

居宅介護支援事業者等 集団指導資料

平成 30 年度版

福岡県介護保険広域連合

居宅介護支援事業者等集団指導資料（平成 30 年度版）

目 次

【監査指導係】

福岡県介護保険広域連合ケアマネジメント基本方針.....	1 頁
居宅介護支援事業者等指導監督実施方針.....	2 頁
居宅介護支援事業者等の事業に関する事項.....	3 頁
・ 居宅介護支援事業所における基準	
・ 前年度における介護サービス事業者等の行政処分（福岡県内例）	
・ 福岡県介護保険広域連合における行政処分等の実施に関する基準	
規則第 2 条ただし書に関する取扱要綱について.....	3 3 頁
・ 地域密着型サービスの仕組みについて	
介護保険関連情報及びその他周知事項について.....	3 7 頁

【指定係】

福岡県介護保険広域連合居宅介護支援事業者等指定更新申請手続について	
.....	4 4 頁
指定更新時における留意点.....	4 6 頁
居宅介護支援事業者等の指定内容の変更等について.....	4 8 頁
介護報酬関係.....	4 9 頁

福岡県介護保険広域連合ケアマネジメント基本方針
(第7期介護保険事業計画期間)

平成30年9月1日

介護保険制度の基本理念は、「尊厳の保持」と「自立支援」である。保険給付は被保険者の選択に基づき、要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するように行われなければならないものであり、要支援者、要介護者の自立支援という理念に沿って検討されなければならないものである。

「ケアマネジメント」はこの基本理念を具現化していく重要な手法である。これは高齢者の状態像を適切に把握し自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものである。

そこで、福岡県介護保険広域連合におけるケアマネジメントの基本方針を下記のとおり定める。

記

1. 利用者の尊厳保持、自己決定に基づき、利用者の改善可能性、悪化防止の観点からケアマネジメントを行うこと。
2. 利用者の心身の状況、その置かれている環境に応じて、利用者の選択に基づき、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ケアマネジメントを行うこと。
3. 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービスが特定の種類又は指定居宅サービス事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立にケアマネジメントを行うこと。
4. 利用者の希望や課題分析の結果に基づき、広域連合及び市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、介護給付等対象サービス以外のサービスとの連携に努めること。

居宅介護支援事業者等指導監督実施方針

(1) 指導及び監査等の根拠

ア 指定居宅介護支援事業者

介護保険法（平成9年法律第123号）第83条

イ 指定介護予防支援事業者

介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の27

(2) 指導及び監査の対象

指定居宅介護支援事業者及び指定介護予防支援事業者

※当広域連合指定の全ての指定居宅介護支援事業者等に対して、6年のうち1回は実地指導を実施する

（指定更新前の現地調査・実地指導については実施するか今後検討）

(3) 目的

ア 介護保険法の規定に基づく適正な保険給付の確保

イ 事業に係る条例、規則、要綱及び基準（※）の遵守

※・「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年厚生労働省令第38号）」

・「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第37号）」

・「福岡県介護保険広域連合指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する条例（平成27年条例第1号）」

ウ 利用者本位のサービス提供の確保等の観点に立ち指導等を行う。なお、第7期介護保険事業計画の実施に伴い、その趣旨を踏まえた指導等を併せて行うものとする。

(4) 実施方法

ア 集団指導

広域連合内の指定居宅介護支援事業者及び指定介護予防支援事業者を対象に講習会形式で実施する。

イ 実地指導

介護保険等の理解、考え方等を周知し、介護報酬の誤った請求等の未然防止、利用者への適切な介護サービスの提供を図ることを目的として、事業者の育成の観点から必要な指導を行うものとする。

ウ 監査

※1 上記の指導等とは別に、訪問調査型ケアプラン点検事業等によりケアプランチェックを行う場合は、当広域連合より事業者等に通知し実施する

※2 業務管理体制については、今までどおり福岡県が監理する（変更等含む）

居宅介護支援事業に関する事項

1 介護保険法第 80 条（居宅介護支援の事業の基準）

事業者は、居宅介護支援の事業の運営に関する基準に従い、要介護者の心身の状況等に
応じて適切な居宅介護支援を提供するとともに、自らその提供する居宅介護支援の質の評
価を行うことその他の措置を講ずることにより常に居宅介護支援を受ける者の立場に立
ってこれを提供するように努めなければならない。

2 運営基準

(1) 運営基準の性格

- 基準は、事業の目的を達成するために必要な最低限度の基準である。
事業者は、基準を充足することで足りるとすることなく、常にその事業の運営の向
上に努めなければならない。
- 基準を満たさない場合は、指定を受けられない又は更新は受けられない。
- 運営開始後、基準違反が明らかになった場合には、市町村長は、
「① 相当の期限を定めて基準を遵守する勧告を行い、
② 相当の期限内に勧告に従わなかったときは、事業者名、勧告に至った経緯、当該
勧告に対する対応等を公表し、
③ 正当な理由無く、当該勧告に係る措置をとらなかったときは、相当の期限を定め
て当該勧告に係る措置をとよう命令する」ことができる。
なお、③の命令を行った場合には、事業者名、命令に至った経緯等を公表する。
また、③の命令に従わない場合には、当該指定を取り消すこと、又は取り消しを行
う前に相当の期間を定めて指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。
- ただし、次の場合には、基準に従った適正な運営ができなくなったものとして、
指定の全部若しくは一部の停止、又は直ちに指定を取り消すことができる。
 - ① 指定居宅介護支援事業者及びその従業者が、居宅サービス計画の作成又は変更
に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用さ
せることの対償として、当該居宅サービス事業者等から金品その他の財産上の
利益を収受したとき、その他の自己の利益を図るために基準に違反したとき
 - ② 利用者の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき
 - ③ その他①及び②に準ずる重大かつ明白な基準違反があったとき
- 特に、指定居宅介護支援の事業において、基準に合致することを前提に自由に事業
への参入を認めていること等にかんがみ、基準違反に対しては、厳正に対応すべきと
されている。

(2) 事業の基本方針

- 利用者が可能な限り、居宅において、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配慮すること。
～「在宅介護の重視」という介護保険制度の基本理念の実現
- 利用者の選択に基づく、多様な事業者からの総合的かつ効率的なサービス提供に配慮すること。
- 公正中立 に行うこと。： 特定のサービスや事業者に不当に偏しないこと。
- 市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の事業者、介護保険施設等との連携に努めること。

(3) 人員に関する基準

※用語の定義

①「常勤」

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従事者が勤務すべき時間数(週32時間を下回る場合は週32時間を基本とする)に達していることをいうものである。

ただし、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律(平成3年法律第76号)第23条第1項に規定する所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。

②「専らその職務に従事する」

原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいうものである。

① 介護支援専門員の員数

- 事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに必ず1人以上の介護支援専門員を常勤で置かなければならない。
- 常勤の介護支援専門員を置くべきこととしたのは、事業所の営業時間中は、介護支援専門員は常に利用者からの相談等に対応できる体制を整えている必要があるという趣旨である。

介護支援専門員がその業務上の必要性から、又は他の業務を兼ねていることから、当該事業所に不在となる場合であっても、管理者、その他の従業者等を通じ、利用者が適切に介護支援専門員に連絡が取れる体制としておく必要がある。

当該常勤の介護支援専門員の配置は、利用者の数35人に対して1人を基準とするものであり、利用者の数が35人又はその端数を増すごとに増員することが望ましい。

② 管理者

管理者は、主任介護支援専門員であって、専ら管理者の職務に従事する常勤の者でなければならない。ただし管理者がその管理する居宅介護支援事業所の介護支援専門員の職務に従事する場合及び同一敷地内にある他の事業所の職務に従事する場合は、必ずしも専ら管理者の職務に従事する常勤の者でなくても差し支えない。(その管理する指定

居宅介護支援事業所の管理に支障がない場合に限る)

なお、介護保険施設の常勤専従の介護支援専門員との兼務は認められない。

また、例えば、訪問系サービスの事業所において訪問サービスそのものに従事する従業者との兼務は一般的には管理者の業務に支障があると考えられるが、訪問サービスに従事する勤務時間が限られている職員の場合には、支障がないと認められる場合もありうる。また、併設する事業所に原則として常駐する老人介護支援センターの職員、訪問介護、訪問看護等の管理者等との兼務は可能と考えられる。

指定居宅介護支援事業所の管理者は、指定居宅介護支援事業所の営業時間中は、常に利用者からの利用申込等に対応できる体制を整えている必要があるものであり、管理者が介護支援専門員を兼務していて、その業務上の必要性から当該事業所に不在となる場合であっても、その他の従業者等を通じ、利用者が適切に管理者に連絡が取れる体制としておく必要がある。

なお、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。

(4) 運営に関する基準

① 内容及び手続の説明及び同意

- 事業者は、利用申込があった場合には、利用者又はその家族に対して、運営規程の概要・介護支援専門員の勤務体制・秘密の保持・事故発生時の対応・苦情処理の体制等、利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項を、説明書やパンフレット等の文書を交付して説明を行い、同意を得なければならない。

同意については書面によって確認することが望ましい。

- 居宅サービス計画は、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る。このため、指定居宅介護支援について利用者の主体的な参加が重要であり、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。

また、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ある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。

② 提供拒否の禁止

- 事業者は、正当な理由なく指定居宅介護支援の提供を拒んではならない。
(正当な理由の例)
 - ・ 事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合
 - ・ 利用申込者の居住地が事業所の通常の事業の実施地域外である場合
 - ・ 利用申込者が他の事業所にも併せて依頼を行っていることが明らかな場合

③ サービス提供困難時の対応

事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定居宅介護支援を提供することが困難であると認めた場合は、他の事業者の紹介、その他必要な措置を講じなければならない。

④ 受給資格等の確認

被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無、要介護認定の有効期間を確認するものとする。

⑤ 要介護認定の申請に係る援助

新規、更新の申請について、利用申込者の意思を踏まえ、必要な援助を行わなければならない。

⑥ 身分を証する書類の携行

事業者は、介護支援専門員に介護支援専門員証を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められた時は、これを提示すること。

⑦ 利用料等の受領

- 償還払いの場合の利用料と介護報酬により算定した額との間に、不合理な差額を設けてはならない。
- 通常の事業の実施地域以外の地域の居宅を訪問して指定居宅介護支援を実施する場合は、それに要した交通費の支払いを利用者から受けることができる。その場合は、あらかじめ利用者又はその家族に対して額等に関して説明を行い、利用者の同意を得なければならない。
- あいまいな名目による費用の支払いを受けることは認められない。

⑧ 保険給付の請求のための証明書の交付

利用者から利用料の支払いを受けた場合は、当該利用料の額等を記載した指定居宅介護支援提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。

⑨ 指定居宅介護支援の基本取扱方針

- 居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行うこと。
- 医療サービスとの連携に十分配慮して行うこと。

- 事業者は、自らその提供する居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

⑩ 指定居宅介護支援の具体的取扱方針（基準第3条）

指定居宅介護支援の具体的取扱方針は、利用者の課題分析、サービス担当者会議の開催、居宅サービス計画の作成、居宅サービス計画の実施状況の把握などの居宅介護支援を構成する一連の業務のあり方及び当該業務を行う介護支援専門員の責務を明らかにしたものである。

利用者の課題分析（第6号）から担当者に対する個別サービス計画の提出依頼（第12号）に掲げる一連の業務については、基準第1条の2に掲げる基本方針を達成するために必要となる業務を列記したものであり、基本的にはこのプロセスに応じて進めるべきものであるが、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、その場合にあっても、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計画を見直すなど、適切に対応しなければならない。

（1号）介護支援専門員による居宅サービス計画の作成

管理者は、居宅サービス計画の作成に関する業務の主要な過程を介護支援専門員に担当させること。

（2号）基本的留意点

- 居宅介護支援は、利用者及びその家族の主体的な参加及び自らの課題解決に向けての意欲の醸成と相まって行われることが重要。
- 介護支援専門員は、サービスの提供方法等について利用者及びその家族に理解しやすいように説明を行うことが肝要。

（3号）継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用

介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成又は変更に当たり、計画的に指定居宅サービス等の提供が行われるようにすることが必要であり、支給限度額の枠があることのみをもって、特定の時期に偏って継続が困難な、また必要性に乏しい居宅サービスの利用を助長することがあってはならない。

（4号）総合的な居宅サービス計画の作成

- 利用者の日常生活全般を支援する観点に立って作成されることが重要。
- 介護給付等対象サービス以外のサービス等も含めて居宅サービス計画に位置付けることにより総合的な計画となるよう努めること。

（例）

- ・ 市町村保健師等が居宅を訪問して行う指導・教育等の保健サービス
- ・ 老人介護支援センターにおける相談援助
- ・ 市町村施策（配食サービス、寝具乾燥サービス等）

- ・ 地域住民による見守り、配食、会食等の自発的な活動によるサービス
- ・ 精神科訪問看護等の医療サービス
- ・ はり師・きゅう師による施術
- ・ 保健師・看護師・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師による機能訓練

- 介護支援専門員は、利用者の希望や課題分析の結果を踏まえ、地域で不足していると思われるサービスについては、地域で提供されるよう関係機関等に働きかけることが望ましい。

(5号) 利用者自身によるサービスの選択

- 利用者によるサービスの選択に資するよう、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とともに、居宅サービス計画案を利用者に提示する際には、当該利用者が居住する地域の指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するもの。
- 特定の指定居宅サービス事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のサービスのみによる居宅サービス計画原案を最初から提示するようなことがあってはならない。
- 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。

(6号) 課題分析の実施

- 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に先立ち利用者の課題分析を行う。
- 課題分析とは、利用者の有する日常生活上の能力や利用者が既に提供を受けている居宅サービスや介護者の状況等、利用者を取り巻く環境等の評価を通じて利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題点を明らかにし、利用者が自立した生活が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こと。
- 課題分析は、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、利用者の課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならない。
- 国が示した23項目は具備すること。

「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成 11 年 11 月 12 日 老企第 29 号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）の別紙 4 の別添

（別添）

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日・住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目（※ 次ページ参照）
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目（※ 次ページ参照）
7	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
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	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

課題分析（アセスメント）に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起きあがり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収束癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

(参考) 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りも出来ない

認知症高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

(7号) 課題分析における留意点

- 介護支援専門員は、解決すべき課題の把握（アセスメント）に当たっては、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合を除き、必ず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。
～利用者やその家族との信頼関係・協働関係の構築、面接の趣旨の説明・理解
- アセスメントの結果について記録するとともに、当該記録は各指定権者が定める基準に沿って、5年間保存しなければならない。

(8号) 居宅サービス計画原案の作成

- 利用者の希望及び利用者についてアセスメントの結果による専門的見地に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における居宅サービス等が提供される体制を勘案した上で、最も適切なサービスの組合せを検討し、実現可能なものとする。
- 利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題を記載した上で、提供されるサービスの長期目標・それを達成するための短期目標・それらの達成時期、サービスの種類・内容・利用料、サービス提供上の留意事項を明確に盛り込むこと。
- 提供されるサービスの目標とは、利用者がサービスを受けつつ到達しようとする目標を指し、サービス提供事業者側の個別サービス行為を意味するものではない。
- 各事業所のサービス提供における留意点を認識すること。
・通所サービスにおいて、併設される医療機関への通院を一律に機械的に位置付けることは適切ではない。

(9号) サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

- 効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、各サービスが共通の目標を達成するために何ができるか等について、居宅サービス計画原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議の開催により利用者の状況等に関する情報を当該担当者と共有するとともに、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要。

また、やむを得ない理由がある場合については、照会等により意見を求めることができるものとしているが、この場合にも緊密に相互の情報交換を行うことにより、利用者の状況等についての情報や居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要がある。

なお、やむを得ない理由がある場合とは、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（以下「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のほか、開催の日程調整を行ったがサービス担当者の事由によりサービス担当者会議への参加が得られなかった場合等が、想定される。

また、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。

- サービス担当者会議の要点又は担当者への照会内容について記録するとともに、当該記録は各指定権者が定める基準に沿って、5年間保存しなければならない。

(10号) 居宅サービス計画の説明及び同意

- 居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に説明し、文書によって利用者の同意を得なければならない。
- 説明及び同意を要する居宅サービス計画原案とは、いわゆる居宅サービス計画書の第1表から第3表まで、第6表(利用票)及び第7表(別表)に相当するものすべてを指す。

