

## 第2章 居宅介護支援実施の流れ

ケアマネジメントの成り立ちや介護保険制度における位置づけについては多様な解釈が存在しますが、それらを総合すると、ケアマネジメントとは、生活全般の状況を総合的に把握し、自立した日常生活に向けての希望を十分に把握し、それを踏まえてニーズに応じたサービスを一体的に提供する専門的な機能とすることができます。介護保険制度におけるケアマネジメントの目的は、介護保険制度が目指す「自立支援」の理念を実現することにあります。ただし、高齢者のニーズは多様であり、ニーズに応じた各種サービスの総合的、一体的、効率的な提供が必要です。また、介護保険においては、利用者本位のサービスの提供が基本理念であり、どのようなサービスを選択し利用するか最終的な意思決定は利用者に委ねられています。

しかし、各サービスは専門分化しており多職種間の連携にも課題が残っています。それゆえ、高齢者やその介護者が各種サービスの情報を自ら収集し、自らの状況に最もふさわしいサービスを選択し継続的に利用していくことが難しくなっています。

だからこそ、全ての要介護者が等しく、サービスの利用における権利を有することを担保することにケアマネジメントの意義があり、その意義を実現するために他の介護保険給付とは異なり、居宅介護支援は全額が保険給付で提供されているといえます。

(厚生労働省 介護支援専門員資質向上事業 ガイドライン 令和5年4月から引用)

ケアマネジメントの実施手順については、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成十一年三月三十一日）（厚令三八）（以下「運営基準」とする。）において、第十三条「指定居宅介護支援の具体的取扱方針」の第二号～第四号に次のように記載されています。

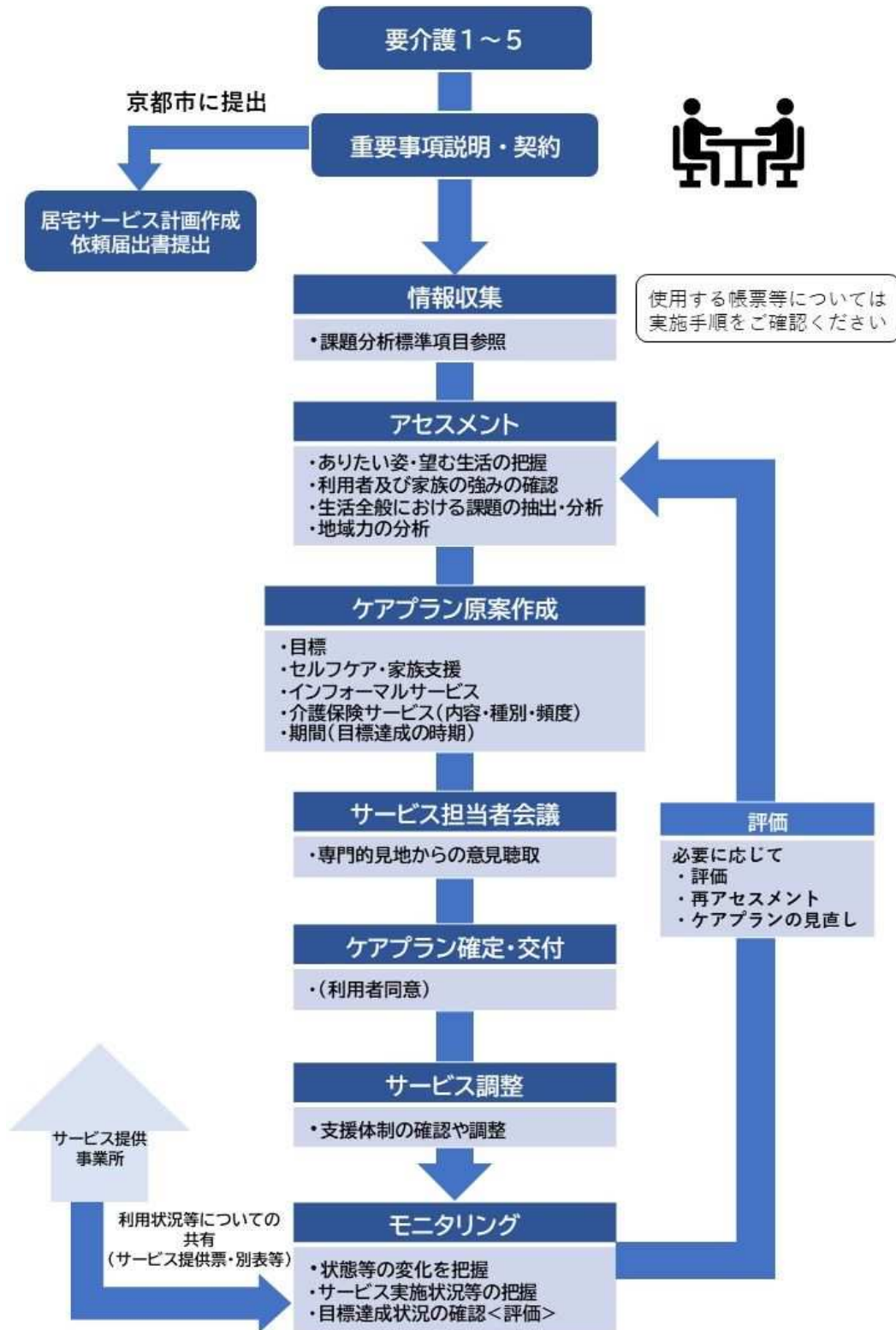
第二号 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。

第三号 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。

第四号 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

これらのことに留意していただき次項以降の手順を参照のうえ、実際の支援に当たってください。

# 居宅介護支援の流れ



## 1 ケアマネジメントの実施手順

ケアマネジメントの実施手順における留意事項及び関係帳票を整理したものです。

文中に、「～を活用するなどして、」と記載している帳票は、使用が義務付けられているものではありませんが、これらの帳票を使用しない場合でも、これらの帳票に係るプロセスは行う必要があります。

※「根拠法令」には、運営基準において該当する条項を掲載。

※文中に「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」（通知）の根拠を示している箇所があり、「解釈通知」と表しています。

