

## 第1 事業者指定に関する基準

### 1 人員基準

#### (1) 管理者（条例第5条関係）

##### ◎資格要件【一部改正】

（改正前）常勤の「介護支援専門員」



（改正後）常勤の「主任介護支援専門員」

※平成33年3月31日までの間は、主任介護支援専門員以外の介護支援専門員の配置が可能です。

※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ようにしてください。

##### ◎管理者の兼務

専従が基本です。ただし、以下のいずれかに該当する場合には、他の職務を兼ねることができます。

- ・ 当該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
- ・ 同一敷地内にある他の事業所の職務に従事する場合であって、居宅介護支援事業所の管理業務に支障がない場合

※兼務する場合であっても、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ります。例えば、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、利用者が管理者と連絡が取れる体制を築いてください。

#### (2) 介護支援専門員（条例第4条関係）

##### ◎介護支援専門員の員数

常勤1以上（常勤の配置は、利用者の数が35又はその端数を増すごとに1が基準）

## 2 運営基準

### (1) 内容及び手続の説明並びに同意（条例第6条関係）

#### ◎契約時における利用者等への説明【一部改正(第2項)】

提供の開始に際し、以下のことについて説明を行い、理解を得なければならない。

(改正前)

- ・ケアプランは、条例第3条に規定する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と



(改正後)

上記に加え、

- ・ 利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること
- ・ 利用者はケアプランに位置付けた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

【注】これを怠った場合、運営基準減算になります

#### ☑ POINT

- 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てください。〔老企第22号〕
- 平成30年4月以前に契約を結んでいる利用者については、次のケアプランの見直し時に説明を行うようにしてください。〔Q&A(Vol.1)〕

#### ◎契約時における利用者等への求め【新規(第3項)】

- ・提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者が医療機関に入院する際には、当該医療機関に対し、利用者の介護支援専門員の氏名及び連絡先を医療機関に伝えるよう求めなければならない。

## (2) 指定居宅介護支援の具体的取扱方針（条例第 15 条関係）

### ◎利用者自身によるサービスの選択【(第 5 号)】

ケアプランの作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における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切に当該利用者又はその家族に対して提供しなければならない。

### ☑ POINT

- ケアプランの作成にあたって複数の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、ケアプラン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してください。〔老企第 22 号〕
- 特定の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ケアプランを最初から提示するようなことがあってはなりません。〔老企第 22 号〕
- 例えば集合住宅等において、特定の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りません。ケアプランについても、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業者のみをケアプランに位置付けるようなことはあってはなりません。〔老企第 22 号〕

### ◎サービス担当者会議等による専門的意見の聴取【一部改正(第 9 号)】

(改正前)

- ・サービス担当者会議の開催により、居宅サービス等の担当者から、専門的な見地からの意見を求めなければならない。
- ・やむを得ない理由がある場合は、担当者に対する照会等により意見を求めることができる。



(改正後)

- ・サービス担当者会議の開催により、居宅サービス等の担当者から、専門的な見地からの意見を求めなければならない。
- ・**末期の悪性腫瘍の患者である利用者の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師の意見を勘案して必要と認める場合**その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができる。

## POINT

- 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ます。〔老企第22号〕
- 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ません。〔老企第22号〕
- 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です。〔老企第22号〕

## ◎居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等【新規（第13号の2）】

- ・介護支援専門員は、居宅サービス事業者等から利用者に関する情報提供を受けたとき等においては、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供しなければならない。

## POINT

- 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、主治医等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となるため、例えば、利用者の心身・生活状況に係る以下のような情報を得た場合は、それらの情報のうち、主治医等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、主治医等に提供するものとします。〔老企第22号〕

- ・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

## ◎ケアプランの届出【新規（第18号の2）】

・介護支援専門員は、ケアプランに厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該ケアプランに訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該ケアプランを市町村に届け出なければならない。

### ☑ POINT

- 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ケアプランについて届出を行ってください。〔老企第22号〕
- 届出にあつては、当該月において作成又は変更（軽微な変更を除く。）したケアプラン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てください。〔老企第22号〕  
※当該月において作成又は変更したケアプランとは、当該月において利用者の同意を得て交付をしたケアプランをいいます。

## ◎主治の医師等の意見等【一部改正（第19号、第19号の2）】

（改正前）

・介護支援専門員は、利用者が医療サービス系の利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。



（改正後）

・上記に加え、**介護支援専門員は、ケアプランを作成した際には、当該ケアプランを主治の医師等に交付しなければならない。**

### ≪医療系サービス≫

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。）

 **POINT**

- 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ありません。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ません。〔老企第 22 号〕
- 医療サービス以外の居宅サービス等をケアプランに位置付ける場合にあつて、当該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ってください。〔老企第 22 号〕

