新刊

居宅介護支援業務マニュアル

令和6年度版　<2024/06/28. Vol.1>

日向市　高齢者あんしん課　介護認定係

目　次

日向市ケアマネジメントに関する基本方針		P.4 ～ P.8
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1条の2　基本方針 第4条　内容及び手続の説明及び同意 第6条　サービス提供困難時の対応 第7条　受給資格等の確認 第8条　要介護認定の申請に係る援助 第12条　指定居宅介護支援の基本取扱方針	P.10 ～ P.20
指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準	第13条　指定居宅介護支援の具体的取扱方針	P.21 ～ P.126
暫定ケアプランについて		P.128 ～ P.135
障がい福祉サービスとの併給について		P.137 ～ P.139
訪問介護における院内介助の取扱いについて		P.141 ～ P.145
同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取り扱いについて		P.147 ～ P.150
介護保険福祉用具貸与における同一品目の複数貸与の取り扱いについて		P.152 ～ P.154

日向市ケアマネジメントに関する基本方針
P.4 ～ P.8

日向市ケアマネジメントに関する基本方針

1　基本方針の趣旨

住民が住み慣れた地域において、
「尊厳の保持」「自立した日常生活支援」「重度化の防止」等
を目的とした保健・医療・福祉サービスを受けられるように、**保険者と介護支援専門員との間で適切なケアマネジメントのあり方を共有する**とともに、**更なるケアマネジメントの質の向上を図ることを目的**として、以下のとおり、まとめたものです。

2　介護保険法の基本理念

介護保険法では「尊厳保持」「自立支援」を基本理念としています。（介護保険法第1条）

疾病等により介護等が必要な状態となった被保険者に対して、尊厳を保持し、その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必要なサービスを行い、保険医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的としています。
また、保険給付は「被保険者の選択」に基づく「総合的かつ効率的なサービス提供」が行われなければなりません。（介護保険法第2条）

●要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するように、医療との連携に十分配慮して行わなければなりません（介護保険法第2条第2項）。

●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、適切な保険医療サービスおよび福祉サービスが、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りません（介護保険法第2条第3項）。

●保険給付の内容及び水準は、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りません（介護保険法第2条第4項）。

日向市ケアマネジメントに関する基本方針

3　ケアマネジメントに関する基本方針

(1)自立した日常生活の支援

ケアマネジメントは、要介護状態となっても、その被保険者が可能な限り、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りません。

「自立した生活」とは、**住み慣れた居宅・地域の中において、自分で選択し決定する**ことが当たり前にできる生活のことです。

そのため、個別のニーズに合わせた介護予防に資するサービスの提供、地域資源の有効活用などで、在宅生活の限界点を高めるといった**生活の質の向上を目指した支援**をする必要があります。

(2)総合的・効率的なサービス提供の配慮

ケアマネジメントは、利用者の状況や環境等に応じて、限られた資源の中でも適切な保健・医療・福祉サービスが総合的・効率的に、被保険者の選択で提供されるよう配慮する必要があります。

「被保険者の選択」とは、被保険者が今ある機能を維持し、重度化を防止するために必要な情報を得た上での選択を意味します。必ずしも、**被保険者の希望をすべて受け入れることではありません。**

そのため、被保険者やその家族の希望が実際の状態と乖離(かいり)した意向があり、自立を阻害する可能性がある場合には、**専門的な知見から丁寧な説明が必要**となる場面があります。

また、地域の多種多様な最新情報を幅広く収集し、医療・保険・福祉サービスや支援を組み合わせることで、**より効率的な支援を提案することが重要**です。

日向市ケアマネジメントに関する基本方針

3　ケアマネジメントに関する基本方針

(3)尊厳の保持、公正中立の視点

保健医療サービス及び福祉サービスは、被保険者の意思及び人格を最大限尊重して提供されなければならないことはいうまでもありません。そのうえで、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、被保険者が正しい判断・選択ができるように情報提供や心理的サポートを行い、被保険者が自らのために適切な保健医療サービス及び福祉サービスを総合的かつ効率的に利用することができるように支援する必要があります。

また、被保険者に提供されるサービスは、特定の種類又は特定の事業者に不当に偏ることがないよう、公正中立に行わなければなりません。

さらに、複数の被保険者に対して、サービス等に過不足なく、必要性に応じた対応を公正に行う視点も重要です。

(4)関係機関との連携、多職種との協働

ケアマネジメントの提供にあたっては、市、地域包括支援センター、サービス提供事業者、住民による自主的な活動等、地域における様々な取組を行う者などとの連携に努める必要があります。

また、被保険者の自立支援を実現していくためには、介護支援専門員の力だけではなく、サービス事業者や医療関係者等高齢者の支援に関わる様々な職種の連携・協働が必要となります。

さらに、専門職の意思統一を図り、お互いの専門性を理解した上で協働する意識を持つこと(チームアプローチ(多職種協働))で、被保険者の効率的な支援に繋げることが重要です。

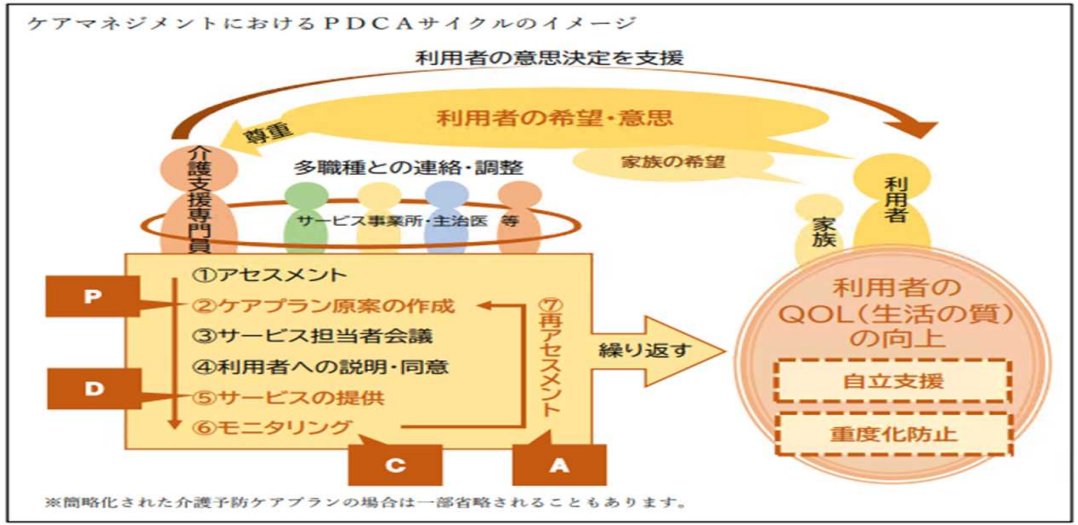
日向市ケアマネジメントに関する基本方針

3　ケアマネジメントに関する基本方針

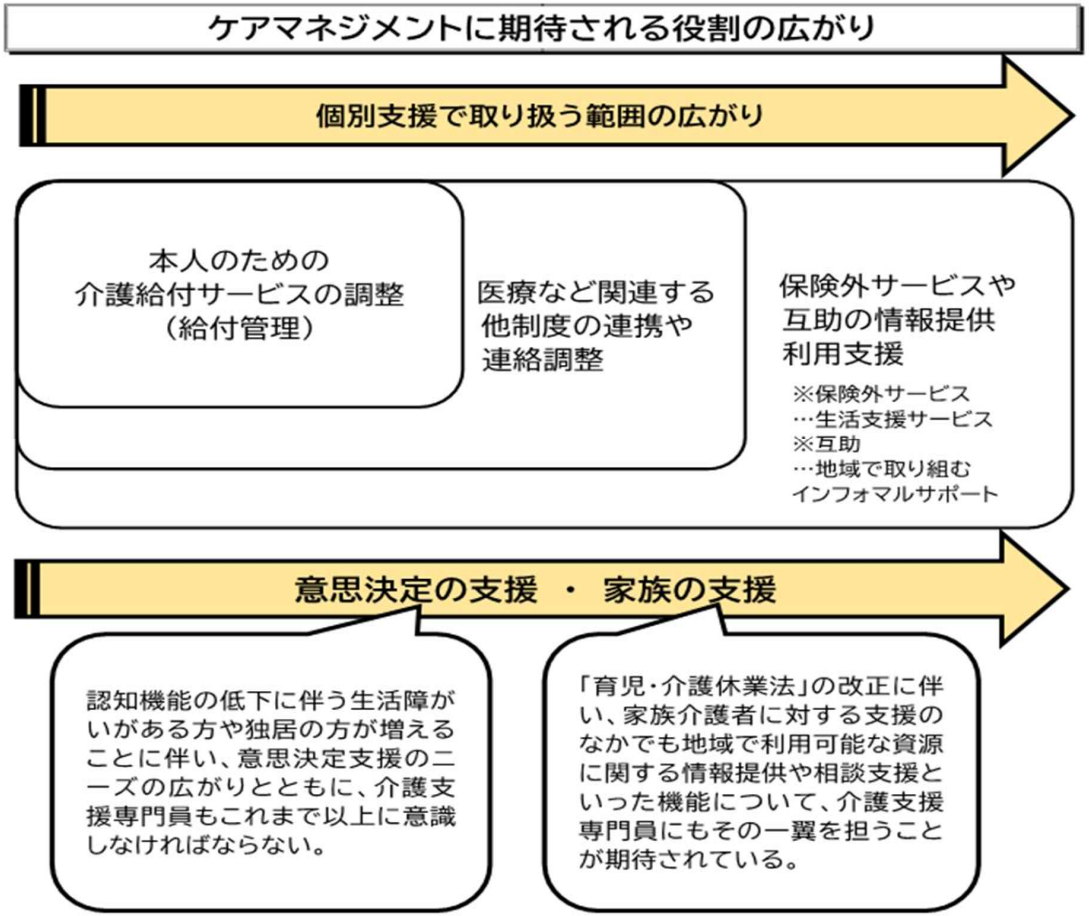
(5)ケアマネジメントの過程

ケアマネジメントが目指すことは、「利用者の自立支援・重度化防止を推進し、QOL(生 活の質)を向上させること」であり、その達成のためには、**Plan(計画)⇒Do(実行) ⇒Check(評価)⇒Action(修正)**で構成されるPDCAサイクルを途切れなく回しながらマネジメントを行うことが重要です。

介護支援専門員は、その**専門的知識や技術を使って利用者の意思決定を支援**し、**多様な職種と連携**しながらケアマネジメントの **PDCAサイクルを円滑に回していく役割**が求められています。



日向市ケアマネジメントに関する基本方針



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　P.10 ～ P.20

第1条の2	基本方針	P. 10
第4条	内容及び手続の説明及び同意	P. 11
第6条	サービス提供困難時の対応	P. 18
第7条	受給資格等の確認	P. 18
第8条	要介護認定の申請に係る援助	P.19
第12条	指定居宅介護支援の基本取扱方針	P.20

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1条の2（基本方針）

1	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。
2	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、適切な指定居宅サービス等が、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なければならない。
3	指定居宅介護支援事業者は、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が特定の種類又は特定の指定居宅サービス等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。
4	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、地域包括支援センター、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、指定居宅サービス等事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者との連携に努めなければならない。
5	指定居宅介護支援事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
6	指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援を提供するに当たっては、法第118条の2 第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう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
第4条（内容及び手続の説明及び同意）

1.運営規程の概要などサービス選択に関係する重要事項を文書で説明し、同意を得て、提供を開始

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、利用申込者又はその家族に対し、第十八条に規定する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なければならない。

2.利用者の主体的な参加に関する説明

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、利用者又はその家族に対し、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. 訪問介護等の提供割合等の説明〔努力義務〕

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、利用者又はその家族に対し、前六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（以下この項において「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六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き説明を行い、理解を得るよう努めなければならない。

令和6年4月の運営基準の改正において、指定居宅介護支援事業者が指定居宅介護支援の提供の開始に際して前6月間の同一事業者によるサービス提供割合等について利用者又はその家族に対して説明を行うことが、これまで義務とされていた取扱いから努力義務に緩和された。

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4条（内容及び手続の説明及び同意）

公正中立性の確保のための取組の見直し〔概　要〕

事業者の負担軽減を図るため、次に掲げる事項に関して利用者に説明し、理解を得ることを居宅介護支援事業者の努力義務とする。
【省令改正】
（ア）　前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護及び福祉用具貸与の各サービスの割合
（イ）　前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護及び福祉用具貸与の各サービスにおける、同一事業者によって提供されたものの割合

基　準

努力義務化

＜現行＞	＜改定後＞
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、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「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、という。）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の前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等につき説明を行い、理解を得なければならない。	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、利用者又はその家族に対し、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「訪問介護等」数が占める割合、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き説明を行い、理解を得るよう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
第4条（内容及び手続の説明及び同意）

公正中立性の確保のための取組の見直し〔概　要〕

居宅介護支援事業者が「居宅サービス計画原案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可能であること」に関して利用者に説明を行うことについて、努力義務とする。【解釈通知改正】

基　準

努力義務化

＜現行＞	＜改定後＞
介護予防サービス計画原案に位置付けた指定介護予防サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であること等につき十分説明を行わなければならない。 　なお、この内容を利用申込者又はその家族に説明を行うに当たっては、理解が得られるよう、文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うとともに、それを理解したことについて必ず利用申込者から署名を得なければならない。	居宅サービス計画の作成にあたって利用者から介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めること等につき十分説明を行わなければならない。 　なお、この内容を利用申込者又はその家族に説明を行うに当たっては、併せて、居宅サービス計画原案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可能であることにつき説明を行うとともに、理解が得られるよう、文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うことや、それを理解したことについて利用申込者から署名を得ることが望ましい。

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
第4条（内容及び手続の説明及び同意）

4. 医療機関への伝達

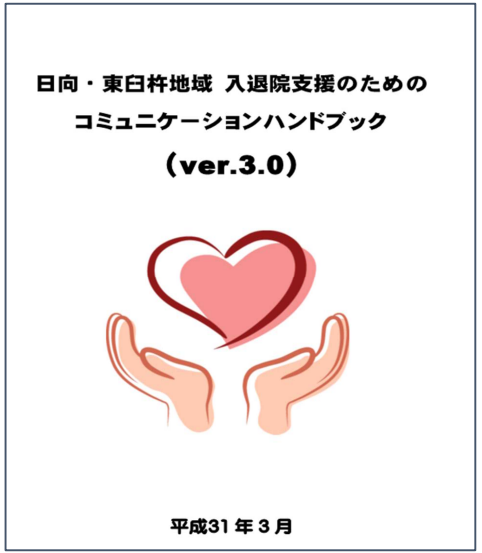
指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、当該利用者に係る介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めなければなりません。

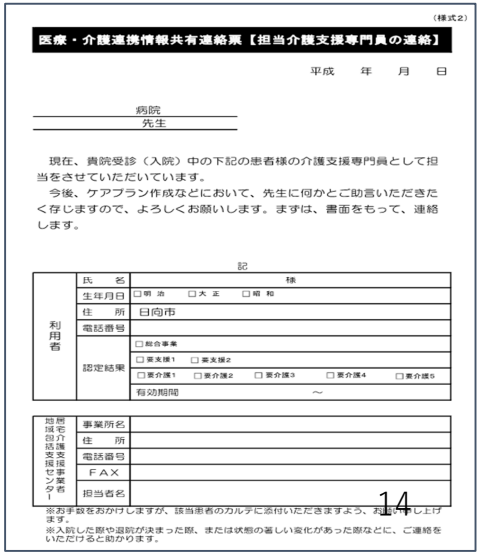
ポ イ ン ト

◆介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めるにあたっては、より実効性を高めるため、日頃から介護支援専門員の連絡先等を介護保険被保険者証や健康保険被保険者証、お薬手帳等と合わせて保管することを依頼しておくことが望ましい。

日向・東臼杵地域　入退院支援のための
コミュニケーションハンドブック（ver.3.0）

「日向・東臼杵地域 入退院支援のためのコミュニケーションハンドブック」は、日向・東臼杵地域の13病院と11診療所のスタッフ、1市2町2村の地域包括支援センター職員及び居宅介護支援事業所・施設の介護支援専門員約150名で協議を重ねて作成し、運用しています。
高齢者が日向・東臼杵の住み慣れた地域で、その人らしく、あるいは、自立した生活を実現できるように、支援や連携の一助として、「日向・東臼杵地域入退院支援のためのコミュニケーションハンドブック」をご活用ください。





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
第4条(内容及び手続の説明及び同意)

5. 電磁的記録等に関する取扱いについて

指定居宅介護支援事業者は、利用申込者又はその家族からの申出があった場合には、前項の規定による文書の交付に代えて、当該利用申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であって次に掲げるもの(以下この条において「電磁的方法」という。)により提供することができる。この場合において、事業者は、当該文書を交付したものとみなす。

5の1	電子情報処理組織を使用する方法のうちイ又はロに掲げるもの
イ	事業者の使用に係る電子計算機と利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法
ロ	事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された前項に規定する重要事項を電気通信回線を通じて利用申込者又はその家族の閲覧に供し、当該利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法(電磁的方法による提供を受ける旨の承諾又は受けない旨の申出をする場合にあっては、事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法)
ー	磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに前項に規定する重要事項を記録したものを交付する方法

6. 前項に掲げる方法は、利用申込者又はその家族がファイルへの記録を出力することによる文書を作成することができるものでなければならない。

7.第5項第1号の「電子情報処理組織」とは、指定居宅介護支援事業者の使用に係る電子計算機と、利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。

8. 指定居宅介護支援事業者は、第五項の規定により第一項に規定する重要事項を提供しようとするときは、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、その用いる次に掲げる電磁的方法の種類及び内容を示し、文書又は電磁的方法による承諾を得なければならない。
⑴ 第五項各号に規定する方法のうち指定居宅介護支援事業者が使用するもの
⑵ ファイルへの記録の方式

9. 前項の規定による承諾を得た指定居宅介護支援事業者は、当該利用申込者又はその家族から文書又は電磁的方法により電磁的方法による提供を受けない旨の申出があったときは、当該利用申込者又はその家族に対し、第一項に規定する重要事項の提供を電磁的方法によってしてはならない。ただし、当該利用申込者又はその家族が再び前項の規定による承諾をした場合は、この限りでない。

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
第4条(内容及び手続の説明及び同意)

ポ イ ン ト(その1)

令和3年1月25日に公布された「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令では、利用者の利便性向上や事業者の業務負担軽減の観点から、電磁的記録等による取扱いが明文化された。

＜電磁的記録について＞

・指定居宅介護支援事業者の書面の保存等に係る負担の軽減を図るため、事業者は、条例で規定する書面(被保険者証に関するものを除く。)の作成、保存等を次に掲げる電磁的記録により行うことができることとしたもの。

(1) 電磁的記録による作成は、
・事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法
・磁気ディスク等をもって調製する方法

(2) 電磁的記録による保存は、以下のいずれかの方法によること。
①作成された電磁的記録を事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法
②書面に記載されている事項をスキャナ等により読み取ってできた電磁的記録を事業者等の使用に係る電子計算機に備えられたファイル又は磁気ディスク等をもって調製するファイルにより保存する方法

(3)その他、条例において電磁的記録により行うことができるとされているものは、(1)及び(2)に準じた方法によることとする。

(4) また、電磁的記録により行う場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守する。

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4条(内容及び手続の説明及び同意)

ポ イ ン ト(その2)

＜電磁的方法について＞

・利用者及びその家族等(以下「利用者等」という。)の利便性向上並びに事業者等の業務負担軽減等の観点から、事業者等は、書面で行うことが規定されている又は想定される交付等(交付、説明、同意、承諾、締結その他これに類するものをいう。)について、事前に利用者等の承諾を得た上で、次に掲げる電磁的方法によることができることとしたもの。

(1) 電磁的方法による交付は、条例の「内容及び手続の説明及び同意」の規定に準じた方法によること。

(2) 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられる。
なお、「押印についてのQ&A(令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省)」を参考にする。

(3) 電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましい。
なお、「押印についてのQ&A(令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省)」を参考にする。
＜参考＞押印についてのQ&A(内閣府ホームページ)
https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kisei/imprint/i_index.html

(4) その他、条例において電磁的方法によることができるとされているものは、(1)から(3)までに準じた方法によること。
ただし、条例の「内容及び手続の説明及び同意」の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。

(5) また、電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守する。

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6条（サービス提供困難時の対応）・第7条（受給資格等の確認）

1. サービス提供困難時の対応

指定居宅介護支援事業者は、当該事業所の通常の事業の実施地域（当該指定居宅介護支援事業所が通常時に指定居宅介護支援を提供する地域をいう。以下同じ。）等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定居宅介護支援を提供することが困難であると認めた場合は、他の指定居宅介護支援事業者の紹介その他の必要な措置を講じなければならない。

2.受給資格等の確認

指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供を求められた場合には、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめるものとする。

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8条（要介護認定の申請に係る援助）

1. 要介護認定の申請に係る援助

指定居宅介護支援事業者は、被保険者の要介護認定に係る申請について、利用申込者の意思を踏まえ、必要な協力を行わなければならない。
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、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。
3　指定居宅介護支援事業者は、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の三十日前には行われるよう、必要な援助を行わなければならない。

ポ イ ン ト

◆基準第8条第1項は、法第27条第1項に基づき、被保険者が居宅介護支援事業者に要介護認定の申請に関する手続きを代わって行わせることができること等を踏まえ、被保険者から要介護認定の申請の代行を依頼された場合等においては、居宅介護支援事業者は必要な協力を行わなければならないものとしたものである。

◆同条第2項は、要介護認定等の申請がなされていれば、要介護認定の効力が申請時に遡ることにより、指定居宅介護支援の利用に係る費用が保険給付の対象となり得ることを踏まえ、指定居宅介護支援事業者は、利用申込者が要介護認定を受けていないことを確認した場合には、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならないこととしたものである。

◆同条第3項は、要介護認定の有効期間が付されているものであることを踏まえ、指定居宅介護支援事業者は、要介護認定の有効期間を確認した上、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行わなければならないこととしたものである。

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12条(指定居宅介護支援の基本取扱方針)

1.要介護状態の軽減・悪化の防止

指定居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。

2.サービスの質の評価・改善

指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

ポ イ ン ト

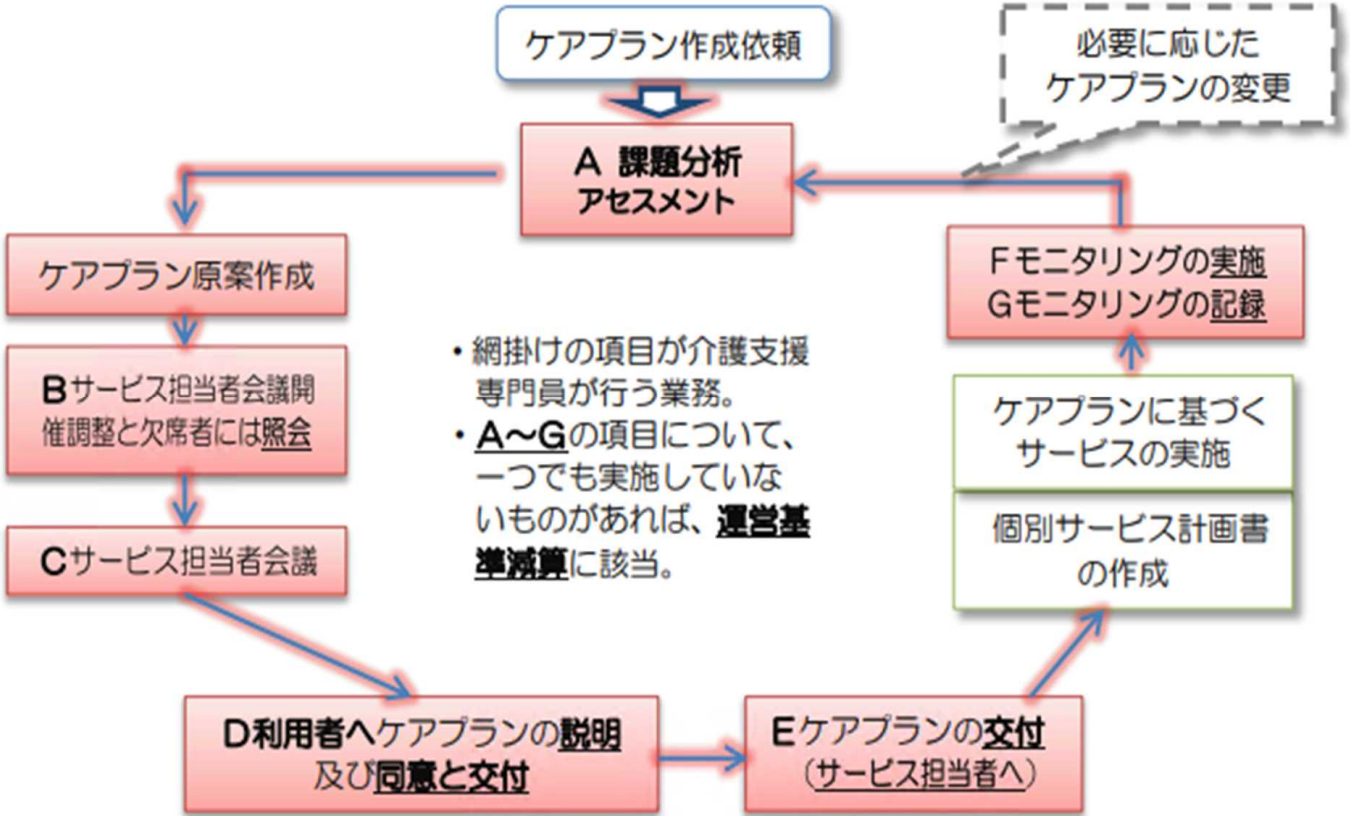
◆指定居宅介護支援事業者は、自らその提供するサービスの質の評価を行い、今後の業務の改善を図る必要がある。

