

居宅サービス計画書作成のための 基本的な考え方

令和7年12月

東三河広域連合介護保険課

はじめに

東三河広域連合（以下「広域連合」という。）では、平成 30 年度からケアプラン点検を実施しています。

過去のケアプラン点検の概要については、「事業者講習会資料」及びホームページに主な指摘事項や「ケアプランチェックシート」を掲載しておりますが、ケアプランの表記について、同じ内容の助言を行うことが続いていました。

こうした現状を踏まえ、広域連合では、一連のケアマネジメントの質の向上を図ることを目的として、ケアプランを作成する上での考え方を示す「居宅サービス計画書作成のための基本的な考え方」を作成しました。

ケアプラン点検には、厚生省令第 38 号（平成 11 年 3 月 31 日）「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。）、厚生労働省通知「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」【最終改正：令和 6 年 7 月 4 日】（以下「記載要領」という。）、「居宅サービス計画ガイドライン」（社会福祉法人 全国社会福祉協議会）及び「新訂居宅サービス計画書作成の手引き」（一般財団法人 長寿社会開発センター）等を参考に行っています。

利用者の自立支援に資するため、利用者に分かりやすく、具体的なケアプランの作成の一助になれば幸いです。

令和 7 年 12 月

東三河広域連合介護保険課

【目次】

	ページ数
1 ケアプラン点検で重視している点……………	1
2 居宅サービス計画書について……………	2
3 アセスメントシート……………	3
4 居宅サービス計画書 第1表……………	7
5 居宅サービス計画書 第2表……………	8
6 居宅サービス計画書 第3表（週間サービス計画表）……………	11
7 居宅サービス計画書 第4表（サービス担当者会議の要点）…	12
8 居宅サービス計画書 第5表（居宅介護支援経過）……………	12
9 モニタリング……………	14
10 その他の留意事項……………	14
参考1 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について……………	16
参考2 暫定ケアプラン作成に関する留意事項について(通知)……………	22

1 ケアプラン点検で重視している点

ケアプラン点検を行う上で、重視している点は次の4点です。

- ① ケアマネジャーが正しいケアマネジメントの過程を踏まえた支援ができているか
- ② 居宅サービス計画書の作成において、利用者及び家族等の意向を確認し、アセスメントから課題を導き出しているか
- ③ 利用者の自立支援に資する居宅サービス計画書を作成しているか
- ④ 入院時情報連携加算や退院・退所加算等の加算取得、軽度者に対する福祉用具貸与の手続き及び医療サービスをケアプランに位置付ける過程等が、適切に行われているか

根拠となる通知等は下記のとおりです。

【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第13条
- ・ 指定居宅介護支援介護給付費単数表
- ・ 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
- ・ 「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について」（東三河広域連合ホームページ）【参考1を参照】

※ 東三河広域連合ホームページ > 実施事務 > 介護保険 > 介護保険事業者向け情報 > その他介護保険給付関連 > 住宅改修・福祉用具について

(<https://www.east-mikawa.jp/2319.htm>)



スマートフォン、タブレット端末等からはこちらから👉

2 居宅サービス計画書について

(1) 居宅サービス計画書の作成における心構え

居宅サービス計画書は、以下の視点により作成するように心がける必要があります。

- ① 利用者の自立支援を念頭に、利用者が持つ能力に視点をおく
- ② 利用者を支える家族等や居宅サービス事業所及び地域住民等の資源を活かす
- ③ 利用者一人一人に応じた具体性や個別性のある計画を作成する

(2) 居宅サービス計画書の表記における心構え

また、居宅サービス計画書は、利用者及び居宅サービス事業所等の担当者に交付するため、以下の点も重要な留意点となります。

- ① 専門用語や略語は、利用者及び家族等にとって理解が難しいため、**わかりやすい表現**を心がける
- ② 利用者や家族等への配慮に欠けると思われる表現により記載することは避ける
(例：「嫁」→「長男の妻」等)
- ③ 主語と述語を明確にする、誤字脱字がないようにする
- ④ 年の表記がない、または西暦と和暦が混在しないようにする

参考：【厚生労働省 居宅サービス計画書 記載要領 別紙1】

(前略)

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。

3 アセスメントシート

アセスメントシートは、課題解決に必要な利用者及び家族等の情報等を収集し、整理するためのシートです。

アセスメントシートの書式については特に定めはありませんが、運営基準に定めている課題分析の手順に沿って実施する必要があり、厚生労働省の通知で示されている課題分析標準項目を参考に必要な情報収集を行って下さい。

なお、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宅を訪問し、利用者及び家族に面談して行わなければなりません。

○ 各項目の留意事項

1 基本情報（受付、利用者等基本情報）

ポイント

- 1 家族等の情報については、本人の身体状況や環境の変化により関わり方が変化していくことがあるため、主介護者だけではなく、関係者（配偶者、子、子の配偶者、両親、孫のほか、関わりのある親族等）について記載し、詳細情報として、年齢、健康状態、就労の有無、介護に対する意欲の程度、他に介護や養育をする家族等の有無、その他特記すべき家族状況等を確認しておく
- 2 家屋内の状況については、見取図で表すと視覚的に把握しやすくなる（家屋内の段差や手すりの有無等の居住環境や利用者の家屋内の動線も記載することで、移動のリスクマネジメントを確認できるようになり、さらに、利用者の居室の環境（引き戸・開き戸の別、ベッド（頭部の位置が分かると起居動作の状況を検討できる）、タンス・テレビ・歩行器・車椅子・ポータブルトイレ等の位置等）を記載すると、居室環境と動作確認することができ、課題の把握や予後予測が可能となる）
- 3 自宅周辺の環境として、玄関前の状況（段差が〇段ある、通りから玄関までのアプローチに飛び石がある等）や、自宅周辺の環境（住宅街、商店が近くにある、隣家と〇m 離れている、自宅前の道路は交通量が多い等）の記載があると、外出時のリスクマネジメントが可能となる

