

平成26年度

居 宅 介 護 支 援

集 団 指 導 資 料

香川県健康福祉部 長寿社会対策課  
高松市健康福祉局長寿福祉部 介護保険課

平成27年3月18日、19日

## 1. 居宅介護支援に係る報酬改定について

### ① 認知症加算及び独居高齢者加算の基本報酬への包括化

認知症加算及び独居高齢者加算について、個人の心身の状況や家族の状況等に応じたケアマネジメントの提供は、介護支援専門員の基本の業務であることを踏まえ、加算による評価ではなく、基本報酬への包括化により評価する。

認知症加算	150 単位	➡	基本報酬へ包括化
独居高齢者加算	150 単位		基本報酬へ包括化

### 居宅介護支援費（1月につき）

#### 居宅介護支援（Ⅰ）

要介護1又は要介護2	1,005 単位	⇒	1,042 単位
要介護3、要介護4又は要介護5	1,306 単位	⇒	1,353 単位

#### 居宅介護支援（Ⅱ）

要介護1又は要介護2	502 単位	⇒	521 単位
要介護3、要介護4又は要介護5	653 単位	⇒	677 単位

#### 居宅介護支援（Ⅲ）

要介護1又は要介護2	301 単位	⇒	313 単位
要介護3、要介護4又は要介護5	392 単位	⇒	406 単位

### ② 正当な理由のない特定の事業所への偏りに対する対応強化

正当な理由のない特定の事業所へのサービスの偏りの割合が90%を超える場合の減算の適用について、適用要件の明確化を図りつつ、減算の適用割合を引き下げるとともに、対象サービスの範囲については、限定を外す。

特定事業所集中減算	△200 単位	⇒	変更なし
-----------	---------	---	------

#### ※ 算定要件等

- 正当な理由なく、特定の事業所の割合が80%を超える場合に減算する。  
（旧要件の適用割合：90%超）
- 対象サービスの範囲については、限定を外す。  
（旧要件の対象サービス：訪問介護、通所介護、福祉用具貸与）

#### ※ 居宅介護支援の給付管理の対象となるサービス

前6月間に作成した居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護、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、認知症対応型通所介護、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。）、認知症対応型共同生活介護（利用期間を定めて行うものに限る。）、地域密着型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。）、又は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27年9月1日から適用）

※ 平成27年9月1日から適用するとしているが、判定期間が後期（9月1日から2月末日）において作成された居宅サービス計画の判定から適用するものであり、減算については、翌4月1日からの居宅介護支援から適用するものである。

## 特定事業所集中減算における正当な理由の範囲（案）

※下線が今回の修正の部分

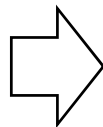
正当な理由なく、当該事業所において前6月間に作成されたケアプランに位置付けられた居宅サービスのうち、訪問介護サービス等について、特定の事業所の割合が80%を超える場合に減算。ただし、当該事業所のケアプラン数が一定数以下である場合等、80%を超えることについて以下の通り正当な理由がある場合を除く。

- ① 居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域に訪問介護サービス等が各サービスごとでみた場合に5事業所未満である場合などサービス事業所が少数である場合  
 (例)訪問介護事業所として4事業所、通所介護事業所として10事業所が所在する地域の場合  
 紹介率最高法人である訪問介護事業者に対して、減算は適用されないが、紹介率最高法人である通所介護事業者に対して、減算は適用される。  
 (例)訪問看護事業所として4事業所、通所リハビリテーション事業所として4事業所が所在する地域の場合は、紹介率最高法人である訪問看護事業者、通所リハビリテーション事業者それぞれに対して、減算は適用されない。
- 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
- ③ 判定期間の一月当たりの平均居宅サービス計画件数が20件以下であるなど事業所が小規模である場合
- ④ 判定期間の一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一月当たり平均10件以下であるなど、サービスの利用が少数である場合  
 (例)訪問看護が位置付けられた計画件数が一月当たり平均5件、通所介護が位置付けられた計画件数が一月当たり平均20件の場合  
 紹介率最高法人である訪問看護事業者に対して、減算は適用されないが、紹介率最高法人である通所介護事業者に対して、減算は適用される。
- 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などにより特定の事業者に集中していると認められる場合  
 (例)利用者から質が高いことを理由に当該サービスを利用したい旨の理由書の提出を受けている場合であって、地域ケア会議等に当該利用者の居宅サービス計画を提出し、支援内容についての意見・助言を受けているもの。
- ⑥ その他正当な理由と都道府県知事(指定都市及び中核市においては、指定都市又は中核市の市長)が認めた場合

### ③ 質の高いケアマネジメントを実施する事業所の評価の推進

質の高いケアマネジメントを実施している事業所の評価を推進するため、特定事業所加算について、人員配置要件の強化や人材育成に関する協力体制を整備している場合を算定要件に追加する。一方、中重度者の利用者が占める割合については、実態に即して緩和する。

特定事業所加算（Ⅰ） 500 単位  
 特定事業所加算（Ⅱ） 300 単位



特定事業所加算（Ⅰ） 500 単位  
 特定事業所加算（Ⅱ） 400 単位  
 特定事業所加算（Ⅲ） 300 単位

## ※ 算定要件等

(現行)

### 特定事業所加算Ⅰ

- 1 常勤専従の主任介護支援専門員を1名以上配置
- 2 常勤専従の介護支援専門員を3名以上配置
- 3 利用者に関する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応する体制を確保していること。
- 5 中重度の利用者の占める割合が50%以上
- 6 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、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 居宅介護支援費に係る運営基準減算又は特定事業所集中減算の集中を受けていないこと。
- 10 介護支援専門員一人当たりの利用者数が40名未満であること。
- 11 (新設)

(改正案)(人員配置及び要件に変更のある部分)

### (新) 特定事業所加算Ⅰ

- 1 常勤専従の主任介護支援専門員を2名以上配置
- 2~4 及び 6~10 (継続)
- 5 中重度の利用者の占める割合が40%以上
- 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。(平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用)

### 特定事業所加算Ⅱ

- 1 常勤専従の主任介護支援専門員を1名以上配置
- 2 常勤専従の介護支援専門員を2名以上配置
- 3 4 6 7 9及び10は、特定事業所加算Ⅰの基準に適合する。
- 11 (新規)

### (新) 特定事業所加算Ⅱ

- 1 (継続)
- 2 常勤専従の介護支援専門員を3名以上配置
- 3 4 6 7 9及び10は、特定事業所加算Ⅰの基準に適合する。
- 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。(平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用)

### (新) 特定事業所加算Ⅲ

- 1 (継続)
- 2 (継続)
- 3 4 6 7 9及び10は、特定事業所加算Ⅰの基準に適合する。
- 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。(平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用)

※ 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、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。

- ④ 介護予防支援に係る新総合事業の導入に伴う基本報酬の見直し  
介護予防支援について、「介護予防・日常生活支援総合事業（以下「新総合事業」という。）」の導入に伴い、介護予防サービス計画には、指定事業所により提供されるサービスと、多様な主体により多様なサービス形態で提供される新総合事業のサービスを位置づけることを踏まえ、基本報酬において適正に評価する。

介護予防支援費（1月につき） 414 単位 ⇒ 430 単位

- ⑤ 居宅介護支援事業所とサービス事業所の連携  
居宅介護支援事業所と指定居宅サービス等の事業所の意識の共有を図る観点から、介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等の担当者から個別サービス計画の提出を求めることとする。
- ⑥ 地域ケア会議における関係者間の情報共有  
今般の制度改正で介護保険法上に位置づけた地域ケア会議において、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ることとする。

#### <指定基準に係る主な見直しの内容>

- 居宅介護支援事業所とサービス事業所の連携に関する規定を以下のとおり改正する。  
また、地域ケア会議における関係者間の情報共有に関して、以下の努力義務規定を設ける。
- ① 居宅介護支援事業所と指定居宅サービス等の事業所の意識の共有を図る観点から、介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等の担当者から個別サービス計画の提出を求めることとする。  
（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。以下「居宅介護支援基準」という。）第 13 条及び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。以下「介護予防支援基準」という。）第 30 条関係）
- ② 今般の制度改正で介護保険法上に位置づけた地域ケア会議において、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ることとする。（居宅介護支援基準第 13 条及び介護予防支援基準第 30 条関係）

## <介護保険事務処理システム変更に係る留意事項>

平成27年4月サービス分から、68：小規模多機能型居宅介護（短期利用）、79：複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用）及び69：介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用）を新設する。

サービス種類コード	サービス種類名	短期利用	区分支給限度額	給付管理作成者	サービス計画費
(新)68	小規模多機能型居宅介護（短期利用）	短期	対象	居宅介護支援事業者	居宅介護支援費
(新)79	複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用）	短期	対象	居宅介護支援事業者	居宅介護支援費
(新)69	介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用）	短期	対象	居宅介護支援事業者	居宅介護支援費

