

居宅介護支援業務マニュアル

<基本方針>

居宅介護支援業務は、要介護状態になった場合においても、利用者が可能な限り居宅において、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す。

「大分市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（平成26年大分市条例第34号）」は、居宅介護支援事業者が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、事業者は基準を満たすだけでなく、常にその業務の運営の向上に努めなければなりません。条例を遵守したうえで、適切なケアマネジメント業務の遂行に努めてください。

(参考)

- 「大分市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（居宅介護支援の具体的取扱方針）関係

- 「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. ケアマネジメントの一連の流れについて P. 1～P. 6
 2. 軽微な変更について P. 7
 3. 暫定ケアプランについて P. 8～P. 11
- 居宅サービス計画書様式 第1表～第4表 記載の留意点

一部、用語を以下のとおり省略して記載。

居宅：居宅介護支援事業所

包括：地域包括支援センター（介護予防支援事業所）

ケアプラン：居宅サービス計画

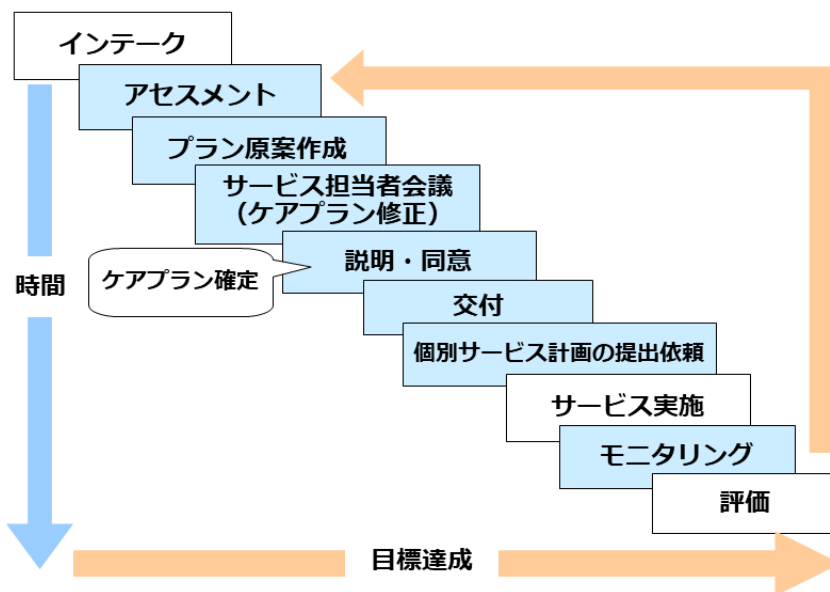
サービス事業所：サービス提供事業所

大分市長寿福祉課

(令和5年6月)

1. ケアマネジメントの一連の流れについて

ケアマネジメントプロセス



① インテークにおける説明等

- ・ 居宅介護支援の提供に際し、あらかじめ利用申込者又はその家族に対し、運営規定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、利用申込者の同意を得なければならない。
- ・ ケアプランは大分市条例第34号第4条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、以下について文書を交付して説明を行い、理解を得たことについて、利用申込者から署名を得なければならない。
 1. 利用者は複数の居宅サービス事業者等の紹介を求めることが可能であること
 2. ケアプランに位置付けた居宅サービス事業者の選定理由の説明を求めることが可能であること
 3. 前6月間に作成されたケアプランの総数のうち訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護サービスがそれぞれ位置付けられたケアプランの数が占める割合
 4. 同一事業者によって各サービスの提供されたものが占める割合（上位3つまで）
- ・ 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。
- ・ あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者が病院又は診療所に入院する際には、介護支援専門員の氏名及び連絡先を入院先に伝えるよう求めること。
- ・ 介護給付の対象となるサービス以外の利用者本人の取組や家族が行う支援、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、総合的な計画となるよう努める必要があることから、介護保険の理念等について、利用者が理解できるよう丁寧に説明し、適切なサービスを利用者が選択できるよう専門的な観点から利用者の個別性を踏まえ、助言すること。

② アセスメント（課題分析）の実施

- ・ 適切な方法により、利用者の有する能力、既に提供を受けているサービス等そのお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（自立支援）するうえで解決すべき課題を把握する。

