

指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護  
指定看護小規模多機能型居宅介護

## 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	居宅サービス計画 関係規定の確認	5
4	指定介護予防サービス等の利用に係る計画 関係規定の確認	19
5	ケアマネジメントプロセス関係	34
6	個別サービス計画 関係規定の確認	49
7	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	58
8	福祉用具貸与について	70
9	身体的拘束等関係	71
10	運営推進会議関係	76
11	指定に係る申請・届出関係	82
12	各種通知等の電子メール配信	85
	〔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 (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)	86
	介護予防支援業務に係る関連様式例の提示について (平成18年3月31日老振発第0331009号厚生労働省老健局振興課長通知)	108

## 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 居宅サービス計画 関係規定の確認

#### (1) 関係規定の確認

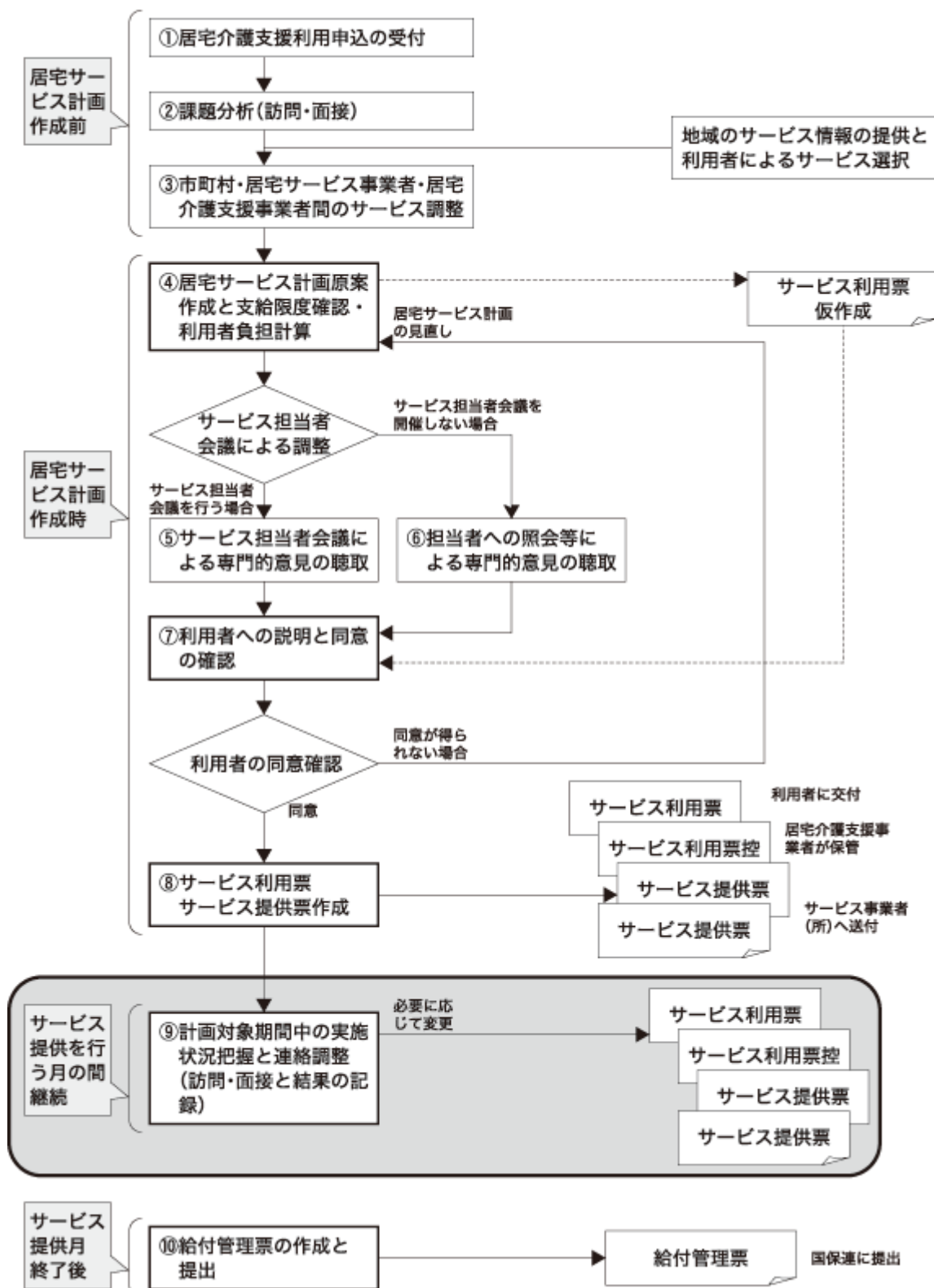
指定小規模多機能型居宅介護（以下「小多機」という。）事業所及び指定看護小規模多機能型居宅介護（以下「看多機」という。）事業所の管理者は、介護支援専門員に、登録者の居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

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、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が通常行っている業務を行わなければならないものである。

#### ○ 基準条例第 94 条～第 96 条（小多機・看多機共通）

基準条例	解釈
<p>(居宅サービス計画の作成)</p> <p>第 94 条 指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業所の管理者は、介護支援専門員に、登録者の居宅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>2 介護支援専門員は、前項に規定する居宅サービス計画の作成に当たっては、<u>指定居宅介護支援等基準第 13 条各号に掲げる具体的取組方針に沿って行うものとする。</u></p>	<p>(5) 居宅サービス計画の作成</p> <p>① 条例第 94 条第 1 項は、登録者の居宅サービス計画は、指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員に作成させることとしたものである。このため、指定(看護)小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合には、介護支援専門員は当該指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員に変更することとなる。</p> <p>② 指定(看護)小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員は、<u>指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が通常行っている業務を行わなければならないものである。具体的な事務の流れは別紙のとおりである。</u></p> <p>なお、作成した居宅サービス計画は、条例第 108 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>③ サテライト事業所に研修修了者を配置する場合の居宅サービス計画の作成については、本体事業所の介護支援専門員が行う必要があること。</p>

## 給付管理業務の流れフローチャート





## (2) 指定居宅介護支援等基準第13条各号とは

小多機及び看多機の介護支援専門員は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が通常行っている業務を行う必要があることから、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日厚生省令第38号）第13条各号に掲げる具体的取組方針を十分に把握した上で居宅サービス計画を作成する必要があります。

- 以下の内容は現在のものであり、参考までに下線網掛け部分により平成30年度の基準改正部分を分かるようにしています。

小多機及び看多機事業所の介護支援専門員は、制度の改正時期において、地域密着型サービス関係の制度改正のみならず、指定居宅介護支援等基準の制度改正の内容も把握しておく必要があります。

指定居宅介護支援等基準第13条各号	解釈
<p>(指定居宅介護支援の具体的取扱方針) 第13条 指定居宅介護支援の方針は、第1条の2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>基準第13条は、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。</p> <p>なお、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。</p> <p>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、適切な対応しなければならない。</p>
<p>(1) 指定居宅介護支援事業所の管理者は、介護支援専門員に居宅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>① <b>介護支援専門員による居宅サービス計画の作成（基準第13条第1号）</b> 指定居宅介護支援事業所の管理者は、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としたものである。</p>
<p>(2) 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う。</p>	<p>② <b>指定居宅介護支援の基本的留意点（第2号）</b> 指定居宅介護支援は、利用者及びその家族の主體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である。このためには、指定居宅介護支援について利用者及びその家族の十分な理解が求められるものであり、介護支援専門員は、指定居宅介護支援を懇切丁寧に行うことを旨とし、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うことが肝要である。</p>

<p>(3) 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。</p>	<p>③ 継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用（第3号）</p> <p>利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うためには、利用者の心身又は家族の状態等に応じて、継続的かつ計画的に居宅サービスが提供されることが重要である。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、継続的な支援という観点に立ち、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ようなことがあってはならない。</p>
<p>(4) 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、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス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利用も含めて居宅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>④ 総合的な居宅サービス計画の作成（第4号）</p> <p>居宅サービス計画は、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である。このため、居宅サービス計画の作成又は変更に当たっては、利用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、例えば、市町村保健師等が居宅を訪問して行う指導等の保健サービス、老人介護支援センターにおける相談援助及び市町村が一般施策として行う配食サービス、寝具乾燥サービスや当該地域の住民による見守り、配食、会食などの自発的な活動によるサービス等、更には、こうしたサービスと併せて提供される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など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なければならない。</p> <p>なお、介護支援専門員は、当該日常生活全般を支援する上で、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認めら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、当該不足していると思われるサービス等が地域において提供されるよう関係機関等に働きかけていくことが望ましい。</p>
<p>(5) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における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とする。</p>	<p>⑤ 利用者自身によるサービスの選択（第5号）</p> <p>介護支援専門員は、利用者自身がサービスを選択することを基本に、これを支援するものである。このため、介護支援専門員は、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とする。したがって、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</p>

	<p>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。また、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。</p>
<p>(6) 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、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用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>⑥ 課題分析の実施（第6号）</p> <p>居宅サービス計画は、個々の利用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こととなる。</p> <p>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指定居宅サービスや介護者の状況等の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、利用者の生活全般についてその状態を十分把握することが重要である。</p> <p>なお、当該課題分析は、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ものであるが、この課題分析の方法については、別途通知するところによるものである。</p>
<p>(7) 介護支援専門員は、前号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、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。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用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>⑦ 課題分析における留意点（第7号）</p> <p>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、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。この場合において、利用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、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用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>なお、このため、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>(8) 介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者</p>	<p>⑧ 居宅サービス計画原案の作成（第8号）</p> <p>介護支援専門員は、居宅サービス計画が利用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、居宅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、居宅サービス計画原案は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果による専門的見地</p>

<p>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、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。</p>	<p>に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案した上で、実現可能なものとする必要がある。</p> <p>また、当該居宅サービス計画原案には、利用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を記載した上で、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、当該達成時期には居宅サービス計画及び各指定居宅サービス等の評価を行い得るようにすることが重要である。</p> <p>さらに、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すものであり、サービス提供事業者側の個別のサービス行為を意味するものではないことに留意する必要がある。</p>
<p>(9) 介護支援専門員は、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者（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。以下同じ。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅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。ただし、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（以下この条において「主治の医師等」という。）の意見を勘案して必要と認める場合その他のやむを得ない理由がある場合については、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ものとする。</p>	<p>⑨ サービス担当者会議等による専門的意見の聴取（第9号）</p> <p>介護支援専門員は、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、利用者やその家族、居宅サービス計画原案に位置付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である。なお、利用者やその家族の参加が望ましくない場合（家庭内暴力等）には、必ずしも参加を求めるものではないことに留意されたい。また、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がある。なお、ここでいう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。）の意見を勘案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、居宅サービス計画の変更であって、利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合等が想定される。</p> <p>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、</p>

	<p>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。</p>
<p>(10) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付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。</p>	<p>⑩ <b>居宅サービス計画の説明及び同意（第10号）</b>  居宅サービス計画に位置付ける指定居宅サービス等の選択は、利用者自身が行うことが基本であり、また、当該計画は利用者の希望を尊重して作成されなければならない。利用者に選択を求めることは介護保険制度の基本理念である。このため、当該計画原案の作成に当たって、これに位置付けるサービスについて、また、サービスの内容についても利用者の希望を尊重するとともに、作成された居宅サービス計画の原案についても、最終的には、その内容について説明を行った上で文書によって利用者の同意を得ることを義務づけることにより、利用者によるサービスの選択や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。  また、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（「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。）に相当するものすべてを指すものである。</p>
<p>(11) 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。</p>	<p>⑪ <b>居宅サービス計画の交付（第11号）</b>  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。  また、介護支援専門員は、担当者に対して居宅サービス計画を交付する際には、当該計画の趣旨及び内容等について十分に説明し、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等の当該計画（以下「個別サービス計画」という。）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。</p>

<p>(12) 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、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付けられている計画の提出を求めるものとする。</p>	<p>⑫ 担当者に対する個別サービス計画の提出依頼（第12号）</p> <p>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。</p> <p>このため、基準第13条第12号に基づき、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としたものである。</p> <p>なお、介護支援専門員は、担当者と継続的に連携し、意識の共有を図ることが重要であることから、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。</p> <p>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。</p>
<p>(13) 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定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ものとする。</p> <p>(14) 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、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のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得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。</p>	<p>⑬ 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等（第13号・第14号）</p> <p>指定居宅介護支援においては、利用者の有する解決すべき課題に即した適切なサービスを組み合わせることで利用者へ提供し続けることが重要である。このために介護支援専門員は、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り、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用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、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、指定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ものとする。</p> <p>なお、利用者の解決すべき課題の変化は、利用者へ直接サービスを提供する指定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、当該指定居宅サービス事業者等のサービス担当者と緊密な連携を図り、利用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>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、主治の医師若しくは歯科医師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、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬が大量に余っている又は複数回分の薬を</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一度に服用している</li> <li>・薬の服用を拒絶している</li> <li>・使いきらないうちに新たに薬が処方されている</li> <li>・口臭や口腔内出血がある</li> <li>・体重の増減が推測される見た目の変化がある</li> <li>・食事量や食事回数に変化がある</li> <li>・下痢や便秘が続いている</li> <li>・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある</li> <li>・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</li> </ul> <p>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ものについて、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。</p>
<p>(15) 介護支援専門員は、第13号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、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>ア 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。</p> <p>イ 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。</p>	<p>⑭ <b>モニタリングの実施（第15号）</b></p> <p>介護支援専門員は、モニタリングに当たっては、居宅サービス計画の作成後においても、利用者及びその家族、主治の医師、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、当該指定居宅サービス事業者等の担当者との連携により、モニタリングが行われている場合においても、特段の事情のない限り、少なくとも1月に1回は利用者の居宅で面接を行い、かつ、少なくとも1月に1回はモニタリングの結果を記録することが必要である。</p> <p>また、「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用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、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。</p> <p>さらに、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>(16) 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により、居宅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。ただし、やむを得ない理由がある場合については、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ものとする。</p> <p>ア 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</p> <p>イ 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</p>	<p>⑮ <b>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（第16号）</b></p> <p>介護支援専門員は、利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合など本号に掲げる場合には、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、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。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ものとする。なお、ここでいうやむを得ない理由がある場合と</p>

	<p>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。</p>
<p>(17) 第3号から第12号までの規定は、第13号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。</p>	<p><b>⑩ 居宅サービス計画の変更（第17号）</b>          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（⑬ 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。</p>
<p>(18) 介護支援専門員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設等への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設等への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。</p>	<p><b>⑪ 介護保険施設への紹介その他の便宜の提供（第18号）</b>          介護支援専門員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設はそれぞれ医療機能等が異なることに鑑み、主治医の意見を参考にする、主治医に意見を求める等をして介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。</p>
<p>(19) 介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行うものとする。</p>	<p><b>⑫ 介護保険施設との連携（第19号）</b>          介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から居宅介護支援の依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅での生活における介護上の留意点等の情報を介護保険施設等の従業者から聴取する等の連携を図るとともに、居宅での生活を前提とした課題分析を行った上で居宅サービス計画を作成する等の援助を行うことが重要である。</p>
<p>(20) 介護支援専門員は、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（厚生労働大臣が定めるものに限る。以下この号において同じ。）を位置付ける場合にあっては、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。</p>	<p><b>⑬ 居宅サービス計画の届出（第20号）</b>          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（平成12年厚生省告示第19号）別表指定居宅サービス介護給付費単位数表の1 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⑬において同じ。）の利用回数が統計的にみて通常の居宅サービス計画よりかけ離れている場合に</p>



