

給付疑義とケアプラン点検について

介護保険制度を将来にわたり持続させていくための「介護給付適正化事業」

介護保険制度への信頼性を確保していくには…

- ◎高齢者の自立した日常生活のために必要な質の高いサービスの提供
- ◎財源と人材をより効果的・効率的に活用していくこと

介護給付の適正化とは…

- ◎介護サービスを必要とする利用者を適切に認定し
- ◎適切なケアマネジメントにより利用者が真に必要とするサービスを見極めた上で
- ◎事業者がルールに従ってサービスを適切に提供するように促すこと

適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を図ることで、介護保険制度への信頼が高まり、持続可能な介護保険制度の構築へとつながります。

介護給付適正化の「主要3事業」に位置付けられた取組み

- ①要介護認定の適正化
- ②ケアプラン等の点検
- ③医療情報との突合・縦覧点検

ケアプラン点検とは

- ◎介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者に資料提出を求め又は訪問調査を行う。
- ◎市町村職員等の第三者が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要とするサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善する。
- ◎ケアマネジメントのプロセスを踏まえ利用者の「尊厳の保持」、「自立支援」に資する適切なケアマネジメントとなっているかを、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認。
- ◎介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求する。

【参考】

◎厚労省ホームページ「ケアプラン点検について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/hoken/jissi_00005.html

※ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法（平成20年7月18日厚生労働省老健局振興課）もご参考ください。

R 5 年度実施ケアプラン検討会（ケアプラン点検）で助言のあった事項（抜粋）

意向について

- ◆意向は本人の望む暮らし、生活を書く。本人にとって大切なものが何かを探り提案していくことが大事。（例えば、「皆さん」とは誰か、「外出」とはどこか。）
- ◆認知症の方の意向を探るためには、本人が元気だった頃を知る家族から本人の人となりを聞くことも有効。
- ◆家族の意向は、本人の意向に対してどのように関わるかを聞き取って書くこと。
- ◆意向が明確になると各サービスを位置づける理由も明確になる。

総合的援助の方針について

- ◆総合的な援助の方針は、課題を設定した根拠を記載する。
- ◆本人に一番関わってほしい部分（課題）を続けることで、本人がどう変わって欲しいと思っているかを書くのが方針となる。

課題について

- ◆課題には具体的にになった意向を達成するために、誰かに手伝ってもらいながらもいいので、毎日本人が意欲的に行える日課や役割を設定すること。
- ◆3表の主な日常生活上の活動をより詳しく書くようにすると課題が見つけやすい。

目標設定について

- ◆長期目標は設定期間後どうなっていきたいかを決め、そのためにできるようにならなきゃいけないことが短期目標。その目標を本人が達成するために手伝うことがサービス内容。
- ◆目標をより具体的にすることで、サービス内容は専門職が考えやすくなる。（短期目標がサービス内容にならないように注意する）
- ◆短期目標が2年、長期目標が4年は期間が長く、サービス担当者が目標を立てにくい。状態が変われば目標を見直すこともできるので、長くとも短期目標は6カ月～1年が妥当。

体調・健康管理の視点から

- ◆浮腫は必要に応じて内科受診をし、心臓や血圧はどうか確認してほしい。タンパク質がちゃんと取れているかも浮腫の状態も少しだが変わってくるかもしれない。
- ◆「体調確認」は固有情報を入れると必要性が分かりやすい。
- ◆心不全の方は運動負荷がかかりすぎるとあまりよくない場合があるので注意が必要。
- ◆精神科は本人に合う医師を探すのが難しい。松本市の認知症おもいやり相談も活用いただきたい。

リハビリ・機能訓練の視点から

- ◆ 日常の生活リズムをとりながら、活動量や運動量(筋力維持)を維持することは認知症の初期の段階であれば予防効果があるとされている。
- ◆ リハビリで「運動をしてほしい」というオーダーは、進展がなく、永遠にリハビリを続けていくことになる。リハビリ＝機能訓練ではなく、リハビリとは望む暮らしに戻すこと。どこを目標の生活とするか、チームで話し合うことが重要。
- ◆ 運動量を確保するためには、訪問リハビリを導入するより、生活の中で活動量を増やすことが効果的。
- ◆ 個別機能訓練で基礎体力の改善をするためだけの訓練をしていても、家の階段を登れるようにはならない。個別機能訓練加算を算定するのであれば、家の状況を確認してもらい、「居宅での課題を把握して指導してほしい」というオーダーを出すことが重要。
- ◆ 機能訓練においては、生活リズムや栄養状態の確認も大事。筋力を落とす機能訓練になってしまうこともあるため注意が必要。
- ◆ 機能改善はずっとできるものではないし、この先落ちて行ってしまうものということを考えると、この機能動作ができるからこの活動ができるという意識づけをしてしまうことで、逆に何か機能動作ができなくなってしまうときに活動も制限されてしまう。その動作ができなくても違うやり方で活動ができと思わせることが意欲につながる。
- ◆ 訪リハと通リハを同時に位置付ける場合はどちらがイニシアティブをとるのか。別のリハビリをすることで、逆効果になることもある。すり合わせが必要。

