

ケアマネジメントプロセス 支援マニュアル

Guideline to Aide Care Management Process



特定非営利活動法人 大分県介護支援専門員協会

はじめに

介護保険法は、高齢者が要介護状態等になっても尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要なサービスを提供することを目的とするものとうたわれています。

介護保険制度の要はケアマネジメントであり、私たち介護支援専門員は、利用者のニーズを導きだし、自立支援に向けてもっとも適切な支援の方法を考えてきました。

しかし、介護に要する費用は介護保険制度創設時より大きく増加し、制度の安定性、持続可能性を高める取組みのため、高齢者の自立支援及び要介護状態等の軽減、又は悪化の防止を目的とした、質の高い介護サービスの提供がさらに求められてきています。

そのような中、介護支援専門員には、利用者が自立支援に向けた「自己決定」ができるよう、ケアマネジメントプロセスの過程において、身体的自立、精神的自立、経済的自立、社会的自立、その他環境調整を図る視点を持ち、どのような状況においても、可能な限り「自立した生活」を営むことができるよう支援することがこれまで以上に求められています。そのため、支援を行う過程で、利用者にとって、本当に自立した生活につながるような内容になっているか、自ら日々の実践を振り返っていく必要があると考えます。

こうした状況を踏まえて、大分県介護支援専門員協会は大分県、大分市と協働し、「ケアマネジメントプロセス質の向上」に関する意識調査を実施いたしました。その内容を分析した結果、介護支援専門員が居宅サービス計画書の作成及び見直しなどの際に活用していただくことを目的とした、支援マニュアルを作成することとなりました。今回は、自立支援にむけた解決すべき課題の把握（アセスメント）と居宅サービス計画書の作成の留意点について介護支援専門員が業務を適切に行う上で、遵守しなければならない知識及びケアマネジメントプロセスにおける「視点」「考え方」「具体的な例」等を中心に記載しました。

支援マニュアルが、介護支援専門員をはじめ、多くの関係者の皆さまにご活用いただけることを願っています。

平成30年4月

特定非営利活動法人 大分県介護支援専門員協会
ケアマネジメントプロセス質の向上支援委員会

～ 目 次 ～

第1章 介護保険制度におけるケアマネジメントとは	1
1 介護保険制度の基本理念とケアマネジメント	2
2 ケアマネジメントの流れ	5
第2章 解決すべき課題の把握（アセスメント）	6
1 具体的取扱方針	7
2 アセスメントに必要な基本的な面接技術	8
3 課題分析の方法	9
4 課題分析標準項目について	10
5 課題分析標準項目	12
6 課題分析標準項目の解説	14
第3章 居宅サービス計画書記載のポイント	41
1 基本方針	42
2 具体的な留意事項	44
3 居宅サービス計画書の記入の仕方	46
4 利用者又は家族への説明と同意について	66
5 医療的知識や根拠に基づいた居宅サービス計画	67
6 住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅等の利用者 支援における留意点	70
7 おわりに ～法令等の確認方法～	71
参考資料1 運営基準及び解釈通知	72
参考資料2 「ケアマネジメントプロセス質の向上」に関する 意識調査結果（抜粋）	101
1 調査の概要	102
2 属性	102
3 調査結果	103
4 まとめ	108
5 アンケート調査票	109
あしがき	113
編集委員名簿	114

第1章

介護保険制度におけるケアマネジメントとは

第1章 介護保険制度におけるケアマネジメントとは

1. 介護保険制度の基本理念とケアマネジメント

介護保険制度の目的は、介護保険法に次のように記されています。

○介護保険法（平成九年法律第百二十三号）

（目的）

第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

そして、制度の3つの基本理念として、①利用者本位、②利用者選択の尊重、③自立支援が挙げられています。

（介護保険）

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

- 2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 3 第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- 4 第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

介護保険制度におけるケアマネジメントは、法第1条に規定されている目的を達成するために、3つの基本理念を中心として、利用者の尊厳の保持を旨とする自立支援を目指すことに意義があります。

（１）利用者本位とは

利用者を含めたすべての人々にはできる限り自分のことは自分で決めていく、「自立的」でありたいといった願いも持っています。自立には、自己選択、自己管理、個人の自由、個人のプライバシーといった意味が内包されています。つまり、自立とは自己決定に関する多くのことを含む幅広い概念であると理解できます。「利用者が主体的に生きていくこと」を支援していくことは、「利用者の尊厳の保持を支援する」ことでもあります。

利用者の自己決定と尊厳を保持するためには、利用者の問題状況を把握し、利用者を支援していく上で、利用者と介護支援専門員は、上下関係ではなく、対等な関係でなければなりません。問題解決の中心は利用者であり、それを側面的に支援する従的な役割を果たすのが介護支援専門員であると位置づけることが、利用者主体・利用者本位の支援であると言えます。

介護支援専門員は、価値観や利害関係が異なる立場の人から期待や指示を受ける場面に遭遇することがあります。利用者と家族、地域、サービス事業所、医療関係者、法人など、対立する立場や考え方の狭間で、ジレンマが生じることもあります。相矛盾する状況であっても、常に利用者の権利を擁護する立場から、利用者の自立やQOLを高めることを最優先する立場をとることが、介護支援専門員には求められています。これも利用者主体のケアマネジメントということになります。（※１）

（２）利用者選択の尊重とは

介護支援専門員は、利用者と一緒に問題を整理し、利用者本人の問題解決の力を呼び起こしたり、介護サービスなどの情報提供を行ったりしながら、問題を解決する方法を利用者と一緒に探します。また、利用者が解決方法を選び取り、自己決定するための支援を行います。

利用者は、長い人生のなかで幾度となく試練を乗り越えながら生きてきました。その歩みのなかで、利用者は自己決定を繰り返してきました。自己決定の重要度は人それぞれに違います。人生の岐路における自己決定が重要なのは言うまでもありませんが、日常生活における様々な自己決定が、「自分らしい暮らし」の維持・実現に欠かせないものとなっています。「暮らしにくさ」が生じている利用者が、「その人らしい暮らし」を実現するために、利用者自身が「暮らしやすさ」に向けて、自己決定をしていく、その過程を介護支援専門員は様々な工夫（分かりやすい情報提供、決定の先にあるものを示す、決定する力を信じて待つ、など）をしながら支援をしていきます。

自己決定の支援にあたって、「公平性と中立性に基づいた情報提供」が重要であることは言うまでもありません。常に利用者の立場に立ち、特定の事業所に偏ることがないように情報を提供します。ニーズに応じた複数のサービス機関を公平で中立な立場から提案し、利用者の選択を求めるプロセスが必要です。（※２）

（３）自立支援とは

介護保険制度でのケアマネジメントでは、利用者の自立を支援することを第１の原則にしています。日本介護支援専門員協会においては「自立支援に関するエビデンスの提案募集にかかる調査の実施（平成29年8月14日付）」の中で、自立支援の視点例を以下のように示しています。

- ① 「身体的自立」・・・生活行動や行為の改善。
- ② 「精神的自立」・・・自己決定や状況判断力の向上。自己主張の実現。
- ③ 「経済的自立」・・・生活費や医療介護の費用を確保。他に依存しない経済生活の確保。
- ④ 「社会的自立」・・・地域社会からの孤立の解消。家庭又は地域での役割の発見。

ケアマネジメント機能を活用して、利用者の意思決定を支え、状況に則した身体的・精神的・経済的・社会的等の側面から総合的に自立を支援すること。それが「自立支援」と考えます。

「ケアマネジメントプロセス質の向上」に関する意識調査の結果でも、大部分の方が「身体・精神・社会的自立が大切である」と回答している一方で、自立支援に資するケアマネジメント実践において、「基本理念は理解しているが、実践は十分でない」と8割強の方が回答しており、実践への不十分さや戸惑いがうかがわれる結果でした。

自立支援の実践において、利用者の生活全体を把握することは、介護支援専門員に欠かせない視点であり、ICFの考え方は大変参考になる（※3）と位置付けられています。生活機能（心身機能・身体構造・活動・参加）とは「人間が生活する上で使用しているすべての機能であり、それぞれのプラス面（できていること）とマイナス面（できていないこと）をアセスメントした上で、健康状態と背景因子の相互作用あるいは複合的な関係を整理し、解決策を見出していきます。

実践方法として、「医学モデル」と「社会モデル」があります。「医学モデル」では障害は病気や身体の変調が原因であり、治療やリハビリによって障害を克服し本人が自己実現を目指した日常生活・人生を送るのを支えることを大切にしています。一方、「社会モデル」では、障害は社会や環境によって作られるため、生活機能の低下すなわち障害があっても、自己実現を目指しているその人が困らないように、社会や環境を変えようということを重要視しています。これら2つのモデルには優劣があるわけではありません。むしろ、その人の自己実現を目指して、医学モデル・社会モデルの両方を使いこなしていこうというものです。本人の意向や生活機能の低下の状態や内容に応じて、これら2つのモデルを統合して、利用者本人も、周りの人も共に本人の自己実現を目指していく（※4）ことが、自立支援の実践につながります。

2. ケアマネジメントの流れ

以下は利用者の望む暮らしを実現するための支援を行う思考方法・業務の流れでケアマネジメントプロセスと呼ばれています。

- ① インテーク（受付・初期面接相談）
- ② アセスメント
- ③ 居宅サービス計画原案の作成
- ④ サービス担当者会議（居宅サービス計画の修正）
- ⑤ 居宅サービス計画の確定（説明・同意・交付）
- ⑥ 居宅サービス計画の実行
- ⑦ モニタリング
- ⑧ 評価
- ⑨ 終結または見直し



本マニュアルでは、特に実務経験1年未満の介護支援専門員が「負担感が大きい」と感じている「アセスメント」と「(初回) ケアプラン作成」について、前述の3つの基本理念を踏まえた上で、法令遵守しながらいかに実践していくかを、次章以降で解説していきます。

【参考文献】

白澤政和『ケアマネジメントの本質 生活支援のあり方と実践方法』中央法規出版，2018。

日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャーの会『ケアマネジメントのエッセンス 利用者の思いが輝く援助技術』中央法規出版，2017。

介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会『六訂 介護支援専門員実務研修テキスト 上巻』長寿社会開発センター，2016。

諏訪さゆり『「ICFの視点」に基づく施設・居宅ケアプラン事例展開集』日総研出版，2006。

第2章

解決すべき課題の把握（アセスメント）

第2章 解決すべき課題の把握（アセスメント）

アセスメント（課題分析）は、利用者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する大切なプロセスです。利用者の心身の状況、生活環境、介護力等の各項目の情報を総合的に把握し、①利用者及び家族の困りごとや生活上の課題（自覚、無自覚）の原因、背景を分析すること②利用者が課題分析を通じて「望む生活」に向けて前向きに課題を受け止め、主体的な取り組みが行えるよう専門職として利用者に気づきを促していく関わりが重要になります。そのためには、利用者及び家族が持つ力の強さ、可能性に着目する視点を持ってアセスメントすることが重要です。

1. 具体的取扱方針

（1）解決すべき課題の把握 運営基準第6条

居宅サービス計画を作成するときは、利用者の有する能力や環境等を評価し、課題を明らかにしなければなりません。利用者が自立した日常生活を送るためには、何を解決しなければならないのか、課題を把握する必要があります。

（2）課題分析の実施 解釈通知⑥

居宅サービス計画は、それぞれの利用者の特性に応じて作成されなければなりません。そのため、居宅サービス計画を作成する前に、利用者の課題分析を行います。

課題分析では、利用者を取り巻く環境等を評価し、利用者の生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題点を明らかにします。利用者の生活全般について、その状態を十分に把握し、利用者が自立した日常生活が営むことができるように支援するためには、何を解決すべきか、アセスメントを通じて課題を把握していくことが重要です。

（3）形式的な留意事項 運営基準第7条 解釈通知⑦

アセスメントをするときは、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りません。

（4）面接技法の研鑽 解釈通知⑦

介護支援専門員は面接の趣旨を利用者や家族に十分説明し、理解を得なければなりません。そのためには、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す。

2. アセスメントに必要な基本的な面接技術（介護支援専門員実務研修テキストより）

（1）バイステックの7原則

- ① 個別化の原則
利用者、家族をかけがえのない個人として尊重すること。
- ② 自己決定の原則
利用者、家族の自己決定を促し、尊重すること。
- ③ 受容の原則
利用者、家族の気持ちをあるがままに受け止めること。
- ④ 非審判的態度の原則
援助者の価値観で利用者・家族を非難しないこと。
- ⑤ 統制された情緒関与の原則
援助者が自分の感情を自覚しながらかわること。
- ⑥ 意図的な感情表現の原則
利用者、家族の感情表現を大切にすること。
- ⑦ 秘密保持の原則
利用者、家族の秘密を保持して、信頼関係を醸成すること。

（2）自己覚知

介護支援専門員も一人の人間であり、身近に接してきた家族や友人の価値観、生まれ育った地域の文化などに大きく影響を受けながら、「個人としての価値観」を形成しています。個人の価値観は、ものごとの受け取り方や態度、行動にも影響を与えます。そのことが、相談援助の場に大きく影響を及ぼす場合があります。介護支援専門員は、常に自分の感情をコントロールしながら相談援助をすることが求められています。そのため、介護支援専門員は、自分の価値観や生活、行動の傾向をよく知る必要があります。これが「自己覚知」です。

質問コーナー

Q：本人と家族の意見が対立しています。どちらの意見を尊重すればよいのでしょうか。

A：自分の価値観を自覚し、感情のコントロールをしながら対応を心がける必要があります。受容の原則、非審判的態度の原則、個別化の原則などの技術を使いながら、両者の話を傾聴し、折り合いが付けられる共通点を見出すことが大切です。どちらか一方の意見を優先するのではなく、本人、家族が合意できる「本人にとっての最善の選択と決定」を支援していきます。ただし、本人と家族の意見の対立がどうしても避けられないという場合には、「生命保護」「職業倫理」に基づき、「本人の権利擁護」の立場をとることが介護支援専門員としての基本姿勢です。

3. 課題分析の方法

アセスメントの結果、利用者の心身の状態、生活環境、介護力などの各項目の情報を的確に、かつ総合的に把握し、利用者及び家族が直面している困り事や生活を営む上での課題（自覚、無自覚）を整理し、その原因、背景をあらゆる面から分析することにより「状態」と「原因」をつなげていく必要があります。

アセスメント表は、介護支援専門員が利用者の自立支援にむけたケアプランを作成する上で、「課題分析に必要な利用者の情報収集→課題の整理・分析→意欲的な取り組みへの働きかけ」という一連の流れを適切に実施するために必要不可欠なものです。

不十分なアセスメントからは、適切な課題や目標は導き出されず、本来目指すべき「自立支援」とかけ離れたケアプランとなりますので、注意が必要です。

（1）課題整理総括表の活用

①自立した日常生活の阻害要因

収集した情報の整理分析結果に基づき、利用者の自立を阻害している根本的な要因を推定し、記載します。アセスメントが十分であれば、介護支援専門員間で大きなズレが生じることはありません。

②見通し

「自立した日常生活の阻害要因」の解決にむけて、「どのようなケアを実施することにより」、「状況がどのように変化することが見込まれるか」を記入します。本欄の記載はあくまでも介護支援専門員としての仮説です。意欲的な取り組みへの働きかけにより、利用者が「望む生活」に向けて、主体的に取り組みが行えるよう、専門職として働きかけていくことが重要です。

(2) ICF視点の活用

①構成要素への分類と整理分析

心身機能・身体構造、活動、参加という三つのレベルに生活機能を分類し、整理します。これらの生活機能の有無や発揮の仕方、支え合い・影響の及ぼし合いに作用しているのが、「健康状態」と「環境因子」「個人因子」です。これらが相互に作用し合い、ダイナミックな変化をもたらします。

②医学モデルと社会モデルの統合

医学モデル（治療、リハビリによる問題志向型）と社会モデル（社会、環境の側の改善による目的指向型）の統合により、課題の解決を図ります。

(3) その他

アセスメントの結果を整理分類し、分析する手法は様々です。単に情報収集のみに終わるのではなく、適切な手法を活用して課題を分析することで、利用者の生活課題の解決策を導きだし、意欲を引き出していく必要があります。

4. 課題分析標準項目について

厚生労働省通知「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（平成11年11月12日老企第29号）」において、課題分析標準項目は、以下の通り定められています。

《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。」とした上で、「この課題分析の方式については、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。」と定められています。

標準課題分析項目は別添の通りです。

質問コーナー

Q 1 : アセスメントシートは独自のシートを使用してもよいですか。

A 1 : アセスメントシートの指定様式はありませんので、独自のシートを使用してもよいです。ただし、標準課題分析項目が完備されている必要があります。完備されていない場合には、項目を追加して使用してください。

Q 2 : アセスメントはいつすればよいですか。

A 2 : 居宅サービス計画書作成の前には必ずアセスメントを実施し、記録に残す必要があります。

Q 3 : 初回面接のときに、全てのアセスメント項目の聞き取りをしなければならないのですか。

A 3 : アセスメントは、生活課題を抽出、分析、解決するために実施するものです。単にアセスメント項目を埋めるためにのみ、質問を重ねることは適切ではありません。情報を得る根拠を常に意識しながらアセスメントをしていくことが大切です。初回面接で全ての情報を収集することは難しい場合もあります。初回面接のときに聞けなかった情報については、モニタリング訪問時に、意識して情報収集し、新しいアセスメント情報として追加していくようにします。思わぬところに大切な情報が隠されていることもあります。常にアセスメントを意識しながら面接を進めていくとよいでしょう。

5. 課題分析標準項目

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

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

課題分析（アセスメント）に関する項目

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	A D L	A D L（寝返り、起きあがり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	I A D L	I A D L（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	（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

6. 課題分析標準項目の解説

(1) 解説に関する留意点

ここでは、課題分析標準項目の項目ごとに、以下の4点について示し、基本的な内容を確認することに主眼をおいています。

- ① 項目の主な内容（例）
- ② 実施上の視点及び留意点
- ③ アセスメント記載上の留意点（形式的留意事項）
- ④ 状態に応じたアセスメントの具体例

項目の定義、実施上の視点及び留意点、アセスメント記載上の留意点は、「介護支援専門員実務研修テキスト」（一般財団法人 長寿社会開発センター 平成28年11月発行）を参考に作成しています。

より実践的で、分かりやすくするために、具体例を示しましたが、あくまでも参考例であり、この例がすべての利用者に当てはまるわけではありません。一人一人利用者は個別の存在としてとらえることが原則であり、一般化することが本意ではありませんのでご注意ください。

また、ここに示した具体例を活用していただく対象としては、初任者の方、または実習生や初任者を指導する主任介護支援専門員の方を想定しています。項目の定義や実施上の視点及び留意点、記載上の留意点を押さえた上で、具体的な事例の中で、どのように対応していくと良いかの参考例としてご活用ください。

1-1 基本情報（受付、利用者等基本情報）

項目の主な内容（例）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報 (1) 受付日時 (2) 受付対応者 (3) 受付方法
実施上の視点及び留意点	(1) 居宅サービス計画書作成時には必ず事前のアセスメントが必要である。 (2) アセスメントは介護支援専門員が実施する。 (3) 居宅を訪問し、利用者、家族に面接する。（物理的な理由がある場合は、居宅を訪問しなくてもよい。利用者本人への面接は必須。）
アセスメント記載上の留意点（形式的留意事項）	(1) 居宅サービス計画書作成前の日付であること。 (2) 介護支援専門員の所属、氏名を記載すること。 (3) 「いつ」、「どこで」、「誰に面接したか」を記載すること。
状態に応じたアセスメントの具体例	<訪問調整の具体例> 【認知症のあるAさんの場合】 ○家族に同席してもらえるかを確認しましょう。 ○家族が同席できない場合は、家族に聞き取りの必要性があるかどうかを確認します。もしくは専門職として、聞き取りの必要があると判断した場合は、家族の都合に合わせて面接を実施しましょう。 ○基本的にはAさん、家族同席で面接を行いますが、家族がAさんの前では伝えにくいことがある場合は、個別に面接を設定するとよいでしょう。 【入院中のBさんの場合】 ○医療機関の地域連携室、相談員または病棟看護師などと訪問日程の調整を行います。個人病院などでは、受付の方が日程調整の対応してくださる場合もあります。 ○検査や診察時間、病院が多忙な時間は避けるように配慮しましょう。 ○家族にも同席してもらえるように調整を行った方がよい場合もあります。 ○在宅への退院調整の場合は、自宅環境をアセスメントする訪問日の調整も行いましょう。 ○リハビリテーションの時間に合わせて訪問すると、身体状況が把握しやすい場合があります。

1-2 基本情報（受付、利用者等基本情報）

項目の主な内容（例）	利用者の基本情報 （１）氏名 （２）性別 （３）生年月日 （４）住所 （５）電話番号等の連絡先
実施上の視点及び留意点	利用者の基本情報に関しては、自己紹介を兼ねて、自然な形で自ら答えてもらうようにする。理解力、コミュニケーション能力、聴力、認定調査項目の３群を意識しながら聞き取りを行う。
アセスメント記載上の留意点	（１）介護保険証で確認した氏名を記載する。漢字の読み方を確認して記載する。本名と通称が違う場合はその旨を記載する。 （２）介護保険証で確認した性別を記載する。性同一性障害の場合は開示があればその旨を記載する。（※１） （３）介護保険証で確認した生年月日を記載する。 （４）介護保険証で確認した住所を記載する。住所地以外に住んでいる場合は、現住所も記載する。 （５）自宅の電話番号、利用者の携帯番号等を記載する。複数の連絡先がある場合は優先順位を確認し、記載する。
状態に応じたアセスメントの具体例	【認知症のあるAさんの場合】 ○氏名、生年月日を確認します。年齢も確認するとよいでしょう。間違っているとしても基本的には訂正しない方が、先のアセスメントが進めやすいでしょう。信頼関係ができていない時は、さりげなく、本当の年齢を伝えてもよい場合があります。 ○住所を確認します。住所がわからない時は、誰の家か、誰と同居しているか等、認定調査項目の３群を意識した質問をし、場所の見当識の程度を確認します。 ○電話番号を記憶しているか、調べることができるかなどを確認します。 ○意思疎通に問題がないか、難聴による声の大きさの調整、記銘力の低下の有無などを確認しながら質問すると良いでしょう。 ○答えられないことで不安にならないよう配慮しながら質問し、既に回答が困難であることを把握している項目については、質問を省略しても良いでしょう。 【ターミナル期で寝たきりのBさんの場合】 ○質問に答える気力や体力があるかを意識しながら、名前や生年月日を確認します。 ○質問を続けることが苦痛そうであれば、最低限確認しなければならない項目（主訴等）のみを聞き取りし、それ以外については家族からの聞き取りでよいのか、承諾を得て、Bさんからのアセスメントは終了します。 ○観察したBさんの状態を経過記録に記載します。Bさんからの聞き取りが困難な場合は、その理由と、誰と面接してアセスメントをしたかを記載します。

※１ 詳細については「介護保険最新情報 Vol. 608 平成 29 年 10 月 18 日」を参照。

1-3 基本情報（受付、利用者等基本情報）

項目の主な内容（例）	利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
実施上の視点及び留意点	（1）ジェノグラムを聞き取りながら、家族関係を把握する。 （2）キーパーソン、主介護者、副介護者、連絡先、他の家族の協力体制などを確認する。 （3）緊急時の連絡先の優先順位（人の順位、携帯・職場などの順位）を確認する。 （4）仕事の有無、育児の有無、介護が可能な時間を把握する。 （5）家族関係や介護力などの視点を持ちながらアセスメントを行う。 （6）初回面接で全てを把握することは難しいケースも多い。信頼関係を築きながらモニタリングの中でアセスメントを深めていくことが望ましい。
アセスメント記載上の留意点	（1）ジェノグラムの書き方を習得していること。 （2）3世代以上のジェノグラムを表記した方が関係性がより分かりやすい。 （3）ジェノグラムと合わせて家族状況についてわかりやすく文章で表記する。
状態に応じたアセスメントの具体例	【家族のことを喜んで話してくれるAさんの場合】 ○ナラティブアプローチ（その方の人生を物語として聞く※1）により、相手に関心を持って聞くことで、家族関係を詳しく把握することができます。 ○興味本位で聞くのではなく、専門職として必要な情報を集めるという視点を常に持ちながら話を傾聴しましょう。 ○家族関係の話に耳を傾けることで、「誰を一番頼りにしているか」「誰の言うことなら一番聞いてくれるか」などの情報が得られます。また、Bさんの価値観や考え方なども知ることができ、支援をする上での方向性を探ることができます。 【家族のことを話したがるBさんの場合】 ○初回面接時には、最低限の情報を把握する程度に留めても良いでしょう。面接を重ねる中で、信頼関係を深め、Bさん自身に生活歴を話してもらいながら、家族関係についても語ってもらえるようにしていくと良いでしょう。 ○Bさんの判断能力が低下した時に、誰にキーパーソンになってもらえるか可能性を見極めていくことも大切です。 ○家族関係を話したがる原因として、何らかのトラウマや世間体（偏見や差別意識）が隠されている場合があります。その場合は、傾聴する側に非審判的態度や自己コントロール力（自己覚知）などの技術が必要になります。

※1 参考文献「ソーシャルワーカーの力量を高める理論・アプローチ」川村隆彦著

2 生活状況

項目の主な内容(例)	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
実施上の視点及び留意点	(1) 出身、職業、趣味など利用者が歩んできた歴史をナラティブ(物語)として傾聴することで、ストレングスの手掛かりを探る。アセスメントは、信頼関係を深めていく中で、情報を増やしていく。 (2) 過去の既往、現在の状況に至った経過、原因となる疾病について確認する。 (3) 家族関係のアセスメントや主訴との関連性なども念頭に置きながら進める。
アセスメント記載上の留意点	(1) 時系列にまとめて記載すると分かりやすい。 (2) アセスメントでは概略がわかるように簡潔に記載し、支援経過記録に詳細を記録しても良い。 (3) 個別性を尊重した内容となるよう意識して記載する。
状態に応じたアセスメントの具体例	【病歴の多いAさんの場合】 ○時系列で確認していくとわかりやすくなります。いつ発症したか、いつからいつまでどこの病院に入院していたかなど、一緒に整理しながら聞くと良いでしょう。 ○病気のことにだけに留めず、病気になる前はどんな生活をしていたのか、どんなことが得意だったのか、ストレングスに着目した情報を集めると、生活目標が明らかになりやすいでしょう。 ○生活歴と主訴が混在した内容になりがちです。アセスメントを記録する時に、言葉を拾いながら主訴を明確にしていきましょう。 ○病歴が不明な場合は、Aさんの同意を得た上で、主治医に問い合わせましょう。また、主治医意見書で確認することも必要です。 【生活歴を話したがないBさんの場合】 ○無理に開示を求める必要はありません。信頼関係ができるまでは、差し障りがない程度の内容(本人が口ごもらずに話してくれる内容)のみにとどめておく方がよいでしょう。 ○家族関係の問題、社会との関係性の問題、経済的な問題などは、生活歴を明らかにすることで、どういう経過で今日に至ったのかが明らかになり、解決の糸口がつかみやすくなります。問題を解決するための支援の一環であることが伝わるように心がけながら聴くことが大切です。 ○相談援助技術を用いて対応します。受容、非審判的態度、統制された情緒的関与や個別化などバイステックの原則を活用しながら支援しましょう。