	<p>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、基準第13条第20号は、一定回数（基準第13条第20号により厚生労働大臣が定める回数をいう。以下同じ。）以上の訪問介護を位置付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ことを規定するものである。届出にあたっては、当該月において作成又は変更（⑩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付けたものについて、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。</p> <p>なお、基準第13条第20号については、平成30年10月1日より施行されるため、同年10月以降に作成又は変更した居宅サービス計画について届出を行うこと。</p>
<p>(21) 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。</p> <p>(22) 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。</p> <p>(23) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあつては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあつては、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、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。</p>	<p>⑳ 主治の医師等の意見等 （第21号・第22号・第23号）</p> <p>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。）については、主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）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、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあつては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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>

<p>(24) 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。</p>	<p>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。</p> <p><b>㉑ 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（第 24 号）</b></p> <p>短期入所生活介護及び短期入所療養介護（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居宅サービス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を明確化したものである。</p> <p>この場合において、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、居宅サービス計画の作成過程における個々の利用者の心身の状況やその置かれている環境等の適切な評価に基づき、在宅生活の維持のため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運用を求めるものではない。</p> <p>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付けることも可能である。</p>
<p>(25) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与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、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を居宅サービス計画に記載しなければならない。</p> <p>(26) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売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、当該計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。</p>	<p><b>㉒ 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（第 25 号・第 26 号）</b></p> <p>福祉用具貸与及び特定福祉用具販売については、その特性と利用者の心身の状況等を踏まえて、その必要性を十分に検討せずに選定した場合、利用者の自立支援は大きく阻害されるおそれがあることから、検討の過程を別途記録する必要がある。</p> <p>このため、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特定福祉用具販売を位置付ける場合には、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特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。</p> <p>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、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、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。</p> <p>また、福祉用具貸与については以下の項目について留意することとする。</p> <p>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</p>

	<p>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」（平成 12 年厚生省告示第 91 号）別表第 1 の調査票について必要な部分（実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該軽度者の状態像の確認が必要な部分）の写し（以下「調査票の写し」という。）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、あらかじめ同意していない場合については、当該軽度者の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。</p> <p>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。</p> <p>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 2 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。</p>
<p>(27) 介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に、認定審査会意見又は法第 37 条第 1 項の規定による指定に係る居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類についての記載がある場合には、利用者にその趣旨（同項の規定による指定に係る居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類については、その変更の申請ができることを含む。）を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成しなければならない。</p>	<p>㉓ 認定審査会意見等の居宅サービス計画への反映（第 27 号）</p> <p>指定居宅サービス事業者は、法第 73 条第 2 項の規定に基づき認定審査会意見が被保険者証に記載されているときは、当該意見に従って、当該被保険者に当該指定居宅サービスを提供するように努める必要があり、介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証にこれらの記載がある場合には、利用者にその趣旨（法第 37 条第 1 項の指定に係る居宅サービス若しくは地域密着</p>

	型サービス種類については、その変更の申請ができることを含む。)について説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成する必要がある。
(28) 介護支援専門員は、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には、指定介護予防支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図るものとする。	㉔ <b>指定介護予防支援事業者との連携（第 28 号）</b> 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には、指定介護予防支援事業者が当該利用者の介護予防サービス計画を作成することになるため、速やかに適切な介護予防サービス計画の作成に着手できるよう、指定居宅介護支援事業所は、指定介護予防支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図ることとしたものである。
(29) 指定居宅介護支援事業者は、法第 115 条の 23 第 3 項の規定に基づき、指定介護予防支援事業者から指定介護予防支援の業務の委託を受けるに当たっては、その業務量等を勘案し、当該指定居宅介護支援事業者が行う指定居宅介護支援の業務が適正に実施できるよう配慮しなければならない。	㉕ <b>指定介護予防支援業務の受託に関する留意点（第 29 号）</b> 指定居宅介護支援事業者は、指定介護予防支援業務を受託するにあたっては、その業務量等を勘案し、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ことのないよう配慮しなければならない。
(30) 指定居宅介護支援事業者は、法第 115 条の 48 第 4 項の規定に基づき、同条第 1 項に規定する会議から、同条第 2 項の検討を行うための資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力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。	㉖ <b>地域ケア会議への協力（第 30 号）</b> 地域包括ケアシステムの構築を推進するため、地域ケア会議が介護保険法上に位置付けられ、関係者等は会議から資料又は情報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ることについて規定されたところである。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ことについて、具体的取扱方針においても、規定を設けたものである。

## 4 指定介護予防サービス等の利用に係る計画 関係規定の確認

### (1) 関係規定の確認

指定介護予防小規模多機能型居宅介護（以下「予防小多機」という。）事業所の介護支援専門員は、要支援者に対する指定介護予防サービス等の利用に係る計画（以下「介護予防サービス計画」という。）を作成する必要があります。

介護予防サービス計画の作成に当たっては、地域包括支援センター（指定介護予防支援事業者）の担当職員が行う業務と同様の業務を実施することになります。

#### ○ 予防基準条例第 68 条（予防小多機のみ）

基準条例	解釈
<p>（指定介護予防小規模多機能型居宅介護の具体的取扱方針）</p> <p>第 68 条 指定介護予防小規模多機能型居宅介護の方針は、第 44 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>(1) 指定介護予防小規模多機能型居宅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) 介護支援専門員は、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、<u>指定介護予防支援等基準条例第 33 条各号に掲げる具体的取組方針及び指定介護予防支援等基準条例第 34 条各号に掲げる留意点に沿って、指定介護予防サービス等の利用に係る計画を作成するものとする。</u></p> <p>(3)～(15) 略</p>	<p>① 予防条例第 68 条第 1 号から第 3 号は、介護支援専門員は、指定介護予防サービス等の利用に係る計画及び介護予防小規模多機能型居宅介護計画を作成しなければならない（サテライト事業所の介護予防小規模多機能型居宅介護計画については研修修了者が作成するものである。）こととしたものである。<u>このため、介護支援専門員は、地域包括支援センター（介護予防支援事業者）の職員が行う業務と同様の業務を行うことになる。</u>〔以下略〕</p>

## (2) 指定介護予防支援等基準条例第33条各号・第34条各号とは

予防小多機の介護支援専門員は、地域包括支援センター（指定介護予防支援事業者）の担当職員が通常行っている業務を行う必要があることから、大村市指定介護予防支援等の事業の人員、運営等に関する基準等を定める条例（平成27年3月23日大村市条例第5号）第33条各号に掲げる具体的取組方針及び同条例第34条各号に掲げる留意点を十分に把握した上で、介護予防サービス計画を作成する必要があります。

- 以下の内容は現在のものであり、参考までに下線網掛け部分により平成30年度の基準改正部分を分かるようにしています。  
 予防小多機の介護支援専門員は、制度の改正時期において、地域密着型介護予防サービス関係の制度改正のみならず、指定介護予防支援等基準の制度改正の内容も把握しておく必要があります。

指定介護予防支援等基準条例第33条各号	解釈
<p>(指定介護予防支援の具体的取扱方針)            第33条 指定介護予防支援の方針は、第4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>(1) 条例第33条は、利用者の課題分析、サービス担当者会議の開催、介護予防サービス計画の作成、介護予防サービス計画の実施状況の把握などの介護予防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担当職員の責務を明らかにしたものである。            なお、利用者の課題分析（第6号）から介護予防サービス計画の利用者への交付（第11号）に掲げる一連の業務については、条例第4条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介護予防サービス計画を見直すなど、適切な対応をしなければならない。</p>
<p>(1) 指定介護予防支援事業所の管理者は、担当職員に介護予防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>① 担当職員による介護予防サービス計画の作成（条例第33条第1号）            指定介護予防支援事業所の管理者は、介護予防サービス計画の作成に関する業務の主要な過程を保健師等の担当職員に担当させることとしたものである。</p>
<p>(2) 指定介護予防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うものとする。</p>	<p>② 指定介護予防支援の基本的留意点（第2号）            指定介護予防支援は、利用者及びその家族の主体的な参加及び自らの目標に向けての意欲の向上と相まって行われることが重要である。このためには、指定介護予防支援について利用者及びその家族の十分な理解が求められるものであり、担当職員は、指定介護予防支援を懇切丁寧に行うことを旨とし、サービスの提供方法等について理解しやすいようにわかりやすく説明を行うことが肝要である。</p>

<p>(3) 担当職員は、介護予防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介護予防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。</p>	<p><b>③ 計画的な指定介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス等の利用（第3号）</b>      利用者の自立した日常生活上の支援を効果的に行うためには、利用者の心身又は家族の状態等に応じて、継続的かつ計画的に介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス等が提供されることが重要である。担当職員は、介護予防サービス計画の作成又は変更にあたり、計画的に指定介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス、地域の住民による自発的な活動等の提供が行われるようにすることが必要である。</p>
<p>(4) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、利用者が居住する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介護予防サービス計画上に位置付けるように努めなければならない。</p>	<p><b>④ 総合的な介護予防サービス計画の作成（第4号）</b>      介護予防サービス計画は、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である。このため、介護予防サービス計画の作成又は変更にあたっては、利用者その家族の意向を踏まえた課題分析の結果に基づき、予防給付等の対象サービス以外の、例えば利用者本人の取組、家族が行う支援、市町村保健師等が居宅を訪問して行う指導等の保健サービス、老人介護支援センターにおける相談援助及び市町村が一般施策として行う配食サービス、寝具乾燥サービスや当該地域の住民による見守り、配食、会食などの自発的な活動によるサービス等、更には、こうしたサービスと併せて提供される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なども含めて介護予防サービス計画に位置付けられることにより総合的かつ目標指向的な計画となるよう努めなければならない。      この場合には、介護保険制度の基本理念等について、利用者が十分理解できるよう、担当職員は丁寧に説明をし、適切なサービスを利用者が選択できるよう専門的な観点から利用者の個別性を踏まえ、助言しなければならない。      なお、指定介護予防支援事業者である地域包括支援センターにおいては、当該日常生活全般を支援する上で、利用者やその家族の意向を踏まえた課題分析の結果に基づき、予防給付等対象サービスであるか否かに関わらず、地域で不足していると思われるサービス等が提供されるよう関係機関等に働きかけていくことが必要である。</p>
<p>(5) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するように、当該利用者が居住する地域における指定介護予防サービス事業者等に関するサービス及び住民による自発的な活動によるサービスの内容、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とする。</p>	<p><b>⑤ 利用者自身によるサービスの選択（第5号）</b>      担当職員は、利用者自身が主体的に意欲をもって介護予防に取り組むことを基本に、これを支援するものである。このため、担当職員は、利用者による適切なサービスの利用に資するよう、<u>利用者から介護予防サービス計画案の作成にあたって複数の指定介護予防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、介護予防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介護予防サ</u></p>

	<p>サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス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とする。したがって、特定の指定介護予防サービス事業者又は指定地域密着型介護予防サービス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介護予防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。また、例えば集合住宅等において、特定の指定介護予防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、介護予防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介護予防サービス事業者のみを介護予防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。なお、地域の指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス等の情報を提供するに当たっては、都道府県又は指定情報公表センターが公表を行っている情報等についても活用されたい。</p>
<p>(6) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有している生活機能、健康状態、置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる領域ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及びその家族の意欲及び意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用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べき総合的な課題を把握しなければならない。</p> <p>ア 運動及び移動 イ 家庭生活を含む日常生活 ウ 社会参加並びに対人関係及び意思疎通 エ 健康管理</p>	<p>⑥ 課題分析の実施（第6号）</p> <p>介護予防サービス計画は、個々の利用者の特性に応じて作成されることが重要である。このため担当職員は、介護予防サービス計画の作成に先立ち利用者の課題分析を行うこととなる。</p> <p>課題分析では、利用者の有する生活機能や健康状態、置かれている環境等を把握した上で、利用者が日常生活（家庭生活）の状況、社会参加、対人関係・コミュニケーションの状況、健康管理の状況をそれぞれ把握し、利用者及びその家族の意欲・意向を踏まえて、各領域ごとに利用者が現に抱えている問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用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べき総合的な課題を把握する必要がある。</p>
<p>(7) 担当職員は、前号の規定による支援すべき総合的な課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族と面接して行わなければならない。この場合において、担当職員は、面接の趣旨を利用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>⑦ 課題分析における留意点（第7号）</p> <p>担当職員は、課題の把握（以下、「アセスメント」という。）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。この場合において、事前に要支援認定の認定調査結果、主治医意見書等により、一定程度利用者の状態を把握しておく必要がある。また、面接に当たっては、利用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、担当職員は、面接の趣旨を利用者及び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、担当職員は面接技法等の研鑽に努めることが重要である。</p> <p>また、当該アセスメントの結果について記録するとともに、条例第33条第2項の規定に基づき、</p>



<p>(8) 担当職員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者が目標とする生活、専門的観点からの目標及び具体策、利用者及びその家族の意向、それらを踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点、本人、指定介護予防サービス事業者、自発的な活動によるサービスを提供する者等が目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間等を記載した介護予防サービス計画の原案を作成しなければならない。</p>	<p>当該記録は、5年間保存しなければならない。</p> <p><b>⑧ 介護予防サービス計画原案の作成（第8号）</b>      担当職員は、介護予防サービス計画が利用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、目標指向型の介護予防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、介護予防サービス計画原案は、利用者についてのアセスメントの結果、利用者が目標とする生活、利用者及びその家族の意向を踏まえ、当該地域における指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス等が提供される体制を勘案した上で、実現可能なものとする必要がある。      また、当該介護予防サービス計画原案には、目標、目標についての支援のポイント、当該ポイントを踏まえ、具体的に本人等のセルフケア、家族、インフォーマルサービス、介護保険サービス等により行われる支援の内容、これらの支援を行う期間等を明確に盛り込み、当該達成時期には介護予防サービス計画及び各指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス等の評価を行い得るようにすることが重要である。</p>
<p>(9) 担当職員は、サービス担当者会議（担当職員が介護予防サービス計画の作成のために、<u>利用者及びその家族の参加を基本としつつ、</u>介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防サービス等の担当者（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。以下同じ。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該介護予防サービス計画の原案の内容について、担当者に専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合は、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。</p>	<p><b>⑨ サービス担当初会議等による専門的意見の聴取（第9号）</b>      担当職員は、新規に介護予防サービス計画原案を作成したときは、利用者の情報を各サービスの担当者等で共有するとともに、利用者が抱えている課題、目標、支援の方針等について協議し、各サービスが共通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について相互に理解するなどについて、利用者や家族、介護予防サービス計画原案作成者、介護予防サービス計画原案に位置付けた指定介護予防サービスの担当者、主治医、インフォーマルサービス担当者等からなるサービス担当者会議を必ず開催することが必要である。また、これらの各サービスの担当者でサービス担当者会議に参加できない者については、照会等により専門的見地からの意見を求めれば差し支えないこととされているが、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も情報や介護予防サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要がある。      なお、当該サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容について記録するとともに、条例第31条第2項の規定に基づき、当該記録は、5年間保存しなければならない。</p>
<p>(10) 担当職員は、介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防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、当該介護予防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、文書により当該利用者の同意を得なければならない。</p>	<p><b>⑩ 介護予防サービス計画の説明及び同意（第10号）</b>      介護予防サービス計画に位置付ける指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス等の選択は、利用者自身が行うことが基本であり、また、当該計画は利用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、当該計画原案の</p>

