

逗子市・葉山町 合同研修会

ケアプラン作成  
基礎的事項を振り返る

令和5年2月27日 10:00-11:30

介護の未来@阿部充宏



# 第1部

@外せない・・・確認してみましょう。

現在のケアマネジメントの現状から

@ケアプランの書き方

介護保険最新情報958

# ケアマネジメントの基礎

逗子市 運営の手引き(居宅介護支援)

葉山町 運営の手引き(居宅介護支援)

世の中の全てに通ずること

ルールを守ることから全ては始まる。

ワンランク上の事業所の特徴 ○○○○

# 課題分析 (アセスメント)

- ① 課題分析の「実施日」が契約締結前の日付になっている。  
あるいは、計画作成日後の日付になっている。  
⇒ 契約締結が何よりも優先です。
- ② 課題整理総括表を課題分析としているため、課題分析項目(23項目)が不足している。  
⇒ 厚労省が目安として定める23項目を網羅した分析表が必須。  
(今後は、LIFEや適正なケアマネジメント項目が追加か?)
- ③ 前任者からの引継ぎは、「分からなくて当たり前」と考えている？  
⇒ 引継ぎを受けるとは、アセスメント結果・ケアプランについて、妥当だと判断した結果であるということ。「前任者がやったから」で責任は回避されない。
- ④ ケアプランの見直し時は、課題分析も全てやり直すのか？  
⇒ 状態が大きく変化していれば妥当と考えられるが、そうでない場合は??  
⇒ 評価がこれからのキーワード

# 居宅サービス計画書（第1表）

- ① 「利用者同意署名欄」の署名がサービス提供開始後となっている。
  - ⇒ 同意を得た日まで遡って、【全額自己負担】となります。
  - ⇒ 12月1日からサービス開始。12月7日に同意を得た
- ② 「説明」「同意」「交付」の記載がどこにもない。(指定基準第13条10号11号)
  - ⇒ ケアプランデータ連携の様式はどうなってる?(標準様式?)
  - ⇒ このミスは非常に大きなミスであり、基準違反・減算対象
- ③ 「審査会の意見」が、空欄となっている。
  - ⇒ 本欄に「意見なし」と記載することが妥当か?
  - ⇒ それ以外では、支援経過記録に記載しておくこと。

**【持っている】と【確認した】の間違いをなくそう**

- 1) 認定審査会の意見
- 2) 薬情（薬剤情報提供書）
- 3) 個別サービス計画書
- 4) 主治医意見書

# 居宅サービス計画書(第2表)

- ① 「長期目標及び短期目標」、「援助内容の期間」の始期終期がバラバラ
  - ⇒ 短期目標と援助内容の期間は同一期間
  - ⇒ 短期目標の終了月には「評価」を行う。
- ② 新規利用者の要介護有効期間切れまで、あと2か月。長期・短期の期間設定は？（期間が短いから、同一期間にしてOKか？）
  - ⇒ 長短期を設定する（例：長期2か月・短期1カ月）
- ③ 目標期間の設定の考え方？
  - ⇒ 基準上は4年OK。さて、利用者状態にマッチしていますか？がポイント
- ④ サービス内容に必要なもの（インフォーマルサポート・加算に対するサービス内容・セルフケア）
  - ⇒ インフォーマルは、今後は、少なくとも検討することは必須。
  - ⇒ 加算は、ニーズか可能性がある場合のみ算定する。
  - ⇒ セルフケアは、自立支援の基本と知る。
- ⑤ 利用しているサービスがケアプラン（の記載）から漏れていたら？
  - ⇒ （原則的には）給付対象外となり全額自己負担

