9-2. 介護給付適正化事業 (ケアプランチェック) について

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. 課題分析標準項目について

ケアプラン作成時にアセスメントで用いる「課題分析標準項目」について、令和5年10月16日に一部 改正されました。内容に留意してケアプランを作成してください。【ページID 1058046】

3. 実施方法

事業所または介護保険課(市役所本庁舎)にて、居宅介護支援事業所を対象に面談を実施します。

4. 確認項目

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。

第1表 居宅サービス計画書(1)				
確認項目① 必要な記載事項の確認				
居宅サービス計画書(1)が漏れなく記載で	「利用者及び家族の生活に対する意向」「課題分			
きており、利用者のサインがある。	析の結果」が記載されている。			
	「介護の認定審査会の意見及びサービスの種類			
	の指定」が記載されている。(指定時)			
	「総合的な援助の方針」が記載されている。			
	「生活援助中心型の算定理由」が記載されてい			
	る。(算定時)			
確認項目② 「利用者及び家族の生活に対する	意向」の妥当性			
「利用者及び家族の生活に対する意向」を	「利用者及び家族の生活に対する意向」とアセス			
適切にとられている。	メントの結果が合致している。			
	利用者及び家族が改善可能であろうと思う生活			
	を具体的にイメージできている。			
確認項目③ 「総合的な援助の方針」の妥当性				
アセスメントにより抽出された課題に対応	利用者及び家族を含むケアチームとして目指す			
しており、利用者及び家族の生活に対する	べき方向性を確認しあえる内容が記載されてい			
意向の実現に向けて、ケアチームとして最	る .			
終的に到達すべき方向性や状況が示されて				
いる。				
第2表 居宅サービス計画書(2)				
確認項目④ 「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の妥当性				

