

令和7年度

集 団 指 導 資 料

～ 居 宅 介 護 支 援 ～

筑紫野市健康福祉部高齢者支援課

# 令和7年度 集団指導資料 (指定居宅介護支援事業所)

## (目次)

### 第1 指定居宅介護支援事業に関する事項

1	介護保険法第80条	P 1
2	運営基準	
	(1) 運営基準の性格	P 1
	(2) 事業の基本方針	P 2
	(3) 人員に関する基準	P 2
	(4) 運営に関する基準	P 5
	(5) 雑則	P 3 6
3	指定の取消し	P 3 7
4	主な関係法令等	P 3 8
5	介護報酬関連	P 3 9
	(1) 居宅介護支援費に関する基本事項	P 3 9
	(2) 居宅介護支援費の取扱い	P 4 0
	(3) 加算について	P 4 8
	(4) 「特別地域」加算及び「中山間地域等」加算	P 6 6
6	その他関連事項	
	(1) 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領	P 6 9
	(2) 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	P 8 5

### 第2 本市の指針

1	ケアプラン作成及びケアマネジメントのポイント	P 9 8
2	暫定ケアプランの取扱い	P 1 0 4
3	ケアプランの軽微な変更の取扱い	P 1 1 3
4	居宅サービス計画(介護予防サービス計画)の同意に関する取扱い 署名(押印廃止)及び記名押印について	P 1 1 7
5	短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の取扱い	P 1 2 0
6	軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の取扱い	P 1 2 3
7	介護保険における福祉用具貸与の取扱い	P 1 3 1
8	月途中に福祉用具貸与の開始及び中止を行った場合の算定方法について	P 1 3 2
9	訪問介護の回数が多いケアプランの届出	P 1 3 3
10	新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準などの 臨時的な取扱いの終了について	P 1 3 5

### 第3 参考資料

1	「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について	<u>P 1 3 6</u>
2	筑紫地区入退院時の情報共有の仕組み	<u>P 1 8 3</u>
3	人生会議について	<u>P 1 8 6</u>
4	ケアプランデータ連携システム利用促進について	<u>P 1 8 7</u>

## 第1 指定居宅介護支援事業に関する事項

### 1 介護保険法第 80 条(居宅介護支援の事業の基準)

事業者は、居宅介護支援の事業の運営に関する基準に従い、要介護者の心身の状況等に応じて適切な居宅介護支援を提供するとともに、自らその提供する居宅介護支援の質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより常に居宅介護支援を受ける者の立場に立ってこれを提供するように努めなければならない。

### 2 運営基準

#### (1) 運営基準の性格

- 基準は、事業の目的を達成するために必要な最低限度の基準である。  
事業者は、基準を充足することで足りるとすることなく、常にその事業の運営の向上に努めなければならない。
- 基準を満たさない場合は、指定又は更新は受けられない。
- 運営開始後、基準違反が明らかになった場合には、市町村長は、  
「① 相当の期限を定めて基準を遵守する勧告を行い、  
② 相当の期限内に勧告に従わなかったときは、事業者名、勧告に至った経緯、当該勧告に対する対応等を公表し、  
③ 正当な理由無く、当該勧告に係る措置をとらなかったときは、相当の期限を定めて当該勧告に係る措置をとるよう命令する」ことができる。  
なお、③の命令を行った場合には、事業者名、命令に至った経緯等を公表する。また、③の命令に従わない場合には、当該指定を取り消すこと又は取り消しを行う前に相当の期間を定めて指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。
- ただし、次の場合には、基準に従った適正な運営ができなくなったものとして、指定の全部若しくは一部の停止、又は直ちに指定を取り消すことができる。
  - ① 指定居宅介護支援事業者及びその従業者が、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用させることへの対償として、当該居宅サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を収受したとき、その他の自己の利益を図るために基準に違反したとき
  - ② 利用者の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき
  - ③ その他①及び②に準ずる重大かつ明白な基準違反があったとき
- 特に、指定居宅介護支援の事業において、基準に合致することを前提に自由に事業への参入を認めていること等に鑑み、基準違反に対しては、厳正に対応すべきとされている。

## (2) 事業の基本方針

- 利用者が可能な限り、居宅において、有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう配慮すること。  
「在宅介護の重視」という介護保険制度の基本理念の実現
- 利用者の選択に基づく、多様な事業者からの総合的かつ効率的なサービス提供に配慮すること。
- 公正中立に行うこと。特定のサービスや事業者に不当に偏しないこと。
- 市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の事業者、介護保険施設等との連携に努めること。
- 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- 指定居宅介護支援を提供するに当たっては、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

## (3) 人員に関する基準

### ※用語の定義

#### ①「常勤」

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従事者が勤務すべき時間数（週32時間を下回る場合は週32時間を基本とする）に達していることをいうものである。

ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第13条第1項に規定する措置（以下この①において「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下この①において「育児・介護休業法」という。）第23条第1項、同条第3項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置若しくは厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業所が自主的に設ける所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従事者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業、母性健康管理措置、育児・介護休業法第2条第1号に規定する育児休業、同条第2号に規定する介護休業、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第1項（第2号に係る部分に限る。）の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従事者を常勤の従事者の員数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能である。

### 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol.1)」

(令和3年3月19日付け厚生労働省老健局老人保険課ほか連名事務連絡)

- Q. 人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認めるとあるが、「同等の資質を有する」かについてどのように判断するのか。
- A. 「同等の資質を有する」とは、当該休業を取得した職員の配置により満たしていた、勤続年数や所定の研修の修了など各施設基準や加算の算定要件として定められた資質を満たすことである。

### 「運営基準等に係るQ&Aについて」

(平成14年3月28日付け厚生労働省老健局振興課 事務連絡)

- Q. 常勤換算方法により算定される従業者が出張したり、また休暇を取った場合に、その出張や休暇に係る時間は勤務時間としてカウントするのか。
- A. 常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」(居宅サービス運営基準第2条第8号等)であり、また、「勤務延時間数」とは、「勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間(又は当該事業に係るサービスの提供のための準備等を行う時間(待機の時間を含む))として明確に位置づけられている時間の合計数」である(居宅サービス運営基準解釈通知第2-2-(2)等)。
- 以上から、非常勤の従業者の休暇や出張(以下「休暇等」)の時間は、サービス提供に従事する時間とはいえないので、常勤換算する場合の勤務延時間数には含まない。
- なお、常勤の従業者(事業所において居宅サービス運営基準解釈通知第2-2-(3)における勤務体制を定められている者をいう。)の休暇等の期間についてはその期間が暦月で1月を超えるものでない限り、常勤の従業者として勤務したもとして取り扱うものとする。

### ②「専らその職務に従事する」

原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいうものである。

## ① 介護支援専門員の員数

- 事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに必ず1人以上の介護支援専門員を常勤で置かなければならない。
- 常勤の介護支援専門員を置くべきこととしたのは、事業所の営業時間中は、介護支援専門員は常に利用者からの相談等に対応できる体制を整えている必要があるという趣旨である。

介護支援専門員がその業務上の必要性から、又は他の業務を兼ねていることから、当該事業所に不在となる場合であっても、管理者、その他の従業者等を通じ、利用者が適切に介護支援専門員に連絡が取れる体制としておく必要がある。

当該常勤の介護支援専門員の配置は、利用者の数（当該事業者が介護予防支援の指定を併せて受け、又は地域包括支援センターの設置者である指定介護予防支援事業者から委託を受けて、当該事業所において指定介護予防支援を行う場合にあっては、当該事業所における指定居宅介護支援の利用者の数に当該事業所における指定介護予防支援の利用者の数に3分の1を乗じた数を加えた数。44人（当該指定居宅介護支援事業所においてケアプランデータ連携システムを活用し、かつ、事務職員を配置している場合は49人）に対して1人を基準とするものであり、利用者の数が44人又はその端数を増すごとに増員するものとする。

### <運営指導における不適正事例>

- 利用者数に比べて介護支援専門員数が非常に少ない。
- 介護保険施設の常勤専従の介護支援専門員と兼務している。

## ② 管理者

管理者は、主任介護支援専門員であって、専ら管理者の職務に従事する常勤の者でなければならない。ただし、管理者がその管理する居宅介護支援事業所の介護支援専門員の職務に従事する場合及び管理者が他の事業所の職務に従事する場合は、必ずしも専ら管理者の職務に従事する常勤の者でなくても差し支えない。（その管理する指定居宅介護支援事業所の管理に支障がない場合に限る）

なお、介護保険施設の常勤専従の介護支援専門員との兼務は認められない。

また、例えば、訪問系サービスの事業所において訪問サービスそのものに従事する従業者と兼務する場合及び事故発生時や災害発生時の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定居宅介護支援事業所又は利用者の居宅に駆けつける付けることができない体制となっている場合は管理者の業務に支障があると考えられる。また、併設する事業所に原則として常駐する老人介護支援センターの職員、訪問介護、訪問看護等の管理者等との兼務は可能と考えられる。

指定居宅介護支援事業所の管理者は、指定居宅介護支援事業所の営業時間中は、常に利用者からの利用申込等に対応できる体制を整えている必要があるものであり、管理者が介護支援専門員を兼務していて、その業務上の必要性から当該事業所に不在となる場合であっても、その他の従業者等を通じ、利用者が適切に管理者に連絡が取れる体制としておく必要がある。

なお、令和9年3月31日までの間は、令和3年3月31日時点で主任介護支援専門員でない者が管理者である居宅介護支援事業所については、当該管理者が管理者である限り、管理者を主任介護支援専門員とする要件の適用を猶予することとしているが、指定居宅介護支援事業所における業務管理や人材育成の取組を促進する観点から、経過措置期間の終了を待たず、管理者として主任介護支援専門員を配置することが望ましい。

また、次に該当する場合には、管理者要件についての特例の適用を受けることができる。

- 以下のような、主任介護支援専門員の確保が著しく困難である等やむを得ない理由がある場合については、管理者を介護支援専門員とする取扱いを可能とする。
  - 令和3年4月1日以降、不測の事態（※）により、主任介護支援専門員を管理者とできなくなってしまった場合であって、主任介護支援専門員を管理者とできなくなった理由と、今後の管理者確保のための計画書（様式は各保険者へ問い合わせること）を保険者に届け出た場合
    - なお、この場合、管理者を主任介護支援専門員とする要件の適用を1年間猶予するとともに、当該地域に他に居宅介護支援事業所がない場合など、利用者保護の観点から特に必要と認められる場合には、保険者の判断により、この猶予期間を延長することができることとする。
    - （※）不測の事態については、保険者において個別に判断することとなるが、想定される主な例は次のとおり
      - ・ 本人の死亡、長期療養など健康上の問題の発生
      - ・ 急な退職や転居 等
  - 特別地域居宅介護支援加算又は中山間地域等における小規模事業所加算を取得できる場合

#### (4) 運営に関する基準

##### ① 介護保険等関連情報の活用とPDCAサイクルの推進について

- 指定居宅介護支援を行うに当たっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報等を活用し、事業所単位でPDCAサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければならない。

##### ② 内容及び手続の説明及び同意

- 事業者は、利用申込があった場合には、あらかじめ、利用者又はその家族に対して、運営規程の概要・介護支援専門員の勤務体制・秘密の保持・事故発生時の対応・苦情処理の体制等、利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項を、説明書やパンフレット等の文書を交付して説明を行い、同意を得なければならない。  
同意については書面によって確認することが望ましい。

- 居宅サービス計画は、基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものである。このため、指定居宅介護支援について利用者の主体的な参加が重要であり、居宅サービス計画の作成にあたって利用者から介護支援専門員に対して複数の指定居宅サー

ビス事業者等の紹介を求めること等につき十分説明を行わなければならない。なお、この内容を利用者又はその家族に説明を行うに当たっては、併せて居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由を求めることが可能であることにつき説明を行うとともに、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ことや、それを理解したことについて利用申込者から署名を得ることが望ましい。

さらに、前6月間に当該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の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護(以下この項において「訪問介護等」という。)がそれぞれ位置付られた居宅サービス計画の数が占める割合及び前6月間に当該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訪問介護等ごとの回数のうちに同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合(上位3位まで)等につき十分説明を行い、理解を得よう努めなければならない。

この前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する。

① 前期(3月1日から8月末日)

② 後期(9月1日から2月末日)

なお、説明については、指定居宅介護支援の提供の開始に際し行うものとするが、その際に用いる当該割合等については、直近の①もしくは②の期間のものとする。

また、利用者が病院又は診療所に入院する場合には、利用者の居宅における日常生活上の能力や利用していた指定居宅サービス等の情報を入院先医療機関と共有することで、医療機関における利用者の退院支援に資するとともに、退院後の円滑な在宅生活への移行を支援することにもつながる。基準第4条第3項は、指定居宅介護支援事業者と入院先医療機関との早期からの連携を促進する観点から、利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合には担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう、利用者又はその家族に対し事前に協力を求める必要があることを規定するものである。なお、より実効性を高めるため、日頃から介護支援専門員の連絡先等を介護保険被保険者証や健康保険被保険者証、お薬手帳等と合わせて保管することを依頼しておくことが望ましい。

<運営指導における不適正事例>

■ 重要事項説明書の記載内容が不十分。

(例) 苦情相談窓口(事業所・国保連・市町村)、事故発生時の対応苦情処理の体制、秘密の保持

■ 重要事項説明書の内容が運営規程と異なる。※特に実施地域や営業日

■ 実施地域を越えたサービスの提供に係る交通費の記載が不適切。

### 「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (vol. 1)」

(令和6年3月15日付け厚生労働省老健局老人保険課ほか連名事務連絡)

Q. 今回の改定において、ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、利用者に、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（以下、訪問介護等という。）の各サービスの利用割合及び前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護等の各サービスの、同一事業者によって提供されたものの割合（以下、訪問介護等の割合等）の説明を行うことが努力義務とされたが、具体的な説明方法として、どのような方法が考えられるか。

A. 例えば、以下のように重要事項説明書等に記載し、訪問介護等の割合等を把握できる資料を別紙として作成し、居宅介護支援の提供の開始において示すとともに説明することが考えられる。

なお、「同一事業者によって提供されたものの割合」については、前6か月間に作成したケアプランに位置付けられた訪問介護等の各事業所における提供回数のうち（※同一事業所が同一利用者に複数回提供してもカウントは1）、同一事業所によって提供されたものの割合であるが、その割合の算出に係る小数点以下の端数処理については、切り捨てても差し支えない。

<例>

※重要事項説明書

第●条 当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりである。

※別紙

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

訪問介護 ●%  
通所介護 ●%  
地域密着型通所介護 ●%  
福祉用具貸与 ●%

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

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 ●%

### ③ 提供拒否の禁止

○ 事業者は、正当な理由なく指定居宅介護支援の提供を拒んではならない。

(正当な理由の例)

- 事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合
- 利用申込者の居住地が事業所の通常の事業の実施地域外である場合
- 利用申込者が他の事業所にも併せて依頼を行っていることが明らかな場合

④ サービス提供困難時の対応

事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定居宅介護支援を提供することが困難であると認めた場合は、他の事業者の紹介、その他必要な措置を講じなければならない。

⑤ 受給資格等の確認

被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無、要介護認定の有効期間を確かめるものとする。

⑥ 要介護認定の申請に係る援助

新規、更新の申請について、利用申込者の意思を踏まえ、必要な援助を行わなければならない。

⑦ 身分を証する書類の携行

事業者は、介護支援専門員に介護支援専門員証を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められた時は、これを提示すべき旨を指導すること。

⑧ 利用料等の受領

○償還払いの場合の利用料と介護報酬により算定した額との間に、不合理な差額を設けてはならない。

○通常の事業の実施地域以外の地域の居宅を訪問して指定居宅介護支援を実施する場合は、それに要した交通費の支払いを利用者から受けることができる。その場合は、あらかじめ利用者又はその家族に対して額等に関して説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

○あいまいな名目による費用の支払いを受けることは認められない。

⑨ 保険給付の請求のための証明書の交付

利用者から利用料の支払いを受けた場合は、当該利用料の額等を記載した指定居宅介護支援提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。

⑩ 指定居宅介護支援の基本取扱方針

○居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行うこと。

○医療サービスとの連携に十分配慮して行うこと。

○事業者は、自らその提供する居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

<運営指導における不適正事例>

- 要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するような計画となっていない。
- 主治医意見書等に「訪問看護」や「通所リハビリテーション」等が必要であるとの記載があるのに、その利用について検討されることなく、訪問介護のみを計画に位置付けている事例

## ⑪ 指定居宅介護支援の具体的取扱方針

指定居宅介護支援の具体的取扱方針は、利用者の課題分析、サービス担当者会議の開催、居宅サービス計画の作成、居宅サービス計画の実施状況の把握などの居宅介護支援を構成する一連の業務のあり方及び当該業務を行う介護支援専門員の責務を明らかにしたものである。

利用者の課題分析（第6号）から担当者に対する個別サービス計画の提出依頼（第12号）に掲げる一連の業務については、基準第1条の2に掲げる基本方針を達成するために必要となる業務を列記したものであり、基本的にはこのプロセスに応じて進めるべきものであるが、緊急的なサービス利用等やむを得ない場合や、効果的・効率的に行うことを前提とするものであれば、業務の順序について拘束するものではない。ただし、その場合にあっても、それぞれ位置付けられた個々の業務は、事後的に可及的速やかに実施し、その結果に基づいて必要に応じて居宅サービス計画を見直すなど適切に対応しなければならない。

### （1号）介護支援専門員による居宅サービス計画の作成

管理者は、居宅サービス計画の作成に関する業務の主要な過程を介護支援専門員に担当させること。

### （2号）基本的留意点

指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行わなければならない。

○居宅介護支援は、利用者及びその家族の主体的な参加及び自らの課題解決に向けての意欲の醸成と相まって行われることが重要。

○介護支援専門員は、サービスの提供方法等について利用者及びその家族に理解しやすいように説明を行うことが重要。

### （第2の2号）身体的拘束等の原則禁止

### （第2の3号）身体的拘束等を行う場合の記録

当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するために緊急やむをない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならず、緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合であっても、その態様及び時間、その際の利用者の心身状況並びに緊急やむをえない理由を記録しなければならない。

### （3号）継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用

介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにしなければならない。

○介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成又は変更に当たり、計画的に指定居宅サービス等の提供が行われるようにすることが必要であり、支給限度額の枠があることのみをもって、特定の時期に偏って継続が困難な、また必要性に乏しい居宅サービスの利用を助長することがあってはならない。

＜運営指導における不適正事例＞

■ 継続的な支援という観点に立ち、計画的に居宅サービス等を利用するようなプランとなっていない。

(例) ・毎月のようにサービス内容、利用頻度、時間が変わっている

・支給限度額一杯にするために、必要のないサービスまで組んでいる

(4号) 総合的な居宅サービス計画の作成

- 利用者の日常生活全般を支援する観点に立って作成されることが重要。
- 介護給付等対象サービス以外のサービス等も含めて居宅サービス計画に位置付けることにより総合的な計画となるよう努めること。

(例)

- 市町村保健師等が居宅を訪問して行う指導・教育等の保健サービス
- 老人介護支援センターにおける相談援助
- 市町村施策（配食サービス、寝具乾燥サービス等）
- 地域住民による見守り、配食、会食等の自発的な活動によるサービス
- 精神科訪問看護等の医療サービス
- はり師・きゅう師による施術
- 保健師・看護師・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師による機能訓練

- 介護支援専門員は、利用者の希望や課題分析の結果を踏まえ、地域で不足していると思われるサービス等については、介護給付等対象サービスであるかどうかを問わず、地域において提供されるよう関係機関等に働きかけることが望ましい。

(5号) 利用者自身によるサービスの選択

- 利用者によるサービスの選択に資するよう、利用者から居宅サービス計画案の作成にあたって複数の指定居宅サービス事業者等の紹介の求めがあった場合等には誠実に対応するとともに、居宅サービス計画案を利用者に提示する際には、当該利用者が居住する地域の指定居宅サービス事業者等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て提供するもの。
- 特定の指定居宅サービス事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のサービスのみによる居宅サービス計画原案を最初から提示するようなことがあってはならない。
- 例えば集合住宅等において、特定の指定居宅サービス事業者のサービスを利用することを、選択の機会を与えることなく入居条件とするようなことはあってはならないが、居宅サービス計画についても、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の指定居宅サービス事業者のみを居宅サービス計画に位置付けるようなことはあってはならない。

＜運営指導における不適正事例＞

■ 計画の作成開始時に同一事業主体のサービス事業所以外のサービス事業者等の情報を利用者・家族に提供していない。

(6号) 課題分析の実施

- 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に先立ち利用者の課題分析を行う。
- 課題分析とは、利用者の有する日常生活上の能力や利用者が既に提供を受けている居宅サービスや介護者の状況等、利用者を取り巻く環境等の評価を通じて利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題点を明らかにし、利用者が自立した生活が営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握すること。
- 課題分析は、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、利用者の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。
- 国が示した 23 項目は具備すること。

(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、その他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、食分量、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

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない

認知症高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

(7号) 課題分析における留意点

- 介護支援専門員は、解決すべき課題の把握（アセスメント）に当たっては、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合を除き、必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。  
→ 利用者やその家族との信頼関係・協働関係の構築、面接の趣旨の説明・理解
- アセスメントの結果について記録するとともに、当該記録は完結の日から、5年間保存しなければならない。

<運営指導における不適正事例>

- 課題分析が全く行われていない、また、必要項目を満たしていない。
- 適切な方法を用いた課題分析が行われていない。
- 利用者の解決すべき課題の把握（アセスメント）又はその結果の記録が不十分。
- アセスメントに当たって利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない。
- 家族への説明がなされていない。

(8号) 居宅サービス計画原案の作成

- 利用者の希望及び利用者についてアセスメントの結果による専門的見地に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における居宅サービス等が提供される体制を勘案した上で、最も適切なサービスの組合せを検討し、実現可能なものとする。
- 利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題を記載した上で、提供されるサービスの長期目標・それを達成するための短期目標・それらの達成時期、サービスの種類・内容・利用料、サービス提供上の留意事項を明確に盛り込むこと。
- 提供されるサービスの目標とは、利用者がサービスを受けつつ到達しようとする目標を指し、サービス提供事業者側の個別サービス行為を意味するものではない。
- 各事業所のサービス提供における留意点を認識すること。  
→ 通所サービスにおいて、併設される医療機関への通院を一律に機械的に位置付けることは適切ではない。

<運営指導における不適正事例>

- 第1表「生活援助中心型の算定理由」が明示されていない。
- 第2表「目標に付する期間」「援助の期間」「保険給付の対象か否かの区分」等が明示されていない。
- 第2表「目標」「サービス内容」が具体的でない。
- 第3表「週単位以外のサービス」が記載されていない。
- 第3表「主な日常生活上の活動」が明示されていない。
- アセスメントにより把握された課題と計画に位置付けられたサービスが対応していない。
- 居宅サービス計画書の各表の記載内容に不整合がある。
- 居宅サービス計画書がない期間がある。

(9号) サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

- 効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、各サービスが共通の目標を達成するために何ができるか等について、居宅サービス計画原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議の開催により利用者 の状況等に関する情報を当該担当者と共有するとともに、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要。

また、やむを得ない理由がある場合については、照会等により意見を求めることができるものとしているが、この場合にも緊密に相互の情報交換を行うことにより、利用者の状況等についての情報や居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要はある。

なお、やむを得ない理由がある場合とは、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を勧告して必要と認める場合のほか、開催の日程調整を行ったがサービス担当者の事由によりサービス担当者会議への参加が得られなかった場合等が想定される。

サービス担当者会議は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この（9号）において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

また、末期の悪性腫瘍の利用者について必要と認める場合とは、主治の医師等が日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると判断した時点以降において、主治の医師等の助言を得た上で、介護支援専門員がサービス担当者に対する照会等により意見を求めることが必要と判断した場合を想定している。なお、ここでいう「主治の医師等」とは、利用者の最新の心身の状態、受診中の医療機関、投薬内容等を一元的に把握している医師であり、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことから、利用者又はその家族等に確認する方法等により、適切に対応すること。また、サービス種類や利用回数の変更等を利用者 に状態変化が生じるたびに迅速に行っていくことが求められるため、日常生活上の障害が出現する前に、今後利用が必要と見込まれる指定居宅サービス等の担当者を含めた関係者を招集した上で、予測される状態変化と支援の方向性について関係者間で共有しておくことが望ましい。

- サービス担当者会議の要点又は担当者への照会内容について記録するとともに、当該記録は完結の日から5年間保存しなければならない。

<運営指導における不適正事例>

- 計画の新規作成、変更の際にサービス担当者会議等を行っていない。
- 居宅サービス計画原案に位置づけた全ての居宅サービス事業等の担当者からの意見を求めている。
- サービス担当者会議における検討内容が不十分である。

(10 号) 居宅サービス計画の説明及び同意

- 居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。
- 説明及び同意を要する居宅サービス計画原案とは、いわゆる居宅サービス計画書の第1表から第3表まで、第6表(利用票)及び第7表(別表)に相当するものすべてを指す。

(11 号) 居宅サービス計画の交付

- 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、遅滞なく利用者及び担当者に交付しなければならない。
- 担当者に交付する際には、計画の趣旨及び内容等について十分説明し、各担当者との共有、連携を図った上で、各担当者が自ら提供する居宅サービスが当該計画における位置付けを理解できるように配慮する必要がある。
- 居宅サービス計画は完結の日から5年間保存しなければならない。

<運営指導における不適正事例>

- 説明が不十分なため、利用者が本来対象とならない内容のサービスが保険給付の対象となると誤解している。
- 計画の原案について利用者の同意を得ていない。
- 居宅サービス計画書を利用者に交付した旨の記録がない。
- 計画書に計画作成日を記載していない。
- 居宅サービス計画書を、利用者及び居宅サービス計画に位置づけた各サービス担当者に交付していない。(特に第1表から第3表)

(12 号) 担当者に対する個別サービス計画の提出依頼

介護支援専門員は、居宅サービス計画等に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問介護計画（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準

（平成11年厚生省令第37号。以下「指定居宅サービス等基準」という。）第24条第1項に規定する訪問介護計画をいう。）等指定居宅サービス等基準において位置づけられている計画の提出を求めるものとする。

- 居宅サービス計画と個別サービス計画との連動性を高め、居宅介護支援事業者とサービス提供事業者の意識の共有を図ることが重要であるため、担当者に居宅サービス計画を交付したときは、担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認すること。
- なお、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性の確認については居宅サービス計画を担当者に交付したときに限らず、必要に応じて行うことが望ましい。さらに、サービス担当者会議の前に居宅サービス計画の原案を担当者に提供し、サービス担当者会議に個別サービス計画案の提出を求め、サービス担当者会議において情報の共有や調整を図るなどの手法も有効である。

(13 号・13 の2号) 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等

- 介護支援専門員は、居宅サービス計画作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合等、

必要に応じて居宅サービス計画の変更、居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行う。

- 解決すべき課題の変化は、利用者に直接サービスを提供する居宅サービス事業者等により把握されることも多いことから、介護支援専門員は、各サービス担当者と緊密な連携を図り、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めなければならない。
- また、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報は、主治の医師等又は薬剤師が医療サービスの必要性等を検討するにあたり有効な情報である。このため、指定居宅介護支援の提供に当たり、例えば、
  - ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
  - ・薬の服用を拒絶している
  - ・使いきらないうちに新たに薬が処方されている
  - ・口臭や口腔内出血がある
  - ・体重の増減が推測される見た目の変化がある
  - ・食事量や食事回数に変化がある
  - ・下痢や便秘が続いている
  - ・皮膚が乾燥していたり、湿疹等がある
  - ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない状況

等の利用者の心身又は生活状況に係る情報を得た場合は、それらの情報のうち、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要であると介護支援専門員が判断したのについて、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。なお、ここでいう「主治の医師」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。

<運営指導における不適正事例>

- 居宅サービス計画作成後の課題把握・連絡調整等が不十分である。
- 提供されたサービス内容が居宅サービス計画と異なっている。

(14 号) モニタリングの実施

介護支援専門員は、モニタリングに当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行わなければならない。

特段の事情がない限り、少なくとも1月に1回、利用者と面接を行い、かつ、少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。また、面接は、原則、利用者の居宅を訪問することにより行うこと。

ただし、基準第13条第14号(1)及び(2)の要件を満たしている場合であって、少なくとも2月に1回利用者の居宅を訪問し、面接するときは、利用者の居宅を訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して面接を行うことができる。なお、テレビ電話装置等を活用して面接を行う場合においても、利用者の状況に変化が認められた場合等においては、居宅を訪問することによる面接に切り替えることが適当である。また、テレビ電話装置等の活用にあたっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

テレビ電話装置等を活用して面接を行うにあたっては、以下のイからホに掲げる事項について留意する必要がある。

イ 文書により利用者の同意を得る必要があり、その際には、利用者に対し、テレビ電話装置等による面接のメリット及びデメリットを含め、具体的な実施方法（居宅への訪問は2月に1回であること等）を懇切丁寧に説明することが重要である。なお、利用者の認知機能が低下している場合など、同意を得ることが困難と考えられる利用者については、後述の口の要件の観点からも、テレビ電話装置等を活用した面接の対象者として想定されない。

ロ 利用者の心身の状況が安定していることを確認するに当たっては、主治の医師等による医学的な観点からの意見や、以下に例示する事項等も踏まえて、サービス担当者会議等において総合的に判断することが必要である。

- 介護者の状況の変化が無いこと
- 住環境に変化が無いこと（住宅改修による手すり設置やトイレの改修等を含む）
- サービス（保険外サービスも含む）の利用状況に変更が無いこと

ハ テレビ電話装置等を活用して面接を行うに当たっては、利用者がテレビ電話装置等を介して、利用者の居宅において対面で面接を行う場合と同程度の対応ができる必要がある。なお、テレビ電話装置等の操作については、必ずしも利用者自身で行う必要はなく、家族等の介助者が操作を行うことは差し支えない。

ニ テレビ電話装置等を活用して面接を行う場合、画面越しでは確認できない利用者の健康状態や住環境等の情報については、サービス事業所の担当者からの情報提供により補完する必要がある。この点について、サービス事業所の担当者の同意を得るとともに、サービス事業所の担当者の過度な負担とならないよう、情報収集を依頼する項目や情報量については留意が必要である。なお、サービス事業所の担当者に情報収集を依頼するに当たっては、19ページの「情報連携シート」を参考にされたい。

ホ 主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得る方法としては、サービス担当者会議のほか、利用者の通院や訪問診療への立会時における主治の医師への意見照会や、サービス事業所の担当者との日頃の連絡調整の際の意見照会も想定されるが、いずれの場合においても、合意に至るまでの過程を記録しておくことが必要である。

- 特段の事情とは、利用者の事情により居宅訪問・面接ができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。
- 特段の事情については、具体的な内容を記録しておくことが必要。
- モニタリングの結果は完結の日から5年間保存しなければならない。



	あり/なし	あり/なし	
	あり/なし	あり/なし	

特に確認したい事項・情報共有事項、総括			

**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、起きあがり、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）、摂食嚥下機能の状況、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

(15 号) 居宅サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取

次の場合には、サービス担当者会議の開催により居宅サービス計画の変更の必要性について、専門的な見地からの意見を求めること。

- 要介護認定を受けている利用者が、要介護更新認定を受けた場合
- 要介護認定を受けている利用者が、要介護状態区分の変更の認定を受けた場合  
ただし、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができる。

なお、ここでやむを得ない理由がある場合とは、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合や居宅サービス計画の変更から間もない場合で利用者の状態に大きな変化が見られない場合等が想定される。

- サービス担当者会議の要点又は担当者への照会内容は、記録するとともに完結の日から5年間保存しなければならない。居宅サービス計画の変更の必要がない場合も同様。

<運営指導における不適正事例>

- 更新認定、区分変更認定時に、サービス担当者会議を開催していない。
- 更新認定、区分変更認定時に、サービス担当者会議等で計画変更の必要性について十分検討されていない。
- ケアプラン変更時にサービス担当者会議を開催していない。（軽微な変更を除く）

(16 号) 居宅サービス計画の変更

介護支援専門員は、居宅サービス計画を変更する際には、原則として、基準第 13 条第 3 号から第 12 号までに規定された居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要である。

なお、利用者の希望による軽微な変更（例えばサービス提供日時の変更等で、介護支援専門員が基準第 13 条第 3 号から第 12 号までに掲げる一連の業務を行う必要性がないと判断したもの）を行う場合には、この必要はないものとする。

ただし、この場合においても介護支援専門員が、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であることは、同条第 13 号（⑭居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等）に規定したとおりであるので念のため申し添える。

(17 号) 介護保険施設への紹介その他便宜の提供

(18 号) 介護保険施設との連携：居宅における生活への円滑な移行

(18 号の 2) 居宅サービス計画の届出

訪問介護（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 訪問介護費の注 3 に規定する生活援助が中心である指定訪問介護に限る。以下この（18 号の 2）において同じ。）の利用回数が統計的に見て通常の居宅サービス計画よりかけ離れている場合には、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る。

このため、一定回数（基準第 13 条第 18 号の 2 により厚生労働大臣が定める回数という。以下同じ。）以上の訪問介護を位置づけ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。

届出にあたっては、当該月において作成又は変更（（16 号）における軽微な変更を除く。）した居宅サービス計画のうち一定回数以上の訪問介護を位置づけたものについて、翌月の末日までに市町村に届け出ることとする。

なお、ここで言う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言う。また、居宅サービス計画の提出頻度について、一度市町村が検証した居宅サービス計画の次回の届出は、1 年後でよいものとする。

※ 参照 P 1 3 3 「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」の公布について

#### (18 号の 3) 居宅サービス計画の届出

居宅サービス計画に位置づ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（以下この（18 号の 3）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に定める基準（基準第 13 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くことが適当である。

このため、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。

届出にあたっては、当該月において作成又は変更（（16 号）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、ここでいう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提出頻度について、一度市町村が検証した居宅サービス計画の次回の届出は、1 年後でよいものとする。

#### (19 号・19 号の 2・20 号) 主治の医師等の意見等

訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）及び看護小規模多機能型居宅介護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）を居宅サービス計画に位置付ける場合には、主治の医師等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。なお、交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。また、ここで意見を求める「主治の医師等」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。特に、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションについ

ては、医療機関からの退院患者において、退院後のリハビリテーションの早期開始を推進する観点から、入院中の医療機関の医師による意見を踏まえて、速やかに医療サービスを含む居宅サービス計画を作成することが望ましい。

なお、医療サービス以外の指定居宅サービス等を居宅サービス計画に位置付ける場合にあつて、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、介護支援専門員は、当該留意点を尊重して居宅介護支援を行うものとする。

<運営指導における不適正事例>

- 事前に主治医に意見を求めないまま訪問看護等の医療サービスを、計画に位置付けている。
- 主治医の意見について、口頭確認のみ行い内容が記録に残されていない。

【参考】

医療保険と介護保険の調整については、令和4年3月25日付保医発0325第2号（「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について：厚生労働省保険局医療課長通知）により改正されているため、留意すること。

(21号) 短期入所生活介護及び短期入所療養介護の居宅サービス計画への位置付け

介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置付ける場合にあつては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。

- 短期入所サービスは、利用者の自立した日常生活の維持のために利用されるものであり、指定居宅介護支援を行う介護支援専門員は、短期入所サービスを位置付けるサービスの計画の作成に当たって、利用者にとってこれらの居宅サービスが在宅生活の維持につながるように十分に留意しなければならないこと。
- 短期入所サービスの利用日数に係る「要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えない」という目安については、個々の利用者の心身状況やその置かれている環境等の適切な評価に基づき、在宅生活の維持の必要性に応じて弾力的に運用することが可能であり、要介護認定の有効期間の半数の日数以内であるかについて機械的な適用を求めるものではない。従って、利用者の心身の状況及び本人、家族等の意向に照らし、この目安を超えて短期入所サービスの利用が特に必要と認められる場合においては、これを上回る日数の短期入所サービスを居宅サービス計画に位置づけることも可能であること。

※ 参照 P120 「短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の取扱い」

(22号・23号) 福祉用具貸与及び特定福祉用具販売の居宅サービス計画への反映

介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与及び福祉用具販売を位置付ける場合は、サービス担当者会議を開催し、当該計画に福祉用具貸与及び福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

さらに、選択制の対象福祉用具を居宅サービス計画に位置づける場合には、福祉用具の適時適切な利用及び利用者の安全を確保する観点から、基準第13条第5号の規定に基づき、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることや、それぞれのメリット及びデメリット等、利用者の選択に資するよう、必要な情報を提供しなければならない。なお、選択制の対象福祉用具の提案を行う際、利用者の心身の状況の確認に当たっては、利用者へのアセスメントの結果に加え、医師やリハビリテーション専門職等からの意見聴取、退院・退所前カンファレンス又はサービス担当者会議等の結果を踏まえることとし、医師の所見を取得する具体的な方法は、主治医意見書による方法のほか、診療情報提供書又は医師から所見を聴取する方法が考えられる。

なお、福祉用具貸与については、居宅サービス計画作成後、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催して、利用者が継続して福祉用具貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取するとともに検証し、継続する場合には、その理由を再び居宅サービス計画に記載しなければならない。なお、選択制の対象福祉用具の場合については、福祉用具専門相談員によるモニタリングの結果も踏まえること。

#### 「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (vol. 1)」

(令和6年3月15日付け厚生労働省老健局老人保険課ほか連名事務連絡)

- Q.** 貸与と販売の提案に係る利用者の選択に資する情報提供について福祉用具専門相談員又は介護支援専門員が提供する利用者の選択に当たって必要な情報とはどういったものが考えられるか。
- A.** 利用者の選択に当たって必要な情報としては、
- ・ 利用者の身体状況の変化の見通しに関する医師やリハビリテーション専門職等から聴取した意見
  - ・ サービス担当者会議等における多職種による協議の結果を踏まえた生活環境等の変化や福祉用具の利用期間に関する見通し
  - ・ 貸与と販売それぞれの利用者負担額の違い
  - ・ 長期利用が見込まれる場合は販売の方が利用者負担額を抑えられること
  - ・ 短期利用が見込まれる場合は適時適切な福祉用具に交換できる貸与が適していること
  - ・ 国が示している福祉用具の平均的な利用月数（※）等が考えられる。
- ※ 選択制の対象福祉用具の平均的な利用月数（出典：介護保険総合データベース）
- ・ 固定用スロープ：13.2ヶ月
  - ・ 歩行器：11.0ヶ月
  - ・ 単点杖：14.6ヶ月
  - ・ 多点杖：14.3ヶ月
- Q.** 福祉用具専門相談員は、利用者に貸与と販売の選択に資する適切な情報を提供したという事実を何に記録すればよいのか。
- A.** 福祉用具貸与・販売計画又はモニタリングシート等に記録することが考えられる。
- Q.** 選択制の対象福祉用具を居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（以下「居宅サービス計画等」という。）に位置付ける場合、主治医意見書や診療情報提供書に福祉用具に関する記載がない場合は、追加で医師に照会する必要があるか。
- A.** 追加で医師に照会することが望ましいが、主治医意見書や診療情報提供書、アセスメント等の情報から利用者の心身の状況を適切に把握した上で、貸与・販売の選択に必要な情報が得られているのであれば、必ずしも追加の照会は要しない。

※ 留意事項

(ア)

介護支援専門員は、要介護1の利用者（以下「軽度者」という。）の居宅サービス計画に指定福祉用具貸与を位置付ける場合には、「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」（平成27年厚生労働省告示第94号）第31号のイで定める状態像の者であることを確認するため、当該軽度者の「要介護認定等基準時間の推計の方法」別表第1の調査票について必要な部分の写しを市町村から入手しなければならない。ただし当該軽度者がこれらの結果を介護支援専門員へ提示することに同意していない場合は、調査票の写しを本人に情報開示させ、それを入手しなければならない。

【参考】別に厚生労働大臣が定める者（第94号告示第31号のイ）

次に掲げる福祉用具の種類に応じ、それぞれ次に掲げる者

(1) 車いす及び車いす付属品 次のいずれかに該当する者

(一) 日常的に歩行が困難な者

(二) 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者

(2) 特殊寝台及び特殊寝台付属品 次のいずれかに該当する者

(一) 日常的に起き上がりが困難な者

(二) 日常的に寝返りが困難な者

(3) 床ずれ防止用具及び体位変換器

日常的に寝返りが困難な者

(4) 認知症老人徘徊感知機器 次のいずれにも該当する者

(一) 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者

(二) 移動において全介助を必要としない者

(5) 移動用リフト（つり具の部分を除く。） 次のいずれかに該当する者

(一) 日常的に立ち上がりが困難な者

(二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者

(三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者

(6) 自動排泄処理装置 次のいずれにも該当する者

(一) 排便が全介助を必要とする者

(二) 移乗が全介助を必要とする者

※自動排泄装置について要介護1 要介護3の者

(イ)

介護支援専門員は、当該軽度者の調査票の写しを指定福祉用具貸与事業者へ提示することに同意を得たうえで、市町村より入手した調査票の写しについて、その内容が確認できる文書を指定福祉用具貸与事業者へ送付しなければならない。

(ウ)

介護支援専門員は、当該軽度者が「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」（平成12年老企第36号）の第二の9(2)①ウの判断方法による場合については、福祉用具の必要性を判断するため、利用者の状態像が、同i)からiii)までのいずれかに該当する旨について、主治医意見書による方法のほか、医師

の診断書又は医師から所見を聴取する方法により、当該医師の所見及び医師の名前を居宅サービス計画に記載しなければならない。この場合において、介護支援専門員は、指定福祉用具貸与事業者より、当該軽度者に係る医師の所見及び医師の名前について確認があったときには、利用者の同意を得て、適切にその内容について情報提供しなければならない。

【参考】(平成 12 年老企第 36 号)の第二の 9 (2)①ウ i) ~ iii)

