各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）
各 介 護 保 険 関 係 団 体　御 中

← 厚生労働省　認知症施策・地域介護推進課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

「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」の一部改正等について（介護保険最新情報 Vol.９５８等の再周知）

計 53 枚（本紙を除く）

Vol.1049

令和４年３月24日

厚 生 労 働 省 老 健 局

認知症施策・地域介護推進課

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 3936)
FAX：03-3503-7894

事　務　連　絡
令和４年３月24日

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）　　御中
各介護保険関係団体

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課

「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」の一部改正等について（介護保険最新情報Vol.９５８等の再周知）

平素より介護保険行政の適正な運営にご尽力いただき、厚く御礼申し上げます。
さて、標記につきましては、令和３年度全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料において、「このポイント（別添資料）については、介護保険最新情報として３月中に送付する予定」の旨、ご連絡しておりましたが、今般、別添のとおり、送付いたします。
ポイント（別添資料）の内容については、介護保険最新情報Vol.９５８等で各都道府県等に周知したところですが、ケアマネジメントに係る基本的かつ重要な内容です。
今後、介護支援専門員の法定研修のカリキュラム等の改正を予定していますが、当該内容についても盛り込まれる予定であるため、各都道府県におかれましては、改めて内容をご確認の上、ご利用いただき、管内市町村、居宅介護支援事業者や職能団体等の関係者に対して改めて周知いただくとともに、研修実施機関、研修向上委員会等に対して研修実施の際にご活用いただきますよう周知をお願いいたします。
また、各市町村におかれましては、内容をご確認の上、ご了知いただき、管内の居宅介護支援事業者や介護支援専門員、関係団体、関係機関に周知いただくとともに、ポイント（別添資料）を積極的に活用し、今後の更なる多職種連携、多職種協働の強化・充実のために、介護支援専門員が専門的な知見や培われた経験を基に、ＬＩＦＥや適切なケアマネジメント手法等の取組みの動向も踏まえ、改めてＰＤＣＡの視点に基づくケアマネジメントが図られるよう、各居宅介護支援事業所や介護支援専門員の各種連絡会等への必要な支援を実施していただきますようお願いいたします。

【担当】
厚生労働省　老健局
認知症施策・地域介護推進課　人材研修係

電　話：03-5253-1111（内線3936）
ＦＡＸ：03-3503-7894
e-mail：shinkou-jinzai@mhlw.go.jp

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

「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」の一部改正等について（介護保険最新情報Vol.９５８等の再周知）

老健局認知症施策・地域介護推進課

（令和４年３月）

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目　　次

１．介護保険最新情報Vol.958の概要（ポイント）・・・・・・・・・・・・２

２．介護保険最新情報Vol.958について・・・・・・・・・・・・・・・・８

３．介護保険最新情報Vol.959について　・・・・・・・・・・・・・・３０

４．介護保険最新情報Vol.957について・・・・・・・・・・・・・・・３４

５．介護保険最新情報Vol.977について・・・・・・・・・・・・・・・３７

６．参考・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４５

１．介護保険最新情報Vol.958等の概要（ポイント）

「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【概要】

通知改正の経緯

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知（令和3年3月31日）【介護保険最新情報Vol.958】

○ 「介護保険制度の見直しに関する意見」（社保審介護保険部会（令和元年12月27日））として、「質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備を進めることが必要」等の意見が挙がっている。一方で、介護支援専門員の業務負担の軽減については、現場からの要望の声が挙がるものの、介護保険制度創設以降に大きな見直しは行われていない。

○ 「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業（令和2年度老人保健健康増進等事業）」（（株）三菱総合研究所実施）において、現場の実践者を中心に委員会を設置。

○ 居宅介護支援における業務負担の軽減等を通じた環境整備を図る観点や、介護支援専門員を取り巻く環境や業務の変化を前提に、質の担保を図りつつ、対応可能な具体的かつ実質的な業務負担の軽減等の議論を行った。

⇒当該事業を踏まえ、「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日老企発第29号）を一部改正し、通知を発出。

通知改正の目的・趣旨（ポイント）

※記載要領の冒頭に、ケアプランの意義や位置付けを踏まえ、わかりやすく記載する旨、追加

一連のケアマネジメントプロセスを踏まえて作成

○ 居宅サービス計画書（第１表・第２表）・週間サービス計画表（第３表）
⇒ ケアプランの本体となる帳票

（第1表）：「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」の表現の整理や明確化、「総合的な援助の方針」の具体化や例示　等
（第2表）：「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の具体化、「サービス内容」の補足や欄の活用
（第3表）：趣旨の追加、「主な日常生活上の活動」の例示、「週単位以外のサービス」の解説追加

○ サービス担当者会議の要点（第４表）・居宅介護支援経過（第５表）
⇒ 介護支援専門員等がケアマネジメントを進めるための判断根拠となる帳票

（第4表）：「会議出席者」の欄の活用や補足、「検討内容」の補足や活用方法　※当該表の趣旨を踏まえ、第三者が読んでも内容把握、理解できるようにと記載
（第5表）：趣旨の明確化、具体的な項目や留意点の提示、モニタリングシート等との重複についての補足や留意点

○ サービス利用票（第６表）・サービス利用票別表（第７表）
⇒ サービスの利用状況や費用について管理するための帳票

（第6表）：「性別」の欄の男・女の記載削除　※「利用者確認」の欄や「保険者確認印」の欄等の削除は、別通知において、他の様式とともに改正
（第7表）：総合事業に係る既存の内容の追加（整理）　等

モニタリング評価
・生活の将来予測に基づく再アセスメント

ＰＤＣＡサイクル
ケアマネジメントの推進

居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについて【概要】

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知（令和３年３月３１日）【介護保険最新情報Vol.959】

通知改正の経緯

○ 「介護保険制度の見直しに関する意見」（社保審介護保険部会（令和元年12月27日））として、「質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備を進めることが必要」等の意見が挙がっている。一方で、介護支援専門員の業務負担の軽減については、現場からの要望の声が挙がるものの、介護保険制度創設以降に大きな見直しは行われていない。

○ 「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業（令和2年度老人保健健康増進等事業）」（（株）三菱総合研究所実施）において、現場の実践者を中心に委員会を設置。

○ 居宅介護支援における業務負担の軽減等を通じた環境整備を図る観点や、介護支援専門員を取り巻く環境や業務の変化を前提に、質の担保を図りつつ、対応可能な具体的かつ実質的な業務負担の軽減等の議論を行った。

⇒当該事業を踏まえ、「「介護保険制度に係る書類・事務手続の見直し」に関するご意見への対応について」（平成22年７月30日）を一部改正し、通知を発出。

通知改正の目的・趣旨（ポイント）

【今般の改正以外の内容について】

○ 発出してから、長期間経過し、各項目に係る取扱いの周知が徹底されていないことや、居宅介護支援事業所と各保険者において、認識が一致しないなどの状況が生じている等のご意見を踏まえ、再周知とともに、項目を追加している。

【各項目に係る取扱いの可否について】

○ 介護支援専門員の判断を十分に踏まえること

○ 各市町村は、可否に係る判断にあたっては根拠を示すこと

⇒ 双方が理解できる形で対応がなされることが重要（※）

※ 双方が理解できる形で対応がなされるためのポイント（例）

○ 各地域の実情を踏まえた基本的な考え方等の整理や合意が図られるように、

（居宅介護支援事業所）

⇒ 各地域の職能団体等を通じて、意見交換会や協議の場等の開催を各市町村に提案すること

（各市町村）

⇒ これらの場を積極的に活用し、双方の認識共有、合意形成の一層の充実に努めること

【各都道府県に対して】

○ 平成30年４月からの指定権限の市町村への移譲に伴い、改めて市町村に対して必要な支援を実施していただくよう、適切な支援や対応をお願いしている。

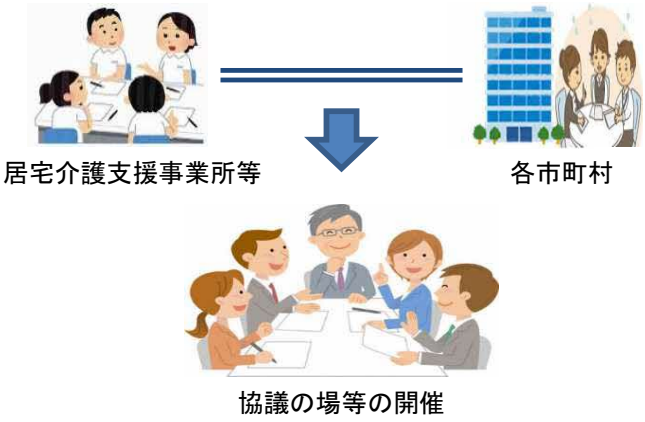
主な項目

○ ケアプランの軽微な変更の内容について
- ケアプランの作成（再周知）
- サービス担当者会議（再周知・追加）

○ 暫定ケアプランについて（追加）

○ その他（追加） 等

イメージ



介護保険最新情報Vol.958の主なポイント①

「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（令和3年3月31日）

（第1表）

○ 「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」の表現の整理や明確化、「総合的な援助の方針」の具体化や例示等を追加しております。

