

居宅介護支援・運営基準 について

- ・介護保険の目的
- ・給付管理について
- ・居宅介護支援の流れ
- ・居宅サービス計画作成の留意点
- ・ケアプラン作成における記載事項の考え方
- ・訪問介護が厚生労働大臣が定める基準に該当するケアプランについて
- ・認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用について
- ・軽度者に対する福祉用具の取り扱いについて

介護保険の目的

介護保険法

尊厳保持

自立支援

第1条（目的）

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。

第2条（介護保険）

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。

自己選択

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。

在宅重視

第4条（国民の努力及び義務）

国民は、自ら**要介護状態となることを予防するため**、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して**常に健康の保持増進に努めるとともに**、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、**その有する能力の維持向上に努めるものとする。**

2 国民は、**共同連帯の理念に基づき**、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

共助

社会保険方式

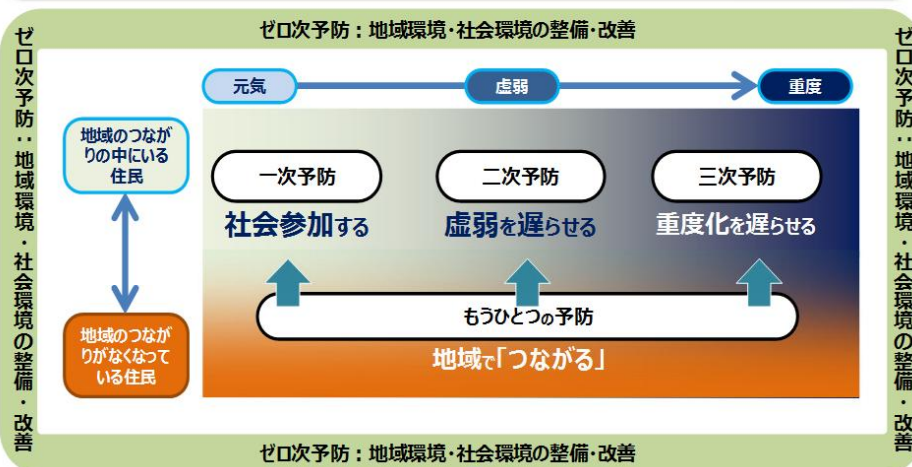
「尊厳」と「自立支援」を守る「予防」

「予防」の強化と「もうひとつの予防」

■「尊厳」と「自立支援」

- 「高齢者介護・自立支援システム研究会(1994年)」や「高齢者介護研究会(2003年)」では、高齢者の「尊厳の保持」と「自立支援」の具体的な手法として「予防」や「リハビリテーション」を指摘。
- 「尊厳」と「自立支援」は、地域共生社会実現が社会の目的として明示される中、障害者や子育てしながら地域で働く人にも共通する価値観。
- 2040年に向けた地域包括ケアシステムの最終目的は、本人の意思に基づく生活への支援。

地域共生社会の実現・地域包括ケアシステムの構築



■2040年に向けて予防はさらに重要なテーマに

- **介護予防**は、「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ(遅らせる)こと、要介護状態でも悪化をできる限り防ぐこと」と定義され、**一次予防～三次予防**に分けて整理されてきた。
- 要支援・要介護状態にある高齢者の重度化を遅らせる**三次予防**には、多職種連携をベースとしたチームケアが不可欠。

■もうひとつの予防:「地域でつながる」

- 「もうひとつの予防」として、地域で「つながる」状態に向けた支援も重要なテーマ。一人ひとりが「地域でつながる」姿は、「虚弱化」と「重度化」を遅らせる取組の前提であり、介護予防推進に不可欠。

■「地域環境」「社会環境」の整備・改善(ゼロ次予防)

- 地域環境や社会環境の整備・改善により、本人が動機づけられる場合もある。一次～三次予防や「もうひとつの予防」の前提となるような社会や地域の環境改善を、「ゼロ次予防」として位置付け、取組を推進すべき。

2040年に向けた地域包括ケアシステムの展望

進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」

■介護予防・日常生活支援総合事業の実施

- 2015年度より介護予防・日常生活支援総合事業として実施され、要支援者に対する介護予防は生活支援と一体的に、住民自身や専門職以外の担い手を含めた多様な主体による提供体制へと移行するとされた。
- これまで「葉」の中に位置づけられてきた軽度者向けの予防活動の多くは、自助や互助などの取組を通して、社会参加の機会が確保され、それぞれの人の日常生活の中で生活支援や介護予防の機能が発揮されるため、「**介護予防**」と「**生活支援**」を一体として再整理した。

■保健・福祉を地域包括ケアシステムの重要な要素として改めて位置付ける

- 2040年に向けて、単身高齢者や、低年金の高齢者の増加に伴う経済格差の拡大と貧困問題など、複雑な福祉的課題を抱えた高齢者世帯数の増大が予測されており、社会福祉の専門性を活かしたソーシャルワークの重要性は大きくなる。
- 高齢者介護の分野では、身体的な自立に重点が置かれるケースが多いが、社会的孤立も含め、地域で生活課題を抱える人々の問題は様々である。こうした2040年に向けた地域課題への対応として、地域包括ケアシステムに専門職(葉)が関わる分野として「**保健・福祉**」を改めて強調する意味は大きい。

■本人の選択が優先される仕組みに

- 2012年度の地域包括ケア研究会で提示された植木鉢の絵において、「本人・家族の選択と心構え」というコンセプトが組み込まれ、それぞれの個人が地域生活を継続するための基礎が示されたが、**地域生活の継続を選択するにあたっては、本来は「本人の選択」が最も重視されるべきであり、それに対して、本人・家族がどのように心構えを持つかが重要であるとの考え方から、「本人の選択と本人・家族の心構え」と改めた。**



出典: ＜地域包括ケア研究会＞

【事業名】地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書【概要版】

【2015年度】

「尊厳の保持」とは、どのようなことでしょうか？

「尊厳の保持」とは、高齢者等が自らの意思に基づいた生活を継続できること、本人の自己決定が尊重されることと言えます。高齢者等が自ら、住まいや必要な支援・サービス、看取りの場所などを選択する社会の在り方、とも言えます。

高齢者等の自己決定には、その本人を取り巻く環境も大きく影響を与えます。環境が整っていなければ、本当に望む選択は行えません。つまり、「尊厳の保持」のためには、その意思を尊重するための支援体制と、適切な情報提供、意思決定支援が必要になります。

ケアプラン点検の場面においては、**「尊厳の保持」のために不可欠となる自己決定の機会が保障されているか、自己決定のための適切な情報提供等の支援が行われているか**、などについて、支援・サービスを決定したプロセスを確認するなどして点検していくことになります。

（出典・参考；平成 25 年度＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムを構築するための制度等に関する調査研究事業 報告書【本編】P3、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング）

「自立支援」とは、どのようなことでしょうか？

「自立」とは広辞苑によると「他の援助や支配を受けず、自分の力で判断したり身を立てたりすること。ひとりだち」とあります。

介護保険制度の理念としての「自立」には、

（身体的自立）

- ・介護が必要になっても自分でできることを可能な限り維持し、増やしていく

（社会的・精神的自立）

- ・人の暮らしに不可欠な、地域とのつながりや他者との交流や活動を大切にした暮らしをする

（経済的自立）

- ・必要に応じ、社会保障の機能を発揮させつつ、経済的な継続性をもつなどの自立があります。

また、**重要なのは「自分の力で判断」という点です。**「尊厳の保持」とも重なりますが、「自立支援」の視点においても、利用者が適切な情報提供や支援を通して自己選択・自己決定できる環境を整えることが必要です。**ケアマネジメント機能を活用して、利用者の意思決定を支え、状況に則した身体的・精神的・社会的・経済的等の側面から総合的に「自立を支援」することが求められます。**

（参考；平成 13 年度版厚生労働省白書）

ケアマネジメントの意味

サービスの利用手続きという観点から、医療サービスの場合と比べながら、なぜケアマネジメントの仕組みが設けられたかを考えてみましょう。

医療サービスは、被保険者が身体の不調を訴えて医療機関を訪れるところから始まります。医師は、被保険者を診察して何らかの治療の必要のある状態だと判断すれば、それは医療保険の給付が必要であることの認定になります。医者は次にどのような治療が必要か判断し、病院内の関係スタッフと協働して必要な治療行為を行います。**主治医は、ここでは治療方針や治療行為の決定・遂行に重要な責任を果たします。これに対して居宅介護サービスの場合は、医療における主治医のように、必要なサービス内容を客観的根拠に基づき責任を持って決定できる者は存在しません。**どのような居宅介護サービスが必要あるいは適切化という客観的な根拠がない以上、どの事業者のどのような種類の介護サービスを利用するか**の決定は、原則として要介護者自ら行うほかないのです。**しかし、さまざまな種類のサービスがあり、それぞれ多くの事業者がいる居宅介護サービスについて、その選択・調整をすべて要介護者が行うことには実際にはかなりの困難が伴います。また、介護サービスの利便性・快適性という特性からみて、要介護者の判断が適切なものになるという保証もありません。そこで、**要介護者の立場に立ちつつ、専門的見地から居宅介護サービスの利用をコーディネートするのがケアマネジャーによるケアマネジメントであることは、これまで述べてきたとおりです。**

