

指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護  
ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設

## 集団指導

平成31年3月4日  
大村市福祉保健部長寿介護課  
施設指導グループ

## 目 次

1	介護保険法の目的	1
2	指定地域密着型サービス・指定地域密着型介護予防サービスの事業の基準関係	2
3	ケアマネジメントプロセス関係〔(介護予防)認知症対応型共同生活介護〕	5
4	ケアマネジメントプロセス関係〔地域密着型介護老人福祉施設〕	13
5	身体的拘束等関係	26
6	指定地域密着型（介護予防）サービス事業者の介護報酬基準関係	40
7	指定に係る申請・届出関係	55
8	各種通知等の電子メール配信	58
	〔参考資料〕	
	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	59
	(平成 11 年 11 月 12 日老企第 29 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)	

## 1 介護保険法の目的

### ○ 介護保険法の目的

介護保険法の目的は、国民の共同連帯の理念に基づく介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保険医療の向上及び福祉の増進を図ることにあるといえます。

一方、介護保険法の規定による介護保険制度は、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うことで、要介護状態等の者が尊厳を保持し、その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設けられたシステムであるといえます。

### ○ 保険給付の意義

介護保険による「保険給付」は、要介護状態等の者が尊厳を保持し、その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行われるものです。

- ・ 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ともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- ・ 保険給付は、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

### 〔介護保険法第一条〕

#### （目的）

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

### 〔介護保険法第二条〕

#### （介護保険）

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

- 2 前項の保険給付は、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ともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- 4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その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に配慮されなければならない。

## 2 指定地域密着型サービス・指定地域密着型介護予防サービスの事業の基準関係

### (1) 介護保険法の関係規定

事業者（法人）は、介護保険法の規定に基づき、本市の条例で定める事業の基準を遵守し、適切なサービスを提供する必要があります。

#### ① 指定地域密着型サービス関係（介護保険法第 78 条の 3・第 78 条の 4）

（指定地域密着型サービスの事業の基準）

第七十八条の三 指定地域密着型サービス事業者は、次条第二項又は第五項に規定する指定地域密着型サービスの事業の設備及び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指定地域密着型サービスを提供するとともに、自らその提供する指定地域密着型サービス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指定地域密着型サービス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 略

第七十八条の四 指定地域密着型サービス事業者は、当該指定に係る事業所ごとに、市町村の条例で定める基準に従い市町村の条例で定める員数の当該指定地域密着型サービスに従事する従業者を有しなければならない。

2 前項に規定するもののほか、指定地域密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準は、市町村の条例で定める。

3・4 略

5 市町村は、第三項の規定にかかわらず、同項第一号から第四号までに掲げる事項については、厚生労働省令で定める範囲内で、当該市町村における指定地域密着型サービスに従事する従業者に関する基準及び指定地域密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準を定めることができる。

6～7 略

8 指定地域密着型サービス事業者は、要介護者の人格を尊重するとともに、この法律又はこの法律に基づく命令を遵守し、要介護者のため忠実にその職務を遂行しなければならない。

#### ② 指定地域密着型介護予防サービス関係（介護保険法第 115 条の 13・第 115 条の 14）

（指定地域密着型介護予防サービスの事業の基準）

第一百五十五条の十三 指定地域密着型介護予防サービス事業者は、次条第二項又は第五項に規定する指定地域密着型介護予防サービス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及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従い、要支援者の心身の状況等に応じて適切な指定地域密着型介護予防サービスを提供するとともに、自らその提供する指定地域密着型介護予防サービス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指定地域密着型介護予防サービス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 略

第百十五条の十四 指定地域密着型介護予防サービス事業者は、当該指定に係る事業所ごとに、市町村の条例で定める基準に従い市町村の条例で定める員数の当該指定地域密着型介護予防サービスに従事する従業者を有しなければならない。

2 前項に規定するもののほか、指定地域密着型介護予防サービス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及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準は、市町村の条例で定める。

## 3・4 略

5 市町村は、第三項の規定にかかわらず、同項第一号から第四号までに掲げる事項については、厚生労働省令で定める範囲内で、当該市町村における指定地域密着型介護予防サービスに従事する従業者に関する基準並びに指定地域密着型介護予防サービス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及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準を定めることができる。

## 6・7 略

8 指定地域密着型介護予防サービス事業者は、要支援者の人格を尊重するとともに、この法律又はこの法律に基づく命令を遵守し、要支援者のため忠実にその職務を遂行しなければならない。

### ○ 事業者が遵守すべき事業の基準とは

- ・ 指定地域密着型サービスの事業の基準

[大村市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等を定める条例（平成25年3月22日大村市条例第3号）](#)  
[（以下「基準条例」という。）](#)  [掲載ページリンク](#)

- ・ 指定地域密着型介護予防サービスの事業の基準

[大村市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営等に関する基準等を定める条例（平成25年3月23日大村市条例第4号）](#)  
[（以下「予防基準条例」という。）](#)  [掲載ページリンク](#)

## (2) 基準（条例）の性格

基準（条例）は、指定地域密着型サービス（介護予防を含む。以下同じ。）の事業がその目的を達成するために必要な最低限度の基準を定めたものであり、指定地域密着型サービス事業者は、常にその事業の運営の向上に努めなければなりません。

特に、指定地域密着型サービスの事業の多くの分野においては、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かんがみ、基準違反に対しては、厳正に対応すべきであるとなっております。

- 指定地域密着型サービスの事業を行う者又は行おうとする者が満たすべき基準等を満たさない場合には、指定地域密着型サービスの指定又は更新は受けられず、また、基準に違反することが明らかになった場合には、

- ① 相当の期間を定めて基準を遵守する勧告を行い、
- ② 相当の期間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 正当な理由が無く、当該勧告に係る措置をとらなかったときは、相当の期間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ものであること。  
ただし、③の命令をした場合には事業者名、命令に至った経緯等を公表しなければならない。なお、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（不適正なサービスが行われていることが判明した場合、当該サービスに関する介護報酬の請求を停止させること）ができる。

- ただし、次に掲げる場合には、基準に従った適正な運営ができなくなったものとして、直ちに指定を取り消すこと又は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ものであること。

- ① 次に掲げるときその他の事業者が自己の利益を図るために基準に違反したとき
  - イ 指定地域密着型サービスの提供に際して利用者が負担すべき額の支払を適正に受けなかったとき
  - ロ 居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの代償として、金品その他の財産上の利益を供与したとき
  - ハ 居宅介護支援事業者又はその従業者から、事業所の退居者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受したとき
- 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

### 3 ケアマネジメントプロセス関係〔(介護予防)認知症対応型共同生活介護〕

#### (1) 受付・契約締結

事業者は、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要その他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記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得る必要があります。

また、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は、利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得る必要があります。

##### ○ 重要事項説明書に記載すべき項目

- ・ 運営規程の概要
- ・ 介護従業者の勤務の体制
- ・ 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）
- ・ その他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

##### ○ 運営規程に記載すべき項目

- ・ 事業の目的及び運営の方針
- ・ 従業者の職種、員数及び職務内容
- ・ 利用定員
- ・ (介護予防) 認知症対応型共同生活介護の内容及び利用料その他の費用の額
- ・ 入居に当たっての留意事項
- ・ 非常災害対策
- ・ その他運営に関する重要事項

##### ● 留意事項

- ・ 重要事項説明書と運営規程の内容に齟齬がないようにすること。
- ・ 重要事項説明書や運営規程には最新の情報を記載すること。
- ・ 重要事項説明書に届け出られていない介護報酬（加算など）が利用料として記載されている事例がありますが、重要事項説明書とは、「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記した文書」であるため、利用者又はその家族に対して、サービス提供事業者が、どのような介護給付費の体制であるのかどうかを明らかにした記載内容とすること。

## (2) 課題分析（アセスメント）結果に基づくケアプランの作成

計画作成担当者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従業者と協議のうえ、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載したケアプランを作成する必要があります。

なお、ここでいうケアプランは、認知症対応型共同生活介護計画又は介護予防認知症対応型共同生活介護計画を指します。

### ○ ケアプランに記載する具体的なサービス等

利用者に提供する具体的なサービス内容等（援助の内容、援助上の留意点、頻度、期間等）をケアプランに記載する必要があります。

### 〔介護保険法の規定におけるサービスの内容〕

#### ・（介護予防）認知症対応型共同生活介護の内容

入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話（支援）及び機能訓練

### ● 留意事項

- ・ アセスメントの結果（利用者ごとの心身の状況、希望及びその置かれている環境の把握・分析結果）に基づき、ケアプランを作成しているか。
- ・ 目標や目標を達成するための具体的なサービス内容等（援助の内容、援助上の留意点、頻度、期間等）が記載されているか。
- ・ 具体的なサービス内容等の記載が十分であるといえない場合がありますので、介護従業者だけでなく、ケアプランの交付を受ける利用者又はその家族に対しても、ケアプランを確認すれば、利用者の援助の内容をはっきりと知ることができるように努めてください。
- ・ ケアプラン作成に当たっては、地域における活動への参加の機会の提供等により、利用者の多様な活動の確保に努めてください。
- ・ モニタリングの際に、目標の達成状況を確認することを念頭に置いた上で、目標を設定することができているか。

## (3) ケアプランの確定・実行（説明・同意・交付）

計画作成担当者は、ケアプランの作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得る必要があります。

また、計画作成担当者は、ケアプランを作成した際には、当該ケアプランを利用者に交付する必要があります。

### ● 留意事項

- ・ 同意遅れが確認されますが、ケアプランについては、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、ケアプランの作成に当たっては、その内容等を利用者又はその家族に十分説明した上で、利用者の同意を得るようにしてください。
- ・ 新規の利用者について、入居日からのケアプランの同意を得ていない事例が確認されますが、事業者（法人）と新規の利用者の契約締結後速やかに、暫定的に入居日からのケアプランの説明・同意・交付を行ってください。その後必要に応じてケアプランの見直しを行ってください。

## (4) モニタリング

計画作成担当者は、ケアプランの作成後においても、他の介護従業者及び利用者がケアプランに基づき利用する他の指定居宅サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、ケアプランの実施状況の把握を行い、必要に応じてケアプランの変更を行うものとする。

ケアプランの変更に当たっては、アセスメント（利用者ごとの心身の状況、希望及びその置かれている環境の把握）やケアプランの説明・同意・交付等の一連の業務を行う。

### ● 留意事項

- ・ ケアプランの実施状況の把握に留まらず、利用者の状態の変化や目標の達成状況を確認することも重要です。
- ・ モニタリングの頻度や実施時期について、基準上に明確な規定はないが、適宜必要に応じて実施することが望ましいこと。ただし、介護予防認知症対応型共同生活介護計画については、当該計画に定める期間が終了するまでに1回は、ケアプランの実施状況を把握するとともに、利用者の様子の変化等の把握を行う必要があるので留意すること。

## (5) 記録の保存

事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備し、当該記録のうち次に掲げる記録をその完結の日から5年間保存する必要があります。

### ○ 認知症対応型共同生活介護（基準条例第128条・予防基準条例第86条）

- ・ 勤務の体制についての記録
- ・ 職務従事に必要な資格を証する書面の写し
- ・ 介護報酬の請求に関して国保連に提出したものの写し
- ・ （介護予防）認知症対応型共同生活介護計画
- ・ 身体的拘束等に係る記録
- ・ 具体的なサービスの内容等の記録
- ・ 利用者が故意に要介護状態を悪化させた場合等の市への報告に関する記録
- ・ 苦情に係る記録
- ・ 事故に係る記録
- ・ 運営推進会議に係る記録

○ ケアプラン関係規定の確認  
 [認知症対応型共同生活介護計画の作成]

基準条例	解釈
<p>(認知症対応型共同生活介護計画の作成)</p> <p>第119条 共同生活住居の管理者は、計画作成担当者（第111条第5項の計画作成担当者という。以下この条において同じ。）に認知症対応型共同生活介護計画の作成に関する業務を担当させるものとする。</p>	<p>(5) 認知症対応型共同生活介護計画の作成</p> <p>① 当該計画の作成及びその実施に当たっては、いたずらにこれを利用者に強制することとならないように留意するものとする。</p>
<p>2 認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、通所介護等の活用、地域における活動への参加の機会の提供等により、利用者の多様な活動の確保に努めなければならない。</p>	<p>② 条例第119条第2項でいう通所介護の活用とは、介護保険給付の対象となる通所介護ではなく、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者と通所介護事業者との間の契約により、利用者に介護保険給付の対象となる通所介護に準ずるサービスを提供するものである。また、その他の多様な活動とは、地域の特性や利用者の生活環境に応じたレクリエーション、行事、園芸、農作業などの利用者の趣味又は嗜好に応じた活動等をいうものである。</p>
<p>3 計画作成担当者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型共同生活介護計画を作成しなければならない。</p> <p>4 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。</p> <p>5 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、当該認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付しなければならない。</p>	<p>③ 認知症対応型共同生活介護計画は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成されなければならないものであり、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、その内容等を説明した上で利用者の同意を得なければならない。また、当該認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付しなければならない。</p> <p>なお、交付した認知症対応型共同生活介護計画は、条例第128条第2項の規定に基づき、5年間保存しなければならない。</p>
<p>6 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成後においても、他の介護従業者及</p>	<p>④ 同条第6項は、認知症対応型共同生活介護計画には、当該共同生活住居内で提供するサービ</p>

び利用者が認知症対応型共同生活介護計画に基づき利用する他の指定居宅サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画の変更を行うものとする。

7 第2項から第5項までの規定は、前項に規定する認知症対応型共同生活介護計画の変更について準用する。

スだけでなく、当該共同生活住居外において入居者が利用する他の居宅サービス等も位置づけられることから、計画作成担当者は、当該共同生活住居の他の介護従業者及び他の居宅サービス等を行う者と連携して当該計画に基づいたサービスの実施状況を把握し、また、必要に応じて計画の変更を行うものとする。

