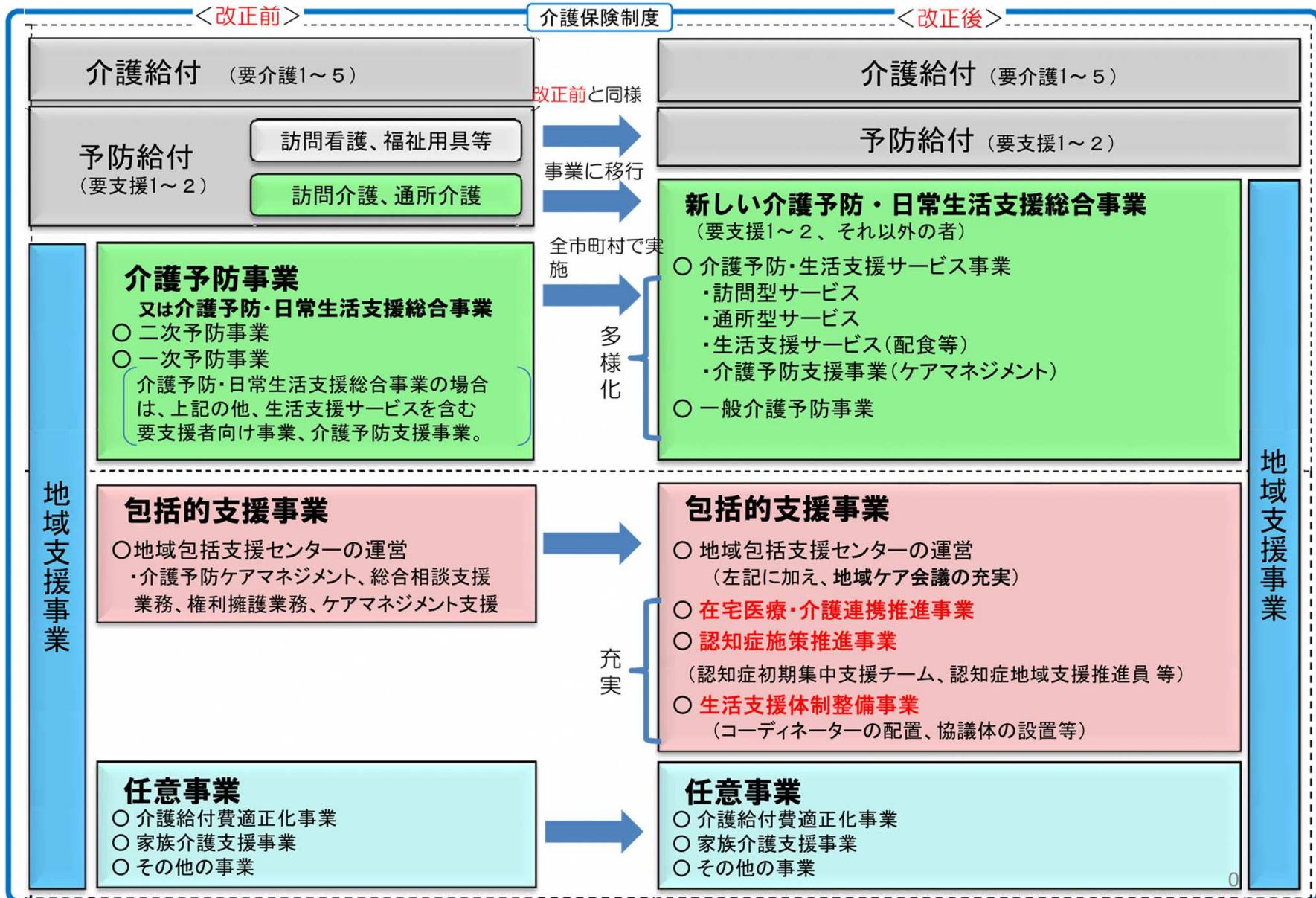


ケアプラン点検

ケアプラン点検



ケアプラン点検の目的

介護を必要とする高齢者の尊厳ある自立支援を目的として、アセスメントによる的確なニーズの把握、明確な目標設定に基づいた適切なケアプラン作成など、ケアマネジメントの手順が確実に行われているかを確認し、その質の向上を図ること。

◆ケアプラン点検は介護給付費適正化事業の1つです。

ケアプラン点検における給付適正化について（介護保険法第115条の45第3項第1号）

- ・介護保険の給付適正化とは、介護が必要になった高齢者が適正に要介護（要支援）認定され、受給者が真に必要な過不足のないサービスを、事業者がルールに従って適正に提供するよう促すことです。
- ・介護給付適正化事業は、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築のために実施されるもので、ケアプラン点検は、そのうちの1つです。

ケアプラン点検の進め方

1 ケアプランの読み込み

2 評価シートに基づき評価の実施

3 評価理由やチェックポイントまとめ

4 ケアプラン点検チームで確認・検討

5 ケアマネと個別面談

6 保険者へ報告



ケアプラン点検の全体像

	上半期	下半期	R3合計
点検総数	84件	84件	168件
うち、予防プラン	21件	20件	41件
うち、介護プラン	63件	64件	127件
面談者	12名	11名	23名

	概要
実施体制	ケアプラン点検を実施したスタッフ1~2名
面談形式	<p>玉名市では、 ①③で実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ①市町村役場一室をお借りして実施 ②居宅介護支援事業所にて実施 ③ZOOMを活用してオンライン
所要時間	30分