	<p>作成に当たっては、これに位置付けるサービスについて、また、サービスの内容についても利用者の希望を尊重するとともに、作成された介護予防サービス計画の原案についても、最終的には、その内容について説明を行った上で文書によって利用者の同意を得ることを義務づけることにより、利用者によるサービスの選択や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。</p> <p>また、当該説明及び同意を要する介護予防サービス計画原案とは、いわゆる「介護予防サービス・支援計画書」（「介護予防支援業務に係る関連様式例の提示について」（平成18年3月31日老振発第0331009号厚生労働省老健局振興課長通知）に示す標準様式を指す。）に相当するものすべてが望ましいが、少なくとも「目標」、「支援計画」、「【本来行うべき支援ができない場合】適切な支援の実施に向けた方針」、「総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント」欄に相当するものについては、説明及び同意を要するものである。</p>
<p>(11) 担当職員は、介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。</p>	<p><b>⑩ 介護予防サービス計画の交付（第11号）</b></p> <p>介護予防サービス計画を作成した際には、遅滞なく利用者及びサービスの担当者に交付しなければならない。なお、交付する介護予防サービス計画については、⑩の説明及び同意を要する介護予防サービス計画原案の範囲を参照されたい。</p> <p>なお、条例第31条第2項の規定に基づき、介護予防サービス計画は、5年間保存しなければならない。</p>
<p>(12) 担当職員は、介護予防サービス計画に位置付けた指定介護予防サービス事業者等に対して、介護予防訪問看護計画書（指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス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（平成18年厚生労働省令第35号。以下「指定介護予防サービス等基準」という。）第76条第2号に規定する介護予防訪問看護計画書をいう。次号において同じ。）等指定介護予防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。</p>	<p><b>⑫ 担当者に対する個別サービス計画の提出依頼（第12号）</b></p> <p>介護予防サービス計画と各担当者が自ら提供する介護予防サービス等の当該計画（以下「個別サービス計画」という。）との連動性を高め、介護予防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。</p> <p>このため、条例第33条第11号に基づき、担当者に介護予防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、介護予防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としたものである。</p> <p>なお、担当職員は、担当者と継続的に連携し、意識の共有を図ることが重要であることから、介護予防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、介護予防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。</p> <p>さらに、サービス担当者会議の前に介護予防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。</p>

<p>(13) 担当職員は、指定介護予防サービス事業者等に対して、介護予防サービス計画に基づき、介護予防訪問看護計画書等の指定介護予防サービス等基準において位置付けられている計画の作成を指導するとともに、サービスの提供状況、利用者の状態等に関する報告を少なくとも1月に1回、聴取しなければならない。</p>	<p>⑬ 個別サービス計画作成の指導及び報告の聴取 (第13号)</p> <p>担当職員は、サービスの担当者に対して介護予防サービス計画を交付する際には、当該計画の趣旨及び内容等について十分に説明し、各サービスの担当者との共有、連携を図った上で、各サービスの担当者が自ら提供する介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス等の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とともに、当該サービスの担当者が介護予防サービスの計画の内容に沿って個別サービスを作成されるよう必要な援助を行う必要がある。</p> <p>また、利用者の状況や課題の変化は、利用者に直接サービスを提供する指定介護予防サービス事業者、地域密着型介護予防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、担当職員は、当該指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者等のサービスの担当者と緊密な連携を図り、設定された目標との関係を踏まえて利用者の状況や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を整備する必要がある。そのため、各サービスの担当者がサービスの実施を開始した後は、それぞれのサービスの担当者から、少なくとも1月に1回、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者等への訪問、電話、FAX等の方法により、サービスの実施状況、サービスを利用している際の利用者の状況、サービス実施の効果について把握するために聴取する必要がある。</p>
<p>(14) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成後、介護予防サービス計画の実施状況の把握(利用者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて介護予防サービス計画の変更、指定介護予防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ものとする。</p> <p><u>(14の2) 担当職員は、指定介護予防サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、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のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得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。</u></p>	<p>⑭ 介護予防サービス計画の実施状況等の把握 (第14号)</p> <p>指定介護予防支援においては、設定された目標との関係を踏まえつつ利用者の有する生活機能の状況や課題に即した適切なサービスを組み合わせることで利用者に提供し続けることが重要である。このために担当職員は、設定された目標との関係を踏まえつつ利用者の有する生活機能の状況や課題の変化に留意することが重要であり、介護予防サービス計画の作成後、介護予防サービス計画の実施状況の把握(利用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、設定された目標との関係を踏まえつつ利用者の有する生活機能の状況や課題の変化が認められる場合等必要に応じて介護予防サービス計画の変更、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防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ものとする。</p> <p><u>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、主治の医師若しくは歯科医師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、指定介護予防支援の提供に当たり、例えば、</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・薬の服用を拒絶している</li> <li>・使いきらないうちに新たに薬が処方されている</li> <li>・口臭や口腔内出血がある</li> <li>・体重の増減が推測される見た目の変化がある</li> <li>・食事量や食事回数に変化がある</li> <li>・下痢や便秘が続いている</li> <li>・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある</li> <li>・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</li> </ul> <p>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担当職員が判断したものについて、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。</p>
<p>(15) 担当職員は、介護予防サービス計画に位置付けた期間が終了するときは、当該介護予防サービス計画の目標の達成状況について評価しなければならない。</p>	<p><b>⑮ 介護予防サービス計画の実施状況等の評価（第 15 号）</b></p> <p>介護予防サービス計画では、設定された目標との関係を踏まえた利用者の有する生活機能の状況や課題を基に利用者の目標とする生活を実現するためのさらなる具体的な目標を定め、当該目標を達成するために介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス等を期間を定めて利用することとなる。このため、介護予防サービス計画で定めた期間の終了時には、定期的に、介護予防サービス計画の実施状況を踏まえ、目標の達成状況の評価し、今後の方針を決定する必要がある。したがって、評価の結果により、必要に応じて介護予防サービス計画の見直しを行うこととなる。</p> <p>なお、評価の実施に際しては、利用者の状況を適切に把握し、利用者及び家族の意見を徴する必要があることから、利用者宅を訪問して行う必要がある。</p> <p>また、条例第 31 条第 2 項の規定に基づき、介護予防サービス計画の評価の結果は、5 年間保存しなければならない。</p>
<p>(16) 担当職員は、第 1 3 号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、利用者及びその家族、指定介護予防サービス事業者等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>ア 少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して 3 月に 1 回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者とは面接すること。</p> <p>イ 利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防通所リハビリテー</p>	<p><b>⑯ モニタリングの実施（第 16 号）</b></p> <p>担当職員は、モニタリングに当たっては、介護予防サービス計画の作成後においても、利用者及びその家族、主治の医師、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、当該指定介護予防サービス事業者等の担当者との連携により、モニタリングが行われている場合においても、特段の事情のない限り、少なくともサービスの期間終了月、サービス提供した月の翌月から起算して 3 月に 1 回のいずれかに該当する場合には利用者の居宅で面接を行うことが必要である。</p> <p>利用者宅を訪問しない月でも、指定介護予防サ</p>

<p>ション事業所（指定介護予防サービス等基準第117条第1項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。）を訪問する等の方法により利用者と面接をするように努めるとともに、当該面接ができない場合にあつては、電話等により利用者との連絡を実施すること。</p> <p>ウ 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。</p>	<p>サービス事業者等への訪問、利用者への電話等の方法により、利用者自身に介護予防サービス計画の実施状況について確認を行い、利用者の状況に変化があるときは、利用者宅を訪問して確認を行うことが必要である。</p> <p>こうして行ったモニタリングについては、1月に1回はその結果を記録することが必要である。</p> <p>なお、「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用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、担当職員に起因する事情は含まれない。</p> <p>さらには、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>また、条例第31条第2項の規定に基づき、モニタリングの結果の記録は、5年間保存しなければならない。</p>
<p>(17) 担当職員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、介護予防サービス計画の変更の必要性について、担当者に専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合は、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。</p> <p>ア 要支援認定を受けている利用者が要支援更新認定を受けた場合</p> <p>イ 要支援認定を受けている利用者が法第33条の2第1項に規定する要支援状態区分の変更の認定を受けた場合</p>	<p>⑩ 介護予防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（第17号）</p> <p>担当職員は、利用者が要支援状態区分の変更の認定を受けた場合など本号に掲げる場合には、サービス担当者会議の開催、サービスの担当者に対する照会等により、介護予防サービス計画の変更の必要性について、サービスの担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。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ものとする。なお、ここでいう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介護予防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。当該サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容については記録するとともに、条例第31条第2項の規定に基づき、当該記録は、5年間保存しなければならない。</p> <p>また、上記のサービスの担当者からの意見により、介護予防サービス計画の変更の必要がない場合においても、記録の記載及び保存について同様である。</p>
<p>(18) 第3号から第13号までの規定は、第14号に規定する介護予防サービス計画の変更について準用する。</p>	<p>⑪ 介護予防サービス計画の変更（第18号）</p> <p>担当職員は、介護予防サービス計画を変更する際には、原則として、条例第33条第3号から第12号までに規定された介護予防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、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、担当職員が条例第33条第3号から第12号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、担当職員が、設定された目標との関係</p>

	<p>を踏まえた利用者の状況や課題の変化に留意することが重要であることは、同条第14号(⑭介護予防サービス計画の実施状況等の把握)に規定したとおりであるので念のため申し添える。</p>
<p>(19) 担当職員は、適切な保健医療サービス又は福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院若しくは入所を希望する場合は、利用者の要介護認定に係る申請について必要な支援を行い、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。</p>	<p><b>⑲ 介護保険施設への紹介その他の便宜の提供 (第19号)</b></p> <p>担当職員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められ、利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、利用者の要介護認定の申請の援助を行い、利用者が要介護認定を受けた上で、介護保険施設はそれぞれ医療機能等が異なることに鑑み、主治医の意見を参考にする。主治医に意見を求める等をして介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。</p>
<p>(20) 担当職員は、介護保険施設等から退院し、又は退所しようとする要支援者から依頼があった場合は、居宅における生活へ円滑に移行できるように、あらかじめ、介護予防サービス計画の作成等の援助を行うものとする。</p>	<p><b>⑳ 介護保険施設との連携 (第20号)</b></p> <p>担当職員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする者で要支援認定を受けた者等から介護予防支援の依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅での生活における介護上の留意点等の情報を介護保険施設等の従業者から聴取する等の連携を図るとともに、居宅での生活を前提としたアセスメントを行った上で介護予防サービス計画を作成する等の援助を行うことが重要である。</p>
<p>(21) 担当職員は、利用者が介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合は、当該利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師(次号及び第22号において「主治の医師等」という。)の意見を求めなければならない。</p> <p><b>(21の2) 前号の場合において、担当職員は、介護予防サービス計画を作成した際には、当該介護予防サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。</b></p> <p>(22) 担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあつては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定介護予防サービス等を位置付ける場合にあつては、当該指定介護予防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、当該留意事項を尊重してこれを行うものとする。</p>	<p><b>㉑ 主治の医師等の意見等 (第21号・第22号)</b></p> <p>介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護予防短期入所療養介護については、主治の医師又は歯科医師(以下、「主治の医師等」という。)等がその必要性を認められたものに限られるものであることから、担当職員は、これらの医療サービスを介護予防サービス計画に位置付ける場合にあつては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。</p> <p>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、担当職員は、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、<u>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介護予防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。</u>なお、交付の方法については、<u>対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。</u>また、<u>ここで意見を求める「主治の医師等」については、要支援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。</u></p> <p>なお、医療サービス以外の指定介護予防サービス、指定地域密着型介護予防サービス等を介護予防サービス計画に位置付ける場合にあつて、当該指定介護予防サービス等に係る主治の医師等の医</p>

	<p>学的観点からの留意事項が示されているときは、担当職員は、当該留意点を尊重して介護予防支援を行うものとする。</p>
<p>(23) 担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を位置付ける場合にあっては、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、介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護を利用する日数が要支援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。</p>	<p><b>㉔ 介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護の介護予防サービス計画への位置付け（第23号）</b></p> <p>介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護（以下「介護予防短期入所サービス」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されるものであり、指定介護予防支援を行う担当職員は、介護予防短期入所サービスを位置付ける介護予防サービス計画の作成に当たって、利用者にとってこれらの介護予防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を明確化したものである。</p> <p>この場合において、介護予防短期入所サービスの利用日数に係る「要支援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、原則として上限基準であることを踏まえ、介護予防サービス計画の作成過程における個々の利用者の心身の状況やその置かれている環境等の適切な評価に基づき、適切な介護予防サービス計画を作成する必要がある。</p>
<p>(24) 担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該介護予防サービス計画に介護予防福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時、サービス担当者会議を開催し、継続して介護予防福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して介護予防福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を介護予防サービス計画に記載しなければならない。</p> <p>(25) 担当職員は、介護予防サービス計画に特定介護予防福祉用具販売を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該介護予防サービス計画に特定介護予防福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。</p>	<p><b>㉕ 介護予防福祉用具貸与及び介護予防特定福祉用具販売の介護予防サービス計画への反映（第24号・第25号）</b></p> <p>介護予防福祉用具貸与及び介護予防特定福祉用具販売については、その特性と利用者の心身の状況等を踏まえて、その必要性を十分に検討せずに選定した場合、利用者の自立支援は大きく阻害されるおそれがあることから、検討の過程を別途記録する必要がある。</p> <p>このため、担当職員は、介護予防サービス計画に介護予防福祉用具貸与及び介護予防特定福祉用具販売を位置付ける場合には、サービス担当者会議を開催し、当該計画に介護予防福祉用具貸与及び介護予防特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。</p> <p>なお、介護予防福祉用具貸与については、介護予防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、利用者が継続して介護予防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、継続して介護予防福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、その理由を再び介護予防サービス計画に記載しなければならない。</p> <p>また、介護予防福祉用具貸与については以下の項目について留意することとする。</p> <p>ア 担当職員は、利用者の介護予防サービス計画に指定介護予防福祉用具貸与を位置付ける場合</p>

	<p>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、当該利用者の「要介護認定等基準時間の推計の方法」（平成 12 年厚生省告示第 91 号）別表第 1 の調査票について必要な部分（実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該利用者の状態像の確認が必要な部分）の写し（以下「調査票の写し」という。）を市町村から入手しなければならない。</p> <p>ただし、当該利用者がこれらの結果を担当職員へ提示することに、あらかじめ同意していない場合については、当該利用者の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。</p> <p>イ 担当職員は、当該利用者の調査票の写しを指定介護予防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介護予防福祉用具貸与事業者へ送付しなければならない。</p> <p>ウ 担当職員は、当該利用者が「指定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 年老計発第 0317001 号・老振発第 0317001 号・老老発第 0317001 号）の第 2 の 11〔介護予防福祉用具貸与費〕（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 ii）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介護予防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、担当職員は、指定介護予防福祉用具貸与事業者より、当該利用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。</p>
<p>(26) 担当職員は、利用者が提示する被保険者証に、認定審査会意見又は法第 37 条第 1 項の規定による指定に係る介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービスの種類についての記載がある場合は、利用者による趣旨（同項の規定による指定に係る介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類については、その変更の申請ができることを含む。）を説明し、理解を得た上で、その内容に沿った介護予防サービス計画を作成しなければならない。</p>	<p>⑳ 認定審査会意見等の介護予防サービス計画への反映（第 26 号）</p> <p>指定介護予防サービス事業者は、法第 115 条の 3 第 2 項の規定に基づき認定審査会意見が被保険者証に記載されているときは、当該意見に従って、当該被保険者に当該指定介護予防サービスを提供するように努める必要があり、担当職員は、利用者が提示する被保険者証にこれらの記載がある場合には、利用者による趣旨（法第 37 条第 1 項の規定に係る介護予防サービス種類については、その変更の申請ができることを含む。）について説明し、理解を得た上で、その内容に沿って介護予防サービス計画を作成する必要がある。</p>



<p>(27) 担当職員は、要支援認定を受けている利用者が要介護認定を受けた場合は、指定居宅介護支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図るものとする。</p>	
<p>(28) 指定介護予防支援事業者は、法第115条の48第4項の規定に基づき、同条第1項に規定する会議から同条第2項の検討を行うための資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力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。</p>	<p>㊸ 地域ケア会議への協力（第28号）</p> <p>地域包括ケアシステムの構築を推進するため、地域ケア会議が介護保険法上に位置付けられ、関係者等は会議から資料又は情報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ることについて規定しているところである。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ことについて、具体的取扱方針においても、規定を設けたものである。</p>

