

令和7年度前期分（R7.9.16提出期限）からの取扱いです。  
 ※R6年度後期分（R7.3.17提出期限）は従前どおりの取扱い  
 です。  
 80%を超えたか否かにかかわらず、全ての居宅介護支援事業所は  
 様式1又は様式1-1を提出してください。

令和7年度前期以降の居宅介護支援費の算定に係る  
 特定事業所集中減算の取扱いについて（通知）

特定事業所集中減算については、平成18年度に創設されて以降、介護報酬改定において、  
 たび重なる見直しが行われてきました。

このたび、「平成30年度前期以降の岡山市における特定事業所集中減算の取扱いについて  
 （別添1）」を改訂し、平成7年度前期（判定期間が3月1日～8月末日）以降から適用しま  
 すので、通知します。

各指定居宅介護支援事業者におかれましては、下記の内容をご確認いただくとともに、本  
 制度のご理解と運用に十分留意していただきますようお願いいたします。

記

1 主な変更内容

(1) 届出書の提出

<変更前> 80%を超えたか否かにかかわらず、全ての居宅介護支援事業所

<変更後> 算定の結果80%を超えた場合

(2) 算定要件等

岡山市における「正当な理由の範囲」

<変更前> 営業時間や加算算定等、岡山市で具体的な項目を設定

<変更後> 具体的な項目として設定していた理由についても「居宅サービス事業  
 所の選択に係る確認書」により個別に判断

2 具体的な取扱い

判定期間、減算適用期間、判定方法、算定手続、正当な理由の範囲等については、「令和  
 7年度前期以降の岡山市における特定事業所集中減算の取扱いについて（別添1）」を参照  
 ください。

3 届出様式

岡山市事業者指導課ホームページからダウンロードしてください。（4月以降、更新予定）  
[https://www.city.okayama.jp/soshiki/16-3-1-0-0\\_8.html](https://www.city.okayama.jp/soshiki/16-3-1-0-0_8.html)

- ・「特定事業所集中減算に係る届出書（様式1又は様式1-1）」
- ・「特定事業所集中減算に係る理由書（様式2）」
- ・「サービス事業所の選択に係る理由書（サービスの質が高いことに限る）（参考様式1）」
- ・「サービス事業所の選択に係る確認書（参考様式2）」

【担当】岡山市保健福祉局事業者指導課 訪問居宅事業者係  
 〒700-0913  
 岡山市北区大供三丁目1-18 KSB会館4階  
 電話：(086) 212-1012  
 FAX：(086) 221-3010

令和7年度前期分（R7.9.16提出期限）からの取扱いです。  
 ※R6年度後期分（R7.3.17提出期限）は従前どおりの取扱いです。  
 80%を超えたか否かにかかわらず、全ての居宅介護支援事業所は  
 様式1又は様式1-1を提出してください。

1) 日 課

## 令和7年度前期以降の岡山市における特定事業所集中減算の取扱いについて

### 1 特定事業所集中減算の概要

「特定事業所集中減算」は、当該指定居宅介護支援事業所において、判定期間（6か月間）における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、地域密着型通所介護（以下「訪問介護サービス等」という。）それぞれの提供総数の内、同一の法人によって提供されたものの占める割合が、正当な理由なく、80%（端数処理については、小数点以下第2位を四捨五入とする。）を超えている場合に、減算適用期間に全ての居宅介護支援費を200単位の減算とする。

### 2 判定及び減算適用期間と届出について

#### (1) 判定期間と減算適用期間

	判定期間	市への届出	減算適用期間
前期	3月1日～8月末日	9月15日まで	10月1日～3月31日
後期	9月1日～2月末日	3月15日まで	4月1日～9月30日

#### (2) 判定方法及び市への届出等

ア 全ての居宅介護支援事業所は、「特定事業所集中減算に係る届出書（様式1又は様式1-1）」により、判定期間に作成した居宅サービス計画の内、訪問介護サービス等を位置付けた居宅サービス計画の数をそれぞれ算出し、訪問介護サービス等それぞれについて、その紹介件数の最も多い法人（以下「紹介率最高法人」という。）を位置付けた居宅サービス計画の数の占める割合を計算すること。

イ 算定の結果、80%を超えた場合については、判定期間の翌月15日までに、必要書類（80%を超えており、正当な理由がある場合については、様式2を作成すること。）を岡山市事業者指導課へ提出すること。

※3「正当な理由」(2)～(4)に該当する場合は、様式2は不要ですが、提出期限までに「様式1」又は「様式1-1」の提出が必要です。

ウ 特定事業所集中減算の判定に関する書類は、判定期間に対応する減算適用期間の完了の日から5年間保存しておくこと。

### 3 「正当な理由」の範囲

特定事業所集中減算の適用の対象外となる「正当な理由」については、次のいずれかに該当する場合とします。

- (1) 居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域に、訪問介護サービス等がサービスごとでみた場合に5事業所未満である場合
- (2) 特別地域居宅介護支援加算を算定している場合
- (3) 判定期間の1月当たりの平均居宅サービス計画件数が20件以下である場合
- (4) 判定期間の1月当たりの居宅サービス計画のうち、それぞれのサービスが位置付けられた計画件数が1月当たり平均10件以下である場合
- (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結果、特定の事業者に集中

していると認められる場合

- ・特定事業所加算を算定している訪問介護事業所を位置付けた居宅サービス計画

《要作成》(5)については、サービスの質が高いことを理由に、利用者が事業所を希望した（選択した）ことについて、居宅サービス計画の新規作成及びその変更の際に、「（参考様式1）サービス事業所の選択に係る理由書」を作成することが必要です。 ※提出不要（運営指導時等に確認します。）

