

令和4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

関係法令等

【区条例】 練馬区指定居宅介護支援等の事業の人員および運営等の基準に関する条例
(平成30年3月練馬区条例第20号)

【区方針】 練馬区指定居宅介護支援等の事業の人員および運営の基準に関する条例
実施方針
(平成30年3月30日29練福介第7358号)

※ その他資料

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日労基第29号)

介護保険における福祉用具の選定の判断基準について
(平成16年6月17日老振発第0617001号)

介護保険最新情Vol.1009 「居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証等について(周知)」(令和3年9月22日付厚生労働省老健局通知)

目次

1 ケアプラン点検の実施根拠～介護給付適正化事業～	・・・	4
2 介護保険法の理念～ 自立支援・重度化防止	・・・	5
3 ケアプラン点検の目的	・・・	6
4 令和4年度に練馬区で実施したケアプラン点検	・・・	7
5 令和4年度ケアプラン点検数見込み	・・・	8
6 訪問によるケアプラン点検	・・・	9
7 東京都ガイドライン方式によるケアプラン点検	・・・	15
8 面談によるケアプラン点検	・・・	21
9 自立支援に向けた ケアプラン作成のポイント	・・・	23

1 ケアプラン点検の実施根拠 ～介護給付適正化事業～

【根拠法令】 介護保険法第115条の45第3項第1号

市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業及び前項各号に掲げる事業のほか、厚生労働省令で定めるところにより、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うことができる。

- 1 介護給付等に要する費用の適正化のための事業
(以下略)

介護給付適正化とは

介護が必要になった高齢者が適正に要介護（要支援）認定を受けること、そして、**受給者が真に必要とする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**するよう促すこと

(第8期 練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画)

2 介護保険法の理念～ 自立支援・重度化防止

自 立 支 援

介護等が必要な方の**尊厳を保持し**、
その方の**能力に応じた自立した日常生活を営む**ことができるよう支援すること

重 度 化 防 止

介護が必要になっても、できないことを補うだけでなく、**できることを続け、できることを増やすことにより、生活の質を向上させること**

「すぐわかる介護保険」練馬区 令和4年4月発行

介護保険法に謳われているとおり、**有する能力に応じ自立した日常生活を営むため**に「**真に必要とする過不足のないサービス（介護保険給付の内容と水準）**」が提供されることが大切です。

3 ケアプラン点検の目的

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、その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援するために行うものです。**

「ケアプラン点検支援マニュアル」（平成20年7月18日厚生労働省老健局振興課）

ケアプラン点検は、ケアマネジャーと保険者で、ケアプラン、ケアマネジメントを**共に振り返り確認しあう場**です。

振り返ることで**「気づき」を得**、一緒にレベルアップし、ケアマネジメントの質を高めていきましょう。

4 令和4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

運営指導と同時に実施する方式

(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) 面談点検（令和4年度 試行）

保険者が指定したケアプラン等を区に提出し、区が面談にて点検し、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>

5 令和4年度ケアプラン点検 数見込み

(令和5年2月末現在)

実施方法	件数	事業所数
訪問方式	85	50
ガイドライン方式	25	25
面談方式	10	6

6 訪問によるケアプラン点検

(1) 実施方法

□点検対象

運営指導を行う居宅介護支援事業所に在籍する介護支援専門員が作成した、区内要介護者のケアプラン

□事例の選定基準

- ① 利用者が練馬区の被保険者で、要介護認定を受けている。
- ② ケアプランに福祉用具貸与の位置づけがある。
- ③ 「介護保険における福祉用具の選定の判断基準について」に挙げられる、使用が想定しにくい福祉用具または状態像によっては使用が想定しにくい福祉用具が位置づけられている。

