

# 居宅介護支援の 基準・報酬等について

平成30年10月19日(金)・26日(金)

群馬県介護高齢課居宅サービス係

黒石 洋介

1. 居宅介護支援の基準・報酬について
2. 介護給付適正化について
3. 主任介護支援専門員の確保について

## 関係機関等との連携

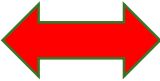




### 基準省令

市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、介護保険施設、**指定特定相談支援事業者**等との連携に努めなければならない。

## 共生型サービス

共生型サービスとは、障害福祉サービス等事業者が同一の事業所において介護保険サービスの指定を受ける場合、または介護保険サービス事業者が同一の事業所において障害福祉サービス等の指定を受ける場合の特例（指定基準等の緩和）を定めたもの

☆これにより、障害福祉と介護保険の両方のサービスを受けられる利用者や障害福祉サービス等から介護保険サービスに移行する利用者が同一事業所でサービスの提供を受けやすくなり、利用者の負担が軽減するとともに、人材や施設など限られた資源の有効活用が推進されることが期待される。

介護保険サービス	共生型	障害福祉サービス等
訪問介護		居宅介護 重度訪問介護
通所介護（地域密着型含む）		生活介護 自立訓練（機能訓練） 自立訓練（生活訓練） 児童発達支援（重心除く） 放課後等デイサービス（重心除く）
（介護予防）短期入所生活介護		短期入所
（介護予防）小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 【通い】		生活介護 自立訓練（機能訓練） 自立訓練（生活訓練） 児童発達支援（重心除く） 放課後等デイサービス（重心除く）
（介護予防）小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 【宿泊】		短期入所

# 指定居宅介護支援事業所の管理者

<b>基準省令</b>	管理者は主任介護支援専門員でなければならない。 (H33.3.31までの間は介護支援専門員を管理者とすることができる。)
<b>基準解釈 通知</b>	平成33年3月31日までの間は、管理者として主任介護支援専門員以外の介護支援専門員の配置を可能とする経過措置を設けているが、指定居宅介護支援事業所における業務管理や人材育成の取組を促進する観点から、経過措置期間の終了を待たず、管理者として主任介護支援専門員を配置することが望ましい。

# 内容及び手続きの説明・同意（1）

## 基準 省令

指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が…基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、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等につき説明を行い、理解を得なければならない。

## 基準 解釈 通知

居宅サービス計画の作成にあたって利用者から介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であること等につき十分説明を行わなければならない。なお、この内容を利用申込者又はその家族に説明を行うに当たっては、理解が得られるよう、文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うとともに、それを理解したことについて必ず利用申込者から署名を得なければならない。

## Q & A

（問）平成30年4月以前に契約を結んでいる利用者に対しては、どのよう  
に取り扱うのか。

（答）次のケアプランの見直し時に説明を行うことが望ましい。

## 基準解釈 通知

- ・利用者から居宅サービス計画案の作成にあたって複数の指定居宅サービス事業者等の紹介の求めがあった場合等には誠実に対応する。
- ・例えば集合住宅等において、特定の指定居宅サービス事業者のサービスを利用することを、選択の機会を与えることなく入居条件とするようなことはあってはならないが、居宅サービス計画についても、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の指定居宅サービス事業者のみを居宅サービス計画に位置付けるようなことはあってはならない。



単位数表  
留意事項  
通知

指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ利用者に対して、

- ・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
  - ・利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができること
- について文書を交付して説明を行っていない場合には、契約月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。



居宅介護支援費（基本報酬） $\times 50 / 100$

# 内容及び手続きの説明・同意（2）

## 基準省令

指定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、利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、当該利用者に係る介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めなければならない。

## 基準解釈通知

利用者が病院又は診療所に入院する場合には、利用者の居宅における日常生活上の能力や利用していた指定居宅サービス等の情報を入院先医療機関と共有することで、医療機関における利用者の退院支援に資するとともに、退院後の円滑な在宅生活への移行を支援することにもつながる。基準第4条第3項は、指定居宅介護支援事業者と入院先医療機関との早期からの連携を促進する観点から、利用者が病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう、利用者又はその家族に対し事前に協力を求める必要があることを規定するものである。なお、より実効性を高めるため、日頃から介護支援専門員の連絡先等を介護保険被保険者証や健康保険被保険者証、お薬手帳等と合わせて保管することを依頼しておくことが望ましい。

