

指定居宅介護支援 指定介護予防支援

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	指定居宅介護支援・指定介護予防支援の事業の基準関係	2
3	ケアマネジメントプロセス関係	5
4	運営基準減算関係	19
5	特定事業所集中減算関係	22
6	介護サービス Q & A 関係	25
7	指定に係る申請・届出関係	32
8	各種通知等の電子メール配信	35
〔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	36
	(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)	
	介護予防支援業務に係る関連様式例の提示について	58
	(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)	

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 指定居宅介護支援・指定介護予防支援の事業の基準関係

(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 指定居宅介護支援関係規定（介護保険法第80条・第81条）

（指定居宅介護支援の事業の基準）

第八十条 指定居宅介護支援事業者は、次条第二項に規定する指定居宅介護支援の事業の運営に関する基準に従い、要介護者の心身の状況等に応じて適切な指定居宅介護支援を提供するとともに、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより常に指定居宅介護支援を受ける者の立場に立ってこれを提供するように努めなければならない。

2 略

第八十一条 指定居宅介護支援事業者は、当該指定に係る事業所ごとに、市町村の条例で定める員数の介護支援専門員を有しなければならない。

2 前項に規定するもののほか、指定居宅介護支援の事業の運営に関する基準は、市町村の条例で定める。

3～5 略

6 指定居宅介護支援事業者は、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 指定介護予防支援関係規定（介護保険法第115条の23・第115条の24）

（指定介護予防支援の事業の基準）

第百十五条の二十三 指定介護予防支援事業者は、次条第二項に規定する指定介護予防支援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介護予防支援の事業の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介護予防支援を提供するとともに、自らその提供する指定介護予防支援の質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより常に指定介護予防支援を受ける者の立場に立ってこれを提供するように努めなければならない。

2～3 略

第百十五条の二十四 指定介護予防支援事業者は、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介護予防支援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、指定介護予防支援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介護予防支援の事業の運営に関する基準は、市町村の条例で定める。

3～5 略

- 6 指定介護予防支援事業者は、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**

・ **指定居宅介護支援事業の基準**

大村市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等を定める条例
(平成30年3月22日大村市条例第1号) [☞掲載ページリンク](#)

[指定居宅介護支援基準条例・解釈通知対応表] [☞掲載ページリンク](#)

・ **指定介護予防支援事業の基準**

大村市指定介護予防支援等の事業の人員、運営等に関する基準等を定める条例
(平成27年3月23日大村市条例第5号) [☞掲載ページリンク](#)

[指定介護予防支援基準条例・解釈通知対応表] [☞掲載ページリンク](#)

(2) 基準(条例)の性格

基準(条例)は、指定居宅介護支援(指定介護予防支援を含む。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、指定居宅介護支援事業者は、基準を充足することで足りるとすることなく常にその事業の運営の向上に努めなければなりません。

特に、指定居宅介護支援の事業においては、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鑑み、基準違反に対しては、厳正に対応すべきであることとなっております。

- 指定居宅介護支援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、指定居宅介護支援事業者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相当の期限を定めて基準を遵守する勧告を行い、
- ②相当の期限内に勧告に従わなかったときは、事業者名、勧告に至った経緯、当該勧告に対する対応等を公表し、
- ③正当な理由が無く、当該勧告に係る措置をとらなかったときは、相当の期限を定めて当該勧告に係る措置をとるよう命令することができるものであること。

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、又は取り消しを行う前に相当の期間を定めて指定の全部若しくは一部の効力を停止すること(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指定の全部若しくは一部の停止又は直ちに打ち消すことができるものであること。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 指定居宅介護支援事業者（指定介護予防支援事業者）及びその従業者が、居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅（介護予防）サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、当該事業者等から金品その他の財産上の利益を収受したときその他の自己の利益を図るために基準に違反したとき② 利用者の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき③ その他①及び②に準ずる重大かつ明白な基準違反があったとき |
|---|

3 ケアマネジメントプロセス関係

(1) 受付・契約締結

事業者は、サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得る必要があります。

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

① 重要事項説明書に記載すべき項目

- ・ 運営規程の概要
- ・ 介護支援専門員（担当職員）の勤務の体制
- ・ 秘密の保持
- ・ 事故発生時の対応
- ・ 苦情処理の体制等
- ・ その他利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項

② 運営規程に記載すべき項目

- ・ 事業の目的及び運営の方針
- ・ 職員の職種、員数及び職務内容
- ・ 営業日及び営業時間
- ・ 指定居宅介護支援（指定介護予防支援）の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額
- ・ 通常の事業の実施地域
- ・ その他運営に関する重要事項

● 留意事項

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

(2) 課題分析（アセスメント）

ケアプランの作成に当たっては、適切な方法により課題を把握（アセスメント）する必要があります。アセスメントに当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行う必要があります。

① 居宅介護支援におけるアセスメント

課題分析は、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、利用者の課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならないものであるが、この課題分析の手法については、別途通知するところによるものである。

○ 別途通知とは

介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について（平成 11 年 11 月 12 日老企第 29 号）（以下「標準様式通知」という。）

○ 適切な方法とは

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

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

● 留意事項

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

- ・ 「標準様式通知」の別紙4の別添

課題分析標準項目

〔基本情報に関する項目〕

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

〔課題分析（アセスメント）に関する項目〕

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

(参考)

・ 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

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

・ 認知症高齢者の日常生活自立度

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

② 介護予防支援におけるアセスメント

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

ア 運動及び移動

イ 家庭生活を含む日常生活

ウ 社会参加並びに対人関係及び意思疎通

エ 健康管理

○ 介護予防支援におけるアセスメントの考え方

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

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

○ 介護予防支援に係る標準様式通知

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

● 留意事項

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

(3) ケアプラン原案の作成

利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、法令で定められた内容等を記載したケアプラン原案を作成する必要があります。

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

① 居宅サービス計画原案における目標（長期目標・短期目標）について

○ 「標準様式通知に基づく目標の設定理由」

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

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

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

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

○ 「標準様式通知に基づく目標の記載要領」

「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合やいくつかの課題が解決されて初めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。

「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結び付けるものである。緊急対応が必要になった場合には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度、「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記載する。

