

ケアプラン作成及びケアマネジメントのポイント

令和5年3月

筑紫野市における取り扱いを記載しています。なお、ケアマネジメントに必要な事項の全てを示す資料ではありませんのでご注意ください。

《基本方針》

- 利用者が、可能な限り住み慣れた居宅において、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮します。
- 多様で総合的かつ効率的にサービスが提供されるよう配慮します。
- 利用者の意思や人格を尊重し、利用者の立場になって、公正中立な支援をします。

1. アセスメント

- ① ①毎回23項目もれなく確認している（これにより、利用者や家族、サービス事業者の訴えやケアマネジャー自身の主観的な考えに左右されることのない支援ができる）
- ② ②利用者が自立した日常生活ができるよう支援する上で何が課題となっているのかを記録している
- ③ ③ケアプランに記載しているニーズやサービス内容の利用を必要とする理由が記載されている（利用者の状態と必要なサービスとの整合性）
- ④ ④利用者の主訴や要望を引き出している（家族の希望も大事だが利用者主体）
- ⑤ ⑤「できる」「一部介助」「全介助」等の項目の選択をした場合は、選択した理由がわかるよう、具体的な状況が記載されている
- ⑥ ⑥利用者ができることが把握されている
- ⑦ ⑦アセスメントの結果、状況の変化がごく一部であった場合の記録は、変更箇所の追記のみでもよいが、変更年月日が分かるように記録する
- ⑧ ⑧利用者の居宅（居室）で、利用者及び家族と面談して実施している

2. ケアプラン（第1～3表）

（1）全般

- ① ①介護保険サービス以外のフォーマル、インフォーマルサービスの他、利用者自身が行うセルフケアも記載され、包括的な支援になっている（支給限度額外のサービスも含める）
- ② ②サービス事業所の紹介は、複数の事業所から利用者を選んでもらっている
- ③ ③サービス事業所の選定にあたっては、公平性・中立性が確保できている（特定の事業所や法人内の事業所を積極的に紹介しない）

- ④ケアプラン作成にあたっては一連の業務（資料2②～⑥）をおこなっている
- ⑤ケアプランの軽微な変更の場合は、一連の業務を省くことができるとされていることについて、厚労省の通知文①*1を参考にし、判断した理由を記録している（支援経過記録など）
- ⑥使用している全てのサービスにおいて、終了するときも一連の業務を行っている
- ⑦医療保険から介護保険の同種サービスに移行した場合も一連の業務を行っている
- ⑧居宅療養管理指導のサービス開始にあたり、医師等からサービス担当者会議で情報提供を受けることができない場合は、文書等での情報提供を受け、ケアプランを作成している
- ⑨本人からの同意の署名が困難な場合は、代筆した家族や支援者の続柄と氏名を記載している。また、代筆しないといけない理由を記録している（支援経過記録など）
- ⑩ケアプランの同意日は、サービス担当者会議（かつ作成日）以降でサービス利用開始以前になっている ※サービス開始以降になった場合は理由が記録されている（支援経過記録など）
- ⑪ケアプラン作成の都度、利用者およびサービス事業者に交付している
- ⑫医療系サービス*2がある場合は、作成の都度、意見を確認した医師や歯科医師に交付している

（2）第1表

- ①「利用者及び家族の生活に対する意向」は利用者の意向が直接確認できない場合は、利用者の表情、今までの生活、サービスを受けているときの状況や、家族からの聞き取りなどを記載している

（3）第2表

- ①「ニーズ」は、優先度合いが高いものから順に記載している
- ②左からニーズ⇒長期目標⇒短期目標⇒サービス内容、というふうに順に立てている
- ③「ニーズ」は、アセスメントの課題分析をもとに、利用者の視点で表現している
- ④「ニーズ」は、利用者の自立を支援する視点になっている
- ⑤「ニーズ」や「長期・短期目標」は、サービス利用を目的にしていない（サービス提供は手段）
- ⑥「短期目標」は、長期目標を段階的に達成するための指標であり、達成可能な具体的でわかりやすいものになっている（利用者や支援者の目標が明確になり評価もしやすくなる）
- ※「安心」「安全」「安定」「不安なく」「病氣」「元気に」「意欲的に」「気持ちよく」「安楽に」などは抽象的な表現
- ⑦福祉用具を複数利用する場合は、利用目的にそって目標設定を分けている
- ⑧「利用頻度」は、短期目標が実現するための適切な頻度が数値化されている（「随時」「必要時」は好ましくない）