- ・利用者が入院中であること等、物理的な理由がある場合を除き、必ず利用者宅を訪問し、利用者及び家族に面接して行わなければならない。
- ・当該アセスメントの結果について記録すること。（「いつ」「どこで」「誰と」面接したかを支援経過に記録すること。アセスメントの結果が他の書類等により確認できる場合は支援経過への記録を省略してよい。）

③ケアプラン原案の作成

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み合わせを検討し、ケアプラン原案を作成する。

◆ケアプラン作成の留意点

- ・ケアプランには保険給付を受けるサービス全てを位置付けなければならない。ケアプランに位置付けられていない場合は、給付を受けられない。
- ・居宅介護は、利用者ができることは利用者が行い、できないことについては、家族、地域住民による自主的な取組等による支援、他のサービスなど総合的に提供されるものであるため、給付の対象以外のサービスもケアプランに位置付けること。また、作成にあたっては、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計画であることを踏まえ、分かりやすく記載すること。
- ・単に利用者ができないことを補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出す場合がある。「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、利用者のできる能力を阻害するような不適切なサービス提供をしないよう配慮すること。
- ・利用者からケアプランの作成にあたって複数の居宅サービス事業所等の紹介の求めがあった場合には誠実に対応するとともに、ケアプラン原案を利用者に提示する際には、利用者が居住する地域のサービス事業者、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こと。

◆期間設定

- ・ 認定の有効期間を考慮して設定し、開始日と終了日を年月日で記載する。
- ・ 大分市では3か月～6か月を目安としている。

◆居宅サービス計画書の記載に関する留意事項

○居宅サービス計画書（第2表）

- ・「頻度」欄には、サービスをどの程度の頻度（一定期間内での回数、曜日等）で実施するかを記載する。特に介護保険サービスについては、「随時」「必要時」といった計画的な利用でない内容を記載せず、具体的に位置付けること。
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護の場合は、4種類のサービスのうち、随時対応サービス及び随時訪問サービスは、「随時」等の記載で対応すること。

○居宅サービス計画書（第3表）

- ・「主な日常生活上の活動」欄には、利用者の起床や就寝、食事、排泄等の平均的な一日の過ごし方を記載する。特に、家族の支援や利用者のセルフケア等を含む生活全体の流れが見えるように記載すること。

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護の場合、定期的に利用を行うサービスについては週間スケジュールに記載し、随時対応を行うサービスは週単位以外のサービス欄に、定期巡回（24時間対応）等を記載すること。

○居宅サービス計画書（第6表）

- ・ケアプラン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。加算の記載漏れがないように留意すること。
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護の場合、定期的な利用を行うサービスについては、「提供時間帯」欄に訪問時間を記載する。随時対応を行うサービスは、「提供時間帯」欄に0：00～23：59と記載し、随時対応を行うサービスの利用があった場合に実績を記入すること。

◆各サービスを位置付ける際の留意点

医療系サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・医療系サービスをケアプランに位置付ける場合は、主治の医師等の指示を確認しなければならない。 ・利用者や家族から利用の希望があった場合は、利用者や家族より同意を得た上で主治の医師等の意見を求めるとともに、意見を踏まえて作成したケアプランについては主治の医師等に交付しなければならない。 ・指示内容については記録に残しておくこと。
福祉用具貸与	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議において貸与を受ける必要性について検証し、ケアプランに必要な理由を記載すること。 ・ケアプラン作成後は必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取すること。
特定福祉用具販売	その利用の妥当性を検討し、ケアプランに必要な理由を記載すること。

◆ケアプランが作成されていない場合の特定福祉用具販売及び住宅改修の利用について

特定福祉用具販売 住宅改修	<ul style="list-style-type: none"> ・特定福祉用具販売や住宅改修のためだけのケアプラン作成は不要。特定福祉用具販売又は住宅改修が必要である理由を記した支給申請書（理由書）を作成すること。 <p>※福祉用具貸与のみの場合は、ケアプラン作成が必要。</p>
------------------	--

