

# 居宅介護支援事業所集団指導資料

令和元年12月13日(金)  
健康福祉部介護高齢課介護保険係

## 各種届出に係る留意事項について

1. ケアプラン点検について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P1～P2
2. 厚生労働省が定める回数及び訪問介護の届出について・・・・・・・・ P3～P4
3. 特定事業所集中減算に係る算定記録について・・・・・・・・ P5～P13
4. 要介護認定有効期間の半数を超える短期入所サービスの利用に関する理由書について・・ P14～P15
5. その他

# 1. ケアプラン点検について

## ●ケアプラン点検とは

介護支援専門員が作成した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、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。

## ●ケアプラン点検のフロー

居宅介護支援事業所へケアプランの提出依頼（介護保険係）



事前点検、疑義事項の整理（介護保険係・包括支援センター）



居宅介護支援事業所へ電話等で質問（介護保険係）



必要に応じ、事業所を訪問し面談（介護保険係・包括支援センター）



意見の提供、必要に応じてケアプランの見直し依頼（介護保険係・包括支援センター）

## ●ケアプラン点検の基本姿勢

点検に際して、事業所側の事務の負担を考慮し、資料等は必要最小限とする。

点検は一方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合う姿勢で行う。

介護支援専門員がどこに悩み、つまづいているかを把握し、点検を通じて「気づき」を促す。

介護支援専門員を批判するものではなく、一緒にレベルアップを図る。

(公 印 省 略)  
年 月 日

居宅介護支援事業所 代表者 様

藤岡市長 ○ ○ ○ ○  
(介 護 高 齢 課)

ケアプラン点検に係るケアプランの提出について (依頼)

平素より介護保険事業の運営にご理解、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。さて、介護給付費適正化事業の中で、利用者に過不足のないサービスを提供すると共に、介護支援専門員の資質の向上を目的とするため、市町村はケアプラン点検を行うこととなっております。つきましては、貴事業所より、下記のとおりケアプランの提出を依頼いたしますので、ご協力をお願い申し上げます。

記

1 提出書類

- ・居宅サービス計画書 第1表～第7表
- ・情報提供票 (アセスメント票)

(任意に抽出した利用者1名・直近6ヶ月分)

※ケアプランの作成やケアマネジメントを行う中で、困難な事例等ありましたら、そちらを優先してご提出ください。

2 提出期限

年 月 日 ( )

3 その他

提出されたケアプランについて、介護保険係及び地域包括支援センターにて確認を行い、疑義が生じた場合にはお電話等でご質問等させていただく場合がございます。

また、場合によっては、貴事業所を訪問させていただき直接面談等させていただく場合もございますので、予めご了承ください。

ケアプラン点検は「指導」ではなく「支援」ですので、形式的に点検することが目的ではございません。相談したい点がありましたらお気軽にご相談ください。

担当：介護高齢課 介護保険係 ○○  
電話：0274-40-2292 (直通)

## 2. 厚生労働省が定める回数及び訪問介護の届出について

(公印省略)

平成31年3月27日

居宅介護支援事業所 各位

健康福祉部介護高齢課

### 「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」に係る届出の留意事項（通知）

平成30年10月1日より、以下の回数を超える訪問介護（生活援助中心型に限る）をケアプランに位置づけた場合は市町村に届出が必要とされました。

届出があったケアプランについては、市町村が地域ケア会議の開催等により検証を行うこととされています。

ケアマネジャーの視点だけではなく、多職種協働による検証を行い、必要に応じて、ケアプランの内容の是正を促すものです。

(1月あたり)

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

#### 記

- 提出時期 ① 1月あたり上記の回数を超える訪問介護（生活援助中心型に限る）をケアプランに位置づけた場合、そのケアプランの策定(変更)時
- 提出書類 ① 別紙届出書  
② 居宅サービス計画書第1表～第3表、第6表・第7表の写し（利用者の同意を得たものの写し）  
③ 情報提供票
- 根拠資料 ・ 藤岡市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を定める条例。  
(平成30年3月22日条例第21号) 第16条第20項  
・ 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  
(平成11年厚生省令第38号) 第13条第18号の2  
・ 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について  
(平成11年7月29日老企第22号) 第2-3-(7)-⑱  
・ 『「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」の公布について』  
(平成30年5月10日老振発0510第1号)
- その他 (1) 提出後、地域ケア会議その他の会議について連絡を行います。  
(2) 変更後の様式はホームページに公開しています。

