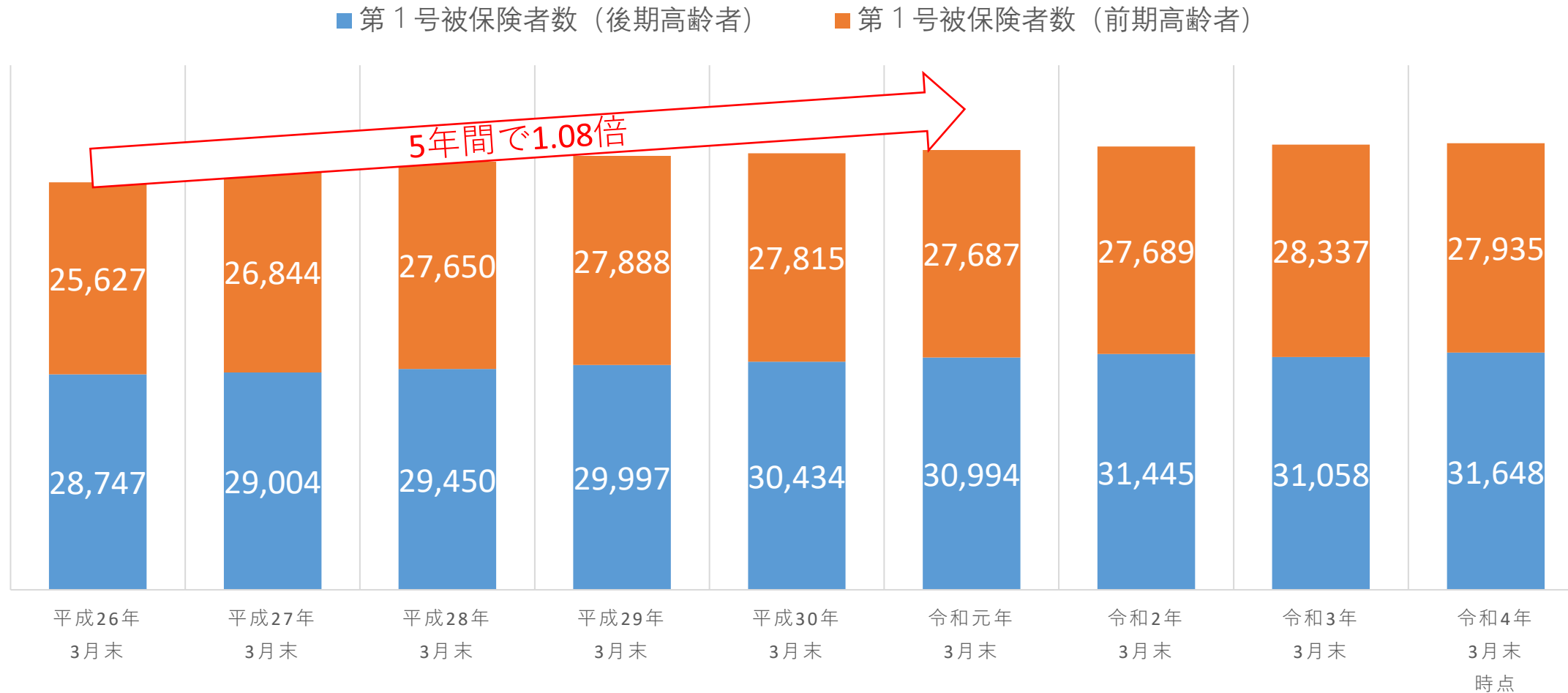


松江市のケアプラン点検

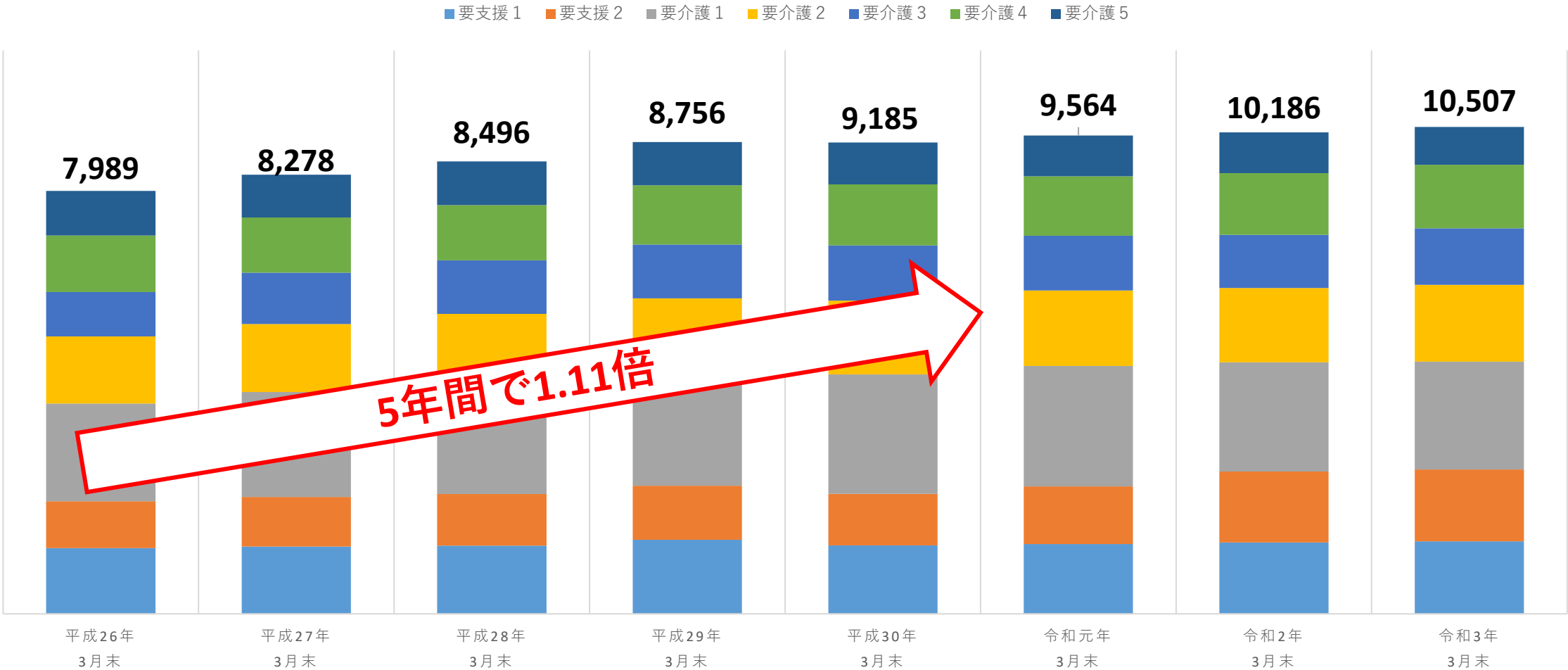
松江市役所 尾添聡美



松江市の高齢者人口の推移



松江市の要介護認定者の推移



松江市のサ高住戸数の推移



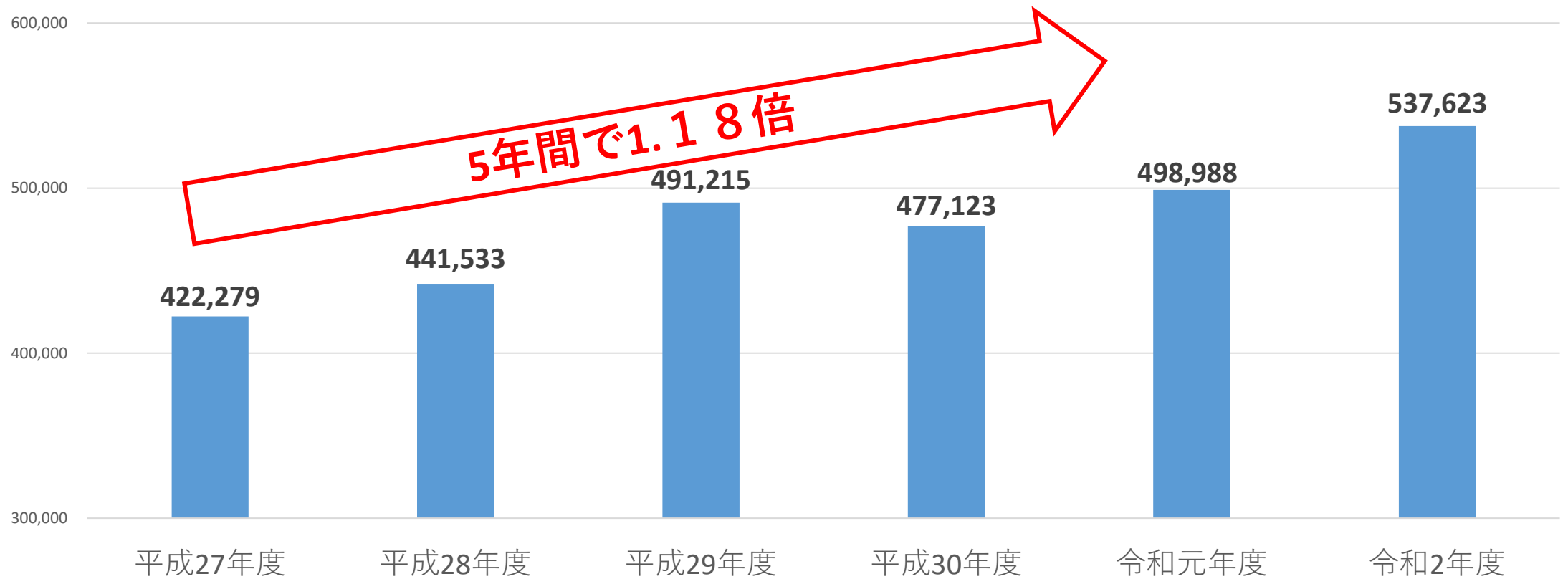
松江市第8期介護保険計画データ

松江市の給付費推移①（通所介護）



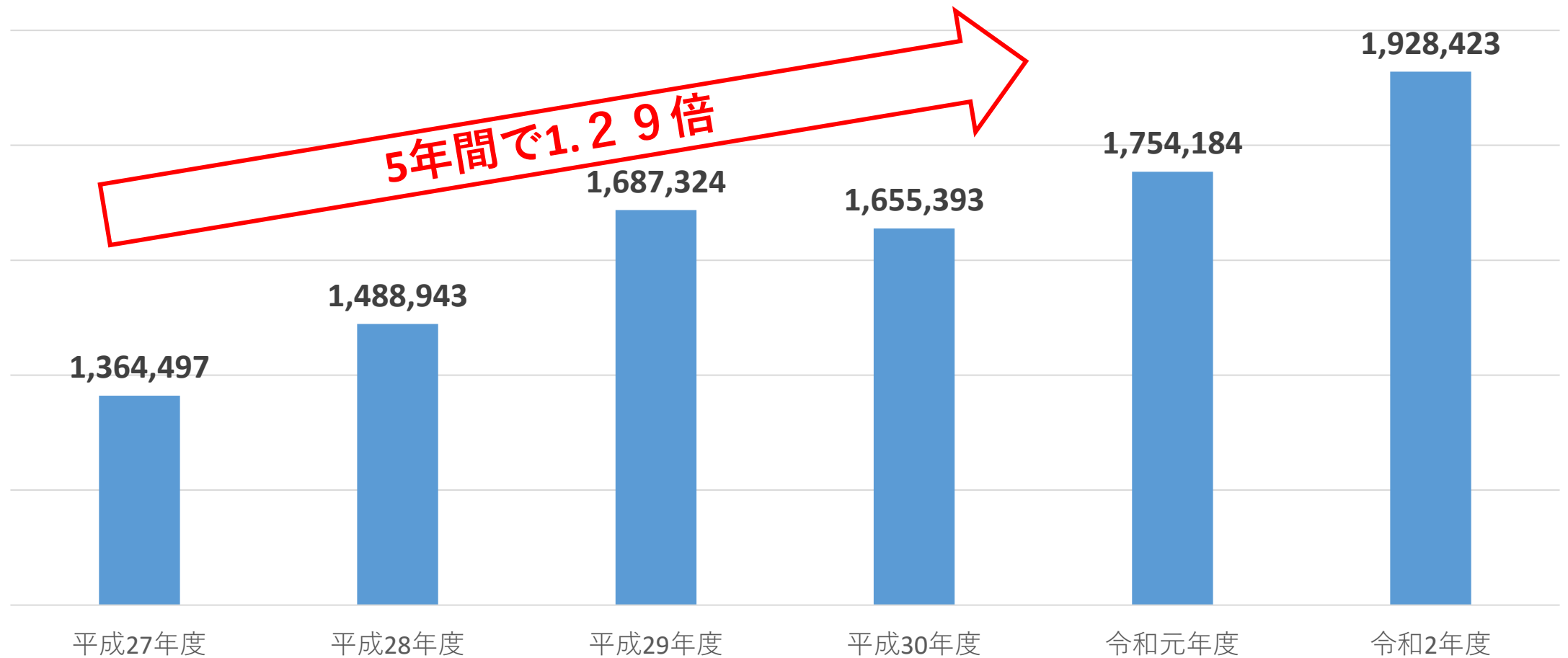
松江市の給付費推移②（訪問看護）

松江市第7期、第8期介護保険計画データ



松江市の給付費推移③（訪問介護）

松江市第7期、第8期介護保険計画データ



令和元年度のケアプラン点検

ケアプラン点検の対象となる事業所

・ サービス付き高齢者住宅等の集合住宅と併設の事業所	10事業所 (重複)
・ 支給限度額利用率の高い利用者を抱えている事業所	

対象となるケアプラン

①事前提出の点検対象プラン (一人につき新旧2回分)	・ 要支援2～要介護2 ・ 支給限度利用率の高い方
②当日の点検対象プラン	・ 同法人施設の入居者 (全員)

ケアプラン点検の当日

①事前提出書類を基に、担当ケアマネと面談 (専門職)	
②同法人施設へ入居者のケアプランチェック作業 (事務)	(同法人サービス事業所の抱え込みの有無をチェック)

ケアマネとの面談によるケアプラン点検