指定介護予防支援等基準条例第34条各号	解釈
<p>(介護予防支援の提供に当たっての留意点) 第34条 介護予防支援の実施に当たっては、介護予防の効果を最大限に発揮できるように、次に掲げる事項に留意しなければならない。</p>	<p>(2) 条例第34条は、利用者の要支援状態の改善又は悪化の防止という介護予防の効果を最大限発揮するために留意すべき事項を定めたものであり、担当職員は、条例第34条に規定されている事項について常に留意しつつ、介護予防支援を提供する必要がある。</p>
<p>(1) 単に運動機能、栄養状態、口腔機能等特定の機能の改善のみを目指すものではなく、これらの機能の改善、環境の調整等を通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。</p>	<p>① 条例第34条第1号については、介護予防が単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった利用者の特定の機能を向上させることを目的とするものではなく、これらの心身機能の改善や環境調整などを通じて、利用者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう総合的に支援することを目的として行われるものである。担当職員は、支援を行うことによって利用者がどのような生活を営むことができるのかということを常に留意しながら、支援を行う必要があることを規定したものである。</p>
<p>(2) 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるように支援すること。</p>	<p>② 同条第2号については、介護予防の取組は、あくまでも利用者が自ら主体的に取り組むことが不可欠であり、そうした主体的な取組がなければ介護予防の十分な効果を期待できないおそれがあることから、担当職員は、介護予防支援の提供を通じて、利用者の意欲が高まるようコミュニケーションの取り方をはじめ、様々な工夫をして、適切な働きかけを行う必要があることを規定したものである。</p>
<p>(3) 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、介護予防サービス事業者等とともに目標を共有すること。</p>	<p>③ 同条第3号については、利用者の状態に応じた目標を設定し、利用者が介護予防に意欲を持つて主体的に取り組んだり、支援を受けることによってどのような生活を営めるようになるのかを理解することが重要である。また、介護予防サービス事業者等が設定された目標を共有することにより、その目標を達成するために適切な支援を行うことが重要であることを規定したものである。この場合、利用者が主体的に目標の達成に取り組めるよう、利用者と一緒に目標を設定することが重要である。</p>
<p>(4) 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うように配慮すること。</p>	<p>④ 同条第4号については、介護予防の取組が利用者のできる行為を増やし、自立した生活を実現することを目指すものであることから、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行うことが基本であり、利用者のできる能力を阻害するようなサービスを提供しないよう配慮すべきことを規定したものである。</p>
<p>(5) サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス及び福祉サービス、利用者が居住する地域の住民による自発的な活動による</p>	<p>⑤ 同条第5号については、介護予防においては利用者の生きがいや自己実現のための取組を含めて利用者の生活全般を総合的に支援することが必要であり、介護予防支援の提供に当たっては、介護予防サービスのみで利用者を支援する</p>

<p>サービス等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用すること。</p>	<p>のではなく、利用者自身の取組や家族の支援、様々な保健医療サービスや福祉サービス、地域における住民の自発的な活動など多様な主体によるサービスがサービス担当者会議等の機会を通じてそれぞれ連携して提供されるよう配慮すべきことを規定したものである。</p>
<p>(6) 地域支援事業及び介護給付並びに連続性及び一貫性を持った支援を行うように配慮すること。</p>	<p>⑥ 同条第6号については、地域支援事業及び介護給付との連続性及び一貫性を持たせることを規定したものである。具体的には、要支援者の心身の状態が改善したり、悪化することにより、地域支援事業における二次予防事業の対象者となったり、要介護者と認定されることがある。また、二次予防事業の対象者の心身の状態が悪化したり、要介護者の心身の状態が改善することにより要支援者と認定されることもある。このような場合に、利用者に対する支援が連続性及び一貫性を持って行われるよう、指定介護予防支援事業者が地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者と連携を図るべきことを規定したものである。</p>
<p>(7) 介護予防サービス計画の策定に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとする。</p>	<p>⑦ 同条第7号については、利用者が要支援に至る過程やその状態は様々であり、また、利用者の意欲や生活の状況等によって、その取組の方法についても利用者によって様々であることから、一人ひとりの利用者に応じて、効果的なサービスが提供されるよう支援すべきことを規定したものである。</p>
<p>(8) 機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。</p>	<p>⑧ 同条第8号については、介護予防支援の提供を通じて利用者の機能が改善した場合には、その機能が維持できるように、利用者自らが継続的に意欲を持って取り組めるよう支援すべきことを規定したものである。</p>

## 5 ケアマネジメントプロセス関係

### (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。

#### ① 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
- ・ 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

#### ② 運営規程に記載すべき項目

- ・ 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
- ・ 営業日及び営業時間
- ・ 登録定員並びに通いサービス及び宿泊サービスの利用定員
- ・ サービスの内容及び利用料その他の費用の額
- ・ 通常の事業の実施地域
- ・ サービス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）

ケアプランの作成に当たっては、適切な方法により課題を把握（アセスメント）する必要があります。アセスメントに当たっては、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う必要があります。

### ① 居宅介護支援におけるアセスメント

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ものであるが、この課題分析の手法については、別途通知するところによるものである。

#### ○ 別途通知とは

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）（以下「標準様式通知」という。）

#### ○ 適切な方法とは

個別の課題分析手法については、別添の「標準課題分析項目」を具備することをもって、それに代えることができます。

したがって、適切な方法によるアセスメントの結果の記録には、当該標準課題分析項目（23項目）の全てを記載する必要があります。

### ● 留意事項

- ・ アセスメントの結果の記録に、23項目を全て記載すること。
- ・ 独自のアセスメントシートを使用されている事業所は、アセスメントの際に23項目の確認・記録漏れがないよう、独自のアセスメントシートにあらかじめ23項目を設定すること。

・ 「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

## ② 介護予防支援におけるアセスメント

担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有している生活機能、健康状態、置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる領域ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及びその家族の意欲及び意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用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べき総合的な課題を把握しなければならない。

- ア 運動及び移動
- イ 家庭生活を含む日常生活
- ウ 社会参加並びに対人関係及び意思疎通
- エ 健康管理

### ○ 介護予防支援におけるアセスメントの考え方

介護予防サービス計画は、個々の利用者の特性に応じて作成されることが重要である。このため担当職員は、介護予防サービス計画の作成に先立ち利用者の課題分析を行うこととなる。

課題分析では、利用者の有する生活機能や健康状態、置かれている環境等を把握した上で、利用者が日常生活を送る上での運動・移動の状況、日常生活（家庭生活）の状況、社会参加、対人関係・コミュニケーションの状況、健康管理の状況をそれぞれ把握し、利用者及びその家族の意欲・意向を踏まえて、主には4つの領域ごとに利用者が現に抱えている問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用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べき総合的な課題を把握する必要がある。

### ○ 介護予防支援に係る標準様式通知

介護予防支援業務に係る関連様式例の提示について（平成 18 年 3 月 31 日老振発第 0331009 号）（以下「標準様式通知」という。）

## ● 留意事項

標準様式通知には、アセスメントの際の留意点など、介護予防サービス・支援計画書の適切な作成等を担保するための必要最低限の標準様式例やその記載要領が掲載されています。



### (3) ケアプラン原案の作成

利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、法令で定められた内容等を記載したケアプラン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。

#### ① 居宅サービス計画原案における目標（長期目標・短期目標）について

##### ○ 「標準様式通知に基づく目標の設定理由」

「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、綿密に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、計画的支援に結び付けるのがこの「目標」のねらいである。

すなわち、必要な「サービス内容」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。

##### ○ 「標準様式通知に基づく目標の記載要領」

「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、解決に結び付けるものである。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分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。

#### ● 留意事項

- ・ サービス提供事業所による適切な介護サービスには、ケアプランの目標を分かりやすく具体的で、実際に解決が可能と見込まれるものとする必要があります。
- ・ 標準様式通知の記載要領を踏まえ、モニタリング・評価の際に、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は重要であるといえます。

## ② 介護予防サービス計画原案における目標について

### ○ 「標準様式通知に基づく（課題に対する目標と具体策の提案）の記載要領」

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できるため、地域包括支援センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な支援やサービスは、特定高齢者施策や介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。

今後、次の項目である「具体策についての意向 本人・家族」欄で同意が得られた場合は、ここで提案した目標と具体策が介護予防サービス計画の目標と支援内容につながっていく。

計画作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。

### ○ 「標準様式通知に基づく（具体策についての意向 本人・家族）の記載要領」

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点を確認できる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。

合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載する。合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。

### ○ 「標準様式通知に基づく（目標）の記載要領」

「具体策についての意向 本人・家族」欄に記載した利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。当初から「課題に対する目標と具体策の提案」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載してもよい。

## ● 留意事項

- ・ サービス提供事業所による適切な介護サービスには、ケアプランの目標を分かりやすく具体的で、実際に解決が可能と見込まれるものとする必要があります。
- ・ 標準様式通知の記載要領を踏まえ、モニタリング・評価の際に、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は重要であるといえます。

## (4) サービス担当者会議

### ① サービス担当者会議による専門的意見の聴取

ケアプランを作成するときは、やむを得ない場合を除き、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担当者と共有するとともに、当該ケアプラン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必要があります。なお、やむを得ない場合に該当する場合には、担当者に対する照会等により意見を求める必要があります。

#### ○ ①における「やむを得ない場合」の想定（居宅介護支援の場合）

- ・ 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。）の意見を勘案して必要と認める場合
- ・ 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
- ・ 居宅サービス計画の変更であって、利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合

#### ○ ①における「やむを得ない場合」の想定（介護予防支援の場合）

- ・ 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
- ・ 介護予防サービス計画の変更であって、利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合

### ② ケアプランの変更の必要性についてのサービス担当者会議による専門的意見の聴取

以下の場合は、やむを得ない場合を除き、サービス担当者会議の開催により、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必要があります。なお、やむを得ない場合に該当する場合には、担当者に対する照会等により意見を求める必要があります。

〔居宅介護支援の場合〕

- ・ 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

〔介護予防支援の場合〕

- ・ 要支援認定を受けている利用者が要支援更新認定を受けた場合
- ・ 要支援認定を受けている利用者が要支援状態区分の変更の認定を受けた場合

#### ○ ②における「やむを得ない場合」の想定（居宅介護支援・介護予防支援 共通）

- ・ 開催日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
- ・ ケアプラン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

### ③ 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

ケアプランに（介護予防）福祉用具貸与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、当該ケアプランに（介護予防）福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して（介護予防）福祉用具貸与を受ける必要性について検証した上で、継続して（介護予防）福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由をケアプランに記載する必要があります。

ケアプランに特定（介護予防）福祉用具販売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、当該計画に特定（介護予防）福祉用具販売が必要な理由を記載する必要があります。

### ● 留意事項

- ・ 「やむ得ない場合」と判断し、サービス担当者会議を開催しない場合には、支援経過等にその理由を記載するとともに、サービス担当者の氏名・所属（職種）、照会（依頼）年月日、照会（依頼）した内容及び回答を記載すること。
- ・ また、サービス担当者会議に出席できないサービス担当者がある場合にも、支援経過等に、当該会議に出席できない理由、その担当者の氏名・所属（職種）、照会（依頼）年月日、照会（依頼）した内容及び回答を記載すること。
- ・ ケアプランに（介護予防）福祉用具貸与及び特定（介護予防）福祉用具販売を位置付ける場合には、サービス担当者会議を開催し、当該ケアプランに（介護予防）福祉用具貸与及び特定（介護予防）福祉用具販売が必要な理由を記載すること。
- ・ （介護予防）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（介護予防）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、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、その理由を再びケアプランに記載すること。

## （５） ケアプラン確定・実行（説明・同意・交付・個別サービス計画の提出依頼）

### ① ケアプランの説明・同意・交付

ケアプラン原案に位置付けた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、当該ケアプラン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る必要があります。

ケアプランを作成した際には、当該ケアプランを利用者及び担当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（居宅介護支援の場合）

- ・ 第1表 居宅サービス計画書（1）
- ・ 第2表 居宅サービス計画書（2）
- ・ 第3表 週間サービス計画表
- ・ 第6表 サービス利用票（提供票）
- ・ 第7表 サービス利用票別表（提供票別表）

※標準様式通知におけ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表に相当するすべてについて説明・同意を必要とする。

## ○ 説明・同意・交付を要するケアプラン（介護予防支援の場合）

### ・ 介護予防サービス・支援計画書

※標準様式通知における介護予防サービス・支援計画書に相当するすべてについて説明・同意を得ることが望ましいが、少なくとも「目標」、「支援計画」、「【本来行うべき支援ができない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針」、「総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント」欄に相当するものについては、説明・同意を必要とする。

## ● 留意事項

- ・ 利用者によるサービスの選択やサービス内容等への利用者への意向の反映の機会を保障するため、サービスの開始までには、余裕を持って説明・同意を得ること。
- ・ 第1表から第3表まで、第6表及び第7表に相当するすべてについて説明・同意・交付したことについて、確認できるよう記録すること。
- ・ 記録については、下記のように説明・同意とともに、交付したことを確認できるようにする他、支援経過等に記録する方法でも差し支えありません。

〔記録の記載例〕

居宅サービス計画について、説明を受け、同意し、交付を受けました。

平成 年 月 日 氏名 大村 花子 印

- ・ 担当者に対してケアプランを交付する際には、当該ケアプランの趣旨及び内容等について十分に説明し、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サービス等の当該ケアプランにおける位置付けを理解できるように配慮すること。

## ② 個別サービス計画の提出依頼

ケアプランに位置付けた指定居宅サービス事業者等（指定介護予防サービス事業者等）に対して、居宅サービス等基準（介護予防サービス等基準）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。

## ● 留意事項

- ・ ケアプランに位置付けてあるサービス担当者全員から個別サービス計画を漏れなく取得すること。この際、利用者が同意した正式な個別サービス計画を取得すること。
- ・ 担当者にケアプランを交付したときは、担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め、ケアプラン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。

## ③ 個別サービス計画作成の指導及び報告の聴取（※介護予防支援のみ）

指定介護予防支援事業所の担当職員は、指定介護予防サービス事業者等に対して、ケアプランに基づき、個別サービス計画の作成を指導するとともに、サービスの提供状況、利用者の状態等に関する報告を少なくとも1月に1回、聴取する必要があります。

## ● 留意事項

- ・ 担当職員は、サービスの担当者に対してケアプランを交付する際には、当該ケアプランの趣旨及び内容等について十分に説明し、各サービスの担当者との共有、連携を図った上で、各サービスの担当者が自ら提供する介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス等の当該ケアプランにおける位置付けを理解できるように配慮するとともに、当該サービスの担当者がケアプランの内容に沿って、個別サービスを作成されるよう必要な援助を行う必要があります。
- ・ 利用者の状況や課題の変化は、利用者に直接サービスを提供する指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防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、担当職員は、当該サービス事業者等のサービスの担当者と緊密な連携を図り、設定された目標との関係を踏まえて利用者の状況や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を整備する必要があります。
- ・ そのため、各サービスの担当者がサービスの実施を開始した後は、それぞれのサービスの担当者から、少なくとも1月に1回、指定介護予防サービス事業所、指定地域密着型介護予防サービス事業所等への訪問、電話、FAX等の方法により、サービスの実施状況、サービスを利用している際の利用者の状況、サービス実施の効果について把握するために聴取する必要があります。

## (6) モニタリング・評価

ケアプランの作成後、ケアプランの実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じてケアプランの変更、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ものとする。

### ① 居宅介護支援におけるモニタリング・評価

特段の事情のない限り、次に定めるところにより実施する必要があります。

- ア 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。
- イ 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。

#### ○ 特段の事情とは

利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用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、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・評価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

※この項目については、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

- ・ 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。

## ② 介護予防支援におけるモニタリング

特段の事情のない限り、次に定めるところにより実施する必要があります。

- ア 少なくとも以下のときは、利用者の居宅を訪問し、利用者と面接すること。
- ・ サービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月に1回
  - ・ サービスの評価期間が終了する月
  - ・ 利用者の状況に著しい変化があったとき
- イ 利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防サービス事業所等を訪問する等の方法により利用者との面接するように努めるとともに、当該面接ができない場合にあつては、電話等により利用者との連絡を実施すること。
- ウ 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。