3 利用者の被保険者情報

項目の主な内容（例）	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
実施上の視点及び留意点	（１）被保険者情報は、保険証など原本で確認する。 （２）これらの証書は原則として、利用者やそれに代わる人が保管すべき書類であり、取扱いに注意し、安易に長期間預かったままにしない。
アセスメント記載上の留意点	（１）更新せずに失効している場合もあるため、定期的に確認する。 （２）最新の情報を把握し、記載する。
状態に応じたアセスメントの具体例	

4 現在利用しているサービスの状況

項目の主な内容（例）	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
実施上の視点及び留意点	(1) 介護保険以外のサービスを受けているか確認する。 (2) 利用者の自立支援に向けて、インフォーマルサービスも含めた多角的な視点にたってサービスを検討し、導入できているかが重要である。 (3) 地域によっては、インフォーマルな社会資源が整備されていない場合もある。一緒に現状分析を行い、地域課題を見つけていく姿勢が求められる。また、介護支援専門員は、地域にない資源を発掘し提案していく力量も求められている。 (4) 家族の介護負担の軽減を図るための「介護教室」等、家族への情報提供もあわせて行う。
アセスメント記載上の留意点	(1) どのサービスを、いつ、どこで、どのように利用しているのか、わかりやすく記入する。 (2) 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記入する。
状態に応じたアセスメントの具体例	【認知症で徘徊のあるAさんの場合】 ○利用中の介護保険サービスやその他のサービスに関して、目標達成度や利用者・家族の満足度を確認します。 ○地域でどのようなインフォーマルサービスが利用できるか調べましょう。例えば、Aさんの徘徊コースにある商店やご近所さんが、徘徊しているAさんを見かけたら、電話で知らせてくれるか。家まで連れていってくれるかなど具体的に誰がいつ、どのような支援をしてくれそうか等をアセスメントするのも一つの方法です。 ○反対にどのようなインフォーマルサービスがあったらよいか、また、それを作り出すためにはどこにどのような提案をしていけばよさそうかをアセスメントします。例えば、異変時の早期発見ネットワークをつくるには、 ① Aさんの安全確保のため、地域でこのような見守りネットワークをつくることを家族が承諾し、一緒に協力依頼をしてくれるか。 ② 地域の郵便局やヤクルト配達、ガスや電気の点検員に見守りと異変時の連絡を依頼できるか。 ③ 区長さんに、地域の住民の集まる機会を利用して、認知症についての勉強会（徘徊時の利用者への対応の仕方や、通報の仕方、在住市のSOS早期発見ネットワークシステムについて等）を開催できないかなど地域アセスメントが必要な場合もあります。

5 障害高齢者の日常生活自立度

項目の主な内容（例）	障害高齢者の日常生活自立度について記載する項目
実施上の視点及び留意点	（１）判定基準は「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」 （２）毎月のモニタリングの際にも状態の変化に留意しながら、障害高齢者の日常生活自立度の最新状況を確認し、変化があれば、その都度記載の変更を行うことができるかを確認する。 （３）介護支援専門員が判断した日常生活自立度と情報から得た日常生活自立度に大きな差があった場合、主治医等を確認する。
アセスメント記載上の留意点	※「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第二1（7）「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法について」で下記①②の通りとなっているため、障害高齢者の日常生活の自立度も同様の扱いとする。 ①医師の判定結果又は主治医意見書を用いて、居宅サービス計画又は各サービスの計画に記載する。 ②医師の判定が無い場合は、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した「認定調査票」7の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いる。 （１）医師の判定結果又は主治医意見書を用いて記載する。 （２）医師の判定が無い場合は、認定調査票を用いて記載する。 （３）主治医意見書や認定調査票に記されている情報と現在とで、状態像に大きな差があった場合は、主治医等を確認し記載する。

6 認知症高齢者の日常生活自立度

項目の主な内容（例）	認知症高齢者の日常生活自立度について記載する項目
実施上の視点及び留意点	（１）判定基準は「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」 （２）以下、同上
アセスメント記載上の留意点	同上

7 主訴

項目の主な内容(例)	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
実施上の視点及び留意点	(1) 利用者や家族の主訴や要望を通して、生活課題やその背景となる原因を把握することが大切である。 (2) 言語化された表面的な主訴や要望だけではなく、客観的な様子や潜在化しているニーズについてもアセスメントを行いながら把握していくことが重要である。 (3) 利用者や家族の困りごとだけを主訴と捉えていないか確認する。利用者にとって「真の主訴」が何かを分析しながらアセスメントを進める。
アセスメント記載上の留意点	(1) 利用者及びその家族の主訴や要望については、ありのままの言葉を用い、具体的に記載する。 (2) サービス利用により、利用者や家族がどのような生活を送りたいと考えているかを記載する。 (3) 状態等により利用者本人から確認できなかった場合、その理由と代弁者が伝えた内容を具体的に記載する。 (4) 主訴の中には、虐待や緊急入院等の緊急性の高い関わりが必要な場合も含まれる。優先的な解決すべき課題として、重点的にアセスメントを行い、支援の方法を見出す必要がある。
状態に応じたアセスメントの具体例	【家族との意向が異なるAさんの場合】 ○退院後の生活に対し、Aさんは自宅での生活を希望するが、家族は施設入所を希望する等、意向が異なる場合は、各々の主訴を区別して記載します。 ○Aさんや家族のアセスメントを通じて、在宅生活を送る上での課題やその背景となる要因等の把握を行い、両者の合意できる課題（ニーズ）と解決策を探ります。そのためにも、Aさんの主訴と家族の主訴を十分に傾聴し、介護支援専門員が問題を共通課題として整理し、目標を設定していくことが大切です。例えば、在宅に帰るために、施設でトイレ訓練や歩行訓練をするなどの具体的な目標が決められると良いでしょう。 【意思疎通が困難で本人の意向が聞き取れないBさんの場合】 ○家族や、Bさんをよく知る人たちが、Bさんのこれまでの生活や話していた会話などから、Bさんなら「△△と言うだろう」「□□したいだろう」と推察して代弁してもらい、代弁者の名前を記入します。また、関係者から、「○○の時は楽しそうだ」「○○をしている時は嬉しそうだ」などの情報収集した上で、権利擁護や尊厳保持の観点から、介護支援専門員がBさん本人の代弁をする場合もあります。その際は、サービス担当者会議等を活用し、「共同決定の原則」(※1)を守ることが大切です。

※1 参考文献「実用介護事典 改訂新版」 講談社 2013 監修大田仁史・三好春樹 215.6頁

8 認定情報

項目の主な内容(例)	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
実施上の視点及び留意点	(1) 認定情報を確認し、転記する。 (2) 認定調査票や主治医意見書の写しを入手して情報として活かす。
アセスメント記載上の留意点(形式的留意事項)	(1) 被保険者証を確認し、①要介護状態区分②認定年月日③認定有効期間④支給限度額⑤介護認定審査会の意見について記載する。 (2) 審査会の意見の記載があれば転記し、サービスの指定や制限等の記載があれば、記載内容に沿った支援を計画する。 (3) 認定調査票の内容を参考にするとともに、介護支援専門員が自分の目で観察・確認を行った上でアセスメント記録として残す。
状態に応じたアセスメントの具体例	【給付制限に記載がある場合】 ○給付制限に記載がある場合は、その内容について、利用者、または家族に十分説明を行い、サービス利用をする上での留意点を押さえます。不明な点については、利用者または家族に了解を得た上で、保険者に問い合わせを行い、今後の支援の方法について十分相談する必要があります。 【審査会の意見の記載がある場合】 ○審査会の意見の記載がある場合は、その内容について、利用者、または家族に十分説明を行い、記載内容に沿った支援を行わなければならないことを伝えます。不明な点については保険者に確認を行い、相談するとよいでしょう。

9 課題分析（アセスメント）の理由

項目の主な内容（例）	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
実施上の視点及び留意点	（１）課題分析の理由（初回、更新、退院退所時、区分変更等）を記載するとともにそれを踏まえた情報収集を意識する。また、その理由により集める情報量や集め方が異なってくることに留意する。 （２）特に退院退所時や区分変更等では、生活環境の変化や状態の変化等の把握、医療機関からの情報も必要になることに留意する。 （３）複数の疾患や急変を要する疾患を抱えている人は、ADLやIADLに介助が多いため、介護者が常にいないといけない状況など、それぞれの個別の事情によって、聴きとる情報量や入手先も異なることに留意する。
アセスメント記載上の留意点	（１）課題分析の理由を具体的に記載するとともに、どのような経緯でアセスメントに至ったのか、申し込みの経路などについても記載する。 （２）原則は居宅において利用者本人と面談し、課題分析を行ったことがわかるよう記載する。 （３）退院退所後に直ぐにサービス利用が必要な時など、やむを得ず医療機関や行う場合は、その旨がわかるよう記載する。
状態に応じたアセスメントの具体例	【サービス変更が必要になったAさんの場合】 ○サービス変更に至った経緯や、理由を明確に記載する必要があります。 ○訪問看護や通所リハビリテーションなど、医療系サービスを位置づける場合は、主治医へ意見聴取を行なう必要があります。医療系サービスを開始する根拠を明確に記載しましょう。 【末期癌や進行性疾患により状態が変化しているBさんの場合】 ○病気の進行や治療内容の変更等によって、症状や生活状況に変化が見られている場合は、主治医を含む医療機関のスタッフ、サービス提供事業所、家族等に聴き取り（アセスメント）を行い、サービス変更に至った経過を明記すると良いでしょう。

10 健康状態

項目の主な内容(例)	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
実施上の視点及び留意点	(1) 利用者や家族が疾患名を正確に覚えているとは限らないため、主治医意見書によって疾患名や医療上の注意事項を把握する。 (2) 利用者の「病状」「治療方針」「生活上の留意点」について、医師、看護師、相談員などへ確認しアセスメントを行う。
アセスメント記載上の留意点	(1) 利用者のADLに関係する疾患、治療や観察を要する疾患を記載する。 (2) 疾病や傷害などによって、どのような症状があるかを確認し、利用者や家族が表現する内容を記載する。 (3) 痛みの部位、程度、時期、頻度などの確認、痛みにより影響を及ぼす動作なども確認し記載する。 (4) 麻痺や拘縮については、実際に動いてもらうことで具体的な動きを確認し記載する。 (5) 主治医意見書の記載医師以外にも、医療機関にかかっている場合は、それぞれの医療機関名、診療科、担当医を記載する。 (6) 服薬の内容について、お薬手帳などを確認し記載する。
状態に応じたアセスメントの具体例	【利用者、家族から情報を得ることが難しいAさんの場合】 ○受診に同行し、主治医や看護師、相談員、セラピスト等から情報を収集すると良いでしょう。 ○入院中の場合は、医療機関の地域連携室や病棟看護師に情報提供を依頼します。 ○主治医意見書や認定調査票の資料開示請求を行い、情報を収集しましょう。 【急変の可能性があるBさんの場合】 ○疾病や傷害により急変の可能性がある場合は、主治医、または医療の専門職から病状や予後予測、緊急時の対応方法について情報を得ておきましょう。また、家族と一緒に情報提供を受けることで、家族と共通認識を持つことができ、対応がスムーズになる場合があります。 ○緊急時の対応について、Bさんや家族、医療の専門職やサービス提供事業所と役割分担を明確にした上で、医療機関や家族への緊急連絡網を整理しておきましょう。 【災害時の対応について】 ○在宅人工呼吸器療法、在宅酸素療法、人工透析を行っている方など医療必要度の高い方は、停電や風水害など災害時の対応について、平常時より、主治医や医療の専門職等と対応方法を確認しておくことが大切です。 ○疾病や健康状態に応じて、平常時より、避難場所や避難経路、移動手段においても確認しておきましょう。家族だけでなく、近隣住民の協力体制についても確認しておく良いでしょう。

11-1 ADL

項目の主な 内容(例)	ADLに関する項目 (1) 寝返り (2) 起き上がり (3) 移乗
実施上の視 点及び留意 点	(1) 寝返り ①寝返りをどのように行うのか、どの程度介助が必要か確認する。 ②ベッド柵、ひも、介助バーなどの活用で動作が可能か確認する。 ③布団の硬さ、ベッド機能の利用を確認する。 (2) 起き上がり ①起き上がりをどのように行うのか、介助がどの程度必要か確認する。 ②ベッド柵、ひも、介助バーなど活用で動作が可能か確認する。 ③ベッド機能の利用を確認する。 (3) 移乗 ①移乗をどのように行うのか、介助がどの程度必要か確認する。 ②ベッド柵や介助バーなどの活用で可能か確認する。 ③自力で移乗できない場合は、どの程度の介助が必要か確認する。 ○ADLについては、体調が良い時と悪い時の両方をおさえておく必要がある。特に調子が悪い時はどのような介護で補っているか確認しておくことは、サービス提供時の事故防止にも繋がる。また、ADLに影響を及ぼしている個人因子だけでなく、環境因子にも目を向けることが大切である。 ○把握したADLの状況から、どのような支援を行えば現在の状況の維持・改善に繋がるか、「見立て」を行いながらアセスメントする。
アセスメ ント記載上 の留意点	(1) 「一部介助」「全介助」となる状況について、「いつ」「誰が」「どのような状況」で「どれくらいの介助が必要なのか」を明確に記載する。自立して（できて）いることについても記載する。 (2) 見立てとして「できそうなこと」について記載する場合は、誰の見立てであるか明記した上で記載する。
状態に応じ たアセスメ ントの具体 例	【寝たきりで寝返りが困難なAさんの場合】 ○日頃寝返りをどのように行っているか、介護者から具体的に聞き取りをします。可能であれば、実際の介助方法を見せてもらいましょう。 ○家族や介護者による体位交換の頻度や時間、負担感などにも留意しながら聞くと良いでしょう。ポジショニングやクッションなどが適切に使用できているかなども確認します。 ○家族や介護者が、じょく瘡に対するリスク管理などの知識があるかも確認します。 ○じょく瘡好発部位の発赤や痛みはないかを確認。じょく瘡を発見した場合には、直ぐに主治医に連絡、相談することも大切です。許可をもらい撮影した写真を見せることで早く適切な治療につながることもあります。 【脳梗塞後遺症による片麻痺や遂行機能障害があり起き上がり困難なBさんの場合】 ○起き上がりをどのように行い、どこまで行え、どこからできないのかを確認します。また、どの程度の介助が行われているかも確認しましょう。福祉用具等の使用を行っている場合は、使用している状況で確認します。 ○主治医やセラピスト等にも麻痺の程度や動作制限について確認しましょう。 ○遂行機能障害がある場合は、その程度や影響について主治医やセラピストに確認しましょう。 ○福祉用具や自助具の活用、または動作指導によりできる可能性があるかも確認します。

11-2 ADL

項目の主な内容(例)	ADLに関する項目 (4) 歩行 (5) 着衣 (6) 入浴
実施上の視点及び留意点	(4) 歩行 ①歩行をどのように行っているか確認する。 ②手すりや建具を使用、杖、歩行器、車椅子などの使用はどうか確認する。 ③屋内と屋外歩行のそれぞれを確認する。 (5) 着衣 ①上半身や下半身の着衣をどのように行うか。どのような介助を行っているか確認する。 ②立ったまま行うか、椅子やベッドに腰掛けて行うか確認する。 ③服の形状（前開き、かぶり物、ボタン、ファスナー）、伸縮性、夏服と冬服により動作に違いはないか確認する。 (6) 入浴 ①姿勢を保持し、洗身や洗髪を行うことができるか。シャワーチェアなどを使用しているか確認する。 ②浴槽への出入りや浴槽内での姿勢保持、体拭きが出来るか。手すりや浴槽ボードなどを利用すれば自力で入浴できるか確認する。 ③介助を行っている場合、どのように介助を行っているか確認する。 ④入浴していない場合、清拭や部分浴、洗面台での洗髪なども行っていないかを確認。入浴していない原因（本人が拒否する、病状から禁止されている、環境的に難し等）を明らかにする。 ⑤入浴頻度、入浴場所（家・通所サービス等）、方法（一般浴、特別浴等）を確認する。
アセスメント記載上の留意点	(1)「一部介助」「全介助」となる状況について、「いつ」「誰が」「どのような状況で」「どれくらいの介助が必要なのか」を明確に記載する。自立（できる）していることについても記載する。 (2)「できないこと」だけでなく、利用者が「できること」、家族が「できること」も記載する。
状態に応じたアセスメントの具体例	【心不全により歩行時に呼吸苦があるAさんの場合】 ○連続歩行距離はどれくらいで息が上がるかをAさん、または家族や関係者に確認します。 ○主治医やセラピストより生活上の注意、運動負荷量や活動量について確認しましょう。 ○杖や歩行器など歩行補助具の利用は有効か、医師やセラピストに確認します。 【高次脳機能障害による着衣失行があるBさんの場合】 ○着衣をどのように行っているか、どのような介助を行っているかを確認します。 ○上半身や下半身の着衣のどの部分がわからないのか。更衣の手順、服の形状、服の前後や上下左右、ボタン留め、靴下の左右表裏などの工程に分けて確認します。また、どのような声掛けや介助方法によって自分でできることが増えるのかを確認します。 【脳梗塞による片麻痺があり入浴に介助が必要なCさんの場合】 ○入浴時のどの部分に対して、どのような介助を行っているか確認します。 ○シャワーチェアやバスボードなどの福祉用具、洗身ブラシなどの自助具の活用により入浴動作が改善できそうなことはないかを確認しながらアセスメントを行います。 ○入浴時の注意事項を主治医に確認しましょう。

12-1 IADL

項目の主な内容(例)	IADLに関連する項目 (1) 調理 (2) 掃除 (3) 洗濯
実施上の視点及び留意点	(1) 調理(「献立」を考えるとところから「後片付け」までをいう。) ①調理を誰が、どのような環境で行っているか確認する。 ②献立を考え、材料を準備、下準備や調理、盛り付けや配膳、後片づけなど各工程において具体的にどの程度まで行えるか確認する。 ③介助を受けている場合、誰にどのような介助を受けているか確認する。 (2) 掃除 ①居間や寝室、廊下、トイレや浴室などの掃除、掃除用具の使用、整理整頓を行っているか。 ②ゴミをまとめたり、ゴミを出したりできているか。 ③介助を受けている場合、誰にどのように介助を受けているか、また近隣住民の協力があるかどうかについても確認する。 (3) 洗濯 ①洗濯の頻度、洗濯物の量、干す・取り込む方法を確認する。 ②洗濯機が使用できるか確認する。 ③物干し場(1階か2階かなど)の環境を確認する。 ○利用者なりに調理、掃除、洗濯等にどのような「こだわり」があるのかを介護支援専門員は把握し、利用者に代わって家族や介護者に情報提供することも重要。 ○単に能力的な問題だけではなく、あきらめや不安感、感情的な葛藤等から「していない」または「させてもらえない」場合がある。利用者と家族の関係性にも留意しながらアセスメントを行うことで、「一部介助」「全介助」の原因を明らかにしていくことができる。
アセスメント記載上の留意点	(1)「一部介助」「全介助」となる状況について、「いつ」「誰が」「どのような状況で」「どれくらいの介助が必要なのか」を明確に、自立(できる)していることについても記載する。 (2)「できないこと」だけでなく、利用者が「できること」についても記入。「できそうなこと」や「してみたいこと」を利用者に確認し、利用者の合意がとれたことについて記載する。
状態に応じたアセスメントの具体例	【能力はあるが生活環境の変化により調理が行えていないAさんの場合】 ○現在調理を誰がどのように行っているか、生活環境が変わる前後でどのように変化し、その変化がどう影響を及ぼしているかを確認します。ガスコンロからIHに変更する等、調理器具を変更したために調理ができなくなることもあります。 ○調理に対する利用者や家族の意向は確認できていますか。同居をきっかけに遠慮から調理ができなくなることもあります。 ○できること、できないこと、できそうなことを確認しましょう。同居の場合は、家族の意向も十分確認する必要があります。調理への参加は、家族の協力が不可欠な場合が多いことにも留意しましょう。 【ゴミ屋敷となっているBさんの場合】 ○ゴミが溜まってしまった背景や要因(健康状態、個人的要因、環境的要因など)を慎重にアセスメントしましょう。利用者がこの状況をどのように理解しているかを配慮しながら確認します。 ○利用者の孤独感や心理面について理解できるよう努力しましょう。セルフネグレクトの可能性についても考慮します。 ○認知症による影響も視野に入れて確認をします。 ○近隣や身近な人など、これまでの関係からBさんが頼りにしている人はいないかを確認し、地域との繋がりや見守り体制を意識してアセスメントを行います。

12-2 IADL

項目の主な内容(例)	IADLに関する項目 (4) 買物 (5) 金銭管理 (6) 服薬状況
実施上の視点及び留意点	(4) 買物 ①買物に出かける頻度②場所③移動方法④運搬方法の確認。 (5) 金銭管理 ①支払いをしているか、収支が把握できているか。 ②預貯金の管理ができているか。できていなければ管理は誰が行っているか確認する。 ③認知症や独居の場合、代理人や後見人、他制度による管理体制の利用について確認する。 (6) 服薬状況 ①薬の管理は誰がしているかを確認する。 ②服薬内容を理解し、服薬時間・方法が間違いなく実施できているかを確認する。 ②飲み忘れや飲みすぎはないか確認する。 ③薬の一包化、お薬カレンダーの必要性について確認する。 ④外用薬の有無や使用を確認する。 ⑤置き薬やサプリメントの使用について確認する。 ○ADLが自立していても、交通手段がないため買物に行けない場合がある。個別の課題だけでなく、地域課題として取り組んでいく必要な場合もある。地域ケア会議に提出すべき課題かどうか念頭に置きながらアセスメントを行う。 ○金銭管理と服薬管理については、認知症の初期段階での能力の低下として発見されやすい。服薬管理が難しくなっている状況でも、利用者の自尊心に強くかかわる項目であるため、慎重な対応が求められる。家族関係にも留意しながらアセスメントを行い、適切な協力者（主治医も含む）を検討していく必要がある。
アセスメント記載上の留意点	(1) 「一部介助」「全介助」となる状況について、「いつ」「誰が」「どのような状況で」「どれくらいの介助が必要なのか」を明確に、自立（できる）していることについても記載する。 (2) 「できないこと」だけでなく、利用者が「できること」、家族で「できること」も記載する。
状態に応じたアセスメントの具体例	【心不全症状による呼吸苦があるが、買物に行く必要のあるAさんの場合】 ○主治医へ心不全の症状や治療状況、運動負荷の目安（血圧、脈拍、血中酸素飽和度）を確認します。 ○入院中などセラピストの介入があれば、連続歩行距離や運動量、移動手段について情報収集します。 ○可能であれば、店までの距離、道路状況（歩道の有無、道の整備状況、交通量など）、店内の状況を確認すると良いでしょう。 ○家族や友人などの協力は可能か、移動販売や宅配サービスなどインフォーマルサービスの活用ができそうかなどのアセスメントを行います。 【認知機能の低下により薬の飲み忘れがあるBさんの場合】 ○内服管理や服薬をどのように行っているか、介助を行っている場合、誰がどのように介助を行っているかを確認します。また、飲み忘れによる病気への影響を主治医に確認します。 ○いつから、どのような状況で飲み忘れるのかを関係者の協力を得て確認します。 ○服薬カレンダーや配薬箱の利用、内服薬の一包化などにより飲み忘れを減らすことは可能かを検討します。

13 認知

項目の主な内容(例)	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
実施上の視点及び留意点	(1) 認知機能の程度 ①日常生活を送る上で、場面に応じた適切な判断ができているか確認する。 ②どのような場面（日常的に、ケアプラン等の決定時等）で家族等による支援が必要か確認する。 ③金銭管理や財産管理が必要な場合、生活支援を受けられる近親者が居ない場合等は日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用の必要性について検討する。 ④認知機能の低下の原因疾患の確認、あるいは原因（せん妄、脱水、睡眠不足、視覚障害、薬の副作用など）を探る。 (2) 記憶力 ①短期記憶：朝ごはんの献立、3点表示などで直近の記憶があるか確認する。 ②手続き記憶：リモコンや携帯電話、家電製品の使い方等に問題ないか確認する。 ③長期記憶：生年月日、出生地、仕事など、昔のことを記憶しているか確認する。 (3) 見当識 時間、場所、周囲の人との関係、利用者自身がおかれている状況が正しく理解できているか確認する。 (4) 理解力・判断力の低下はないか。 (5) 家族等介護者が、利用者の状況をどのように理解し、受容ができているか。 (6) 認知機能検査、受診、診断名、薬の処方の有無など
アセスメント記載上の留意点	(1) 利用者の認知能力について記載する。家族等の関係者、環境による影響も確認し記載する。 (2) 記憶力・見当識、理解力・判断力の低下について、いつごろからどのような状況が見られたか、現在はどうのような状態か、家族はどうのような支援を行っているか等を記載する。 (3) 専門医の受診の有無、診断名、検査結果、内服状況等を記載する。（健康状態・服薬の項目に記載しても良い）
状態に応じたアセスメントの具体例	【認知症が疑われるAさんの場合】 ○Aさんが困っていることやその気持ちをうち明けてくれるよう努め、聞き取れる範囲で情報を得ます。認知症という言葉の取り扱いについては、慎重に行いましょう。 ○家族が認知症について十分理解できているか、これまでの家族関係はどうか、家族が介入できる状況か、精神的に追い詰められた状況ではないか等を把握することも大切です。 ○Aさん、家族の理解が得られない時は、主治医と相談し、医師の診断として伝えてもらうことも、支援を進めるうえで有効です。 【重度認知症のBさんの場合】 ○痛みや異変を適切に訴えられない可能性もあります。全身状態の観察などで異変の早期発見に努めます。 ○思いを言語化できない場合があります。また、利用者本人が言葉で表現することが、必ずしも真意ではないこともあります。表情や態度、これまでの生活を踏まえて、利用者が望む生活が送れるにはどのような支援が必要かを考えていく必要があります。「共同決定の原則」（※1）に基づき、利用者を中心としたチームで意思決定をしていく場合もあります。 ○認知症の進行の段階を家族やチームメンバーが共通認識として把握できるように努めましょう。虐待の兆しを予知予見できる場合は、関係機関と協力し、未然に防ぐことができるような関わりをしていく必要があります。

