令和3年度（2021年度）
ケアプラン点検結果報告

ケアプラン点検の目的

ケアプラン点検は、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランになっているかを、基本となる事項を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」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援するために行うもの。

ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法（平成２０年７月１８日厚生労働省老健局振興課）より

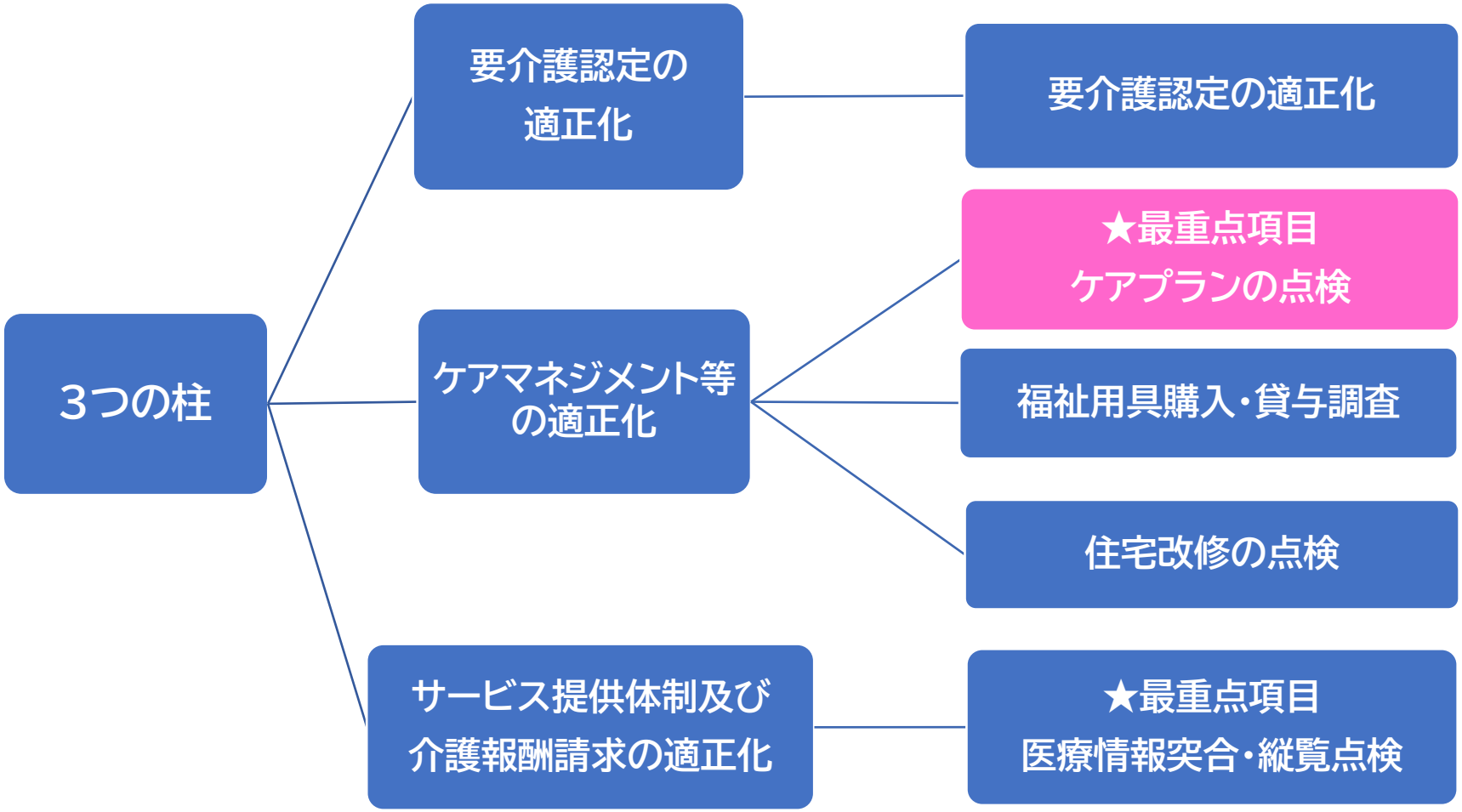
熊本市ケアマネジメント基本方針
～抜粋～

- 要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。
- 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮しておこなわれるものでなければならない。
- 事業運営にあたり、熊本市や地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業所等、介護保険施設、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければならない。
- この基本方針は、介護支援専門員のみではなく、ケアマネジメントに携わる全ての者が共有し、介護が必要になった者の支援にあたることが大切。