◆評価の手法や頻度について特段明確な規定はないが、利用者アンケートや従業者へのヒアリングによる振り返りなどの方法により、少なくとも1年に1回は評価を行い、サービスの質の向上に努める。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準　第13条　P.22　～　P.124

1.介護支援専門員による居宅サービス計画の作成	P. 23	11.居宅サービス計画の利用者及び担当者に対する交付	P.70	18-3.市町村から求めがあった場合における当該指定居宅介護支援事業所の居宅サービス計画の利用の妥当性の検討等	P.91
2.指定居宅介護支援の基本的留意点	P. 23	12.担当者に対する個別サービス計画の提出依頼	P.71	19.利用者が医療サービスの利用を希望した場合、主治の医師等の意見を聴取	P. 92
3.継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用	P. 24	13.居宅サービス計画の実施状況の把握及び居宅サービス事業者等との連絡調整	P.72	19-2.利用者が医療サービスの利用を希望した場合、その意見を求めた主治の医師等に、作成した居宅サービス計画を交付	P. 97
4.総合的な居宅サービス計画の作成	P. 24	13-2.利用者にかかる情報を医師(歯科医師)または薬剤師に提供	P.72	20.医療サービスは、主治の医師等の指示がある場合に限る	P. 98
5.利用者自身によるサービスの選択	P. 25	14.モニタリングの実施	P.74	21.短期入所生活介護及び短期入所療養介護の居宅サービス計画への位置づける場合の日数の上限	P. 99
6.課題分析の実施	P. 34	15.居宅サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取	P.83	22.福祉用具貸与の利用の妥当性を検討し、必要な理由を「居宅サービス計画」に記載	P. 103
7.課題分析における留意点	P. 42	16.居宅サービス計画の変更	P.86	23.特定福祉用具販売の利用の妥当性を検討し、必要な理由を「居宅サービス計画」に記載	P. 103
8.居宅サービス計画原案の作成	P. 45	17.介護保険施設への紹介その他の便宜の提供	P.87	24.介護認定審査会意見等の居宅サービス計画への反映	P.126
9.利用者およびその家族の参加を基本としつつ、サービス担当者会議(オンライン会議も可)等による専門的意見の聴取	P. 52	18. 介護保険施設の退所時等における連携	P.87	25.要支援認定を受けた場合の指定介護予防支援事業者に対する情報提供等の連携	P.126
10.居宅サービス計画の説明及び同意	P. 63	18-2.一定の回数以上の訪問看介護を居宅サービス計画に位置づける場合の市町村への届出	P.88	26.指定介護予防支援業務の受託に関する留意点	P. 126
				27.地域ケア会議への協力	P. 126

居宅介護支援のケアマネジメントプロセス



指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

1.介護支援専門員による居宅サービス計画の作成

指定居宅介護支援事業所の管理者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

2.指定居宅介護支援の基本的留意点

2の1	指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
2の2	【身体的拘束等の原則禁止】 指定居宅介護支援の提供に当たっては、当該利用者または他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。
2の3	【身体的拘束等を行う場合の記録 〔当該記録は、5年間保存〕】 前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

➡緊急やむを得ない理由については、「切迫性、非代替性及び一時性」の3つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこと。
その具体的な内容について、居宅介護支援経過に記録しなければならない。

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
第13条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

3.継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用

介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにしなければならない。

ポ イ ン ト

○利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うためには、利用者の心身又は家族の状態等に応じて、継続的かつ計画的に居宅サービスが提供されることが重要である。介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成又は変更に当たり、継続的な支援という観点に立ち、計画的に指定居宅サービス等の提供が行われるようにすることが必要であり、支給限度額の枠があることのみをもって、特定の時期に偏って継続が困難な、また必要性に乏しい居宅サービスの利用を助長するようなことがあってはならない。

4.総合的な居宅サービス計画の作成

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

ポ イ ン ト

○居宅サービス計画は、利用者の日常生活全般を支援する観点に立って作成されることが重要である。
このため、居宅サービス計画の作成又は変更に当たっては、利用者の希望や課題分析の結果に基づき、介護給付等対象サービス以外の、例えば、市町村保健師等が居宅を訪問して行う指導等の保健サービス、老人介護支援センターにおける相談援助及び市町村が一般施策として行う配食サービス、寝具乾燥サービスや当該地域の住民による見守り、配食、会食などの自発的な活動によるサービス等、更には、こうしたサービスと併せて提供される精神科訪問看護等の医療サービス、はり師・きゅう師による施術、保健師・看護師・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師による機能訓練なども含めて居宅サービス計画に位置付けることにより総合的な計画となるよう努めなければならない。

○なお、介護支援専門員は、当該日常生活全般を支援する上で、利用者の希望や課題分析の結果を踏まえ、地域で不足していると認められるサービス等については、介護給付等対象サービスであるかどうかを問わず、当該不足していると思われるサービス等が地域において提供されるよう関係機関等に働きかけていくことが望ましい。

5.利用者自身によるサービスの選択

介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。

ポ イ ン ト（その1）

◆介護支援専門員は、利用者自身がサービスを選択することを基本に、これを支援するものである。
このため、介護支援専門員は、利用者によるサービスの選択に資するよう、利用者から居宅サービス計画案の作成にあたって複数の指定居宅サービス事業者等の紹介の求めがあった場合等には誠実に対応するとともに、居宅サービス計画案を利用者に提示する際には、当該利用者が居住する地域の指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。
◆したがって、特定の指定居宅サービス事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のサービスのみによる居宅サービス計画原案を最初から提示するようなことがあってはならない。
◆また、例えば集合住宅等において、特定の指定居宅サービス事業者のサービスを利用することを、選択の機会を与えることなく入居条件とするようなことはあってはならないが、居宅サービス計画についても、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の指定居宅サービス事業者のみを居宅サービス計画に位置付けるようなことはあってはならない。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

ポ イ ン ト(その2)

＜高齢者向け住まい等における適切なケアプラン作成に向けた啓発資料について＞

昨今、住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などの高齢者向け住まいにおいて、併設の介護事業所等から利用者のニーズを超えた過剰な介護サービスを提供している場合がある等の指摘がなされている。
以下のとおり、厚生労働省が居宅介護支援事業所・ケアマネジャー向け等の啓発資料を作成した。
以下のリンクからダウンロードできる。

【居宅介護支援事業所・ケアマネジャー向け】
「住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅におけるケアマネジメントの考え方～大丈夫？知らず知らずのうちに“不適切なケアマネジメント事例”を作り出していませんか？～」
https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/2021_theme63_02.pdf

【高齢者向け住まい運営事業者・職員向け】
「住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅におけるケアマネジメント等の考え方～あなたの住まいの入居者は、望んでいる介護保険サービスを受けることができていますか？～」
https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/2021_theme63_03.pdf

【利用者・利用者の家族向け（入居検討中の方も含む）】
「高齢者向け住まいでの介護保険サービス利用にあたって確認したいポイント～ご本人らしい暮らしを叶えるために～」
https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/2021_theme63_04.pdf

サービスの利用相談（インテーク）

ポ イ ン ト(その1)

◆ 安心して相談できる雰囲気づくりをしましょう。
◆ 利用者・家族の話を十分に聞き、受け止め、相談内容を的確に把握しましょう。
◆ 利用者・家族に介護保険制度の説明しましょう。
☐ 介護保険制度の仕組みを説明する。
☐ 利用者が住んでいる地域の社会資源（インフォーマルサービス）を分かりやすく説明する。

◆要支援者から相談があった場合。
☐ 利用者・家族にサービスの利用意向があるかを確認する。
☐ 利用意向がない、迷っている場合は、地域包括支援センターを紹介する。
☐ 要支援者又は要支援となることが見込まれる場合は、地域包括支援センターを紹介し、インテーク面接で得た情報を提供する。
（※利用者・家族に、地域包括支援センターに情報提供することの同意を得ることが条件。）

◆直ちにサービスの利用が必要な場合。
☐ 要介護認定前に、緊急にサービスが必要な場合は、利用者の同意を得て、暫定の居宅サービス計画を作成し、サービスを提供する。
☐ 要介護者か要支援者か判断に迷う場合は、介護給付と予防給付の両方のケアプランを作成し、サービスを提供する。
その場合、介護給付と予防給付の両方の指定を受けているサービス事業者を利用するようにする。
☐ 認定の結果が「自立」の場合、認定調査前に死亡した場合は、その全額が自己負担になり、又、要介護認定区分の給付限度額を上回った場合は、その上回った費用の全額が自己負担になることを説明し、同意を得ておく必要がある。

◆要介護認定結果が確定しているが、サービス利用意向がない場合。
☐ 利用者・家族の意向を確認し、利用意向がない場合は、地域包括支援センターを紹介し、インテーク面接で得た情報を提供する。

◆自立と認定されている場合。
☐ 自立と認定された場合でめ、見守りや閉じこもりの防止等が必要な場合もあるので、地域包括支援センターを紹介し、インテーク面接で得た情報を提供する。
（※利用者・家族に、地域包括支援センターに情報提供することの同意を得ることが条件。）

◆利用者の権利が十分に守られない状況と思われる場合。
☐ 認知症高齢者・知的障がい者・精神障がい者等のうち、判断能力が不十分な方が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等を行う必要がある場合は、「日常生活自立支援事業」の利用を検討する。
☐ 判断能力が低下し、契約などの法律行為についてサポートが必要である場合は、「成年後見制度」の利用を検討する。
☐ 暴力や放置、経済的搾取などの虐待や支援困難事例については、早期に地域包括支援センター・高齢者あんしん課に相談する。

サービスの利用相談（インテーク）

ポ イ ン ト(その2)

	確認事項 ・ 情報収集事項
利用者	①利用者の主訴　②家族や親族の有無　③利用者が希望する支援 ④契約を行う場合、別居の家族への説明の必要性の有無　等
家族	①利用者との続柄　②同居・別居の状況　③就労の状況　④介護休暇の取得の可否 ⑤キーパーソンや副介護者 ⑥家族や親族の主訴　⑦家族や親族が認識する利用者の主訴　等
専門機関	※これまでに関わりのあった関係機関から情報収集を行う。 【関係機関の一例】 ①地域包括支援センター　②前任の居宅介護支援事業所等　③介護保険施設 ④医療機関　⑤認知症疾患医療センター　⑥認知症初期集中支援チーム　⑦日向市社会福祉協議会 ⑧日向市生活相談・支援センター心から　⑨日常生活自立支援事業　⑩成年後見人等 ⑪日向保健所　⑫高齢者あんしん課・福祉課等の関係課　⑬日向市居住支援協議会 ⑭日向市・東臼杵郡障がい児者基幹相談支援センター　⑮障がい者相談支援事業所
近隣住民	①民生委員とのかかわり　②近隣住民とのかかわり（見守りやゴミ出し等の支援） ③いきいきサロン・コミュニティカフェ・認知症カフェ等とのかかわり　④グランドゴルフ・ゲートボール等のかかわり

サービスの利用相談（インテーク）

ポ イ ン ト(その3)

＜初回訪問前に確認すべき配慮項目＞

項　目	内　容
移動手段	・駐車場を確認する。
利用者の意向確認	・利用者と家族の介護保険サービス利用意向が一致しているか確認する。 ・利用者と家族の介護保険サービス利用意向が一致していない場合、家族は介護支援専門員にどのような対応を求めているかを確認する。 ・利用者がガンと診断されている場合、利用者に告知しているか確認する。
訪問時の禁止行為	・介護保険サービスを利用することについてネガティブに捉えて、近所に知られたくないという思いがある場合があるので、その対応策を確認する。

＜利用者に準備を依頼する書類等＞

①介護保険被保険者証　②介護保険負担割合証　③医療保険証【※①・②は、コピーの保管が必要。】

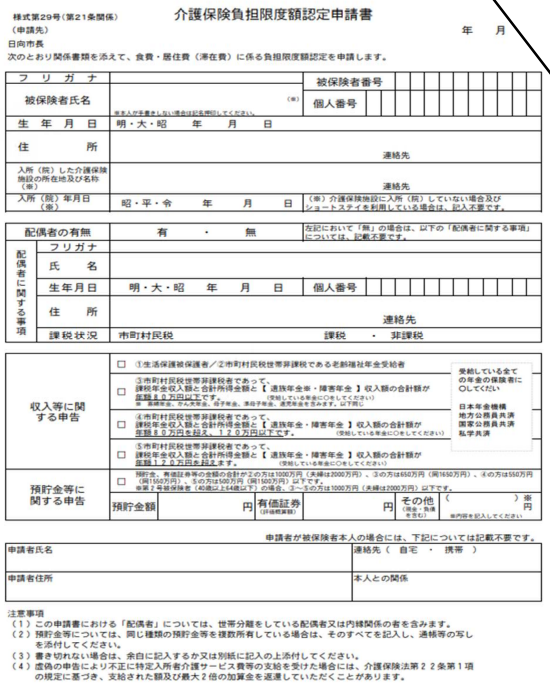
〔短期入所生活介護・短期入所療養介護の利用希望がある場合〕・介護保険負担限度額認定証【※利用前に高齢者あんしん課で発行が必要。】

サービスの利用相談（インテーク）

ポ イ ン ト(その4)

介護保険負担限度額認定申請書

【窓口】高齢者あんしん課　介護給付係



様式第29号（第21条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

（申請先）

年　月

日向市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フ リ ガ ナ		被保険者番号	
被保険者氏名	（※） ※本人が手書きしない場合は記名押印してください。	個人番号	
生 年 月 日	明・大・昭　年　月　日		
住　所	連絡先		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	連絡先		
入所（院）年月日（※）	昭・平・令　年　月　日	（※）介護保険施設に入所（院）していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。	

配偶者の有無		有　・　無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ			
	氏　名			
	生年月日	明・大・昭　年　月　日	個人番号	
	住　所	連絡先		
	課税状況	市町村民税	課税　・　非課税	

収入等に関する申告	□ ①生活保護被保護者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	受給している全ての年金の保険者に○してください 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	□ ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【 遺族年金※・障害年金 】収入額の合計額が年額８０万円以下です。（受給している年金に○をしてください） ※ 基礎年金、かん年年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ	
	□ ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【 遺族年金・障害年金 】収入額の合計額が年額８０万円を超え、１２０万円以下です。（受給している年金に○をしてください）	
	□ ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【 遺族年金・障害年金 】収入額の合計額が年額１２０万円を超えます。（受給している年金に○をしてください）	
預貯金等に関する申告	□ 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。 ※第２号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。	

預貯金額	円	有価証券（評価額算額）	円	その他（現金・負債を含む）	（　　）※円 ※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載不要です。

申請者氏名	連絡先（　自宅　・　携帯　）
申請者住所	本人との関係

注意事項

（１）この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。

（２）預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

（３）書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。

（４）虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第２２条第１項の規定に基づき、支給された額及び最大２倍の加算金を返還していただくことがあります。

[内容・資格]

低所得者について、介護保険施設（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）、またはショートステイを利用する際の居住費・食費を軽減する認定を受けるための申請です。

対象となるのは以下に該当する方です。

（1）本人、本人が属する世帯の世帯員及び配偶者が市民税非課税

（2）本人及び配偶者の預貯金等の資産額の合計が基準額以下（本人の収入金額等の合計で、基準額は異なります。）

[申請に必要なもの]

・印鑑（施設サービスを利用している方のもの。）

※配偶者がいらっしゃる場合は配偶者の印鑑も必要です。

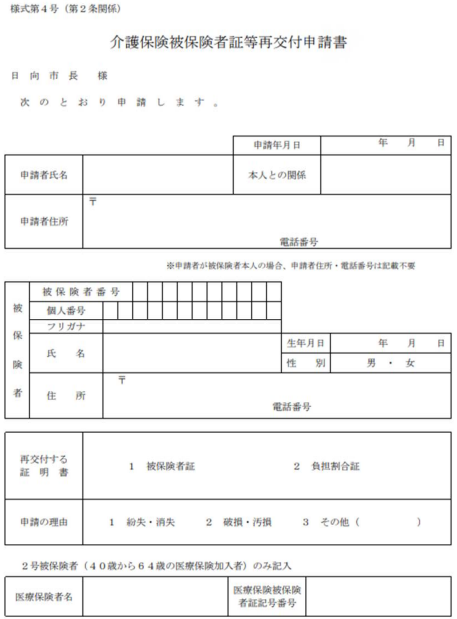
・本人及び配偶者の預金通帳等の写し（銀行名、支店名、口座番号、口座名義が分かる部分と、最終残高および直近3ヶ月の取引履歴が分かる部分の写し）

[内容・資格]

被保険者証、資格者証、受給資格証明書、負担割合証を、紛失した際の再交付の申請です。

介護保険被保険者証等再交付申請書

【窓口】高齢者あんしん課　介護給付係



様式第４号（第２条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

日 向 市 長　様

次 の と お り 申 請 し ま す 。

		申請年月日	年　月　日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号			
	個人番号			
	フリガナ			
	氏　名		生年月日	年　月　日
			性　別	男　・　女
	住　所	〒 電話番号		

再交付する証明書	１　被保険者証	２　負担割合証
申請の理由	１　紛失・消失　２　破損・汚損　３　その他（　　）	

２号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	

サービスの利用相談（インテーク）

ポ イ ン ト(その5)

＜介護保険　住所地特例＞

※介護保険被保険者証の「保険者番号並びに保険者の名称及び印」欄を確認してください。

(1)住所地特例とは

介護保険制度では、原則として住民票所在市町村の被保険者になる。
その例外が「住所地特例」。

被保険者が、他市町村の施設に入所・入居して、施設所在地に住所を変更した場合には、現住所（施設所在地）の市町村ではなく、元の住所地の市町村の被保険者になる。

なぜ、このような制度が必要かというと、介護保険施設等が多く建設されている市町村に、他市町村から多くのサービス利用者が転入してきた場合、その市町村の介護保険財政を圧迫してしまう。そのような負担の偏りを是正し、介護保険制度を安定的に持続していくための制度である。

(2)住所地特例対象施設

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	介護老人保健施設	介護医療院
養護老人ホーム	軽費老人ホーム（ケアハウス等）	有料老人ホーム
サービス付き高齢者向け住宅		

居宅介護支援の契約

ポ イ ン ト

◆居宅サービス計画の作成の依頼があった場合。

☐ 介護保険被保険者証に記載されている内容(保険者名称・要介護状態区分等・認定年月日・認定の有効期間等)の確認をします。
☐ 重要事項説明書・契約書は、居宅介護支援事業所の責務を示してありますので、利用者に適切なサービスを提供するための説明責任の義務を負います。
☐ 利用者は自分にあった適切なサービスを選択する「権利」がありますので、利用者が介護サービスを選択する上での必要な情報を提供します。
☐ 利用者本人の意向を聞かずに、家族の意向で契約を進めていないか確認します。
☐ 介護支援専門員は、利用者や家族の状況を把握する必要があることから、利用者や家族の個人情報を得ることになります。職務上知り得た秘密の保持に配慮します。

〔重要事項説明書の記載内容〕
ア 法人、事業所の概要(法人名、事業所名、事業者番号、併設サービスなど)
イ 営業日及び営業時間
ウ 指定居宅介護支援の提供方法、内容
エ 利用料その他費用の額
オ 従業者の勤務体制
カ 通常の事業の実施地域
キ 事故発生時の対応
ク 苦情処理の体制(事業所担当、市町村、国民健康保険団体連合会などの相談・苦情の窓口も記載)
ケ 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
※重要事項説明書の内容と運営規程の内容に齟齬があってはならない。

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
(秘密保持)
第23条 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
2 指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員その他の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じなければならない。
3 指定居宅介護支援事業者は、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ておかなければならない。

◆居宅介護支援の契約締結後、「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」の署名欄を記入してもらい、高齢者あんしん課に提出します。

※居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書は、居宅介護支援事業所に居宅サービス計画 の作成を依頼し、合意したことを高齢者あんしん課へ届け出るもの。

主治医意見書・認定調査票の開示請求
居宅サービス計画作成届出書の提出代行

＜要介護認定等に係る資料提供申請書＞

【窓口】高齢者あんしん課　介護認定係

別記様式（第６条関係）

要介護認定等に係る資料提供申請書

令和　　年　　月　　日

日向市長　　様

下記の被保険者に係る介護サービス計画を作成するために、日向市が保有する要介護認定等に係る資料が必要ですので、その提供を申請します。
なお、資料の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、資料を適正に管理することを約します。

記

申請者	氏名		被保険者との関係	□本人 □親族（　　） □居宅介護支援事業者（契約中・契約予定） □介護保険施設（契約中・契約予定） □その他（　　）
	事業所・施設の名称			
	住所（所在地）			

被保険者	氏名		生年月日	明･大･昭　　年　　月　　日
	住所			
	被保険者番号		介護状態	要介護（　）・要支援（　）

提供資料	上記被保険者に係る □　認定調査票（現況調査） □　認定調査票（特記事項） □　認定調査票（基本調査） □　主治医意見書	注意事項	※　認定調査票（基本調査）の提供は、軽度者（要介護１、要支援１及び２の者）に対する指定福祉用具貸与費又は指定介護予防福祉用具貸与費の算定（例外給付）の可否の判断に利用する場合に限る。 ※　主治医意見書の提供は、介護サービス計画の作成に利用することについて、主治医の同意がある場合に限る。

被保険者（本人）の同意欄
私は、上記の申請が相違ないことを証するとともに、日向市が保有する私に係る上記資料について申請者に提供することに同意します。 本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿

[内容・資格]

介護保険（予防支援）サービス計画（居宅・施設）作成を目的とした資料請求用です。申請できるのは、介護（予防支援）サービス計画作成事業者として市に届出されている居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者、又は入所中の介護保険施設のみです。
申請される際には、申請書の各項目を必ず記入し、注意事項をご確認のうえ提出してください。
※申請による資料の開示には、対象者が認定済みであることが必要となりますので、必ず被保険者証をご確認のうえ申請してください。

[内容・資格]

要介護（要支援）認定を受けた方が、介護保険のサービスを利用するためには、ケアプラン（居宅サービス計画）の作成が必要です。
ケアプランの作成を居宅介護支援事業者のケアマネジャー（介護支援専門員）に依頼した場合、また、ケアプランの届出内容（作成依頼事業者など）に変更があった場合には届出が必要です。
情報提供を受けるにあたっては、申請が必要になります。申請については、要介護認定等に係る資料提供申請書をご覧ください。

＜居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書＞

【窓口】高齢者あんしん課　介護認定係

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

		区分	新規 ・ 変更
		個人番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ		生年月日	大・昭　　年　　月　　日

居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者

事業者の事業所名	事業所の所在地 〒 電話番号（　　）　－
事業所番号	サービス開始（変更）年月日 令和　　年　　月　　日
事業所を変更する場合の理由等	※事業所を変更する場合のみ記入してください。

日向市長　様

上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。

令和　　年　　月　　日

【被保険者】
住所

電話番号（　　）　－

氏名

居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、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を当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

令和　　年　　月　　日　　氏名

保険者確認欄	□被保険者資格	□届出の宣板
	□居宅介護支援事業者事業所番号	

（注意）
1　この届出書は、要介護認定の申請時に、又は居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所が決まり次第速やかに日向市へ提出して下さい。

2　居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず日向市へ届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

6.課題分析の実施(アセスメント) 運営基準減算

介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

ポ イ ン ト(その1)

◆アセスメントは、一連の流れを適切に実施するために必要不可欠なものである。アセスメントシートを作成することが目的ではない。

◆不十分なアセスメントからは、適切な課題や目標は導き出されず、本来目指すべき「自立支援」とかけ離れた居宅サービス計画となってしまう。

◆適切な方法により、利用者の有する能力、既に提供を受けているサービス等その置かれている環境等の評価を通じて、利用者が現に抱える課題を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援(自立支援)するうえで解決すべき課題を把握する。

◆課題分析の中で、利用者の起床から就寝までの「一日の生活リズム」の把握を行い、居宅サービス計画書第3表の中にも記載する。

6.課題分析の実施（アセスメント） 運営基準減算

ポ イ ン ト(その2)

◆居宅サービス計画は、個々の利用者の特性に応じて作成されることが重要である。このため介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に先立ち利用者の課題分析を行うこととなる。

◆課題分析とは、利用者の有する日常生活上の能力や利用者が既に提供を受けている指定居サービスや介護者の状況等の利用者を取り巻く環境等の評価を通じて利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することであり、利用者の生活全般についてその状態を十分把握することが重要である。

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

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

課題分析標準項目	
【基本情報に関する項目】	【課題分析に関する項目】
①基本情報 ②これまでの生活と現在の状況 ③利用者の社会保障制度の利用情報 ④現在利用している支援や社会資源の状況 ⑤日常生活自立度(障害) ⑥日常生活自立度(認知症) ⑦主訴・意向 ⑧認定情報 ⑨今回のアセスメントの理由	⑩健康状態　⑪ADL　⑫IADL ⑬認知機能や判断能力 ⑭コミュニケーションにおける理解と表出の状況 ⑮生活リズム　⑯排尿の状況 ⑰清潔の保持に関する状況 ⑱口腔内の状況　⑲食事摂取の状況 ⑳社会との関わり　㉑家族等の状況 ㉒居住環境 ㉓その他留意すべき事項・状況

