔に記載されている。 2：現在の生活状況が記載されているが、記載内容が具体性に欠ける。 1：現在の生活状況が記載されていない。

Ⅳ その他

1、ケアプラン点検について

地域支援事業における「ケアプラン点検項目」

No.	点検対象書類	項目	評価基準
19	アセスメントシート	生活歴	3：疾患等を発症するまでの生活や考え方が記載されており、価値観、趣味、強みを発揮できることや苦手なことなど、本人のその人らしさを捉えることができる。 （第2号被保険者ケアプランの場合は、出生場所、最終学歴、成人期～現在の就労、社会活動、結婚、障害を持つ前までの生活の状況等についても記載されている。） 2：生活歴が記載されているが、記載内容が具体性に欠ける。 1：病歴のみが記載されている。
20	アセスメントシート	家族の主訴・要望	3：家族の続柄とともに、ありのままの言葉で具体的に主訴や要望が記載されている。（続柄はアセスメントシート以外に記載されていてもよいものとする。） 2：家族の主訴や要望が記載されているが、記載内容が具体性に欠ける。 1：家族の主訴や要望が記載されていない。 他：連絡のつく家族がいない。
21	アセスメントシート	経済状況	2：現在の収入（年金の種類または金額）、利用可能な介護費用額（第2号被保険者のケアプランの場合は今後の収入の見通しを含む）のいずれかが記載されている。 1：2に該当しない。
22	アセスメントシート	本人の役割	3：本人の現在の地域や家庭での役割とともに、今後希望・想定する役割が記載されている。 2：現在の役割、希望・想定する役割のいずれかが記載されていない。 1：現在の役割、希望・想定する役割のいずれも記載されていない。
23	アセスメントシート	課題の確認	2：項目ごと、項目間で関連する課題を抽出している。 1：2に該当しない。

Ⅳ その他

1、ケアプラン点検について

地域支援事業における「ケアプラン点検項目」

No.	点検対象書類	項目	評価基準
25	アセスメントシート	家族の状況	3：家族の介護への協力の意向、介護力に加え、家族の理解度や受け止め、ストレス等の状況を把握している。 （第2号被保険者ケアプランの場合は、家族の就労・就業状況、家族関係についても記載されている。） 2：家族の介護への協力の意向、介護力を把握しているが、家族の理解度や受け止め、ストレス等の状況は把握していない。もしくは、家族の状況が記載されていないが、聞き取りが出来ない理由（例：家族が疎遠、死別等）が記載されている。 1：上記に該当しない。
26	アセスメントシート	家族関係や周辺の社会資源との状況	3：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）に、周辺の社会資源との関係性が補足されている（エコマップが記載されている）。 2：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）のみが記載されている。 1：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）が記載されていない。
27	居宅サービス計画書（第1表）	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	3：以下①②に該当する。また、利用者及び家族の意向や将来の見通しを踏まえた課題分析の結果が記載されている。 2：以下①②に該当するが、課題分析の結果が記載されていない。 ①本人の意向は、本人によって語られた内容が記載されている。（本人が意思表示できない場合には、可能な限りケアマネジャーが本人の気持ちを代弁している場合は該当ありとする。） ②家族の意向は、家族のうち誰の意向なのかわかるように続柄又は名前の記載がある。（アセスメント内容等から判断し、連絡のとれる家族がいないと考えられる場合は、記載がなくとも該当ありとする。） ※②について、具体的に続柄や名前の記載がなくても、アセスメント内容等から判断し、家族のうち誰の意向なのか明らかに判断できる場合は、該当ありとしてください。 1：以下いずれかに該当する場合は「1」とする。 ・本人が意志表出できない場合、失語症や認知症等のために「意思表示がない」と記載されている。 ・生活の意向として、サービス種別やサービス利用の意向のみを記載している。 ・本人（または家族）の生活の意向に関する記載がある一方で、家族（または本人）の生活の意向については記載がない。

