

集団指導

1 暫定ケアプランの取扱いについて

- (1) 暫定ケアプランの取扱いフロー図
- (2) 暫定ケアプランの取扱いについて

○暫定ケアプランについて、和歌山市としての取扱いをまとめましたので、ケアマネジメント業務を行う上で参考にしてください。

2 ケアプランにおける軽微な変更の取扱いについて

○ケアプランにおける軽微な変更について、和歌山市としての解釈をまとめましたので、ケアマネジメント業務を行う上で参考にしてください。

3 ケアプラン点検について

○ケアプラン点検を行う中で共通する指摘事項や介護保険の基本的な考え方についてまとめましたので、事業所全体でご確認ください。

4 新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の有効期間の取扱いについて

- (1) 和歌山市通知 和介保第587号
- (2) 介護保険最新情報 V o l . 1 1 0 6

○令和5年4月1日から令和6年3月31日までに有効期間満了日を迎える被保険者について、臨時的な取扱いを適用することとします。ただし、調査場所が居宅となる被保険者については、原則的に調査を実施するものとします。上記の通知を熟読いただき、趣旨をご理解の上、ご協力願います。

暫定ケアプランの取扱いフロー図

認定結果が出る前にサービスを利用する場合、必ず暫定ケアプランの作成が必要となります。

- ・新規申請の場合
- ・区分変更申請の場合
- ・更新申請で前認定有効期間中に認定結果が確定しない場合

※要支援の認定結果が想定される場合は、事前に地域包括支援センターへ連絡してください。

← はい
← いいえ

想定していた要介護度等と認定結果が 同じ 場合

暫定ケアプランを経て本ケアプランを作成する際、
暫定ケアプラン作成時から、ケアプランの内容に変更があるか。

変更内容は軽微か。

改めての一連の業務（※）は不要ですが、次のいずれかの取扱いを行ってください。

①暫定ケアプランの変更箇所を見え消しで変更し、第1表の余白等又は支援経過に軽微な変更として取り扱った理由等を記載する。

又は、

②本ケアプランを新たに作成し、第1表の余白等又は支援経過に軽微な変更として取り扱った理由等を記載する。

詳しくは「暫定ケアプランの取扱いについて」
【3（1）イ】及び【4】を確認すること。

速やかに一連の業務（※）を行ってください。

※一連の業務とは、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11年3月31日厚生省令第38号）第13条第3号から第12号までに定める一連の業務です。

改めての一連の業務（※）は不要ですが、次のいずれかの取扱いを行ってください。

①暫定ケアプランの必要事項を見え消しで訂正又は追記するなどにより、暫定ケアプランがそのまま本ケアプランに移行したことが分かるようにする。

又は、

②本ケアプランを新たに作成する。

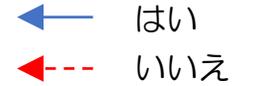
詳しくは「暫定ケアプランの取扱いについて」
【3（1）ア】及び【4】を確認すること。

暫定ケアプランの取扱いフロー図

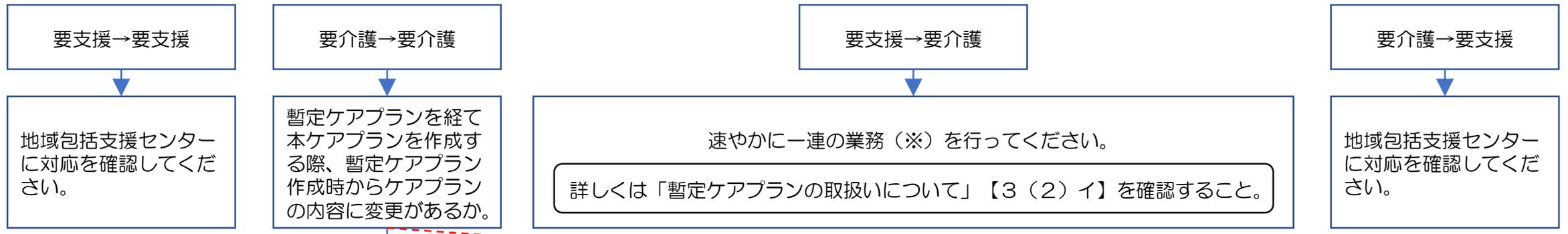
認定結果が出る前にサービスを利用する場合、必ず暫定ケアプランの作成が必要となります。

- ・新規申請の場合
- ・区分変更申請の場合
- ・更新申請で前認定有効期間中に認定結果が確定しない場合

※要支援の認定結果が想定される場合は、事前に地域包括支援センターへ連絡してください。



想定していた要介護度等と認定結果が **違う** 場合 ※再度アセスメントを行い、ケアプランの内容に変更があるかを確認し、支援経過に記載してください。



変更内容は軽微か。

改めての一連の業務(※)は不要ですが、次のいずれかの取扱いを行ってください。

①暫定ケアプランの変更箇所を見え消しで変更し、第1表の余白等又は支援経過に軽微な変更として取り扱った理由等を記載する。

又は、

②本ケアプランを新たに作成し、第1表の余白等又は支援経過に軽微な変更として取り扱った理由等を記載する。

詳しくは「暫定ケアプランの取扱いについて」【3(2)ア(イ)】及び【4】を確認すること。

速やかに一連の業務(※)を行ってください。

※一連の業務とは、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11年3月31日厚生省令第38号)第13条第3号から第12号までに定める一連の業務です。