(11号) 居宅サービス計画の交付

- 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、遅滞なく利用者及び担当者に交付しなければならない。
- 担当者に交付する際には、計画の趣旨及び内容等について十分説明し、各担当者との共有、連携を図った上で、各担当者が自ら提供する居宅サービスが当該計画における位置付けを理解できるように配慮する必要がある。
- 居宅サービス計画は各指定権者が定める基準に沿って、5年間保存しなければならない。

(12号) 担当者に対する個別サービス計画の提出依頼

- 居宅サービス計画と個別サービス計画との連動性を高め、居宅介護支援事業者とサービス提供事業者の意識の共有を図ることが重要であるため、担当者に居宅サービス計画を交付したときは、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の連動性や整合性について確認すること。
- なお、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性の確認については居宅サービス計画を担当者に交付したときに限らず、必要に応じて行うことが望ましい。さらに、サービス担当者会議の前に居宅サービス計画の原案を担当者に提供し、サービス担当者会議に個別サービス計画案の提出を求め、サービス担当者会議において情報の共有や調整を図るなどの手法も有効である。

(13号・13号の2) 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等

- 介護支援専門員は、居宅サービス計画作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握(モニタリング)を行い、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合

等、必要に応じて居宅サービス計画の変更、居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行う。

- 解決すべき課題の変化は、利用者に直接サービスを提供する居宅サービス事業者等により把握されることも多いことから、介護支援専門員は、各サービス担当者と緊密な連携を図り、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めなければならない。
- また、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、ここでの「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。

(14号) モニタリングの実施

介護支援専門員は、モニタリングに当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行わなければならない。

特段の事情がない限り、少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接を行い、かつ少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

- 特段の事情とは、利用者の事情により居宅訪問・面接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。
- 特段の事情については、具体的な内容を記録しておくことが必要。
- モニタリングの結果は各指定権者が定める基準に沿って、5年間保存しなければならない。

(15号) 居宅サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取

次の場合には、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、専門的な見地からの意見を求めること

- ・ 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場合

・ 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場合
ただし、やむを得ない理由がある場合については、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できる。

なお、ここでやむを得ない理由がある場合とは、開催の日程調整を行ったが、サー
ビス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合や居宅
サービス計画の変更から間もない場合で利用者の状態に大きな変化が見られない場合
等が想定される。

- サービス担当者会議の要点又は担当者への照会内容は、記録するとともに各指
定権者が定める基準に沿って、5年間保存しなければならない。居宅サービス計画
の変更の必要がない場合も同様。

(16号) 居宅サービス計画の変更

介護支援専門員は、居宅サービス計画を変更する際には、原則として、基準第 13
条第 3 号から第 12 号までに規定された居宅サービス計画作成に当たっての一連の業
務を行うことが必要である。

なお、利用者の希望による軽微な変更（例えばサービス提供日時の変更等で、介護
支援専門員が基準第 13 条第 3 号から第 12 号までに掲げる一連の業務を行う必要性が
ないと判断したもの）を行う場合には、この必要はないものとする。

ただし、この場合においても介護支援専門員が、利用者の解決すべき課題の変化に
留意することが重要であることは、同条第 13 号（⑬居宅サービス計画の実施状況等
の把握及び評価等）に規定したとおりであるので念のため申し添える。

(17号) 介護保険施設への紹介その他便宜の提供

(18号) 介護保険施設との連携：居宅における生活への円滑な移行

(18号の2) 居宅サービス計画の届出

訪問介護（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（生活援助が中心
である指定訪問介護に限る。以下この（18号の2）において同じ。）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（基準第 13 条第 18 号の 2
により厚生労働大臣が定める回数をいう。以下同じ。）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
（（16号）における軽微な変更を除く。）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、基準第 13
条第 18 号の 2 については、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。

※参照 P 8 5 「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

(19号・19号の2・20号) 主治の医師等の意見等

訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）及び看護小規模多機能型居宅介護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）を居宅サービス計画に位置付ける場合には、主治の医師等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。このため、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。

なお、医療サービス以外の指定居宅サービス等を居宅サービス計画に位置付ける場合にあって、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、介護支援専門員は、当該留意点を尊重して居宅介護支援を行うものとする。

【参考】

医療保険と介護保険の調整については、平成30年3月30日付保医発0330第2号（「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について：厚生労働省保険局医療課長通知）により改正がなされていますので注意してください。

※1 訪問看護における医療保険との関連

基本的に介護保険優先。ただし末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病等、又は特別指示書の交付があった場合（交付の日から14日間を限度）は、医療保険の給付対象となる。

※2 精神科訪問看護における医療保険との関連

※平成 30 年 3 月 30 日付通知の変更点を抜粋

7 精神科訪問看護・指導に関する留意事項について

精神疾患を有する患者であり、精神科訪問看護指示書が交付された場合は、要介護被保険者の患者であっても算定できる。ただし、認知症が主傷病である患者（精神科在宅患者支援管理料を算定する者を除く。）については算定できない。

8 訪問看護等に関する留意事項について

（１）訪問看護基本療養費は、要介護被保険者等である患者については精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）以外を除き、原則としては算定できないが・・・

別紙 1

1. 入院中の患者以外の患者				
I 012 精神科訪問看護・指導料 （Ⅰ）及び（Ⅲ） 01-2 精神科訪問看護基本療養費 （Ⅰ）及び（Ⅲ）	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等 （短期入所生活・療養介護を受けているものを除く）	小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る）	認知症対応型グループホーム	特定施設
				外部サービス利用型
	○ ※9	○ ※9及び※14	○ ※9	

※9 認知症でない患者に限る。（ただし、精神科重症早期集中支援管理料を算定する患者にあってはこの限りではない。）

※14 当該患者によるサービス利用前 30 日以内に患家を訪問し、精神科訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、利用開始後 30 日までの間、算定することができる。

(21 号) 短期入所生活介護及び短期入所療養介護の居宅サービス計画への位置付け

短期入所サービスは、利用者の自立した日常生活の維持のために利用されるものであり、指定居宅介護支援を行う介護支援専門員は、短期入所サービスを位置付けるサービスの計画の作成に当たって、利用者にとってこれらの居宅サービスが在宅生活の維持につながるように十分に留意しなければならないこと。

短期入所サービスの利用日数に係る「要介護認定のおおむね半数超えない」という目安については個々の利用者の心身状況やその置かれている環境等の適切な評価に基づき、在宅生活の維持の必要性に応じて弾力的に運用することが可能であり、要介護認定の有効期間の半数の日数以内であるかについて機械的な適用を求めるものではない。

従って、利用者の心身の状況及び本人、家族等の意向に照らし、この目安を超えて短期入所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サービスを居宅サービスに位置づけることも可能であること。

(22号・23号) 福祉用具貸与及び特定福祉用具販売の居宅サービス計画への反映

介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与及び福祉用具販売を位置付ける場合は、サービス担当者会議を開催し、当該計画に福祉用具貸与及び福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

なお、福祉用具貸与については、居宅サービス計画作成後、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催して、利用者が継続して福祉用具貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取するとともに検証し、継続する場合には、その理由を再び居宅サービス計画に記載しなければならない。

※留意事項

(ア)

介護支援専門員は、要介護1（以下「軽度者」）の利用者の居宅サービス計画に指定福祉用具貸与を位置付ける場合には、「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」（平成27年厚生労働省告示第94号）第31号のイで定める状態像の者であることを確認するため、当該軽度者の「要介護認定等基準時間の推計の方法」別表第1の調査票について必要な部分の写しを市町村から入手しなければならない。ただし当該軽度者がこれらの結果を介護支援専門員へ提示することに同意していない場合は、調査票の写しを本人に情報開示させ、それを入手しなければならない。

【参考】別に厚生労働大臣が定める者（第94号告示第31号のイ）

次に掲げる福祉用具の種類に応じ、それぞれ次に掲げる者

（1）車いす及び車いす付属品 次のいずれかに該当する者

（一）日常的に歩行が困難な者

（二）日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者

（2）特殊寝台及び特殊寝台付属品 次のいずれかに該当する者

（一）日常的に起き上がりが困難な者

（二）日常的に寝返りが困難な者

（3）床ずれ防止用具及び体位変換器

日常的に寝返りが困難な者

（4）認知症老人徘徊感知機器 次のいずれにも該当する者

（一）意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者

（二）移動において全介助を必要としない者

（5）移動用リフト（つり具の部分を除く。） 次のいずれかに該当する者

（一）日常的に立ち上がりが困難な者

（二）移乗が一部介助又は全介助を必要とする者

（三）生活環境において段差の解消が必要と認められる者

（6）自動排泄処理装置 次のいずれにも該当する者

（一）排便が全介助を必要とする者

（二）移乗が全介助を必要とする者

※自動排泄装置については要介護1から要介護3の者をいう

(イ)

介護支援専門員は、当該軽度者の調査票の写しを指定福祉用具貸与事業者へ提示することに同意を得たうえで、市町村より入手した調査票の写しについて、その内容が確認できる文書を指定福祉用具貸与事業者へ送付しなければならない。

(ウ)

介護支援専門員は、当該軽度者が「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年老企第36号)の第二の9(2)①ウの判断方法による場合については、福祉用具の必要性を判断するため、利用者の状態像が、同i)からiii)までのいずれかに該当する旨について、主治医意見書による方法のほか、医師の診断書又は医師から所見を聴取する方法により、当該医師の所見及び医師の名前を居宅サービス計画に記載しなければならない。この場合において、介護支援専門員は、指定福祉用具貸与事業者より、当該軽度者に係る医師の所見及び医師の名前について確認があったときには、利用者の同意を得て、適切にその内容について情報提供しなければならない。

【参考】(平成12年老企第36号)の第二の9(2)①ウi)～iii)

- 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、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者
(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、短期間のうちに利用者等告示第31号のイに該当するに至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利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる者
(例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)

(24号) 認定審査会意見等の居宅サービス計画への反映

(25号) 指定介護予防支援事業者との連携

(26号) 指定介護予防支援業務の受託に関する留意点

指定居宅介護支援事業者は、指定介護予防支援業務を受託するに当たっては、その業務量を勘案し、指定介護予防支援業務を受託することによって、当該指定居宅介護支援事業者が本来行うべき指定居宅介護支援業務の適正な実施に影響を及ぼす事がないよう配慮しなければならない。

(27号) 地域ケア会議への協力

地域ケア会議は個別ケースの支援内容の検討を通じて、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援、高齢者の実態把握や課題解決のための

地域包括支援ネットワークの構築及び個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握を行うことなどを目的としていることから、指定居宅介護支援事業者は、その趣旨・目的に鑑み、より積極的に協力することが求められる。そのため、地域ケア会議から個別のケアマネジメントの事例の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

⑪ 法定代理受領サービスに係る報告：給付管理票

⑫ 利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付

- ・ 事業者変更の場合
- ・ 要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合
- ・ 利用者からの申し出があった場合

⑬ 利用者に関する市町村への通知：不正な保険給付の受給

⑭ 管理者の責務

- 事業所の介護支援専門員その他の従業者の管理、指定居宅介護支援の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他管理を一元的に行わなければならない。
- 事業所の従業者に運営基準を遵守させるために必要な指揮命令を行うものとする。

⑮ 運営規程

- 事業の目的及び運営の方針
- 職員の職種、員数及び職務内容
介護支援専門員とその他の職員に区分し、員数及び職務内容を記載のこと
- 営業日及び営業時間
- 指定居宅介護支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額
利用者の相談を受ける場所、課題分析の手順等を記載すること
- 通常の事業の実施地域
 - ・ 客観的にその区域が特定されるものとする
 - ・ 利用申込みに係る調整等の観点からの目安であり、当該地域を越えて指定居宅介護支援が行われることを妨げるものではない。
- その他運営に関する重要事項

⑯ 勤務体制の確保

- 事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、介護支援専門員については、日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等を明確にすること。
- 勤務の状況等は管理者が管理する必要がある、当該事業所の業務として一体的に管理されることが必要。
- 事業者は、事業所ごとに、事業所の介護支援専門員に指定居宅介護支援の業務を担当させること。
- 事業者は介護支援専門員の資質の向上を図る研修の機会を確保すること。

⑰ 設備及び備品等

- 必要な事務室・設備・備品等を確保すること。
- 相談やサービス担当者会議等に対応するための、利用しやすいスペースを確保すること。

⑱ 従業員の健康管理

- 事業者は介護支援専門員の清潔の保持及び健康状態について、管理すること。

⑲ 掲示

- 事業者は、事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、介護支援専門員の勤務体制、その他利用申込者のサービスの選択に資する重要事項を掲示すること。

⑳ 秘密保持

- 介護支援専門員その他の従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- 事業者は、介護支援専門員その他の従業者が、従業者でなくなった後においても利用者・家族の秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時に取り決め、例えば違約金について定める等の措置を講ずるべきものであること。
- 事業者は、サービス担当者会議等において、利用者・家族の個人情報を用いる場合は、利用者及びその家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

㉑ 広告：内容が虚偽又は誇大なものであってはならない

㉒ 居宅サービス事業者等からの利益收受の禁止等

- 事業者及び管理者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、介護支援専門員に対して、利益誘導のために、特定の居宅サービス事業者等によるサービスを位置付ける旨の指示等を行ってはならない。
例) 居宅介護支援の加算を得るために、解決すべき課題に即さない居宅サービス計画に位置付けることはあってはならない。
- 介護支援専門員は、利用者に、利益誘導のために、特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行ってはならない。(上記例参照)
- 事業者及びその従業者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、当該居宅サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

㉓ 苦情処理

- 事業者は、自ら提供した居宅介護支援又は居宅サービス計画に位置付けたサービスに対する利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応しなければならない。
- 事業者は、苦情の内容を踏まえサービスの質の向上に向けた取組を自ら行うべきである。
- 事業者は、苦情を受け付けた場合は、当該苦情の内容等を記録しなければならない。
- 事業者は、市町村からの文書・物件の提出・提示の求め、又は質問・照会に応じ、

及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合には、必要な改善を行わなければならない。

- 市町村からの求めがあった場合には、改善の内容を報告しなければならない。
- 事業者は、居宅サービス計画に位置付けたサービス、又は指定地域密着型サービスに対する苦情の国民健康保険団体連合会への申立てに関して、利用者に対し必要な援助を行わなければならない。
- 事業者は、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、そこから指導・助言を受けた場合には、必要な改善を行わなければならない。
- 国民健康保険団体連合会から求めがあった場合には、改善の内容を報告しなければならない。
- 事業者は、相談窓口連絡先や苦情処理の体制・手順等、苦情を処理するために講ずる措置の概要を、事業所に掲示するべきものである。

②④ 事故発生時の対応

- 事業者は、事故が発生した場合には、速やかに市町村・利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- 事業者は、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録しなければならない。
- 賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。
- 事故発生時の対応方法を定めておくこと。
- 損害賠償保険に加入すること、又は賠償資力を有すること。
- 事故発生については、原因を解明し、再発防止の対策を講じること。

②⑤ 会計の区分

- 事業者は、事業所ごとに経理を区分するとともに、指定居宅介護支援の事業の会計とその他の事業の会計とを区分しなければならない。

②⑥ 記録の整備

- 事業者は、従業者、設備、備品、会計に関する記録を整備しなければならない。
- 事業者は、次の書類を整備し、請求に係るものに関しては5年間、それ以外のものに関しては2年間保存しなければならない。
 - ・ 指定居宅サービス事業者等との連絡調整に関する記録
 - ・ 個々の利用者ごとに次の事項を記載した居宅介護支援台帳
 - ┌ 居宅サービス計画
 - ├ アセスメントの結果の記録
 - ├ サービス担当者会議等の記録
 - └ モニタリングの結果の記録
 - ・ 市町村への通知に係る記録
 - ・ 苦情の内容等の記録
 - ・ 事故の状況及び事故に際して採った処置の記録