ケアプラン点検の進め方

本日の報告

1 ケアプランの読み込み

2 評価シートに基づき評価の実施

3 評価理由やチェックポイントまとめ

4 ケアプラン点検チームで確認・検討

5 ケアマネと個別面談

6 保険者へ報告

①

評価項目設定
による

見える化

②

各帳票ごとの評価
事例紹介

ケアプラン点検
支援マニュアル

居宅介護支援事業所の
指定権限市町村に移譲

くま健のケアプラン点検の基本的視点

①自立支援・重度化防止の
実現に向けたケアプランの視点

- 的確なアセスメント
- 個別性のある目標設定
- セルフケア・インフォーマルサービスの反映

②ケアマネ業務の適切な実施
と記録の重要性の視点

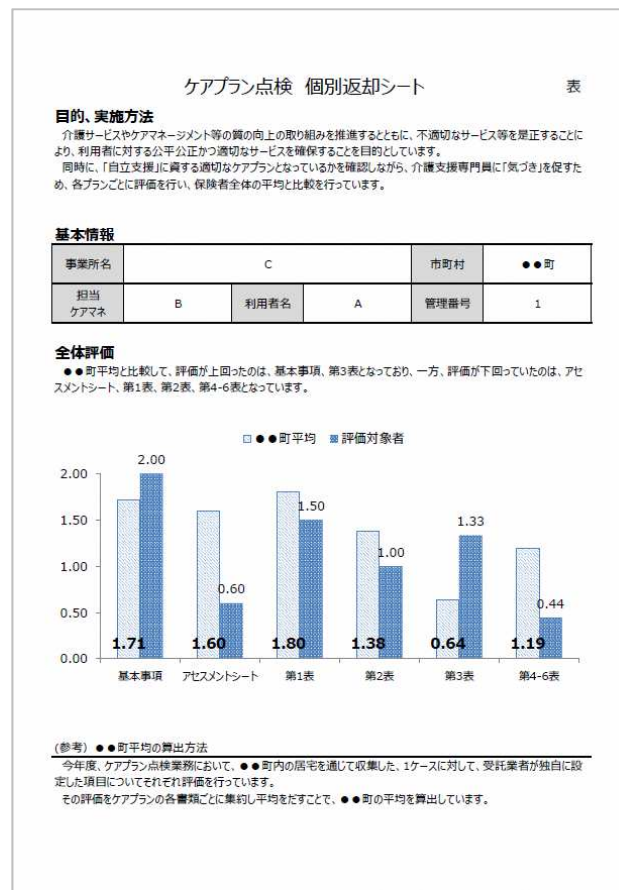
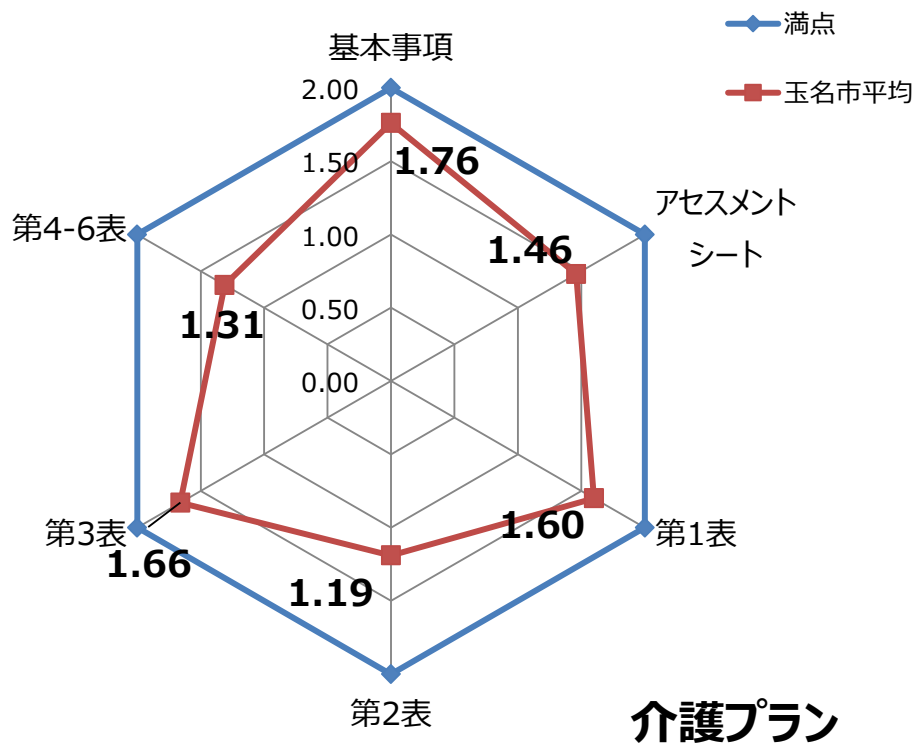
- サービス担当者会議
- 支援経過記録