## 第2 介護報酬に関する基準等

### 1 基本報酬

居宅介護支援費は、取扱件数に応じて以下のとおり区分されています。

| 区分         | 取扱件数  | 要介護度      | 居宅介護支援費(1月あたり) |                |
|------------|-------|-----------|----------------|----------------|
|            |       |           | 平成29年度         | 平成30年度         |
| 居宅介護支援費(Ⅰ) | 40件未満 | 要介護1又は2   | 1,042単位        | <u>1,053単位</u> |
|            |       | 要介護3、4又は5 | 1,353単位        | <u>1,368単位</u> |
| 居宅介護支援費(Ⅱ) | 40件以上 | 要介護1又は2   | 521単位          | <u>527単位</u>   |
|            | 60件未満 | 要介護3、4又は5 | 677単位          | <u>684単位</u>   |
| 居宅介護支援費(Ⅲ) | 60件以上 | 要介護1又は2   | 313単位          | <u>316単位</u>   |
|            |       | 要介護3、4又は5 | 406単位          | <u>410単位</u>   |

#### 【POINT】

##### ○取扱件数の計算

$$\frac{\begin{aligned} & \text{「月末に給付管理を行っている利用者(要介護者)の総数」}^{※1} \\ & + \text{「介護予防支援事業者から委託を受けた利用者の数} \times 0.5 \text{」} \end{aligned}}{\text{「常勤換算方法により算定した介護支援専門員の員数」}^{※2}}$$

※1 単に契約をしているだけで給付管理や報酬請求を行っていないケースは含みません。

※2 管理者が介護支援専門員を兼務している場合、当該管理者を常勤換算1の介護支援専門員として計算することができます(管理者がケアマネジメント業務に全く従事していない場合は算定不可)。また、居宅介護支援事業所以外の業務に従事した時間は、当該時間を除いて常勤換算します。

##### ○利用者ごとの区分の割り当て

居宅介護支援費(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の利用者ごとの割り当ては、**利用者の契約日が古いものから順**に、1件目から39件目(常勤換算方法で1を超える数の介護支援専門員がいる場にあつては、40にその数を乗じた数から1を減じた件数まで)については居宅介護支援費(Ⅰ)を算定し、40件目(常勤換算方法で1を超える数の介護支援専門員がいる場合にあつては、40にその数を乗じた件数)以降については、取扱件数に応じ、それぞれ居宅介護支援費(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定します。〔老企第36号〕

## 2 減算

### (1) 運営基準減算【一部改正】

運営基準に定める所定の業務を行っていない場合、以下により減算して請求することになります。

- 所定単位数の50%に相当する単位数を算定
- 運営基準減算が2月以上継続している場合は算定できない

#### POINT

○減算となる状態及びその期間〔老企第36号〕

##### ①提供開始時の説明関係【新規】

| 減算となる状態  | 減算期間                      |
|--|---------------------------|
| <u>以下のことについて、文書の交付により説明をしていないとき</u> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 利用者は複数の居宅サービス事業者等を紹介できるよう求めることができること</li><li>・ 利用者はケアプランに位置付けた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</li></ul> | 契約月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで |

##### ②ケアプランの新規作成及びその変更関係

| 減算となる状態  | 減算期間                      |
|--|---------------------------|
| 以下のいずれかの業務を行っていないとき <ul style="list-style-type: none"><li>・ アセスメントに当たり、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とき</li><li>・ 介護支援専門員が、サービス担当者会議を開催していないとき</li><li>・ 介護支援専門員が、ケアプラン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ていないとき</li><li>・ 介護支援専門員が、ケアプランを利用者及びサービス担当者に交付していないとき</li></ul> | 当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで |

##### ③サービス担当者会議関係

| 減算となる状態   | 減算期間                      |
|---|---------------------------|
| 以下のいずれかの業務を行っていないとき <ul style="list-style-type: none"><li>・ ケアプランを新規に作成するときにサービス担当者会議を開催していないとき</li><li>・ 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けたときにサービス担当者会議を開催していないとき</li><li>・ 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けたときにサービス担当者会議を開催していないとき</li></ul> | 当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで |



④ケアプランの実施状況の把握(モニタリング)関係

| 減算となる状態  | 減算期間                      |
|--|---------------------------|
| 以下のいずれかの業務を行っていないとき<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・当該事業所の介護支援専門員が1月に利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していないとき</li> <li>・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</li> </ul> | 当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで |

**(2) 特定事業所集中減算【一部改正】**

以下の判定期間において利用者に提供されたサービスが、正当な理由なく特定の事業者  
 に偏っている場合、それぞれ減算適用期間中、1月につき200単位を所定単位数から減算  
 して請求することになります。

⇒判定の対象となるサービスのいずれかについて、紹介率最高法人(最も紹介件数の多  
 い法人)の割合が80%を超える場合には、**正当な理由の有無にかかわらず**、「特定  
 事業所集中減算算定表」を市へ提出してください。

《判定期間等》

|                    | 前期   | 後期             |
|--------------------|--|----------------|
| 判定期間<br>以下         | 3月1日から8月末日まで<br>※平成30年度においては H30.4<br>～8の5か月間! | 9月1日から翌年2月末日まで |
| 80%を超える<br>場合の提出期限 | 9月15日まで  | 3月15日まで        |
| 減算適用期間             | 10月1日から翌年3月31日まで                               | 4月1日から9月30日まで  |

《判定の対象となるサービス》

| 判定期間                           | 判定の対象となるサービス   |
|--------------------------------|--|
| 平成29年後期<br>(H29.9～H30.2)<br>まで | 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所<br>介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介<br>護、特定施設入居者生活介護(利用期間を定めて行うものに限る。)、福祉用具貸<br>与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、<br>地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居<br>宅介護(利用期間を定めて行うものに限る。)、認知症対応型共同生活介護(利用期<br>間を定めて行うものに限る。)、地域密着型特定施設生活介護(利用期間を定めて行う<br>ものに限る。)及び看護小規模多機能型居宅介護(利用期間を定めて行うものに限る。) |
| 平成30年前期<br>(H30.4～8)から         | 訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護   |

《本市における正当な理由の判断基準》

- ・「千葉市における特定事業所集中減算の「正当な理由」判断基準について」(平成24年8月23日制定)のとおり

【判定等の流れ】

- ① すべての居宅介護支援事業所は、それぞれ判定期間内に作成されたケアプランのうち、判定の対象となるサービスが位置付けられたケアプランの数をそれぞれ算出し、当該各サービスに係る紹介率最高法人とその割合を確認のうえ、「特定事業所集中減算算定表」を作成してください。
  - ・「特定事業所集中減算算定表」は、介護保険事業課のホームページからダウンロードできます。  
<http://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/koreishogai/kaigohokenjigyo/tokutei.html>
  - ・作成した「特定事業所集中減算算定表」は2年間保存してください。
- ② ①の結果、いずれかのサービスについて紹介率最高法人の割合が80%を超えていた場合は、介護保険事業課に「特定事業所集中減算算定表」を提出してください。  
なお、本市が定める「正当な理由」に該当する場合には、それを証する書類も添付してください。
- ③ 正当な理由がないとき(市が正当な理由に該当しないと判断したときを含む。)は、減算適用期間における居宅介護支援費のすべてについて、1月につき200単位を所定単位数から減算して請求します。

**POINT**

- ・すべての居宅介護支援事業者は、紹介率最高法人の割合が80%を超えているか否かに関わらず、「特定事業所集中減算算定表」を作成し、当該書類を2年間保管しておく必要があります。〔老企第36号〕

## 3 加算

### (1) 初回加算

以下のいずれかに該当する場合に、1月につき300単位を算定できます。

- ① 新規<sup>\*</sup>に居宅サービス計画を作成する場合  
※過去2月以上、当該居宅介護支援事業所において居宅介護支援を提供しておらず、居宅介護支援が算定されていない場合であって、当該利用者に対してケアプランを作成した場合をいいます。(Q&Aより)
- 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

#### POINT

・運営基準減算に該当している場合は、算定できません。〔告示第20号〕

### (2) 特定事業所加算【一部改正】

#### 【趣旨】

特定事業所加算制度は、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応や、専門性の高い人材の確保、医療・介護連携への積極的な取組等を総合的に実施することにより質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域における居宅介護支援事業所のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とするものです。

#### 【基本的取扱方針】

特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の対象となる事業所については、

- ・公正中立性を確保し、サービス提供主体からも実質的に独立した事業所であること
- ・常勤かつ専従の主任介護支援専門員及び介護支援専門員が配置され、どのような支援困難ケースでも適切に処理できる体制が整備されている、いわばモデル的な居宅介護支援事業所であること

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

**【新設】 特定事業所加算(Ⅳ) 125 単位 ※平成 31 年度より算定可**

以下に掲げる基準のいずれにも適合する場合に算定することができます。

①特定事業所加算(Ⅳ)を算定する年度の前々年度の3月から前年度の2月までの間において退院・退所加算(Ⅰ)イ、(Ⅰ)ロ、(Ⅱ)イ、(Ⅱ)ロ又は(Ⅲ)の算定に係る病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設との連携の回数<sup>※</sup>の合計が35回以上

