

様式集

1	基本情報シート	156
2	リ・アセスメント支援シート	158
3	ケアプラン確認シート	162
4-1	面談ポイントシート<基本情報シート>	163
4-2	面談ポイントシート<リ・アセスメント支援シート>	164
4-3	面談ポイントシート<ケアプラン第2表>	169
4-4	面談ポイントシート<ケアプラン第1表>	172
4-5	面談ポイントシート<ケアプラン第3表>	174
5-1	ケアプラン点検 面談後報告書（介護支援専門員→保険者）	175
5-2	ケアプラン点検 面談後報告書（保険者→介護支援専門員）	176
6	ケアマネジメントの課題整理シート	177

基本情報シート

ふりがな													作成日									
利用者氏名	相談者氏名		続柄		本人・家族・他		受付日		平成		年月日		要付方法		来所・電話・他							
生年月日	明・大・昭	年月日	歳	性別	男・女	被保険者番号		退院		退所		他		実施場所		自宅・病院・施設・他						
現住所	〒												世帯		独居・高齢者のみ・他		人暮らし					
家族情報・緊急連絡先	家族の連絡先	氏名	続柄	同居・別居	住所		連絡先		家族状況 (シエノグラム) 特記事項													
				同・別																		
				同・別																		
				同・別																		
				同・別																		
				同・別																		
住居	戸建 (平屋・2階建以上)・アパート・マンション・公営住宅		() 階・他		生活状況 住居に対する特記事項 改修の必要性 (無 ・ 有)																	
エレベーター	無・有		() 所有形態														持ち家・貸家		トイレ		和式・洋式・ウォシュレット	
(住居間取図)																						
住居の状況					生活履歴					趣味・好きなこと												
情報収集源・情報活用状況																						

基本情報シート

なりがな											作成日																					
利用者氏名											作成者																					
利用者の被保険者情報											認定日	平成	年	月	日	有効期限	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日							
											支給限度額等											単位	/月									
認定情報											審査会の意見										主治医意見書		自立	J1	A1	B1	C1	C2				
											障害高齢者の日常生活自立度										認定調査票		自立	J1	A1	B1	C1	C2				
生活保護											認知症高齢者の日常生活自立度										主治医意見書		自立	I	IIa	IIIa	IIIb	IV	M			
											収入額・支出額										認定調査票		自立	I	IIa	IIIa	IIIb	IV	M			
発症時期											経過										受診状況		治療内容									
											病名										医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に○)・連絡先		治療・経観・他		治療・経観・他		治療・経観・他		治療・経観・他		治療・経観・他	
特記事項											相談内容										利用者の		家族の									
											サービス種別										頻度		事業者・ボランティア団体等		担当者		連絡先		主訴			
利用しているサービス											/月・週										/月・週		/月・週		/月・週		/月・週		/月・週		/月・週	
											/月・週										/月・週		/月・週		/月・週		/月・週		/月・週		/月・週	
											/月・週										/月・週		/月・週		/月・週		/月・週		/月・週		/月・週	
											/月・週										/月・週		/月・週		/月・週		/月・週		/月・週		/月・週	
											/月・週										/月・週		/月・週		/月・週		/月・週		/月・週		/月・週	