- i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示第 31 号のイに該当する者  
(例 パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象)
- ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第 31 号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者  
(例 がん末期の急速な状態悪化)
- iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第 31 号のイに該当すると判断できる者  
(例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)

※参照 P 1 2 3 「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の取扱い」

(24 号) 認定審査会意見等の居宅サービス計画への反映

(25 号) 指定介護予防支援事業者との連携

(26 号) 指定介護予防支援業務の受託に関する留意点

指定居宅介護支援事業者は、地域包括支援センターの設置者である指定介護予防支援事業所から指定介護予防支援業務を受託するにあたっては、その業務量を勘案し、指定介護予防支援業務を受託することによって、当該指定居宅介護支援事業者が本来行うべき指定居宅介護支援業務の適正な実施に影響を及ぼす事がないよう配慮しなければならない。

(27 号) 地域ケア会議への協力

地域ケア会議は個別ケースの支援内容の検討を通じて、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援、高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築及び個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握を行うことなどを目的としていることから、指定居宅介護支援事業者は、その趣旨・目的に鑑み、より積極的に協力することが求められる。そのため、地域ケア会議から個別のケアマネジメントの事例の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

⑫ 法定代理受領サービスに係る報告・給付管理票

⑬ 利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付

- 事業者変更の場合
- 要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合
- 利用者からの申し出があった場合

⑭ 利用者に関する市町村への通知:不正な保険給付の受給

⑮ 管理者の責務

- 管理者は、介護保険法の基本理念を踏まえた利用者本位の指定居宅介護支援の提供を行うため、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員等の管理、利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握等を一元的に行うとともに、職員に指定基準の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行わなければならない。また、管理者は、日頃から業務が適正に執行されているか把握するとともに、従業員の資質向上や健康管理等、ワーク・ライフ・バランスの取れた働きやすい職場環境を醸成していくことが重要である。

⑯ 運営規程

- 事業の目的及び運営の方針
- 職員の職種、員数及び職務内容
  - ・介護支援専門員とその他の職員に区分し、員数及び職務内容を記載すること。
  - ・職員の「員数」は日々変わりうるものであるため、業務負担軽減等の観点から、規程を定めるに当たっては、基準第2条において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「〇人以上」と記載することも差し支えない。
- 営業日及び営業時間
- 指定居宅介護支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額  
利用者の相談を受ける場所、課題分析の手順等を記載すること
- 通常の事業の実施地域
  - 客観的にその区域が特定されるものとする。
  - 利用申込に係る調整等の観点からの目安であり、当該地域を越えて指定居宅介護支援が行われることを妨げるものではない。
- 虐待の防止のための措置に関する事項（令和6年3月31日までは努力義務）
- その他運営に関する重要事項

⑰ 勤務体制の確保

- 事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、介護支援専門員については、日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等を明確にすること。
- 勤務の状況等は管理者が管理する必要があり、当該事業所の業務として一体的に管理されることが必要。
- 事業者は、事業所ごとに、事業所の介護支援専門員に指定居宅介護支援の業務を担当させること。
- 事業者は介護支援専門員の資質の向上を図る研修の機会を確保すること。
- 事業者は、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより介護支援専門員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。
- ※ 事業主が講ずべき措置の具体的内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりとする。なお、セクシュアルハラスメントについては、上

司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれることに留意すること。

#### 1 事業主が講ずべき措置の具体的内容

事業主が講ずべき措置の具体的な内容は、事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成18年厚生労働省告示第615号）及び事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和2年厚生労働省告示第5号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりであるが、特に留意されたい内容は以下のとおりである。

##### a 事業者の方針等の明確化及びその周知・啓発

職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。

##### b 相談（苦情を含む。以下この①において同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備

相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。

なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第24号）附則第3条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第30条の2第1項の規定により、中小企業（医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金が5,000万円以下又は常時使用する従業員の数が100人以下の企業）は、令和4年4月1日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされているが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努められたい。

#### 2 事業主が講じることが望ましい取組について

パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して1人で対応させない等）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されている。介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、イ（事業主が講ずべき措置の具体的内容）の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましい。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているので参考にされたい。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_05120.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html)

##### <運営指導における不適正事例>

- 月毎の勤務（予定）表が作成されておらず、勤務状況が不明確。
- 勤務表上、勤務時間・常勤非常勤の別・職員の兼務関係が不明確。

## ⑩ 業務継続計画の策定等

- 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。
- 事業者は、介護支援専門員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を定期的実施しなければならない。
  - \* 業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。
  - \* 研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業員が参加できるようにすることが望ましい。
  - \* 業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。なお、各項目の記載内容については、「「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。さらに、感染症に係る業務継続計画並びに感染症の予防及びまん延の防止のための指針については、それぞれに対応する項目を適切に設定している場合には、一体的に策定することとして差し支えない。
- イ 感染症に係る業務継続計画
  - a 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）
  - b 初動対応
  - c 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）
- ロ 災害に係る業務継続計画
  - a 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）
  - b 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）
  - c 他施設及び地域との連携
- \* 研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとする。

職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年1回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録すること。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えない。
- \* 訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年1回以上）に実施するものとする。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えない。
- \* 訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施

するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

- 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

#### ⑱ 設備及び備品等

- 必要な事務室・設備・備品等を確保すること。
- 相談やサービス担当者会議等に対応するための、利用しやすいスペースを確保すること。

#### ⑳ 従業員の健康管理

- 事業者は介護支援専門員の清潔の保持及び健康状態について、管理すること。

＜運営指導における不適正事例＞

- 定期的に健康診断が行われていない。
- 健康診断記録が事務所に保管されていない。

#### ㉑ 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

- 事業者は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、以下に掲げる措置を講じなければならない。各事項について、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。
  - 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。以下「感染対策委員会」という。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ること。
  - \* 感染対策委員会は、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましい。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、感染対策を担当する者（以下「感染対策担当者」という。）を決めておくことが必要である。なお、同一事業所内での複数担当（※）の兼務や他の事業所・施設等との担当（※）の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。  
（※）身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者  
感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね6月に1回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要がある。
  - \* 感染対策委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
  - \* 感染対策委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営

することとして差し支えない。また、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えない。

- \* 感染対策委員会は、居宅介護支援事業所の従業者が1名である場合は、次に掲げる指針を整備することで、委員会を開催しないことも差し支えない。この場合にあつては、指針の整備について、外部の感染管理等の専門家等と積極的に連携することが望ましい。
- 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。
- \* 指針には、平常時の対策及び発生時の対応を規定する。
- \* 平常時の対策としては、事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等が想定される。また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要である。なお、それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照されたい。
- 事業所において、介護支援専門員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施すること。
- \* 研修の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする。

職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該事業所が定期的な教育（年1回以上）を開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録することが必要である。

なお、研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、事業所内で行うものでも差し支えなく、当該事業所の実態に応じ行うこと。

また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年1回以上）に行うことが必要である。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習等を実施するものとする。

訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

## ② 掲示

- 事業者は、事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、介護支援専門員の勤務体制、その他利用申込者のサービスの選択に資する重要事項を掲示しなければならない。
- 運営規程の概要、介護支援専門員の勤務の体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を指定居宅介護支援事業所の見やすい場所に掲示すること。
- 事業者は、上記の事項を記載した書面を事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、上記の掲示に代えることができる。

- 事業者は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。
  - 事業者は、原則として、重要事項を当該指定居宅介護支援事業者のウェブサイトに掲載することを規定したものであるが、ウェブサイトとは、法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システムのことをいう。なお、重要事項の掲示及びウェブサイトへの掲載を行うにあたり、次に掲げる点に留意する必要がある。
    - イ 事業所の見やすい場所とは、重要事項を伝えるべき介護サービスの利用申込者、利用者又はその家族に対して見やすい場所のことであること。
    - ロ 介護支援専門員の勤務の体制については、職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数を掲示する趣旨であり、介護支援専門員の氏名まで掲示することを求めるものではないこと。
  - ハ 介護保険法施行規則第 140 条の 44 各号に掲げる基準に該当する指定居宅介護支援事業所については、介護サービス情報制度における報告義務の対象ではないことから、基準省令第 22 条第 3 項の規定によるウェブサイトへの掲載は行うことが望ましいこと。なお、ウェブサイトへの掲載を行わない場合も、同条第 1 項の規定による掲示は行う必要があるが、これを同条第 2 項や基準省令第 31 条第 1 項の規定に基づく措置に代えることができること。

<運営指導における不適正事例>

- 事業所に重要事項が掲示されていない。
- 利用者が見えにくい場所に、重要事項が掲示されている。

⑳ 秘密保持

- 介護支援専門員その他の従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- 事業者は、介護支援専門員その他の従業者が、従業者でなくなった後においても利用者・家族の秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時に取り決め、例えば違約金について定める等の措置を講ずるべきものであること。
- 事業者は、サービス担当者会議等において、利用者・家族の個人情報を用いる場合は、利用者及びその家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

<運営指導における不適正事例>

- 在職中、退職後の秘密保持について措置が講じられていない。
- 個人情報（家族を含む）使用の同意を、文書で得ていない。

㉑ 広告

- 内容が虚偽又は誇大なものであってはならない。

㉒ 居宅サービス事業者等からの利益收受の禁止等

- 事業者及び管理者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、介護支援専門員に対して、利益誘導のために、特定の居宅サービス事業者等によるサービスを位置付ける旨の指示等を行ってはならない。

例) 居宅介護支援の加算を得るために、解決すべき課題に即さない居宅サービス計画に位置付けることはあってはならない。

- 介護支援専門員は、利用者に、利益誘導のために、特定の居宅サービス事業者等

によるサービスを利用すべき旨の指示等を行ってはならない。（上記例参照）

- 事業者及びその従業者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、当該居宅サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

## ②6 苦情処理

- 事業者は、自ら提供した居宅介護支援又は居宅サービス計画に位置付けたサービスに対する利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応しなければならない。
- 事業者は、苦情の内容を踏まえサービスの質の向上に向けた取組を自ら行うべきである。
- 事業者は、苦情を受け付けた場合は、当該苦情の内容等を記録しなければならない。
- 事業者は、市町村からの文書・物件の提出・提示の求め、又は質問・照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合には、必要な改善を行わなければならない。
- 市町村からの求めがあった場合には、改善の内容を報告しなければならない。
- 事業者は、居宅サービス計画に位置付けたサービス、又は指定地域密着型サービスに対する苦情の国民健康保険団体連合会への申立てに関して、利用者に対し必要な援助を行わなければならない。
- 事業者は、国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、そこから指導・助言を受けた場合には、必要な改善を行わなければならない。
- 国民健康保険団体連合会から求めがあった場合には、改善の内容を報告しなければならない。
- 事業者は、相談窓口連絡先や苦情処理の体制・手順等、苦情を処理するために講ずる措置の概要を、事業所に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載しなければならない。なお、ウェブサイトへの掲載に関する取扱いは、第1の2の(4)の②(32ページ参照)に準ずるものとする。

### <運営指導における不適正事例>

- 苦情を処理するために講ずる措置の概要が事務所に掲示されていない。
- 苦情に対する処理経過を記録する様式が整備されていない。
- 市町村からの照会に応じていない。
- 相談窓口連絡先として、市町村(保険者)、国保連の窓口が記載されていない。

## ②7 事故発生時の対応

- 事業者は、事故が発生した場合には、速やかに市町村・利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- 事業者は、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録しなければならない。
- 賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。
- 事故発生時の対応方法を定めておくこと。
- 損害賠償保険に加入すること、又は賠償資力を有すること。
- 事故発生については、原因を解明し、再発防止の対策を講じること。

<運営指導における不適正事例>

- 事故発生時の連絡マニュアル等がない。
- 事故報告等の記録が整備されていない。
- 病院受診等、保険者へ報告義務がある事故を報告していない。

⑳ 虐待の防止

- 指定居宅介護支援事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる措置を講じなければならない。
  - 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。以下「虐待防止委員会」という。）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ること。
  - \* 虐待防止検討委員会は、管理者を含む幅広い職種で構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的に開催することが必要である。また、事業所外の虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。
  - \* 虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要である。
  - \* 虐待防止検討委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えない。また、事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携により行うことも差し支えない。
  - \* 虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。
  - \* 虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討することとする。その際、そこで得た結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業者に周知徹底を図る必要がある。
    - イ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること
    - ロ 虐待の防止のための指針の整備に関すること
    - ハ 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
    - ニ 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること
    - ホ 従業者が虐待等を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
    - ヘ 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
    - ト への再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること
  - 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
  - \* 指針には、次のような項目を盛り込むこととする。
    - イ 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方
    - ロ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項
    - ハ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
    - ニ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
    - ホ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項
    - ヘ 成年後見制度の利用支援に関する事項

ト 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項

チ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項

リ その他虐待の防止の推進のために必要な事項

- 事業所において、介護支援専門員に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施すること。

\* 事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年1回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施すること。

また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、事業所内での研修で差し支えない。

- 上記の措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

\* 当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業員が務めることが望ましい。なお、同一事業所内での複数担当(※)の兼務や他の事業所・施設等との担当(※)の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えない。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任すること。

(※) 身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

#### 「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (vol. 1)」

(令和6年3月15日付け厚生労働省老健局老人保険課ほか連名事務連絡)

- Q. 居宅療養管理指導や居宅介護支援などの小規模な事業者では、実質的に従業員が1名だけということがあり得る。このような事業所でも虐待防止委員会の開催や研修を定期的に行なう必要があるのか。
- A. ・虐待はあってはならないことであり、高齢者の尊厳を守るため、関係機関との連携を密にして、規模の大小に関わりなく虐待防止委員会及び研修を定期的に行なうことが望ましい。小規模事業所においては他者・他機関によるチェック機能が得られにくい環境にあることが考えられることから、積極的に外部機関等を活用されたい。
- ・例えば、小規模事業所における虐待防止委員会の開催にあたっては、法人内の複数事業所による合同開催、感染症対策委員会等他委員会との合同開催、関係機関等の協力を得て開催することが考えられる。
- ・研修の定期的実施にあたっては、虐待防止委員会同様法人内の複数事業所や他委員会との合同開催、都道府県や市町村等が実施する研修会への参加、複数の小規模事業所による外部講師を活用した合同開催等が考えられる。
- ・なお、委員会や研修を合同で開催する場合は、参加した各事業所の従事者と実施したことの内容等が記録で確認できるようにしておくことに留意すること。
- ・また、小規模事業所等における委員会組織の設置と運営や、指針の策定、研修の企画と運営に関しては、以下の資料の参考例(※)を参考にされたい。

(※) 社会福祉法人東北福祉会認知症介護研究・研修仙台センター「施設・事業所における高齢者虐待防止のための体制整備-令和3年度基準省令改正等に伴う体制整備の基本と参考例」令和3年度老人保健健康増進等事業、令和4年3月。

②⑨ 会計の区分

- 事業者は、事業所ごとに経理を区分するとともに、指定居宅介護支援の事業の会計とその他の事業の会計とを区分しなければならない。

<運営指導における不適正事例>

- 他の事業との会計の区分がされてない。

③⑩ 記録の整備

- 事業者は、従業員、設備、備品、会計に関する記録を整備しなければならない。
- 事業者は、次の書類を整備し、各指定権者が定める基準に沿って、ア) びイ) 掲げるものは完結の日から5年間、ウ) からカ) に掲げるものは完結の日から2年間保存しなければならない。

ア) 指定居宅サービス事業者等との連絡調整に関する記録

イ) 個々の利用者ごとに次の事項を記載した居宅介護支援台帳

- 居宅サービス計画
- アセスメントの結果の記録
- サービス担当者会議等の記録
- モニタリングの結果の記録

ウ) 第13条第2号の3の規定（「⑪ 指定居宅介護支援の具体的取扱方針9ページ参照」）による身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録

エ) 市町村への通知に係る記録

オ) 苦情の内容等の記録

カ) 事故の状況及び事故に際して採った処置の記録

<運営指導における不適正事例>

- 書類が整備されていないため、介護支援専門員の勤務形態等が不明。
- 居宅サービス計画書（第1表から第7表まで）がない。
- アセスメントの結果の記録が整備されていない。
- サービス担当者会議等の記録がない。
- モニタリングの結果の記録がない。

(5) 雑則

○ 電磁的記録について

- 指定居宅介護支援事業者及び指定居宅介護支援の提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、規定において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。）で行うことが規定されている又は想定されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によっては認識することができない方式で作られる指定居宅介護支援事業者記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。

電磁的記録により行う場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び厚生労働

省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

○ 電磁的方法について

- ・ 指定居宅介護支援事業者及び指定居宅介護支援の提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができる。

電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのQ & A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。

電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等との間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのQ & A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。

電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

### 3 指定の取消し（介護保険法第84条）

市町村長は、次のいずれかに該当する場合には指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部効力を停止することができる。

- |   |
|---|
| ア 事業者が、基準に定める介護支援専門員の人員を満たすことができなくなったとき   |
| イ 事業者が、運営に関する基準に従って適正な事業の運営をすることができなくなったとき  |
| ウ 要介護者の人格を尊重し、忠実に職務を遂行する義務に違反したと認められるとき   |
| エ 要介護認定等の調査の委託を受けた場合、調査の結果について虚偽の報告をしたとき  |
| オ 居宅介護サービス計画費・居宅支援サービス計画費の請求に不正があったとき   |
| カ 市町村長から求められた報告、帳簿書類の提出等に従わず、又は虚偽の報告をしたとき   |
| キ 市町村長から求められた出頭に応じない、質問に答弁しない、虚偽の答弁をする、帳簿書類の検査を拒む・妨げる等のとき                                     |
| ク 不正の手段により指定を受けたとき  |
| ケ この法律やその他保健医療若しくは福祉に関する法律で、政令で定めるもの又はこれらの法律に基づく命令若しくは処分に違反したとき                               |
| コ 居宅サービス等に関し、不正又は著しく不当な行為をしたとき  |
| サ 指定居宅介護支援事業者の役員等のうちに、指定の取消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止をしようとするとき前5年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者があるとき |

## 4 主な関係法令等

- 事業運営関係
  - ・ 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）
  - ・ 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年老企第22号）
  - ・ 筑紫野市指定居宅介護支援等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例  
（平成30年3月29日条例第11号）
- 介護給付費関係
  - ・ 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（平成12年厚生省告示第20号）  
関連：厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚労省告示第95号）
  - ・ 「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（平成12年老企第36号）」

## 5 介護報酬関連

### (1) 居宅介護支援費に関する基本事項

- 月の途中で、利用者が死亡し、又は施設に入所した場合等  
死亡、入所の時点で居宅介護支援を行っており、かつ、当該月分の指定居宅介護支援等基準第14条第1項に規定する文書(給付管理票)を、市町村(国保連合会)に届け出ている事業者について、居宅介護支援費を算定する。
- 月の途中で、事業者の変更がある場合  
変更後の事業者についてのみ居宅介護支援費を算定するものとする。(ただし、月の途中で他の市町村に転出する場合を除く)
- 月の途中で、要介護度に変更があった場合  
要介護1又は要介護2と、要介護3から要介護5までは居宅介護サービス計画費の単位数が異なることから、要介護度が要介護1又は要介護2から、要介護3から要介護5までに変更となった場合の取扱いは、月末における要介護度区分に応じた報酬を請求するものとする。
- 月の途中で、他市町村に転出する場合  
それぞれの市町村で別々に管理することになることから、転入日の前日までの給付管理票と、転入日以降の給付管理票を別々に作成すること。この場合、それぞれの給付管理票を同一の居宅介護支援事業者が作成した場合であっても、それぞれについて居宅介護支援費が算定されるものとする。
- サービス利用票を作成した月において、利用実績のない場合  
給付管理票を作成できないため、居宅介護支援費が請求できない。  
※ 病院若しくは診療所又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設から退院又は退所する者等であって、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者については、当該利用者に対してモニタリング等の必要なケアマネジメントを行い、給付管理票の作成など、請求にあたって必要な書類の整備を行っている場合は請求することができる。なお、その際は居宅介護支援費を算定した旨を適切に説明できるよう、個々のケアプラン等において記録を残しつつ、居宅介護支援事業所において、それらの書類等を管理しておくこと。
- 利用者が月を通じて、居住系サービス等を利用する場合  
利用者が月を通じて特定施設入居者生活介護(短期利用特定施設入居者生活介護費を算定する場合を除く)、地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護費を算定する場合を除く)、小規模多機能型居宅介護(短期利用居宅介護費を算定する場合を除く)、認知症対応型共同生活介護(短期利用認知症対応型共同生活介護費を算定する場合を除く)、又は看護小規模多機能型居宅介護(短期利用

居宅介護費を算定する場合を除く)を受けている場合は、当該月については、居宅介護支援費は算定しない。

(2) 居宅介護支援費の取扱い(1月につき)

	取扱件数(予防を含む)	要介護1・2	要介護3・4・5
居宅介護支援費 I i	45件未満	1,086 単位/月	1,411 単位/月
居宅介護支援費 I ii	45件以上～60件未満	544 単位/月	704 単位/月
居宅介護支援費 I iii	60件以上	326 単位/月	422 単位/月
居宅介護支援費 II i	50件未満	1,086 単位/月	1,411 単位/月
居宅介護支援費 II ii	50件以上～60件未満	527 単位/月	683 単位/月
居宅介護支援費 II iii	60件以上	316 単位/月	410 単位/月

指定居宅介護支援事業所において、指定居宅介護支援を受ける1月当たりの利用者数に応じて、居宅介護支援費I i、I ii又はI iiiを算定する。

※ ケアプランデータ連携システムについては、ケアプランデータ連携システムの利用申請をし、クライアントソフトをインストールしている場合に当該要件を満たしていることとなり、当該システムによる他の居宅サービス事業者とのデータ連携の実績は問わない。

※ 事務員については、当該事業所の介護支援専門員が行う指定居宅介護支援等基準第13条に掲げる一連の業務等の負担軽減や効率化に資する職員とするが、その勤務形態は常勤のものでなくても差し支えない。なお、当該事業所内の配置に限らず、同一法人内の配置でも認められる。勤務時間数については特段の定めを設けていないが、当該事業所における業務の実情を踏まえ、適切な数の人員を配置する必要がある。

① 取扱い件数の取扱い及び居宅介護支援費の割り当てについて

※1 ケアマネジャー1人当たりの標準担当件数は44件です。件数が45件以上となる場合に超過部分にのみ逓減制が適用される。

また、介護予防・日常生活支援総合事業による介護予防ケアマネジメントの件数は含まない。【平成27年度介護報酬に改定に関するQ&A(平成27年4月1日)】

※2 例えば、1人あたりの担当件数が60件を超えた場合に、60件全て居宅介護支援費I iiiで算定するのではなく、45件未満の部分については居宅介護支援費I i、

45 件以上 60 件未満の部分は居宅介護支援費 I ii、60 件以上の部分は居宅介護支援費 I iiiを算定することになる。

～ポイント～

- 1 介護支援専門員(常勤換算) 1人当たり 45 件を超えた場合、超過部分のみ通減制が適用される。  
※ 常勤職員より勤務時間が短い非常勤の介護支援専門員については、常勤換算法により、計算を行う必要がある。
- 2 介護予防受託件数の 8 件の要件は撤廃されたが、介護予防を加えて算定する通減制は維持される。
- 3 基本単位 I・II・IIIを区分する取扱件数の算定方法は  
A = (①+②) ÷ ③ によって得た数により該当する区分を適用する。  
①：当該指定居宅介護支援事業所全体の利用者(経過的要介護者を含む)の総数  
②：指定介護予防支援事業者から委託を受けた指定介護予防支援に係る利用者の数に 3分の1 を乗じた数  
③：当該事業所の常勤換算方法により算定した介護支援専門員の員数

・ A < 45 の場合 → 全利用者で (I i) を算定  
・ 45 ≤ A < 60 の場合 → 利用者により (I i) ・ (I ii) を割り当てる  
・ 60 ≤ A の場合 → 利用者により (I i) ・ (I ii) ・ (I iii) を割り当てる

※ 詳細の割り当て具体例については「平成 21.3.23 付介護保険最新情報 Vol.69 平成 21 年 4 月改定関係 Q & A (Vol.1) 58、59 取扱件数による基本単位区分」を参照。

### ③ 運営基準減算について

下記“厚生労働大臣が定める基準”に該当する場合は、運営基準減算として所定単位数の 100 分の 50 を算定する。また、運営基準減算が 2 月以上継続している場合には、所定単位数は算定しない。これは、適正なサービスの提供を確保するためのものであり、運営基準に係る規定を遵守するよう努めるものとする。市町村長は、規定を遵守しない事業所に対しては、遵守するように指導し、従わない場合には、指定の取消しを検討するものとする。

【厚生労働大臣が定める基準】平成 27 年度厚生労働省告示第 95 号第 82 号

指定基準第 4 条第 2 項並びに第 13 条第 7 号、第 9 号から第 11 号まで、第 14 号及び第 15 号（これらの規定を同条第 16 号において準用する場合を含む。）に定める規定に適合していないこと。

○指定基準第 4 条第 2 項

- ・ 利用者から介護支援専門員に対して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等について説明を行い、理解を得なければならない。
- ・ 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、前六月間に当該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の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下この項において「訪問介護等」という。）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合及び前六

月間に当該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訪問介護等ごとの回数の中に同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合につき説明を行い、理解を得るよう努めなければならない。

○指定基準第 13 条

- ・ 第 7 号…課題分析における留意点（利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなくてはならない）
- ・ 第 9 号…サービス担当者会議等による専門的意見の聴取
- ・ 第 10 号…居宅サービス計画の説明及び同意
- ・ 第 11 号…居宅サービス計画の交付（利用者及び担当者への交付）
- ・ 第 14 号…モニタリングの実施
- ・ 第 15 号…居宅サービス計画の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取
- ・ 第 16 号…介護支援専門員は、居宅介護支援計画を変更する際には、原則として、基準第 13 条第 3 号から 12 号までに規定された居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要。

※より具体的には次のいずれかに該当する場合に減算される

（平成 12 年老企第 36 号）第三の 6 (1)～(4)

- 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ利用者に対して、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につい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する。
- 居宅サービス計画の新規作成及びその変更にあたって、
  - ①介護支援専門員が、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合には、当該居宅サービス計画に係る月（以下「当該月」という。）から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
  - ②サービス担当者会議の開催等を行っていない場合には、当該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する。
  - ③介護支援専門員が、居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していない場合には、当該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する。
- 次に掲げる場合において、介護支援専門員がサービス担当者会議等の開催を行っていないときには、当該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する。
  - ①居宅サービス計画を新規に作成した場合
  - ②要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合
  - ③要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

- 居宅サービス計画作成後、次に掲げるいずれかの方法により、モニタリング（居宅サービス計画実施状況把握）を実施していない場合には、特段の事情のない限り、その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する。
  - ① 1月に1回、利用者の居宅を訪問することによって行う方法。
  - ② いずれにも該当する場合であって、2月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅を訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して行う方法。
    - a テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。
    - b サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
      - (i) 利用者の心身の状況が安定していること。
      - (ii) 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
      - (iii) 介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。
  - ③ 介護支援専門員が、モニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続する場合
- 居宅サービス計画作成後、モニタリングに当たって、介護支援専門員が、モニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続する場合

＜運営指導における不適正事例＞

- ・ 利用者は介護支援専門員に対して、複数の指定居宅サービス事業者を紹介するよう求めることができることについて、文書を交付して説明を行っていない。
- ・ 利用者は介護支援専門員に対して、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について、文書を交付して説明を行っていない。
- ・ 必要なサービス担当者会議の開催がなされていない。
- ・ 居宅サービス計画に利用者の同意を得ていない。
- ・ モニタリングの結果を記録していない。

③ 高齢者虐待防止措置未実施減算について

高齢者虐待防止措置未実施減算については、事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、指定居宅介護支援等基準第27条の2に規定する措置を講じていない場合に、利用者全員について、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

具体的には、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年1回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することし、事

実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算すること。

### 「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (vol. 1)」

(令和6年3月15日付け厚生労働省老健局老人保険課ほか連名事務連絡)

- Q. 高齢者虐待が発生していない場合においても、虐待の発生又はその再発を防止するための全ての措置（委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと）がなされていなければ減算の適用となるのか。
- A. ・減算の適用となる。  
・なお、全ての措置の一つでも講じられていなければ減算となることに留意すること。
- Q. 運営指導等で行政機関が把握した高齢者虐待防止措置が講じられていない事実が、発見した日の属する月より過去の場合、遡及して当該減算を適用するのか。
- A. 過去に遡及して当該減算を適用することはできず、発見した日の属する月が「実が生じた月」となる。
- Q. 高齢者虐待防止措置未実施減算については、虐待の発生又はその再発を防止するための全ての措置（委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと）がなされていない事実が生じた場合、「速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、実が生じた月から三月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入居者全員について所定単位数から減算することとする。」こととされているが、施設・事業所から改善計画が提出されない限り、減算の措置を行うことはできないのか。
- A. 改善計画の提出の有無に関わらず、実が生じた月の翌月から減算の措置を行って差し支えない。当該減算は、施設・事業所から改善計画が提出され、実が生じた月から3か月以降に当該計画に基づく改善が認められた月まで継続する。
- Q. 居宅療養管理指導や居宅介護支援などの小規模な事業者では、実質的に従業者が1名だけということがあり得る。このような事業所でも虐待防止委員会の開催や研修を定期的に行なう必要があるのか。
- A. ・虐待はあってはならないことであり、高齢者の尊厳を守るため、関係機関との連携を密にして、規模の大小に関わりなく虐待防止委員会及び研修を定期的に行なうべきである。小規模事業所においては他者・他機関によるチェック機能が得られにくい環境にあることが考えられることから、積極的に外部機関等を活用されたい。
- ・例えば、小規模事業所における虐待防止委員会の開催にあたっては、法人内の複数事業所による合同開催、感染症対策委員会等他委員会との合同開催、関係機関等の協力を得て開催することが考えられる。
  - ・研修の定期的実施にあたっては、虐待防止委員会同様法人内の複数事業所や他委員会との合同開催、都道府県や市町村等が実施する研修会への参加、複数の小規模事業所による外部講師を活用した合同開催等が考えられる。
  - ・なお、委員会や研修を合同で開催する場合は、参加した各事業所の従事者と実施したことの内容等が記録で確認できるようにしておくことに留意すること。
  - ・また、小規模事業所等における委員会組織の設置と運営や、指針の策定、研修の企画と運営に関しては、以下の資料の参考例（※）を参考にされたい。
- （※）社会福祉法人東北福祉会認知症介護研究・研修仙台センター「施設・事業所における高齢者虐待防止のための体制整備-令和3年度基準省令改正等に伴う体制整備の基本と参考例」令和3年度老人保健健康増進等事業、令和4年3月。

「高齢者虐待防止措置未実施減算、身体拘束廃止未実施減算の取扱いに係るQ&A」

(令和7年1月20日付け厚生労働省老健局老人保険課)

- 高齢者虐待防止措置未実施減算の適用について

問1 高齢者虐待防止のための研修を年に何回以上行わなければ減算の対象となるか。

(答)

「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について（平成11年9月17日老企第25号）」等、各サービスの指定基準の解釈通知にてお示ししている虐待の防止に係る事項の規定を参照されたい。

なお、研修の回数については、サービスによって回数が異なっており、以下の通り。

・年に1回以上

訪問介護、（介護予防）訪問入浴介護、（介護予防）訪問看護、（介護予防）訪問リハビリテーション、通所介護、（介護予防）通所リハビリテーション、（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）短期入所療養介護、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、（介護予防）認知症対応型通所介護、（介護予防）小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、介護予防支援

④ 業務継続計画未策定減算について

業務継続計画未策定減算については、指定居宅介護支援等基準第19条の2第1項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月（基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月）から基準に満たない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

⑤ 事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一敷地内建物等に居住する利用者又は指定居宅介護支援事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く）に居住する利用者に対する取扱い

事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所における1月当たりの利用者が「同一敷地内建物等」に居住する利用者又は事業所と同一の建物若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所における1月あたりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物に居住する利用者に対し指定居宅介護支援を行った場合は、所定単位数の100分の95に相当する単位数を算定する。

(1) 同一敷地内建物等の定義

「同一敷地内建物等」とは、当該指定居宅介護支援事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物及び同一敷地内並びに隣接する敷地（当該指定居宅介護支援事業所と建築物が道路等を挟んで設置している場合を含む。）にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なものを指すものである。具体的には、一体的な建築物として、当該建物の1階部分に指定居宅介護支援事業所がある場合や当該建物と渡り廊下でつながっている場合など、同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物として、同一敷地内にある別棟の建築物や幅員の狭い道路を挟んで隣接する場合などが該当するものであること。

(2) 同一の建物に20人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く。）の定義

- ① 「指定居宅介護支援事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物」とは、(1)に該当するもの以外の建築物を指すものであり、当該建

建築物に当該指定居宅介護支援事業所の利用者が 20 人以上居住する場合に該当し、同一敷地内にある別棟の建物や道路を挟んで隣接する建物の利用者数を合算するものではない。

- ② この場合の利用者数は、当該月において当該指定居宅介護支援事業者が提出した給付管理票に係る利用者のうち、該当する建物に居住する利用者の合計とする。
- (3) 本取扱いは、指定居宅介護支援事業所と建築物の位置関係により、効率的な居宅介護支援の提供が可能であることを適切に評価する趣旨であることに鑑み、本取扱いの適用については、位置関係のみをもって判断することがないよう留意すること。具体的には、次のような場合を一例として、居宅介護支援の提供の効率化につながらない場合には、減算を適用すべきではないこと。
- (同一敷地内建物等に該当しないものの例)
- 同一敷地であっても、広大な敷地に複数の建物が点在する場合
  - 隣接する敷地であっても、道路や河川などに敷地が隔てられており、横断するために迂回しなければならない場合
- (4) (1)及び(2)のいずれの場合においても、同一の建物については、当該建築物の管理、運営法人が当該指定居宅介護支援事業所の指定居宅介護支援事業者と異なる場合であっても該当するものであること。

## ⑥ 特定事業所集中減算の取扱い

特定事業所集中減算については、以下のとおり。

### (1) 判定期間と減算適用期間

①判定期間	前期	令和7年3月1日～令和7年8月31日
	減算適用期間	令和7年10月1日～令和8年3月31日
②判定期間	後期	令和7年9月1日～令和8年2月28日
	減算適用期間	令和8年4月1日～令和8年9月30日

### (2) 判定方法

居宅介護支援事業所（ケアプラン作成事業所）は、毎年度2回、減算適用期間前6月間の判定期間内に作成したケアプランにおいて、訪問介護、（地域密着型）通所介護、福祉用具貸与、の各サービス（以下「訪問介護サービス等」という。）について、正当な理由なく特定の事業者の割合がいずれか 80%を超えた場合、当該事業所が担当している全ての利用者の居宅介護支援費から1人につき月 200 単位を減算するというものである。

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

算定の結果、紹介率最高法人の「割合」が 80%を超えた場合については、前期は令和7年9月15日、後期は令和8年3月15日までに、以下の(1)～(5)を記載した書類（様式1、2）を市町村長に必ず提出する必要がある。（内容を網羅していれば、別の様式を利用して差し支えない。）

正当な理由に該当する場合においても、80%を超えた場合には、正当な理由の有無に関わらず必ず提出する必要がある。

なお、80%を超えなかった場合についても、各事業所において、当該書類を5年間保存する必要がある。

- (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) 算定方法で計算した割合
- (5) 算定方法で計算した割合が80%を超えた場合であって、正当な理由がある場合においては、その正当な理由

<運営指導における不適正事例>

- ケアプラン数で計算せず、居宅介護支援費や単位数を用いて計算している。
- 同一法人の複数事業所を位置付けた場合の計算方法が誤っている。
- 法人の割合を計算する書類を作成・保管しているが、正当な理由に該当するため、提出が不要であると認識し、市町村長への提出をしていない。
- 居宅サービス計画に位置付けた紹介率最高法人の割合を計算していない。

(4) 正当な理由の範囲

【国が示す“正当な理由の範囲”の例】

- 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で見た場合に5事業所未満である場合など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月あたり平均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月あたり平均5件、通所介護が位置付けられた計画件数が1月あたり平均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等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

### (3) 加算について

#### ① 初回加算 300単位/月

※1 初回加算は、具体的には次のような場合に算定される。

- ① 新規に居宅サービス計画を作成する場合
- ② 要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合
- ③ 要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合

※2 「運営基準減算」に該当する場合は当該加算は算定しない。

※3 「退院・退所加算」を算定する場合は、当該加算は算定しない。

※ 過去に担当していた利用者を再び担当することになった場合、2月（月の初日から月の末日まで）以上経過していれば（給付管理をしていなければ）算定可能。その際、新規と同様の一連のケアマネジメントを適切に実施していることが条件。

※ 介護予防も同様 初回加算 300単位/月

介護予防の初回加算は「介護予防支援事業所」が初回か否かで判断する。

委託を受けた居宅介護支援事業所が初回であっても算定できないことがある。

#### ② 特定事業所加算

##### 【趣旨】

特定事業所加算は、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材の確保、医療・介護連携への積極的な取組等を総合的に実施することにより質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域における居宅介護支援事業所のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とするものである。

##### 【単位数等】

- 特定事業所加算(Ⅰ) 519単位/月  
・【算定要件】①～⑬の要件をすべて満たしていること。
- 特定事業所加算(Ⅱ) 421単位/月  
・【算定要件】②～④、⑥～⑬の要件を満たしていること。  
・常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置(管理者兼務可)
- 特定事業所加算(Ⅲ) 323単位/月  
・【算定要件】③～④、⑥～⑬の要件を満たしていること。  
・常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置(管理者兼務可)  
・常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置(管理者兼務不可)
- 特定事業所加算(A) 114単位/月  
・【算定要件】③～④、⑥～⑬の要件を満たしていること。  
・⑥、⑪及び⑫の基準は他の居宅介護支援事業所との連携により満たすこととしても差し支えない。  
・常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置(管理者兼務可)  
・常勤かつ専従の介護支援専門員を1名以上配置(管理者兼務不可)  
・専従の介護支援専門員を常勤換算方法で1名以上配置。ただし、当該介護支援専門員は他の居宅介護支援事業所(※)の職務と兼務しても差し支えない。  
※⑥、⑪及び⑫の基準で連携している他の居宅介護支援事業所がある場合は、当該事業所に限る。

## 【算定要件】

### ①常勤かつ専従の主任介護支援専門員を2名以上配置すること

当該指定居宅介護支援事業所の業務に支障がない場合は、当該指定居宅介護支援事業所の他の職務と兼務をし、又は同一敷地内にある他の事業所の職務と兼務をしても差し支えない。

なお、「当該指定居宅介護支援事業所の他の職務」とは、地域包括支援センターの設置者である指定介護予防支援事業者からの委託を受けて指定介護予防支援を提供する場合や、地域包括支援センターの設置者からの委託を受けて総合相談支援事業を行う場合等が考えられる。

### ②常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置すること(管理者兼務不可)。

### ③利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に(概ね週1回以上)開催すること

会議については次のア・イの要件を満たすものであること。

#### ア 議題については、少なくとも次のような議事を含めること

- ①現に抱える処遇困難ケースについての具体的な処遇方針
- ②過去に取り扱ったケースについての問題点及びその改善方策
- ③地域における事業者や活用できる社会資源の状況
- ④保健医療及び福祉に関する諸制度
- ⑤ケアマネジメントに関する技術
- ⑥利用者からの苦情があった場合は、その内容及び改善方針
- ⑦その他必要な事項

#### イ 議事については、記録を作成し、5年間保存しなければならないこと。

会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

### ④24時間連絡体制を確保し、かつ必要に応じて利用者等の相談に対する体制を確保していること。

### ⑤算定月に要介護3～5の利用者の割合が40%以上であること

要介護状態区分が3～5の占める割合が40%以上であることについては、毎月その割合を記録しておくこと。

なお、特定事業所加算を算定する事業所については、積極的に支援困難ケースに取り組むべきこととされているものであり、こうした割合を満たすのみではなく、それ以外のケースについても、常に積極的に支援困難ケースを受け入れるべきものであること。

### ⑥介護支援専門員に対し計画的に研修を実施していること

介護支援専門員について、個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等について毎年度少なくとも次年度が始まるまでに次年度の計画を定めなくてはならない。

### ⑦地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても居宅介護支援を提供していること

特定事業所加算算定事業所については、自ら積極的に支援困難ケースを受け入れるものでなければならず、また、そのため、常に地域包括支援センターとの連携を図らなければならないこと。

⑨多様化・複雑化する課題に対応するために、家族に対する介護等を日常的に行っている児童、障害者、生活困窮者、難病患者等、介護保険以外の制度や当該制度の対象者への支援に関する事例検討会、研修等に参加していること。

「家族に対する介護等を日常的に行っている児童」とは、いわゆるヤングケアラーのことを指している。また、対象となる事例検討会、研修等については、上記に例示するもののほか、仕事と介護の両立支援制度や生活保護制度等も考えられるが、利用者に対するケアマネジメントを行う上で必要な知識・技術を修得するためのものであれば差し支えない。

⑩特定事業所集中減算を受けていないこと。

⑩利用者数(予防を含む)が、介護支援専門員1人当たり45名未満であること(ただし、居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合は50名未満)

利用者数については、原則として事業所単位で平均して介護支援専門員が1人当たり45名未満(居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合は50名未満)であれば差し支えないこととするが、ただし、不当に特定の者に偏るなど、適切なケアマネジメントに支障が出ることがないように配慮しなければならないこと。

⑪介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること。

協力及び協力体制とは、現に研修における実習等の受入が行われていることに限らず、受入が可能な体制が整っていることをいう。そのため、当該指定居宅介護支援事業所は、研修の実施主体との間で実習等の受入を行うことに同意していることを、書面等によって提示できるようにすること。

⑫他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること

特定事業所加算算定事業所は、質の高いケアマネジメントを実施する事業所として、地域における居宅介護支援事業所のケアマネジメントの質の向上を牽引する立場にあることから、同一法人内に留まらず、他の法人が運営する事業所の職員も参画した事例検討会等の取組を、自ら率先して実施していかななければならない。

