

ケアマネジメントの基本方針

1 一般原則

ケアマネジメントの実施にあたっては、一般原則として、常に下記の事項を念頭に置いておく必要があります。

◎ 在宅介護の重視、自立支援

ケアマネジメントは、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければなりません。

◎ 利用者自身によるサービスの選択、保健・医療・福祉サービスの総合的かつ効率的な提供

ケアマネジメントは、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、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行われなければなりません。

◎ 利用者本位、公正中立

ケアマネジメントの提供にあたっては、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サービスが特定の種類又は特定の事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければなりません。

◎ 関係機関との連携

ケアマネジメントの提供にあたっては、市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければなりません。

「在宅介護の重視」「自立支援」などの上記の事項は、介護保険の基本理念に規定されているものであり、ケアマネジメントはその実現の上で極めて重要な役割を果たします。

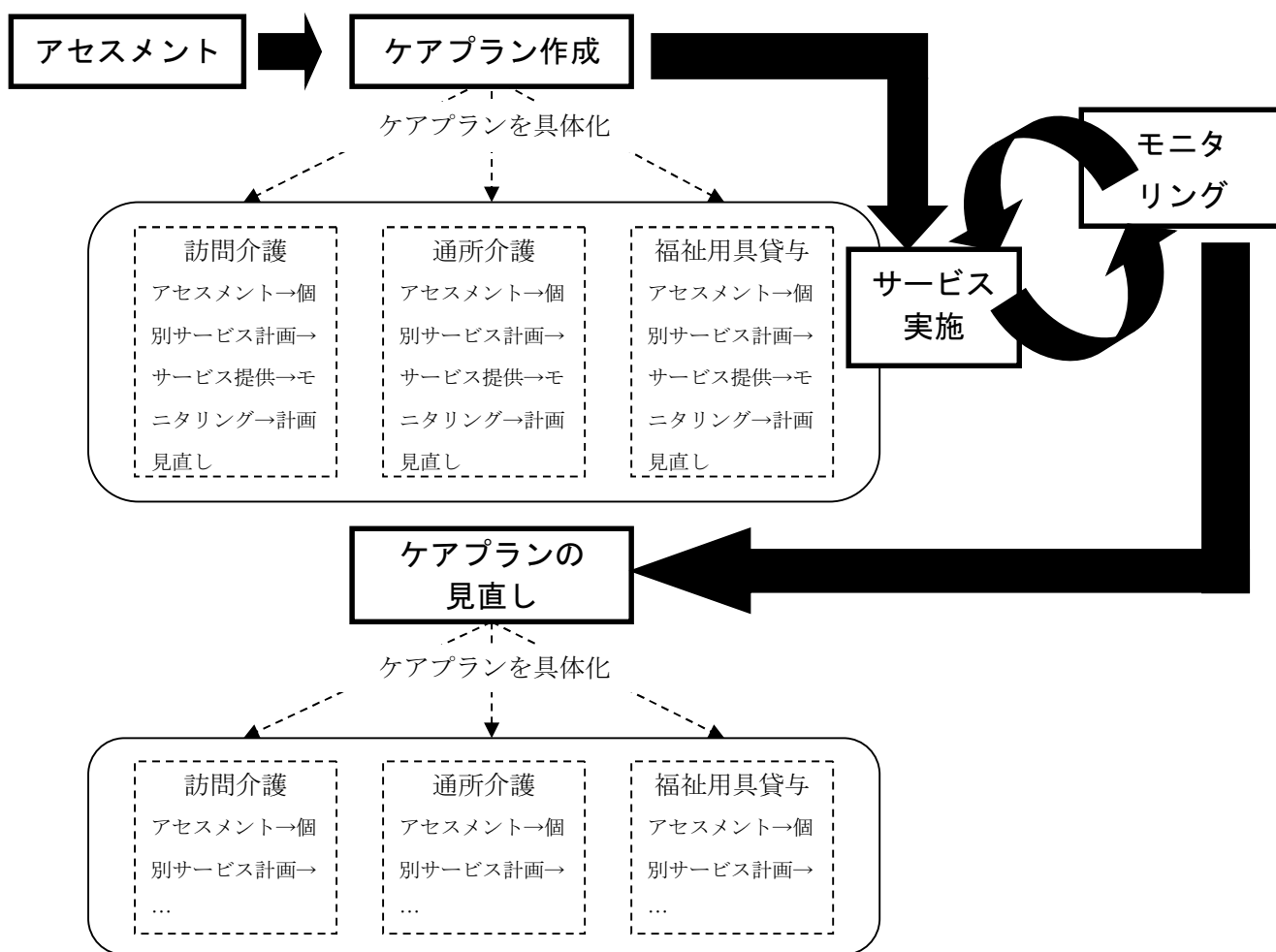
その役割の重要性に鑑み、給付率についても10割（利用者負担なし）としているところです。

2 取扱方針

ケアマネジメントのサイクルについて

ケアマネジメントは、基本的に
 「アセスメント⇒ケアプラン作成⇒サービス提供⇒モニタリング・再アセスメント⇒ケアプランの見直し・・・」
 のサイクルで行われます。

＜ケアマネジメントサイクルのイメージ図＞



このサイクルの各プロセスについての基本的な考え方や、実施にあたっての留意点などについて、次ページ以降に詳述します。

居宅介護支援

基本取扱方針について

①基本取扱方針	○ 指定居宅介護支援は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければなりません。
②質の評価	<p>○ 指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定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りません。</p> <p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指定居宅介護支援事業者は、自らその提供するサービスの質の評価を行い、今後の業務の改善を図る必要があります。 ・評価の手法や頻度について特段明確な規定はありませんが、利用者アンケートや従業者へのヒアリングによる振り返りなどの方法により、少なくとも1年に1回は評価を行い、サービスの質の向上に努めてください。 <p><名古屋市介護サービス事業者自己評価・ユーザー評価事業について></p> <p>介護サービス事業者が自らのサービスの質の向上を図る手段として、また、利用者が介護サービス事業者を選択する際の指標とするため、名古屋市介護サービス事業者連絡研究会（名介研）と共催で実施している事業です。</p> <p>介護サービス事業者とその利用者が、介護保険サービスにおける評価指標についてお互いに評価を行い、その評価点数の差をもとに介護サービス事業者が自らのサービスの点検を行うものです。例えば、介護サービス事業者が高い点数を付けた指標に利用者がその点数より低い点数を付けた場合、介護サービス事業者はその指標にかかるサービス提供のあり方を見直す結果になります。</p> <p>事業の詳細、申込み時期等につきましては、名介研ホームページ（URL:http://www.meikaikenuser.jp/userhyoka/）をご確認ください。</p>