⑤ 認知症対応型共同生活介護事業所において短期利用認知症対応型共同生活介護費を算定する場合で、居宅サービス計画に基づきサービスを提供している認知症対応型共同生活介護事業者については、第3の4の(8)④を準用する。この場合において、「小規模多機能型居宅介護計画」とあるのは「認知症対応型共同生活介護計画」と読み替えるものとする。

●参考掲載（第3の4の(8)④）

④ 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第13条第12号において、「介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求めるものとする」と規定していることを踏まえ、小規模多機能型居宅介護事業所において短期利用居宅介護費を算定する場合で、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成した居宅サービス計画に基づきサービスを提供している小規模多機能型居宅介護事業者は、当該居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から小規模多機能型居宅介護計画の提供の求めがあった際には、当該小規模多機能型居宅介護計画を提供することに協力するよう努めるものとする。

〔介護予防認知症対応型共同生活計画〕

予防基準条例	解釈
<p>(指定介護予防認知症対応型共同生活介護の具体的取扱方針)</p> <p>第89条 指定介護予防認知症対応型共同生活介護の方針は、第71条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。</p>	<p>(2) 指定介護予防認知症対応型共同生活介護の具体的取扱方針</p>
<p>(1) 指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、主治の医師又は歯科医師からの情報伝達を通じる等の適切な方法により、利用者の心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行うものとする。</p> <p>(2) 計画作成担当者は、前号に規定する利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、指定介護予防認知症対応型共同生活介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成するものとする。</p> <p>(3) 計画作成担当者は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、通所介護等の活用、地域における活動への参加の機会の提供等により、利用者の多様な活動の確保に努めなければならない。</p>	<p>① 予防条例第89条第1号及び第2号は、計画作成担当者は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成しなければならないこととしたものである。介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、主治医又は主治の歯科医師からの情報伝達等の適切な方法により、利用者の状況を把握・分析し、介護予防認知症対応型共同生活介護の提供によって解決すべき問題状況を明らかにし（アセスメント）、これに基づき、支援の方向性や目標を明確にし、提供するサービスの具体的内容、所要時間、日程等を明らかにするものとする。なお、介護予防認知症対応型共同生活介護計画の様式については、事業所ごとに定めるもので差し支えない。</p> <p>② 同条第3号でいう通所介護等の活用とは、介護保険給付の対象となる通所介護ではなく、当該指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業者と通所介護事業者との間の契約により、利用者に介護保険給付の対象となる通所介護に準ずるサービスを提供するものである。また、その他の多様な活動とは、地域の特性や利用者の生活環境に応じたレクリエーション、行事、園芸、農作業などの利用者の趣味又は嗜好に応じた活動等をいうものである。</p>

<p>(4) 計画作成担当者は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。</p> <p>(5) 計画作成担当者は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、当該介護予防認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付しなければならない。</p> <p>(6) 指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行わなければならない。</p> <p>(7) 指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行わなければならない。</p> <p>(8) 指定介護予防認知症対応型共同生活介護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。</p>	<p>③ 同条第4号、第5号、第7号及び第8号は、サービス提供に当たっての利用者又はその家族に対する説明について定めたものである。即ち、介護予防認知症対応型共同生活介護計画は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて作成されなければならないものであり、その内容について説明を行った上で利用者の同意を得ることを義務づけることにより、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障しようとするものである。計画作成担当者は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画の目標や内容等について、利用者又はその家族に、理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うものとする。</p> <p>また、介護予防認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、遅滞なく利用者に交付しなければならないこととして、当該介護予防認知症対応型共同生活介護計画は、予防条例第86条第2項の規定に基づき、5年間保存しなければならないこととしている。</p> <p>④ 予防条例第89条第6号は、利用者が共同生活を送る上で自らの役割を持つことにより、達成感や満足感を得、自信を回復するなどの効果が期待されるとともに、利用者にとって当該共同生活住居が自らの生活の場であると実感できるように必要な援助を行わなければならないこととしたものである。</p>
<p>(9) 計画作成担当者は、他の介護従業者及び利用者が介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき利用する他の指定介護予防サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づくサービスの提供の開始時から、当</p>	<p>⑤ 同条第9号及び第10号は、計画作成担当者は、介護予防認知症対応型共同生活介護計画に定める計画期間が終了するまでに1回はモニタリングを行い、利用者の介護予防認知症対応型共同生活介護計画に定める目標の達成状況の把握等を行うこととしており、当該モニタリ</p>

<p>該介護予防認知症対応型共同生活介護計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、当該介護予防認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握（以下この条において「モニタリング」という。）を行うとともに、利用者の様態の変化等の把握を行うものとする。</p> <p>(10) 計画作成担当者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防認知症対応型共同生活介護計画の変更を行うものとする。</p> <p>(11) 第1号から第9号までの規定は、前号に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護計画の変更について準用する。</p>	<p>ングの結果により、解決すべき課題の変化が認められる場合等については、必要に応じて当該介護予防認知症対応型共同生活介護計画の変更を行うこととしたものである。</p> <p>⑥ 介護予防認知症対応型共同生活介護事業所において介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費を算定する場合で、介護予防サービス計画に基づきサービスを提供している介護予防認知症対応型共同生活介護事業者については、第3の四の4の(8)④を準用する。この場合において、「小規模多機能型居宅介護計画」とあるのは「介護予防認知症対応型共同生活介護計画」と読み替えるものとする。</p>
---	---

## 4 ケアマネジメントプロセス関係〔地域密着型介護老人福祉施設〕

### (1) 受付・契約締結

事業者は、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要その他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記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得る必要があります。

また、退去等に際して居宅介護支援事業者等に対して情報提供を行う場合には、あらかじめ、文書により入所者から同意を得る必要があります。

#### ○ 重要事項説明書に記載すべき項目

- ・ 運営規程の概要
- ・ 従業者の勤務体制
- ・ 事故発生時の対応
- ・ 苦情処理の体制等
- ・ 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）
- ・ その他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

#### ○ 運営規程に記載すべき項目

- ・ 施設の目的及び運営の方針
- ・ 従業者の職種、員数及び職務内容
- ・ 入居定員
- ・ ユニットの数及びユニットごとの入居定員
- ・ 入居者に対する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の内容及び利用料その他の費用の額
- ・ 施設の利用に当たっての留意事項
- ・ 緊急時等における対応方法
- ・ 非常災害対策
- ・ その他運営に関する重要事項

#### ● 留意事項

- ・ 重要事項説明書と運営規程の内容に齟齬がないようにすること。
- ・ 重要事項説明書や運営規程には最新の情報を記載すること。
- ・ 重要事項説明書に届け出られていない介護報酬（加算など）が利用料として記載されている事例がありますが、重要事項説明書とは、「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記した文書」であるため、利用者又はその家族に対して、サービス提供事業者が、どのような介護給付費の体制であるのかどうかを明らかにした記載内容とすること。

## (2) 課題分析 (アセスメント)

計画担当介護支援専門員は、ケアプランの作成に当たっては、適切な方法により、入所者の有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を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しなければならない。

解決すべき課題の把握 (アセスメント) に当たっては、入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

なお、ここでいうケアプランとは、「地域密着型施設サービス計画」を指す。

### ● 留意事項

- ・ 個々の入所者の特性に応じたケアプランを作成するために、入所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認められる適切な方法を用いなければならない。
- ・ 例えば、その方法の一つとして、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) (以下「標準様式通知」という。) 別紙 4 の別添の課題分析標準項目 (23 項目) を参考としてアセスメントを実施するなど、入所者の解決すべき課題を適切に把握しているか。
- ・ 入所者のみならず、家族に対する面接も行っているか。

## (3) ケアプラン原案の作成

入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所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、サービスの目標及びその達成時期、サービスの内容、サービスを提供する上での留意事項等を記載したケアプランの原案を作成する必要があります。

ケアプラン原案は、標準様式通知における記載要領を踏まえ、法令に定められた事項を記載する必要があります。ケアプランの適切な作成等を担保するために国から発出された標準様式通知の記載要領の確認が必要です。

### ● 留意事項

- ・ ケアプラン原案には、入所者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題に加え、各種サービス (機能訓練、看護、介護、食事等) に係る目標を具体的に設定し記載する必要がある。
- ・ 提供されるサービスについて、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、当該達成時期にはケアプラン及び提供したサービスの評価を行い得るように記載する。
- ・ 短期目標は、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あり、かつ、実際に解決が可能と見込まれるものであるか。
- ・ 標準様式通知の記載要領を踏まえ、モニタリングの際に、目標の達成状況を確認することを念頭に置いた上で、目標を設定することができるか。

#### (4) サービス担当者会議

計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議（入所者に対するサービスの提供に当たる他の担当者（以下「担当者」という。）を招集して行う会議をいう。）の開催、担当者に対する照会等により、ケアプランの原案の内容について、担当者から専門的な見地からの意見を求めるものとする。

##### ○ 他の担当者とは

医師、生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員及び生活状況等に関する者を指す。

##### ○ サービス担当者会議の役割とは

効果的かつ実現可能な質の高いケアプランとするため、サービスの目標を達成するために、具体的なサービス内容として何ができるかなどについて、ケアプランの原案に位置付けた担当者から専門的な見地からの意見を求め調整を図ること。

##### ○ ケアプラン変更の必要性についての専門的な見地からの意見の聴取

計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議、担当者に対する照会等により、ケアプランの変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

- ・ 入所者が要介護更新認定を受けた場合
- ・ 入所者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

##### ● 留意事項

- ・ 計画担当介護支援専門員は、入所者の状態を分析し、複数職種間で直接に意見調整を行う必要の有無について十分見極めることが重要である。

#### (5) ケアプラン確定・実行（説明・同意・交付）

計画担当介護支援専門員は、ケアプランの原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得る必要があります。

また、ケアプランを作成した際には、入所者に交付する必要があります。

##### ○ 説明・同意・交付を要するケアプラン

- ・ 第1表 施設サービス計画書（1）
- ・ 第2表 施設サービス計画書（2）

※標準様式通知における施設サービス計画書の第1表及び第2表に相当するすべてについて説明・同意を必要とする。

##### ● 留意事項

- ・ サービス内容等への入所者の意向の反映の機会を保障するため、ケアプランの作成に当たっては、その内容等を利用者又はその家族に十分説明した上で、利用者の同意を得るようにしてください。
- ・ 新規の入所者について、入所日からのケアプランの同意を得るため、事業者（法人）と新規の入所者の契約締結後速やかに、暫定的に入所日からのケアプランの説明・同意・交付を行ってください。その後必要に応じてケアプランの見直しを行ってください。
- ・ 入所者に対して説明し、同意を得ることを義務付けていますが、必要に応じて入所者の家族に対しても同意を得ることが望ましい。

## (6) モニタリング・評価

計画担当介護支援専門員は、ケアプランの作成後、ケアプランの実施状況の把握（入所者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。）を行い、必要に応じてケアプランの変更を行うものとする。

ケアプランの変更に当たっては、アセスメント等からケアプランの説明・同意・交付までの一連の業務を行うものとする。

### 〔モニタリングの実施〕

入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行う必要がある。

- ・ 定期的に入所者に面接すること。
- ・ 定期的にモニタリングの結果を記録すること。

#### ○ 「定期的」の頻度

入所者の心身の状況等に応じて適切に判断するものとする。

#### ○ 特段の事情とは

入所者の事情により、入所者に面接することができない場合を主として指すものであり、計画担当介護支援専門員に起因する事情は含まれない。

#### ○ モニタリングの結果として記録する項目

- ・ 利用者やその家族の意向・満足度
- ・ 目標の達成度
- ・ ケアプランの変更の必要性 等

※この項目を必ず記録しなければならないという決まりはありません。

### ● 留意事項

- ・ 入所者の解決すべき課題の変化は、入所者に直接サービスを提供する他のサービス担当者により把握されることも多いことから、計画担当介護支援専門員は、他のサービス担当者と密接な連携を図り、入所者の解決すべき課題の変化が認められた場合には、円滑に連絡が行われる体制の整備に努める必要がある。
- ・ モニタリング・評価は、作成したケアプランが利用者の現状に合っているかを確認するために行うものであるため、ケアプランに定めた目標の達成度を把握することが重要であるといえます。
- ・ 目標の達成度の測定は、設定した目標の妥当性（目標が具体的な内容で実際に解決が可能と見込まれるかどうか）の判断材料として重要です。

## (7) 記録の保存

事業者は、従業者、設備及び会計に関する諸記録を整備し、当該記録のうち次に掲げる記録をその完結の日から5年間保存する必要があります。

### ○ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（基準条例第178条）

- ・ 勤務の体制についての記録
- ・ 職務従事に必要な資格を証する書面の写し
- ・ 介護報酬の請求に関して国保連に提出したものの写し
- ・ 地域密着型施設サービス計画
- ・ 身体的拘束等に係る記録
- ・ 具体的なサービスの内容等の記録
- ・ 利用者が故意に要介護状態を悪化させた場合等の市への報告に関する記録
- ・ 苦情に係る記録
- ・ 事故に係る記録
- ・ 運営推進会議に係る記録

(参考)「標準様式通知」の別紙4の別添

## 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について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報 (介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等) について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である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について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望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、支給限度額等) について記載する項目
9	課題分析 (アセスメント) 理由	当該課題分析 (アセスメント) の理由 (初回、定期、退院退所時等) 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 (既往歴、主傷病、症状、痛み等) について記載する項目
11	ADL	ADL (寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等) に関する項目
12	IADL	IADL (調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等) に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり (社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等) に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取 (栄養、食事回数、水分量等) に関する項目
20	問題行動	問題行動 (暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等) に関する項目
21	介護力	利用者の介護力 (介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等) に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況 (虐待、ターミナルケア等) に関する項目

(参考)