2 これまでの生活と現在の状況



ポイント

- 1 利用者の自立支援に資する個別具体的な計画作成の糸口とするため、生活歴には、生い立ち、家族構成、性格、既往歴、趣味・嗜好、地域活動等を記載することで、その人らしさ、人となり、価値観等を推察できるようにする
- 2 利用者が伝えられない場合は、利用者の意向をできる限り明らかにするため家族等から情報を収集する
- 3 過去の生活の暮らしぶりを知ること、これからの生活をどのように送ることが本人らしいかを考え、ケアプランに活かす

3 利用者の社会保障制度の利用情報



ポイント

- 1 障害サービスをはじめとする他サービスの活用の検討に必要なため、身体障害者手帳、精神障害者手帳、療育手帳等を所持している場合は、等級、障害の原因疾患等も記載しておく
- 2 年金の受給状況（年金種別等）を確認することで、月々の介護サービスの支出可能金額を把握しておくことができる
- 3 介護サービス以外の社会資源等の活用の検討材料となるため、「難病医療費助成制度」、「生活困窮者自立支援制度」等や市町村独自サービス（家族介護用品給付券や配食サービス等）の状況を把握しておく

4 主訴・意向



ポイント

- 1 第1表の「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」欄には「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」となっていることから、利用者及び家族の主訴・意向は、それぞれに聞き取り記載する
- 2 家族については、「次女」、「長男の妻」等、誰の主訴・意向であるかを分かるように記載する
- 3 高齢者なら誰でも希望するような言葉ではなく、その利用者にとって、安心、安全な生活とはどのような状態であるか、潜在的な能力がどのように発揮できるかという具体的な状態像を聴き出す
- 4 主訴・意向が、介護サービスを使うことの希望であった場合でも、介護サービスの利用により、どのような生活をしたいか、どのような生活を送ってもらいたいかなど

の具体的な状態像を聴き出す

- 5 主訴・意向は、1回のアセスメントのみでは十分に引き出せないことがあるため、利用者及び家族と良好な関係を築くことを心がけ、順次、利用者の状態像を把握していき、アセスメントシートに追記していくことで、より具体性や個別性のあるケアプランとなるように心がける

5 ADL、IADL、認知機能や判断能力



ポイント

- 1 利用者ができる、できない等の評価だけでなく、何ができるか、どの程度できるか、どのような支援が必要か等、第三者が状態像を理解できるように記載する
- 2 ケアマネジャーのアセスメントは、生活の中でどのような動作を行っているか、またはどのような支援を受けているか等を聴き取り、利用者自身が現在行っていること、今は行っていないが環境等が整えば行える可能性があること、支援が必要なこと等をアセスメントし、望む生活を阻害している要因を客観的に評価した内容を記載する必要がある
- 3 認定調査票は、既定の動作等がどの程度実施できるか、介助が必要か、頻度はどの程度か等、一定の評価基準によるものである
認定調査票により情報を補完することは必要だが、評価の視点が異なる認定調査票の内容を転記することのみで「アセスメントシート」を作成することは適切ではない

6 各項目間における留意点



ポイント

- 1 会話の中で情報収集し個別の項目に従って記載することになるが、個々の質問に対する回答に矛盾がなくても、全体像を把握した際に矛盾点があることが判明することがあり、援助内容に支障をきたすことがないよう、必ず全体を見通し項目間に矛盾した記載がないか確認する（例：嚥下に問題はないとチェックしたが、お粥やトロミ剤を使用している等）
- 2 初回では聴き取りにくい個人情報もあり、一度にすべての項目について情報を収集することは困難なこともあるため、利用者及び家族等との信頼関係が構築されてから、情報の蓄積をしていくことが望ましい

7 情報の更新



ポイント

認定の有効期間において、新規申請や更新申請等の認定初期にのみアセスメントシートを作成するものではなく、認定の有効期間中であっても、利用者の状態変化や家族等状況の変化等により、新たな課題（ニーズ）を見極めるためにアセスメントをし直す場合がある

一部の項目に新たな変更点が生じた場合は、該当する項目等を加除・訂正し、その内容と更新した日付を記載し、場合によっては、改めてサービス担当者会議を開催し、新たな居宅サービス計画書について説明と同意を得る

8 多職種からの情報収集



ポイント

- 1 居宅サービス計画書に介護保険の医療サービスを位置付ける場合
ケアマネジャーは、介護保険の医療サービスを位置付ける場合は、主治の医師等から指示があることを確認する
- 2 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付を位置付ける場合
厚生労働大臣が定める告示「要介護1の者等に係る指定福祉用具貸与費」及び広域連合が作成した「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について」に沿った福祉用具貸与を計画に位置付ける

