

指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護
指定夜間対応型訪問介護
指定地域密着型通所介護
指定（介護予防）認知症対応型通所介護

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	ケアマネジメントプロセス関係	5
4	個別サービス関係規定の確認	15
5	介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱い関係	31
6	指定地域密着型（介護予防）サービス事業者の介護報酬基準関係	39
7	介護・医療連携推進会議及び運営推進会議関係	56
8	指定に係る申請・届出関係	61
9	各種通知等の電子メール配信	64
	〔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)	65
	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)	87

1 介護保険法の目的

○ 介護保険法の目的

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

一方、介護保険法の規定による介護保険制度は、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うことで、要介護状態等の者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう設けられたシステムであるといえます。

○ 保険給付の意義

介護保険による「保険給付」は、要介護状態等の者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう行われるものです。

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

〔介護保険法第一条〕

（目的）

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

〔介護保険法第二条〕

（介護保険）

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

- 2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- 4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

2 指定地域密着型サービス・指定地域密着型介護予防サービスの事業の基準関係

(1) 介護保険法の関係規定

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

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

（指定地域密着型サービスの事業の基準）

第七十八条の三 指定地域密着型サービス事業者は、次条第二項又は第五項に規定する指定地域密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従い、要介護者の心身の状況等に応じて適切な指定地域密着型サービスを提供するとともに、自らその提供する指定地域密着型サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより常に指定地域密着型サービスを受ける者の立場に立ってこれを提供するように努めなければならない。

2 略

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

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

3・4 略

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

6～7 略

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

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

（指定地域密着型介護予防サービスの事業の基準）

第一百五十五条の十三 指定地域密着型介護予防サービス事業者は、次条第二項又は第五項に規定する指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従い、要支援者の心身の状況等に応じて適切な指定地域密着型介護予防サービスを提供するとともに、自らその提供する指定地域密着型介護予防サービスの質の評価を行うことその

他の措置を講ずることにより常に指定地域密着型介護予防サービスを受ける者の立場に立ってこれを提供するように努めなければならない。

2 略

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

2 前項に規定するもののほか、指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準は、市町村の条例で定める。

3・4 略

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

6・7 略

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

○ 事業者が遵守すべき事業の基準とは

- ・ 指定地域密着型サービスの事業の基準

大村市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成25年3月22日大村市条例第3号）
（以下「基準条例」という。） [📄 掲載ページリンク](#)

- ・ 指定地域密着型介護予防サービスの事業の基準

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

（2） 基準（条例）の性格

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

特に、指定地域密着型サービスの事業の多くの分野においては、基準に合致することを前提に自由に事業への参入を認めていること等にかんがみ、基準違反に対しては、厳正に対応すべきであるとなっております。

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

- ① 相当の期間を定めて基準を遵守する勧告を行い、
- ② 相当の期間内に勧告に従わなかったときは、事業者名、勧告に至った経緯、当該勧告に対する対応等を公表し、
- ③ 正当な理由が無く、当該勧告に係る措置をとらなかったときは、相当の期間を定めて当該勧告に係る措置をとるよう命令することができるものであること。
ただし、③の命令をした場合には事業者名、命令に至った経緯等を公表しなければならない。なお、③の命令に従わない場合には、当該指定を取り消すこと、又は取消しを行う前に相当の期間を定めて指定の全部若しくは一部の効力を停止すること（不適正なサービスが行われていることが判明した場合、当該サービスに関する介護報酬の請求を停止させること）ができる。

- ただし、次に掲げる場合には、基準に従った適正な運営ができなくなったものとして、直ちに指定を取り消すこと又は指定の全部若しくは一部の効力を停止することができるものであること。

- ① 次に掲げるときその他の事業者が自己の利益を図るために基準に違反したとき
 - イ 指定地域密着型サービスの提供に際して利用者が負担すべき額の支払を適正に受けなかったとき
 - ロ 居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの代償として、金品その他の財産上の利益を供与したとき
 - ハ 居宅介護支援事業者又はその従業者から、事業所の退居者を紹介することの対償として、金品その他の財産上の利益を収受したとき
- ② 利用者の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき
- ③ その他①及び②に準ずる重大かつ明白な基準違反があったとき

3 ケアマネジメントプロセス関係

利用者の要介護状態等の軽減又は悪化の防止等に資するよう、適切なケアマネジメントプロセスにより作成された個別サービス計画に基づき、サービス提供が行われる必要性を再認識することが重要です。

なお、ここでいう個別サービス計画とは、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画、夜間対応型訪問介護計画、地域密着型通所介護計画、認知症対応型通所介護計画、介護予防認知症対応型通所介護計画」を指します。

(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、重要事項説明書を交付して説明を行い、利用申込者から同意を得る必要があります。

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

○ 重要事項説明書に記載すべき項目

- ・ 運営規程の概要
- ・ 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

● 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、利用者に対して、サービスの提供事業者が、どのような介護給付費の体制であるか明らかにした内容とすること。

(2) 課題分析（アセスメント）

個別サービス計画の作成に当たっては、利用者の心身の状況、希望その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況を把握する必要があります。

● 留意事項

- ・ 個々の利用者ごとに課題を把握・分析できているか。
- ・ 利用者の面接による他、サービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めているか。
- ・ サービス事業所で実施したアセスメントによって、利用者の日常生活全般の状況及び希望を把握できているか。

(3) 個別サービス計画の作成

アセスメントの結果を踏まえ、ケアプランの内容に沿って、利用者の目標や当該目標を達成するために必要な具体的なサービスの内容等を記載した個別サービス計画を作成する必要があります。

○ **交付を受けるケアプラン（居宅サービス計画）とは（標準様式の場合）**

- ・ 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）

○ **交付を受けるケアプラン（介護予防サービス計画）とは（標準様式の場合）**

- ・ 介護予防サービス・支援計画書

○ **ケアプランと個別サービス計画の連動性や整合性の確保**

サービス事業所の担当者は、ケアプランの趣旨及び内容等を十分に理解し、ケアプランの作成者との共有、連携を図った上で、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努めることが重要です。

○ **参考**

次の厚生労働省の通知には、ケアプランの標準様式、様式の記載要領等が記載されています。また、記載要領と併せて、ケアプランの考え方が明らかにされているため、ケアプランの趣旨や内容等の理解に資する参考となる。

- ・ 介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について（平成11年11月12日老企第29号）
- ・ 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）

○ **個別サービス計画に記載する具体的なサービス等**

利用者に提供する具体的なサービスの内容等（支援の内容、支援上の留意点、期間、頻度、時間等）を個別サービス計画に記載する必要があります。

〔介護保険法の規定におけるサービス内容〕

・ **連携型定期巡回・随時対応型訪問介護の内容**

入浴、排せつ、食事等の介護、これらに付随して行われる調理、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言その他の居宅要介護者に必要な日常生活上の世話
※訪問看護事業所が行う療養上の世話又は診療の補助を含む。

・ **夜間対応型訪問介護の内容**

入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言その他の居宅要介護者に必要な日常生活上の世話

・ **地域密着型通所介護の内容**

入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認その他の居宅要介護者に必要な日常生活上の世話

・ **（介護予防）認知症対応型通所介護の内容**

入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認その他の居宅要介護者（居宅要支援者）に必要な日常生活上の世話

● その他の留意事項

- ・ アセスメントの結果に基づき、作成されているか。
- ・ ケアプランの趣旨や内容等の理解に努め、ケアプランと個別サービス計画の連動性や整合性が確保されたものであるか。
- ・ 目標、目標を達成するための具体的なサービス内容等（支援の内容、支援上の留意点、期間、頻度、時間等）が記載されているか。
- ・ 具体的なサービス内容等の記載が十分であるといえない場合がありますので、介護従業者だけでなく、個別サービスの交付を受ける利用者又はその家族に対しても、個別サービス計画を確認すれば、利用者の支援の内容をはっきりと知ることができるよう努めてください。
- ・ 正式なケアプランの交付を受けていない事例が確認されていますので、必要な帳票や利用者の同意が確認できる正式なケアプランの交付を受ける必要があります。提供票の交付のみでは、足りないので留意すること。
- ・ 利用者の同意が得られたものをケアプランといい、同意が得られていないものはケアプラン原案であり、ケアプランではないので留意すること。

(4) 個別サービス計画の確定・実行（説明・同意・交付・提供）

作成した個別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、利用者の同意を得る必要があります。

個別サービス計画を作成した際には、利用者に交付する必要があります。

また、個別サービス計画をケアプラン作成事業者（居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者（地域包括支援センター））に提供すること。

● 留意事項

- ・ 同意遅れが確認されますが、個別サービス計画については、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、個別サービス計画の作成に当たっては、その内容等を利用者又はその家族に十分に説明した上で、利用者の同意を得るようにしてください。
- ・ ケアプランの交付が遅れている場合は、サービスの開始までに暫定の個別サービス計画を作成し、ケアプランの交付後、ケアプランの内容に沿って個別サービス計画を作成してください。

(5) モニタリング

個別サービス計画の作成後、それぞれの利用者について個別サービス計画に従ったサービスの実施状況を把握する必要があります。この際、サービスの実施状況の把握に留まらず、利用者の状態の変化や目標の達成状況を確認することも重要です。

○ 基準（条例）上の留意事項

・ 連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護

基準に基づき、計画作成担当者だけでなく、看護職員による定期的なアセスメント及びモニタリングを実施する必要があります。「定期的」とは、概ね1月に1回程度行われることが望ましいが、当該アセスメントやモニタリングを担当する看護職員の意見や、日々のサービス提供により把握された利用者の心身の状況等を踏まえ、適切な頻度で実施するものとする。なお、訪問看護サービスの利用者に対する定期的なアセスメント及びモニタリングについては、日々の訪問看護サービス提供時に併せて行うことで足りる。

・ 夜間対応型訪問介護

モニタリングの頻度や実施時期について、基準上に明確な規定はないが、適宜必要に応じ実施し、サービスの実施状況及び目標の達成状況等を把握することが望ましいこと。

・ 地域密着型通所介護

基準に基づき、それぞれの利用者について、個別サービス計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況を記録する必要がある。モニタリングの頻度や実施時期について、基準上に明確な規定はないが、適宜必要に応じ実施することが望ましいこと。

※要支援認定者又は総合事業対象者（チェックリスト該当者）が利用する総合事業の通所型サービス（独自）（生きがい対応型通所サービス）については、個別サービス計画に基づくサービスの提供の開始時から、少なくとも1月に1回は、当該個別サービス計画に係る利用者の状態、当該利用者に対するサービスの提供状況等について、当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画を作成した地域包括支援センター（※委託の場合は、指定居宅介護支援事業者。以下同じ。）に報告するとともに、個別サービス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、モニタリングを行う必要があること。

なお、この地域包括支援センターに対する実施状況等の報告については、サービスが介護予防サービス計画に即して適切に提供されているか、また、当該計画策定時から利用者の状態等が大きく異なることとなっていないか等を確認するために行うものであり、**毎月**行う必要がある。

・ 認知症対応型通所介護

基準に基づき、それぞれの利用者について、個別サービス計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況を記録する必要がある。

モニタリングの頻度や実施時期について、基準上に明確な規定はないが、適宜必要に応じ実施することが望ましいこと。

・ **介護予防認知症対応型通所介護**

基準に基づき、個別サービス計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該個別サービス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、モニタリングを行う必要がある。

管理者は、モニタリングの結果を記録し、当該記録を当該サービスの提供に係るケアプランを作成した地域包括支援センターに報告する必要がある。

なお、この地域包括支援センターに対する実施状況等の報告については、サービスが介護予防サービス計画に即して適切に提供されているか、また、当該計画策定時から利用者の状態等が大きく異なることとなっていないか等を確認するために行うものであり、**毎月**行う必要がある。

● **その他の留意事項**

- ・ モニタリングによるサービスの実施状況の把握や目標の達成状況を踏まえ必要に応じて、個別サービス計画の変更の必要性を検討すること。
- ・ サービスの時間帯や内容等の変更を行った場合は、利用者を担当する介護支援専門員（担当職員）に対し適宜報告を行う等、居宅介護支援事業者や介護予防支援事業者との連携に努めること。
- ・ 利用者がケアプランの変更を希望し、利用者の状態の変化等により追加的なサービスが必要となった場合等には、介護支援専門員（担当職員）へ連絡する等必要な支援を行うこと。