【HP掲載先アドレス】 [http://www.city.fujioka.gunma.jp/kakuka/f\\_kaigo/kyotaku.html](http://www.city.fujioka.gunma.jp/kakuka/f_kaigo/kyotaku.html)

(藤岡市ホームページトップ→健康・福祉→介護保険→居宅介護支援事業者関係→「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」に係る届出)

#### 【事務担当】

介護高齢課 介護保険係

TEL : 0274-40-2292

(あて先) 藤岡市長

見本

(届出者) 事業所名

事業所住所・連絡先

介護支援専門員氏名

㊞

別紙のとおり、規定回数を超える生活援助サービスの必要があると判断し、居宅サービス計画を作成したので届出ます。

被保険者番号		被保険者氏名	
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別 男・女
住 所	藤岡市 TEL ( ) -		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
要介護度	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
利用訪問事業所名			
添付書類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画の写し(第1表~第3表, 第6表・第7表) (利用者又そ家族から同意を得たものの写し) <input type="checkbox"/> 情報提供票		

市 使 用 欄

備 考	1. 初回 2. 前回提出有(直近 年 月 日) 検討等の実施 (直近 年 月 日)
利用回数(1月)	
介護保険係記入欄(受付時)	
地域包括支援センター記入欄	
介護保険係記入欄(結果)	

供覧要指示	市長	副市長	部長	課長	係長	担当	決裁 年 月 日
							完結 年 月 日
							保存 永・10・5・3・1
公開 ・ 非公開			開示 ・ 非開示			分類番号 ・ ・	
地域包括支援センター							

## 特定事業所集中減算に係る届出について

介護高齢課

### 1 届出が必要な場合

判定期間に作成された居宅サービス計画について、それぞれの訪問介護等サービスにつき、次の計算式により計算し、いずれかのサービスの値が80%を超えた場合

$\frac{\text{当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数}}{\text{当該サービスを位置付けた計画数}}$

※「紹介率最高法人」… 最も多く居宅サービス計画に位置づけられている法人

### 2 届出様式

(1) 特定事業所集中減算に係る算定記録<参考様式>

(2) 正当な理由がない場合は、集中減算の対象となるため、算定記録に加えて以下2点の書類も提出してください。

①介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

②介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

### 3 提出期限 (令和 年度分)

区分	判定期間	提出期限	減算適用期間
前期	3月1日～8月末日	9月 日 ( )	10月1日～3月31日
後期	9月1日～2月末日	3月 日 ( )	4月1日～9月30日

### 4 提出先

〒375-8601 群馬県藤岡市中栗須327番地 藤岡市役所介護高齢課介護保険係

### 5 対象サービス

訪問介護, 通所介護, 地域密着型通所介護, 福祉用具貸与

## 6 正当な理由の範囲

正当な理由の有無は、事業所からの書類提出後、市町村において個別に判断することとされており、報告された理由を不相当と判断した場合は、特定事業所集中減算が適用されず。

また、正当な理由について、形式的に要件を満たした場合であっても、市町村が実施する実地指導等により、サービス提供の実態がいわゆる「困り込み」と判断された場合には、減算の対象となります。

### 正当な理由

- (1) 居宅介護支援事業所の通常の事業実施地域に、各サービスごとの事業所数が5事業所未満である場合
  - (2) 特別地域居宅介護支援加算を算定している居宅介護支援事業所である場合
  - (3) 判定期間の月平均の居宅サービス計画件数が、居宅介護支援事業所全体で20件以下である場合
  - (4) 居宅介護支援事業所において、対象サービスを位置づけた居宅サービス計画件数が月平均10件以下の場合
  - (5) サービスの質が高いことにより特定の事業者に集中していると認められる計画数を除外して再計算すると80%以下となる場合
- 原則として、別添「サービスの質に係る判断基準」①～③の場合を指す。

### ※ 注意事項

80%を超えるに至ったことについて、正当な理由がある場合には、上記の該当する番号を算定記録の番号欄へ記入してください。

また、正当な理由の番号が(5)に該当する場合には、「計算式」等の添付書類を併せて提出する必要があります。添付書類の提出がない場合は、正当な理由としては認められませんので、ご注意ください。

