

令和2年度

# ケアプラン点検結果の 報告について

練馬区介護保険課事業者運営推進係

# 目 次

## 【ケアプラン点検結果の報告について】

- 1 ケアプラン点検の目的・・・・・・・・・・ P.3
- 2 練馬区で実施しているケアプラン点検・・・・ P.4
- 3 ケアプラン点検の実施方法・・・・・・・・ P.5 ～ P.7
- 4 ケアプラン点検実施数・・・・・・・・・・ P.8
- 5 点検結果・・・・・・・・・・ P.9
  - (1)訪問によるケアプラン点検・・・・ P.10～ P.37
  - (2)ガイドライン方式によるケアプラン点検・・ P.39 ～ P.47
- 6 自立支援に向けたケアプラン作成のポイント・ P.48 ～ P.50

<u>帳票の名称</u>	第1表	居宅サービス計画書（1）
	第2表	居宅サービス計画書（2）
	第3表	週間サービス計画表
	第4表	サービス担当者会議の要点
	第5表	居宅介護支援経過
	第6表	サービス利用票（兼居宅サービス計画）
	第7表	サービス利用票別表

# 1 ケアプラン点検の目的

介護を必要とする高齢者等の尊厳ある自立支援を目的として、アセスメントによる的確なニーズの把握、明確な目標設定に基づいた適切なケアプラン作成など、ケアマネジメントの手順が確実に行われているかを確認し、介護支援専門員の行うケアマネジメントの質の向上を図ること。

## ◆ケアプラン点検は介護給付適正化事業の1つです。

ケアプラン点検における給付適正化について（介護保険法第115条の45第3項第1号）

- ・介護保険の給付適正化とは、介護が必要になった高齢者が適正に要介護（要支援）認定され、受給者が真に必要な過不足のないサービスを、事業者がルールに従って適正に提供するように促すことです。
- ・介護給付適正化事業は、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築のために実施されるもので、ケアプラン点検は、そのうちの1つです。

## 2 令和2年度に練馬区で実施したケアプラン点検

### (1) 訪問によるケアプラン点検

実地指導と同時に実施する方式。ただし、今年度は、新型コロナウイルス感染拡大防止のため、訪問でなく「書面点検」により実施

### (2) 東京都ガイドライン方式によるケアプラン点検

「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」を活用して、面談にて行う方式

### (3) 【新規】書面点検

保険者が指定したケアプラン等の提出を受け、書面にて点検し、事業者に報告する方式

◆詳細な実施方法等については、区ホームページをご覧ください。

トップページ＞保健・福祉＞介護保険＞事業者向け＞ケアプラン点検

<https://www.city.nerima.tokyo.jp/hokenfukushi/kaigohoken/jigyo/keapuran/index.html>

### 3 ケアプラン点検の実施方法

#### (1) 訪問によるケアプラン点検

- 令和2年度は、原則として下記3点の要件に該当する事例のケアプランを確認
  - ① 当該ケアマネジャーが1年以上担当している方
  - ② 直近1年以内に認定更新・区分変更があった方
  - ③ 通所介護あるいは地域密着型通所介護を利用している方
- 書面点検後、「ケアプラン調査結果表」を文書で通知
- 介護支援専門員とともにケアプランを確認することはできませんでしたが、ケアプランを預かり拝見することで、新型コロナウイルス感染症発生の中で利用者の支援を継続されている姿を、確認することができました。
- 令和3年度から
  - ・福祉用具貸与の利用者のケアプランを重点的に確認（～令和5年度まで）
  - ・令和3年9月までの実地指導実施事業所については、書面点検の方法を継続10月以降の実施方法については、新型コロナウイルス感染状況等を踏まえ判断し通知する。

## (2) 東京都ガイドライン方式による ケアプラン点検

「リ・アセスメント支援シート」を用いて自己点検したケアプランについて、保険者と介護支援専門員がともに確認し、必要に応じて助言

### ●令和2年度までの実施方法

- ・事前資料提出：介護支援専門員は、基本情報シート、リ・アセスメント 支援シート  
やリ・アセスメント支援シートに基づいて作成したケアプラン等を事前に保険者に提出
- ・当日：介護給付調査員1名と2時間程度面談  
事前提出資料を基に、保険者と介護支援専門員がともにケアプランを確認
- ・点検後：「ケアプラン点検 面談後報告書」を事例提供者は保険者に提出、保険者は事例提供者に通知

