

## 1. 暫定ケアプランを作成する場合とは

次のような場合が考えられます。

- 要介護等認定申請中の新規利用者で、認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合
- 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を利用する場合
- 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あたっての留意事項

- ① 認定結果が非該当となったり、想定していた介護度よりも低くなったりした時には、介護サービスに要する費用の全額が自己負担になる部分が生じる場合があるため、あらかじめ利用者や家族に十分な説明を行う。
- ② 暫定ケアプランを作成する場合も、「筑紫野市指定居宅介護支援等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」第16条(6)～(11)に定める一連の業務(以下「一連の業務」という)を行う(業務の概要は別紙2参照)。  
※介護予防支援の場合は「筑紫野市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例」第34条(6)～(11)
- ③ 認定結果が要介護、要支援のどちら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それぞれ利用者との契約を交わし、相互に連携を取りながらより可能性が高い方が暫定ケアプランを作成する(両方において暫定ケアプランを作成することも可能)。
- ④ ③の場合のサービス担当者会議では、認定結果が見込み違いの場合はケアマネジャーが変更する可能性を周知する(双方のケアマネジャーの参加が望ましい)。
- ⑤ 見込みの介護度が要支援又は要介護であることがほぼ確実に予測される場合に限り、予測される介護区分の支援事業者のみの契約も可能である。  
  
例) 要支援の可能性が高い場合は地域包括支援センター  
要介護の可能性が高い場合は居宅介護支援事業所  
  
※要介護を見込んだ場合は、予防支援を受託できる居宅介護支援事業所が担当し、予防と介護の両方の契約を交わしておくことが望ましい。
- ⑥ 非該当が見込まれる場合は、暫定ケアプラン作成時に基本チェックリストを実施する。これにより認定結果が非該当であっても、事業対象者の該当者であれば総合事業の利用が可能となる。
- ⑦ ケアプラン作成日、サービス担当者会議実施日、ケアプラン同意日、契約書同意日は、実際の日と相違ないように記録する。
- ⑧ サービス事業所を選定する場合は、見込み違いであった場合でも給付を可能とするため、原則として予防と介護の両方のサービス提供が可能なサービス事業所を選定する。
- ⑨ 認定調査後に見込み介護度の市への問い合わせは原則として受け付けない。ただし、以下の場合は相談に応じる。  
※いずれも早急なサービス利用の必要があるケース

- ・ターミナルケース
  - ・虐待対応や地域ケア会議でフォローしているケース
  - ・やむを得ない事情※1により面談が出来ず、かつ他者からの適切な情報収集ができないケース
- ※1 新型コロナウイルス感染症予防のため面談が制限されている場合など

- ⑩ 軽度者の福祉用具貸与に該当する可能性がある場合は、暫定ケアプラン作成時に軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付届出書を提出する。
- ⑪ 「居宅（介護予防）サービス計画作成依頼届出書（以下「居宅届出書」という）」を認定結果が出る前に提出する場合は、届出の際に口頭で申請中であることを伝える（ただし介護保険証の発行と認定調査（OCR）情報の提供は認定日以降）。
- ⑫ 暫定ケアプラン期間中は、暫定ケアプラン作成事業者がモニタリング等のケアマネジメント業務を行う。
- ⑬ 暫定ケアプラン期間中に利用者のニーズ、目標設定およびサービス内容の変更が生じた場合は、改めて一連の業務を実施し暫定ケアプランの変更を行う。
- ⑭ 暫定ケアプランを作成した経緯や、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所との連携状況等を支援経過記録に残す。

### 3. 認定結果が出てからの具体対応と留意事項

#### （1）共通事項

- ① 要介護認定日以降に必ず本ケアプラン（第1～3表、6表、7表の確定ケアプラン）を作成し、利用者の同意を得て交付する。
- ② 暫定ケアプラン作成者が一連の業務を行ってれば、作成者が変わった場合も本ケアプラン作成にかかる一連の業務は省略できる。ただし、本ケアプランの同意・交付は適切におこなう。
- ③ 本ケアプランは、暫定ケアプランの内容（ニーズ、目標設定、サービス内容、頻度および利用開始日など）を移行し、未定だった情報を確定して作成する。なお、作成日および同意日は、それらを実施した実際の日付とする。
- ④ 本ケアプランの基となった暫定ケアプランも正式なケアプランとして保管する。
- ⑤ 暫定ケアプランが本ケアプランとなったことや、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所との連携状況等を支援経過記録に残す。