### 【備考】

- 短期利用の利用者の給付管理を（介護予防）小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の内マネが行うことは困難であり、普段当該利用者が利用している外マネにケアマネジメントを行ってもらうことになる。
- 7日（やむを得ない事情がある場合は14日）だけ限定的に利用し、その後は居宅等に戻ることを想定している。
- 事業所の登録定員に空きがある場合であって、緊急やむを得ない場合など一定の要件を満たした場合などの限定的な取扱いと考えている。

※以下の対応とするので、留意すること。

(1) 平成27年5月請求分及び6月請求分に係る対応

- 事業所が国保連合会に上記のサービスの請求を行った場合、返戻となり、支払が行われな  
い。平成27年4月サービス分及び5月サービス分については、平成27年7月以降に国保連  
合会に請求を行うこと。（なお、当該短期利用サービスを利用した者に係る給付管理票に  
おいて、当該短期利用サービス以外のサービスのみを記載した給付管理票を提出した場  
合、5月審査及び6月審査においても通常どおり審査が行われるが、この場合、7月審査に  
おいて給付管理票（修正）の提出が必要となる。）（平成27年7月審査分以降は、通常  
どおり審査が行われる。）

## 2. 実地指導等の主な指摘事項について

サービス種別 居宅介護支援

区 分	内 容
従業員の員数	<ul style="list-style-type: none"> <li>①常勤専従であるべき管理者が同時平行し行えるとは思えない業務に従事している。</li> <li>②介護支援専門員証の写しが事業所に整理・保管されていない。</li> <li>③恒常的に通減による減算があり、要介護利用者のプラン数が35件超も見られる。</li> <li>④プランの取扱い件数が、特定の者に要介護利用者35件以上と偏っている。</li> </ul>
管理者	<ul style="list-style-type: none"> <li>①常勤専従であるべき管理者が同時平行し行えるとは思えない業務に従事している。</li> <li>②介護支援専門員の資格を有しない者を管理者として配置している。</li> </ul>
内容及び手続の説明及び同意	<ul style="list-style-type: none"> <li>①「重要事項説明書」の記載内容が不十分である。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・加算を算定しているが、料金の記載がなく、算定に関する同意も書面で確認できない。</li> <li>・営業日及び営業時間や通常の実施地域などの記載がなく、サービスの選択に資する内容となっていない。</li> </ul> </li> <li>②「重要事項説明書」について、説明・同意・交付が確認できない。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・交付したことが分からない。同意の日付が無い。</li> </ul> </li> </ul>
身分を証する書類の携行	<ul style="list-style-type: none"> <li>①介護支援専門員証を携行していない介護支援専門員がいた。</li> </ul>
利用料等の受領	—
指定居宅介護支援の基本取扱方針	—
指定居宅介護支援の具体的取扱方針	<p><b>&lt;介護支援専門員による計画作成&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①介護支援専門員証の有効期間が切れた介護支援専門員が計画を作成している。</li> </ul> <p><b>&lt;アセスメント&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>②アセスメントを実施していない。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・初回の計画作成時、長期・短期目標の期間終了時等、必要な時期にアセスメントを実施せずに計画を作成している。</li> </ul> </li> <li>③アセスメントの様式が十分に活用できておらず、課題の抽出ができていない。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメント表の各項目に空白が多く、課題の抽出が十分にできていない。</li> <li>・認定調査票の内容をアセスメント表の各項目に複写しているだけで、介護支援専門員として課題分析した記載や課題の優先順位の記載がなく、課題の根拠や要因、介護保険サービスの必要性について抽出できていない。</li> <li>・アセスメントの様式を、事業所独自で作成し、23項目（標準項目）を満たしていない簡単な様式を使用している。</li> </ul> </li> <li>④利用者の有する日常生活上の能力、家族の介護力等の把握が不十分であり、自立の視点がない。</li> </ul> <p><b>&lt;居宅サービス計画原案の作成&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⑤ショートステイだけでなく、訪問介護やデイサービスの提供回数も適宜・必要時と計画に位置付けており、家族の希望のまま、もしくは事業所の空き状況からサービス回数の増減を行っている。</li> <li>⑥有料老人ホームに入所している利用者であるため、インフォーマルサービスが有料老人ホームの職員によるものしか計画に記載されていない。</li> <li>⑦居宅サービス計画原案に位置付けた、生活全般の解決すべき課題とアセスメントから抽出された課題との関連性が分からない。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントにない課題が計画に入っている。</li> <li>・抽出されている内容が計画に位置付けられていない又は位置付けが不十分で、課題が反映されていない。</li> </ul> </li> </ul>

	<p>⑧ 居宅サービス計画書の様式への記載の仕方が適切でない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 目標期間の設定が、認定有効期間より2か月延長した期日になっている。</li> <li>・ 訪問介護やデイサービスの提供回数も適宜・必要時と計画に位置付けており、サービス回数の増減が利用票だけで変更されている。</li> <li>・ 長期・短期目標の設定が、利用者の状態に合わせて個別性・具体的・段階的でないため、期間内に達成されたことの評価ができない。</li> <li>・ 短期・長期目標が1年で同じ期間設定又は長期目標が2年、短期目標が1年の期間設定をしているものがある。</li> <li>・ アセスメント実施日、計画原案作成日、サービス担当者会議日、計画交付日が同一日であり、計画原案を参加者に事前に配付し、意見をあらかじめ考えて貰う手順とはなっておらず、内容も複写になっている。</li> <li>・ サービス内容が具体性を欠いている。</li> <li>・ デイケアとデイサービス等、通所系サービスの2カ所利用の場合、利用目的、区別ができていない。</li> <li>・ 福祉用具貸与の理由等が記載されていない。</li> <li>・ 本人が取り組むべき事項や家族による援助、保険給付以外のインフォーマル支援等の位置付けが不十分。</li> <li>・ 訪問介護等、位置づけられたサービス内容から介護保険サービスとしての位置付けが不適切。</li> </ul> <p>⑨ 利用者の希望が聞き取れていないものがある。</p> <p><b>&lt;サービス担当者会議&gt;</b></p> <p>⑩ 適切な時期、必要な時期に、サービス担当者会議を開催していない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ プランの開始日より後に、会議を開催している。</li> <li>・ 新規の訪問介護事業所の利用が追加になっているにもかかわらず、会議を開催していない。</li> </ul> <p>⑪ 居宅サービス計画原案に位置付けられた全てのサービス担当者を召集していない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 会議に出席できないサービス担当者に、意見照会をしていない。</li> <li>・ サービス担当者全員に意見照会をかけているが、回答を待つことなく新たな計画を作成している。</li> <li>・ 意見照会が会議までに間に合わない、照会しても回答が返ってきてない。</li> </ul> <p>⑫ サービス担当者会議の記録が確認できない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 会議の記録が保管されていない。</li> </ul> <p>⑬ サービス担当者会議の目的が果たせていない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 会議に利用者本人が出席しておらず、会議の場で介護支援専門員が利用者の意向を代弁していない。</li> <li>・ 参加者の専門的な意見を計画に反映できておらず、会議の目的が果せていない。</li> <li>・ 主治医の意見がなく、医療系サービスを利用する理由が明確に示されていない又は主治医の意見の記載がなく、共有できていない。</li> <li>・ 継続して福祉用具貸与を利用する場合、その必要性について、専門的意見を聴取し、検証の上、継続利用の必要な理由が記載できていない。</li> </ul> <p><b>&lt;居宅サービス計画の交付&gt;</b></p> <p>⑭ 利用者が同意した記載がない。</p> <p>⑮ サービス担当者（事業所）に交付した記録がない。</p> <p><b>&lt;モニタリング&gt;</b></p> <p>⑯ 利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ デイサービスで面接を行っていたり、本人との面接ではなく、家族との面接になっている。</li> <li>・ 居宅へ訪問したことの記録が確認できない。</li> </ul> <p>⑰ モニタリングが実施できていない。</p>
--	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li>・月1回のモニタリングの記録又は開始月のモニタリングの記録がない。</li> <li>・長期目標の期間が切れ、プランが作成されていない事例について、モニタリングだけは毎月記録を残している。</li> </ul> <p>⑱モニタリングを実施した記載が不十分である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・漫然と何か月も同じモニタリング結果が記載されており、利用者・家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業所との調整内容、サービス計画の変更の必要性等について検討されていない。(毎月内容はコピーしほぼ同じ。)</li> </ul> <p><b>&lt;居宅サービス計画の変更&gt;</b></p> <p>⑲長期・短期目標の期間終了後、要介護認定期間中の残りの期間の計画が作成できていない。</p> <p>⑳短期目標の期間終了時に軽微な変更として取扱い、指定基準第13条第3号～第11号までに掲げる一連の業務を実施していない。</p> <p>㉑アセスメントや計画書は前回のものに日付を入れ替え、ほぼ同様の内容としており、指定基準第13条第3号～第11号までに掲げる一連の業務を実施したことが確認できない。更新するが、長期、短期目標は変わっていない。</p> <p>㉒更新時と状態変更時のみアセスメント表を用いてアセスメントを実施し、その他のプラン変更時(長期目標終了時)にはアセスメント表を用いず計画作成している。</p> <p><b>※ その他、重点検査の主な指摘事項は、別記のとおりである。</b></p>
管理者の責務	<p>①従業員である介護支援専門員が、居宅介護支援の業務を適切に行っていない。</p> <p>②長期に亘り、介護支援専門員の資格を有しない者を管理者としていた。</p> <p>③介護支援専門員の資格を有しない者を勤務表に位置付けていた。</p>
勤務体制の確保等	<p>①非常勤職員の出勤管理ができていない。</p> <p>②月ごとの勤務表を作成していない。</p> <p>③研修に参加しているが、記録、資料の保管や欠席者への周知が不十分である。</p>
設備及び備品等	—
従業員の健康管理	①従業員の健康診断の結果を把握し、記録を残すなどの方法により、必要な管理を行っていない。
秘密保持	<p>①従業員が業務上知り得た秘密を漏らすことがないよう、必要な措置が執られていない。</p> <p>②個人情報を用いることについて、利用者の家族の同意が無い。</p>
苦情処理	①事例が無いため、記録様式の整備をしていない。
事故発生時の対応	<p>①事故が無いため、記録様式の整備をしていない。</p> <p>②損害賠償保険に加入しておらず、速やかに賠償に対応できるとは言い難い。</p> <p>③事業所の見やすい場所に、非常災害対策に関する具体的な計画の概要を掲示できていない。</p>
記録の整備	—
会計の区分	①同一法人で実施されている他の事業と会計が区分されていない。
介護給付費算定に関する基準	<p>①居宅サービス計画に提供するサービスの位置付けがない(基本報酬返還)。</p> <p>②サービス提供回数が増加しているが居宅サービス計画を変更していない(基本報酬返還)。</p> <p>③給付管理のセキュリティが不十分である。</p>
運営基準減算	<p>①計画の新規作成及びその変更にあたって、アセスメントを全く実施していない。</p> <p>②アセスメントについて、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接したことが確認できない。</p> <p>③利用者・担当者に居宅サービス計画を交付した記録がなく、交付したことが確認できない。</p> <p>④月の途中から居宅介護支援を開始した場合、その月のうちに利用者の居宅を訪問し、本人と面接をしておらず、モニタリングを行っていない。</p>