評価項目設定による見える化

基準	概要	点数
◎	十分にできている	2点
○	一部、不十分な点がある	1点
△	不十分	0点

まちのケアマネジメントの現状の見える化

個々のケアマネジメントの現状の見える化



評価項目設定による見える化

本日の報告

1 ケアプランの読み込み

2 評価シートに基づき評価の実施

3 評価理由やチェックポイントまとめ

4 ケアプラン点検チームで確認・検討

5 ケアマネと個別面談

6 保険者へ報告

①

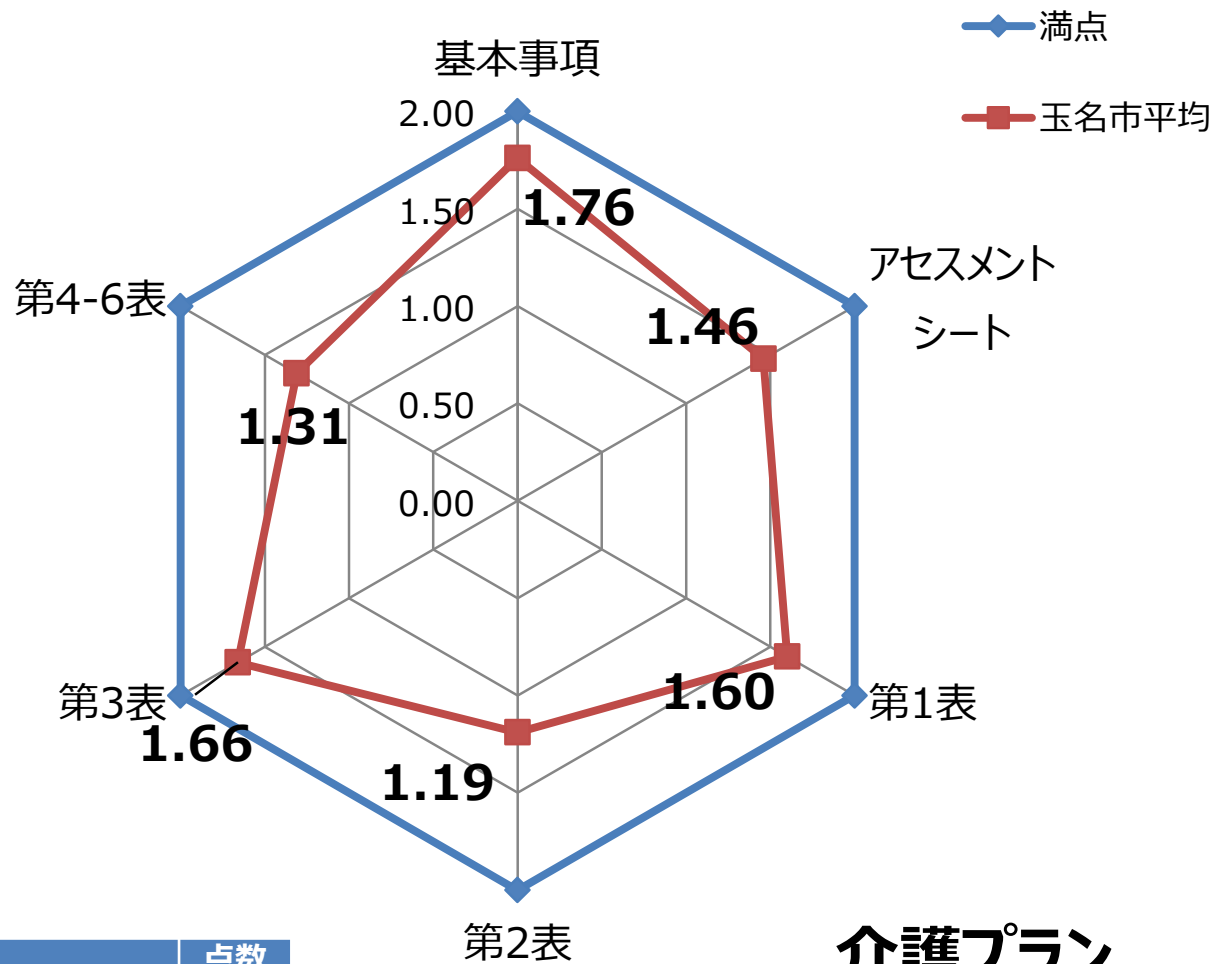
評価項目設定
による

見える化

②

各帳票ごとの評価
事例紹介

ケアプラン点検 R3 全体（介護） 127件



基準	概要	点数
◎	十分にできている	2点
○	一部、不十分な点がある	1点
△	不十分	0点

介護プラン

ケアプラン点検 項目別① 介護

区分	番号	ケアプランチェック項目	平均点
基本	1.1	有効期限は、日付を用いて明確かつ整合性のあるものとなっているか	1.98
	1.2	アセスメント実施日は、日付を用いて明確かつ整合性のあるものとなっているか	1.65
	1.3	ケアマネジメントの流れに基づき、書類が整理されているか。	1.65
アセス	2.1	アセスメントに当たって利用者の自宅を訪問し、利用者及び家族に面接しているか	1.23
	2.2	アセスメントは、適時に実施されているか(サービス変更,退院後 など)	1.72
	2.3	アセスメントは、23項目を網羅し、内容が十分に記載されているか	1.33
	2.4	アセスメントの日付とプラン作成日との整合性があるか	1.73
	2.5	課題整理総括表が作成され、その内容が十分に記載されているか	1.29
第1表	3.1	「利用者・家族の意向」とアセスメントの結果及び課題整理総括表との整合性が取れているか	1.42
	3.2	「介護認定審査会からの意見及びサービスの種類」が記載されているか	1.58
	3.3	「総合的な援助支援の方針」は長期目標を総合化したものであり、利用者の自立を目指す支援目標であるか	1.41
	3.4	緊急連絡先の記載があるか	1.91
	3.5	「生活援助中心型の算定理由」が明示されているか	1.95
	3.6	ケアプラン作成時(新規・更新・変更)ケアプランの内容について、本人・家族に説明を行い同意(代筆の場合続柄も要す)を得ているか	1.81
	3.7	生活に対しての本人の意向を掘り下げて確認し、記載しているか	1.12

基準	概要	点数
◎	十分にできている	2点
○	一部、不十分な点がある	1点
△	不十分	0点

ケアプラン点検 項目別② 介護

区分	番号	ケアプランチェック項目	平均点
第2表	4.1	解決すべき課題は、アセスメント(課題整理総括表)から導き出された利用者の望む生活を実現するための内容になっているか	1.35
	4.2	目標設定は、利用者や家族にとってわかりやすい表現となっているか	1.12
	4.3	目標設定は、主体的生活への意欲が引き出される表現となっているか	1.03
	4.4	短期目標は、期間内に達成できる目標になっているか	1.13
	4.5	短期目標は、モニタリングができる指標となっているか	1.09
	4.6	短期目標は総合的援助方針に基づいているか	1.49
	4.7	短期目標は、サービスとの適切なつながりのあるものとなっているか	1.51
	4.8	長期目標・短期目標の期間が、日付を用いて明確に記載されているか	1.65
	4.9	利用者の残存能力を活かした具体的な表現となっているか	1.02
	4.10	セルフケアが位置づけされているか	1.13
	4.11	家族支援が位置付けられているか	1.56
	4.12	インフォーマルサービスが位置づけされているか	0.24

基準	概要	点数
◎	十分にできている	2点
○	一部、不十分な点がある	1点
△	不十分	0点

ケアプラン点検 項目別② 介護

区分	番号	ケアプランチェック項目	平均点
第3表	5.1	1日のスケジュールの記載はあるか	1.99
	5.2	週単位以外(短期入所・住宅改修・通院等)の記載があるか	1.37
	5.3	主な日常生活上の活動が記載されているか	1.61
第4-6表	6.1	ケアプラン作成時(新規・更新・変更)に担当者会議を開催しているか	1.88
	6.2	サービス担当者会議の課題・対策について、内容が具体的に記載されているか	1.50
	6.3	サービス担当者会議の内容に福祉用具の目的、使用継続の検討がなされているか	1.44
	6.4	サービス担当者会議に主治医の参加を依頼し、その旨を記録しているか	0.61
	6.5	サービス担当者会議において、参加できない主治医・サービス事業所の意見(主治医の意見書・照会等)を他サービス事業所に周知した記載があるか	0.68
	6.6	サービス担当者会議の次回開催予定日の記載があるか	1.25
	6.7	同意を得たケアプランを利用者、ケアプランに位置づけた各サービス事業所に説明を行い交付した記載があるか	1.14
	6.8	支援を行った日時、方法(訪問か電話か)が具体的に記載されているか	1.72
	6.9	月1回利用者宅を訪問し、モニタリングした結果を支援経過表、又はモニタリング表に記載されているか	1.43
	6.10	ケアプランの実践状況後の生活変化をモニタリング後、翌月のサービス利用についての確認を行っているか	1.43