介護サービス事業者等の行政処分（福岡県内）

平成27年度

取消年月日	平成28年3月24日
処分内容	<u>1 指定訪問看護・指定介護予防訪問看護</u> 指定居宅サービス事業所の指定取消し及び指定介護予防サービス事業所の指定取消し <u>2 指定訪問介護・指定介護予防訪問介護</u> 指定居宅サービス事業所の指定取消し及び指定介護予防サービス事業所の指定取消し
行政庁	福岡県知事
サービスの種別	訪問看護・介護予防訪問看護、訪問介護・介護予防訪問介護
指定取消事由	<u>1 指定訪問看護・指定介護予防訪問看護</u> (1) 運営基準違反（法第77条第1項第4号） 営業時間中に事業所が閉鎖されており、職員が勤務していなかった。 (2) 報告等違反（法第77条第1項第8号） ・日時を事前通知した上で、事業所を訪問したが、入口が施錠され、従業員の対応がなく検査ができなかった。 ・代表者に対し、日時を指定して出頭を求めたが、これに応じなかった。 (3) 変更の届出等義務違反（法第77条第1項第10号） ・管理者が退職しているにもかかわらず、変更の届出を行っていない。 ・居宅サービス事業及び介護予防サービス事業を実施していないにもかかわらず、廃止又は休止の届出を行っていない。 <u>2 指定訪問介護・指定介護予防訪問介護</u> (1) 運営基準違反（法第77条第1項第4号） 営業時間中に事業所が閉鎖されており、職員が勤務していなかった。 (2) 報告等違反（法第77条第1項第8号） ・日時を事前通知した上で、事業所を訪問したが、入口が施錠され、従業員の対応がなく検査ができなかった。 ・代表者に対し、日時を指定して出頭を求めたが、これに応じなかった。 (3) 変更の届出等義務違反（法第77条第1項第10号） ・管理者が退職しているにもかかわらず、変更の届出を行っていない。 ・居宅サービス事業及び介護予防サービス事業を実施していないにもかかわらず、廃止又は休止の届出を行っていない。

平成28年度

処分年月日	平成28年12月28日
処分内容	<u>1 指定訪問介護・指定介護予防訪問介護・指定第一号訪問事業所</u> 指定居宅サービス事業所の指定取消し、指定介護予防サービス事業所の指定取消し及び指定第一号訪問事業所の指定取消し <u>2 指定通所介護・指定介護予防通所介護・指定第一号通所事業所</u> 指定居宅サービス事業所の指定取消し、指定介護予防サービス事業所の指定取消し及び指定第一号通所事業所の指定取消し

	<u>3 指定居宅介護支援</u> 指定居宅介護支援事業所の指定取消し
行政庁	北九州市長
サービスの種別	訪問介護・介護予防訪問介護・第一号訪問、通所介護・介護予防通所介護・第一号通所、居宅介護支援
処分事由	<u>1 指定訪問介護・指定介護予防訪問介護・指定第一号訪問事業所</u> (1) 不正請求（法第77条第1項第6号） ・既に退職している訪問介護員が、その後もサービス提供を行っているが、この者が他事業所において勤務している日にもかかわらず、サービス提供記録を作成して不正な報酬請求を行った。 (2) 虚偽の報告（法第77条第1項第7号） ・訪問介護員が既に退職しているにもかかわらず、法に基づく報告又は帳簿書類の提出若しくは提示を命ぜられた際、勤務実態とは異なる虚偽の人事関係書類を作成して、その報告をした。また、人員配置に当たり、他事業所の従業員を常勤の訪問介護員として配置しているかのように装うため、法に基づく報告又は帳簿書類の提出若しくは提示を命ぜられた際、勤務実態とは異なる虚偽の人事関係書類を作成して、その報告をした。 (3) 虚偽の答弁（法第77条第1項第8号） ・人員配置に当たり、他事業所の従業員を常勤の訪問介護員として配置しているかのように装うため、法に基づく質問に対して虚偽の答弁をした。 (4) 不正の手段による指定更新（法第77条第1項第9号） ・指定更新に当たり、配置していない訪問介護員を配置しているかのように装うため、虚偽の人事関係書類を作成して、指定更新を受けた。 <u>2 指定通所介護・指定介護予防通所介護・指定第一号通所事業所</u> (1) 不正請求（法第77条第1項第6号） ・居宅介護サービス費の請求に関し、看護職員のうち1名を配置せず、人員基準違反（人員基準欠如）の状態で運営を行っているが、これに伴う介護報酬の減算を行わずに不正な報酬請求を行った。 (2) 虚偽の報告（法第77条第1項第7号） ・法に基づく報告又は帳簿書類の提出若しくは提示を命ぜられた際に、看護職員のうち1名を配置していないにもかかわらず、配置しているかのように装うため虚偽の人事関係書類を作成し、報告をした。 (3) 虚偽の答弁（法第77条第1項第8号） ・法に基づく質問に対して、看護職員のうち1人を配置していないにもかかわらず、勤務している旨の虚偽の答弁をした。 (4) 不正の手段による指定更新（法第77条第1項第9号） ・指定更新に当たり、勤務していない看護職員と介護職員を配置しているかのように装うため、虚偽の人事関係書類を作成して、指定更新を受けた。 <u>3 指定居宅介護支援</u> (1) 不正又は著しく不当な行為（法第84条第1項第11号） ・居宅介護サービス費の不正な請求事務を法人役員でもある介護支援専門員が認識しながら、給付管理を行い、事業所に対して適切な請求を指示せずに不正請求を幫助した。

平成29年度

処分年月日	平成29年5月1日
処分内容	<u>1 指定通所介護・指定介護予防通所介護・指定第一号通所事業所</u> 指定居宅サービス事業所の指定取消し、指定介護予防サービス事業所の指定取消し及び指定第一号訪問事業所の指定取消し <u>2 指定訪問介護・指定介護予防訪問介護・指定第一号訪問事業所</u> ・指定居宅サービス事業所の指定取消し、指定介護予防サービス事業所の指定取消し及び指定第一号通所事業所の指定取消し
行政庁	北九州市長
サービスの種別	通所介護・介護予防通所介護・第一号通所、訪問介護・介護予防訪問介護・第一号訪問
処分事由	<u>1 指定通所介護・指定介護予防通所介護・指定第一号通所事業所</u> (1) 不正請求（法第77条第1項第6号及び第115条の9第1項第5号） ・看護職員の配置基準を満たさない（人員基準欠如）の状態で運営を行っていたが、これに伴う介護報酬の減算を行わずに不正な報酬請求を行った。 (2) 不正な手段による指定（法第77条第1項第9号及び第115条の9第1項第8号） ・新規指定申請にあたり、実際には勤務する予定のない介護職員をあたかも配置する予定であるかのように装うため、虚偽の人事関係書類を作成し、その提出により指定を受けた。 (3) 法令違反（法第115条の45の9第6号） ・指定第一号通所事業所と一体的にサービス提供を行うことができる指定通所介護事業所、指定介護予防通所介護事業所において、上記のとおり不正が行われていた。 <u>2 指定訪問介護・指定介護予防訪問介護・指定第一号訪問事業所</u> (1) 不正請求（法第77条第1項第6号） ・住宅型有料老人ホームの入居者に対して、訪問介護サービスを提供していないにもかかわらず、訪問介護サービスを提供したとする虚偽のサービス提供記録を作成し、不正な報酬請求を行った。 (2) 虚偽の報告（法第77条第1項第7号） ・法に基づく報告又は帳簿書類の提出若しくは提示を命ぜられた際に、訪問介護サービスを提供していないにもかかわらず、虚偽のサービス提供記録を作成して、その報告をした。 (3) 虚偽の答弁（法第77条第1項第8号） ・法に基づく質問に対して、訪問介護サービスを提供していないにもかかわらず、サービス提供を行った旨の虚偽答弁を行った。 (4) 法令違反（法第115条の9第1項第9号及び法第115条の45の9第6号） ・指定介護予防訪問介護事業所及び指定第一号訪問事業所と一体的にサービス提供を行うことができる指定訪問介護事業所、指定介護予防訪問介護事業所において、上記のとおり不正が行われていた。

処分年月日	平成29年8月1日
処分内容	指定の一部効力の停止（新規利用者受入停止 3か月）
行政庁	北九州市長
サービスの種別	小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護
処分事由	(1) 人格尊重義務違反（法第78条の10第6号） ・管理者の利用者に対する経済的虐待（利用者の預貯金を盗む）があった。 (2) 法令違反（法第115条の19第11号） ・指定地域密着型介護予防サービス事業所と一体的にサービス提供を行っている指定地域密着型サービス事業所において、上記のとおり、法令違反があった。

処分年月日	平成29年11月27日
処分内容	指定居宅サービス事業所の指定取消し及び指定介護予防サービス事業所の指定取消し
行政庁	北九州市長
サービスの種別	訪問介護、介護予防訪問介護
処分事由	(1) 不正請求（法第77条第1項第6号） ・具体的なサービス提供記録がないにもかかわらず、介護報酬を不正に請求して受領した。 (2) 虚偽の報告（法第77条第1項第7号） ・不正請求を隠蔽するために、過去のサービス提供記録を作成している状況を現認した。 (3) 不正の手段による指定（法第77条第1項第9号及び法第115条の9第1項第8号） ・新規指定申請にあたり、当初勤務予定であった訪問介護員の辞退により人員配置を満たさなくなったことを認識していながら、虚偽の人事関係書類を提出して指定を受けた。 (4) 人員基準違反（法第77条第1項第3号及び法第115条の9第1項第2号） ・指定当初から常勤かつ専従のサービス提供責任者を配置しておらず、常勤換算方法で、2.5以上の訪問介護員等を配置していないなど、従業員の人員について条例で定める員数を満たしていなかった。 (5) 法令違反（法第115条の9第1項第9号） ・指定介護予防訪問介護事業所と一体的にサービス提供を行うことができる指定訪問介護事業所において、上記のとおり、不正が行われていた。

処分年月日	平成30年1月26日
処分内容	1 指定訪問介護・指定介護予防訪問介護 指定居宅サービス事業所の指定取消し、指定介護予防サービス事業所の指定取消し 2 指定訪問看護・指定介護予防訪問看護 指定居宅サービス事業所の指定取消し、指定介護予防サービス事業所の指定取消し
行政庁	北九州市長
サービスの種別	訪問介護・介護予防訪問介護、訪問看護・介護予防看護介護
処分事由	1 指定訪問介護・指定介護予防訪問介護 (1) 不正請求（法第77条第1項第6号） ・実際には勤務していない訪問介護員が、あたかもサービス提供を行ったかのように装って、サービス提供記録を作成し、不正な報酬請求を行った。 (2) 虚偽の報告（法第77条第1項第7号及び第115条の9第1項第6号） ・法に基づく報告又は帳簿書類の提出若しくは提示を命じられた際に、実際には勤務していない訪問介護員が、あたかも勤務しているかのように装うため、虚偽の人事関係書類を作成し、その報告をした。 (3) 虚偽の答弁（法第77条第1項第8号及び法第115条の9第1項第7号） ・法に基づく質問に対して、訪問介護員が実際には勤務していないにもかかわらず、勤務している旨の虚偽の答弁を行った。 (4) 法令違反（法第115条の9第1項第9号） ・指定介護予防サービス事業者と一体的にサービス提供を行うことができる指定居宅サービス事業者において、上記のとおり不正が行われていた。 2 指定訪問看護・指定介護予防訪問看護 (1) 不正請求（法第77条第1項第6号） ・実際には勤務していない訪問看護員が、あたかもサービス提供を行ったかのように装って、サービス提供記録を作成し、不正な請求を行った。 (2) 虚偽の報告（法第77条第1項第7号及び法第115条の9第1項第6号） ・法に基づく報告又は帳簿書類の提出若しくは提示を命ぜられた際に、実際には勤務していない訪問看護員が、あたかも勤務しているかのように装うため、虚偽の人事関係書類を作成し、その報告をしたため。 (3) 虚偽の答弁（法第77条第1項第8号及び法第115条の9第1項第7号） ・法に基づく質問に対して、訪問看護員が勤務していないにもかかわらず、勤務している旨の虚偽の答弁を行った。 (4) 不正の手段による指定（法第77条第1項第9号及び法第115条の9第1項第8号） ・新規指定にあたり、人員配置基準を満たしていないことを認識していたにもかかわらず、あたかも人員配置基準を満たしているかのように装うため、虚偽の人事関係書類を作成し、その提出により新規指定を受けた。 (5) 法令違反（法第115条の9第1項第9号） ・指定介護予防訪問看護事業所と一体的にサービス提供を行うことができる指定訪問看護事業所において、上記のとおり不正が行われていた。

指定の取消し（介護保険法第 84 条）

市町村長は、次のいずれかに該当する場合においては指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部効力を停止することができる。

- ア 事業者が、基準に定める介護支援専門員の人員を満たすことができなくなったとき
- イ 事業者が、運営に関する基準に従って適正な事業の運営をすることができなくなったとき
- ウ 要介護者の人格を尊重し、忠実に職務を遂行する義務に違反したと認められるとき
- エ 要介護認定等の調査の委託を受けた場合、調査の結果について虚偽の報告をしたとき
- オ 居宅介護サービス計画費・居宅支援サービス計画費の請求に不正があったとき
- カ 市町村長から求められた報告、帳簿書類の提出等
に従わず、又は虚偽の報告をしたとき
- キ 市町村長から求められた出頭に応じない、質問に答弁しない、虚偽の答弁をする、
帳簿書類の検査を拒む・妨げる等のとき
- ク 不正の手段により指定を受けたとき
- ケ この法律やその他保健医療若しくは福祉に関する法律で、政令で定めるもの又はこれらの法律に基づく命令若しくは処分に違反したとき
- コ 居宅サービス等に関し、不正又は著しく不当な行為をしたとき
- サ 指定居宅介護支援事業者の役員等のうちに、指定の取消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止をしようとするとき前 5 年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者があるとき

福岡県介護保険広域連合における行政処分等の実施に関する基準

(目的)

第1条 この基準は、介護保険法（平成9年12月17日法律第123号）に規定する勧告、命令、指定の全部又は一部の効力の停止及び指定の取消し（以下「行政処分等」という。）等を行う場合の事務手続きを明確にし、行政処分等の手続きの公平性を確保するとともに透明性の向上を図り、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者、指定介護予防支援事業者、第一号通所事業者及び第一号訪問事業者（以下「サービス事業者等」という。）に対して、この基準に従い行政処分等を行うことにより、給付適正化を厳格に推進するとともに、利用者保護に資することを目的とする。

(行政処分等の是非)

第2条 介護保険法に基づき実地検査を行った場合は、その結果の内容を精査したうえ、別紙1もしくは別紙2の基準に従い行政処分等の是非を判断することとする。なお、高齢者虐待等に係る実地検査を行った場合は、実地検査の結果及び市町村で実施された虐待ケース会議の結果を照らし合わせたうえで個別に判断することとする。

(行政処分等の種別ごとの運用等)

第3条 第2条の手法により、行政処分等を行うことが適当であると判断した場合は、行政処分等の種別ごとに、以下のとおり運用することとする。

(1) 改善勧告

改善勧告をサービス事業者等に行う際は、基準を遵守すべきことを勧告し、期限を定め文書により改善結果の報告を求めることとする。福岡県介護保険広域連合が改善結果の報告を受けた際に、改善状況を確認することが必要だと判断した場合は、実地指導等により確認することができることとする。勧告を受けたサービス事業者等において、期限内にこれに従わなかった場合は、その旨を公表することができるものとする。

(2) 改善命令

改善勧告を受けたサービス事業者等が正当な理由なく、その勧告に係る措置を取らなかった場合で必要があると認めるときは、期限を定めて、その勧

告に係る措置をとるよう命じることができる。広域連合長は、改善命令を行ったときは、その旨を公示し当該情報を公表することとする。

(3) 指定の全部又は一部の効力の停止もしくは指定の取消

改善命令を受けたサービス事業者等が正当な理由なく、定められた期限内にその命令に係る措置を取らなかった場合は、その状況を精査し期間を定めて指定の全部又は一部の効力の停止もしくは指定の取消を行うことができるものとする。広域連合長は、指定の全部又は一部の効力の停止もしくは指定の取消を行ったときは、その旨を公示し当該情報を公表することとする。

(行政処分等の手続き)

第4条 行政処分等の手続きは、次に掲げる各号により実施する。

(1) 趣旨

広域連合長が行政処分等を行うときは、この基準、行政手続法（平成5年11月12日法律第88号）、福岡県介護保険広域連合行政手続条例（平成19年7月26日条例第12号）並びに福岡県介護保険広域連合聴聞及び弁明の機会の付与に関する規則（平成19年7月26日規則第10号）の規定により行う。

