令和7年度　ケアプラン点検について

1　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となっているかについて、基本となる事項を点検員とともに検証・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です。

　良くなる可能性を様々な観点から検討し、改善への可能性を諦めないという考え方に基づき、現状評価と解決に必要な視点の共有を目的として実施します。

2　ケアプラン点検の目的実施状況

	令和５年度	令和６年度	令和７年度
点検実施　事業所数	33事業所	44事業所	45事業所 （うち包括１ヶ所）
ケアプラン点検件数	83件	96件	97件 （予防プラン７件を含む）
対象	都城市が点検対象として抽出した ◇要介護1～3かつ通所介護　13回以上／月　以上利用プラン ◇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プラン ◇認定情報とのサービス不一致プラン　　◇予防プラン　等		
実施方法	◇市から事業所へ介護支援専門員１人につき１件のケアプラン提出を依頼 ◇提出されたプランを基に、点検員（市担当）と介護支援専門員が対面またはオンラインにて、１時間～１時間半で面談を実施 ◇面談後、個別にケアプラン点検評価表・アンケート依頼を送付		
評価方法	宮崎県版ケアプラン点検支援マニュアル(令和3年4月)掲載「ケアプラン点検支援マニュアルチェックシート」、厚生労働省老健局振興課．「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介護保険最新情報Ｖｏｌ．1178、株式会社ＮＴＴデータ経営研究所．「ケアプラン点検項目マニュアル」を基に作成したケアプラン点検評価表にて、「◎:良く記載できている」、「○:必要項目は概ね記載」、「△:あと一歩記載があると良い」で評価		

