



# 暫定ケアプランについて

— 令和4年度改定 —

久留米市健康福祉部  
介護保険課  
育成・支援チーム

# 暫定ケアプランの作成が必要なのはどんな時？

**暫定ケアプラン**とは、要介護・要支援認定申請者が、認定結果が確定する前にサービスの利用を希望しているときに、ケアマネジャーが暫定で作成するケアプランのことです。

具体的に、暫定ケアプランの作成が必要となるのは下記の場合です。

新規申請	認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合
区分変更申請	
更新申請	更新申請前の有効期間中に、認定結果が確定しない場合



事業対象者が認定申請をした場合

上記表の、**新規申請に該当**し、暫定ケアプランの作成が必要です。

# 暫定でサービスを利用する場合の手順

認定申請時からサービスを利用する場合、下記の手順を経ることとなります。

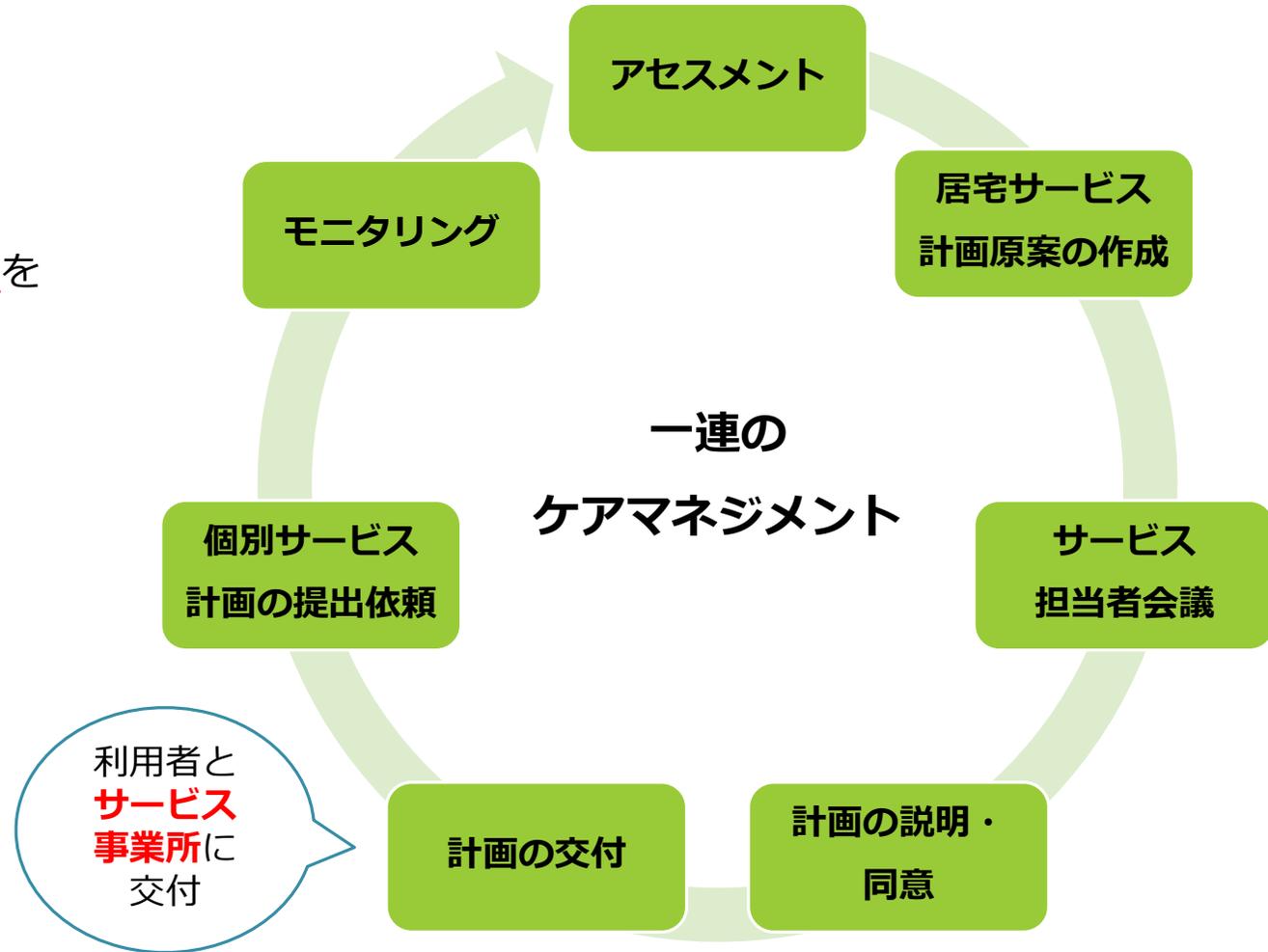


暫定ケアプランを作成する前に注意すること

- ・ **認定結果が出る前にサービスを利用する必要があるのか**、検討しましょう。
- ・ 認定結果が非該当となったり、想定していた介護度と異なった場合は、**全額自己負担の可能性や、自己負担額が増える可能性があることを、利用者や家族にあらかじめ十分に説明**を行うことが大切です。
- ・ 要介護、要支援認定のどちらになっても保険給付がなされるように配慮してください。  
(介護、予防両方の指定を受けたサービス事業所を利用するなど)