・ 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

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

○ ケアプラン関係規定の確認  
〔地域密着型施設サービス計画〕

基準条例	解釈
<p>(地域密着型施設サービス計画の作成)</p> <p>第160条 指定地域密着型介護老人福祉施設の管理者は、介護支援専門員に地域密着型施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。</p>	<p>(5) 地域密着型施設サービス計画の作成</p> <p>条例第160条は、入所者の課題分析、サービス担当者会議の開催、地域密着型施設サービス計画の作成、地域密着型施設サービス計画の実施状況の把握など、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護が地域密着型施設サービス計画に基づいて適切に行われるよう、地域密着型施設サービス計画に係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（以下「計画担当介護支援専門員」という。）の責務を明らかにしたものである。なお、地域密着型施設サービス計画の作成及びその実施に当たっては、いたずらにこれを入所者に強制することとならないように留意するものとする。</p> <p>① 計画担当介護支援専門員による地域密着型施設サービス計画の作成（第1項）</p> <p>指定地域密着型介護老人福祉施設の管理者は、地域密着型施設サービス計画の作成に関する業務の主要な過程を計画担当介護支援専門員に担当させることとしたものである。</p>
<p>2 地域密着型施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員（以下「計画担当介護支援専門員」という。）は、地域密着型施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、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利用も含めて地域密着型施設サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。</p>	<p>② 総合的な地域密着型施設サービス計画の作成（第2項）</p> <p>地域密着型施設サービス計画は、入所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である。このため、地域密着型施設サービス計画の作成又は変更に当たっては、入所者の希望や課題分析の結果に基づき、介護給付等対象サービス以外の、当該地域の住民による入所者の話し相手、会食などの自発的な活動によるサービス等も含めて地域密着型施設サービス計画に位置づけることにより、総合的</p>

<p>3 計画担当介護支援専門員は、地域密着型施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を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しなければならない。</p>	<p>な計画となるよう努めなければならない。</p> <p><b>③ 課題分析の実施（第3項）</b></p> <p>地域密着型施設サービス計画は、個々の入所者の特性に応じて作成されることが重要である。このため計画担当介護支援専門員は、地域密着型施設サービス計画の作成に先立ち入所者の課題分析を行わなければならない。</p> <p>課題分析とは、入所者の有する日常生活上の能力や入所者を取り巻く環境等の評価を通じて入所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、入所者が自立した日常生活を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であり、入所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ものである。</p>
<p>4 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。</p>	<p><b>④ 課題分析における留意点（第4項）</b></p> <p>計画担当介護支援専門員は、解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、必ず入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、入所者やその家族との間の信頼関係、協働関係の構築が重要であり、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。なお、このため、計画担当介護支援専門員は面接技法等の研鑽に努めることが重要である。</p>
<p>5 計画担当介護支援専門員は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所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、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の目標及びその達成時期、指定地域密着型介護老人福</p>	<p><b>⑤ 地域密着型施設サービス計画原案の作成（第5項）</b></p> <p>計画担当介護支援専門員は、地域密着型施設サービス計画が入所者の生活の質に直接影響する重要なものであることを十分に認識し、地域密着型施設サービス計画原案を作成しなければならない。したがって、地域密着型施設サービ</p>

<p>祉施設入所者生活介護の内容、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供する上での留意事項等を記載した地域密着型施設サービス計画の原案を作成しなければならない。</p>	<p>ス計画原案は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果による専門的見地に基づき、入所者の家族の希望を勘案した上で、実現可能なものとする必要がある。</p> <p>また、当該地域密着型施設サービス計画原案には、入所者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題に加え、各種サービス（機能訓練、看護、介護、食事等）に係る目標を具体的に設定し記載する必要がある。さらに提供される指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護について、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、当該達成時期には地域密着型施設サービス計画及び提供したサービスの評価を行い得るようにすることが重要である。</p> <p>なお、ここでいう指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の内容には、当該指定地域密着型介護老人福祉施設の行事及び日課等も含むものである。</p>
<p>6 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議（入所者に対する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供に当たる他の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議をいう。以下この章において同じ。）の開催、担当者に対する照会等により、当該地域密着型施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。</p>	<p>⑥ サービス担当者会議等による専門的意見の聴取（第6項）</p> <p>計画担当介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い地域密着型施設サービス計画とするため、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の目標を達成するために、具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、地域密着型施設計画サービス原案に位置付けた指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の担当者からなるサービス担当者会議の開催又は当該担当者への照会等により、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。なお、計画担当介護支援専門員は、入所者の状態を分析し、複数職種間で直接に意</p>

	<p>見調整を行う必要の有無について十分見極める必要があるものである。なお、同項で定める他の担当者とは、医師、生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員及び生活状況等に関係する者を指すものである。</p>
<p>7 計画担当介護支援専門員は、地域密着型施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければならない。</p>	<p><b>⑦ 地域密着型施設サービス計画原案の説明及び同意（第7項）</b></p> <p>地域密着型施設サービス計画は、入所者の希望を尊重して作成されなければならない。このため、計画担当介護支援専門員に、地域密着型施設サービス計画の作成に当たっては、これに位置付けるサービスの内容を説明した上で文書によって入所者の同意を得ることを義務づけることにより、サービスの内容への入所者の意向の反映の機会を保障しようとするものである。</p> <p>なお、当該説明及び同意を要する地域密着型施設サービス計画の原案とは、いわゆる施設サービス計画書の第1表及び第2表（「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号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）に示す標準様式を指す。）に相当するものを指すものである。</p> <p>また、地域密着型施設サービス計画の原案について、入所者に対して説明し、同意を得ることを義務づけているが、必要に応じて入所者の家族に対しても説明を行い同意を得ることが望ましいことに留意されたい。</p>
<p>8 計画担当介護支援専門員は、地域密着型施設サービス計画を作成した際には、当該地域密着型施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。</p>	<p><b>⑧ 地域密着型施設サービス計画の交付（第8項）</b></p> <p>地域密着型施設サービス計画を作成した際には、遅滞なく入所者に交付しなければならない。なお、交付した地域密着型施設サービス計画は、条例第178条第2項の規定に基づき、5年間保存しなければならない。</p>

<p>9 計画担当介護支援専門員は、地域密着型施設サービス計画の作成後、地域密着型施設サービス計画の実施状況の把握（入所者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて地域密着型施設サービス計画の変更を行うものとする。</p>	<p><b>⑨ 地域密着型施設サービス計画の実施状況等の把握及び評価等（第9項）</b></p> <p>計画担当介護支援専門員は、入所者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であり、地域密着型施設サービス計画の作成後においても、入所者及びその家族並びに他のサービス担当者として継続して連絡調整を行い、地域密着型施設サービス計画の実施状況の把握（入所者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。）を行い、入所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地域密着型施設サービス計画の変更を行うものとする。</p> <p>なお、入所者の解決すべき課題の変化は、入所者に直接サービスを提供する他のサービス担当者により把握されることも多いことから、計画担当介護支援専門員は、他のサービス担当者とは緊密な連携を図り、入所者の解決すべき課題の変化が認められる場合には、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。</p>
<p>10 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。</p> <p>(1) 定期的に入所者に面接すること。</p> <p>(2) 定期的にモニタリングの結果を記録すること。</p>	<p><b>⑩ モニタリングの実施（第10項）</b></p> <p>地域密着型施設サービス計画の作成後のモニタリングについては、定期的に入所者と面接して行う必要がある。また、モニタリングの結果についても定期的に記録することが必要である。「定期的に」の頻度については、入所者の心身の状況等に応じて適切に判断するものとする。</p> <p>また、特段の事情とは、入所者の事情により、入所者に面接することができない場合を主として指すものであり、計画担当介護支援専門員に起因する事情は含まれない。</p> <p>なお、当該特段の事情がある場合については、その具体的な内容を記録しておくことが必要である。</p>

<p>1 1 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、地域密着型施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。</p> <p>(1) 入所者が法第28条第2項に規定する要介護更新認定を受けた場合</p> <p>(2) 入所者が法第29条第1項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合</p>	
<p>1 2 第2項から第8項までの規定は、第9項に規定する地域密着型施設サービス計画の変更について準用する。</p>	<p>⑪ 地域密着型施設サービス計画の変更 (第12項)</p> <p>計画担当介護支援専門員は、地域密着型施設サービス計画を変更する際には、原則として、条例第160条第2項から第8項に規定された地域密着型施設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。</p> <p>なお、入所者の希望による軽微な変更を行う場合には、この必要はないものとする。ただし、この場合においても、計画担当介護支援専門員が、入所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9項(⑨地域密着型施設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。</p>

## 5 身体的拘束等関係

介護保険法令の規定に基づき、介護サービス事業者は、介護保険サービスの提供に当たり、当該利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならないと規定されています。（身体的拘束等の禁止）

指定介護サービス事業者におかれては、身体的拘束等の関係法令を遵守した上で、「身体拘束ゼロへの手引き」（厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」）等を活用し、ケアの向上に努めていくことが重要です。

### （1）身体的拘束等がもたらす弊害

#### ① 身体的弊害

身体的拘束等は、次のような身体的弊害をもたらす可能性がある。

結果的に、「高齢者の機能回復」という目標とまさに正反対の結果を招く恐れがある。

- ・ 本人の関節の拘縮、筋力の低下といった身体機能の低下
- ・ 圧迫部位の褥瘡の発生などの外的弊害
- ・ 食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下などの内的弊害
- ・ 車いすに拘束しているケースによる無理な立ち上がりによる転倒事故
- ・ ベッド柵のケースによる乗り越えによる転落事故
- ・ 拘束具による窒息等の大事故

#### ② 精神的弊害

身体的拘束等は精神的にも大きな弊害をもたらす可能性がある。

- ・ 本人に不安や怒り、屈辱、あきらめといった多大な精神的苦痛を与えるばかりか人間としての尊厳をも侵す。
- ・ 認知症が進行し、せん妄が頻発する。
- ・ 家族が、自らの親や配偶者が拘束されている姿を見たとき、混乱し、後悔し、罪悪感にさいなまれる。
- ・ 看護・介護するスタッフ自らが行うケアに対して誇りをもてなくなり、安易な拘束が士気の低下を招く。

#### ③ 社会的弊害

身体的拘束等の弊害が、社会的にも大きな問題に繋がる可能性がある。

- ・ 身体的拘束等は、介護保険施設等に対する社会的な不信、偏見を引き起こす。
- ・ 身体的拘束等による高齢者の心身機能の低下が、その人のQOLを低下させるだけでなく、さらなる医療的処置を生じさせ、経済的にも少なからぬ影響をもたらす。

## ■身体拘束禁止の対象となる具体的な行為の例示

厚生労働省が示した身体拘束の例示は以下のとおりであるが、**身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為に該当するものは、全て身体的拘束等として対応する必要がある。**

- ① 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ② 転倒しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③ 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- ④ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ⑤ 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- ⑥ 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上ったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦ 立ち上る能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧ 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- ⑨ 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩ 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪ 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

## (2) 緊急やむを得ない場合とは

「利用者等の生命又は身体を保護するため**緊急やむを得ない場合**」には、身体的拘束等を認められているが、これは、「切迫性」、「非代替性」、「一時性」の三つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られる。

### ① 切迫性

利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと

※「切迫性」の判断を行う場合には、身体的拘束等を行うことにより本人の日常生活等に与える悪影響を勘案し、それでもなお身体的拘束等を行うことが必要となる程度まで利用者本人等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が高いことを確認する必要がある。

### ② 非代替性

身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと

※「非代替性」の判断を行う場合には、いかなるときでも、まずは身体拘束を行わずに介護する全ての方法の可能性を検討し、利用者本人等の生命又は身体を保護するという観点から、他に代替手法が存在しないことを複数のスタッフで確認する必要がある。

### ③ 一時性

身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

※「一時性」の判断を行う場合には、本人の状態像等に応じて必要とされる最も短い拘束時間を想定する必要がある。

### (3) 三つの要件の確認等の手続き

- 「緊急やむを得ない」に該当するかどうかの判断は、担当のスタッフ個人（または数名）では行わず、施設全体としての判断が行われるように、あらかじめルールや手続きを定めておく。特に、施設内の「身体拘束廃止委員会」といった組織において事前に手続き等を定め、具体的な事例についても関係者が幅広く参加したカンファレンスで判断する体制を原則とする。
- 利用者本人や家族に対して、身体拘束等の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し、十分な理解を得るよう努める。その際には、施設長や医師、その他現場の責任者から説明を行うなど、説明手続きや説明者について事前に明文化しておく。  
仮に、事前に身体的拘束等について施設としての考え方を利用者や家族に説明し、理解を得ている場合であっても、実際に身体拘束を行う時点で必ず個別に説明を行う。
- 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合についても、「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察し、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除すること。この場合には、実際に身体拘束を一時的に解除して状態を観察するなどの対応をとることが重要である。

### (4) 記録義務

- 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、「その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びにやむを得ない理由」を記録しなければならない。
- 具体的な記録は、厚生労働省から示されている「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」を用いるものとし、日々の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法に関わる再検討を行うごとに逐次その記録を加えるとともに、それについて情報を開示し、ケアスタッフ間、施設全体、家族等関係者の間で直近の情報を共有する。  
この「身体拘束に関する説明書・経過観察再検討記録」は、施設において保存し、行政担当部局の指導監査が行われる際に提示できるようにしておく必要がある。
- また、「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」については、本市の基準条例や予防基準条例に従い、当該記録を **5年間保存** しなければならない。



【記録2】

緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録

○ ○ ○ ○ 様

月日時	日々の心身の状態等の観察・再検討結果	カンファレンス参加者	記録者 サイン

## (5) 身体拘束廃止未実施減算

身体的拘束廃止未実施減算の対象である施設・事業所は、基準条例や予防基準条例の規定における身体的拘束等の基準を満たさない場合には、本市の条例違反となるとともに、以下の厚生労働省の関係法令の基準を満たさないものとし、利用者全員について介護報酬の減算を行う必要がある。

### ① 指定認知症対応型共同生活介護関係基準

※同様の取扱いである介護予防指定認知症対応型共同生活介護〔掲載略〕

- 指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準  
(平成 18 年 3 月 14 日厚生労働省告示第 126 号)

注 2 イについて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、身体拘束廃止未実施減算として、所定単位数の 100 分の 10 に相当する単位数を所定単位数から減算する。

- 厚生労働大臣が定める基準(平成 27 年 3 月 23 日厚生労働省告示第 95 号)