をその模拠とともに、「利用者の課題」として			アセスメントの結果をもとに、問題や課題	それぞれの課題(ニーズ)が導き出された原因や	
優先すべき課題の項目に応じた課題の整理が行ったいる。			をその根拠とともに、「利用者の課題」とし	背景をおさえている。	
おれている。 「利用者及び家族の生活に対する意向」と「生活 全般の解決すべき課題(ニーズ)」の関連づけが 図られている。 「長期目標が、それぞれの課題を達成するだめに週切な目標と関助内容の妥当性 解決すべき課題を目指した達成可能な目標設定 「なっている。 設定の有効期間も考慮しながら、達成可能となる 目標と期間の設定になっていない。 「短期目標が、長期目標を達成するための段階的な目標・期間になっている。 調かな目標・期間になっている。 「サービス内容・サービス種別・頻度・期間) となっている。 日標を達成するために必要な援助内容(サービス内容・サービス種類・頻度・期間)となっている。 「大力・ビス種類・頻度・期間)となっている。 「大力・ビスを含む、力・ビスを含む、力・ビスを含む、力・ビスを含む、力・ビスを含む、力・ビス内容となっている。 「大力・ビストの音が中・ビス内容となっている。 「表別の音楽が重なるだめ、変なサービス内容となっている。 「本学のなまれている。 「本学のサービスは当者会議の意見を反映している。 「本学のサービスによる偏りがない。 「家は支援やインフォーマルサービスなども必要している。 「本学のサービスは多偏りがない。 「なっている。 「本学のサービス計画表の確認 週間サービス計画表が単なるスケシュール表ではなく、その意義を理解している。 「海でカー・ビス以外の取り組みについても記載されており、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見える記載となっている。 「内海なチームケアが実践できるような、わかりやすい記載がなされている。 「現準位以外のサービス」の目的を理解して記載している。 「現準位以外のサービス」の目的を理解して記載している。 「現準位以外のサービス」の目的を理解して記載している。			て導き出せている。		
「利用者及び家族の生活に対する意向」と「生活 全般の解決すべき課題(ニーズ)」の関連づけが図られている。 (長期目標) 長期目標が、それぞれの課題を達成するだめに適切な目標と関助内容の妥当性 解決すべき課題を目指した達成可能な目標設定になっている。となっている。ことなっている。となっている。ではいる。となっている。ではいる。となっている。このじて記載されている。「選問サービス計画表の確認となっている。ないなく、その意義を理解している。「一個サービス以外の取り組みについても記載されている。「一個サービスは外の取り組みについても記載されている。「四海なチームケアが実践できるような、わかりやすい記載がなされている。「選単位以外のサービス」の目的を理解して記載している。「「選単位以外のサービス」の目的を理解して記載している。				優先すべき課題の項目に応じた課題の整理が行	
全般の解決すべき課題(ニーズ)」の関連づけが 図られている。 「展期目標) 課題 (ニーズ)に対応した目標と援助内容の妥当性 解決すべき課題を目指した達成可能な目標設定 になっている。 長期目標が、それぞれの課題を達成するために過程を関節の設定になっていない。 日標と期間の設定になっていない。 日標と期間の設定になっていない。 日標と期間の設定になっていない。 日標と期間を登成するための段階的な目標・期間になっている。 説った目標設定になっていない。 日期日標が、長期目標を達成するための段階的な目標・期間に なっている。 地会の名目標・期間になっている。 地会の名目標・期間になっている。 地会のな目標を定なっていない。 日標を達成するために必要な接動内容 (サービス内容・サービス種類・頻度・期間) となっている。 を療ニーズの高い利用者には、医療系サービスも 盛り込まれている。 生治医・見書・サービス担当者会議の意見を反映している。 特定のサービス計画表の確認 「現間サービス計画表の確認 「週間サービス計画表の確認 「カービス計画表が単なるスケジュール表ではなく、その意義を理解している。 「カービス以外の取り組みについても記載されている。 「カービス計画表が単なるスケジュール表ではなく、その意義を理解している。 「別様サービス以外の取り組みについても記載されている。 「別様サービス計画表が単なるスケジュール表ではなく、その意義を理解している。 「別様サービス以外の取り組みについても記載されている。 「別様サービスは関係できるような、わかりや 日本の記載がなされている。 「別様なく、その意義を理解している。 「別様なく、その意義を理解している。 「別様なく、その意義を理解している。 「別様なられている。 「別様なられている。 「別様なられている。 「別様なられている。 「別様なられている。 「別様なられている。 「別様なられている。 「別様なられている。」 「別様ないないる。」 「別様ないないる。」 「別様ないる。」 「別様				われている。	
図られている。 確認項目の 課題 (ニーズ) に対応した目標と援助内容の妥当性 (長期目標が、それぞれの課題を達成するために適切な目標と期間に設定されている。 設定の有効期間も考慮しながら、達成可能となる 目標と期間の設定になっている。 設定の有効期間も考慮しながら、達成可能となる 目標と期間を選定になっている。 誤った目標設定になっていない。 見期目標が、長期目標を達成するための段階的な目標・期間になっている。 世上之、理供事業所の担当者が、個別サービス計画を立てる際の指標になっている。 抽象的な目標・規度でなっていない。 世帯を達成するために必要な援助内容 (サービス内容・サービス種類・頻度・期間) る。 日標を達成するために必要な援助内容 (サービス内容・サービス種類・頻度・期間) となっている。 主治医意見書・サービス担当者会議の意見を反映している。 特定のサービスによる偏りがない。 京族支援やインフォーマルサービスなども必要 に応じて記載されている。 日間のサービス計画表の確認 週間サービス計画表の確認 週間サービス計画表が単なるスケシュール表ではなく、その意義を理解している。 介護サービス以外の取り組みについても記載さなっている。 八諸サービス以外の取り組みについても記載されている。 「別様サービス以外の取り組みについても記載されている。 「別様サービス以外の取り組みについても記載されている。 「別様サービス以外の取り組みについても記載さらなっている。 「別様サービス以外の取り組みについても記載さらなっている。 「別様サービス以外の取り組みについても記載さらなっている。 「別様サービス以外の取り組みについても記載さらなっている。 「別様サービス以外の取り組みについても記載さらなっている。 「別様サービス以外の取り組みについても記載さらなっている。 「別様サービス以外の取り組みについても記載さらなっている。 日間なチームケアが実践できるような、わかりやすい記載がなされている。 日間なチームケアが実践できるような、わかりやすい記載がなされている。 日間ながよりにもないでは、またないでは、				「利用者及び家族の生活に対する意向」と「生活	
確認項目(多) 辞題 (ニーズ) に対応した目標と援助内容の妥当性				全般の解決すべき課題(ニーズ)」の関連づけが	
長期目標別				図られている。	
展期目標が、それぞれの保護を達成するために適切な目標と期間に設定されている。		確	認項目⑤ 課題(ニーズ)に対応した目標と	援助内容の妥当性	
数定の有効期間も考慮しながら、達成可能となる 日標と期間の設定になっている。 設定の有効期間も考慮しながら、達成可能となる 日標と期間の設定になっている。 設力を開発を達成するための段階的な目標・期間に なっている。 切している。 サービス境部・期間になっている。 サービス境部・期間は 切している。 地象的な目標と変なすっための段階的な目標・期間に 切している。 地象的な目標と変なすっとなってい 切している。 地象的な目標設定になっていない。 口間を立てる際の指標になっていない。 口間では、医療系サービス特別を表現している。 世界のでは、医療系サービスも 日標を達成するために必要な援助内容 (サービス内容・サービス種類・頻度・期間) となっている。 医療ニーズの高い利用者には、医療系サービスも 盛り込まれている。 主治医意見書・サービス担当者会議の意見を反映している。 特定のサービスによる偏りがない。 家族支援やインフォーマルサービスなども必要に応じて記載されている。 特定のサービス計画表 がまずになく、その意義を理解している。 介護サービス以外の取り組みについても記載されており、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含さま活全体の流れが見える記載となっている。 円滑なチームケアが実践できるような、わかりやすい記載がなされている。 「辺峰位以外のサービス」の目的を理解して記載 ロしている。 「辺峰位以外のサービス」の目的を理解して記載 ロしている。 「辺峰位以外のサービス」の目的を理解して記載 ロしている。 「辺峰位以外のサービス」の目的を理解して記載 ロしている。 「辺峰位以外のサービス」の目的を理解して記載 ロしている。 日本に対しますないますないますないますないますないますないますないますないますないますない			【長期目標】	解決すべき課題を目指した達成可能な目標設定	
目標と期間の設定になっている。 日標と期間の設定になっている。 誤った目標設定になっている。 誤った目標設定になっている。 日期目標が、長期目標を達成するための段階的な目標・期間に			長期目標が、それぞれの課題を達成するた	になっている。	
誤った目標設定になっていない。			めに適切な目標と期間に設定されている。	設定の有効期間も考慮しながら、達成可能となる	
短期目標が、長期目標を達成するための段階的な目標・期間に 口なっている。				目標と期間の設定になっている。	
短期目標が、長期目標を達成するための段 下ビス連供事業所の担当者が、個別サービス計 回極立てる際の指標になっている。				誤った目標設定になっていない。	
階的な目標・期間になっている。			【短期目標】	長期目標を達成するための段階的な目標・期間に	
■を立てる際の指標になっている。			短期目標が、長期目標を達成するための段	なっている。	
抽象的な目標設定になっていない。 □			階的な目標・期間になっている。	サービス提供事業所の担当者が、個別サービス計	
【サービス内容・サービス種別・頻度・期間】				画を立てる際の指標になっている。	
間] 日標を達成するために必要な援助内容(サービス内容・サービス種類・頻度・期間) となっている。 医療ニーズの高い利用者には、医療系サービスも 盛り込まれている。 主治医意見書・サービス担当者会議の意見を反映 している。 特定のサービスによる偏りがない。 家族支援やインフォーマルサービスなども必要 に応じて記載されている。 に応じて記載されている。 1				抽象的な目標設定になっていない。	
日標を達成するために必要な援助内容(サービス内容・サービス種類・頻度・期間)となっている。			【サービス内容・サービス種別・頻度・期	短期目標達成に必要なサービス内容となってい	
ービス内容・サービス種類・頻度・期間) となっている。			間】		
注治医意見書・サービス担当者会議の意見を反映している。			目標を達成するために必要な援助内容(サ	医療ニーズの高い利用者には、医療系サービスも	
している。 特定のサービスによる偏りがない。 家族支援やインフォーマルサービスなども必要に応じて記載されている。 第3表 週間サービス計画表 確認項目⑥ 週間サービス計画表の確認 週間サービス計画表が単なるスケシュール表ではなく、その意義を理解している。 表ではなく、その意義を理解している。 「周滑なチームケアが実践できるような、わかりやすい記載がなされている。 「週単位以外のサービス」の目的を理解して記載している。			ービス内容・サービス種類・頻度・期間)	盛り込まれている。	
特定のサービスによる偏りがない。			となっている。	主治医意見書・サービス担当者会議の意見を反映	
家族支援やインフォーマルサービスなども必要 に応じて記載されている。				している。	
第3表 週間サービス計画表 確認項目⑥ 週間サービス計画表の確認 週間サービス計画表が単なるスケジュール表ではなく、その意義を理解している。 「週半位以外の取り組みについても記載されており、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見える記載となっている。 「別単位以外のサービス」の目的を理解して記載している。				特定のサービスによる偏りがない。	
第3表 週間サービス計画表の確認 週間サービス計画表が単なるスケジュール				家族支援やインフォーマルサービスなども必要	
確認項目⑥ 週間サービス計画表が単なるスケジュール 表ではなく、その意義を理解している。				に応じて記載されている。	
週間サービス計画表が単なるスケジュール 表ではなく、その意義を理解している。	第	3	表 週間サービス計画表		
表ではなく、その意義を理解している。 れており、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見える記載となっている。 円滑なチームケアが実践できるような、わかりや すい記載がなされている。 「週単位以外のサービス」の目的を理解して記載 ししている。		確	認項目⑥ 週間サービス計画表の確認		
を含む生活全体の流れが見える記載となっている。 円滑なチームケアが実践できるような、わかりや ロ すい記載がなされている。 「週単位以外のサービス」の目的を理解して記載 ロ している。			週間サービス計画表が単なるスケジュール	介護サービス以外の取り組みについても記載さ	
る。 円滑なチームケアが実践できるような、わかりや ロ すい記載がなされている。 「週単位以外のサービス」の目的を理解して記載 ロ している。			表ではなく、その意義を理解している。	れており、家族の支援や利用者のセルフケアなど	
円滑なチームケアが実践できるような、わかりや すい記載がなされている。 「週単位以外のサービス」の目的を理解して記載 している。				を含む生活全体の流れが見える記載となってい	
すい記載がなされている。 「週単位以外のサービス」の目的を理解して記載 ししている。				る。	
「週単位以外のサービス」の目的を理解して記載 ししている。				円滑なチームケアが実践できるような、わかりや	
している。				すい記載がなされている。	
				「週単位以外のサービス」の目的を理解して記載	
アセスメント表				している。	
	ア	セ	スメント表		