### (1) 実施手順

プロセス	根拠法令
<p><b>① インテーク（情報収集）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者及びその家族の日頃の心身の状態や生活状況、生活の困りごとの聞き取りとともに、利用者及びその家族の様子、生活の場等を観察する。</li> <li>○ 聞き取り及び観察を行うときは、課題分析標準項目の内容を網羅できるように行う。</li> <li>○ 聞き取り及び観察を行う時は、利用者の「できていない・問題がある」というネガティブな部分だけでなく、「できている・頑張っている」というポジティブな部分も把握できるように行う。</li> <li>○ 「興味・関心チェックシート」を活用するなどして、利用者の望む生活（できれば～してみたい、ADL・IADL、趣味活動等）の内容を具体的に聞く。</li> <li>○ 利用者又はその家族が、利用を希望するサービスがあれば聞き取る。</li> <li>○ 重度化防止の視点で、医療情報についても聞き取る。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 定期的を受診しているか。</li> <li>・ 服薬管理の状況（お薬手帳及び残薬の確認）</li> <li>・ 治療中の疾患の症状等（お薬手帳の確認に併せ、検査結果を把握するなど方法を工夫する。）</li> <li>・ 利用者及び家族の病識（病気の理解度や思い）</li> <li>・ 療養生活上の留意点（医療連携）</li> </ul> </li> <li>○ 食事状況や口腔ケアなど、健康管理に関するセルフケア状況を把握する。</li> <li>○ 現病歴の把握に留まらず、成育歴やその人の「楽しみ」「興味」をうまく引き出すなど幅広い視点で情報を把握する。</li> </ul>	<p>第一条の二 第1項及び 2項</p>
<p><b>② インテーク（意識共有）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ケアマネジメントを開始するにあたって、利用者本人及びその家族に次のことを説明して理解を得る。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護保険法の理念の効果的なケアマネジメントと自立支援に向けたサービス</li> </ul> </li> </ul>	<p>第十三条 第二号</p>

<p>展開により、状態改善や重度化防止を進めるものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアマネジメントの中で利用者自身が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組み、達成後は、より自立や重度化防止に向けた次のステップに移っていくこと。(介護保険サービスから、地域資源を利用した社会参加等への移行など。)</li> <li>・ 利用者は介護支援専門員に対し、複数の指定事業者等を紹介するよう求めることができること。</li> <li>・ 前6か月間(前期3月1日～8月末日、後期9月1日～2月末日。以下同じ)に当該事業所で作成されたケアプランの総数のうち、訪問介護、(地域密着型)通所介護及び福祉用具貸与が位置付けられたケアプランの割合を利用者に説明し、理解を得なければならないこと。(努力義務)</li> <li>・ 前6か月間に当該事業所で作成されたケアプランに位置付けられた訪問介護、(地域密着型)通所介護及び福祉用具貸与の回数のうちに、同一のサービス提供事業者から提供された割合(上位3か月)を、利用者に説明し、理解を得なければならないこと。(努力義務)</li> <li>・ 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、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こと。</li> </ul> <p><b>③ アセスメント(課題分析)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 課題分析標準項目を参考に、聞き取り及び観察して得た情報を整理し、フェイスシートに記入する。アセスメントシートを活用するなどして、収集した情報を整理する。</li> <li>○ 利用者の「できている・頑張っている」というポジティブな部分が、役割等で発揮できないかを検討する。</li> <li>○ 利用者の望む生活(=「したい」)(目標)と現状の生活(=「うまくできていない」)の差を明らかにして要因を分析する。(解決すべき課題の把握)</li> <li>○ アセスメントシート等により抽出された課題について、「課題整理総括表」を活用するなどして、生活機能の「どこに」「どのような」「どの程度の」問題があるために困った状況になっているのかを検討する。</li> <li>○ 地域との繋がりについて検討する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人ができることを奪わず、生活者として家族や地域の中で役割を持って暮らし続けるという姿勢を共有する。</li> <li>・ 今できていることを再評価し、「強み」に着目した検討を行う。</li> <li>・ 地域の特性やインフォーマルな地域支援の状況をアセスメントする。</li> <li>・ 介護保険サービスを利用することで、利用者との関係が分断されないように注意する。</li> <li>・ 緊急時対応(災害時対応を含む)を検討する。</li> </ul> </li> </ul>	<p>第十三条 第六号及び 第七号</p>
---	-------------------------------

#### ポイント

○ 情報の分析において、以下の視点に注目するとよい。

##### <転倒>

- ・ 「いつ」「どこで」「どのように」起きたのか分析する。  
「いつ」→時間帯、動作時 等  
「どこで」→屋内、屋外、環境（人混み、段差等）等  
「どのように」→ふらついて、バランスを崩した等
- ・ 転倒の要因を把握することで、ケアプランにおける支援内容やセルフケア・家族支援に位置付けることが可能になる。

##### <健康管理>

- ・ 高齢者の健康状態は、複数の慢性疾患を保有し、フレイルなどを要因とする老年症候群の症状が混在することが特徴。生活習慣病の発症予防よりも重度化防止を重要視し、体重や筋肉量が減ることによる低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルに着目した支援を行う必要がある。

##### <栄養>

- ・ 高齢者は手軽に食べられるものを選択することが多くなることから、栄養バランスが偏り、筋力維持に必要なタンパク質が不足しやすい傾向がある。また、誰と食べているかといった食事の状況は、食欲にも影響するため、日頃の食事内容や状況を把握する。

##### <口腔>

- ・ 口腔の状態や顎の力、噛み合わせは、食事や運動機能に影響するため、口腔ケアができてきているかの確認は重要である。
- ・ 情報収集のみでなく、かかりつけ歯科医がいる場合は連携し、定期受診や歯磨き、口腔体操、唾液腺マッサージなど、日頃のセルフケアの促しも有効。

##### <地域とのつながり>

- ・ 近所付き合いが希薄、人との交流を好まない、外出自体が困難といった場合もあるが、今後も住み慣れた地域での生活を続けるためには、人や地域との関わりにおける可能性を検討することが重要。
- ・ 役割や繋がりを持つことで、存在意義や自己効力感を感じ、いきいきとした生活を送ることができるよう継続した支援を行う。