# サービス担当者会議の要点①

- ① 「開催日」が、ケアプランの利用者同意日以降になっている。  
⇒ プロセス間違い。運営基準違反になる。
- ② サービスを新規で追加したサービス事業所のみが出席している。  
⇒ サービス事業所は全て参加依頼すること
- ③ 欠席した事業所に照会した内容がない、照会していない。  
⇒ サービス担当者会議で回答は共有する。
- ④ 暫定ケアプランだからと担当者会議を開催していない。  
⇒ 暫定(案)を作成し、担当者会議で合意が必要。  
⇒ 介護度の確定後は、暫定の内容と本人状況を比較。問題がなければ、そのまま確定する。(交付する)
- ⑤ 緊急新規の場合に「緊急」を理由に担当者会議を開催していない  
⇒ 必ず開催する。やむを得ない事情に該当させる。

⑥ 医療系サービスを利用しているにもかかわらず、医師の意見を求めている、あるいは記録していない。

⇒ 医師の意見を求めることは必須。主治医意見書もOKだが、注意が必要。

⑦ 医療系サービスを位置づけているが、意見を聴取した医師にサービス計画書を交付していない、あるいは交付した記録がない。

⑧ 福祉用具貸与を位置づけているが、必要性を検証していない。

⇒ 福祉用具は、【その必要性を随時検討する】とあるので、サービス担当者会議の際には、議題の一つとして毎回検討する。



# 加速する？

## 給付の適正化

### 給付の適正化

- ・必然な部分ではありますが、給付費は確実に増加
- ・介護保険は、税金50%・保険料50%
- ・そのようなことから、保険者責務として「適正」の確認が義務
- ・必要なサポート等が過不足なく判断されているか？
- ・同時に、公正かつ中立性を担保しているかを確認。

介護保険制度においても、医療保険制度においても、着実に利用者負担は増加している。一方で年金受給の条件や金額は厳しさを増しています。また、令和4年11月現在では物価高、ガソリンの高騰など市民生活は苦しいものとなっています。

ケアマネジメントにおける

# 給付の適正化と保険者機能の強化

## 地域ケア会議

ケアマネジメント  
多職種連携  
「質」

## ケアプラン点検

根拠ある  
ケアマネジメント  
「質」

## 運営指導

運営基準の順守  
ケアマネジメント  
「ルール」

# サービス事業所の【加算】とは？

- ① 加算は・・・ニーズに対応しているか？  
(体制加算は除く)
- ② 加算は・・・位置付けたら類する内容がニーズ・サービス内容に記載があるか？
- ③ 加算は・・・具体的な内容を理解しているか？
- ④ 加算は・・・個別サービス計画書との連動性を見ているか？

**加算とは?? 居酒屋の〇〇〇ではない!**

令和3年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

# 住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅におけるケアマネジメントの考え方

(令和4年3月 日本総合研究所)

# 具体的な“不適切なケアマネジメント”事例

こんな対応、していませんか？ 見逃していませんか？  
見て見ぬふりをしていませんか？

## 事例 1 Aさん

デイが週 2 日から 5 日に。  
「行かないと食事ができませんよ」

高齢者向け住まいが運営するデイサービスを週 5 日利用するよう提案された。自宅で生活しているときは、デイサービスは週 2 回だったのに…。  
「入浴日の週 2 回利用で十分」との希望をケアマネに伝えたら、「他の入居者にも毎日利用してもらっています。デイに行かないと食事が取れませんよ」と取り合ってもらえなかった。



➡ ①個別性の欠如、②過剰なサービス、④事業所選択の権利侵害



## 事例 2 Bさん

体調が悪くてもデイサービスへ。  
休む場所もなくつらい…

デイサービスに毎日行くケアプランになっているが、体調が悪く部屋で休みたいと伝えても、「デイサービスで休んでください」と言われ、毎日1階のデイサービスに連れていかれる。  
デイサービスを減らしてほしいとケアマネに相談しても、取り合ってもらえない。

➡ ①個別性の欠如、②過剰なサービス、④事業所選択の権利侵害

## 事例 3 Cさん

ケアプランの説明がされないまま入居。  
住まい職員は介護サービスや  
ケアプランを理解していない

入居後のケアマネが事前に決まっているにもかかわらず、ケアプランの説明がされないまま入居。 契約時には住まいから「まかせてください。大丈夫ですよ」と言われたが、住まいに対して介護サービスの内容に関する希望や説明のお願いを伝えても回答がなく解決しない。 本当はケアマネからしっかり説明を受けたい。



