

# 令和6年度 杉並区介護保険サービス事業者集団指導 運営指導における主な指摘事項 (ケアマネジメント編)

居宅介護支援・介護予防支援



杉並区 保健福祉部 介護保険課  
令和7年3月14日～31日

# 【目次】

|                                                 |           |    |     |
|-------------------------------------------------|-----------|----|-----|
| 介護支援専門員一人当たりの取扱い件数と<br>事業所ごとに必要な常勤の介護支援専門員の人員基準 | ・ ・ ・ ・ ・ | 3  | ページ |
| ケアマネジメントのプロセス                                   | ・ ・ ・ ・ ・ | 4  | ページ |
| 指摘事項（1）アセスメント、課題分析                              | ・ ・ ・ ・ ・ | 5  | ページ |
| 指摘事項（2）アセスメント、課題分析                              | ・ ・ ・ ・ ・ | 7  | ページ |
| 指摘事項（3）ケアプラン原案                                  | ・ ・ ・ ・ ・ | 11 | ページ |
| 指摘事項（4）サービス担当者会議                                | ・ ・ ・ ・ ・ | 14 | ページ |
| 指摘事項（5）サービス担当者会議                                | ・ ・ ・ ・ ・ | 17 | ページ |
| 指摘事項（6）ケアプラン確定（説明同意交付）                          | ・ ・ ・ ・ ・ | 20 | ページ |
| 指摘事項（7）ケアプラン確定（個別サービス計画との連動）                    | ・ ・ ・ ・ ・ | 23 | ページ |
| 指摘事項（8）モニタリング                                   | ・ ・ ・ ・ ・ | 26 | ページ |
| 指摘事項（9）福祉用具貸与・販売                                | ・ ・ ・ ・ ・ | 29 | ページ |
| 指摘事項（10）サービス提供開始にあたっての説明                        | ・ ・ ・ ・ ・ | 34 | ページ |
| アンケートへの入力をお願い                                   | ・ ・ ・ ・ ・ | 36 | ページ |

# 介護支援専門員一人当たりの取扱い件数と 事業所ごとに必要な介護支援専門員の人員基準

## 介護支援専門員一人当たりの取扱い件数

### 報酬

社会保障審議会介護給付費分科会（第239回）参考資料1 3(3)⑮

| 居宅介護支援費（Ⅰ） | （件数）     |
|------------|----------|
| 居宅介護支援費(ⅰ) | 45未満     |
| 居宅介護支援費(ⅱ) | 45以上60未満 |
| 居宅介護支援費(ⅲ) | 60以上     |

| 居宅介護支援費（Ⅱ） | ケアプランデータ連携システムの利用及び事務職員の配置 |
|------------|----------------------------|
| 居宅介護支援費(ⅰ) | 50未満                       |
| 居宅介護支援費(ⅱ) | 50以上60未満                   |
| 居宅介護支援費(ⅲ) | 60以上                       |

## 介護支援専門員の人員基準

### 基準

社会保障審議会介護給付費分科会（第239回）参考資料1 3(3)⑯

|            | 利用者数（名） | ケアマネ数（名） |
|------------|---------|----------|
| 居宅介護支援費(Ⅰ) | 44まで    | 1        |
|            | 88まで    | 2        |
|            | 132まで   | 3        |

|            |       |   |
|------------|-------|---|
| 居宅介護支援費(Ⅱ) | 49まで  | 1 |
|            | 98まで  | 2 |
|            | 147まで | 3 |

ケアプランデータ連携  
システムの活用  
& 事務職員配置

※いずれも介護予防支援の利用者数については「1/3を乗じた数」

# ケアマネジメントのプロセス

再掲

4

アセスメント  
課題分析

利用者や家族の情報を収集する。（課題分析標準 2 3 項目）  
課題の分析、リスク予測などに必要な情報を必要に応じて追加して収集し、分析を  
深め生活全般の予後を予測する。  
解決すべき課題を把握する。

ケアプラン  
原案

アセスメントの結果や本人・家族の希望をもとにケアプランの原案を作成  
する。

サービス  
担当者会議

利用者、家族、原案に位置付けた担当者を招集する。  
利用者の情報を共有し、原案の内容について担当者から専門的見地からの  
意見等を求める。

ケアプラン  
確定

ケアプランを説明し同意を得て、利用者、担当者等へ交付する。また、交  
付後、各個別サービス計画の提出を担当者に依頼し、受領後、ケアプラン  
と個別サービス計画の整合等を確認する。

モニタリング

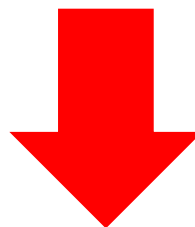
継続的アセスメントとして、利用者・家族の心身状態、環境の変化などを確認する。  
少なくとも月に 1 回、利用者宅を訪問し、面接して目標の達成状況、新たな課題の  
発生、利用者・家族の満足度や意向等を記録する。その際、個別サービス計画に基  
づいたサービスの実施状況も確認する。そのうえで、ケアプランの変更の必要性に  
ついて検討する。

利用者や家族の情報を収集する。（課題分析標準２３項目）

課題の分析、リスク予測などに必要な情報を必要に応じて追加して収集し、分析を深め生活全般の予後を予測する。  
解決すべき課題を把握する。

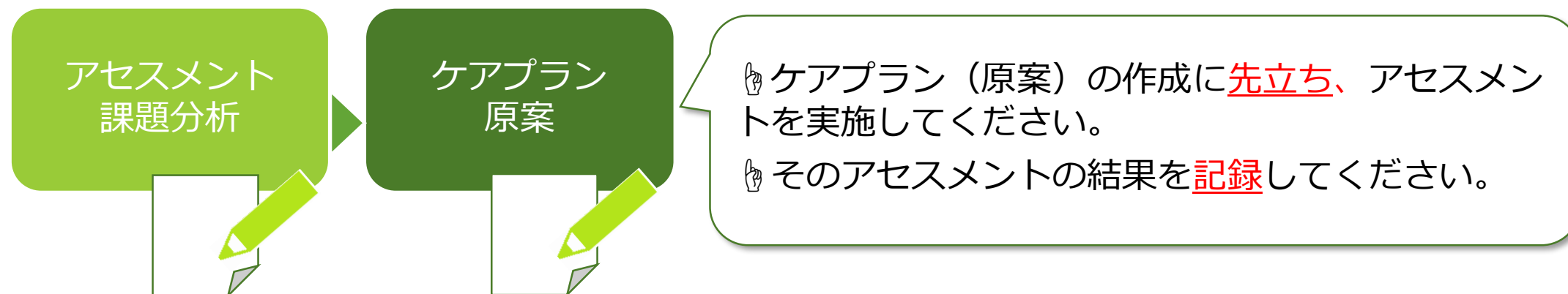
### 【運営指導でのよくある指摘事項】

- 居宅サービス計画の変更時にアセスメントを行っていない事例があった。
- 居宅サービス計画作成後に、アセスメントを行っている事例があった。



アセスメントを適切なタイミングで行っていますか？

### アセスメント実施のタイミング



#### 【ポイント】

- ☑ 初回、認定更新、区分変更、目標の更新時、退院退所などにより利用者の心身状態・環境に変化があった場合は、アセスメントを実施する。
- ☑ 実施したアセスメントの結果を記録する。結果を記録する際は、「アセスメントの実施日」も記録する。

