

**平成29年度  
指定居宅介護支援事業所  
集 団 説 明 会**

**日時** 平成30年3月9日（金）午前10時30分～

**場所** 佐倉市役所 社会福祉センター3階中会議室

## 平成29年度 指定居宅介護支援事業所 集団説明会

1. 平成30年度制度改正に伴う運営基準等の変更について P.1
2. 権限委譲に伴う届出等について P.5
3. 平成30年8月からの負担割合について P.6
4. 要支援・要介護認定の有効期間延長について P.6
5. 実地指導について P.9
6. 参考
  - ①平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改訂事項について  
(居宅介護支援のみ抜粋) P.11
  - ②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 P.24
  - ③入院時情報連携加算の様式例(案) P.32
  - ④退院・退所加算の様式例(案) P.33
  - ⑤千葉県地域生活連携シート P.35
  - ⑥佐倉市指定居宅介護支援事業所の指定等に関する要綱  
(平成30年4月1日施行) P.43

## 1. 平成 30 年度制度改正にともなう運営基準等の変更について

(H30.1.26 社会保障審議会介護給付費分科会「平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告」から抜粋)

平成 30 年 4 月から、指定居宅介護事業者に係る権限が市に移譲されることに伴い、平成 30 年度中に、市において運営基準等を定めることとなっております。この運営基準等については、厚生労働省令等（以下「省令等」）を基にすることから、今回、居宅介護支援事業に関する国の改定内容と、介護報酬の改定内容について、お示しします。（（★）は介護報酬改定関係）

### 【医療と介護の連携の強化】

#### ① 入院時における医療機関との連携促進（★入院時情報連携加算の見直し）

- i 居宅介護支援の提供の開始にあたり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務づける。
- ii 入院時情報連携加算について、入院後 3 日以内の情報提供を新たに評価（入院時情報連携加算（I））するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。
- iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例（P.32参照）として示すこととする。

#### ② 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進

##### （★退院・退所加算の見直し）

- i 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。
- ii 医療機関等との連携回数に応じた評価とする。
- iii 加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。また、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例（P.33、34参照）について、退院・退所後に必要な事柄（医療処置、看護、リハビリテーションの視点等）を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。

#### ③ 平時からの医療機関との連携促進

- i 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務づける。

- ii 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネージャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネージャーから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

#### ④ 医療機関等との総合的な連携の促進（★特定事業所加算の見直し）

医療・介護連携をさらに強化するため、特定事業所加算において、別に定める全ての要件（※）を満たす事業所を更に評価（特定事業所加算（Ⅳ）（平成31年度から施行））する。

※「別に定める全ての要件」とは

特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等の連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定している事業所

#### 【末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント】

##### ① ケアマネジメントプロセスの簡素化

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。

##### ② 頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

###### （★ターミナルケアマネジメント加算の創設）

末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価（★）する。

#### 【質の高いケアマネジメントの推進】

##### ① 管理者要件の見直し

居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進するため、主任ケアマネージャーであることを管理者の要件とする。その際、3年間の経過措置期間を設けることとする。

## ② 地域における人材育成を行う事業者に対する評価

### (★特定事業所加算の見直し)

特定事業所加算について、他法人が運営する居宅介護支援事業所への支援を行う事業所など、地域のケアマネジメント機能を向上させる取組を評価することとする。

#### 【公正中立なケアマネジメントの確保】

### ① 契約時の説明等(★)

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（当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること）を説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額（運営基準減算）する。

なお、例えば、集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘も踏まえ、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランに位置付けることは適切ではないことを明確化する。

## ② 特定事業所集中減算の対象サービスの見直し(★)

特定事業所集中減算について、請求事業所数の少ないサービスや、主治の医師等の指示により利用するサービス提供事業所が決まる医療系サービスは対象サービスから除外する。なお、福祉用具貸与については、事業所数にかかわらずサービスを集中させることも可能であることから対象とする。

#### 【訪問回数の多い利用者への対応】

- i 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネージャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数（※1）の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出る（※2）こととする。

（※1）「全国平均利用回数+2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、6ヶ月の周知期間を設けて10月から施行する。

（※2）届出方法等については、追って案内予定。

- ii 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、

市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。

#### **【障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携】**

障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、ケアマネジャーと障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にする。

## 2. 権限委譲に伴う届出等について

平成 30 年 4 月から、指定居宅介護事業者に係る権限が市に移譲されることに伴い、指定更新等の申請受付窓口が県から市へ変更となります。

指定更新期限や変更日によっては、市ではなく県への届出となる場合がありますので、3 月及び 4 月の届出に際しては、注意をお願いいたします。

なお、市へ提出する際の指定更新等の申請様式(案)は P.45~のとおりです。

### i 指定

指定(予定)年月日	受付・審査	指定
平成 30 年 4 月 1 日	県	市
平成 30 年 5 月 1 日	市	市

### ii 指定の更新

指定有効期限満了年月日	受付・審査	指定更新
平成 30 年 3 月 31 日	県	県
平成 30 年 4 月 30 日	市	市

### iii 変更の届出等

#### ①変更届

受付年月日	受付・審査
平成 30 年 3 月 31 日まで	県
平成 30 年 4 月 1 日以降	市

#### ②休止・廃止届

受付年月日	受付・審査
平成 30 年 3 月 31 日まで	県
平成 30 年 4 月 1 日以降	市

### iv 介護給付費算定に係る体制等に関する届出

異動(予定)年月日	受付・審査
平成 30 年 4 月 1 日	県
平成 30 年 5 月 1 日	市

### 3. 平成 30 年 8 月からの負担割合について

介護保険サービスを利用した際の負担割合については、平成 27 年 8 月から、一定以上の所得のある方には 2 割のご負担を頂いているところです。

この負担割合について、平成 30 年 8 月の再判定時から、現役並みの所得がある方のご負担については、2 割から 3 割になります。

詳細につきましては P.7~8 のとおりとなりますが、8 月以降に負担割合証を確認する際は、交付年月日や適用期間に注意いただきますよう、よろしくお願いいたします。

