令和3年度
ケアプラン点検の結果等について

R4.3. 22　福祉課　介護保険係

令和３年度ケアプラン点検にご協力いただきありがとうございました。

山都町における「ケアプラン点検事業」は、「利用者にとって真に必要な介護サービスが適切なアセスメントによって計画に位置づけられ、適切なモニタリングによって適正に提供されること」を目的として、ケアプランの質の向上のために実施しました。

＜点検数＞

８８件点検を行いました。（８事業所、２２名、一人当たり４件）

＜点検者＞

今年度は町の職員のみで点検を行いました。

介護保険係　１名　　包括支援センター４名　　計５名

令和３年度の点検において見られた事例及び助言内容等をまとめましたので、計画作成の際の一例として参考にしてください。

熊本県が作成した「ケアプラン点検ガイドライン」の内容も反映しています。

課題分析（アセスメント）

【優れた点】

▶独自に作成したアセスメントシートで、誰にでも見やすく、自身も使いやすく、工夫しておられた。

▶状態だけでなく、整理や分析が行え、今後の見立てについても確認できるところがあった。

【改善点】

▶アセスメントの実施日

居宅サービス計画の作成に先立って行うこと。

アセスメントの実施日≦ 居宅サービス計画の作成日

▶アセスメントの方法

課題分析標準項目（標準23項目）を満たすよう行うこと。

▶生活歴の聞き取りが不十分

生活歴や趣味、嗜好など利用者の特徴やその人らしさを明らかにすることで、その人らしいケアプランの作成につながります。

課題分析（アセスメント）

▶既往歴の把握が不十分

　既往歴は、いつ発症したか、時系列でみることにより、生活への影響を把握することにつながります。

▶主訴が何年も更新されていない

本人の主訴は、変化がある度に記載することが必要です。

アセスメントに未記入の項目がある、または情報開示した認定調査票の転記にとどまる場合・・・

「利用者を取り巻く環境等の評価が不十分」

「利用者が抱える問題点が明らかになっていない」と指摘されてしまう可能性もありますので、注意してください。

課題分析（アセスメント）

▶ポイント
（1）利用者の有する能力、置かれている環境等の評価を通じ、当該利用者が抱える問題点を明らかにする。
（2）利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での課題を把握する。

例) アセスメントで入浴は「自立」と選択されているが、本人に関する具体的な記載はなく、訪問介護で入浴が位置付けられている。

選択肢のみの記載では、利用者の抱える問題点や当該利用者を支援する上での課題について介護支援専門員が把握しているか、わからない場合があります。

居宅サービス計画 第1表

【優れた点】

▶専門用語や難しい言葉を使用せず、本人や家族にとってわかりやすい記載になっている。
▶アセスメントからこの1表を作成する経過において、本人やご家族との関わりをとても丁寧に行っておられた。

【改善点】

▶初回・継続・紹介のチェック、生活援助中心型の部分のチェックなどの記載もれ。
▶利用者（家族）の同意
➡本人の同意を得て初めて本プランとなり、サービスの開始ができます。利用者の同意を得た日≦サービス提供開始日となるように注意してください。

（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）

【改善点】
▶抽象的で具体性がない
▶支援チームへのお礼等が記載されている
▶介護保険サービスに対する意向のみが記載されている

居宅サービス計画 第1表

書き方のポイント

1．最初に何に困っているか、困難を感じているかを聴き取ります。
2．その困難に対して、「どうしたい」「どうなりたい」という解決の姿を面談のなかで共有します。
3．解決後の姿（目標）を目指すうえで、利用者等のモチベーションとなる生活像は何かを引き出します。
（例：月1 回は妻と外食に行くことをとり戻したい。だから、「歩行訓練」を頑張りたい）