(2) 手続きの開始

広域連合長は、介護報酬の不正請求、不適切なサービスの提供等がみとめられたとき、もしくは、その他広域連合長が必要と認めるときは、行政処分等の手続きを開始し、その事案の調査結果の内容を記載した監査調書等を作成する。

(3) 聴聞及び弁明の機会の付与

行政処分等を行うときは、次のいずれかの方法によりサービス事業者等の意見陳述の機会を設けることとする。

ア 指定の全部又は一部の効力の停止もしくは指定の取消を行うときは、聴聞を行う。

イ 上記以外の場合においては、必要に応じ弁明の機会を設ける。ただし、公益上、緊急に不利益処分をする必要がある場合や、課される義務の内容が著しく軽微なものであるため名宛人となるべき者の意見をあらかじめ聴くことを要しないものとして行政手続法施行令（平成6年8月5日政令第265号）で定める処分をしようとするときは、この規定は適用しない。

(4) 聴聞

聴聞は、福岡県介護保険広域連合行政手続条例第19条により選任されたものが主宰し、聴聞を行うにあたっては、福岡県介護保険広域連合行政手続条例並びに福岡県介護保険広域連合聴聞及び弁明の機会の付与に関する規則に基づき行う。

(5) 弁明

弁明は、当事者が弁明を記載した書面を提出して行うものとする。弁明の機会を設けるときは、弁明書の提出期限の2週間前までに、当事者に対し弁明の機会の付与通知書を交付し行う。弁明の機会を付与するにあたっては、福岡県介護保険広域連合行政手続条例並びに福岡県介護保険広域連合聴聞及び弁明の機会の付与に関する規則に基づき行う。

(行政処分等の決定)

第5条 行政処分等の決定に当たっては、聴聞の結果又は弁明書の内容を十分に考慮したうえ、行うこととする。行政処分等を行うことを決定したときは、サービス事業者等に対し行政処分等の内容、根拠条項及び行政処分等を行う理由を明記した行政処分通知書を交付する。

(審査請求の制限)

第6条 行政手続法第27条により、聴聞の規定に基づく処分については、審査請求をすることができない。

(関係機関への通知)

第7条 広域連合長は、指定の全部又は一部の効力の停止もしくは指定の取消を行ったときは、厚生労働省、福岡県、関係市町村及び福岡県国民健康保険団体連合会等に通知する。

①不正請求等による行政処分等基準

別紙1

I 利用者被害・公益侵害の程度		基準値	点数	採点	備考
(1) 違法行為	架空請求		4点		※複数に当てはまる場合は高いものとする
	水増請求		3点		
	加算要件不備・減算についての不正請求		1点		
(2) 金額	不正若しくは過失による請求額が事業所の年間収入(介護報酬+利用者負担額)に占める割合が大きい	概ね10%以上	2点		
	不正若しくは過失による請求額が事業所の年間収入(介護報酬+利用者負担額)に占める割合が小さい	概ね10%未満	1点		
II 故意性		基準値	点数	採点	備考
(1) 故意性	故意又は重大な過失に基づく行為		2点		
	軽過失に基づく行為		1点		
	いずれでもない、判定不能		0点		
III 不正行為の継続性		基準値	点数	採点	備考
(1) 継続性	不正行為の継続が特に長い	2年以上	3点		
	不正行為の継続が長い	1年以上2年未満	2点		
	不正行為の継続が中程度	3ヶ月以上1年未満	1点		
	不正行為の継続が短い	3ヶ月未満	0点		
IV 組織体質		基準値	点数	採点	備考
(1) 組織関与	役員等が実行又は関与(指示)していた		3点		
	役員等が不正行為を認識しながら黙認していた		1点		
	役員等が実行又は関与していない		0点		
V 改善可能性		基準値	点数	採点	備考
(1) 対処姿勢	監査時に、虚偽報告、虚偽答弁の事実が認められた		3点		
	監査時以外に、虚偽報告や答弁、検査の忌避や隠蔽などがあった		2点		
	速やかな報告・改善措置はなかったものの、虚偽報告・答弁や忌避・隠蔽はない		1点		
	事業所として不正行為の事実を知り得た時点で速やかに報告又は改善措置を取った		0点		
(2) 過去履歴	過去5年間に、同一の不正行為について、命令又は指定の効力停止処分を受けている		3点		
	過去5年間に、不正行為を主導した者が他の事業所で不正行為を主導したことがあり、その事業所が当該不正行為により行政処分を受けている		1点		
	過去5年間に、同一の不正行為について行政指導(勧告含む)を受けている		2点		
	過去5年間に、監査までとはいかないものの、実地指導等により同一の不正行為について自主返還をしたことがある		1点		
	過去5年間に、別の不正行為について、命令又は指定の効力停止処分を受けている		2点		

合計	0点
----	----

2点以下	勧告までに至らない改善報告書の提出
3点～5点	改善勧告
6点～7点	効力停止(一部1～6カ月)
8点～9点	効力停止(全部1～6カ月)
10点以上	取消

②不正の手段(虚偽申請)による行政処分等基準

別紙2

I 利用者被害・公益侵害の程度		基準値	点数	採点	備考
(1) 申請の取扱い	明らかに勤務できない者の名義を使用して指定申請を行うなど、申請に重大明白な瑕疵があった		3点		
	指定申請時の勤務予定者が勤務できなくなったが、申請の変更を行わず、そのまま指定を受けた		1点		
(2) 問題の解消	事業開始後も人員基準違反等の状態が継続していた		1点		
	事業開始時点では人員基準違反等の状態が解消されていた		0点		
II 故意性		基準値	点数	採点	備考
(1) 故意性	故意又は重大な過失に基づく行為		2点		
	軽過失に基づく行為		1点		
	いずれでもない、判定不能		0点		
III 組織体質		基準値	点数	採点	備考
(1) 組織関与	役員等が実行又は関与(指示)していた		3点		
	役員等が不正行為を認識しながら黙認していた		1点		
	役員等が実行又は関与していない		0点		
IV 改善可能性		基準値	点数	採点	備考
(1) 対処姿勢	監査時に、虚偽報告、虚偽答弁の事実が認められた		3点		
	監査時以外に、虚偽報告や答弁、検査の忌避や隠蔽などがあった		2点		
	速やかな報告・改善措置はなかったものの、虚偽報告・答弁や忌避・隠蔽はない		1点		
	事業所として不正行為の事実を知り得た時点で速やかに報告又は改善措置を取った		0点		
	過去5年間に、同一の不正行為について、命令又は指定の効力停止処分を受けている		3点		
(2) 過去履歴	過去5年間に、不正行為を主導した者が他の事業所で不正行為を主導したことがあり、その事業所が当該不正行為により行政処分を受けている		1点		
	過去5年間に、同一の不正行為について行政指導(勧告含む)を受けている		2点		
	過去5年間に、監査までとはいかないものの、実地指導等により同一の不正行為について自主返還をしたことがある		1点		
	過去5年間に、別の不正行為について、命令又は指定の効力停止処分を受けている		2点		
	過去5年間に、別の不正行為について、命令又は指定の効力停止処分を受けている		2点		
V 不正請求の併発		基準値	点数	採点	備考
(1) 違法行為	架空請求		4点		※複数に当てはまる場合は高いものとする
	水増請求		3点		
	加算要件不備・減算についての不正請求		1点		
(2) 金額	不正請求額が事業所の年間収入(介護報酬+利用者負担額)に占める割合が大きい	概ね10%以上	2点		
	不正請求額が事業所の年間収入(介護報酬+利用者負担額)に占める割合が小さい	概ね10%未満	1点		
VI 不正行為の継続性		基準値	点数	採点	備考
(1) 継続性	不正行為の継続が特に長い	3年以上	3点		
	不正行為の継続が長い	1年以上3年未満	2点		
	不正行為の継続が中程度	3ヶ月以上1年未満	1点		
	不正行為の継続が短い	3ヶ月未満	0点		

合計	0点
----	----

3点以下	勧告までに至らない改善報告書の提出
4点～6点	改善勧告
7点～8点	効力停止(一部1～6カ月)
9点～10点	効力停止(全部1～6カ月)
11点以上	取消

福岡県介護保険広域連合指定地域密着型サービス事業者等の指定等に関する
規則第2条ただし書に関する取扱要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、福岡県介護保険広域連合指定地域密着型サービス事業者等の指定等に関する規則（平成19年規則第11号。以下「規則」という。）第2条ただし書について、規則第10条に基づき必要な事項を定めるものとする。

(該当する場合)

第2条 規則第2条ただし書に該当する場合は、次のとおりとする。

- (1) 再転入者で、転入前住民期間と再転入後住民期間を合算して3ヶ月以上になる場合
- (2) 転入後3ヶ月以上を経過している親族（民法第725条の規定による親族をいう。）から介護を受けるために転入した場合
- (3) その他必要やむを得ないと福岡県介護保険広域連合長（以下「広域連合長」という。）が認める場合

(承認申請の手続き)

第3条 指定地域密着型サービス事業者等（以下「事業者」という。）は、前条に該当すると思われる場合は福岡県介護保険広域連合指定地域密着型サービス事業者等の指定等に関する規則第2条ただし書該当承認申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）を広域連合長に提出するものとする。

(承認の可否の通知)

第4条 広域連合長は、事業者から前条の申請書が提出されたときは、第2条に該当するか確認のうえ、承認の可否を決定するものとする。広域連合長は、承認の可否について、福岡県介護保険広域連合指定地域密着型サービス事業者等の指定等に関する規則第2条ただし書該当承認通知書（様式第2号）により、事業者へ通知するものとする。

(委任)

第5条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、広域連合長が別に定める。

附 則

この告示は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この告示は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この告示は、平成28年4月1日から施行する。

参考

福岡県介護保険広域連合指定地域密着型サービス事業者等の指定等に関する規則
(抜粋)

第2条 福岡県介護保険広域連合長（以下「広域連合長」という。）は、指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定及び指定の更新に当たり、法第78条の2第8項及び第115条の12第6項に規定する条件として、福岡県介護保険広域連合を構成する市町村への転入後3ヶ月を経過しない者に対し、指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスを行ってはない旨の条件を付するものとする。ただし、広域連合長がこの条件を付することが困難であると認める特段の事由がある場合は、この限りでない。

年 月 日

福岡県介護保険広域連合長 様

所在地

法人名

代表者職名・氏名

印

福岡県介護保険広域連合指定地域密着型サービス事業者等の指定等に関する規則
第 2 条ただし書該当承認申請書

下記の者について、福岡県介護保険広域連合指定地域密着型サービス事業者等の指定等に関する規則（平成 19 年規則第 11 号。以下「規則」という。）第 2 条ただし書に該当することの承認を申請します。

記

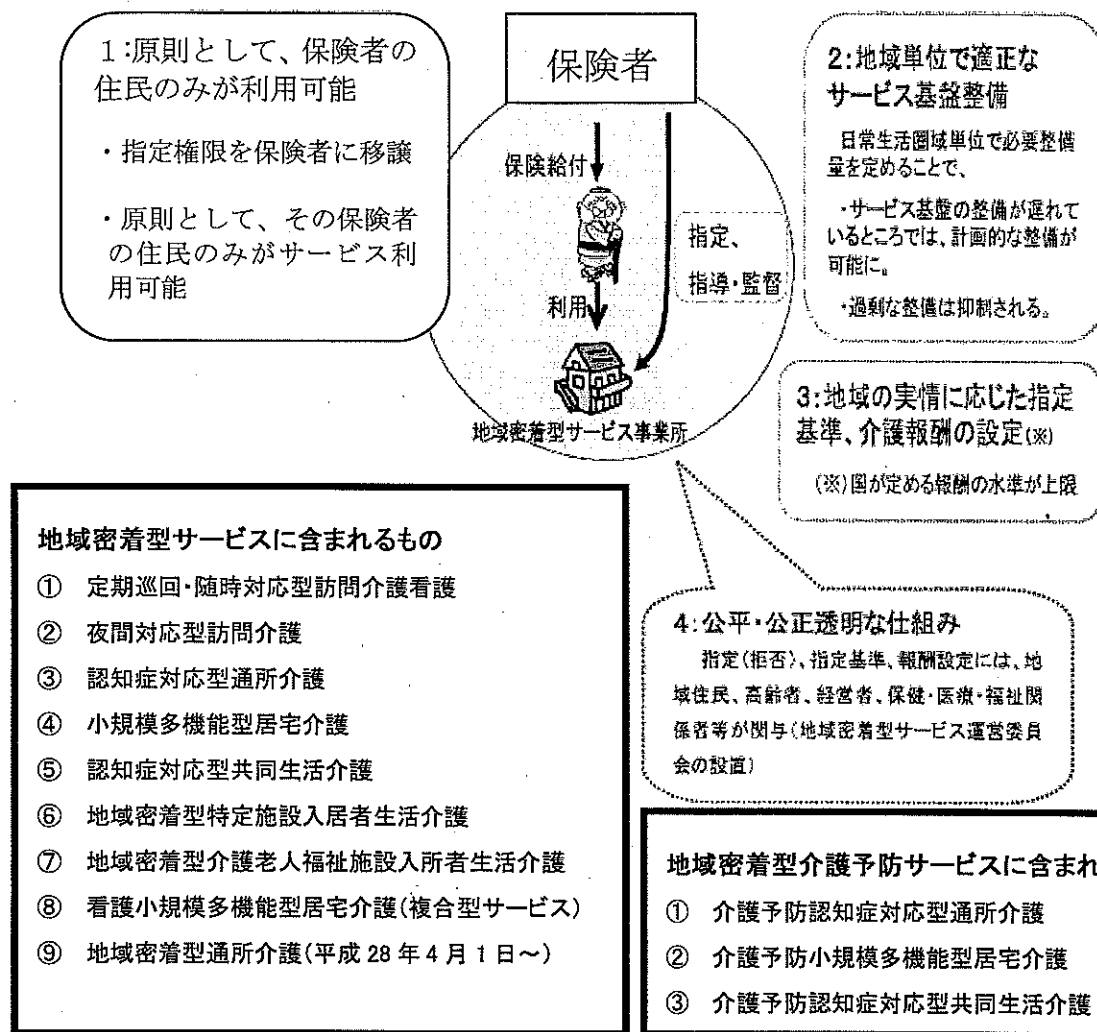
		事業所番号											
事業所（施設）		名 称											
		所在地											
被 保 険 者	被保険者番号												
	氏 名												
	利用（入居）前住所												
	生 年 月 日		年 月 日										
	年 齢		歳	性 別		男 ・ 女							
	広域連合内の住民となった日		年 月 日										
	経 過 期 間		箇月										
規則第 2 条ただし書に規定する条件を付することが困難な特段の事由													

記入担当者名		連絡先（電話）	
--------	--	---------	--

地域密着型サービスの仕組みについて

地域密着型サービスは、高齢者が要介護（要支援）状態になっても、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるようにするためのサービスです（平成 18 年 4 月の制度改正により創設）。

地域密着型サービスについては、保険者（＝広域連合）が事業者指定を行い、原則として、当該保険者の住民（＝被保険者）のみが保険給付の対象となります。



1. 広域連合内の地域密着型サービスは、広域連合の被保険者のみが利用できます。広域連合外市町村の被保険者が広域連合内の地域密着型サービスを利用することは原則としてできません。

2. ただし、制度改正前の平成 18 年 3 月 31 日までに広域連合外市町村の被保険者が広域連合内のグループホームに入居している場合は、平成 18 年 4 月 1 日以降もそのまま継続利用ができるという経過措置(みなし指定の制度)が設けられています。また、平成 28 年 3 月 31 日までに広域連合外市町村の被保険者が広域連合内の地域密着型通所介護を利用している場合も、平成 28 年 4 月 1 日以降もそのまま継続利用ができるという経過措置(みなし指定の制度)が設けられています。

3. 広域連合外の市町村から広域連合の市町村へ転入後 3 ヶ月を経過しない者に対して、地域密着型サービスを行ってはならない旨の条件を付しています。(ただし、広域連合長がこの条件を付することが、困難であると認める特段の事由がある場合は、この限りではありません。)