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

● 留意事項

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

② 介護予防サービス計画原案における目標について

○ 「標準様式通知に基づく（課題に対する目標と具体策の提案）の記載要領」

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

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

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

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

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

○ 「標準様式通知に基づく（具体策についての意向 本人・家族）の記載要領」

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

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

○ 「標準様式通知に基づく（目標）の記載要領」

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

● 留意事項

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

(4) サービス担当者会議

① サービス担当者会議による専門的意見の聴取

ケアプランを作成するときは、やむを得ない場合を除き、サービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該ケアプラン原案の内容について、担当者から専門的な見地からの意見を求める必要があります。なお、やむを得ない場合に該当する場合には、担当者に対する照会等により意見を求める必要があります。

○ ①における「やむを得ない場合」の想定（居宅介護支援の場合）

- ・ 利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を勘案して必要と認める場合
- ・ 開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合
- ・ 居宅サービス計画の変更であって、利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合

○ ①における「やむを得ない場合」の想定（介護予防支援の場合）

- ・ 開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合
- ・ 介護予防サービス計画の変更であって、利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合

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

以下の場合、やむを得ない場合を除き、サービス担当者会議の開催により、ケアプランの変更の必要性について、担当者から専門的な見地からの意見を求める必要があります。なお、やむを得ない場合に該当する場合には、担当者に対する照会等により意見を求める必要があります。

〔居宅介護支援の場合〕

- ・ 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合
- ・ 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

〔介護予防支援の場合〕

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

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

- ・ 開催日の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合
- ・ ケアプランの変更から間もない場合で利用者の状態に大きな変化が見られない場合

③ 福祉用具貸与及び特定福祉用具販売の居宅サービス計画への反映

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

ケアプランに特定（介護予防）福祉用具販売を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定（介護予防）福祉用具販売が必要な理由を記載する必要があります。

● 留意事項

- ・ 「やむ得ない場合」と判断し、サービス担当者会議を開催しない場合には、支援経過等にその理由を記載するとともに、サービス担当者の氏名・所属（職種）、照会（依頼）年月日、照会（依頼）した内容及び回答を記載すること。
- ・ また、サービス担当者会議に出席できないサービス担当者がある場合にも、支援経過等に、当該会議に出席できない理由、その担当者の氏名・所属（職種）、照会（依頼）年月日、照会（依頼）した内容及び回答を記載すること。
- ・ ケアプランに（介護予防）福祉用具貸与及び特定（介護予防）福祉用具販売を位置付ける場合には、サービス担当者会議を開催し、当該ケアプランに（介護予防）福祉用具貸与及び特定（介護予防）福祉用具販売が必要な理由を記載すること。
- ・ （介護予防）福祉用具貸与については、居宅サービス計画作成後必要に応じて随時サービス担当者会議を開催して、利用者が継続して（介護予防）福祉用具貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取するとともに検証し、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、その理由を再びケアプランに記載すること。

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

① ケアプランの説明・同意・交付

ケアプラン原案に位置付けたサービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該ケアプランの原案の内容について利用者又はその家族に説明し、文書により利用者の同意を得る必要があります。

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

○ 説明・同意・交付を要するケアプラン（居宅介護支援の場合）

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

※標準様式通知における居宅サービス計画書の第１表から第３表まで、第６表及び第７表に相当するすべてについて説明・同意を必要とする。

○ 説明・同意・交付を要するケアプラン（介護予防支援の場合）

・ 介護予防サービス・支援計画書

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

● 留意事項

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

〔記録の記載例〕

居宅サービス計画について、説明を受け、同意し、交付を受けました。

平成 年 月 日 氏名 大村 花子 印

- ・ 担当者に対してケアプランを交付する際には、当該ケアプランの趣旨及び内容等について十分に説明し、各担当者との共有、連携を図った上で、各担当者が自ら提供するサービス等の当該ケアプランにおける位置付けを理解できるように配慮すること。

② 個別サービス計画の提出依頼

ケアプランに位置付けた指定居宅サービス事業者等（指定介護予防サービス事業者等）に対して、居宅サービス等基準（介護予防サービス等基準）において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。

● 留意事項

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

③ 個別サービス計画作成の指導及び報告の聴取（※介護予防支援のみ）

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

● 留意事項

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

(6) モニタリング・評価

ケアプランの作成後、ケアプランの実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じてケアプランの変更、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

① 居宅介護支援におけるモニタリング・評価

特段の事情のない限り、次に定めるところにより実施する必要があります。

- ア 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。
- イ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

○ 特段の事情とは

利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。

○ モニタリング・評価の結果として記録する項目

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

※この項目については、必ず記録しなければならないという決まりはありません。

● 留意事項

- ・ モニタリング・評価は、作成したケアプランが利用者の現状に合っているかを確認するために行うものであるため、ケアプランに定めた目標の達成度を把握することが重要であるといえます。
- ・ 目標の達成度の測定は、設定した目標の妥当性（目標が具体的な内容で実際に解決が可能と見込まれるかどうか）の判断材料として重要です。

② 介護予防支援におけるモニタリング

特段の事情のない限り、次に定めるところにより実施する必要があります。

ア 少なくとも以下のときは、利用者の居宅を訪問し、利用者と面接すること。

- ・ サービスの提供を開始する月の翌月から起算して3月に1回
- ・ サービスの評価期間が終了する月
- ・ 利用者の状況に著しい変化があったとき

イ 利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防サービス事業所等を訪問する等の方法により利用者と面接するように努めるとともに、当該面接ができない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施すること。

ウ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

○ 特段の事情とは

利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、担当職員に起因する事情は含まれない。

● 留意事項

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

③ 介護予防支援における評価

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

● 留意事項

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

(7) ケアプランの変更

ケアプランを変更する際には、原則として、新規にケアプランを作成するに当たっての一連の業務を行うことが必要であるが、利用者の希望による軽微な変更を行う場合には、この必要はないものとする。