基準	概要	点数
◎	十分にできている	2点
○	一部、不十分な点がある	1点
△	不十分	0点

市町村別比較（介護）

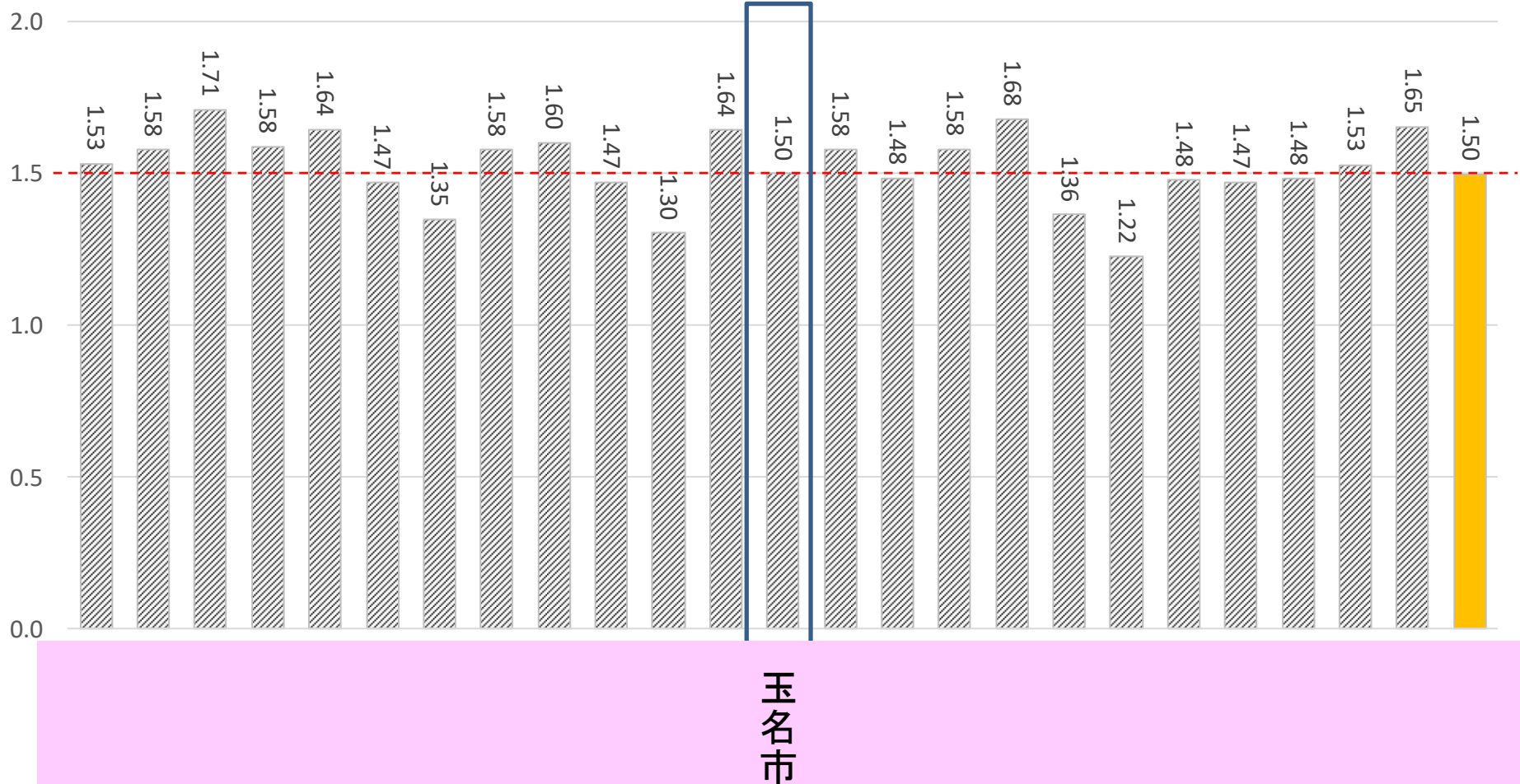
R 3 年度
24市町 1,441ケース

全平均

介護

平均と同じ

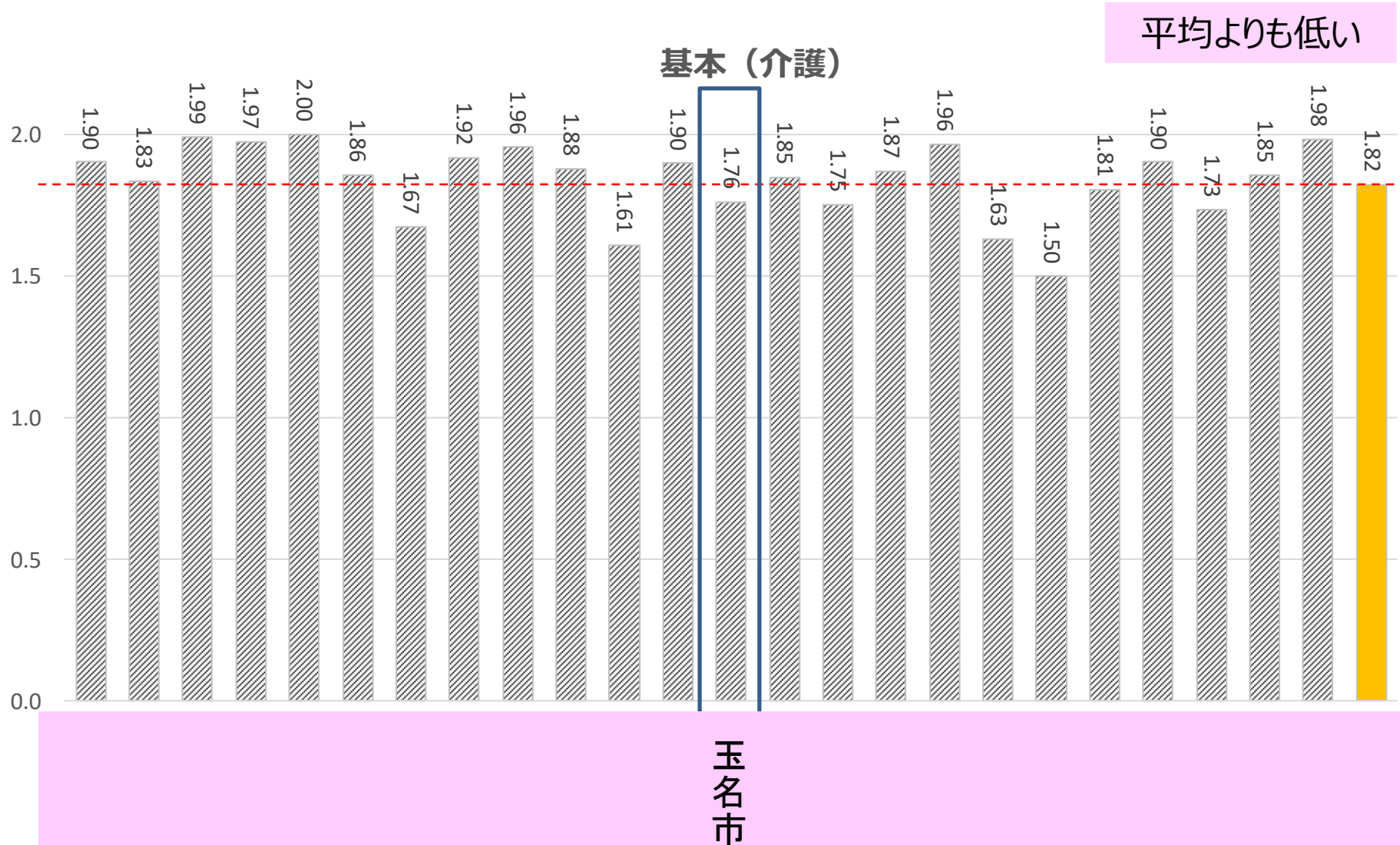
全平均 (介護)