- (6) 計画作成及び変更時に適正なケアマネジメントを実施し、利用者の希望、ニーズ、解決すべき課題、課題の解決のための援助ができる事業所を検討した結果、当該事業所を位置付けることが客観的に適正であると判断される場合

(例) ・市町村等行政機関（地域包括支援センターを含む。）から紹介された支援が困難な事例に係る者の居宅サービス計画

- ・送迎に片道30分以内（居宅から半径5km圏内）で利用できる事業所が、5事業所未満である場合

《注意》単に「利用者がその事業所を希望したから」というだけでは正当な理由に該当するとは認められません。

《注意》当該理由が適正なものかを個別に判断します。内容によっては認められない場合もあります。

《要添付》「（参考様式2）居宅サービス事業所の選択に係る確認書」に記載し、その写しを添付すること。また、アセスメントや居宅サービス計画等の提出が必要となる場合があります。

- (7) 災害等のやむを得ない理由により、一時的に特定の事業所にサービスが集中する場合

#### 4 判定に当たっての注意事項

- (1) 「特定事業所集中減算に係る届出書」は法人単位ではなく、指定居宅介護支援事業所ごとに作成すること。
- (2) 居宅サービス計画数を算定する場合、また、利用者数を算定する場合に、介護予防サービス計画を作成している要支援者、チェックリスト対象者については算定しない。
- (3) 給付管理を行った件数を算定すること。居宅サービス計画に位置付けたが、利用がなかった場合は、件数に算定しないこと。
- (4) 月遅れで給付管理を行った場合は、給付管理を行った月ではなく、実際に居宅サービスの利用があった月で算定すること。
- (5) 利用者自身によるサービスの選択に資するよう、介護支援専門員は、地域のサービス事業所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提供してください。（「岡山市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等を定める条例」第16条第5項）

(参考資料例)

- ・介護サービス情報公表システム
- ・市町村が発行する事業所一覧表
- ・各サービス事業所のパンフレット
- ・各居宅介護支援事業所で作成した説明資料 他

## 5 その他

(1) 提出のあった事業所については、減算の適用の有無について後日通知します。

なお、「正当な理由」の要件を形式的に満たした場合であっても、市が実施する検査等により、サービス提供の実態がいわゆる「囲い込み」と判断された場合には、減算の対象となるとともに、判定の内容に不正や虚偽があった場合には、介護保険法第84条第1項第4号及び第6号の規定により、指定が取り消されることもありますので、判定に当たっては遺漏のないようにお願いします。

(2) 判定した割合が80%を超え、正当な理由がある場合の再計算について

正当な理由3(5)～(7)に該当する場合は、該当する計画数を下記のとおり除き、再計算してください。再計算の際に、正当な理由に該当する計画は、「紹介率最高法人の居宅サービス計画数」だけでなく、「居宅サービス計画数」からも除くこととなります。

《計算方法》

(イーウ) ÷ (アーウ)

ア 当該サービスを位置付けた計画数

イ 当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス数

ウ 正当な理由に該当する計画数

(例)

