

ケアプラン点検実施報告

- ・令和5年度 知多北部広域連合

ケアプラン点検の目的

ケアプラン点検は、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なプランとなっているかを介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍性を図り健全なる給付の実施を支援するためにおこなうものです。

「ケアプラン点検支援マニュアルより」

ケアプラン点検の実施方法

- 過誤の可能性が高い給付、サービス提供の適切さを確認する必要がある給付等について、書面点検を実施。
- 運営指導時に、対面点検を実施。

照会内容

照会件数205件（44事業所）

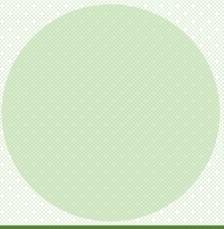
- ・主治医意見書の認知症自立度がⅡ以下の状態の方に、小規模多機能型居宅介護の認知症加算Ⅰが給付
 - ・給付管理票の区分支給限度額管理対象の居宅サービスの提供はなく、介護予防支援が給付
 - ・短期入所中の方への他の在宅サービスの利用
 - ・寝返りや歩行等ができない重度の寝たきり状態の方への福祉用具貸与
 - ・軽度要介護者（要支援1～要介護1）への福祉用具貸与
 - ・買物や簡単な調理もできる状態の方への訪問介護の生活援助の利用
 - ・短期入所が認定有効期間内利用率50%以上の利用
 - ・介護予防通所介護相当サービス又はサービスA、もしくは介護予防訪問介護相当サービス又はサービスAを週2回以上利用している事業対象者

照会結果

過誤 4件

事前協議漏れ 3件

- 既に入院または入所しており、当該月にサービス利用なかったが誤って居宅介護支援を算定していた。
- ケアマネからの情報を元に認知症加算を算定し、主治医意見書の確認を誤り、加算を算定していた。
- 軽度者に係る福祉用具貸与の算定可否確認申請書の提出を忘れていた。
- 短期入所サービスを利用する日数が認定期間のおおむね半数を超える利用に係る事前協議を忘れていた。



ここからは、今年度のケアプラン点検で気付いた点や作成時に注意して頂きたい点をまとめましたのでご参考にしてください。

点検結果

第1表 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

- 利用者や家族の意向のみが記載されており、課題分析の結果が記載されていないことがあります。



記載要領

第1表 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意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。

その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。なお、利用者及びその家族の生活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。

★ “意向を踏まえた” という前提のため、その根拠として、利用者及び家族（続柄の記載があると望ましい）の意向は意向として記載し、その意向を踏まえて、専門職である介護支援専門員が、アセスメントの観点から、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身体的、社会的、経済的等の視点から、総合的に勘案した結果を記載してください。

点検結果

第2表 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

- 利用者の課題（ニーズ）ではなく、意向のみを記載していることや、誰にでも当てはまる内容や希望するサービスが記載されていることがあります。

「自宅での生活を継続したい」

「デイサービスに行きたい」

「健康に気を付けて暮らしたい」

「自分でできることは自分でしたい」



地域のくらしを支えあう介護保険

知多北部広域連合

記載要領

第2表 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるのかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。具体的には、利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の中で、解決していかなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、

- 利用者自身の力で取り組めること
- 家族や地域の協力でできること
- ケアチームが支援すること

で、できるようになることなどを整理し、具体的な方法や手段をわかりやすく記載する。

利用者の取り組むべき課題は明確か？

- 「自宅での生活を継続したい」
- 「健康に気を付けて暮らしたい」
- 「デイサービスに行きたい」

誰もが同じことが言える

本当にニーズなのか？

サービス利用が目指す姿？

本人はどんな状態を望んでいるの？



地域のくらしを支えあう介護保険

知多北部広域連合

ニーズとその背景を短絡的に考えてしまうと

「デイサービスに行きたい」

本人の真意と離れ、本人の尊厳
や自立を阻害していない？

見落としてしまう…

「本人の発言」
「できないこと」等
顕在した困りごと

・背景要因の考察
健康状態、活動、参加、
個人因子、環境因子等

サービス

健在する問題・潜在する問題

★利用者「〇〇したい」という発言に含まれる真のニーズ（利用者の課題）を探り、利用者のもつ個別ニーズを明らかにし、問題点を明確にしたものが「生活全般の解決すべき課題」です。