#### 58 の 2 認知症対応型共同生活介護費における身体拘束廃止未実施減算の基準

指定地域密着型サービス基準第 97 条第 6 項及び第 7 項に規定する基準に適合していないこと。

- 指定地域密着型サービス基準第 97 条第 6 項及び第 7 項  
(平成 18 年 3 月 14 日厚生労働省令第 34 号)
- 指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について  
(平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331004 号・老振発第 0331004 号・老老発第 0331017 号)

基準省令	解釈
第 97 条 略 2～4 略 5 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、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緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。 6 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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を記録しなければならない。	③ 同条第 5 項及び第 6 項は、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緊急やむを得ない場合を除き、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にあっても、その態様及び時間、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を記録しなければならないこととしたものである。なお、基準第 107 条第 2 項の規定に基づき、当該記録は、2〔5〕年間保存しなければならない。

7 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。

一 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護従業者その他の従業者に周知徹底を図ること。

④ 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（第7項第1号）

同条第7項第1号の「身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会」（以下「身体的拘束適正化検討委員会」という。）とは、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会であり、委員会の構成メンバーは、事業所の管理者及び従業者より構成する場合のほか、これらの職員に加えて、第三者や専門家を活用した構成とすることが望ましく、その方策として、精神科専門医等の専門医の活用等も考えられる。また、運営推進会議と一体的に設置・運営することも差し支えない。

指定認知症対応型共同生活介護事業者が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束等の適正化について、事業所全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。

具体的には、次のようなことを想定している。

イ 身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。

ロ 介護従業者その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、イの様式に従い、身体的拘束等について報告すること。

ハ 身体的拘束適正化検討委員会において、ロにより報告された事例を集計し、分析すること。

ニ 事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。

ホ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。

ヘ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

<p>二 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。</p>	<p>⑤ 身体的拘束等の適正化のための指針 (第7項第2号)</p> <p>指定認知症対応型共同生活介護事業者が整備する「身体的拘束等の適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。</p> <p>イ 事業所における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方</p> <p>ロ 身体的拘束適正化検討委員会その他事業所内の組織に関する事項</p> <p>ハ 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針</p> <p>ニ 事業所内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針</p> <p>ホ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針</p> <p>ヘ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針</p> <p>ト その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針</p>
<p>三 介護従業者その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。</p> <p>8 略</p>	<p>⑥ 身体的拘束等の適正化のための従業者に対する研修(第7項第3号)</p> <p>介護従業者その他の従業者に対する身体的拘束等の適正化のための研修の内容としては、身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者における指針に基づき、適正化の徹底を行うものとする。</p> <p>職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定認知症対応型共同生活介護事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育(年2回以上)を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束等の適正化の研修を実施することが重要である。</p>

- ・ 指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービス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18年3月31日 老計発第0331005号・老振発第0331005号・老老発第0331018号)

(2) 身体拘束廃止未実施減算について

身体拘束廃止未実施減算については、事業所において身体拘束等が行われていた場合ではなく、指定地域密着型サービス基準第97条第6項の記録(同条第5項に規定する身体拘束等を行う場合の記録)を行っていない場合及び同条第7項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から減算することとなる。具体的には、記録を行っていない、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない、身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、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市町村長に報告することとし、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とする。

② 指定（ユニット型）地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護関係基準

- ・ 指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準  
（平成 18 年 3 月 14 日厚生労働省告示第 126 号）

注 4 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、身体拘束廃止未実施減算として、所定単位数の 100 分の 10 に相当する単位数を所定単位数から減算する。

- ・ 厚生労働大臣が定める基準（平成 27 年 3 月 23 日厚生労働省告示第 95 号）

63 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護における身体拘束廃止未実施減算の基準  
指定地域密着型サービス基準第 137 条第 5 項及び第 6 項又は第 162 条第 7 項及び第 8 項に規定する基準に適合していないこと。

- ・ 指定地域密着型サービス基準第 162 条第 7 項及び第 8 項（ユニット型部分のみ）  
（平成 18 年 3 月 14 日厚生労働省令第 34 号）
- ・ 指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について  
（平成 18 年 3 月 31 日老計発第 0331004 号・老振発第 0331004 号・老老発第 0331017 号）

基準省令	準用解釈
<p>第 162 条 略 2～5 略 6 ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設は、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供に当たっては、当該入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。 7 ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。</p>	<p>② 同条第 4 項〔6〕及び第 5 項〔7〕は、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、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にあっても、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこととしたものである。 なお、基準第 156 条第 2 項〔基準第 169 条において準用する第 156 条第 2 項〕の規定に基づき、当該記録は、2〔5〕年間保存しなければならない。</p>

8 ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じなければならない。

一 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

③ 同条第6項〔第8項〕第1号の「身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会」（以下「身体的拘束適正化検討委員会」という。）とは、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員）により構成する。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、専任の身体的拘束等の適正化対応策を担当する者を決めておくことが必要である。なお、身体的拘束適正化検討委員会は、運営推進会議又は事故防止委員会及び感染対策委員会と一体的に設置・運営することも差し支えない。身体的拘束適正化検討委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。また、身体的拘束適正化検討委員会には、第三者や専門家を活用することが望ましく、その方策として、精神科専門医等の専門医の活用等が考えられる。

指定地域密着型介護老人福祉施設が、報告、改善のための方策を定め、周知徹底する目的は、身体的拘束等の適正化について、施設全体で情報共有し、今後の再発防止につなげるためのものであり、決して従業者の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。

具体的には、次のようなことを想定している。

イ 身体的拘束等について報告するための様式を整備すること。

ロ 介護職員その他の従業者は、身体的拘束等の発生ごとにその状況、背景等を記録するとともに、イの様式に従い、身体的拘束等について報告すること。

ハ 身体的拘束適正化検討委員会において、ロにより報告された事例を集計し、分析すること。

ニ 事例の分析に当たっては、身体的拘束等の発生時の状況等を分析し、身体的拘束等の発生原因、結果等を取りまとめ、当該事例の適正性と適正化策を検討すること。

ホ 報告された事例及び分析結果を従業者に周知徹底すること。

ヘ 適正化策を講じた後に、その効果について評価すること。

<p>二 身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。</p>	<p>④ 指定地域密着型介護老人福祉施設が整備する「身体的拘束等の適正化のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととする。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 施設における身体的拘束等の適正化に関する基本的考え方</li> <li>ロ 身体的拘束適正化検討委員会その他施設内の組織に関する事項</li> <li>ハ 身体的拘束等の適正化のための職員研修に関する基本方針</li> <li>ニ 施設内で発生した身体的拘束等の報告方法等のための方策に関する基本方針</li> <li>ホ 身体的拘束等発生時の対応に関する基本方針</li> <li>ヘ 入所者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針</li> <li>ト その他身体的拘束等の適正化の推進のために必要な基本方針</li> </ul>
<p>三 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。</p> <p>9 略</p>	<p>⑤ 介護職員その他の従業者に対する身体的拘束等の適正化のための研修の内容としては、身体的拘束等の適正化の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該指定地域密着型介護老人福祉施設における指針に基づき、適正化の徹底を行うものとする。</p> <p>職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定地域密着型介護老人福祉施設が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年2回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず身体的拘束等の適正化の研修を実施することが重要である。</p> <p>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、職員研修施設内での研修で差し支えない。</p>

- ・ 指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービス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 18 年 3 月 31 日 老計発第 0331005 号・老振発第 0331005 号・老老発第 0331018 号）

(5) 身体拘束廃止未実施減算について

身体拘束廃止未実施減算については、施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、指定地域密着型サービス基準第 137 条第 5 項又は第 162 条第 5〔7〕項の記録（指定地域密着型サービス基準第 137 条第 4 項又は第 162 条第 5〔6〕項に規定する身体拘束等を行う場合の記録）を行っていない場合及び第 137 条第 6 項又は第 162 条第 6〔8〕項に規定する措置を講じていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、記録を行っていない、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を 3 月に 1 回以上開催していない、身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束等の適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、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市町村長に報告することとし、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、入所者全員について所定単位数から減算することとする。

### ③ 身体拘束廃止未実施減算に係る対応について

次のイから二に掲げる事実が生じた場合、速やかに（事実が生じた月に）改善計画を大村市長に提出した後、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大村市長に報告することとし、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の100分の10を減算すること。

- イ 身体的拘束等の記録を行っていない
- ロ 身体的拘束適正化検討委員会を3月に1回以上開催するとともに、介護従業者その他の従業者に周知徹底していない
- ハ 身体的拘束等の適正化のための指針を整備していない
- ニ 身体的拘束等の適正化のための研修（新規採用時及び年2回の定期研修）を実施していない

#### ・ [参考]

平成18年9月4日介護制度改革 information vol.127 厚生労働省事務連絡 介護老人福祉施設及び地域密着型サービスに関する Q&A

(問)

(介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)身体拘束廃止未実施減算については、「身体拘束の記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3ヵ月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、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減算する」とこととされているが、施設監査に行った際に身体拘束に係る記録を行っていないことを発見した場合、いつからいつまでが減算となるのか。また、平成18年4月前の身体拘束について記録を行っていなかった場合は、減算の対象となるのか。

- ・ 身体拘束の記録を行っていなかった日：平成18年4月2日
- ・ 記録を行っていなかったことを発見した日：平成18年7月1日
- ・ 改善計画を市町村長に提出した日：平成18年7月5日

(答)

身体拘束廃止未実施減算については、身体拘束の記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出し、これに基づく改善状況を3ヵ月後に報告することになっているが、これは、事実が生じた月に改善計画を速やかに提出させ、改善計画提出後最低3ヵ月間は減算するということである。

したがって、お尋ねのケースの場合、改善計画が提出された平成18年7月を基準とし、減算はその翌月の同年8月から開始し、最短でもその3ヵ月後の10月までとなる。

なお、身体拘束廃止未実施減算は、平成18年4月から新たに設けたものであることから、同月以降に行った身体拘束について記録を行っていなかった場合に減算対象となる。

## 6 指定地域密着型（介護予防）サービス事業者の介護報酬基準関係

### （１） 介護報酬基準

指定地域密着型(介護予防)サービス費の算定に関する基準の内容は、厚生労働省関係告示により定められているため、指定地域密着型（介護予防）サービス事業者は、厚生労働省関係告示その他関係通知等を遵守した上で介護報酬を請求する必要があります。

### （２） 主な関係告示等

① 指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準  
(平成18年3月14日厚生労働省告示第126号)

→指定地域密着型サービス費に関する基準を定めた告示（いわゆる算定基準）

② 指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準  
(平成18年3月14日厚生労働省告示第128号)

→指定地域密着型介護予防サービス費に関する基準を定めた告示（いわゆる算定基準）

③ 厚生労働大臣が定める基準  
(平成27年3月23日厚生労働省告示第95号)

→算定基準で示された内容の一部について、具体的な内容を定めた告示  
(いわゆる定める基準)

④ 厚生労働大臣が定める施設基準  
(平成27年3月23日厚生労働省告示第96号)

→算定基準で示された内容の一部について、具体的な内容を定めた告示  
(いわゆる定める施設基準)

⑤ 指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービス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18年3月31日老計発第0331005号・老振発第0331005号・老老発第0331018号)

→算定基準の留意事項を示した通知（いわゆる留意事項通知）

### （３） 介護報酬請求上の注意点

算定実績がある項目等について、参考までに以下のとおり掲載しております。

加算報酬上の基準要件を1つでも満たしていない場合や解釈通知に即したサービス提供を実施していないことにより加算本来の趣旨を満たしていない場合などは、適切なサービスの実施となるよう是正指導の上、報酬返還となりますのでご注意ください。

## 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護

### ① 利用者の入院期間中の体制

#### ○ 算定基準の内容

**注6** 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所において、利用者が病院又は診療所への入院を要した場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき246単位を算定する。ただし、入院の初日及び最終日は、算定できない。

#### ○ 定める基準の内容

##### 五十八の三 認知症対応型共同生活介護費の注6の厚生労働大臣が定める基準

利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合であって、入院後三月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保していること。

#### ○ 留意事項通知の内容

##### (6) 利用者が入院したときの費用の算定について

- ① 注6により入院時の費用を算定する指定認知症対応型共同生活介護事業所は、あらかじめ、利用者に対して、入院後3月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族等の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居することができる体制を確保していることについて説明を行うこと。
  - イ 「退院することが明らかに見込まれるとき」に該当するか否かは、利用者の入院先の病院又は診療所の当該主治医に確認するなどの方法により判断すること。
  - ロ 「必要に応じて適切な便宜を提供」とは、利用者及びその家族の同意の上での入退院の手続きや、その他の個々の状況に応じた便宜を図ることを指すものである。
  - ハ 「やむを得ない事情がある場合」とは、単に当初予定の退院日に居室の空きがないことをもって該当するものではなく、例えば、利用者の退院が予定より早まるなどの理由により、居室の確保が間に合わない場合等を指すものである。事業所側の都合は、基本的には該当しないことに留意すること。
  - ニ 利用者の入院の期間中の居室は、短期利用認知症対応型共同生活介護等に利用しても差し支えないが、当該利用者が退院する際に円滑に再入居できるよう、その利用は計画的なものでなければならない。
- ② 入院の期間には初日及び最終日は含まないので、連続して7泊の入院を行う場合の入院期間は、6日と計算される。

(例)

入院期間：3月1日～3月8日（8日間）	
3月1日 入院の開始……………	所定単位数を算定
3月2日～3月7日（6日間）……………	1日につき246単位を算定可
3月8日 入院の終了……………	所定単位数を算定
- ③ 利用者の入院の期間中にそのまま退居した場合は、退居した日の入院時の費用は算定できる。
- ④ 利用者の入院の期間中で、かつ、入院時の費用の算定期間中にある場合は、当該

利用者が使用していた居室を他のサービスに利用することなく空けておくことが原則であるが、当該利用者の同意があれば、その居室を短期利用認知症対応型共同生活介護等に活用することは可能である。ただし、この場合に、入院時の費用は算定できない。