玉名市

基本事項

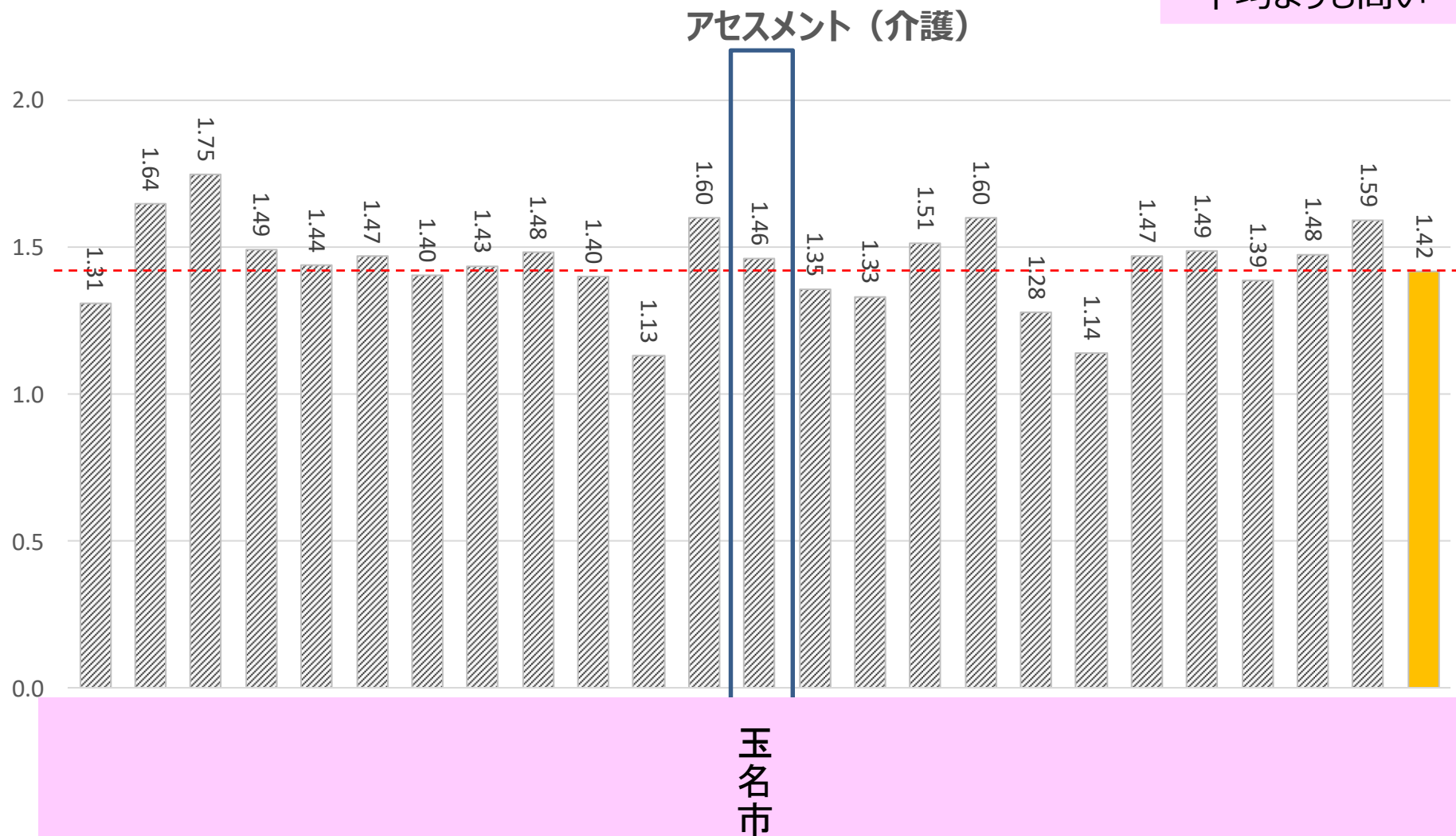
介護



アセスメントシート

介護

平均よりも高い

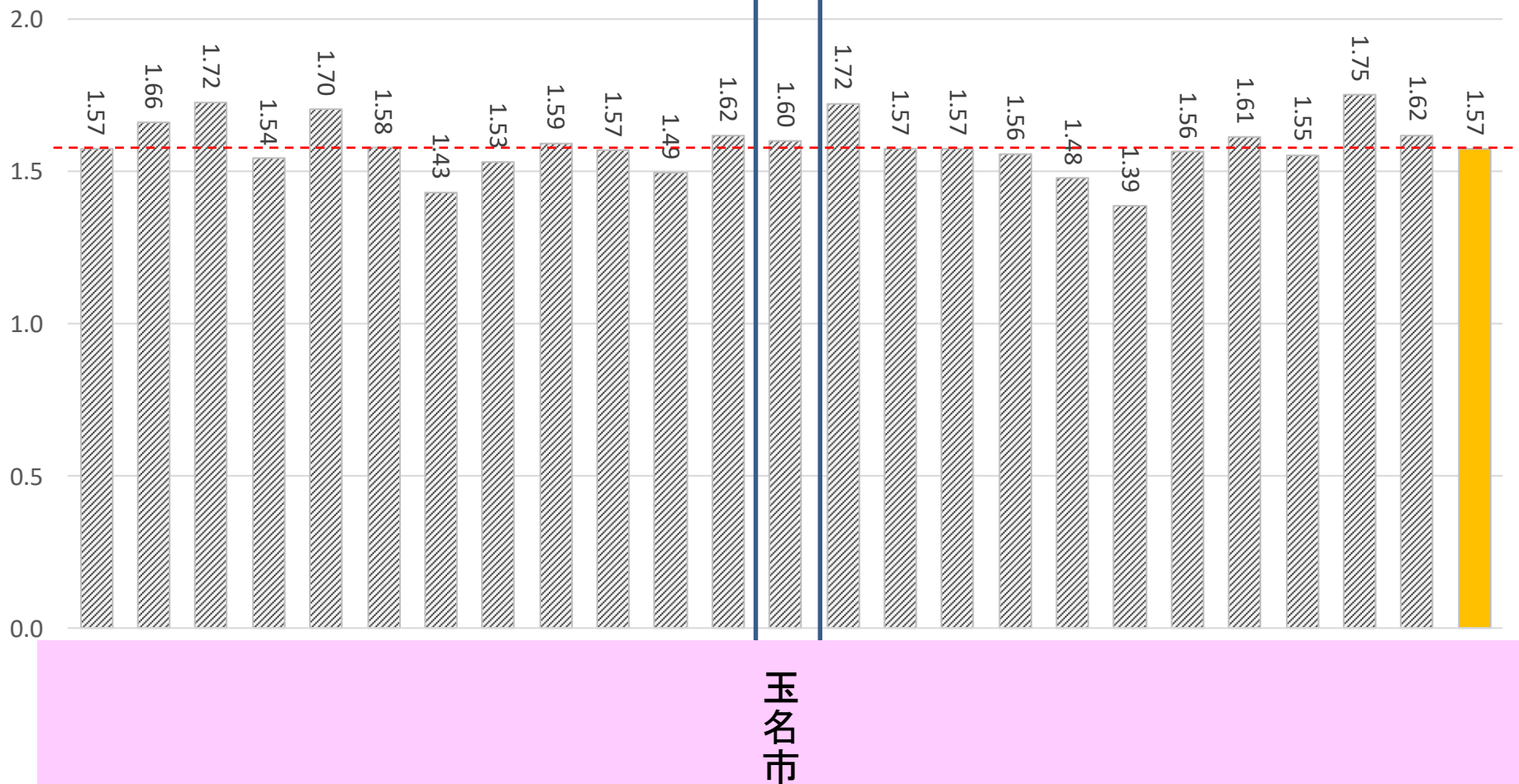