#### （2）想定していた介護度と認定結果が異なった場合

- ・暫定ケアプランのサービスの支給額が認定結果の区分支給限度額を超える部分については、全額自己負担となる。

### **例1 要介護1と見込んで暫定ケアプランを作成→認定結果が要介護2**

- ・（1）共通事項のとおり

※要支援1⇔要支援2の見込み違いの場合も同様

### **例2 地域包括支援センターが要支援の暫定ケアプランを作成→認定結果が要介護**

- ・利用者との契約ができている居宅介護支援事業所が、地域包括支援センターから予防の暫定ケアプランの交付を受け、居宅介護支援事業所が本ケアプランの作成・同意・交付をおこなう。
- ・本ケアプラン作成後早い時期にアセスメントを実施する。
- ・地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所が予防の暫定ケアプランを作成していた場合は、予防の暫定ケアプランを基に介護の本ケアプランを作成する。
- ・暫定ケアプラン作成にあたり居宅届出書を提出していた場合は、改めて届出を提出する。この場合の届出日は、契約日以降で実際のサービス利用開始までの任意の日付とする。

### **例3 居宅介護支援事業所が要介護の暫定ケアプランを作成→認定結果が要支援**

- ・基本的な考えは例2と同様

#### **（3）暫定ケアプランを作成していなかった場合**

- ・ケアプランがない期間のサービス利用にかかる費用は全額自己負担となる。場合により市へ相談する。

## **4. 暫定ケアプラン作成フローチャート**

別紙3参照

## **5. 暫定ケアプラン作成Q&A**

別紙4参照

# ケアマネジメントの流れとその内容

## ～ 一連の業務の概要 ～

暫定ケアプランを作成して暫定サービスを利用する場合も、これらの業務を行う

### ① 受付・相談 ・契約

- ・介護サービスを受けたいと希望する利用者よりケアプラン作成の依頼があった場合は、契約及び重要事項の説明を行い、文書の取り交わしを行う。(同意した日付の記載と署名)
- ・「居宅サービス計画作成依頼届出書」を市役所に提出(サービス利用開始日以前)。

### ② アセスメント (課題分析)

- ・利用者の自宅を訪問し、利用者及び家族に面接して行う。
- ・23項目にかかる利用者とそれを取り巻く環境について情報収集を行う。
- ・心身機能の低下の背景や要因を分析する。
- ・予後予測を立て、解決すべき生活課題(ニーズ)をみつける。

### ③ ケアプラン (居宅サービス計画) 原案作成

- ・生活課題の解決のための総合的な援助方針、目標及び達成時期を設定する。
- ・目標達成のために必要と思われる介護サービスを中心に、医療・福祉サービス、インフォーマルサービスを組み合わせた包括的援助計画(ケアプラン原案)を作成する。
- ・介護サービスについては複数の事業所を紹介し、最終的に利用者が選択する。

### ④ サービス担当者会議

- ・新規の場合はもちろん、要介護更新認定・区分変更の認定・居宅サービス計画の変更を行う場合は必ず開催する。
- ・本人及び家族、プランに位置付けた全ての事業所のスタッフや医師等に出席してもらい、それぞれからケアプラン原案について専門的意見を聴取する。それをもとに会議後、ケアプラン原案の追加・修正を行う。
- ・医療系サービスを位置付ける場合は(歯科)医師からの専門的意見の確認が必要。

### ⑤ ケアプラン本案作成

### ⑥ ケアプランの説明 ・同意・交付

- ・ケアプラン内容について利用者へ丁寧に説明し、利用者から同意を得た日付を記載。
- ・同意日は、サービス担当者会議以降であり、サービス利用開始以前であること。
- ・同意後のケアプラン本案を利用者及び介護サービス事業所の担当者に交付する。
- ・医療系サービスを位置付けた場合は(歯科)医師への交付も必要。

### ⑦ ケアプランに基づき介護サービスを提供

①～⑥の過程を踏んだ後に介護サービスの利用を開始

### ⑧ モニタリング(評価)

- ・1回/月以上、利用者の自宅に訪問し、利用者にも面談して評価を行う。
- ・各サービス事業所から個別サービス計画や報告を求め、ケアプランどおりにケアが実施されたか、本人及び家族の満足度、目標の達成の有無を確認し記録する。
- ・ケアプランどおりにケアが実施できなかった場合や、本人及び家族が現在のサービスに満足していない場合、効果がみられない場合、目標達成が確認できた場合は、②アセスメントからの一連の流れを踏んで、遅滞なくケアプランの変更を行う。