※1 参考文献「実用介護事典 改訂新版」講談社 2013 監修大田仁史・三好春樹 215.6頁

14 コミュニケーション能力

項目の主な内容(例)	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
実施上の視点及び留意点	(1) 視覚 ①見えにくさはないか、かすみや重なりといった症状はないかを確認します。 ②白内障や緑内障、網膜剥離等の既往歴、手術の有無、点眼薬等を確認する。 ③脳血管疾患の後遺症（半盲同伴：左右同じ部分が見えにくい。半側空間無視：どちらか半分を認識していない）等はないか確認する。 (2) 聴覚 ①聞こえや補聴器等の機器の使用状況や使いこなせているか確認する。 ②耳掃除の頻度や状況、耳垢がつまっている可能性がないか確認する。 (3) 意思伝達 ①言葉で自分の意志を表現することが可能かどうかを確認する。話のまとまりがない。「あれ」「これ」等が多く、話の内容が理解できない等がないかを確認する。 ②言葉での意思表示が困難な場合は、その原因疾患（脳血管障害、聴覚障害、認知症等）を念頭に置きながら、代替表現（身振り・手振り、手話や書字、タブレットやパネルを使用している意思表示等）が可能か、確認する。 ③言語聴覚士の関りがある場合は、セラピストからも情報収集を行う。 (4) 理解力 ①見たこと、聞いたこと説明された内容をどの程度理解できているか確認する。 ②内容と状況を理解して、頷く等何らかの返事を返すことができているか、また、その妥当性についても確認する。 (5) 障害発生の時期や障害の受容段階、心理面についても配慮しながら確認する。 (6) 家族や周囲の人が支障に感じていることや家族の障害の受容についても確認する。
アセスメント記載上の留意点	(1) 視覚は眼鏡やコンタクトレンズの使用の有無やどの程度の視力で生活に支障がないか確認する。 (2) 聴覚はどの程度の聴覚で生活に支障がないかを確認し記載する。 (3) 意思伝達は本人の思っていることをどの程度まで相手に伝えることができるのかを確認し記載する。 (4) 理解力は他者が伝えようとしている内容を理解する能力について確認し、記載する。
状態に応じたアセスメントの具体例	【聴覚障害を持つAさんの場合】 ○高齢で幼少期からの聴覚障害の方の場合は手話や書字等の教育を受けていない場合があります。家族がどのようにしてコミュニケーションをとっているかを確認し、参考にすると良いでしょう。 ○高齢になってからの聴覚障害の方の場合は、筆談による会話が可能な場合が多いです。聞き間違いからの誤解を避けるためにも、重要な事項に関しては、筆談で行うと良いでしょう。筆談を丁寧に行うことで、孤独感が解消される場合もあります。また、補聴器が適切に使用されていないために、会話が困難な場合もあります。補聴器の使用状況についても確認しましょう。 ○口が見えるように、正面からはっきりとした口調で話しかけるように心がけることも大切です。 ○外部との連絡方法（FAX、近所の人による伝言等）をどのようにしているのかも確認します ○訪問者に気づくための屋内信号装置等、聴覚障害者の方用の福祉用具の利用の有無についても確認しましょう。

15 社会との関わり

項目の主な内容(例)	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
実施上の視点及び留意点	(1) 参加程度 ①地域行事、趣味活動、宗教行事、仕事への参加について過去と現在の状況を確認する。また、今後の参加希望についても確認する。 ②家庭内での役割についても、過去と現在でどのように変化したかを確認する。また、今後の希望についても確認する。 (2) 参加意欲 ①生活改善に向けて、利用者の意欲があるかどうかを確認する。意欲を喪失している場合、どのようなアプローチにより意欲が回復する可能性があるかを探りながらアセスメントを行う。 ②家庭内での役割について、家族の希望や協力が可能か等を確認する。 ③孤立感や孤独感、諦め等から意欲の低下を招いていないかを確認する。 (3) 参加制約 ①健康状態、生活機能、背景要因等から阻害要因を検討する。 ②友人やご近所の関わりの変化が参加の阻害要因になっている場合もある。 ③家屋の状況、周辺環境等、環境要因が阻害要因になっている場合もある。 (4) 所属と愛の欲求（社会的欲求）（※1） 家庭内での役割の喪失、配偶者や友人・仲間の喪失体験、地域住民としての役割の喪失等から、孤立感や孤独感を生じていないか、意欲の低下につながっていないかをアセスメントする。いかにして友情や愛情などに基づく社会生活を送りたいという欲求を満たすことができ、社会的に存在そのものが認められる関係を再構築できる可能性があるかを模索するための情報収集を行う。利用者、家族、地域住民のストレングスに着目してアセスメントすることが大切になる。
アセスメント記載上の留意点	(1) それぞれの人の見方や互いの関係性によって、捉え方が異なるので、何が事実か、誰がそう感じているのかを区別して記載する。 (2) 参加程度や意欲に変化があった場合は、具体的な変化の内容を記載する。 (3) 参加するという行為のみに囚われず、そこに存在するという所属や愛の欲求が満たされているかどうかについても記載する。
状態に応じたアセスメントの具体例	【転倒をきっかけに家族に大事にされすぎて、することがなくなってしまったAさんの場合】 ○役割がなくなったことで、生活不活発になったり、孤独感や喪失感を感じていないかを確認した上で、Aさん、家族と十分に阻害要因や見通しについて話し合う機会を持ちましょう。 ○転倒防止のために、「何もしなくてよいよ。」「外は危ないよ。」等の静止をしたくなる家族の気持ちに理解を示しつつ、阻害要因を見極め、将来の見通しを立てた提案が必要になります。そのためにも、環境のアセスメント、Aさんのできそうなことを含めた能力のアセスメントが重要です。 ○以前は行っていたが、現在は諦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等、Aさんの希望や関心についても把握し、一緒にできそうなことを考えていきましょう。

※1 アブラハム・マズロー（アメリカの心理学者）による欲求段階説マズローの5段階欲求より抜粋。

16 排尿・排便

項目の主な内容(例)	失禁の状況、排尿排便後の後始末、コントロール方法、頻度等に関する項目
実施上の視点及び留意点	(1) 尿意・便意の有無 尿便意が有るか無いか、不確かかを確認する。いつ頃から無いかを確認する。 (2) 尿失禁・便失禁の原因 ①失禁の有無を確認する。有る場合はいつ頃から失禁が有るのか確認する。 ②尿便意がなくても、トイレ誘導により排泄が可能か確認する。 ③失禁の原因が「間に合わない」「一人でトイレに行けない」等の器質的な原因であるかどうかを確認する。 ④器質的な原因が考えられるときは、移動動作、トイレまでの距離、段差などに問題がないか確認する。 ⑤認知症の方の場合、「トイレの場所がわからない」ために失禁をする場合もあるため、その可能性がないかを確認する。 ⑥水洗トイレの使い方、ポータブルトイレ等の排泄用具の使用方法を理解していないために失禁することもあるため、確認する。 ⑦下着など汚染状況について、頻度、時間帯等について確認する。 (3) 排泄後の後始末 ①介助の有無。どんな介助をしているのかを確認する。 ②陰部の清潔、手洗い、衣類の脱着、排泄物を水に流す行為はどの程度できているか。 (4) 日中と夜間の頻度、利用者の病気の状態によって尿量や色など確認する。 (5) 環境や介護者の都合による制約はないか確認する。 ○排泄に関する質問は、利用者本人の尊厳にかかわる問題でもあるので、質問をする際には十分な配慮を持って実施する必要がある。 ○失禁の原因を細かく分析することで、排泄が日中は自立になったり、定時誘導によりトイレでの排泄が可能になったりする可能性は十分にある。尿路感染症を防止したり、悪臭の予防になったりするだけでなく、利用者の尊厳の維持や意欲の向上、家族の介護負担の軽減にもつながる。単に失禁の有無や尿便意の有無、排泄介助が一部介助、全介助かにとどめるのではなく、その原因について細かくアセスメントを行うことが大切である。
アセスメント記載上の留意点	(1) 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のか、どの程度の介護が必要なのかを整理して記載する。 (2) 排泄においては健康状態や家族の介護力など、ほかとの関連項目が大きく影響している。その関係性を把握し、記入する。
状態に応じたアセスメントの具体例	【脳梗塞後、失禁するようになり、オムツをするようになったAさんの場合】 ○アセスメント実施上の留意点を参考にしながら、失禁の原因を探ります。 ○尿意があれば、環境整備（手すり、ポータブルトイレ、尿器の使用等）により改善が図れる可能性があります。 ○排便がトイレでできれば、介護の手間が軽減できる可能性があります。下剤や軟下剤等の内服状況の確認も必要です。 ○日中はできるだけトイレでの排泄を可能にするためのアセスメントをします。 ○夜間の排泄については、介護者の状況を確認しながら慎重に対応を検討しましょう。 ○排泄のどの部分（移動、立ち座り、立位、移乗、下着の着脱、清拭、水洗）に介助が必要で、どの部分に改善の可能性があるか、どの部分が介護負担になっているかをアセスメントし、オムツ又はリハビリパンツや尿取パットの使用状況が適切かどうかを判断します。

17 じょく瘡・皮膚の問題

項目の主な内容(例)	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
実施上の視点及び留意点	(1) じょく瘡 ①寝たきりや座ったままの生活になっており、食欲が低下している状況の時は、じょく瘡リスクが高くなる。 ②通所系、訪問系の入浴サービスが入っている場合には、特に注意して全身状態を観察してもらうように依頼しておき早期発見、早期治療ができるように準備する。 ③リスク有りと判断した時は、じょく瘡の有無を介護者へ確認するだけでなく、高発部位（仙骨や踵等）を実際に目で見て確認する。 ④圧迫、摩擦、湿潤、栄養不足等のじょく瘡の原因となる状況がないか確認する。 (2) じょく瘡以外の皮膚疾患 ①発疹、損傷、乾燥、かゆみなど皮膚に関した問題はないか確認する。 ②うおのめ、たこなどになっていないか確認する。 ③爪の形状や切り方に問題はないか確認する。 ④受診の有無、軟膏の塗布、湿布の使用状況等について確認する。 ⑤やけどの痕やあざ、腫れはないか確認する。通常では考えられないようなあざや腫れが有る場合は、歩行のふらつき、平衡感覚の低下、虐待等がないかを確認する。
アセスメント記載上の留意点	(1) 部位、大きさ（mm×mm）、深さ、傷の状況、出血の有無、形状等について図など使用しながらわかりやすく記録する。 (2) 状況によっては利用者や家族の了解を得、写真を撮影して記録に残す。
状態に応じたアセスメントの具体例	【じょく瘡をくり返すAさんの場合】 ○医師やサービス提供事業所との連携を図ることを意識してアセスメントを行います。 ○体圧分散ができていないか（ベッド、マット、体位交換の頻度、ポジショニング等）確認します。 ○移乗動作、ベッド上での引き上げ動作、シーツのしわ等の影響による摩擦の問題が無いことを確認します。 ○排尿排便後の清拭、オムツ交換の頻度、オムツの使用方法等が適切か確認します。 ○栄養状態、食事量、食事の回数、食欲等について確認します。 ○治療や処置の内容、指示等を確認し、適切に実施できているかを確認します。 ○入浴回数、陰洗や清拭等の頻度や方法は適切かを確認します。 ○定期的な医学的管理ができていないか確認しましょう。 ○課題が発見できた時は、医師と連携を図り、サービス調整を早急に実施します。

18 口腔衛生

項目の主な内容(例)	歯・口腔内の状況や口腔衛生に関する項目
実施上の視点及び留意点	歯科医師や歯科衛生士などとともにアセスメントすることが有効である。 (1) 歯みがき等により衛生状態が保たれているか確認する。 (2) 自分の歯か義歯か、義歯の場合、部分入れ歯が総入れ歯かなど。平衡感覚に係るため、かみ合わせに問題がないか確認する。 (3) 齲歯や歯周病がないか、痛みや口臭はないか確認する。 (4) 歯みがきや入れ歯の手入れを行っているか、行えるか確認する。 (5) 咀嚼、嚥下が可能か、唾液が出ているか、むせはみられないか、むせがなくても食事中や食後に声がかすれ、たんの量が多いことはないか確認する。 (6) 顔の表情に変化が出ていないか確認する。 (7) 発音が悪く、コミュニケーションに問題がないか確認する。 (8) 口腔衛生に関する医療情報(歯科のかかりつけがあるのか、通院中や通院予定はあるのか、現在の身体状態等で通院は可能かなど)確認する。 (9) 利用者や家族の口腔衛生に関する意識や意向を確認する。
アセスメント記載上の留意点	(1) 介護支援専門員が実際に口腔内を確認した情報なのか、誰からの聞き取り、または専門職からの情報提供なのかを区別して記載する。 (2) 誰が、いつ、どのような方法で口腔ケアを行っているのかを確認し記載する。
状態に応じたアセスメントの具体例	【口臭があるAさんの場合】 ○口腔衛生の大切さについて、知識がないために歯磨きや入れ歯の手入れが十分にできていない可能性も考えられます。上肢等の能力や環境的な問題、または歯周病などの病気によるものかなど、原因を推察しながら質問をするとよいでしょう。 ○「義歯は毎日洗っている」と言っても、洗浄液につけているだけで、水で流して磨き洗いをしていない場合があるので、具体的な洗浄方法を確認しましょう。 ○口腔衛生について、アセスメントがしにくいという場合でも、原因を特定し、具体的な解決策を提示することで、不愉快な思いを抱かせることなく介入できる可能性があります。 ○歯の手入れについては生活習慣と密接な関わりがあるため、行動変容を促すのは難しい場合があります。緊急を要する場合以外は、かかわりを持つ中で、根気よく解決策を提示していくことも大切です。サービス担当者会議を活用し、サービス提供事業所に口腔ケアを依頼するという方法も有効です。 ○日頃の様子については、Aさんだけでなく、家族やサービス提供事業所から情報を収集します。 ○歯科医師、歯科衛生士などの専門職につなげることも念頭におきながら介入することが大切です。

19 食事摂取

項目の主な内容(例)	食事摂取(栄養、食事回数、水分量等)に関する項目
実施上の視点及び留意点	利用者の栄養状態について、栄養士等とアセスメントすることが有効である。 (1) 食事の回数、カロリー、量、食事バランスなどについて確認する。 (2) 食欲があるのか、食欲がない場合は疾患、痛み、口腔内の状態、服薬状況、認知症の有無等原因について確認する。 (3) 寝食分離はできているのか、食事の場所を確認する。 (4) 食事をしていない場合、食材の買い出し、調理等ができないのか、食事すること自体を理解できないのか具体的に確認する。 (5) 服薬状況(副作用による影響)や水分摂取量について確認する。 (6) 普段の活動性はどのくらいか、睡眠は足りているか確認する。 (7) 経済状況の影響についても確認する。
アセスメント記載上の留意点	(1) 食べるうえでの困りごとについて、その原因や背景を具体的に記載する。 (2) 異食や過食、好き嫌いなど家族が困っていることを具体的に記載する。 (3) 調理形態や味付けなど、具体的にどのような個別対応(工夫)が必要か記載する。 (4) 食事の食べ方や誰と食べるかなど課題解決のため必要な事項を具体的に記載する。
状態に応じたアセスメントの具体例	【独居で認知症のあるAさんの場合】 ○食事量や低栄養が何に起因するものかを健康面、環境面から丁寧にアセスメントします。 ○認知症の薬の飲み始めや増量後に、食欲の低下、吐き気など訴えがある場合は、すぐに医師に相談しましょう。 ○Aさんからの十分な聞き取りが困難な場合は、家族にも協力を依頼し、生活リズム、台所の使用状況、炊飯の様子、お米の減り具合、買物状況、冷蔵庫の中の様子などを確認し、食生活の状況を探ります。 ○Aさんのできそうなこと(冷蔵庫に惣菜があれば食べられる、炊飯ができる、レンジで温めができる等)、家族ができそうなこと(週に何回ぐらいなら買い物ができる、何曜日なら協力できる、全く協力できない等)をアセスメントした上で、どこに何のサービスを導入すれば、食生活が改善できる可能性があるかを相談します。 ○食事に関する生活習慣(朝はパン食、好き嫌いが多く、味噌汁が好き等)もアセスメントします。今までの生活に沿った計画を立てることにより、無理のない食事摂取ができるようになります。 ○食事摂取だけでなく、水分摂取についてもどのようにすれば、確実に摂取ができるかをアセスメントする必要があります。 ○食欲の低下は心理的要因も深く関係しています。楽しく、おいしく食事ができているか。温かい食事がとれているか。誰と一緒に食事をしているかなども確認しましょう。

20 問題行動

項目の主な内容(例)	周辺症状(暴言暴行、排泄、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
実施上の視点及び留意点	(1) 利用者の状況・健康状態 ①症状が現れるのは、急性疾患の発生等、体調の変化と関係しているのか確認する。また薬の副作用などについても聞き取る。 ②身体的な不調を原因としていないか。そのため、栄養摂取の状況、水分摂取の状況、睡眠、日中の活動性、排便のコントロールなど、普段の生活状況を確認する。 ③「いつ」「どこで」「どのような状況で起こるのか」確認する。 ④利用者のストレスとなる原因(騒音、人ごみ、孤独、トイレの場所が分からない、痛みを感じている、空腹感、のどの渇きなど)がないか確認する。 ⑤環境の変化(転居、家族や友人の死亡、外出機会の減少など)がないか確認する。 (2) 家族の状況・対応方法 ①家族は、認知症であることを理解しているか確認する。 ②家族は、認知症の介護について理解しているか確認する。 ③家族は、どの程度介護を負担と感じているか、疲労感はないか、レスパイトが必要か確認する。 (3) 地域の理解 ①近隣住民の認知症についての理解、協力的か確認する。 ②近隣住民が、ストレスを感じていないか聴き取りながら探る。
アセスメント記載上の留意点	(1) 誰が(家族、近隣、専門職)問題行動と感じているのかを記載する (2) 具体的なBPSDをいつどのように起こしているか、特徴的な行動・言動などを記載する。 (3) 家族等が、具体的にどのように対応しているかを記載する。 (4) 家族の不安(身体の危険、虐待の可能性等)、近隣の不安(暴行、暴言、徘徊、失火、虐待等)について具体的に記載する。
状態に応じたアセスメントの具体例	【被害妄想のあるAさんの場合】 ○具体的にどんな時にどんな被害妄想が出るのか、それに対してどのように家族が対応しているのかを確認します。 ○家族が認知症について、どの程度理解をしているか(知識)、精神的なストレスや負担感はないか(心理)、利用者が別居の家族や近隣住民に被害妄想を訴え関係を悪化させていないか(環境)をアセスメントします。 ○知識不足の場合には、情報を提供する、精神科の医師に対応の仕方を指導してもらうなどの方法によって解決できることもあります。心理的な面では、家族のストレスや負担感を十分に傾聴し、ねぎらうと同時に、レスパイトができるよう、サービス調整が必要な場合もあります。環境に関しては、別居家族や近隣住民の理解を促すような働きかけが必要になります。 ○精神科に対する偏見などから、専門医を受診することに拒否感が強い場合もあります。心理的な抵抗に対しては十分に配慮し、提案するようにしましょう。主治医と相談することも大切です。 ○家族は、困りごとに対して具体的な解決策を求めていることを念頭に置きながらアセスメントを行い、サービス利用、受診、対応の方法など、できる限り解決策を提示するようにしましょう。

2.1 介護力

項目の主な内容(例)	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
実施上の視点及び留意点	(1) 家族 ①別居の家族や親せきも含め、家族状況について確認する。 ②家族の状況（同居・別居、仕事・育児の有無、年齢、健康状態など）について確認する。 ③家族の介護に対する理解度、意向、意欲を確認する。 ④家族のこれまでの関係。また、主介護者となる家族は、キーパーソンとなる家族であるのか確認する。 ⑤家族の介護負担、介護によるストレスを確認する。 ⑥精神的、物的、金銭的サポートの状況を確認する。 (2) インフォーマルサポート ①介護に協力してくれる近隣住民、友人、知人、内縁関係などがあるか確認する。 ②どういった内容で、どの程度の協力が可能か確認する。
アセスメント記載上の留意点	(1) ジェノグラムやエコマップの活用による可視化を図る。 (2) 主たる介護者の心身の状況や健康状態、通院の有無、仕事の有無（常勤・パート、勤務時間等）、家庭での役割、介護に対する意向を具体的に記載する。 (3) 介護者のストレスの状況を具体的に記載する。 (4) 介護者の介護の状況、介護技術、家事力などを具体的に記載する。 (5) 近距離介護や遠距離介護等、介護者の状況や介護力を記載する。
状態に応じたアセスメントの具体例	【家族関係が複雑なAさんの場合】 ○ジェノグラムを記入しながら、ナラティブアプローチ（人生の物語として）により情報を引き出していくと良いでしょう。 ○Aさんや家族の思いや生活（健康状態、経済状況、仕事の有無、価値観等）に十分配慮しながら傾聴します。 ○介護が十分できない理由は、介護者それぞれ違います。非審判的態度で傾聴し、できていることを認め、ねぎらいましょう。できていないことも受容しながら、その気持ちに寄り添い、共感します。Aさんと家族の間に確執がある場合、その修復をすることは介護支援専門員の直接的な役割ではありません。確執がありながらも、Aさんの生活を維持し、改善できる方法を探っていくことが大切です。Aさんの生活が改善し、落ち着けば、確執が表面化することなく、関係性が落ち着くこともあります。 ○介護者の生活を維持しつつ、できることとできないことを明確にしていくことが大切です。

2.2 居住環境

項目の主な内容（例）	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
実施上の視点及び留意点	（１）危険箇所 ①屋内の生活空間である居室、廊下、トイレ、食堂、浴室、階段を使用するうえで段差の解消、手すりや滑り止めの設置などが必要な箇所について、現在の生活状態で起こり得る危険性を探る。 ②生活動線上（利用者が生活上通る場所）の障害物（カーペット、電気コード、新聞、ゴミ）は問題ないか確認する。 ③生活動線上の家具の活用により、住宅改修をしなくても生活が続けられるかの視点を持つ。 ④冷暖房、空調、照明、採光の状態を確認する。 ⑤住宅改修や福祉用具の選定については、利用者、家族、専門職であるセラピストや住宅改修業者、福祉用具専門員等と、一緒に行なう。 （２）住宅改修の必要性 住宅改修をすることで危険を回避することができる箇所、生活しやすくなる箇所や改修のメリットを押さえる。 （３）地域との関係 ①地域の人が訪ねてくることができる家のつくりであるか確認する。 ②屋外への移動、地域への移動、外出が可能な状況にあるのか確認する。 ③商店街や郵便局、公民館等が日常的に利用できる環境にあるか確認する。 ④庭・敷地の周りの状況（道路の幅、隣家との距離等）を確認する。
アセスメント記載上の留意点	（１）見取り図で示すとわかりやすい。利用者の居室を中心に、トイレや浴室、食堂やリビング等、本人の活動範囲を中心に図式化する。 （２）生活動線上での支障や危険性が高い箇所がどこで、どのような状況なのか具体的に記載する。
状態に応じたアセスメントの具体例	【これから退院するAさんの場合】 ○回復期病棟の場合は、退院前に自宅を訪問し、環境を確認する場合がありますので、同行し環境と動作確認をすると良いでしょう。セラピストから専門的なアドバイスも受けることができます。 ○退院前に住環境を整える必要があれば、退院前訪問にサービス提供事業所などと一緒に同行し、必要な福祉用具の選定、住宅改修の見積もりを依頼します。 ○転倒歴などがある場合は、転倒した場所を確認し、転倒をしないための環境作りも大切です。 ○医療機関での移動手段が、入院前の自宅での様子と違う場合もあります。ADLの状況によっては、何が不安かを利用者や家族から聞き取り、退院の準備につなげるようにしましょう。 ○居住環境を変更する場合は、これまでの生活、家族の生活スタイルを尊重し、できる限り今まで通りの生活が継続できるように十分配慮した上で、変更の提案、決定を行いましょう。

2.3 特別な状況

項目の主な内容(例)	特別な状況に関する項目 (1) 虐待 (2) ターミナルケア (3) 依存症
実施上の視点及び留意点	(1) 虐待 ①虐待の事実の有無。身体的虐待、ネグレクト（介護・世話の放棄など）、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待に該当するのか、また、その頻度、期間、程度、緊急性について確認する。 ②利用者が認識しているのか確認する。 ③介護者からの分離、仲裁、保護などの必要性を確認する。 ④緊急性について判断する。 (2) ターミナルケア ①診断と告知が利用者・家族に行われているか確認する。行われていない場合はその理由を聞き取る。 ②在宅でターミナルケアを行う場合、24時間のケアチームを形成できるか確認する。 ③利用者・家族の意向、遺言書の作成の有無など。利用者・家族の望む快適な状態や生活の質の向上とは何を示すのか確認する。 ④宗教上の希望や人生観などに基づいた、治療方法や痛みを止める方法など確認する。 (3) 依存症 ①アルコール依存、ギャンブル依存（パチンコなど）等、依存症は単に「やめられない」だけでなく、家族や周囲の人を巻き込むため、虐待やDV（家庭内暴力）などの社会問題にも関係している。 ②精神疾患は、疾患の特徴、対応方法、行動理解、禁忌事項等を十分理解している必要があり、一般的な常識にとらわれない対応が求められる場合がある。精神科の医師と十分な連携を図り、サービス提供事業所と緊密な情報共有をすることが必要である。
アセスメント記載上の留意点	(1) 現在のおかれている状況を確認する。 (2) 何が事実で、何が推測かわかるように記載する。
状態に応じたアセスメントの具体例	【虐待事例について】 ○「特別な事情」や「特別に配慮すべきこと」について、ケアチームで検討し、情報の共有を図ります。危機介入をどのように行うかについても共有しておきましょう。 ○「疑い」の段階で判断に悩む時は、早い段階から保険者又は地域包括支援センターに連絡を入れ、情報共有をしておきましょう。介護支援専門員には、虐待を発見した時に通報する義務があります。一人で悩んだり、所属する居宅介護支援事業所だけで抱え込まないようにしましょう。関係者（サービス提供事業所、地域住民、民生委員、警察、自治会等）とも情報を共有して、支援の方向性を一緒に探ります。 ○虐待している家族を一方的に悪者にするのではなく、寄り添う姿勢が大切ですが、状況によっては毅然とした態度で臨む必要があります。保険者に設置された権利擁護に関する支援チームに相談し、緊急措置を依頼するのもよいでしょう。

第3章

居宅サービス計画書記載のポイント

第3章 居宅サービス計画書記載のポイント

居宅サービス計画は、利用者、家族の生活ニーズを解決し、望む暮らしを実現するために作成されるものです。第1表・第2表・第3表は連動した帳票であり、利用者、家族も含めたケアチームが目指す方向性や、提供するサービスやセルフケア及び家族支援等の役割や支援内容を具体的に記載することが重要です。

本章では、居宅サービス計画書作成にあたり、介護支援専門員が留意すべき事項をまとめました。

基本方針は法令の中でも最も重要な部分です。
私たちの業務の“あるべき姿勢”を示しています。

1. 基本方針

法令では、以下の基本方針が示されています。これは、居宅介護支援において最も基本となる事項であり、例えすべての帳票が揃っていても、基本方針に沿わなければ、法令に基づく業務とは言えないので十分な理解と実践が必要です。



（1）在宅介護の重視

要介護状態になっても、可能な限り居宅にて生活することができるよう支援することは、介護保険制度の最も重要とする基本方針です。利用者からの相談や依頼に対し、まずは、居宅においてそれができるかという視点から検討することが必要です。

