

ケアプランチェックマニュアル

平成21年3月

和歌山県福祉保健部福祉保健政策局長寿社会課

はじめに

平成12年度に介護保険制度が創設されて以来、県内の要介護認定者数並びにサービス利用者数は年々増加しており、今後の高齢者人口の増加により、要介護認定者数、サービス利用者数はさらなる増加が見込まれます。

このような中、厚生労働省では、「介護給付の適正化」を大きな課題としており、本県においても、平成20年3月に、給付適正化の考え方や目標等を定めた「和歌山県介護給付適正化計画」を策定しました。

この計画での主要課題の一つである「ケアマネジメントの適切化」を実現するため作成したのが、「ケアプランチェックマニュアル」です。

ケアプランは、介護保険サービス提供の要であり、利用者が望む暮らしを続けていけるかどうかは、ケアプランの内容に大きく左右されます。

そのケアプランの内容が、利用者の自立支援に資する適切なものになっているかを市町村が確認し、また、介護支援専門員自身にも再認識していただくために、「ケアプランチェックマニュアル」を作成しました。

今回作成した「ケアプランチェックマニュアル」は、これで内容が確定したものではありません。平成21年度にはモデル事業を実施し、マニュアルの有効性を検証する予定としています。また、平成21年4月の改正内容等を反映させ、各サービスをケアプランに位置づける際の注意点についても、今後、マニュアルに記載していきたいと考えています。

さらに、各市町村で実際にチェックを行っていただいた結果、内容の修正が必要なことも生じられると思われます。このマニュアルが、より効果的なものとなるよう、市町村の皆様には、様々な意見をいただければと考えています。

最後に、本マニュアル作成にあたり、「ケアプランチェックマニュアル作成委員」としてご協力いただいた、市町村、地域包括支援センター、介護支援専門員協会、振興局健康福祉部保健福祉課の代表の方々に心から感謝いたします。

平成21年3月

和歌山県福祉保健部福祉保健政策局長寿社会課

目 次

1	「ケアプランチェックマニュアル」作成の目的	1
2	ケアマネジメントのプロセスとケアプラン作成の意義	1
3	ケアプランチェック実施にあたっての基本姿勢	2
4	ケアプランチェックの実施方法	3
5	ケアプランチェック表	7
	第1表 居宅サービス計画書（1）	10
	第2表 居宅サービス計画書（2）	12
	第3表 週間サービス計画表	16
	第4表 サービス担当者会議の要点	18
	第5表 居宅介護支援経過	22
	第6表 サービス利用票（兼居宅サービス計画）	24
	第7表 サービス利用票別表	26
	アセスメント表	28
6	各種様式	36
	事例概要書	37
	ケアプランチェックシート	38
7	自己プランチェックについて	42
参考資料		
	○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	52
	○指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について	52
	○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	61
	○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	62

1 「ケアプランチェックマニュアル」作成の目的

ケアプランはサービス提供の要であり、「利用者の自立支援のために必要なサービス」を提供する必要があります。しかし実際には、利用者の自立支援を阻害するような不適切なケアプランも見受けられ、また、各市町村（保険者）においては、どのようなケアプランが作成されているのか実態を把握できていない、という状況があります。

県では、各市町村がケアプランの内容を確認する、いわゆる「ケアプランチェック」を行うことが、「ケアマネジメントの適切化」の第一歩と考えています。

しかし、市町村が「ケアプランチェック」を独自に行うことは人的にも難しく、またチェックを行うには専門的知識が必要となることから、チェック内容や方法を記載した「ケアプランチェックマニュアル」を県が作成することとしました。

このマニュアルでは、「ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ、自立支援に資する適切なものとなっているか」を、介護支援専門員とともに確認していくこととしています。

介護支援専門員自身が、「より良いケアプランとは何か」「より良いケアプラン作成のためにはどのようなことが必要か」に気づくことが、ケアプランの質の向上に繋がり、ひいては給付適正化に繋がるものと考えています。

このマニュアルを活用することで市町村における「ケアプランチェック」が効果的に行われるとともに、介護支援専門員にも自己点検の方法の一つとして活用していただきたいと思います。

2 ケアマネジメントのプロセスとケアプラン作成の意義

ケアマネジメントとは、利用者自身の心身の状況を把握し、「利用者が有する能力に応じて自立した日常生活を営む」ためには、どのようなことが問題となっており、それを解決するためにはどのような支援が必要かを分析し、利用者のニーズにあった保健・医療・福祉サービスを提供するための調整を行う援助方法であり、具体的には、下記の手順により行われます。

① 課題分析（アセスメント）

サービス利用者である要介護者等に面接を行い、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を明らかにする。

② ケアプラン原案の作成

課題分析で明らかにされたニーズを解決するための目標を設定し、ケアプラン原案を作成する。

③ サービス担当者会議の開催

ケアプラン原案に組み込まれた各種サービスの提供事業者、サービス利用者及び家族とともに、ケアプラン原案の内容を確認する。

④ ケアプランの確定と利用者による承認

サービス担当者会議の内容に基づき、必要であればケアプランを修正し、利用者及び家族の同意を得る。

⑤ サービスの実施

ケアプランに基づき、サービス提供事業者はサービスを提供する。

⑥ モニタリングの実施と再アセスメント、ケアプランの評価・見直し

サービスの実施による効果把握やサービスの評価を行い、再アセスメントを行う。必要であればケアプランの見直しを行う。

アセスメントの結果導き出された課題を解決し、利用者が望む生活に近づくための具体的で効果的な支援方法や利用者が目指す目標を記した「総合的な計画」が「ケアプラン」です。

本マニュアルでは、この手順を踏まえた上で、適切なケアプランが作成されているかのチェックを行います。

3 ケアプランチェック実施にあたっての基本姿勢

ケアプランチェックの実施にあたっては、下記の基本姿勢に留意して下さい。

① ケアプランチェックの実施目的

ケアマネジメントのプロセスを踏まえ「利用者本位の自立支援につながる」ケアプランが作成できているかを介護支援専門員とともに確認し、本来のケアマネジメントとは何かを介護支援専門員に再認識してもらうことで、より良いケアプランが作成されることを目指します。

あわせて、適切な給付請求が行われているかを確認し、給付費の適正化を目指します。

② ケアプランチェック実施にあたっての留意点

○ ケアプランの質向上を第一目的とし、報酬返還等給付費削減のみを目的とするものではありません。

○ 介護支援専門員自身を否定するのではなく、「ケアプラン作成にあたり何が課題となっているか」を、介護支援専門員と共に考え理解するというスタンスで取り組みます。

そのためには、「ケアプランとは、本来どのような視点で何を記載すべきものか」を点検者も十分理解した上でチェックを行いましょ。

○ チェックの結果、報酬返還の必要が生じた場合、基本的には介護支援専門員自身の判断で対応を行うこととします。

ただし、明らかな基準違反や悪質な場合については、市町村の判断で指導に切り替えることも可能とします。

4 ケアプランチェックの実施方法

ケアプランチェックのおおまかな流れは、ケアプランの回収→事前点検→介護支援専門員との面接・確認→チェック結果の整理・分析の4段階です。

事前に提出してもらった書類についてのチェックを行い、内容の確認が必要と感じた部分について面接において確認し、必要であればアドバイスを行う、という手順になります。

以下に、詳しい流れを記載します。

① チェック実施目的の明確化

市町村が抱えているケアプランに対しての課題は様々です。そのため、「何のためにケアプランチェックを行うのか」、「どういったことに重点を置くのか」を明確にした上で、ケアプランチェックを行います。

実施目的と対象となるケアプラン抽出方法の例をいくつか紹介します。

例1) 目的：担当件数の多い介護支援専門員について、十分なアセスメントに基づくプランが作成されているかを確認する。

抽出方法：国保連合会システムより、1人当たりプラン作成数が指定件数以上の介護支援専門員のプランを抽出する。

例2) 目的：介護度の改善が見られる被保険者について、どのようなプランが作成されているかを確認・分析し、地域ケア会議等での研修材料とする。

抽出方法：国保連合会システムにより、介護度の改善が見られる被保険者とそのプランを抽出する。

例3) 目的：特定のサービスのみを利用しているケアプランについて、十分な検討が行われた上で決定されたサービスかどうかを確認する。

抽出方法：国保連合会システムにより、1種類サービスのみを位置づけているプランを抽出する。

例4) 目的：新人の介護支援専門員について、プラン作成の基本を理解できているかどうか確認する。

抽出方法：実務について1年以下の介護支援専門員のプランを抽出する。

例5) 目的：支援困難事例について適切なプランが作成できるよう支援を行う。

抽出方法：事業所に照会し、アドバイスを行って欲しい事例を提出してもらう。

② ケアプランの回収

①で明確になった実施目的にあわせ、居宅介護支援事業所からケアプラン等を提出してもらいます。

提出してもらう書類は、事例概要書、アセスメント表、第1表～第7表、モニタリング表です。(第5表にモニタリング結果が記載されている場合は、モニタリング表は不要です。)

利用者には、事前に同意を得ておきます。

③ 事前点検、疑義事項・確認事項の整理

チェック表に基づきチェックを行い、確認事項を整理します。

本マニュアルでは、次のように段階的にチェックを行うことを想定しています。これは、それぞれの者が持つ専門性を発揮できるように段階を分けたものであり、必ずしも3段階に分けなければならないものではありません。市町村の事務職員だけでチェックを行うことも可能です。しかし、その場合においても、できるだけ複数の職員でチェックを実施して下さい。複数の者がチェックを行うことで様々な視点からケアプランの内容を確認することができ、より効果的なチェックが行えます。

i 事務職（市町村職員）

「必要事項が記載されているか」、「報酬請求の観点から不適切なプランになっていないか」を中心に確認します。

請求誤り等により報酬返還が必要なことが明らかな場合は、この時点で介護支援専門員に連絡し対応を行って下さい。そうすることで、この後に行う専門職でのチェックを、より専門的な視点でのチェックに特化したものとすることができます。

あわせて、「適切なケアマネジメントが行われているか」という視点のチェックも行い、気になる点を整理しておきます。

ii 専門職（地域包括支援センター職員、保健師等）

適切なケアマネジメントが行われているかどうかを中心に確認し、「記載が不十分」、「このように判断した理由を知りたい」、「別の視点も必要ではないか」などと感じた内容を整理します。

iii 専門職（介護支援専門員指導者等）

適切なケアマネジメントが行われているかどうかを中心に確認し、「記載が不十分」、「このように判断した理由を知りたい」、「別の視点も必要ではないか」などと感じた内容を整理します。

チェックを行った結果は、各自、「ケアプランチェックシート」に記載しておきます。

④ 介護支援専門員との面接による点検・確認作業

ケアプランを作成した介護支援専門員に面接します。面接には、チェックを行った者全てが参加します。

面接前には、チェック実施者で打ち合わせを行い、面接当日の聞き取り内容を整理・確認しておきましょう。

面接時の役割に特に決まりはありませんが、参考に、事務職・専門職で考えられる対応を記載しておきます。

i 事務職（市町村職員）

記載が漏れている項目等について、「内容を聞き取ったが記載できていないのか。それとも聞き取りができていないのか」を確認し、「なぜ記載が必要か」、「報酬請求の観点からみてどうか」などの説明を行う。

また、報酬請求の観点から誤りと思われる部分について、内容の確認を行う。

ii 専門職（地域包括センター職員、保健師、介護支援専門員指導者等）

ケアマネジメント、プラン作成の考え方等について、専門的な視点からアドバイスを行う。

なお、面接時にアドバイスを行った内容については、後日整理を行い、改めて介護支援専門員に通知します。

⑤ ケアプランの修正（必要に応じて実施）

面接時にアドバイスがあった内容については、基本的には、次回のケアプラン作成に活かしてもらうこととしますが、軽微な記載誤りなど、ケアプランの修正が必要と判断された場合は、介護支援専門員にプランを修正してもらいます。

なお、面接結果に基づき、報酬の返還が必要と判断された場合、基本的には介護支援専門員自身の判断で過誤調整を行ってもらいます。（ただし、悪質な場合など、必要であれば市町村判断で指導に切り替えることも可能とします。）

⑥ 次回ケアプランの提出

アドバイスをを行った内容が活かされているかどうかを確認するため、次回のケアプランを提出してもらいます。

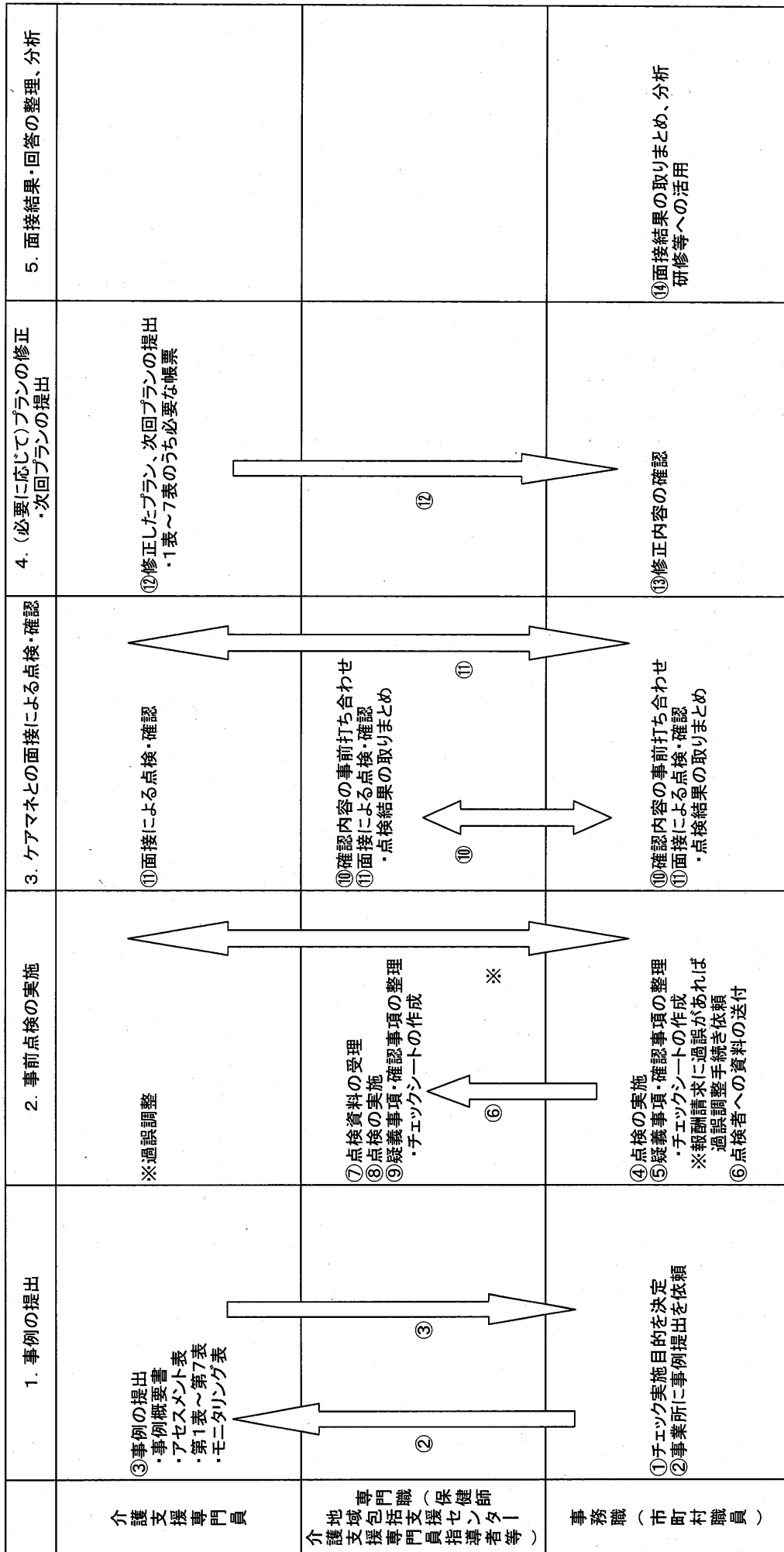
⑦ 面接結果の整理、分析

チェックの結果を取りまとめ、「どの部分について理解が不十分であったか」、「介護支援専門員がどのような所に苦労しているか」等の課題を整理します。

整理した結果については、市町村及び県で取りまとめ、今後の研修への活用など、課題解決に向けた取り組みを行います。また必要であれば本マニュアルの見直しを行います。

①～⑦の流れを図式化したものが、次の、「図1 ケアプランチェックの流れ」です。

図1 ケアプランチェックの流れ



5 ケアプランチェック表

ケアプランチェックにおいて確認すべき内容をまとめたものが「ケアプランチェック表」です。下記の8つの表を対象としており、それぞれの表でチェックすべき内容を一覧にしています。

- ① 第1表 居宅サービス計画書（1）
- ② 第2表 居宅サービス計画書（2）
- ③ 第3表 週間サービス計画書
- ④ 第4表 サービス担当者会議の要点
- ⑤ 第5表 居宅介護支援経過
- ⑥ 第6表 サービス利用票（兼居宅サービス計画書）
- ⑦ 第7表 サービス利用票別表
- ⑧ アセスメント表

各表でのチェック内容は、当該様式に記載すべき項目に対応しており、それぞれの様式の該当箇所にチェック内容を記入しています。また、各様式には、「その表がどういう位置づけの表なのか」、「何を記載すべき表なのか」も参考に記入しています。

さらにチェック内容に対応して、「チェックポイント」、「この項目で確認すべき内容・留意点等」、「質問例」の3つの参考事項も一覧にしています。参考事項の考え方は下記のとおりです。

○ チェックポイント

チェック内容を、さらに具体的に示したものです。また、具体的な記載内容の例なども示しています。

○ この項目で確認すべき内容・留意点等

チェック内容が何を確認するためのものなのか、どのような視点でチェック内容を確認すれば良いのかを示しています。これは、裏返せば、この項目において介護支援専門員に理解しておいて欲しい内容を示していると言えます。

また、確認内容や減算がある場合など、法令や通達等で基準が示されている場合は、その条文番号等を次のとおり略称にて記載しています。

基準省令・・指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

（平成12年3月31日厚生省令第38号）

解釈通知・・指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について

（平成11年7月29日老企第22号通知）

老企第36号・・指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年3月1日老企第36号通知）

なお、記載スペースの都合上、法令等の具体的な内容については、「参考資料」として巻末に掲載しています。

○ 質問例

チェック内容について記載ができていなかったり、適切な視点で記載されているかを書類上で確認できない場合の、面接での質問例を記載しています。

質問例を参考に、介護支援専門員への聞き取りを行って下さい。

今回のマニュアルについては、平成20年7月に厚生労働省が作成した「ケアプラン点検支援マニュアル」の内容も参考にしています。

特に「質問例」については、国の点検支援マニュアルの内容と同じものも多くなっていますので、チェックマニュアルの内容をさらに深く知りたい場合は、あわせて「ケアプラン点検支援マニュアル」も確認して下さい。

ケアプランチェック表

第1表

利用者及び家族の「望む生活」を含め、居宅サービス計画全体の方向性を示す帳票。
居宅サービス計画の中で、利用者及び家族の生活に意向がはっきりと示される1番重要な帳票。

作成年月日 年 月 日

居宅サービス計画書(1)

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 日 住所

⑤記載事項に漏れがないか。

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向

①利用者・家族がどのような生活をしたいと考えているかについて、それぞれの意向がそのまま記載されているか。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的な援助の方針

②具体的な生活目標になっているか。ケアチームとしての総合的な方針となっているか。
③アセスメントにより抽出された課題に対応しているか。

生活援助中心型の算定理由

④第2表、第7表のサービス内容に生活援助中心型が記載されている場合は、1・2・3の該当箇所に○が付けられているか。
「その他」の場合、具体的に、必要理由が記載されているか。

1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他()

第1表「居宅サービス計画書(1)」での確認内容

様式の項目	チェック内容(番号)	チェックポイント	この項目で確認すべき内容・留意点等	質問例
利用者及び家族の生活意向	①利用者・家族がどのような生活をしたいと考えているかについて、それぞれの意向がそのまま記載されているか。	<ul style="list-style-type: none"> 利用したいサービスを聞くだけでなく、アセスメントを活用し、どのような生活がしたいのかを具体的に聞き取れているか。 家族が今一番困っていることを受け止めた上で、家族として「できること」「できないこと」が把握できているか。 利用者・家族それぞれその意向を確認しているか。 	<ul style="list-style-type: none"> 単に利用者が要望するサービスをプランに組み込むのではなく、なぜそのサービスを要望しているのかについて掘り下げて確認を行っているか。 家族の「介護力」や介護に対する思いを確認できているか。 虐待等、第1表への記載が難しい場合は、第5表に記載する。 	<ul style="list-style-type: none"> 家族はどのような思いで利用者を支えていこうと考えていますか。 希望するサービスだけでなく、どのような生活にしていきたいと考えているかを聞き取れましたか。 家族・本人それぞれその意向を聞き取れましたか。
総合的な援助の方針	②具体的な生活目標に なっているか。 ケアチームとしての総合的な方針となっているか。	<ul style="list-style-type: none"> 抽象的な目標でないか。 できるだけ専門用語を避け、分かりやすく記載しているか。 利用者本人や家族の意向のみの援助方針となっていないか。 	<ul style="list-style-type: none"> 総合的な援助の方針は、介護支援専門員が目指す方針ではなく、ケアチームとしての総合的な援助方針であることが理解できているか。 	<ul style="list-style-type: none"> 援助方針はどのようなプロセスで決定しましたか。 援助の方針を立てるにあたり、留意した点は何かですか。
生活援助中心型生活援助の算定理由	③アセスメントにより抽出された課題に対応しているか。	<ul style="list-style-type: none"> アセスメント表により確認。 第2表の課題と関連があるか。 	<ul style="list-style-type: none"> 第2表の生活の課題に挙がっていない内容が、援助の方針に入っている場合は、アセスメントの過程を振り返る必要がある。 モニタリングや担当者会議の開催により、随時、見直しが行われているか。 	<ul style="list-style-type: none"> 同居家族の支援や介護保険外のサービスでの対応は検討しましたか。
その他	④第2表、第7表のサービス内容に生活援助中心型が記載されている場合は、1・2・3の該当箇所○が付けられているか。「その他」の場合、具体的に必要理由が記載されているか。	<ul style="list-style-type: none"> アセスメント表、第4表等で算定の妥当性を確認。 「その他」の場合、理由が「高齢世帯」など画一的な表現になっていないか。 	<ul style="list-style-type: none"> 生活援助中心型を位置づける場合(特に「その他」の場合)、その算定理由を根拠を持って説明することができるか。(利用者に残存機能がある場合、自立支援を阻害することがあるため、位置づけた理由が重要となる。) 介護保険による訪問介護サービスとそれ以外の生活援助の違いを理解し、同居家族の支援や介護保険外のサービスの検討も行ったか。(ただし、介護サービス利用を制限するために、家族が行うことを強要するものではない。様々な検討の結果、位置づけられたものであるかどうかを確認する。) 老企第36号第2-2(5) 	<ul style="list-style-type: none"> 記載漏れがないよう、常に確認していますか。
	⑤記載事項に漏れがないか。	<ul style="list-style-type: none"> 本人または家族の同意の年月日・サインがあるか。 生年月日、認定日、認定の有効期間等の内容が正しく記載されているか。 変更や更新時に、新規の内容をそのままにしていないか。 	<ul style="list-style-type: none"> 必要な情報を記載することが適切なケアプラン作成の第1歩となることと理解できているか。(記載内容に漏れがあっても、直ちにそのプランを否定するわけではない。) 基準省令第13条10号・11号、解釈通知第2-3(7)⑩⑪、老企第36号第3-6(1)③ 	