**連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護
ケアマネジメントプロセス（概要）**

① 受付・契約締結
<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業者は、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、重要事項説明書を交付して説明を行い、利用申込者から同意を得る。 ・ 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。
② 課題分析（アセスメント）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業者は、計画作成責任者による利用者の面接によるほか、サービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努める。 ・ 計画作成責任者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえ作成する。 ・ 看護職員によるアセスメントの結果を踏まえて作成する。 ※看護職員によるアセスメントは訪問看護サービス利用者以外も必要。
③ 個別サービス計画の作成
<ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメントの結果に基づき、ケアプランの内容に沿って作成する。 ・ <u>利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう</u>、定期巡回サービス及び随時訪問サービスの目標、当該目標を達成するための<u>具体的な</u>定期巡回サービス及び随時訪問サービスの内容等を記載する。
④ 個別サービス計画の確定・実行（説明・同意・交付・提供）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 計画作成責任者は、個別サービス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、利用者の同意を得る。 ・ 個別サービス計画を作成した際には、利用者に交付しなければならない。 ・ ケアプラン作成事業者に対して、個別サービス計画を提供する。
⑤ モニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・ 計画作成担当者は、個別サービス計画の作成後、当該計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて個別サービス計画の変更を行う。 ・ 看護職員は、計画作成担当者から必要な情報を得た上で、定期的なアセスメント及びモニタリングを行う。 ※「定期的に」とは、概ね1月に1回程度行われることが望ましいが、当該アセスメント及びモニタリングを担当する看護職員の意見や、日々のサービス提供により把握された利用者の心身の状況等を踏まえ、適切な頻度で実施するものとする。なお、訪問看護サービスの利用者に対する定期的なアセスメント及びモニタリングについては、日々の訪問看護サービス提供時に併せて行うことで足りる。

**夜間対応型訪問介護看護
ケアマネジメントプロセス（概要）**

① 受付・契約締結
<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業者は、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、重要事項説明書を交付して説明を行い、利用申込者から同意を得る。 ・ 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。
② 課題分析（アセスメント）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業者は、オペレーションセンター従業者（オペレーションセンターを設置しない場合にあつては、訪問介護員等。以下同じ。）による利用者の面接によるほか、サービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努める。 ・ オペレーションセンター従業者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえ作成する。
③ 個別サービス計画の作成
<ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメントの結果に基づき、ケアプランの内容に沿って作成する。 ・ <u>利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう</u>、定期巡回サービス及び随時訪問サービスの目標、当該目標を達成するための<u>具体的な</u>定期巡回サービス及び随時訪問サービスの内容等を記載する。
④ 個別サービス計画の確定・実行（説明・同意・交付・提供）
<ul style="list-style-type: none"> ・ オペレーションセンター従業者は、個別サービス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、利用者の同意を得る。 ・ 個別サービス計画を作成した際には、利用者に交付する。 ・ ケアプラン作成事業者に対して、個別サービス計画を提供する。
⑤ モニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・ オペレーションセンター従業者は、個別サービス計画の作成後、当該計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて個別サービス計画の変更を行う。

**地域密着型通所介護
ケアマネジメントプロセス（概要）**

① 受付・契約締結
<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業者は、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、重要事項説明書を交付して説明を行い、利用申込者から同意を得る。 ・ 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。
② 課題分析（アセスメント）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業者は、サービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努める。 ・ 管理者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえる。
③ 個別サービス計画の作成
<ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメントの結果に基づき、ケアプランの内容に沿って作成する。 ・ <u>利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう</u>、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための<u>具体的な</u>サービスの内容等を記載する。
④ 個別サービス計画の確定・実行（説明・同意・交付・提供）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理者は、個別サービス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、利用者の同意を得る。 ・ 個別サービス計画を作成した際には、利用者に交付する。 ・ ケアプラン作成事業者に対して、個別サービス計画を提供する。
⑤ モニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域密着型通所介護従業者は、それぞれの利用者について、個別サービス計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行う。その結果として、必要に応じて個別サービス計画の変更を行う。

**認知症対応型通所介護
ケアマネジメントプロセス（概要）**

① 受付・契約締結
<ul style="list-style-type: none">・ 事業者は、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、重要事項説明書を交付して説明を行い、利用申込者から同意を得る。・ 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。
② 課題分析（アセスメント）
<ul style="list-style-type: none">・ 事業者は、サービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努める。・ 管理者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえる。
③ 個別サービス計画の作成
<ul style="list-style-type: none">・ アセスメントの結果に基づき、ケアプランの内容に沿って作成する。・ <u>利用者の認知症の症状の進行の緩和に資するよう</u>、機能訓練等の目標、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する。
④ 個別サービス計画の確定・実行（説明・同意・交付・提供）
<ul style="list-style-type: none">・ 管理者は、個別サービス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、利用者の同意を得る。・ 個別サービス計画を作成した際には、利用者に交付する。・ ケアプラン作成事業者に対して、個別サービス計画を提供する。
⑤ モニタリング
<ul style="list-style-type: none">・ 認知症対応型通所介護従業者は、それぞれの利用者について、個別サービス計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行う。その結果として、必要に応じて個別サービス計画の変更を行う。

**介護予防認知症対応型通所介護
ケアマネジメントプロセス（概要）**

① 受付・契約締結
<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業者は、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、重要事項説明書を交付して説明を行い、利用申込者から同意を得る。 ・ 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。
② 課題分析（アセスメント）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業者は、サービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努める。 ・ 主治の医師又は歯科医師からの情報伝達や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。
③ 個別サービス計画の作成
<ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメントの結果に基づき、ケアプランの内容に沿って作成する。 ・ <u>利用者の介護予防に資するよう</u>、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、介護予防認知症対応型通所介護の目標、当該目標を達成するための<u>具体的な</u>サービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載する。
④ 個別サービス計画の確定・実行（説明・同意・交付・提供）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 管理者は、個別サービス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、利用者の同意を得る。 ・ 個別サービス計画を作成した際には、利用者に交付する。 ・ ケアプラン作成事業者に対して、個別サービス計画を提供する。
⑤ モニタリング
<ul style="list-style-type: none"> ・ 個別サービス計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該個別サービス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、当該個別サービス計画の実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）を行う。 ・ 管理者は、モニタリングの結果を記録し、当該記録を当該サービスの提供に係るケアプランを作成した介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に報告する。 ・ 管理者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて個別サービス計画の変更を行う。 ・ 個別サービス計画の変更にあたっては、アセスメントからモニタリング等の一連の業務を実施する。

4 個別サービス関係規定の確認

(1) 連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護

○ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画等の作成

基準条例	解釈
<p>(定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画等の作成)</p> <p>第27条 計画作成責任者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、定期巡回サービス及び随時訪問サービスの目標、当該目標を達成するための具体的な定期巡回サービス及び随時訪問サービスの内容等を記載した定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成しなければならない。</p>	<p>(16) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成</p> <p>① 条例第27条第1項は、計画作成責任者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成しなければならないことを規定したものである。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、利用者の心身の状況を把握・分析し、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看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、援助の方向性や目標を明確にし、担当する定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の氏名、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者が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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の様式については、事業所ごとに定めるもので差し支えない。</p>
<p>2 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。ただし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画における指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供する日時等については、当該居宅サービス計画に定められた指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護が提供される日時等にかかわらず、当該居宅サービス計画の内容及び利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえ、計画作成</p>	<p>② 条例第27条第2項は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画は、居宅サービス計画に沿って作成されなければならないこととしたものである。ただし、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、日々の定期巡回サービスの提供や看護職員によるアセスメントにより把握した利用者の心身の状況に応じた柔軟な対応が求められることから、居宅サービス計画に位置付けられたサービス提供の日時にかかわらず、居宅サービス計画の内容を踏まえた上で計画作成責任者が指定</p>

<p>責任者が決定することができる。この場合において、計画作成責任者は、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を、当該利用者を担当する介護支援専門員に提出するものとする。</p>	<p>定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供する日時及びサービスの具体的内容を定めることができることとしたものである。この場合において、利用者を担当する介護支援専門員に対しては、適宜、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を報告し、緊密な連携を図ること。なお、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。</p>
<p>3 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画は、看護職員が利用者の居宅を定期的に訪問して行うアセスメント（利用者の心身の状況を勘案し、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をいう。）の結果を踏まえ、作成しなければならない。</p>	<p>③ 条例第 27 条第 3 項は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、介護と看護が一体的に提供されるべきものであることから、医師の指示に基づく訪問看護サービスの利用者はもとより、訪問看護サービスを利用しない者であっても、保健師、看護師又は准看護師による定期的なアセスメント及びモニタリングを行わなければならないこととしたものである。ここでいう「定期的に」とは、概ね 1 月に 1 回程度行われることが望ましいが、当該アセスメント及びモニタリングを担当する保健師、看護師又は准看護師の意見や、日々の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供により把握された利用者の心身の状況等を踏まえ、適切な頻度で実施するものとする。なお、訪問看護サービスの利用者に対する定期的なアセスメント及びモニタリングについては、日々の訪問看護サービス提供時に併せて行うことで足りるものである。</p> <p>なお、アセスメント及びモニタリングを担当する保健師、看護師又は准看護師について</p>

	<p>は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者であることが望ましいが、当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者が実施する他の事業に従事する保健師、看護師又は准看護師により行われることも差し支えない。この場合において、当該保健師、看護師又は准看護師は、計画作成責任者から必要な情報を得た上で、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の趣旨を踏まえたアセスメント及びモニタリングを行う必要があることから、在宅の者に対する介護又は看護サービスに従事した経験を有する等、要介護高齢者の在宅生活に関する十分な知見を有している者であって、当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の所在地の日常生活圏域内で他の事業に従事している等、利用者の当該地域における生活の課題を十分に把握できる者でなければならない。また、当該アセスメント及びモニタリングに従事した時間については当該他の事業における勤務時間とはみなされないことに留意すること。</p>
<p>6 計画作成責任者は、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、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。</p>	<p>⑤ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画は、利用者の日常生活全般の状況及び希望並びに訪問看護サービスの利用に係る主治医の指示を踏まえて作成されなければならないものであり、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、計画作成責任者は、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、その内容等を十分に説明した上で利用者の同意を得なければならないこととしたものである。したがって、計画作成責任者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の目標や内容等については、利用者又はその家族に、理解しやすい</p>

	<p>方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うものとする。</p> <p>なお、常勤看護師等ではない計画作成責任者は当該計画に記載された訪問看護サービスに係る内容等の説明に当たっては、利用者及び利用者の家族等が十分に訪問看護サービスの内容等を理解できるよう常勤看護師等による必要な協力を得た上で説明を行うものとする。</p>
<p>7 計画作成責任者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成した際には、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を利用者に交付しなければならない。</p> <p>8 計画作成責任者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成後、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の変更を行うものとする。</p> <p>9 第1項から第7項までの規定は、前項に規定する定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の変更について準用する。</p>	<p>⑥ 条例第27条第7項は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成した際には、遅滞なく利用者に交付しなければならないこととしたものである。なお、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画は、条例第43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>⑦ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が保険医療機関である場合は、条例第26条第4項により、主治医への定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の提出は、診療記録への記載をもって代えることができることとされているため、条例第27条第7項に基づく定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の交付については「訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて」（平成12年3月30日老企第55号）に定める訪問看護計画書を参考に事業所ごとに定めるものを交付することで差し支えない。</p> <p>⑧ 計画作成責任者は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者の行うサービスが定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に沿って実施されているかについて把握するとともに、助言、指導等必要な管理を行わなければならない。</p>

	<p>⑫ 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、居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、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定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の提供の求めがあった際には、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看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>
--	---

(2) 夜間対応型訪問介護

○ 夜間対応型訪問介護計画の作成

予防基準条例	解釈
<p>(夜間対応型訪問介護計画の作成)</p> <p>第53条 オペレーションセンター従業者(オペレーションセンターを設置しない場合にあつては、訪問介護員等。以下この章において同じ。)は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、定期巡回サービス及び随時訪問サービスの目標、当該目標を達成するための具体的な定期巡回サービス及び随時訪問サービスの内容等を記載した夜間対応型訪問介護計画を作成しなければならない。</p>	<p>(2) 夜間対応型訪問介護計画の作成</p> <p>① 条例第53条第1項は、オペレーションセンター従業者(オペレーションセンターを設置しない場合にあつては、訪問介護員等。以下同じ。)は、夜間対応型訪問介護計画を作成しなければならないこととしたものである。夜間対応型訪問介護計画の作成に当たっては、利用者の状況を把握・分析し、夜間対応型訪問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、定期巡回サービス及び随時訪問サービスの援助の方向性や目標を明確にし、担当する訪問介護員等の氏名、訪問介護員等が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、夜間対応型訪問介護計画の様式については、各事業所ごとに定めるもので差し支えない。</p>
<p>2 夜間対応型訪問介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。</p>	<p>② 同条第2項は、夜間対応型訪問介護計画は、居宅サービス計画に沿って作成されなければならないこととしたものである。</p> <p>なお、夜間対応型訪問介護計画の作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該夜間対応型訪問介護計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。</p>
<p>3 オペレーションセンター従業者は、夜間対応型訪問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>③ 同条第3項は、夜間対応型訪問介護計画は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて作成されなければならないものであり、その内容について説明を行った上で利用者の同意を得ることを義務付けることにより、サービス内容等への利用者の意向の反</p>