（2）利用者の人格を尊重し尊厳を保持する視点

介護支援専門員として、いかなる場面においても利用者の人格を傷つけることや、権利を侵害することは正当化されません。介護保険法第1条において、個人の尊厳について明記され、同法第69条の34においても介護支援専門員の義務として要介護者等の人格の尊重が改めて明記されています。

（3）要介護度の軽減または悪化の防止

支援を行う前提として、要介護度の軽減や悪化の防止を目指す視点が必要です。そのために、利用者が有している能力を最大限に活用し、利用者は自ら維持や改善に取り組むことが大切です。疾患やフレイル（虚弱）、運動機能など、医療的知識に基づく身体面の評価も必要です。

（４）介護保険以外の福祉サービスや インフォーマルサービスを活用する視点

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す。利用者の希望や課題分析の結果に基づき、例えば市町村が一般施策として行う配食サービス、地域住民等の多様な主体による見守りや生活支援サービスなど、介護保険給付以外の福祉サービスやインフォーマルサービスを居宅サービス計画に位置づけることにより総合的な計画となるように努めなければなりません。

（５）利用者自身によるサービスの選択の視点

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す。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、居住する地域のサービス提供事業所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しなければなりません。特定のサービス提供事業所に不当に偏った情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のサービスのみによる居宅サービス計画原案を最初から提示するようなことがあってはなりません。

（６）継続的かつ計画的な居宅サービスの利用

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す。単に支給限度額の枠があることを理由として、特定の時期に偏って継続困難な、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りません。

（７）アセスメント結果と専門的見地に基づき、実現可能な計画

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、家族の希望や地域における居宅サービス等が提供される体制を勘案した上で、作成されます。提供されるサービスについては、その長期的な目標と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、実現可能なものとする必要があります。

2. 具体的な留意事項

(1) 「お世話型」と「目標志向型」

要介護高齢者は、疾患や加齢により心身機能が低下し、実際に援助が必要になっているからこそ要介護認定を受けていると考えられます。利用者、家族にとっては「今困っていることをすぐに助けてほしい」という思いが強く、困りごとに対して直接的な援助（お世話型）を希望される場合が多いかもしれません。

〔例・・・「介助を受けながら食事をする。」「ヘルパーが調理を行う。」など、利用者の介護が必要な部分を援助することを目的としたケアマネジメント〕

しかし、時に「お世話型」は、利用者や家族の主体性を損なう可能性も否定できません。活用できる能力や家族等の社会資源があるにも関わらず、長期に渡ってお世話型の援助を継続した結果、援助を受ける側は、受け身になり、結果、自立を阻害することもあります。このように、状況によってはお世話型の援助が不適切になる危険性があることを十分承知しておく必要があります。

「志向」とは、ある方向に向かうことを意味します。自立支援という介護保険法の理念に基づけば、本来、居宅サービス計画書は、「目標志向型」の視点であるべきです。その上で、利用者や家族が、実際に自立支援について理解し、実際に目標が達成できるように行動できることを目指す必要があります。

〔例・・・「夫と一緒に買い物に行けるようになる。」「トイレで排泄できるようになる」「失語症があるが、自分の思いを他者に伝えられるようになる」など目標の達成を目指したケアマネジメント〕

「目標」の方向性として大切な視点（介護保険法に基づく）

- ① 可能な限り、その居宅にて日常生活が営めるようにすること
- ② 自分の持っている能力を活用して日常生活を営むことができるようになること
- ③ 介護が必要となっている状態を軽減することができること、又は悪化が防止できること
- ④ 自ら要介護状態となることを予防すること。要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーション等を実施することで、能力の維持向上に努めること

介護支援専門員として、このような「目標志向型」視点に沿ったケアマネジメントを意識する必要がありますが、初回ケアプランなど、現に困っている状況があれば「まずは困りごとを解消する」という関わりの中から、徐々に利用者との信頼関係を深め、目

標志向型のケアマネジメントへ展開していくというアプローチも有効です。

また、同一の居宅サービス計画に、「お世話型」と「目標志向型」が共存することもあります。介護支援専門員は、利用者や家族の状況や状態のアセスメント結果に基づき、適切に「お世話型」と「目標志向型」アプローチを活用するようにしましょう。

お世話型

「買い物ができないので、ヘルパーに買ってきてもらう」



目標志向型

「自分で買い物ができるようになる」



目標達成のために…
リハビリテーション
歩行器の活用など

(2) 「現実的」「具体的」な居宅サービス計画の立案

アセスメントや課題整理総括表の活用によって表面化した利用者の課題（ニーズ）を解決（目標達成）することを主眼として、居宅サービス計画は作成されます。居宅サービス計画は、利用者に対して展開されるすべての介護保険サービスの根幹となるとともに、サービス提供事業所の個別援助計画に反映される重要な帳票です。介護支援専門員の行うモニタリング業務においては、居宅サービス計画の短期目標の達成状況なども確認することになります。

質の高い居宅サービス計画を作成するためには、以下の点を意識する必要があります。

① 現実的で達成可能な目標

目標は、利用者の価値観や好みを十分考慮した上で、一定の期間に達成可能であることが重要です。高すぎる目標は達成が困難であり、長期に渡り同じ目標を繰り返すことになりかねません。

現実的な目標設定には、医療的観点からの予後予測をはじめとした専門的な視点や詳細なアセスメント情報が必要となります。また、逆に利用者の潜在能力の評価が低すぎる目標も検討の余地があります。



高すぎる目標

「草原にハイキングに行く」

体力なく、本当に
実現可能だろうか…



低すぎる目標

「車いすで散歩できる」

実際はリハビリにより
歩行器歩行まで
向上可能なのに…

② 具体的であること

「穏やかに生活する」などの抽象的な目標や支援内容は、サービス提供事業所の個別援助計画が立てにくいことに加え、目標の達成度を図ることが難しいことから、できるだけ具体的な表現を心がけましょう。

アセスメントの段階で、日常生活における活動内容を動作ごとに細かく切り分けて分析できていれば、具体的な居宅サービスに繋がります。

入浴支援

一連の動作工程において、利用者にとって
できること、できないことは何だろうか。
できない理由は何だろうか。どうやったらできるかな。



3. 居宅サービス計画書の記入の仕方

第1表 居宅サービス計画書（1）

第1表		作成年月日 平成 年 月 日	
居宅サービス計画書（1）			
利用者名 殿 生年月日 年 月 日 住所		初回・紹介・継続 認定済・申請中	
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1表は、居宅サービス計画全体の方向性を示す帳票です。わかりやすい表記を心がけ、第2表の課題や目標との整合性にも留意します。



第1表 居宅サービス計画書（1）

第1表とは

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です。居宅サービス計画書の中で、利用者及び家族の生活に対する意向がはっきりと示される1番重要な帳票ともいえます。

第1表は、利用者、家族、ケアする人々の気持ちを1つにするための大切な計画書であり、できるだけわかりやすく、利用者の言葉で具体的に記載することが重要です。また、利用者の生活を支援するケアチームの気持ちを一つにし、利用者と共に同じ方向に歩いていくための大切な帳票であるといえます。

利用者名を記載します。

利用者の生年月日を記載します。

利用者の住所を記載します。

第1表

居宅サービス計画書（1）

利用者名
姓
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者（介護支援専門員）の氏名を記載します。

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します。

居宅サービス計画作成（変更）日

作成年月日
平成
年
月
日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

居宅サービス計画を作成または変更した日を記載します。
（次ページ解説①参照）

【目的】 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ります。

【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○をします。それ以外の場合は「認定済」に○をします。

第1表 居宅サービス計画書（1）

解説① 厚労省Q&Aにて示されていること

Q：「作成年月日」とは、何の日付を記載するのか。

A：利用者（家族）と介護支援専門員等（援助者）との間で、介護サービス計画原案について説明、同意（共通認識）がなされた日である。

（平成16年2月19日 介護サービス計画書（ケアプラン）様式の一部改正についてのQ&Aより）

よって介護支援専門員が居宅サービス計画書を作成した日ではないということです。

「初回」「紹介」「継続」のチェックの仕方

作成年月日		平成	年	月	日
初回		紹介		継続	
認定済		申請中			

ここは
「初回加算算定」と
関係ありません。



【目的】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。以下同じ。）、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ます。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」を設けています。

【記載要領】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○をします。

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します。

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、または受けていた場合を指します。

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○印で囲むものとします。

第1表 居宅サービス計画書（1）

初回居宅サービス計画作成日

初回居宅サービス計画作成日	年	月	日
---------------	---	---	---

〔目的〕本様式は、基本的には初回の居宅サービス計画作成後、変更の都度に別紙に更新することを前提とするため、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ります。

これによって、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ります。

〔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します。

認定の有効期間

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

〔記載要領〕被保険者証に記載された「認定の有効期間」を転記します。

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										

認定日

〔目的〕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役立ちます。

〔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）を記載します。

「申請中」の場合は、申請日を記載します。認定に伴い居宅サービス計画を変更する必要がある場合には、作成日の変更を行います。

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」を転記します。

第1表 居宅サービス計画書（1）

利用者及び家族の生活に対する意向

利用者及び家族の 生活に対する意向	
----------------------	--



利用者や家族の言葉を
そのまま書くことが原則です
さらに大切なことは利用者や
家族の真意をしっかりと
聞くことです。

【目的】利用者とその介護を行う家族は常に一定の関係を持っています。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す。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ります。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ります。また、時として、このような意向が消極的な場合がありますが、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ります。

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

これまでのことではなく、これからの意向を
記載します。

利用者が自分の意思を表示できない場合、
非言語コミュニケーションで読み取るか
かつての生活史等からアドボカシー（代弁
すること）が大切です。



第1表 居宅サービス計画書（1）

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

介護認定審査会の 意見及びサービスの 種類の指定	
--------------------------------	--

〔目的〕 介護保険法により、「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」こととされています。「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」こととされています。このため、介護支援専門員は、利用者について、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ります。

〔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、これを転記します。

コラム

医療系サービスを居宅サービス計画に位置づける場合、主治医等の指示がある場合のみ可能です。主治医等からの指示を受ける事ができれば、その内容等を第2表や支援経過に必ず記載するようにしましょう。

医療系サービスは主治医等の指示がある場合のみ利用できます。



（運営基準第13条20項）介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

第1表 居宅サービス計画書（1）

総合的な援助の方針

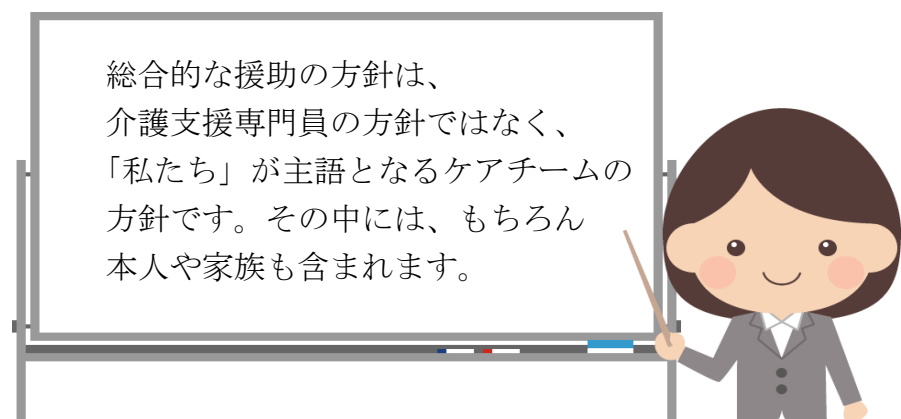
総合的な援助の方針	
-----------	--

【目的】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ります。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ります。

なお、「総合的な援助の方針」及び第2表の「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す。

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です。

【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、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します。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です。



第1表 居宅サービス計画書（1）

生活援助中心型の算定理由

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（
------------------	-----------	----------------	----------

〔目的〕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します。

〔記載要領〕「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」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、家族等の障害、疾病等の理由により、利用者または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します。（※1）

※1 「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取扱いについて」

厚生労働省介護保険最新情報 Vol.125 参照

どのような場合に生活援助は利用できますか？

介護保険で利用できる生活援助は、適切なケアプランに基づき、次のような理由により自ら行うことが困難であると認められた、日常生活上必要な家事の支援です。

○利用者が一人暮らしの場合

○利用者の家族等が障害や疾病等の理由により、家事を行うことが困難な場合

※利用者の家族が障害や疾病でなくても、その他の事情により、家事が困難な場合

例えば、

- ・家族が高齢で筋力が低下していて、行うのが難しい家事がある場合
 - ・家族が介護疲れで共倒れ等の深刻な問題が起きてしまうおそれがある場合
 - ・家族が仕事で不在の時に、行わなくては日常生活に支障がある場合
- などがあります。

「例えば」は、あくまでも参考です。「その他の事情」は各保険者へ確認してください。

第2表 居宅サービス計画書（2）

第2表 居宅サービス計画書（2）

第2表		居宅サービス計画書（2）				作成年月日		平成 年 月 日		
利用者名		股				援助内容				
生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標				サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)						

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。
 ※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第2表は、利用者や家族の自立（自律）支援を目指して、どのような生活の課題（ニーズ）に対し、どのようなスケジュール（長期目標、短期目標）で、どのような方法（サービス内容）で、どこが（サービス種別、サービス資源）、どれくらいの頻度（回数）で取り組むかを一覧表にしたものです。



第2表とは

第1表で示された「利用者の望む生活」を実現していくために、アセスメントから導き出された一つ一つの生活課題を、具体的な手段を示しながら一步步解決していくための手順を表したものです。居宅サービス計画全体の中核となる帳票です。

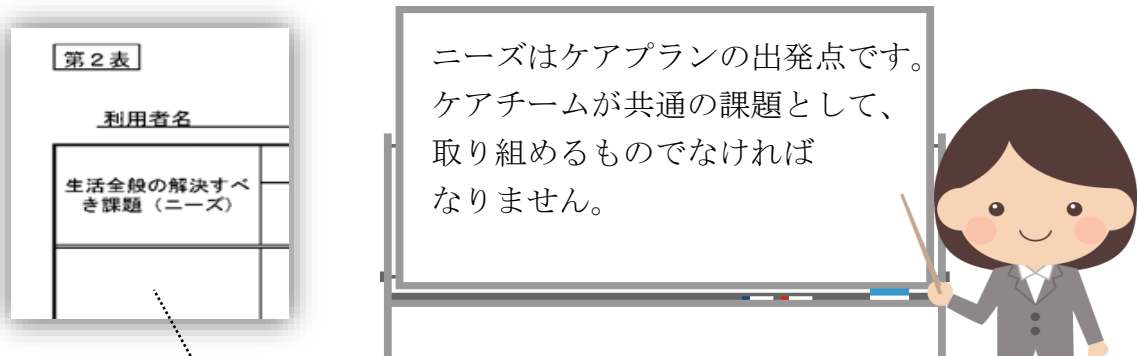
第2表は、利用者の生活課題（生活全般の解決すべき課題「ニーズ」）の中で解決していかなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、

- ① 利用者自身の力で取り組めること
- ② 家族や地域の協力でできること
- ③ ケアチームがお手伝いをする事

で、できるようになることなどを整理し、具体的な方法や手段をわかりやすく示した帳票です。目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようになるのか」という目標達成に向けた取り組みの内容やサービスの種別・頻度や期間を設定します。これはケアチームの目標達成期間であり、モニタリングやケアプランの見直しの指標となるものです。

第2表 居宅サービス計画書（2）

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）



【目的】「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す。様式としては、「総合的な援助の方針」が先に掲げられていますが、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とも言えます。

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点が重要です。

○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ります。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す。

○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します。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ります。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りません。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します。

【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します。

第2表 居宅サービス計画書（2）

《生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の留意点》

この欄が、「生活全般のニーズ」とされているのは、単に困りごとや問題点を明らかにするということにとどまらず、目の前の「困った状態を改善して望む生活をしたい」というポジティブな生活意欲に転換する意図があるからです。

できないことや困りごとなどのネガティブ面を明確化することも時には必要ですが、利用者が主体的に自立支援に取り組むためには、意欲や自分でできることなどプラスの面を利用者とケアチームが共有することが必要です。

自立支援を目指す計画ですから、ニーズの欄には、「○○できるようにしたい」「○○したい」「○○する」というように、利用者が主体的、意欲的に取り組めるような書き方の方がよいでしょう。

しかし利用者や家族の状況によっては意欲的（ポジティブ）に書けることと書けないこともあると考えています。「○○できない」「○○に困っている」などネガティブ表現の方が利用者に伝わりやすい場合もあります。

また、背景要因を明確化し、将来的な見通しも伝わりやすくするため、「○○の状態であるが、○○できるようにする」という書き方も有効です。

どのような書き方であっても、大切なことは、利用者や家族がニーズを理解・共感でき、主体的に自立支援へ取り組むことに繋がるような記載が大切です。

（1）課題の優先順位を決める上で大切なこと

課題の優先順位をつける作業では、様々な視点からアセスメントした結果抽出された生活課題を関連づけ、まとめていきます。その中で利用者及び家族が優先的に解決したいと思う課題や取り組みたいという意欲的な課題から優先するなど、利用者及び家族の意向を汲むことも必要です。

しかし、緊急度の高い課題として、例えば生命の危険が脅かされるような状況がある場合や虐待等のリスクが高い場合、また状態の悪化を防ぐために必要な医療上の課題があれば、それらを優先課題としてあげるなどの状況判断も必要になります。

また改善の効果が見込まれる課題や悪循環を作り出す課題については、利用者及び家族に十分な説明を行い、将来的な予測や見立てを具体的に示すことが必要です。そうしたかかわりの中で、利用者及び家族が捉えていた課題の優先順位が変化していくことがあります。

一度計画をたてた優先順位が継続して同じということではなく、利用者及び家族の状況の変化によって、その都度優先順位が異なっていくものであるため、モニタリングが重要だということを改めて押さえておく必要があります。

第2表 居宅サービス計画書（2）

（2）わかりやすい表現を用い、
取り組みの意欲が生まれるような記載を心がける

生活全般の解決すべき課題を、利用者及び家族が、「自分たちの課題（ニーズ）」として捉えられていることが重要です。利用者及び家族が理解しやすいように、難しい専門用語を避けるようにします。利用者自身が表現した「言葉」を引用することで、意欲が高まり、自分のニーズとして捉えることが出来るようになることもあります。

課題は、漠然としたまとめ方ではなく、利用者が主体的な取り組みを始めようと思えるようなわかりやすい記載の方法を心がけることが大切です。

病気や障害があっても、残された機能や能力で、できることはたくさんあります。介護支援専門員が積極的に利用者と一緒にできることを見つけていく作業を丁寧に行うことで、徐々にネガティブだった利用者自身の気持ちに変化が現れ、次第に気持ちがポジティブに変わっていくことがあります。その経過を大切にすることが利用者や家族との信頼関係をさらに構築することに繋がります。

（3）誰にでもあてはまるようなニーズの表現は避ける

「安全、安楽に過ごす」等の抽象的かつ誰にでも当てはまるようなニーズの表現は極力避けていきます。利用者ひとりひとり安全、安楽の捉え方には違いがありますし、介護支援専門員がアセスメント等を通じて専門職の視点として、その人にとっての安全、安楽とは何かを共に考え、具体的にその内容を表現できることが大切です。

出典：厚生労働省「ケアプラン点検支援マニュアル」（平成20年7月）

課題整理総括表									
利用者名		姓							
自立した日常生活の障害要因（心身の状態、環境等）		①	②	③	④	⑤	⑥	作成日	
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3		改善/維持の可能性※4		備考（状況・支援内容等）	
移動	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
	屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
食事	食事内容	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
排泄	排泄	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
	排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
口腔	口腔衛生	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
服薬	服薬	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
入浴	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
更衣	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
掃除	掃除	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
洗濯	洗濯	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
整理・物品の管理	整理・物品の管理	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
金銭管理	金銭管理	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
買物	買物	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
コミュニケーション能力	コミュニケーション能力	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
認知	認知	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
社会との関わり	社会との関わり	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
褥瘡・皮膚の問題	褥瘡・皮膚の問題	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
行動・心理症状(BPSD)	行動・心理症状(BPSD)	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
介護力(家族関係含む)	介護力(家族関係含む)	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
居住環境	居住環境	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化

積極的に「課題整理総括表」を活用して、ニーズが抽出された根拠を「見える化」してみましょう。



第2表 居宅サービス計画書（2）

目標（長期目標・短期目標）

【目的】「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す。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ります。「目標」を、「長期目標」と「短期目標」に区分するのはこのためです。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」のねらいです。すなわち、必要な「サービス内容」は、主として「短期目標」に対応して導き出されるものであり、明確な「短期目標」が設定されなければ必要な「援助内容」やその援助方針を明確にできないこととなります。

目標			
長期目標	(期間)	短期目標	(期間)

【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す。

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ります。

【記載要領】「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す。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しますが、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します。

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りません。

課題（ニーズ）と長期目標、短期目標の連続性を明確にしましょう。
1つの課題に、1つの目標とは限りません。



第2表 居宅サービス計画書（2）

《目標設定の留意点》

- ① 課題（ニーズ）の達成に向けて目指すことを記載する。
- ② 援助者側の目標ではなく、利用者が支援を受けながらも、自ら努力して到達する目標を記載する。実際に行われているサービスを目標として記載しない。
- ③ 具体的で実行可能な内容を記載する。
- ④ 利用者自身がどのようになっていくかを具体的に記載する。
- ⑤ 期間は具体性を持たせるように、開始時期（年月日）と終了時期（年月日）を記載する。「何ヶ月」という表記はしないよう心がける。
- ⑥ 利用者及び家族が具体的にイメージできるような表現を心がける。

長期目標

- ① 解決すべき課題を目指した、達成可能な目標を設定する。
- ② 認定期間も考慮しながら、達成可能な目標と期間を設定する。
- ③ なるべく努力目標にならないようにする。



短期目標

- ① 長期目標を達成するための、段階的な目標と期間を設定する。
- ② 長期目標を達成するための具体的な活動目標を設定する。
- ③ サービス提供事業所が作成する個別援助計画の指標となるようなものにする。
- ④ モニタリング及び評価に際して比較できる具体性があるものにする。
- ⑤ 設定が高すぎたり、性急すぎたものにならないようにする。
- ⑥ 達成しやすいものを設定し、達成感や成功体験により、意欲を引き出すことにつなげることも意識し考える。
- ⑦ 客観的に妥当な内容にする。



第2表 居宅サービス計画書（2）

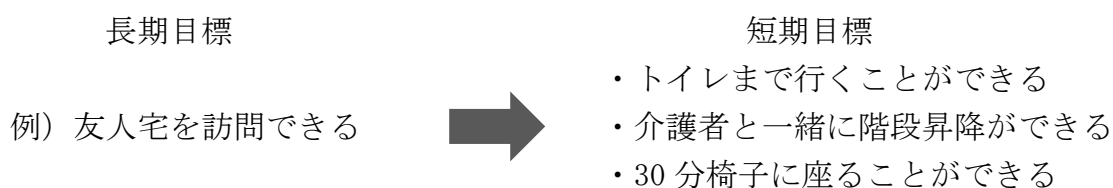
《短期目標の記載方法》

「長期目標の達成のために踏むべき段階として設定」し、「具体的」で「実際に解決が可能と見込まれるもの」を記載しなければなりません。

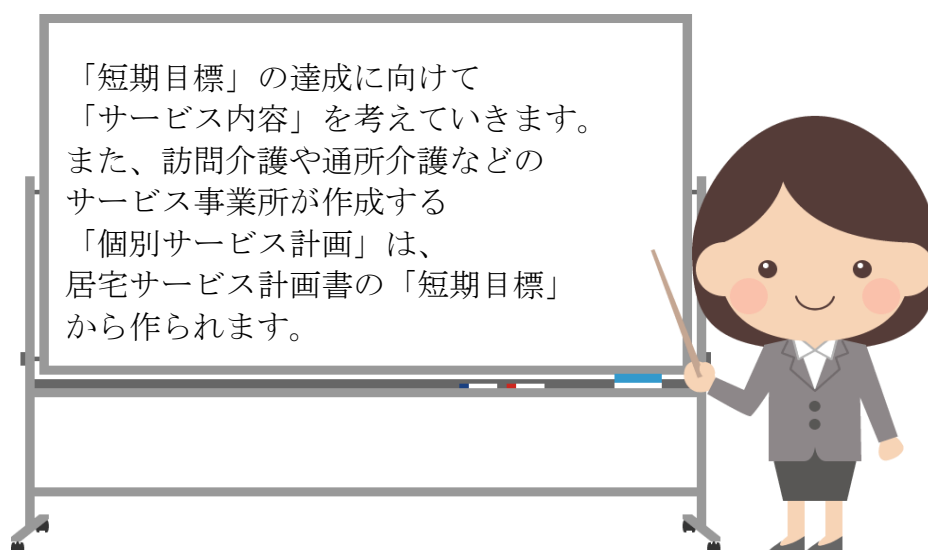
不適切な例として「ADLの維持、向上」を考えてみます。まず、ADLと言う専門用語は、利用者や家族にとっては何を示しているかわかりにくいことと思われます。また、ADLという用語の示す範囲が広く、どの動作を指すのかも不明確です。どの程度の維持、向上なのか具体性に欠けるなどの問題が生じます。

次に、「下肢筋力の維持、向上」に変えてみると、一見問題がないようですが、下肢筋力をどの程度維持、向上すればよいのか不明確なため、目標達成点が曖昧となります。

同時に、利用者の個別性や生活への視点が欠けているとも考えられます。下肢筋力のどの部分がどのくらい向上するのか、そのためには本人が何を活動目標とし、実施すべきなのかを記載するのが短期目標なのです。



などアセスメントの結果から導かれた生活機能や背景因子によって、1人ひとり異なった具体的な目標がつけられるもの。



第2表 居宅サービス計画書（2）

目標期間

目標			
長期目標	(期間)	短期目標	(期間)

【目的】「長期目標」、「短期目標」のいずれにも、「期間」を設定します。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とも言えます。この「期間」を設定する理由としては、計画的に支援することと、期間の終期に目標の達成が図られているか居宅介護支援の評価を行うことにより、例えば、長期間にわたって漫然とした支援を行うようなことを防止するという二つがあります。

【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します。「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」の達成期限を記載します。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します。

なお、期間の設定においては「認定の有効期間」も考慮します。

サービス内容

援助内容		
サービス内容	※1	サービス種別

【目的】「短期目標」の達成に必要な最適のサービスの内容とその方針を明らかにする必要があります。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をとります。