- 介護度が悪化しても、ケアプランの内容がほとんど変わらないプラン
- ニーズ、目標設定が“あいまい”なプラン
- サービスの内容や回数の根拠は“あいまい”だけど、“あいまい”な目標だと「必要」枠の中に入るプラン
- なぜサービスが必要か問うと、「医師が...」「家族が...」「本人が...」とアセスメントが見えない（ケアマネから聞き取れない）

令和元年度
(同法人)サ高住入居者のケアプラン点検の結果

	サ高住 施設名	点検数	同法人 訪問介護		週最多利用 回数(件数)	同法人 訪問看護		同法人 通所介護		週最多利 用回数(件 数)
A 居宅	A - 1	10	10	100%	週7(8)	10	100%		0%	
	A - 2	9	9	100%	週7(8)	9	100%		0%	
	A - 3	29	29	100%	週7(25)	28	97%		0%	
	A - 4	10	8	80%	週7(3)	8	80%		0%	
B 居宅	B - 1	22	22	100%	週7(21) 週6(1)		0%	20	91%	週5(2)
C 居宅	C - 1	13	13	100%	週7(5)	10	77%		0%	
D 居宅	D - 1	8	7	88%	週3(2)	4	50%		0%	
E 居宅	E - 1	14		0%			0%	14	100%	週6(13)
	E - 2	6		0%			0%	6	100%	週6(6)
F 居宅	F - 1	8	8	100%	週4(3)	0	0%	0	0%	