※退院・退所加算の算定回数ではなく、その算定に係る病院等との連携回数

②特定事業所加算(Ⅳ)を算定する年度の前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を5回以上算定

③特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)のいずれかを算定していない月は特定事業所加算(Ⅳ)の算定はできない。

《平成 31 年度の算定における場合の取扱い》

平成 30 年度の報酬改定が反映されていないことから、以下の取扱いとなります。

・退院・退所加算の実績：平成 30 年 3 月の算定回数＋平成 30 年 4 月～平成 31 年 2 月の連携回数の合計

・ターミナルケアマネジメント加算の実績：平成 30 年 4 月～平成 31 年 2 月の算定回数の合計

《特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)の算定要件》

| 要件  | (Ⅰ) | (Ⅱ) | (Ⅲ) |
|---|-----|-----|-----|
| (1-1)主任介護支援専門員 2 名以上(常勤専従)                          | ○   |     |     |
| (1-2)主任介護支援専門員 1 名以上(常勤専従)                          |     | ○   | ○   |
| (2-1)介護支援専門員 3 名以上(常勤専従)                            | ○   | ○   |     |
| (2-2)介護支援専門員 2 名以上(常勤専従)                            |     |     | ○   |
| (3)利用者情報等の伝達等を目的とした会議の定期開催                          | ○   | ○   | ○   |
| (4)24 時間連絡体制の確保等                                    | ○   | ○   | ○   |
| (5)算定月における利用者総数に占める要介護 3～5 の割合が 40%以上               | ○   | ,   |     |
| (6)介護支援専門員に対する個別研修計画の作成等                            | ○   | ○   | ○   |
| (7)地域包括支援センターからの紹介による支援困難事例への対応                     | ○   | ○   | ○   |
| (8)地域包括支援センター等が開催する事例検討会等への参加                       | ○   | ○   | ○   |
| (9)運営基準減算及び特定事業所集中減算非該当                             | ○   | ○   | ○   |
| (10)介護支援専門員 1 人当たりの利用者数が 40 名未満                     | ○   | ○   | ○   |
| (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」等への協力等    | ○   | ○   | ○   |
| <b>(12)他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者との共同による事例検討会、研修会等の実施</b> | ○   | ○   | ○   |

## POINT

### (1) 主任介護支援専門員の配置

- ・居宅介護支援の提供に当たる常勤専従の主任介護支援専門員を配置することが必要です。
- ・常勤専従の主任介護支援専門員は、当該指定居宅介護支援事業所の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することができます。
- ・常勤専従の介護支援専門員とは別に、主任介護支援専門員を置く必要があります

【例】加算(Ⅰ)：主任介護支援専門員 2 名以上＋介護支援専門員3名の合計5名以上を常勤専従で配置

### (2) 介護支援専門員の配置

- ・居宅介護支援の提供に当たる常勤専従の介護支援専門員を配置することが必要です。

### (3) 利用者情報等の伝達等を目的とした会議の定期開催

- ・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(概ね週1回以上)に開催することが必要です。

#### 《会議の議題》

少なくとも次のような議事を含めなければなりません。

- ①現に抱える処遇困難ケースについての具体的な処遇方針
- ②過去に取り扱ったケースについての問題点及びその改善方策
- ③地域における事業者や活用できる社会資源の状況
- ④保健医療及び福祉に関する諸制度
- ⑤ケアマネジメントに関する技術
- ⑥利用者からの苦情があった場合は、その内容及び改善方針
- ⑦その他必要な事項

#### 《議事録の保存》

議事については、記録を作成し、2年間保存しなければなりません。

### (4) 24 時間連絡体制の確保等

- ・24 時間連絡可能な体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保しなければなりません。
- ・「24 時間連絡可能な体制」とは、常時、担当者が携帯電話等により連絡を取ることができ、必要に応じて相談に応じることが可能な体制をとる必要があることを言うもので、(当該事業所の介護支援専門員が輪番制で対応すること等も可能)

**(5) 算定月における利用者総数に占める要介護3～5の割合が40%以上**

- ・算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5の者の割合が40%以上である必要があります。
- ・要介護3、要介護4又は要介護5の者の割合が40%以上であることについては、毎月その割合を記録しなければなりません。
- ・「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」に該当するケースについては、例外的に本要件の枠外として取り扱うことが可能です。（＝割合計算の対象外として取り扱うことが可能）。