サービス内容について

- ◆ サービス内容の部分、セルフ→インフォーマル→フォーマルの順に書いてありよい。医師やケアマネ、民生委員など、地域の方や本人に関わる人すべての人を入れるとよい。
- ◆ 「必要に応じて」とはいつなのか。意向、課題、長期、短期が具体的にになればこの記載はなくなる。
- ◆ 福祉用具が自費利用だとしても、権利ではなく根拠が必要。また、貸与数や機能(モーター数や電動など)も根拠が必要。
- ◆ 訪問介護と施設サービスのすみ分け、整理は行う必要がある。施設がどこまで無償・有償でサービスできるのか、できない部分をヘルパーでやるという考え方を持って施設と調整をお願いしたい。いつどのサービス提供をどちらの職員として行っているのか明確になっていないとトラブル時にも対応できない可能性がある。
- ◆ 有料老人ホームは居宅であり、個人宅と同様のサービス給付の考え方であるため、CM が必要なサービスを位置づけたうえで限度額を超えるのであれば、介護度が合っていないのかサービスが過剰なのか検討する必要がある。
- 福祉用具をサービス利用中のみに使用する場合は給付対象外。日常生活上での必要性を明記すること。

- 口腔機能向上加算について、算定要件を確認し、サービス担当者会議で加算の必要性を確認すること。
- 居宅療養管理指導(薬剤師)はケアマネに情報提供していないと算定できないもの。
- デイで個別訓練加算を取る場合、ケアプランとの目標の連動性が必要であり、ケアプランの目標が具体的でないと個別機能訓練加算の目標設定ができない。

その他

- サービス担当者会議は、サービス担当者から意見を聴取するものであるため、サービス担当者会議の要点は、誰がどの意見を言ったのか分かるように記載すること。
- ◆サービス開始前には必ず担当者会議の開催とプランの同意が必要となる。対面で集まらないことの理由で、担当者会議がプラン開始後になってしまうことは理由にはならない。日程調整を行ったが日程調整ができない場合は、照会等により意見を聴取することができるとされている。
- ◆ケアプランの課題・意向は各サービスの目標と連動するもの。チーム(支援者)で同じ目標で向かえるように、ケアプランで共有し連携を取ってほしい。
- ◆ケアプランはケアマネからの提案。

★「適切なケアマネジメント手法」をご活用ください。

適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進（厚労省ホームページ） https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/hoken/jissi_00006.html	
適切なケアマネジメント手法に関連する事業まとめ（日本総研ホームページ） https://www.jri.co.jp/service/special/content11/corner113/caremanagement/	
適切なケアマネジメント手法に関連する事業の成果物一覧（日本総研ホームページ） https://www.jri.co.jp/service/special/content11/corner113/caremanagement/04/	
「適切なケアマネジメント手法の手引き」令和2年度 別冊資料 https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/r2fukyu_betsushiryo.pdf	
「適切なケアマネジメント手法」の手引きその2 令和5年度 別冊資料 https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/service/special/content11/corner113/caremanagement/240307.pdf	
「適切なケアマネジメント手法」の手引きの解説動画 https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=104917	
「適切なケアマネジメント手法」実践研修関連動画 https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=104916	

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」の一部改正について
計 5 枚（本紙を除く）

Vol.1178

令和 5 年 10 月 16 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
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 3936）
FAX：03-3503-7894

(別添)

○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）（抄）

新			旧		
(別紙 4) 課題分析標準項目について (別添) 課題分析標準項目			(別紙 4) 課題分析標準項目について (別添) 課題分析標準項目		
基本情報に関する項目			基本情報に関する項目		
No.	標準項目名	項目の主な内容(例)	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、 <u>居宅サービス計画作成の状況（初回、初回以外）について記載する項目</u>	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	<u>これまでの生活と現在の状況</u>	利用者の現在の生活状況、 <u>これまでの生活歴等</u> 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 <u>社会保障制度の利用情報</u>	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険等）、 <u>年金の受給状況（年金種別等）</u> 、生活保護 <u>受給の有無</u> 、 <u>障害者手帳の有無</u> 、 <u>その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目</u>	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、 <u>身体障害者手帳の有無等</u> ）について記載する項目
4	現在利用している <u>支援や社会資源の状況</u>	利用者が現在利用している社会資源（ <u>介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む</u> ）の状況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	<u>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</u>
5	日常生活自立度（障害）	「 <u>障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）</u> 」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、 <u>介護支援専門員からみた現在の自立度</u> について記載する項目	5	<u>障害老人の</u> 日常生活自立度	<u>障害老人の</u> 日常生活自立度について記載する項目

6	日常生活自立度 (認知症)	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、 現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結 果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医 意見書）、認定年月日）、介護支援専門員から みた現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向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、 <u>区分</u> 支給限度額等）について記載する項 目
9	今回のアセスメン トの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由（初 回、 <u>要介護認定の更新、区分変更、サービスの 変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活 状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等</u> ）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	利用者の健康状態及び心身の状況（ <u>身長、体 重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの 有無、褥そうの有無等</u> ）、 <u>受診に関する状況</u> （ <u>かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、そ の他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の 同行者の有無等</u> ）、 <u>服薬に関する状況</u> （ <u>かかり つけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の 有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況 等</u> ）、 <u>自身の健康に対する理解や意識の状況に ついて記載する項目</u>
11	ADL	ADL（ <u>寝返り、起き上がり、座位保持、立位保 持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子 の利用有無等を含む）</u> 、 <u>歩行、階段昇降、食 事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等</u> ）に関す る項目
12	IADL	IADL（ <u>調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金 銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等</u> ） に関する項目

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 <u>要望</u> 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、 <u>定期、退院退所時等</u> ）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（ <u>寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、 入浴、排泄等</u> ）に関する項目
12	IADL	IADL（ <u>調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況 等</u> ）に関する項目