リ・アセスメント支援シート

利用者名	作成日 作成者		意向・意見・判断										優先 順位			
			生活全般の対応すべき課題(二～六)										整理前	整理後		
利用者名			問題 (困りごと)										優先 順位			
			利用者	家族	利用者の意向	家族の意向	医師・専門職等の意見	CM判断	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難		
コミュニケーション	視力	問題無	はっきり見え	殆ど見えない		利用者意向										
	聴力	問題無	はっきり聞こえない	殆ど聞こえない		家族意向										
認知と行動	認知障害	自立	軽度	中度	重度	利用者の意向										
	意思決定	意思決定	特別な場合以外	困難		家族意向										
家族・知人等の介護力	介護提供	常時	日中のみ	夜間のみ	不定期	利用者の意向										
	介護者の健康	健康	高齢	病身	他	家族意向										
	介護者の負担感	無	有			医師・専門職等の意見										
	維持・改善の要	維持・改善の要				CM判断										
	精神症状	無	妄想	幻覚	せん妄	CMの活用者・家族の意向への働きかけ										
	行動障害	無	暴言	暴行	徘徊	利用者の意向										
	情緒・情動	無	抑うつ	不安	興奮	家族意向										
	夜間	逆転	不眠	介護	夜間	医師・専門職等の意見										
	食事	不摂	行爲	抵抗	不摂	CM判断										
	歩行	不安	行爲	不安	行爲	CMの活用者・家族の意向への働きかけ										
	歩行	不安	行爲	不安	行爲	利用者の意向										
	歩行	不安	行爲	不安	行爲	家族意向										
	歩行	不安	行爲	不安	行爲	医師・専門職等の意見										
	歩行	不安	行爲	不安	行爲	CM判断										
	歩行	不安	行爲	不安	行爲	CMの活用者・家族の意向への働きかけ										

リ・アセスメント支援シート

作成日
作成者

利用者名											優先 順位
生活全般の解決や介護課題（ニーズ）											整理後
整理前											整理後
意向・意見・判断											整理後
問題（困りごと）											整理後
利用者											整理後
家族											整理後
医師・専門職等 意見											整理後
CM 判断											整理後
CMの利用者・家族の 意向への働きかけ											整理後
実施中											整理後
未検討											整理後
不要											整理後
対応難度											整理後
困難											整理後

状 態		問 題		意 向		意 見		判 断														
主疾病(症状 痛み等)																						
薬	無	有																				
口腔衛生	良好	不良																				
義歯の有無等	無	部分	全部																			
食事摂取	問題無	咀嚼 問題有	嚥下 障害有																			
食事量	普通	多い	少ない																			
食事摂取形態	経口 摂取	経管 摂取	kcal/日・ 回/日・ ()																			
食事形態 (主食)	常	かゆ	重湯	ペース ト状	他																	
	常	きざみ	とろみ	ペース ト状	他																	
飲水	普通	多い	少ない	医師 指示量	ml/日	飲水量	ml/日															
栄養状態	良	普通	不良																			
身長・体重	cm		kg																			
麻痺・拘縮	無	麻痺有	拘縮有																			
しよく瘡・ 皮膚の問題	無	有	治療中																			
入浴	回/週・月																					
排泄（便）	日 回	便秘無	便秘有																			
排泄（尿）	昼： 回・夜： 回																					
睡眠時間帯	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>20</td><td>22</td><td>24</td><td>2</td><td>4</td><td>6</td><td>8</td><td>10</td><td>12</td><td>14</td><td>16</td><td>18</td><td>20</td> </tr> </table>									20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20
20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20										
維持・改善の 要案、利点																						