第1表

介護

平均よりも高い

第1表 (介護)



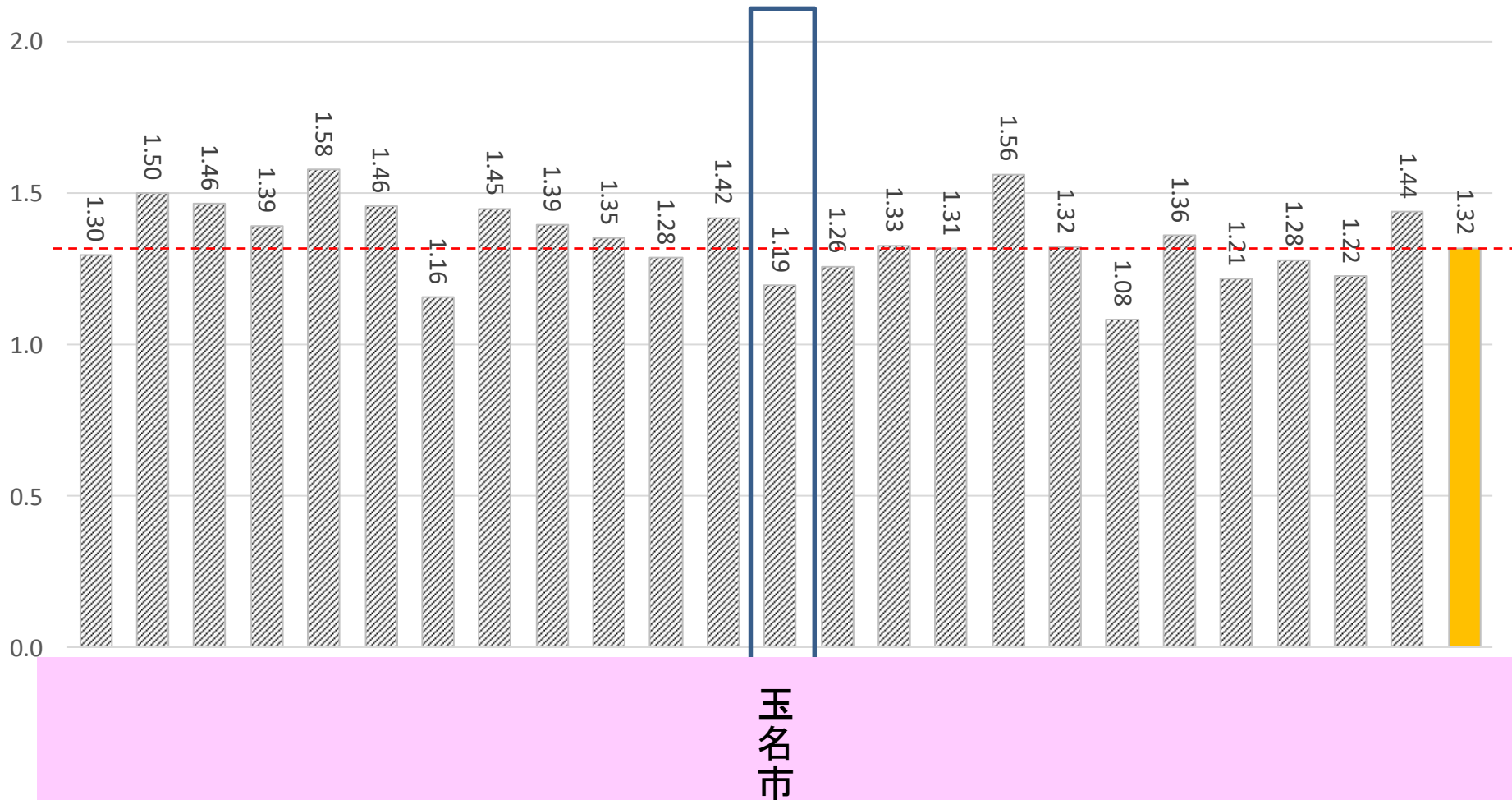
玉名市

第2表

介護

平均よりも低い

第2表 (介護)



