

令和4年度 ケアプランチェック実施結果

1 目的

市内に所在する指定居宅介護支援事業所において、適切な居宅介護サービスの提供がなされているか、保険者としてケアプランの内容及びケアマネジメントの手順等を点検し、介護支援専門員のケアマネジメント力をより向上させ、適正な給付の実施を支援するために行うもの。

2 実施期間

令和4年10月～令和5年3月

3 実施（対象）事業所

北九州市内の全指定居宅介護支援事業所： 330事業所（令和5年3月1日現在）

- ・確認事業所数 : 90事業所
- ・確認被保険者数 : 358人分
- ・確認ケアプラン数 : 1,036件

4 確認書類

- ・居宅サービス計画書 第1表～第7表
- ・利用者の被保険者証（写）
- ・契約書
- ・重要事項説明書
- ・認定の情報提供書
- ・基本情報（フェースシート）
- ・アセスメント表
- ・モニタリング票
- ・福祉用具貸与に係る届出書（軽度者の場合のみ）
- ・各居宅サービス個別計画書
- ・契約時の交付文書
- ・他事業所や関係機関との連絡記録

5 主な助言・指摘事項

① 契約書・重要事項説明書・個人情報提供書・契約時の交付文書等

- ・ 署名を家族が代筆する場合は、代筆者氏名と続柄を記載すること。
- ・ 新規契約をして以降、一度も更新確認をしていない。
- ・ 契約時の説明が不十分、または行われていない。

■平成30年度報酬改定で定められた内容

「利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること」「利用者は居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができること」について文書を交付し説明を行うこと。

■令和3年度報酬改定で定められた内容

「前6ヶ月間に作成されたケアプランに訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与がそれぞれ位置づけられたケアプランが占める割合」及び「前6ヶ月間に作成されたケアプランに訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与がそれぞれの回数のうち、同一のサービス事業者によって提供されたものの割合」について文書を交付し説明を行うこと。

- ・ 契約書に事業所、利用者双方の割印が押されていない。

② アセスメント

- ・ 利用者の基本情報が初回に作成したもの以降、見直された形跡がない。あるいは、情報が古く現状と明らかに異なっている。
- ・ ケアプラン変更やサービスの必要性の根拠・分析が記載されておらず、不明確。
- ・ アセスメントが認定更新時のみで、ケアプランに対応するアセスメントがない場合がある。目標切れの際でもアセスメントは必要。
- ・ 厚生労働省が示したアセスメントの標準23項目に満たない項目数で実施している。
- ・ アセスメント表中の項目（基本項目）のチェックのみで、生活歴や既往、病歴など利用者個別の状況・状態に関する特記事項の記載がないため、状態が把握できない。
- ・ アセスメント内容とケアプラン（課題・目標・サービス選定）の連動性がない。
- ・ 主治医意見書に記載のある医療サービスの必要性等の指摘事項に対して、アセスメントの中で検討された記録がない。利用者の疾患に関するリスク管理（予後予測）や医学的管理について、医療との連携を図るとよい。
- ・ 利用者本人の残存能力にも目を向けてアセスメントを行うとなお良い。
- ・ フェースシート（基本情報）の情報収集内容が不十分。（例：住環境に関する

情報（見取り図等）、生活歴、身長・体重の記載がない。）

③ 居宅サービス計画書（ケアプラン）

【第1表】

- ・ サービス内容に変化があった場合でも、第1表の総合的な援助方針の記載内容に変化がない。
- ・ 家族の意向について、「家族」よりも「長男」「次女」等、本人との関係性がわかるように記載することが望ましい。
- ・ 家族等がいるにもかかわらず、緊急連絡先の欄に家族の氏名や連絡先が記載されていない。
- ・ 要介護度が変わっても、総合的な援助の方針の内容が変わっていない。
- ・ 家族が代筆する場合に、代筆者の氏名と続柄が記載されていない。
- ・ 利用者本人が認知症で代理人を選定している場合でも、本人のみに説明し同意を得ている。本人だけでなく代理人へも説明し、代理人から署名をもらうことが望ましい。
- ・ 令和3年度介護報酬改定で追記された内容（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”）が反映されていない。