第2部 介護保険の意味論 第5章「介護サービスの利用」より抜粋

医療の分野で EBM や医療の標準化がいわれるように、介護の分野でも～中略～

ケアプランをできる限り標準化してケアマネジメントのレベルや内容を揃えることは、介護保険にとって不可欠のことなのです。もちろん、**介護の個別性・多様性を考えれば、どれほど標準化が進んだとしても、個々のケアマネジャーの力量・感性などが重要であることは言うまでもありません。**

コラム「個別対応と大量処理」より抜粋

出典：介護保険の意味論 制度の本質から介護保険のこれからを考える
(著者) 堤 修三

(居宅介護支援の定義)

介護保険法第8条第24項

この法律において「居宅介護支援」とは、居宅要介護者が第四十一条第一項に規定する指定居宅サービス又は特例居宅介護サービス費に係る居宅サービス若しくはこれに相当するサービス、第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービス又は特例地域密着型介護サービス費に係る地域密着型サービス若しくはこれに相当するサービス及びその他の居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービス(以下この項において「指定居宅サービス等」という。)の適切な利用等を行うことができるよう、当該居宅要介護者の依頼を受けて、その心身の状況、その置かれている環境、当該居宅要介護者及びその家族の希望等を勘案し、利用する指定居宅サービス等の種類及び内容、これを担当する者その他厚生労働省令で定める事項を定めた計画(以下この項、第百十五条の四十五第一項第五号及び別表において「居宅サービス計画」という。)を作成するとともに、当該居宅サービス計画に基づく指定居宅サービス等の提供が確保されるよう、第四十一条第一項に規定する指定居宅サービス事業者、第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービス事業者その他の者との連絡調整その他の便宜の提供を行い、並びに当該居宅要介護者が地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設への入所を要する場合にあっては、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うことをいい、「居宅介護支援事業」とは、居宅介護支援を行う事業をいう。

居宅介護支援とは

①居宅サービス計画の作成

②指定居宅サービス等の提供が確保されるよう連絡調整その他の便宜

(施設入所を要する場合は、施設への紹介その他の便宜の供与を含む)

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 厚生省令第38号

(基本方針)

第一条の二 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が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して行われるものでなければならない。

二 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、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るものでなければならない。

三 指定居宅介護支援事業者(法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。)は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等(法第八条第二十三項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。)が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

四 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市町村(特別区を含む。以下同じ。)、法第百十五条の四十六第一項に規定する地域包括支援センター、老人福祉法(昭和三十八年法律第百三十三号)第二十條の七の二に規定する老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者(法第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。以下同じ。)、介護保険施設等との連携に努めなければならない。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について 老企第 22 号

第 2 1 基本方針

介護保険制度においては、要介護者及び要支援者(以下「要介護者等」という。)である利用者に対し、個々の解決すべき課題、その心身の状況や置かれている環境等に応じて保健・医療・福祉にわたる指定居宅サービス等が、多様なサービス提供主体により総合的かつ効率的に提供されるよう、居宅介護支援を保険給付の対象として位置づけたものであり、その重要性に鑑み、保険給付率についても特に一〇割としているところである。

基準第一条第二項は、「在宅介護の重視」という介護保険制度の基本理念を実現するため、指定居宅介護支援の事業を行うに当たってのもっとも重要な基本方針として、利用者からの相談、依頼があった場合には、利用者自身の立場に立ち、常にまず、その居宅において日常生活を営むことができるように支援することができるかどうかという視点から検討を行い支援を行うべきことを定めたものである。

このほか、指定居宅介護支援の事業の基本方針として、介護保険制度の基本理念である、高齢者自身によるサービスの選択、保健・医療・福祉サービスの総合的、効率的な提供、利用者本位、公正中立等を掲げている。介護保険の基本理念を実現する上で、指定居宅介護支援事業者が極めて重要な役割を果たすことを求めたものであり、指定居宅介護支援事業者は、常にこの基本方針を踏まえた事業運営を図らなければならない。

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 厚生省令第 38 号

第 13 条第 4 項

介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス([法第二十四条第二項](#)に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。)以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

介護支援専門員実務研修の見直しについて

研修科目(介護支援専門員実務研修)		時間
講義	介護保険制度の理念と介護支援専門員	2
	介護支援サービス(ケアマネジメント)の基本	2
	要介護認定等の基礎	2
	介護支援サービス(ケアマネジメント)の基礎技術	
	受付及び相談と契約	1
	アセスメント、ニーズの把握の方法	2
	居宅サービス計画等の作成	2
	モニタリングの方法	2
	実習オリエンテーション	1
	介護支援サービス(ケアマネジメント)の展開技術	
演習	相談面接技術の理解	3
	地域包括支援センターの概要	2
	介護支援サービス(ケアマネジメント)の基礎技術	
	アセスメント、ニーズの把握の方法	4
	アセスメント、居宅サービス計画等作成演習	6
	居宅サービス計画等の作成	4
	介護予防支援(ケアマネジメント)	4
	介護支援サービス(ケアマネジメント)の展開技術	
	チームアプローチ演習	3
	意見交換、講評	1
実習	介護支援サービス(ケアマネジメント)の基礎技術に関する実習	
	合計	44
研修科目(介護支援専門員実務研修者基礎研修)		時間
講義	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	3
	ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	7
	ケアマネジメント演習講評	6
	ケアマネジメント点検演習	14
演習	研修を振り返っての意見交換、ネットワーク作り	
	合計	33

任意研修であった実務従事者基礎研修を統合(=実務研修の充実)

研修科目(新・介護支援専門員実務研修)		時間
講義	介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	3
	ケアマネジメントに係る法令等の理解(新)	2
	地域包括ケアシステム及び社会資源(新)	3
	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義(新)	3
	人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理(新)	2
	ケアマネジメントのプロセス(新)	2
	実習オリエンテーション	1
	自立支援のためのケアマネジメントの基本	
	相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎	4
	利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意(新)	2
演習	介護支援専門員に求められるマネジメント(チームマネジメント)(新)	2
	ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術	
	受付及び相談並びに契約	1
	アセスメント及びニーズの把握の方法	6
	居宅サービス計画等の作成	4
	サービス担当者会議の意義及び進め方(新)	4
	モニタリング及び評価	4
	実習振り返り	3
	ケアマネジメントの展開(新)	
	基礎理解	3
実習	脳血管疾患に関する事例	5
	認知症に関する事例	5
	筋骨格系疾患と廃用症候群に関する事例	5
	内臓の機能不全(糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等)に関する事例	5
	習得に関する事例	5
	アセスメント、居宅サービス計画等作成の総合演習(新)	5
	研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り	2
	ケアマネジメントの基礎技術に関する実習	
	合計	87

給付管理について

1 給付管理業務

保険給付の対象となる在宅サービスは、要介護度に応じた区分支給限度基準額の範囲内に限られています。このため、支給限度基準額内・外の区分けを行う必要があります。また居宅サービス計画原案の作成と支給限度額管理・利用者負担計算は、並行して行います。

国保連合会では、個々のサービス事業所の介護給付費等の審査・支払を行う際には、支給限度基準額内であることを確認するため、居宅介護支援事業所によるサービスの実績管理(給付管理票)との突合が行われます。

また、給付管理業務は、居宅サービス計画の作成から給付管理票の提出までの一連の業務であり、月を単位とし、月ごとに継続して実施していきます。

2 月ごとの給付管理の流れ

(1) サービス提供月の前月（サービス利用票と別表の交付）

①**利用者**に居宅サービス計画原案を説明し、同意の確認を経て確定したサービス利用票(兼居宅サービス計画)と別表を交付する。

②**サービス事業所**にサービス提供票と別表を作成し、交付する。

(2)継続的にサービス実施状況を把握し、サービス事業者等に連絡してサービスの調整等を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更を行う。

(3)サービス提供翌月の**10日**までに、最終的な居宅サービス計画(サービスの提供実績)にもとづき給付管理票を作成し、国保連合会に提出する。**(過誤調整で保険者に過誤申立書を提出する締切日とは異なります)**

サービス事業所・居宅介護支援事業所への介護報酬は、国保連合会での審査を経て、サービス提供月の翌々月の末に支払われる。

3 サービス利用票等が再作成された場合

利用者の希望等により当初計画外のサービスが行われた場合は、サービス利用票等の再作成と利用者への提示および同意の確認を行います。給付管理票の作成も、再作成されたサービス利用票にもとづいて行われます。

ほかに当初の計画に変更があってサービス利用票記載の事業所ごとのサービス種類の額の合計が当初計画を上回る場合や、事業者を変更する場合など給付管理票の記載内容に影響がある場合には、必ずサービス利用票等の再作成が必要です。