### ●令和3年度から

- ・点検の前後に事前確認と事後確認を導入
- ・事前確認
  - 地域の主任介護支援専門員と地域包括支援センターの2名が、リ・アセスメント支援シート等がガイドライン方式のルールに沿って記載されているか確認し、事例提供者である介護支援専門員に助言を行う。
  - 事例提供者は、助言に基づき、再度自己点検し、事前提出資料を保険者に提出する。
  - 今年度の試行では、事例提供者から「丁寧な説明で理解が深まった」など好評でした。
- ・事後確認  
事例提供者が点検後にケアプラン作成（変更）を行った際に、地域包括支援センターがケアプラン点検での助言や事例提供者の気づきに基づき作成されているかを確認し、事例提供者に助言を行う。

### (3) 書面によるケアプラン点検

- 介護給付実績から抽出し選定したサービス付き高齢者向け住宅居住者のケアプランについて、助言
- 現在、点検中
- 点検後、「ケアプラン点検結果表」を文書で通知
- 令和3年度も、サービス付き高齢者向け住宅等の高齢者向け住まいの入居者等のケアプランを確認する。

## 4 令和2年度ケアプラン点検実施数見込み

(令和3年3月末現在)

実施方法	件数
訪問方式	181件（57事業所）
ガイドライン方式	21件（21事業所） <ul style="list-style-type: none"><li>• そのうち試行4件</li><li>• そのうち、介護支援専門員から「面談後報告書」が提出されないため1件未了</li></ul>
書面方式	10件（8事業所）



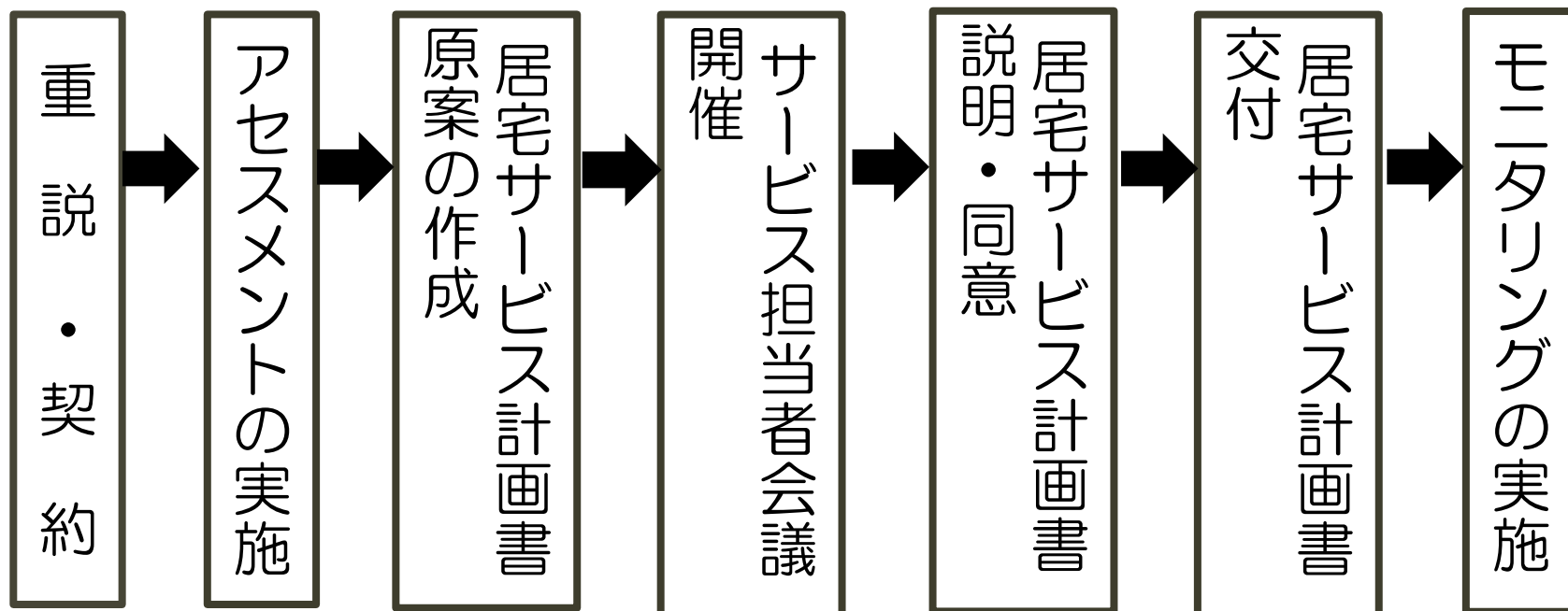
## 5 点検結果

(1) 訪問によるケアプラン点検 P.10

(2) 東京都ガイドライン方式によるケアプラン点検 P.38

## 5（1） 訪問によるケアプラン点検

アセスメントからモニタリングまで、手順や必要な項目の記載があるか、自立支援に向けたケアマネジメントが行われているか、88項目を点検した。



## ① アセスメント No.1

### 😊 ケアマネジメントでよかった事例

- 生活歴、趣味、嗜好、得意なこと、生き方など利用者らしい個性を表す情報が詳細に把握している。
- できること、していること、できそうなことについて把握している。
- 言葉で表しにくい居住環境などの情報を図で可視化している。
- 状態や困っていることを把握している。
- 情報を基に課題分析の結果を別シートでまとめ、ニーズの根拠を明らかにしている。