令和 2 年度のケアプラン点検

ケアプラン点検の対象となる事業所

・ サービス付き高齢者住宅等の集合住宅と併設の事業所	7 事業所 (重複)
・ 支給限度額利用率の高い利用者を抱えている事業所	

対象となるケアプラン

①事前提出の点検対象プラン	・ 要支援 2 ～要介護 2 ・ 支給限度利用率の高い方
②当日の点検対象プラン	・ 同法人施設の入居者（全員）

ケアプラン点検の当日

①事前提出書類を基に、担当ケアマネと面談（専門職）	
②同法人施設へ入居者のケアプランチェック作業（事務）	（同法人サービス事業所の抱え込みの有無をチェック）

令和2年度
(同法人)サ高住入居者のケアプラン点検の結果

	サ高住 施設名	点検数	同法人 訪問介護		週最多利用 回数(件数)	同法人 訪問看護		同法人 通所介護		週最多利用 回数(件数)
A居宅	A－1	11	11	100.0%	週7(9)	10	90.9%	2	18%	
	A－2	9	8	88.9%	週7(7)	0	0.0%	5	56%	週6(1) 週5(1)
	A－3	10	10	100.0%	週7(8) 週6(2)	0	0.0%	2	20%	週3(2)
	A－4	18	18	100.0%	週7(15) 週6(2)	5	27.8%	2	11%	週1(2)
B居宅	B－1	30	30	100.0%	週7(28) 週6(2)	0	0.0%	27	90%	週6(6) 週5(5)
C居宅	C－1	7	5	71.4%	週7(2)	0	0.0%	6	86%	
D居宅	D－1	5	5	100.0%	週2(3)	0	0.0%	4	80%	週5(1)
E居宅	E－1	10	8	80.0%	週5(1) 週4(2)	2	20.0%	7	70%	週4(2) 週3(1)
	E－2	14	10	71.4%	週5(2) 週4(1)	0	0.0%	2	14%	週2(1)
F居宅	F－1	27	0	0.0%		0	0.0%	27	100%	週7(2) 週6(11)
G居宅	G－1	17	17	100.0%	週7(11)	0	0.0%	15	88%	週5(1) 週4(1)

令和元年度、2年度のケアプラン点検のまとめ

- アセスメントの重要性を共有
 - サービスありきではなく、インフォーマルも含めてその人を支えるサービスの一つである認識を共有
 - 重度化防止の意識づけ
 - ケアマネの個別助言に留まっていまいがち・・・
-
- メリット：ケアマネに直接伝えられること
 - デメリット：1事業所にかかる、時間と労力に対し、松江市全体の効果が出せていないのではないか

令和3年度からのケアプラン点検

ケアプラン点検の対象となる事業所

全事業所（9月時点：86事業所）

主任ケアマネ含む2名

対象となるケアプランと提出物

要介護1～2のプラン 新旧1事例（ケアマネ1人あたり）

ケアプラン自己点検シート

ケアマネ協会

・

包括

と

事業共有

ケアプラン点検の当日

提出された全ケアプランを書類点検

- ①短期目標の“あいまい”な表現をチェック
- ②ニーズ、長期目標、短期目標の項目数
- ③記載内容の複写の有無

点検結果を集計

居宅サービス計画書（１）

作成年月日 年 月 日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

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	1 介護支援専門員としての課題分析がなされているか（課題分析の結果が記載されているか） 2 利用者が望む利用者らしい生活の様子が具体的に記載されているか 3 利用者（および家族）にとって分かり易い内容であるか
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	1 利用者、家族の意向について、どのような介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活を送りたいかがわかるものか 2 アセスメントにより抽出された課題に対して立てられた長期目標を達成するためのケアチーム（利用者＋家族・サービス提供事業所・ケアマネ）の援助方針がわかるものか 3 サービス担当が会議で検討されたことが記載されているか
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（

第 2 表

居宅サービス計画書（２）

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

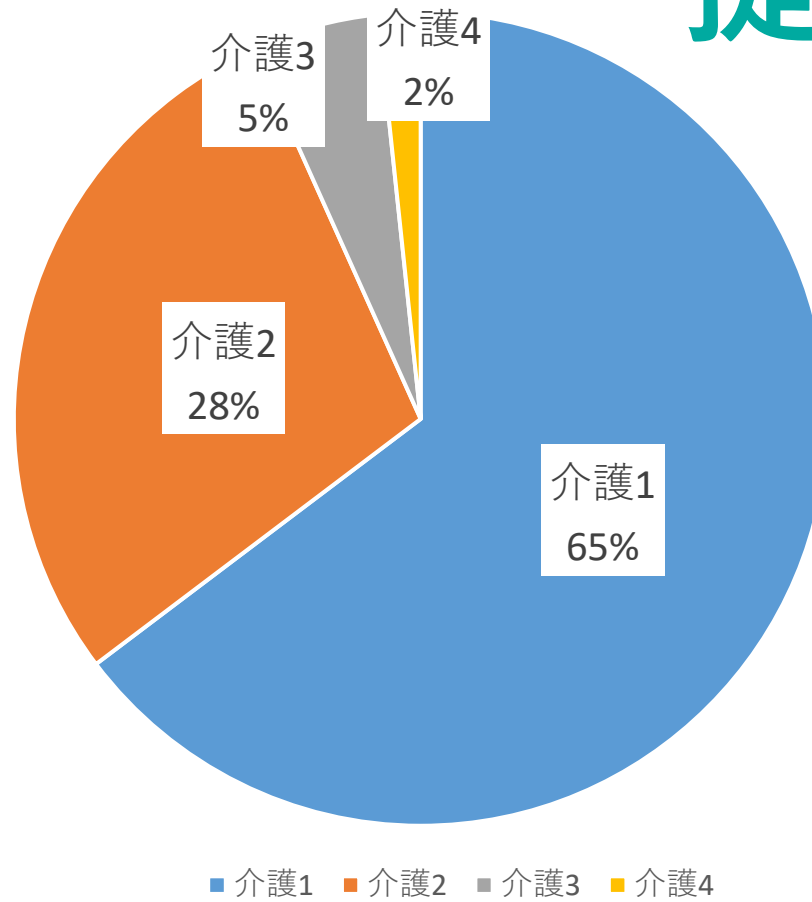
①生活全般の解決すべき課題	援助目標		援助内容				
	②長期目標（期間）	③短期目標（期間）	④サービス内容 ※1	サービス種別 ※2	⑤頻度	⑤期間	
1 生活全般の解決すべき課題		3 短期目標	4 サービス内容				
1 解決すべき課題は、アセスメントの結果に基づき、生活全般の解決すべき課題が整理されているか		1 短期目標は、長期目標達成のために設定した段階的な目標であるか	1 サービス内容、短期目標の達成に必要な具体的なサービスの内容やそれに係る根拠が明示されているか				
2 解決すべき課題は、優先度の高いものが上位にきているか		2 ニーズに基づく長期目標を達成するための段階的な目標と期間となっているか	2 抽象的な記載はないか				
3 複数の課題が混同していないか		3 サービス提供事業者が作成する個別サービス計画の目標となるものか	3 短期目標達成に必要な手順の記載があるか				
		4 モニタリング時に達成度が具体的に確認可能なものか	4 専門職（主治医等）からの留意事項が記載されているか				
		5 すぐにははじめられる取組目標となっているか	5 利用者や家族にわかりやすい表現となっているか				
		6 サービス利用が目標になっていないか	6 加算対象となっているサービスが記載されているか				
			7 福祉用具の種目の記載があるか				
			8 訪問介護の身体介護と生活援助の内容を分けて記載しているか				
2 長期目標			5 援助の頻度・期間				
1 長期目標は、解決すべき生活全般の解決すべき課題について、いつまでにどの程度まで解決するか記載されているか（抽象的でなく、個別具体的なものか）			1 短期目標の達成に応じた頻度か				
2 長期目標は総合的な援助の方針（第1表）と整合性があるか			2 目標やサービス実施予定に応じた期間の設定となっているか				
3 達成可能な期間となっているか			3 短期目標の期間と頻度・期間は連動しているか				
4 利用者が望む利用者らしい生活の様子が具体的に記載されているか							
5 サービスの利用が目標になっていないか							