このとき給付管理票は、再作成後の計画を記載します。

給付管理票の事業所ごとの上限管理に影響がなく、サービス利用票の再作成が必要な場合は当初の計画を記載します。

<再作成の流れ>

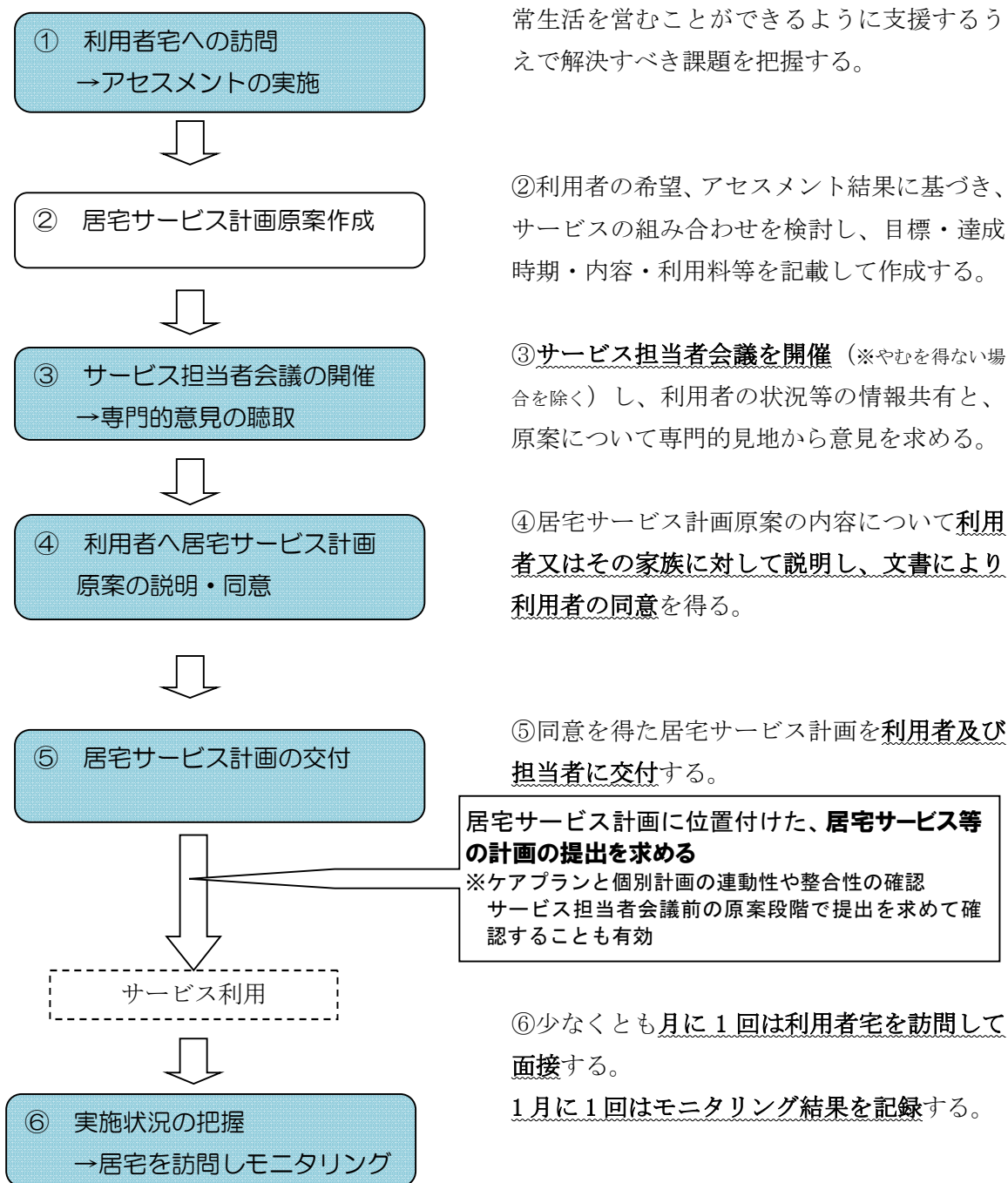
- (1) 変更後の居宅サービス計画にもとづいてサービス利用票を再作成し、サービス利用票別表で支給限度額確認と利用者負担計算を改めて行います。
- (2) 再作成後の利用票等を利用者に交付し、改めて控に利用者の確認をうけます。
- (3) サービス利用票にあわせて、サービス提供票の内容も修正し、変更した計画の内容に関するサービス事業所に送付します。

4 給付管理の留意点

利用者に対しては、次のような場合は保険給付・費用等の扱いが異なることがあるため、居宅介護支援事業者に連絡するよう説明をしておいてください。

- (1) 居宅介護支援事業者を通じた調整を行わず、計画外のサービスを受けた場合
- (2) 計画対象期間中に、被保険者資格等に変更などあった場合
- (3) 事業者やサービスの種類が計画と異なる場合
- (4) 居宅サービス計画に記載されていない短期入所生活介護の利用

居宅介護支援の流れ



※上記要件（①、③～⑥）のうち、いずれか一つでも実施しなかった場合には、運営基準減算（所定単位の50%）となります。

※その他、契約時の説明等をしなかった場合も同様に運営基準減算（所定単位の50%）となります。

※減算適用は、当該月から当該状態が解消されるにいたった月の前月まで、当該利用者分について減算します。（2か月以降は所定単位数の0%に減算）

アセスメントの留意点

アセスメントは、ケアマネジメントにおいて介護支援専門員が行う最も重要で専門的な業務です。アセスメントは介護支援専門員の個人的な考え方や手法ではなく、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して認められる「適切な方法」により実施する必要があります。

なお、国から課題分析標準項目が示されており、独自の方法によって実施した場合でも必ず下記の23項目を網羅する必要があります。

● 基本情報に関する項目（9項目）

	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	障害高齢者の日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である高齢者の日常生活自立度	認知症である高齢者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（14項目）

	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

サービス担当者会議について

(1) サービス担当者会議の開催について（厚令第 38 号第 13 条第 9 号・第 14 号）

○ サービス担当者会議を開催しなければならないタイミング

① 居宅サービス計画を**新規に作成**したとき

② **居宅サービス計画を変更**するとき

⇒ 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。(※)

③ 要介護**更新認定**のとき
④ 要介護**状態区分の変更認定**のとき

} 居宅サービス計画の変更を検討
} しなければならないタイミング

⇒ サービス担当者会議を開催し、居宅サービス計画の変更について、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。(※)

※ サービス担当者会議は、居宅サービス計画に位置づけた事業者全員の出席が原則ですが、やむを得ない理由がある場合においては、担当者に対する照会により意見を求めることが可能です。その際は、担当者の意見の内容、出席できない等のやむを得ない理由を記録しておいてください。

また、サービス担当者会議は、**利用者及びその家族の参加を基本**としますが、参加が望ましくない場合（家庭内暴力等）には、必ずしも参加を求めるものではありません。

※ サービス担当者に意見照会を行った場合においても、利用者の状況等についての情報や、居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要があります。

やむを得ない理由がある場合とは

- ① 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、主治医等の意見を勘案して必要と認める場合
- ② サービス担当者会議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参加を得られなかった場合（事務作業等ではやむを得ない理由にはなりません）。
- ③ 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など軽微な変更の場合

(2) 居宅サービス計画の「軽微な変更」に係るサービス担当者会議

（老企第 22 号第二 3（7）⑩）

「軽微な変更」に該当する居宅サービス計画の変更の場合、サービス担当者会議の開催の必要はなく、担当者への照会等により意見を求めることが可能ですが、**介護支援専門員がサービス事業所へ周知した方がよいと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するものではありません。**

（参考）**居宅サービス計画の軽微な変更に関する Q & A**

横須賀市ホームページ

ホーム＞健康・福祉・教育＞年金・保険＞高齢者福祉・介護保険

＞介護保険サービス事業者＞介護報酬に係る Q&A

モニタリングについて

計画実施状況の把握と継続的なアセスメント

介護支援専門員は、居宅サービス計画作成後、モニタリング（居宅サービス計画の実施状況の把握と利用者についての継続的なアセスメント）を行わなければなりません。利用者が解決すべき課題（ニーズ）の変化が認められる場合などは、必要に応じて計画の変更やサービス事業者等の連絡調整等を行います。

モニタリングにあたっては、利用者と家族、主治医、サービス事業所との連絡を継続的に行いつつ**特段の事情（事業者都合ではなく、入院等の利用者に起因する物理的な要因）**がある場合を除き、

- ①少なくとも1月に1回は利用者の居宅を訪問して、利用者に面接を行うこと
- ②少なくとも1月に1回はその結果を記録しなければならないこと

とされており、上記要件のうち、いずれかひとつでも満たさない場合、運営基準減算となります。

運営基準減算について

運営基準減算になる場合

※解釈通知（抜粋）第3の6

居宅介護支援の業務が適切に行われない場合

(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、

- ・利用者は複数の指定居宅サービス事業所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所等の選定理由の説明を求めることができること
- ・前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下(1)において「訪問介護等」という。）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合及び前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうちに同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合