ア=80件、イ=65件の場合、

$65 \div 80 = 81.3\%$  ←減算あり

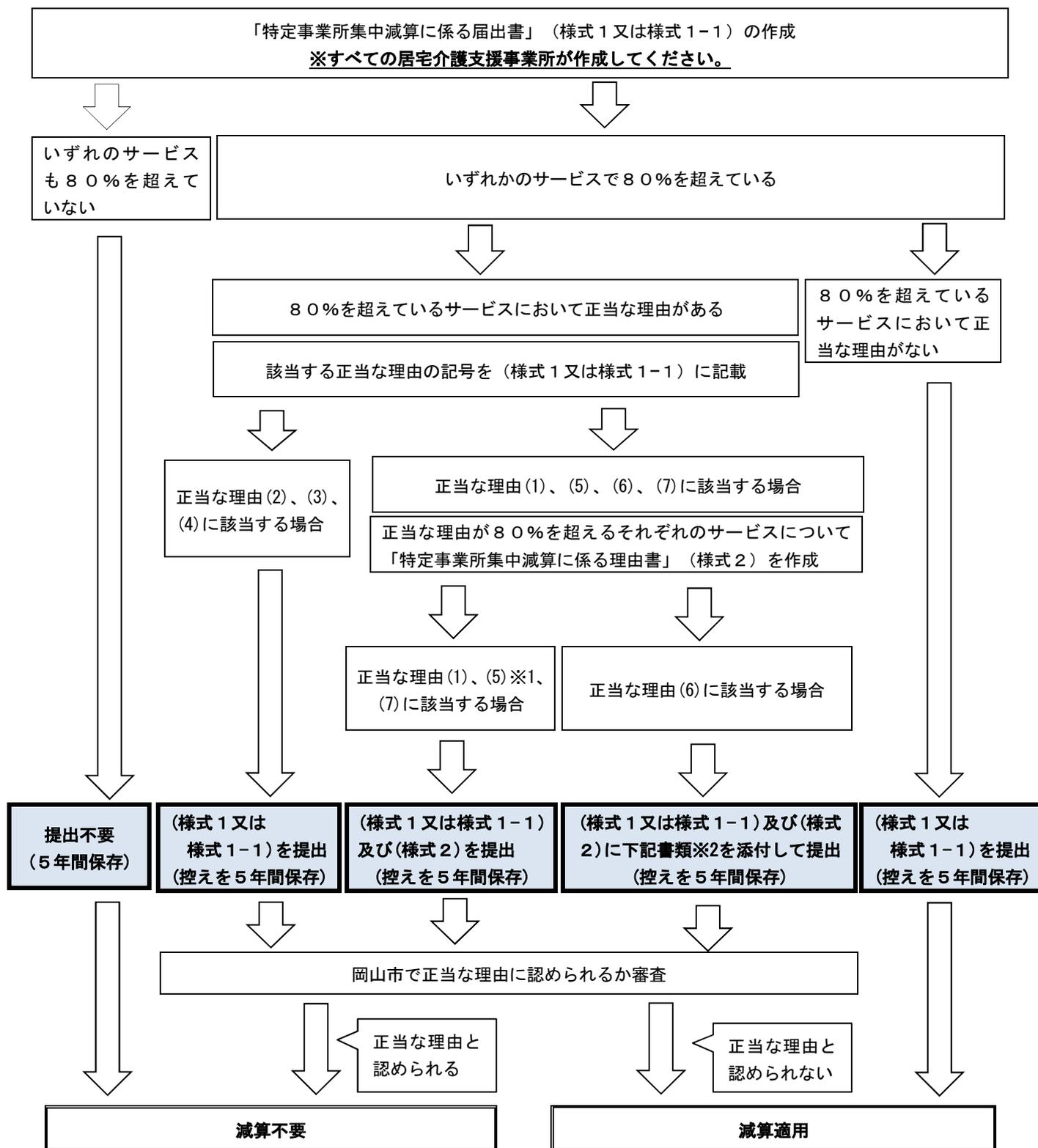
ウ=18件の場合、

$(65 - 18) \div (80 - 18) = 75.8\%$  ←正当な理由として減算なし

(3) 国民健康保険団体連合会提供の「居宅介護支援請求状況一覧表」による確認を行います。

判定期間における同一法人の占める割合が80%を超えている事業所は、一覧表に抽出されます。届出のなかった事業所には、岡山市事業者指導課から算定結果の再確認の連絡を行います。

## 特定事業所集中減算（令和7年度前期以降）フローチャート



### 紹介率最高法人の事業所を位置付け、正当な理由に該当する者について

- ※1 (5)に該当する → 判定期間中に居宅サービス計画を作成(変更)する際には、「サービス事業所の選択に係る理由書(サービスの質が高いことに限る)」(参考様式1)を作成し、保存(提出不要)。
- ※2 (6)に該当する → 「居宅サービス事業所の選択に係る確認書」(参考様式2)を作成し、(様式2)に添付する。

## 特定事業所集中減算の適用に係る割合の計算を誤っていた主な原因について

### 【会計検査院から指摘を受けた事態】

先般、会計検査院により、居宅介護支援事業所において、特定事業所集中減算の適用に係る割合の計算にあたり、①訪問介護サービス等を位置付けた計画数(分母)を過大に集計したり、②訪問介護サービス等に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数(分子)を過小に集計したりして、特定事業所集中減算の適用に係る割合が80%を超えなかったことから、特定事業所集中減算を適用していなかったことにより、介護給付費を過大に算定していた事態についての指摘がありました。特定事業所集中減算の適用に係る割合の計算を誤っていた主な原因は、以下のとおりです。

つきましては、特定事業所集中減算の適用に係る割合の計算に当たっては、同様の誤りがないうよう、ご留意ください。

### 【特定事業所集中減算の適用に係る割合の計算を誤っていた主な原因】

#### ① 訪問介護サービス等を位置付けた計画数(分母)を過大に集計していたことによるもの

居宅介護支援事業所が訪問介護サービスを位置付けた居宅サービス計画を作成した場合に、訪問介護サービスを位置付けた居宅サービス計画ごとに各月1人1件として数えるべきところ、1件の居宅サービス計画で訪問介護サービスを提供する事業所(以下「訪問介護事業所」という。)が複数である場合に訪問介護事業所ごとに計画数を重複して数えたことにより実際の計画数を上回る集計となるなど、居宅介護支援事業所が計画数の集計方法を誤認していたため、判定期間に占める割合が80%を超えていないとして特定事業所集中減算届出書を市区町村に提出していなかった。

#### ② 訪問介護サービス等に係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数(分子)を過小に集計したりしていたことによるもの

居宅介護支援事業所が訪問介護サービスを位置付けた居宅サービス計画のうち、最もその紹介件数の多い法人(以下「紹介率最高法人」という。)を位置付けた計画数を数えるべきところ、紹介率最高法人の運営する訪問介護事業所が複数ある場合に一部の訪問介護事業所に係る計画数しか集計していなかったり、他の市区町村に所在する同じ法人が運営する事業所に係る計画数を集計していなかったり、居宅介護支援事業所と同じ法人が運営する訪問介護事業所があるのにこれを除いて計画数を集計していたりするなどしていたため、判定期間に占める割合が80%を超えていないとして特定事業所集中減算届出書を市区町村に提出していなかった。

(参考) 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(老企第36号)(抜粋)

### 第三 居宅介護支援費に関する事項

#### 13 特定事業所集中減算について

##### (1) 判定期間と減算適用期間

居宅介護支援事業所は、毎年度2回、次の判定期間における当該事業所において作成された居宅サービス計画を対象とし、減算の要件に該当した場合は、次に掲げるところに従い、当該事業所が実施する減算適用期間の居宅介護支援のすべてについて減算を適用する。

- ① 判定期間が前期(3月1日から8月末日)の場合は、減算適用期間を10月1日から3月31日までとする。
- ② 判定期間が後期(9月1日から2月末日)の場合は、減算適用期間を4月1日から9月30日までとする。

##### (2) 判定方法

各事業所ごとに、当該事業所において判定期間に作成された居宅サービス計画のうち、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与又は地域密着型通所介護(以下「訪問介護サービス等」という。)が位置付けられた居宅サービス計画の数をそれぞれ算出し、訪問介護サービス等それぞれについて、最もその紹介件数の多い法人(以下「紹介率最高法人」という。)を位置付けた居宅サービス計画の数の占める割合を計算し、訪問介護サービス等のいずれかについて80%を超えた場合に減算する。