	<p>映の機会を保障しようとするものである。</p> <p>したがって、オペレーションセンター従業者は、夜間対応型訪問介護計画の目標や内容等については、利用者又はその家族に、理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うものとする。</p>
<p>4 オペレーションセンター従業者は、夜間対応型訪問介護計画を作成した際には、当該夜間対応型訪問介護計画を利用者に交付しなければならない。</p> <p>5 オペレーションセンター従業者は、夜間対応型訪問介護計画の作成後、当該夜間対応型訪問介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該夜間対応型訪問介護計画の変更を行うものとする。</p> <p>6 第1項から第4項までの規定は、前項に規定する夜間対応型訪問介護計画の変更について準用する。</p>	<p>④ 同条第4項は、夜間対応型訪問介護計画を作成した際には、遅滞なく利用者に交付しなければならないこととしたものである。</p> <p>なお、夜間対応型訪問介護計画は、条例第59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 オペレーションセンター従業者は、訪問介護員等の行うサービスが夜間対応型訪問介護計画に沿って実施されているかについて把握するとともに、助言、指導等必要な管理を行わなければならない。</p> <p>⑥ 居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定夜間対応型訪問介護事業者については、第3の一の4の(16)⑫を準用する。この場合において、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画」とあるのは「夜間対応型訪問介護計画」と読み替える。</p> <p>●参考掲載〔第3の一の4の(16)⑫〕</p> <p>⑫ 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、居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定</p>

	<p>定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、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定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の提供の求めがあった際には、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看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>
--	---

(3) 地域密着型通所介護

○ 地域密着型通所介護計画の作成

基準条例	解釈
<p>(地域密着型通所介護計画の作成)</p> <p>第60条の10 指定地域密着型通所介護事業所の管理者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、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地域密着型通所介護計画を作成しなければならない。</p> <p>2 地域密着型通所介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。</p> <p>3 指定地域密着型通所介護事業所の管理者は、地域密着型通所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>4 指定地域密着型通所介護事業所の管理者は、地域密着型通所介護計画を作成した際には、当該地域密着型通所介護計画を利用者に交付しなければならない。</p> <p>5 地域密着型通所介護従業者は、それぞれの利用者について、地域密着型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行う。</p>	<p>(3) 地域密着型通所介護計画の作成</p> <p>① 条例第60条の10で定める地域密着型通所介護計画については、介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある者や、介護の提供について豊富な知識及び経験を有する者にそのとりまとめを行わせるものとし、当該事業所に介護支援専門員の資格を有する者がいる場合は、その者に当該計画のとりまとめを行わせることが望ましい。</p> <p>② 地域密着型通所介護計画は、サービスの提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成するものである。</p> <p>③ 地域密着型通所介護計画は、居宅サービス計画に沿って作成されなければならないこととしたものである。なお、地域密着型通所介護計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該地域密着型通所介護計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。</p> <p>④ 地域密着型通所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、指定地域密着型通所介護事業所の管理者は、地域密着型通所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、当該地域密着型通所介護計画を利用者に交付しなければならない。</p> <p>なお、交付した地域密着型通所介護計画</p>

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。

⑤ 地域密着型通所介護計画の目標及び内容については、利用者又は家族に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。

⑥ 居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定地域密着型通所介護事業者については、第 3 の一の 4 の (16)⑫を準用する。この場合において、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画」とあるのは「地域密着型通所介護計画」と読み替える。

●参考掲載〔第 3 の一の 4 の (16)⑫〕

⑫ 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 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、居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、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定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の提供の求めがあった際には、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看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。

(4) 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護

○ 認知症対応型通所介護計画の作成

基準条例	解釈
<p>(認知症対応型通所介護計画の作成)</p> <p>第72条 指定認知症対応型通所介護事業所 (単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所又は共用型指定認知症対応型通所介護事業所をいう。以下同じ。)の管理者(第63条又は第67条の管理者をいう。以下この条において同じ。)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、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型通所介護計画を作成しなければならない。</p> <p>2 認知症対応型通所介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。</p> <p>3 指定認知症対応型通所介護事業所の管理者は、認知症対応型通所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>4 指定認知症対応型通所介護事業所の管理者は、認知症対応型通所介護計画を作成した際には、当該認知症対応型通所介護計画を利用者に交付しなければならない。</p> <p>5 認知症対応型通所介護従業者は、それぞれの利用者について、認知症対応型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行う。</p>	<p>(2) 認知症対応型通所介護計画の作成</p> <p>① 条例第72条で定める認知症対応型通所介護計画については、認知症介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある者や、認知症介護の提供について豊富な知識及び経験を有する者にそのとりまとめを行わせるものとし、当該事業所に介護支援専門員の資格を有する者がいる場合は、その者に当該計画のとりまとめを行わせることが望ましい。</p> <p>② 認知症対応型通所介護計画をとりまとめる者は、第3の五の2の(1)の②のホに規定する研修(認知症対応型共同生活介護の計画作成担当者が修了すべき研修)を修了していることが望ましい。</p> <p>③ 認知症対応型通所介護計画は、サービスの提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成するものであること。</p> <p>④ 認知症対応型通所介護計画は、居宅サービス計画に沿って作成されなければならないこと。</p> <p>なお、認知症対応型通所介護計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該認知症対応型通所介護計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。</p> <p>⑤ 認知症対応型通所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、指定認知症対応型通所介護事業所の管理者は、認知症対応型通</p>

所介護計画の作成に当たっては、その内容等を説明した上で利用者の同意を得なければならない。また、当該認知症対応型通所介護計画を利用者に交付しなければならない。

なお、交付した認知症対応型通所介護計画は、条例第 80 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。

- ⑥ 認知症対応型通所介護計画の目標及び内容については、利用者又は家族に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。
- ⑦ 居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定認知症対応型通所介護事業者については、第 3 の一の 4 の (16)⑫を準用する。この場合において、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画」とあるのは「認知症対応型通所介護計画」と読み替える。

●参考掲載〔第 3 の一の 4 の (16)⑫〕

- ⑫ 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 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、居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、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定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の提供の求めがあった際には、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を提供することに協力するよう努めるものとする。

○ 介護予防認知症対応型通所介護計画の作成

予防基準条例	解釈
<p>(指定介護予防認知症対応型通所介護の具体的取扱方針)</p> <p>第43条 指定介護予防認知症対応型通所介護の方針は、第5条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。</p>	<p>(2) 指定介護予防認知症対応型通所介護の具体的取扱方針</p>
<p>(1) 指定介護予防認知症対応型通所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や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) 指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の管理者は、前号に規定する利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定介護予防認知症対応型通所介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防認知症対応型通所介護計画を作成するものとする。</p>	<p>① 予防条例第43条第1号及び第2号は、管理者は、介護予防認知症対応型通所介護計画を作成しなければならないこととしたものである。介護予防認知症対応型通所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、介護予防認知症対応型通所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。</p> <p>なお、介護予防認知症対応型通所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>(3) 介護予防認知症対応型通所介護計画は、既に介護予防サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。</p>	<p>② 同条第3号は、介護予防認知症対応型通所介護計画は、介護予防サービス計画(法第8条の2第16項に規定する介護予防サービス計画をいう。以下同じ。)に沿って作成されなければならないこととしたものである。</p> <p>なお、介護予防認知症対応型通所介護計画の作成後に介護予防サービス計画が作成された場合は、当該介護予防認知症対応型通所介護計画が介護予防サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更する</p>

<p>(4) 指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の管理者は、介護予防認知症対応型通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。</p> <p>(5) 指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の管理者は、介護予防認知症対応型通所介護計画を作成した際には、当該介護予防認知症対応型通所介護計画を利用者に交付しなければならない。</p> <p>(6) 指定介護予防認知症対応型通所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を踏まえ、適切に行うものとする。</p> <p>(7) 指定介護予防認知症対応型通所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。</p> <p>(8) 指定介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たっては、介護予防認知症対応型通所介護計画に基づき、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。</p> <p>(9) 指定介護予防認知症対応型通所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。</p>	<p>ものとする。</p> <p>③ 予防条例第 43 条第 4 号、第 5 号、第 8 号及び第 9 号は、サービス提供に当たっての利用者又はその家族に対する説明について定めたものである。即ち、介護予防認知症対応型通所介護計画は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて作成されなければならないものであり、その内容について説明を行った上で利用者の同意を得ることを義務づけることにより、サービス内容等へ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、介護予防認知症対応型通所介護計画の目標や内容等について、利用者又はその家族に、理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うものとする。</p> <p>また、介護予防認知症対応型通所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ならず、当該介護予防認知症対応型通所介護計画は、予防条例第 41 条第 2 項の規定に基づき、5 年間保存しなければならないこととしている。</p> <p>④ 予防条例第 43 条第 7 号は、指定介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たっては、利用者が日常生活を送る上で自らの役割を持つことにより、達成感や満足感を得、自信を回復するなどの効果が期待されるとともに、利用者にとって自らの日常生活の場であると実感できるよう必要な支援を行わなければならないこととしたものである。</p>
<p>(10) 指定介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提</p>	<p>⑤ 同条第 10 号は、指定介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応した適切なサービスが提供でき</p>

<p>供を行うものとする。</p>	<p>るよう、常に新しい技術を習得する等、研鑽を行うべきものであることとしたものである。</p>
<p>(11) 介護予防認知症対応型通所介護従業者は、介護予防認知症対応型通所介護計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該介護予防認知症対応型通所介護計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、当該介護予防認知症対応型通所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。）を行うものとする。</p> <p>(12) 指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の管理者は、モニタリングの結果を記録し、当該記録を当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画を作成した指定介護予防支援事業者に報告しなければならない。</p> <p>(13) 指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の管理者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防認知症対応型通所介護計画の変更を行うものとする。</p> <p>(14) 第1号から第12号までの規定は、前号に規定する介護予防認知症対応型通所介護計画の変更について準用する。</p>	<p>⑥ 同条第11号から第13号は、事業者に対して地域密着型介護予防サービスの提供状況等について介護予防支援事業者に対する報告の義務づけを行うとともに、介護予防認知症対応型通所介護計画に定める計画期間終了後の当該計画の実施状況の把握（モニタリング）を義務づけるものである。介護予防支援事業者に対する実施状況等の報告については、サービスが介護予防サービス計画に即して適切に提供されているかどうか、また、当該計画策定時から利用者の状態等が大きく異なることとなっていないか等を確認するために行うものであり、毎月行うこととしている。</p> <p>また、併せて、事業者は介護予防認知症対応型通所介護計画に定める計画期間が終了するまでに1回はモニタリングを行い、利用者の介護予防認知症対応型通所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、担当する介護予防支援事業者等とも相談の上、必要に応じて当該介護予防認知症対応型通所介護計画の変更を行うこととしたものである。</p> <p>⑦ 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指定介護予防認知症対応型通所介護事業者については、第3の一の4の(16)⑫を準用する。この場合において、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画」とあるのは「介護予防認知症対応型通所介護計</p>

画」と読み替えるものとする。

●参考掲載〔第3の一の4の(16)⑫〕

⑫ 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、居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、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定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の提供の求めがあった際には、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看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。

5 介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱い関係

介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせて提供する場合には、下記取扱いを遵守すること。〔出典；介護保険最新情報 Vol. 678〕

(1) 訪問介護と保険外サービスを組み合わせて提供する場合について

① これまでの取扱い

訪問介護については、「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」（平成 11 年 9 月 17 日老企第 25 号）に加え、「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」（平成 12 年 11 月 16 日老振発第 76 号）において、「保険給付の範囲外のサービスについて、利用者と事業者の間の契約に基づき、保険外のサービスとして、保険給付対象サービスと明確に区分し、利用者の自己負担によってサービスを提供することは、可能である」旨示されている。

② 訪問介護と保険外サービスを組み合わせて提供する場合の例

訪問介護と保険外サービスを組み合わせて提供する場合としては、訪問介護の前後に連続して保険外サービスを提供する場合と、訪問介護の提供中に、一旦、訪問介護の提供を中断した上で保険外サービスを提供し、その後に訪問介護を提供する場合がある。

例えば以下のようなサービスの提供が可能である。

イ 訪問介護の対象とはならないサービスを利用者本人に提供

- ・ 訪問介護の提供の前後や提供時間の合間に、草むしり、ペットの世話のサービスを提供すること
- ・ 訪問介護として外出支援をした後、引き続き、利用者が趣味や娯楽のために立ち寄る場所に同行すること
- ・ 訪問介護の通院等乗降介助として受診等の手続を提供した後に、引き続き、介護報酬の算定対象とならない院内介助を提供すること