ケアプラン点検の実施方法

- 第5期熊本県介護給付適正化プログラム」に基づき、ケアプラン点検を実施。
- 点検対象者を軽度者とし、自立支援・重度化防止の効果がより期待できる対象者のプランを検証。
- ケアマネジャーにケアプランの提出を求める等の方法により、熊本市が点検及び支援を行い、個々の利用者の自立支援につながる真に必要なサービスを確保するとともに、その状態に適していないサービス提供の改善を図る。
- 課題整理総括表を活用したケアプランの点検率５％以上を目標に実施。

第5期熊本県介護給付適正化プログラム
重点項目と取組目標



令和２年度までのケアプラン点検状況

年度	ケアプラン点検数（件）	居宅(介護予防)サービス受給者数（人）	点検率(ケアプラン点検数/居宅(介護予防)サービス受給者数)　（%）
H29年度	314	24,241	1.2
H30年度	1,192	24,977	4.8
R元年度	1,285	25,030	4.9
R2年度	1,197	25,751	4.8

令和3年度
ケアプラン点検（提出）対象者及び実績

＜対象＞

①熊本市が点検対象として抽出したプラン

②サービス付き高齢者住宅及び住宅型有料老人ホーム入居者のプラン

③居宅介護支援事業所として点検を希望されるプラン

＜実績＞

ケアプラン点検総数：908件（内要介護799件、要支援109件）

＊軽度者（要支援1・2、要介護1）の総数　約14,000人

点検事業所件数　　：75件（各事業所5～20件）

点検率　　：6.5%（908件/14,000件）

点検項目

～要介護の場合～