13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）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における理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）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	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）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	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）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	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目	17	褥そう・皮膚の問題	褥そうの程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目	18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目	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	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わりの状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目	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	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目	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	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目	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	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目	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

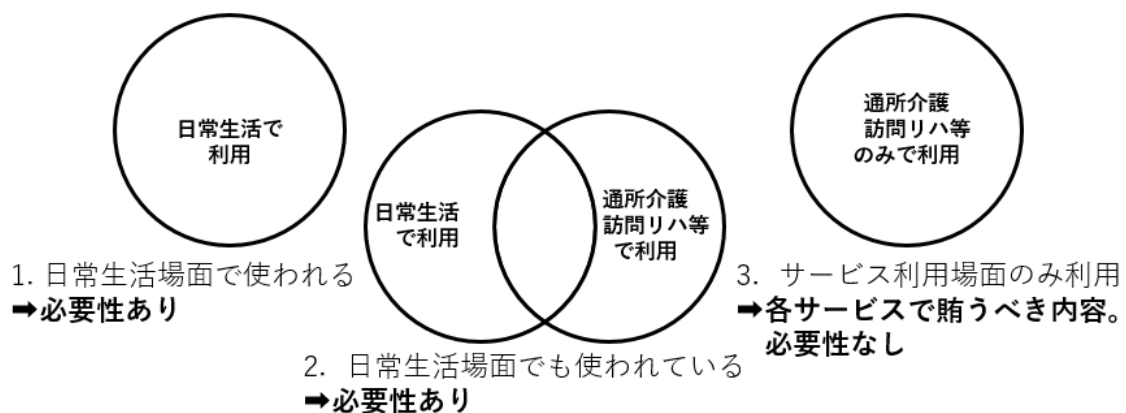
●ケアプラン点検助言より

福祉用具をサービス利用中のみに使用する場合は給付対象外。日常生活上での必要性を明記すること。

【出典】運営基準（抜粋）赤本 P.372

（基本方針）

第193条 指定居宅サービスに該当する福祉用具貸与(以下「指定福祉用具貸与」という。)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、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえた適切な福祉用具の選定の援助、取付け、調整等を行い、福祉用具を貸与することにより、利用者の日常生活上の便宜を図り、その機能訓練に資するとともに、利用者を介護する者の負担の軽減を図るものでなければならない。



※介護保険サービスは「日常生活」に含まれません。

例えば…

- ・「外出時に使用する歩行器」→「外出はデイサービスのみ」→「デイサービスのみを利用する歩行器」→居宅での利用ではないため給付対象外
- ・「家屋内を歩行するための歩行補助杖」→「訪問リハビリにて屋内歩行訓練」→「まだ杖歩行獲得には訪問リハビリでの訓練が必要（訪問リハビリ時のみ使用）」→日常生活での利用ではないため給付対象外

【出典】運営基準（抜粋）赤本 P.133

（設備及び備品等）

第77条 指定訪問リハビリテーション事業所は、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であって、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けているとともに、指定訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品等を備えているものでなければならない。

※すべての居宅サービスの基準には、同文言が規定されています。

●ケアプラン点検助言より

口腔機能向上加算について、算定要件を確認し、サービス担当者会議で加算の必要性を確認すること。

【出典】報酬解釈通知（抜粋）青本 P.290、291

口腔機能向上加算を算定できる利用者は、次のイからハまでのいずれかに該当するものであって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められるものとすること。

- イ 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の3項目のいずれかの項目においてが「1」以外に該当する者
- ロ 基本チェックリストの口腔機能に関する(13)(14)(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者
- ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者

【介護保健最新情報 Vol. 69（平成21年3月23日）】

平成21年4月改定関係Q & A（Vol.1）について

（問14）口腔機能向上加算を算定できる利用者として、「ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者」が挙げられているが、具体例としてはどのような者が対象となるか。

（答）

例えば、認定調査票のいずれの口腔関連項目も「1」に該当する者、基本チェックリストの口腔関連項目の1項目のみが「1」に該当する又はいずれの口腔関連項目も「0」に該当する者であっても、介護予防ケアマネジメント又はケアマネジメントにおける課題分析に当たって、認定調査票の特記事項における記載内容（不足の判断根拠、介助方法の選択理由等）から、口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者については算定できる利用者として差し支えない。

同様に、主治医意見書の摂食・嚥下機能に関する記載内容や特記すべき事項の記載内容等から口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者、視認により口腔内の衛生状態に問題があると判断される者、医師、歯科医師、介護支援専門員、サービス提供事業所等からの情報提供により口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者等についても算定して差し支えない。

なお、口腔機能の課題分析に有用な参考資料（口腔機能チェックシート等）は、「口腔機能向上マニュアル」確定版（平成21年3月）に収載されているので対象者を把握する際の判断の参考にされたい。

●ケアプラン点検助言より

居宅療養管理指導（薬剤師）はケアマネに情報提供していないと算定できないもの。

【出典】報酬解釈通知（抜粋）青本 P.241

居宅療養管理指導は、在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、定期的に訪問して指導等を行った場合の評価であり、継続的な指導等の必要のないものや通院が可能なものに対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、居宅療養管理指導費は算定できない。（やむを得ない事情がある場合を除く）。

【出典】報酬解釈通知（抜粋）青本 P. 245

◇医師・歯科医師の居宅療養管理指導について

- ① 主治の医師及び歯科医師の行う居宅療養管理指導については、計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づき、介護支援専門員に対するケアプランの作成等に必要な情報提供並びに利用者若しくはその家族等に対する介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に算定する。ケアマネジャーへの情報提供がない場合には、算定できないこととなるため留意すること。