※ 介護報酬の算定対象となる訪問介護における院内介助の範囲については、「訪問介護における院内介助の取扱いについて」（平成 22 年 4 月 28 日付厚生労働省事務連絡）を参照すること。

ロ 同居家族に対するサービスの提供

- ・ 訪問介護の提供の前後や提供時間の合間に、同居家族の部屋の掃除、同居家族のための買い物のサービスを提供すること

※ 利用者本人分の料理と同居家族分の料理を同時に調理するといった、訪問介護と保険外サービスを同時一体的に提供することは認められない。

③ 訪問介護と保険外サービスを組み合わせて提供する場合の取扱い

訪問介護と保険外サービスを組み合わせて提供する場合には、保険外サービスを訪問介護と明確に区分することが必要であり、その具体的取扱いとして、事業者は以下の事項を遵守すること。

- イ 保険外サービスの事業の目的、運営方針、利用料等を、指定訪問介護事業所の運営規程とは別に定めること
- ロ 契約の締結に当たり、利用者に対し、上記イの概要その他の利用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もって丁寧に説明を行い、保険

外サービスの内容、提供時間、利用料等について、利用者の同意を得ること。なお、保険外サービスの提供時間は、訪問介護の提供時間には含めないこと

- ハ 契約の締結前後に、利用者の担当の介護支援専門員に対し、サービスの内容や提供時間等を報告すること。その際、当該介護支援専門員は、必要に応じて事業者から提供されたサービスの内容や提供時間等の保険外サービスに関する情報を居宅サービス計画（週間サービス計画表）に記載すること
- ニ 利用者の認知機能が低下しているおそれがあることを十分に踏まえ、保険外サービスの提供時に、利用者の状況に応じ、別サービスであることを理解しやすくなるような配慮を行うこと。例えば、訪問介護と保険外サービスを切り替えるタイミングを丁寧に説明する等、利用者が別サービスであることを認識できるような工夫を行うこと
- ホ 訪問介護の利用料とは別に費用請求すること。また、訪問介護の事業の会計と保険外サービスの会計を区分すること

また、利用者保護の観点から、提供した保険外サービスに関する利用者等からの苦情に対応するため、苦情を受け付ける窓口の設置等必要な措置を講じること。なお、指定訪問介護事業者は、訪問介護を提供する事業者の責務として、訪問介護に係る苦情に対応するための措置を既に講じていることから、当該措置を保険外サービスに活用することが考えられる。

※（介護予防）訪問入浴介護、（介護予防）訪問看護、（介護予防）訪問リハビリテーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護においても同様の取扱いである。

④ サービス提供責任者について

サービス提供責任者については、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 5 条第 4 項に規定されているとおり、専ら指定訪問介護に従事することが求められているが、業務に支障がない範囲で保険外サービスにも従事することは可能である。

（２） 通所介護を提供中の利用者に対し、保険外サービスを提供する場合について

① これまでの取扱い

通所介護については、介護保険法第 8 条第 7 項及び介護保険法施行規則第 10 条に規定するとおり、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認その他の居宅要介護者に必要な日常生活上の世話並びに機能訓練を行うサービスであり、様々なサービスが介護保険サービスとして提供可能である。このため、通所介護事業所内において利用者に対して提供されるサービスについては、通所介護としての内容と保険外サービスとしての内容を区分することは、基本的には困難である。

ただし、理美容サービスについては、通所介護と明確に区分可能であることから、「通所サービス利用時の理美容サービスの利用について」（平成 14 年 5 月 14 日付厚生労働省事務連絡）において、デイサービスセンター等において、通所サービスとは別に、利用者の自己負担により理美容サービスを受けることは可能である旨が示されているところである。また、併設医療機関の受診については、「介護報酬に係る Q&A について」（平成 15 年 5 月 30 日付厚生労働省事務連絡）において、通所サービスのサービス提供時間帯における併設医療機関の受診は緊急やむを得ない場合に限り認められることとされている。

なお、通所サービスの提供時間には、理美容サービスに要した時間や緊急時の併設医療機関の受診に要した時間は含まないこととされている。

② 通所介護と組み合わせて提供することが可能なサービス

①で示したとおり、通所介護事業所内において利用者に対して提供されるサービスについては、通所介護としての内容と保険外サービスとしての内容を区分することが基本的には困難であることから、保険外サービスとして利用者から保険給付とは別に費用を徴収することは、基本的には適当でなく、仮に特別な器具や外部事業者等を活用する場合であっても、あくまで通所介護として実施し、必要に応じて実費等を追加徴収することが適当である。

ただし、以下のイ～二の保険外サービスについては、通所介護と明確に区分することが可能であり、事業者が③の事項を遵守している場合には、通所介護を提供中の利用者に対し、通所介護を一旦中断したうえで保険外サービスを提供し、その後引き続いて通所介護を提供することが可能である。

イ 事業所内において、理美容サービス又は健康診断、予防接種若しくは採血（以下「巡回健診等」という。）を行うこと

ロ 利用者個人の希望により通所介護事業所から外出する際に、保険外サービスとして個別に同行支援を行うこと

※機能訓練の一環として通所介護計画に位置付けられた外出以外に、利用者個人の希望により、保険外サービスとして、個別に通所介護事業所からの外出を支援するものである。外出中には、利用者の希望に応じた多様な分野の活動に参加することが可能である。

ハ 物販・移動販売やレンタルサービス

ニ 買い物等代行サービス

③ 通所介護を提供中の利用者に対し、保険外サービスを提供する場合の取扱い

イ 共通事項

一 通所介護と保険外サービスを明確に区分する方法

- ・ 保険外サービスの事業の目的、運営方針、利用料等を、指定通所介護事業所の運営規程とは別に定めること
- ・ 利用者に対して上記の概要その他の利用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もって丁寧に説明を行い、保険外サービスの内容、提供時間、利用料等について、利用者の同意を得ること。
- ・ 契約の締結前後に、利用者の担当の介護支援専門員に対し、サービスの内容や提供時間等を報告すること。その際、当該介護支援専門員は、必要に応じて事業者から提供されたサービスの内容や提供時間等の保険外サービスに関する情報を居宅サービス計画（週間サービス計画表）に記載すること
- ・ 通所介護の利用料とは別に費用請求すること。また、通所介護の事業の会計と保険外サービスの会計を区分すること。
- ・ 通所介護の提供時間の算定に当たっては、通所介護の提供時間には保険外サービスの提供時間を含めず、かつ、その前後に提供した通所介護の提供時間を合算し、1回の通所介護の提供として取り扱うこと

二 利用者保護の観点からの留意事項

- ・ 通所介護事業所の職員以外が保険外サービスを提供する場合には、利用者の安全を確保する観点から、当該提供主体との間で、事故発生時における対

応方法を明確にすること

- ・ 提供した保険外サービスに関する利用者等からの苦情に対応するため、苦情を受け付ける窓口の設置等必要な措置を講じること。なお、指定通所介護事業者は、通所介護を提供する事業者の責務として、通所介護に係る苦情に対応するための措置を既に講じていることから、当該措置を保険外サービスに活用することが考えられる。
- ・ 通所介護事業者は、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対償として、当該事業者から金品その他の財産上の収益を収受してはならないこと

ロ 事業所内において、巡回健診等の保険外サービスを行う場合

医療法（昭和 23 年法律第 205 号）等の関係法規を遵守すること。

なお、通所介護事業所内において巡回健診等を行う場合は、「医療機関外の場所で行う健康診断の取扱いについて」（平成 27 年 3 月 31 日医政発 0331 第 11 号）を遵守すること。

また、鍼灸や柔道整復等の施術を行うことはできず、無資格者によるマッサージの提供は禁止されている。

ハ 利用者個人の希望により通所介護事業所から外出する際に、保険外サービスとして個別に同行支援を行う場合

通所介護事業所の職員が同行支援等の保険外サービスを提供する場合には、当該保険外サービスの提供に要した時間を当該職員が通所介護に従事する時間には含まないこととした上で、通所介護事業所の人員配置基準を満たすこと。

道路運送法（昭和 26 年法律第 183 号）や医療法等の関係法規を遵守すること。

例えば、

- ・ 医療機関への受診同行については、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）及び健康医療機関及び保険医療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号）の趣旨を踏まえると、あくまでも利用者個人の希望により、個別に行うものであり、利用者個人のニーズにかかわらず、複数の利用者を一律にまとめて同行支援をするようなサービスを提供することは、適当ではない。
- ・ 通所介護事業所の保有する車両を利用して行う送迎については、通所介護の一環として行う、機能訓練等として提供するサービスではなく、利用者個人の希望により有償で提供するサービスに付随して送迎を行う場合には、道路運送法に基づく許可・登録が必要である。

※ 通所介護事業所への送迎の前後又は送迎と一体的な保険外サービスの提供については「通所介護に係る送迎に関する道路運送法上の取扱いについて」（平成 30 年 9 月 28 日付国土交通省事務連絡）を参照すること。

ニ 物販・移動販売やレンタルサービスを行う場合

利用者にとって、不要なサービスが提供されることを防ぐ観点から、利用者の日常生活に必要な日用品や食料品・食材ではなく、例えば高額な商品を販売しようとする場合には、あらかじめその旨を利用者の家族や介護支援専門員に対して連絡すること。認知機能が低下している利用者に対しては、高額な商品等の販売は行わないこと。

また、食品衛生法（昭和 22 年法律第 223 号）等の関係法規を遵守すること。

※（介護予防）リハビリテーション、地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護においても同様の取扱いである。

（３） 通所介護を提供していない休日や夜間等に、事業所の人員や設備を活用して、保険外サービスを提供する場合について

① 通所介護を提供していない休日や夜間等に、事業所の人員や設備を活用して、保険外サービスを提供する場合の取扱い

指定居宅サービス等基準第95条第3項において、通所介護事業所の設備は、専ら当該指定通所介護の事業の用に供するものでなければならないが、利用者に対し支障がない場合は、この限りではないとされている。また、通所介護を提供していない休日や夜間等に、事業所の人員や設備を活用して、保険外サービスを提供する場合においても、（２）の場合と同様、通所介護と保険外サービスを明確に区分する必要がある。

さらに、夜間及び深夜に宿泊サービスを提供することについては、利用者保護や、サービスの質を担保する観点から、指定居宅サービス等基準第95条第4号及び「指定通所介護事業所等の設備を利用し夜間及び深夜に指定通所介護等以外のサービスを提供する場合の事業の人員、設備及び運営に関する指針について」（平成27年4月30日老振発0430第1号・老老発0430第1号・老推発0430第1号）において、その基準を定めている。

※ 上記においては、例えば以下のような内容を定めている。

- ・ 通所介護事業者は、宿泊サービスの内容を当該宿泊サービスの提供開始前に当該指定通所介護事業者に係る指定を行った都道府県知事、指定都市又は中核市の市長に届け出ること
- ・ 通所介護事業者は宿泊サービスの届出内容に係る介護サービス情報を都道府県知事に報告し、都道府県は介護サービス情報公表制度を活用し当該宿泊サービスの内容を公表すること
- ・ 宿泊サービスの提供時間を通じて、夜勤職員として介護職員又は看護職員を常時1人以上確保すること
- ・ 宿泊室の床面積は、1室当たり7.43㎡以上とすること
- ・ 消防法その他の法令等に規定された設備を確実に設置しなければならないこと等

上記に加え、通所介護を提供していない休日や夜間等に、通所介護以外の目的で通所介護事業所の人員・設備を活用する場合は、通所介護と保険外サービスを明確に区分する観点から、保険外サービスに関する情報（当該保険外サービスを提供する事業者名、サービス提供時間等）を記録すること。

※（介護予防）リハビリテーション、地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護においても同様の取扱いである。

② 通所介護を提供していない休日や夜間等に、事業所の人員や設備を活用して、保険外サービスを提供する場合の例

通所介護を提供していない休日や夜間等に、事業所の人員や設備を活用して、保険外サービスを提供する場合として、例えば以下のようなサービスの提供が可能である。

- イ 通所介護事業所の設備を、通所介護サービスを提供していない時間帯に、地域交流会や住民向け説明会等に活用すること。
- ロ 通所介護事業所の人員・設備を、通所介護サービスを提供していない夜間及び深夜に、宿泊サービスに活用すること。

(4) 通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の双方に対してサービスを提供する場合について

① これまでの取扱い

指定居宅サービス等基準第95条第3項において、通所介護事業所の設備は、専ら当該指定通所介護の事業の用に供するものでなければならないが、利用者に対し支障がない場合は、この限りでないとされている。また、(2)及び(3)の場合と同様、通所介護と保険外サービスを明確に区分する必要がある。