改めての一連の業務(※)は不要ですが、次のいずれかの取扱いを行ってください。

①暫定ケアプランの変更箇所を見え消しで変更し、第1表の余白等又は支援経過に軽微な変更として取り扱った理由等を記載する。

又は、

②本ケアプランを新たに作成し、第1表の余白等又は支援経過に軽微な変更として取り扱った理由等を記載する。

詳しくは「暫定ケアプランの取扱いについて」【3(2)ア(ア)】及び【4】を確認すること。

暫定ケアプランの取扱いについて

令和5年2月
和歌山市 介護保険課
指導監査課

1 暫定ケアプランを作成する場合の例

- (1) 被保険者が新規に要介護等認定の申請を行い、認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合
- (2) 要介護等認定者が区分変更申請を行い、認定結果が出るまでの間にサービス利用する場合
- (3) 要介護等認定者が更新申請を行い、認定結果が更新前の認定有効期間中に確定しない場合

2 暫定ケアプラン作成に当たっての留意事項

- (1) 認定結果が非該当となったとき、又は暫定ケアプランに設定した要介護度等よりも低くなったときは、介護サービスに要する費用の全部又は一部が自己負担になる場合があるため、あらかじめ利用者又はその家族に十分な説明を行うこと。
- (2) 要介護等認定は、有効期間が申請日に遡って決定され（更新申請の場合及び変更申請において要介護の方が要支援の認定結果となった場合を除く）、暫定ケアプランについても決定された要介護度等に基づき有効となることから、暫定ケアプランを作成する場合であっても、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（以下「運営基準」という。）第13条第3号から第12号までに定める一連の業務（以下「一連の業務」という。）を行うこと。
- (3) 認定結果が要介護認定、要支援認定のいずれになるか判断できない場合、必ず居宅介護支援事業者と地域包括支援センターが相互に連携を取りながら暫定ケアプランを作成すること。
- (4) 暫定ケアプランを作成した場合は、新たに本ケアプランを作成した場合においても必ず保存期間（和歌山市はサービスを提供した日から5年）は保存しておくこと。

3 認定結果に基づく対応

- (1) 想定していた要介護度等と認定結果が同一の場合
 - ア 暫定ケアプラン作成時に一連の業務を行い、かつ暫定ケアプランから本ケアプランへの移行に当たり、ケアプランの内容を変更しない場合
改めての一連の業務は不要である。ただし、次のいずれかの取扱いをすること。

①必要事項を見え消しで訂正及び追記するなどにより、暫定ケアプランがそのまま本ケアプランに移行したことが分かるようにする。

又は、

②本ケアプランを新たに作成する。

いずれの場合も、そのことについて利用者又はその家族及びサービス事業者に説明し、同意を得て、支援経過に同意を得た日付、相手方、確認方法（電話、面接等）等を記録すること。利用者又はその家族の文書による同意（署名）、利用者及びサービス事業者への交付については、必須ではないが望ましいと考える。

イ 暫定ケアプラン作成時に一連の業務を行い、かつ暫定ケアプランから本ケアプランへの移行に当たり、ケアプランの内容を変更する場合

ケアプランの変更が、軽微な変更（別添『ケアプランにおける軽微な変更の取扱いについて』）として取り扱うことができる場合は、次のいずれかの取扱いをすること。

①暫定ケアプランの変更箇所を見え消しで変更し、第1表の余白等又は支援経過に軽微な変更として取り扱った理由等を記載する。

又は、

②本ケアプランを新たに作成し、第1表の余白等又は支援経過に軽微な変更として取り扱った理由等を記載する。

いずれの場合も、そのことについて利用者又はその家族及びサービス事業者に説明し、同意を得て、支援経過に同意を得た日付、相手方、確認方法（電話、面接等）等を記録すること。利用者又はその家族の文書による同意（署名）、利用者及びサービス事業者への交付については、必須ではないが望ましいと考える。

ただし、軽微な変更として取り扱えない場合は、認定結果が出た後、速やかに一連の業務を行うこと。

(2) 想定していた介護度等と認定結果が異なった場合

再度アセスメントを行い、ケアプランの内容に変更があるかを確認し、支援経過に記載すること。

ア 要介護を想定し、認定結果が要介護だった場合

（例）要介護3と見込んで暫定ケアプランを作成→認定結果が要介護2

（ア）暫定ケアプラン作成時に一連の業務を行い、かつ暫定ケアプランから本ケアプランへの移行に当たりケアプランの内容を変更しない場合

軽微な変更として取り扱うことができる。この場合は、次のいずれかの取扱いをすること。

①暫定ケアプランの変更箇所を見え消しで変更し、第1表の余白等又は支援経過に軽微な変更として取り扱った理由等を記載する。

又は、

②本ケアプランを新たに作成し、第1表の余白等又は支援経過に軽微な変更として取り扱った理由等を記載する。

いずれの場合も、そのことについて利用者又はその家族及びサービス事業者に説明し、同意を得て、支援経過に同意を得た日付、相手方、確認方法（電話、面接等）等を記録すること。利用者又はその家族の文書による同意（署名）、利用者及びサービス事業者への交付については、必須ではないが望ましいと考える。

(イ) 暫定ケアプラン作成時に一連の業務を行い、かつ暫定ケアプランから本ケアプランへの移行に当たりケアプランの内容を変更する場合

ケアプランの変更が、軽微な変更として取り扱うことができる場合は、次のいずれかの取扱いをすること。

①暫定ケアプランの変更箇所を見え消しで変更し、第1表の余白等又は支援経過に軽微な変更として取り扱った理由等を記載する。

又は、

②本ケアプランを新たに作成し、第1表の余白等又は支援経過に軽微な変更として取り扱った理由等を記載する。

いずれの場合も、そのことについて利用者又はその家族及びサービス事業者に説明し、同意を得て、支援経過に同意を得た日付、相手方、確認方法（電話、面接等）等を記録すること。利用者又はその家族の文書による同意（署名）、利用者及びサービス事業者への交付については、必須ではないが望ましいと考える。