特段の事由：①再転入者で、転入前住民期間と再転入後住民期間を合算して 3 ヶ月以上になる場合、②転入後 3 ヶ月以上を経過している親族(民法第 725 条の規定による親族をいう。)から介護を受けるために転入した場合、③その他必要やむを得ない場合

4. 地域密着型サービス事業等の運営から暴力団関係者を排除することとしています。よって、新規指定(指定更新)申請書提出時に、暴力団排除に係る「誓約書」の提出を求め、申請者及び申請者の役員、管理者が、暴力団関係者である場合には新規指定、指定の更新をしないこととしています。

様式1

事業所⇒市町村⇒支部⇒監査指導係

平成 年 月 日

福岡県介護保険広域連合長 殿

担当者名	
連絡先	

〔 〕 による被災状況報告

1 事業所概要

サービス種別	事業所名	事業所番号	所在地	被災月日

2 人的被害 (ある・ない)*「ある」場合は、以下を記入してください。

(1) 入所者 (ある・ない)*「ある」場合は、以下を記入してください。

原因	被害内容	対応

(2) 職員等 (ある・ない)*「ある」場合は、以下を記入してください。

原因	被害内容	対応

3 物的被害 (ある・ない)*「ある」場合は、以下を記入してください。

(1) 建物 (ある・ない)*「ある」場合は、以下を記入してください。

原因	被害内容	対応

(2) その他 (ある・ない)*「ある」場合は、以下を記入してください。

原因	被害内容	対応

4 運営への影響 (ある・ない)*「ある」場合は、以下を記入してください。

--

5 被害概算額・保険の状況

--

① 報告の期日

災害が発生した場合には、直ちに報告してください。

② 2次災害の防止等について

入所者の安全確保等について適切な対応を行ってください。

③ 被災状況の記録について

写真等により被災状況を的確に記録してください。(後日提出をお願いする場合があります。)

④ 被害概算額について

5の被害概算額が不明の場合は、「不明」と記入し、見積り等により金額が判明次第報告してください。

記載例

担当者名

連絡先

台風〇〇号

による被災状況報告

1 事業所概要

事業所種別	事業所名	事業所番号	所在地	被災月日

2 人的被害 (ある・ない) *「ある」場合は、以下を記入してください。

(1) 入所者 (ある ない) *「ある」場合は、以下を記入してください。

原 因	被 害 内 容	対 応
(2) 職員等 (<u>ある</u> ・ ない) * 「ある」場合は、以下を記入してください。		
原 因	被 害 内 容	対 応
職員が施設や入所者に被害がないか見回っている最中に、風にあおられて転倒した。	職員1人が手足にすり傷を負った程度	施設内で、手当を行った。

3 物的被害 (ある) ・ ない) * 「ある」場合は、以下を記入してください。

(1) 建 物 (ある)・ない)*「ある」場合は、以下を記入してください。

原 因	被 害 内 容	対 応
強風により、敷地の木の枝が折れて、施設建物に飛んできた。	屋根瓦約10㎡が破損した。	ブルーシートにより応急措置を行った。
(2) その他 (ある)・ない)*「ある」場合は、以下を記入してください。		
原 因	被 害 内 容	対 応
強風のため。	フェンスの一部2m程度が倒れた。	人が立ち入らないように、ロープを張っている。

4 運営への影響 (ある) *「ある」場合は、以下を記入してください。

- ・エレベーターが停止し(閉じ込められた者なし。)、一時利用できなくなったが、復旧済み。
- ・停電により、地下水ポンプ(入浴用)が作動せず、上水道で対応した。その後復旧済み。
- ・ガス管の破損により、給湯器が使用できず、調理を予定どおりできなかったため、昼食時間が遅れた。復旧済み。

5 被害概算額・保険の状況

- ・業者の概算見積りで、建物(屋根)500,000円、フェンス300,000円程の見込み。
保険金で対応予定。

- ① 報告の期日
災害が発生した場合、直ちに報告してください。
- ② 2次災害の防止等について
入所者の安全確保等について適切な対応を行ってください。
- ③ 被災状況の記録について
写真等により被災状況を的確に記録してください。（後日提出をお願いする場合があります。）
- ④ 被害概算額について
5の被害概算額が不明の場合は、「不明」と記入し、見積り等により金額が判明次第報告してください。

別 紙

1. 住宅改修の支給申請における改正について

- ①事前申請時に利用者が保険者に提出する見積書類の様式を国が示す。(標準様式)
- ②複数の住宅改修業者から見積書をとるよう利用者にケアマネジャーが説明する。

参 考 介護保険最新情報Vol.664「居宅介護住宅改修費及び介護予防住宅改修費の支給について」の一部改正について（平成30年7月13日）

補 足

1. ①に関して、福岡県介護保険広域連合では、国が示した標準様式に記載された内容を網羅しているため、今までの様式を使用することも可能といたします。

※標準様式が必要な方は当広域連合HPのトップページ→新着情報→住宅改修の見積書（標準様式）について でダウンロードできます。

1. ②に関して、県に確認した内容（Q&A）を下記のとおり提供いたします。
参考にしてください。

番号	Q	A
①	複数の住宅改修事業者とは何社以上か。	2社以上である。
②	ケアマネが複数の事業者から見積もりを取るように被保険者に対して説明することとあるが、被保険者が1社だけの見積もりしか取らない場合は、そのまま受付して良いか。	この制度改正について適切な説明をおこない、利用者が1社を希望される場合は1社でも差し支えない。
③	ケアマネが複数の見積徴収について説明をした旨は、記録として残す必要があるのか。その場合書面で行うのか、口頭で良いのか。	説明した内容について、支援経過記録等書面に残す必要がある。

