

令和3年度指定居宅介護支援事業所集団指導（第2回）

資料 3-①

自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントガイドライン

令和4年1月

南部町



# 自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントガイドライン

## 目次

1.	ガイドラインの目的	3 ページ
2.	介護保険法の基本理念	4 ページ
3.	自立に向けたケアプランとは	4 ページ
4.	ケアマネジメントの類型について	5 ページ
5.	ケアマネジメントに関する基本方針について	6 ページ
6.	ケアマネジメントプロセス	9 ページ
7.	課題整理総括表	16 ページ
	第 1 表 居宅サービス計画書(1)	18 ページ
	第 2 表 居宅サービス計画書(2)	19 ページ
	第 3 表 週間サービス計画表	20 ページ
	第 4 表 サービス担当者会議の要点	21 ページ
	第 5 表 居宅介護支援経過	22 ページ
8.	軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について	23 ページ
9.	最後に	31 ページ
10.	関係法令・参考文書等	31 ページ

## 1. ガイドラインの目的

介護保険法第一条（目的）において、加齢による病気等で要介護状態となり、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が必要な人に對して、尊厳を保持し、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として規定しています。

一人ひとりの尊厳の保持と自立支援、住み慣れた地域での生活をできるだけ継続するためには、幅広い視点で生活全般を捉え、将来の予測に基づく支援の調整が必要になります。

支援が必要な人及び家族を支える介護支援専門員や介護サービスを提供する事業者による効果的で適切かつ質の高いケアマネジメントが重要です。

このガイドラインは、要介護状態となることの予防や軽減、悪化の防止のため、ケアマネジメントの適正化や質の向上・ケアマネジャーの質の平準化を図ることを目的に作成します。

～介護保険法第一条～

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。

## 2. 介護保険法の基本理念

介護保険法では、介護等が必要な人の尊厳を保持し、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支援することを基本理念としています。

また、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に行わなければならぬこと、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配慮されなければならないとされています。

～介護保険制度の理念としての「自立」～

**身体的自立**

介護が必要になっても自分でできることを可能な限り維持し、増やしていくこと

**社会的・精神的自立**

人の暮らしに不可欠な、地域とのつながりや他者との交流や活動を大切にした暮らしをすること

**経済的自立**

必要に応じ、社会保障の機能を発揮させつつ、経済的な継続性を保つこと

## 3. 自立に向けたケアプランとは

加齢に伴い、地域での生活を維持していくことが難しくなるのは当然のことです。このような高齢者が何らかの援助を受けながらも、尊厳を保持して、その人らしい生活を主体的に継続していくことが自立だと言えます。

自立とは身体的自立のみではなく、心理的、経済的、社会関係的等の複合的な概念であることを今一度確認する必要があります。

このような自立に向けて支援するためのケアプランにおいては、高齢者本人の自己決定を尊重することが最も重要になります。そのため、「本人はどのような生活を望んでいるのか」といった意向をふまえて、「それを阻害している個人要因や環境要因は何なのか」といった包括的アセスメントに基づき、本人の意思を確認しながら、ケアプランを作成します。

その際、本人の自己決定だからとすべてを受け入れることが、自立に向けたケアプランではないことに注意が必要です。自立に向けて現実的で明確な意向を持っている高齢者の場合には、その実現に向けた具体的な方法を本人とともに検討してケアプランを作成するでしょう。しかしながら、実際の状態と乖離した意向がある場合には、その理由を解明し、本人の現状

認識を深める働きかけ等を行いながら、意思決定支援を行う必要があります。

中でも、自立において本人の意欲が重要な要因であることを考えると、消極的・拒否的な意向の場合は特に留意する必要があります。「できる能力があるのに、していないことは何か」「かつてはしていたのに、しなくなったことは何か」「それはどうしてなのか」等の視点から、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ことが必要になります。

そして、自立は一度で為し得ることではなく、環境との継続的な交互作用を通して可能になります。そのため、将来を見越してケアプランを作成するとともに、高齢者の自立を可能にする家族や地域にしていくための働きかけについても検討する必要があります。

このように、ケアプランは単なる計画ではなく、ケアマネジメントすべてのプロセスを見る化したものであり、ケアプランに係る議論をする際にはそのことを認識する必要があります。つまり、高齢者一人ひとりの生活を支える検討をするといった覚悟が必要だと言えます。

※平成30年10月9日 厚生労働省 介護保険最新情報 Vol.685

「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」から一部引用

#### 4. ケアマネジメントの類型について

介護保険におけるケアマネジメントとは、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いて、適切な介護サービス等が、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう、サービス計画を立案し、計画に基づいたサービス提供が行われるよう調整、管理を行うことです。認定区分等により類型は次のとおりとなります。

ケアマネジメントの類型	認定区分等	給付種別			実施機関
		介護 給付	予防 給付	総合 事業	
居宅介護支援	要介護 1～5	○	×	×	指定居宅介護支援事業者
介護予防支援	要支援 1・2	×	○	併用	指定介護予防支援事業所
介護予防ケアマネジメント	要支援 1・2 事業対象者	×	×	○	地域包括支援センター

## 5. ケアマネジメントに関する基本方針について

### (1)居宅介護支援

- ①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に配慮して行われるものでなければならない。
- ③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なければならない。
- ④利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏ることのないよう、公正中立に行われなければならない。
- ⑤指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、町、地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者（障害者支援）との連携に努めなければならない。
- ⑥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くてはならない。
- ⑦利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- ⑧指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援を提供するに当たっては、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。
- ⑨「居宅介護支援の具体的取扱方針」については、南部町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等を定める条例第 16 条を遵守して行われなければならない。