➡ ⑤ケアマネジメントサイクルの問題

# 「これって、入居者第一じゃないですよね？」

こんな対応、していませんか？ 見逃していませんか？  
見て見ぬふりをしていませんか？

## 事例 4 Dさん

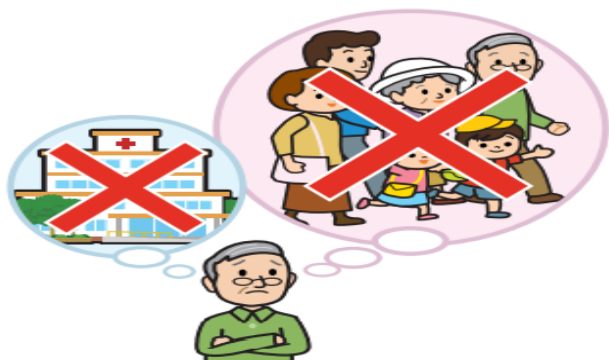
介護サービスの利用が、  
住まいの値引きの条件に！

※住まいの契約上の不適切事例

入居契約時に、値引き(月額 1~2 万円)することを条件に介護サービスの利用を強要された。契約書上は本来の正当な金額表示であり、値引きに関する文章は存在しない…。



➡ ④事業所選択の権利侵害



## 事例 5 Eさん

値引きを条件に、  
本人の自由や都合が無視され、  
通院もできない

※住まいの契約上の不適切事例

住まいの法人から、「うちの介護保険サービスを利用して、私的な外出・病院受診など含めて住まいの都合に合わせてスケジュールしてくれば、料金を毎月 1 万円値引する」と言われた。これではサービスが多い平日は外出できないと言われたことと同じ。自由な時間が多い日曜日には病院が休みなので困っている。

➡ ④事業所選択の権利侵害

## 事例 6 Fさん

専門リハビリが必要なのに、  
外部法人のサービスは利用できない

専門的なりハビリを受けたくて通所リハビリを利用したいとケアマネに伝えたが、外部の介護保険サービスは利用できないと言われ、高齢者向け住まいが運営しているデイサービスの利用を継続させられた。



➡ ②サービスの不足、④事業所選択の権利侵害

# ケアプランの書き方

(悩んでいませんか?)

# 介護保険最新情報 958

(令和3年3月31日)

「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

平成11年から20年の時空を超えて発出！



# ケアプラン 当たり前の基本

## 基本の「キ」の「キ」

- 1) 誤字脱字がある(変換ミスや文字切れ等)
- 2) 専門用語が多すぎて利用者には理解困難な表現
- 3) 罫線から文字が切れている、ずれている、枠に収まり切れ  
れていない。
- 4) 略語(通介 生活Ⅱ)
- 5) 心情配慮が必要(認知症・徘徊・拒否・訴え)
- 6) 和暦。西暦が混合していて分かりにくい