#### ④ ケアプラン原案作成／アセスメント結果作成(目標等の設定)

- アセスメント結果に基づいて、ケアプラン原案を作成する。
- 専門用語はできるだけ避け、平易な言葉を使い、具体的に記載する。

第十三条  
第八号

- 目標は、利用者が主体的に取り組むためのモチベーションとなるよう、利用者自身の「望む生活」や「ありたい姿」を反映させる。
- 利用者の「できている・頑張っている」というポジティブな部分が役割を持って発揮できる場合は、それを目標に設定することで、自己効力感を高め、より「やりがい」や「生きがい」のある生活を促す効果が期待できる。
- 達成度を具体的にモニタリング・評価できるものとし、利用者自身も自己評価しやすいものとする。
- 消極的・拒否的意向の場合は特に留意し、過去の生活歴等も参考にしながら、生活意欲が喪失している理由を解明し、利用者の想いを引き出す。
- 長期目標及び長期目標の実現に向けた各段階の短期目標について、それぞれの達成時期を期間として設定する。
- 目標を達成するために、次の事項を具体的に定める。
  - ・ 「どのように改善を図るか」(実現可能かを検討し、最も効果的な方法の選択に繋げる。)
  - ・ 「どこで、誰がアプローチするとよいのか」(最も効果的な手段の選択を行うが、介護保険サービスに限らず幅広い視野で検討する。)
  - ・ 「いつ頃までに」(達成時期、期限を明確に設定する)

○ 解釈通知第十三条第八号の記載は次のとおり。

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。

📌 ポイント1 目標について

- 利用者の思いを引き出すことが難しい場合、以下のような工夫が有効手段として考えられる。
  - ・ 何が好きだったか、楽しかったかを聞き、ありたい姿を一緒に考える。
  - ・ 部屋の中を観察して、そこから話を広げる。
  - ・ 会話の中からエピソードを見つけ、主体的な取組み目標に繋げる。

📌 ポイント2 援助内容の記載について

<介護保険外サービスの検討>

- 介護保険サービスは、設定された目標を達成するための一つの手段であることに留意し、利用者の持つ強みや能力をいかしたセルフケア、家族支援や地域資源（インフォーマルサービス）など、総合的に検討する。
- セルフケアや家族による支援、インフォーマルサービスなども記載すると支援の全体像が分かりやすくなり、個別性のあるプランとなる。

<訪問介護について>

- サービス行為ごとの区分で身体介護に該当とされる「自立支援・重度化防止のための見守りの援助」については以下の点が客観的にわかるよう記載する。
  - ・ 利用者の状態像
  - ・ 目標（どのようなことができるようになることを目指すのか）
  - ・ どのような支援が必要か（具体的サービス内容及び支援方法）
- 「自立支援」は本来介護保険の基本理念であり、各サービスの目的とも言えるため、この言葉のみをもって身体介護とは言い切れない。また「共同実践」という言葉は、介護保険の訪問介護に関する厚生労働省の通知である老計第10号の中に記載はない。

⑤ サービス担当者会議（意識共有）

- サービス担当者会議は、居宅サービス計画書を作成（変更）する場合、更新認定及び区分変更の認定を受けた場合に、必ず開催する。
- サービス担当者会議では、各ケアチームメンバーにそれぞれ専門的見地からの意見を求め、調整を行い、支援の方向性を共有する。
- 適切な目標設定及びサービス・支援の選定のためには、アセスメントによる心身の状況（特にADL、IADL）の正確な把握が欠かせないことから、アセスメントシートによって抽出された課題を「課題整理総括表」を活用するなどし、利用者及びその家族を含む関係者間（ケアチーム）で共有する。
- ケアチーム全員が、利用者の「目標」やその実現時期、それを実現するまでの各段階での「短期目標」等を共有し、「目標」の達成に効果的なプログラムの実

第十三条  
第十五号

<p>施方法を協議する。</p> <p>○ 医学的見地からの意見を得るため、主治医に参加を依頼する。主治医が参加できない場合は、「居宅介護支援計画連絡票」等によって意見照会する。</p> <p>なお、医療系サービスの利用の有無に関わらず、重度化防止の視点から、療養上の留意点を確認し、ケアチームで共有することが重要である。</p> <p>○ 解釈通知第十三条第十九号及び第二十号の記載は次のとおり。</p> <p>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。</p> <p>居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリ等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該サービスに係る主治医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居宅サービス計画に位置付ける場合にあって、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、介護支援専門員は、当該留意点を尊重して居宅介護支援を行うものとする。</p> <p>○ 利用者やその家族、非専門職であるサービス担当者、地域の支援者等がサービス担当者会議に参加することがあり得ることから、専門用語はできるだけ避け、平易な言葉を使う。</p> <p>○ テレビ電話装置等を活用して開催することも認められているが、利用者又はその家族が参加する場合にあっては、その活用について当該利用者等の同意を得る必要がある。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 福祉用具貸与及び特定福祉用具販売については、必要性の検討が不十分であった場合、利用者の自立支援を阻害させる可能性があるため、計画に位置付けるにあたり、サービス担当者会議を開催（貸与においては随時）するとともに当該計画にその必要性を明記する必要がある。</p>	<p>第十三条 第十九号及 び第二十号 及び第二十 二号</p>
<p><b>⑥ 利用者への説明・同意（意識共有）</b></p> <p>○ 「課題整理総括表」を活用するなどして、生活機能の「どこに」「どのような」「どの程度の」問題があるために困っているのか、生活機能を維持・改善するために、どのような課題があるのかをわかりやすく説明する。</p> <p>○ 利用者及びその家族と、目標のイメージを共有し、実現のために、維持・改善すべき課題の解決（目標の達成）を図る。目標が達成されたら、生活機能を維持し、さらに高めることが大切であることを説明する。</p>	<p>第十三条 第十号</p>

