

令和元年度

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指導係

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 ケアプラン点検の実施方法・・・・・・・・・・・・P 4～P 5
- 3 ケアプラン点検実施数・・・・・・・・・・・・P 6
- 4 訪問によるケアプラン点検・・・・・・・・・・・・P 7～P 26
- 5 ガイドライン方式によるケアプラン点検・・・・P 27～P 34
- 6 自立支援に向けたケアプラン作成のポイント・P 35～P 37
- 7 令和2年度のケアプラン点検の実施予定・・・・P 38

1 ケアプラン点検の目的

介護を必要とする高齢者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、その質の向上を図ること。

2 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

実地指導と同時に実施し、区が指定する要件の中で、事業者が選定したケアプランについて、助言を行う。

- 令和元年度は、下記3点の要件全てに当てはまる方のケアプランを確認しました。
 - ① 1年以上、当該ケアマネジャーが担当している方
 - ② 直近1年以内に更新・区変のあった方
 - 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
- 訪問時に、給付調査員がケアマネジャーとヒヤリングを行い、その中で助言を行う。
実施後に、「ケアプラン調査結果表」として文書にて通知する。

(2) 東京都ガイドライン方式による ケアプラン点検

事業者が選定した「リ・アセスメント支援シート」を用いて作成したケアプランについて、共に確認するとともに、介護給付調査員が必要に応じて助言を行う。

- 事前：基本情報シート、リ・アセスメント支援シートや修正後のケアプラン等を事前に提出
 - 当日：給付調査員1名と2時間程度面談
事前提出書類を基に、「自立支援に資するケアマネジメント」の質の向上を図るため、保険者と介護支援専門員が共にケアプランを確認
 - 事後：実施後に、「ケアプラン点検 面談後報告書」として文書にて通知
- ★練馬区のホームページに「ケアプラン点検について」という項目で掲載しておりますのでご参照ください。

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

3 ケアプラン点検実施数

令和元年度

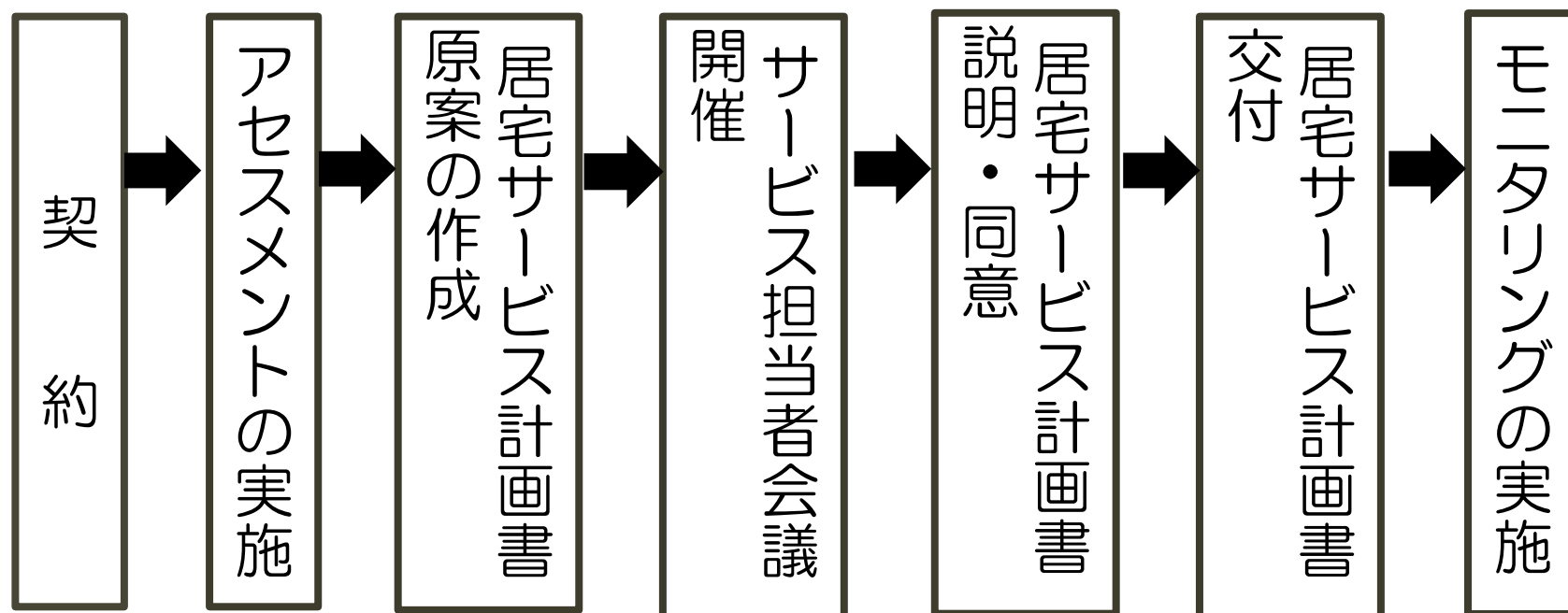
(令和2年3月)