なお、事例検討会等の内容、実施時期、共同で実施する他事業所等について、毎年度少なくとも次年度が始まるまでに次年度の計画を定めなければならない。なお、年度の途中で加算取得の届出をする場合にあっては、当該届出を行うまでに当該計画を策定すること。

⑬必要に応じて、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービスが包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること。

多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービスとは、介護給付等対象サービス(介護保険法第24条第2項に規定する介護給付等対象サービスをいう。)以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等のことをいう。

【届出】

- 事業所の体制に対する加算であるため、算定するには「届出」が必要。

- ・加算を算定しようとする月の、前月 15 日までに提出が必要。
- ・16 日以降に届出をした場合は、翌々月からの算定となる。
- 加算の算定要件を満たさなくなった月から算定できない。
  - ・速やかに加算の「取り下げの届出」が必要。
- (Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)間の体制変更の際も、速やかに変更届の提出が必要。

#### 【特定事業所加算算定のための手続について】

- 本加算を取得した特定事業所については、毎月末までに、基準の遵守状況に関する所定の記録を作成し 5 年間保存するとともに、市町村長から求めがあった場合については、提出しなければならない。

#### 【特定事業所加算算定事業所であることの公表】

- 特定事業所加算取得事業所については、介護保険法に基づく情報公表を行うほか、積極的に特定事業所加算取得事務所である旨を表示するなど、利用者に対し、特定事業所加算取得事務所である旨及びその内容が理解できるよう説明すること。

#### 【特定事業所加算の算定に係る管理者と介護支援専門員の兼務に係る取扱いについて】

- 特定事業所加算の算定に係る人員配置要件について、厚生労働省に確認を行った結果、以下のとおり取扱いを変更する。

##### (1) 厚生労働省に対する確認事項

(ア)特定事業所加算の人員配置要件である「専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員」に、管理者と兼務する介護支援専門員は含まれない。

(イ)特定事業所加算の人員配置要件である「専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員」に、管理者を兼務する主任介護支援専門員は含まれる。

##### (2) 変更内容

###### 【変更前】

居宅介護支援事業所の管理者を兼務している介護支援専門員は「専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員」に含まれる。

↓

###### 【変更後】

居宅介護支援事業所の管理者を兼務している介護支援専門員は「専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員」に含まれない。

#### 【特定事業所加算を取得している居宅介護支援事業所の実習受入について】

- 居宅介護支援事業所における特定事業所加算を取得している事業所は、介護支援専門員に対する法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制を整備することが算定要件となっており、介護支援専門員実務研修の実習生の受入を依頼している。

- 介護支援専門員実務研修の実習受入協力事業所の登録に関するページ

福岡県トップページ>健康・福祉・子育て>介護・高齢者福祉>介護職員・介護支援専門員>介護支援専門員実務研修実習（事業所向け）

URL <https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/kaigoshien-jitsumukenshyuu.html>

## 【算定要件⑫の取扱い】

- 筑紫野市居宅介護支援事業所連絡会の「まとめ役員・企画役員」を担った居宅介護支援事業所については算定要件⑫「他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会を実施していること」を満たすこととしています。

(公印省略)

令和6年3月25日

居宅介護支援事業者 各位

筑紫野市 健康福祉部 高齢者支援課

### 令和6年度 特定事業所加算の算定基準について

このことについて、当市の考え方を下記の通り見直しましたので、令和6年度からの運用につきまして、遺漏なきようお取り計らいをお願いいたします。

#### 記

(要件8) 家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障がい者、生活困窮者、難病患者等、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること。

#### ※主な変更点

地域包括支援センター等が実施する事例検討会(自立支援型地域ケア会議など)の参加のみでは不可。必ず上記の要件に挙げている高齢者以外の対象者の支援に関する事例検討会、研修が必要。

(要件12) 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。

※次のいずれかに該当すること。

- ・2法人以上の居宅介護支援事業所で研修会を共同企画して実施。
- ・「筑紫野市居宅介護支援事業所連絡会」のまとめ役員、企画役員。

※主な変更点…「筑紫野市居宅介護支援事業所連絡会」の企画役員を追加した。

筑紫野市 高齢者支援課 指定指導担当  
TEL 092-923-1111 (内線 453)

「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (vol. 1)」

(令和6年3月15日付け厚生労働省老健局老人保険課ほか連名事務連絡)

- Q. 「家族に対する介護等を日常的に行っている児童、障害者、生活困窮者、難病患者等の高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること」について、自ら主催となって実施した場合や「他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施」した場合も含まれるか。
- A. 含まれる。

### ③ 特定事業所医療介護連携加算 125単位/月

次のいずれにも適合すること。

- (1) 前々年度の3月から前年度の2月までの間において退院・退所加算(Ⅰ)イ、(Ⅰ)ロ、(Ⅱ)イ、(Ⅱ)ロ又は(Ⅲ)の算定に係る病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設との連携の回数(第85号のニイからホまでに規定する情報の提供を受けた回数をいう。)の合計が35回以上であること。
- (2) 前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を15回以上算定していること。なお、経過措置として、令和7年3月31日までの間は、従前のおり算定回数が5回以上の場合に要件を満たすこととし、同年4月1日から令和8年3月31日までの間は、令和6年3月におけるターミナルケアマネジメント加算の算定回数に3を乗じた数に令和6年4月から令和7年2月までの間におけるターミナルケアマネジメント加算の算定回数を加えた数が15回以上である場合に要件を満たすこととするため、留意すること。
- (3) 特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定していること。

#### ※ 基本的取扱方針

- 当該加算の対象となる事業所においては、日頃から医療機関等との連携に関する取組をより積極的に行う事業所であることが必要となる。

#### ※ 具体的運用方針

- 退院・退所加算の算定実績について  
退院・退所加算の算定実績に係る要件については、退院・退所加算の算定回数ではなく、その算定に係る病院等との連携回数が、特定事業所医療介護連携加算を算定する年度の前々年度の3月から前年度の2月までの間において35回以上の場合に要件を満たすこととなる。
- ターミナルケアマネジメント加算の算定実績について  
ターミナルケアマネジメント加算の算定実績に係る要件については、特定事業所医療介護連携加算を算定する年度の前々年度の3月から前年度の2月までの間において、算定回数が5回以上の場合に要件をみたすこととなる。
- 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)の算定実績について  
特定事業所医療介護連携加算は、質の高いケアマネジメントを提供する体制のある事業所が医療・介護連携に総合的に取り組んでいる場合に評価を行うものであるから、他の要件を満たす場合であっても、特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)のいずれかを算定していない月は特定事業所医療介護連携加算の算定はできない。

#### ④ 特別地域居宅介護支援加算

厚生労働大臣が定める地域に所在する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が指定居宅介護支援を行った場合は、所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算する。

#### ⑤ 入院時情報連携加算

##### (1) 入院時情報連携加算 (I) 250単位/月

利用者が入院した日のうちに、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。なお、入院の日以前に情報提供した場合及び指定居宅介護支援事業所における運営規程に定める営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合であって、当該入院した日の翌日に情報を提供した場合も、算定可能である。

##### (2) 入院時情報連携加算 (II) 200単位/月

利用者が入院した日の翌日又は翌々日に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。なお、運営規程に定める当該指定居宅介護支援事業所の営業時間終了後に入院した場合であって、当該入院した日から起算して3日目が運営規程に定める当該指定居宅介護支援事業所の営業日以外の日に当たるときは、当該営業日以外の日の翌日に情報を提供した場合も、算定可能である。

※ 利用者が医療機関に入院するに当たって、医療機関の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の利用者に係る必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、(1)及び(2)いずれかの加算しか算定できない。

##### 〈必要な情報の例示〉

###### ・心身の状況

(例：疾患・病歴、認知症の有無、徘徊等の行動の有無など)

###### ・生活環境及びサービスの利用状況

(例：家族構成、生活歴、介護者の介護方法、家族介護者の状況など)

- ※ 情報提供を行った日時、場所（医療機関に向いた場合）、内容、提供手段（面談、FAX 等）等について、居宅サービス計画等に記録すること。
- ※ 情報提供の方法としては、居宅サービス計画等の活用が考えられる。
- ※ 入院期間や入院目的は問わない。
- ※ 医療機関との情報連携様式
  - ・ P 5 6 参照 入院時情報連携加算に係る様式例（平成21年老振発第0313001号）
  - ・ P 1 8 5 参照 医療・介護共有シート
 筑紫地区 5 市において、退院・退所加算および入院時情報連携加算の算定の際に活用できる様式です。

<運営指導における不適正事例>

- 居宅サービス計画書等に、医療機関に情報提供をした日時の記載がなされていない。

「令和 6 年度介護報酬改定に関するQ&A (vol. 1)」

(令和 6 年 3 月 15 日付け厚生労働省老健局老人保険課ほか連名事務連絡)

- Q. 入院日以前の情報提供については、入院何日前から認められるか。
- A. 特段の定めは設けていないが、情報提供日から実際の入院日までの間隔があまりにも空きすぎている場合には、入院の原因等も踏まえた上で適切に判断すること。

「令和 6 年度介護報酬改定に関するQ&A (vol. 1)」

(令和 6 年 3 月 15 日付け厚生労働省老健局老人保険課ほか連名事務連絡)

- Q. 入院時情報連携加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、入院したタイミングによって算定可能な日数が変わるが、具体的に例示されたい。
- A. 下図のとおり。

☆…入院 ★…入院（営業時間外） → 情報提供

	営業日	営業日以外	営業日以外	営業日	営業日	営業日以外	営業日
入院時情報連携加算（Ⅰ）	☆ →	★ →	★ →	★ →	★ →		
入院時情報連携加算（Ⅱ）	☆ ←	★ ←	★ ←	★ ←	★ ←	★ ←	★ ←

### 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

療機関名：  
 担当者名：



事業所名：  
 ケアマネジャー氏名：  
 TEL： FAX：

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。

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( )			
家族構成/連絡先について				
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <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	
決定支援者(代諾者)	(続柄・才)	(同居・別居)	電話番号	
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"/> 会話が支障がない <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			
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				
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	<input type="checkbox"/> )	
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、処方を守られていない <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( )	
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		
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 日) <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( )			
療・ケアに関して本人または、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			

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分程度ならみまもら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ど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がわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰だかわからないが、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、操作方法を教えてもらえれば使える <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)								
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：								
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と同じ		<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									
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 ( )								

## ⑥ 退院・退所加算

### (1) 退院・退所加算 (I) イ 450単位

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により1回受けていること。

### (2) 退院・退所加算 (I) ロ 600単位

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンスにより1回受けていること。

### (3) 退院・退所加算 (II) イ 600単位

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外により2回以上受けていること。

### (4) 退院・退所加算 (II) ロ 750単位

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供を2回受けており、うち1回以上はカンファレンスによること。

### (5) 退院・退所加算 (III) 900単位

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供を3回以上受けており、うち1回以上はカンファレンスによること。

※1 入院又は入所していた者が退院又は退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、利用者の退院・退所に当たって、医療機関や介護保険施設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居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合には、利用者の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用開始月に所定単位数を加算する。

ただし上記(1)～(5)のいずれかの加算を算定する場合においては、上記に掲げるその他の加算は算定しない。

また、初回加算を算定する場合は、算定しない。

※2 入院又は入所期間中1回（医師等からの要請により退院に向けた調整を行うための面談に参加し、必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合を含む。）のみ算定することができる。

面談は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この※2において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用に当たっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労

働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

※3 カンファレンスは以下のとおり

イ 病院又は診療所

診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）別表第 1 医科診療報酬点数表の退院時共同指導料 2 の注 3 の要件を満たし、退院後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあつては、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士などが参加するもの。

カンファレンスの要件について

- (1) 入院中の医療機関の主治医が開催したカンファレンスであるか。
- (2) 以下から 3 者以上の出席があるか。
  - 退院後の在宅医療を担うかかりつけ医
  - 上記の医療機関の看護師等
  - 保健医療機関（歯科）の歯科医師
  - 上記の歯科医師から指示を受けた歯科衛生士
  - 保険薬局の保険薬剤師
  - 訪問看護ステーションの看護師等（准看護師は除く）
  - 居宅介護支援事業者の介護支援専門員
- (3) 開催した医療機関が、利用者又は家族等に文書による情報提供を行い、その写しを介護支援専門員が受領しているか。

《参考》

診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示)

平成 30 年 厚生労働省告示第 43 号

B005 退院時共同指導料 2 400 点

注 1 保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と 1 回以上、共同して行う場合は、当該入院中 2 回に限り算定できる。

2 注 1 の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び在宅療養担当医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、300 点を所定点数に加算する。ただし、注 3 に規定する加算を算定する場合は、算定できない。

3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員（介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。）又は相談支援専門員（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第3条第1項又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第29号）第3条第1項に規定する相談支援専門員をいう。以下同じ。）のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。

#### ロ 地域密着型介護老人福祉施設

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第34号。以下このロにおいて「基準」という。）第134条第6項及び第7項に基づき、入所者への援助及び居宅介護支援事業者への情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし、基準第131条第1項に掲げる地域密着型介護老人福祉施設に置くべき従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。また、退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあっては、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加すること。

#### ハ 介護老人福祉施設

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第39号。以下このハにおいて「基準」という。）第7条第6項及び第7項に基づき、入所者への援助及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし、基準第2条に掲げる介護老人福祉施設に置くべき従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。また、退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあっては、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加すること。

#### ニ 介護老人保健施設

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第40号。以下このニにおいて「基準」という。）第8条第6項に基づき、入所者への指導及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし、基準第2条に掲げる介護老人保健施設に置くべき従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。また、退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあっては、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加すること。

#### ホ 介護医療院

介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年1

月 18 日厚生労働省令第 5 号。以下このホにおいて「基準」という。) 第 12 条第 6 項に基づき、入所者への指導及び居宅介護支援事業者に対する情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし、基準第 4 条に掲げる介護医療院に置くべき従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。また、退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあつては、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加すること。

また、同一日に必要な情報を複数回受けた場合又はカンファレンスに参加した場合でも、1 回として算定する。

なお、原則として、退院・退所前に利用者に関する必要な情報を得ることが望ましいが、退院後 7 日以内に情報を得た場合には算定することができる。

また、カンファレンスに参加した場合は、別途定める様式ではなく、カンファレンス等の日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付すること。

#### <運営指導における不適正事例>

- カンファレンスの要件を満たしていない。

(※3に定められた3者以上が参加していないものについて、カンファレンスにより情報提供を受けたものとして加算を算定している)

#### <Q&A>

Q1. 退院・退所加算の算定において、カンファレンスに参加した場合は、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付することとあるが、この場合の「利用者又は家族に提供した文書の写し」とは何を指すのか。

A1. 退院・退所加算の算定に係る「カンファレンス」の定義は、「診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）別表第 1 医科診療報酬点数表の退院時共同指導料 2 の注 3 の要件を満たすもの」とされており、当該要件を満たすためには、退院後の在宅療養上必要な指導を、医師もしくは看護師、訪問看護ステーションの看護師等、理学療法士等、薬剤師等、介護支援専門員等のうち 3 者以上が共同して指導を行い、文書により情報提供した場合に算定できるとされています。

したがって、「利用者又は家族に提供した文書の写し」とは、当該カンファレンスの内容を病院から利用者に情報提供するための文書の写しとなります。

Q2. カンファレンスに参加した場合は、「利用者又は家族に提供した文書の写しを添付すること」としているが、具体例を示されたい。

A2. ・具体例として、次のような文書を想定しているが、これらの具体例を踏まえ、個々の状況等に応じて個別具体的に判断されるものである。

・なお、カンファレンスに参加した場合の記録については、居宅介護支援経過（第 5 表）の他にサービス担当者会議の要点（第 4 表）の活用も可能である。

<例> カンファレンスに係る会議の概要、開催概要、連携記録 等

退院・退所加算に係る様式例

退院・退所情報記録書										
1. 基本情報・現在の状態						記入日： 年 月 日				
属性	フリガナ				性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (□要区分変更)			
	氏名	様 男・女			歳	□要支援 ( ) ・ 要介護 ( ) □申請中 □なし				
入院(所)概要	・ 入院(所)日：H 年 月 日 ・ 退院(所)予定日：H 年 月 日									
	入院原因疾患(入所目的等)									
	入院・入所先	施設名			棟		室			
① 疾患と入院中の状況	今後の医学管理	医療機関名：				方法	□通院 □訪問診療			
	現在治療中の疾患	①	②	③	疾患の状況	*番号記入	安定 ( ) 不安定 ( )			
	移動手段	□自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他 ( )								
	排泄方法	□トイレ □ポータブル □おむつ カテーテル・パウチ ( )								
	入浴方法	□自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴□行わず								
	食事形態	□普通 □経管栄養 □その他 ( )						UDF等の食形態区分		
	嚥下機能(むせ)	□なし □あり(時々・常に)				義歯	□なし □あり(部分・総)			
	口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良				入院(所)中の使用： □なし □あり				
	口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助								
	睡眠	□良好 □不良 ( )						眠剤使用	□なし □あり	
認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他 ( )									
② 受け止め/意向	<本人>病名告知	□あり□なし								
	<本人>病気、障害、後遺症等の受け止め方									
	<本人>退院後の生活に関する意向									
	<家族>退院後の生活に関する意向									
2. 課題認識のための情報										
③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	□なし □点滴 □酸素療法 □喀痰吸引 □気管切開 □胃ろう □経鼻栄養 □経腸栄養 □褥瘡 □尿道カテーテル □尿路ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール □自己注射 ( ) □その他 ( )								
	看護の視点	□なし □血圧 □水分制限 □食事制限 □食形態 □嚥下 □口腔ケア □清潔ケア □血糖コントロール □排泄 □皮膚状態 □睡眠 □認知機能・精神面 □服薬指導 □療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) □ターミナル □その他 ( )								
	リハビリの視点	□なし □本人指導 □家族指導 □関節可動域練習(ストレッチ含む) □筋力増強練習 □バランス練習 □麻痺・筋緊張改善練習 □起居/立位等基本動作練習 □摂食・嚥下訓練 □言語訓練 □ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) □IADL練習(買い物、調理等) □疼痛管理(痛みコントロール) □更生装具・福祉用具等管理 □運動耐容能練習 □地域活動支援 □社会参加支援 □就労支援 □その他 ( )								
	禁忌事項	(禁忌の有無)				(禁忌の内容/留意点)				
症状・病状の予後・予測	□なし □あり									
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。									
在宅復帰のために整えなければならない要件										
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)						会議出席		
1	年 月 日							無・有		
2	年 月 日							無・有		
3	年 月 日							無・有		
※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。										

## ⑦ 通院時情報連携加算 50単位

利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師等に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報の提供を行うとともに、医師又は歯科医師等から当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合は、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する。

なお、同席にあたっては、利用者の同意を得た上で、医師又は歯科医師等と連携を行うこと。

### 「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A (vol. 3)」

(令和3年3月26日付け厚生労働省老健局老人保険課ほか連名事務連絡)

Q. 通院時情報連携加算の「医師等と連携を行うこと」の連携の内容、必要性や方法について、具体的に示されたい。

- A. ・通院時に係る情報連携を促す観点から、「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」（平成12年3月1日老企第36号）第3の「15 通院時情報連携加算」において、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けることとしている。
- ・なお、連携にあたっては、利用者に同席する旨や、同席が診療の遂行に支障がないかどうかを事前に医療機関に確認しておくこと。

## ⑧ 緊急時等居宅カンファレンス加算 200単位

医療機関の求めにより、当該医療機関の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて、利用者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合、利用者1人につき、1月に2回を限度として算定できる。

※ カンファレンスの実施日（指導した日が異なる場合は指導日もあわせて）、カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名及びそのカンファレンスの要点を居宅サービス計画等に記載すること。

※ カンファレンスは、利用者の病状が急変した場合や、医療機関における診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に実施されるものであることから、利用者の状態像等が大きく変化していることが十分想定されるため、必要に応じて、速やかに居宅サービス計画を変更し、居宅サービス及び地域密着型サービスの調整を行うなど適切に対応すること。

## ⑨ ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月

在宅で死亡した利用者に対して、ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24時間連絡できる体制を確保しており、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しているものとして市町村長に届け出た指定居宅介護支援事業所が、終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上で、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供した場合は、1月につき所定単位数を加算する。

- ※1 ターミナルケアマネジメント加算については、在宅で死亡した利用者の死亡月に加算することとするが、利用者の居宅を最後に訪問した日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合には、死亡月に算定することとする。
- ※2 ターミナルケアマネジメント加算は、1人の利用者に対し、1か所の指定居宅介護支援事業所に限り算定できる。なお、算定要件を満たす事業所が複数ある場合には、当該利用者が死亡日又はそれに最も近い日に利用した指定居宅サービスを位置づけた居宅サービス計画を作成した事業所がターミナルケアマネジメント加算を算定することとする。
- ※3 ターミナルケアマネジメントを受けることについて利用者が同意した時点以降は、次に掲げる事項を支援経過として居宅サービス計画等に記録しなければならない。
  - ① 終末期の利用者の心身又は家族の状況の変化や環境の変化及びこれらに対して居宅介護支援事業者が行った支援についての記録
  - ② 利用者への支援にあたり、主治の医師及び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と行った連絡調整に関する記録
  - ③ 当該利用者が、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した者に該当することを確認した日及びその方法
- ※4 ターミナルケアマネジメントを受けている利用者が、死亡診断を目的として医療機関へ搬送され、24時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケアマネジメント加算を算定することができるものとする。
- ※5 ターミナルケアマネジメントにあたっては、終末期における医療・ケアの方針に関する利用者又は家族の意向を把握する必要がある。また、その際には、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考しつつ、本人意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有に努めること。

<運営指導における不適正事例>

- ターミナルケアマネジメント加算の算定にあたり、利用者の同意を得ていることが確認できない。
- 死亡日の死亡診断時刻以降に訪問したものを、2回のうち1回の訪問として計上している。
- 病院や訪問看護事業所に併設された居宅介護支援事業所が、病院（主治の医師）や訪問看護事業所は既に利用者の状況を把握していることとして、当該利用者の心身の状況等の記録を提供していなかった。

## 「特別地域」加算及び「中山間地域等」加算について

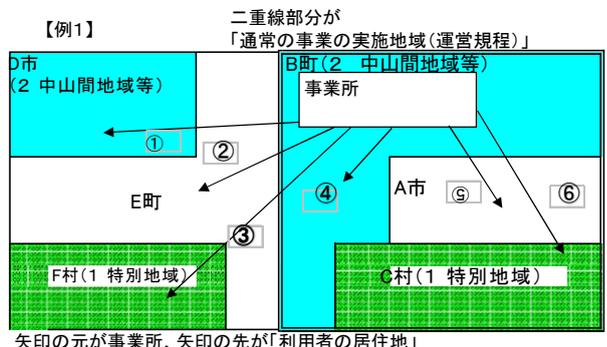
福岡県保健医療介護部介護保険課

(令和6年4月1日現在)

加算種別 ※1	加算割合	サービス種別 ※2	県等への事前届出①	事業所の所在地の要件	事業所の規模の要件	利用者の居住地の要件
1 「特別地域」に所在する事業所の加算	15%	・訪問入浴介護 ・訪問看護 ・福祉用具貸与 ・訪問リハビリテーション ・居宅療養管理指導 (以上「介護予防」を含む。) ・居宅介護支援 ・訪問介護 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	要	「特別地域」に所在していること	無	無
2 「中山間地域等」に所在する「小規模事業所」の加算	10%	同上	要	「中山間地域等」に所在していること	「小規模事業所…②」であること	無
3 「通常の事業の実施地域」を越えて「中山間地域等」に居住する利用者にサービスを提供した事業所の加算	5%	・訪問入浴介護 ・訪問看護 ・訪問リハビリテーション ・通所リハビリテーション ・福祉用具貸与 ・居宅療養管理指導 (以上「介護予防」を含む。) ・居宅介護支援 ・訪問介護 ・通所介護 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	不要	無	無	サービスを行う利用者が、「通常の事業の実施地域（運営規程）の外」かつ「中山間地域等」に居住していること  ※ 利用者が現に「中山間地域等」に居住していることが必要 ※ 通所系サービスは「中山間地域等」に居住している利用者宅への送迎が必要 ※ 利用者から別途交通費の支払を受けることができない

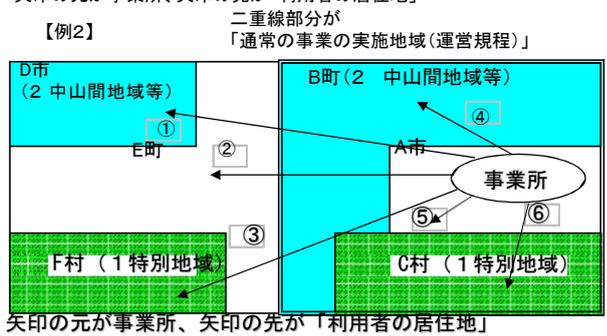
※1 1,2の中山間地域等」と3の中山間地域等の地域は、異なります。  
 ○地域区分が「その他（全サービス 1単位=10円）」でない15市町所在の事業所については、「2の10%加算」の算定はありません。  
 ☆福祉用具貸与については、15%、10%、5%加算ではなく、開始日の属する月に、交通費に相当する額の100/100、2/3、1/3の加算となる（上限あり）。  
 ※2 総合事業における当該加算については、各自治体に確認すること。

① 届出先	届出期限…算定開始月の前月15日まで
(1) 事業所の所在地が、北九州市、福岡市、久留米市の場合……事業所所在地の市 (2) 居宅介護支援、定期巡回・随時対応型訪問介護看護……事業所所在地の保険者 (3) 事業所の所在地が、(1)の3市以外の地域 {「医療みなし(訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導)…福岡県介護保険課 指定係」「医療みなし及び(2)のサービス」以外…管轄の保健福祉(環境)事務所 社会福祉課}	
② 小規模事業所の定義（「介護給付」と「介護予防給付」は、別々に小規模事業所の該当・非該当を判定） ○ 前年度の4～2月（11か月）の実績で、次の基準により、小規模事業所の該当の有無を判定します。 （前年度の実績が6か月に満たない場合は、直近の3か月の実績）	
・訪問介護 …延訪問回数が200回以下/月 ・訪問入浴介護 …延訪問回数が20回以下/月 ・介護予防訪問入浴介護 …延訪問回数が5回以下/月 ・居宅療養管理指導 …延訪問回数が50回/月 ・介護予防居宅療養管理指導 …延訪問回数が5回/月 ・居宅介護支援 …実利用者が20人以下/月	・訪問看護 …延訪問回数が100回以下/月 ・介護予防訪問看護 …延訪問回数が5回以下/月 ・福祉用具貸与 …実利用者が15人以下/月 ・介護予防福祉用具貸与 …実利用者が5人以下/月 ・訪問リハビリテーション …延訪問回数50回/月 ・介護予防訪問リハビリテーション …延訪問回数が10回以下/月 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 …実利用者が5人以下/月
R5年度（4～2月の11か月）の平均で小規模事業所で無くなった場合は、R6年度（4～3月サービス）の10%加算を算定することはできません。	



	加算割合		
	小規模事業所以外	小規模事業所	
訪問入浴介護、訪問看護、福祉用具貸与、居宅療養管理指導、訪問リハビリテーション(以上「介護予防」を含む。)、居宅介護支援、訪問介護	5%	10%+5%	5%
①	5%	10%+5%	5%
②	無し	10%	無し
③	5%	10%+5%	5%
④	無し	10%	無し
⑤	無し	10%	無し
⑥	無し	10%	無し

※ B町の地域区分は、「その他」



	加算割合	
	小規模事業所以外	小規模事業所
訪問入浴介護、訪問看護、福祉用具貸与、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導(以上「介護予防」を含む。)、居宅介護支援、訪問介護、通所介護	5%	無し
①	5%	無し
②	無し	無し
③	5%	無し
④	無し	無し
⑤	無し	無し
⑥	無し	無し

表1 福岡県内の「中山間地域等」加算の該当地域（事業所所在地による区分）

前年度（4月～2月）の実績で、小規模事業所でなくなったときは、中山間地域等に所在する小規模事業所加算（10%）の算定はできなくなります。

令和6年4月1日現在

事業所所在地	1 「特別地域」に所在する事業所の加算該当地域 (15%加算)	2 「中山間地域等」に所在する「小規模事業所」の加算該当地域 (10%加算) ※「1『特別地域』に所在する事業所の加算該当地域」と重複する地域は対象外
1 北九州市	馬島、藍島	
2 福岡市	玄海島、小呂島、旧脇山村	
4 久留米市		旧水縄村
6 飯塚市	①	旧筑穂町、旧穎田町
7 田川市		全域
8 柳川市		旧大和町、旧柳川市
9 八女市	旧上陽町◎（旧横山村☆に限る。）、 旧黒木町◎（旧大淵村☆、旧笠原村☆及び②に限る。）、旧矢部村◎、 旧星野村◎	全域 (1に該当する地域を除く)
10 筑後市		旧羽犬塚町
13 豊前市	③	求菩提、篠瀬、旧合河村（轟含む）
16 筑紫野市		平等寺、上西山、本道寺・柚須原・香園
19 宗像市	地島、大島	旧玄海町
23 うきは市	旧姫治村	旧浮羽町
24 宮若市	旧吉川村	旧笠松村
25 嘉麻市	④	全域（1に該当する地域を除く）
26 朝倉市	旧高木村、旧上秋月村、旧松末村	旧秋月町、旧杷木町、旧朝倉町
27 みやま市		全域
28 糸島市	姫島	白糸、旧福吉村、旧志摩町（姫島を除く）
29 那珂川市	旧南畑村	
31 篠栗町		萩尾
34 新宮町	相島	
37 芦屋町		全域
41 小竹町		全域
42 鞍手町		全域
44 筑前町		三箇山
45 東峰村	旧小石原村	全域（1に該当する地域を除く）
48 広川町		旧上広川村
49 香春町		全域
50 添田町	旧津野村、⑤	全域（1に該当する地域を除く）
51 糸田町		全域
52 川崎町		全域
53 大任町		全域
54 赤村		全域
55 福智町		全域
57 みやこ町	旧伊良原村	全域（1に該当する地域を除く）
59 上毛町	旧友枝村	全域（1に該当する地域を除く）
60 築上町	旧上城井村、⑥	全域（1に該当する地域を除く）

	市町村名	地域名
①	飯塚市	内住(字大野、字白坂、字原、字払ノ谷、字十郎、字用意の元、字久保山、字浦ノ谷、字福ヶ谷、字久保山前、字古屋敷、字兎山、字赤松尾及び字鍛冶木屋の地域に限る。)、山口(字米の山、字茜屋、字アラ谷、字飯田、字窪ヶ谷、字ヲジト、字河原、字勘四郎、字コノヲ、字城山、字城ノ山、字新開、字地蔵ヶ原、字下木屋、字尻ノ谷、字高塚、字竹ノ尾、字堂田、字峠、字松葉、字宮ノ脇、字六反田、字道官、字梨木原、字墓ノ尾、字橋ヶ下、字平原、字仏田、字堀田及び字前田の地域に限る。)、弥山(字水上、字坂ノ下、字大山口、字大塚、字大石道、字コボシキ、字小山口、字鳥越、字七曲、字仁田尾、字萩の迫、字畑川及び字広畑の地域に限る。)&及び桑曲(字前田、字牧ノ内、字ホリ田、字八郎四、字神ノ後、字上ノ浦、字ヲナシ、字薄ヶ藪及び字上ノ山の地域に限る。)
②	八女市	黒木町田代(字下筒井、字上筒井、字海太郎、字鋤先、字鳥山、字曾底、字捨井手、字下堂目木、字上堂目木、字柿ノ木迫、字下姥ヶ塚、字北明所、字湯ノ下、字坂ノ根、字角佛、字小別当、字辻ノ木、字年ノ神、字三反田、字椶ノ実谷、字松本、字津留、字阿蘇谷、字池ノ谷、字井手ノ本、字岩ノ鼻、字下真梨穂、字新城、字尾草、字下尾道、字南真門、字堂ノ迫、字杉山、字田ノ原、字大坪、字鶴牧、字高柿、字森ノ下、字鳥越、字菅之谷、字谷山口、字願正、字山口、字勿躰、字睦園、字堂目木及び字陣床の地域に限る。)、黒木町鹿子生(字作り道、字窪、字【おう】ノ谷、字仲田、字細工谷、字長畑、字村下、字屋敷、字南前田、字鬼突、字大股及び字糶田の地域に限る。)、黒木町土窪(字一ノ渡瀬、字柳ノ原、字梅ヶ谷、字辻、字段、字上川原、字迫田、字平瀬、字福寿庵、字井手、字長老岩、字文田、字細工谷、字中通、字西方、字辻山、字池ノ上、字原畑、字石原、字溝添、字僧見、字不動前、字不動山、字込野、字毛條野及び字柿ノ木迫の地域に限る。)、黒木町木屋(字森、字本村、字釘ノ鼻、字本坪、字山桃塚、字屋舗ノ下、字平平、字芋扱場、字松出、字京ノ松、字前田、字大窪、字中村、字建石、字佛岩、字堂ノ先、字差原、字垣添、字葛原、字鹿ノ子谷、字洲頭、字小川原、字井川元、字塚原、字小平、字大迫、字楮四郎、字長田、字長田下、字大下、字村下、字野ノ中、字餅田、字薬師ノ元、字辻、字山ノ神、字小西ノ上、字弓掛塔、字橋本、字高平、字辻ノ上、字木山、字家舗、字小谷ノ迫、字浦小路、字二本木、字浦ノ上、字一ノ坂、字辨財天、字茅切場、字木山向、字後ヶ迫、字境ノ谷(八千七百九十八番地の一から八千八百三十六番地まで及び一万九百九十番地の二から一万千二百二十四番地までの地域に限る。)、字美野尾(五千九百七番地から五千九百五十二番地まで及び七千二百番地の一から七千三百二十四番地までの地域に限る。)、字竹ノ迫、字【お】扱谷及び字楮原の地域に限る。)&及び黒木町北木屋(字前田、字御明園、字椈谷、字下荒谷、字白金、字久保、字外園、字水口、字滝ノ上、字滝ノ下、字山ノ原及び字漆原の地域に限る。)
③	豊前市	大字中川底(八百三十四番地の一から千八百五十一番地までの地域に限る。)
④	嘉麻市	千手(字ナカノの地域に限る。)、泉河内(字ヲムカイ、字ウト、字山ノ下、字油、字高畑及び字栗野の地域に限る。)、嘉穂才田(字川淵、字ムカエハル、字上ノ原、字下ノトリ及び字柴原の地域に限る。)&及び桑野(字倉谷、字イチノ及び字山セ川の地域に限る。)
⑤	添田町	大字榎田(字糶ノ宮、字中ノ原、字仙道及び字広瀬の地域に限る。)、大字落合(字別所河内、字鍛冶屋、字長谷、字緑川、字深倉、字中河原、字駒鳴及び字芝峠の地域に限る。)、大字英彦山(字町、字北坂本及び字唐ヶ谷の地域に限る。)&及び大字中元寺(字木浦、字大藪及び字戸谷の地域に限る。)
⑥	築上町	大字小山田(字小川谷及び字永尾の地域に限る。)

表2 福岡県内の「中山間地域等」加算の該当地域（利用者の居住地による区分）

下記地域に居住する利用者にサービスを提供しても、事業所の「通常の事業の実施地域」内であれば加算を算定できません。中山間地域等加算（5%）を算定する場合には、利用者から別途交通費を受領できません。

令和6年4月1日現在

利用者居住地	3 「通常の事業の実施地域」を越えて「中山間地域等」に居住する者へのサービス提供を行った場合の加算該当地域（5%加算）
1 北九州市	馬島、藍島
2 福岡市	玄海島、小呂島、旧脇山村
4 久留米市	旧水縄村
6 飯塚市	旧筑穂町、旧潁田町
7 田川市	全域
8 柳川市	旧大和町
9 八女市	全域
10 筑後市	旧羽犬塚町
13 豊前市	旧岩屋村
16 筑紫野市	平等寺、上西山、本道寺・柚須原・香園
19 宗像市	地島、大島
23 うきは市	旧浮羽町
24 宮若市	旧吉川村、旧笠松村
25 嘉麻市	全域
26 朝倉市	旧高木村、旧上秋月村、旧秋月町、旧杷木町、旧朝倉町
27 みやま市	全域
28 糸島市	白糸、旧福吉村、旧志摩町
29 那珂川市	旧南畑村
31 篠栗町	萩尾
34 新宮町	相島
37 芦屋町	全域
41 小竹町	全域
42 鞍手町	全域
44 筑前町	三箇山
45 東峰村	全域
48 広川町	旧上広川村
49 香春町	全域
50 添田町	全域
51 糸田町	全域
52 川崎町	全域
53 大任町	全域
54 赤 村	全域
55 福智町	全域
57 みやこ町	全域
59 上毛町	全域

## 6 その他関連事項

### (1) 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領

(別紙1)

### 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿 生年月日 年 月 日 住所 \_\_\_\_\_  
 居宅サービス計画作成者氏名 \_\_\_\_\_  
 居宅介護支援業者・事業所名及所在地 \_\_\_\_\_  
 居宅サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日  
 認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	----- ----- ----- -----
介護認定審査の意見及びサービスの種類の指定	----- ----- ----- -----
統合的な援助の方針	----- ----- ----- -----
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他( )





第6表

認定済・申請中		年 月分 サービス利用票 (兼居宅(介護予防)サービス計画)										居宅介護支援事業-利用者																										
保険者番号		保険者名		居宅介護支援事業者事業所名		作成年月日	年 月 日																															
被保険者番号		フリガナ				届出年月日	年 月 日																															
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	要介護状態区分 変更後 要介護状態区分 変更日	1 2 3 4 5	区分支給 限度基準額	単位/月	限度額 適用期間	年 月から 年 月まで	前月までの 短期入所利 用日数					日																								
提供時間帯	サービス 内容	サービス事業者 事業所名	福祉用具貸与の場合のみ 用具名称 (機種名)	TAIS・届出 コード	月間サービス計画及び実績の記録																																	
					日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計 回数	
					曜日																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	
					予定																																	
					実績																																	

## (居宅サービス計画書記載要領)

本様式は、当初の介護サービス計画原案を作成する際に記載し、その後、介護サービス計画の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。

なお、介護サービス計画は、利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するために重要な計画であり、利用者が地域の中で尊厳ある自立した生活を続けるための利用者本人の計画であることを踏まえ、わかりやすく記載するものとする。

### 1. 第1表: 「居宅サービス計画書（1）」

#### ①「利用者名」

当該居宅サービス計画の利用者名を記載する。

#### ②「生年月日」

当該利用者の生年月日を記載する。

#### ③「住所」

当該利用者の住所を記載する。

#### ④「居宅サービス計画作成者氏名」

当該居宅サービス計画作成者（介護支援専門員）の氏名を記載する。

#### ⑤「居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地」

当該居宅サービス計画作成者の所属する居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地を記載する。

#### ⑥「居宅サービス計画作成（変更）日」

当該居宅サービス計画を作成または変更した日を記載する。

#### ⑦「初回居宅サービス計画作成日」

当該居宅介護支援事業所において当該利用者に関する居宅サービス計画を初めて作成した日を記載する。

#### ⑧「初回・紹介・継続」

当該利用者が、当該居宅介護支援事業所において初めて居宅介護支援を受ける場合は「初回」に、他の居宅介護支援事業所（同一居宅介護支援事業者の他の事業所を含む。以下同じ。）又は介護保険施設から紹介された場合は「紹介」に、それ以外の場合は「継続」に○を付す。

なお、「紹介」とは、当該利用者が他の居宅介護支援事業所又は介護保険施設において既に居宅介護支援等を受けていた場合を指す。

また、「継続」とは、当該利用者が既に当該居宅介護支援事業所から居宅介護支援を受けている場合を指す。

おって、当該居宅介護支援事業所において過去に居宅介護支援を提供した経緯がある利用者が

一定期間を経過した後介護保険施設から紹介を受けた場合には、「紹介」及び「継続」の両方を○印で囲むものとする。

⑨「認定済・申請中」

「新規申請中」(前回「非該当」となり、再度申請している場合を含む。)、  
「区分変更申請中」、  
「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」は、「申請中」に○を付す。それ以外の場合は「認定済」に○を付す。

⑩「認定日」

「要介護状態区分」が認定された日(認定の始期であり、初回申請者であれば申請日)を記載する。

「申請中」の場合は、申請日を記載する。認定に伴い当該居宅サービス計画を変更する必要がある場合には、作成日の変更を行う。

⑪「認定の有効期間」

被保険者証に記載された「認定の有効期間」を転記する。

⑫「要介護状態区分」

被保険者証に記載された「要介護状態区分」を転記する。

⑬「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのか意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。

なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。

⑭「認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」

被保険者証を確認し、「認定審査会意見及びサービスの種類の指定」が記載されている場合には、これを転記する。

⑮「総合的な援助の方針」

課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、利用者及び家族を含むケアチームが確認、検討の上、総合的な援助の方針を記載する。

あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先、また、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応の方法等について記載することが望ましい。例えば、利用者の状態が急変した場合の連携等や、将来の予測やその際の際の多職種との連携を含む対応方法について記載する。

⑯「生活援助中心型の算定理由」

介護保険給付対象サービスとして、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付けることが必要な場合に記載する。

「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」(平成十二年二月十日厚生省告示第十九号)別表の1の注3に規定する「単身の世帯に属する利用者」の場合は、「1. 一人暮らし」に、「家族若しくは親族(以下「家族等」という。)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、当該利用者または当該家族等が家事を行うことが困難であるもの」の場合は、「2. 家族等が障害、疾病等」に○を付す。また、家族等に障害、疾病がない場合であっても、同様のやむをえない事情により、家事が困難な場合等については、「3. その他」に○を付し、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。事情の内容については、例えば、

