

令和 4 年度 ケアプラン点検事業 指摘事項等

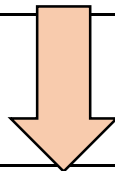
⑨ 本資料は、令和 4 年度に実施したケアプラン点検事業の実施結果をふまえ、多かった指摘事項を抜粋し、また令和 3 年度介護報酬改定において変更された様式、記載要領[※]の説明事項等を加えて作成しております。

※記載要領：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) 参照：令和 3 年 3 月 31 日一部改正 介護保険最新情報Vol. 958

アセスメント関係

◆◇◆アセスメントにおける留意点◆◇◆（「課題分析標準項目について I 基本的な考え方」から抜粋）

介護サービス計画作成の前提となる課題分析については、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、要介護者等の有する課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならない。



◎課題分析標準項目（次ページ参照）の**全て（23項目）**を**毎回実施する**必要があります。

◆指摘例

- ①全23項目のうち、**空欄**や**不足する項目**がある。
（具体例）基本情報の記載が網羅されていない、更新されていないなど。
- ②アセスメントツールの**使用方法に沿っていない**、**記載もれ**があるなど。
（ツールにより）フェイスシートとアセスメントシートの両方が揃っていない。
- ③23項目の情報収集は出来ているが、**課題分析の記録や書類がない**。
- ④**アセスメント実施日**がケアプラン作成日より**後**になっている。
- ⑤サービスの追加時に**アセスメント**を**して**おらず、**ケアプラン**を再作成していない。
- ⑥アセスメントの実施日が、**第5表記載の居宅を訪問した日付**と**異なっている**。
- ⑦運営規程等と提出されたアセスメント方式に**相違がある**。

※ 留意点 :

情報収集 + 課題分析



両方を記録する

（居宅で行う）

（考える）

課題分析標準項目

◆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	A D L	A D L（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	I A D L	I A D L（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

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日

初回・紹介・継続

初回居宅サービス計画作成日
当該居宅介護支援事業所において、当該利用者に関する居宅サービス計画を初めて作成した日を記載する。

利用者名 _____ 姓 _____ 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 _____

要介護状態区分 要

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

初回・紹介・継続
 初回…利用者が、当該居宅介護支援事業所において初めて居宅介護支援を受ける場合
 紹介…利用者が他の居宅介護支援事業所又は介護保険施設において既に居宅介護支援等を受けていた場合
 他の居宅介護支援事業所（同一居宅介護支援事業者の他の事業所を含む。以下同じ。）
 又は介護保険施設から紹介された場合
 継続…利用者が既に当該居宅介護支援事業所から居宅介護支援を受けている場合

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

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 (R3様式変更)
 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ていきたいと考えているのかについて課題分析の結果を記載する
 なお、利用者及びその家族の介護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
 ※令和3年度の改定に係る様式変更により、利用者や家族の意向のみならず、介護支援専門員の課題分析の結果についても記載することが改めて明記された

総合的な援助の方針

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、介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのような支援をすることで対象者の生活を支えるのか、何を目指してどのような支援をするのかというチームケアの意識と方針を具体的に共有するための記載欄
 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、家族、対応機関やその連絡先等について事前に了承を得て記載する

生活援助中心型の算定理由

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

話し言葉ではなく、要約し、優先度合いの高いものから記載する

第1表, 第3表と同日であるかの確認が必要

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

長期目標
 基本的には個々の解決すべき課題に対して設定

短期目標
 解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつける

留意点

- 目標(長期目標・短期目標)は、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に対応して設定
- 解決すべき課題の達成は、段階的に行われる
- 「長期目標」を達成するための各段階を「短期目標」として明確化し、計画的支援に結びつける
- 必要な「サービス内容」は、主として「短期目標」に対応して導き出される
- 明確な「短期目標」が設定されなければ必要な「援助内容」やその援助方針を明確にできない