○ 「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」については、従前から記載要領において、当該欄は「課題分析の結果を記載する」旨、お示ししております。ケアプランは利用者本人の計画でありますので、本人の意向は大変重要で、意向があるのは大前提ですが、その意向を踏まえた上で（その意向を根拠に）、専門職である介護支援専門員は、課題分析として、どのような支援を検討し、提案できるのかを記載いただくことが必要です。

○ 通知改正にあたっての一つの理由として、「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業」（令和2年度）の委員会の議論において、様式や記載要領のタイトルと、内容にずれがあるのではないか等のご意見がありました。

○ ついては、「ケアプラン点検支援マニュアル」の趣旨や、委員会の議論も踏まえつつ、今回、整理、明確化の観点から見直しを行いました。

○ 実際にどのように記載すればいいのか、“意向を踏まえた”という前提のため、その根拠として、意向は意向として記載（※）いただきつつ、その意向を踏まえて、アセスメントの観点から、どのような支援が考えられるのか、あるいは望ましいのかをアセスメントにおける身体的、社会性、経済的等の視点から、総合的に勘案した結果を記載することが必要です。

（※）ケアプランが利用者本人のものであることを踏まえれば、意向を記載することは重要なことです。

○ そのため、今回、当該部分の後段で、「その際、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。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。」と具体的に補足しています。この内容もケアプラン点検支援マニュアルで記載されています。

○ 以上を踏まえ、課題分析の結果を踏まえた上で、第2表につなげていくことが必要です。

介護保険最新情報Vol.958の主なポイント②

「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（令和3年3月31日）

（第3表）

○　趣旨を追加するとともに、「主な日常生活上の活動」の例示、「週単位以外のサービス」の解説を追加しております。

○　特に、「主な日常生活上の活動」については、例示を踏まえ、生活全体の流れが見えるように記載をお願いいたします。

○　まだまだ記載漏れなどがあり、活用されていない場合もありますが、毎日の活動が決まっていない場合でも「主な」ものとして記入を試みるよう促すことが必要です 。

○　今後LIFEを活用した取組（特にリハビリテーション・機能訓練、口腔 、栄養等の多職種連携）を見据え、毎月のモニタリングを通じて、短中長期的な視点で、これらの利用者の日常生活上の状況を把握するとともに、ケアマネジメントにおいての活用をお願いいたします。

（第5表）

○　趣旨の明確化、具体的な項目や留意点の提示、モニタリングシート等との重複についての補足や留意点を追加しております。

○　「居宅介護支援経過」は、介護支援専門員等がケアマネジメントを推進する上での判断の根拠や介護報酬請求に係る内容等を記録するものであることから、介護支援専門員が日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、時系列で誰もが理解できるように記載することが必要です。

○　記載の内容や方法について、例示を挙げておりますので、改めてご確認をお願いいたします。

＊　今後の更なる多職種連携、多職種協働の強化・充実のために、専門的な知見や培われた経験、蓄積を持ち合わせつつ、LIFEや適切なケアマネジメント手法等の取組みの動向も踏まえ、改めてPDCAの視点に基づくケアマネジメントをお願いいたします。

介護保険最新情報Vol.959・Vol.977の主なポイント

居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについて（令和3年3月31日）

○ 「「介護保険制度に係る書類・事務手続の見直し」に関するご意見への対応について」（平成22 年7月30 日課長通知）を一部改正し、発出しております。

○ 趣旨としては、平成22年に発出してから、長期間経過し、各項目に係る取扱いの周知が徹底されていないことや、居宅介護支援事業所と各保険者において、認識が一致しないなどの状況が生じている等のご意見がある旨承知しておりますことから、改めて発出いたしました。（再周知）

○ また、各項目に係る取扱いの可否については、介護支援専門員の判断を十分に踏まえ、各市町村においては、その可否に係る判断にあたっては根拠を示し、双方が理解できる形で対応がなされるよう、改めて特段のご配意をお願いするとともに、そのために、日頃から、居宅介護支援事業所におかれましては、例えば、各地域の職能団体等を通じて、今般の各項目に係る取扱いについて、各地域の実情を踏まえた基本的な考え方等の整理や合意が図られるよう、意見交換会や協議の場等の開催を各市町村に提案し、一方、各市町村におかれましては、これらの場を積極的に活用し、双方の認識共有、合意形成の一層の充実に努められますよう併せてお願いしております。

○ 各事業所や各種連絡会等への必要な支援を実施していただくよう、上記について、ご承知いただき、適切な支援や対応をお願いいたします。

「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業（令和2年度老人保健健康増進等事業）」の報告書について（情報提供）（令和3年5月12日）

○ 報告書には、Vol.958、Vol.959に関する各論点に係る議論の内容や調査結果等が盛り込まれております。

○ また、日々厚労省が各事業所への訪問において、介護支援専門員御自身が目指している像をお尋ねしていることを踏まえ、当該事業の委員会として、介護保険制度創設から20 年が経過し社会情勢や利用者のニーズが多様化する中で、これまで介護支援専門員が果たしてきた役割等を踏まえ、今一度、これからの介護支援専門員は専門職としてどうあるべきか、介護支援専門員自身が考える今後の“目指すべき介護支援専門員像”のイメージを描けるよう、目指すにあたってのポイントを4つの視点で整理しておりますので、研修会や休憩時等において、みなさんの将来像について、ご検討いただくきっかけにしていただければと存じます。

○ さらに、現場でご活躍される全国の介護支援専門員のみなさんへのメッセージ（エール）も発信しております。委員会委員からの個別のメッセージ（エール）もございますので、同じ仲間の気持ちをぜひみなさんにご覧いただきますようお願いいたします。

２．介護保険最新情報Vol.958について

居宅サービス計画（第1表）

第１表

居宅サービス計画書（１）

作成年月日　　年　　月　　日

初回 ・ 紹介 ・ 継続　　認定済 ・ 申請中

利用者名　　殿　　生年月日　　年　　月　　日　　住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成（変更）日　　年　　月　　日　　初回居宅サービス計画作成日　　年　　月　　日

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

要介護状態区分	要介護１ ・ 要介護２ ・ 要介護３ ・ 要介護４ ・ 要介護５
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	
生活援助中心型の算定理由	１．一人暮らし　２．家族等が障害、疾病等　３．その他（　　）

居宅サービス計画（第2表）

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）	目標				援助内容					
	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※２	頻度	期間

※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。

居宅サービス計画（第3表）

第３表

週間サービス計画表

作成年月日　　年　　月　　日

利用者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								
	4:00								
早朝	6:00								
	8:00								
午前	10:00								
	12:00								
午後	14:00								
	16:00								
夜間	18:00								
	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								

週単位以外のサービス	

居宅サービス計画（第4表）

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　　開催回数

会議出席者 利用者・家族の出席 本人：【　】 家族：【　】 （続柄：　　） ※備考	所　属(職種)	氏　名	所　属(職種)	氏　名	所　属(職種)	氏　名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 （次回の開催時期）						

居宅サービス計画（第5表）

第５表

居宅介護支援経過

作成年月日　　年　　月　　日

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

居宅サービス計画（第6表）※　利用者確認欄等

第6表

認定済・申請中

平成　　年　　月 分 サービス利用票（兼居宅（介護予防）サービス計画）

居宅介護支援事業者⇒利用者

保険者番号		保険者名		居宅介護支援事業者名・担当者名		作成年月日	平成　年　月　日	利用者確認	
被保険者番号		フリガナ 保険者氏名		保険者確認印		届出年月日	平成　年　月　日		
生年月日	明・大・昭　年　月　日	性別	男・女	要介護状態区分	1　2　3　4　5	区分支給限度基準額	単位／月	限度額適用期間	平成　年　月から 平成　年　月まで
				変更後要介護状態区分	1　2　3　4　5				前月までの短期入所利用日数　日
				変更日	平成　年　月　日				