ただし、軽微な変更として取り扱えない場合は、認定結果が出た後、速やかに一連の業務を行うこと。

イ 要支援を想定し、認定結果が要介護だった場合

(例) 要支援の暫定ケアプランを作成→認定結果が要介護

居宅介護支援事業所が速やかに一連の業務を行うこと。要介護の結果を想定せず、あらかじめ居宅介護支援事業所と連携を取っていない場合は原則として運営基準減算となるが、特段の事情がある場合（家族がケアマネジャーに相談なく変更申請を行った場合等）は和歌山市介護保険課又は指導監査課に申し出ること。

4 暫定ケアプランの作成及び確定作業について

暫定ケアプランを作成する際、第1表の「認定済・申請中」は申請中に○を付し、「居宅サービス計画作成（変更）日」は暫定ケアプラン作成日、「認定日」は申請中の場合は申請日、「要介護状態区分」は想定する介護度を記載し、「認定の有効期間」は空白又は想定する認定の有効期間を記載する。また、第1表の余白等に暫定ケアプランであることを明示するため「暫定」と記載すると明瞭である。

認定結果が出た後、本ケアプランへの移行に当たりケアプランの内容を変更しない場合もしくは軽微な変更とする場合は、再度一連の業務を行わなくてもよいが、第1表の「認定済・申請中」、「居宅サービス計画作成（変更）日」、「認定日」、「要介護状態区分」、「認定の有効期間」を見え消しで訂正及び変更または追記（以下「確定作業」という。）し、暫定ケアプランがそのまま本ケアプランに移行したことや軽微な変更を行ったことが分かるようにすること。余白等に「暫定」と記載している場合は、見え消しで「確定」にすること。第2表及び第3表についても、必要があれば見え消しで訂正及び変更を行うこと。なお、本ケアプランを新たに作成することでも差し支えないが、サービスの利用時にケアプランの空白期間がないよう、第2表の開始日を本ケアプラン作成日からとする場合は、暫定ケアプランの確定作業を行うこと。第2表の開始日を認定有効期間開始日やサービス利用開始日に遡る場合は、暫定ケアプランの確定作業は必要ないこととする。

認定結果が出た後、軽微な変更該当しないケアプランの変更があり、一連の業務を行う場合は、暫定ケアプランを確定し、本ケアプランを新たに作成すること。

【介護保険最新情報V○I. 958 令和3年3月31日】

5 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書について

新規申請、区分変更申請、更新申請時に介護度が要介護と想定される場合は、認定申請と同時に居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書を和歌山市介護保険課に提出すること。

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の提出がなく認定結果が要介護となった場合は速やかに届出書を提出すること。その場合、提出月以前は国保連合会を通しての請求はできず原則として償還払いとなるが、特段の事情がある場合は和歌山市介護保険課に申し出ること。

【介護保険法第41条第6項】

居宅要介護被保険者が指定居宅サービス事業者から指定居宅サービスを受けたとき（当該居宅要介護被保険者が第四十六条第四項の規定により指定居宅介護支援を受けることにつきあらかじめ市町村に届け出ている場合であって、当該指定居宅サービスが当該指定居宅介護支援の対象となっている場合その他の厚生労働省令で定める場合に限る。）は、市町村は、当該居宅要介護被保険者が当該指定居宅サービス事業者に支払うべき当該指定居宅サービスに要した費用について、居宅介護サービス費として当該居宅要介護被保険者に対し支給すべき額の限度において、当該居宅要介護被保険者に代わり、当該指定居宅サービス事業者を支払うことができる。

【介護保険法第42条の2第6項】

【介護保険法第46条第4項】

参考

【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（基準省令第38号）】（抜粋）
（基本方針）

第十三条

- 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。
- 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。
- 七 介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。
- 八 介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。
- 九 介護支援専門員は、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集

して行う会議（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この号において「利用者等」という。）が参加する場合に合っては、テレビ電話装置等活用について当該利用者等の同意を得なければならない。）をいう。以下同じ。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師（以下この条において「主治の医師等」という。）の意見を勘案して必要と認める場合その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

十 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。

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

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

ケアプランにおける軽微な変更の取扱いについて

令和5年2月
和歌山市 介護保険課
指導監査課

ケアマネジャーはケアプランを変更する際、原則としてケアプラン作成に当たっての一連の業務を行うことが必要ですが、利用者の希望による「軽微な変更」を行う場合はこの必要はありません。次に「軽微な変更」の内容について記載しますが、あくまで例示であり「軽微な変更」に該当するかどうかは、利用者の状況によって個別に判断してください。なお、目標（第2表長期目標、短期目標）又はADLに変化がある場合は、軽微な変更には該当しません。

また、サービス担当者会議の開催については制限するものではありませんので必要に応じて開催してください。

【指定居宅介護支援等の人員及び運営に関する基準 第13条 第十六号】

【介護保険最新情報 V o l . 9 5 9 令和3年3月31日】

軽微な変更の例	国の解釈	和歌山市の解釈
①サービス提供の曜日変更	利用者の体調不良や家族の都合などの臨時的、一時的なもので単なる曜日、日付の変更のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。	国の解釈のとおり。 継続的な変更の場合は、軽微な変更には該当しない。 ※継続的かの判断は、標準的には1ヶ月を超えるものとするが、あくまでケアマネジャーの判断となる。
②サービス提供の回数変更	同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。	軽微な変更には該当する回数変更は標準的には週1、2回と考える。 なお、継続的な変更の場合は、軽微な変更には該当しない。 ※継続的かの判断は、標準的には1ヶ月を超えるものとするが、あくまでケアマネジャーの判断となる。 ※時間の変更についてもこの解釈に準ずると考える。
③利用者の住所変更	利用者の住所変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。	住所変更に伴い、住環境、家族構成が変わる等により生活に変化が生じる場合は、軽微な変更には該当しない。
④事業所の名称変更	単なる事業所の名称変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。	国の解釈のとおり。
⑤目標期間の延長	単なる目標設定期間の延長を行う場合（ケアプラン上の目標設定（課題や期間）を変更する必要が無く、単に目標設定期間を延長する場合など）については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。	月1回のモニタリング等で目標を変更する必要がないと判断した場合は、国の解釈のとおり。
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	福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。	国の解釈のとおり。
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	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）単なる事業所変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。	国の解釈のとおり。
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	第一表の総合的な援助の方針や第二表の生活全般の解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、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には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。	国の解釈のとおり。 利用者の状態の変化によるサービス内容変更の場合は軽微な変更には該当しない。
⑨担当介護支援専門員の変更	契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更（但し、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者と面識を有していること。）のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。	国の解釈のとおり。 契約している居宅介護支援事業所が変更になる場合は、軽微な変更には該当しない。