利用者が他の介護サービスを利用している場合にあっては、必要に応じて、利用者又は家族の同意を得た上で、当該介護サービス事業者等に介護サービスを提供する上での情報提供及び助言を行うこととする。

また、必要に応じて、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意するとともに、診療方針に関して利用者の意思決定支援を行った場合は、関連する情報について、ケアマネジャー等に提供するように努めることとする。

【出典】報酬解釈通知（抜粋）青本 P. 249

◇薬剤師が行う居宅療養管理指導について

- ① 薬局薬剤師が行う居宅療養管理指導については、医師又は歯科医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、また、医療機関の薬剤師が行う場合にあっては、医師又は歯科医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問して、薬歴管理、服薬指導、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行い、提供した居宅療養管理指導の内容について、利用者又はその家族等に対して積極的に文書等にて提出するよう努め、速やかに記録（薬局薬剤師にあっては、薬剤服用歴の記録、医療機関の薬剤師にあっては、薬剤管理指導記録）を作成するとともに、医師又は歯科医師に報告した上で、ケアマネジャーに対するケアプランの作成等に必要な情報提供を行うこととする。ケアマネジャーへの情報提供がない場合には、算定できないこととなるため留意すること。

【出典】報酬解釈通知（抜粋）青本 P. 254

◇管理栄養士の居宅療養管理指導について

- ① 管理栄養士の行う居宅療養管理指導については、居宅で療養を行っており、通院による療養が困難な利用者について、医師が当該利用者に厚生労働大臣が別に定める特別食を提供する必要性を認めた場合又は当該利用者が低栄養状態にあると医師が判断した場合であって、当該医師の指示に基づき、管理栄養士が利用者の居宅を訪問し、作成した栄養ケア計画を利用者又はその家族等に対して交付するとともに、当該栄養ケア計画に従った栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談又は助言を 30 分以上行った場合に算定する。
- ⑥ オ 他のサービス等において食生活に関する配慮等が必要な場合には、当該利用者に係る居宅療養管理指導の指示を行った医師を通じ、介護支援専門員に対して情報提供を行うこと。

【出典】報酬解釈通知（抜粋）青本 P. 258

◇歯科衛生士等の居宅療養管理指導について

- ① 歯科衛生士等の行う居宅療養管理指導については、訪問歯科診療を行った利用者又はその家族等に対して、当該訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、当該医療機関に勤務（常勤又は非常勤）する歯科衛生士等が、利用者の居宅を訪問して、利用者又はその家族の同意及び訪問診療の結果等に基づき作成した管理指導計画を利用者又はその家族等に対して交付するとともに、当該管理指導計画に従った療養上必要な実地指導を 1 人の利用者に対して歯科衛生士

等が1対1で20分以上行った場合について算定し、実地指導が単なる日常的な口腔清掃等であるなど療養上必要な指導に該当しないと判断される場合は算定できない。

●ケアプラン点検助言より

デイで個別訓練加算を取る場合、ケアプランとの目標の連動性が必要であり、ケアプランの目標が具体的でないとい個別機能訓練加算の目標設定ができない。

【出典】運営基準（抜粋）赤本 P.180

（居宅サービス計画に沿ったサービスの提供）

第16条 指定通所介護事業者は、居宅サービス計画（施行規則第64条第一号ハ及びニに規定する計画を含む。以下同じ。）が作成されている場合は、当該計画に沿った指定通所介護を提供しなければならない。

【出典】報酬解釈通知（抜粋）青本 P.278、279

ハ 個別機能訓練目標の設定・個別機能訓練計画の作成

個別機能訓練加算（Ⅰ）イ及び個別機能訓練加算（Ⅰ）ロに係る個別機能訓練を行うにあたっては、機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとにその目標、目標を踏まえた訓練項目、訓練実施時間、訓練実施回数等を内容とする個別機能訓練計画を作成すること。

個別機能訓練目標の設定にあたっては、機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で利用者の居宅での生活状況（起居動作、ADL、IADL等の状況）を確認し、その結果や利用者又は家族の意向及び介護支援専門員等の意見も踏まえつつ行うこと。その際、当該利用者の意欲の向上につながるよう長期目標・短期目標のように段階的な目標とするなど可能な限り具体的かつ分かりやすい目標とすること。また、単に身体機能の向上を目指すことのみを目標とするのではなく、日常生活における生活機能の維持・向上を目指すことを含めた目標とすること。

個別機能訓練項目の設定にあたっては、利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の機能訓練の項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲の向上に繋がるよう利用者を援助すること。

ホ 個別機能訓練実施後の対応

個別機能訓練加算（Ⅰ）イ及び個別機能訓練加算（Ⅰ）ロに係る個別機能訓練を開始した後は、個別機能訓練項目や訓練実施時間、個別機能訓練の効果（例えば当該利用者のADL及びIADLの改善状況）等についての評価を行うほか、3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況（起居動作、ADL、IADL等の状況）の確認を行い、利用者又はその家族（以下このホにおいて「利用者等」という。）に対して個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について説明し、記録する。

また、概ね3月ごとに1回以上、個別機能訓練の実施状況や個別機能訓練の効果等について、当該利用者を担当する介護支援専門員等にも適宜報告・相談し、利用者等の意向を確認の上、当該利用者に対する個別機能訓練の効果（例えば当該利用者のADL及びIADLの改善状況）等をふまえた個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更など、適切な対応を行うこと。