<提供開始時の説明について>

平成30年度制度改正において、指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画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、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、利用申込者又はその家族に、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こととされました。

文書を交付して説明を行っていない場合、運営基準減算になりますので、注意してください。

（基本方針の全文は、かいごネットダウンロードできます。）

ケアマネジメント基本方針の遵守について（居宅介護支援の指摘事例から）

1 アセスメント

（1）アセスメントの内容が不足している。

（事例）

- 「生活状況」項目において、本人の日々の生活状況（一日の生活リズム）が把握されていない。
- 「ADL」項目において、「排泄」を「一部介助」としているが、介助の具体的な内容（衣類の着脱、便座への腰掛け・立ち上がり、後始末など）が明らかでない。
- 「居住環境」項目において、住宅改修の必要性の有無のみが記載されており、日常生活を送る上での障害物の把握などがされていない。

（解説）

- アセスメントはケアマネジメントのサイクルの出発点であり、アセスメントの結果が実際のサービス提供の内容につながるものです。
- その重要性から、手段（利用者宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行うこと等）についても規定されています（実施していない場合は運営基準減算要件）。
- 居宅介護支援におけるアセスメントの項目について、国が23の課題分析標準項目を示していますが、この内容をアセスメントシートなどで形式的にチェックすれば良いというのではなく、当該項目をその背景も含めて押さえた上で、課題の抽出につなげていく必要があります。
- 上記の事例でいえば、本人の日々の生活状況（一日の生活リズム）が把握されていなければ、サービス提供時間帯を決定することはできないし、排泄の一部介助の内容が明らかでなければ、支援の方法（訪問介護で対応するのか、トイレ内の設備の変更で対応するのか）を決定することはできません。
- また、居宅サービス計画が在宅生活の継続を目指すものである以上、その前提として居住環境を十分に把握する必要があります。

（2）アセスメントの記録の保存に不備がある。

（事例）

- アセスメントを記録する際、前回のものを上書きする形としている。

（解説）

- アセスメントを実施した記録について、前回のアセスメント結果から変更となった部分についてのみ上書きして修正する形で作成し、前回以前のアセスメント結果が確認できないと、ケアマネジメント実施による状況の変化を時系列で追うことができません。

（3）居宅サービス計画を変更時にアセスメントを実施していない。

（事例）

- 利用者がケガをし、新たにこれまで利用していなかった訪問介護サービスを利用することにしたにも関わらず、アセスメントをしていない。
- 利用者がデイサービスの回数を大きく増やした（週2回→週5回）にも関わらず、アセスメ

ントをしていない。

- 月5日程度ショートステイを利用していたが、入院し退院後はずっとショートステイをロングで利用していたにも関わらず、アセスメントをしていない。

(解説)

- 利用者のケガや病気などでその状態に変化があり、利用者の解決すべき課題にも変化が生じていることが考えられるときは、再度アセスメントを行う必要があります。
- また、利用者の状態に変化がなくとも、居宅サービス計画を変更する際は、それが「軽微な変更」に該当するものでない限り、アセスメントを含めた一連の業務を行う必要があります。
- 上記の事例のように、新しいサービスを位置付ける、デイサービスの回数を大きく増やすなどの変更を行ったにも関わらず、アセスメントをしていない場合、運営基準減算に該当します。

2 ケアプラン

(1) アセスメントで得た情報とサービス提供の内容がつながっていない。

(事例)

- アセスメントでは「調理可」となっているにも関わらず、生活援助で調理の訪問介護サービスが位置付けられている。
- アセスメントにおいて自力での歩行が可能となっているにも関わらず、車椅子の福祉用具貸与が位置付けられている。
- アセスメントで得た一日の生活リズムと計画で位置付けたサービス提供の時間帯が一致していない。
- 主治医意見書では通所リハビリテーションが特に必要性が高いとされているのに (※)、ケアプランには通所介護が位置付けられており、アセスメントにもその理由を見いだせない。
※ 主治医意見書において、主治医が特に必要性が高いと考えたサービスにはチェック・下線が引かれている。

(解説)

- ケアプランで位置付けられているサービスは、アセスメントで得た情報をもとに行われた課題分析の結果、抽出された課題を解決するために設定された目標を達成するためのものであり、アセスメントとサービス提供の内容について連動性がなければなりません。
- ところが、上記の事例にみられるように、アセスメントで得た本人の心身の状況と、実際に位置付けられているサービスとの間に連動性がみられない(なぜこのアセスメント結果から、このサービスの利用を行うに至ったのか、が読めない)ものが見受けられます。
- 「課題整理総括表」などを活用し、アセスメントで得た情報を、どのように課題として位置付けたかを説明できるようにする必要があります。

(2) 短期目標がサービスを受けることにより達成できる具体的なものになっていない。

(事例)

- 「元気に過ごす」「楽しく過ごす」「安心して問題なく生活する」「歩行機能の改善を図る」「身

体機能を維持する」など、短期目標が抽象的なものになっている。

- 短期目標に達成時期が設定されていない。

(解説)

- 短期目標は、サービスを提供することで達成する目標であり、課題（ニーズ）や長期目標に沿っていること、達成可能な具体的な設定になっていることを要します。
- 短期目標を具体的かつ分かりやすく設定することで、利用者の目標の達成に対するモチベーションが上がり、サービスの提供がより効果的になる場合があります。上記の事例でいえば、単に「歩行機能の改善を図る」というものよりも、「リビングまで行けるようにする」といった、具体的なもの、イメージしやすいもののほうが、その達成のため利用者の動機づけを得られる場合があります。
- また、モニタリングにおいて、目標の達成状況を確認できるようなものにするためにも、目標の具体化は重要です。
- さらに、ただ目標を設定するのではなく、その達成時期を明確にする必要があります。モニタリングにおいて達成時期に照らした進捗状況を確認できるようにするとともに、達成時期終了後は、「評価表」などを用いて、その短期目標を達成するために位置付けられた各サービスの評価や、短期目標の設定が妥当だったかどうかの評価を行ってください。

(3) 介護保険外サービスの位置づけがない。

(事例)

- 家族による援助を計画に位置付けていない。
- 有料老人ホームの施設サービスについて、計画上の位置づけがない。

(解説)