⑤ 入院時の取扱い

イ 入院時の費用の算定にあたって、1回の入院で月をまたがる場合は、最大で連続13泊（12日分）まで入院時の費用の算定が可能であること。

(例) 月をまたがる入院の場合

入院期間：1月25日～3月8日

1月25日 入院………所定単位数を算定

1月26日～1月31日（6日間）………1日につき246単位を算定可

2月1日～2月6日（6日間）………1日につき246単位を算定可

2月7日～3月7日………費用算定不可

3月8日 退院………所定単位数を算定

ロ 利用者の入院の期間中は、必要に応じて、入退院の手続きや家族、当該医療機関等への連絡調整、情報提供などの業務にあたること。

② 看取り介護加算

○ 算定基準の内容

**注7** イについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所において、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者については、看取り介護加算として、死亡日以前4日以上30日以下については1日につき144単位を、死亡日の前日及び前々日については1日につき680単位を、死亡日については1日につき1,280単位を死亡月に加算する。ただし、退居した日の翌日から死亡日までの間又は医療連携体制加算を算定していない場合は、算定しない。

○ 定める施設基準の内容

**三十三 指定認知症対応型共同生活介護における看取り介護加算に係る施設基準**

イ 看取りに関する指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

ロ 医師、看護職員（指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員又は当該指定認知症対応型共同生活介護事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは指定訪問看護ステーションの職員に限る。）、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定認知症対応型共同生活介護事業所における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行うこと。

ハ 看取りに関する職員研修を行っていること。

○ 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 3 月 23 日厚生労働省告示第 94 号)の内容

四十 指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の認知症対応型共同生活介護費の注 7 の厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者

次のイからハまでのいずれにも適合している利用者

- イ 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であること。
- ロ 医師、看護職員（指定認知症対応型共同生活介護事業所（指定地域密着型サービス基準第九十条に規定する指定認知症対応型共同生活介護事業所をいう。）の職員又は当該指定認知症対応型共同生活介護事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院若しくは診療所若しくは指定訪問看護ステーション（指定居宅サービス等基準第六十条第一項第一号に規定する指定訪問看護ステーションをいう。）の職員に限る。）、介護支援専門員その他の職種の者（以下この号において「医師等」という。）が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者（その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。）であること。
- ハ 看取りに関する指針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。）であること。

○ 留意事項通知の内容

(7) 看取り介護加算について

- ① 看取り介護加算は、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、その旨を利用者又はその家族等（以下「利用者等」という。）に対して説明し、その後の療養及び介護に関する方針についての合意を得た場合において、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等が共同して、随時、利用者等に対して十分な説明を行い、療養及び介護に関する合意を得ながら、利用者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう支援することを主眼として設けたものである。
- ② 利用者等告示第 40 号ロに定める看護職員については、認知症対応型共同生活介護事業所において利用者の看取り介護を行う場合、利用者の状態に応じて随時の対応が必要であることから、当該認知症対応型共同生活介護事業所の職員又は当該事業所と密接な連携を確保できる範囲内の距離にある病院、診療所若しくは訪問看護ステーション（以下「訪問看護ステーション等」という。）の職員に限るとしているところである。具体的には、当該認知症対応型共同生活介護事業所と訪問看護ステーション等が、同一市町村内に所在している又は同一市町村内に所在していないとしても、自動車等による移動に要する時間がおおむね 20 分以内の近距離に所在するなど、実態として必要な連携をとることができる必要がある。
- ③ 認知症対応型共同生活介護事業所は、利用者に提供する看取り介護の質を常に向上させていくためにも、計画 (Plan)、実行 (Do)、評価 (Check)、改善 (Action) のサイクル (PDCA サイクル) により、看取り介護を実施する体制を構築するとともに、それを強化していくことが重要であり、具体的には、次のような取組が求められる。
  - イ 看取りに関する指針を定めることで事業所の看取りに対する方針等を明らか

にする (Plan)。

ロ 看取り介護の実施に当たっては、当該利用者に係る医師の診断を前提にして、介護に係る計画に基づいて、利用者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう支援を行う (Do)。

ハ 多職種が参加するケアカンファレンス等を通じて、実施した看取り介護の検証や、職員の精神的負担の把握及びそれに対する支援を行う (Check)。

ニ 看取りに関する指針の内容その他看取り介護の実施体制について、適宜、適切な見直しを行う (Action)。

なお、認知症対応型共同生活介護事業所は、看取り介護の改善のために、適宜、家族等に対する看取り介護に関する報告会並びに利用者等及び地域住民との意見交換による地域への啓発活動を行うことが望ましい。

④ 質の高い看取り介護を実施するためには、多職種連携により、利用者等に対し、十分な説明を行い、理解を得るよう努力することが不可欠である。具体的には、認知症対応型共同生活介護事業所は、看取り介護を実施するに当たり、終末期にたどる経過、事業所等において看取りに際して行いようとする医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制などについて、利用者等の理解が得られるよう継続的な説明に努めることが重要である。加えて、説明の際には、利用者等の理解を助けるため、利用者に関する記録を活用した説明資料を作成し、その写しを提供すること。

⑤ 看取り介護の実施に当たっては、管理者を中心として、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による協議の上、看取りに関する指針が定められていることが必要であり、同指針に盛り込むべき項目としては、例えば、以下の事項が考えられる。

イ 当該事業所の看取りに関する考え方

ロ 終末期にたどる経過（時期、プロセスごと）とそれに応じた介護の考え方

ハ 事業所において看取りに際して行いようとする医療行為の選択肢

ニ 医師や医療機関との連携体制（夜間及び緊急時の対応を含む）

ホ 利用者等への情報提供及び意思確認の方法

ヘ 利用者等への情報提供に供する資料及び同意書の書式

ト 家族等への心理的支援に関する考え方

チ その他看取り介護を受ける利用者に対して事業所の職員が取るべき具体的な対応の方法

⑥ 看取りに関する指針に盛り込むべき内容を、施設基準第 34 号ハに規定する重度化した場合の対応に係る指針に記載する場合は、その記載をもって看取りに関する指針の作成に代えることができるものとする。また、重度化した場合の対応に係る指針をもって看取りに関する指針として扱う場合は、適宜見直しを行うこと。

⑦ 看取り介護の実施に当たっては、次に掲げる事項を介護記録等に記録するとともに、多職種連携を図るため、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員等による適切な情報共有に努めること。

イ 終末期の身体症状の変化及びこれに対する介護等についての記録

ロ 療養や死別に関する利用者及び家族の精神的な状態の変化及びこれに対するケアについての記録

ハ 看取り介護の各プロセスにおいて把握した利用者等の意向と、それに基づくアセスメント及び対応についての記録

⑧ 利用者等に対する随時の説明に係る同意については、口頭で同意を得た場合は、介護記録にその説明日時、内容等を記載するとともに、同意を得た旨を記載しておくことが必要である。

また、利用者が十分に判断をできる状態になく、かつ、家族の来訪が見込まれ

ないような場合も、医師、看護職員、介護職員等が利用者の状態等に応じて随時、利用者に対する看取り介護について相談し、共同して看取り介護を行っているとして認められる場合には、看取り介護加算の算定は可能である。

この場合には、適切な看取り介護が行われていることが担保されるよう、介護記録に職員間の相談日時、内容等を記載するとともに、利用者の状態や、家族と連絡を取ったにもかかわらず事業所への来訪がなかった旨を記載しておくことが必要である。

なお、家族が利用者の看取りについて共に考えることは極めて重要であり、事業所は、連絡を取ったにもかかわらず来訪がなかったとしても、継続的に連絡を取り続け、可能な限り家族の意思を確認しながら介護を進めていくことが重要である。

- ⑨ 看取り介護加算は、利用者等告示第 40 号に定める基準に適合する看取り介護を受けた利用者が死亡した場合に、死亡日を含めて 30 日を上限として、認知症対応型共同生活介護事業所において行った看取り介護を評価するものである。

死亡前に自宅へ戻ったり、医療機関へ入院したりした後、自宅や入院先で死亡した場合でも算定可能であるが、その際には、当該認知症対応型共同生活介護事業所において看取り介護を直接行っていない退居した日の翌日から死亡日までの間は、算定することができない。(したがって、退居した日の翌日から死亡日までの期間が 30 日以上あった場合には、看取り介護加算を算定することはできない。)

- ⑩ 認知症対応型共同生活介護事業所を退居等した月と死亡した月が異なる場合でも算定可能であるが、看取り介護加算は死亡月にまとめて算定することから、利用者側にとっては、事業所に入居していない月についても自己負担を請求されることになるため、利用者が退居等する際、退居等の翌月に亡くなった場合に、前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求を行う場合があることを説明し、文書にて同意を得ておくことが必要である。

- ⑪ 認知症対応型共同生活介護事業所は、退居等の後も、継続して利用者の家族への指導や医療機関に対する情報提供等を行うことが必要であり、利用者の家族、入院先の医療機関等との継続的な関わりの中で、利用者の死亡を確認することができる。

なお、情報の共有を円滑に行う観点から、事業所が入院する医療機関等に利用者の状態を尋ねたときに、当該医療機関等が事業所に対して本人の状態を伝えることについて、退居等の際、利用者等に対して説明をし、文書にて同意を得ておくことが必要である。

- ⑫ 利用者が入退院をし、又は外泊した場合であって、当該入院又は外泊期間が死亡日以前 30 日の範囲内であれば、当該入院又は外泊期間を除いた期間について、看取り介護加算の算定が可能である。

- ⑬ 入院若しくは外泊又は退居の当日について看取り介護加算を算定できるかどうかは、当該日に所定単位数を算定するかどうかによる。

- ⑭ 家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその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にするという認知症対応型共同生活介護の事業の性質に鑑み、1月に2人以上が看取り介護加算を算定することが常態化することは、望ましくないものであること。

### ③ 医療連携体制加算

#### ○ 算定基準の内容

##### ニ 医療連携体制加算

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして市町村長に届け出た指定認知症対応型共同生活介護事業所において、指定認知症対応型共同生活介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1日につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- (1) 医療連携体制加算 (I) 39単位
- (2) 医療連携体制加算 (II) 49単位
- (3) 医療連携体制加算 (III) 59単位

#### ○ 定める施設基準の内容

##### 三十四 指定認知症対応型共同生活介護における医療連携体制加算に係る施設基準

###### イ 医療連携体制加算(I)を算定すべき指定認知症対応型共同生活介護の施設基準

- (1) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員として又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションとの連携により、看護師を一名以上確保していること。
- (2) 看護師により二十四時間連絡できる体制を確保していること。
- (3) 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。

###### ロ 医療連携体制加算(II)を算定すべき指定認知症対応型共同生活介護の施設基準

- (1) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員として看護職員を常勤換算方法（指定地域密着型サービス基準第二条第六号に規定する常勤換算方法をいう。以下この号、第三十八号、第四十一号及び第四十二号において同じ。）で一名以上配置していること。
- (2) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員である看護職員又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、二十四時間連絡できる体制を確保していること。ただし、(1)により配置している看護職員が准看護師のみである場合には、病院、診療所又は指定訪問看護ステーションの看護師により、二十四時間連絡できる体制を確保していること。
- (3) 算定日が属する月の前十二月間において、次のいずれかに該当する状態の利用者が一人以上であること。
  - (一) 喀（かく）痰（たん）吸引を実施している状態
  - (二) 経鼻胃管や胃瘻（ろう）等の経腸栄養が行われている状態
- (4) イ(3)に該当するものであること。

###### ハ 医療連携体制加算(III)を算定すべき指定認知症対応型共同生活介護の施設基準

- (1) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員として看護師を常勤換算方法で一名以上配置していること。
- (2) 当該指定認知症対応型共同生活介護事業所の職員である看護師又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護師との連携により、二十四時間連絡できる体制を確保していること。
- (3) イ(3)及びロ(3)に該当するものであること。

## ○ 留意事項通知の内容

### (9) 医療連携体制加算について

① 医療連携体制加算は、環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続して認知症対応型共同生活介護事業所で生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価するものである。

② 医療連携体制加算(Ⅰ)の体制について、利用者の状態の判断や、認知症対応型共同生活介護事業所の介護従業者に対し医療面からの適切な指導、援助を行うことが必要であることから、看護師の確保を要することとしており、准看護師では本加算は認められない。

また、看護師の確保については、同一法人の他の施設に勤務する看護師を活用する場合は、当該認知症対応型共同生活介護事業所の職員と他の事業所の職員を併任する職員として確保することも可能である。

③ 医療連携体制加算(Ⅰ)の体制をとっている事業所が行うべき具体的なサービスとしては、

- ・利用者に対する日常的な健康管理
- ・通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡・調整
- ・看取りに関する指針の整備

等を想定しており、これらの業務を行うために必要な勤務時間を確保することが必要である。

④ 医療連携体制加算(Ⅱ)の体制については、事業所の職員として看護師又は准看護師を常勤換算方法により1名以上配置することとしているが、当該看護職員が准看護師のみの体制である場合には、病院、診療所又は訪問看護ステーションの看護師との連携を要することとしている。

⑤ 医療連携体制加算(Ⅱ)又は医療連携体制加算(Ⅲ)を算定する事業所においては、③のサービス提供に加えて、協力医療機関等との連携を確保しつつ、医療ニーズを有する利用者が、可能な限り認知症対応型共同生活介護事業所で療養生活を継続できるように必要な支援を行うことが求められる。

加算の算定に当たっては、施設基準第34号口の(3)に規定する利用者による利用実績（短期利用認知症対応型共同生活介護を利用する者を含む。）があり、当該利用者が療養生活を送るために必要な支援を行っていることを要件としている。

イ 同号口の(3)の(一)に規定する「喀痰吸引を実施している状態」とは、認知症対応型共同生活介護の利用中に喀痰吸引を要する利用者に対して、実際に喀痰吸引を実施している状態である。

ロ 同号口の(3)の(二)に規定する「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」とは、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行っている状態である。

⑥ 医療連携体制加算の算定要件である「重度化した場合における対応に係る指針」に盛り込むべき項目としては、例えば、①急性期における医師や医療機関との連携体制、②入院期間中における認知症対応型共同生活介護における居住費や食費の取扱い、③看取りに関する考え方、本人及び家族との話し合いや意思確認の方法等の看取りに関する指針、などが考えられる。