参考

【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（解釈通知・老企第22号）】
（抜粋）

第2 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

3 運営に関する基準

（8） 指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針

⑬ 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等（第十三号・第十三号の二）

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て利用者に提供し続けることが重要である。このために介護支援専門員は、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であり、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。）を行い、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合等必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

なお、利用者の解決すべき課題の変化は、利用者に直接サービスを提供する指定居宅サービス事業者等により把握されることも多いことから、介護支援専門員は、当該指定居宅サービス事業者等のサービス担当者と緊密な連携を図り、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合には、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めなければならない。（以下省略）

⑭ 居宅サービス計画の変更（第十六号）

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条第三号から第十二号までに規定された居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要である。

なお、利用者の希望による軽微な変更（例えばサービス提供日時の変更等で、介護支援専門員が基準第13条第三号から第十二号までに掲げる一連の業務を行う必要性がないと判断したもの）を行う場合には、この必要はないものとする。ただし、この場合においても、介護支援専門員が、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であることは、同条第十三号（⑬居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等）に規定したとおりであるので念のため申し添える。

ケアプラン点検について

和歌山市介護保険課

平素は、本市の介護保険の運営につきまして、多大なご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

昨今、厚生労働省より、厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助）を位置付ける居宅サービス計画の検証（介護保険最新情報V o 1. 6 5 2）や居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証及び高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検（介護保険最新情報V o 1. 1 0 0 9）の実施について通知され、より利用者の自立支援・重度化防止につながるケアプランの作成が求められています。

和歌山市では平成22年度から、自立支援に資するケアマネジメントの支援や介護保険の給付の適正化を目的にケアプランチェックを実施してきました。その中で、共通する指摘事項や介護保険の基本的な考え方について次のとおりまとめましたので、今一度事業所内でケアプランのご確認をお願いします。

アセスメントについて

アセスメントの様式は、課題分析23項目を満たしているものを使用し「基準省令第13条第6号第7号、解釈通知第2-3（8）⑥⑦」、各項目で利用者の具体的な心身状態と、サービス事業所による援助内容を記載して、利用者の状態や家族の状況を把握し、整理・分析を行い、日常生活を送る上でのニーズへ導いている事が分かるように記載してください。また、その結果をケアプランに繋げることで、各サービスが導入されている必要性が理解できると考えます。

ケアプランチェックにおいて、各項目のチェックのみで特記事項に何も記載がない場合が見受けられますが、チェックするだけでは、利用者が具体的にどのような状態であるのか、どういったことなら自分でできるのかを把握するのに不十分であると考えます。各項目にチェックを行うだけではなく、利用者の具体的な心身状態と、家族やサービス事業所による援助内容を記載することで、利用者の状態を把握・分析し、日常生活を送る上でのニーズが導き出されると考えます。

アセスメントは利用者についての生活状況を理解し、利用者が在宅生活を継続していく上で、どのような日常生活課題があるかを明らかにしていく大切なプロセスです。今一度、アセスメントは何のために行うのか、困り事の原因や背景まで分析できているか確認してください。

第1表について

「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結果」について、「家族に負担をかけない」という記載がよく見受けられますが、この記載は生活の主体が家族ということになります。生活の主体は利用者自身ですので、家族に負担をかけないことで、自分はどのような暮らしをしたいのかを明らかにする必要があります。利用者のどのような活動が、誰にとって、どのような負担となっていて、負担は解消・軽減できるものなのか、解消・軽減するためには何をすればよいのか等課題分析の結果を記載してください。また、「安心して暮らしたい」という記載もよく見受けられますが、「安心できる暮らし」は人によって求めるものが異なります。何がどうなれば安心できるのか、どうしてそうなることが必要なかを明らかにする必要があります。

「総合的な援助の方針」について、「自分1人でお風呂に入れるように支援します」等、単に「お風呂に入れないから入れるようにしてほしい」という利用者の要望を裏返しただけで、適切なアセスメン

トが行われていない場合が見受けられます。お風呂に入れなくて困っていることは何か、何が原因でお風呂に入れなのか、お風呂に入れるようになれば何が手に入るか等を確認した上でADLの評価も行い、援助の方針を決定してください。

また、「生活援助中心型の算定理由」について、第2表のサービス内容に生活援助を位置付けている場合でも、記載がない場合があります《老企第36号第2の2(6)「生活援助中心型」の単位を算定する場合》。身体介護の後に引き続き生活援助を行う場合も、「生活援助」を位置づけていますので、記載が必要です。

第2表について

ケアプランチェックにおいて、サービスを位置づけた根拠と必要性がアセスメントから読み取れず、サービス提供を前提にニーズや目標を立てたように見受けられる場合が多くあります（アセスメントで自立となっているのにサービスを提供している、ニーズが「デイサービスを利用したい」となっておりサービスを利用することが目的となっている等）。

