

指定居宅介護支援事業所 管理者様

京都市保健福祉局
健康長寿のまち・京都推進室
介護ケア推進課長

支給限度額一定割合超に係る居宅サービス計画の届出について

平素は、本市介護保険事業の円滑な運営のために、多大な御支援、御協力をいただき誠にありがとうございます。

令和3年9月22日付け厚生労働省通知「居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証等について（周知）」において、より利用者の意向や状態像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及びサービス付き高齢者向け住宅等における適正なサービス提供の確保等の給付適正化を目的とした仕組みが別紙のとおり示され、令和3年10月1日から適用されることとなりました。

つきましては、当該居宅サービス計画の届出について、下記のとおりお示ししますので、当課から居宅サービス計画の届出依頼があった事業所につきましては、当課への届出をお願いいたします。

また、届出いただいた居宅サービス計画については、ケアプラン支援事業等の対象として、御連絡する場合がありますので、連絡があった場合は、あらためて御協力をお願いいたします。

記

1 届出対象となる居宅サービス計画について

令和3年10月1日以降に作成又は変更された居宅サービス計画のうち、以下のすべての要件に該当し、かつ、当課から届出の依頼があった場合に届け出ていただきます。

(1) 居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証

<抽出要件>

居宅介護支援事業所ごとに見て、

- ① 区分支給限度基準額の利用割合が7割以上 かつ
- ② その利用サービスの6割以上が「訪問介護サービス」

(2) 高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検

<抽出要件>

居宅介護支援事業所ごとに見て、

- ① 区分支給限度基準額の利用割合が一定割合以上 かつ
- ② 利用サービス種類とその利用割合が一定割合以上

※ 利用割合は当課で決定します。

※ (1)(2)共に上記要件に該当する利用者を京都府国民健康保険団体連合会で抽出し、その中から当課で指定した事業所について居宅サービス計画を届け出ていただきます。

2 届出に必要な書類について

(1) 支給限度額一定割合超に係る居宅サービス計画届出書

※ 同封の「支給限度額一定割合超に係る居宅サービス計画届出書」については、京都市の独自様式となりますので、他都市では利用できません。また、ホームページから様式のダウンロードが可能です（「指定居宅介護支援事業所の支給限度額一定割合超に係る居宅サービス計画届出書の届出について」と検索）。

<https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000290624.html>

(2) ケース概要（(1)届出書の裏面です。）

ケアプラン支援事業の参考とするために利用者の方の状況を把握するためのものです。届出の際に併せて御記載をお願いします。

(3) 居宅サービス計画

- ① アセスメントツール等によるアセスメント結果がわかる記録
 - ② 第1表 居宅サービス計画書(1)
 - ③ 第2表 居宅サービス計画書(2)
 - ④ 第3表 週間サービス計画表
 - ⑤ 第4表 サービス担当者会議の要点
 - ⑥ サービス担当者に対する照会内容及びそれに代わる FAX 等による照会回答記録
 - ⑦ 居宅介護支援計画連絡票（主治医に対する照会内容及びそれに代わる FAX 等による照会回答記録）
 - ⑧ 第5表 居宅介護支援経過（モニタリング記録を含む。）
 - ⑨ 第6表 サービス利用票
 - ⑩ 第7表 サービス利用票別表
 - ⑪ 課題整理総括表
 - ⑫ 訪問介護計画書
- ※ 上記①～④は直近のもの
※ ⑤は②～④を作成したときの会議記録及びそれ以降のものすべて
※ ⑥、⑦及び⑫はある場合のみ
※ ⑧は過去1年間分
※ ⑨、⑩は直近から過去3箇月分の実績を記入したもの

3 届出期限について

当課から届出を依頼する際にお示しします。

4 届出先について

保健福祉局 健康長寿のまち・京都推進室 介護ケア推進課
ケアマネジメント支援担当

〒604-8171

京都市中京区烏丸通御池下る虎屋町 566-1 井門明治安田生命ビル 2階

電話：075-213-5871

支給限度額一定割合超に係る居宅サービス計画 届出書

- 居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証
 高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検

(宛先) 京都市長		年 月 日																		
届出者氏名		届出事業所番号																		
届出事業所名	(連絡先) ー																			
被保険者氏名		被保険者番号																		
要介護度		計画作成日	年 月 日																	