（4）第3表（週間サービス計画表）

- ①第2表のサービス種別や事業所（介護保険サービス以外も含む）が全て記載されている
- ②利用者や家族が理解できる表示になっている（サービスコードのみは好ましくない）
- ③「主な日常生活上の活動」は個性が見える生活パターンが示されている

3. サービス担当者会議（第4表）

- ①医療系サービス※²をケアプランに位置付ける場合は、医師や歯科医師から専門的意見を聴取している
- ②居住系施設に入居し、施設サービスの提供を受けている場合は、サービス事業所以外に施設職員が参加している
- ③欠席者が分かるように記録している
- ④担当者全員から専門的意見を聴取しており、誰の発言かが分かるように記録している
- ⑤福祉用具は、毎回継続の必要性の検証を行い、自立を阻害するサービス提供になっていないか確認し、記録している（同じ品目の利用の場合はそれぞれの必要性、電動ベッドにおいては、各モーターの利用の必要性、また、全てにおいて正しい利用および利用頻度を確認）
- ⑥サービス提供中に実施しない

4. 支援経過記録（第5表）

- ①ケアプランの説明、同意および交付をいつ誰に行ったのかが分かるように記録している（毎月の利用票交付を含む）
 - ②アセスメントやモニタリングの実施について、どこでいつ誰に面談したのかが分かるように記録している
 - ③サービス事業者や医療機関などとの調整内容が記録されている
 - ④情報収集のみではなくケアマネジャーの所感や判断した内容も記録しておくことが望ましい
 - ⑤給付やケアマネジメントの提供にあたり保険者に確認した内容が記録されている
- ※加算や運営基準減算の根拠記録として重要な書類

5. モニタリング

- ①特段の事情がない限り、月に1回以上、利用者の居宅（居室）で、利用者と面談して実施している
- ②特段の事情とは、ケアマネジャー側の事情ではなく、利用者の状況やその置かれている環境により面談することができない場合が主であり、県の通知文※³で確認している
- ③サービス提供中に実施しない
- ④モニタリングの評価がケアプラン作成に反映されている
- ⑤短期目標ごとに、目標の達成度、利用者や家族の満足度を確認し、ケアプラン変更の必要性の可否を検証していることが分かるように記録している

6. 給付

- ①要介護（支援）認定者は、原則医療保険より介護保険が優先となるため、医療保険のサービス提供にあたり厚労省の通知文※⁴を確認している
- ②加算（居宅介護支援、サービス事業所いずれも）の算定にあたっては、加算要件に該当しているかを確認している

7. 利用開始

- ①サービス利用前に、利用者（および家族）に、業務内容、支援の目的や運営方針などを記載した重要事項説明書を交付して説明し、同意を得ている（同時に契約書を取り交わしている）
- ②利用者からケアマネジャーに対して、複数のサービス事業所等の紹介を求めることができることを、文書の交付に加えて口頭で説明し、理解できたことの署名を得ている⇒運営基準減算
- ③ケアプランに位置付けたサービス事業所の選定理由の説明を求めることができることを、文書の交付に加えて口頭で説明し、理解できたことの署名を得ている⇒運営基準減算
- ④ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、利用開始に際し前6か月間に作成したケアプランの総数のうちに、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下、訪問介護等という）がそれぞれ位置付けられたケアプランの数が占める割合、前6か月間に当該居宅介護支援事業所において作成されたケアプランに位置づけられた訪問介護等ごとの回数の中に同一事業者によって提供されたものが占める割合の説明を行い、理解を得ること⇒運営基準減算
- ⑤利用者が入院する場合に備えて、入院する医療機関に担当のケアマネジャーと連絡先を伝えるよう求めている

8. その他運営の留意事項

- 同意にかかる書類（契約書、重要事項説明書、個人情報の利用に係る同意書その他）の内容に変更があった場合は、すみやかに利用者全員に変更部分の説明および同意をとっている
 - ※介護報酬費の改定等は、改定内容を表示した用紙の配布等で説明を行うが、必ずしも署名を要しない場合がある。ただし、その場合は説明や同意を得たことの記録を残しておく（支援経過記録など）
- サービス事業所等から情報提供を受けた利用者の服薬状況、口腔機能その他心身や生活状況について、必要に応じて主治医や歯科医師、薬剤師に情報提供をしている（利用者の同意の上）