# 記載要領前文

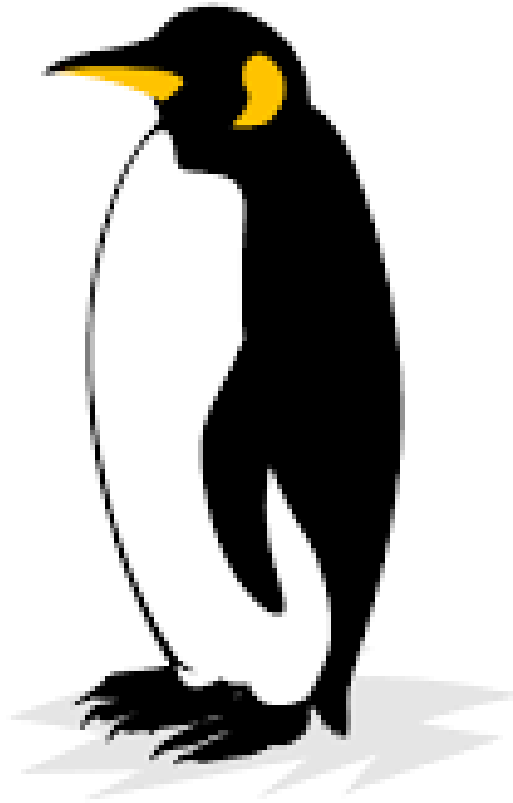
## 改正内容

本様式は、当初の介護サービス計画原案を作成する際に記載し、その後、介護サービス計画の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。

なお、介護サービス計画は、**利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するために重要な計画**であり、利用者が地域の中で**尊厳ある自立した生活**を続けるための**利用者本人の計画であることを踏まえ、わかりやすく記載するものとする。**

# 今日は主に5点を中心に解説（提案）

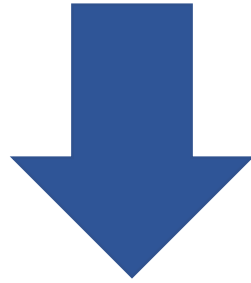
- つぶやき① 第1表 利用者及び家族の生活の意向を踏まえた課題分析の結果
- つぶやき② 第1表 総合的な援助の方針
- つぶやき③ 第2表 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）
- つぶやき④ 第2表 目標
- つぶやき⑤ 第2表 サービス内容



つぶやき①

第1表 意向欄

# 第 1 表 (利用者及び家族の生活の意向)



# 第 1 表 (利用者及び家族の生活の意向 を踏まえた課題 分析の結果)

## 【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

### 【改正内容】

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。

# 【考え方及び書き方】

利用者及び家族の意向は今まで通り記載

+

今後の方向性（課題分析の結果）

本人や家族の希望・望み・夢（デマンド）に対して、今後の方向性や段階的取り組み等を記載する。

【注】 「できない」「困難」の使用には特段の判断を要する。

# 書き方(提案例①)

## 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

(本人) 100メートル先のスーパーに一人で買い物に行けるようになりたい。

(妻) ① 1日1回は一緒に散歩に行こうと思う。

② トイレのことは自分でできるようになってほしい

#### (今後の方向性)

1日1回の散歩と週2回のリハビリテーションを休まずに実施します。

ふらつきなく歩くことを第一として、少しずつ距離を伸ばしていくことが大切です



# 書き方（提案例②）

## 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

- (本人) ①50年暮らしたこの家で妻と暮らして生きたい。その為にもトイレは自分でやる。  
②右半身の動きが悪くて自分ではできないけど、洋服は毎日着替えたい
- (妻) ①本人の思い(トイレに行く)と現実(夜は難しい)が歯がゆいです。  
②生活の中に必要な動作については、可能性のある限りのリハビリテーションを頑張っ欲しい。

#### (今後の方向性)

自宅で奥様と暮らし続けるためのトイレへの思い。そして、奥様の言われる生活動作の幅を広げるためのリハビリテーション、そして、自宅での運動(活動)に力を入れましょう。

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	利用者や家族の意向（生き方・望み・希望・夢）
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	利用者等の意向に対しての課題分析の結果
総合的な援助の方針	意向に対して（課題分析の結果）を踏まえた支援の方向性