### ○ 特段の事情とは

利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者との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、担当職員に起因する事情は含まれない。

## ● 留意事項

- ・ 特段の事情のない限り、**少なくともサービスの期間終了月、サービス提供した月の翌月から起算して3月に1回のいずれかに該当する場合には**利用者の居宅で面接を行う必要があります。
- ・ 利用者の居宅で面接しない月においても、指定介護予防サービス事業所等への訪問、利用者への電話等の方法により、利用者自身にケアプランの実施状況について確認を行い、1月に1回はその結果を記録するとともに、利用者の状況に変化があるときは、利用者宅を訪問して確認を行う必要があります。
- ・ 居宅介護支援と同様に、モニタリングでは、ケアプランに定めた目標の達成度を把握する視点が重要といえます。

## ③ 介護予防支援における評価

担当職員は、介護予防サービス計画に位置付けた期間が終了するときは、当該介護予防サービス計画の目標の達成状況について評価する必要があります。

## ● 留意事項

- ・ ケアプランで定めた期間の終了時には、モニタリングの結果を踏まえ、目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定する必要があります。評価の結果により、必要に応じてケアプランの見直しを行うこととなる。
- ・ 評価の実施に際しては、利用者の状況を適切に把握し、**利用者及び家族の**意見を徴する必要があることから、利用者宅を訪問して行う必要があります。
- ・ 目標の達成度の測定は、設定した目標の妥当性（評価可能で具体的な内容であり解決が可能と見込まれるかどうか）の判断にも繋がります。

## (7) ケアプランの変更

ケアプランを変更する際には、原則として、新規にケアプランを作成するに当たっての一連の業務を行うことが必要であるが、利用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。

なお、この軽微な変更とは、例えばサービス提供日時の変更等で、介護支援専門員（担当職員）が一連の業務を行う必要性がないと判断したものをいう。

※「軽微な変更」に該当するかどうかの判断は、介護保険最新情報 Vol.155（「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直し」に関するご意見への対応について）をご参照ください。

ケアプランの軽微な変更の内容について (ケアプラン作成)	<p>ケアプランを変更する際には、原則として、ケアプラン作成に当たっての一連の業務を行うことを規定しているが、「利用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。」としているところである。</p> <p>なお、下記の内容はあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が本市の基準条例に規定するケアプラン作成の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ある。</p>	
1	サービス提供の曜日変更	<p>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」に該当する可能性があるものと考えられる。</p>
2	サービス提供の回数変更	<p>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」に該当する可能性があるものと考えられる。</p>
3	利用者の住所変更	<p>利用者の住所変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。</p>
4	事業所の名称変更	<p>単なる事業所の名称変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。</p>
5	目標期間の延長	<p>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」に該当する可能性があるものと考えられる。</p>
6	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	<p>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」に該当する可能性があるものと考えられる。</p>
7	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	<p>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」に該当する可能性があるものと考えられる。</p>
8	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	<p>第1表の総合的な援助の方針や第2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」に該当する可能性があるものと考えられる。</p>
9	介護支援専門員（担当職員）の変更	<p>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」に該当する可能性があるものと考えられる。</p>



## ● 留意事項

小規模多機能型居宅介護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員は、指定居宅介護支援の事業の基準に沿って指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が通常行っている業務を、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員は、指定介護予防支援の事業の基準に沿って地域包括支援センター（指定介護予防支援事業所）の担当職員が通常行っている業務を行う必要がありますが、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護に係るケアプランの作成に関して、指定居宅介護支援の基準又は指定介護予防支援の基準の内容と完全に当てはまるものではありませんのでご注意ください。

## ○ 関係Q & A

（問）

小規模多機能型居宅介護は、あらかじめサービスの利用計画を立てていても、利用日時の変更や利用サービスの変更（通いサービス→訪問サービス）が多いが、こうした変更の後に、「居宅サービス計画」のうち週間サービス計画表（第3表）やサービス利用票（第7表）等を再作成する必要があるのか。

（答）

当初作成した「居宅サービス計画」の各計画表に変更がある場合には、原則として、各計画表の変更を行う必要があるが、小規模多機能型居宅介護は、利用者の様態や希望に応じた弾力的なサービス提供が基本であることを踏まえ、利用者から同意を得ている場合には、利用日時の変更や利用サービスの変更（通いサービス→訪問サービス）の度に計画の変更を行う必要はなく、実績を記載する際に計画の変更を行うこととして差し支えない。〔平成19年3月19日全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料 Q&A〕

## (8) 記録の保存

事業者は、介護支援専門員（担当職員）その他の従業者、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。

### ① 小規模多機能型居宅介護（基準条例第108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
- ・ 居宅サービス計画
- ・ 小規模多機能型居宅介護計画
- ・ 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

### ② 介護予防小規模多機能型居宅介護（予防基準条例第65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
- ・ 指定介護予防サービス等の利用に係る計画
- ・ 介護予防小規模多機能型居宅介護計画
- ・ 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

### ③ 看護小規模多機能型居宅介護（基準条例第203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
- ・ 居宅サービス計画
- ・ 看護小規模多機能型居宅介護計画
- ・ 身体的拘束等に係る記録
- ・ 主治の医師による指示の文書
- ・ 看護小規模多機能型居宅介護報告書
- ・ 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

## 6 個別サービス計画 関係規定の確認

### (1) 小規模多機能型居宅介護計画・介護予防小規模多機能型居宅介護計画

小規模多機能型居宅介護の利用者（要介護1～5の被保険者）については、原則として、居宅サービス計画と併せて小規模多機能型居宅介護計画の作成が必要であり、それぞれにおいて連動性や整合性を図る必要があります。

一方、介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者（要支援1・2）については、原則として、介護予防サービス計画と併せて介護予防小規模多機能型居宅介護計画の作成が必要であり、同様に連動性や整合性を図る必要があります。

#### ○ 小規模多機能型居宅介護計画の作成

基準条例	解釈
<p>(小規模多機能型居宅介護計画の作成)</p> <p>第97条 指定小規模多機能型居宅介護事業所の管理者は、介護支援専門員（第83条第12項の規定により介護支援専門員を配置していないサテライト型指定小規模多機能型居宅介護事業所にあつては、研修修了者。以下この条において同じ。）に、小規模多機能型居宅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>(8) 小規模多機能型居宅介護計画の作成</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 介護支援専門員は、小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、地域における活動への参加の機会が提供されること等により、利用者の多様な活動が確保されるものとなるように努めなければならない。</p>	<p>② 条例第97条第2項に定める「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(しこう)に応じた活動等をいうものである。</p>
<p>3 介護支援専門員は、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、他の小規模多機能型居宅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小規模多機能型居宅介護計画を作成するとともに、これを基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせた介護を行わなければならない。</p>	<p>③ 小規模多機能型居宅介護計画は、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、介護支援専門員又はサテライト事業所の研修修了者は、小規模多機能型居宅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、当該小規模多機能型居宅介護計画を利用者に交付しなければならない。</p>
<p>4 介護支援専門員は、小規模多機能型居宅介護</p>	<p>なお、交付した小規模多機能型居宅介護計画</p>

<p>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>は、条例第 108 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>5 介護支援専門員は、小規模多機能型居宅介護計画を作成した際には、当該小規模多機能型居宅介護計画を利用者に交付しなければならない。</p> <p>6 介護支援専門員は、小規模多機能型居宅介護計画の作成後においても、常に小規模多機能型居宅介護計画の実施状況及び利用者の様態の変化等の把握を行い、必要に応じて小規模多機能型居宅介護計画の変更を行う。</p> <p>7 第 2 項から第 5 項までの規定は、前項に規定する小規模多機能型居宅介護計画の変更について準用する。</p>	<p>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。</p>

○ 介護予防小規模多機能型居宅介護計画

<p>予防基準条例</p>	<p>解釈</p>
<p>(指定介護予防小規模多機能型居宅介護の具体的取扱方針)</p> <p>第 68 条 指定介護予防小規模多機能型居宅介護の方針は、第 44 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) 指定介護予防小規模多機能型居宅介護の具体的取扱方針</p>
<p>(1) 指定介護予防小規模多機能型居宅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</p>	<p>① 予防条例第 68 条第 1 号から第 3 号は、介護支援専門員は、指定介護予防サービス等の利用に係る計画及び介護予防小規模多機能型居宅介護計画を作成しなければならない(サテライト事業所の介護予防小規模多機能型居宅介護</p>

<p>把握を行うものとする。</p> <p>(2) 介護支援専門員は、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、指定介護予防支援等基準条例第33条各号に掲げる具体的取組方針及び指定介護予防支援等基準条例第34条各号に掲げる留意点に沿って、指定介護予防サービス等の利用に係る計画を作成するものとする。</p> <p>(3) 介護支援専門員又はサテライト型指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の研修修了者（以下この条において「介護支援専門員等」という。）は、第1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、他の介護予防小規模多機能型居宅介護従業者と協議の上、指定介護予防小規模多機能型居宅介護の目標、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小規模多機能型居宅介護計画を作成するとともに、これを基本としつつ、利用者の日々の様態、希望等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせた介護を行わなければならない。</p>	<p>計画については研修修了者が作成するものである。）こととしたものである。このため、介護支援専門員は、地域包括支援センター（介護予防支援事業者）の職員が行う業務と同様の業務を行うことになる。</p> <p>また、介護予防小規模多機能型居宅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や介護支援専門員が開催するサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の状況を把握・分析し、指定介護予防小規模多機能型居宅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、介護予防小規模多機能型居宅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>(4) 介護支援専門員等は、介護予防小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、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なければならない。</p>	<p>② 同条第4号に定める「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>(5) 介護支援専門員等は、介護予防小規模多機能型居宅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>(6) 介護支援専門員等は、介護予防小規模多機能型居宅介護計画を作成した際には、当該介</p>	<p>③ 同条第5号、第6号、第9号及び第10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、介護予防小規模多機能型居宅介護計画は、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</p>

護予防小規模多機能型居宅介護計画を利用者に交付しなければならない。

- (7) 指定介護予防小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、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、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、適切に行うものとする。
- (8) 指定介護予防小規模多機能型居宅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うものとする。
- (9) 指定介護予防小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、介護予防小規模多機能型居宅介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行うものとする。
- (10) 指定介護予防小規模多機能型居宅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うものとする。

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。管理者は、介護予防小規模多機能型居宅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。

また、介護予防小規模多機能型居宅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が、当該介護予防小規模多機能型居宅介護計画は、予防条例第65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。

- ④ 指定介護予防小規模多機能型居宅介護の制度上は週1回程度の利用でも所定点数の算定は可能であるが、利用者負担等も勘案すれば、このような利用は必ずしも合理的ではなく、運営推進会議に通いサービスの回数等を報告し、適切なサービス提供であるかどうかの評価を受けることが必要となるものである。

指定介護予防小規模多機能型居宅介護は、通いサービスを中心として、利用者の様態や希望に応じて、訪問サービスや宿泊サービスを組み合わせるサービスを提供するという弾力的なサービス提供が基本であり、宿泊サービスの上限は設けず、重度の者であれば、運営推進会議に対し報告し、評価を受けることを前提として、ほぼ毎日宿泊する形態も考えられる。しかしながら、ほぼ毎日宿泊するような者が増え、他の利用者の宿泊に対応できないような状況になれば、他の利用者が適切にサービスが利用できるよう調整を行うことが必要となるものである。

<p>(11) 指定介護予防小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、通いサービスの利用者が登録定員に比べて著しく少ない状態が続くものであってはならない。</p>	<p>⑤ 予防条例第 68 条第 11 号に定める「通いサービスの利用者が登録定員に比べて著しく少ない」とは、登録定員のおおむね 3 分の 1 以下が目安となる。登録定員が 25 人の場合は通いサービスの利用者が 8 人以下であれば、著しく少ない状態といえる。</p>
<p>(12) 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者は、登録者が通いサービスを利用していない日においては、可能な限り、訪問サービスの提供、電話連絡による見守り等を行う等登録者の居宅における生活を支えるために適切なサービスを提供しなければならない。</p>	<p>⑥ 同条第 12 号に定める「適切なサービス」とは、1 の利用者に対して、通いサービス、宿泊サービス及び訪問サービスを合わせて概ね週 4 回以上行うことが目安となるものである。指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者は、通いサービス、宿泊サービス及び訪問サービスを提供しない日であっても、電話による見守りを含め、利用者に何らかの形で関わることを望ましい。</p> <p>なお、指定介護予防小規模多機能型居宅介護の訪問サービスは身体介護に限られないため、利用者宅を適宜訪問し、見守りの意味で声かけ等を行った場合でも訪問サービスの回数に含めて差し支えない。</p>
<p>(13) 介護支援専門員等は、介護予防小規模多機能型居宅介護計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該介護予防小規模多機能型居宅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、当該介護予防小規模多機能型居宅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>(14) 介護支援専門員等は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防小規模多機能型居宅介護計画の変更を行うものとする。</p> <p>(15) 第 1 号から第 13 号までの規定は、前号</p>	<p>⑦ 同条第 13 号及び第 14 号は、介護支援専門員又は研修修了者は、介護予防小規模多機能型居宅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、利用者の介護予防小規模多機能型居宅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小規模多機能型居宅介護計画の変更を行うこととしたものである。</p> <p>⑧ 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所において短期利用介護予防居宅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小規模多機能型</p>

に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護計画の変更について準用する。

居宅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「介護予防小規模多機能型居宅介護計画」と読み替えるものとする。

●参考掲載（第3の四の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介護予防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、当該介護予防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。



## (2) 看護小規模多機能型居宅介護計画・看護小規模多機能型居宅介護報告書

看護小規模多機能型居宅介護の利用者については、原則として、居宅サービス計画と併せて看護小規模多機能型居宅介護計画及び看護小規模多機能型居宅介護報告書の作成が必要であり、それぞれにおいて連動性や整合性が取れたものである必要があります。

### ○ 看護小規模多機能型居宅介護計画

基準条例	解釈
<p>(看護小規模多機能型居宅介護計画及び看護小規模多機能型居宅介護報告書の作成)</p> <p>第201条 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の管理者は、介護支援専門員（第193条第13項の規定により介護支援専門員を配置していないサテライト型指定看護小規模多機能型居宅介護事業所にあつては、研修修了者。以下この条において同じ。）に指定看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に関する業務を、看護師等（准看護師を除く。第9項において同じ。）に看護小規模多機能型居宅介護報告書の作成に関する業務を担当させるものとする。</p> <p>2 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、看護師等と密接な連携を図りつつ行わなければならない。</p>	<p>(3) 看護小規模多機能型居宅介護計画及び看護小規模多機能型居宅介護報告書の作成 (条例第201条)</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 当該計画の作成は利用者ごとに、介護支援専門員が行うものであるが、看護小規模多機能型居宅介護計画のうち看護サービスに係る記載については、看護師等と密接な連携を図ること。なお、看護サービスに係る計画とは、利用者の希望、主治医の指示、看護目標及び具体的なサービス内容等を含むものであること。</p>
<p>3 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、地域における活動への参加の機会が提供されること等により、利用者の多様な活動が確保されるものとなるように努めなければならない。</p> <p>4 介護支援専門員は、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、他の看護小規模多機能型居宅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看護小規模多機能型居宅介護計画を作成するとともに、これを基本としつつ、利用者の日々の様態、希望</p>	<p>③ 条例第201条第3項に定める「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 看護小規模多機能型居宅介護計画は、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、介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅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</p>