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

提出プランの介護度

提出：119件



提出プラン新旧の内、旧プランの 短期目標の項目数

		短期目標 項目数									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
介護1		2	10	18	20	12	12	1	1		1
介護2		1	4	10	7	5	3	1	2	1	
介護3			1	1	1	1			2		
介護4						1			1		
総計	3	15	29	28	19	15	2	6	1	1	

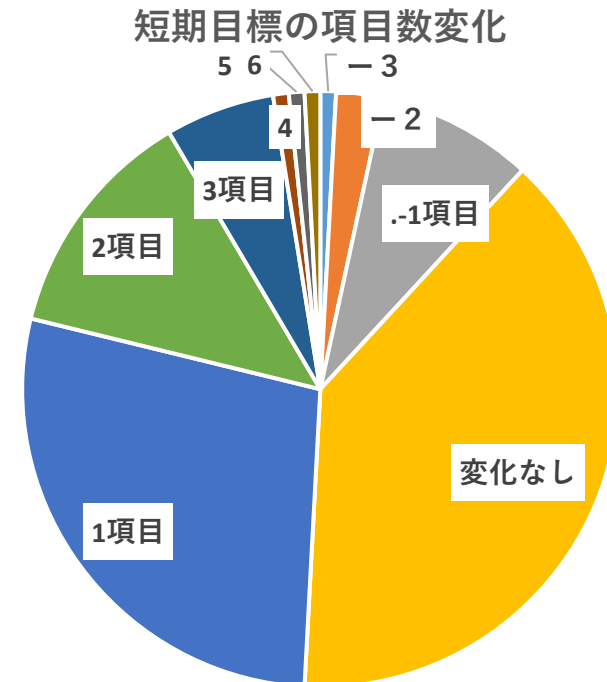
長期目標に対する短期目標の項目数

		短期目標 項目数									
		2項目	3	4	5	6	7	8	9	10	計
長期 項目数	1項目	4	1						1		6
	2	7	9	5	1	3					25
	3		12	6	9		5		2		34
	4			13	8	5	3	4	1		34
	5				3	6	3	1	1		14
	6						1	1		1	3
	7							2			2
	計	11	22	24	21	14	12	8	5	1	119

(件)

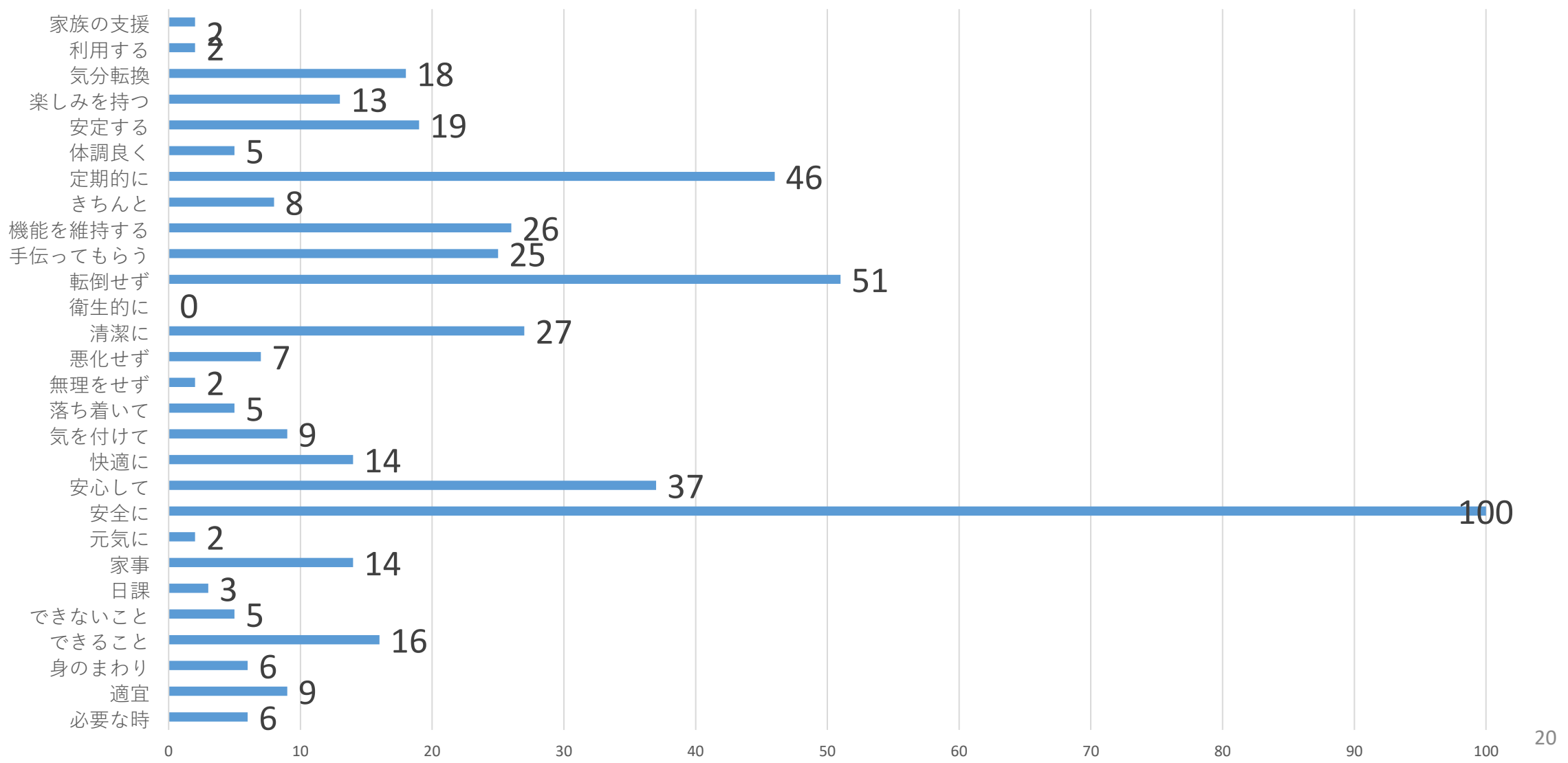
旧(前回)プラン→新(現)プランにおける 短期目標の項目数変化

-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	総計
1	3	10	46	33	15	7	1	1	1	119