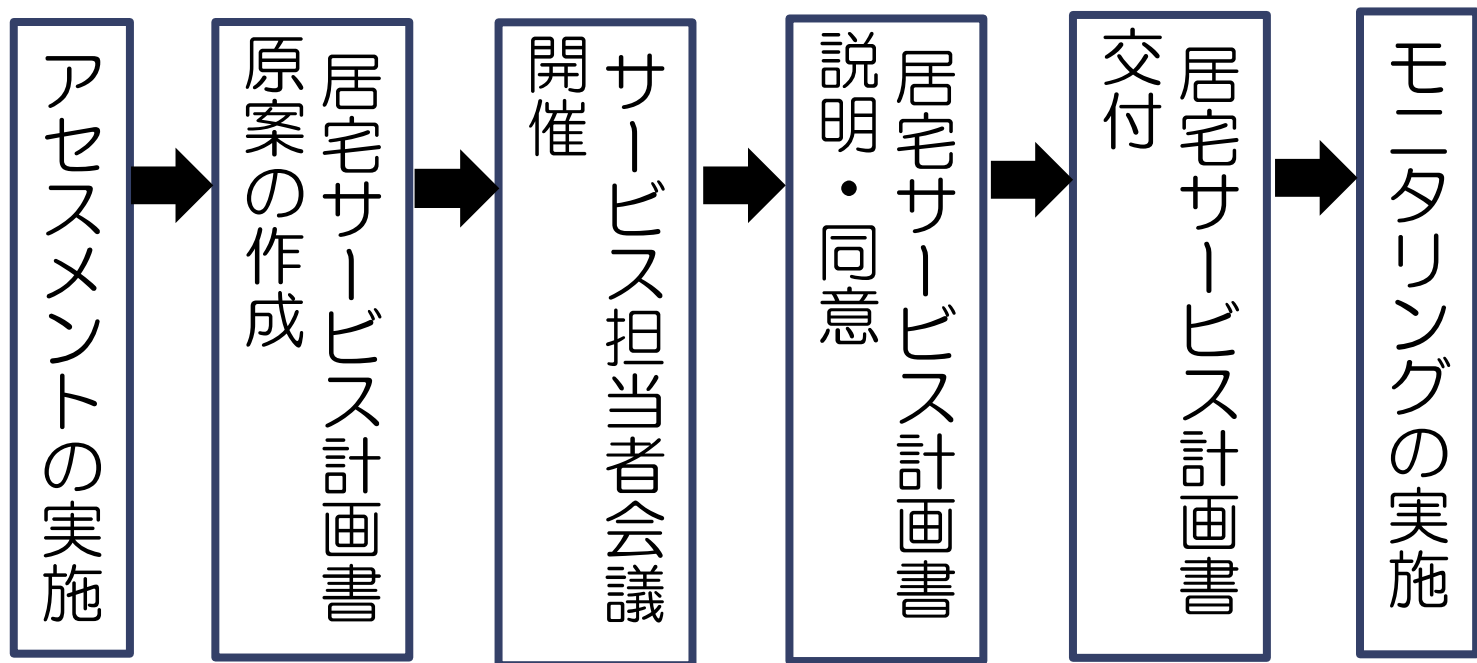
□面談（オンライン型を含む）点検後、「ケアプラン点検結果表」を文書で通知

●令和5年度

- 引き続き、福祉用具貸与の位置づけのある利用者のケアプランを重点的に確認（～5年度）

(2) 点検項目

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。



(3) 点検結果

- サービス担当者会議で福祉用具貸与の必要性が検証されていた。
- 次の点が課題と感じました。

ケアプランに福祉用具貸与を位置付ける際に必要な理由等の記載がない。

⇒福祉用具貸与を位置付ける際の**運営基準等を確認**しましょう。

- ① 区条例 第21条第24項 指定居宅介護支援の具体的取扱方針
- ② 区方針 第3の3の㉓
福祉用具貸与および特定福祉用具販売の居宅サービス計画への
反映
- ③ 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
居宅サービス計画書標準様式及び記載要領

① 指定居宅介護支援の具体的取扱方針

介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、利用の妥当性を検討し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じてサービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を居宅サービス計画に記載すること。

- 福祉用具貸与の**利用の妥当性を検討**すること
- ケアプランに**福祉用具貸与が必要な理由を記載**すること
- 必要に応じて**サービス担当者会議**を開催し、**継続して福祉用具貸与を受ける必要性**について**検証**をすること
- 継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には**その理由をケアプランに記載**すること