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

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

ケアプランの軽微な変更の内容について (ケアプラン作成)		ケアプランを変更する際には、原則として、ケアプラン作成に当たっての一連の業務を行うことを規定しているが、「利用者の希望による軽微な変更を行う場合には、この必要はないものとする。」としているところである。 なお、下記の内容はあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が本市の基準条例に規定するケアプラン作成の一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。
1	サービス提供の曜日変更	利用者の体調不良や家族の都合などの臨時的、一時的なもので、単なる曜日、日付の変更のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
2	サービス提供の回数変更	同一事業所における週 1 回程度のサービス利用回数の増減のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
3	利用者の住所変更	利用者の住所変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
4	事業所の名称変更	単なる事業所の名称変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
5	目標期間の延長	単なる目標設定期間の延長を行う場合（ケアプラン上の目標設定（課題や期間）を変更する必要が無く、単に目標設定期間を延長する場合など）については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
6	福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合	福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
7	目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更	目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
8	目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合	第 1 表の総合的な援助の方針や第 2 表の生活全般の解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。
9	介護支援専門員（担当職員）の変更	契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更（但し、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者と面識を有していること。）のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。

(8) 記録の保存

事業者は、介護支援専門員(担当職員)その他の従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備し、当該記録のうち次に掲げる記録をその完結の日から5年間保存する必要があります。

① 居宅介護支援の場合

1	勤務の体制についての記録
2	職務従事に必要な資格を証する書面の写し
3	居宅介護サービス計画費の請求に関して国保連に提出したものの写し
4	指定居宅サービス事業者等との連絡調整に関する記録
5	居宅サービス計画
6	アセスメントの結果の記録
7	サービス担当国会議等の記録
8	モニタリングの結果の記録
9	利用者が故意に要介護状態を悪化させた場合等の市への報告に関する記録
10	苦情の内容等の記録
11	事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

② 介護予防支援の場合

1	勤務の体制についての記録
2	職務従事に必要な資格を証する書面の写し
3	介護予防サービス計画費の請求に関して国保連に提出したものの写し
4	指定介護予防サービス事業者等との連絡調整に関する記録
5	介護予防サービス計画
6	アセスメントの結果の記録
7	サービス担当国会議等の記録
8	評価の結果の記録
9	モニタリングの結果の記録
10	利用者が故意に要支援状態を悪化させた場合等の市への報告に関する記録
11	苦情の内容等の記録
12	事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

4 運営基準減算関係

居宅介護支援における運営基準減算は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、事業の基準に従い、適切にケアマネジメントの過程を実行できなかった場合に、居宅介護支援費が減算される制度です。

この制度は、適正なサービスの提供を確保するためのものであり、基準を遵守しない事業所に対しては、遵守するよう指導し、当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取り消しを検討することとなります。

各事業者におかれましては、下記の運営基準の減算関係規定を再度ご確認のうえ、適切な居宅介護支援の提供を継続していただきますよう改めてお願い申し上げます。

(1) 算定基準（平成 12 年 2 月 10 日厚生省告示第 20 号）

注 2 別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合には、運営基準減算として、所定単位数の 100 分の 50 に相当する単位数を算定する。また、運営基準減算が 2 月以上継続している場合は、所定単位数は算定しない。

※ 1 月目は 50% の減算で、減算が継続した場合には、2 月目以降は 0 % となり、算定できないということ。

(2) 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）

八十二 居宅介護支援費における運営基準減算の基準

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四条第 2 項並びに第十三条第七号、第九号から第十一号まで、第十四号及び第十五号（これらの規定を同条第十六号において準用する場合を含む。）に定める規定に適合していないこと。

(3) 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 （平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 38 号）

（内容及び手続の説明及び同意）

第四条 略

2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が第一条の二に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

3～8 略

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第一条の二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。

一～六 略

七 介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

八 略

- 九 介護支援専門員は、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者（以下この条において「担当者」という。）を召集して行う会議をいう。以下同じ。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師（以下この条において「主治の医師等」という。）の意見を勘案して必要と認める場合その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。
- 十 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。
- 十一 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。
- 十二～十三の二
- 十四 介護支援専門員は、第十三号に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。
- イ 少なくとも一月に一回、利用者の居宅を訪問し利用者に面接すること。
- ロ 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。
- 十五 介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。
- イ 要介護認定を受けている利用者が法第二十八条第二項に規定する要介護更新認定を受けた場合
- ロ 要介護認定を受けている利用者が法第二十九条第一項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
- 十六 第三号から第十二号までの規定は、第十三号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。
- 十七～二十七 略

（４） 留意事項通知（解釈通知）（平成 12 年 3 月 1 日老企第 36 号）

6 居宅介護支援の業務が適切に行われない場合

「別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合」については、大臣基準告示第八十二号に規定することとしたところであるが、より具体的には次のいずれかに該当する場合に減算される。

これは適正なサービスの提供を確保するためのものであり、運営基準に係る規定を遵守するよう努めるものとする。市町村長（特別区の区長を含む。以下この第 3 において同じ。）は、当該規定を遵守しない事業所に対しては、遵守するよう指導すること。当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合を

除き、指定の取り消しを検討するものとする。

- (1) 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ利用者に対して、
 - ・利用者は複数の居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること
 - ・利用者は居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができることについて文書を交付して説明を行っていない場合には、契約月から当該状態解消されるに至った月の前月まで減算する。
- (2) 居宅サービス計画の新規作成及びその変更にあたっては、次の場合に減算されるものであること。
 - ① 当該事業所の介護支援専門員が、利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接していない場合には、当該居宅サービス計画に係る月（以下「当該月」という。）から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
 - ② 当該事業所の介護支援専門員が、サービス担当者会議の開催等を行っていない場合（やむを得ない事情がある場合を除く。以下同じ。）には、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
 - ③ 当該事業所の介護支援専門員が、居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していない場合には、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
- (3) 次に掲げる場合においては、当該事業所の介護支援専門員が、サービス担当者会議等を行っていないときには、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
 - ① 居宅サービス計画を新規に作成した場合
 - ② 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合
 - ③ 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
- (4) 居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）にあたっては、次の場合に減算されるものであること。
 - ① 当該事業所の介護支援専門員が1月に利用者の居宅を訪問し、利用者面接していない場合には、特段の事情のない限り、その月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
 - ② 当該事業所の介護支援専門員がモニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続する場合には、特段の事情がない限り、その月から当該状態が解消されるに至った月まで減算する。