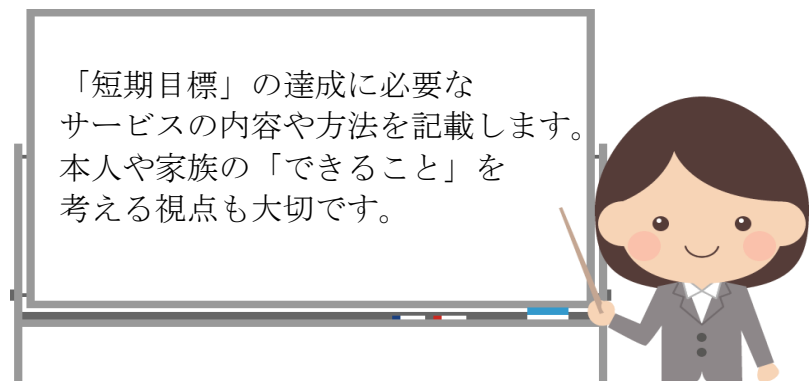
なお、この際、できるだけ家族が行う援助の内容も明確に記載し、外部サービスと併せて、全体として、どのようなサービス体制が組まれているかを明らかにすることが重要です。また、特にインフォーマルなサービスや他の制度等に基づくサービス等においては、居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスがあり、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これに配慮し、調和のとれた居宅サービス計画とする必要があります。ただし、介護支援専門員は、必要性が少ない居宅サービスの漫然とした延長等については当該居宅サービスの意義等を十分説明し、理解を得る必要があります。

第2表 居宅サービス計画書（2）

【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・簡潔に記載します。

この際、できるだけ家族による援助も明記し、また、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、これも記載します。

なお、家事援助中心型の訪問介護を必要とする場合には、その旨を記載します。



サービス提供事業所が作成する個別援助計画を立てるのに必要なサービス項目（送迎や食事など）、加算の対象になっているサービス項目（個別リハビリや入浴など）は、漏れなく書きましょう。

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

【目的】 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す。

【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します。なお、理由については、別の用紙に記載しても差し支えありません。

福祉用具等の「理由」を記入することを忘れないようにしましょう。



第2表 居宅サービス計画書（2）

※1 サービス種別

援助内容		
サービス内容	※1	サービス種別

※1 「保険給付の対象かどうかの区分」

〔目的〕「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、本欄を設けています。

〔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○印をします。

〔目的〕「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ります。なお、家族が担う介護部分については、介護者を特定して明らかにしておく必要があります。

〔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」を記載します。

家族が担う介護部分についても、誰が行うのかを明記します。

〔目的〕「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ります。「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いか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ります。

※2 頻度 期間

当該サービスの提供を行う事業所について記載します。

※2	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します。

「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します。なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮します。

第3表 週間サービス計画表

第3表 週間サービス計画表

第3表		週間サービス計画表							作成年月日
利用者名	性別	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								
週単位以外のサービス									

第3表とは

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です。

利用者の本来の日常生活リズムを把握した上で、介護保険サービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活リズムがどのように変化しているかがわかります。週単位で行われる支援内容を、曜日、時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活リズムを管理することができます。

さらに、週単位、24時間の時間管理を示すことで、ケアチームとしても、他のサービスが週単位でどのように組み込まれているかを把握することができ、それぞれの役割を認識し、連携を図る上で役立ちます。また、短期入所や住宅改修、通院状況など週単位以外のサービスを記載することにより、サービスの全体像、中長期的なサービス計画を把握することができます。

1日、1週間の過ごし方が最もわかりやすいのが第3表です。第3表を見れば、支援の流れや各自の役割がわかることが重要です。



	主な日常生活上の活動

【記載要領】利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載します。なお、本様式については、時間軸、曜日軸の縦横をどちらにとってもかまいません。

週単位以外のサービス	
------------	--

【記載要領】サービス開始当初に導入した福祉用具や、隔月に利用する短期入所など、週単位以外のサービスを利用する場合に記載します。

第2表に掲げられたサービスを、保険給付対象の内外を問わず、基本的にはすべて記入します。

4. 利用者又は家族への説明と同意について

居宅サービス計画原案について、利用者や家族に対して説明を行い、同意を得ることは介護支援専門員業務の一連の流れにおいて、特に重要な業務です。運営基準等では「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」とされています。

しかし、介護保険サービスの利用者には、認知症などにより意思決定能力の低下した方もいます。このようなケースにおいて、私たち介護支援専門員はどのように対応するべきでしょうか？



同意を得るまでは、あくまでも「原案」です。

（１）利用者の同意、自筆署名が原則です

介護保険制度の基本理念のひとつは、利用者の意思及び人格の尊重です。介護支援専門員の姿勢として、利用者本人の権利擁護（説明や同意）を基本原則とし、安易に援助者など第三者への説明や同意に終始しないことが大切です。計画書に自筆署名をもらうことで、利用者本人も主体的に課題解決に取り組む意欲が高まることが期待できます。

（２）利用者が意思表示できるが、手の障害などにより署名できない場合

利用者本人が、意思表示できるにも関わらず、手の障害などにより自筆署名ができない場合、本人からの依頼をもとに家族等が代わりに署名する事を「代筆」と言います。代筆は、利用者本人の意思表示とみなされます。代筆者は利用者本人の氏名・捺印とともに代筆者の氏名・捺印・続柄を記入することとなります。

（３）利用者が意思表示できず、家族が代わりに署名する場合

重度の認知症などにより、判断能力が低下した利用者の同意を家族などが代わって行う事を「代理」と言います。利用者が家族に一任しているとみなし、同意署名や捺印を家族の氏名で行うことになります。その際は、必ず続柄も併記するようにしましょう。

また、複数の家族や親族が存在する場合には、介護支援専門員は、家族等の思いや関係性にも留意しましょう。

（２）や（３）のような場合には、署名方法の根拠（利用者の判断能力・記載能力の有無）について記録に残しましょう。また、課題分析表（アセスメントシート）にて、利用者本人の意思決定能力や、代筆者や代理人の関係性がわかるようにしておきましょう。

（４）成年後見制度の検討

成年後見制度の主な目的は被後見人（利用者）の財産管理と身上監護です。身上監護とは、生活や療養に関する事務のことであり、居宅サービス計画書原案への同意もこれにあたります（保佐、補助については付与された代理権の範囲内となります）。意思能力が低下した利用者の権利を擁護するために有効な制度であることから、必要に応じて本制度の活用を検討しましょう。

相談機関：大分家庭裁判所 ☎097-532-7161 ほかに各市町村の権利擁護担当窓口など

5. 医療的知識や根拠に基づいた居宅サービス計画

利用者のADLや日常の生活状況など、介護支援専門員目でアセスメントし、作成した居宅サービス計画は、利用者の疾患によっては不十分な場合があります。疾患を抱える利用者の、身体の中で起きている変化や、今後起きるかもしれない可能性を把握することは、悪化の防止や継続的な支援の観点から極めて重要です。医療的な注意点などを居宅サービス計画に取り入れ、ケアチームで意思統一を図りましょう。



高齢者の疾患を正しく理解し、注意点等をケアプランに盛り込みましょう。

以下、高齢者に多い疾患について、知っておきたい基礎知識を紹介します。介護支援専門員だけで判断せずに、主治医の指導を仰ぐなど積極的な医療連携に努めることが大切です。

高血圧症

血圧 140/90mmHg 以上が高血圧、ほとんどが自覚症状を欠き脳卒中の最大の危険因子となる。1日のうちの変動があり、精神的な要因でも変動する。脳卒中、腎不全、心肥大、冠動脈疾患などの続発症を招く。

支援のポイント

内服薬の管理、食事療法（塩分の取りすぎに注意）、適度な運動。

心不全

心臓のポンプ機能が低下し、臓器が必要とする血液を十分に送り出せない状態。原因疾患として心筋梗塞、弁膜症、不整脈、高血圧などがある。

支援のポイント

内服薬の管理、食事療法（塩分の取りすぎに注意）、水分（600～1000m l）や塩分（1日6 g以下）制限があれば守る、定期的な体重測定（週に2～3キロの増加は悪化のサイン）。

アセスメント・モニタリング時は、労作時息切れ、呼吸困難、浮腫、疲れやすさ、手足の冷感などを観察する。

脳卒中（脳塞栓、脳血栓、脳出血、クモ膜下出血）

○脳塞栓・・・多くは心房細動によって心臓内に生成された血栓（血の塊）が脳内の動脈に飛び閉塞を起こす。動脈硬化によって頸動脈などに血栓が発生し、それが脳内の動脈に飛ぶこともある。突然の麻痺などの症状が短時間で現れる。

○脳血栓・・・動脈硬化が原因で脳内の血管が狭くなり、その部分徐々に血栓が沈着・成長しついには脳の血管の流れをとめてしまう。塞栓を起こした範囲や場所によって後遺症の程度は異なる。

○脳出血・・・動脈硬化および高血圧などを放置していることで脳内の動脈から出血することが最も多い。

○クモ膜下出血・・・ほとんどが脳動脈瘤破裂によるもの。一気に大規模な出血となる可能性が高く発症も急激である。

支援のポイント

脳梗塞（脳塞栓、脳血栓）は再発率が高いため、内服薬の管理が重要（降圧剤、抗凝固薬、抗血小板薬等）、食事療法（塩分の取りすぎに注意）、機能回復のための運動療法
アセスメント時には、後遺症を確認する（麻痺、言語障害、記憶障害などの有無）。

糖尿病

血液中のヘモグロビン A1C 正常値が 4.6～6.4%（過去2か月間の血糖の平均値を示す）。糖尿病の主な合併症に、糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害がある。合併症予防のために7.0%以下が望ましい。ただし、高齢者は特に低血糖に注意しないといけないのでやや高めに管理していることが多い。

支援のポイント

服薬管理（インスリン注射含む）、血糖コントロール、食事療法（カロリーの取りすぎに注意）、適度な運動

アセスメント時には、血液検査結果（血糖値、ヘモグロビン A1C）、主治医の指示を確認。腎機能が低下していれば数値の確認も行う（尿素窒素、クレアチニン、カリウムなど）。神経障害が進んでいないか足の指先の皮膚色やしびれなどの確認をする。

慢性腎不全

腎機能の低下、進行すれば血液透析、または腎移植となる。原因疾患は糖尿病性腎症が多く、ほかに慢性腎炎、高血圧性腎硬化症などがあげられる。症状として浮腫、易疲労感、食欲不振、乏尿。

支援のポイント

内服薬の管理。定期的な血圧・体重測定。疲れやすいため活動時間や内容に注意する。食事はタンパク、水分、塩分、カリウム制限、高カロリー食が基本だが、程度は状態により異なるため、主治医に要確認。アセスメント時は、血圧や体重の変化に注意する。

骨粗鬆症

骨量が低下して骨がもろくなり、骨折しやすくなる。無症状のうちに骨が弱くなり、骨折して初めて痛みが出現する。老化に伴うものもあるが甲状腺や副甲状腺のホルモン異常やステロイドの服用でも症状が現れる。女性の場合は閉経後、女性ホルモンの分泌低下が原因と考えられている。転倒により大腿骨頸部、胸腰椎、上肢の橈骨遠位端等の骨折がみられる。

支援のポイント

骨粗鬆症予防のための食事療法（カルシウム、ビタミンD、ビタミンK等の摂取）、転倒の予防のため段差解消、手すり設置等の環境整備、歩行補助具の使用をする。

慢性閉塞性肺疾患（COPD）

肺気腫、慢性気管支炎の両疾患の総称。喫煙が原因、在宅酸素療法（HOT）に移行することがある。

支援のポイント

禁煙、低栄養の予防（食事量が少ない場合は、高カロリーのものをとる）、適度な運動、定期的な体重測定、風邪などに注意（急性増悪をきたすことがあるため）。

アセスメント時は、咳や痰、労作時の呼吸困難の有無や程度の確認、体重減少、浮腫チアノーゼに注意する。



6. 住宅型有料老人ホーム及びサービス付高齢者向け住宅等の利用者支援における留意点

住宅型有料老人ホーム及びサービス付高齢者向け住宅等（以下、有料老人ホーム等と記す）の利用者支援において、居宅介護支援の基本的な考え方に相違ありませんが、以下について特に留意が必要です。

（１）「自助」「互助」の視点

介護保険制度は、40歳以上の被保険者が保険料として負担し、介護が必要になった方に必要な量のお金を使っていく「共助」の仕組みです（社会保険方式、2分の1は公費）。

介護支援専門員は、最初に「自助（利用者自身ができること）」、「互助（家族など周りの人で援助できること、またはインフォーマルサービス等）」をアセスメントし、それらを十分に活用することを前提とします。その上で、利用者にとって必要と思われる内容及び量の介護保険サービスを居宅サービス計画原案に位置づけることが大切です。

（２）「利用者の選択」の原則

介護支援は、利用者の心身等の状況に応じて、多様な事業者から提供されるものです。介護支援専門員は、ひとりひとり異なる利用者の状況や状態をアセスメントするとともに、様々な種類の介護保険サービス等から、利用者にとって適切なサービスを検討することが求められます。しかし、有料老人ホーム等の利用者支援においては、併設通所介護サービス等の利用が一律機械的に組み込まれているような事例があります。利用者にとって本当に必要な支援やサービスについて、利用者本人や家族とともにサービス担当者会議等の場において検討していくことが大切です。

根拠となる法令

介護保険法第2条（抜粋）

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

運営に関する基準第1条の2第3項（抜粋）

3 指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業所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。

運営に関する基準について（解釈通知）（7）⑤（抜粋）

⑤ 利用者自身によるサービスの選択（第五号）

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。（中略）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。

7. おわりに ～法令等の確認方法～

法令等については常日頃から確認する習慣をつけることが必要です。それぞれが、得意な「調べ方」を持っておくことをお勧めします。また、介護保険法では、運営基準を市町村条例（平成30年3月までは都道府県条例）で定めることになっていますので、事業所所在地の市町村条例を必ず確認して業務を行ってください。（市町村条例が施行前であるため、厚生労働省令の運営基準を参考までに次ページ以降に掲載しています。）

調べ方の例

【インターネット】

○「厚生労働省ホームページ」 <http://www.mhlw.go.jp/>

法令やQ&Aだけでなく社会保障審議会議事録なども掲載されており、最新情報がチェック可能。全体の情報量が多いことから必要な項目ごとに「お気に入り」登録しておけば確認が容易にできる。

○「WAM NET」 <http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/>
独立行政法人福祉医療機構が運営。最新情報がわかりやすく整理されている。

○「大分県ホームページ」 <http://www.pref.oita.jp/>
Q&Aなど厚生労働省からの最新情報を掲載。大分県内の研修情報や施設情報もあり。

○各市町村のホームページ
平成30年4月の指定権限移譲により、運営に関する基準の条例が掲載予定。

【文 献】

○「介護報酬の解釈」発行所：社会保険研究所
介護保険関連法令をまとめた代表的な書籍。書籍は必要な部分に付箋を貼ることや、アンダーラインを引く等の作業ができ、知識や情報の集積が行いやすい。

調べてわからない疑問点は、そのままにせず、大分県や保険者（市町村）の介護保険担当者に問合せ、確認することが大切です。

参考資料 1

運営基準及び解釈通知

<運営基準>

<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 (平成 11 年厚生省令第 38 号) 介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 47 条第 1 項第 1 号並びに第 81 条第 1 項及び第 2 項の規定に基づき、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を次のように定める。	指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について（平成 11 年 7 月 29 日老企第 22 号） 注 平成 27 年 3 月 27 日老介発 0327 第 1 号・老高発 0327 第 1 号・老振発 0327 第 1 号・老老発 0327 第 2 号改正現在
目次 第 1 章 趣旨及び基本方針（第 1 条・第 1 条の 2） 第 2 章 人員に関する基準（第 2 条・第 3 条） 第 3 章 運営に関する基準（第 4 条—第 29 条） 第 4 章 基準該当居宅介護支援に関する基準（第 30 条） 附則 第 1 章 趣旨及び基本方針 (趣旨) 第 1 条 基準該当居宅介護支援（介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 47 条第 1 項第 1 号に規定する基準該当居宅介護支援をいう。以下同じ。）の事業に係る法第 47 条第 2 項の厚生労働省令で定める基準及び指定居宅介護支援（法第 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。）の事業に係る法第 81 条第 3 項の厚生労働省令で定める基準は、次の各号に掲げる基準に応じ、それぞれ当該各号に定める規定による基準とする。 一 法第 47 条第 1 項第 1 号の規定により、同条第 2 項第 1 号に掲げる事項について市町村（特別区を含む。以下同じ。）が条例を定めるに当たって従うべき基準 第 2 条（第 30 条において準用する場合に限る。）及び第 3 条（第 30 条において準用する場合に限る。）の規定による基準 二 法第 47 条第 1 項第 1 号の規定により、同条第 2 項第 2 号に掲げる事項について市町村が条例を定めるに当たって従うべき基準 第 4 条第 1 項及び第 2 項（第 30 条において準用する場合に限る。）、第 5 条（第 30 条において準用する場合に限る。）、第 13 条第 1 項第 7 号、第 9 号から第 11 号まで、第 14 号、第 16 号、第 18 号の 2 及び第 26 号（第 30 条において準用する場合に限る。）、第 23 条（第 30 条において準用する場合に限る。）並びに第 27 条（第 30 条において準用する場合に限る。）の規定による基準 三 法第 81 条第 1 項の規定により、同条第 3 項第 1 号に掲げる事項について市町村が条例を定めるに当たって従うべき基準 第 2 条及び第 3 条の規定による基準	介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 47 条第 1 項第 1 号並びに第 81 条第 1 項及び第 2 項の規定に基づく「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」（以下「基準」という。）については、平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 38 号をもって交付され、平成 12 年 4 月 1 日より施行されるところであるが、基準の趣旨及び内容は以下の通りであるので、御了知の上、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。 記 第 1 基準の性格 1 基準は、指定居宅介護支援の事業及び基準該当居宅介護支援の事業がその目的を達成するために必要な最低限度の基準を定めたものであり、指定居宅介護支援事業者及び基準該当居宅介護支援事業者は、基準を充足することで足りるとすることなく常にその事業の運営の向上に努めなければならないものである。 2 指定居宅介護支援の事業を行う者又は行おうとする者が満たすべき基準等を満たさない場合には、指定居宅介護支援事業者の指定又は更新は受けられず、また、基準に違反することが明らかになった場合には、①相当の期限を定めて基準を遵守する勧告を行い、②相当の期限内に勧告に従わなかったときは、事業者名、勧告に至った経緯、当該勧告に対する対応等を公表し、③正当な理由が無く、当該勧告に係る措置をとらなかったときは、相当の期限を定めて当該勧告に係る措置をとるよう命令することができるものであること。ただし、③の命令をした場合には事業者名、命令に至った経緯等を公表しなければならない。なお、③の命令に従わない場合には、当該指定を取り消すこと、又は取り消しを行う前に相当の期間を定めて指定の全部若しくは一部の効力を停止すること（不適正なサービスが行われていることが判明した場合、当該サービスに関する介護報酬の請求を停止させる）ができる。 ただし、次に掲げる場合には、基準に従った適正な運営ができなくなったものとして、指定の全部若しくは一部の停止又は直ちに取消することができるものであること。

四 法第 81 条第 2 項の規定により、同条第 3 項第 2 号に掲げる事項について市町村が条例を定めるに当たって従うべき基準 第 4 条第 1 項及び第 2 項、第 5 条、第 13 条第 1 項第 7 号、第 9 号から第 11 号まで、第 14 号、第 16 号、第 18 号の 2 及び第 26 号、第 23 条並びに第 27 条の規定による基準

五 法第 47 条第 1 項第 1 号又は第 81 条第 1 項若しくは第 2 項の規定により、法第 47 条第 2 項第 1 号及び第 2 号並びに第 81 条第 3 項第 1 号及び第 2 号に掲げる事項以外の事項について、都道府県が条例を定めるに当たって参酌すべき基準 この省令で定める基準のうち、前各号に定める規定による基準以外のもの

(基本方針)

第 1 条の 2 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な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。

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、利用者に提供される指定居宅サービス等（法第 8 条第 24 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指定居宅サービス事業者（法第 41 条第 1 項に規定する指定居宅サービス事業者をいう。以下同じ。）等に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

4 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市町村、法第 115 条の 46 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 の 2 に規定する老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者（法第 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、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）第 51 条の 17 第 1 項

① 指定居宅介護支援事業者及びその従業者が、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、当該居宅サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を収受したとき、その他の自己の利益を図るために基準に違反したとき

② 利用者の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき

③ その他①及び②に準ずる重大かつ明白な基準違反があったとき

3 運営に関する基準に従って事業の運営をすることができなくなったことを理由として指定が取り消され、法に定める期間の経過後に再度当該事業者から指定の申請がなされた場合には、当該事業者が運営に関する基準を遵守することを確保することに特段の注意が必要であり、その改善状況等が十分に確認されない限り指定を行わないものとする。

4 特に、指定居宅介護支援の事業においては、基準に合致することを前提に自由に事業への参入を認めていること等に鑑み、基準違反に対しては、厳正に対応すべきであること。

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

1 基本方針

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付けたものであり、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。

基準第 1 条の 2 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。

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。

第 1 号に規定する指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。

第 2 章 人員に関する基準

(従業者の員数)

第 2 条 指定居宅介護支援事業者は、当該指定に係る事業所（以下「指定居宅介護支援事業所」という。）ごとに 1 以上の員数の指定居宅介護支援の提供に当たる介護支援専門員であって常勤であるものを置かなければならない。

2 前項に規定する員数の基準は、利用者の数が 35 又はその端数を増すごとに 1 とする。

(管理者)

第 3 条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに常勤の管理者を置かなければならない。

2 前項に規定する管理者は、介護保険法施行規則（平成⑩年厚生省令第 36 号）第 140 条の 66 第 1 号イ(3)に規定する主任介護支援専門員でなければならない。

3 第 1 項に規定する管理者は、専らその職務に従事する者でなければならない。ただし、次に掲げる場合は、この限りでない。

一 管理者がその管理する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の職務に従事する場合

2 人員に関する基準

指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所に介護支援専門員を配置しなければならないが、利用者の自立の支援及び生活の質の向上を図るための居宅介護支援の能力を十分に有する者を充てるよう心がける必要がある。また、基準第 2 条及び第 3 条に係る運用に当たっては、次の点に留意する必要がある。

(1) 介護支援専門員の員数

介護支援専門員は、指定居宅介護支援事業所ごとに必ず 1 人以上を常勤で置くこととされており、常勤の考え方は(3)の①のとおりである。常勤の介護支援専門員を置くべきこととしたのは、指定居宅介護支援事業所の営業時間中は、介護支援専門員は常に利用者からの相談等に対応できる体制を整えている必要があるという趣旨であり、介護支援専門員がその業務上の必要性から、又は他の業務を兼ねていることから、当該事業所に不在となる場合であっても、管理者、その他の従業者等を通じ、利用者が適切に介護支援専門員に連絡が取れる体制としておく必要がある。

なお、介護支援専門員については、他の業務との兼務を認められているところであるが、これは、居宅介護支援の事業が、指定居宅サービス等の実態を知悉する者により併せて行われることが効果的であるとされる場合もあることに配慮したものである。

また、当該常勤の介護支援専門員の配置は利用者の数 35 人に対して 1 人を基準とするものであり、利用者の数が 35 人又はその端数を増すごとに増員することが望ましい。ただし、当該増員に係る介護支援専門員については非常勤とすることを妨げるものではない。

また、当該非常勤の介護支援専門員に係る他の業務との兼務については、介護保険施設に置かれた常勤専従の介護支援専門員との兼務を除き、差し支えないものであり、当該他の業務とは必ずしも指定居宅サービス事業の業務を指すものではない。

(2) 管理者

指定居宅介護支援事業所に置くべき管理者は、主任介護支援専門員であって、専ら管理者の職務に従事する常勤の者でなければならないが、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の職務に従事する場合及び管理者が同一敷地内にある他の事業所の職務に従事する場合

（その管理する指定居宅介護支援事業所の管理に支障がない場合に限る。）は、必ずしも専ら管理者の職務に従事する常勤の者でなくても差し支えないこととされている。この場合、同一敷

二 管理者が同一敷地内にある他の事業所の職務に従事する場合（その管理する指定居宅介護支援事業所の管理に支障がない場合に限る。）

地内にある他の事業所とは、必ずしも指定居宅サービス事業を行う事業所に限るものではなく、例えば、介護保険施設、病院、診療所、薬局等の業務に従事する場合も、当該指定居宅介護支援事業所の管理に支障がない限り認められるものである。

指定居宅介護支援事業所の管理者は、指定居宅介護支援事業所の営業時間中は、常に利用者からの利用申込等に対応できる体制を整えている必要があるものであり、管理者が介護支援専門員を兼務して、その業務上の必要性から当該事業所に不在となる場合であっても、その他の従業者等を通じ、利用者が適切に管理者に連絡が取れる体制としておく必要がある。

また、例えば、訪問系サービスの事業所において訪問サービスそのものに従事する従業者との兼務は一般的には管理者の業務に支障があると考えられるが、訪問サービスに従事する勤務時間が限られている職員の場合には、支障がないと認められる場合もありうる。また、併設する事業所に原則として常駐する老人介護支援センターの職員、訪問介護、訪問看護等の管理者等との兼務は可能と考えられる。なお、介護保険施設の常勤専従の介護支援専門員との兼務は認められないものである。

なお、平成 33 年 3 月 31 日までの間は、管理者として主任介護支援専門員以外の介護支援専門員の配置を可能とする経過措置を設けているが、指定居宅介護支援事業所における業務管理や人材育成の取組を促進する観点から、経過措置期間の終了を待たず、管理者として主任介護支援専門員を配置することが望ましい。

(3) 用語の定義

「常勤」及び「専らその職務に従事する」の定義はそれぞれ次のとおりである。

① 「常勤」

当該事業所における勤務時間（当該事業所において、指定居宅介護支援以外の事業を行っている場合には、当該事業に従事している時間を含む。）が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数

（週 32 時間を下回る場合は週 32 時間を基本とする。）に達していることをいうものである。ただし、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律

（平成 3 年法律第 76 号）第 23 条第 1 項に規定する所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を 30 時間として取り扱うことを可能とする。

また、同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し

第3章 運営に関する基準

(内容及び手続の説明及び同意)

第4条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第18条に乗り定する運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、居宅サービス計画が第1条の2に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

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

4 指定居宅介護支援事業者は、利用申込者又はその家族からの申出があった場合には、第1項の規定による文書の交付に代えて、第7項で定めるところにより、当該利用申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であって次に掲げるもの（以下この条において「電磁的方法」という。）により提供することができる。この場合において、当該指定居宅介護支援事業者は、当該文書を交付したものとみなす。

一 電子情報処理組織を使用する方法のうちイ又はロに掲げるもの

支えないと考えられるものについては、その勤務時間が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。例えば、同一の事業者によって指定訪問介護事業所が併設されている場合、指定訪問介護事業所の管理者と指定居宅介護支援事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間が所定の時間に達していれば、常勤要件を満たすこととなる。

②「専らその職務に従事する」

原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいうものである。

③「事業所」

事業所とは、介護支援専門員が居宅介護支援を行う本拠であり、具体的には管理者がサービスの利用申込の調整等を行い、居宅介護支援に必要な利用者ごとに作成する帳簿類を保管し、利用者との面接相談に必要な設備及び備品を備える場所である。