# ① アセスメント No.2

## 助言の多い項目

### 〔全般〕

- ・項目のチェックのみで具体的な状態がわからない。  
→課題分析に必要な具体的な利用者の状態がわかるよう、項目のチェックのみでなく、把握した具体的な状態について特記事項等に記載する。
- ・個別性・その人らしさが明らかでない。  
→生活歴や趣味・好きなことなど、利用者の特徴やその人らしさを明らかにすることで、その人らしいケアプラン作成につながる。
- ・アセスメントとケアプランに整合性がない。  
(口腔機能訓練加算、個別機能訓練加算,サービス種別の不一致など)  
→アセスメントを見直し、必要性を判断する。

### 〔ADL・IADL〕

- ・できないことや介助が必要な状況のみの記載となっている。  
→“できない”ことだけでなく、自立支援に繋がる「していること」「できること」「支援があればできること」など利用者のストレングスについても明らかにする。

## ① アセスメント No.3

### ☑ ポイント

- ニーズ（解決すべき生活課題）や可能性を把握するためにさまざまな情報を収集・分析する。
- 利用者が望む生活やその人らしい自立の在り方を明らかにする。
- 利用者ができること、したいことなど利用者の可能性を明らかにする。
- 利用者の望む生活の実現に向けて、利用者の意欲へ働きかける。
- 意向の度合いや意欲の高さへの着眼点を持って利用者の自立を考える。
- （初回以外）サービス事業者からの意見も集約して、予後予測、改善策を踏まえて課題分析する。

## ② 第1表 (1)利用者及び家族の生活に対する意向 No.1

### ☺ ケアマネジメントでよかった事例

- 〇〇への意欲が高い利用者の発言を記載している。
- 利用者が実現可能な将来的に望んでいることが具体的に表されている。
- 利用者の状態が変わりなくても、ケアプランの見直しのタイミングなどに生活に対する意向の変化がないか確認、把握して意向内容を反映させて記載している。
- 利用者にとって大切だと思われることが記載されている。

## ② 第1表 (1)利用者及び家族の生活に対する意向 No.2

### 助言の多い項目

- ・サービスに対する要望、困りごとのみの記載になっている。  
例) デイサービスを利用したい、掃除が出来なくて困っている、今までと同じでいいです など  
→介護や支援を受けながら、利用者がどのような生活を望み、家族はどのように生活してもらいたいと望んでいるのか把握し記載する。  
→利用者および家族の発した言葉で大事なことはそのまま記載する。

## ② 第1表 (1)利用者及び家族の生活に対する意向 No.3

### ☑ ポイント

- 意向は生活していく中で変化することが想定される。アセスメントの結果、変化が認められたら変更する。
- 利用者、家族の話した言葉を活かす。
- 認知症などで意向を表明できない利用者であっても、利用者の能力を最大限に活かして意向を確認すること。確認が難しい場合は、生活歴なども踏まえて利用者が望むであろうこと（思い）を、ケアマネ、家族、サービス事業者が汲み取って記載する。



## ② 第1表 (2)総合的な援助の方針

### 😊 ケアマネジメントでよかった事例

- 利用者の望む生活を目指し、総合的な方針が具体的に記載されてる。

### 助言の多い項目

- ・サービスありきの方針になっている。
- ・サービスの羅列、サービス事業者の方針が記載されている。  
→利用者および家族が「望む生活」を目指して、利用者および家族を含むケアチームが協働して目指す共通の方針（支援や目標など）を記載する。

### ☑ ポイント

- 第2表のニーズに対して、ケアチームが利用者の自立を援助するために、どのようなチームケアを行おうとするのか記載する。

### ③ 第2表 (1)生活全般の解決すべき課題（ニーズ）No.1

#### ☺ ケアマネジメントでよかった事例

- 「〇〇したい」とわかりやすく簡潔に記載されている。
- 課題分析を十分に行い、その分析結果から導き出したニーズを明確にしている。

#### 助言の多い項目

- ・ 「～できない」などの問題や利用者のできていない状態を記載している、病名などの原因やできない背景を記載している。
- ・ サービス利用をニーズとして記載している。  
→ 困りごとのみや、支援者側のニーズにならないようにする。

### ③ 第2表 (1)生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

#### ☑ ポイント

- 利用者が自立に向けて主体的・意欲的に「～ができるようになりたい」「～のような生活をしたい」と考えられるよう働きかけ、利用者が意欲的に取り組める課題を導き出す。できるだけ利用者の言葉を用いて、「～したい」「～できるようになる」などと記載する。