利用者や家族の情報を収集する。（課題分析標準２３項目）  
課題の分析、リスク予測などに必要な情報を必要に応じて追加して収集し、  
分析を深め生活全般の予後を予測する。  
解決すべき課題を把握する。

### 【運営指導でのよくある指摘事項】

- アセスメントが不十分（利用者の有する能力等、生活全般の状態把握が不十分）であり、利用者の心身の状況や課題の把握に至っていない事例があった。



アセスメントの実施にあたっては、課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる方法により行っていますか？

アセスメントの記録内容が、ただの情報の羅列になっていませんか？

### 〈具体例〉

脳出血により入院。退院後、右下肢が麻痺し、自力での歩行が困難になった。本人は入浴したいという希望があるが、自宅の浴室は狭く、介助者と浴室に入ることができない。また、介助がなくては一部、洗身を行うことができない。

→ アセスメントを行い、通所介護で**入浴介助**をケアプランに位置付けた。

#### 《アセスメントシート例》

| アセスメント領域    |        | 現在の状況                      |
|-------------|--------|----------------------------|
| A<br>D<br>L | 寝返り    | (自立・見守り・一部介助・全介助)          |
|             | 起きあがり  | (自立・見守り・一部介助・全介助)          |
|             | 移乗     | (自立・見守り・一部介助・全介助)          |
|             | 歩行(屋内) | (自立・見守り・一部介助・全介助)          |
|             | 歩行(屋外) | (自立・見守り・一部介助・全介助)          |
|             | 着衣     | (自立・見守り・ <b>一部介助</b> ・全介助) |
|             | 入浴     | (自立・見守り・ <b>一部介助</b> ・全介助) |
|             | 排泄     | (自立・見守り・一部介助・全介助)          |
| ⋮           |        |                            |

この例では「一部介助」に○を囲んでいるだけで、**どのようなことができるのか（又はできないのか）**記録されていません。また、利用者の状況、ニーズや課題の抽出は十分にできているとは言えません。  
例えば、「洗身、洗髪ともに手の届く範囲は自力で洗える。背中や臀部などは介助が必要。洗身時の座位を安定させるイスが必要。人的介助でも浴槽をまたげないため、リフト機器が必要。清潔保持のため、週2回以上の入浴を希望。」といった情報を得て、分析をしている場合は、その旨を特記事項欄等に記載する。

導入するサービスに直接関係のないと思われる項目についても、アセスメントと記録が漏れないようにします。  
確認すべき項目は、厚生労働省が示す「**課題分析標準項目**」(次ページ参照)を**具備し、実施**してください。



# 主な指摘事項（２）

## アセスメント・課題分析

## 再掲

### 課題分析標準項目（２３項目）

『２３項目』は令和5年10月に発出された国の通知に合わせています。

- ・「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 介護保険最新情報vol.1178及びvol.1179 国の最新情報により、各項目の内容が細かく示されたので、内容を必ず確認してください。

#### 基本情報に関する項目

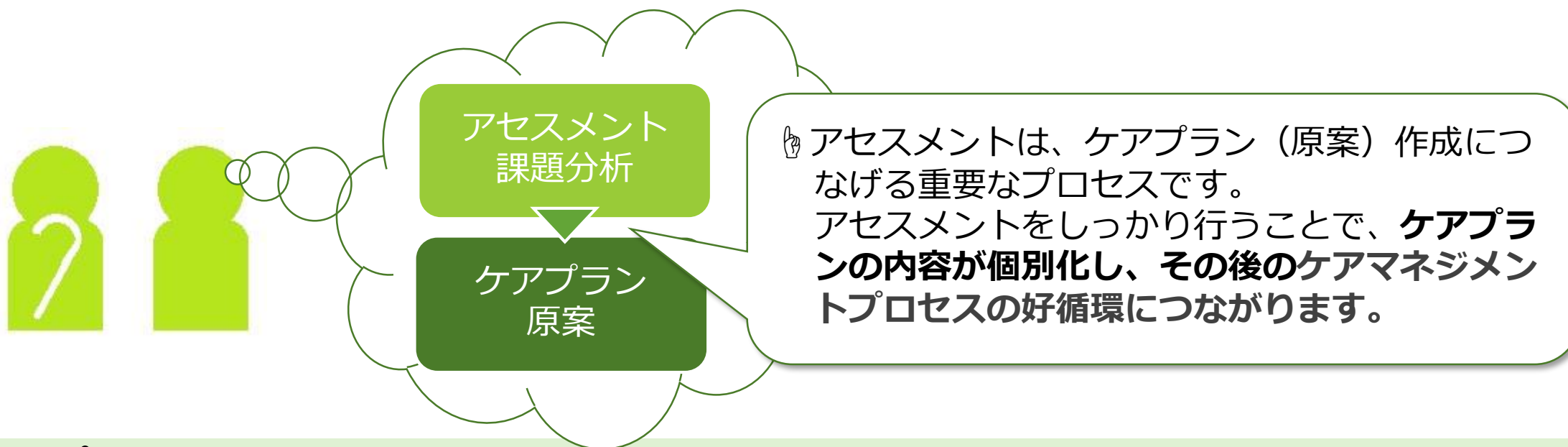
- 1 基本情報（受付、利用者等基本情報）
- 2 これまでの生活と現在の状況
- 3 利用者の社会保障制度の利用情報
- 4 現在利用している支援や社会資源の状況
- 5 日常生活自立度（障害）
- 6 日常生活自立度（認知症）
- 7 **主訴・意向**
- 8 認定情報
- 9 **今回のアセスメントの理由**

#### 課題分析（アセスメント）に関する項目

- 1 0 健康状態
- 1 1 A D L
- 1 2 I A D L
- 1 3 認知機能や判断能力
- 1 4 コミュニケーションにおける理解と表出の状況
- 1 5 生活リズム
- 1 6 排泄の状況
- 1 7 清潔の保持に関する状況
- 1 8 口腔内の状況
- 1 9 食事摂取の状況
- 2 0 社会との関わり
- 2 1 家族等の状況
- 2 2 居住環境
- 2 3 その他留意すべき事項・状況