上記の利用者への居宅サービス計画について、別添のとおり当該居宅介護サービス計画を添えて届け出ます。

※以下、提出前に必要書類のチェックをお願いします。

- 添付書類チェック欄 (居宅サービス計画等)
 - アセスメントツール等によるアセスメント結果がわかる記録
 - 第1表 居宅サービス計画書(1)
 - 第2表 居宅サービス計画書(2)
 - 第3表 週間サービス計画表
 - 第4表 サービス担当者会議の要点
 - サービス担当者に対する照会内容及びそれに代わる FAX 等による照会回答記録 (※)
 - 居宅介護支援計画連絡票 (主治医への照会内容及びそれに代わる FAX 等による照会回答記録 (※))
 - 第5表 居宅介護支援経過 (モニタリング記録を含む。) (過去1年分)
 - 第6表 サービス利用票 (直近から過去3カ月分の実績を記入したもの)
 - 第7表 サービス利用票別表 (直近から過去3カ月分の実績を記入したもの)
 - 課題整理総括表
 - 訪問介護計画書 (※)
- (※は、ある場合のみ提出してください)

(裏面のケース概要も御記載ください。)

ケース概要

年齢	歳	性別	男 ・ 女
日常生活自立度	障害高齢者（寝たきり）	自立・ J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2	
	認知症高齢者	自立・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M	
家族関係	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 親族なし <input type="checkbox"/> 親族あり	
	<input type="checkbox"/> 同居家族あり	<本人との関係> <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他（ ） <同居家族について> 年齢（ ）歳 要介護認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 事業対象者・要支援（ ）・要介護（ ） 障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） 就労 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり その他状況 （ ）	
住宅環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て	<集合住宅の場合> <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> マンション・アパート <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム エレベーターの有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 集合住宅		
手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有	<有の場合> <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳	
	<input type="checkbox"/> 無		
認知症（診断）の有無	<input type="checkbox"/> 有	<有の場合> 診断時期（ ）年（ ）月 症状（ ）	
	<input type="checkbox"/> 無		
疾患			
経済状況	<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（ ）	
生活援助で実施しているサービス内容	<input type="checkbox"/> 掃除	<input type="checkbox"/> ベッドメイク	<input type="checkbox"/> 一般的な調理・配下膳
	<input type="checkbox"/> 洗濯	<input type="checkbox"/> 衣類の整理・被服の補修	<input type="checkbox"/> 買い物・薬の受け取り
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
その他の利用サービス	<input type="checkbox"/> 生活援助以外の介護保険サービス（ ）		
	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス（ ）		
	<input type="checkbox"/> 医療保険サービス（ ）		
	<input type="checkbox"/> 民間サービス（ ）		
<input type="checkbox"/> その他（ ）			

記入例

支給限度額一定割合超に係る居宅サービス計画 届出書

- 居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証
 高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検

(宛先) 京都市長		令和3 年 11 月 1 日	
届出者氏名	介護 六郎	届出事業所番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
届出事業所名	京都介護センターABC(株)		(連絡先) 5 5 5 - 5 5 5 5
被保険者氏名	京都 太郎	被保険者番号	1 0 0 0 1 - 0 0 0 0 0
要介護度	要介護3	計画作成日	令和3年10月 1日

上記の利用者への居宅サービス計画について、別添のとおり当該居宅介護サービス計画を添えて届け出ます。

※以下、提出前に必要書類のチェックをお願いします。

○ 添付書類チェック欄 (居宅サービス計画等)

- アセスメントツール等によるアセスメント結果がわかる記録
- 第1表 居宅サービス計画書(1)
- 第2表 居宅サービス計画書(2)
- 第3表 週間サービス計画表
- 第4表 サービス担当者会議の要点
- サービス担当者に対する照会内容及びそれに代わる FAX 等による照会回答記録 (※)
- 居宅介護支援計画連絡票 (主治医への照会内容及びそれに代わる FAX 等による照会回答記録 (※))
- 第5表 居宅介護支援経過 (モニタリング記録を含む。) (過去1年分)
- 第6表 サービス利用票 (直近から過去3カ月分の実績を記入したもの)
- 第7表 サービス利用票別表 (直近から過去3カ月分の実績を記入したもの)
- 課題整理総括表
- 訪問介護計画書 (※)

(※は、ある場合のみ提出してください)

(裏面のケース概要も御記載ください。)

ケース概要

年齢	75 歳	性別	男・女
日常生活自立度	障害高齢者（寝たきり）	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
家族関係	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 親族なし <input type="checkbox"/> 親族あり	
	<input checked="" type="checkbox"/> 同居家族あり	<本人との関係> <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他（ ） <同居家族について> 年齢（73歳） 要介護認定 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 事業対象者・要支援（ ）・要介護（3） 障害 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） 就労 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり その他状況 （妻も認知症と診断されており、家事が十分にできない。）	
複数の同居人がいる場合は、主介護者について記載してください。			
住宅環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅	<集合住宅の場合> <input checked="" type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> マンション・アパート <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム エレベーターの有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<有の場合> <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳	
認知症（診断）の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<有の場合> 診断時期（平成28年 8月） 症状（物忘れ等の記憶障害、言葉の能力の低下等）	
疾患	アルツハイマー型認知症、腰部脊柱管狭窄症、高血圧、胃がん（平成27年に診断、手術済。現在経過観察中）		
経済状況	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 生活保護	<input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 障害年金
生活援助で実施しているサービス内容	<input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> ベッドメイク <input checked="" type="checkbox"/> 衣類の整理・被服の補修	<input checked="" type="checkbox"/> 一般的な調理・配下膳 <input checked="" type="checkbox"/> 買い物・薬の受け取り
その他の利用サービス	<input type="checkbox"/> 生活援助以外の介護保険サービス（ ） <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス（ ） <input type="checkbox"/> 医療保険サービス（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 民間サービス（配食サービス） <input type="checkbox"/> その他（ ）		