- 各支援内容が、保険給付の対象になるかどうかを区分して説明する。
- 文書により同意を得る。

**ポイント**

- 提案に対する拒否がある場合は、以下の点に留意すること。
  - ・ 同意しなかった理由（根拠）について聞き取ることで、新たな課題を見出す可能性や、代替方法の検討に繋がる場合がある。
  - ・ 自己決定を全て受け入れることが自立に向けたケアプランではない。自立に向けての意欲が喪失している理由を解明し、本人の想いを引き出し、意欲を高める方法等を検討する。

**⑦ ケアプラン確定・交付**

- 利用者のみでなく、ケアチーム全員に交付する。
- ケアプランに位置付けたサービス提供事業者に対して、個別サービス計画の提出を求める。

**⑧ サービス利用開始**

- 利用開始後、利用者及びその家族、サービス提供事業者等との連絡を継続的に行う。

**⑨ モニタリング（評価）**

- モニタリングの目的は、ケアプランの実施状況を把握し、目標の達成状況、支援内容の適否、新たな課題の有無等を確認することである。  
 なお、「ケアプランの実施状況の把握」とは、運営基準において「利用者についての継続的なアセスメントを含む。」とされていることに留意する。
- 目標を達成した場合は、速やかに再課題分析を行う。課題が解決されている場合は次へのステップアップを検討する。（介護保険サービスから社会参加への移行など。）
- 新たな課題が見つかった場合や目標達成が困難な場合は、ケアプランを見直す。その際も必要に応じてサービス担当者会議等で専門的見地からの意見を聴取し、維持・改善の可能性を追求することが望まれる。
- 解釈通知第十三条第十三号の二の記載は次のとおり。

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

第十三条  
第十三号及  
び第十三号  
の二及び第  
十四号

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
- ・口臭や口腔内出血がある
- ・使いきらないうちに新たに薬が処方されている
- ・体重の増減が推測される見た目の変化がある
- ・食事量や食事回数に変化がある
- ・下痢や便秘が続いている
- ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にある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。

※「主治の医師」とは、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。

- 服薬管理だけでなく、口腔や栄養に関することも重度化防止の視点では重要であり、各専門職等に確認することが望ましい。
- ケアプランの見直しにあたっては、サービス担当者会議を必ず開催しなければならないものではないが、評価の結果、ケアプランを変更する場合はサービス担当者会議を開催する必要がある。

※介護支援専門員等が軽微な変更と判断する場合はこの限りではない。

- 特段の事情がない限り、少なくとも1月に1回、利用者に面接しモニタリングを行い、その結果を記録することが必要。（1月に1回とは、暦月の間に1回を意味する。）

#### ☞令和6年度報酬改定に伴う一部変更点

人材の有効活用及び指定居宅サービス事業者等との連携促進によるケアマネジメントの質の向上の観点から、次に掲げる要件を設けた上で、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことを可能とする。

ア 利用者の同意を得ること

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

- ・ 利用者の心身の状態が安定していること。
- ・ 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通できること。

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。</li> <li>ウ 少なくとも2月に1回は利用者の居宅を訪問すること。</li> <li>○ 目標志向型ケアプランの考え方から、目標が達成できなかった場合、実現可能な目標の再検討が必要である。</li> <li>○ モニタリング（評価）結果について、利用者及びその家族を含む関係者間（ケアチーム）で共有し、支援の方向性の一致を図る。</li> </ul> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><u>ポイント</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 普段のモニタリング等において、利用者の状態やサービス変更の有無を聞き取るだけでなく、短期・長期目標も含めた【目標の達成度】についての確認が大切です。</li> <li>○ 特に重要なポイントは以下のとおりです。 <ul style="list-style-type: none"> <li>① 利用者やその家族の意向・満足度等</li> <li>② 目標の達成度</li> <li>③ 事業者との調整内容</li> <li>④ 居宅サービス計画の必要性等</li> </ul> </li> <li>①～④について、記録に残す際は漫然と記載するのではなく、項目ごとに整理して記載する。</li> </ul> </div>	
---	--

(2) ケアラー等の支援に必要な着眼点（ケアプラン点検項目マニュアルとの関連から）

ア 家族等への支援に必要な着眼点

ケアマネジメントにおいても、家族への支援は、利用者の自立支援・重度化防止に不可欠です。利用者を介護することが、家族、特に配偶者や子どもなど近親者である養護者にとって大きな負担となっている場合、適切な社会資源やサービス利用により、過度な負担の軽減を図ることが必要となります。

厚生労働省が作成している「ケアプラン点検項目マニュアル」では、家族等支援の観点から、ケアプラン作成・実施において以下の項目に関するアセスメントが必要であるとされています。これらの項目を参考に、家族等の負担にも配慮した適切な支援計画の作成を心がけてください。

<p>項目20. 家族の主訴・要望</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 項目の概要 <p style="margin-left: 20px;">アセスメントシートにおいて、家族の主訴や要望がどのように記載されているかを確認します。</p> </li> <li>○ この項目を確認する必要性</li> </ul>
--

- ・ 本人の尊厳のある生活を支えていくことは長期間にわたり、かつ将来の生活に対する不安を持ちやすいため、本人を中心に家族等とともに行われる意思決定を支援することが重要です。
- ・ 本人の尊厳を尊重する観点から、できる限り今の生活を継続できるようまずは本人の意向を把握するが、介護にかかわる意思決定には本人自身に加えて家族等がかかわって行われることを考慮し、意思決定にかかわる家族等（キーパーソン）の意向を把握することも重要です。
- ・ 本人の生活の継続を実現するには、本人の生活を支える人がケアに継続して関わることが出来るようにする必要があります。レスパイトだけでなく、情報の支援、情緒面での支援などの相談援助も併せて提供し、家族等や介護者等の負担感や不安感の軽減を図ることが重要です。