長期目標の期間
 「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の期間を記載

短期目標の期間
 「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載

その他
 原則として開始時期と終了時期を記入(例:「在宅期間中」は不可)
 期間の設定においては「認定の有効期間」も考慮

※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。

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	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 家族の支援や利用者自身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 (R3改正点) 留意点 利用者の起床や就寝、食事、排泄など主要な日常生活に関する活動を明らかにし、 対応するサービスとの関係がわかるようにする (例) 下記のとおり、訪問入浴介護と入浴との整合性を例示														
4:00																
6:00																
8:00																
10:00																
12:00																
午前	14:00															
	16:00	訪問入浴介護	訪問入浴介護	訪問入浴介護	入浴(月、水、金)											
午後	18:00															
	20:00	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・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」(R3改正点)等を、頻度とともに記載														
22:00																
夜間	24:00															
週単位以外のサービス																

第4表全般 (R3改正点)

第三者が読んでも内容を把握、理解できるよう記載

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名

開催日	年	会議出席者
会議出席者		本人や家族、ケアプランに位置付けたサービス担当者が出席する（短期入所、通院等乗降介助等含む） 会議に出席できないサービス担当者がある場合は、その者の「所属（職種）」及び「氏名」とその理由を記載（他の書類等により確認ができる場合は省略可）
利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 （続柄： ）		検討した項目
※備考		出席できないサービス担当者がある場合、サービス担当者会議を開催しない場合には、その理由と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（他の書類等により確認ができる場合は省略可）
検討した項目		検討内容
検討内容		専門的な見地からの意見と調整内容を記載 事前に主治医の意見等がある場合は、その情報をサービス担当者間で共有したうえでサービスの検討を行う 留意点 (R3改正点) サービス内容だけでなく、サービスの提供方法や留意点、頻度、時間数、また担当者等を具体的に記載
結論		結論
残された課題		どのサービスを週何回行うか、サービス時間帯や支援時間、加算内容等を記載 重複の可能性があるサービスを位置付ける場合は、その理由（必要性や不足している部分等）の記載
(次回の開催時期)		残された課題（次回の開催時期） 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

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
R3.2.1	アセスメント実施	居宅を訪問し、本人および妻と面談。●●●●●●●●。▼●▲のため訪問看護を希望される。
R3.2.5	ケアプラン原案作成	サービス担当者会議の調整をし、2/12に開催予定となる。
R3.2.12	サービス担当者会議開催	●●●について修正の必要があるため、プランの▲▼▲を変更。

項目 (R3様式変更)
 令和3年度の改定に係る様式変更により、「項目」欄が設けられていますので、活用してください。例示を参考に、この欄にアセスメントやモニタリングなどケアマネジメントプロセスにかかわる項目を書き出しておくと、ケアマネジメントの流れが整理しやすくなります。

記載方法について

モニタリングを通じて把握した、以下の内容を記載
 ・利用者やその家族の意向・満足度等
 ・目標の達成度
 ・サービスの適切性
 ・居宅サービス計画の変更の必要性等
 ※漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題について、日付や情報収集の手段、その内容を時系列で誰もが理解できるように記載 (R3改正点)

第5表の項目に関するケアマネジメントプロセスの例示

1. アセスメント実施 ➡ 居宅を訪問したことを明記
2. 居宅サービス計画 (ケアプラン) 原案作成
3. サービス担当者会議開催
4. 居宅サービス計画 (ケアプラン) 説明・同意・交付
5. 個別サービス計画の提出依頼
6. モニタリング実施 ➡ 居宅を訪問したことを明記 (再アセスメントの必要性の有無)
7. サービス利用票 (別表を含む) の交付

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		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	限度額 適用期間	年 月 から 前月までの短期入所利用日数
		変更後 要介護状態区分		1 2 3 4 5	限度基準額	単位/月	年 月 まで