●ケアプラン点検助言より

サービス担当者会議は、サービス担当者から意見を聴取するものであるため、サービス担当者会議の要点は、誰がどの意見を言ったのか分かるように記載すること。

【出典】運営基準（抜粋）赤本 P. 788

第 13 条

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。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の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。

【出典】運営基準解釈通知（抜粋）赤本 P. 788、789

⑩ 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。

サービス担当者会議は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）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⑩において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の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。なお、テレビ電話装置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。

また、末期の悪性腫瘍の利用者について必要と認める場合とは、主治の医師等が日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると判断した時点以降において、主治の医師等の助言を得た上で、介護支援専門員が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必要と判断した場合を想定している。なお、ここでいう「主治の医師等」とは、利用者の最新の心身の状態、受診中の医療機関、投薬内容等を一元的に把握している医師であり、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことから、利用者又はその家族等に確認する方法等により、適切に対応すること。また、サービス種類や利用回数の変更等を利用者に状態変化が生じるたびに迅速に行っていくことが求められるため、日常生活上の障害が出現する前に、今後利用が必要と見込まれる指定居宅サービス等の担当者を含めた関係者を招集した上で、予測される状態変化と支援の方向性について関係者間で共有しておくことが望ましい。

なお、当該サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容について記録するとともに、基準第29条の第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。

【介護保健最新情報 Vol.1213（令和6年3月15日）】

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

第4表「サービス担当者会議の要点」

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

サービス担当者会議を開催した場合に、当該会議の要点について記載する。また、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についても、記載する。

①「利用者名」

第1表から転記する。

②「生年月日」

第1表から転記する。

③「住所」

第1表から転記する。

④「居宅サービス計画作成者氏名」

第1表から転記する。

⑤「開催日」

当該会議の開催日を記載する。

⑥「開催場所」

当該会議の開催場所を記載する。

⑦「開催時間」

当該会議の開催時間を記載する。

⑧「開催回数」

当該会議の開催回数を記載する。

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ある場合には、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。

⑩「検討した項目」

当該会議において検討した項目について記載する。当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者に照会（依頼）した年月日、内容及び回答を記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合には、その理由を記載するとともに、サービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日、照会（依頼）した内容及び回答を記載する。なお、サービス担当者会議を開催しない理由又はサービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日若しくは照会（依頼）した内容及び回答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。

⑫「結論」

当該会議における結論について記載する。

⑬「残された課題（次回の開催時期等）」

必要があるにもかかわらず社会資源が地域に不足しているため未充足となった場合や、必要と考えられるが本人の希望等により利用しなかった居宅サービスや次回の開催時期、開催方針等を記載する。

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。

○事前質問より

福祉用具のレンタルと購入の選択制の手続きと必要な書類について教えてほしい。

福祉用具の利用開始にあたるアセスメントや原案の作成、サービス担当者からの意見聴取は貸与と販売ともに同じ手順であり、福祉用具をケアプランに位置付けるにあたっては、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることや、それぞれのメリット及びデメリット等利用者の選択に資するよう、必要な情報を提供することとなる。

※【出典】運営基準第13条22 参照（赤本P.795）

例えば、身体状況は比較的に安定していて、同じ歩行器を利用する見込期間が長い利用者であれば、利用者負担額や介護給付費の観点からも「購入」を選択する方にメリットがある。

しかし、身体状況は変動する見込みがあり、同じ歩行器を利用する見込期間が短い利用者であれば、利用者負担額や介護給付費の観点からも「貸与」を選択する方にメリットがある。

それを踏まえ、介護支援専門員、福祉用具専門相談員を筆頭に支援者間の協議内容と提案を行い、利用者等が貸与または販売のいずれかを選択するものである。

厚生労働省ホームページに選択制のプロセス等をまとめた資料があるため、参照されたい。
（令和6年度介護報酬改定に関するQ & A（Vol. 1）も参考に掲載）

厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212398.html>

福祉用具貸与と特定福祉用具販売の選択制のプロセス

選定提案する福祉用具に、選択制の対象種目等が含まれる。

① ケアマネジャー（不在の場合は福祉用具専門相談員※1）から利用者等に対し選択制の制度趣旨について説明を行う。

※1：ケアマネジャー不在の場合、福祉用具専門相談員が、利用者の選択に必要な情報を収集するために、地域包括支援センター等と連携を図り対応

② サービス担当者会議（※2）の準備
・医師等の所見（※3）の用意、各担当者への連絡、情報収集等を行う。
・ケアプランの原案を作成する。

※2：退院、退所時カンファレンス等、多職種協議の場であれば可。また、書類による照会でも可能

③ サービス担当者会議（※2）の開催
・医師等の所見等（※3）を踏まえ、利用者等及び各サービス担当者間で協議を行い、今後の方針を提案する。
（提案例：長期利用が見込まれるため販売とする、利用期間がこの段階では判断できないため貸与とする等）

※3：医師や専門職からの医学的所見は、様式や手段は不問。また、その取得に当たっては、介護支援専門員等と連携するなどの方法により聴取することを想定しているが、利用者の安全の確保や自立を支援する必要性から遅滞なくサービス提供を行う必要があるなど、やむを得ない事情がある場合は、この限りではない。

④ 協議内容と提案をふまえ、利用者等が、貸与または販売のいずれかを選択する。

⑤ 福祉用具貸与として利用開始
・ケアプラン及び福祉用具サービス計画等に貸与を選択した理由の他、モニタリング時期（※4）を記載し、利用者ケアマネジャーに交付する。

