

居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証等について

隠岐広域連合介護保険課

1. 趣旨・目的

利用者の意向や状態に合った訪問介護の提供につなげることのできるケアプランの作成に資することを目的とし、介護支援専門員の視点だけでなく、多職種協働による検討を行い、必要に応じてケアプランの内容の再検討を促すためのものである。

2. 根拠法令

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第13条第18号の3

3. 検証対象の要件

①支給限度基準額の利用割合が7割以上

かつ

②その利用サービスの6割以上が「訪問介護サービス」

である居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成又は変更したケアプランのうち、個々に見て上記の要件①及び②に該当するケアプランを対象とする。

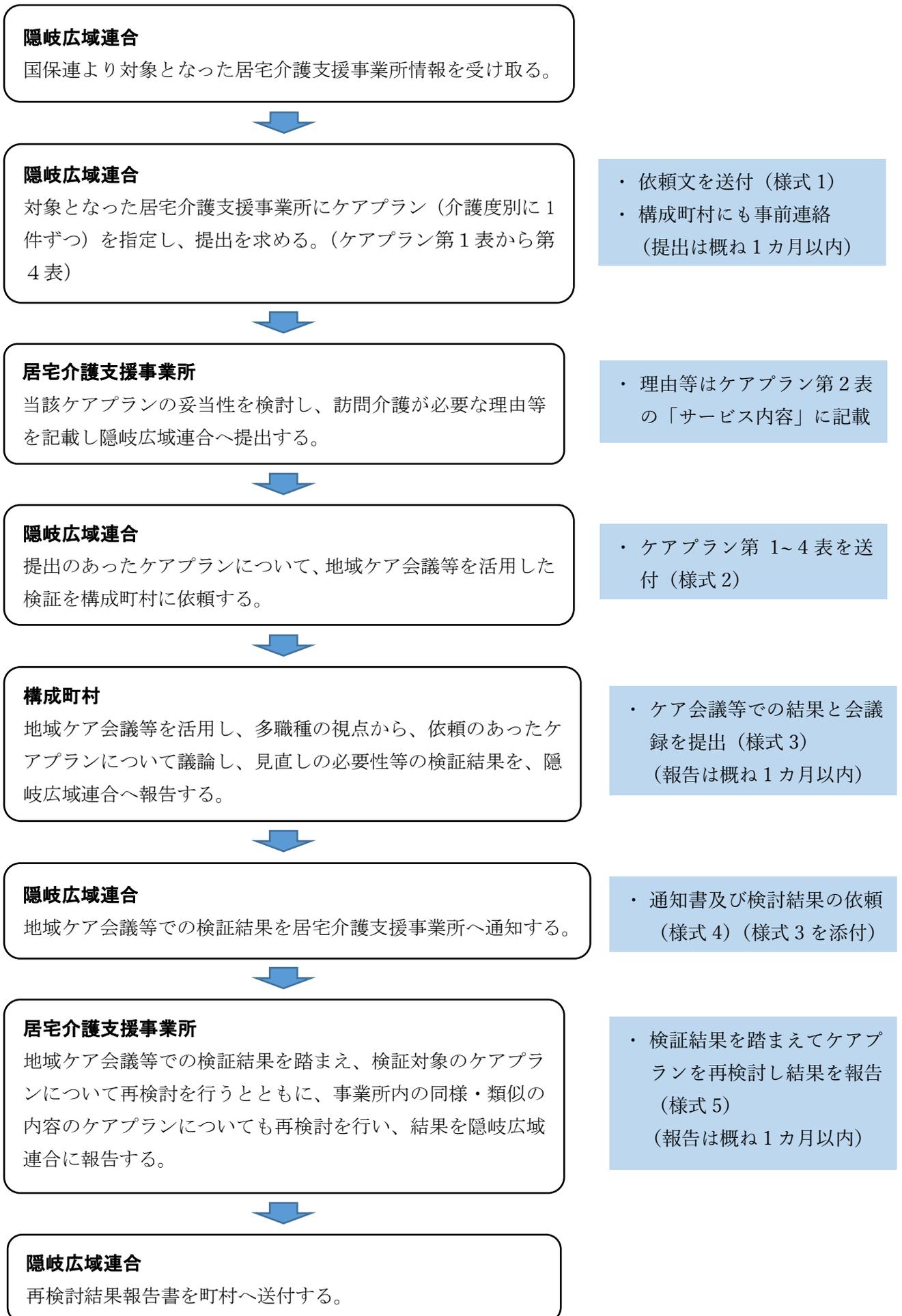
4. 留意事項

- ・この検証の仕組みは、サービスの利用制限を目的とするものではない。
- ・ケアプランを変更するためには、利用者の同意を得る必要があり、ケアプランの変更を強制することはできないため、本人に十分説明する必要がある。

5. 参考

介護保険最新情報 Vol.1009

6. ケアプラン検証フローチャート



様式 1

年 月 日

居宅介護支援事業所 管理者 様

隠岐広域連合介護保険課長

ケアプランの提供について(依頼)

厚生労働大臣が定める基準(令和3年厚生労働省告示第336号)に規定する要件に該当するため、ケアプランの検証を行いますので下記被保険者のケアプランを提出いただきますようお願いいたします。

記

提出締切日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

被保険者番号	被保険者氏名

《提出資料》

ケアプラン第1表・第2表・第3表・第4表

※ ケアプランの利用の妥当性を検討し、訪問介護が必要な理由等をケアプラン第2表「サービス内容」に記載し提出してください。

様式 2

年 月 日

各町村介護保険担当者課長 様

隠岐広域連合介護保険課長

ケアプラン検証の依頼について

厚生労働大臣が定める基準(令和3年厚生労働省告示第336号)に規定する要件に該当する、下記被保険者のケアプランについて検証いただきますようお願いいたします。

記

被保険者番号	被保険者氏名	居宅介護支援事業所名

《添付資料》

ケアプラン第1表・第2表・第3表・第4表

※依頼日より、1ヶ月以内に検証結果の報告をしてください。

様式 3

ケアプラン検証結果報告書

年 月 日

隠岐広域連合介護保険課長 あて

(構成町村介護保険担当課長)

依頼のあったケアプランについて検証した結果を報告します。

1. ケアプラン検証対象者

被保険者番号	被保険者氏名	検証結果