### サービスの質に係る判断基準

①	<p>利用者から質が高いことを理由に当該サービスを利用したい旨の理由書の提出を受けている場合であって、地域ケア会議等で当該サービス計画についての意見・助言を受けている計画を除外し再計算すると80%以下となる場合</p>						
	<p>該当する場合、「計算式」及び「理由書一覧」(任意様式)を提出してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「理由書一覧」には、利用者名、法人名、事業所名、希望理由、理由書提出日、地域ケア会議等における意見・助言内容を記載してください。</li> <li>・理由書原本については、事業所保管にて提出不要です。別途実地指導等で確認する場合があります。</li> </ul>						
②	<p>紹介率最高法人の中で、下記いずれかの加算を届け出ている事業所を除外し再計算すると80%以下となる場合</p>						
	<table border="1"> <tr> <td>訪問介護</td> <td>特定事業所加算Ⅰ・Ⅱ</td> </tr> <tr> <td>通所介護</td> <td>サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)(ロ)③</td> </tr> <tr> <td>地域密着型通所介護</td> <td>サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)(ロ)③</td> </tr> </table>	訪問介護	特定事業所加算Ⅰ・Ⅱ	通所介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)(ロ)③	地域密着型通所介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)(ロ)③
	訪問介護	特定事業所加算Ⅰ・Ⅱ					
	通所介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)(ロ)③					
地域密着型通所介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ)(ロ)③						
<p>該当する場合、「計算式」を併せて提出してください。</p>							
③	<p>通所介護及び地域密着型通所介護について、個別機能訓練・栄養マネジメント・口腔機能向上の加算体制を全て届け出ている事業所において、いずれかの加算を位置付けている居宅サービス計画を除外し再計算すると80%以下となる場合</p>						
	<p>該当する場合、「計算式」を併せて提出してください。</p>						

【留意事項】

- (1) 判定期間中に加算体制の有無に変更が生じた場合は、該当にはなりません。
- (2) 監査や実地指導等で勧告等を受けたことがある事業所は上記の体制が整備されていたとしても該当しない場合があります。



# 見本

居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る算定記録

令和 年 月 日

藤岡市長

殿

特定事業所集中減算に係る算定結果が80%を超えたので、報告します。

法人名	
法人の所在地	
代表者の職・氏名	
印	
居宅介護支援事業所の名称	
事業所番号	1   0
事業所所在地	
管理者(担当者)名・電話番号	

判定期間	令和 元 年度	( (前期)・後期 )		3月	4月	5月	6月	7月	8月	計	平均	
		※該当する期間に〇を付けてください。	後期									前期
①居宅サービス計画の総数										0	####	
訪問介護	②訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数									0	A	####
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									0	B	
	紹介率最高法人の名称											
	住所											
	代表者名											
	事業所名 1											
事業所名 2												
④割合 (B÷A×100)										単位: %	#DIV/0!	
⑤80%を超えている場合の理由 (該当番号を記入すること)										番号:		
地域密着型通所介護	②通所介護及び地域密着型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数									0	A	####
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									0	B	
	紹介率最高法人の名称											
	住所											
	代表者名											
	事業所名 1											
事業所名 2												
④割合 (B÷A×100)										単位: %	#DIV/0!	
⑤80%を超えている場合の理由 (該当番号を記入すること)										番号:		
福祉用具貸与	②福祉用具貸与を位置付けた居宅サービス計画数									0	A	####
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数									0	B	
	紹介率最高法人の名称											
	住所											
	代表者名											
	事業所名 1											
事業所名 2												
④割合 (B÷A×100)										単位: %	#DIV/0!	
⑤80%を超えている場合の理由 (該当番号を記入すること)										番号:		

(注)

- ※1 前期とは、3月1日から8月末日まで、後期とは、9月1日から2月末日まで
- ※2 この書類は、80%超えなかった場合でも全ての居宅介護支援事業所が作成し、5年間保存してください。
- ※3 いずれかのサービスの割合が80%を超えている場合に、この書類を提出してください。
- ※4 正当な理由がある場合は、⑤の欄に番号を記載してください。無い場合は記載不要です。
- ※5 ⑤で選択した番号が(5)の場合は、添付書類を提出してください。
- ※6 減算の適用の有無が変更になる場合は、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」の提出も必要です。
- ※7 紹介率最高法人が3事業所以上の事業所を開設している場合は、紹介数の多い上位2事業所を記載してください。

# 見本

居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る算定記録

令和元年 9月 1日

藤岡市長 ○○ ○○ 殿

## 記入例



法人名	株式会社群馬介護センター										
法人の所在地	群馬県前橋市大手町一丁目1番1号										
代表者の職・氏名	代表取締役 群馬 太郎										
居宅介護支援事業所の名称	群馬介護センター藤岡										
事業所番号	1	0	0	0	2	4	1	1	1	1	
事業所所在地	群馬県藤岡市中栗須327番地										
管理者名・電話番号	藤岡 二郎										