例) 「足が痛いから歩けない」ではなく「歩けるようになりたい」、「食が細くなって食べられなくなった」ではなく「〇〇を食べたい」など困りごとを意欲に転換する。

- 意欲に転換できない原因や背景もその波及する効果を予測して、生活の改善がイメージできるようにできるだけポジティブな表現で課題を導き出す。

### ③ 第2表 (2)長期目標 No.1

#### 😊 ケアマネジメントでよかった事例

- 利用者の個別性が表された表現で望む暮らしが目標となっている。
- 実現できる目標が設定されている。

#### 助言の多い項目

- ・サービス内容が目標となっている。
- ・サービス事業者の目標となっている。
- ・専門用語を多用している。  
→ニーズに対応する、利用者が実現したい望む生活や利用者らしさが表された内容を具体的な言葉で記載する。

### ③ 第2表 (2)長期目標 No.2

#### ☑ ポイント

- 抽象的な言葉ではなく、具体的な内容で記載する。  
例)「歩けるようになる」ではなく「毎日行っていた散歩ができるようになる」「夕食の買い物にスーパーへ行く」「おしゃれして友達とカフェに行く」など  
※「安全・安心・安定」などの抽象的な言葉は、利用者にとってどのような状態を指すのか掘り下げて確認して具体的な利用者の言葉で表しましょう。
- 利用者らしい個別性を表すことで、主体的な意欲につながるケアプランとなる。
- ニーズが実現した先にある望む生活を表す。
- 個々の課題に対応して設定する。
- 一定期間後に達成できる実現可能な目標を設定する。

### ③ 第2表 (3)短期目標 No.1

#### 😊 ケアマネジメントでよかった事例

- 場所、活動の内容、頻度、距離（時間）など、具体的にイメージができて、達成度合いがわかる目標が設定されている。

例)「〇〇駅まで杖を使って歩いていくことができる」「週に〇回スーパーで買い物をする」「〇〇mつかまらないうで歩ける」など

### ③ 第2表 (3)短期目標 No.2

#### 助言の多い項目

- サービス内容が目標になっている。  
例)「ヘルパーに買い物に行ってもらおう」「デイサービスで入浴できる」「定期的にデイサービスに通うことができる」 など
- サービス事業者の目標になっている。  
例)「服薬管理できる」「病状管理」 など  
→利用者の視点で目標を設定する。
- 長期目標を達成するための段階的な目標となっていない。
- 抽象的な目標となっている。  
例)「自分でできることを行う」「無理がない程度に体を動かす」「不安なく過ごせる」 など  
→生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の解決に結びつく、長期目標を達成するための各段階を、具体的な短期目標として設定する。  
→利用者が「している活動」や「(支援があれば)できる活動」など具体的な活動を位置付け、利用者が自分の目標であると意識でき、前向きに取り組める目標を設定する。

### ③ 第2表 (3)短期目標 No.3

#### ☑ ポイント

- 抽象的な言葉ではなく、評価しやすい具体的な内容で記載する。
  - ※「安全・安心・安定」などの抽象的な言葉は、利用者にとってどのような状態を指すのか掘り下げて確認して具体的な利用者の言葉で表しましょう。
  - ※具体的な目標を位置付けるとモニタリングにおいて評価しやすくなります。
- 目標に、場所、活動の内容、頻度、距離(時間)など、利用者が具体的にイメージできる設定をすることで利用者の意欲も高まる。
- すぐに取り組み、一定期間後に達成できる実現可能な目標を設定する。
- 目標が達成できたら、より長期目標の達成に近づく新たな目標を設定する。



### ③ 第2表 (4)サービス内容 No.1

#### 😊 ケアマネジメントでよかった事例

- 具体的に何をするのか、誰にでもわかるように記載されている。
- 利用者の個別性が感じ取れるセルフケアが位置付けてある。
- サービス内容と支援のポイントを記載している。
- 加算項目をそのまま記載するのではなく、誰にでもわかる具体的な内容で記載されている。

### ③第2表 (4)サービス内容 No.2

#### 助言の多い項目

- ・セルフケアやインフォーマルサポートの位置付けがない。
- ・介護保険のサービスや医療のみが位置付けてある。
  - 介護保険・医療・福祉などフォーマルサポートをはじめとして、セルフケアや家族・隣人等によるインフォーマルサポートを位置付ける。
  - 自立支援の観点から、利用者自身のセルフケアを位置付けることができるか、利用者および家族とともに検討しましょう。

#### ☑ ポイント

- 利用者の意欲が高まるようなサービス内容を位置付ける。
- どのような点に注意すべきか、どういったことを大切にすべきか記載する。
- 利用者や家族がしていることを記載する。
- 専門用語や略語を使用しない。