確認項目⑦ 必要な記載事項の確認				
国が示している課題分析	1.基本情報(受付、利用者	居宅サービス計画作成についての利		
標準項目 23 項目につい	等基本情報)	用者受付情報(受付日時、受付対応者、		
ての情報が得られている。		受付方法等)、利用者の基本情報(氏		
		名、性別、生年月日、住所、電話番号		
		等の連絡先)、利用者以外の家族等の		
		基本情報、居宅サービス計画作成の状		
		況(初回、初回以外)について記載す		
		る項目		
	2. これまでの生活と現在	利用者の現在の生活状況、これまでの		
	の状況	生活歴等について記載する項目		
	3. 利用者の社会保障制度	利用者の被保険者情報(介護保険、医		
	の利用情報	療保険等)、年金の受給状況(年金種		
		別等)、生活保護受給の有無、障害者		
		手帳の有無、その他の社会保障制度等		
		の利用状況について記載する項目		
	4. 現在利用している支援	利用者が現在利用している社会資源		
	や社会資源の状況	(介護保険サービス・医療保険サービ		
		ス・障害福祉サービス、自治体が提供		
		する公的サービス、フォーマルサービ		
		ス以外の生活支援サービスを含む)の		
		状況について記載する項目		
	5. 日常生活自立度(障害)	「障害高齢者の日常生活自立度(寝た		
		きの度)」について、現在の要介護認		
		定を受けた際の判定(判定結果、判定		
		を確認した書類(認定調査票、主治医		
		意見書)、認定年月日)、介護支援専		
		門員からみた現在の自立度について		
		記載する項目		
	6. 日常生活自立度(認知	「認知症高齢者の日常生活自立度」に		
	症)	ついて、現在の要介護認定を受けた際		
		の判定(判定結果、判定を確認した書		
		類(認定調査票、主治医意見書)、認		
		定年月日)、介護支援専門員からみた		
		現在の自立度について記載する項目		
	7. 主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載す		
		る項目		
		家族等の主訴や意向について記載す		
		る項目		