#### 項目 2 5. 家族の状況

##### ○ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、家族の状況がどのように記載されているか確認します。

##### ○ この項目を確認する必要性

- ・ 介護保険は利用者の「主訴」すべてに対応できるものではありません。利用者及び家族の自立を支援すること、ADL・IADLの「生活上の手間」への支援を目的とします。介護保険は家族介護を社会的に支援することを目指しており、家族が出来ることや家族だからこぞできる「心の支え」までフォローできるものではありません。
- ・ 家族といっても、誰もがいつも「前向き」に介護できているわけではありません。家族自身の生活や近隣との関係、しがらみなどの影響を受けながら介護しているのが現状です。
- ・ 利用者主体の介護を行うためにも、ときには状況に応じて家族に重点をおいた支援の方策を練ることが必要となる場合もあります。そうすることで家族の力がまた大きくなり、利用者支援に還元されることにつながります。

#### 項目 2 6. 家族関係や周辺の社会資源との状況

##### ○ 項目の概要

アセスメントシートにおいて、家族構成が分かる図（ジェノグラム）や周辺の社会資源との関係性が分かる図（エコマップ）が記載されているかを確認します。

##### ○ この項目を確認する必要性

- ・ ジェノグラムは、利用者を中心とした家族関係や、原則として三世代をさかのぼる世代関係を一つの図に表したもので、同居関係は円を描くことで表現します。利用者への支援は、その人のみならず、その家族の状況や関係も視野に入れて行うことが必要となります。家族の全体像をつかみ、その抱える問題を整理したり、誰にどう働きかけたら良いかなど、支援の在り方を検討するために役立ちます。
- ・ エコマップは、利用者と家族やさまざまな社会資源との関係を、地図のようにシステムの、図式的に描き出したもののことです。作成することで、利用者を取り巻く人間関係や社会関係が明確に把握できるという利点があります。

- ・ ジェノグラムやエコマップは、利用者の問題状況が生み出された理由を理解したり、援助を提供すべき部分がどこかを考えたりする際に役立ちます。
- ・ ジェノグラムやエコマップは、本人や家族の状況を正しく把握するため、また、ヤングケアラー等のリスクを把握するため、3世代以上にわたって記載することが重要です。

### トピックス 「京都市ケアラーに対する支援の推進に関する条例（ケアラー支援条例）」について

京都市会では、令和6年11月に、「京都市ケアラーに対する支援の推進に関する条例（ケアラー支援条例）」を制定しました。

ケアラーとは、高齢、身体上又は精神上の障害、疾病、使用する言語等により援助を必要とする家族や友人、身近な人を無償でケアする人のことをいいます。

ケアの要因や範囲は様々であり、ケアラーの属性も多様化し、それに対する社会的認識も変化しています。ヤングケアラー、若者ケアラー、仕事をしながらケアを担うワーキングケアラー、ケアと子育てを同時に担うダブルケアラー、高齢のケアラーなど、それぞれが深刻なケアの課題に直面しています。

ケアは人生の中で誰もが携わり得るものであり、社会を支える不可欠な営みです。京都市では、社会全体でケアラーを支える社会の実現のため、ケアラー支援の一層の推進に取り組んでいきます。条例や京都市の取り組み、相談先については、京都市情報館や（No. 340927）周知リーフレットをご覧ください。



### (3) 高齢者虐待防止及び身体拘束廃止について

#### ア 高齢者虐待の基本

##### (ア) 高齢者虐待防止法の成立

近年、我が国においては、介護保険制度の普及、活用が進む中、一方では高齢者に対する身体的・心理的虐待、介護や世話の放棄・放任等が、家庭や介護施設などで表面化し、社会的な問題となっています。

平成17年11月1日に国会において「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（以下「高齢者虐待防止法」という。）が議員立法で可決、成立し、平成18年4月1日から施行されています。

##### (イ) 「高齢者虐待」の捉え方

高齢者虐待防止法では、「高齢者」を65歳以上の者※と定義（法第2条第1項）し、

「高齢者虐待」を養護者による高齢者虐待と養介護施設従事者等による高齢者虐待（同条第3項）と分けて定義しています。

※ 養介護施設・事業所を利用する65歳未満の障害者については高齢者とみなし、養介護施設従事者等による高齢者虐待に関する規定が適用される。（平成24年10月1日一部法改正）

養護者とは「高齢者を現に養護する者であつて養介護施設従事者等以外のもの」とされており、金銭の管理、食事や介護などの世話、自宅の鍵の管理など、何らかの世話をしている者（高齢者の世話をしている家族、親族、同居人等）が該当すると考えられます。

養護者による高齢者虐待とは、養護者が養護する高齢者に対して行う次の行為です。

身体的虐待	高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
介護・世話の放棄・放任	高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、養護者以外の同居人による虐待行為の放置など、養護を著しく怠ること。
心理的虐待	高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
性的虐待	高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
経済的虐待	養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

## イ 養護者による高齢者虐待について

### （ア）養護者による高齢者虐待に係る対応について

京都市では、高齢者虐待防止法第9条第1項に基づき、高齢者の生命や身体の安全を迅速に確認するため、高齢者虐待に係る通報又は届出を受けた場合は、以下のとおり対応します。

＜高齢者虐待への対応の流れ＞

- ①虐待（可能性）の発見、相談・通報
- ②相談・通報の受付（相談・通報受付機関）
- ③初動対応方針の確定（区役所・支所）
- ④安否確認
- ⑤事実確認
- ⑥虐待判定会議

### （イ）各介護保険サービス事業所における御協力をお願い

通報・届出受付後、初動対応方針を検討するに当たり、被虐待者世帯に係る基本情報を把握する必要があります。そのため、介護支援専門員の皆様には、介護保険サービスの利用状況をはじめとした当該世帯の生活状況等について、確認させていただくことがあります。

保健福祉センターで高齢者虐待に係る通報・届出内容を把握してから、原則として48時間以内に目視による安否確認（生命・身体に危険が生じていないかどうかの確認）

を実施します。安否確認は、保健福祉センター職員又は地域包括支援センター職員が実施しますが、高齢者や養護者に可能な限り心理的負担を生じさせないよう、業務上（介護サービス提供時等）可能な範囲で、安否確認を依頼させていただくことがあります。

a 安否確認による確認事項

生命・身体に危険が生じていないかを目視で確認することを目的としています。

①暴力等により生命の危険性の有無 等

（例：重度の火傷、骨折、頭部外傷、首絞め、揺さぶり、身体拘束）

②食事が与えられないことによる重度の低栄養・脱水状態、十分な介護が受けられないことによる重度のじょくそう、肺炎、戸外放置 の有無 等

b 虐待対応と個人情報の取扱いについて

高齢者虐待対応については、個人情報保護法の利用目的による制限、第三者提供の制限に係る規定の例外が認められており、介護事業者などが、高齢者本人の同意なく個人情報を取り扱うことや、市町村等に情報提供をすることが認められています。