実施方法	件数
訪問方式	122件（44事業所）
ガイドライン方式	28件（28事業所）

この他、介護老人福祉施設（特養）3件、介護老人保健施設3件の施設サービス計画のケアプラン点検を実施

4 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 ①

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。
 - ➡ 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録しましょう。

[ADL・IADL]

- できないこと、困難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」等利用者のストレングスについても明らかにしましょう。

(1) アセスメント ②

☑ 助言の多い項目以外での主なポイント

- 生活状況・生活歴・ADL・IADL・居住環境等、課題分析標準項目（23項目）によるアセスメントで、利用者の“その人らしさ”を明らかにしましょう。適切なアセスメントは、“その人らしい”ケアプラン作成につながるでしょう。
- 主訴（利用者や家族の主な希望、要望）について、初回のみでなくその都度アセスメントしましょう。

(2) 第1表 ①利用者および家族の生活に対する意向

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 等
- ➡ 「なぜそのサービスを使いたいのか」「そのサービスを利用することで、どのような困りごとを解消して、どのような生活をしたとと考えているのか」サービスに対する要望の背景にある生活に対する意向を聞きとり、記載しましょう。

(2) 第1表 ②総合的な援助の方針

助言の多い項目

- 具体的な記載がない。
 - 利用者の経過が中心の記載になっている。
 - サービスの羅列になっている。
 - ケアマネジャーの行う支援の記載となっている。
- ➡利用者および家族が「望む生活」を目指して、ケアチームが取り組む内容や支援の方向性を記載しましょう。

(3) 第2表 ①生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

助言の多い項目

- ケアマネジャーが推測した内容を記載している。
- ケアマネジャーが利用者の言葉を整えて記載したり、利用者からのサービスの要望や困りごとをそのまま記載している。
- ➡ 利用者が主体的・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、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」などと記載しましょう。

(3) 第2表 ①生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

☑ 助言の多い項目以外での主なポイント

●ネガティブをポジティブに

例) 「腰痛があるため歩けない」ではなく、「自分の力で歩きたい、歩けるようになる」など働きかけ、転換しましょう。

(3) 第2表 ②長期目標

助言の多い項目

- サービス内容が目標になっている。
 - “不安なく日常生活が送れる”等抽象的な目標になっている。
 - “医学管理し体調が整えられる”等支援する側の視点による目標になっている。
- ➔利用者が実現したいと望む生活や利用者らしさが表された内容をわかりやすく記載しましょう。

(3) 第2表 ②長期目標

☑ 助言の多い項目以外での主なポイント

- ニーズに対応する、利用者が望む生活の姿を記載しましょう。
- 抽象的な言葉ではなく、具体的な内容で記載しましょう。
例) 「歩けるようになる」ではなく「元気な頃に毎日行っていた散歩ができるようになる」

(3) 第2表 ③短期目標

助言の多い項目

- サービス内容が目標になっている。
 - ➡ 長期目標を達成するために段階的な目標にしましょう。
- 具体的な目標ではないため、モニタリングにおいて評価がしづらいものとなっている。
 - 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、不安なく過ごせる等
 - ➡ 利用者が「している活動」「できる活動」等を位置付け、利用者が自分の目標と意識でき、前向きに取り組める目標としましょう。

(3) 第2表 ③短期目標

助言の多い項目

- 長期目標と内容が変わらない目標になっている。
- ➡ モニタリングの際に達成度が確認できるよう、できるだけ具体的な目標を設定しましょう。

(3) 第2表 ④サービス内容

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。
- ➡利用者のセルフケアや家族・隣人等によるインフォーマルサポートをはじめとして、介護保険・医療・福祉等フォーマルサポートを位置付けましょう。

(3) 第2表 ④サービス内容

☑ 助言の多い項目以外での主なポイント

- 短期目標の達成に必要なサービス内容を記載しましょう。
- 宿泊サービス等の保険外サービスを記載しましょう。
※ ショートステイを、デイサービスによる宿泊サービスとして誤って位置付けていた事例がありました。