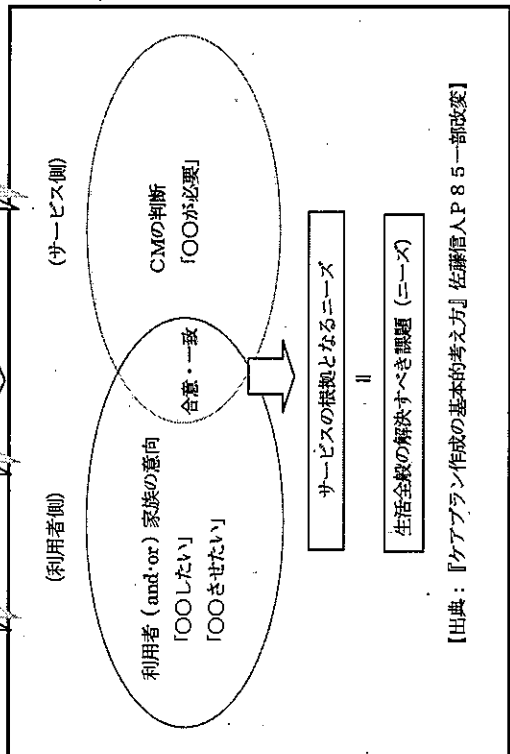
ケアプラン確認シート

リ・アセスメント支援シート

そのまま記載する。

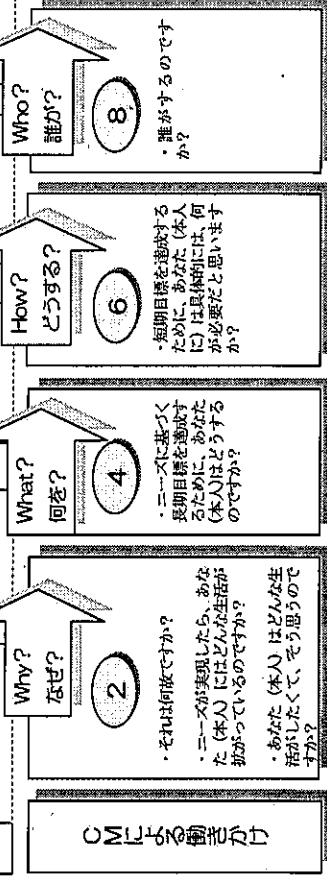
利用者・家族と共に検討するケアプラン第2表

状態	問題(困りごと)		意向・意見・判断		生活全般の解決すべき課題(ニーズ)		報告 職位
	利用者	家族	利用者	家族	整理前	整理後	
コミュニケーション・ 認知と行動・ 家族・家族・ 知人等の介 護力・健康 状態・AD L・IAD L・社会交 流・特別な 状態	利用者	家族	利用者が OOしたい。 するようになる。	利用者の 根拠とニ ーズ	整理前	整理後	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)
	家族	家族	家族が OOさせたい。 してほしい。				
			医師・ 専門職等 意見				
			CM 判断				



【出典：『ケアプラン作成の基本的考え方』佐藤信人P85一部改変】

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標		援助内容		※2 頻度 期間
	長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別	
利用者の回答	3 (ニーズが実現したら) 私は、OOして暮らすんだ。それが私の望みだ。	5 そのために、私は、OOするようにならう。	7 こうすればうまくいくのか。OOが必要ではないか。	9 自分でやる。家族がしてくれ。友人がしてくれ。外の力を利用する。その場合は、サービスはこれを使うのが一番良いのではないか。	
家族等による代替	認識のニーズ等で利用者の発した言葉などをそのまま書くことができない場合 (ニーズが実現したら) 本人は、OOするようにならう。本人は、OOするようにならう。本人は、OOするようにならう。			<施設の場合> 施設専門職がしてくれる (各機能)	
ケアプラン記入の留意点	※この欄が最もその人のらしさを表す。 ※家族等が代替する場合、誰の意見かを末尾に括弧書きで明記。	※ニーズに基づく長期目標を追加するための設取り。 ※必要に応じて、段階的に目標を設定する。	※短期目標を設定するための設取り。	※介護保険のサービスにとらわれない。	



注意) 利用者を誘導しよ、管理しよと考えることは厳禁、利用者・家族と共に検討する。認識目標は利用者本人の視点・立場で検討し記載する。

N. SATOモジュール改変

面談ポイントシート<基本情報シート>

確認項目	確認のポイント	質問
全項目	<input type="checkbox"/> 利用者の情報が分かりやすく記載されている。	
備考		

面談ポイントシート<リ・アセスメント支援シート>

確認項目	確認のポイント	質問
状態	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 利用者の状態が分かりやすく記載されている。 <input type="checkbox"/> 「維持・改善の要素、利点」には、利用者が生活を活性化させるような、その状態に対する利用者や家族の良いところが具体的に記載されている。 	
問題（困りごと）	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 状態に対して、利用者又は家族が困っていることが記載されている。 <input type="checkbox"/> 認知症等で利用者が発した言葉を記載できない場合は、本人の立場に立った家族の発言が利用者の欄に記載されている。 	

確認項目	確認のポイント	質問
利用者意向 家族意向	<input type="checkbox"/> 利用者又は家族の問題（困りごと）に対して、利用者又は家族の「～したい」という意向が記載されている。 <input type="checkbox"/> 認知症等で利用者が発した言葉を記載できない場合は、本人の立場に立った家族の発言が利用者の欄に記載されている。	
医師・専門職等の意見	<input type="checkbox"/> 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の決定に影響のありそうな状態の維持・改善に対する専門職等の意見が記載されている。 <input type="checkbox"/> 主に生理的な要素にかかる維持、改善の要素については、医師の判断が記載されている。	