また、医療連携体制加算算定時には、契約を結んだ上で訪問看護ステーションを利用することが可能となったが、急性増悪時等においては、診療報酬の算定要件に合致すれば、医療保険による訪問看護が利用可能であることについては、これまでと変わらないものである。

#### ④ 生活機能向上連携加算

##### ○ 算定基準の内容

###### ト 生活機能向上連携加算 200単位

注 利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定認知症対応型共同生活介護事業所を訪問した際に、計画作成担当者（指定地域密着型サービス基準第90条第5項に規定する計画作成担当者をいう。リにおいて同じ。）が当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状況等の評価を共同して行い、かつ、生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画（指定地域密着型サービス基準第90条第5項に規定する認知症対応型共同生活介護計画をいう。以下この注において同じ。）を作成した場合であって、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、当該認知症対応型共同生活介護計画に基づく指定認知症対応型共同生活介護を行ったときは、初回の当該指定認知症対応型共同生活介護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき所定単位数を加算する。

##### ○ 留意事項通知の内容

###### (12) 生活機能向上連携加算について

① 「生活機能の向上を目的とした認知症対応型共同生活介護計画」とは、利用者の日常生活において介助等を必要とする行為について、単に介護従業者が介助等を行うのみならず、利用者本人が、日々の暮らしの中で当該行為を可能な限り自立して行うことができるよう、その有する能力及び改善可能性に応じた具体的目標を定めた上で、介護従業者が提供する介護の内容を定めたものでなければならない。

② ①の介護計画の作成に当たっては、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下この(12)において「理学療法士等」という。）が認知症対応型共同生活介護事業所を訪問した際に、当該利用者のADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）及びIADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する利用者の状況につき、理学療法士等と計画作成担当者が共同して、現在の状況及びその改善可能性の評価（以下「生活機能アセスメント」という。）を行うものとする。

この場合の「リハビリテーションを実施している医療提供施設」とは、診療報酬における疾患別リハビリテーション料の届出を行っている病院若しくは診療所又は介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院である。

③ ①の介護計画には、生活機能アセスメントの結果のほか、次に掲げるその他の日々の暮らしの中で必要な機能の向上に資する内容を記載しなければならない。

イ 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行おうとする行為の内容

ロ 生活機能アセスメントの結果に基づき、イの内容について定めた3月を目途とする達成目標

ハ ロの目標を達成するために経過的に達成すべき各月の目標  
ニ ロ及びハの目標を達成するために介護従業者が行う介助等の内容

- ④ ③のロ及びハの達成目標については、利用者の意向も踏まえ策定するとともに、利用者自身がその達成度合いを客観視でき、当該利用者の意欲の向上につながるよう、例えば当該目標に係る生活行為の回数や当該生活行為を行うために必要となる基本的な動作（立位又は座位の保持等）の時間数といった数値を用いる等、可能な限り具体的かつ客観的な指標を用いて設定すること。
- ⑤ 本加算は②の評価に基づき、①の介護計画に基づき提供された初回の介護の提供日が属する月を含む3月を限度として算定されるものであり、3月を超えて本加算を算定しようとする場合は、再度②の評価に基づき介護計画を見直す必要があること。
- ⑥ 本加算を算定する期間中は、各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び理学療法士等に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、当該理学療法士等から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び③のロの達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと。

## ⑤ 口腔衛生管理体制加算

### ○ 算定基準の内容

#### チ 口腔衛生管理体制加算 30単位

注 イについて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定認知症対応型共同生活介護事業所において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき所定単位数を加算する。

### ○ 定める基準の内容

#### 六十八 口腔衛生管理体制加算の基準

- イ 事業所又は施設において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、利用者、入所者又は入院患者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。
- ロ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

### ○ 留意事項通知の内容

#### (13) 口腔衛生管理体制加算について

- ① 「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該事業所における利用者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該事業所において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、個々の利用者の口腔ケア計画をいうものではない。
- ② 「利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には、以下の事項を記載すること。
- イ 当該事業所において利用者の口腔ケアを推進するための課題
  - ロ 当該事業所における目標
  - ハ 具体的方策
  - ニ 留意事項
  - ホ 当該事業所と歯科医療機関との連携の状況

へ 歯科医師からの指示内容の要点（当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。）

ト その他必要と思われる事項

- ③ 医療保険において歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても口腔衛生管理体制加算を算定できるが、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。

## ⑥ 栄養スクリーニング加算

### ○ 算定基準の内容

#### リ 栄養スクリーニング加算 5単位

注 イについて、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定認知症対応型共同生活介護事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する計画作成担当者に提供した場合に、1回につき所定単位数を加算する。ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しない。

### ○ 定める基準の内容

#### 十九の二 栄養スクリーニング加算の基準

定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

### ○ 留意事項通知の内容

#### (15) 栄養スクリーニング加算について

- ① 栄養スクリーニングの算定に係る栄養状態に関するスクリーニングは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。
- ② 栄養スクリーニング加算の算定に当たっては、利用者について、次に掲げるイからニに関する確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。
- イ BMIが18.5未満である者
- ロ 1～6月間で3%以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「1」に該当する者
- ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者
- ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者
- ③ 栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく栄養スクリーニングを継続的に実施すること。
- ④ 栄養スクリーニング加算に基づく栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。

## ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

### ① 若年性認知症入所者受入加算

#### ○ 算定基準の内容

注 1 1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定地域密着型介護老人福祉施設において、若年性認知症入所者（介護保険法施行令第2条第6号に規定する初老期における認知症によって要介護者となった入所者をいう。）に対して指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を行った場合は、若年性認知症入所者受入加算として、1日につき120単位を所定単位数に加算する。ただし、ナを算定している場合は、算定しない。

#### ○ 定める基準の内容

#### 十八 若年性認知症利用者受入加算の基準

受け入れた若年性認知症利用者（介護保険法施行令第二条第六号に規定する初老期における認知症によって要介護者又は要支援者となった者をいう。）ごとに個別の担当者を定めていること。

#### ○ 留意事項通知の内容

#### (13) 若年性認知症利用者受入加算について

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。

### ② 外泊時費用

#### ○ 算定基準の内容

注 1 5 入所者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき246単位を算定する。ただし、入院又は外泊の初日及び最終日は、算定できない。

#### ○ 留意事項通知の内容

#### (15) 入所者が入院し、又は外泊したときの費用の算定について

- ① 注 14 により入院又は外泊時の費用の算定について、入院又は外泊の期間は初日及び最終日は含まないので、連続して7泊の入院又は外泊を行う場合は、6日と計算されること。

(例)

入院又は外泊期間：3月1日～3月8日（8日間）

3月1日 入院又は外泊の開始……所定単位数を算定

3月2日～3月7日（6日間）……1日につき246単位を算定可

3月8日 入院又は外泊の終了……所定単位数を算定

- ② 入所者の入院又は外泊の期間中にそのまま退所した場合は、退所した日の外泊時の費用は算定できる。また、入所者の外泊の期間中にそのまま併設医療機関に入院した場合には、入院日以降については外泊時の費用は算定できない。

- ③ 入所者の入院又は外泊の期間中で、かつ、入院又は外泊時の費用の算定期間中にある場合は、当該入所者が使用していたベッドを他のサービスに利用することなく空けておくことが原則であるが、当該入所者の同意があれば、そのベッドを短期入所生活介護に活用することは可能であること。ただし、この場合に、入院又は外泊時の費用は算定できないこと。

④ 入院又は外泊時の取扱い

イ 入院又は外泊時の費用の算定にあたって、1回の入院又は外泊で月をまたがる場合は、最大で連続13泊（12日分）まで入院又は外泊時の費用の算定が可能であること。

(例) 月をまたがる入院の場合

入院期間：1月25日～3月8日

1月25日 入院……所定単位数を算定

1月26日～1月31日（6日間）……1日につき246単位を算定可

2月1日～2月6日（6日間）……1日につき246単位を算定可

2月7日～3月7日……費用算定不可

3月8日 退院……所定単位数を算定

ロ 「外泊」には、入所者の親戚の家における宿泊、子供又はその家族と旅行に行く場合の宿泊等も含むものであること。

ハ 外泊の期間中は、当該入所者については、居宅介護サービス費は算定されないものであること。

ニ 「入院」の場合、必要に応じて、入退院の手続きや家族等への連絡調整、情報提供などの業務にあたること。

③ 療養食加算

○ 算定基準の内容

カ 療養食加算 6単位

注 次に掲げるいずれの基準にも適合するものとして市町村長に届け出て当該基準による食事の提供を行う指定地域密着型介護老人福祉施設が、別に厚生労働大臣が定める療養食を提供したときは、1日につき3回を限度として、所定単位数を加算する。

イ 食事の提供が管理栄養士又は栄養士によって管理されていること。

ロ 入所者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われていること。

ハ 食事の提供が、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定地域密着型介護老人福祉施設において行われていること。

○ 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3月23日厚生労働省告示第94号)の内容

四十七 厚生労働大臣が定める療養食

第二十三号に規定する療養食

二十三 厚生労働大臣が定める療養食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵すい臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食

○ 定める基準の内容

三十五 療養食加算の基準

定員超過・人員基準欠如に該当していないこと。

## ○ 留意事項通知の内容

### (28) 療養食加算について

- ① 療養食の加算については、利用者の病状等に応じて、主治の医師より利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事箋に基づき、利用者等告示に示された療養食が提供された場合に算定すること。なお、当該加算を行う場合は、療養食の献立表が作成されている必要があること。
- ② 加算の対象となる療養食は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づいて提供される利用者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食（糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食（流動食は除く。）、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食）をいうものであること。
- ③ 経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が行われている場合にあつては経口移行加算又は経口維持加算を併せて算定することが可能である。
- ④ 前記の療養食の摂取の方法については、経口又は経管の別を問わないこと。
- ⑤ 減塩食療法等について  
心臓疾患等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓病食に準じて取り扱うことができるものであるが、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、加算の対象とはならないこと。  
また、腎臓病食に準じて取り扱うことができる心臓疾患等の減塩食については、総量 6.0g 未満の減塩食をいうこと。
- ⑥ 肝臓病食について  
肝臓病食とは、肝庇護食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合を含む。）等をいうこと。
- ⑦ 胃潰瘍食について  
十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取り扱って差し支えないこと。手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、療養食の加算が認められること。また、クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している入所者等に対する低残さ食については、療養食として取り扱って差し支えないこと。
- ⑧ 貧血食の対象者となる入所者等について  
療養食として提供される貧血食の対象となる入所者等は、血中ヘモグロビン濃度が 10g/dl 以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する者であること。
- ⑨ 高度肥満症に対する食事療法について  
高度肥満症（肥満度が+70%以上又はBMI（Body Mass Index）が 35 以上）に対して食事療法を行う場合は、脂質異常症食に準じて取り扱うことができること。
- ⑩ 特別な場合の検査食について  
特別な場合の検査食とは、潜血食をいう他、大腸X線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合は、「特別な場合の検査食」として取り扱って差し支えないこと。
- ⑪ 脂質異常症食の対象となる入所者等について  
療養食として提供される脂質異常症食の対象となる入所者等は、空腹時定常状態におけるLDL-Cコレステロール値が 140 mg/dl 以上である者又はHDL-Cコレステロール値が 40 mg/dl 未満若しくは血清中性脂肪値が 150 mg/dl 以上である者であること。

#### ④ 口腔衛生管理体制加算

##### ○ 算定基準の内容

###### ヲ 口腔（くう）衛生管理体制加算 30単位

注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定地域密着型介護老人福祉施設において、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔（くう）ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に、1月につき所定単位数を加算する。

##### ○ 定める基準の内容

###### 六十八 口腔衛生管理体制加算の基準

イ 事業所又は施設において歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、利用者、入所者又は入院患者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されていること。

ロ 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。

##### ○ 留意事項通知の内容

###### (13) 口腔衛生管理体制加算について

① 「口腔ケアに係る技術的助言及び指導」とは、当該事業所における利用者の口腔内状態の評価方法、適切な口腔ケアの手技、口腔ケアに必要な物品整備の留意点、口腔ケアに伴うリスク管理、その他当該事業所において日常的な口腔ケアの実施にあたり必要と思われる事項のうち、いずれかに係る技術的助言及び指導のことをいうものであって、個々の利用者の口腔ケア計画をいうものではない。

② 「利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」には、以下の事項を記載すること。

イ 当該事業所において利用者の口腔ケアを推進するための課題

ロ 当該事業所における目標

ハ 具体的方策

ニ 留意事項

ホ 当該事業所と歯科医療機関との連携の状況

ヘ 歯科医師からの指示内容の要点（当該計画の作成にあたっての技術的助言・指導を歯科衛生士が行った場合に限る。）

ト その他必要と思われる事項

③ 医療保険において歯科訪問診療料又は訪問歯科衛生指導料が算定された日の属する月であっても口腔衛生管理体制加算を算定できるが、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は利用者の口腔ケア・マネジメントに係る計画に関する技術的助言及び指導を行うにあたっては、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間以外の時間帯に行うこと。

## 7 指定に係る申請・届出関係

### (1) 指定申請・指定更新申請

#### ① 指定申請

指定申請書類を受理した月の翌々月1日に指定を行うこととします。

指定申請書類の受理とは、当該申請に必要な書類に不備不足がない場合をいい、指定は指定基準の充足が確実に見込まれる場合に行われるものです。

新たに指定申請を希望される法人は本市長寿介護課へご相談頂くこととなります。

なお、大村市高齢者保健福祉計画・第7期介護保険事業計画に基づき、地域密着型通所介護（共生型サービスを除く。）事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業者、（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業者、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業者の指定は制限しておりますので予めご了承ください。

