

令和5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日老企発第29号)
- ・ 介護保険最新情報Vol.958「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」の一部改正について (令和3年3月31日老認発0331第6号)
- ・ 介護保険最新情報Vol.1178「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」の一部改正について (令和5年10月16日老認発1016第1号)
- ・ 介護保険最新情報Vol.1179「課題分析標準項目の改正に関する Q&A」の発出について (令和5年10月16日付厚生労働省老健局通知)
- ・ 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)
- ・ 介護保険最新情報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5年度に練馬区で実施したケアプラン点検	… 7
5 令和5年度ケアプラン点検数見込み	… 8
6 運営指導連動型のケアプラン点検	… 9
7 高齢者向け住宅対応型のケアプラン点検	… 13
8 東京都ガイドライン方式によるケアプラン点検	… 17
9 自立支援に向けた ケアプラン作成のポイント	… 24

1 ケアプラン点検の実施根拠 ～介護給付適正化事業～

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)

【介護保険法第115条の45第3項第1号】

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5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

ケアプラン点検は、

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、介護支援専門員と保険者で、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5年度に実施したケアプラン点検

(1) 面談して行うケアプラン点検（Web 会議システムの活用）

- ・運営指導連動型（主に委託事業者が実施）

運営指導に連動して実施

- ・高齢者向け住宅対応型

サービス付き高齢者向け住宅等の入居者のケアプランを対象に実施

(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、面談にて実施

◆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5年度ケアプラン点検数見込み

(令和6年2月末現在)

実施方法	件数	事業所数
運営指導連動型	75件	61事業所
高齢者向け住宅対応型	12件	8事業所
東京都ガイドライン方式によるケアプラン点検	27件	27事業所

