

令和5年度 岡山市ケアプラン点検まとめ

<ケアプラン点検とは>

- 介護給付適正化に向けた取り組みのひとつ
- 保険者ごとの要件で実施

<目的>

利用者の自立を支援するという理念のもとに、ケアマネジメントのプロセスを踏まえたケアプランが作成できているか、面談の中で相互に検証・確認をしながら『気づき』を促していきます。

各都道府県介護保険担当課（室）
各保険者介護保険担当課（室）
各介護保険関係団体 御中
← 厚生労働省 老健局振興課

介護保険最新情報

今回の内容

「ケアプラン点検支援マニュアル」

の送付について

計112枚（本紙を除く）

Vol.38

平成20年7月18日

厚生労働省老健局振興課

介護保険最新情報 Vol.37にてお知らせしましたとおり、「ケアプラン点検支援マニュアル」を送付致します。ケアプランの点検に当たっての参考としてご利用下さい。（介護保険最新情報 Vol.37にて一部をお送りしておりますが、今回お送りするものが全体版となりますので、こちらをご利用下さい。）
また、貴関係諸団体に速やかに送信いただきますようお願い致します。

なお、容量が大きいことから、三回に分けて送付致します。

- 「ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法」及び「ケアプラン点検支援マニュアルの指標」
- 「ケアプラン点検支援マニュアル（本論）」のうち「第1表」から「第3表」
- 「ケアプラン点検支援マニュアル（本論）」のうち「分析表」

連絡先 TEL：03-5253-1111

（人材研修係・内線 3936）

FAX：03-3503-7894

◆ ケアプラン点検の流れ



・ケアプランの提出依頼

〈提出書類〉

- ・ アセスメントシート
- ・ 居宅サービス計画書
(1～7表)
- ・ モニタリングシート
- ・ 個別サービス計画書



- ・ 来庁していただき面談
(事例提供者・管理者)
- ・ 今後の課題や改善点を相互
に確認し、個別に助言



- ・ 提出いただいたプランすべてに結果を送付

◆ ケアプラン点検のテーマと実施状況

■ 令和5年度のテーマ「アセスメント」

■ 確認項目

点検項目	評価項目（○：概ねできている △：改善の必要あり）	
アセスメント	①「課題分析標準項目」の2 3項目について実施し、課題の把握と分析が出来ているか？	
居宅サービス計画書	②目標設定は、実現の可能性があり、具体的、且つモニタリングで評価のしやすい内容になっているか？	
	③本人が主体的に取り組む活動や、他制度の利用、インフォーマル支援等が検討できているか？	
	④3表の主な日常生活上の活動欄の記載ができているか？	
サービス担当者会議の要点	⑤当該会議において検討した項目について、それぞれ検討内容が記載できているか？	
支援経過記録	⑥モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載しているか？	
モニタリング	⑦生活状況、健康状態、サービス利用状況の評価などの記録ができているか？	

令和5年度ケアプラン点検対象事業所数

- 居宅介護支援事業所数 **232事業所** (230事業所) () は前年度
- 小規模多機能居宅介護事業所 **71事業所** (73事業所)
- 看護小規模多機能居宅介護事業所 **4事業所** (3事業所)

年間面談実施数 32事業所 ケアプラン提出数 122件

～点検実施事業所の内訳～

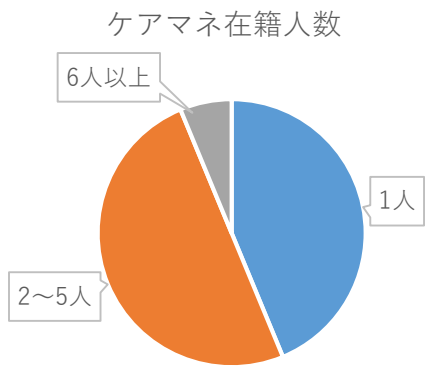
グラフ1 ケアマネ在籍人数

- ・1人・・・**14事業所**
- ・2～5人・・・**16事業所**
- ・6人以上・・・**2事業所**

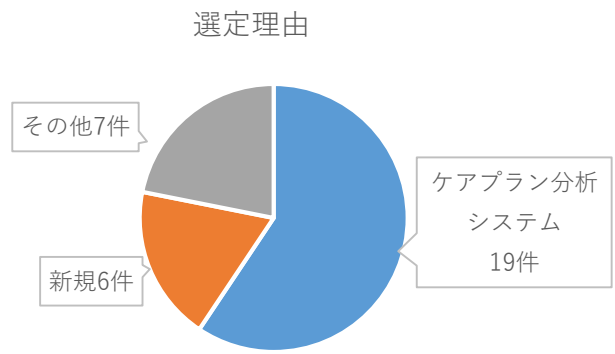
グラフ2 選定理由

- ・新規開設 **6件**
- ・ケアプラン分析システム
(支給限度額や同一法人率が高い等の傾向) **19件**
- ・その他 (5年以上間隔があいている等) **7件**