④サービス担当者会議

◆開催時期

開催時期	開催目的
新規にケアプランを作成した時	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の情報を各サービス担当者等で共有する。 ・ケアプラン原案の内容について専門的な見地から意見を求める。
要介護・要支援更新認定時、要介護等状態区分の変更の認定時	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの変更の必要性について専門的な見地から意見を求める。
ケアプラン変更時（ケアプラン期間終了時も含む）	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の情報を各サービス担当者等で共有する。 ・次期のケアプラン原案の内容について専門的な見地から意見を求める。

◆出席者

利用者・家族及びケアプラン原案に位置付けた全てのサービス担当者、その他介護支援専門員が必要と考える者。

※日程調整をした結果、出席が望めない事業所については、事前に照会をかけ、状況の報告を受け

るとともに専門的な見地から意見を求める。サービス担当者会議開催後は決定事項等を報告し、その旨支援経過に記載すること。

※末期の悪性腫瘍で利用者の心身の状況等により、主治の医師等の意見を勘案して必要と認める場合、サービス担当者に対する照会等により意見を求め、サービス担当者会議に代えることができる。

◆開催方法

上記出席者を招集して開催すること。

※テレビ電話等を活用して行うことができる。ただし、利用者又は家族が参加する場合は、テレビ電話等の活用について利用者又は家族へ説明を行い、同意を得たことを支援経過等に記載すること。

※テレビ電話等の活用にあたっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

◆記録の整備

「サービス担当者会議の要点」又は「独自様式」に記載。記載の注意点は別紙参照。

⑤ケアプランの説明と同意

◆居宅サービス計画書（第1・2・3表）

- ・利用者又は家族に説明し、文書により**利用者の同意**を得て、その旨を支援経過に記録すること。
- ・大分市では同意年月日・署名があることで文書により同意を得ていると判断する。
- ・同意署名は利用者本人から得ることが原則。同意署名を利用者本人から得られない場合は、以下の方法で同意署名を得て、署名方法の根拠（利用者の判断能力・記載能力の有無）について記録に残すこと。

利用者の状況		同意方法	署名方法
判断能力	記載能力		
有	有	利用者が同意する	本人名：署名（+押印）
有	無	利用者が同意し、家族が本人名を代筆する	本人名：記名（+押印） 代筆者名：署名（+押印）・続柄
無	—	家族に一任されているとみなし、家族が同意する	代筆者名：署名（+押印）・続柄

※押印は省略することができるが、必要性に関しては各事業所で判断すること。（参考：内閣府・法務省・経済産業省連名「押印についてのQ&A」）

◆居宅サービス計画書（第6・7表）

- ・利用者又は家族に説明し、同意（同意年月日と押印又は署名）を得て、その旨支援経過に記録すること。
- ※「利用者確認」欄がない場合は、枠外に押印又は署名を得ること。

◆電磁的方法（電子メール）によるケアプランの説明と同意

1. 事前に利用者等へ電磁的方法の利用について同意を得る
 2. 電子メールで利用者等にケアプランを交付
 3. 利用者等へ連絡し、電子メールで交付したケアプランを口頭で説明し同意を得る
※利用者等が同意する旨を電子メールで受信すること
 4. ケアプランを交付したメールと同意の意向が記載されたメール等を PDF 等で保存
サービス事業所へは、ケアプランと同意の意向が記載されたメール等を併せて交付
- ・電磁的方法（電子メール）の取り扱いをする場合は、ケアプランの署名（押印）は不要としてよい。
 - ・ケアプランは利用者又は家族に説明し同意を得る必要があるため、電磁的方法であっても説明及び同意を得たことが分かるよう電子メール等の記録を残すこと。
 - ・支援経過への記載のみでは同意を得たとはみなせないため留意すること。

※電子承認システム等の電子メール以外の方法を検討している場合は保険者までご相談ください。

⑥ケアプランの交付

- ・同意を得たケアプラン（第1・2・3表及び第6・7表）を利用者及びサービス担当者に交付すること。その旨支援経過に記録すること。

①～⑥までの一連の流れは、サービス提供開始前に遅滞なく実施すること。

※ケアプラン作成にあたり、①から⑥までの一連の業務を順序どおり行うことが基本であるが、緊急的なサービス利用等やむを得ない場合であれば、この順序について拘束するものではない。ただし、その場合であっても①から⑥までの個々の業務は速やかに実施し、その結果に基づいて必要に応じてケアプランを見直すなど、適切に対応しなければならない。なお、やむを得ない理由等が分かるよう支援経過に記録しておく必要がある。

