

# ケアプランチェックにおける確認項目

## 1 ケアプランチェックとは

ケアプランチェックは、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となっているかを、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、その普遍化を図り適正な給付の実施を支援するために行うものです。

## 2 目的

以下の内容について確認することを目的としています。

### (1) アセスメント関連項目

- ア 介護支援専門員として、アセスメントを行う理由を理解し、その役割が十分果たしていること。
- イ 利用者の「個別性・その人らしさ」を大切にするためにも、大切な情報である生活歴や生活状況の聞き取りを適切に行っていること。
- ウ 認定情報の内容を確認すること。
- エ 本人及び家族の日常の過ごし方を把握することで、利用者及び家族の生活全体を捉えることができ、情報収集やアセスメントの過程に課題が残っていないこと。

### (2) 第1表関連項目

- ア 記載すべき内容の理解及び記載漏れがないこと。
- イ 「課題（ニーズ）」と「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」との間に関連性があるかを振り返った上で、アセスメントが適切に行われていること。
- ウ 総合的な援助の方針は、介護支援専門員が目指す方針ではなく、ケアチーム（利用者及び家族を含む）としての総合的な援助方針であることが理解できていること。また、緊急事態が想定される場合などの対応についてもケアチームで共有・調整できていること。
- エ 居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付ける場合、その算定理由となる根拠を押さえることができる。

### (3) 第2表関連項目

- ア それぞれの課題（ニーズ）が導き出された経緯（原因や背景）を振り返ることで、自立支援に向けた適切なアセスメントが行われていること。
- イ 長期目標は、短期目標が一つずつ解決できたゴール(結果)として利用者及び家族が具体的にイメージできるような表現での記載ができること。
- ウ 長期目標を達成するための具体的な活動（支援）の目標と期間の設定が行われていること。

エ サービス内容と種別ごとに、どのような根拠で利用頻度と期間を設定していること。

オ 利用期間については、モニタリングを行うことを意識して、必要な期間設定ができていること。

(4) 第3表関連項目

ア 利用者の状態は変化するものであることを理解し、一時的に必要なサービスなども含めて記載する必要性や週単位以外のサービスにも介護保険サービスが含まれているため、利用している介護保険サービス全体を把握していること。

### 3 確認事項

ケアプランチェックにおける確認事項は以下のとおりです。

※今年度のケアプランチェックにおいて、以下の確認事項で特に指摘事項としてあがりやすい項目に色かけをしておりますので、再度ご確認の上でケアプランの作成をお願いいたします。

	確認事項
アセスメント	■標準項目 23 項目を状況確認して記載しているか。
	■本人や介護者の生活上の困りごとを把握し、記載しているか。
	■これまで生活してきた中で、本人の大切にしてきたものや、価値観、趣味、得意なことなど、その人らしさを象徴する情報が簡潔に記載されているか。
	■本人の「できること」を活かしながら、どのようなサービスを導入すれば自立支援が可能かを検討しているか。
	■課題全体のまとめが明確になっているか。 (単に、できる・できないにチェックのみになっていないか)
	■計画変更時にはアセスメントを見直し、再度作成しているか。
第1表	■必要事項が全て記載されているか。 日付（作成日、認定有効期間、同意日等）等の整合性がとれているか。
	■アセスメントをふまえて、本人や家族の意向を記載しているか。
	■「総合的な援助の方針」は、本人や家族の意向が十分に反映され、どのような姿を目指しているかを具体的に記載されているか。
	■方針は、本人を含む全ての人がめざす共通の方向性になっているか。
	■ケアプランの内容を、本人又は家族に説明し、同意したことを証明する署名又は押印はあるか。

第2表 (課題)	■アセスメントから導きだされているか。
	■「・・・できるようになりたい」というような書き方で、利用者の自立を支援する視点から課題を設定しているか。
	■優先順位を意識して記載されているか。
	■介護サービスを利用するための課題抽出となっていないか。
(長期目標)	■長期目標は、現実に達成が可能な目標か。
	■具体的で分かりやすいか。
	■本人を主語にした表現になっているか。 (家族やケアマネが主語になっていないか)
	■本人の自立支援を目指すものになっているか。
(短期目標)	■短期目標は、現実に達成が可能な目標か。
	■具体的で分かりやすいか。
	■長期目標に段階的に対応しているか。
	■介護保険サービスの利用を目標にしていないか。
	■本人の自立支援を目指すものになっているか。
(援助内容)	■短期目標を達成するための、援助内容やサービス種類選択になっているか。
	■援助内容が具体的に記載されているか。 (介護の方法や観察ポイント、医師の指示などを明確に記載しているか)
	■本人のできることや、家族の援助等、介護保険給付外の支援（医療、福祉、地域、ボランティア等）は記載しているか。
	■回数、頻度は適切か。（訪問介護の「必要時」、「随時」等の記載はないか）
(期間)	■長期目標、短期目標の期間の設定は適切か。（具体的な日付が記載されているか）
	■支援期間は、短期目標と連動しているか。
第3表	■第2表に掲げられたサービスが、全て記載されているか。
	■主な日常生活上の活動について、状況が把握できるように記載しているか。 (サービス利用しない日、夜間等)
	■週単位以外のサービス、介護保険外サービス（医療、福祉、地域等）の記載はあるか。

担当者会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>■必要な時期に開催しているか。</li> </ul>
経過記録	<ul style="list-style-type: none"> <li>■支援経過の内容がわかりやすく、簡潔に記載されているか。</li> </ul>
モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>■少なくとも月に1回本人の居宅でモニタリングを行っているか。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■目標の達成度を評価できているか。(数値のみ、サービス利用のみの評価になっていないか)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■目標達成されなかったことに対するコメント等の記載はあるか。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■モニタリングの結果をふまえてプランに反映されているか。</li> </ul>

#### 4 結果の通知及びそれに対する対応の報告

ケアプランチェックの実施結果を通知し、改善報告(ケアプランチェック実施後の取り組みについての報告)を求めます。