## ④ 第3表 (1)主な日常生活上の活動 No.1

### ☺ ケアマネジメントでよかった事例

- 一日の過ごし方が詳細に記載され、利用者の好む生活など利用者らしい暮らしが表されている。  
例)「パソコンをする」「ラジオを聴く」「庭の草むしり」「植木の手入れ」「買い物」「洗濯物をたたむ」 など
- 主たる介護者の介護への関わり内容や出勤時間・帰宅時間が記載されている。
- 基本的な生活習慣が記載されている。

## ④ 第3表 (1)主な日常生活上の活動 No.2

### 助言の多い項目

- 起床、食事、就寝など基本的な生活習慣のみの記載である。  
→一日の生活の中で取り組んでいることや習慣化していることなどを記載する。  
例)「新聞を読む」「ラジオ体操」「散歩」「食事を作る」「昼寝」 など
- 夜間、土日を含めた介護者の介護内容を記載していない。  
→主な介護者の介護への関わりや不在の時間帯についても記載する。  
例)「排泄介助等の介護時間」「出勤時間」「帰宅時間」 など

### ☑ ポイント

- その人らしい生活を記載する。
- 生活パターンにおける配慮すべき留意点を表す。
- 利用者とリンクする家族の生活状況を記載する。
- 支援の全体が可視化できる。

## ④ 第3表 (2)週単位以外のサービス

### 助言の多い項目

- ・ 記載内容が不足している。  
→ 第2表に位置付けた月単位、隔週や臨時で提供されているものについて、頻度を含めて記載する。  
例) 「地域住民の支援」「福祉用具貸与」「住宅改修」「居宅療養管理指導」「通院」「短期入所生活介護」「家族の不定期な関わり」 など

### ☑ ポイント

- 週で表せない支援内容をもれなく記載する。

## ④ 第3表 (3)全体

### ☑ ポイント

- 第2表に位置付けたサービス内容は、フォーマル・インフォーマル問わず、生活全体の流れが視覚的に確認できるように記載する。

## ⑤ 第4表 No.1

### ☺ ケアマネジメントでよかった事例

- 利用者、家族、各サービス事業者からの意見などが記録されている。
- 「検討した項目」の番号を振り、番号ごとに検討内容、結論がわかりやすくまとめられている。
- サービス担当者会議に出席してもらうなど主治医との連携を十分に図っていたことや、信頼関係を築くやり取りをしている。
- サービス担当者に対し普段から意見を求めるチームケアが行われている。

## ⑤ 第4表 No.2

### 助言の多い項目

- 主治医等から得た情報をサービス担当者会議で共有していない。  
→主治医等の意見を確認し、サービス提供の留意点などをすべてのサービス事業者で共有する。
- 福祉用具貸与の継続の必要性について検証した記録がない。  
→ケアプランに福祉用具貸与を位置付けている場合、サービス担当者会議で、その継続の必要性について専門的意見を聴取して検証し、その内容を記載する。
- 出席者の職種が記載されていない。  
→専門職としての意見が重要となるので、所属だけでなく、職種も記載する。

## ⑤ 第4表 No.3

### ☑ ポイント

- 出席できないサービス事業者に照会し得た意見などを、すべてのサービス事業者で共有し、その内容を記載する。
- 開催の目的をはっきりさせる。
- 聞き取った利用者・家族の意向、希望、要望などが記載されている。
- 主治医の意見や福祉用具の必要性を記録されている。
- サービス担当者会議の結果、「残された課題」については、いつまでに・誰が・何をするのかも検討し記載する。



## ⑥ 第5表 (1)居宅介護支援経過 No.1

### ☺ ケアマネジメントでよかった事例

- 利用者の様子や電話対応の内容などが具体的に記載されている。
- サービス事業者からの情報や、介護支援専門員が判断したことなどが記載されている。
- 客観的な事実と主観的事実を分けて記載している。
- アセスメント・ケアプランの同意・モニタリングなど、すべての日付が正確に記載されている。

## ⑥ 第5表 (1)居宅介護支援経過 No.2

### 助言の多い項目

- ・医療系サービスの必要性を主治医等に意見を求めたことが確認できない。  
→医療系サービスをケアプランに位置付ける場合に、主治医等に意見を求め、意見を踏まえて作成したケアプランを主治医等に交付し、その行った業務について記録する。
- ・介護支援専門員の行った業務の記載が不十分  
→5W1Hがわかるよう時系列に記載する。  
※「いつ・どこで・誰が・何を」必要に応じて「なぜ・どのように」
- ・各帳票と居宅介護支援経過に記載された日付に相違がある。  
例)「アセスメントやモニタリングなどの実施日」「利用票の同意・交付の日付」など  
→記録は正確に行う。