# サービス担当者会議

## 基準 省令

利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師（「主治の医師等」という。）の意見を勘案して必要と認める場合その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

## 基準 解釈 通知

末期の悪性腫瘍の利用者について必要と認める場合とは、主治の医師等が日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると判断した時点以降において、主治の医師等の助言を得た上で、介護支援専門員がサービス担当者に対する照会等により意見を求めることが必要と判断した場合を想定している。なお、ここでいう「主治の医師等」とは、利用者の最新の心身の状態、受診中の医療機関、投薬内容等を一元的に把握している医師であり、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことから、利用者又はその家族等に確認する方法等により、適切に対応すること。また、サービス種類や利用回数の変更等を利用者に状態変化が生じるたびに迅速に行っていくことが求められるため、日常生活上の障害が出現する前に、今後利用が必要と見込まれる指定居宅サービス等の担当者を含めた関係者を招集した上で、予測される状態変化と支援の方向性について関係者間で共有しておくことが望ましい。

## Q & A

(問) 「主治の医師」については、具体的にどのような者を想定しているのか。

(答) 訪問診療を受けている末期の悪性腫瘍の利用者については、診療報酬における在宅時医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料を算定する医療機関の医師を「主治の医師」とすることが考えられる。これらの医師については、居宅介護支援専門員に対し、病状の変化等について適時情報提供を行うこととされていることから、連絡を受けた場合には十分な連携を図ること。また、在宅時医学総合管理料等を算定していない末期の悪性腫瘍の利用者の場合でも、家族等からの聞き取りにより、かかりつけ医として定期的な診療と総合的な医学管理を行っている医師を把握し、当該医師を主治の医師とすることが望ましい。

県が国に  
確認した  
取扱い

(問)

ターミナルケアマネジメント加算を算定していない（24時間連絡体制の整備がされていない）場合は、末期の悪性腫瘍の利用者のケアマネジメントプロセスの簡略化はできないのか。

(答)

ターミナルケアマネジメント加算を算定していない場合についても、末期の悪性腫瘍の利用者に対しては、ケアマネジメントプロセスの簡略化ができる。

ただし、ケアプランの変更のための頻回なモニタリングや主治医等への意見照会、関係者との情報共有、ケアプランの交付は必要。

# 主治の医師等への情報提供

## 基準省令

介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

## 基準解釈 通知

利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報は、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師が医療サービスの必要性等を検討するにあたり有効な情報である。このため、指定居宅介護支援の提供に当たり、例えば、

- ・ 薬が大量に余っている又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
- ・ 使いき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
- ・ 体重の増減が推測される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
- ・ 皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- ・ リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない状況

等の利用者の心身又は生活状況に係る情報を得た場合は、それらの情報のうち、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要であると介護支援専門員が判断したものについて、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。なお、ここでいう「主治の医師」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。

## Q & A

(問) 解釈通知に記載のある事項のほかにもどのような情報が想定されるか。

(答) 主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要かどうかをもとに介護支援専門員が判断するものとする。  
なお、日頃の居宅介護支援の業務において介護支援専門員が把握したことを情報提供するものであり、利用者に係る情報収集について新たに業務負担を求めるものではない。



# 一定回数以上の訪問介護を位置づけた 居宅サービス計画の届出等

## 基準省令

介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。（施行：平成30年10月1日）

## 厚生労働大臣が定める回数

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
27回	34回	43回	38回	31回

市町村は、上記回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置づけたケアプランの届出を受け、地域ケア会議の開催等により検証を行い、必要に応じて、ケアプランの内容の是正を促す。

地域ケア会議等では、生活援助中心型サービスが必要以上のサービス提供を招きやすい構造的な課題がある一方で、利用者において様々な事情を抱える場合もあることを踏まえて、利用者の自立支援にとってより良いサービスとするため、ケアマネジャーの視点だけではなく、地域ケア会議等において多職種協働による検証を行う。