## (2)介護予防支援

- ①利用者が可能な限り居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう配慮して行われるものでなければならない。
- ②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、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、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介護予防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介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。
- ④指定介護予防支援事業者は、事業の運営に当たっては、町、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者（障害者支援）、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければならない。
- ⑤介護予防支援は、利用者の介護予防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なければならない。
- ⑥指定介護予防支援事業者は、介護予防の効果を最大限に發揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス計画を策定しなければならない。
- ⑦指定介護予防支援事業者は、自らその提供する指定介護予防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。
- ⑧利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- ⑨指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援を提供するに当たっては、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。
- ⑩「介護予防支援の具体的取扱方針」については、南部町指定介護予防支援事業者の指定に関し必要な事項並びに指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例第33条・34条を遵守して行われなければならない。

### (3)介護予防ケアマネジメント

- ①利用者が可能な限りその居宅において、自立した生活を営むことができるよう配慮して行われるものでなければならない。
- ②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、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービス並びに地域の予防活動等の場が、当該目標を踏まえ、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介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立って、利用者に提供されるサービスが特定の種類又は総合事業実施事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。
- ④地域におけるインフォーマルサービスも含めた社会資源及び利用者並びにその家族等の希望等の情報を勘案して、介護予防サービス計画を作成しなければならない。
- ⑤介護予防の効果を最大限に發揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目的志向型の介護予防ケアマネジメントを実施しなければならない。

#### 【介護予防ケアマネジメントの類型】

##### ケアマネジメントA（原則的なケアマネジメント）

アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも3月に1回行い評価を行います。

##### ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

アセスメントからケアプラン原案までは、ケアマネジメントAと同様に実施しつつ、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施するものです。

##### ケアマネジメントC（初回のみのケアマネジメント）

初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアプラン原案の結果を利用者に説明し、理解を得た上で交付し、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認するものです。

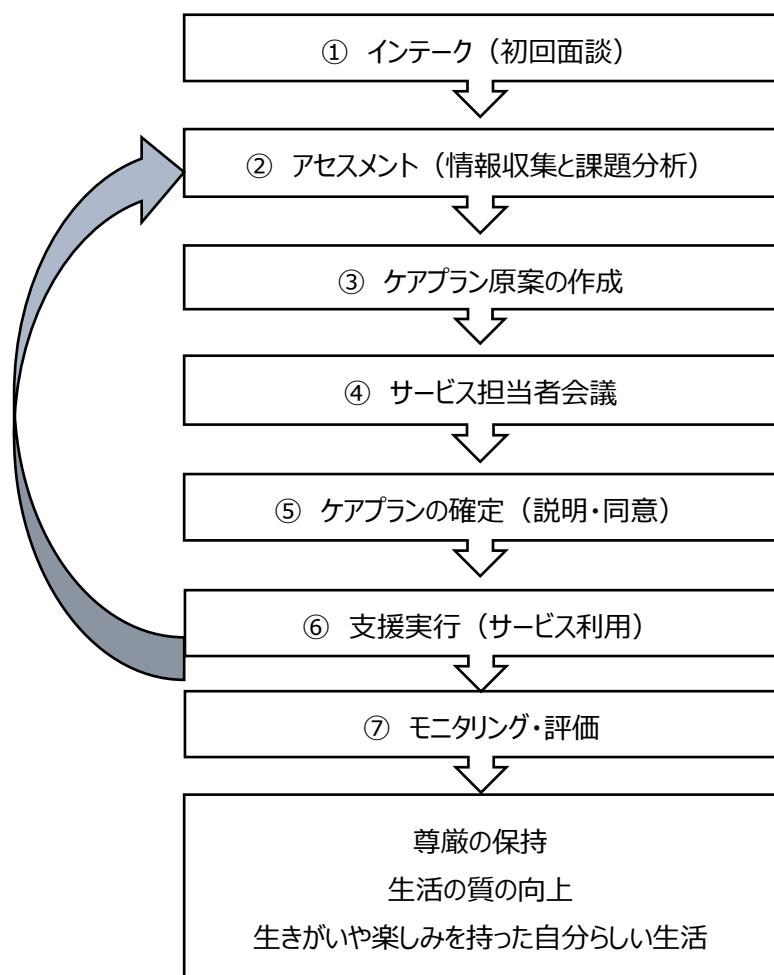
## 6. ケアマネジメントプロセス

### (1)ケアマネジメントの手順

サービス利用申込者からの依頼を受け、受付⇒インテーク（初回面談）⇒アセスメント（情報収集と課題分析）⇒ケアプラン原案の作成⇒サービス担当者会議⇒サービス事業者によるケアプランに沿った支援の実行（サービス利用）⇒モニタリング・評価⇒終結または再アセスメントというプロセスをたどります。

利用者の自立支援に資するケアマネジメントの実施において、計画(PLAN)、実行(DO)、評価(CHECK)、改善(ACTION)の4つの段階で構成されるPDCAサイクルを多職種連携により改善させていくことが重要になります。

実地指導では、この順番に支援が行われているか確認されますので、この流れに沿って書類や記録を整理しておきましょう。



## ①インテーク（初回面談）

介護支援専門員と利用者・家族との出会いの場であり、その後のケアマネジメントプロセスに大きな影響を与えることになりますので、まずは信頼関係を構築することが大切です。

利用者や家族の考え方や生活感、価値観等について、配慮を欠くことなく、聞き取りを行いましょう。その際、重要事項説明書により事業所の事業内容や介護支援専門員の業務内容を説明したうえで、利用者との間で受託契約を結ぶことになります。

### «チェックポイント»

- 被保険者証、負担割合証等を確認していますか
- 重要事項説明書や個人情報使用同意等の説明を行い、同意を得ていますか
- 介護保険制度、介護支援専門員の役割について説明を行い、理解を得ていますか
- 利用者・家族の話を傾聴し、信頼関係を築けるよう面談していますか
- 必要に応じて介護保険制度以外のサービスについて説明していますか

