

令和3年度 ケアプラン点検実施報告



春日井市介護・高齢福祉課 指導担当

ケアプラン点検の目的

ケアプラン点検は、介護支援専門員が作成したケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえた「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているか、介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促し、ケアマネジメントの質の向上を図ります。

介護保険最新情報Vol.38

「ケアプラン点検支援マニュアルの送付について」をご一読ください。

ケアプラン点検の実施方法

- 春日井市は、「第5期愛知県介護給付適正化計画」に基づき、ケアプラン点検を実施。
- 各居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員の人数の半数に対して実施。

〈点検事例〉

- 訪問介護同一建物減算をとっており、訪問介護の回数が多いケアプラン
- 介護支援専門員が点検を受けたいと希望したケアプラン
- 通所介護（地域密着型含む）で個別機能訓練加算Ⅰイ又はロ、又は入浴介助加算Ⅱを算定しているケアプラン

令和3年度ケアプラン点検実績

ケアマネジャー 人数	116名（R3.4.9現在227名、（51%実施））
点検延べ件数	134件（モニタリング14件含む） （面接 113件、電話 21件） ※確認事項が少ない場合、電話で実施
点検実件数	120件
点検した プランの内訳	市が指定 45件 介護支援専門員選定 75件

令和3年度ケアプラン点検結果

● 適正 87件、要改善 33件

● 要改善の理由

① アセスメントが不十分であるため、ケアマネジメント

の観点から改善が必要 28件

② ケアプランに計画されていない介護保険サービスが

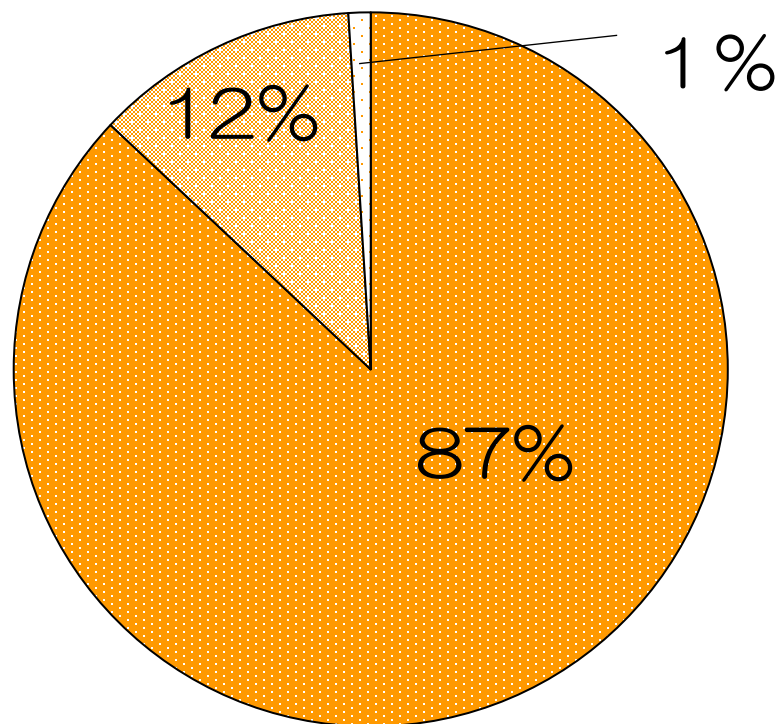
提供されている等、給付の観点から改善が必要 1件

③ ①②共に該当 4件



点検後のアンケート結果

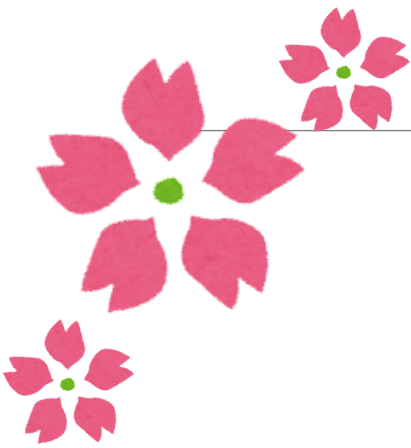
1 ケアプラン点検は役に立ちましたか。



- 役に立った
- どちらかといえば役に立った
- その他(記載方法はわかった)

2 理由

- 自分の課題に気づくことができた 94%
- 疑問や悩みが解決された 37%
- 助言内容が納得できなかった 1%
- その他 (アセスメントが現時点になっていないことに気づいた・具体的に改善項目がわかった) 4%



ケアプラン点検時気づいた点や、
記載時の注意点をまとめました。
参考にしてください。



©Kasugai City 2008

書のまち春日井「道風くん」



① アセスメント No.1

アセスメントは、**ケアプランの根拠**になります。

情報・状況を記載するだけでなく、その情報・状況から分析し、評価が必要になります。また、アセスメントとケアプランの整合性を図る必要があります。

(例：リハビリ不要となっていたが、デイサービスで個別機能訓練加算をとっている、入浴が自立だが、入浴介助が位置づけられている等)

① アセスメント No.2

- 本人及び家族の主訴は、その都度変わるものです。変化がある度に記載してください。
- 生活歴や趣味、嗜好など利用者の特徴やその人らしさを明らかにすることで、その人らしいケアプランの作成につながります。
- 既往歴は、いつ発症したか、時系列でみることにより、生活への影響を把握することにつながります。発症時期が不明の場合、〇歳代の発症か本人や家族に聞き取りをしてください。