第2表「居宅サービス計画書(2)」での確認内容

様式の項目	チェック内容(番号)	チェックポイント	この項目で確認すべき内容・留意点等	質問例
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	<p>①アセスメントの結果導き出されたニーズであり、自立を阻害する要因を解決するものとなっているか。</p>	<p>・アセスメントソフト等によって、一律同様な表現や課題分析が行われていないか。 ・課題の中にサービスの種類が記載されていないか。</p>	<p>・「できない」「できるの」にしている「していない」「している」などの行為の現状把握だけでなく、その状況を招いている原因や背景について整理を行い、そのうえで、「できるようにする」「するようになる」などの改善の可能性を探れているか。 ・どうしてそのような「困りごと」が生まれているのか、その原因や背景を利用者及び家族とともに探れているか。(利用者や家族にも一緒に原因を考えてもらったか。) ・サービスは目的でなく、ニーズを解決するための一つの手段であることが理解できているか。(原因や背景を十分に分析することなく、サービス提供のみを目的とした計画を立てていないか。)</p>	<p>・生活全般の解決すべき課題の原因や背景を教えてください。 ・利用者・家族が困っていることに対してどうして困っているのか、なぜ困っているのかなど原因・背景分析ができましたか。</p>
長期目標	<p>②課題表現は、具体的にポジティブに書かれているか。</p>	<p>・一定期間後に実際に達成できそうな課題を分かりやすく記載できているか。 ・できるだけ専門用語を避け、分かりやすく記載しているか。</p>	<p>・利用者及び家族が、「自分達の課題」として捉えられよう分かりやすい表現を用い、取り組みの意欲が生まれるよう心がけているか。</p>	<p>・利用者及び家族にも分かりやすい表現を用いて、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか。</p>
長期目標	<p>③課題に対応した「最終的に目指す結果」、「達成可能な目標」となっているか。</p>	<p>・一つの課題に対応した目標となっているか。 ・抽象的な目標や単なる努力目標になっていないか。(「安全・安楽に過ごす」等の抽象的で誰にも当てはまるような表現をしていないか。具体的な目標例「シルバーカーを押して買い物に行けるようになる」、「日中は離床して過ごす」など) ・サービス内容を目標に設定していないか。 ・本人主体で目標設定がされているか。(支援者側の目標設定になっていないか。)</p>	<p>・短期目標が解決できたゴールとして、利用者、家族、サービス提供者が具体的なイメージを持ってよう意識して目標を設定しているか。 ・サービスを受けられることが目標ではなく、そのサービスを使うことによりどのような状態になるかを目標とするところが理解できているか。 ・「生活全般の解決すべき課題」とかけ離れた目標になっていないか。 ・家族、ケアチームなど支援者の考えを利用者に押しつけていないよう留意しているか。</p>	<p>・最終的に目指す目標が、利用者及び家族が理解できるように具体的に分かりやすく記載できていますか。 ・長期目標については、それぞれの課題に対応しながら最終的に目指す方向性や到達可能な内容が記載されていますか。</p>
短期目標	<p>④長期目標を段階的に分けた「身近で具体的な目標」になっているか。</p>	<p>・具体的に何をやるかをイメージできる内容になっているか。(目標期間中・経過後に「何を行う」「どのようになる」かがイメージできるか。) ・すぐに始められる「取り組み目標」であるか。 ・利用者が取り組みと思える内容になっているか。 ・モニタリングの際に達成度が分かるような目標になっているか。(長期間にわたって漫然と支援を行うような目標になっていないか。)</p>	<p>・短期目標は、長期目標を達成するための具体的な「活動の指標」であることが理解できているか。 ・利用者「実感のわく内容」、「やってみようと思える内容」を心がけているか。 ・サービス提供事業所が作成する個別サービス計画の指標となるものであることを意識し、具体的な記載を心がけているか。</p>	<p>・短期目標の積み上げが、長期目標の達成に繋がることが意識して目標設定できましたか。 ・この中で利用者が前向きに取り組みそうな目標はどれですか。</p>
(長期・短期目標の)期間	<p>⑤達成可能な期間となっており、モニタリングの目安となっているか。</p>	<p>・日付設定で期間が表示されているか。(〇年〇月～〇年〇月となっているか。)</p>	<p>・プラン全体を評価し振り返りをするために、具体的な日付の設定ができていますか。</p>	
⑥目標に合った個別性のある期間となっているか。また、長期・短期目標の期間が同じでないか。	<p>・一律に同じ期間を設定していないか。</p>			

第2表「居宅サービス計画書(2)」での確認内容

様式の項目	チェック内容(番号)	チェックポイント	この項目で確認すべき内容・留意点等	質問例
サービス内容	<p>⑦短期目標を達成するための具体的な生活目標に基づいたサービスになっているか。</p> <p>⑧介護保険制度だけでなく、他制度によるサービスや家族の支援を含むインフォーマルサービス等が記載されているか。また、医療系サービスが必要な場合、医師の意見を求めるなど適切にサービスに盛り込まれているか。</p>	<p>・サービス種類を記載しただけになっていないか。(例：デイサービスに行く等)</p> <p>・サービスに関わる人が具体的に何をするのか分かる内容であるか。</p> <p>・利用者自身のセルフケアも記載があるか。</p> <p>・主治医等の専門家から示された留意事項等の記載があるか。</p> <p>＜具体的な例＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通院、服薬、治療など医療サービス(病院、薬局、鍼灸院等) ・実費で利用しているサービス(タクシー→送迎、配食サービス券等) 	<p>・単に利用するサービス内容を記載するのではなく、目標を達成するために必要な支援のポイントやセルフケア・家族の役割等を記載するという視点を持っているか。</p> <p>・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、福祉サービス、地域住民による自発的サービス等の利用も含めて計画に位置づけるよう努めているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基準省令第13条4号、解釈通知第2-3(7)④ ・訪問看護、通所リハ等の医療サービスを位置づける時は、主治医等の意見を尊重しているか、また留意事項がある場合は、留意点を求めているか。 ・基準省令第13条18号・19号、解釈通知第2-3(7)⑩ ・医療サービスや実費サービスも、利用者にとって「生活を支えてくれる資源」であることを理解できているか。できるだけ家族による援助も記載し、家族参加の動機付けを行うなどの工夫がされているか。 	<p>・単なるサービスの記載だけでなく、どのような点に注意すべきか、どういったことを大切にすべきか等の視点も含めた具体的な内容となっていますか。</p> <p>・介護サービス以外に、何か他の支援方法を検討してみましたか。</p>
サービス担当者会議で合意した内容について、具体的に記載されているか。	<p>⑨サービス担当者会議で</p>		<p>・サービス担当者会議で専門的な見地から示された留意点や配慮がある場合、それを記載し、ケアチームが共有できるようにしているか。</p>	
生活援助中心型の場合や通所サービスで加算がある場合等、必要ない理由が記載がされているか。福祉用具購入や住宅改修なども記載されているか。	<p>⑩生活援助中心型の場合や通所サービスで加算がある場合等、必要ない理由が記載がされているか。福祉用具購入や住宅改修なども記載されているか。</p>	<p>＜理由の記載が必要な例＞(第7表のサービス内容と突号)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護が生活援助中心型の場合(第1表の理由も確認) ・訪問介護で通院等乗降介助の位置づけがある場合 ・訪問介護が長時間(4時間以上)の場合 ・福祉用具(付属品)の貸与がある場合 ・福祉用具販売がある場合 ・短期入所の長期利用(1ヶ月以上)の場合 	<p>・サービス計画書を立てるのに必要なサービス項目(送迎や加算等)や、加算サービス項目(入浴・個別リハ等)についても記載し、その必要性が説明できるか。(サービス提供事業者から言われて機械的に記載していないか。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・老令第36号第2-2(6)⑦ ・基準省令第13条21号・22号、解釈通知第2-3(7)⑩ 	

第2表「居宅サービス計画書(2)」での確認内容

様式の項目	チェック内容(番号)	チェックポイント	この項目で確認すべき内容・留意点等	質問例
サービス種別/ *2 (サービス提供事業所)	<p>① サービス内容に ② サービス種別・事業所に ③ モニタリングでの評価も ④ 頻度・期間の設定は適</p>	<p>・同一法人のサービスばかりを利用していないか。 ・サービス導入直後のモニタリングが行われているか。 (第5表でモニタリングの状況を確認)</p>	<p>・具体的なサービス項目を記載するとともに、そのサービスが利用者の自立支援にどのように結びついているかを理解し、サービス事業者と目指す方向を共有できているか。 ・サービス種別や事業所の選定にあたり、十分な検討や利用者・家族への情報提供を行ったか。 ・基準省令第13条5号、解釈通知第2-3(7)⑤ ・地域のサービス事業者やインフォーマルサービスはどの程度把握できているか。 ・サービスが効果的に機能しているかを確認するために、初期段階での確認が大切であることを理解し、サービス導入直後にモニタリングを行っているか。 ・サービス導入後の利用者・家族の生活状況の変化等に留意しながらモニタリングを行い、必要であればプランの見直しを行っているか。 ・利用者(家族)の生活リズムやサービスの受け入れ度合い(心理面・体面)に配慮し、利用者にとって無理のない利用方法を考えているか。 ・頻度設定の根拠を説明できるか。</p>	<p>・計画したサービス内容を適切に提供するために「サービス種別」はどのような資源を検討し、決定しましたか。 ・地域のサービス事業者やインフォーマルサービスはどのようにして把握していますか。 ・サービスの「期間」と「頻度」の見直しは、いつ頃、どのように行いますか。 ・利用者のサービスへの慣れと受け入れ状況も考慮して、サービスの導入順序や頻度・期間を考えましたか。</p>
頻度/期間	<p>③ モニタリングでの評価も ④ 頻度・期間の設定は適</p>	<p>・サービス導入直後のモニタリングが行われているか。 (第5表でモニタリングの状況を確認)</p>	<p>・サービスが効果的に機能しているかを確認するために、初期段階での確認が大切であることを理解し、サービス導入直後にモニタリングを行っているか。 ・サービス導入後の利用者・家族の生活状況の変化等に留意しながらモニタリングを行い、必要であればプランの見直しを行っているか。 ・利用者(家族)の生活リズムやサービスの受け入れ度合い(心理面・体面)に配慮し、利用者にとって無理のない利用方法を考えているか。 ・頻度設定の根拠を説明できるか。</p>	<p>・計画したサービス内容を適切に提供するために「サービス種別」はどのような資源を検討し、決定しましたか。 ・地域のサービス事業者やインフォーマルサービスはどのようにして把握していますか。 ・サービスの「期間」と「頻度」の見直しは、いつ頃、どのように行いますか。 ・利用者のサービスへの慣れと受け入れ状況も考慮して、サービスの導入順序や頻度・期間を考えましたか。</p>

第3表

第2表で計画した具体的な支援の内容を、週単位で示した帳票。
利用者及び家族、ケアチームがそれぞれの役割を把握し、連携を図る上で重要な帳票。

作成年月日 年 月 日

週間サービスク画表

利用者名		殿							主な日常生活上の活動
		月	火	水	木	金	土	日	
深夜	4:00								
早朝	6:00								
午前	8:00								
午前	10:00								
午後	12:00								
午後	14:00								
夜間	16:00								
深夜	18:00								
深夜	20:00								
深夜	22:00								
深夜	24:00								
深夜	2:00								
深夜	4:00								

①利用者の生活リズムや、サービスの提供時間帯が一目で分かるようになっているか。
②第2表で挙げたサービスを介護給付、セルフケア、インフォーマルサービスなど種類に関わらず全て記載しているか。

③利用者の起床や食事、排泄、入浴、就寝、介護者のスケジュールなど、平均的な1日の過ごし方が記載されているか。

④週単位以外のサービスが、インフォーマルサービスも含めて記載されているか。

第3表「週間サービス計画表」での確認内容

様式の項目	チェック内容(番号)	チェックポイント	この項目で確認すべき内容・留意点等	質問例
週間サービス計画	<p>①利用者の生活リズムや、サービスの提供時間等が一目で分かるようになっていないか。</p> <p>②第2表で挙げたサービスを介護給付、セルフケア、インフォーマルサービスなど種類に関わらず全て記載しているか。</p>	<p>・夜間・土日などの支援体制も記載されているか。</p> <p>・重複しているサービスや訪問介護で深夜や早朝の場合、必要理由が第4表などで確認できるか。</p> <p>・第2表・第6表と整合性がとれているか。(不一致の場合は、理由を確認。)</p>	<p>・週間サービス計画表を立てる意義が理解できているか。</p> <p>【第3表の意義】第2表のサービス内容を第3表にすることで、計画書そのものの全体的なバランスや、それぞれのサービスと利用者の生活における関連性が見えるものとなり、見落としや偏りがないかを確認できる。また、利用者や家族、サービス担当者がそれぞれの役割分担と連携を認識することができる表である。</p>	<p>・週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立てについて、どのように考えていますか。</p> <p>・夜間や土日のサービスの不安なこと、手立てを打った方が良いと思ったことはありませんか。</p>
主な日常生活上の活動	<p>③利用者の起床や食事、排泄、入浴、就寝、介護者のスケジュールなど、平均的な1日の過ごし方が記載されているか。</p>	<p>・利用者や家族の生活上の活動(生活リズム)が分かるように書かれているか。</p> <p>・主たる介護者の介護への関わり(内容(整容・排せ・食事・移動等)や不在の時間帯等についても記載されているか。</p>	<p>・介護保険サービスとインフォーマル、家族支援等のバランスがとれたケアプランになっているか。</p> <p>・利用者を支える生活全体が見えやすくなるよう、利用者や家族が行うことも記載されているか。</p>	<p>・本人の主な日常生活について、どのように把握しましたか。</p> <p>・一日の中で、利用者(家族)が心配な時間帯、不安になる時間帯はどの辺りですか。</p>
週単位の以外のサービスの	<p>④週単位の以外のサービスが、インフォーマルサービスも含めて記載されているか。</p> <p><具体的な例></p> <ul style="list-style-type: none"> 福祉用具貸与や短期入所、居宅療養管理指導、住宅改修、福祉用具購入等 定期的な受診や訪問診療等、医療機関との関係 	<p>・継続的に支援体制を構築していくためには、一時的に必要な支援や週単位ではないが定期的に必要な支援なども含め、利用しているサービス全体の把握ができているか。</p> <p>・医療機関への受診や保健サービスの利用、ボランティアの不定期な支援や近隣の支援なども大切な情報源として記入できているか。(特に重度の認知症の場合等は地域住民のネットワーク、保健・医療・福祉の連携の必要性からも、介護保険外サービスの記載は重要となる。)</p>	<p>・「週単位以外のサービス」の欄には何を記載していますか。</p>	<p>・「週単位以外のサービス」の欄には何を記載していますか。</p>

第4表

具体的なサービス内容について、関係者が協議した内容を示す帳票。
サービスを選択した経緯や根拠を示す重要な帳票。

作成年月日 年 月 日

サービス担当者会議の要点

①必要な時期に実施しており、開催日
がサービス開始前であるか。

利用者名

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名

開催日

年 月 日

開催時間

開催回数

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
検討した項目	<p>②利用者、家族、主治医を含め、関係するサービス担当者が出席しているか。 ③(欠席者がある場合)参加できなかつた理由が事業者ごとに記載されているか。 注:欠席者への照会は、別表としている場合もある。</p> <p>④開催の目的や検討した項目が分かりやすく箇条書きで記載されているか。 ⑤(欠席者がある場合)適切な時期に欠席者全員に照会され、回答については氏名がきちんと記載されているか。</p>					
検討内容	<p>⑥検討項目ごとに記載されているか。</p>					
結論	<p>⑦検討項目に対応した結論が具体的に記載されているか。</p>					
残された課題 (次回の開催時期)	<p>⑧利用者や事業所の都合で実施できなかつたサービスや、必要と思われるが実施できていないサービスなどについて記載されているか。 ⑨サービス提供で問題が変化するなどの予測が付く場合は、次回の開催について記載しているか。</p>					

第4表「サービス担当者会議の要点」での確認内容

様式の項目	チェック内容(番号)	チェックポイント	この項目で確認すべき内容・留意点等	質問例
開催日	①必要な時期に実施しており、開催日がサービス開始前であるか。	<ul style="list-style-type: none"> 必要な時期 新規、更新、区分変更、プラン変更等 サービス開始日を、第6表のサービス提供実績で確認。 居室サービス計画作成日とかけ離れていないか。(第1表の作成年月日を確認。) 	<ul style="list-style-type: none"> 適切な時期に会議が開催されているか。(開催していない場合、減算となる。) 基準省令第13条9号・14号、解釈通知第2-3(7)⑨⑭、老令第36号第3-6(1)②(2) 担当者会議を開催していない場合、開催しなかった理由を説明できるか。 	<ul style="list-style-type: none"> 全ての関係者が出席できるよう、どのような働きかけを行いましたか。 利用者や家族、主治医にも出席を要請しましたか。 いつも欠席している担当者はいませんか。
会議出席者	②利用者、家族、主治医を含め、関係するサービス担当者が出席しているか。	<ul style="list-style-type: none"> 偏った事業所だけでないか。 医療系サービスを利用する場合、主治医が出席しているか。 	<ul style="list-style-type: none"> 関係者がそれぞれの視点から専門的見解を述べること、より効果的な支援方法が見いだせることを理解しているか。 居室サービス計画原案に位置づけたサービスについて全員の出席を求めているか。(最終的に使わなかったサービスについても照会時点では必要。) 基準省令第13条9号・14号、解釈通知第2-3(7)⑨⑭ 医療系サービス利用者には、主治医の意見が必要であることを理解しているか。 基準省令第13条18号・19号、解釈通知第2-3(7)⑩ 	
検討した項目	③(欠席者がある場合)参加できなかった理由が事業者ごとに記載されているか。	<ul style="list-style-type: none"> 欠席理由に正当性はあるか。 「スケジュール調整困難」など一律の理由の場合、第2表、第5表等で調整状況を確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> 十分な調整を行わずに欠席になっていないか。 他の書類により欠席理由が確認できる場合は、記入を省略して差し支えない。 	
検討した項目	④開催の目的や検討した項目が分かりやすく箇条書きで記載されているか。	<ul style="list-style-type: none"> 開催目的 新規、更新、区分変更、プラン変更等 計画原案を用意して開催しているか。 新規・変更の場合、計画原案の内容について検討されているか。 更新・変更の場合、計画変更の必要性について検討されているか。 	<ul style="list-style-type: none"> 何のために行われた会議であるのかを明確にし、目的にあった内容についての検討をしているか。 話し合った項目を分かりやすく記載し、検討漏れの項目がなかったかを再確認しているか。 	<ul style="list-style-type: none"> 今回のサービス担当者会議の開催理由は何か。 検討項目の中で、最も重要だと考えたものは何か。
検討した項目	⑤(欠席者がある場合)適切な時期に欠席者全員に照会され、回答については氏名がきちんと記載されているか。また、回答内容は、検討項目に対応したものであるか。	<ul style="list-style-type: none"> 回答日がプラン作成同意日以前であり、照会日と大きく外れていないか。 回答者は、サービス担当者もしくは責任者か。 	<ul style="list-style-type: none"> 回答結果をプラン作成に反映させるため、適切な時期に欠席者への意見照会を行っているか。(基本的には担当者会議開催前) 他の書類により照会内容や回答内容が確認できる場合は、記入を省略して差し支えない。 	<ul style="list-style-type: none"> 欠席者の意見も反映させていますか。

第4表「サービス担当者会議の要点」での確認内容

様式の項目	チェック内容(番号)	チェックポイント	この項目で確認すべき内容・留意点等	質問例
検討内容	⑥検討項目ごとに記載されているか。	・サービス提供方法、留意点、頻度、時間数、担当者、今後の見通しなどが記載されているか。	・現状の問題点と解決策、今後予想される問題点について、どのような検討を行ったか、結論を導き出した経緯が具体的に分かるように記載されているか。 ・継続プランの場合にも、十分な議論が行われているか。(単なる日程調整になっていないか。)	・テーマに対応した検討を行えたか。
結論	⑦検討項目に対応した結論が具体的に記載されているか。	・各サービス担当者がすべきことについて、内容・期間等が明確に示されているか。 ・検討内容と整合性があるか。(検討内容と関連のない内容が記載されていないか。)	・なぜそのような結論になったか、理由が記載されているか。 ・第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向」が反映された内容になっているか。	・具体的な援助方針について合意はできていますか。
残された課題(次回の開催時期)	⑧利用者や事業所の都合で実施できなかったサービスや、必要と思われないサービスなどについて記載されているか。		・検討過程で議論されたサービスと提供サービスに差がある場合、説明根拠として記載しているか。	・検討項目は全て解決しましたか。残された課題はありませんか。
	⑨サービス提供で問題が変化するなどの予測が付く場合は、次回の開催について記載しているか。		・モニタリングの時期を意識し、検討を行っているか。	・次回の開催はいつを予定していますか。

