

## ケアプラン点検実施内容について

### 1 ケアプラン点検の視点

適切なケアマネジメントの実施は、制度の根幹を成す重要なものです。したがって、ケアプラン点検では、ケアマネジメントの適切な過程を踏まえ、法の趣旨を理解して利用者の自立支援に資するケアプランを作成しているかを確認しており、ケアプランに基づく介護保険サービスが、適切で効果的な利用者の自立支援のための適切な給付につながることを目的としています。

これを踏まえ東三河広域連合では、「ケアプラン点検支援マニュアル」（介護保険最新情報 Vol. 38）等を点検の指針として、ケアプラン点検を行っています。

点検は、原則書類審査で行っているほか、必要に応じ面談方式で行っています。

### 2 ケアプラン点検の対象

次のいずれかの内容を含むケアプランについて、ケアマネジャー1名につき2ケースを目途に提出をお願いしています。

#### (1) 点検対象とするケアプラン

- 1年以内に退院・退所加算を算定しているもの
- 入院時情報連携加算を算定しているもの
- 医療系サービスを位置付けているもの
- 困難事例のため包括支援センターと連携しているもの
- ショートステイが長期間（認定期間の半数を超える）にわたるもの
- 徘徊感知機器を貸与しているもの
- 軽度者（要支援1・2、要介護1）で車椅子、特殊寝台、床ずれ防止用具、体位変換器、認知症老人徘徊感知機器、移動用リフト、自動排泄処理装置（これのみ要介護2、要介護3を軽度者に含む）を貸与しているもの
- 介護保険サービス事業所を併設等する高齢者向け住まい等で生活しているもの

#### (2) 広域連合が指定するケアプラン

- 愛知県国民健康保険団体連合会から提供される帳票に基づき点検対象に抽出されたケアプランについて、広域連合が指定するもの

※上記以外にもケアプラン点検の対象とし、提出をお願いすることがあります。

(2) 提出いただく帳票 ※提出された書類は返却しませんので、全て写しをご提出ください。

- ①アセスメント表（課題分析標準項目（23 項目）を網羅しているもの）
- ②居宅サービス計画書 第 1 表から第 5 表
  - 第 1 表から第 4 表 点検対象のケアプランにおける認定の有効期間に該当するもの
  - 第 5 表 上記の内容が確認できる範囲のもの
- ③その他広域連合が指定する帳票等

### 3 ケアプラン点検の確認点

#### (1) アセスメント

- ア 利用者及び家族等から「課題分析標準項目（23 項目）（一部改正：令和5年10月16日介護保険最新情報 Vol. 1178）」を満たす各項目について聴き取りができています。
- イ 生活歴、家族状況（年齢、就労の有無、健康状態等を含む）の記載がある。  
生活歴については、本人の価値観や考え方につながるため、直近の生活状況だけでなく、生まれ、きょうだいの有無、職歴、趣味等、これまでの生活が分かる内容があるとよい。
- ウ 住宅の状況は、自宅周辺の状況及び自宅の間取り、本人の居室内の状況等が分かりやすく記載されている。特に、段差、手すりの有無、本人の動線、ベッドやポータブルトイレ等の位置等を記載し、移動及び介護におけるリスクマネジメントを念頭においている。

#### (2) 居宅サービス計画書 第 1 表

- ア 「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」  
利用者及び家族の「生活に対する意向」とあるので、「健康に暮らしたい」、「自宅で生活したい」という誰にでも通じる「希望」ではない。このことを念頭に置き、その人らしい望む生活とは何かについて考え、想定できるとよい。  
それを踏まえた上で、望む生活を阻害しているもの（人的環境・物的環境・身体機能等）を考え、阻害要因を解決できると考えられる方法について課題分析の結果に記載している。
- イ 「総合的な援助の方針」  
利用者の意向を踏まえて掲げた第 2 表の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を実現するために、本人、家族も計画の主体として、支援チームとともに取り組む共通方針を記載している。  
なお、あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定される場合は、対応の方法、関係機関及び連絡先を明記しておき、チームで共有することで円滑な対応ができるようにしておく。
- ウ 「生活援助中心型の算定理由」  
該当するものを○で囲んでいる。
- エ 令和3年3月31日介護保険最新情報 Vol. 958 により、署名押印欄が省略されている。電磁的取扱により同意を得る場合は省略できるが、それ以外の方法により同意を得る場合は、従来の方法（利用者氏名、代筆による場合は本人との関係及び代筆者氏名、同意日を記載）によっている。

### (3) 居宅サービス計画書 第2表

#### ア 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」

利用者や家族の困りごとをそのまま記載したり、サービスを目的とする記載は不適切である。利用者や家族の意向を踏まえ、阻害要因からどのような支援をすれば、現状を維持又は改善できるかを予測し、「～（阻害要件）のため～（現在の状況・状態等）だが、～（意向に近づくための無理のない、なりたい・したい目標）したい」と、本人が意欲的に取り組めるような分かりやすい文言で記載している。

原則として優先度の高いものから記載している。

「安心、安全な生活ができる」、「健康に気を付け生活する」等、誰にでも通じる、抽象的な表現は避けている。

家族だけの希望（介護負担が大きくショートステイを主体に利用したい等）も適切ではない。利用者が意思表示をうまくできない場合は、現時点で克服したい状況（仙骨部に褥瘡があるので改善したい等）を記載している。

なお、あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定される場合は、対応の方法、関係機関及び連絡先を明記しておき、チームで共有することで円滑な対応ができるようにしておく。