※やむを得ない場合であっても、ケアプラン原案を作成し利用者の同意を得ておくこと。

⑦個別サービス計画の提出依頼

- ・サービス担当者にケアプランを交付したときは、サービス担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め、ケアプラン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。

⑧モニタリング

- ・ケアプランの実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む）を行い、必要に応じてケアプランの変更、サービス事業所等との連絡調整等を行うこと。
- ・サービス提供した月から少なくとも月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。
- ・少なくとも月に1回、モニタリングの記録を残すこと（「いつ」「どこで」「誰と」面接したかを支援経過に記録すること。モニタリングの結果が他の書類等により確認できる場合は支援経過への記録を省略してよいが、モニタリングの視点で記録に残すこと。）

※利用者本人と意思疎通できない場合も本人と面接し、家族等から状況の聞き取りを行うこと。

※特段の事情で面接できない場合は、具体的な内容を記録しておくこと。

「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指し、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。

- ・利用者の解決すべき課題の変化は、直接サービス提供するサービス事業所により把握されることも多いため、サービス担当者と緊密な連携を図ること。
- ・サービス事業者から利用者に関す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関する情報のうち必要と思われるものを、利用者の同意を得て主治の医師や歯科医師又は薬剤師に提供すること。

モニタリングの視点	<input type="checkbox"/> ケアプランどおりにサービス提供がされているか <input type="checkbox"/> サービス提供が適切か否か <input type="checkbox"/> 個々の課題に対する目標が達成されているか <input type="checkbox"/> 総合的な援助方針どおりにケアプランの効果が上がっているか <input type="checkbox"/> ケアプランの内容を修正する必要があるかどうか判断する <input type="checkbox"/> セルフケア、インフォーマルサービスが実施されているか
-----------	--

◎評価の実施

- ・ケアプランの期間終了時、利用者の状態に変化があるときには、ケアプランの実施状況をふまえ、目標の達成状況の評価を行い、評価の結果により、必要に応じてケアプランの見直しを行う。
- ・ケアプランを変更する場合は、②～⑥までの一連の業務を行い作成すること。

◎支援経過の記録の整備◎

- ・介護支援専門員が条例を遵守し、適切にケアマネジメント業務を遂行している根拠となる記録となるため、漏れなく記録すること。
- ・行為目的と内容を簡潔かつ明瞭に記録すること。
5W1H（「いつ」「だれが」「どこで」「なにを」「なぜ」「どのようにして」）で記載。

◎諸記録の保存期間◎

- ・居宅介護支援に伴う諸記録を整備し、その完結の日（当該指定居宅介護支援を提供した日）から、5年間保存しておくこと。

2. 軽微な変更について

大分市におけるケアプランの軽微な変更についての基本的な考え方は、利用者の状況に変化がないことが前提で、「援助の方針・方向性が変更にならない程度のもの」であることとしている。

軽微な変更該当すると判断した場合、アセスメント・ケアプランの作成等一連の業務を行う必要はないが、その判断の根拠を支援経過に記録し、ケアプランに変更点を朱書きすること。

また、軽微な変更後はサービス事業所との情報共有に努めること。

ただし、介護支援専門員がサービス事業所へ周知したほうが良いと判断した場合はサービス担当者会議を開催することを妨げない。この場合、ケアプランに関わる全事業所を招集する必要はなく、照会等により意見を求めることができるものとする。