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が解消されるに至った月の前月まで減算

(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

- 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、利用者及びその家族に面接していない場合**には、当該居宅サービス計画に係る月（以下「当該月」という。）から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算
- 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

- 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

- (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

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。）に当たっては、次の場合に減算

① 当該事業所の介護支援専門員が**一月に利用者の居宅を訪問し、利用者に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

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一月以上継続する場合**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

運営基準減算の割合

当該月 (運営基準減算該当)	翌月	翌々月	翌々々月
50%	解消 100%	100%	100%
50%	0%	解消 100%	100%
50%	0%	0%	解消 100%
50%	0%	0%	0%

居宅サービス計画作成の留意点

1 利用者への説明と同意の確認

説明と同意が必要となる居宅サービス計画原案とは、居宅サービス計画書・標準書式の次のものすべてです。

第1表 居宅サービス計画書(1)	利用者・家族の介護に対する意向を踏まえた課題分析の結果／総合的な援助の方針／生活援助中心型の算定理由等
第2表 居宅サービス計画書(2)	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）／目標（長期・短期）／援助内容（サービス内容等）
第3表 週間サービス計画表	時間帯別・曜日別のサービス／主な日常生活の活動（平均的1日の過ごし方）
第6表 サービス利用票	月間サービス計画（提供時間帯・サービス内容・サービス事業者等）
第7表 サービス利用票別表	事業所別・サービス内容別費用総額（保険対象分）／利用者負担（保険対象／全額負担分）等

2 計画を作成する上で注意したい事項

（1）医療サービスを位置づける場合の医師の指示内容の確認

訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションなどの医療サービスを位置付けるにあたっては、**その必要性について主治の医師等の指示内容（医学的観点からの留意事項が示されている場合はその内容）を確認し、記録に残しておく必要があります。**

【確認方法の例】

- ・指示書
- ・医療機関への確認（主治医への聞き取り、受診時に同行等）

※また、訪問看護や訪問・通所リハビリテーションを利用する際には、医療保険と介護保険の適用関係にも留意してください。

（2）福祉用具の居宅サービス計画への反映

福祉用具貸与と特定福祉用具販売については、その特性と利用者の心身の状況を踏まえた必要性の十分な検討を経ることなく選定された場合、利用者の自立支援を大きく阻害するおそれがあることから、**必ずサービス担当者会議を開催し、その利用の妥当性を検討した上で、居宅サービス計画に福祉用具が必要な理由を記載しなければなりません。**また、福祉用具貸与を継続して位置付ける場合には、必要に応じてサービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与をうける必要性を検証した上で、継続する理由を居宅サービス計画に記載しなければなりません。

なお、**要介護状態区分が軽度の者については、利用制限があるため特に注意が必要です。**

（３）訪問介護（生活援助中心型）を位置付けるときの回数の確認

訪問介護（生活援助中心型）を居宅サービス計画に位置付けるときは、厚生労働大臣が定める回数以上になる場合に、保険者に届け出が必要となります。サービスの必要性について十分検討してください。

（４）短期入所生活介護を位置づける場合の日数の確認

●要介護認定有効期間の半数を超える利用

短期入所サービスは、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、**短期入所サービスの利用日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければなりません（保険給付対象分のみ、支給限度額外や自費分の日数を除く）**。そのため毎月、利用表別表等で利用日数を把握・確認してください。

ただし、心身の状況、環境等の適切な評価に基づき、在宅生活の維持のために、特に必要であると認められる場合は、半数を超えて位置付けることができます。

※要介護認定の有効期間の半数を超えそうな場合は、あらかじめ保険者に相談しサービス利用の必要性について確認を得るようにしてください。

●長期利用者に対する減額について

短期入所サービスは**連続３０日（支給限度基準を超える利用日数を含む）までしか保険給付の対象になりません**。従って、３１日目以降も、短期入所を継続して利用することは可能ですが、３１日目を保険外利用し、３２日目以降から改めて連続３０日まで保険給付の対象とすることができません。なお、連続３０日を超えて同一の施設に入所している場合は、報酬請求が３０日を超えた日以降について基本報酬が１日につき３０単位減算されます（３１日目を自宅や自費で過ごした場合でも、再度同一の施設を利用した場合も減算対象となります）。

（５）軽度者に対する福祉用具の取り扱いについて

軽度者（要支援１・２、要介護１）の方には、状態像から見て使用が想定しにくい下記の７種目の福祉用具については、原則貸与できません。

- | | |
|-------------------------------------|------------------------|
| (1) 車いす及び車いす付属品 | (2) 特殊寝台及び特殊寝台付属品 |
| (3) 床ずれ防止用具 | (4) 体位変換器 |
| (5) 認知症老人徘徊感知機器 | (6) 移動用リフト（つり具の部分を除く。） |
| (7) 自動排泄処理装置※（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く） | |

※要介護４・５の方のみ利用可のため、要支援１・２、要介護１～３の方は原則貸与できません。

ただし、次に掲げる要件のいずれかを満たす場合は、例外的に給付対象となります。

●認定調査票の基本調査の結果が、次ページ表「厚生労働大臣が定める者のイ」にあてはまる場合

●上記にはあてはまらないが、「軽度者に対する（介護予防）福祉用具貸与確認書発行依頼書（以下「依頼書」という。）」の提出により市が必要性を確認した場合

ケアプラン作成における 記載項目の考え方

本市のケアプラン点検の目的

目的

ケアマネジメントのプロセスを踏まえ

「自立支援」に資する適切なプランとなっているか を検証確認し、「自立支援に資するケアマネジメント」の追求及びその普遍化のため

基本的立場

- ①適正回数への変更等、プランに対し改善命令等を行わない
- ②「気づき」を促し、次回のケアプラン作成に活かしてもらう
- ③専門家として利用者等に判断根拠を示せるようなケアプランを作成するよう指導

※明らかに運営基準減算等が判明した場合は自主点検による返納を求めます。

ケアプランを記載する流れ

居宅サービス計画書(1)

生活に対する意向

総合的な援助方針

生活に対する意向

総合的な援助方針

[illegible]

課 長-1 短 ↔ サ (とりあえず短期目標の達成を目指す)

課 長-2 短-1 寸

短-2 サ-1

-2

100	100	100	100
100	100	100	100

※1「長崎県庁内サービス窓口の状況」について、長崎県庁内サービス窓口については公開せず、※2「地域サービス提供体制の構築状況」について開示する。

※ 1. 「長崎臨時支那館及びその記録」について、長崎臨時支那館
館長「中村一」の署名が附いた複製品が、この中に附入された。

利用者の望む生活

課題①

課題②

(長期目標)

課題解決に向け、いつまでに、どのレベル(水準)まで、何を達成すればよいのか。目標達成し課題を解決するとどのような生活が可能となるのか。なお、達成しても課題解決の途中段階の場合もある。

(短期目標)

長期目標を達成するための段階的な活動(支援)の指標。⇨サービス内容の達成度を図る指標ともなる。

(サービス)

ニーズを解決するための1つの手段(ツール)として、短期目標の達成に最適なものを選択

(短期目標)

(短期目標)

サ

スモールステップ



生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

老企29号【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**原則として優先度の高いものから順に**記載する。

ケアプラン点検支援マニュアルより抜粋（一部加筆修正）

- ・ 状態（状況）の改善・維持・悪化防止など、自立支援に向けたアセスメントの視点をもとにそれぞれの課題（ニーズ）が導き出されたか。その背景や課題を押さえているか
- ・ サービスはニーズを解決するための1つの手段であることを理解し、利用者が自立を目指していけるような内容となっていることが大切
- ・ 利用者及び家族が優先的に解決したいと思う課題や取り組みたいという意欲的な課題から優先するなど、利用者及び家族の意向をくむことも必要です。しかし、生命の危険が脅かされるような状況など緊急性の高い課題の場合は、優先課題をあげる等の状況判断も必要
- ・ 生活に対する意向と生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の関連付けが図られている
- ・ 利用者の取り組むべき課題が明確になっている
- ・ 利用者の望む生活を実現する課題となっている
- ・ 「安全・安楽に過ごす」等の抽象的かつ誰にでも当てはまるようなニーズの表現は極力避ける

問題のあるケアプラン例①

解決すべき課題に生活に対する意向を記載している

[illegible]