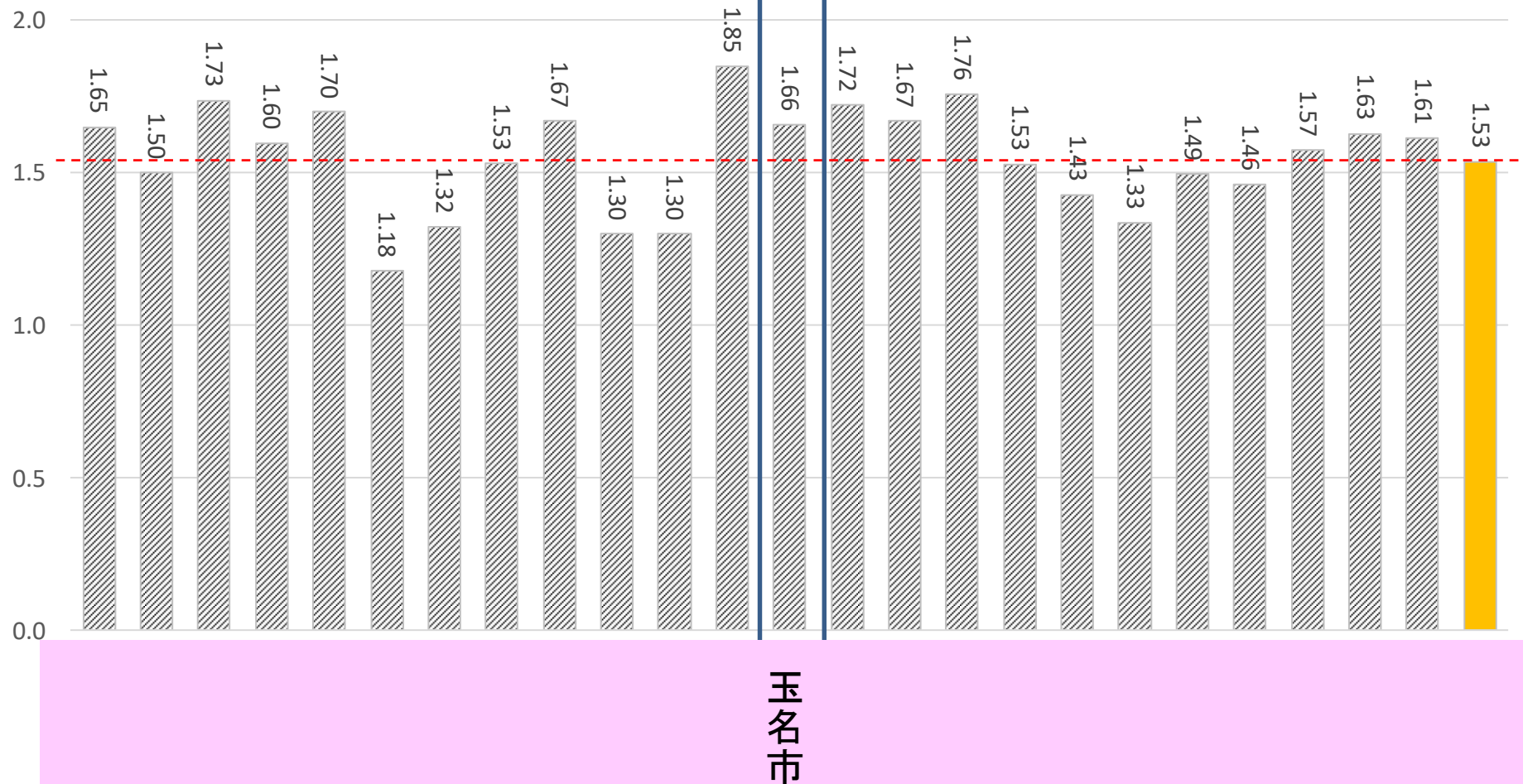
玉名市

第3表

介護

平均よりも高い

第3表 (介護)

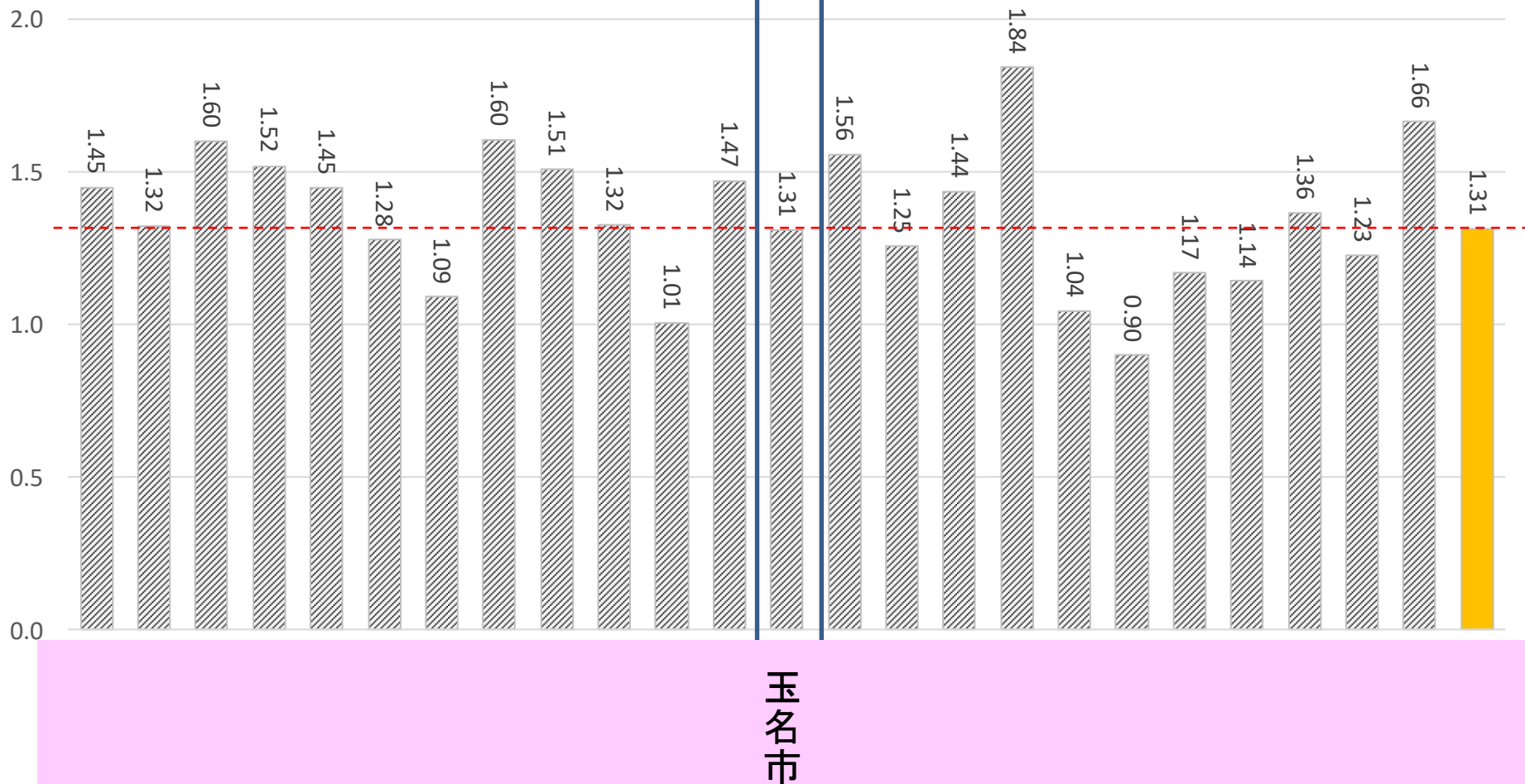


第4～6表

介護

平均と同じ

第4-6表 (介護)