このページは空白です。

第5表「居宅介護支援経過」での確認内容

様式の項目	チェック内容(番号)	チェックポイント	この項目で確認すべき内容・留意点等	質問例
内容	<p>①支援の内容が、5W1Hを基本として分かりやすく記載されているか。</p> <p>②月に1度訪問し、モニタリングを行った記録があるか。新規の場合、サービス導入直後にモニタリングが行われているか。</p>	<p>・漫然と記載するのではなく、項目ごとに整理して記載しているか。</p> <p><具体的な例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・方法(訪問(家庭、それ以外)・電話連絡等) ・対象者・機関名(本人・家族・サービス提供事業者等) ・目的(モニタリング、状況報告、サービス担当者会議等) <p>・モニタリング実施の有無だけでなく、内容を記入しているか。(単に利用者の状況の変化を記したのみでは、モニタリング結果の記録には当たらない。)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・単にやりとりを記載したメモではなく、公的な記録であることを意識して記載しているか。 ・やりとりを行った目的やその結果が分かりやすく記載されているか。 	<p>・項目毎に整理して記載するよう意識していますか。</p>
			<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリングにより、居宅サービス計画の実施状況、利用者の心身の状況、サービス利用状況及び満足度、事業者との連絡調整、目標達成度、プラン変更の必要性等を確認しているか。 ・モニタリング結果は別紙に記入することも可能。 ・基準省令第13条12号・13号、解釈通知第2-3(7)⑫⑬ ・新規サービスの場合は、サービスが効果的に機能しているかの確認ができていますか。 ・特段の事情がないのに少なくとも1月に1回利用者の居宅を訪問し利用者及び家族に面接していない場合及びモニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続している場合は、減算対象となる。 ・(「特段の事情」とは利用者の事情によるものであり、緊急の入院・入所などが考えられる。) ・老企第36号第3-6(3) 	<ul style="list-style-type: none"> ・月1回の訪問を行っていますか。また、どのような内容を聞き取りましたか。
			<ul style="list-style-type: none"> ・プランは本人・家族の同意を得たものでなければ有効と言えないことが理解できているか。 ・計画原案の内容について利用者又は家族に説明し、文書により同意を得た上で、計画を利用者、サービス担当者に交付しているか。(できていない場合は減算となる。) ・基準省令第13条10号・11号、解釈通知第2-3(7)⑩⑪、老企第36号第3-6(1)③ 	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス計画書を、どのような状況で誰に渡しましたか。
			<ul style="list-style-type: none"> ・計画原案はアセスメント実施日以降に作成しているか。 ・計画原案作成後、サービス担当者会議を開催しているか。 ・サービス担当者会議終了後、利用者・家族への説明を行い、同意を得ているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・(基本手続きと異なる流れの場合)何か特別な理由がありましたか。
			<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント実施から計画交付までの基本手続きを常に意識しているか。 ・基準省令第13条8号・9号・10号、解釈通知第2-3(7)⑧⑨⑩ 	

第6表「サービス利用票(兼居室サービス計画)」での確認事項

様式の項目	チェック内容(番号)	チェックポイント	この項目で確認すべき内容・留意点等	質問例
作成年月日 ／利用者確認	①作成年月日の記載があるか。 利用者または家族のサイン、捺印があるか。	<ul style="list-style-type: none"> 利用者同意日が記載されているか。(第5表で確認) 計画の変更を行った場合は、変更後の計画に基づいて利用票を作成し、同意を得た日付が記載されているか。 暫定利用の場合は、介護度決定後、再度正しい介護度の記載された利用表での同意が得られているか。 	<ul style="list-style-type: none"> 作成年月日は、介護支援専門員が計画を作成した日ではなく、利用者が同意のうえで「利用者確認」欄に押印(サイン)した日であることを理解しているか。 	<ul style="list-style-type: none"> 作成年月日には、何の日付を記入していますか。
要介護状態 区分／変更 後要介護状 態区分・変 更日	②被保険者証から転記されているか。	<ul style="list-style-type: none"> 暫定利用の時は見込で記載されているか。 介護度の変更があった場合は、日付と変更後の介護度が記載されているか。 	<ul style="list-style-type: none"> 変更申請で月途中から介護度が変更された場合、利用できるサービス種別・限度額等の違いにより利用者が不利益を被る場合があることに留意しているか。 	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者証を確認し、内容を転記していますか。 月途中で介護度の変更はありましたか。
前月までの 短期入所利 用日数	③認定期間内での前月までの短期入所利用日数が記載されているか。	<ul style="list-style-type: none"> 新規プランの場合は、「0」と記入しているか。 今月の利用も合わせて連続して30日を超えていないか。 超えない場合でも有効期間の概ね半数を超えていないか。(超えている場合は理由を確認) 	<ul style="list-style-type: none"> 短期入所の長期的な利用は望ましくないことを理解しているか。 長期利用の場合、サービス担当者会議で他の援助方法も検討したうえでの結果か。 事業所やケアマネの変更があった場合、利用日数の引き継ぎがきちんと行えているか。 基準省令第13条20号、解釈通知第2-3(7)⑯ 	<ul style="list-style-type: none"> 他の援助方法についても検討しましたか。
提供時間帯 ／サービス 内容	④第2表、第3表との整合性がとれているか。	<p><特に確認が必要な内容></p> <ul style="list-style-type: none"> 通所系サービスの加算がある場合 訪問介護の身体介護、生活援助の区分 福祉用具貸与の付属品がある場合 短期入所で連続30日以上など、長期の利用がある場合 		<ul style="list-style-type: none"> 加算サービス等について、記載漏れはありませんか。
月間サービス 計画及び 実績の記録	⑤予定と実績は一致しているか。 計画以外のサービスが提供されている場合、プランを変更し再作成しているか。	<ul style="list-style-type: none"> 予定と実績の違うサービスは理由を確認。 		<ul style="list-style-type: none"> 予定と実績が異なるサービスについて、理由を把握していますか。 計画外のサービスが提供されている場合、プランは変更しましたか。

第7表

具体的なサービス内容とともに利用者の費用負担を示した帳票。

サービス利用票別表

作成年月日 年 月 日

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引適用後率% 単位数	回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	費用総額(保険対象分)	給付率(%)	保険給付額	利用者負担(保険対象分)	利用者負担(全額負担分)
<p>①第6表の予定、実績をもとにすべて転記しているか。 ②1単位単価の高いサービスを保険対象外としていないか。 ③限度額超過や限度額いっぱいになっていないか。 ④請求単位は適正か。</p>																
															合計	
															区分支給限度基準額(単位)	

種類別支給限度管理

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

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累計利用日数

第7表「サービス利用票別表」での確認事項

様式の項目	チェック内容(番号)	チェックポイント	この項目で確認すべき内容・留意点等	質問例
区分支給限度管理・利用者負担計算	①第6表の予定、実績をもとにすべて転記しているか。	・転記誤りがないか。		・予定・実績の記入に誤りがないか再確認していますか。
	②1単位単価の高いサービスを保険対象外としていないか。		・単位数の高いサービスを保険外にした場合、利用者負担額が高くなるため、適切な判断が行われているか。 ・利用者・家族の同意が得られているか。	・保険対象外にするサービスを、どのようにして決定しましたか。
	③限度額超過や限度額いっぱいになっていないか。		・サービスの必要性について、十分な検討が行われたか。 ・利用者・家族の同意が得られているか。	・サービスの必要性について、担当者会議で十分な議論を行いましたか。 ・利用者・家族の了解は得られていますか。
	④請求単位は適正か。			・請求単位に誤りがないか、再確認していますか。 ・請求単位で理解が難しいものはないですか。

アセスメント表

課題分析(アセスメント)に関する項目

10	健康状態	⑭既往歴や通院状況、服薬内容などに加え、病気の現在の状況及び予後、治療方針、日常生活への影響等についても記載されているか。 ⑮利用者の障害や病気にに対する思いや受容について、きちんとアセスメントできているか。
11	ADL	(ADL/IADL 共通)
12	IADL	⑯ADL/IADLに関する項目1つ1つについて、利用者が「できること」「していること」「できそうなこと」と「手助けを受けていること」等が把握できているか。 ⑰なぜその状態か、生活で困っていることは何かを把握できているか。
13	認知	⑱「認知症」と判断した理由や程度、中核症状、周辺症状の内容、日常生活での支障等が具体的に記載されているか。 ⑲利用者、援助者の病気にに対する理解や受診状況、治療状況などが把握できているか。
14	コミュニケーション能力	⑳コミュニケーション方法やコミュニケーションがとれる相手が具体的に記載されているか。
15	社会との関わり	(21)社会的活動の内容や活動の頻度等が具体的に記載されているか。
16	排尿・排便	(22)排尿・排便方法、頻度、利用者及び家族の意向や困りごと等が具体的に記載されているか。 (23)なぜその方法をとっているのか、その原因や背景を把握しているか。
17	じょく瘡・皮膚の問題	(24)じょく瘡がある場合は、大きさや程度、医療的処置をしているかどうか記載されているか。 (25)原因や背景が把握できているか。
18	口腔衛生	(26)口腔衛生に関する項目が具体的に記載されているか。 (27)問題がある場合、原因や背景が把握できているか。
19	食事摂取	(28)食事の内容、介助の状況等が具体的に記載されているか。 (29)食事を食べる上での困りごとについて、原因や背景が把握できているか。
20	問題行動	(30)問題行動の内容や頻度、問題行動が起きる原因や背景の分析等が具体的に記載されているか。 (31)家族・近隣の人等がそれぞれのよう行動に対して問題と考えているのかを把握できているか。問題行動に対するストレス等が把握できているか。
21	介護力	(32)介護者の介護状況や心身の状況を把握できているか。
22	居住環境	(33)利用者が行動する上で困っていることが、自宅内だけでなく周辺の環境も含めて把握できているか。
23	特別な状況	(34)利用者・介護者の両方について、特別に配慮すべきこと(家族の特別な事情や病気に対する重要情報等)が聞き取れているか。

- ①アセスメント方式は適切か。最低限、23項目の情報収集ができているか。
- ②単に23項目の状況を聞き取るだけでなく、聞き取った情報をもとに課題を分析・整理できているか。
- ③利用者や家族の意向を尊重しているか。
- ④アセスメントは利用者の居宅を訪問して行ったか。
また、必要に応じ、利用者・家族以外の関係者からも情報を得ているか。

基本情報に関する項目

1	基本情報(受付、利用者当基本情報)	⑤相談の主題(理由)について把握できているか。誰から情報を得たかが記載されているか。
2	生活状況	⑥現在の生活状況のみでなく、過去の生活歴や学歴、職歴、趣味なども聞き取れているか。 できれば経済状況も確認できているか。
3	利用者の被保険者情報	⑦被保険者証の記載事項をきちんと確認できているか。 ⑧医療保険や生活保護、身体障害者手帳の有無等、介護保険以外の情報も把握できているか。
4	現在利用しているサービスの状況	⑨医療や地域の高齢者サービスなど、インフォーマルサービスの利用状況についても聞き取れているか。
5	障害老人の日常生活自立度	⑩障害老人の日常生活自立度
6	認知症である老人の日常生活自立度 (障害老人の日常生活自立度/認知症である老人の日常生活自立度 共通)	⑪面談した時のみでなく、身近に関わっている他者からの情報も参考にして判断できているか。
7	主訴	⑫利用者、家族それぞれの訴えや考え(困っていること、要望等)を個別に聞き取れているか。
8	認定情報	⑬認定情報をきちんと把握した上で計画書を作成しているか。
9	課題分析(アセスメント)理由	⑭アセスメント理由が具体的に記載されているか。

アセスメント表での確認事項

項目	チェック内容	チェックポイント	この項目で確認すべき内容・留意点等	質問例
	<p>①アセスメント方式は適切か。 最低限、2・3項目の情報収集ができてくるか。</p>	<p>・居宅サービス計画の作成にあたって、適切な方法でアセスメントを実施しているか。 ＜アセスメント方式＞ ・MDSなど国が例示しているもの ・課題分析標準項目(23項目)が含まれているもの</p>	<p>・アセスメント項目に記入漏れがないか。 ・基準省令第13条6号、解釈通知第2-3(7)⑥</p>	<p>・アセスメント方式は何を使用していますか。</p>
	<p>②単に2・3項目の状況を聞き取るだけでなく、聞き取った情報をもとに課題を分析・整理できているか。</p>	<p>・分析結果が第1表・2表に反映されているか。 ・前回の内容を丸写しするなど、体裁だけの記載になっていないか。</p>	<p>・アセスメントを行う理由を理解できているか。 【アセスメントとは】 利用者についての生活状況を理解し、利用者が在宅生活を継続していく上で、どのような生活課題(ニーズ)があるのかを明らかにしていくプロセスを指す。 利用者の現状をまず把握し、その上で、利用者の困りごとや希望、混乱の原因や背景を分析していく。</p>	<p>・アセスメントを行う理由について、どのように考えていますか。また、専門職としての役割を十分に果たせていますか。 ・分析結果はどのような形で記録に残っていますか。</p>
	<p>③利用者や家族の意向を尊重しているか。</p>		<p>・アセスメントは、利用者・家族との協働作業であることを理解し、利用者・家族の意思を尊重できるように努めているか。 ・利用者・家族の要求に従い言いなりのプランを作成することは、真の「意思の尊重」ではないことを理解しているか。 ・利用者・家族との信頼関係を築くため、適切な言葉づかいや態度をとるよう心がけているか。</p>	<p>・アセスメントを通じて、利用者・家族に現状を認識してもらえましたか。 ・利用者の自己選択や自己決定を尊重していますか。 ・利用者・家族のプライバシーに配慮した言葉づかいを行っていますか。</p>
	<p>④アセスメントは利用者の居宅を訪問して行ったか。 また、必要に応じ、利用者・家族以外の関係者からも情報を得ているか。</p>	<p>・第5表でアセスメント実施場所を確認。 ＜関係者の例＞ 主治医、医療機関のスタッフ、サービス提供事業所、行政、地域包括支援センター、民生児童委員、近隣等</p>	<p>・利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接してアセスメントを行っているか。(行われない場合、減算対象となる。) ・基準省令第13条7号、解釈通知第2-3(7)⑦、老令第36号第3-6(1)① ・利用者・家族意外にも、幅広く情報収集を行っているか。 ・他機関から引き継いだ利用者については、当該機関との連携を図るよう意識しているか。</p>	<p>・アセスメントに必要な情報をどのような方々から得ましたか。 ・どこでアセスメントを行いましたか。</p>
<p>基本情報 (受付、利用者等 基本情報)</p>	<p>⑤相談の主題(理由)について把握できているか。 誰から情報を得たかが記載されているか。</p>	<p>・相談者・相談方法・相談の経緯が明確に記載されているか。 ＜具体的な例＞ 受付日時、受付対応者、受付方法、利用者の氏名、生年月日、住所、電話番号等の連絡先</p>	<p>・相談の経過が把握できており、相談経緯が複雑な場合や、緊急の対応を行った場合など、第5表を活用し、記録を残しているか。 ・主たる相談者が誰なのかによって、同じような状態像の利用者であっても、支援の方向性が異なってくる可能性があることに留意しているか。</p>	<p>・どんな相談経緯でしたか。</p>

アセスメント表での確認事項

項目	チェック内容	チェックポイント	この項目で確認すべき内容・留意点等	質問例
生活状況	⑥現在の生活状況のみでなく、過去の生活歴や学歴、職歴、趣味なども聞き取れているか。 ⑦できれば経済状況も確認できているか。	・利用者が暮らしの中で大切にしてきたことが聞き取れているか。 ・その人らしさを象徴する情報が簡潔に記載されているか。 ・得意なこと、苦手なことなども聞き取れているか。	・利用者が暮らしの中で大切にしてきたことや固有の価値観等を知ること、支援の方向性を見いだす上で多くのヒントが得られることを理解しているか。(同じような状況であっても、価値観により支援の方向性が異なることがある。) ・「現在」の状態把握だけでなく、数年前の暮らしぶりなど「これまで」を視野に入れて情報収集を行っているか。	・利用者の「個別性・その人らしさ」を大切にするためにも、大切な情報である生活歴や生活状況をどのようにして聞き取りましたか。
利用者の被保険者情報	⑦被保険者証の記載事項をきちんと確認できているか。 ⑧医療保険や生活保護、身体障害者手帳の有無等、介護保険以外の情報も把握できているか。	・保険料未納による給付制限がないかなども確認できているか。	・給付制限がある場合、利用者負担が変わる可能性があることに留意しているか。	
現在利用しているサービスの状況	⑨医療や地域の高齢者サービスなどインフォーマルサービスの利用状況についても聞き取れているか。	・介護保険給付に限らず、利用者が現在受けているサービス全般の状況について把握できているか。 ・サービスの満足度は把握できているか。	・利用者の自立支援に向けて多角的な視点に立ってサービスを検討し、必要であれば保険外サービスの導入も提案できているか。 ・市町村の一般福祉サービスや社会資源を把握し、その活用を含めたプラン作成を意識できているか。 ・現在利用しているサービスの状況(頻度や内容)、目標の達成度、満足感を確認することは、適切なサービスの利用ができているかの評価につながることを理解しているか。	・介護給付以外のサービスについても検討しましたが、現在利用しているサービスについて利用者は満足しているようですか。
障害者日常生活自立度／認知症である者の日常生活自立度	⑩面談した時のみでなく、身近に関わっている他者からの情報も参考に判断できているか。	・主治医見書や認定調査情報の収集は行ったか。 ・主治医や身近に関わっている人から情報が得られているか。	・高齢者の状況は変わりやすいので、常に最新の情報をもとに判断を行っているか。 ・利用者は関わる相手やその時の状況によって、対応に変化があることに留意しているか。	・最新の情報で判断していますか。
主訴	⑪本人、家族それぞれ訴えや考え(困っていること、要望等)を個別に聞き取れているか。	・利用者本人の困りごとなのか、家族にとっての困りごとなのかが整理されているか。 ・利用者・家族が表現したありのままの言葉を用い、具体的な記載がされているか。	・利用者・家族の一番の訴えをしっかりと把握することができているか。	・利用者・家族はどのようなことに困って来られたのですか。

アセスメント表での確認事項

項目	チェック内容	チェックポイント	この項目で確認すべき内容・留意点等	質問例
認定情報	⑫認定情報をきちんと把握した上で計画書を作成しているか。	・認定有効期間、介護認定審査会の意見及びサービスの種類、支給限度額等が確認できているか。	・認定有効期間を確認し、認定期間の空白がないか、更新期間に入っていないか、更新漏れがないか等にも注意しているか。	・認定情報の内容を確認しましたか。
課題分析 (アセスメント)理由	⑬アセスメント理由が具体的に記載されているか。	＜アセスメント理由＞ 初回、更新、区分変更、定期、退院退所等	・アセスメント理由によっては、聞き取る内容や情報量や情報の入手先が異なってくることを理解できているか。(特に、退院退所時、区分変更時は、生活環境の変化や状態の変化を把握するため、関係機関からも情報収集が必要となる。)	・今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由は何か。 ・以前のニーズと大きく異なるようなニーズはありましたか。
健康状態	⑭既往歴や通院状況、服薬内容などに加え、病気の現在の状況及び予後の治療方針、日常生活への影響等についても記載されているか。	＜情報収集が必要と思われる例＞ ・主傷病、病状、痛み等 ・降圧剤やインスリン、パーキンソンの薬の使用状況 ・季節や天候による変動、日内変動 ・医療ニーズが高い疾患(在宅酸素や吸引・吸入、胃ろう、嚥下障害、ガン等) ・認知症、精神疾患等 ・身長、体重	・疾患の症状と対応ばかりを記載するのではなく、健康状態が日常生活(ADLやIADL)にどのような影響を及ぼしているのかを把握できているか。 ・利用者固有の特徴的な様子(日内変動や季節変動)や医療ニーズの高い疾患等については、その内容をプランに反映させる視点を持っているか。 ・痛みやつらさの緩和、心身機能の維持・向上により、どのようなことが可能になるかを予測し、利用者の「生活への意欲」を引き出すきっかけとできているか。 ・必要であれば、主治医等専門家にも意見を聞き、疾患が及ぼすリスクや将来の予測についても理解に努めているか。	・利用者の健康状態について、ケアプラン作成に当たり重要だと考えていることは何か。
ADL/IADL	⑮利用者の障害や病気に対する思いや受容について、きちんとアセスメントできているか。		・利用者や家族がどの程度疾患を受容できているかが日常生活への姿勢にも影響するため、十分に思いを把握できているか。	・家族はどの程度現状と原因を把握され、今後どのような望まれていますか。
ADL/IADL	⑯ADL・IADLに関する項目1つ1つについて、利用者が「できると」「していること」「できそうなこと」「手助けを受けていること」等が把握できているか。	・具体的に誰がどのように行っているかを把握できているか。 ・体調が良い時と悪い時の両方を把握できているか。 ・「できないこと」ばかりに目がいかないか。 ・利用者の家事に対するこだわりなど、ライフスタイルの把握ができているか。 ＜具体的な例＞ ・ADL(寝返り、起きあがり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等) ・IADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)	・どのような支援を行えば現在の状態の維持・改善・向上につながるかなど、予測をたてることができているか。 ・家族が利用者の現状を把握できていない場合には、利用者が「できること」、家族で「できること」に気づいてもらうための働きかけを行っているか。	・家族はどの程度現状と原因を把握され、今後どのような望まれていますか。
ADL/IADL	⑰なぜその状態か、生活で困っていることは何かを把握できているか。	・心身の機能や健康状態だけでなく、意欲や環境による要因(人的環境・物理的環境・経済的環境・制度的環境)も把握できているか。	・その状態である理由を、利用者の状態、周囲の環境の両方の視点で確認し、課題を導き出せているか。	

