

## 居宅介護支援事業所のみなさまへ

本市では、平成 23 年度から介護支援専門員の資質向上をめざしてケアプラン点検を実施しております。開始当初は面談のみで実施したため、堺市内全事業所の面談完了までに 6 年を要しました。

令和元年度から書類審査を導入し、面談の負担を軽減し、効率化をはかることにより、以前よりも多くの事業所のケアプラン点検が実施できるようになりました。結果通知を送付後、お伝えした内容についてご理解いただけたかの確認もこめて、数か月等（一定期間）後に再度ケアプラン点検を実施する場合がありますので、これからも資質向上をめざしたケアプラン点検にご協力をお願いいたします。

ケアプラン等の書き方については、利用者として接している介護支援専門員が専門職として、利用者が理解できるケアプランを作成することが重要と考えています。

今回はケアプラン点検でみられた中で、気を付けておきたいポイントや書き方等、基本的なことをまとめました。

### 【第 1 表について】

第 1 表		居宅サービス計画書（1）		作成年月日 年 月 日	
				初回・紹介・継続 認定済・申請中	
利用者名 堺 ○子 様		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	
認定日 年 月 日		認定の有効期間 年 月 日		計画作成日 年 月 日	
要介護状態区分	要介護状態	<p>初回→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</p> <p>紹介→他の居宅介護支援事業所または介護保険施設から紹介された場合</p> <p>継続→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</p> <p>※当該居宅介護支援事業所において過去に居宅介護支援を提供した経緯がある利用者が一定期間を経過した後に介護保険施設から紹介を受けた場合には、「紹介」及び「継続」の両方を○印で囲む</p>			
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					
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定					
総合的な援助の方針					
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ ）				

申請中→「新規申請中」  
非該当後の再申請含む  
「区分変更申請中」  
「更新申請であって、前回の認定有効期間を超えている場合」

<暫定ケアプランは申請中>

認定済→申請中以外

<本ケアプランは認定済>

第1表

### 居宅サービス計画書（1）

作成年月日 年 月 日  
初回・紹介・継続 認定済・申請中

利用者名 堺 ○子 様 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 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

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

利用者及び家族が、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意向を踏まえた課題分析（アセスメント）の結果を記載します。ケアプラン作成の根拠を証明する欄です。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定



被保険者証を確認し、この欄に記載があれば転記します。（この欄に記入がない場合は、意見等はないと判断します。）

総合的な援助の方針

居宅サービス計画書第2表のニーズに対応し、利用者と家族・サービス事業所・ケアマネジャーの三者がチームとして行うケアの方針を記載します。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、どのような場合を緊急事態と考えているか、対応機関やその連絡先、緊急時を想定した対応方法等を記載することが望ましい。

生活援助中心型の算定理由

1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ \_\_\_\_\_ ）

生活援助を利用する場合に利用する欄です。有料老人ホーム等高齢者住まいに単身で入居の場合は「1. 一人暮らし」を選択します。

### ○暫定ケアプランについて（介護度が出ていない新規作成の場合）

第1表

暫定

### 居宅サービス計画書（1）

作成年月日 年 月 日  
初回・紹介・継続 認定済・申請中

利用者名 堺 ○子 様 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 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

実際に作成した日を記載しましょう

要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

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

不明なので囲い〇不要（入力必要であれば「仮」と記載）

不明なので空欄（入力必要であれば、「仮」と記載）

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的な援助の方針

生活援助中心型の算定理由

1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ \_\_\_\_\_ ）

○暫定ケアプランについて（区分変更や更新の認定結果待ち（介護度が出ていない）の場合）

第1表	暫定	居宅サービス計画書（1）	作成年月日 年 月 日
			初回・紹介・ <b>継続</b> ・認定済・申請中
利用者名	堺 ○子 様	生年月日 年 月 日	住所
居宅サービス計画作成者氏名	実際に作成した日を記載しましょう		
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 月 日	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
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	不明なので囲い○不要（入力必要であれば「仮」と記載） 不明なので空欄（入力必要であれば、「仮」と記載）		
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定			
総合的な援助の方針			
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ ）		

ココが新規と異なります

○本人署名の自署が困難な場合

※自署ができない理由やどのような方法で本人に同意を得て代筆したか、アセスメントや居宅介護支援経過等に記載し、説明できるようにしましょう。

第1表	居宅サービス計画書（1）	作成年月日 年 月 日	
		初回・紹介・継続・認定済・申請中	
利用者名	堺 ○子 様	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 月 日	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
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			
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定			
総合的な援助の方針	原則 本人署名ですが、自署が困難な場合の代筆記載例です。		
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ ）		

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。 同意日：令和5年2月0日 氏名：堺 ○子  
代筆者：堺 ○男（続柄：長男）

【第2表について】

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 堺 O子 様

「サービス内容」中、保険給付対象内サービスについて○印を付す。

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
<p>利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。</p>	<p>個々の解決すべき課題に対応して設定する。</p>		<p>長期目標の達成のために踏むべき段階として設定する。</p>		<p>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明らかにし、適切・簡潔に記載する。                      家族等の支援や保険給付対象外サービスも明記し、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。</p>		<p>具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。家族が担う介護部分についても、誰が行うのかを明記する。</p>			
	<p>期間は、計画的に支援すること、長期にわたって漫然とした支援を行うことを防止するために設定する。長期目標の期間は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。短期目標の期間は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する。</p>				<p>サービス内容に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するかを記載する。日に何度も支援することは、日に○回・朝昼夕等と記載しましょう。</p>					
										<p>「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。</p>
										<p>短期目標と連動します。</p>