作成年月日
 利用者に同意を得た日付を記載
 第5表記載の日付との整合性を確認

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者事業所名	日付 曜日	月間サービス計画及び実績の記録																															合計回数
				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	
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																

サービス内容・加算内容・送迎未実施減算等の必要な記載事項
 記載もれに注意する
 第2表記載のサービス内容との整合性を確認

※利用者の確認欄(印)について (R3様式変更)
 令和3年度の改定に係る様式変更により、第6表より「利用者確認」の欄が無くなりましたが、記載要領においては「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。」との記載が以前と変わらず残っており、第6表についても従来通り利用者に交付して説明を行い、同意を得ることが必要です。同意を電磁的方法ではなく書面により行う場合は、欄外に署名を得ること等が想定されます。「利用者に口頭で了解を得て、支援経過記録等に記載する。」という方法は想定しておりません。

◆令和4年度ケアプラン点検事業における指摘事項（抜粋）

【アセスメント表】

◎居宅サービス計画ガイドライン（全社協方式）のアセスメントシートにおいて、記載もれがある。

居宅サービス計画ガイドライン（全社協方式）のアセスメントシートの記載方法として、「6 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細」の「要援助→計画」の欄では、介護支援専門員が専門職として課題分析を行った結果、援助が必要と判断した場合に「レ印」を記載し、本人や家族の同意を得て計画に結び付いた場合は「○印」を記載することとされています。介護支援専門員の思考過程を表す項目になっており、第三者にも理解しやすくするため、レ印及び○印を記載してください。

◎三団体方式、MDS-HC/インターライ方式のアセスメントシートにおいて、23項目を毎回実施していない。

課題分析とは、利用者の有する日常生活の能力や利用者が既に提供を受けている指定居宅サービスや介護者の状況等の利用者を取り巻く環境等の評価を通じて利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題を明らかにし、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解決すべき課題を分析することであり、利用者の生活全般についてその状態を十分把握することが重要であるとされています。利用者を取り巻く環境を適切に評価できるよう、アセスメントは基本情報についても毎回実施してください。

◎アセスメントの方式を変更しているが、運営規程を変更していない。

指定居宅介護支援の提供方法及び内容については、利用者の相談を受ける場所、課題分析の手順等を運営規程に記載するものとされています。課題分析の方式については、運営規程に定めた方式及び市への届出と一致するようにしてください。また、当該方式を変更される場合は、運営規程を変更のうえ、市に変更の届出をお願いします。

【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」について、課題分析の結果が記載されていない。

「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」欄について、記載されている内容は、利用者及び家族の生活に対する意向や情報であり、課題分析の結果が不足している例が見受けられます。「課題分析」は、今後はどのような状態を目指し、どんな支援をしていくのか、介護支援専門員の判断を記載することが令和3年度の改定に係る様式変更により、改めて明記されています。

【例】

- ・体の動きが悪くなっており、廃用性下肢筋力低下もある。環境を整え訓練し、外出をして活動量を増やすことで安全な歩行につなげる。
- ・人と関わる機会が少なくなり、自宅に閉じこもりがちな生活が続いている。定期的に外出し、生活リズムを作ることで気分を整え穏やかに過ごす。

【第2表】

◎サービス内容がサービス種別ごとに記載されている。

「サービス内容」には、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本人目線の表現で記載してください。その際サービス種別ではなく、支援内容で分けてください。同じ支援内容を多種のサービス種別で支援する場合があります。

また、対象者本人が行うこと、家族による援助、インフォーマルサービス等についても記載してください。

【第2表、第3表】

◎利用していないサービスが記載されている。

居宅サービス計画はその時点で支援する内容を表していますので、利用を休止しているサービスや利用を中止したサービスについては、記載しないでください。休止中のサービスを再開する場合は、再開する時点で居宅サービス計画を再作成し記載してください。