※4：利用開始時から6ヶ月以内に少なくとも1回行う。

⑦ 特定福祉用具販売として利用開始
・福祉用具サービス計画を記載し交付する。
・販売時、利用者に対し商品不具合時の連絡先を情報提供する。※6
・目標達成状況を確認する。※7

※6：連絡先を情報提供
※7：確認手段等は訪問に限らず、テレビ電話等でも可

⑥ 記載した時期にモニタリングを実施
・利用者の身体状況等の変化の状況、選択制対象用具の利用状況、貸与・販売に対する意向等を記録しケアマネジャーに報告する。※5

※5：モニタリングシートはケアマネジャーに交付

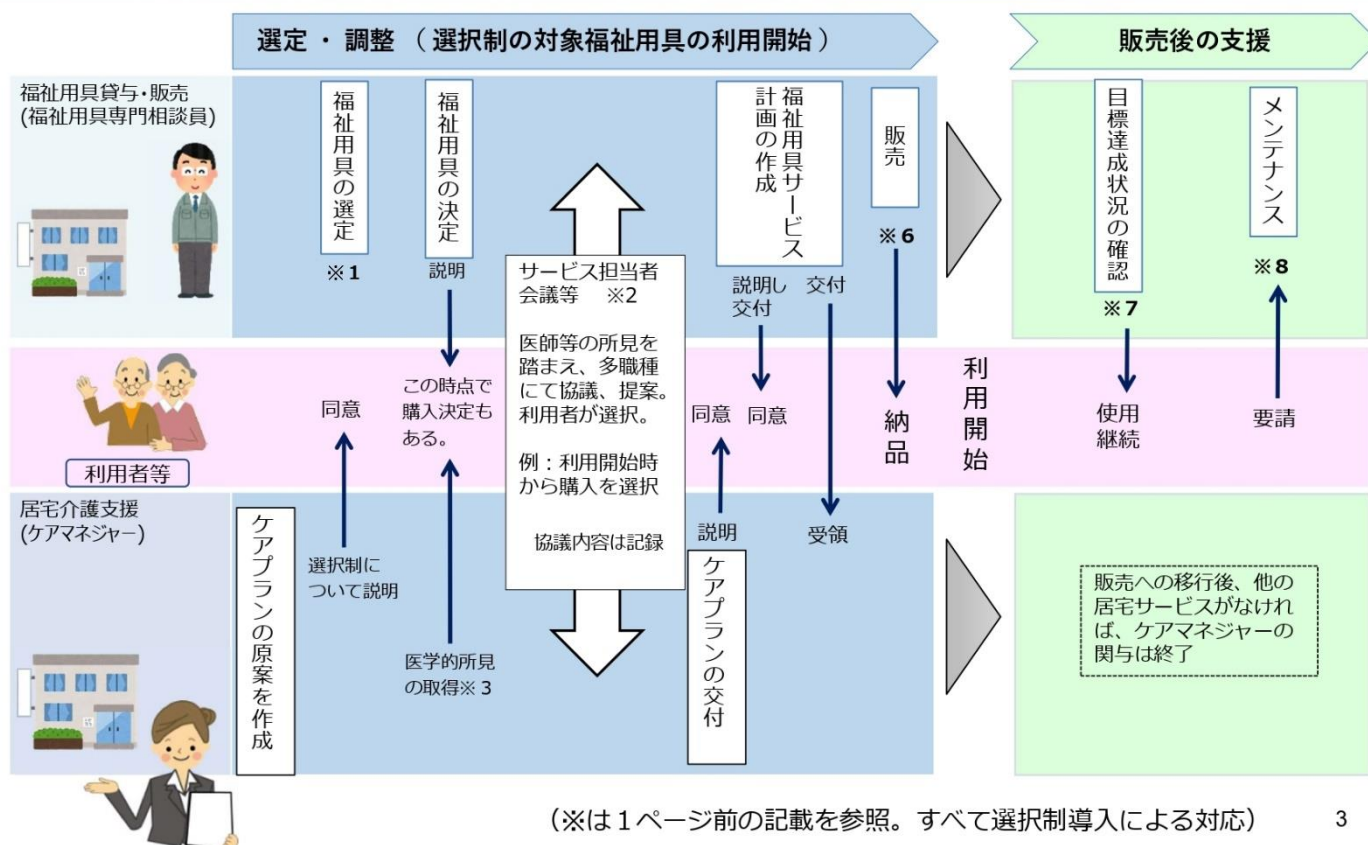
・販売後も引き続き、利用者等からの要請等に応じて使用状況を確認し、必要な場合は、使用方法の指導、修理等を行うように努める。※8

※8：利用者と事業所の個別契約にて対応

⑧ モニタリング結果を踏まえて、対象福祉用具の選択についてケアマネジャーと今後の方針を検討し、②の担当者会議の準備に戻り、⑥貸与の継続か、⑦貸与から販売への移行を検討する。※9