② 通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の双方に対してサービスを提供する場合の例

通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の双方に対してサービスを提供する場合として、例えば以下のようなサービスの提供が可能である。

イ 両サービスの利用者が混在する場合

通所介護事業所において、通所介護の利用者とそれ以外の地域住民が混在している状況下で、体操教室等を実施すること

ロ 通所介護と保険外サービスの利用者が混在せず、通所介護とは別の時間帯や、別の場所・人員により、保険外サービスを提供する場合

通所介護事業所において、通所介護とは別室で、通所介護に従事する職員とは別の人員が、地域住民向けのサービスを提供すること

③ 通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の双方に対してサービスを提供する場合の取扱い

イ 共通事項

通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の双方に対してサービスを提供する場合、通所介護と保険外サービスを明確に区分するため、保険外サービスに関する情報（当該保険外サービスを提供する事業者名、サービス提供時間等）を記録すること。

ロ 通所介護の利用者と保険外サービスの利用者に対して一体的にサービスを提供する場合

通所介護事業所において、通所介護の利用者と保険外サービスの利用者が混在する状態で通所介護と保険外サービスを提供することについては、通所介護の利用者に対し支障がない場合に可能であるところ、具体的には、通所介護事業所の人員・設備の基準を担保する観点から、

一 同時一体的に利用する通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の合計数に対し、通所介護事業所の人員基準を満たすように職員が配置されており、かつ、

二 通所介護の利用者と保険外サービスの利用者の合計数が、通所介護事業所の利用定員を超えない

場合には、通所介護の利用者と保険外サービスの利用者が混在する状態で通所介護と保険外サービスと提供することが可能である。

なお、通所介護事業者は、地域住民が通所介護事業所において行われる行事に参加する等の場合、一及び二によらず、あくまでも通所介護の利用者数を基に、通所介護事業所の人員基準や定員を遵守すること。

ハ 通所介護と保険外サービスの利用者が混在せず、通所介護とは別の時間帯や、別の場所・人員により、保険外サービスを提供する場合

通所介護事業所において通所介護と保険外サービスの利用者が混在せず、通所介護とは別の時間帯や、別の場所・人員により保険外サービスを提供することについては、基本的に通所介護の利用者に対し支障がないと考えられることから、ロの一及び二に従う必要はない。

※イからハまでの取扱いは、(介護予防)リハビリテーション、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護についても同様である。

(5) 区分支給限度額を超過している利用者に対し、超過分のサービスを提供する場合について

① これまでの取扱い

指定居宅サービス等基準第20条第2項等において、法定代理受領サービスに該当しない指定サービスを提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定サービスに係る居宅介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならないこととされている。介護保険制度は、高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう、必要なサービスを提供することを目的とするものであり、介護支援専門員は、区分支給限度額を超過する居宅サービス計画を作成しようとする場合には、利用者の心身の状況や置かれている環境等に応じた適切なサービスであるかどうか、アセスメント等を通じ十分に検討しなければならない。

② 区分支給限度額を超過している利用者に対し、超過分のサービスを提供する場合の取扱い

区分支給限度額を超えてなお介護保険サービスと同等のサービスを提供する場合、その価格については、サービス内容が介護保険サービスと同等であることを踏まえ、介護保険サービスにおいて事業者を支払われる費用額と同水準とすることが望ましい。ただし、利用者等に対し、介護保険サービスと保険外サービスの違いを文書によって丁寧に説明し、同意を得ることにより、介護保険サービスにおいて事業者を支払われる費用額とは別の価格設定が可能である。

(6) 保険外サービスを提供する場合の個人情報の取扱いについて

保険外サービスの提供にあたり取得した個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」(平成29年4月14日個情第534号・医政発0414第6号・薬生発0414第1号・老発0414第1号個人情報保護委員会事務局長、厚生労働省医政局長、医薬・生活衛生局長及び老健局長連名通知別紙。以下「ガイダンス」という。)を遵守すること。

なお、介護保険サービスの提供にあたり利用者から取得した個人情報を、保険外サービスの提供に利用するには、取得に際しあらかじめ、その利用目的を公表する等の措置を講ずる必要があることに留意されたい。

(別紙様式)

指定認知症対応型通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する

開始
変更
休止・廃止
※1

届出書

平成 年 月 日

大村市長 様

法人所在地
名 称
代表者氏名

印

基本情報	事業所情報	フリガナ		事業所 番号							
		名称									
		フリガナ		連絡先	(緊急時) ー ー						
	代表者氏名		ー ー								
	所在地	(〒 ー)									
	宿泊サービスの開始・廃止・休止予定年月日 (既に開始している場合はその年月日)	平成 年 月 日									
宿泊サービス	利用定員	人	提供日	月	火	水	木	金	土	日	
	提供時間	：	その他年 間の休日								
		～									
	1泊当たりの 利用料金	宿泊 円		夕食 円			朝食 円				
人員関係	人員	宿泊サービスの提供時間帯を通じて配置する職員数	人	時間帯での増員(※2)	夕食介助	：	～	：	人		
		配置する職員の保有資格等	看護職員・介護福祉士・左記以外の介護職員・その他有資格者()								
設備関係	宿泊室	個室	合計	床面積(※3)							
			(室)	(m ²)							
		個室以外	合計	場所(※4)	利用定員	床面積(※3)	プライバシー確保の方法(※5)				
			(室)	()	(人)	(m ²)					
				()	(人)	(m ²)					
	()			(人)	(m ²)						
()	(人)	(m ²)									
消防設備	消火器	有 ・ 無		スプリンクラー設備			有 ・ 無				
	自動火災報知設備	有 ・ 無		消防機関へ通報する火災報知設備			有 ・ 無				

※1 事業開始前に届け出ること。なお、変更の場合は変更箇所のみ記載すること。

※2 時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要。

※3 小数点第二位まで(小数点第三位以下を切り捨て)記載すること。

※4 指定通所介護事業所の設備としての用途を記載すること。(機能訓練室、静養室等)

※5 プライバシーを確保する方法を記載すること。(衝立、家具、パーテーション等)

6 指定地域密着型（介護予防）サービス事業者の介護報酬基準関係

（１） 介護報酬基準

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

（２） 主な関係告示等

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

→指定地域密着型サービス費に関する基準を定めた告示（いわゆる算定基準）

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

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

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

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

④ 指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成18年3月31日老計発第0331005号・老振発第0331005号・老老発第0331018号)

→算定基準の留意事項を示した通知（いわゆる留意事項通知）

（３） 介護報酬請求上の注意点

算定実績がある項目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。

○ 時間延長サービス体制の算定要件

地域密着型通所介護	認知症対応型通所介護																														
算定基準																															
<p>注4 イについて、日常生活上の世話をを行った後に引き続き所要時間8時間以上9時間未満の指定地域密着型通所介護を行った場合又は所要時間8時間以上9時間未満の指定地域密着型通所介護を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合であって、当該指定地域密着型通所介護の所要時間と当該指定地域密着型通所介護の前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が9時間以上となった場合は、次に掲げる区分に応じ、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>9時間以上10時間未満の場合</td> <td>50単位</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>10時間以上11時間未満の場合</td> <td>100単位</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>11時間以上12時間未満の場合</td> <td>150単位</td> </tr> <tr> <td>ニ</td> <td>12時間以上13時間未満の場合</td> <td>200単位</td> </tr> <tr> <td>ホ</td> <td>13時間以上14時間未満の場合</td> <td>250単位</td> </tr> </table>	イ	9時間以上10時間未満の場合	50単位	ロ	10時間以上11時間未満の場合	100単位	ハ	11時間以上12時間未満の場合	150単位	ニ	12時間以上13時間未満の場合	200単位	ホ	13時間以上14時間未満の場合	250単位	<p>注3 日常生活上の世話をを行った後に引き続き所要時間8時間以上9時間未満の指定認知症対応型通所介護を行った場合又は所要時間8時間以上9時間未満の指定認知症対応型通所介護を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合であって、当該指定認知症対応型通所介護の所要時間と当該指定認知症対応型通所介護の前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間（以下この注において「算定対象時間」という。）が9時間以上となった場合は、次に掲げる区分に応じ、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>9時間以上10時間未満の場合</td> <td>50単位</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>10時間以上11時間未満の場合</td> <td>100単位</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>11時間以上12時間未満の場合</td> <td>150単位</td> </tr> <tr> <td>ニ</td> <td>12時間以上13時間未満の場合</td> <td>200単位</td> </tr> <tr> <td>ホ</td> <td>13時間以上14時間未満の場合</td> <td>250単位</td> </tr> </table>	イ	9時間以上10時間未満の場合	50単位	ロ	10時間以上11時間未満の場合	100単位	ハ	11時間以上12時間未満の場合	150単位	ニ	12時間以上13時間未満の場合	200単位	ホ	13時間以上14時間未満の場合	250単位
イ	9時間以上10時間未満の場合	50単位																													
ロ	10時間以上11時間未満の場合	100単位																													
ハ	11時間以上12時間未満の場合	150単位																													
ニ	12時間以上13時間未満の場合	200単位																													
ホ	13時間以上14時間未満の場合	250単位																													
イ	9時間以上10時間未満の場合	50単位																													
ロ	10時間以上11時間未満の場合	100単位																													
ハ	11時間以上12時間未満の場合	150単位																													
ニ	12時間以上13時間未満の場合	200単位																													
ホ	13時間以上14時間未満の場合	250単位																													
留意事項通知																															
<p>(3) 8時間以上9時間未満の地域密着型通所介護の前後に連続して延長サービスを行った場合の加算の取扱い</p> <p>延長加算は、所要時間8時間以上9時間未満の地域密着型通所介護の前後に連続して日常生活上の世話をを行う場合について、5時間を限度として算定されるものであり、例えば、</p> <p>① 9時間の地域密着型通所介護の後に連続して5時間の延長サービスを行った場合</p> <p>② 9時間の地域密着型通所介護の前に連続して2時間、後に連続して3時間、合計5時間の延長サービスを行った場合には、5時間分の延長サービスとして250単位が算定される。</p> <p>また、当該加算は地域密着型通所介護と延長サービスを通算した時間が9時間以上の部分について算定されるものであるため、例えば、</p> <p>③ 8時間の地域密着型通所介護の後に連続して5時間の延長サービスを行った場合には、地域密着型通所介護と延長サービスの通算時間は13時間であり、4時間分（＝13時間－9時間）の延長サービスとして200単位が算定される。</p> <p>なお、延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な体制にあり、かつ、実際に延長サービスを行った場合に算定されるものであるが、当該事業所の実情に応じて、適当数の従業者を置いている必要があり、当該事業所の利用者が、当該事業所を利用した後に、引き続き当該事業所の設備を利用して宿泊する場合や、宿泊した翌日において当該事業所の地域密着型通所介護の提供を受ける場合には算定することはできない。</p>	<p>(3) 8時間以上9時間未満の認知症対応型通所介護の前後に連続して延長サービスを行った場合の加算の取扱い</p> <p>3の2(3)を準用する。</p> <p>(3) 8時間以上9時間未満の地域密着型通所介護の前後に連続して延長サービスを行った場合の加算の取扱い</p> <p>延長加算は、所要時間8時間以上9時間未満の地域密着型通所介護の前後に連続して日常生活上の世話をを行う場合について、5時間を限度として算定されるものであり、例えば、</p> <p>① 9時間の地域密着型通所介護の後に連続して5時間の延長サービスを行った場合</p> <p>② 9時間の地域密着型通所介護の前に連続して2時間、後に連続して3時間、合計5時間の延長サービスを行った場合には、5時間分の延長サービスとして250単位が算定される。</p> <p>また、当該加算は地域密着型通所介護と延長サービスを通算した時間が9時間以上の部分について算定されるものであるため、例えば、</p> <p>③ 8時間の地域密着型通所介護の後に連続して5時間の延長サービスを行った場合には、地域密着型通所介護と延長サービスの通算時間は13時間であり、4時間分（＝13時間－9時間）の延長サービスとして200単位が算定される。</p> <p>なお、延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な体制にあり、かつ、実際に延長サービスを行った場合に算定されるものであるが、当該事業所の実情に応じて、適当数の従業者を置いている必要があり、当該事業所の利用者が、当該事業所を利用した後に、引き続き当該事業所の設備を利用して宿泊する場合や、宿泊した翌日において当該事業所の地域密着型通所介護の提供を受ける場合には算定することはできない。</p>																														
時間延長サービスを実施する場合における運営規程について																															
<p>8時間以上9時間未満の指定地域密着型通所介護の前後に連続して延長サービスを行う指定地域密着型通所介護事業所にあつては、サービス提供時間とは別に当該延長サービスを行う時間を運営規程に明記すること。例えば、提供時間帯（9時間）の前に連続して1時間、後に連続して2時間、合計3時間の延長サービスを行う指定地域密着型通所介護事業所にあつては、当該指定地域密着型通所介護事業所の営業時間は12時間であるが、運営規程には、提供時間帯9時間、延長サービスを行う時間3時間とそれぞれ記載するものとする。</p> <p>なお、認知症対応型通所介護についても同様の取扱いである。</p>																															