### 4. 要支援・要介護認定の有効期間延長について

要支援・要介護認定の有効期間の上限について、平成 30 年 4 月 1 日から、現行の「24 か月」が「36 か月」に変更されました。

この有効期間の延長は、平成 30 年 4 月 1 日以降に申請（受付日）のあった更新申請から対象となります。

- ・新規申請　：　6 か月　・　12 か月
  
- ・区分変更・要支要介新規申請　：　6 か月　・　12 か月
  
- ・更新申請　：　6 か月　・　12 か月　・　36 か月（変更）

※ 総合事業の有効期間は 24 か月から変更ありません。

## 平成30年8月から変更 負担割合の見直しについて

介護保険サービスに係る利用者負担について、1割または2割負担としていましたが、平成30年8月以降、一定以上の所得がある65歳以上の方は3割負担となります。

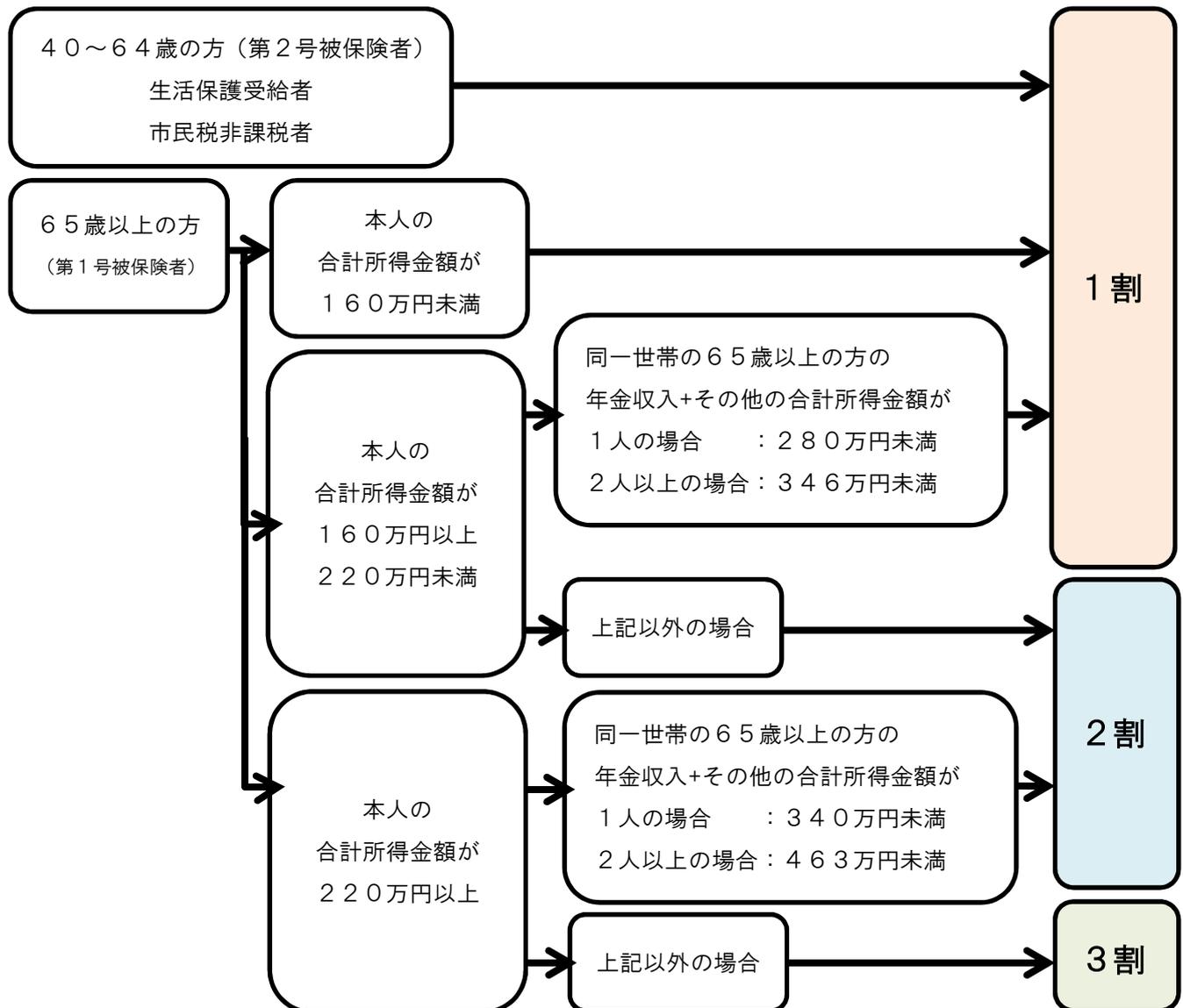
なお、サービスに係る1か月あたりの利用者負担額が一定の限度額を超えた場合には、限度額を超えた分が払い戻されるため、3割負担となった方の自己負担が必ず1.5倍になるわけではありません。

※負担割合証は、毎年8月に新しいものに切り替わります。新たな証は、7月中旬頃に送付します。  
(切り替えのための手続は不要です。)

**3割負担となる方は以下①～③の要件すべてにあてはまる方です。**

- ① 本人が65歳以上で市民税を課税されている
- ② 本人の合計所得金額が220万円以上
- ③ 同一世帯の65歳以上の方の年金収入+その他の合計所得金額が
  - ・ 1人の場合 : 340万円以上
  - ・ 2人以上の場合 : 463万円以上

【自己負担割合の判定基準】 (実際の負担割合については、負担割合証をご確認ください。)



【平成30年8月以降の負担割合の判定例】

A世帯（1人世帯 65歳以上：1人）

- 世帯構成：本人
- 本人の合計所得金額：155万円



本人

B世帯（2人世帯 65歳以上：2人）

- 世帯構成：本人、妻
- 本人の合計所得金額：215万円
- 同一世帯の65歳以上の方の  
年金収入+その他の合計所得金額：340万円



本人

妻

C世帯（2人世帯 65歳以上：2人）

- 世帯構成：本人、妻
- 本人の合計所得金額：215万円
- 同一世帯の65歳以上の方の  
年金収入+その他の合計所得金額：350万円



本人

妻

D世帯（2人世帯 65歳以上：2人）

- 世帯構成：本人、妻
- 本人の合計所得金額：225万円
- 同一世帯の65歳以上の方の  
年金収入+その他の合計所得金額：460万円



本人

妻

F世帯（2人世帯 65歳以上：1人）

- 世帯構成：本人、息子
- 本人の合計所得金額：225万円
- 同一世帯の65歳以上の方の  
年金収入+その他の合計所得金額：345万円



本人

息子

E世帯（2人世帯 65歳以上：2人）

- 世帯構成：本人、妻
- 本人の合計所得金額：225万円
- 同一世帯の65歳以上の方の  
年金収入+その他の合計所得金額：465万円



本人

妻

1割

2割

3割

## 5. 実地指導について

平成30年4月から、指定居宅介護事業者に係る権限が市に移譲されることに伴い、集団指導及び実地指導も市で行うこととなります。

平成30年度については、指定有効期限を平成30年度もしくは平成31年度に迎える事業者（別紙「6.」参照）に実地指導させていただきます。

### 1. 実地指導とは

市内に所在する居宅介護支援事業所で適切な運営が行なわれているか、指導の対象となる事業所において実地で行う指導を指します。

### 2. 対象

市内に所在する居宅介護支援事業者（3・4年に1度程度を想定）

### 3. 実地指導の通知、事前提出書類の依頼

実地指導当日2ヶ月前までに、市から対象となる事業者に対して、あらかじめ下記内容を記載した通知を行います。

- ①実地指導の日時及び場所
- ②実地指導の対象及び根拠法令
- ③実地指導担当職員
- ④事前に提出を求める書類及び当日までに準備すべき書類等の案内※
- ⑤事前に提出を求める書類の提出期限