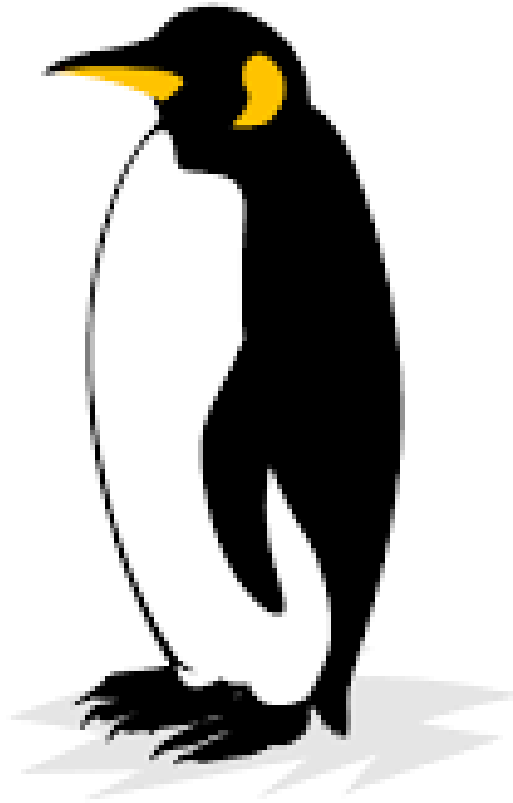
**がんばるぞ!の原動力となるものに繋げる**

注意点⇒ 叶う・叶わない等のジャッジをしない

# 第1表 (利用者及び家族の生活の意向)

## 〇〇市推奨

- ① 利用者等が話した言葉 (セリフ) を可能な限りそのまま具体的に表記します。
- ② 誰の意向であるかを続柄で記載します (例：長男、長女)。
- ③ 利用者が意向を語ることに困難な場合には (例：認知症等による会話困難)、利用が発した言葉は質問の意味が理解できないことで起きている回答であることから、「利用者に尋ねましたが明確な回答を得ることができませんでした」という表記もあり得ます。
- ④ 表記の順番は本人 (上段)、家族 (下段)と表記します。
- ⑤ 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します。



# つぶやき②

第1表

総合的援助方針

## 第1表 総合的な援助の方針

### 改正内容

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**の多職種との連携を含む対応方法について記載する。

**POINT③** そもそも、緊急連絡先を記載すること。

それを「当たり前」としていたケアマネジャーは少なくない。

# 【考え方及び書き方】

チーム方針

+

(緊急事態と多職種連携)

- ① チーム方針は、「必須」
- ② 緊急事態と多職種連携は、「必要性を判断」

## 書き方（提案例①—③）

### 第1表

### 総合的な援助の方針（チーム方針）

例① 令和3年6月、脱水症状がありましたので、「飲水の量」について常に確認し、声かけをします。

例② 食事の量が〇年〇月より低下しており、体重も減っています。「食事の有無・食事の量・内容等」の食事状況とそれに伴う歩行状態の観察を行います。

例③ 服薬を忘れてしまう事があり、そのせいで頭痛・ふらつきが見られることがあります。ご本人も自覚していますので、「服薬（残薬）の確認と声かけ」を行います。

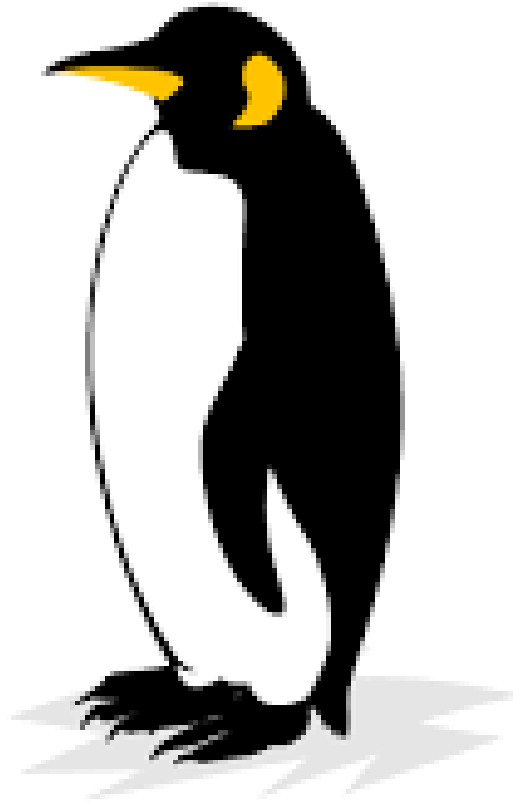
## 書き方（提案例①-②）

### 総合的な援助の方針（緊急事態と多職種連携）

例① 令和3年6月、脱水症状がありましたので、「飲水の量」について常に確認し、声かけをします。脱水が心配される時（汗の量や食欲等減退）には、主治医（●●医院 90-1111）とし、長女（●●様 90-2222）へ連絡します。