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者事業所名	日付	月間サービス計画及び実績の記録 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計回数
			曜日																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															
			予定																															
			実績																															

居宅サービス計画（第6表）※　性別欄

第6表

認定済・申請中

年　月 分 サービス利用票（兼居宅（介護予防）サービス計画）

居宅介護支援事業者⇒利用者

保険者番号		保険者名		居宅介護支援事業者事業所名・担当者名		作成年月日	年　月　日
被保険者番号		フリガナ 保険者氏名				届出年月日	年　月　日
生年月日	明・大・昭 年　月　日	性別	男・女	要介護状態区分	1　2　3　4　5		
				変更後要介護状態区分	1　2　3　4　5	区分支給限度基準額	単位／月
				変更日	年　月　日	限度額適用期間	年　月から 年　月まで
						前月までの短期入所利用日数	日

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者事業所名	日付	月間サービス計画及び実績の記録 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計回数
			曜日																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																

居宅サービス計画（第7表）

第７表

作成年月日　　年　　月　　日

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容／種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位／金額	給付管理単位数	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額（保険／事業対象分）	給付率（%）	保険／事業費請求額 給付額	定額利用者負担単価金額	利用者負担（保険／事業対象分）	利用者負担（全額負担分）
					率%	単位数														
			区分支給限度基準額（単位）				合計													

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額（単位）	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額（単位）	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
~~訪問介護~~				~~短期入所生活介護~~			
~~訪問入浴介護~~				~~短期入所療養介護~~			
~~訪問看護~~				~~夜間対応型訪問介護~~			
~~訪問リハビリテーション~~				~~認知症対応型通所介護~~			
~~通所介護~~				~~認知症対応型共同生活介護~~			
~~通所リハビリテーション~~				合計			
~~福祉用具貸与~~							

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数

居宅サービス計画書記載要領　冒頭　※抜粋（赤字：改正部分）

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。

居宅サービス計画（第１表） ※抜粋（赤字：改正部分）

⑬ 「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」

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのか~~について~~意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するため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。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。

なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。

居宅サービス計画（第１表） ※抜粋（赤字：改正部分）

⑮ 「総合的な援助の方針」

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）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、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、検討の上、総合的な援助の方針を記載する。

あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先、また、あらかじめケアチームにおいて、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について記載することが望ましい。例えば、利用者の状態が急変した場合の連携等や、将来の予測やその際の多職種との連携を含む対応方法について記載する。

居宅サービス計画（第１表） ※抜粋（赤字：改正部分）

⑯ 「生活援助中心型の算定理由」

介護保険給付対象サービスとして、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付けることが必要な場合に記載する。

「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２月10 日厚生省告示第19 号）別表の１の注3に規定する「単身の世帯に属する利用者」の場合は、「１．一人暮らし」に、「家族若しくは親族（以下「家族等」という。）と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者または当該家族等が家事を行うことが困難であるもの」の場合は、「２．家族等が障害、疾病等」に〇を付す。また、家族等に障害、疾病がない場合であっても、同様のやむをえない事情により、家事が困難な場合等については、「３．その他」に〇を付し、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。事情の内容については、例えば、

- 家族が高齢で筋力が低下していて、行うのが難しい家事がある場合
- 家族が介護疲れで共倒れ等の深刻な問題が起きてしまう恐れがある場合
- 家族が仕事で不在の時に、行わなくては日常生活に支障がある場合

などがある。（「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取扱いについて」（平成21 年12 月25 日老振発1224 第１号）参照）

居宅サービス計画（第2表） ※抜粋（赤字：改正部分）

① 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」
　利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。具体的には、利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の中で、解決していかなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、

- 利用者自身の力で取り組めること
- 家族や地域の協力でできること
- ケアチームが支援すること

で、できるようになることなどを整理し、具体的な方法や手段をわかりやすく記載する。
　目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようになるのか」という目標達成に向けた取り組みの内容やサービスの種別・頻度や期間を設定する。

④ 「サービス内容」

「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。

この際、~~できるだけ~~家族等による援助や必要に応じて保険給付対象外サービスも明記し、また、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。

~~なお、生活援助中心型の訪問介護を必要とする場合には、その旨を記載する。~~なお、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載する必要があるが、その理由を当該欄に記載しても差し支えない。

居宅サービス計画（第3表） ※抜粋（赤字：改正部分）

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

① 「主な日常生活上の活動」

利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載する。例えば、食事については、朝食・昼食・夕食を記載し、その他の例として、入浴、清拭、洗面、口腔清掃、整容、更衣、水分補給、体位変換、家族の来訪や支援など、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見えるように記載する。

なお、当該様式については、時間軸、曜日軸の縦横をどちらにとってもかまわない。

② 「週単位以外のサービス」

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

居宅サービス計画（第4表） ※抜粋（赤字：改正部分）

⑨ 「会議出席者」

当該会議の出席者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載する。本人又はその家族が出席した場合には、その旨についても記入する。記載方法については、「会議出席者」の欄に記載、もしくは、「所属（職種）」の欄を活用して差し支えない。また、当該会議に出席できないサービス担当者がいる場合には、その者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載するとともに、当該会議に出席できない理由についても記入する。なお、当該会議に出席できないサービス担当者の「所属（職種）」、「氏名」又は当該会議に出席できない理由について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。

⑪ 「検討内容」

当該会議において検討した項目について、それぞれ検討内容を記載する。

その際、サービス内容だけでなく、サービスの提供方法、留意点、頻度、時間数、担当者等を具体的に記載する。

なお、⑩「検討した項目」及び⑪「検討内容」については、一つの欄に統合し、合わせて記載しても差し支えない。

～略～

なお、これらの項目の記載については、当該会議の要点を記載するものであることから、第三者が読んでも内容を把握、理解できるように記載する。

居宅サービス計画（第５表） ※抜粋（赤字：改正部分）

モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載する。

漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努める。

第５表「居宅介護支援経過」は、介護支援専門員等がケアマネジメントを推進する上での判断の根拠や介護報酬請求に係る内容等を記録するものであることから、介護支援専門員が日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、記録の日付や情報収集の手段（「訪問」（自宅や事業所等の訪問先を記載）、「電話」・「FAX」・「メール」（これらは発信（送信）・受信がわかるように記載）等）とその内容について、時系列で誰もが理解できるように記載する。

そのため、具体的には、

・　日時（時間）、曜日、対応者、記載者（署名）
・　利用者や家族の発言内容
・　サービス事業者等との調整、支援内容等
・　居宅サービス計画の「軽微な変更」の場合の根拠や判断

等の客観的な事実や判断の根拠を、簡潔かつ適切な表現で記載する。

簡潔かつ適切な表現については、誰もが理解できるように、例えば、

・　文章における主語と述語を明確にする、
・　共通的でない略語や専門用語は用いない、
・　曖昧な抽象的な表現を避ける、
・　箇条書きを活用する、

等わかりやすく記載する。

なお、モニタリングを通じて把握した内容ついて、モニタリングシート等を活用している場合については、例えば、「モニタリングシート等（別紙）参照」等と記載して差し支えない。（重複記載は不要）

ただし、「（別紙）参照」については、多用することは避け、その場合、本表に概要をわかるように記載しておくことが望ましい。

※　モニタリングシート等を別途作成していない場合は本表への記載でも可。

居宅サービス計画（第6表） ※抜粋

⑬ 「利用者確認」
　居宅介護支援事業者が保存するサービス利用票（控）に、利用者の確認を受ける。ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。

⑭ 「保険者確認印」
　利用者が自ら作成した居宅サービス計画に基づきサービス利用票を作成した場合に、その受付を行った市町村が確認印を押印する。ただし、居宅介護支援事業者が作成したサービス利用票を受け付けた場合は、押印する必要はない。

令和３年４月対応済み

令和３年度介護報酬改定における文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会（第８回）（一部改変）
令和３年３月17日
資料

○　令和３年度介護報酬改定では、文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進として、以下の改定等を行う。