## ②アセスメント（情報収集と課題分析）

アセスメントとは、実際に利用申込者宅を訪問し、①利用者等の情報を収集し、②利用者等の課題を分析し、③解決すべき課題(ニーズ)を明らかにすることです。

特に居宅支援における課題分析については、国が定める課題分析標準項目(23項目)P15を満たす方法で行わなくてはなりません。

アセスメントの内容は、個別サービス計画の目標に反映させること。アセスメントの内容とケアプランの整合性がとれていることが大切です。

### «チェックポイント»

- 自宅を訪問し、利用者及び家族に面接していますか
- 家族構成、住環境、通院・服薬等からの医療情報、心身の状況、生活歴、趣味、楽しみ、家族の介護力、家族背景、その人を取り巻く環境全般について情報収集していますか
- 課題分析標準項目の情報収集を行い、解決すべき課題を導き出していますか
- 本人・家族からの希望だけにとらわれず、原因やその背景を明らかにしていますか
- できないこと・困りごとのみを把握するのではなく、利用者及び家族ができること（ストレングス）の把握や予後予測（危険性の予測）にたった視点でアセスメントしていますか
- 自立に向けた支援、利用者のQOLを高める視点で分析をしていますか
- 利用者本人や家族が希望するニーズのみ対応するのではなく、専門職として知識と技術をもとに分析を行うよう努めていますか

### ③ケアプラン原案の作成

ケアプラン原案の作成の目的は、利用者・家族の望む暮らし、尊厳の保持と自立した生活を実現するための総合的な方針や課題及びそれに対応する目標と具体策を提案・確認することです。利用者の生活課題を解決するために最も適切なサービスの組み合わせとともに、インフォーマルな社会資源の活用なども検討しましょう。

#### «チェックポイント»

- 総合的な援助の方針には本人、家族、近隣住民、介護支援専門員、各種サービス事業所等がどのようなチームケアを行うのか記載していますか
- 緊急事態が想定される場合、対応機関やその連絡先、対応方法について記載していますか
- 訪問介護の生活援助中心型を算定する場合は、その事情を具体的かつ簡潔に記載していますか
- 生活全般の解決すべき課題には利用者が意欲的に取り組めるような表現で記載され、個別性のあるものとなっていますか
- 生活全般の解決すべき課題は利用者・家族と相談して優先度が高い順に記載していますか
- 自立支援を目標とするものになっていますか、サービスの利用が目的となっていませんか
- 長期目標は抽象的ではなく、課題を達成するための具体的な目標と期間となっていますか
- 短期目標は、長期目標を達成するための段階的な目標と期間となっていますか
- 援助内容は、短期目標を達成するために必要なサービス内容・種別・頻度・期間を記載していますか
- 援助内容には、インフォーマルサービスや本人、家族の行うことを位置付けていますか
- サービスを位置付ける際に複数の事業所を紹介し、公正中立に利用者の選択のもとサービス事業所が決められていますか
- 週間サービス計画表には利用者の平均的な一日の過ごし方を記載していますか
- 医療系サービスを位置付ける場合、主治医等の意見を確認し、記録していますか
- 福祉用具の品目ごとに、ニーズや目標を検討し、記載していますか
- 第6表サービス利用票（兼居宅サービス計画）のサービス内容は、第2表・第3表にも位置づけられていますか
- 軽度者に対する福祉用具貸与について、保険給付の必要性がある場合、例外給付の申請等の手続きを行っていますか（例外給付を居宅サービス計画に位置付ける場合には、サービス担当者会議で医学的な所見をもとに、妥当性を検討し、必要な理由を記載する）

### ③ケアプラン原案の作成のつづき

- 要介護認定の有効期間おおむね半数を超える短期入所生活介護及び短期入所療養介護を居宅サービス計画に位置付ける場合には、妥当性を検討し、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町に届け出ていますか
- 厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を居宅サービス計画に位置付ける場合には、妥当性を検討し、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町に届け出ていますか
- 居宅サービス計画に位置付けられた居宅介護サービス費の総額が区分支給限度基準額に占める割合及び訪問介護に係る居宅サービス費がサービス費の総額に占める割合が高い場合には、妥当性を検討し、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町に届け出ていますか

### ④サービス担当者会議

サービス担当者会議では、利用者やその家族の生活全体及びその課題について、利用者・家族、プラン作成者（介護支援専門員）、関係するサービス事業所の担当者等が一堂に会して、利用者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを協議し、支援の方向性について共通の理解を持ちます。

#### «チェックポイント»

- 新規、区分変更、認定更新時は、サービス提供開始前までに開催していますか
- ケアプランに位置付いているサービス事業所の担当者が全て出席していますか
- 開催できない場合や参加できないサービス事業所の担当者がいる場合は照会を行っていますか
- 利用者の課題、目標等について他職種の視点から協議し、共通理解を図り、担当者の役割分担を確認していますか

単なるケアプラン説明会で終わっていませんか？

## ⑤ケアプランの確定（利用者への説明、同意取得、居宅サービス計画書の交付）

サービス担当者会議を受けて、ケアプラン原案の内容を調整する必要がある場合は、関係するサービス事業所の担当者と相談して内容を調整し、ケアプランを作成し、利用者・家族の同意を得て、その後、利用者等及び各事業者へ交付します。

各事業所はサービスの個別援助計画を作成し、その内容とケアプランの目標の整合性を確認します。

### «チェックポイント»

- サービス提供前に利用者等へ説明を行い、同意を得ていますか
- 利用者だけでなく、サービス事業所の担当者にも交付していますか
- 医療系サービスを位置付けた場合は、主治医等へ交付していますか
- 各サービス事業所から個別援助計画を受領し、ケアプランの目標との整合性を確認していますか  
**(単なるケアプランの復唱になっていないか、目標達成に結びつく個別援助計画になっているか)**