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室） 御 中

← 厚生労働省 老健局 高齢者支援課、認知症施策・地域介護推進課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

居宅介護支援事業所単位で抽出する
ケアプラン検証等について（周知）
計 14 枚（本紙を除く）

Vol.1009

令和3年9月22日

厚生労働省老健局

高齢者支援課、認知症施策・地域介護推進課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしくお願いいたします。】

連絡先

TEL : 03-5253-1111(内線 3971、3979)

FAX : 03-3595-3670、03-3503-7894

事務連絡
令和3年9月22日

都道府県
各 指定都市 介護保険担当主管部（局）御中
中核市

厚生労働省老健局高齢者支援課
厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課

居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証等について（周知）

介護保険制度の推進につきましては、日頃より格別のご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

社会保障審議会介護保険給付費分科会における議論を踏まえ、「令和3年度介護報酬改定に関する審議報告」（令和2年12月23日。以下「審議報告」という。）において、「より利用者の意向や状態像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よう、検証方法として効率的で訪問介護サービスの利用制限にはつながらない仕組みが求められていることを踏まえ、区分支給限度基準額の利用割合が高く、かつ、訪問介護が利用サービスの大部分を占める等のケアプランを作成する居宅介護支援事業者を事業所単位で抽出するなどの点検・検証の仕組みを導入する。効率的な点検・検証の仕組みの周知期間の確保等のため、10月から施行する。」とされています。

また、審議報告において、サービス付き高齢者向け住宅等における適正なサービス提供の確保として、「同一のサービス付き高齢者向け住宅等に居住する者のケアプランについて、区分支給限度基準額の利用割合が高い者が多い場合に、併設事業所の特定を行いつつ、当該ケアプランを作成する居宅介護支援事業者を事業所単位で抽出するなどの点検・検証を行うとともに、サービス付き高齢者向け住宅等における家賃の確認や利用者のケアプランの確認を行うことなどを通じて、介護保険サービスが入居者の自立支援等につながっているかの観点も考慮しながら、指導監督権限を持つ自治体による更なる指導の徹底を図る。居宅介護支援事業所を事業所単位で抽出するなどの点検・検証については、効率的な点検・検証の仕組みの周知期間の確保等のため、10月から施行する。」とされています。

この二つのケアプラン検証・点検については、趣旨・目的は異なりますが、居宅介護支援事業所等の抽出は両者ともに国民健康保険団体連合会介護給付適正化システムを活用することになります。

今般、これらのケアプラン検証・点検の趣旨・目的や留意事項等について、以下のとおり周知いたしますので、各都道府県、市町村におかれましては、内容について御了知いただくとともに、本事務連絡の内容を踏まえて、適切に御対応いただくようお願いいたします。また、管内サービス事業所等に対して周知をお願いいたします。

1. 趣旨・目的・仕組み等

(1) 居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証

- 居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証は、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、介護支援専門員の視点だけでなく、多職種協働による検討を行い、必要に応じてケアプランの内容の再検討を促すため、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）に位置付けられた仕組みです。

この仕組みは、サービスの利用制限を目的とするものではありませんので十分にご留意の上、ご対応をお願いします。

- 具体的には、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第十三条第十八号の三に規定する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）に規定する要件（※）に該当する居宅介護支援事業所の介護支援専門員が令和 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、市町村から指定されたものを市町村に届け出る必要があります。

（※）居宅介護支援事業所を抽出する要件

居宅介護支援事業所ごとに見て、

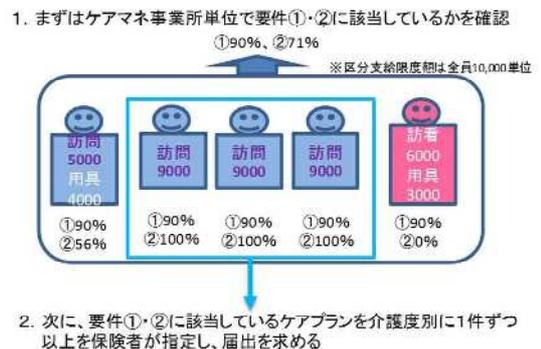
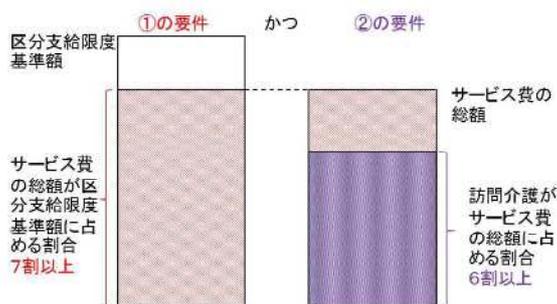
①区分支給限度基準額の利用割合が7割以上
かつ