生活全般の解決すべき課題は、利用者の自立を阻害する要因等を分析して導き出すものであり、利用者の望む生活そのものや生活全般を示す表現は適切とはいえない。

また、「安心」「安全」等の抽象的かつ誰にでも当てはまるような二ーズの表現は極力避けて記載すること。

問題のあるケアプラン例②

解決すべき課題に支援経過や支援目標が記載されている

記入欄		作成年月日 年 月 日		
利用表示		居宅サービス計画書(2)		
生活支援の経 済的サービス費 (ユーティリティ)	長期目標	短期目標	サービス	
	課題	長期目標	短期目標	サービス
	平成28年●月下旬頃より、突然歩行困難な状態となり、●月●日整形外科受診。胸腰椎多発性椎体骨折、骨粗鬆症・病的骨折ありとの診断にて治療開始。後、症状改善しつつあり、発症時より、日常生活上の動作、家事作業もできるようになってきたが、●月●日仙骨部挫傷診断、買物時、杖歩行為、リュックを背負い買物に出かけるが、仙骨部にリュックがあたり、痛む為、買った物を運ぶことができない。	日常生活に不便さを感じることなく過ごすことができ、今の生活を維持する。	一部家事作業を手伝ってもらうことで、生活上の不便さを解消でき、自身でできる家事作業は継続して行う	本人訪問介護
			変化に伴う、日常生活上の不安や悩みを相談できる	居宅介護支援
		良い体調を維持する	定期的に通院することで病状を知ることができ、体調を管理できる	●●病院

※1「医療提供サービスの提供の記録」について、医療提供
※2「居宅サービス提供を行う事業所」について記入す

支援経過等を2表に記載すると、ケアプランだけで利用者・家族や関係者に状況を説明し把握してもらえるという良さもある。しかし、解決すべき課題のボリュームが多くなり、かえって課題を把握しにくく、目標やサービスとの関連性がわかりにくくなってしまう。

問題のあるケアプラン例③

「自分でできることはしたい」など抽象的な表現を使っている

(本人・家族とも)
今までと同じようにサービス利用を継続して、自宅での生活を継続したい

(本人)
今後なるべく人に頼らず自分で出来ることは行っていたい。

居宅サービス計画書(2)

課題	長期目標	短期目標	サービス
今まで出来ていた事が出来なくなった	体調管理が出来る	出来ない事を増やさない	通所介護 家族
安心・安全に自宅で過ごしたい	日常生活の中で支援を受けながら安心・安全に在宅での生活を送る	日常生活の能力を維持・向上していく	訪問介護 福祉用具 宅配弁当
転倒で手首が骨折し、首痛もある。歩行は慎重にして、屋外は見守り歩行している	自分で買物に出かけられる	リハビリをし、 転倒しないように歩行を安定させる	福祉用具 通所介護

「安心」「安全」などの抽象的な表現は汎用性が高く、使いやすい表現といえる。「できることをできるように」なども自立支援的な観点からの表現といえる。

しかし、その記載だけ見てみると利用者が何を示唆しているのか把握することは困難である。**どうすれば、どのような状態が安全なのか？なぜ、どのような状態だと安心するのか？**

あるいは、**できることやできないこと**は何か？その「何か」は利用者ごとに異なり、それを具体的に記載すると、個別具体的なケアプランとなるのではないか。

ケアプラン好事例

日常の暮らし(過ごし方)が具体的にイメージできている

要介護2 居宅サービス計画書(1)

本人: **自分の力で自由に歩きたい。**
家族: 転倒ないように歩行してほしい

自由に歩きたい＝行動したいという場所(エリア)、はどこだろうか？
時期(季節、時間帯)はいつだろうか？
自由に歩く＝歩き方のイメージは？
本人がしたいこと、なりた姿、あるいは続けたいことなど、望む生活を具体化すると目標が変わってくるのではないかな？

課題	長期目標	短期目標	サービス内容	種別
自分で歩きたい	室内を自由に歩くことができる	トイレまで一人で歩くことができる	歩行訓練、下肢筋力トレーニング、体調に合わせた運動 手すり(たちあっぷ)歩行器	通所介護 福祉用具貸与
外に出ることで気分転換が図れる	車椅子に座って、庭先で草木の手入れができる。	天候の良い日は、庭先の外気浴を行う	車椅子貸与、酸素ボンベ架台 玄関から庭先まで息子に介助してもらう	福祉用具貸与 家族

問題のあるケアプラン例④

目標が支援者目線や受け身的な目標になっている

第2案

居宅サービス

課題	長期目標	短期目標	サービス
デイケアを利用したい	他者との交流の機会に参加し、活気のある生活にする	リハビリの継続・入浴介助による支援	通所リハ
日常生活について、家事が負担であり介助して欲しい	負担となる掃除洗濯などの 一連介助が必要	身の回りのことは自分でい、 できない事の介助を受ける	訪問介護
ひとりでの入浴は心配なのでヘルパーさんに手伝ってほしい	入浴をすることで血行をよくして、体の痛みを和らげます。	健康状態を確認して入浴の手伝いをします。	訪問介護

解決すべき課題＝本人が解決したい課題であり、目標は課題の達成段階を示すもの

したがって、目標の主役は本人。

目標がサービス事業者の支援内容では、利用者の主体的なケアプランになっているとは言えないため、本人目線の表現に言い換えて目標設定をする必要がある。

18

問題のあるケアプラン例⑤

ショートステイの頻度が適宜や必要時など流動的な記載

第 2 表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 年 月 日

利用者の氏名

性別

生後年齢の経
過サービス提供
状況（年～月）

長期計画 (期間)

短期計画 (期間)

サービス内容

提供内容

① サービス種別

② 頻度

③ 開始

④ 終了

⑤ 備考

⑥ 備考

⑦ 備考

⑧ 備考

⑨ 備考

⑩ 備考

⑪ 備考

⑫ 備考

⑬ 備考

⑭ 備考

⑮ 備考

⑯ 備考

⑰ 備考

⑱ 備考

⑲ 備考

⑳ 備考

㉑ 備考

㉒ 備考

㉓ 備考

㉔ 備考

㉕ 備考

㉖ 備考

㉗ 備考

㉘ 備考

㉙ 備考

㉚ 備考

㉛ 備考

㉜ 備考

㉝ 備考

㉞ 備考

㉟ 備考

㊱ 備考

㊲ 備考

㊳ 備考

㊴ 備考

㊵ 備考

㊶ 備考

㊷ 備考

㊸ 備考

㊹ 備考

㊺ 備考

㊻ 備考

㊼ 備考

㊽ 備考

㊾ 備考

㊿ 備考

①「居宅サービス計画書の区分」について、居宅サービス計画書については〇印を付す。
②「居宅サービス提供を受ける事業所」について記入する。

種別	頻度
短期入所	適宜 必要時

頻度は給付管理に直結しており、支給限度額内外における効果的なサービスの組み合わせを考える上で重要な要素。

曖昧で流動的な記載ではなく、例えば月をまたがる様な場合は「●ヶ月に●回」など生活状況を踏まえた一定の枠組みを想定して記載する必要がある。

19

問題のあるケアプラン例⑥

訪問介護のサービス内容に「時間がかかった場合は実際にかかった時間でサービス提供時間を延長する」と記載

居宅サービス計画書(2)

サービス内容

サービス内容	種別
ベッドから食卓への移乗介助・朝 昼食事介助・内服介助（分包され た処方薬のみ介助）・口腔ケア ※体調や認知症状により、 食事介 助に時間がかかった際は、実際に かった時間でサービス提供時間 を延長する	訪問介護

訪問介護は標準的な時間で算定するもの。
 訪問介護計画に位置付けられている以上の
 時間は算定できない。
 （訪問介護事業所が指導対象となり得る可
 能性もあるため注意すること）

20

問題のあるケアプラン例⑦

サービス内容が詳細すぎて、逆に分かりづらい

居宅サービス計画書(2)

サービス内容

サービス内容	種別
・介助歩行、歩き始め、方向転換、着 席時注意必要 ・送迎時、段差困難の為介助 ・長距離や歩行状態に応じて車いす 使用 ・玄関内部縦手摺、 ・洗面所内縦手摺、 洗面所入口縦手摺 ・便所内縦手摺2本、 便所出入用縦手摺 ・浴室出入り用縦手摺 ・浴室内縦手摺 ・居間内横手摺	家族 通所介護 短期入所 通所リハ 福祉用具 住宅改修

サービス内容を詳細に記載することは良いが、細かな内容は個別サービスに記載されて
 いるものなのでケアプランにも全て盛り込む必要はない。

例えば、住宅改修等は理由書が別に作成されるため、●●に手すり設置程度で良い

21

《参考》ケアプラン作成の方向性や留意点(試案)

出典：平成26年度ケアプラン点検事業実施報告書p35～36

1. ケアプラン作成においては、利用者主体のプランを作成することを念頭に置き、その人の楽しみや生きがいを反映した内容としていく

生きがい

ケアプランは利用者の望む生活の実現のために作成されるものである。そのため、ケアプランの目標においては本人の意欲を引き出し、主体的に取り組める内容として行くことが重要となる。また、利用者の楽しみや生きがいを反映したケアプランは、利用者の個別性を踏まえなければ作成することはできない。このような意識付けを行うことにより、結果として具体的で、利用者が取り組みやすい目標を立てやすくなり、適切なケアプランを作成することができる。