## 基準解釈 通知

訪問介護（生活援助が中心である指定訪問介護に限る。）の利用回数が統計的に見て通常の居宅サービス計画よりかけ離れている場合には、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、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当である。このため、一定回数以上の訪問介護を位置づける場合にその必要性を居宅サービス計画に記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。届出にあたっては、当該月において作成又は変更（軽微な変更を除く。）した居宅サービス計画のうち一定回数以上の訪問介護を位置づけたものについて、翌月の末日までに市町村に届け出ることとする。なお、ここで言う当該月において作成又は変更した居宅サービス計画とは、当該月において利用者の同意を得て交付をした居宅サービス計画を言う。

なお、平成30年10月1日より施行されるため、同年10月以降に作成又は変更した居宅サービス計画について届出を行うこと。

## Q & A

（問）市町村に居宅サービス計画を提出するにあたっては、訪問介護（生活援助中心型）の必要性について記載することとなっているが、居宅サービス計画とは別に理由書の提出が必要となるのか。

（答）当該利用者について、家族の支援が受けられない状況や認知症等の症状があることその他の事情により、訪問介護（生活援助中心型）の利用が必要である理由が居宅サービス計画の記載内容から分かる場合には、当該居宅サービス計画のみ提出すれば足り、別途理由書の提出を求めるものではない。

# 医療サービスを位置づけた居宅サービス計画の交付

<b>基準省令</b>	利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合に、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師の意見を求めて、居宅サービス計画を作成した際には、介護支援専門員は、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。
<b>基準解釈通知</b>	利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。なお、交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。また、ここで意見を求める「主治の医師等」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。

# 入院時情報連携加算

改定前	改定後
入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月 ・入院後7日以内に <b>医療機関を訪問して</b> 情報提供	入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位／月 ・入院後 <b>3日</b> 以内に情報提供 <b>（情報提供方法は問わない）</b>
入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位／月 ・入院後7日以内に <b>訪問以外の方法</b> で情報提供	入院時情報連携加算（Ⅰ） 100単位／月 ・入院後7日以内に情報提供 <b>（情報提供方法は問わない）</b>

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

## 単位数表 留意事項 通知

### ○入院時情報連携加算（Ⅰ）

利用者が入院してから3日以内に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。

### ○入院時情報連携加算（Ⅱ）

利用者が入院してから4日以上7日以内に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。

※「必要な情報」とは、具体的には、当該利用者の入院日、心身の状況（例えば疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）、生活環境（例えば、家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）及びサービスの利用状況をいう。当該加算については、利用者一人につき、1月に1回を限度として算定することとする。

## Q & A

（問）先方と口頭でのやりとりがない方法（FAXやメール、郵送等）により情報提供を行った場合には、送信等を行ったことができれば入院時情報連携加算の算定は可能か。

（答）入院先の医療機関とのより確実な連携を確保するため、医療機関とは日頃より密なコミュニケーションを図ることが重要であり、FAX等による情報提供の場合にも、先方が受け取ったことを確認するとともに、確認したことについて居宅サービス計画等に記録しておかなければならない。



# 退院・退所加算

改定前	改定後
<b>退院・退所加算 300単位</b> ※3回を限度として算定	退院・退所加算（Ⅰ）イ 450単位
	退院・退所加算（Ⅰ）ロ 600単位
	退院・退所加算（Ⅱ）イ 600単位
	退院・退所加算（Ⅱ）ロ 750単位
	退院・退所加算（Ⅲ） 900単位

- ◆（Ⅰ）は連携1回、（Ⅱ）は連携2回、（Ⅲ）は連携3回
- ◆イは、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受けていること
- ◆ロは、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から利用者に係る必要な情報の提供を一回以上カンファレンスにより受けていること
- ◆退院・退所加算（Ⅲ）は、ロと同様の要件

単位数表  
留意事項  
通知

○退院・退所加算については、以下の①から③の算定区分により、入院又は入所期間中1回（医師等からの要請により退院に向けた調整を行うための面談に参加し、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を含む）のみ算定することができる。

① 退院・退所加算（Ⅰ）イ・ロ

退院・退所加算（Ⅰ）イ及びロについては、病院等の職員からの情報収集を1回行っている場合に算定可能であり、うち（Ⅰ）ロについてはその方法がカンファレンスである場合に限る。