②その利用サービスの6割以上が「訪問介護サービス」

（注 1）なお、各市町村において、国民健康保険団体連合会と調整の上、地域の実情に応じて、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げるための要件の設定は可能。

（注 2）国民健康保険団体連合会介護保険給付適正化システムで作成される帳票は、「計画単位数」を基に計算。なお、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ではない。

（参考）居宅介護支援事業所を抽出する要件のイメージ



- まず、市町村は、上記の要件が設定された帳票（※）を、国民健康保険団体連合会より受領してください。

（※）支給限度額一定割合超支援事業所における対象サービス利用者一覧表（総括表・明細表）【別添1・2】。帳票の送付や内容の詳細については、「2. 国民健康保険団体連合会システムを活用した居宅介護支援事業所・ケアプランの抽出」参照。

- 次に、市町村は、受領した帳票を活用し、要件①及び②に該当する居宅介護支援事業所のケアプランのうち、個々に見て上記の要件①及び②に該当するケアプランについて、

- ・最も訪問介護サービスの利用割合が高いものなど（※1）で、介護度別に1件ずつ以上を指定し（※2）、
- ・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）及び第3表（週間サービス計画表）の届出を依頼（※3）

します。

（※1）市町村において一定の考え方のもとで、指定いただいて差し支えない。

（※2）指定の際の留意点

- ・特定の介護度に該当する利用者がいない場合は、その介護度は届出不要。必要があれば、他の介護度で2件以上の届出を依頼。
- ・すでに、生活援助の訪問回数が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届出の対象外。
- ・他市町村の住民である利用者のケアプランは届出の対象外。（市町村が必要に応じて、当該市町村と連携）

（※3）必要に応じてアセスメントシートの届出も依頼。

- 市町村からの届出の依頼を受けた居宅介護支援事業所は、指定されたケアプランについて、当該ケアプランの利用の妥当性を検討し、当該ケアプランに訪問介護が必要な理由等を記載し、当該ケアプランを市町村に届け出る必要があります。

なお、理由等については、「『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」（令和3年3月31日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知）でお示ししているとおり、ケアプラン第2票（居宅サービス計画書(2)）の「サービス内容」に記載しても差し支えありません。

（※1）「『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」（令和3年3月31日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000764679.pdf>

(※2) 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及び②に該当するケアプランがある場合は、その旨も記載。

- 届出を受けた市町村は、順次、地域ケア会議等(※1)を活用して、多職種の視点から、届出のあったケアプランについて議論を行うことになります。

多職種による議論は、「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き～地域ケア個別会議等を活用したケアマネジメントの支援のために～」(平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業(地域ケア会議等におけるケアプラン検証の在り方に関する調査研究事業(実施団体:エム・アール・アイリサーチアソシエイツ株式会社))) (※2)を参照してください。

(※1) 検証の方法としては、地域ケア会議のみならず、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会議(サービス担当者会議の前後で行う会議を含む)等での対応も可能。

(※2) 「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き～地域ケア個別会議等を活用したケアマネジメントの支援のために～」(平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)

https://www.mri-ra.co.jp/pdf/h30_chiikicare_tebiki.pdf

(※3) 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及び②に該当するケアプランがある場合は、地域ケア会議等の検証の対象としない等、柔軟な対応を採る必要がある。

- 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います。

なお、検証対象のケアプラン及び同様・類似の内容のケアプランについて再検討とそれに基づく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。

- なお、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。ケアプランを変更するためには、利用者の同意を得る必要があります、ケアプランの変更を強制することはできないため、介護支援専門員や市町村は本人に十分説明をする必要があります。

(2) 高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検

- 高齢者向け住まい等における適正なサービス提供確保のための指導については、「高齢者向け住まい等における適正なサービス提供確保のための更なる指導の徹底」（令和3年3月18日厚生労働省老健局総務課介護保険指導室長ほか連名通知）において、都道府県における家賃等の入居契約の内容の確認をし、その情報等をもとに、市町村の介護給付費適正化担当部署における高齢者向け住まい等に併設等している（隣接、近接や同一法人や系列法人など関連があると考えられるものを含む。）居宅介護支援事業所におけるケアプランの点検をお願いしているところであり、高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検は、介護給付適正化事業の一環として市町村において実施していただくものです。