### ☑ ポイント

- 整理して具体的に記載する。
- 新型コロナウイルス感染症に伴う臨時的取扱いで行った業務を適切に支援経過に記録する。

## ⑥ 第5表 (2)モニタリング No.1

### 😊 ケアマネジメントでよかった事例

- 短期目標に沿って実施状況を把握し、結果を踏まえた上で介護支援専門員が判断した内容を記載されている。
- 評価ごとに特記があり、どのような判断で評価したのか明らかになっており、総合評価にプラン継続の理由が記載されている。
- 状態変化があった場合に速やかに対応がされ改めてアセスメントを実施している。
- モニタリング表を活用し、満足度などが把握できている。

## ⑥ 第5表 (2)モニタリング No.2

### 助言の多い項目

- ・ 確認項目のチェックのみである。
- ・ モニタリングで得た情報が次のアセスメントに反映していない。
- サービス内容についての満足度、目標の達成状況やケアプラン変更の必要性やその理由等を記載する。さらに、次のアセスメントやケアプランに活かす。
- ・ コロナ禍でサービス利用を中止しているが評価が「満足」になっている。
- モニタリング実施時点の状況を記録する。  
※ サービスを一時的に中止している場合は評価はせず、位置付けを継続するか検討する。

### ☑ ポイント

- モニタリングの結果、目標が達成した場合、新たな課題がある場合や目標達成が困難な場合などはケアプランの見直しをする。
- 事実、判断、方針変更の有無について記載する。

## ⑦ 第6表 サービス利用票

### 助言の多い項目

- ・ サービス利用票作成年月日が居宅介護支援経過の訪問日や利用者の同意日などと異なる。
  - サービス利用票の作成年月日欄には、利用者に同意を得た日付を記載する。
  - サービス利用票の作成年月日と異なる日に同意を得た場合は、同意を得た日付を利用者確認欄の近くに記載する。

### ☑ ポイント

- サービスを利用する前に利用者に説明し確認してもらい、利用者の同意を得る。
- 利用者に説明し同意を得た日を記載する。

## 【参考】第6表 サービス利用票の押印欄（令和3年度制度改正）

- 「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」（平成 11年11月12日老企第29号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）に例示されている**第6表の様式例から押印欄が削除**されます。 ※ 第1表 居宅サービス計画書(1)の様式例には、当初から押印欄はありません。
- これは、利用者の利便性向上や居宅介護支援事業者の業務負担軽減の観点から改正されたものです。

第6表									
認定済・申請中				年 月 分 サービス利用票(兼居宅(介護予防)サービス計画)				居宅介護支援事業者⇒利用者	
保 険 者 番 号					保 険 者 名		居宅介護支援事業者事業所名担当者名	作 成 日	年 月 日
被 保 険 者 番 号					フリガナ 保 険 者 氏 名			届 出 日	年 月 日

（下記厚生労働省ホームページから引用）

- ただし、指定基準ならびに区条例の「指定居宅介護支援の具体的取扱方針」における「居宅サービス計画の説明および同意」の項目に変更ありません。

（区居宅条例第21条第9項）

介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者またはその家族に対して説明し、**文書により利用者の同意を得ること**。

- 押印欄が無くとも、**ケアプランの内容について説明を行った上で文書（電磁的方法を含む）によって利用者の同意を得ることは、介護支援専門員の義務**であることに変わりありません。
- より一層のコンプライアンス意識をもって、ケアマネジメント業務に取り組みましょう。
- 併せて改正となる電磁的方法による対応も含め、詳細な取扱いについて国からの通知やQ & Aに留意してください。