- 居宅サービス計画には、介護保険内のサービスだけでなく、介護保険外サービスの利用も含めて位置付けるようにしてください。課題の解決にあたり、介護保険外のサービスが果たす役割を踏まえ、利用者の日常生活全般を支援する観点からのケアマネジメントを行うことはできないからです。
- 上記の事例でいえば、家族による援助を計画に位置付けることで、家族が本人の課題解決に果たす役割を認識し、モチベーションアップにつながる場合があります（もちろん、家族がその援助を計画に位置づけることを拒んでいる場合は、無理に位置付けなければならないものではありません）。
- また、利用者が有料老人ホームに入所している場合、有料老人ホームの施設サービスでも、介護保険内サービス（訪問介護など）と同一のサービスの提供を受けられることが多くあります。その場合、有料老人ホームの施設サービスで補えない分を介護保険内サービスで実施することとなるため、当然、利用できる施設サービスのサービス内容を把握していなければなりません。

(4) 計画の記載に不備がある。

(事例)

- 居宅サービス計画書の第2表と第3表が一致していない。
- 第3表の「主な日常生活上の活動」欄の記載がない。

(解説)

- 利用者によるサービスの選択やサービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障する観点から、

居宅サービス計画については利用者又はその家族に対する十分な説明を行わなければならない、また、利用者の文書による同意を得た後、交付しなければなりません（運営基準減算要件）。

- また、居宅サービス計画に位置付けられた各サービス担当者が、自ら提供するサービスと、その居宅サービス計画との関係性（位置づけ）を理解できるようにするために、居宅サービス計画の内容を各サービス担当者に十分に説明した上で交付しなければなりません（運営基準減算要件）。
- このような規定からもわかるとおり、居宅サービス計画はわかりやすく明確なものとするのが肝要であり、また、記載漏れがないようにする必要があります。
- このうち、第3表は、利用者の一週間のサービス利用を含めた日常生活上の全体像の概要を把握できるものです。上記の事例でいけば、第3表には第2表に記載されているサービスを漏れなく記載すべきであり、また、「主な日常生活上の活動」欄に記載し、対応するサービスとの関係がわかるようにする必要があります。

3 サービス担当者会議

（1）サービス担当者会議において、一部のサービス担当者の招集（又は意見照会）が漏れている。

（事例）

- 居宅療養管理指導を提供する歯科医師に対して、サービス担当者会議への招集や意見照会をしていない。

（解説）

- サービス担当者会議は、居宅サービス計画の新規作成（変更）にあたり、各サービス担当者が、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、利用者の状況等に関する情報を共有しつつ、専門的な見地から意見を求めるために行うものです（計画の作成、要介護更新・区変時に実施しない場合は運営基準減算要件）。
- 上記の事例について、居宅療養管理指導については、居宅療養管理指導側から居宅サービス計画の作成に係る情報提供を受けていること、給付管理の対象となっていないことなどを理由に、サービス担当者会議の招集（又は意見照会）から漏れていることがありますが、居宅サービス計画の原案を提示した上で意見を聴取すること、利用者の状況等に関する情報の共有は重要ですので、漏れないようにしてください。

4 モニタリング

（1）モニタリングの内容に不足がある。

（事例）

- モニタリングが単なる「サービスについての利用者の満足度の確認」のみになっている。

（解説）

- モニタリングは、ケアマネジメントのサイクルにおいて、現行の居宅サービス計画が利用者の現状に即しているかどうかを判断するために行われるもので、目標の達成度を見るためのものです。例えば、モニタリングの結果、短期目標が達成されていれば、長期目標により近づく新たな短期目標を設定することになります。
- モニタリングの手段についても規定があり、居宅介護支援の場合、月1回以上、利用者宅を訪問し、

利用者に面接すること、その結果（※）を記録することとされています（運営基準減算要件）。

※ もちろん、結果とは、「訪問した記録（〇月〇日訪問）」だけをいうのではなく、「アセスメントなど、モニタリングの内容の記録」も指しています。

- 上記の事例は、モニタリングが単なる「サービスについての利用者の満足度の確認」のみになっているものです。上記のとおり、モニタリングにおいて目標の達成度を確認する視点が必要です。
- また、既述のように、短期目標の設定そのものについて、モニタリングにおいてその達成度を評価できるよう、具体的なものにする必要があります。
- 加えて、モニタリングの実施にあたり、各サービス担当者からのサービスが個別サービス計画どおり行われているかや、当該個別サービス計画の内容が現在の利用者の状態からみて目標の達成に沿うものになっているかどうかを確認することも必要です。

（２）モニタリング結果が、居宅サービス計画につながっていない。

（事例）

- モニタリングの結果では「特段の変化なし」であるにも関わらず、実際は介護者の状況に変化があり、新たに通所介護を位置付ける居宅サービス計画の変更を行っている。

（解説）

- モニタリングの結果、短期目標が達成されていれば、長期目標により近づく新たな短期目標を設定することになります。一方で、モニタリングの結果、設定した目標達成期間に短期目標を達成できそうにないことがわかれば、目標達成期間内であっても、速やかに計画の変更に着手することになります。
- モニタリングは利用者についての継続的なアセスメントでもありますが、上記の例のように、その結果が居宅サービス計画の変更に反映されていない例もみられます。モニタリングにより、居宅サービス計画の変更の必要性を把握する視点が必要です。

3 ケアプランの軽微な変更の内容について(ケアプランの作成)	<p>「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について(平成11年7月29日老企22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)」(以下、「基準の解釈通知」という。)の「第Ⅱ 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」の「3 運営に関する基準」の「(7) 指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針」の「⑩居宅サービス計画の変更」において、居宅サービス計画を変更する際には、原則として、指定居宅介護支援等の事業及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚令38、以下「基準」という。)の第13条第3号から第11号までに規定されたケアプラン作成にあたっての一連の業務を行うことを規定している。 なお、「利用者の希望による軽微な変更(サービス提供日時の変更等)を行う場合には、この必要はないものとする。」としているところである。</p>
サービス提供の曜日変更	<p>利用者の体調不良や家族の都合などの臨時的、一時的なもので、単なる曜日、日付の変更のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
サービス提供の回数変更	<p>同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
利用者の住所変更	<p>利用者の住所変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
事業所の名称変更	<p>単なる事業所の名称変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
目標期間の延長	<p>単なる目標設定期間の延長を行う場合(ケアプラン上の目標設定(課題や期間)を変更する必要が無く、単に目標設定期間を延長する場合など)については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合	<p>福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更	<p>目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合	<p>第一表の総合的な援助の方針や第二表の生活全般の解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>
担当介護支援専門員の変更	<p>契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更(但し、新しい担当者が利用者をはじめ各サービス担当者と同様に面識を有していること。)のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>