5 特定事業所集中減算関係

(1) 特定事業所集中減算とは

特定事業所集中減算とは、毎年度2回、指定居宅介護支援事業所が作成した居宅サービス計画について判定し、各サービス（訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護）について、同一法人の事業所の割合が80%を超える場合に、すべての利用者に対して1月につき200単位を半年の間減算する。

(2) 判定期間、減算適用期間及び届出期限

指定居宅介護支援事業所は、毎年度2回、次の判定期間における当該事業所において作成された居宅サービス計画を対象として、減算の要件に該当した場合は、次に掲げるところに従い、当該事業所が実施する減算適用期間の居宅介護支援費すべてについて減算を適用する。

	判定期間	減算適用期間	届出期限
前期	前年度3月1日から 当年度8月末日まで	当年度10月1日から 3月末日まで	9月15日
後期	当年度9月1日から 当年度2月末日まで	次年度4月1日から 9月末日まで	3月15日

(3) 対象サービス

訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護

(4) 判定方法

各事業所において、当該事業所において判定期間に作成された居宅サービス計画のうち、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与又は地域密着型通所介護（以下「訪問介護サービス等」という。）が位置付けられた居宅サービス計画の数をそれぞれ算出し、訪問介護サービス等それぞれについて、最もその紹介件数の多い法人（以下「紹介率最高法人」という。）を位置付けた居宅サービス計画の数の占める割合を計算し、訪問介護サービス等のいずれかについて80%を超えた場合に減算する。

（具体的な計算方法）

事業所ごとに、それぞれのサービスにつき、次の計算式により計算し、いずれかのサービスの値が80%を超えた場合に減算

○ 計算式

当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数÷当該サービスを位置付けた計画数（実際に給付管理を行った計画数）

(5) 算定手続

判定期間が前期の場合については、9月15日までに、判定期間が後期の場合については、3月15日までに、すべての居宅介護支援事業者は、次に掲げる事項を記載した書類を作成し、算定の結果80%を超えた場合については、当該書類を本市に提出する必要がある。なお、80%を超えなかった場合は、当該書類を各事業所で5年間保存する必要がある。

- ① 判定期間における居宅サービス計画の総数
- ② 訪問介護サービス等のそれぞれが位置付けられた居宅サービス計画数
- ③ 訪問介護サービス等のそれぞれの紹介率最高法人が位置付けられた居宅サービス

ス計画数並びに紹介率最高法人の名称、住所、事業所及び代表者名

- ④ 上記４の方法で計算した割合
- ⑤ 上記４の方法で計算した割合が８０％を超えている場合であって、正当な理由がある場合については、その理由

（６） 正当な理由の範囲

上記５で判定した割合が８０％を超える場合には、８０％を超えるに至ったことについて正当な理由がある場合においては、当該理由を届出書に記載し、本市に提出する必要がある。なお、本市が当該理由を不適当と判断した場合は特定事業所集中減算を適用するものとして取り扱うこととする。

正当な理由として考えられる理由を例示すれば次のようなものであるが、実際の判断に当たっては、地域的な事情等も含め諸般の事情を総合的に勘案して正当な理由に該当するかどうかを本市において個別に判断し、その結果を各事業所に通知するものとする。

- ① 居宅介護支援事業者の通常の事業の実施地域に訪問介護サービス等が各サービスごとでみた場合に５事業所未満である場合などサービス事業所が少数である場合
(例) 訪問介護事業所として４事業所、通所介護事業所として１０事業所が所在する地域の場合は、訪問介護について紹介率最高法人を位置付けた割合が８０％を超えても減算は適用されないが、通所介護について８０％を超えた場合には減算が適用される。
(例) 訪問介護事業所として４事業所、通所介護事業所として４事業所が所在する地域の場合は、訪問介護及び通所介護それぞれについて紹介率最高法人を位置付けた割合が８０％を超えた場合でも減算は適用されない。
- ② 特別地域居宅介護支援加算を受けている事業者である場合
- ③ 判定期間の１月当たりの平均居宅サービス計画件数が２０件以下であるなど事業所が小規模である場合
- ④ 判定期間の１月当たりの居宅サービス計画のうち、それぞれのサービスが位置付けられた計画件数が１月当たり平均１０件以下であるなど、サービスの利用が少数である場合
(例) 訪問介護が位置付けられた計画件数が１月当たり平均５件、通所介護が位置付けられた計画件数が１月当たり平均２０件の場合は、訪問介護について紹介率最高法人を位置付けた割合が８０％を超えても減算は適用されないが、通所介護について８０％を超えた場合には減算が適用される。
- ⑤ サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者集中していると認められる場合
(例) 利用者から質が高いことを理由に当該サービスを利用したい旨の理由書の提出を受けている場合であって、地域ケア会議等に当該利用者の居宅サービス計画を提出し、支援内容についての意見・助言を受けているもの。
- ⑥ 複数の法人が運営する訪問介護サービス等事業所に関する適正な情報の提供を受けた利用者が自らの希望により、利用するサービスを選択したと認められる場合
(例) 選択可能な異なる法人が運営する複数の訪問介護サービス等事業所を比較検討できるよう、利用者に対して、当該事業所の一覧、パンフレット等を使用して十分説明を行い、利用者が自らの希望により利用するサービスを選択したことについて、文書で証明できるもの。

（７） 届出書類

以下の書類を届け出ること。

- ① 様式 1 居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る届出書
- ② 様式 2 居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る判定様式
- ③ 様式 3 居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る判定様式
- ④ 正当な理由の確認資料（下記参照）

(8) 所定様式の掲載箇所（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＞介護保険サービス事業者に関する情報＞居宅介護支援関係