※それぞれ下記程度の資料を想定しています。

#### 【事前提出資料】

- ①自己点検シート ②職員勤務実績 ③利用者実績
- ④事業所（施設）の平面図（配置図） ⑤事業所（施設）の組織図 ⑥運営規程

#### 【当日資料】

- ①人員に関する書類：辞令、雇用契約書等
- ②運営に関する書類：サービス利用契約書、同意に関する記録、サービス提供に関する記録、診断書等
- ③介護報酬等に関する書類：出勤簿、タイムカード、職員履歴書及び資格・経験証明書類等

### 4. 実地指導当日

当日、事業者等の事業所において、市職員2名以上により面談方式で指導を行います。事前資料の内容と当日資料を照らし合わせ、法令を遵守した適正な運営、報酬請求がなされているかを確認します。面談終了後、代表者に対して講評を行うとともに、併せて事業者からの意見や要望等をお伺いします。

### 5. 実地指導後

「実地指導結果通知書」により、結果を30日以内に通知します。また、改善が必要な場合は期日を定め、文書で報告を求めるようにします（30日以内）。

6. 平成30年度に実地指導を予定している事業者  
 (上記3. のとおり、事前に連絡をさせていただきます。)

法人名	事業所名称	指定有効終了年月日
株式会社日本ヘルスケアステーション	ケアスタップ佐倉	平成30年2月28日
有限会社バウハウス	指定居宅介護支援事業所ユーカーのまちケアプラン	平成30年3月31日
株式会社レオパレス21	あずみ苑高岡	平成30年4月30日
有限会社なのはな介護サービス	ケアプランなのはな佐倉	平成30年5月1日
有限会社染井野リビングサービス	アンサンブル染井野ケアサービス	平成30年10月31日
社会福祉法人ひまわりの里	ケアステーションひまわり王子台	平成31年3月31日
まごの手ケアプラン株式会社	まごの手ケアプラン株式会社	平成31年3月31日
セントケア千葉株式会社	セントケア佐倉	平成31年3月31日
株式会社レオパレス21	あずみ苑井野	平成31年4月30日
有限責任事業組合真善美	家での介護の相談所真善美	平成31年6月30日
株式会社中志津ケアサービス	ケアプラン中志津	平成31年9月30日
特定非営利活動法人シテイウイング	ソレイユケアプランセンター佐倉	平成31年11月30日
株式会社ジャパンケアサービス	ジャパンケア佐倉	平成31年12月31日

社保審一介護給付費分科会	
第158回 (H30.1.26)	参考資料1

# 平成30年度介護報酬改定における 各サービス毎の改定事項について

本資料は改定事項の概要をお示しするものであり、算定要件等は主なものを掲載しています。  
詳細については、関連の告示等を御確認ください。

# 17. 居宅介護支援

## 17. 居宅介護支援

### 改定事項

#### ○基本報酬

- ① 医療と介護の連携の強化
- ② 末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント
- ③ 質の高いケアマネジメントの推進
- ④ 公正中立なケアマネジメントの確保
- ⑤ 訪問回数が多い利用者への対応
- ⑥ 障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携

## 17. 居宅介護支援 基本報酬

### 単位数

#### ○居宅介護支援（Ⅰ）

・ ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が40未満である場合又は40以上である場合において、40未満の部分

	＜現行＞	＜改定後＞
(一) 要介護1又は要介護2	1042単位/月 ⇒	1053単位/月
(二) 要介護3、要介護4又は要介護5	1353単位/月 ⇒	1368単位/月

#### ○居宅介護支援（Ⅱ）

・ ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が40以上である場合において、40以上60未満の部分

	＜現行＞	＜改定後＞
(一) 要介護1又は要介護2	521単位/月 ⇒	527単位/月
(二) 要介護3、要介護4又は要介護5	677単位/月 ⇒	684単位/月

#### ○居宅介護支援（Ⅲ）

・ ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が40以上である場合において、60以上の部分

	＜現行＞	＜改定後＞
(一) 要介護1又は要介護2	313単位/月 ⇒	316単位/月
(二) 要介護3、要介護4又は要介護5	406単位/月 ⇒	410単位/月

## 17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（入院時情報連携加算の見直し）

### 概要

※ i は介護予防支援を含み、ii 及び iii は介護予防支援を含まない

- ア 入院時における医療機関との連携促進  
入院時における医療機関との連携を促進する観点から、以下の見直しを行う。
- i 居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務づける。【省令改正】
  - ii 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。
  - iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示すこととする。

【通知改正】

### 単位数

【iiについて】

<現行>

入院時情報連携加算（Ⅰ）	200単位／月	⇒	入院時情報連携加算（Ⅰ）	200単位／月
入院時情報連携加算（Ⅱ）	100単位／月	⇒	入院時情報連携加算（Ⅱ）	100単位／月

<改定後>

### 算定要件等

【iiについて】

<現行>

入院時情報連携加算（Ⅰ）	入院時情報連携加算（Ⅰ）
・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供	・入院後3日以内に情報提供（提供方法は問わない）
入院時情報連携加算（Ⅱ）	入院時情報連携加算（Ⅱ）
・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供	・入院後7日以内に情報提供（提供方法は問わない）

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可

<改定後>

## 17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（退院・退所加算の見直し）

### 概要

※介護予防支援は含まない

- イ 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進  
 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算を以下のとおり見直す。
- i 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。
  - ii 医療機関等との連携回数に応じた評価とする。
  - iii 加えて、医療機関等におけるケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。【通知改正】

### 単位数

<現行>

退院・退所加算

	加アレンス参加 無	加アレンス参加 有
連携1回	300単位	300単位
連携2回	600単位	600単位
連携3回	×	900単位

<改定後>

⇒ 退院・退所加算

	加アレンス参加 無	加アレンス参加 有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

### 算定要件等

- 医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。  
 ただし、「連携3回」を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時力ンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。

※ 入院又は入所期間中につき1回を限度。また、初回加算との同時算定不可。

## 17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（特定事業所加算の見直し）

### 概要

※ウは介護予防支援を含み、エは介護予防支援は含まない

ウ 平時からの医療機関との連携促進

- i 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務づける。【省令改正】
- ii 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。【省令改正】