参考：【「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について」から抜粋】

*医師の医学的所見は、医学的な立場から例外給付の対象となる状態像（i）～（iii）に該当する具体的な情報を記載していただくものであり、福祉用具導入の同意や可否を求めるものではありません。【表2】の例にある病名や「医師から必要と言われた」とだけの記載では貸与の必要性が判断できません。利用者の現在の身体状況や病気による影響、福祉用具を使うことで日常生活がどのような動作をすることが可能となるのか等、具体的に記入してください。医師の医学的所見を得る手段については特に定められていませんが、上記内容について確認・記録してください。

参考：【運営基準第13条第19号及び19号の2から抜粋】

十九 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。
十九の二 前号の場合において、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主治の医師等に交付しなければならない。

4 居宅サービス計画書 第1表

「居宅サービス計画書 第1表」は、居宅サービス計画全体の方向性を示すものとなり、適切な方法で行った課題分析により抽出された「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」から、チーム全体が共有する理念を含む援助の指針を具体的に明らかにする必要があります。

1 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

 ポイント
1 利用者が持っている力、病気や障害の程度、生活環境、家族等の人的環境等をアセスメントし、「こんな生活を送りたい（送ってほしい）」という意向を踏まえたうえで、利用者の自立支援に資するために解決しなければならない課題分析の結果を記載する
2 意思表示が困難な方についても、介護保険を利用する以前の利用者の生活スタイルや発言等を踏まえて、家族等から当該利用者ならどのような意向があるか考えるかを聞き取り記載する
3 「家族」と表記するのではなく、「長男」、「長男の妻」等、誰の意向かを明確にする
4 複数の家族等が関わる場合は、それぞれの意向を記載する

2 総合的な援助の方針

 ポイント
1 「（介護サービス）等を利用して～支援する、行う」等というように、サービス利用を目的化した表現は、利用者本人が参加する実効性のあるケアプランとならないことやどのような方針で利用者を援助していくのか不明確になりがちであることから、不適切である
2 利用者が望む生活に向けて、利用者自身を含むチーム全体としてどのように支援するかということを、利用者に固有の具体性をもってチームの援助の方針として記載する
3 利用者や家族等がめざす課題を明確に、分かりやすく提示した表現を心掛ける
4 緊急事態が発生する可能性が想定されている場合は、チームとして、想定する緊急事態への対応方法や関係機関の連絡先等を記載しておく

3 生活援助中心型の算定理由

ポイント

該当する場合は、広域連合ホームページを参照

※ 「訪問介護の生活援助が規定回数を超える対象者届出書」の提出が必要な場合有

(広域連合ホームページ < 実施事務 < 介護保険 < 介護保険事業者向け情報 < 居宅介護(介護予防)支援事業者・ケアマネジャー関連 < 訪問介護の生活援助中心型サービスが規定回数を超える対象者の事務取扱について)

5 居宅サービス計画書 第2表

「居宅サービス計画書 第2表」は、居宅サービス計画全体の中核となるものであり、個々の解決すべき課題（ニーズ）に対する目標を段階的に具体化することが重要となります。

1 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

ポイント

- 1 優先順位の高いものから記載する
- 2 「痛みがあってできない」、「認知症の進行が心配」等の「訴え」だけを記載するのではなく、「これからどのような生活を送りたいか」という利用者が望む生活を送る上で、利用者の自立を阻害する要因を分析した課題（本人が取り組むべきこと）を記載する
- 3 利用者が意欲的に取り組む気持ちを持てるように、利用者や家族等に理解しやすく分かりやすい表現で記載する
- 4 現状の説明やどのようなサービスを利用するかを記載し、サービス利用を目的化する表現は避ける

2 長期目標、短期目標



ポイント

○ 共通

- 1 解決すべき課題に向けて取組むために設定するものが長期目標であり、解決すべき課題に段階的に対応し、解決に結びつけるものが短期目標であり、長期目標と短期目標の整合性が重要である
- 2 目標期間終了時には達成度を評価し、見直しの検討を行い、計画を漫然と継続しないこと

○ 長期目標

- 1 長期目標は、「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を利用者等がイメージし、達成できるものを記載する
- 2 実現すべき状態像が受け手によって異なるおそれのある曖昧な表現や、多くの利用者に共通する表現（例えば、「住み慣れた自宅で暮らす」、「定期受診により健康状態が保てる」等）は、望ましくないため、具体的な内容で記載する
- 3 期間の想定は、その具体的な目標達成に相当する期間とする

○ 短期目標

- 1 短期目標は、段階を踏んで長期目標が達成できるように計画性を意識して記載する
- 2 抽象的な表現は適切ではなく、今は行えていないが、取り組みによって実現可能な「〇m 先の公園まで歩行器で歩ける」、「上着を自分で着ることができる」等、具体的な内容で記載する

3 期間（長期目標・短期目標）

ポイント

- 1 「期間」は、利用者も期間設定に参加し、自らが取り組む目標として自覚できる期間を設定する
- 2 長期目標は、利用者が解決すべき課題に対し、どのように対応して生活していくかという目標を立てて取り組むものであり、それぞれの人的・物的環境で対策が異なるものであるため、長期目標の期間を画一的に認定の有効期間で設定しているものは望ましくない
- 3 短期目標は、長期目標のために踏むべき段階として設定した達成期限を設定するものであるため、利用者にとって短期的に解決が可能な目標及び期間を個別に設定する必要がある

