

＜サービス計画自己作成を希望される方へ＞

居宅介護支援（ケアマネジメント）とは

- ・ 居宅介護支援とは、要介護状態となった場合であっても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて自立した生活を営むことが出来るように配慮し、利用者の心身の状態や置かれている環境等に応じて保健・医療・福祉にわたるサービス等が、総合的かつ効果的に提供されるよう配慮して行うものです。
- ・ その重要性から、保険給付率についても、特に 10 割とされており、利用者の自己負担は無しとなっています。
- ・ 居宅介護支援を行うためには専門性が望まれ、また、その事務が煩雑であることから、介護支援専門員による作成を基本としています。

自己作成にあたっての手順

1) 事前相談

① 市への相談

- ・ 自己作成によるサービス利用を希望される場合は、あらかじめ市に相談し、必要書類の交付や、手順の説明を受けていただきます。

② サービス提供事業者への相談

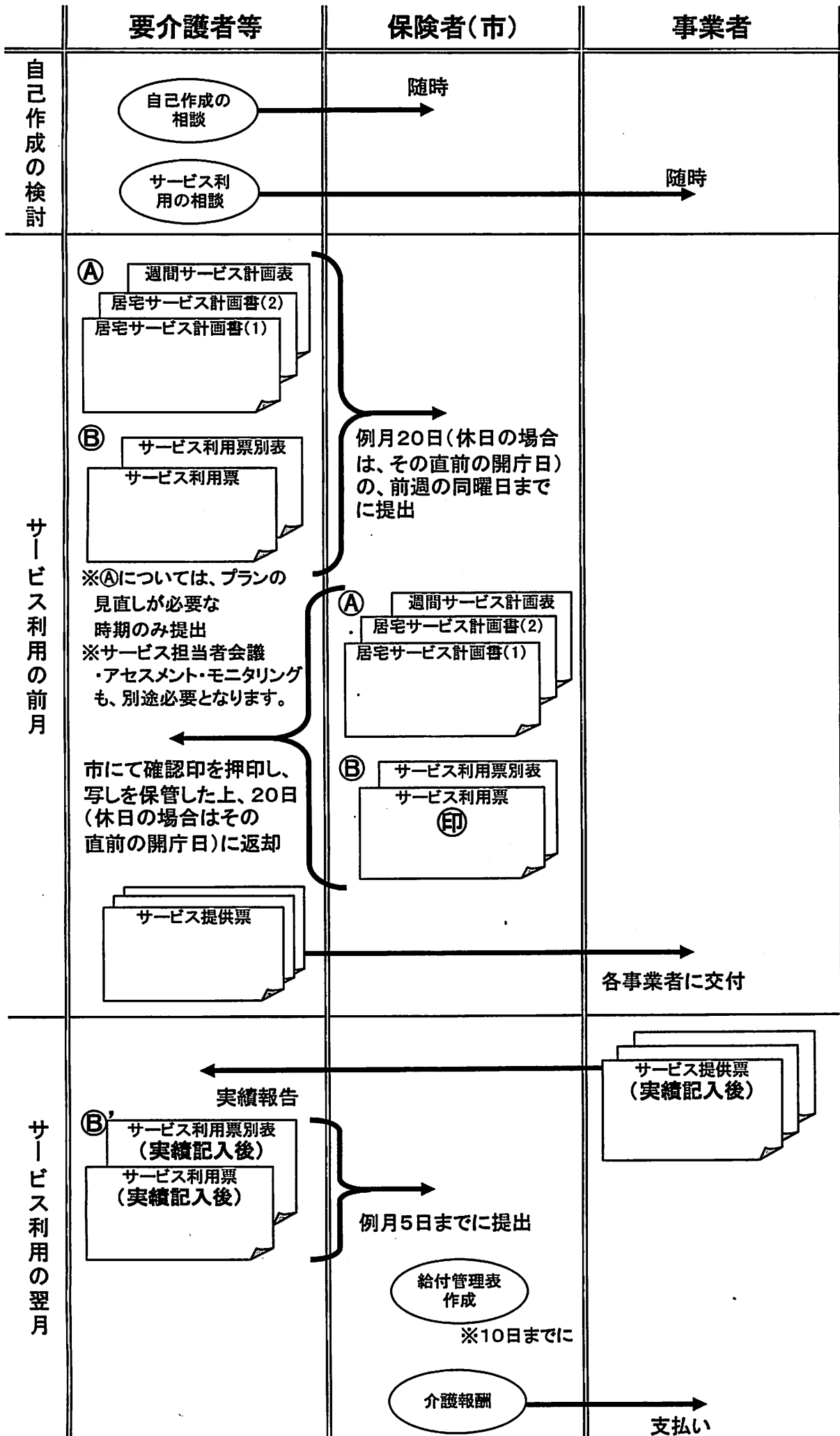
- ・ 自己作成によるサービス利用を希望する旨を事業者の説明し、いつからどのようなサービスを利用するか相談していただきます。