サービスは目的ではなく、ニーズを解決する為の一つの手段であり、サービスの利用を前提として計画を立てる（右から左に計画を立てる）ものではありません。アセスメントで分析した結果、把握できたニーズを位置づけ、そのニーズを達成するための長期目標・短期目標を設定し、その短期目標を達成するための支援の方法を援助内容に記載します（左から右に計画していく流れです）。アセスメントが前提となった計画書が作成されるという基本的な流れを再度確認してください。利用者のニーズを超えた過剰なサービスは利用者の自立を阻害する要因となります。サービス提供を目的とした計画作成でなく、利用者及び家族の困りごとに対して原因や背景を十分に分析し課題を抽出した上で、目標、支援の方法を決定していくことが利用者の自立支援につながると考えます《基準省令第13条第3号、解釈通知第2-3(8)③》。

また、ニーズについて、「健康に過ごしたい」「歩けるようになりたい」という記載が多く見受けられますが、これは単なる要望であり、ニーズではありません。これらの要望・希望は誰しもが持ち得るものですが、健康でなくなったら失ってしまうもの、歩けないと困ることは一人ひとり異なります。なぜそうなりたいのか何を求めているのか理由（目的）を明らかにした上で、「目標と現状との差を解消するために、利用者自身が主体的に取り組むこと」が「課題（ニーズ）」となります。利用者が主体的に取り組む、解決を図る課題を記載してください。また、「課題（ニーズ）」は「実現可能」でなければなりません。解決が可能であり、かつ、解決した時の具体的な活動状況が明確に判断できるように記載してください。

また、第2表の中でセルフケアの位置づけがない場合が見受けられます。目標を達成するために利用者自身にも、どのような取組ができるかを考えてもらった上で、援助内容に位置付けることで、利用者自身が自立に向けて取り組むことが出来る、より意欲的な計画になると考えます。

家族のインフォーマルサービスや介護保険以外の保健医療サービス又は福祉サービス、地域のボランティア、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の住宅サービス等も何をどのくらい支援してもらえるのか確認した上で計画に位置付けてください《基準省令第13条第4号、解釈通知第2-3(8)④》。

第4表（サービス担当者会議の要点）について

ケアプランチェックにおいて、軽微な変更ではないケアプランの変更の場合、再度一連の流れ（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第13条第3号から第12号までに定める一連の業

務)を行う必要がありますが、担当者会議において、変更がないサービス担当者について出席も意見照会もした記録がない場合が見受けられます。軽微な変更ではなく、再度一連の流れを行う場合は、担当者会議にはすべてのサービス担当者の出席が必要であり、日程の調整がつかないのであれば意見照会を行い、その内容を記録することが必要です《基準省令第13条第9号、解釈通知第2-3(8)⑨》。

ケアマネジメントはチームケアで行います。介護支援専門員の実施したアセスメントについて、サービス担当者会議を通じて、正確性、方法論について専門的な見地から検証することができます。「多様な立ち位置」「多様な視点」で利用者をアセスメントすることは必要不可欠であり、この過程を通じて介護支援専門員の「気づき」にも繋がります。多様な視点からのアセスメントが可能になるということがチームケアの最大のメリットであり、チームケアを進めることで、チーム全体で評価を行うこともできますので、ケアマネジメントは「チームケア」であるということを念頭において業務を行ってください。

第5表(支援経過)について

居宅介護支援経過は、単にやりとりを記載したメモではなく、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す。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、時系列で誰もが理解できるように、公的な記録であることを意識して記載をお願いします。単に支援が継続していることの確認だけでなく、常に総合的な援助の方針、ニーズ、目標、サービス内容などケアプランの進行状況と目標の達成度、ケアプランの見直しの必要性が生じているかを確認する視点が大切です。漫然とした居宅介護支援とならないようにしてください。

ケアプランチェックにおいて、アセスメントや担当者会議、利用者の同意やケアプランの交付等の一連の流れが支援経過から読み取れない場合が見受けられます。また、サービスの予定と実績が異なる場合についても、支援経過に何も記載がない場合もよく見受けられます。公的な記録として、経緯や理由等が分かるように記録することが望ましいと考えます。

モニタリングについて

モニタリングは、ケアプランに位置付けたサービスの実施状況の把握や、サービスの内容が適切であるかの確認、課題を解決するために立案した目標が達成できているかどうかなどを確認する手続です。ケアプランに位置付けたサービスなどが、利用者の課題解決に向かって効果を上げているか、計画で目標とした内容を達成できているかどうかを評価します。また、利用者にならぬ新たな課題や状況の変化が生じていないかなどを確認することも大切です。定期的なモニタリングを通して、利用者の状況の変化や課題の変化を早めに把握し、ケアプランを見直すという、ケアマネジメントのプロセスを繰り返し実施し続ける必要があります。

その他

「高齢者向け住まい等における適正なサービス提供確保のための更なる指導の徹底」(令和3年3月18日厚生労働省老健局総務課介護保険指導室長ほか連名通知)及び介護保険最新情報V o 1. 1009において、「入居者のニーズを超えた過剰なサービス」を位置づけているプランを作成している可能性がある居宅介護支援事業所について、ケアプランの内容が入居者の自立支援や重度化防止等につながっているかの観点からの点検・検証を行うこととされています。

高齢者向け住まい等に併設等している(隣接、近接や同一法人や系列法人など関連があると考えられるものを含む。)居宅介護支援事業所におけるケアプランにおいて、介護度ごとに支給限度額いっば

いまで機械的にサービスを組み込むことや、同一法人のサービスのみを意図的に利用させることは適正ではありません。

同じ介護度であっても、利用者の身体状況、利用者や家族の意向、生活歴等同一であることは考えられず、機械的にサービスを計画するものではありません。個々人でニーズも同じではありませんし、目標や目標を達成するための手段（サービス）も同じではありませんので、ケアプランは個々人に応じたオーダーメイド（個別性のあるもの）でなければなりません。利用者にとって真に必要なサービスが必要に応じて提供されるよう、アセスメントが前提となった適正なケアプランの作成をお願いします《基準省令第13条第3号、解釈通知第2-3（8）③》。