エ 医療機関等との総合的な連携の促進

特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所を更に評価する。（平成31年度から施行）

### 単位数

○エについて

<現行>

なし

⇒

<改定後>

特定事業所加算(Ⅳ) 125単位/月（新設）

### 算定要件等

<エについて>

- 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算（新設：次頁参照）を年間5回以上算定している事業所

## 17. 居宅介護支援 ②末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

### 概要

※介護予防支援は含まない

ア ケアマネジメントプロセスの簡素化

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。【省令改正】

イ 頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の方の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

### 単位数

〇イについて

<現行>

なし

<改定後>

⇒ ターミナルケアマネジメント加算 400単位／月（新設）

### 算定要件等

<イについて>

〇対象利用者

- ・ 末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

〇算定要件

- ・ 24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備
- ・ 利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施
- ・ 訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供

## 17. 居宅介護支援 ③質の高いケアマネジメントの推進

### 概要

※介護予防支援は含まない

- ア 管理者要件の見直し  
居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進するため、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。その際、3年間の経過措置期間を設けることとする。【省令改正】
- イ 地域における人材育成を行う事業者に対する評価  
特定事業所加算について、他法人が運営する居宅介護支援事業所への支援を行う事業所など、地域のケアマネジメント機能を向上させる取組を評価することとする。

### 単位数

〇イについて

	＜現行＞		＜改定後＞
特定事業所加算(Ⅰ)	500単位/月	⇒	変更なし
特定事業所加算(Ⅱ)	400単位/月	⇒	変更なし
特定事業所加算(Ⅲ)	300単位/月	⇒	変更なし

### 算定要件等

＜イについて＞

- 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)共通
  - ・ 他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等の実施を要件に追加する。
- 特定事業所加算(Ⅱ)(Ⅲ)
  - ・ 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等への参加を要件に追加する。(現行は(Ⅰ)のみ)

## 17. 居宅介護支援 ④公正中立なケアマネジメントの確保（契約時の説明等）

### 概要

※一部を除き介護予防支援を含む

#### ア 契約時の説明等

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や当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額する。

なお、例えば、集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘も踏まえ、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランに位置付けることは適切ではないことを明確化する。【通知改正】

### 単位数

<現行>

運営基準減算

所定単位数の50/100に相当する単位数

⇒

<改定後>

変更なし

### 算定要件等

○ 以下の要件を追加する。

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
  - ・ 当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること
- の説明を行わなかった場合。

## 17. 居宅介護支援 ④公正中立なケアマネジメントの確保（特定事業所集中減算の見直し）

### 概要

※介護予防支援は含まない

#### イ 特定事業所集中減算の対象サービスの見直し

特定事業所集中減算について、請求事業所数の少ないサービスや、主治の医師等の指示により利用するサービス提供事業所が決まる医療系サービスは対象サービスから除外する。なお、福祉用具貸与については、事業所数にかかわらずサービスを集中させることも可能であることから対象とする。

### 単位数

<改定後>  
変更なし

<現行>

200単位／月減算

特定事業所集中減算

⇒

### 算定要件等

○ 対象となる「訪問介護サービス等」を以下のとおり見直す。

<現行>

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（※）、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、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護（※）、認知症対応型共同生活介護（※）、地域密着型特定施設入居者生活介護（※）、看護小規模多機能型居宅介護（※）

<改定後>

訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与

（※）利用期間を定めて行うものに限る。

## 17. 居宅介護支援 ⑤訪問回数が多い利用者への対応

### 概要

※介護予防支援は含まない

ア 訪問回数が多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数(※)の訪問介護(生活援助中心型)を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。【省令改正】

(※) 「全国平均利用回数 + 2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、6ヶ月の周知期間を設けて10月から施行する。

イ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す。【省令改正】

### 【イメージ図】ケアプランの適正化に向けた対策の強化

#### 訪問回数が多い訪問介護対策

訪問介護(生活援助中心型)の回数が「全国平均利用回数 + 2標準偏差(2SD)」に該当するケアプランの保険者届出

#### 集合住宅向け対策

集合住宅等に居住する利用者のケアプランで不適切と疑われる事案を抽出するスクリーニングポイントの作成

「ケアプラン点検支援マニュアル」の改訂・再周知

集合住宅等に居住する利用者のケアプラン点検結果を活用したチェックポイント

保険者によるケアプラン点検  
地域ケア会議によるケアプランの検証

必要に応じて、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す

## 17. 居宅介護支援 ⑥障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携

### 概要

※介護予防支援を含む

- 障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、ケアマネジャーと障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にする。【省令改正】

# 入院時情報連携加算の様式例(案)

## 入院時情報提供書 (ケアマネジャー → 医療機関)

※ケアプラン1表・2表・3表/回診時心電図シート/お薬手帳(いずれもコピー) / 住環境に関する写真 などを添付  
 利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

### 病院担当者様

(記入日: 年 月 日 / 入院日: 年 月 日)

担当ケアマネジャー名 (フリガナ)	電話番号
居宅介護支援事業所名	FAX番号

### 【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】

- ・退院が決まり次第、連絡をお願いします
- ・必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします
- ・「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひケアマネジャーを同行させて下さい

## 1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名 (フリガナ)	年齢	性別	男	女					
住所	生年月日	才	年	月	日				
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	電話番号	エピソード	なし	あり ( )					
入院時の要介護度	要介護 ( )	要介護 ( )	申請中	未申請					
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
障害高齢者の日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
介護保険の自己負担割合	1割	2割	不明	障害など認定	なし	あり ( )			
年金などの種類	国民年金	厚生年金	障害年金	生活保護	その他( )				

## 2. 家族の情報について

家族構成	独居	同居	氏名 (続柄/年齢)	( )
主介護者(年齢)	( )	才	キーパーソン (連絡先)	( )

## 3. 本人/家族の意向について

本人の性格/趣味・関心領域 など	
本人の生活歴	
入院前の本人の意向	
入院前の家族の意向 (特に生活について)	

## 4. 今後の生活展望について (ケアマネとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
家族の介護力*	独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症である <input type="checkbox"/> その他 ( )
特記事項 (特に注意すべき点など)	

## 5. カンファレンスについて (ケアマネからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「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 ( )	

平成28年度老人保健健康増進等事業 (株式会社 日本能率協会総合研究所)

「入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業」

## 6. 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	なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	なし	あり		
移動	自立	見守り	一部介助	全介助					
移動手段	自立	見守り	一部介助	全介助	杖	歩行器	車いす	その他	
更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事	自立	見守り	一部介助	全介助					