この件につきまして、福岡県介護保険広域連合事業課給付係にお問い合わせください。（TEL：092-981-9073）

~~~~~  
※居宅介護住宅改修費及び介護予防住宅改修費の支給について(平成12年3月8日老企第42号)

2 住宅改修費の支給申請 ②住宅改修が必要な理由書 (1) ② より

「…(略)…、また、当該書類を作成する者は、基本的には居宅サービス計画等を作成する介護支援専門員及び地域包括支援センターの担当職員とする…(略)…。」

(公 印 省 略)

30 福介連事第 65 号

平成 30 年 11 月 7 日

指定居宅介護支援事業所 管理者 様

福岡県介護保険広域連合事務局長  
(事業課事業推進係)

福岡県介護保険広域連合における「厚生労働大臣が定める回数及び  
訪問介護」の実施について (通知)

日頃から介護保険制度の推進にご尽力いただき感謝申し上げます。

さて、平成 30 年 5 月 2 日付で公布された標記告示に係る当広域連合における実施  
につき、下記のとおりとしますので通知します。

#### 記

#### 1. 対象となる居宅サービス計画

平成 30 年 10 月 1 日以降において、平成 30 年厚生労働省告示第 218 号に定  
める訪問介護の回数を超えるサービスの位置づけを行う居宅サービス計画。

#### 2. 提出する書類

利用者基本情報等、アセスメントシート、居宅サービス計画書第 1 表から第 3 表、  
訪問介護サービス事業所の個別サービス計画書、主治医の意見書、お薬手帳のコピー、  
会議の要点をまとめたもの (平成 30 年 10 月 9 日厚生労働省老健局振興課事務連絡  
「他職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」について」参照)。

#### 3. 提出期限及び提出先

作成又は変更した月の翌月末までに市町村担当窓口※に提出。

※具体的な提出先は、該当する市町村にお尋ね下さい。

#### 4. その他

対象となる居宅サービス計画書が未提出の場合、別途事業所ヒアリングを実施し  
ます。

(問合せ先)

福岡県介護保険広域連合

事業課 事業推進係

TEL 092-981-9076

FAX 092-641-2432

平成 30 年 5 月 10 日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局振興課長

（公 印 省 略）

「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

介護保険制度の運営につきましては、平素より種々ご尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。

本年 5 月 2 日付けで、「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」（平成 30 年厚生労働省告示第 218 号）が別添のとおり公布されました。

本告示は、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（平成 11 年厚生省令第 38 号）第 13 条第 18 号の 2 に基づき、「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」を定めたものであり、詳細は下記のとおりです。

平成 30 年 10 月 1 日からの円滑な施行に向けてご協力頂きますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

1. 趣旨

訪問介護における生活援助中心型サービスについては、社会保障審議会介護給付費分科会における議論を踏まえ、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、通常の利用状況からかけ離れた利用回数となっているケアプランについて、市町村への届出を義務付け、そのケアプランについて、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している。

これは、生活援助中心型サービスについては 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という指摘がある一方で、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、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ある。

なお、平成 30 年度介護報酬改定では、訪問介護について、上記の取組のほか、身体介護に重点を置いて報酬を引き上げるとともに、外部のリハビリ専門職等と連携した取り組みの評価、身体介護として行う自立支援に資するような見守り援助の明確化により、自立支援・重度化防止に資するサービスの推進・評価をすることとしている。

## 2. 本告示の概要

上記のケアプランの届出については、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（平成11年厚生省令第38号）第13条第18号の2において、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（厚生労働大臣が定めるものに限る。）を位置付ける場合に、当該居宅サービス計画を市町村に届け出ることとされている。

届出の対象となる訪問介護の種類は生活援助中心型サービスとし、届出の要否の基準となる回数は、要介護度別の「全国平均利用回数+2標準偏差(2SD)(※)」を基準とする。(※) 全国での利用回数の標準偏差に2を乗じた回数

具体的には、直近の1年間（平成28年10月～平成29年9月分）の給付実績（全国）を基に、各月における要介護度別の「全国平均利用回数+2標準偏差(2SD)」の回数を算出した上で、要介護度別に最大値となる月の回数を用いることとし、要介護状態区分に応じてそれぞれ1月あたり以下の回数とする。

| 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  |

なお、本告示の適用期日は平成30年10月1日である。

## 介護保険関連情報の把握について

平成 30 年度介護報酬改定後も国からは Q & A が発出されており、介護サービス事業所の皆様においては常に確認し最新の情報を把握する必要があります。

介護保険に関する情報は下記ホームページに掲載されていますのでご確認ください。

なお、広域連合ホームページには、広域連合からのお知らせだけでなく、国・県からの通知なども掲載しておりますので、定期的にご確認ください。

### 1 広域連合からのお知らせ

広域連合から事業所への連絡（加算の届出の周知など）や国・県からの通知などを掲載しています。

（掲載箇所）

福岡県介護保険広域連合（トップページ）→～介護保険事業所及び医療機関の方～各種通知について（情報提供）

<http://www.fukuoka-kaigo.jp/trader/index.html>

福岡県介護保険広域連合（トップページ）→新着情報

<http://www.fukuoka-kaigo.jp/new/>

### 2 介護保険最新情報

厚生労働省から発出している介護保険の最新情報です。制度改正時や災害時などに頻繁に情報が提供されます。

（掲載箇所）

福岡県ホームページ（トップページ）→健康・福祉→介護→介護保険→

「一般情報」→【平成 30 年度】介護保険最新情報 Vol.645 以降

<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/kaigo-saishinjouhou-h30.html>

### 3 平成 30 年度介護報酬改定について

現在も発出されている「平成 30 年度介護報酬改定に関する Q & A」や省令・告示や通知などが厚生労働省ホームページに掲載されています。

（掲載箇所）

厚生労働省ホームページ（トップページ）→政策について→分野別の政策一覧→福祉・介護→介護・高齢者福祉→介護報酬→平成 30 年度介護報酬改定について

[https://mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/housyu/kaitei30.html](https://mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/housyu/kaitei30.html)

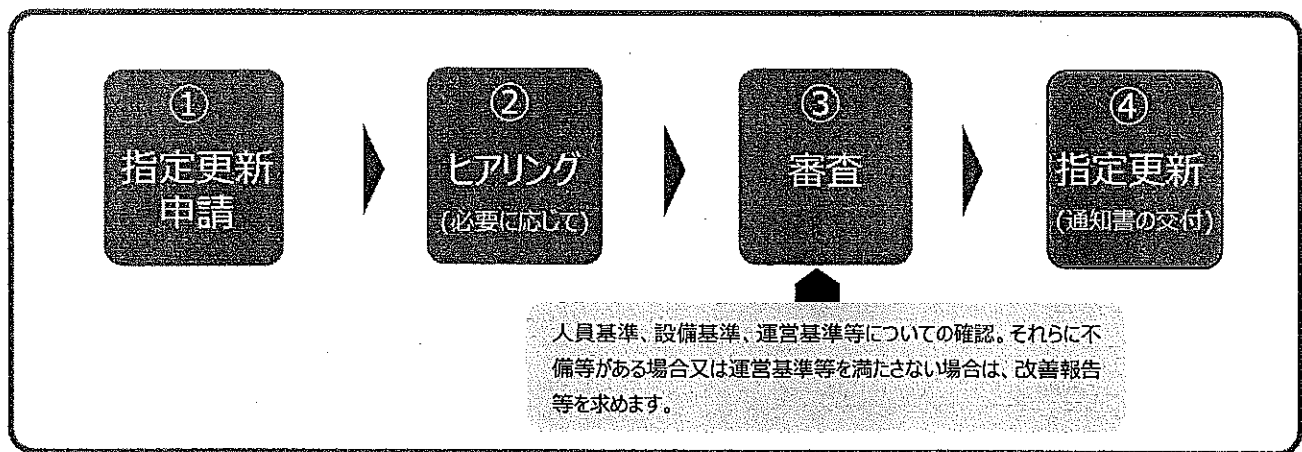
# 福岡県介護保険広域連合居宅介護支援事業者等指定更新申請手続について

## 1 指定更新の概要

指定居宅介護支援事業所については、6年ごとに指定更新の手続が必要となります。指定有効期間満了日までに更新手続を受けなければ、その指定有効期間の経過によって指定の効力を失い、介護報酬の請求ができなくなりますのでご注意くださいとともに、円滑な指定更新申請手続にご協力をお願いします。

なお、平成31年度につきましては、平成32年3月末更新の事業所数が非常に多いことから業務分散のため通常より早い時期に更新関係の書類提出を依頼する場合がありますのでご了承ください。

## 2 指定更新申請方法



### (1) 指定更新申請受付

① 提出書類等（更新のご案内につきましては、基本メールにて行います。）

（ア）指定申請時に提出いただく書類の様式等は、当広域連合のホームページに記載していますのでそちらをご参照ください。

（イ）使用する印鑑は、すべて法務局に登録されている法人の代表者印を使用してください。

（ウ）提出書類中、「写し」となっている書類については、申請者の代表者名で原本証明を行ってください。

（両面コピー可）

【原本証明の記載例】

この写しは、原本に相違ないことを証明します。

法人名

代表者名

法人印（登録済）

(エ) 提出書類の規格は、特段に定めのない限り A 4 サイズ（日本工業規格 A 列 4 番）としてください。

(オ) 別紙「指定更新申請に係る提出書類一覧（チェックリスト）」を使い、チェックしていただき、必要書類の漏れがないか確認の上、指定更新申請書に必ず添付してご提出ください。

(カ) チェック漏れ、書類の記入漏れ、添付漏れがある場合は、指定更新申請書を受理できません。

(キ) 指定更新申請時に添付できない書類がある場合は、担当にご相談ください

- ② 提出先及び提出部数（※提出先や方法が地域密着型サービスと異なりますのでご注意願います。）  
下記の住所へ 1 部を簡易書留もしくは特定記録郵便にて提出をお願いします。

〒812-0044

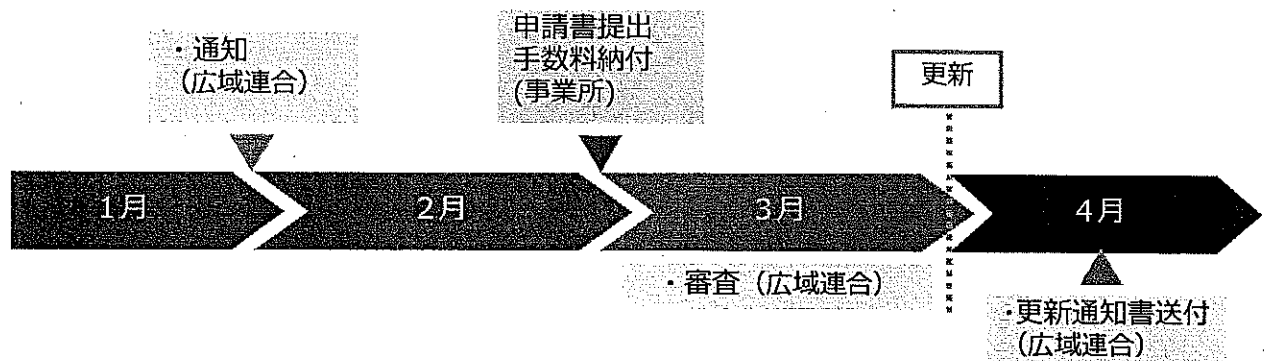
福岡市博多区千代 4 丁目 1 番 2 7 号 福岡県自治会館 3 F

福岡県介護保険広域連合 事業課 指定係

### ③ 提出期限

指定更新月の前々月の初日から末日までの間のみ受け付けます。申請手続等については指定更新日の前々月の末日までにご案内いたします。（更新事業所数が集中する時期はそれより前にご連絡を差し上げる場合があります。）なお、申請書につきましては、余裕をもって提出をお願いします。

・例：指定有効期限が 3 月 31 日までの事業所について



※ 申請書類に記入漏れ、添付漏れがある場合は受付できません。必要書類に漏れがないか確認の上、提出してください。

### ④ 審査手数料について

(ア) 指定更新申請に際しては、福岡県介護保険広域連合手数料条例に基づき、審査手数料を徴収します。手数料の納付がない場合、申請書の審査が行えませんので、ご留意ください。

(イ) この手数料は申請の審査のための手数料です。指定更新できない場合も返還できませんので、あらかじめご了承ください。

(ウ) 手数料は、指定更新申請書に同封してある納付書にて納入期限までにお支払いください。

なお、手数料の納付がないと申請書の審査が行えませんので、手数料の納付については必ず指定更新申請書の提出前に行っていただきますようお願いいたします。

(エ) 金額及び納付期限

- ・ 金 額 20,000円
- ・ 納入期限 指定更新予定日の前々月の末日まで

(2) 指定更新

- ・ 指定更新要件に合致すると認められた場合は、指定更新を行います。
- ・ 指定更新（予定）日は、指定有効期間満了日の翌日になります。

**【指定更新時における留意点】**

次の①～④に掲げる事項を満たしていない場合は指定更新ができませんのでご注意願います。

- ① 申請者が法人であり、定款等で当該事業実施が明確であること
- ② 人員基準を満たしていること
- ③ 設備および運営基準に従って、適正な運営経営ができること
- ④ 申請者やその役員及び管理者が、介護保険法上の欠格事由及び福岡県介護保険広域連合指定地域密着型サービス事業等の人員、設備及び運営の基準等に関する条例に定める事項に該当しない者であること

なお、上記要件に関する基準につきましては、次の政令等に具体的に記載されていますので全文をお読みいただき、順守いただくようお願いします。

- ・ 「指定居宅介護支援事業所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）
- ・ 「指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する事項」（平成12年厚生省告示第20号）
- ・ 「指定居宅介護支援事業所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日老企発第22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）
- ・ 「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関する部分）及び指定居宅支援に要する介護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8日老企第40号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

**・ 休止中の居宅介護支援事業所の更新について**

休止中の事業所につきましては、指定基準等を満たしていないため更新を行う事ができません。

休止中の事業所が指定更新を受けるには、事業所を再開させる必要がありますので、有効期間が終了するまでに相当の期間（※遅くとも2カ月前までには当広域連合と協議を行ってください）をもって、指定基準等（人員基準＋運営基準）を満たした上で、再開届を提出願います。なお、事業再開の見込みがないなどにより、事業を継続しない場合には、当広域連合へ廃止届を提出願います。

## 【メールアドレスの登録について（お願い）】

居宅介護支援事業所のメールアドレスにつきましては、今年の8月の初めに特定事業所集中減算の届出を各居宅介護支援事業所へ郵送にてご案内した時にメールアドレス登録届を同封して提出の依頼をお願いしています。

メールアドレスは事業所への各種手続のご案内やお知らせ等に必要ですので未提出の事業所につきましては提出をお願いいたします。

なお、メールアドレスの登録届の様式につきましては、下記の場所に掲載しています。

福岡県介護保険広域連合ホームページ

(<http://www.fukuoka-kaigo.jp>)

→ 介護保険事業所及び医療機関の方

→ 手続き様式について

→ ”地域密着型サービス等事業者電子メールアドレス届出書(Word)”

## 変更の届出等(介護保険法第 82 条、同法施行規則第 133 条)

※1 事業者は、下記の事項に変更があった場合、10日以内に、その旨を当広域連合長に届け出なければならない。

- ・ 事業所の名称・所在地
- ・ 開設者(法人)の名称・主たる事務所の所在地、代表者の氏名・生年月日、住所及び職名
- ・ 開設者の定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例
- ・ 事業所の平面図
- ・ 事業所の管理者の氏名、生年月日・住所及び経歴
- ・ 事業所の運営規程
- ・ 居宅介護サービス計画費の請求に関する事項
- ・ 介護支援専門員の員数、氏名及びその登録番号、勤務形態等
- ・ 法人役員の氏名、生年月日・住所

※2 廃止(休止)届出書の事前届出

- 以前は事業所を廃止(休止)する場合には、廃止(休止)後10日以内に、廃止(休止)の届出を提出することとなっていました。が、平成21年5月1日から、事業所の廃止(休止)の1か月前までに、提出しなければならないことになっています。
- 事業所を休廃止しようとする事業者は、利用者等に対する継続的なサービス確保のための便宜供与(他の事業者へのあっせん等)が法的に義務付けられています。

## 加算の変更届出について

- 事業所の体制に対する加算であるため、算定するには「届出」が必要。
  - ・ 加算を算定しようとする月の、前月15日までに提出が必要。
  - ・ 16日以降に届出をした場合は、翌々月からの算定となる。
- 加算の算定要件を満たさなくなった月から算定できない。
  - ・ 速やかに加算の「取り下げの届出」が必要。

※ 届け出に関する様式等については当広域連合HPに掲載しております。

## 介護報酬関連

### (1) 居宅介護支援費に関する基本事項

- 月の途中で、利用者が死亡し、又は施設に入所した場合等  
死亡、入所の時点で居宅介護支援を行っており、かつ、当該月分の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14条第1項に規定する文書(給付管理票)を、市町村(国保連合会)に届け出ている事業者について、居宅介護支援費を算定する。
- 月の途中で、事業者の変更がある場合  
変更後の事業者についてのみ居宅介護支援費を算定するものとする。(ただし、月の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  
要介護1又は要介護2と、要介護3から要介護5までは居宅介護サービス計画費の単位数が異なることから、要介護度が要介護1又は要介護2から、要介護3から要介護5までに変更となった場合の取扱いは、月末における要介護度区分に応じた報酬を請求するものとする。
- 月の途中で、他市町村に転出する場合  
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、転入日以降の給付管理票を別々に作成すること。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者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。
- 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  
給付管理票を作成できないため、居宅介護支援費が請求できない。
- 利用者が月を通じて、居住系サービス等を利用する場合  
利用者が月を通じて特定施設入居者生活介護(短期利用特定施設入居者生活介護費を算定する場合を除く)、地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護費を算定する場合を除く)、小規模多機能型居宅介護(短期利用居宅介護費を算定する場合を除く)、認知症対応型共同生活介護(短期利用認知症対応型共同生活介護費を算定する場合を除く)、又は看護小規模多機能型居宅介護(短期利用居宅介護費を算定する場合を除く)を受けている場合は、当該月については、居宅介護支援費は算定しない。

## (2) 居宅介護支援費の取扱い（1月につき）

|          | 取扱件数(予防を含む) | 要介護1・2    | 要介護3・4・5  |
|----------|-------------|-----------|-----------|
| 居宅介護支援費Ⅰ | 40件未満       | 1053 単位/月 | 1368 単位/月 |
| 居宅介護支援費Ⅱ | 40件以上～60件未満 | 527 単位/月  | 684 単位/月  |
| 居宅介護支援費Ⅲ | 60件以上       | 316 単位/月  | 410 単位/月  |

### ① 取扱い件数の取扱い及び居宅介護支援費の割り当てについて

※1 ケアマネジャー1人当たりの標準担当件数は35件と定めつつ、件数が40件以上となる場合に超過部分にのみ通減制が適用されます。通減制の適用は40件以上ですが、介護支援専門員1人当たりの標準担当件数が39件になった訳ではありません。標準担当件数はあくまでも35件です。

また、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の件数は含みません。【平成27年度介護報酬に改定に関するQ&A（平成27年4月1日）】

※2 例えば、1人あたりの担当件数が60件を超えた場合に、60件全て居宅介護支援費Ⅲで算定するのではなく、40件未満の部分については居宅介護支援費Ⅰ、40件以上60件未満の部分は居宅介護支援費Ⅱ、60件以上の部分は居宅介護支援費Ⅲを算定することになります。

～ポイント～

1 介護支援専門員(常勤換算) 1人当たり40件を超えた場合、超過部分のみ通減制が適用される。

※ 常勤職員より勤務時間が短い非常勤の介護支援専門員については、常勤換算法により、計算を行う必要があります。

2 介護予防受託件数の8件の要件は撤廃されたが、介護予防を加えて算定する通減制は維持される。

3 基本単位Ⅰ・Ⅱ・Ⅲを区分する取扱件数の算定方法は

$A = (① + ②) \div ③$  によって得た数により該当する区分を適用する。

①：当該指定居宅介護支援事業所全体の利用者(経過的要介護者を含む)の総数

②：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支援に係る利用者の数に2分の1を乗じた数

③：当該事業所の常勤換算法により算定した介護支援専門員の員数

・ $A < 40$  の場合 → 全利用者で(Ⅰ)を算定

・ $40 \leq A < 60$  の場合 → 利用者により(Ⅰ)・(Ⅱ)を割り当てる

・ $60 \leq A$  の場合 → 利用者により(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)を割り当てる

※ 詳細の割り当て具体例については「平成21.3.23付介護保険最新情報 Vol.69 平成21年4月改定関係Q&A (Vol.1) 58、59 取扱件数による基本単位区分」を参照ください。

## ②運営基準減算について

下記“厚生労働大臣が定める基準”に該当する場合は、運営基準減算として所定単位数の100分の50を算定する。また、運営基準減算が2月以上継続している場合には、所定単位数は算定しない。これは、適正なサービスの提供を確保するためのものであり、運営基準に係る規程を遵守するよう努めるものとする。当広域連合長は、規程を遵守しない事業所に対しては、遵守するように指導し、従わない場合には、指定取消しを検討するものとする。

### 【厚生労働大臣が定める基準】平成27年度厚生労働省告示第95号第82号

指定基準第13条第7号、第9号から第11号まで、第14号及び第15号（これらの規定を同条第16号において準用する場合を含む。）に定める規定に適合していないこと。

#### ○指定基準13条

- ・第7号…課題分析における留意点（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くてはならない）
- ・第9号…サービス担当者会議等による専門的意見の聴取
- ・第10号…居宅サービス計画の説明及び同意
- ・第11号…居宅サービス計画の交付（利用者及び担当者への交付）
- ・第14号…モニタリングの実施
- ・第15号…居宅サービス計画の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取
- ・第16号…介護支援専門員は、居宅介護支援計画を変更する際には、原則として、基準第13条第3号から12号までに規定された居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要。

※より具体的には次のいずれかに該当する場合に減算される

#### （平成12年老企第36号）第三の6(1)～(4)

- 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、文書を交付して説明を行っていない場合
  - ①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
  - ②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
- 居宅サービス計画の新規作成及びその変更にあたって、
  - ①介護支援専門員が、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場合
  - ②サービス担当者会議の開催等を行っていない場合
  - ③介護支援専門員が、居宅サービス計画の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た上で、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していない場合
- 次に掲げる場合において、介護支援専門員がサービス担当者会議等の開催を行っていないとき
  - ①居宅サービス計画を新規に作成した場合
  - 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場合
  - 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場合
- 居宅サービス計画作成後、モニタリング(居宅サービス計画実施状況把握)に当

たつて

①介護支援専門員が1月に利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していない場合

②介護支援専門員が、モニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続する場合

### ③特定事業所集中減算の取扱い

特定事業所集中減算については、平成30年4月1日より変更となっています。

#### (1) 判定期間と減算適用期間

平成30年度の判定期間

(前期：平成30年4月1日～8月末日、後期：平成30年9月1日～平成31年2月末日)

平成30年度の減算適用期間

(前期：平成30年10月1日～平成31年3月31日、後期：平成31年4月1日～9月30日)

#### (2) 判定方法

居宅介護支援事業所（ケアプラン作成事業所）は、毎年度2回、減算適用期間前6月間の判定期間内に作成したケアプランにおいて、訪問介護、（地域密着型）通所介護、福祉用具貸与、の各サービス（以下「訪問介護サービス等」という。）について、正当な理由なく特定の事業者の割合がいずれか80%を超えた場合、当該事業所が担当している全ての利用者の居宅介護支援費から1人につき月200単位を減算するというものである。

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÷当該サービスを位置付けた計画数

#### (3) 算定手続

算定の結果、紹介率最高法人の「割合」が80%を超えた場合については、前期は平成30年9月15日、後期は平成31年3月15日までに、以下の(1)～(5)を記載した書類（様式1、2）を当広域連合長に必ず提出が必要になります。

正当な理由に該当する場合においても、80%を超えた場合には、正当な理由の有無に関わらず必ず提出が必要になります。

なお、80%を超えなかった場合についても、各事業所において、当該書類を5年間保存する必要があります。

(1) 判定期間における居宅サービス計画の総数

(2) 訪問介護サービス等のそれぞれが位置付けられた居宅サービス計画数

(3) 訪問介護サービス等のそれぞれの紹介率最高法人が位置付けられた居宅サービス計画数並びに紹介率最高法人の名称、住所、事業所名及び代表者名

(4) 算定方法で計算した割合

(5) 算定方法で計算した割合が80%を超えた場合であつて、正当な理由がある場合においては、その正当な理由

#### (4) 正当な理由の方針

① 居宅介護支援事業者の実施地域に各サービスが5事業所未満である場合

※「居宅介護支援事業者の実施地域」とは、「運営規程に定める通常の事業の実施地域」とする。

なお、地域密着型サービスについては、実施地域を居宅介護支援事業者の所在する市町村とする。

※訪問介護サービスにおいては、通院等乗降介助サービスを行っている事業所が居宅介護支援事業者の実施地域内に5事業所未満である場合を含む。

##### 介護サービス情報の公表制度

【対象事業所：県 HP <http://www.kaigokensaku.jp/>】

対象外事業所：①みなし指定となって1年を経過していない事業所、②既存の事業者で、前年度に受領した介護報酬の額（利用者負担額を含む。）が100万円を超えない事業者などは、報告の対象外である。

\* 確認資料：運営規程、給付費明細書にて検証

② 特別地域居宅介護支援加算を受けている事業者である場合

\* 確認資料：特別地域居宅介護支援加算をしている書類

③ 判定期間の1月当たりの平均居宅サービス計画件数が20件以下であるなど、小規模事業所である場合

\* 確認資料：給付管理票総括票

④ 判定期間の1月当たりの居宅サービス計画のうち、それぞれのサービスが位置付けられた計画件数が1月当たり平均10件以下である場合

\* 確認資料：サービスごとの月別の計画件数一覧

⑤ サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合等により特定の事業者に集中していると認められる場合

※原則として「サービスの質が高い」とは、

○先駆的・先験的な事業で国のモデル事業等として実施しているサービスの場合

○利用者の自立の向上が図られ、モデルとなるサービスの提供が行われていると、地域ケア会議において認められた場合（当該サービスの算定件数から当該サービスが提供されている利用者の数を除外する。）

\* 確認資料：モデル事業を証明する書類を検証

地域ケア会議議事録、居宅サービス計画等を検証

⑥その他、正当な理由と広域連合長が認めた場合

○次に掲げる者に該当する利用者の数を算定件数から除外する。

ア 社会福祉法人における減免制度を利用している者

\*確認資料：給付費明細書にて検証

イ サービスの開始に当たって、市町村等（地域包括支援センター及び在宅介護支援センター及び在宅介護支援センターを含む。）から緊急時の対応を依頼された利用者及び市町村等からの受託事業に該当する利用者

\*確認資料：市町村からの検証書類及び経緯が明らかな文書(ケアプランや支援経過等)にて検証

ウ 65 歳未満の全額生活保護利用者（Hから被保険番号が始まる利用者）

\*確認資料：給付費明細書等にて検証 給付費明細書等にて検証

## 加算について

### ① 初回加算 300単位/月

※1 初回加算は、具体的には次のような場合に算定される。

- 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に居宅サービス計画を作成する場合

※2 「運営基準減算」に該当する場合は当該加算は算定しない。

※3 「退院・退所加算」を算定する場合は、当該加算は算定しない。

※ 過去に担当していた利用者を再び担当することになった場合、2月（月の初日から月の末日まで）以上経過していれば（給付管理をしていなければ）算定可能。  
その際、新規と同様の一連のケアマネジメントを適切に実施していることが条件。

### ※ 介護予防も同様 初回加算 300単位/月

介護予防の初回加算は「介護予防支援事業所」が初回か否かで判断します。

委託を受けた居宅介護支援事業所が初回であっても算定できないことがあります。

### ② 特定事業所加算

|            |         |
|------------|---------|
| 特定事業所加算（Ⅰ） | 500単位/月 |
| 特定事業所加算（Ⅱ） | 400単位/月 |
| 特定事業所加算（Ⅲ） | 300単位/月 |
| 特定事業所加算（Ⅳ） | 125単位/月 |

#### ※1 届出について

○事業所の体制に対する加算であるため、算定するには「届出」が必要。

- ・加算を算定しようとする月の、前月15日までに提出が必要。
- ・16日以降に届出をした場合は、翌々月からの算定となる。

○加算の算定要件を満たさなくなった月から算定できない。

- ・速やかに加算の「取り下げの届出」が必要。

○（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）間の体制変更の際も、速やかに変更届の提出が必要。

- ・「（Ⅰ）→（Ⅱ）又は（Ⅰ）→（Ⅲ）」、「（Ⅱ）→（Ⅲ）」のように点数が低い加算に変更となる場合には、届出をした日に関わらず、前の加算が算定できなくなった月から、新たな加算を算定できる。
- ・「（Ⅲ）→（Ⅰ）又は（Ⅲ）→（Ⅱ）」、「（Ⅱ）→（Ⅰ）」のように点数が高い加算に変更となる場合には、15日までに届ければ、翌月から算定できる。

○（Ⅳ）は特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを取得し、かつ退院・退所加算の安定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行くとともに、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が算定できる。  
（平成31年度から施行）

## ※2 算定要件について

### ＜特定事業所加算Ⅰ＞

- (1) 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を2名以上配置すること。(管理者との兼務可)  
※ ただし、業務に支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務しても差し支えない。
- (2) 常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置すること。(管理者との兼務可)
- (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(概ね週1回以上)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する体制を確保していること。
- (5) 算定月の要介護3～5の割合が40%以上であること  
※ 地域包括支援センターから紹介された支援困難事例は除くことができる。
- (6) 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。
- (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、居宅介護支援を提供していること。
- (8) 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。
- (9) 運営基準減算・特定事業所集中減算を受けていないこと。
- (10) 利用者数(予防を含む)が、介護支援専門員1人当たり40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。
- (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。

### ＜特定事業所加算Ⅱ＞

- (1) 特定事業所加算Ⅰの要件(2)～(4)、(6)～(12)の要件を満たしていること。
- (2) 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置すること。(管理者との兼務可)  
※ ただし、業務に支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務しても差し支えない。

### ＜特定事業所加算Ⅲ＞

- (1) 特定事業所加算Ⅰの要件(3)～(4)、(6)～(12)の要件を満たしていること。
- (2) 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置すること。(管理者との兼務可)  
※ ただし、業務に支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務しても差し支えない。
- (3) 常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置すること。(管理者との兼務可)

### ＜特定事業所加算Ⅳ＞

- (1) 退院・退所加算の算定に係る病院又は診療所等との連携回数の合計が年間35回以上であること。
- (2) 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こと。
- (3) 特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定していること。

## 特定事業所加算を取得している居宅介護支援事業所の実習受入について

居宅介護支援事業所における特定事業所加算を取得している事業所は、介護支援専門員に対する法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制を整備することが算定要件となっており、介護支援専門員実務研修の実習生の受入を依頼している。

平成30年度の実習（期間は3日間）は、31年3月頃を予定しており、各事業所には3～5名程度の受入を依頼する予定。

### ◎ 特定事業所加算の要件（該当部分の抜粋）

介護保険法第69条の2第1項に規定する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。

※ 協力及び協力体制とは、現に研修における実習等の受入が行われていることに限らず、受入が可能な体制が整っていることをいう。そのため、当該指定居宅介護支援事業所は、研修の実施主体との間で実習等の受入を行うことに同意していることを、書面等によって提示できるようにすること。

【参考】平成30年度の合格発表日は12月4日。（予定）

### ○ 介護支援専門員実務研修の実習受け入れ事業所の登録に関するページ

<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/kaigoshien-jitsumukensyuu.html>

## ③ 特別地域居宅介護支援加算

厚生労働大臣が定める地域に所在する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が指定居宅介護支援を行った場合は、所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位に加算する。

## ④ 入院時情報連携加算

### （1）入院時情報連携加算（Ⅰ）200単位／月

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。

### （2）入院時情報連携加算（Ⅱ）100単位／月

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。

※1 利用者が医療機関に入院するに当たって、医療機関の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の利用者に係る必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、（1）及び（2）いずれかの加算しか算定できない。

＜必要な情報の例示＞

- ・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、生活歴、介護者の介護方法、家族介護者の状況など)

- ※2 情報提供を行った日時、場所（医療機関に出向いた場合）、内容、提供手段（面談、FAX等）等について、居宅サービス計画等に記録すること。
- ※3 情報提供の方法としては、居宅サービス計画等の活用が考えられる。
- ※4 入院期間や入院目的は問わない。

⑤ 退院・退所加算

(1) 退院・退所加算（Ⅰ）イ 450単位

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一回受けていること。

(2) 退院・退所加算（Ⅰ）ロ 600単位

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により一回受けていること。

(3) 退院・退所加算（Ⅱ）イ 600単位

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により二回以上受けていること。

(4) 退院・退所加算（Ⅱ）ロ 750単位

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二回受けており、うち一回以上はカンファレンスによること。

(5) 退院・退所加算（Ⅲ） 900単位

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三回以上受けており、うち一回以上はカンファレンスによること。

- ※1 入院又は入所していた者が退院又は退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、利用者の退院・退所に当たって、医療機関や介護保険施設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は、利用者の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用開始月に所定単位数を加算する。

ただし上記(1)～(5)のいずれかの加算を算定する場合においては、上記に掲げるその他の加算は算定しない。

また、初回加算を算定する場合は、算定しない。なお、利用者に関する必要な情報については、別途定めることとする。

- ※2 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。

※3 カンファレンスは以下のとおり

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。以下このロにおいて「基準」という。）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。以下このハにおいて「基準」という。）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。

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。以下このニにおいて「基準」という。）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。以下このホにおいて「基準」という。）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。

へ 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）附則第百三十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。以下このへにおいて「基準」という。）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。

また、同一日に必要な情報を複数回受けた場合又はカンファレンスに参加した場合でも、一回として算定する。

なお、原則として、退院・退所前に利用者に関する必要な情報を得ることが望ましいが、退院後 7 日以内に情報を得た場合には算定することができる。

また、カンファレンスに参加した場合は、別途定める様式ではなく、カンファレンス等の日時、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等に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付すること。

**⑥ 小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 300 単位**

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、利用者の居宅サービス等の利用状況等の情報提供を行うことにより当該利用者の小規模多機能型居宅介護における居宅サービス計画の作成に協力を行った場合に算定を行う。

ただし、6 月以内に小規模多機能型居宅介護事業所について本加算を算定した利用者については算定できない。また、本加算は利用者が小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合のみ算定できる。

**⑦ 看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 300 単位**

介護支援専門員が、看護小規模多機能型居宅介護事業所に出向き、利用者の居宅サービス等の利用状況等の情報提供を行うことにより当該利用者の看護小規模多機能型居宅介護における居宅サービス計画の作成に協力を行った場合に算定を行う。

ただし、6 月以内に看護小規模多機能型居宅介護事業所について本加算を算定した利用者については算定できない。また、本加算は利用者が看護小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合のみ算定できる。

**⑧ 緊急時等居宅カンファレンス加算 200単位**

医療機関の求めにより、当該医療機関の医師又は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、利用者に必要な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、利用者1人につき、1月に2回を限度として算定できる。

※ カンファレンスの実施日（指導した日が異なる場合は指導日もあわせて）、カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名及びそのカンファレンスの要点を居宅サービス計画等に記載すること。

※ 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ため、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整を行うなど適切に対応すること。

**⑨ ターミナルケアマネジメント加算 400単位**

在宅で死亡した利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）に対して、ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24時間連絡できる体制を確保しており、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ものとして市町村長に届け出た指定居宅介護支援事業所が、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師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に提供した場合は、1月につき所定単位数を加算する。

**（4）指定介護予防支援の介護報酬について**

**① 介護予防支援費（1月につき）430単位／月**

※1 利用者が月を通じて介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護（介護予防短期利用共同生活介護費を算定する場合を除く。）を受けている場合は算定しない。

※2 居宅介護支援事業所への委託制限（1人8件）は廃止。（平成24年度～）

**② 初回加算 300単位／月**

**③ 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 300単位**

※居宅介護支援と同様の取扱

## 変 更 届 出 書

年 月 日

福岡県介護保険広域連合長 殿

法人所在地

申請者 法人名

印

代表者氏名

下記のとおり介護保険法に規定する事業者の指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

|                  |                                         |            |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
|------------------|-----------------------------------------|------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|
|                  |                                         | 介護保険事業所番号等 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所（施設） |                                         | 名 称        |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                         | 所在地        |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| サ ー ビ ス の 種 類    |                                         |            |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 変 更 が あ っ た 事 項  |                                         | 変 更 の 内 容  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 1                | 事業所（施設）の名称                              | (変更前)      |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 2                | 事業所（施設）の所在地                             |            |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 3                | 申請者の名称                                  |            |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 4                | 主たる事務所の所在地及び連絡先                         |            |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 5                | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名                      |            |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 6                | 定款、寄付行為等及びその登記事項証明書、条例等（当該事業に関するものに限る。） |            |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 7                | 事業所（施設）の建物の構造概要、平面図及び設備の概要              |            |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 8                | 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴                      |            |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 9                | 運営規程                                    | (変更後)      |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 10               | 協力医療機関（病院）、協力歯科医療機関                     |            |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 11               | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携、支援体制          |            |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 12               | 介護サービス費等の請求に関する事項                       |            |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 13               | 役員の氏名及び住所                               |            |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 14               | 介護支援専門員及び計画作成担当者、サービス提供責任者の氏名及びその登録番号等  |            |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 15               | 本体施設、本体施設との移動経路等                        |            |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 16               | 併設施設の状況等                                |            |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 変 更 年 月 日        |                                         | 年 月 日      |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 記入担当者            |                                         | 氏 名        |  |  |  | 職 名   |  |  |  |  |  |  |
