

<基本方針抜粋（居宅介護支援部分）>

居宅介護支援

基本取扱方針について

<p>①基本取扱方針</p>	<p>○ 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。</p>
<p>②質の評価</p>	<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> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <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 style="text-align: center;"><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> </div>

（基本方針の全文は、下記NAGOYAかいごネット「ケアマネジメントの基本方針の策定について」にてダウンロードできます。）

<https://www.kaigo-wel.city.nagoya.jp/view/kaigo/company/docs/2018091800018/>

〈基本方針・NAGOYA かいごネット掲載箇所〉

The screenshot shows the homepage of the NAGOYA Kaigo Net website. The navigation menu includes 'Business Guidance' (事業者指導), which is circled in red. Below the menu, the 'Business Guidance' section is displayed, featuring several sub-sections: 'Local Guidance' (実地指導), 'NAGOYA Kaigo Net Business Guidance Meeting (Group Guidance)' (介護保険指定事業者講習会), 'Reports to the City' (本市への報告), 'Handbooks' (手引き等), 'Care Management Relationship' (ケアマネ関係), 'Disaster Relationship' (災害関係), and 'Care Service Q&A (External Link)' (介護サービスQ&A). The 'Care Management Relationship' section contains a link to 'Basic Policy for Care Management' (ケアマネジメントの基本方針), which is circled in black. The footer of the page includes the copyright notice: Copyright © 2013 City of Nagoya. All rights reserved.

The screenshot shows the 'Basic Policy for Care Management' page on the NAGOYA Kaigo Net website. The page title is 'Basic Policy for Care Management' (ケアマネジメントの基本方針の策定について) and the date is '2018.9.18'. The main content of the page is as follows:

今回、本市の「ケアマネジメントの基本方針」を策定しました。
基本方針は、介護を要する高齢者が増える中、介護保険法の理念、すなわち「在宅介護の重視」や「自立支援」といった理念の実現のために、重大な役割を担うことになるケアマネジメントについて、実際にその役割を果たせるよう、基本的な考え方をまとめたものです。
各ケアマネジャーにおかれましては、基本方針の内容を踏まえ、ケアマネジメントを実施していただきますようお願いいたします。

<全体の構成>
1. 一般原則 (P 1～2)
2. 取組方針 (P 3～3.6)
(1) 居宅介護支援 (P 4～1.8)
(2) 介護予防支援 (P 1.9～3.3)
(3) 第1号介護予防支援 (P 3.4～3.6)

ケアマネジメントの基本方針.pdf(PDF形式:878KB)
「運営の手引き」資料1～4参照
資料5介護予防支援標準様式.pdf(PDF形式:440KB)

URL : <https://www.kaigo-wel.city.nagoya.jp/view/kaigo/company/docs/2018091800018/>

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
- ③ 前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合及び前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護ごとの回数のうちに同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合

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。

<契約時の説明方法の例>

<例>※重要事項説明書

第●条 等事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりである。

※別紙

① 前6か月間にケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの割合

訪問介護●%/通所介護●%/地域密着型通所介護●%/福祉用具貸与●%

② 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

訪問介護	○○事業所 ●%	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%
通所介護	△△事業所 ●%	××事業所 ●%	○○事業所 ●%
地域密着型通所介護	□□事業所 ●%	△△事業所 ●%	××事業所 ●%
福祉用具貸与	××事業所 ●%	○○事業所 ●%	□□事業所 ●%

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。

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

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（新規・更新）または変更（「軽微な変更」を除く。）した居宅サービス計画（ケアプラン）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もの。

2. 対象となるプラン

ケアプランを作成または変更した時点で、訪問介護において以下の回数以上の「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。）を位置づけたもの。

（1月あたりの回数）

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

3. ケアプランの検証方法

提出のあったケアプランは、介護支援専門員が適切なケアマネジメントがされているかを確認し、ケアプランを作成した介護支援専門員に対し、電話または対面にて内容の聞き取りを行い、必要に応じて指導を行います。