確認項目	確認のポイント	質問
CM判断	<input type="checkbox"/> 状態、問題（困りごと）、意向、意見から、利用者が楽しみのある幸せな生活を送れるように生活を活性化させるために、介護支援専門員が必要だと判断したことが記載されている。 <input type="checkbox"/> 「維持・改善の要素、利点」に記載された内容と関連がある。	
CMの利用者・家族の意向への働きかけ	<input type="checkbox"/> 利用者や家族の意向がない場合や低い場合には、意向を高めるように働きかけている（実施中である。）。	

確認項目	確認のポイント	質問
生活全般の解決すべき課題（ニーズ） （整理前）	<input type="checkbox"/> 利用者の意向と介護支援専門員の判断が一致した内容が記載されている。 <input type="checkbox"/> 利用者の意向がない場合は、家族の意向と介護支援専門員の判断が一致した内容が記載されており、おそらく利用者の意向に反していない。	
生活全般の解決すべき課題（ニーズ） （整理後）	<input type="checkbox"/> 互いに関連する整理前のニーズが、統合されている。統合後に残ったニーズは、その状態、意向等から判断し、統合された関連するニーズと比較して、より利用者の生活の活性化につながるものである。	
優先順位	<input type="checkbox"/> 利用者が楽しみのある幸せな生活を送れるように最も生活を活性化させると考えられるニーズが上位にきている。 <input type="checkbox"/> 生命が脅かされるような緊急性の高い課題がある場合には、それが上位にきている。	

確認項目	確認のポイント	質問
<p>意向と判断が一致しなかったため、ニーズにならなかった理由</p>	<p><input type="checkbox"/> 利用者の意向と介護支援専門員の判断が一致しなかった点と理由が記載されている。</p>	
<p>「リ・アセスメント支援シート」を作成して気が付いたこと</p>	<p><input type="checkbox"/> リ・アセスメントシートを記入したことで、介護支援専門員が、気が付いたことが記載されている。</p>	
<p>備考</p>		

面談ポイントシート〈ケアプラン第2表〉

- その人らしいプランを作成するため、「リ・アセスメント支援シート」を一緒に確認する。
- 「ケアプラン第2表」を確認する場合には、「ケアプラン確認シート」も併せて活用するとよい。

確認項目	確認のポイント	質問
生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	<input type="checkbox"/> リ・アセスメント支援シートの「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」欄と内容及び優先順位が一致している。	
長期目標及び期間	<p>目標</p> <input type="checkbox"/> 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」が実現した場合の利用者の目標が記載されている。 <input type="checkbox"/> 利用者が望む利用者らしい生活の様子が具体的に記載されている。 <input type="checkbox"/> サービスの利用が目標となっていない。 <p>期間</p> <input type="checkbox"/> 達成可能な目標と期間になっている。 <input type="checkbox"/> 認定の有効期間を考慮しながら期間が設定されている。	

確認項目	確認のポイント	質問
短期目標 及び期間	<input type="checkbox"/> ニーズに基づく長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。 <input type="checkbox"/> 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）、長期目標と同じ内容になっていない。 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者が作成する個別サービス計画の目標となりうる内容が記載されている。 <input type="checkbox"/> モニタリングの際に、達成度が確認可能な具体的な目標になっている。	
サービス内容	<input type="checkbox"/> 短期目標を達成するために必要な段取りが記載されている。 <input type="checkbox"/> 介護保険のサービスだけでなく、家族や隣人が行う支援や利用者のセルフケアについても記載されている。 <input type="checkbox"/> 主治医等の専門職から留意事項等が示された場合は、それについて記載がある。	
サービス種別	<input type="checkbox"/> サービス内容を適切に実行できるサービス種別が選択されている。 <input type="checkbox"/> 特定のサービスに偏っていない。	