①アセスメントシート　②ケアプラン１表　③ケアプラン２表

④ケアプラン３表　⑤担当者会議録　⑥モニタリング

⑦支援経過記録　⑧利用票　⑨課題整理総括表　⑩その他

～要支援の場合～

①利用者基本情報　②基本チェックリスト

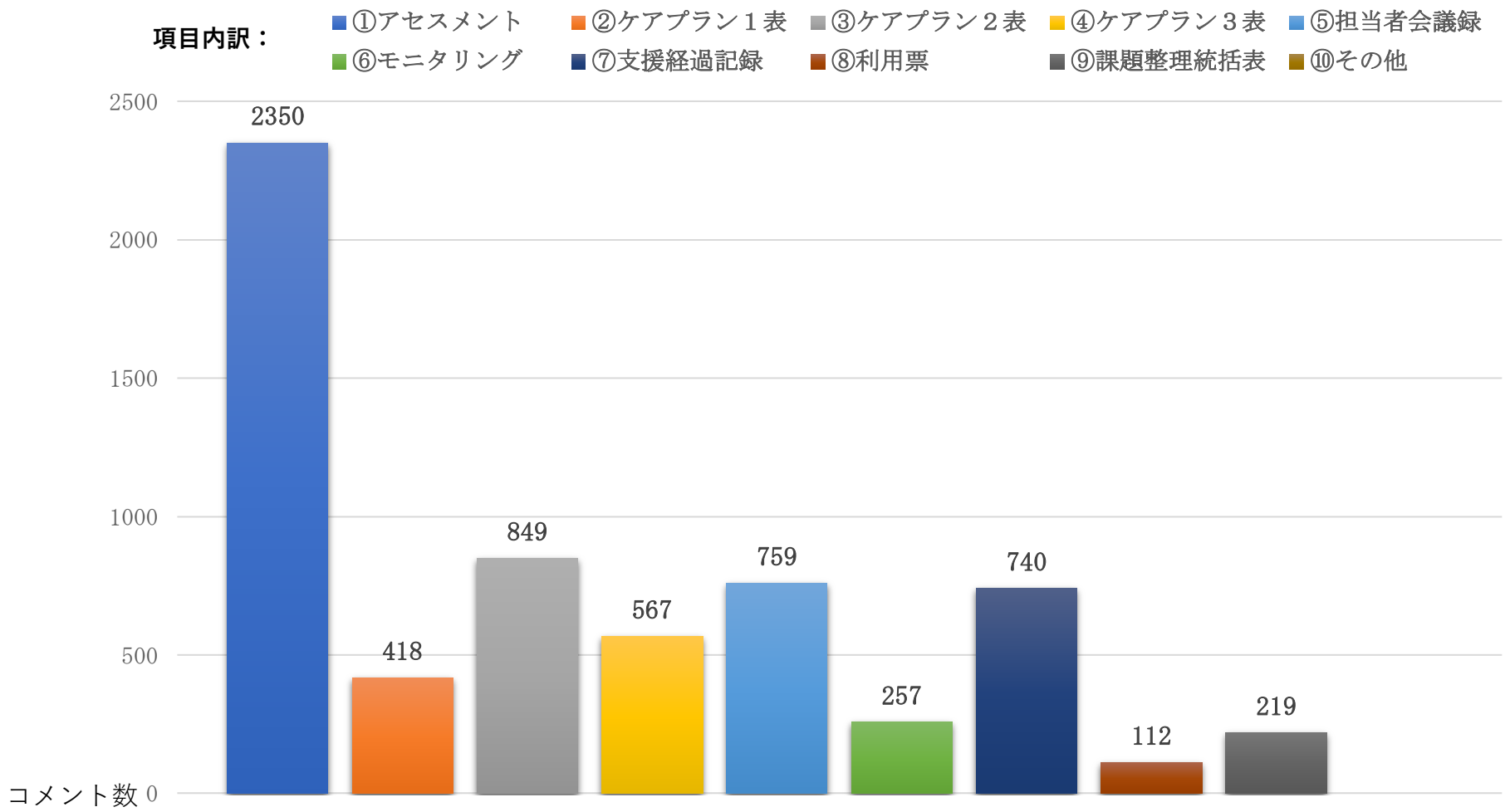
③介護予防サービス・支援計画書

④介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録

⑤介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表

⑥利用票・別表　⑦課題整理総括表支援経過録　⑧その他

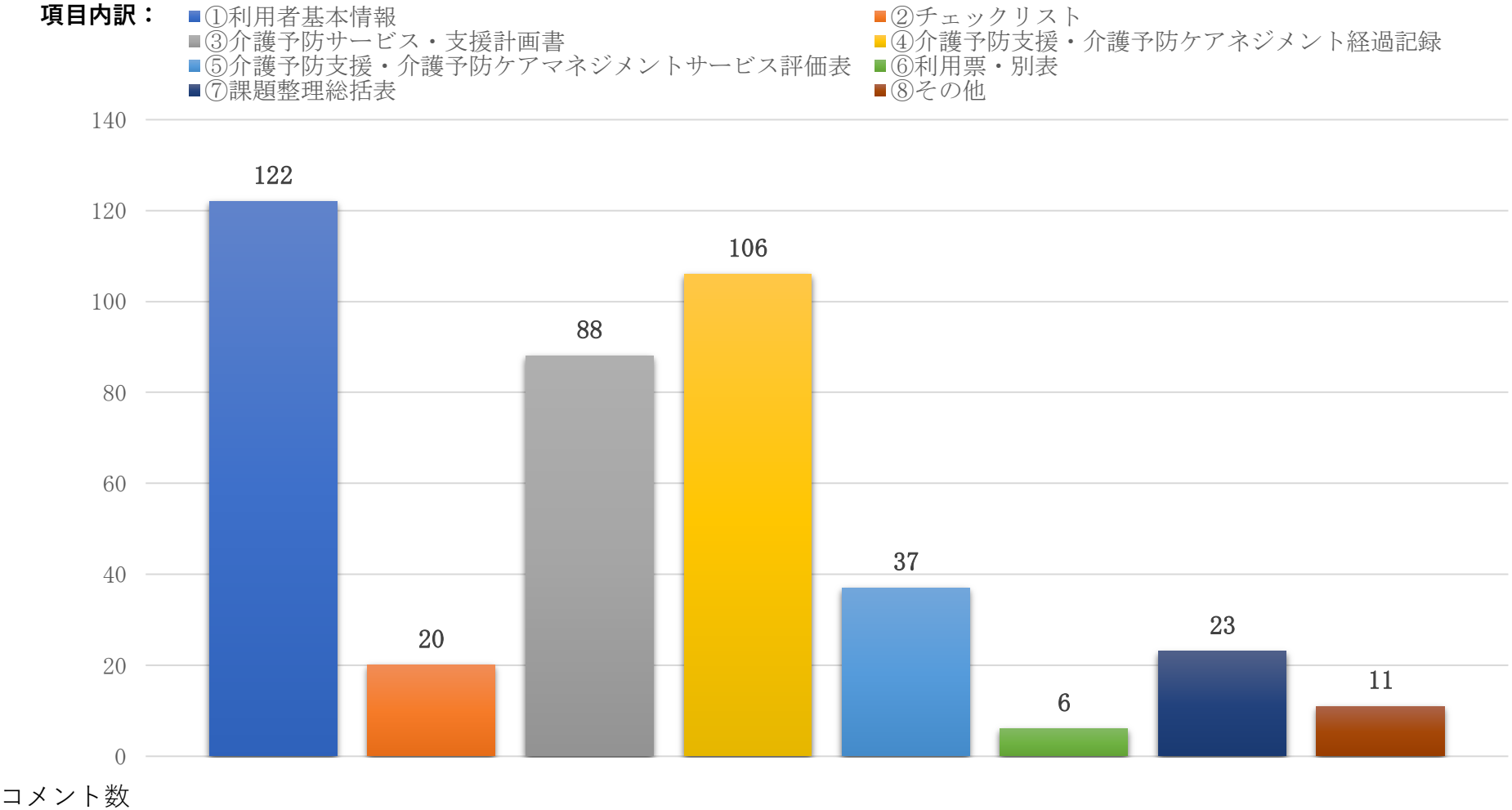
【点検結果～要介護編～】
令和3年度の全体的な傾向について



ケアプラン点検の結果、

①アセスメントについて改善の必要な点が多くみられました。

【点検結果～要支援編～】
令和3年度の全体的な傾向について



ケアプラン点検の結果、①利用者基本情報、③介護予防サービス・支援計画書、④介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録について改善の必要な点が多くみられました。

【介護】ケアプラン点検から分析した報告及び傾向
～アセスメント、課題整理総括表について～

- 多職種と連携し心身の状態、生活環境、介護力等の各項目の情報を的確かつ、総合的に把握すること。特に状態変化や医療ニーズが高い利用者については医療との連携を図り、主治医の意見や服薬内容までアセスメントすること。