	<p>⑤モニタリングについて、少なくとも1月（暦月）に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者と面接をしたことが確認できない、又は訪問し、本人と面接をしていない。</p> <p>⑥計画の変更において、サービス担当者会議を開催したことが確認できない、又は開催していない。</p>
特定事業所集中減算	<p>①正当な理由に該当すると勝手に判断し、判定様式を県に提出していない。</p> <p>②特定事業所集中減算に該当していたにも関わらず、適切に減算請求していない。</p> <p>③基準に係る算定書類を作成しておらず、その結果を保存していない。</p>
特定事業所加算	<p>①運営基準減算に該当するため、算定できない。</p> <p>②研修計画は定めているが、非常勤も含め全介護支援専門員ごとの個別具体的な研修の目標を定めていない。</p> <p>③研修計画を年度開始後に作成していた。</p> <p>④毎月末までに、当該加算の算定要件の基準の遵守状況に関する所定の記録を作成・保存していない。（標準様式：平成24年4月版 介護報酬の解釈 QA・法令編 P119 参照）</p>
退院・退所加算	<p>①退院・退所した月の翌月末までにサービスが提供されなかった場合は、その間に利用者の状態像が変化することが想定されるため、算定不可であるが算定していた。</p> <p>②3回算定する場合、診療報酬の算定（退院時共同指導料）の確認ができていない場合は算定不可となるが、算定していた。</p> <p>③病院・施設等の職員との面談で得た必要な情報が退院後の居宅サービス計画に反映されていない場合は算定不可であるが、算定していた。</p> <p>④情報提供を受けたと同タイミングで居宅サービス計画が交付されていた。</p> <p>⑤病院・施設等の職員と「面談」を行い、「情報提供を受けた」ということが確認できない。</p>
認知症加算	<p>①利用者を日常生活自立度のランクがⅢ、Ⅳ又はM以外の場合で算定している。</p>
独居高齢者加算	<p>①居宅サービス計画等に、利用者が単身で居住している旨の確認結果が毎月記載されていない。</p> <p>②住民票上は独居であるが、親族からの日常的な支援があり生活状況等の把握に労力を要しない。</p> <p>③家族等による生活状況等の把握や日常生活における支援等が得られる利用者に算定していた。</p> <p>④長期間、継続的に短期入所生活介護を利用している者に算定していた。</p>

<別記>重点検査の主な指摘事項（指定居宅介護支援の具体的取扱方針に関するもの他）

区分	No.	指 摘 事 項
アセスメント	1	特記は認定調査の写しで、全体のまとめは特記の内容が転記されているため、課題分析が不十分である。サービス内容の位置づけやサービス内容変更時の判断根拠が記載できていない。
	2	CMの判断や課題の位置付けが弱く利用者の有する日常生活上の能力等の把握が不十分である。
	3	ADL等状況書（又は独自様式）を用いてアセスメントを行っており、課題標準項目23項目を満たせていない。
	4	居宅に訪問したことが確認できない
モニタリング	5	毎月モニタリングを実施しているが、モニタリングに変化がなく、目標が継続されている。
	6	軽微な変更として、短期目標の延長を繰り返しているが、モニタリングから判断根拠が確認できない。また、短期目標が達成できる目標を設定していない。
	7	モニタリングを暦月で1回実施せず、翌月2回実施している。
	8	モニタリングの記録が確認できない。
	9	利用者の居宅を訪問し、利用者に面接してモニタリングを行ったことが確認できない。
交付 同意 説明	10	原案をそのまま正案として使用しているため、担当者会議でサービス回数が変わっても修正されずに交付されている。
	11	同意日がサービス利用開始後の日付になっている。
	12	プランを事業者に交付した記録がない
サービス担当者会議	13	要介護認定の更新認定を受けた際に、サービス担当者会議を開催した記録がない
	14	サービス担当者会議の欠席者に口頭照会した意見や連絡内容が、適切に記録されていないため、専門的意見を居宅サービス計画に反映できていない。
	15	プランに医療系サービスを位置付けるにあたり、主治医への意見照会ができていない。
	16	事前に意見照会しているが、回答がサービス担当者会議後となっていた。
	17	照会が、サービス担当者会議後となっている。
その他	18	短期目標の終了後、軽微な変更として、目標期間を延長しているが、アセスメント・担会等、一連の行為を実施せずに計画変更している。（軽微な変更と判断した根拠資料がない。）
	19	特定事業所加算Ⅱ算定しているが、運営基準減算のため、当該加算の算定は不可となる。
	20	居宅サービス計画等に、利用者が単身で居住している旨の確認結果が記載されていない。
	21	住民票上は独居であるが、親族からの日常的な支援があり生活状況等の把握に労力を要しない。
	22	主治医意見書の日常生活自立度のランクが（Ⅱa）にもかかわらず、認知症加算を算定していた。

## ■居宅介護支援

### < 業務の適切な実施 >

居宅介護支援事業所に対する監査等において、次のような指摘が多くなっています。全ての居宅介護支援事業所は、自らの事業所が適正に業務を行っているか、運営基準の内容と実際の業務の対応について確認を行ってください。

- 1 アセスメントは、介護支援専門員として適切な判断根拠のもと、課題が設定されていなかった。  
例えば、アセスメントシートには認定調査結果の複写や状況のみが記載され、全体のまとめについては各項目の転記であるため、課題分析の記載が不十分であった。
- 2 居宅サービス計画について、サービス提供事業所に交付した記録がない。
- 3 毎月モニタリングを実施しているが、モニタリングに変化がなく、目標が継続されている。
- 4 短期目標の延長は軽微な変更として取り扱われているため、アセスメントの実施、サービス担当者会議の開催はしていない。

### 【全ての居宅介護支援事業所が留意すること】

- ① アセスメントに当たり、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接する。
  - ・アセスメントの記録は必ず残すこと。
- ② 利用者及び居宅サービス事業者の双方に居宅サービス計画の交付を行うこと（見直し時も）。
  - ・第6表、第7表だけでは、居宅サービス計画とはいえない。
  - ・居宅サービス計画を交付した記録を残すこと。
- ③ 新規作成だけではなく、要介護更新認定時及び要介護状態区分の変更時も、サービス担当者全員を招集してのサービス担当者会議を開催すること。（ただし、「やむを得ない理由」がある場合はサービス担当者に対する照会も可）
  - ・計画の変更が必要な場合は開催する。
  - ・「やむを得ない理由」がないにもかかわらず、会議を開催せずにサービス担当者に対する照会のみでは、要件を満たしていない。
- ④ 少なくとも1月（暦月）に1回は利用者の居宅を訪問し利用者面接してモニタリングを行い、かつ、少なくとも1月に1回はモニタリングの結果を記録すること。
- ⑤ 長期及び短期目標の期間終了時は、モニタリング、アセスメント、居宅サービス計画の作成、サービス担当者会議の開催、居宅サービス計画の交付などの居宅介護支援を構成する一連の業務を適切に行い、居宅サービス計画の変更を行う必要があること。
  - ・利用者の解決すべき課題に変化が認められる時点においても、居宅介護支援を構成する一連の業務を行い、居宅サービス計画の変更をしていない場合は、居宅介護支援費は算定できない。
- ⑥ 居宅サービス計画の「軽微な変更」として取扱う場合は、モニタリング・再アセスメントにより十分に把握した上で判断すること。
  - ・利用者の解決すべき課題に変化がないことや、基準省令第13条第3号から11号までの一連の業務を行う必要がない理由を記録すること。
- ⑦ 基準省令第13条各号の業務を実施したことが記録により確認できない場合は、実施していないものと見なすこと。

