

令和4年度 岡山市ケアプラン点検事業まとめ

01 ケアプラン点検とは

◆ ケアプラン点検の位置付け

- ・ 介護保険制度の**介護給付費適正化事業**の1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活用下さい。（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、こちらをご活用下さい。）
また、貴関係諸団体に速やかに送信いただきますようよろしくお願い致します。

なお、容量が大きいことから、三回に分割して送付致します。

- 「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

01 ケアプラン点検とは

◆ ケアプラン点検の流れ

1

提出依頼



・書面にて、ケアプランの
提出依頼

2

点検（面談）



・来庁していただき面談
介護：作成者・管理者
予防：包括支援センター長
地区担当者
委託事業者の計画作成者

3

通知書送付



・提出いただいたプランすべてに
結果を送付
・今後の課題や改善点を相互
に確認し、個別に助言

01 ケアプラン点検とは

◆ ケアプラン点検で提出していただく資料

- 1 フェイスシート・アセスメント表
- 2 居宅サービス計画書（1～3表）
- 3 サービス担当者会議の要点
- 4 居宅介護支援経過
- 5 サービス利用票・利用票別表
- 6 モニタリング（評価）結果
- 7 個別サービス計画書

◆ 令和4年度のテーマ

1 通所介護利用ケース（予防プラン含む）

2 新規事業所

3 高齢者の住まいのプラン

4 小規模多機能型居宅事業所

02 ケアプラン点検のテーマと実施状況

〈現状〉

- ◆ 市内の居宅支援事業所数 236事業所（R5.4時点）
- ◆ 年間面談実施数 52事業所



〈保険者としての課題〉

- ◆ 5年でやっと一巡
- ◆ 保険者として居宅全体へ助言が伝えきれていない
- ◆ 年度末のまとめだけでなく、実施状況や課題など年度内にタイムリーに発信していくことで、多くの事業所に伝わるように工夫する

02 ケアプラン点検のテーマと実施状況

◆ 令和4年度ケアプラン点検対象事業所数

- 居宅介護支援所数 230事業所
- 小規模多機能居宅介護事業所 73事業所
- 看護小規模多機能居宅介護事業所 5事業所
- 地域包括支援センター 6事業所

◆ 令和4年度ケアプラン点検実施数

介護プラン点検事業所数 34事業所（小多機含む）	提出数	108件
	再提出数	41件
予防プラン点検事業所数 18事業所（包括・委託事業所）	提出数	18件
	再提出数	10件

02 ケアプラン点検のテーマと実施状況

◆ 確認項目と結果通知

点検項目	点検のポイントと助言	○：概ねできている／△：改善の必要あり
アセスメント	①利用者の心身の状況等を踏まえて、解決すべき課題を把握できているか 参照) 条例 第16条(6)	
居宅サービス計画書	②通所介護を利用して得られる効果を検討されているか	
	③自立支援・重度化防止の観点から本人のセルフケアやインフォーマル支援が検討されているか 参照) 条例 第16条(4)	
サービス担当者会議の 要点、支援経過、通所 介護計画書	④事業所間で情報の共有ができているか 参照：Vol.958「サービス担当者会議の要点」	
	⑤居宅サービス計画書と連動した通所介護計画の提出を求めているか 参照) 条例 第16条(12) ※各事業所に個別計画の依頼をし、記録に残しましょう。	
モニタリング	⑥実際の利用状況を毎月確認できているか 参照) 条例 第16条(13)(14) ※福祉用具の利用状況の確認もお願いします。	

02 ケアプラン点検のテーマと実施状況

点検項目別でみた再提出後の改善率（再提出後に結果通知が反映できていたもの）

点検項目	評価項目	改善率
アセスメント	①利用者の心身の状況等を踏まえて、解決すべき課題を把握できているか	82.1%
ケアプラン	②通所介護を利用して得られる効果を検討されているか	88.9%
	③自立支援・重度化防止の観点から本人のセルフケアやインフォーマル支援が検討されているか	84.6%
サービス担当者会議録	④事業所間で情報の共有ができているか	73.1%
	⑤居宅サービス計画書と連動した通所介護計画の提出を求めているか	50.0%
モニタリング	⑥実際の利用状況を毎月確認できているか	71.4%

◆ 市からの助言が多かった項目

1 アセスメント

「本人のできることできないことの把握」

2 自立支援の視点

「本人の活動、セルフケアの記載を」

3 記録の書き方

「5W1Hを意識し第三者でもわかる内容に」

◆ 市からの助言が多かった項目 ① アセスメント

基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報(受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報(氏名、性別、生年月日、住所・電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等)について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である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について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等)について記載する項目
9	課題分析(アセスメント)理由	当該課題分析(アセスメント)の理由(初回、定期、退院退所時等)について記載する項目