## ⑥サービスの提供

ケアプランに基づいて作成された個別援助計画に基づきサービスが提供されます。利用者等の支援に関わるチーム全員が、計画に定めた（自分らしい生活に向けた）目標を理解し、サービスの提供を通じて得た情報を共有しながら、利用者へ動機づけを行うことが重要です。

### «チェックポイント»

- サービス提供事業所等から利用者に係る情報の提供を受けた場合には、利用者の同意を得て、服薬状況、口腔機能その他の利用者的心身又は生活に係る情報を主治医等に提供していますか

## ⑦モニタリング・評価

利用者・家族、サービス事業所等と継続的なコミュニケーションを通じて、現行のケアプランが利用者の現状に即しているかを判断するために行います。ケアプランに定めてある目標の達成度をみることが重要です。必要な場合にはケアプランの修正を行いましょう。

### «チェックポイント»

- 適切な時期・方法でモニタリングをしていますか
  - ・居宅介護支援では、少なくとも1月に1回自宅へ訪問し、利用者と面談し、記録を記載していますか
  - ・介護予防支援では、少なくとも3月に1回自宅へ訪問し、利用者と面談していますか。また、少なくとも月に1回はサービス提供事業所への訪問や電話等で状況を把握し記録していますか
  - ・ケアマネジメントAでは、少なくとも3月に1回自宅へ訪問し、利用者と面談し、記録していますか。
- サービスの実施状況を把握し、必要に応じてサービス提供事業所等との連絡調整その他便宜の提供を行っていますか
- 短期目標ごとに評価し、適時適切なケアプランの見直しを行っていますか
- 利用者やその家族の意向・満足度、目標の達成度、事業者との調整内容、ケアプランの見直しの必要性等(要介護度の変化を含む)について記録を残していますか

### ★ケアマネジメントのポイント★

- 懇切丁寧な理解しやすい説明(信頼関係、苦情防止)
- 継続的かつ計画的に提供(見通しによる効果的で必要な支援)
- 介護保険以外の発想と手段(多様な関係者、資源活用)
- 利用者自身による選択(選択の機会、入居を条件としない)

※参考：南部町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等  
を定める条例第16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 厚生省老人保健福祉局企画課長通知)の別紙4の別添  
(別添)

#### 課題分析標準項目

##### 基本情報に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報(受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報(氏名、性別、生年月日・住所・電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
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	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等)について記載する項目
9	課題分析(アセスメント)理由	当該課題分析(アセスメント)の理由(初回、定期、退院退所時等)について記載する項目

##### 課題分析(アセスメント)に関する項目

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

## 7. 課題整理総括表

課題整理総括表は、介護支援専門員が把握した要介護者等の基本的な情報を多職種間で共有する、どの様な考え方で要介護者等の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を導きしたのかを表現するものです。

### ①課題整理総括表の位置づけと作成のタイミング

課題整理総括表はアセスメントツールではありません。利用者の現在の状態と要介護状態等の改善・維持等の可能性に照らして課題のとらえ方に抜け漏れがないかをまとめるもの。

基本的には、アセスメントツール等を用いて情報の整理・分析を行い、ケアプラン(原案)の作成にかかる前のタイミングで課題整理総括表を作成します。

### ②「自立した日常生活の阻害要因」欄

利用者の自立を阻害している根本的な要因を最大 6 項目程度に絞り込みます。

特に「状況の事実」の「現在」欄で「自立」あるいは「支障なし」以外が選択されている項目の要因を分析します。

要因として疾患がとらえられる場合も多いと考えられますが、疾患それ自体を要因とするのではなく、療養の過程や健康管理が十分にできないことが生活に影響を及ぼすものになります。

疾患名だけではなく、その疾患に応じた療養や健康管理等も含めて整理します。

例)

- ・「糖尿病」の場合は、「食事の管理ができない」「インシュリンの自己注射の管理ができない」
- ・「脳梗塞後遺症」の場合は、「脳梗塞による左半身麻痺」「左麻痺のため右半身を洗えない」「自分から水分を摂る習慣がない」など