## 居宅サービス計画の軽微な変更の取扱いについて

居宅サービス計画の軽微な変更の内容については、「〔介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直し〕に関するご意見への対応について（平成22年7月30日、厚生労働省課長通知）（以下「課長通知」という。）」〔介護保険最新情報V.1.155〕で示されているところですが、これまでの重点検査において、誤った認識のもとに不適切な取扱いが行われている事例が数多く見られましたので、改めて、その考え方を下記のとおりお知らせしますので、再度ご確認ください、適切な業務の実施をお願いします。

なお、言うまでもなく、居宅サービス計画を変更する必要があるか、当該計画の軽微な変更で十分であるかについては、利用者の心身の状態や解決すべき課題等の変更の有無をモニタリング（再アセスメントを含む。）により十分に把握した上で判断する必要があります。

### （１）サービス提供の回数変更

- ① 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（事前にサービス担当者会議において了解されていること。）

※ 居宅サービス計画を修正し、再度、利用者に同意を得る必要がある。

- ② 計画に位置付けられた家族とサービス事業者が共に行っている介護の割合の変更により、サービス事業者の利用回数を増減する場合。

＜例＞ 通院介助（家族2回/月・訪問介護1回/月）

＜変更＞→（家族1回/月・訪問介護2回/月）

※ 利用者の体調不良や家族の都合等で急遽一時的（臨時）に変更が必要な場合は、理由を居宅介護支援経過（第5表）に記載することで、計画書を変更する必要はないが、継続する場合は、計画書を再作成する等一連の行為を行う必要がある。

### （２）目標期間の延長

- ① あと少しで短期目標が達成する場合（現行の目標達成期間より1～2か月程度の延長で目標が達成する場合）は、「軽微な変更」として取扱うことも差し支えない。なお、この場合、居宅サービス計画を修正し、再度、利用者に同意を得る必要がある。

※ 達成可能な目標を設定することから、目標設定期間が終了すれば評価を行い、基本的には目標を変更し、計画書を再作成する等一連の行為を行うため、目標設定期間の延長は行わない。

ただし、目標は変更せずサービス内容や頻度を変更する場合は、計画書を再作成する等一連の行為を行う必要がある。

26長寿第73213号  
平成27年2月23日

各居宅介護支援事業者 様

香川県健康福祉部長寿社会対策課長  
( 公 印 省 略 )

「介護保険制度における居宅介護支援の適切な運用について（通知）」  
の一部修正について

日頃から本県の高齢者福祉行政に御協力いただき、厚くお礼申し上げます。

昨年度から県及び高松市が実施している重点検査において、「指定居宅介護支援等の業務の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号。以下「基準省令」という。）」の理解不足や居宅サービス計画の作成における認識の誤りによって、居宅介護支援の業務が適切に行われず、運営基準減算となる複数の事業所が見受けられたところです。

つきましては、居宅介護支援の業務に係る取扱いをより明確にするため、平成24年12月26日付け24長寿第47541号長寿社会対策課長通知の一部を別添のとおり修正しましたので、御留意の上、自己点検を行っていただきますようお願いいたします。

なお、今後、保険者とも連携し、今までと同様に必要性が認められる場合は、随時監査等により業務の内容を確認させていただきますので、念のため、申し添えます。

24長寿第47541号  
平成24年12月26日  
26長寿第73213号  
一部修正 平成27年 2月23日

各居宅介護支援事業者 様

香川県健康福祉部長寿社会対策課長  
( 公 印 省 略 )

### 介護保険制度における居宅介護支援の適切な運用について（通知）

日頃から本県の高齢者福祉行政に御協力いただき、厚くお礼申し上げます。

さて、介護保険制度の基本理念である利用者の自立支援を推進する上で、居宅介護支援事業は、大変重要な役割を担っています。特に、居宅サービス計画の作成は、居宅における介護サービスの提供の根幹となるものです。

平成24年度介護報酬改定においては、自立支援型のケアシステムを推進する観点から、居宅サービス計画の作成に当たって、サービス担当者会議やモニタリングを適切に実施するため、運営基準減算について評価の見直しが行われ、適正な事業運営が求められているところです。

このような状況の中で、今年度の県及び高松市が実施した実地指導及び監査において、「指定居宅介護支援等の業務の人員及び運営に関する基準（厚生省令第38号。以下「基準省令」という。）」の理解不足や居宅サービス計画の作成における認識の誤りによって、居宅介護支援の業務が適切に行われず、運営基準減算となる複数の事業所が見受けられたところです。

つきましては、居宅介護支援事業について、再度確認を行い、下記の点に御留意の上、自己点検を行っていただきますようお願いいたします。

なお、今後、保険者とも連携し、今までと同様に必要性が認められる場合は、随時監査等により業務の内容を確認させていただきますので、念のため、申し添えます。

### 記

- 1 基準省令第13条に示された具体的取扱方針に従い、利用者の課題分析の実施、居宅サービス計画原案の作成、サービス担当者会議の開催による専門的意見の聴取、居宅サービス計画の交付、居宅サービス計画の実施状況の把握及び評価（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。）などの居宅介護支援を構成する一連の業務を適切に行うこと。
- 2 上記1の業務が適切に行えていない場合は、運営基準違反であること。
- 3 「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（老

企第36号)」第3の6に示された居宅介護支援の業務が適切に行われない場合については、具体的な要件のいずれか1つでも実施していない場合は、運営基準減算とすること。実施に当たっては、6に留意すること。

(1) 居宅サービス計画の新規作成及びその変更において、以下の①～④の全ての業務を行うこと。

① アセスメントに当たり、居宅を訪問し、利用者及び家族に面接をすること。

② 居宅サービス計画原案に係る担当者を招集してサービス担当者会議を開催し、情報共有・専門的意見聴取等を行うこと。

③ 居宅サービス計画原案を説明し、利用者の同意を得ること。

④ 居宅サービス計画を利用者及び担当者へ交付すること。

(2) 新規作成だけではなく、要介護更新認定時及び要介護状態区分の変更時もサービス担当者会議を開催すること。

(3) 1月(暦月)に1回は居宅を訪問し、利用者に面接した上で、そのモニタリングの結果を記録すること。

4 居宅サービス計画を作成していない場合、要介護更新認定時及び要介護状態区分の変更時に居宅サービス計画を変更していない場合は、居宅介護支援費は算定できないものであること。

また、利用者の解決すべき課題に変化が認められる時点においても、居宅サービス計画の変更を行っていない場合は、居宅介護支援費は算定できないこと。

なお、長期及び短期目標の期間終了時は、居宅サービス計画の変更を行う必要があるため、居宅介護支援を構成する一連の業務を行い、当該計画を作成すること。

5 居宅サービス計画の「軽微な変更」として取扱う場合は、居宅サービス計画を変更する必要があるか、当該計画の軽微な変更で十分であるかについて、利用者の心身の状態や解決すべき課題等の変更の有無を、モニタリングにより十分に把握した上で判断すること(平成24年7月20日付け事務連絡「居宅サービス計画の軽微な変更の取扱いについて」参照)。

さらに、「軽微な変更」とする場合は、当該利用者の解決すべき課題に変化がないことや、基準省令第13条第3号から第11号までの一連の業務を行う必要がない理由を記録すること。