- 家族が高齢で筋力が低下していて、行うのが難しい家事がある場合
- 家族が介護疲れで共倒れ等の深刻な問題が起きてしまう恐れがある場合
- 家族が仕事で不在の時に、行わなくては日常生活に支障がある場合などがある。(「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取扱いについて」(平成二十一年十二月二十五日老振発一二二四第一号)参照)

## 2. **第2表**:「居宅サービス計画書(2)」

### ①「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」

利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題(ニーズ)についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。具体的には、利用者の生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の中で、解決していかなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、

- 利用者自身の力で取り組めること
- 家族や地域の協力でできること
- ケアチームが支援すること

で、できるようになることなどを整理し、具体的な方法や手段をわかりやすく記載する。

目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようになるのか」という目標達成に向けた取り組みの内容やサービスの種別・頻度や期間を設定する。

### ②「目標(長期目標・短期目標)」

「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。

ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合やいくつかの課題が解決されて初めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。

「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものである。

緊急対応が必要になった場合には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度、「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記載する。

なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやすい具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

### ③(「長期目標」及び「短期目標」に付する)「期間」

「長期目標」の「期間」は、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を、いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載する。

「短期目標」の「期間」は、「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載する。

また、原則として開始時期と終了時期を記入することとし、終了時期が特定できない場合等にあつては、開始時期のみ記載する等として取り扱って差し支えないものとする。

なお、期間の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

#### ④「サービス内容」

「短期目標」の達成に必要であつて最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。

この際、家族等による援助や必要に応じて保険給付対象外サービスも明記し、また、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。

なお、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合にあつては、そ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を記載する必要があるが、その理由を当該欄に記載しても差し支えない。

#### ⑤「保険給付の対象となるかどうかの区分」

「サービス内容」中、保険給付対象内サービスについて○印を付す。

#### ⑥「サービス種別」

「サービス内容」及びその提供方針を適切に実行することができる居宅サービス事業者等を選定し、具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。

家族が担う介護部分についても、誰が行うのかを明記する。

#### ⑦「頻度」・「期間」

「頻度」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するかを記載する。

「期間」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する。

なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

#### ⑧福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のサービスを必要とする理由

福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置付ける場合においては、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する。

なお、理由については、別の用紙（別葉）に記載しても差し支えない。

### 3. **第3表**:「週間サービス計画表」

第2表「居宅サービス計画書（2）」の「援助内容」で記載したサービスを保険給付内外を問わず、記載する。なお、その際、「援助内容」の頻度と合っているか留意する。

#### ①「主な日常生活上の活動」

利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載する。例えば、食事については、朝食・昼食・夕食を記載し、その他の例として、入浴、清拭、洗面、口腔清掃、整容、更

衣、水分補給、体位変換、家族の来訪や支援など、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見えるように記載する。

なお、当該様式については、時間軸、曜日軸の縦横をどちらにとってもかまわない。

②「週単位以外のサービス」

各月に利用する短期入所等、福祉用具、住宅改修、医療機関等への受診状況や通院状況、その他の外出や「多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス」などを記載する。

4. **第4表**: 「サービス担当者会議の要点」

サービス担当者会議を開催した場合に、当該会議の要点について記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合に、サービス担当者に対して行った照会の内容等についても、記載する。

①「利用者名」

第1表から転記する。

②「生年月日」

第1表から転記する。

③「住所」

第1表から転記する。

④「居宅サービス計画作成者氏名」

第1表から転記する。

⑤「開催日」

当該会議の開催日を記載する。

⑥「開催場所」

当該会議の開催場所を記載する。

⑦「開催時間」

当該会議の開催時間を記載する。

⑧「開催回数」

当該会議の開催回数を記載する。

⑨「会議出席者」

当該会議の出席者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載する。本人又はその家族が出席した場合には、その旨についても記入する。記載方法については、「会議出席者」の欄に記載、もしくは、「所属（職種）」の欄を活用して差し支えない。また、当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載するとともに、当該会議に出席できない理由についても記入する。なお、当該会議に出席できないサービス担当者の「所属（職種）」、「氏名」又は当該会議に出席できない理由について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。

⑩「検討した項目」

当該会議において検討した項目について記載する。当該会議に出席できないサービス担当者が

いる場合には、その者に照会（依頼）した年月日、内容及び回答を記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合には、その理由を記載するとともに、サービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日、照会（依頼）した内容及び回答を記載する。なお、サービス担当者会議を開催しない理由又はサービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日若しくは照会（依頼）した内容及び回答について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。

#### ⑪「検討内容」

当該会議において検討した項目について、それぞれ検討内容を記載する。その際、サービス内容だけでなく、サービスの提供方法、留意点、頻度、時間数、担当者等を具体的に記載する。

なお、⑩「検討した項目」及び⑪「検討内容」については、一つの欄に統合し、合わせて記載しても差し支えない。

#### ⑫「結論」

当該会議における結論について記載する。

#### ⑬「残された課題（次回の開催時期等）」

必要があるにもかかわらず社会資源が地域に不足しているため未充足となった場合や、必要と考えられるが本人の希望等により利用しなかった居宅サービスや次回の開催時期、開催方針等を記載する。

なお、これらの項目の記載については、当該会議の要点を記載するものであることから、第三者が読んでも内容を把握、理解できるように記載する。

### 5. **第5表**: 「居宅介護支援経過」

モニタリングを通じて把握した、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する。

漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努める。

第5表「居宅介護支援経過」は、介護支援専門員等がケアマネジメントを推進する上での判断の根拠や介護報酬請求に係る内容等を記録するものであることから、介護支援専門員が日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、記録の日付や情報収集の手段（「訪問」（自宅や事業所等の訪問先を記載）、「電話」・「FAX」・「メール」（これらは発信（送信）・受信がわかるように記載）等）とその内容について、時系列で誰もが理解できるように記載する。

そのため、具体的には、

- 日時（時間）、曜日、対応者、記載者（署名）
- 利用者や家族の発言内容
- サービス事業者等との調整、支援内容等
- 居宅サービス計画の「軽微な変更」の場合の根拠や判断等の客観的な事実や判断の根拠を、簡潔かつ適切な表現で記載する。

簡潔かつ適切な表現については、誰もが理解できるように、例えば、

- 文章における主語と述語を明確にする、

- 共通的でない略語や専門用語は用いない、
- 曖昧な抽象的表現を避ける
- 箇条書きを活用する  
等わかりやすく記載する。

なお、モニタリングを通じて把握した内容について、モニタリングシート等を活用している場合については、例えば、「モニタリングシート等（別紙）参照」等と記載して差し支えない。（重複記載は不要）

ただし、「（別紙）参照」については、多用することは避け、その場合、本表に概要をわかるように記載しておくことが望ましい。

※ モニタリングシート等を別途作成していない場合は本表への記載でも可。

## 6. 第6表: 「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」

「居宅サービス計画原案」に位置付けられたサービスをもとに、月単位で作成する。

### ① 「認定済・申請中の区分」

「認定済」・「申請中」の区分のどちらかを○で囲む。「新規申請中」、「区分変更申請中」及び「更新申請中に当該認定有効期間を超えた場合」については「申請中」となり、その他の場合が「認定済」となる。

### ② 「対象年月」

居宅サービス計画の対象となる年月を和暦で記載する。

### ③ 「保険者番号」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

### ④ 「保険者名」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

### ⑤ 「被保険者番号」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

### ⑥ 「被保険者氏名」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

### ⑦ 「生年月日」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

### ⑧ 「性別」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

### ⑨ 「要介護状態区分」

「認定済」の場合は、被保険者証に記載された要介護状態区分を○で囲む。

「申請中」の場合は、居宅サービス計画作成に当たって前提とした要介護状態区分を○で囲む。

⑩「変更後要介護状態区分・変更日」

月の途中で要介護状態区分に変更があった場合に、変更後の要介護状態区分を○で囲み、変更日を記載する。

⑪「居宅介護支援事業者事業所名担当者名」

居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者の名称及び担当者名を記載する。ただし、利用者が作成した場合は記載する必要はない。

⑫「作成年月日」

居宅サービス計画からサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載する。居宅サービス計画の変更を行った場合は、変更後の居宅サービス計画に基づいてサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載する。ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。

⑬「利用者確認」

居宅介護支援事業者が保存するサービス利用票（控）に、利用者の確認を受ける。ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。

⑭「届出年月日」

利用者が自ら作成した居宅サービス計画に基づきサービス利用票を作成した場合に、その受付を行った市町村が市町村に届け出た年月日を記載する。ただし、居宅介護支援事業者が作成したサービス利用票を受け付けた場合は、記載する必要はない。

⑮「区分支給限度基準額」

被保険者証に記載された支給限度基準額（単位数）を記載する。「申請中」の場合は、居宅サービス計画作成に当たって前提とした要介護状態区分に応じた一月間当たりの支給限度基準額（単位数）（月途中の変更がある場合には、重い方の「要介護状態区分」に対応した額と一致する。）を記載する。

⑯「限度額適用期間」

被保険者証に記載された限度額適用期間を記載する。

⑰「前月までの短期入所利用日数」

計画対象月までの短期入所利用日数を記載する。新規認定申請中の場合は、「0」と記載する。

⑱「曜日」

対象月における日付に対応する曜日を記載する。

⑲「提供時間帯」

サービス提供開始から終了までの予定時刻を二四時間制で記載する。サービス提供時間帯が決まっているものは、提供時間帯の早い順（0:00～24:00）に記載する。ただし、福祉用具貸与及び短期入所サービスの場合は、記載する必要はない。

⑳「サービス内容」

適用するサービスコードに対応するサービスの名称（「介護給付費単位数・サービスコード表」の省略名称）を記載する。

⑳ 「サービス事業者事業所名」

サービス提供を行う事業所の名称を記載する。

㉑ 「用具名称（機種名）」

福祉用具貸与の場合、適用するサービスコードに対応する用具の名称（機種名）を記載する。

㉒ 「TAIS・届出コード」

福祉用具貸与の場合、公益財団法人テクノエイド協会が管理・運用する福祉用具情報システム（TAIS）上の管理コード、または福祉用具情報システム（TAIS）上の管理コードを取得していない商品の場合は福祉用具届出コードのいずれかを記載する。福祉用具貸与以外のサービスについては空欄とする。例：00001-000010

㉓ 「予定」

該当するサービスの提供回数（通常は「1」）を記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。

㉔ 「実績」

サービスを提供した事業所が実績を記載する。計画を作成する時点での記載は、必要ない。

㉕ 「合計回数」

各行の「予定」欄に記載された提供回数の合計を記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。

7. **第7表**: 「サービス利用票別表」

(1) 第6表「サービス利用票」の各行から、支給限度管理の対象となるサービスを全て転記する。記載は、サービス提供事業所毎に記載することとし、同一事業所で複数のサービスを提供する場合は、サービスコード毎に記載する。また、事業所又はサービス種類（サービスコードの上二桁）が変わる毎に、その事業所又はサービス種類毎の集計値を記載するための集計行を一行ずつ挿入する。（一つのサービス種類について一つしかサービスコードがない場合は、集計行は不要。）

① 「事業所名」

第6表「サービス利用票」の㉑「サービス事業者事業所名」欄から転記する。集計行にも対象事業所名を記載する。

② 「事業所番号」

上記①「事業所名」に対応する事業所番号を WAM NET の『介護報酬情報提供システム』等により確認して記載する。集計行にも対象事業所の事業所番号を記載する。

③ 「サービス内容／種類」

第6表「サービス利用票」の㉒「サービス内容」欄から転記する。集計行には、サービス種類の名称を記載する。

④ 「サービスコード」

前記③「サービス内容／種類」に対応するサービスコードを『介護給付費単位数・サービスコード

表』により確認して記載する。集計行には、記載する必要はない。

⑤「用具名称（機種名）」

福祉用具貸与の場合、第6表「サービス利用票」の④「用具名称（機種名）」欄から転記する。

⑥「TAIS・届出コード」

福祉用具貸与の場合、第6表「サービス利用票」の⑳「TAIS・届出コード」欄から転記する。

⑦「単位数」

前記④「サービスコード」に対応する一回当たりの単位を『介護給付費単位数サービスコード表』により確認して記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。

⑧「割引後率（％）」

料金割引を行っている場合には、前記③「サービス内容／種類」に対応する割引率を確認し、割引後の率（割引後率＝100％－割引率（％））をWAM NETの『介護報酬情報提供システム』等の活用により確認し記載する。

⑨「割引後単位数」

前記⑧の記載を行っている場合（料金割引を行っている場合）には、前記⑦「単位数」に前記⑧「割引後率」を乗じて算出した割引後の単位数（小数点以下四捨五入）を記載する。

⑩「回数」

第6表「サービス利用票」の㉔「予定」欄から一月間分の合計回数（同表の㉖「合計回数」欄）を転記する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。

⑪「サービス単位／金額」

前記⑦「単位数」（料金割引を行っている場合は、前記⑨「割引後単位数」）に前記⑩「回数」を乗じて算出した結果を、集計行を識別できるように括弧書き等により記載する。区分支給限度管理対象外のサービス（特別地域加算等）については、合計には含めないため、識別できるように記載する。福祉用具貸与の場合は、実際の費用額を単位数当たり単価で除した結果（小数点以下四捨五入）を記載する。

⑫「種類支給限度基準額（単位）」※「種類別支給限度管理」表

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、「被保険者証」から、種類別の支給限度額を転記する。

⑬「合計単位数」※「種類別支給限度管理」表

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、前記⑪「サービス単位／金額」欄から、サービス種類別に単位数を合計し記載する。

⑭「種類支給限度基準を超える単位数」※「種類別支給限度管理」表

前記⑫及び⑬の記載を行った場合（市町村が種類支給限度基準を定めている場合）には、前記⑬「合計単位数」から前記⑫「種類支給限度基準額（単位）」を差引き、種類別に支給限度基準を超える単位数を算出する。

⑮「種類支給限度基準を超える単位数」

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、前記⑭「種類支給限度基準を超える単位数」の合計に等しくなるように単位数を種類別に振り分ける。

⑯「種類支給限度基準内単位数」

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、前記⑪「サービス単位／金額」から前記⑮「種類支給限度基準を超える単位数」で割り振られた単位数を差し引いた単位数を記載する。

⑰「区分支給限度基準額（単位）」

「被保険者証」から、区分支給限度基準額を転記する。

⑱「区分支給限度基準を超える単位数」

種類支給限度基準が設定されていない場合は、上記⑮から上記⑨「サービス単位／金額」欄の合計欄の単位数を超える単位数を記載する。

種類支給限度基準額が設定されている場合は、上記⑮から上記⑭「種類支給限度基準内単位数」欄の合計欄を超える単位数を記載する。内訳については、合計欄に等しくなるように単位数を割り振る。

⑲「区分支給限度基準内単位数」

種類支給限度基準が設定されていない場合は、前記⑪「サービス単位／金額」から、前記⑱で割り振られた単位を差し引いた単位数を記載する。

種類支給限度基準が設定されている場合は、前記⑫「種類支給限度基準内単位」から、前記⑱で割り振られた単位数を差し引いた単位数を記載する。

⑳「単位数単価」

各事業所の所在地におけるサービス種類に対応する単位数当たりの単価を、WAM NET『介護報酬情報提供システム』等の活用により確認し記載する。

㉑「費用総額（保険対象分）」

前記⑲「区分支給限度基準内単位数」に前記⑳「単位数単価」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。

㉒「給付率（％）」

介護給付費の基準額のうち保険給付を行う率を百分率で記載する。利用者負担の減額対象者、保険給付額の減額対象者等は、被保険者証、減額証等を参考にして記載する。

㉓「保険給付額」

前記㉑「費用総額（保険対象分）」に前記㉒「給付率」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。

㉔「利用者負担（保険対象分）」

前記㉑「費用総額（保険対象分）」から前記㉓「保険給付額」を差し引いて算出した額を記載する。

なお、端数処理の関係で、実際の事業者の徴収方法（毎回徴収するか、まとめて徴収するか）や、公費負担医療の適用によっては利用者負担が異なる場合があるので注意すること。

㉕「利用者負担（全額負担分）」

前記⑱「区分支給限度基準を超える単位数」に前記㉔「単位数単価」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。

（２）要介護認定期間中の短期入所利用日数

①「前月までの利用日数」

サービス利用票の前月までの短期入所利用日数の合計を転記する。

②「当月の計画利用日数」

当月中に計画に位置づけた短期入所サービスの利用日数のうち、限度額内の単位数に相当する日数を記載する。

③「累計利用日数」

①と②の累計日数を記載する

## (2) 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

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  
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。

## 記

### 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

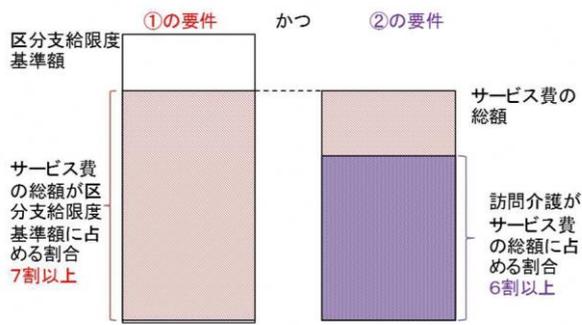
宅介護支援事業所ごとに見て、

- 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。

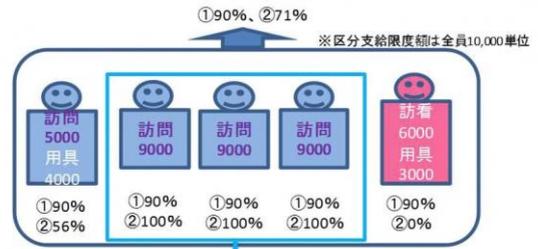
（注 2）国民健康保険団体連合会介護保険給付適正化システムで作成される帳票は、「計画単位数」を基に計算。なお、区分支給限度基準額の対象外である加算等や超過部分

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

1. まずはケアマネ事業所単位で要件①・②に該当しているかを確認



2. 次に、要件①・②に該当しているケアプランを介護度別に1件ずつ以上を保険者が指定し、届出を求める

○ 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ーツ株式会社）））（※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](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、介護給付費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

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](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になります。

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、多職種の見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 <u>通知</u> (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 <u>7割以上</u> ②その利用サービスの <u>6割以上</u> が <u>訪問介護</u> が大部分を占め る	・ <u>市町村ごとに設定</u> 。 ・ 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 (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。 ※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、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</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）

令和4年2月25日作成  
 ○○○国民健康保険団体会

保険者番号	900113
保険者名	〇〇市
抽出条件	サービス提供年月 2021年01月 支給限度額割合 70%以上 対象サービス種別 11：訪問介護、E：通所介護 対象サービス単位の割合 60%以上

支援事業所番号	支援事業所名	支援事業所所在保障者名	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
807000000	支援事業所1	〇〇市	100	0	0	100	0	0	0	0	202111
807000000	支援事業所1	〇〇市	100%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	202111
807000000	支援事業所1	〇〇市	1,432,200	0	0	1,432,200	0	0	0	0	202111
807000000	支援事業所1	〇〇市	14,822	0	0	14,822	0	0	0	0	202111
807000000	支援事業所1	〇〇市	90%	0%	0%	90%	0%	0%	0%	0%	202111
807000000	支援事業所1	〇〇市	1,235,008	0	0	1,235,008	0	0	0	0	202111
807000000	支援事業所1	〇〇市	91%	0%	0%	91%	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	対象サービス種別を含む給付管理票のうち、対象サービス種別のみの計画単位数
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）

N.N. 00年 00月 00日 作成  
〇〇〇国民健康保険団体育連合会

保険者番号	000001
施設番号	テスト市
抽出条件	サービス権限年月 2018年04月
抽出項目	支給限度額割合
割合	50%以上
抽出項目	限度額の一割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 施設番号	事業所所在 施設名	合計	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	更新年月
00000100418	事業所418	000001	テスト市	20	0	7	2	3	2	201806
00000100418	事業所418	000001	テスト市	100%	0%	30%	10%	18%	10%	201806
00000100418	事業所418	000001	テスト市	283,089	0	84,762	40,624	53,777	26,408	201806
00000100418	事業所418	000001	テスト市	13,163	0	12,100	20,212	17,926	13,204	201806
00000100418	事業所418	000001	テスト市	5%	0%	60%	18%	50%	31%	201806
00000100418	事業所418	000001	テスト市	14	0	5	2	2	1	201806
00000100418	事業所418	000001	テスト市	100%	0%	71%	100%	67%	50%	201806

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]
限度額の一割割合以上利用者数	利用者数のうち、抽出条件(限度額の一割割合以上利用者割合)に合致する利用者数
限度額の一割割合以上利用者割合	利用者数のうち、[限度額の一割割合以上利用者数] 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。





## 第2 本市の指針

### 1. ケアプラン作成及びケアマネジメントのポイント

令和7年6月 筑紫野市高齢者支援課

筑紫野市における取り扱いを記載しています。なお、ケアマネジメントに必要な事項の全てを示す資料ではありませんのでご注意ください。

#### 《基本方針》

- 利用者が、可能な限り住み慣れた居宅において、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮します。
- 多様で総合的かつ効率的にサービスが提供されるよう配慮します。
- 利用者の意思や人格を尊重し、利用者の立場になって、公正中立な支援をします。

#### 1. アセスメント

- ①毎回23項目もれなく確認している（これにより、利用者や家族、サービス事業者の訴えやケアマネジャー自身の主観的な考えに左右されることのない支援ができる）
- ②利用者が自立した日常生活ができるよう支援する上で何が課題となっているのかを記録している
- ③ケアプランに記載しているニーズやサービス内容の利用を必要とする理由が記載されている（利用者の状態と必要なサービスとの整合性）
- ④利用者の主訴や要望を引き出している（家族の希望も大事だが利用者主体）
- ⑤「できる」「一部介助」「全介助」等の項目の選択をした場合は、選択した理由がわかるよう、具体的な状況が記載されている
- ⑥利用者ができることが把握されている
- ⑦アセスメントの結果、状況の変化がごく一部であった場合の記録は、変更箇所の追記のみでもよいが、変更年月日が分かるように記録する
- ⑧利用者の居宅（居室）で、利用者及び家族と面談して実施している

#### 2. ケアプラン（第1～3表）

##### （1）全般

- ①介護保険サービス以外のフォーマル、インフォーマルサービスの他、利用者自身が行うセルフケアも記載され、包括的な支援になっている（支給限度額外のサービスも含める）
- ②サービス事業所の紹介は、複数の事業所から利用者を選んでもらっている
- ③サービス事業所の選定にあたっては、公平性・中立性が確保できている（特定の事業所や法人内の事業所を積極的に紹介しない）

- ④ケアプラン作成にあたっては一連の業務（資料2②～⑥）をおこなっている
- ⑤ケアプランの軽微な変更の場合は、一連の業務を省くことができるとされていることについて、厚労省の通知文①\*<sup>1</sup>を参考にし、判断した理由を記録している（支援経過記録など）
- ⑥使用している全てのサービスにおいて、終了するときも一連の業務を行っている
- ⑦医療保険から介護保険の同種サービスに移行した場合も一連の業務を行っている
- ⑧居宅療養管理指導のサービス開始にあたり、医師等からサービス担当者会議で情報提供を受けることができない場合は、文書等での情報提供を受け、ケアプランを作成している
- ⑨本人からの同意の署名が困難な場合は、代筆した家族や支援者の続柄と氏名を記載している。また、代筆しないといけない理由を記録している（支援経過記録など）
- ⑩ケアプランの同意日は、サービス担当者会議（かつ作成日）以降でサービス利用開始以前になっている ※サービス開始以降になった場合は理由が記録されている（支援経過記録など）
- ⑪ケアプラン作成の都度、利用者およびサービス事業者に交付している
- ⑫医療系サービス\*<sup>2</sup>がある場合は、作成の都度、意見を確認した医師や歯科医師に交付している

## （2）第1表

- ①「利用者及び家族の生活に対する意向」は利用者の意向が直接確認できない場合は、利用者の表情、今までの生活、サービスを受けているときの状況や、家族からの聴き取りなどを記載している

## （3）第2表

- ①「ニーズ」は、優先度合いが高いものから順に記載している
- ②左からニーズ⇒長期目標⇒短期目標⇒サービス内容、というふうに順に立てている
- ③「ニーズ」は、アセスメントの課題分析をもとに、利用者の視点で表現している
- ④「ニーズ」は、利用者の自立を支援する視点になっている
- ⑤「ニーズ」や「長期・短期目標」は、サービス利用を目的にしていない（サービス提供は手段）
- ⑥「短期目標」は、長期目標を段階的に達成するための指標であり、達成可能な具体的でわかりやすいものになっている（利用者や支援者の目標が明確になり評価もしやすくなる）  
※「安心」「安全」「安定」「不安なく」「病氣」「元気に」「意欲的に」「気持ちよく」「安楽に」などは抽象的な表現
- ⑦福祉用具を複数利用する場合は、利用目的にそって目標設定を分けている
- ⑧「利用頻度」は、短期目標が実現するための適切な頻度が数値化されている（「随時」「必要時」は好ましくない）

## （4）第3表（週間サービス計画表）

- ①第2表のサービス種別や事業所（介護保険サービス以外も含む）が全て記載されている
- ②利用者や家族が理解できる表示になっている（サービスコードのみは好ましくない）
- ③「主な日常生活上の活動」は個性が見える生活パターンが示されている

### 3. サービス担当者会議（第4表）

- ①医療系サービス<sup>※2</sup>をケアプランに位置付ける場合は、医師や歯科医師から専門的意見を聴取している
- ②居住系施設に入居し、施設サービスの提供を受けている場合は、サービス事業所以外に施設職員が参加している
- ③欠席者が分かるように記録している
- ④担当者全員から専門的意見を聴取しており、誰の発言かが分かるように記録している
- ⑤福祉用具は、毎回継続の必要性の検証を行い、自立を阻害するサービス提供になっていないか確認し、記録している（同じ品目の利用の場合はそれぞれの必要性、電動ベッドにおいては、各モーターの利用の必要性、また、全てにおいて正しい利用および利用頻度を確認）
- ⑥サービス提供中に実施しない

### 4. 支援経過記録（第5表）

- ①ケアプランの説明、同意および交付をいつ誰に行ったのかが分かるように記録している（毎月の利用票交付を含む）
- ②アセスメントやモニタリングの実施について、どこでいつ誰に面談したのかが分かるように記録している
- ③サービス事業者や医療機関などとの調整内容が記録されている
- ④情報収集のみではなくケアマネジャーの所感や判断した内容も記録しておくことが望ましい
- ⑤給付やケアマネジメントの提供にあたり保険者に確認した内容が記録されている

※加算や運営基準減算の根拠記録として重要な書類

### 5. モニタリング

- ① 特段の事情がない限り、少なくとも1月に1回、利用者の居宅（居室）を訪問し、利用者  
と面接している（テレビ電話装置を活用して面接する場合、少なくとも2月に1回は訪問  
している）
- ②特段の事情とは、ケアマネジャー側の事情ではなく、利用者の状況やその置かれている環境  
により面談することができない場合が主であり、県の通知文<sup>※3</sup>で確認している
- ③サービス提供中に実施しない
- ④モニタリングの評価がケアプラン作成に反映されている
- ⑤少なくとも1月に1回短期目標ごとに、目標の達成度、利用者や家族の満足度を確認し、ケ  
アプラン変更の必要性の可否を検証していることが分かるように記録している

### 6. 給付

- ①要介護（支援）認定者は、原則医療保険より介護保険が優先となるため、医療保険のサービ  
ス提供にあたり厚労省の通知文<sup>※4</sup>を確認している
- ②加算（居宅介護支援、サービス事業所いずれも）の算定にあたっては、加算要件に該当して  
いるかを確認している

## 7. 利用開始

- ①サービス利用前に、利用者（および家族）に、業務内容、支援の目的や運営方針などを記載した重要事項説明書を交付して説明し、同意を得ている（同時に契約書を取り交わしている）
- ②利用者からケアマネジャーに対して、複数のサービス事業所等の紹介を求めることができることを、文書の交付に加えて口頭で説明し、理解できたことの署名を得ている⇒運営基準減算
- ③ケアプランに位置付けたサービス事業所の選定理由の説明を求めることができることを、文書の交付に加えて口頭で説明し、理解できたことの署名を得ている⇒運営基準減算
- ④ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、利用開始に際し前6か月間に作成したケアプランの総数のうちに、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下、訪問介護等という）がそれぞれ位置付けられたケアプランの数が占める割合、前6か月間に当該居宅介護支援事業所において作成されたケアプランに位置づけられた訪問介護等ごとの回数の中に同一事業者によって提供されたものが占める割合の説明を行い、理解を得るように努めなければならない。
- ⑤利用者が入院する場合に備えて、入院する医療機関に担当のケアマネジャーと連絡先を伝えるよう求めている

## 8. その他運営の留意事項

- ・同意にかかる書類（契約書、重要事項説明書、個人情報利用に係る同意書その他）の内容に変更があった場合は、すみやかに利用者全員に変更部分の説明および同意をとっている
- ※介護報酬費の改定等は、改定内容を表示した用紙の配布等で説明を行うが、必ずしも署名を要しない場合がある。ただし、その場合は説明や同意を得たことの記録を残しておく（支援経過記録など）
- ・サービス事業所等から情報提供を受けた利用者の服薬状況、口腔機能その他心身や生活状況について、必要に応じて主治医や歯科医師、薬剤師に情報提供をしている（利用者の同意の上）

※1厚労省の通知文①居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについて（R3.3.31老介発0331第1号・老高発0331第2号・老認発0331第3号・老老発0331第2号）

※2医療系サービス：訪問看護、通所リハビリ、訪問リハビリ、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の訪問看護サービス、看護小規模多機能型居宅介護の訪問看護サービス

※3県の通知文：居宅介護支援における運営基準減算の取扱いについて（H22.4.2 21介第4187号）

※4厚労省の通知文②：医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について（最終改正：R6.3.27老老発0327第1号保医発0327第8号）

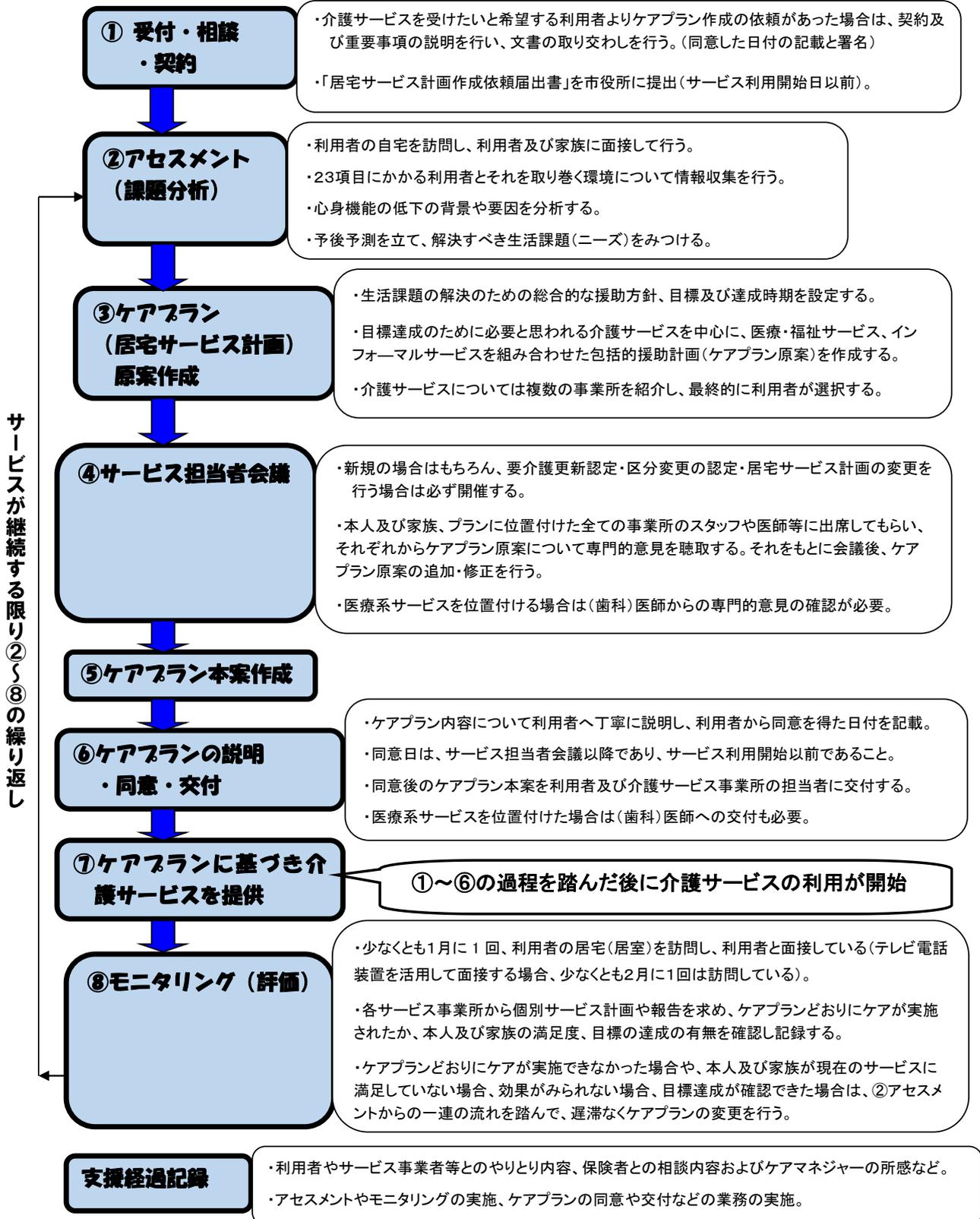
医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について（最終改正H27.3.31老老発0331第2号）

在宅患者訪問薬剤管理指導料と居宅療養管理指導費の給付調整に係る留意事項について（H24.10.16老健局振興課・老人保健課事務連絡）

訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準など（最終改正：R6

## ケアマネジメントの流れとその内容 ～ケアマネジャーの業務の流れ～

【参考】H20.7.11 介護保険最新情報 Vol.37「ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法」及び「ケアプラン点検支援マニュアルの指標」について



## ケアプラン作成Q & A

Q1 長期目標の期間は1年間と決まっていますか？

A1 長期目標の期間を1年間とする決まりはありません。  
長期目標の期間は、アセスメントに基づき解決すべき課題(ニーズ)をいつまでに、どのレベルまで解決するかを記載します。短期目標の期間は、長期目標の達成のために踏むべき段階として設定した期間を記載します。  
期間設定は、要介護認定の有効期間を考慮しつつ、利用者の状態や目標の内容に応じたものとしします。

Q2 短期入所の頻度はどのように位置づけたらよいですか？

A2 「頻度」は「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度(一定期間内での回数、実施曜日等)」で実施するかを記載します。  
「必要時・随時」は適切でなく、過去の利用実績やアセスメントをもとに基本的には数値化し「月〇回程度、息子の出張時」などと短期入所を利用する**具体的な状況、必要性**がわかるように位置付けてください。

Q3 医療系サービス提供時における主治の医師等の意見聴取について文書照会しても回答がない場合、要介護認定の主治医意見書を根拠としてよいですか？

A3 原則、要介護認定の主治医意見書は、医療系サービス提供時の主治の医師等の意見としません。**下記①の方法で実施してください。**

※下記①をすべて試みたが医療系サービス提供時の主治の医師等の意見が得られなかった場合、要介護認定の主治医意見書を認める場合もあります。

### ① 医療系サービス提供時の主治の医師等の意見聴取方法

- ◆受診同行し、医師の意見を得る。
- ◆医師にFAX・電話・メール・郵送等で意見照会する。
- ◆医療ソーシャルワーカー、看護師等(※以下病院職員)に医療系サービス提供時の主治の医師等の意見聴取を依頼する。ケアマネジャーが病院職員と対面・FAX・電話・メール・郵送等を行い病院職員が聴取した主治の医師等の意見を得る。

※以上のいずれかの方法で医療系サービス提供時の主治の医師等の意見を聴取し支援経過記録等に記載してください。

※主治の医師等は要介護認定の主治医意見書を記載した医師に限定せず、入院中の利用者に退院後早期に医療系サービスを提供する観点から「**入院中の医療機関の医師**」を含めてください。

② ①をすべて試みて医療系サービス提供時の主治の医師等の意見聴取が出来なかった場合、要介護認定の主治医意見書による医療系サービス提供時の主治の医師等の意見聴取を可能にしますが、**以下の事項に1つでも該当する場合は不可とします。**

- ◆①により医療系サービス提供時の主治の医師等の意見聴取が出来なかった理由が支援経過記録等に記載されていない、またはケアマネジャーの都合で出来なかった等、正当な理由でない。
- ◆要介護認定の主治医意見書の医師の意見が医療系サービス名のチェックのみで、必要性について主治の医師等のコメントがない。
- ◆要介護認定の主治医意見書の記入日が、6か月以上前で作成から時間が経っている。
- ◆利用者の状況が要介護認定の主治医意見書の記載当時から変化している。

Q4 サービス事業所へ交付するケアプランは利用者の署名が必要ですか？サービス担当者会議のあとに一旦ケアプランを持ち帰ってコピーし交付するので煩雑な業務になっています。

A4 サービス事業所に交付するケアプランは利用者の署名は不要です。サービス担当者会議終了後、ケアプラン原案に変更がなければ原案を確定ケアプランとして構いません。原案の変更があれば、修正しサービス事業所に交付してください。

## 2. 暫定ケアプラン作成の取扱い

令和7年6月 筑紫野市高齢者支援課

### 1 暫定ケアプランを作成する場合とは

次のような場合が考えられます。

- 要介護等認定申請中の新規利用者で、認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合
- 要介護等認定者が区分変更申請を行い、認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合
- 要介護等認定者が更新申請を行い、認定結果が更新前の認定有効期間中に確定しない場合

### 2 暫定ケアプラン作成にあたっての留意事項

- ① 認定結果が非該当となったり、想定していた介護度よりも低くなったりした時には、介護サービスに要する費用の全額が自己負担になる部分が生じる場合があるため、あらかじめ利用者や家族に十分な説明を行う。
- ② 暫定ケアプランを作成する場合も、「筑紫野市指定居宅介護支援等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」第16条(6)～(11)に定める一連の業務（以下「一連の業務」という）を行う（業務の概要は別紙2参照）。  
※介護予防支援の場合は「筑紫野市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例」第34条(6)～(11)
- ③ 認定結果が要介護、要支援のどちらになるか判断できない場合、必ず居宅介護支援事業所と介

介護予防支援事業所がそれぞれ利用者との契約を交わし、相互に連携を取りながらより可能性の高い方が暫定ケアプランを作成する（両方において暫定ケアプランを作成することも可能）。

- ④ ③の場合のサービス担当者会議では、認定結果が見込み違いの場合はケアマネジャーが変更する可能性を周知する（双方のケアマネジャーの参加が望ましい）。
- ⑤ 見込みの介護度が要支援又は要介護であることがほぼ確実に予測される場合に限り、予測される介護区分の支援事業者のみの契約も可能である。  
万が一、見込み違いの介護度だった場合ケアプランがない期間のサービス利用は全額自己負担となる。  
例) 要支援の可能性が高い場合は介護予防支援事業所  
要介護の可能性が高い場合は居宅介護支援事業所
- ⑥ 非該当が見込まれる場合は、暫定ケアプラン作成時に基本チェックリストを実施する。これにより認定結果が非該当であっても、事業対象者の該当者であれば総合事業の利用が可能となる。
- ⑦ 暫定ケアプラン作成日、サービス担当者会議実施日、暫定ケアプラン同意日、契約書同意日は、実際の日と相違ないように記録する。
- ⑧ サービス事業所を選定する場合は、見込み違いであった場合でも給付を可能とするため、原則として「地域包括支援センターと居宅介護支援事業所」または「介護予防支援事業所の指定を受けた居宅介護支援事業所」のいずれかを選定する。
- ⑨ 認定調査後に見込み介護度の市への問い合わせは原則として受け付けない。ただし、以下の場合は相談に応じる。  
※いずれも早急なサービス利用の必要があるケース
  - ・ターミナルケース
  - ・虐待対応や地域ケア会議でフォローしているケース
  - ・やむを得ない事情<sup>※1</sup>により面談が出来ず、かつ他者からの適切な情報収集ができないケース※1感染症のため面談が制限されている場合など
- ⑩ 軽度者の福祉用具貸与に該当する可能性がある場合は、暫定ケアプラン作成時に軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付届出書を提出する。
- ⑪ 「居宅（介護予防）サービス計画作成依頼届出書（以下「居宅届出書」という）」を認定結果が出る前に提出する場合は、届出の際に口頭で申請中であることを伝える（ただし介護保険証の発行と認定調査（OCR）情報の提供は認定日以降）。
- ⑫ 暫定ケアプラン期間中は、暫定ケアプラン作成事業者がモニタリング等のケアマネジメント業務を行う。
- ⑬ 暫定ケアプラン期間中に利用者のニーズ、目標設定およびサービス内容の変更が生じた場合は、改めて一連の業務を実施し暫定ケアプランの変更を行う。

- ⑭ 暫定ケアプランを作成した経緯や、介護予防支援事業所や居宅介護支援事業所との連携状況等を支援経過記録に残す。

### ③ 認定結果が出てからの具体対応と留意事項

#### (1) 想定していた要介護度等と認定結果が同一の場合

- ① 要介護認定日以降に必ず本ケアプランを作成する。
- ② 認定結果を受けて、利用者の状況・状態に変化がなくサービス内容の変更が必要ない又は軽微な変更該当すると判断したときは暫定ケアプラン作成者が一連の業務を行ってれば、作成者が変わった場合も本ケアプラン作成にかかる一連の業務は省略できる。