2) サービス利用にあたって

- ① サービス利用の前月には、サービス利用票、サービス利用票別表（初回及びケアプランの見直しが必要な月については、居宅サービス計画書（1）、居宅サービス計画書（2）、週間サービス計画表も提出）を提出していただきます。市にて確認後、押印して返却いたしますので、その後、各サービス提供事業者へサービス提供票を交付していただきます。
- ② サービス利用の翌月には、各サービス提供事業者からの実績報告を取りまとめ、サービス利用票、サービス利用票別表に記載し、市に報告していただきます。

※上記の①、②については、サービス提供が続く限り、毎月、期限までに行っていただく作業となります。その作業に遅滞がございますと、サービス提供自体や、サービス提供事業者の収益にも多大な影響を及ぼしますので、別紙「サービス計画自己作成の流れ」をご参照の上、提出期限に遅れのないよう行って下さい。

《サービス計画自己作成の流れ》



第1表

居 宅 サ ー ビ ス 計 画 書 (1)

作成年月日 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

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

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

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

第2表

居宅サービス計画書(2)

利用者名 殿

作成年月日 年 月 日

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	目 標				援 助 内 容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻 度	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3表

週間サービス計画表

利用者名

殿

作成年月日 年 月 日

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

週単位以外のサービス	
------------	--

第4表

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名

開催日 年 月 日

開催場所

開催時間

開催回数

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

第5表

サービス担当者に対する照会（依頼）内容

作成年月日 年 月 日

利用者名 _____ 殿

居宅サービス計画作成者（照会者）氏名 _____

サービス担当者会議を開催しない理由ないし
会議に出席できない理由

照会（依頼）先	照会（依頼）年月日	照会（依頼）内容	回答者氏名	回答年月日	回 答 内 容

※ サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。

第8表

サービス利用票別表

作成年月日 年 月 日

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所 番号	サービス 内容/種類	サービス コード	単位 数	割引適用後 率%	回数 後 単位数	サービス 単位/金額	種類支給限度 基準を超える 単位数	種類支給限度 基準内 単位数	区分支給限度 基準を超える 単位数	区分支給限度 基準内 単位数	単位数 単価	費用総額 (保険対 象分)	給付率 (%)	保険 給付額	利用者負担 (保険 対象分)	利用者負担 (金額 負担分)
			区分支給 限度基準 額(単位)			合計						/		/			

種類別支給限度管理

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

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累 積 利 用 日 数

○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

平成二十一年一月二日 老企第二九号
各都道府県介護保険主官部局長あて厚
生省老人保健福祉局企画課長通知

最近改正 平成一八年三月三十一日老振発第〇三三二一〇〇八号

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

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

記

- 1 居宅サービス計画書標準様式及び記入要領 (別紙1)
- 2 施設サービス計画書標準様式及び記入要領 (別紙2)
- 3 介護サービス計画書の様式について (別紙3)
- 4 課題分析標準項目について (別紙4)