(※) 「高齢者向け住まい等における適正なサービス提供確保のための更なる指導の徹底」（令和3年3月18日厚生労働省老健局総務課介護保険指導室長ほか連名通知）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000761353.pdf>

- 具体的には、市町村が設定する要件（※）に該当する高齢者向け住まい等併設等居宅介護支援事業所の介護支援専門員が令和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、市町村が必要と判断したものについては、ケアプランを指定し、居宅介護支援事業所に対し提出を求めてください。

(※) 居宅介護支援事業所を抽出する要件

居宅介護支援事業所ごとに見た、以下の項目の要件を設定します。

① 区分支給限度基準額の利用割合

かつ

② 利用サービス種類（注）とその利用割合

（注）区分支給限度基準額管理対象サービスは全て選択可だが、組合せは2つまで。

- ・それぞれの要件が設定された帳票（注）を国民健康保険団体連合会より、受領してください。

（注）支給限度額一定割合超支援事業所における対象サービス利用者一覧表（総括表・明細表）【別添1・2】

- ・要件設定にあたっては、必要な数値・サービス種類の設定を行ったうえで「適正化情報（二次加工データ）」の出力を各都道府県国民健康保険団体連合会まで依頼してください。
- ・併せて、①の要件（区分支給限度基準額に占める利用割合）のみ等で設定できる帳票（注）もありますので、こちらも積極的にご活用ください。

（注）支給限度額一定割合超一覧表（総括表・明細表）【別添3・4】

- ・国民健康保険団体連合会介護保険給付適正化システムで作成される帳票は、「計画単位数」を基に計算されます。なお、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ではありません。

- **市町村**によるケアプランの指定については、
 - ・上記1（1）の居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証における指定方法や、
 - ・「ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法」（平成20年7月18日厚生労働省老健局振興課）（※1）
 - ・「ケアプラン点検支援マニュアル 附属資料 ケアプラン点検の基礎知識～これからケアプラン点検に臨む保険者職員の参考書～」(平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業（実施団体：株式会社三菱総合研究所））（※2）を参考にしてください。
 - (※1) 「ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法」（平成20年7月18日厚生労働省老健局振興課）
<https://www.mhlw.go.jp/content/000824048.pdf>
 - (※2) 「ケアプラン点検支援マニュアル 附属資料 ケアプラン点検の基礎知識～これからケアプラン点検に臨む保険者職員の参考書～」(平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)
https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou00000204mw-att/H28_25.pdf
- 提出を受けた**市町村**では、順次、提出のあったケアプランについて点検を行うこととなります。

ケアプラン点検の実施方法については、「ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法」等を参照してください。

なお、多職種の視点からの議論を行うため、地域ケア会議等で検討を行うことも可能です。
- なお、高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検は介護給付適正化事業の一環として実施するものであるため、介護給付適正化事業におけるケアプラン点検の実施件数に含まれます。
- また、高齢者向け住まいには、住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等が該当しますが、未届の住宅型有料老人ホームも当然に該当しますので、届出の有無に関わらず点検の対象としてください。

(参考) 居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証と高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検のポイントについて

	居宅介護支援事業所単位の ケアプラン検証	高齢者向け住まい等対策の ケアプラン点検
法令上等の 根拠	・ <u>ケアマネ基準省令</u>	・ 自治体に対する指導徹底の通知 (介護保険適正化事業の一環)
抽出対象の ケアマネ事業 所の要件	①区分支給限度基準額の利用割合 が7割以上 ②その利用サービスの6割以上が 訪問介護が大部分を占める	・ 市町村ごとに設定。 ・ 要件設定項目は以下のとおり。 ①区分支給限度基準額の利用割合 ②利用サービス種類(注)とその利用割合 <small>(注) 区分支給限度管理対象サービスは全て選択可だが、 組合せは2つまで。</small> ※帳票上、各ケアプランの利用者について、要 介護認定時の居住地が高齢者向け住まい等で あるかどうかを確認する
検証・点検 対象のケアプ ランの指定	・ 要件①・②に該当するケアプラン のうち、 <u>市町村が介護度別に 1件ずつ以上を指定し、届出を 依頼</u>	・ 要件①・②に該当するケアプランのうち、提出 すべきケアプランを市町村が指定し、提出 を依頼 (指定方法は、左記等を参照)
ケアプランの 検証・点検 の方法	・ <u>地域ケア会議や、行政職員やリ ハビリテーション専門職が参加 する形で行う会議等で検証</u>	・ <u>市町村におけるケアプラン点検</u> (地域ケア会議等での検証も可)
検証・点検 結果の反映	・ 検証・点検結果を踏まえ、 <u>対象のケアプランを中心に、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</u> ※ケアプランを変更するためには、 <u>利用者の同意を得る必要があります</u> 、ケアプランの 変更を強制することはできないため、 <u>介護支援専門員や市町村は本人に十分説明 をする必要</u>	