項目	ケアプランの軽微な変更該当する事例
1 サービス提供の曜日変更	利用者の都合により曜日の変更に至った場合。
2 サービス提供の回数変更	単一のサービス種別において何らかの理由で週1回程度の回数の増減の場合。ただし、複数のサービス種別において回数の増減があった場合は軽微な変更と判断しない。 なお、利用回数の増減による利用者に対する影響等については、十分な情報の共有（サービス担当者会議等での共通理解）に努めること。
3 利用者の住所変更	住居表示の変更等で住所の変更があった場合、また概ね中学校区（日常生活圏域）内での転居で、同居者や支援者等生活環境等に変わらない場合。 なお、住所変更に伴う利用者の状況（生活環境等）の変化については十分考慮し、必要に応じてケアプランを見直すこと。
4 事業所の名称変更	居宅介護支援事業所、サービス事業所の <u>名称のみ</u> 変更する場合。
5 目標期間の延長	<u>目標期間の延長は、軽微な変更と認める事例が想定できないため、個別に判断していきたい。</u> なお、目標は一定の期間内で達成可能なものを設定するべきであり、まずは目標の妥当性についての検討すること。
6 福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合	福祉用具で同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更の場合。
7 目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所変更	サービス事業所の休止・廃止等、事業所都合によりサービス事業所を変更する場合。 なお、事業所を変更することで利用者へ不利益が生じないように、変更前後のサービス事業所との十分な情報の共有（サービス担当者会議等での共通理解）に努めること。
8 目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合	第1表の「総合的な援助の方針」や第2表の「生活全般の解決すべき課題」、「援助目標」、「サービス種別」等が変わらない範囲で、目標達成に向けたサービス内容のみ変更する場合。 例えば、デイケアであれば運動器具や運動メニュー等の変更で、サービス提供時間や加算に変更が生じないものが該当する。
9 担当介護支援専門員の変更	同一の居宅介護支援事業所における介護支援専門員の変更の場合で、新しい担当者が利用者との面識を有しており、情報の共有、利用者についての共通理解ができている場合。

※軽微な変更を適用するにあたっては、別冊資料「軽微な変更についての考え方」についても参照してください。軽微な変更該当するかどうか判断がつかない場合には、個別に対応しますので保険者までご相談ください。

3. 暫定ケアプランについて

(1) 暫定ケアプランとは

要介護認定の申請（新規・変更・更新）後、介護度が確定するまで介護保険サービスの利用が待てない緊急の状況の際に、遅延なく介護保険サービスが受けられるよう作成するケアプランのこと。

(2) 暫定ケアプラン作成者

明らかに要介護・要支援者である場合を除いて、想定される介護度に基づき、居宅・包括が連携の上でどちらかの職員が作成する。

※居宅・包括が連携をとらずケアプランを作成し、認定結果が想定外だった場合、どちらも給付管理ができない。

想定される 介護度	暫定ケアプラン		認定結果	見直し後のケアプラン	
	作成者	様式		作成者	様式
要介護	居宅	居宅ケアプラン	要支援	包括	介護予防ケアプラン
要支援	包括	介護予防ケアプラン	要介護	居宅	居宅ケアプラン

↑
引継ぎ

(3) 作成の流れ

①利用者等からの相談の受付



②暫定ケアプラン作成の必要性の判断

介護度が確定する前に暫定ケアプランでサービスを利用する必要があるか、的確にアセスメントし、判断すること。サービス利用の必要があると判断できる場合は、その経過について支援経過に記録する。



③利用者へ暫定ケアプランに基づくサービス利用の注意点を十分に説明し、理解を得る。

要介護認定の結果、非該当や想定と異なる介護度になった場合、暫定ケアプランに基づくサービスの利用料の全部又は一部が10割負担となる可能性があること等を説明し、その経過について支援経過に記録する。



④居宅・包括との連携開始

- 1) 想定と異なる認定結果になった場合にスムーズに引継ぎができるよう、居宅及び包括の連携先を決める。
- 2) アセスメントやサービス担当者会議を居宅・包括と共同で行い、支援経過に記録する。

※居宅・包括が共同でアセスメントとサービス担当者会議を実施することが望ましいが、日程調整が難しい場合は、いずれかが共同で実施できなくても差し支えない。



⑤居宅及び包括が重要事項・個人情報保護・契約書の説明・同意・交付を行う。

※重要事項等について、口頭で説明した場合は支援経過にその旨を記載し、後日改めて文書を交付して説明すること。



⑥「サービス計画作成依頼（変更）届出書」を市へ提出

事業所名は居宅と包括の両方を記載する。



⑦暫定ケアプラン原案の作成

- ・想定される介護度に基づき居宅又は包括の職員がケアマネジメントの一連の業務を行い、暫定ケアプランを作成する。
- ・申請中に丸をつけ、「暫定ケアプラン」と記載する。認定日、認定の有効期間、要介護等状態区分は未記入のままでよい。