(居宅サービス計画書記載要領)

本様式は、当初の介護サービス計画原案を作成する際に記載し、その後、介護サービス計画の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。但し、サービス内容への具体的

な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載

することができるものとする。

1 第1表「居宅サービス計画書(1)」

① 「利用者名」

当該居宅サービス計画の利用者名を記載する。

② 「生年月日」

当該利用者の生年月日を記載する。

③ 「住所」

当該利用者の住所を記載する。

④ 「居宅サービス計画作成者氏名」

当該居宅サービス計画作成者(介護支援専門員)の氏名を記載する。

⑤ 「居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地」

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

⑥ 「居宅サービス計画作成(変更)日」

当該居宅サービス計画を作成または変更した日を記載する。

⑦ 「初回居宅サービス計画作成日」

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

⑧ 「初回・紹介・継続」

当該利用者が、当該居宅介護支援事業所

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

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

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

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

⑨ 「認定済・申請中」

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

⑩ 「認定日」

「要介護状態区分」が認定された日(認定の始期であり、初回申請者であれば申請

済)に○を付す。

日)を記載する。

⑩ 「申請中」の場合は、申請日を記載する。認定に伴い当該居宅サービス計画を変更する必要がある場合には、作成日の変更を行う。

⑪ 「認定の有効期間」

被保険者証に記載された「認定の有効期間」を転記する。

⑫ 「要介護状態区分」

被保険者証に記載された「要介護状態区分」を転記する。

⑬ 「利用者及びその家族の生活に対する意向」

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

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

⑭ 「認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」

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

⑮ 「総合的な援助の方針」

課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護

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

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うとするのか、総合的な援助の方針を記載する。

⑯ 「生活援助中心型の算定理由」

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。

⑰ 「介護保険給付対象サービスとして、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付けることが必要な場合に記載する。」

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成一二年二月一〇日厚生省告示第一九号)別表の一の注三に規定する「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つて、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者または当該家族等が家事を行うことが困難であるもの」の場合は、「2 家族等が障害、疾病等」に〇を付す。また、家族等に障害、疾病がない場合であつても、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」に〇を付し、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。