② 退院・退所加算（Ⅱ）イ・ロ

- ・退院・退所加算（Ⅱ）イについては、病院等の職員からの情報収集を2回以上行っている場合に算定が可能。
- ・退院・退所加算（Ⅱ）ロについては、病院等の職員からの情報収集を2回行っている場合であって、うち1回以上がカンファレンスによる場合に算定が可能。

③ 退院・退所加算（Ⅲ）

退院・退所加算（Ⅲ）については、病院等の職員からの情報収集を3回以上行っている場合であって、うち1回以上がカンファレンスによる場合に算定が可能。

## 単位数表 留意事項 通知

○カンファレンスは以下のとおりとする。

### イ 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。

### ロ 地域密着型介護老人福祉施設

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第34号）第134条第6項及び第7項に基づき、入所者への援助及び居宅介護支援事業者への情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし、基準第131条第1項に掲げる地域密着型介護老人福祉施設に置くべき従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。

### ハ 介護老人福祉施設

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第39号）第7条第6項及び第7項に基づき、入所者への援助及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし、基準第2条に掲げる介護老人福祉施設に置くべき従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。

## 単位数表 留意事項 通知

### ニ 介護老人保健施設

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第40号）第8条第6項に基づき、入所者への指導及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし、基準第2条に掲げる介護老人保健施設に置くべき従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。

### ホ 介護医療院

介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年1月18日厚生労働省令第5号）第12条第6項に基づき、入所者への指導及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし、基準第4条に掲げる介護医療院に置くべき従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。

### ヘ 介護療養型医療施設（平成35年度末までに限る。）

健康保険法等の一部を改正する法律（平成十八年法律第八十三号）附則第三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第41号）第9条第5項に基づき、患者に対する指導及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし、基準第2条に掲げる介護療養型医療施設に置くべき従業者及び患者又はその家族が参加するものに限る。

# イ 病院又は診療所のカンファレンスの要件

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。

【退院時共同指導料注3】 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、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を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。

■入院中の医療保険機関の医師、看護師等が以下のうち**3者以上**と共同指導した場合（計4者以上）

- ・在宅療養を担う医療機関の医師又は看護師等
- ・歯科医師又は歯科衛生士
- ・薬剤師
- ・訪問看護ステーションの看護師、保健師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士
- ・介護支援専門員
- ・相談支援専門員

## Q & A

（問）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。

（答）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。

## 退院調整ルールとの関係

- 「入院時情報連携加算」及び「退院・退所加算」について、国から当該加算の算定を担保するための標準様式例が提示されたが、各地域で定めた「退院調整ルール」における入院時や退院時の情報提供シートと内容に相違がある。
- これらのシートにより、情報提供を行った場合には、加算は取得できないのか？

- 国通知には、「当該様式以外の様式等の使用を拘束するものではない。」と明記されている。
- 加算要件の該当・非該当は、最終的には保険者の判断となるが、県としては、「退院調整ルール」が各地域の関係者の合意で策定された経緯を考慮し、シートを使用した情報提供を認めたい考えである。
- ただし、シートで不足する必要な情報については手書き等で記載する必要がある。（入院時情報連携加算⇒利用者の入院日など）
- 必要な情報に不足がないよう、各地域において国様式を踏まえたシートの見直しを行うよう要請する。

# 特定事業所加算

改定前	改定後
特定事業所加算（Ⅰ） 500単位／月	特定事業所加算（Ⅰ） 500単位／月 ・他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等の実施を要件に追加
特定事業所加算（Ⅱ） 400単位／月	特定事業所加算（Ⅱ） 400単位／月 ・他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等の実施を要件に追加 ・地域包括支援センター等が実施する事例検討会等への参加を要件に追加（改定前は（Ⅰ）のみ）
特定事業所加算（Ⅲ） 300単位／月	特定事業所加算（Ⅲ） 300単位／月 ・他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等の実施を要件に追加 ・地域包括支援センター等が実施する事例検討会等への参加を要件に追加（改定前は（Ⅰ）のみ）
（新設）	特定事業所加算（Ⅳ） 125単位／月 ・特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定している事業所 ※平成31年度から施行