# 暫定ケアプラン作成の流れ

通常のケアプラン作成と同様に、  
ケアマネジメントの一連のプロセスを  
実施してください。



# 暫定ケアプランの記載例

**暫定**

## 居宅サービス計画書(1)

暫定でサービスを利用開始する前までに作成

作成年月日 **令和4年6月1日**

初回・紹介・継続

認定済 **申請中**

利用者名 \_\_\_\_\_ 年 月 日 住所 \_\_\_\_\_

居宅サービス計画作成 \_\_\_\_\_

暫定ケアプランと分かるように記載する

申請中に○

居宅介護支援事業所・事業者名及び所在地 \_\_\_\_\_

居宅サービス計画作成(変更)日 **令和4年6月1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 **空欄でよい** ・ 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 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

見込みの介護度を入れる

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( \_\_\_\_\_

暫定のサービスを利用開始するまでに暫定ケアプランの内容に同意を得る

※居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し、計画の交付を受けました。 \_\_\_\_\_ 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 代筆者氏名 (続柄 \_\_\_\_\_)

# 暫定ケアプランの記載例

〆〆〆

## 居宅サービス計画書（２）

No.1

作成年月日

令和4年6月1日

利用者名

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
病気の再発を防ぎたい	血圧のコントロールができる	R4.6.1～ R4.11.30	定期的に通院する	R4.6.1～ R4.8.31	診察 受診介助（付添）		かかりつけ医 家族	Aリハビリテーション病院 二女	月2回 月2回	R4.6.1～ R4.8.31
			再発予防に対する健康管理ができる	R4.6.1～ R4.8.31	体調管理・食事指導・服薬管理 緊急時の訪問 内服の確認	○	訪問看護 家族	B訪問看護ステーション 夫	週1回 毎日	R4.6.1～ R4.8.31
屋内は、一人で杖歩行での移動ができるようになりたい	一人で移動できるようになる	R4.6.1～ R4.11.30	移動しやすい環境を作る	R4.6.1～ R4.8.31	ベッド・車いすレンタル	○	福祉用具貸与	介護用品店	毎日	R4.6.1～ R4.8.31
			立ち上がり・歩行ができるようになる	R4.6.1～ R4.8.31	立ち上がり・歩行動作訓練 家族への指導	○	訪問看護	B訪問看護ステーション	週1回	R4.6.1～ R4.8.31
			安全に立ち上がり・歩行をする	R4.6.1～ R4.8.31	移動時の介助 家族への指導	○	通所リハビリ	A通所リハビリテーション	週2回	
家族に迷惑をかけずにトイレで排泄したい	一人で排泄ができるようになる	R4.6.1～ R4.11.30	排泄のための動作ができるようになる	R4.6.1～ R4.8.31	排泄動作訓練	○	訪問看護	B訪問看護ステーション	週1回	R4.6.1～ R4.8.31
					○	通所リハビリ	A通所リハビリテーション	週2回		

# 本ケアプランへの移行（認定結果の確定後の流れ）

## (A) 認定確定後、ケアプランの変更がない場合

暫定ケアプラン作成時に一連の業務を行っていることから、本ケアプランにおいても同様の内容が見込まれる場合は、**ケアマネジメントの一連の業務について、省略しても差し支えありません**（介護保険最新情報 vol.959「5 暫定ケアプランについて」参照）。ただし、その旨を支援経過記録等に記録してください。

認定確定後に、以下の方法を用いて本ケアプランへ移行します。

### ① 暫定ケアプランをそのまま本ケアプランとして活用する

- ・ 暫定を二重線で消す、「認定済」に○を付ける、認定の有効期間や本ケアプランへの移行日を追記するなど、暫定ケアプランが本ケアプランに移行したことが分かるように作成する。
- ・ 本ケアプランへの移行について、利用者へ説明し同意を得てその旨を記録する。