6 基準省令第13条各号の業務を実施したことが記録により確認できない場合は、実施していないものと見なすこと。

**【問い合わせ先】**

香川県健康福祉部長寿社会対策課

在宅サービスグループ 電話 087-832-3274

※なお、高松市に所在地のある事業者については、

高松市健康福祉局長寿福祉部 介護保険課

相談指導係 電話 087-839-2326



「介護保険制度における居宅介護支援の適切な運用について」の一部修正について（新旧対照表）

新	旧
<p style="text-align: right;">24長寿第47541号 平成24年12月26日</p> <p style="text-align: right;"><u>一部修正</u> 26長寿第73213号 <u>平成27年2月23日</u></p> <p>各居宅介護支援事業者 様</p> <p style="text-align: center;">香川県健康福祉部長寿社会対策課長 ( 公 印 省 略 )</p> <p style="text-align: center;">介護保険制度における居宅介護支援の適切な運用について（通知）</p> <p>日頃から本県の高齢者福祉行政に御協力いただき、厚くお礼申し上げます。</p> <p>さて、介護保険制度の基本理念である利用者の自立支援を推進する上で、居宅介護支援事業は、大変重要な役割を担っています。特に、居宅サービス計画の作成は、居宅における介護サービスの提供の根幹となるものです。</p> <p>平成24年度介護報酬改定においては、自立支援型のケアシステムを推進する観点から、居宅サービス計画の作成に当たって、サービス担当者会議やモニタリングを適切に実施するため、運営基準減算について評価の見直しが行われ、適正な事業運営が求められているところです。</p> <p>このような状況の中で、今年度の県及び高松市が実施した実地指導及び監査において、「指定居宅介護支援等の業務の人員及び運営に関する基準（厚生省令第38号。以下「基準省令」という。）」の理解不足や居宅サービス計画の作成における認識の誤りによって、居宅介護支援の業務が適切に行われず、運営基準減算となる複数の事業所が見受けられたところです。</p>	<p style="text-align: right;">24長寿第47541号 平成24年12月26日</p> <p>各居宅介護支援事業者 様</p> <p style="text-align: center;">香川県健康福祉部長寿社会対策課長 ( 公 印 省 略 )</p> <p style="text-align: center;">介護保険制度における居宅介護支援の適切な運用について（通知）</p> <p>日頃から本県の高齢者福祉行政に御協力いただき、厚くお礼申し上げます。</p> <p>さて、介護保険制度の基本理念である利用者の自立支援を推進する上で、居宅介護支援事業は、大変重要な役割を担っています。特に、居宅サービス計画の作成は、居宅における介護サービスの提供の根幹となるものです。</p> <p>平成24年度介護報酬改定においては、自立支援型のケアシステムを推進する観点から、居宅サービス計画の作成に当たって、サービス担当者会議やモニタリングを適切に実施するため、運営基準減算について評価の見直しが行われ、適正な事業運営が求められているところです。</p> <p>このような状況の中で、今年度の県及び高松市が実施した実地指導及び監査において、「指定居宅介護支援等の業務の人員及び運営に関する基準（厚生省令第38号。以下「基準省令」という。）」の理解不足や居宅サービス計画の作成における認識の誤りによって、居宅介護支援の業務が適切に行われず、運営基準減算となる複数の事業所が見受けられたところです。</p>

つきましては、居宅介護支援事業について、再度確認を行い、下記の点に御留意の上、自己点検を行っていただきますようお願いします。

なお、今後、保険者とも連携し、今までと同様に必要性が認められる場合は、随時監査等により業務の内容を確認させていただきますので、念のため、申し添えます。

記

1 基準省令第13条に示された具体的取扱方針に従い、利用者の課題分析の実施、居宅サービス計画原案の作成、サービス担当者会議の開催による専門的意見の聴取、居宅サービス計画の交付、居宅サービス計画の実施状況の把握及び評価（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。）などの居宅介護支援を構成する一連の業務を適切に行うこと。

2 (略)

3 「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（老企第36号）」第3の6に示された居宅介護支援の業務が適切に行われない場合については、具体的な要件のいずれか1つでも実施していない場合は、運営基準減算とすること。実施に当たっては、6に留意すること。

(1) 居宅サービス計画の新規作成及びその変更において、以下の①～④の全ての業務を行うこと。

- ① アセスメントに当たり、居宅を訪問し、利用者及び家族に面接をすること。
- ② 居宅サービス計画原案に係る担当者を招集してサービス担当者会議を開催し、情報共有・専門的意見聴取等を行うこと。
- ③ 居宅サービス計画原案を説明し、利用者の同意を得ること。
- ④ 居宅サービス計画を利用者及び担当者へ交付すること。

つきましては、居宅介護支援事業について、再度確認を行い、下記の点に御留意の上、自己点検を行っていただきますようお願いします。

なお、今後、保険者とも連携し、今までと同様に必要性が認められる場合は、随時監査等により業務の内容を確認させていただきますので、念のため、申し添えます。

記

1 基準省令第13条に示された具体的取扱方針に従い、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を適切に行うこと。

2 上記1の業務が適切に行えていない場合は、運営基準違反であること。

3 「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（老企第36号）」第3の6に示された居宅介護支援の業務が適切に行われない場合については、具体的な要件のいずれか1つでも実施していない場合は、運営基準減算とすること。

(1) 居宅サービス計画の新規作成及びその変更において、以下の①～④の全ての業務を行うこと。

- ① アセスメントに当たり、居宅を訪問し、利用者及び家族に面接をすること。
- ② 居宅サービス計画原案に係る担当者全員を招集して行うサービス担当者会議を開催すること。
- ③ 居宅サービス計画原案を説明し、利用者の同意を得ること。
- ④ 居宅サービス計画を利用者及び担当者へ交付すること。

<p>(2) (略)</p> <p>(3) 1月(暦月)に1回は居宅を訪問し、利用者に面接した上で、そのモニタリングの結果を記録すること。</p> <p>4 居宅サービス計画を作成していない場合、要介護更新認定時及び要介護状態区分の変更時に居宅サービス計画を変更していない場合は、居宅介護支援費は算定できないものであること。</p> <p>また、利用者の解決すべき課題に変化が認められる時点において、居宅サービス計画の変更を行っていない場合は、居宅介護支援費は算定できないこと。</p> <p>なお、<u>長期及び短期目標の期間終了時は、居宅サービス計画の変更を行う必要があるため、居宅介護支援を構成する一連の業務を行い、当該計画を作成すること。</u></p> <p>5 (略)</p> <p>6 基準省令第13条各号の業務を実施したことが<u>記録</u>により確認できない場合は、実施していないものと見なすこと。</p>	<p>(2) 新規作成だけでなく、要介護更新認定時及び要介護状態区分の変更時もサービス担当者会議を開催すること。</p> <p>(3) <u>1月</u>に1回は居宅を訪問し、利用者に面接した上で、そのモニタリングの結果を記録すること。</p> <p>4 居宅サービス計画を作成していない場合、要介護更新認定時及び要介護状態区分の変更時に居宅サービス計画を変更していない場合は、居宅介護支援費は算定できないものであること。</p> <p>また、利用者の解決すべき課題に変化が認められる時点においても、居宅サービス計画の変更を行っていない場合は、居宅介護支援費は算定できないこと。</p> <p>なお、<u>長期及び短期目標の期間終了時は、原則、居宅サービス計画の変更を行う必要があること。</u></p> <p>5 居宅サービス計画の「軽微な変更」として取扱う場合は、居宅サービス計画を変更する必要があるか、当該計画の軽微な変更で十分であるかについて、利用者の心身の状態や解決すべき課題等の変更の有無を、モニタリングにより十分に把握した上で判断すること(平成24年7月20日付け事務連絡「居宅サービス計画の軽微な変更の取扱いについて」参照)。</p> <p>さらに、「軽微な変更」とする場合は、当該利用者の解決すべき課題に変化がないことや、基準省令第13条第3号から第11号までの一連の業務を行う必要がない理由を記録すること。</p> <p>6 基準省令第13条各号の業務を実施したことが<u>記録等</u>により確認できない場合は、実施していないものと見なすこと。</p>
---	---

各指定居宅介護支援事業者 御中

香川県健康福祉部長寿社会対策課  
在宅サービスグループ

### 居宅サービス計画の軽微な変更の取扱いについて

日頃から本県の介護保険行政の推進に御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、居宅サービス計画の軽微な変更の内容については、別添のとおり、介護保険最新情報 Vol. 155 「「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直し」に関するご意見への対応について（平成22年7月30日、厚生労働省課長通知）」で示されているところですが、市町で開催された介護支援専門員連絡会において、サービス提供の曜日・回数変更などの際の取扱いに関する質問が数多くありましたので、その取扱いについて、下記のとおり、改めてお知らせいたします。

つきましては、居宅サービス計画の軽微な変更の取扱いについて、再度、御確認いただき、適切な居宅介護支援業務の実施をお願いいたします。

### 記

例えば、①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、②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、③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）には、「軽微な変更」に該当する場合があります。

**ただし、居宅サービス計画を変更する必要があるか、当該計画の軽微な変更で十分であるかについては、利用者の心身の状態や解決すべき課題等の変化の有無をモニタリングにより十分に把握した上で判断すべきものです。**

なお、この取扱いについては、厚生労働省が示した考え方に沿ったものであり、従前どおりの取扱いと変わりはありません。

今後とも、介護支援専門員におかれては、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるように努めていただくようお願いいたします。

# 介護支援専門員研修制度の見直し（平成 28 年度）について

## 1 介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会報告から

### 検討すべき主な課題

- ① 介護保険の理念である「自立支援」の考え方が、十分共有されていない。
- ② 利用者像や課題に応じた適切なアセスメント（課題把握）が必ずしも十分でない。
- ③ サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない。
- ④ ケアマネジメントにおけるモニタリング、評価が必ずしも十分でない。
- ⑤ 重度者に対する医療サービスの取り組みをはじめとした医療との連携が必ずしも十分でない。
- ⑥ インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）のコーディネート、地域のネットワーク化が必ずしも十分でない。
- ⑦ 小規模事業者の支援、中立・公平性の確保について、取組が必ずしも十分でない。
- ⑧ 地域における実践的な場での学び、有効なスーパービジョン機能等、介護支援専門員の能力向上の支援が必ずしも十分でない。
- ⑨ 介護支援専門員の資質に差がある現状を踏まえると、介護支援専門員の養成、研修について、実務研修受講試験の資格要件、法定研修の在り方、研修水準の平準化などに課題がある。
- ⑩ 施設における介護支援専門員の役割が明確でない。