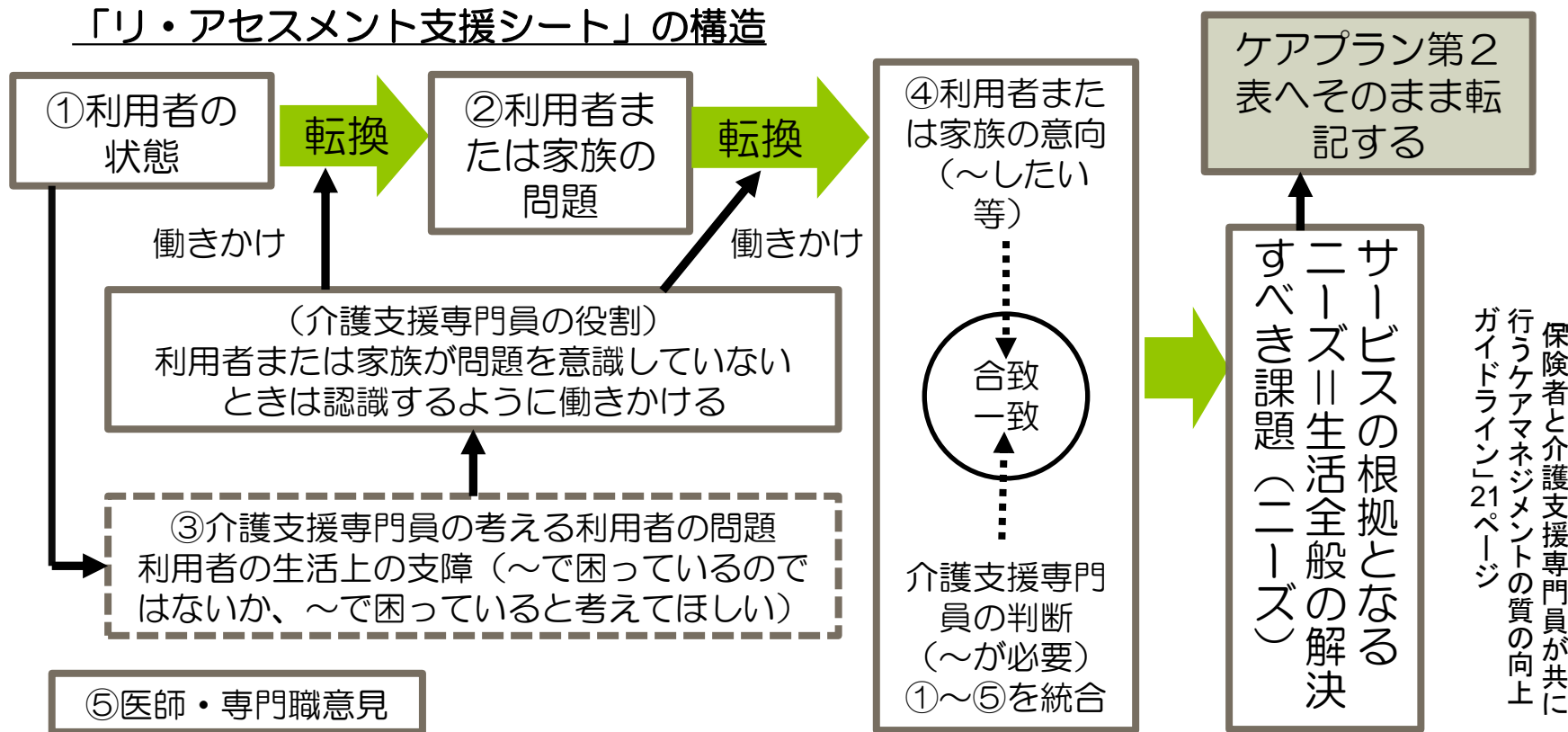
厚生労働省ホームページ「令和3年度介護報酬改定について」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00034.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html)

## 5 (2) 東京都ガイドライン方式によるケアプラン点検

リ・アセスメント支援シートの活用により、課題を分析・抽出・整理し、自立支援に向けて適正なサービスが位置付けられたケアプランが作成されているか、64項目をリ・アセスメント支援シート活用前と後で点検した。

## 「リ・アセスメント支援シート」の構造



# アセスメント

## 😊 比較的理解し実施していた内容

### [健康状態]

- ・疾患名と症状、障害とその程度が、ADLやIADLに与える影響について把握している。

## 点検の前後で向上した内容

### [生活状況]

- ・利用者が生活してきた中で大切にしてきたことやエピソード、価値観、趣味、得意なこと・苦手なこと等、その人らしさを象徴する情報が明らかになった。
- ・利用者本人や家族からの聴き取り把握している内容が明らかになった。

### [ADL・IADL]

- ・利用者のできることや能力(可能性)が明らかになった。

### [健康状態]

- ・疾患名と症状、障害とその程度が、ADLやIADLに与える影響について把握していることが明らかになった。



# 第1表

## 😊比較的理解し実施していた内容

### 〔総合的な援助の方針〕

- ・緊急事態が想定される場合、事前に了解を経て対応機関やその連絡先、対応の方法等についての記載がされている。

## 点検の前後で向上した内容かつ今後向上を目指したい内容

### 〔課題の整理〕

- ・課題分析標準項目等を活用し、課題の抽出ができた。

### 〔家族の思い（意識）〕

- ・家族の「介護に対する気持ちや言葉に表さない気持ち」もきちんと受け止め、意識できた。

### 〔総合的な援助の方針〕

- ・利用者および家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を決定した内容が記載された。

## 第2表 生活全般の解決すべき課題（ニーズ） No.1

### 点検の前後で向上した内容

#### 〔課題の優先順位〕

- ・優先すべき課題の項目に応じた課題の整理が行えた。

#### 〔生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の記載方法〕

- ・利用者の取り組むべき課題が明確になり、望む生活の実現を目指すものとなった。
- ・肯定的な表現方法で、わかりやすい内容の記載になった。

#### 〔利用者および家族の「困りごと」〕

- ・利用者および家族の要望をそのまま受け止め、十分アセスメントを行うことなくサービス提供することのリスクについて理解し、利用者および家族に対し説明ができた。
- ・利用者および家族の困りごとを受け止め、その原因や背景に何があるのかを把握分析した上で、ケアプランに反映できた。