(具体的な計算式)

事業所ごとに、それぞれのサービスにつき、次の計算式により計算し、いずれかのサービスの値が80%を超えた場合に減算

当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数÷当該サービスを位置付けた計画数

##### (3) 算定手続

判定期間が前期の場合については9月15日までに、判定期間が後期の場合については3月15日までに、すべての居宅介護支援事業者は、次に掲げる事項を記載した書類を作成し、算定の結果80%を超えた場合については当該書類を市町村長に提出しなければならない。なお、80%を超えなかった場合についても、当該書類は、各事業所において2年間保存しなければならない。

- ① 判定期間における居宅サービス計画の総数
- ② 訪問介護サービス等のそれぞれが位置付けられた居宅サービス計画数
- ③ 訪問介護サービス等のそれぞれの紹介率最高法人が位置付けられた居宅サービス計画数並びに紹介率最高法人の名称、住所、事業所名及び代表者名
- ④ (2)の算定方法で計算した割合
- ⑤ (2)の算定方法で計算した割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合においては、その正当な理由

##### (4) 正当な理由の範囲

(3)で判定した割合が80%を超える場合には、80%を超えるに至ったことについて正当な理

由がある場合においては、当該理由を市町村長に提出すること。なお、市町村長が当該理由を不適当と判断した場合は特定事業所集中減算を適用するものとして取り扱う。正当な理由として考えられる理由を例示すれば次のようなものであるが、実際の判断に当たっては、地域的な事情等も含め諸般の事情を総合的に勘案し正当な理由に該当するかどうかを市町村長において適正に判断されたい。

- 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は、訪問介護について紹介率最高法人を位置づけた割合が80%を超えても減算は適用されないが、通所介護について80%を超えた場合には減算が適用される。  
(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4事業所が所在する地域の場合は、訪問介護及び通所介護それぞれについて紹介率最高法人を位置づけた割合が80%を超えた場合でも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1月当たりの平均居宅サービス計画件数が20件以下であるなど事業所が小規模である場合
- ④ 判定期間の1月当たりの居宅サービス計画のうち、それぞれのサービスが位置付けられた計画件数が1月当たり平均10件以下であるなど、サービスの利用が少数である場合  
(例) 訪問介護が位置付けられた計画件数が1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1月当たり平均20件の場合は、訪問介護について紹介率最高法人を位置づけた割合が80%を超えても減算は適用されないが、通所介護について80%を超えた場合には減算が適用される。
- 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市町村長が認めた場合

# 入院時情報提供書 <在宅版>

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

医療機関名：  
 ご担当者名：



事業所名：  
 ケアマネジャー氏名：  
 TEL： FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）を送付します。是非ご活用下さい。

### 1. 利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦	年	月	日	日生
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )   有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請						
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> _____割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 身体・精神・知的 )				
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )						

### 2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 単居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
主介護者氏名	(続柄・才) (同居・別居)			電話番号			
意思決定支援者(代話者)	(続柄・才) (同居・別居)			電話番号			

### 3. 意思疎通について

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

### 4. 口腔・栄養について

摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 薄い・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い )
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ( )	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ( )
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総 )	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
特記事項			

### 5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者： )	管理方法：	( )
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容： )	<input type="checkbox"/> 全介助	
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )

### 6. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関 1	かかりつけ医療機関 2
医師名	医師名
かかりつけ医療機関 3	かかりつけ歯科医療機関
医師名	歯科医師名
かかりつけ薬局	訪問看護ステーション

### 7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月 ) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない ( <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外 )
---------	--

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照 (書類名： )
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名： 続柄： ) (氏名： 続柄： ) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ( )
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※	
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容

**8. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について**

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位・深度・大きさ等）				
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット		<input type="checkbox"/> クッション		<input type="checkbox"/> 体位変換（時間毎）		<input type="checkbox"/> その他（			<input type="checkbox"/> なし
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動（屋外）	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動（屋内）		<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート（フェイスシート） <input type="checkbox"/> その他（									
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり									
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か <input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 常にみまもりが必要である									
	見当識：現在の日付や場所等についての程度認識できるか <input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない									
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか <input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる <input type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある <input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない <input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない									
	遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか <input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えられれば使える <input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない <input type="checkbox"/> リモコンが何をやるものかわからない									
過去半年間における入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり（頻度： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上）（直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日）									

**9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等**

介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画(1)～(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート（フェイスシート） <input type="checkbox"/> その他（ ペット飼育の有無： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 特記事項：									
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**10. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）**

住環境 ※可能なら「写真」などを添付	住居の種類（戸建て・集合住宅） _____階建て、 居室 _____階、 エレベーター（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） 特記事項：									
在宅生活に必要な要件										
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（									
退院後の支援者	<input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部）					<input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部）				
	<input type="checkbox"/> 支援は見込めない					<input type="checkbox"/> 家族や家族以外の支援者はいない				
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ		<input type="checkbox"/> 左記以外（氏名：			続柄：		年齢：		
家族や同居者等による虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（									
特記事項										

**11. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）**

「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望（									
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望（									



## 参考：課題分析標準項目について

「サービス事業所に確認してほしい項目」のうち、「ク 健康状態」～「ナ その他留意すべき事項・状況」については、令和5年10月16日に発出された『「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について』（厚生労働省、老認発1016第1号）のうち、記載に対応しております。

以下、『「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について』の一部抜粋

## 課題分析（アセスメント）に関する項目

NO	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用の有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）に関する項目
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険箇所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目

(別紙4)

## 課題分析標準項目について

### I 基本的な考え方

介護サービス計画作成の前提となる課題分析については、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、要介護者等の有する課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならない。