これらの課題には、ケアマネジメントの向上、介護支援専門員の資質の向上の両面を含んでいる。介護支援専門員とともに、国、都道府県、保険者、事業者等が役割分担をしながら取り組んでいくことが必要。

### 介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】

#### 【検討の背景】

- 地域包括ケアシステムの構築  
⇒ 多職種協働、医療との連携の推進等
- 自立支援に資するケアマネジメントの推進

#### 【見直しの視点】

- ① 介護支援専門員自身の資質の向上に係る見直しの視点
- ② 自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備に係る見直しの視点

#### 【具体的な改善策】

##### (1) ケアマネジメントの質の向上

- ① ケアマネジメントの質の向上に向けた取組
  - ・ 自立支援に資するケアマネジメントに向け、適切な課題抽出や評価のための新たな様式の活用を推進
  - ・ 多職種協働によるサービス担当者会議の重要性の共有と環境づくり

- ② 介護支援専門員実務研修受講試験の見直し
  - ・ 試験の受験要件を法定資格保有者等に限定する見直しを検討

- ③ 介護支援専門員に係る研修制度の見直し
  - ・ 演習に重点を置いた研修制度への見直しや研修修了時の修了評価の実施について検討
  - ・ 実務研修の充実や基礎研修の必修化について検討
  - ・ 更新研修の実施方法や研修カリキュラムについて見直しを検討
  - ・ 研修指導者のためのガイドライン策定を推進
  - ・ 都道府県の圏域を超えた研修等の実施を検討

- ④ 主任介護支援専門員についての見直し
  - ・ 研修修了時の修了評価や更新制の導入について検討
  - ・ 主任介護支援専門員による初任段階の介護支援専門員に対する現場での実務研修の導入について検討
  - ・ 地域の介護支援専門員のネットワーク構築の推進

- ⑤ ケアマネジメントの質の評価に向けた取組
  - ・ ケアマネジメントプロセスの評価やアウトカム指標について調査研究を推進
  - ・ ケアマネジメントの向上に向けた事例収集及び情報発信

##### (2) 保険者機能の強化等

- ① 地域ケア会議の機能強化（多職種協働による個別ケースの支援内容の検討を通じ、自立支援に資するケアマネジメント支援、ネットワーク構築、地域課題の把握、資源開発等を推進）
  - ・ 制度的な位置付けの強化
  - ・ モデル事例の収集など地域ケア会議の普及・促進のための基盤整備
  - ・ コーディネーター養成のための研修の取組

- ② 居宅介護支援事業者の指定等のあり方
  - ・ 居宅介護支援事業者の指定権限の委譲を検討

- ③ 介護予防支援のあり方
  - ・ 地域包括支援センターへの介護予防支援を行う介護支援専門員の配置を推進
  - ・ 要支援者の状況に応じた支援のあり方について検討

- ④ ケアマネジメントの評価の見直し
  - ・ インフォーマルサービスに係るケアマネジメント評価の検討
  - ・ 簡素なケースについて、ケアマネジメントの効率化を検討

##### (3) 医療との連携の促進

- ・ 医療に関する研修カリキュラムの充実
- ・ 在宅医療・介護の連携を担う機能の整備の推進
- ・ 主治医意見書の活用を促進する取組の推進

##### (4) 介護保険施設の介護支援専門員

- ・ 相談員に対して介護支援専門員等の資格取得を推進

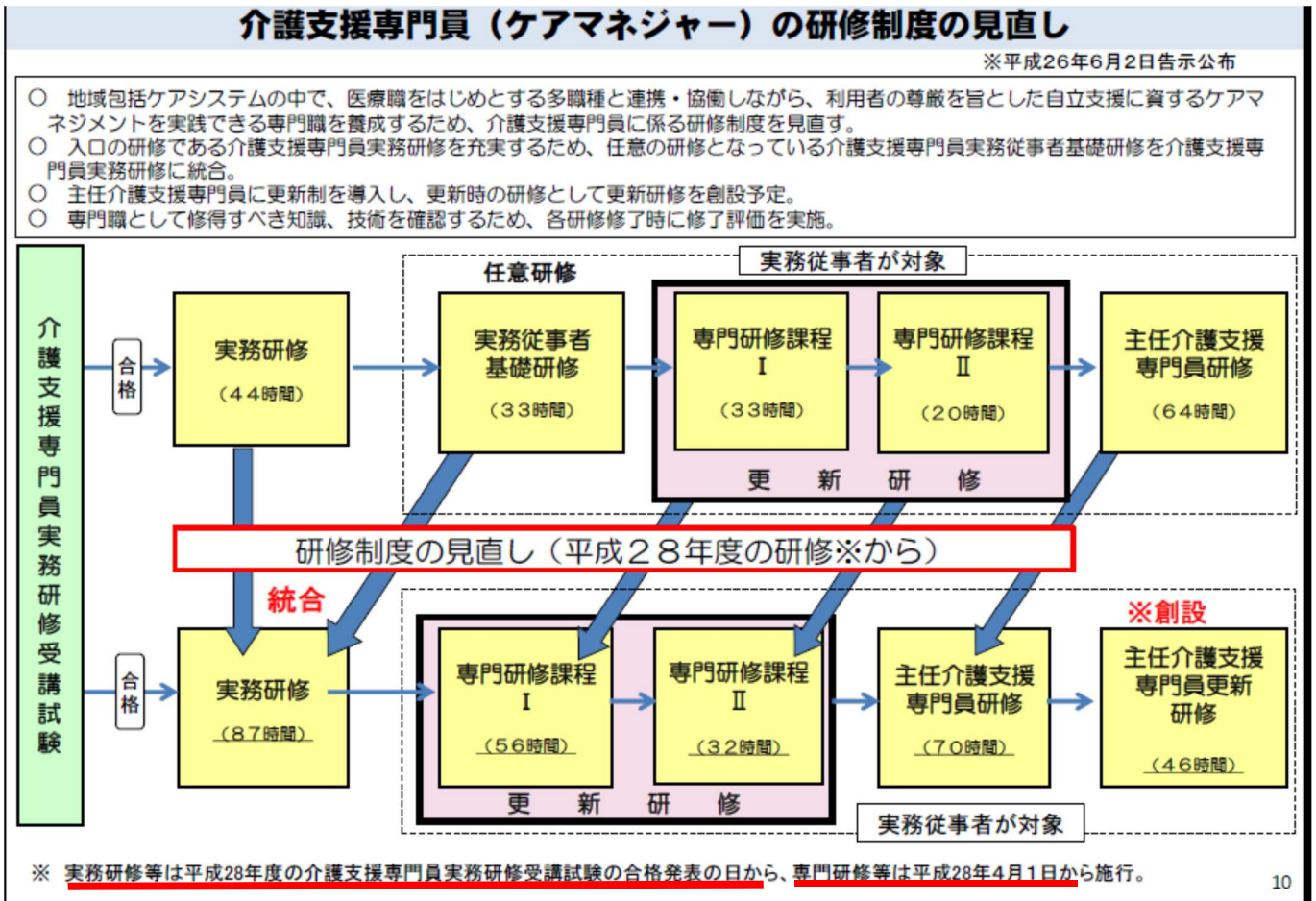
▶ 今後、制度的な見直しに係るものについては介護保険部会、報酬改定に係るものについては介護給付費分科会で議論を進める

## 2 介護保険法 第69条の34 (介護支援専門員の義務)

- 1 介護支援専門員は、その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなくてはならない。
- 2 介護支援専門員は、厚生労働省令で定める基準に従って、介護支援専門員の業務を行わなければならない。
- 3 介護支援専門員は、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術の水準を向上させ、その他その資質の向上を図るよう努めなければならない。

※ 平成26年6月18日に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」に基づく介護保険法一部改正により法第69条の34第3項の規定が新設された。

## 3 研修カリキュラムの見直しによる体制 (平成28年度から)



## 介護支援専門員実務研修の見直しについて

研修課目（介護支援専門員実務研修）		時間
講義	介護保険制度の理念と介護支援専門員	2
	介護支援サービス（ケアマネジメント）の基本	2
	要介護認定等の基礎	2
	介護支援サービス（ケアマネジメント）の基礎技術	
	受付及び相談と契約	1
	アセスメント、ニーズの把握の方法	2
	居宅サービス計画等の作成	2
	モニタリングの方法	2
	実習オリエンテーション	1
	介護支援サービス（ケアマネジメント）の展開技術	
相談面接技術の理解	3	
地域包括支援センターの概要		2
演習	介護支援サービス（ケアマネジメント）の基礎技術	
	アセスメント、ニーズの把握の方法	4
	アセスメント、居宅サービス計画等作成演習	6
	居宅サービス計画等の作成	4
	介護予防支援（ケアマネジメント）	
	介護支援サービス（ケアマネジメント）の展開技術	
	チームアプローチ演習	3
	意見交換、講評	1
実習	介護支援サービス（ケアマネジメント）の基礎技術に関する実習	
	合計	44