（審査会の意見欄）

▶審査会の意見の記入漏れが多く見受けられました。特に意見がない場合は「意見なし」と記載することで記入漏れを防ぐことができます。

（総合的な援助の方針欄）

▶具体的な方針でなく、現状と注意事項の記載にとどまっていたり、介護保険サービスの利用が目的になっていたりする記載が見受けられました。

➡サービスを利用することが目的でなく、本人を援助するための具体的な内容を記載することが必要です。現状から何を目標としていくのか、何を目指すのか、チームケアの基本となる内容も記載しなければなりません。単に課題や注意事項を並べるだけでなく、全体として取組むことでどういった生活になっていくのかといった内容を記載してください。

居宅サービス計画第2表

【優れた点】

▶個別的で具体的な内容になっている

【改善点】

▶ニーズは利用者が意欲的に取り組めるよう具体的に記載すること

良い例）

・ポータブルトイレを使用しているが、トイレに行けるようになりたい。
・１ 人での外出は転倒の危険があるが、スーパーまで買い物に行きたい。
・浴槽を1 人でまたぐことが難しいが、自宅の浴槽で入浴がしたい。

▶頻度は適切なアセスメントに基づく頻度を記載すること

➡ 一定期間内での回数、実施曜日等を記載すること

良い例）「週２回」「月・木」

悪い例）「週１～3回」「月～水曜日に１回」「随時」など

居宅サービス計画第2表

▶個別性がない

➡長期目標や短期目標については、本人が達成しやすい目標やイメージしやすいものにすることで、本人の意欲向上にもつながります。

▶長期目標・短期目標が抽象的な表現になっており、達成がイメージしにくい

➡目標が具体的でないと利用者自身が何を目指して課題解決に取り組むのか、また、支援者も目指すべき状況が不明瞭なため、「何となく支援する」という曖昧な支援を行うことになります。長期目標と短期目標の内容が全く同じなど、そもそもの目標としてふさわしくない表記もみられました。

〔長期目標〕

【具体的な記載例】

・見守りを受けて１人で入浴できていること
・立ち上がりからの歩行を自力で継続できていること
・立った姿勢で調理ができるようになること
・500m先の娘の家に歩いて行けること
・洗濯（干す・取り込む・たたむ・しまう）が継続できていること
・屋外の段差につまずかずに歩行することを継続できていること

居宅サービス計画第2表

〔短期目標〕

【具体的な記載例】
・タオルを左手に持ち自分で顔を拭けていること
・食事時に服薬カレンダーから薬を出せること
・洗濯物をたたみ、タンスに整理することができること
・週２回以上の屋外で歩行ができていること
・トイレに行くときに妻に声かけができること

▶期間設定が、利用者の状態や目標の内容ではなく、画一的設定されている

➡期間設定が、利用者の状態や目標の内容ではなく、画一的に長期目標を認定期間とし、その半分や６か月を短期目標に設定していることがあります 。また、短期目標を画一的に６か月設定している事例が多く見受けられました。期間設定は、要介護認定の有効期間を考慮しつつ、利用者の状態や目標の内容に応じた設定をします。

居宅サービス計画第3表

（週間サービス計画表）
▶週単位のサービス等は介護保険以外の内容も表記します。
▶介護保険サービス以外のインフォーマルサポートも記載します。

（主な日常生活上の活動欄）
▶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します。

（週単位以外のサービス欄）
▶介護保険サービスだけでなく、フォーマル・インフォーマルサポートを問わず全体像がわかるよう記載します。（短期入所、福祉用具、住宅改修、医療・保健福祉サービス、近隣住民の訪問等）

サービス担当者会議の要点

▶サービス担当者会議の開催について

➡サービス担当者会議は、新たにサービスを追加、変更等がある事業所の担当者のみを招集するのではなく、全ての事業所の担当者を招集すること。

▶照会等により意見を求める場合において

➡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ます。サービス担当者会議の開催前に意見を求め、その内容についても記録してください。

☞　利用者の常用等に関する情報を当該サービス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りましょう。