(9) 正当な理由の確認資料

- ① 上記 6 の①から④を正当な理由とする場合

不要

- ② 上記 6 の⑤を正当な理由とする場合

任意様式により以下の書類を届け出ること。

- ・ 質が高い訪問介護サービス等事業所を利用したい旨の理由書
- ・ 地域ケア会議等から受けた支援内容についての意見・助言が分かる書類

- ③ 上記 6 の⑥を正当な理由とする場合

訪問介護サービス等事業所の選択に関する証明書

※当該証明書の取扱いについて

- ・ 判定期間内における利用者全員分の証明書の提出が必要であること。
- ・ 証明書とは、判定期間内に「新規に居宅サービス計画を作成した利用者」及び「居宅サービス計画を変更（※居宅サービス計画の変更に際し、訪問介護サービス等事業所を初めて位置付ける場合に限り、居宅サービス計画の変更に際し、同じ訪問介護サービス等事業所を継続して位置付ける場合を除く。）した利用者」全員に係る当該作成又は変更した時点のものをいう。
- ・ 当該作成又は変更した時点の証明書を前回までの届出で既に本市へ提出している場合は、以降の届出に際し証明書の提出を省略することができる。

(10) 留意事項

- ① 上記 6 の⑥を正当な理由とする場合においては、本市の様式例「訪問介護サービス等事業所の選択に関する証明書」を提出すること。なお、別葉を用いる場合は、当該様式例の記載項目を具備すること。
- ② 「様式 1 居宅介護支援における特定事業所集中減算に係る届出書」中における「正当な理由有として除外する件数」の欄には、質が高い訪問介護サービス等事業所を利用したい旨の理由書の提出を受けている場合であって、かつ、地域ケア会議等で支援内容についての意見・助言を受けている居宅サービス計画の件数のみ記載することができること。
- ③ 毎年度 2 回の届出に際して、既に届け出た介護給付費算定に係る体制等状況一覧表における特定事業所集中減算の適用状況（1 なし又は 2 あり）が変更となる場合は、特定事業所集中減算の判定に係る届出書類の提出と同日までに、別紙 3－2「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」及び別紙 1「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」を提出すること。

(11) その他

届出書類について、虚偽の記載や報告等の不正があった場合には、介護保険法令の規定に基づき、指定居宅介護支援事業者の指定の取消し等を実施する場合があります。

6 介護サービスQ & A関係

問1 月の初日にショートステイを退所され、同日に介護老人保健施設に入所される方の請求について、当該日について、両方の介護報酬の請求を行うことは可能か。また、その場合の給付管理票の作成はどのようにすればよいか。

(答1)

ショートステイと介護老人保健施設が同一敷地内にある場合又は隣接敷地内等にある場合以外の場合であれば、退所日・入所日の両方とも報酬請求することが可能である。その際、ケアプラン作成者は当該日に係る1日分の給付管理票を作成し、国保連に提出する必要がある。なお、当該給付管理票の作成・提出作業が発生することから、当該日が属する月のケアプラン作成費を請求することも可能である。

問2 退院・退所加算の算定要件に「居宅サービス計画を作成」とあるが、居宅サービス計画書の第1表から第3表に相当する計画も作成しなければ算定できないのか。

(答2)

入院先の病院等から利用者に関する必要な情報提供を得た上で、一連のケアマネジメント過程を行った結果、利用者の状態に大きな変化がなく、第1表から第3表に相当する居宅サービス計画の変更の必要性がなかった場合であれば、加算の算定は可能である。

〔参考〕退院・退所加算算定上の留意事項について

○ 退院・退所加算の算定要件における「利用者に関する必要な情報」とは

居宅介護支援費の入院時情報連携加算及び退院・退所加算に係る様式例の提示について(平成21年3月13日老振発第0313001号厚生労働省老健局振興課長通知)における「退院・退所情報記録書」に相当する情報を指す。

ただし、病院又は診療所の職員から「利用者に関する必要な情報」の提供をカンファレンスにより受けている場合については、「退院・退所情報記録書」に相当する情報ではなく、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付する必要がある。

○ 病院又は診療所に係る「カンファレンス」の定義

病院又は診療所の職員から「利用者に関する必要な情報」の提供をカンファレンスにより受けた場合については、当該カンファレンスが、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第1医科診療報酬点数表の退院時共同指導料2の注3の要件を満たすものであるかどうか確認し、算定すること。

- ・ 診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)別表第1医科診療報酬点数表の退院時共同指導料2の注3は次のとおりである。

3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)、理学療法士、作業療法士若しくは言語

聴覚士、介護支援専門員（介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。）又は相談支援専門員（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第3条第1項又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第29号）第3条第1項に規定する相談支援専門員をいう。以下同じ。）のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。

- したがって、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等（当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師をいう。）が、以下の（ア）から（カ）のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合のカンファレンスにより利用者に関する必要な情報の提供を受ける必要があります。

（ア）在宅療養担当医療機関（地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保健医療機関をいう。）の保険医若しくは看護師等（当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師をいう。）
（イ）保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士
（ウ）保険薬局の保険薬剤師
（エ）訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士
（オ）介護支援専門員
（カ）相談支援専門員

問3 退院・退所加算について、「利用者又は家族に提供した文書の写し」を添付することとなっていますが、医療機関から文書が出ていない場合も多々あります。その場合、ケアマネジャー宛てのサマリー等でも可能でしょうか。

（答3）

利用者又は家族に提供した文書とは、「診療報酬の退院時共同指導料算定方法でいう病院の医師や看護師等と共同で退院後の在宅療法について指導を行い、患者に情報提供した文書」である必要があります。（参考；介護保険最新情報 Vol.273）

問4 特定事業所加算の要件に「指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。」と規定されていますが、高齢者事例検討会、ケアセミナー主催の研修等でもよろしいでしょうか。

（答4）

厚生労働大臣が定める基準において、「研修を実施していること。」と規定されているため、指定居宅介護支援事業者として、主体的に事業所の介護支援専門員に対し、計画的に資質向上のための研修を実施する必要があると解釈します。

一方、当該加算には、「地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。」という要件もあります。この場合、「実施していること」ではなく「参加していること」であり、ご質問にあるような高齢者事例検討会等へ参加することにより要件を満たすこととなると解釈します。

問5 医療サービスを位置付けたケアプランの見直し時において、主治の医師等の指示を確認するために再び意見を求める必要はありますか。

(答5)

ケアプランの見直し時においても、介護支援専門員（担当職員）自らが、利用者の同意を得て主治の医師等から意見を求めた上で、当該意見を踏まえてケアプランを見直すことが原則である。