使用しているアセスメントシートは  
**23項目の内容**を具備していますか？

### 〈アセスメントの方法やその内容〉



### 【ポイント】

- ☑ **課題分析標準項目（２３項目）**を具備したアセスメントツールを活用して利用者の生活全般についてその状態や問題点を十分把握し、その内容を**記録する**。
- ☑ 利用者が「できていること」、「困っていること」またその状態を確認したうえで、どう暮らしたいか意向を確認する。その背景にある原因を探し、居宅サービス計画（第２表）に記載する**「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を抽出**する。

アセスメントの結果や本人・家族の希望をもとにケアプランの原案を作成する。

### 【運営指導でのよくある指摘事項】

- アセスメントが不十分なため、アセスメントの結果に基づいたサービス内容を位置付けているか確認できなかった。
- アセスメントを実施していないため、アセスメントの結果に基づいた居宅サービス計画を作成しているか確認できなかった。



アセスメントの結果に基づいて、ケアプランを作成していますか？

### 〈具体例〉

例えば、アセスメントで洗身に関する項目が「一部介助」と記録されているだけで、ケアプランに訪問介護の入浴介助が位置付けられていた場合・・・

👉 アセスメントシートには、利用者の意向、能力や必要な介助、なぜ介助が必要なのか理由の記載がありません。  
ケアプランは、アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための適切なサービスの組合せを記載するものです。  
把握した利用者の情報や背景を理解して課題の原因解明や解決策を探り、**何のために、誰が、何をするのかを明確にしたケアプラン**を作成しましょう。

ケアプラン第２表

| 長期目標 | 期間                 | 短期目標  | 期間                 | サービス内容 | ※ | サービス種別 |
|------|--------------------|-------|--------------------|--------|---|--------|
| 清潔保持 | R6.9.1～<br>R7.8.31 | 確実な入浴 | R6.9.1～<br>R7.2.28 | 入浴介助   | ○ | 訪問介護   |

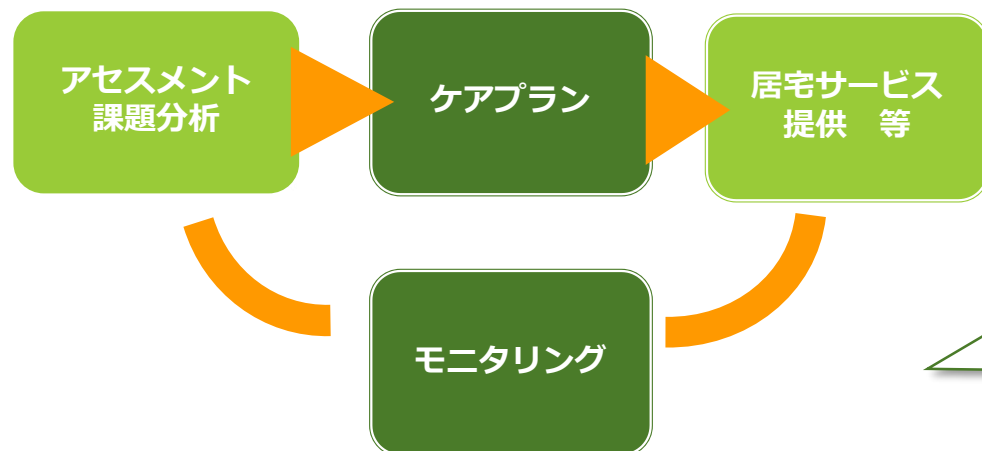
どちらのプランが利用者に分かりやすいでしょうか？

| 長期目標                         | 期間                  | 短期目標                     | 期間                  | サービス内容                | ※ | サービス種別 |
|------------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|-----------------------|---|--------|
| 好きなお風呂で体をさっぱりさせて、気持ちよく暮らしたい。 | R.6.9.1～<br>R7.8.31 | 体調を整えて週に２回は入浴を楽しむことができる。 | R.6.9.1～<br>R7.2.28 | 服薬を守り入浴できる体調にする       |   | 本人     |
|                              |                     |                          |                     | 手の届く範囲を自分のペースで洗う      |   | 本人     |
|                              |                     |                          |                     | 持病の状態の確認と治療           |   | 主治医    |
|                              |                     |                          |                     | 足先と洗髪の介助、入浴中の見守り、状態確認 | ○ | 訪問介護   |

| 領域  | 現在の状況                                                                                 |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 寝返り | 自立。腕を支えにゆっくり行う                                                                        |
| 起上り | 自立。ベッド脇の手すりを使用する                                                                      |
| 座位  | 可。背もたれ不要だが、腰痛にて長時間は不可                                                                 |
| 歩行  | 室内移動自立。膝痛あり、日中室内は手すり等に掴まりゆっくり歩く。転倒の回避に物を持つての移動はしない。インタフォンに出ようと焦り、過去2回の転倒歴あり。屋外はT字杖使用。 |
| 着脱  | 自立。ゆったりして着脱しやすい服を常用。腰かけて、ゆっくり行う。                                                      |
| 洗身  | 一部介助                                                                                  |
| 排泄  | 自立。日中は尿意等感じたら手すり完備のトイレに早目に行き着脱後始末も可。動作緩慢だが、排せつ自立心強い。夜間はベッド脇トイレ使用                      |

（アセスメントに記載していない利用者の心身状況）  
一部介助。足先と背中では手が届かず不可。前屈困難で洗髪がづらいがキレイ好きで入浴好き。

### アセスメントの結果に基づいたケアプラン作成



👉 ケアマネジメントプロセスの全体像を意識してケアプランの原案を作成するとよい。

👉 ケアプラン（原案）の際は、個々の解決すべき課題に対応した目標を設定しましょう。

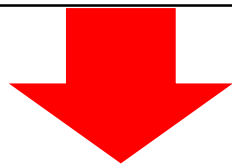
#### 【ポイント】

- ☑ アセスメントによって抽出した「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対し、それを解決するための具体策を専門的見地から考察し、介護保険外のサービスを含めた最適なサービスの組合せを行う。
- ☑ 提供されるサービスについて、長期目標、短期目標とその達成時期等を明確に盛り込み、その達成時期にはケアプランと各サービスの評価ができるようにする。
- ☑ 目標については具体的な内容を記載し、かつ実際に達成が可能と見込まれるものを設定する。

利用者、家族、原案に位置付けた担当者を招集する。  
利用者の情報を共有し、原案の内容について担当者から専門的見地からの意見等を求める。

### 【運営指導でのよくある指摘事項】

- ・ 区分変更時や利用サービスの変更時にサービス担当者会議を開催せずに居宅サービス計画を作成している事例があった。
- ・ サービス担当者会議を開催する際、会議の参加が一部のサービス事業者のみであり、その他参加しなかったサービス事業者に対して照会等による意見を求めている事例があった。



ケアプランに位置付けた居宅サービス等の担当者に、原案の内容について専門的見地からの意見等を求めていますか？

# 主な指摘事項（４）

## サービス担当者会議

## 再掲

15

### 〈具体例〉

例えば、次の括弧内の状態の利用者がいたため、ケアプランの原案を作成し、サービス担当者会議を開催することになり、下記のようなサービス担当者会議の要点を記録していた場合・・・