★利用者が自分自身の目指す姿へ意欲を高め、それらを引き出せた結果として、「〇〇したい」「〇〇になりたい」という表記になります。

★利用者が「〇〇したい」、「〇〇になりたい」だけでは、自立を阻害している要因（ニーズ）がわからない為、ニーズに対し、具体的な方法や手段、阻害因子が解決された後の状態像をわかりやすく記載してください。

例：「今は〇〇だが、〇〇することで〇〇をできるようになりたい」

「今は5Mしか歩けないが、歩行練習等を行うことで、近所の公園を散歩したい。」

点検結果

第2表 長期目標・短期目標

- 長期目標、短期目標が、誰にでも当てはまるような内容であったり、曖昧な表現や抽象的な表現が使われているものがあります。
- 長期目標と短期目標が、同じ内容になっていることがあります。
- 一つの目標のなかに複数の目標が同時に表記されているものがあります。
- 支援者の目標が記載されているものがあります。
- 長期目標、短期目標が、ずっと変わらないものがあります。



点検結果

第2表 長期目標・短期目標

- 誰にでもあてはまる内容、曖昧な表現

⇒「安心して生活できる」

具体的にはどうい
う状態？

「無理のない範囲で自分のできることを行う」

- 一つの目標のなかに複数の目標が同時に表記されている

⇒「下肢筋力の維持・向上」 維持したい？向上したい？どう評価する？

「立位が保てる時間が長くなり、調理や買い物ができる」

- 本人の目標でなく、支援者の目標

⇒「介護負担が軽減できる」

運動機能を向上したい？
IADLに取り組みたい？

本人が主体的に
取り組む目標？



地域のくらしを支えあう介護保険

知多北部広域連合

記載要領

第2表 長期目標・短期目標

「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。

ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合やいくつかの課題が解決されて初めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。

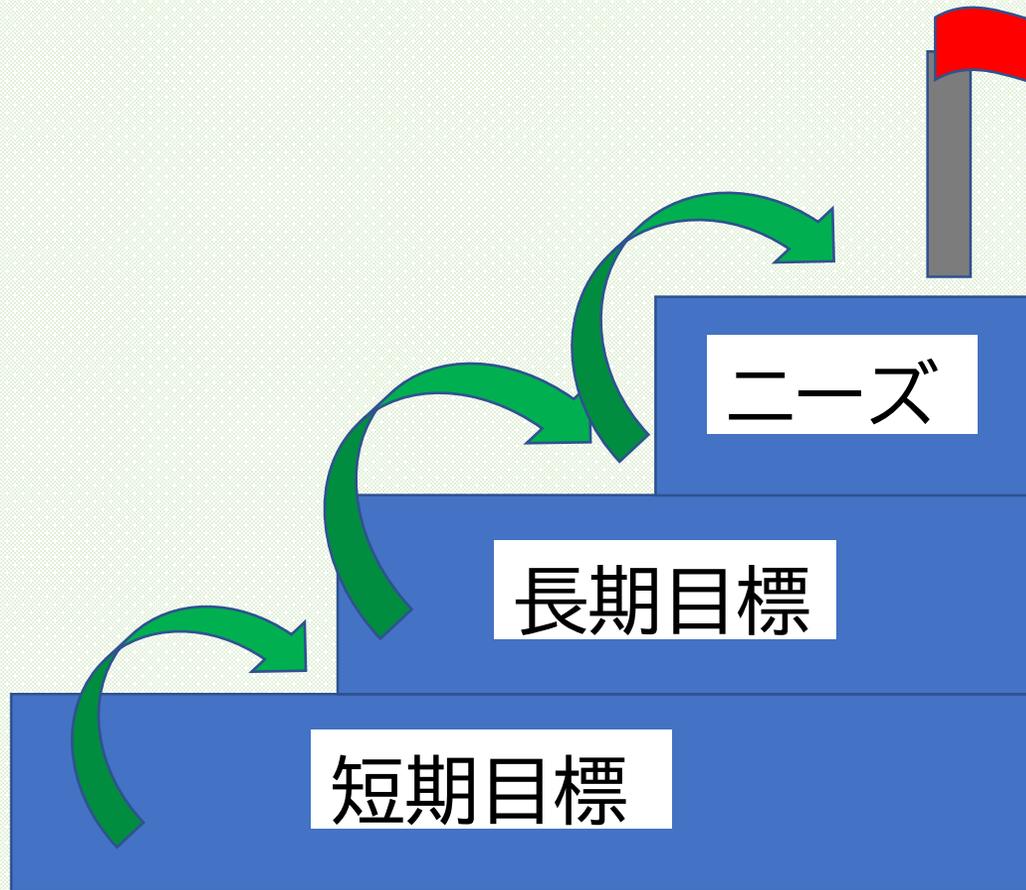
「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものである。