## 単位数表 留意事項 通知

○特定事業所加算（Ⅳ）の対象となる事業所においては、日頃から医療機関等との連携に関する取組をより積極的に行う事業所であることが必要となる。

○特定事業所加算算定事業所は、質の高いケアマネジメントを実施する事業所として、地域における居宅介護支援事業所のケアマネジメントの質の向上を牽引する立場にあることから、同一法人内に留まらず、他の法人が運営する事業所の職員も参画した事例検討会等の取組を、自ら率先して実施していかなければならない。なお、事例検討会等の内容、実施時期、共同で実施する他事業所等について、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに次年度の計画を定めなければならない。なお、年度の途中で加算取得の届出をする場合にあっては、当該届出を行うまでに当該計画を策定すること。

## Q & A

(問) 特定事業所加算 (Ⅰ)、(Ⅱ) 及び (Ⅲ) において、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、研修会等を実施することが要件とされ、解釈通知において、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに事例検討会等に係る次年度の計画を定めることとされているが、平成30年度はどのように取り扱うのか。

(答) 平成30年度については、事例検討会等の概略や開催時期等を記載した簡略的な計画を同年度4月末日までに定めることとし、共同で実施する他事業所等まで記載した最終的な計画を9月末日までに定めることとする。

なお、9月末日までに当該計画を策定していない場合には、10月以降は特定事業所加算を算定できない。

## Q & A

(問) 特定事業所加算 (I) から (III) において新たに要件とされた、他の法人が運営する居宅介護支援事業者と共同での事例検討会、研修会等については、市町村や地域の介護支援専門員の職能団体等と共同して実施した場合も評価の対象か。

(答) 貴見のとおりである。

ただし、当該算定要件における「共同」とは、開催者か否かを問わず2法人以上が事例検討会等に参画することを指しており、市町村等と共同して実施する場合であっても、他の法人の居宅介護支援事業者が開催者又は参加者として事例検討会等に参画することが必要である。

単位  
数表  
留意  
事項  
通知

○特定事業所加算（Ⅳ）について

ア 退院・退所加算の算定実績について

退院・退所加算の算定実績に係る要件については、退院・退所加算の算定回数ではなく、その算定に係る病院等との連携回数が、特定事業所加算（Ⅳ）を算定する年度の前々年度の3月から前年度の2月までの間において35回以上の場合に要件を満たすこととなる。

イ ターミナルケアマネジメント加算の算定実績について

ターミナルケアマネジメント加算の算定実績に係る要件については、特定事業所加算（Ⅳ）を算定する年度の前々年度の3月から前年度の2月までの間において、算定回数が5回以上の場合に要件を満たすこととなる。

ウ 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）の算定実績について

特定事業所加算（Ⅳ）は、質の高いケアマネジメントを提供する体制のある事業所が医療・介護連携に総合的に取り組んでいる場合に評価を行うものであるから、他の要件を満たす場合であっても、特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）のいずれかを算定していない月は特定事業所加算（Ⅳ）の算定はできない。

## Q & A

(問) 特定事業所加算(Ⅳ)については、前々年度の3月から前年度の2月までの間における退院・退所加算及びターミナルケアマネジメント加算の算定実績等を算定要件とし、平成31年度より算定可能とされたが、要件となる算定実績について平成31年度はどのように取り扱うのか。

(答) 平成31年度に限っては、前々年度の3月において平成30年度介護報酬改定が反映されていないため、退院・退所加算及びターミナルケアマネジメント加算それぞれについて、以下の取扱いとする。

### 【退院・退所加算】

平成29年度3月における退院・退所加算の算定回数と平成30年度4月から同年度2月までの退院・退所加算の算定に係る病院等との連携回数の合計が35回以上である場合に要件を満たすこととする。

### 【ターミナルケアマネジメント加算】

平成30年度の4月から同年度の2月までの算定回数が5回以上である場合に要件を満たすこととする。

なお、退院・退所加算の算定実績に係る要件については、退院・退所加算の算定回数ではなく、その算定に係る病院等との連携回数の合計により、例えば、特定事業所加算

(Ⅳ)を算定する年度の前々年度の3月から前年度の2月までの間において、退院・退所加算(Ⅰ)イを10回、退院・退所加算(Ⅱ)ロを10回、退院・退所加算(Ⅲ)を2回算定している場合には、それらの算定に係る病院等との連携回数は合計36回であるため、要件を満たすこととなる。