令和5年10月16日、厚生労働省から「課題分析標準項目」の一部改正が通知されました。
項目数に変更はありませんが、標準項目名や記載内容例が幅広く改正されましたのでご留意ください。
(参照)介護保険最新情報Vol.1178:課題分析標準項目の提示について
介護保険最新情報Vol.1179:当該改正に係るQ&A

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

課題分析標準項目		
No.	標準項目	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、居宅サービス計画作成の状況(初回、初回以外)について記載する項目
2	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目
3	利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険等)、年金の受給状況(年金種別等)、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目
4	現在利用している支援や社会資源の状況	利用者が現在利用している社会資源(介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む)の状況について記載する項目

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

課題分析標準項目		
No.	標準項目	項目の主な内容(例)
5	日常生活自立度(障害)	「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
6	日常生活自立度(認知症)	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目、家族等の主訴や意向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、区分支給限度額等)について記載する項目
9	今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由(初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等)について記載する項目

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

課題分析標準項目		
No.	標準項目	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況(身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等)、受診に関する状況(かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等)、服薬に関する状況(かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等)、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起きあがり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法(杖や車椅子の利用有無等を含む)、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等)に関する項目
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況(症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等)に関する項目

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

課題分析標準項目		
No.	標準項目	項目の主な内容（例）
14	コミュケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

課題分析標準項目		
No.	標準項目	項目の主な内容(例)
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況(食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等)、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量(栄養、水分量等)、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり(家庭内での役割、家族等との関わりの状況(同居でない家族等との関わりを含む)等)、地域との関わり(参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等)、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況(本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等)、家族等による支援への参加状況(参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等)、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境(浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等)、居住環境においてリスクになりうる状況(危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等)、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況(虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等)、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目

7.課題分析における留意点（アセスメント）

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。

ポ イ ン ト（その1）

◆利用者が入院中であること等、物理的な理由がある場合を除き、必ず利用者宅を訪問し、利用者及び家族に面接して行わなければならない。

◆「いつ」「どこで」「誰と」面接したかは、居宅介護支援経過に記録すること。

◆アセスメントの結果が、他の書類等により確認できる場合は、居宅介護支援経過にアセスメントの結果の記録は省略してよい。

◆要介護認定の更新や区分変更に伴う居宅サービス計画の変更に当たっては、再アセスメントの結果に基づき、居宅サービス計画の原案を作成すること。
なお、アセスメントシートは全て作り直す必要はないが、変更箇所を追記するなど適切に作成すること。

7.課題分析における留意点(アセスメント)

ポ イ ン ト(その2)

◆介護支援専門員は、解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合を除き必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。

◆この場合において、利用者やその家族との間の信頼関係、協働関係の構築が重要であり、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

◆なお、このため、介護支援専門員は面接技法等の研鑽に努めることが重要である。

◆また、当該アセスメントの結果について記録するとともに、当該記録は、5年間保存しなければならない。

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
第13条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

7.課題分析における留意点（アセスメント）

ポ イ ン ト（その3）

＜「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について＞
（介護保険最新情報Vol.379、平成26年6月17日）

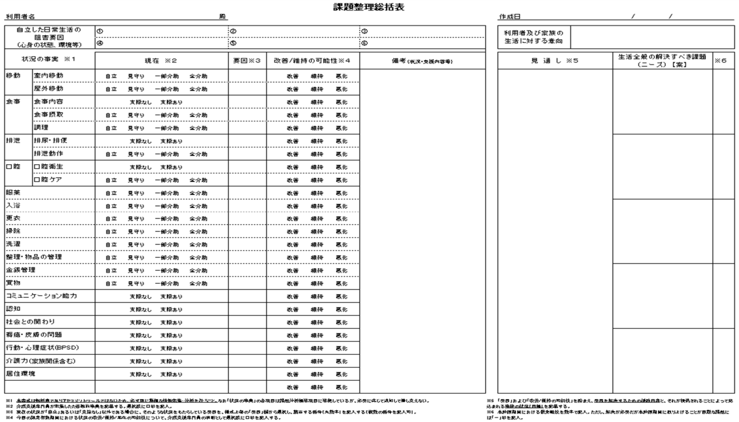
介護支援専門員については、「利用者像や課題に応じた適切なアセスメントが必ずしも十分でない」、「サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない」といった課題が指摘され、これらの課題に対応するために、利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した課程について、多職種協働の場面等で説明する際に、適切な情報共有に資することを目的として課題整理総括表ができた。

【活用の場面】
■介護支援専門員にかかる研修で活用

■サービス担当者会議や地域ケア会議等における多職種間での情報共有に活用

■課題を導いた考え方などが明確にされ、具体的な指導につながることから、新任の介護支援専門員が主任介護支援専門員等からOJT研修を受ける際に活用

○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ため、アセスメントのツールとして厚生労働省が活用を薦めている課題整理総括表を用いる。



課題整理総括表

利用者名　　　　　殿　　　　作成日　　/　　/

自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）			
	①	②	③
	④	⑤	⑥

利用者及び家族の生活に対する意向	

状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考（状況・支援内容等）
移動	室内移動	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
	屋外移動	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
食事	食事内容	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
	食事摂取	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
	調理	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
	排泄動作	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
口腔	口腔衛生	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
	口腔ケア	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
服薬		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
入浴		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
更衣		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
掃除		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
洗濯		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
整理・物品の管理		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
金銭管理		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
買物		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
コミュニケーション能力		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
認知		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
社会との関わり		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
褥瘡・皮膚の問題		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
行動・心理症状(BPSD)		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
介護力（家族関係含む）		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
居住環境		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
				改善　維持　悪化	

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】	※6

評 価 表

利用者名　　　　　殿　　　　作成日　　/　　/

短期目標	（期間）	援助内容			結果 ※2	コメント（効果が認められたもの/見直しを要するもの）
		サービス内容	サービス種別	※1		

8.居宅サービス計画原案の作成

介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。

ポ イ ン ト(その1)

◆利用者の希望及び利用者についてアセスメントの結果による専門的見地に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における居宅サービス等が提供される体制を勘案した上で、最も適切なサービスの組合せを検討し、実現可能なものとする。
◆利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題を記載した上で、提供されるサービスの長期目標・それを達成するための短期目標・それらの達成時期、サービスの種類・内容・利用料、サービス提供上の留意事項を明確に盛り込む。
◆提供されるサービスの目標とは、利用者がサービスを受けつつ到達しようとする目標を指し、サービス提供事業者側の個別サービス行為を意味するものではない。
◆各事業所のサービス提供における留意点を認識する必要がある。
◆例えば、通所サービスにおいて、併設される医療機関への通院を一律に機械的に位置付けることは適切ではないことを知っておく必要がある。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その2)

◆介護支援専門員は、居宅サービス計画が利用者の生活の質に直接影響する重要なものであることを十分に認識し、居宅サービス計画原案を作成しなければならない。

◆したがって、居宅サービス計画原案は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果による専門的見地に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案した上で、実現可能なものとする必要がある。

◆また、当該居宅サービス計画原案には、利用者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題を記載した上で、提供されるサービスについて、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、当該達成時期には居宅サービス計画及び各指定居宅サービス等の評価を行い得るようにすることが重要である。

◆さらに、提供されるサービスの目標とは、利用者がサービスを受けつつ到達しようとする目標を指すものであり、サービス提供事業者側の個別のサービス行為を意味するものではないことに留意する必要がある。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その3)

＜ケアプラン作成の留意点＞

◆ケアプランには、保険給付を受けるサービス全てを位置付けなければならない。ケアプランに位置付けられていない場合は、給付を受けられない。

◆居宅介護は、利用者ができることは利用者が行い、できないことについては、家族、地域住民による自主的な取組等による支援、他のサービスなど総合的効率的に提供されるものであるため、給付の対象以外のサービスもケアプランに位置付けること。
また、作成にあたっては、利用者が地域の中で尊厳ある自立した生活を続けるための計画であることを踏まえ、分かりやすく記載すること。

◆単に利用者ができないことを補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引 き起こし、サービスへの依存を生み出す場合がある。
「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、利用者のできる能力を 阻害するような不適切なサービス提供をしないよう配慮すること。

◆利用者からケアプランの作成にあたって複数の居宅サービス事業所等の紹介の求めがあった場合には誠実に対応するとともに、ケアプラン原案を利用者に提示する際には、利用者が居住する地域のサービス事業者、サービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供すること。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その4)

＜ケアプラン作成における目標期間の設定について＞

1. 居宅サービス計画書(第2表)の目標期間について

目標の期間について、令和6年8月1日から下記のとおり取り扱いを変更とする。

長期目標	「認定有効期間の満了日を期間の最長」とし、「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”期間”を記載する。 ※ケアプランの作成区分が「初回」の場合は、6か月～12か月を目安とする。 ※「身体的な状態変化」・「主たる介護者・家族の変化」・「生活環境の変化」が長期的(2年以上が目安)にない場合のみ、「認定有効期間の満了日を期間の最長」とすることは可。 ➡「認定有効期間の満了日を期間の最長」に設定する場合は、「介護支援専門員」・「サービス提供事業所」の判断根拠を「居宅介護支援経過」に残す。
短期目標	「1年以内の期間」とする。 ※ケアプランの作成区分が「初回」の場合は、3か月～6か月を目安とする。

2. 留意事項

上記1. の取り扱いについては、日向市の被保険者のみ適用であることから、他市町村の被保険者を担当される場合はそれぞれの自治体の方針に則ってケアプランの作成をする。

モニタリング訪問については国の基準・指針のとおり。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その5)

＜居宅サービス計画書の記載に関する留意事項＞

◆居宅サービス計画書(第2表)
・「頻度」欄には、サービスをどの程度の頻度(一定期間内での回数、曜日等)で実施するかを記載する。
・定期巡回・随時対応型訪問介護看護の場合は、4種類のサービスのうち、随時対応サービス及び随時訪問サービスは、「随時」等の記載で対応すること。

◆居宅サービス計画書(第3表)
・「主な日常生活上の活動」欄には、利用者の起床や就寝、食事、排泄等の平均的な一日の過ごし方を記載する。
特に、家族の支援や利用者のセルフケア等を含む生活全体の流れが見えるように記載すること。
・住宅型有料老人ホーム・サービス付高齢者住宅に入居している利用者の場合は、住宅型有料老人ホーム等の職員が行うサービス内容も記載する。
・定期巡回・随時対応型訪問介護看護の場合、定期的に利用を行うサービスについては週間スケジュールに記載し、随時対応を行うサービスは週単位以外のサービス欄に、定期巡回(24時間対応)等を記載すること。

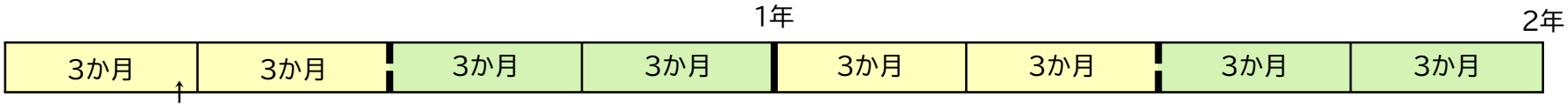
◆居宅サービス計画書(第6表)
・ケアプラン原案に位置付けられたサービスをもとに月単位で作成する。加算の記載漏れがないように留意すること。
・定期巡回・随時対応型訪問介護看護の場合 、定期的な利用を行うサービスについては、「提供時間帯」欄に訪問時間を記載する。
随時対応を行うサービスは、「提供時間帯」欄に0:00～23:59と記載し、随時対応を行うサービスの利用があった場合に実績を記入すること。

※その他　令和5年度　日向市介護サービス事業者集団指導「ケアプランの書き方のポイント」を参照すること。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その6)

◆訪問もしくは通所リハビリテーションを居宅サービス計画書に位置づける場合の取り扱いについて



◆ 訪問リハビリテーション：評価 ⇒ 次期計画作成
◆ 居宅介護支援事業所 ：モニタリング ⇒ 利用者の状態に大きな変化が見られない場合 ⇒ 居宅サービス計画に継続

(1)訪問リハビリテーション計画書の「短期目標」が3か月で設定している場合。
◆モニタリングにおいて、「利用者の状態に大きな変化が見られない」とサービス事業者間(担当者間)の合意がなられ、居宅サービス計画書 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として、「軽微な変更」に該当する。

◆【軽微な変更に該当すると判断した場合の事務処理手順】
①(第5表)居宅介護支援経過に、**「軽微な変更判断した根拠・変更日付と変更内容・利用者から同意を得た日付・確認方法(訪問面接・電話等)」**を記載する。

②上記①に示した内容を記載した(第5表)居宅介護支援経過を、訪問もしくは通所リハビリテーション事業所に交付する。

(2)通所リハビリテーション計画書の短期目標が6か月の場合。
◆上記(1)と同様の対応とする。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準

（訪問リハビリテーション計画の作成）

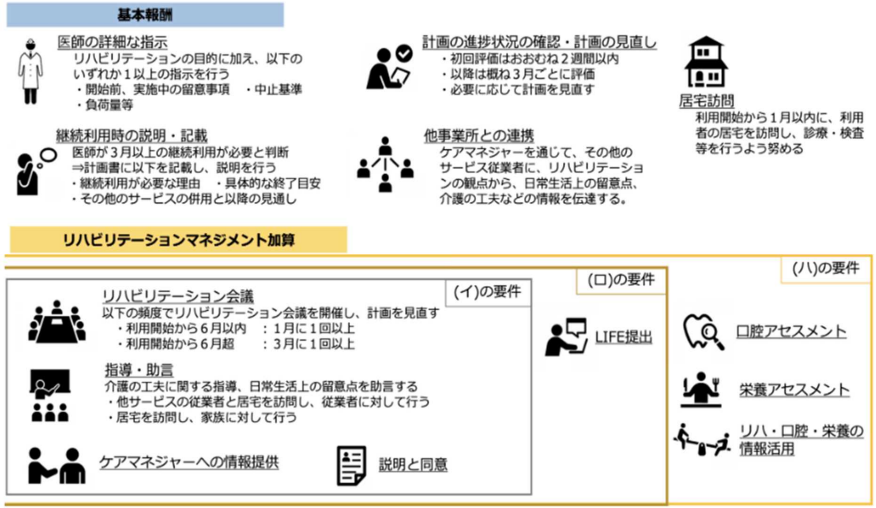
第八十一条

2　訪問リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。

（通所リハビリテーション計画の作成）

第百十五条

2　通所リハビリテーション計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。



指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について

（平成11年9月17日　老企第25号）最終改正:令和6年3月15日老高発0315第1号、老認発0315第1号、老老発0315第1号

③　訪問リハビリテーション計画は、居宅サービス計画に沿って作成されなければならないことから、訪問リハビリテーション計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該訪問リハビリテーション計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとすること。

②　通所リハビリテーション計画は、居宅サービス計画に沿って作成されなければならないことから、通所リハビリテーション計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該通所リハビリテーション計画が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとすること。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

9.サービス担当者会議等による専門的意見の聴取　運営基準減算 ⚠

介護支援専門員は、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。

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。

◆サービス担当者会議は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。

◆ただし、利用者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。

◆なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

9.サービス担当者会議等による専門的意見の聴取　運営基準減算 ⚠

ポ イ ン ト(その1)

◆介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、利用者やその家族、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を当該担当者と共有するとともに、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。

◆なお、利用者やその家族の参加が望ましくない場合(家庭内暴力等)には、必ずしも参加を求めるものではないことに留意されたい。

◆また、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとしているが、この場合にも、緊密に相互の情報交換を行うことにより、利用者の状況等についての情報や居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要がある。
なお、ここでいうやむを得ない理由がある場合とは、利用者(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師(以下「主治の医師等」という。)の意見を勘案して必要と認める場合のほか、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合、居宅サービス計画の変更であって、利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合等が想定される。

◆サービス担当者会議は、テレビ電話装置等(リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。)を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族(以下この⑩において「利用者等」という。)が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

◆また、末期の悪性腫瘍の利用者について必要と認める場合とは、主治の医師等が日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると判断した時点以降において、主治の医師等の助言を得た上で、介護支援専門員がサービス担当者に対する照会等により意見を求めることが必要と判断した場合を想定している。
なお、ここでいう「主治の医師等」とは、利用者の最新の心身の状態、受診中の医療機関、投薬内容等を一元的に把握している医師であり、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことから、利用者又はその家族等に確認する方法等により、適切に対応すること。

◆また、サービス種類や利用回数の変更等を利用者に状態変化が生じるたびに迅速に行っていくことが求められるため、日常生活上の障害が出現する前に、今後利用が必要と見込まれる指定居宅サービス等の担当者を含めた関係者を招集した上で、予測される状態変化と支援の方向性について関係者間で共有しておくことが望ましい。

◆なお、当該サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容について記録するとともに、当該記録は、5年間保存しなければならない。

サービス担当者会議

ポ イ ン ト(その2)

＜サービス担当者会議の開催時期＞

新規にケアプランを作成した時	・利用者の情報を各サービス担当者等で共有する。 ・ケアプラン原案の内容について専門的な見地から意見を求める。
要介護等更新認定時、 要介護等状態区分	・ケアプランの変更の必要性について専門的な見地から意見を求める。
ケアプラン変更時 （ケアプラン期間終了時も含む）	・利用者の情報を各サービス担当者等で共有する。 ・次期のケアプラン原案の内容について専門的な見地から意見を求める。

＜サービス担当者会議の出席者＞

利用者・家族及びケアプラン原案に位置付けた全てのサービス提供事業所の担当者、その他介護支援専門員が必要と考える者。

※日程調整をした結果、出席が望めないサービス提供事業所については、事前に「サービス担当者に対する照会（依頼）内容」を用いて、照会をかけ、状況の報告を受けるとともに専門的な見地から意見を求める。
サービス担当者会議開催後は、決定事項等を報告し、その旨を「サービス担当者会議の要点」に記載すること。

※末期の悪性腫瘍で利用者の心身の状況等により、主治の医師等の意見を勘案して必要と認める場合、サービス担当者に対する照会等により意見を求め、サービス担当者会議に代えることができる。

サービス担当者会議

ポ イ ン ト(その3)

＜サービス担当者会議の開催方法＞

出席者を招集して開催すること。
※テレビ電話等を活用して行うことができる。
ただし、利用者又は家族が参加する場合は、テレビ電話等の活用について利用者又は家族へ説明を行い、同意を得たことを居宅介護支援経過に記載すること。

※テレビ電話装置等の活用に当たっては、
①「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」(個人情報保護委員会・厚生労働省)
※①のガイドライン掲載場所
厚生労働省ホームページ ＞ 政策について ＞ 分野別の政策一覧 ＞ 雇用・労働 ＞ 労働政策全般 ＞ 個人情報保護 ＞
厚生労働分野における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等

②「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(厚生労働省) 等を遵守する必要がある。
※②のガイドライン掲載場所
厚生労働省ホームページ ＞ 政策について ＞ 審議会・研究会等 ＞ 医政局が実施する検討会等 ＞
健康・医療・介護情報利活用検討会 医療等情報利活用ワーキンググループ ＞
医療情報システムの安全管理に関するガイドライン　第6.0版(令和5年5月)

＜記録の整備＞

「サービス担当者会議の要点」又は「独自様式」に記載。

サービス担当者会議

ポ イ ン ト(その4)

＜サービス担当者会議の具体的な進め方(一例)＞

① 開会のあいさつと参加者の紹介
② 今回の会議の目的
③ 利用者・家族の意向と総合的な援助の方針
④ 課題分析・生活上の課題の説明と確認
⑤ 各専門職からの専門的見地と意見交換
⑥ 居宅サービス計画原案修正と利用者・家族の同意確認
⑦ 各サービス提供事業所の担当スタッフの役割確認
⑧ 残された課題の確認
⑨ 次回開催の確認
⑩ 閉会のあいさつ

＜サービス担当者会議の要点の記載の注意点＞

① 検討内容(一例)

⑴ 居宅サービス計画の原案について
⑵ サービス利用についての留意点
⑶ 在宅生活の注意点

② 結論

・「いつまでに誰が○○をする」という具体的な書き方で、結論をまとめる。
・それぞれの役割分担に漏れや重複がないか、計画がスムーズに進行するか、話し合った要点をまとめる。

③残された課題

・残された課題について、誰がいつまでに何をするか記載する。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

ポ イ ン ト（その5）

NEW

＜居宅サービス計画の「軽微な変更」について＞

○居宅サービス計画を変更する場合、基準省令第13条第3号から第12号までに規定された居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことと規定されているところであるが、「軽微な変更」（介護支援専門員が基準省令第13条第3号から第12号までに掲げる一連の業務を行う必要性がないと判断したもの）を行う場合には、この必要はないものとされている。

○この「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が基準省令第13条第3号から第12号まで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、軽微であるかを判定すべきとされている。

○本来、サービス担当者会議の開催が必要であった変更について、居宅介護支援事業所が誤って「軽微な変更」として扱い、サービス担当者会議を行わなかった場合や、変更した居宅サービス計画を利用者及びサービス担当者に交付しなかった場合は、運営基準減算の対象となる。

※判断に迷うケースについては、高齢者あんしん課に確認してください。

【軽微な変更に該当すると判断した場合の事務処理手順】
① （第5表）居宅介護支援経過に、**「軽微な変更判断した根拠・変更日付と変更内容・利用者から同意を得た日付・確認方法（訪問面接・電話等）」**を記載する。
② （第2表）居宅サービス計画書・（第3表）週間サービス計画書を見え消し修正もしくは再作成する。
③ （第6表）サービス利用票・（第7表）サービス利用票別表を発行し、利用者から同意を得る。
※サービス事業所の担当者との情報共有を主としたサービス担当者会議を開催する場合は、全事業所を招集する必要性はなく、照会等により意見を求めることもできる。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

(1) 契約している居宅介護支援事業所における介護支援専門員の変更に対する取扱い

ケアプランの軽微な変更に該当する事例の事務処理手順

令和5年5月

日向市　高齢者あんしん課　介護認定係

ケアプランの軽微な変更は、変更する内容がケアマネジメント一連の業務を行う必要性が高いかどうかを利用者の状況等を考慮し、個別に検討した上で軽微か否かを判断すべきものです。

【ケアプランの軽微な変更について基本的な考え方】

(1) 居宅サービス計画で軽微な変更を行える場合は、利用者の状態に変更がないことが前提で、「援助の方針・方向性が変更にならない程度のもの」である。

(2) 利用者の状態に変更がないことは、まず、モニタリングを踏まえ、サービス提供事業所間の合意を前提とする。

チェック

契約している居宅介護支援事業所における介護支援専門員の変更

【担当介護支援専門員の変更】

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（ただし、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。

なお、これ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、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第11号（居宅サービス計画の交付）まで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。

※「居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについて」（令和3年3月31日）介護保険最新情報Vol.959参照。

【日向市としての考え方】

利用者の状態に変更がないことが前提ではあるが、居宅介護支援事業所側の理由（人事異動・体調不良等）により、介護支援専門員が変更となる場合は、軽微な変更に該当する。

【例示①】

4月30日までA介護支援専門員が担当し、５月１日からB介護支援専門員に担当変更する事例の事務処理手順

4月30日まで

担当：A介護支援専門員　(旧)

① B介護支援専門員へ引継ぎ（同行訪問）
② ４月分　モニタリングを実施する。
③ 第５表　居宅支援経過記録に記録する。
- ４月分　モニタリングの結果
※ これまでの支援に対する評価と今後、見直しを有する事項を記録する。
- 軽微な変更と判断した根拠
- 変更する日付
- 変更する内容

担当：B介護支援専門員　(新)

① A介護支援専門員からの引継ぎ（同行訪問）
② ５月以降のサービス利用に対するアセスメントを実施する。
(1) サービス提供事業所からのサービス利用状況の情報を収集し、利用者の状態に変更がないかを確認する。
(2) 利用者及び家族に対して、サービス利用後の変化がないか。ニーズの変更がないか。を確認する。
③ 第５表　居宅支援経過記録に記録する。
- 上記②の(1)・(2)で聴取した内容
- 冒頭の黒塗りの"ケアプランの軽微な変更について基本的な考え方"に該当する身体状況と介護支援専門員の考え方
- 利用者及び家族から同意を得た日付
④ 第1表　居宅サービス計画書の取扱いは、右記のとおり。
⑤ サービス提供事業所に軽微な変更を行った旨を報告する。
※ サービス提供事業所には、見え消し後の第1表・第6表(見え消し線の修正箇所：作成年月日・担当者名)を再交付する。

5月1日～5月31日

支援の実施

担当：B介護支援専門員　(新)

① ５月分　モニタリングを実施する。
② 【再確認】６月以降のサービス利用に対するアセスメントを実施する。
(1) サービス提供事業所からのサービス利用状況の情報を収集する。
(2) 利用者及び家族に対して、サービス利用後の変化がないか。ニーズの変更がないか。を確認する。
③ 第５表　居宅支援経過記録に記録する。
- ５月分　モニタリングの結果
- 上記②の(1)・(2)で聴取した内容

作成年月日は、利用者(家族)と介護支援専門員等(援助者)との間で、介護サービス計画原案について説明・同意(共通認識)がなされた日であることから、**作成年月日を変更年月日として、ケアプランの軽微な変更について説明・同意がなされた日とする。**