研修課目（介護支援専門員実務従事者基礎研修）		時間
講義	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	3
	ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	7
	ケアマネジメント演習講評	6
演習	ケアマネジメント点検演習	14
	研修を振り返っての意見交換、ネットワーク作り	3
合計	33	

任意研修であった実務従事者基礎研修を統合（＝実務研修の充実）

研修課目（新・介護支援専門員実務研修）		時間
講義	介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	3
	ケアマネジメントに係る法令等の理解（新）	2
	地域包括ケアシステム及び社会資源（新）	3
	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義（新）	3
	人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理（新）	2
	ケアマネジメントのプロセス（新）	2
	実習オリエンテーション	1
	自立支援のためのケアマネジメントの基本	
	相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎	4
	利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意（新）	2
介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）（新）	2	
ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術		
受付及び相談並びに契約	1	
アセスメント及びニーズの把握の方法	6	
居宅サービス計画等の作成	4	
サービス担当者会議の意義及び進め方（新）	4	
モニタリング及び評価	2	
実習振り返り	3	
ケアマネジメントの展開（新）		
基礎理解	3	
脳血管疾患に関する事例	5	
認知症に関する事例	5	
筋骨格系疾患と廃用症候群に関する事例	5	
内臓の機能不全（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）に関する事例	5	
看取りに関する事例	5	
アセスメント、居宅サービス計画等作成の総合演習（新）	5	
研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り	2	
実習	ケアマネジメントの基礎技術に関する実習	
	合計	87

## 介護支援専門員専門研修の見直しについて

研修課目（専門研修Ⅰ）		時間
講義	介護保険制度論	2
	対人個別援助	2
	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	1
	ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	3
	保健医療福祉の基礎理解「高齢者の疾病と対処及び主治医との連携」	4
	保健医療福祉の基礎理解「社会資源活用」	3
	保健医療福祉の基礎理解「人格の尊重及び権利擁護」 ※	2
	保健医療福祉の基礎理解「リハビリテーション」 ※	3
	保健医療福祉の基礎理解「認知症高齢者・精神疾患」 ※	3
	サービスの活用と連携「訪問介護・訪問入浴介護」 ※	3
	サービスの活用と連携「訪問看護・訪問リハビリテーション」 ※	3
	サービスの活用と連携「居宅療養管理指導」 ※	3
	サービスの活用と連携「通所介護・通所リハビリテーション」 ※	3
	サービスの活用と連携「短期入所・介護保険施設」 ※	3
	サービスの活用と連携「介護保険施設・認知症対応型共同生活介護・特定施設入居者生活介護」 ※	3
サービスの活用と連携「福祉用具・住宅改修」 ※	3	
演習	対人個別援助技術（ソーシャルケースワーク）	
	合計	33

研修課目（専門研修Ⅱ）		時間
講義	介護支援専門員特別講義	2
	介護支援専門員の課題	3
	「居宅介護支援」事例研究 ※1	6
	「施設介護支援」事例研究 ※2	6
演習	サービス担当者会議演習	
	「居宅介護支援」演習 ※1	6
	「施設介護支援」演習 ※2	6
	合計	20

研修課目（専門研修Ⅰ）		時間
講義	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状	3
	対人個別援助技術及び地域援助技術	3
	ケアマネジメントの実践における倫理	2
	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実践（新）	4
	個人での学習及び介護支援専門員相互間の学習（新）	2
ケアマネジメントにおける実践の振り返り及び課題の設定		12
講義・演習	ケアマネジメントの演習（新）	
	リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例	4
	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	4
	認知症に関する事例	4
	入退院時等における医療との連携に関する事例	4
	家族への支援の視点が必要な事例	4
	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	4
	状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例	4
	研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り（新）	
	合計	56

研修課目（専門研修Ⅱ）		時間	
講義	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの今後の展開	4	
	ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表（新）	4	
講義・演習	リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例	4	
	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	4	
	認知症に関する事例	4	
	入退院時等における医療との連携に関する事例	4	
	家族への支援の視点が必要な事例	4	
	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	4	
	状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例	4	
	合計		32

# 主任介護支援専門員研修の見直しについて

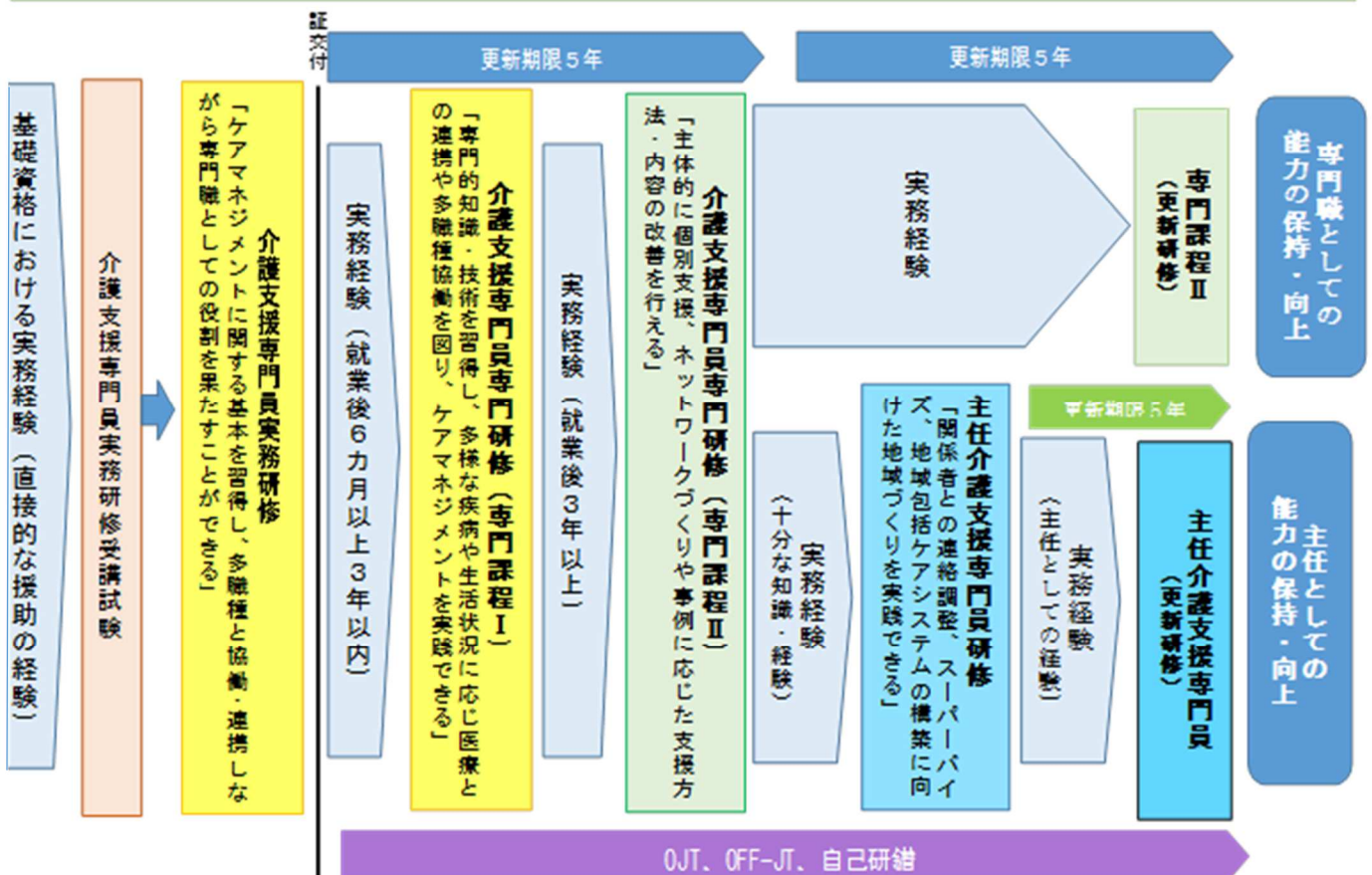
	研修課目	時間
講義	対人援助者監督指導（スーパービジョン）	6
	地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）	3
	人事・経営管理に関する講義	3
	主任介護支援専門員の役割と視点	5
	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	3
	ターミナルケア	3
	人事・経営管理	3
	サービス展開におけるリスクマネジメント	3
演習	対人援助者監督指導	1 2
	地域援助技術	3
	事例研究及び事例指導方法	1 8
	合計	6 4

	研修課目	時間
講義	主任介護支援専門員の役割と視点	5
	ケアマネジメントの実践における倫理的な課題に対する支援	2
	ターミナルケア	3
	人材育成及び業務管理	3
	運営管理におけるリスクマネジメント	3
	地域援助技術	6
	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実現（新）	6
講義・演習	対人援助者監督指導	1 8
	個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開	2 4
	合計	7 0

主任介護支援専門員更新研修として創設

	研修課目	時間
講義	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの動向（新）	4
	主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導及び支援の実践（新）	
講義・演習	リハビリテーション及び福祉用具活用に関する事例	6
	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	6
	認知症に関する事例	6
	入退院時等における医療との連携に関する事例	6
	家族への支援の視点が必要な事例	6
	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	6
	状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービスや施設サービス等）の活用に関する事例	6
	合計	4 6

