

10.令和6年度 ケアプラン点検実施報告



地域のくらしを支えあう介護保険

知多北部広域連合

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。

【令和6年度実績】

- ・ 照会件数：51事業所・155件
うち、19事業所・33件には対面点検を実施



地域のくらしを支えあう介護保険

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」



地域のくらしを支えあう介護保険

知多北部広域連合

照会内容

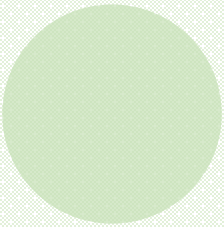
- 主治医意見書の認知症自立度がⅡ以下の状態の方への通所介護の認知症加算の算定
- 給付管理サービス実績がない居宅介護・予防支援費
- 短期入所利用中の他サービスの給付
- 寝返りや歩行等ができない重度の寝たきり状態の方への福祉用具貸与
- 軽度要介護者(要支援1～要介護1)への福祉用具貸与
- 買物や簡単な調理もできる状態の方への訪問介護の給付
- 短期入所が認定有効期間内利用率50%以上の利用
- 福祉用具貸与のみ利用の居宅介護・予防支援

照会結果

過誤 1件

事前協議・申請漏れ 13件

- 加算要件を誤って算定していた。
- 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。

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

第1表	居宅サービス計画書（1）	作成年月日	年 月 日
		初回・紹介・継続	認定済・申請中
利用者名	殿	生年月日	年 月 日 住所
居宅サービス計画作成者氏名			
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地			
居宅サービス計画作成（変更）日	年 月 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・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			
介護認定審査会の 意見及びサービス の種類指定			
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（ ）		

・介護保険

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した。



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、利用者及び家族(続柄の記載があると望ましい)がどのような生活をしたいのか、意向は意向として記載し、その意向を踏まえて、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対象者と共に確認し、記載してください。



第1表 総合的な援助の方針

第1表		居宅サービス計画書（1）		作成年月日		年 月 日	
				初回 ・ 紹介 ・ 継続		認定済 ・ 申請中	
利用者名		殿		生年月日		年 月 日 住所	
居宅サービス計画作成者氏名							
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地							
居宅サービス計画作成（変更）日		年 月 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 ・ 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							
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（ ）						

・ 介護保険

点検結果

総合的な援助の方針

- 誰にでも当てはまる内容になっている。
→「今後も自宅での安心して生活が続けられるように支援していきます。」
- サービス名とサービス内容が列挙されている。
→「訪問看護や訪問リハビリ、福祉用具レンタルを調整し、必要なサービスを活用しながら支援します。」
- 想定される緊急事態や方針が曖昧となっている。
→「状態変化時の対応が早期にできるように体制を整備します。」



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

総合的な援助の方針

課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、利用者及び家族を含むケアチームが確認、検討の上、総合的な援助の方針を記載する。

あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先、また、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応の方法等について記載することが望ましい。例えば、利用者の状態が急変した場合の連携等や、将来の予測やその際が多職種との連携を含む対応方法について記載する。



点検結果

総合的な援助の方針

★支援チームとしての共通の方針を記載します。

「共通の方針」とは、チームとして、全員が理解し、共有し、観察し、配慮し、サポートする内容です。

★あらかじめ緊急事態が想定される場合については、どのような場合を緊急事態と考え、その場合の対応方法や対応機関、連絡先等について支援チームで共有し、記載します。



地域のくらしを支えあう介護保険

知多北部広域連合

第2表 長期目標・短期目標

[illegible]

点検結果

第2表 長期目標・短期目標

【短期目標】

- 曖昧な表現や抽象的な表現が使われている。
 - 「自分でできることは自分で行う。」
 - 「主婦としての役割を続ける。」
 - 「安心して生活できる。」
 - 「機能訓練を行い筋力・体力の維持向上を図る。」
- サービスを利用することが目標となっている。
 - 「医療機関に継続してかかることができる。」
- 支援者の目標が記載されている。
 - 「訪問して様子を伺い必要に応じてサービスを追加する」
- 目標が更新されていない。