確認項目	確認のポイント	質問
頻度・期間	<input type="checkbox"/> 短期目標の達成に応じた頻度が設定されている。 <input type="checkbox"/> 目標やサービス実施予定に応じた期間が設定されている。 <input type="checkbox"/> 短期目標の期間と連動している。	
備考		

面談ポイントシート<ケアプラン第1表>

確認項目	確認のポイント	質問
利用者及び家族の生活に対する意向	<p>□ アセスメントの結果把握した利用者及び家族の意向と合致している。</p> <p>□ 利用したいサービス内容だけではなく、利用者及び家族がサービスを利用して、どのような生活をしたいと考えているのか記載されている。</p> <p>□ 介護支援専門員の解釈や翻訳ではなく、利用者及び家族の言葉が可能な限りそのまま記載されている。</p> <p>留意点 「リ・アセスメント支援シート」の利用者及び家族の意向の欄を一緒に確認する。</p>	
総合的な援助の方針	<p>□ 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）と長期目標をまとめた内容を実現するために、家族及び利用者を含むケアチームが行う援助の方針が記載されている。</p> <p>□ 利用者及び家族が積極的に方針に取り組めるよう、分かりやすい内容になっている。</p> <p>留意点 「第2表」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」及び「長期目標」を確認する。サービス担当者会議で話し合って記載されるべきものであるため、「第4表」を確認する。</p>	

確認項目	確認のポイント	質問
生活援助中心型の算定理由	<p>□ 生活援助中心型の算定理由が明確であり、かつ「その他」の場合は、具体的な理由が記載されている。</p> <p>留意点 「基本情報シート」や「リ・アセスメント支援シート」等で妥当性を確認する。</p>	
備考		

面談ポイントシート<ケアプラン第3表>

確認項目	確認のポイント	質問
週間サービス計画	<p><input type="checkbox"/> 第2表で挙げたサービス・サポートが介護サービス、インフォーマルサービス・サポートにかかわらず全て記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護サービス以外の利用者及び家族が行うセルフケアや支援についても記載され、生活全体の流れが見える記載となっている。</p> <p><input type="checkbox"/> 夜間、土日などの支援体制が具体的に記載されている。</p> <p>留意点 第2表の内容を確認する。</p>	
主な日常生活上の活動	<p><input type="checkbox"/> 利用者の平均的なその人らしい、一日の過ごし方が具体的に記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 主な介護者の介護への関わりや不在の時間等についても記載されている。</p>	
週単位以外のサービス	<p><input type="checkbox"/> 週単位以外のサービス（居宅療養管理指導、短期入所、福祉用具等）が記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 週単位以外のボランティアなサポートや近隣の訪問なども記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 定期的な受診や訪問診療など、医療機関との関係が記載されている。</p>	
備考		

< 介護支援専門員 → 保険者 >

ケアプラン点検 面談後報告書

報告日 平成 年 月 日 ()

報告者 所属 _____ 氏名 _____

電話 _____ FAX _____

E-mail: _____

面談日時	平成 年 月 日 (曜日)	開始時間： 時 分	終了時間： 時 分
面談場所			
事業所名			
事業者番号	1	3	
ケアプラン 作成者氏名			

ケアプラン点検で気が付いた点
<p>【記入内容例】</p> <p>○ケアプラン点検（シート作成・面談）を受けて気が付いたこと</p> <p>○今後のケアプラン作成時に活かしたいこと 等</p>

ケアマネジメントの課題整理シート

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		地域でサービス・サポートが不足(機能不全を含む。)としていると考えた理由
	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	
注1	注1	注1	注1	注1	

※1. 「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

注1 利用者支援するために必要だが地域でサービス・サポートが不足(機能不全を含む。)しているため、居宅サービス計画書(2)に記入できなかったことも記入して網掛けする(CMが理想とするケアプランの作成)。