Ⅳ その他

1、ケアプラン点検について

地域支援事業における「ケアプラン点検項目」

No.	点検対象書類	項目	評価基準
29	居宅サービス計画書 (第2表)	アセスメントで抽出した 課題に基づくニーズの 記載	3：以下①～③すべてに該当する。 2：以下①は該当するが、②③の両方もしくはいずれかが該当しない。 1：以下①が該当しない。 ①アセスメントシートで抽出した課題と記載されているニーズの整合性が取れている。 ②状態（状況）の改善・維持・悪化防止など、自立支援に向けたアセスメントの視点をもとに、それぞれの課題が導き出されている。 ③利用者の望む生活を実現する課題となっている。
30	居宅サービス計画書 (第2表)	利用者や多職種に理 解できる表記	3：第2表が利用者・多職種・保険者に理解できる表記で記載されている。 2：第2表が利用者に理解できる表記で記載されている。 1：上記に該当しない。
31	居宅サービス計画書 (第2表)	長期目標	3：以下①～③すべてに該当する。 2：以下③に該当する。 1：上記に該当しない。 ①「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応した、利用者が達成可能な目標が設定されている。 ②具体的に達成すべき内容がわかりやすくイメージできる記載になっている。 ③長期目標の期間は、開始日、終了日ともに認定の有効期間内に設定されている。

Ⅳ その他

1、ケアプラン点検について

地域支援事業における「ケアプラン点検項目」

No.	点検対象書類	項目	評価基準
32	居宅サービス計画書 (第2表)	短期目標	<p>3：以下①～⑤すべてに該当する。短期目標が複数ある場合は、その概ね半数以上がこの基準に該当すること。 2：以下①②③に該当する。短期目標が複数ある場合は、その概ね半数以上がこの基準に該当すること。 1：以下①②③で該当しない項目がある。</p> <p>①状態像から判断し、明らかに達成不可能な目標が設定されていない。 ②長期目標と同じ目標が設定されていない。 ③サービスを利用することが目標に設定されていない。（「〇〇に通う」、「〇〇サービスを受ける」等となっていない。） ④長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。 ⑤抽象的な目標設定ではなく、利用者及び家族等が具体的に何をするのかをイメージできる表記になっている。</p>
33	居宅サービス計画書 (第2表) など	本人の役割設定	<p>2：サービス種別、提供を行う事業所欄に「本人」や利用者の氏名等が記載されている。なお、本人の役割はどんなに小さなことでも良い。 （第2号被保険者のプランの場合は、本人の受障前（要介護となる前）の社会や家庭内での役割と、本人の現在の社会的な立場、社会及び家庭内での役割について記載されている。） 1：2に該当しない。 ※本項目については第1表～第3表の記載から判定して下さい。</p>
34	居宅サービス計画書 (第2表)	福祉用具貸与・販売 の種類と利用の理由	<p>2：利用する福祉用具の記載があり、利用の理由または利用内容が記載されている。 1：利用する福祉用具の記載があるが、利用の理由及び利用内容が記載されていない。 他：福祉用具貸与・販売の利用がない。</p>
35	居宅サービス計画書 (第2表)	介護保険外サービス	<p>2：保険外サービスを利用している旨が記載されている。 1：保険外サービスの利用に関して記載されていない。 他：保険外サービスを利用していない旨が記載されている。 なお、サービス付き高齢者向け住宅等の自費サービスは本項目の保険外サービスに該当しない。</p>