例② 服薬を忘れてしまう事があり、そのせいで頭痛・ふらつきが見られることがあります。ご本人も自覚していますので、「服薬（残薬）の確認と声かけ」を行います。万が一、呂律が回らない状況を確認した場合には、主治医（●●クリニック）、不在時等は、救急車を要請します。追って、成年後見人（●●氏 90-3333）に連絡  
し  
ます。





# つぶやき③

第2表

解決すべき課題  
(ニーズ)

## 第2表 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)



### 改正内容

利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題(ニーズ)についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。 **具体的には、利用者の生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の中で、解決していかなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、**

- ・利用者自身の方で取り組めること
- ・家族や地域の協力でできること
- ・ケアチームが支援することで、できるようになることなどを整理し、**具体的な方法や手段をわかりやすく記載する。**

目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようになるのか」という目標達成に向けた取り組みの内容やサービスの種別・頻度や期間を設定する。

利用者の自立  
を阻害する要因  
等



具体的な方法  
や手段



結果(見込み)

足元がふらつくことがあるが 歩行練習により コンビニまで歩けるようになりたい

## ニーズの書き方(案)

## 意欲・自覚有 (改善ケース)

利用者の自立を阻害する要因等 + 具体的な方法や手段をわかりやすく記載する

例① 足元がふらつくことがあるが、歩行練習によりコンビニまで歩けるようになりたい

例② 右手の痺れがあるが、調理訓練により朝食づくりができるようになりたい

## ニーズの書き方(案)

## 意欲・自覚有 (維持ケース)

利用者の自立を阻害する要因等 + 具体的な方法や手段をわかりやすく記載する

例① 足元がふらつくことがあるが、歩行練習等を継続することで、コンビニまで歩いていきたい。

例② 右手の痺れはあるが、調理訓練を継続し、朝食づくりをしたい

## ニーズの書き方(案)

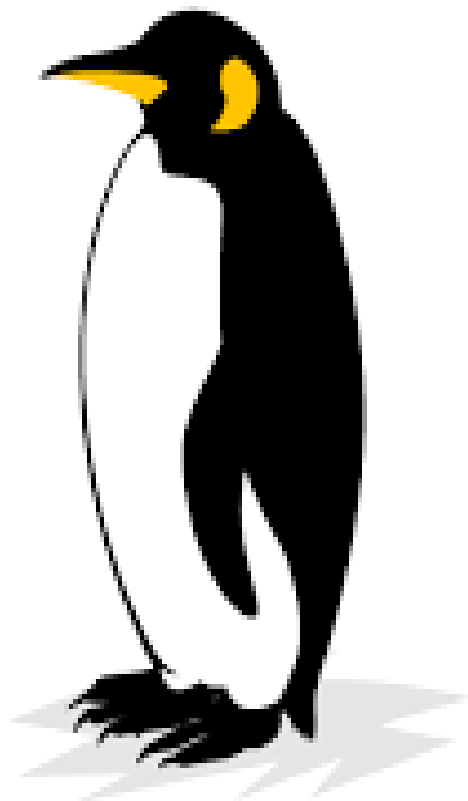
## 意欲・自覚不明

利用者の自立を阻害する要因等 + 具体的な方法や手段をわかりやすく記載する

例① 床ずれがありますので治療が必要です。

例② 体重が1カ月で3Kg減りました。体力的にも不安があります。

令和3年3月31日の改正では全く変更なし



つぶやき④

第2表

目標（長期：短期）

# ニーズ+長期目標 (改善事例)

ニーズと長期目標は「**対（つい）**」

ニーズ

ふらつくこともあるが



トイレに自分でいきたい

長期目標



**トイレに自分でいけている**



# ニーズ+長期目標

(維持事例)