### 支援経過記録

- ・利用者やサービス事業者等とのやりとり内容、保険者との相談内容およびケアマネジャーの所感など。
- ・アセスメントやモニタリングの実施、ケアプランの同意や交付などの業務の実施。

サービスが継続する限り②～⑧の繰り返し

暫定ケアプラン作成フローチャート

(例1) 要介護1の暫定ケアプランを作成 → 認定結果 要介護2

【本資料の略語】  
 ・居宅事業所（居宅介護支援事業所）  
 ・包括（地域包括支援センター）  
 ・居宅届出（居宅（介護予防）サービス計画作成依頼届出書）  
 ・軽度者の福祉用具貸与（軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付）

サービス利用継続

(ケアプランの期間 令和5年4月1日～令和5年9月30日)



更新申請書  
提出

認定更新

認定日

契約・重要事項説明  
アセスメント

- ★契約は、包括と居宅事業所の両方と交わす
- ★居宅事業所が暫定プランの原案を作成する

サービス担当者会議  
暫定プランの同意・交付

- ★居宅事業所が一連の業務を行う（サービス担当者会議は両方の参加が望ましい）
- ★万が一支援認定となった場合は、契約済みの包括が受け持つことを周知
- ★軽度者の福祉用具貸与を行う場合は、暫定プランその他書類をそろえて届出する