「訪問介護による調理の援助を受けていた一人暮らしの男性利用者が、脳梗塞により入院・退院した。入院により、A D Lが低下し、運動や外出機会も減少していたため、新たに通所介護を利用するための調整を開始した。また、入院期間中に、嚥下機能も低下しており、提供する食事には注意が必要な状態になっていた。」

| サービス担当者会議                                                           |                          |                       |      |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|------|
| 利用者名 <b>杉並 次郎</b> 殿                                                 |                          | 居宅サ－                  |      |
| 開催日 <b>令和〇年 2 月 14 日</b>                                            |                          | 開催場所 <b>自宅（杉並 太郎）</b> |      |
| 会議出席者                                                               | 所属（職種）                   | 氏 名                   | 所属（職 |
| 利用者・家族の出席<br>本人：【 <b>○</b> 】<br>家族：【 <b>○</b> 】<br>（続柄：長男の嫁）<br>※備考 | 〇〇通所介護事業所<br>（生活相談員）     | <b>高井戸 三郎</b>         |      |
|                                                                     | △△居宅介護支援事業所<br>（ケアマネジャー） | <b>阿佐谷 なみ子</b>        |      |
|                                                                     |                          |                       |      |

この事例では、新たな導入サービスが「通所介護」ですが、**通所介護事業所以外の担当者（＝訪問介護事業所の担当者）を招集していません**でした。また、**訪問介護事業所に対して照会等による意見を求めた記録もありません**。仮に、意見等の照会を行っているのであれば、会議の場で当該情報を共有する必要がありますし、会議に出席できないサービス担当者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載するとともに、当該会議に出席できない理由についても記入しておく必要があります（他の書類等で確認できる場合は、本票への記載省略も可）。

サービス担当者会議は、各担当者が一堂に会し、**専門的な見地の意見をケアプランに反映させる**ことができる貴重な場となります。本事例では、訪問介護事業所と調理の援助に関する情報などを共有するとともに、ケアプランの趣旨・目的と各サービスの役割（目標達成のために何ができるか等）を納得できる意見交換をする必要があったため、担当者を招集（又は照会）しなかったのは適切とはいえません。



# 主な指摘事項（４）

## サービス担当者会議

## 再掲

16

利用者、家族、原案に位置付けた担当者を招集する。  
利用者の情報を共有し、原案の内容について担当者から専門的見地から意見等を求める。



- ☞ ケアプランを作成（変更）するときは、必ず、サービス担当者会議を開催しましょう。（※軽微な変更該当する場合を除く。）
- ☞ 開催にあたっては、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の**原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者**を招集しましょう。（やむを得ない理由により欠席する場合は、担当者に対する意見等を照会しましょう。）
- ☞ **サービス担当者会議の要点、担当者への照会内容について記録**を残しましょう。

### 【ポイント】

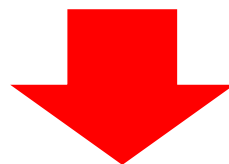
- ☑ ケアプランの作成（変更）時は、**利用者及びその家族**、居宅サービス計画の**原案に位置付けた居宅サービス等の担当者**を招集してサービス担当者会議を行う。
- ☑ やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する**照会等により意見を求めることができるものとしている**が、この場合にも、緊密に相互の情報交換を行うことにより、利用者の状況等についての情報やケアプラン原案の内容を共有する。



利用者、家族、原案に位置付けた担当者を招集する。  
利用者の情報を共有し、原案の内容について担当者から専門的見地からの意見等を求める。

### 【運営指導でのよくある指摘事項】

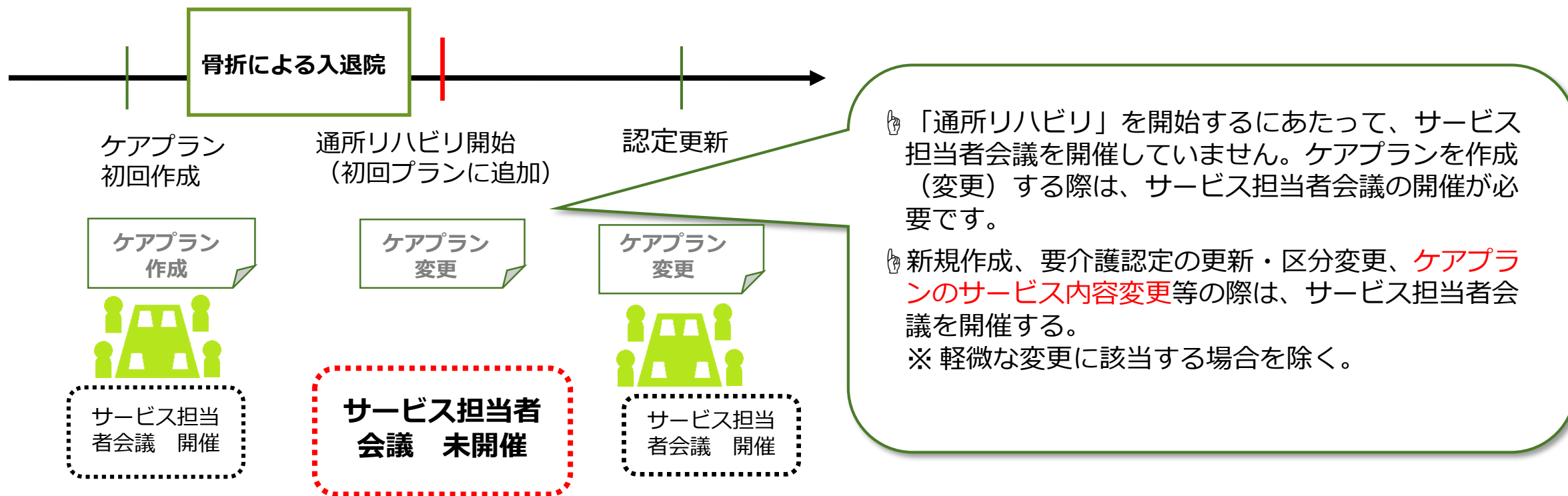
- 利用サービスの変更時に、サービス担当者会議を開催していない事例があった。
- サービス担当者会議を開催後に担当者から意見を求めている事例があった。



サービス担当者会議の開催が必要なタイミングで、会議を開催（やむを得ない理由がある場合は、意見等照会）していますか？

### <具体例>

例えば、ケアプランの初回作成後、骨折により入院した。退院後、回復期のリハビリが必要ということで、主治の医師による指示があり、通所リハビリテーションを行うことになった。このため、通所リハビリテーションをケアプランに位置付けたが、その時にサービス担当者会議を開催していなかった場合・・・