Ｐ２６の第６表の内容に係る参考

①利用者への説明・同意等に係る見直し

利用者の利便性向上や介護サービス事業者の業務負担軽減の観点から、政府の方針も踏まえ、ケアプランや重要事項説明書等における利用者等への説明・同意について、以下の見直しを行う。

ア　書面で説明・同意等を行うものについて、電磁的記録による対応を原則認めることとする。

イ　利用者等の署名・押印について、求めないことが可能であること及びその場合の代替手段を明示するとともに、様式例から押印欄を削除する。

②員数の記載や変更届出の明確化

介護サービス事業者の業務負担軽減やいわゆるローカルルールの解消を図る観点から、運営規程や重要事項説明書に記載する従業員の「員数」について、「○○人以上」と記載することが可能であること及び運営規程における「従業者の職種、員数及び職務の内容」について、その変更の届出は年１回で足りることを明確化する。

③記録の保存等に係る見直し

介護サービス事業者の業務負担軽減やいわゆるローカルルールの解消を図る観点から、介護サービス事業者における諸記録の保存、交付等について、適切な個人情報の取り扱いを求めた上で、電磁的な対応を原則認めることとし、その範囲を明確化する。また、記録の保存期間について、他の制度の取り扱いも参考としつつ、明確化を図る。

④運営規程等の掲示に係る見直し

介護サービス事業者の業務負担軽減や利用者の利便性の向上を図る観点から、運営規程等の重要事項について、事業所の掲示だけでなく、閲覧可能な形でファイル等で備え置くこと等を可能とする。

令和3年度介護報酬改定（居宅介護支援の解釈通知） ※抜粋

Ｐ２６の第６表の内容に係る参考

５　雑則

⑵　電磁的方法について

基準第31 条第２項は、利用者及びその家族等（以下「利用者等」という。）の利便性向上並びに事業者等の業務負担軽減等の観点から、事業者等は、書面で行うことが規定されている又は想定される交付等（交付、説明、同意、承諾、締結その他これに類するものをいう。）について、事前に利用者等の承諾を得た上で、次に掲げる電磁的方法によることができることとしたものである。

① 電磁的方法による交付は、基準第４条第２項から第８項までの規定に準じた方法によること。

② 電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月19 日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。

③ 電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月19 日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。

④ その他、基準第31 条第２項において電磁的方法によることができるとされているものは、①から③までに準じた方法によること。ただし、基準又はこの通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。

⑤ また、電磁的方法による場合は、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」及び厚生労働省「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。

①説明・同意の取扱い
（押印についてのQ＆A（内閣府、法務省、経済産業省（令和2年6月19日））

新型コロナウイルス感染症対策としてテレワークが推進されているところ、契約での押印がテレワーク推進に影響を及ぼすとの懸念に応えるため、内閣府・法務省・経済産業省が連名で契約における押印についての考え方を「押印についてのQ&A」としてまとめた。

押印についてのQ&A（抜粋）

社保審－介護給付費分科会	
第194回（R2.11.26）	資料８（抜粋）

問１．契約書に押印をしなくても、法律違反にならないか。
・私法上、契約は当事者の意思の合致により、成立するものであり、書面の作成及びその書面への押印は、特段の定めがある場合を除き、必要な要件とはされていない。
・ 特段の定めがある場合を除き、契約に当たり、押印をしなくても、契約の効力に影響は生じない。

Ｐ２６の第６表の内容に係る参考

（中略）

問６．文書の成立の真正を証明する手段を確保するために、どのようなものが考えられるか。
・次のような様々な立証手段を確保しておき、それを利用することが考えられる。

① 継続的な取引関係がある場合
▶取引先とのメールのメールアドレス・本文及び日時等、送受信記録の保存（請求書、納品書、検収書、領収書、確認書等は、このような方法の保存のみでも、文書の成立の真正が認められる重要な一事情になり得ると考えられる。）
② 新規に取引関係に入る場合
▶契約締結前段階での本人確認情報（氏名・住所等及びその根拠資料としての運転免許証など）の記録・保存本人確認情報の入手過程（郵送受付やメールでのPDF 送付）の記録・保存
▶文書や契約の成立過程（メールやSNS 上のやり取り）の保存
③ 電子署名や電子認証サービスの活用（利用時のログインID・日時や認証結果などを記録・保存できるサービスを含む。）

上記①、②については、文書の成立の真正が争われた場合であっても、例えば下記の方法により、その立証が更に容易になり得ると考えられる。また、こういった方法は技術進歩により更に多様化していくことが想定される。
(a) メールにより契約を締結することを事前に合意した場合の当該合意の保存
(b) PDF にパスワードを設定
(c) (b)のPDF をメールで送付する際、パスワードを携帯電話等の別経路で伝達
(d) 複数者宛のメール送信（担当者に加え、法務担当部長や取締役等の決裁権者を宛先に含める等）
(e) PDF を含む送信メール及びその送受信記録の長期保存

３．介護保険最新情報Vol.959について

居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについて（通知）【鑑】 ※抜粋

居宅介護支援に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについては、全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議（令和２年度）の資料においてお示ししたとおり、「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業（令和２年度老人保健健康増進等事業）」（（株）三菱総合研究所実施）において、現場の実践者を中心に委員会を設置し、居宅介護支援における業務負担の軽減等を通じた環境整備を図る観点や、介護支援専門員を取り巻く環境や業務の変化を前提に、質の担保を図りつつ、対応可能な具体的かつ実質的な業務負担の軽減等の議論を行ってきたところですが、当該事業を踏まえ、今般、別添のとおり「「介護保険制度に係る書類・事務手続の見直し」に関するご意見への対応について」（平成22年７月30日老介発0730 第１号・老高発0730 第１号・老振発0730 第１号・老老発0730 第１号）を一部改正し、標記通知を発出いたしますので、各都道府県におかれましては、趣旨をご理解の上、管内市区町村、関係団体、関係機関に周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようお願いいたします。

なお、別添のうち、今般の改正以外の内容については、既にお示ししているところですが、発出してから、長期間経過し、各項目に係る取扱いの周知が徹底されていないことや、居宅介護支援事業所と各保険者において、認識が一致しないなどの状況が生じている等のご意見がある旨承知しております。

各項目に係る取扱いの可否については、介護支援専門員の判断を十分に踏まえ、各市町村においては、その可否に係る判断にあたっては根拠を示し、双方が理解できる形で対応がなされるよう、改めて特段のご配意をお願いいたします。

そのため、日頃から、居宅介護支援事業所におかれましては、例えば、各地域の職能団体等を通じて、今般の各項目に係る取扱いについて、各地域の実情を踏まえた基本的な考え方等の整理や合意が図られるよう、意見交換会や協議の場等の開催を各市町村に提案し、一方、各市町村におかれましては、これらの場を積極的に活用し、双方の認識共有、合意形成の一層の充実に努められますよう併せてお願いいたします。

また、平成30 年４月から居宅介護支援事業所の指定権限を各都道府県から市町村に移譲し、これまで全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議においてもお願いしてきたところでありますが、各都道府県におかれましては、改めて市町村に対して必要な支援を実施していただくよう、上記について、ご承知いただき、適切な支援や対応をお願いいたします。

なお、当該通知の「Ⅰ　居宅介護支援・介護予防支援・サービス担当者会議・介護支援専門員関係」については、本通知の適用に伴い廃止します。

また、当該事業に係る報告書については、事業完了次第、ご参考いただくために別途その掲載先をお知らせいたしますので、あらかじめご了知いただきますようお願いいたします。

居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについて（通知）【別添】 ※抜粋

居宅介護支援・介護予防支援・サービス担当者会議・介護支援専門員に係る項目及び項目に対する取扱い

再周知

3　ケアプランの軽微な変更の内容について（ケアプランの作成）	「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（平成11年7月29日老企22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）」（以下、「基準の解釈通知」という。）の「第Ⅱ　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」の「3　運営に関する基準」の「（7）指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針」の「⑯居宅サービス計画の変更」において、居宅サービス計画を変更する際には、原則として、指定居宅介護支援等の事業及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚令38、以下「基準」という。）の第13条第3号から第12号までに規定されたケアプラン作成にあたっての一連の業務を行うことを規定している。 なお、「利用者の希望による軽微な変更（サービス提供日時の変更等）を行う場合には、この必要はないものとする。」としているところである。
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。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第12号（担当者に対する個別サービス計画の提出依頼）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。
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。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第12号（担当者に対する個別サービス計画の提出依頼）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。
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。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第12号（担当者に対する個別サービス計画の提出依頼）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。
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。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第12号（担当者に対する個別サービス計画の提出依頼）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。
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。 なお、これらはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第12号（担当者に対する個別サービス計画の提出依頼）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。
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。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第12号（担当者に対する個別サービス計画の提出依頼）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。
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」に配当する場合があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第12号（担当者に対する個別サービス計画の提出依頼）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。
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。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第12号（担当者に対する個別サービス計画の提出依頼）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。
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。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第12号（担当者に対する個別サービス計画の提出依頼）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。