食事回数	朝: 時頃	昼: 時頃	夜: 時頃	食事制限	なし	あり ( )		
食事形態	普通	さきみ	嚥下障害	食器	水分制限	なし	あり ( )	
摂取方法	経口	経管栄養	水分とろみ	なし	あり	UDF等の食形態区分		
嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	齧歯	なし	あり		
口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	なし	あり		
排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	なし	夜間	常時
排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	なし	夜間	常時
睡眠の状態	良	不良 ( )	睡眠剤の使用	なし	あり	睡眠時間	時間/日	

嚥下量	本(少)さい日あたり	飲酒量		含む(少)さい日あたり		
視力	問題なし	やや難あり	困難	メガネ	なし	あり ( )
聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	なし	あり
コミュニケーション能力	問題なし	やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項:		

精神面における療養上の課題	幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )
疾患歴*	なし <input type="checkbox"/> 慢性肺病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ( )
入院歴*	最近半年間で入院 <input type="checkbox"/> あり ( H 年 月 日 ~ H 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い/これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて

医療処置*	点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 尿管ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

## 7. 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	なし <input type="checkbox"/> あり ( )	居宅療養管理指導	なし <input type="checkbox"/> あり (職種: )
薬剤管理	自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: )	管理方法:	
服薬状況	処方通りの服用 <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		
お薬に関する、特記事項			

## 8. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名 (フリガナ)	電話番号
医師名	診察方法・頻度 = ( ) 回 / 月・週

〒 東京都千代田区千代田 1-1-1 (フリガナ)

# 退院・退所加算の様式例（現行）

## 退院・退所情報記録書

情報収集先の医療機関・施設名	
電話番号	
面談日 平成 年 月 日	面談日 平成 年 月 日
所属（職種） 所属（職種）	
ふりがな (男・女)	
利用者氏名	
生年月日 (明・大・昭)	年 月 日 ( 歳)
入院期間 入院日	年 月 日 ~ 退院 (予定) 日
手術 有 (手術名)	( ) ・無
要介護度	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当 要支援 1・2 認定日 年 月 日 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

	入院・入所中の状況	(特記事項) (感染症、投薬の注意事項 (薬剤名、薬剤の剤形、投与経路等) 等)
疾病の状態	主病名 副病名 主症状 既往歴 服薬状況 無・有 (内服: 介助されていない・一部介助・全介助) 点滴の管理 無・有 中心静脈栄養 透析 ストーマ (人工肛門) の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 褥瘡の処置 カテーテル 喀痰吸引 その他 ( )	(感染症、投薬の注意事項 (薬剤名、薬剤の剤形、投与経路等) 等)
特別な医療	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 嚥下状況 (良・不良) 咀嚼状況 (良・不良) (ペースト・刻み食・ソフト食・普通/経管栄養) ・制限 無・有 (塩分・水分・その他 ( ) ) 介助されていない・一部介助・全介助	(導入予定の医療系サービス等)
食事摂取	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 (見守り・手引き・杖・歩行器・ シールバーカー・車椅子・ストレッチャー)	(制限の内容等)
口腔清拭	介助されていない・一部介助・全介助	(独自の方法・転倒危険・住居改修の必要性等)
移動	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 (見守り・手引き・杖・歩行器・ シールバーカー・車椅子・ストレッチャー)	
洗身	介助されていない・一部介助・全介助・不可・ 行っていない ・入浴の制限 無・有 (シャワー・清拭・その他) 介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 オムツ・リハビリパンツ (常時・夜間のみ)	(留置カテーテル等)
排泄	長眠・不眠 (状態: ・認知症高齢者の日常生活自立度 ( ) ・精神状態 (疾患) 無・有 ( ) ・リハビリテーション 無・有 (頻度: ・運動制限 無・有	(認知症の原因疾患等)
夜間の状態		
認知・精神面		
リハビリ等		(リハビリ・運動制限の内容、導入予定のサービス等)
療養上の留意する事項		

診療報酬の退院時共同指導料二の注三の対象となる会議 (カンファレンス) に参加した場合は、本様式ではなく、当該会議 (カンファレンス) の日時、開催場所、出席者、内容の要旨等について原番号二ビス計画書等に記録すること。

# 退院・退所加算の様式例（改正案）

退院に向けたヒアリングシート～「課題整理総括表」の作成に向けて～

1. 基本情報・現在の状態等

属性	フリガナ	性別	年齢	退院時の要介護度	(要区分変更)
氏名	様	男	歳	申請中	要支援
入院日	年 月 日	退院予定日	年 月 日		
入院原因疾患					
入院先					
退院後通院先					
① 疾患と入院中の状況	現疾患の状況	既往歴			
	移動手段				
	入浴方法				
	排泄方法				
	食事形態				
	嚥下機能				
	口腔清潔				
	口腔ケア				
	睡眠				
	認知・精神				
② 本人や家族の受け止めや意向	本人の受け止め方				
	家族の受け止め方				
	退院後の生活に関する本人の意向				
	退院後の生活に関する家族の意向				

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置	（処置内容）	（在宅で継続するための要件）
	看護の視点		
	リハビリの視点		
	禁忌事項		

症状・病状の予後・予測	現在の状況	要困	改善/維持の可能性	状況・支援内容等	見通し
① 疾患と入院中の状況から	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		例) 本人とその看護可能なレベルの意思(どの位の期間で、どのレベルまでいけるだろうか など)
② 本人・家族の受け止め/意向から	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
③ 退院後に必要な事柄から	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
④ その他	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
状況の事実	現在の状況	要困	改善/維持の可能性	状況・支援内容等	見通し
移動	室内移動		改善 維持 悪化		
	屋外移動		改善 維持 悪化		
食事	食事内容		改善 維持 悪化		
	食事摂取		改善 維持 悪化		
排泄	排尿・排便		改善 維持 悪化		
	排泄動作		改善 維持 悪化		
口腔	口腔衛生		改善 維持 悪化		
	口腔ケア		改善 維持 悪化		
入浴	服薬		改善 維持 悪化		
	更衣		改善 維持 悪化		
家事動作	家事動作		改善 維持 悪化		
	コミュニケーション能力		改善 維持 悪化		
褥瘡・皮膚の問題	認知		改善 維持 悪化		
	行動・心理症状(BPSD)		改善 維持 悪化		
居住環境	居室		改善 維持 悪化		
	居室環境		改善 維持 悪化		
聞き取り日	年 月 日				
回目	年 月 日				
情報提供者名・職種					

平成28年度老人保健健康増進事業（株式会社 日本能率協会総合研究所）  
「入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業」

# 千葉県地域生活連携シート（入院時等）

**A表**

記入日 平成 年 月 日

事業所（施設）名	
担当者名	
電話番号	



病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得て提供しています。  
（※は、介護報酬の算定に必要な項目です。）