Ⅳ その他

1、ケアプラン点検について

地域支援事業における「ケアプラン点検項目」

No.	点検対象書類	項目	評価基準
36	居宅サービス計画書 (第2表)	利用者の意思を反映したサービス事業所の利用	3：以下①②の両方に該当する。 2：以下②に該当する。 1：上記に該当しない。 ①短期目標達成のために必要な「サービス内容」となっている。 ②利用者の状況（利用者・家族の意向やアセスメント結果等）を踏まえてサービス事業所を選定している。
37	週間サービス計画表 (第3表)	週間計画の整合性 (介護保険サービス)	2：介護保険サービスについて、第2表と整合性のとれた内容・回数が記載されている。（第2表に週単位以外の活動が記載されていないものの、第3表に記載されている場合は該当するものとする。） 1：介護保険サービスについて、第2表と整合性のとれた内容・回数が記載されていない。
38	週間サービス計画表 (第3表)	週間計画の整合性 (インフォーマルサポート)	2：以下①②の両方に該当する。 1：②に該当しない。 ①インフォーマルサポート（介護サービス以外の支援；家族による支援、多様な主体により提供される生活支援サービス等）について記載がされている。 ②介護サービス以外の取組について、第2表と整合性のとれた内容・回数が記載されている。（第2表に週単位以外の活動が記載されていないものの、第3表に記載されている場合は該当するものとする。）
39	週間サービス計画表 (第3表)	週間計画の整合性 (一日の習慣化された活動)	2：以下①②の両方に該当する。 1：②に該当しない。 ①起床時間から就寝までの「一日の生活リズム」（整容・食事・散歩・掃除・買物・洗濯・入浴等）が、生活全体の流れが見えるように具体的に記載されている。 ②一日の習慣化された活動について、第2表と整合性のとれた内容や回数が記載されている。（第2表に週単位以外が活動が記載されていないものの、第3表に記載されている場合は該当するものとする。）

Ⅳ その他

1、ケアプラン点検について

地域支援事業における「ケアプラン点検項目」

No.	点検対象書類	項目	評価基準
40	週間サービス計画表 (第3表)	家族の役割設定の整合性	2：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されている場合、同一の内容が第3表（毎日、曜日ごと、月ごとのいずれかの記載欄）に記載されている。 1：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されているにもかかわらず、家族の役割が記載されていない。 他：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されていない。
41	サービス担当者会議の 要点 (第4表)	サービス担当者会議の 開催	2：会議が開催されている。 1：会議が開催されていない。
42	サービス担当者会議の 要点 (第4表)	サービス担当者会議への 本人の出席	2：利用者が会議に出席している。 1：利用者が会議に出席していない。
43	サービス担当者会議の 要点 (第4表)	サービス担当者会議への 家族の出席	2：家族が会議に出席している。 1：家族が会議に出席していない。 他：アセスメント内容等から判断し、連絡のとれる家族がいないと考えられる。
44	サービス担当者会議の 要点 (第4表)	サービス担当者会議への サービス担当者への出席	2：「会議出席者」欄に全てのサービス担当者が記載されている。欠席者は、会議開始前に照会の上、欠席の旨が記載されている。 1：2に該当しない。

Ⅳ その他

1、ケアプラン点検について

地域支援事業における「ケアプラン点検項目」

No.	点検対象書類	項目	評価基準
45	サービス担当者会議の 要点 (第4表)	サービス担当者会議の 議題（検討項目）	3：以下①②の両方に該当する。 2：以下①②のいずれかに該当する。 1：以下①②どちらも該当しない。 ①サービス担当者会議の「検討した項目」欄等に新規・更新・区変・退院・ケアプラン変更・課題の共有や検討等の会議の開催理由が記載されている。 ②「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されている。
46	サービス担当者会議の 要点 (第4表)	サービス担当者会議の 検討内容	3：以下①②の両方に該当する。 2：以下①②のいずれかに該当する。 1：以下①②どちらも該当しない。 ①「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されており、かつ議題に沿った結論が記載されている。 ②「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されており、少なくとも一つの議題に対していずれかの担当者の意見の記録が記載されている。
47	サービス担当者会議の 要点 (第4表)	サービス担当者会議で 残された課題	2：結論に至らない、時期を見て議論すべきこと等が記載されている。課題がない場合は、担当者会議要点の「残された課題」欄に残された課題はない旨が記載されていれば「2」とする。 1：2に該当しない。
48	居宅介護支援経過 (第5表)	居宅サービス計画の交 付の記録	3：以下①②の両方に該当する。 2：以下①②のいずれかに該当する。 1：以下①②どちらも該当しない。 ①利用者へ居宅サービス計画を交付した記録が記載されている。 ②サービス担当者へ居宅サービス計画を交付した記録が記載されている。