##### 1) 一連の業務を省略して暫定ケアプランを本ケアプランに移行する場合の取扱い。

- ・ 暫定ケアプランの変更箇所がわかるように修正（見え消し、朱書き、差し替え等）する。
- ・ 本ケアプランの作成日および同意日は、それらを実施した実際の日付とする。
- ・ 利用者及び家族に説明し同意を得る（口頭同意可）。
- ・ 各サービス事業所へ連絡する。
  - ・ 支援経過記録に利用者及び家族への同意日、説明方法（電話、訪問等）、暫定ケアプランが本ケアプランとなったこと、各サービス事業所への連絡について記録する。

##### 2) 主な省略可能業務

- ・ サービス担当者会議の開催。
- ・ 利用者、家族からの本ケアプランの同意の署名。
- ・ 利用者、サービス事業所への本ケアプランの交付。

※ただし利用者、家族やサービス事業所によっては行うほうが望ましい場合があるので、状況に応じて対応してください。

#### (2) 想定していた介護度と認定結果が異なった場合

- ・ 暫定ケアプランのサービスの支給額が認定結果の区分支給限度額を超える部分については、全額自己負担となる。

#### 例 1 要介護 1 と見込んで暫定ケアプランを作成→認定結果が要介護 2

- ・ 認定結果を受けて、利用者の状況・状態に変化がなくサービス内容の変更が必要ない又は軽微な変更該当すると判断したときは（1）想定していた要介護度等と認定結果が同一の場合のとおり

※要支援 1 ⇔ 要支援 2 の見込み違いの場合も同様

## 例2 介護予防支援事業所が要支援2の暫定ケアプランを作成→認定結果が要介護

- ・ 地域包括支援センターが暫定ケアプランを作成していた場合は、利用者との契約ができている居宅介護支援事業所が、地域包括支援センターから予防の暫定ケアプランの交付を受け、居宅介護支援事業所が本ケアプランの作成・同意・交付をおこなう。
- ・ 介護予防支援事業所の指定を受けた居宅介護支援事業所が予防の暫定ケアプランを作成していた場合は、予防の暫定ケアプランを基に介護の本ケアプランの作成・同意・交付をおこなう
- ・ 利用者の状況・状態に変化がなくサービス内容の変更が必要ない又は軽微な変更に該当すると判断したときはサービス担当者会議は省略できる。
- ・ 暫定ケアプラン作成にあたり居宅届出書を提出していた場合は、改めて届出を提出する。この場合の届出日は、契約日以降で実際のサービス利用開始までの任意の日付とする。

## 例3 居宅介護支援事業所が要介護の暫定ケアプランを作成→認定結果が要支援

- ・ 基本的な考えは例2と同様

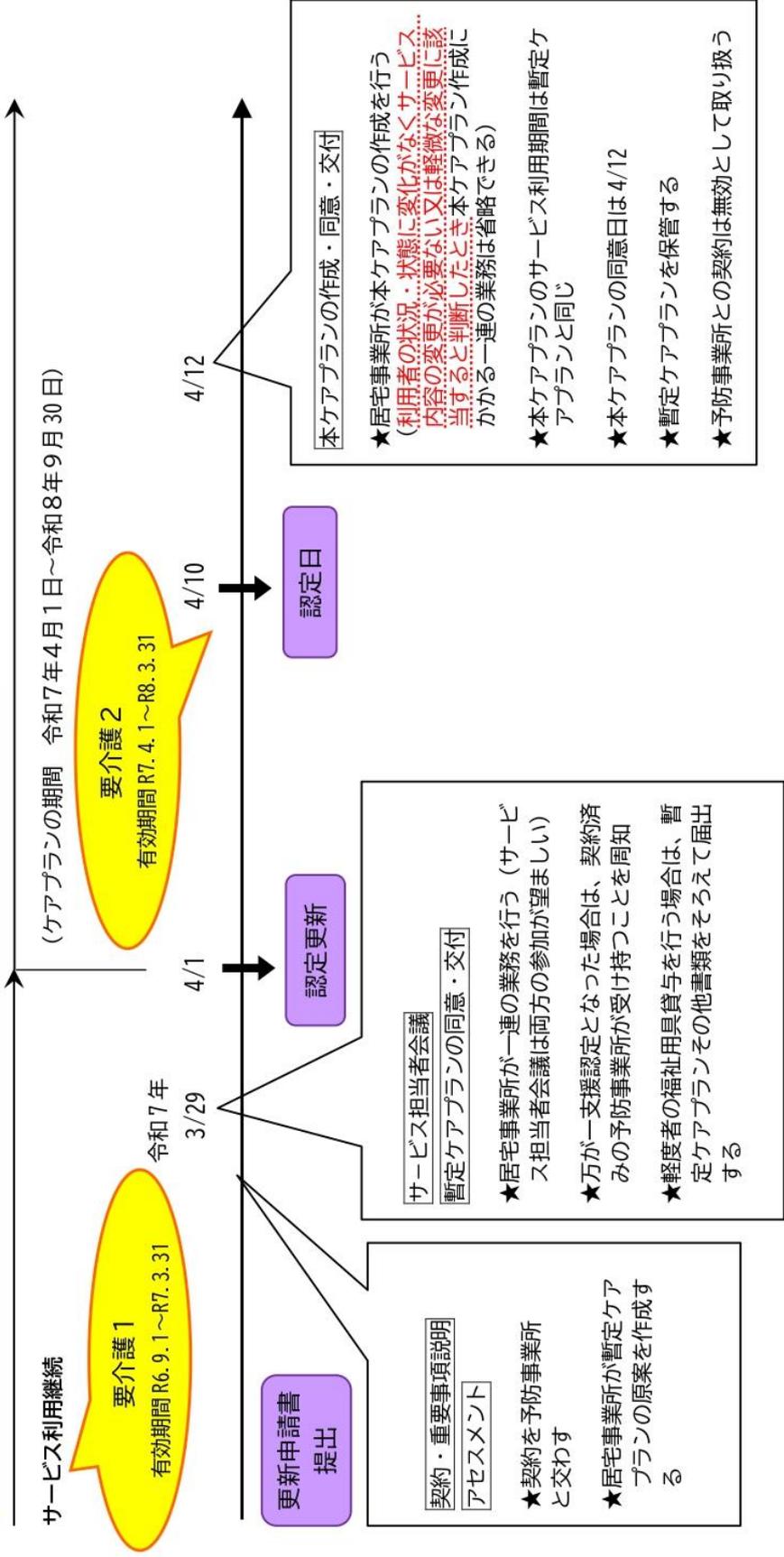
### (3) 暫定ケアプランを作成していなかった場合

- ・ ケアプランがない期間のサービス利用にかかる費用は全額自己負担となる。

#### 4 暫定ケアプラン作成フローチャート

(例1) 要介護1の暫定ケアプランを作成 → 認定結果 要介護2

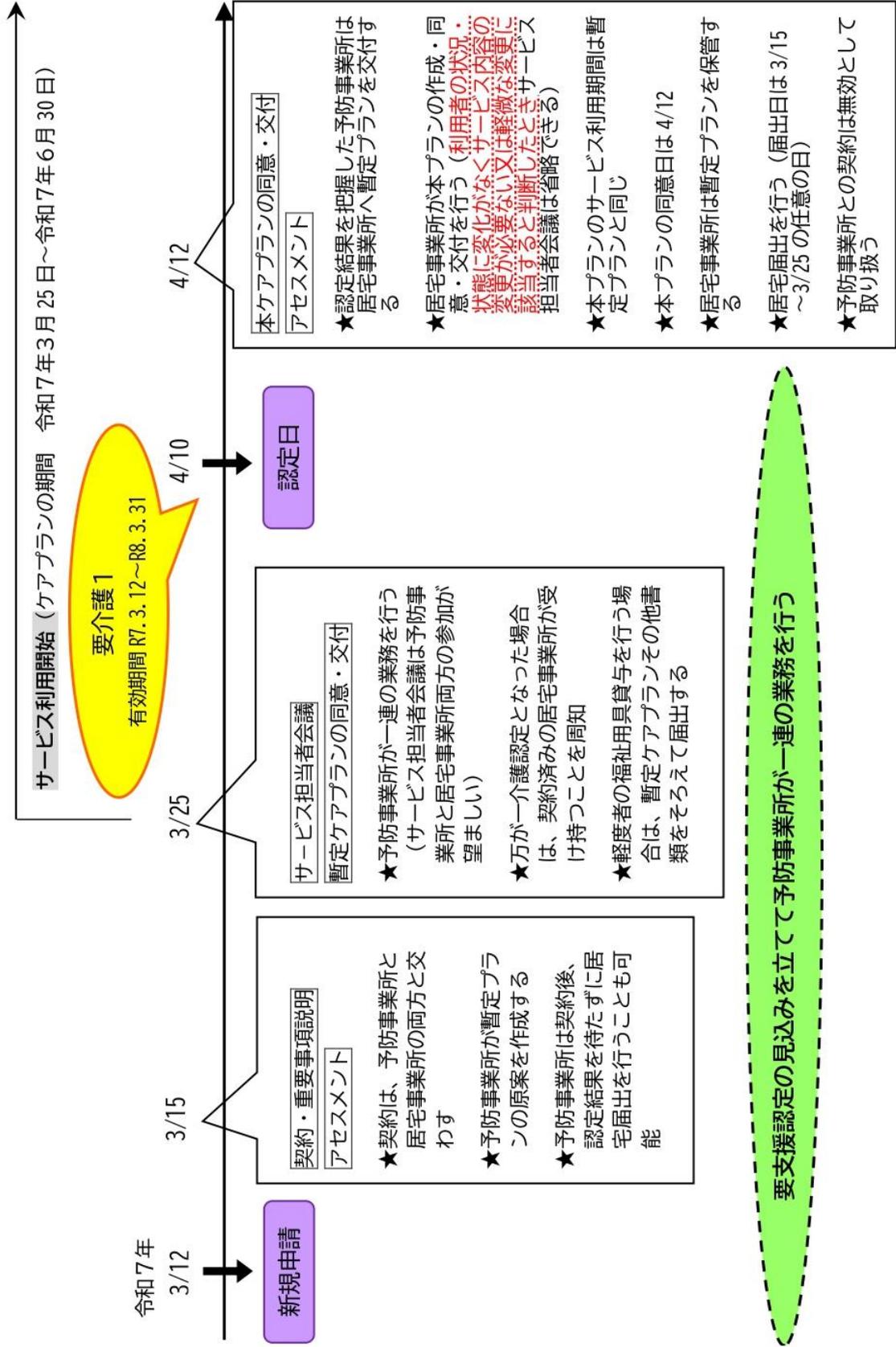
【本資料の略語】  
 ・居宅事業所 (居宅介護支援事業所)  
 ・予防事業所 (介護予防支援事業所)  
 ・居宅届出 (居宅 (介護予防) サービス計画作成依頼届出書)  
 ・軽度者の福祉用具貸与 (軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付)



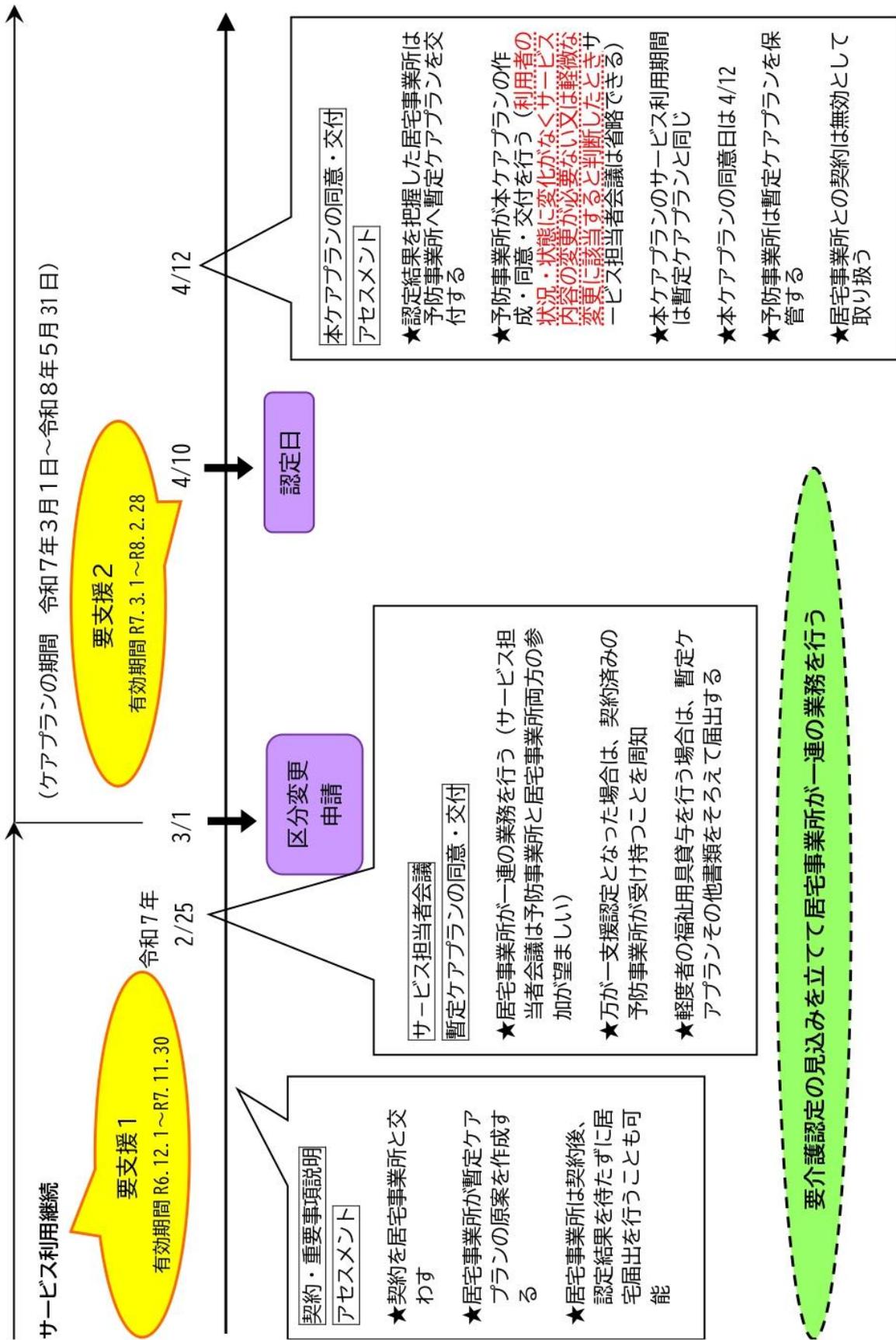
注: 「軽微な変更」の参考資料  
 R3.3.31 厚労省通知『居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについて』

要介護認定の見込みを立てて居宅事業所が一連の業務を行う

(例2) 要支援の暫定ケアプランを作成 → 認定結果 要介護



**(例3) 要介護の暫定ケアプランを作成 → 認定結果 要支援**



## 5 暫定ケアプラン作成 Q & A

Q1 もともと介護のサービス提供のみ実施する通所介護事業所を利用しているケースが、区分変更や更新申請の際の暫定サービスを利用することになった場合、必ず予防（総合事業）と介護の両方のサービス提供ができる通所介護事業所に変更しなければならないのか。

A1 暫定サービス利用の期間は、対象となるサービス利用を控える方法が考えられる。また、要支援認定となった場合に全額自己負担となることを利用者や家族に十分説明し、承諾を得ていれば介護のみの通所介護事業所を継続利用することは差し支えない。

Q2 居宅介護支援事業所と介護予防支援事業所と両方の契約を交わし、要支援の見込みを立てて介護予防支援事業所が予防の暫定ケアプランを立てた。結果要介護だったので、居宅介護支援事業所が予防の暫定ケアプランの交付を受け、居宅介護支援事業所が本ケアプランを作成し同意を得て交付した。その場合の居宅介護支援費の請求はどうか。

A2 居宅介護支援事業所は、認定有効期間開始日以降の居宅介護支援費が請求できる。ただし、初回加算についてはケアプランの作成にかかる一連の業務を実施した場合は算定できるが、しなかった場合は算定できない。なお、介護予防支援事業所は介護予防支援費の請求はできない。

Q3 暫定ケアプランの期間の終了はどのように記載したらよいか。

A3 通常のケアプランと同様に、ケアプランに位置付けた目標設定やサービス利用に妥当な期間とする。

Q4 本ケアプランの作成年月日や同意日はいつになるのか。

A4 作成年月日は本ケアプランを作成した実際の日付とする。なお、本プランを作成するにあたりサービス担当者会議を開催した場合は、サービス担当者会議の開催日以降の日付となる。同意日は、本ケアプランの内容を説明し同意を得た実際の日付とする。いずれの場合も、サービス利用開始から時期が経過しているため、本ケアプランに決定した旨を支援経過記録に残す。

Q5 暫定サービス利用にあたり、予防と介護のいずれか片方の契約により暫定ケアプランを作成した場合で、認定結果が見込み違いだった場合はどうすればよいか。

A5 遡った契約はできないため、要介護度に応じた支援事業所（介護予防支援事業所または居宅介護支援事業所）と契約を交わすまでの期間の業務は実施できない。ケアプランがない期間のサービス利用は原則全額自己負担となるが、具体的な対応について市へ相談すること。

Q6 要介護認定結果がでて本ケアプランを作成する際に、サービス内容の変更が必要となった場合はどのようにケアプランを作成すればよいか。

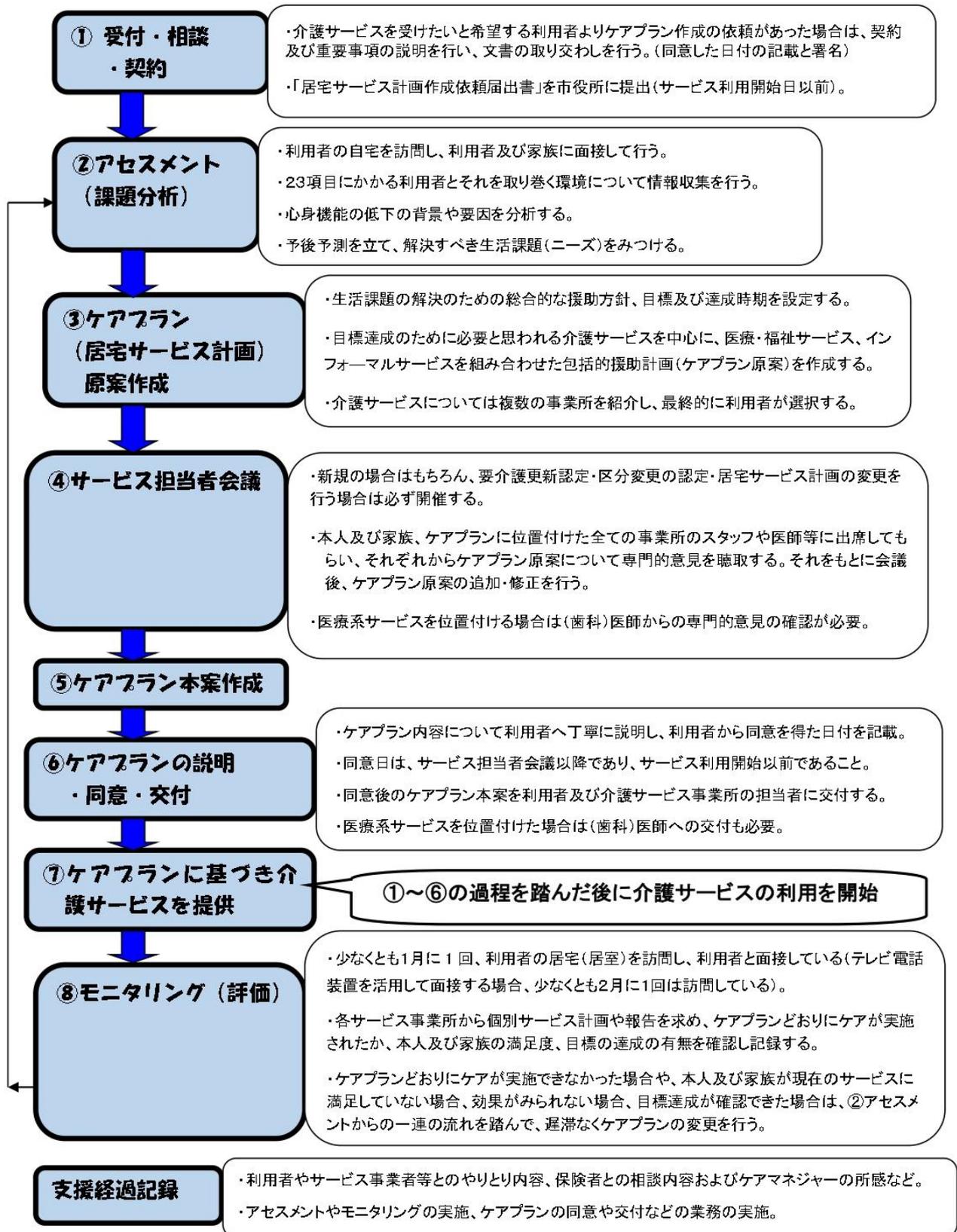
A6 一連の業務を行いケアプランの変更を行う。この場合、変更後のケアプランの作成年月日および同意日は、本ケアプラン同意日以降であること。  
なおサービス内容の変更が軽微な変更として取り扱うことが出来る場合は一連の業務は省略可能とする。

# ケアマネジメントの流れとその内容

## ～ 一連の業務の概要 ～

暫定ケアプランを作成して暫定サービスを利用する場合も、これらの業務を行う

サービスが継続する限り②～⑧の繰り返し



### 3. ケアプランの軽微な変更の取扱い

令和7年6月 筑紫野市高齢者支援課

#### 【1】ケアプランの変更について

ケアプランの変更については、新規にケアプランを作成する時と同様の業務を実施しなければなりません。具体的には以下の業務です。

- ① アセスメント
- ② 変更に伴うケアプラン原案の作成
- ③ サービス担当者会議
- ④ 利用者への説明・同意(ケアプランの確定)
- ⑤ 利用者・サービス担当者へケアプランを交付
- ⑥ 個別サービス計画の提出依頼

《根拠》

筑紫野市指定居宅介護支援等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成30年3月29日条例第11号 第16条第1項16号）

#### 【2】サービス担当者会議の開催時期

サービス担当者会議は以下の場合において、開催することとされています。

- ① ケアプランを新規に作成する場合
- ② 要介護・要支援更新認定を受けた場合または要介護等状態の区分の変更の認定を受けた場合
- ③ ケアプランを変更する場合

《根拠》

筑紫野市指定居宅介護支援等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成30年3月29日条例第11号第16条第1項第9号第15号第16号）

#### 【3】軽微な変更該当する場合

利用者の希望による軽微な変更と判断した場合には、一連の業務（サービス担当者会議、ケアプランの交付等）を省略することができるため、事業所の業務負担軽減になります。

《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第2条3（8）⑰）

#### 【4】軽微な変更の内容について

以下の10の項目について、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられます。  
なお、これはあくまでも例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が、一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものです。

当市の基本的な考え方は、利用者の状態・状況に変化がないことが前提で、援助の方針・方

向性が変更にならないものとしします。

サービス提供の曜日変更	利用者の体調不良や家族の都合などの臨時的、一時的なもので、単なる曜日、日付の変更のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
サービス提供の回数変更	同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
利用者の住所変更	利用者の住所変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
事業所の名称変更	単なる事業所の名称変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
目標期間の延長	単なる目標設定期間の延長を行う場合（ケアプラン上の目標設定（課題や期間）を変更する必要が無く、単に目標設定期間を延長する場合など）については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合	福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
対象福祉用具の福祉用具貸与から特定福祉用具販売への変更	指定福祉用具貸与の提供を受けている対象福祉用具（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第199条第2号に定める対象福祉用具をいう。）をそのまま特定福祉用具販売へ変更する場合に、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所変更	目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合	第一表の総合的な援助の方針や第二表の生活全般の解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
担当介護支援専門員の変更	契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更（但し、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者とは面識を有していること。）のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。

《根拠》

居宅介護支援等に係る書類・事務手続きや業務負担等の取扱いについて

（令和3年3月31日老老発0331第1号、老高発0331第2号、老認発0331第3号、老老発0331第2号）

## 【5】軽微な変更を適用した場合のサービス担当者会議

ケアプランの変更にあたってはサービス担当者会議を開催しなければなりません、上記で挙げた軽微な変更に該当する場合は、サービス担当者会議を含む一連の業務を必ずしも実施する必要はありません。

しかし介護支援専門員がサービス担当者会議を開催して各担当者と利用者の情報共有を図ったり、変更事項に対して意見を求めたりした方が良いと判断した場合に、サービス担当者会議を開催することについては全く制限するものではありません。

開催にあたっては、やむを得ない理由がある場合に照会等により意見を求めることもできます。

<p>サービス利用回数の増減によるサービス担当者会議の必要性</p>	<p>単なるサービス利用回数の増減（同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減など）については、「軽微な変更」に該当する場合もあるものと考えられ、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。</p> <p>しかしながら、例えば、ケアマネジャーがサービス事業所へ周知した方が良いと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>
<p>ケアプランの軽微な変更に関するサービス担当者会議の全事業所招集の必要性</p>	<p>ケアプランの「軽微な変更」に該当するものであれば、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。</p> <p>ただし、サービス担当者会議を開催する必要がある場合には、必ずしもケアプランに関わるすべての事業所を招集する必要はなく、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>
<p>「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱い</p>	<p>「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱いについては、まずはモニタリングを踏まえ、サービス事業者間（担当者間）の合意が前提である。その上で具体的には、「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」（平成11年11月12日老企第29号）の「課題分析標準項目（別添）」等のうち、例えば、</p> <p>「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」</p> <p>「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）」</p> <p>「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）」</p> <p>「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）」</p> <p>「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）」</p> <p>「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）」</p>

	<p>「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）」</p> <p>「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）」</p> <p>「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」</p> <p>「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）、摂食嚥下機能の状況、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無」</p> <p>「行動・心理症状（BPSD）（妄想、誤認、幻覚、抑うつ、不眠、不安、攻撃的行動、不穏、焦燥、性的脱抑制、収集癖、叫声、泣き叫ぶ、無気力等）」等を総合的に勘案し、判断すべきものである。</p>
--	---

#### 《根拠》

居宅介護支援等に係る書類・事務手続きや業務負担等の取扱いについて

（令和3年3月31日老介護0331第1号、老高発0331第2号、老認発0331第3号、老老発0331第2号）

#### 【6】軽微な変更該当する場合の事務処理について

- 1 ケアプランの変更箇所を修正（見え消し、朱書き修正、差し替え等）します。  
⇒変更前と変更後のケアプランが確認できるのであれば、方法は問いません。
- 2 軽微な変更の理由や経緯、軽微と判断した根拠、変更日を支援経過記録に記録します。
- 3 ケアプランの変更内容について利用者の同意を得ます。同意日、同意の方法（電話、訪問等）について支援経過記録等に記録します（口頭同意可）。
- 4 サービス事業所の担当者と情報共有に努め、支援経過記録などに記録します。

#### 【7】注意点

- 1 この考え方は、あくまで「軽微な変更該当する場合」であり、例示の内容が全ての事例に無条件に該当するわけではないことにご注意ください。
- 2 軽微な変更該当する場合でも、サービス事業所の担当者や各関係機関との情報共有、連携に努めてください。
- 3 軽微な変更該当する場合でも、介護支援専門員がサービス事業所へ周知したほうが良いと判断されるような場合には、必要に応じてサービス担当者会議を開催してください。その開催にあたっては、やむを得ない理由がある場合、照会等の方法により意見求めることもできます。
- 4 軽微な変更の適用にあたり判断がつかない場合には、個別に判断しますので、市にご相談ください。

#### 4. 居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の同意に関する取扱い

〈公印省略〉

4 筑高支第 84 号  
令和 4 年 4 月 22 日

居宅介護支援事業所管理者 様

筑紫野市長

### 居宅サービス計画書等の同意に関する取扱いについて(周知)

本市の介護保険行政の推進につきましては、日頃から格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて標記の件につきまして、今般の政府の押印廃止方針及び令和 3 年度介護報酬改定により、書面による同意を行うことが規定されているものは押印を必須とせず署名のみでも可能としました。また書面に代えて「電磁的方法」ができるようになりました。

本市の取扱いについて記載し周知いたします。

#### 1. 居宅サービス計画書の同意を書面で得る場合

◇原則利用者の署名を得てください（押印はなくても構いません）。

◇署名が困難な利用者について

- ① 家族又は法定代理人による利用者名の代筆（手書き）、及び代筆者名・続柄を得てください（押印はなくても構いません）。
- ② 代筆者がない場合は記名（印字・スタンプなど）と押印を得てください。

◇サービス利用票（第 6 表）は事業所控えに署名または押印を得てください。  
記載箇所は余白の活用や確認欄を設ける等貴事業所で決めてください。

◇いずれの場合においても支援経過記録に同意の記録（年月日、方法、場所、署名が困難な理由など）をしてください。

#### 【用語の説明】

署名：自己の氏名を手書き（自署）すること。

記名：代筆や印刷、スタンプ等により氏名を記すこと。

法定代理人：成年後見人など。

《根拠資料》 ※一部抜粋しています。

- ・「筑紫野市指定居宅介護支援等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成 30 年 3 月 29 日条例第 11 号 第 16 条 10 項）

#### 指定居宅介護支援の具体的取扱方針

10 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。

(平成 30 年 3 月 29 日 条例第 11 号 第・「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)  
(厚生省令第 38 号 第 13 条 10 項 解釈通知)

⑩ 居宅サービス計画の説明及び同意(第 10 号)

当該説明及び同意を要する居宅サービス計画原案とはいわゆる居宅サービス計画書の第 1 表から第 3 表まで、第 6 表及び第 7 表に相当するものすべてを指すものである。

- ・「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」  
(平成 11 年 11 月 12 日 老企第 29 号)(令和 3 年 3 月 31 日 介護保険最新情報 Vol.958)

(居宅サービス計画書記載要領)

第 6 表：「サービス利用票(兼居宅サービス計画)」

⑬ 「利用者確認」

居宅介護支援事業者が保存するサービス利用票(控)に、利用者の確認を受ける。  
ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。

## 2. 電磁的方法について

- ◇ 「交付」や「同意」は相手方の承諾を得て書面に代えて電磁的方法によることができます。電磁的方法により行わない場合は、これまでと同様に書面で行う必要があります。
- ◇ 「交付」や「同意」などを電磁的方法で行う場合は、省令、解釈通知及び条例の規定により取り扱ってください。「同意」などを省略するものではありません。
- ◇ 電磁的方法による場合は、書面による場合と同様に個人情報の適切な取扱いに留意してください。特にインターネットで行う場合はサイバー攻撃(データ窃取・システム破壊など)の対策をしてセキュリティ強化に努めてください。

《根拠資料》 ※一部抜粋しています。

- ・「筑紫野市指定居宅介護支援等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例 34 条 2 項)

電磁的記録等

2 指定居宅介護支援事業者及び指定居宅介護支援の提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもの(以下「交付等」という。)のうち、この条例の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法(電子的方法、磁気的方法その他の知覚によって認識することができない方法をいう。)によることができる。

- ・「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）  
（厚生省令第38号第31条2項 解釈通知）

(2)電磁的方法について

- ① 電磁的方法による交付は、基準第4条第2項から第8項までの規定に準じた方法によること。
- ② 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。
- ③ 電磁的方法による締結は、利用者・事業者等との間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのQ&A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。
- ④ その他、基準第31条第2項において電磁的方法によることができるとされているものは、①～③までに準じた方法によること。ただし、基準又はこの通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。
- ⑤ また、電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

### 3.その他の事項

- ◇重要事項説明書の同意については、1.の居宅サービス計画書と同様の取扱いとし、書面または電磁的方法により行う必要があります。

《根拠資料》 ※一部抜粋しています。

- ・「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）  
（厚生省令第38号第4条2項 解釈通知）

(2)内容及び手続きの説明及び同意

この内容を利用申込者又はその家族に説明を行うに当たっては、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らない。

※ご不明な点は筑紫野市高齢者支援課にご相談ください。

<問い合わせ先>

〒818-8686 筑紫野市石崎一丁目1番1号  
筑紫野市 健康福祉部 高齢者支援課 指定指導担当  
TEL：923-1111 FAX：920-1786

## 5. 短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の取扱い

(公 印 省 略)

6 筑高支第418号  
令和6年8月28日

居宅介護支援事業所 管理者 様  
介護予防支援事業所 管理者 様

筑紫野市高齢者支援課長 谷 昌義

短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の  
取扱い(周知)

標記の件について、別紙の通り当市の取扱いについて周知いたします。

なお、既に短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超えている場合は、令和6年9月30日(月)までに、理由書を提出されますようお願いします。

## 短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の取扱い

### 1. 概要

短期入所(介護予防短期入所)生活介護および短期入所(介護予防短期入所)療養介護(以下「短期入所サービス」という)は、利用者の自立した日常生活の維持のために利用するサービスです。短期入所サービスの利用日数は、要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければなりません。利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合、これを超えて利用することができます。

具体的には、以下のような事例を想定しています。

- ① 介護者が事故や急病により長期間入院する場合
- ② 介護者からの暴力、ネグレクト
- ③ 施設入所が必要な状況で、入所時期が決まっている場合

### 2. 短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合

短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間のおおむね半数を超える場合、特に必要と認められる場合であるかを確認するために短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の理由書(以下「理由書」という)と居宅サービス計画書などの提出が必要です。

### 3. 提出書類

- ① 理由書
- ② 居宅サービス計画書(第1～3表)、介護予防サービス・支援計画書
- ③ サービス担当者会議の要点(短期入所サービス利用の必要性について議論しているもの)
- ④ サービス利用票、サービス利用票別表
- ⑤ 課題分析表(アセスメント表、フェイスシート等)、利用者基本情報

※居宅サービス計画書等には、短期入所サービスを利用しなければならない必要性(本人及び家族の状況)を記録して下さい。

### 4. 提出時期

半数を超えることが見込まれる月の前月15日までに提出してください。

### 5. 注意点

- ・ 給付実績の突合などにより、筑紫野市へ理由書の提出がないことが判明した場合や提出された書類において短期入所サービスを要介護認定有効期間の半数を超えて利用するやむを得ない理由が確認できなかった場合は保険給付の返還対象となる場合もありますのでご注意ください。
- ・ 施設入所待ちを理由とする短期入所サービス利用の場合は、原則として施設などの申込みをし、入所時期が決定している方を対象とします。
- ・ 利用日数は介護給付(予防給付)日数です。利用者が全額自己負担した短期入所サービスの日数については利用日数に含まれません。

<提出・問い合わせ先>  
〒818-8686 筑紫野市石崎一丁目1番1号  
筑紫野市 健康福祉部 高齢者支援課 指定指導担当  
TEL : 923-1111 FAX : 920-1786

## 短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の理由書

筑紫野市長 様

依頼者 事業所名称  
 所在地  
 電話番号 ( )  
 介護支援専門員氏名

短期入所サービスの利用日数が要介護認定有効期間の半数を超える場合の理由書については以下の通りです。

被 保 険 者	被保険者番号											申請日	令和	年	月	日	
	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日	( ) 歳
	氏名											性別	男 ・ 女				
	住所	〒															
	現在の要介護状態区分等	要支援 1・2					要介護 1・2・3・4・5					認定有効期間の合計日数					日
		有効期間					令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	
施設等の申込状況		① 現在、入所を申し込んでいる。 施設名称 ( ) 入所予定時期 (令和 年 月 頃) ② 申し込んでいない。															
認定有効期間中の短期入所サービス利用計画(実績及び予定)																	
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
利用日数																	
利用累積日数																	
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
利用日数																	
利用累積日数																	
要介護認定の有効期間の半数を超える理由																	
今後の方針																	

添付資料：下記書類の写しを添付してください。

- ① 居宅サービス計画書（第1～3表）、介護予防サービス・支援計画書
- ② サービス担当者会議の要点（短期入所サービス利用の必要性について議論しているもの）
- ③ サービス利用票、サービス利用票別表
- ④ 課題分析表（アセスメント表、フェイスシート等）、利用者基本情報

## 6. 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の取扱い

令和6年6月17日改正

要介護認定が軽度者に対する福祉用具貸与については、その状態像からみて使用が想定しにくいとして、原則貸与対象外となる福祉用具の種類（対象外種目）が定められています。ただし、軽度者であっても特に必要な状態の人に対して、例外的に貸与することができます。

### 1) 対象者及び対象となる福祉用具

要介護認定 (軽度者)	福祉用具の種類 (対象外種目)
要支援1、2 要介護1	車いす及び車いす付属品 ※付属品のみの場合も含む ※電動カート、電動車いすを含む
	特殊寝台及び特殊寝台付属品 ※付属品のみの場合も含む
	床ずれ防止用具及び体位変換器
	認知症老人徘徊感知機器
要支援1、2 要介護1、2、3	移動用リフト ※つり具の部分を除く
	自動排泄処理装置

### 2) 例外給付の方法

#### ① 直近の認定調査票の結果により判断する方法

- ◆貸与しようとする種目に応じた認定調査の結果が判断基準に該当する場合は、適切なケアマネジメントの上で貸与することができます（届出は不要）。

《判断の流れ》

- 居宅介護支援事業者は、市から「要介護（要支援）認定等の情報提供にかかる申出書」により認定調査票等の写しを取り寄せてください。
- 「算定可否の判断基準チェック表」を参考に、認定調査の結果が判断基準に該当するかどうか確認をしてください。  
(該当する例：車いすの場合、調査項目「1-7歩行」が「できない」)
- 該当することの確認がとれた認定調査票等の写しは、居宅サービス計画書と一緒に保管し、また福祉用具事業所にも提供してください（「介護認定審査会資料」のみでよい）。
- 要介護認定の更新、区分変更ごとに確認をして判断してください。

#### ② 届出により市が給付の要否を判断する方法

- ◆貸与しようとする種目に対する医師の医学的な所見による判断（下記i～iiiのいずれかに該当）および適切なケアマネジメントにもとづく居宅サービス計画書の届出をおこない、市が給付の要否を判断します。

《医師の医学的な所見による判断》

- 状態の変化  
疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者。
- 急性増悪  
疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者。
- 医師禁忌  
疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的

判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者。

### 3) 例外給付の届出について

#### ① 届出が必要な対象者

- ◆認定調査の結果が判定基準に該当しない場合。
- ◆要介護認定申請中で届出の必要があるか判断できない場合。

#### ② 届出時期

- ◆新規
- ◆要介護認定期間の更新
- ◆区分変更申請（軽度者の福祉用具貸与に該当する可能性がある場合）
- ◆貸与品目の追加、変更があったとき

#### 《留意事項》

- ◆原則的に貸与開始前に提出してください。
- ◆貸与開始日は届出日、もしくは貸与開始前届出の場合は貸与開始予定日となります。
- ◆届出に必要な書類の提出がない、又は内容等が不十分で、保険者である本市が必要性を確認しないままサービスを提供した場合、原則として福祉用具貸与費は算定できません。**従って見込み違いで軽度者の例外給付の対象となっても未届け期間は算定できません。**
- ◆末期がんなどで早急な利用が必要等のやむを得ない事情により貸与開始後に届出書を提出する場合は事前に相談をしてください。

#### ③ 届出に必要な書類

要支援 1、2	要介護 1、2、3
● 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付届出書	
● 算定可否の判断基準チェック表	
● 車いす（電動含む）の貸与にかかる判断上の留意点 ※車いすの場合のみ	
● 介護予防サービス・支援計画書	● 居宅サービス計画書（1～4表）
● 介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）	
● 医師の医学的な所見が確認できるもの 4) その他①参照	

### 4) その他

#### ① 「医師の医学的な所見が確認できるもの」

##### ◆提出書類は以下のいずれか1点

- 主治医意見書又は診断書
- 軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の医学的所見聴取記録用紙（本市様式）
- 聴取した内容が示された書類（様式は任意で可、支援経過記録やサービス担当者会議記録への記載でも可）
- その他（ ）

- ◆届出書に「2 主治医への確認事項」がありますが、届出書は医師の医学的所見の提出書類にしていません。必ず上記 a)～d) のいずれか1点の資料をつけてください。

- ◆利用者の病名と対象福祉用具を必要とする心身の状態が記載された医師の医学的所見を提出して下さい。
- ◆医師及び医療機関へ書類の記載を依頼する際に情報提供料が発生する場合があります。

## ② 車いす（電動車いす・電動カート）

- ◆電動車いす（電動カート）は福祉用具貸与業者と連携の上必ず目的地（病院、商店など）まで試乗して安全性を検証し、提出書類（車いすの貸与にかかる判断上の留意点など）に結果を記載し届出してください。
- ◆日常生活を営むための移動を支援する福祉用具なので単なる気分転換や閉じこもり防止の目的では貸与出来ません。

## ③ 特殊寝台・特殊寝台付属品

- ◆特殊寝台及び特殊寝台付属品については、モーター数、付属品名を記載のうえ、その必要性を記載してください。自立支援と介護給付適正化の観点から過剰なモーター数の特殊寝台、不必要な付属品の利用は認められませんのでご注意ください。

## ④ 福祉用具貸与中止

- ◆骨折の治癒などで利用者の状態が改善し、特殊寝台、車いすなどが不要となった場合は速やかに貸与を中止してください。

## ⑤ 届出の方法

- ◆郵送もしくは窓口へ提出（郵送の場合は到着日を届出日とします）

＜ 提出・問い合わせ先 ＞  
〒818-8686 筑紫野市石崎一丁目1番1号  
筑紫野市 健康福祉部 高齢者支援課 指定指導担当  
TEL : 923-1111 FAX : 920-1786

# 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付届出書

## 1 被保険者情報

届出日：令和 年 月 日

被保険者番号									
被保険者氏名									
生年月日	大正・昭和		年	月	日	( 歳)			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2				有効 期間	令和	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3					令和	年	月	日
福祉用具貸与品目	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く。）				<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置				

## 2 主治医への確認事項

根拠となる身体状況			疾病名その他の原因
<input type="checkbox"/>	i 状態の変化	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者	
<input type="checkbox"/>	ii 急性増悪	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者	
<input type="checkbox"/>	iii 医師禁忌	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者	
主治医	医療機関名		医師名