**(6) 介護支援専門員に対する個別研修計画の作成等**

- ・当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施している必要があります。
- ・研修の計画は、個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等について、毎年度少なくとも年度が始まる3月前までに次年度の計画を定めなければなりません。
- ・管理者は、研修目標の達成状況について、適宜、確認し、必要に応じて改善措置を講じなければなりません。

**(7) 地域包括支援センターからの紹介による支援困難事例への対応**

- ・地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に居宅介護支援を提供している必要があります。
- ・特定事業所加算算定事業所については、自ら積極的に支援困難ケースを受け入れるものでなければならず、また、そのため、常に地域包括支援センターとの連携を図らなければなりません。

**(8) 地域包括支援センター等が開催する事例検討会等への参加**

- ・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必要があります。

**(9) 運営基準減算及び特定事業所集中減算非該当**

- ・運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていない必要があります。
- ・特定事業所加算の趣旨を踏まえ、単に減算の適用になっていないのみならず、特定事業所加算の趣旨を踏まえた、中立公正を確保し、実質的にサービス提供事業者からの独立性を確保してください。

**(10) 介護支援専門員1人当たりの利用者数が40名未満**

- ・居宅介護支援の提供を受ける利用者の数が当該居宅介護支援事業所の介護支援専門員1人当たり40名未満であることが必要です。
- ・取り扱う利用者数については、原則として事業所単位で平均して介護支援専門員1名当たり40名未満であれば差し支えありません。ただし、不当に特定の者に偏るなど、適

切なケアマネジメントに支障がでることがないように配慮してください。

**(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」等への協力等**

- ・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」等への協力又は協力体制を確保している必要があります。
- ・「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います。

**(12) 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者との共同による事例検討会、研修会等の実施**

- ・同一法人内に留まらず、他の法人が運営する事業所の職員も参画した事例検討会等の取組を、自ら率先して実施していかなければなりません。
- ・事例検討会等の内容、実施時期、共同で実施する他事業所等について、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに、次年度の計画を定めなければなりません。（年度の途中で加算取得の届出をする場合にあつては、当該届出を行うまでに当該計画を策定すること。）
- ・「共同」とは、開催者か否かを問わず、2 法人以上が事例検討会等に参画することを指します。
- ・平成 30 年度については、事例検討会等の概略や開催時期等を記載した簡略的な計画を 4 月末日までに定め、共同で実施する他事業所等まで記載した最終的な計画を 9 月末日までに定めてください。〔Q&A(Vol.1)〕

### (3) 入院時情報連携加算【一部改正】

利用者が医療機関に入院するに当たり、当該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必要な情報を提供した場合に算定できるものです。

※利用者一人につき、1月に1回が限度です。

(改正前)

入院時情報連携加算(Ⅰ)

- ・医療機関へ出向いて、当該医療機関の職員と面談し、必要な情報を提供した場合に算定。

入院時情報連携加算(Ⅱ)

- ・(Ⅰ)以外の方法により必要な情報を提供した場合に算定。



(改正後)

入院時情報連携加算(Ⅰ)

- ・利用者が入院してから3日以内に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に算定。

入院時情報連携加算(Ⅱ)

- ・利用者が入院してから4日以上7日以内に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に算定。

#### POINT

○必要な情報

- ・利用者の入院日、心身の状況(例えば疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など)、生活環境(例えば、家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など)及びサービスの利用状況をいいます。〔老企第36号〕
- ・提供する具体的な情報は、「居宅介護支援費の入院時情報連携加算及び退院・退所加算に係る様式例の提示」の別紙1「入院時情報連携加算に係る様式例」を参考にしてください。

※千葉県高齢者福祉課では、「千葉県地域生活連携シート」を作成しています。

<https://www.pref.chiba.lg.jp/koufuku/renkei/renkei-sheet.html>

○情報提供の方法

- ・手段としては、面談、FAX、メール、郵送などが挙げられます。〔老企第36号〕

※医療機関とは日頃より密なコミュニケーションを図り、FAX等による情報提供を行う場合であっても、唐突に送るのではなく、情報提供を行う旨の連絡及び到達した旨の確認をするようにしてください。



○記録

・情報提供を行った日時、場所(医療機関へ出向いた場合)、内容、提供手段(面談、FAX等)等について、支援経過等に記録してください。

#### (4) 退院・退所加算【一部改正】

医療機関への入院又は地域密着型介護老人福祉施設や介護保険施設への入所をしていた者が退院又は退所し、居宅サービスや地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院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ケアプランを作成し、居宅サービスや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、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算定できるものです。

※初回加算を算定する場合は、算定できません。

※退所については、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護又は介護福祉施設サービスの在宅・入所相互利用加算を算定する場合は除きます。