- 有料老人ホーム等の入居者について、セルフケア、施設支援、家族支援、介護保険サービスで支援している内容を整理し、役割を明確に把握して、自立支援・重度化防止に資するケアプランを立案すること。
- 本人や家族の持つ力の強さや可能性にも着目し、予後予測を見立てて適切な課題や目標を導き出し、自立支援に資するケアプラン立案に努めること。

【介護】ケアプラン点検から分析した報告及び傾向
～アセスメント、課題整理総括表について～

- アセスメントは、認定調査の内容や本人の現状のみを記載するのではなく、聴取した情報と、困り事や生活に直面している課題を整理し、原因や背景を深堀して介護支援専門員の判断根拠を明確にすること。
- 福祉用具の選定理由や住宅改修の必要性について専門職からの専門的な見地からの意見や助言等も含めアセスメントし、個別性のある明確な選定理由を記載すること。
- 課題整理総括表の阻害要因は、疾患名のみを挙げるのではなく、疾患によりどのように生活に影響を及ぼしているかまで分析し、問題点を明確にすること。

【介護】ケアプラン点検から分析した報告及び傾向
～ケアプラン１表、２表、３表について～

- ニーズ、長期目標、短期目標、サービス内容の流れを明確にすること。
- 短期目標は、長期目標を段階的に分けた実現可能な具体的な目標を掲げるようにすること。
- 3表は2表に記載されているサービスを記載すること。土日の支援や関わりが一目で把握できるように記載すると利用者も1週間のスケジュールが把握しやすくなると思われること。