玉名市

評価項目設定による見える化

本日の報告

1 ケアプランの読み込み

2 評価シートに基づき評価の実施

3 評価理由やチェックポイントまとめ

4 ケアプラン点検チームで確認・検討

5 ケアマネと個別面談

6 保険者へ報告

①

評価項目設定
による

見える化

②

各帳票ごとの評価
事例紹介

アセスメントとは・・・

「適切な方法により、利用者が抱える問題点を明らかにして、解決すべき課題を把握する」
—厚生労働省令38号第13条—

利用者の心身の状態、生活環境、介護力等の各項目の情報を的確に、かつ総合的に把握し、生活を営む上での困り事や課題（自覚・無自覚）を整理し、その原因・背景をあらゆる面から分析し、「状態」と「原因」をつなげていく必要がある。しかしそれだけではなく、利用者が課題分析を通じて「望む生活」にむけて前向きに課題を受け止め、主体的な取り組みが行えるよう、専門職として働きかけることが重要であることを認識しなければならない。

大切なのは、支援が必要な状況を明らかにするだけではなく、利用者及び家族が持つ力の強さ、可能性に着目する視点を持ったアセスメントができることである。

アセスメント力を向上させることが、より質の高いケアマネジメントへとつながることを常に意識しながら、取り組んでいくことが大切

—「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）より— 23

アセスメント①

ケアマネジメントで良かった点😊😊😊

- ① 退院前カンファレンス、家屋調査・退院後等の利用者の身体的・生活環境が変化すると予測されるタイミングでアセスメントを実施されている。
- ② アセスメントを複数回行い、不足する情報を収集・追記して記録している。
- ③ 本人の生活歴・趣味・嗜好・生活意向等、利用者の個性の表現された内容が記載されている。
- ④ 利用者の生活をアセスメントした結果、介護支援専門員がどのような点に課題を導き出したのか、その考えを明確に記載されている。

第1表

本表は、利用者及び家族の「望む生活」を含め、居宅サービス計画全体の**方向性を示す帳票**である。居宅サービス計画書の中で、利用者及び家族の生活に対する意向がはっきりと示される一番重要な帳票ともいえる。

本表は、利用者・家族・ケアする人々の気持ちを一つにするための大切な計画書であり、できるだけわかりやすく、利用者の言葉で具体的に記載することが重要である。また、利用者の生活を支援するケアチームの気持ちを一つにし、利用者と共に同じ方向に歩いていくための大切な帳票であるといえる。

－「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）より－

総合的な援助

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。

－「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（厚生労働省）より－

第1表 (1)利用者及び家族の生活に対する意向

①ケアマネジメントで良かった点😊😊😊

- ケアプランの見直しのタイミングで、本人・家族の生活意向を確認し、具体的に記載されている。
- 利用者が将来望んでいることに対して、課題を踏まえ具体的に記載されている。
- 利用者にとって大切だと思われることが記載されている。

第1表 (2)総合的援助の方針

①ケアマネジメントで良かった点😊😊😊

- フォーマルサービスに偏らず、本人・家族・インフォーマルサービスそれぞれがどのような支援を行うのか、**ケアチームの視点**で記載されている。
- 具体的に記載されている

第2表

本表は、第1表で示された「利用者の望む生活」を実現していくために、アセスメントから導き出された一つ一つの生活課題を、具体的な手段を示しながら一歩ずつ解決していくための**手順**を表したものです。居宅サービス計画全体の中核となる帳票です。

本表は、利用者の生活課題（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、

- ①利用者自身の力で取り組めること、
- ②家族や地域の協力でできること、
- ③ケアチームが支援をすることで、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した帳票です。

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組の内容やサービスの種別・頻度や期間を設定します。これはケアチームの目標達成期間であり、モニタリングやケアプランの見直しの指標となるものです。

－「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）より－ 27

第2表 (1)全般

①ケアマネジメントで良かった点😊😊😊

- 肯定的な表現方法で、わかりやすい内容の記載であった。
- ニーズ、長期目標、短期目標の整合性が取れ、課題解決に向けたプランとなっていた。

第2表 (2)生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)

①ケアマネジメントで良かった点😊😊😊

- 利用者の取り組むべき課題が明確になり、望む生活の実現を目指すものであった。
- ～したいなど、肯定的な表現方法で、わかりやすい内容の記載であった。
- 利用者および家族の困りごとを受け止め、その原因や背景に何があるのかを把握分析した上で、ケアプランに反映されていた。

第2表 (3)長期目標

①ケアマネジメントで良かった点😊😊😊

- 本人らしい望む生活が実現できるような目標の設定内容で、単にサービスの利用を目標にしなかった。
- 認定期間も考慮しながら達成可能な目標と期間の設定とした。
- 肯定的な表現方法で、実現可能なわかりやすい内容の記載であった。

第2表 (4)短期目標

①ケアマネジメントで良かった点😊😊😊

- 利用者および家族等が具体的に何をするのか、取り組む内容がわかる目標であった。
- 長期目標を達成するための段階的な目標と期間設定であった。
- 具体的に、距離・時間・活動の内容・頻度などの記載があった。

第3表

本表は、第2表で計画した具体的な支援の内容を、**週単位**で示す帳票です。利用者の本来の日常生活リズムを把握した上で、介護保険サービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活リズムがどのように変化しているかがわかります。週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活リズムを管理することができます。

さらに、週単位、24時間の時間管理を示すことで、ケアチームとしても、他のサービスが週単位でどのように組み込まれているかを把握することができ、連携を図る上で役立ちます。

また、短期入所や住宅改修、通院状況など、週単位以外のサービスを記載することにより、サービスの全体像、中長期的なサービス計画を把握することができます。

－「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）より－

①ケアマネジメントで良かった点😊😊😊

- 夜間や土日を含めた介護者の介護への関わりが具体的に記載されている。
例) 「整容」「排泄」「吸引」「食事」「入浴」 など
- 病院受診/福祉用具・住宅改修場所/地域活動等のインフォーマルに関する情報が記載されている。

第4表

本表は、サービス担当者会議を開催した場合に、当該会議の要点について記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合に、サービス担当者に対して行った照会の内容等についても、記載する。

なお、これらの項目の記載については、当該会議の要点を記載するものであることから、第三者が読んでも内容を把握、理解できるように記載する。

－「居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」より－

第4表

①ケアマネジメントで良かった点😊😊😊

- 主治医への出席依頼・照会（連絡票）を行い、主治医からの意見をケアチーム内で情報を共有し、その旨記載されていた。
- 福祉用具貸与の継続に対して、ケアチーム内で意見交換を行い検討され、その旨が記載されていた。
- 担当者会議出席者の意見・その後の対応について具体的に記載されている。

第5表

本表は、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。

－「居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」より－

第5表

①ケアマネジメントで良かった点😊😊😊

- 介護支援専門員が日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などが時系列でわかりやすく記載されている。
- 毎月のモニタリング実施の際に、目標の達成度状況や満足度が記載され、その際の介護支援専門員からみた今後の見通しが記載されている。