2. 「安全・安心」「できることをできるように」など抽象的表現を使わない

具体的

「安心」「安全」などの抽象的な表現は汎用性が高く、使いやすい表現といえる。しかし、抽象的な表現が多くなると、個別のケアプランであるにも関わらず、Aさんも、Bさんも似たようなケアプランが作成され、個性が埋没してしまいかねない。

今後は、ケアプランを作成する際に、抽象的な表現が出てきそうな場合は、再度アセスメント情報を確認し、「安心」な状態とはどんな状態か、何ができると安心するのかなど、利用者の生活行為やADL等の動作などから具体的な目安を見出して目標設定するようにしていく必要がある。

また、ケアプランの内容が抽象的ではなく具体的であることは、ケアプランに沿って支援を行う個別サービス事業所にとっても有益である。特に、短期目標は個別サービス計画書の指標となるものであり、チームとして何を目指し、何を実行していくのか、支援目標を明確にし、統一的支援を行うためにも抽象的表現を使わずにケアプランを作成するよう心がけていくようにする。

《参考》ケアプラン作成の方向性や留意点(試案)

出典：平成26年度ケアプラン点検事業実施報告書p35～36

3. わかりやすく、みやすいケアプラン作り、「伝わりやすさ」を心がける

ケアプランは利用者・家族が理解していることが大前提である。そのためには、内容を具体的に掘り下げたものにする必要だが、極端に目標を小分けにして用紙の枚数が増えたり、様式一杯に字で埋め尽くされていたりするようなケアプランになってしまうのは本末転倒である。「誰のため」「何のため」のケアプランかを念頭におき、目標は少なく、的を絞りやすく、相手にあわせた伝わりやすい言葉選び、一目で把握できるような見栄えの良いケアプランを作成するようにしていく必要がある。

生活全般の支援

伝わりやすさ

4. インフォーマルサービスはシステムとアナログを組み合わせる

現状では、事業所で使用しているシステム上の制限があることから、インフォーマルサービスがケアプランに位置付けられないという現実もある。しかし、ケアプランは利用者の生活全般を支援する観点に立って作成されるべきものである。そのためには、ケアプラン2表や3表を活用し、その人の生活の様子やサービス利用状況を把握し、適切で過不足ないサービス提供が行われるようケアプランの質を高めていく必要がある。

そこで、インフォーマルサービス等の重要性を踏まえ、事業所で使用しているシステム上の制限がある場合などは、一部を手書きとするといった対応を行うなど、システムとアナログを組み合わせ、ケアプランを作成するよう心がけていくようにする。

具体的な記載を行うための技術と考え方

あいまいな言葉を具体的で個別的な表現に

基本は5W1H

利用者の生活を支えるためのケアプランなら、
誰に (whom) + 規模 (how many) を足し 6W2H も大切
+ いくら (how much) 6W3H

when

いつ

たまには

where

どこで

海に

who

誰が

私が家族と
(whom)

what

何を

外出

why

なぜ

好きだから

how

どのように

歩いて

もう一步踏み込んで具体的に表現する

～名詞・頻度・時期・場所・動作・方法・状態を書き換える～

2月までに
月1回は

●●浜に
(地元の海岸)

私が
長男と

釣りに
行きたい

元漁師だから
(共通の趣味)

杖を使って
自分で歩いて

①抽象的な名詞を書き換える

※高室(2014)「“わかりやすさ”をアップする 3つのテクニック」
『ケアマネジャー』Vol.16(2014年11月号) pp.18-23を参考に作成

対象が特定できない、多様な解釈を生みやすい名詞(人物、関係性、場所、時間など)は、
内容が特定できる単語に変換したり、言葉の説明を追加したりして、はっきりわかる表現
に書き換える

【例】: 家族 → 長女(○歳)、 知人 → 中学から同級生の○○さん、
自宅転倒 → 玄関、風呂で転倒、 昼間に散歩する → 昼間○～○時に散歩する、

②頻度・時期・量・範囲などを表す言葉を書き換える

頻度・時期・量などは、利用者の言葉が表れやすく取り入れやすい表現。しかし、感覚・感
情的表現も多く、曖昧で多様な解釈が生まれやすい。数値化、場所の名称化で書き換える

【頻度】: けっこう、ちょくちょく、たまに、いつも → ○日おきに、日に○回
【時期】: そのうち、暑い頃、昔は → ○月まで、○歳頃は、 【量】: すごい、少し、ちょっと → お茶碗1杯食べる
【範囲】: 長く、短く、遠く、近く、広く、狭く、高く、低く、自宅内 → ○m、ベッド～トイレまで、膝の高さまで

③ひとくくりの言葉を書き換える

ADL等の心身機能や生活動作や状態は「ひとくくりの言葉」(食事、歩行、排泄、安定など)
で表現されやすい。ひとくくりだと曖昧になりやすく、利用者の状況がわかりにくい。
言葉で示した状況や動作を細分化し、6W3Hを使って説明できるよう書き換える

【例】: 歩行が不安定 → 脳梗塞による片マヒのため、つまづきやすく、ベッド～トイレまで夜間帯は転びそうで怖い

具体的な表現にむけたアセスメントの視点 例

移動	場所(どこ〜どこ)と手段(何を使って、どのように、時間)
起居/移乗	場所(どこの起き上がり)と起き上がり方の手段(何を使ってどのように、時間)
食事	時間帯(いつの食事)、量、種類、好み、調理法、食べ方(どうやって)、場所(どこで)、食事の相手(誰と)
排泄	頻度(回数、大小)、時間帯(いつ)、場所(どこ)、方法(和・洋・ポータブル)、始末の仕方、着替え
睡眠	時間帯(就寝、起床)、就寝準備の方法
入浴	頻度、時間帯、時間、更衣、洗身、洗髪、浴室移動、入浴方法
整容	歯磨き、うがい、髭剃り、化粧、爪切り、整髪
更衣	衣類の用途、種類、手段、方法
掃除	頻度、掃除場所、手段(何を使って、どのように)、時間
洗濯	頻度、洗濯種類、手段(何を使って、どのように)、時間、洗う、干す、収納
料理	頻度、スタイル、食材、時間、場所
買物	品目(何を)、店舗(どこで)、手段、方法、同行者
服薬管理	頻度、時間帯、種類、保管場所、管理方法、投与方法
話す	相手、時間、話題、種類
聞く	相手、頻度、時間、話題、手段
書く	用途(何を書くか)、相手、目的、手段(何を使って、どのように)
読む	対象(何を読むか)、場所(どこで)、時間、手段(何を使って、どのように)
見る	対象(何を見るか)、場所(どこで)、時間、手段(何を使って、どのように)
理解	対象(何を)、相手(誰を)、内容
判断	対象(何を)、内容、頻度(いつか)
学習	内容、手段(何を使って、どのように)
思考	内容、相手
言語	会話の相手(誰と)、内容
記憶	頻度、範囲、方法、対応
知覚	五感(視覚、聴覚、触覚、味覚、嗅覚)、感情、思い、伝達方法
家族/親族	頻度、相手、場所、目的、内容
近所/友人	頻度、相手、親密度、場所、目的、内容
趣味/仲間	頻度、相手、場所、内容

あいまい→個別具体に!!

一連の動作や行為
を段階ごとに細分化
して考える

※高室成幸(2015)『新・ケアマネジメントの仕事術
現場実践の見える化と勘所』pp.74-79を参考に作成

目標は到達点を表現する「まで」を意識して考える

目標は「解決すべき課題の達成に向けた段階的な到達点」
と頭で分かっているもうまく書けない…



まで【迄】

- | | |
|-------------------------------|------------------|
| ①時の至り及ぶ点を示す | 例:「百歳—生きる」 |
| ②移動の至り及ぶ点を示す | 例:「大阪—の切符を下さい」 |
| ③種々の段階や範囲の到達点を示す | 例:「太政大臣—成り上がったか」 |
| ④極端な状態をあげて例にしたり、たとえたりして、程度を示す | 例:「身にあまる—の御志」 |

etc...

広辞苑より

《まで》を意識して記載してみる
・・・すると、
《まで》の前にある記載が、
ある段階の到達点を示す参考になる

- ・～**まで**自分で歩けるようになりたい
- ・とりあえず、～頃**まで**にはできるようになりたい
- ・～の状態**まで**は落としたくない
- ・そこ**まで**はできるかな・・・
- ・今日はここ**まで**やろう!