※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表について】

第3表

週間サービス計画表

利用者名 堺 O子 殿

作成年月日 年 月 日

	時間	曜日							主な日常生活上の活動
		月	火	水	木	金	土	日	
深夜	0:00								<p>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。支援を提供するタイミングや考慮すべきポイントが明確になります。</p>
	1:00								
	2:00								
	3:00								
	4:00								
早朝	5:00								
	6:00								
	7:00								
午前	8:00								
	9:00								
	10:00								
	11:00								
	12:00								
午後	13:00								
	14:00								
	15:00								
	16:00								
	17:00								
夜間	18:00								
	19:00								
	20:00								
深夜	21:00								
	22:00								
	23:00								

利用者や専門職全員が、支援の全体像について、視覚的に理解できます。介護保険のサービスのみでなく、自分でできることや家族等の支援等も記載し、利用者がわかりやすいように整理しておきましょう。

週単位以外のサービス 月単位で利用するサービスや一時的に必要な支援など、週単位以外のサービスを記載します。

## 【第4表について】

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 \_\_\_\_\_ 様

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 利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 (続柄： ) ※備考	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
<p>会議に出席できないサービス担当者がある場合にも、その者の「所属（職種）及び「氏名」を記載し、（照会）とします。出席できない理由は支援経過等に記載可。</p>						
<p>会議で検討した項目を記載。会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者に照会した年月日、内容及び回答を記載します。照会はサービス担当者会議の前に行いましょう。</p>						
<p>サービス担当者会議は、利用者や家族を支える「担当者」が同じ方向を向いて支援できるように開催するものなので、共通認識ができるように、出席できなかったサービス担当者の照会内容も含めて検討します。検討内容には、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します。検討内容・結論については、第三者が見てもわかりやすいように記載しましょう。</p>						
<p>※第4表（サービス担当者会議の要点）自体は交付が義務付けられている書類ではないため、交付等取扱いについては事業所として検討し、交付しない場合は各自でメモを取ることを申し合わせる等、共通認識できるようにしておきましょう。</p>						
<p>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、本人の希望により利用しなかった居宅サービスや次回開催時期、開催方針等を記載する。</p>						
<p>残された課題 (次回の開催時期)</p>						

## 【第5表について】

第5表

### 居宅介護支援経過

作成年月日 年 月 日

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 堺 ○子

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

年月日	項目	内 容	年月日	項目	内 容	
		<p>介護支援専門員等ケアマネジメントを推進する上での判断の根拠や介護報酬請求に係る内容等を記録するものであることから、介護支援専門員が日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、記録の日付や情報収集の手段とその内容について、時系列で誰もが理解できるように記載する。</p> <p>モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の必要性等について記載する。</p>			<p>日時（時間） 曜日 対応者</p> <p>【目的】 アセスメント サービス担当者会議 モニタリング等</p> <p>【手段】 訪問（自宅等訪問先を記載） 電話・メール・FAX 等 発信（送信）・受信がわかるように記載</p>	<p>・利用者や家族の発言内容 ・サービス事業者等との調整、支援内容等 ・居宅サービス計画の「軽微な変更」の場合の判断や根拠等 客観的な事実や判断の根拠を、簡潔かつ適切な表現で記載する。 ・文章における主語と述語を明確にする ・共通的でない略語や専門用語は用いない ・曖昧な抽象的な表現を避ける ・箇条書きを活用する 等わかりやすく記載する。</p> <p>最後に記載者署名をする。</p>

<例 1>

第5表

居宅介護支援経過

作成年月日 年 月 日

利用者氏名 堺 ○子

計画作成者氏名

年月日	項目	内容	年月日	項目	内容
令和◎年	【目的】	重要事項説明書と前6月間に作成した居宅サービス			
○月○日(木)	契約	計画における、訪問介護等の各サービスの利用割合			
9:30~11:30	初回アセスメント	と各サービスごとの同一事業者によって提供された			
本人・家族と	【手段】	もの割合(別紙)を交付・説明し、本人の同意を得る。個人情報使用について、本人の同意を得る。			
面接	自宅訪問	契約締結後、アセスメント(別紙)を実施。 (署名)			

赤字の内容は、令和3年4月改正で追加になったところです。ケアマネジメント業務を意識した記載に注意しましょう。

契約時に文書を交付して説明を行う内容としては、

- ・利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること
- ・利用者は居宅サービス計画に位置つけた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができること
- ・前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合及び前6月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数の中に同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合

<例 2>

第5表

居宅介護支援経過

作成年月日 年 月 日

利用者氏名 堺 ○子

計画作成者氏名

年月日	項目	内容	年月日	項目	内容
令和◎年	【目的】	会議の概要は「サービス担当者会議の要点(別紙)」			
○月×日(土)	新規申請に伴う	参照。居宅サービス計画について、利用者に説明し、			
14:00~15:00	サービス担当者	文書同意を受け利用者に交付。その後当該事業所から			
本人・家族と	会議の開催、居	各サービス担当者(訪問介護事業所通所介護事業所等)			
面接	宅サービス計画	へ居宅サービス計画書を交付し、受領証を受け取る。			
	の説明・同意・	各サービス担当者へ個別サービス計画の提出を依頼す			
	交付、担当者へ	る。 (署名)			
	個別サービス計				
	画の提出依頼				
	【手段】				
	自宅訪問				

サービス担当者会議については「サービス担当者会議の要点」を中心に記録を残しますが、支援経過記録に記載することで、ケアマネジメントの一連の手順や支援の流れが明確になり便利です。

個別サービス計画の提出依頼について、居宅サービス計画と個別サービス計画との連動性を高め、居宅介護支援事業者とサービス提供事業者の意識の共有を図ることが重要です。個別サービス計画を受け取ったら居宅サービス計画との連動性や整合性について確認しておきましょう。