2. 国民健康保険団体連合会システムを活用した居宅介護支援事業所・ケアプランの抽出

- 居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証及び高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検における対象となる居宅介護支援事業所及びケアプランの抽出は、国民健康保険団体連合会介護給付適正化システムを活用して、
 - ・要件①・②に該当する居宅介護支援事業所の一覧（総括表）【別添1】と、
 - ・当該居宅介護支援事業所の利用者の一覧（明細表）【別添2】（当該居宅介護支援事業所の全利用者のうち、要件①・②に該当しているかどうか分かるもの）

を自動抽出（※1～3）し、市町村に送付されます。

送付される帳票に係る詳細については、各都道府県国民健康団体保険連合会までご照会ください。

（※1）帳票は、サービス提供月ごと。

（※2）送付の頻度は、最低限3月に1回。具体的な頻度は国民健康保険団体連合会と市町村の間で調整。

なお、最初の送付月については、基本的に、令和3年10～12月分が令和4年2月頃の送付となる見込み。この点も、必要に応じて具体的な時期を国民健康団体保険連合会と市町村の間で調整。

（※3）明細表上、他市の住民である利用者の個人情報伏せられる。

- 高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検においては、明細表上の各利用者の要介護認定時の居住地の情報（高齢者向け住まい等であるかどうか）を活用してください。ただし、要介護認定時の居住地が高齢者住まい（住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅）であるかの情報は、令和3年4月の改正により追加されたため、居住地情報が反映されるには一定の期間を要します。このため、高齢者向け住まい等の所在地等の状況や被保険者の情報、利用している介護サービス事業所や法人名等も参考しながら、高齢者向け住まい等に居住しているか否かを広く確認していただくようお願いします。

また、1（2）でも触れているとおり、上記の帳票の他、既に存在する帳票で、要件①である区分支給限度基準額に占める利用割合のみ等を要件として設定できる帳票【別添3・4】もありますので、こちらも積極的にご活用ください。

- また、平成30年10月より施行されている生活援助の訪問回数の多い利用者のケアプラン検証についても、国民健康保険団体連合会介護給付適正化システムで抽出される帳票において、一定回数以上の生活援助中心型サービスが位置付けられているケアプランが分かるようになります。

生活援助の訪問回数の多い利用者のケアプラン検証の仕組みでは、居宅介護支援事業者は対象のケアプランを翌月の末日までに市町村に届け出ることとなって

いますので、市町村では、システムにより抽出される帳票【別添5】を、該当のケアプランが適切に届け出られているかどうかを確認することのできる補完的なツールとしてご活用いただけます。

- 上記の居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証、高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検及び生活援助の訪問回数の多い利用者のケアプラン検証に係るシステムについては、令和3年8月末にリリースされ、10月から運用開始となります。

【別添1】支給限度額一定割合超支援事業所における対象サービス利用者一覧表（総括表）

支給限度額一定割合超支援事業所における対象サービス利用者一覧表（総括表）

保険者番号 900010

令和4年2月25日作成

保険者名 ○○市

○○国民健康保険団体会

抽出条件	サービス提供年月	2021年07月
	支給限度額割合	70%以上
	対象サービス種類	11：訪問介護、15：通所介護
	対象サービス単位数割合	60%以上

支援事業所番号	支援事業所名	支援事業所所在保険者番号	支援事業所所在保険者名		合計	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	更新年月
907000010	支援事業所1	900010	○○市	利用者数	100	0	0	100	0	0	0	0	202111
907000010	支援事業所1	900010	○○市	利用者割合	100%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	202111
907000010	支援事業所1	900010	○○市	計画単位数	1,492,200	0	0	1,492,200	0	0	0	0	202111
907000010	支援事業所1	900010	○○市	平均計画単位数	14,922	0	0	14,922	0	0	0	0	202111
907000010	支援事業所1	900010	○○市	支給限度割合	90%	0%	0%	90%	0%	0%	0%	0%	202111
907000010	支援事業所1	900010	○○市	対象サービス計画単位数	1,205,008	0	0	1,205,008	0	0	0	0	202111
907000010	支援事業所1	900010	○○市	対象サービス単位数割合	81%	0%	0%	81%	0%	0%	0%	0%	202111

利用者数	要介護度別の利用者数（当該支援事業所が国保連合会に提出した給付管理票）の合計
利用者割合	利用者数合計のうち、要介護度別の利用者数の割合
計画単位数	要介護度別の計画単位数の合計
平均計画単位数	要介護度別の平均計画単位数（計画単位数÷利用者数）
支給限度割合（要介護度別）	要介護度の利用者の支給限度割合の平均値
支給限度割合（合計）	計画単位数(合計)÷{要介護度別(支給限度額×利用者数)の合計}
対象サービス計画単位数	対象サービス種類を含む給付管理票のうち、対象サービス種類のための計画単位数
対象サービス単位数割合	該当支援事業所のすべての計画単位数のうち、対象サービス計画単位数の割合