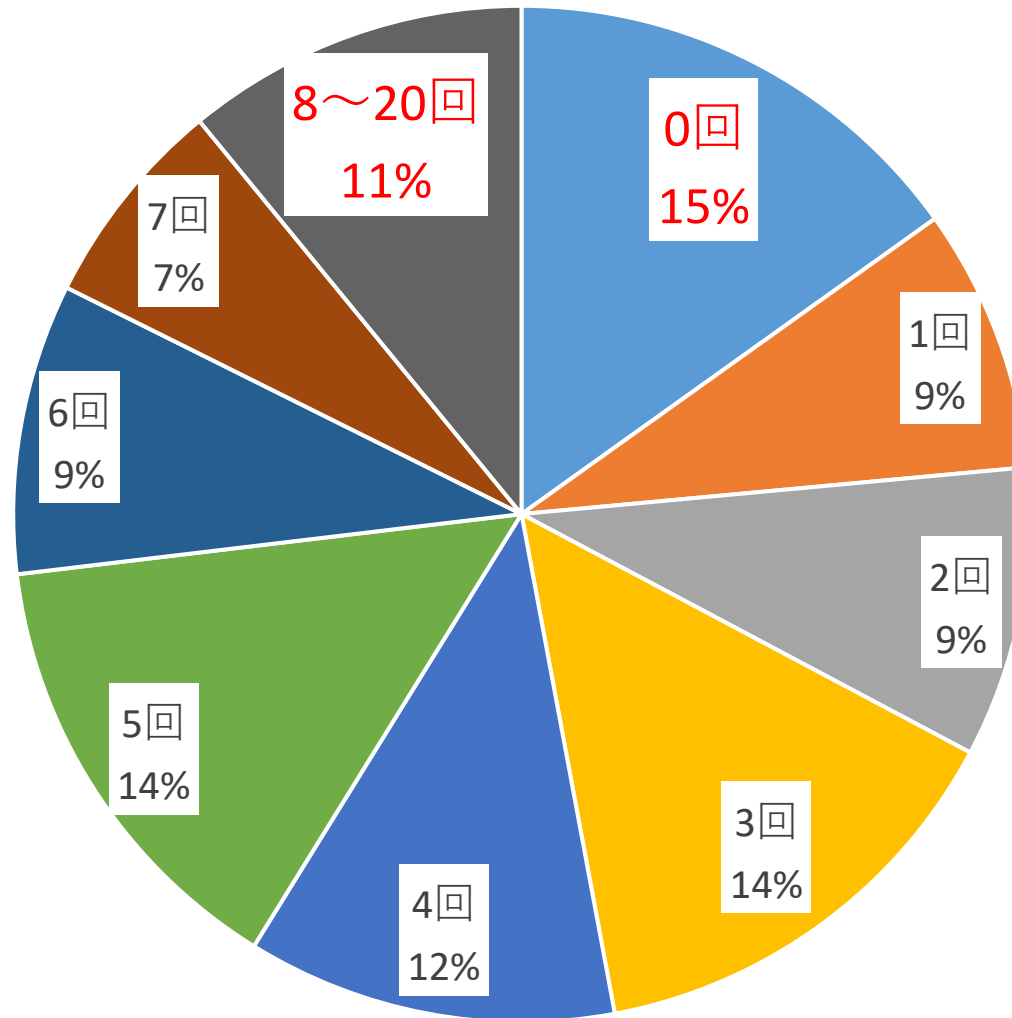


あいまい用語の引用数

ケアマネ119人 提出プランの内、用語別引用数の合計



あいまい用語の引用回数合計別のケマネ割合



長期目標＜短期目標の項目数 あいまい表現が少ない

長期目標		目標		援助内容				
長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	※1	サービス種別	頻度	期間
体調が管理でき、健康に過ごすことができる。	R3/7/1~	定期受診ができる	R3/7/1~ R3/12/31			家族 医療	1/月	R3/7/1~ R3/12/31
	R4/5/31	病状管理を行い、健康に過ごすことができる	R3/7/1~ R3/12/31			地域密着型通 所介護 訪問介護	4/週 5/週	R3/7/1~ R3/12/31
		他者交流することで、精神的安心感を得る	R3/7/1~ R3/12/31			域密着型 通所介護	4/週	R3/7/1~ R3/12/31
		定期的に頭を使う作業やトレーニングを実施することができる	R3/7/1~ R3/12/31			地域密着型通所介護	4/週	R3/7/1~ R3/12/31
		毎日入浴し、身体の清潔を保つと共に、気持ちもリフレッシュすることができる	R3/7/1~ R3/12/31			b地域密着型通所介護 家族	4/週	R3/7/1~ R3/12/31
自分で身支度を整え、外出することができる		化粧等出かける準備ができる	R3/7/1~ R3/12/31			訪問介護	4/週	R3/7/1~ R3/12/31
		自分でトイレにて排泄をすることができる	R3/7/1~ R3/12/31			地域密着型通所介護 訪問介護 家族 祉用具貸与	適宜 常時	R3/7/1~ R3/12/31
自分の家での役割を継続し、充実した生活を送ることができる		手順を確認しながら調理ができる	R3/7/1~ R3/12/31			訪問介護 本人	1/週	R3/7/1~ R3/12/31
		仕事に行かないといけない、というプレッシャーを和らげることができる	R3/7/1~ R3/12/31			居宅介護支援 医療 家族	適宜	R3/7/1~ R3/12/31

長期目標＝短期目標の項目数
あいまいな表現 あり
短期目標の文章複写 100%

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容				
	長期目標	目標期間	短期目標	期間	サービス内容	※1	サービス種別	頻度	期間
膝の炎症からの発熱を繰り返しています。体調管理が必要な状況です。	体調悪化なく過ごす事が出来る。	R3/6/1～ R5.5.31	発熱症状の把握が出来る。	R3.6.1～ R4.5.31		○	居宅療養管理指導	1回/月	R3.6.1～ R4.5.31
						○	夜間対応型訪問介護	毎日	R3.6.1～ R4.5.31
							受診介助	適時	R3.6.1～ R4.5.31
膝など身体 の痛みから 生活動作全 般に手助け が必要な状 況です。	転倒なく過ごす事が出来る。	R3.6.1～ R5.5.31	出来る事を増やしていける。	R3.6.1～ R4.5.31			日常生活		R3.6.1～ R4.5.31
						○	夜間対応型訪問介護	毎日	R3.6.1～ R4.5.31
						○	訪問介護	2回/週	R3.6.1～ R4.5.31
						○	福祉用具貸与	毎日	R3.6.1～ R4.5.31
	自室で過ごす時間が多いので刺激を受けられるようにしたい。	R3.6.1～ R5.3.31	安全に離室が出来る。	R3.6.1～ R4.5.31			サービス付き高齢者住宅	適時	R3.6.1～ R4.5.31