また、介護保険法において国民は「要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」《介護保険法第4条》と定められています。介護支援専門員についても、「特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない」《介護保険法第69条の34》、「被保険者（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（又は施設）から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。」《介護保険法第2条第3項及び基準省令第38号第1条の2第2項》と定められていますので、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ているか、意識してケアプランの作成を行ってください。

今回記載している内容は、ケアプランチェックについての一部分です。基準省令やケアプランチェックマニュアルで、利用者の自立支援を目的としたプランになっているか、重度化防止につながっているか等、改善の余地が他にもないかを確認してください。

また、事業所において既に作成した利用者のケアプランの見直しも、必要に応じて行ってください。確認の結果、プランの見直しや、サービス変更の必要性があれば速やかに対応してください。

なお、ケアプランチェックは、サービスの利用制限を目的とするものではなく、ケアプランの内容が自立支援や重度化防止等につながっているかの観点から、より利用者の意向や状態に合ったサービスの提供につなげることのできるケアプランの作成に資することを目的としたものです。ケアプランを変更するためには、利用者の同意を得る必要がありますので、利用者には十分説明をした上で行うようにしてください。

介護保険制度及びケアマネジメントについて

現在介護保険制度は給付費の50%を40歳以上の方の保険料で賄っています。少子高齢化が進む中、年々給付費は増加し保険料も上昇し続けることが予想されます。介護保険制度単独では高齢化社会を支えていくことは困難であり、自助・互助・共助・公助という4方面からの支援で支えて行くことが必要となります（※1）。4つの「助」の基礎は「自助」であり、自分が主体となり自身を大切に尊厳を持ちながら生活を行うという心構えと行動が最も大切です。「共助」となる介護保険制度においても、介護保険法第1条及び第4条にも定められているとおり、要介護者等が「尊厳を保持し、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」支援するもので、国民も「要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努める」ものであり、一人一人の「自助」を基礎に成り立っています。

介護保険制度の理念の中核は、「尊厳の保持」「自立支援」です。介護保険制度の主役は「利用者自

身」であり、個別性を重視したうえで自立（自律）した日常生活を営めるよう支援します。自立に向けて本人の意思に基づき主体的に取り組めるよう、いわゆる「自己決定」を支援し、利用者の視点に立ち、一緒になって考えていく必要があります。

「利用者が自分でできることは自分でやるケアプランになっていますか？」

「利用者のニーズを超えた過剰なサービス（自立を阻害するもの）になっていませんか？」

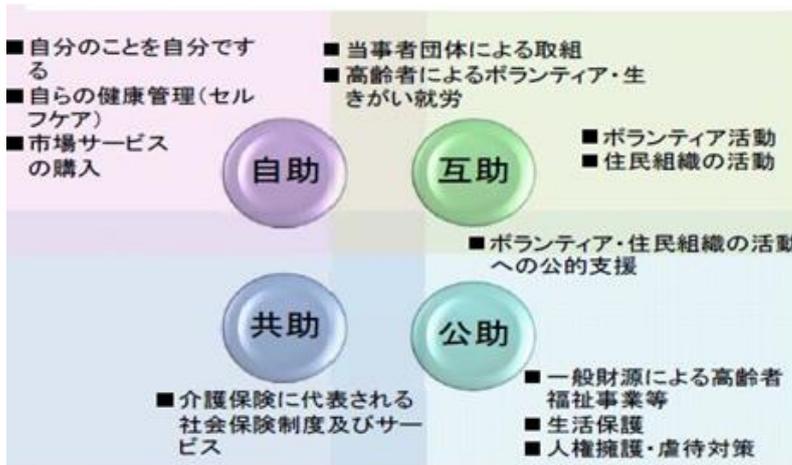
「利用者が自立及び能力の維持向上に主体的に取り組めるプランになっていますか？」

根拠に基づかない属人的な判断ではなく、「明確な理論や根拠」に基づき、多種職が、理解・納得できるように連携を行い、ケアプランを作成することが必要です。

介護保険法第69条の34において、介護支援専門員は、①要介護者等の人格を尊重し常にその立場に立ち、サービスが特定の種類や事業者・施設に不当に偏らないよう公正・誠実に業務を行う、②指定居宅介護支援等基準の基本取扱方針に従い業務を行う、③専門知識・技術の水準を向上・その他資質の向上を図るよう努めることが義務付けられています。

ケアマネジメントは個別性が高く、高い創造性が求められる業務です。知識・倫理・使命感はもとより洞察力、共感力、さらにはそれらを応用させる力（人間力）が必要であり、日々の自己研鑽が求められることも多いと思いますが、介護支援専門員の方の日々の努力は「明るい未来社会の構築への架け橋」となります。専門職として、その業務の尊さを常に意識してケアマネジメント業務を行ってください。

(※1)



(参考)

<和歌山市における自立と自立支援の定義（暫定的確定）>

『自立』とは、心身機能の維持向上に努め、社会の中で役割を持ち、主体的な自己決定に基づいた、自分らしい生活を継続できること。

『自立支援』とは、自分らしい生活をイメージできるように、その人の可能性と環境を知り、本人だけではなく、家族や地域を含めた支援者で共有する。そして、その人の改善の可能性を理解し、その能力を引き出すために、総合的な資源を活用して、自分らしい生活を継続できるようにすること。

法令・通知

【介護保険法】（抜粋）

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

（介護保険）

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

- 2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- 4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

（国民の努力及び義務）

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

（定義）

第七条

- 5 この法律において「介護支援専門員」とは、要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業（第百十五条の四十五第一項第一号イに規定する第一号訪問事業、同号ロに規定する第一号通所事業又は同号ハに規定する第一号生活支援事業をいう。以下同じ。）を利用できるように市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者、特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第六十九条の七第一項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。