どちらのパターンでも、**暫定ケアプランと本ケアプランの両方を事業所に交付**しましょう。

### ② 暫定ケアプランとは別に本ケアプランを作成する

- ・ 認定の有効期間などを記載した本ケアプランを別途作成する。
- ・ 別途作成した本ケアプランについて、利用者へ説明し同意を得てその旨を記録する。

# 本ケアプラン移行①の記載例

作成日を記載する

本ケアプラン作成年月日 令和4年7月2日

~~暫定~~

## 居宅サービス計画書(1)

作成年月日 令和4年 6月 1日  
初回・紹介・継続  認定済  申請中

利用者名 \_\_\_\_\_ 二重線で消す 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 住所 \_\_\_\_\_

居宅サービス計画作 \_\_\_\_\_

認定済に○

居宅介護支援事業所・事業者名及び所在地 7 2

居宅サービス計画作成(変更)日 令和4年 6月 1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 令和4年 6月 1日 ~ 5年 5月 31日

有効期間を追記する

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 \_\_\_\_\_  
決定後の介護度を入れる

※追記した部分分かるようにしておく  
(追記部分は手書き、赤字など)

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 \_\_\_\_\_ )

※居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し、計画の交付を受けました。 \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_ )

本ケアプランへの移行について説明し同意を得たことを記載する  
(支援経過記録等への記載でも可)

令和4年7月2日、本ケアプランへの移行について利用者へ説明し、同意を得る

# 本ケアプラン移行①の記載例

第2表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 令和4年~~5月~~11日  
No.1  
7 2

利用者名

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
病気の再発を防ぎたい	血圧のコントロールができる	R4.6.1～ R4.11.30	定期的に通院する	R4.6.1～ R4.8.31	診察 受診介助（付添）		かかりつけ医 家族	Aリハビリテーション病院 二女	月2回 月2回	R4.6.1～ R4.8.31
			再発予防に対する健康管理ができる	R4.6.1～ R4.8.31	体調管理・食事指導・服薬管理 緊急時の訪問 内服の確認	○	訪問看護 家族	B訪問看護ステーション 夫	週1回 毎日	R4.6.1～ R4.8.31
屋内は、一人で杖歩行での移動ができるようになりたい	一人で移動できるようになる	R4.6.1～ R4.11.30	移動しやすい環境を作る	R4.6.1～ R4.8.31	ベッド・車いすレンタル	○	福祉用具貸与	介護用品店	毎日	R4.6.1～ R4.8.31
			立ち上がり・歩行ができるようになる	R4.6.1～ R4.8.31	立ち上がり・歩行動作訓練 家族への指導	○	訪問看護 通所リハビリ	B訪問看護ステーション A通所リハビリテーション	週1回 週2回	R4.6.1～ R4.8.31
			安全に立ち上がり・歩行をする	R4.6.1～ R4.8.31	移動時の介助 家族への指導	○	通所リハビリ 訪問介護	A通所リハビリテーション C福祉ステーション	週2回 週3回	R4.6.1～ R4.8.31
家族に迷惑をかけずにトイレで排泄したい	一人で排泄ができるようになる	R4.6.1～ R4.11.30	排泄のための動作ができるようになる	R4.6.1～ R4.8.31	排泄動作訓練	○	訪問看護 通所リハビリ	B訪問看護ステーション A通所リハビリテーション	週1回 週2回	R4.6.1～ R4.8.31

# 本ケアプラン移行②の記載例

本ケアプランの作成日  
を記載する

第1表

居宅サービス計画書 (1)

作成年月日 令和4年7月2日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 住所 \_\_\_\_\_

居宅サービス計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

認定済に○

居宅介護支援事業所・事業者名及び所在地 \_\_\_\_\_

居宅サービス計画作成(変更)日 令和4年7月2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 令和4年6月1日～5年5月31日

有効期間を記載する

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  
決定後の介護度を入れる

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 \_\_\_\_\_ )

別途作成した本ケアプランへの移行について説明し同意を得たことを記載する  
(暫定ケアプランから変更がない場合のみ)

※居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し、計画の交付を受けました。  
代筆者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )

令和4年7月2日、本ケアプランへの移行について利用者へ説明し、同意を得る

# 本ケアプラン移行②の記載例

店名サービス計画書

作成日は実際に作成した日付を記入する

作成年月日 **令和4年7月2日** No.1

利用者名 \_\_\_\_\_

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
病気の再発を防ぎたい	血圧のコントロールができる	R4.6.1～ R4.11.30	定期的に通院する	R4.6.1～ R4.8.31	診察 受診介助（付添）		かかりつけ医 家族	Aリハビリテーション病院 二女	月2回 月2回	R4.6.1～ R4.8.31
			再発予防に対する健康管理ができる	R4.6.1～ R4.8.31	体調管理・食事指導・服薬管理 緊急時の訪問 内服の確認	○	訪問看護 家族	B訪問看護ステーション 夫	週1回 毎日	R4.6.1～ R4.8.31
屋内は、一人で杖歩行での移動ができるようになりたい	一人で移動できるようになる	R4.6.1～ R4.11.30	移動しやすい環境を作る	R4.6.1～ R4.8.31	ベッド・車いすレンタル	○	福祉用具貸与	介護用品店	毎日	R4.6.1～ R4.8.31
			立ち上がり・歩行ができるようになる	R4.6.1～ R4.8.31	立ち上がり・歩行動作訓練 家族への指導	○	訪問看護 通所リハビリ	B訪問看護ステーション A通所リハビリテーション	週1回 週2回	R4.6.1～ R4.8.31
			安全に立ち上がり・歩行をする	R4.6.1～ R4.8.31	移動時の介助 家族への指導	○	通所リハビリ 訪問介護	A通所リハビリテーション Cヘルパーステーション	週2回 週3回	R4.6.1～ R4.8.31
家族に迷惑をかけずにトイレで排泄したい	一人で排泄ができるようになる	R4.6.1～ R4.11.30	排泄のための動作ができるようになる	R4.6.1～ R4.8.31	排泄動作訓練	○	訪問看護 通所リハビリ	B訪問看護ステーション A通所リハビリテーション	週1回 週2回	R4.6.1～ R4.8.31

# 本ケアプランへの移行（認定結果の確定後の流れ）

## （B）認定結果後、ケアプランを変更する場合

改めて、一連の業務を行い、ケアプランを作成してください。サービス担当者会議の開催も必要です。



軽微な変更の場合

軽微な変更の取り扱いに準じてください（一連の業務を必ずしも実施しなくてよい）

## （C）要介護見込みで、結果が要支援だった場合

要支援の暫定予防ケアプランを作成しないまま、要介護の暫定ケアプランのみを作成していた場合は、要介護の暫定ケアプランを「自己作成扱い（セルフケアプラン）」とし、利用者に対して給付がなされるようにすることができます。

⇒次ページへ

# 「自己作成扱い」について

暫定ケアプランを作成しサービスを導入したが、認定結果が見込みと異なった場合、暫定ケアプランをケアプランとみなすことができないことがあります。この場合には、被保険者に対して給付がなされないことがないよう、暫定ケアプランを「自己作成扱い」とし、久留米市が給付管理を行うことも可能です。※詳しい内容については、計画・給付チームにご確認ください。

認定結果の見込み	暫定ケアプラン作成事業者	認定結果	認定結果後の取り扱い
要支援	地域包括支援センター	要介護 (見込み違い)	地域包括支援センターが「自己作成扱い依頼届出書」提出
		要支援	地域包括支援センターが給付管理
要介護	居宅介護支援事業者	要介護	居宅介護支援事業者が給付管理
		要支援 (見込み違い)	居宅介護支援事業者が「自己作成扱い依頼届出書」提出
要介護・要支援の想定が困難な場合	地域包括支援センターと居宅介護支援事業者が適宜協議し、暫定予防ケアプランと暫定ケアプランの両方を作成することが望ましい。	要介護又は要支援	①要支援の場合 地域包括支援センターが給付管理 ②要介護の場合 居宅介護支援事業者が給付管理

※ケア豆事典V o l . 3 150ページ参照

## 介護制度改革information vol.80 平成18年4月改定関係Q&amp;A (vol.2) (平成18年3月27日付)

## 【問52】

要介護・要支援認定の新規申請、区分変更申請など認定申請後に要介護度（要支援度）が確定するまでの間のいわゆる暫定ケアプランについては、どこが作成し、また、その際には、介護給付と予防給付のどちらを位置づければよいのか。

## 【回答】

いわゆる暫定ケアプランについては、基本的にはこれまでと同様とすることが考えられる。したがって、要介護認定又は要支援認定を申請した認定前の被保険者は、市町村に届出の上で、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者が暫定ケアプランを作成してもらい、又は自ら作成し、当該暫定ケアプランに基づきサービスを利用することが考えられる。

その際、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）は、依頼のあった被保険者が明らかに要支援者（要介護者）であると思われたときには、介護予防支援事業者（居宅介護支援事業者）に作成を依頼するよう当該被保険者に介護予防支援事業者を推薦することが考えられる。

また、仮に居宅介護支援事業者において暫定ケアプランを作成した被保険者が、認定の結果、要支援者となった場合については、当該事業所の作成した暫定ケアプランについては、当該被保険者が自ら作成したものとみなし、当該被保険者に対して給付がなされないことがないようにすることが望ましい。

なお、いずれの暫定ケアプランにおいても、仮に認定の結果が異なった場合でも利用者に給付がなされるよう介護予防サービス事業者及び居宅サービス事業所の両方の指定を受けている事業者をケアプラン上は位置付けることが考えられる。