参考文献等

～国通知等～

<国関係>

- 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)
- 課題整理総括表・評価表の活用の手引き
(平成26年6月17日介護保険最新情報 Vol. 379)
- ケアプラン点検支援マニュアル
(平成20年7月18日介護保険最新情報 Vol. 38)
- ケアプラン点検支援マニュアル付属資料 ケアプラン点検の基礎知識
(平成28年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業分)
「適切なケアマネジメントを推進するための保険者機能のあり方に関する調査研究事業」
発行：株式会社三菱総合研究所 ヘルスケア・ウェルネス事業本部
- <地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムと地域マネジメント
(平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業)
「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業」
発行：三菱UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

<横須賀市関係>

- 平成26年度ケアプラン点検事業実施報告書
- 平成28年度ケアプラン集団検討会資料

★一般図書関係★

- 堤修三(2010)『介護保険の意味論』中央法規出版
- 佐藤信人(2008)『ケアプラン作成の基本的考え方』中央法規出版
- 高室成幸(2014)「“わかりやすさ”をアップする 3つのテクニック」『ケアマネジャー』 Vol. 16 (2014年11月号) pp. 18-23. 中央法規出版
- 高室成幸(2015)『新・ケアマネジメントの仕事術 現場実践の見える化と勘所』中央法規出版
- 新村出編(1991)『広辞苑 第四版』岩波書店
- 鏡論著(2017)『介護保険制度の強さと脆さ』公人の友社

訪問介護が厚生労働大臣が定める基準に該当するケアプランについて

ア. 厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置付けたケアプラン

平成 30 年 10 月より、ケアマネジャーはケアプランに下記の基準回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置づける場合に、保険者に当該ケアプランなどを届け出ることが必要となりました。

基準となる回数

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

※基準回数以上の時に届け出が必要となります。例えば、要介護 1 の利用者は 26 回までは届け出が不要ですが、27 回からは届け出が必要となります。

イ. 区分支給限度基準額の利用割合が 7 割以上、かつ、その利用サービスの 6 割以上が「訪問介護サービス」であるケアプラン

令和 3 年 10 月 1 日以降に作成または変更したケアプランのうち、区分支給限度基準額の利用割合が 7 割以上、かつ、その利用サービスの 6 割以上が「訪問介護サービス」であるケアプランを作成する居宅介護支援事業所について、保険者から求めがあった場合には、指定されたケアプランについて、当該ケアプランの利用の妥当性を検討し、当該ケアプランに訪問介護が必要な理由等を記載し、当該ケアプランなどを保険者へ届け出ることが必要となりました。

届け出されたケアプランに対して、市はケアマネジメント支援として、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、利用者の自立支援にとってより良いサービスとなり、またケアプラン内容の再検討を促すきっかけとなるよう多職種共同による検討の場を設けています。本市はこの検討を「届出のあったケアプラン検討会議」で行います。

1 提出書類

訪問介護が厚生労働大臣が定める基準に該当するケアプラン届出書、居宅サービス計画（1 表～7 表）、アセスメント表、課題整理総括表、利用者基本情報、訪問介護計画書

※ご提出いただいたものについてはご返却いたしません。

2 提出先

横須賀市役所民生局福祉こども部介護保険課 給付係

3 提出方法

郵送又は窓口提出

4 提出期限

アについては、上記の回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置付けたケアプランを作成した月の、翌月の末日までに届け出てください。

イについては、市から提出依頼があった日から1ヶ月以内に届け出てください。

5 届出した後の流れ

届け出をしたケアマネジャーには定期的開催している届出のあったケアプラン検討会議に出席していただき、会議での助言を受けて居宅サービス計画の見直しの契機としてもらいます。

6 留意点

ケアプランを変更するためには利用者の同意を得る必要があります、変更を強制することはできないため、利用者本人に十分説明をする必要があります。また、生活援助中心型サービスが一定回数以上となったことをもってサービスの利用制限を行うものではありません。

7 届出書について

<https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/2640/kouseiroudoudaijinngasadamerukaisuijyounohoumonnkaigo.html>

（横須賀市ホームページ）総合案内 ＞ 健康福祉・子育て教育 ＞ 福祉 ＞ 介護・高齢者福祉＞ 介護保険サービス事業者 ＞ 訪問介護が厚生労働大臣が定める基準に該当するケアプランの届出についてに届出書の書式を掲載していますので、インターネットにてダウンロードが可能です。

訪問介護が厚生労働大臣が定める基準に該当するケアプラン届出書

被保険者	氏名			被保険者 番号			
	生年月日			性別			
	住所						
	ケアプラン 作成(変更)日						
要介護度			計画上の回数	回	規定回数	回	
届出の事由 (該当する項目に ○を記入してくだ さい。)		①生活援助中心型の訪問介護が基準回数以上となったもの					
		要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
		基準回数	27回	34回	43回	38回	31回
		②区分支給限度基準額の利用割合が7割以上、かつ、その利用サービスの6割以上が「訪問介護サービス」であり、横須賀市より提出依頼があったもの					

- 居宅サービス計画書に基準回数以上の訪問介護(生活援助中心型)を位置付けた理由をご記入ください。
(②の事由の場合は、6割以上の訪問介護サービスを位置付けた理由をご記入ください。)

- 利用者がこのまま今の生活を続けると、どのようになると考えますか。

(裏面あり)

●自立支援・重度化防止の観点から、利用者が自立した日常生活を送るためには何が課題であると考えますか。

●その課題について、どうすれば解決すると思いますか。

●提出書類

留意事項

	居宅サービス計画書(1) 第1表	利用者の署名があるものの写し
	居宅サービス計画書(2) 第2表	
	週間サービス計画表 第3表	
	サービス担当者会議の要点 第4表	
	居宅介護支援経過 第5表	生活援助が必要な理由の記載があるところ
	サービス利用表 第6表	
	サービス利用表別表 第7表	
	アセスメント表	
	課題整理総括表	
	利用者基本情報	
	訪問介護計画	

横須賀市長 宛て

厚生労働大臣が定める基準に該当する訪問介護を居宅サービス計画に位置付ける必要があるため届け出します。

年 月 日

居宅介護支援事業所名

連絡先電話番号

担当介護支援専門員名

認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用について

1 概要

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

この場合において、短期入所サービスの利用日数に係る「要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えない」という目安については、居宅サービス計画の作成過程における個々の利用者の心身の状況やその置かれている環境等の適切な評価に基づき、在宅生活の維持のための必要性に応じて弾力的に運用することが可能であり、要介護認定の有効期間の半数の日数以内であるかについて機械的な適用を求めるものではありません。

2 認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用相談票について

利用者の心身の状況及び本人、家族等の意向に照らし、この目安を超えて短期入所サービスの利用が特に必要と認められる場合においては、これを上回る日数の短期入所サービスを居宅サービス計画に位置づけることも可能です。

その場合、この目安を超えて短期入所サービスの利用が特に必要であると判断するに至った利用者の心身の状況及び介護状況などについて、相談票として提出してください。

3 提出するもの

認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用相談票

4 提出期限

認定有効期間のおおむね半数を超えて利用する月の、前月までに提出してください。

5 提出先

横須賀市民生局福祉こども部介護保険課 給付係

6 提出方法

郵送または持参

7 注意事項

- ・利用日数は、介護給付日数です。利用者が全額自己負担した短期入所サービスの日数については、利用日数に含まれません。
- ・相談票において必要性が確認できなかった場合は、保険給付の返還対象となる場合もあります。
- ・相談票は、認定の有効期間ごとに、有効期間の半数を超える利用を予定している場合に提出して

ください。

8 相談票について

<https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/2640/kyufu/hansu-goe.html>

（横須賀市ホームページ）ホーム ＞ 健康・福祉・教育 ＞ 年金・保険 ＞ 高齢者福祉・介護保険 ＞ 介護保険サービス事業者 ＞ 認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用についてに相談票を掲載していますので、インターネットにてダウンロードが可能です。

●連続 30 日を超える利用●

短期入所サービスは連続 30 日（支給限度基準を超える利用日数を含む）までしか保険給付の対象になりません。31 日目以降も、短期入所を継続して利用することは可能ですが、31 日目を保険外利用し、32 日目以降から改めて連続 30 日まで保険給付の対象とすることができます。なお、連続 30 日を超えて同一の施設に入所している場合は、報酬請求が 30 日を超えた日以降について、短期入所サービスの基本報酬が 1 日につき 30 単位減算されます。（31 日目を自宅や自費で過ごした場合でも、再度同一の施設を利用した場合も減算対象となります）

認定有効期間のおおむね半数を超える短期入所サービス利用相談票

横須賀市長

相談者 事業所名称
所在地
電話番号
居宅介護支援専門員氏名

被保険者氏名							被保険者番号						
住所								生年月日					
要介護状態区分													
認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日（計 日）												
認定有効期間中の短期入所サービス利用計画（実績及び予定）													
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
利用日数													
利用累積日数													
利用月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
利用日数													
利用累積日数													
短期入所サービス利用までの経緯（身体状況、介護状況、施設入所申込み状況など）													
おおむね半数を超える短期入所サービスが必要な理由と今後の方針													