4 ケアプランの軽微な変更の内容について(サービス担当者会議)	<p>基準の解釈通知のとおり、「軽微な変更」に該当するものであれば、例えばサービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。しかしながら、例えば、ケアマネジャーがサービス事業所へ周知した方が良いと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>
サービス利用回数の増減によるサービス担当者会議の必要性	<p>単なるサービス利用回数の増減(同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減など)については、「軽微な変更」に該当する場合もあるものと考えられ、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。しかしながら、例えば、ケアマネジャーがサービス事業所へ周知した方が良いと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>
ケアプランの軽微な変更に関するサービス担当者会議の全事業所招集の必要性	<p>ケアプランの「軽微な変更」に該当するものであれば、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。ただし、サービス担当者会議を開催する必要がある場合には、必ずしもケアプランに関わるすべての事業所を招集する必要はなく、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>

II 介護報酬

(1)介護給付費請求書等、介護報酬の請求に係る書面の記入方法について	<p>介護給付費請求書等、介護報酬の請求に係る書面の記入方法については、「介護給付費請求書等の記載要領について」(平成13年11月16日老老発第31号)で示しており、また、返戻の理由については、原因が特定できるよう返戻事由別にエラーコードが設けられており、国民健康保険団体連合会からの通知に記載されているところであるが、今後も内容が明快なものとなるように配慮してまいりたい。</p>
(2)返戻事由別エラーコードについて	<p>返戻事由別エラーコードについては、請求誤りの理由を明確にするため、必要最低限のもののみを示すこととしているところであるが、今後もこの考え方に基づき、適切に運用してまいりたい。</p>

III 要介護認定

(1)末期がん等により介護サービスの利用について急を要する方の要介護認定について	<p>事務連絡「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」(平成22年4月30日 厚生労働省老人保健課)により、末期がん等の方の要介護認定については、暫定ケアプランの作成、迅速な要介護認定の実施等の取組を徹底するよう周知したところ。</p>
(2)自治体間における認定基準の統一化について	<p>全国一律の基準に基づき、客観的かつ公平・公正な要介護認定を実現するため、認定調査員や主治医等に対して研修会の開催、都道府県、指定都市における実施のための経済的支援、当該研修の充実を図るための研修テキストの作成などを行っているところ。今後とも、認定調査員等の資質向上を図り、適切な要介護認定が行われるよう、研修の充実を図る。</p>

(3) 課題整理総括表の作成をきっかけとした指導・助言の一例

利用者名		A 殿		作成日		/ /	
要因 (心身の状態、環境等) ・住環境や心理的な側面などの要因も分析できていますか？				③ 下肢筋力低下		利用者及び家族の生活に対する意向	
状況の事実 ※1 ・どの程度の麻痺なのか、詳細情報を把握していますか？				⑥		自宅生活を継続し、また友人と外出できるようにしたい	
改善 ・これは原因疾患です。療養管理ができていますかを確認していますか？				見通し ※5		生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】 ※6	
移動	室内移動	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①、③	改善 (維持) 悪化	入院時は今よりも歩いていた	○自宅での活動量が増えることにより、家のトイレを自力で利用でき、自宅でのシャワー浴が出来るようになる可能性がある。 また、下肢筋力が回復することで失禁の頻度も減る可能性がある。 排泄：支障あり⇒なし 排泄動作：一介⇒見守り 入浴：全介⇒見守り	自宅トイレや入浴、歯磨きなど身の回りのことは自分でできるようにしたい
	屋外移動	自立 見守り (一部介助) 全介助	①、③	改善 (維持) 悪化			
食事	食事内容	(支障なし) 支障あり		改善 (維持) 悪化	妻が行い本人はせず	○動作のアセスメントと用具の活用により、コップに水を汲み歯磨き粉を出す援助があれば、ブラッシングとうがいをして自らでき、口腔衛生も改善する可能性がある。 口腔衛生：支障あり⇒なし 口腔ケア：全介⇒一介	友人とともに近隣の外出ができるようになりたい
	食事摂取	自立 (見守り) 一部介助 全介助		改善 (維持) 悪化			
	調理	自立 見守り 一部介助 (全介助)		改善 (維持) 悪化			
排泄	排尿・排便	(支障なし) (支障あり)	③	改善 (維持) 悪化	現在Pトイレ利用 立ち座りのみ妻が介助		2
	排泄動作	自立 見守り (一部介助) 全介助	①、③	改善 (維持) 悪化			
口腔	口腔衛生	(支障なし) (支障あり)	①	改善 (維持) 悪化	自分ではしていないが、右上肢は麻痺ないので自らできる機能もある		
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 (全介助)	①	改善 (維持) 悪化			
服薬		自立 (見守り) 一部介助 全介助	①、②	改善 (維持) 悪化	現在はデイでのみ入浴 時間はかかるが自分でできる		
入浴		自立 見守り 一部介助 (全介助)	①、③	改善 (維持) 悪化			
更衣		自立 (見守り) 一部介助 全介助	①	改善 (維持) 悪化	妻が行い本人はしていない		
掃除		自立 見守り 一部介助 (全介助)		改善 (維持) 悪化			
洗濯		自立 見守り 一部介助 (全介助)		改善 (維持) 悪化	自律回らない時もあるがゆっくりなら可		
整理・物品の管理		自立 見守り 一部介助 (全介助)		改善 (維持) 悪化			
金銭管理		自立 見守り 一部介助 (全介助)		改善 (維持) 悪化	体力不足と失禁ゆえ外出不安あり		
買物		自立 見守り 一部介助 (全介助)		改善 (維持) 悪化			
コミュニケーション能力		(支障なし) (支障あり)	①	改善 (維持) 悪化			
認知		(支障なし) 支障あり		改善 (維持) 悪化			
社会との関わり		(支障なし) (支障あり)	①、③	改善 (維持) 悪化			
褥瘡・皮膚の問題		(支障なし) 支障あり		改善 (維持) 悪化			
行動・心理症状(BPSD)		(支障なし) 支障あり		改善 (維持) 悪化			
介護力(家族関係含む)		(支障なし) 支障あり		改善 (維持) 悪化			
居住環境		(支障なし) 支障あり		改善 (維持) 悪化	・本当に「支障なし」ですか？ 階段が外出不安の原因になっていないでしょうか？		