3 運営に関する基準

(1) 内容及び手続の説明及び同意

基準第4条は、基本理念としての高齢者自身によるサービス選択を具体化したものである。利用者は指定居宅サービスのみならず、指定居宅介護支援事業者についても自由に選択できることが基本であり、指定居宅介護支援事業者は、利用申込があった場合には、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、当該指定居宅介護支援事業所の運営規程の概要、介護支援専門員の勤務の体制、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制等、利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項を説明書やパンフレット等の文書を交付して説明を行い、当該指定居宅介護支援事業所から居宅介護支援を受けることにつき同意を得なければならないこととしたものである。なお、当該同意については、利用者及び指定居宅介護支援事業者双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましいものである。

また、指定居宅介護支援は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立つて行われるものであり、居宅サービス計画は基準第1条の基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものである。このため、指定居宅介護支援について利用者の主体的な参加が重要であり、居宅サービス計画の作成にあたって利用者から介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることが可能であること等につき十分説明を行わなければならない。なお、この内容を利用申込者又はその

イ 指定居宅介護支援事業者の使用に係る電子計算機と利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法 ロ 指定居宅介護支援事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された第1項に規定する重要事項を電気通信回線を通じて利用申込者又はその家族の閲覧に供し、当該利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法（電磁的方法による提供を受ける旨の承諾又は受けない旨の申出をする場合にあっては、指定居宅介護支援事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法） 二 磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに第1項に規定する重要事項を記録したものを交付する方法 5 前項に掲げる方法は、利用申込者又はその家族がファイルへの記録を出力することによる文書を作成することができるものでなければならない。 6 第4項第1号の「電子情報処理組織」とは、指定居宅介護支援事業者の使用に係る電子計算機と、利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。 7 指定居宅介護支援事業者は、第4項の規定により第1項に規定する重要事項を提供しようとするときは、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、その用いる次に掲げる電磁的方法の種類及び内容を示し、文書又は電磁的方法による承諾を得なければならない。 一 第4項各号に規定する方法のうち指定居宅介護支援事業者が使用するもの 二 ファイルへの記録の方式 8 前項の規定による承諾を得た指定居宅介護支援事業者は、当該利用申込者又はその家族から文書又は電磁的方法により電磁的方法による提供を受けない旨の申出があったときは、当該利用申込者又はその家族に対し、第1項に規定する重要事項の提供を電磁的方法によってしてはならない。ただし、当該利用申込者又はその家族が再び前項の規定による承諾をした場合は、この限りでない。 （提供拒否の禁止） 第5条 指定居宅介護支援事業者は、正当な理由なく指定居宅介護支援の提供を拒んではならない。 （サービス提供困難時の対応） 第6条 指定居宅介護支援事業者は、当該事業所の通常の事業の実施地域（当該指定居宅介護支援事業所が通常時に指定居宅介護支援を提供する地域をいう。以下	家族に説明を行うに当たっては、理解が得られるよう、文書の交付に加えて口頭での説明を懇切丁寧に行うとともに、それを理解したことについて必ず利用申込者から署名を得なければならない。 また、利用者が病院又は診療所に入院する場合には、利用者の居宅における日常生活上の能力や利用していた指定居宅サービス等の情報を入院先医療機関と共有することで、医療機関における利用者の退院支援に資するとともに、退院後の円滑な在宅生活への移行を支援することにもつながる。基準第4条第3項は、指定居宅介護支援事業者と入院先医療機関との早期からの連携を促進する観点から、利用者が病院又は診療所に入院する必要がある場合には担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう、利用者又はその家族に対し事前に協力を求める必要があることを規定するものである。なお、より、実効性を高めるため、日頃から介護支援専門員の連絡先等を介護保険被保険者証や健康保険被保険者証、お薬手帳等と合わせて保管することを依頼しておくことが望ましい。 (2) 提供拒否の禁止 基準第5条は、居宅介護支援の公共性に鑑み、原則として、指定居宅介護支援の利用申込に対しては、これに応じなければならないことを規定したものであり、正当な理由なくサービスの提供を拒否することを禁止するものである。
---	---

同じ。)等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定居宅介護支援を提供することが困難であると認めた場合は、他の指定居宅介護支援事業者の紹介その他の必要な措置を講じなければならない。

(受給資格等の確認)

第7条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供を求められた場合には、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめるものとする。

(要介護認定の申請に係る援助)

第8条 指定居宅介護支援事業者は、被保険者の要介護認定に係る申請について、利用申込者の意思を踏まえ、必要な協力を行わなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者は、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前には行われるよう、必要な援助を行わなければならない。

(身分を証する書類の携行)

第9条 指定居宅介護支援事業者は、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に身分を証する書類を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しなければならない。

(利用料等の受領)

第10条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援（法第46条第4項の規定に基づき居宅介護サービ

なお、ここでいう正当な理由とは、①当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合、②利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合、③利用申込者が他の指定居宅介護支援事業者にも併せて指定居宅介護支援の依頼を行っていることが明らかの場合等である。

(3) 要介護認定の申請に係る援助

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

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

③ 同条第3項は、要介護認定の有効期間が付されているものであることを踏まえ、指定居宅介護支援事業者は、要介護認定の有効期間を確認した上、要介護認定等の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する1月前にはなされるよう、必要な援助を行わなければならないこととしたものである。

(4) 身分を証する書類の携行

基準第9条は、利用者が安心して指定居宅介護支援の提供を受けられるよう、指定居宅介護支援事業者が、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に介護支援専門員証を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導すべきこととしたものである。

(5) 利用料等の受領

① 基準第10条第1項は、利用者間の公平及び

ス計画費（法第 46 条第 2 項に規定する居宅介護サービス計画費をいう。以下同じ。）が当該指定居宅介護支援事業者に支払われる場合に係るものを除く。）を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料（居宅介護サービス計画費の支給の対象となる費用に係る対価をいう。以下同じ。）と、居宅介護サービス計画費の額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。 2 指定居宅介護支援事業者は、前項の利用料のほか、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅を訪問して指定居宅介護支援を行う場合には、それに要した交通費の支払を利用者から受けることができる。 3 指定居宅介護支援事業者は、前項に規定する費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。 （保険給付の請求のための証明書の交付） 第 11 条 指定居宅介護支援事業者は、提供した指定居宅介護支援について前条第 1 項の利用料の支払を受けた場合は、当該利用料の額等を記載した指定居宅介護支援提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。 （指定居宅介護支援の基本取扱方針） 第 12 条 指定居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。 2 指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。 （指定居宅介護支援の具体的取扱方針） 第 13 条 指定居宅介護支援の方針は、第 1 条の 2 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。	利用者の保護の観点から、保険給付がいわゆる償還払いとなる場合と、保険給付が利用者に代わり指定居宅介護支援事業者に支払われる場合（以下「代理受領がなされる場合」という。）の間に、一方の経費が他方へ転嫁等されることがないように、償還払いの場合の指定居宅介護支援の利用料の額と、居宅介護サービス計画費の額（要するに、代理受領がなされる場合の指定居宅介護支援に係る費用の額）との間に、不合理な差額を設けてはならないこととするとともに、これによって、償還払いの場合であっても原則として利用者負担が生じないこととする趣旨である。 ② 同条第 2 項は、指定居宅介護支援の提供に関して、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定居宅介護支援を行う場合の交通費の支払いを利用者から受けることができるとし、保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の支払いを受けることは認めないこととしたものである。 ② 同条第 3 項は、指定居宅介護支援事業者は、前項の交通費の支払いを受けるに当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対してその額等に関して説明を行い、利用者の同意を得なければならないこととしたものである。 (6) 保険給付の請求のための証明書の交付 基準第 11 条は、居宅介護支援に係る保険給付がいわゆる償還払いとなる場合に、利用者が保険給付の請求を容易に行えるよう、指定居宅介護支援事業者は、利用料の額その他利用者が保険給付を請求する上で必要と認められる事項を記載した指定居宅介護支援提供証明書を利用者に対して交付すべきこととしたものである。 (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 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。 なお、利用者の課題分析（第 6 号）から担当者に対する個別サービス計画の提出依頼（第 12 号）に掲げる一連の業務については、基準第 1 条の 2 に掲げる基本方針を達成するために必要となる業務を列記したものであり、基本的にはこのプロセスに応じて進めるべきものであるが、緊急的なサービス利用等やむを得ない場合や、効果的・効率的に行うことを前提とするも
--	---

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。 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。 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、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにしなければならない。 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。	のであれば、業務の順序について拘束するものではない。 ただし、その場合にあっても、それぞれ位置付けられた個々の業務は、事後的に可及的速やかに実施し、その結果に基づいて必要に応じて居宅サービス計画を見直すなど、適切に対応しなければならない。 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） 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。 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體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。 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況等に応じて、継続的かつ計画的に居宅サービスが提供されることが重要である。介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成又は変更に当たり、継続的な支援という観点に立ち、計画的に指定居宅サービス等の提供が行われるようにすることが必要であり、支給限度額の枠があることのみをもって、特定の時期に偏って継続が困難な、また必要性に乏しい居宅サービスの利用を助長するようなことがあってはならない。 ④ 総合的な居宅サービス計画の作成（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。
---	--

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。

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。

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

⑤ 利用者自身によるサービスの選択（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、利用者から居宅サービス計画原案の作成にあたって複数の指定居宅サービス事業者等の紹介の求めがあった場合等には誠実に対応するとともに、居宅サービス計画原案を利用者に提示する際には、当該利用者が居住する地域の指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。したがって、特定の指定居宅サービス事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のサービスのみによる居宅サービス計画原案を最初から提示するようなことがあってはならない。また、例えば集合住宅等において、特定の指定居宅サービス事業者のサービスを利用することを、選択の機会を与えることなく入居条件とするようなことはあってはならないが、居宅サービス計画についても、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の指定居宅サービス事業者のみを居宅サービス計画に位置付けるような事はあってはならない。

⑥ 課題分析の実施（第6号）

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

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

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

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

八 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。

九 介護支援専門員は、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者（以下この条において「担当者」という。）を召集して行う会議をいう。以下同じ。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、利用者（末期の悪性腫瘍

課題分析の方式については、別途通知するところによるものである。

⑦ 課題分析における留意点（第7号）

介護支援専門員は、解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合を除き必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、利用者やその家族との間の信頼関係、協働関係の構築が重要であり、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。なお、このため、介護支援専門員は面接技法等の研鑽に努めることが重要である。

また、当該アセスメントの結果について記録するとともに、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。

⑧ 居宅サービス計画原案の作成（第8号）

介護支援専門員は、居宅サービス計画が利用者の生活の質に直接影響する重要なものであることを十分に認識し、居宅サービス計画原案を作成しなければならない。したがって、居宅サービス計画原案は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果による専門的見地に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案した上で、実現可能なものとする必要がある。

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

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

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）

介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、利用者やその家族、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を当該担当者等と共有すると

の患者に限る。)の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師（以下その条において「主治の医師等」という。の意見を勘案して必要と認める場合その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

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

また、末期の悪性腫瘍の利用者について必要と認める場合とは、主治の医師等が日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると判断した時点で降において、主治の医師等の助言を得た上で、介護支援専門員がサービス担当者に対する照会等により意見を求めることが必要と判断した場合を想定している。なお、ここでいう「主治の医師等」とは、利用者の最新の心身の状態、受診中の医療機関、投薬内容等を一元的に把握している医師であり、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことから、利用者又はその家族等に確認する方法等により、適切に対応すること。また、サービス種類や利用回数の変更等を利用者に状態変化が生じるたびに迅速に行っていくことが求められるため、日常生活上の障害が出現する前に、今後利用が必要と見込まれる指定居宅サービス等の担当者を含めた関係者を招集した上で、予測される状態変化と支援の方向性について関係者間で共有しておくことが望ましい。

なお、当該サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容について記録するとともに、基準第29条の第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。

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。

⑩ 居宅サービス計画の説明及び同意（第10号）

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

十一 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。

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

十三 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

尊重することとともに、作成された居宅サービス計画の原案についても、最終的には、その内容について説明を行った上で文書によって利用者の同意を得ることを義務づけることにより、利用者によるサービスの選択やサービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障しようとするものである。

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

⑪ 居宅サービス計画の交付（第 11 号）

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。

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（以下「個別サービス計画」という。）における位置付けを理解できるように配慮する必要がある。

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。

⑫ 担当者に対する個別サービス計画の提出依頼（第 12 号）

居宅サービス計画と個別サービス計画との連動性を高め、居宅介護支援事業者とサービス提供事業者の意識の共有を図ることが重要である。

このため、基準第 13 条第 12 号に基づき、担当者に居宅サービス計画を交付したときは、担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認することとしたものである。

なお、介護支援専門員は、担当者と継続的に連携し、意識の共有を図ることが重要であることから、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性の確認については、居宅サービス計画を担当者に交付したときに限らず、必要に応じて行うことが望ましい。

さらに、サービス担当者会議の前に居宅サービス計画の原案を担当者に提供し、サービス担当者会議に個別サービス計画案の提出を求め、サービス担当者会議において情報の共有や調整を図るなどの手法も有効である。

⑬ 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等（第 13 号）

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。

二 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

十四 介護支援専門員は、第 13 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。

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。

なお、利用者の解決すべき課題の変化は、利用者に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。

また、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報は、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師が医療サービスの必要性等を検討するにあたり有効な情報である。このため、指定居宅介護支援の提供に当たり、例えば、

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

状態にも関わらず提供されていない状況等の利用者の心身又は生活状況に係る情報を得た場合は、それらの情報のうち、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要であると介護支援専門員が判断したものについて、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。なお、ここでいう「主治の医師」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。

⑭ モニタリングの実施（第 14 号）

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

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。 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。 十五 介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。 イ 要介護認定を受けている利用者が法第28条第2項に規定する要介護更新認定を受けた場合 ロ 要介護認定を受けている利用者が法第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 十六 第3号から第12号までの規定は、第13号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。	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。 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。 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。 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。 ⑮ 居宅サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取（第15号） 介護支援専門員は、利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合など本号に掲げる場合には、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。なお、ここでいうやむを得ない理由がある場合とは、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合や居宅サービス計画の変更から間もない場合で利用者の状態に大きな変化が見られない場合等が想定される。 当該サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容については記録するとともに、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。 また、前記の担当者からの意見により、居宅サービス計画の変更の必要がない場合においても、記録の記載及び保存について同様である。 ⑯ 居宅サービス計画の変更（第16号） 介護支援専門員は、居宅サービス計画を変更する際には、原則として、基準第13条第3号から第12号までに規定された居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要である。 なお、利用者の希望による軽微な変更（例えばサービス提供日時の変更等で、介護支援専門員が基準第13条第3号から第12号までに掲げる一連の業務を行う必要性がないと判断したもの）を行う場合には、この必要はないものとする。ただし、この場合においても、介護支援専門員が、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であることは、同条第13号（⑬居宅
--	--

十七 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。

十八 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。

二介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（厚生労働大臣が定めるものに限る。以下この号において同じ。）を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。

サービス計画の実施状況等の把握及び評価等）に規定したとおりであるので念のため申し添える。

⑰ 介護保険施設への紹介その他の便宜の提供（第 17 号）

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

⑱ 介護保険施設との連携（第 18 号）

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。

⑲ 居宅サービス計画の届出（第 18 号の 2）

訪問介護（指定居宅介護サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成 12 年厚生省告示第 19 号）別表指定居宅サービス介護給付費単位数表の 1 訪問介護費の注 3 に規定する生活援助が中心である指定訪問介護に限る。以下この⑲において同じ。）の利用回数が統計的にみて通常の居宅サービス計画よりかけ離れている場合には、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当である。このため、基準第 13 条第 18 号の 2 は、一定回数（基準第 13 条第 18 号の 2 により厚生労働大臣が定める回数をいう。以下同じ。）以上の訪問介護を位置付ける場合にその必要性を居宅サービス計画に記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届けなければならない事を規定するものである。届出にあたっては、当該月において作成又は変更（⑳における軽微な変更を除く。）した居宅サービス計画のうち一定回数以上の訪問介護を位置付けたものについて、翌月の末日までに市町村に届けることとする。なお、ここで言う当該月において作成又は変更した居宅サービス計画とは、当該月において利用者の同意を得て交付した居宅サービスを言う。

なお、基準第 13 条第 18 号の 2 については、平成 30 年 10 月 1 日より施行されるため、同年

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。
二前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

二十 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等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

二十一 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。

10 月以降に作成または変更した居宅サービス計画について届出を行うこと。

㊹ 主治の医師等の意見等（第 19 号・第 19 号の 2・第 20 号）

訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）及び看護小規模多機能型居宅介護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）については、主治の医師又は歯科医師（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。

このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資する様、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。なお、交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。また、ここで意見を求める「主治の医師等」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。

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。

㊹ 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 21 号）

短期入所生活介護及び短期入所療養介護（以下「短期入所サービス」という。）は、利用者の自立した日常生活の維持のために利用されるものであり、指定居宅介護支援を行う介護支援専門員は、短期入所サービスを位置付ける居宅サービス計画の作成に当たって、利用者にとってこれらの居宅サービスが在宅生活の維持につながるように十分に留意しなければならないことを明確化したものである。

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

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

二十三 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。

あるかについて機械的な運用を求めるものではない。

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

㉔ 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 22 号・第 23 号）

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

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

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。

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。

ア 介護支援専門員は、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基準に適合する利用者等」（平成 27 年厚生労働省告示第 94 号）第 31 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。

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。

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

二十四 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。

二十五 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。

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

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。

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 2 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。

㉓ 認定審査会意見等の居宅サービス計画への反映（第 24 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 項の指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。

㉔ 指定介護予防支援事業者との連携（第 25 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。

㉕ 指定介護予防支援業務の受託に関する留意点（第 26 号）

指定居宅介護支援事業者は、指定介護予防支援業務を受託するにあたっては、その業務量等を勘案し、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。

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

(法定代理受領サービスに係る報告)

第 14 条 指定居宅介護支援事業者は、毎月、市町村（法第 41 条第 10 項の規定により同条第 9 項の規定による審査及び支払に関する事務を国民健康保険団体連合会（国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 45 条第 5 項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下同じ。）に委託している場合にあつては、当該国民健康保険団体連合会）に対し、居宅サービス計画において位置付けられている指定居宅サービス等のうち法定代理受領サービス（法第 41 条第 6 項の規定により居宅介護サービス費が利用者に代わり当該指定居宅サービス事業者を支払われる場合の当該居宅介護サービス費に係る指定居宅サービスをいう。）として位置付けたものに関する情報を記載した文書を提出しなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、居宅サービス計画に位置付けられている基準該当居宅サービスに係る特例居宅介護サービス費の支給に係る事務に必要な情報を記載した文書を、市町村（当該事務を国民健康保険団体連合会に委託している場合にあつては、当該国民健康保険団体連合会）に対して提出しなければならない。

(利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付)

第 15 条 指定居宅介護支援事業者は、利用者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合、要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合その他利用者からの申出があった場合には、当該利用者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付しなければならない。

②⑥ 地域ケア会議への協力（第 27 号）

地域包括ケアシステムの構築を推進するため、地域ケア会議が介護保険法上に位置付けられ、関係者等は会議から資料又は情報の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めることについて規定されたところである。地域ケア会議は、個別ケースの支援内容の検討を通じて、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援、高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築及び個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握を行うことなどを目的としていることから、指定居宅介護支援事業者は、その趣旨・目的に鑑み、より積極的に協力することが求められる。そのため、地域ケア会議から個別のケアマネジメントの事例の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならないことについて、具体的取扱方針においても、規定を設けたものである。

(8) 法定代理受領サービスに係る報告

- ① 基準第 14 条第 1 項は、居宅介護サービスを利用者に代わり当該指定居宅サービス事業者を支払うための手続きとして、指定居宅介護支援事業者は、市町村（国民健康保険団体連合会に委託している場合にあつては当該国民健康保険団体連合会）に対して、居宅サービス計画において位置付けられている指定居宅サービス等のうち法定代理受領サービスとして位置付けたものに関する情報を記載した文書（給付管理票）を毎月提出することを義務づけたものである。
- ② 同条第 2 項は、指定居宅介護支援事業者が居宅サービス計画に位置付けられている基準該当居宅サービスに係る情報を指定居宅サービスに係る情報と合わせて市町村（国民健康保険団体連合会に委託している場合にあつては当該国民健康保険団体連合会）に対して提供することにより、基準該当居宅サービスに係る特例居宅介護サービス費又は特例居宅支援サービス費の支払事務が、居宅サービス計画に位置付けられている指定居宅サービスに係る居宅介護サービス費の支払を待つことなく、これと同時並行的に行うことができるようにするための規定である。

(9) 利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付

基準第 15 条は、利用者が指定居宅介護支援事業者を変更した場合に、変更後の指定居宅介護支援事業者又は指定介護予防支援事業者が滞りなく給付管理票の作成・届出等の事務を行うことができるよう、指定居宅介護支援事業者は、利用者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望

(利用者に関する市町村への通知) 第 16 条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援を受けている利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。 一 正当な理由なしに介護給付等対象サービスの利用に関する指示に従わないこと等により、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。 二 偽りその他不正の行為によって保険給付の支給を受け、又は受けようとしたとき。 (管理者の責務) 第 17 条 指定居宅介護支援事業所の管理者は、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業員の管理、指定居宅介護支援の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。 2 指定居宅介護支援事業所の管理者は、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。 (運営規程) 第 18 条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程（以下「運営規程」という。）として次に掲げる事項を定めるものとする。 一 事業の目的及び運営の方針 二 職員の職種、員数及び職務内容 三 営業日及び営業時間 四 指定居宅介護支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額 五 通常の事業の実施地域 六 その他運営に関する重要事項 (勤務体制の確保) 第 19 条 指定居宅介護支援事業者は、利用者に対し適切な指定居宅介護支援を提供できるよう、指定居宅介	する場合、要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合、その他利用者からの申し出があった場合には、当該利用者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付しなければならないこととしたものである。 (10) 利用者に関する市町村への通知 基準第 16 条は、偽りその他不正の行為によって保険給付を受けた者及び自己の故意の犯罪行為若しくは重大な過失等により、要介護状態若しくはその原因となった事故を生じさせるなどした者については、市町村が、介護保険法第 22 条第 1 項に基づく既に支払った保険給付の徴収又は第 64 条に基づく保険給付の制限を行うことができることに鑑み、指定居宅介護支援事業者が、その利用者に関し、保険給付の適正化の観点から市町村に通知しなければならない事由を列記したものである。 (11) 運営規程 基準第 18 条は、指定居宅介護支援の事業の適正な運営及び利用者等に対する適切な指定居宅介護支援の提供を確保するため、同条第 1 号から第 6 号までに掲げる事項を内容とする規定を定めることを指定居宅介護支援事業所ごとに義務づけたものである。特に次の点に留意する必要がある。 ① 職員の職種、員数及び職務内容（第 2 号） 職員については、介護支援専門員とその他の職員に区分し、員数及び職務内容を記載することとする。 ② 指定居宅介護支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額（第 4 号） 指定居宅介護支援の提供方法及び内容については、利用者の相談を受ける場所、課題分析の手順等を記載するものとする。 ③ 通常の事業の実施地域（第 5 号） 通常の事業の実施地域は、客観的にその区域が特定されるものとする。なお、通常の事業の実施地域は、利用申込に係る調整等の観点からの目安であり、当該地域を越えて指定居宅介護支援が行われることを妨げるものではない。 (12) 勤務体制の確保
---	--

護支援事業所ごとに介護支援専門員その他の従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に指定居宅介護支援の業務を担当させなければならない。ただし、介護支援専門員の補助の業務についてはこの限りでない。

3 指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

(設備及び備品等)

第 20 条 指定居宅介護支援事業者は、事業を行うために必要な広さの区画を有するとともに、指定居宅介護支援の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。

(従業者の健康管理)

第 21 条 指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。

基準第 19 条は、利用者に対する適切な指定居宅介護支援の提供を確保するため、職員の勤務体制等を規定したものであるが、次の点に留意する必要がある。

① 指定居宅介護支援事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、介護支援専門員については、日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等を明確にする。

なお、当該勤務の状況等は、基準第 17 条により指定居宅介護支援事業所の管理者が管理する必要があり、非常勤の介護支援専門員を含めて当該指定居宅介護支援事業所の業務として一体的に管理されていることが必要である。従って、非常勤の介護支援専門員が兼務する業務の事業所を居宅介護支援の拠点とし独立して利用者ごとの居宅介護支援台帳の保管を行うようなことは認められないものである。

② 同条第 2 項は、当該指定居宅介護支援事業所の従業者たる介護支援専門員が指定居宅介護支援を担当するべきことを規定したものであり、当該事業所と介護支援専門員の関係については、当該事業所の管理者の指揮命令が介護支援専門員に対して及ぶことが要件となるが、雇用契約に限定されるものではないものである。

③ 同条第 3 項は、より適切な指定居宅介護支援を行うために、介護支援専門員の研修の重要性について規定したものであり、指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員の資質の向上を図る研修の機会を確保しなければならない。特に、介護支援専門員実務研修修了後、初めて就業した介護支援専門員については、就業後 6 月から 1 年の間に都道府県等が行う初任者向けの研修を受講する機会を確保しなければならない。

(13) 設備及び備品等

基準第 20 条に掲げる設備及び備品等については、次の点に留意するものである。

① 指定居宅介護支援事業所には、事業の運営を行うために必要な面積を有する専用の事務室を設けることが望ましいが、他の事業の用に供するものと明確に区分される場合は、他の事業との同一の事務室であっても差し支えないこと。なお、同一事業所において他の事業を行う場合に、業務に支障がないときは、それぞれの事業を行うための区画が明確に特定されていれば足りるものとする。

② 専用の事務室又は区画については、相談、サービス担当者会議等に対応するのに適切なスペースを確保することとし、相談のためのスペース等は利用者が直接出入りできるなど利用しやすい構造とすること。

(掲示) 第 22 条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、介護支援専門員の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。 (秘密保持) 第 23 条 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。 2 指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員その他の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じなければならない。 3 指定居宅介護支援事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。 (広告) 第 24 条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものであってはならない。 (居宅サービス事業者等からの利益収受の禁止等) 第 25 条 指定居宅介護支援事業者及び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又は変	③ 指定居宅介護支援に必要な設備及び備品等を確保すること。ただし、他の事業所及び施設等と同一敷地内にある場合であって、指定居宅介護支援の事業及び当該他の事業所及び施設等の運営に支障がない場合は、当該他の事業所及び施設等に備え付けられた設備及び備品等を使用することができるものとする。 (14) 掲示 基準第 22 条は、基準第 4 条の規定により居宅介護支援の提供開始時に利用者のサービスの選択に資する重要事項（その内容については（1）参照）を利用者及びその家族に対して説明を行った上で同意を得ることとしていることに加え、指定居宅介護支援事業所への当該重要事項の掲示を義務づけることにより、サービス提供が開始された後、継続的にサービスが行われている段階においても利用者の保護を図る趣旨である。 (15) 秘密保持 ① 基準第 23 条第 1 項は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者に、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密の保持を義務づけたものである。 ② 同条第 2 項は、指定居宅介護支援事業者に対して、過去に当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者であった者が、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を取ることを義務づけたものであり、具体的には、指定居宅介護支援事業者は、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者が、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者の雇用時に取り決め、例えば違約金についての定めをおくなどの措置を講ずべきこととするものである。 ③ 同条第 3 項は、介護支援専門員及び居宅サービス計画に位置付けた各居宅サービスの担当者が課題分析情報等を通じて利用者の有する問題点や解決すべき課題等の個人情報を共有するためには、あらかじめ、文書により利用者及びその家族から同意を得る必要があることを規定したものであるが、この同意については、指定居宅介護支援事業者が、指定居宅介護支援開始時に、利用者及びその家族の代表から、連携するサービス担当者間で個人情報を共用することについて包括的に同意を得ることで足りるものである。 (16) 居宅サービス事業者等からの利益収受の禁止等
--	--