提供日平成 年 月 日  
入院日平成 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日	明大昭 □□□	年	月	日	年齢	歳	性別	男 □	女 □
------------	--	------	------------	---	---	---	----	---	----	--------	--------

住 所	TEL（自宅）		職 業	
	TEL（携帯）			

緊急時連絡先	氏 名	続 柄	住 所	電話番号

※ 家族構成図		住 環 境	□戸建 □集合住宅（階エレベーター□無 □有）			
◎:本人 □:男性 ○:女性 ■●:死亡 主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン			□施設等（ ）			
			生活保護	□無 □有	経済的支援	□要
			障害等認定	□身障（ ） □精神（ ） □療育 □特定疾患（ ）	※ 生活歴（これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など）	
□一人暮らし						

※ 家族の介護力及び特記事項

(本人・家族)の療養に関する意向等

リビングウィル等の意思表示 □無 □有 確認相手 □本人 □家族 □その他（ ）

確認日 平成 年 月 日 連絡先 氏名： 電話番号：

要介護度

□申請中 □区分変更中 □未申請 有効期限（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

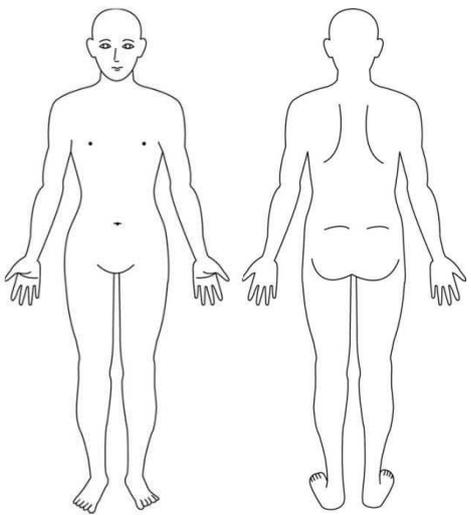
□事業対象者 要支援 □1 □2 要介護 □1 □2 □3 □4 □5

障害高齢者の日常生活自立度 □自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2

認知症高齢者の日常生活自立度 □自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M

※ 介護サービス 利用状況	訪 問	□介護（ / 週 ） □入浴（ / 週 ） □リハビリ（ / 週 ） □看護（ / 週 ）
	通 所	□介護（ / 週 ） □リハビリ（ / 週 ）
	短期入所	□生活介護（ ） □療養介護（ ）
	福祉用具	□福祉用具貸与（ ） □特定福祉用具販売（ ）
	その他	

※ かかりつけ情 報 (医師、歯 科、薬局)	主病名	医療機関名等	診療科目・主治医等	電話番号

利用者氏名		事業所（施設）名、担当者名			
	自立	見守り	一部介助	全介助	在宅での生活状況
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他（ ）
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 上顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用） 下顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用）   口臭 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
					食 形 態 <input type="checkbox"/> 普通 嚥下食（ <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ ）
					<input type="checkbox"/> 経管栄養（方法： 内容： 量： 所要時間 ）
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	制 限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他（ ） ）
特記事項					
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他（ ） ）
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他（ ）
					夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬 <input type="checkbox"/> 別紙参照（ ）   <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法
特別な医療行為等	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他				
※ 麻 痺	状態 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度				
	部位 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢				
※ 褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位： ）				
※ 皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位： ）				
※ 視 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない				
	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能				
	眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
※ 聴 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり聞こえない				
	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能				
	補聴器使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
※ 言 葉	<input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せる（程度： ）				
※ 意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる（伝達方法： ）				
※ 短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし（ <input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる→ → <input type="checkbox"/> 再度確認しても同じ答え）				
※ 行動・精神症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼間寝ていることが多い <input type="checkbox"/> 夜間不眠・不穏 <input type="checkbox"/> 意欲の低下			
		<input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も聞く <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
その他（介護上、特に注意すべき点等）					

○退院に向けてのお願い（ケアマネージャーから医療機関等）

退院の検討を始めた段階で、上記担当者へ連絡をお願いします。 受取者サイン

# 千葉県地域生活連携シート（退院時）

**B表**

<b>※</b> 医療機関・施設名	<b>※</b> 電話番号	<b>※</b> 面談日 平成 年 月 日
<b>※</b> 面談者	<b>※</b> 記入者	

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。 （※は、介護報酬の算定に必要な項目です。）

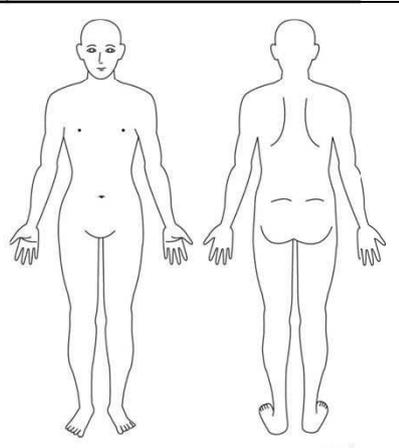
<b>※</b> ふりがな 氏名	<b>※</b> 生年月日	明大昭 □ □ □	年	月	日	<b>※</b> 年齢	歳	<b>※</b> 性別	男女
住 所	TEL（自宅）		TEL（携帯）		職 業				
	氏 名		続 柄		住 所			電話番号	
緊急時連絡先									
家族構成図 <small>◎:本人 □:男性 ○:女性 ■●:死亡 主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン</small>									
住 環 境		<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅（ 階 エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ） <input type="checkbox"/> 施設等（ ）							
生活保護		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		経済的支援			<input type="checkbox"/> 要		
障害等認定		<input type="checkbox"/> 身障（ ） <input type="checkbox"/> 精神（ ） <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患（ ） 生活歴（これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など）							
<input type="checkbox"/> 一人暮らし									
家族の介護力及び特記事項									

<b>※</b> 要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請		有効期限（平成 年 月 日～平成 年 月 日）						
	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
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							
<b>※</b> 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							

<b>※</b> 入院期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 予定								
<b>※</b> 入院の経緯・原因となった病名等									
<b>※</b> 手 術					<b>※</b> 既往歴				
傷病の経過及び治療経過									
本人、家族への退院前指導の内容	（説明を聞いた相手： ）								
退院後の診療形態等	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 （紹介先医療機関等）								
<b>※</b> 特別な医療行為等	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他								
<b>※</b> 感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA : <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症（部位： <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部） <input type="checkbox"/> その他（ ）								