ニーズと長期目標は「対（つい）」

ニーズ

ふらつくこともあるが



トイレまでの移動を継続したい

長期目標

トイレまでの移動が継続されている

# ニーズ+長期目標+短期目標 **(改善事例)**

ニーズ

ふらつくこともあるが



トイレに自分でいきたい

長期目標

**トイレに自分でいけている**

短期目標は、長期目標を達成するための段階的な目標

短期目標

① 自宅のリビングまで歩いていける

② 便座に回転して腰かけられる

# ニーズ+長期目標+短期目標 **(維持事例)**

ニーズ

今まで通りトイレの移動は自分でやりたい

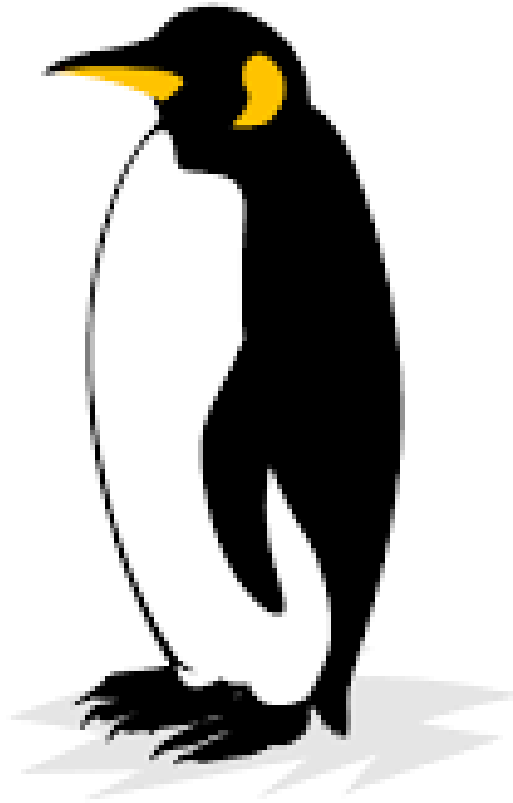
長期目標

**トイレまでの移動が継続されている**

短期目標は、長期目標を達成するための段階的な目標

短期目標

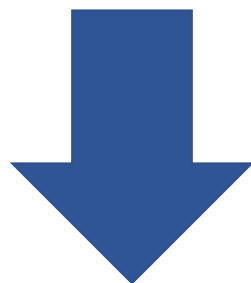
- ① 自宅のリビングまで歩いていける (継続)
- ② 便座に回転して腰かけられる (継続)



つぶやき⑤

第2表  
サービス内容

## 第2表 (サービス内容)



タイトル変更なし  
内容の変更あり

## 第2表 (サービス内容)

# 第2表 (サービス内容)

## 〇〇市推奨

- ① サービス内容を適切・簡潔に記載します。
- ② 家族等のインフォーマルサポートについても明記します。
- ③ 利用者自身がしている事、行っている事をセルフケアとして記載します。
- ④ 加算項目（例：入浴加算）を記載する必要はありません。
- ⑤ 介護保険サービス以外のサービス・サポートも記載します。
- ⑥ 近隣等のインフォーマルサポートについては、明記の有無等を利用者、また、支援者に確認する等を行った上で記載します。

# 第2部

令和6年

に向けて

令和6年

## 介護保険制度改革（医療同時報酬改定）

- ① 基本報酬の減
- ② 2割負担者の拡大
- ③ 要介護1・2の訪問・通所を総合事業へ（見送り）
- ④ 介護保険料UP(1号・2号)  
全国平均6000円 ⇒ 〇〇〇円
- ⑤ 介護予防支援の指定を居宅介護支援も可能へ
- ⑥ 複合サービスに新体系（訪問+通所等）