# ターミナルケアマネジメント加算

改定前	改定後				
(新設)	<p data-bbox="927 454 2023 502"><b>ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月</b></p> <table border="1" data-bbox="947 522 2425 1245"> <tr> <td data-bbox="947 522 1238 714">対象利用者</td> <td data-bbox="1238 522 2425 714">末期の悪性腫瘍であって、居宅で死亡した利用者 ※居宅訪問後、24時間以内に居宅以外で死亡した場合含む。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="947 714 1238 1245">算定要件</td> <td data-bbox="1238 714 2425 1245"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 24時間連絡が取れる体制を確保し、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</li> <li>・ 利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上居宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施</li> <li>・ 訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及び居宅サービス事業者を提供</li> </ul> </td> </tr> </table>	対象利用者	末期の悪性腫瘍であって、居宅で死亡した利用者 ※居宅訪問後、24時間以内に居宅以外で死亡した場合含む。	算定要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 24時間連絡が取れる体制を確保し、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</li> <li>・ 利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上居宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施</li> <li>・ 訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及び居宅サービス事業者を提供</li> </ul>
対象利用者	末期の悪性腫瘍であって、居宅で死亡した利用者 ※居宅訪問後、24時間以内に居宅以外で死亡した場合含む。				
算定要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 24時間連絡が取れる体制を確保し、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</li> <li>・ 利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上居宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施</li> <li>・ 訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及び居宅サービス事業者を提供</li> </ul>				

## 単位数表 留意事項 通知

○ターミナルケアマネジメント加算について

(1) ターミナルケアマネジメント加算については、在宅で死亡した利用者の死亡月に加算することとするが、利用者の居宅を最後に訪問した日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合には、死亡月に算定することとする。

(2) ターミナルケアマネジメント加算は、1人の利用者に対し、1か所の指定居宅介護支援事業所に限り算定できる。なお、算定要件を満たす事業所が複数ある場合には、当該利用者が死亡日又はそれに最も近い日に利用した指定居宅サービスを位置づけた居宅サービス計画を作成した事業所がターミナルケアマネジメント加算を算定することとする。

単位数表  
留意事項  
通知

(3) 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が同意した時点以降は、次に掲げる事項を支援経過として居宅サービス計画等に記録しなければならない。

① 終末期の利用者の心身又は家族の状況の変化や環境の変化及びこれらに対して居宅介護支援事業者が行った支援についての記録

② 利用者への支援にあたり、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等と行った連絡調整に関する記録

(4) ターミナルケアマネジメントを受けている利用者が、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については、ターミナルケアマネジメント加算を算定することができるものとする。



# 特定事業所集中減算

改定前	改定後
<p><b>特定事業所集中減算 200単位/月減算</b>  <b>【対象サービス】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・訪問看護</li> <li>・訪問リハ ・通所介護 ・通所リハ</li> <li>・短期入所生活介護 ・短期入所療養介護</li> <li>・特定施設入居者生活介護(※) ・福祉用具貸与</li> <li>・定期巡回・随時対応型訪問介護看護</li> <li>・夜間対応型訪問介護 ・地域密着型通所介護</li> <li>・認知症対応型通所介護 ・小規模多機能型居宅介護(※) ・認知症対応型共同生活介護(※)</li> <li>・地域密着型特定施設入居者生活介護(※)</li> <li>・看護小規模多機能型居宅介護(※)</li> </ul> <p>※利用期間を定めて行うものに限る。</p>	<p><b>特定事業所集中減算 200単位/月減算</b>  <b>【対象サービス】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護 ・通所介護 ・地域密着型通所介護</li> <li>・福祉用具貸与</li> </ul>

単位数表  
留意事項  
通知

前期（平成30年度においては、4月1日から8月末日）において作成された居宅サービス計画の判定から適用するものであり、減算については、同年10月1日からの居宅介護支援から適用するものである。

## Q & A

(問) 平成28年5月30日事務連絡「居宅介護支援における特定事業所集中減算(通所介護・地域密着型通所介護)の取扱いについて」(介護保険最新情報Vol.553)において、特定事業所集中減算における通所介護及び地域密着型通所介護の紹介率の計算方法が示されているが、平成30年度以降もこの取扱いは同様か。

