

	指摘内容	コメント
①	課題分析(アセスメント)について アセスメントを行った日にサービス担当者会議、ケアプラン説明、同意を得ていた	ケアマネジメントプロセスは居宅において行ったアセスメントを基にケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議においてケアプラン原案について利用者・家族からの意見や事業者から専門的な見地から意見を求め、訂正がなければ、本プランとし利用者・家族に対する説明、同意を得、サービス開始となります。一連のケアマネジメントプロセスを確認してください。
②	居宅サービス計画書について 暫定プランを本プランにするため、再度本プランを作成していた	ケアマネが必要と判断した場合は再度プランを作成しますが、心身状態に変更がなく、サービスに変更がなければ追記、見え消して暫定プランを本プランとすることも可能です。
③	何年も前に退院しているにも関わらず第1表が「退院して間がないため」と「居宅サービス計画作成日」等のみの変更で、何年も同文書の記載がされておりで現時点での課題と整合性が取れていない	ケアプランは新規、更新、区分変更の際にケアマネジメントプロセスを行い、その時点での利用者・家族の心身状態等を適切に把握し、ケアプランに記載してください。
④	サービス担当者会議について サービス担当者会議の開催場所を事業所内と記載していた	サービス担当者会議の開催場所について規定はありませんが、利用者・家族の参加を考え、適切な場所で実施してください。また、テレビ電話装置等を活用することもできます。
⑤	サービス担当者会議を利用者・家族とのみ行っていた	サービス担当者会議は利用者や家族の参加が基本ですが必須ではありません。余裕をもって事業者との会議の日程調整を行ってください。
⑥	居宅介護支援経過について 居宅介護支援経過への記載がほとんど月に一回「居宅にモニタリング訪問」と記載しているだけだった	居宅介護支援経過は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す。毎月モニタリングに訪問したとの記載だけでは適切なケアマネジメントを行っているとは言えず、必要に応じた利用者・家族の意向や状態確認、事業者との情報等を適切に記載してください。
⑦	モニタリングについて モニタリングで訪問したが、留守だったので、メモを入れて帰っていた	モニタリングは月に1回以上利用者宅を訪問し、利用者・家族から的心身状態、サービスの利用状況等を確認し、サービスの継続、変更、中止を決定します。 事前に電話等で在宅時間を確認してから訪問してください。メモだけ残し、同月にモニタリング訪問していない場合は減算対象となります。
⑧	急な入院によりモニタリングができない月は「特段の事情」に該当するが記録をしていなかった	「特段の事情」は利用者の事情により、利用者の居宅において利用者に面接できない場合を主として指し、「特段の事情」の具体的な内容を記録しておく必要があります。 「指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針」⑮モニタリングの実施(第十四号)
⑨	その他 ショート先で居宅療養管理指導を利用していた	短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている間については、居宅療養管理指導費は算定できません。 「指定居宅サービスの介護報酬の通則(2)サービス種類相互の算定関係について」
⑩	ケアプランに関する書類を自宅に持ち帰っていたため運営指導において確認できなかった	整理するためとはいえ、個人情報に関する書類を事業所以外の自宅に持ち帰ることはできません。書類は必ず鍵がかかる書庫で管理してください。運営指導において必要書類が提出されない場合「業務が適正に行われていない」と判断される場合があります。