更に関し、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを位置付けるべき旨の指示等を行ってはならない。 2 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行ってはならない。 3 指定居宅介護支援事業者及びその従業者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、当該居宅サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。 (苦情処理) 第 26 条 指定居宅介護支援事業者は、自ら提供した指定居宅介護支援又は自らが居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等（第 6 項において「指定居宅介護支援等」という。）に対する利用者及びその家族	① 基準第 25 条第 1 項は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、指定居宅介護支援事業者及び指定居宅介護支援事業所の管理者が当該居宅介護支援事業所の介護支援専門員に利益誘導のために特定の居宅サービス事業者等によるサービスを位置付ける旨の指示等を行うことを禁じた規定である。これは、居宅サービス計画があくまで利用者の解決すべき課題に即したものでなければならないという居宅介護支援の公正中立の原則の遵守をうたったものであり、例えば、指定居宅介護支援事業者又は指定居宅介護支援事業所の管理者が、同一法人系列の居宅サービス事業者のみを位置付けるように指示すること等により、解決すべき課題に反するばかりでなく、事実上他の居宅サービス事業者の利用を妨げることを指すものである。また、介護支援専門員は、居宅介護支援費の加算を得るために、解決すべき課題に即さない居宅サービスを居宅サービス計画に位置付けることがあってはならない。ましてや指定居宅介護支援事業者及び指定居宅介護支援事業所の管理者は、当該居宅介護支援事業所の介護支援専門員に同旨の指示をしてはならない。 ② 同条第 2 項は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、利用者利益誘導のために特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行うことを禁じた規定である。これも前項に規定した指定居宅介護支援の公正中立の原則の遵守をうたったものであり、例えば、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、同一法人系列の居宅サービス事業者のみを利用するように指示すること等により、解決すべき課題に反するばかりでなく、事実上他の居宅サービス事業者の利用が妨げられることを指すものである。また、介護支援専門員は、居宅介護支援費の加算を得るために、解決すべき課題に即さない居宅サービスを居宅サービス計画に位置付けることがあってはならない。 ③ 同条第 3 項は、居宅介護支援の公正中立性を確保するために、指定居宅介護支援事業者及びその従業者が、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、当該居宅サービス事業者から、金品その他の財産上の利益を収受してはならないこととしたものである。 (17) 苦情処理 ① 基準第 26 条第 1 項は、利用者の保護及び適切かつ円滑な指定居宅介護支援、指定居宅サービス等の利用に資するため、自ら提供した指定居宅介護支援又は自らが居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等に対する
---	---

からの苦情に迅速かつ適切に対応しなければならない。 2 指定居宅介護支援事業者は、前項の苦情を受け付けた場合は、当該苦情の内容等を記録しなければならない。 3 指定居宅介護支援事業者は、自ら提供した指定居宅介護支援に関し、法第 23 条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。 4 指定居宅介護支援事業者は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しなければならない。 5 指定居宅介護支援事業者は、自らが居宅サービス計画に位置付けた法第 41 条第 1 項に規定する指定居宅サービス又は法第 42 条の 2 第 1 項に規定する指定地域密着型サービスに対する苦情の国民健康保険団体連合会への申立てに関して、利用者に対し必要な援助を行わなければならない。 6 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援等に対する利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う法第 176 条第 1 項第 3 号の調査に協力するとともに、自ら提供した指定居宅介護支援に関して国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。	利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応しなければならないこととしたものである。具体的には、指定居宅介護支援等についての苦情の場合には、当該事業者は、利用者又はその家族、指定居宅サービス事業者等から事情を聞き、苦情に係る問題点を把握の上、対応策を検討し必要に応じて利用者に説明しなければならないものである。 なお、介護保険法第 23 条の規定に基づき、市町村から居宅サービス計画の提出を求められた場合には、基準第 26 条第 3 項の規定に基づいて、その求めに応じなければならないものである。 ② 同条第 2 項は、苦情に対し指定居宅介護支援事業者が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情（指定居宅介護支援事業者が提供したサービスとは関係のないものを除く。）の内容等を記録することを義務づけたものである。 また、指定居宅介護支援事業者は、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を自ら行うべきである。 なお、基準第 29 条第 2 項の規定に基づき、苦情の内容等の記録は、2 年間保存しなければならない。 ③ 同条第 3 項は、介護保険法上、苦情処理に関する業務を行うことが位置付けられている国民健康保険団体連合会のみならず、住民に最も身近な行政庁である市町村が、一次的には居宅サービス等に関する苦情に対応することが多くなることと考えられることから、市町村についても国民健康保険団体連合会と同様に、指定居宅介護支援事業者に対する苦情に関する調査や指導、助言を行えることを運営基準上、明確にしたものである。 ④ なお、指定居宅介護支援事業者は、当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、相談窓口の連絡先、苦情処理の体制及び手順等を、利用申込者にサービスの内容を説明する文書に記載するとともに、事業所に掲示するべきものである。
---	---

7 指定居宅介護支援事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。 (事故発生時の対応) 第 27 条 指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。 2 指定居宅介護支援事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。 3 指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行わなければならない。 (会計の区分) 第 28 条 指定居宅介護支援事業者は、事業所ごとに経理を区分するとともに、指定居宅介護支援の事業の会計とその他の事業の会計とを区分しなければならない。 (記録の整備) 第 29 条 指定居宅介護支援事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。 2 指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から 2 年間保存しなければならない。 一 第 13 条第 13 号に規定する指定居宅サービス事業者等との連絡調整に関する記録 二 個々の利用者ごとに次に掲げる事項を記載した居宅介護支援台帳 イ 居宅サービス計画 ロ 第 13 条第 7 号に規定するアセスメントの結果の記録	(18) 事故発生時の対応 基準第 27 条は、利用者が安心して指定居宅介護支援の提供を受けられるよう事故発生時の速やかな対応を規定したものである。指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族等に連絡し、必要な措置を講じるべきこととともに、当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、また、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うべきこととしたものである。 なお、基準第 29 条第 2 項の規定に基づき、事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録は、2 年間保存しなければならない。 このほか、以下の点に留意されたい。 ① 指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合の対応方法について、あらかじめ定めておくことが望ましいこと。 ② 指定居宅介護支援事業者は、賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償しなければならない。そのため、事業者は損害賠償保険に加入しておくか若しくは賠償資力を有することが望ましいこと。 ③ 指定居宅介護支援事業者は、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じること。 (19) 会計の区分 基準第 28 条は、指定居宅介護支援事業者に係る会計の区分について定めたものである。なお、具体的な会計処理の方法等については、別に通知するところによるものである。
---	---

ハ 第 13 条第 9 号に規定するサービス担当者会議等の記録 ニ 第 13 条第 14 号に規定するモニタリングの結果の記録 三 第 16 条に規定する市町村への通知に係る記録 四 第 26 条第 2 項に規定する苦情の内容等の記録 五 第 27 条第 2 項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録 第 4 章 基準該当居宅介護支援に関する基準 (準用) 第 30 条 第 1 条の 2、第 2 章及び第 3 章(第 26 条第 6 項及び第 7 項を除く。)の規定は、基準該当居宅介護支援の事業について準用する。この場合において、第 4 条第 1 項中「第 18 条」とあるのは「第 30 条において準用する第 18 条」と、第 10 条第 1 項中「指定居宅介護支援(法第 46 条第 4 項の規定に基づき居宅介護サービス計画費(法第 46 条第 2 項に規定する居宅介護サービス計画費をいう。以下同じ。)が当該指定居宅介護支援事業者を支払われる場合に係るものを除く。)」とあるのは「基準該当居宅介護支援」と、「居宅介護サービス計画費の額」とあるのは「法第 47 条第 3 項に規定する特例居宅介護サービス計画費の額」と読み替えるものとする。 附 則 この省令は、平成 12 年 4 月 1 日から施行する。 附 則 (平成 12 年 2 月 21 日厚生省令第 12 号) この省令は、平成 12 年 4 月 1 日から施行する。 附 則 (平成 12 年 12 月 8 日厚生省令第 141 号) 抄 (施行期日) 第 1 条 この省令は、平成 14 年 1 月 1 日から施行する。ただし、第二条及び第四条の規定は、平成 13 年 1 月 1 日から施行する。 附 則 (平成 13 年 3 月 26 日厚生労働省令第 6 号) 抄 (施行期日) 1 この省令は、書面の交付等に関する情報通信の技術の利用のための関係法律の整備に関する法律の施行の日(平成 13 年 4 月 1 日)から施行する。 附 則 (平成 15 年 3 月 14 日厚生労働省令第 29 号) この省令は、平成 15 年 4 月 1 日から施行する。 附 則 (平成 18 年 3 月 14 日厚生労働省令第 33 号) 抄 (施行期日) 第 1 条 この省令は平成 18 年 4 月 1 日から施行する。 (指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準の一部改正に伴う経過措置) 第 7 条 平成 17 年改正法不測第 10 条第 1 項の規定により指定居宅介護支援事業者とみなされた者が指定居宅介護支援の事業を行う事業所については、第四条によ	4 基準該当居宅介護支援に関する基準 基準第 1 条の 2、第 2 章及第 3 章(第 26 条第 6 項及び第 7 項を除く。)の規定は、基準該当居宅介護支援の事業について準用されるため、1 から 3 まで(「基本方針」「人員に関する基準」及び「運営に関する基準」)を参照されたい。この場合において、準用される基準第 10 条第 1 項の規定は、基準該当居宅介護支援事業者が利用者から受領する利用料と、原則として特例居宅介護サービス計画費との間に不合理な差異が生じることを禁ずることにより、基準該当居宅介護支援についても原則として利用者負担が生じないこととする趣旨であることに留意されたい。
---	--

る改正後の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（以下「指定居宅介護支援等新基準」という。）第3条第2項の規定にかかわらず、平成19年3月31日までの間は、当該指定居宅介護支援事業所の管理者は、介護支援専門員でない場合であっても当該職務に従事することができる。

第8条 平成17年改正法附則第10条第1項の規定により指定居宅介護支援事業者とみなされた者が事業を行う指定居宅介護支援の事業を行う事業所については、指定居宅介護支援等新基準第13条第25号の規定にかかわらず、平成19年3月31日までの間は、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利用者の数の上限については適用しない。

附 則 （平成18年9月8日厚生労働省令第156号）

この省令は、公布の日から施行する。

附 則 （平成20年8月29日厚生労働省令第135号）

この省令は、平成20年9月1日から施行する。

附 則 （平成21年3月30日厚生労働省令第54号） 抄

（施行期日）

第1条 この省令は、介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律（平成20年法律第42号）の施行の日（平成21年5月1日）から施行する。

附 則 （平成24年1月30日厚生労働省令第11号） 抄

（施行期日）

第1条 この省令は、平成24年4月1日から施行する。

附 則 （平成24年3月13日厚生労働省令第30号） 抄

（施行期日）

第1条 この省令は、平成24年4月1日から施行する。

附 則 （平成25年9月13日厚生労働省令第105号）

この省令は、平成26年4月1日から施行する。

附 則 （平成27年1月16日厚生労働省令第4号） 抄

（施行期日）

第1条 この省令は、平成27年4月1日から施行する。

附 則 （平成28年2月5日厚生労働省令第14号） 抄

（施行期日）

第1条 この省令は、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（以下「整備法」という。）附則第1条第6号に掲げる施行の日（平成28年4月1日）から施行する。

参考資料 2
「ケアマネジメントプロセス質の向上」に関する
意識調査結果（抜粋）

「ケアマネジメントプロセス質の向上」に関する意識調査結果（抜粋）

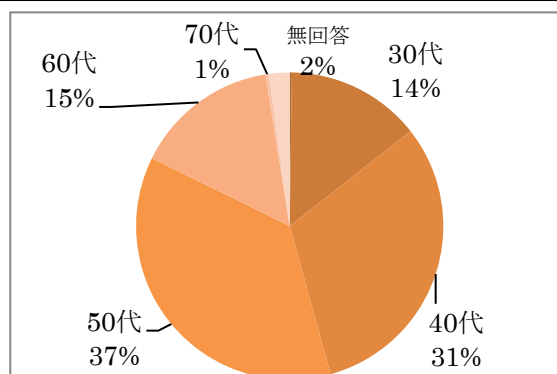
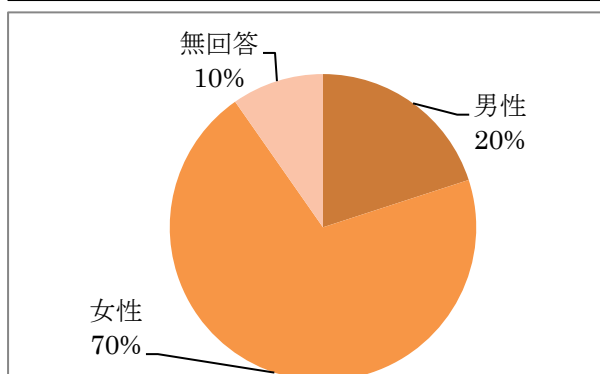
1. 調査の概要

項目	概要
目的	「プロセス支援マニュアル」の作成及び「適切なケアマネジメントプロセス研修」を開催するための基礎資料を得る目的として実施。
対象	県内の居宅介護支援事業所管理者 452 名、介護支援専門員 1271 名
時期・方法	平成 29 年 8 月 28 日～10 月 2 日実施。調査票を郵送し、FAX にて返信。
回収数(率)	居宅介護支援事業所管理者 243 件 (54%)、介護支援専門員 867 件 (68%)

2. 属性

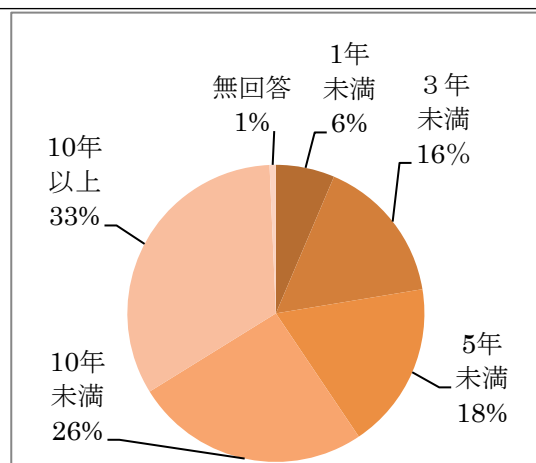
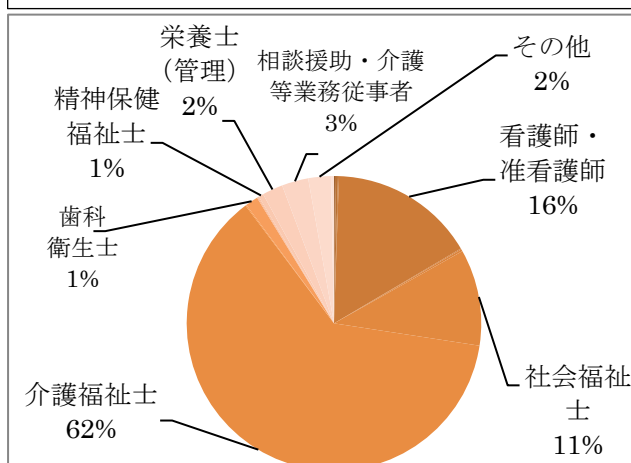
(1) 性別・年代

- ・回答者のうち「女性」が 7 割。
- ・年代別にみると「50 代」が最も多く、全体の 8 割が 40 代以上。



(2) 基礎資格・実務経験年数

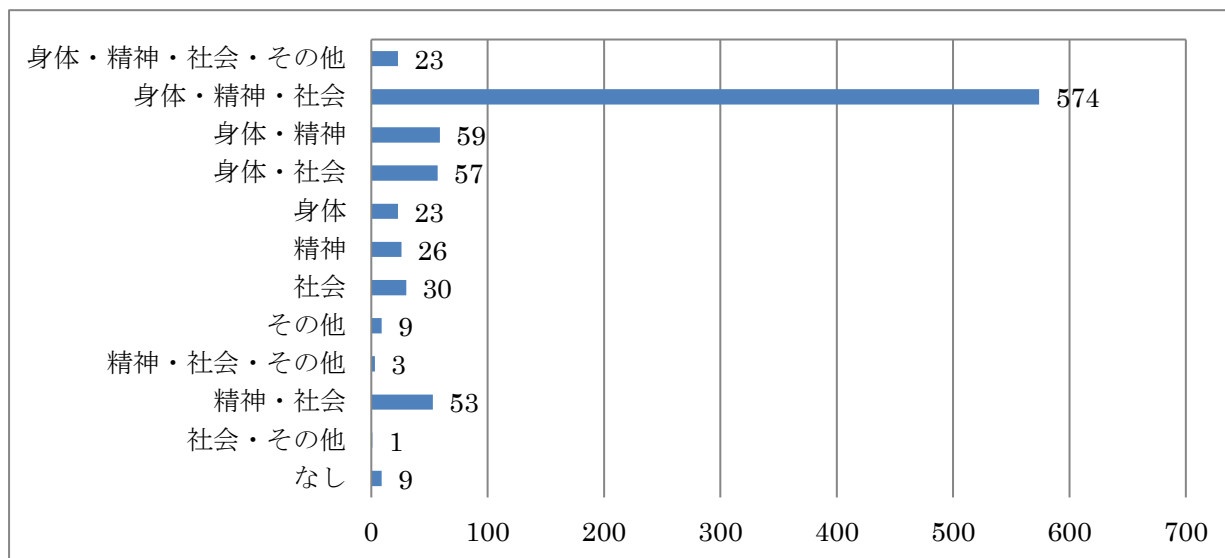
- ・「介護福祉士」が最も多く、次いで「看護師・准看護師」、「社会福祉士」が多い。



3. 調査結果

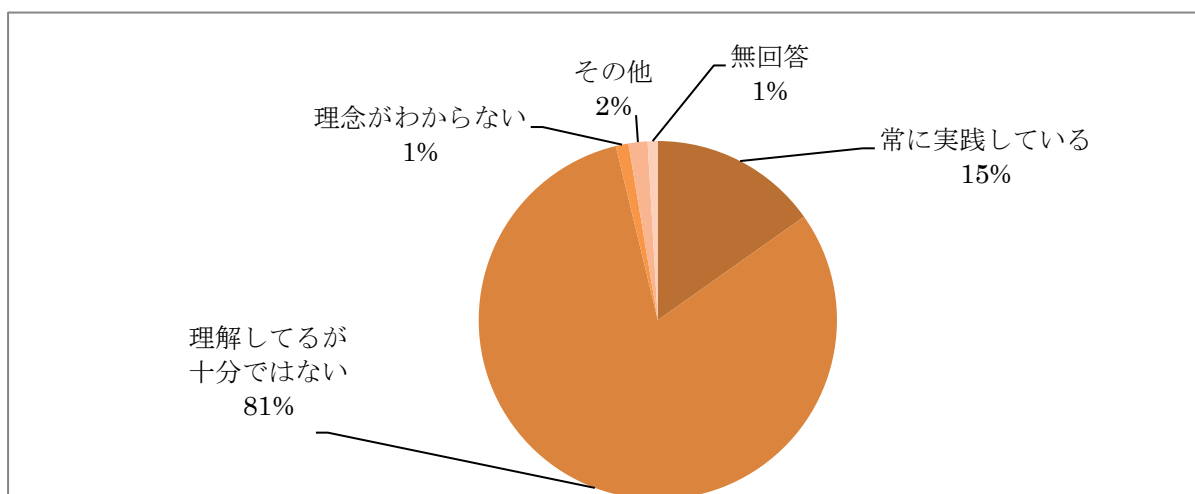
(1) 「自立支援」の考え方

・「身体・精神・社会」の自立であると回答した人が最も多く、自立支援のとらえ方に大きな差は見られません。



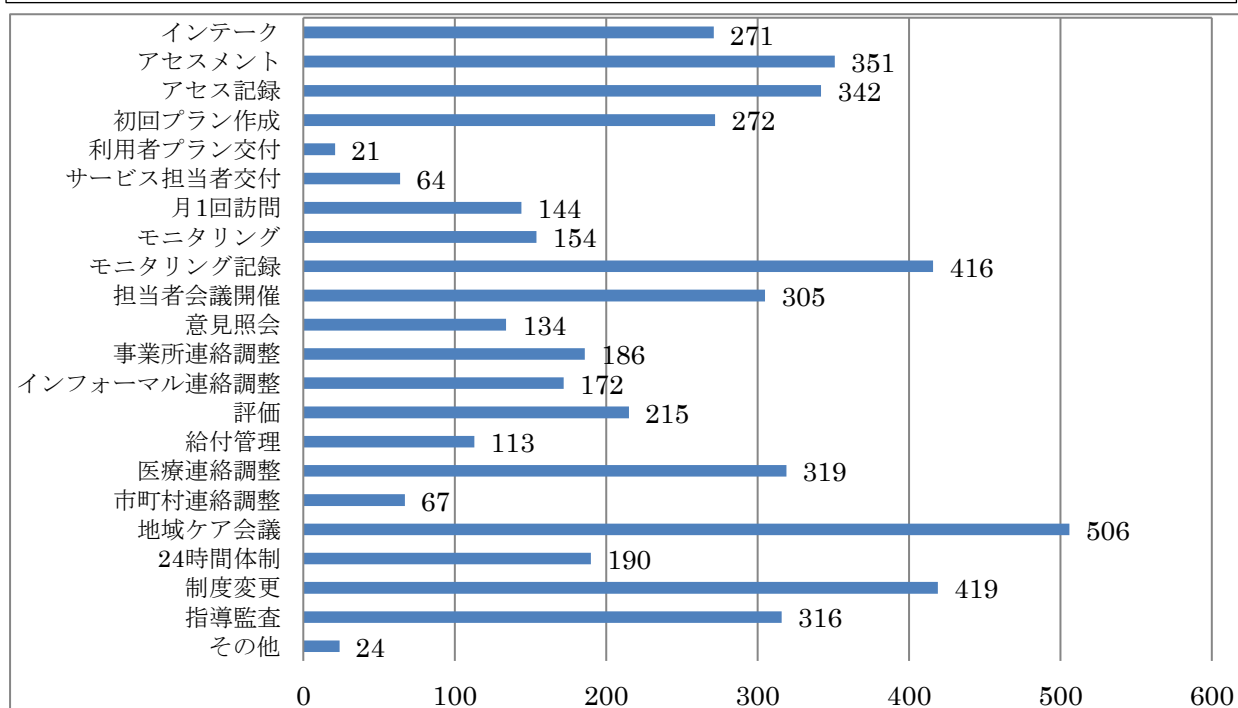
(2) 自立支援に資するケアマネジメント実践

・9割以上が自立支援の基本理念を理解し実践に取り組んでいます、常に実践していると回答したのは2割弱となっています。



(3) ケアマネジメントプロセスにおける負担感の大きい業務

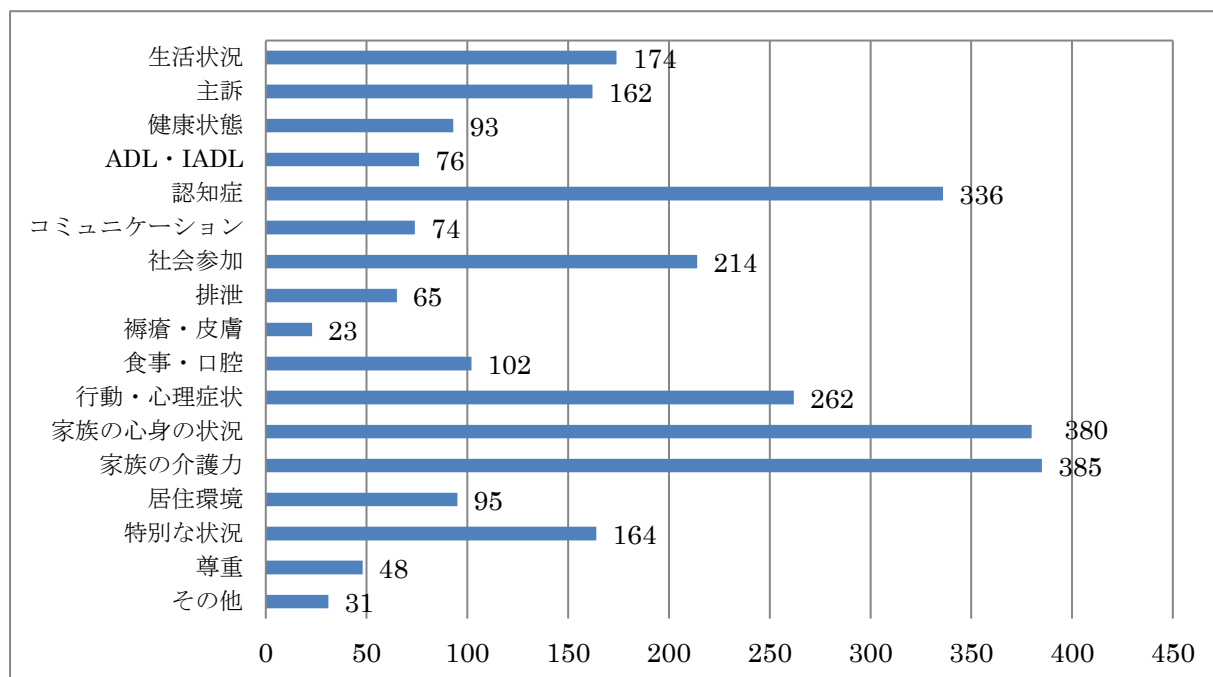
- ・負担感の大きい業務は、「地域ケア会議」が最も多くなっていますが、ケアマネジメントプロセスの中では、「モニタリング記録」「アセスメント」「医療連絡調整」が多くなっています。
- ・実務経験1年未満では、「インテーク」「アセスメント」「初回プラン作成」が多くなっています。
- ・「医療連絡調整」は、経験年数での差がなく、経験年数が高くても負担を感じている状況が伺えます。