(4) 第3表 ①週間サービス計画

助言の多い項目

- 介護保険サービスのみの記載である。
 - ➔ 第2表に位置付けたサービス内容を、生活全体の流れが視覚的に確認できるように記載しましょう。

(4) 第3表 ②主な日常生活上の活動

助言の多い項目

- 起床、食事、就寝のみの記載である。
 - ➡一日の生活リズムや一日の生活の中で習慣化していることを記載しましょう。
例) 新聞を読む、ラジオ体操、散歩、食事を作る、昼寝 等
- 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しましょう。
例) 排泄介助等の介護時間、出勤時間、帰宅時間 等

(4) 第3表 ③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。

➡月単位、隔週や臨時で提供されているものについても、頻度を含めて記載しましょう。

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

等

(5) 第4表 ①

助言の多い項目

- すべてのサービス事業者をサービス担当者会議に召集していない。
 - ➡ 居宅サービス計画に位置付けのあるサービス事業者は全て召集しましょう。
- 出席できないサービス事業者に対し照会していない。
 - ➡ やむを得ない理由により出席できないサービス担当者には、事前に意見を確認（照会）し、サービス担当者会議で共有するとともに、記録に残しましょう。

(5) 第4表 ②

助言の多い項目

- 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ります。所属だけでなく、職種も記載しましょう。

☑ 助言の多い項目以外での主なポイント

- 利用者の状況等に関する情報を当該サービス担当者と共有するとともに、専門的な見地からの意見を求め調整を図りましょう。
- 福祉用具貸与をケアプランに位置付けている場合、サービス担当者会議で、その継続の必要性を検証しましょう。

(6) 第5表

助言の多い項目

- 訪問した場所や利用者と面談したことの記録がない。
 - ➡ ケアマネジメントプロセスを5W1Hがわかるよう時系列に記載しましょう。
 - ※ 「いつ・どこで・誰が・何を」。必要に応じて「なぜ・どのように」
- 満足度や計画変更、継続の必要性についての記録がない。
 - ➡ モニタリングでは、居宅サービス計画の実施状況を把握し、サービスの満足度、目標の達成状況、計画変更の必要性の有無やその理由等を記載しましょう。
 - ※ モニタリングシート等で、居宅を訪問・面接したことやその結果の記録がある場合は、第5表に重ねて記録する必要はありません。