居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについて（通知）【別添】 ※抜粋
居宅介護支援・介護予防支援・サービス担当者会議・介護支援専門員に係る項目及び項目に対する取扱い

再周知・追加（赤枠）

4　ケアプランの軽微な変更の内容について（サービス担当者会議）	基準の解釈通知のとおり、「軽微な変更」に該当するものであれば、例えばサービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。 しかしながら、例えば、ケアマネジャーがサービス事業所へ周知したほうが良いと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。
サービス利用回数の増減によるサービス担当者会議の必要性	単なるサービス利用回数の増減（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など）については、「軽微な変更」に該当する場合もあるものと考えられ、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。 しかしながら、例えば、ケアマネジャーがサービス事業所へ周知した方が良いと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。
ケアプランの軽微な変更に関するサービス担当者会議の全事業所招集の必要性	ケアプランの「軽微な変更」に該当するものであれば、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。 ただし、サービス担当者会議を開催する必要がある場合には、必ずしもケアプランに関わるすべての事業所を招集する必要はなく、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。
「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱い	「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱いについては、まずはモニタリングを踏まえ、サービス事業者間（担当者間）の合意が前提である。 その上で具体的には、「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）の「課題分析標準項目（別添）」等のうち、例えば、 ・「健康状態（既往歴、主傷病、病状、痛み等）」 ・「ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）」 ・「IADL（調理、掃除、買い物、金銭管理、服薬状況等）」 ・「日常の意思決定を行うための認知能力の程度」 ・「意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーション」 ・「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）」 ・「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）」 ・「褥瘡・皮膚の問題（褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等）」 ・「口腔衛生（歯・口腔内の状態や口腔衛生）」 ・「食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）」 ・「行動・心理症状（BPSD）（妄想、誤認、幻覚、抑うつ、不眠、不安、攻撃的行動、不穏、焦燥、性的脱抑制、収集癖、叫声、泣き叫ぶ、無気力等）」 等を総合的に勘案し、判断すべきものである。

5　暫定ケアプランについて	
看取り期など限定的な局面時における暫定ケアプラン作成時のプロセスの取扱いについて	暫定ケアプランについて、利用者の状態等を踏まえ、本ケアプラン（原案）においても同様の内容が見込まれる場合（典型的には看取り期が想定されるが、これに限られない。）は、暫定ケアプラン作成の際に行った「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日厚令38）の第13条に掲げるケアマネジメントの一連のプロセスについて、必ずしも改めて同様のプロセスを踏む必要はない。

6　その他	
ケアプランの作成依頼（変更）届出書の様式の取扱い（活用）について	ケアプラン作成依頼（変更）届出書の標準様式については、「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について」等の一部改正において、要介護認定等に係る調査内容等の提示について、依頼者の同意欄を設けているが、当該欄に係る同様の内容が必要な場合について、各保険者において別の同様の文書・資料の提出や手続きの申請等を求めている場合は、当該欄の活用や当該標準様式の項目の追加等の工夫を行うことで、二重の手間を求めることは避ける対応を図られたい。

４．介護保険最新情報Vol.957について

※　当該内容については、Ｐ33の６　その他の
「ケアプランの作成依頼（変更）届出書の様式の取扱い（活用）について」を
併せてご参照ください。

改正案

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

区　分
新規 ・ 変更

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	
	個人番号
	生年月日 / 性別
	明・大・昭　年　月　日 / ~~男・女~~

居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者

居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地
	〒 電話番号　（　）

居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等	※変更する場合のみ記入してください。 変更年月日 （~~平成~~令和　年　月　日付）

○○市（町村）長　様

上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届け出します。

~~平成~~令和　年　月　日

住　所

電話番号　（　）

被保険者

氏　名

保険者確認欄	□ 被保険者資格　□ 届出の重複 □ 居宅介護支援事業者事業所番号

居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

令和　年　月　日　氏名

（注意）1　この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所が決まり次第速やかに○○市（町村）へ提出してください。

2　居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず○○市（町村）へ届け出てください。届け出のない場合、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があります。

介護予防サービス計画作成依頼(変更)届出書

改正案

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

区　分
新規 ・ 変更

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	
	個人番号
	生年月日 / 性別
	明・大・昭　年　月　日 / ~~男・女~~

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者

介護予防支援事業所名	介護予防支援事業所の所在地　〒
	電話番号　（　）

介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者
※居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。

居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地　〒
	電話番号　（　）

介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等

※変更する場合のみ記入してください。

変更年月日
（~~平成~~令和　年　月　日付）

○○市（町村）長　様

上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画の作成を依頼することを届け出します。

~~平成~~令和　年　月　日

住　所

被保険者　　電話番号　（　）

氏　名

保険者確認欄	□ 被保険者資格　□ 届出の重複 □ 介護予防支援事業者事業所番号

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

令和　年　月　日　氏名

（注意）1　この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに○○市（町村）へ提出してください。

2　介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず○○市（町村）へ届け出てください。届け出のない場合、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があります。

５．介護保険最新情報Vol.977について

介護支援専門員自身が考える
今後の“目指すべき介護支援専門員像”



発信によせて　（検討委員会からのメッセージ）

令和2年8月から令和3年3月にわたり、厚生労働省令和2年度老人保健健康増進等事業「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業　検討委員会」では、令和3年度介護報酬改定の検討に向けた実態調査の結果を踏まえ、計７回、議論を重ねてきました。また、介護保険制度の創設から20年が経過する中で、居宅介護支援業務に従事する介護支援専門員の今後の“目指すべき介護支援専門員像”について意見交換を行いました。

介護支援専門員が果たしてきた役割

- 介護保険制度の創設から20年、私たち介護支援専門員はケアマネジメントを通じて多職種をつなぎ、利用者や家族を支え、制度の中で大きな役割を担ってきました。日々、利用者、家族への個々の支援を続ける中で、運営上、厳しい状況に直面している事業所もあると思います。どのような環境にあっても、現場の第一線で活躍している介護支援専門員のみなさんの熱い志、強いモチベーションが、介護保険制度を、そして全国の利用者の自立した生活や自己実現を支えていることを、まず私たち介護支援専門員自身が誇りに思い、讃え合いたいと思います。
- また今日、介護保険制度がこれほど国民の生活に浸透しているのは、私たち介護支援専門員が常に利用者や家族に寄り添い、度重なる制度改正に丁寧に対応してきた証といえるでしょう。介護支援専門員が「介護保険制度の要」として果たしてきた役割と功績にも胸を張りたいものです。

介護支援専門員を取り巻く環境の変化とさらなる期待

- 昨今、介護保険制度をはじめ、介護支援専門員を取り巻く環境は目まぐるしい変化を遂げています。今後、人口減少、高齢化がさらに進む中で、私たち介護支援専門員に求められる業務、期待も変化、高度化しつつあります。
- 介護支援専門員は、利用者、家族からの相談をはじめ、アセスメントからモニタリングといった継続的なケアマネジメントを通じて、利用者本位を前提とした最も適切なサービスが提供されるよう行動することが求められます。今後はさらに、多様な知識、コミュニケーション能力、課題分析、課題解決能力・・といったケアマネジメントに必要な知識や能力そしてあくなき探究心や向上心とともに、複合的かつ多様なケースに対応するために、介護保険制度に留まらない分野横断的な知識や多職種連携において培われる経験なども求められます。
- 介護支援専門員は、ケアマネジメントを通じて利用者本位に基づく自立支援、自己実現の支援を行う中で、常に社会情勢の動向や変化を見通し、知識、能力を培ってきました。その経験を活かし、多職種連携において最大限に力を発揮できるよう、より積極的な資質向上が求められています。