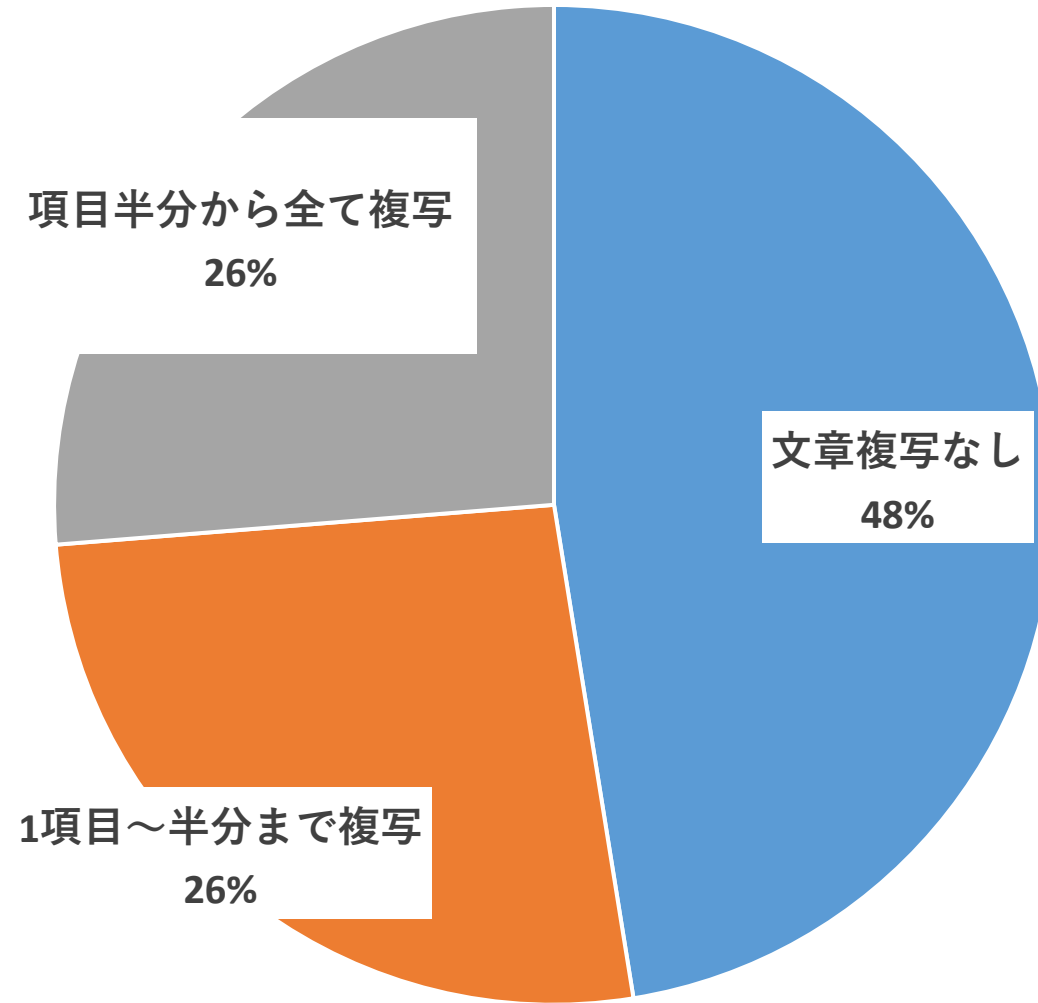
長期目標＝短期目標の項目数 あいまい表現 あり

目標				援助内容				
長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	※1	サービス種別	頻度	期間
生活意欲が低下する事なく、 健康に過ごせる	R3.9.1 ～ R4.8.31	清潔な環境で生活出来る	R3.9.1 ～ R4.2.28			地域密着型通所介護	2回/1週	R3.9.1～ R4.2.28
						通所介護	1回/1週	〃
						本人・家族	適宜 1回/1月	〃
安全・安心した移動ができる	R3.9.1 ～ R4.8.31	可能な日常の生活の動作の維持に努める	R3.9.1 ～ R4.2.28			地域密着型通所介護	2回/1週	R3.9.1～ R4.2.28
						通所介護	1回/1週	〃
						障がい保険	適宜	〃
						福祉用具貸与	随時	〃
他者とコミュニケーションを取り、活動に参加する	R3.9.1 ～ R4.8.31	趣味の時間を持ちながら、気分転換ができる	R3.9.1 ～ R4.2.28			地域密着型通所介護	2回/1週	R3.9.1～ R4.2.28
						通所介護	1回/1週	〃
						居宅介護支援	1回/1月	〃
							適宜	〃

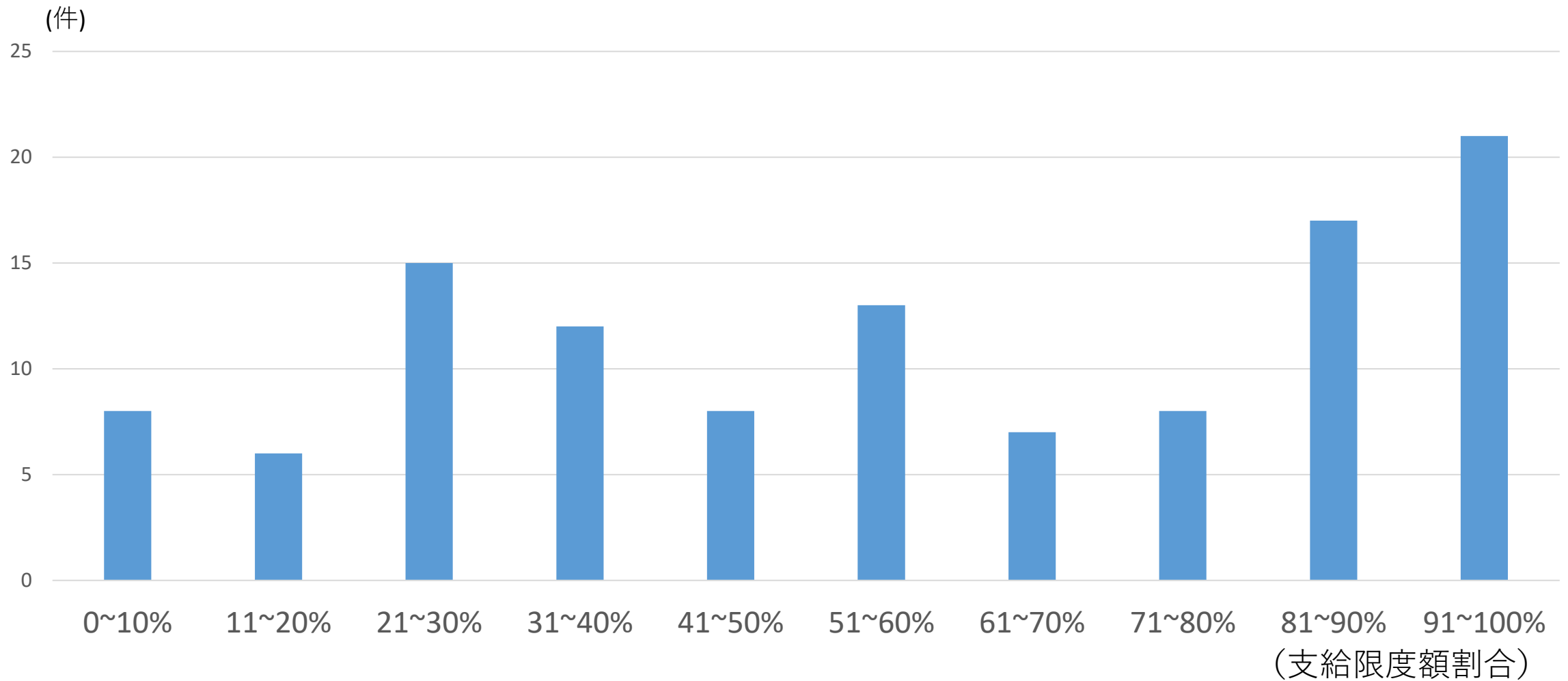
長期目標 ÷ 短期目標の項目数
あいまいな表現 あり
短期目標の文章複写 71%

目標				援助内容				
長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	※1	サービス種別	頻度	期間
安心して一人暮らしが継続できる	R3/2/12 ～ R3/11/30	関係機関のサポートによりご本人が安心して生活できる	R3/7/1 ～ R3/11/30			居宅療養管理指導	週に 1 回	R3.7.1～R3.11.30
						有償ヘルパー	必要時	R3.7.1～R3.11.30
						地域密着通所介護	週に 5 回	R3.7.1～R3.11.30
						家族	毎日	R3.7.1～R3.11.30
支援を受けながら在宅生活ができる	R3/2/12 ～ R3/11/30	出来る家事は自分で行い、出来ない部分は介助を受け、安心して自宅での生活ができる	R3/7/1 ～ R3/11/30			訪問介護	週に 1 回	R3.7.1～R3.11.30
		栄養バランスのとれた食事が摂れるようになる	R3/7/1 ～ R3/11/30			配食サービス	毎日	R3.7.1～R3.11.30
			R3/7/1 ～ R3/11/30			訪問介護	週に 5 回	R3.7.1～R3.11.30
安全に生活ができる	R3/2/12 ～ R3/11/30	福祉用具を利用し、起居動作や歩行を安全に行う	R3/7/1 ～ R3/11/30			福祉用具貸与	毎日	R3.7.1～R3.11.30
定期的に体を動かし、身体機能の維持を図る	R3/2/12 ～ R3/11.30	転倒せず過ごす事ができる	R3/7/1 ～ R3/11/30			地域密着通所介護	週に 5 回	R3.7.1～R3.11.30
外出の機会を持ち、メリハリのある生活を送る	R3/2/12 ～ R3/11/30	定期的に外出でき、気分転換が図れる	R3/7/1 ～ R3/11/30			地域密着通所介護	週に 5 回	R3.7.1～R3.11.30
		デイサービスの準備を手伝ってもらい安心して出かける事ができる	R3/7/1 ～ R3/11/30			訪問介護	週に 5 回	R3.7.1～R3.11.30
			R3/7/1 ～ R3/11/30			家族	毎日	R3.7.1～R3.11.30