この人の場合どういうこと？

維持したい？向上したい？
どう評価する？

これにより、
どうなりたいか？

本人が主体的に取り組む目標か？

段階的な設定がされていない？
状況の応じた目標設定だったのか？

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。



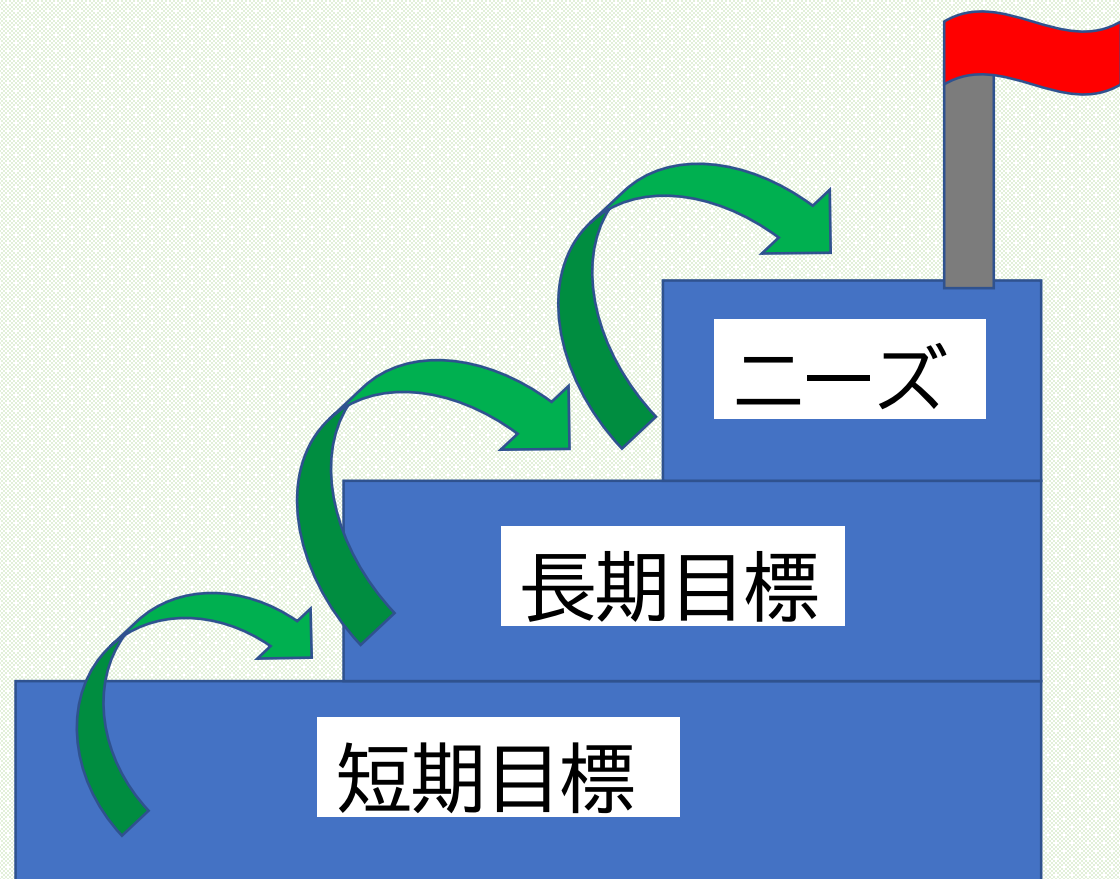
★目標は、抽象的な言葉ではなく具体的に内容を記載し、かつ、その期間で実現が可能と見込まれるものでなければなりません。利用者にとって安心、安全、無理のないとはどういう状況なのか？下肢筋力の向上が目標なのか？維持が目標なのか？等、できるだけ具体的に記載してください。



記載について

第2表 長期目標・短期目標

★解決すべき課題の達成は、段階的に行われるものとして、短期目標は長期目標に段階的に対応していくものと考えます。



「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」



地域のくらしを支えあう介護保険
知多北部広域連合

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)



第2表

サービス内容

[illegible]