軽微な変更と判断した場合の居宅サービス計画書の見え消し線での修正方法

(変更年月日)	令和5年5月1日
作成年月日	~~令和4年12月1日~~
※第1表の右上	
(変更後)	□□ □□
居宅サービス計画作成者氏名	■■ ■■

※A介護支援専門員が別の居宅介護支援事業所に移ることになり、利用者は引き続きA介護支援専門員が担当する場合は、「契約からの一連の業務」が必要である。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

⑵-① 居宅介護支援・介護予防支援・サービス担当者会議・介護支援専門員に係る項目及び項目に対する取扱い

ケアプランの作成	内 容	日向市の方針
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。	●厚生労働省の見解に加え、利用者等の状況に変化がなく、ニーズ・目標及びサービス内容の変更もない場合で、利用者や家族やサービス事業所の都合により、単に曜日・日付・サービス時間帯を変更する場合。 ※ただし、下記の場合は該当しない。 ・サービス提供時間の増減の場合。
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。	●利用者等の状況に変化がなく、ニーズ・目標及びサービス内容の変更もない場合で、利用者や家族の都合等により、一時的(概ね1月)にサービス提供回数を変更する場合。 (例) 週2回の通所介護を特定の週のみ週3回に変更する場合。 ※ただし、下記の場合は該当しない。 ・利用者の心身の状態や環境などの変化があり、回数を変更する場合。 ・一時的な回数の変更であっても、利用者の心身の状態等に変化があり、継続して利用回数を変更することが見込まれる場合。
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。	●住居表示の変更等で住所の変更があった場合。 ●中学校区(日常生活圏域)での転居で、家族や支援者等の生活環境等に変化がない場合。 ※ただし、下記の場合は該当しない。 ・転居に伴い、利用者の生活環境等の変更がある場合。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

⑵-② 居宅介護支援・介護予防支援・サービス担当者会議・介護支援専門員に係る項目及び項目に対する取扱い

ケアプランの作成	内 容	日向市の方針
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。	
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。	●目標期間の延長は、軽微な変更と認める事例が想定できないため、個別に判断していきたい。 ※なお、目標は一定の期間内で達成可能なものを設定するべきであり、まずは目標の妥当性についての検討すること。
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。	●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の場合。 【軽微な変更に該当する例】 介助用車いすを同じ機能の新しいモデルに変更し、単位数が変更になる場合。 ●付属品が増減する場合。 ※ただし、下記の場合は該当しない。 ①福祉用具が不必要になって返却する場合。 ②同一種目でも機能が変更となる場合。 ③同一種目の貸与数が増減する場合。
対象福祉用具の福祉用具貸与から特定福祉用具販売への変更	指定福祉用具貸与の提供を受けている対象福祉用具(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)第199条第2号に定める対象福祉用具をいう。)をそのまま特定福祉用具販売へ変更する場合に、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。	

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

⑵-③ 居宅介護支援・介護予防支援・サービス担当者会議・介護支援専門員に係る項目及び項目に対する取扱い

ケアプランの作成	内 容	日向市の方針
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。	※利用者等の状況に変化がなく、ニーズ・目標及びサービス内容の変更もない場合が前提条件。 ●サービス事業所の休止・廃止等、事業所都合によりサービス事業所を変更する場合。 ※なお、事業所を変更することで利用者に不利益が生じないよう、変更前後のサービス事業所との十分な情報の共有に努めること。 ※必要に応じて、変更前後のサービス事業所の引継ぎの際に、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ない。
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	第一表の総合的な援助の方針や第二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。	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」、「援助目標」、「サービス種別」等が変わらない範囲で、目標達成に向けたサービス内容のみ変更する場合。 【例】デイケアであれば、運動器具や運動メニュー等の変更で、サービス提供時間や加算に変更が生じないものが該当する。
担当介護支援専門員の変更	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。	※ただし、下記の場合は該当しない。 ・介護支援専門員が別の居宅介護支援事業所に勤務することになり、継続してその介護支援専門員が利用者の担当をする場合。
その他		●1つの訪問介護事業所で対応できないため、A事業所で週5回、B事業所で週3回支援を提供。A事業所で訪問介護員が確保できなくなったため、A事業所で週3回、B事業所で週5回支援を提供することを検討している場合、2か所以上の事業所を利用する目的が同じで、事業所の都合によりやむを得ない場合は、週の合計回数が変わらないことを条件に、軽微な変更にて複数の事業所の提供回数を変更してよい。 ●サービス提供時間数が増減する場合は、利用者の状況に変更があると考えられるため、軽微な変更に該当しない。

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
第13条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

⑵-④　居宅介護支援・介護予防支援・サービス担当者会議・介護支援専門員に係る項目及び項目に対する取扱い

サービス担当者会議	内　容
サービス利用回数の増減によるサービス担当者会議の必要性	単なるサービス利用回数の増減（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など）については、「軽微な変更」に該当する場合もあるものと考えられ、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。 しかしながら、例えば、ケアマネジャーがサービス事業所へ周知した方が良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なく、その開催にあたっては、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。
ケアプランの軽微な変更に関するサービス担当者会議の全事業所招集の必要性	ケアプランの「軽微な変更」に該当するものであれば、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。 ただし、サービス担当者会議を開催する必要がある場合には、必ずしもケアプランに関わるすべての事業所を招集する必要はなく、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。
「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱い	「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱いについては、まずはモニタリングを踏まえ、サービス事業者間（担当者間）の合意が前提である。 その上で具体的には、「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）の「課題分析標準項目（別添）」等のうち、例えば、 ●「健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況」 ●「ADL（寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）」 ●「IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）」 ●「日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）」 ●「コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）」 ●「1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）」 ●「排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）」 ●「入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）」 ●「歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況」 ●「食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無」 ●「行動・心理症状（BPSD）（妄想、誤認、幻覚、抑うつ、不眠、不安、攻撃的行動、不穏、焦燥、性的脱抑制、収集癖、叫声、泣き叫ぶ、無気力等）」等を総合的に勘案し、判断すべきものである。

10.居宅サービス計画の説明及び同意　運営基準減算

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。

ポ イ ン ト(その1)

＜居宅サービス計画書(第1.2.3表)＞

・利用者又は家族に説明し、文書により利用者の同意を得て、その旨を居宅介護支援経過に記録すること。

・同意の署名は利用者本人から得ることが原則。同意の署名を利用者本人から得られない場合は、以下の方法で同意の署名を得て、署名方法の根拠(利用者の判断能力・記載能力からの有無)について居宅介護支援経過に記録すること。

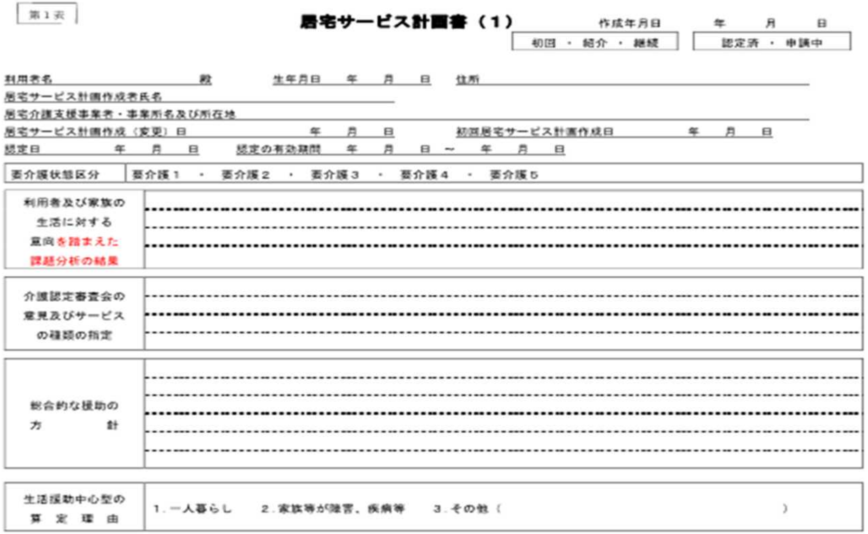
利用者		同意方法	署名方法
判断能力	記載能力		
有	有	利用者の同意	利用者氏名
有	無	利用者が同意し、家族が代筆する	利用者氏名 代筆者氏名(続柄もしくは関係性)
無	―	家族・後見人等が代筆する	利用者氏名 代筆者氏名(続柄もしくは関係性)

※押印は省略することができるが、必要性に関しては各事業所で判断すること。(参考:令和2年6月12日、内閣府・法務省・経済産業省連名「押印についてのQ&A」)

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

令和5年度　日向市介護サービス事業者集団指導
（利用者への説明・同意等に係る見直しについて）を参照。

第1表　居宅サービス計画書	第6表　サービス利用票（兼居宅サービス計画）



令和●年●月●日
利用者の署名

〔利用者が署名できない場合〕
代筆者の署名（続柄もしくは関係性）

令和●年●月●日
利用者の署名

〔利用者が署名できない場合〕
代筆者の署名（続柄もしくは関係性）

ポ イ ン ト(その2)

＜サービス利用票・別表(第6．7表)＞

◆利用者又は家族に説明し、文書により利用者の同意を得て、その旨を居宅介護支援経過に記録すること。

◆「利用者確認」欄がない場合は、枠外に署名を得ること。

◆同意の署名は利用者本人から得ることが原則。
同意の署名を利用者本人から得られない場合は、以下の方法で同意の署名を得て、署名方法の根拠(利用者の判断能力・記載能力からの有無)について居宅介護支援経過に記録すること。

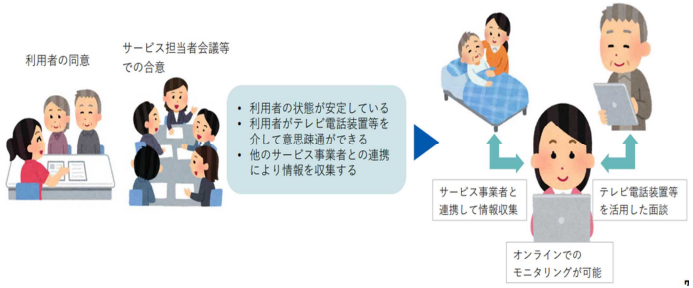
利用者		同意方法	署名方法
判断能力	記載能力		
有	有	利用者の同意	利用者氏名
有	無	利用者が同意し、家族が代筆する	利用者氏名 代筆者氏名(続柄もしくは関係性)
無	－	家族・後見人等が代筆する	利用者氏名 代筆者氏名(続柄もしくは関係性)

ポ イ ン ト(その3)

NEW

◆電磁的方法(電子メール等)によるケアプランの説明と同意の流れ◆

※ケアプランとは、居宅サービス計画書(第1・2・3表)・サービス利用票・別表(第6・7表)を指す。



MAIL

1. 事前に利用者や家族(後見人等)へ電磁的方法の利用について同意を得る。

2. 電子メール等で、利用者等にケアプランを交付する。

＜電子メール例文＞ ◆介護支援専門員が利用者等に、令和〇年〇月分　サービス利用計画を確認するとき。

〇〇様の令和〇年〇月の介護保険サービス利用計画は、令和〇年〇月〇日にメールで送付しております令和〇年〇月分　サービス利用票の内容で同意されますか。

【利用者確認欄】※該当する項目に〇印をして、メールを返信してください。
(　)サービス計画について説明を受け、内容の同意しました。
(　)サービス計画について説明を受けましたが、利用曜日・利用時間の変更を希望します。

ポ イ ン ト(その3)

NEW

◆電磁的方法(電子メール等)によるケアプランの説明と同意の流れ◆

※ケアプランとは、居宅サービス計画書(第1・2・3表)・サービス利用票・別表(第6・7表)を指す。

3. 利用者等へ電話連絡し、電子メール等で交付したケアプランを口頭で説明し、同意を得る。
※利用者等が同意する旨を電子メール等で受信すること。

4. ケアプランを交付したメールと利用者等の同意の意向が記載された電子メール等をPDF等で保存。

※電磁的方法(電子メール等)の取り扱いをする場合は、ケアプランの署名(押印)は不要としてよい。

※ケアプランは利用者又は家族に説明し、同意を得る必要があるため、電磁的方法であっても説明及び同意を得たことが分かるよう電子メール等の記録を居宅介護支援経過記録に残すこと。

※居宅支援経過記録への記載のみでは、同意を得たとはみなせないため、留意すること。

5. サービス提供事業所にケアプランの交付をする場合は、ケアプランと利用者等の同意の意向が記載された電子メール等を併せて交付すること。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

NEW

ポ イ ン ト(その4)

＜介護報酬改定に伴う業務システム改修が間に合わなかった場合のサービス利用票・別表の発行について＞

	３ 月	４ 月
サービス利用票・別表の発行	4月分 〔業務システム改修が間に合っていない状況〕	4月分 〔再発行〕
利用者及び家族への説明	〔口頭説明〕 ・令和●年●月介護報酬改定に伴い、費用総額や利用者負担金が変更となる。 (見込額を説明する。) ・再度、利用者負担金の確定後に、4月分　サービス利用票・別表を発行する。 ※居宅介護支援経過に記録を残す。	〔口頭説明〕 ・令和●年●月介護報酬改定に伴い、費用総額や利用者負担金の確定額を説明する。 ※居宅介護支援経過に記録を残す。
同意日	令和●年3月25日	令和●4月●日

※例えば、業務システム改修が間に合わないことに伴い、「朱書き」で費用総額や利用者負担金等を修正・追記しているサービス利用票・別表を発行している場合は、再発行の必要性はないと判断する。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その5)

◆居宅サービス計画に位置付ける指定居宅サービス等の選択は、利用者自身が行うことが基本であり、また、当該計画は利用者の希望を尊重して作成されなければならない。

◆利用者に選択を求めることは介護保険制度の基本理念である。
このため、当該計画原案の作成に当たって、これに位置付けるサービスについて、また、サービスの内容についても利用者の希望を尊重することとともに、作成された居宅サービス計画の原案についても、最終的には、その内容について説明を行った上で文書によって利用者の同意を得ることを義務づけることにより、利用者によるサービスの選択やサービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障しようとするものである。

◆また、当該説明及び同意を要する居宅サービス計画原案とは、いわゆる居宅サービス計画書の第1表から第3表まで、第6表及び第7表(「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」(平成11年11月12日老企第29号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)に示す標準様式を指す。)に相当するものすべてを指すものである。

11.居宅サービス計画の利用者及びサービス担当者に対する交付　運営基準減算

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。

ポ イ ン ト

◆居宅サービス計画は、利用者だけでなく、指定居宅サービス等事業者のサービス担当者にも交付しなければならない。その旨を、居宅介護支援経過に記録すること。
◆介護支援専門員は、担当者に対して居宅サービス計画を交付する際には、当該計画の趣旨及び内容等について十分に説明し、各担当者との共有、連携を図った上で、各担当者が自ら提供する居宅サービス等の当該計画(以下「個別サービス計画」という。)における位置付けを理解できるように配慮する必要がある。
◆サービス担当者は、居宅サービス計画の内容に沿ってサービス計画を作成するので、必ず交付すること。
◆居宅サービス計画に変更があった際は、変更の都度、最新の居宅サービス計画を交付すること。
◆サービス担当者への交付を行っていない場合は、運営基準減算となる。
◆サービス計画の説明・同意・交付は、居宅サービスの開始前に行う。
◆いわゆる暫定プランも同様に、説明・同意・交付は、認定結果の有無に関わらず、サービス提供開始前に行うこと。

12.サービス担当者に対する個別サービス計画の提出依頼

介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問介護計画（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号。以下「指定居宅サービス等基準」という。）第24条第1項に規定する訪問介護計画をいう。）等指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。

チェック

ポ イ ン ト

◆居宅サービス計画と個別サービス計画との連動性を高め、居宅介護支援事業者とサービス提供事業者の意識の共有を図ることが重要であるため、サービス担当者に居宅サービス計画を交付したときは、サービス担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め、「居宅サービス計画」と「個別サービス計画」の”連動性”や”整合性”について確認する必要がある。

◆なお、「居宅サービス計画」と「個別サービス計画」の”連動性”や”整合性”の確認については、居宅サービス計画をサービス担当者に交付したときに限らず、必要に応じて行うことが望ましい。
さらに、サービス担当者会議の前に居宅サービス計画の原案をサービス担当者に提供し、サービス担当者会議に個別サービス計画案の提出を求め、サービス担当者会議において情報の共有や調整を図るなどの手法も有効である。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

13.居宅サービス計画の実施状況等の把握及び居宅サービス事業者等との連絡調整

13の1	介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。
13の2	＜利用者にかかる情報を医師（歯科医師）または薬剤師に提供＞ 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

要介護認定に申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意してください。

例えば
どんな情報？

・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している。	・薬の服用を拒絶している。
・使い切らないうちに新たに薬が処方されている。	・口臭や口腔内出血がある。
・体重の増減が推測される見た目の変化がある。	・食事量や食事回数に変化がある。
・下痢や便秘が続いている。	・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある。
・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にある。	

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

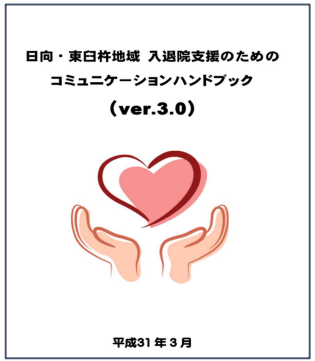
ポ イ ン ト

◆利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するために、以下の「日向・東臼杵地域 入退院支援のためのコミュニケーションハンドブック」を活用する。

日向・東臼杵地域　入退院支援のための
コミュニケーションハンドブック（ver.3.0）

「日向・東臼杵地域 入退院支援のためのコミュニケーションハンドブック」は、日向・東臼杵地域の13病院と11診療所のスタッフ、1市2町2村の地域包括支援センター職員及び居宅介護支援事業所・施設の介護支援専門員約150名で協議を重ねて作成し、運用しています。
高齢者が日向・東臼杵の住み慣れた地域で、その人らしく、あるいは、自立した生活を実現できるように、支援や連携の一助として、「日向・東臼杵地域入退院支援のためのコミュニケーションハンドブック」をご活用ください。

医療・介護連携情報共有連絡票
【利用者情報提供】



NEW

14. モニタリングの実施　運営基準減算 ⚠

介護支援専門員は、第13号に規定する実施状況の把握に当たっては、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。

ポ イ ン ト(その1)

◆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、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を行うこと。

◆サービス提供した月から少なくとも月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。

◆少なくとも月に1回、モニタリングの結果を居宅介護支援経過に残すこと。

◆「いつ」「どこで」「誰と」面接したかを居宅介護支援経過に残すこと。

◆モリタリングの結果を他の書類等に記載している場合は、居宅介護支援経過への記録は省略できる。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その2)

＜モニタリングの視点＞

○ ケアプランどおりにサービス提供がされているか。
○ サービス提供が適切か否か。
○ 個々の課題に対する目標が達成されているか。
○ 総合的な援助方針どおりにケアプランの効果が上がっているか。
○ ケアプランの内容を修正する必要性があるかどうか判断する。
○ セルフケア、インフォーマルサービスが実施されているか。

＜モニタリングの役割＞

○ 総合的な援助の方針を見直す。
○ 健康状態の維持・向上の観点から見直す。
○ ADLの維持向上という観点から見直す。
○ QOLを高めると言う観点から見直す。

＜モニタリング手法＞

(1)利用者宅へ訪問
◆ 利用者の変化(改善・維持・悪化)を生活の現場で確認し、生活環境を再評価し、利用者のニーズの変化及び予測される状況を確認する。

(2)サービス提供場面への訪問
◆ サービスが提供されている時間に訪問し、利用者がサービスを利用している場面での様子で、サービス提供内容が目標達成に向けた内容になっているか把握する。
◆ 実際のサービス提供場面を確認することで、言葉では伝わらない状況が確認できる。

(3)近隣住民等への確認
◆ インフォーマルサポートを担っている近隣住民から、利用者について情報を聴取する。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その3)

＜テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリング＞

以下の要件を設けた上で、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリングを可能とする。

ア　文書により利用者の同意を得る必要があり、その際には、利用者に対し、テレビ電話装置等による面接のメリット及びデメリットを含め、具体的な実施方法(居宅への訪問は2月に1回であること等)を懇切丁寧に説明すること。
※なお、利用者の認知機能が低下している場合など、同意を得ることが困難と考えられる利用者については、後述のⅰ※の要件の観点からも、テレビ電話装置等を活用した面接の対象者として想定されない。

イ　サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。

ⅰ　利用者の状態が安定していること。
※利用者の心身の状況が安定していることを確認するに当たっては、主治の医師等による医学的な観点からの意見や、以下に例示する事項等も踏まえて、サービス担当者会議等において総合的に判断することが必要である。
- ・介護者の状況の変化が無いこと。
- ・住環境に変化が無いこと(住宅改修による手すり設置やトイレの改修等を含む)。
- ・サービス(保険外サービスも含む)の利用状況に変更が無いこと。

ⅱ　利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること(家族のサポートがある場合も含む)。
ⅲ　テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること。

ウ　少なくとも2月に1回(介護予防支援の場合は6月に1回)は利用者の居宅を訪問すること。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その3)

＜テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリング＞

テレビ電話装置等を活用して面接を行うに当たっては、以下イからホに掲げる事項について留意すること。

イ 文書により利用者の同意を得る必要があり、その際には、利用者に対し、テレビ電話装置等による面接のメリット及びメリットを含め、具体的な実施方法(居宅への訪問は2月に1回であること等)を懇切丁寧に説明することが重要である。

なお、利用者の認知機能が低下している場合など、同意を得ることが困難と考えられる利用者については、後述のロの要件の観点からも、テレビ電話装置等を活用した面接の対象者として想定されない。

ロ 利用者の心身の状況が安定していることを確認するに当たっては、主治の医師等による医学的な観点からの意見や、以下に例示する事項等も踏まえて、サービス担当者会議等において総合的に判断することが必要である。

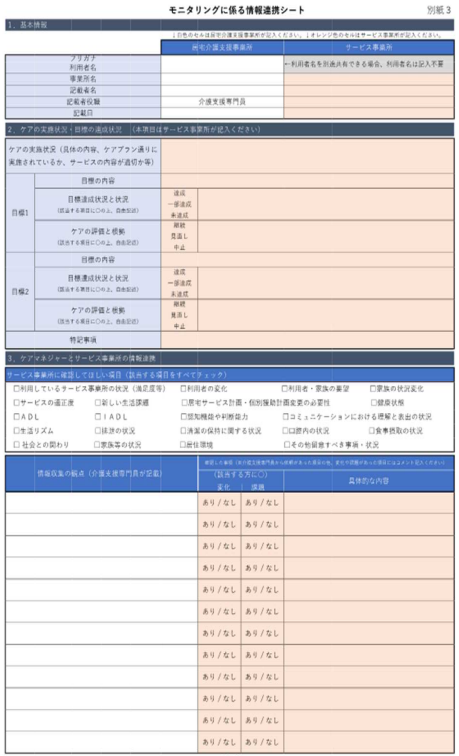
- 介護者の状況の変化が無いこと。
- 住環境に変化が無いこと(住宅改修による手すり設置やトイレの改修等を含む)
- サービス(保険外サービスも含む)の利用状況に変更が無いこと

ハ テレビ電話装置等を活用して面接を行うに当たっては、利用者がテレビ電話装置等を介して、利用者の居宅において対面で面接を行う場合と同程度の応対ができる必要がある。なお、テレビ電話装置等の操作については、必ずしも利用者自身で行う必要はなく、家族等の介助者が操作を行うことは差し支えない。

ニ テレビ電話装置等を活用して面接を行う場合、画面越しでは確認できない利用者の健康状態や住環境等の情報については、サービス事業所の担当者からの情報提供により補完する必要がある。この点について、サービス事業所の担当者の同意を得るとともに、サービス事業所の担当者の過度な負担とならないよう、情報収集を依頼する項目や情報量については留意が必要である。なお、サービス事業所の担当者に情報収集を依頼するに当たっては、別途通知する**「情報連携シート※」**を参考にされたい。

※掲載先: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 0313001 号)**「モニタリングに係る情報連携シート」(別紙3)をご参照ください。**

ホ 主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得る方法としては、サービス担当者会議のほか、利用者の通院や訪問診療への立会時における主治の医師への意見照会や、サービス事業所の担当者との日頃の連絡調整の際の意見照会も想定されるが、いずれの場合においても、合意に至るまでの過程を記録しておくことが必要である。


モニタリングに係る情報連携シート　別紙3

1．基本情報

	所定介護支援事業所	サービス事業所
フリガナ		
利用者名		←利用者名を別途共有できる場合、利用者名は記入不要
事業所名		
記載者名		
記載者役職	介護支援専門員	
記載日		

2．ケアの実施状況・目標の達成状況　(本項目はサービス事業所が記入ください)

ケアの実施状況(具体の内容、ケアプラン通りに実施されているか、サービスの内容が適切か等)			
目標1	目標の内容		
	目標達成状況と状況 (該当する項目に○を、自由記述)	達成 一部達成 未達成	
	ケアの評価と根拠 (該当する項目に○を、自由記述)	継続 見直し 中止	
目標2	目標の内容		
	目標達成状況と状況 (該当する項目に○を、自由記述)	達成 一部達成 未達成	
	ケアの評価と根拠 (該当する項目に○を、自由記述)	継続 見直し 中止	
特記事項			

3．ケアマネジャーとサービス事業所の情報連携

サービス事業所に確認してほしい項目(該当する項目をすべてチェック)