・動作の視点だけでなく、自宅の洗面所の環境を改善する支援の可能性も検討しましたか？

・外出の不安の解消の観点は無くても良いのでしょうか？
 外出を実現するための課題は本当に下肢筋力低下だけなのでしょうか？

(4) 評価表

評価表

利用者名 A 殿

作成日 2013/ 8 / 31

短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス 種別	※1		
日中は自宅のトイレを使うことができる	2013/6/1 ～ 2013/8/31	下肢筋力向上トレーニング	通所介護	〇〇〇ケアセンター	△	ご本人の意欲も高く、体力の向上傾向がみられるが、まだふらつきがあり、疲れやすい。
		日中等体力のあるときに、 早めに自宅のトイレへ移動して 使う練習をする	本人			
妻に助けてもらいながら、自宅で身だしなみを整えられる	2013/6/1 ～ 2013/8/31	シャワー浴の見守り、更衣しやすい被服等の工夫の提案	通所介護	〇〇〇ケアセンター	○	ご本人の意欲も高く、自ら進んで取り組みました。
		デイサービスでの食後の 歯磨きの実施	通所介護	〇〇〇ケアセンター	○	
		デイサービスに行かない日に 妻の見守りのもと、シャワー浴 を行う	本人		○	妻の協力のもと、週2回程度取り組んでいらっしゃいます。

・体力の向上の根拠は？
・体力向上でもふらつきや疲れの要因は？

※1 「通所サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現度合いを5段階で記入する(○:短期目標は予定を上回って達せられた。○:短期目標は達せられた(再アセスメントして新たに短期目標を設定する)。△:短期目標は達成可能だが期間延長を要する。
×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する。×2:短期だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

居宅サービス計画に訪問介護を位置付ける場合の留意点

1 「老計第10号」の改正について

訪問介護の自立支援の機能を高める観点から、身体介護と生活援助の内容を規定している通知「老計第10号」について、身体介護として行われる「見守りの援助」を明確化とする改正が行われました。

2 居宅サービス計画に「生活援助」を位置付ける場合について

○ 居宅サービス計画に「生活援助」を位置付ける場合には、居宅サービス計画書に生活援助中心型の算定理由その他やむを得ない事情の内容について記載しなければなりません。

※ 同居家族がいる場合は、その家族が家事を行うことが困難である障害、疾病等を明確にしておくこと。

○ 利用者家族が障害や疾病でなくてもその他の事情により家事が困難な場合も利用可能な場合があります（例えば、家族が高齢で筋力が低下していて、行うのが難しい家事がある場合や、家族が介護疲れで共倒れ等の深刻な問題が起きてしまうおそれがある場合、家族が仕事で不在の時に行わなくては日常生活に支障がある場合など）。

3 集合住宅に居住する利用者の減算について

○ 訪問介護事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者に対してサービス提供を行った場合は、減算が適用されます（10%減算）。

○ また、訪問介護事業所における1月あたりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者に対してサービス提供を行った場合は、減算が適用されます（10%減算）。

○ なお、訪問介護事業所における1月あたりの利用者が同一敷地内等に50人以上居住する建物に居住する利用者に対してサービス提供を行った場合、より高い割合で減算が適用されます（15%減算）。

（注）区分支給限度額の計算においては、減算前の単位数で計算する。

（注）生活支援型訪問サービスについては、この減算の規定は適用されない。また、予防専門型訪問サービスについては、15%減算の規定、区分支給限度額の計算についての対象外化は適用されない。

4 複数の要介護者がいる世帯において同一時間帯に訪問サービスを利用した場合の取扱いについて

○ それぞれに標準的な所要時間を見込んで居宅サービス計画上に位置付けます。例えば、要介護高齢者夫婦のみの世帯に100分間訪問し、夫に50分の訪問介護（身体介護中心の場合）、妻に50分の訪問介護（身体介護中心の場合）を提供した場合、夫、妻それぞれ394単位ずつ算定されます。

ただし、生活援助については、要介護者間で適宜所要時間を振り分けます。

生活援助について「適宜所要時間を振り分けること」の考え方について

例. 夫:要介護1、妻:要介護1 週1回、50分の生活援助(共用部分の掃除)が必要な場合

(1) 等分に按分した場合

週1回。夫と妻に25分ずつ「生活2」のサービス提供を行う。

夫

25分(生活2)

妻

25分(生活2)

毎月の負担(4週で計算)

181単位(生活2)×2×4週=1448単位

(2) どちらか一方にサービスを位置付ける場合(適宜振り分ける場合)

隔週で1回ずつ、夫と妻に50分ずつ「生活3」のサービス提供を行う。

※1 週目、3週目

夫

50分(生活3)

妻 なし

毎月の負担(4週で計算)

223単位(生活3)×4週=892単位

※2 週目、4週目

夫 なし

妻

50分(生活3)

- ・(1)の場合、サービス時間を按分するためだけに不必要なサービスを位置付けることとなる。
 - ・(2)のサービスの位置づけは利用者負担、給付適正化の面からも合理的であると考えられる。
- ⇒(2)のような振り分けによるサービスの位置づけも可能である。
(ただし、夫(妻)のみサービスを位置付けることは不可)

5 通院・外出介助について

- 通院介助(居宅と病院との往復に係る移動介助等)を提供する場合は、次の点に留意する必要があります。
 - ① 公共交通機関(タクシー含む)内での移動時間に係る算定について
公共交通機関やタクシー内において、常時身体の介助(体を支えるなど)が必要であったり、常時見守りが必要な状態であれば身体介護として算定可能です。同乗しているだけの場合は、当該時間は算定対象にはなりません。
 - ② 病院内での移動介助及び待ち時間について
医療機関が対応できず、訪問介護事業者において対応した場合は、算定可能です。
ただし、待ち時間については、特に常時介助や見守り等が必要なく、一緒に待ち時間を過ごただけであれば、当該時間は算定対象にはなりません。
 - ③ 病院内の診察室や透析時間について
利用者が診察室や透析室に入っている時間については、算定できません。
 - ④ 請求について
訪問介護事業所において、介護保険で算定可能な時間を明確にするため所要時間を項目(待ち時間、移動、診察、会計等)別に記録(タイムテーブルを作成)します。介護支援専門員は、毎月の給付管理において、提供票に記録表を添付させてください。