ただし、既に主治の医師等又は主治の医師等から指示を受けた訪問看護事業所等からの情報により、ケアプランの見直し後の期間における医療サービスの利用についての指示が存在していることについて、既に確認できており、支援経過等に以下の事項を記録している場合については、介護支援専門員（担当職員）の判断で、自ら主治の医師等に直接意見を求めることを省略して差し支えない。

なお、介護支援専門員（担当職員）自ら主治の医師等に直接意見を求めることを省略した場合でも、医療サービスを位置付けた見直し後のケアプランを当該主治の医師等に交付しなければならないので留意すること。

〔参考；居宅サービス計画に医療サービスを位置付ける場合の主治の医師等の指示の確認について（通知）（平成30年4月24日大市長令第140号）〕

○ 支援経過等への記録事項

- ・ 確認した日時・方法
- ・ 確認した相手（担当者）
- ・ 指示した主治の医師等名及び医療機関名
- ・ 指示の期間
- ・ 指示の内容

問6 居宅療養管理指導をケアプランに位置付けなくても問題ない場合があると聞いたことがありますか、それは本当でしょうか。

(答6) 利用者が居宅において日常生活を営むために必要な（又は介護予防に資する）指定居宅サービス（又は介護予防サービス）等であれば、居宅療養管理指導を含む介護保険サービスに限らず、ケアプランにその目標と達成時期等を位置付けることが原則である。

ただし、（介護予防）居宅療養管理指導の介護報酬の算定の基準では、歯科衛生士又は管理栄養士が（介護予防）居宅療養管理指導を行う場合についてのみ、ケアプランに（介護予防）居宅療養管理指導を位置付けていなくとも（介護予防）居宅療養管理指導費を請求することが可能である。そのため、介護支援専門員（担当職員）が、（介護予防）居宅療養管理指導事業所からの情報提供を受けていない場合で、歯科衛生士又は管理栄養士による（介護予防）居宅療養管理指導の実施を把握していない場合は、ケアプラン上に（介護予防）居宅療養管理指導が位置付けられていない場合もあり得る。

このような状況を把握した際に、介護支援専門員（担当職員）は、ケアプランの見直しを行うことで差し支えないこと。

一方、医師、歯科医師又は薬剤師が（介護予防）居宅療養管理指導を行う場合には、ケアプランに居宅療養管理指導の位置付けがないと（介護予防）居宅療養管理指導費を算定できないこととなる。

なお、介護支援専門員（担当職員）によるケアプランの作成が行われていない場合等（（介護予防）居宅療養管理指導以外のサービスを利用していない場合等）については、この限りではない。〔※長崎県長寿社会課施設・介護サービス班に確認済み〕

問7 要介護・要支援認定の新規申請、区分変更申請など、認定申請後に要介護度（要支援度）が確定するまでの間のいわゆる暫定ケアプランについては、どこが作成し、また、その際には、介護給付と予防給付のどちらを位置付ければよいのか。

(答7)

要介護認定又は要支援認定を申請した認定前の被保険者は、市町村に届出の上で、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者に暫定ケアプランを作成してもらい、又は自ら作成し、当該暫定ケアプランに基づきサービスを利用することが考えられる。

その際、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）は、依頼のあった被保険者が明らかに要支援者（要介護者）であると思われるときには、介護予防支援事業者（居宅介護支援事業者）に作成を依頼するよう当該被保険者に介護予防支援事業者（居宅介護支援事業者）を推薦することが考えられる。

また、仮に居宅介護支援事業者において暫定ケアプランを作成した被保険者が、認定の結果、要支援となった場合については、当該事業者の作成した暫定ケアプランについては、当該被保険者が自ら作成したものとみなし、当該被保険者に対して給付がなされないことがないようにすることが望ましい。

なお、いずれの暫定ケアプランにおいても、仮に認定の結果が異なった場合でも利用者に給付がなされるよう介護予防サービス事業者及び居宅サービス事業者の両方の指定を受けている事業者をケアプラン上に位置付けることが考えられる。

〔参考；厚生労働省 平成18年4月改定関係Q&A（Vo1.2）〕

【参考１】要支援者が区分変更認定で月途中で要介護者となった場合において、「みなし自己作成プラン」により給付管理業務を実施する場合の例示

利用者	介護予防支援事業者	居宅介護支援事業者
要支援認定有効期間	通常プラン期間	
平成３０年４月１日～ 平成３１年３月３１日	平成３０年４月１日～ 平成３１年３月３１日	
①区分変更申請	①暫定プラン作成・実施	
平成３０年７月１５日	平成３０年７月１５日～	
②認定結果通知	※要介護となった結果として、介護予防支援事業者が作成した暫定プランは、利用者が自ら作成したものとみなす。	
平成３０年８月１５日 認定結果 要介護		
要介護認定有効期間		
平成３０年７月１５日～ 平成３１年１月３１日		
③みなし自己作成プランの成立		
平成３０年７月１５日～ 平成３０年８月１４日		
③事業者との契約締結日		③利用者ととの契約締結日
平成３０年８月１５日～		平成３０年８月１５日～
		④通常プラン作成・実施期間
		平成３０年８月１５日～ 平成３１年１月３１日
上記の例における給付管理業務について		
7月分→保険者（市）	8月分→居宅介護支援事業者	
介護予防支援事業者作成の暫定プランを、自ら作成したものとみなした「みなし自己作成プラン」（７月１５日～３１日）に基づき、保険者（市）が、給付管理票等を作成・提出する。	居宅介護支援事業者は、<u>以下の２つのプランに基づき、給付管理票等を作成・提出する。</u> ・みなし自己作成プラン（８月１日～１４日） ・通常プラン（８月１５日～３１日） ※このような例の場合において、プランの期間の開始日が、居宅介護支援事業者と利用者が契約していない日付（月の初日など）となり、整合性が図られていない不適切な事例が確認されるが、プランの期間の開始日は、利用者ととの契約締結日以降の日付とするべきであり、給付管理業務を実施するからといって、プランの期間の開始日を月の初日からとする等の必要はないものである。	

【参考 2】利用者に対するケアプラン等の書類の交付について

事業者は、次のいずれかに該当する場合には、当該利用者に対し、直近のケアプラン及びその実施状況に関する書類を交付する必要があります。

【居宅介護支援事業者の場合】

- ・ 利用者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合
- ・ 要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合
- ・ 利用者からの申出があった場合