4. ケアプランの提出

（1）提出物

本市被保険者全員分（当該月分）のケアプラン（第1表～第4表及び第6表・第7表）及びアセスメント表（基本情報を含む。）

（生活援助の必要性を記載した箇所は色を塗るなど、わかりやすく表示して下さい。）

（2）期限

該当するケアプランがある場合、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下さい。

（3）提出方法等

提出方法：郵送

提出先：名古屋市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

電話番号：052-972-2594

認知症高齢者グループホーム居住費助成について

1 概要

認知症高齢者グループホームには、介護保険の負担限度額（居住費等の補足給付）のような低所得者のための負担軽減策がないことから、認知症高齢者グループホームに入居する一定の所得要件等を満たす方に対して、居住費の一部を助成しています。

2 対象者

認知症高齢者グループホームを利用している名古屋市の介護保険被保険者で、預貯金等が一定額（※1）以下であり、以下の要件に該当する方です。（※2）

所得要件	助成額
市町村民税非課税世帯（※3）で、本人の前年の年金収入（遺族年金・障害年金等の非課税年金を含む）と合計所得金額（※4）の合計が80万円以下の方	20,000円／月（上限）
市町村民税非課税世帯（※3）で、本人の前年の年金収入（遺族年金・障害年金等の非課税年金を含む）と合計所得金額（※4）の合計が80万円を超える方	10,000円／月（上限）

（※1） 単身で1,000万円、夫婦で2,000万円です。

（※2） 生活保護受給者、中国残留邦人等支援給付受給者は除きます。

（※3） 別世帯に配偶者がいる場合は、その配偶者も判定に含みます。

（※4） 合計所得金額とは前年の1月から12月までの1年間の総所得金額（事業所得、給与所得、雑所得など）、土地・建物等の譲渡所得金額、上場株式等の配当所得金額、株式等の譲渡所得金額の合計額（損失の繰越控除前）をいいます。なお、ここでは年金収入に係る所得及び土地・建物等の譲渡所得金額に係る特別控除額を差し引いた金額となります。また、平成30年度税制改正に伴う給与所得控除、公的年金控除の引き下げによる影響を考慮し、引き下げなかった場合と同額に調整して計算します。

3 助成の流れ

- ① 助成対象者はあらかじめ区役所福祉課または支所区民福祉課へ申請し、交付された助成認定証を、利用している認知症高齢者グループホーム事業所へ提示します。
- ② 助成額の支払いは、原則、認知症高齢者グループホーム事業所への現物給付（市から事業所へ助成額を支払い、助成額を除いた居住費を利用者が負担）とします。

4 その他

グループホーム事業者が必要な手続き等については、NAGOYA かいごネットをご確認ください。

（事業者向け）介護保険事業者の指定・登録 - 認知症高齢者グループホーム居住費助成について

ケアプランチェックにおける確認項目

1 ケアプランチェックとは

ケアプランチェックは、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り適正な給付の実施を支援するために行うものです。

2 目的

以下の内容について確認することを目的としています。

(1) アセスメント関連項目

- ア 介護支援専門員として、アセスメントを行う理由を理解し、その役割が十分果たしていること。
- イ 利用者の「個別性・その人らしさ」を大切にするためにも、大切な情報である生活歴や生活状況の聞き取りを適切に行っていること。
- ウ 認定情報の内容を確認すること。
- エ 本人及び家族の日常の過ごし方を把握することで、利用者及び家族の生活全体を捉えることができ、情報収集やアセスメントの過程に課題が残っていないこと。

(2) 第1表関連項目

- ア 記載すべき内容の理解及び記載漏れがないこと。
- イ 「課題（ニーズ）」と「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」との間に関連性があるかを振り返った上で、アセスメントが適切に行われていること。
- ウ 総合的な援助の方針は、介護支援専門員が目指す方針ではなく、ケアチーム（利用者及び家族を含む）としての総合的な援助方針であることが理解できていること。また、緊急事態が想定される場合などの対応についてもケアチームで共有・調整できていること。
- エ 居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付ける場合、その算定理由となる根拠を押さえることができる。

(3) 第2表関連項目

- ア それぞれの課題（ニーズ）が導き出された経緯（原因や背景）を振り返ることで、自立支援に向けた適切なアセスメントが行われていること。
- イ 長期目標は、短期目標が一つずつ解決できたゴール(結果)として利用者及び家族が具体的にイメージできるような表現での記載ができること。
- ウ 長期目標を達成するための具体的な活動（支援）の目標と期間の設定が行われていること。