## 3 添付書類

医師の医学的な所見が確認できるもの <b>以下のいずれかを提出してください</b> <input type="checkbox"/> 主治医意見書又は診断書 <input type="checkbox"/> 軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の医学的所見聴取記録用紙（本市様式） <input type="checkbox"/> 聴取した内容が示された書類（任意様式）	計画書等（サービス担当者会議内容等） <input type="checkbox"/> ケアプラン（第1表～4表） <input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画表 <input type="checkbox"/> 介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）
---	--

提出者	事業所名	担当者名
		電話番号

## 算定可否の判断基準チェック表

判断基準 対象外種目	直近の基本調査の結果 (認定調査日: 年 月 日)	基本調査の結果によ る ことができない場合	医師の医学的 所見から
ア 車いす (付属品)	日常的に歩行が困難な者 「1-7 歩行」 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> <u>できない</u>	<input type="checkbox"/> 日常生活範囲にお ける移動の支援が特 に必要と認められる 者	<input type="checkbox"/> i 状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌
イ 特殊寝台 (付属品)	次の(1)(2)のいずれかに該当する者  (1)日常的に寝返りが困難な者 「1-3 寝返り」 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> <u>できない</u>  (2)日常的に起き上がりが困難な者 「1-4 起き上がり」 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> <u>できない</u>		<input type="checkbox"/> i 状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌
ウ 床ずれ防止用具 体位変換器	日常的に寝返りが困難な者 「1-3 寝返り」 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> <u>できない</u>		<input type="checkbox"/> i 状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌
エ 認知症老人 徘徊感知機器	次の(1)(2)の <u>いずれにも該当</u> する者  (1)移動において全介助を必要としない 「2-2 移動」 <input type="checkbox"/> <u>全介助以外</u> <input type="checkbox"/> 全介助  (2)意思の伝達、介護者への反応、記 憶・理解のいずれかに支障がある者 ア「3-1 意思の伝達」 <input type="checkbox"/> 意思を他者に伝達できる <input type="checkbox"/> <u>できる以外</u> イ「3-2 毎日の日課を理解」から「3- 7 場所の理解」までのいずれか ( ) <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> <u>できない</u> ウ「3-8 徘徊」から「4-15 話がまと まらない」までのいずれか ( ) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> <u>ない以外</u>		<input type="checkbox"/> i 状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌

## 算定可否の判断基準チェック表

判断基準 対象外種目	直近の基本調査の結果 (認定調査日: 年 月 日)	基本調査の結果によ る ことができない場合	医師の医学的 所見から
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く。)	次の(1)(2)のいずれかに該当する者 (1)日常的に立ち上がりが困難な者 「1-8 立ち上がり」 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> <u>できない</u> (2)移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 「2-1 移乗」 <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> <u>一部介助</u> <input type="checkbox"/> <u>全介助</u>	<input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	<input type="checkbox"/> i 状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌
カ 自動排泄処理装置	次の(1)(2)の <u>いずれにも該当</u> する者 (1)排便が全介助を必要とする者 「2-6 排便」 <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> <u>全介助</u> (2)移乗が全介助を必要とする者 「2-1 移乗」 <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> <u>全介助</u>		<input type="checkbox"/> i 状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌



## 車いす（電動含む）の貸与にかかる判断上の留意点

## 1 被保険者情報

届出日： 令和 年 月 日

被保険者番号											
被保険者氏名											
種類	<input type="checkbox"/> 自走式			<input type="checkbox"/> 介助用			<input type="checkbox"/> 電動				

## 2 本人の状況

- (1) つかまれば歩ける距離は、どのくらいか \_\_\_\_\_
- (2) 杖、歩行器（カートを含む）の利用ができないか \_\_\_\_\_
- (3) 車いすを使用することが、下肢筋力の低下につながるか \_\_\_\_\_

3 運転に伴う危険の確認 ←電動の場合のみ記入

- (1) 認知症がないか（認知症高齢者自立度は、自立が望ましい） \_\_\_\_\_
- (2) 普通自動車免許を取得しているか、取得していたことがあるか \_\_\_\_\_
- (3) 交通ルールを理解し、遵守できるか \_\_\_\_\_
- (4) 電動車いすセーフティアドバイザー、福祉用具専門相談員等による実地指導（目的地まで試乗し安全性の検証）、講習を受けているか。理解しているか。 \_\_\_\_\_

## 4 外出行為の目的と距離、頻度

外出の目的	目的地	距離	頻度
通院			
買い物			

## 5 生活環境

- (1) 坂道など、歩行の障害となる問題があるか \_\_\_\_\_
- (2) 車いすへの移乗に問題となる障害はないか \_\_\_\_\_
- (3) 車いすの管理上の障害はないか（充電用の電源確保、保管場所での盗難やいたずら防止等） \_\_\_\_\_

## 6 介護状況

外出の目的となる行為を代替する家族等の協力・支援が得ることができないか

\_\_\_\_\_

## 7 その他

\_\_\_\_\_

## 7. 介護保険における福祉用具貸与の取扱い

[公印省略]

筑高支第684号  
令和4年11月10日

各居宅介護支援事業所 管理者 様

筑紫野市長  
(健康福祉部高齢者支援課)

### 介護保険における福祉用具貸与の取扱いについて

平素より本市の保健福祉行政の推進にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

標記の件につきまして、貸与の可否について問い合わせがあるため、市の取扱いを周知いたします。

- 1) 本市の介護保険における福祉用具貸与は、公益財団法人テクノエイド協会の判断を基準とします。

※福祉用具情報システム「介護保険福祉用具一覧」において「貸与」表示があるものを給付対象とします。

- 2) 「貸与」表示がない品目（iSUMO iSUMO2 i-coco等）は給付の対象外としますが、本通知発出以前に使用開始し継続して利用中の場合については、引き続き給付対象とします。

#### ◇介護保険福祉用具情報の検索

<http://www.techno-aids.or.jp/TaisCodeSearch.php>

#### 【根拠法令】

- ・「厚生労働大臣が定める福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与に係る福祉用具の種目」（平成11年3月31日 厚生省告示第93号）
- ・「介護保険の給付対象となる福祉用具及び住宅改修の取扱いについて」（平成12年1月31日 老企第34号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

【問い合わせ先】  
筑紫野市役所健康福祉部  
高齢者支援課指定指導担当  
TEL：092-923-1111

## 8. 月途中で福祉用具貸与の開始及び中止を行った場合の算定方法について

(公印省略)

7 筑高支第 394 号  
令和 7 年 8 月 7 日

地域包括支援センター  
居宅介護支援事業所  
介護予防支援事業所  
小規模多機能型居宅介護事業所 管理者様

筑紫野市長 平井 一三  
(健康福祉部 高齢者支援課)

月途中で福祉用具貸与の開始及び中止を行った場合の算定方法について (通知)

本市は「筑紫野市第 9 期介護保険事業計画」に基づき介護保険事業の適正な給付を目指すため、医療給付の情報と介護給付の情報の突合点検を行っています。

その取り組みの中で医療機関に入院された方の介護保険における福祉用具貸与について、適正な給付を指摘するにあたり「月途中で福祉用具貸与の開始及び中止を行った場合の算定方法」を定め下記の通りとしましたので、今後のご対応よろしく申し上げます。

### 記

1. 適用開始日：令和 7 年 9 月 1 日

2. 月途中で福祉用具貸与の開始及び中止を行った場合の算定方法

① 開始月と中止月が異なる場合

当該月の貸与期間が一月に満たない場合は、当該開始月及び中止月は日割り計算を行います。ただし、半月単位の計算方法を行うことも差し支えありません。

② 開始月と中止月が同じ場合

貸与期間が一月に満たない場合(1～30日間)であっても、一月分の利用料金として請求して問題ありません。日割り計算または半月単位の計算方法で請求しても差し支えありません。

3. 介護給付明細書の記載方法については、福祉用具貸与を現に行った日数を記載します。

《根拠》

- ・ 介護保険法 (平成 9 年法律第 123 号) 第 115 条の 45 第 3 項第 1 号
- ・ 筑紫野市第 9 期介護保険事業計画 第 6 章介護給付適正化計画(3)④縦覧点検・医療情報との突合
- ・ H15. 6. 30 事務連絡介護報酬に係る Q&A(vol. 2)について Q9

【連絡・問い合わせ先】

筑紫野市 健康福祉部 高齢者支援課 指定指導担当  
TEL 092-923-1111 (内線 453) FAX 092-920-1786

## 9. 訪問介護の回数が多いケアプランの届出

### 概要説明

平成30年度介護報酬改定に伴い、平成30年10月1日より、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、通常の利用状況からかけ離れた訪問介護（生活援助中心型サービス）の利用回数を位置づけたケアプランについては、市町村への届出が必要になります。

### 届出の対象

厚生労働大臣が定める回数以上に訪問介護を位置づけた居宅サービス計画

【厚生労働大臣が定める回数】

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基準回数	27回	34回	43回	38回	31回

- ・1月あたりの訪問介護（生活援助中心型サービス）の回数が基準回数以上の場合が対象となります。
- ・上記の回数には、身体介助に引き続き生活援助が中心である訪問介護を行う場合（生活援助加算）の回数を含みません。

### 届出の時期及び期限

- ・平成30年10月1日以降に利用者の同意を得て交付した居宅サービス計画書（変更を含む）において、交付日の翌月の末日までに届出てください。
- ・対象となる訪問介護を位置づけた居宅サービス計画書を交付するごとに届出が必要です。

### 提出書類

- (1) **介護保険サービス提供に係る届出書** (H30.10.1新設)
  - (2) 居宅サービス計画書（第1表～第7表）の写し
  - (3) 基本情報（フェースシート）
  - (4) 課題分析（アセスメント）記録
- ※居宅サービス計画書（第1表）は、利用者へ交付し署名があるもの  
※居宅介護支援経過（第5表）は、生活援助中心型の訪問介護を位置づけた理由を記載したページのみの提出で可

### 手数料の有無

無し

### 提出窓口および提出方法

健康福祉部 高齢者支援課 介護保険担当  
郵送または窓口での提出

### 備考

- ・届出後は、内容について問い合わせることがあります。
- ・書類確認により必要性があると判断した場合は、改善、介護給付の返還を求めることがあります。

### 根拠法令等

- ・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3月31日厚労省令第38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について（平成11年7月29日老企第22号）
- ・厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護（平成30年厚生労働省告示第218号）
- ・筑紫野市指定居宅介護支援等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成30年3月29日条例第11号）

届出日 年 月 日

(宛先) 筑紫野市長

事業所番号										
事業所名称										
代表者名										印
連絡先										
担当者名										

介護保険サービス提供に係る届出書

下記の介護保険サービスの提供にあたり届け出ます。

被保険者番号									0	0
被保険者氏名										
要介護度										
認定の有効期間	年 月 日 ~					年 月 日				
サービス内容	<p>該当する番号に○をしてください。</p> <p>1 厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）</p> <p>2 認定の有効期間の半数を超えて利用する短期入所</p> <p>3 その他</p> <p>( )</p>									

\* 「3 その他」については、1、2以外のサービス提供にあたり保険者に相談した際、当該届出書の提出を求められた場合に記載してください。

[添付書類] ※サービス内容により異なります

- ① 居宅サービス計画書（第1表～第4表）の写し・・・（サービス1、2）
- ② 居宅サービス計画書（第5表～第7表）の写し・・・（サービス1）
- ③ 基本情報（フェースシート）・・・・・・・・・・・・・・・・（サービス1、2）
- ④ 課題分析（アセスメント）記録・・・・・・・・・・・・・・・・（サービス1、2）
- ⑤ ( )

## 10. 新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準などの臨時的な取扱いの終了について

(公 印 省 略)

6筑高支第482号  
令和6年9月19日

居宅介護支援事業所 管理者 様  
介護予防支援事業所 管理者 様

筑紫野市高齢者支援課長 谷 昌義

新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準などの臨時的な取扱いの終了について（周知）

標記の件について、令和6年3月19日付で厚生労働省より、「令和6年4月以降の新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて」の事務連絡がありました。

よって本市からお知らせしましたすべての取扱いは、令和6年9月19日をもって終了し、令和6年9月20日以降は臨時的取扱い以前と同様の対応とします。

### ※添付文書

令和6年4月以降の新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（令和6年3月19日事務連絡）

### ※本市の人員基準などの臨時的な取扱いに関して（令和6年9月19日をもってすべて終了）

新型コロナウイルス感染拡大防止に係る居宅介護（介護予防）支援業務に係る臨時的取扱いについて（令和5年3月29日）※令和6年9月19日終了

新型コロナウイルス感染予防・拡大防止のための居宅介護（介護予防）支援業務に関する臨時的取扱いについて（その2）【補足】（令和2年10月28日）※令和5年5月7日終了

新型コロナウイルス感染予防・拡大防止のための居宅介護（介護予防）支援業務に関する臨時的取扱いについて（その2）（令和2年5月29日）※令和5年5月7日終了

新型コロナウイルス感染予防・拡大防止のための居宅介護（介護予防）支援業務に関する臨時的取扱いについて（令和2年4月1日）※令和5年5月31日終了

入院（入居）先の面談制限により面談やサービス担当者会議ができない場合の取扱いについて（令和2年2月28日）※令和2年3月31日終了

#### <問い合わせ先>

筑紫野市高齢者支援課 指定指導担当  
TEL 923-1111(内線453) FAX 920-1786  
メール kourei@city.chikushino.fukuoka.jp

### 第3 参考資料

#### 1 「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について

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）  
各介護保険関係団体 御中  
← 厚生労働省 老健局振興課

## 介護保険最新情報

今回の内容

「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について

計47枚（本紙を除く）

Vol.379

平成26年6月17日

厚生労働省老健局振興課

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

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線3936)  
FAX：03-3505-7894

事 務 連 絡  
平成26年6月17日

各都道府県

介護保険主管部（局）御中

各 保 険 者

厚生労働省老健局振興課

「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

介護支援専門員は、要介護者等の心身の状態や置かれている環境、要介護者等本人やその家族などの希望等を勘案してケアプランを作成し、医療・介護等のサービスを提供する事業者によって必要なサービスが円滑に提供されるよう、連絡・調整する役割が求められています。今後、さらに高齢者のみ世帯や一人暮らし高齢者数の増加が進み、地域全体で支援を必要とする高齢者を支える必要性も高まる中、これまでも増して、介護支援専門員の資質やケアマネジメントの質の向上に対する期待も大きくなっています。

そうした中、平成25年1月に「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会」において中間整理がとりまとめられ、「適切なアセスメント（課題把握）が必ずしも十分ではない」、「サービス担当者会議における他職種協働が十分に機能していない」、「ケアマネジメントにおけるモニタリング、評価が必ずしも十分ではない」といった課題が指摘されたところです。

このため、

- ① 利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際に適切な情報共有に資することを目的とした「課題整理総括表」
- ② ケアプランに位置付けたサービスについて、短期目標に対する達成度合いを評価することで、より効果的なケアプランの見直しに資することを目的とした「評価表」

を策定し、活用にあたっての手引きを作成いたしました。

つきましては、貴管内における介護支援専門員を対象とした研修に積極的に活用いただくとともに、介護支援専門員がサービス担当者会議や地域ケア会議等の場における多職種との情報共有や調整等に際して積極的な活用を推進するため、居宅介護支援事業所等への周知を図っていただくようお願いいたします。

# 目次

---

1. 課題整理総括表及び評価表の趣旨・目的.....	139
(1) 課題整理総括表及び評価表の趣旨.....	139
(2) 課題整理総括表及び評価表の活用における留意点.....	141
(3) 課題整理総括表及び評価表の主な活用場面等.....	142
2. 課題整理総括表の様式と記載要領.....	144
(1) 本様式の活用の基本的な考え方.....	144
(2) 課題整理総括表の様式.....	145
(3) 課題整理総括表の記載項目及び記載要領と留意点.....	146
3. 評価表の様式と記載要領.....	151
(1) 本様式の活用の基本的な考え方.....	151
(2) 評価表の様式.....	152
(3) 評価表の記載項目及び記載要領と留意点.....	153
4. 課題整理総括表及び評価表を活用する上での全般的な留意点.....	155
5. 課題整理総括表及び評価表に基づく指導・助言のイメージ（一例）.....	156
6. 課題整理総括表の記載の一例.....	160
(1) 課題整理総括表をケアプランの見直し等に活用した例.....	161
(2) その他課題整理総括表への記載の一例.....	174

## 1. 課題整理総括表及び評価表の趣旨・目的

### (1) 課題整理総括表及び評価表の趣旨

#### ○介護支援専門員の役割と課題

介護支援専門員は、要介護者等からの相談に応じ、要介護者等の心身の状況等に  
応じた適切なサービスが適切に提供されるようサービス担当者等と連絡調整を行い、  
要介護者等がその有する能力に応じて、自立した日常生活を送ることができるよう  
支援する専門職である。

介護保険制度において介護支援専門員は、要介護者等の心身の状況や置かれてい  
る環境、要介護者等本人やその家族などの希望等を勘案してケアプランを作成し、  
医療・介護等のサービスを提供する事業者によって必要なサービスが円滑に提供さ  
れるよう、連絡・調整する役割が求められている。

さらに、住み慣れた地域で高齢者ができる限り自分らしい暮らしを続けることが  
できるような、住まいを中心として医療・介護・予防・生活支援といったサービスを  
一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築に向け、個々のサービスの連絡・  
調整だけでなく、「必要だが地域には無いサービス」を創出していく取り組みも期待  
されている。

しかしながら、介護支援専門員について検討すべき課題として、「利用者像や課題  
に応じた適切なアセスメント（課題把握）が必ずしも十分でない」、「サービス担当  
者会議における多職種協働が十分に機能していない」、「ケアマネジメントにおける  
モニタリング、評価が必ずしも十分でない」といったことが指摘されている。

こうした指摘の背景には、介護支援専門員がどのように考えて課題を抽出したの  
かの経緯が文字化されていないために他の職種からは分かりにくいこと、課題把握  
等のプロセスには経験に基づく学習を要する一方で業務経験年数の短い介護支援専  
門員も多いことといった要因があると考えられる。

地域差はあるものの、今後は2025年に向けてさらに高齢化が進み、介護保険事  
業に携わる事業者・介護職員が増えるとともに、地域包括ケアシステムの構築に向  
けて、生活支援サービスを提供する事業者等（いわゆるインフォーマル支援の担い  
手）との連携の必要性も大きくなる。したがって、介護支援専門員には、専門職と  
しての専門性を確立するとともに、これまで以上にさまざまな関係者に対し、要介  
護者等の課題を把握した経緯を分かりやすく説明することが期待される。

## ○課題整理総括表の策定の背景と趣旨

課題整理総括表は、介護支援専門員が把握した要介護者等の基本的な情報を多職種間で共有するとともに、専門職である介護支援専門員としてどのような考えで要介護者等の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出したのかを表現することにある。特に課題整理総括表の「見通し」欄を整理することをきっかけに多職種間の連携やOJTにおける助言・指導等を実施しやすくすることをねらいとしている。

現在の居宅サービス計画の様式は、アセスメントの結果から課題を導き出す過程を表現するような形式となっていない。そのため、サービス担当者会議等の多職種協働の場面等において、ADL等の現状を多職種間で共有し、介護支援専門員が口頭などで分かりやすく説明しない限り、利用者の状態等や課題を導き出した背景、それに基づいて整理された援助の方向性や各担当者の役割の共有が、十分に行われないこともある。

こうしたことが、「適切にアセスメントができていないのではないか」といった指摘を受ける一つの背景になっていると考えられ、また、介護支援専門員の専門性を表す思考過程が十分に説明できていないということは、その適切な評価も困難となる。

そこで、利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際の一つの様式例として課題整理総括表を策定したものである。

こうした様式を適宜活用することにより、多職種間での情報共有が進み、ひいては高齢者の尊厳ある自立した日常生活の実現に寄与することを期待している。

## ○評価表策定の背景と趣旨

評価表は、利用者のニーズに対応するためにケアプランに掲げた短期目標に着目し、設定した期限の終了時期における目標の達成度合いを表現するものである。短期目標の終了時期に、サービスを提供する関係者の間で、目標の達成度合いとその背景（想定よりうまくいった要因、達成できなかった要因、新たに把握された生活上の課題等）を分析・共有することで、次のケアプランに向けた再アセスメントがより有効なものとなることを企図している。

モニタリングにおいては、利用者の継続的なアセスメントをしつつ、ケアプランの実施状況の把握を行うことにより、ケアプランに位置付けたサービスを適切に評価し、適時適切なケアプランの変更につなげていくことが重要である。

しかしながら、評価のためのツールがない現状では、サービスの評価を行うことなく、初回に作成したケアプランに基づいてサービスを提供し続け、ケアプランの適切な見直しが行われないということもありうる。

そこで、ケアプランに位置付けたサービスについて、短期目標に対する達成度合いを評価するとともに、必要に応じて各サービスの担当者の役割を見直す契機とし、モニタリングの結果が、より効果的なケアプランの見直しに資するものとなるよう、評価表を策定したものである。

## (2) 課題整理総括表及び評価表の活用における留意点

### ○課題整理総括表の活用における留意点

課題整理総括表の目的は、居宅サービス計画書様式第2表の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出すにあたって、アセスメントツールを活用して整理・抽出した利用者の現状や有する能力を勘案しつつ、利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている課題を明らかにし、自立した日常生活を支援していくにあたってその解決すべき課題を抽出するまでの間に、専門職としてどのような考えで課題分析を行ったのかを明らかにすることである。さらに、課題整理総括表で整理された「改善／維持の可能性」と「見通し」を踏まえ、居宅サービス計画書の第2表の内容、つまり長期・短期目標や援助内容を精査しやすくすることを期待している。これらにより介護支援専門員の考えを明らかにすることで、利用者支援にあたっての介護支援専門員の専門性が向上すると考えられる。

また、課題整理総括表を活用し、多職種間で情報共有しつつ、専門職としての課題分析過程を明らかにすることで、サービス担当者会議や地域ケア会議等の場における多職種との情報共有・連携等を効果的に実施できるようになることが期待される。

課題整理総括表の活用にあたって重要なことは、利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を導くにあたり、利用者等がどのような生活をしたい、あるいは、できるようになりたいと望んでいるかなど、意向を引き出しつつ専門職として客観的に判断することである。

### ○評価表の活用における留意点

評価表は、利用者等の意向を踏まえつつ、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を解決するため、介護支援専門員がケアプランに掲げた短期目標を達成するために位置付けたサービスについて、短期目標の達成状況を確認するものである。また、目標の期間が終了した際に、サービス担当者会議や地域ケア会議等において、目標の達成に向けてサービスを提供できたかどうかを振り返り、必要に応じてケアプランの見直しにつなげることを目的としている。

現行のケアプランでは、このような様式が定められていないことから、目標の期間が終了した際に、介護支援専門員がケアプランに位置付けたサービスの適切な評

価が行われることなく、ケアプランを見直した後も同様のサービスを提供し続けてしまうこともありうる。

そこで、ケアプランを作成した際、目標を達成するためにケアプランに位置付けたサービスにどのような役割を求めていたのかを再度確認し、サービスの目標の達成状況を評価して次のケアプランの見直しに資するものとなるような様式を策定したものである。

なお、評価表の活用にあたって重要なことは、介護支援専門員が一人で評価するのではなく、サービスの担当者等とともに情報共有しながら評価することにより、多職種協働によるチームケアを効果的なものとしていくためのツールとして活用することである。

### (3) 課題整理総括表及び評価表の主な活用場面等

#### ○課題整理総括表の活用場面等

課題整理総括表は、介護支援専門員が専門職として、多職種と情報共有しつつ、アセスメントによって把握した情報から、利用者の日常生活を支援していく上でどのような考えで生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を導きだしたのかを記録するものであり、課題を捉えた経緯を表現するものである。

介護支援専門員として実務に従事し、利用者の日常生活を支援していくにあたっては、現在の客観的な状況から今後の見通しを踏まえて課題を導くことが重要であり、この思考プロセスを身につけることは専門職として必要不可欠なことである。

課題整理総括表は、新たに作成したものであることから、まずは介護支援専門員の研修の際に活用することが想定される。

また、サービス担当者会議や地域ケア会議等において、利用者の客観的な状況や、それを踏まえた介護支援専門員の見通しなどを利用者の生活を支える多職種間で情報共有をする際に活用することも、ケアプランへの理解が進むことから効果的であり、活用が進むことが望まれる。

さらに、介護支援専門員として業務に従事したばかりの者にとって、主任介護支援専門員等からOJTを通じて指導を受ける際にも、課題を導いた考え方などが明確にされていることから、具体的な指導につながることを期待される。

なお、課題整理総括表を活用することにより、課題を把握するための情報の収集・分析の過程において、アセスメントに漏れがないかなどの自己点検にもなるものと考えられる。

加えて、課題を把握した経緯を表現する際、既存の社会資源を前提とせずに課題を把握することにより、利用者支援していく上で必要だが地域に不足しているサービスや社会資源の提案・創出にもつながるものと考えられる。

## ○評価表の活用場面等

評価表についても、まずは研修の場面での活用が考えられる。研修において活用することで、ケアプランに位置付けるサービスは、短期目標を達成するために位置付けられるものであり、期間が終了した際には、目標に対して適切なサービス内容であったかも含めて評価することの重要性を学ぶことが大切なことである。

また、ケアプランを見直す際に開催するサービス担当者会議や地域ケア会議等において、評価表を用いて多職種間で評価することで、改めて各サービスに求められていた役割を振り返り、必要に応じてケアプランの見直しにつなげることで、利用者を支えるチームの情報共有や連携が進むと考えられる。

さらに、モニタリングにおいて把握した情報について、サービス担当者間で共有することが重要であり、そうした場面においても本表の活用が進むことが望まれる。

## 2. 課題整理総括表の様式と記載要領

### (1) 本様式の活用の基本的な考え方

#### ① 本様式の位置づけと作成のタイミング

前述の通り、課題整理総括表はアセスメントツールではなく、情報の収集と分析を行い、課題を抽出する上で、利用者の現在の状態と要介護状態等の改善・維持等の可能性に照らして課題の捉え方に抜け漏れがないかどうかをまとめる総括表である。

したがって、本様式のみでアセスメントを終えることは妥当ではなく、基本的には利用者・家族あるいはその他の関係職種等からの情報収集を終え、アセスメントツール等を用いて情報の整理・分析を行うことが必須である。そのうえで、ケアプラン（原案）の作成にかかる前のタイミングで、本様式を作成することが望ましい。

#### ② 本様式作成の基本姿勢

本様式は介護支援専門員の専門職としての考え、つまり「介護支援専門員として、さまざまな情報の収集・分析の結果、このような課題があると考えられる」という考えを整理して記載することを想定している。

ただし、このことは利用者・家族の意向を無視して介護支援専門員の考えだけで課題整理をしてよいということではない。前述の通り、本様式は情報の収集と分析が終わった後、課題整理の総括表として作成することを想定している。情報の収集過程では当然、利用者・家族が持つ生活の意向や現状、生活歴等が把握されていることが前提である。

したがって、介護支援専門員が作成する課題整理総括表は、こうした利用者・家族の思いや状況を踏まえて、「専門職である介護支援専門員として、あなたのお話をこう捉えた」「今後、望む生活の実現に向けてこういった課題があると考えるかどうか」という介護支援専門員として専門性を生かした課題分析の結果を整理したものとなる。

利用者・家族の生活に関わる人びとや他の専門職からも情報を収集するとともに、助言を受けることが多いと思われる。こうしたさまざまな情報についても収集した上で、利用者・家族が望む生活の実現に向けて、介護支援専門員として総合的に分析、判断した結果を記載することを想定している。

なお、後述するように、本様式の「状況の事実」欄の項目は必要に応じて追加したり細分化したりすることを想定している。

(2) 課題整理総括表の様式

課題整理総括表

利用者名

姓

作成日

① 自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		②		③		④		⑤		⑥	
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因 ※3		改善/維持の可能性 ※4		備考 (状況・支援内容等)		見通し ※5	
移動	室内移動 屋外移動	自立 見守り 自立 見守り	一部介助 全介助 一部介助 全介助			改善 維持 悪化 改善 維持 悪化					
食事	食事内容 食事摂取	自立 見守り 自立 見守り	支援なし 一部介助 全介助 一部介助 全介助			改善 維持 悪化 改善 維持 悪化					
排泄	調理 排尿・排便 排泄動作	自立 見守り 自立 見守り	一部介助 全介助 支援なし 支援あり 一部介助 全介助			改善 維持 悪化 改善 維持 悪化 改善 維持 悪化					
口腔	口腔衛生 口腔ケア	自立 見守り	支援なし 支援あり 一部介助 全介助			改善 維持 悪化 改善 維持 悪化					
服薬		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
入浴		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
更衣		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
掃除		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
洗濯		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
整理・物品の管理		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
金銭管理		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
買物		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
コミュニケーション能力		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
認知		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
社会との関わり		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
褥瘡・皮膚の問題		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
行動・心理症状(BPSD)		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
介護力(家族関係含む)		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					
居住環境		自立 見守り	一部介助 全介助			改善 維持 悪化					

利用者及び家族の生活に対する意向	見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】	※6

※5 「要因」および「改善/維持」の可能性を判断し、要因を解決するための運動的要素と、それが提供されることにより改善される見込みのある状態(目標)を記載する。  
 ※6 本計画期間における優先順位を赤字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

※1 本表は利用者本人が記入するものではないため、必ずしも正確な情報収集・分析を怠ること。なお「状況の事実」の各項目は調査分析結果項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。  
 ※2 介護支援専門員が実施した支援内容(支援)を記入。  
 ※3 現在の状況(自立)あるいは「支援なし」以外である場合に、そのほかの状況(自立)を赤字で記入する(赤字)を記入する(赤字)を記入する(赤字)を記入する。  
 ※4 今回の調査有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断して選択肢に○印を記入する。

### (3) 課題整理総括表の記載項目及び記載要領と留意点

#### ① 「利用者名」欄

利用者名を記入する。

#### ② 「状況の事実」の「現在」欄

この欄には、事前に利用者宅の訪問や利用者・家族との面談、関係者や他の専門職からの申し送り等で把握した情報（事実）に基づき、各項目について、それぞれ日常的にしているかどうかを判断し、「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」（項目によっては「支障なし」「支障あり」）のいずれかに○印を記入する。「見守り」は「見守りや声かけを受けるが、一連の動作のほぼ全てを支障なく実施している」、「一部介助」は「一連の動作の一部について介助を受けて行為を実施している」、「全介助」は「一連の動作の全てあるいはほぼ全てについて介助を受けて行為を実施している」ことを目安として頂きたい。「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」のたまかな目安を例示すると以下の通りである。

項目	状況	記入例
屋内移動	多少のふらつきがあり転倒リスクはあるものの、階段昇降を含めて移動している	自立
屋外移動	ヘルパーが付き添うと病院まで自力で移動するが、付き添いがないと外出しない	見守り
口腔ケア	デイサービスで声かけされれば歯磨きをするが、自室などに居て声かけがないとまったくしない	見守り
服薬	飲むべき薬の判断と飲むための準備ができない 薬とコップに入れた水を手渡すと飲むことはできる	一部介助
調理	自身では全く調理していない (ヘルパーが準備したものを食べている)	全介助（日常的に していない）
入浴	週2回のデイサービスで立位保持と洗身の介助があれば入浴しているが、自宅では全く入浴していない	全介助

一方、ADL/IADL以外の項目について、「支障あり」に○印を記入した場合は、必ずその具体的な状況を備考欄に補記する。

本欄における「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」あるいは「支障なし」「支障あり」等の尺度は、利用者の現在の状況をケアチームのメンバーが概観して共有するための目安である。

ここでは、日常的な生活の状況を概括することを目的に、あくまでも日常的にしているかどうかに基づいて判断することとし、できるかどうかは考慮しないこととする。したがって、例えば同居者が実施していない場合は、「全介助」を選択することとする。

なお、一連の動作の一部のみ介助（声かけや付添を除く）を受けている場合は、「一部介助」を選択することとする。また、例えば自宅とデイサービスで状況が異なる等、生活環境によって状

況が異なる場合は、日常生活の中で頻度の高い状況に基づいて判断する。

また、褥瘡・皮膚の問題や行動・心理症状（BPSD）等について、現在は支障が顕在化していないもののリスクが大きいと判断される場合は「支障あり」を選択することとする。

なお、「状況の事実」に並んでいる項目は、課題分析標準項目のアセスメント項目として通知<sup>1</sup>に掲げられている 14 項目から「特別な状況」（ターミナルや虐待等の状況を記載する項目）を除いたものだが、小項目は平成 24 年度に実施した実証事業の成果等を踏まえて設定したものである。

課題整理の総括において重要となる視点・項目は、利用者・家族の生活の状況や心身の状況によって異なると考えられる。本欄下部の空欄等を活用し、例えば起居動作や経済状況など適宜項目を追加修正して活用して差支えない。

### ③ 「自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）」欄

収集した情報に基づき、利用者の自立を阻害している根本的な要因、特に「状況の事実」の「現在」欄で「自立」あるいは「支障なし」以外が選択されている項目の要因を分析した上で、より根本的で重要な要因を最大 6 項目程度に絞り込み、「自立した日常生活の阻害要因」欄に記載する。なお、本欄に振られている番号は便宜的な通し番号であり、要因の重要度等による優先順位を示したものではない。

繰り返しになるが、課題整理総括表は、情報の収集・分析が終わった後に作成することを想定しており、本様式を作成する前に、介護支援専門員として、利用者の自立した日常生活を阻んでいる要因を具体的に捉えられていることが求められる。

なお、要因として疾患が捉えられる場合も多いと考えられるが、疾患それ自体だけでなく疾患に応じた療養や健康管理が十分にできていないという状況が生活に影響を及ぼすものである。つまり、本欄には疾患名だけでなくその疾患に応じた療養や健康管理等も含めて整理し、必要に応じて記載することが望ましい。例えば、要介護状態となった原因疾患が「糖尿病」である場合で言えば、糖尿病そのものは診断名であって、むしろ糖尿病の管理ができないこと、例えば「食事管理ができない」ことや「インシュリンの自己注射の管理ができない」ことが要因として記載されることとなる。

また、生活の状況には利用者の心身の状態だけでなく、生活の環境（住環境等の物理的なものだけでなく、家族関係等の社会的な環境も含む）も影響する。したがって、利用者の心身の状態のほか、環境に関する要因が含まれる場合もありうる。

なお、本欄には、利用者の心身の状態あるいは生活の環境等について、客観的事実を記載する。客観的事実を記載することが困難な場合は、引き続き情報の収集・分析が必要である。

<sup>1</sup> 平成 11 年 11 月 12 日 老企 29 厚生省老人保健福祉局企画課長通知「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」 ※課題整理総括表の中項目の表記はこの通知に示す課題分析標準項目に準じたものである。

#### ④ 「状況の事実」の「要因」欄

「状況の事実」の「現在」欄で、「自立」あるいは「支障なし」以外を選択した項目について、その要因として考えられるものを、「自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）」欄から選択し、その記載した番号（丸数字）を記入する。複数の要因が考えられる場合は複数の番号（丸数字）を記載して良い。

本欄の記入は、前項③「自立した日常生活の阻害要因」欄の内容と関連することから、「要因」と「自立した日常生活の阻害要因」欄は相互の整合性を確認しながら、記入と修正を進めることが望ましい。

#### ⑤ 「状況の事実」の「改善／維持の可能性」欄

「状況の事実」の「現在」欄で、「自立」あるいは「支障なし」以外を選択した項目について、現在の認定有効期間を見通して、必要な援助（介護保険サービスだけでなく、インフォーマルな支援を含む）を利用した場合に「現在」の状況が改善／維持する可能性の有無を検討し、「改善」「維持」「悪化」のいずれかに○印を記入する。

なお、介護保険法では、保険給付は「要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われる」とこととされている。したがって、「悪化」が見込まれる場合においても、本欄を記入するにあたり、その分析の過程で「維持」の可能性も十分に検討することが重要である。

この欄は、主治医意見書等の多職種からの意見を踏まえた上で、あくまでも専門職たる介護支援専門員としての判断に基づいてその考えを記入する。なお、ここでどのような可能性を選択したかを以て、その介護支援専門員の判断の良し悪しを評価するものではない。むしろ、ここで判断した可能性に基づいた上で、利用者・家族の生活を支えていくために必要な課題と援助内容を整理することこそが、介護支援専門員の専門性に期待されることである。

#### ⑥ 「状況の事実」の「備考」欄

この欄には、「状況の事実」欄の「現在」あるいは「改善／維持の可能性」に関して補足すべき情報を記入する。例えば、「現在」欄において「支障あり」とした場合にその具体的な支障の内容を補記したり、「一部介助」や「全介助」とした場合に支援の内容を補記したりすることが考えられる。また、「改善／維持の可能性」欄において「維持」や「悪化」が見込まれる項目に関して、現在利用しているサービス内容や必要な生活環境を補記するといった活用も考えられる。

さらに、「改善／維持の可能性」に関して、なぜそのような可能性があるかと判断したかの根拠を補記することも有効である。介護支援専門員が、利用者の状況をどのような方向性で捉えているか、その判断根拠（利用者本人の心身の状況や生活の環境だけでなく、家族等から援助を受けて日常生活を送っている場合の具体的な援助内容や介護者が有する介護知識の状況等）を記入し、それをサービス担当者会議等で共有することで、チームケアに参加する個別のサービス担当者が、利用者・家族等の状況や総合的な援助の方針を理解しやすくなることが期待される。

## ⑦ 「見通し」欄

本欄には、「利用者の自立した日常生活を妨げている要因」の解決に向けて、多職種からのアドバイスを受けつつ、当該ケアプランの短期目標の期間を見据えて、「どのような援助を実施することにより」（要因の解決のために必要と考えられる援助内容）、「状況がどのように変化することが見込まれるか」（援助を利用した場合に到達が見込まれる状態）を記入する。

本欄にはこれから実施しようとする援助による改善や維持の予測を記入することから、本欄の記載内容は、あくまでも介護支援専門員として判断した仮説を記載することになる。

他の介護支援専門員や他の職種と共有した際に分かりやすく簡潔な内容とするため、「要因」—「要因の解決のために必要と考えられる援助内容」—「援助を利用した場合に到達が見込まれる状態」を、一つの「要因」に対して数行でまとめることを目安とすると良い。

なお、介護保険法に掲げられている「要介護状態等の軽減又は悪化の防止」という考え方に沿って言えば、まずは「改善/維持の可能性」欄において「改善」に○印をつけた項目について、その項目の「要因」を解決するための見通しを必ず記入することが重要である。そのうえで、「維持」や「悪化」に○印をつけた項目のうち、特に取り組むべきと考えられる項目について、維持のための日常生活における取り組みの視点や悪化・重度化防止のためのリスク軽減の視点から「どのような援助を実施すること」が必要かを記入する。

例えば後述する室内でのトイレへの移動と排泄動作に改善の可能性が考えられる事例(39頁)で言えば、「改善/維持の可能性」が「改善」となっている「室内移動」と「排泄動作」について、その要因である下肢筋力低下と住環境に着目して、その要因を改善するために必要な援助を整理している。

また、重度の介護を要する事例(41頁)等で言えば、「改善/維持の可能性」が「維持」であっても、今後の見通しを考える上で、状態像の著変につながる誤嚥性肺炎を起こさないようにする上で、特に重要であると考えられる「口腔ケア」について、その援助の実施が必要であると整理している。

## ⑧ 「利用者及び家族の生活に対する意向」欄

利用者宅の訪問や利用者・家族との面談等を通じて把握した利用者及び家族が望む生活の意向のうち、課題を抽出する上で重要と思われる情報を整理して、簡記する。

本欄に記載する情報はあくまでも課題の抽出に関わりが大きいと思われる内容のみで良く、ケアプラン第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向」欄に記載する内容と同一である必要はない。

## ⑨ 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】」欄

「見通し」欄の記入内容を踏まえて記入する。情報の収集・分析が終わった後に課題整理総括表を作成することから、利用者・家族等からの聞き取りにより、「利用者が望む生活」が捉えられていることが前提である。

なお、介護支援専門員が課題整理総括表を作成するのは、サービス担当者会議（ケアプラン原案を利用者と合意する）前であるから、ここで記載する生活全般の解決すべき課題（ニーズ）は、利用者・家族等から収集した情報の分析に基づいて介護支援専門員が捉え、専門職としての判断で利用者に提案する、合意前の案であって差し支えない。

⑩ 優先順位欄（※6の欄）

課題の優先順位を踏まえて、数字を記入する。利用者としり合わせた結果、当該期間のケアプランに反映しないこととした（反映できなかった）課題については、「一」印を記入する。

### 3. 評価表の様式と記載要領

---

#### (1) 本様式の活用の基本的な考え方

##### ① 本様式の位置づけと作成のタイミング

本様式は、ケアプラン第2表に位置づけた短期目標に対して、その達成状況とその要因をケアチーム全体で振り返る際に利用することを想定している。

したがって、ケアプランの第2表に位置づけた短期目標の終期の時点を目途に、個別サービスを提供している事業者からの報告を踏まえて作成することを想定している。なお、複数の短期目標が位置づけられており、かつその終期が異なる場合は、その時点で目標の終期を迎えた短期目標についてのみ記載すれば良い。

##### ② 本様式作成の基本姿勢

本様式は、個別サービスを提供している事業者からの報告に基づき、介護支援専門員の判断としてとりまとめて作成することを想定している。ただし、利用者の生活の状況をより詳細に把握しているのは利用者に対して直接に援助を提供している事業者であることを踏まえ、目標の達成状況を判断する際は、現に利用者に対してサービスを提供している担当者の報告を丁寧に把握し、その判断を考慮することが重要である。