グラフ1



グラフ2



◆ 主な助言

1 アセスメント

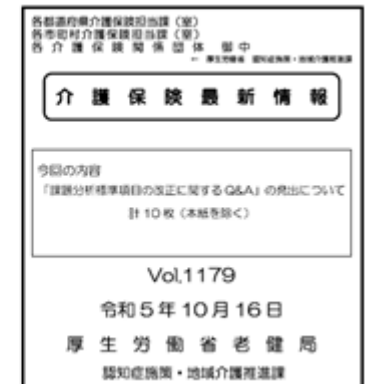
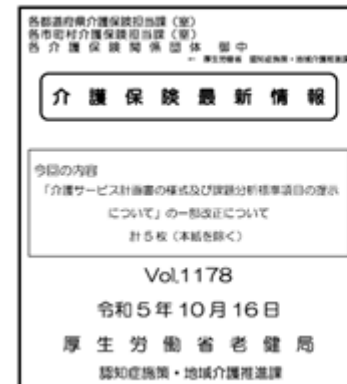
「課題分析標準項目23項目のうち不足していることが多かった項目」

標準項目名	助言内容
課題分析（アセスメント）理由	項目、記載がない（例：初回・退院後 など） ⇒改正後は、今回のアセスメントの実施に至った理由を記載
現在利用しているサービスの状況	記載漏れ ⇒改正後は、支援や社会資源の状況も記載
障害老人の日常生活自立度 認知症である老人の日常生活自立度	判定者、判定日の記載漏れ ⇒改正後は、「日常生活自立度（障害）（認知症）」に介護支援専門員から見た現在の自立度についても記載
特別な状況	現状の課題や今後の課題を記載するとよい ⇒改正後は、生活に何らかの影響を及ぼす事項に関することを記載

「課題分析標準項目の一部改正について」

介護保険最新情報vol.1178「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」の一部改正について 令和5年10月16日

介護保険最新情報vol.1179「課題分析標準項目の改正に関するQ&A」の発出について 令和5年10月16日



「ケアプランに位置づけたサービスについて、アセスメントに根拠がない」

(改善ポイント)

- ・訪問看護の必要性、歩行器や車椅子を複数貸与する理由、通所系サービスを2カ所以上位置づける理由、利用することでどう変化するかを明確にする

「詳細に情報収集できているが、課題が分析できていない」

(改善ポイント)

- ・ケアマネジャー自身が援助のポイントを整理する（アセスメントのまとめ欄等を活用）
- ・疾患の特徴を把握し予後予測をする
- ・本人の意向や家族の介護負担、環境調整などを多角的な視点で援助の方針を明確にし、チームで共有する

2 自立支援の視点と地域資源の活用

「第3表の主な日常生活上の活動欄の記載内容が薄い、もしくは空欄」

「詳細に情報収集できているが、ケアプランが画一的で個別性がない」

(例：アセスメントシートでは常に見守りが必要な認知症の方との情報であるが、ケアプランには認知症の方へのアプローチや課題がない。サービスを利用することが目的になっており、サービス利用時以外の過ごし方がみえてこない。)

「ADL・IADLにおいては本人のできること・できないことを把握し、できることにも着目する」

「本人の活動（日課や趣味など）、家族や近隣との繋がりについて把握する」

(例：実際行っている趣味活動や知人・家族との面会や交流、スポーツ観戦など行きたいところへの外出など、本人のQOLの視点で目標を立てると良い)

「他制度の活用を検討する」

(例：成年後見、障害、難病、ふれあい収集、行方不明高齢者さがしてメール等)

3 記録の書き方

● 支援経過記録の書き方のポイント

- ・主語と述語を明確にし、時系列で第三者が読んでわかる内容にする

「運営基準に沿ったケアマネジメント業務、判断根拠を記録する」

- ・アセスメント実施日
- ・暫定から確定プラン作成への流れ
- ・医師への意見照会を実施した記録やその内容
- ・個別計画書の提出依頼（条例16条第12項）
- ・説明・同意・交付した記録を意識