(改正前)

退院・退所加算 300 単位

※入院又は入所期間中につき 3 回を限度。3 回算定するときは、医科診療報酬点数表の「退院時共同指導料2」の対象となるカンファレンスへの参加が必須。



(改正後)

①退院・退所加算

| 区分   | 単位数    | 病院等の職員からの情報収集の頻度・方法     |
|------|--------|-------------------------|
| (Ⅰ)イ | 450 単位 | カンファレンス*以外の方法による情報収集1回  |
| (Ⅰ)ロ | 600 単位 | カンファレンスによる情報収集1回        |
| (Ⅱ)イ | 600 単位 | 情報収集2回以上                |
| (Ⅱ)ロ | 750 単位 | 情報収集2回、うち1回以上はカンファレンス   |
| (Ⅲ)  | 900 単位 | 情報収集3回以上、うち1回以上はカンファレンス |

※同一日に必要な情報の提供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、1回として算定します。

※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ですが、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ます。

**POINT**

○カンファレンスの定義

|                            |   |
|----------------------------|---|
| 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。   |
| 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。<br>※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。                                     |
| 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。<br>※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。  |
| 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。<br>※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。   |
| 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。<br>※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。  |
| 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附則第130条の2第1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。<br>※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。 |

○利用者に関する必要な情報

- ・収集する具体的な情報は、「居宅介護支援費の入院時情報連携加算及び退院・退所加算に係る様式例の提示」の別紙2「退院・退所加算に係る様式例」を参考にしてください。
- ・カンファレンスに参加した場合は、(1)において別途定める様式ではなく、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について支援経過等に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付してください。

### (5) ターミナルケアマネジメント加算【新設】

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、必要に応じて居宅介護支援を行うことができる体制を整備している居宅介護支援事業所が、以下のことを行った場合に、1月につき400単位を加算するものです。

- 在宅で死亡した末期の悪性腫瘍の患者に対し、
- 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、主治医及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者を提供した場合

※在宅で死亡した利用者の死亡月に加算します。なお、利用者の居宅を最後に訪問した日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合には、死亡月に算定することになります。

※ターミナルケアマネジメントを受けることについて利用者が同意した時点以降は、次に掲げる事項を支援経過等に記録しなければなりません。

- ①終末期の利用者の心身又は家族の状況の変化や環境の変化及びこれらに対して居宅介護支援事業者が行った支援についての記録
- ②利用者への支援にあたり、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等と行った連絡調整に関する記録

※死亡診断を目的として医療機関へ搬送され、24時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケアマネジメント加算を算定することができます。

### 第3 他のサービスに関する主な改正点等

#### 1 訪問系サービス共通

##### (1) 同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬【一部改正】

- ①同一敷地内建物等に居住する利用者
  - ア 50人未満… 所定単位数を10%減算
  - イ 50人以上… 所定単位数を15%減算
- ②上記①以外の範囲に所在する同一の建物に居住する利用者
  - 20人以上… 所定単位数を10%減算

#### POINT

- 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅以外の建物も対象です。〔老企第36号〕
- 「同一敷地内建物等」とは、指定訪問介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物及び同一敷地内並びに隣接する敷地にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なものを指します。〔老企第36号〕
  - ◀一体的な建築物の例▶
    - ・当該建物の1階部分に指定訪問介護事業所がある場合や当該建物と渡り廊下でつながっている場合等
  - ◀同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物例▶
    - ・同一敷地内にある別棟の建築物や幅員の狭い道路を挟んで隣接する場合等
- 本減算を受けている利用者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとなります。

## 2 訪問介護

### (1) サービス提供責任者の責務【一部改正(居サ条例第 28 条)】

○サービス提供責任者の責務の 1 つとして「居宅介護支援事業者等に対し、指定訪問介護の提供に当たり把握した利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報の提供を行うこと。」が追加されました。

#### POINT

- 情報の提供は、サービス担当者会議等を通じて行うことでも差し支えありません。〔老企第 22 号〕
- 必要な情報の提供については、あらかじめ、サービス担当者会議等で居宅介護支援事業者等と調整しておくことが望ましいです。〔老企第 22 号〕

#### 《必要な情報の例》

- ・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

## (2) 訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について【一部改正】

別紙「「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」の一部改正について」参照

### 3 訪問看護

#### (1) 複数名訪問加算【一部改正】

同時に複数の看護師等により訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得ている場合であって、

- ・利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合
- ・暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
- ・その他利用者の状況等から判断して上記に準ずると認められる場合