○ 栄養スクリーニング加算の算定要件

地域密着型通所介護	認知症対応型通所介護
算定基準	
<p>注16 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定地域密着型通所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つては、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、栄養スクリーニング加算として1回につき5単位を所定単位数に加算する。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せず、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。</p>	<p>注9 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定認知症対応型通所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つては、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、栄養スクリーニング加算として1回につき5単位を所定単位数に加算する。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せず、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。</p>
定める基準	
<p>十九の二 栄養スクリーニング加算の基準 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</p>	<p>十九の二 栄養スクリーニング加算の基準 定員超過利用・人員基準欠如に該当していないこと。</p>
留意事項通知	
<p>(15) 栄養スクリーニング加算について</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>	<p>(15) 栄養スクリーニング加算について</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>

○ 生活機能向上連携加算の算定要件

定期巡回・随時対応型訪問介護看護	地域密着型通所介護	認知症対応型通所介護
算定基準の内容		
<p>へ 生活機能向上連携加算</p> <p>(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</p> <p>注1 (1) について、計画作成責任者(指定地域密着型サービス基準第3条の4第1項に規定する計画作成責任者をいう。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「指定居宅サービス基準」という。)第76条第1項に規定する指定訪問リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。)、指定通所リハビリテーション事業所(指定居宅サービス基準第111条第1項に規定する指定通所リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。)又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(医療法(昭和23年法律第205号)第1条の2第2項に規定する医療提供施設をいい、病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。以下同じ。)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定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画(指定地域密着型サービス基準第3条の24第1項に規定する定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画をいう。この注及び注2において同じ。)を作成し、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づく指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行ったときは、初回の当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護が行われた日の属する月に、所定単位数を加算する。</p> <p>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(指定居宅サービス基準第75条に規定する指定訪問リハビリテーションをいう。以下同じ。)、指定通所リハビリテーション(指定居宅サービス基準第110条に規定する指定通所リハビリテーションをいう。以下同じ。)等の一環として当該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状況等</p>	<p>注10 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地域密着型通所介護事業所において、利用者に対して機能訓練を行っている場合には、生活機能向上連携加算として、1月につき200単位を所定単位数に加算する。ただし、注11を算定している場合は、1月につき100単位を所定単位数に加算する。</p>	<p>注5 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定認知症対応型通所介護事業所において、外部との連携により、利用者の身体状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合には、生活機能向上連携加算として、1月につき200単位を所定単位数に加算する。ただし、注6を算定している場合は、1月につき100単位を所定単位数に加算する。</p>

<p>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定期巡回・随時対応型訪問介護看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、当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づく指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行ったときは、初回の当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看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。</p>		
---	--	--

定める基準

	<p>十五の二 通所介護費、地域密着型通所介護費及び認知症対応型通所介護費における生活機能向上連携加算の基準 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>イ 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(指定居宅サービス等基準第百十一条第一項に規定する指定通所リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。)又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第一条の二第二項に規定する医療提供施設をいい、病院にあっては、許可病床数が二百床未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。以下同じ。)の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師(以下この号において「理学療法士等」という。)が、当該指定通所介護事業所、指定地域密着型通所介護事業所又は指定認知症対応型通所介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者(以下「機能訓練指導員等」という。)と共同してアセスメント(利用者の心身の状況を勘案し、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をいう。)、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。</p> <p>ロ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。</p> <p>ハ 機能訓練指導員等が理学療法士等と連携し、個別機能訓練計画の進捗状況等を三月ごとに一回以上評価し、利用者又はその家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。</p>	<p>十五の二 通所介護費、地域密着型通所介護費及び認知症対応型通所介護費における生活機能向上連携加算の基準 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>イ 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(指定居宅サービス等基準第百十一条第一項に規定する指定通所リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。)又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第一条の二第二項に規定する医療提供施設をいい、病院にあっては、許可病床数が二百床未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。以下同じ。)の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師(以下この号において「理学療法士等」という。)が、当該指定通所介護事業所、指定地域密着型通所介護事業所又は指定認知症対応型通所介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者(以下「機能訓練指導員等」という。)と共同してアセスメント(利用者の心身の状況を勘案し、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をいう。)、利用者の身体の状態等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。</p> <p>ロ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供していること。</p> <p>ハ 機能訓練指導員等が理学療法士等と連携し、個別機能訓練計画の進捗状況等を三月ごとに一回以上評価し、利用者又はその家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて訓練内容の見直し等を行っていること。</p>
--	---	---

留意事項通知

<p>(14) 生活機能向上連携加算について</p> <p>① 生活機能向上連携加算(Ⅱ)について</p> <p>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。</p> <p>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た半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>ア 利用者が日々の暮らしの中で可能な限り自立して行うおうとする行為の内容</p>	<p>(9) 生活機能向上連携加算について</p> <p>① 指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所若しくはリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下この(9)において「理学療法士等」という。）が、当該指定地域密着型通所介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「機能訓練指導員等」という。）と共同してアセスメント、利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。その際、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。</p> <p>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こと。</p> <p>② ①の個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載しなければならない。目標については、利用者又はその家族の意向及び当該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こととし、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。なお、個別機能訓練計画に相当する内容を地域密着型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができるものとする。また、個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はないこと。</p> <p>③ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供していること。</p> <p>④ 個別機能訓練計画の進捗状況等について、3月ごとに1回以上、理学療法士等が指定地域密着型通所介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行うこと。</p>	<p>(4) 生活機能向上連携加算について</p> <p>3の2(9)を準用する。</p> <p>(9) 生活機能向上連携加算について</p> <p>① 指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所若しくはリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数が200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師（以下この(9)において「理学療法士等」という。）が、当該指定地域密着型通所介護事業所を訪問し、当該事業所の機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（以下「機能訓練指導員等」という。）と共同してアセスメント、利用者の身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。その際、理学療法士等は、機能訓練指導員等に対し、日常生活上の留意点、介護の工夫等に関する助言を行うこと。</p> <p>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こと。</p> <p>② ①の個別機能訓練計画には、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等の内容を記載しなければならない。目標については、利用者又はその家族の意向及び当該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こととし、当該利用者の意欲の向上につながるよう、段階的な目標を設定するなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。なお、個別機能訓練計画に相当する内容を地域密着型通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができるものとする。また、個別機能訓練加算を算定している場合は、別に個別機能訓練計画を作成する必要はないこと。</p> <p>③ 個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が、利用者の心身の状況に応じて計画的に機能訓練を適切に提供していること。</p> <p>④ 個別機能訓練計画の進捗状況等について、3月ごとに1回以上、理学療法士等が指定地域密着型通所介護事業所を訪問し、機能訓練指導員等と共同で評価した上で、機能訓練指導員等が利用者又はその家族に対して個別機能訓練計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに、必要に応じて訓練内容の見直し等を行うこと。</p>
---	---	---

<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>（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。</p> <p>（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。</p> <p>（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）。</p> <p>ヘ 本加算はロの評価に基づき、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、再度ロ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</p>	<p>⑤ 各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、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）の改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。</p> <p>⑥ 機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにすること。</p>	<p>⑤ 各月における評価内容や目標の達成度合いについて、機能訓練指導員等が、利用者又はその家族及び理学療法士等に報告・相談し、必要に応じて当該利用者又はその家族の意向を確認の上、理学療法士等から必要な助言を得た上で、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）の改善状況を踏まえた目標の見直しや訓練内容の変更など適切な対応を行うこと。</p> <p>⑥ 機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管され、常に当該事業所の機能訓練指導員等により閲覧が可能であるようにすること。</p>
---	--	--

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

<p>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。</p> <p>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。</p>		
---	--	--

○ サービス提供体制強化加算の算定要件（全サービス共通）

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	認知症対応型通所介護
算定基準の内容			
<p>ト サービス提供体制強化加算 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定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が、利用者に対し、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1月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) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ 640単位 (2) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ 500単位 (3) サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 350単位 (4) サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 350単位</p>	<p>ハ サービス提供体制強化加算 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夜間対応型訪問介護事業所が、利用者に対し、指定夜間対応型訪問介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、(1)及び(2)については1回につき、(3)及び(4)については1月につき、次に掲げる所定単位数を加算する。</p> <p>(1) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ 18単位 (2) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ 12単位 (3) サービス提供体制強化加算（Ⅱ）イ 126単位 (4) サービス提供体制強化加算（Ⅱ）ロ 84単位</p>	<p>ハ サービス提供体制強化加算 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地域密着型通所介護事業所が利用者に対し指定地域密着型通所介護を行った場合又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療養通所介護事業所が利用者に対し指定療養通所介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1回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) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ 18単位 (2) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ 12単位 (3) サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 6単位 (4) サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 6単位</p>	<p>ハ サービス提供体制強化加算 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単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所又は共用型指定認知症対応型通所介護事業所が、利用者に対し、指定認知症対応型通所介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1回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) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ 18単位 (2) サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ 12単位 (3) サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 6単位</p>
定める基準			
<p>四十七 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費におけるサービス提供体制強化加算の基準 イ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ 次に掲げる基準のいずれにも該当すること。 (1) 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の全ての定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者（指定地域密着型サービス基準第三条の四第一項に規定する定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者をいう。以下同じ。）に対し、定期巡回・随時対応型訪問介護看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>五十 夜間対応型訪問介護費におけるサービス提供体制強化加算の基準 イ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (1) 夜間対応型訪問介護費（Ⅰ）を算定していること。 (2) 指定夜間対応型訪問介護事業所（指定地域密着型サービス基準第六条第一項に規定する指定夜間対応型訪問介護事業所をいう。以下同じ。）の全ての訪問介護員等に対し、訪問介護員等ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、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。 (3) 利用者に関する情報若しくはサービ</p>	<p>五十一の七 地域密着型通所介護費におけるサービス提供体制強化加算の基準 イ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (1) 指定地域密着型通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の五十以上であること。 (2) 通所介護費等算定方法第五号のニイ及びハに規定する基準のいずれにも該当しないこと。 ロ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (1) 指定地域密着型通所介護事業所の介護職員の総数のうち、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>五十二 認知症対応型通所介護費におけるサービス提供体制強化加算の基準 イ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (1) 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所（指定地域密着型サービス基準第四十二条第一項に規定する単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所をいう。以下同じ。）又は共用型指定認知症対応型通所介護事業所（指定地域密着型サービス基準第四十五条第一項に規定する共用型指定認知症対応型通所介護事業所をいう。以下同じ。）の介護職員の総数（共用型指定認知症対応型通所介護事業所にあつては、設備を共用する指</p>

<p>(2) 利用者に関する情報や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を定期的に開催していること。</p> <p>(3) 当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の全ての定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者に対し、健康診断等を定期的実施すること。</p> <p>(4) 当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の割合が百分の四十以上又は介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の占める割合が百分の六十以上であること。</p> <p>ロ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ 次に掲げる基準のいずれにも該当すること。</p> <p>(1) イ（1）から（3）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(2) 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の割合が百分の三十以上又は介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の占める割合が百分の五十以上であること。</p> <p>ハ サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の定期巡回・随時対応型訪問介護看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）から（3）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>ニ サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の定期巡回・随時対応型訪問介護看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）から（3）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p>	<p>ス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該指定夜間対応型訪問介護事業所における訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。</p> <p>(4) 当該指定夜間対応型訪問介護事業所の全ての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的実施すること。</p> <p>(5) 当該指定夜間対応型訪問介護事業所の訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の四十以上又は介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の占める割合が百分の六十以上であること。</p> <p>ロ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) イ（1）から（4）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(2) 指定夜間対応型訪問介護事業所の訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の三十以上又は介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の占める割合が百分の五十以上であること。</p> <p>ハ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）イ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 夜間対応型訪問介護費（Ⅱ）を算定していること。</p> <p>(2) イ（2）から（5）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>ニ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）ロ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) ハ（1）に該当するものであること。</p> <p>(2) イ（1）から（4）まで及びロ（2）に適合するものであること。</p>	<p>(2) イ（2）に該当するものであること。</p> <p>ハ サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 指定地域密着型通所介護を利用者に直接提供する職員の総数のうち、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（2）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） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 指定療養通所介護（指定地域密着型サービス基準第三十八条に規定する指定療養通所介護をいう。）を利用者に直接提供する職員の総数のうち、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) 通所介護費等算定方法第五号の二ロ及び二に規定する基準のいずれにも該当しないこと。</p>	<p>定認知症対応型共同生活介護事業所（指定地域密着型サービス基準第九十条第一項に規定する指定認知症対応型共同生活介護事業所をいう。以下同じ。）、指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所（指定地域密着型介護予防サービス基準第七十条第一項に規定する指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所をいう。以下同じ。）、指定地域密着型特定施設（指定地域密着型サービス基準第九十条第一項に規定する指定地域密着型特定施設をいう。以下同じ。）又は指定地域密着型介護老人福祉施設（指定地域密着型サービス基準第三百十条第一項に規定する指定地域密着型介護老人福祉施設をいう。以下同じ。）の介護職員の総数を含む。）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>(2) 通所介護費等算定方法第六号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。</p> <p>ロ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所又は共用型指定認知症対応型通所介護事業所の介護職員の総数のうち、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（2）に該当するものであること。</p> <p>ハ サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所又は共用型指定認知症対応型通所介護事業所の指定認知症対応型通所介護を利用者に直接提供する職員の総数（共用型指定認知症対応型通所介護事業所にあつては、設備を共用する指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所、指定地域密着型特定施設又は指定地域密着型介護老人福祉施設の指定認知症対応型共同生活介護（指定地域密着型サービス基準第八十九条に規定する指定認</p>
--	--	---	---