□利用しているサービス事業所の状況(満足度等)　□利用者の変化　□利用者・家族の希望　□家族の状況変化
□サービスの適正度　□新しい生活課題　□居宅サービス計画・個別援助計画変更の必要性　□健康状態
□ADL　□IADL　□認知機能や判断能力　□コミュニケーションにおける理解と表出の状況
□生活リズム　□排泄の状況　□清潔の保持に関する状況　□口腔内の状況　□食事摂取の状況
□社会との関わり　□家族等の状況　□居住環境　□その他留意すべき事項・状況

情報収集の観点(介護支援専門員が記載)	確認した事項(左の記入欄に○を) (該当する方に○) 変化	変化	具体的な内容
		あり／なし	あり／なし	
		あり／なし	あり／なし	
		あり／なし	あり／なし	
		あり／なし	あり／なし	
		あり／なし	あり／なし	
		あり／なし	あり／なし	
		あり／なし	あり／なし	
		あり／なし	あり／なし	
		あり／なし	あり／なし	
		あり／なし	あり／なし	
		あり／なし	あり／なし	

1ページ

特に確認したい事項・情報共有事項、解釈

参考：課題分析標準項目について

「サービス事業所に確認してほしい項目」のうち、「ケ　健康状態」～「サ　その他留意すべき事項・状況」については、令和5年10月16日に発出された「「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」の一部改正について」(厚生労働省老企発 10116 第 1 号)のうち、認知に対応しております。

以下、「「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」の一部改正について」の一部抜粋

課題分析(アセスメント)に関する項目

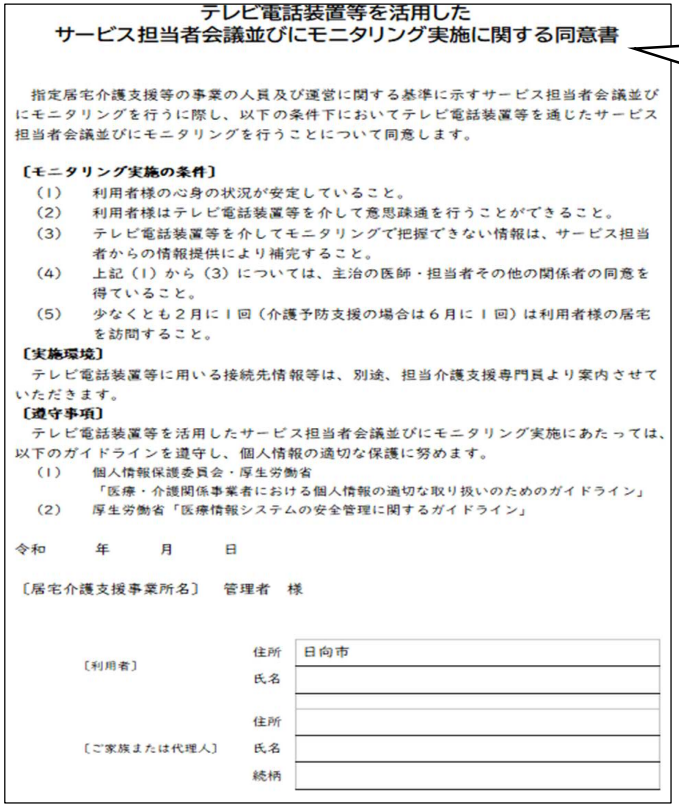
NO	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況(身長、体重、BMI、血圧、脱水症、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等)、受診に関する状況(かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等)、服薬に関する状況(かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等)、口身の健康における理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起き上がり、座位保持、立ち上がり、移乗、移動方法(杖や歩行子の利用有無等を含む)、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等)に関する項目
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況(症状が見られる頻度や状況、普段になううる要因等)に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況(視覚、聴覚等の能力、雪盲・非雪盲における意思疎通)、コミュニケーション機器・方法等(対面以外のコミュニケーションツール(電話、PC、スマートフォン)を含む)に関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度(活動の内容・時間、活動意考)、休息・睡眠の状況(リズム、睡眠の状況(申告症状、屋度温動等)等)に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム(日中・夜間の頻度、タイミング等)、排泄内容(便秘や下痢の有無等)に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況(皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等)、寝具や衣類の状況(汚れの有無、交換頻度等)に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態(歯の本数、欠損している歯の有無等)、義歯の状況(義歯の有無、汚れ・破損の有無等)、かみ合わせの状態、口腔内の状態(歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等)、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況(食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等)、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量(栄養、水分量等)、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり(家庭内での役割、家族等との関わりの状況(関連でない家族等との関わりを含む)等)、地域との関わり(参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等)、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活をおおいは身元保証に関わる家族等の状況(本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、健康状態等)、家族等による支援への参加状況(参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の調整等)、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境(自室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等)、居住環境においてリスクになりうる状況(危険箇所の有無、段差や凍結の状況、雪道の状況、こうした環境を補時するための機器等)、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況(虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等)、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目

2ページ

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その3)

＜テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリング＞



テレビ電話装置等を活用した
サービス担当者会議並びにモニタリング実施に関する同意書

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示すサービス担当者会議並びにモニタリングを行うに際し、以下の条件下においてテレビ電話装置等を通じたサービス担当者会議並びにモニタリングを行うことについて同意します。

〔モニタリング実施の条件〕

（1） 利用者様の心身の状況が安定していること。
（2） 利用者様はテレビ電話装置等を介して意思疎通を行うことができること。
（3） テレビ電話装置等を介してモニタリングで把握できない情報は、サービス担当者からの情報提供により補完すること。
（4） 上記（1）から（3）については、主治の医師・担当者その他の関係者の同意を得ていること。
（5） 少なくとも２月に１回（介護予防支援の場合は６月に１回）は利用者様の居宅を訪問すること。

〔実施環境〕

テレビ電話装置等に用いる接続先情報等は、別途、担当介護支援専門員より案内させていただきます。

〔遵守事項〕

テレビ電話装置等を活用したサービス担当者会議並びにモニタリング実施にあたっては、以下のガイドラインを遵守し、個人情報の適切な保護に努めます。

（1） 個人情報保護委員会・厚生労働省
「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」
（2） 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」

令和　　年　　月　　日

〔居宅介護支援事業所名〕　管理者　様

〔利用者〕
住所　日向市
氏名

〔ご家族または代理人〕
住所
氏名
続柄

※『テレビ電話装置等を活用したサービス担当者会議並びにモニタリング実施に関する同意書』のひな形を示しておりますので、活用してください。

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
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その4)

＜モニタリングにおける「特段の事情」の考え方＞

「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、利用者に面接する事が出来ない場合を指し、介護支援専門員に起因する事情は含まれません。

本市では、この「特段の事情」についての取扱いを次のとおりとしますので、居宅介護支援事業者におかれましては御了知いただきますようお願いします。

1. 利用者が月途中で緊急入院したため、居宅で面接ができなかった場合

モニタリングの訪問予定日前に、予測できない緊急入院をした場合は、「特段の事情」に該当すると考えます。

その際は、「特段の事情」に該当する理由を記録として残す必要があります。

また、入院先の利用者の状況について、本人又は家族等に面接等で把握し、その結果を経過記録に残してください。

2. 利用者がショートステイを1月を超えて利用しているため、居宅で面接できなかった場合

月を通してショートステイを利用している場合、物理的に居宅での面接が不可能ですので、本人に施設で面接をしていれば減算となりません。

なお、施設職員からも情報収集し、家族等の状況も確認し、モニタリングの結果を総合的に記録するように努めてください。

※ ショートステイを継続して利用することについて、妥当性の検証が必要です。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その4)

3. 利用者が退院後直接、ショートステイを利用したため居宅で面接ができなかった場合。

物理的に居宅で面接ができないため、「特段の事情」に該当すると考えます。
ただし、本人に施設で、必要に応じて家族に居宅訪問の上面接し、結果を記録してください。

※ショートステイから居宅に帰る際は、ケアプランの見直しをしてください。

4. 利用者が月途中で死亡した場合。

モニタリングの予定日前に死亡した場合は、「特段の事情」に該当すると考えます。
その旨の記録を残してください。(訪問予定日、死亡日)
また、家族やサービス事業所から、サービス実施状況について確認のうえ、記録をしてください。

5. 利用者がインフルエンザ等の感染症に罹患したため訪問できなかった場合。

原則的に、感染症罹患中は、病状・その他の状況把握が必要であることから、感染症は「特段の事情」に該当しません。

利用者の病状や家族状況等を電話やテレビ電話で把握した上で、訪問を翌月まで延期することが適当と判断される場合は、「特段の事情」に該当する理由と支援経過等を記録してください。

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
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その4)

6. 介護支援専門員がインフルエンザ等の感染症に罹患したため訪問できなかった場合。

①事業所内の別の介護支援専門員が代わりにモニタリングを実施してください。
②電話等で利用者の状態に変わりがないことを確認し、出勤が可能になったタイミングで早急にモニタリングを実施してください。
(つまり、翌月は2回訪問することも想定されます。)
なお、原則は介護支援専門員の事情により、利用者の居宅を訪問しないこと、利用者に面接しないことはできません。

7. 災害等の被害により、利用者が居宅を離れたため、居宅で面接ができなかった場合。

(1)利用者が近隣の避難所や近隣親戚宅、宿泊施設等、居宅以外の近隣地域に避難している場合。
避難先を「居宅」とみなしますので、避難先を訪問・面接し、その結果を記録してください。

(2)利用者が近隣病院・施設等に入院入所(ショートステイを含む。)の場合。
病院や入所先を訪問・面接し、その結果を記録してください。

(3)利用者が遠方に(サービス実施区域を越える。)避難・入院入所等しており、長期に居宅を離れる場合。
居宅介護支援事業所・介護サービス事業所の変更等も含め、検討が必要であると考えます。
避難先でサービスを利用しない場合は、「特段の事情」と考えますが、電話等により利用者の状況等を確認しておくようにしてください。
なお、この場合、利用者が再び居宅に戻るなどサービスを再開する必要が生じたときは、新たにケアプランを作成する際と同様に、アセスメント等を取り直す必要があります。
避難先でサービス提供を受ける場合であって、居宅介護支援事業所を変更しないときは、「特段の事情」に該当しません。
※災害のため、居宅に住めない状況時は、避難先を「居宅」とみなします。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その4)

8. 月途中から旅行等、利用者が不在のため、居宅で面接ができなかった場合。

基本的に、その月の予定は事前に把握し、事前に居宅訪問する必要があると考えます。

モニタリング予定日前に不在になった場合であって、かつ、利用者が月末まで居宅に戻らない場合、その予定を事前に把握できなかった正当な理由がある場合のみ「特段の事情」に当たると考えます。

この場合は、事前に把握できなかった理由を記録するとともに、サービス事業所から利用状況を確認するなど、モニタリングを行ってください。

9. その他

上記以外でも「特段の事情」に該当する場合もありますので、居宅介護支援経過に記録の上、高齢者あんしん課にご相談ください。

※居宅介護支援経過には、「特段の事情に該当すると介護支援専門員が判断した内容」を記録をし、その記録を元に、高齢者あんしん課に相談すること。

15. 居宅サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取

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。

ア　要介護認定を受けている利用者が法第28条第2項に規定する要介護更新認定を受けた場合。
イ　要介護認定を受けている利用者が法第29条第1項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合。

ポ イ ン ト(その1)

◆「やむを得ない理由がある場合」とは、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合や居宅サービス計画の変更から間もない場合で利用者の状態に大きな変化が見られない場合等が想定される。

◆サービス担当者会議の要点又は担当者への照会内容は、記録するとともに日向市が定める基準に基づき、5年間保存しなければならない。

◆居宅サービス計画の変更の必要がない場合も同様である。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その2)

＜各サービスを位置付ける際の留意点＞

医療系サービス	◆医療系サービスをケアプランに位置付ける場合は、主治の医師等の指示を確認しなければならない。 ◆利用者や家族から利用の希望があった場合は、利用者や家族より同意を得た上で主治の医師等の意見を求めるとともに、意見を踏まえて作成したケアプランについては主治の医師等に交付しなければならない。 ◆指示内容については記録に残しておくこと。
福祉用具貸与	◆サービス担当者会議において貸与を受ける必要性について検証し、ケアプランに必要な理由を記載すること。 ◆ケアプラン作成後は必要に応じて、随時、サービス担当者会議を開催し、継続して貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取すること。
特定福祉用具販売	◆その利用の妥当性を検討し、ケアプランに必要な理由を記載すること。

＜ケアプランが作成されていない場合の特定福祉用具販売及び住宅改修の利用について＞

特定福祉用具販売 住宅改修	◆特定福祉用具販売や住宅改修のみの利用であれば、ケアプラン作成は不要。 ◆特定福祉用具販売又は住宅改修が必要である理由を記した支給給申請書(理由書)を作成すること。 ※福祉用具貸与のみの利用の場合は、ケアプラン作成が必要。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その3)

◆介護支援専門員は、利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合など本号に掲げる場合には、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

◆ただし、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

◆なお、ここでいうやむを得ない理由がある場合とは、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合や居宅サービス計画の変更から間もない場合で利用者の状態に大きな変化が見られない場合等が想定される。

◆当該サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容については記録するとともに、当該記録は、5年間保存しなければならない。

◆また、前記の担当者からの意見により、居宅サービス計画の変更の必要がない場合においても、記録の記載及び保存について同様である。

16. 居宅サービス計画の変更

第3号から第12号までの規定は、第13号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。

ポ イ ン ト

◆介護支援専門員は、居宅サービス計画を変更する際には、原則として、基準第13条第3号から第12号までに規定された居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要である。

◆なお、利用者の希望による軽微な変更(例えば、サービス提供日時の変更等で、介護支援専門員が基準第13条第3号から第12号までに掲げる一連の業務を行う必要性がないと判断したもの)を行う場合には、この必要はないものとする。

◆ただし、この場合においても、介護支援専門員が、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であることは、同条第13号(12. 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等)に規定したとおりであるので、念のため申し添える。

17. 介護保険施設への紹介その他便宜の提供

介護支援専門員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。

ポ イ ン ト

◆介護支援専門員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設はそれぞれ医療機能等が異なることに鑑み、主治医の意見を参考にする、主治医に意見を求める等をして介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。

18. 介護保険施設の退所時における連携

介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行うものとする。

ポ イ ン ト

◆介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から居宅介護支援の依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅での生活における介護上の留意点等の情報を介護保険施設等の従業者から聴取する等の連携を図るとともに、居宅での生活を前提とした課題分析を行った上で居宅サービス計画を作成する等の援助を行うことが重要である。

18の2. 一定回数以上の訪問介護を居宅サービス計画に位置づける場合の市町村への届出

介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護(厚生労働大臣が定めるものに限る。以下この号において同じ。)を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。

ポ イ ン ト(その1)

◆当該月において作成又は変更(軽微な変更を除く)した居宅サービス計画のうち一定回数以上の訪問介護を位置付けたものについて、翌月の末日までに、利用者の保険者である市町村に届出をする必要がある。

◆一度、市町村が検証した居宅サービス計画の次回の届出は、1年後でよいものとされている。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その2)

＜厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護について＞

(1) 趣旨

訪問介護における生活援助中心型サービスについては、社会保障審議会介護給付費分科会における議論を踏まえ、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、通常の利用状況からかけ離れた利用回数となっているケアプランについて、市町村への届出を義務付け、そのケアプランについて、市町村が地域ケア会議の開催等により検証(※)を行うこととしている。

これは、生活援助中心型サービスについては必要以上のサービス提供を招きやすい構造的な課題があるという指摘がある一方で、利用者において、様々な事情を抱える場合もあることを踏まえて利用者の自立支援にとって、より良いサービスとするため、ケアマネジャーの視点だけではなく、多職種協働による検証を行い、必要に応じて、ケアプランの内容の是正を促すものである。

なお、平成30年度介護報酬改定では、訪問介護について、上記の取組のほか、身体介護に重点を置いて報酬を引き上げるとともに、外部のリハビリ専門職等と連携した取り組みの評価、身体介護として行う自立支援に資するような見守り援助の明確化により、自立支援・重度化防止に資するサービスの推進・評価をすることとしている。

※市町村の検証の仕方については、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体(以下、「関係者等」という。)により構成される会議等の他に、当該市町村の職員やリハビリテーション専門職を派遣する形で行うサービス担当者会議等での検証も可能である。

〔本市の考え方〕

モニタリングの際の高齢者あんしん課職員の同行やサービス担当者会議への出席により、訪問介護における生活援助中心型サービスの必要性を検証する。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その3)

(2)概要

介護支援専門員は、厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置づける場合に、その妥当性を検討し居宅サービス計画に記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。

◆届出の対象となる訪問介護の種類 生活援助中心型サービス
(身体1生活1など身体介護に引き続き生活援助が中心となるものは対象外)

◆届出の要否の基準となる回数(下表参照)
要介護度別の「全国平均利用回数+2標準偏差(2SD)(※)」を基準とする。
(※)全国での利用回数の標準偏差に2を乗じた回数

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

なお、本告示の適用期日は平成30年10月1日である。

◆『介護保険最新情報 Vol.652「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」の交付について』参照
https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou/detail-list?bun=020060090

◆日向市ウェブサイト掲載場所
ホーム>健康・医療・福祉>年金・保険>介護保険>訪問介護(生活援助中心型)の回数が多いケアプランの届出について

18の3. 市町村から求めがあった場合における当該指定居宅介護支援事業所の居宅サービス計画の妥当性の検討等

ポ イ ン ト(その1)

＜区分支給限度基準額及び訪問介護の利用割合が高いケアプランの届出＞

介護支援専門員は、その勤務する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指定居宅サービス等に係る居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費及び特例地域密着型介護サービス費(以下「サービス費」という。)の総額が居宅介護サービス費等区分支給限度基準額に占める割合及び訪問介護に係る居宅介護サービス費がサービス費の総額に占める割合が省令の規定により厚生労働大臣が定める基準に該当する場合であって、かつ、市町村からの求めがあった場合には、当該指定居宅介護支援事業所の居宅サービス計画の利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由等を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければなりません。

※厚生労働大臣が定める基準
⑴ 居宅サービス計画に位置づけられた指定居宅サービス等に係るサービス費の総額が介護保険法(平成9年法律第123号)第43条第2項に規定する居宅介護サービス費等区分支給限度基準額に占める割合　100分の70以上
⑵ 訪問介護に係る居宅介護サービス費がサービス費の総額に占める割合　100分の60以上

○『介護保険最新情報 Vol.1006「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第13条第18号の3に規定する厚生労働大臣が定める基準」の告示及び適用について』参照
https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou/detail-list?bun=020060090

19. 利用者が医療サービスの利用を希望した場合、主治の医師等の意見を聴取

介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

ポ イ ン ト(その1)

◆訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護(訪問看護サービスを利用する場合に限る。)及び看護小規模多機能型居宅介護(訪問看護サービスを利用する場合に限る。)については、主治の医師等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。

◆このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。

◆なお、交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。

◆また、ここで意見を求める「主治の医師等」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。

◆特に、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションについては、医療機関からの退院患者において、退院後のリハビリテーションの早期開始を推進する観点から、入院中の医療機関の医師による意見を踏まえて、速やかに医療サービスを含む居宅サービス計画を作成することが望ましい。

◆なお、医療サービス以外の指定居宅サービス等を居宅サービス計画に位置付ける場合にあって、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、介護支援専門員は、当該留意点を尊重して居宅介護支援を行うものとする。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その2)

＜確認方法の一例＞

◆医療機関への確認(受診時に同行等による主治医への聞き取り)

◆医療・介護連携情報共有連絡票【利用者の照会・相談等】
〔日向・東臼杵地域　入退院支援のためのコミュニケーションハンドブック(ver.3.0)〕

◆主治医意見書

※医師、歯科医師、薬剤師及び看護職員が居宅療養管理指導を行った場合は、居宅介護支援事業者に対し、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行うことが必須とされている。

＜確認内容＞

◆指示内容

◆指示期間　等
(※確認した内容は必ず居宅介護支援経過に記録を残すようにしてください。)

指定居宅療養管理指導の具体的取扱方針

指定居宅療養管理指導の具体的取扱方針については、居宅基準第89条の定めるところによるほか、次の点に留意するものとする。

① 医師又は歯科医師の行う指定居宅療養管理指導は、訪問診療等により常に利用者の病状及び心身の状況を把握し、計画的な医学的管理又は歯科医学的管理を行っている要介護者に対して行うものであり、サービスの提供状況に応じた指導又は助言が行えるよう日頃から居宅介護支援事業者又は居宅サービス事業者と連携を図ること。
② 指定居宅療養管理指導事業者は、要介護者にサービスを提供している事業者に対して、サービス担当者会議への参加や文書の交付等を通じ、必要に応じて迅速に指導又は助言を行うために、日頃からサービスの提供事業者や提供状況を把握するように努めること。
③ 指定居宅療養管理指導の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならず、緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合にあっても、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこととしたものである。
また、緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の3つの要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要である。
なお、居宅基準第92条の2第2項の規定に基づき、当該記録は、2年間保存しなければならない。
④ 薬剤師、歯科衛生士及び管理栄養士は、指定居宅療養管理指導を行った際には、速やかに、指定居宅療養管理指導を実施した要介護者等の氏名、実施日時、実施した居宅療養管理指導の要点及び担当者の氏名を記録すること。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その3)

＜医療保険の給付との調整について＞

要介護･要支援認定を受けている者については、居宅療養管理指導等に相当する診療報酬は原則として算定できない。(平成18年4月28日老老発第0428001号･保医発第0428001号)

＜通院が困難な利用者について＞

居宅療養管理指導費は、在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、定期的に訪問して指導等を行った場合の評価であり、継続的な指導等の必要のないものや通院が可能なものに対して安易に算定してはならない。

例えば、少なくとも独歩で家族･介助者等の助けを借りずに通院ができるものなどは、通院が容易であると考えられるため、居宅療養管理指導費は算定できない(やむを得ない事情がある場合を除く。)。

＜単一建物居住者の人数＞

居宅療養管理指導の利用者が居住する建築物のうち、同一月の利用者数を「単一建物居住者数の人数」という。単一建物居住者の人数は、同一月における以下の利用者の人数をいう。

ア　養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している利用者

イ　小規模多機能型居宅介護(宿泊サービスに限る。)、認知症対応型共同生活介護、複合型サービス(宿泊サービスに限る。)、介護予防小規模多機能型居宅介護(宿泊サービスに限る。)、介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている利用者

ただし、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、居宅療養管理指導費を算定する人数を、単一建物居住者の人数とみなすことができる。

また、1つの居宅に居宅療養管理指導費の対象となる同居する同一世帯の利用者が2人以上いる場合の居宅療養管理指導費は、利用者ごとに「単一建物居住者が1人の場合」を算定する。

さらに、居宅療養管理指導費について、当該建築物において当該事業所が居宅療養管理指導を行う利用者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該事業所が居宅療養管理指導を行う利用者が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物居住者が1人の場合」を算定する。

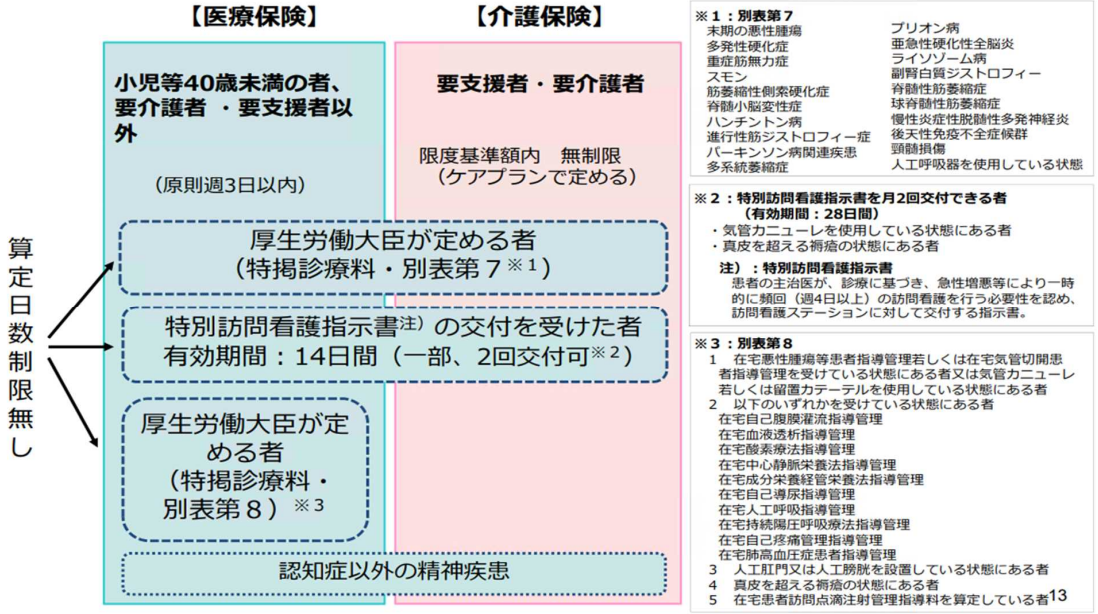
	医療保険での算定	診療報酬点数表の項目
医科診療報酬	要支援・要介護認定を受けている者については算定不可	・在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料※ ※　急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要な患者に限り、同一建物において同一日に2件以上医療保険から給付される訪問指導を行うか否かにより該当する区分を算定 ・在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・在宅患者訪問栄養食事指導料 ・在宅患者連携指導料
	同一月に医師による居宅療養管理指導費・介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合は算定不可	・診療情報提供料(Ⅰ)の注2（医療機関から市町村・居宅介護支援事業者等への情報提供）及び注3（医療機関から薬局への在宅患者訪問薬剤管理指導に係る情報提供）
歯科診療報酬	要支援・要介護認定を受けている者については算定不可	・訪問歯科衛生指導料 ・在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・在宅患者連携指導料
	同一月に歯科医師による居宅療養管理指導費・介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合は算定不可	・歯科疾患管理料 ・歯科特定疾患療養管理料 ・診療情報提供料(Ⅰ)の注2（上記注2と同じ）及び注6（障害者加算や歯科訪問診療料を算定している患者について、医療機関から居宅介護支援事業者等への情報提供） ・歯科疾患在宅療養管理料 ・在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料
調剤報酬	要支援・要介護認定を受けている者については算定不可	・在宅患者訪問薬剤管理指導料
	同一月に薬剤師による居宅療養管理指導費・介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合は算定不可	・薬剤服用歴管理指導料※ ・かかりつけ薬剤師指導料※ ・かかりつけ薬剤師包括管理料※ ※　薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には算定可 ・外来服薬支援料 ・服薬情報等提供料
	同一日に薬剤師による居宅療養管理指導費・介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合は算定不可	・在宅患者緊急時等共同指導料