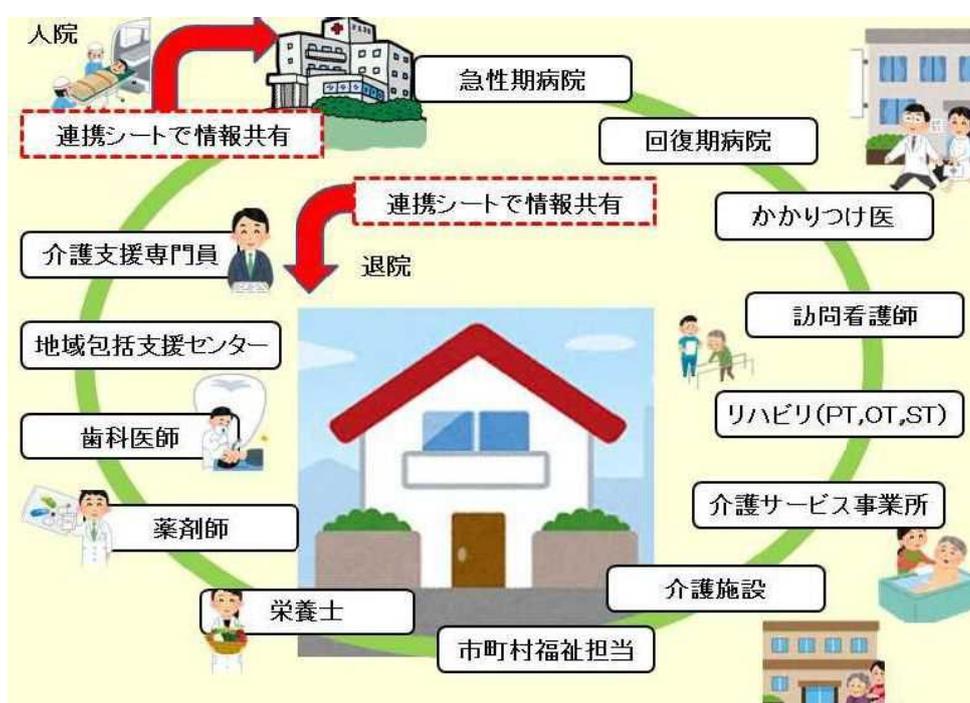
利用者氏名

記入日：平成 年 月 日

				病棟での様子	
	自立	見守り	一部介助	全介助	
※ 移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ( )
※ 口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 上顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 )
					下顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用 )
※ 食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
					食 形 態 <input type="checkbox"/> 普通 嚥下食 ( <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ )
					<input type="checkbox"/> 経管栄養 (方法: 内容: 量: 所要時間 )
					制 限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )
特記事項					
整 容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
※ 入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )
※ 排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 ( )
					夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 ( )
					排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル
※ 服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬 <input type="checkbox"/> 別紙参照 ( ) <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法
麻 痺	状態 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度				
	部位 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢				
褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )				
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )				
視 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない				
	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能				
聴 力	眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり聞こえない				
言 葉	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能				
	補聴器使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
意思伝達	<input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せる (程度: )				
意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法: )				
※ 短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし ( <input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる→ → <input type="checkbox"/> 再度確認しても同じ答え )				
※ 行動・精神症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼間寝ていることが多い <input type="checkbox"/> 夜間不眠・不穏 <input type="checkbox"/> 意欲の低下			
		<input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も聞く <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ( 22 )			
※ リハビリテーション (目標や内容等)	実施リハ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	運動制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
	生活目標				
	到達方法	<input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 自主トレ継続 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
必要な内容					
※ 導入が必要と考えられる介護サービス	訪 問	<input type="checkbox"/> 介護 ( / 週 ) <input type="checkbox"/> 入浴 ( / 週 ) <input type="checkbox"/> リハビリ ( / 週 ) <input type="checkbox"/> 看護 ( / 週 )			
	通 所	<input type="checkbox"/> 介護 ( / 週 ) <input type="checkbox"/> リハビリ ( / 週 )			
	短期入所	<input type="checkbox"/> 生活介護 ( ) <input type="checkbox"/> 療養介護 ( )			
	福祉用具	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ( ) <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 ( )			
	その他				
※ (本人・家族)の療養に関する意向等					
リビングウィル等の意思表示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 確認相手 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
確認日 平成 年 月 日 連絡先 氏名: 電話番号					
※ その他 (退院後の生活で注意すべき点等)					

# 千葉県地域生活連携シートの手引き

～入退院時等の情報共有に係る千葉県参考様式～



平成29年1月  
千葉県

千葉県健康福祉部高齢者福祉課

千葉市中央区市場町1-1

電話：043-223-2342

FAX：043-227-0050

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



## 目 的

「千葉県地域生活連携シート」は、医療と介護サービスをスムーズに提供する事を目的に、介護支援専門員と病院の担当者、かかりつけ医、訪問看護師等が利用者（患者）の情報を共有するための千葉県参考様式です。

なお、介護報酬の「入院時情報連携加算」及び「退院・退所加算」の算定にも活用できます。

また、診療報酬の「介護支援連携指導料」「退院時共同指導料2」等の関係職種間の情報共有にも活用できます。

## 地域での活用

地域の実情に応じ、項目の追加等の様式変更を行うことは可能です。

ただし、様式を変更する場合には、県参考様式との相違による混乱が生じないように、地域の関係者間で十分に協議・調整を行ってください。

また、本シートの「※」は介護報酬の算定に必要な項目なので、その点についても注意してください。

## 個人情報取り扱い

本シートの記入及び送付に当たっては、必ず本人または家族の同意を得てください。

居宅介護支援等の契約時において、今後の支援を見据えて、入院時の医療機関への情報提供も含めた個人情報の使用について、包括的同意を得ておくことも可能です。

本シートには、利用者の身体機能等、多くの個人情報が含まれておりますので、取り扱いには最大限の注意を払ってください。

## 利用方法

### A表【千葉県地域生活連携シート(入院時等)】

居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等の担当介護支援専門員が、介護サービス利用者の在宅での日頃の状況を把握するために記入し保管しておくほか、入院時にその情報（A表）を医療機関に送付するものです。

表内の「※」は、介護報酬の「入院時情報連携加算」の算定に必要な項目です。

### B表【千葉県地域生活連携シート(退院時)】

居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等の担当介護支援専門員と病院の担当者、かかりつけ医、訪問看護師等が利用者（患者）の退院の際、B表を活用し必要な情報を共有し、介護支援専門員が居宅サービス計画の作成等に活用するものです。

また、「診療情報提供書」に添付することにより病院とかかりつけ医間で情報共有を図る事ができます。

表内の「※」は、介護報酬の「退院・退所加算」の算定に必要な項目（標準様式「退院・退所情報記録書」）です。

## ① 在宅時

介護支援専門員は、概ね半年に一度、利用者の在宅安定時の状況をA表に記入し保管しておきましょう。また、月一回のモニタリングの際、A表をモニタリングシートとして使用することもできます。