※認定結果が想定と異なった場合でも利用者が継続利用できるよう、介護予防サービス・居宅サービスの両方の指定を受けているサービス事業所を暫定ケアプランに位置付ける必要がある。



⑧サービス担当者会議

想定される認定結果に基づき、認定結果が下りた後の対応も含めて話し合いをする。



⑨暫定ケアプランの説明・同意・交付



⑩サービス利用開始

※緊急的なサービス利用等やむを得ない場合で④2）ができない場合は、速やかに包括と同行訪問を実施し、その結果に基づき必要に応じて暫定ケアプランを見直すなど、適切に対応しなければならない。また、やむを得ない理由及び訪問結果を支援経過に記録する。

※明らかに要介護・要支援者である場合を除き、月末までに認定結果が出ていない時は、居宅・包括が日程を合わせて自宅を訪問しモニタリングを行う。なお、認定結果が要介護となり居宅がモニタリングを実施していない場合は、運営基準減算となるため留意すること。



⑪認定結果の確認

●**暫定ケアプランの内容に変更の必要がない場合・変更内容についてもサービス担当者会議にて話し合いができていた場合**

アセスメント	再度アセスメントを実施する必要はない。
ケアプラン	再作成の必要はない。朱書きで認定済に丸をつけ、認定日、認定の有効期間、要介護等状態区分を追記し、その旨を支援経過に記録する。 (利用者・介護支援専門員分)

サービス担当者会議	再度サービス担当者会議を開催する必要はない。事業所へ認定結果等の情報共有を行い、その旨を支援経過に記録する。 ただし、サービス担当者会議の開催を妨げるものではないため、必要に応じて判断すること。
-----------	--

● 暫定ケアプランの作成にあたり使用した様式と認定結果が異なったが、サービス担当者会議にて話し合いができていた、かつサービス内容に変更がない場合

※要支援2（又は要介護1）を想定し、予防プラン様式で暫定ケアプランを作成していたが、認定結果が要介護1（又は要支援2）であった場合等が該当

アセスメント	再度アセスメントを実施する。 ただし、アセスメントに同行している場合は省略することができる。
ケアプラン	できる限り早期に、要介護等状態区分に応じた様式のケアプランを作成し、本人又は家族へ説明する。 なお、ケアプランの同意日は「実際に署名した日」を記載する。 ※ <u>要介護等状態区分に応じた様式のケアプラン作成日より前に遡ってケアプランを作成することはできない。</u> ※要介護等状態区分に応じた様式のケアプランとは別に暫定ケアプランを併せて保管しておくこと。
サービス担当者会議	再度サービス担当者会議を開催する必要はない。事業所へ認定結果等の情報共有を行い、その旨を支援経過に記録する。 ただし、サービス担当者会議の開催を妨げるものではないため、必要に応じて判断すること。

● 想定外の認定結果でサービス担当者会議において話し合いができていない場合（※連携ができていない場合を除く）・認定結果に関係なく急性増悪等で本人の状態が大きく変わった場合

アセスメント	改めてアセスメントを含めたケアマネジメントの一連の業務が必要。 認定結果に応じた様式のケアプランを作成する。
ケアプラン	できる限り早期にケアプランの見直しを行うこと。 ※ <u>見直した日より前に遡ってケアプランを作成することやケアプランの一部を差し替えることはできない。</u>
サービス担当者会議	改めてサービス担当者会議を開催し、事業所と本人の情報共有や専門的な見地から意見を求めること。



⑫ 介護報酬の請求

- ・月末に担当していた事業所が介護報酬の請求ができる。
- ・認定結果が当該月に分からない場合には、給付管理票の作成ができないため、介護報酬の請求はできない。認定結果が下りた後に、請求できなかった月分とあわせて2か月分を請求する。

※介護報酬の請求については以下のとおり。

暫定ケアプラン作成者	居宅・包括の連携	認定結果	請求の可否
居宅	連携あり →	要支援	→ 包括が請求可
	連携なし →		請求不可
包括	連携あり →	要介護	→ 居宅が請求可
	連携なし →		請求不可

