

令和7年度加古川市ケアプラン点検結果の概要

本市における「ケアプラン点検事業」は、「利用者にとって真に必要な介護サービスが適切なアセスメントによって計画に位置づけられ、適切なモニタリングによって適正に提供されること」を目的として、ケアプランの質の向上のために実施しています。

令和7年度の点検において見られた事例及び助言内容を以下にまとめましたので、計画作成の際の一例として参考にしてください。（下線部が前年度からの追加部分です。）

1. アセスメント

事例	助言内容
(1) 運営規程に定めている課題分析様式を使用していますか。	アセスメントは運営規程に定めている課題分析様式を使用しなければなりません。別の様式を使用する場合は、運営規程の変更を行いましょ。また、事業所独自で様式を定める場合は、課題分析標準項目を満たしているかを確認しましょ。※課題分析標準項目は令和5年10月に改正されていますので、項目の整合性を確認してください。
(2) ケアプランの再作成を行うごとに、再アセスメントを行っていますか。	利用者の状況が変化した場合には、再度アセスメントを行い、それに基づいてケアプランの変更を検討しましょ。再アセスメントを行った日付は課題分析表に記載しましょ。
(3) 本人のADL等に関する内容については、「自立」「一部介助」等の文言だけでなく、本人ができる動作等について詳しく記録していますか。	例えば、起き上がりについて「自立」であっても、「何も持たずに自分の力で起き上がる」状態や「ベッド柵につかまれば起き上がる」状態など、様々な状態が想定されます。本人がどの程度その動作をできるのか、詳細に記録しましょ。
(4) アセスメント表の記載内容が、認定調査票を写したのようになっていませんか。	アセスメントは情報収集・分析により、利用者にとどのような援助を提供すればよいかを導き出すものです。単に認定調査票の内容を転記するのではなく、利用者との面接等からケアマネジャーの判断で記録しましょ。特に日常生活自立度に関しては主治医の意見書の転記に加えて、ケアマネジャーの判断も記載するようにしましょ。
(5) (アセスメントの方式の別によらず) 記載内容が「情報収集」のみにならないよう、課題の分析を行っていますか。	課題分析は、次のような過程で進めるとよいでしょう。 ①望む暮らしと現状とのズレ（生活障害）を確認 ②ズレ（生活障害）の原因・背景を分析 ③将来予測の検討（改善の可能性・悪化の危険性の見通し） ④介護支援専門としての解決すべき課題の設定（ケアマネジャーの提案内容） ⑤利用者・家族の意向を確認（すり合わせ） ↓ ↓ ⑥合意した生活課題（ニーズ）をケアプランへ反映させる ※前提として利用者の健康状態、心身機能、生活状況等を総合的かつ具体的に把握し、記録しておく必要があります。
(6) 本人が望む暮らしができていますか。家族の希望のみによってサービスが位置づけられていませんか。	家族の意向を踏まえることも必要ですが、あくまでも本人のニーズや支援の目標をアセスメントした結果となることが大切です。
(7) アセスメント表に空欄はありませんか。	家族構成、家屋見取り図など、手書きでもよいので空欄のないようにしましょ。その他把握している状況があれば特記事項に記載しましょ。
(8) 課題整理総括表の見通しは適切に記載していますか。	課題整理総括表の見通しは具体的に記載するとわかりやすくなります。～することで（サービス内容）、～できるようになる（目標）。上記のような表現を用い、どのような援助を実施することにより、状況がどのように変化することが見込まれるかを具体的に記載するといいいでしょう。