6 運営指導連動型のケアプラン点検 (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

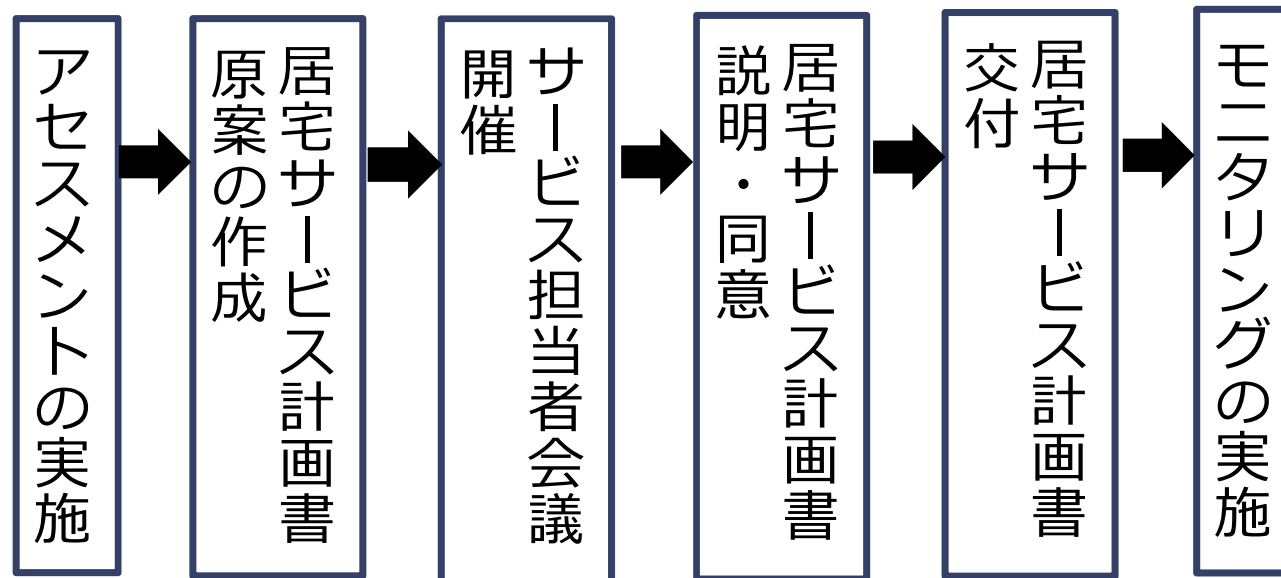
◆事例の選定基準

- 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。

◆Web 会議システムを活用した面談後、「ケアプラン点検結果表」を文書で通知

(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、47項目を点検した。



(3) 点検結果①

- ◆単なる不便さを解消するための福祉用具ではなく、活動範囲を狭めない、広げる、生活の幅を広げるなど自立支援の観点から、福祉用具貸与の必要性を判断されていた。
- ◆利用者のできることや今後の方向性を具体的に確認することができていた。利用者の思いに寄り添って、試行錯誤しながら計画書を作成しようとしている姿勢がみられた。
- ◆対応が難しいケースは地域包括支援センターや地域ケア会議に提出するなど、関係機関とよく連携を取って進めているように感じた。

(3) 点検結果②

●次の点が課題と感じました。

① **現状を維持することにとどまらず潜在的な能力などにも目を向けていく必要がある。**

→疾患による症状が、身体動作や生活環境にどう影響しているかなど、生活全体を把握していました。多職種で連携・協働し、ストレングスの活用により、心身機能の維持・向上を図り生活動作の自立を目指しましょう。

② **「できないこと」「困りごと」「介助が必要なこと」の把握に注視している傾向がある。**

→「どうして今、このようなことが起こり、困っているのか？ どうしたらその困りごとは解消されるのか？」等について利用者やご家族等と一緒に考え、将来的にどのような生活を送りたいのか「望む生活」を明らかにできるとよいでしょう。