判定期間	令和元年度	(前期・後期)		前期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計	平均	
		後期	9月	10月	11月	12月	1月	2月					
①居宅サービス計画の総数				72	65	66	72	60	75	410	68.33		
訪問介護	②訪問介護を位置付けた居宅サービス計画数			42	40	41	42	43	41	249	A	41.50	
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数			40	39	40	40	40	40	239	B		
	紹介率最高法人の名称	株式会社群馬介護プラン											
	住所	群馬県前橋市大手町一丁目1番3号											
	代表者名	群馬 三郎											
	事業所名1	介護センター藤岡											
	事業所名2	群馬介護サービス鬼石											
	④割合 (B÷A×100)											単位：%	96.0%
	⑤80%を超えている場合の理由 (該当番号を記入すること)											番号	1
	地域密着型通所介護	②通所介護及び地域密着型通所介護を位置付けた居宅サービス計画数			24	18	20	24	21	19	126	C	21.00
③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数				11	12	11	11	11	9	65	D		
紹介率最高法人の名称		株式会社群馬県介護ダイプラン											
住所		群馬県前橋市大手町一丁目1番4号											
代表者名		群馬 四郎											
事業所名1		ダイセンター藤岡											
事業所名2		介護ダイサービス鬼石											
④割合 (B÷A×100)												単位：%	51.6%
⑤80%を超えている場合の理由 (該当番号を記入すること)												番号	
福祉用具貸与		②通所リハビリテーションを位置付けた居宅サービス計画数			10	11	9	10	12	11	63	E	10.50
	③紹介率最高法人を位置付けた居宅サービス計画数			2	4	6	2	4	5	23	F		
	紹介率最高法人の名称	株式会社群馬介護レンタル											
	住所	群馬県前橋市大手町一丁目1番5号											
	代表者名	群馬 五郎											
	事業所名1	レンタルセンター藤岡											
	事業所名2	介護レンタル鬼石											
	④割合 (F÷E×100)											単位：%	36.6%
	⑤80%を超えている場合の理由 (該当番号を記入すること)											番号	

小数点第2位以下を切り上げて記入(自動計算)

通所介護と地域密着型通所介護を合算した居宅サービス計画数を記入



正当な理由番号(5)を選択した場合の計算式<参考様式>

(居宅介護支援事業所名: )

対象事業所名		サービス	
理由番号		<p>&lt;計算式&gt;</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; width: 200px; height: 100px; margin: 20px auto; text-align: center; font-size: 48px; font-weight: bold;">見 本</div> <p>&lt;再計算&gt;</p>	
対象事業所名		サービス	
理由番号		<p>&lt;計算式&gt;</p> <p>&lt;再計算&gt;</p>	

# 記載例

正当な理由番号(5)を選択した場合の計算式<参考様式>

(居宅介護支援事業所名:介護プラン藤岡)

対象事業所名	群馬介護センター藤岡	サービス	訪問介護
理由番号	5		
<b>&lt;計算式&gt;</b>			
訪問介護を位置づけた居宅サービス計画数		120 件	
紹介率最高法人を位置づけた計画数		107 件	
$107 \div 120 = 89.2 \%$		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px 5px; display: inline-block;">                     実際の紹介率を記載                 </div>	
うち特定事業所加算 I を届け出ている事業所を選択した計画数		65 件	
<b>&lt;再計算&gt;</b>			
$(107 - 65) \div (120 - 65) = 76.4\%$		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px 5px; display: inline-block;">                     再計算後の紹介率を記載                 </div>	
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">                     分母分子の双方から対象の計画数を差し引く                 </div>		<u>80%以下のため減算なし</u>	

居宅介護支援事業所 管理者 様

藤岡市長 ○ ○ ○ ○  
( 介 護 高 齢 課 )

特定事業所集中減算に係る算定記録の提出（令和〇年度〇期分）について

日ごろより介護保険行政の推進について御理解御協力を賜り深く感謝申し上げます。

さて、居宅介護支援事業所における「特定事業所集中減算」の該当の有無については半期ごとに判定する必要があります。

つきましては、令和〇年〇月～令和〇年〇月の居宅サービス計画に係る「居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る算定記録」を作成するとともに、算定結果が80%を超えた場合は、別紙「特定事業所集中減算に係る届出について」を参照の上、当課あて提出してください。