また、市町村職員及び地域包括支援センター職員に対しては、高齢者虐待防止法により、守秘義務が課せられていますので、情報提供者を特定する情報等を外部に漏らすことはありません。

（参考：社団法人日本社会福祉士会 養護者による高齢者虐待対応の手引き）

2 課題分析項目

（最終改正：令和5年10月16日）老認発1016第1号から抜粋

(1) 課題分析標準項目とは

課題分析標準項目は、以下の通り「基本情報に関する項目」と「課題分析（アセスメント）に関する項目」の23項目で構成される。

ア 基本情報に関する項目

基本情報（受付、利用者等基本情報）、これまでの生活状況と現在の状況、利用者の社会保障制度の利用状況、現在利用している支援や社会資源の状況、日常生活自立度（障害）、日常生活自立度（認知症）、主訴・意向、認定情報、今回のアセスメントの理由

イ 課題分析（アセスメント）に関する項目

健康状態、ADL、IADL、認知機能や判断能力等

(2) 基本情報に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報、居宅サービス計画作成の状況（初回、初回以外）について記載する項目
2	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について

		記載する項目
3	利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険等）、年金の受給状況（年金種別等）、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目
4	現在利用している支援や社会資源の状況	利用者が現在利用している社会資源（介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む）の状況について記載する項目
5	日常生活自立度（障害）	「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
6	日常生活自立度（認知症）	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、区分支給限度額等）について記載する項目
9	今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由（初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等）について記載する項目

(3) 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
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している

		薬の種類、服薬の実施状況等)、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL (寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法 (杖や車椅子の利用有無等を含む)、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等) に関する項目
12	IADL	IADL (調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等) に関する項目
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況 (症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等) に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況 (視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通)、コミュニケーション機器・方法等 (対面以外のコミュニケーションツール (電話、PC、スマートフォン) も含む) に関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度 (活動の内容・時間、活動量等)、休息・睡眠の状況 (リズム、睡眠の状況 (中途覚醒、昼夜逆転等) 等) に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム (日中・夜間の頻度、タイミング等)、排泄内容 (便秘や下痢の有無等) に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況 (皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等)、寝具や衣類の状況 (汚れの有無、交換頻度等) に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態 (歯の本数、欠損している歯の有無等)、義歯の状況 (義歯の有無、汚れ・破損の有無等)、かみ合わせの状態、口腔内の状態 (歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等)、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況 (食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等)、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量 (栄養、水分量等)、食事制限の有無に関する項目

20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり の状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域 との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の 内容等）、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況 （本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有 方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現 在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等 について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生 活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危 険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした 環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利 便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困 窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状 況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項 に関する項目

<参考資料>

「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について  
(介護保険最新情報 R5.10.16 Vol.1178)

<https://www.mhlw.go.jp/content/001157205.pdf>

「課題分析標準項目の改正に関するQ&A」の発出について  
(介護保険最新情報 R5.10.16 Vol.1179)

<https://www.mhlw.go.jp/content/001157102.pdf>

### 3 居宅サービス計画書記載要領

(平成十一年十一月十二日老企第二十九号 最終改正：令和6年7月4日 老認発第0704第1号から抜粋)

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、別様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。

なお、介護サービス計画は、利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するために重要な計画であり、利用者が地域の中で尊厳ある自立した生活を続けるための利用者本人の計画であることを踏まえ、わかりやすく記載するものとする。

次項から様式別の記載要領を掲載しています。

# 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を踏まえた課題分析の結果

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

統合的な援助の方針

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（ ）

記載要領 第1表:「居宅サービス計画書(1)」

記載要領		記載要領	
項目名	項目名	項目名	記載要領
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。	利用者及び家族が、どのような内容を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意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するため、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。 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。	利用者及び家族が、どのような内容を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意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するため、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。 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。
② 生年月日	当該利用者の生年月日を記載する。	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	⑬
③ 住所	当該利用者の住所を記載する。	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	⑭
④ 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。	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。	総合的な援助の方針	⑮
⑤ 居宅介護支援事業者・事業所所在地	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。	生活援助中心型の算定理由	⑯
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られる場合は「初回」、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」、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。おあって、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、介護保険施設から紹介を受けた場合には、「紹介」及び「継続」の両方を○印で囲むものとする。		
⑨ 認定済・申請中	「新規申請中」(前回「非該当」となり、再度申請している場合を含む。)、 「区分変更申請中」、「更新申請中」であって前回の認定有効期間を超えている場合」は、「申請中」に○を付す。それ以外の場合は「認定済」に○を付す。		
⑩ 認定日	「要介護状態区分」が認定された日(認定の始期であり、初回申請者であれば申請日)を記載する。「申請中」の場合は、申請日を記載する。認定に伴い当該居宅サービス計画を変更する必要がある場合には、作成日の変更を行う。		
⑪ 認定の有効期間	被保険者証に記載された「認定の有効期間」を転記する。		
⑫ 要介護状態区分	被保険者証に記載された「要介護状態区分」を転記する。		
		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。「単身の世帯に属する利用者」の場合は、「1. 一人暮らし」、「家族若しくは親族(以下「家族等」という。)と同居している利用者」であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者または当該家族等が家事を行うことが困難であるもの」の場合は、「2. 家族等が障害、疾病等」に○を付す。また、家族等に障害、疾病がない場合であっても、同様のやむをえない事情により、家事が困難な場合等については、「3. その他」に○を付し、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。事情の内容については、例えば、 ・家族が高齢で筋力が低下して、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恐れがある場合 ・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る。	