この課題分析の方式については、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」(平成十一年七月二十九日老企第二二号厚生省老人保健福祉局企画課長通知。以下「基準解釈通知」という。)第二の3(運営に関する基準)の(8)⑥において、別途通知するところによるものとしているところであるが、当該「基準解釈通知」の趣旨に基づき、個別の課題分析手法について「本標準課題分析項目」を具備することをもって、それに代えることとするものである。

### II 課題分析標準項目(別添)

(別添)

## 課題分析標準項目

### 基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報(受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報(氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報、居宅サービス計画作成の状況(初回、初回以外)について記載する項目
2	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目
3	利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険等)、年金の受給状況(年金種別等)、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目
4	現在利用している支援や社会資源の状況	利用者が現在利用している社会資源(介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む)の状況について記載する項目
5	日常生活自立度(障害)	「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
6	日常生活自立度(認知症)	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、区分支給限度額等)について記載する項目
9	今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由(初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等)について記載する項目

### 課題分析(アセスメント)に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況(身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等)、受診に関する状況(かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等)、服薬に関する状況(かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等)、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法(杖や車椅子の利用有無等を含む)、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等)に関する項目
13	認知機能や判断能	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断さ

	力	れている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等））に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目

## モニタリングに係る「特段の事情」の取扱いについて

### 1 居宅介護支援事業に係るモニタリングについて

「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26年4月からは「岡山市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等を定める条例」）及び「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」により、モニタリングに当たっては、「特段の事情」のない限り、少なくとも月1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することとなっている。

この場合「特段の事情」とは、利用者の事情により利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれないものとされる。

### 2 「特段の事情」の範囲

岡山市における「特段の事情」に該当する事例は、次のとおりとする。

- (1) 岡山県発出の「居宅介護支援事業におけるモニタリングについて」（平成21年2月27日、長寿第1683号）に掲げる例1から例3に該当する事例
- (2) (1)に掲げる事例以外で、利用者の心身の状態が悪化した場合や家族の急病等で在宅での介護が困難になった場合等、個別の事情により短期入所サービスの利用が継続している事例等で、適正なアセスメントを実施した上、他の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用が不可能と判断した場合

### 3 「特段の事情」に係る内容確認

- (1) 岡山市が内容確認を行う事例は、2(2)に該当するため居宅でのモニタリングができず、居宅以外の場所でモニタリングを実施する場合とする。なお、2(1)に該当する場合は、岡山市への内容確認は不要であるが、当該「特段の事情」がある場合は、その具体的な内容を居宅サービス計画等に詳細に記載しておくこと。
- (2) 内容確認に当たっては、下記のとおり取扱いとする。
  - ① 月を通して自宅に帰ることができず、居宅でモニタリングが行えないことが予想される場合、そのような状況になった時点で予め事業者指導課へ電話で相談すること。（岡山市へ相談なく事業所独自に「特段の事情」と判断している場合は、運営基準減算となるため、注意すること。）
  - ② 相談後、「特段の事情」に該当するかどうかを判断するため、必要な書類を添付の上、岡山市事業者指導課へ持参もしくは郵送すること。「特段の事情」に該当すると判断した場合、適用開始は必要書類を受付した月以降からの適用開始とし、遡っての適用はしない。

#### 【申し立てに必要な書類】

- ・「特段の事情」によるモニタリング確認申立書
- ・フェイスシート
- ・アセスメントシート

- ・居宅サービス計画書
- ・サービス担当者会議の要点
- ・支援経過
- ・その他、岡山市に提出を指示された書類

#### 【「特段の事情」の判断に必要な内容】

- ・居宅でモニタリングができない理由
- ・適切なアセスメント
- ・短期入所サービスを継続して利用する場合、当該サービスを位置づける理由
- ・介護保険施設等への入所支援、もしくは在宅復帰に向け、介護支援専門員として行っている支援

③提出書類により内容を確認し、必要に応じて電話等で追加聞き取りをする。その後本市にて検討・判断し、「特段の事情」に該当するか否かを電話連絡する。支援の内容によっては、「特段の事情」と認められない場合もある。

#### 4 「特段の事情」に該当する場合のモニタリング

モニタリングの趣旨は、利用者本人の心身の状況を始め、家族や居宅周辺的生活環境の把握、サービス事業所等との情報交換にある。そのため、「特段の事情」に該当する場合でも、少なくとも利用者の居所を訪問し、利用者との面接を行い、利用者の解決すべき課題の変化に留意するとともに、家族との継続的な連絡を行うこと。

また、モニタリングを行った場合、その具体的な内容を記録しておくことが必要であり、この記録がない場合には、減算の対象とする。

なお、モニタリングの結果の記録については、5年間保管しておくものとする。

#### 5 「特段の事情」に該当すると判断を受けた場合

「特段の事情」の判断は継続的に認められるものではなく、初回に判断を受けた翌月以降も判断が必要な月については、書面により本市へ報告し、その月について「特段の事情」に該当するかの判断を受ける必要がある。その取扱いについては、初回判断時に事業所へお知らせする。

また、利用者の介護保険施設等への入所が決定した等、当該「特段の事情」に該当するモニタリングの必要がなくなった場合には、事業者指導課へ「終了」の連絡を行うこと。

#### 6 提出・問い合わせ先

〒700-0913 岡山市北区大供三丁目1-18 KSB会館4階  
 岡山市保健福祉局 高齢福祉部 事業者指導課 訪問居宅事業者係  
 TEL：086-212-1012／FAX：086-221-3010

各指定居宅介護支援事業所 管理者 様

岡山県保健福祉部長寿社会対策課長  
( 公 印 省 略 )