### ③「見通し」欄

ケアプランの短期目標の期間を見据えて、「どのような援助を実施することで」→「状況がどのように変化するのか」を記入します。

- ・要因の解決のために必要と考えられる援助内容は何か
- ・援助を利用した場合に到達が見込まれる状態を予測する

## 課題整理総括表

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿

生成日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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)	見通し※5	生活全般の解決すべき課題(二-ズ)【案】	※6
自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)	①脳梗塞後遺症左上下肢麻痺 ④妻は腰・膝痛がある	自立 見守り一部介助 全介助	①②③ 改善 維持 悪化	病院内では杖歩行又はつかまるところが多いため、介助が少しほどできることを嘗やして家で暮らしたい。	③義歎が合わず痛みがある ⑤以前より家事の習慣がない	木人できないことが多いが多いため不安だが、少しでもできることを嘗やして家で暮らしたい。	妻ちゃんともお話しできるから二人で生活していくよ。	
移動	室内移動 屋外移動	自立 見守り一部介助 全介助	①② 改善 維持 悪化	病院内では杖歩行又はつかまるところが多いため、介助が少しほどできることを嘗やして家で暮らしたい。	②両下肢筋力低下により歩行が不安定 ⑤玄関に段差、トイレ等に手すりなし	入院中では行つてない、介助があれば可能	妻ちゃんともお話しできるから二人で生活していくよ。	
食事	食事内容 食事採取	自立 支障なし 支障あり	①② 改善 維持 悪化	病院では測量食、退院後も塩分は183g目安上げ下さいとの継続を行うことで、杖歩行でトイレまでの移動で、杖歩行の上げ下げもし介助せずできるようになる。	⑥以前より家事の習慣がない	トイレに手すりを設置したり、介護ベッドや介助バーの使用、杖歩行訓練の継続及び便座に座った状態でのスボンの上げ下さいとの継続を行うことで、杖歩行でトイレまでの移動で、杖歩行の上げ下げもし介助せずできるようになる。	妻ちゃんともお話しできるから二人で生活していくよ。	
排泄	排尿・排便 排泄動作	自立 見守り一部介助 全介助	①②⑥ 改善 維持 悪化	トイレは妻が行う	⑥以前より家事の習慣がない	入院中では行つてない、介助があれば可能	木人できないことが多いが多いため不安だが、少しでもできることを嘗やして家で暮らしたい。	1
口腔	口腔衛生 口腔ケア	自立 支障なし 支障あり	①② 改善 維持 悪化	尿意便意はあるがトイレまで間に合わない	⑥以前より家事の習慣がない	スボンの上げ下げを介助	妻ちゃんともお話しできるから二人で生活していくよ。	2
服薬	自立 見守り一部介助 全介助	③ 改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	歯科受診による義歎の調整を行なう。また、園児の指導やバカラ体操等を行なうことができる。	⑥以前より家事の習慣がない	義歎が合わず歯茎に当たって痛い	美味しく食事をしたい	4
入浴	自立 見守り一部介助 全介助	①② 改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	退院後は妻が行う	⑥以前より家事の習慣がない	右手指で歯茎を洗うも完全ではない	自分で服用	
更衣	自立 見守り一部介助 全介助	①② 改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	自家浴室に手すりを取り付、シャワーチェアや浴槽台を購入して腰椎を整える。	⑥以前より家事の習慣がない	義歎が合わず歯茎に当たって痛い	自分で服用	
掃除	自立 見守り一部介助 全介助	①②⑥ 改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	スボンの着脱・ボタンかけに介助	⑥以前より家事の習慣がない	退院後は妻が行う	自分で服用	
洗濯	自立 見守り一部介助 全介助	①②⑥ 改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	浴槽の出入り介助、背中・足先の洗身	⑥以前より家事の習慣がない	退院後は妻が行う	自分で服用	
整理・物品の管理	自立 見守り一部介助 全介助	①②⑥ 改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	入浴前の血圧測定、背中・足先の洗身	⑥以前より家事の習慣がない	退院後は妻が行う	自分で服用	
金銭管理	自立 見守り一部介助 全介助	⑥ 改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	浴槽の出入り介助で入浴できる。	⑥以前より家事の習慣がない	妻が行っている	自分で服用	
買い物	自立 見守り一部介助 全介助	①②⑥ 改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	退院後は妻が行う	⑥以前より家事の習慣がない	退院後も定期的に医師の診察を受け、		
コミュニケーション能力	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	退院後は妻が行う	⑥以前より家事の習慣がない	退院後は妻が行う		
認知	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	大きな声で話せば聞こえる	⑥以前より家事の習慣がない	夫の介護に不安がある。長男		
社会との関わり	支障なし 支障あり	①② 改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	夫の性間と交流が途絶えている。退院後、園芸	⑥以前より家事の習慣がない	夫の性間と交流したいと希望している。		
褥瘡・皮膚の問題	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	退院後は妻が行う	⑥以前より家事の習慣がない	夫の性間と交流で妻を支えたい。		
行動・心理症状(BPSD)	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	夫の性間と交流で妻を支えたい。	⑥以前より家事の習慣がない	夫の性間と交流で妻を支えたい。		
介護力(家族関係含む)	支障なし 支障あり	④ 改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	夫の性間と交流で妻を支えたい。	⑥以前より家事の習慣がない	夫の性間と交流で妻を支えたい。		
居住環境	支障なし 支障あり	⑤ 改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	夫の性間と交流で妻を支えたい。	⑥以前より家事の習慣がない	夫の性間と交流で妻を支えたい。		

※1 本選択は検活動もアリスなど、ソーシャルワーカーがおこなうべき事項を記載するが、必要に応じて追加して選ぶ。支えたい。

※2 介護度等級別に区分される場合、支えたい以外には、支えないと見做す場合、そのうえ次に記入欄へ記入する。

※3 今回の設定が既に存在する場合は、そのうえ次に記入する要項を、株式会社アメ横連携実証実験、該当する番号(大数字)を記入する。

※4 今回の設定が既に存在する場合は、そのうえ次に記入する要項を、株式会社アメ横連携実証実験の申請用紙に記入する。

※5 「原因」および「改善・操作の可能性」を踏まえ、選択肢を決定するための選択肢項目に記載しているが、必要に応じて追加して選ぶ。支えたい。

※6 本選択欄面に記入する番号と前回記入した番号を数字で記入した後、解決が必要な点が本選択欄面に取り上げることが困難な際には「-」印を記入。

第1表

## 居宅サービス計画書（1）

作成年月日 年 月 日

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

1.必要事項を全て記載し、記載する日付等の整合性をとる

居宅サービス計画作成（変更）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を記載する。「自立支援」に資するため解決が必要な課題が把握できているか、利用者が持つ力や生活環境等の評価を含め問題点を明らかにしていくこと。単に希望するサービスを記載しないこと。
---

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

3.「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に対応して、どの様なチームケアを行おうとするのか、利用者及び家族を含むチームが確認、検討の上、総合的な援助の方針を記載する。緊急時の対応機関や連絡先、どの様な場合を緊急事態と考えているか、緊急時の対応の方法について記載する。
---

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）

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標			援助内容			
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	(期間)	サービス内容	※1 サービス種別	※2	頻度 期間
課題の優先順位をつける。							
①利用者の状態、介護目標そのものを表現する ②行われているケアの内容、介護目標そのものをニーズに取り組める表現にする ③意欲的に取り組める表現にする							