第2表：「居宅サービス計画書(2)」

項目名	記載要領	項目名	記載要領
<p>① 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)</p>	<p>利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題(ニーズ)についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。具体的には、利用者の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、          ・利用者自身の力で取り組めること          ・家族や地域の協力でできること          ・ケアチームが支援することで、          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記載する。目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を、どのように行うのか」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・頻度や期間を設定する。</p>	<p>④ サービス内容</p>	<p>「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。この際、家族等による援助や必要に応じて保険給付対象外サービスも明記し、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、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を位置付ける場合には、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る理由を記載する必要はあるが、その理由を当該欄に記載しても差し支えない。</p>
<p>② 長期目標・短期目標</p>	<p>「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。</p>	<p>⑤ 保険給付の対象となるかどうかの区分</p>	<p>「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。</p>
<p>③ 期間</p>	<p>「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ついては、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。</p>	<p>⑥ サービス種別</p>	<p>「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。家族が担当介護部分についても、誰が行うのかを明記する。</p>
<p>④ 頻度・期間</p>	<p>「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。</p>	<p>⑦ 頻度・期間</p>	<p>「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。</p>
<p>⑤ 福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のサービスを提供する理由</p>	<p>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は、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する。          なお、理由については、別の用紙(別業)に記載しても差し支えない。</p>	<p>⑧ 福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のサービスを提供する理由</p>	<p>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は、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する。          なお、理由については、別の用紙(別業)に記載しても差し支えない。</p>

# 週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
	0:00								
深夜	2:00								
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								

週単位以外のサービス	
------------	--

第3表：「週間サービス計画表」

第2表「居宅サービス計画書(2)」の「援助内容」で記載したサービスを保険給付内外を問わず、記載する。なお、その際、「援助内容」の頻度と合っているか留意する。

記載要領	
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。例えば、食事については、朝食・昼食・夕食を記載し、その他の例として、入浴、清拭、洗面、口腔清掃、整容、更衣、水分補給、体位変換、家族の来訪や支援など、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見えるように記載する。 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。
② 週単位以外のサービス	各月に利用する短期入所等、福祉用具、住宅改修、医療機関等への受診状況や通院状況、その他の外出や「多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス」などを記載する。



第4表:「サービス担当者会議の要点」

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

項目名	記載要領	項目名	記載要領
① 利用者名	第1表から転記する。	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。その際、サービス内容だけでなく、サービスの提供方法、留意点、頻度、時間数、担当者等を具体的に記載する。なお、⑩「検討した項目」及び⑪「検討内容」については、一つの欄に統合し、合わせて記載しても差し支えない。
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。	⑫ 結論	当該会議における結論について記載する。
⑥ 開催場所	当該会議の開催場所を記載する。	⑬ 残された課題(次回の開催時期等)	必要があるにもかかわらず社会資源が地域に不足しているため未充足となった場合や、必要と考えられるが本人の希望等により利用しなかった居宅サービスや次回の開催時期、開催方針等を記載する。なお、これらの項目の記載については、当該会議の要点を記載するものことから、第三者が読んでも内容を把握、理解できるように記載する。
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。記載方法については、「会議出席者」の欄に記載、もしくは、「所属(職種)」の欄を活用して差し支えない。また、当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者の「所属(職種)」及び「氏名」を記載するとともに、当該会議に出席できない理由についても記入する。なお、当該会議に出席できないサービス担当者の「所属(職種)」、「氏名」又は当該会議に出席できない理由について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。		
⑩ 検討した項目	当該会議において検討した項目について記載する。当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者に照会(依頼)した年月日、内容及び回答を記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合には、その理由を記載するとともに、サービス担当者の氏名、照会(依頼)年月日、照会(依頼)した内容及び回答を記載する。なお、サービス担当者会議を開催しない理由又はサービス担当者の氏名、照会(依頼)年月日若しくは照会(依頼)した内容及び回答について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。		



第5表：「居宅介護支援経過」

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

項目名	記載要領
居宅介護支援経過	<p>第5表「居宅介護支援経過」は、介護支援専門員等がケアマネジメントを推進する上での判断の根拠や介護報酬請求に係る内容等を記録するものであることから、介護支援専門員が日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、記録の日付や情報収集の手段（「訪問」（自宅や事業所等の訪問先を記載）、「電話」、「FAX」・「メール」（これらは発信（送信）・受信がわかるように記載）等）とその内容について、時系列で誰もが理解できるように記載する。</p> <p>そのため、具体的には、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日時（時間）、曜日、対応者、記載者（署名）</li> <li>・ 利用者や家族の発言内容</li> <li>・ サービス事業者等との調整、支援内容等</li> <li>・ 居宅サービス計画の「軽微な変更」の場合の根拠や判断等の客観的な事実や判断の根拠を、簡潔かつ適切な表現で記載する。</li> </ul> <p>簡潔かつ適切な表現については、誰もが理解できるように、例えば、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 文章における主語と述語を明確にする、</li> <li>・ 共通的でない略語や専門用語は用いない、</li> <li>・ 曖昧な抽象的な表現を避ける、</li> <li>・ 箇条書きを活用する</li> <li>・ 等わりややすく記載する。</li> </ul> <p>なお、モニタリングを通じて把握した内容について、モニタリングシート等を活用している場合については、例えば、「モニタリングシート等（別紙）参照」等と記載して差し支えない。（重複記載は不要）ただし、「（別紙）参照」については、多用することは避け、その場合、本表に概要をわかるように記載しておくことが望ましい。</p> <p>※ モニタリングシート等を別途作成していない場合は本表への記載でも可。</p>