## ② 入院時

介護支援専門員は、利用者が入院した際、医療機関にA表を持参又はFAX等で送付し、利用者情報を共有しましょう。

また、利用者の緊急入院等に備え、下記のような点について地域で検討し利用者や家族等に伝えておくよう努めましょう。

- ・救急隊がすぐに持ち出せるような場所に保管しておく
- ・担当介護支援専門員の名刺を医療保険証や介護保険証等と一緒に保管しておく
- ・入院する場合は必ず担当介護支援専門員に連絡する

なお、シートを送付した際は、「居宅介護支援経過」に、入院日、送付日及び送付先の名称を記録してください。

(記入例)「H29. 4. 1△△病院に入院。H29. 4. △△病院に地域生活連携シートを送付」

### 【介護報酬】

○入院時情報連携加算

医療機関等に訪問により情報を提供した場合 : 200単位

上記以外の方法により情報を提供した場合 : 100単位

**※医療機関は、担当介護支援専門員からA表の提出が無い場合、当該患者の入院を把握していない場合もあるので連絡をしましょう。**

## ③ 退院前

医療機関は関係者とのカンファレンス前までに、院内の関係者から情報を収集し、B表を活用して介護支援専門員や関係者間で下記のような情報を共有しましょう。

- ・退院後に地域で利用可能な介護サービスや要介護認定の申請手続きの情報
- ・退院後に想定されるケアプラン作成等に必要の情報や退院後の外来診療の見込

介護支援専門員はケアプランを作成し、その写しを速やかに医療機関に提供しましょう。

### 【介護報酬】

○退院・退所加算 : 300単位 (入院中3回に限る)

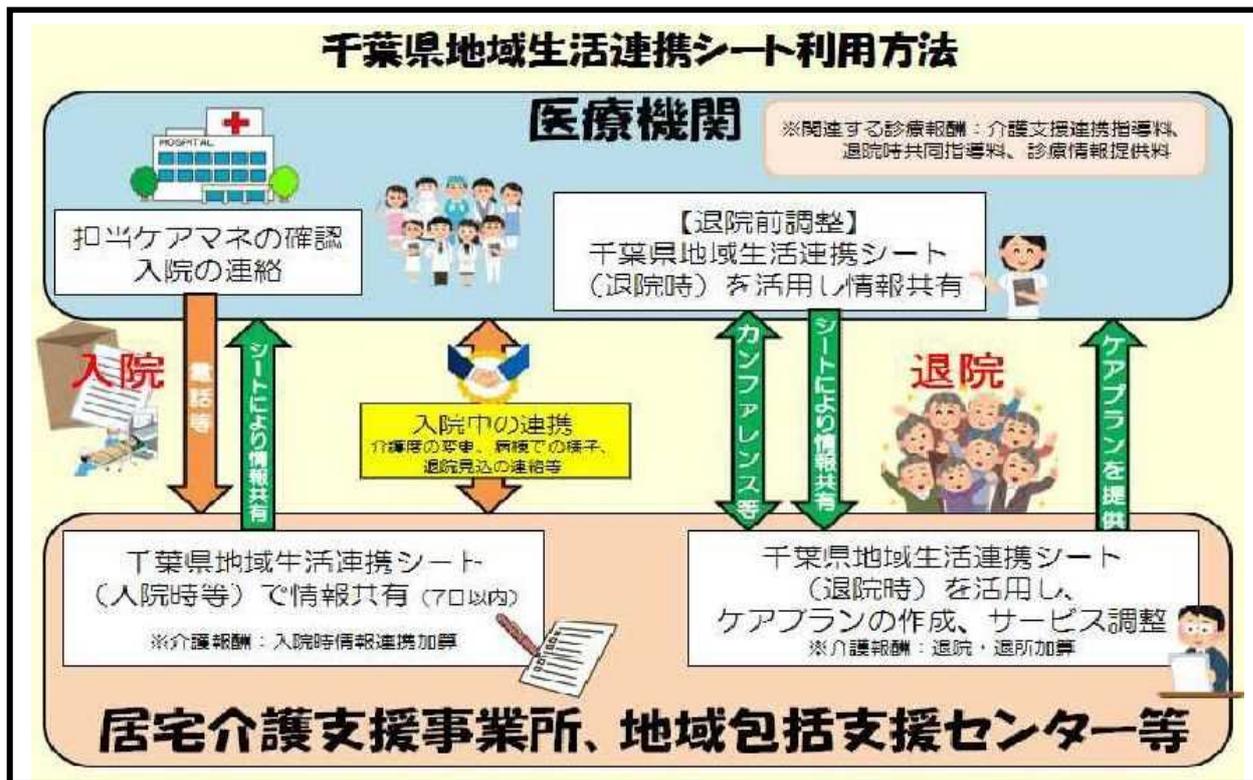
【関連する診療報酬】※算定要件は、各自御確認ください。

○介護支援連携指導料 : 400点 (入院中2回に限る)

○退院時共同指導料2 : 400点

(3者以上と共同して指導を行う場合に加算 : 2,000点)

○診療情報提供料 (I) : 250点



## 記入上の留意点

記入時点 【A表、B表】	認定調査結果や主治医意見書等を参考に本シートを記入する場合、直近の状況と異なるときは、直近の状況を優先して記入してください。
経済的支援 【A表、B表】	生活保護等、行政の支援が必要と思われる場合はチェックを入れてください。
療養に関する意向等 【A表、B表】	退院後の療養や介護に関する本人及び家族の意向等があれば、具体的に記入してください。
リビングウィル等の 意思表示 【A表、B表】	リビングウィルとは、治る見込みがなく、死期が近いときには、延命治療を拒否することをあらかじめ書面に記しておき、本人の意思を直接確かめられないときはその書面に従って治療方針を決定することとされています。リビングウィルの他、自分自身が受ける医療に関する希望をあらかじめ書面等で示す意思表示方法は多様であり、民間でも様々な書式が作成されています。 (参考：千葉県医師会作成「私のリビングウィル」 <a href="http://www.chiba.med.or.jp/personnel/nursing/styles.html">http://www.chiba.med.or.jp/personnel/nursing/styles.html</a> )
服薬管理 【A表、B表】	別紙参照の記載例（お薬手帳、処方箋 等）
リハビリテーション 【B表】	リハビリとは、運動、温熱やマッサージ、マシンを動かすだけではありません。その方の明日への希望となるような、生活目標を具体的に立てPT、OT、STといった専門職がいるサービスへ繋げてください。 (生活目標の記載例：畑作業ができるよう通所リハビリで屋外歩行訓練をする。自宅でお風呂に入るため浴槽のまたぎ動作を訪問リハビリで練習する。)
受取者サイン 【A表】	医療機関はA表を受け取る際、サイン等を記入するよう努めてください。