短期目標の文章複写をしている割合



提出プランの支給限度額割合別の件数



令和3年度 ケアプラン点検結果のフィードバック と ケアマネジャーへの助言

令和3年度松江市介護給付適正化事業介護支援専門員研修会

2022/02/14(13:50-15:20)

ケアプラン作成の基本と
自立支援型ケアマネジメントのあり方
~「ケアプラン点検」から考える~



高野 龍昭
東洋大学 ライフデザイン学部

研修会のアンケート

- 講師先生の話が明確で、理解できました。ケアプランについて、**情報収集と分析に重きを置き、自立を阻害する要因や解決すべき課題を明確にしたい**です。給付適正化について、過不足のないケアプランを心がけます。
- **目標の定め方、モニタリング、アセスメント**の重要性をしっかりと**分析**してプランニング説明が出来るようにしていく。
- ケアプランの「構造」の確認は活用できると感じた
- ケアプランの**構造の確認**を習慣化して、**利用者と共に前向きに目標設定**をしていきたい。
- **アセスメント**を丁寧に行い、**予後予測**をしながらプランニングすることで、より具体的なプラン作成ができる。
- ケアプラン作成に関し、**アセスメント**の重要性と**将来予測の視点**を改めて学びなおしたい。
- ケアプランの意向、総合的な援助の方針、課題、目標、援助内容の**具体的な書き方**が理解できました。

研修会のアンケート

- ケアプラン点検の経験からの内容で、課題(ニーズ)→サービス内容→短期目標→長期目標の構造を理解し、安易なプランとならないよう作成したい。また、認知症の利用者に関しての情報収集も、サービス事業所の各スタッフから聞き取りを行うようにしたい。
- アセスメントをきちんと行うこと、課題に対し、何が要因となってあるのか？予測だて計画書に取り入れて行く事を学び、普段のケアプラン作成時に念頭に置いて業務に取り組みます。
- 利用者さんの背景(病気や家族関係など)がわかるように短期目標を定めるために、アセスメントをしっかり行うことを実行しようと思う。
- 長期目標、短期目標を具体的に記載する事。
- 具体化された課題表現できるよう努めていく。予測に視点をもって設定していくことが必要。
- 短期目標の重要性、書き方を具体的に学ぶことができ、今後のプラン作成に、生かしていきます。
- やはりアセスメントがカギなので今後もさらに意識して根拠のある目標設定に結びつけたい。

研修会のアンケート

- ケアプランの「構造」の確認の仕方が大変わかりやすく、今後ケアプランを作成したらまず確認を試みることにしたい。
- プランの構造の確認を利用して、現在のプランを確認する。具体的な内容までしっかりとアセスメントして、プランを作成していくこと。
- 阻害要因を明確化して課題整理を行う
- アセスメントがしっかりしていないと、具体的にプランが進まず、記述できない
- 短期目標に焦点を絞り良いケース悪いケースを提示していただけたからわかりやすかったです。
- ニーズから目標設定、サービスまで、関連を持ったプランにしたい。悪いプラン事例はありましたが、良いプランも掲載して欲しいです。
- 【ニーズ】があるが【サービス内容】の支援を受けることで、【短期目標】のような状態になれると確認をすることは出来ると思いました。
- 『ケアプランの「構造」の確認』としてお話しいただいた、ニーズ・サービス内容・短期目標・長期目標を文章にしてみて、その計画がきちんと成り立っているか確認していこうと思います。
- アセスメントについて情報不足を痛感したので、まずはもっとしっかりと情報収集をしていきたい。それを基に分析、課題や目標につなげられるようにしていきたい。まずは自身のケアプランの「構造」を確認し、おかしい流れになっていないか見直していきたいと思いました。
- アセスメント分析結果をもとに、目標設定を行う。