アセスメント表での確認事項

項目	チェック内容	チェックポイント	この項目で確認すべき内容・留意点等	質問例
認知	<p>⑧「認知症」と判断した理由や程度、中核症状、周辺症状の内容、日常生活での支障等が具体的に記載されているか。</p>	<p>周囲の複数の人から情報収集できているか。</p> <p><具体的な例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・移動面(目的地に行って帰ることができる、帰ってくるこどができない等) ・調理面(何とか作れる、味付けができない、調理の手順が分からず台所にも立てない等) ・食事面(出されたものをきちんと食べる、食べたことを忘れる、勤めても食べない等) ・その他(排泄、入浴、整容、更衣、健康管理、金銭管理、買い物、コミュニケーション、火の不始末、他人の認識、言語理解等) 	<ul style="list-style-type: none"> ・物忘れや認知症によってどのような日常生活上の支障が生じているかを把握できているか。 ・認知症の進行によって今後どのような支障が生じるかを予測し、先の対応を検討できているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・物忘れや認知症について、何か気になることはありましたか。 ・今後物忘れや認知症が進むと、どのようなことに支障が出てくると思われませんか。 ・その方の望む暮らしを把握しようとしていませんか。
コミュニケーション能力	<p>⑨利用者、援助者の病気に対する理解や受診状況、治療状況などが把握できているか。</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・家族を含む支援者がどの程度認知症という病気を理解し受容できているかを把握できているか。 ・必要な場合は、認知症についての情報提供や家族の介護負担の軽減等も検討しているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・物忘れ(認知症)について、本人(家族)はどのような不安をお持ちですか。
コミュニケーション能力	<p>⑩コミュニケーション方法やコミュニケーションがとれる相手が具体的に記載されているか。</p>	<p>補助されている場合は、その方法や用具を把握できているか。(代読、代筆、代弁等)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーションを困難にしている背景が把握できているか。 ・機能的な問題(聴覚・視覚・言語・伝達・移動能力等) ・気質的な問題(認知症を含む精神症状・極端な性格等) ・環境的な問題(外出しにくい環境・家族・友人・近隣とのあつれき等) 	<ul style="list-style-type: none"> ・友人や家族、地域の方などのようにコミュニケーションをとっているか。 ・どのようなことが原因でコミュニケーションに困っているのですか。
社会との関わり	<p>⑪社会的活動の内容や活動の頻度等が具体的に記載されているか。</p>	<p><具体的な例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在も関わりを維持している人や関わり方 ・社会活動への参加意欲、喪失感や孤独感等 ・過去の地域での活動 ・青年期：青年団、消防団、サークル等 ・中年期：町内会、PTA等 ・老年期：老人会、趣味サークル等 ・地域活動や趣味サークル等での役割 ・地域との関わりや環境の変化 ・友人・家族の入院・入所、他界、ペットの死等 	<ul style="list-style-type: none"> ・社会的活動にこれまでどのような関わり方をし、現在はどのような状況なのか、利用者の意向を含めて把握できているか。 ・利用者の状態像に応じた社会参加の方法を理解し、必要であれば情報の提供ができているか。 ・以前は行っていたが現在はあきらめてしまっていることや、状態が改善されればまたやってみたいことがあるかなどの意向を把握できているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の友人や家族、地域の方との関わりは良好ですか。また最近変化したことはありませんか。 ・利用者が自ら進んで行っている活動や趣味はありますか。

アセスメント表での確認事項

項目	チェック内容	チェックポイント	この項目で確認すべき内容・留意点等	質問例
<p>排尿・排便</p>	<p>②② 排尿・排便方法、頻度、利用者及び家族の意向や困りごと等が具体的に記載されているか。</p>	<p>＜具体的な例＞ ・排尿・排便方法(自立、尿取りパッド、ポータブルトイレ、和式・様式、おむつ、リハビリパンツ等) ・後始末や衣類の着脱状況 ・24時間の時間軸での把握(日中・夜間の差、頻度等) ・失禁の状況、コントロール方法等</p>	<p>・24時間の時間軸の生活において、どのような排泄方法をとっているか、どの程度の介護が必要なのかを把握し整理できているか。 ・排尿・排便は最も触れもいたくない部分であるので質問の際、利用者の自尊心を傷つけないよう配慮を行っているか。 ・直接介助が必要でない場合は、家族でも詳細が把握できていない場合が多いので注意する。</p>	<p>・利用者の排泄に関する意向や困りどころは何ですか。またその原因や背景を把握していますか。 ・日中や夜間では、排尿・排便にどのように困っておられますか。</p>
<p>じょく瘡・皮膚の問題</p>	<p>②③ なぜその方法をとっているのか、その原因や背景を把握しているか。</p>	<p>＜具体的な例＞ ・本人の意欲、介助者の健康状態や意識、住環境、ADLの状態</p>	<p>・能力があるのに排泄が自立できていない場合、その原因や背景を把握できているか。(他の関連項目(ADLや家族の介護力等)との関連性が把握できているか。)</p>	
<p>口腔衛生</p>	<p>②④ じょく瘡がある場合は、大きさや程度、医療的処置をしているかどうか記載されているか。</p> <p>②⑤ 原因や背景が把握できているか。</p> <p>②⑥ 口腔衛生に関する項目が具体的に記載されているか。</p>	<p>・主治意見書等で確認を行っているか。</p> <p>＜具体的な例＞ ・清潔状況、栄養状態、本人の活動状況等</p> <p>＜具体的な例＞ ・残存菌数、義歯、虫歯、口臭 ・口腔清潔の方法(頻度、使用道具等) ・唾液の分泌量低下、嚥下障害、味覚障害、肺炎などの既往状況</p>	<p>・他の関連項目(ADLや栄養状態等)との関連性が把握できているか。 ・口腔清潔が保っているかを聞き取れているか。 ・嚥下機能の低下や口臭についても聞き取れているか。(嚥下は誤嚥性肺炎の原因、口臭はコミュニケーションの悪化の原因等につながることを意識しているか。)</p>	<p>・口腔状態について何か気になる点がありましたか。</p>
<p>食事摂取</p>	<p>②⑦ 問題がある場合、原因や背景が把握できているか。</p> <p>②⑧ 食事の内容、介助の状況等が具体的に記載されているか。</p> <p>②⑨ 食事を食べる上での困りごとについて、原因や背景が把握できているか。</p>	<p>＜具体的な例＞ ・身体的機能、介護者の有無等</p> <p>＜具体的な例＞ ・形態(常食、治療食、さざみ食、流動食等) ・嗜好(偏食、食べ過ぎ、小食、栄養バランス等) ・食事場所(食卓、ベッド、家族団らん、孤食等) ・食事時間、回数、水分量等 ・介助内容等</p>	<p>・他の関連項目(ADLや家族の介護力等)との関連性が把握できているか。 ・食事準備-調理-盛付-配膳-下膳の範囲だけでなく、食事形態や介助の方法、環境面についてもADLの状況も踏まえてアセスメントできているか。 ・誰がどのように食事介助に関わっているのかを具体的に把握できているか。(独居や日中独居、老老介護の場合、どうしても重要なポイントとなる。) ・嚥下障害による特別な食事や水分補給の必要性など、特に注意すべきことはないか。</p>	<p>・食事にについて何か気になる点がありましたか。</p>

アセスメント表での確認事項

項目	チェック内容	チェックポイント	この項目で確認すべき内容・留意点等	質問例
問題行動	<p>③① 問題行動の内容や頻度、問題行動が起きる原因や背景の分析等が具体的に記載されているか。</p>	<p>利用者の生活状況、生活歴などから、問題行動の原因や背景が分析できているか。</p> <p><具体的な例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・BPSDの種類や状況 (例：食事介助に対する抵抗、妻に対する暴行) ・発生頻度、時間帯 ・介護者の対応 ・医学的対応の有無 ・予防策の有無 	<ul style="list-style-type: none"> ・BPSDが生じるタイミング、時間帯、きっかけ、特徴的な行動・言動などを把握できているか。 ・「問題行動」という直接的な表現は面談の際には避け、利用者や家族に不快を抱かせないように留意しているか。 ・原因や背景を分析し、問題行動の軽減策を検討できているか。 ・今後の症状の進行によりどのような事態が起こるかを予測できているか。 	<p>これまでの困った行為にばどのよ うなものがあつたか把握していま すか。</p>
③② 家族・近隣の人等がそれぞれどのような行動に対して問題と考えているのか。問題行動に対するストレス等が把握できているか。	<p>③② 家族・近隣の人等がそれぞれどのような行動に対して問題と考えているのか。問題行動に対するストレス等が把握できているか。</p>	<p>具体的に誰が問題行動と感じているのか把握しているか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・問題行動が家族や近隣にどのように理解されているかまたその時の対応をどのように行っているかを把握し、整理できているか。 ・対応者の様子(表情、声のトーン、強い禁止等)も問題行動には影響を及ぼすため、家族や周囲の支援者がどれだけ認知症や精神疾患に対する理解があるかを確認し、必要であれば、正しい知識と対応について伝達しているか。 ・利用者支援だけでなく、介護者のストレスマネジメントにも留意しているか。 ・場合によっては、医療的対応等も考慮しているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が周囲を戸惑わせたり、介護者が負担に思っている行為は起こっていますか。
③③ 介護者の介護状況や心身の状況を把握できているか。	<p>③③ 介護者の介護状況や心身の状況を把握できているか。</p>	<p><具体的な例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・主たる介護者の心身状況、健康状態(腰痛、肩こり、不眠、うつ) ・介護者のストレス(イライラ、落ち込む、意欲低下、暴言) ・介護の状況(介護の分担、介護技術、家事力) ・介護者の通院の有無 ・家族関係(役割分担、キーパーソン) ・介護者の住所地の遠近(同居、別居) ・介護への意識 ・負担感の原因(精神的、身体的、金銭的) 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の「介護の知識や介護力」の程度や介護に関わる家族の「心身の疲れや健康状態」を把握し、整理できているか。 ・主たる介護者やキーパーソンの有無、介護に関わる家族の人数を把握し、整理できているか。 ・具体的にとどのようことが「介護疲れ」を引き起こしているか、介護者の個別性も視野に入れ把握し整理できているか。(特に主介護者の介護疲れは、在宅生活の継続を困難にすることもあるので、把握が必要。) ・家族の介護への姿勢を把握し、モニタリングやアセスメントの中味を検討したり、時には家族に重点を置いた支援の方策を検討できているか。 ・介護支援専門員自身の介護家族の価値観を強要したり、誘導することのないよう留意しているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の方の心身の状況は把握していますか。特にどなたか心配な方はいらっしゃいますか。 ・主たる介護者の状況と実際にしている介護の内容を教えてください。

アセスメント表での確認事項

項目	チェック内容	チェックポイント	この項目で確認すべき内容・留意点等	質問例
居住環境	<p>③③ 利用者が行動する上で困っていることが、自宅内だけでなく周辺の環境も含めて把握できているか。</p>	<p>室内の図などで情報を補足しているか。</p> <p><具体的な例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・住居・居室の形態(一戸建て・集合住宅、平屋・二階建て、居室の階、和室・洋室等) ・室内・屋外(近隣等)での動線 ・福祉用具利用の有無 ・危険箇所、障害となっている場所(階段、段差、広さ、屋外の交通量等) ・入浴、排泄、食事(調理)、買い物等のIADL環境 ・住宅改修の必要性 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者がより自立した生活を送り、機能の維持向上や介護者の負担軽減のために、住環境の上で工夫できる点がないか、将来も予測し、関係機関や関係者にも相談しながら検討できているか。 ・物の配置変更や室内の細かな環境整備により可能となることもあるので、理学療法士等専門的視点を持った者にもアドバイスを求めているか。 ・家庭内だけでなく、「住み慣れた地域での暮らし」を意識して状況把握ができていないか。 ・利用者や家族の思いを尊重し、危険箇所をやみくもに排除しないよう留意しているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅生活を続ける居住環境として気がかりな点はありませんか。 ・利用者が最も困っている場所はどこですか。 ・家族が介護をするにあたり困っている場所はどこですか。
特別な状況	<p>③④ 利用者、介護者の両方について、特別に配慮すべきこと(家族の特別な事情や病気に関する重要な情報等)が聞き取れているか。</p>	<p><具体的な例></p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人(医療ニーズが高い、徘徊、虐待、家族不和、限界を超えた頑張り) ・家族(健康、疾患、ストレス、介護力、家庭内不和、離婚、断絶) ・家計(困窮、生活保護) ・介護者(同居、近距離・遠距離、性差、介護力、介護への思い、疾患、判断能力) ・その他(認知症、精神疾患、終末期、虐待、介護スタイル、宗教) 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者及び介護者の「特別に配慮すべきこと」を把握し今後どのようなことが予測されるかを整理しているか。 ・担当者会議等を通して、ケアチームが「特別に配慮すべきこと」を共通認識し、支援の方向性を確認できているか。 ・必要であれば、保険者や地域包括支援センターにも協力を依頼し、支援を検討しているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・プランを作成する上で、特別に配慮した方が良いと思われたことはありますか。

6 各種様式

ケアプランチェックにおいて使用する様式を参考に掲載します。

○ 事例概要書

事例概要書は、介護支援専門員がケアプランを市町村に提出する際にあわせて提出してもらうものです。

利用者の概要を記入してもらい、どのような事例なのかを把握しやすくするとともに、「ケアプランを作成した際にどのような点で苦労したか」、「どのようなアドバイスが必要か」などを記入してもらうことで、面接がより有効なものになると考え、作成しました。

また、介護支援専門員が所有する資格を記入してもらうことで、職種によるケアプラン作成の傾向等を把握できるのではないかと考えています。

なお、各市町村がどのような目的でケアプランを抽出するかにより、記載内容も変わります。様式については、適宜変更して活用して下さい。

○ ケアプランチェックシート

チェック内容を一覧にしていますので、チェック実施者は、チェック結果をこのシートに記入して下さい。

事前チェックでは、チェック項目の内容ができているかどうかを「事前チェック欄」に記入するとともに、「評価できる点」、「チェックをつけた理由（確認が必要な内容）」を具体的に記入しておきます。

面接時には、この「チェックをつけた理由（確認が必要な内容）」について聞き取りを行い、その結果を「面接での確認結果」欄に記入して下さい。

また、面接結果によりチェックが変わった場合は、「事後チェック欄」に改めてチェック結果を記入して下さい。

あわせて、「助言内容」欄に、面接時に助言を行った内容を記入し、後日、整理を行った上で、介護支援専門員にチェック実施結果を通知します。

事例概要書(例)

提出者氏名	従事年数	年	担当ケース数	件/月
所有する資格	介護福祉士	看護師	社会福祉士	ヘルパー その他()
所属事業所名				
所在地				
電話				
事例概要(利用者の概要等)				
本事例に関するケアプラン作成やサービス提供等で困ったところ・工夫した点など				
本事例に関してアドバイスが欲しい点など				

ケアプランチェックシート

記入者(チェック実施者)	事例提出者	事業所名	事例番号

* チェック欄については、チェック項目の内容ができていない場合は「○」、できていない場合(確認が必要な場合)は「×」、概ねできていない場合(一部確認が必要な場合)は「△」を記入。

第1表 居宅サービス計画書(1)

連番	チェック項目	事前 チェック欄	事後 チェック欄
1	①利用者・家族がどのような生活をしたいと考えているかについて、それぞれの意向がそのまま記載されているか。		
2	②具体的な生活目標になっているか。		
3	③アセスメントにより抽出された課題に対応しているか。		
4	④第2表、第7表のサービス内容に生活援助中心型が記載されている場合は、1・2・3の該当箇所に○が付けられているか。「その他」の場合、具体的に必要理由が記載されているか。		
5	⑤記載事項に漏れがないか。		

第2表 居宅サービス計画書(2)

連番	チェック項目	事前 チェック欄	事後 チェック欄
6	①アセスメントの結果導き出されたニーズであり、自立を阻害する要因を解決するものとなっているか。		
7	②課題表現は、具体的にポジティブに書かれているか。		
8	③課題に対応した「最終的に目指す結果」、「達成可能な目標」となっているか。		
9	④長期目標を段階的に分けた「身近で具体的な目標」になっているか。		
10	⑤達成可能な期間となっており、モニタリングの目安となっているか。		
11	⑥目標に応じた個別性のある期間となっているか。また、長期・短期目標の期間が同じでないか。		
12	⑦短期目標を達成するための具体的な生活目標に基づいたサービスになっているか。		
13	⑧介護保険制度だけでなく、他制度によるサービスや家族の支援を含むインフォーマルサービス等が記載されているか。また、医療系サービスが必要な場合、医師の意見を求めるなど適切にサービスに盛り込まれているか。		
14	⑨サービス担当者会議で合意した内容について、具体的に記載されているか。		
15	⑩生活援助中心型の場合や通所サービスで加算がある場合等、必要理由が記載がされているか。福祉用具購入や住宅改修なども記載されているか。		
16	⑪サービス内容に応じて、サービス種別・提供事業所の名称が記載されているか。		
17	⑫サービス種別・事業所に偏りがないか。		
18	⑬モニタリングでの評価も参考にし、必要に応じて見直しを行っているか。		
19	⑭頻度・期間の設定は適切か。		

第3表 週間サービス計画表

連番	チェック項目	事前 チェック欄	事後 チェック欄
20	①利用者の生活リズムや、サービスの提供時間等が一目で分かるようになっているか。		
21	②第2表で挙げたサービスを介護給付、セルフケア、インフォーマルサービスなど種類に関わらず全て記載しているか。		
22	③利用者の起床や食事、排泄、入浴、就寝、介護者のスケジュールなど、平均的な1日の過ごし方が記載されているか。		
23	④週単位以外のサービスが、インフォーマルサービスも含めて記載されているか。		

第4表 サービス担当者会議の要点

連番	チェック項目	事前 チェック欄	事後 チェック欄
24	①必要な時期に実施しており、開催日がサービス開始前であるか。		
25	②利用者、家族、主治医を含め、関係するサービス担当者が出席しているか。		
26	③（欠席者がある場合）参加できなかった理由が事業者ごとに記載されているか。		
27	④開催の目的や検討した項目が分かりやすく箇条書きで記載されているか。		
28	⑤（欠席者がある場合）適切な時期に欠席者全員に照会され、回答については氏名がきちんと記載されているか。 また、回答内容は、検討項目に対応したものであるか。		
29	⑥検討項目ごとに記載されているか。		
30	⑦検討項目に対応した結論が具体的に記載されているか。		
31	⑧利用者や事業所の都合で実施できなかったサービスや必要と思われるが実施できていないサービスなどについて記載できているか。		
32	⑨サービス提供で問題が変化するなどの予測が付き場合は次回開催について記載しているか。		

第5表 居宅介護支援経過

連番	チェック項目	事前 チェック欄	事後 チェック欄
33	①支援の内容が、5W1Hを基本として分かりやすく記載されているか。		
34	②月に1度訪問し、モニタリングを行った記録があるか。新規の場合、サービス導入直後にモニタリングが行われているか。		
35	③居宅サービス計画書の交付年月日と、誰にどのような状況で交付したかを記載しているか。		
36	④アセスメントー計画原案作成ー担当者会議開催ー計画の確定ー計画交付の流れは適切か。		

第6表 サービス利用票

連番	チェック項目	事前 チェック欄	事後 チェック欄
37	①作成年月日の記載があるか。利用者または家族のサイン、捺印があるか。		
38	②被保険者証から転記されているか。		
39	③認定期間内での前月までの短期入所利用日数が記載されているか。		
40	④第2表、第3表との整合性がとれているか。		
41	⑤予定と実績は一致しているか。計画以外のサービスが提供されている場合、プランを変更し再作成しているか。		

第7表 サービス利用票別表

連番	チェック項目	事前 チェック欄	事後 チェック欄
42	①第6表の予定、実績をもとにすべて転記しているか。		
43	②1単位単価の高いサービスを保険対象外としていないか。		
44	③限度額超過や限度額いっぱいになっていないか。		
45	④請求単位は適正か。		

アセスメント表

連番	チェック項目	事前 チェック欄	事後 チェック欄
46	①アセスメント方式は適切か。最低限、23項目の情報収集ができていますか。		
47	②単に23項目の状況を聞き取るだけでなく、聞き取った情報をもとに課題を分析・整理ができていますか。		
48	③利用者や家族の意向を尊重しているか。		
49	④アセスメントは利用者の居宅を訪問して行ったか。また、必要に応じ、利用者・家族以外の関係者からも情報を得ているか。		
50	⑤相談の主題（理由）について把握ができていますか。誰から情報を得たかが記載されているか。		
51	⑥現在の生活状況のみでなく、過去の生活歴や学歴、職歴、趣味なども聞き取れているか。できれば経済状況も確認できているか。		
52	⑦被保険者証の記載事項をきちんと確認ができていますか。		
53	⑧医療保険や生活保護、身体障害者手帳の有無等、介護保険以外の情報も把握ができていますか。		
54	⑨医療や地域の高齢者サービスなどインフォーマルサービスの利用状況についても聞き取れているか。		
55	⑩面談した時のみでなく、身近に関わっている他者からの情報も参考に判断ができていますか。		
56	⑪利用者、家族それぞれの訴えや考え（困っていること、要望等）を個別に聞き取れているか。		
57	⑫認定情報をきちんと把握した上で計画書を作成しているか。		
58	⑬アセスメント理由が具体的に記載されているか。		
59	⑭既往歴や通院状況、服薬内容などに加え、病気の現在の状況及び予後、治療方針、日常生活への影響等についても記載されているか。		
60	⑮利用者の障害や病気に対する思いや受容について、きちんとアセスメントができていますか。		
61	⑯ADL、IADLに関する項目1つ1つについて、利用者が「できること」「していること」「できそうなこと」「手助けを受けていること」等が把握ができていますか。		
62	⑰なぜその状態か、生活で困っていることは何かを把握ができていますか。		
63	⑱「認知症」と判断した理由や程度、中核症状、周辺症状の内容、日常生活での支障等が具体的に記載されているか。		
64	⑲利用者、援助者の病気に対する理解や受診状況、治療状況などが把握ができていますか。		
65	⑳コミュニケーション方法やコミュニケーションがとれる相手が具体的に記載されているか。		
66	㉑ 社会的活動の内容や活動の頻度等が具体的に記載されているか。		
67	㉒ 排尿・排便方法、頻度、利用者及び家族の意向や困りごと等が具体的に記載されているか。		
68	㉓ なぜその方法をとっているのか、その原因や背景を把握しているか。		
69	㉔ じょく瘡がある場合は、大きさや程度、医療的処置をしているかどうか記載されているか。		
70	㉕ 原因や背景が把握ができていますか。		
71	㉖ 口腔衛生に関する項目が具体的に記載されているか。		
72	㉗ 問題がある場合、原因や背景が把握ができていますか。		
73	㉘ 食事の内容、介助の状況等が記載されているか。		
74	㉙ 食事を食べる上での困りごとについて、原因や背景が把握ができていますか。		
75	㉚ 問題行動の内容や頻度、問題行動が起きる原因や背景の分析等が具体的に記載されているか。		
76	㉛ 家族・近隣の人等がそれぞれどのような行動に対して問題と考えているのかを把握ができていますか。問題行動に対するストレス等が把握ができていますか。		
77	㉜ 介護者の介護状況や心身の状況を把握ができていますか。		
78	㉝ 利用者が行動する上で困っていることが、自宅内だけでなく周辺の環境も含めて把握ができていますか。		
79	㉞ 利用者、介護者の両方について、特別に配慮すべきこと（家族の特別な事情や病気に関する重要情報等）が聞き取れているか。		