	1年未満	3年未満	5年未満	10年未満	10年以上	全体
インテーク	30 8.1%	45 5.9%	52 5.6%	68 5.2%	76 4.5%	271 5.4%
アセスメント	36 9.7%	56 7.3%	62 6.7%	84 6.4%	111 6.5%	351 7.0%
アセス記録	16 4.3%	55 7.2%	63 6.8%	80 6.1%	127 7.5%	342 6.8%
初回プラン作成	40 10.8%	51 6.7%	63 6.8%	81 6.2%	111 6.5%	272 5.4%
利用者プラン交付	6 1.6%	2 0.3%	5 0.5%	3 0.2%	5 0.3%	21 0.4%
サービス担当者交付	7 1.9%	6 0.8%	19 2.1%	15 1.1%	17 1.0%	64 1.3%
月1回訪問	6 1.6%	17 2.2%	32 3.5%	30 2.3%	29 1.7%	144 2.9%
モニタリング	10 2.7%	22 2.9%	41 4.4%	36 2.7%	55 3.2%	154 3.1%
モニタリング記録	15 4.0%	70 9.1%	75 8.1%	106 8.1%	159 9.4%	416 8.3%
担当学会議開催	11 3.0%	41 5.4%	73 5.7%	90 6.8%	89 5.2%	305 6.1%
意見照会	8 2.2%	25 3.3%	20 2.2%	40 3.0%	39 2.3%	134 2.7%
事業所連絡調整	22 5.9%	34 4.4%	27 2.9%	49 3.7%	54 3.2%	186 3.7%
インフォーマル連絡調整	19 5.1%	16 2.1%	33 3.6%	49 3.7%	53 3.1%	172 3.4%
評価	11 3.0%	26 3.4%	35 3.8%	41 3.1%	70 4.1%	215 4.3%
給付管理	24 6.5%	19 2.5%	20 2.2%	31 2.4%	29 1.7%	113 2.3%
医療連絡調整	30 8.1%	62 8.1%	77 8.3%	106 8.1%	132 7.3%	319 6.4%
市町村連絡調整	9 2.4%	10 1.3%	12 1.3%	20 1.5%	16 0.9%	67 1.3%
地域ケア会議	27 7.3%	78 10.2%	92 9.9%	130 9.9%	173 10.2%	506 10.1%
24時間体制	8 2.2%	23 3.0%	33 3.6%	54 4.1%	67 4.0%	190 3.8%
制度変更	27 7.3%	62 8.1%	59 6.4%	109 8.3%	154 9.1%	419 8.4%
指導監査	10 2.7%	43 5.6%	50 5.4%	82 6.2%	123 7.3%	316 6.3%
その他	0 0.0%	3 0.4%	2 0.2%	12 0.9%	7 0.4%	24 0.5%

(4) ケアマネジメントプロセスの困難点 (アセスメント・モニタリング)

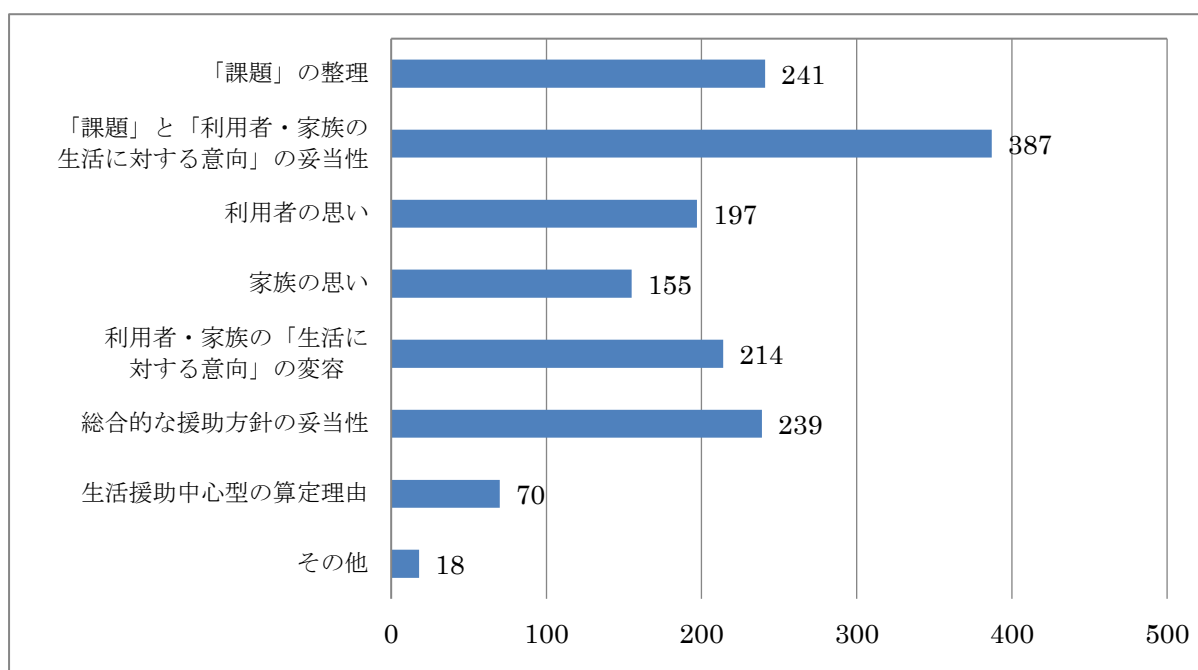
- ・「家族の介護力」が最も多く、次いで「家族の心身の状況」、「認知症」が多くなっています。
- ・実務経験1年未満では、他の経験年数に比べて「生活状況」、「ADL・IADL」、「コミュニケーション」が多くなっています。



	1年未満	3年未満	5年未満	10年未満	10年以上	不明	全体
生活状況	22 9.8%	27 6.3%	28 5.8%	47 6.7%	50 6.0%	0 0.0%	174 6.5%
主訴	14 6.2%	27 6.3%	36 7.5%	52 7.4%	33 3.9%	0 0.0%	162 6.0%
健康状態	8 3.6%	15 3.5%	18 3.8%	22 3.1%	30 3.6%	0 0.0%	93 3.5%
ADL・IADL	9 4.0%	17 4.0%	13 2.7%	17 2.4%	20 2.4%	0 0.0%	76 2.8%
認知症	30 13.3%	49 11.4%	47 9.8%	92 13.1%	116 13.9%	2 15.4%	336 12.5%
コミュニケーション	10 4.4%	15 3.5%	10 2.1%	21 3.0%	18 2.2%	0 0.0%	74 2.8%
社会参加	22 9.8%	39 9.1%	48 10.0%	47 6.7%	58 6.9%	0 0.0%	214 8.0%
排泄	4 1.8%	8 1.9%	14 2.9%	11 1.6%	28 3.3%	0 0.0%	65 2.4%
褥瘡・皮膚	1 0.4%	7 1.6%	7 1.5%	2 0.3%	6 0.7%	0 0.0%	23 0.9%
食事・口腔	6 2.7%	13 3.0%	22 4.6%	25 3.6%	36 4.3%	0 0.0%	102 3.8%
行動・心理症状	23 10.2%	45 10.5%	43 9.0%	56 8.0%	91 10.9%	4 30.8%	262 9.8%
家族の心身状況	26 11.6%	54 12.6%	72 15.0%	109 15.5%	117 14.0%	2 15.4%	380 14.2%
家族の介護力	23 10.2%	64 15.0%	65 13.6%	108 15.4%	122 14.6%	3 23.1%	385 14.3%
居住環境	8 3.6%	12 2.8%	19 4.0%	29 4.1%	27 3.2%	0 0.0%	95 3.5%
特別な状況	15 6.7%	27 6.3%	25 5.2%	42 6.0%	53 6.3%	2 15.4%	164 6.1%
尊重	4 1.8%	6 1.4%	10 2.1%	12 1.7%	16 1.9%	0 0.0%	48 1.8%
その他	0 0.0%	3 0.7%	2 0.4%	11 1.6%	15 1.8%	0 0.0%	31 1.2%

(5) ケアマネジメントプロセスの困難点（居宅サービス計画書第1表）

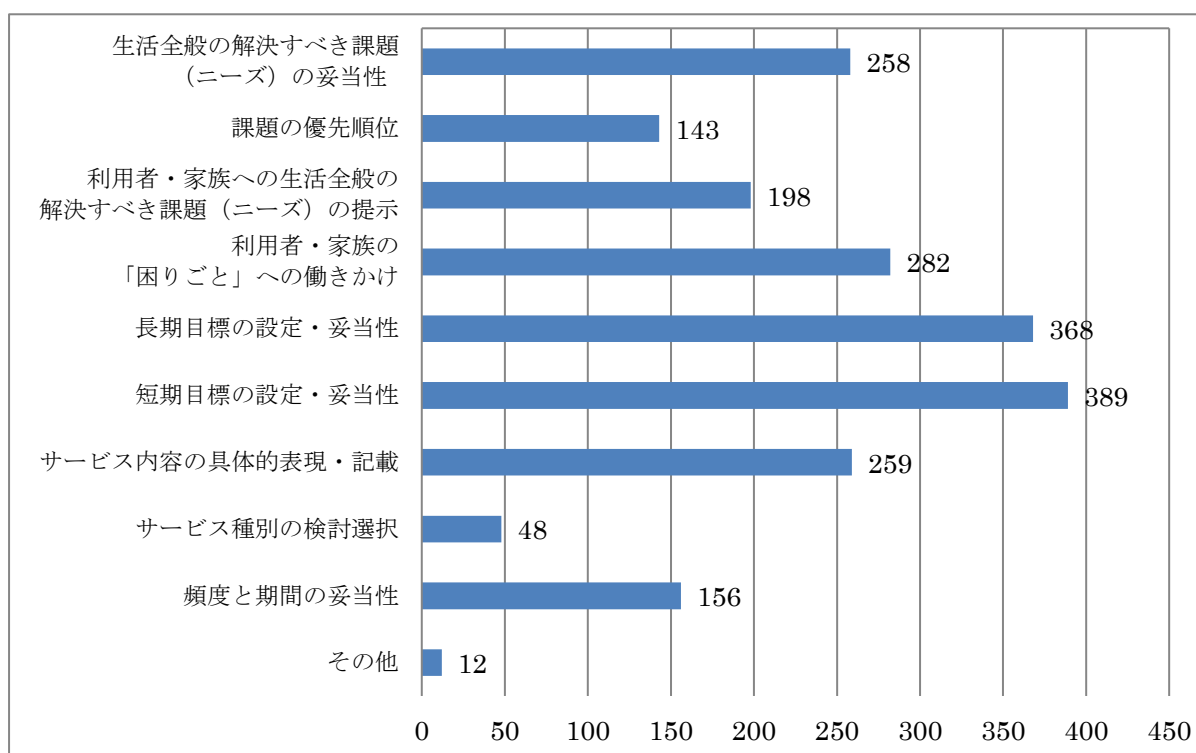
- ・「課題と利用者・家族の生活に対する意向の妥当性」が最も多く、次いで「課題の整理」、「総合的な援助方針の妥当性」が多くなっています。
- ・実務経験1年未満では、他の経験年数に比べて「利用者・家族の生活に対する意向の変容」が多くなっています。



	1年未満	3年未満	5年未満	10年未満	10年以上	不明	全体
「課題」の整理	20 16.4%	45 19.3%	46 18.2%	59 14.1%	71 14.5%	0 0.0%	241 15.8%
「課題」と「利用者・家族の生活に対する意向」の妥当性	25 20.5%	52 22.3%	71 28.1%	106 25.4%	131 26.7%	2 40.0%	387 25.4%
利用者の思い	12 9.8%	33 14.2%	27 10.7%	61 14.6%	64 13.1%	0 0.0%	197 13.0%
家族の思い	12 9.8%	25 10.7%	18 7.1%	55 13.2%	44 9.0%	1 20.0%	155 10.2%
利用者・家族の「生活に対する意向」の変容	22 18.0%	28 12.0%	37 14.6%	58 13.9%	68 13.9%	1 20.0%	214 14.1%
総合的な援助方針の妥当性	20 16.4%	39 16.7%	45 17.8%	56 13.4%	78 15.9%	1 20.0%	239 15.7%
生活援助中心型の算定理由	10 8.2%	10 4.3%	7 2.8%	18 4.3%	25 5.1%	0 0.0%	70 4.6%
その他	1 0.8%	1 0.4%	2 0.8%	5 1.2%	9 1.8%	0 0.0%	18 1.2%

(6) ケアマネジメントプロセスの困難点（居宅サービス計画書第2表）

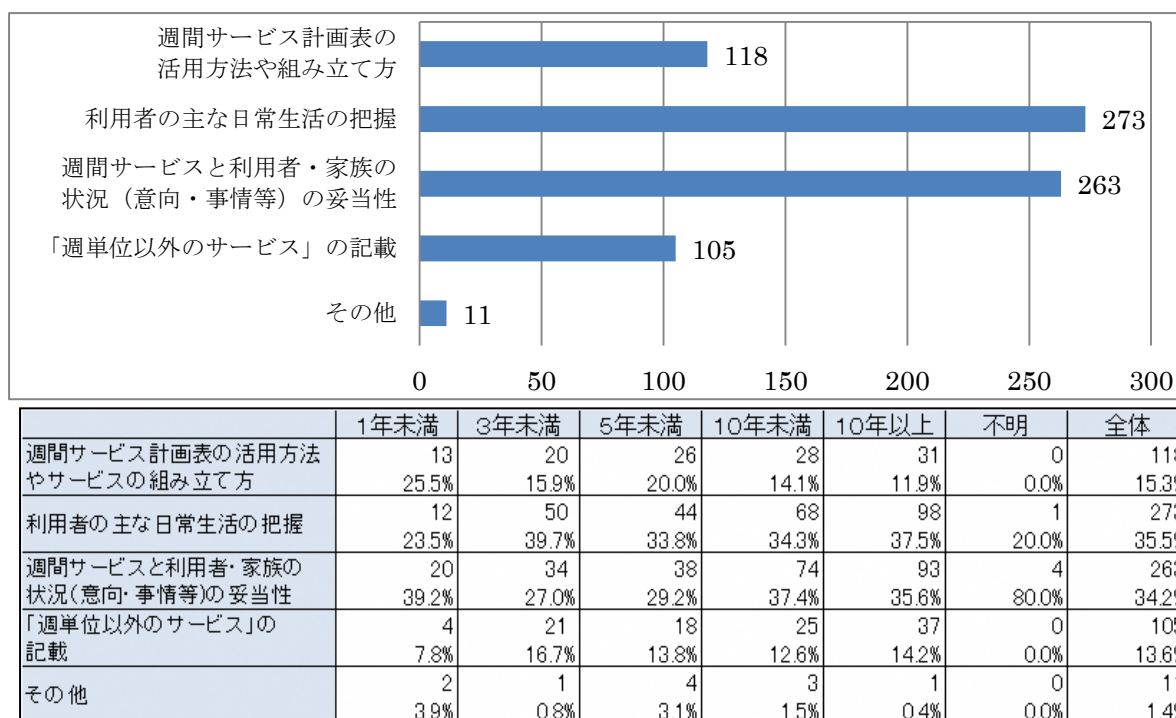
- ・「短期目標の設定・妥当性」が最も多く、次いで「長期目標の設定・妥当性」、「利用者・家族の困りごとへの働きかけ」が多くなっています。
- ・「短期目標の設定・妥当性」「長期目標の設定・妥当性」は、実務経験での差はなく、すべての経験年数で困難と回答している人が多くなっています。
- ・実務経験1年未満では、他の経験年数に比べて「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の妥当性」「サービス種別の検討選択」が多く、「利用者、家族の困りごとへの働きかけ」は少なくなっています。



	1年未満	3年未満	5年未満	10年未満	10年以上	不明	全体
生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の妥当性	25 15.8%	41 12.3%	46 11.2%	64 11.4%	81 12.6%	1 10.0%	258 12.2%
課題の優先順位	11 7.0%	27 8.1%	31 7.6%	34 6.1%	39 6.1%	1 10.0%	143 6.8%
利用者・家族への生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の提示	18 11.4%	31 9.3%	43 10.5%	53 9.5%	52 8.1%	1 10.0%	198 9.4%
利用者・家族の「困りごと」への働きかけ	18 11.4%	50 15.0%	62 15.1%	74 13.2%	77 12.0%	1 10.0%	282 13.3%
長期目標の設定・妥当性	23 14.6%	52 15.6%	71 17.3%	100 17.9%	119 18.5%	3 30.0%	368 17.4%
短期目標の設定・妥当性	24 15.2%	55 16.5%	78 19.0%	109 19.5%	121 18.8%	2 20.0%	389 18.4%
サービス内容の具体的表現・記載	21 13.3%	44 13.2%	47 11.5%	69 12.3%	78 12.1%	0 0.0%	259 12.3%
サービス種別の検討選択	7 4.4%	6 1.8%	8 2.0%	17 3.0%	10 1.6%	0 0.0%	48 2.3%
頻度と期間の妥当性	10 6.3%	23 6.9%	23 5.6%	39 7.0%	60 9.3%	1 10.0%	156 7.4%
その他	1 0.6%	4 1.2%	1 0.2%	1 0.2%	5 0.8%	0 0.0%	12 0.6%

(7) ケアマネジメントプロセスの困難点（週間サービス計画表）

- ・「利用者の主な日常生活の把握」が最も多く、次いで「週間サービスと利用者・家族の状況（意向・事情等）の妥当性」が多くなっています。
- ・実務経験1年未満では、他の経験年数に比べて「週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方」、「週間サービス計画と利用者・家族の状況（意向・状況等）の妥当性」が多くなっています。



4. まとめ

経験年数が浅い人では、他の経験年数に比べてケアマネジメントプロセスの基本的事項に困難を感じていることがわかりました。具体的には、アセスメントの「生活状況」、「ADL・IADL」の項目や、居宅サービス計画の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の妥当性」、「サービス種別の検討選択」、「週間サービス計画表の活用やサービスの組み立て方」に困難を感じていました。一方、「家族の介護力」や「利用者・家族の困りごとへの働きかけ」は困難と回答した人が少なかったことから、家族の介護力の把握や、困りごとの解決に向けた支援を行う視点が十分でないことが推測されます。指導者はこの点を十分考慮し、指導していく必要があります。

経験年数に差がなかったのは、アセスメントでは「家族の介護力」や「家族の心身状況の把握」、居宅サービス計画では「短期（長期）目標の設定や妥当性」であり、経験年数が高くても困難を感じていることがわかりました。今後は研修等で、主たる介護者を含めた家族の介護力や介護負担、介護の知識等をアセスメントする具体的な方法を学ぶことや、居宅サービス計画作成において一番重要となる、目標設定の根拠と妥当性を学ぶ取り組みが必要と考えます。

【問11】 自身の事業所の主任介護支援専門員の配置による効果を教えてください。（番号に○・複数回答可）

- ① 日常の業務について相談がしやすくなった
- ② 困難事例の対応の負担が軽減された
- ③ ケアマネジメントの各プロセスについて指導・助言が得られる
- ④ 他職種との連携が円滑になった
- ⑤ 事業所全体のケアマネジメントの質が向上した
- ⑥ 特に効果はない
- ⑦ 主任介護支援専門員がいない
- ⑧ その他（ ）

【問12】 ケアマネジメントプロセスの質の向上に対しての取り組みや課題について教えてください。（自由記述）

【問13】 介護支援専門員の資質向上に対する取り組みについて教えてください。（自由記述）

【問14】スーパービジョン（人材育成・教育・研修等）の取り組みについて教えてください。（自由記述）

【問15】 その他、ケアマネジメントプロセス質の向上に関するご意見等がございましたら、記載をお願い致します。

ご協力ありがとうございました。

大分県高齢者福祉課 ・ 大分市長寿福祉課 ・ 大分県介護支援専門員協会
ケアマネジメントプロセス質の向上支援委員会（事務局）大分県介護支援専門員協会
〒870-1133 大分県大分市宮崎1367-1 甲斐ビル215号
FAX : 097-504-7501

- ⑩ サービス担当者会議の開催 ⑪ サービス担当者会議の意見照会 ⑫ サービス事業者との連絡・調整
 ⑬ インフォーマルサービスの連絡・調整 ⑭ 目標の達成状況の評価 ⑮ 給付管理業務
 ⑯ 医療機関・主治医との連絡・調整 ⑰ 市町村との連絡・調整 ⑱ 地域ケア会議への参加
 ⑲ 24時間体制による緊急対応 ⑳ 制度の変更に伴う情報等の把握と利用者への説明
 ㉑ 指導監査等に対応するための諸準備 ㉒ その他 ()

【問11】 サービス計画書作成の困難点を教えてください。(番号に○・複数回答可)

1) アセスメント(再アセスメント・モニタリング含む)

- ① 生活状況 ② 主訴 ③ 健康状態 ④ ADL・IADL ⑤ 認知症 ⑥ コミュニケーション ⑦ 社会参加
 ⑧ 排泄 ⑨ 褥瘡・皮膚 ⑩ 食事・口腔 ⑪ 行動・心理症状 ⑫ 家族の心身の状況 ⑬ 家族の介護力
 ⑭ 居住環境 ⑮ 特別な状況 ⑯ 尊重 ⑰ その他 ()

2) 居宅サービス計画書(1)

- ① 「課題」の整理 ② 「課題」と「利用者及び家族の生活に対する意向」の妥当性 ③ 利用者の思い
 ④ 家族の思い ⑤ 利用者及び家族の「生活に対する意向」の変容 ⑥ 総合的な援助の方針の妥当性
 ⑦ 生活援助中心型の算定理由 ⑧ その他 ()

3) 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)の妥当性 ② 課題の優先順位
 ③ 利用者・家族への生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の提示 ④ 利用者・家族の「困りごと」への働きかけ
 ⑤ 長期目標の設定・妥当性 ⑥ 短期目標の設定・妥当性 ⑦ サービス内容の具体的表現・記載
 ⑧ サービス種別の検討選択 ⑨ 頻度と期間の妥当性 ⑩ その他 ()

4) 週間サービス計画書

- ① 週間サービス計画書の活用方法やサービスの組み立て方 ② 利用者の主な日常生活の把握
 ③ 週間サービスと利用者・家族の状況(意向・事情等)の妥当性 ④ 「週単位以外のサービス」の記載
 ⑤ その他 ()

【問12】 介護支援専門員業務の継続意向(続けたいと思う)について教えてください。(番号に○)

- ① 良く思う ② ととき・たまに思う ③ どちらでもない ④ あまり思わない ⑤ 思わない

【問13】 あなたは制度運営での地域(市町村)間格差はあると思いますか。(番号に○・自由記述)

- ① 地域間格差はある ② 地域間格差はない ③ わからない

【問14】 あなたの介護支援専門員としての資質向上について教えてください。(自由記述)

【問15】 その他ケアマネジメントプロセス質の向上に関するご意見等がございましたら、記載をお願いします。

ご協力ありがとうございました。

大分県高齢者福祉課・大分市長寿福祉課・大分県介護支援専門員協会
 ケアマネジメントプロセス質の向上支援委員会(事務局)大分県介護支援専門員協会
 〒870-1133 大分県大分市宮崎1367-1 甲斐ビル215号 FAX: 097-504-7501

あとかき

～ケアマネジメントプロセス質の向上支援委員会の取り組み～

1. 目的

介護を社会全体の課題としてとらえる介護保険制度は、社会状況の変化に対応して、その役割も多様化してきました。地域包括ケアシステム構築の推進においても介護支援専門員は、コーディネート役として期待されるなど様々な役割が求められています。

しかし、一方では、介護支援専門員に対して、以下のような課題が考えられてきました。

- ① 介護保険の理念である「自立支援」の考え方が、十分共有されていない。
- ② 利用者像や課題に応じた適切なケアマネジメントプロセスが必ずしも十分ではない。
- ③ 介護支援専門員の中立・公平性の確保、地域における実践的な場での学び、有効なスーパーバイズ機能、能力向上の支援が必ずしも十分ではない。

そこで、大分県介護支援専門員協会は大分県と大分市と協働して平成29年7月に「ケアマネジメントプロセス質の向上支援委員会」（以下、支援委員会と記す）を設け、介護支援専門員の適切なケアマネジメントプロセスを支援することで、介護支援専門員が主体的にサービス計画を見直し、質の向上に資するケアマネジメントの実践に繋がる支援体制の構築を目的としました。

2. 活動内容

- ① 介護支援専門員の主体的なサービス計画等の見直しを促し、ケアマネジメントプロセスの質の向上を図るためのプロセス支援マニュアルの作成による支援（＝大分県下における指導・支援の標準化のための指針）
- ② 適切なケアマネジメントプロセスのための研修会の開催

この9ヶ月間、私たちは大分県で働く現場の介護支援専門員の皆さんに、どうすれば支援につながるかを考え、委員会の活動に携わってきました。最初にケアマネジメントプロセスとは？と問われたとき、日頃あまり疑問を持たずに業務を行っていたことに気づかされました。そこからどのような取り組みを行っていくのか考え、協力して作業を進めてきました。質の向上が問われている今、介護支援専門員に期待される役割や業務を振り返る中で、できるだけ多くの方にこの支援マニュアルを活用していただきたいと願っています。

～ ケアマネジメントプロセス質の向上支援委員会 委員名簿 ～

【 委員会 】 ◎：委員長

◎工藤 修一	県協会	大分県介護支援専門員協会
阿部 剛	大分県	大分県高齢者福祉課 介護保険推進班
菊田 和子	大分市	大分市長寿福祉課 地域支援担当班

【 委員会・作業部会 】 ○：作業部会長

○相部 真也	県協会	介護保険サービスセンターメルヘン（九重町）
越智 礼子	県協会	大在地域包括支援センター（大分市）
小野 育代	県協会	介護保険サービスセンター柞原の里（大分市）
古賀 周一郎	県協会	介護予防相談支援センター富士見が丘（大分市）
國部 昭夫	県協会	南海医療センター附属居宅介護支援センター（佐伯市）
佐藤 恵	県協会	大東地域包括支援センター（大分市）
中嶋 保恵	県協会	老人保健施設六和会センテナリアン（日田市）
仲間 俊行	県協会	わかば介護保険サービスセンター（由布市）
野中 宏晃	県協会	介護相談所たいじゅ（中津市）
三浦 紀代美	県協会	ライフサポート愛和（大分市）
吉田 留美	県協会	介護保険サービスセンター「暖家」（由布市）
西畠 公貴	大分県	大分県高齢者福祉課 介護保険推進班
甲斐 ひとみ	大分市	大分市長寿福祉課 地域支援担当班

【 事務局 】

永楽 弘毅	県協会	地域密着型特別養護老人ホーム花月園（日田市）
時枝 琢二	県協会	大分県認知症疾患医療センター千嶋病院（豊後高田市）
豊田 めぐみ	県協会	介護保険サービスセンターいのべ（大分市）
本多 大二郎	県協会	ケアステーション玄々堂（宇佐市）

平成30年3月現在

ケアマネジメントプロセス支援マニュアル

平成30年4月 発行

編集 ケアマネジメントプロセス質の向上支援委員会

監修 大分県

発行 特定非営利活動法人 大分県介護支援専門員協会

〒870-1133 大分県大分市大字宮崎 1367 番地 1 甲斐ビル 215 号

TEL 097-504-7500 FAX 097-504-7501

URL : <http://oita-care-manager.com>