【第2表】

- ・ アセスメント内容とケアプラン（課題・目標・サービス選定）の連動性がない。
- ・ 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）ではなく、現状や抽象的内容や本人等の意向の記載となっている。
- ・ アセスメントから必要性は見られるが、ニーズ化されておらず、適切な目標設定がなされていない。
- ・ 短期目標の内容が抽象的である。具体的な内容で記載し、設定した期間で達成可能と見込まれものを設定すべき。
- ・ 本人でできていることや、家族からの援助もインフォーマルサービスとしてケアプランに位置付けることが望ましい。
- ・ 短期目標と長期目標の内容がほぼ同じで期間だけが長短になっている。
- ・ 短期目標の期間を短くし、より具体的な目標を設定した方が、実施や評価をしやすと思われる。

【第3表】

- ・ 主な日常生活上の活動欄に「朝食、昼食、夕食、起床、就寝」といった記載しかなく、それ以外の利用者の生活状況（趣味や生活リズム等）をイメージできないため、本人の一日の生活リズムが分かるように、具体的に記載することが望ましい。

- ・ 介護保険外サービスの利用があるにもかかわらず、記載がない。
- ・ 毎週定期的に行うサービス以外のもの（ショートステイや配食サービス、通院等）が、週単位以外のサービス欄に記載されていない。

④ 担当者会議（第4表）

- ・ ケアプラン変更時に担当者会議を開催していない。
- ・ 担当者会議の開催の際に一部の事業所しか招集しておらず、居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者を招集していない。また、担当者会議に参加できない事業所に対して、事前照会を行っていない。
- ・ プランに位置付けたサービス内容（結果）のみの記載となっている。各担当者の意見による検討内容を記載すべきである。また、関係者の発言や結果に至った経緯を記載すること。
- ・ 介護度変更やサービス変更に伴う担当者会議の実施にあたり、主治医より意見を聴き取っていないケースが多い。
- ・ 新型コロナウイルス感染症の感染予防のため、書面や電話で各事業所の見解を聴き取っているが、第4表に意見を集約せずに終わっている。また、担当者会議の結果を各サービス事業者に配布していないケースが見られた。照会形式で行った際は、各事業者は結果に至った経緯や他のサービス事業所からの意見を共有できない。そのため、各事業者からの意見等を第4表に集約したうえで、各事業者に配布し、情報共有することが望ましい。
- ・ 特段の事情がないにもかかわらず、居宅以外の場所で担当者会議を行っている。

⑤ 支援経過（第5表）

- ・ 担当者会議の実施やケアプランの交付、契約時の説明をしたことについて記述がない。
- ・ 訪問日・訪問時間、訪問場所、ケアプランの説明・同意・交付、利用票交付、モニタリング実施などの記載がない。
- ・ 支援経過に記載されている日付と、それぞれの帳票上の日付（利用票（第6表）の押印日やケアプラン第1表の署名日など）が一致していない。
- ・ 記録を記載する際に、「自宅訪問」「モニタリング」「サービス担当者会議」のように、それぞれ項目を付すことが望ましい。
- ・ 記載内容が、「居宅訪問」「モニタリング実施」や「利用票交付」等必要最低限の記録のみとなっており、利用者本人の状況や家族の支援状況等が把握できない。
- ・ 支援経過記録は、ケアマネジャーによる家族サービス事業所との連携や利用者の状況把握を立証するものであり、できるだけ詳細に記載することが望ましい。