7 高齢者向け住宅対応型のケアプラン点検 (1) 実施方法

◆点検対象

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

※介護保険最新情報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

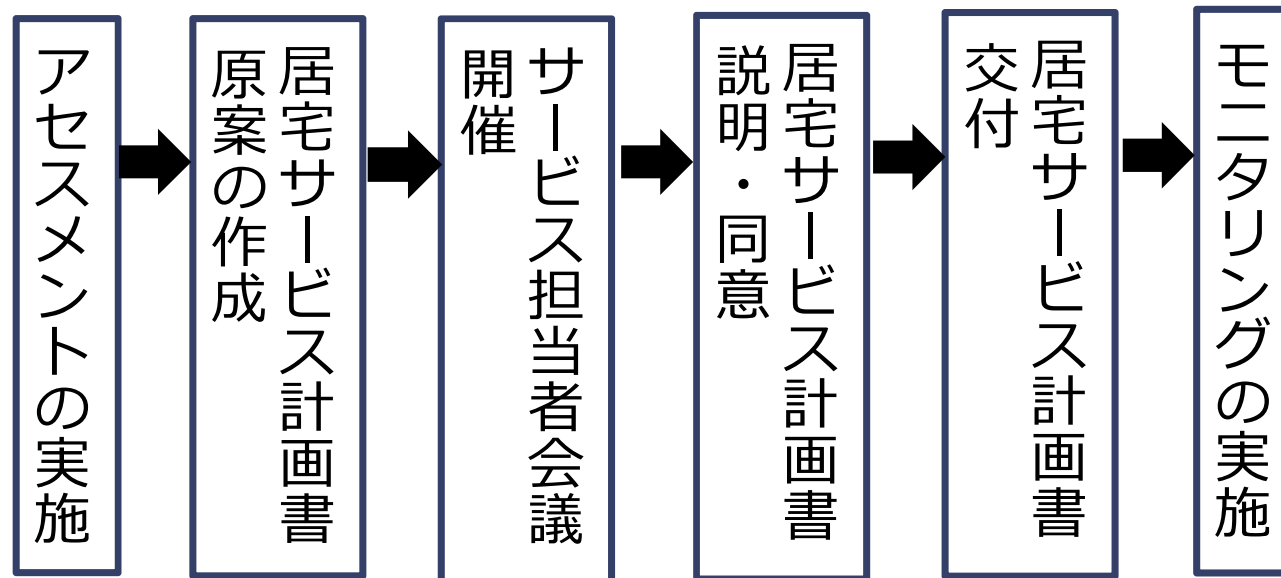
次の①および②に該当するケアプランを対象とした。

- ① 区分支給限度基準額の利用割合が**7割**以上
- ② その利用サービスの**6割**以上が訪問介護サービス、またはその利用サービスの**7割**以上を高齢者向け住宅と同一法人の事業所が提供

◆Web 会議システムを活用した面談後、「ケアプラン点検結果表」を文書で通知

(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、47項目を点検した。



(3) 点検結果①

- ◆ 利用者の思いを引き出せない状況があっても、普段の暮らしの様子、サービス事業所からの情報を活かして、思いを理解しようと努めていました。