3　ケアプラン点検　評価表

　令和7年度実施分　44 居宅介護支援事業所　89 介護支援専門員の評価表は次のとおりです。

令和７年度　ケアプラン点検　評価表について

◎　良く記載されている　○　必要項目は概ね記載　　△　あと一歩記載があると良い

44居宅介護事業所　　89CM

アセスメント	評価		
	◎	○	△
(1)基本情報：ケアプラン作成経緯（相談内容・初回相談の経緯）。課題分析標準項目（２３項目）は適切なケアマネジメント手法の手引きを参考に情報収集ができている	65	22	2
(2)これまでの生活と現在の状況：これまでの生活歴(生育歴・職歴・交流等)は趣味など価値観や強みを引き出す情報として、現在の生活状況と区別して記載している	48	30	11
(3)社会保障制度利用情報：被保険者情報、年金受給(種類・金額)、生活保護・各種手帳の有無、その他社会保障制度等の利用状況を記載している	77	12	0
(4)現在利用している支援や社会資源：介護・医療・障害福祉、自治体・民間(配食・見守り等）のインフォーマルサポート、施設備品・有償サービスを把握している	84	5	0
(5)日常生活自立度（障害）について、判定を確認した書類、認定年月日、及びケアマネからみた現在の自立度を記載している	46	41	2
(6)認知症高齢者の日常生活自立度について、判定を確認した書類、認定年月日、及びケアマネからみた現在の自立度を記載している	46	41	2
(7)利用者、家族(続柄)の主訴や意向をそれぞれ個別に聞き取れている	70	16	2
(8)認定情報の内容（要介護区分・期間・審査会意見含む）を確認している	83	4	2
(9)今回のアセスメント理由(今回の実施に至った理由：初回・更新・区分変更・サービスの変更・退院退所、入所・転居等)を具体的に記載している	86	2	1
(10)健康状態・心身の状況:身長・体重・BMI・血圧、既往歴(時系列整理)、主傷病の状況と影響・主治医との連携(歯科医の有無含む)の頻度、方法等）、服薬(内容・頻度・方法等）、自身の健康への理解や意識状況等を把握している	48	37	4
(11)ADL：座位・立位保持、立ち上がり、移動方法（杖・車いす等利用の有無）、歩行、階段昇降、食事、整容・更衣、入浴、トイレ動作等。「一部介助」の一部できること・できないこと、「見守り」の必要な内容を具体的に記載している	60	27	2
(12)IADL：調理、掃除、洗濯、買い物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関利用、車の運転等。「一部介助」の一部できること・できないこと、「見守り」の必要な内容を具体的に記載している	70	18	1
(13)認知機能・判断能力：日常の意思決定の為の程度・判断力、認知症診断がある場合は専門医との連携及び状況（頻度や状況、背景要因等）の把握＊生活への影響について本人・家族の思いや関わりを具体的に把握している	68	21	0
(14)コミュニケーションにおける理解と表出：視覚・聴覚等の能力、言語・非言語による意思疎通）、機器・方法等（電話・PC・スマホ含む）について把握している	79	9	1
(15)生活リズム：１日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的活動の程度（内容・時間・活動量等）、休息・睡眠状況等を把握している	65	23	1
(16)排泄の状況：場所・方法、尿・便意の有無、失禁・後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング、排便間隔等）、排泄上の困りごとを把握している	58	27	4
(17)清潔保持に関する状況：入浴や整容、皮膚や爪（清潔・異常の有無等）、寝具や衣類（汚れの有無・交換頻度等）＊清潔保持・皮膚トラブルの原因等を把握している	87	2	0
(18)口腔内の状況：自歯（本数等）・義歯、噛み合わせ・口腔内、口腔衛生・ケア等を把握している	65	20	4
(19)食事摂取状況：食事摂取（形態・回数・内容・量・栄養状態）・嚥下機能、栄養・水分量(必要な量・実際の量)、食事制限等の有無、準備をする人等を概ね把握している	42	41	6
(20)社会との関わり：家族等（家庭内役割、同居外の家族含む）、地域・仕事（意欲・役割・内容）等、活動・参加の内容(外出先・頻度)を具体的に把握している	83	6	0
(21)家族等の状況：日常生活・意思決定にかかわる家族等（関係、居住環境、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援の参加状況（意思・負担感・影響等）、特に配慮すべき事項を支援体制を把握しジェノグラム等を用い記載している	76	11	2
(22)居住環境：日常生活環境（浴室、トイレ、食事場所、生活動線等）、危険個所の有無、整理や清潔の状況、室温保持、環境維持の為の機器等、自宅周辺の環境や利便性等について見取り図等を活用し確認している	76	8	5
(23)その他の留意事項：①特に配慮すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りがない・外国人の方、医療依存度が高い・看取り等）等生活に何等かの影響を把握している	86	3	0
(24)その他の留意事項：②項目間で関連する課題を抽出し意向と照らし合わせ、分析結果として具体的に文章化している	69	14	6

居宅サービス計画書　第１表	評価		
	◎	○	△
(1)記載事項に漏れがないよう、すべて記載している	**75**	**12**	**2**
(2)利用者及び家族の意向は、「望む生活」への意向として、具体的に聞き取りを行い、将来の見通しを踏まえた「今後の方向性」として課題分析の結果を記載している	**61**	**27**	**1**
(3)援助の方針は「望む生活」へのケアチームとしての共通方針として、留意点や緊急時の対応等、全員が理解・共有し、観察・配慮する内容を含めた方向性が具体性をもって記載している	**60**	**28**	**1**
(4)生活援助中心型を算定した理由を記載している　※　該当する46CMのみ評価	**41**	**4**	**1**