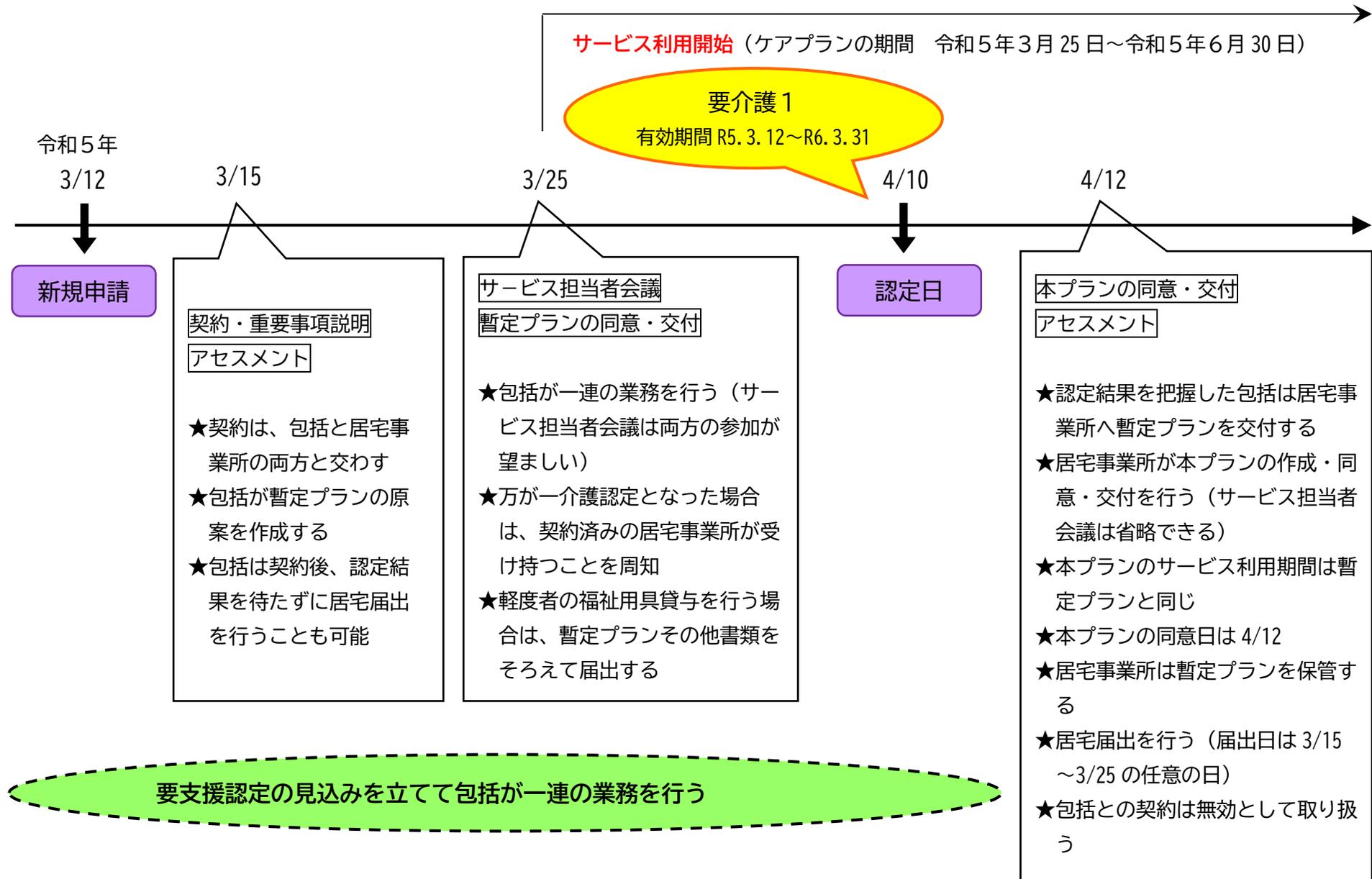
本プランの同意・交付

- ★居宅事業所が本プランの作成・同意・交付を行う（本プラン作成にかかる一連の業務は省略できる）
- ★本プランのサービス利用期間は暫定プランと同じ
- ★本プランの同意日は4/12
- ★暫定プランを保管する
- ★包括との契約は無効として取り扱う