② 福祉用具貸与および特定福祉用具販売の居宅サービス計画への反映

福祉用具貸与および特定福祉用具販売については、その特性と利用者の心身の状況等を踏まえて、その必要性を十分に検討せずに選定した場合、利用者の自立支援は大きく阻害されるおそれがあることから、検討の過程を別途記録する必要がある。

このため、介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与および特定福祉用具販売を位置付ける場合には、**サービス担当者会議を開催し、当該計画に福祉用具貸与および特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。**

なお、福祉用具貸与については、居宅サービス計画作成後必要に応じて随時サービス担当者会議を開催して、**利用者が継続して福祉用具貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取するとともに検証し、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、その理由を再び居宅サービス計画に記載しなければならない。**

③ 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領

(居宅サービス計画書記載要領)

2 第2表 : 「居宅サービス計画書 (2) 」

⑧福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のサービスを必要とする理由

福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置づける場合においては、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する。

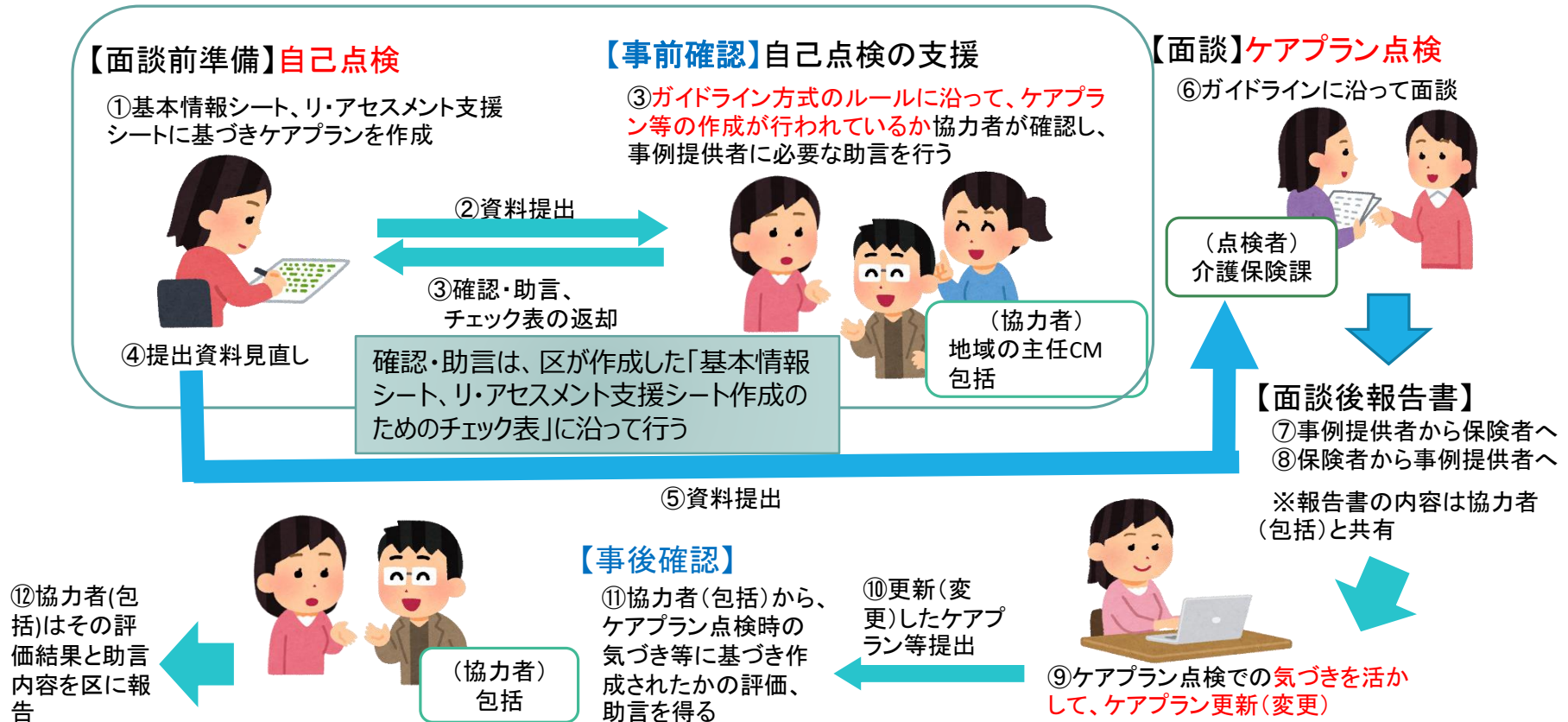
なお、理由については、別の用紙 (別葉) に記載しても差し支えない。