これからの介護支援専門員像とは

- 一方で、介護支援専門員は、「ケアマネジャー」として介護保険制度の中で重要な役割を果たすことから、注目を集めやすい立場にあります。私たちの日頃の言動や姿勢が、介護支援専門員に対する社会的評価やイメージ、そして同じ仲間の資質にも影響します。さらに私たち自身の資質の向上、底上げが、今後の”介護支援専門員の業界（ありよう）”を左右するといっても過言ではありません。
- この20年を振り返り、私たち介護支援専門員が果たしてきた役割を再確認するとともに、現在置かれた立場や今後のあり方を今一度みなさんとともに考えてみたいと思います。現状に留まるのか、それとも介護支援専門員に対して、ときに厳しいご意見に対して、どのように立ち向かうのか。みなさんが描く理想の介護支援専門員は身近にいらっしゃいますか？あるいは理想像として、目指すべき姿がイメージできますか？
- 介護支援専門員である検討委員自身が目指すべき介護支援専門員像について話し合いを繰り返し、思いを言葉に紡ぎ、ここに 「目指すべき介護支援専門員像」を発信します。介護支援専門員として様々な経験や経歴をお持ちの方がいる中で、多様なご意見があり、異なる視点や介護支援専門員像があると思います。この「目指すべき介護支援専門員像」が、日々ご多忙な介護支援専門員のみなさんが業務の中で悩み一度立ち止まった時、あるいは研修会のテーマなど、さまざまな場面でみなさん自身が今後の介護支援専門員の未来のキャリア像を描く上での一助になれば幸いです。

厚生労働省令和2年度老人保健健康増進等事業居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業検討委員会一同　令和3年3月

介護支援専門員自身が考える
今後の“目指すべき介護支援専門員像”



介護保険制度創設から20年が経過し社会情勢や利用者のニーズが多様化する中で、これまで介護支援専門員が果たしてきた役割等を踏まえ、今一度、これからの介護支援専門員は専門職としてどうあるべきか、実務者である介護支援専門員が議論を重ね、**介護支援専門員自身が考える今後の“目指すべき介護支援専門員像”**をとりまとめました。地域共生社会の実現に向けた介護支援専門員の果たすべき役割等の観点も含め、全国の介護支援専門員が将来理想とする介護支援専門員のイメージを描けるよう、４つの視点で整理しました。

目指すにあたってのポイント

1.利用者・家族との関係において、どうあるべきか

① 利用者に寄り添い、尊厳の心を持って、利用者の自律支援（意思決定支援）、自己実現・自立支援のために、専門性を確立し、信頼されること。

② 利用者本位に基づき、利用者の過去から、現在までの生活歴等を踏まえ、今後の生活や将来の医療ニーズ等の見通しを考え、先手かつ主体的に動き、支援できること。

③ 専門職として自身の確固たる職業観、倫理観を持ち深化させていくこと。

④ 利用者の生活支援に重点をおくことを前提に、多種多様な相談・ニーズを踏まえたケアマネジメントに努めること。

2.各居宅介護支援事業所（組織・一員）において、どうあるべきか

① 自己研鑽を図りつつ、事業所全体の資質向上を意識した組織力（ケアマネジメントの技術・手法や人材養成の仕組み作り、体系等）を構築していくこと。

② 継続的な利用者支援を行うために、事業所の理念や方針、適切な運営や経営に関心を持ち、保険者に対しては説明を求めるだけではなく、提案し、双方向のコミュニケーションが取れること。

③ ケアマネジメントの資質向上を前提に、ICT等の活用による業務効率化を図り、経営の視点を高め、常に制度等の動向を把握すること。

④ 介護支援の専門集団である事業所の一員として自身のケアマネジメントについて、第三者に根拠をもって説明できること、また、保険者と双方に円滑なコミュニケーションを通じて、組織として感染症等の発生にも対応し、公共社会資源にも寄与すること。

3.各地域において、どうあるべきか

① 地域共生社会の実現、地域包括ケアの深化に向けて、利用者の個別支援を通じて、地域全体の課題把握やその課題を解決するための一員として、全世代や全住民を視野に入れたケアマネジメント力を醸成し、地域の期待に応え、活躍できること。

② 地域連絡会等における活動を通じ、行政、各種職能団体や他法人等と組織的な話し合いを行うことで、より効率的・効果的な利用者支援を行うためのルールづくりや提案を行うこと。

③ 医療介護関係に限らない地域の幅広いネットワークを創り、包括的な利用者支援を行うとともに、他の事業所と支え合い、”点”ではなく”面”でケアマネジメント力を高め、地域の事業者全体の底上げを図ること。

④ 介護支援専門員の専門性や重要性を踏まえ、利用者以外からも介護支援専門員の社会的評価を高めていくこと。

4.多（他）職種連携において、どうあるべきか

① 医療ニーズを抱える利用者が増加している現状を踏まえ、医療等との連携の役割を担うために、他職種と共通言語や共通認識等、共有の視点を持ちつつ、他職種特有の文化、言語をの理解に努め、多職種との協働を深めること。

② 地域共生社会を構築する視点で、広い視野をもって、様々な支援機関を含めた多職種等との連携関係を築くこと。

③ 他職種の専門的見地を尊重できるように、介護分野に限らない各分野の横断的な知識等を広く知ること。

④ 利用者、家族の相談・ニーズに対して、他職種の役割や対応を理解し、介護保険制度以外の他の分野に携わる関係者等に介護支援専門員が専門職として責任を持って繋ぎ、双方で連携して取り組む役割を担えること。

厚生労働省令和2年度老人保健健康増進等事業居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業検討委員会一同　令和3年3月

介護支援専門員自身が考える
今後の“目指すべき介護支援専門員像”（1/2）



介護保険制度創設から20年が経過し社会情勢や利用者のニーズが多様化する中で、これまで介護支援専門員が果たしてきた役割等を踏まえ、今一度、これからの介護支援専門員は専門職としてどうあるべきか、実務者である介護支援専門員が議論を重ね、**介護支援専門員自身が考える今後の“目指すべき介護支援専門員像”**をとりまとめました。地域共生社会の実現に向けた介護支援専門員の果たすべき役割等の観点も含め、全国の介護支援専門員が将来理想とする介護支援専門員のイメージを描けるよう、４つの視点で整理しました。

目指すにあたってのポイント

1.利用者・家族との関係において、どうあるべきか

①利用者に寄り添い、尊厳の心を持って、利用者の自律支援（意思決定支援）、自己実現・自立支援のために、専門性を確立し、信頼されること。

②利用者本位に基づき、利用者の過去から、現在までの生活歴等を踏まえ、今後の生活や将来の医療ニーズ等の見通しを考え、先手かつ主体的に動き、支援できること。

③専門職として自身の確固たる職業観、倫理観を持ち深化させていくこと。

④利用者の生活支援に重点をおくことを前提に、多種多様な相談・ニーズを踏まえたケアマネジメントに努めること。

2.各居宅介護支援事業所（組織・一員）において、どうあるべきか

①自己研鑽を図りつつ、事業所全体の資質向上を意識した組織力（ケアマネジメントの技術・手法や人材養成の仕組み作り、体系等）を構築していくこと。

②継続的な利用者支援を行うために、事業所の理念や方針、適切な運営や経営に関心を持ち、保険者に対しては説明を求めるだけではなく、提案し、双方向のコミュニケーションが取れること。

③ケアマネジメントの資質向上を前提に、ICT等の活用による業務効率化を図り、経営の視点を高め、常に制度等の動向を把握すること。

④介護支援の専門集団である事業所の一員として自身のケアマネジメントについて、第三者に根拠をもって説明できること、また、保険者と双方に円滑なコミュニケーションを通じて、組織として感染症等の発生にも対応し、公共社会資源にも寄与すること。

介護支援専門員自身が考える
今後の“目指すべき介護支援専門員像”（1/2）

目指すにあたってのポイント

3.各地域において、どうあるべきか

①地域共生社会の実現、地域包括ケアの深化に向けて、利用者の個別支援を通じて、地域全体の課題把握やその課題を解決するための一員として、全世代や全住民を視野に入れたケアマネジメント力を醸成し、地域の期待に応え、活躍できること。

②地域連絡会等における活動を通じ、行政、各種職能団体や他法人等と組織的な話し合いを行うことで、より効率的・効果的な利用者支援を行うためのルールづくりや提案を行うこと。