## 介護支援専門員の養成の全体像





## 介護支援専門員実務研修における実習について

介護支援専門員研修課程の見直しに伴い、実務研修の実習については、

- ・ ケアマネジメントの実践現場の実態を認識する機会
- ・ 実施上の効果を高めるため、指導方法を強化

の観点で内容を見直し、実施要綱（※）において、実習における留意点を新たに掲載

このため、実務研修の実習の実施に当たっては、居宅介護支援事業所の協力が必要

※「介護支援専門員資質向上事業の実施について」（平成26年7月4日老発0704第2号）

### 介護支援専門員実務研修実施要綱（抜粋）

#### 4 研修実施上の留意点

##### （1）研修実施方法

##### イ 実習における留意点

実習先としては、特定事業所加算を習得している事業所のような指導体制が整っている事業所で行うことが適切であり、主任介護支援専門員が配置されている事業所に協力してもらうことが適当である。

実習に当たっては、一つの事例だけではなく、複数の事例についてケアマネジメントプロセスを経験することが効果的であり、アセスメントからモニタリングまでの一連のケアマネジメントプロセス（同行等による利用者の居宅訪問、サービス担当者会議開催のための準備や当該会議への同席も含む）を経験することが適当である。

なお、実習期間中にサービス担当者会議が開催させる機会がなく、会議に同席できなかった場合には、実習先の指導者によって、サービス担当者会議の準備や会議当日の議事進行の方法等を説明することにより理解を促すこと。

実習においては、事前に実習に係る対象者等の同意を得るとともに、特に対象者の安全の確保や知り得た秘密の厳守について万全を期すよう受講者に周知徹底すること。

### 質の高いケアマネジメントを実施する事業所の評価の推進（特定事業所加算の見直し）

#### 算定要件

##### 【改正後】

（新）特定事業所加算Ⅰ（500単位／月）

- 1 常勤専従の主任介護支援専門員を2名以上配置
- 2 常勤専従の介護支援専門員3名以上を配置
- 3 中重度の利用者の占める割合が40%以上
- 4 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の整備

（人員配置及び要件に変更）

※上記4は、特定事業所加算Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを算定する全ての事業所の必要要件。

#### 4 介護支援専門員の業務の振り返り

##### 介護保険法第7条（定義）

5 「介護支援専門員」とは、要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は、地域密着型介護予防サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者であつて、**要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有する者として第69条の七第1項の介護支援専門員証の交付を受けた者をいう。**

※介護支援専門員証の有効期間は、5年とする。（介護保険法第69条の七第3項）

##### 平成24年度の改正ポイントのキーワード：「地域包括ケアシステムの実現」

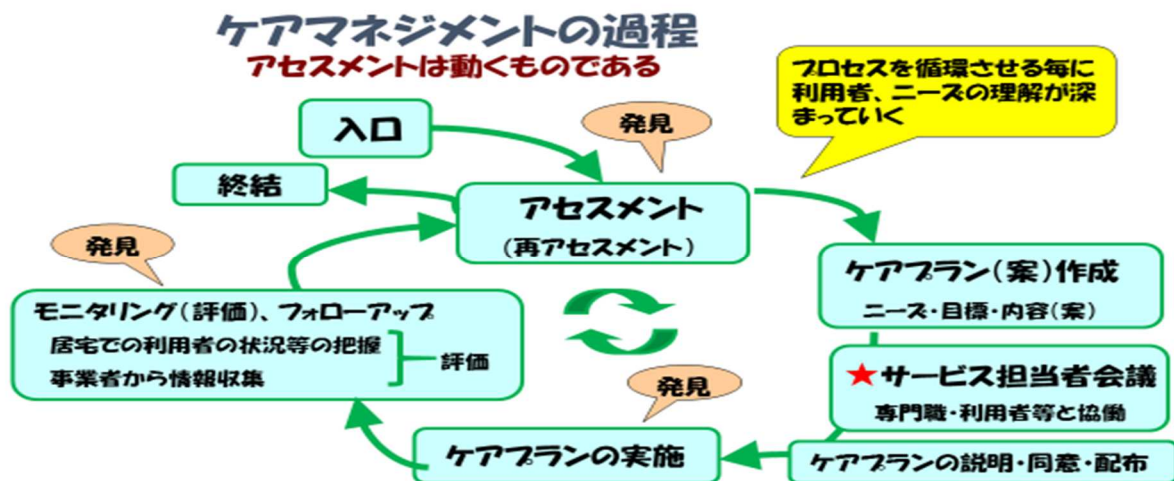
地域包括ケアシステムは、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本としたうえで、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制である。

具体的：①医療との連携強化、②介護サービスの充実強化、③予防の推進、④見守り・配食・買い物など多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など、⑤高齢期になっても住み続けることができる高齢者住まいの整備

#### 1) ケアマネジメントの目的

- ① コミュニティ・ケアの推進  
高齢者や障害者が地域社会で生活し続けていけるよう支援する。  
⇒多くの人たちができる限り長く住み慣れた地域社会の中で生活を続けていけるよう支援する
- ② 生活の支援  
医学的、心理的、社会環境的アプローチを統合したアプローチ  
多くの専門職がチームでサービスを提供するケアプラン作成とそのプランに基づいて実施するチームアプローチ
- ③ 生活の質（QOL）の向上  
身体機能面＋精神心理面＋社会環境面⇒同時に改善維持⇒QOLの向上
- ④ コストのコントロール

#### 2) ケアマネジメントの流れとポイント



##### (1) アセスメントの視点

課題分析標準項目 23 項目 ← 最低限！

- ・本人、家族の意向（具体的なイメージ・変化を把握し、共有していますか）
- ・生活史をどれだけ知っていますか。（個人、社会環境等）

- ・医学的視点（病気や障害、内服薬等）：留意点の共通認識の必要性
- ・本人の残存能力や潜在能力、エンパワーメント ←
- ・改善の可能性等も含めた検討ができていますか。
- ・利用者の自立支援をどのように考えるか。

- ・一番知っているのは誰？
- ・皆で情報収集、共有
- ・まとめは、介護支援専門員

★アセスメント項目のチェックから、介護支援専門員としてどう判断するのか。

各項目から全体をまとめること（同様の課題・目標をまとめる）

➡ 課題の根拠を説明できる資料（多職種連携の場合：課題を導き出した過程の説明と共有）

## （2）居宅サービス計画（案）：介護支援専門員が考えたもの

居宅サービス計画は、なぜ必要？その役割は？

- ・誰が見ても理解できる内容？ 専門職だけでなく、利用者や家族が理解できる？
- ・課題（ニーズ）は、解決できるものか。
- ・短期目標は、長期目標に向けて進んでいけるのか
- ・短期目標は、評価できる内容？ ➡ 評価はなぜ必要？
- ・サービス内容や事業所種別、頻度が適正か？

## （3）サービス担当者会議（多職種協働の場合）

利用者等を中心に専門職等のチームで居宅サービス計画（案）を仕上げていく。

- ・短期目標やその期間、内容を検討、サービス種別とその頻度は効果的？
- ・チームで作上げた居宅サービス計画（本人、家族も含む）
- ・情報を共有し、互いの役割等を認識し、連携を深める。中心は、介護支援専門員！

## （4）居宅サービス計画の説明、同意、配布

- ・利用者、家族等が理解できる説明と同意、配布（一緒に頑張っていく仲間）
- ・事業者への配布（居宅サービス計画と基に個別計画を作成する）
- ＊いつ、誰に配布したのか？記録を残す（居宅介護支援経過等）

## （5）モニタリング

- ・何を見るのか。短期目標の達成に近づいているか？  
目標達成の意味：利用者⇒自信、視野が広がるきっかけ。事業者⇒評価とやりがい
- ・なぜ、居宅を訪問するのか⇒居宅の生活を支援する。生活の基盤はどこ？
- ・一人でモニタリングするのではない。利用者が一番近いのは誰？
- ・情報収集しながら、確認、分析、判断（迷ったらチームの専門職へ）
- ・忙しくても記録として残す。そして、内容を確認しましょう。（手書きでも！！）

## （6）評価（短期目標終了時）、再アセスメント：モニタリングと一緒に

- ・利用者の望む暮らしに近づいているのか？
- ・今、何が問題なのか？
- ・本人・家族等の満足度や意向等を再確認し、計画の変更を判断する。
- ・微妙な変化をどうとらえるか？

ケアマネジメントは、協働で進めていくもの。介護支援専門員のみではできない。

利用者の望む暮らしの実現（達成可能な実現）に向けて、地域の社会資源等も含め、専門職の知識と技術を駆使し、利用者等を含めたチームで修正しながら進めていくもの。

## ◎介護支援専門員は、プロ（専門職）！！

プロとして、知識・技術を高め、利用者の望む暮らしを目指し、支援チームの中心的活動を。経験を積み、身近な応援団（仲間、専門職、市町、県等）を活用しながらスキルアップを！！