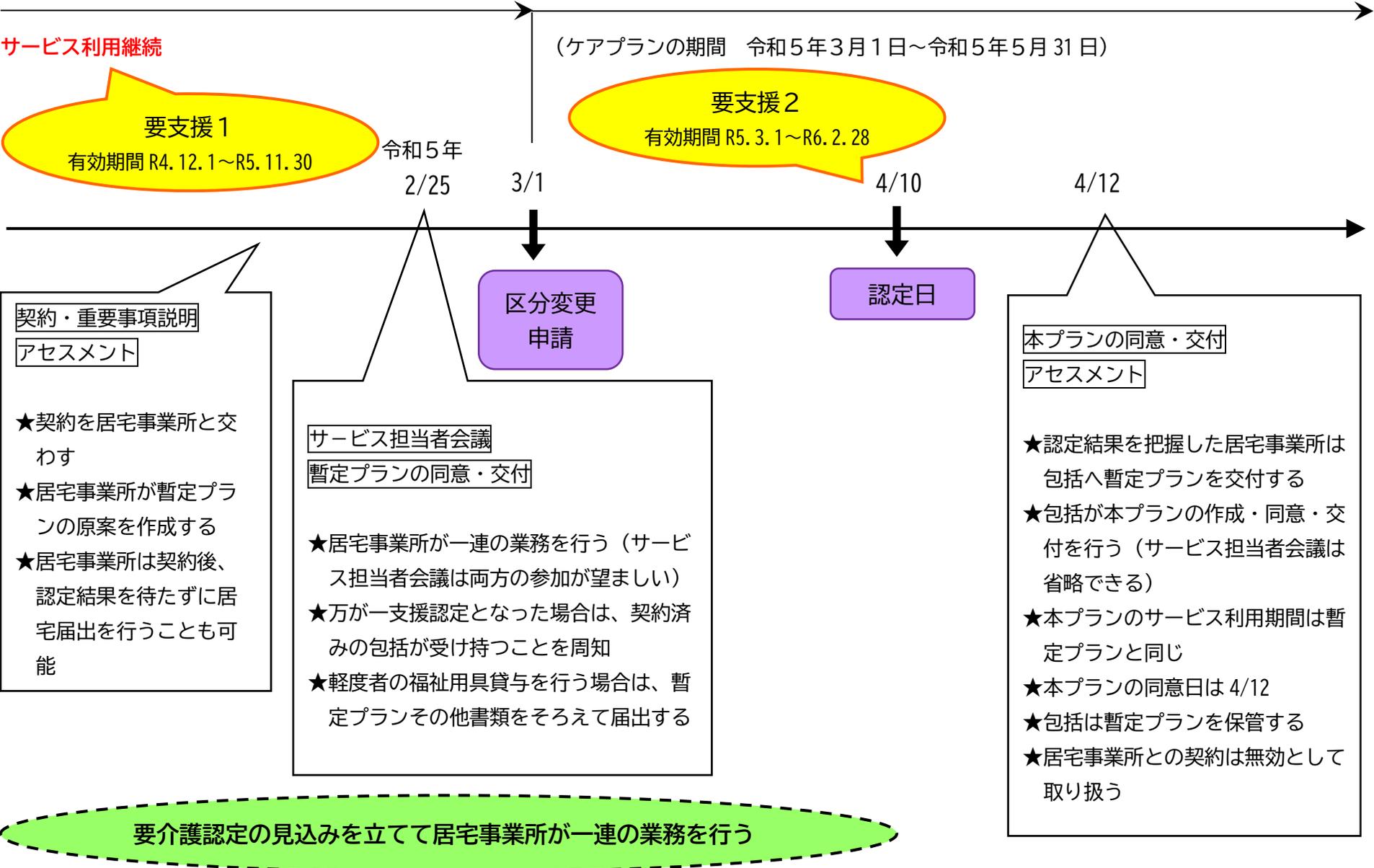
要介護認定の見込みを立てて居宅事業所が一連の業務を行う

注：「軽微な変更」の参考資料  
 R3.3.31 厚労省通知『居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについて』

(例2) 要支援の暫定ケアプランを作成 → 認定結果 要介護



**(例3) 要介護の暫定ケアプランを作成 → 認定結果 要支援**



## 暫定ケアプラン作成Q &amp; A

令和5年4月

Q1 もともと介護のサービス提供のみ実施する通所介護事業所を利用しているケースが、区分変更や更新申請の際の暫定サービスを利用することになった場合、必ず予防（総合事業）と介護の両方のサービス提供ができる通所介護事業所に変更しなければならないのか。

A1 暫定サービス利用の期間は、対象となるサービス利用を控える方法が考えられる。また、要支援認定となった場合に全額自己負担となることを利用者や家族に十分説明し、承諾を得ていれば介護のみの通所介護事業所を継続利用することは差し支えない。

Q2 居宅介護支援事業所と地域包括支援センターと両方の契約を交わし、要支援の見込みを立てて地域包括支援センターが予防の暫定ケアプランを立てた。結果要介護だったので、居宅介護支援事業所が予防の暫定ケアプランの交付を受け、居宅介護支援事業所が本ケアプランを作成し同意を得て交付した。その場合の居宅介護支援費の請求はどうか。

A2 居宅介護支援事業所は、認定有効期間開始日以降の居宅介護支援費が請求できる。ただし、初回加算についてはケアプランの作成にかかる一連の業務を実施した場合は算定できるが、しなかった場合は算定できない。なお、地域包括支援センターは介護予防支援費の請求はできない。

Q3 暫定ケアプランの期間の終了はどのように記載したらよいか。

A3 通常のケアプランと同様に、ケアプランに位置付けた目標設定やサービス利用に妥当な期間とする。

Q4 本ケアプランの作成年月日や同意日はいつになるのか。

A4 作成年月日は本ケアプランを作成した実際の日付とする。なお、本プランを作成するにあたりサービス担当者会議を開催した場合は、サービス担当者会議の開催日以降の日付となる。同意日は、本ケアプランの内容を説明し同意を得た実際の日付とする。いずれの場合も、サービス利用開始から時期が経過しているため、本ケアプランに決定した旨を支援経過記録に残す。

Q5 暫定サービス利用にあたり、予防と介護のいずれか片方の契約により暫定ケアプランを作成した場合で、認定結果が見込み違いだった場合はどうすればよいか。

A5 遡った契約はできないため、地域包括支援センターおよび居宅介護支援事業所のどちらも契約を交わすまでの期間の業務は実施できない。ケアプランがない期間のサービス利用は原則

全額自己負担となるが、具体的な対応について市へ相談すること。

Q 6 本ケアプランを作成する際に利用者のニーズ等が変わり、サービス内容の変更が必要となった場合はどのようにケアプランを作成すればよいか。

A 6 暫定ケアプランのサービス内容で一旦本ケアプランを作成し説明、同意、交付を行う。あわせて一連の業務を行いケアプランの変更を行う。この場合、変更後のケアプランの作成年月日および同意日は、本ケアプラン同意日以降であること。