|                  |                                         | 電 話        |  |  |  | F A X |  |  |  |  |  |  |

- 備考 1 該当項目番号に○を付してください。
- 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
- 3 「変更の内容」欄に書ききれない場合は、別紙に変更前後の内容を記載し添付してください。
- 4 変更届出書チェック表に従い、10日以内に届け出てください。
- 5 「12 介護サービス費等の請求に関する事項」における「加算に係る届出」については、届出受理日より算定開始時期が異なりますので注意してください。
- なお、加算要件を満たさなくなったときは、~~62~~やかに届け出てください。

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書  
＜福岡県介護保険広域連合指定事業者用＞

平成 年 月 日

福岡県介護保険広域連合長 様

所在地  
申請者名称  
代表者

印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届出します。

|             |                                           |                   |           |        |       |     |               |                  |                         |
|-------------|-------------------------------------------|-------------------|-----------|--------|-------|-----|---------------|------------------|-------------------------|
| 届出者         | フリガナ<br>名 称                               |                   |           |        |       |     |               |                  |                         |
|             | 主たる事務所の所在地                                | (郵便番号 — )<br>県 都市 |           |        |       |     |               |                  |                         |
|             |                                           | (ビルの名称等)          |           |        |       |     |               |                  |                         |
|             | 連絡先                                       | 電話番号              |           | FAX番号  |       |     |               |                  |                         |
|             | 法人である場合その種別                               |                   |           | 法人所轄庁  |       |     |               |                  |                         |
|             | 代表者の職・氏名                                  | 職名                |           | 氏名     |       |     |               |                  |                         |
|             | 代表者の住所                                    | (郵便番号 — )<br>県 都市 |           |        |       |     |               |                  |                         |
| 事業所の状況      | フリガナ<br>名 称                               |                   |           |        |       |     |               |                  |                         |
|             | 主たる事務所の所在地                                | (郵便番号 — )<br>県 都市 |           |        |       |     |               |                  |                         |
|             |                                           | (ビルの名称等)          |           |        |       |     |               |                  |                         |
|             | 連絡先                                       | 電話番号              |           | FAX番号  |       |     |               |                  |                         |
|             | 主たる事業所の所在地以外の<br>場所で一部実施する場合の出<br>張所等の所在地 | (郵便番号 — )<br>県 都市 |           |        |       |     |               |                  |                         |
|             |                                           | (ビルの名称等)          |           |        |       |     |               |                  |                         |
|             | 連絡先                                       | 電話番号              |           | FAX番号  |       |     |               |                  |                         |
| 届出を行う事業所の状況 | 同一所在地において行う<br>事業等の種類                     | 実施<br>事業          | 指定年<br>月日 | 異動等の区分 |       |     | 異動(予定)<br>年月日 | 異動項目<br>(※変更の場合) | 市町村が定める単位の有無<br>(市町村記載) |
|             | 夜間対応型訪問介護                                 |                   |           | 1新規    | 2変更   | 3終了 |               |                  | 1有 2無                   |
|             | 認知症対応型通所介護                                |                   |           | 1新規    | 2変更   | 3終了 |               |                  | 1有 2無                   |
|             | 小規模多機能型居宅介護                               |                   |           | 1新規    | 2変更   | 3終了 |               |                  | 1有 2無                   |
|             | 地域密着型通所介護                                 |                   |           | 1新規    | 2変更   | 3終了 |               |                  | 1有 2無                   |
|             | 認知症対応型共同生活介護                              |                   |           | 1新規    | 2変更   | 3終了 |               |                  | 1有 2無                   |
|             | 地域密着型特定施設入居者生活介護                          |                   |           | 1新規    | 2変更   | 3終了 |               |                  | 1有 2無                   |
|             | 地域密着型介護老人福祉施設                             |                   |           | 1新規    | 2変更   | 3終了 |               |                  | 1有 2無                   |
|             | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                          |                   |           | 1新規    | 2変更   | 3終了 |               |                  | 1有 2無                   |
|             | 看護小規模多機能型居宅介護                             |                   |           | 1新規    | 2変更   | 3終了 |               |                  | 1有 2無                   |
|             | 介護予防認知症対応型通所介護                            |                   |           | 1新規    | 2変更   | 3終了 |               |                  | 1有 2無                   |
|             | 介護予防小規模多機能型居宅介護                           |                   |           | 1新規    | 2変更   | 3終了 |               |                  | 1有 2無                   |
|             | 介護予防認知症対応型共同生活介護                          |                   |           | 1新規    | 2変更   | 3終了 |               |                  | 1有 2無                   |
|             | 介護予防訪問介護相当サービス                            |                   |           | 1新規    | 2変更   | 3終了 |               |                  | 1有 2無                   |
|             | 介護予防通所介護相当サービス                            |                   |           | 1新規    | 2変更   | 3終了 |               |                  | 1有 2無                   |
|             | 居宅介護支援                                    |                   |           | 1新規    | 2変更   | 3終了 |               |                  |                         |
|             | 介護予防支援                                    |                   |           | 1新規    | 2変更   | 3終了 |               |                  |                         |
| 介護保険事業所番号等  |                                           | (指定を受けている場合)      |           |        |       |     |               |                  |                         |
| 指定を受けている市町村 |                                           |                   |           |        |       |     |               |                  |                         |
| 医療機関コード等    |                                           |                   |           |        |       |     |               |                  |                         |
| 特記事項        | 変 更 前                                     |                   |           |        | 変 更 後 |     |               |                  |                         |
|             |                                           |                   |           |        |       |     |               |                  |                         |
| 関係書類        |                                           | 別添のとおり            |           |        |       |     |               |                  |                         |

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表  
(居宅介護支援)

|         |  |         |  |      |                         |
|---------|--|---------|--|------|-------------------------|
| 記入担当者氏名 |  | 事業所電話番号 |  | 異動区分 | 1. 新規    2. 変更    3. 終了 |
|---------|--|---------|--|------|-------------------------|

|       |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
|-------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|
| 事業所番号 | 4 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  | 事業所名 |  |
|-------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|

| 提供サービス |        | 適用開始年月日           | 人員配置<br>区分 | そ の 他 該 当 す る 体 制 等          |                                 | 割 引 |
|--------|--------|-------------------|------------|------------------------------|---------------------------------|-----|
| 43     | 居宅介護支援 | 平成    年    月    日 |            | 特別地域加算                       | 1 なし    2 あり                    |     |
|        |        |                   |            | 中山間地域等における小規模事業所加算(地域に関する状況) | 1 非該当    2 該当                   |     |
|        |        |                   |            | 中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する状況) | 1 非該当    2 該当                   |     |
|        |        |                   |            | 特定事業所集中減算                    | 1 なし    2 あり                    |     |
|        |        |                   |            | 特定事業所加算                      | 1 なし    2 加算Ⅰ    3 加算Ⅱ    4 加算Ⅲ |     |
|        |        |                   |            | 特定事業所加算Ⅳ                     | 1 なし    2 あり                    |     |
|        |        |                   |            | ターミナルケアマネジメント加算              | 1 なし    2 あり                    |     |

記入日： 年 月 日  
 入院日： 年 月 日  
 情報提供日： 年 月 日

## 入院時情報提供書

医療機関



居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

ご担当者名：

ケアマネジャー氏名：

TEL：

FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

| 1. 利用者(患者)基本情報について               |                                                                                                                                                                                                                                                             |         |        |                                                                   |                                     |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 患者氏名                             | (フリガナ)                                                                                                                                                                                                                                                      | 年齢      | 才      | 性別                                                                | 男 女                                 |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                             | 生年月日    | 明・大・昭  | 年 月 日生                                                            |                                     |
| 住所                               | 〒                                                                                                                                                                                                                                                           | 電話番号    |        |                                                                   |                                     |
| 住環境<br>※可能な限り「写真」などを添付           | 住居の種類(戸建て・集合住宅)、 階建て、 居室 階、 エレベーター(有・無)<br>特記事項( )                                                                                                                                                                                                          |         |        |                                                                   |                                     |
| 入院時の要介護度                         | <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請                                                              |         |        |                                                                   |                                     |
| 障害高齢者の日常生活自立度                    | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |         |        |                                                                   | <input type="checkbox"/> 医師の判断      |
| 認知症高齢者の日常生活自立度                   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M                         |         |        |                                                                   | <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断 |
| 介護保険の自己負担割合                      | <input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                                      |         | 障害など認定 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的) |                                     |
| 年金などの種類                          | <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                     |         |        |                                                                   |                                     |
| 2. 家族構成/連絡先について                  |                                                                                                                                                                                                                                                             |         |        |                                                                   |                                     |
| 世帯構成                             | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他( )<br>* <input type="checkbox"/> 日中独居                                                                                                 |         |        |                                                                   |                                     |
| 主介護者氏名                           | (続柄・才)                                                                                                                                                                                                                                                      | (同居・別居) | TEL    |                                                                   |                                     |
| キーパーソン                           | (続柄・才)                                                                                                                                                                                                                                                      | 連絡先     | TEL    |                                                                   |                                     |
| 3. 本人/家族の意向について                  |                                                                                                                                                                                                                                                             |         |        |                                                                   |                                     |
| 本人の趣味・興味・関心領域等                   |                                                                                                                                                                                                                                                             |         |        |                                                                   |                                     |
| 本人の生活歴                           |                                                                                                                                                                                                                                                             |         |        |                                                                   |                                     |
| 入院前の本人の生活に対する意向                  | <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照                                                                                                                                                                                                                   |         |        |                                                                   |                                     |
| 入院前の家族の生活に対する意向                  | <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照                                                                                                                                                                                                                   |         |        |                                                                   |                                     |
| 4. 入院前の介護サービスの利用状況について           |                                                                                                                                                                                                                                                             |         |        |                                                                   |                                     |
| 入院前の介護サービスの利用状況                  | 同封の書類をご確認ください。<br><input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                  |         |        |                                                                   |                                     |
| 5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見) |                                                                                                                                                                                                                                                             |         |        |                                                                   |                                     |
| 在宅生活に必要な要件                       |                                                                                                                                                                                                                                                             |         |        |                                                                   |                                     |
| 退院後の世帯状況                         | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                                       |         |        |                                                                   |                                     |
| 世帯に対する配慮                         | <input type="checkbox"/> 不要<br><input type="checkbox"/> 必要( )                                                                                                                                                                                               |         |        |                                                                   |                                     |
| 退院後の主介護者                         | <input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 続柄・年齢 )                                                                                                                                                                                  |         |        |                                                                   |                                     |
| 介護力*                             | <input type="checkbox"/> 介護力が見込める( <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない                                                                                         |         |        |                                                                   |                                     |
| 家族や同居者等による虐待の疑い*                 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり( )                                                                                                                                                                                               |         |        |                                                                   |                                     |
| 特記事項                             |                                                                                                                                                                                                                                                             |         |        |                                                                   |                                     |
| 6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)    |                                                                                                                                                                                                                                                             |         |        |                                                                   |                                     |
| 「院内の多職種カンファレンス」への参加              | <input type="checkbox"/> 希望あり                                                                                                                                                                                                                               |         |        |                                                                   |                                     |
| 「退院前カンファレンス」への参加                 | <input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望( )                                                                                                                                                                                                                     |         |        |                                                                   |                                     |
| 「退院前訪問指導」を実施する場合の同行              | <input type="checkbox"/> 希望あり                                                                                                                                                                                                                               |         |        |                                                                   |                                     |

\* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

|                 |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |       |                                                         |                    |                                                                                                                   |             |      |     |
|-----------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|---------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-----|
| 麻痺の状況           |           | なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 軽度       | 中度    | 重度                                                      | 褥瘡の有無              | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                                       |             |      |     |
| A<br>D<br>L     | 移動        | 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 見守り      | 一部介助  | 全介助                                                     | 移動(室内)             | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 |             |      |     |