居宅サービス計画書　第２表	評価		
	◎	○	△
(1)課題を解決した先に「どういう生活を送ることを望んでいるか」が把握できる内容になっている	**60**	**28**	**1**
(2)解決したいと思う課題や取り組みたいという意欲的な課題を優先して記載している	**77**	**11**	**1**
(3)5W1H等を含める等、わかりやすい具体的な表現を用いて、取り組みの意欲が生まれるよう記載している	**61**	**28**	**0**
(4)「長期目標」は取り組んだ先のゴールとしての生活像が生活行為等でイメージしやすいよう具体的な表記で記載している	**33**	**51**	**4**
(5)「短期目標」は個別サービス計画の指標でもあり、長期目標を細分化し、取り組みや成果が見えやすい動作目標等で設定(数値化含む)する等、具体的に表記している	**36**	**48**	**5**
(6)達成期限での評価を踏まえ、目標に応じた適切な目標期間の設定をしている	**84**	**3**	**1**
(7)支援内容は、利用者家族に定着しているもの含め、誰が何をどのように行う等、主体性が引き出されるよう個別具体的な表現で記載している	**61**	**28**	**0**
(8)サービス内容を適切に提供するための「サービス種別」として「本人」を位置づけ、小さなことでもよいので「役割」を記載している	**50**	**28**	**11**
(9)短期目標の期間と連動し、達成に必要な「頻度」「期間」の設定をしている	**87**	**2**	**0**

居宅サービス計画書　第３表	評価		
	◎	○	△
(1)１週間の生活リズムやサービスの提供時間帯、介護給付外サービス含め、2表と整合性のとれた内容・回数が一目でわかるように記載している	**87**	**1**	**1**
(2)生活がイメージできるよう１日の生活（起就床、食事、服薬、排泄の他、口腔ケア・水分摂取、入浴、日課や介護者の関わり（不在時間含む)を具体的に記載している	**60**	**25**	**4**
(3)福祉用具や短期入所、受診先・頻度、家族支援含め、週単位以外のサービスを記載している	**56**	**31**	**2**

サービス担当者会議の要点　第４表	評価		
	◎	○	△
(1)必要な時期に開催している	86	3	0
(2)利用者、家族、サービス担当者、主治医等の出席を求め、会議を開催している	79	7	3
(3)計画原案の内容および計画変更の必要性について専門職の意見を求め検討している	82	7	0
(4)検討内容は短期目標の妥当性を基に、検討項目ごとに記載している	79	10	0
(5)結論は留意点・緊急時含めた役割分担等を全員が援助方針として合意できている	75	13	1
(6)残された課題(結論に至らない、時期をみて議論すべきこと等)の確認を行い、想定される変化や対応を踏まえ、次回開催時期を記載し共通認識が図れている	74	14	1

居宅介護支援経過　第５表	評価		
	◎	○	△
(1)5W1Hを意識し項目ごとに整理する等、誰もが理解できるよう記録している	74	15	0
(2)居宅を訪問した目的やその結果得た情報を整理し、ケアマネの判断を含めわかりやすく記録している	75	14	0
(3)アセスメントから計画書交付・個別計画の整合性確認までの基本手続きを常に意識して記録している	66	21	2

モニタリング	評価		
	◎	○	△
(1)定期に居宅を訪問し本人・家族との面談及び事業所からの情報を受け、ケアプランどおりにサービスが提供されているかどうかを確認している	81	8	0
(2)サービスの内容が適切か否か本人家族の意向（満足度及び理由）・事業所からの情報をもとにニーズ充足と判断した根拠を含め確認している	68	15	6
(3)生活ニーズに対する目標(長期・短期）が達成されているかを変化を捉える視点で確認している	73	12	4
(4)総合的な援助の方針どおりに「望む生活」に向かう支援ができているかを、エピソードやケアマネの判断を含め確認している	68	19	2
(5)評価月には取り組みの効果（改善・維持・悪化）を踏まえ計画内容の修正や計画変更についての方向性を含め記載している	69	18	2

※点検員のコメントから見る、改善のポイントについては別資料・動画を参照ください。

令和8年度も、引き続きケアプラン点検を実施しています。
ケアプラン点検を希望される方は、下記 URL または二次元コードを読み込み、お申込ください。
https://otetsuzuki.jp/miyakonojo-city/application-services/a4bb8f90-73b6-4b74-beea-1cd09a174661

都城市　健康部　いきいき長寿課
地域包括ケア　ケアプラン点検　担当
☎ 0986-23-2685
✉ ikiiki@city.miyakonojo.miyazaki.jp