3 第3表 : 「週間サービス計画表」

②「週単位以外のサービス」

各月に利用する短期入所等、福祉用具、住宅改修、医療機関への受診状況や通院状況、その他の外出や「多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス」などを記載する。

7 東京都ガイドライン方式によるケアプラン点検 (1) 点検の流れ



(2) 点検後の気づき

令和4年6～5年2月までに実施したガイドライン方式を活用したケアプラン点検の事例提供者・協力者（主任介護支援専門員）へのアンケート結果から、ケアプラン点検後（協力者は事前確認への協力後）にケアマネジメントについて意識するようになった点を抜粋して紹介します。

事例提供者

- 面接

困りごとや聞きたいことを自然な会話の中から聞き出すように改めて意識するようになった。

- 利用者主体

ご本人をサポートする人はいるが、あくまでも本人主体であること、本人の非言語に想いを寄せること、本人の生活史は今の言動の裏付けにはなるが、とことん本人の言葉に耳を傾け、本人から周囲がどのようにみえているかなど、本人の言動を多角的に捉えること。

- ケアプラン作成

プラン 2 表で、課題から導きだす長期目標、短期目標の記述に、「評価しやすい、本人がやってみる」をより意識して記載するようになった。

協力者（主任介護支援専門員）

- 利用者主体

維持・改善の要素、利点であるストレングスを意識することです。課題解決に向けた本人の取り組みにおける目標設定、取組中の声掛けに活かせると考えます。

- ケアプラン作成

点検者として協力させて頂いたことで、よりアセスメントの取り方やケアプランを立てる時の自立部分への配慮への意識が強くなったように思う。

- 客観的な振り返り

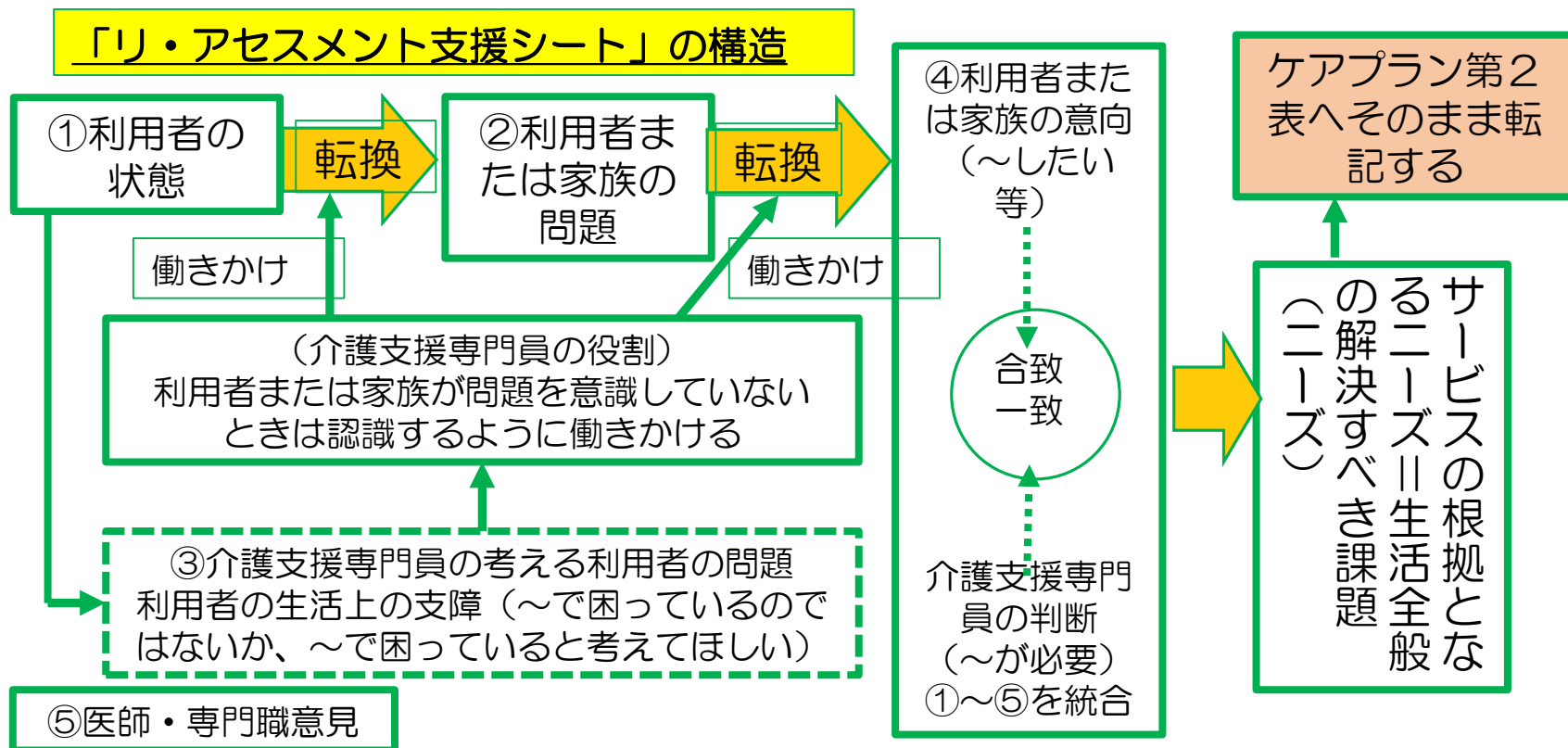
CMの主観を反映するのではなく、情報を客観的にとらえることが大切だと感じました。振り返りの良い機会となりました。