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その4)

＜医療保険と介護保険の関係について(老企第36号第二の4⑹、⑱)＞

◆訪問看護の位置付けについて要介護認定を受けている利用者に対して訪問看護を提供する場合、介護保険の訪問看護を算定することが原則となるが、次の「厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する利用者に対しては、医療保険の訪問看護を位置付けなければならない。



※１：別表第７

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症
プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
頭髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

※２：特別訪問看護指示書を月2回交付できる者
（有効期間：28日間）

・気管カニューレを使用している状態にある者
・真皮を超える褥瘡の状態にある者

注）：特別訪問看護指示書
患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回（週4日以上）の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

※３：別表第８

1　在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2　以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
3　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4　真皮を超える褥瘡の状態にある者
5　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

＜難病医療費助成制度について＞

宮崎県ホームページ　トップ ＞ くらし･健康･福祉 ＞ 保健･健康づくり ＞ 疾病対策 ＞ 難病医療費助成制度 ＞ 難病医療費助成制度につい
https://www.pref.miyazaki.lg.jp/kenkozoshin/kurashi/hoken/20150702142615.html

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その5)

＜医療保険と介護保険の関係について(老企第36号第二の4⑹、⑱)＞

◆医療保険と介護保険のリハビリテーション同一疾患等について医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定した後、介護保険のリハビリテーションへ移行した日以降は、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

また、同一疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った月においては医療保険における各リハビリテーション医学料は算定できない。

ただし、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合は、医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定できる。

＜リハビリテーション事業者が行うリハビリテーション会議について＞

◆訪問リハビリテーション事業者又は通所リハビリテーション事業者については、訪問リハビリテーション計画又は通所リハビリテーション計画の作成のために、介護支援専門員や他のサービス担当者を交えて「リハビリテーション会議」を開催し、専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を共有するよう努めることとなっている。

※リハビリテーション会議の構成員は、利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、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、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とすること。また、必要に応じて歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士等が参加すること。

※当該事業者からリハビリテーション会議の出席を求められた際は、協力するようお願いします。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

19の2. 利用者が医療サービスの利用を希望した場合、その意見を求めた主治の医師等に、作成した居宅サービス計画を交付

前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

ポ イ ン ト

◆訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護(訪問看護サービスを利用する場合に限る。)及び看護小規模多機能型居宅介護(訪問看護サービスを利用する場合に限る。)については、主治の医師等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。
◆このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。
◆なお、交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。
◆また、ここで意見を求める「主治の医師等」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。
◆特に、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションについては、医療機関からの退院患者において、退院後のリハビリテーションの早期開始を推進する観点から、入院中の医療機関の医師による意見を踏まえて、速やかに医療サービスを含む居宅サービス計画を作成することが望ましい。
◆なお、医療サービス以外の指定居宅サービス等を居宅サービス計画に位置付ける場合にあって、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、介護支援専門員は、当該留意点を尊重して居宅介護支援を行うものとする。

20. 医療サービスは、主治の医師等の指示がある場合に限る

介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

ポ イ ン ト

NEW

＜ケアプラン作成に係る「主治の医師等」の明確化＞　※令和6年度介護報酬改定

退院後早期に介護保険のリハビリテーションを開始することを可能とする観点から、介護支援専門員が居宅サービス計画に通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションを位置付ける際に意見を求めることとされている「主治の医師等」に、入院中の医療機関の医師を含むことを明確化する。【通知改正】

◆『居宅介護支援の具体的取扱方針』に、以下の規定を追加する。※赤字が追記部分
＜指定居宅介護支援の具体的取扱方針＞

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等については、主治の医師等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については,意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。なお、交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。また、ここで意見を求める「主治の医師等」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。特に、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションについては、医療機関からの退院患者において、退院後のリハビリテーションの早期開始を推進する観点から、入院中の医療機関の医師による意見を踏まえて、速やかに医療サービスを含む居宅サービス計画を作成することが望ましい。（後略）

21. 短期入所生活介護及び短期入所療養介護を居宅サービス計画に位置づける場合の日数の上限

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

ポ イ ン ト(その1)

◆短期入所生活介護及び短期入所療養介護(以下「短期入所サービス」という。)は、利用者の自立した日常生活の維持のために利用されるものであり、指定居宅介護支援を行う介護支援専門員は、短期入所サービスを位置付ける居宅サービス計画の作成に当たって、利用者にとってこれらの居宅サービスが在宅生活の維持につながるように十分に留意しなければならないことを明確化したものである。
◆この場合において、短期入所サービスの利用日数に係る「要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えない」という目安については、居宅サービス計画の作成過程における個々の利用者の心身の状況やその置かれている環境等の適切な評価に基づき、在宅生活の維持のための必要性に応じて弾力的に運用することが可能であり、要介護認定の有効期間の半数の日数以内であるかについて機械的な運用を求めるものではない。
◆従って、利用者の心身の状況及び本人、家族等の意向に照らし、この目安を超えて短期入所サービスの利用が特に必要と認められる場合においては、これを上回る日数の短期入所サービスを居宅サービス計画に位置付けることも可能である。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その2)

＜介護保険短期入所サービス利用に係る理由書＞

【窓口】高齢者あんしん課　介護認定係

介護保険短期入所サービス利用に係る理由書

被保険者	フリガナ 氏名		被保険者番号
			要介護度
			認定有効期間
	生年月日	明・大・昭　年　月　日生	性別
	住所	〒 電話番号	
	家族構成	1 ひとり暮し世帯　2 夫婦のみ世帯　3 本人のみと子供（夫婦）の世帯 4 本人夫婦と子供(夫婦)の世帯　5 その他(　　)	
	認知症の有無	1 有（　重度 ・ 中度 ・ 軽度　）　2 無	
	施設の申込み状況	1 している。(申込施設名　　・　　) (申込年月日　令和　年　月　日) 2 していない。	
主介護者	氏名		年齢　歳　続柄
	同居・別居の別	1 同居　2 別居	
	(就労・心身・介護の状況等)		
生活の状況			
理由			

居宅介護支援事業者

所在所

名称　　℡

介護支援専門員氏名

要介護認定期間中の短期入所利用（予定）日数

要介護認定期間中の月	当月の短期入所利用予定日数	当月の短期入所利用日数	短期入所累積利用日数
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			
月			

利用（予定）する短期入所サービス事業者	

短期入所サービス以外に受けている居宅サービスの種類	（　週　・月　回）
	（　週　・月　回）
	（　週　・月　回）
	（　週　・月　回）
	（　週　・月　回）

※　表面の被保険者の「家族構成」と介護者の「同居・別居の別」を記載するときは、同じ敷地内で別々の家で生活している場合は、同一世帯（同居）として取り扱ってください。

[内容・資格]

短期入所サービスの利用が認定有効期間のおおむね半数を超えると判断される場合、若しくは認定有効期間のおおむね半数を超える見込みとなったときは、介護保険短期入所サービス利用に係る理由書を提出してください。

必要に応じ、特別養護老人ホームへの施設への申し込みをするなど必要な援助を行ってください。

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
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その3)

＜緊急時における短期入所生活介護の受入＞

◆利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が緊急に短期入所生活介護を受けることが必要と認めた者については、当該利用者及び短期入所生活事業所の利用者の処遇に支障がない場合に限り、短期入所生活介護において専用の居室以外の静養室での受入れが可能となる。

◆提供日数は7日間が限度
（日常生活上の世話を行う家族の疾病等、やむを得ない事情があるときは14日間まで）

＜緊急時における小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の短期利用＞

◆利用者の状態や家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急に利用することが必要と認めた者については、小規模多機能型居宅介護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所の登録者へのサービス提供に支障がないと当該事業所の介護支援専門員が認めた場合に限り、当該事業所での短期利用での受入れが可能となる。

◆利用期間は7日以内(日常生活上の世話を行う家族の疾病等、やむを得ない事情があるときは14日以内)

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その4)

＜通所介護事業所等における宿泊サービスについて＞【居宅サービス計画への反映】

◆宿泊サービスを提供する通所介護事業者等は、宿泊サービスが位置づけられた居宅サービス計画に沿って宿泊サービス計画書を作成し、利用者に対して宿泊サービスを提供する必要がある。

宿泊サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合においては、「指定通所介護事業所等の設備を利用し、夜間及び深夜に指定通所介護等以外のサービスを提供する場合の事業の人員、設備及び運営に関する指針について(平成27年4月30日老振発第0430第1号、老老発第0430第1号、老推発第0430第1号)」に基づき、宿泊サービスは、利用者の心身の状況若しくは利用者の家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由により、又は利用者家族の身体的及び精神的な負担の軽減等を図るために、一時的に居宅において日常生活を営むのに支障がある者を対象に、緊急時又は短期的な利用に限って提供されるものであることを踏まえ、十分にその必要性や宿泊の期間について検討してください。
適切なアセスメントを経たものでなければ、安易に居宅サービス計画に位置付けるものではないとされている。

◆宿泊サービスの利用状況をモニタリング等により適切に評価してください。

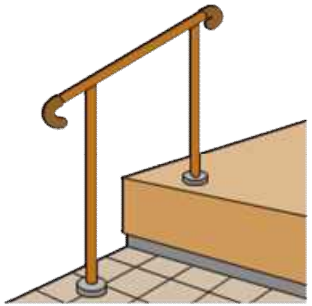
◆宿泊サービスを提供する通所介護事業者等は、介護支援専門員と連携し、利用者の心身の状況等の把握に努めなければならない。利用者の尊厳の保持及び安全確保の徹底を図るとともに、利用者の心身の状況等に応じた適切なサービスが提供されるように必要な支援を行ってください。

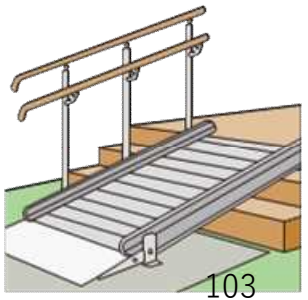
22. 福祉用具貸与の利用の妥当性を検討し、必要な理由を「居宅サービス計画」に記載

介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を居宅サービス計画に記載しなければならない。

23. 特定福祉用具販売の利用の妥当性を検討し、必要な理由を「居宅サービス計画」に記載

介護支援専門員は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。





指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

ポ イ ン ト(その1)

◆福祉用具貸与及び特定福祉用具販売については、その特性と利用者の心身の状況等を踏まえて、その必要性を十分に検討せずに選定した場合、利用者の自立支援は大きく阻害されるおそれがあることから、検討の過程を別途記録する必要がある。

このため、介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置付ける場合には、サービス担当者会議を開催し、当該計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

◆さらに、対象福祉用具(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)第199条第2号に定める対象福祉用具をいう。以下同じ。)を居宅サービス計画に位置づける場合には、福祉用具の適時適切な利用及び利用者の安全を確保する観点から、基準第13条第5号の規定に基づき、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることや、それぞれのメリット及びデメリット等、利用者の選択に資するよう、必要な情報を提供しなければならない。

◆なお、対象福祉用具の提案を行う際、利用者の心身の状況の確認に当たっては、利用者へのアセスメントの結果に加え、医師やリハビリテーション専門職等からの意見聴取、退院・退所前カンファレンス又はサービス担当者会議等の結果を踏まえることとし、医師の所見を取得する具体的な方法は、主治医意見書による方法のほか、診療情報提供書又は医師から所見を聴取する方法が考えられる。

◆なお、福祉用具貸与については、居宅サービス計画作成後必要に応じて、随時、サービス担当者会議を開催して、利用者が継続して福祉用具貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取するとともに検証し、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、その理由を再び居宅サービス計画に記載しなければならない。なお、対象福祉用具の場合については、福祉用具専門相談員によるモニタリングの結果も踏まえること。

居宅介護福祉用具購入の支給に関する事務の取り扱いの一部変更について

＜変更内容＞

(1)「福祉用具が必要な理由」欄は、右に示す記入要領のとおり、『サービス担当者会議の要点』もしくは『居宅介護支援経過』に記入してください。

(2)『サービス担当者会議の要点』もしくは『居宅介護支援経過』を添付資料として、提出してください。

『介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入事前審査依頼書兼福祉用具購入費支給申請書』の添付資料　記入要領
【令和６年４月22日　高齢者あんしん課　介護認定係】

第４表

サービス担当者会議の要点　　作成年月日　　年　　月　　日

利用者名　　殿　　居宅サービス計画作成者(担当者)氏名

添付資料

① 福祉用具購入の意向があった際に開催した「サービス担当者会議の要点」
もしくは「居宅介護支援経過」

② 【介護支援専門員が必要であると判断した場合。】介護支援専門員等が聴取した医師の所見
(例) 疾病その他の原因により、日によって又は時間帯によって、状態が変動しやすい場合。
疾病その他の原因により、状態が急激に悪化した場合。
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起きあがり等が困難である場合。

添付資料の記入要領

福祉用具購入の意向があった際に開催したサービス担当者会議の要点もしくは居宅介護支援経過に以下の内容を記入してください。

① 生活全般の解決すべき課題・ニーズ　(福祉用具が必要な理由)

② 福祉用具を活用する最も重視する目的　(自立支援・心身機能の維持・介護負担の軽減)

③ 福祉用具利用の目標
(**福祉用具(品目)**を使って**生活場面**の**何の動作**が**どの程度、可能になるか**を明記する。)

④ スロープ・歩行器・歩行補助つえ(福祉用具貸与か特定福祉用具販売の選択制)を購入する場合。
(上記①～③を明記した上で、**利用者の状態、環境の条件を考慮し、購入が望ましいと判断した理由**を明記する。)

軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付について（その1）

要支援1および要支援2、要介護1の認定者の福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト（つり具の部分を除く。）」および「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）」（以下「対象外種目」という。）に対しては、原則として算定できない。

また、尿のみを自動的に吸引する機能のもの以外の自動排泄処理装置については、要支援1および要支援2、要介護1の認定のある人に加え、要介護2および要介護3の認定のある人に対しては、原則として算定できない。

ただし、福祉用具利用者の状態像に応じて基本調査の直近の結果や主治の医師から得た情報をふまえた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って貸与の必要性を精査し、高齢者あんしん課への届出等によりその必要性が確認できた場合には、例外的に福祉用具貸与費の算定をすることができる。

※対象外種目の利用が想定されている状態像については表1〔P.104～P. 105〕を参照してください。

【参考文献：指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導および福祉用具貸与に係る部分）および指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）】

軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付について（その2）

＜算定の可否の判断基準＞

例外的な福祉用具貸与費の算定にあたり、基本調査の直近の結果が**表1〔P.104～P.105参照〕の状態像に該当しない場合**は以下の基準を満たしたうえで**高齢者あんしん課へ届出が必要**である。

1.下記のいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断されていること

●疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に表1〔P.104～P.105参照〕の状態像に該当する者

（例）パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象

●疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに表1〔P.104～P.105参照〕の状態像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

●疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から表1〔P.104～P.105参照〕の状態像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特に必要である旨が判断されていること

※基本調査の直近の結果が表1〔P.104～P.105参照〕の状態像に該当している場合は、届出は不要です。
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、必要性を精査し、判断してください。

軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付について(その3)

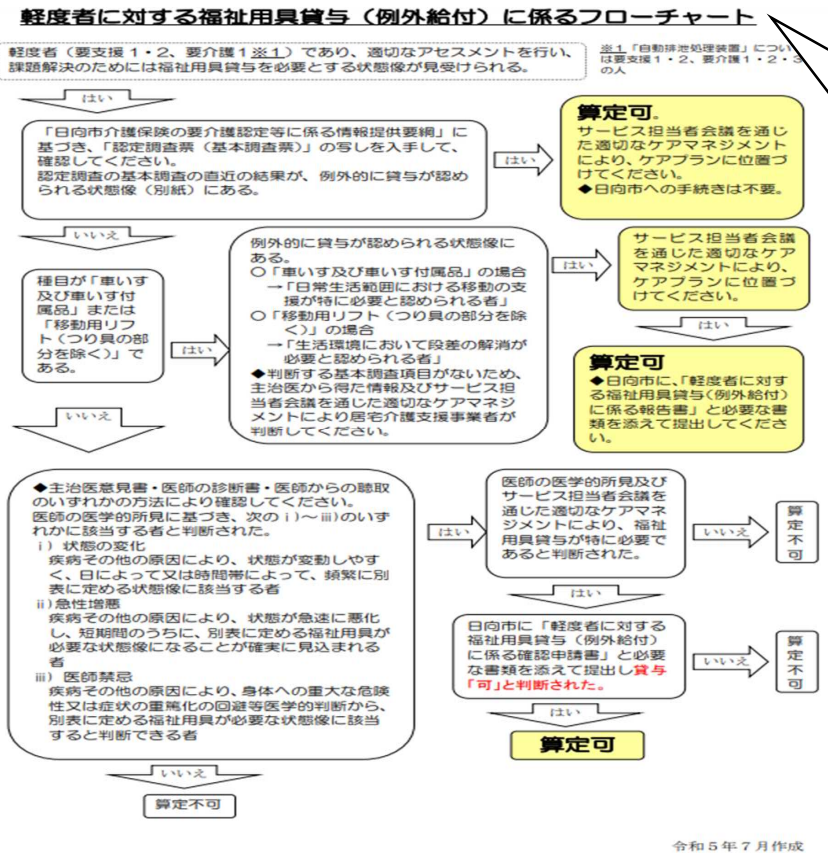
＜表1＞ 対象外種目	状態像		基本調査の直近の結果
ア 車いすおよび車いす付属品	いずれかに該当する者	(1)日常的に歩行が困難な者	基本調査1-7 歩行 「3.できない」
		(2)日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	アの(2)については、該当する基本調査結果がないため、主治の医師から得た情報および福祉用具専門相談員等が参加するサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより担当居宅介護(介護予防)支援事業者が判断します。(高齢者あんしん課への届出は不要。) ただし、(オ)移動用リフトのうち昇降座椅子の算定を検討する場合は、一度、高齢者あんしん課にご相談ください。
イ 特殊寝台および特殊寝台付属品	いずれかに該当する者	(1)日常的に起きあがりが困難な者	基本調査1-4 起き上がり 「3.できない」
		(2)日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 寝返り 「3.できない」
ウ 床ずれ防止用具および体位変換器	日常的に寝返りが困難な者		基本調査1-3 寝返り 「3.できない」
エ 認知症老人徘徊感知機器	(1)(2)いずれにも該当する者	(1)意見の伝達、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 意思の伝達 「1.調査対象者が意見を他者に伝達できる」以外 または 基本調査3-2 毎日の日課を理解 から3-7 場所の理解 のいずれか「2.できない」 または 基本調査3-8 徘徊 から4-15 話がまとまらない 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。
		(2)移動において全介助を必要としない者	基本調査2-2 移動 「4.全介助」以外

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付について(その3)

＜表1＞ 対象外種目	状態像		基本調査の直近の結果
オ　移動用リフト (つり具の部分を除く)	いずれかに該当する者	(1)日常的に立ちあがりが困難な者	基本調査1-8　立ち上がり「3.できない」
		(2)移乗が一部介助または全介助を必要とする者	基本調査2-1　移乗「3.一部介助」または「4.全介助」
		(3)生活環境において段差の解消が必要と認められる者	オの(3)については、該当する基本調査結果がないため、主治の医師から得た情報および福祉用具専門相談員等が参加する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担当居宅介護(介護予防)支援事業者が判断します。(高齢者あんしん課への届出は不要。) ただし、(オ)移動用リフトのうち昇降座椅子の算定を検討する場合は、一度、高齢者あんしん課にご相談ください。
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以外の自動排泄処理装置については、要支援1および要支援2、要介護1の認定のある人に加え、要介護2および要介護3の認定のある人についても届出が必要です。	(1)(2)いずれにも該当する者	(1)排便が全介助を必要とする者	基本調査2-6　排便「4.全介助」
		2)移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-1　移乗「4.全介助」

軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付について(その4)



※日向市のおける軽度者に対する福祉用具貸与の取り扱いについて(令和5年7月集団指導資料)を参照すること。

軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付について(その5)

＜軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の所見の聴取について＞

軽度者に対する福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与の例外的な給付については、すでにお知らせしたとおり、下記のⅰ)～ⅲ)の状態像にあてはまることが、医師の医学的な所見に基づき判断されていることが必要です。

そのため、高齢者あんしん課への確認申出時に必要な「医師の医学的な所見が確認できる書面」については、疾病名や福祉用具の必要性の記載だけでなく、医学的な所見が示されていることが求められます。

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３１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３１号のイに該当するに至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３１号のイに該当すると判断できる者

軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付について（その5）

＜軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の所見の聴取について＞

医師の所見の聴取のポイント

少なくとも、①疾病名を含む医学的な所見と②該当する状態（例 寝返りが困難、もしくは医学的に禁止されている等）を具体的に聴取し、その結果、③ⅰ）～ⅲ）〔P.107参照〕のどの状態像に該当するかについて、医師の明確な判断を得ることが必要です。

医師から文書での所見を得たものの，この3点が明記されておらず、客観的に，医師の所見によりⅰ）～ⅲ）にあてはまると判断されているといえない場合は、別途、主治の医師等に確認を行い、確認した内容を記録した「居宅介護支援経過記録」か「医療・介護連携情報共有連絡票」を添付資料としてください。

主治医意見書、診断書についても同様に、上記3点が明記されている場合に、添付資料とすることができます。

なお、記録にあたっては、聴取日時・聴取方法・医師氏名を明記し、それぞれの状態像について，次の参考例の網掛け部分が明確に読み取れるような記載を心がけてください。

軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付について(その5)

＜軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の所見の聴取について＞

【参考例】(※注)あくまで最低限の記載を示したものです。

①疾病名(　　)で、医学的な所見(　　)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　　の状態像に該当する者と判断できることを　年　月　日に、(病院名)　　(医師氏名)　　に、(方法)　　で意見を聴取した。

①疾病名(　　)で、医学的な所見(　　)のため、状態が急速に悪化し、短期間のうちに、②状態(　　)が困難な状態に至ることが確実に見込まれ、③　　の状態像に該当する者と判断できることを　年　月　日に、(病院名)　　(医師氏名)　　に、(方法)　　で意見を聴取した。

①疾病名(　　)で、医学的な所見(　　)ため、身体への重大な危険性又は症状の重篤化を回避するため、医学的な判断から②状態(　　)をすべきではなく、③　　の状態像に該当する者と判断できることを　年　月　日に、(病院名)　　(医師氏名)　　に、(方法)　　で意見を聴取した。

軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付について（その6）

＜軽度者に対する福祉用具貸与の適切な取扱いについて＞

◆要介護1の者に対する特殊寝台等の貸与については、その状態像から見て使用が想定しにくい福祉用具の種目については、例外給付の条件に当たらない場合であっても一連の手続きを行い、高齢者あんしん課が確認することで介護報酬を算定することが可能となっています。

◆「要介護認定結果が出ていない」、「更新認定結果が要介護1となった」等の理由だけで、自費による福祉用具貸与を行わないようにしてください。

◆自費による貸与を一律に制限するものではありませんが、福祉用具貸与については、その特性と利用者の心身の状況等を踏まえて、その必要性を十分に検討せずに選定した場合、利用者の自立支援は大きく阻害されることがあることから、自費による貸与の必要性や例外給付の対象となるかの検討を行うと共に利用者に対する十分な説明を行うようにしてください。

がん等の方への福祉用具貸与の取扱いについて（その7）

＜がん等の方に対する速やかな介護サービスの提供について（令和6年5月31日付事務連絡、厚生労働省）＞

がん等の方への福祉用具貸与の取扱いについては、以下の事務連絡『「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」（平成22年10月25日付事務連絡）』においてその取り扱いをお示ししていますが、指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費の算定について、以下の通り改めてお示ししますので、周知をお願いします。

◆支援者及び要介護1の者については、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」等の利用に際し、指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費が原則として算定できないこととなっています。

◆ただし、要支援者及び要介護1の者であっても、がんの急速な状態悪化等、疾病その他の原因により状態が急速に悪化し、短期間のうちに日常的に起きあがりや寝返り等が困難となることが確実に見込まれる者については、保険者の判断により指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費を算定することができます。

◆なお、こうした見込みについて、医師の医学的な所見（主治医意見書や医師の診断書等）に基づき判断され、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及び介護予防福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合には、保険者においても書面等により確認し、指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費を算定することの要否を判断してください（別添1及び2〔P.112〕参照）。