【第3表】

◎介護保険サービス以外の内容が記載されていない。

定期的な通院や往診などがある場合は、「週単位以外のサービス」に記載してください。

また「主な日常生活上の活動」欄には、同居家族の仕事に行く時間、別居家族の訪問時間などを記載しておけば、本人がひとりの時間帯などが明確になり、更によくなると考えます。

【第4表】

◎居宅サービス計画について、利用者の同意を得た後にサービス担当者に意見照会をしている、サービス担当者に意見を照会したにもかかわらず、照会内容が反映されていない。

居宅サービス計画について利用者の同意を得た後にサービス担当者に意見照会をした場合、当該居宅サービス計画には照会したサービス担当者の意見が反映されていないことになります。サービス担当者会議の開催及び当該会議に出席できないサービス担当者への意見照会は、居宅サービス計画について利用者の同意を得る前に行ってください。

また、出席できないサービス担当者がある場合には、その理由と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、第4表や第5表または別紙等を活用して記録に残してください。なお、重複して全ての書類に同じ内容を記載する必要はありません。

◎「結論」の記載内容が不十分である。

「結論」に、サービス種別、事業所名、利用時間、利用回数、援助内容、選択できる加算の利用など詳細な内容を記載すると全体像が把握でき、また、サービス利用票の根拠となるため、更によくなると考えます。

【第5表】

◎他表との日付の整合性が取れていない。

アセスメント実施日（更新）の年月日やサービス利用票の作成年月日（同意日）と、居宅介護支援経過に記載の年月日に齟齬がある場合が散見されます。日付の整合性が取れるよう、実際にそれが行われた日を正確に記録するとともに、他表の日付が合っているか確認してください。

◎アセスメント、居宅サービス計画の説明、サービス利用票の同意及びモニタリングなどについて、いつ、どこで、誰に対して実施したのかが具体的に記載されていない。

運営基準で定められた必要な業務については、記載するようにしてください。適切なケアマネジメントが実施できていることの証拠になります。アセスメント及びモニタリングは、原則として利用者の居宅で行うこととされていますので、いつ、どこで、誰に対して実施したのかについて記録を残しておくことが望ましいと考えます。

記載箇所については、令和3年度の改定に係る様式変更により新たに設けられた「項目」欄を活用してください。

◎居宅サービス計画の変更時に、新たにサービス利用票を作成していない。

運営基準において、利用者又はその家族に対する説明及び利用者に対する同意を要する居宅サービス計画原案とは、居宅サービス計画書の第1表から第3表まで、第6表及び第7表に相当するものすべてを指すとされています。居宅サービス計画の変更を行った場合は、変更後の居宅サービス計画に基づいてサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載してください。

◎「作成年月日」に利用者から同意を得た日付が記載されていない。

記載要領において、「作成年月日」には、利用者の同意を得た日付を記載することとされています。居宅サービス計画からサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載してください。

【第6表】

◎利用者の同意を得たことの確認ができない。

サービス利用票の確認印欄はなくなりましたが、第6表についても従来通り利用者に交付して説明を行い、同意を得ることが必要です。同意を電磁的方法ではなく書面により行う場合は、欄外に署名を得ること等が想定されます。「利用者に口頭で了解を得て、支援経過記録等に記載する。」という方法は想定しておりません。

【その他】

◎暫定で作成した居宅サービス計画書の扱いについて。

一般的に暫定プランと呼ばれてはいますが、本人や家族の同意を得た正式な居宅サービス計画となりますので、短期目標の期限まではその居宅サービス計画に沿ってサービスを提供する根拠となります。

その上で、要介護度が判明した時点からその日付で要介護度の記載された確定プランを作成するようにしてください。そのように作成することで、暫定プランから確定プランまで切れ目なく居宅サービス計画がつながり、それを根拠にサービス事業所がサービスを提供することができるようになります。

そして、暫定で作成した居宅サービス計画書（第1表から第3表まで、第6表及び第7表に相当するものすべて）は公式な書類ですので、サービス提供をした日から5年間、保管してください。