(中略)

抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやすい具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

★目標は、抽象的な言葉ではなく具体的に内容を記載し、かつ、その期間で実現が可能と見込まれるものでなければなりません。利用者にとって安心、安全、無理のないとはどういう状況なのか？下肢筋力の向上が目標なのか？維持が目標なのか？等、できるだけ具体的に記載してください。





浴槽を1人でまたぐことが難しいが自宅の浴槽で入浴したい

見守りを受けて1人で入浴できる

正しい入浴動作ができる

目標を立てる時には“ぐたいてき”を意識して

ぐ 具体的な目標(本人も支援者も同じゴールを目指せるか?)

た 達成可能(期間内に達成できるか?)

い 意欲的(利用者本人が取り組みたいと思えるか?)

て 定量的(誰もが同じ視点で評価できるか?)

き 期限付き(状況把握と目標の見直しのために)



点検結果

第2表 サービス内容

- サービス内容が簡潔すぎるため、支援内容がわからないことがあります。（例：「機能訓練」、「自分で出来る範囲は自分で行う」）
- 本人のしていること（セルフケア）を把握しているにもかかわらず、その記載が無いことがあります。
- 家族等のインフォーマルサポートがある際に、家族の誰が担うかが記載されていないことがあります。



「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。

この際、家族等による援助や必要に応じて保険給付対象外サービスも明記し、また、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。

*「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」の一部改正等について(介護保険最新情報Vol.958)
令和3年3月31日