<p>等を勘案し、随時適切に通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを組み合わせた看護及び介護を行わなければならない。</p> <p>5 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅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>6 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画を作成した際には、当該看護小規模多機能型居宅介護計画を利用者に交付しなければならない。</p> <p>7 介護支援専門員は、看護小規模多機能型居宅介護計画の作成後においても、常に看護小規模多機能型居宅介護計画の実施状況及び利用者の様態の変化等の把握を行い、必要に応じて看護小規模多機能型居宅介護計画の変更を行う。</p> <p>8 第2項から第6項までの規定は、前項に規定する看護小規模多機能型居宅介護計画の変更について準用する。</p>	<p>意を得なければならない。また、当該看護小規模多機能型居宅介護計画を利用者に交付しなければならない。</p> <p>なお、交付した看護小規模多機能型居宅介護計画は、条例第203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>⑤ 看護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、居宅サービス計画に基づきサービスを提供している看護小規模多機能型居宅介護事業者については、第3の4の(8)の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「看護小規模多機能型居宅介護計画」と読み替えるものとする。</p> <p>●参考掲載（第3の4の4の(8)④）</p> <p>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<u>看護小規模多機能型居宅介護計画</u>の提供の求めがあった際には、当該<u>看護小規模多機能型居宅介護計画</u>を提供することに協力するよう努めるものとする。</p>
<p>9 看護師等は、訪問日、提供した看護内容等を記載した看護小規模多機能型居宅介護報告書を</p>	<p>⑥ 看護師等（准看護師を除く。）は、看護小規模多機能型居宅介護報告書に、訪問を行った</p>

作成しなければならない。

10 前条第4項の規定は、看護小規模多機能型居宅介護報告書の作成について準用する。

●参考掲載（前条第4項）

4 当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が病院又は診療所である場合にあつては、前2項の規定にかかわらず、第2項の主治の医師の文書による指示及び前項の看護小規模多機能型居宅介護報告書の提出は、診療記録への記載をもって代えることができる。

日、提供した看護内容、サービス提供結果等を記載する。なお、条例第201条に規定する報告書は、訪問の都度記載する記録とは異なり、主治医に定期的に提出するものをいい、当該報告書の記載と先に主治医に提出した看護小規模多機能型居宅介護計画の記載において重複する箇所がある場合は、当該報告書における重複箇所の記載を省略しても差し支えないこと。

⑦ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の常勤の保健師又は看護師は、看護小規模多機能型居宅介護計画に沿った看護サービスの実施状況を把握し、看護小規模多機能型居宅介護計画及び看護小規模多機能型居宅介護報告書に関し、助言、指導等必要な管理を行わなければならない。

⑧ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業者は、主治医との連携を図り、適切な看護サービスを提供するため、看護小規模多機能型居宅介護計画及び看護小規模多機能型居宅介護報告書を定期的に主治医に提出しなければならない。

## 7 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 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） サービス種類相互の算定関係

(介護予防)小規模多機能型居宅介護を受けている間については、(介護予防)訪問看護費、(介護予防)訪問リハビリテーション費、(介護予防)居宅療養管理指導費及び(介護予防)福祉用具貸与費を除く指定居宅(介護予防)サービス並びに指定地域密着型(介護予防)サービスに係る費用の額は算定しない。

一方、看護小規模多機能型居宅介護を受けている間については、訪問リハビリテーション費、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与費を除く指定居宅サービス並びに指定地域密着型サービスに係る費用は算定しない。

### （4） 介護報酬請求上の注意点

算定実績がある項目や各サービスに共通する項目について、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。

## 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護

### ① 生活機能向上連携加算

#### ○ 算定基準の内容

#### 又 生活機能向上連携加算

(1) 生活機能向上連携加算 (Ⅰ) 100単位

(2) 生活機能向上連携加算 (Ⅱ) 200単位

注1 (1) について、介護支援専門員（指定地域密着型サービス基準第63条第10項に規定する介護支援専門員をいう。注2において同じ。）が、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の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画（指定地域密着型サービス基準第77条第1項に規定する小規模多機能型居宅介護計画をいう。この注及び注2において同じ。）を作成し、当該小規模多機能型居宅介護計画に基づく指定小規模多機能型居宅介護を行ったときは、初回の当該指定小規模多機能型居宅介護が行われた日の属する月に、所定単位数を加算する。

注2 (2) について、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、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際に介護支援専門員が同行する等により、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小規模多機能型居宅介護計画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、当該小規模多機能型居宅介護計画に基づく指定小規模多機能型居宅介護を行ったときは、初回の当該指定小規模多機能型居宅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。ただし、(1)を算定している場合は、算定しない。

#### ○ 留意事項通知の内容

#### (14) 生活機能向上連携加算について

##### ① 生活機能向上連携加算(Ⅱ)について

イ 「生活機能の向上を目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画」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、単に訪問介護員等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、訪問介護員等が提供する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の内容を定めたものでなければならない。

ロ イの定期巡回・随時対応型訪問介護看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、認可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心として半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。以下2において同じ。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下2において「理学療法士等」という。）が利用者の居宅を訪問する際に計画作成責任者が同

行する又は当該理学療法士等及び計画作成責任者が利用者の居宅を訪問した後に共同してカンファレンス（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）第13条第9号に規定するサービス担当者会議として開催されるものを除く。）を行い、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責任者が共同して、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。

ハ イの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画には、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。

a 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

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

c b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

d b及びcの目標を達成するために訪問介護員等が行う介助等の内容

ニ ハのb及びcの達成目標については、利用者の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見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。

ホ イの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画及び当該計画に基づく訪問介護員等が行う指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の内容としては、例えば次のようなものが考えられること。

達成目標として「自宅のポータブルトイレを1日1回以上利用する（1月目、2月目の目標として座位の保持時間）」を設定。

（1月目）訪問介護員等は週2回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が5分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守り及び付き添いを行う。

（2月目）ベッド上からポータブルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。

（3月目）ベッド上からポータブルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う（訪問介護員等は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護提供時以外のポータブルトイレの利用状況等について確認を行う）。

ヘ 本加算は口の評価に基づき、イの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づき提供された初回の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看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、再度口の評価に基づき定

期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を見直す必要があること。なお、当該3月の間に利用者に対する指定訪問リハビリテーション又は指定通所リハビリテーション等の提供が終了した場合であっても、3月間は本加算の算定が可能であること。

ト 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の改善状況及びハのbの達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと。

## ② 生活機能向上連携加算(I)について

イ 生活機能向上連携加算(I)については、①ロ、へ及びトを除き①を適用する。本加算は、理学療法士等が自宅を訪問せずにADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握した上で計画作成責任者に助言を行い、計画作成責任者が、助言に基づき①イの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成(変更)するとともに、計画作成から3月経過後、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することを定期的実施することを評価するものである。

a ①イの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成に当たっては、理学療法士等は、当該利用者のADL及びIADLに関する状況について、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場において把握し、又は指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の計画作成責任者と連携してICTを活用した動画やテレビ電話を用いて把握した上で、当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の計画作成責任者に助言を行うこと。なお、ICTを活用した動画やテレビ電話を用いる場合においては、理学療法士等がADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等と計画作成責任者で事前に方法等を調整するものとする。

b 当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の計画作成責任者は、aの助言に基づき、生活機能アセスメントを行った上で、①イの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成を行うこと。なお、①イの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画には、aの助言の内容を記載すること。

c 本加算は、①イの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づき指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供した初回の月に限り、算定されるものである。なお、aの助言に基づき定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を見直した場合には、本加算を算定することは可能であるが、利用者の急性増悪等により定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を見直した場合を除き、①イの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づき指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供した翌月及び翌々月は本加算を算定しない。

d 3月経過後、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すること。なお、再度aの助言に基づき定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を見直した場合には、本加算の算定が可能である。

## ② 看護職員配置加算

### ○ 算定基準の内容

#### へ 看護職員配置加算

注 イについては、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小規模多機能型居宅介護事業所については、当該施設基準に掲げる区分に従い、1月につきそれぞれ所定単位数を加算する。ただし、この場合において、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) 看護職員配置加算（Ⅰ） 900単位
- (2) 看護職員配置加算（Ⅱ） 700単位
- (3) 看護職員配置加算（Ⅲ） 480単位

### ○ 定める基準の内容

#### 二十九 指定小規模多機能型居宅介護における看護職員配置加算に係る施設基準

##### イ 看護職員配置加算（Ⅰ）を算定すべき指定小規模多機能型居宅介護の施設基準

- (1) 専ら当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事する常勤の看護師を一名以上配置していること。
- (2) 通所介護費等の算定方法第七号に規定する基準に該当していないこと。

##### ロ 看護職員配置加算（Ⅱ）を算定すべき指定小規模多機能型居宅介護の施設基準

- (1) 専ら当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事する常勤の准看護師を一名以上配置していること。
- (2) イ（2）に該当するものであること。

##### ハ 看護職員配置加算（Ⅲ）を算定すべき指定小規模多機能型居宅介護の施設基準

- (1) 看護職員を常勤換算方法で一名以上配置していること。
- (2) イ（2）に該当するものであること。



## 看護小規模多機能型居宅介護

### ① 緊急時訪問看護加算

#### ○ 算定基準の内容

##### チ 緊急時訪問看護加算 574単位

注 イについては、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看護小規模多機能型居宅介護事業所が、利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して当該基準により24時間連絡できる体制にあって、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時における訪問を必要に応じて行う体制にある場合（訪問看護サービスを行う場合に限る。）には、1月につき所定単位数を加算する。

#### ○ 定める基準の内容

##### 七 訪問看護費における緊急時訪問看護加算の基準

利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあること。

#### ○ 留意事項通知の内容

##### (8) 緊急時訪問看護加算について

- ① 緊急時訪問看護加算については、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある事業所において、当該事業所の看護師等が訪問看護サービスを受けようとする者に対して、当該体制にある旨及び計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行う体制にある場合には当該加算を算定する旨を説明し、その同意を得た場合に加算する。
- ② 緊急時訪問看護加算については、介護保険の給付対象となる訪問看護サービスを行った日の属する月の所定単位数に加算するものとする。なお当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に訪問看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおける緊急時訪問看護加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における24時間対応体制加算は算定できないこと。
- ③ 緊急時訪問看護加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。このため、緊急時訪問看護加算に係る訪問看護サービスを受けようとする利用者に説明するに当たっては、当該利用者に対して、他の事業所から緊急時訪問看護加算に係る訪問看護を受けていないか確認すること。
- ④ 緊急時訪問看護加算の届出は利用者や居宅介護支援事業所が定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を選定する上で必要な情報として届け出させること。なお、緊急時訪問看護加算の算定に当たっては、第1の1の(5)によらず、届出を受理した日から算定するものとする。

## ② ターミナルケア加算

### ○ 算定基準の内容

#### ヌ ターミナルケア加算 2, 000単位

注 イについては、在宅又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所で死亡した利用者に対して、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看護小規模多機能型居宅介護事業所が、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日（死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に訪問看護を行っている場合にあっては、1日）以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所以外の場所で死亡した場合は、当該利用者の死亡月につき所定単位数を加算する。

### ○ 定める基準の内容

#### ハ 訪問看護費におけるターミナルケア加算の基準

- イ ターミナルケアを受ける利用者について二十四時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、指定訪問看護（指定居宅サービス等基準第五十九条に規定する指定訪問看護をいう。以下同じ。）を行うことができる体制を整備していること。
- ロ 主治の医師との連携の下に、指定訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること。
- ハ ターミナルケアの提供について利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されていること。

### ○ 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）

#### 五十五 指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の複合型サービス費のヌの注の厚生労働大臣が定める状態 第八号に規定する状態

#### ハ 指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費の注12の厚生労働大臣が定める状態

次のいずれかに該当する状態

- イ 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸（けい）髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態
- ロ 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

○ 留意事項通知の内容

(15) ターミナルケア加算について

定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるので、2(10)を参照すること。この場合、2(10)①中「在宅」とあるのは「在宅又は看護小規模多機能型居宅介護事業所」と、「訪問看護サービス記録書」とあるのは「看護小規模多機能型居宅介護記録書」とすること。

(10) ターミナルケア加算について

- ① ターミナルケア加算については、在宅〔在宅又は看護小規模多機能型居宅秋後事業所〕で死亡した利用者の死亡月に算定することとされているが、ターミナルケアを最後に行った日の属する月と、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 ターミナルケア加算は、1人の利用者に対し、1か所の事業所に限り算定できる。なお、当該加算を介護保険で請求した場合には、同月に訪問看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおけるターミナルケア加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護・指導料における在宅ターミナルケア加算（以下2において「ターミナルケア加算等」という。）は算定できないこと。
- ③ 1の事業所において、死亡日及び死亡日前14日以内に医療保険又は介護保険の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ1日以上実施した場合は、最後に実施した保険制度においてターミナルケア加算等を算定すること。この場合において他制度の保険によるターミナルケア加算等は算定できないこと。
- ④ ターミナルケアの提供においては、次に掲げる事項を訪問看護サービス記録書〔看護小規模多機能型居宅介護記録書〕に記録しなければならない。
  - ア 終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護についての記録
  - イ 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の経過についての記録
  - ウ 看取りを含めたターミナルケアの各プロセスにおいて利用者及び家族の意向を把握し、それに基づくアセスメント及び対応の経過の記録  
なお、ウについては、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」等の内容を踏まえ、利用者本人及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。
- ⑤ ターミナルケアを実施中に、死亡診断を目的として医療機関へ搬送し、24時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルケア加算を算定することができるものとする。
- ⑥ ターミナルケアの実施にあたっては、他の医療及び介護関係者と十分な連携を図るよう努めること。

○ 若年性認知症利用者受入加算の算定要件

小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護
<b>算定基準</b>	
<p>ホ 若年性認知症利用者受入加算 800単位</p> <p>注 イについて、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小規模多機能型居宅介護事業所において、若年性認知症利用者に対して小規模多機能型居宅介護を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。ただし、ニ（認知症加算）を算定している場合は、算定しない。</p>	<p>ホ 若年性認知症利用者受入加算 800単位</p> <p>注 イについては、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看護小規模多機能型居宅介護事業所において、若年性認知症利用者に対して指定看護小規模多機能型居宅介護を行った場合は、1月につき所定単位数を加算する。ただし、ニ（認知症加算）を算定している場合は、算定しない。</p>
<b>定める基準</b>	
<p><b>十八 若年性認知症利用者受入加算の基準</b></p> <p>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。</p>	
<b>留意事項通知</b>	
<p><b>(13) 若年性認知症利用者受入加算について</b></p> <p>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。</p>	

○ 栄養スクリーニング加算の算定要件

小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護
<b>算定基準</b>	
<p><b>ル 栄養スクリーニング加算 5単位</b></p> <p>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小規模多機能型居宅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介護支援専門員に提供した場合に、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。</p>	<p><b>ヘ 栄養スクリーニング加算 5単位</b></p> <p>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看護小規模多機能型居宅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介護支援専門員に提供した場合に、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は、算定しない。</p>
<b>定める基準</b>	
<p><b>十九の二 栄養スクリーニング加算の基準</b></p> <p>定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</p>	
<b>留意事項通知</b>	
<p><b>(15) 栄養スクリーニング加算について</b></p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>イ BMIが18.5未満である者</p> <p>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</p> <p>ハ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者</p> <p>ニ 食事摂取量が不良（75%以下）である者</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	