【介護】ケアプラン点検から分析した報告及び傾向
～担当者会議、モニタリングについて、支援経過記録～

- 担当者会議の照会を行う際は、ケアプラン交付前に意見を聴取すること。やむを得ない理由で開催ができない場合は理由を支援経過に記録し、照会内容を担当者会議の要点にまとめ情報共有を図ること。
- モニタリングについて、短期目標の経過がどのように実践され達成されているかいないのかを明確にし、事業所からの情報を収集してモニタリングを行うこと。
- 支援経過記録は、介護支援専門員の判断や考察等の項目が設けられており、内容が整理して記載されていた。介護支援専門員の考えや本人・家族の意向が見やすく流れが把握しやすくなっていた。
- 支援経過記録に利用票交付の記載のみではなく、事業所への提供交付も記録すること。

【予防】ケアプラン点検から分析した報告及び傾向
～利用者基本情報、チェックリスト、介護予防サービス・支援計画書について～

- 利用者基本情報について、様式内の基本項目は漏れなく記載すること。チェックリスト同様にサービス支援計画書の「アセスメント領域と現在の状況」の基となる為、必要な事項は情報収集を行い記載すること。
- チェックリストについて、全体的にすべての項目について記載されていたが、一部身長・体重・BMIの記載がないケースがあった。
- 計画書について、全体的にすべての項目について記載されていた。訪問介護利用において、動作支援等はリハビリテーション専門職派遣事業等を活用し、専門職からの意見やアドバイスを取り入れ自立につながるように各関係者間で検討することも取り入れること。

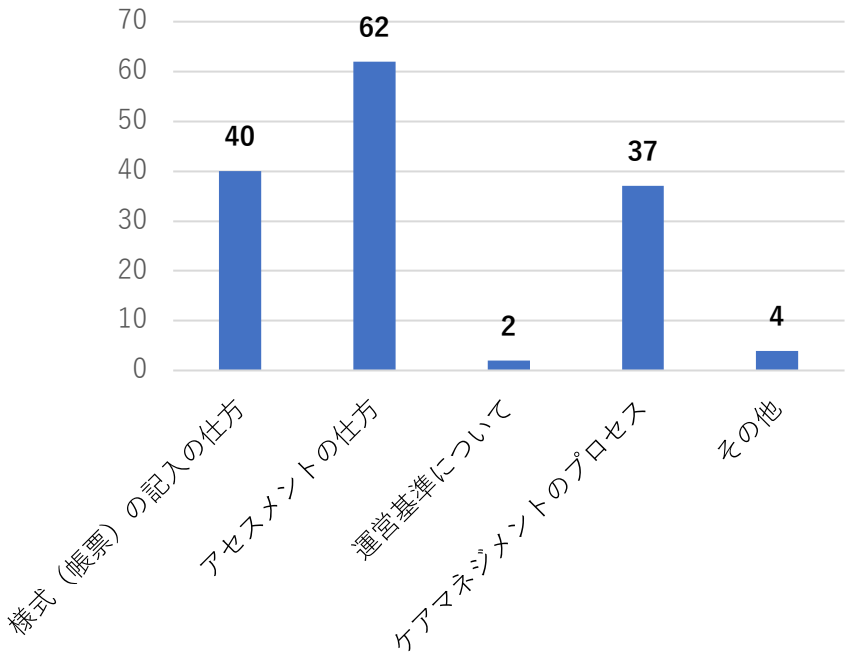
【予防】ケアプラン点検から分析した報告及び傾向
～介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表について～