2 第2表 「居宅サービス計画書(2)」

① 「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」

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

② 「目標(長期目標・短期目標)」

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

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

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

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

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

③ 「長期目標」及び「短期目標」に付す

る)「期間」

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

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

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

なお、期間の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

④ 「サービス内容」

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

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

なお、生活援助中心型の訪問介護を必要とする場合には、その旨を記載する。

⑤ 「保険給付の対象となるかどうかの区分」

「サービス内容」中、保険給付対象内サービスについて○印を付す。

⑥ 「サービス種別」

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

家族が担う介護部分についても、誰が行うのかを明記する。

⑦ 「頻度」・「期間」

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

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

なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

⑧ 福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のサービスを必要とする理由

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

なお、理由については、別の用紙(別

葉)に記載しても差し支えない。

3 第3表 「週間サービス計画表」

① 「主な日常生活上の活動」
利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載する。

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

4 第4表 「サービス担当者会議の要点」

① 「利用者名」

第1表から転記する。

② 「生年月日」

第1表から転記する。

③ 「住所」

第1表から転記する。

④ 「居宅サービス計画作成者氏名」

第1表から転記する。

⑤ 「開催日」

当該会議の開催日を記載する。

⑥ 「開催場所」

当該会議の開催場所を記載する。

⑦ 「開催時間」

当該会議の開催時間を記載する。

⑧ 「開催回数」

当該会議の開催回数を記載する。

⑨ 「会議出席者」

当該会議の出席者の「所属(職種)」及び「氏名」を記載する。本人又はその家族

が出席した場合には、その旨についても記入する。

⑩ 「検討した項目」

当該会議において検討した項目について記載する。

⑪ 「検討内容」

当該会議において検討した項目について、それぞれ検討内容を記載する。

⑫ 「結論」

当該会議における結論について記載する。

⑬ 「残された課題（次回の開催時期等）」

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

5 第5表 「サービス担当者に対する照会（依頼）内容」

サービス担当者会議を開催しない場合ないし会議に出席できない場合などに、サービス担当者に対する照会やサービス担当者からの依頼について記載する。

6 第6表 「居宅介護支援経過」

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

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

して記載するように努める。

7 第7表 「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」

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

① 「認定済・申請中の区分」

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

② 「対象年月」

居宅サービス計画の対象となる年月を和暦で記載する。

③ 「保険者番号」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

④ 「保険者名」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑤ 「被保険者番号」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑥ 「被保険者氏名」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑦ 「生年月日」

被保険者証または資格者証に記載された

内容を転記する。

⑧ 「性別」

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

⑨ 「要介護状態区分」

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

⑩ 「変更後要介護状態区分・変更日」

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

⑪ 「居宅介護支援事業者事業所名担当者名」

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

⑫ 「作成年月日」

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

⑬ 「利用者確認」

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

⑭ 「保険者確認印」

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

⑮ 「届出年月日」

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

⑯ 「区分支給限度基準額」

被保険者証に記載された支給限度基準額（単位数）を記載する。「申請中」の場合は、居宅サービス計画作成に当たって前提とした要介護状態区分に応じた一ヶ月当たりの支給限度基準額（単位数）（月途中の変更がある場合には、重い方の「要介護状態区分」に対応した額と一致する。）を記載する。

⑰ 「限度額適用期間」

被保険者証に記載された限度額適用期間

を記載する。

⑱ 「前月までの短期入所利用日数」

計画対象月までの短期入所利用日数を記載する。新規認定申請中の場合は、「〇」と記載する。

⑲ 「曜日」

対象月における日付に対応する曜日を記載する。

⑳ 「提供時間帯」

サービス提供開始から終了までの予定時刻を二四時間制で記載する。サービス提供時間帯が決まっているものは、提供時間帯の早い順（〇・〇〇～二四・〇〇）に記載する。ただし、福祉用具貸与及び短期入所サービスの場合は、記載する必要はない。

㉑ 「サービス内容」

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

㉒ 「サービス事業者事業所名」

サービス提供を行う事業所の名称を記載する。

㉓ 「予定」

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

㉔ 「実績」

サービスを提供した事業所が実績を記載する。計画を作成する時点での記載は、必

要ない。

㉕ 「合計回数」

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

8 第8表 「サービス利用票別表」

(1) 第7表「サービス利用票」の各行から、支給限度管理の対象となるサービスを全て転記する。記載は、サービス提供事業所毎に記載することとし、同一事業所で複数のサービスを提供する場合は、サービスコード毎に記載する。また、事業所又はサービス種類（サービスコードの上二桁）が変わる毎に、その事業所又はサービス種類毎の集計値を記載するための集計行を一行ずつ挿入する。（一つのサービス種類について一つしかサービスコードがない場合は、集計行は不要。）

① 「事業所名」

第7表「サービス利用票」の㉒「サービス事業者事業所名」欄から転記する。集計行にも対象事業所名を記載する。

② 「事業所番号」

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

③ 「サービス内容／種類」

第七表「サービス利用票」の⑭「サービス内容」欄から転記する。集計行には、サービス種類の名称を記載する。

④ 「サービスコード」

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

⑤ 「単位数」

前記④「サービスコード」に対応する一回当たりの単位を「介護給付費単位数サービスコード表」により確認して記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。

⑥ 「割引後率(%)」

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

⑦ 「割引後単位数」

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

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

⑧ 「回数」

第七表「サービス利用票」の⑳「予定」欄から一月間分の合計回数(同表の㉔「合計回数」欄)を転記する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。