③医療介護関係に限らない地域の幅広いネットワークを創り、包括的な利用者支援を行うとともに、他の事業所と支え合い、”点”ではなく”面”でケアマネジメント力を高め、地域の事業者全体の底上げを図ること。

④介護支援専門員の専門性や重要性を踏まえ、利用者以外からも介護支援専門員の社会的評価を高めていくこと。

4.多（他）職種連携において、どうあるべきか

①医療ニーズを抱える利用者が増加している現状を踏まえ、医療等との連携の役割を担うために、他職種と共通言語や共通認識等、共有の視点を持ちつつ、他職種特有の文化、言語をの理解に努め、多職種との協働を深めること。

②地域共生社会を構築する視点で、広い視野をもって、様々な支援機関を含めた多職種等との連携関係を築くこと。

③他職種の専門的見地を尊重できるように、介護分野に限らない各分野の横断的な知識等を広く知ること。

④利用者、家族の相談・ニーズに対して、他職種の役割や対応を理解し、介護保険制度以外の他の分野に携わる関係者等に介護支援専門員が専門職として責任を持って繋ぎ、双方で連携して取り組む役割を担えること。

現場でご活躍される全国の介護支援専門員のみなさんへのメッセージ（エール）

～ケアマネジャーは人と人を結ぶ架け橋～



立場を超えた連携・協働を！

このメッセージは…

全国の介護支援専門員のみなさんが「介護支援専門員自身が考える今後の”目指すべき介護支援専門員像”」をきっかけに理想の介護支援専門員像を描き、目標に向かって希望を持って歩みを進めることを願い、「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業検討委員会」一同より、みなさんとともに歩む介護支援専門員としてメッセージを送ります。

- みなさんが介護支援専門員として利用者や家族と向き合う中で、様々な困難に直面されることや悩まれる日々もあると思います。時にその支援が、利用者の生きがいを支え、ご本人のニーズの達成や自己実現に結実した時、笑顔や幸せな時間が生まれているということもあるのではないかと思います。幾重もの困難があったとしても利用者・家族に温かな時間をもたらすことができるよう、あきらめず、これまで磨かれた個々の専門性を大いに発揮しましょう。介護支援の専門職として、チームケアにおいて心を一つにする精神を大切に、利用者・家族のために、また、チームケアによる喜び、楽しさを共有できるような気持ち、経験を心に刻みながら気概をもって、相互の連携（つながり）を緊密なものにしていきましょう。介護支援専門員の立場を発展させ、ケアマネジメントやそのプロセスの重要性をより多くの人々に知っていただくために、みなさん一人ひとりにその一翼を担っていただけるよう、私たちも一緒に取り組んでいきます。
- 日々の研鑽の積み重ねが、利用者はじめ社会からの信頼醸成、介護支援専門員の社会的評価につながります。さらに、自身が担える役割を思考することで、地域全体、ひいては全国に最適な支援を届けることができます。地域における取組みを着実に積み重ね、高齢者、家族の生活を地域全体で支えるサービス提供に対して、全体を俯瞰できる相談を担う調整者のプロフェッショナルとして、そのフロントランナーあるいは鑑であるような介護支援専門員と、今後全国各地で出逢えることを切に期待しています。
- 私たちも引き続き、同じ時代に働く仲間を大事にして、切磋琢磨し、時に自らの歩みを振り返りながら「介護支援専門員としての心」を磨き続けたいと思います。さらに数十年後を見据えた介護支援専門員としての専門性の扉を開いて道を作っていきます。また、他職種、関係機関、行政など立場は異なっても、一人ひとりの幸福や自己実現という目的をひとつにしてお互いを認め合い、地域の多様なニーズに応えるべく、研鑽に励むことをお約束します。このメッセージ（エール）が全国の介護支援専門員のみなさんに届けば幸いです。

厚生労働省令和2年度老人保健健康増進等事業居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業検討委員会一同　令和3年3月

現場でご活躍される全国の介護支援専門員のみなさんへのメッセージ（エール）

～ケアマネジャーは人と人を結ぶ架け橋～（1/2）



立場を超えた連携・協働を！

ひとことメッセージ

私たちは一人じゃない、力を合わせて共に歩んでいこう

一人で頑張り、一人で悩んでいませんか。私たちは一人ではありません。事業所や地域の中で、ケアマネジャー同士、みんなで力を合わせて歩んでいきましょう。手をつなぎ、一緒に前に進みましょう。

みんな悩んで大きくなった

ケアマネジャーの悩みは全国共通。ベテランも若手も、みんな同じように悩んでいるのです。気軽に相談してみませんか。

自分自身も大事にしながら、他職種と助け合っていこう

ケアマネジャーだけの力で解決しようとするのではなく、他職種のみなさんと協力しながらチームで助け合いましょう。かんばりすぎは禁物です。自分自身も大事にしながら、ケアマネジャーとしての役割を果たしていきましょう。

介護の代表として多職種と協働しよう

これからの高齢化社会においては、医療と介護・福祉が三位一体となって支えあっていかなければ、乗り越えていけません。今一度、介護の代表として、真のプロフェッショナルを目指しましょう。そして、多職種と対等に話し合い、協働し、地域包括ケアシステムを構築しましょう。

施設の介護支援専門員もみんなで頑張ろう

介護支援専門員の活躍の場は居宅介護支援だけではありません。施設の介護支援専門員のみなさんも、コロナ禍に負けず、みんなで頑張りましょう。

笑顔で前を向いていこう

コロナ禍で、世の中全体が先の見えない不安に包まれています。こんなときこそ、ケアマネジャーが明るい道しるべとなれるよう、話を傾聴し、不安を包み込むやさしさと、温かなその笑顔で、これからも前を向いていきましょう。

今こそ介護支援専門員の底力をみせてやろう！

介護保険と共に歩んできた介護支援専門員。20年間、介護保険を支えてきたケアマネジャーが持っている力を存分に発揮しましょう。そして、ケアマネジメントのアウトカムをしっかりとアピールしていきましょう。

強靭で思いやりのある援助者になろう

私たちケアマネジャーは対人援助の専門職です。専門職としての自信を持って、強さと柔軟さを合わせもち、思いやりにあふれた援助者を目指しましょう。

専門職として学び続ける姿勢を

専門職の学びに終わりはありません。経験を重ねながら新しい知識を取り入れ、成長することができるのです。学び続ける姿勢を大切にしましょう。

私たちはやればできる

ICTをはじめ、ケアマネジャーの業務にも、いよいよ新しいテクノロジーの活用が必要になってきました。上手く使えるか、不安はあると思いますが、大丈夫です。私たちは、今までにも、かなり難しいと思えることも１つずつマスターしてきました。良質なケアマネジメントを実践するために、便利な手段や道具は上手に使うことにしましょう。皆で、助け合い進みましょう。

厚生労働省令和2年度老人保健健康増進等事業居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業検討委員会一同　令和3年3月

現場でご活躍される全国の介護支援専門員のみなさんへのメッセージ（エール）
～ケアマネジャーは人と人を結ぶ架け橋～ (2/2)



立場を超えた連携・協働を！

ひとことメッセージ

やりがいや感謝はかけがえのない喜び

ケアマネジャーは大変な仕事だけれど、その向こう側に大きなやりがいがあります。利用者からの感謝の言葉は、お金で買えるものではなく、何ものにも代えられない喜びであり、私たちの仕事の原動力ですね。

未来を創る、未来を拓く

ケアマネジャーの仕事はルーチンワークではありません。利用者の生活の質を高め、よりよい未来を創る、未来を拓くことを支援する、とても創造的な仕事です。新しい時代に向かって、私たちケアマネジャーも、受け身ではなく自分で考え自分で創る気概を持ちましょう。

誇りある一生の仕事

ケアマネジャーは、誇りをもって一生の仕事にできる職業です。胸をはってそう言いたい！

楽しくかっこいい仕事に

これからのケアマネジャーは最新のICTを使いこなして、楽しくかっこよく、、、子どもたちの憧れの職業にあげられるような、魅力ある仕事にしていきましょう。

後進を育てよう

ケアマネジャーの仕事が、将来、みんなの憧れの職業になれるように、次の世代に向けて、後進の人材育成に力を注いでいきましょう。

高い人間力が求められる尊い仕事

困難を抱えた人を支援するケアマネジャーの仕事は、高い人間力が求められる尊い仕事です。自覚と誇りを持ちましょう。

ケアマネジャーは人生の最終伴走者

ケアマネジャーは利用者にとって、人生の最終伴走者といえるかもしれません。あなたは利用者に「人生で最高の一期一会」「あなたにあえてよかった」と言われたことがありますか。