2. ケアプラン

事例	助言内容
(1) 第1表には本人及び家族の意向だけでなく、意向を踏まえた課題分析の結果を記入していますか。	利用者及び家族が介護サービスを受けながらどのような生活をしたいと考えているのか「意向を踏まえた課題分析の結果」を記載しましょう。
(2) 疾病や身体状況によって急変が予想される利用者について、対応を考えていますか。	急変時の課題を分析し、状況に応じた対応について考えましょう。緊急事態が予測される場合は、第1表の「総合的な援助の方針」に想定される緊急事態と共に、対応方法や連絡先を記載しておきましょう。
(3) 訪問看護において、緊急時訪問看護加算を算定する場合は、ケアプランの第1表「総合的な援助の方針」欄に緊急連絡先として訪問看護事業所の連絡先を記載していますか。	当該加算は、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応でき、緊急訪問を行う体制にある事業所が、その同意を得た場合に算定できる加算です。緊急時に円滑な対応ができるよう、緊急連絡先に訪問看護事業所を入れて、本人・家族を含むチームとして共有しておきましょう。
(4) サービスごとにニーズが設定され、サービスありきの内容ではありませんか。サービスを利用すること（手段）が短期目標となっていないですか。	課題分析の手法に基づき、利用者の望む暮らしの実現に向けた目標を設定する必要があります。目標は、本人の姿「～できる」「～できるようになる」を具体的に設定しましょう。特に短期目標には評価しやすい目標を設定することとし、「安心」「安全」「維持」「向上」などの抽象的な言葉は用いないようにしましょう。 (例)「自宅内を安全に移動する」 ⇒「転倒なく手すりを活用して居室からトイレへ移動できる」 「一人でも安全に外出できる」 ⇒「700m先の〇〇スーパーへ買い物に行くことができる」
(5) 第2表における「援助内容」の「期間」は、「短期目標」の期間と一致していますか。	「援助内容」の期間は、原則、短期目標の期間と連動します。短期目標は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応して、解決に結びつけるものです。
(6) 短期目標、長期目標の期間設定は適切ですか。	利用者の状況に応じた目標期間を設定しましょう。利用者の身体状況や周りを取り巻く環境等に変化がある場合は短い目標期間を設定し、変化に応じて目標の見直しを実施しましょう。
(7) デイサービスでの個別機能訓練加算や運動器機能向上加算を算定するときは、目標を明確に設定していますか。	加算要件が整っていることはもちろんのこと、加算に該当する効果を目標として設定したうえで算定しましょう。個別機能訓練加算については、身体機能の向上のみではなく、日常生活における生活機能の向上を目指すことを含めた目標としましょう。
(8) リハビリサービスに対する目標があいまいではありませんか。	具体的な生活目標を設定したうえで、利用者・家族と共有し、個別サービス計画との連携を図る必要があります。 (例)「自分でできることを続ける」 ⇒「息子のために毎日味噌汁を作ることができる」
(9) 短期目標、長期目標が支援者、事業所側の目標になっていませんか。	ケアプランの主語は利用者本人です。利用者本人が達成・解決できる目標になるように記載方法を工夫しましょう。利用者本人のニーズと支援者の援助目標が混同しないようにしましょう。
(10) ニーズや目標が抽象的になっていませんか。	アセスメントで把握した趣味、特技、思い出の場所等を活かした個別性のある取り組みや目標を考えましょう。目標を具体化することで、達成感や楽しさを感じやすくなります。 (例)「以前のように散歩ができる」 ⇒「夫と近くの公園まで歩いて行き、季節の花を見ることができる」