（介護支援専門員の義務）

第六十九条の三十四 介護支援専門員は、その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業

務を行わなければならない。

- 2 介護支援専門員は、厚生労働省令で定める基準に従って、介護支援専門員の業務を行わなければならない。
- 3 介護支援専門員は、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術の水準を向上させ、その他その資質の向上を図るよう努めなければならない。

【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（基準省令第38号）】（抜粋）

（基本方針）

第一条の二 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

- 2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。
- 3 指定居宅介護支援事業者（法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等（法第八条第二十四項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。）が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者（法第四十一条第一項に規定する指定居宅サービス事業者をいう。以下同じ。）等に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

第十三条

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（法第二十四条第二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。

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。

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

八 介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の

家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。

九 介護支援専門員は、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この号において「利用者等」という。）が参加する場合に合っては、テレビ電話装置等活用について当該利用者等の同意を得なければならない。）をいう。以下同じ。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師（以下この条において「主治の医師等」という。）の意見を勘案して必要と認める場合その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

【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（解釈通知・老企第22号）】（抜粋）

第2 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

3 運営に関する基準

（8） 指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針

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

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すで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、この課題分析の方法については、別途通知するとことによるものである。

※介護保険最新情報V o 1 . 9 5 8 「「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」

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

また、当該アセスメントの結果について記録するとともに、基準第29条第2項の規定に基づき、当該記録は、2年間（※）保存しなければならない。

※和歌山市では当該指定居宅介護支援を提供した日から5年間とする（和歌山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年条例第87号））。

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

⑨ サービス担当者会議等による専門的意見の聴取（第九号）

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

【指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（解釈通知・老企第36号）】（抜粋）

第二 居宅サービス単位数表（訪問介護費から通所リハビリテーション費まで及び福祉用具貸与費に係る部分に限る。）に関する事項

2 訪問介護費

(5) 20分未満の身体介護の算定について

② 20分未満の身体介護中心型については、下限となる所要時間を定めてはいないが、本時間区分により提供されるサービスについては、排泄介助、体位交換、服薬介助、起床介助、就寝介助等といった利用者の生活にとって定期的に必要な短時間の身体介護を想定しており、訪問介護の内容が単なる本人の安否確認や健康チェックであり、それに伴い若干の身体介護を行う場合には、算定できないものであること。

また、いずれの時間帯においても20分未満の身体介護中心型の単位を算定する場合、引き続き生活援助を行うことは認められない（緊急時訪問介護加算を算定する場合を除く。）ことに留意すること。

(6) 「生活援助中心型」の単位を算定する場合

注3において「生活援助中心型」の単位を算定することができる場合として「利用者が一人暮らしであるか又は家族等が障害、疾病等のため、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合」とされたが、これは、障害、疾病のほか、障害、疾病がない場合であっても、同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合をいうものであること。

なお、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場合には、居宅サービス計画書に生活援助中心型の算定理由その他やむを得ない事情の内容について記載するとともに、生活全般の解決すべき課題に対応して、その解決に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明確に記載する必要がある。

和介保第 587号
令和 5年 1月27日
(2023年)

指定居宅介護支援事業所 様
地域包括支援センター 様
介護保険施設 様
地域密着型介護老人福祉施設 様

和歌山市長 尾花 正啓
(公印省略)

新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて

平素は、本市の介護保険業務にご理解とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止に対応するため、被保険者に対する面会ができず認定調査が困難な場合、厚生労働省からの通知による新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いとして、介護度はそのまま従来認定有効期間の12か月延長を行ってきました。

この度、厚生労働省から別添のとおり通知があり、臨時的取扱いについては、原則として有効期間が令和5年3月31日までの被保険者に限ることとなりました。ただし、各市町村の判断により、令和5年4月1日から令和6年3月31日までに有効期間満了日を迎える被保険者についても臨時的な取扱いを適用することは差し支えないともあります。

厚生労働省の通知どおりに、令和5年4月1日以降に有効期間満了日を迎える被保険者について一斉に通常更新認定を行った場合、認定調査等事務量が膨大になり、認定業務が滞ることが予想されます。一方で、有効期間満了日が令和6年4月1日以降の被保険者からは、通常更新認定の実施が不可欠となることから、令和5年度中の臨時的取扱いによる申請件数が増えると、別紙のとおり令和6年4月1日以降の申請件数・調査件数の大幅増加、認定業務の遅延が予想されます。

そのため、今後の方針として、本市においては、令和5年4月1日以降に有効期間満了日を迎える被保険者についても臨時的な取扱いを継続することとしますが、認定調査実施場所が自宅等の場合には通常取扱いによる更新認定を実施することとします。ただし、在宅であっても、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から認定調査の実施が困難な方等については臨時的な取扱いを可とします。

要介護認定の円滑な実施のため、ご理解とご協力のほど、何卒よろしく願いいたします。

※ 本通知は、指定居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設に対して送付しています。貴法人内に送付対象となっていない事業所で要介護・要支援認定の申請をしている事業所がある場合は、回覧していただけますよう、よろしく願いいたします。