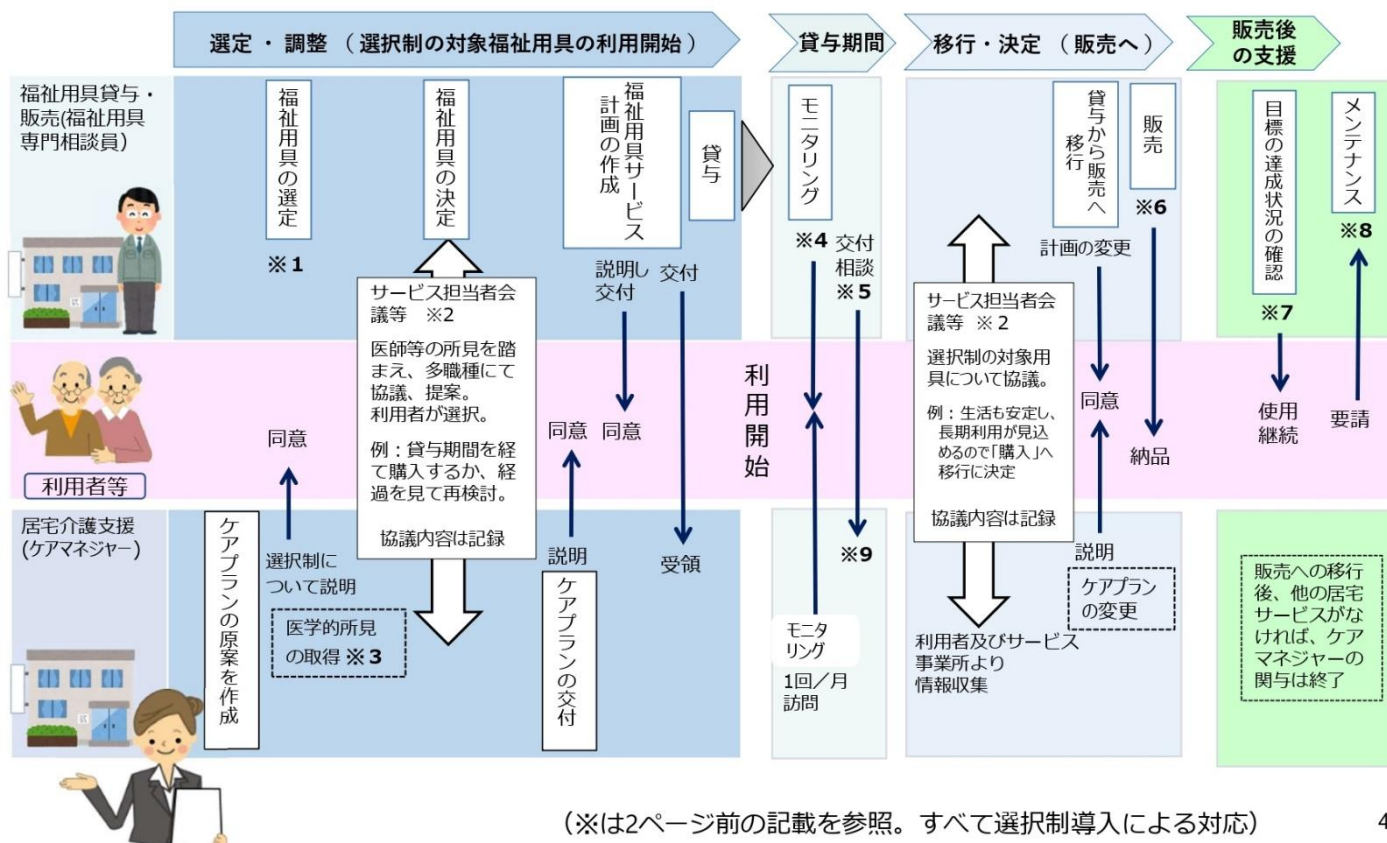
※9：再検討時、医師等の専門職の所見の再取得の必要性は、事例毎に個別に必要性を検討し対応

福祉用具貸与と特定福祉用具販売の選択制のプロセス（例） （販売を利用）



3

福祉用具貸与と特定福祉用具販売の選択制のプロセス（例） （貸与から販売に移行）



4

○ 貸与と販売の提案に係る利用者の選択に資する情報提供について

問 101 福祉用具専門相談員又は介護支援専門員が提供する利用者の選択に当たって必要な情報とはどういったものが考えられるか。

（答）

利用者の選択に当たって必要な情報としては、

- ・ 利用者の身体状況の変化の見通しに関する医師やリハビリテーション専門職等から聴取した意見
- ・ サービス担当者会議等における多職種による協議の結果を踏まえた生活環境等の変化や福祉用具の利用期間に関する見通し
- ・ 貸与と販売それぞれの利用者負担額の違い
- ・ 長期利用が見込まれる場合は販売の方が利用者負担額を抑えられること
- ・ 短期利用が見込まれる場合は適時適切な福祉用具に交換できる貸与が適していること
- ・ 国が示している福祉用具の平均的な利用月数（※）

等が考えられる。

※ 選択制の対象福祉用具の平均的な利用月数（出典：介護保険総合データベース）

- ・ 固定用スロープ：13.2ヶ月
- ・ 歩行器：11.0ヶ月
- ・ 単点杖：14.6ヶ月
- ・ 多点杖：14.3ヶ月

○ 選択制の対象福祉用具の販売後の取り扱いについて

問 104 選択制の対象種目の販売後のメンテナンス等に係る費用は利用者が負担するのか。

（答）

販売後のメンテナンス等にかかる費用の取扱いについては、利用者と事業所の個別契約に基づき、決定されるものと考えている。

○ スロープの給付に係るサービス区分に係る判断基準について

問 105 スロープは、どのような基準に基づいて「福祉用具貸与」、「特定福祉用具販売」、「住宅改修」に区別し給付すればよいのか。

（答）

取り付けに際し、工事を伴う場合は住宅改修とし、工事を伴わない場合は福祉用具貸与又は特定福祉用具販売とする。

○ 福祉用具について

問 112 選択制の対象福祉用具を居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（以下「居宅サービス計画等」という。）に位置付ける場合、主治医意見書や診療情報提供書に福祉用具に関する記載がない場合は、追加で医師に照会する必要があるか。