※要支援を想定し、介護予防・生活支援サービス（以下、総合事業）を暫定ケアプランに位置付けたところ、認定結果が要介護であった場合は、認定申請中に利用していたサービスが「従前相当サービス」であれば介護給付で請求できるが、「緩和型サービス」と「短期集中予防サービス」は請求できないため、留意すること。

認定結果	認定申請中に利用したサービス			
	介護予防サービス (福祉用具貸与、通所リハ・訪問看護等)	従前相当サービス	緩和型サービス	短期集中予防サービス
要支援	予防給付で請求	総合事業で請求	総合事業で請求	総合事業で請求
要介護	介護給付で請求	介護給付で請求	請求不可	請求不可

(4) 変更申請の場合

上記①～⑪の流れを準用する。

※特に要支援認定者の変更申請の際には、居宅・包括と密に連携をとること。想定される介護度に基づき居宅又は包括がケアマネジメントの一連の業務を行い、暫定ケアプランを作成する。

※変更申請の際は、利用者の状態変化に基づき区分変更をするため、変更申請日時点からの暫定ケアプランの作成が必要。

(5) 自己作成扱いとなる場合

(2) に記載のとおり、暫定ケアプランは居宅・包括が連携の上作成されるものであり、想定と異なる認定結果になった場合でもどちらかが給付管理できるようにしなければならない。

しかし、想定外の結果となり居宅・包括が連携をしていない場合は、暫定ケアプランを利用者が自ら作成したもののみなし、市が給付管理を行う。

※「暫定ケアプランを作成していない」場合、市は給付管理を行わず、利用者が全額自己負担することになるため留意すること。

※介護予防・生活支援サービス（総合事業）においては、ケアプランの自己作成に基づくサービスの利用は想定されていない。

したがって、居宅が要介護を想定し、包括との連携を行わずに暫定ケアプランを作成して、訪問介護や通所介護を利用していたところ、認定結果が要支援であった場合は介護予防・生活支援サービスの利用となるため、自己作成扱いとして、市が給付管理することができないことに留意すること。

第 1 表

利用者及び家族の「望む生活」を含め、ケアプラン全体の方向性を示すもの

作成年月日 年 月 日

居宅サービス計画書（1）

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 _____ 殿 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所 _____

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 _____

認定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

初めて居宅介護支援を受ける場合は「初回」
他の居宅又は介護保険施設で支援を受けていた場合は「紹介」
それ以外の場合は「継続」
※過去に居宅介護支援を受けていた利用者が一定期間後に他の居宅等から紹介を受けて支援する場合は、「紹介」と「継続」の両方を丸で囲む。

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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者及び家族の意向を確認し、区別して記載。 ・利用者及び家族からの要望をそのままサービス計画に反映させるだけでなく、その要望の背景や課題に注目する。 ・課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。
------------------------------	---

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

総合的な援助の方針	<ul style="list-style-type: none"> ・「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対し、どのよう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ケアチームが確認、検討し総合的な援助方針を記載する。 ・発生する可能性が高い緊急事態が想定される場合は、対応機関やその連絡先、また、あらかじめケアチームでどのような場合を緊急事態と考えているかや緊急時を想定した対応の方法等を記載することが望ましい。
-----------	---

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（ _____ ）
--------------	--

- ・生活援助中心型の訪問介護を位置付ける場合は必ず算定理由を記載する。
- ・「やむを得ない事情」により算定する場合は、「3. その他」を選択し、必ずその内容について簡潔明瞭に記載する。
- ・有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅は居宅扱いとなるため「1. 一人暮らし」を選択する。ただし、有料等のサービスに生活援助が含まれている場合は算定不可。
- ・生活援助中心型の算定に迷った場合は、保険者に相談し、客観的な意見を求めること。

第2表

第1表で示された利用者及び家族の「望む生活」を実現するために、アセスメントから導き出された生活課題を解決する手段・手順を具体的に示したもの

居宅サービス計画書（2）

- ・抽象的な表現ではなく、誰にも分かりやすい具体的な内容で記載し、目標は利用者を取り組みやすく達成可能なものとする
- ・短期目標は長期目標を達成するための段階的なものとする