4 サービス内容（援助内容）

ポイント

- 1 短期目標に連動したサービス内容と方針を記載する
- 2 単に、「家事援助」、「入浴介助」等の単語のみの曖昧な記載ではなく、簡素で具体的に居宅サービス事業所が支援すること、利用者自らが行うことが確認できるように記載する
- 3 近隣住民や地域資源等のインフォーマルサービスを位置付ける場合は、明記の可否を利用者等に確認するとともに、無理のないように設定し、ケアマネジャー自身も連携できるようにしておくとい

5 サービス種別（援助内容）

ポイント

- 1 「サービス内容」、「サービス種別」（訪問介護、通所介護等）及び「事業所名」（〇〇ヘルプステーション、△△医院等）を記載する
- 2 利用者自身が行うものは、セルフケアとして「本人」を記載する
- 3 家族が行う部分については、単に「家族」と記載するのではなく、続柄（例：長男）で記載する

6 頻度（援助内容）



ポイント

- 1 支援が想定される標準的な回数や時間帯を記載する
- 2 「随時」、「必要時」という表現ではなく、週単位や月単位の実施回数や曜日を記載し、1日に複数回実施する場合は、「歩行時」、「睡眠時」、「排泄時」等、想定される場面や状況で記載する
【例】週1回（火曜日）、月2回（第1・第3水曜日）1日3回（10時、14時、18時）、休養・就寝時（福祉用具貸与、特殊寝台等）、歩行時（福祉用具貸与）等

7 期間（援助内容）



ポイント

- 短期目標の達成に必要なサービス内容を記載する必要があるため、短期目標の期間に連動した期間を記載する
- なお、援助内容における期間、長期目標・短期目標の期間の設定においては、認定の有効期間を考慮することとなっていることから、認定の有効期間を越えた期間を設定することは望ましくない

6 居宅サービス計画書 第3表（週間サービス計画表）

「居宅サービス計画書 第3表」は、「居宅サービス計画書 第2表」の「援助内容」で記載したサービスを保険給付**内外**を問わず記載してください。



ポイント

- 1 「主な日常生活上の活動」には、利用者の生活を可視化するため、公的サービスか否かに関わらず利用者の平均的な一日の日課を記載する
- 2 高齢者向け住宅に入居している利用者については、通所介護や訪問介護等の介護サービスのみならず、介護サービスが介入する日時以外における、食事、排泄、移動の安全等の住宅による支援やセルフケアが不明確にならないように分かりやすく記載する
- 3 「週単位以外のサービス」には、医療機関等への受診状況や通院状況、その他外出、家族・友人等の訪問といった「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」等を記載する

7 居宅サービス計画書 第4表（サービス担当者会議の要点）

サービス担当者会議は、利用者の状況等に関する情報を指定居宅サービス事業者等の担当者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す。



ポイント

- 1 サービス担当者の事由により、参加が得られない場合は、事前に意見照会を行い、回答内容を参加者と共有する。また、欠席者にはサービス担当者会議で協議した内容「サービス担当者会議の要点」（第4表）等で情報共有する
- 2 「会議出席者」には、「所属」、「職種」（医師、看護師、理学療法士、福祉用具専門相談員等）及び氏名を記載する
- 3 「検討した項目」に対し、「検討内容」が対応するように分かりやすく記載する
- 4 「残された課題（次回の開催時期等）」への、「状態に変化がなければ計画を継続する」等の記載をすることで、次回のサービス担当者会議を予定しない記載は、目標を延長することが前提となっており望ましくない

8 居宅サービス計画書 第5表（居宅介護支援経過）

居宅介護支援経過の記載要領については、令和3年3月31日付け老認発0331第6号「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」の一部改正により、「項目」を記載する欄が設けられています。

内容を漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載してください。

なお、東三河広域連合介護保険条例第6条第1号及び東三河広域連合介護保険規則第13条第3号により完結した日から5年間保存しなければなりませんので、ご注意ください。



ポイント

1 項目毎に整理して記載する

情報収集の手段（訪問、電話等）、対応者・相手方名、支援内容等の分かりやすい項目を記載する

2 時系列で記載する

重要な項目や、1日に何度もやり取りした場合等には、「年月日」だけでなく、時間も記録しておくとい

3 「（別紙）参照」について

「医療情報提供書」やサービス担当者から提供のあった書類等を「（別紙）参照」とすると特定が難しくなるため、「〇年〇月〇日の〇〇参照」等と記載し、整理するとよい

4 加算やサービスの位置付けにおける根拠

居宅介護支援経過は介護報酬請求に係る内容を記録するものでもあることから、加算を算定するために必要な支援を行った経緯等を記録する必要がある

(1) 入院時情報連携加算

事業所の運営規定における営業日時外が算定要件となるため、入院の連絡を受けた時間（必要に応じて曜日等）、持参か FAX 等か、FAX による場合は送信日時の記録と先方の病院から FAX を受理したことが確認できる記録が必要である

(2) 医療サービスの利用

利用者が介護保険の医療サービスを希望している場合やその他必要な場合は、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、医療サービスを居宅サービス計画に位置付けた場合は、意見を求めた主治の医師等に当該居宅サービス計画を交付しなければならない

