

ケアプラン点検事業について

1. ケアプラン点検の目的

居宅介護支援事業者が作成するケアプランが、ケアマネジメントのプロセスを踏まえ、利用者の「自立支援」や「尊厳の保持」に資するものであるかをケアプラン作成者とともに検証し、ケアマネジメントの質の向上を図る。これにより介護保険制度の信頼性を高め、持続可能な制度の構築に寄与する。

2. ケアプラン点検の流れ

- ①ケアプラン点検について連絡
- ②指定居宅介護支援事業所より書類の提出
- ③内容点検後、面接にてヒアリング実施
- ④介護保険課もしくは委託先より「居宅サービス計画に関する改善事項について」を送付
- ⑤指定居宅介護支援事業所は、④に記載されている指摘事項について「居宅サービス計画に関する是正または改善について」の報告書の提出、及び自主精査の実施
- ⑥ヒアリング実施後からおおよそ3か月経過後、指定居宅介護支援事業所より「実績報告書」を提出

【令和7年度からの変更点】

ケアプラン点検の書類提出について、大量の資料のコピーをすること、また郵送代の負担軽減のため、Emailでの提出も可能とします。

詳細は、ケアプラン点検のご連絡をした際にお伝えしますので、ご協力お願い致します。

3. 点検項目の主な視点

ケアプラン自己点検シートを作成。令和7年4月～ホームページに掲載予定。事業所内での自己点検、他者点検などにご活用ください。

4. よくある指摘事項

- ・介護保険制度及び運営基準、介護サービス計画書の様式及び記載要領（介護保険最新情報Vol.958）、介護予防ケアマネジメントマニュアル（Vol8作成中、令和7年4月～ホームページに掲載予定）についてよく理解し、遵守すること。

<アセスメント>

- ・情報が更新されていない。
- ・利用者ができないことのみが記載され、できること・できそうなことの記載が不十分。
- ・課題分析標準項目（23項目）が具備されていないアセスメントシートを使用し、項目が不足している。
- ・内容が情報収集のみで、課題が抽出できていない。また、ヒアリングからは、ケアマネジャーとして状態をよく把握していることがわかるが、記載できていない。

<居宅サービス計画書>

- ・神戸市の「軽微な変更」の内容を誤って理解し、居宅サービス計画書の再作成ができていない。
- ・サービスの利用終了時の、居宅サービス計画の再作成の必要性が理解されていない（福祉用具等）。

第1表

- ・専門職として分析した利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた介護支援専門員として判断した「課題分析の結果」の記載がない。

第2表

- ・ニーズ（課題）が抽象的で、目標とサービスとの整合性がない。
- ・「短期目標」が、支援者の立場で設定され、利用者の活動の目標ではない。
- ・セルフケアが位置づけられていない。または「服薬」や「受診」にとどまっている。
- ・「サービス内容」に、加算の対象となっているサービス項目の記載が無い。
- ・「頻度」が、第3表およびサービス利用票と整合していない。また、「必要時」等と曖昧な表現で明確な・回数が記載されていない場合がある。
- ・自立支援・重度化防止のための見守りの援助として「身体介護」を位置づけた根拠が不明確。また、評価することなく漫然と継続している。

第3表

- ・「週単位外のサービス」に医療機関などへの通院状況（病院名、科目、頻度）の記載がない。
- ・インフォーマル支援の記載がない。

<サービス担当者会議>

- ・通所介護などの利用時間内にサービス担当者会議を開催している。
- ・主治医をはじめ、担当者の意見の記載がない。また、欠席者の照会内容の検討や共有が行われていない。
- ・加算（入浴介助加算Ⅱ、口腔機能向上加算など）の算定要件の理解が不十分で、サービス事業所から言われるままに加算を付け、必要性や評価が検討されていない。

<モニタリング>

- ・サービス開始の初回月のモニタリングが実施できていない。
- ・モニタリングの記載内容が不十分。短期目標に対する達成状況（達成・未達成）は選択しているが、それを判断した根拠や目標に対する取り組みの評価が乏しい。また、ほぼ毎月コピーペーストされているようなケースもある。

<支援経過記録>

- ・事実のみが記載され、ケアマネジャーの判断の記載が少ない。

5. 点検後のケアマネジャーの感想（改善報告書からの抜粋等）

- ・利用者の出来ないことばかりに注目してしまい、出来ないことに対しての課題抽出をしてしまいがちだった。利用者の「できること、していること、出来そうなこと」に注目して課題を抽出し、ケアプランの作成を行っていく。
- ・一方的な支援ではなく、自立支援を念頭に置き課題を導き出すことが重要であるため、日頃より趣味や生活様式など把握できるよう努め、少しの支援や頑張りで実現可能な具体的な目標設定を心がけたい。
- ・家族の援助など、インフォーマルな援助を意識できていなかった。
- ・福祉用具貸与を継続して利用する必要性について十分に検討しケアプランに反映していきたい。
- ・ずっと一人ケアマネだったので自分ながらに勉強してきたが、思い込みで計画書を作っていたと思い知らされた。もっと早くケアプラン点検を受けたかったと感じた。
- ・ケアマネジメントプロセスの実施の不備や遅れを早期に把握できるようにするため、事業所内でも定期的にケアプランチェックを行うことを部署チームで決めた。
- ・今回のケアプランチェックで学んだことを生かし、マニュアルを定期的に相互で振り返り実施できているか確認作業を行う。自立に向けての支援ができているかを事業所内で話し合っていき、よりよい支援を行っていきたいと思った。

6. 届出が必要なケアプラン点検

①訪問介護（生活援助中心型）の基準回数を超えるケアプランの届出と検証

- ・利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、通常の利用状況からかけ離れた利用回数となっているケアプランについて、届出が義務化。
- ・内容の確認を行い多職種によるケアマネジメント検討会を実施。

※基準回数を超えている場合は介護保険課に届出が必要。

※国民健康保険団体連合会の介護保険適正化データより、生活援助の基準回数を超えている被保険者について把握しています。届出がされていない場合は、該当するケアプランの届出について個別で連絡することあり。

②居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証

- ・利用者の意向や状態に合った訪問介護の提供につなげることでできるケアプランの作成に資することを目的に、区分支給限度基準額の利用割合が高く、かつ、訪問介護の利用割合が高いケアプランについて検証を行う。
- ・介護保険課から居宅介護支援事業所に個別に通知し、内容の確認を行い、多職種によるケアマネジメント検討会を実施。

※多職種によるケアマネジメント検討会：利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、多職種協働による検討を行っている。

助言者：神戸市ケアマネジャー連絡会、神戸市リハ職種地域支援協議会、市内あんしんすこやかセンター職員、介護保険課職員等

7. 目標の期間について神戸市の考え方

要介護高齢者は、複数の疾患を抱えている心身機能や環境等の影響による状況変化が予測されるため、短期目標は概ね3～6か月、長期目標は概ね1年を目安に一連のケアマネジメントを実施し、見直しを行うことが妥当と考える。

しかしながら、利用者の解決すべき課題（ニーズ）に応じて設定した目標については、個々の利用者の状況変化に個人差があることから、その目標を達成するための期間が目安の期間を超えることも考えられる。

したがって、アセスメントの結果、利用者の目標に応じた期間を設定することも差し支えない。

なお、心身状態やニーズの変化が生じた場合は、再アセスメントを行い、ケアプランの見直しの必要性があるか検討すること。その際、軽微な変更を除いては、サービス担当者会議の開催を含む一連のケアマネジメントを実施する必要があることを改めて徹底すること。