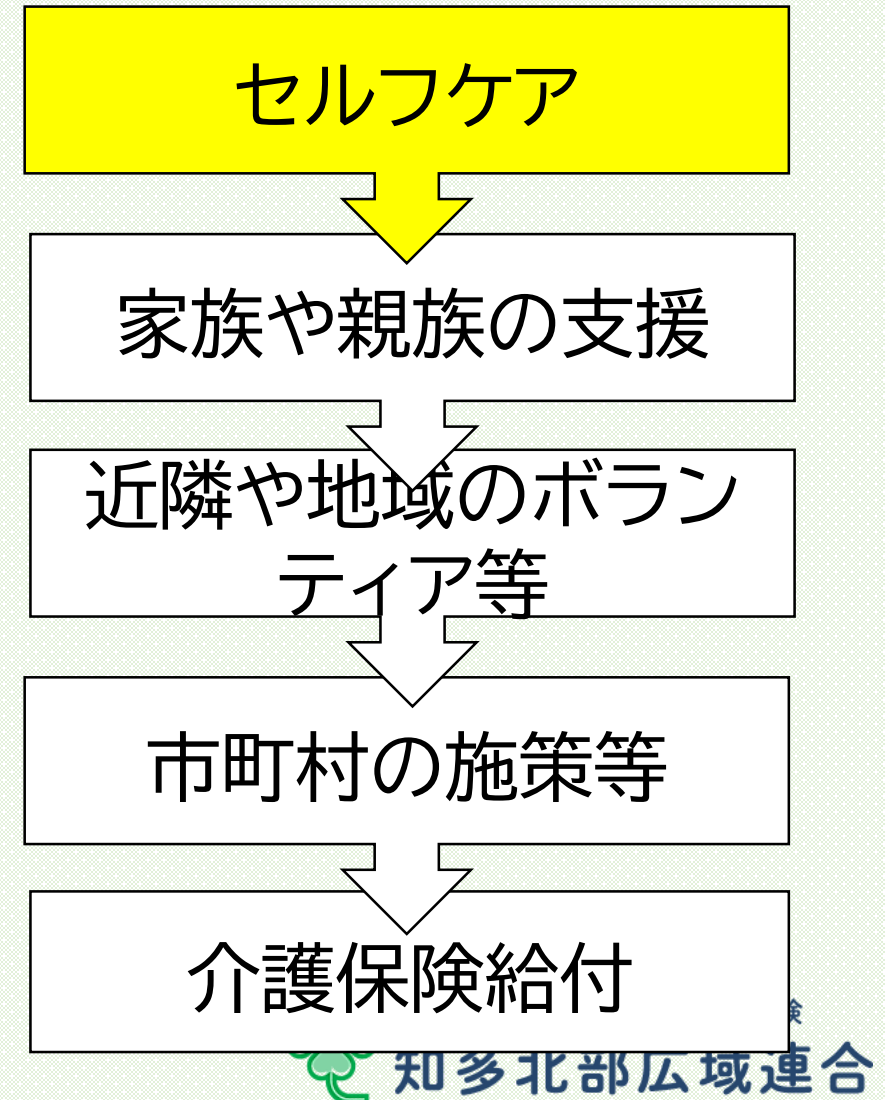
- 本人強みを把握し、セルフケアとして位置づけることができる。
 - 介護保険以外の支援も検討し、プランに位置付けている。
-
- 本人のしていること(セルフケア)を把握しているにもかかわらず、その記載が無いことがあります。



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。



- ★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を記載してください。



- サービス内容が簡潔すぎるため、支援内容や自身で取り組む内容がわかりづらいものになっている。

「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

記載について

第2表 サービス内容

★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：×「本人の状態に応じた機能訓練」

○「(ヘルパー)洗たく干し」「(本人)洗濯機を回す」

★機能訓練を位置付ける際は、どこ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：×「自分で出来る範囲は自分で行う。」

○「両下肢の筋力トレーニング」



地域のくらしを支えあう介護保険

知多北部広域連合

第2

[illegible]

- 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。



「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



★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」



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。
→「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。



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

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



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。



地域のくらしを支えあう介護保険

知多北部広域連合

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								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	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。



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。

★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。



難しい表現や誤字・脱字に注意しましょう

【点検結果】

- 専門的で難しい表現や、誤字がある。
- 印刷の際に、記入欄内の文章が途中で切れている。

★ケアプランは正式な書類です。
交付前には記載誤りはないか再度確認をお願いします。



地域のくらしを支えあう介護保険

知多北部広域連合