★機能訓練を位置付ける際は、どこの身体部位のどのようなサービスかなど、適切・簡潔に記載してください。

例：「両下肢の筋力トレーニング」

★訪問介護等の場合には、本人が行う内容と、支援者が行う内容の違いがわかるように記載してください。

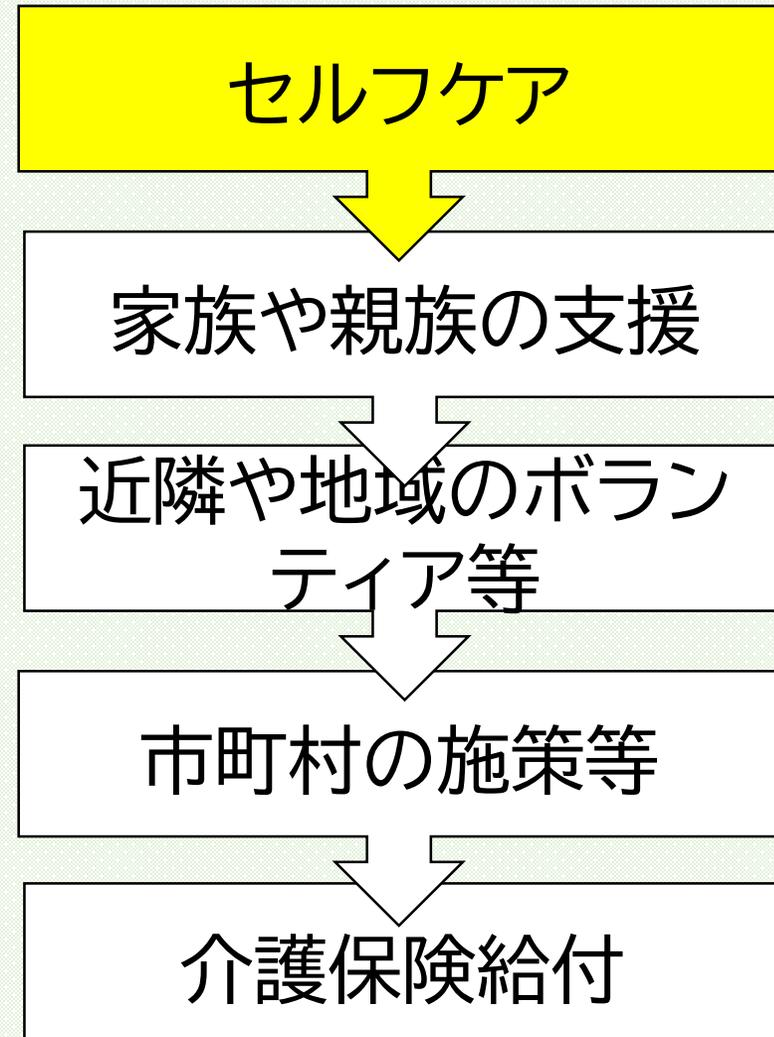
例：「（ヘルパー）洗たく干し」「（本人）洗濯機を回す」

- ★ 本人が「していること、できていること」はセルフケアとして位置づけます。
- ★ セルフケアを位置付ける際は、本人自身が日常生活の中で意識的に行っていることだけでなく、本人が意識せず行っていることにも目を向け、その行為がニーズに対しその解決を担ううえで有効なことと考えるのならば、それをきちんと本人と共有し、記載してください。
- ★ 家族が役割を担っている場合は、家族の誰が行うのかということとを記載してください。

支援の入り口はセルフケアから

居宅介護支援運営基準第13条第4号

介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成にあたっては、利用者の日常生活を支援する観点から、**介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて**居宅サービス計画上に位置付けるように努めなければならない。



えあう介護保険

点検結果

第2表 頻度・期間

- 通所、訪問サービス利用や定期受診などにおいて、頻度が随時、適宜となっており、適切に記載されていないものがあります。
- 援助内容の期間が短期目標期間を超えていることがあります。
- ケアプランへの同意日がサービス開始後になっていたものがあります。

「頻度」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するかを記載する。

「期間」は、「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する。

なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

*「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」の一部改正等について(介護保険最新情報Vol.958)
令和3年3月31日

記載について

第2表 頻度・期間

- ★頻度は可能な範囲で、週単位（月単位）の回数や曜日、想定される状況を記載してください。
（例：「週1回・火」、「外出時」）
- ★介護予防支援のプランにも期間と共に頻度を記載してください。
- ★援助内容の期間は、「短期目標」の達成に必要なサービスの内容を記載するため、短期目標の期間を超えることは無いと考
えます。
- ★ケアプランの同意日以降が、援助内容の期間の開始日となるよ
うに留意してください。

点検結果

福祉用具貸与又は特定福祉用具販売

- 福祉用具貸与が必要な理由が居宅サービス計画に記載されていないものがあります。
例：「特殊寝台（貸与品目のみ）」、「福祉用具貸与（サービス名のみ）」
- 福祉用具の使用品目が記載されていないものがあります。



記載要領

福祉用具貸与又は特定福祉用具販売

福祉用具貸与又は特定福祉用具販売をケアプランに位置付ける場合においては、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する。なお、理由については、別の用紙（別葉）に記載しても差し支えない。

*「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」の一部改正等について(介護保険最新情報Vol.958)
令和3年3月31日

記載について

福祉用具貸与又は特定福祉用具販売

★ケアプランに福祉用具貸与・特定福祉用具販売を位置付ける場合には、その利用の妥当性を検討し、必要な理由と使用品目を記載してください。

第3表 週間サービス計画表

第3表		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									
	2:00									
	4:00									
早朝	6:00									
	8:00									
午前	10:00									
	12:00									
午後	14:00									
	16:00									
夜間	18:00									
	20:00									
深夜	22:00									
	24:00									
週単位以外のサービス									