のいずれかに該当する場合に、同時に複数の看護師等が1人の利用者に対して訪問看護を行ったときに、1回につき以下の単位数を加算するものです。

《改正前》

|                       | 所要時間 30 分<br>未満 | 所要時間 30 分<br>以上 |
|-----------------------|-----------------|-----------------|
| 複数の看護師等が同時に訪問看護を行った場合 | 254 単位          | 402 単位          |

《改正後》

|                                 | 所要時間 30 分<br>未満 | 所要時間 30 分<br>以上 |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|
| 複数の看護師等が同時に訪問看護を行った場合           | 254 単位          | 402 単位          |
| <b>看護師等が看護補助者と同時に訪問看護を行った場合</b> | <b>201 単位</b>   | <b>317 単位</b>   |

※看護師等：保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれか

#### POINT

- 複数名訪問加算は、体重が重い利用者を一人が支持しながら、必要な処置を行う場合等、一人で看護を行うことが困難な場合に算定を認めるものであり、これらの事情がない場合に、単に二人の看護師等(うち一人が看護補助者の場合も含む。)が同時に訪問看護を行ったことのみをもって算定することはできません。〔老企第 36 号〕
- 看護補助者とは、訪問看護を担当する看護師等の指導の下に、療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)の他、居室内の環境整備、看護用品及び消耗品の整理整頓等といった看護業務の補助を行う者のことであり、資格は問いません。  
※秘密保持や安全等の観点から、訪問看護事業所に雇用されている必要があります。〔老企第 36 号〕

## (2) 理学療法士等による訪問看護【一部改正】

≪改正前≫

(1回につき) 302 単位 ※1日3回以上の場合は90%

≪改正後≫

(1回につき) 296 単位 ※1日3回以上の場合は90%

※理学療法士等：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれか

### POINT

- 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、訪問看護サービスの利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ、定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価を行うこととされています。〔老企第36号〕
- 「定期的な看護職員による訪問」については、少なくとも概ね3ヶ月に1回程度は当該事業所の看護職員による訪問により、利用者の状態の適切な評価を行うこととなりますが、当該事業所の看護職員による訪問については、必ずしもケアプランに位置づけ訪問看護費の算定までを求めるものではありませんが、訪問看護費を算定しない場合には、訪問日、内容等を記録する必要があります。〔Q&A(Vol.1)〕

## 4 介護予防訪問リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

### (1) リハビリテーションマネジメント加算【新設】

利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として実施されるものであり、リハビリテーションの質の向上を図るため、利用者の状態や生活環境等を踏まえた(Survey)、多職種協働による介護予防訪問リハビリテーション計画の作成(Plan)、当該計画に基づく状態や生活環境等を踏まえた適切なリハビリテーションの提供(Do)、当該提供内容の評価(Check)とその結果を踏まえた当該計画の見直し等(Action)(以下「SPDCA」という。)といったサイクルの構築を通じて、継続的にリハビリテーションの質の管理を行った場合に加算するものです。

事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が協働し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合に以下の単位数を加算する。

○介護予防訪問リハビリテーション…1月につき 230 単位

○介護予防通所リハビリテーション…1月につき 330 単位



**POINT**

○ リハビリテーションマネジメント加算を算定する場合は、介護予防サービス計画への位置づけをしてください。

※「リハビリテーションの質の管理」とは、生活機能の維持又は向上を目指すに当たって、心身機能、個人として行うADLや手段的日常生活動作(以下「IADL」とする。)といった活動をするための機能、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった参加をするための機能について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを管理することをいいます。

## 5 居宅療養管理指導

### (1) 単一建物居住者に対する居宅療養管理指導【一部改正】

《改正前》

同一日に、同一建物に居住する者に対して指導・助言等を行った場合に減額

例) 居宅療養管理指導費(Ⅰ)

- ・同一建物居住者以外の者に対して行う場合・・・503 単位
- ・同一建物居住者に対して行う場合・・・452 単位



《改正後》

同一月において、単一建物居住者に対して指導・助言等を行った場合に、その人数に応じて減額

例) 居宅療養管理指導費(Ⅰ)

- ・単一建物居住者1人に対して行う場合・・・507 単位
- ・単一建物居住者2人以上9人以下に対して行う場合・・・483 単位
- ・上記以外・・・442 単位