|                 | 移乗        | 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 見守り      | 一部介助  | 全介助                                                     | 移動(屋外)             | <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 |             |      |     |
|                 | 更衣        | 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 見守り      | 一部介助  | 全介助                                                     | 起居動作               | 自立                                                                                                                | 見守り         | 一部介助 | 全介助 |
|                 | 整容        | 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 見守り      | 一部介助  | 全介助                                                     |                    |                                                                                                                   |             |      |     |
|                 | 入浴        | 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 見守り      | 一部介助  | 全介助                                                     |                    |                                                                                                                   |             |      |     |
|                 | 食事        | 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 見守り      | 一部介助  | 全介助                                                     |                    |                                                                                                                   |             |      |     |
| 食事<br>内容        | 食事回数      | ( ) 回/日 ( 朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |       |                                                         | 食事制限               | <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明                           |             |      |     |
|                 | 食事形態      | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |       |                                                         | UDF等の食形態区分         |                                                                                                                   |             |      |     |
|                 | 摂取方法      | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          | 水分とろみ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 水分制限               | <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明                           |             |      |     |
| 口腔              | 嚥下機能      | むせない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          | 時々むせる | 常にむせる                                                   | 義歯                 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)                                                     |             |      |     |
|                 | 口腔清潔      | 良                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          | 不良    | 著しく不良                                                   | 口臭                 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                           |             |      |     |
| 排泄<br>*         | 排尿        | 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 見守り      | 一部介助  | 全介助                                                     | ポータブルトイレ           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時                               |             |      |     |
|                 | 排便        | 自立                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 見守り      | 一部介助  | 全介助                                                     | オムツ/パッド            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時                               |             |      |     |
| 睡眠の状態           |           | 良                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 不良 ( )   |       |                                                         | 眠剤の使用              | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                           |             |      |     |
| 喫煙              |           | 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 有 本くらい/日 |       |                                                         | 飲酒                 | 無                                                                                                                 | 有 合くらい/日あたり |      |     |
| コミュニケーション能力     | 視力        | 問題なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          | やや難あり | 困難                                                      | 眼鏡                 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                                       |             |      |     |
|                 | 聴力        | 問題なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          | やや難あり | 困難                                                      | 補聴器                | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                                                           |             |      |     |
|                 | 言語        | 問題なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          | やや難あり | 困難                                                      | コミュニケーションに関する特記事項: |                                                                                                                   |             |      |     |
|                 | 意思疎通      | 問題なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          | やや難あり | 困難                                                      |                    |                                                                                                                   |             |      |     |
| 精神面における療養上の問題   |           | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠<br><input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                               |          |       |                                                         |                    |                                                                                                                   |             |      |     |
| 疾患歴*            |           | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |       |                                                         |                    |                                                                                                                   |             |      |     |
| 入院歴*            | 最近半年間での入院 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由: 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |       |                                                         |                    |                                                                                                                   |             |      |     |
|                 | 入院頻度      | <input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い/これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |       |                                                         |                    |                                                                                                                   |             |      |     |
| 入院前に実施している医療処置* |           | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡<br><input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール<br><input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |          |       |                                                         |                    |                                                                                                                   |             |      |     |

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

|             |                                                                                                                                           |          |                                                                |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------|
| 内服薬         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                                                               | 居宅療養管理指導 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種: ) |
| 薬剤管理        | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者: ・管理方法: )                                                            |          |                                                                |
| 服薬状況        | <input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否 |          |                                                                |
| お薬に関する、特記事項 |                                                                                                                                           |          |                                                                |

9. かかりつけ医について

|           |       |         |                                                                              |
|-----------|-------|---------|------------------------------------------------------------------------------|
| かかりつけ医機関名 |       | 電話番号    |                                                                              |
| 医師名       | (ﾌｶｶ) | 診察方法・頻度 | <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療<br>・頻度 = ( ) 回 / 月 |

\* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連

# 退院・退所情報記録書

## 1. 基本情報・現在の状態 等

記入日: 年 月 日

|                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                                |                       |                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|--------------------------|--|
| 属性                                                                                                                                                                               | フリガナ                                                                                                                                                                                                                             | 性別                                    | 年齢                             | 退院(所)時の要介護度 (□ 要区分変更) |                          |  |
|                                                                                                                                                                                  | 氏名                                                                                                                                                                                                                               | 様 男・女                                 | 歳                              | □要支援 ( )・要介護( )       | □申請中 □なし                 |  |
| 入院(所)概要                                                                                                                                                                          | ・入院(所)日: H 年 月 日 ・退院(所)予定日: H 年 月 日                                                                                                                                                                                              |                                       |                                |                       |                          |  |
|                                                                                                                                                                                  | 入院原因疾患 (入所目的等)                                                                                                                                                                                                                   |                                       |                                |                       |                          |  |
|                                                                                                                                                                                  | 入院・入所先                                                                                                                                                                                                                           |                                       | 施設名                            | 棟                     | 室                        |  |
|                                                                                                                                                                                  | 今後の医学管理                                                                                                                                                                                                                          |                                       | 医療機関名:                         | 方法                    | □通院 □訪問診療                |  |
| ① 疾患と入院(所)中の状況                                                                                                                                                                   | 現在治療中の疾患                                                                                                                                                                                                                         | ①                                     | ②                              | ③                     | 疾患の状況 *番号記入 安定( ) 不安定( ) |  |
|                                                                                                                                                                                  | 移動手段                                                                                                                                                                                                                             | □自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他 ( )             |                                |                       |                          |  |
|                                                                                                                                                                                  | 排泄方法                                                                                                                                                                                                                             | □トイレ □ポータブル □おむつ カテーテル・パウチ ( )        |                                |                       |                          |  |
|                                                                                                                                                                                  | 入浴方法                                                                                                                                                                                                                             | □自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず             |                                |                       |                          |  |
|                                                                                                                                                                                  | 食事形態                                                                                                                                                                                                                             | □普通 □経管栄養 □その他 ( )                    |                                |                       | UDF等の食形態区分               |  |
|                                                                                                                                                                                  | 嚥下機能(むせ)                                                                                                                                                                                                                         | □なし □あり(時々・常に)                        |                                | 義歯                    | □なし □あり(部分・総)            |  |
|                                                                                                                                                                                  | 口腔清潔                                                                                                                                                                                                                             | □良 □不良 □著しく不良                         |                                | 入院(所)中の使用: □なし □あり    |                          |  |
|                                                                                                                                                                                  | 口腔ケア                                                                                                                                                                                                                             | □自立 □一部介助 □全介助                        |                                |                       |                          |  |
|                                                                                                                                                                                  | 睡眠                                                                                                                                                                                                                               | □良好 □不良 ( )                           |                                |                       | 眠剤使用 □なし □あり             |  |
|                                                                                                                                                                                  | 認知・精神                                                                                                                                                                                                                            | □認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他 ( ) |                                |                       |                          |  |
|                                                                                                                                                                                  | ② 受け止め/意向                                                                                                                                                                                                                        | 本人への病名告知: □あり □なし                     |                                |                       |                          |  |
|                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  | <本人>病気、障害、後遺症等の受け止め方                  |                                |                       |                          |  |
| <本人>退院後の生活に関する意向                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                                |                       |                          |  |
| <家族>病気、障害、後遺症等の受け止め方                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                                |                       |                          |  |
| ③ 退院後に必要な事柄                                                                                                                                                                      | 医療処置の内容 □なし<br>□点滴 □酸素療法 □喀痰吸引 □気管切開 □胃ろう □経鼻栄養 □経腸栄養<br>□褥瘡 □尿道カテーテル □尿路ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール<br>□排便コントロール □自己注射 ( ) □その他 ( )                                                                                                 |                                       |                                |                       |                          |  |
|                                                                                                                                                                                  | 看護の視点 □なし<br>□血圧 □水分制限 □食事制限 □食形態 □嚥下 □口腔ケア □清潔ケア<br>□血糖コントロール □排泄 □皮膚状態 □睡眠 □認知機能・精神面 □服薬指導<br>□療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) □ターミナル<br>□その他 ( )                                                                            |                                       |                                |                       |                          |  |
|                                                                                                                                                                                  | リハビリの視点 □なし<br>□本人指導 □家族指導 □関節可動域練習(ストレッチ含む) □筋力増強練習 □バランス練習<br>□麻痺・筋緊張改善練習 □起居/立位等基本動作練習 □摂食・嚥下訓練 □言語訓練<br>□ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) □IADL練習(買い物、調理等)<br>□疼痛管理(痛みコントロール) □更生装具・福祉用具等管理 □運動耐容能練習<br>□地域活動支援 □社会参加支援 □就労支援 □その他 ( ) |                                       |                                |                       |                          |  |
|                                                                                                                                                                                  | 禁忌事項                                                                                                                                                                                                                             |                                       | (禁忌の有無) □なし □あり<br>(禁忌の内容/留意点) |                       |                          |  |
| 症状・病状の予後・予測                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                                |                       |                          |  |
| 退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)<br>例)医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。 |                                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                                |                       |                          |  |
| 在宅復帰のために整えなければならない要件                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                                |                       |                          |  |
| 回目                                                                                                                                                                               | 聞き取り日                                                                                                                                                                                                                            | 情報提供を受けた職種(氏名)                        |                                |                       | 会議出席                     |  |
| 1                                                                                                                                                                                | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                            |                                       |                                |                       | 無・有                      |  |
| 2                                                                                                                                                                                | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                            |                                       |                                |                       | 無・有                      |  |
| 3                                                                                                                                                                                | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                            |                                       |                                |                       | 無・有                      |  |

## 2. 課題認識のための情報

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考える。