① アセスメント No.3

- 項目のチェックだけでは、どのような状態、状況か不明なため、課題分析に必要な具体的な状態がわかるよう、把握したことを特記事項等に記載してください。
- 予後予測の記載をしてください。改善の可能性、悪化の危険性を検討したうえで、利用者の生活機能が向上した姿（目標）を捉え、その実現のために必要な支援とその根拠を導くことが必要です。

② 第1表 ㊦ 利用者及び家族の生活に対する意向

- 「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」の一部改正等について（介護保険最新情報vol.958等の再周知）から抜粋

“意向を踏まえた”という前提のため、その根拠として、意向は意向として記載（※）いただきつつ、その意向を踏まえて、アセスメントの観点から、どのような支援が考えられるのか、あるいは望ましいのかをアセスメントにおける身体的、社会性、経済的等の視点から、総合的に勘案した結果を記載することが必要です。

（※）ケアプランが利用者本人のものであることを踏まえれば、意向を記載することは重要なことです。

② 第1表 ⑧介護認定審査会の意見

- 介護保険被保険者証で確認し記載してください。
- 記載がない場合は「なし」と記載してください。

② 第1表 ⑨総合的な援助の方針

- 利用者及び家族を含むケアチームがどのような生活をおくっていくかについて、総合方針を記載してください。
- 緊急時の対応、連絡先を記載する場合は、この欄に記載してください。

③ 第2表

④生活全般の解決すべき課題（ニーズ） No.1

- アセスメントから導き出された課題を整理した結果、利用者にとって優先順位が高いものから記載してください。
- ケアプランは利用者のためのものです。利用者が主体的に取り組めるよう、利用者の楽しみや生きがいを反映させ、利用者目線の内容とすることが必要です。
(例：歩いて買い物に行きたい、外出の機会を作り気分転換したい等)

③ 第2表

①生活全般の解決すべき課題（ニーズ） No.2

- 1つの欄に、2つ以上の課題（ニーズ）が記載されているものがありました。援助目標、援助内容と整合性を図るために、1つずつ記載してください。
- 疾病治療について記載する場合、利用者本人、家族や関係者が「何に留意・配慮した生活をするのか」、「受診等にあたって共有しなければならないこと」を理解することが求められます。（病院等受診については必ずしも書かなければならないわけではありません）

③ 第2表 ⑤目標

- 長期・短期目標ともに、〇か月後にどんな姿になっているかイメージできるように具体的に記載してください。
- 短期目標は、活動、行為の具体的達成可能な目標設定で、評価できる目標にしてください。
- 短期目標の積み重ねが長期目標の達成につながるよう考えます。

③ 第2表 ⑤長期目標

- 長期目標の中に、安心、安全、定期的という表現がありました。利用者本人にとって安心、安全とはどういう状況か、定期的とは具体的に週に〇回なのか記載してください。
- 高い目標設定は、利用者本人の意欲につながらない場合がありますので、留意してください。

③ 第2表 ⑤短期目標 No.1

- ヘルパーにできないところを手伝ってもらおう等サービス内容が目標となっている事例がありました。サービス導入のみで達成できる目標ではなく、本人の活動、行為の具体的達成可能な目標設定で、評価可能な目標を立てる必要があります。

③ 第2表 ⑤短期目標 No.2

短期目標を考える際、次の3つを意識すると具体的な目標になります。（カッコ内は排泄の例）

- 介助の有無（1人で、見守りで、一部介助で）
- 手段・道具（トイレで、ポータブルトイレで、尿器で、オムツ交換）
- 手段頻度（毎回、1日〇回、日中は、週に〇回、月に〇回）

③ 第2表 ㊦援助内容 No.1

- 家族、知人等（インフォーマルサービス）が役割を担っている場合は記載してください。また、記載することで負担を感じる場合がありますので、確認の上記載してください。
- 利用者本人が具体的に何を行うのかを明確にし、利用者の意欲が湧くように、本人が行っていることをセルフケアとして記載してください。

③ 第2表 ㊦援助内容 No.2

- 一般的なサービス内容を記載するのではなく、利用者本人、家族、関係者が何をするのか具体的に記載してください。特に、通所介護で個別機能訓練加算を算定する場合、具体的にどのような動作ができるように、どのような訓練をするのか記載が必要です。

第3表

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 _____ 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								<div style="text-align: center; font-size: 2em;">H</div>
	2:00								
	4:00								
早朝	6:00								
	8:00				G				
午前	10:00								
	12:00								
午後	14:00								
	16:00								
夜間	18:00								
	20:00								
深夜	22:00								
	24:00								

週単位以外のサービス	I
------------	---

④ 第3表 ㊄週間サービス計画表

- 介護サービスなどがどのように配置されているか、サービスが入っていないときはどのように本人、家族が生活しているか、24時間の時間軸で生活が可視化できるように記載してください。

④ 第3表 ㊅主な日常生活上の活動

- 起床、就寝、食事だけでなく、どこで何をしているか（余暇活動）も含め、標準的な1日の生活の流れがわかるように記載してください。服薬状況で時間が決まっている場合は、この欄に記載してください。

④ 第3表 ①週単位以外のサービス

- 月単位の流れも記載できるように記載してください。
介護保険サービス以外のことも記載してください。

(例：福祉用具貸与（具体的な品名、設置場所）
短期入所、受診状況（頻度・家族の付き添い）
家族・知人支援等）

給付に関する指摘事項

- ケアプランへの同意日が、サービス開始より後になっていた。
- ケアプランにないサービスが算定されていた。（第2表と第3表の内容が異なっていた、給付実績と異なっていた）
- 更新後や状態が変わったが、アセスメントを取りなおしていなかった。

※基本的事項であり、実地指導においても指摘事項となり得る内容です。
適切な業務に努めてください。