☞　福祉用具貸与をケアプランに位置付けている場合、サービス担当者会議でその継続の必要性を図りましょう。

☞　サービス担当者会議を行っていない場合、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算となります。（３月末で認定期間が終了する利用者について、３月あるいは４月中に行えば減算生じません。５月に入って行った場合は、４月分は減算請求となります。）

モニタリング

▶特段の事情がない限り月に１度利用者の居宅を訪問し、モニタリングを実施し記録する

➡モニタリング実施の記録が確認できないケースがありました。
➡モニタリングを実施した場所の記載がないケースが多く見られました。また、事業所等居宅以外でモニタリングを実施しているケースも見られました。
➡居宅介護支援経過に記録しているものの、利用者及び家族のサービスに対する満足度、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス変更の必要性等の記載がないケースが見られました。（モニタリング表などの別様式を使用しても差し支えありません。）

☞「特段の事情」の判断について
・利用者が月途中で緊急入院したため、居宅で面接ができなかった場合
⇒モニタリングの訪問予定日前に、予測できない緊急入院をした場合は、「特段の事情」に該当すると考えます。その際は、「特段の事情」に該当する理由を記録として残す必要があります。
・ 利用者がショートステイを1 月を超えて利用しているため、居宅で面接できなかった場合
⇒本人に施設で面接をしていれば減算となりません。 ショートステイを継続して利用することについて、妥当性の検証が必要です。
・ 利用者が退院後直接ショートステイを利用したため居宅で面接ができなかった場合
⇒本人に施設で面接が必要です。
・ 介護支援専門員の体調不良により訪問できなかった場合
⇒介護支援専門員側の理由によるものであり、「特段の事情」に該当しません。事業所内で別のケアマネージャーが代理でモニタリングを実施してください。代理がいない場合は減算になります。

その他

▶サービス担当者会議、利用者の同意日より早くサービスが開始されている

➡「一連の業務」は、原則、アセスメント、サービス担当者会議開催、ケアプランの説明・同意・交付といったプロセスで進めるべきです。ケアプラン原案は利用者の同意を得て本プランとなります。

　ただし、緊急的なサービス利用等やむを得ない場合は、業務の順序について拘束するものではありません。やむを得ない理由を居宅介護支援経過に記録するとともに、それぞれ位置付けられた個々の業務は、事後的に可及的速やかに実施してください。

▶プランの開始が居宅届の開始日より前となっている

➡サービス を開始する前に、居宅届（居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書）を介護保険係に提出することで、依頼を受けた居宅介護支援事業所等が給付管理票を提出することができます。

▶誤字、変換誤りが散見される

➡介護支援専門員が作成する書類はすべて公的文書として取り扱われることに留意しましょう。

▶事務負担軽減として認められているケアプラン作成に係る一連の業務を行わなくてよい「軽微な変更」について

➡軽微な変更として取り扱うことができる場合の例は、介護保険最新情報Vol.959に掲載されています。

軽微な変更を行う場合は、居宅サービス計画の変更箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に見え消し修正し、支援経過記録にも軽微な変更として取り扱った旨を記載するとともに、利用者及び第2表に位置付けた事業所等に軽微な変更の内容を周知し、その旨も支援経過記録に記載してください。

その他

▶短期目標の期間が切れた後、一連の流れを行っていない

➡事務負担軽減として認められているケアプラン作成に係る一連の業務を行わなくてよい「軽微な変更」について介護保険最新情報vol.959に掲載されており、「目標期間の延長」も記載されていますが、「変更する内容が一連の業務を行う必要性の高い変更であるか」により該当するか判断すると記載されています。

目標が達成できなかった場合は目標の見直しを行い、目標が達成できた場合はステップアップの目標を設定されることと思いますので、目標に変更がないケースの想定が考えにくいと思われます。

短期目標の期間満了後、同じ目標を設定し、「軽微な変更」として一連の流れを省略する場合、同じ目標を設定した理由を居宅介護支援経過に記録してください。

▶短期入所利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超える理由書の提出時期について

➡「短期入所利用日数が認定有効期間のおおむね半数を超える理由書」の提出時期について、「認定期間の半数を超える短期入所の利用を居宅サービス計画に位置付けた時点」としております。「理由書」に書いていただく「累計利用日数」は有効期間内における当該計画分を含めた利用日数となり、その利用日数が基準日数を超える場合提出が必要となります。

