

居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプランの検証(令和3年10月施行)

令和3年10月1日以降に作成又は変更したケアプランのうち、保険者から指定されたものを保険者に届出し、多職種で議論する地域ケア会議等で検証します。

【法的根拠】

・「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」【抜粋】

第13条18の3 指定居宅介護支援の具体的取扱方針

介護支援専門員は、その勤務する指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた指定居宅サービス等に係る居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費及び特例居宅介護サービス費（以下この号において「サービス費」という。）の総額が法第43条第2項に規定する居宅介護サービス費等区分支給限度基準額に占める割合及び訪問介護に係る居宅介護サービス費がサービス費の総額に占める割合が厚生労働大臣が定める基準に該当する場合であって、かつ、市町村からの求めがあった場合には、当該指定居宅介護支援事業所の居宅サービス計画の利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由等を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届けなければならない。

・厚生労働大臣が定める基準（令和3年厚生労働省告示第336号）

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第13条第18号の3に規定する厚生労働大臣が定める基準について、居宅サービス計画に位置付けられた指定居宅サービス等に係る居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費及び特例地域密着型介護サービス費（以下「サービス費」という。）の総額が介護保険法（平成9年法律第123号）第43条第2項に規定する居宅介護サービス費等区分支給限度基準額に占める割合を100分の70以上とし、訪問介護に係る居宅介護サービス費がサービス費の総額に占める割合を100分の60以上とするもの。

・「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」（平成11年7月29日老企第22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）【抜粋】

第2の3(7) 指定居宅介護支援の基本的取扱方針及び具体的方針

⑳ 居宅サービス計画の届出（第18号の3）

居宅サービス計画に位置付けられた介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第66条に規定する居宅サービス等区分に係るサービスの合計単位数（以下⑳において「居宅サービス等合計単位数」という。）が区分支給限度基準額（単位数）に占める割合や訪問介護費に係る合計単位数が居宅サービス等合計単位数に占める割合が厚生労働大臣が定める基準（基準第3条第18号の3の規定により厚生労働大臣が定める基準をいう。）に該当する場合に、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ただくことが適当である。このため、基準第13条第18号の3は、当該基準に該当する場合にその必要性を居宅サービス計画に記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならないことを規定するものである。届出にあたっては、当該月において作成または変更（⑯における軽微な変更を除く。）した居宅サービス計画に位置づけられたサービスが当該基準に該当する場合には、市町村に届け出ることとする。なお、ここでの当該月において作成又は変更した居宅サービス計画とは、当該月において利用者の同意を得て交付をした居宅サービス計画をいう。

また、居宅サービス計画の届出頻度について、一度市町村が検証した居宅サービス計画の次の届出は、一年後でもよいものとする。

市町村の検証の仕方については、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の効率的な実施のために、関係者等により構成される会議室等の他に、当該市町村の職員やリハビリテーション専門職を派遣する形で行うサービス担当者会議での検証も可能である。

なお、基準第13条第18号の3については、令和3年10月1日より施行されるため、同年10月以降に作成又は変更した居宅サービス計画について届出を行うこと。

・山口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【抜粋】

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)第15条(21)

【対象となる事業所】

① 区分支給限度基準額※¹の利用割合が居宅介護支援事業所ごとに見て 7割以上※²

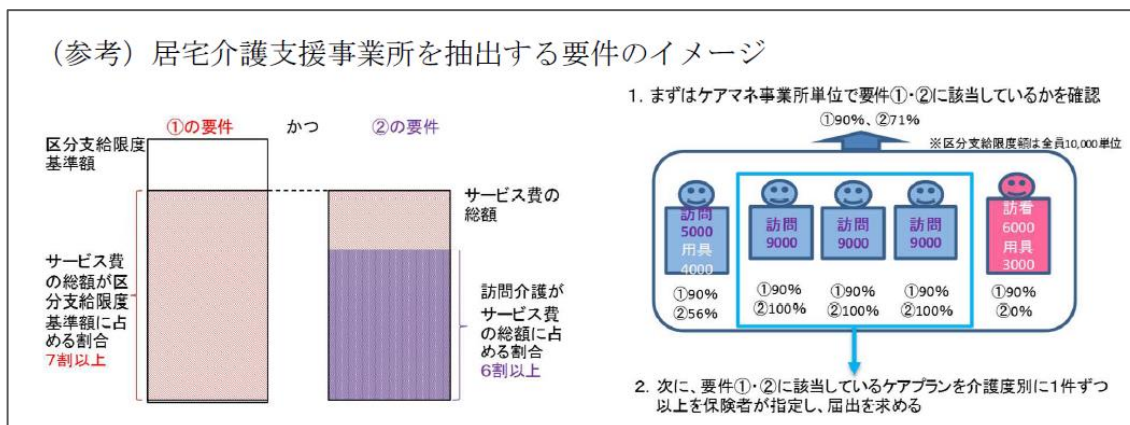
かつ、

② そのサービスの 6割※²以上が「訪問介護サービス」

※¹ 区分支給限度基準額の対象外である加算等や超過部分の自己負担分は計算の対象外

※² 厚生労働大臣が定める基準（従うべき基準）よりも検証対象の範囲を拡大する要件の設定は可能となっている。

ただし、災害や新型コロナウイルス感染症の影響により、一時的に他のサービスから訪問介護に切り替わったために要件①および②に該当するケアプランがある場合はその旨を記載してください。地域ケア会議等の対象といたしません。



【保険者から届出の依頼】

保険者から対象となる居宅介護支援事業所に対し、最も訪問介護サービスの利用割合が高いものなど、介護度別に1件ずつ以上を指定し、当該ケアプランの第1表（居宅サービス計画書（1）：基本的な事項）、第2表（居宅サービス計画書（2）：長期目標・短期目標、サービス内容等）、第3表（週間サービス計画表）等の届出依頼があります。

※すでに、生活援助の訪問回数の多い利用者のケアプラン検証の対象となっているケアプランは対象外。

※特定の介護度に該当する利用者がいない場合、その介護度は届出不要。必要があれば、ほかの介護度で2件以上の届出を依頼します。

【保険者へ届出】

保険者から届出の依頼を受けた居宅介護支援事業所は、当該ケアプランの妥当性を検討し、当該ケアプランに訪問介護が必要な理由等を記載し、当該ケアプランを保険者に届け出ます。

【検証方法】

地域ケア会議等

【検証後】

地域ケア会議等での多職種の議論において届出のあったケアプランについて見直し

が必要であるとされた場合、居宅介護支援事業所は、地域ケア会議等での検証結果を踏まえ、検証対象のケアプランについて再検討を行うとともに、事業所内において同様・類似の内容で作成しているケアプランの内容についても再検討を行う。再検討と見直しが行われない場合は、それらのケアプランは、引き続き、地域ケア会議等での検証の対象となり得ます。

【留意事項】

この検証の仕組みは、サービスの利用制限を目的とするものではなく、より利用者の意向や状態に合った訪問介護の提供につなげることのできるケアプランの作成に資することを目的としたものです。ケアプランの変更を強制することはできないため、介護支援専門員や保険者は本人に十分説明をする必要があります。