地域で不足(機能不全を含む)するサービス・サポート以外の課題とその理由

参考資料 ケアマネジメントの質の向上分科会について

○委員名簿

氏名	所属
◎ 佐藤 信人	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 運営部長
橋本 泰子	大正大学 名誉教授
宮近 郁子	株式会社フクシア フクシア訪問看護ステーション 看護部長
高岡 里佳	医療法人財団緑秀会田無病院 医療福祉連携部部長
羽石 芳恵	野口株式会社介護ショップ ハーティケア 主任介護支援専門員・看護師
○ 千葉 明子	特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会 理事長
大川 潤一	国立市健康福祉部 地域包括ケア推進担当課長
阿部 吉勝	北区健康福祉部介護保険課給付調整係主査
伊藤 重夫	多摩市健康福祉部高齢支援課長
横手 裕三子	東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長（平成 25 年 7 月 15 日まで）
榑 美智子	東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長（平成 25 年 7 月 16 日より）

◎：分科会長 ○：分科会長代理

オブザーバー

新田 裕人	東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長
-------	-----------------------

○検討経過について

回数	開催年月日	主な検討事項
第1回	平成 25 年 7 月 8 日	(1) ケアマネジメントの質の向上分科会について (2) 第1回地域ケア会議推進部会の報告 (3) ケアマネジメント評価ガイドラインについて
第2回	平成 25 年 8 月 19 日	(1) 第2回地域ケア会議推進部会検討状況報告 (2) ケアプラン評価ガイドライン作成にあたっての論点整理について
第3回	平成 25 年 11 月 12 日	(1) ケアプラン点検と地域ケア個別会議の整理 (2) 「モニタリング支援シート」「ケアプラン確認シート」「地域の課題発見シート」について (3) ケアプラン評価ガイド（案）について
第4回	平成 26 年 3 月 6 日	(1) ガイドライン（案）について (2) ガイドラインの普及について

東京都高齢者保健福祉施策推進委員会設置要綱

平成24年4月20日

24福保高計第23号

改正 平成25年6月21日

25福保高計第34号

(目的)

第1 東京都における高齢者保健福祉施策の推進を図るため、東京都高齢者保健福祉計画等の進行管理、介護保険制度の検証及び介護保険制度全般にわたる適正化の検討等を行う東京都高齢者保健福祉施策推進委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(検討事項)

第2 委員会は、次の事項について検討を行う。

- (1) 高齢者保健福祉計画等の進行管理及び分析に関すること。
- (2) 介護保険制度の検証及び国提案に関すること。
- (3) 介護給付適正化に関すること。
- (4) 高齢者居住安定確保計画（福祉分野）の検討に関すること。
- (5) 介護保険財政安定化基金に関すること。
- (6) 地域ケア会議の推進に関すること（ケアマネジメントの質の向上に関すること。）。
- (7) 高齢者等の地域における見守りに関すること。
- (8) その他必要な事項に関すること。

(構成)

第3 委員会は、別表1に掲げる者をもって構成し、東京都福祉保健局長（以下「局長」という。）が委嘱し、又は任命する。

(委員の任期)

第4 委員の任期は、委嘱し、又は任命した日から平成27年3月31日までとする。
2 委員に欠員が生じた場合、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長)

第5 委員会に委員長を置き、委員長は、委員の互選によりこれを定める。
2 委員長は、委員会の会務を総括し、委員会を代表する。
3 委員長に事故があるときは、あらかじめ委員長が指定する者が委員長代理としてその職務を行う。

(委員会の招集等)

第6 委員会は、委員長が招集する。
2 委員長は、必要があると認めるときは、第3に掲げる者のほか、有識者等に委員会への出席を求めることができる。

(専門部会)

- 第7 委員会に、その検討を補佐するため専門部会（以下「部会」という。）を置く。
- 2 部会は、委員会が定める事項について調査・検討する。
 - 3 部会の委員は、別表2に掲げる委員構成に従い、東京都福祉保健局高齢社会対策部長が指名する。
 - 4 部会に、委員のほかに専門委員を置くことができる。
 - 5 部会の委員及び専門委員は、委員長が指名する委員をもって充て、局長が委嘱し、又は任命する。
 - 6 部会の委員の任期は委嘱し、又は任命した日から部会の終了の日までとし、専門委員は委嘱し、又は任命した日から別途定める日までとする。
 - 7 部会の委員に欠員が生じ新たに委員を委嘱し、又は任命した場合、新任委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（部会長）