ただし、早めのタイミングでの提出を妨げるものではありません。

暫定プランの取り扱いについて

暫定プランの取扱いについて、これまで町から明確に取り扱いをお示ししておりませんでした。今後、次のとおりの運用といたしますので、ご承知おきください。

１暫定ケアプランを作成する場合の例

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

２暫定ケアプラン作成に当たっての留意事項

（１）認定結果が非該当となったとき、又は暫定ケアプランに設定した要介護度等よりも低くなったときは、 介護サービスに要する費用の全部又は一部が自己負担になる場合があるため、あらかじめ利用者又はその家族に十分な説明を行うこと。
（２）要介護等認定は、有効期間が申請日に遡って決定され、暫定ケアプランについても決定された要介護度等に基づき有効となることから、暫定ケアプランを作成する場合にあっても、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準に定める一連の業務を行うこと。
（３）更新申請の際に、利用者の状況からサービス内容に変更がないと判断し 、更新前と同一の内容で暫定ケアプランとする場合には、暫定ケアプラン作成時の一連の業務を省略することができる。この場合において、認定結果が出たときは、速やかに一連の業務を行わなければならない。
（４）認定結果が要介護認定 、要支援認定のいずれになるか判断できない場合、必ず居宅介護支援事業者と地域包括支援センターが相互に連携を取りながら暫定ケアプランを作成すること。

暫定プランの取り扱いについて

３認定結果に基づく対応

（1）想定していたどおりの介護区分及び介護度だった場合

　暫定ケアプラン作成時に一連の業務を行っていることから、改めての一連の業務は必要ありませんが、必要事項を打ち消し線で訂正するなどして、暫定ケアプランが確定ケアプランに移行したことが分かるようにしておいてください。また、そのことについて利用者への説明、同意を得てその旨を記録しておいてください。　（本プランとして作り直しても差し支えありません。）

（2）想定していた介護区分ではなかった場合（例えば、要支援2を見込んでいたが認定結果が要介護1だった場合）

　暫定ケアプラン作成時に地域包括支援センターと、居宅介護支援事業所が連携を取っていた場合には、引継ぎをうけた事業所が一連の業務を行ったものとみなすことができます。認定結果が要介護→要支援の場合も同様の取扱いです。
　連携を取っていなかった場合は、次の通知（P．19参照）のように「自己作成扱い（セルフケアプラン）」となるか運営基準減算となる場合があります。
　ただし、暫定プラン作成時からのサービス内容が「軽微な変更」に該当しない場合、速やかに一連の業務を行う必要があります。
「軽微な変更」に該当する場合、一連の業務を引き継ぐことができます。（「軽微な変更」に係る取扱いを行ってください。）

暫定プランの取り扱いについて

（３）想定していた介護度ではなかった場合（例えば、要介護3を見込んでいたが認定結果が要介護2だった場合）

　サービス内容を変更しない場合は、必要事項を見え消しで訂正するなど暫定ケアプランがそのまま本ケアプランに移行したことが分かるようにしてください。（本プランとして作り直しても差し支えありません。）
　サービス内容を変更する場合、暫定ケアプラン作成時に一連の業務を行っていても、改めて一連の業務を行いケアプランを作成してください。
　ただし、「軽微な変更」に該当する場合は、その取扱いによることが出来ます。

（４）更新申請であるため、２暫定ケアプラン作成に当たっての留意事項（３）のとおり、暫定プラン作成時に係る一連の流れ省略した場合で、想定していた介護度ではなかった場合

　あらかじめ地域包括支援センターと居宅介護支援事業所が連携をとっていて、それに係る記録等を認定結果が出た後速やかに居宅介護支援事業所に引継ぎ、居宅介護支援事業所が一連の業務を行う場合については、居宅介護支援費は認定月から運営基準減算を適用することなく算定できます。