- 白紙のものや、「主な日常生活上の活動」の記載が無いものがみられます。

記載要領

第3表 週間サービス計画表

第2表「居宅サービス計画書(2)」の「援助内容」で記載したサービスを保険給付内外を問わず、記載する。なお、その際、「援助内容」の頻度と合っているか留意する。

①「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する。例えば、食事については、朝食・昼食・夕食を記載し、その他の例として、入浴、清拭、洗面、口腔清掃、整容、更衣、水分補給、体位変換、家族の来訪や支援など、家族の支援や利用者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する。(中略)

②「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状況や通院状況、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」などを記載する。

*「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」の一部改正等について(介護保険最新情報Vol.958 令和3年3月31日)



地域のくらしを支えあう介護保険

知多北部広域連合

★本人の1週間と24時間の生活を可視化し、本人、家族、支援者が確認出来るよう記載してください。

★介護保険サービス、家族支援、インフォーマルサービス、セルフケア等のバランスを確認する、支援を提供するタイミングを考慮する、本人が自身の生活を管理する等に活用するため、忘れずに記載してください。

点検結果

軽度者における福祉用具貸与について

➤ 医師の意見を聴取していないものがありました。

★軽度者への福祉用具貸与の際には、「厚生労働大臣が定める状態に該当する基本調査の結果」に該当するか、「医師の医学的な所見」に基づき厚生労働大臣が定める状態に該当するか否かが判断され、サービス担当者会議等を通じて、貸与の必要性を判断することが必要です。

詳しくは、本資料のP69～「軽度者に係る福祉用具貸与費の算定可否の申請について」をご確認ください。

知多北部広域連合ケアマネジメントに関する基本方針

知多北部広域連合ケアマネジメントに関する基本方針

令和5年(2023年)6月
知多北部広域連合事業課

知多北部広域連合では、介護保険法の理念に基づき、ケアマネジメントは高齢者の自立支援、重度化防止及び生活の質(QOL)の向上に資するものとし、高齢者自身がこの旨を理解し、自らの意思でサービスを選択し、行動することを目指し、ケアマネジメントの基本方針を以下のとおり示します。

介護支援専門員及び地域包括支援センター職員の皆様におかれましては、この基本方針をご理解頂き、ケアマネジメントの質の向上及び適切な介護保険制度の運営を図るため、ご協力をお願いいたします。

1. 基本方針

(1)居宅介護支援

- ・利用者が要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。
- ・利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して行われるものでなければならない。
- ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に偏らないよう、公正中立に行わなければならない。
- ・事業の運営にあたっては、市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。

(2)介護予防支援・介護予防ケアマネジメント

- ・利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。
- ・利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、その目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して行われるものでなければならない。
- ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者に不当に偏らないよう、公正中立に行わなければならない。
- ・事業の運営にあたっては、市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、

指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。

- ・総合事業においては、知識や技術の提供とともに、利用者自身の能力が高まるように支援し、要介護状態となることを防ぐよう努めなければならない。また、サービス利用終了後も、利用者のセルフケアが習慣化され、継続できるよう努めなければならない。

2. 基本取扱方針

(1)居宅介護支援

- ・居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。
- ・指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

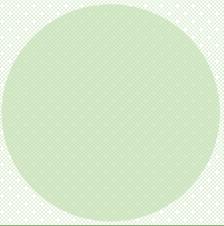
(2)介護予防支援・介護予防ケアマネジメント

- ・介護予防支援は、利用者の介護予防に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。
- ・指定介護予防支援事業者は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス計画を策定しなければならない。
- ・指定介護予防事業者は、自らその提供する介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

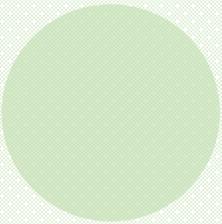


地域の暮らしを支えあう介護保険

知多北部広域連合



来年度もケアプラン点検へご協力をお願いします



ご清聴 ありがとうございます