- ◆ 月 1 回のモニタリングで把握した内容を、項目ごとにわかりやすく記載されていました。
- ◆ 把握している情報から、利用者の生活の全体像を捉えていました。
- ◆ サービス事業者からの情報を共有するなど、多職種と連携したケアマネジメントが実施されていました。

(3) 点検結果②

◆ 次の点が課題と感じました。

① **アセスメントで捉えた利用者の個別性をケアプランに表せていない。**

→アセスメントで得た情報（生活歴や好きなこと等）をヒントに、できるだけ利用者の生活に落とし込むことで、主体的な意欲につながるケアプランとなります。

② **支援者の視点で目標が設定されている。**

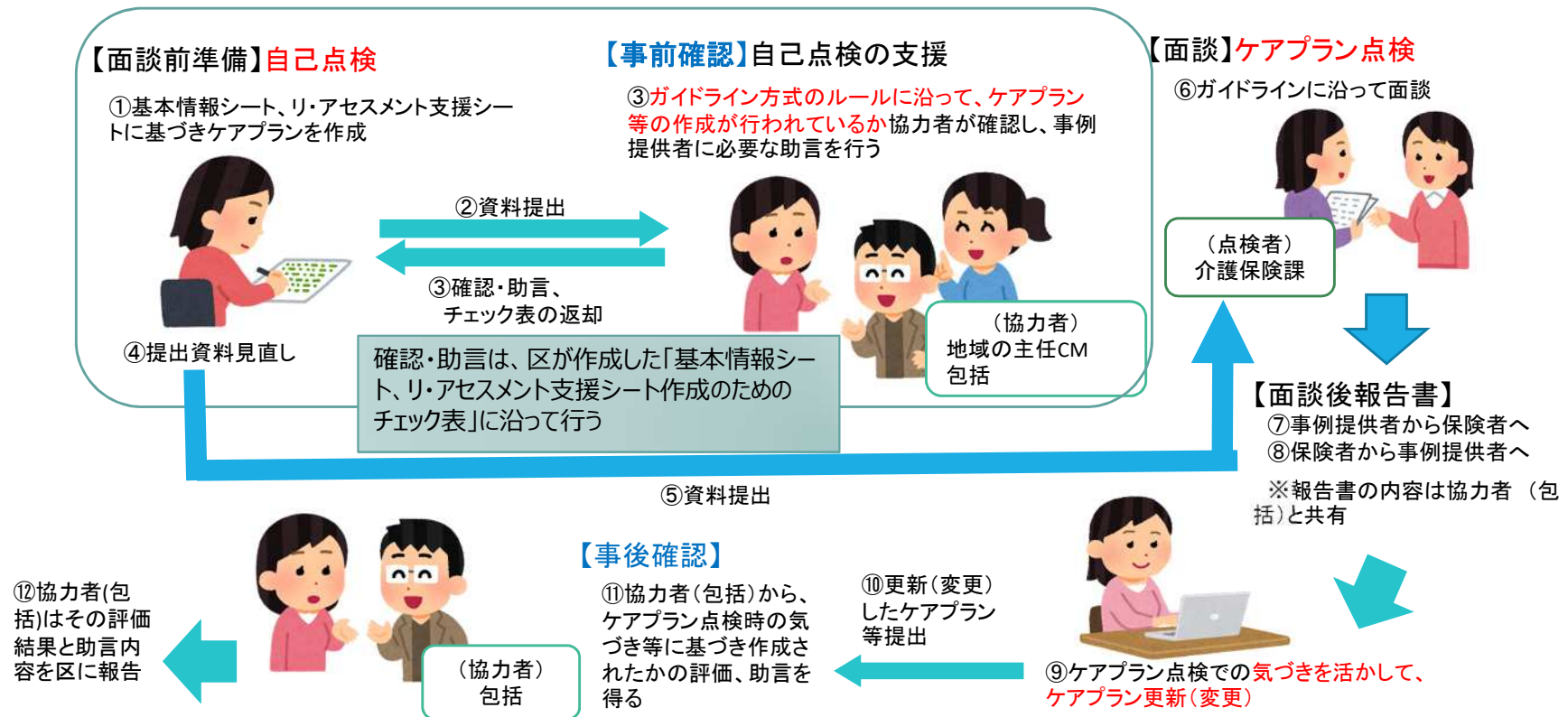
→利用者を主語にして言葉を置き換えるなど工夫することで、利用者の視点で目標を設定します。
利用者ができること、していること、続けていきたいことなどを活かし、楽しみのある幸せな生活が表せるとよいでしょう。