#### ② 指定更新申請

指定事業者は、6年ごとに指定の更新が必要となります。

指定の更新を行わない場合、指定の有効期間の満了に伴い、指定の効力を失い、介護保険給付の代理受領ができなくなりますのでご注意ください。

##### ○ 指定の有効期間について

指定の有効期間は、指定日（前回更新日）から6年間となります。

例えば、平成30年4月1日の指定を受けた事業所の場合、有効期間は平成36年3月31日が満了日となり、平成36年4月1日が指定の更新日となります。

##### ○ 指定更新手続きについて

指定の有効期間満了日が近づく指定事業者に対しては、指定の有効期間満了日前に、電子メール配信により手続きについてお知らせいたします。提出期限を厳守して余裕をもって申請してください。

##### ○ その他注意事項

休止中の事業所が指定の更新を行う場合は、事業の再開届出書と併せて指定更新申請書類の提出が必要となりますので、ご注意ください。当該の手続きが行われない場合は、指定事業者としての効力を失うこととなります。

#### ③ 申請手数料

大村市手数料条例に基づき、申請に際して次のとおり手数料が必要です。

手数料を徴収する事項	手数料の金額
地域密着型サービス事業者 指定申請	1件につき 12,000円
地域密着型介護予防サービス事業者 指定申請	1件につき 12,000円。ただし、指定地域密着型サービス事業者指定申請と併せて申請する場合には、1件につき4,000円
地域密着型サービス事業者 指定更新申請	1件につき 8,000円
地域密着型介護予防サービス事業者 指定更新申請	1件につき 8,000円。ただし、指定地域密着型サービス事業者指定更新申請と併せて申請する場合には、1件につき2,000円

## (2) 指定内容の変更・休止・廃止届出

### ① 変更届出

指定内容について、事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令（介護保険法施行規則）で定める事項に変更があった場合は、その変更があった日から10日以内にその旨を本市の所定様式により届け出る必要があります。

なお、事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項の詳細は、届出様式が掲載されている大村市公式ホームページ中の届出事項整理表をご確認ください。

### ② 休止・廃止届出

事業所が当該事業を廃止・休止しようとするときは、その廃止・休止する日の1月前までに、廃止・休止しようとする年月日、廃止・休止の理由、現にサービスを受けている者に対する措置などを届け出る必要があります。

なお、事業所の廃止・休止時に、現在のサービス利用者が継続してサービスの提供を希望する場合には、必要なサービスが継続的に提供されるように、関係機関などとの連絡調整その他便宜の提供を行わなければなりません。

また、休止中の事業所を再開した場合には、再開した日から10日以内に再開の届出を行う必要があります。

## (3) 介護給付費算定届出

### ① 通常の届出書類

介護給付費算定に係る事業所の体制（加算・減算体制）に変更があった場合には、本市へ次の①から③までの書類を届け出る必要があります。また、加算等の要件を満たさなくなった状況が生じた場合又は要件を満たさなくなることが明らかな場合についても、速やかに届け出る必要があります。

- |                               |
|-------------------------------|
| イ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙3-2） |
| ロ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1-3）   |
| ハ 新たに算定しようとする加算・減算に応じた必要添付書類  |

### ② 算定開始時期

本市の届出受理が毎月15日以前になされた場合には翌月から、16日以降になされた場合には翌々月から、算定を開始するものとします。

届出内容を審査した結果、書類に不備不足がない場合については、届出を受理した旨本市から電子メールにより、お知らせいたします。

一方、添付漏れや記載誤り等がある場合には、届出書類の提出があった場合においても届出の受理はできませんので、ご注意ください。その場合、本市から電話やメール等により補正依頼を行うこととし、その後において、不備不足がない書類の提出があった時点において届出書類を受理することになります。

サービス区分	届出	算定開始月
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 看護小規模多機能型居宅介護	月の15日以前	翌月から
(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	月の16日以降	翌々月から
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (介護予防)認知症対応型共同生活介護	月の初日	当該月
	届出受理日が 属する月	翌月

※届出項目によって取扱いが異なる場合もあります。

#### (4) 様式の掲載箇所

[大村市公式ホームページ]

[ホーム](#) > [健康・福祉・子育て](#) > [年金・保険](#) > [介護保険](#) > [介護サービス事業者に関する情報](#) > [地域密着型サービス関係](#)  [掲載ページリンク](#)

## 8 各種通知等の電子メール配信

本市が指定権限を有する所管事業所に対しては、即時の情報伝達、事務の効率化を図るため、介護保険に関する通知等の情報をメールにより配信しております。

### (1) 配信内容

- 介護保険に関する通知等
- その他必要と認めた事項

### (2) 注意事項

- メールアドレスの所有者は問いませんが、メールによる情報提供内容は重要な情報を含んでいますので、事業所として責任を持って対応できるメールアドレスの登録が必要です。
- 情報提供内容には、Word・Excel・PDF等のファイルを添付することが多いため、これらを確認できるパソコン等の端末でメールをご確認いただく必要があります。
- ご登録いただいたメールアドレスは、長寿介護課内（地域包括支援センターを含む。）の担当者間で、共有する場合がありますので、予めご了承ください。
- ご登録いただいたメールアドレスに変更が生じた場合にはメールを送信できませんので速やかに、次のようにメールにて変更手続きを行ってください。

項目	内容
送信先	chouju@city.omura.nagasaki.jp
メール件名	メールアドレスの変更について
メール本文	1 介護保険事業所番号 2 事業所名称 3 サービス名称 4 担当者名 5 電話番号 6 変更後のメールアドレス

※同一事業所番号で、複数のサービスを実施している場合であって、サービスごとにメールアドレスを登録したい場合は、それぞれメールを送信してください。

※特定のサービス事業所にのみメール配信する場合がありますので必ずサービス名称をご入力ください。

老企第 29 号  
平成 11 年 11 月 12 日

各都道府県介護保険主管部（局）長宛

厚生省老人保健福祉局企画課長

### 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

標記について、今般下記のとおり定めたので御承知の上、管下市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。  
なお、当該様式及び項目は介護サービス計画の適切な作成等を担保すべく標準例として提示するものであり、当該様式以外の様式等の使用を拘束する趣旨のものではない旨、念のため申し添える。

#### 記

- 1 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領（別紙 1）・・・[掲載省略]
- 2 施設サービス計画書標準様式及び記載要領（別紙 2）
- 3 介護サービス計画書の様式について（別紙 3）
- 4 課題分析標準項目について（別紙 4）・・・・・・・・・・・・[掲載省略]

- (別紙1) 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領・・・〔掲載省略〕  
 (別紙2) 施設サービス計画書標準様式及び記載要領

作成年月日 年 月 日

第1表

施設サービス計画書(1)

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 \_\_\_\_\_  
 施設サービス計画作成者氏名及び職種 \_\_\_\_\_  
 施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地 \_\_\_\_\_  
 施設サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回施設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

.....

.....

.....

介護認定審査会の意見  
 及びサービスの種類の  
 指定

.....

.....

.....

総合的な援助の方針

.....

.....

.....



作成年月日 年 月 日

第3表

週 間 サ ー ビ ス 計 画 表

利用者名 殿 年 月分より

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス

(注)「日課計画表」との選定による使用可。

作成年月日 年 月 日

第4表

日 課 計 画 表

利用者名

殿

		共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動	共通サービスの例	
深夜	4:00						食事介助 朝食 昼食 夕食 入浴介助（ 曜日） 清拭介助 洗面介助 口腔清掃介助 整容介助 更衣介助 排泄介助 水分補給介助 体位変換	
	6:00							
早朝	8:00							
	10:00							
午前	12:00							
	14:00							
午後	16:00							
	18:00							
夜間	20:00							
	22:00							
深夜	24:00							
	2:00							
	4:00							
随時実施するサービス								
その他のサービス								

(注)「週間サービス計画表」との選定による使用可。

作成年月日 年 月 日

第5表

サービス担当者会議の要点

利用者名	殿		施設サービス計画作成者（担当者）氏名			
開催日	年	月	日	開催場所	開催時間	開催回数
会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次の開催時期)						



## (施設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。

### 1 **第1表** : 「施設サービス計画書(1)」

#### ① 「利用者名」

当該施設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 「施設サービス計画作成者氏名及び職種」

当該施設サービス計画作成者の氏名及び職種を記載する。

#### ⑤ 「施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地」

当該施設サービス計画作成者の所属する介護保険施設名及び所在地を記載する。

#### ⑥ 「施設サービス計画作成(変更)日」

当該施設サービス計画を作成または変更した日を記載する。

#### ⑦ 「初回施設サービス計画作成日」

当該施設において当該利用者に関する施設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、当該介護保険施設において初めて計画を作成する場合は「初回」に、他の介護保険施設又は居宅介護支援事業所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、当該利用者が他の介護保険施設又は居宅介護支援事業所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介護保険施設で計画を作成している場合を指す。

おって、当該介護保険施設において過去に計画を作成した経緯がある利用者が一定期間を経過した後居宅介護支援事業者等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。認定に伴い当該施設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」  
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について課題分析の結果を記載する。  
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、当該施設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うとするのか、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等について記載することが望ましい。

## 2 **第2表**：「施設サービス計画書（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。
- 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」の達成に必要であっ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、できるだけ家族による援助も明記し、また、当該施設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、理美容サービスや特別の食事など保険給付対象外のサービスについて○印を付すと管理しやすい。

⑤ 「担当者」

記載した「サービス内容」に基づきサービスを提供する「担当者」を記載する。

⑥ 「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。

3 **第3表** : 「週間サービス計画表」

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。

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。

また、第4表「日課計画表」との選定による使用を可能とする。

4 **第4表** : 「日課計画表」

「共通サービス」及び「担当者」には、日常の業務として他の利用者と共通して実施するサービス(右欄「共通サービスの例」参照)とその担当者を記載する。

「個別サービス」及び「担当者」には、当該利用者個別に実施するサービスとその担当者を記載する。

5 **第5表** : 「サービス担当者会議の要点」

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 「施設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。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ある場合には、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。
- 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）」  
必要と考えられるが本人の希望等により利用しなかった施設サービスや次回の開催時期、開催方針等を記載する。

6 

第6表
-----

 : 「施設介護支援経過」

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、施設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。

## (別紙3) 介護サービス計画書の様式について

### I 様式の基本的な考え方

介護サービス計画書の様式は、単なる記録用紙ではなく、介護支援専門員が課題分析の結果を踏まえて介護サービス計画（ケアプラン）を作成する思考の順序や要点を表したものである必要がある。

このような要件を備えた様式は、介護支援専門員に対する教育的な効果を持つものであり、その様式を活用することにより、一定水準の介護サービス計画を作成することができることを意味する。また、適切な様式は、介護支援専門員にとって、介護サービス計画が作成し易く、サービス担当者会議（ケアカンファレンス）に使い易いものとなる。

上記の観点から、ここに介護サービス計画の標準的な様式及び記入要領を示し、もって介護サービス計画の作成方法の理解及びサービス担当者間の共通の視点での議論に資するものである。

### II 介護サービス計画書の定義

介護保険法上の区分に基づき、以下のとおりに区分することとする。

#### 1 「居宅サービス計画書」

介護保険法第8条第21〔24〕項に規定する「居宅サービス計画」の作成に用いる様式

#### 2 「施設サービス計画書」

介護保険法第8条第23〔26〕項に規定する「施設サービス計画」の作成に用いる様式

#### 3 「介護サービス計画書」

「居宅サービス計画」と「施設サービス計画」の両者の作成に用いる様式の総称

### III 様式を作成するに当たっての前提（順不同）

- 利用者及びその家族からの開示請求がなされた場合には開示することを前提に考える。
- サービス担当者会議に提出するものであることを前提に考える。
- 同一用紙に介護サービス計画の変更を継続して記録していくものではなく、介護サービス計画の作成（変更）の都度、別の用紙（別葉）に記録する、時点主義の様式を前提に考える。

#### [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。

### IV 「居宅サービス計画書」の記載項目について

#### 1 | | |-----| | 第1表 | |-----| : 「居宅サービス計画書(1)」

##### ① 「利用者名」

#### [記載要領]

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」

#### [記載要領]

当該利用者の生年月日を記載する。

③ 「住所」

[記載要領]

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」

[記載要領]

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」

[記載要領]

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」

[記載要領]

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」

[理由]

当該様式は、基本的には初回の居宅サービス計画作成後、変更の都度に別葉に更新することを前提とするため、当該利用者が、いつの時点から継続して居宅介護支援を受けているか（いつからケアマネジメント関係にあるか）を明示する必要がある。

これによって、当該居宅サービス計画作成者である介護支援専門員はもとより、各種のサービス担当者に、サービス提供上の経過的な変化を観察するための動機が働き、モニタリングの不足による漫然とした不適切な処遇の継続を防止し、利用者及びその家族の介護に関する意向や介護の必要性の変化が常に居宅サービス計画に反映されることとなる。

[記載要領]

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」

[理由]

当該利用者が、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。）または介護保険施設から紹介されたものであるか、当該居宅介護支援事業所において初めて介護支援サービスを受けるものであるかを明らかにすることにより、例えば、サービス担当者会議の場において、紹介利用者であるにも関わらず、それまで居宅介護支援を行ってきた居宅介護支援事業所等における支援記録を参考としないような事態を防止できる。また、既に当該居宅介護支援事業所によって居宅介護支援を受けていることを明示するために「継続」を設ける。

[記載要領]

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に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。

[参考条文]

- ・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」  
第 15 条（利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付）

- ・厚生省令第 39 号「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」第 7 条（入退所）第 7 項
- ・厚生省令第 40 号「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」第 8 条（入退所）第 6 項
- ・厚生省令第 41 号「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準」第 9 条（入退所）第 5 項

### ⑨ 「認定済・申請中」

#### [理由]

認定により要介護状態区分が確定しているか、初回申請中又は変更申請中で要介護状態区分が変動する等の可能性があるかを明らかにしておく必要がある。

#### [記載要領]

「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」

#### [理由]

当該居宅サービス計画作成に係る要介護状態区分が、いつから継続しているかを把握することにより、例えば、長期間にわたり要介護状態区分に変化がないような事例の点検に資する。

#### [記載要領]

「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」

#### [理由]

当該居宅サービス計画作成に係る要介護状態区分の有効期間が、いつまで継続するのかを把握することにより、例えば、長時間にわたり要介護状態区分に変化がないような事例の点検に資する。