⑨ 「サービス単位／金額」

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

⑩ 「種類別支給限度基準額(単位) ※ 「種類別支給限度管理」表

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

⑪ 「合計単位数」 ※ 「種類別支給限度管理」表

市町村が種類別支給限度基準額を定めている場合には、前記⑨「サービス単位／金額」欄から、サービス種類別に単位数を

合計し記載する。

⑫ 「種類別支給限度基準額を超える単位数」 ※ 「種類別支給限度管理」表

前記⑩及び⑪の記載を行った場合(市町村が種類別支給限度基準額を定めている場合)には、前記⑪「合計単位数」から前記⑩「種類別支給限度基準額(単位)」を差引き、種類別に支給限度基準額を超える単位数を算出する。

⑬ 「種類別支給限度基準額を超える単位数」

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

⑭ 「種類別支給限度基準内単位数」

市町村が種類別支給限度基準額を定めている場合には、前記⑬「サービス単位／金額」から前記⑫「種類別支給限度基準額を超える単位数」で割り振られた単位数を差引いた単位数を記載する。

⑮ 「区分支給限度基準額(単位) ※ 「被保険者証」から、区分支給限度基準額を転記する。

市町村が区分支給限度基準額を超える単位数

⑯ 「区分支給限度基準額が設定されていない場合」 ※ 「サービス単位／金額」欄の合計欄の単位数を超える単位数を記載する。

種類別支給限度基準額が設定されている

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

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

⑰ 「区分支給限度基準内単位数」

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

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

⑱ 「単位数単価」

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

⑲ 「費用総額(保険対象分)」

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

⑳ 「給付率(%)」

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

㉑ 「保険給付額」

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

㉒ 「利用者負担(保険対象分)」

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

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

㉓ 「利用者負担(全額負担分)」

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

(2) 要介護認定期間中の短期入所利用日数

① 「前月までの利用日数」

サービス利用票の前月までの短期入所利用日数の合計を転記する。

② 「当月の計画利用日数」

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

③ 「累計利用日数」

①と②の累計日数を記載する。

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、当該サービスの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充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条に

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を受けることは認めないこととしたものである。
- ③ 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、サービス担当国会議の開催、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。

規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

一 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。

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条第一号）

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（第二号）

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（第三号）

利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うためには、利用者の心身又は家族の状態等に応じて、継続的かつ計画的に居宅サービスが提供されることが重要である。介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成又は変更に当たり、継続的な支援という観点に立ち、計画的に指定居宅サービス等の提供が行われるようにすることが必要であり、支給限度額の枠があることのみをもって、特定の時期に偏って継続が困難な、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（第四号）

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

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。

ッサージ指圧師による機能訓練なども含めて居宅サービス計画に位置付けることにより総合的な計画となるよう努めなければならない。

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

⑤ 利用者自身によるサービスの選択（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。このため、介護支援専門員は、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該利用者が居住する地域の指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。したがって、特定の指定居宅サービス事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のサービスのみによる居宅サービス計画原案を最初から提示するようなことがあってはならないものである。

⑥ 課題分析の実施（第六号）

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の利用者を取り巻く環境等の評価を通じて利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することであり、利用者の生活全般についてその状態を十分把握することが重要である。

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

アセスメントの実施

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。

サービス担当者会議の開催

九 介護支援専門員は、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者（以下この条

※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）〔→1巻〕

⑦ 課題分析における留意点（第七号）

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、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（第八号）

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な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（第九号）

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

において「担当者」という。)を召集して行う会議をいう。以下同じ。)の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

ただし、やむを得ない理由がある場合については、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。

スが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を当該担当者として共有するとともに、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。また、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとしているが、この場合にも、緊密に相互の情報交換を行うことにより、利用者の状況等についての情報や居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要がある。なお、ここでいうやむを得ない理由がある場合とは、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合、居宅サービス計画の変更であって、利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合等が想定される。

なお、当該サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容について記録するとともに、基準第29条第2項の規定に基づき、当該記録は、2年間保存しなければならない。