がん等の方への福祉用具貸与の取扱いについて(その7)

＜がん等の方に対する速やかな介護サービスの提供について(令和6年5月31日、厚生労働省)＞

（別添１）

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（抄）

平成１２年３月１日老企第３６号
厚生省老人保健福祉局企画課長通知
（最終改正 令和６年３月１５日）

９　福祉用具貸与費
（略）
（４）要介護一の者に係る指定福祉用具貸与費
① 算定の可否の判断基準
要介護一の者に係る指定福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト（つり具の部分を除く。）」及び「自動排泄処理装置」（以下「対象外種目」という。）に対しては、原則として算定できない。また、「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。）」については、要介護一の者に加え、要介護二及び要介護三の者に対しては、原則として算定できない。しかしながら利用者等告示第三十一号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者（要介護一の者をいう。ただし、自動排泄処理装置については、要介護一、要介護二及び要介護三の者をいう。以下（２）において同じ。）であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。
（略）
ウ　また、アにかかわらず、次の i)から iii)までのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、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である旨が判断されている場合にあっては、これらについて、市町村が書面等確実な方法により確認することにより、その要否を判断することができる。この場合において、当該医師の医学的な所見については、主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差し支えない。
（略）

（別添２）

「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の制定及び「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について（抄）

平成１８年３月１７日老計発第０３１７００１号
老振発第０３１７００１号
老老発第０３１７００１号
厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知
（最終改正 令和６年３月１５日）

（略）
１０　介護予防福祉用具貸与費
（略）
（２）要支援一又は要支援二の者に係る指定介護予防福祉用具貸与費
① 算定の可否の判断基準
要支援一又は要支援二の者（以下（２）において「軽度者」という。）に係る指定介護予防福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト（つり具の部分を除く。）」及び「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。）」（以下「対象外種目」という。）に対しては、原則として算定できない。
しかしながら利用者等告示第八十八号において準用する第三十一号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定介護予防福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。
（略）
ウ　また、アにかかわらず、次の i)から iii)までのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、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介護予防福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合にあっては、これらについて、市町村が書面等確実な方法により確認することにより、その要否を判断することができる。この場合において、当該医師の医学的な所見については、主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当職員が聴取した介護予防サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差し支えない。
（略）
ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに九十五号告示第七十九号において準用する第二十五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）
（略）

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入について（その8）

（1）概　要

利用者の安全を確保する観点から、一部の福祉用具について貸与と販売の選択制を導入する。具体的には、要介護度に関係なく給付が可能な福祉用具のうち、比較的廉価で、購入した方が利用者の負担が抑えられる者の割合が相対的に高い、固定用スロープ、歩行器（歩行車を除く）、単点杖（松葉づえを除く）及び多点杖を対象とする。【告示改正】

福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保する観点から、貸与と販売の選択制の導入に伴い、以下の対応を行う。

ア　選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員又は介護支援専門員（※）が、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることについて、利用者等に対し、メリット及びデメリットを含め十分説明を行うこととするとともに、利用者の選択に当たって必要な情報を提供すること及び医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ、提案を行うこととする。【省令改正、通知改正】

※ 介護支援専門員については、居宅介護支援及び介護予防支援の運営基準の解釈通知を改正。→**次頁参照**

イ　福祉用具貸与について、選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員が、利用開始後6月以内に少なくとも1回モニタリングを行い、貸与継続の必要性について検討を行うこととする。【省令改正】

ウ　特定福祉用具販売について、選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員が、特定福祉用具販売計画の作成後、当該計画における目標の達成状況を確認することとする。また、利用者等からの要請等に応じて、販売した福祉用具の使用状況を確認するよう努めるとともに、必要な場合は、使用方法の指導、修理等（メンテナンス）を行うよう努めることとする。【省令改正】

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
第13条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入について（その8）

【解釈通知】

●対象福祉用具を居宅サービス計画に位置づける場合には、福祉用具の適時適切な利用及び利用者の安全を確保する観点から、基準第 13 条第5号の規定に基づき、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることや、それぞれのメリット及びデメリット等、利用者の選択に資するよう、必要な情報を提供しなければならない。

●なお、対象福祉用具の提案を行う際、利用者の心身の状況の確認に当たっては、利用者へのアセスメントの結果に加え、医師やリハビリテーション専門職等からの意見聴取、退院・退所前カンファレンス又はサービス担当者会議等の結果を踏まえることとし、医師の所見を取得する具体的な方法は、主治医意見書による方法のほ か、診療情報提供書又は医師から所見を聴取する方法が考えられる。

●なお、福祉用具貸与については、居宅サービス計画作成後必要に応じて随時サービス担当者会議を開催して、利用者が継続して福祉用具貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取するとともに検証し、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、その理由を再び居宅サービス計画に記載しなければならない。なお、対象福祉用具の場合については、福祉用具専門相談員によるモニタリングの結果も踏まえること。

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入について（その8）

貸与と販売の選択に伴う判断体制・プロセス

〇選択制の対象福祉用具の提供に当たり、福祉用具専門相談員又は介護支援専門員は、利用者に対し、以下の対応を行う。

- 貸与と販売のいずれかを利用者が選択できることの説明
- 利用者の選択に当たって必要な情報の提供
- 医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ提案

貸与・販売後のモニタリングやメンテナンス等

＜貸与後＞ ※ 福祉用具専門相談員が実施

- 利用開始後少なくとも6月以内に一度モニタリングを実施し、貸与継続の必要性を検討

＜販売後＞

- 特定福祉用具販売計画の目標の達成状況を確認
- 利用者等からの要請等に応じて、福祉用具の使用状況を確認し、必要な場合は、使用方法の指導や修理等を行うよう努める。
- 商品不具合時の連絡先を情報提供

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入について（その8）

Q&A　介護保険最新情報Vol.1225「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）令和6年3月15日」

○ 特定福祉用具販売種目の再支給等について

（問98）特定福祉用具販売の種目は、どのような場合に再支給又は複数個支給できるのか。

（答）

居宅介護福祉用具購入費の支給が必要と認める場合については、介護保険法施行規則第70条第2項において「当該既に購入した特定福祉用具又は特定介護予防福祉用具が破損した場合、当該居宅要介護被保険者の介護の必要の程度が著しく高くなった場合その他特別の事情がある場合であって、市町村が当該申請に係る居宅介護の必要の程度が著しく高くなった場合その他特別の事情がある場合であって、市町村が当該申請に係る居宅介福祉用具購入費の支給が必要と認めるときは、この限りでない。」とされており、「その他特別な事情」とは、利用者の身体状況や生活環境等から必要と認められる場合の再支給のほか、ロフストランドクラッチやスロープのような種目の性質等から複数個の利用が想定される場合も含まれる。

○ 貸与と販売の選択制における令和6年4月1日（以下、「施行日」という）以前の利用者について

（問99）厚生労働大臣が定める特定福祉用具販売に係る特定福祉用具の種目及び厚生労働大臣が定める特定介護予防福祉用具販売に係る特定介護予防福祉用具の種目（平成11年厚生省告示第94号）第7項～第9項にそれぞれ掲げる「スロープ」「歩行器」「歩行補助つえ」（以下、「選択制の対象福祉用具」という）を施行日以前より貸与している利用者は、施行日以後に特定福祉用具販売を選択することができるのか。

（答）

貴見のとおりである。

なお、利用者が販売を希望する場合は福祉用具貸与事業者、特定福祉用具販売事業者、居宅介護支援事業者において適切に連携すること。

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入について（その8）

Q&A　介護保険最新情報Vol.1225「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）令和6年3月15日」

（問100）施行日以降より選択制の対象福祉用具の貸与を開始した利用者へのモニタリング時期はいつになるのか。

（答）
施行日以後に貸与を開始した利用者に対しては、利用開始時から6月以内に少なくとも1回モニタリングを実施することとしているが、施行日以前の利用者に対しては、利用者ごとに適時適切に実施すること。

○ 貸与と販売の提案に係る利用者の選択に資する情報提供について
（問101）福祉用具専門相談員又は介護支援専門員が提供する利用者の選択に当たって必要な情報とはどういったものが考えられるか。

（答）
利用者の選択に当たって必要な情報としては、
・利用者の身体状況の変化の見通しに関する医師やリハビリテーション専門職等から聴取した意見
・サービス担当者会議等における多職種による協議の結果を踏まえた生活環境等の変化や福祉用具の利用期間に関する見通し
・貸与と販売それぞれの利用者負担額の違い
・長期利用が見込まれる場合は販売の方が利用者負担額を抑えられること
・短期利用が見込まれる場合は適時適切な福祉用具に交換できる貸与が適していること
・国が示している福祉用具の平均的な利用月数（※）
等が考えられる。

※選択制の対象福祉用具の平均的な利用月数（出典：介護保険総合データベース）
・固定用スロープ：13.2ヶ月　・歩行器：11.0ヶ月　・単点杖：14.6ヶ月　・多点杖：14.3 ヶ月

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入について（その8）

Q&A　介護保険最新情報Vol.1225「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）令和6年3月15日」

○ 担当する介護支援専門員がいない利用者について

（問102）担当する介護支援専門員がいない利用者から福祉用具貸与事業所又は特定福祉用具販売事業所に選択制の対象福祉用具の利用について相談があった場合、どのような対応が考えられるのか。

（答）
相談を受けた福祉用具貸与事業所又は特定福祉用具販売事業所は、当該福祉用具は貸与と販売を選択できることを利用者に説明した上で、利用者の選択に必要な情報を収集するために、地域包括支援センター等と連携を図り対応することなどが考えられる。

○ 貸与と販売の選択に係る情報提供の記録方法について

（問103）福祉用具専門相談員は、利用者に貸与と販売の選択に資する適切な情報を提供したという事実を何に記録すればよいのか。

（答）
福祉用具貸与・販売計画又はモニタリングシート等に記録することが考えられる。

（問104）選択制の対象種目の販売後のメンテナンス等に係る費用は利用者が負担するのか。

（答）
販売後のメンテナンス等にかかる費用の取扱いについては、利用者と事業所の個別契約に基づき、決定されるものと考えている。

○ スロープの給付に係るサービス区分に係る判断基準ついて

（問105）スロープは、どのような基準に基づいて「福祉用具貸与」、「特定福祉用具販売」、「住宅改修」に区別し給付すればよいのか。

（答）
取り付けに際し、工事を伴う場合は住宅改修とし、工事を伴わない場合は福祉用具貸与又は特定福祉用具販売とする。

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入について（その8）

Q&A　介護保険最新情報Vol.1261「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.5）令和6年4月30日」

○ モニタリングの実施時期について

（問3）福祉用具貸与計画の実施状況の把握（モニタリング）を行う時期を記載することとされたが、計画に記載する事項として、モニタリングの実施を予定する年・月に加え、日付を記載する必要があるのか。

（答） 福祉用具貸与計画における次回のモニタリング実施時期については、例えば「何年何月頃」や「何月上旬」等の記載を想定しており、必ずしも確定的な日付を記載する必要はない。
一方で、利用者の身体状況やADLに著しい変化が見込まれる場合等、利用者の状況に応じて特定の日に実施する必要があると判断されるときは日付を記載することも考えられる。

（問4）福祉用具貸与計画に記載する実施状況の把握（モニタリング）の実施時期は、どのように検討すればよいのか。

（答）利用者の希望や置かれている環境、疾病、身体状況及びADLの変化等は個人により異なるものであるから、モニタリングの実施時期は利用者ごとに検討する必要がある。

○ 選択制の対象となる福祉用具の購入後の対応について

（問5）選択制の対象となる福祉用具を購入したのちに、修理不能の故障などにより新たに必要となった場合、特定福祉用具販売だけでなく福祉用具貸与を選択することは可能か？また、販売後に身体状況の変化等により、同じ種目の他の福祉用具を貸与することは可能か。

（答）いずれも可能である。なお、福祉用具の販売または貸与のいずれかを提案するに当たっては、利用者の身体の状況等を踏まえ、十分に検討し判断すること。

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入について（その8）

Q&A　介護保険最新情報Vol.1261「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.5）令和6年4月30日」

〇 医学的所見の取得について

（問6）理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のリハビリテーション専門職から医学的な所見を取得しようとする場合、利用者を担当している福祉用具貸与事業所にリハビリテーション専門職が所属していれば、その職員から医学的所見を取得することは可能か。また、利用者を担当している福祉用具専門相談員が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の資格を所持している場合は、当該福祉用具専門相談員の所見を持って医学的所見とすることは可能か。

（答）選択制の提案に必要な医学的所見の取得に当たっては、利用者の身体状況や生活環境等の変化の観点から、利用者の過去の病歴や身体状況等を把握している専門職から聴取することを想定しており、例えば、質問で挙げられている職員が、医師と連携のもと利用者の入院期間中にリハビリテーションを担当している場合や、利用者に訪問リハビリテーションも提供している場合等であれば可能である。

（問7）選択制の検討・提案に当たって医学的所見の取得に当たり、所見の取得方法や様式の指定はあるのか？

（答）聴取の方法や様式に特段の定めはない。

（問8）一度貸与を選択した利用者に対して、一定期間経過後に、再度貸与の継続または販売への移行を提案する場合において、改めて医師やリハビリテーション専門職から医学的所見を取得する必要があるのか？

（答）販売への移行を提案する場合においては、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれかから聴取した意見又は、退院・退所時カンファレンス又はサービス担当者会議といった多職種による協議の結果を踏まえる必要がある。貸与の継続に当たっては、必要に応じて聴取等をするものとして差し支えない。

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入について（その8）

Q&A　介護保険最新情報Vol.1261「令和6年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.5）令和6年4月30日」

〇 選択制の対象の販売品について

（問9）選択制対象福祉用具に関しての中古品の販売は可能か。

（答）
　今般の選択制の導入以前から特定福祉用具販売の対象になっている福祉用具は、再利用に心理的抵抗感が伴うものや、使用により形態・品質が変化するものであり、基本的には中古品の販売は想定していない。
　また、選択制の導入に伴い、「固定用スロープ」「歩行器」「単点杖」「多点杖」が新たに特定福祉用具販売の対象となったが、これらについても原則として新品の販売を想定している。
　これは、福祉用具貸与では中古品の貸出しも行われているところ、福祉用具貸与事業所によって定期的なメンテナンス等が実施され、過去の利用者の使用に係る劣化等の影響についても必要に応じて対応が行われる一方で、特定福祉用具販売では、販売後の定期的なメンテナンスが義務付けられていないこと等を踏まえたものである。

（問10）選択制の対象である福祉用具を貸与から販売に切り替える際、既に当該福祉用具の販売が終了していて新品を入手することが困難な場合は、同等品の新品を販売することで代えることは可能か。

（答）
　利用者等に説明を行い、同意を得れば可能である。

24. 介護認定審査会意見等の居宅サービス計画への反映

介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に、法第73条第2項に規定する認定審査会意見又は法第37 条第1項の規定による指定に係る居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類についての記載がある場合には、利用者にその趣旨（同項の規定による指定に係る居宅サービス又は地域密着型サービスの種類については、その変更の申請ができることを含む。）を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成しなければならない。

25. 要支援認定を受けた場合の指定介護予防支援事業者に対する情報提供等の連携

介護支援専門員は、要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合には、指定介護予防支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図るものとする。

26. 指定介護予防支援業務の受託に関する留意点

指定居宅介護支援事業者は、法第115条の23第3項の規定に基づき、指定介護予防支援事業者から指定介護予防介護支援の業務の委託を受けるに当たっては、その業務量等を勘案し、当該指定居宅介護支援事業者が行う指定居宅介護支援の業務が適正に実施できるよう配慮しなければならない。

27. 地域ケア会議への協力

指定居宅介護支援事業者は、法第115条の48第4項の規定に基づき、同条第1項に規定する会議から、同条第2項の検討を行うための資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

暫定ケアプランについて
P.128 ～ P.135

暫定ケアプランについて

(1)暫定ケアプランとは

要介護認定の申請(新規・変更・更新)後、要介護度が確定するまで介護保険サービスの利用が待てない緊急の状況の際に、遅延なく介護保険サービスが受けられるよう作成するケアプランのこと。

(2)暫定ケアプラン作成者

明らかに要介護・要支援者である場合を除いて、想定される要介護度に基づき、居宅介護支援事業所・地域包括支援センターが連携の上でどちらかの職員が作成する。

想定される 要介護度	暫定ケアプラン 担当者	認定結果	見直し後のケアプラン 担当者
要介護	居宅介護支援事業所	要支援	地域包括支援センター
要支援	地域包括支援センター	要介護	居宅介護支援事業所
要介護か要支援か 想定ができない	居宅介護支援事業所 地域包括支援センター	要介護	居宅介護支援事業所
		要支援	地域包括支援センター

暫定ケアプランについて

(3)作成の流れ

①利用者等から相談の受付

②暫定ケアプラン作成の必要性の判断

◆要介護度が確定前に暫定ケアプランでサービスを利用する必要があるか、的確にアセスメントし、判断すること。
◆サービス利用の必要があると判断できる場合は、その経過について居宅介護支援経過に記録する。

③利用者へ暫定ケアプランに基づくサービス利用の注意点を十分に説明し、理解を得る

◆要介護認定の結果、非該当や想定と異なる要介護度になった場合、暫定ケアプランに基づくサービス利用料の全部又は一部が10割負担となる可能性があること等を説明し、その経過について居宅介護支援経過に記録する。

④居宅介護支援事業所・地域包括支援センターとの連携開始

(1)想定と異なる認定結果になった場合にスムーズに引継ぎができるよう、居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターで情報共有する。
(2)アセスメントやサービス担当者会議を居宅介護支援事業所・地域包括支援センターと共同で行い、居宅介護支援経過に記録する。
※居宅介護支援事業所・地域包括支援センターが共同でアセスメントとサービス担当者会議を実施することが望ましいが、日程調整が難しい場合は、共同で実施できなくても差し支えない。
(3)利用者が医療サービスの利用を希望し、主治の医師等の意見を聴取する必要がある場合は、「居宅介護支援事業所」か「地域包括支援センター」のどちらが主治の医師等の意見を聴取するか協議を行い、入手した主治の医師等の意見についてはお互いに情報共有する。

※医療機関には、暫定ケアプランにより、サービスを利用開始することから、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターで主治の医師等の意見等は情報共有することを伝えてください。

暫定ケアプランについて

(3)作成の流れ(つづき①)

⑤居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターが、重要事項説明書・契約書・居宅介護支援秘密保持および個人情報についての同意書の説明・同意・交付を行う

※重要事項等について説明した場合は、居宅介護支援経過にその旨を記載すること。

※想定と異なる認定結果になった場合に、どちらかの重要事項説明書・契約書・居宅介護支援秘密保持および個人情報についての同意書は破棄をすること。

⑥「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」を高齢者あんしん課　介護認定係へ提出

※暫定ケアプランを利用してサービス提供を行う場合、基本的には暫定ケアプランで見込んでいる要介護度をもとに、サービス開始日までに届出を行ってください。

【要支援と見込んだ場合】 ①　介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書　(上記の届出書の左上余白に「暫定」と朱書きで記入したもの)
【要介護と見込んだ場合】 ②　居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書　　(上記の届出書の左上余白に「暫定」と朱書きで記入したもの)
【要支援か要介護かの予測が困難な場合】 ③　上記①・②の届出書　　(上記の届出書の左上余白に「暫定」と朱書きで記入したもの)

暫定ケアプランについて

(3)作成の流れ(つづき②)

⑦暫定ケアプラン原案の作成

◆想定される要介護度に基づき、居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターの職員がケアマネジメントの一連の業務を行い、暫定ケアプランを作成する。
◆(第1表)居宅サービス計画書の右上欄の「認定済・申請中」を申請中に〇をつけ、余白に「暫定ケアプラン」と記載する。
◆認定日、認定の有効期間、要介護等状態区分は未記入のままでよい。
※認定結果が想定と異なった場合でも利用者が継続利用できるよう、介護予防サービス・居宅サービスの両方の指定を受けているサービス事業所を暫定ケアプランに位置付ける必要がある。

⑧サービス担当者会議

◆想定される認定結果に基づき、認定結果が下りた後の対応も含めて話し合いをする。

⑨暫定ケアプランの説明・同意・交付

⑩サービス利用開始

◆また、やむを得ない理由及び訪問結果を居宅介護支援経過に記録する。
◆明らかに要介護・要支援者である場合を除き、月末までに認定結果が出ていない時は、居宅介護支援事業所・地域包括支援センターが日程を合わせて自宅を訪問し、モニタリングを行う。
◆なお、認定結果が要介護となり、居宅介護支援事業所がモニタリングを実施していない場合は、運営基準減算となるため留意すること。

暫定ケアプランについて

(3)作成の流れ(つづき③)

暫定(予防)ケアプランを「自己作成扱い」とし、保険者が給付管理を行う場合の取扱いについて

ホーム ＞ 健康･医療･福祉 ＞ 年金･保険 ＞ 介護保険 ＞ 暫定(予防)ケアプランを「自己作成扱い」とし、保険者が給付管理を行う場合の取扱いについて

暫定ケアプランに関する事務処理の流れと提出書類［令和５年１２月作成］

A：要支援の認定結果が出ると見込み、地域包括支援センターが暫定利用のためのケアマネジメントを行ったが、要介護の認定が出た場合。

（１）事務処理の流れ

	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	高齢者あんしん課　介護認定係
認定申請月	●暫定利用を希望する旨の相談を受ける。 ●認定前にサービスを利用する必要性があるか協議する。		
	●利用者の状態を確認し、「介護給付」か「予防給付」の見込みを立てる。 ●「要支援」と見込んで、地域包括支援センターがケアマネジメントを行う。		
		●介護予防サービスの暫定利用開始日までに、「介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書」[余白に「暫定」と記載する。]を、介護認定係に提出する。	●「介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書」を受理する。
サービス開始		●アセスメントを行い、暫定の「介護予防サービス・支援計画書」を作成し、サービス担当者会議を開催し、利用者に同意を得る。 ●暫定で介護予防サービス利用開始する。	
認定決定月		●認定結果を確認する。 ●認定の見込み違いが発生する。	
	●地域包括支援センターから担当を引き継ぐ。	●暫定の「介護予防サービス・支援計画書」に位置付けられた介護予防サービスを介護サービスに置き換えて、サービス提供票を作成し、サービス提供事業所に利用実績を確認する。 ●下記（２）②～⑤に示した提出書類を介護認定係に提出する。	●下記（２）②～⑤に示した提出書類を受理する。
翌月10日まで			●下記（２）②～⑤に示した提出書類を審査し、給付管理票を宮崎県国民健康保険団体連合会へ伝送する。

（２）提出書類・提出期限

●介護予防サービスの暫定利用開始日前

提出書類	提供期限
①　介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書 （上記①の届出書の左上余白に「暫定」と赤字で記入したもの）	介護予防サービスの暫定利用開始日前まで

●認定の見込み違いが発生後

提出書類	提供期限
②　介護保険に係る給付管理業務（自己作成扱い）依頼届兼給付管理票	原則、認定決定月末まで
③　暫定の介護予防サービス・支援計画書 [余白に「暫定」と記載する。] サービス担当者会議の記録	※認定の見込み違いの判明が月末で、サービス提供事業所に利用実績を確認することが困難な場合は、「認定の見込み違いの判明月の翌月５日まで」
④　サービス利用票・利用票別表 [余白に「暫定」と記載する。] （暫定利用で作成され、利用者の同意を得たもの）	
⑤　サービス提供票・提供票別表 （確定した要介護認定区分で作成し、サービス提供事業所の利用実績が確認できるもの）	

暫定ケアプランについて

(3)作成の流れ(つづき④)

暫定(予防)ケアプランを「自己作成扱い」とし、保険者が給付管理を行う場合の取扱いについて

ホーム ＞ 健康･医療･福祉 ＞ 年金･保険 ＞ 介護保険 ＞ 暫定(予防)ケアプランを「自己作成扱い」とし、保険者が給付管理を行う場合の取扱いについて

B：要介護の認定結果が出ると見込み、居宅介護支援事業所が暫定利用のためのケアマネジメントを行ったが、要支援の認定が出た場合。

（1）事務処理の流れ

	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	高齢者あんしん課　介護認定係
認定申請月	●暫定利用を希望する旨の相談を受ける。 ●認定前にサービスを利用する必要性があるか協議する。		
	●暫定利用希望者の状態を確認し、「介護給付」か「予防給付」の見込みを立てる。 ●「要介護」と見込んで、居宅介護支援事業所がケアマネジメントを行う。		
		●介護サービスの暫定利用開始日までに、「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」**【余白に「暫定」と記載する。】**を、介護認定係に提出する。	●「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」を受理する。
サービス開始		●アセスメントを行い、暫定の「居宅サービス計画書」を作成し、サービス担当者会議を開催し、利用者に同意を得る。 ●暫定で介護サービス利用開始する。	
認定決定月		●認定結果を確認する。 ●認定の見込み違いが発生する。	
	●居宅介護支援事業所から担当を引き継ぐ。	●暫定の「居宅サービス計画書」に位置付けられた介護サービスを介護予防サービスに置き換えて、サービス提供票を作成し、サービス提供事業所に利用実績を確認する。 ●下記（2）②～⑤に示した提出書類を介護認定係に提出する。	●下記（2）②～⑤に示した提出書類を受理する。
翌月10日まで			●下記（2）②～⑤に示した提出書類を審査し、給付管理票を宮崎県国民健康保険団体連合会へ伝送する。