(答) 貴見のとおりである。

### 【参考】

(問) 平成28年4月1日から特定事業所集中減算の対象サービスとして地域密着型通所介護が加わったところであるが、平成28年4月1日前から継続して通所介護を利用している者も多く、通所介護と地域密着型通所介護とを分けて計算することで居宅介護支援業務にも支障が生じると考えるが、減算の適用有無の判断に際して柔軟な取扱いは可能か。

(答) 平成28年4月1日以降平成30年3月31日までの間に作成される居宅サービス計画について特定事業所集中減算の適用を判定するに当たっては、通所介護及び地域密着型通所介護(以下「通所介護等」という。)のそれぞれについて計算するのではなく、通所介護等のいずれか又は双方を位置付けた居宅サービス計画数を算出し、通所介護等について最もその紹介件数の多い法人を位置づけた居宅サービス計画の数の占める割合を計算することとして差し支えない。

# 介護給付適正化について

- 高齢化の進行に伴って、介護給付費の増大及び介護保険料の高騰が続くなか、介護保険制度の適正運営・持続可能性を確保するためには、介護給付の適正化が重要
- 介護給付の適正化とは、以下の実現を図る取り組み
  - ① 介護サービスを必要とする者（受給者）を適切に認定
  - ② 受給者が真に必要とするサービスをケアプランに適切に位置づけ
  - ③ 事業者がサービスを過不足なく適切に提供
- 群馬県介護給付適正化計画（第4期）を平成30年3月策定し、県及び保険者（市町村）の取り組みを推進（計画期間：H30～H32）
- 介護給付適正化には  
居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の理解・協力が不可欠

# 介護給付適正化の取り組み

取組の視点	保険者（市町村）が取り組むべき主要5事業及び重点1事業	
I 要介護認定の適正化	主要事業	①要介護認定の適正化（認定調査状況のチェック）
II ケアマネジメントの適切化		②ケアプランの点検
		③住宅改修の点検（着工前後の訪問調査） 福祉用具購入・貸与の実態調査
III 事業者のサービス提供体制 及び介護報酬請求の適切化		④介護給付費通知
		⑤医療情報との点検・縦覧点検
	重点	国保連介護給付適正化システムデータ、給付実績の活用

# ケアプラン点検とは

## 【目的】

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等、基本的な事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り、健全なる給付の実施を支援するために行うもの



ケアプランの質の向上により利用者の状態の維持改善を図る。

介護支援専門員の資質及び介護保険制度の信頼性、持続可能性の向上を図る。

## 【事業の趣旨】

居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成したケアプラン（居宅介護サービス計画・介護予防サービス計画）の記載内容について、市町村職員等が点検及び支援を行うことにより、個々の利用者が真に必要なサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善する。

## 【ケアプラン点検のフロー（例）】

居宅介護支援事業所からケアプラン提出



事前点検、疑義事項の整理



介護支援専門員との面談による協働点検作業



必要に応じてケアプランの修正



地域の介護支援専門員に係る課題の抽出、支援策の検討



# ケアプラン点検に当たっての基本姿勢

1. 点検に際して事業所側の事務の負担を考慮し、資料などは必要最小限なものとするのが大切です。
2. ケアプランを形式的に点検するのが目的ではないので、空欄があったからといって直ちにそれが問題となるわけではありません。
3. 点検作業は一方向ではなく双方向で行い、保険者と介護支援専門員がともに確認しあう姿勢で臨みます。
4. 介護支援専門員がどこに悩み、つまずいているかを把握し点検を通して「気づき」を促すのが大切です。
5. 介護支援専門員を批判するのではなく、一緒にレベルアップを図る方法であることを認識します。
6. 介護支援専門員が、再度点検を受けてみたいと感じることができるよう、保険者として継続的に支援していく姿勢が大切です。
7. 地域特性を意識しながら、保険者として地域で何が課題になっているのかを考察しながら進めていくことも大切です。
8. 不適切なプランと思われるものがあった場合、プランの根拠について確認を一緒に行う「振り返りの作業」を実施し、次回からの計画作成に役立つように適切なプラン作成の視点・気づきを促すことが重要です。
9. このマニュアルは、1表、2表、3表、分析表、全部で42問の質問項目があります。これらを全て行うのではなく、必要な項目だけを適宜活用し効率的に行うのが大切です。
10. 点検を効率的に実施する為に必ずしも全てのケアプランに関して点検する必要はなく、目的をはっきりさせて行うことが必要です。