### 居宅介護支援事業におけるモニタリングについて

このことについては、厚生労働省令により、特段の事情がない限り、少なくとも1月に1回、モニタリングを実施すべきものとされていますが、本県では、従来、「特段の事情」の有無及びその内容については保険者の判断に委ねることとし、保険者において特段の事情があると認める場合を除き、1月に1回のモニタリングが行われていない場合には減算とする取扱としてきたところです。

しかしながら、利用者の状況に応じた適切なケアプランに基づき、利用者に必要なサービスが提供されるべきであるという介護保険制度の本来の趣旨に鑑み、「特段の事情」に係る本県の考え方を次のとおり示すこととし、平成21年4月サービス提供分からの適用としますので、御了知願います。

なお、例1から例3はあくまで例示であり、利用者の個別の事情によっては、これら以外にも「特段の事情」に該当する場合はあり得ますので、疑義のある場合には、あらかじめ本県又は保険者に照会されるようお願いいたします。

#### 記

例1：利用者の居宅を訪問すれば本人と家族の関係が悪化すると客観的に認められる場合

(考え方)

家庭内で虐待がある等の理由から、利用者の居宅を訪問することで、本人と家族との関係が悪化することが見込まれ、関係機関（地域包括支援センターや市町村の介護保険担当部・課）と協議した結果、その月の訪問を差し控えるべきであるとの判断に至ったような場合には、「特段の事情」があると認められます。

この場合には、減算の対象となりませんが、その経過や理由を具体的に支援経過記録等に記載しておくことが必要です。

事業所独自の判断による場合や、協議記録がない場合には、特段の事情があるとは認められず、減算の対象となります。

例2：利用者が緊急で入院、あるいは緊急で短期入所サービスを利用することになったために、利用者の居宅でモニタリングが出来なかった場合

(考え方)

利用者が月の途中で緊急入院、あるいは緊急で短期入所サービスを利用し、その月のうちに退院(退所)できなかつたために、利用者の居宅を訪問してモニタリングが出来なかった場合には、「特段の事情」があると認められ、減算の対象となりません。

ただし、モニタリングの趣旨は、利用者本人の心身の状況をはじめ、家族や居宅周辺の生活環境の把握、サービス事業所等との情報交換にあることから、原則として利用者の居宅で行うことが必要ですので、少なくとも利用者の入院(入所)先を訪問し、利用者とは面接することは必要です。

なお、利用者が死亡したために、モニタリングが出来なかった場合も、「特段の事情」があると認められ、減算の対象となりませんが、検査入院等、事前に入退院の時期が決まっていた場合には、その時期を避けて、利用者の居宅を訪問し、モニタリングをすることが可能ですので、「特段の事情」があると認められません。

例3：地震・風水害や火災により利用者の居宅が被災したために、利用者の居宅でモニタリングが出来なかった場合

(考え方)

例2と同様、不可抗力によるものであり、「特段の事情」があると認められます。したがって、減算の対象となりません。

注1：「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者とは面接することが出来ない場合をいい、介護支援専門員に起因する事情は「特段の事情」に該当しないので、御留意願います。

※「指定居宅介護支援等の人員及び運営に関する基準について」（平成11年老企第22号）を参照

注2：「特段の事情」がある場合については、その具体的な内容を記録しておくことが必要であり、この記録がない場合には減算の対象となります。

また、モニタリングの結果の記録を、2年間保存しておいてください。

(なお、モニタリングの結果の記録にあたっては、記録の形式は問いませんが、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載しておいてください。)

## 「生活援助中心型」の単位を算定する場合

### 生活援助とは 【居宅算定基準：厚生省告示第19号注3】

- 生活援助とは、調理、洗濯、掃除等の家事の援助であって、これを受けなければ日常生活を営むのに支障が生ずる、居宅要介護者に対して行われるものをいう。
- 生活援助中心型の訪問介護費は、「単身の世帯に属する利用者」又は「家族若しくは親族と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者又は当該家族等が家事を行うことが困難な場合」に算定する。

### 「生活援助中心型」の単位を算定する場合【留意事項通知：老企第36号第2の2（6）】

- 「生活援助中心型」の単位を算定することができる場合として、「利用者が一人暮らしであるか又は家族等が障害、疾病等のため、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合」とされたが、これは、「障害、疾病のほか、障害、疾病がない場合であっても、同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合」をいうものであること。

なお、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置づける場合には、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するとともに、生活全般の解決すべき課題に対応して、その解決に必要な場合であって最適なサービスの内容とその方針を明確に記載する必要がある。

### ◆ポイント◆

- ◆本人及び家族等が、どのような家事ができるのか、できない（困難）のか、できること、できないこと、できそうなことを明らかにすること。  
※本人ができる又はできるようになる可能性がある行為を代行することで、ADLやIADLの低下を招かないようにすること。
- ◆サービス担当者会議で最終的な判断をして、居宅サービス計画・訪問介護計画に具体的な生活援助の内容、提供方法、回数、時間帯、曜日等を位置づけた上で、サービス提供を行うこと。
- ◆サービス提供を決定した経緯（判断の過程）、及び提供したサービスの詳しい内容を、記録として残しておくこと。
- ◆同居家族がいる場合は、「なぜ同居家族が行うことができないのか」、「なぜその内容、時間、回数でのサービス提供が必要なのか」を検討し、その検討内容を詳しく記録しておくこと。
- ◆単に「同居家族が就労等のため不在である（日中独居等）」とか、「高齢である」という理由のみでは、「やむを得ない事情」とはなりません。  
たとえば、日中独居の場合であれば、家族が不在である時間、曜日等を確認し、家族が不在であることにより、どのような家事ができなくて、逆に、どのような家事なら可能なのか、また、家族が不在の時間帯に行わなければ、日常生活上どのような支障が生じるのかについて明確に記録しておくこと。
- ◆単に「算定の可否」だけではなく、利用者の「自立支援」の観点から、適切なアセスメントによるサービス提供を心がけること。
- ◆介護予防・日常生活支援総合事業（第1号訪問事業）は、利用者が、可能な限り、自ら家事等を行うことができるよう配慮すること。  
利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合もあるため、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行い、利用者の「できる能力」を阻害する不適切なサービス提供をしないようにすること。