利用者、家族、原案に位置付けた担当者を招集する。  
利用者の情報を共有し、原案の内容について担当者から専門的見地からの意見等を求める。



👉 サービス担当者会議は、①新規作成、②認定更新、③区分変更、④ケアプランの変更（長期目標や短期目標の更新、サービス内容の変更など）の際は、サービス担当者会議を開催しましょう。  
※軽微な変更該当する場合を除く

👉 ケアプランの新規作成及びその変更にあたって、サービス担当者会議を開催していない場合は、**運営基準減算**となります。

### 【ポイント】

- ☑ 介護支援専門員は、利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合など上記の場合には、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求める。
- ☑ 居宅サービス計画を変更する際には、サービス担当者会議の開催を含む、継続的かつ計画的な居宅サービス等の利用、総合的なケアプランの作成、利用者自身によるサービスの選択、アセスメントの実施、ケアプラン(原案)の作成、説明・同意・交付、担当者に対する個別サービス計画の提出依頼などの一連の業務を行う。

ケアプランを説明し同意を得て、利用者、担当者等へ交付する。  
また、交付後、各個別サービス計画の提出を担当者に依頼し、受領後、ケアプランと個別サービス計画の整合等を確認する。

### 【運営指導でのよくある指摘事項】

- 居宅サービス計画の原案の内容について、文書により利用者の同意を得ていない事例があった。
- 医療サービスの位置付けのある居宅サービス計画を主治の医師等に交付していなかった。



ケアプランについて利用者から同意を得ていますか？  
医療サービスの位置付けのあるケアプランを主治の医師等に  
交付していますか？

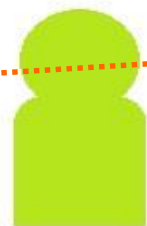
### <具体例>

例えば、杉並 花子さん（利用者本人）のケアプランについて、杉並 太郎さん（同居の家族）がそのプランの内容の説明を受け、同意した旨の署名をしていた場合・・・

ケアマネジャー

利用者

家族

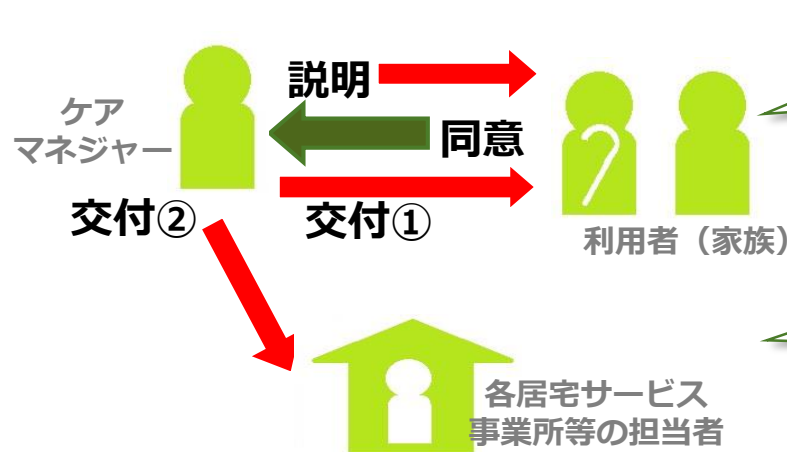


|                                                                  |                                           |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 生活援助中心型の<br>算定理由                                                 | 1. 一人暮らし    2. 家族等が障害、疾病等    3. その他（    ） |
| 居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。         令和〇年 3月13日    氏名 杉並 太郎 |                                           |

氏名 杉並 花子  
代筆 杉並 太郎

☞ ケアプラン（原案）の内容について、利用者又はその家族に対して説明し、文書により（※）利用者の同意を得なければなりません。この記録では、同居家族である「杉並 太郎」さんが説明を受け、内容に同意し交付を受けたことになっています。文書により同意（説明・交付）した署名を得る場合は、利用者本人に署名を求めてください。なお、署名できない事情がある場合は、本人の依頼のもと代筆しても差し支えありませんが、代筆者による署名の場合は、本人の氏名「杉並 花子」に加えて「代筆 杉並 太郎」と記入してもらい、正確な記録を残しましょう。

ケアプランを説明し同意を得て、利用者、担当者等へ交付する。また、交付後、各個別サービス計画の提出を担当者に依頼し、受領後、ケアプランと個別サービス計画の整合等を確認する。



☞ ケアプランに位置付ける内容は、利用者本人の希望を尊重し、選択を求めます。  
ケアプランの内容については、**本人から同意**を得てください。

☞ 同意を得て確定した本プランは、**担当者にも交付**し、マスタープランであるケアプランとアクションプランである各個別サービス計画の関連とそれぞれの役割を理解してもらいましょう。

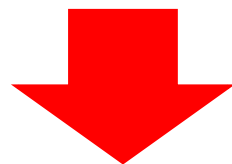
### 【ポイント】

- ☑ ケアプランの原案については、最終的には、その内容について説明を行った上で、文書により利用者の同意を得る。
- ☑ ケアプランを作成した際には、遅滞なく利用者及び担当者に交付する。また、計画の趣旨及び内容等について十分に説明し、連携、情報共有に努める。
- ☑ 医療サービスをケアプランに位置付ける場合は、利用者の同意を得て、主治の医師等の意見を求めるが、当該主治の医師等に対してもプランを交付する。

ケアプランを説明し同意を得て、利用者、担当者等へ交付する。  
また、交付後、各個別サービス計画の提出を担当者に依頼し、受領後、ケアプランと個別サービス計画の整合等を確認する。

### 【運営指導でのよくある指摘事項】

- 居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、個別サービス計画の提出を求めていなかった。
- 居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認していなかった。
- 居宅サービス計画第2、3表と第6、7表の間に整合性がない事例があった。



確定したケアプランと個別サービス計画の連動性や整合性を確認していますか？

# 主な指摘事項（7）

## ケアプラン確定

再掲

24

### 〈具体例〉

|             |       |
|-------------|-------|
| 家族による入浴介助   | 週 2 回 |
| 訪問介護による入浴介助 | 週 1 回 |

サ担実施

|             |       |
|-------------|-------|
| 家族による入浴介助   | 週 1 回 |
| 訪問介護による入浴介助 | 週 2 回 |

### ケアプラン

| 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                      |
| 清潔を保持し、心身ともにリラックスして穏やかに過ごすことができる | R6.4.1<br>～<br>R7.3.31 | 週3回は入浴し、さっぱりとした生活ができる。<br>(体調によっては清拭で対応) | R6.10.1<br>～<br>R7.3.31 | 洗身介助（背部等手の届かないところ）、洗髪介助、浴槽跨ぎ越しの介助、皮膚状態の確認・軟膏塗布<br>入浴出来ない時の対応（清拭・軟膏塗布） | ○  | 訪問介護   | 2回／週<br>月・水 | R6.10.1<br>～<br>R7.3.31 |
|                                  |                        |                                          |                         | 本人のできない部分を介助する、軟膏塗布                                                   |    |        | 1回／週<br>金曜日 |                         |