- アンケート回答133人
- 内、41人(31.1%)が、
「アセスメント」の重要性に着目した回答

令和4年度のケアプラン点検

ケアプラン点検の対象となる事業所

全事業所（9月時点：82事業所）

主任ケアマネ含む2名

対象となるケアプランと提出物

要介護1～2のプラン 新旧1事例（ケアマネ1人あたり）

ケアプラン自己点検シート

ケアマネ協会

・

包括

と

事業共有

ケアプラン点検の当日

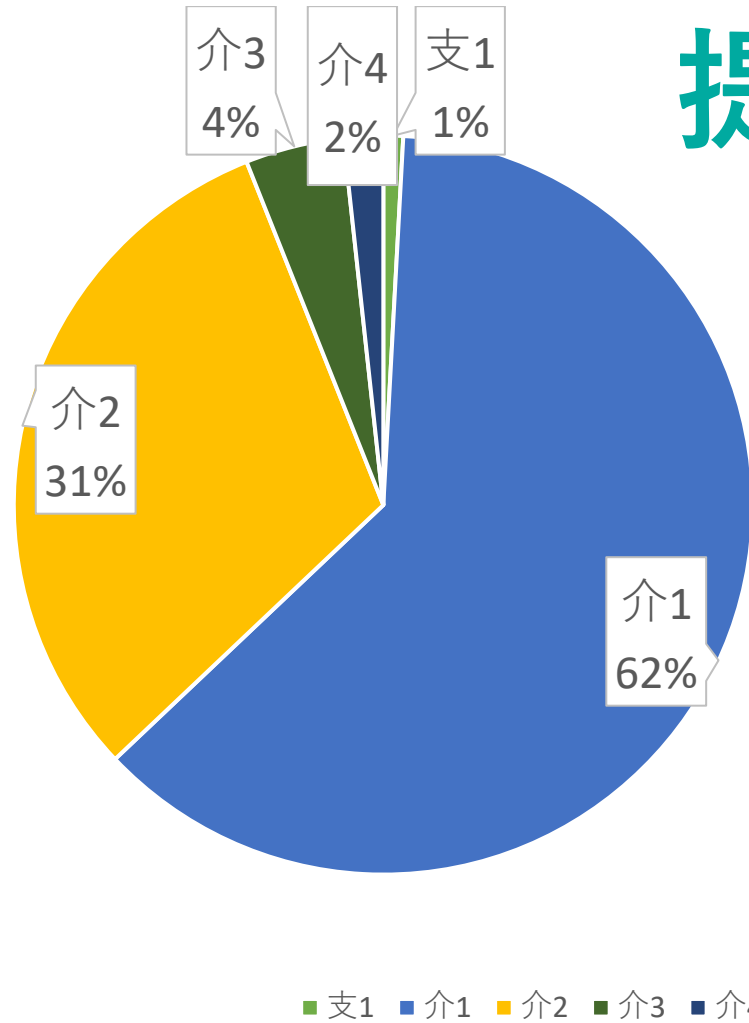
提出された全ケアプランを書類点検

- ①短期目標の“あいまい”な表現をチェック
- ②ニーズ、長期目標、短期目標の項目数
- ③記載内容の複写の有無
- ④加算に係るプラン記載

点検結果を集計中

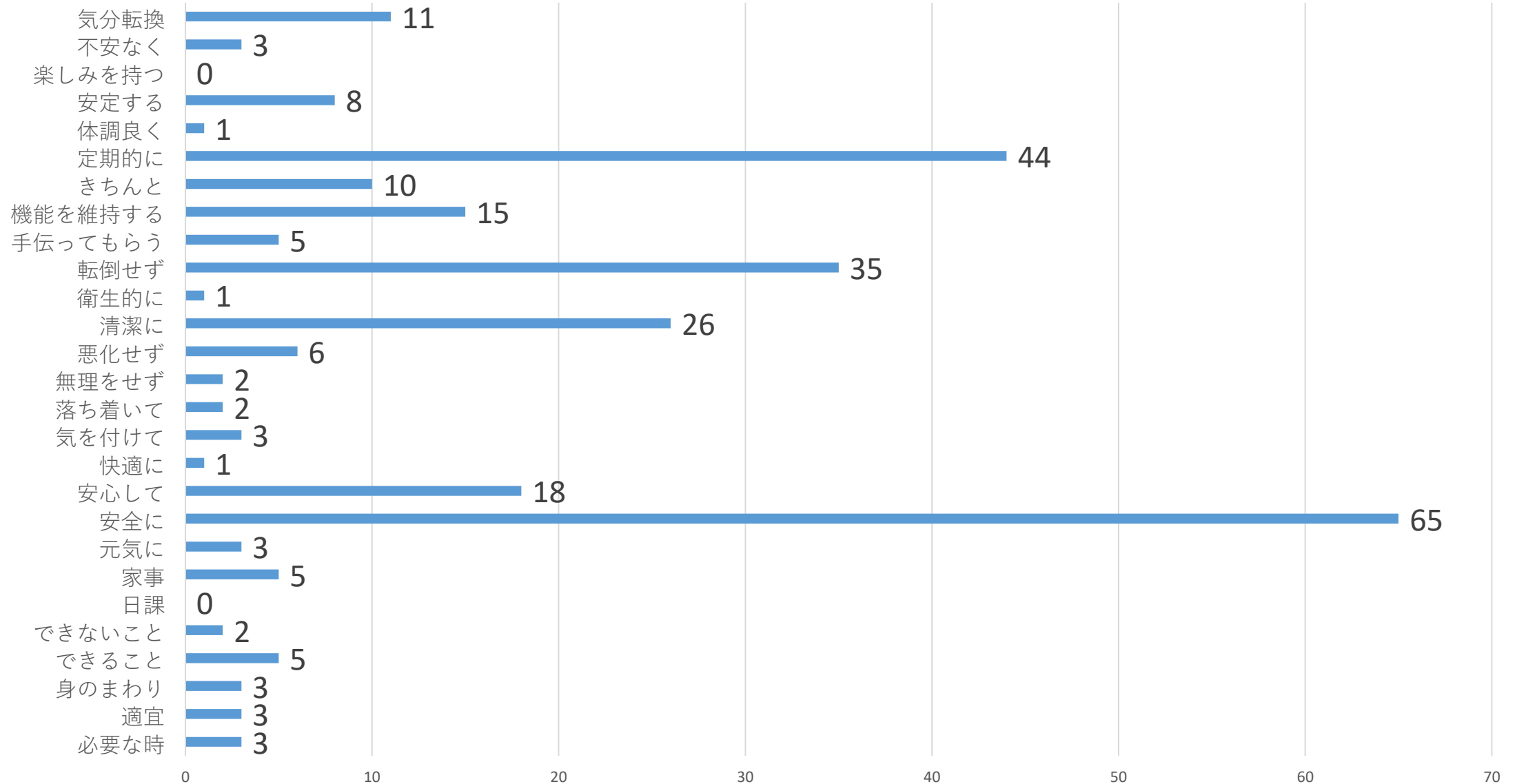
提出プランの介護度

提出：118件



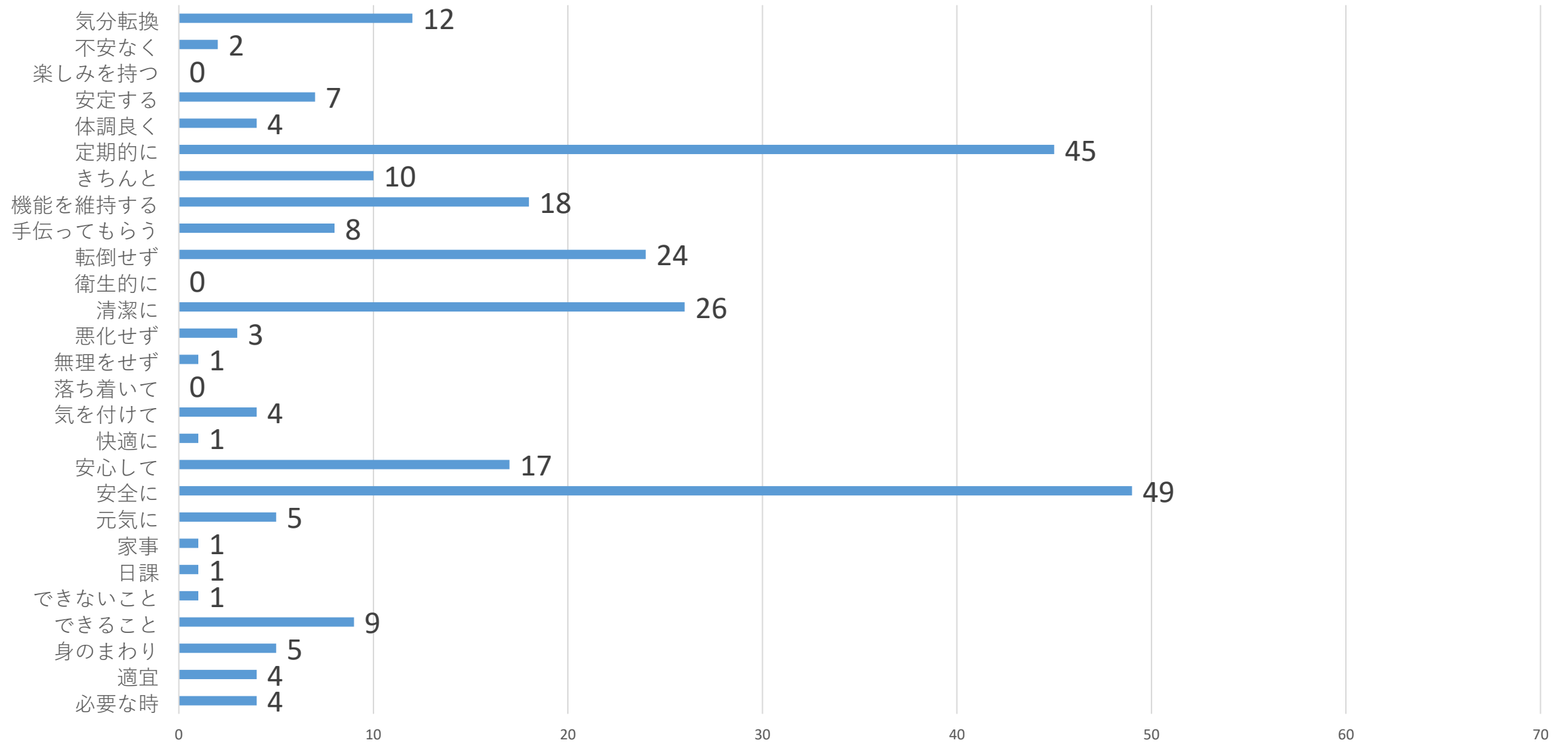
あいまい用語の引用数

ケアマネ118人 提出旧プランの内、用語別引用数合計



あいまい用語の引用数

ケアマネ118人 提出旧プランの内、用語別引用数合計



令和4年度 ケアプラン点検の感想

- 旧プラン（R3研修前作成）と新プラン（研修後）を比べると、代表的な「安全に」「定期的に」「転倒せず」等あいまい用語の引用は減少傾向にあった。
- 他のあいまい用語に置き換えられている事例があった。
- 文章複写は、減った印象もあるが・・・。
- ニーズ、長期目標、短期目標、サービス内容と関連があいまいな事例もまだ多い。（加算も含む）
- サービス担当者会議が、報告に留まっている事例が多い。

松江市のケアプラン点検の今後・・・（構想段階）

ケアマネ協会や地域包括支援センターとの事業目的を共有

全事業所ケアプラン点検の結果を
フィードバック（研修会）して、市内
全ケアマネジャーに気づきの機会を