評価できる点

様式・項目番号等	内 容

チェックをつけた理由(確認が必要な内容)

様式・項目番号等	内 容

面接での確認結果

様式・項目番号等	内 容

助言内容

様式・項目番号等	内 容

* 記入スペースが足りない場合は、適宜、様式を追加して下さい。

7 自己プランチェックについて

本ケアプランチェックマニュアルは、市町村がチェックを行うことを前提に作成したものです。しかし、ケアプランがより良いものとなるためには、介護支援専門員自身が常に「ケアマネジメントとは何か」、「ケアプランとは本来どのようなものか」を意識する必要があります。

そこで、介護支援専門員自身が、自分が作成したケアプランの内容をチェックできるように作成したものが「自己プランチェック表」です。

市町村が、全てのケアプランをチェックすることは困難です。チェックを行えないケアプラン、介護支援専門員に対しては、「自己プランチェック表」の活用を促すなど、介護支援専門員の質の向上に繋がる働きかけをしていただければと考えます。

「自己プランチェック表」について

○作成の目的

「自己プランチェック表」は、介護支援専門員が、「自分が作成したケアプランが適切な手順に従い作成されているか」、「より効果的なケアプランになっているか」を確認する手段の一つとして作成しました。自分のケアプランを見直すきっかけとし、質の向上に役立てて下さい。

○活用方法

第1表から第7表までとアセスメントについて、チェックポイントと留意点を記載しています。チェックポイントに記載されている内容は、帳票の各項目で、ケアプラン作成の際に意識して欲しい内容です。できているかどうかを確認し、できている場合は口にチェックを付けて下さい。できていない場合は、留意点に記載した内容を再確認し、次回のケアプラン作成に活かして下さい。

自己プランチェック表

第1表「居宅サービス計画書(1)」

様式の項目	チェックポイント	留意点
利用者及び家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 利用したいサービスを聞くだけでなく、アセスメントを活用し、どのような生活がしたいのかを具体的に聞き取りましたか。 <input type="checkbox"/> 利用者・家族それぞれ意向を確認できましたか。	<ul style="list-style-type: none"> 単に利用者が要望するサービスをプランに組み込むだけでなく、なぜそのサービスを要望しているのかについて、掘り下げて確認を行います。 虐待等、第1表への記載が難しい場合は、第5表に記載して下さい。
総合的な援助の方針	<input type="checkbox"/> 専門用語や抽象的な表現を避け、分かりやすく記載しましたか。 <input type="checkbox"/> ケアチームとしての総合的な方針となっていますか。 <input type="checkbox"/> 第2表の課題と関連がありますか。 <input type="checkbox"/> アセスメントにより抽出された課題に対応していますか。	<ul style="list-style-type: none"> 総合的な援助の方針は、介護支援専門員が目指す方針ではなく、ケアチームとしての総合的な援助方針であることを注意しましょう。 第2表の生活の課題に挙がっていない内容が、援助の方針に入っている場合は、アセスメントの過程を振り返る必要があります。 また、モニタリングや担当学会議の開催により、随時、見直しを行います。
生活援助中心型算定理由	<input type="checkbox"/> 第2表、第7表のサービス内容に生活援助中心型が記載されている場合は、1・2・3の該当箇所に○を付けていますか。 <input type="checkbox"/> 「その他」の場合、「高齢世帯」などの画一的な表現でなく、具体的に必要なる理由を記載していますか。	<ul style="list-style-type: none"> 生活援助中心型を位置づける場合（特に「その他」の場合）、その算定理由を根拠を持って説明できる必要があります。 介護保険による訪問介護サービスとそれ以外の生活援助の違いを理解し、同居家族の支援や介護保険外のサービスの検討も行って下さい。（介護サービス利用を制限するために、家族が行うことを強要するものではありません。様々な検討の結果、必要であると判断したことが重要になります。）
その他	<input type="checkbox"/> 記載事項に漏れはありませんか。	<ul style="list-style-type: none"> 必要な情報を記載することが適切なケアプラン作成の第1歩となります。

第2表「居宅サービス計画書(2)」

様式の項目	チェックポイント	留意点
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	<input type="checkbox"/> アセスメントソフト等によって、一律同じような表現や課題分析を行っていませんか。 <input type="checkbox"/> 課題の中にサービスの種類を記載していませんか。（「安全・安楽に過ごす」等の抽象的で誰にも当てはまるような表現をしていませんか。その人に合った達成可能な目標にしましょう。） <input type="checkbox"/> 課題表現は、具体的にポジティブに、また分かりやすく記載していますか。 <input type="checkbox"/> 一定期間後に実際に達成できそうな課題を記載していますか。	<ul style="list-style-type: none"> 「できる」「できない」などの行為の現状把握だけでなく、その状況を招いている原因や背景についても整理を行い、そのうえで改善の可能性を探りましょう。 サービスは目的でなく、ニーズを解決するための一つの手段であることに注意しましょう。 利用者及び家族が、「自分達の課題」として捉えられるよう分かりやすい表現を用い取り組みの意欲が生まれるよう心がけましょう。
長期目標	<input type="checkbox"/> 一つ一つの課題に対応した目標となっていますか。 <input type="checkbox"/> 抽象的な目標や単なる努力目標になっていませんか。（「安全・安楽に過ごす」等の抽象的で誰にも当てはまるような表現をしていませんか。その人に合った達成可能な目標にしましょう。） <input type="checkbox"/> サービス内容を目標に設定していませんか。 <input type="checkbox"/> 本人主体で目標設定していますか。（支援者側の目標設定になっていませんか）	<ul style="list-style-type: none"> 短期目標が解決できたゴールとして、利用者、家族、サービス提供者が具体的なイメージを持てるよう意識して目標を設定しましょう。 サービスを受けることが目標ではありません。そのサービスを使うことによりどのような状態になるのか、を目標とします。 家族、ケアチームなど支援者の考えを利用者に押しつけないよう留意しましょう。
短期目標	<input type="checkbox"/> 具体的に何をやるのかをイメージできる内容になっていますか。 <input type="checkbox"/> すぐに始められる「取り組み目標」ですか。 <input type="checkbox"/> モニタリングの際に達成度が分かるような目標になっていますか。（長期間にわたって漫然と支援を行うような目標になっていませんか。）	<ul style="list-style-type: none"> 短期目標は、長期目標を達成するための具体的な「活動の指標」です。 利用者に「実感のわく内容」、「やってみようと思える内容」を心がけましょう。 サービス提供事業所が作成する個別サービス計画の指標となるものであることを意識し、具体的な記載を心がけて下さい。

<p>(長期・短期目標の期間)</p>	<p>□日付設定で期間を表示していますか。(○年○月～○年○月となっておりますか。)</p> <p>□目標に応じた個別性のある期間になっていきますか。(一律に同じ期間を設定していきませんか。)</p> <p>□長期目標と短期目標の期間は同じになっていませんか。</p>	<p>・プラン全体を評価し振り返りをするために、具体的な日付の設定をしましょう。</p>
<p>サービス内容</p>	<p>□短期目標を達成するための具体的な生活目標に基づくサービスになっていますか。</p> <p>□「デイサービスに行く」等、サービス種類を記載しただけになっていませんか。</p> <p>□他制度によるサービスや家族の支援・利用者自身のセルフケアなども記載してありますか。</p> <p>□医療系サービスが必要な場合は、主治医等の専門家にも意見を求めていますか。</p> <p>□サービス担当者会議で合意した内容について、具体的に記載していますか。</p> <p>□下記の場合、必要とする理由を記載していますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護が生活援助中心型の場合 ・訪問介護が通院等乗降介助の位置づけがある場合 ・訪問介護が長時間(4時間以上)の場合 ・福祉用具(付属品)の貸与がある場合 ・福祉用具販売がある場合 ・短期入所の長期利用(1ヶ月以上)の場合 	<p>・単に利用するサービス内容を記載するのではなく、目標を達成するために必要な支援のホイットやセルフケア・家族の役割等を記載しましょう。</p> <p>・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、福祉サービス、地域住民による自発的サービス等の利用も含めて計画に位置づけるよう努めましょう。(基準省令第13条4号、解釈通知第2-3(7)(4))</p> <p>・訪問看護、通所リハ等の医療サービスを位置づける時は主治医等の意見を求め、また留意事項がある場合は、留意点を尊重しましょう。(基準省令第13条18号・19号、解釈通知第2-3(7)(8))</p> <p>・できるだけ家族による援助も記載し、家族参加の動機付けを行うなどの工夫を行いましょう。</p> <p>・サービス担当者会議で専門的な見地から示された留意点や配慮がある場合、それを記載し、ケアチームが共有できるようにしましょう。</p> <p>・サービス計画を立てるのに必要なサービス項目(送迎や加算等)や、加算サービス項目(入浴・個別リハ等)についても記載し、その必要性が説明できるようにして下さい。(老企第36号第2-2(6)、基準省令第13条21号・22号、解釈通知第2-3(7)(7)(9))</p>
<p>サービス種別/*2(サービス提供事業所)</p>	<p>□サービス種別・事業所に偏りはありませんか。(同一法人のサービスばかりを利用していませんか。)</p>	<p>・サービス種別や事業所の選定にあたり、十分な検討を行いましょう。(基準省令第13条5号、解釈通知第2-3(7)(9))</p> <p>・地域のサービス事業所やインフォーマルサービスも把握し、利用者・家族に情報提供しましょう。</p>
<p>頻度/期間</p>	<p>□サービス担当者会議で検討された頻度・期間になっていますか。</p> <p>□必要に応じ、頻度や期間の見直しを行いますか。</p>	<p>・利用者(家族)の生活リズムやサービスの受け入れ度合い(心理面・体力面)に配慮し、利用者にとって無理のない利用方法を考えましょう。</p> <p>・サービスが効果的に機能しているかを確認するためには、初期段階での確認が大切です。サービス導入直後にモニタリングを行いましょう。</p>

第3表「週間サービス計画表」

様式の項目	チェックポイント	留意点
<p>週間サービス計画</p>	<p>□利用者の生活リズムや、サービスの提供時間等が一目で分かるようになっていきますか。</p> <p>□第2表で挙げたサービスを介護給付、セルフケア、インフォーマルサービスなど種類に関わらず全て記載していますか。</p>	<p>・第2表のサービス内容を第3表にすることで、計画書そのものの全体的なバランスやそれぞれのサービスと利用者の生活における関連性が見えるものとなり、見落としや偏りがないかを確認できます。</p> <p>また、利用者や家族、サービス担当者がそれぞれの役割分担と連携を認識することができず、利用者や家族、サービス担当者が見えやすくなるよう、利用者や家族が行うことも記載しましょう。</p>
<p>主な日常生活上の活動</p>	<p>□利用者の起床や食事、排泄、入浴、就寝、介護者のスケジュールなど、平均的な1日の過ごし方を記載していますか。</p>	<p>・平均的な過ごし方や主たる介護者の不在時間帯等を把握することで援助が必要な部分が明確になり、より効果的な支援策を検討する手がかりとなります。</p>
<p>週単位以外のサービス</p>	<p>□福祉用具貸与や短期入所など、週単位以外のサービスを、インフォーマルサービスも含めて記載していますか。</p>	<p>・継続的に支援体制を構築していくためには、一時的に必要な支援や定期的に必要な支援なども含め、利用しているサービス全体を把握しましょう。</p> <p>・医療機関への受診や保健サービスの利用、ポランテニアの不定期な支援や近隣の支援なども大切な情報源として記入しましょう。(特に重度の認知症の場合は、地域住民のネットワーク、保健・医療・福祉の連携の必要性からも、介護保険外サービスの記載は重要となります。)</p>

第4表「サービス担当者会議の要点」

様式の項目	チェックポイント	留意点
開催日	<p>□必要な時期（新規、更新、区分変更、プラン変更等）に実施しており、開催日がサービス開始前ですか。</p>	<p>・適切な時期に会議が開催されていない場合、減算となります。（基準省令第13条9号・14号、解職通知第2-3（7）⑨⑩、老企第36号第3-6（1）②（2））</p>
会議出席者	<p>□利用者、家族、主治医を含め、関係するサービス担当者が出席していますか。 （欠席者がある場合） □参加できなかった理由が事業者ごとに記載され、正当な理由がありますか。 （十分な調整を行いましたか。）</p>	<p>・関係者がそれぞれの視点から専門的見解を述べることで、より効果的な支援方法が見いだせます。 ・居宅サービス計画原案に位置づけけたサービスについて、全員の出席を求めましょう。（最終的に使わなかったサービスについても照会時点では必要です。）（基準省令第13条9号・14号、解職通知第2-3（7）⑨⑩） ・医療系サービス利用者には、主治医の意見が必要になります。（基準省令第13条18号・19号、解職通知第2-3（7）⑨） ・他の書類により欠席理由が確認できる場合は、記入を省略して差し支えありません。</p>
検討した項目	<p>□開催の目的（新規、更新、区分変更、プラン変更等）や検討した項目を分かりやすく箇条書きで記載していますか。 □計画原案を留意して開催しましたか。 （欠席者がある場合） □適切な時期に欠席者全員に照会していますか。 □回答内容は、検討項目に対応していますか。</p>	<p>・何のために行われた会議であるのかを明確にし、目的にあった内容についての検討を行います。 ・話し合った項目を分かりやすく記載し、検討漏れの項目がなかったかを確認しましょう。 ・回答結果をプラン作成に反映させるため、適切な時期に欠席者への意見照会を行います。（基本的には担当者会議開催前です。） ・他の書類により照会内容や回答内容が確認できる場合は、記入を省略して差し支えありません。</p>
検討内容	<p>□検討項目ごとに、サービス提供方法、留意点、頻度、時間数、担当者、今後の見通しなどが記載されていますか。</p>	<p>・現状の問題点と解決策、今後予想される問題点について、どのような検討を行ったか、結論を導き出した経緯が具体的に分かるように記載しましょう。</p>
結論	<p>□検討項目ごとに、各サービス担当者がすべきことについて、内容・期間等を明確に記載していますか。 □検討内容と整合性はありますか。（検討内容と関連のない内容が記載されていますか。）</p>	<p>・なぜそのような結論になったか、理由を記載しましょう。</p>
残された課題（次の開催時期）	<p>□利用者や事業所の都合で実施できなかったサービスや、必要と思われるが実施できていないサービスなどについて記載していますか。 □サービス提供で問題が変化するなどの予測が付く場合は、次の開催について記載していますか。</p>	<p>・検討過程で議論されたサービスと提供サービスに差がある場合、説明根拠として記載しておきましょう。 ・モニタリングの時期を意識し、検討を行います。</p>

第5表「居宅介護支援経過」

様式の項目 内容	チェックポイント	留意点
	<p>□ 支援の内容を、5W1Hを基本として分かりやすく記載していますか。</p> <p>□ 漫然と記載するのではなく、項目ごとに整理して記載していますか。</p> <p>□ 月に1度訪問し、モニタリングを行い、その内容を記入していますか。(単に利用者の状況の変化を記したのみでは、モニタリング結果の記録には当たりません。)</p> <p>□ 新規の場合、サービス導入直後にモニタリングを行っていますか。</p> <p>□ 居宅サービス計画書の交付年月日と、誰にどのような状況で交付したかを記載していますか。</p> <p>□ 計画原案はアセスメント実施日以降に作成していますか。</p> <p>□ 計画原案作成後、サービス担当者会議を開催していますか。</p> <p>□ サービス担当者会議終了後、利用者・家族への説明を行い、同意を得ていますか。</p>	<p>・ 単にやりとりを記載したメモではなく、公的な記録であることを意識して記載しましょう。</p> <p>・ やりとりを行った目的やその結果を分かりやすく記載しましょう。</p> <p>・ モニタリングにより、居宅サービス計画の実施状況、利用者の心身の状況、サービス利用状況及び満足度、事業者との連絡調整、目標達成度、プラン変更の必要性等を確認しましょう。(基準省令第13条12号・13号、解釈通知第2-3(7)(②)(③))</p> <p>・ 特段の事情がないのに少なくとも1月に1回利用者の居宅を訪問し利用者及び家族に面接していない場合及びモニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続している場合は、減算対象となります。(老企第36号第3-6(3)) (「特段の事情」とは利用者の事情によるものであり、緊急の入院・入所などが考えられます。)</p> <p>・ モニタリング結果は別紙に記入することも可能です。</p> <p>・ 計画原案の内容について利用者又は家族に説明し、文書により同意を得た上で、計画を利用者、サービス担当者に交付する必要があります。(できていない場合は、減算となります。)(基準省令第13条11号、解釈通知第2-3(7)①、老企第36号第3-6(1)③)</p> <p>・ アセスメント-計画原案作成-担当者会議開催-計画の確定-計画交付という流れを常に意識しましょう。(基準省令第13条8号・9号・10号、解釈通知第2-3(7)②⑨⑩)</p>

第6表「サービス利用票(兼居宅サービス計画)」

様式の項目	チェックポイント	留意点
作成年月日／利用者確認	<p>□ 作成年月日の記載がありますか。</p> <p>□ 利用者または家族のサイン、捺印がありますか。</p> <p>□ 計画の変更を行った場合は、変更後の計画に基づいて利用票を作成し、同意を得た日付が記載されていますか。</p> <p>□ 暫定利用の場合は、介護度決定後、再度正しい介護度の記載された利用票での同意を得ていますか。</p>	<p>・ 作成年月日は、「利用者確認」欄に押印(サイン)した日です。</p>
要介護状態区分／変更後要介護状態区分・変更日	<p>□ 被保険者証から転記していますか。</p> <p>□ 介護度の変更があった場合は、日付と変更後の介護度を記載していますか。</p>	<p>・ 変更申請で月途中から介護度が変更された場合、利用できるサービス種別・限度額等の違いにより利用者が不利益を被る場合があることに留意しましょう。</p>
前月までの短期入所利用日数	<p>□ 認定期間内での前月までの短期入所利用日数を記載していますか。(新規プランの場合は、「0」と記載していますか。)</p>	<p>・ 連続30日を超えての利用や有効期間の半数を超える利用は好ましくありません。長期利用の場合、サービス担当者会議で他の援助方法も検討しましょう。(基準省令第13条20号、解釈通知第2-3(7)(⑨))</p>
提供時間帯／サービス内容	<p>□ 第2表、第3表と整合性は取れていますか。 特に下記の内容について整合性が取れていますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 通所系サービスの加算がある場合 ・ 訪問介護の身体介護、生活援助の区分 ・ 福祉用具貸与の付属品がある場合 ・ 短期入所で連続30日以上など、長期の利用がある場合 	
月間サービス計画及び実績の記録	<p>□ 予定と実績は一致していますか。</p> <p>□ 計画以外のサービスが提供されている場合、プランを変更し再作成していますか。</p>	<p>・ 予定と実績の違うサービスは理由を説明できるようにしておきましょう。</p>

第7表「サービス利用票別表」

様式の項目	チェックポイント	留意点
区分支給限度額管理・利用者負担計算	<input type="checkbox"/> 第6表の予定、実績をもとにすべて転記していますか。 <input type="checkbox"/> 1単位単価の高いサービスを保険対象外としていませんか。 <input type="checkbox"/> 限度額超過や限度額いっぱいになっていませんか。 <input type="checkbox"/> 請求単位は適正ですか。	<ul style="list-style-type: none"> ・転記誤りがないか注意しましょう。 ・単位数の高いサービスを保険外にした場合、利用者負担額が高くなるため、適切な判断を行い、利用者・家族の同意を得るようにしましょう。 ・サービスの必要性について、十分な検討を行いましょう。 ・請求単位に誤りがないか再確認を行いましょう。