## 第2表 生活全般の解決すべき課題（ニーズ） No.2

### 今後向上を目指したい内容

#### [ニーズの原因・背景]

- ・ 状態（状況）の改善・維持・悪化防止など、自立支援に向けたアセスメントの視点をもとにそれぞれの課題（ニーズ）を導き出せる。

#### [利用者および家族の「困りごと」]

- ・ 利用者および家族の要望をそのまま受け止め、十分アセスメントを行うことなく、サービス提供することへのリスクについて理解し、利用者および家族に対し説明をする。

## 第2表 長期目標

### 点検の前後で向上した内容

- ・利用者らしい望む生活が実現できるような目標設定を利用者および家族と一緒に行った。
- ・単にサービスの利用を目標にしなかった。
- ・認定期間も考慮しながら達成可能な目標と期間の設定となった。

### 今後向上を目指したい内容

- ・利用者らしい望む生活が実現できるような目標設定を利用者および家族と一緒に行う。
- ・支援者側やサービス内容の目標設定から、利用者が目指す目標設定にする。
- ・単に、サービスの利用を目標しない。

## 第2表 短期目標

### 点検の前後で向上した内容

- 利用者および家族等が具体的に何をするのか、取り組む内容がわかる目標になった。
- 長期目標を達成するための段階的な目標と期間になった。
- サービス提供事業所・者が作成する担当者の個別計画書を立てる際の指標になった。

## 第2表 サービス内容・サービス種別

### 点検の前後で向上した内容

#### [サービス内容]

- ・セルフケアや家族の支援、インフォーマルな支援を記載した。
- ・主治医等の専門家から示された留意事項等を記載した。

#### [サービス種別]

- ・セルフケアや家族支援な、インフォーマルサービスを必要に応じて記載した。

### 今後向上を目指したい内容

#### [サービス種別]

- ・セルフケアや家族支援、インフォーマルサービスなども必要に応じて記載する。

## 第3表 週間サービス計画

### 今後向上を目指したい内容

- ・介護サービス以外の取り組みについても記載し、家族の支援や利用者のセルフケアやインフォーマルサポート等を含む生活全体の流れが見える記載をする。
- ・夜間や土日を含めた介護者の介護への関わりが具体的な内容を記載する。  
例)「整容」「排泄」「吸引」「食事」「入浴」 など

## 第3表 主な日常生活上の活動

### 今後向上を目指したい内容

- ・夜間を含む介護者の具体的な介護内容を記載する。
- ・主たる介護者の「介護への関わり」や不在の時間帯について記載する。

## 6 自立支援に向けた ケアプラン作成のポイント ①

### ☑ 尊厳の保持

要介護状態になっても尊厳を保ち、自分らしい生活を実現できるようにする。

### ☑ 自己決定を尊重

利用者に必要な情報を提供し、自己選択・自己決定などの主体性を尊重する。

### ☑ その人らしさ・個別性等の理解

利用者はどんな人か・望む生活・価値観・困りごとの原因や背景等を明らかにし、利用者の真の思いを理解する。



## 6 自立支援に向けた ケアプラン作成のポイント ②

### ☑ ストレングスに着目

利用者がしていること、できること、支援があればできること等、利用者の持つ力を引き出す。

### ☑ 潜在的な能力の把握

利用者が発揮できていない潜在的な能力を引き出し、利用者ができることがないか把握する。

### ☑ 利用者のセルフケアやインフォーマルサポートの活用

利用者自身のセルフケアやインフォーマルサポートを活用する。ただし、セルフケアについては個々に状況が違うので、利用者にとって無理がないよう配慮する。

## 6 自立支援に向けた ケアプラン作成のポイント ③

### ☑ ケアチームによる支援

住み慣れた地域で生活をしていくために、家族や地域を含めた利用者を支えるケアチームによる支援体制を作る。

### ☑ モニタリングの実施

利用者の状態を把握し、目標の達成度やQOL（生活の質）の改善状況等を定期的に評価し、見直す。

### ☑ 利用者と一緒に

アセスメントは利用者との協働作業であり、ケアプランは利用者の望む生活を支えていくためのもの。利用者・家族が自分のケアプランと感じられるように。利用者にとって「楽しみのある幸せな生活」の実現を目指す。