「長期目標」は基本的に個々の解決すべき課題に対応して設定する。  
「短期目標」は解決すべき課題、長期目標に段階的に対応するもの。

①お風呂に入つて清潔を保つ、定期的に通院できるなど、行われているサービス内容を目標にしない  
②原則、長期目標と短期目標の達成までの期間を同一にしない  
③期間の設定では「認定の有効期間」も考慮する

厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護、福祉用具貸与・福祉用具販売、短期入所が認定有効期間の半数を超えるプラン、区分支給限度額の大半を占めるプランなどは、その妥当性を検討して必要な理由を記載する。

☆**長期目標は 叶えたいもの、将来の目的**  
☆**短期目標は 目的達成のための目に見える変化**

※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

作成年月日 年 月 日

利用者名

		般							
		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								起床や就寝、食事など平均的な一日の過ごし方のほかに、入浴、洗面、更衣、水分補給、体位変換、家族の支援利用者のセルフケアなど生活全体の流れを記載する。
早朝	6:00								
午前	8:00								
午後	10:00								
午後	12:00								
深夜	14:00								「援助内容」の頻度と合っているか留意する。インフォーマルサービスについても記載する。
夜間	16:00								深夜や早朝、土曜日・日曜日の支援内容についても適切か考える。 事業所の都合で回数や時間帯が決まつていなか（※計画された時間帯にサービスできているか確認する）調理や入浴などサービス内容を記載するとかかりやすい。
夜間	18:00								
夜間	20:00								支援が必要な時間帯に抜け落ちがないか確認する。
夜間	22:00								日中の活動に何もないことが課題
深夜	24:00								
深夜	2:00								
深夜	4:00								

各月に利用する短期入所、福祉用具、住宅改修、医療機関等への受診や通院状況、「多様な主体により提供される利用者の日常生活を支援するサービス」などを記載する。

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
会議出席者	所 属(職種)	氏 名
	所 属(職種)	氏 名
検討した項目	所 属(職種)	氏 名
検討内容	①医療系サービスを利用するための検討 ②軽度者の福祉用具が必要な理由について検討した内容 理由を検討した内容など それぞれに利用者、家族、サービス担当者の意見を記載。(町へのケアプラン提出の際に検討していることが確認できることが重要です)	③短期入所が長期間の利用になる
結論	検討した順番に記載する。「いつまでに誰が○○をする」など具体的に結論を記載する。 町へのケアプランの提出が求められているものについては、医学的な所見を基にした根拠や理由により結論付けること。 単に、○○が予想されるため、○○の危険があるためという予測では不十分、要件を満たすことができか確認すること。	

第5表

**居宅介護支援経過**

利用者名 殿 居宅サービス計画作成者氏名

年月日	項目	内容	年月日	項目	内容
O.O.O	担当者会議	自宅にて担当者会議を開催した。 利用者、家族から同意を得てサービス計画書を利用者・事業者に交付した。			
O.O.O	訪問	少なくとも1月に1回、利用者の居宅で面接を行い、内容を記載する。			
	モニタリング	モニタリングの内容を記載する。①利用者、家族の意向、満足度等 ②目標の達成度 ③事業者との調整内容 ④要介護度を含むサービス計画の変更の必要性(軽微な変更の場合にもその根拠を記載する) ⑤モニタリング結果を計画変更に反映する ⑥単純に前月のものをコピーしたり、評価を数字のみにしない(サービス事業所のモニタリングをそのまま写さない)			

**第5表「居宅介護支援経過」は、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**

利用者や家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との連絡調整内容、ケアプランの変更の必要性について記載する。

第三者が読んでも内容を把握、理解できるように項目ごとに整理して記載する。

入院・退院加算など計算の算定要件が確認できるよう意識して、項目ごとに記載する。

憶測や不確定な内容は記載しない(曖昧な抽象的な表現を避けける)。

利用者の話し言葉が多くなり、文章が長くならないよう簡潔に記載する(箇条書きを活用する)。

不必要に敬語・丁寧語を多用しない。

## 8. 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について

### (1) 福祉用具貸与の例外給付について

介護保険制度における福祉用具貸与では、軽度者（要支援1・2、要介護1）について、その状態像からは使用が想定しにくい車いす等の種目は、基本的に保険給付の対象外となっています。

ただし、種目ごとに厚生労働大臣が定める状態像に該当する者については、例外的に保険給付の対象として福祉用具貸与を利用すること（以下「例外給付」という）が可能となっており、その妥当性については、原則として、要介護認定の認定調査票（基本調査）の直近の結果を活用して客観的に判定することとされています。【表1】

しかし、このような判断方法では、福祉用具が必要な状態であるにかかわらず、例外給付の対象とならないことが判明したため、従来どおりの認定調査票（基本調査）の直近の結果を活用して客観的に判定する方法に加え、対象者を拡大する判断基準が設けられました。【表2】

【表1】

【表1】厚生労働大臣が定める「利用者等告示第31号のイ」の状態像		
種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
ア 車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (1) 日常に歩行が困難な者	基本調査1-7（歩行） 「3. できない」
	(2) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	日常生活範囲における移動の支援が必要と認められる者 → サービス担当者会議等を通じた適切なマネジメントによりケアマネジャー等が判断する。
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (1) 日常に起き上がりが困難な者	基本調査1-4（起き上がり） 「3. できない」
	(2) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3（寝返り） 「3. できない」
ウ 床ずれ防止用具	日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3（寝返り） 「3. できない」
エ 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 (1) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	基本調査3-1 「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 または 基本調査3-2～7のいずれか 「2. できない」 または 基本調査3-8～4-15 「1. ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む
	(2) 移動において全介助が必要としない者	基本調査2-2（移動） 「4. 全介助」以外