主治の医師等に意見を求めた際の記録や文書、居宅サービス計画を交付した記録を居宅介護支援経過に記す必要がある

(3) 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付

詳細については、広域連合ホームページに示しており、利用者の状態像によっては、構成市町村介護保険担当課窓口で確認申請書を事前に提出する必要がある

また、広域連合が作成した「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について」の表 2 の i から iii のいずれかに当てはまると医師の医学的な所見に基づきサービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントにより、判断するプロセスが必要となる

9 モニタリング

モニタリングは、居宅サービス計画の実施状況の把握を行い、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合等は、居宅サービス計画の変更の必要性を検討する機会となるものです。



ポイント

利用者や家族等が単にサービスに満足しているかどうかではなく、短期目標に対して、利用者や家族等には、位置付けている取り組み内容が無理なく取り組めているか、居宅サービス事業所等には、利用者のサービス利用時の様子、取り組み状況等や支援内容が課題達成に合致しているか等を確認する

10 その他の留意事項

1 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の提出について

居宅介護サービス利用開始まで居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の提出がない場合、利用者にサービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことになります。

必ず利用開始前に介護保険被保険者証等を確認し、居宅介護支援事業者欄に事業者名の記載があるかを確認してください。

2 暫定サービス利用時に係る届出について

要介護認定申請後、介護度が確定するまでの間に、暫定ケアプランに基づき介護保険サービスを利用する場合は、明らかに要介護・要支援である場合を除き、参考2「暫定ケアプラン作成に関する留意事項」に基づき、適切にご対応ください。

まとめにかえて

現在、あなた（ケアマネジャー）が作成している居宅サービス計画書は、利用者や利用者家族にとって、今後の生活の指標となり、ストレングス（潜在能力）を引き出すものとなっていますか。

居宅サービス計画書をもとに、利用者や利用者家族は、望む生活の実現に近づいていることがイメージできるものとなっていますか。

あなたをはじめ、利用する介護サービス事業所が一体となって、その望む生活を実現するための支援ができていますか。

この手引きをはじめ、東三河広域連合が実施する研修やケアプラン点検が新たな気づきとなり、今一度、ご自身の居宅サービス計画書を見つめ直すきっかけとなれば幸いです。

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について

東三河広域連合 介護保険課

1 概要

軽度者（要支援1・2、要介護1*）に対する福祉用具貸与については、車椅子等の種目は原則保険給付の対象外となりますが、様々な疾患などによって厚生労働省の示した状態像に該当する方については例外的に福祉用具の貸与が認められています。

軽度者に対し、福祉用具貸与の例外給付を行う場合には、ケアマネジャーもしくは地域包括支援センター担当職員（以下「ケアマネジャー等」という）が適切な手順により、利用者の状態像や福祉用具貸与の必要性を慎重に精査し、適切なケアマネジメントを行うことが必要です。

*自動排泄処理装置については、要支援1・2、要介護1・2・3が対象となります。

2 例外給付の対象種目

品目	要支援1・2、要介護1	要介護2・3	要介護4・5
車いす及び車いす付属品	原則、保険給付の対象外 *条件に該当する場合は、保険給付の対象→「 例外給付 」	保険給付の対象	
特殊寝台及び特殊寝台付属品			
床ずれ防止用具			
体位変換装置			
認知症老人徘徊感知機器			
移動用リフト（つり具部分を除く）			
自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するものを除く）			

3 例外給付の判断基準

利用者の状態像から上記品目の貸与が必要であると判断できる場合には、福祉用具貸与費の算定が可能となります。福祉用具貸与費の算定が可能となる利用者の状態像については【表1】と【表2】を参照してください。

【表1】に該当する場合→市町村への確認は不要です。

【表2】に該当する場合→市町村へ確認申請書の提出が必要です。

※注意

事前に確認申請書の提出なく、福祉用具貸与の算定をした場合、給付費が返還となる場合があります。

【表1】

対象外種目	状態像（例外給付が認められる者）	認定調査の基本調査結果
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 日常的に歩行が困難な者	基本調査 1-7 歩行「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	*ケアマネジャー等が判断
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 日常的に起き上がりが困難な者	基本調査 1-4 起き上がり「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「できない」
ウ 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	基本調査 1-3 寝返り「できない」
エ 認知症老人徘徊 感知機器	次の <u>いずれにも</u> 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 意思の伝達「できる」以外または 基本調査 3-2～3-7 のいずれか「できない」または 基本調査 3-8～4-15 のいずれか「ない」以外 その他、主治医意見書に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を必要としない者	基本調査 2-2 移動「全介助」以外
オ 移動用リフト (つり具部分を除く) (昇降座椅子を含む) (注1)	次のいずれかに該当する者	
	① 日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査 1-8 立ち上がり「できない」
	② 移乗に一部介助または全介助を必要とする者	基本調査 2-1 移乗「一部介助」または「全介助」
	③ 生活環境において段差の解消が必要と認められる。	*ケアマネジャー等が判断
カ 自動排泄処理装 置(尿のみを自動的に 吸引するものを除く)	次の <u>いずれにも</u> 該当する者	
	① 排便が全介助を必要とする者	基本調査 2-6 排便「全介助」
	② 移乗が全介助を必要とする者	基本調査 2-1 移乗「全介助」

*ア②及びオ③については、該当する認定結果がないため、「主治医から得た情報」及び「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」によりケアマネジャー等が判断します。