**POINT**

《単一建物居住者の人数について》

○居宅療養管理指導の利用者が居住する建築物に居住する者のうち、同一月の利用者数を「単一建物居住者の人数」といいます。〔老企第 36 号〕

- 単一建物居住者の人数は、同一月における以下の利用者の人数をいいます。〔老企第36号〕
- ① 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している利用者
  - ② 小規模多機能型居宅介護(宿泊サービスに限る。)、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス(宿泊サービスに限る。)、介護予防小規模多機能型居宅介護(宿泊サービスに限る。)、介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている利用者
- ※ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、居宅療養管理指導費を算定する人数を、単一建物居住者の人数とみなすことができます。
- ※1つの居宅に居宅療養管理指導費の対象となる同居する同一世帯の利用者が2人以上いる場合の居宅療養管理指導費は、利用者ごとに「単一建物居住者が1人の場合」を算定します。
- ※当該建築物において当該居宅療養管理指導事業所が居宅療養管理指導を行う利用者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該居宅療養管理指導事業所が居宅療養管理指導を行う利用者が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物居住者が1人の場合」を算定します。
- 同じマンションに、同一月に同じ居宅療養管理指導事業所の別の医師がそれぞれ別の利用者に居宅療養管理指導を行った場合、いずれの利用者に対しても「単一建物居住者」複数人に対して行う場合の居宅療養管理指導を算定します。〔Q&A(Vol.1)〕
- 同一月に、同一の集合住宅等に居住する2人の利用者に対し、居宅療養管理指導事業所の医師が訪問し、居宅療養管理指導を行う際に、1人が要介護者で、もう1人が要支援者である場合は、それぞれ「単一建物居住者」2人以上9人以下に対して行う場合の居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を算定します。〔Q&A(Vol.1)〕
- 住民票の住所と実際の居住場所が異なる場合、実際の居住場所で判断します。〔Q&A(Vol.1)〕

## (2) 看護職員による居宅療養管理指導の廃止

平成30年9月30日を以って廃止となります。

## 6 通所介護・地域密着型通所介護・通所リハビリテーション

### (1) 基本報酬のサービス提供時間区分【一部改正】

1 時間ごとのサービス提供時間区分に改められました。

≪改正前≫

|                |  |
|----------------|--|
| 通所介護・地域密着型通所介護 | 所要時間 3 時間以上 5 時間未満<br>5 時間以上 7 時間未満<br>7 時間以上 9 時間未満                                   |
| 通所リハビリテーション    | 所要時間 1 時間以上 2 時間未満<br>2 時間以上 3 時間未満<br>3 時間以上 4 時間未満<br>4 時間以上 6 時間未満<br>6 時間以上 8 時間未満 |



≪改正後≫

|                |  |
|----------------|--|
| 通所介護・地域密着型通所介護 | 所要時間 3 時間以上 4 時間未満<br>4 時間以上 5 時間未満<br>5 時間以上 6 時間未満<br>6 時間以上 7 時間未満<br>7 時間以上 8 時間未満<br>8 時間以上 9 時間未満                  |
| 通所リハビリテーション    | 所要時間 1 時間以上 2 時間未満<br>2 時間以上 3 時間未満<br>3 時間以上 4 時間未満<br>4 時間以上 5 時間未満<br>5 時間以上 6 時間未満<br>6 時間以上 7 時間未満<br>7 時間以上 8 時間未満 |

#### POINT

- 介護報酬算定上のサービス提供時間区分が変更になる場合であっても、サービスの内容及び提供時間に変更が無ければ、ケアプランの変更を行う必要はありません。  
〔Q&A(Vol.1)〕

## (2) 栄養スクリーニング加算【新設】

事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報を、当該利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合に、1回につき5単位を所定単位数に加算するものです。

### POINT

- 利用者について、当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定できません。〔告示第 19 号〕
- 利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定できません。〔告示第 19 号〕
- 栄養スクリーニング加算の算定に当たっては、利用者について、次に掲げることについて確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対して提供しなければなりません。〔老企第 36 号〕
  - ① BMIが 18.5 未満である者
  - ② 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」(平成 18 年6月9日老発第 0609001 号厚生労働省老健局長通知)に規定する基本チェックリストの No.11 の項目が「1」に該当する者(＝6ヶ月間で2～3kg 以上の体重減少はある者)
  - ③ 血清アルブミン値が 3.5g/dl 以下である者
  - ④ 食事摂取量が不良(75%以下)である者
- 栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定し、原則として、当該事業所が当該加算に基づく栄養スクリーニングを継続的に実施します。〔老企第 36 号〕
- 利用者が、栄養スクリーニング加算を算定できるサービスを複数利用している場合、利用者が利用している各種サービスの栄養状態との関連性、実施時間の実績、栄養改善サービスの提供実績、栄養スクリーニングの実施可能性等を踏まえ、サービス担当者会議で検討し、介護支援専門員が判断・決定します。〔Q&A(Vol.1)〕

## 7 福祉用具貸与

### (1) 貸与価格の上限【新設】

別紙「福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与の基準について」参照