☞ ケアプランと訪問介護計画の内容（入浴介助の頻度）に齟齬があり、共通認識のもとでチームケアが行われているとは言えません。担当者にケアプランを交付するとともに、個別サービス計画書の提出を依頼し、ケアマネとサービス担当者の相互で内容確認を行いましょう。

### 訪問介護計画

|          | サービス内容                                                                                      | 所要時間 | 留意事項                                      |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------|
| 入浴介助（身体） | （湯はりは夫）声かけ・体調確認→用具準備→自身の身支度→排泄確認→移動→脱衣介助→皮膚状態確認→入湯・洗体・洗髪・すすぎ・入湯→軟膏塗布→着衣→乾髪・整髪→移動→水分補給→物品後始末 | ◇分   | ・ 滑りやすい浴室内移動や浴槽の跨ぎには気を付ける<br>・ 皮膚状態の確認をする |
| 清拭       | 室温調整→用具準備→脱衣介助→皮膚状態確認→清拭（本人ができない部分）→軟膏塗布→着衣介助→水分補給→物品後始末                                    | ◆分   | ・ 室温やタオルの温度を適切にする<br>・ 皮膚状態の確認をする         |
| 派遣曜日     | 週 1 回 水曜日                                                                                   | 派遣時間 | 〇時〇〇分 ～ □時□□分                             |

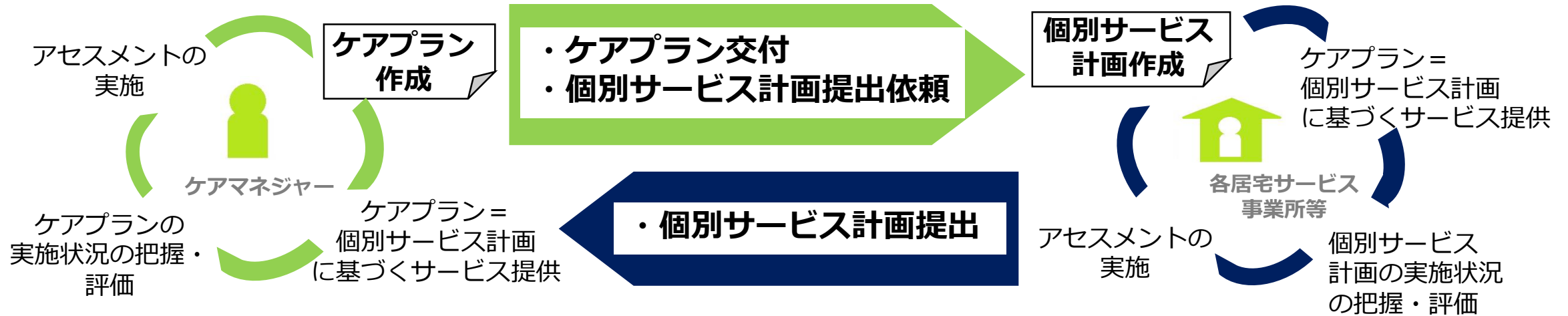


# 主な指摘事項（７）

## ケアプラン確定

25

ケアプランを説明し同意を得て、利用者・家族、担当者等へ交付する。また、交付後、各個別サービス計画の提出を担当者に依頼し、受領後、ケアプランと個別サービス計画の整合等を確認する。



### 【ポイント】

- ☑ 居宅サービス計画を作成した際には、遅滞なく**担当者に交付**する。
- ☑ 担当者に対してケアプランを交付する際には、当該**計画の趣旨及び内容等**について**十分に説明**し、**各担当者との共有、連携**を図った上で、各担当者が自ら提供する居宅サービス等の当該計画における位置付けを理解できるように配慮する。
- ☑ 担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め、**居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認**する。

継続的アセスメントとして、利用者・家族の心身状態、環境の変化などを確認する。少なくとも月に１回（テレビ電話装置等を活用する場合は二月に１回）、利用者宅を訪問し面接して目標の達成状況、新たな課題の発生、利用者・家族の満足度や意向等を記録する。その際、個別サービス計画に基づいたサービスの実施状況も確認する。そのうえで、ケアプランの変更の必要性について検討する。

### 【運営指導でのよくある指摘事項】

- 居宅サービス計画の実施状況を適切に把握していなかった。
- モニタリング（継続的なアセスメント）において、利用者の解決すべき課題の変化を把握することなく、居宅サービス計画の変更を行っている事例があった。
- 初回サービス開始月にモニタリングを行っていない事例があった。



モニタリングの実施にあたって、設定した目標、提供されたサービスの種別、期間、提供者等が適切であったか確認して、その実施のプロセスを把握し、ケアプランが妥当であったか確認していますか？

### 〈具体例〉

例えば、ケアプランの短期目標期間の終期が近づいている利用者について、モニタリングの結果を「支援経過」に以下のように記録していた。しかし、モニタリング後に作成したケアプラン原案では通所介護の回数を１回増やしていた場合・・・

#### 支援経過

利用者名 杉並 次郎 殿

| 年 月 日 | 内 容                                                         |
|-------|-------------------------------------------------------------|
| 2月8日  | 午前10時頃、杉並 次郎 様の自宅を訪問し、モニタリングを実施した。今後も、現行のケアプランを継続することを確認した。 |

☞ モニタリング実施の目的としては、主に次の４つを確認し、ケアプランの変更の要否を判断することにあります。

- ① ケアプランがどの程度、適正に実施されているか
- ② ケアプランの目標が達成されているか
- ③ サービスと支援の結果は良好か
- ④ 利用者（家族）のニーズに変化はないか

