

令和 5 年度 ケアプラン点検事業 指摘事項等

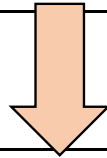
⑨ 本資料は、令和 5 年度に実施したケアプラン点検事業の実施結果をふまえ、多かった指摘事項を抜粋し、また、令和 3 年度介護報酬改定において変更された記載要領[※]の説明事項、令和 5 年介護保険最新情報Vol. 1178において変更された様式を加えて作成しております。

※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**がある。
（具体例）基本情報の**記載が網羅されていない**、各種図が記載されていないなど。
- ②アセスメントツールの**使用方法に沿っていない**、**記載・チェックもれ**がある。
- ③23項目の情報収集は出来ているが、**課題分析の記録等がない**、**課題分析が既出情報の再掲**になっている。
- 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**。

※ 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、 <u>居宅サービス計画作成の状況（初回、初回以外）</u> について記載する項目
2	<u>これまでの生活と現在の</u> 状況	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
3	利用者の <u>社会保障制度の利用</u> 情報	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> 、身体障害者手帳の有無、 <u>その他社会保障制度等の利用状況</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</u> の状況	利用者が現在 <u>利用している社会資源（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
5	日常生活自立度（ <u>障害</u> ）	<u>「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」</u> について、 <u>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</u> について記載する項目
6	日常生活自立度（ <u>認知症</u> ）	<u>「認知症高齢者の日常生活自立度」</u> について、 <u>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</u> について記載する項目
7	主訴・ <u>意向</u>	利用者の主訴や <u>意向</u> について記載する項目 <u>家族等の主訴や意向について記載する項目</u>
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>区分支給限度額等</u> ）について記載する項目
9	<u>今回の</u> アセスメントの <u>理由</u>	<u>今回のアセスメントの実施に至った理由（初回、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（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>受診に関する状況（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）、服薬に関する状況（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）、自身の健康に対する理解や意識の状況</u> について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、 <u>座位保持、立位保持、立ち上がり</u> 、移乗、 <u>移動動作（杖や車椅子の利用有無等を含む）</u> 、歩行、 <u>階段昇降、食事、整容、更衣</u> 、入浴、 <u>トイレ動作</u> 等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、 <u>洗濯</u> 、買物、 <u>服薬管理</u> 、金銭管理、 <u>電話、交通機関の利用、車の運転</u> 等）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、 <u>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、背景になり得る要因等）</u> に関する項目
14	コミュニケーション能力における理解と表出の状況	<u>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）</u> に関する項目
15	生活リズム	<u>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）</u> に関する項目
16	排泄の状況	<u>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）</u> に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	<u>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）</u> に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（ <u>歯の本数、欠損している歯の有無等</u> ）、 <u>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</u>
19	食事摂取の状況	<u>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</u> に関する項目
20	社会との関わり	<u>家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり状況（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</u> に関する項目
21	家族等の状況	<u>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</u> に関する項目
22	居住環境	<u>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</u> について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	<u>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</u> 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

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		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
	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2表

居宅サービス計画書（2）

保険給付対象サービスについて○印を付す

作成年月日 年 月 日

サービス内容
短期目標の達成に必要となる、最適なサービスの内容と方針を記載
セルフケアや家族が行う援助の内容等インフォーマルなサービス、他の制度等に基づくサービスも併せて記載

留意点
外部サービスと併せて、全体としてどのようなサービス体制を構築するのかを記載

サービス種別
サービス内容及びその提供方針を適切に実行することができる居宅サービス事業者を記載
家族が担う介護部分については、介護者を特定して記載

期間
サービス内容に掲げたサービスを、どの程度の期間にわたり実施するかを記載

留意点

- 「サービス種別」、「頻度」及び「期間」は給付管理に直結
- 「頻度」を明らかにすることによって、居宅サービス計画の内容を、利用者及びその家族、各種サービス担当者間で定期的に合意・確認することに役立つのみならず、支給限度額内外において如何に効果的にサービスを組み合わせるかを考える