	8. 認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、	
	O. DEALTH FIX	審査会の意見、区分支給限度額等)に	
		ついて記載する項目	
	0.0000000000000000000000000000000000000		
	9. 今回のアセスメントの	今回のアセスメントの実施に至った	
	理由	理由(初回、要介護認定の更新、区分	
		変更、サービスの変更、退院・退所、	
		入所、転居、そのほか生活状況の変化、	
		居宅介護支援事業所の変更等) につい	
		て記載する項目	
	10. 健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況(身	
		長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷	
		病、症状、痛みの有無、褥そうの有無	
		等)、受診に関する状況(かかりつけ	
		医・かかりつけ歯科医の有無、その他	
		の受診先、受診頻度、受診方法、受診	
		時の同行者の有無等)、服薬に関する	
		 状況 (かかりつけ薬局・かかりつけ薬	
		剤師の有無、処方薬の有無、服薬して	
		いる薬の種類、服薬の実施状況等)、	
		自身の健康に対する理解や意識の状	
		況について記載する項目	
	11. ADL	ADL(寝返り、起きあがり、座位保	
	TT. ADE	持、立位保持、立ち上がり、移乗、移	
		動方法(杖や車椅子の利用有無等を含	
		む)、歩行、階段昇降、食事、整容、	
		更衣、入浴、トイレ動作等)に関する	
	40 1 4 5 1	項目	
	12. IADL	IADL(調理、掃除、洗濯、買物、服	
		薬管理、金銭管理、電話、交通機関の	
		利用、車の運転等)に関する項目	
	13. 認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機	
		能の程度、判断能力の状況、認知症と	
		診断されている場合の中核症状及び	
		行動・心理症状の状況(症状が見られ	
		る頻度や状況、背景になりうる要因	
		等)に関する項目	
	14. コミュニケーション	コミュニケーションの理解の状況、コ	
	における理解と表出の状	ミュニケーションの表出の状況(視	
	況	覚、聴覚等の能力、言語・非言語にお	
I			