● モニタリング記録のポイント

「介護サービスがケアプランどおりに提供されているか、目標の達成状況を確認するケアマネジャーとして重要な業務」

- ・自宅または居室で本人・家族と面談した記録
 - ・サービスの実施状況や満足度を確認しニーズとズレがないか新たな課題が発生していないか確認
- ①生活の様子（睡眠、食事など生活の様子、介護者の支援内容等）
 - ②健康状態（体調、受診、服薬、移動、認知の様子など）
 - ③ケアプランに位置付けたサービスの利用状況（福祉用具は1品ずつ）

● 担当者会議録の書き方のポイント

E表(別紙)

サービス担当者会議の要点 (記載例) 介護保険最新情報Vol.958参照

利用者名 _____ 様 作成担当者 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
会議出席者			△△デイサービス(相談員)	■■病院(主治医)	診察のため照会医師
			□□訪問看護(OT)	..	職種も記載します 欠席者は照会者として記載します 利用者家族については続柄も記載	
検討した項目	○更新 介護1から介護2 ①本人・家族(続き柄)の意向 ②健康状態(主治医より) ③各事業所より		<ul style="list-style-type: none"> ・会議を開催した目的を記載します・・・アセスメント理由と同じ ・照会内容も会議内で共有を。 ・例えば、項目に番号を振り、後に続く検討内容と結論に対応して記載するとわかりやすいでしょう。 			
検討内容 (例)	①本人:トイレまで歩いていきたい 家族(): 自宅内は一人で移動できるようになってほしい。 ②主治医:○○に注意して、自宅で移動できるようリハビリしてください。← 訪問看護でリハビリを位置付ける必要性 ③△△デイサービス: 週2回利用時、機能訓練では、歩行器で移動できるよう下肢筋力を・・・ ← 自宅での生活を意識したりリハビリを □□訪問看護ステーション(OT): 自宅環境の確認、動線の評価を行い、負担のない移動方法の提案。週2回はどうか 福祉用具貸与: 室内用の小回りのしやすい歩行器を提案← 専門的所見と選定理由					
結論	箇条書きで簡潔に。何が前回と違うのか分かるような記載に。 ・訪問看護のリハビリ 40分×2回 ●月●日 初回 初回は看護師のアセスメントあり ・ ・ 「どの事業所が」「いつから」「何をする」等を簡潔に記載します 家族の支援内容、受診や自費サービスなど保険給付以外についても記載します					
残された課題 (次回の開催時期)						

サービス内容・提供方法、留意点、頻度等を記載します
サービスを利用することで得られる効果等についても検討を。

◆ 面談後のケアマネジャーの気づきや感想

- アセスメントシートに十分に記載ができていないことがよくわかった。
- アセスメントシートに記載することで、ケアプランの目標設定になることがよく理解できた。
- 本人の生活の様子、家族の支援をケアプラン 2 表に記載することで、自立支援の視点が持て励みになると感じた。
- 自分のプランを見てもらう機会がなかったので自分のマネジメントがこれで良いのか？と漠然としていたがこのままで良い点、改善する点など教えてもらいプランを見直す良いきっかけになった。
- 居宅のケアマネはblankがあり、分からないことが多いので早い段階で点検を受けることができて良かった。
- ケアマネジメントの流れ、担当者会議録の記載について評価してもらえて自信がついた。
- 急変する利用者も多くその都度プラン変更も必要で、余裕のない状況ではあるが、振り返るきっかけになった。
- ケアプランについて知識のブラッシュアップができた。利用者の生活を支える支援の中で、実践的なアドバイスがもらえたことが良い機会だった。
- 自身で気づけていない課題、視点（居住環境やIADLの本人が出来ていること、本人の得意なことや楽しみ）が明確になった。その後のモニタリング訪問に活かせた。

◆保険者としての気づきや課題

- 特に一人ケアマネ事業所には制度改正などの情報を取りこぼさないよう、研修への積極的な参加や、居宅同士の横のつながりを持つよう促した。
- 重層的な支援が必要な事例について、担当ケアマネジャーがひとりで抱えこんでいる状況が見受けられた。

解決策のひとつとして、**保険・医療・介護・福祉の総合相談窓口である『地域ケア総合推進センター』**、**生活困窮者の総合相談窓口である『寄り添いサポートセンター』**など様々な相談機関があることを紹介した。その際、ケアマネジャーが把握している情報が解決に繋がる一助となる為、**アセスメント力の向上が重要**と考える。

- **生産性向上のためのシステム活用など、事業所によるICT化の取組に差が生じている。**
保険者としては、**ICT化を進めることのメリットや、活用方法を発信していく必要がある。**岡山市居宅介護支援事業者連絡協議会の研修等活用していく。
- 各事業所の実務の課題解決や、質の高いケアプラン作成、アセスメント力の向上に繋がる支援として、ケアプラン点検を活用いただけるよう、取り組み方法を引き続き検討していく。