【別添2】支給限度額一定割合超支援事業所における対象サービス利用者一覧表（明細表）

支給限度額一定割合超支援事業所における対象サービス利用者一覧表（明細表）

国庫番号	210018
国庫名	〇〇市

令和4年2月15日 作成
〇〇国庫事務課

抽出条件	サービス提供年月	2101年07月
	支給限度額割合	70%以上
	対象サービス種別	11：訪問介護、15：通所介護
	対象サービス単位数割合	60%以上

事業所番号	事業所名	開設者	電話番号	要介護度	国庫番号	国庫名	通所番号	通所名称	居住地 （認定情報「現在の状況」）	限度額	給付管理票記載				利用者負担額	利用者負担割合	実績	関係				更新年月
											計画単位数	割合	サービス種別	提供単位数				事業所番号	事業所名	開設者	電話番号	
357001019	支援事業所1	高専法人 〇〇会	094-993-0010	要介護1	300018	〇〇市	001000101	0207291	16:24高庄	16,765	16,807	95%	訪問介護	16,697	なし	95%	367001019	〇〇ヘルパーステーション	高専法人 〇〇会	010-810-0200	〇	202111
357001019	支援事業所1	高専法人 〇〇会	094-993-0010	要介護1	300018	〇〇市	001000101	0207291	16:24高庄	16,765	2,516	15%	通所介護	2,516	なし	15%	367001019	〇〇デイサービス	高専法人 〇〇会	010-810-0100	〇	202111
357001019	支援事業所1	高専法人 〇〇会	094-993-0010	要介護1	300018	〇〇市	001000102	0207292	16:24高庄	16,765	16,412	98%	訪問介護	16,412	なし	98%	367001019	〇〇ヘルパーステーション	高専法人 〇〇会	010-810-0200	〇	202111

居住地（認定情報「現在の状況」）	受給者認定情報の現在の状況コードのうちサービス提供年月が認定有効期間に含まれる最新の情報	
給付管理票記載	割合	限度額に占める給付管理票に記載された計画単位数の割合
実績	利用者負担額有無	実績における利用者負担額の発生有無
	割合	限度額に占める提供単位数の割合
同一法人区分	支援事業所とサービス事業所の関係（事業所台帳より） ○：事業所台帳の「申請／開設者名」、「申請／開設者電話番号」が両方とも一致している △：事業所台帳の「申請／開設者名」、「申請／開設者電話番号」のいずれかが一致している ×：事業所台帳の「申請／開設者名」、「申請／開設者電話番号」のいずれかも一致していない	

【別添3】支給限度額一定割合超一覧表（総括表）

支給限度額一定割合超一覧表（総括表）

保険者番号	990001
-------	--------

NN 99年 99月 99日 作成

保険者名	テスト市
------	------

〇〇国民健康保険団体連合会

抽出条件	サービス提供年月	2015年04月
	抽出項目	支給限度額割合
	割合	50%以上
	抽出項目	限度額の一定割合以上利用者割合
	割合	5%以上

事業所番号	事業所名	事業所所在 保険者番号	事業所所在 保険者名		合計	要支援1	要支援2	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	更新年月
9970100418	事業所418	990001	テスト市	利用者数	20	0	0	0	6	7	2	3	2	201506
9970100418	事業所418	990001	テスト市	利用者割合	100%	0%	0%	0%	30%	35%	10%	15%	10%	201506
9970100418	事業所418	990001	テスト市	計画単位数	263,069	0	0	0	67,498	84,762	40,624	53,777	26,408	201506
9970100418	事業所418	990001	テスト市	平均計画単位数	13,153	0	0	0	9,583	12,109	20,312	17,926	13,204	201506
9970100418	事業所418	990001	テスト市	支給限度割合	58%	0%	0%	0%	58%	62%	76%	59%	37%	201506
9970100418	事業所418	990001	テスト市	限度額の一定割合以上利用者数	14	0	0	0	4	5	2	2	1	201506
9970100418	事業所418	990001	テスト市	限度額の一定割合以上利用者割合	70%	0%	0%	0%	67%	71%	100%	67%	50%	201506

利用者数	要介護度別の利用者数（当該支援事業所が国保連合会に提出した給付管理票）の合計
利用者割合	利用者数合計のうち、要介護度別の利用者数の割合
計画単位数	要介護度別の計画単位数の合計
平均計画単位数	要介護度別の平均計画単位数（計画単位数÷利用者数）
支給限度割合（要介護度別）	要介護度の利用者の支給限度割合の平均値
支給限度割合（合計）	計画単位数(合計)÷{要介護度別(支給限度額×利用者数)の合計}
限度額の一定割合以上利用者数	利用者数のうち、抽出条件(限度額の一定割合以上利用者割合)に合致する利用者数
限度額の一定割合以上利用者割合	利用者数のうち、[限度額の一定割合以上利用者数] の割合