自立支援に向けたケアプランの作成に向けて大切なことは、介護支援専門員がケアマネジメントの視点を正しく踏まえ、専門家として判断の根拠を示した上でケアプラン作成ができているかどうかです。

※厚生労働省「ケアプラン点検支援マニュアル」より

# 群馬県介護給付適正化計画の取組目標

## 《全保険者》

- 各市町村内に所在する全事業所のケアプランの傾向分析を実施する。

- 「事業所を訪問して閲覧」または「事業所からの提出」のいずれか（または両方）の方法により、年1回以上、市町村職員がケアプランを点検する。

（点検を実施するケアプランの選定方法は問わない。また、専門職等に委託して点検を実施することも差し支えない。）

## 《保険者の実情に応じて設定》

- ケアプラン点検を実施する対象事業所数を増やす。  
(例) 一部の事業所→市町村内所在の全事業所 (3か年)
- 点検するケアプラン数を増やす。  
(例) 一部の者→居宅サービス受給者全員 (3か年)
- ケアプラン点検を実施する対象事業所を重点化する。  
(例) 不特定の事業所→サービスが過剰(或いは不足)が疑われる事業所

# 保険者機能強化推進交付金について

- 自立支援・重度化防止や介護給付適正化などの取組を促進するため、「保険者機能強化推進交付金制度」が創設
- これらの取組を積極的に推進している保険者に対し、財政的インセンティブ（報奨金）を付与するもの
- 保険者が介護支援専門員や介護サービス事業者と連携・協働した取組を推進することを高評価



保険者による地域支援事業や保健福祉事業等の拡充が可能となり、社会・介護資源が増加することが期待される。



介護支援専門員によるケアマネジメントの選択肢が拡がり、  
高齢者への支援が充実、円滑化

## 主任介護支援専門員の確保について

- 質の高いケアマネジメントを推進する観点から、居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進するため、主任介護支援専門員が人材育成や業務管理の手法等を研修により修得していることを踏まえ、管理者の要件が主任介護支援専門員とされた。（平成33年度施行）
- 群馬県内においては、平成29年度末時点で主任介護支援専門員が1,103人に対し、居宅介護支援事業所が779か所、地域包括支援センターが111か所となっており、数字上は全事業所への配置は可能であるが、更新制度の導入による減少や複数配置している事業所もあることから、平成33年度までの間に居宅介護支援事業所の管理者となる主任介護支援専門員を確保していく必要がある。

# 主任介護支援専門員研修の受講要件

主任介護支援専門員の役割（多職種との連携、介護支援専門員に対する助言指導、地域包括ケアシステム構築に向けた地域づくり等）を実践する意思のある者で、居宅サービス計画等を提出することにより、研修実施機関においてその内容を確認し、利用者の自立支援に資するケアマネジメントが実践できていると認められる者のうち、申込時点において次の（１）から（５）のすべての要件を満たす者。

- （１）登録地が群馬県で、現に介護支援専門員として従事している者。
- （２）専門研修課程Ⅰ及びⅡの修了者である。
- （３）１２日間の研修をすべて受講できる。
- （４）本研修の事例研究で使用する実践事例や事前課題（居宅サービス計画等）を提出することができる。

(5) 次のいずれかに該当する者。(ただし、経験年数はそれぞれの項目ごとの合計年数とする。)

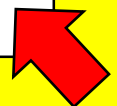
A 専任の介護支援専門員の実務経験が5年(60ヶ月)以上

B 日本ケアマネジメント学会の認定ケアマネジャー等

C ケアマネジメントリーダー養成研修修了者

D-ア 介護支援専門員としての実務経験が5年以上あり、県が実施する介護支援専門員研修において講師を務めた経験があるか、現に務めている者で県が適当と認める者

D-イ 居宅介護支援事業所と在宅介護支援センターとの兼務で、通算5年(60ヶ月)以上介護支援専門員として従事している者



御静聴  
ありがとうございました。