### (3) 評価表の記載項目及び記載要領と留意点

#### ① 利用者名

利用者名を記載する。

#### ② 作成日

作成日を記載する。

#### ③ 短期目標と期間

ケアプラン第2表に記載されている短期目標と期間を転記する。なお、複数の短期目標がありかつその期間が異なる場合、ここに記載する短期目標は本様式作成時点で終期を迎える短期目標のみで良い。

#### ④ 援助内容

ケアプラン第2表に記載されている援助内容（サービス内容、サービス種別、事業所名）を転記する。

#### ⑤ 結果

介護支援専門員自身がモニタリング訪問で把握した状況や、個別サービスを提供している事業者からの報告等を踏まえ、短期目標の達成状況を評価して該当する記号を記入する。短期目標の達成状況と記号の凡例は以下の通り。

なお、生活を維持するために必要な援助を使い続けることを見込んでいる場合（例えば「～の状況を維持できる」といった内容の短期目標の場合）に、そのケアプランの終期で状況が維持されているのであれば「○」（短期目標は達せられた）を記入し、再アセスメントの結果生活の状況に大きく変化が無ければ、同様の短期目標を次のケアプランでも再設定する。

短期目標の達成状況	記号
短期目標は予想を上回って達せられた (より積極的な目標を設定できる可能性がある)	◎
短期目標は達せられた (再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)	○
期間延長を要するが、短期目標の達成見込みはある	△
短期目標の達成は困難であり見直しを要する	×1
短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する	×2

## ⑥ 「コメント」欄

介護支援専門員自身がモニタリング訪問で把握した状況や、個別サービスを提供している事業者からの報告事項、主治医意見書等での指摘事項等を踏まえ、短期目標の達成状況の判断(「結果」欄に記載した内容)の根拠となる状況や次のケアプランを策定するに当たり留意すべき事項を簡記する。

特に、「結果」欄で「×1」あるいは「×2」を選択した場合は、短期目標が達成できなかった理由を再アセスメントにおいてよく分析する必要があるため、その際考慮すべき重要な情報(個別サービスを提供している担当者が把握した利用者の心身の状況の変化、利用者・家族の生活環境の変化等)を補記しておくことが重要である。

また、「結果」欄で「◎」や「○」を選択した場合においても、短期目標の達成に効果があった要因(例えば利用者本人の意欲の変化やそのきっかけとなった出来事、援助を提供している担当者の関わりの工夫など)を補記し、個別サービス事業者と共有してより良いケアの実現に向けた基礎情報として活用することが期待される。

「結果」欄に記載した短期目標の達成状況となった背景は、利用者の生活の状況の変化によるもの、当初のアセスメントの不十分さや短期目標の設定の仕方によるもの、個別サービス提供者によるサービスの実施内容によるもの、等さまざまである。

したがって、本様式を活用してこれらさまざまな背景のいずれが短期目標の実現に影響を与えたかを総括し、その結果を踏まえて改めて情報収集と分析を行い、次の居宅サービス計画に反映させることが重要である。

## 4. 課題整理総括表及び評価表を活用する上での全般的な留意点

### ○ 本様式を活用する際に添付する文書について

課題整理総括表及び評価表を活用して、ケアマネジメントの振り返りや初任段階の介護支援専門員への指導・助言、あるいはサービス担当者会議や地域ケア会議等での情報共有を行う場合は、必ず、「利用者基本情報」と「ケアプラン」を添えて活用することが望ましい。

特に、「利用者基本情報」については、課題分析標準項目の「基本情報」で示されている項目が盛り込まれており、情報の収集・分析と課題の抽出の基本となる、「家族構成」（ジェノグラム）や住居、経済的状況、疾患等の情報が含まれる。

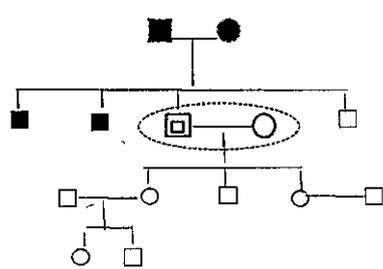
### ○ 利用者への説明について

介護保険の基本的な理念として、利用者の意思を尊重し、利用者の意思決定と契約に基づくことが掲げられている。したがって、課題整理総括表及び評価表においても、実際にこれらを活用する際には、必要に応じていずれかの段階で利用者へ説明し、活用いただきたい。

なお、課題整理総括表を用いて整理する「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」は、ケアプラン（見直し）の原案に記載するものである。この課題の内容を含めケアプランの内容は、利用者の同意を得てはじめて確定するものであって、介護支援専門員が利用者の意向に関係なく「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を設定して良いというものではないことに留意が必要である。

## 5. 課題整理総括表及び評価表に基づく指導・助言のイメージ（一例）

### ① 基本情報

受付年月	2013年5月23日					
受付担当者	〇〇 〇〇					
受付方法	事業所へ来所					
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	A 様	性別	男	年齢	73 歳
	住所	〇〇〇町 〇〇 X-X-X				
	連絡先	電話番号( XX-XXXX-XXXX ) その他( )				
家族状況	<p>夫婦2人世帯</p> <p>妻:同居、71歳、主介護者</p> <p>長女:別居、51歳、副介護者、午前中就労 訪問してできる限りの支援をしている 隣の市に在住(車で約15分)、 子供2人の4人家族</p> <p>長男:別居、50歳、独身、海外在住、交流なし</p> <p>次女:別居、47歳、夫と2人家族、両親の郷里に在住、交流なし</p> 					
生活状況	<p>・A県生まれ。中学校卒業後上京し40年程、八百屋を経営。</p> <p>・店を閉めた後は現住所に移転し、企業に勤め、定年後もパートで働いた。</p> <p>・平成24年10月11日脳梗塞発症。</p> <p>朝から下痢嘔吐が続いていたが、本人も妻も気づくのが遅くなり15時救急車で緊急入院。脳梗塞と診断される。時間が経っていたため手術はせず薬で経過を見ることとなった。</p> <p>11月1日 リハビリテーション病院へ転院し、4月28日に退院した。</p> <p>・左不全麻痺と軽度の言語障害が残った。</p> <p>・妻の介護のもと介護保険サービス(通所介護、福祉用具)を使い在宅生活を続けている。</p>					
利用者の被保険者情報	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
現在利用しているサービスの状況	<p>通所介護(月16回)</p> <p>福祉用具貸与:ベッド脇置き手すり</p>					
障害老人の日常生活自立度	B2					
認知症である老人の日常生活自立度	I					

<p>主訴</p>	<p>(相談内容)  介護方法がわからず不安である(妻、長女)</p> <p>(本人の要望)  ・自宅で生活を続けていきたい。  ・いつかは友人と外出できるようになりたい。</p> <p>(家族の要望)  【妻】 夫婦 2 人暮らしで、自分も通院中なので介護できるか不安がある。相談にのって欲しい。  リハビリを続けて、自分でできることは自分でできるようになると良いなと思っています。必要な時に、お泊りをお願いしたいです。  【長女】 自宅を訪問しできる限りは手伝います。母も体調が良くないので、負担が大きくならないように、サービスを上手に使いたいです。デイサービスに通ってもらいたいです。  【長男・次女】 交流が全くなし</p>
<p>認定情報</p>	<p>要介護2 (認定日: 2013/5/16 、 認定有効期間: 2013/6/1~2015/5/31)  要介護5 (認定日: 2012/12/12 、 認定有効期間: 2012/11/18~2013/5/31)</p>
<p>課題分析 (アセスメント) 理由</p>	<p>更新のため</p>

(3) 課題整理総括表の作成をきっかけとした指導・助言の一例

利用者名

A 殿

作成日

要因 (心身の状態、環境等)	状況の事実 ※1	改善	③ 下股筋力低下	④	利用者及び家族の 生活に対する意向	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6	
移動	室内移動	自立	見守り	①、③	改善	悪化	自宅での活動量が増えることにより、家のトイレを自力で利用でき、自宅でのシャワー浴が出来るようになる可能性はある。	1
食事	食事内容	自立	見守り	①、③	改善	悪化	また、下股筋力が回復することとて失禁の頻度も減る可能性がある。	
	食事摂取	自立	見守り	①、③	改善	悪化	排泄：支障あり⇒なし 排泄動作：一介⇒見守り 入浴：全介⇒見守り	
排泄	調理	自立	見守り	①、③	改善	悪化	動作のアセスメントと用具の活用により、コップに水を汲み歯磨き粉を出す援助があれば、フラスコシリングとうがいをする可能性はある。	2
	排尿・排便	自立	見守り	①、③	改善	悪化	口腔ケア：全介⇒一介	
口腔	排泄動作	自立	見守り	①、③	改善	悪化	認知機能に問題はないので、下股筋力向上の機械により散歩や近所までの買い物に行けるようになる可能性がある。	
	口腔衛生	自立	見守り	①、③	改善	悪化	屋外移動：一介⇒見守り 社会との関わり：支障あり⇒なし	
服薬	口腔ケア	自立	見守り	①、③	改善	悪化		
	入浴	自立	見守り	①、③	改善	悪化		
更衣	更衣	自立	見守り	①	改善	悪化		
	掃除	自立	見守り	①	改善	悪化		
洗濯	洗濯	自立	見守り	①、②	改善	悪化		
	整理・物品の管理	自立	見守り	①、③	改善	悪化		
金銭管理	金銭管理	自立	見守り	①	改善	悪化		
	買物	自立	見守り	①	改善	悪化		
コミュニケーション能力	コミュニケーション能力	自立	見守り	①	改善	悪化		
	認知	自立	見守り	①、③	改善	悪化		
社会との関わり	社会との関わり	自立	見守り	①、③	改善	悪化		
	褥瘡・皮膚の問題	自立	見守り	①、③	改善	悪化		
行動・心理症状(BPSD)	行動・心理症状(BPSD)	自立	見守り	①、③	改善	悪化		
	介護力(家族関係含む)	自立	見守り	①、③	改善	悪化		
居住環境	居住環境	自立	見守り	①、③	改善	悪化		

・どの程度の麻痺なのか、詳細情報を把握していますか？

・これは原因疾患です。療養管理ができてきているかどうかを

見直し ※5

・動作の視点だけでなく、自宅の洗面所の環境を改善する支援の可能性も検討しましたか？

・外出の不安の解消の観点は無くても良いのでしょうか？  
外出を実現するための課題は本当に下股筋力低下だけなのでしょうか？

・本当に「支障なし」ですか？  
階段が外出不安の原因になっていないでしょうか？

(4) 評価表

評価表

作成日 2013/ 8 / 31

利用者名 A 殿

短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス種類	※1		
日中は自宅のトイレを使用することができる	2013/6/1 ～ 2013/8/31	下肢筋力向上トレーニング	通所介護	〇〇ケアセンター	△	ご本人の意欲も高く、体力の向上傾向がみられるが、まだふらつきがあり、疲れやすい。
		日中等体力のあるときに、早めに自宅のトイレへ移動して使う練習をする	本人			
妻に助けってもらいながら、自宅で身だしなみを整えられる	2013/6/1 ～ 2013/8/31	シャワー浴の見守り、更衣しやすしい被服等の工夫の提案	通所介護	〇〇ケアセンター	○	ご本人の意欲も高く、自ら進んで取り組みました。
		デイサービスでの食後の歯磨きの実施	通所介護	〇〇ケアセンター		
		デイサービスに行かない日に妻の見守りのもと、シャワー浴を行う	本人		○	妻の協力のもと、週2回程度取り組みでいらっしゃいます。

・体力の向上の根拠は？  
・体力向上でもふらつきや疲れの要因は？

※1「短期目標」は達成度が5段階で記入する。○：短期目標は予定を上回って達成された。◎：短期目標は達成された(両方アセスメントで新しい短期目標を設定する)。△：短期目標は達成されたが継続を要する。  
※2「短期目標」は達成度が5段階で記入する。○：短期目標は予定を上回って達成された。◎：短期目標は達成された(両方アセスメントで新しい短期目標を設定する)。△：短期目標は達成されたが継続を要する。

## 6. 課題整理総括表の記載の一例

ここでは、課題整理総括表を活用する参考として、2つの活用例と4つの記載例を掲載しています。ただし、この記載例は「このように記載すべき」というものではありません。

本書式は、介護支援専門員に係る研修の場面、介護支援専門員自身の振り返りやOJTにおける指導・助言の場面、サービス担当者会議での関係者間の意識の共有等の多職種協働の場面で活用し、課題の抽出過程での視点の抜け漏れを防いだり、さらに追加して収集すべき情報を確認したりして、課題の整理や支援の方向性に関する共有と理解を深めるきっかけとすることをねらいとしています。

ここでは、アセスメントした結果から、課題整理総括表を活用して課題分析し、生活全般の解決すべき課題(二一)を導いた例を掲載しています(あくまでも一例なので、他の分析もありえます)。

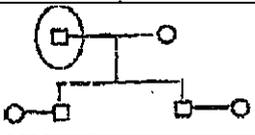
	年齢	性別	要介護度
活用例1 (ケアプランの見直し時に課題整理総括表を作成し、見直しに反映させた例)	87歳	男性	要介護1
活用例2 (初任段階の介護支援専門員が作成した課題整理総括表に、先輩が指導・助言を加えて修正し、その内容をケアプランの見直しに反映させた例)	85歳	男性	要介護1
記載例1 (独居の方の例)	76歳	女性	要支援2
記載例2 (夫婦二人で暮らしている方の例)	80歳	男性	要介護3
記載例3 (認知症があり小規模多機能型居宅サービスを利用している方の例)	72歳	女性	要介護4
記載例4 (特別養護老人ホーム入居者の例)	91歳	男性	要介護5

(1) 課題整理総括表をケアプランの見直し等に活用した例

■活用例1 (要介護1)

※ケアプランの見直しに課題整理総括表を作成して、見直しに反映させた活用例

○基本情報

受付年月	平成〇〇年 〇月 〇日					
受付担当者	〇山 〇男					
受付方法	地域包括支援センター経由で連絡					
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	G	性別	男	年齢	87歳
	住所	A市				
	連絡先	電話番号( 0**-***-**** ) その他( 090-****-**** )				
家族状況	 <p>長男と次男は同数地で勤務。妻はグループホーム入所中。</p>					
生活状況	<p><b>【性格・職業等】</b>                  熊本の農家に生まれる。18歳で長崎造船所へ徴兵。19歳で入隊する。満州へ行く予定だったが終戦を迎え、21歳のときに●●に就職した。65歳まで製造現場に携わる。結婚は27歳のとき(妻22歳)。社宅などに移り住み、約45年前から現住所に在住。定年退職後のシルバー人材センターで選定作業などを行っていた。夫婦ふたり暮らし。</p> <p><b>【住環境】</b>                  一戸建て、自室あり。駐車場無。幹線道路に近い坂の上にある住宅街。徒歩圏にスーパーなど無。</p> <p><b>【生活状況】</b>                  以前は電動自転車で出かけていたが、足腰が悪くなってからは通院と庭仕事、テレビ、新聞が中心の毎日。自室の掃除や洗濯は自分のものは自分で行っている。家には健康器具が多くあるがあまり使用していない。現在はシニアカーを介護保険で導入し通院に利用している。夫婦二人暮らしで、妻も足が悪いため、通院・買い物はタクシーを利用している。買い物は長男・次男それぞれが月に2~3回ずつ訪問して支援している。</p> <p>趣味は盆栽と植木の手入れ。以前は地域との交流も盛んにあったが、現在は挨拶程度。</p>					
利用者の被保険者情報	被保険者番号 *****					
現在利用しているサービスの状況	訪問介護、住宅改修、福祉用具貸与					
障害老人の日常生活自立度						
認知症である老人の日常生活自立度						
主訴	(本人)自分ができるとは自分でしようと思う。転倒に気をつけて生活したい。閉じこもりにならないようにしたい。 (長男)高齢老夫婦二人暮らし。長男・次男とも夫婦共働きで十分支援できない。介護保険サービスを利用して在宅生活を続けてほしい。					
認定情報	要介護1 (平成25年8月1日~平成26年1月31日) 要介護2 (平成25年2月1日~平成25年7月31日)					
課題分析 (アセスメント)理由	定時アセスメント					

○居宅サービス計画

第1表

居宅サービス計画書(1)【旧】

作成年月日 平成25年1月23日

初回 紹介・継続 **認定済**・申請中

利用者名 殿 生年月日 昭和2年7月〇日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 \* \* 県A市

居宅サービス計画作成(変更)日 平成25年1月23日 初回居宅サービス計画作成日 平成25年1月25日

認定日 平成24年12月26日 認定の有効期間 平成25年2月1日～平成25年7月31日

要介護状態区分	要介護1 (要介護2)・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	<p>(本人) 自分ができるとは自分でしようと思う。転倒に気をつけて生活したい。閉じこもりにならないようにしたい。</p> <p>(長男) 忘れっぽいところはあるけれど、家族で買い物等の支援をしながら今の生活ができるだけ続けてほしいと思う。介護保険サービスで必要な支援を受けられるようならお願いしたい。</p>
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	(特になし)
総合的な援助の方針	<p>ご夫婦でそれぞれが役割を持ちながら在宅生活が継続できるとよいと思います。転倒せず生活できることが大切です。外出機会を持ち続けられるように引き続きシニアカーの利用を計画します。</p> <p>ご夫婦だけでは難しくなってきた家事についても、ご本人様・ご家族と相談しながら支援を検討したいと思います。</p> <p>(かかりつけ医) 0+-000-0000 (〇〇医院 Dr.〇〇〇) 緊急連絡先(長男) 080-0000-0000</p>
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし (2. 家族等が障害、疾病等 3. その他( ) )

居宅サービス計画書(2)【旧】

作成年月日 年 月 日

利用者名

股

目標				援助内容					
長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス提供	※2	頻度	期間
生活全般の解決 すべき課題 (二一ス)									
体調管理を受けながら体調管理を行い、自分のことは自分でできる生活が継続できる	H25.2.1- H25.7.31	(体調に合わせて) 庭の手入れや自分の部屋の掃除や洗濯が続けられる	H25.2.1- H25.4.30	庭の手入れ…体調をみて、無理はない 自分の部屋の掃除…屈み動作など腰や膝に負担がかかる部分は手助けしてもらおう 洗濯	○	本人 訪問介護 家族・介護者 本人 本人		体調に合わせて 検討 体調に合わせて 体調に合わせて 体調に合わせて	H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30
外出できる環境を整え、同じ暮らしにならない生活ができる	H25.2.1- H25.7.31	安全運転に配慮し、外出ができる	H25.2.1- H25.4.30	神経痛 白内障 前立腺肥大術後(頻尿あり) 白癩ほか 咽頭不快・左難聴 う歯・義歯の調整 毎日、テレビ体操を行う(筋力維持増進)		病院(通院) 病院(通院) 病院(通院) 病院(通院) 病院(通院) 病院(通院) 本人	○クリニック K眼科 U泌尿器科 Y皮膚科 I耳鼻科 T歯科	週2回 2ヵ月に1回 月1回 月1回 週2回 週1回 毎日	H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30
外出できる環境を整え、同じ暮らしにならない生活ができる	H25.2.1- H25.7.31	安全運転に配慮し、外出ができる	H25.2.1- H25.4.30	室内環境を整える(整理整頓) 動線上の障害物除去 必要箇所の住宅改修(手摺検討) ベッド利用により起居動線が安全で案に行える	○	訪問介護 家族・介護者 本人		検討 訪問時 毎日 検討 検討	H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30
外出できる環境を整え、同じ暮らしにならない生活ができる	H25.2.1- H25.7.31	安全運転に配慮し、外出ができる	H25.2.1- H25.4.30	電動車椅子の利用方法や注意点を確認し、安全に運転する。 電動車椅子の実際利用にあたっては、安全を確認する。注意が必要な場合は、本人と利用についての振り返りを行う。必要に応じて医師などに相談する。	○	福祉用具貸与 福祉用具貸与 本人 本人	(株)H	一時・レンタル 利用時 必要時適宜	H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。 ※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

課題整理総括表

利用者名 殿

作成日 / /

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)	① 神経痛 ④ う歯・義歯調整	② 前立腺肥大術後頻尿 ⑤ 白蟻など	③ 咽頭不快・左耳難聴 ⑥ ※記憶力・理解力低下
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因※3	備考/維持の可能性※4
移動	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	神経痛・足腰の疼痛のためADL障がいあり、外出はシニアカーを利用・愛用しているが、安全面で今後は利用が困難になる可能性あり。室内は手すり設置を検討中。
室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	
屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	
食事	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	
食事内容	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	
食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	
調理	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	
排尿・排便	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	状態は自分でする。割爱是湯煎やヘルパーが調理することを希望。時々間に合わず便器や床・衣類が汚染する。
排泄	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	
排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	
口腔	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	
口腔衛生	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	
口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助	④ 改善 維持 悪化	
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	自宅にて自力でシャワー浴を週1回程度行っている。ADL介助が必要な状況と思われる。今後入浴支援を検討する。
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	
掃除	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	足腰疼痛で困難のためヘルパーが支援
洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	衣類は自分で洗濯。大物は袋が支援できる範囲で自力で行う。訪問時に家族が一緒に行う。
整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	大きなお金は長男が管理している。
金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助	④ 改善 維持 悪化	
買物	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	好きな食べ物のみ自分で購入。食材は家族が週1回程度購入するが忙しくて支援が困難な時もある。
コミュニケーション能力	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	近隣の友人たちが徐々に少なくなり、挨拶程度の付き合いのみ。他者交流機会への参加は、難関があるため、と希望しない。
認知	自立 見守り 一部介助 全介助	③ 改善 維持 悪化	近隣の友人たちが徐々に少なくなり、挨拶程度の付き合いのみ。他者交流機会への参加は、難関があるため、と希望しない。
社会との関わり	自立 見守り 一部介助 全介助	③ 改善 維持 悪化	
褥瘡・皮膚の問題	自立 見守り 一部介助 全介助	①④ 改善 維持 悪化	近隣の友人たちが徐々に少なくなり、挨拶程度の付き合いのみ。他者交流機会への参加は、難関があるため、と希望しない。
行動・心理症状(BPSD)	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	近隣の友人たちが徐々に少なくなり、挨拶程度の付き合いのみ。他者交流機会への参加は、難関があるため、と希望しない。
介護力(家族関係含む)	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	近隣の友人たちが徐々に少なくなり、挨拶程度の付き合いのみ。他者交流機会への参加は、難関があるため、と希望しない。
居住環境	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	近隣の友人たちが徐々に少なくなり、挨拶程度の付き合いのみ。他者交流機会への参加は、難関があるため、と希望しない。

利用者及び家族の 生活に対する意向	見直し ※5	生活全般の解決すべき課題 (二一ス)【案】	※6
本人自分でできることはよほどと思う。医師に声を付けて生活したい。閉じこもりたくなりたい。家族(妹)今の生活ができるだけ長く続けたい。必要な支援が介護保険で受けられるようにお願いしたい。	通院・内服薬管理や日常生活の支援について、今以上に家族支援が必要となる。本人が自分で決めたい気持ちがあるため、本人の意向と家族からの意見をいままで支援を行っていることで、高齢健忘生活ができるだけ長く続けることができると考える。家族では補えない部分はヘルパーサービスを利用調整する。	通院・内服薬管理や日常生活の支援について、今以上に家族支援が必要となる。本人が自分で決めたい気持ちがあるため、本人の意向と家族からの意見をいままで支援を行っていることで、高齢健忘生活ができるだけ長く続けることができると考える。家族では補えない部分はヘルパーサービスを利用調整する。	1 運送治療を受けながら、体調管理を行い、自分自身で生活できる状態を維持する。
	現在はシニアカーを利用して基本的に外出することができている。今後、自力での外出が困難になった時に再度検討する必要がある。		2 外出できる環境を整え、閉じこもりにならない生活ができる。
	入浴は自分で行いたい気持ちがあるが、本人ひとりでは転倒等事故のリスクが高い。皮膚状態の観察も含めて入浴支援が必要。		

○ 居宅サービス計画（課題整理総括表を踏まえて見直したものの）

第1表

居宅サービス計画書(1)【新】

作成年月日 平成25年 月 日

初回 紹介・継続 認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 昭和2年 7月 0日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 福岡県北九州市〇〇区

居宅サービス計画作成(変更)日 平成25年 10月 8日 初回居宅サービス計画作成日 平成25年 4月 17日

認定日 平成25年 9月 4日 認定の有効期間 平成25年 8月 1日～ 平成26年 1月 31日

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	(本人) 自分ができることは自分でしようと思う。転倒に気をつけて生活したい。閉じこもりにならないようにしたい。 (長男) 忘れっぽいところはあはるけれど、家族で買い物等の支援をしながら今の生活ができるだけ続いてほしいと思う。介護保険サービスで必要な支援を受けられるようならお願いしたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	(特になし)
総合的な援助の方針	体調管理をしながら、転倒なくメリハリのある生活が送れると良いと思います。 外出機会を持ち続けられることや難しくなってきた家事についても、ご本人様・ご家族と相談しながら支援を検討したいと思います。 (かかりつけ医) 0** - 000 - 0000 (〇〇医院 Dr.〇〇) 緊急連絡先(長男) 080 - 0000 - 0000
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他( )



■活用例2（要介護1）

※初任段階の介護支援専門員が作成した課題整理総括表に先輩が指導・助言を加えて修正し、その内容をケアプランの見直しに反映させた活用例

○基本情報

受付年月	平成〇〇年 〇月 〇日						
受付担当者	〇田 〇朗						
受付方法	〇市に住んでいる長女より新規の依頼あり						
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	H			性別	男	
	住所	A市、				年齢	85歳
	連絡先	電話番号( 0** - *** - **** ) その他( 090 - **** - **** )					
家族状況	子ふたり。長女は福岡県〇〇郡在住。長男は関東在住。 長女は月に1～2回訪問あり。						
生活状況	<p><b>【生活歴】</b> A市〇〇町生まれ。40年前に家を建てて現在も住んでいる。学校卒業後、税理士として80歳まで働く。家事は全部妻がしており、したことがない。子どもは二人。子どもが家を出てから妻と二人暮らしていた。旅行等に妻と二人で行き、仲の良い夫婦生活を送っていたが、平成25年7月上旬に妻に癌がみつき、B市での入院生活を経て、8月〇日に亡くなった。</p> <p><b>【生活状況】</b> 起床や就寝時間は決まっており、ある程度規則正しい生活は遅れている。前立腺肥大症があり、内服しているが夜間帯に4～5回はトイレに行っている。再入眠までは時間がかからない様子。 趣味は読書、旅行、ゲートボール。地域との交流はなし。</p>						
利用者の被保険者情報	被保険者番号 *****						
現在利用しているサービスの状況	訪問介護、通所介護、住宅改修						
障害老人の日常生活自立度	J2						
認知症である老人の日常生活自立度	IIa						
主訴	<p>(本人)住み慣れた家でのひとり暮らしを続けたい。掃除や身の回りのことがひとりではできないので支援してほしい。転倒やけがをせずに生活したい。</p> <p>(長女)平成25年8月22日に一緒に生活していた母が亡くなり、ひとり暮らしとなった。身の回りのことが一人でできない。家の中にずっといるので足腰の筋力低下が心配である。</p>						
認定情報	要介護1（平成25年7月1日～平成25年12月31日）						
課題分析 (アセスメント)理由	定時アセスメント						

課題整理総括表 (旧)

利用者名 殿

作成日 / /

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)	① パーキンソン病 ④ 糖尿病	② 前立腺肥大症 ⑤	③ 本人は家事をしたことがない ④
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因※3	備考(状況・支援内容等)
移動	室内移動 自立 見守り 一部介助 全介助	改善/維持の可能性※4	居室内は歩行している。 外出時は杖を使っている。パーキンソン病があり、5分ほど歩くと足の力が弱くなる、1歩前に比べると連続歩行できる距離が短くなっている。
食事	屋外移動 自立 見守り 一部介助 全介助	①	
	食事内容 自立 見守り 一部介助 全介助	③④	
排泄	食事摂取 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	決まった時間に栄養が落ちるものを摂取できていない。
	調理 自立 見守り 一部介助 全介助	①③	先月ぐくなくなった妻がすべてしていたので家事をしたことがない。
口腔	排便・排便 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	新立腹肥大のため夜間4〜5回トイレに目覚める。
	排泄動作 自立 見守り 一部介助 全介助	②	居室からトイレまで早く歩けないので間に合わないことがある。夜間の排便回数が増えないように内服薬でコントロールする。
口腔	口腔衛生 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
	口腔ケア 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助	①	薬の管理・通院は自分でしている。
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	週に1回体調の良い時に椅子に座ってシャワーを浴びている。浴槽への降さかひとりでできていないので浴槽には2人が月ほど入っている。
掃除	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助	①③	
	自立 見守り 一部介助 全介助	①③	
整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
	自立 見守り 一部介助 全介助	①③	
金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
買物	自立 見守り 一部介助 全介助	①③	
コミュニケーション能力	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
認知	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
社会との関わり	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
褥瘡・皮膚の問題	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
行動・心理症状(BPSD)	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
介護力(家族関係含む)	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	妻が来られるのは月に1〜2回。
居住環境	自立 見守り 一部介助 全介助	①②	車庫の出入りの段差があり、廊下に手すりがないなど、トイレまでの歩行に時間がかかる。

利用者及び家族の生活に対する意向	見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
(本人)住み慣れた家でのんびり暮らしを続けたい。掃除や身の回りのことかひとりでできないので支援してほしい。転倒やけがをせずに暮らしたい。(家族)母が亡くなった後ひとりになり不自由しているのを支援してほしい。体調管理や転倒せずに生活できるように支援してほしい。	体調にあわせていじりを行ったり、廊下に手すりや設置することで、歩行距離の延長や耐久性の向上を実現し、夜の自室からトイレまでの歩行がひとりで安全に行える名と認められる。	転倒やけがをせずに生活したい。	1
	パーキンソン病の悪化予防のための内服薬の自己管理を続けていくことが必要である。		
	他者の介助のもとで安全に入浴できるようにすることで、皮膚を清潔に保つ必要がある。	できる家事をせやしたい。	3
	家事の確保をし、決まった時間に摂取することによって、体重と血糖値が安定すると思われる。		
	身の回りのことについて自分でできることを増やすことで、独居での生活を続けられると思われる。	病気がこれ以上悪くならないようにしたい。	2

○居宅サービス計画書

(課題整理総括表による指導・助言を受ける前のもの)

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 年 月 日  
 初回 紹介・継続 認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 昭和4年 5月 〇日 住所 \_\_\_\_\_  
 居宅サービス計画作成者氏名 \_\_\_\_\_  
 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 〇〇県A市 \_\_\_\_\_  
 居宅サービス計画作成(変更)日 平成25年8月29日 初回居宅サービス計画作成日 平成25年8月29日  
 認定日 平成25年8月7日 認定の有効期間 平成25年7月1日～ 平成25年12月31日

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5	
利用者及び家族の生活に対する意向	(本人) 住み慣れた家でのひとり暮らしを続けたい。掃除や身の回りのことがひとりでできないので支援してほしい。 (家族:長女) 転倒や怪我をせずに生活したい。 今までは母が身の回りのことをしてくれていたが、母が亡くなって父はひとりになり、不自由しているので支援してほしい。 体調管理や転倒せずに生活できるように支援してほしい。	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	(特記事項なし)	
総合的な援助の方針	住み慣れた環境の中でひとり暮らしが続けられるように、受診や内服管理を続けよう。 家の中や外出時の杖歩行が安定するように運動をするとともに、転倒せずに生活できる環境が整うように支援していきます。 身の回りのことが不自由なくできるように支援していきます。 本人や家族と連携を図りながら支援していきます。 (病院) 0** - 000 - 0000 (〇〇診療所 Dr.〇〇)	
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし    2. 家族等が障害、疾病等    3. その他( )	



○ 課題整理総括表 (先輩の介護支援専門員による指導・助言を受けて修正したもの)

課題整理総括表 (新)

利用者名 殿 作成日 / /

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)	① パーキンソン病	② 前立腺肥大症	③ 本人は家事をしたことがない	④
状況の事実 ※1	現在 ※2	要	備者 (状況・支援内容等)	※6
移動	室内移動 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	居室内は広い歩き回している。	1
食事	屋外移動 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	外出時は杖を使っている。パーキンソン病があり、5分ほど歩化足の出が悪くなる、1年前に比べると速歩で歩ける距離が短くなっている。	
排泄	食事内容 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	決まった時間に栄養があるものを摂取できていない。	
排便	食事摂取 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	弁当を電子レンジで加熱することはできるが、台所に立って調理の下茹ではできない。亡くなった妻が調理していたため経験が浅い。	
口腔	排尿・排便 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	前立腺肥大のため夜間4~5回トイレに目覚める。	2
口腔ケア	排泄動作 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	居るからトイレまで早く歩けないので間に合わないことになってコントロールがする。	
服薬	口腔衛生 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	錠の管理・通院は自分でしている。	
入浴	口腔ケア 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	週に1回体調の良い時に椅子に座ってシャワーを浴びている。浴槽への歩きがひどいので入浴は浴槽には2ヶ月ほど入っていない。	3
更衣	服薬 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	ほろろと尿を掃除することはできるが前傾姿勢の保持ができないため掃除機はかけられない。	
掃除	入浴 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	洗濯機を操作することはできるが洗濯物を干すことができない。	
洗濯	更衣 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	軽い物であれば購入して持って帰ることができているが重い物は持てない。	
整理・物品の管理	掃除 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
金銭管理	洗濯 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
買物	整理・物品の管理 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
コミュニケーション能力	金銭管理 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
認知	買物 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
社会との関わり	コミュニケーション能力 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
痛痒・皮膚の問題	認知 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
行動・心理症状(BPSD)	社会との関わり 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
介護力(家族関係含む)	痛痒・皮膚の問題 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
居住環境	行動・心理症状(BPSD) 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
	介護力(家族関係含む) 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
	居住環境 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		

○居宅サービス計画書

(課題整理総括表による指導・助言を受けて修正したもの)

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 年 月 日  
 初回 紹介・継続 認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 昭和4年 5月 〇日 住所 \_\_\_\_\_  
 居宅サービス計画作成者氏名 \_\_\_\_\_  
 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 〇〇県A市 \_\_\_\_\_  
 居宅サービス計画作成(変更)日 平成25年8月29日 初回居宅サービス計画作成日 平成25年8月29日  
 認定日 平成25年8月7日 認定の有効期間 平成25年7月1日～ 平成25年12月31日

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	(本人) 住み慣れた家でひとり暮らしを続けたい。掃除や身の回りのことがひとりでできないので支援してほしい。 (家族:長女) 今までは母が身の回りのことをしてくれていたが、母が亡くなって父はひとりで、不自由しているので支援してほしい。体調管理や転倒せずに生活できるように支援してほしい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	(特記事項なし)
総合的な援助の方針	住み慣れた環境の中でひとり暮らしが続けられるように、受診や内服管理を続けよう。 家の中や外出時の杖歩行が安定するように運動をするとともに、転倒せずに生活できる環境が整うように支援していきます。 身の回りのことが不自由なくできるように支援していきます。 本人や家族と連携を図りながら支援していきます。 (病院) 0**-000-0000 (〇〇診療所 Dr.〇〇)
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他( )

第2表

居宅サービス計画書(2)【新】

作成年月日 年 月 日

利用者名

股

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)		目標		援助内容					
長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
転倒やけがをせずに生活したい	H25.7.1-H25.12.31	室内・外で転倒せずに生活できる	H25.7.1-H25.12.31	足腰の筋力のための運動・指導・個別機能訓練・杖の使い方の指導 動線の障害物の撤去 住宅改修：玄関・トイレ・廊下・部屋の出入りに手摺の設置：居室内が安全に歩行できる 居室内での運動・外出時は杖を使う。 必要時デイサービスや福祉用具貸与の検討	○	通所介護 訪問介護 住宅改修 本人 ケアマネジャー	+++ +++ +++  +++	週1回 週2回  毎日 適宜	6か月 6か月 6か月 6か月 6か月
自分の思うように好きな時間に入浴したい	H25.7.1-H25.12.31	安全に入浴ができる	H25.7.1-H25.12.31	病気の管理ができて、振戦や夜間体の排尿回数を維持できる 見守りで浴槽内にひとりりて入れる	○	病院 本人		月1回 ①月1回 ②毎日	6か月 6か月
ひとり暮らしを続けるためにできる家事を増やしたい	H25.7.1-H25.12.31	安全に入浴ができる 自分で行える家事が増える	H25.7.1-H25.12.31	入浴の一部支援・浴室内での見守り・皮膚状態の観察・必要時の軟膏塗布 準備・着替えや洗える部分は自分で行う ゴミ出し・洗濯物干し/取り込み・献立の作成・食材の調理法説明・食事の下ごしらえ ゴミの分別・洗濯機を回す・玄関の掃き掃除・ベッド周辺の片づけ・弁当の温め並びに片付け・宅配サービスの利用・朝食の準備	○	通所介護 本人 訪問介護 本人	+++  +++	週1回 毎日 週2回 毎日	6か月 6か月 6か月 6か月

・家事援助の目標が具体化された

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

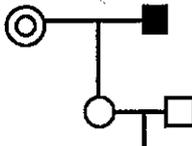
※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

## (2) その他課題整理総括表への記載の一例

ここでは、前項のようにケアプランの見直しに活用した例とは別に、新規に（再）アセスメントした結果から、課題整理総括表を活用して課題分析し、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を整理した事例を掲載しています（あくまでも一例なので、他の分析もありえます）。

### ■記載例1（要支援2）

#### ◎基本情報に関する項目

受付年月	2013年6月〇日						
受付担当者	〇田〇子		受付方法	来所による相談			
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	D		性別	女性	年齢	76歳
	住所	A県A市〇〇町					
	連絡先	電話番号(****-****) その他( )					
家族状況	 <p>区内に一人娘が夫と孫(男の子)と共に3人で在住。 普段は朝から晩まで就業しており、あまり来訪していない</p>						
生活状況	<p>【性格・職業等】結婚後、専業主婦として家庭を切り盛りしてきた。温厚で近所の同世代の住民とも顔見知りが多く、会うと会話を楽しみ、明るい性格である。</p> <p>【経過】夫は数年前に死去。エレベーターのない3階に独居。和式トイレであり、両膝の痛みがあり、日常生活の中でトイレの立ち座りや室内外での歩行に支障をきたしていたため、住宅改修によるトイレの手すり設置や浴室前に手すり、電動の自立支援ベッドと手すり、室内用歩行器の貸与を行った。また腰掛け便座を購入して、両膝への負担を軽減するよう支援を行った。両膝を曲げる動作に支障があることから、買い物や掃除が困難と思われ、訪問介護の利用を提案するが、できる限り他者に頼りたくないとの本人の希望があり、平成25年4月現在も、福祉用具のみで家事全般について支援は行っていない。</p>						
利用者の被保険者情報	<p>介護保険 被保険者番号 *****</p> <p>後期高齢者医療保険 被保険者番号 *****</p>						
現在利用しているサービスの状況	<p>介護予防特定福祉用具販売(腰掛け便座)</p> <p>介護予防住宅改修 (トイレ内の手すりの取り付け)</p> <p>介護予防福祉用具貸与(歩行器、手すり)自費レンタルベッド</p> <p>隣人(週2回 ゴミ捨て援助)</p>						
障害老人の日常生活自立度	J2		認知症である老人の日常生活自立度	自立			
主訴	<p>(本人) 自宅に他人を入れたくないのでヘルパーに頼りたくない。</p> <p>(娘) 同市内に住んでいるが終日仕事をしており頻回に母を訪ねられないため、できることは自分でしてほしい。</p>						
認定情報	要支援2(平成25年5月1日~平成26年4月30日)						
課題分析(アセスメント)理由	更新のため定時アセスメント						

課題整理総括表

利用者名 D 殿

作成日

2013年6月〇日

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		①偏った食生活・肥満 ④住環境(階段、坂道)		②糖尿病の理解が不十分 ⑤歯の欠損		③両変形膝関節症 ⑥サービス利用に対する抵抗感	
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容)	見直し ※5	生活全般の解決すべき課題 (二一ス) 【案】	※6
移動	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化	*両膝の痛みあり、室内では手すりや歩行器を使用。屋外は歩行器使用。	1. 歯を治療することで、咀嚼回数が増え満腹感も得ることができるようになる。		
食事	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化	*軟らかく、脂っこい食事が好きで、每晚500mlのビールを飲む習慣がある。体重73kg。 *欠落している歯が数本あり、咀嚼がしづかりでない。歯茎より出血あり。 *炊事は好きであり自力で行っている。	2. 食事指導により食事内容を変更し、内服薬の継続と、適度な運動を行うことで、体重が減少し、高血圧や糖尿病合併症予防がでる可能性がある。	1	1
排泄	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化	*トイレは膝掛便座、手すり設置済み			
口腔	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化	*入浴後体調が悪かったため、歯の欠損の治療ができていない。	3. 両膝の痛みに対して、負担を減らし、注射等を行うことで、痛みが悪化せず、現状(自立での買物や階段昇降)を維持し転倒を予防できる。	2	2
服薬	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化	*忘れられること(服薬)がきている。			
入浴	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化	*浴槽の出入りがしづらく、シャワーで済ませることが多い。	4. 現状出来ない拭き掃除の支援を受けけることで、一人暮らしの不安が軽減できる。	3	3
更衣	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化	*掃除は身の回りのみ粘着ローラーで行うが、掃除機や拭き掃除は膝の痛みと関節可動域制限のため行うことができない。			
掃除	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化				
洗濯	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化				
整理・物品の管理	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化				
金銭管理	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化				
買物	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化				
コミュニケーション能力	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化	*買い物は自分の目で見て購入したいので歩行器を利用してゆつり行く。			
認知	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化	*娘とは電話連絡は時々している。近隣住民とは関係は良好。ヘルパーの支援に対して抵抗感あり。			
社会との関わり	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化				
褥瘡・皮膚の問題	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化				
行動・心理症状(BPSD)	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化				
介護力(家族関係含む)	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化	*娘が同区内在住であるが就業のための訪問は月1回程度。 *エレベーターの3階 スーパー等へは坂道がある。			
居住環境	自立 見守り	自立 全介助	改善 維持 悪化				