すべての人の可能性を広げる扇の要

ケアマネジャーは人と人、利用者とサービスや制度を繋ぐ扇の要と言われますが、つなぐだけではありません。すべての人の可能性を「広げる」役割をも担っているのです。

人を支える仕事を通じて人として成長

人を支えることを通じて、自分自身の人間力が育ってきたことを実感しています。ケアマネジャーは人として成長できる仕事です。

コロナ禍の生活を支えるケアマネジャー

コロナ禍での懸命な対応に、ねぎらいや感謝の言葉をかけられる医療職に比べて、ケアマネジャーの活躍は広く知られていないかもしれません。対人援助職のひとつであるケアマネジャーも、大変な状況の中で、日々使命感を胸に業務に取り組み、重要な役割を果たしているのです。

厚生労働省令和2年度老人保健健康増進等事業居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業検討委員会一同　令和3年3月

６．参考

課題分析標準項目（23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

【出典】平成11年11月12日老企29号厚生省老人保健福祉局企画課長通知「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」

介護保険施設等実地指導マニュアル（改訂版）について（平成22年３月31日）

介護保険最新情報Vol.145

◆ アセスメント（課題分析）◆

① 情報収集

利用者の自立支援、尊厳の保持につながるサービスの提供が適切かつ効果的に行われるように、利用者が抱える生活課題（ニーズ）を明確にする必要があります。そのためには、利用者及びその人を取り巻く環境について多方向からの客観的な情報収集を、適切な方法で行うことが必要です。

健康状態、ＡＤＬ、ＩＡＤＬ、認知、コミュニケーション能力、社会との関わり、排尿・排便、褥瘡・皮膚の問題、口腔衛生、食事（1,500Kcal/1日）摂取、水分（1,300ml/1日）摂取、行動・心理症状、介護力、居住環境、特別な状況 等

など、アセスメントのための課題分析標準項目２３項目（Ｐ94参照）を参考にして、総合的な視点での情報収集が必要です。

◎ 情報収集の方法におけるヒアリングの視点

→ 適切な方法を用いて行っているか等を確認します。

「誰が何を情報収集するか」について、担当のケアマネージャーだけでなく、医師や看護師などの専門職による視点からの観察情報をも加味することが必要です。また、対象として、利用者だけを観察するのではなく、利用者の生活歴や家族状況（介護力・家族背景等）など、その人を取り巻く環境全般について見ていく必要があります。

できないことだけを見るのではなく、利用者本人ができること（ストレングス）をアセスメントする視点が大切です。

◎ ヒアリングのポイント

→ 施設・事業所で作成している、アセスメント表等を確認しながら、自立支援に向けたケアプランを作成する上で、本当に必要な利用者情報が適確に引き出されているかをヒアリングします。

標準項目を網羅するだけのアセスメントではなく、収集した情報から、まず利用者の全体像を捉えることが大切です。次に、利用者が今どのような状況にあり、何故サービスを必要としているのか、自立支援に必要な本当の支援は何かを分析した上で、ニーズを引き出しているかを確認します。

単に要望とサービスを結び付けるだけにならないよう配慮する必要があります。また、一連のケアマネジメントプロセスを常に振り返りながら、ケアマネジメントに必要な知識の習得や向上を意識してアセスメントに臨んでいるかを確認することが重要です。

介護保険施設等実地指導マニュアル（改訂版）について（平成22年３月31日）

介護保険最新情報Vol.145

◆ 課題分析 ◆

② 分析

アセスメントの結果を多方面から検討し、入手した情報の分析から、生活課題（ニーズ）を把握する。
課題・分析にあたっては、次の点に十分留意することが必要です。

○ 表面に現れている現象を「問題」として捉えるのではなく、問題を引き起こしている原因や背景を明らかにしていくことで、「真の課題」をつかんでいるか。

○ 目に見えている問題は、相互に関連し合って、１つの現象を示しているため、その相互関連を明らかにしていく視点があるか。

○ 利用者に起こりうる危険性を予測することなどにより、潜在化している課題を発見し、課題の見落としを防ぐことに配慮しているか。

○ 利用者本人や家族が希望するニーズのみに対応するのではなく、専門職として知識と技術を基に分析を行う努力をしているか。

○ 利用者本人の支援だけでなく、主たる介護者を支援する視点を忘れていないか。

○ 緊急事態の予測、リスクマネジメントに配慮する視点をもっているか。

◎ 課題分析におけるヒアリングの視点

→ アセスメントから得られた情報の分析により、利用者の状態を改善するための課題やニーズの把握が行われているかを確認します。

→ 利用者の状態の悪化の防止又は悪化のスピードを遅らせることへの有効策の模索が行われているかを確認します。

障害のある部分・状態に対して、サービスで補っていくだけでなく、自立に向けた支援、利用者のＱＯＬを高めるという視点で分析することが重要です。
また、単に情報収集しただけでアセスメントが終わっていないかを常に振り返る視点をもち、専門職として判断した根拠の説明ができることが重要です。

介護保険施設等実地指導マニュアル(改訂版)について(平成22年3月31日)

介護保険最新情報Vol.145

◆アセスメント（情報収集）◆

○ 利用者や家族等の情報収集の方法は、具体的にどのように行っていますか。（P83）

○ 利用者にとって必要な情報を引き出すため、アセスメントにおいて特に、留意していることはどのようなことですか。（P83 参照）

○ 生活感、価値観、人生観などを含めた全体像のアセスメントを行っていますか。（その人らしさを掴むヒントになる）（P83 参照）

◆アセスメント◆ （課題分析）

○ 利用者の状態を改善するための課題やニーズの把握について、アセスメントから得られた情報の分析をどのように行っていますか。（P84 参照）

○ 利用者の状態の悪化の防止又は悪化のスピードを遅らせるためにどのような対応をされていますか。（P84 参照）

今後の研修会、グループワーク、個人演習、業務の休憩等において、ご活用ください。

各自記載用
（Ｐ３９～Ｐ４１参照）

みなさんが描く今後の目指すべき介護支援専門員像は・・？

1．利用者・家族との関係において、
○

2．各居宅介護支援事業所（組織・一員）において、
○

3．各地域において、
○

4．多（他）職種連携において、
○



居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業　検討委員会委員

（令和2年8月～令和3年3月（計8回））※座談会含

（◎委員長）（敬称略・五十音順）

青地　千晴　そらいろケアプラン　管理者　主任介護支援専門員

新城　和三　社会福祉法人ゆうなの会　大名居宅介護支援事業所
管理者　主任介護支援専門員

岡島　潤子　株式会社やさしい手　コンサルティング事業本部　参与
居宅介護支援事業スーパーバイザー
主任介護支援専門員

洪　　正順　一般社団法人横浜市旭区医師会
旭区在宅医療相談室　管理者
主任介護支援専門員　看護師

工藤　英明　青森県立保健大学　健康科学部社会福祉学科　准教授

佐藤　利明　仙台市健康福祉局保険高齢部地域包括ケア推進課
推進係　係長

高田　明美　社会福祉法人南東北福祉事業団
総合南東北福祉センター八山田
南東北八山田居宅介護支援事業所
管理者　主任介護支援専門員

田中　紘太　株式会社マロー・サウンズ・カンパニー　代表取締役
主任介護支援専門員

壷内　令子　株式会社ウェルネス香川　代表取締役
主任介護支援専門員

長坂　朋子　武蔵野市健康福祉部高齢者支援課介護保険係
介護サービス担当　係長・課長補佐

◎中澤　　伸　社会福祉法人川崎聖風福祉会　理事・事業推進部長

廣内　一樹　株式会社クリエイティ
居宅介護支援事業所ケアマネ！高知
管理者　主任介護支援専門員

廣瀬　友美　多摩市健康福祉部　介護保険課長

福井　小紀子　東京医科歯科大学大学院　保健衛生学研究科
在宅ケア看護学分野　教授

【出典】居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業　老人保健健康増進等事業（令和2年度）（（株）三菱総合研究所）