#### イ 「長期目標」及び「短期目標」に対する「期間」

「長期目標」は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」をいつまでにどのレベルまで解決するかという目標と期間を記載している。「短期目標」は、「長期目標」を達成するために、段階的に達成しやすく取り組みやすい目標を設定するものであり、「長期目標」より短期で設定している。

期間は、「1年」、「12か月」、「半年」、「通年」、「〇年〇月～〇年〇月」等というあいまいな表現ではなく、「〇年〇月〇日～〇年〇月〇日」という具体的な日付で記載している。これは、期間を明確に設定することにより、目標の達成を目指すという観点に基づくものである。

#### ウ 「援助内容」の「期間」

「援助内容」の「期間」は、「短期目標」を達成するために必要なサービスを位置づけているものであるため、「短期目標」の期間と同じ期間を設定している。短期目標に位置付けたサービス事業所等が、「サービス計画書」を作成する際に、この短期目標と援助内容の期間を設定するものである。

「援助内容」の「期間」を「長期目標」の「期間」と同じ期間で位置づけているケアプランがあるが、サービス事業所が作成する「サービス計画書」の達成すべき目標期間と整合性がとれないため適切ではない。

#### エ 「サービス種別」

「サービス種別」に利用者が行う「セルフケア」を位置付ける場合は「本人」を、家族が支援する内容は「家族」を位置付けるが、誰が行うかを明確にするため「長男」、「長女」、「長男の妻」等と具体的に続柄を記載している。

また、医療系サービスを位置付ける場合（訪問看護、通所リハビリテーション等）は、主治の医師等から必要性を認めたものであるものに限られるため、主治の医師等の指示を確認し

ていただく必要があります（居宅介護支援運営基準第13条十九）、居宅サービス計画書を主治の医師等に交付することになっている。

#### (4) 週間サービス計画表 第3表

ア 「主な日常生活上の活動」には、本人の一日の日課（自ら行っていることのほか、介助を受けて行っていることを含む）を記載している。サービス利用をしていない日の様子や家族等による介助を受けて行っている食事、服薬、排泄、更衣等についても記載があると、介護負担の程度も把握できる。

イ 「週単位以外のサービス」には、月単位の受診、訪問診療等を始め、同居していない家族や友人等の訪問等、不定期の予定等も記載し、本人の生活状況を確認できる内容になっている。

#### (5) サービス担当者会議の要点 第4表（令和3年3月31日 一部改正の書式）

ア 会議出席者の内、本人欄には氏名を、家族欄には氏名及び続柄を記載している。

イ 所属（職種）の欄は、出席者の事業所名と職種（医師、看護師、理学療法士、生活相談員、福祉用具専門相談員、民生委員、成年後見人、ボランティア等）を明記し、会議に出席した専門職等が明確に分かる記載をしている。

なお、担当者会議に出席できない事業所、主治の医師等については、その理由とともに担当者会議の開催日までに、サービス担当者会議のための「照会」文書等により、サービス提供時の情報、サービスの達成状況等、適切な情報を得て、サービス担当者会議で共有している。

また、欠席者には「サービス担当者会議の要点」等により、会議の内容を報告し情報共有をしている。

ウ 「検討した項目」、「検討した内容」

「検討した項目」には、サービス担当者会議を開催する目的（初回、認定の更新、状態変化、短期目標期間満了、サービス内容の変更等）を明記している。検討項目については、箇条書きにすることで、「検討した内容」と呼応するように記載すると分かりやすい。

開催目的に沿って、問題点（検討したい内容等）を説明し、出席者から意見交換した内容を簡潔にまとめている。

主治の医師等の意見を必要とするサービス（医療サービス、軽度者に対する福祉用具貸与等）について検討する場合は、提供された意見を共有しサービスの検討を行っている。

居宅サービス計画書原案における、ケアマネジャーが設定した課題、目標、サービス内容についても意見交換し、修正等があれば修正した居宅サービス計画書に利用者又は家族から署名をいただき、サービス事業所等へ後日交付している。

意見交換において、残された課題があれば確認し、いつごろまでに解決するかという目安も示している。

エ 「結論」

当該会議における結論を記載している。

オ 「残された課題（次回の開催時期等）」

話し合いにおいて、社会資源が地域に未充足だった内容や、必要と考えられるが、利用者の希望等により利用しなかった居宅サービスについて記載している。

また、次回の開催予定等についても記載している。

なお、短期目標の期間が終了する時点で、特段内容に変更がないことを理由に短期目標を更新する旨の記載は、短期目標の達成期間を設定する目的から逸脱しており、また、変更の必要性の有無の根拠が明確でない点からも不適切な表現である。

#### (6) 居宅介護支援経過 第5表

ア 「項目」欄に記載内容を整理して要領よくまとめて記録している、従来の書式を使用した場合においても、項目を記載する等わかりやすい記録をしている。

イ 居宅介護支援経過は、ケアマネジャーがケアマネジメントを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ある。

情報を収受した機関等の名称等（家族の場合は妻、長男、長女等と特定できるように記載）、手段（訪問、電話、メール等の別）及びその内容について時系列で記載し、5W1Hを念頭に第三者が読んでも客観的に分かりやすい記録をしている。

ウ 記録の日付は記載の都度「〇年〇月〇日」と記載している。

エ 初回加算、入院時情報連携加算、退院・退所加算、通院時情報連携加算、ターミナルケアマネジメント加算等、算定に必要な要件に基づき、正しく加算を取得していることが分かる記載をしている。

また、「別紙〇年〇月〇日の～参照（の通り）」という記載でもよいが、多用は避け、本表に概要が分かるように記載しておくことが望ましい。