アセスメントシート

様式の項目	チェックポイント	留意点
	<input type="checkbox"/> 最低限、23項目の情報収集はできていますか。 <input type="checkbox"/> 単に23項目を聞き取るだけでなく、情報をもとに課題分析整理ができていますか。 <input type="checkbox"/> 分析結果を第1表・2表に反映できていますか。 <input type="checkbox"/> 利用者や家族の意向は尊重できていますか。 <input type="checkbox"/> アセスメントは利用者・家族以外の関係者から情報を得ていますか。 <input type="checkbox"/> 必要に応じ、利用者・家族以外の関係者からも情報を得ていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント23項目については全て聞き取りましょう。（基準省令第13条6号、解釈通知第2-3(7)⑥） ・アセスメントとは利用者についての生活状況を理解し、利用者が在宅生活を継続していく上でどのような生活課題（ニーズ）があるかを明らかにしていくプロセスを指します。利用者の現状をまず把握し、その上で、利用者の困りごとや希望、混乱の原因や背景を分析しましょう。 ・アセスメントは、利用者・家族との協働作業であることを理解し、利用者・家族の意思を尊重できるように努めましょう。（利用者・家族の要求に従い言いなりのプランを作成することは、真の「意思の尊重」ではありません。） ・利用者・家族との信頼関係を築くため、適切な言葉づかいや態度をとるよう心がけましょう。 ・利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接してアセスメントを行う必要があります。（行われていない場合は減算対象となります。）（基準省令第13条7号、解釈通知第2-3(7)⑦、老企第36号第3-6(1)①） ・また、利用者・家族意外にも、幅広く情報収集を行いましょう。
基本情報(受付、利用者等基本情報)	<input type="checkbox"/> 相談の主題(理由)について把握できていますか。 <input type="checkbox"/> 誰から情報を得たかを記載できていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・相談の経過を把握し、相談経緯が複雑な場合や、緊急の対応を行った場合などは、第5表を活用し記録を残しましょう。 ・主たる相談者が誰なのかによって、同じような状態の利用者であっても、支援の方向性が異なってくる可能性があることに留意しましょう。
生活状況	<input type="checkbox"/> 現在の生活状況のみでなく、過去の生活歴や学歴、職歴、趣味なども聞き取れていますか。（できれば経済状況も確認しましょう。）	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が暮らしの中で大切にしてきたことや固有の価値観等を知ることで、支援の方向性を見いだす上で多くのヒントが得られます。（同じような状況であっても、価値観により支援の方向性が異なることもあります。）「現在」の状態把握だけでなく、数年前の暮らしぶりなど「これまで」を視野に入れて情報収集を行いましょう。
利用者の被保険者情報	<input type="checkbox"/> 被保険者証の記載事項をきちんと確認できていますか。 <input type="checkbox"/> 医療保険や生活保護、身体障害者手帳の有無等、介護保険以外の情報も把握できていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・給付制限がある場合、利用者負担が変わる可能性があることに留意しましょう。
現在利用しているサービスの状況	<input type="checkbox"/> 医療や地域の高齢者サービスなどインフォーマルサービスの利用状況についても聞き取れていますか。 <input type="checkbox"/> サービスの満足度も把握できていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の自立支援に向けて多角的な視点に立ってサービスを検討し、必要であれば保険外サービスの導入も提案しましょう。 ・現在利用しているサービスの状況（頻度や内容）、目標の達成度、満足感を確認することは、適切なサービス利用ができてきているかの評価につながるります。

障害老人の日常生活自立度／認知症である老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 面談した時のみでなく、身近に関わっている他者からの情報も参考にして判断させていただきますか。 <input type="checkbox"/> 本人、家族それぞれの訴えや考え（困っていること、要望等）を個別に聞き取れていますか。 <input type="checkbox"/> 認定情報をきちんと把握した上で計画書を作成していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の状況は変わりやすいので、常に最新の情報をもとに判断を行います。 ・利用者は関わる相手やその時の状況によって、対応に変化があることに注意しましょう。
主訴	<input type="checkbox"/> 本人、家族それぞれの訴えや考え（困っていること、要望等）を個別に聞き取れていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者・家族の訴えをしっかりと把握するようにしましょう。
認定情報	<input type="checkbox"/> 認定情報をきちんと把握した上で計画書を作成していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・認定有効期間を確認し、認定期間の空白がないか、更新期間に入っていないか、更新漏れがないか等にも注意しましょう。
課題分析（アセスメント）理由	<input type="checkbox"/> アセスメント理由（初回、更新、区分変更、定期、退院退所等）が具体的に記載されていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント理由によっては、聞き取る内容や情報量、情報の入手先が異なってくる。特に、退院退所時、区分変更時は、生活環境の変化や状態の変化を把握するため、関係機関からも情報収集が必要となります。
健康状態	<input type="checkbox"/> 既往歴や通院状況、服薬内容などに加え、病気の現在の状況及び予後、治療方針、日常生活への影響等についても記載できていますか。 <input type="checkbox"/> 利用者の障害や病気に對する思いや受容について、きちんとアセスメントできていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患の症状と対応だけでなく、健康状態が日常生活（ADLやIADL）にどのような影響を及ぼしているのかを把握しましょう。 ・利用者固有の特徴的な様子（日内変動や季節変動）や、医療ニーズの高い疾患等についてはその内容をプランに反映させる視点が重要です。 ・痛みやつらさの緩和、心身機能の維持・向上により、どのようなことが可能になるかを予測し、利用者の「生活への意欲」を引き出すきっかけとしましょう。 ・必要であれば、主治医等専門家にも意見を聞き、疾患が及ぼすリスクや将来の予測についても把握しましょう。 ・利用者や家族がどの程度疾患を受容できているかが日常生活への姿勢にも影響するため、十分に思いを把握しましょう。 ・その状態である理由を、利用者の状態、周囲の環境の両方の視点で確認し、課題を導き出しましょう。
ADL／IADL	<input type="checkbox"/> ADL・IADLに関する項目1つ1つについて、利用者が「できること」「していること」「できそうなこと」「手助けを受けていること」等が把握できていますか。 <input type="checkbox"/> なぜその状態か、生活で困っていることは何かを把握できていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・体調が良い時と悪い時の両方を把握しましょう。 ・どのような支援を行えば現在の状態の維持・改善・向上につながるかなど、予測をたてるようにしましょう。
認知	<input type="checkbox"/> 「認知症」と判断した理由や程度、中核症状、周辺症状の内容、日常生活での支障等が具体的に聞き取れていますか。 <input type="checkbox"/> 利用者、援助者の病気に對する理解や受診状況、治療状況などが把握できていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・物忘れや認知症によってどのような日常生活上の支障が生じているかを把握しましょう。 ・認知症の進行によって今後どのような支障が生じるかを予測し、先の対応まで検討できるように心がけましょう。 ・家族を含む支援者がどの程度認知症という病気を理解し受容できているかを把握し、必要な場合は、認知症についての情報提供や家族の介護負担の軽減等も検討しましょう。
コミュニケーション能力	<input type="checkbox"/> コミュニケーション方法やコミュニケーションがとれる相手が具体的に把握できていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーションを困難にしている背景を把握しましょう。
社会との関わり	<input type="checkbox"/> 社会的活動の内容や活動の頻度等が具体的に記載されていますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・社会的活動にこれまでどのような関わり方をし、現在どのような状況なのか、利用者の意向を含めて把握しましょう。 ・以前は行っていたが現在はあきらめてしまっていることや、状態が改善されればまたやってみたいことがあるかなど意向を把握し、計画作成に活かしましょう。
排尿・排便	<input type="checkbox"/> 排尿・排便方法、頻度、利用者及び家族の意向や困りごと等が具体的に聞き取れていますか。 <input type="checkbox"/> なぜその方法をとっているのか、その原因や背景を把握していますか。	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間の時間軸の生活において、どのような排泄方法をとっているか、どの程度の介護が必要なのかを把握し、整理しましょう。 ・排尿・排便は最も触れたいたくない部分であるので、質問の際、利用者の自尊心を傷つけないよう配慮が必要です。 ・能力があるのに排泄が自立できていない場合、その原因や背景を把握しましょう。（他の関連項目（ADLや家族の介護力等）との関連性を把握しましょう。）

<p>じく瘡・皮膚の問題</p>	<p><input type="checkbox"/> じく瘡がある場合は、大きさや程度、医療的処置をしているかどうかについて聞き取れていますか。 <input type="checkbox"/> 原因や背景が把握できていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 悪化や改善などの変化も把握するようにしましょう。 他の関連項目（ADLや栄養状態等）との関連性を把握しましょう。
<p>口腔衛生</p>	<p><input type="checkbox"/> 口腔衛生に関する項目が具体的に記載されていますか。 <input type="checkbox"/> 問題がある場合、原因や背景が把握できていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 口腔清潔が保っているかに加え、嚥下機能の低下や口臭についても聞き取りましょう。（嚥下は誤嚥性肺炎の原因、口臭はコミュニケーションの悪化の原因等につながることがあります。） 他の関連項目（ADLや家族の介護力等）との関連性を把握しましょう。
<p>食事摂取</p>	<p><input type="checkbox"/> 食事の内容、介助の状況等が具体的に把握できていますか。 <input type="checkbox"/> 食事を食べる上での困りごとについて、原因や背景が把握できていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 食事準備一盛り配膳一配膳一下膳の範囲だけでなく、食事形態や介助の方法、環境面についてもADLの状況も踏まえてアセスメントしましょう。 誰かとのように食事介助に関わっているのかを具体的に把握しましょう。（独居や日中独居、若者介護の場合、どうしているかが重要となります。） 嚥下障害による特別な食事や水分補給の必要性など、特に注意すべきことがないか確認しましょう。 食事形態や環境を変えたり道具を使用することで、問題を改善できる例も多いことを意識し、詳細な情報把握を行います。 調理形態の工夫や偏食、過食など、介護者のストレスになっていることも把握しましょう。
<p>問題行動</p>	<p><input type="checkbox"/> 問題行動の内容や頻度、背景等が具体的に把握できていますか。 <input type="checkbox"/> 利用者の生活状況、生活歴などから、問題行動の原因や背景が分析できていますか。 <input type="checkbox"/> 家族・近隣の人等がそれぞれどのような行動に対して問題と考えているのかが把握できていますか。 <input type="checkbox"/> 問題行動に対するストレス等が把握できていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> BPSDが生じるタイミング、時間帯、きっかけ、特徴的な行動・言動などを把握しましょう。 「問題行動」という直接的な表現は面談の際には避け、利用者や家族に不快を抱かせないよう留意しましょう。 原因や背景を分析し、問題行動の軽減策を検討しましょう。 今後の症状の進行によりどのような事態が起こるかを予測しましょう。 問題行動が家族や近隣にどのように理解されているか、またその時の対応をどのようにしているかを把握し、整理しましょう。 対応者の様子（表情、声のトーン、強い禁止等）も問題行動には影響を及ぼすため、家族や周囲の支援者がどれだけ認知症や精神疾患に対する理解があるかを確認し、必要であれば、正しい知識と対応について伝達しましょう。場合によっては、医療的対応等も考慮しましょう。 利用者支援だけでなく、介護者のストレスマネジメントにも留意しましょう。
<p>介護力</p>	<p><input type="checkbox"/> 介護者の介護状況や心身の状況を把握できていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 主たる介護者やキーパーソンの有無、介護に関わる家族の人数を把握し整理しましょう。 具体的にどのようなことが「介護疲れ」を引き起こしているか、介護者の個別性も視野に入れ把握し整理しましょう。（特に主介護者の介護疲れは、在宅生活の継続を困難にすることもあるので、把握が必要です。） 家族の介護への姿勢を把握し時には家族に重点を置いた支援の方策を検討しましょう。 介護支援専門員自身の介護家族の価値観を強要したり、誘導することのないよう留意しましょう。
<p>居住環境</p>	<p><input type="checkbox"/> 利用者が行動する上で困っていることが、自宅内だけでなく周辺の環境も含めて把握できていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の機能の維持向上や介護者の負担軽減のために、住環境の上で工夫できる点がないか、関係機関や関係者にも相談しながら検討しましょう。 家庭内だけでなく、「住み慣れた地域での暮らし」を意識して状況把握を行います。 利用者や家族の思いを尊重し、危険箇所をやみくもに排除しないよう留意しましょう。
<p>特別な状況</p>	<p><input type="checkbox"/> 利用者、介護者の両方について、特別に配慮すべきこと（家族の特別な事情や病気に関する重要情報等）が聞き取れていますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 利用者及び介護者の「特別に配慮すべきこと」を把握し、今後どのようなことが予測されるかを整理しましょう。 担当者会議等を通して、ケアチームが「特別に配慮すべきこと」を共通認識し、支援の方向性を確認しましょう。 必要であれば、保険者や地域包括支援センターにも協力を依頼し、支援を検討しましょう。

参 考 資 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（基準省令）（抜粋）
（平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 38 号）
- 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について（解釈通知）（抜粋）
（平成 11 年 7 月 29 日老企第 22 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）
- 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（抜粋）
（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）
- 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（抜粋）
（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）

- 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 (基準省令) (抜粋)
(平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 38 号) 注:平成 20 年 8 月 29 日厚生労働省令第 135 号改正現在

- 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について (解釈通知) (抜粋)
(平成 11 年 7 月 29 日老企第 22 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)
注:平成 20 年 9 月 1 日老計発第 0901001 号・老振発第 0901001 号・老老発第 0901001 号改正現在

基準省令	解釈通知
<p>(基本方針)</p> <p>第 1 条 指定居宅介護支援 (介護保険法 (平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。第 46 条第 1 項に規定する指定居宅介護支援をいう。以下同じ。)) 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た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。</p> <p>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、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。</p> <p>3 指定居宅介護支援事業者 (法第 46 条第 1 項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。)) は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者へ提供される指定居宅サービス等 (法第 8 条第 21 項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。)) が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。</p> <p>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 (特別区を含む。以下同じ。)、法第 115 条の 39 第 1 項に規定する地域包括支援センター、老人福祉法 (昭和 38 年法律第 133 号) 第 20 条の 7 に規定する老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防事業者 (法第 58 条第 1 項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。以下同じ。)、介護保険施設等との連携に努めなければならない。</p> <p>(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)</p> <p>第 13 条 指定居宅介護支援の方針は、第 1 条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一 指定居宅介護支援事業所の管理者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。</p>	<p>第 2 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> <p>1 基本方針</p> <p>介護保険制度においては、要介護者である利用者に対し、個々の解決すべき課題、その心身の状況や置かれている環境等に応じて保健・医療・福祉にわたる指定居宅サービス等が、多様なサービス提供主体により総合的かつ効率的に提供されるよう、居宅介護支援を保険給付の対象として位置づけたものであり、その重要性に鑑み、保険給付率についても特に 10 割としているところである。</p> <p>基準第 1 条第 1 項は、「在宅介護の重視」という介護保険制度の基本理念を実現するため、指定居宅介護支援の事業を行うに当たってのもっとも重要な基本方針として、利用者からの相談、依頼があった場合には、利用者自身の立場に立ち、常にまず、その居宅において日常生活を営むことができるように支援することができるかどうかという視点から検討を行い支援を行うべきことを定めたものである。</p> <p>このほか、指定居宅介護支援の事業の基本方針として、介護保険制度の基本理念である、高齢者自身によるサービスの選択、保健・医療・福祉サービスの総合的、効率的な提供、利用者本位、公正中立等を掲げている。介護保険の基本理念を実現する上で、指定居宅介護支援事業者が極めて重要な役割を果たすことを求めたものであり、指定居宅介護支援事業者は、常にこの基本方針を踏まえた事業運営を図らなければならない。</p> <p>3 運営に関する基準</p> <p>(7) 指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針</p> <p>基準第 13 条は、利用者の課題分析、サービス担当者会議の開催、居宅サービス計画の作成、居宅サービス計画の実施状況の把握などの居宅介護支援を構成する一連の業務のあり方及び当該業務を行う介護支援専門員の責務を明らかにしたものである。</p> <p>① 介護支援専門員による居宅サービス計画の作成 (基準第 13 条第 1 号)</p> <p>指定居宅介護支援事業所の管理者は、居宅サービス計画の作成に関する業務の主要な過程を介護支援専門員に担当させることとしたものである。</p>

基準省令	解釈通知
<p>二 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。</p> <p>三 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、継続的かつ計画的指定居宅サービス等の利用が行われるようにしなければならない。</p> <p>四 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス(法第24条第2項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。)以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。</p> <p>五 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。</p>	<p>② 指定居宅介護支援の基本的留意点(第2号) 指定居宅介護支援は、利用者及びその家族の主体的な参加及び自らの課題解決に向けての意欲の醸成と相まって行われることが重要である。このためには、指定居宅介護支援について利用者及びその家族の十分な理解が求められるものであり、介護支援専門員は、指定居宅介護支援を懇切丁寧に行うことを旨とし、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行うことが肝要である。</p> <p>③ 継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用(第3号) 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的が困難な、また必要性に乏しい居宅サービスの利用を助長するようなことがあってはならない。</p> <p>④ 総合的な居宅サービス計画の作成(第4号) 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。</p> <p>⑤ 利用者自身によるサービスの選択(第5号) 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、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</p>

基準省令	解釈通知
<p>六 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。</p> <p>七 介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。</p> <p>八 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。</p>	<p>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ものである。</p> <p>⑥ 課題分析の実施(第6号)</p> <p>居宅サービス計画は、個々の利用者の特性に応じて作成されることが重要である。このため介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に先立ち利用者の課題分析を行うこととなる。</p> <p>課題分析とは、利用者の有する日常生活上の能力や利用者が既に提供を受けている指定居宅サービスや介護者の状況等の利用者を取り巻く環境等の評価を通じて利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することであり、利用者の生活全般についてその状態を十分把握することが重要である。</p> <p>なお、当該課題分析は、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、利用者の課題を客観的に抽出するための手法として合理的なもの認められる適切な方法を用いなければならないものであるが、この課題分析の方法については、別途通知するところによるものである。</p> <p>⑦ 課題分析における留意点(第7号)</p> <p>介護支援専門員は、解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、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。</p> <p>また、当該アセスメントの結果について記録するとともに、基準第29条第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。</p> <p>⑧ 居宅サービス計画原案の作成(第8号)</p> <p>介護支援専門員は、居宅サービス計画が利用者の生活の質に直接影響する重要なものであることを十分に認識し、居宅サービス計画原案を作成しなければならない。したがって、居宅サービス計画原案は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果による専門的見地に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案した上で、実現可能なものとする必要がある。</p> <p>また、当該居宅サービス計画原案には、利用者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題を記載した上で、提供されるサービスについて、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、当該達成時期には居宅サービス計画及び各指定居宅サービス等の評</p>

基準省令	解釈通知
<p>九 介護支援専門員は、サービス担当者会議(介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者(以下この条において「担当者」という。)を召集して行う会議をいう。以下同じ。)の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合には、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。</p> <p>十 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。</p>	<p>価を行い得るようにすることが重要である。</p> <p>さらに、提供されるサービスの目標とは、利用者がサービスを受けつつ到達しようとする目標を指すものであり、サービス提供事業者側の個別のサービス行為を意味するものでないことに留意する必要がある。</p> <p>⑨ サービス担当者会議等による専門的意見の聴取(第9号)</p> <p>介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、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。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、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合、居宅サービス計画の変更であって、利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合等が想定される。</p> <p>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、基準第29条第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。</p> <p>⑩ 居宅サービス計画の説明及び同意(第10号)</p> <p>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。利用者を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。</p> <p>また、当該説明及び同意を要する居宅サービス計画原案とは、いわゆる居宅サービス計画書の第1表から第3表まで、第6表及び第7表(「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」(平成11年11月12日老企第29号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)に示す標準様式を指す。)に相当するものすべてを指すものである。</p>

基準省令	解釈通知
<p>十一 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。</p> <p>十二 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。</p> <p>十三 介護支援専門員は、前号に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。</p> <p>イ 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。</p> <p>ロ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。</p>	<p>⑪ 居宅サービス計画の交付（第11号）</p> <p>居宅サービス計画を作成した際には、遅滞なく利用者及び担当者に交付しなければならない。</p> <p>また、介護支援専門員は、担当者に対して居宅サービス計画を交付する際には、当該計画の趣旨及び内容等について十分に説明し、各担当者との共有、連携を図った上で、各担当者が自ら提供する居宅サービス等の当該計画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。なお、基準第29条第2項の規定に基づき、居宅サービス計画は、2年間保存しなければならない。</p> <p>⑫ 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等（第12号）</p> <p>指定居宅介護支援においては、利用者の有する解決すべき課題に即した適切なサービスを組み合わせることで利用者に提供し続けることが重要である。このために介護支援専門員は、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であり、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。）を行い、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合等必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。</p> <p>なお、利用者の解決すべき課題の変化は、利用者へ直接サービスを提供する指定居宅サービス事業者等により把握されることも多いことから、介護支援専門員は、当該指定居宅サービス事業者等のサービス担当者との緊密な連携を図り、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合には、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めなければならない。</p> <p>⑬ モニタリングの実施（第13号）</p> <p>介護支援専門員は、モニタリングに当たっては、居宅サービス計画の作成後においても、利用者及びその家族、主治の医師、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、当該指定居宅サービス事業者等の担当者との連携により、モニタリングが行われている場合においても、特段の事情のない限り、少なくとも1月に1回は利用者の居宅で面接を行い、かつ、少なくとも1月に1回はモニタリングの結果を記録することが必要である。</p> <p>また、「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。</p> <p>さらに、当該特段の事情がある場合については、その具体的な内容を記録しておくことが必要である。</p> <p>なお、基準第29条第2項の規定に基づき、モニタリングの結果の記録は、2年間保存しなければならない。</p>

基準省令	解釈通知
<p>十四 介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。</p> <p>イ 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</p> <p>ロ 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</p> <p>十五 第 3 号から第 11 号までの規定は、第 12 号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。</p> <p>十六 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。</p> <p>十七 介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行うものとする。</p>	<p>⑭ 居宅サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取 (第 14 号)</p> <p>介護支援専門員は、利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合など本号に掲げる場合には、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。なお、ここでいうやむを得ない理由がある場合とは、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等が想定される。</p> <p>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、基準第 29 条第 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。</p> <p>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。</p> <p>⑮ 居宅サービス計画の変更 (第 15 号)</p> <p>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 11 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。</p> <p>なお、利用者の希望による軽微な変更(サービス提供日時の変更等)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 12 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。</p> <p>⑯ 介護保険施設への紹介その他の便宜の提供 (第 16 号)</p> <p>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し、主治医に意見を求める等をして介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。</p> <p>⑰ 介護保険施設との連携 (第 17 号)</p> <p>介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から居宅介護支援の依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅での生活における介護上の留意点等の情報を介護保険施設等の従業者から聴取する等の連携を図るとともに、居宅での生活を前提とした課題分析を行った上で居宅サービス計画を作成する等の援助を行うことが重要である。</p>