軽度者(要支援1・2、要介護1・(注)2・3)に対する福祉用具貸与について

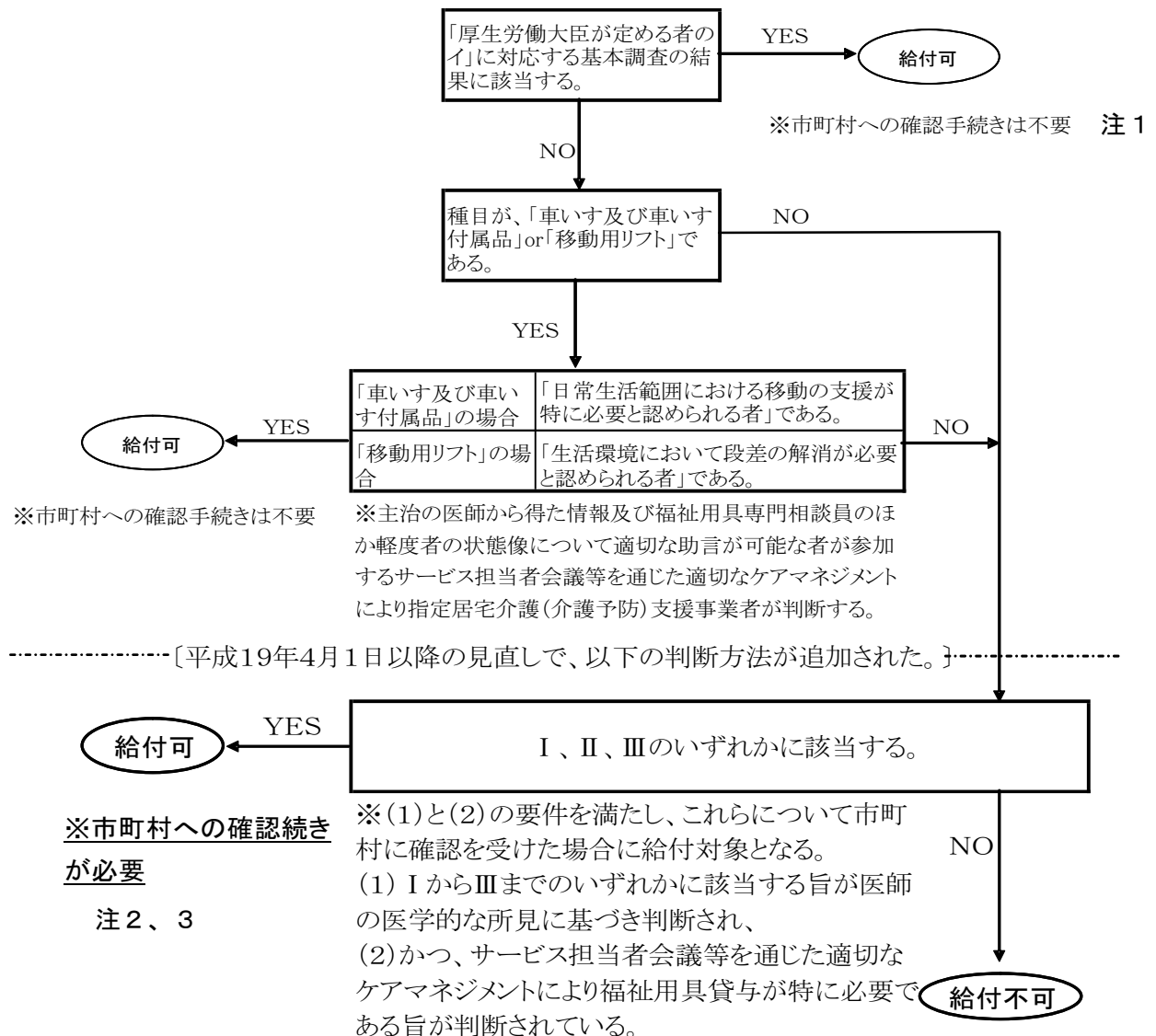
(注) 自動排泄処理装置については要介護2・3も軽度者となる

◎福祉用具貸与の給付要件

①						②			
車いす 及び 車いす 付属品	特殊寝台 及び 特殊寝台 付属品	床ずれ 防止用具 及び体位 変換器	認知症 老人徘徊 感知器	移動用 リフト	自動排泄 処理装置 (※)	手すり	スロープ	歩行器	歩行補 助つえ
給付要件：表1に定める「厚生労働大臣が定める者のイ」に該当し なければならない。						給付要件：なし→保険給付可能			

(※) 尿のみを自動的に吸引するものを除く

◎①の種目に係る福祉用具貸与の判断手順



注1 基本調査の直近の結果の中で必要な部分の写しの市町村からの入手(本人の同意を得ていない場合は、本人から入手)が必要。また、同意を得たうえで、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が必要

注2 確認されていない種目の福祉用具貸与が必要になった場合、再度必要となった場合、事業所が変わった場合などは、確認申請書の提出が必要。介護扶助を受けていて被保険者でなかった方が65歳以上となり第1号被保険者になった場合も、必要。

注3 確認の有効期間の開始日が遡及できるのは、確認申請書提出日の前月応当日まで。

表 1

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
ア 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) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	基本調査 1-7 「3. できない」 -
イ 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) 日常的に起きあがり困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-4 「3. できない」 基本調査 1-3 「3. できない」
ウ 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	基本調査 1-3 「3. できない」
エ 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、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 (二) 移動において全介助を必要としない者	基本調査 3-1 「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外又は基本調査 3-2～3-7 のいずれか「2. できない」又は基本調査 3-8～4-15 のいずれか「1. ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。 基本調査 2-2 「4. 全介助」以外
オ 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	基本調査 1-8 「3. できない」 基本調査 2-1 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 -
カ 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	基本調査 2-6 「4. 全介助」 基本調査 2-1 「4. 全介助」

【フロー図中のⅠ～Ⅲについて】

- 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、頻繁に表 1 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、短期間のうちに表 1 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表 1 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）
- (注) 括弧内の状態は、あくまでもⅠ～Ⅲの状態の者に該当する可能性のあるものを例示したにすぎない。また、逆に括弧内の状態以外の者であっても、Ⅰ～Ⅲの状態であると判断される場合もありえる。