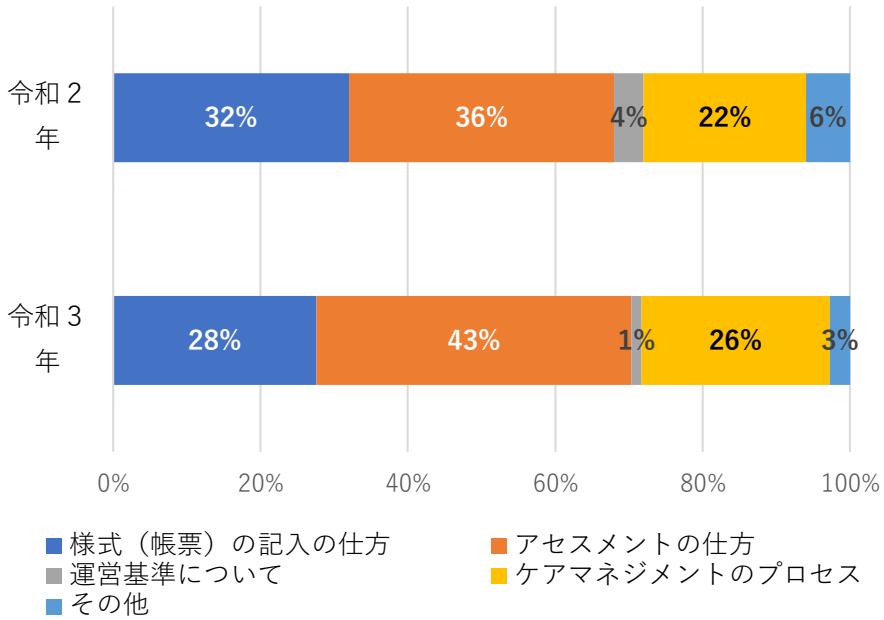
- 介護支援専門員が行ったことは時間も含め記載し、経過が確認できるように記載した方がよいこと。
- 「担当者会議の要点」を記載される場合は、検討内容等必要事項を記載し、主治医等と連携を図り医療情報について共有を図ること。
- 「モニタリング」を記載される場合は、方法や相手も記載すること。また、目標についてモニタリングした内容を記載すること。
- 評価について、達成されている目標についてはステップアップにつながるように各関係者間で検討すること。介護支援専門員が行ったことは記載し、時系列に沿って経過が確認できるように記載すること。

ケアプラン点検後のアンケート

＊R4年1月点検結果報告までで集計

Q．ケアプラン点検の結果説明を受けて役に立った点は何ですか？





ケアプラン点検後の感想（自由記載）

- アセスメント、課題整理総括表等を通して、根拠となる要因の見極めが重要であり、事業所や医療との関係の中で情報収集と分析を行い、整合性が取れるプラン作成に努めていきたい。
- 加算の算定根拠についても明確にし、必要性についてきちんとアセスメントすることが大切だと再認識できた。
- 有料老人ホーム入居者のプランも自立支援（やれていたことややれる事）について話し合っていこうと思う。個別性を意識しながらサービスが画一的にならないようにしていきたいと思った。
- 現状のみではなく、できるだけ過去から生活歴を詳しく知る事で、利用者や家族が抱えている問題など、根拠に基づいた課題分析を行うことが出来、よりニーズも見えて課題もはっきりしてくることが分かった。

ケアプラン点検後の感想（自由記載）

- ケアマネとしての能力的な所で自信をなくすことや、多忙で抜け落ちることが重なることで、やる気をなくすこともあるが、このような点検をしてもらうことで支えられる。
- 医療系のアセスメントが不足していると指導を受けると同時に、アセスメントの方法等を具体的に助言をもらい大変参考になった。
- 質疑応答がケアマネに「なぜ指導事項になっているのか」考えさせるやり方だったのでとてもよく理解できた。
- アドバイスと指摘は明確に分けて示し、指摘であれば明確な根拠を提示してもらえると有難い。
- 今後はLIFEとの関係も含め、点検いただくと助かる。

今後のケアプラン点検に向けて

- 今年度同様「第５期熊本県介護給付適正化プログラム」に基づき、ケアプラン点検を実施していく。
- 「自立支援・重度化防止」の視点に基づいたケアプラン点検となるよう、点検のあり方については今後も適宜見直し、必要な改善を図っていく。
- アセスメントからケアプランへ繋げる思考過程を習得できるよう、今後も研修等を繰り返し行いながら、ケアマネジャーのスキルの平準化を図っていく。
- 他の給付費適正化事業と連携し、様々な角度から自立支援、重度化防止を図っていく。