【介護予防支援事業者の場合】

- ・ 要支援認定を受けている利用者が要介護認定を受けた場合
- ・ 利用者からの申出があった場合

- 大村市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等を定める条例（以下「条例」という。）第 18 条抜粋

（利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付） 第 18 条 指定居宅介護支援事業者は、利用者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合、要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合その他利用者からの申出があった場合には、当該利用者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付しなければならない。	（9）利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付 条例第 18 条は、利用者が指定居宅介護支援事業者を変更した場合に、<u>変更後の指定居宅介護支援事業者又は指定介護予防支援事業者が滞りなく給付管理票の作成・届出等の事務を行うことができるよう</u>、指定居宅介護支援事業者は、利用者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合、要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合、その他利用者からの申し出があった場合には、<u>当該利用者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付しなければならないこととしたものである。</u>
---	---

- 大村市指定介護予防支援等の事業の人員、運営等に関する基準等を定める条例（以下「予防条例」という。）第 17 条抜粋

（利用者に対する介護予防サービス計画等の書類の交付） 第 17 条 指定介護予防支援事業者は、要支援認定を受けている利用者が要介護認定を受けた場合その他利用者からの申出があった場合は、当該利用者に対し、直近の介護予防サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付しなければならない。	（9）利用者に対する介護予防サービス計画等の書類の交付 条例第 17 条は、利用者が要介護認定を受け、指定居宅介護支援事業者に変更した場合等に、<u>変更後の指定居宅介護支援事業者等が滞りなく給付管理票の作成・届出等の事務を行うことができるよう</u>、指定介護予防支援事業者は、要支援認定を受けている利用者が要介護認定を受けた場合、その他利用者からの申し出があった場合には、<u>当該利用者に対し、直近の介護予防サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付しなければならないこととしたものである。</u>
--	---

【参考 3】 ケアマネジメントにおける一連の業務の実施について

利用者の課題分析（アセスメント）から担当者に対する個別サービス計画の提出依頼までの一連の業務については、基本的にはこのプロセスに応じて進めるべきものであるが、緊急的なサービス利用等やむを得ない場合や、効果的・効率的に行うことを前提とするものであれば、業務の順序について拘束するものではないとされています。

ただし、その場合にあっても、それぞれ位置付けられた個々の作業は、事後的に可及的速やかに実施し、その結果に基づいて必要に応じてケアプランを見直すなど、適切に対応する必要があります。（条例第 16 条・予防条例第 33 条関係）

7 指定に係る申請・届出関係

(1) 指定申請・指定更新申請

① 指定申請

指定申請書類を受理した月の翌々月 1 日に指定を行うこととします。

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

新たに指定申請を希望される法人は本市長寿介護課へご相談頂くことになります。

② 指定更新申請

指定事業者は、6 年ごとに指定の更新が必要となります。

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

○ 指定の有効期間について

指定の有効期間は、指定日（前回更新日）から 6 年間となります。

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

○ 指定更新手続きについて

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

○ その他注意事項

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

③ 申請手数料

大村市手数料条例に基づき、申請に際して次のとおり手数料が必要です。

手数料を徴収する事項	手数料の金額
指定居宅介護支援事業者指定申請	1 件につき 15,000 円
指定居宅介護支援事業者指定更新申請	1 件につき 10,000 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。

・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

イ	事業所の名称及び所在地
ロ	申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名
ハ	申請者の登記事項証明書又は条例等
ニ	事業所の平面図
ホ	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴
ヘ	運営規程
ト	介護支援専門員の氏名及びその登録番号

② 休止・廃止届出

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

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

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

(3) 介護給付費算定届出

① 通常の届出書類

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

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

② 算定開始時期

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

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

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

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ 毎月 15 日以前に届出受理→翌月から算定○ 毎月 16 日以降に届出受理→翌々月から算定 |
|--|

(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](#) > [居宅介護支援関係](#)  [掲載ページリンク](#)

8 各種通知等の電子メール配信

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

(1) 配信内容

- 介護保険に関する通知等
- その他必要と認めた事項

(2) 注意事項

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

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

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

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

老企第 29 号
平成 11 年 11 月 12 日

各都道府県介護保険主管部（局）長宛

厚生省老人保健福祉局企画課長

介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について

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

記

- 1 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領（別紙 1）・・・〔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5表

居 宅 介 護 支 援 経 過

利用者名 殿

居宅サービス計画作成者氏名

[illegible]

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 年 月 出 日	平 成 年 月 日	
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女	変 更 後 要 介 護 状 態 区 分 変 更 後	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	平 成 年 月 日	区 支 分 給 限 度 基 準 額		単 位 / 月	限 度 額 適 用 期	平 成 年 月 日	前 月 ま での 短 期 入 所 利 用 日 数		日

[illegible]

(別紙 2) 施設サービス計画書標準様式及び記載要領・・・〔掲載省略〕

(別紙 3) 介護サービス計画書の様式について

I 様式の基本的な考え方

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

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

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

II 介護サービス計画書の定義

介護保険法上の区分に基づき、以下のとおりに区分することとする。

1 「居宅サービス計画書」

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

2 「施設サービス計画書」

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

3 「介護サービス計画書」

「居宅サービス計画」と「施設サービス計画」の両者の作成に用いる様式の総称

III 様式を作成するに当たっての前提（順不同）

○利用者及びその家族からの開示請求がなされた場合には開示することを前提に考える。

○サービス担当者会議に提出するものであることを前提に考える。

○同一用紙に介護サービス計画の変更を継続して記録していくものではなく、介護サービス計画の作成（変更）の都度、別の用紙（別葉）に記録する、時点主義の様式を前提に考える。