利用者名

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)						
利用者の自立を阻害する要因等、個々の解決すべき課題（ニーズ）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記載。 ※優先順位の高いものから順に記載。	個々の解決すべき課題（ニーズ）に対応して設定。	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）をいつまでに解決するか期間を設定。 目安（大分市） 6か月～1年	長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものを設定。	長期目標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設定。 目安（大分市） 3か月～6か月	短期目標の達成に必要なサービス内容を記載。		居宅サービス事業者等を選定し、サービス種別を記載。		サービスをどの程度の頻度（一定期間内での回数、曜日等）で実施するかを記載。	短期目標の期間に連動する。 目安（大分市） 3か月～6か月

利用者の行っていること（セルフケア）やインフォーマルサービスについても計画に盛り込むこと。

事業所の体制に係る加算や利用者全体に係る加算は記載不要。利用者ごとに必要性を判断する加算は記載が必要で、加算名又は内容や必要性等を記載する。なお、記載場所はサービス種別以外も可。

・介護保険サービスについては、「随時」「必要時」といった計画的な利用でない内容を記載せず、具体的に位置付ける。
・定期巡回・随時対応型訪問介護看護の場合、随時対応を行うサービスについては「随時」等の記載で対応する。

【期間設定の留意点】
 ・期間の設定において「認定の有効期間」を考慮すること。
 ・開始日と終了日を年月日で記載すること。
【期間設定の考え方】
 ・自立意欲を引き出し、その意欲を継続させるために、短期間での作成が好ましい。
 ・高齢者は、加齢に伴う心身の変化（筋力低下・感覚機能低下等）や陥りやすい問題（転倒・痛み・不眠等）がある。

※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

利用者の主要な日常生活に関する活動と対応するサービスとの関係を明らかにするもの

作成年月日 年 月 日

週間サービス計画表

利用者名 殿

※様式の、時間軸、曜日軸の縦横はどちらでもよい。

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の起床や就寝、食事、排泄等の平均的な一日の過ごし方について記載。 ・利用者の趣味や生活上のこだわり等も把握する。 ・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。
	2:00								
	4:00								
早朝	6:00								
	8:00								
午前	10:00	<ul style="list-style-type: none"> ・第2表の援助内容に記載したサービスについて保険給付内外を問わず記載する。また、援助内容の頻度との整合性についても留意する。 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護の場合、<u>定期的に利用を行うサービスは週間スケジュールに記載する。</u> ・夜間や早朝等その時間帯のサービス提供の必要性について検討する。 ・家族や地域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記載とする。 							
	12:00								
午後	14:00								
	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								

週単位以外のサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護の場合、<u>随時対応サービス及び随時訪問サービスは週単位以外のサービス欄に、定期巡回（24時間対応）等を記載する。</u>
------------	---

第4表

サービス担当者会議開催時、又は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を記載。 ※独自様式可

作成年月日 年 月 日

サービス担当者会議の要点

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
会議出席者	<p>会議出席者</p> <ul style="list-style-type: none"> 当該会議の出席者の「所属（職種）」「氏名」を記載する。 ※兼務職員等の場合は当該会議にどの立場で出席しているのか分かるよう記載する。 （例）ケアプランに位置付けられたデイの職員か、有料の職員か 等 ※欠席者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できる場合は「出席者」欄への記載を省略してよい。欠席者を「出席者欄」に記載する場合は欠席理由を記載すること。 			<p>開催場所・開催時間</p> <p>利用者宅に限らず、居宅介護支援事業所、サービス提供事業所等で行うことは可能。</p> <p>※サービス提供事業所で開催する場合は、以下の点に注意すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者のサービス提供時間中に実施した場合はサービス提供中止とみなす。 サービス提供事業所の人員配置は適切か確認すること。 		
検討した項目	<p>検討した項目・検討内容・結論・残された課題</p> <p>各項目の内容を簡潔に記載すること。</p> <p>※照会内容について他の書類等により確認できる場合は「検討した項目」欄への記載を省略してよい。</p> <p>照会の場合はサービス担当者氏名、照会（依頼年月日）、照会（依頼）した内容及び回答を記載すること。</p>					
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						