		援助内容			
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。

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	<div data-bbox="459 406 1451 699" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>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)</p><p>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</p></div>										
	2:00											
4:00												
6:00												
早朝	8:00											
午前	10:00											
午後	12:00											
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)
18:00	<div data-bbox="459 865 1451 1029" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>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</p></div>											
夜間									20:00			
深夜									22:00			
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
 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
 (次回の開催時期)

<p>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）</p>
<p>検討した項目 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）</p>
<p>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 <u>留意点 (R3改正点)</u> 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</p>
<p>結論 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</p>
<p>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</p>

第5表

居宅介護支援経過

作成担当者氏名を記載

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
R6. 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。
R6. 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。
R6. 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 ➡ 原則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 ➡ 利用月を明記

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

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

月間サービス計画及び実績の記録

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業所名	日付	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
			日付																																
			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																																

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5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基本情報には「家族構成図」や「家屋見取図」、「日常生活自立度」の部分にはアセスメント時の介護支援専門員の判断を記載してください。

ツールの使用方法として、「6 本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細」の「援助の現状」や「希望」欄は、居宅サービス計画と整合性が取れるよう現状や希望を示す「○印」等、各種記載をしてください。その上で、「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、「リハビリの必要性」等具体的な内容にチェックを付けてください。

◎三団体方式、インターライ方式のアセスメントシートにおいて、領域検討用紙の課題分析が不足している。

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。

インターライ方式は、トリガー項目のチェックで、生活障害のある領域を機械的に割り出し、見落としが無いようにできています。その一方で、領域検討用紙に提示された項目で、生活障害について課題分析を行わなければ現状を適切に示すことが出来ず、本人の状態がわかりにくくなるという弱点も持っているため、利用者を取り巻く環境を適切に評価できるよう、アセスメントは領域検討用紙についても記載してください。

【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。課題分析の結果欄には予後予測や支援内容を、「総合的な援助の方針」には具体的な支援の方向性を明確に記載することで、居宅サービス計画書（2）と整合性を取ることができます。

【課題分析の結果・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、「サービス種別」には、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を含めて、担い手やその「頻度」を明確にし、記載をしてください。

【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、分かりやすくなると考えます。

【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、意見が照会されていない。

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、サービス担当者会議開催前に行ってください。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。

また、サービスを追加する際、全てのサービス担当者に意見を照会していない事例が見受けられましたが、追加サービスについては他サービスとの兼ね合いも含めて関係者全員で情報を共有し、全員から意見を聴取してください。

◎「結論」の記載内容に不足があり、支援の全体像が掴めない。

「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、明確に記載してください。

【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、居宅サービス計画作成者（担当者）氏名が記載されていない。

運営基準で定められた必要な業務については、「項目」欄等を活用して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。

また、居宅介護支援経過を作成した際は、居宅サービス計画作成者氏名を記載してください。

【第6表、第7表】

◎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。

◎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。

【モニタリング】

◎評価項目に不足、空白がある。

各種評価項目欄は空白で残さず、事業所ごとではなく短期目標ごとにモニタリングを行います。評価項目の記載漏れに注意してください。

また、モニタリングの結果、居宅サービス計画に変更の必要性が認められた場合は、居宅サービス計画の変更「あり」に印を付けてください。

【その他】

◎軽微な変更該当しない事例を「軽微な変更」として取扱い、サービス担当者会議を省略している。

海南市における居宅サービス計画の変更における「軽微な変更」基準については、「海南市における居宅サービス計画の変更における「軽微な変更」基準に関する Q A」（平成 30 年 10 月 22 日現在）においてお示ししておりますが、本来サービス担当者会議の開催が必要であった変更について、事業所が誤って「軽微な変更」として取扱い、サービス担当者会議を省略している事例が散見されました。

サービス担当者会議を行わなかった場合や、変更した居宅サービス計画を利用者及びサービス担当者に交付しなかった場合は、運営基準減算の対象となります。今一度上記通知を確認し、判断に迷った場合はケアマネジメントプロセスの通りに支援を実施してください。