Ⅳ その他

1、ケアプラン点検について

地域支援事業における「ケアプラン点検項目」

No.	点検対象書類	項目	評価基準
49	居宅介護支援経過 (第5表)	サービス担当者会議の 招集	2：第5表にサービス担当者会議の招集について記載されている。 1：2または他に該当しない。 他：提出された居宅介護支援経過の期間外にサービス担当者会議を開催している。
50	居宅介護支援経過 (第5表)	利用者宅への月1回 以上の訪問	2：面談の日時、場所、相手、モニタリング内容（短期目標の達成度、満足度等）のすべてが記載されている。モニタリング内容の詳細が別紙の場合も「2」とする。 1：2または他に該当しない。 他：入院等、利用者の理由により実施できない場合。
51	居宅介護支援経過 (第5表) またはモニタリングシート	サービス事業所との連 絡・モニタリング内容	3：モニタリングの記録として、サービス事業所との連絡について記載されている。 また、以下いずれかに該当する。 ・サービス担当者より個別サービス計画を受領した記録が記載されている。 ・当該月に行ったサービス事業所との連絡・調整や利用者に関する情報が記載されている。 2：モニタリングの記録として、サービス事業所との連絡について記載されている。内容の詳細は問わない。サービス事業所からの報告書など連携の記録があれば「2」とする。 1：上記に該当しない。
52	居宅介護支援経過 (第5表) またはモニタリングシート	変化を捉える視点	2：利用者の変化について記載されている。レ点チェックでも意見が付されていれば該当するものとする。 1：2に該当しない、または記載内容が全て同一（いわゆるコピー＆ペースト状態）の場合。

Ⅳ その他

1、ケアプラン点検について

地域支援事業における「ケアプラン点検項目」

No.	点検対象書類	項目	評価基準
53	居宅介護支援経過 (第5表) またはモニタリングシート	本人の心身状態に関する変化の医療者への報告	<p>3：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれており、それらがケアマネジャーから医療者への報告の記録に十分に記載されている。（居宅介護支援経過に記載がある場合を含む。）</p> <p>2：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれており、ケアマネジャーから医療者への報告の記録が記載されている（居宅介護支援経過に記載がある場合を含む）が、報告の記録に反映されていない事項がある。もしくは、事業所から提供された情報について、家族などケアマネジャー以外の者から伝えるように記載がある。</p> <p>1：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれているに関わらず、ケアマネジャーから医療者への報告の記録がない。</p> <p>他：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容がない。</p> <p><医療者への報告事項に該当する情報例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬が大量に余っている、または複数回分の薬を一度に服用している ・薬の服用を拒絶している ・使い切らないうちに新たに薬が処方されている ・口臭や口腔内出血がある ・体重の増減や見た目の変化がある ・食事量や食事回数に変化がある ・下痢や便秘が続いている ・皮膚の乾燥や湿疹等がある ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態に関わらず、提供されていない
54	その他	ケアプランに位置付けられている多職種との連携	<p>3：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）について、日常的に情報提供や意見収集など双方向のやり取りを行っている。</p> <p>2：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）について、サービス担当者会議などの会議体を中心に、情報提供や意見収集など双方向のやり取りを行っている。</p> <p>1：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）と十分に連携が出来ていない。</p>

Ⅳ その他

1、ケアプラン点検について

地域支援事業における「ケアプラン点検項目」

No.	点検対象書類	項目	評価基準
55	サービス担当者会議の 要点 (第4表)	ケアプランに位置付け られていない多職種と の連携	2：介護支援専門員が、自立支援・重度化防止等の観点から、ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）以外の多職種との連携（情報提供・意見聴取等）を検討したことがある。あるいは、実際に連携している。 1：2に該当しない。

※1～55項の点検の他に「運営基準減算」等に関する点検を行います。

※高齢者あんしんプランの期間（3年）内に全事業者のプランをチェックするよう計画しています。

Ⅳ その他

2 軽度者に対する福祉用具貸与について

- 軽度者（要介護1、要支援2又は要支援1）について、その状態像から使用が想定しにくい車いす等の種目は、保険給付の対象外。ただし、種目ごとに必要性が認められる一定の状態にある人については、保険給付の対象として例外的に福祉用具貸与を行うもの