（答）

追加で医師に照会することが望ましいが、主治医意見書や診療情報提供書、アセスメント等の情報から利用者の心身の状況を適切に把握した上で、貸与・販売の選択に必要な情報が得られているのであれば、必ずしも追加の照会は要しない。

○ 福祉用具について

問 113 福祉用具貸与については、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（以下「居宅サービス計画等」という。）作成後、利用者が継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証し、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、その理由を再び居宅サービス計画等に記載しなければならないこととなっており、選択制の対象福祉用具の貸与を行った場合、福祉用具専門相談員が少なくとも 6 月以内にモニタリングを行い、その結果を居宅サービス計画等を作成した指定居宅支援事業者等に報告することとされているが、居宅サービス計画等の見直し又は継続理由の記載については福祉用具専門相談員のモニタリングと同様に 6 月以内に行う必要があるのか。

（答）

必ずしも 6 月以内に行う必要はないが、福祉用具専門相談員からモニタリングに関する情報提供があった後、速やかに居宅サービス計画等の見直し又は継続理由の記載を行うこと。

○事前質問より

同一品目の購入とレンタル同時に行うことは可能か。

福祉用具を複数利用する場合においては、自立を阻害する恐れがないかなど総合的な角度からアセスメント等を踏まえ、利用者の状態やケアプランの期間等適切なケアマネジメントにより、その必要性が明らかにしケアプランに理由を記載されていれば、貸与・販売に関わらず、また、同一品目であっても算定できるものとして差し支えない。

なお、松本市においては確認のため、貸与・販売に関わらず同一種目の福祉用具を複数ケアプランに位置付ける際（初回）には、連絡をいただくようお願いしている。

【出典】運営基準（抜粋）赤本 P.795

第 13 条

二十二 介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置づける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を居宅サービス計画に記載しなければならない。

二十三 介護支援専門員は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

【出典】運営基準解釈通知（抜粋）赤本 P.795、796

④福祉用具貸与及び特定福祉用具販売の居宅サービス計画への反映（第 22 号・第 23 号）

福祉用具貸与及び特定福祉用具販売については、その特性と利用者の心身の状況等を踏まえて、その必要性を十分に検討せずに選定した場合、利用者の自立支援は大きく阻害されるおそれがあることから、検討の過程を別途記録する必要がある。

このため、介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置付ける場合には、サービス担当者会議を開催し、当該計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

さらに、対象福祉用具（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）第 199 条第 2 号に定める対象福祉用具をいう。以下同じ。）を居宅サービス計画に位置づける場合には、福祉用具の適時適切な利用及び利用者の安全を確保する観点から、基準第 13 条第 5 号の規定に基づき、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることや、それぞれのメリット及びデメリット等、利用者の選択に資するよう、必要な情報を提供しなければならない。

なお、対象福祉用具の提案を行う際、利用者の心身の状況の確認に当たっては、利用者へのアセスメントの結果に加え、医師やリハビリテーション専門職等からの意見聴取、退院・退所前カンファレンス又はサービス担当者会議等の結果を踏まえることとし、医師の所見を取得する具体的な方法は、主治医意見書による方法のほか、診療情報提供書又は医師から所見を聴取する方法が考えられる。

なお、福祉用具貸与については、居宅サービス計画作成後必要に応じて随時サービス担当者会議を開催して、利用者が継続して福祉用具貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取するとともに検証し、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、その理由を再び居宅サービス計画に記載しなければならない。なお、対象福祉用具の場合については、福祉用具専門相談員によるモニタリングの結果も踏まえること。

また、福祉用具貸与については以下の項目について留意することとする。

ア 介護支援専門員は、要介護 1 の利用者（以下「軽度者」）の居宅サービス計画に指定福祉用具貸与を位置付ける場合には、「厚生労働大臣が定める利用者等」第 31 号のイで定める状態像の者であることを確認するため、当該軽度者の「要介護認定等基準時間の推計の方法」別表第 1 の調査票について必要な部分の写し（以下「調査票調査の写し」）を市町村から入手しなければならない。ただし、軽度者がこれらの結果を介護支援専門員へ提示することに、あらかじめ同意していない場合については、当該軽度者の調査票の写しを本人に情報開示させ、それを入手しなければならない。

イ 介護支援専門員は、軽度者の調査票の写しを指定福祉用具貸与事業者へ提示することに同意を得たうえで、市町村より入手した調査票の写しについて、その内容が確認できる文書を指定福祉用具貸与事業者へ送付しなければならない。

ウ 介護支援専門員は、当該軽度者が「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」の第二の9①ウの判断方法による場合については、福祉用具の必要性を判断するため、利用者の状態像が、同 i)から iii)までのいずれかに該当する旨について、主治医意見書による方法のほか、医師の診断書又は医師から所見を聴取する方法により、当該医師の所見及び医師の名前を居宅サービス計画に記載しなければならない。この場合において、介護支援専門員は、指定福祉用具貸与事業者より、当該軽度者に係る医師の所見及び医師の名前について確認があったときには、利用者の同意を得て、適切にその内容について情報提供しなければならない。