事例	助言内容
(11) 排泄に対する目標を具体的に設定できていますか。	排泄の失敗は誰しも気分が落ち込んでしまうものです。年齢を問わず、利用者の状況を十分に把握し、失敗がなくなるよう目標を段階的に立てましょう。
(12) 要介護2以上の利用者に一律に電動ベッドの貸与を行うなど、利用者の必要性に問わず福祉用具貸与を行っていませんか。	福祉用具貸与は、利用者の身体状況や将来予測を具体的に分析したうえで、仕様や機能の適合するものを選定する必要があります。利用者や家族が理解を深めるため、福祉用具の使用目的をケアプランへ位置づけ、定期的なモニタリングを行い使用状況や効果を検証する必要があります。
(13) 福祉用具の貸与について、使用目的がケアプランに記載されていますか。	福祉用具は使用目的をケアプランに明記することが必要です。特に、同種目の福祉用具等を複数貸与する場合、身体状況と住環境などを踏まえて、それぞれの使用目的が分かるように記載しましょう。
(14) 訪問介護の頻度や内容が曖昧ではありませんか。	頻度や内容は具体的に設定しましょう。少なくとも「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成12年3月17日 老計第10号）を参考にサービス区分と頻度を具体的に記載しましょう。
(15) 訪問介護における「自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助」（以下「見守りの援助」という。）を算定する場合には、ヘルパーの援助内容が適切かどうかを確認していますか。	見守りの援助を算定する場合は、「常時介助できる状態で行う見守り」であることが必要です。訪問介護計画が見守りの援助として算定可能な内容になっているか、確認しましょう。
(16) サービス付き高齢者向け住宅（以下「サ高住」という。）等において、介護保険のサービスとサ高住等が提供するサービスを区分し整理していますか。	例えば、サ高住等の入居中の利用者に生活援助や身体介護が必要な場合、サ高住等の職員が提供するのか、訪問介護員が提供するのか、サービスの提供内容ごとに提供者がわかるようケアプランに記載しておきましょう。サ高住等は、利用者の居室で提供されるサービスが介護保険の対象となります。食堂等の共有部で提供されるサービスはサ高住等が行う施設サービスに該当するため注意しましょう。
(17) 通所介護、訪問介護等の計画書や個別訓練機能計画書を確認していますか。	それぞれの計画書が居宅サービス計画の内容に沿ったものであるか確認しましょう。特に個別機能訓練計画については、状況に応じて、各サービス担当者間で具体的な生活場面のイメージや目標を共有しておきましょう。
(18) 通院時情報連携加算を算定する際には、情報提供の内容等をケアプランに記録していますか。	当該加算を算定する際には、情報提供を行った内容及び医師等から受けた情報提供の内容をケアプランに記録しましょう。また、必要に応じてサービス提供事業所と情報共有しておきましょう。
(19) 入浴介助加算Ⅱを算定する際は、入浴計画において居宅での入浴が目標となっていることを確認していますか。	当該加算の目的は居宅での入浴を目指したものであることから、居宅の入浴環境を想定して、入浴動作の獲得や安全な介助方法等を具体的にケアプランや入浴計画に反映するようにしましょう。
(20) 第2表の[生活全般の解決すべき課題（ニーズ）]は優先順位の高いものから位置づけていますか。	アセスメントの結果、導かれた課題に対して、利用者及び家族の意向を確認しながら、優先順位を定めていきましょう。また、利用者及び家族の状況の変化によって優先順位が異なる場合もあるため、その都度モニタリングを行い、調整しましょう。
(21) 週間サービス計画表に空欄はありませんか。	週間サービス計画表の「主な日常生活上の活動」欄に記載もれないようにしましょう。一日の過ごし方について、生活全体の流れがみえるように記載しましょう。また、定期的な通院や訪問診療がある場合は「週間単位以外のサービス」に記載しましょう。

3.モニタリング

事例	助言内容
(1) 経過記録では単なる経過の記載だけでなく、モニタリング結果も記載していますか。(別紙モニタリングシートで対応も可能)	モニタリングでは、次のような事項について、判断根拠がわかるように確認・記録する必要があります。 ①利用者・家族の意向・満足度 ②目標の達成度 ③事業者との調整内容 ④居宅サービス計画変更の必要性
(2) 効果的なモニタリングを行うことができるケアプランになっていますか。	モニタリングでは、ケアプランの効果を評価します。上記のモニタリング項目のなかで、②目標の達成度はセルフケアや支援の有効性を評価する意味でも重要です。短期目標の達成状況を確認しますので、具体的かつ達成可能なレベルで設定しましょう。回数や頻度などを設定すると具体性が生まれ、評価もしやすくなります。 (例)「近所のスーパーに買い物に行くことができる。」 ⇒「週に1回近所のスーパーに歩いて買い物に行くことができる」

4.その他

事例	助言内容
(1) 家族の介護負担を重要視しているにもかかわらず、家族の担っている役割が全く記載されていないケアプランになっていませんか。	家族の支えにより在宅生活が成り立っている場合、家族の担っている介護もケアプランへ反映しましょう。モニタリングの際に家族の負担感を確認したり、労いの言葉をかけて家族を支えたりすることにつながります。
(2) 介護保険対象のサービスのみが記載されたケアプランになっていませんか。	介護保険対象のサービス以外に、医療サービスや家族の支援、サ高住等の職員の支援など、介護保険対象外のものについても記載し、介護の全体量がわかるプランにしましょう。
(3) 障害サービスの活用を検討していますか。	身体障害者手帳の交付を受けている利用者の場合、必要なサービスをケアプランに位置付けた上で、障害サービスの活用も含めて検討しましょう。