運営基準減算について

居宅支援基準省令第4条第2項並びに第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)で定められた介護支援専門員が行うべき業務を行っていない場合に、事業所は自ら減算を行わなければなりません。

- ① 所定単位数の50/100に相当する単位数を算定
- ② 運営基準減算が2月以上継続している場合、所定単位数は算定しない
※居宅介護支援費を算定しない場合、初回加算や退院・退所加算など、その他の加算も算定することはできません。

<減算の対象となる状態>

1 居宅サービス計画の新規作成及びその変更時に以下の状態

- ① 利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合
- ② サービス担当者会議の開催等を行っていない場合（やむを得ない事情がある場合を除く）
- ③ 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
⇒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減算すること。

2 次に掲げる場合に、サービス担当者会議の開催を行っていない状態

- 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
⇒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減算すること。

3 居宅サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）について、以下の状態

- ① 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（特段の事情がある場合を除く）
- ② 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（特段の事情がある場合を除く）
⇒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減算すること。

4 次に掲げる事項について文書を交付して説明を行っていない状態

- 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

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、当該事項について文書を交付して説明を行っていない。

⇒契約月から、当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算すること。

実地指導やケアプランチェックなどで運営基準減算となる状態が認められ、報酬の返還をすることとなった場合、運営基準減算の適用を受けていないことが要件の一つとなっている特定事業所加算の報酬の返還も必要となります。

平成 30 年 6 月 15 日

市内居宅介護支援事業者様

運営基準減算について（注意喚起）

日頃は本市介護保険行政にご理解ご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、居宅介護支援につきましては、平成 30 年度介護保険制度改正において、その提供の開始に際し利用者へ一定の内容の説明を行うことが新たに義務付けられ、これに違反した場合に運営基準減算が適用されることとなっています。

この点につきましては、すでに関係通知や Q A によりお示しさせていただいているところですが、念のため、改めて周知させていただきますので、取り扱いに遺漏なきようよろしくお願いいたします。

指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ利用者に対して、

- ・利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること
- ・利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができること

について説明を行っていない場合には、契約月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算される。

※上記「説明」とは、文書を交付することによる説明を要します。したがって、口頭で説明をしたことを支援経過等に記録しているだけでは足りません。

※平成 30 年 3 月 31 日までに契約を結んでいる利用者については、4 月以降のケアプラン見直し時に文書を交付することにより説明をすることが望ましいです。

基準等につきましては本通知 2 枚目以降に掲載しておりますので必ずご確認ください。

平成 30 年 4 月以降、新たに契約した居宅介護支援について、現時点で文書を交付することによる説明ができていない事業者様におかれましては、早急に文書を交付して説明していただくとともに、過誤調整をしていただきますようお願いいたします。

（お問合せ）

名古屋市介護保険課指導係居宅担当

電話：052-972-3087

【基準省令】

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

(内容及び手続の説明及び同意)

第4条 (略)

2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が第1条の2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り、利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

3～8 (略)

【解釈通知】

第2 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

1～2 (略)

3 運営に関する基準

(1) 内容及び手続の説明及び同意

基準第4条は、基本理念としての高齢者自身によるサービス選択を具体化したものである。

利用者は指定居宅サービスのみならず、指定居宅介護支援事業者についても自由に選択できることが基本であり、指定居宅介護支援事業者は、利用申込があった場合には、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、当該指定居宅介護支援事業所の運営規程の概要、介護支援専門員の勤務の体制、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の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、当該指定居宅介護支援事業所から居宅介護支援を受けることにつき同意を得なければならないこととしたものである。なお、当該同意については、利用者及び指定居宅介護支援事業者双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましいものである。

また、指定居宅介護支援は、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行われるものであり、居宅サービス計画は基準第1条の2の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)～(8) (略)

【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】

第3 居宅介護支援費に関する事項

1～5 (略)

6 居宅介護支援の業務が適切に行われない場合

注2の「別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合」については、大臣基準告示第82号に規定することとしたところであるが、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。

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、運営基準に係る規定を遵守するよう努めるものとする。市町村長（特別区の区長を含む。以下この第3において同じ。）は、当該規定を遵守しない事業所に対しては、遵守するよう指導すること。当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとする。

(1) 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ利用者に対して、
・利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること
・利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができること
について文書を交付して説明を行っていない場合には、契約月から当該状態が

解消されるに至った月の前月まで減算する。

(2)～(4) (略)

7～9 (略)

【平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) (平成30年3月23日)】

【居宅介護支援】

○ 契約時の説明について

問 131 今回の改正により、利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること等を説明することを義務づけ、それに違反した場合は報酬が減額されるが、平成30年4月以前に指定居宅介護支援事業者と契約を結んでいる利用者に対しては、どのように取り扱うのか。

(答) 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ことが望ましい。

※上記Q&Aの対象は、平成30年4月までではなく平成30年3月31日までに契約を結んでいる利用者です。

平成30年4月中に契約を結んだ利用者については、次のケアプランの見直し時の説明では足りず、契約時に文書を交付することにより説明をすることが求められます。(厚生労働省に確認し、そのように回答を得ています。)

生活援助を一定回数以上位置付けたケアプランの届出について

1. 概要

先の制度改正において、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、平成 30 年 10 月 1 日以降に作成または変更（「軽微な変更」を除く。）した居宅サービス計画について、訪問介護における生活援助中心型サービスを国が定める回数以上位置づける場合、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へ届け出ることとなりました。

平成 30 年 5 月 2 日に定められた「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」において、生活援助中心型サービスの回数が以下のように示されました。

(1月あたり)

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
2 7	3 4	4 3	3 8	3 1

2. 提出物

訪問介護において上記の回数以上の「生活援助」(生活援助を単体で行うもののみを指し、1 回の訪問介護において身体介護及び生活援助が混在するものを除く。)を居宅サービス計画に位置づけた本市被保険者全員分（当該月分）の居宅サービス計画（1～4 表）及びアセスメント表（基本情報を含む。）