注1 昇降座椅子は「立ち上がり」ではなく「移乗」で判断します。昇降座椅子は「床からの昇降」を補助するものであるため、床からの「移乗」を評価してください。

【表 2】

i	疾病その他の原因により、状態が変化しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に表 1 の状態像に該当する者 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、状態が急激に悪化し、短期間のうちに表 1 の状態像に該当するに至ることが確実に認められる者 例：ガン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または症状の重篤化の回避等医学的判断から表 1 の状態像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

表 1 の対象にならない者についても、次の①～③の条件を満たすことで、例外的に福祉用具の算定が可能です。

医師の医学的な所見に基づき、表 2 の i から iii までのいずれかに当てはまると判断されている。
サービス担当者会議等を経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と判断されている。
上記①②について市町村が確認している。

4 市町村への確認申請方法

(1) 利用者の状態の確認

ケアマネジャー等は、利用者の状態が「福祉用具貸与の例外給付の対象者とすべき状態像」(表 2) に該当する可能性があり、かつ、福祉用具の利用者の自立支援に効果的であるかを確認してください。

(2) 医師に対する意見照会

ケアマネジャー等が、上記(1)により福祉用具の貸与が適当と判断した場合は、医師の意見(医学的な所見)を求めます。

* 医師の医学的所見は、医学的な立場から例外給付の対象となる状態像(i)～(iii)に該当する具体的な情報を記載していただくものであり、福祉用具導入の同意や可否を求めるものではありません。【表 2】の例にある病名や「医師から必要と言われた」とだけの記載では貸与の必要性が判断できません。利用者の現在の身体状況や病気による影響、福祉用具を使うことで日常生活がどのような動作をすることが可能となるのか等、具体的に記入してください。医師の医学的所見を得る手段については特に定められていませんが、上記内容について確認・記録してください。

下記のような具体的な因果関係の所見をお願いします。

(i)

どのような疾病や身体状況が原因で、状態が変化しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に起居動作などが困難な状態に該当しているか。

例) パーキンソン病の治療薬により、急激な症状・症候の軽快・憎悪を起こす現象 (ON・OFF 現象) が頻繁に起き、日によって起居動作が困難となる。

(ii)

疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに起居動作などが困難な状態に至ることが確実に認められる者。

例) ガン末期の急速な状態悪化により、短期間で起き上がりが困難な状況に至ると見込まれる。

(iii)

どのような疾病や身体状況が原因で、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から表1の状態像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。

(3) サービス担当者会議の開催

ケアマネジャー等は、医師の意見(医学的な所見)を入手した後、サービス担当者会議を開催し、医師の意見(医学的な所見)を参考に福祉用具の例外給付が自立支援に役立つかを検討し※、例外給付が必要と判断した場合にケアプランを作成します。

また、医師の意見(医学的な所見)及び医師の名前などを「サービス担当者会議の要点」、「介護予防支援経過記録」等に記載してください。

※例えば車椅子なら移動、昇降座椅子なら移乗について、項目ごとに検討を行い、その内容を具体的に記載してください。

(4) 市町村による確認

ケアマネジャー等はケアプラン作成後、「指定福祉用具貸与費に係る算定可否確認申請書」に「介護(予防)サービス計画(又は暫定プラン)様式第1表～4表」、「介護予防支援経過記録」等を添付し、市町村に確認を行います。