〔記載要領〕

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

IV 「居宅サービス計画書」の記載項目について

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

① 「利用者名」

〔記載要領〕

当該居宅サービス計画の利用者名を記載する。

② 「生年月日」

〔記載要領〕

当該利用者の生年月日を記載する。

③ 「住所」

〔記載要領〕

当該利用者の住所を記載する。

④ 「居宅サービス計画作成者氏名」

〔記載要領〕

当該居宅サービス計画作成者（介護支援専門員）の氏名を記載する。

⑤ 「居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地」

〔記載要領〕

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

⑥ 「居宅サービス計画作成（変更）日」

〔記載要領〕

当該居宅サービス計画を作成または変更した日を記載する。

⑦ 「初回居宅サービス計画作成日」

〔理由〕

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

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

〔記載要領〕

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

⑧ 「初回・紹介・継続」

〔理由〕

当該利用者が、他の居宅介護支援事業所（同一居宅介護支援事業者の他の事業所を含む。）または介護保険施設から紹介されたものであるか、当該居宅介護支援事業所において初めて介護支援サービスを受けるものであるかを明らかにすることにより、例えば、サービス担当者会議の場において、紹介利用者であるにも関わらず、それまで居宅介護支援を行ってきた居宅介護支援事業所等における支援記録を参考としないような事態を防止できる。また、既に当該居宅介護支援事業所によって居宅介護支援を受けていることを明示するために「継続」を設ける。

〔記載要領〕

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

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

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

おって、当該居宅介護支援事業所において過去に居宅介護支援を提供した経緯がある利用者が一定期間を経過した後に介護保険施設から紹介を受けた場合には、「紹介」及び「継続」の両方を○印で囲むものとする。

〔参考条文〕

- ・厚生省令第 38 号「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」
第 15 条（利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付）

- ・厚生省令第 39 号「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」
第 7 条（入退所）第 7 項
- ・厚生省令第 40 号「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」
第 8 条（入退所）第 6 項
- ・厚生省令第 41 号「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準」
第 9 条（入退所）第 5 項

⑨ 「認定済・申請中」

〔理由〕

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

〔記載要領〕

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

⑩ 「認定日」

〔理由〕

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

〔記載要領〕

「要介護状態区分」が認定された日（認定の始期であり、初回申請者であれば申請日）を記載する。
「申請中」の場合は、申請日を記載する。認定に伴い当該居宅サービス計画を変更する必要がある場合には、作成日の変更を行う。

⑪ 「認定の有効期間」

〔理由〕

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

〔記載要領〕

被保険者証に記載された「認定の有効期間」を転記する。

⑫ 「要介護状態区分」

〔記載要領〕

被保険者証に記載された「要介護状態区分」を転記する。

⑬ 「利用者及び家族の生活に対する意向」

〔理由〕

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

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

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

〔記載要領〕

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのかについて課題分析の結果を記載する。

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

⑭ 「認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」

[理由]

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

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

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

[記載要領]

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

⑮ 「総合的な援助の方針」

[理由]

課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、利用者の自立を援助するために、どのようなチームケアを行おうとするのか、ケアチーム全体が共有する理念を含む援助の指針を具体的に明らかにする必要がある。

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

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

さらに、あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先等について記載することが望ましい。

[記載要領]

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

あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先等について記載することが望ましい。

⑯ 「生活援助中心型の算定理由」

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

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 12 年 2 月 10 日厚生省告示第 19 号）別表の 1 の注 3 に規定する「単身の世帯に属する利用者」の場合は、「1 一人暮らし」に、「家族若しくは親族（以下「家族等」という。）と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者または当該家族等が家事を行うことが困難であるもの」の場合は、「2 家族等が障害、疾病等」に○を付す。また、家族等に障害、疾病がない場合であっても、同様のやむをえない事情により、家事が困難な場合等については、「3 その他」に○を付し、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。

2 第2表：「居宅サービス計画書（2）」

① 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」

〔理由〕

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

○生活全般にわたるものであること。

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

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

○自立の阻害要因と利用者及びその家族の現状認識が明らかにされていること。

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

〔記載要領〕

利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。

〔参考条文〕

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

② 「目標（長期目標・短期目標）」

〔理由〕

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

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

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

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

〔記載要領〕

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

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

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

緊急対応が必要になった場合には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度、「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記載する。なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやすい具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

③ 「長期目標」及び「短期目標」に付する「期間」

〔理由〕

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

この「期間」を設定する理由としては、計画的に支援することと、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」を差し引いて算出した額を記載する。

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

㉓ 「利用者負担（全額負担分）」

上記⑯「区分支給限度基準を超える単位数」に上記⑱「単位数単価」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。

（２） 要介護認定期間中の短期入所利用日数

① 「前月までの利用日数」

サービス利用票の前月までの短期入所利用日数の合計を転記する。

② 「当月の計画利用日数」

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

③ 「累計利用日数」

①と②の累計日数を記載する。

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

1 **第1表**：「施設サービス計画書（1）」

① 「施設サービス計画作成者氏名及び職種」

〔記載要領〕

当該施設サービス計画作成者の氏名及び職種を記載する。

② 「要介護状態区分」

〔居宅サービス計画書との相違点〕

経過措置入所者に対応するため「その他」を挿入。

〔記載要領〕

被保険者証に記載された「要介護状態区分」を転記する。

2 **第2表**：「施設サービス計画書（2）」

① 「サービス内容」

〔居宅サービス計画書との相違点〕

理美容サービスや特別の食事など保険給付対象外のサービスについての記載。

〔記載要領〕

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

この際、できるだけ家族による援助も明記し、また、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。

なお、理美容サービスや特別の食事など保険給付対象外のサービスについて○印を付すと管理しやすい。

② 「担当者」

〔居宅サービス計画書との相違点〕

「援助内容」欄のうち、「サービス種別」を「担当者」欄を変更。

〔記載要領〕

記載した「サービス内容」に基づきサービスを提供する「担当者」を記載する。

3 **第3表**：「週間サービス計画表」

〔居宅サービス計画書との相違点〕

第4表「日課計画表」との選定による使用を可能とする。

4 **第4表**：「日課計画表」

〔記載要領〕

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

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

（別紙4） 課題分析標準項目について・・・〔掲載省略〕

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い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。

⑪「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。

⑫「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。

⑬「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が確認できる。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。

⑭「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。

⑮「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。

②②「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切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。

②③「【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。

②④「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。

②⑤「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。

②⑥「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（「○か月」「○月○日～○月○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。

②⑦「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。

②⑧「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。

②⑨「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