#### [記載要領]

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」

#### [記載要領]

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」

#### [理由]

利用者とその介護を行う家族は不即不離の関係にある。介護や支援を受けつつ、利用者や家族が、家庭や地域社会の構成員として自立した主体的・能動的な生活を送ることが重要である。このため、利用者はもとよりその家族が、介護や支援を受けつつ、どのような生活をしたいと望んでいるのかについて、明確に把握する必要がある。

このような主体的な生活への欲求と対応するサービスが一体となり初めて効果的な援助が可能となる。

また、時として、このような意向が消極的な場合があるが、そのような場合には自立意欲を高め、積極的な意向が表明できるよう援助する必要がある。

#### [記載要領]

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について課題分析の結果を記載する。

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」

##### [理由]

法第 80 条第 2 項により、「指定居宅介護支援事業者は、被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、その意見に配慮して、指定居宅介護支援を提供するよう努めなければならない」こととされている。

また、法第 73 条第 2 項により、「指定居宅サービス事業者は、被保険者証に認定審査会意見（指定居宅サービスの適切かつ有効な利用等に関し被保険者が留意すべき事項）が記載されているときは、その意見に配慮して、指定居宅サービスを提供するよう努めなければならない」こととされている。

このため、介護支援専門員は、利用者について、法第 27 条（要介護認定）第 5 項第 1 号、第 2 号に係る認定審査会意見が付されているか否かを被保険者証により確認し、「認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」が付されている場合には、これを転記し、これに沿った居宅サービス計画を作成するとともに、サービス担当者間の共通認識として確認しておく必要がある。

##### [記載要領]

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」

##### [理由]

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、介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、利用者の自立を援助するために、どのようなチームケアを行おうとするのか、ケアチーム全体が共有する理念を含む援助の指針を具体的に明らかにする必要がある。

ここでは、利用者及びその家族の自立を阻害する要因や、問題の所在、自立に至る道筋を明らかにし、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の解決のための目標、具体策を示した上で、総合的な援助の方針が記される必要がある。

なお、「総合的な援助の方針」及び以下の「援助目標（長期目標・短期目標）」、「援助内容（サービス内容、サービス種別等）」などは、利用者及びその家族の状況の変動によって随時見直される必要があることは当然である。

さらに、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等について記載することが望ましい。

##### [記載要領]

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、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等について記載することが望ましい。

#### 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 12 年 2 月 10 日厚生省告示第 19 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。

## 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）」

#### [理由]

「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を明確にすることは、居宅介護支援の最初の段階である。様式としては、「総合的な援助の方針」が先に掲げられているが、この「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を明確にせずには、「総合的な援助の方針」が立たないことは当然である。なお、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」については、次の2点が重要である。

#### ○生活全般にわたるものであること。

居宅サービス計画は、その達成により、介護や支援を受けながらも家庭や地域社会において可能な限り自立した生活を営むことができることを目的として作成するものであり、利用者及びその家族の解決すべき課題は、介護の問題のみにとどまらないこともある。

介護保険給付以外の社会的な制度やその他のサービス、私的な援助などにより解決されるべき課題についても、居宅サービス計画に位置付けるよう努めることが大切である。

#### ○自立の阻害要因と利用者及びその家族の現状認識が明らかにされていること。

利用者の自立を阻害する要因等を分析し、解決すべき課題を設定するとともに、利用者及び家族の現状認識を明らかにする。また、多くの場合、解決すべき課題は複数の連動した相互関係を持つため、全体の解決を図るためには緻密なプログラムが必要となる。利用者の自立を阻害する要因等の相互関係を構成する個々の解決すべき課題について明らかにし、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優先順位を付した上で、解決すべき課題をとりまとめ、対応するサービスとしてどのようなサービスが、どのような方針で行われる必要があるかが思考されなければならない。ただし、この優先順位は絶対的なものではなく、必要に応じて見直しを行うべきものであることに留意する。

#### [記載要領]

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。

#### [参考条文]

- ・厚生省令第38号第13条第6号
- ・厚生省令第38号第13条第12号及び第15号

### ② 「目標（長期目標・短期目標）」

#### [理由]

「目標」は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して設定されるべきものである。

通常において、解決すべき課題の達成は、段階的に行われるものと考えられ、綿密な計画的支援の積み重ねが必要となる。「目標」を、「長期目標」と「短期目標」に区分するのはこのためである。

したがって、「長期目標」を達成するための各段階を「短期目標」として明確化し、計画的支援に結びつけるのがこの「目標」のねらいである。

すなわち、必要な「サービス内容（→④参照）」は、主として「短期目標」に対応して導き出されるものであり、明確な「短期目標」が設定されなければ必要な「援助内容」やその援助方針を明確にできないこととなる。

#### [記載要領]

「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」

#### [理由]

「長期目標」・「短期目標」のいずれにも、「期間」を設定することになっている。目標は達成するために立てられるものであり、目標を達成するために居宅サービス計画があるものである。

この「期間」を設定する理由としては、計画的に支援することと、期間の終期に目標の達成が図られているか居宅介護支援の評価を行うことにより、例えば、長期間にわたって漫然とした支援を行うようなことを防止するという二つがある。

#### [記載要領]

「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」

#### [理由]

「短期目標」の達成に必要な最適のサービスの内容とその方針を明らかにする必要がある。

この際、同種の居宅サービスであっても、そのサービスの特性や利用者の希望などにより、いずれの居宅サービス事業者のサービスが最も相応しいかを評価・選択し、「サービス種別」欄に記載していく順番となる。

なお、この際、できるだけ家族が行う援助の内容も明確に記載し、外部サービスと併せて、全体として、どのようなサービス体制が組まれているかを明らかにすることが重要である。

また、特にインフォーマルなサービスや他の制度等に基づくサービス等においては、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があり、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、これに配慮し、調和のとれた居宅サービス計画とする必要がある。ただし、介護支援専門員は、必要性が少ない居宅サービスの漫然とした延長等については当該居宅サービスの意義等を十分説明し、理解を得る必要がある。

#### [記載要領]

「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、できるだけ家族による援助も明記し、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、生活援助中心型の訪問介護を必要とする場合には、その旨を記載する。

### ⑤ 「保険給付の対象となるかどうかの区分」

#### [理由]

「サービス内容」には、保険給付の対象となる居宅サービスのみならず、市町村が実施する一般老人保健福祉施策、家族や近隣などのインフォーマルなサービスを含むため、保険給付対象内サービスのみを対象とする給付管理票への転記を容易にするため、本欄を設ける。

#### [記載要領]

「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」

#### [理由]

「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を選定する必要がある。

なお、家族が担う介護部分については、介護者を特定して明らかにしておく必要がある。

**【記載要領】**

「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」**

**【理由】**

「サービス内容」に掲げたサービスを、どの程度の「頻度」で実施するかを明らかにする必要がある。

「サービス種別」、「頻度」及び「期間」は給付管理に直結しており、「頻度」を明らかにすることによって、居宅サービス計画の内容を、利用者及びその家族、各種サービス担当者間で定期的に合意・確認することに役立つのみならず、支給限度額内外において如何に効果的にサービスを組み合わせるかを考える要点が明らかとなる。

**【記載要領】**

「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**

**【理由】**

福祉用具については、利用者の心身の状況に合わない福祉用具が提供されることで自立を妨げてしまうおそれもあり、自立支援の観点から、適切な福祉用具が選定され利用されるように、福祉用具を必要とする理由を把握することが重要である。

**【記載要領】**

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」

**① 「主な日常生活上の活動」**

**【理由】**

利用者の起床や就寝、食事、排泄など主要な日常生活に関する活動を明らかにし、対応するサービスとの関係がわかるようにする。

**【記載要領】**

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。

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。

**4** **第4表**：「サービス担当者会議の要点」

**① 「利用者名」**

**【記載要領】** 第1表から転記する。

**② 「生年月日」**

**【記載要領】** 第1表から転記する。

**③ 「住所」**

**【記載要領】** 第1表から転記する。

④ 「居宅サービス計画作成者氏名」

[記載要領] 第1表から転記する。

⑤ 「開催日」

[記載要領]

当該会議の開催日を記載する。

⑥ 「開催場所」

[記載要領]

当該会議の開催場所を記載する。

⑦ 「開催時間」

[記載要領]

当該会議の開催時間を記載する。

⑧ 「開催回数」

[記載要領]

当該会議の開催回数を記載する。

⑨ 「会議出席者」

[記載要領]

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。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」

[記載要領]

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ある場合には、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」

[記載要領]

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。

⑫ 「結論」

[記載要領]

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）」

[記載要領]

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。

5 **第5表** : 「居宅介護支援経過」

〔記載要領〕

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。

V 「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」について

居宅介護支援事業者は、IVに定める「居宅サービス計画書」において作成された居宅サービス計画の内、保険給付対象内のサービスについては、サービスの実績管理（給付管理票の作成）を月を単位として行い、その結果を国民健康保険連合会に提出するという、一連の「給付管理業務」を行うこととなる。

また、「居宅サービス計画」に位置づけた指定居宅サービス等は、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、文書により同意を得なければならないとしており、「給付管理業務」が月を単位として行われるため、当該「居宅サービス計画の説明及び同意」についても月毎に確認を要することとなる。

このため、IVに定める「居宅サービス計画書」のうち上記内容を踏まえ月毎単位で作成するのが「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」である。

なお、利用者に「居宅サービス計画の説明及び同意」を得るにあたっては、当該「居宅サービス計画書」の第1表から第3表まで、第7〔6〕表及び第8〔7〕表を提示しなければならない。

〔参考条文〕

- ・厚生省令第38号第〇条第〇号

1 **第6表** : 「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」

〔記載要領〕

「居宅サービス計画原案」に位置づ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 「保険者確認印」  
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確認印を押印する。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、押印する必要はない。
- ⑮ 「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。
- ⑯ 「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1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。
- ⑰ 「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。
- ⑱ 「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。
- ⑲ 「曜日」  
対象月における日付に対応する曜日を記載する。

- ⑳ 「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 24 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。
- ㉑ 「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。
- ㉒ 「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。
- 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。

## 2 | | |-------| | 第 7 表 | |-------| : 「サービス利用票別表」

### 〔記載要領〕

- (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 2 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 1 行ずつ挿入する。（1つのサービス種類について 1 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㉒「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㉑「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」  
上記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 「単位数」  
上記④「サービスコード」に対応する 1 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。

⑥ 「割引後率 (%)」

料金割引を行っている場合には、上記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WAMNET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。

⑦ 「割引後単位数」

上記⑥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、上記⑤「単位数」に上記⑥「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。

⑧ 「回数」

第6表「サービス利用票」の㉓「予定」欄から1月間分の合計回数(同表の㉔「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。

⑨ 「サービス単位／金額」

上記⑤「単位数」(料金割引を行っている場合は、上記⑦「割引後単位数」)に上記⑧「回数」を乗じて算出した結果を、集計行を識別できるよう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。

⑩ 「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。

⑪ 「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、上記⑨「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。

⑫ 「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

上記⑩及び⑪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、上記⑪「合計単位数」から上記⑩「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。

⑬ 「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、上記⑫の「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。

⑭ 「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、上記⑨「サービス単位／金額」から上記⑬「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。

⑮ 「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。

⑯ 「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。

- ⑰ 「**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、上記⑨「サービス単位／金額」から、上記⑯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、上記⑩「種類支給限度基準内単位」から、上記⑯で割り振られた単位数を差し引いた単位数を記載する。
- ⑱ 「**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、WAMNET「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。
- ⑲ 「**費用総額（保険対象分）**」  
 上記⑰「区分支給限度基準内単位数」に上記⑱「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。
- ⑳ 「**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。
- ㉑ 「**保険給付額**」  
 上記⑲「費用総額（保険対象分）」に上記⑳「給付率」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。
- ㉒ 「**利用者負担（保険対象分）**」  
 上記⑲「費用総額（保険対象分）」から上記㉑「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。
- ㉓ 「**利用者負担（全額負担分）**」  
 上記⑯「区分支給限度基準を超える単位数」に上記⑱「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。

VI 「施設サービス計画書」の記載項目について（「居宅サービス計画書」との相違点）

1 

第1表
-----

 : 「施設サービス計画書(1)」

- ① 「**施設サービス計画作成者氏名及び職種**」  
 [記載要領]  
 当該施設サービス計画作成者の氏名及び職種を記載する。

② 「要介護状態区分」

[居宅サービス計画書との相違点]

経過措置入所者に対応するため「その他」を挿入。

[記載要領]

被保険者証に記載された「要介護状態区分」を転記する。

2 **第2表** : 「施設サービス計画書(2)」

① 「サービス内容」

[居宅サービス計画書との相違点]

理美容サービスや特別の食事など保険給付対象外のサービスについての記載。

[記載要領]

「短期目標」の達成に必要であっ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、できるだけ家族による援助も明記し、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、理美容サービスや特別の食事など保険給付対象外のサービスについて○印を付すと管理しやすい。

② 「担当者」

[居宅サービス計画書との相違点]

「援助内容」欄のうち、「サービス種別」を「担当者」欄を変更。

[記載要領]

記載した「サービス内容」に基づきサービスを提供する「担当者」を記載する。

3 **第3表** : 「週間サービス計画表」

[居宅サービス計画書との相違点]

第4表「日課計画表」との選定による使用を可能とする。

4 **第4表** : 「日課計画表」

[記載要領]

「共通サービス」及び「担当者」には、日常の業務として他の利用者と共通して実施するサービス(右欄「共通サービスの例」参照)とその担当者を記載する。

「個別サービス」及び「担当者」には、当該利用者に個別に実施するサービスとその担当者を記載する。

(別紙4) 課題分析標準項目について・・・[掲載省略]

大村市福祉保健部長寿介護課施設指導グループ  
〒856-0832  
長崎県大村市本町458番地2  
中心市街地複合ビル2階  
TEL (0957) 20-7301  
FAX (0957) 53-1978  
E-mail [chouju@city.omura.nagasaki.jp](mailto:chouju@city.omura.nagasaki.jp)