記

1. 提出書類 ①「居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る算定記録」

※なお、算定結果が1件のみ100%である場合も提出は必要です。

②正当な理由がない場合は、集中減算の対象となるため、「介護給付費算定に係る体制等一覧表」及び「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」も提出してください（前回から引き続き減算になる場合を除く）。

③算定結果が80%を超えた場合であって、正当な理由の番号5に該当する場合は「計算式」等の添付書類を併せて提出してください。

2. 提出期限 〇〇月〇〇日（ ）

3. その他

(1) 居宅介護支援事業所は、中立公正性を確保し、実質的にサービス提供事業所からの独立性を確保した上で、支援サービスを行うことが必要とされています。

(2) 今回の判定による減算適用期間は、令和〇年〇月分～令和〇年〇月分となります。

(3) 届出が必要ない場合であっても、特定事業所集中減算に係る算定記録を必ず作成し、5年間保存してください。

(4) 算定記録や計算式の様式及び記載例等は藤岡市HPからダウンロードしてください。

【HP掲載先アドレス】[http://www.city.fujioka.gunma.jp/kakuka/f\\_kaigo/kyotaku.html](http://www.city.fujioka.gunma.jp/kakuka/f_kaigo/kyotaku.html)

(藤岡市ホームページトップ→健康・福祉→介護保険→居宅介護支援事業者関係

→特定事業所集中減算（居宅介護支援）について（参考）)

事務担当：介護保険係 ○○

TEL：0274-40-2292

FAX：0274-40-2196

要介護認定有効期間の半数を超える短期入所サービスの利用に関する理由書

年 月 日

(あて先) 藤岡市長

見本

(申請者) 住所  
事業所名  
電話番号  
介護支援専門員

被保険者番号												被保険者氏名		
生年月日	明・大・昭			年			月			日		性別	男・女	
住所	藤岡市													
	TEL ( ) -													
認定有効期間				年			月			日	～	年	月	日
要介護度	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5													
利用施設名														
認定有効期間中の短期入所サービスの利用実績及び今後の利用予定														
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数														
累積利用日数														
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
利用日数														
累積利用日数														
被保険者の世帯構成	家族と同居 ・ 夫婦世帯 ・ ひとり暮らし その他 ( )													
有効期間の半数を超える利用を必要とする理由														
施設入所申し込み状況														
1. 現在入所を申し込んでいる														
ア. 介護老人福祉施設 イ. 介護老人保健施設 ウ. 介護療養型医療施設 エ. その他														
2. 申し込んでいない														
理由:														
市使用欄														
供覧 要指示	市長	副市長	部長	課長	係長	担当								
公開 ・ 非公開				開示 ・ 非開示								分類番号		

短期入所サービスは、要介護者の在宅生活を維持する観点から、連続した利用は30日までと制限されています。

※平成27年度の介護報酬改定により、連続30日を超えて同一の短期入所生活介護事業者においてサービスを利用している利用者については、減算の規定が設けられました。

また、介護支援専門員は、居宅サービス計画において短期入所サービスを位置づける場合にあっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用日数が、要介護認定等の有効期間全体のおおむね半数を超えないようにしなければならないとされています。(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条の21)

しかし、利用者の心身の状況及び本人、家族等の意向に照らし、サービスの利用が特に必要と認められる場合においては、これを上回る日数の短期入所サービスを位置づけることも可能であるとされています。

### 特に必要と認められる場合とは

#### ①連続30日を超える利用の例

- ・介護者の病気等で、一定期間介護者が不在になるが、状況回復により自宅に戻る場合
- ・入所、入居日等が決定しているが、短期間の待機があり、なおかつ自宅に戻ることが可能な場合 等

#### ②有効期間の半数を超える利用の例

- ・調整しながら利用していたが、結果的に半数を超えてしまう理由があった場合。
- ・入退院等で環境の調整が必要だった場合 等

藤岡市では、介護給付適正化の観点から、要介護認定の有効期間の半数を超えて短期入所サービスを利用する場合は、特に必要である理由を申し出てください。

①必要な書類は次のとおりです。

a 要介護認定の有効期間の半数を超える短期入所サービスの利用に関する理由書

b 居宅介護サービス計画書第1、2、4表の写し

#### ②提出時期

居宅サービス計画に有効期間の半数を超える利用を位置付けたとき

③要介護認定の有効期間が12ヵ月を超えている場合は、累積利用日数が6ヵ月を超える毎に提出してください。

なお、連続30日を超えて短期入所サービスを利用する場合の理由書の提出は必要ありませんが、サービス担当者会議で必要性を検討したうえで、記録を整備しておいてください。