○ サービス提供体制強化加算の算定要件

小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護
<b>算定基準</b>	
<p><b>ワ サービス提供体制強化加算</b></p> <p>注 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小規模多機能型居宅介護事業所が、登録者に対し、指定小規模多機能型居宅介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、イについては1月につき、ロについては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。</p> <p>(1) イを算定している場合</p> <p>(一) サービス提供体制強化加算 (I) イ 640単位</p> <p>(二) サービス提供体制強化加算 (I) ロ 500単位</p> <p>(三) サービス提供体制強化加算 (II) 350単位</p> <p>(四) サービス提供体制強化加算 (III) 350単位</p> <p>(2) ロを算定している場合</p> <p>(一) サービス提供体制強化加算 (I) イ 21単位</p> <p>(二) サービス提供体制強化加算 (I) ロ 16単位</p> <p>(三) サービス提供体制強化加算 (II) 12単位</p> <p>(四) サービス提供体制強化加算 (III) 12単位</p>	<p><b>カ サービス提供体制強化加算</b></p> <p>注 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看護小規模多機能型居宅介護事業所が、登録者に対し、指定看護小規模多機能型居宅介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、イについては1月につき、ロについては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。</p> <p>(1) イを算定している場合</p> <p>(一) サービス提供体制強化加算 (I) イ 640単位</p> <p>(二) サービス提供体制強化加算 (I) ロ 500単位</p> <p>(三) サービス提供体制強化加算 (II) 350単位</p> <p>(四) サービス提供体制強化加算 (III) 350単位</p> <p>(2) ロを算定している場合</p> <p>(一) サービス提供体制強化加算 (I) イ 21単位</p> <p>(二) サービス提供体制強化加算 (I) ロ 16単位</p> <p>(三) サービス提供体制強化加算 (II) 12単位</p> <p>(四) サービス提供体制強化加算 (III) 12単位</p>
<b>定める基準</b>	
<p><b>五十七 小規模多機能型居宅介護費におけるサービス提供体制強化加算の基準</b></p> <p><b>イ サービス提供体制強化加算 (I) イ</b></p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 指定小規模多機能型居宅介護事業所の全ての小規模多機能型居宅介護従業者（指定地域密着型サービス基準第六十三条第一項に規定する小規模多機能型居宅介護従業者をいう。以下同じ。）に対し、小規模多機能型居宅介護従業者ごとに研修計画を作成し、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。</p> <p>(2) 利用者に関する情報や留意事項の伝達又は小規模多機能型居宅介護従業者の技術指導を目的とした会議を定期的に開催していること。</p> <p>(3) 当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の小規模多機能型居宅介護従業者（看護師又は准看護師であるものを除く。）の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の五十以上であること。</p> <p>(4) 通所介護費等算定方法第七号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。</p> <p><b>ロ サービス提供体制強化加算 (I) ロ</b></p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 指定小規模多機能型居宅介護事業所の小規模多機能型居宅介護従業者（看護師又は准看護師であるものを除く。）の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の四十以上であること。</p> <p>(2) イ (1)、(2) 及び (4) に該当するものであること。</p> <p><b>ハ サービス提供体制強化加算 (II)</b></p>	<p><b>八十 複合型サービス費におけるサービス提供体制強化加算の基準</b></p> <p><b>イ サービス提供体制強化加算 (I) イ</b></p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の全ての看護小規模多機能型居宅介護従業者（指定地域密着型サービス基準第七十一条第一項に規定する看護小規模多機能型居宅介護従業者をいう。以下同じ。）に対し、看護小規模多機能型居宅介護従業者ごとに研修計画を作成し、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。</p> <p>(2) 利用者に関する情報や留意事項の伝達又は看護小規模多機能型居宅介護従業者の技術指導を目的とした会議を定期的に開催していること。</p> <p>(3) 当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の看護小規模多機能型居宅介護従業者（保健師、看護師又は准看護師であるものを除く。）の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の五十以上であること。</p> <p>(4) 通所介護費等算定方法第十一号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。</p> <p><b>ロ サービス提供体制強化加算 (I) ロ</b></p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の看護小規模多機能型居宅介護従業者（保健師、看護師又は准看護師であるものを除く。）の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の四十以上であること。</p> <p>(2) イ (1)、(2) 及び (4) に該当するものであること。</p> <p><b>ハ サービス提供体制強化加算 (II)</b></p>

<p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 指定小規模多機能型居宅介護事業所の小規模多機能型居宅介護従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が百分の六十以上であること。</p> <p>(2) イ(1)、(2)及び(4)に該当するものであること。</p> <p>ニ サービス提供体制強化加算(Ⅲ)</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 指定小規模多機能型居宅介護事業所の小規模多機能型居宅介護従業者の総数のうち、勤続年数三年以上の者の占める割合が百分の三十以上であること。</p> <p>(2) イ(1)、(2)及び(4)に該当するものであること。</p>	<p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の看護小規模多機能型居宅介護従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が百分の六十以上であること。</p> <p>(2) イ(1)、(2)及び(4)に該当するものであること。</p> <p>ニ サービス提供体制強化加算(Ⅲ)</p> <p>次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の看護小規模多機能型居宅介護従業者の総数のうち、勤続年数三年以上の者の占める割合が百分の三十以上であること。</p> <p>(2) イ(1)、(2)及び(4)に該当するものであること。</p>
--	--

**留意事項通知**

<p>(11) サービス提供体制加算の取扱い</p> <p>① 2(12) [15] ①、②及び④から⑦まで並びに4(11) [13] ②を準用すること。</p> <p>② なお、この場合の小規模多機能型居宅介護従業者に係る常勤換算にあつては、利用者への介護業務(計画作成等介護を行うに当たって必要な業務は含まれるが、請求事務等介護に関わらない業務を除く。)に従事している時間を用いても差し支えない。</p> <p>[2(12) [15] ①、②及び④から⑦]</p> <p>① 研修について</p> <p>定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者ごとの研修計画については、当該事業所におけるサービス従事者の資質向上のための研修内容と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を定めた計画を策定しなければならない。</p> <p>② 会議の開催について</p> <p>「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の技術指導を目的とした会議」とは、当該事業所の定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の全てが参加するものでなければならない。なお、実施に当たっては、全員が一堂に会して開催する必要はなく、いくつかのグループ別に分かれて開催することができる。また、会議の開催状況については、その概要を記録しなければならない。なお、「定期的」とは、おおむね1月に1回以上開催されている必要がある。「利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項」とは、少なくとも、次に掲げる事項について、その変化の動向を含め、記載しなければならない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者のADLや意欲</li> <li>・利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望</li> <li>・家庭環境</li> <li>・前回のサービス提供時の状況</li> <li>・その他サービス提供に当たって必要な事項</li> </ul> <p>④ 職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(3月を除く。)の平均を用いることとする。ただし、前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出日の属する月の前3月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業所については、4月日以降届出が可能となるものであること。</p> <p>なお、介護福祉士又は実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得又は研修の課程を修了している者としてすること。</p> <p>⑤ 前号ただし書の場合にあつては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに第1の5の届出を提出しなければならない。</p> <p>⑥ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。具体的には、平成24年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成24年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいう。</p> <p>⑦ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。</p> <p>[4(11) [13] ②]</p> <p>② 同一の事業所において介護予防認知症対応型通所介護を一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする。</p>
---

## 8 福祉用具貸与について

小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用している間において、福祉用具貸与費又は介護予防福祉用具貸与費の算定が認められているのは、利用者の居宅で使用する場合を想定しているものであり、**事業所内のみで利用する**福祉用具については、福祉用具貸与費又は介護予防福祉用具貸与費の算定は認められません。

### ○ 介護保険法の規定による福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与の定義

#### 第8条 略

2 この法律において「訪問介護」とは、**要介護者であって、居宅**（老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の6に規定する軽費老人ホーム、同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（第11項及び第21項において「有料老人ホーム」という。）その他の厚生労働省令で定める施設における居室を含む。以下同じ。）**において介護を受けるもの（以下「居宅要介護者」という。）**について、その者の居宅において介護福祉士その他政令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるもの（定期巡回・随時対応型訪問介護看護（第15項第2号に掲げるものに限る。）又は夜間対応型訪問介護に該当するものを除く。）をいう。

#### 3～11 略

12 この法律において「**福祉用具貸与**」とは、**居宅要介護者について**福祉用具（心身の機能が低下し日常生活を営むのに支障がある要介護者等の日常生活上の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具であって、要介護者等の日常生活の自立を助けるためのものをいう。次項並びに次条第10項及び第11項において同じ。）のうち厚生労働大臣が定めるものの政令で定めるところにより行われる貸与をいう。

#### 13～29 略

#### 第8条の2 略

2 この法律において「**介護予防訪問入浴介護**」とは、**要支援者であって、居宅において支援を受けるもの（以下「居宅要支援者」という。）**について、その介護予防（身体上又は精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について常時介護を要し、又は日常生活を営むのに支障がある状態の軽減又は悪化の防止をいう。以下同じ。）を目的として、厚生労働省令で定める場合に、その者の居宅を訪問し、厚生労働省令で定める期間にわたり浴槽を提供して行われる入浴の介護をいう。

#### 3～9 略

10 この法律において「**介護予防福祉用具貸与**」とは、**居宅要支援者について**福祉用具のうちその介護予防に資するものとして厚生労働大臣が定めるものの政令で定めるところにより行われる貸与をいう。



## 9 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1】

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書

○ ○ ○ ○ 様

- 1 あなたの状態が下記のABCをすべて満たしているため、緊急やむを得ず、下記の方法と時間等において最小限度の身体拘束を行います。
- 2 ただし、解除することを目標に鋭意検討を行うことを約束いたします。

記

- A 入所者（利用者）本人又は他の入所者（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
- B 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない
- C 身体拘束その他の行動制限が一時的である

個別の状況による 拘束の必要な理由	
身体拘束の方法 〈場所、行為（部位・内容）〉	
拘束の時間帯及び時間	
特記すべき心身の状況	
拘束開始及び解除の 予定	月 日 時 から 月 日 時 まで

上記のとおり実施いたします。

平成 年 月 日

施設名 代表者 印

記録者 印

(利用者・家族の記入欄)

上記の件について説明を受け、確認いたしました。

平成 年 月 日

氏名 印  
(本人との続柄 )

【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

○ 小規模多機能型居宅介護関係

[基準条例第109条において準用する第60条の17第1項・第2項] ※介護予防 [略]

基準条例	解釈
<p>(地域との連携等)</p> <p>第60条の17 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、指定小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、指定小規模多機能型居宅介護事業所が所在する市の職員又は当該指定小規模多機能型居宅介護事業所が所在する区域を管轄する法第115条の46第1項に規定する地域包括支援センターの職員、小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下この項において「運営推進会議」という。）を設置し、<u>おおむね2月に1回以上</u>、運営推進会議に対し<u>通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等の活動状況を報告し</u>、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。</p> <p>2 指定小規模多機能型居宅介護事業者は、前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表しなければならない。</p>	<p>(9) 地域との連携等</p> <p>① 条例第60条の17第1項に定める運営推進会議は、指定小規模多機能型居宅介護事業所が、利用者、市町村職員、地域住民の代表者等に対し、提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、事業所による利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ることを目的として設置するものであり、各事業所が自ら設置すべきものである。この運営推進会議は、事業所の指定申請時には、既に設置されているか、確実な設置が見込まれることが必要となるものである。また、地域の住民の代表者とは、町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等が考えられる。なお、指定小規模多機能型居宅介護事業所と他の地域密着型サービス事業所を併設している場合においては、1つの運営推進会議において、両事業所の評価等を行うことで差し支えない。</p> <p>また、運営推進会議の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、次に掲げる条件を満たす場合においては、複数の事業所の運営推進会議を合同で開催して差し支えない。</p> <p>イ 利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。</p> <p>ロ 同一の日常生活圏域内に所在する事業</p>

所であること。ただし、事業所間のネットワーク形成の促進が図られる範囲で、地域の実績に合わせて、市町村区域の単位等内に所在する事業所であっても差し支えないこと。

- ② 運営推進会議における報告等の記録は、条例第60条の19第2項の規定に基づき、5年間保存しなければならない。

準用される基準条例第60条の17の規定について、指定小規模多機能型居宅介護事業所は、1年に1回以上、サービスの改善及び質の向上を目的として、各事業所が自ら提供するサービスについて評価・点検（自己評価）を行うとともに、当該自己評価結果について、運営推進会議において第三者の観点からサービスの評価（外部評価）を行うこととし、実施にあたっては以下の点に留意すること。また、運営推進会議の複数の事業所の合同開催については、合同で開催する回数が、1年度に開催すべき運営推進会議の開催回数の半数を超えないこととするとともに、外部評価を行う運営推進会議は、単独開催で行うこと。

イ 自己評価は、①事業所の全ての従業員が自ら提供するサービス内容について振り返りを行い、②その上で他の従業員の振り返り結果を当該事業所の従業員が相互に確認しながら、現状の課題や質の向上に向けて必要となる取組等について話し合いを行うことにより、小規模多機能型居宅介護事業所として提供するサービスについて個々の従業員の問題意識を向上させ、事業所全体の質の向上につなげていくことを目指すものである。

- ロ 外部評価は、運営推進会議において、当該事業所が行った自己評価結果に基づき、当該事業所で提供されているサービスの内容や課題等について共有を図るとともに、利用者、市町村職員、地域住民の代表者等が第三者の観点から評価を行うことにより、新たな課題や改善点を明らかにすることが必要である。
- ハ このようなことから、運営推進会議において当該取組を行う場合には、市町村職員又は地域包括支援センター職員、指定小規模多機能型居宅介護に知見を有し公正・中立な第三者の立場にある者の参加が必要であること。
- ニ 自己評価結果及び外部評価結果は、利用者及び利用者の家族へ提供するとともに、「介護サービスの情報公表制度」に基づく介護サービス情報公表システムを活用し公表することが考えられるが、法人のホームページへの掲載、事業所内の外部の者にも確認しやすい場所への掲示、市町村窓口や地域包括支援センターへの掲示等により公表することも差し支えない。
- ホ 指定小規模多機能型居宅介護の特性に沿った自己評価及び外部評価の在り方については、平成25年度老人保健健康増進等事業「運営推進会議等を活用した小規模多機能型居宅介護の質の向上に関する調査研究事業」（特定非営利活動法人全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会）を参考に行うものとし、サービスの改善及び質の向上に資する適切な手法により行うこと。



○ 看護小規模多機能型居宅介護関係

[基準条例第191条において準用する第60条の17第1項・第2項]

基準条例	解釈
<p>(地域との連携等)</p> <p>第60条の17 指定看護小規模多機能型居宅介護事業者は、指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が所在する市の職員又は当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が所在する区域を管轄する法第115条の46第1項に規定する地域包括支援センターの職員、看護小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下この項において「運営推進会議」という。）を設置し、<u>おおむね2月に1回以上、運営推進会議に対し通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等の活動状況を報告し</u>、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない。</p> <p>2 指定看護小規模多機能型居宅介護事業者は、前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表しなければならない。</p>	<p>(9) 地域との連携等</p> <p>① 条例第60条の17第1項に定める運営推進会議は、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所が、利用者、市町村職員、地域住民の代表者等に対し、提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、事業所による利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ることを目的として設置するものであり、各事業所が自ら設置すべきものである。この運営推進会議は、事業所の指定申請時には、既に設置されているか、確実な設置が見込まれることが必要となるものである。また、地域の住民の代表者とは、町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等が考えられる。</p> <p>なお、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所と他の地域密着型サービス事業所を併設している場合においては、1つの運営推進会議において、両事業所の評価等を行うことで差し支えない。</p> <p>また、運営推進会議の効率化や、事業所間のネットワーク形成の促進等の観点から、次に掲げる条件を満たす場合においては、複数の事業所の運営推進会議を合同で開催して差し支えない。</p> <p>イ 利用者及び利用者家族については匿名とするなど、個人情報・プライバシーを保護すること。</p> <p>ロ 同一の日常生活圏域内に所在する事業所であること。ただし、事業所間のネッ</p>

トワーク形成の促進が図られる範囲で、地域の実績に合わせて、市町村区域の単位等内に所在する事業所であっても差し支えないこと。

- ② 運営推進会議における報告等の記録は、5年間保存しなければならない。

この場合において、準用される基準第34条の規定について、指定看護小規模多機能型居宅介護事業所は、1年に1回以上、サービスの改善及び質の向上を目的として、各事業所が自ら提供するサービスについて評価・点検（自己評価）を行うとともに、当該自己評価結果について、運営推進会議において第三者の観点からサービスの評価（外部評価）を行うこととし、実施にあたっては以下の点に留意すること。また、運営推進会議の複数の事業所の合同開催については、合同で開催する回数が、1年度に開催すべき運営推進会議の開催回数半数を超えないこととするとともに、外部評価を行う運営推進会議は、単独開催で行うこと。