⑥ 利用票・別表（第6表・第7表）

- ・ 支援経過記録上の利用票の同意の日付と実際の利用票の同意をもらった日が相違するケースがある。
- ・ サービス利用開始後に利用票の同意・交付を行っている。

⑦ モニタリング

- ・ 支援経過記録には実施の記載があるが、モニタリングの記録がない。
- ・ モニタリング表を作成しておらず、支援経過にも詳しい内容の記載がない。
- ・ モニタリングが適切ではない時期に実施されている（月末にサービス提供を開始し、翌月初めにモニタリング実施）。
- ・ モニタリングの評価について同一の評価内容が長期にわたり、続いていることがある。介護支援専門員の判断や改善に向けての方向性や取り組みを記載するなど、業務手順や必要性を再確認し、各サービス事業者とも情報共有を図ることが望ましい。
- ・ ケアプランが変更されているにもかかわらず、サービス提供について「継続」や「満足」となっている。単にサービスが実行されたことの確認や利用者の満足度の確認になっており、ケアプランに位置づけた目標の達成度や利用者の現状が把握できていない。（例：特定のサービスを漫然と長期間利用しており、他のサービスの利用検討がなされていない。）
- ・ 課題に関する記載があるにもかかわらず、「プラン変更の必要性なし」とされている。また、課題への対応の検討がなされていない。

⑧ その他

- ・ 利用者や家族の希望のみでサービスが組まれるなど、アセスメント等による客観的な根拠付けが無く、サービスの必要性が確認できないものがある。
- ・ 担当者会議録に今後の課題となる記載があったが、その後検討された記録が確認できなかった。
- ・ 利用しているサービスの回数の増減や、サービスの追加・終了がなされているが、必要性の検討がなされていない。
- ・ 各サービス事業所の個別計画書や報告書を取り寄せていない。介護支援専門員は給付管理上、加算等の内容やサービスの実施状況について確認をする必要があるため、個別計画書や報告書は取得する必要がある。加えて、介護支援専門員が各サービス事業所へサービス開始前にケアプランを交付した実績となる観点でも、取得することが望ましい。
- ・ ケアプランの作成後に認定に関する情報提供書を取得している。認定に関する情報提供書の内容も踏まえてアセスメント、ケアプラン作成を行うべきである。

- ・ 令和3年度報酬改定において改正された居宅サービス計画書様式の内容が、反映されていない。(参考：介護保険最新情報 Vol. 958)
- ・ ケアプラン作成後、主治医へのプラン提供がなされていない。

⑨ 記録について

- ・ ケアプラン等の記録を修正液や修正テープで訂正されている。
- ・ 記録を入力した際に見直したり、一旦プリントアウトして誤字脱字がないか確認することが望ましい。
- ・ 利用者ファイルの綴じ方がバラバラで、項目ごとの付箋添付等もなく、第三者が閲覧して理解できる状態でない。

6 主な奨励点

- ・ 利用者の状態が変化したときや新たなニーズが発生したときに、その都度担当者会議または照会を行い、関係者から意見を聴きながら適切にプランの変更を行っている。
- ・ 支援経過に本人の様子や発言、家族の意見等の内容を詳しく記録しており、本人や家族の状態がよく理解でき、ケアマネジャーが丁寧に支援していることがうかがえる。
- ・ アセスメントからの課題分析、ニーズ化、サービス選択、モニタリングまでのプロセスがしっかり取れており、本人や介護者の意向がケアプランに反映されている。
- ・ アセスメントシートは情報の記載だけでなく、課題抽出まで行われている。
- ・ 第三者が閲覧しても分かりやすいように、事業所で統一して帳票が整理されている。(ファイルへの書類の綴じ方の順序、付箋添付など)
- ・ ケース記録の先頭に緊急連絡先やかかりつけ医等の情報を入れて、速やかに対応できるよう備えている。
- ・ 月毎に実施しなければならないこと(居宅訪問やモニタリング、利用票の交付等)を記載したチェックシートを事業所で作成し、実施漏れがないように努めている。
- ・ 介護保険サービスだけでなくインフォーマルサービスが計画書の中に含まれており、利用者の日常生活全般を支援するプランになっている。
- ・ 医療機関や各サービス事業所等、関係者と緊密に連携している。
- ・ 短期目標の期間終了後、目標の達成状況を確認し、居宅サービス計画の変更の必要性について、ケアマネジャーの判断だけではなくサービス事業所にも見解を確認し、検討をしている。