（左図の続き）

オ 移動用リフト（つり具部分を除く）	次のいずれかに該当する者 (1) 日常に立ち上がりが困難な者 (2) 移乗が一部介助または全介助を必要とする者 (3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 → サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメント等によりケアマネジャー等が判断する。	基本調査1-8（立ち上がり） 「3. できない」 基本調査2-1（移乗） 「3. 一部介助」 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 → サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメント等によりケアマネジャー等が判断する。
カ 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）	次のいずれにも該当する者 (1) 排便が全介助を必要とする者 (2) 移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-6 「4. 全介助」 基本調査2-1 「4. 全介助」

（利用者等告示=平成27年厚生労働省告示第94号）



【表2】

対象者の拡大	<p>( i ) 疾病その他の原因により、<b>状態が変動しやすく</b>、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示第 31 号のイで定める福祉用具が必要な状態に該当する者（例：パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象）</p> <p>( ii ) 疾病その他の原因により、<b>状態が急速に悪化し</b>、短期間のうちに利用者等告示第 31 号のイで定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者（例：がん末期の急速な状態悪化）</p> <p>( iii ) 疾病その他の原因により、身体への<b>重大な危険性又は症状の重篤化の回避</b>等医学的見地から利用者等告示第 31 号のイで定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者（例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）</p>
手続き	<p>上記 ( i ) ~ ( iii ) のいずれかに該当する者であることが</p> <p>ア <b>医師の意見（医学的な所見）</b>に基づき判断され、</p> <p>イ サービス担当者会議等を経た<b>適切なケアマネジメント</b>の結果を踏まえていることを、</p> <p>ウ <b>市町村が「確認」</b>している</p> <p>ものであれば、福祉用具貸与の例外給付を認める。</p>

## (2) 福祉用具貸与の例外給付に関する根拠規定等について

### (a) 要介護1の者（自動排泄処理装置については、要介護2及び要介護3を含む。）の例外給付に関する根拠法等

○指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）

別表11 福祉用具貸与費 注4

#### 11 福祉用具貸与費(1月につき)

(略)

注4 要介護状態区分が要介護1である者に対して、厚生労働大臣が定める福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与に係る福祉用具の種目(平成11年厚生省告示第93号)第1項に規定する車いす、同告示第2項に規定する車いす付属品、同告示第3項に規定する特殊寝台、同告示第4項に規定する特殊寝台付属品、同告示第5項に規定する床ずれ防止用具、同告示第6項に規定する体位変換器、同告示第11項に規定する認知症老人徘徊感知機器及び同告示第12項に規定する移動用リフトに係る指定福祉用具貸与を行った場合は、福祉用具貸与費は算定しない。また、要介護状態区分が要介護1、要介護2又は要介護3である者に対して、同告示第13項に規定する自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。）に係る指定福祉用具貸与を行った場合は、福祉用具貸与費は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める者に対する場合については、この限りでない。

○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伴う実施上の留意事項について（平成12年老企第36号）第二の9（2）①ウ

#### 第二 居宅サービス単位数表

##### 9 福祉用具貸与費

###### (2) 要介護1の者等に係る指定福祉用具貸与費

###### ① 算定の可否の判断基準

要介護1の者に係る指定福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定にくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト（つり具の部分を除く）」及び「自動排泄処理装置」（以下「対象外種目」という。）に対しては、原則として算定できない。また、「自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。）」に

については、要介護 1 の者に加え、要介護 2 及び要介護 3 の者に対しては、原則として算定できない。しかしながら利用者等告示第 31 号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者（要介護 1 の者をいう。ただし、自動排泄処理装置については、要介護 1 、要介護 2 及び要介護 3 の者をいう。以下（2）において同じ。）であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。

ア (略)

イ (略)

ウ また……次の i )からiii )までのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合にあっては、これらについて、市町村が書面等確実な方法により確認することにより、その要否を判断することができる。

(略)

i ) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示第 31 号のイに該当する者

(例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)

ii ) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第 31 号のイに該当することが確実に見込まれる者

(例 がん末期の急速な状態悪化)

iii ) 疾病その他原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第 31 号のイに該当すると判断できる者

(例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)

注 括弧内の状態は、あくまでも i )～iii )の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したにすぎない。また、逆に括弧内の状態以外の者であっても、i )～iii )の状態であると判断される場合もありうる。

※利用者等告示 ⇒ (c) 参照

**(b) 要支援の者（自動排泄処理装置については、要介護2及び要介護3を含む。）  
の例外給付に関する根拠法等**

○指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）

別表11 介護予防福祉用具貸与費 注4

**11 介護予防福祉用具貸与費(1月につき)**

(略)

**注4 要支援者に対して、厚生労働大臣が定める福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与に係る福祉用具の種目(平成11年厚生省告示第93号)第1項に規定する車いす、同告示第2項に規定する車いす付属品、同告示第3項に規定する特殊寝台、同告示第4項に規定する特殊寝台付属品、同告示第5項に規定する床ずれ防止用具、同告示第6項に規定する体位変換器、同告示第11項に規定する認知症老人徘徊感知機器及び同告示第12項に規定する移動用リフト及び同告示第13項に規定する自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。）に係る指定介護予防福祉用具貸与を行った場合は、指定介護予防福祉用具貸与費は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める者に対する場合については、この限りでない。**

○指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について  
(平成18年老老発第0317001号) 第二の11(2)ウ

**第二 居宅サービス単位数表**

**11 介護予防福祉用具貸与費**

**(2) 要支援1又は要支援2の者に係る指定介護予防福祉用具貸与費**

**①算定の可否の判断基準**

要支援1又は要支援2の者(以下(2)において「軽度者」という。)に係る指定介護予防福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト(つり具の部分を除く。)」及び「自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。）」(以下「対象外種目」という。)に対しては、原則として算定できない。しかしながら利用者等告示第88号において準用する第31号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定介護予防福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。