イ 自己評価は、①事業所の全ての従業員が自ら提供するサービス内容について振り返りを行い、②その上で他の従業員の振り返り結果を当該事業所の従業員が相互に確認しながら、現状の課題や質の向上に向けて必要となる取組等について話し合いを行うことにより、看護小規模多機能型居宅介護事業所として提供するサービスについて個々の従業員の問題意識を向上させ、事業所全体の質の向上につなげていくことを目指すものである。

ロ 外部評価は、運営推進会議において、

当該事業所が行った自己評価結果に基づき、当該事業所で提供されているサービスの内容や課題等について共有を図るとともに、利用者、市町村職員、地域住民の代表者等が第三者の観点から評価を行うことにより、新たな課題や改善点を明らかにすることが必要である。

ハ このようなことから、運営推進会議において当該取組を行う場合には、市町村職員又は地域包括支援センター職員、指定看護小規模多機能型居宅介護に知見を有し公正・中立な第三者の立場にある者の参加が必要であること。

ニ 自己評価結果及び外部評価結果は、利用者及び利用者の家族へ提供するとともに、「介護サービスの情報公表制度」に基づく介護サービス情報公表システムを活用し公表することが考えられるが、法人のホームページへの掲載、事業所内の外部の者にも確認しやすい場所への掲示、市町村窓口や地域包括支援センターへの掲示等により公表することも差し支えない。

ホ 指定看護小規模多機能型居宅介護の特性に沿った自己評価及び外部評価の在り方については、平成26年度老人保健健康増進等事業「複合型サービスにおける自己評価・外部評価のあり方に関する調査研究事業」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）を参考に行うものとし、サービスの改善及び質の向上に資する適切な手法により行うこと。

## 1 1 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、ご留意ください。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	月の15日以前	翌月から
看護小規模多機能型居宅介護 (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	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](#)

## 12 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）・・・[標準様式のみ掲載]
- 2 施設サービス計画書標準様式及び記載要領（別紙 2）・・・[掲載省略]
- 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・・・〔標準様式のみ掲載〕

作成年月日 年 月 日

第1表

居 宅 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 \_\_\_\_\_  
 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 \_\_\_\_\_  
 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	_____ _____ _____ _____
----------------------	----------------------------------

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	_____ _____ _____ _____
-----------	----------------------------------

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 ( _____ )
------------------	---



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								
	16:00								
午後	18:00								
	20:00								
	22:00								
夜間	24:00								
	2:00								
深夜	4:00								
週単位以外のサービス									

作成年月日 年 月 日

第4表

サービス担当者会議の要点

利用者名	殿		居宅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 (次回の開催時期)						





第7表

サービス利用票別表

作成年月日 年 月 日

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容／種類	サービスコード	単位数	割引適用後		回数	サービス単位／金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額 (保険対象分)	給付率 (%)	保険給付額	利用者負担 (保険対象分)	利用者負担 (全額負担分)
					率%	単位数												
				区分支給限度基準額 (単位)			合計											

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
訪問介護				短期入所生活介護			
訪問入浴介護				短期入所療養介護			
訪問看護				夜間対応型訪問介護			
訪問リハビリテーション				認知症対応型通所介護			
通所介護				認知症対応型共同生活介護			
通所リハビリテーション				合計			
福祉用具貸与							

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数

(別紙2) 施設サービス計画書標準様式及び記載要領・・・〔掲載省略〕

(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、計画的に支援するということと、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〕

老振発第 0331009 号  
平成 18 年 3 月 31 日

都道府県  
各 指定都市 介護保険主管部(局)長 殿  
中核市

厚生労働省老健局振興課長

### 介護予防支援業務に係る関連様式例の提示について

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、当該様式は介護予防サービス・支援計画書の適切な作成等を担保するための標準様式例であり、その内容については介護予防ケアマネジメントに当たっての必要最低限の内容として提示するものである。そのため、当該様式に記載する情報を基本としつつ、新たな様式や項目の追加、紙面の構成や紙面の大きさを変更するなど創意工夫を行うことは差し支えない旨、念のため申し添える。

#### 記

- ・ 介護予防支援業務に係る関連様式例及び記入要領（別紙）・・・〔記入要領のみ掲載〕

なお、介護予防支援においては、月に 1 回介護予防サービス事業者から報告を徴することにより、利用実績等を把握することとなるが、その内容について利用者に確認する必要がある場合等の給付管理業務を行う上で作成されるサービス利用票については、「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」（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）において規定している第 7 表「サービス利用票」及び第 8 表「サービス利用票別表」を適宜簡略化して使用することは差し支えない。

## (介護予防支援業務に係る関連様式例記載要領)

本様式例は、当初の介護予防サービス計画原案を作成する際に記載し、その後、介護予防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 「利用者基本情報」

#### ①「作成担当者名」

利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。

#### ②「相談日」

初回の相談日で、当該利用者基本情報を作成した年月日を記載する。また、相談の方法として、来所や電話等の種別を記入する。また、初回の訪問か、再来の場合は、前回の相談日がわかれば記載する。

#### ③「本人の現況」

利用者本人の現在の居所について記載する。入院または入所中の場合は、その施設名を記載する。

#### ④「本人氏名」

利用者氏名及び性別を記載する。介護保険被保険者証と一致していることを確認し、利用者の生年月日と年齢を記載する。

#### ⑤「住所」

当該利用者の現在居住している居住地を記載すること。住民票の住所地と異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。

#### ⑥「電話番号」

当該利用者との連絡のとれる電話番号を記載する。

#### ⑦「日常生活自立度」

利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要支援認定で用いられた主治医意見書の3(1)の「日常生活の自立度等について」を参考に、現在の状態に該当するものに○印を付す。

#### ⑧「認定情報」

利用者の要介護認定等の区分について、「非該当」、「要支援1」から「要介護5」のいずれかを○で囲む。また、認定有効期間と前回の介護度を記載する。

#### ⑨「障害者等認定」

障害等の種別について○印で囲む。障害等級等、特記することがあれば空欄に記載する。

#### ⑩「本人の住居環境」

該当するものについて○印で囲む。自室の有無、自室のある場合は自室のある階を記載する。また、住宅改修の有無についても記載する。

#### ⑪「経済状況」

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。

#### ⑫「来所者（相談者）」

来所者または相談者について、氏名を記載する。

⑬「住所連絡先」

来所者または相談者の住所、連絡先及び本人との続柄を記載する。

⑭「緊急連絡先」

緊急時に確実に連絡がとれる電話番号を記載する。連絡先は複数確認することが望ましい。当該利用者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合に利用者自宅以外の連絡先を記載する。また、家族が働いている場合は、携帯電話や自宅の他に家族の職場等確実に連絡がとれる電話番号を記載する。

⑮「家族構成」

当該利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域も可能な範囲で記載する。現在利用者と同居している家族は○で囲む。当該利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載する。なお、家族関係で特記すべき事項があれば記載する。

⑯「今までの生活」

当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載する。

⑰「現在の生活状況（どのような暮らしを送っているか）」

「一日の生活・すごし方」は、起床から就寝までの1日の流れや食事・入浴・買い物・仕事や日課にしていることなど、1日の過ごし方を記載する。上段には、生活全般に関する様子を記入し、食事や入浴、家事など毎日の決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記入する。

のちにアセスメント領域の「日常生活（家庭生活）について」で、この領域をアセスメントすることを念頭に必要な情報を記載する。

「趣味や楽しみ、特技」は、以前取り組んでいた趣味や楽しみ、特技も聞き取り記載する。

「友人や地域との関係」は、友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

⑱「現病歴・既往歴と経過」

主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往症と治療・服薬の状況について時間の経過順に記載する。記入した病気のために服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付し、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、経過観察中に○印を付す。その他の状況の場合には「その他」に○を付す。また、主治医意見書を記載した医療機関または医師については★印を付す。

⑲「現在利用しているサービス」

当該利用者が現在利用している支援について、サービスの種別と利用頻度について記載する。ここでいうサービス・事業は、行政の行う一般施策のような公的なサービスと、ボランティアや友人などによって行われている非公的なサービスを分けて記載する。

⑳「個人情報の第三者提供に関する同意」

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果、意見及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意を得る。



## 2 「介護予防サービス・支援計画書」

### ①「NO.」

利用者の整理番号を記載する。

### ②「利用者名」

当該介護予防サービス計画の利用者名を記載する。

### ③「認定年月日」

当該利用者の要支援認定の結果を受けた日を記載する。

### ④「認定の有効期間」

当該利用者の認定の有効期間を日付で記載する。

### ⑤「初回・紹介・継続」

当該利用者が、当該指定介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において初めて介護予防事業及び予防給付を受ける場合は「初回」に、介護予防事業を受けていたが、予防給付を受けるように紹介された場合、又は、予防給付を受けていたが、介護予防事業を受けるよう紹介された場合は「紹介」に、介護予防事業を受けており、今後も介護予防事業を受ける予定、あるいは予防給付を現在受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は「継続」に○を付す。

### ⑥「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。

### ⑦「要支援1・要支援2 地域支援事業」

被保険者証に記載された「要介護状態区分」あるいは事業名に○を付す。

### ⑧「計画作成者」

当該介護予防サービス計画作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務を委託する場合には、担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

### ⑨「委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）」

介護予防支援業務を委託する場合は、当該介護予防サービス計画作成者の所属する介護予防支援事業者・事業所名及び所在地（住所と電話番号）を記載する。

### ⑩「担当地域包括支援センター」

介護予防支援業務を委託する場合に、当該利用者が利用する地域包括支援センター名を記載する。

### ⑪「計画作成（変更）日（初回作成日）」

当該介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において当該利用者に関する介護予防サービス計画を作成した日を記載する。また、「初回作成日」には、2回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載する。

### ⑫「目標とする生活」

利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思・意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。

この欄には、必要に応じて計画作成者が上記のような支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取り組みである「目標とする生活」のイメージについて記載する。

具体的にどのような生活を送りたいかは、1日単位でも、1年単位でも、よりイメージしやすい「目

標とする生活」を記述する。漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活のレベルでともに考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握した上で、再度利用者と修正するのは差し支えない。1日及び1年単位の両方記載しなければならないものでなく、また、両者の目標に関係がなければならないものではない。

「1日」は、大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もあり得る。また、利用者が達成感・自己効力感が得られるような内容が望ましい。

「1年」は、利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、介護予防支援や利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。

### ⑬「健康状態について」

「主治医意見書」「生活機能評価」「基本情報」等より健康状態について、介護予防サービス計画を立てる上で留意すべき情報について記載する。

### ⑭「アセスメント領域と現在の状況」

各アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。

各アセスメント領域において「現在、自分で（自力で）実施しているか否か」「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているのか」等について、その領域全般について聴取。アセスメントは、基本チェックリストの回答状況、主治医意見書、生活機能評価の結果も加味して行う。

聴取するにあたって利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意する。

利用者・家族からの情報だけでなく、計画作成者が観察した状況についても記載する。

「運動・移動について」欄は、自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか、乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうかについて確認する必要がある。

「日常生活（家庭生活）について」欄は、家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等）や住居・経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかについて確認する必要がある。

「社会参加、対人関係・コミュニケーションについて」欄は、状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要がある。

「健康管理について」欄は、清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分・排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

### ⑮「本人・家族の意欲・意向」

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。具体的には、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい。」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防サービス計画を立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防支援では大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

### ⑯「領域における課題（背景・原因）」

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本

情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状態等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。ここには、現在課題となっていることあるいはその状態であると将来どのようなことがおこるかなど課題を予測して記載する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□有」に■印を付す。

#### ⑰「総合的課題」

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探すため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。例えば、複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防支援プロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付す。

#### ⑱「課題に対する目標と具体策の提案」

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できるため、地域包括支援センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な支援やサービスは、特定高齢者施策や介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。

今後、次の項目である「具体策についての意向 本人・家族」欄で同意が得られた場合は、ここで提案した目標と具体策が介護予防サービス計画の目標と支援内容につながっていく。

計画作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。

#### ⑲「具体策についての意向 本人・家族」

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点を確認できる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。

合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載する。合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。

#### ⑳「目標」

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。当初から「課題に対する目標と具体策」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載してもよい。

#### ㉑「目標についての支援のポイント」

前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考える上での留意点を記入する。

ここには、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担など、様々な次元の項目が書かれることがある。

⑳ 「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス」「介護保険サービスまたは地域支援事業」

「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス」欄には、本人が自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。

「介護保険サービスまたは地域支援事業」欄には、予防給付、地域支援事業のサービスの内容を記載し、どちらのサービス・事業を利用するかわかるように○印で囲むものとする。

具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。

しかし、サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適当なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。

㉑ 【本来行うことが妥当な支援が実施できない場合】妥当な支援の実施に向けた方針」

本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。また、本来必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。

㉒ 「サービス種別」

「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス」「介護保険サービスまたは地域支援事業」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。

㉓ 「事業所等」

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。また、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても明記する。

㉔ 「期間」

「期間」は、「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する（「〇か月」「〇月〇日～〇月〇日」など記載する）。

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。

また、「支援内容」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）」で実施するか提案があれば記載する。

㉕ 「総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）」

記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。

㉖ 「必要な事業プログラム」

基本チェックリストの該当項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入する。また、介護予防特定高齢者施策では、その判断基準から参加することが望まれると考えられるプログラムの枠内の数字に○印を付す。

㉗ 「地域包括支援センターの意見・確認印」

予防給付の場合で、指定居宅介護支援事業者が指定介護予防支援事業者である地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用する。この場合、その介護予防支援の最終的な責任主体である当該地域包括支援センターは、介護予防サービス計画が適切に作成されているかを確認する必要がある。

このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は、介護予防サービス計画原案を作成し、介護予防サービス計画書について当該地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした当該地域包括支援センターの担当者がその氏名を記載する（当該地域包括支援センタ

一の担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時に介護予防サービス計画原案の確認を行っても差し支えない。

この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

### ⑩「計画に関する同意」

介護予防サービス計画原案の内容を当該利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。この場合、利用者名を記入した原本は、事業所において保管する。

## 3 「介護予防支援経過記録」

### ①「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

### ②「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務を委託する場合には、委託を受けた指定居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

### ③「年月日」「内容」

訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載する。事業所から報告書等が提出された場合は、ここに添付する。ここでは、事実の記載は最重要事項であるが、その事実に基づき介護予防サービス計画の修正が必要と考えられた場合などは、記録を残すことも重要である。

## 4 「介護予防サービス・支援評価表」

### ①「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

### ②「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務を委託する場合には、担当介護支援専門員名を記載する。

### ③「評価日」

当該介護予防サービス・支援評価を行った日を記載する。

### ④「目標」

当該「介護予防サービス・支援計画書」の目標を記載する。

### ⑤「評価期間」

「介護予防サービス・支援計画書」の「期間」欄から期間を転記する。

### ⑥「目標達成状況」

評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する。

評価時に、評価期間が終わっていないサービスについてもいったん評価を行い、介護予防サービス計画を見直す。

### ⑦「目標 達成／未達成」

目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付す。

⑧「目標達成しない原因（本人・家族の意見）」

何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性も含め当該利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。

⑨「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」

何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、計画作成者としての評価を記載する。

⑩「今後の方針」

目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。

⑪「総合的な方針」

今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。

⑫「地域包括支援センター意見」

介護予防サービス計画に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持・悪化等の判定をし、その根拠も記載する。特に、介護予防支援業務を委託する場合、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、地域包括支援センターと委託を受けた指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方針の統一を図る必要がある。

地域包括支援センター意見を参考に今後の方針で該当するものにレ印を付す。



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)