例外給付の対象とすべき事案

- （i）疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者
例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象
- （ii）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要になることが確実に見込まれる者
例：がん末期の急速な状態悪化
- （iii）疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者
例：心疾患による心不全、間質性肺炎による呼吸不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避

提出書類

- ①軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る確認書【2部】
 - ②居宅サービス計画（第1～3表）（写）又は介護予防サービス・支援計画書（写）【1部】
 - ③サービス担当者会議の要点（写）又は
介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）（写）【1部】
 - ④医師の医学的な所見の確認書類（写）【1部】
 - ※疾患名、福祉用具が必要な症状等が記入されていること
 - ただし、サービス担当者会議の要点当に詳細な記載がある場合には省略可
- 判断の根拠が分かるよう、各書類の該当箇所にマーカー等で印をつけた上で提出すること

申請時期

・原則として、利用開始前

（がん末期患者の急な退院等に対応するため、早急な対応が必要な場合等、合理的な理由があれば、例外給付の対象期間の開始日は、受付日の14日前まで遡ることが可能）

※申請が事後となり例外給付の要件に該当しない場合には、保険給付の対象外となり、全額自己負担となるので注意すること

※直近の認定調査（基本調査）の結果で客観的に判断できる場合は、申請書の提出は不要

3 短期入所サービスにかかる協議書について

- ・短期入所サービスの長期利用は、サービスの趣旨に反するもので、他の利用者の利用を妨げる。ただし、長期利用を一律に制限することは、利用者の置かれている環境等を勘案すると困難な事例も想定されることから、特に必要と認められる場合、特例的に認めるもの

特例的に認めるべき理由

- ①利用者が認知症であること等により、同居している家族等の介護が著しく困難な場合
- ②同居している家族等が高齢、疾病であること等を理由として十分な介護ができない場合
- ③その他やむを得ない理由により、居宅において十分な介護を受けることができない場合

提出書類

- ①短期入所サービスにかかる協議書
- ②短期入所サービス利用計画書
- ③居宅サービス計画（第1～3表）、第6表及び第7表（半数超えをする月の計画書）

申請時期

- ・認定有効期間のおおむね半数を超えると見込まれる月の前月末までに提出

※次期認定期間に向け、施設入所を検討しているのか、在宅復帰を目指しているのか、今後の方向性が明確に位置付けられているもの

4 訪問介護（生活援助中心型）を規定回数以上位置付けた場合について

- ・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、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）を位置付けた場合、その居宅サービス計画を提出するもの

厚生労働大臣が定める回数（1月につき）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
規定回数	27回	34回	43回	38回	31回

※上記の回数には、身体介護に引き続き生活援助を行う場合の回数は含まない

提出書類

- ①厚生労働大臣が定める回数以上に訪問介護を位置付けた居宅サービス計画の届出書
- ②居宅サービス計画（第1～7表）（写）
 - 第1表：利用者の同意署名があるもの
 - 第5表：訪問介護（生活援助中心型）の必要性が記載されている箇所
- ③アセスメント表（写）
- ④訪問介護計画書（写）

申請時期

- ・利用者の同意を得て交付した翌月末までに提出（軽微な変更は除く）

5 区分支給限度基準額及び訪問介護の利用割合が高い 居宅サービス計画の届出について

- ・利用者の状態や意向に沿った訪問介護の提供につなげることのできる居宅サービス計画の作成に資することを目的として、厚生労働大臣の定める基準に該当する場合で、本市から依頼があった場合に、届出するもの

厚生労働大臣の定める基準

- ①区分支給限度基準額の利用割合が7割以上
かつ
- ②その利用サービスの6割以上が「訪問介護サービス」

提出書類

- ①居宅サービス計画（第1～3表）（写）
- ②アセスメント表（写）
- ③訪問介護計画書（写）

※規定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置付けた居宅サービス計画の届出を行っている場合は、当該届出の対象外。

※サービスの利用制限を目的とするものではない。