			<p>知症対応型共同生活介護をいう。)、指定介護予防認知症対応型共同生活介護(指定地域密着型介護予防サービス基準第六十九条に規定する指定介護予防認知症対応型共同生活介護をいう。)、指定地域密着型特定施設入居者生活介護(指定地域密着型サービス基準第九十九条第一項に規定する指定地域密着型特定施設入居者生活介護をいう。)又は指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(指定地域密着型サービス基準第三十条第一項に規定する指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護をいう。)を直接提供する職員の総数を含む。)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(2)に該当するものであること。</p>
--	--	--	---

留意事項通知

<p>(15) サービス提供体制強化加算について</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</p>	<p>(7) サービス提供体制強化加算について</p> <p>2(12)〔(15)〕①から⑤を準用する。</p> <p>(15) サービス提供体制強化加算について</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、</p>	<p>(22) サービス提供体制強化加算について</p> <p>① 2(12)〔(15)〕④から⑦までを参照のこと。</p> <p>② 指定地域密着型通所介護を利用者に直接提供する職員又は指定療養通所介護を利用者に直接提供する職員とは、生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員を指すものとする。</p> <p>③ 同一の事業所において指定介護予防通所介護事業者(介護保険法施行規則等の一部を改正する省令(平成27年厚生労働省令第4号)附則第4条第3号の規定によりなおその効力を有するものとされた同令第5条の規定による改正前の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)第97条第1項に規定する指定介護予防通所介護事業者をいう。)若しくは第1号通所事業(指定居宅サービス等基準第93条第1項第3号に規定する第1号通所事業をいう。)の指定のいずれか又はその双方の指定を併せて受け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>	<p>(13) サービス提供体制強化加算について</p> <p>① 2(15)④から⑦まで及び3の2(22)②を準用する。</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> <p>[参照]</p> <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、又は再開した事業者については、4月目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する。</p>
--	--	--	--

<p>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"> ・利用者のADLや意欲 ・利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望 ・家庭環境 ・前回のサービス提供時の状況 ・その他サービス提供に当たって必要な事項 <p>③ 健康診断等について</p> <p>健康診断等については、労働安全衛生法により定期に実施することが義務付けられた「常時使用する労働者」に該当しない定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者も含めて、少なくとも1年以内ごとに1回、事業主の費用負担により実施しなければならない。新たに加算を算定しようとする場合にあっては、少なくとも1年以内に当該健康診断等が実施されることが計画されていることをもって足りるものとする。</p> <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、又は再開した事業者については、4月目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する。</p> <p>⑤ 前号ただし書の場合にあっては、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</p>	<p>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"> ・利用者のADLや意欲 ・利用者の主な訴えやサービス提供時の特段の要望 ・家庭環境 ・前回のサービス提供時の状況 ・その他サービス提供に当たって必要な事項 <p>③ 健康診断等について</p> <p>健康診断等については、労働安全衛生法により定期に実施することが義務付けられた「常時使用する労働者」に該当しない定期巡回・随時対応型訪問介護看護従業者も含めて、少なくとも1年以内ごとに1回、事業主の費用負担により実施しなければならない。新たに加算を算定しようとする場合にあっては、少なくとも1年以内に当該健康診断等が実施されることが計画されていることをもって足りるものとする。</p> <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、又は再開した事業者については、4月目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する。</p> <p>⑤ 前号ただし書の場合にあっては、届出を行った月以降においても、直近3月間の職</p>	<p>〔参照〕</p> <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、又は再開した事業者については、4月目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する。</p> <p>⑤ 前号ただし書の場合にあっては、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>⑤ 前号ただし書の場合にあっては、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>〔参照〕</p> <p>② 指定地域密着型通所介護を利用者に直接提供する職員又は指定療養通所介護を利用者に直接提供する職員とは、生活相談員、看護職員、介護職員又は機能訓練指導員として勤務を行う職員を指すものとする。</p>
--	---	---	--

<p>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>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>		
--	--	--	--

○ 同一建物の減算要件

地域密着型通所介護	認知症対応型通所介護
算定基準	
<p>注 2 1 指定地域密着型通所介護事業所と同一建物に居住する者又は指定地域密着型通所介護事業所と同一建物から当該指定地域密着型通所介護事業所に通う者に対し、指定地域密着型通所介護を行った場合は、1日につき94単位を所定単位数から減算する。ただし、傷病その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りでない。</p>	<p>注 1 2 単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所若しくは共用型指定認知症対応型通所介護事業所と同一建物に居住する者又は単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所若しくは共用型指定認知症対応型通所介護事業所と同一建物から当該単独型・併設型指定認知症対応型通所介護事業所若しくは共用型指定認知症対応型通所介護事業所に通う者に対し、指定認知症対応型通所介護を行った場合は、1日につき94単位を所定単位数から減算する。ただし、傷病その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りでない。</p>
留意事項通知	
<p>(17) 事業所と同一建物に居住する利用者又は同一建物から通う利用者に地域密着型通所介護を行う場合について</p> <p>① 同一建物の定義</p> <p>注 21 における「同一建物」とは、当該指定地域密着型通所介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の1階部分に指定地域密着型通所介護事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当し、同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しない。</p> <p>また、ここでいう同一建物については、当該建築物の管理、運営法人が当該指定地域密着型通所介護事業所の指定地域密着型通所介護事業者と異なる場合であっても該当するものであること。</p> <p>② なお、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行った場合は、例外的に減算対象とならない。具体的には、傷病により一時的に歩行困難となった者又は歩行困難な要介護者であって、かつ建物の構造上自力での通所が困難である者に対し、2人以上の従業者が、当該利用者の居住する場所と当該指定地域密着型通所介護事業所との往復の移動を介助した場合に限られること。ただし、この場合、2人以上の従業者による移動介助を必要とする理由や移動介助の方法及び期間について、介護支援専門員とサービス担当者会議等で慎重に検討し、その内容及び結果について地域密着型通所介護計画に記載すること。また、移動介助者及び移動介助時の利用者の様子等について、記録しなければならない。</p>	

○ 同一敷地内等の減算要件

定期巡回・随時対応型訪問介護看護	夜間対応型訪問介護
算定基準	
<p>注5 指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と同一の建物（以下この注において「同一敷地内建物等」という。）に居住する利用者（指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所における1月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者を除く。）に対して、指定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行った場合は、1月につき600単位を所定単位数から減算し、指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所における1月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者に対して、指定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行った場合は、1月につき900単位を所定単位数から減算する。</p>	<p>注3 指定夜間対応型訪問介護事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは指定夜間対応型訪問介護事業所と同一の建物（以下この注において「同一敷地内建物等」という。）に居住する利用者（指定夜間対応型訪問介護事業所における1月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者を除く。）又は指定夜間対応型訪問介護事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く。）に居住する利用者に対して、指定夜間対応型訪問介護を行った場合に、イについては、定期巡回サービス（指定地域密着型サービス基準第5条第1項に規定する定期巡回サービスをいう。以下この注において同じ。）又は随時訪問サービス（同項に規定する随時訪問サービスをいう。以下この注において同じ。）を行った際に算定する所定単位数の100分の90に相当する単位数を、ロについては、所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定し、指定夜間対応型訪問介護事業所における1月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者に対して、指定夜間対応型訪問介護を行った場合に、イについては、定期巡回サービス又は随時訪問サービスを行った際に算定する所定単位数の100分の85に相当する単位数を、ロについては、所定単位数の100分の85に相当する単位数を算定する。</p>
留意事項通知	
<p>(4) 指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と同一の建物（同一敷地内建物等）に居住する利用者に対する取扱い</p> <p>① 同一敷地内建物等の定義</p> <p>注5における「同一敷地内建物等」とは、当該指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物及び同一敷地内並びに隣接する敷地（当該指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と建築物が道路等を挟んで設置している場合を含む。）にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なものを指すものである。具体的には、一体的な建築物として、当該建物の1階部分に指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所がある場合や当該建物と渡り廊下でつながっている場合などが該当し、同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物として、同一敷地内にある別棟の建築物や幅員の狭い道路を挟んで隣接する場合などが該当するものであること。</p> <p>② 当該減算は、指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と建築物の位置関係により、効率的なサービス提供が可能であることを適切に評価する趣旨であることに鑑み、本減算の適用については、位置関係のみをもって判断することがないよう留意すること。具体的には、次のような場合を一例として、サービス提供の効率化につながらない場合には、減算を適用すべきではないこと。</p> <p>(同一敷地内建物等に該当しないものの例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 同一敷地であっても、広大な敷地に複数の建物が点在する場合 ・ 隣接する敷地であっても、道路や河川などに敷地が隔てられており、横断するために迂回しなければならない場合 	<p>(5) 指定夜間対応型訪問介護事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物又は指定夜間対応型訪問介護事業所と同一の建物（同一敷地内建物等）に居住する利用者等に対する取扱い</p> <p>① 同一敷地内建物等の定義</p> <p>注3における「同一敷地内建物等」とは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と同様であるので、2(4)を参照されたい。</p> <p>② 同一の建物に20人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く。）の定義</p> <p>イ 「当該指定夜間対応型訪問介護事業所における利用者が同一建物に20人以上居住する建物」とは、①に該当するもの以外の建物を指すものである。</p> <p>ロ この場合の利用者数は、1月間（暦月）の利用者数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者数の平均は、当該月における1日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。</p> <p>③ 同一敷地内建物等に50人以上居住する建物の定義</p> <p>イ 同一敷地内建物等のうち、当該同一敷地内建物等における当該指定夜間対応型訪問介護事業所の利用者が50人以上居住する建物の利用者全員に適用されるものである。</p> <p>ロ この場合の利用者数は、1月間（暦月）の利用者数の平均を用いる。この場合、1月間の利用者数の平均は、当該月における1日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。</p> <p>④ 夜間対応型訪問介護費（I）における基本夜間対応型訪問介護費については、本減算の適</p>

③ 同一の建物については、当該建築物の管理、運営法人が当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者と異なる場合であっても該当するものであること。

④ 同一敷地内建物等に 50 人以上居住する建物の定義

イ 同一敷地内建物等のうち、当該同一敷地内建物等における当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の利用者が 50 人以上居住する建物の利用者全員に適用されるものである。

ロ この場合の利用者数は、1 月間（暦月）の利用者数の平均を用いる。この場合、1 月間の利用者の数の平均は、当該月における 1 日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。

用を受けないこと。

[参照]

(4) 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と同一の建物（同一敷地内建物等）に居住する利用者に対する取扱い

① 同一敷地内建物等の定義

注 5 における「同一敷地内建物等」とは、当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物及び同一敷地内並びに隣接する敷地（当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と建築物が道路等を挟んで設置している場合を含む。）にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なものを指すものである。具体的には、一体的な建築物として、当該建物の 1 階部分に指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所がある場合や当該建物と渡り廊下でつながっている場合などが該当し、同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物として、同一敷地内にある別棟の建築物や幅員の狭い道路を挟んで隣接する場合などが該当するものであること。

② 当該減算は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と建築物の位置関係により、効率的なサービス提供が可能であることを適切に評価する趣旨であることに鑑み、本減算の適用については、位置関係のみをもって判断することがないよう留意すること。具体的には、次のような場合を一例として、サービス提供の効率化につながらない場合には、減算を適用すべきではないこと。

(同一敷地内建物等に該当しないものの例)