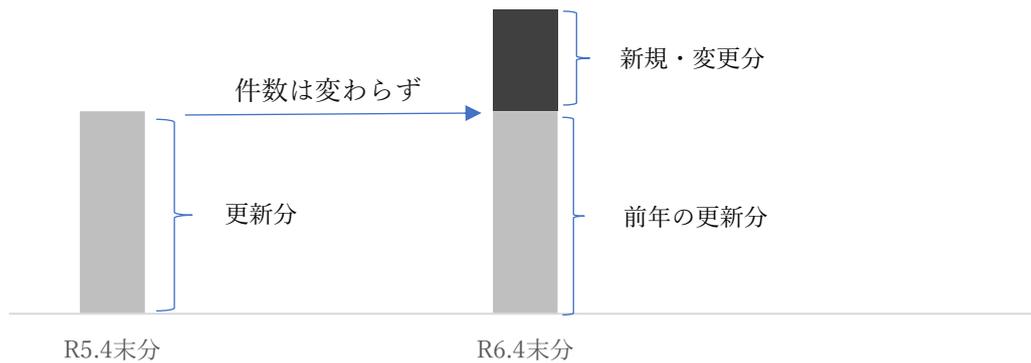
【問合せ先】

介護保険課 認定調査班
TEL : 073-435-1336

別紙

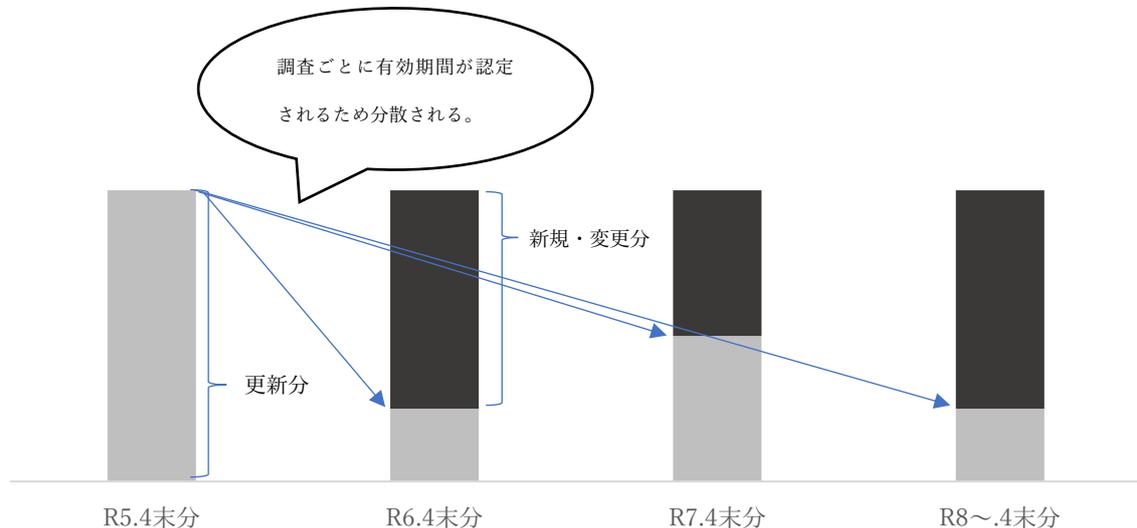
例えば、R5.4月末有効期間分の申請の場合、

更新時にコロナ延長を行うと、認定有効期間が一律1年となるため、



R6.4月末分の更新時に前年のコロナ延長分（上記薄色の棒線）に、新規、変更申請（濃い色の棒線）が加わり、申請件数が膨大になり認定調査業務が滞る可能性がある。

反対に、更新時に認定調査を行うことで、認定有効期間が最大で4年になるため、



R6.4月末分以降の更新時の件数が、上記の薄色の棒線のように分散されることが見込まれる。そのためR6.4月末分の更新時の更新件数が前年より少なくなり、新規、変更申請（濃い色の棒線）が加わっても、全体の申請件数が前年と同じ程度の件数になる可能性がある。

各都道府県介護保険担当主管部（局） 御 中
← 厚生労働省 老健局 老人保健課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の有効期間の取扱いについて

計 2 枚（本紙を除く）

Vol.1106

令和4年10月14日

厚生労働省 老健局 老人保健課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしくお願いいたします。】

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線 3944、3945)
FAX：03-3595-4010

事 務 連 絡
令和 4 年 10 月 14 日

各 都道府県介護保険担当主管部（局） 御中

厚生労働省老健局老人保健課

新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の有効期間の取扱いについて

介護保険行政の円滑な運営につきましては、日頃から御尽力賜り厚く御礼申し上げます。

新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）の取扱いについては、これまで、「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて」（令和 2 年 2 月 18 日付け厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）等によりお示ししてきたところですが、今後、下記のとおり取り扱うこととしましたので、内容について御了知の上、管内市町村への周知をお願いいたします。

なお、「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の今後の取扱いについて」（令和 4 年 10 月 13 日付け厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）については、本事務連絡をもって訂正をいたします。

記

「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて」（令和 2 年 2 月 18 日付け厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）及び「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて（その 4）」（令和 2 年 4 月 7 日付け厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）により、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止を図る観点から認定調査が困難な場合においては、要介護認定の有効期間について、従来の期間に新たに 12 ヶ月までの範囲内で市町村が定める期間を合算できる取扱い（以下「臨時的な取扱い」という。）となっています。

一方で、認定調査等により現在の被保険者の心身の状況等を勘案して適切に

認定を行うことは重要であり、臨時的な取扱いを複数回適用することで、長期間にわたって被保険者の心身の状況等を適正に把握・評価することができない事態が懸念されます。

また、臨時的な取扱いが終了した直後の1年間は処理すべき更新申請の件数が増大し、市町村における事務量も集中的に増大することが予想されることから、可能な限り通常取扱いに基づき更新認定を実施していくことが必要です。

このため、臨時的な取扱いについては、原則として、有効期間満了日が令和5年3月31日までの被保険者に限り、適用できることとします。令和5年4月1日以降に有効期間満了日を迎える被保険者については、通常どおり更新認定を実施していただくようお願いいたします。

ただし、各市町村の判断により、令和5年4月1日から令和6年3月31日までに有効期間満了日を迎える被保険者について、臨時的な取扱いを適用することは差し支えありません。

以上

(本件担当)

厚生労働省老健局老人保健課介護認定係

TEL : 03-5253-1111 (内線 3944、3945)

Mail : roukenkanintei@mhlw.go.jp