		<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 見直し推奨
		<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 見直し推奨
		<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 見直し推奨
		<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 見直し推奨
		<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 見直し推奨

2. 検証内容

被保険者番号	適正又は見直しと判断した理由

《添付資料》

検証した会議の議事録(任意様式)

担当者名 _____

様式 4

ケアプラン検証結果通知書

年 月 日

居宅介護支援事業所 管理者 様

隠岐広域連合介護保険課長

提出いただいたケアプランについて構成町村のケア会議等で検証した結果、別紙「ケアプラン検証結果報告書」(様式3)のとおりとなりましたので、通知いたします。

検証結果を踏まえ、ケアプランを再検討いただき、「ケアプラン再検討結果報告書」(様式5)により隠岐広域連合まで報告ください。

また、事業所内において同様・類似の内容で作成しているケアプランの内容についても再検討を行ってください。

なお、同様・類似のケアプランについては、現時点での報告は必要ありませんが、場合によっては検討結果の報告を求める場合があります。

記

報告締切日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- ※ この検討の仕組みは、サービスの利用制限を目的とするものではありません。
- ※ ケアプランを変更するためには、利用者の同意が必要であり、ケアプランの変更を強制することはできないため、本人に十分説明する必要があります。

様式5

ケアプラン再検討結果報告書

年 月 日

隠岐広域連合介護保険課長あて

事業所名 _____

1. ケアプラン検討対象者

被保険者番号	被保険者氏名	検討結果	検討実施日
		<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 見直し	
		<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 見直し	
		<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 見直し	
		<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 見直し	
		<input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 見直し	

《添付資料》

検討時の記録(任意様式)