エ サービス内容と種別ごとに、どのような根拠で利用頻度と期間を設定していること。

オ 利用期間については、モニタリングを行うことを意識して、必要な期間設定ができていること。

(4) 第3表関連項目

ア 利用者の状態は変化するものであることを理解し、一時的に必要なサービスなども含めて記載する必要性や週単位以外のサービスにも介護保険サービスが含まれているため、利用している介護保険サービス全体を把握していること。

3 確認事項

ケアプランチェックにおける確認事項は以下のとおりです。

※今年度のケアプランチェックにおいて、以下の確認事項で特に指摘事項としてあがりやすい項目に色かけをしておりますので、再度ご確認の上でケアプランの作成をお願いいたします。

	確認事項
アセスメント	■標準項目 23 項目を状況確認して記載しているか。
	■本人や介護者の生活上の困りごとを把握し、記載しているか。
	■これまで生活してきた中で、本人の大切にしてきたものや、価値観、趣味、得意なことなど、その人らしさを象徴する情報が簡潔に記載されているか。
	■本人の「できること」を活かしながら、どのようなサービスを導入すれば自立支援が可能か を検討しているか。
	■課題全体のまとめが明確になっているか。 (単に、できる・できないにチェックのみになっていないか)
	■計画変更時にはアセスメントを見直し、再度作成しているか。
第1表	■必要事項が全て記載されているか。 日付（作成日、認定有効期間、同意日等）等の整合性がとれているか。
	■アセスメントをふまえて、本人や家族の意向を記載しているか。
	■「総合的な援助の方針」は、本人や家族の意向が十分に反映され、どのような姿を目指しているかを具体的に記載されているか。
	■方針は、本人を含む全ての人がめざす共通の方向性になっているか。
	■ケアプランの内容を、本人又は家族に説明し、同意したことを証明する署名又は押印はあるか。

第2表 (課題)	■アセスメントから導きだされているか。
	■「・・・できるようになりたい」というような書き方で、利用者の自立を支援する視点から課題を設定しているか。
	■優先順位を意識して記載されているか。
	■介護サービスを利用するための課題抽出となっていないか。
(長期目標)	■長期目標は、現実に達成が可能な目標か。
	■具体的で分かりやすいか。
	■本人を主語にした表現になっているか。 (家族やケアマネが主語になっていないか)
	■本人の自立支援を目指すものになっているか。
(短期目標)	■短期目標は、現実に達成が可能な目標か。
	■具体的で分かりやすいか。
	■長期目標に段階的に対応しているか。
	■介護保険サービスの利用を目標にしていないか。
	■本人の自立支援を目指すものになっているか。
(援助内容)	■短期目標を達成するための、援助内容やサービス種類選択になっているか。
	■援助内容が具体的に記載されているか。 (介護の方法や観察ポイント、医師の指示などを明確に記載しているか)
	■家族の援助や介護保険給付外の支援は記載しているか。 (医療、福祉、地域、ボランティア等)
	■回数、頻度は適切か。(訪問介護の「必要時」、「随時」等の記載はないか)
(期間)	■長期目標、短期目標の期間の設定は適切か。(具体的な日付が記載されているか)
	■支援期間は、短期目標と連動しているか。
第3表	■第2表に掲げられたサービスが、全て記載されているか。
	■主な日常生活上の活動について、状況が把握できるように記載しているか。 (サービス利用しない日、夜間等)
	■週単位以外のサービス、介護保険外サービス(医療、福祉、地域等)の記載はあるか。

担当者会議	<p>■必要な時期に開催しているか。</p>
経過記録	<p>■支援経過の内容がわかりやすく、簡潔に記載されているか。</p>
モニタリング	<p>■少なくとも月に1回本人の居宅でモニタリングを行っているか。</p>
	<p>■目標の達成度を評価できているか。(数値のみ、サービス利用のみの評価になっていないか)</p>
	<p>■目標達成されなかったことに対するコメント等の記載はあるか。</p>
	<p>■モニタリングの結果をふまえてプランに反映されているか。</p>

4 結果の通知及びそれに対する対応の報告

ケアプランチェックの実施結果を通知し、改善報告(ケアプランチェック実施後の取り組みについての報告)を求めます。