3. 提出期限

各事業所において該当する計画があるか確認の上、当該計画につき利用者の同意を得て交付した月の翌月末日までに自主的に提出してください。

4. 提出先及び問い合わせ先

名古屋市役所健康福祉局介護保険課指導係

〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号

電話：052-972-2594

5. 居宅サービス計画の検証

提出のあった居宅サービス計画は、その必要性等について検証を行う予定です。検証方法等については、別途 NAGOYA かいごネットにてお伝えします。

福祉用具貸与の見直し

第158回社会保障審議会
介護給付費分科会資料より抜粋

見直しの方向性

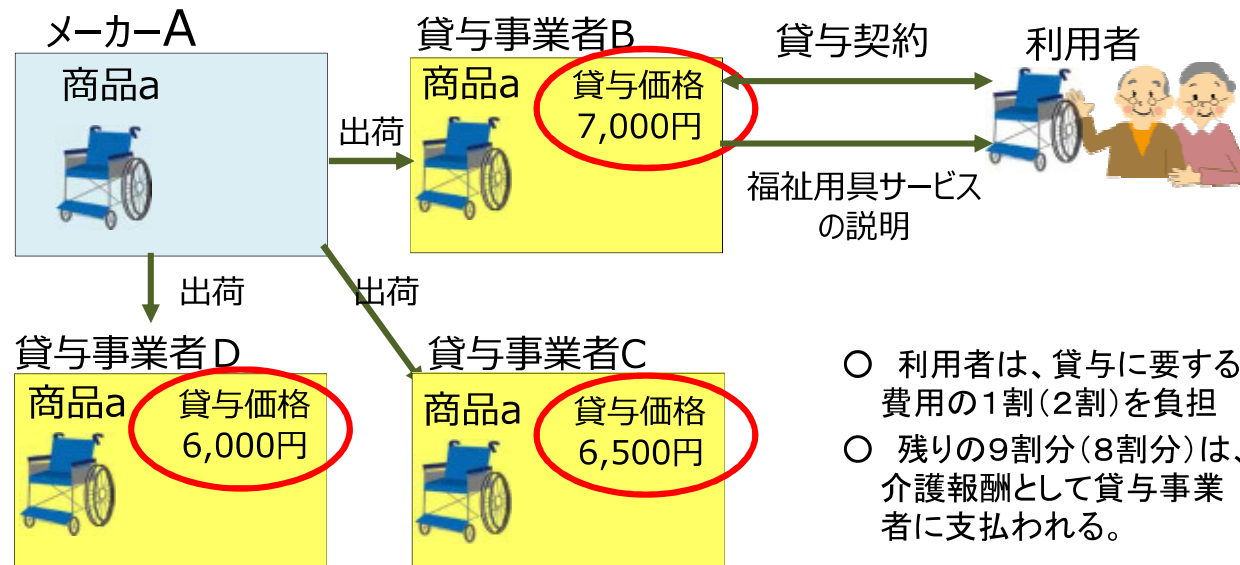
徹底的な見える化等を通じて貸与価格のばらつきを抑制し、適正価格での貸与を確保する。

【平成30年10月施行】

福祉用具貸与の仕組み

- 福祉用具は、対象者の身体状況等に応じて交換ができるように原則貸与
- 福祉用具貸与は、市場価格で保険給付されており、同一商品（例：メーカーAの車いすa）でも、貸与事業者ごとに価格差がある。
- これは、貸与事業者ごとに、仕入価格や搬出入・保守点検等に要する経費に相違があるためである。

* 福祉用具…車いす、つえ、特殊寝台など



- 利用者は、貸与に要する費用の1割(2割)を負担
- 残りの9割分(8割分)は、介護報酬として貸与事業者に支払われる。

見直し内容

- 国が商品ごとに、当該商品の貸与価格の全国的な状況を把握。当該商品の全国平均貸与価格を公表
- 貸与事業者(福祉用具専門相談員)は、福祉用具を貸与する際、当該福祉用具の全国平均貸与価格と、その貸与事業者の貸与価格の両方を利用者に説明。また、機能や価格帯の異なる複数の商品を提示。(複数商品の提示は30年4月施行)
- 適切な貸与価格を確保するため、貸与価格に上限を設定

※ 貸与価格の上限は商品ごとに設定する(当該商品の全国平均貸与価格+1標準偏差)。

16. 福祉用具貸与 改定事項の概要

①貸与価格の上限設定等

- 福祉用具貸与について、平成30年10月から全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定を行う。
 - 上限設定は商品ごとに行うものとし、「全国平均貸与価格+1標準偏差（1SD）」を上限とする。
 - 平成31年度以降、新商品についても、3ヶ月に1度の頻度で同様の取扱いとする。
 - 公表された全国平均貸与価格や設定された貸与価格の上限については、平成31年度以降も、概ね1年に1度の頻度で見直しを行う。
 - 全国平均貸与価格の公表や貸与価格の上限設定を行うに当たっては、月平均100件以上の貸与件数がある商品について適用する。
- なお、上記については、施行後の実態も踏まえつつ、実施していくこととする。

②機能や価格帯の異なる複数商品の掲示等

- 利用者が適切な福祉用具を選択する観点から、運営基準を改正し、福祉用具専門相談員に対して、以下の事項を義務づける。
 - 貸与しようとする商品の特徴や貸与価格に加え、当該商品の全国平均貸与価格を利用者に説明すること。
 - 機能や価格帯の異なる複数の商品を利用者に提示すること。
 - 利用者に交付する福祉用具貸与計画書をケアマネジャーにも交付すること。

住宅改修費の見積書について

1. 概要

「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」が改正され、住宅改修費の支給申請の際に提出する見積書の標準様式が示されました。また、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する介護支援専門員及びいきいき支援センターの担当職員は、複数の住宅改修の事業所から見積もりを取るよう、利用者に対して説明することとなりました。

2. 留意点

見積書の標準様式は NAGOYA かいごネット、名古屋市公式ウェブサイトに掲載されていますが、標準様式の項目を満たしていれば、任意の様式を使用して差し支えありません。また、介護支援専門員及びいきいき支援センターの担当職員は、複数の住宅改修の事業所から見積もりを取るよう利用者に対して説明する必要がありますが、住宅改修の支給申請の際に提出する見積書は一事業所のみで差し支えありません。

3. 標準様式

住宅改修の種類 (※1)		写真等 番号	改修場所	改修部分	名称(※2)	商品名・規格・寸法等	介護保険対象部分				算出価格
							数量	単位	単価	金額	
					(材料費)						
					(施工費)						
					小計						
					諸経費						
					合計						
					消費税						
					総合計						

(※1) 住宅改修の種類: (1) 手すりの取付け (2) 縁下の解消 (3) 障りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 (4) 引き戸等への扉の取替え (5) 洋式トイレ等への便器の取替え
(6) その他住宅改修に付帯して必要となる改修

(※2) 名称: 材料費、施工費、諸経費等を分けて記載すること