確認を求められた市町村は、内容の確認を行った後に、申請書の可否判定欄に記載し、ケアマネジャー等へ確認結果を連絡します。

5 注意事項

(1) 有効期間について

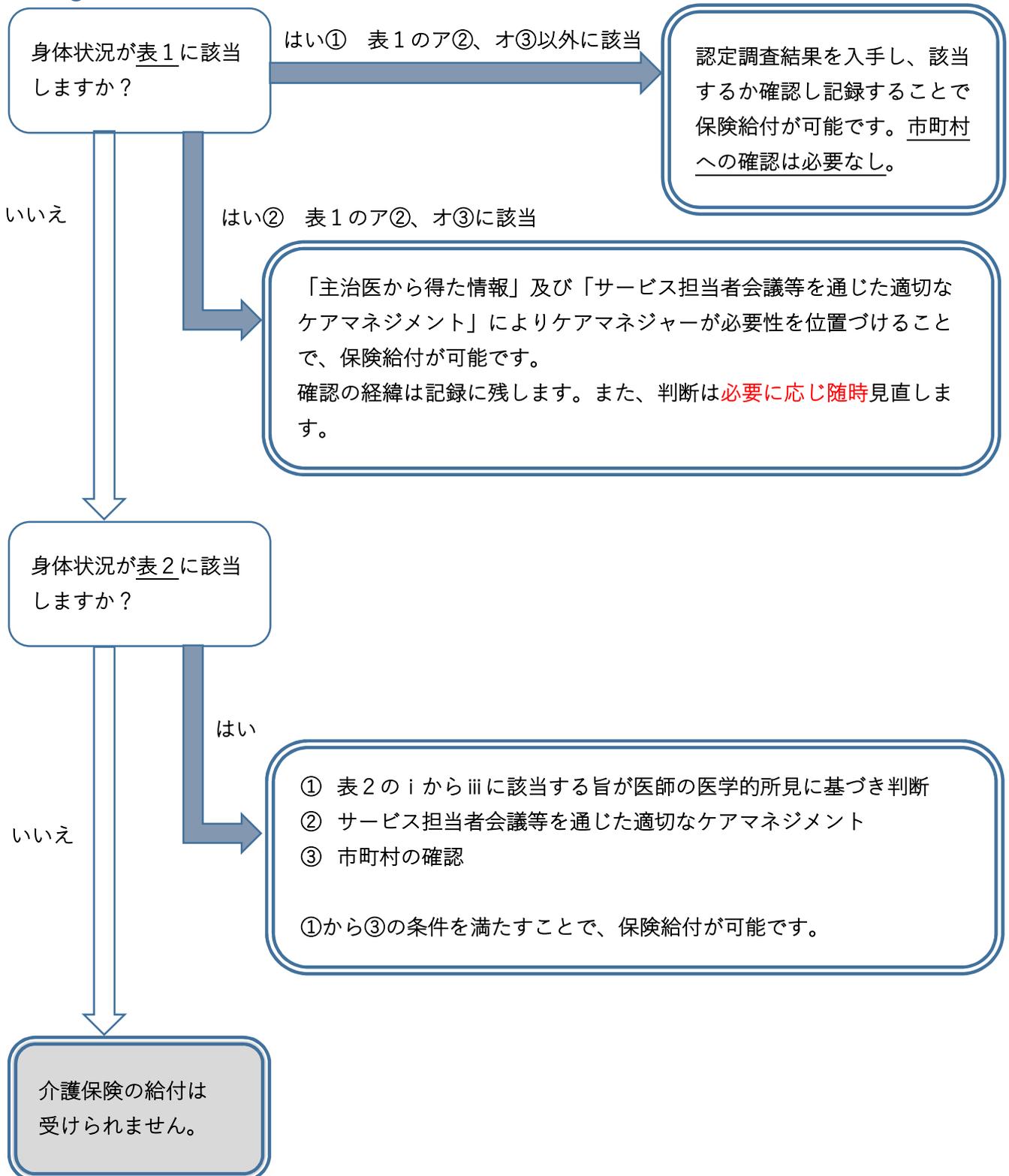
有効期間の開始日は申請書類を市町村が受け付けた日となります。申請を受け付けた日より遡ることはできません。有効期間の終了日は当該被保険者の認定有効期間となります。

申請中で介護度不明、調査票を確認できない場合に、利用開始する際はすべて申請が必要となります。急遽例外給付を受ける必要が生じた等の理由により、事前に必要な書類すべてを提出することが困難な場合は、市町村へ連絡してください。

(2) 再申請について

認定の更新、変更時に改めて手続きが必要です。 確認期間終了後も引き続き貸与をされたい場合は、再申請が必要ですので、申請し忘れにご注意ください。

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付フローチャート



事務連絡
令和6年3月8日

居宅介護支援事業所 管理者
地域包括支援センター 管理者 各位

東三河広域連合 介護保険課

暫定ケアプラン作成に関する留意事項について（通知）

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

また平素より介護保険事業にご理解とご協力を賜り誠にありがとうございます。

このことについて、令和元年5月9日付「暫定サービス利用時の居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書の提出方法について」により、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターが連携している場合に限り想定される認定結果（要介護または要支援）を担当する事業者のみが届出書を提出することとしており、認定結果の見込み違いに対応するため届出日の遡及を認めているところです。

今般、連携をとらないまま暫定ケアプランを作成し、認定結果が見込み違いとなったことにより現物給付ができない事案が発生しました。

要介護認定申請後、介護度が確定するまでの間に、暫定ケアプランに基づき介護保険サービスを利用する場合は、明らかに要介護・要支援である場合を除き、別添「暫定ケアプラン作成に関する留意事項」に基づき、適切にご対応頂きますようお願い申し上げます。

担当

東三河広域連合

介護保険課 給付グループ

電話 0532-26-8468

暫定ケアプラン作成に関する留意事項

要介護認定申請後、介護度が確定するまで介護保険サービスの利用を待てない状況にある場合は、暫定サービス利用前に「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」又は「介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書」のいずれか一方の届出を行ってください。認定審査会の結果により想定される認定結果と異なった場合は、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターとの連携を図っていることを前提に、先に提出された届出日に遡って認定結果に合致した届出書を提出できることとしています。

連携とは

居宅介護支援事業所と地域包括支援センターが同道で利用者と面談し、暫定のケアプランを立案できる状態をいいます。

いずれの事業所も課題分析（アセスメント）を行い、想定される認定結果を担当する事業者は主治医の意見を聴取し、他方にサービス担当者会議の同席を求め、情報共有を図り、支援経過に記録します。

※同道による訪問が日程調整上困難な場合は、できるだけ直近の別日程でアセスメントを行ってください。サービス担当者会議を欠席する場合は「サービス担当者会議の要点等」により情報共有を図り、見込み違いに備え、暫定ケアプランが立案できるように準備してください。

詳しくは東三河広域連合のホームページをご確認ください。

ホーム>実施事務>介護保険>介護保険事業者向け情報>居宅（介護予防）サービス計画作成依頼届出の取り扱いについて

【資料】

サービス計画作成依頼（変更）届出書の提出方法について

◀別添1①▶FAQ（2019.5.9 更新版）

◀別添1②▶◇記載例◇居宅サービス計画届出書（2019.5.9 更新版）

◀別添1③▶暫定サービス利用時の届出フロー

届出書の提出を忘れてしまった場合

届出日を遡及する対応は致しません。

事業者の作成した暫定ケアプランを被保険者自らが作成したものとみなし、被保険者に対して給付がなされないことがないように保険者が事業者に代わって給付管理します。(生活保護受給者、介護予防ケアマネジメントを除く)