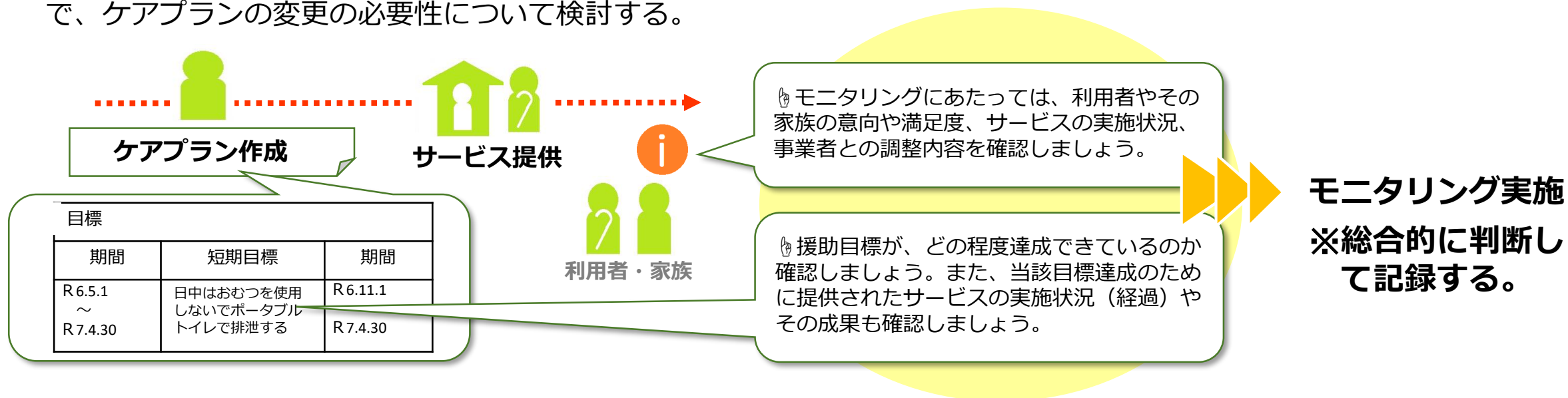
しかし、この事例は、利用者宅でモニタリングを行ったこと、利用者とプランを継続を確認した事実しか記載されておらず、プランを継続するという判断を行うにあたって得た情報や判断の過程が全く見えないという点で、十分な記録内容とはいえません。

#### 参考

老企第29号（平成11年11月12日） 別紙1

- 5 モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載する。  
漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努める。

継続的アセスメントとして、利用者・家族の心身状態、環境の変化などを確認する。少なくとも月に１回（テレビ電話装置等を活用する場合は二月に１回）利用者宅を訪問し、面接して目標の達成状況、新たな課題の発生、利用者・家族の満足度や意向等を記録する。その際、個別サービス計画に基づいたサービスの実施状況も確認する。そのうえで、ケアプランの変更の必要性について検討する。



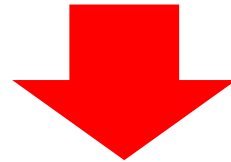
### 【ポイント】

- ☑ モニタリングを通じて把握した、**利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等**について記録する。
- ☑ 利用者の解決すべき課題の変化に留意し、居宅サービス計画の作成後、計画の実施状況の把握を行い、**解決すべき課題の変化が認められる場合等**は、必要に応じて**居宅サービス計画を変更**する。

福祉用具貸与、特定福祉用具販売については、その特性と利用者の心身の状況等を踏まえて、その必要性を十分に検討して選定する。

### 【運営指導でのよくある指摘事項】

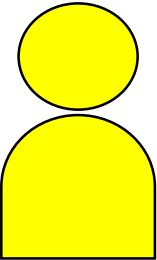
- 居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付けるにあたり、利用の妥当性について検討し、居宅サービス計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載していない事例があった。
- 福祉用具の継続利用の必要性について検証をしていない事例があった。



福祉用具貸与・販売をケアプランに位置付けるにあたり、その必要性を**検討**し、ケアプランに必要な理由を記載していますか？

継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合は、**検証**を行っていますか？

状態像・アセスメント内容



80歳 女性 要介護1

両変形性膝関節症。  
**歩行：** 膝痛、下肢筋力低下あるためゆっくり時間をかけ歩く。時にふらつくことがある。  
**屋内移動：** 壁や家具などにつかまり歩き、移動は一人で行えている。段差昇降は掴まる物があれば痛みも分散され、ふらつかない。  
**屋外移動：** 通所・通院時のみ外出している。100m程先の医院へはT字杖と夫の腕を支えにゆっくり歩き通院している。他に外出する機会はない。

どちらが必要性について  
わかりやすい??

ケアプラン  
第2表

例 1

| 短期目標           | 期間                        | サービス内容 | ※ | サービス種別 |
|----------------|---------------------------|--------|---|--------|
| 安心して移動<br>が出来る | ○年○月<br>○日～○<br>年○月○<br>日 | 手すり設置  | ○ | 福祉用具貸与 |
| 転ばず外出          |                           | 歩行器    |   |        |

例 2

| 短期目標                                       | 期間                    | サービス内容                                     | ※ | サービス種別 |
|--------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|---|--------|
| 段差昇降をフ<br>ラツキなく出<br>来る。                    | ○年○月○<br>日～○年○<br>月○日 | 玄関段差昇降時のフ<br>ラツキを防ぐために<br>手すりを設置する。        | ○ | 福祉用具貸与 |
| コンビニや散<br>歩に行くこと<br>で外出の機会<br>を増やしてい<br>く。 | ○年○月○<br>日～○年○<br>月○日 | 膝痛の軽減や歩行時<br>の姿勢を安定させる<br>ために歩行器を使用<br>する。 | ○ | 福祉用具貸与 |



### ケアプランへの位置づけ

ケアプラン  
第2表

- ・手すりの継続利用
- ・歩行器の導入

### サービス担当者会議



**重 要**

- 必要性を検討・検証していること
- 検討の過程を記録していること

### 福祉用具貸与開始



### 例

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 検討した項目 | 1. 現状について<br>2. 歩行器導入について・現在貸与中の手すりについて                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 検討内容   | <p>1. 本人・・・痛みはまだあるがデイでの運動で筋力がついてきた。自信もついてきた。まずは夫の付き添いで散歩に行きたい。<br/>デイ生活相談員・・・膝の痛みは運動で軽減し下肢筋力強化も図れているが時々フラツキも見られる。機能訓練指導で更に筋力強化が図れるよう継続的にサービスを提供する。移動時のフラツキ予防のために歩行器は有効と考える。</p> <p>2. 福祉用具専門相談員・・・歩行器には歩行時の体重移動を支える機能がある。膝の痛みの軽減や姿勢安定でフラツキ予防できるため外出の機会を増やす事になる。ご主人の安心にも繋がる。また玄関の手すりも段差昇降時の安全性を確保し、外出の機会を増やせると考える。継続使用は必要と判断する。<br/>担当介護支援専門員・・・外出の機会が増える事でご本人の下肢筋力強化が図れる。体力もつく。外出時の安心、安全確保に歩行器導入は有効と考える。<br/>玄関手すりも段差昇降の安全を保つために利用継続する。</p> |
| 結論     | 通所介護での機能訓練で痛みの軽減や下肢筋力強化が図れている。玄関段差昇降時のふらつき予防に手すり使用。また外出時の姿勢安定を図り安全の確保（転倒予防）のため新規で歩行器を貸与する。ご本人の自立度を高めるため、現状サービス継続と新規サービス追加を共有する。RO年〇月〇日～歩行器貸与予定とする。                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

### 人員・設備・運営等 基準

杉並区指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営等の基準に関する条例（平成30年 条例第4号）  
第15条

(26) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合はその理由を居宅サービス計画に記載しなければならない。

(27) 介護支援専門員は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

### 解釈通知

老企第22号（平成11年7月29日） 第二・3・(8)