利用者と家族の生活に対する意向

(本人)自宅に他人を入れたくないのでヘルパーに頼りたくない。  
(介護者)娘)両市用に住んでいるが終日仕事しており頻回に母を訪ねられないため、できることは自分ですべてしたい。

見直し ※5	生活全般の解決すべき課題 (二一ス) 【案】	※6
1. 歯を治療することで、咀嚼回数が増え満腹感も得ることができるようになる。	1. 歯を治療して何でも食べられるようにしたい。	
2. 食事指導により食事内容を変更し、内服薬の継続と、適度な運動を行うことで、体重が減少し、高血圧や糖尿病合併症予防がでる可能性がある。	2. 食生活に気を付けて高血圧や糖尿病が悪くならないようにしたい。	
3. 両膝の痛みに対して、負担を減らし、注射等を行うことで、痛みが悪化せず、現状(自立での買物や階段昇降)を維持し転倒を予防できる。	3. 転倒しないように買物や階段昇降を続けたい。	
4. 現状出来ない拭き掃除の支援を受けけることで、一人暮らしの不安が軽減できる。	4. 出来ない拭き掃除だけは手伝ってもらい、不安のない生活を送りたい。	

■記載例2 (要介護3)

◎基本情報に関する項目

受付年月	平成 25 年 6 月 〇 日					
受付担当者	〇川〇子					
受付方法	電話					
氏名・性別・年齢・ 住所・連絡先	氏名	A	性別	男性	年齢	80 歳
	住所	B県B市〇〇町				
	連絡先	電話番号( * * * - * * * - * * * * ) その他( )				
家族状況						
生活状況	<p>【性格・職業等】義理人情の話が好き。高倉健のビデオを観て過ごしている。頑固な性格。製薬会社に勤務し、結婚後は夫婦で自営業を営まれていた。平成 6 年頸椎後縦靱帯骨化症発症により事業を閉じて、長女の近くにマンションを購入し生活を送っている。</p> <p>【かかわりの経過】平成 17 年、急性心筋梗塞で入院。平成 22 年頃より転倒が頻回となり徐々に歩行も困難になり入院。頸椎後縦靱帯骨化症による下肢筋力低下と診断され、リハビリ科で歩行訓練。退院後は訪問診療、訪問看護に加え手すりの追加、夜間対応型訪問介護も契約した。</p> <p>平成 25 年 3 月、肺炎で入院・退院。平成 25 年 5 月、血尿で再入院時には慢性腎不全も悪化、透析も検討が必要と言われた。入院中腎臓食で退院に向け簡単な栄養指導を受けて平成 25 年 6 月 〇 日に退院。同居の妻は椎間板ヘルニアと変形性膝関節症で介護できず、主介護者の長女も市内で週 5 日勤務しており、週 1 日の訪問が限界のため、サービスの見直しが必要となった。</p>					
利用者の被保険者情報	介護保険証番号 * * * * * * * * * *					
現在利用しているサービスの状況	<p>訪問診療(1回/2週)</p> <p>訪問看護(1回/週)全身状態の観察、体重測定、必要時浣腸</p> <p>訪問リハビリ(1回/週)関節可動域訓練、歩行訓練</p> <p>訪問介護(毎朝)モーニングケア、排泄介助、居間までの移動介助</p> <p>(1回/2週)入浴介助 (1回/週)掃除</p> <p>夜間対応型訪問介護</p> <p>福祉用具貸与:特殊寝台・付属品、歩行器、車イス・車イス付属品、手すり</p> <p>特定福祉用具販売:補高便座、入浴補助用具(シャワーチェア、浴槽台、浴槽手すり)</p> <p>住宅改修:トイレ、浴室手すり設置</p>					
障害老人の日常生活自立度	B2	認知症である老人の日常生活自立度	自立			
主訴	<p>(本人)できるだけ人の世話にはなりたくない。病気がよくならないなら家で過ごしたい。</p> <p>(妻)必要な検査を受け治療してほしい。私も病気で介護できない事が辛い気持ちをわかってほしい。</p> <p>(娘)母の不安や負担を軽減してほしい。</p>					
認定情報	要介護3 平成 25 年 5 月 〇 日から平成 26 年 5 月 31 日まで					
課題分析(アセスメント)理由	状態の著変時のアセスメント					

課題整理総括表

利用者名 A 殿

作成日

2013年6月〇日

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		①頸椎後縦靭帯骨化症・下肢筋力低下		②妻からの支援が受けられない		③貧血	
		④慢性腎不全		⑤住環境(廊下、マンション入口)		⑥	
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因 ※3		備考 (状況・支援内容)	
移動	室内移動	自立 見守り	自立 見守り	①③	改善 維持 悪化	・廊下を歩行していた時はよく転倒していた。居間への移動はヘルパーが車椅子で介助。屋外は移動していない。	見通し ※5
移動	屋外移動	自立 見守り	自立 見守り	①③⑤	改善 維持 悪化		生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】
食事	食事内容	自立 見守り	自立 見守り	③④	改善 維持 悪化		1
食事	食事摂取	自立 見守り	自立 見守り		改善 維持 悪化		
排泄	調理	自立 見守り	自立 見守り	①②	改善 維持 悪化		
排泄	排尿・排便	自立 見守り	自立 見守り	①④	改善 維持 悪化	・排尿はオムツ内、排便はベッド上で訪問看護師が流腸。	
排泄	排泄動作	自立 見守り	自立 見守り	①⑤	改善 維持 悪化	・排便動作は自立だが、トイレへの移動に介助を要するためオムツ使用。	
口腔	口腔衛生	自立 見守り	自立 見守り		改善 維持 悪化		
口腔	口腔ケア	自立 見守り	自立 見守り	①③	改善 維持 悪化	・朝の洗顔、歯磨きは洗面所使用。	
服薬		自立 見守り	自立 見守り		改善 維持 悪化		
入浴		自立 見守り	自立 見守り	①③⑤	改善 維持 悪化	・入浴はヘルパー介助でシャワー浴。	
更衣		自立 見守り	自立 見守り	①	改善 維持 悪化	・座位でのズボンの着脱はできる。	
掃除		自立 見守り	自立 見守り	①②	改善 維持 悪化		
洗濯		自立 見守り	自立 見守り	①②	改善 維持 悪化		
整理・物品の管理		自立 見守り	自立 見守り	①③	改善 維持 悪化		
金銭管理		自立 見守り	自立 見守り	①	改善 維持 悪化		
買物		自立 見守り	自立 見守り	①②⑤	改善 維持 悪化		
コミュニケーション能力		自立 見守り	自立 見守り		改善 維持 悪化		
認知		自立 見守り	自立 見守り		改善 維持 悪化		
社会との関わり		自立 見守り	自立 見守り		改善 維持 悪化		
褥瘡・皮膚の問題		自立 見守り	自立 見守り		改善 維持 悪化		
行動・心理症状(BPSD)		自立 見守り	自立 見守り	②	改善 維持 悪化	・同居の妻はヘルニア、膝関節症のため介護できず。長女も仕事のため週1日の訪問が限界。	
介護力(家族関係含む)		自立 見守り	自立 見守り	⑤	改善 維持 悪化	・トイレ、浴室に手すり設置済だが、寝室からトイレまでの廊下には手すりが無い。	
居住環境		自立 見守り	自立 見守り		改善 維持 悪化		

■記載例3 (要介護4/認知症があり小規模多機能を利用している事例)

◎基本情報に関する項目

受付年月	2013年6月〇日		
受付担当者	〇村〇男	受付方法	電話による
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	F	性別
			女
	住所	C県C市〇〇町	
	連絡先	電話番号( ***-**** ) その他( )	
家族状況			
生活状況	<p>【性格・職業等】3人姉妹の一番下。戦後より現住所に姉と同居。夫も結婚以降も同居。子供はいない。小売業に長年勤めリーダー的な役割を果たし定年退職。綺麗好き、丁寧。動物や小さい子供が好き。認知症を発症するまでは、姉に口ごたえなどしなかった。姉とは仕事と家事を協力しながら生活してきた。</p> <p>【経過】平成17年に認知症を発症。糖尿病がありインスリン注射をしているが、時間がわからなくなった。認知症デイを利用していましたが、朝起きるのが遅く準備ができず、また他の利用者とうまいかず利用をやめた。本人と姉との折り合いが悪くなり、夫の精神的ストレスが蓄積していた。夫の精神面のリフレッシュと、本人の生活習慣の改善(起床時間や食事時間)を図るため、平成22年3月より小規模多機能の利用開始。まずは通いサービスから始める。</p> <p>平成23年7月に宿泊を試してみるが、拒否があり帰宅。通所を週4回に増やす。平成24年3月夫が急病。急遽2泊3日の宿泊。以降、定期的宿泊が可能になった。</p> <p>平成25年3月夫と歩行中に転倒。ADLが低下し、感情の起伏が激しくなった。気分の波によっては食事しない。トイレ誘導、入浴介助などに応じないことが増えた。</p> <p>平成25年4月、医師から、血糖を測定してその値によってインスリンの単位数を調整するように指示があった。通いの時は事業所で、それ以外は夫が調整していたが、週1回訪問看護を導入することとなった。</p>		
利用者の被保険者情報	介護保険 被保険者証 番号 ***** 国民健康保険 番号 *****		
現在利用しているサービスの状況	小規模多機能型居宅介護サービス(通所 週5回 内2泊3日の泊りを含む) 訪問看護(週1回 血糖値測定とインスリン注射)		
障害老人の日常生活自立度	A1	認知症である老人の日常生活自立度	IIIb
主訴	(本人) 人にいろいろ言われると苛立ち、賑やかな場所が苦手。人に気を使わずに過ごしたい。 (夫) 本人の機嫌を損ねないように気を遣いながら、本人と一緒にこの家で暮らしたい。 (姉) 口出しすると苛立たれるのでそっと見守りたい。		
認定情報	要介護4 平成25年4月1日～平成27年3月31日		
課題分析(アセスメント)理由	定時アセスメント		

課題整理総括表

利用者名

F 股

作成日

2013/6/10

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)	① 混合性認知症 ④ 音や人の刺激(不快感)	② 下肢筋力低下 ⑤ 糖尿病(血糖測定、インシュリン注射)	③ 同居家族との折り合い ⑥ 住環境(騒音が2階)
状況の事実 ※1	現在 ※2	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容)
移動	自立 (見守り) 一部介助 全介助	② 改善 (維持) 悪化	室内は見守り、屋外は付き添いで散歩をする。以前に比べ頻度が減少している。
食事	自立 (見守り) 一部介助 全介助	② 改善 (維持) 悪化	食事内容はサバ、油揚げを好まないの代替食を出している。朝ご飯をほとんど食べない。
排泄	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①③④⑤ 改善 (維持) 悪化	著で食べることができず、途中で手を止めないように見守っている。
口腔	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①④ 改善 (維持) 悪化	事業所では、盛り付け、茶碗蒸きなどの声をかけ参加してもらっている。
服薬	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①④ 改善 (維持) 悪化	尿意あいまいで、時間や気分を見計らってトイレ誘導。紙パンプの確認と交換の言葉がけをする。
入浴	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①② 改善 (維持) 悪化	排泄の様子がかためていない。尿失禁は毎日、尿失禁は月1回程度。
更衣	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①④ 改善 (維持) 悪化	言葉がけすれば丁寧に自分で行う事ができる。物品の準備と管理を行っている。
掃除	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①③ 改善 (維持) 悪化	服薬は手渡せば可能。
洗濯	自立 (見守り) 一部介助 全介助	① 改善 (維持) 悪化	インシュリンの自己注射は日によって、言葉がけで出来入浴は、事業所に入浴している。
整理・物品の管理	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①② 改善 (維持) 悪化	一部介助で入浴している。
金銭管理	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①④ 改善 (維持) 悪化	着衣の前髪を間違えることがある。ヘアスタイルを整えるのが好き。髪を編むなど個別の関わりをしている。
買物	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①③ 改善 (維持) 悪化	自宅で家事一切を夫と姉で行っている。
コミュニケーション能力	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①②③ 改善 (維持) 悪化	事業所では、洗濯たなみなどの言葉がけをし、参加してもらっている。
認知	支援なし (支援あり)	①④ 改善 (維持) 悪化	以前は買物と一緒に歩いて行っていたが、歩行状態が悪化してから行っていない。
社会との関わり	支援なし (支援あり)	①④ 改善 (維持) 悪化	事業所に子供や動物が来た時は熱心になってたり、優しい言葉がける。
褥瘡・皮膚の問題	支援なし (支援あり)	①③④ 改善 (維持) 悪化	近隣との関わりが少ない。
行動・心理症状(BPSD)	支援なし (支援あり)	①③④ 改善 (維持) 悪化	他の利用者・職員に暴力をふるうことがある。個別ケア、座る場所や音などの環境を配慮している。
介護力(家族関係含む)	支援なし (支援あり)	③ 改善 (維持) 悪化	姉が強力障害があつて本人の介護はできず、高齢の夫が一人で介護している。
居住環境	支援なし (支援あり)	⑥ 改善 (維持) 悪化	騒音が2階にある。

利用者及び家族の 生活に対する意向	見直し ※5	生活全般の解決すべき課題 (二～三)【案】	※6
(本人)人はいないと言われると可立ち、賑やかな場所が好き。人に気を配らずに過ごしたい。(介護者)夫、本人の機嫌を察知したい。朝、口出しすると可立ちたい。朝、口出しすると可立ちたい。	1、日中の活動や近隣までの散歩など、運動量を増やすことで、自宅での階段昇降の維持と、以前のように買い物に行くことができるようになる	生活全般の解決すべき課題 階段昇降ができる状態を維持したい。	2
	2、食事の準備や後片付け、洗濯物たたみ等と一緒にトイレに行くことで、本人の役割が継続でき、気分も落ち着くことができる。	事業所では食事の準備や後片付けなど出来ることを続けた	3
	3、本人が席を立ったタイミングで、トイレを促すことにより、排尿の失敗がなくなり、夫の負担も軽減できる。	人の世話にならずトイレで排泄したい。	4
	4、本人の気分を害する要因を取り除くことにより、落ち着いて食事事もとれ、低血糖も起こさず、糖尿病の悪化を予防することができる。	穏やかな気分でも過ごし、糖尿病も悪くならないようにしたい。	1

■記載例4（要介護5／特別養護老人ホーム入居者の事例）

◎基本情報に関する項目

受付年月	平成24年3月20日		
受付担当者	○田○子	受付方法	電話による
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	G	性別 男 年齢 91歳
	住所	D県D市〇〇町	
	連絡先	電話番号( ***-**** ) その他( )	
家族状況	<p>特養入所</p> <p>妹 GH入所中</p> <p>長男 B県</p> <p>次男 C県</p> <p>長女</p> <p>主介護者は長男妻</p>		
生活状況	<p>【性格・職業等】 D県生まれ。結婚後3人の子供を授かる。夫は約15年前に病死。若い頃から80歳頃まで日本料理の調理師をしていた。穏やかな方で言葉が不明瞭な事を気にされている。一生懸命に意思を伝えようと努力される。</p> <p>【経過】 特養入所後、H22年10月尿路感染症にて入院、H22年11月退院、H23年12月：急性腎盂炎にて入院、H24年1月：退院と入退院を繰り返してADL低下は顕著、H24年1月：食事・水分摂取困難にて入院、入院中に状態悪化し、今後の方針について相談し胃ろうを決意されるが体調悪化の為、胃ろう造設術は出来ず余命は数日と説明がされる。</p> <p>しかし治療の結果回復し、H24年3月胃ろう造設術施行、「訓練次第では多少の経口による食事摂取も可能」と主治医から本人と家族に説明があったので、H24年3月「退院後は施設で嚥下訓練をして少しでも口から食べる事を継続させてやりたい」と家族から相談があり、退院後の食事についての検討を多職種連携にて行う事となった。H24年4月退院されて施設に戻られた。</p>		
利用者の被保険者情報	<p>介護保険 被保険者証 番号 *****</p> <p>国民健康保険 番号 *****</p>		
現在利用しているサービスの状況	<p>特別養護老人ホーム入所中(ユニット個室)</p> <p>【医療機関】 胃ろう管理(A病院・消化器内科)、バルーンカテーテル留置(B病院・泌尿器科)</p>		
障害老人の日常生活自立度	C1	認知症である老人の日常生活自立度	IV
主訴	<p>(本人) もっと口から美味しいものを食べたい。</p> <p>(家族) こんな状態になってしまったが出来るだけ家族に近い所で暮らして欲しいと思っています。制限は有ると思いますが、もう高齢ですので好きなものを好きなだけ食べて貰いたいです。本人の希望でもあるので、誤嚥リスクは有りますが、口から好きなものを少しでも食べられる様に支援して貰いたいです。</p>		
認定情報	要介護5 認定の有効期間 24年4月1日～26年3月31日		
課題分析(アセスメント)理由	定時アセスメント		

課題整理総括表

G 殿

作成日

平成25年6月〇日

利用者の 自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)	①胃ろう造設 ④四肢の筋力低下・拘縮	②神経因性膀胱炎 ⑤認知症	③パーキンソン症候群 ⑥同居(特養入所中)
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因 ※3	備考(状況・支援内容)
移動	自立 見守り 一部介助 (全介助)	③④	移乗は二人介助でリクライニング車椅子に二人介助にて、施設内移動可能、終日居室で過ごす。施設外移動もリクライニング車椅子で全介助。通院や施設周辺の散歩を行っている。
食事	自立 見守り 一部介助 (全介助)	③④	・NS-STの介助にて昼食・夕食は経口摂取している。胃ろうチューブ半年毎に交換。
排泄	自立 見守り 一部介助 (全介助)	①③④	・注入食・薬薬と別に全介助である。
口腔	自立 見守り 一部介助 (全介助)	②③④⑤	・カテーテルは4週間に1回泌尿器科受診で交換している。
服薬	自立 見守り 一部介助 (全介助)	②③④⑤	・おむつ交換、膀胱留置カテーテルの管理を行っている。
入浴	自立 見守り 一部介助 (全介助)	①③④⑤	・訪問歯科衛生士と連携し全介助。
更衣	自立 見守り 一部介助 (全介助)	③④⑤	・朝夕全介助。
掃除	自立 見守り 一部介助 (全介助)	④⑤	・胃ろうチューブは全介助にて注入。
洗濯	自立 見守り 一部介助 (全介助)	③④⑤	・全介助で週2回のストリッチャー浴。
整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 (全介助)	③④⑤	・四肢麻痺及び拘縮あり、ゆっくりに全介助。
金銭管理	自立 見守り 一部介助 (全介助)	③④⑤	・JAL関連は施設入所にて、雑談で全て行っている。
買物	自立 見守り 一部介助 (全介助)	④⑤⑥	・時々、施設リビングで隣室の入居者と交流している。
コミュニケーション能力	自立 見守り 一部介助 (全介助)	④⑤⑥	・体位交換実施、体圧分散マット使用
認知	自立 見守り 一部介助 (全介助)	⑤	・現在はなし、落ち着いている。
社会との関わり	自立 見守り 一部介助 (全介助)	④	・長男夫婦(同居は出来ない)
褥瘡・皮膚の問題	自立 見守り 一部介助 (全介助)	③④	・特養入所中
行動・心理症状(BPSD)	自立 見守り 一部介助 (全介助)	⑤	
介護力(家族関係含む)	自立 見守り 一部介助 (全介助)	⑥	
居住環境	自立 見守り 一部介助 (全介助)		

利用者及び家族の 生活に対する意向	見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (二一ス)【案】	※6
本人:もっと口から美味しいものを食べたい。 家族:できるだけ家族に近くて暮らしやすい。好きなものを少しでも口から食べられるようにしてほしい。	1. リビングに移動介助を行ったり、外出支援をすることにより、他の入所者との交流も増え、生活の中で楽しむことが出来る。 2. 定期的な泌尿器科への受診によるカテーテル交換、日々のカテーテル管理を行うことにより、尿路感染を予防することが出来る。 3. 関節可動域訓練や体位変換、皮膚の清潔保持、栄養管理、体圧分散マットの使用継続により、四肢拘縮や褥瘡を予防ができ、本人が苦痛なく過ごすことが出来る。 4. 現在行っている昼食の介助と口腔ケアにより、誤嚥性肺炎を起こさず、口から食べる楽しさを満たすことが出来る。	生活全般の解決すべき課題 1. リビングに移動介助を行ったり、外出支援をすることにより、他の入所者との交流も増え、生活の中で楽しむことが出来る。 →日中はベッドから離れて過ごしたい。 2. 定期的な泌尿器科への受診によるカテーテル交換、日々のカテーテル管理を行うことにより、尿路感染を予防することが出来る。 3. 関節可動域訓練や体位変換、皮膚の清潔保持、栄養管理、体圧分散マットの使用継続により、四肢拘縮や褥瘡を予防ができ、本人が苦痛なく過ごすことが出来る。 4. 現在行っている昼食の介助と口腔ケアにより、誤嚥性肺炎を起こさず、口から食べる楽しさを満たすことが出来る。	1 →誤嚥性肺炎を起こさず、口からの食事を楽しみたい。
		褥瘡内カテーテルからの感染を予防することが必要である。 →カテーテルによる不快なく生活したい。	2
		褥瘡や四肢の拘縮を予防する必要がある。 →床ずれをつくらず手足が固まらない様にしたい。	3
		誤嚥性肺炎や胃ろうのトラブルを起さず、現在の食事が継続できること。 →誤嚥性肺炎を起さず、口からの食事を楽しみたい。	1

課題整理総括表・評価表の活用の手引き

平成26年3月  
厚生労働省老健局

【事務局】

株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田2-18-1 大崎フォレストビルディング

TEL: 03-6833-5204 FAX: 03-6833-9480

## 2 筑紫地区入退院時の情報共有の仕組み

『医療・介護 共有シート』の使い方 

このシートは「筑紫地区 入退院時の情報共有の仕組み」の仕組み図 **入院時**、**入院中**、**退院時**・**転院時**の場面での使用を想定して作成しています。

『記入ガイド』『記入例』を参考に効率的に工夫してご活用下さい。

- ・追加情報を添付する
- ・退院前に聞き取りたい内容を事前に伝えておく
- ・シート右側の記入を依頼する 等々

\* 資料は医師会ホームページよりダウンロードできます。\*excel データを編集しメール添付も可能です。

◆ 介護報酬加算の算定には、下記情報の提供・収集が必要です。

### 入院前

#### 入院時情報連携加算

- 情報提供先医療機関名・担当者名
- 入院日
- CM 記入日
- 情報提供日
- 心身の状況（病歴・疾患歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）
- 介護サービス等の利用状況 \*居宅サービス計画書 1.2.3 表等の添付
- 生活環境（家族構成、生活状況、主介護者など）

～令和元年 10 月版介護報酬の解釈より～

※医療機関へ持参する場合 必ず**アポイント**を取りましょう。

FAX する場合 **個人情報流出防止策**を講じて下さい。例) 住所氏名等のマスキング

FAX.郵送の場合 必ず先方の**受け取り確認**をしましょう。

### 退院・在宅 移行期 / 退院時

#### 退院・退所加算

\*共有シートの右側の内容を聞き取り、退院後のケアプランへ反映させる

- 退院日
- 面談日（聞き取り日）
- 症状・病状の予後・予測
- 本人・家族の受け止め・意向

～筑紫地区入退院時連携の取組み～

医療・介護従事者は、高齢者の入院時から連携することで、退院後の在宅生活を視野に入れた支援が効果的・効率的にでき、高齢者は早く不安なく在宅復帰できると考え、筑紫地区では『早期在宅復帰～入院期間(非日常)の短縮と元の生活の場(日常)へ戻ること～』を目指しています。

\* ご不明な点等については筑紫医師会在宅医療介護連携支援センターまでお問合せください。

TEL : 092-408-1267

### ケアマネジャーのチェックリスト

開始日：       年       月       日

記載者： \_\_\_\_\_

利用者氏名		様		
場 面	行 動	チェック	備 考	仕組み
日常	1. 契約(更新)時に自分の名刺等と医療保険証、介護保険証、あればお薬手帳をセットにする説明をして了承を得た。	<input type="checkbox"/>		準備
	2. モニタリングの時に保険証セットのことと医療機関への提示について声掛けをした。	<input type="checkbox"/>		準備
入院時	3. 入院医療機関から連絡を貰った。 日付：   年   月   日 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 不在のためFAX	<input type="checkbox"/>		入 2
	4. 入院窓口を確認して連絡を入れ訪問日等を調整した。 医療機関： 訪 問 日： 月 日( ) 訪問時間：	<input type="checkbox"/>		入 3-1
	5. 利用中の介護サービス事業者に入 院報告をした。 ◆サービス事業者◆			入 3-2
		<input type="checkbox"/>		
	※ご家族に介護保険外の事業所等への連絡依頼をした。	<input type="checkbox"/>		

茨城県在宅医療介護連携推進検討会議作成様式



### 3 人生会議について

人生会議（Acp、アドバンス・ケア・プランニング）とは、いつか来る”もしも”のときのために、自分が大切にしていることや望んでいること、どこで、どのような医療やケアを受けたいかを、自分自身で前もって考え、家族や信頼する人、医療・介護関係者などと繰り返し話し合い、共有しておく取り組みのことを言います。

#### 人生会議のすすめ方



気持ちは変わるものです。何度でも、繰り返し考え、話し合しましょう

#### 人生会議リーフレット・啓発ポスター

筑紫野市在宅医療介護連携部会では、今後の人生や生き方を考え、話し合う機会となることを目的に、人生会議リーフレットとポスターを作成しました。リーフレットとポスターは市ホームページの下記アドレスよりからダウンロードすることができます。人生会議が必要な方に、ぜひご活用ください。

#### リーフレット

～筑紫野市民の皆様～  
人生会議してみませんか？

**人生会議とは**  
自分が大切にしていることや望み、どのような医療や介護を望んでいるかについて前もって考え、信頼する人たちと話し合おうことです。筑紫野市の65歳以上の高齢者を対象に実施した実態調査では、すでに約4割の方が、人生の最期の迎え方について、家族と話し合っていました。

	知らない	知っている
全体 (n=239)	20%	80%

**人生会議の大切なポイント**

- 書くことが主目的ではなく、考え、話し合う過程を大切にしたいリーフレットです。気持ちや思いは、時間とともに変化したり、健康状態によっても変わる可能性があります。結論を出さなくてもいいので、たくさんお話ししてみましょう。
- このリーフレットは、法的な効力はありませんが、自分の希望や意思をまとの残しておくことは、いざという時に家族や大切な人たちを助けることにもつながります。

#### 啓発ポスター

あなたと一緒に、考えてほしい！  
高齢まで健やかに暮らしたい！

あなたが望む生き方を  
人生会議  
してみませんか？

**人生会議とは**  
もしものときのために、自分が大切にしていることやどのように生活し、どのような医療や介護を受けたいかなどについて信頼する人と話し合うことです。

**人生会議のポイント**  
どのような生き方を望むかは、一人ひとり異なります。また、ライフステージとともに変わっていくこともあります。何度でも繰り返し考え、話し合しましょう。

筑紫野市役所高齢者支援課にてリーフレット配布中

お問い合わせ先  
**092-923-1111**  
受付時間：月曜日～金曜日 8:30～17:00

※必ず予約制には限りがあります。

作成：筑紫野市地域包括ケア推進会議在宅医療介護連携部会

記事ID : 0035755

<https://www.city.chikushino.fukuoka.jp/site/kaigo/35755.html>

トップページ > 分類でさがす > 健康・福祉 > 医療・健康・福祉 > 介護保険・高齢者福祉 > 介護保険・高齢者福祉 > 「人生会議」してみませんか？

## 4 ケアプランデータ連携システムの利用促進について

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)  
各介護保険関係団体

御中  
厚生労働省 老健局老人保健課

### 介護保険最新情報

#### 今回の内容

介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業、ケアプランデータの連携システムの利用促進及び介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援策について

計8枚(本紙を除く)

Vol.1460

令和8年1月13日

厚生労働省老健局老人保健課

【貴関係諸団体に速やかに送信いただきますようお願いいたします。】

連絡先 TEL: 03-5253-1111(内線3944、3945)  
FAX: 03-3595-4010

事務連絡  
令和8年1月13日

都道府県介護保険担当課(室)  
各市町村介護保険担当課(室)  
各介護保険関係団体

御中

厚生労働省老健局高齢者支援課  
老人保健課

介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業、ケアプランデータ連携システムの利用促進及び介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援策について

介護保険行政の円滑な実施につきまして、日頃からご尽力賜り厚く御礼申し上げます。  
令和7年度補正予算に盛り込まれた「介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業」については、「令和7年度介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業 実施要綱」(令和7年12月25日付け老発1225第3号厚生労働省老健局長通知別紙)において、生産性向上や協働化等に取り組み事業者の介護職員に対する賃上げ支援の上乗せの要件(以下「上乗せ要件」という。)として、「ケアプランデータ連携システムに加入していること」が設けられることになりました。

上乗せ要件については、申請時にケアプランデータ連携システムに加入している介護事業所だけではなく、申請時にケアプランデータ連携システムの加入を誓約した場合であっても、申請要件を満たしているものと取り扱うこととしており、当該誓約をした介護事業所については、実績報告までにケアプランデータ連携システムの加入が必要になります。加えて、令和8年度介護報酬改定においても、介護職員等処遇改善加算に設ける上乗せの加算区分の要件とするについて検討されています。

ケアプランデータ連携システムについては、「介護情報基盤とケアプランデータ連携システムの統合に向けたケアプランデータ連携システムの利用促進等について」(令和7年12月4日付け厚生労働省老健局高齢者支援課及び老人保健課事務連絡)でご案内しており、公益社団法人国民健康保険中央会が実施している「介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援」において、介護事業所が、導入支援事業者から、介護情報基盤の接続サポートとケアプランデータ連携システムの接続サポートに必要な支援を一体的に受ける場合には、その費用も支援の対象とすることとしています。これにより、ケアプランデータ連携システムの利用を支援するためのフリーパスキャンペーン(※)と併せて、ケアプランデータ連携システムの導入を促進することとしています。

つきましては、都道府県及び市町村におかれましては、内容についてご了知の上、ケアプランデータ連携システムの導入の際に当該助成金を活用いただけるよう、貴管内の介護事業所に対して、周知をお願いいたします。また、介護保険関係団体におかれましては、会員事業所への周知についてご協力を賜りますようお願い申し上げます。

なお、「介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援」については、介護事業所等への助成金の申請受付を令和8年3月13日までの予定としてしておりますので、介護事業所へ早期のお申込みをご案内いただきますようお願い申し上げます。

※ フリーパスの実施期限を延長するための所望の予算を盛り込んだ令和7年度補正予算の成立により、令和8年度中は引き続き無料で利用いただくことができます。また、

**別添1**

介護情報基盤に統合後の費用負担のあり方については、フリーパスの状況も踏まえつつ、適切に検討してまいります。

**【送付物一覧】**

- ・別添1：介護情報基盤とケアプランデータ連携システムの統合に向けたケアプランデータ連携システムの利用促進等について（令和7年12月4日付け厚生労働省老健局高齢者支援課及び老人保健課事務連絡）
- ・別添2：介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業
- ・別添3：ケアプランデータ連携システムに対する支援策について（令和7年12月3日第249回社会保障審議会介護給付費分科会資料2）

各 { 都道府県介護保険主管課（室） } 御中  
 { 市町村介護保険担当課（室） }  
 { 介護保険関係団体 }

事務連絡  
令和7年12月4日

厚生労働省老健局高齢者支援課  
老人保健課

介護情報基盤とケアプランデータ連携システムの統合に向けたケアプランデータ連携システムの利用促進等について

介護保険行政の円滑な実施につきまして、日頃からご尽力賜り厚く御礼申し上げます。

ケアプランデータ連携システムについては、「介護情報基盤の今後のスケジューリング・介護情報基盤活用のための介護事業所等への支援及び介護情報基盤とケアプランデータ連携システムの統合について」（令和7年7月22日付け厚生労働省老健局老人保健課・介護保険計画課・高齢者支援課連名事務連絡）においてご連絡のとおり、「介護情報基盤」と「介護保険資格確認等WEBサービス」に「ケアプランデータ連携機能」として統合する方針で検討を進めています。

これらのシステムが統合された後、介護事業所において「ケアプランデータ連携機能」を円滑に利用開始するためには、現在運用している「ケアプランデータ連携システム」を導入し、予めシステム利用を前提とした業務体制を構築するとともに、連携先づくりを進めることが有効です。

このため、公益社団法人国民健康保険中央会が実施している「介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援」（別添1）における「介護情報基盤との接続サポート等費用」の対象経費については、介護事業所が、導入支援事業者から、介護情報基盤の接続サポートとケアプランデータ連携システムの接続サポートに必要な支援を一体的に受ける場合には、その費用も対象とすることとし、フリーパスキャンペーン（別添2）と併せてケアプランデータ連携システムの導入を促進することとしました。

つきましては、内容についてご了知の上、都道府県及び市町村におかれましては、貴管内の介護事業所に対して、ケアプランデータ連携システムの導入に際して当該助成金を活用いただけますようお願いいたします。また、介護保険関係団体におかれましては、会員事業所への周知についてご協力を賜りますようお願い申し上げます。

**【別添一覧】**

- ・別添1：介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援
- ・別添2：ケアプランデータ連携システムのフリーパスキャンペーンについて

【参考】

- 「介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援(助成金)」について  
介護情報基盤ポータルサイトをご参照ください。[こちらのリンク](#)または下記の二  
次元コードからアクセスいただけます。

【介護情報基盤ポータルサイト】



- 「ケアプランデータ連携システム」について  
ケアプランデータ連携システムヘルプデスクサポートサイトをご参照ください。[こ  
ちらのリンク](#)または下記の二次元コードからアクセスいただけます。

【ヘルプデスクサポートサイト】



※電話でのお問い合わせの場合は下記へご連絡ください。

TEL:0120-584-708 受付時間:9:00~17:00(土日祝は除く)

介護情報基盤の活用 のための介護事業所等 への支援 (概要)

別添1

介護事業所・医療機関（介護サービス提供医療機関）向け支援

(注)消費税分（10%）も助成対象であり、下記の助成限度額は、消費税分を含む費用額となります。

1. 助成対象経費

- ①カードリーダーの購入経費      ②介護情報基盤との接続サポート等経費(※)

※ 介護事業所等が介護保険資格確認等WEB サービスを利用する際に必要となるクライアント証明書の搭載等の端末設定について、技術的支援を受ける場合に要する経費。(なお、介護WEBサービスで主治医意見書を作成・送信する介護事業所や医療機関は、介護WEBサービスの利用に必要な端末設定のみで主治医意見書の電子的送信が可能となる。)

2. 助成限度額等

1. 対象（介護サービス種別）	2. カードリーダーの助成限度台数	3. 助成限度額（①②を合算した限度額）
訪問・通所・短期滞在系	3台まで	助成限度額は6.4万円まで
居住・入所系	2台まで	助成限度額は5.5万円まで
その他	1台まで	助成限度額は4.2万円まで

※ ①・②について同一事業所で複数のサービスを提供する場合には介護サービス種別に応じた助成限度額の合算助成限度額とすることができます。

医療機関（主治医意見書作成医療機関）向け支援

1. 助成対象経費

主治医意見書の電子的送信機能の追加経費(※)

※ 保険医療機関において、主治医意見書をオンライン資格確認等システムに接続する回線及び介護情報基盤経由で電子的に送信するために必要となる電子カルテや文書作成ソフト等の改修に係る経費。

2. 助成限度額等

1. 対象	2. 補助①	3. 助成限度額
200床以上の病院	1 / 2	助成限度額は55万円まで
199床以下の病院または診療所	3 / 4	助成限度額は39.8万円まで

申請・補助方法

国民健康保険中央会のポータルサイト経由で申請受付し、国民健康保険中央会経由での補助を実施します。

# ケアプランデータ連携システム フリーパスキャンペーン



**フリーパス**  
キャンペーン

今なら21,000円無料

6月1日スタート

フリーパスキャンペーンとは、ケアプランデータ連携システムすべての機能を1年間無料でご利用できる期間限定のキャンペーンです。「導入コストが気になる」「周りの事業所を誘いたいけれど、きっかけがない」。そのようなお声にお応えし、業務改善の第一歩を、負担ゼロで気軽に始められるキャンペーンとなっています。

キャンペーン申請期間  
2025年6月1日～2026年5月31日（予定）  
無料でご利用いただける期間は、申請いただいた日から1年間です。

ライセンス料 0円/年  
対象となる事業所 全ての介護事業所が対象です

2025年6月1日 キャンペーン期間 2026年5月31日 2027年5月31日

初めて利用する方  
21,000円/年 → 0円/年 → 21,000円/年

現在利用中の方  
21,000円/年 → 0円/年 → 21,000円/年

2025年4月～5月に「ケアプラン」のお申し込みがされた方・更新がされた方も、2026年4月～5月の更新時にフリーパス適用可能です！

詳しくは、サポートサイト内 特設ページよりご覧ください  
※特設ページは、3月14日(金)より公開  
ケアプラン ヘルプデスク 検索

https://www.careplan-kenkei-support.jp

フリーパスキャンペーンに係るご質問・お問合せ先  
ケアプランデータ連携システム ヘルプデスクサポートサイト  
TEL 0120-584-708 受付時間 9:00～17:00（土日祝日除く）  
サポートサイトにて、24時間24時間からも受け付けています。

- 1年間フリーパスの配布期間  
2025年6月1日～2026年5月31日
- 対象となる事業所  
全ての介護事業所（初めて、利用中、再利用）
- 利用可能な機能  
全ての機能

さあ！  
今が始め時



フリーパスキャンペーン特設サイトは [こちら](#)  
※右記の二次元コードからもアクセスできます。



【〇介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善に対する支援】

施策名：ア 介護分野における物価上昇・賃上げ等に対する支援  
(介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援事業)

令和7年度補正予算 1,920億円

別添2

老健局老人保健課

※医療・介護等支援パッケージ (内線3942)

① 施策の目的

- 介護分野の職員の処遇改善については、累次の取組を講じてきた結果、介護職員の賃金は改善してきたものの、他産業とはまだ差がある状況。
- 介護分野の人材不足が厳しい状況にあるため、他職種と遜色のない処遇改善に向けて、令和8年度介護報酬改定において、必要な対応を行うこととし、報酬改定の時期を待たず、人材流出を防ぐための緊急的対応として、賃上げ・職場環境改善の支援を行う。支援については、持続的な賃上げを実現する観点を踏まえて実施する。

② 対策の柱との関係

I			II			III	
1	2	3	1	2	3	4	5
	○	○					

③ 施策の概要

- ①介護従事者に対して幅広い賃上げ支援(※1)を実施。
- ②生産性向上や協働化に取り組む事業者(※2)の介護職員に対して賃上げ支援を上乗せ。
- ③併せて、介護職員について、職場環境改善に取り組む事業者(※3)を支援(介護職員等の人件費に充てることも可能)。

(※1) 処遇改善加算の対象サービスについては加算取得事業者、対象外サービス(訪問看護、訪問リハ、ケアマネ等)については処遇改善加算に準ずる要件を満たす(又は見込み)事業者が対象。

(※2) 処遇改善加算の取得に加え、以下の要件を満たす事業者。

- ア) 訪問、通所サービス等  
→ ケアプランデータ連携システムに加入(又は見込み)等。
- イ) 施設、居住サービス、多機能サービス、短期入所サービス等  
→ 生産性向上加算Ⅰ又はⅡを取得(又は見込み)等。

(※3) 処遇改善加算を取得の上、職場環境等要件の更なる充足等に向けて、職場環境改善を計画し実施する事業者(要件は、令和6年度補正予算の「介護人材確保・職場環境改善等事業」と同様)。

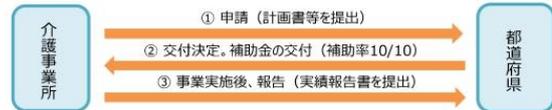
④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

(1) 支給要件・金額

- ①介護従事者に対する幅広い賃上げ支援 1.0万円
- ②協働化等に取り組む事業者の介護職員に対する上乗せ 0.5万円
- ③介護職員の職場環境改善の支援  
※人件費に充てた場合、介護職員に対する0.4万円の賃上げに相当

(2) 対象期間：令和7年12月～令和8年5月の賃上げ相当額を支給

【執行のイメージ】



(注) サービスごとに交付率を設定し、各事業所の総報酬にその交付率を乗じた額を支給(国10/10で都道府県に支給。併せて交付額算出のための国保連システム改修費用及び国・都道府県の必要な事務費等も確保)

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

- 介護分野の職員の賃上げ・職場環境改善支援を実施することで、介護サービス提供に必要な人材確保につながる。

## ケアプランデータ連携システムに対する支援策について

社保審－介護給付費分科会
第249回（R7.12.3）

資料2 （一部改変）
---------------

ケアプランデータ連携システムの事業所における導入、利用に対して、以下のような支援策を行っている。

**導入支援**

介護情報基盤とケアプランデータ連携システムの接続サポートを一体的に受ける場合、「介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援」による助成の対象となる。（令和6年度補正予算及び7年度補正予算に計上）

**Q** 介護事業所が、システムベンダーや介護ソフトベンダー等の導入支援事業者から、介護情報基盤の接続サポートとケアプランデータ連携システムの利用開始に当たって必要な支援を一体的に受ける場合、助成金の交付対象となりますか。

ケアプランデータ連携システムは、介護保険資格確認等WEBサービスへと統合されることとなっています。介護事業所等において、導入支援事業者から、介護情報基盤の接続サポートとケアプランデータ連携システムの接続サポートに必要な支援を一体的に受ける場合、その費用は助成の対象となります。

**利用支援**

ケアプランデータ連携システムを事業所が利用する際、現在、無料（令和6年度補正予算）とされており、令和7年度補正予算にも無料化のための予算を計上。