1		
	ける意思疎通)、コミュニケーション	
	機器・方法等(対面以外のコミュニケ	
	ーションツール(電話、PC、スマー	
	トフォン)も含む)に関する項目	
15. 生活リズム	1日及び1週間の生活リズム•過ごし	
	方、日常的な活動の程度(活動の内	
	容・時間、活動量等)、休息・睡眠の	
	状況(リズム、睡眠の状況(中途覚醒、	
	昼夜逆転等)等)に関する項目	
16. 排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、	
	失禁の状況等、後始末の状況等、排泄	
	リズム(日中・夜間の頻度、タイミン	
	 グ等)、排泄内容(便秘や下痢の有無	
	等)に関する項目	
17. 清潔の保持に関する	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況	
 状況	 (皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異	
	 常の有無等)、寝具や衣類の状況(汚	
	 れの有無、交換頻度等) に関する項目	
18. 口腔内の状況	歯の状態(歯の本数、欠損している歯	
	 の有無等)、義歯の状況(義歯の有無、	
	 汚れ・破損の有無等)、かみ合わせの	
	 状態、口腔内の状態 (歯の汚れ、舌苔・	
	□臭の有無、□腔乾燥の程度、腫れ・	
	出血の有無等)、口腔ケアの状況に関	
	する項目	
 19. 食事摂取の状況	食事摂取の状況(食形態、食事回数、	
	食事の内容、食事量、栄養状態、水分	
	量、食事の準備をする人等)、摂食嚥	
	下機能の状態、必要な食事の量(栄養、	
	水分量等)、食事制限の有無に関する	
	項目	
20. 社会との関わり	家族等との関わり(家庭内での役割、	
	家族等との関わりの状況(同居でない	
	家族等との関わりを含む)等)、地域	
	との関わり(参加意欲、現在の役割、	
	参加している活動の内容等)、仕事と	
	の関わりに関する項目	
 21. 家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に	
~ 1.	関わる家族等の状況(本人との関係、	
	対1/公外以守り次八(个人(り)対流、	

					居住状況、年代、仕事の有無、情報共	
					有方法等)、家族等による支援への参	
					加状況(参加意思、現在の負担感、支	
					援への参加による生活の課題等)、家	
					族等について特に配慮すべき事項に	
					関する項目	
			22. 居住環境		日常生活を行う環境(浴室、トイレ、	
					食事をとる場所、生活動線等)、居住	
					環境においてリスクになりうる状況	
					(危険個所の有無、整理や清掃の状	
					況、室温の保持、こうした環境を維持	
					するための機器等)、自宅周辺の環境	
					やその利便性等について記載する項	
					目	
			23. その他留意す	べき事	利用者に関連して、特に留意すべき状	
					況(虐待、経済的困窮、身寄りのない	
					方、外国人の方、医療依存度が高い状	
					況、看取り等)、その他生活に何らか	
					の影響を及ぼす事項に関する項目	
		利用者のケアニーズを読	利用者の生活状況	を的確に	とらえるために必要な情報が十分得ら	
		み取り、アセスメント表に	れている。			
		記載されている。				
Ŧ						
	確		刃心			
		モニタリングは必要に応じ	ておこなわれてい	特段の	事情がない限り、少なくとも1月1回	
		る。		は利用を	皆の居宅で面接し、モニタリングが行わ	
				れている	3.	
				少なく	とも 1 月に 1 回モニタリングの結果が	
				記録され	っている。	
				特段の	事情がある場合については、その具体的	
				な内容が	が記録されている。	
		モニタリングの結果がプラン変更に反映され		モニタリ	リングを通じて把握した、利用者やその	
		ている。		家族の意	意向・満足度、援助目標の達成度、事業	
				者との記	問整内容を踏まえ、プラン変更が行われ 	
				ている。		