この場合、認定申請月から届出を行った月の前月までの居宅介護支援費、介護予防支援費の請求はできませんのでご注意ください。

【参照】

平成 18 年 4 月改定関係 Q&A (Vol. 2) 52

自己作成扱い不可案件

1 要介護であることを想定して、地域包括支援センターと連携をとらずに、暫定ケアプラン（訪問介護・通所介護を利用）を作成し、認定結果が要支援となった場合。

→ **生活保護受給者を除き、償還払いの対応となります。総合事業（介護予防・生活支援サービス事業）においては、ケアプラン作成に基づくサービスの利用は制度設計上想定されていません。**

【参照】

介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について（平成 27 年 6 月 5 日付老振初 0605 号第 1 号）

※総合事業に係る償還払いの手続きは地域包括ケアグループへお問い合わせください。

2 生活保護受給者

→ **居宅介護支援計画は、原則として生活保護法による指定介護機関の指定を受けた居宅介護支援事業者が作成した介護保険法に規定する居宅サービス計画であることとされているため。**

【参照】

生活保護法による介護扶助の運営要領について（平成 31 年 3 月 31 日付社援第 825 号）

自己作成扱いとなった場合に東三河広域連合に提出する書類 ※総合事業を除く

居宅サービス計画書又は介護予防サービス・支援計画表

(サービス開始時点に交付したもの)

サービス担当者会議の要点又は介護予防支援経過記録

サービス利用票・別表 (認定結果の要介護度を反映したもの)

サービスの置き換えについて

サービス提供事業所が介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けている場合は、下記のとおり置き換えることができます。

利用する前に必ずサービス指定を受けている事業者を確認してください。

【置き換えパターン】

予想：「要介護認定」→認定結果：「要支援認定」

暫定ケアプラン	置き換えるサービス
訪問介護	総合事業：介護予防訪問サービス（A2）
通所介護	総合事業：介護予防通所サービス（A6）

※要支援の利用限度回数以上利用していた場合や要介護のみしか利用できないサービスを利用していた場合は、置き換えて請求できないため、全額自己負担となります。

予想：「要支援認定」→認定結果：「要介護認定」

暫定ケアプラン	置き換えるサービス
総合事業：介護予防訪問サービス（A2）	訪問介護
総合事業：広域型訪問サービス（A3）	置き換え不可（全額自己負担）
総合事業：介護予防通所サービス（A6）	通所介護
広域型通所サービス（A7）	置き換え不可（全額自己負担）

福祉用具軽度者申請について

申請中で介護度不明である暫定期間については、適切なケアマネジメントを実施してください。（事前に主治医から医学的所見の聴取した上で担当者会議等において関係者がその情報を共有すると共に、福祉用具貸与の必要性を検討し、居宅サービス計画に位置付けてください。）

※「指定福祉用具貸与費に係る算定可否確認申請書」等、適切なケアマネジメントに基づかない福祉用具貸与については自己作成ができません。償還払いの対応となります。

詳しくは東三河広域連合のホームページをご確認ください。

ホーム>実施事務>介護保険>介護保険事業者向け情報>住宅改修・福祉用具について> 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について

注意:サービス利用開始前までに居宅介護支援事業所と地域包括支援センターとが連携し、あらかじめ届出いただくと下記のような対応を防ぐことができます。

届出・連携忘れに伴う暫定プランの取り扱いについて

①要支援と見込んでいたが、要介護または非該当だった場合

暫定プラン	暫定利用したサービス	認定等結果	給付費の請求	プラン作成料の請求
予防または介護予防ケアマネジメント	予防(総合事業以外)	要介護	○請求可(自己作成) 介護と予防または総合事業サービスの両方を一体的に提供している指定事業所に限る(置き換え請求対応)	請求不可 (自己作成のため) ※総合事業は自己作成不可
	予防+総合事業		○請求可(自己作成)+償還給付(総合事業のみ)	
	総合事業のみ		○償還給付 予防サービスのみ提供している指定事業者	
	予防(総合事業以外)	非該当	○全額自己負担	請求不可
	予防+総合事業		予防給付:全額自己負担 総合事業:請求可 (基本チェックリスト実施前提)	介護予防ケアマネジメント費
	総合事業のみ		請求可 (基本チェックリスト実施前提)	介護予防ケアマネジメント費

②要介護と見込んでいたが、要支援または非該当だった場合

暫定プラン	暫定利用したサービス	認定等結果	給付費の請求	プラン作成料の請求
介護	居宅介護サービス (訪問介護・通所介護以外)	要支援	○請求可(自己作成) 介護と予防または総合事業サービスの両方を一体的に提供している指定事業所に限る(置き換え請求対応)	請求不可 (自己作成のため) ※総合事業は自己作成不可
	居宅介護サービス		○請求可(自己作成)+償還給付(総合事業のみ)	
	居宅介護サービス (訪問介護・通所介護のみ)		○償還給付	
	居宅介護サービス (訪問介護・通所介護以外)	非該当	○全額自己負担 (自己作成不可のため訪問介護・通所介護についてもすべて請求不可)	請求不可
	居宅介護サービス			
	居宅介護サービス (訪問介護・通所介護のみ)			