## 生活援助中心型サービスの提供にあたってのチェックポイント

### ①本人ができるかできないか

- 本人ができることは何か、できない（困難な）こと、できそうなことはないか。

### ②必要であり最適なサービスか

- 生活援助を利用しなければ、利用者の日常生活にどのような支障が生じるか。
- 生活援助を利用することが利用者にとって最適かどうか。
- 単に利用者・家族の希望のみではなく、本人が日常生活を営む上で必要な内容・回数・時間を検証したか。

### ③同居家族等ができるかできないか

- 本人と同居の家族等のアセスメント（課題分析）が十分に行われているか。
- 本人・同居の家族等の身体状況が把握できているか。
- できること、できないことが家事項目別に整理されているか。
- 同居家族等に障害がある場合、障害者手帳の有無や障害認定（身体・知的・精神）だけで判断するのではなく、障害に起因して実際にどのような家事を行うことが困難であるかを検証したか。
- 同居家族等が疾病により家事ができない場合、疾病によってどのような家事を行うことが困難であるかを明らかにしているか。
- 同居家族等が就労している場合、勤務時間等の就労状況を具体的に把握しているか。
- 家族が不在であることにより、どのような家事ができなくて、どのような家事なら可能なのが明確になっているか。
- 家族が不在の時間帯に行わなければ、日常生活にどのような支障が生じるかについて検討したか。
- 必要かつ最適な援助の内容、範囲、回数、時間帯、曜日、期間などを検討したか。
- 介護者の介護負担を把握しているか。

### ④別居家族の家族介護は得られないか

- 別居家族の援助が得られないか確認したか。

### ⑤他の介護保険サービス、民間サービス等を活用できないか

- 通所サービスの利用や、配食サービス・購入した店舗の戸別配達サービス等を活用できないか。
- 地域の住民による自主的な取り組み等による支援について検討したか。

### ⑥サービス担当者会議での検討

- 利用者の希望、同居の家族等の希望、必要性とを分けて検討したか。
- できないことへの支援だけでなく、どうすればさらによくなるか検討したか。
- 家事の経験がないことを家事ができない理由としていないか。
- 生活援助中心型サービスの必要性が、居宅サービス計画に明らかにされているか。
- 生活援助中心型サービスの必要性が、関係者（本人・家族等、介護支援専門員、サービス提供事業所、主治医等）の間で共有されたか。
- 訪問介護計画に的確に具体化され、支援目標やサービス内容とともに、生活援助算定理由が明記されているか。

### ⑦サービス内容の決定

# 生活援助の算定の流れ

## 必要性の検討

- 利用者にとって本当に必要なサービスかどうか。  
※利用者本人が「できる行為」又は「今後できるようになる可能性がある行為」まで、ヘルパーが代行することで機能低下を招いてしまうことがないように十分留意する。

## 家族等の援助の確認

- 家族や周囲の関係者の協力が得られないかを確認。

別居親族あり

同居家族あり

- 別居親族による援助を受けることはできないか。  
例)・月1回の病院受診については、別居の長女が連れていく。  
例)・週末の夕食は、近所に住む長男家族と一緒に食べる。

援助できない

同居家族が援助できない

同居家族が援助できる

援助できない理由

他のサービスや身体介護等の導入により、  
家族の介護負担軽減が図れないかを検討。

同居家族が障害・疾病

障害・疾病はないが、やむを得ない事情あり

- 十分なアセスメントにより、やむを得ない事情を明らかにし、どのような家事ができるのか、できない(困難)のかを明確に記録。

## 具体的なサービス内容の検討

- 代替できるインフォーマルサービスはないか。
- 提供するサービス内容自体が、保険給付として適切な内容かどうか。
- 家事援助の内容、必要な範囲、回数、時間帯、曜日などを検討。

## 居宅サービス計画への位置づけ

◇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するとともに、生活全般の解決すべき課題に対応して、その解決に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明確に記載する必要あり。

## サービス担当者会議での検討・決定

- サービス担当者会議において、個別の事例毎に最終的な判断を行い、利用者の自立支援の観点から真に必要なかどうかを検証。

## 訪問介護計画への位置づけ

- 訪問介護計画に位置づけ、支援目標や具体的なサービス内容に併せて、生活援助の算定根拠について明記する。

サービス提供の開始

必要に応じ随時、計画の見直し

## ◆ 総合事業における日割り算定について

介護保険事務処理システム変更に係る参考資料（確定版）（平成28年3月31日事務連絡）

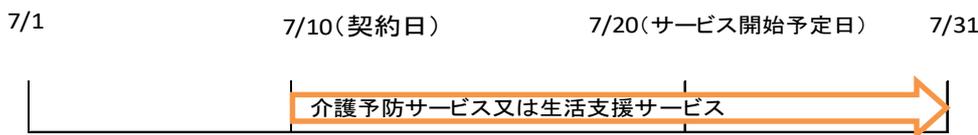
総合事業の第1号訪問事業及び第1号通所事業の日割り請求は、月の途中から利用開始の契約を行った場合、包括報酬でなく契約日を起算日とするなど、従来の予防給付と起算日が異なります。主な利用例を次に示しますが、詳しくは次ページ以降の資料でご確認ください。

- ・以下の対象事由に該当する場合、日割りで算定する。該当しない場合は、月額包括報酬で算定する。
- ・日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間（※）に応じた日数による日割りとする。具体的には、用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単位数を算定する。

