

令和6年度 清須市ケアプラン点検 指摘事項等

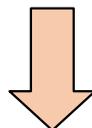
本資料は、令和6年度に実施したケアプラン点検の実施結果をふまえ、多かった指摘事項を抜粋し、令和3年度介護報酬改定において変更された記載要領[※]の説明事項、介護保険最新情報Vol.959.1178.1286において示された改正点等を加えて作成しております。

※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日老企発第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。(基本情報の記載が網羅されていない)
- 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。
- ③全23項目の情報収集は出来ていても、課題分析の記録等がなく、既出情報の再掲になっている。
- ④短期目標期間満了後やサービスの追加時にアセスメントを更新していない。
- ⑤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。
- ⑥サービスに対する要望の背景、理由が記載されていないため、必要性が読み取れない。

※ 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、居宅サービス計画作成の状況(初回、初回以外)について記載する項目
2	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目
3	利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険等)、年金の受給状況(年金種別等)、生活保護受給の有無、身体障害者手帳の有無、その他社会保障制度等の利用状況について記載する項目
4	現在利用している支援や社会資源の状況	利用者が現在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)の状況について記載する項目
5	日常生活自立度(障害)	「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」について、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について記載する項目
6	日常生活自立度(認知症)	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、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について記載する項目
7	主訴・意向	利用者及び家族等の主訴や意向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、区分支給限度額等)について記載する項目
9	今回のアセスメントの理由	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、その他生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等)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)、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について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起きあがり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動動作(杖や車椅子の利用有無等を含む)、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等)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、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)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	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)に関する項目
15	生活リズム	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)に関する項目
16	排泄の状況	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)に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	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)に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態(歯の本数、欠損している歯の有無等)、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、舌の汚れ・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等)、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	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)、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	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)、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	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に関する項目
22	居住環境	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について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	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に関する項目

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 殿 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

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

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。）また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

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

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

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。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

統合的な援助の方針

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、何を目標と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

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

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

保険給付対象サービスに○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		
サービス内容 短期目標の達成に必要な、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」「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												

※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。

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 style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 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 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) 訪問入浴介護を週三回位置づけている場合 </div>	
	2:00									
	4:00									
早朝	6:00									
	8:00									
午前	10:00									
	12:00									
午後	14:00	訪問入浴介護		訪問入浴介護		訪問入浴介護				入浴 (月、水、金)
	16:00									
夜間	18:00	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」 等を、頻度とともに記載								
	20:00									
深夜	22:00									
	24:00									
週単位以外のサービス										

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

第4表全般

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 月 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所 属(職種)	氏 名	所 属(職種)	氏 名	所 属(職種)	氏 名
利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 (続柄：) ※備考						
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)						
検討した項目	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)					
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 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					
結 論	留意点 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					
残された課題 (次回の開催時期)	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					
	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					

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	年月日	項目	内 容
R7.2.1	アセスメント 実施	居宅を訪問し、本人および妻と面談。 ●●●で▲▲▲のため訪問看護を希望される。			
R7.2.5	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。			
R7.2.12	サービス担当 者会議開催	●●●について、修正が必要となり、プランの▲▲▲を変更。			

項目
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

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一利用者

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 被保険者氏名		担当	届出年月日	年 月 日
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	要介護状態区分 変更後 要介護状態区分 変更日	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 年 月 日	区分支給 限度基準額
			単位/月	限度額 適用期間	年 月から 年 月まで
					前月までの 短期入所利 用日数

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	福祉用具貸与の場合のみ		月間サービス計画及び実績の記録																																
			用具名称 (機種名)	TAIS・届出 コード	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
					曜日	福祉用具貸与の場合																															
					予定	令和6年度の改定に係る様式変更で、第6表より「用具名称」と「TAIS・届出コード」の記載欄が設けられました。																															
					実績	用具名称については機種名を含め記載すること。																															
					予定	TAIS・届出コードについては公益財団法人テクノエイド協会が管理・運用する福祉用具情報システム(TAIS)上の管理コードを記載する。管理コードを取得していない商品の場合は福祉用具届出コードを記載する。																															
					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
令和3年度の改定に係る様式変更で、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6年度ケアプラン点検事業における指摘事項等(抜粋)

【アセスメント表】

◎アセスメントシートにおいて、記載もれがある。

独自の様式を含め、どの様式を利用した場合でも、基本情報に関する9項目と課題分析に関する14項目については必ず網羅すること。

◎アセスメントシートにおいて、課題分析が不足している。

課題分析は、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。できないことだけでなく、できることから状態像を読み取れるよう記録することで、利用者についての理解が深まります。

◎本人の状態像（認定情報）とアセスメント内容が乖離している。

アセスメント実施日を必ず記入すること。状態が悪化したのであれば区分変更申請を行い、サービスの見直しを図ること。

【第1表】

◎総合的な援助の方針が、利用者及び家族等を含むケアチームが確認、検討の上、互いに連携して行うための共通の支援方針になっていることが読み取れない。介護支援専門員が目指す方針とサービスの羅列になっている。

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、利用者及び家族の意向は必ず記載し、その意向を踏まえ、専門的視点からどのような支援が考えられるのか、あるいは望ましいのかをアセスメントにおける身体的、社会的、経済的等の視点をもって、総合的に勘案した結果を記載すること。また、サービス担当者会議で話し合った上で、ケアチームが目指す共通の方針を記載すること。

【第2表】

◎短期目標が長期目標を達成するための具体的な活動目標となっていない。また、長期目標が短期目標を1つずつ解決してできた結果として具体的に記載されていない。

短期目標は長期目標を達成するため、本人が取り組む具体的な「活動目標」を記載すること。また、長期目標は課題達成のため、いつまでに、どのレベルまで解決（達成）するのかを記載すること。その際、利用者の望む生活が実現することを意識して設定すること。

◎生活全般の解決すべき課題(ニーズ)が、誰にでも当てはまる内容や問題の指摘となっており、利用者の取り組むべき課題がわかりやすく、望む生活の実現を目指すものとなっていない。

利用者及び家族が、自分たちの課題(ニーズ)として捉えられるよう問題点を明確にすること。目標に具体性や個別性を持たせることで利用者が何をを目指すのかイメージでき、自立支援に繋がります。

【第3表】

◎介護保険サービス以外のセルフケアや家族支援、医療等のサービス内容が反映されていない。

利用者の生活全体の流れを把握するためにも、セルフケアや家族支援、インフォーマルサービス等、介護保険サービス以外の取り組みも記載すること。

【第4表】

◎サービス担当者会議で医師の所見をケアチームで共有されているか読み取れない。

医療系サービスの利用に限らず、平常時から主治医との連携を図り、医療情報やサービスに対する意見を聴取し、サービス担当者会議での共有が必要です。また、その際は、利用者の同意を得てから主治医の意見を聴取すること。

◎福祉用具貸与について、種目別に検討できているか読み取れない。

福祉用具利用の妥当性を種目ごとに検討し、専門的意見を聴取すること。また、貸与する理由を「検討内容」の中に種目ごとに記載する必要があります。(運営基準13条二十二)

【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こと。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です。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すること。

◎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。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。継続の場合でもその根拠を記載すること。

◎居宅介護支援経過の内容が事実情報の記載になっており、介護支援専門員としての判断や対応、その根拠が読み取れない。

事実情報の記載のみではなく、ケアマネジメントプロセスの内容や介護支援専門員等が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。また、記録の日付や情報収集の手段、内容について時系列でわかりやすく記載すること。

【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すること。

◎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いません。

【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。

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、「介護保険最新情報Vol.959」(令和3年3月31日)において示されていますが、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。