※[要支援]には平成18年3月以前の要支援および平成18年4月以降の経過的要介護が出力される。

【別添4】支給限度額一定割合超一覧表（明細表）

支給限度額一定割合超一覧表（明細表）

保険者番号	990001
保険者名	テスト市
抽出条件	サービス提供年月 2015年04月
抽出項目	支給限度額割合
割合	50%以上
抽出項目	限度額の一定割合以上利用者割合
割合	50%以上

NN 99年 99月 99日 作成

〇〇〇国民健康保険団体連合会

事業所番号	事業所名	開設者	電話番号	要介護度	保険者番号	保険者名	被保険者番号	被保険者名	限度額	給付管理票記載				実績					更新年月	
										計画単位数	割合	提供単位数	利用者負担額有無	割合	サービス事業所					
															事業所番号	事業所名	開設者	電話番号		同一法人区分
9950180026	事業所 O 2 6	開設者 O 2 6	999-999-9999	要介護 2	990001	テスト市	0000000022	ヒサシ+22	19,480	4,195	22%	4,195	あり	22%	9970103784	事業所 7 8 4	開設者 7 8 4	888-999-9999	×	201505
9950180026	事業所 O 2 6	開設者 O 2 6	999-999-9999	要介護 3	990001	テスト市	0000000023	ヒサシ+23	26,750	3,202	12%	2,994	あり	11%	9950180026	事業所 O 2 6	開設者 O 2 6	999-999-9999	○	201505
9950180026	事業所 O 2 6	開設者 O 2 6	999-999-9999	要介護 3	990001	テスト市	0000000023	ヒサシ+23	26,750	4,755	18%	3,804	あり	14%	9970101028	事業所 O 2 8	開設者 O 2 6	888-999-9999	△	201505
9950180026	事業所 O 2 6	開設者 O 2 6	999-999-9999	要介護 3	990001	テスト市	0000000023	ヒサシ+23	26,750	6,938	26%	4,982	あり	19%	9970103172	事業所 1 7 2	開設者 1 7 2	888-999-9999	×	201505
9950180026	事業所 O 2 6	開設者 O 2 6	999-999-9999	要介護 3	990001	テスト市	0000000023	ヒサシ+23	26,750	150	1%	150	あり	1%	9970101754	事業所 7 5 4	開設者 7 5 4	888-999-9999	×	201505
9950180026	事業所 O 2 6	開設者 O 2 6	999-999-9999	要介護 1	990001	テスト市	0000000024	ヒサシ+24	16,580	12,359	75%	10,905	あり	66%	9970103784	事業所 7 8 4	開設者 7 8 4	888-999-9999	×	201505
9950180418	事業所 O 4 8	開設者 4 1 8	999-999-9999	要介護 1	990001	テスト市	0000000025	ヒサシ+25	16,580	10,621	64%	4,902	あり	30%	9970101465	事業所 4 6 5	開設者 4 6 5	888-999-9999	×	201505

給付管理票記載	割合	限度額に占める給付管理票に記載された計画単位数の割合
実績	利用者負担額有無	実績における利用者負担額の発生有無
	割合	限度額に占める提供単位数の割合
同一法人区分	支援事業所とサービス事業所の関係（事業所台帳より） ○：事業所台帳の「申請／開設者名」、「申請／開設者電話番号」が両方とも一致している △：事業所台帳の「申請／開設者名」、「申請／開設者電話番号」のいずれかが一致している ×：事業所台帳の「申請／開設者名」、「申請／開設者電話番号」のいずれかも一致していない	

【別添5】生活援助中心訪問介護サービス利用者一覧表

生活援助中心訪問介護サービス利用者一覧表

保険者番号 900010

保険者名 ○○市

令和 4年 2月 25日 作成

○○○国民健康保険団(市連合会)

抽出条件	サービス提供年月	2021年07月
	要介護1回数	27回以上
	要介護2回数	34回以上
	要介護3回数	43回以上
	要介護4回数	38回以上
	要介護5回数	31回以上

保険者番号	保険者名	被保険者番号	被保険者名	支援事業所番号	支援事業所名	支援事業所所在保険者番号	支援事業所所在保険者名	介護支援専門員番号	要介護度	合計回数	訪問介護事業所数	更新年月
900010	○市	0000000001	ヒコパワ1	907000010	支援事業所1 (○市所在)	900010	○市	9000001	要介護1	28	2	202111
900010	○市	0000000002	ヒコパワ2	907000020	支援事業所2 (■市所在)	900020	■市	9000021	要介護2	34	3	202111

合計回数	生活援助中心型のサービスコードの回数の合計
訪問介護事業所数	生活援助中心型のサービスコードの請求のある事業所数