③ **施設が提供するサービスがケアプランに反映されていない。**

→施設が提供するサービスもケアプランに位置付けることで、各々の担当者が短期目標を達成するためにどのような役割を担っているかが明確になります。

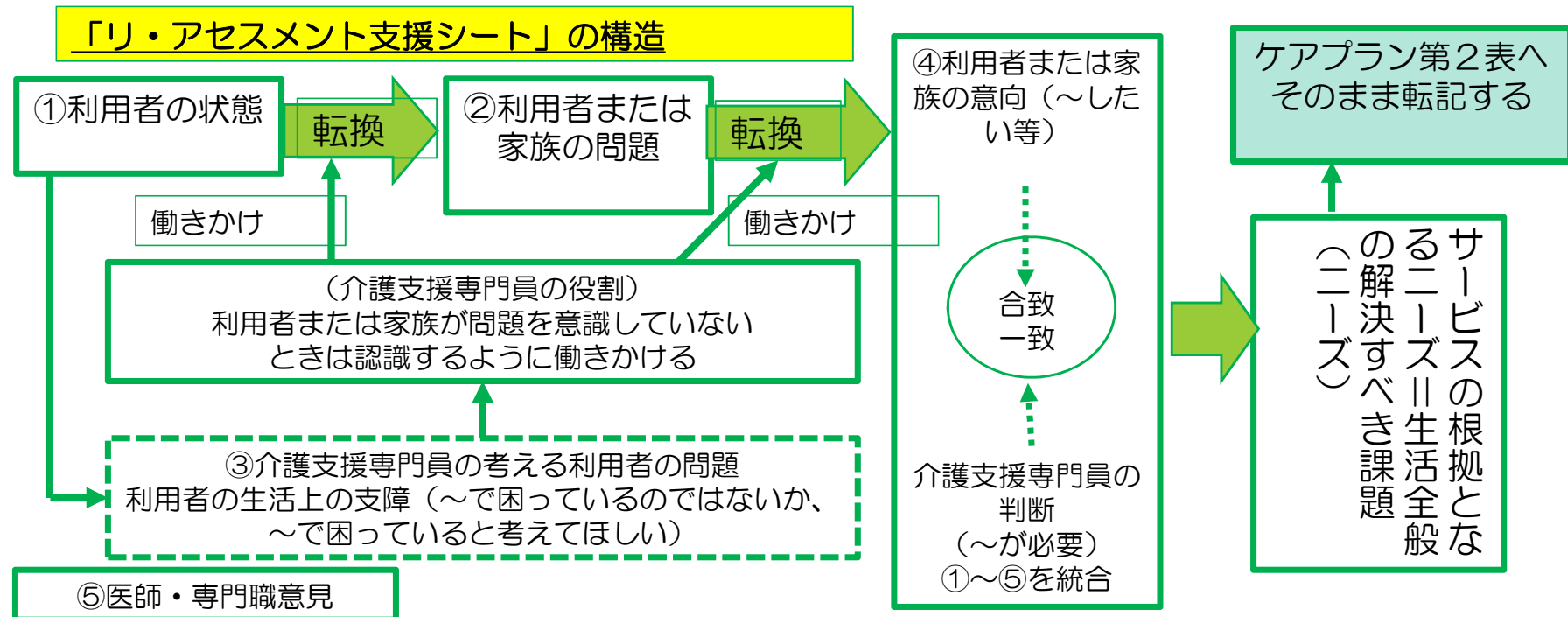
また、施設職員から聴取した内容も記録に残しましょう。

8 東京都が「ト」ライン方式によるケアプラン点検 (1) 点検の流れ



(2) 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、44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。



(3) 点検後の気づき

令和5年5月～6年1月までに実施した東京都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等を抜粋して紹介します。

事例提供者

◆アセスメント

介護保険サービス以外で、インフォーマルの力を使った本人への支援を考え意識が高まった。

傾聴は受け身で聞き取るのではなく、職務を意識してその人らしさを引き出せるような言葉選びで声掛けし、会話のキャッチボールをたくさん受け取ってゆくことだと感じた。

◆利用者主体

利用者の背景を再理解し、現状維持だけでなく未来志向の視点を持って、利用者寄り添うこと。

◆ケアプラン作成

これまでケアプランは医療を第2表の1行目に記入すると思い込んでいたが、優先順位をつけるとインフォーマル（家族）が一番になった。その人の場合は、本人、家族にその内容を見せた時に朗らかになりうれしそうだった。

協力者（主任介護支援専門員）

◆利用者主体

利用者の気持ちに寄り添えるよう、よりコミュニケーションをとることを意識し信頼関係を築くことができるよう取り組むことができた。

◆ケアプラン作成

実際に係わっていると、困りごとばかりに目が行きがちになるが、その人の強み、利点を大切に関わりたい。

◆今後の取り組みについて

事例提供者ができている着眼点のすばらしさを具体的に褒めつつ、客観的になって見れる視点についての気づきをもっていただけるような働きかけを今後もしていきたい。

引き続き、その方に合った対応を心がけたいです。

(4) 点検結果①

- ◆前向きに自分のケアマネジメントを振り返り、今後のケアマネジメントに活かしていこうとする姿勢などが感じられました。
- ◆事前確認での助言を受けて、不明な点を利用者に聞き取り直すなど、よく実践されていました。
- ◆認知症などで言葉を表明できない場合において、利用者のこれまでの生活をヒントに、行動が意味することを考え、意味づけして問題や意向を捉えていました。
- ◆利用者の言葉で、具体的にわかりやすい目標を考えられていました。また、そのようにすることの「大切さ」を理解されていました。

(4) 点検結果②

◆ 次の点が課題と感じました。

① **重要な情報ほど頭の中にとどまっていることが多い。**

→ 頭の中にあるたくさんの情報を頭の中に置いたままにするのではなく、アセスメントシートに落とし込んでいくことで、課題分析やケアプランに活かすことができます。

② **抽象的な目標設定がされている。**

→ 目標をスモールステップで設定することで、利用者の意欲を高めることができます。達成できた時、利用者が「また頑張ろう」と続けようとする意欲が出てくることが期待されます。

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、利用者ができない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。