※1 厚労省の通知文①「居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについて（R3.3.31 老介発 0331 第1号・老高発 0331 第2号・老認発 0331 第3号・老老発 0331 第2号）

※2 医療系サービス：訪問看護、通所リハビリ、訪問リハビリ、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の訪問看護サービス、看護小規模多機能型居宅介護の訪問看護サービス

※3 県の通知文：居宅介護支援における運営基準減算の取扱いについて（H22.4.2 21 介第 4187 号）

※4 厚労省の通知文②：医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について（最終改正：R2.3.27 保医発 0327 第3号）

医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について（最終改正 H27.3.31 老老発 0331 第2号）

在宅患者訪問薬剤管理指導料と居宅療養管理指導費の給付調整に係る留意事項について（H24.10.16 老健局振興課・老人保健課事務連絡）

訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準など（最終改正：R3.3.31 厚生労働省告示第 164 号）

ケアマネジメントの流れとその内容

～ケアマネジャーの業務の流れ～

【参考】H20. 7. 11 介護保険最新情報 Vol. 37 「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」について

サービスが継続する限り②～⑧の繰り返し

① 受付・相談・契約

- ・介護サービスを受けたいと希望する利用者よりケアプラン作成の依頼があった場合は、契約及び重要事項の説明を行い、文書の取り交わしを行う。(同意した日付の記載と署名)
- ・「居宅サービス計画作成依頼届出書」を市役所に提出(サービス利用開始日以前)。

② アセスメント(課題分析)

- ・利用者の自宅を訪問し、利用者及び家族に面接して行う。
- ・23項目にかかる利用者とそれを取り巻く環境について情報収集を行う。
- ・心身機能の低下の背景や要因を分析する。
- ・予後予測を立て、解決すべき生活課題(ニーズ)をみつける。

③ ケアプラン(居宅サービス計画)原案作成

- ・生活課題の解決のための総合的な援助方針、目標及び達成時期を設定する。
- ・目標達成のために必要と思われる介護サービスを中心に、医療・福祉サービス、インフォーマルサービスを組み合わせた包括的援助計画(ケアプラン原案)を作成する。
- ・介護サービスについては複数の事業所を紹介し、最終的に利用者が選択する。

④ サービス担当者会議

- ・新規の場合はもちろん、要介護更新認定・区分変更の認定・居宅サービス計画の変更を行う場合は必ず開催する。
- ・本人及び家族、プランに位置付けた全ての事業所のスタッフや医師等に出席してもらい、それぞれからケアプラン原案について専門的意見を聴取する。それをもとに会議後、ケアプラン原案の追加・修正を行う。
- ・医療系サービスを位置付ける場合は(歯科)医師からの専門的意見の確認が必要。

⑤ ケアプラン本案作成

⑥ ケアプランの説明・同意・交付

- ・ケアプラン内容について利用者へ丁寧に説明し、利用者から同意を得た日付を記載。
- ・同意日は、サービス担当者会議以降であり、サービス利用開始以前であること。
- ・同意後のケアプラン本案を利用者及び介護サービス事業所の担当者に交付する。
- ・医療系サービスを位置付けた場合は(歯科)医師への交付も必要。

⑦ ケアプランに基づき介護サービスを提供

①～⑥の過程を踏んだ後に介護サービスの利用が開始

⑧ モニタリング(評価)

- ・1回/月以上、利用者の自宅に訪問し、利用者に面談して評価を行う。
- ・各サービス事業所から個別サービス計画や報告を求め、ケアプランどおりにケアが実施されたか、本人及び家族の満足度、目標の達成の有無を確認し記録する。
- ・ケアプランどおりにケアが実施できなかった場合や、本人及び家族が現在のサービスに満足していない場合、効果がみられない場合、目標達成が確認できた場合は、②アセスメントからの一連の流れを踏んで、遅滞なくケアプランの変更を行う。

支援経過記録

- ・利用者やサービス事業者等とのやりとり内容、保険者との相談内容およびケアマネジャーの所感など。
- ・アセスメントやモニタリングの実施、ケアプランの同意や交付などの業務の実施。