- 第8 部会に部会長を置き、部会長は、部会の委員及び専門委員の互選によりこれを定める。
- 2 部会長は、部会の会務を総理する。
 - 3 部会長に事故があるときは、あらかじめ部会長が指定する者がその職務を代行する。

（部会の招集等）

- 第9 部会は、部会長が招集する。
- 2 部会長は、必要があると認めるときは、第7に掲げる者のほか、有識者等に部会への出席を求めることができる。

（分科会）

- 第10 部会における検討事項のうち、専門的な検討を行うための分科会を置く。
- 2 分科会は、部会が定める事項について調査・検討する。
 - 3 分科会の委員は、別表3に掲げる委員構成に従い、東京都福祉保健局高齢社会対策部長が指名する。
 - 4 分科会に、委員のほかに専門委員を置くことができる。
 - 5 分科会の委員及び専門委員は、部会長が指名する委員をもって充て、局長が委嘱し、又は任命する。
 - 6 分科会の委員の任期は委嘱し、又は任命した日から分科会の終了の日までとし、専門委員は委嘱し、又は任命した日から別途定める日までとする。
 - 7 分科会の委員に欠員が生じ新たに委員を委嘱し、又は任命した場合、新任委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（分科会長）

- 第11 分科会に分科会長を置き、分科会長は分科会の委員及び専門委員の互選によりこれを定める。
- 2 分科会長は、分科会の会務を総理する。
 - 3 分科会長に事故があるときは、あらかじめ分科会長が指定する者がその職務を代行する。

(分科会の招集等)

第 12 分科会は、分科会長が招集する。

2 分科会長は、必要があると認められるときは、第 10 に掲げる者のほか、有識者等に分科会への出席を求めることができる。

(ワーキンググループ)

第 13 部会に、その検討を補佐するためワーキンググループを置くことができる。

2 ワーキンググループは、部会が定める事項について調査・検討する。

3 ワーキンググループの委員は、部会の中から、部会長が指名する。

(報告)

第 14 委員会は、報告書を作成したときは、その結果について、各区市町村に報告するものとする。

2 委員会は、必要に応じて、検討の経過について各区市町村に報告することができる。

(委員会、部会及び分科会の取扱い)

第 15 委員会、部会及び分科会に係る資料は、原則として非公開とする。

2 委員会の委員及び有識者等、部会の委員、専門委員及び有識者等並びに分科会の委員、専門委員及び有識者等は、その職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。

(庶務)

第 16 委員会の庶務は、東京都福祉保健局高齢社会対策部計画課において処理する。

(委員への謝礼の支払)

第 17 委員会、部会又は分科会（以下「委員会等」という。）に出席した委員に対して謝礼を支払うこととする。

なお、月の初日から末日までに開催した委員会等への出席に対する謝礼の総額を、翌月の末日までに支払うものとする。

(その他)

第 18 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関して必要な事項は、委員長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成 24 年 4 月 20 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 25 年 6 月 21 日から施行する

別表3 「東京都高齢者保健福祉施策推進委員会分科会」構成

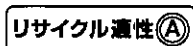
ケアマネジメントの 質の向上分科会	委員	東京都	福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長
		保険者	区市町村職員
		保険者	区市町村職員
		事業者団体	公益社団法人東京都看護協会 会員
		介護支援専門員	主任介護支援専門員
		介護支援専門員	主任介護支援専門員
		医療機関職員	
		地域包括支援 センター	地域包括支援センター職員
		学識経験者	
		学識経験者	

保険者と介護支援専門員が共に行う
ケアマネジメントの質の向上ガイドライン

登録番号(26)92
平成 26 年 3 月発行

発 行／東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課
〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号
電話：03-5320-4279(ダイヤルイン)

印 刷／鶴川印刷株式会社
〒113-0033 東京都文京区本郷二丁目 22-12
電話：03-5684-0571



この印刷物は、印刷用の紙へリサイクルできます。



見やすく読みまちがえにくい
ユニバーサルデザインフォントを採用しています。