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(第十号)

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7表及び第8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

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。

モニタリングの実施

十二 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

十三 介護支援専門員は、前号に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

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

を指すものである。

⑪ 居宅サービス計画の交付（第十一号）

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 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等（第十二号）

指定居宅介護支援においては、利用者の有する解決すべき課題に即した適切なサービスを組み合わせることで利用者へ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。

⑬ モニタリングの実施（第十三号）

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、

結果を記録すること。

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。

サービス担当者会議の開催時期 (1)

十四 介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

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

及び、居宅サービス計画を新規に作成した場合

十五 第三号から第十一号までの規定は、第十二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。

⑭ 居宅サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取(第十四号)

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、上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。

⑮ 居宅サービス計画の変更(第十五号)

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条第三号から第十一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(サービス提供日時の変更等)を行う場合には、この必要はないものとする。ただし、この場合においても、介護支援専門員が、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であることは、同条第十二号(㉒居宅サービス計画の実施

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

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

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

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

二十 介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位

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。

⑯ 介護保険施設への紹介その他の便宜の提供（第十六号）

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。

⑰ 介護保険施設との連携（第十七号）

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。

⑱ 主治の医師等の意見等（第十八号・第十九号）

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、居宅療養管理指導及び短期入所療養介護については、主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあつては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。

このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

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。

⑲ 短期入所生活介護及び短期入所療養介護の居宅サービス計画への位置付け（第二十号）

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。

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

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

サービス担当者会議の開催時期（2）

二十一 介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、少なくとも6月に1回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。

二十二 介護支援専門員は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合にあつては、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。

㊿ 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（第二十一号・二十二号）

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少なくとも6月に1回は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、経過的要介護又は要介護1の利用者（以下「軽度者」という。）の居宅サービス計画に指定福祉用具貸与を位置付ける場合には、「厚生労働大臣が定める者等」（平成12年厚生省告示第23号）第19号のイで定める状態像の者であることを確認するため、当該軽度者の「要介護認定等基準時間の推計の方法」（平成12年厚生省告示第91号）別表第1の調査票について必要な部分（実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該軽度者の状態像の確認が必要な部分）の写し（以下「調査票の写し」という。）を市町村から入手しなければならない。

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。

なお、介護保険法等の一部を改正する法律（平成17年法律第77号）第3条の施行の日（以下「施行日」という。）前に対象外種目に係る指定福祉用具貸与を受けていた者については、軽度者で「厚生労働大臣が定める者等」（平成12年厚生省告示第23号）第十九号のイで定める状態像の者でなくとも、施行日から起算して6月を超えない期間において、対象外種目に係る指定福祉用具貸与を受けることができることとされている。

㉑ 認定審査会意見等の居宅サービス計画への反映（第二十三号）

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

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

居宅サービス計画の見直し時期

居宅サービス計画書(2)(第2表)に記載することとなっている、
長期目標・短期目標の達成状況や、要介護者等の身体状況の変化など、
見直しが必要とされる場合に行う。

(最長でも、認定の有効期間ごとに見直しが必要。)

- ② 「目標(長期目標・短期目標)」
「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。
ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合やいくつかの課題が解決されて初めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。
「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものである。
緊急対応が必要になった場合には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度、「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記載する。
なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやすい具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。
- ③ 「長期目標」及び「短期目標」に付す

- る)「期間」
「長期目標」の「期間」は、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を、いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載する。
「短期目標」の「期間」は、「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載する。
また、原則として開始時期と終了時期を記入することとし、終了時期が特定できない場合等にあつては、開始時期のみ記載する等として取り扱って差し支えないものとする。
なお、期間の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。
④ 「サービス内容」
「短期目標」の達成に必要であつて最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。
この際、できるだけ家族による援助も明記し、また、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。
⑤ 「保険給付の対象となるかどうかの区分」
なお、生活援助中心型の訪問介護を必要とする場合には、その旨を記載する。