　あらかじめ暫定プランを作成し連携をとることで、ケアプラン無しにサービス提供が行われることのないようにしましょう。

暫定プランの取り扱いについて

平成18年4月改定関係Q＆A（vol.2）問52

要介護・要支援認定の新規申請、区分変更申請など認定申請後に要介護度（要支援度）が確定するまでの間のいわゆる暫定ケアプランについては、どこが作成し、また、その際には、介護給付と予防給付のどちらを位置づければよいのか。

回答
いわゆる暫定ケアプランについては、基本的にはこれまでと同様とすることが考えられる。したがって、要介護認定又は要支援認定を申請した認定前の被保険者は、市町村に届出の上で、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者に暫定ケアプランを作成してもらい、又は自ら作成し、当該暫定ケアプランに基づきサービスを利用することが考えられる。
その際、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）は、依頼のあった被保険者が明らかに要支援者（要介護者）であると思われたときには、介護予防支援事業者（居宅介護支援事業者）に作成を依頼するよう当該被保険者に介護予防支援事業者を推薦することが考えられる。
また、仮に居宅介護支援事業者において暫定ケアプランを作成した被保険者が、認定の結果、要支援者となった場合については、当該事業所の作成した暫定ケアプランについては、当該被保険者が自ら作成したものとみなし、当該被保険者に対して給付がなされることがないようにすることが望ましい。
なお、いずれの暫定ケアプランにおいても、仮に認定の結果が異なった場合でも利用者に給付がなされるよう介護予防サービス事業者及び居宅サービス事業所の両方の指定を受けている事業者をケアプラン上は位置付けることが考えられる。

４　居宅サービス計画等作成依頼（変更）届出書

暫定ケアプランによりサービス提供を行う場合には、暫定ケアプランで見込んでいる要介護度をもとにサービス開始日までに居宅サービス計画等作成依頼（変更）届出書の提出を行うこととしていますが、認定結果が要介護、要支援のどちらかに判断できない場合は、認定結果が出てから届出書を提出しても差し支えありません。

☞作成した暫定プランの保険者への提出は不要です。

暫定ケアプラン利用時のフロー図

想定していたどおりの認定結果であったか。

はい

暫定プラン作成時に一連の業務を行っていることから改めての一連の業務は不要。必要事項を見え消しで訂正するなど暫定ケアプランがそのまま本ケアプランに移行したことが分かるようにすること。
（本プランとして作り直しても可）

いいえ

介護区分の変更なしか。
（「要介護（要支援）」⇒「要介護（要支援）」）

はい

サービス内容に変更がないか。または、変更の内容は「軽微な変更」に該当するか。

はい

暫定プラン作成時に一連の業務を行っていることから改めての一連の業務は不要。必要事項を見え消しで訂正するなど暫定ケアプランがそのまま本ケアプランに移行したことが分かるようにすること。
（本プランとして作り直しても可）

いいえ

改めて速やかに一連の流れを行うこと

いいえ

サービス内容に変更がないか。または、変更の内容は「軽微な変更」に該当するか。

はい

暫定プラン作成時にあらかじめ包括と居宅介護支援事業所が連携をとっていた場合、引継ぎをうけた事業所が一連の業務を行ったとみなすことができる。
必要事項を見え消しで訂正するなど暫定ケアプランがそのまま本ケアプランに移行したことが分かるようにすること。
（本プランとして作り直しても可）

いいえ

改めて速やかに一連の流れを行うこと。

令和4年度ケアプラン点検等について

令和４年度ケアプラン点検のスケジュールについては、令和４年度にお示ししますが、令和３年度と同様、一人当たり４件のプランを提出いただく見込みです。

また、地域密着型サービス事業者又は居宅介護支援事業者への実地指導を予定しております。
その詳細についてもまた通知します。
来年度もよろしくお願いします。