ア (略)

イ (略)

ウ また……次の i )から iii )までのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより介護予防福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合にあっては、これらについて、市町村が書面等確実な方法により確認することにより、その要否を判断することができる。この場合において、  
当該医師の医学的な所見については、主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当職員が聴取した介護予防サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差し支えない。

i ) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者等告示第 88 号において準用する第 31 号のイに該当する者

(例 パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象)

ii ) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第 88 号において準用する第 31 号のイに該当することが確実に見込まれる者

(例 がん末期の急速な状態悪化)

iii ) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第 88 号において準用する第 31 号のイに該当すると判断できる者

(例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)

注 括弧内の状態は、あくまでも i )～ iii )の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したにすぎない。また、逆に括弧内の状態以外の者であっても、 i )～ iii )の状態であると判断される場合もありうる。

※利用者等告示 ⇒ (c) 参照

(c) 軽度者に対する例外給付の対象者について定めた規定等

○厚生労働大臣の定める利用者等（平成 27 年厚生労働省告示第 94 号）第 31 号イ

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成 12 年厚生省告示第 19 号)……、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成 18 年厚生労働省告示第 127 号)……の規定に基づき、厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等(平成 24 年厚生労働省告示第 95 号)の全部を次のように改正し、平成 27 年 4 月 1 日から適用する。

(略)

三十一 指定居宅サービス介護給付費単位数表の福祉用具貸与費の注 4 の厚生労働大臣が定める者

イ 次に掲げる福祉用具の種類に応じ、それぞれ次に掲げる者

(1) 車いす及び車いす付属品 次のいずれかに該当する者

(一) 日常的に歩行が困難な者

(二) 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者

(2) 特殊寝台及び特殊寝台付属品 次のいずれかに該当する者

(一) 日常的に起きあがりが困難な者

(二) 日常的に寝返りが困難な者

(3) 床ずれ防止用具及び体位変換器 日常的に寝返りが困難な者

(4) 認知症老人徘徊感知機器 次のいずれにも該当する者

(一) 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者

(二) 移動において全介助を必要としない者

(5) 移動用リフト(つり具の部分を除く。) 次のいずれかに該当する者

(一) 日常的に立ち上がりが困難な者

(二) 移乗において一部介助又は全介助を必要とする者

(三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者

※昇降座椅子については、「1-8 立ち上がり」ではなく「2-1 移乗」の項目で判断する

※ (三) 「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」の貸与の対象となるのは、段差解消機のみとなります。(立ち上がり補助いす等の段差解消を目的としないものは対象外)

(6) 自動排泄せつ処理装置 次のいずれにも該当する者

**(一) 排便において全介助を必要とする者**

**(二) 移乗において全介助を必要とする者**

(略)

八十八 指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防福祉用具貸与費の注4の厚生労働大臣が定める者

第三十一号に規定する者

★確認申請書提出時の確認ポイント★



ア i ~ iiiまでのいずれかに該当する旨が、医師の医学的所見に基づき判断されている。

イ サービス担当者会議で特に必要である旨が検討されている。

ウ ケアプランに例外給付が必要な理由・妥当性を記載している。

エ 「医学的所見」とは、「ベッドが必要」「転倒予防のため必要」という意見ではありません。i ~ iiiのどの状態に該当するのかを判断するための根拠となる医学的所見です。

オ 福祉用具を利用することで、利用者の自立が阻害されないか。

## 9. 最後に

介護支援専門員は個々の利用者のニーズに合わせて、利用者が自らもっている潜在的な力を活用しながら、利用者を介護保険制度、医療保険制度、サービス付き高齢者向け住宅等の住まいといったフォーマルサービスに結びつけるだけでなく、近隣住民、民生委員、ボランティアといったインフォーマルサポートにも結びつけていくケアマネジメントを実施していきましょう。

質の高いケアマネジメントの推進が求められるようになり、居宅介護支援事業所における人材育成の取り組みを促進するため、主任介護支援専門員であることが管理者の要件となりました。主任介護支援専門員の主な役割は、介護支援専門員に対するスーパービジョンの提供と地域支援の推進です。自らの居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対するスーパービジョンだけでなく、関係機関との連携づくりや地域ケア会議への参加など地域にもかかわっていくことが求められています。

介護サービスを取り巻く環境は日々変化しています。社会環境や価値観の変化、介護保険や社会保障などの制度、町が実施する新たな施策や地域資源など、以前に習得した知識や技術だけではより良いケアマネジメントを実践していくことができません。

居宅介護支援事業所では、介護支援専門員の資質の向上を図る研修会への機会を確保することが、省令や条例等により定められています。

介護支援専門員には法定研修の受講が義務付けられていますが、様々な機会を捉えた知識の習得に加え、専門職同士の交流を通じた情報収集などの自己研鑽を心掛けましょう。

## 10. 関係法令・参考文書等

- ・介護保険法
- ・南部町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等を定める条例
- ・南部町ケアマネジメントに関する基本方針
- ・ケアプラン点検支援マニュアル(平成 20 年 7 月 18 日 厚生労働省)
- ・介護保険最新情報 Vol.685「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」について（平成 30 年 10 月 9 日 厚生労働省）
- ・適切なケアマネジメント手法の普及推進に向けた調査研究事業「適切なケアマネジメント手法」の手引き(令和 3 年 3 月 厚生労働省)
- ・居宅サービス計画書標準様式及び記載要領
- ・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）の別紙 4 の別添
- ・「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について(事務連絡 平成 26 年 6 月 17 日 厚生労働省)
- ・主任介護支援専門員更新研修テキスト