課題分析(アセスメント)に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態(既往歴、主傷病、症状、痛み等)について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起きあがり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり(社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等)に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じよく瘡・皮膚の問題	じよく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取(栄養、食事回数、水分量等)に関する項目
20	問題行動	問題行動(暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等)に関する項目
21	介護力	利用者の介護力(介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等)に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況(虐待、ターミナルケア等)に関する項目

□ 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

No.	標準項目名	助言内容
4	現在利用しているサービスの状況	記載漏れ
5 6	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
9	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）
10	健康状態	身長、体重、BMI、血糖値などの数値もあるとよい
23	特別な状況	現状の課題や今後の課題を記載するとよい

◆ 市からの助言が多かった項目 ② 自立支援

再提出における見直し例 ※あくまでも一例です

【事例1 サービス種別が事業所のみでセルフケアが入っていない】

課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別	頻度
右大腿部骨折のあと、足の力が弱くなった。専門的なリハビリを受け、足の力を付けたい	転倒や骨折を繰り返さず、一人暮らしが続けられていること。	家の中でつまずいたり、よろけたりせずに動くことができる。	状態観察 自身で取り組めるリハビリメニューの指導 筋力維持、向上、歩行訓練	通所介護	週1回



◎セルフケアを位置付けると・・・

課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別	頻度
			状態観察 自身で取り組めるリハビリメニューの指導 筋力維持、向上、歩行訓練 ●体調の良いときは立って食器洗いをする ●デイサービスで教えてもらった体操を自宅でも行う	通所介護 本人	週1回 随時

◆ 市からの助言が多かった項目 ② 自立支援

【事例2 福祉用具貸与を位置づける場合】

課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別	頻度
右大腿部骨折のあと、足の力が弱くなった。専門的なリハビリを受けて、足の力を付けたい	転倒や骨折を繰り返さず、一人暮らしが続けられていること。	近所に散歩やごみ捨てに行けるようにしたい。	かご付きで屋外を安定して歩行するため。歩行器貸与	福祉用具貸与 事業所	外出時



課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別	頻度
			かご付きで屋外を安定して歩行するため。歩行器貸与 ●散歩やごみ捨てが一人で出来る	福祉用具貸与 事業所 本人	外出時 外出時

【第十三条 二十二】
福祉用具貸与が必要な理由を記載する

◆ 市からの助言が多かった項目 ③ 記録の書き方

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(続柄)の意向 ②健康状態(主治医より) ③各事業所より		・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 ・ ・					
残された課題 (次回の開催時期)	「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					

介護保険最新情報VOL958

<https://www.mhlw.go.jp/content/000764679.pdf>

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室） 御 中
← 厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課

介護保険最新情報

今回の内容

「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
計50枚（本紙を除く）

Vol.958

令和3年3月31日

厚生労働省老健局

認知症施策・地域介護推進課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしくお願いたします。】

連絡先 TEL : 03-5253-1111(内線3936)
FAX : 03-3503-7894

◆ 支援経過記録の書き方のポイント

- 1 5W1H、時系列で誰が読んでも分かるように
- 2 主語と述語を明確にし、誰の発言かわかる内容に
- 3 箇条書き
- 4 モニタリングシート等の要点にある**内容の重複は不要**
- 5 **個別計画書の提出依頼**（条例16条第12項）
- 6 **説明・同意・交付**した記録を意識

◆ **モニタリング訪問で確認し記録に残してほしい事**

- 1 自宅（居室）で本人・家族と面談
- 2 生活の様子（睡眠、食事、自宅での活動の様子）
- 3 健康状態（受診、服薬、移動、認知の様子）
- 4 サービスの利用状況（福祉用具は1品ずつ）

令和5年度ケアプラン点検テーマ：アセスメント

ケアプラン分析システム等のデータの活用でサービスの
位置づけに特定の傾向がみられるプランを選定



根拠となるアセスメントがあるかを確認していきます。

今年度も面談による方法で、7月から実施していきます。

引き続き、本事業へのご理解ご協力をよろしくお願い致します。

介護保険課からのお知らせ

- ◆ 令和5年5月から総合特区「介護機器貸与モデル事業」に iTSUMO2 が追加されました
介護保険給付の対象とはならないため、ご注意ください。
- ◆ 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る確認届出書の記入例の更新



iTSUMO2 (いつも2)

安心をあなたに、大事な人のかたわらにiTSUMO

NEW!
レンタル開始
5月～

対象
専支援 1 2
専介機 1 2 3 4 5

「iTSUMO」は靴などに装着できるGPS
端末（位置情報検索サービス）です。
普段履く靴に装着することで持ち忘れ
を防ぐことを期待出来ます。
GPS端末ですので、知らない間に外出し
てしまったおじいちゃん、おばあちゃ
んの居場所をメールでお知らせしたり、
地図に表示させることができます。

月額 **1,320** 円

お問い合わせ・お申し込み
株式会社 つばさ
☎ 088-626-7131



※岡山市HPより