

市内指定居宅介護支援事業者 各位

横浜市健康福祉局介護事業指導課長

令和 3 年度介護報酬改定に係る居宅介護支援の運営基準減算について

平素より、本市の介護保険行政の推進にご協力を賜りまして、厚く御礼申し上げます。

さて、令和 3 年度介護報酬改定に伴い、指定居宅介護支援事業者は、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ利用者等に対して、文書を交付し説明を行わなければならない内容が追加され、これに違反した場合には運営基準減算が適用されることとなりました。

改めて次の内容等をご確認いただき、適正なサービスの提供を確保するため、運営基準に係る規定を遵守するようお願いいたします。

1 運営基準の規定

指定居宅介護支援事業者は、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ利用申込者又はその家族に対して、①②の内容について説明を行い、理解を得なければなりません。

なお、説明に当たっては、理解が得られるよう、**文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うとともに、それを理解したことについて必ず利用申込者から署名を得なければなりません。**

- ①前 6 か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合
- ②前 6 か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

2 減算の規定

指定居宅介護支援事業者は、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ利用者に対して、**①②の内容について文書を交付して説明を行っていない場合には、契約月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算となります。**

なお、運営基準減算として、所定単位数の 100 分の 50 に相当する単位数を算定し、運営基準減算が 2 月以上継続している場合は、所定単位数は算定しません。

また、**運営基準減算が適用されると、特定事業所加算は算定できません。**

3 留意事項

(1) 割合の対象期間

前 6 月間については、毎年度 2 回、次の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、説明の際に用いる当該割合については、直近の期間のものとします。

- ・前期（3 月 1 日から 8 月末日）
- ・後期（9 月 1 日から 2 月末日）

(2) 改定前の契約者

令和 3 年 4 月以前に契約を結んでいる利用者については、次のケアプランの見直し時に説明を行うことが望ましいとされていますので、適宜ご対応ください。

4 補足事項

指定居宅介護支援事業者は、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ利用者等に対して、次の内容についても文書を交付し説明を行わなければならない、これに**違反した場合には運営基準減算が適用されません**（平成30年度介護報酬改定内容）。また、この場合も**運営基準減算が適用されると、特定事業所加算は算定できません。**

様式例も参考にして、文書を交付して説明を行い、署名を得るようにしてください。

- ・利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること。
- ・利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができること。

5 根拠法令等（別紙）

- (1) 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（抜粋）
- (2) 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（抜粋）
- (3) 厚生労働大臣が定める基準（抜粋）
- (4) 介護保険最新情報 Vol. 952 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol. 3）」（抜粋）

<本文書についての問い合わせ先>

健康福祉局 介護事業指導課 指導監査係

Eメール：kf-shidoukansa@city.yokohama.jp

（様式例）

同意書

- ・利用者は、複数の指定居宅サービス事業者等を紹介することを求めることができること。
- ・利用者は、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができること。
- ・前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合
訪問介護 ●% 通所介護 ●% 地域密着型通所介護 ●% 福祉用具貸与 ●%
- ・前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

訪問介護	○事業所	●%	□事業所	●%	△事業所	●%
通所介護	△事業所	●%	×事業所	●%	○事業所	●%
地域密着型 通所介護	□事業所	●%	△事業所	●%	×事業所	●%
福祉用具貸与	×事業所	●%	○事業所	●%	□事業所	●%

以上の内容について、事業者から説明を受け、それに同意しました。

年 月 日

説明者氏名

利用者氏名

※重要事項説明書に同様の内容が記載されていれば、別途同意書を取る必要はありません。