(7) その他

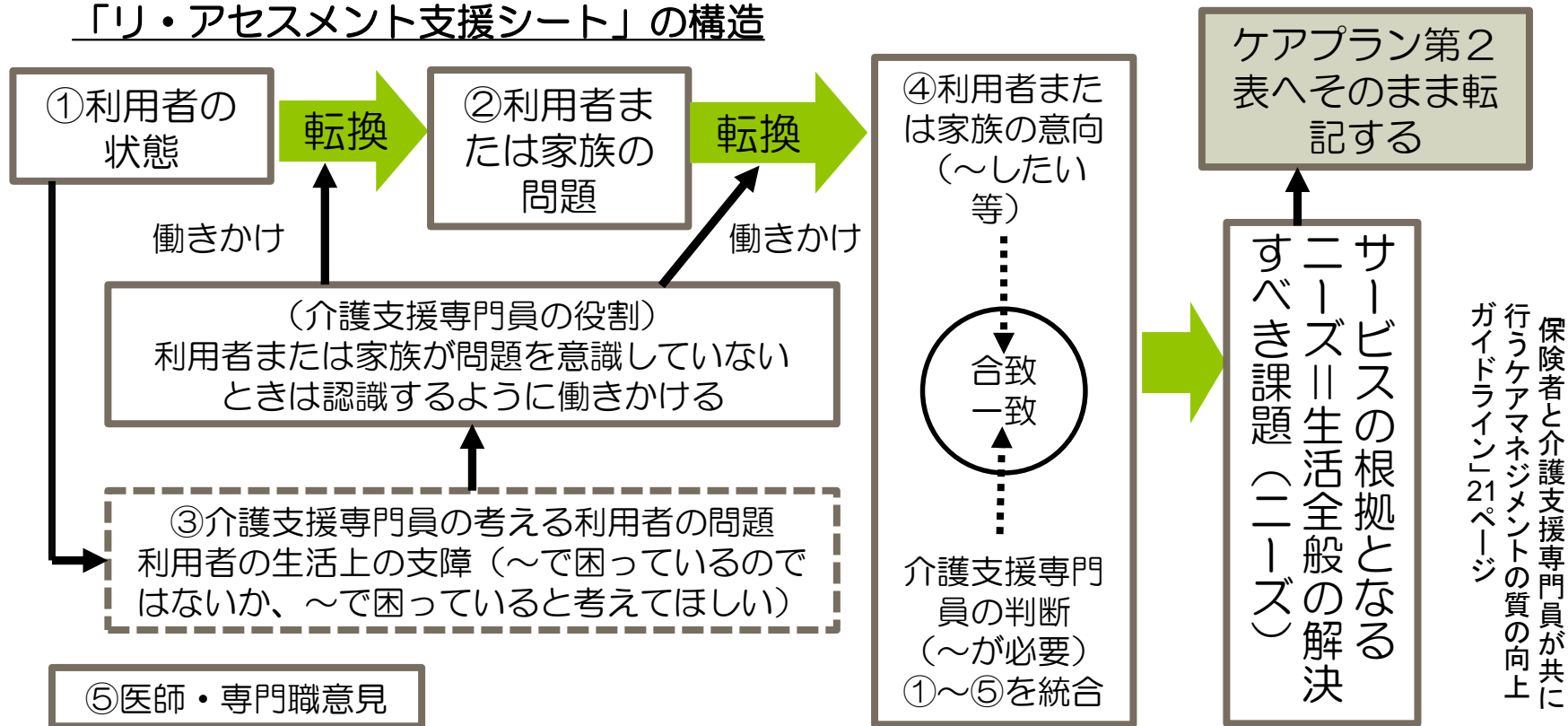
助言の多い項目

- パソコン入力の文字の誤変換が散見している。
 - ➡ 介護支援専門員が作成する書類はすべて公的文書として取り扱われることに留意し、情報開示請求も想定した記録を作成しましょう。
- 個別サービス計画を確認していない。
 - ➡ 居宅サービス計画書をサービス事業所に交付した時は、個別サービス計画の提出を求め、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認しましょう。

5 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



(1) アセスメント ①

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、得意なことや苦手なこと等、その人らしさを象徴する情報が明らかになったこと

[ADL・IADL]

- 利用者のできることや能力(可能性)が明らかになったこと

[アセスメント全般]

- 利用者の生活課題の内容が明らかになったこと

(1) アセスメント ②

今後向上を目指したい内容

[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の把握
- 治療方針や内容の把握

(2) 第2表 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

向上した内容

[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こと
- 肯定的な表現方法で、わかりやすい内容の記載になったこと

[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）を導き出せたこと

(2) 第2表 長期目標

向上した内容

- 支援者側の目標設定・サービス内容を目標に設定等から、利用者が目指す目標設定になったこと
- 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やっていること

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やっていること

(2) 第2表 短期目標

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達成可能な目標になったこと

(3) 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
- 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の記載（整容・排泄・吸引・食事・入浴等）

(3) 第3表 主な日常生活上の課題

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の記載
- 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の記載

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しましょう。

☑ 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しましょう。

☑ 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しましょう。

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しましょう。

☑ 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しましょう。

☑ 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しましょう。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しましょう。

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続けていくために、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りましょう。

☑ 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、見直しましょう。

☑ 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であり、利用者にとって「楽しみのある幸せな生活」の実現を目指しましょう。

7 令和2年度のケアプラン点検の実施予定

(1) 訪問によるケアプラン点検

実地指導と同時に実施し、事業所の全介護支援専門員を対象に実施。

ご協力
お願いいたします。

(2) 東京都ガイドライン方式によるケアプラン点検

令和元年度と同数程度を実施。

そのうち、各日常生活圏域で1件程度、地域の主任介護支援専門員と協力して行うケアプラン点検を試行予定。

これは、第7期練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険計画(平成30～32年度)において目標に掲げている「ケアプラン点検について主任介護支援専門員と連携した体制を検討」する工程の一つ。

点検(面接)は区の介護給付調査員と行うが、面談前に、作成したり・アセスメント支援シートについて、地域包括支援センターと主任介護支援専門員が事前確認し助言を得る体制を構築できないか、検討中。

(3) 令和2年度から書面点検を試行で実施

介護給付実績データの分析により、一部のサービス付き高齢者向け住宅に入居している被保険者について、区平均より利用割合が高い、あるいは、特定の居宅介護支援事業所や居宅サービス事業所を利用しているなどの特徴が見受けられた。

その被保険者にとって尊厳のある自立支援を目的としたケアプランとなっているかどうかを確認するため、ケアプランを区に提出していただき点検を行う。

10件程度を予定しているが、対象事業所および介護支援専門員には、改めて依頼を行う。