② 福祉用具貸与及び特定福祉用具販売の居宅サービス計画への反映

福祉用具貸与及び特定福祉用具販売については、その特性と利用者の心身の状況等を踏まえて、その必要性を十分に検討せずに選定した場合、利用者の自立支援は大きく阻害されるおそれがあることから、検討の過程を別途記録する必要がある。

このため、介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置付ける場合には、サービス担当者会議を開催し、当該計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

なお、福祉用具貸与については、居宅サービス計画作成後必要に応じて随時サービス担当者会議を開催して、利用者が継続して福祉用具貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取するとともに検証し、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、その理由を再び居宅サービス計画に記載しなければならない。

（後略）



- ・一部の福祉用具の貸与と販売の選択制導入、モニタリングの頻度の明確化
- ・福祉用具貸与のモニタリング結果の記録、介護支援専門員への交付

福祉用具の適時適切な利用を図る観点から、福祉用具事業所に対して、以下の項目が義務付けとなりました。介護支援専門員が関わる部分もありますので、ご注意ください。

### 福祉用具の貸与と販売の選択制導入・福祉用具貸与のモニタリング

|                          |                                                                                                                                |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象となる福祉用具                | 固定用スロープ、歩行器（歩行車を除く）、単点杖（松葉杖を除く）、多点杖                                                                                            |
| 利用者への十分な説明               | 福祉用具相談員又は介護支援専門員が、貸与・販売のいずれかを利用者が選択できることについて、メリット及びデメリットを含め十分に説明を行う。利用者の選択に当たって必要な情報を提供すること及び医師の意見や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ、提案を行う。 |
| モニタリングの頻度                | 福祉用具相談員が、利用開始後6月以内に少なくとも1回モニタリングを行い、貸与継続の必要性について検討を行うこととする。                                                                    |
| モニタリングの結果の記録と介護支援専門員への交付 | 福祉用具相談員は、モニタリングの結果を記録し、その記録を介護支援専門員に交付することを義務付ける。（全福祉用具が対象）                                                                    |

重要事項の説明とその書面の交付は、条例により義務付けられている。  
事業所の概要その他が記載されている重要事項により、提供するサービス（ケアマネジメント）の内容について説明し、利用者の同意を得る必要がある。

### 【指導での指摘事項】

- 指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者が複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めること及び居宅サービス計画原案に位置付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可能であることにつき文書に記載して交付し、説明していなかった。



ケアマネジメントの開始にあたり、利用申込者に対し、必要な説明を行い理解を得ていますか？

# 主な指摘事項（10）

## サービス提供開始にあたっての説明

### ▼利用者又は家族に説明する内容で特に気を付けること

|     |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) | 利用者が複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めること及び居宅サービス計画原案に位置付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可能であること                                                                                                                            | <b>サービス提供開始に際し、以下を行う必要がある</b><br><br><input checked="" type="checkbox"/> <b>文書の交付</b><br><input checked="" type="checkbox"/> <b>口頭での説明</b><br><input checked="" type="checkbox"/> <b>理解したことについて利用者から署名</b><br><br><b>（２），（３）については、<br/>R 6 報酬改定において、努力<br/>義務へ変更となりました。</b> |
| (2) | <u>前 6 月間（※）</u> に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| (3) | <u>前 6 月間（※）</u> に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護ごとの回数の中に同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合（上位 3 位まで）<br>※前 6 か月間とは<br>①前期（3 月 1 日～ 8 月末日）②後期（9 月 1 日～ 2 月末日） |                                                                                                                                                                                                                                                                             |

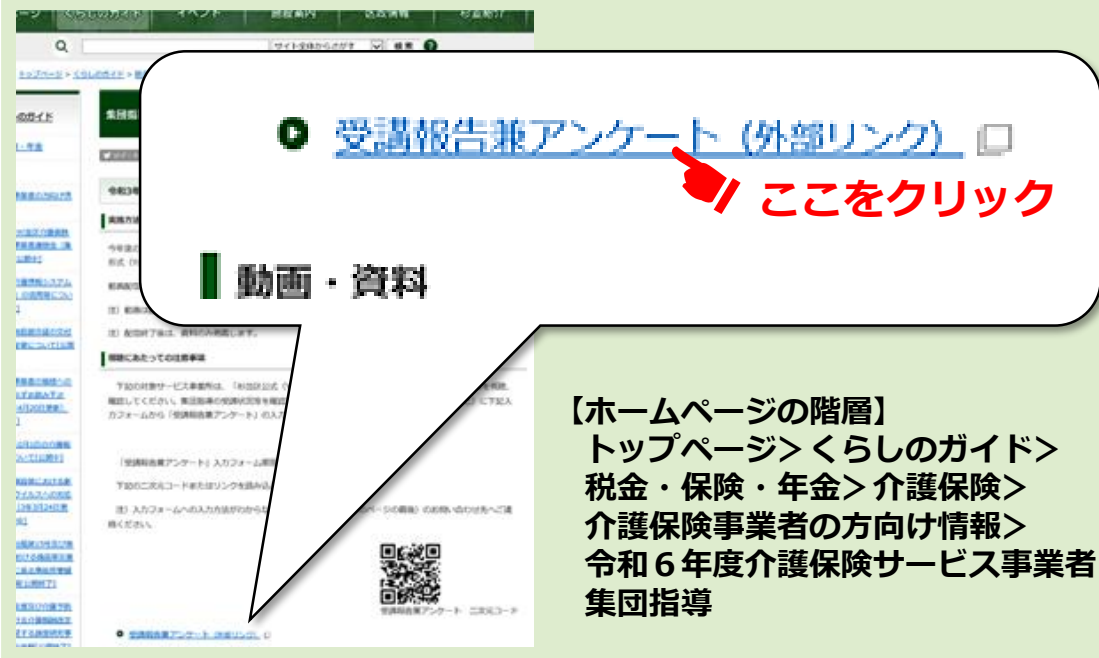
# 「受講報告兼アンケート」への入力をお願い

集団指導の受講状況等を確認するため、視聴後に事業所ごと（サービス種別ごと）に下記入力フォームから「受講報告兼アンケート」の入力をお願いします。

（注1）併設の事業者がある場合、それぞれのサービス事業所で回答してください。

（注2）管理者等が事業所内の回答・質問事項を取りまとめ、事業所として回答・質問してください（事業所で視聴した方全員が回答する必要はありません）。

## 区公式ホームページからアクセスする場合



受講報告兼アンケート (外部リンク)

動画を資料

【ホームページの階層】  
トップページ>くらしのガイド>  
税金・保険・年金>介護保険>  
介護保険事業者の方向け情報>  
令和6年度介護保険サービス事業者  
集団指導

## 二次元コードを読み取ってアクセスする場合



受講報告兼アンケート 二次元コード

⌚ 入力期限：3月31日（月曜日）まで

ご視聴ありがとうございました。

制作・著作



杉並区