基準省令	解釈通知
<p>十八 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又は歯科医師(以下「主治の医師等」という。)の意見を求めなければならない。</p> <p>十九 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあつては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあつては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。</p>	<p>⑱ 主治の医師等の意見等(第18号・第19号)</p> <p>訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導及び短期入所療養介護については、主治の医師又は歯科医師(以下「主治の医師等」という。)等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあつては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。</p> <p>このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。</p> <p>なお、医療サービス以外の指定居宅サービス等を居宅サービス計画に位置付ける場合にあつて、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、介護支援専門員は、当該留意点を尊重して居宅介護支援を行うものとする。</p>
<p>二十 介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置付ける場合にあつては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。</p>	<p>⑲ 短期入所生活介護及び短期入所療養介護の居宅サービス計画への位置付け(第20号)</p> <p>短期入所生活介護及び短期入所療養介護(以下「短期入所サービス」という。)は、利用者の自立した日常生活の維持のために利用されるものであり、指定居宅介護支援を行う介護支援専門員は、短期入所サービスを位置付ける居宅サービス計画の作成に当たって、利用者にとってこれらの居宅サービスが在宅生活の維持につながるように十分に留意しなければならないことを明確化したものである。</p> <p>この場合において、短期入所サービスの利用日数に係る「要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えない」という目安については、居宅サービス計画の作成過程における個々の利用者の心身の状況やその置かれている環境等の適切な評価に基づき、在宅生活の維持のための必要性に応じて弾力的に運用することが可能であり、要介護認定の有効期間の半数の日数以内であるかについて機械的な適用を求めるものではない。</p> <p>従って、利用者の心身の状況及び本人、家族等の意向に照らし、この目安を超えて短期入所サービスの利用が特に必要と認められる場合においては、これを上回る日数の短期入所サービスを居宅サービス計画に位置付けることも可能である。</p>
<p>二十一 介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を居宅サービス計画に記載しなければならない。</p>	<p>⑳ 福祉用具貸与及び特定福祉用具販売の居宅サービス計画への反映(第21号・22号)</p> <p>福祉用具貸与及び特定福祉用具販売については、その特性と利用者の心身の状況等を踏まえて、その必要性を十分に検討せず選定した場合、利用者の自立支援は大きく阻害されるおそれがあることから、検討の過程を別途記録する必要がある。</p>

基準省令	解釈通知
<p>二十二 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。</p>	<p>このため、介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置付ける場合には、サービス担当者会議を開催し、当該計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。</p> <p>なお、福祉用具貸与については、居宅サービス計画作成後必要に応じて随時サービス担当者会議を開催して、利用者が継続して福祉用具貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取するとともに検証し、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、その理由を再び居宅サービス計画に記載しなければならない。</p> <p>また、福祉用具貸与については以下の項目について留意することとする。</p> <p>ア 介護支援専門員は、経過的要介護又は要介護 1 の利用者（以下「軽度者」という。）の居宅サービス計画に指定福祉用具貸与を位置付ける場合には、「厚生労働大臣が定める者等」（平成 12 年厚生省告示第 23 号）第 19 号のイで定める状態像の者であることを確認するため、当該軽度者の「要介護認定等基準時間の推計の方法」（平成 12 年厚生省告示第 91 号）別表第 1 の調査票について必要な部分（実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該軽度者の状態像の確認が必要な部分）の写し（以下「調査票の写し」という。）を市町村から入手しなければならない。</p> <p>ただし、当該軽度者がこれらの結果を介護支援専門員へ提示することに、あらかじめ同意していない場合については、当該軽度者の調査票の写しを本人に情報開示させ、それを入手しなければならない。</p> <p>イ 介護支援専門員は、当該軽度者の調査票の写しを指定福祉用具貸与事業者へ提示することに同意を得たうえで、市町村より入手した調査票の写しについて、その内容が確認できる文書を指定福祉用具貸与事業者へ送付しなければならない。</p> <p>ウ 介護支援専門員は、当該軽度者が「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年老企第 36 号）の第二の 9 (2) ①ウの判断方法による場合については、福祉用具の必要性を判断するため、利用者の状態像が同 i) から iii) までのいずれかに該当する旨について、主治医意見書による方法のほか、医師の診断書又は医師から所見を聴取する方法により、当該医師の所見及び医師の名前を居宅サービス計画に記載しなければならない。この場合において、介護支援専門員は、指定福祉用具貸与事業者より、当該軽度者に係る医師の所見及び医師の名前について確認があったときには、利用者の同意を得て、適切にその内容について情報提供しなければならない。</p>

基準省令	解釈通知
<p>二十三 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は、その変更の申請ができることを含む。）を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成しなければならない。</p> <p>二十四 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。</p> <p>二十五 指定居宅介護支援事業者は、法第115条の21第3項の規定に基づき、指定介護予防支援事業者から指定介護予防支援の業務の委託を受けるに当たっては、当該指定居宅介護支援事業所ごとに、所属する介護支援専門員の数に8を乗じて得た数を、委託を受ける件数（指定居宅介護支援事業者が、指定介護予防支援事業者から、離島その他の地域であって厚生労働大臣が定める基準に該当するものに住所を有する利用者に係る指定介護予防支援の業務の委託を受ける件数を除く。）の上限とするとともに、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。</p>	<p>(21) 認定審査会意見等の居宅サービス計画への反映(第23号) 指定居宅サービス事業者は、法第73条第2項の規定に基づき認定審査会意見が被保険者証に記されているときは、当該意見に従って、当該被保険者に当該指定居宅サービスを提供するように努める必要があり、介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証にこれらの記載がある場合には、利用者にその趣旨（法第37条第1項の規定に係る居宅サービス若しくは地域密着型サービス種類については、その変更の申請ができることを含む。）について説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成する必要がある。</p> <p>(22) 指定介護予防支援事業者との連携(第24号) 要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合には、指定介護予防支援事業者が当該利用者の介護予防サービス計画を作成することになるため、速やかに適切な介護予防サービス計画の作成に着手できるよう、指定居宅介護支援事業所は、指定介護予防支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図ることとしたものである。</p> <p>(23) 指定介護予防支援業務の受託上限(第25号) 指定居宅介護支援事業者は、法第115条の21第3項の規定に基づき、指定介護予防支援事業者から指定介護予防支援の業務の委託を受けることができるが、当該委託を受けることができる利用者（基準第13条第25号に規定する厚生労働大臣が定める基準に該当する地域（平成12年厚生省告示第24号）に定める地域と同じ。）に住所を有する利用者を除く。）の数は、常勤換算方法で算定した介護支援専門員1人につき8人を限度とする。この場合、事業所全体でこの上限を下回っていれば、適切な範囲で、介護支援専門員同士で役割分担を行うことは差し支えない。なお、指定居宅介護支援事業者は、その業務量等を勘案し、当該上限の範囲内であっても指定介護予防支援業務を受託することによって、当該指定居宅介護支援事業者が本来行うべき指定居宅介護支援業務の適正な実施に影響を及ぼすことのないよう配慮しなければならない。</p>

○ 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（抜粋）

（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）

注：平成20年9月1日老計発第0901001号・老振発第0901001号・老老発第0901001号改正現在

第二 居宅サービス単位数表（訪問介護から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与に係る部分に限る。）に関する事項

2 訪問介護費

(5) 「生活援助中心型」の単位を算定する場合

注3において「生活援助中心型」の単位を算定することができる場合として、「利用者が一人暮らしであるか又は家族等が障害、疾病等のため、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合」とされたが、これは、障害、疾病のほか、障害、疾病がない場合であっても、同様にやむを得ない事情により、家事が困難な場合をいうものであること。

なお、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付ける場合には、居宅サービス計画書に生活援助中心型の算定理由その他やむを得ない事情の内容について記載するとともに、生活全般の解決すべき課題に対応して、その解決に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明確に記載する必要がある。

(6) 「通院等のための乗車又は降車の介助」の単位を算定する場合

⑦ 「通院等のための乗車又は降車の介助」の単位を算定するに当たっては、適切なアセスメントを通じて、生活全般の解決すべき課題に対応した様々なサービス内容の一つとして、総合的な援助の一環としてあらかじめ居宅サービス計画に位置付けられている必要があり、居宅サービス計画において、

ア 通院等に必要であることその他車両への乗降が必要な理由

イ 利用者の心身の状況から乗降時の介助行為を要すると判断した旨

ウ 総合的な援助の一環として、解決すべき課題に応じた他の援助と均衡していることを明確に記載する必要がある。

第三 居宅介護支援費に関する事項

6 居宅介護支援の業務が適切に行われない場合

注2の「別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合」については、25号告示第17号に規定することとしたところであるが、より具体的には次のいずれかに該当する場合に減算される。

これは適正なサービスの提供を確保するためのものであり、運営基準に係る規定を遵守するよう努めるものとする。都道府県知事は、当該規定を遵守しない事業所に対しては、遵守するよう指導すること。当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取消しを検討するものとする。

(1) 居宅サービス計画の新規作成及びその変更にあたっては、次の場合に減算されるものであること。

- ① 当該事業所の介護支援専門員が、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合には、当該居宅サービス計画に係る月（以下「当該月」という。）から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
- ② 当該事業所の介護支援専門員が、サービス担当者会議の開催等を行っていない場合（やむを得ない事情がある場合を除く。以下同じ。）には、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
- ③ 当該事業所の介護支援専門員が、居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していない場合には、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

(2) 次に掲げる場合においては、当該事業所の介護支援専門員が、サービス担当者会議を行っていないときには、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

- ① 居宅サービス計画を新規に作成した場合
- ② 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合
- ③ 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

(3) 居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）にあたっては、

次の場合に減算されるものであること。

- ① 当該事業所の介護支援専門員が1月に利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合には、特段の事情のない限り、その月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
- ② 当該事業所の介護支援専門員がモニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続する場合には、特段の事情のない限り、その月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

注：下線部分については、平成21年4月1日より、下記のとおり改正予定である。

第17号 → 第35号

利用者及びその家族 → 利用者

○ 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（抜粋）

（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）

注：平成20年7月29日老計発第0729001号・老振発第0729001号・老老発第0729001号改正現在

標記について、今般下記のとおり定めたので御承知の上、管下市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

なお、当該様式及び項目は介護サービス計画の適切な作成等を担保すべく標準例として提示するものであり、当該様式以外の様式等の使用を拘束する趣旨のものではない旨、念のため申し添える。

記

- 1 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領（別紙1）
- 2 施設サービス計画書標準様式及び記載要領（別紙2） ※記載省略
- 3 介護サービス計画書の様式について（別紙3） ※「施設サービス計画書」部分記載省略
- 4 課題分析標準項目について（別紙4）

(別紙1)

居宅サービス計画書標準様式及び記載要領

作成年月日 年 月 日

居宅サービス計画書(1)

第1表

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他()

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 年 月分より

利用者名 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00								
午前	8:00								
	10:00								
	12:00								
午後	14:00								
	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス	
------------	--

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 居室サービス計画作成者(担当者)氏名 開催場所 開催時間 開催回数

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次の開催時期)						

サービス利用票別表

作成年月日 年 月 日

区分支給限度管理・利用者負担計算

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

種類別支給限度管理

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

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累計利用日数
-----------	-----------	--------

(居宅サービス計画書記載要領)

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

1 第1表：「居宅サービス計画書（1）」

① 「利用者名」

当該居宅サービス計画の利用者名を記載する。

② 「生年月日」

当該利用者の生年月日を記載する。

③ 「住所」

当該利用者の住所を記載する。

④ 「居宅サービス計画作成者氏名」

当該居宅サービス計画作成者（介護支援専門員）の氏名を記載する。

⑤ 「居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地」

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

⑥ 「居宅サービス計画作成（変更）日」

当該居宅サービス計画を作成または変更した日を記載する。

⑦ 「初回居宅サービス計画作成日」

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

⑧ 「初回・紹介・継続」

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

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

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

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

⑨ 「認定済・申請中」

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

⑩ 「認定日」

「要介護状態区分」が認定された日（認定の始期であり、初回申請者であれば申請日）を記載する。

「申請中」の場合は、申請日を記載する。認定に伴い当該居宅サービス計画を変更する必要がある場合には、作成日の変更を行う。

⑪ 「認定の有効期間」

被保険者証に記載された「認定の有効期間」を転記する。

⑫ 「要介護状態区分」

被保険者証に記載された「要介護状態区分」を転記する。

⑬ 「利用者及び家族の生活に対する意向」

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

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

⑭ 「認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」

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

⑮ 「総合的な援助の方針」

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

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

⑯ 「生活援助中心型の算定理由」

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

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

2 第2表：「居宅サービス計画書（2）」

① 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」

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

② 「目標（長期目標・短期目標）」

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

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

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

緊急対応が必要になった場合には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度、「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記載する。

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

③ （「長期目標」及び「短期目標」に付する）「期間」

「長期目標」の「期間」は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を、いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載する。

「短期目標」の「期間」は、「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載する。

また、原則として開始時期と終了時期を記入することとし、終了時期が特定できない場合等にあつては、開始時期のみ記載する等として取り扱って差し支えないものとする。

なお、期間の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

④ 「サービス内容」

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

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

なお、生活援助中心型の訪問介護を必要とする場合には、その旨を記載する。

- ⑤ 「保険給付の対象となるかどうかの区分」
「サービス内容」中、保険給付対象内サービスについて○印を付す。
- ⑥ 「サービス種別」
「サービス内容」及びその提供方針を適切に実行することができる居宅サービス事業者等を選定し、具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。
家族が担う介護部分についても、誰が行うのかを明記する。
- ⑦ 「頻度」・「期間」
「頻度」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するかを記載する。
「期間」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する。
なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。
- ⑧ 福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のサービスを必要とする理由
福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置付ける場合においては、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する。
なお、理由については、別の用紙（別葉）に記載しても差し支えない。

3 第3表：「週間サービス計画表」

- ① 「主な日常生活上の活動」
利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な1日の過ごし方について記載する。
なお、当該様式については、時間軸、曜日軸の縦横をどちらにとってもかまわない。

4 第4表：「サービス担当者会議の要点」

サービス担当者会議を開催した場合に、当該会議の要点について記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合に、サービス担当者に対して行った照会の内容等についても、記載する。

- ① 「利用者名」
第1表から転記する。
- ② 「生年月日」
第1表から転記する。
- ③ 「住所」
第1表から転記する。
- ④ 「居宅サービス計画作成者氏名」
第1表から転記する。
- ⑤ 「開催日」
当該会議の開催日を記載する。
- ⑥ 「開催場所」
当該会議の開催場所を記載する。
- ⑦ 「開催時間」
当該会議の開催時間を記載する。
- ⑧ 「開催回数」
当該会議の開催回数を記載する。
- ⑨ 「会議出席者」
当該会議の出席者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載する。本人又はその家族が出席した場合には、その旨についても記入する。また、当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載するとともに、当該会議に出席できない理由についても記入する。なお、当該会議に出席できないサービス担当者の「所属（職種）」、「氏名」又は当該会議に出席できない理由について他の書類等により確認することができる場合は、本表への

記載を省略して差し支えない。

⑩ 「検討した項目」

当該会議において検討した項目について記載する。当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者に照会（依頼）した年月日、内容及び回答を記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合には、その理由を記載するとともに、サービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日、照会（依頼）した内容及び回答を記載する。なお、サービス担当者会議を開催しない理由又はサービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日若しくは照会（依頼）した内容及び回答について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。

⑪ 「検討内容」

当該会議において検討した項目について、それぞれ検討内容を記載する。

⑫ 「結論」

当該会議における結論について記載する。

⑬ 「残された課題（次回の開催時期等）」

必要があるにもかかわらず社会資源が地域に不足しているため未充足となった場合や、必要と考えられるが本人の希望等により利用しなかった居宅サービスや次回の開催時期、開催方針等を記載する。

5 第5表：「居宅介護支援経過」

モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載する。

漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努める。

6 第6表：「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」

「居宅サービス計画原案」に位置付けられたサービスをもとに、月単位で作成する。

① 「認定済・申請中の区分」

「認定済」・「申請中」の区分のどちらかを○で囲む。「新規申請中」、「区分変更申請中」及び「更新申請中に当該認定有効期間を超えた場合」については、「申請中」となり、その他の場合が「認定済」となる。

② 「対象年月」

居宅サービス計画の対象となる年月を和暦で記載する。

③ 「保険者番号」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

④ 「保険者名」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑤ 「被保険者番号」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑥ 「被保険者氏名」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑦ 「生年月日」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑧ 「性別」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑨ 「要介護状態区分」

「認定済」の場合は、被保険者証に記載された要介護状態区分を○で囲む。「申請中」の場合は、居宅サービス計画作成に当たって前提とした要介護状態区分を○で囲む。

⑩ 「変更後要介護状態区分・変更日」

月の途中で要介護状態区分に変更があった場合に、変更後の要介護状態区分を○で囲み、変更日を記載する。

⑪ 「居宅介護支援事業者事業所名担当者名」

居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者の名称及び担当者名を記載する。ただし、利用者が作成した場合は記載する必要はない。

⑫ 「作成年月日」

居宅サービス計画からサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載する。居宅サービス計画の変更を行った場合は、変更後の居宅サービス計画に基づいてサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載する。ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。

⑬ 「利用者確認」

居宅介護支援事業者が保存するサービス利用票（控）に、利用者の確認を受ける。ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。

⑭ 「保険者確認印」

利用者が自ら作成した居宅サービス計画に基づきサービス利用票を作成した場合に、その受付を行った市町村が確認印を押印する。ただし、居宅介護支援事業者が作成したサービス利用票を受け付けた場合は、押印する必要はない。

⑮ 「届出年月日」

利用者が自ら作成した居宅サービス計画に基づきサービス利用票を作成した場合に、その受付を行った市町村が市町村に届け出た年月日を記載する。ただし、居宅介護支援事業者が作成したサービス利用票を受け付けた場合は、記載する必要はない。

⑯ 「区分支給限度基準額」

被保険者証に記載された支給限度基準額（単位数）を記載する。「申請中」の場合は、居宅サービス計画作成に当たって前提とした要介護状態区分に応じた1月当たりの支給限度基準額（単位数）（月途中の変更がある場合には、重い方の「要介護状態区分」に対応した額と一致する。）を記載する。

⑰ 「限度額適用期間」

被保険者証に記載された限度額適用期間を記載する。

⑱ 「前月までの短期入所利用日数」

計画対象月までの短期入所利用日数を記載する。新規認定申請中の場合は、「0」と記載する。

⑲ 「曜日」

対象月における日付に対応する曜日を記載する。

⑳ 「提供時間帯」

サービス提供開始から終了までの予定時刻を24時間制で記載する。サービス提供時間帯が決まっているものは、提供時間帯の早い順（0:00～24:00）に記載する。ただし、福祉用具貸与及び短期入所サービスの場合は、記載する必要はない。

(21) 「サービス内容」

適用するサービスコードに対応するサービスの名称（「介護給付費単位数・サービスコード表」の省略名称）を記載する。

(22) 「サービス事業者事業所名」

サービス提供を行う事業所の名称を記載する。

(23) 「予定」

該当するサービスの提供回数（通常は「1」）を記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。

(24) 「実績」

サービスを提供した事業所が実績を記載する。計画を作成する時点での記載は、必要ない。

(25) 「合計回数」

各行の「予定」欄に記載された提供回数の合計を記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。

7 第7表：「サービス利用票別表」

(1) 第6表「サービス利用表」の各行から、支給限度管理の対象となるサービスを全て転記する。記載は、サービス提供事業所毎に記載することとし、同一事業所で複数のサービス提供する場合は、サービスコード毎に記載する。また、事業所又はサ

ービス種類（サービスコードの上2桁）が変わる毎に、その事業所又はサービス種類毎の集計値を記載するための集計行を1行ずつ挿入する。（1つのサービス種類について1つしかサービスコードがない場合は、集計行は不要。）

① 「事業所名」

第6表「サービス利用票」の(22)「サービス事業者事業所名」欄から転記する。集計行にも対象事業所名を記載する。

② 「事業所番号」

前記①「事業所名」に対応する事業所番号をWAMNETの「介護報酬情報提供システム」等により確認して記載する。集計行にも対象事業所の事業所番号を記載する。

③ 「サービス内容／種類」

第6表「サービス利用票」の(21)「サービス内容」欄から転記する。集計行には、サービス種類の名称を記載する。

④ 「サービスコード」

前記③「サービス内容／種類」に対応するサービスコードを「介護給付費単位数・サービスコード表」により確認して記載する。集計行には、記載する必要はない。

⑤ 「単位数」

前記④「サービスコード」に対応する1回当たりの単位を、『介護給付費単位数・サービスコード表』により確認して記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。

⑥ 「割引後率 (%)」

料金割引を行っている場合には、前記③「サービス内容／種類」に対応する割引率を確認し、割引後の率（割引後率=100%-割引率 (%)）をWAMNETの『介護報酬情報提供システム』等の活用により確認し記載する。

⑦ 「割引後単位数」

前記⑥の記載を行っている場合（料金割引を行っている場合）には、前記⑤「単位数」に前記⑥「割引後率」を乗じて算出した割引後の単位数（小数点以下四捨五入）を記載する。

⑧ 「回数」

第6表「サービス利用票」の(23)「予定」欄から1月間分の合計回数（同表の(25)「合計回数」欄）を転記する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。

⑨ 「サービス単位／金額」

前記⑤「単位数」（料金割引を行っている場合は、前記⑦「割引後単位数」）に前記⑧「回数」を乗じて算出した結果を、集計行を識別できるよう括弧書き等により記載する。区分支給限度管理対象外のサービス（特別地域加算等）については、合計には含めないため、識別できるよう記載する。福祉用具貸与の場合は、実際の費用額を単位数当たり単価で除した結果（小数点以下四捨五入）を記載する。

⑩ 「種類支給限度基準額（単位）」※「種類別支給限度管理」表

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、「被保険者証」から、種類別の支給限度額を転記する。

⑪ 「合計単位数」※「種類別支給限度管理」表

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、前記⑨「サービス単位／金額」欄から、サービス種類別に単位数を合計し記載する。

⑫ 「種類支給限度基準を超える単位数」※「種類別支給限度管理」表

前記⑩及び⑪の記載を行った場合（市町村が種類支給限度基準を定めている場合）には、前記⑪「合計単位数」から前記

⑩「種類支給限度基準額（単位）」差引き、種類別に支給限度基準を超える単位数を算出する。

⑬ 「種類支給限度基準を超える単位数」

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、前記⑫「種類支給限度基準を超える単位数」の合計に等しくなるように単位数を種類別に振り分ける。

⑭ 「種類支給限度基準内単位数」

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、前記⑨「サービス単位／金額」から前記⑬「種類支給限度基準を超える単位数」で割り振られた単位数を差引いた単位数を記載する。

⑮ 「区分支給限度基準額（単位）」

「被保険者証」から、区分支給限度基準額を転記する。

⑯ 「区分支給限度基準を超える単位数」

種類支給限度基準が設定されていない場合は、前記⑮から前記⑨「サービス単位／金額」欄の合計欄の単位数を超える単位数を記載する。

種類支給限度基準額が設定されている場合は、前記⑮から前記⑭「種類支給限度基準内単位数」欄の合計欄の単位数を超える単位数を記載する。内訳については、合計欄に等しくなるように単位数を割り振る。