（※）サービス算定対象期間：月の途中に開始した場合は、起算日から月末までの期間。  
月の途中に終了した場合は、月初から起算日までの期間。

### (1) 月途中で新規に総合事業サービスを利用する場合

※利用者との契約日を起算日として日割算定を行います。ただし、利用者と事業者双方の合意があれば、利用開始予定日等を起算日としても差し支えありません。

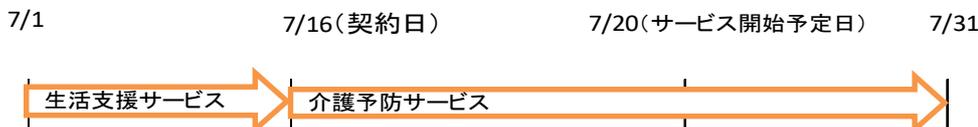


- ① 契約日(7/10)を起算日として日割算定する場合：日割単位数 × 21日
  - ② 双方の合意によりサービス利用開始日(7/20)を起算日として日割算定する場合：  
：日割単位数 × 12日
- ①、②のいずれの算定方法も可

### (2) 月途中で新規に生活支援サービスから介護予防サービスに変更した場合

(7月16日に生活支援サービスから介護予防サービスに変更した場合)

※利用者との契約日を起算日として日割算定を行います。ただし、利用者と事業者双方の合意があれば、利用開始予定日等を起算日としても差し支えありません。



- ① 契約日(7/16)を起算日として日割算定する場合：  
生活支援サービス 日割単位数 × 15日  
介護予防サービス 日割単位数 × 16日
  - ② 双方の合意によりサービス利用開始日(7/20)を起算日として日割算定する場合：  
生活支援サービス 日割単位数 × 19日  
介護予防サービス 日割単位数 × 12日
- ①、②のいずれの算定方法も可

<対象事由と起算日>

月額報酬対象サービス	月途中の事由		起算日※2
介護予防・日常生活支援総合事業 ・訪問型サービス（独自） ・通所型サービス（独自）  ※月額包括報酬の単位とした場合	開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）</li> <li>区分変更（事業対象者→要支援）</li> </ul>	変更日
		<ul style="list-style-type: none"> <li>区分変更（要介護→要支援）</li> <li>サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1）</li> <li>事業開始（指定有効期間開始）</li> <li>事業所指定効力停止の解除</li> </ul>	契約日
		<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者との契約開始</li> </ul>	契約日
		<ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居（※1）</li> </ul>	退居日の翌日
		<ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除（※1）</li> </ul>	契約解除日の翌日
		<ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所（※1）</li> </ul>	退所日の翌日
		<ul style="list-style-type: none"> <li>公費適用の有効期間開始</li> </ul>	開始日
		<ul style="list-style-type: none"> <li>生保単独から生保併用への変更（65歳になって被保険者資格を取得した場合）</li> </ul>	資格取得日
	終了	<ul style="list-style-type: none"> <li>区分変更（要支援Ⅰ⇔要支援Ⅱ）</li> <li>区分変更（事業対象者→要支援）</li> </ul>	変更日
		<ul style="list-style-type: none"> <li>区分変更（事業対象者→要介護）</li> <li>区分変更（要支援→要介護）</li> <li>サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※1）</li> <li>事業廃止（指定有効期間満了）</li> <li>事業所指定効力停止の開始</li> </ul>	契約解除日 （廃止・満了日） （開始日）
		<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者との契約解除</li> </ul>	契約解除日
		<ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居（※1）</li> </ul>	入居日の前日
		<ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始（※1）</li> </ul>	サービス提供日（通い、訪問又は宿泊）の前日
		<ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所（※1）</li> </ul>	入所日の前日
<ul style="list-style-type: none"> <li>公費適用の有効期間終了</li> </ul>	終了日		

月額報酬対象サービス	月途中の事由	起算日※2
日割り計算用サービスコードがない加算及び減算	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日割りは行わない</li> <li>・月の途中で、事業者の変更がある場合は、変更後の事業者のみ月額包括報酬の算定を可能とする。（※1）</li> <li>・月の途中で、要介護度（要支援含む）に変更がある場合は、月末における要介護度（要支援含む）に応じた報酬を算定するものとする。</li> <li>・月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。</li> <li>・月の途中で、生保単独から生保併用へ変更がある場合は、生保併用にて月額包括報酬の算定を可能とする。（月途中に介護保険から生保単独、生保併用に変更となった場合も同様）</li> </ul>	—

※1 ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。  
 なお、保険者とは、政令市又は広域連合の場合は、構成市町村ではなく、政令市又は広域連合を示す。

※2 終了の起算日は、引き続き月途中からの開始事由がある場合についてはその前日となる。

【資料2】岡山市介護予防・日常生活支援総合事業Q&Aより（平成31年4月改訂）

項番	質問	回答
Vol.1 46	週1回、2回程度の利用とあるが、週2回の隔週利用や利用日の変更等により利用回数が増減した場合の取扱いは。	ケアプランで週2回の位置付けがあれば、週2回程度の区分となります。キャンセル等により一時的に週1回または2回利用になった場合も、当初の単価（月額包括報酬）での請求となります。
Vol.2 52	ケアプランの変更により総合事業の訪問サービス利用が月途中より週1回利用から、2回利用となった。報酬の取扱いはどうなるのか。	<p>日割り計算でお願いします。          日割り計算のルールは集団指導でお知らせします。（※）</p> <p>※ ケアプランの変更は契約の変更に該当することから、対象事由は「利用者との契約開始・解除」、起算日は「契約日・契約解除日」として、日割り計算する。ただし、利用者と事業者双方の合意があれば、利用開始予定日等を起算日としても差し支えない。</p>