第6表:「サービス利用表(兼居室サービス計画)」

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

項目名	記載要領	項目名	記載要領
① 認定済・申請中	「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。	⑮ 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、居室サービス計画作成に当たって前提とした要介護状態区分に応じた1月間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。
② 対象年月	居室サービス計画の対象となる年月を和暦で記載する。	⑯ 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。
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。	⑰ 前月までの短期入所利用日数	計画対象月までの短期入所利用日数を記載する。新規認定申請中の場合は、「0」と記載する。
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。	⑱ 曜日	対象月における日付に対応する曜日を記載する。
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。	⑲ 提供時間帯	サービス提供開始から終了までの予定時刻を24時間制で記載する。サービス提供時間帯が決まっているものは、提供時間帯の早い順(0:00～24:00)に記載する。ただし、福祉用具貸与及び短期入所サービスの場合は、記載する必要はない。
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。	⑳ 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。
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。	㉑ サービス事業者	サービス提供を行う事業所の名称を記載する。
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。	㉒ 用具名称(機種名)	福祉用具貸与の場合、適用するサービスコードに対応する用具の名称(機種名)を記載する。
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、居室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。	㉓ TAIS・届出コード	福祉用具貸与の場合、公益財団法人テクノエイド協会が管理・運用する福祉用具情報システム(TAIS)上の管理コード、または福祉用具情報システム(TAIS)上の管理コードを取得していない商品の場合は福祉用具届出コードのいずれかを記載する。福祉用具貸与以外のサービスについては空欄とする。 例:00001-000010
⑩ 変更要介護状態区分・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。	㉔ 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。
⑪ 居室サービス計画作成した居室名	居室サービス計画を作成した居室名を記載する。ただし、利用者名を記載する場合は記載する必要がある。居室サービス計画を作成した居室名を記載する場合は記載する。ただし、利用者名を記載する場合は記載する必要がある。	㉕ 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。
⑫ 作成年月日	居室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。居室サービス計画の変更を行った場合は、変更後の居室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。	㉖ 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。
⑬ 利用者確認	居室サービス計画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、記載する必要がある。		
⑭ 届出年月日	利用者が自ら作成した居室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、居室サービス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。		



第7表：「サービス利用表別表」

(1) 第6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として転記する。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2桁)が変わる毎に、その事業所又はサービス種類毎の集計値を記載するための集計行を1行ずつ挿入する。(1つのサービス種類について1つしかサービスコードがない場合は、集計行は不要。)

項目名	記載要領	項目名	記載要領
① 事業所名	第6表「サービス利用票」の②「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。	⑩ 回数	第6表「サービス利用票」の④「予定」欄から1月間分の合計回数(同表の⑥「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。
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。	⑪ サービス単位 /金額	前記⑦「単位数」(料金割引を行っている場合は、前記⑨「割引後単位数」)に前記⑩「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、合計には含まれないため、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。
③ サービス内容 /種類	第6表「サービス利用票」の⑩「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。	⑫ 種類支給限度 基準額(単位) ※「種類別支給 限度管理」表	市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、「被保険者証」から、種類別の支給限度額を転記する。
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。	⑬ 合計単位数※ 「種類別支給限 度管理」表	市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、前記⑩「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。
⑤ 用具名称(機 種名)	福祉用具貸与の場合、第6表「サービス利用票」の⑫「用具名称(機種名)」欄から転記する。	⑭ 種類支給限度 基準を超える単 位数※「種類別 支給限度管理」 表	前記⑫及び⑬の記載を行った場合(市町村が種類支給限度基準を定めている場合は、前記⑬「合計単位数」から前記⑫「種類支給限度基準額(単位)」を差引き、種類別に支給限度基準を超える単位数を算出する。
⑥ TAIS・届出 コード	福祉用具貸与の場合、第6表「サービス利用票」の⑬「TAIS・届出コード」欄から転記する。	⑮ 種類支給限 度基準を超え る単位数	市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、前記⑭の「種類支給限度基準を超える単位数」の合計に等しくなるように単位数を種類別に振り分ける。
⑦ 単位数	前記④「サービスコード」に対応する1回当たりの単位を『介護給付費単位数サービスコード表』により確認して記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。	⑯ 種類支給限 度基準内単 位数	市町村が種類支給限度基準を定めている場合は、前記⑯「サービス単位/金額」から前記⑮「種類支給限度基準を超える単位数」で割り振られた単位数を差し引いた単位数を記載する。
⑧ 割引後率 (%)	料金割引を行っている場合には、前記③「サービス内容/種類」に対応する割引率を確認し、割引後の率(割引後率=100%-割引率(%))をWAM NETの『介護報酬情報提供システム』等の活用により確認して記載する。	⑰ 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。
⑨ 割引後単位 数	前記⑧の記載を行っている場合(料金割引を行っている場合は、前記⑦「単位数」に前記⑧「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。		

(前頁より)  
第7表:「サービス利用表別表」

項目名	記載要領
⑱ 区分支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準が設定されていない場合は、前記⑰から前記⑲「サービス単位/金額」欄の合計欄の単位数を超える単位数を記載する。種類支給限度基準額が設定されている場合は、前記⑰から前記⑲「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。
⑲ 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⑲「サービス単位/金額」から、前記⑲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⑲「種類支給限度基準額(単位)」から、前記⑲で割り振られた単位数を差し引いた単位数を記載する。
⑳ 単位数単価	各事業所の所在地におけるサービス種類に対応する単位数当たりの単価を、WAM NET「介護報酬情報提供システム」等の活用により確認し記載する。
㉑ 費用総額(保険対象分)	前記⑲「区分支給限度基準内単位数」に前記㉑「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。
㉒ 給付率(%)	介護給付費の基準額のうち保険給付を行う率を百分率で記載する。利用者負担の減額対象者、保険給付額の減額対象者等は、被保険者証、減額証等を参考にして記載する。
㉓ 保険給付額	前記㉑「費用総額(保険対象分)」に前記㉒「給付率」を乗じて算出した額(円未満切り捨て)を記載する。
㉔ 利用者負担(保険対象分)	前記㉑「費用総額(保険対象分)」から前記㉓「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。
㉕ 利用者負担(全額負担分)	前記⑲「区分支給限度基準を超える単位数」に前記㉕「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

項目名	記載要領
① 前月までの利用日数	サービス利用票の前月までの短期入所利用日数の合計を転記する。
② 当月の計画利用日数	当月中に計画に位置づけた短期入所サービスの利用日数のうち、限度額内の単位数に相当する日数を記載する。
③ 累計利用日数	①と②の累計日数を記載する。