人に助言するからには、自分自身も勉強していないといけないという気持ちもあり、関連の研修にも心して参加するようになった。

(3) 点検項目

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



(4) 点検結果

- ことばを引き出すことの大切さを普段から意識していて、事前の振り返りをきっかけに、改めて利用者の声を聴くといったことにも取り組まれていました。
- 利用者の立場に立って、考え方や行動、気持ちを理解し、利用者理解を深められていました。
- 次の点が課題と感じました。
 - ①大量の情報を把握しているが、課題分析に活かされていない。
 - ⇒情報を分類することで、分析につなげることができます。
 - ⇒特定の分野の情報が少ない傾向があります。
例：医師の見立てなど医療関連、担当するまでの生活状況や生活歴など
 - ② アセスメントとケアプランが連動していない。
 - ⇒アセスメントとケアプランを繋げ、「楽しみのある幸せな生活 = 自立支援」の実現に向け支援しましょう。

8 面談によるケアプラン点検

(1) 実施方法

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や住宅型有料老人ホーム等の入居者（練馬区の被保険者で要介護認定を受けている）のケアプランについて、面談で確認し助言

※介護保険最新情Vol.1009「居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証等について（周知）」（令和3年9月22日付厚生労働省老健局通知）

- 居宅介護支援事業所を抽出する要件
 - ・ 区分支給限度額の利用割合が**7割**以上
 - ・ 利用サービスの**7割**以上が同一法人においてサービスを提供
- 面談（オンライン型を含む）点検後、「ケアプラン点検結果表」を文書で通知

(2) 点検結果

- セルフケアや家族支援、インフォーマルな支援が、おおむね位置付けられていた。
- 月1回のモニタリングが実施され、ケアプランのとおり介護保険サービスが提供されていることを確認していた。
- 次の点が課題と感じました。
 - ① 情報を把握しているが、課題分析に活かされていない。
⇒情報を言語化し、記録することで、分析につなげることができます。
 - ② ケアプランに利用者の個別性が反映されていない。
⇒サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホーム等の職員を含むケアチームで利用者の望む生活をについて検討することにより、個別性のあるケアプランとすることができます。

9 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。

9 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。

9 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。