- ・ 同一敷地であっても、広大な敷地に複数の建物が点在する場合
- ・ 隣接する敷地であっても、道路や河川などに敷地が隔てられており、横断するために迂回しなければならない場合

③ 同一の建物については、当該建築物の管理、運営法人が当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者と異なる場合であっても該当するものであること。

④ 同一敷地内建物等に 50 人以上居住する建物の定義

イ 同一敷地内建物等のうち、当該同一敷地内建物等における当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の利用者が 50 人以上居住する建物の利用者全員に適用されるものである。

ロ この場合の利用者数は、1 月間（暦月）の利用者数の平均を用いる。この場合、1 月間の利用者の数の平均は、当該月における 1 日ごとの該当する建物に居住する利用者の合計を、当該月の日数で除して得た値とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り捨てるものとする。

7 介護・医療連携推進会議及び運営推進会議関係

○ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護関係〔基準条例第40条第1項・第2項〕

基準条例	解釈
<p>(地域との連携等)</p> <p>第40条 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看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、地域の医療関係者、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が所在する市の職員又は当該指定定期巡回・随時対応型訪問介護看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、定期巡回・随時対応型訪問介護看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「介護・医療連携推進会議」という。）を設置し、<u>おおむね6月に1回以上</u>、<u>介護・医療連携推進会議</u>に対して<u>指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供状況等を報告し</u>、介護・医療連携推進会議による評価を受けるとともに、介護・医療連携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 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、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>3・4 略</p>	<p>(26) 地域との連携等</p> <p>① 条例第40条第1項に定める介護・医療連携推進会議は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が、利用者、地域の医療関係者、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、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及び当該会議において、地域における介護及び医療に関する課題について関係者が情報共有を行い、介護と医療の連携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。この介護・医療連携推進会議は、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、地域の医療関係者とは、郡市区医師会の医師等、地域の医療機関の医師や医療ソーシャルワーカー等が考えられる。</p> <p>なお、介護・医療連携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、複数の事業所の介護・医療連携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</p>

	<p>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、事業所間のネットワーク形成の促進が図られる範囲で、地域の実情に合わせて、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。</p> <p>ハ 合同で開催する回数が、1年度に開催すべき介護・医療連携推進会議の開催回数の半数を超えないこと。</p> <p>二 ②の外部評価を行う介護・医療連携推進会議は、単独で開催すること。</p> <p>② 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所は、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、介護・医療連携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。</p> <p>イ 自己評価は、事業所が自ら提供するサービス内容について振り返りを行い、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所として提供するサービスについて個々の従業者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。</p> <p>ロ 外部評価は、介護・医療連携推進会議において、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、地域の医療関係者、市町村職員、地域住民の代表者</p>
--	--

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、介護・医療連携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、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看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 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看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24年度老人保健健康増進等事業「定期巡回・随時対応サービスにおける自己評価・外部評価の在り方に関する調査研究事業」（一般社団法人24時間在宅ケア研究会）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。

③ 介護・医療連携推進会議における報告等の記録は、条例第43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。

○ 地域密着型通所介護〔基準条例第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 指定地域密着型通所介護事業者は、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、指定地域密着型通所介護事業所が所在する市の職員又は当該指定地域密着型通所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、地域密着型通所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、おおむね6月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、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 指定地域密着型通所介護事業者は、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>3～5 略</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、指定地域密着型通所介護事業所が、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、指定地域密着型通所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。</p> <p>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。</p>

○ 認知症対応型通所介護

〔基準条例第81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 指定認知症対応型通所介護事業者は、指定認知症対応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、指定認知症対応型通所介護事業所が所在する市の職員又は当該指定認知症対応型通所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、認知症対応型通所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6月に1回以上</u>、運営推進会議に対し<u>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 指定認知症対応型通所介護事業者は、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、指定認知症対応型通所介護事業所が、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、指定認知症対応型通所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。</p> <p>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。</p>

8 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。

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

② 算定開始時期

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

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

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

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

※届出項目によって取扱いが異なる場合もあります。

(4) 様式の掲載箇所

[大村市公式ホームページ]

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

9 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								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
	4:00								
週単位以外のサービス									

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6表

認定済・申請中

平成 年 月分 サービス利用票 (兼居宅サービス計画)

居宅介護支援事業者→利用者

保険者番号					保険者名		居宅介護支援事業者事業所名 担当者名		作成年月日	平成 年 月 日	利用者確認
被保険者番号					フリガナ 被保険者氏名		保険者確認印		届出日	平成 年 月 日	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女	要介護状態区分 変更後 要介護状態区分 変更日	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 平成 年 月 日	区分支給 限度基準額	単位/月	限度額適用 期間	平成 年 月 月 平成 年 月 月	前月までの短期 入所利用日数	日

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																																			
			日付 曜日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計回数			
			予定																																			
			実績																																			
			予定																																			
			実績																																			
			予定																																			
			実績																																			
			予定																																			
			実績																																			
			予定																																			
			実績																																			
			予定																																			
			実績																																			
			予定																																			
			実績																																			
			予定																																			
			実績																																			
			予定																																			
			実績																																			

(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」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」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」
居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者の名称及び担当者名を記載する。ただし、利用者が作成した場合は記載する必要はない。
- ⑫ 「作成年月日」
居宅サービス計画からサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載する。居宅サービス計画の変更を行った場合は、変更後の居宅サービス計画に基づいてサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載する。ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。
- ⑬ 「利用者確認」
居宅介護支援事業者が保存するサービス利用票（控）に、利用者の確認を受ける。ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。
- ⑭ 「保険者確認印」
利用者が自ら作成した居宅サービス計画に基づきサービス利用票を作成した場合に、その受付を行った市町村が確認印を押印する。ただし、居宅介護支援事業者が作成したサービス利用票を受け付けた場合は、押印する必要はない。
- ⑮ 「届出年月日」
利用者が自ら作成した居宅サービス計画に基づきサービス利用票を作成した場合に、その受付を行った市町村が市町村に届け出た年月日を記載する。ただし、居宅介護支援事業者が作成したサービス利用票を受け付けた場合は、記載する必要はない。
- ⑯ 「区分支給限度基準額」
被保険者証に記載された支給限度基準額（単位数）を記載する。「申請中」の場合は、居宅サービス計画作成に当たって前提とした要介護状態区分に応じた1月間当たりの支給限度基準額（単位数）（月途中の変更がある場合には、重い方の「要介護状態区分」に対応した額と一致する。）を記載する。
- ⑰ 「限度額適用期間」
被保険者証に記載された限度額適用期間を記載する。
- ⑱ 「前月までの短期入所利用日数」
計画対象月までの短期入所利用日数を記載する。新規認定申請中の場合は、「0」と記載する。
- ⑲ 「曜日」
対象月における日付に対応する曜日を記載する。

- ⑳ 「提供時間帯」
サービス提供開始から終了までの予定時刻を 24 時間制で記載する。サービス提供時間帯が決まっているものは、提供時間帯の早い順（0：00～24：00）に記載する。ただし、福祉用具貸与及び短期入所サービスの場合は、記載する必要はない。
- ㉑ 「サービス内容」
適用するサービスコードに対応するサービスの名称（「介護給付費単位数・サービスコード表」の省略名称）を記載する。
- ㉒ 「サービス事業者事業所名」
サービス提供を行う事業所の名称を記載する。
- ㉓ 「予定」
該当するサービスの提供回数（通常は「1」）を記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。
- ㉔ 「実績」
サービスを提供した事業所が実績を記載する。計画を作成する時点での記載は、必要ない。
- ㉕ 「合計回数」
各行の「予定」欄に記載された提供回数の合計を記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。

2 第7表 : 「サービス利用票別表」

〔記載要領〕

- (1) 第6表「サービス利用票」の各行から、支給限度管理の対象となるサービスを全て転記する。記載は、サービス提供事業所毎に記載することとし、同一事業所で複数のサービスを提供する場合は、サービスコード毎に記載する。また、事業所又はサービス種類（サービスコードの上2桁）が変わる毎に、その事業所又はサービス種類毎の集計値を記載するための集計行を1行ずつ挿入する。（1つのサービス種類について1つしかサービスコードがない場合は、集計行は不要。）
- ① 「事業所名」
第6表「サービス利用票」の㉒「サービス事業者事業所名」欄から転記する。集計行にも対象事業所名を記載する。
- ② 「事業所番号」
上記①「事業所名」に対応する事業所番号をWAM NETの『介護報酬情報提供システム』等により確認して記載する。集計行にも対象事業所の事業所番号を記載する。
- ③ 「サービス内容／種類」
第6表「サービス利用票」の㉑「サービス内容」欄から転記する。集計行には、サービス種類の名称を記載する。
- ④ 「サービスコード」
上記③「サービス内容／種類」に対応するサービスコードを『介護給付費単位数サービスコード表』により確認して記載する。集計行には、記載する必要はない。
- ⑤ 「単位数」
上記④「サービスコード」に対応する1回当たりの単位を『介護給付費単位数サービスコード表』により確認して記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。

- ⑥ 「割引後率 (%)」
 料金割引を行っている場合には、上記③「サービス内容／種類」に対応する割引率を確認し、割引後の率(割引後率=100%-割引率(%))をWAMNETの『介護報酬情報提供システム』等の活用により確認し記載する。
- ⑦ 「割引後単位数」
 上記⑥の記載を行っている場合(料金割引を行っている場合)には、上記⑤「単位数」に上記⑥「割引後率」を乗じて算出した割引後の単位数(小数点以下四捨五入)を記載する。
- ⑧ 「回数」
 第6表「サービス利用票」の㉓「予定」欄から1月間分の合計回数(同表の㉔「合計回数」欄)を転記する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。
- ⑨ 「サービス単位／金額」
 上記⑤「単位数」(料金割引を行っている場合は、上記⑦「割引後単位数」)に上記⑧「回数」を乗じて算出した結果を、集計行を識別できるよう括弧書き等により記載する。区分支給限度管理対象外のサービス(特別地域加算等)については、合計には含めないため、識別できるよう記載する。福祉用具貸与の場合は、実際の費用額を単位数当たり単価で除した結果(小数点以下四捨五入)を記載する。
- ⑩ 「種類支給限度基準額(単位)」 ※「種類別支給限度管理」表
 市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、「被保険者証」から、種類別の支給限度額を転記する。
- ⑪ 「合計単位数」 ※「種類別支給限度管理」表
 市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、上記⑨「サービス単位／金額」欄から、サービス種類別に単位数を合計し記載する。
- ⑫ 「種類支給限度基準を超える単位数」 ※「種類別支給限度管理」表
 上記⑩及び⑪の記載を行った場合(市町村が種類支給限度基準を定めている場合)には、上記⑪「合計単位数」から上記⑩「種類支給限度基準額(単位)」を差引き、種類別に支給限度基準を超える単位数を算出する。
- ⑬ 「種類支給限度基準を超える単位数」
 市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、上記⑫の「種類支給限度基準を超える単位数」の合計に等しくなるように単位数を種類別に振り分ける。
- ⑭ 「種類支給限度基準内単位数」
 市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、上記⑨「サービス単位／金額」から上記⑬「種類支給限度基準を超える単位数」で割り振られた単位数を差し引いた単位数を記載する。
- ⑮ 「区分支給限度基準額(単位)」
 「被保険者証」から、区分支給限度基準額を転記する。
- ⑯ 「区分支給限度基準を超える単位数」
 種類支給限度基準が設定されていない場合は、上記⑮から上記⑨「サービス単位／金額」欄の合計欄の単位数を超える単位数を記載する。
 種類支給限度基準額が設定されている場合は、上記⑮から上記⑭「種類支給限度基準内単位数」欄の合計欄を超える単位数を記載する。内訳については、合計欄に等しくなるように単位数を割り振る。

- ⑰ 「**区分支給限度基準内単位数**」
 種類支給限度基準が設定されていない場合は、上記⑨「サービス単位／金額」から、上記⑯で割り振られた単位を差し引いた単位数を記載する。
 種類支給限度基準が設定されている場合は、上記⑩「種類支給限度基準内単位」から、上記⑯で割り振られた単位数を差し引いた単位数を記載する。
- ⑱ 「**単位数単価**」
 各事業所の所在地におけるサービス種類に対応する単位数当たりの単価を、WAMNET「介護報酬情報提供システム」等の活用により確認し記載する。
- ⑲ 「**費用総額（保険対象分）**」
 上記⑰「区分支給限度基準内単位数」に上記⑱「単位数単価」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。
- ⑳ 「**給付率（％）**」
 介護給付費の基準額のうち保険給付を行う率を百分率で記載する。利用者負担の減額対象者、保険給付額の減額対象者等は、被保険者証、減額証等を参考にして記載する。
- ㉑ 「**保険給付額**」
 上記⑲「費用総額（保険対象分）」に上記㉑「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るため、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