（2）提出書類・提出期限

●介護予防サービスの暫定利用開始日前

提出書類	提供期限
①　居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書 （上記①の届出書の左上余白に「暫定」と赤字で記入したもの）	介護サービスの暫定利用開始日前まで

●認定の見込み違いが発生後

提出書類	提供期限
②　介護保険に係る給付管理業務（自己作成扱い）依頼届兼給付管理票	原則、認定決定月末まで
③　暫定利用の居宅サービス計画書**【余白に「暫定」と記載する。】**（サービス担当者会議の記録）	※認定の見込み違いの判明が月末で、サービス提供事業所に利用実績を確認することに困難な場合は、「認定の見込み違いの判明月の翌月５日まで」
④　サービス利用票・利用票別表**【余白に「暫定」と記載する。】**（暫定利用で作成され、利用者の同意を得たもの）	
⑤　サービス提供票・提供票別表（確定した要支援認定区分で作成し、サービス提供事業所の利用実績が確認できるもの）	

暫定ケアプランについて

（3）作成の流れ（つづき⑤）

暫定（予防）ケアプランを「自己作成扱い」とし、保険者が給付管理を行う場合の取扱いについて

ホーム ＞ 健康・医療・福祉 ＞ 年金・保険 ＞ 介護保険 ＞ 暫定（予防）ケアプランを「自己作成扱い」とし、保険者が給付管理を行う場合の取扱いについて

C：「要支援」・「要介護」のどちらの認定結果となるか見極めが困難な場合。
※あらかじめ、２通りの暫定利用のためのケアプランを作成しておくことで、「自己作成扱い」は発生しない。

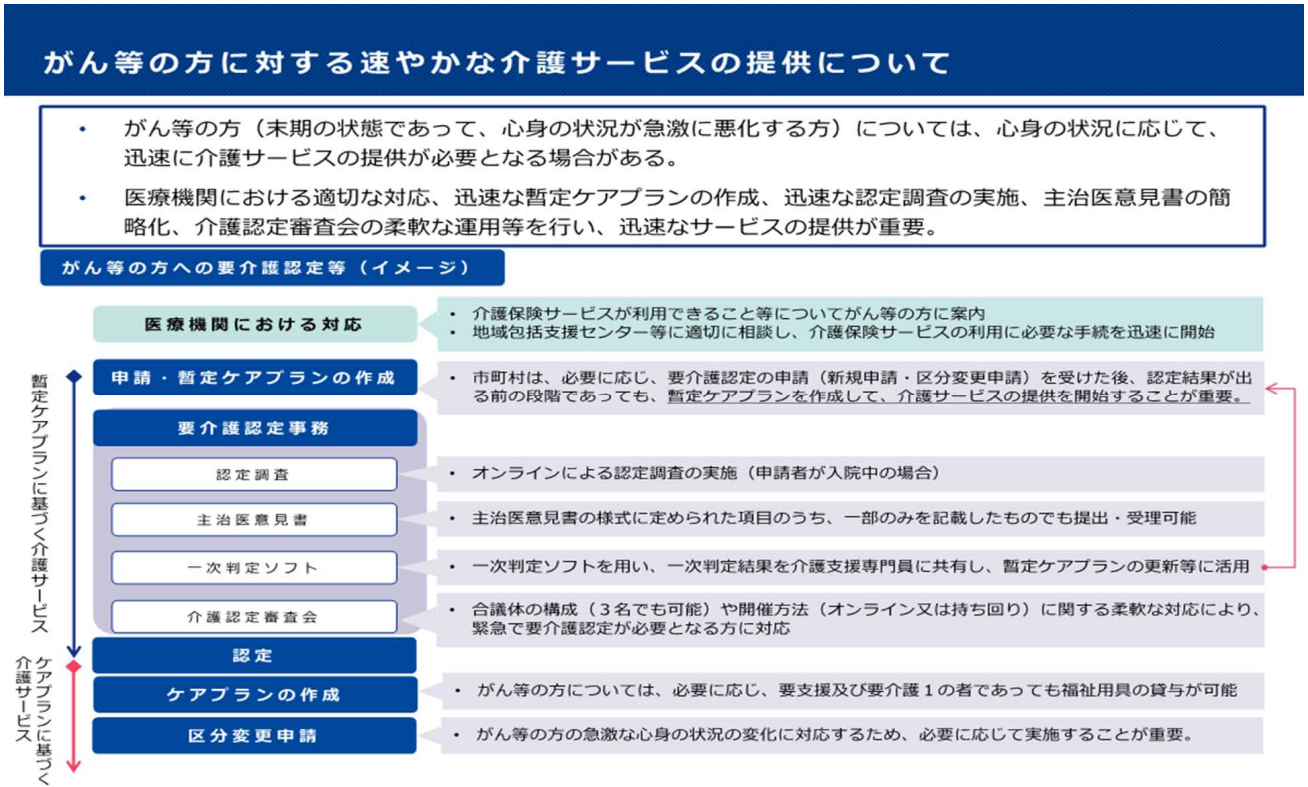
（１）事務処理の流れ

	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	高齢者あんしん課　介護認定係
認定申請月	●暫定利用を希望する旨の相談を受ける。 ●認定前にサービスを利用する必要性があるか協議する。		
	●暫定利用希望者の状態を確認した結果、見込みが困難なため、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所の両者がケアマネジメントを行う。		
	●介護予防サービスの暫定利用開始日までに、「介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書」**【余白に「暫定」と記載する。】**を、介護認定係に提出する。	●介護サービスの暫定利用開始日までに、「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」**【余白に「暫定」と記載する。】**を、介護認定係に提出する。	●地域包括支援センターから「介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書」を受理する。 ●居宅介護支援事業所から、「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」を受理する。
サービス開始	●アセスメントを行い、暫定の介護予防サービス・支援計画書を作成し、サービス担当者会議を開催し、利用者に同意を得る。	●アセスメントを行い、暫定の居宅サービス計画書を作成し、サービス担当者会議を開催し、利用者に同意を得る。	
	●暫定で、サービス利用開始する。		
認定決定月	●認定結果を確認する。 ●認定結果を、居宅介護支援事業所に情報提供する。	●地域包括支援センターから認定結果の情報を得る。	●介護認定係が、認定結果により、サービスの暫定利用開始日までに提出された「介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書」か「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」のどちらを採用するか確認する。
	●認定結果により、「介護予防サービス・支援計画書」か「居宅サービス計画書」のどちらかを本ケアプランに採用する。		
翌月10日まで	●認定結果により、認定申請月～認定決定月分の給付管理を行う。		

暫定ケアプランについて

(3)作成の流れ(つづき⑥)

＜がん等の方に対する速やかな介護サービスの提供について(令和6年5月31日付事務連絡、厚生労働省)＞



障がい福祉サービスとの併給について
P.137 ～ P.139

日向市障がい児・者の障がい福祉サービス等に関する支給決定基準

日向市では、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おける障がい福祉サービス、地域生活支援事業及び児童福祉法における障害児通所支援の支給決定等を公平かつ適正に行うため、支給における要否や支給量について、日向市障がい児・者の障がい福祉サービス等に関する支給決定基準を定めています。

◆ 日向市障がい児・者の障がい福祉サービス等に関する支給決定基準 ◆

https://www.hyugacity.jp/sp/tempimg/20231020143308.pdf

ホーム ＞ 健康・医療・福祉 ＞ 障がい福祉 ＞ 障がい福祉サービス ＞ 日向市障がい児・者の障がい福祉サービス等に関する支給決定基準

障がい福祉サービスとの併給について

「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自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」(障企発第0328002号、障障発第0328002号)に基づき行うものとし、在宅の障がい者で申請に係る障がい福祉サービスについて、市において適当と認める支給量が、当該障がい福祉サービスに相当する介護保険サービスに係る保険給付又は地域支援事業の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の制約から、介護保険の介護サービス計画書上において、介護保険サービスのみによって確保することができないものと認められる場合は、介護給付費等を支給することを可能とする。

なお、以下のサービスにあたっては次の点に留意すること。

併給する場合は、以下のすべてに該当すること。

居宅介護・重度居宅介護 〔介護保険サービス:訪問介護(ホームヘルプ)〕

(ア) 要介護認定が、**要介護4以上**であること。
(イ) **単身世帯**または**同居家族が介護できない状況**にあること。
(ウ) 介護保険サービスを利用しても、なお**障がい固有のニーズ(※)**に基づく特に必要と認められる支援が不足すること。

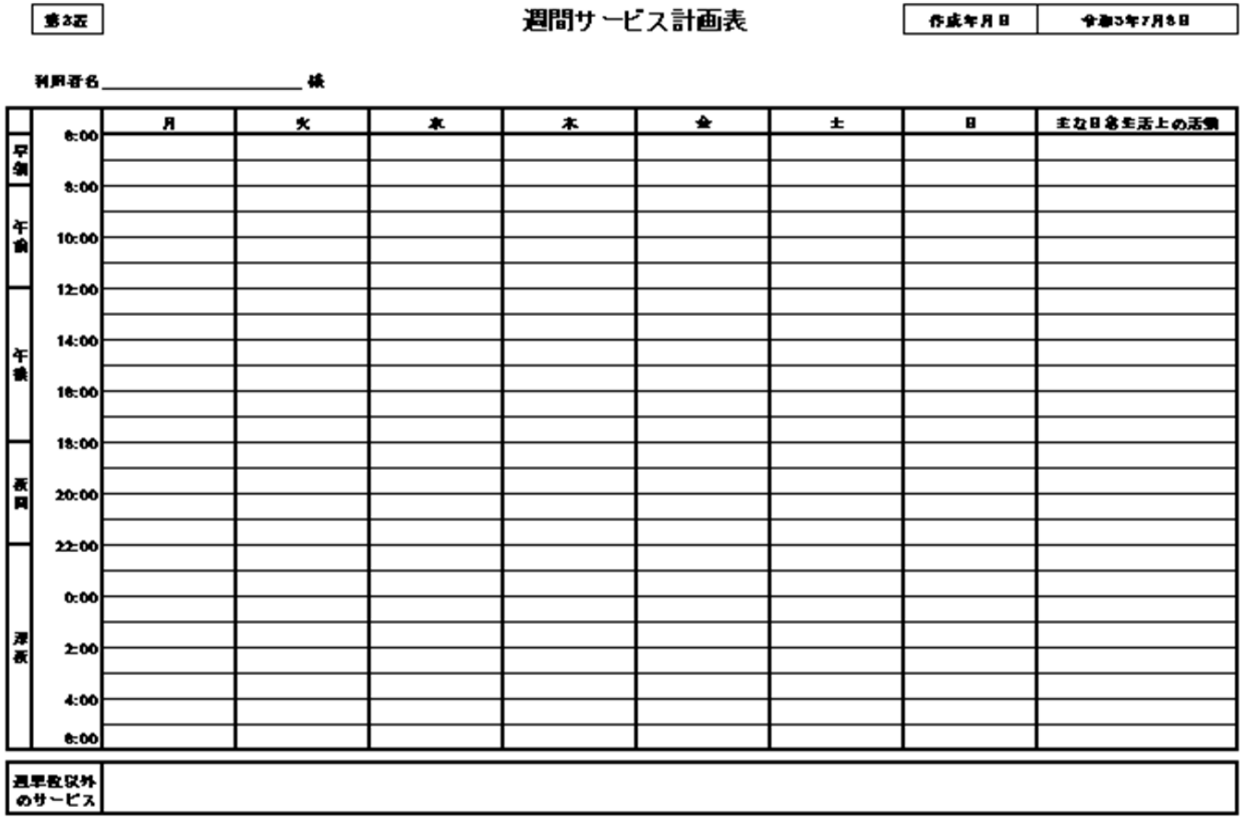
(※) 障がいに起因するもので、日常生活上、継続的な支援を必要とするものに対して支援を行うもの。
(例:身体障がいであれば、身体障害者手帳の交付要件の障がいに起因するもの)

障がい福祉サービスとの併給に関する事務手続き

提出書類	⑴ **基本情報** ⑵ **第1表　居宅サービス計画書〔原案〕** ⑶ **第2表　居宅サービス計画書〔原案〕** ⑷ **第3表　週間サービス計画表〔原案〕** ※　上乗せを必要とする障がい福祉サービスの種類と提供時間を手書きしたもの。 ⑸ **第5表　居宅介護支援経過** 〔提出を求める記録〕 ・　直近のモニタリング ・　利用者や介護者の意向 ・　サービス提供事業者の専門的見地から障がい福祉サービスとの併用の必要性 ⑹ **第6表　サービス利用票〔障がい福祉サービス併給前〕** ⑺ **第6表　サービス利用票〔原案〕** ※　上乗せを必要とする障がい福祉サービスの種類と提供時間を手書きしたもの。 **または、介護保険サービスと障がい福祉サービス併給の支給計画書** ※　様式については、次のページに掲載されている。
提出先	**福祉課　障がい者支援係**
協　議	**介護支援専門員・福祉課（障がい者支援係員）・高齢者あんしん課（介護認定係員）**の3者において、**障がい福祉サービスの併給の支援内容が妥当であるか**を、提出書類を元に**検討会議を開催**し、障がい福祉サービスの支給の可否を決定する。

障がい福祉サービスとの併給に関する事務手続き

＜住宅型有料老人ホーム入居者が障がい福祉サービスとの併給を希望する場合＞



様式2表

週間サービス計画表

作成年月日	令和3年7月8日

利用者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
早朝	6:00								
	8:00								
午前	10:00								
	12:00								
午後	14:00								
	16:00								
夜間	18:00								
	20:00								
深夜	22:00								
	0:00								
	2:00								
	4:00								
	6:00								

週単位以外のサービス	

主な日常生活上の活動の欄に、住宅型有料老人ホームが提案するサービス内容を記入する。（手書きで可）

●介護サービス
食事介助、排泄介助、入浴介助、
身辺介助（施設内の移動・着替え）、
通院介助　など

●生活サービス
居室清掃、リネン交換、洗濯、
居室配膳・下膳　など

●健康管理サービス
健康観察（食事量・排便・睡眠状況の記録を含む）、服薬支援　など

訪問介護における院内介助の取扱いについて

P.141 ～ P.145

訪問介護における院内介助の取扱いについて

訪問介護における院内介助については、「訪問介護における院内介助の取扱いについて」（平成22年4月28日厚生労働省老健局振興課事務連絡）において、「基本的には院内のスタッフにより対応されるべきものであるが、場合により算定対象となる」とされており（ただし、「通院等のための乗車又は降車が中心である場合」の院内介助については、「通院のための乗車又は降車介助」として包括して評価される。）、院内介助が認められる場合については、各保険者の判断となる旨、厚生労働省より示されています。

一部で、一切の介護報酬上の算定を拒否されているとの指摘がありますが、院内介助に対する介護給付費の算定の可否については、利用者の心身の状態や家族等の有無等置かれている状況が個々の事例ごとに異なることから、一律に判断することはできません。

こうした状況を踏まえ、日向市における院内介助の基本的な考え方を示しています。算定の可否を判断する際の参考としていただきますようお願いします。

訪問介護における院内介助の取扱いについて

1. 居宅介護支援事業所が行うべき対応

①院内介助の必要性について

病院等の医療機関における院内介助は、基本的には院内のスタッフにより対応されるべきとされています。

しかし、病院等が対応できない場合は、訪問介護員による院内介助が可能となります。
（適切なケアマネジメントにより、必要性が認められた利用者に限ります）

訪問介護員による院内介助を行う場合は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が病院スタッフによる院内の介助が得られないことを確認する必要があります。

なお、院内介助を含む通院介助について訪問介護を算定できるのは、通院等乗降介助として、目的地までの移動介助及び院内介助が、居宅において行われる目的地に行くための準備を含む一連のサービス行為として見なし得る場合であり、居宅以外において行われる公共交通機関への乗車、院内の介助などのサービス行為のみをもって訪問介護を算定することはできない点に注意してください。

訪問介護における院内介助の取扱いについて

【家族や病院等のスタッフへの確認内容、支援経過記録等への記載内容について】

(1)院内介助の必要性について検討

①家族等が付き添いできない理由
②必要と考えられる具体的なサービス内容(例:排泄介助、院内の移動介助など)
③病院等のスタッフ等による対応ができないことを確認した記録
・記録する内容:いつ、誰に、確認した内容
・確認の方法　:口頭、電話、FAX等

※院内介助が必要と判断した後も、利用者の状態が変わった等、状況に変化が生じた際には、院内介助の必要性も再確認が必要です。

(2)サービス担当者会議での協議

院内介助の必要性について検討した内容をサービス担当者会議で話し合い、具体的な内容(必要性、医療機関への確認内容、必要な援助等)を(第4表)サービス担当者会議の要点に記録します。
(医療機関への確認内容は、居宅介護支援経過に記録することも可能)

訪問介護における院内介助の取扱いについて

②居宅サービス計画への記載

訪問介護員による通院介助及び院内介助が必要な場合は、居宅サービス計画において、「適切なアセスメントに基づく利用者の心身の状況から院内介助が必要である旨とその理由（歩行・移動能力、認知能力その他心身の状態）を記載し、その必要性を位置付ける必要があります。

③訪問介護事業所が行った通院及び院内介助の内容の確認

毎月のサービス提供票による実績報告時に訪問介護事業所の通院介助や院内介助の状況（内容及びサービス提供時間等）について、報酬算定に問題がないかを確認してください。

訪問介護における院内介助の取扱いについて

2. 院内介助に係る援助内容について

院内介助として訪問介護員が行うべき援助の例と報酬算定の対象の有無については、下表を参考にしてください。

（参考）

援助内容等	報酬対象	備考
① 院内移動	○	
② 診察（リハビリ・検査等）待ち時間	△	※1・2
③ トイレ介助・おむつ交換	○	
④ 診察（リハビリ・検査等・診察室における行為を含む）	×	※3
⑤ 会計等待ち時間	△	※1・2

※1	一般的には、院内において訪問介護員が直接利用者に接していない時間や見守り的援助を行っていない「待ち時間」（②④⑤）は原則対象外。
※2	重度の認知症等により徘徊等で常時見守りが必要、または1人で椅子に座ることができず、常時支え等が必要という利用者については、状況により④以外全て対象となることもある。
※3	④については、報酬算定の対象外。ただし、これは報酬算定ができないということであり、訪問介護員の介助を禁止しているものではない。

同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取り扱いについて

P.147 ～ P.150

同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取り扱いについて

(1)制度上の整理(一部抜粋)

【介護保険法施行規則第5条】

法第8条第2項の厚生労働省令で定める日常生活上の世話は、入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事(居宅要介護者(同項に規定する居宅要介護者をいう。以下同じ。)が**単身の世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、これらの者が自ら行うことが困難な家事**であって、居宅要介護者の日常生活上必要なものとする。第17条の2及び第17条の5において同じ。)、生活等に関する相談及び助言その他の居宅要介護者に必要な日常生活上の世話とする。

同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取り扱いについて

(2)「障がい・疾病その他やむを得ない理由」の考え方

同居家族等が以下の状況にある場合、居宅サービス計画・訪問介護計画に位置づけ、サービス担当者会議で最終的な判断をしたうえで、サービス提供することができます。

この場合も、**同居家族等がいる場合は生活援助費を算定することはできないという原則を利用者・同居家族等に十分説明・理解していただいたうえで、利用者・同居家族等のできるところ、できないところをきちんとアセスメント**してください。

利用者・同居家族等のできるところを引き出し、そのうえでどうしてもできない部分をサポートしていくという考え方でサービス決定してください。

※同居家族が家事ができない(したことがない)、忙しい、苦手だ、遠慮があって頼みにくいというのは該当しません。
※同居家族が不在の時間帯に行われなければ、日常生活に大きな支障が生じる場合は、同居家族の就労の状況や休日の状況などを聞き取り、適切なケアマネジメントにおいて判断してください。

(1)障がい	◆同居家族等が障がい(身体・知的・精神)を有し、家事をすることが不可能である場合。 (単に障害者手帳の有無だけで判断するのではなく、障がいを理由として、家事が可能か否か判断することが必要です。)
(2)疾　病	◆同居家族等が疾病のため、家事をすることが不可能である場合。 (この場合、慢性的な疾患か、一時的な疾患かにより「やむを得ない」と判断する期間が違ってきます。)
(3)その他	◆同居家族等が、要介護認定または要支援認定を受けていて、利用者に関する家事が困難な状況にある。(注1) ※注1　この場合も、夫婦のどちらかが要介護(要支援)の場合、高齢者世帯というだけで生活援助費の算定はできません。 ◆同居家族等との家族関係に極めて深刻な問題(介護放棄・虐待等)があり、援助が期待できない。 ◆同居家族等が就労等で、長時間にわたり日中不在で事実上日中独居であり、利用者に関する家事が困難な状況で、サービスが提供されなければ本人の健康状態が損なわれるような状況にある。(注2) ※注2　同居家族が夜間及び休日において対応すればいいことであれば、援助の対象になりません。

同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取り扱いについて

（3）同居とは（同居の判断）

①同一家屋であること

②玄関、居室、台所、浴室等が独立でないこと

③玄関、居室、台所、浴室等が独立していても室内階段、室内扉でつながっていること

④同一敷地内に家族等が居住しており、家事の日常生活上の世話を行っていること（※）

（※例えば、日中の生活時間帯にどちらかの住居で過ごしているなど、多くの時間を共にしているのであれば「同居」とみなします。）

同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取り扱いについて

（4）同居家族等がいる場合の生活援助を位置づける手順

① 本人ができるかできないか	◆本人ができることは訪問介護における生活援助の提供はできません。
② 日常生活における必要最低限なサービスか	◆生活援助を利用しなければ、利用者の生活が維持できないか、生活援助を利用することが最適かどうか。 ◆保険外のサービスも含めて、本人が日常生活を営む上で必要な支援の内容・回数・時間を検討します。
③ 同居家族等ができるかできないか	◆本人ができない場合、同居家族等の状況を判断します。 ◆前述の「障がい、疾病その他やむを得ない理由」の考え方に該当するかどうかを判断します。（同居家族等が休日等に家事をできる場合は、生活援助を提供することができません。）
④ 別居家族等からの支援の検討	◆別居家族等からの支援が得られないか検討します。 ◆支援が得られる場合には、その範囲を位置づけます。
⑤ サービス担当者会議等による専門的意見の聴取等	◆サービス担当者会議等で主治医・訪問介護事業所等からの専門的意見を聴取します。
⑥ サービス内容の決定	◆①～⑤の手順により、サービス内容を決定します。

介護保険福祉用具貸与における
同一品目の複数貸与の取り扱いについて

P.152 ～ P.154

介護保険福祉用具貸与における同一品目の複数貸与の取り扱いについて

(1)複数の福祉用具を貸与する場合の考え方

NEW

福祉用具の同一品目複数貸与は、利用者の自立支援を阻害するおそれがないか、住宅改修での対応の可否等、総合的な角度からアセスメントを行ったうえで、真に必要な場合に限りケアプランに位置づけるものです。

居宅サービス計画に、福祉用具の同一品目の複数貸与を位置づける際は、その必要性が分かるアセスメントの結果を残し、サービス担当者会議でその必要性について精査し、利用者の了承を得てください。

※居宅サービス計画書には、同一品目を複数貸与する必要性について明確に記載してください。
また、サービス担当者会議の検討内容として、同一品目を複数貸与する必要性について精査した内容を居宅介護支援経過き記載してください。
※ただし、**上表の「複数貸与が必要と想定される理由」以外で介護給付により同一品目を複数貸与する場合**は、**高齢者あんしん課へ事前にお問い合わせ**ください。

〔事前問い合わせを行う場合〕
直近の利用者の心身の状況や介護者の状況が分かる資料と介護支援専門員が複数貸与が必要と判断した内容をまとめた居宅介護支援経過を準備してください。

介護保険福祉用具貸与における同一品目の複数貸与の取り扱いについて

（2）福祉用具が複数貸与と想定される理由

	品　目	複数貸与が必要と想定される理由
①	車いす	◆本人又は介護者ではタイヤ等のふき取りや持ち運びが困難であり、屋内外で併用できない場合。 ◆住環境により屋外用と屋内用でサイズ変更が必要な場合。
②	車いす付属品	◆上記理由により、付属品についても複数貸与がある場合。
③	特殊寝台	◆想定されない。
④	特殊寝台付属品	◆用具の機能を確保するため必要な場合（サイドレール1組では落下の危険性がある等）。
⑤	床ずれ防止用具	◆想定されない。
⑥	体位変換器	◆利用者の日常生活範囲において必要な場合。
⑦	手すり	◆利用者の日常生活範囲において必要な場合。
⑧	スロープ	◆利用者の日常生活範囲において必要な場合。

介護保険福祉用具貸与における同一品目の複数貸与の取り扱いについて

（2）福祉用具が複数貸与と想定される理由（つづき）

	品　目	複数貸与が必要と想定される理由
⑨	歩行器	◆本人又は介護者ではタイヤ等のふき取りや持ち運びが困難であり、屋内外で併用できない場合。 ◆住環境により屋外用と屋内用でサイズの変更が必要な場合。
⑩	歩行補助つえ	◆本人や介護者がつえの拭き取りや持ち運びをすることが困難であるため、屋外用と屋内用で併用できない場合。 ◆用具の機能を確保するための場合。 （つえが二本あれば歩行が安定するなど）
⑪	認知症老人徘徊感知器	◆利用者の安全確保に必要な数。
⑫	移動用リフト	◆想定されない。
⑬	自動排せつ処理装置	◆想定されない。