⑰ 「区分支給限度基準内単位数」

種類支給限度基準が設定されていない場合は、前記⑨「サービス単位／金額」から、前記⑯で割り振られた単位を差し引いた単位数を記載する。

種類支給限度基準が設定されている場合は、前記⑩「種類支給限度基準額（単位）」から、前記⑯で割り振られた単位数を差し引いた単位数を記載する。

⑱ 「単位数単価」

各事業所の所在地におけるサービス種類に対応する単位数当たりの単価を、WAM NET「介護報酬情報提供システム」等の活用により確認し記載する。

⑲ 「費用総額（保険対象分）」

前記⑰「区分支給限度基準内単位数」に前記⑱「単位数単価」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。

⑳ 「給付率（％）」

介護給付費の基準額のうち保険給付を行う率を百分率で記載する。利用者負担の減額対象者、保険給付額の減額対象者等は、被保険者証、減額証等を参考にして記載する。

(21) 「保険給付額」

前記⑲「費用総額（保険対象分）」に前記⑳「給付率」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。

(22) 「利用者負担（保険対象分）」

前記⑲「費用総額（保険対象分）」から前記(21)「保険給付額」を差し引いて算出した額を記載する。

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

(23) 「利用者負担（全額負担分）」

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

(2) 要介護認定期間中の短期入所利用日数

① 「前月までの利用日数」

サービス利用票の前月までの短期入所利用日数の合計を転記する。

② 「当月の計画利用日数」

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

③ 「累計利用日数」

①と②の累計日数を記載する。

(別紙3)

介護サービス計画書の様式について

I 様式の基本的な考え方

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

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

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

II 介護サービス計画書の定義

介護保険法上の区分に基づき、以下のとおりに区分することとする。

1 「居宅サービス計画書」

介護保険法第8条第21項に規定する「居宅サービス計画」の作成に用いる様式

2 「施設サービス計画書」

介護保険法第8条第23項に規定する「施設サービス計画」の作成に用いる様式

3 「介護サービス計画書」

「居宅サービス計画」と「施設サービス計画」の両者の作成に用いる様式の総称

III 様式を作成するに当たっての前提（順不同）

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

○サービス担当者会議に提出するものであることを前提に考える。

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

【記載要領】

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

IV 「居宅サービス計画書」の記載項目について

1 第1表：「居宅サービス計画書（1）」

① 「利用者名」

【記載要領】

当該居宅サービス計画の利用者名を記載する。

② 「生年月日」

【記載要領】

当該利用者の生年月日を記載する。

③ 「住所」

【記載要領】

当該利用者の住所を記載する。

④ 「居宅サービス計画作成者氏名」

【記載要領】

当該居宅サービス計画作成者（介護支援専門員）の氏名を記載する。

⑤ 「居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地」

【記載要領】

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

⑥ 「居宅サービス計画作成（変更）日」

【記載要領】

当該居宅サービス計画を作成または変更した日を記載する。

⑦ 「初回居宅サービス計画作成日」

[理由]

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

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

[記載要領]

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

⑧ 「初回・紹介・継続」

[理由]

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

[記載要領]

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

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

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

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

[参考条文]

- ・厚生省令第38号「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」
第15条（利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付）
- ・厚生省令第39号「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」
第7条（入退所）第7項
- ・厚生省令第40号「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」
第8条（入退所）第6項
- ・厚生省令第41号「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準」
第9条（入退所）第5項

⑨ 「認定済・申請中」

[理由]

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

[記載要領]

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

⑩ 「認定日」

[理由]

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

[記載要領]

「要介護状態区分」が認定された日（認定の始期であり、初回申請者であれば申請日）を記載する。

「申請中」の場合は、申請日を記載する。認定に伴い当該居宅サービス計画を変更する必要がある場合には、作成日の変更を行う。

⑪ 「認定の有効期間」

[理由]

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

[記載要領]

被保険者証に記載された「認定の有効期間」を転記する。

⑫ 「要介護状態区分」

[記載要領]

被保険者証に記載された「要介護状態区分」を転記する。

⑬ 「利用者及び家族の生活に対する意向」

[理由]

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

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

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

[記載要領]

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

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

⑭ 「認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」

[理由]

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

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

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

[記載要領]

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

⑮ 「総合的な援助の方針」

[理由]

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

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

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

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

[記載要領]

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

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

⑯ 「生活援助中心型の算定理由」

[記載要領]

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

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

2 第2表：「居宅サービス計画書（2）」

① 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」

[理由]

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

なお、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」については、次の2点が重要である。

○生活全般にわたるものであること。

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

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

○自立の阻害要因と利用者及びその家族の現状認識が明らかにされていること。

利用者の自立を阻害する要因等を分析し、解決すべき課題を設定するとともに、利用者及び家族の現状認識を明らかにする。また、多くの場合、解決すべき課題は複数の連動した相互関係を持つため、全体の解決を図るためには緻密なプログラムが必要となる。利用者の自立を阻害する要因等の相互関係を構成する個々の解決すべき課題について明らかにし、

それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して優先順位を付した上で、解決すべき課題をとりまとめ、対応するサービスとしてどのようなサービスが、どのような方針で行われる必要があるかが思考されなければならない。ただし、この優先順位は絶対的なものではなく、必要に応じて見直しを行うべきものであることに留意する。

[記載要領]

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

[参考条文]

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

② 「目標(長期目標・短期目標)」

[理由]

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

通常において、解決すべき課題の達成は、段階的に行われるものと考えられ、綿密な計画的支援の積み重ねが必要となる。

「目標」を、「長期目標」と「短期目標」に区分するのはこのためである。

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

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

[記載要領]

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

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

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

緊急対応が必要になった場合には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度、「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記載する。

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

③ 「(長期目標)及び(短期目標)に付する)期間」

[理由]

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

この「期間」を設定する理由としては、計画的に支援するということと、期間の終期に目標の達成が図られているか居宅介護支援の評価を行うことにより、例えば、長期間にわたって漫然とした支援を行うようなことを防止するという2つがある。

[記載要領]

「長期目標」の「期間」は、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を、いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載する。

「短期目標」の「期間」は、「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載する。

また、原則として開始時期と終了時期を記入することとし、終了時期が特定できない場合等にあっては、開始時期のみ記載する等として取り扱って差し支えないものとする。

なお、期間の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

④ 「サービス内容」

[理由]

「短期目標」の達成に必要な最適のサービス内容とその方針を明らかにする必要がある。

この際、同種の居宅サービスであっても、そのサービスの特性や利用者の希望などにより、いずれの居宅サービス事業者のサービスが最も相応しいかを評価・選択し、「サービス種別」欄に記載していく順番となる。

なお、この際、できるだけ家族が行う援助の内容も明確に記載し、外部サービスと併せて、全体として、どのようなサービス体制が組まれているかを明らかにすることが重要である。

また、特にインフォーマルなサービスや他の制度等に基づくサービス等においては、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスがあり、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これに配慮し、調和のとれた居宅サービス計画とする必要がある。ただし、介護支援専門員は、必要性が少ない居宅サービスの漫然とした延長等については当該居宅サービスの意義等を十分説明し、理解を得る必要がある。

[記載要領]

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

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

なお、生活援助中心型の訪問介護を必要とする場合には、その旨を記載する。

⑤ 「保険給付の対象となるかどうかの区分」

[理由]

「サービス内容」には、保険給付の対象となる居宅サービスのみならず、市町村が実施する一般老人保健福祉施策、家族や近隣などのインフォーマルなサービスを含むため、保険給付対象内サービスのみを対象とする給付管理票への転記を容易にするため、本欄を設ける。

[記載要領]

「サービス内容」中、保険給付対象内サービスについて○印を付す。

⑥ 「サービス種別」

[理由]

「サービス内容」及びその提供方針を適切に実行することができる居宅サービス事業者を選定する必要がある。

なお、家族が担う介護保険部分については、介護者を特定して明らかにしておく必要がある。

[記載要領]

「サービス内容」及びその提供方針を適切に実行することができる居宅サービス事業者等を選定し、具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。

家族が担う介護部分についても、誰が行うのかを明記する。

⑦ 「頻度」・「期間」

[理由]

「サービス内容」に掲げたサービスを、どの程度の「頻度」で実施するかを明らかにする必要がある。

「サービス種別」、「頻度」及び「期間」は給付管理に直結しており、「頻度」を明らかにすることによって、居宅サービス計画の内容を、利用者及びその家族、各種サービス担当者間で定期的に合意・確認することに役立つのみならず、支給限度額内外において如何に効果的にサービスを組み合わせるかを考える要点が明らかとなる。

[記載要領]

「頻度」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するかを記載する。

「期間」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する。

なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

⑧ 福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のサービスを必要とする理由

[理由]

福祉用具については、利用者の心身の状況に合わない福祉用具が提供されることで自立を妨げてしまうおそれもあり、自立支援の観点から、適切な福祉用具が選定され利用されるように、福祉用具を必要とする理由を把握することが重要である。

[記載要領]

福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置付ける場合においては、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する。

なお、理由については、別の用紙（別業）に記載しても差し支えない。

3 第3表：「週間サービス計画表」

① 「主な日常生活上の活動」

[理由]

利用者の起床や就寝、食事、排泄など主要な日常生活に関する活動を明らかにし、対応するサービスとの関係がわかるようにする。

[記載要領]

利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な1日の過ごし方について記載する。

なお、当該様式については、時間軸、曜日軸の縦横をどちらにとってもかまわない。

4 第4表：「サービス担当者会議の要点」

① 「利用者名」

[記載要領] 第1表から転記する。

② 「生年月日」

[記載要領] 第1表から転記する。

③ 「住所」

[記載要領] 第1表から転記する。

④ 「居宅サービス計画作成者氏名」

[記載要領] 第1表から転記する。

⑤ 「開催日」

[記載要領]

当該会議の開催日を記載する。

⑥ 「開催場所」

[記載要領]

当該会議の開催場所を記載する。

⑦ 「開催時間」

[記載要領]

当該会議の開催時間を記載する。

⑧ 「開催回数」

[記載要領]

当該会議の開催回数を記載する。

⑨ 「会議出席者」

[記載要領]

当該会議の出席者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載する。本人又はその家族が出席した場合には、その旨についても記入する。また、当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載するとともに、当該会議に出席できない理由についても記入する。なお、当該会議に出席できないサービス担当者の「所属（職種）」、「氏名」又は当該会議に出席できない理由について他の書類等により確認することができる場合は、本表への

記載を省略して差し支えない。

⑩ 「検討した項目」

〔記載要領〕

当該会議において検討した項目について記載する。当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者に照会（依頼）した年月日、内容及び回答を記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合には、その理由を記載するとともに、サービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日、照会（依頼）した内容及び回答を記載する。なお、サービス担当者会議を開催しない理由又はサービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日若しくは照会（依頼）した内容及び回答について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。

⑪ 「検討内容」

〔記載要領〕

当該会議において検討した項目について、それぞれ検討内容を記載する。

⑫ 「結論」

〔記載要領〕

当該会議における結論について記載する。

⑬ 「残された課題（次回の開催時期等）」

〔記載要領〕

必要があるにもかかわらず社会資源が地域に不足しているため未充足となった場合や、必要と考えられるが本人の希望等により利用しなかった居宅サービスや次回の開催時期、開催方針等を記載する。

5 第5表：「居宅介護支援経過」

〔記載要領〕

モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載する。

漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努める。

V 「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」について

居宅介護支援事業者は、Ⅳに定める「居宅サービス計画書」において作成された居宅サービス計画の内、保険給付対象内のサービスについては、サービスの実績管理（給付管理票の作成）を月を単位として行い、その結果を国民健康保険団体連合会に提出するという、一連の「給付管理業務」を行うこととなる。

また、「居宅サービス計画」に位置づけた指定居宅サービス等は、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により同意を得なければならないとしており、「給付管理業務」が月を単位として行われるため、当該「居宅サービス計画の説明及び同意」についても月毎に確認を要することとなる。

このため、Ⅳに定める「居宅サービス計画書」のうち前記内容を踏まえ月毎単位で作成するのが「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」である。

なお、利用者に「居宅サービス計画の説明及び同意」を得るに当たっては、当該「居宅サービス計画書」の第1表から第3表まで、第6表及び第7表を提示しなければならない。

〔参考条文〕

・厚生省令第38号第〇〇条第〇号

1 第6表：「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」

〔記載要領〕

「居宅サービス計画原案」に位置付けられたサービスをもとに、月単位で作成する。

① 「認定済・申請中の区分」

「認定済」・「申請中」の区分のどちらかを○で囲む。「新規申請中」、「区分変更申請中」及び「更新申請中に当該認定有効期間を超えた場合」については、「申請中」となり、その他の場合が「認定済」となる。

- ② 「対象年月」
居宅サービス計画の対象となる年月を和暦で記載する。
- ③ 「保険者番号」
被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。
- ④ 「保険者名」
被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。
- ⑤ 「被保険者番号」
被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。
- ⑥ 「被保険者氏名」
被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。
- ⑦ 「生年月日」
被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。
- ⑧ 「性別」
被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。
- ⑨ 「要介護状態区分」
「認定済」の場合は、被保険者証に記載された要介護状態区分を○で囲む。「申請中」の場合は、居宅サービス計画作成に当たって前提とした要介護状態区分を○で囲む。
- ⑩ 「変更後要介護状態区分・変更日」
月の途中で要介護状態区分に変更があった場合に、変更後の要介護状態区分を○で囲み、変更日を記載する。
- ⑪ 「居宅介護支援事業者事業所名担当者名」
居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者の名称及び担当者名を記載する。ただし、利用者が作成した場合は記載する必要はない。
- ⑫ 「作成年月日」
居宅サービス計画からサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載する。居宅サービス計画の変更を行った場合は、変更後の居宅サービス計画に基づいてサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載する。ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。
- ⑬ 「利用者確認」
居宅介護支援事業者が保存するサービス利用票（控）に、利用者の確認を受ける。ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。
- ⑭ 「保険者確認印」
利用者が自ら作成した居宅サービス計画に基づきサービス利用票を作成した場合に、その受付を行った市町村が確認印を押印する。ただし、居宅介護支援事業者が作成したサービス利用票を受け付けた場合は、押印する必要はない。
- ⑮ 「届出年月日」
利用者が自ら作成した居宅サービス計画に基づきサービス利用票を作成した場合に、その受付を行った市町村が市町村に届け出た年月日を記載する。ただし、居宅介護支援事業者が作成したサービス利用票を受け付けた場合は、記載する必要はない。
- ⑯ 「区分支給限度基準額」
被保険者証に記載された支給限度基準額（単位数）を記載する。「申請中」の場合は、居宅サービス計画作成に当たって前提とした要介護状態区分に応じた1月当たりの支給限度基準額（単位数）（月途中の変更がある場合には、重い方の「要介護状態区分」に対応した額と一致する。）を記載する。
- ⑰ 「限度額適用期間」
被保険者証に記載された限度額適用期間を記載する。

⑱ 「前月までの短期入所利用日数」

計画対象月までの短期入所利用日数を記載する。新規認定申請中の場合は、「0」と記載する。

⑲ 「曜日」

対象月における日付に対応する曜日を記載する。

⑳ 「提供時間帯」

サービス提供開始から終了までの予定時刻を 24 時間制で記載する。サービス提供時間帯が決まっているものは、提供時間帯の早い順 (0:00~24:00) に記載する。ただし、福祉用具貸与及び短期入所サービスの場合は、記載する必要はない。

(21) 「サービス内容」

適用するサービスコードに対応するサービスの名称(「介護給付費単位数・サービスコード表」の省略名称)を記載する。

(22) 「サービス事業者事業所名」

サービス提供を行う事業所の名称を記載する。

(23) 「予定」

該当するサービスの提供回数(通常は「1」)を記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。

(24) 「実績」

サービスを提供した事業所が実績を記載する。計画を作成する時点での記載は、必要ない。

(25) 「合計回数」

各行の「予定」欄に記載された提供回数の合計を記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。

2 第7表:「サービス利用票別表」

【記載要領】

(1) 第6表「サービス利用表」の各行から、支給限度管理の対象となるサービスを全て転記する。記載は、サービス提供事業所毎に記載することとし、同一事業所で複数のサービス提供する場合は、サービスコード毎に記載する。また、事業所又はサービス種類(サービスコードの上2桁)が変わる毎に、その事業所又はサービス種類毎の集計値を記載するための集計行を1行ずつ挿入する。(1つのサービス種類について1つしかサービスコードがない場合は、集計行は不要。)

① 「事業所名」

第6表「サービス利用票」の(22)「サービス事業者事業所名」欄から転記する。集計行にも対象事業所名を記載する。

② 「事業所番号」

前記①「事業所名」に対応する事業所番号をWAM NETの「介護報酬情報提供システム」等により確認して記載する。集計行にも対象事業所の事業所番号を記載する。

③ 「サービス内容/種類」

第6表「サービス利用票」の(21)「サービス内容」欄から転記する。集計行には、サービス種類の名称を記載する。

④ 「サービスコード」

前記③「サービス内容/種類」に対応するサービスコードを「介護給付費単位数・サービスコード表」により確認して記載する。集計行には、記載する必要はない。

⑤ 「単位数」

前記④「サービスコード」に対応する1回当たりの単位を、『介護給付費単位数・サービスコード表』により確認して記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。

⑥ 「割引後率(%)」

料金割引を行っている場合には、前記③「サービス内容/種類」に対応する割引率を確認し、割引後の率(割引後率=100%-割引率(%))をWAM NETの『介護報酬情報提供システム』等の活用により確認し記載する。

⑦ 「割引後単位数」

前記⑥の記載を行っている場合(料金割引を行っている場合)には、前記⑤「単位数」に前記⑥「割引後率」を乗じて算出した割引後の単位数(小数点以下四捨五入)を記載する。

⑧ 「回数」

第6表「サービス利用票」の(23)「予定」欄から1月間分の合計回数(同表の(25)「合計回数」欄)を転記する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。

⑨ 「サービス単位/金額」

前記⑤「単位数」(料金割引を行っている場合は、前記⑦「割引後単位数」)に前記⑧「回数」を乗じて算出した結果を、集計行を識別できるよう括弧書き等により記載する。区分支給限度管理対象外のサービス(特別地域加算等)については、合計には含めないため、識別できるよう記載する。福祉用具貸与の場合は、実際の費用額を単位数当たり単価で除した結果(小数点以下四捨五入)を記載する。

⑩ 「種類支給限度基準額(単位) ※ 「種類別支給限度管理」表

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、「被保険者証」から、種類別の支給限度額を転記する。

⑪ 「合計単位数」 ※ 「種類別支給限度管理」表

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、前記⑨「サービス単位/金額」欄から、サービス種類別に単位数を合計し記載する。

⑫ 「種類支給限度基準を超える単位数」 ※ 「種類別支給限度管理」表

前記⑩及び⑪の記載を行った場合(市町村が種類支給限度基準を定めている場合)には、前記⑪「合計単位数」から前記

⑩「種類支給限度基準額(単位)」差引き、種類別に支給限度基準を超える単位数を算出する。

⑬ 「種類支給限度基準を超える単位数」

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、前記⑫「種類支給限度基準を超える単位数」の合計に等しくなるように単位数を種類別に振り分ける。

⑭ 「種類支給限度基準内単位数」

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、前記⑨「サービス単位/金額」から前記⑬「種類支給限度基準を超える単位数」で割り振られた単位数を差引いた単位数を記載する。

⑮ 「区分支給限度基準額(単位)」

「被保険者証」から、区分支給限度基準額を転記する。

⑯ 「区分支給限度基準を超える単位数」

種類支給限度基準が設定されていない場合は、前記⑮から前記⑨「サービス単位/金額」欄の合計欄の単位数を超える単位数を記載する。

種類支給限度基準額が設定されている場合は、前記⑮から前記⑭「種類支給限度基準内単位数」欄の合計欄の単位数を超える単位数を記載する。内訳については、合計欄に等しくなるように単位数を割り振る。

⑰ 「区分支給限度基準内単位数」

種類支給限度基準が設定されていない場合は、前記⑨「サービス単位/金額」から、前記⑯で割り振られた単位を差し引いた単位数を記載する。

種類支給限度基準が設定されている場合は、前記⑯「種類支給限度基準額(単位)」から、前記⑯で割り振られた単位数を差し引いた単位数を記載する。

⑱ 「単位数単価」

各事業所の所在地におけるサービス種類に対応する単位数当たりの単価を、WAM NET「介護報酬情報提供システム」等の活用により確認し記載する。

⑲ 「費用総額(保険対象分)」

前記⑰「区分支給限度基準内単位数」に前記⑱「単位数単価」を乗じて算出した額(円未満切り捨て)を記載する。

⑳ 「給付率(%)」

介護給付費の基準額のうち保険給付を行う率を百分率で記載する。利用者負担の減額対象者、保険給付額の減額対象者等は、被保険者証、減額証等を参考にして記載する。

(21) 「保険給付額」

前記⑱「費用総額（保険対象分）」に前記⑳「給付率」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。

(22) 「利用者負担（保険対象分）」

前記⑱「費用総額（保険対象分）」から前記(21)「保険給付額」を差引いて算出した額を記載する。

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

(23) 「利用者負担（全額負担分）」

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

(2) 要介護認定期間中の短期入所利用日数

① 「前月までの利用日数」

サービス利用票の前月までの短期入所利用日数の合計を転記する。

② 「当月の計画利用日数」

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

③ 「累計利用日数」

①と②の累計日数を記載する。

(別紙4)

課題分析標準項目について

I 基本的な考え方

介護サービス計画作成の前提となる課題分析については、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、要介護者等の有する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。

この課題分析の方式については、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」（平成11年7月29日老企第22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知。以下「基準解釈通知」という。）第2の3（運営に関する基準）の(7)⑥において、別途通知するところによるものとしているところであるが、当該「基準解釈通知」の趣旨に基づき、個別の課題分析手法について「本標準課題分析項目」を具備することをもって、それに代えることとするものである。

II 課題分析標準項目（別添）

(別添)

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

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

課題分析 (アセスメント) に関する項目

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