※認定有効期間のおおむね半数を超えて利用する月の前月までに提出してください。

軽度者に対する福祉用具の取扱いについて

1. 軽度者に原則貸与できない福祉用具

軽度者（要支援１・２、要介護１）の方には、状態像から見て使用が想定しにくい下記の７種類の福祉用具については、原則貸与できません。

- | | |
|-------------------------------------|------------------------|
| (1) 車いす及び車いす付属品 | (2) 特殊寝台及び特殊寝台付属品 |
| (3) 床ずれ防止用具 | (4) 体位変換器 |
| (5) 認知症老人徘徊感知機器 | (6) 移動用リフト（つり具の部分を除く。） |
| (7) 自動排泄処理装置※（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く） | |

※要介護４・５の方のみ利用可のため、要支援１・２、要介護１～３の方は原則貸与できません。

ただし、次に掲げる要件のいずれかを満たす場合は、例外的に給付対象となります。

2. 例外給付

- （１）認定調査票の基本調査の結果が、次ページ表「厚生労働大臣が定める者のイ」にあてはまる場合
- （２）上記（１）にはあてはまらないが、「軽度者に対する（介護予防）福祉用具貸与確認書発行依頼書（以下「依頼書」という。）」の提出により市が必要性を確認した場合

3. 例外給付を受ける手順

- （１）まずは認定調査票の基本調査の結果が、次ページの表にあてはまれば利用できます。あてはまらない場合に、依頼書の提出を検討してください。
- （２）外で使用する車いす及び段差解消機は、認定調査票に屋外での調査項目がないため、ケアマネジャーが医師の所見を確認したうえで、サービス担当者会議で必要性を判断した場合には利用できるものとし、依頼書の提出は必要ありません。
- （３）依頼書の提出を受け、市は適切な手順に従って必要性が判断されたことを確認したのち、「軽度者に対する福祉用具貸与確認書（以下「確認書」という。）」を発行します。
- （４）要介護（要支援）認定の更新・区分変更を行った場合や、貸与品目の追加・大幅な変更を行う場合は、再度、認定調査票の基本調査の結果が次ページの表にあてはまるかどうか、確認をしてください。あてはまらない場合は、再度依頼書の提出をしてください。

4. 注意事項

- （１）確認書の発行前に、暫定で福祉用具の例外給付が必要になった場合も給付対象としますが、必要性が認められず、確認書を発行できない場合に自費が発生することについて被保険者に説明し、理解を得るよう留意してください。
- （２）依頼書の提出なく、または適切なケアマネジメントをせずに軽度者に対する対象外種目の貸与をしていた場合には、返還を求めることがあります。

例外的に対象外種目の福祉用具を利用できる状態

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ (福祉用具が必要な状態像)	厚生労働大臣が定める者のイ に該当する基本調査の結果 (あてはまれば例外的に利用できる)
ア 車いす及び 車いす付属品	次の(一・二) いずれかに該当する者 (一) 日常的に歩行が困難な者	基本調査1-7 「3. できない」
	(二) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	基本調査に項目がないため、 <u>医師の所見を確認し</u> 、サービス担当者会議を開催の上、ケアマネジャーが必要性を判断すれば利用できる。(例 外で使用する車いす)
イ 特殊寝台及び 特殊寝台付属品	次の(一・二) いずれかに該当する者 (一) 日常的に起きあがりが困難な者	基本調査1-4 「3. できない」
	(二) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 「3. できない」
ウ 床ずれ防止用具 及び体位変換器	(一) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 「3. できない」
エ 認知症老人徘徊 感知機器	次の(一・二) いずれにも該当する者 (一) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	基本調査3-1 「1. 調査対象者が意見を他者に伝達できる」以外 又は 基本調査3-2～3-7のいずれか 「2. できない」 又は 基本調査3-8～4-15のいずれか 「1. ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。
	(二) 移動において全介助を必要としない者	基本調査2-2 「4. 全介助」以外
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く)	次の(一～三) いずれかに該当する者 (一) 日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査1-8 「3. できない」
	(二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査2-1 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」
	(三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	基本調査に項目がないため、 <u>医師の所見を確認し</u> 、サービス担当者会議を開催の上、ケアマネジャーが必要性を判断すれば利用できる。(例 段差解消機)
カ 自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に 吸引する機能のもの を除く)	次の(一・二) いずれにも該当する者 (一) 排便において全介助を必要とする者	基本調査2-6 「4. 全介助」
	(二) 移乗において全介助を必要とする者	基本調査2-1 「4. 全介助」

「軽度者に対する（介護予防）福祉用具貸与確認書発行依頼書」

の提出について

認定調査票の基本調査の結果が、例外的に対象外種目の福祉用具を利用できる状態にはないが、市が次の①②の両方について「軽度者に対する（介護予防）福祉用具貸与確認書発行依頼書」に基づき確認した場合に、例外的な給付が可能です。

①医師の所見に基づき下記 i)～iii) いずれかに該当する状態であること

※カッコ内の状態は、例示です。

- i 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示第三十一号のイ（前ページの表）に該当する者
（例 パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象）
- ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイ（前ページの表）に該当することが確実に見込まれる者
（例 ガン末期の急速な状態悪化）
- iii 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第三十一号のイ（前ページの表）に該当すると判断できる者
（例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）

②サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が必要であると判断されていること

【提出書類】

1. 軽度者に対する（介護予防）福祉用具貸与確認書発行依頼書

2. 居宅サービス計画書（第1～3表）

または 介護予防サービス・支援計画書

3. サービス担当者会議の要点（第4表）

担当ケアマネジャーが医師から聴取した医学的所見（聴取日、医師名、医師の所見（i）～（iii）、福祉用具の種類等）を明記してください。

《医学的所見聴取のポイント参考例》

①疾病名 で（医学的な所見の詳細）のため状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって頻繁に②状態（ ）が困難な状態にあり、③ i～iii の状態像に該当する者と判断できることを令和●年●月●日に病院名 医師氏名 に方法（ ）で意見を聴取した。

4. 医師診断書 または 軽度者に対する福祉用具貸与意見書 ※

※サービス担当者会議の要点に医師から聴取した医学的所見の記載がある場合はいずれも省略可です。医師の医学的所見を文書で求める場合に、文書料がかかることもあるので医療機関に事前に確認するようにしてください。

【提出先】

横須賀市民生局福祉こども部介護保険課 給付係

【提出期限】

原則、利用開始前に提出してください。ただし、末期がん患者の急な退院等によりやむを得ず提出より前に利用を開始する場合は、貸与開始日から概ね 1 か月以内に提出をしてください。

【よくある問い合わせ】

Q1. 利用者を引き継いだ場合、再度依頼書の提出をする必要があるか。

A1. 再度依頼書の提出は必要ありませんが、前任のケアマネジャーから必要な情報の引継ぎを行ってください。

Q2. 福祉用具貸与事業者から認定調査票の写しを提供するよう要望がありましたが、提供すべきでしょうか。

A2. 福祉用具貸与事業者は、認定調査票の写しをケアマネジャー（ケアマネジャーがいない場合は利用者本人）から入手し、「厚生労働大臣が定める者のイ」に該当することを確認し、保存する必要があります。求めに応じ、提供してください。

【依頼書および意見書について】

<https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/2640/kyufu/keidosha.html>

（横須賀市ホームページ） ホーム ＞ 健康・福祉・教育 ＞ 年金・保険 ＞ 高齢者福祉・介護保険 ＞ 介護保険サービス事業者 ＞ 軽度者に対する福祉用具の取扱いについて

に依頼書および意見書の書式を掲載していますので、インターネットにてダウンロードが可能です。

年 月 日

横 須 賀 市 長

事 業 所 名

担当介護支援専門員名

軽度者に対する(介護予防)福祉用具貸与確認書発行依頼書

次の利用者に対して、医師の医学的な所見に基づき判断し、かつサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要と判断しましたので、確認をお願いします。

1. 貸与を予定している被保険者情報

被保険者氏名		被保険者番号	
住 所	横須賀市	要 介 護 度	

2. 貸与を予定している福祉用具

福祉用具の種類	
貸与事業者名	
サービス開始年月日	

3. 医師の所見（該当するものに○）

	i 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示第三十一号のイに該当する者 （例 パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象）
	ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者 （例 がん末期の急速な状態悪化）
	iii 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第三十一号のイに該当すると判断できる者 （例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）

4. 添付書類

	居宅サービス計画書（第1～3表） または 予防介護サービス・支援計画書
	サービス担当者会議の要点（第4表）
	医師診断書 または 軽度者に対する福祉用具貸与意見書 ※サービス担当者会議の要点に医師の医学的所見が明記されていれば、省略できます。

軽度者に対する福祉用具貸与意見書

被保険者

フリガナ	
被保険者氏名	
生年月日	(明・大・昭) 年 月 日生 (歳)
住所	〒

医師所見

被保険者の状況及び意見	
必要とする福祉用具	
※下記所見のうち該当するもの	i ii iii

※所見

- i 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示第三十一号のイに該当する者
- ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者
- iii 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第三十一号のイに該当すると判断できる者

上記の通り所見します。

年 月 日

住所
医療機関名
医師名
電話