

# 令和3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

# 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）

過不足のない。つまり、多すぎても少なすぎてもよろしくない。  
何に対して？

## 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3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、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3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) 書面点検

保険者が指定したケアプラン等を区に提出し、区が書面にて点検し、事業者に報告する方式  
令和2年度から開始

◆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3年度ケアプラン点検 数見込み

(令和4年3月末現在)

実施方法	件数
訪問方式	130件 (45事業所)
ガイドライン方式	25件 (25事業所)
書面方式	15件 (12事業所)

# 6 訪問によるケアプラン点検

## (1) 実施方法

---

- 令和3年度

- 点検対象

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

- 提出する事例

- 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

- 当該ケアマネジャーが1年以上担当している。
      - 直近1年以内に認定更新・区分変更がある。該当ない場合は、1年以内に変更や新規作成がある。
      - ケアプランに**福祉用具貸与**の位置づけがある。

- 書面点検後、「ケアプラン点検結果表」を文書で通知

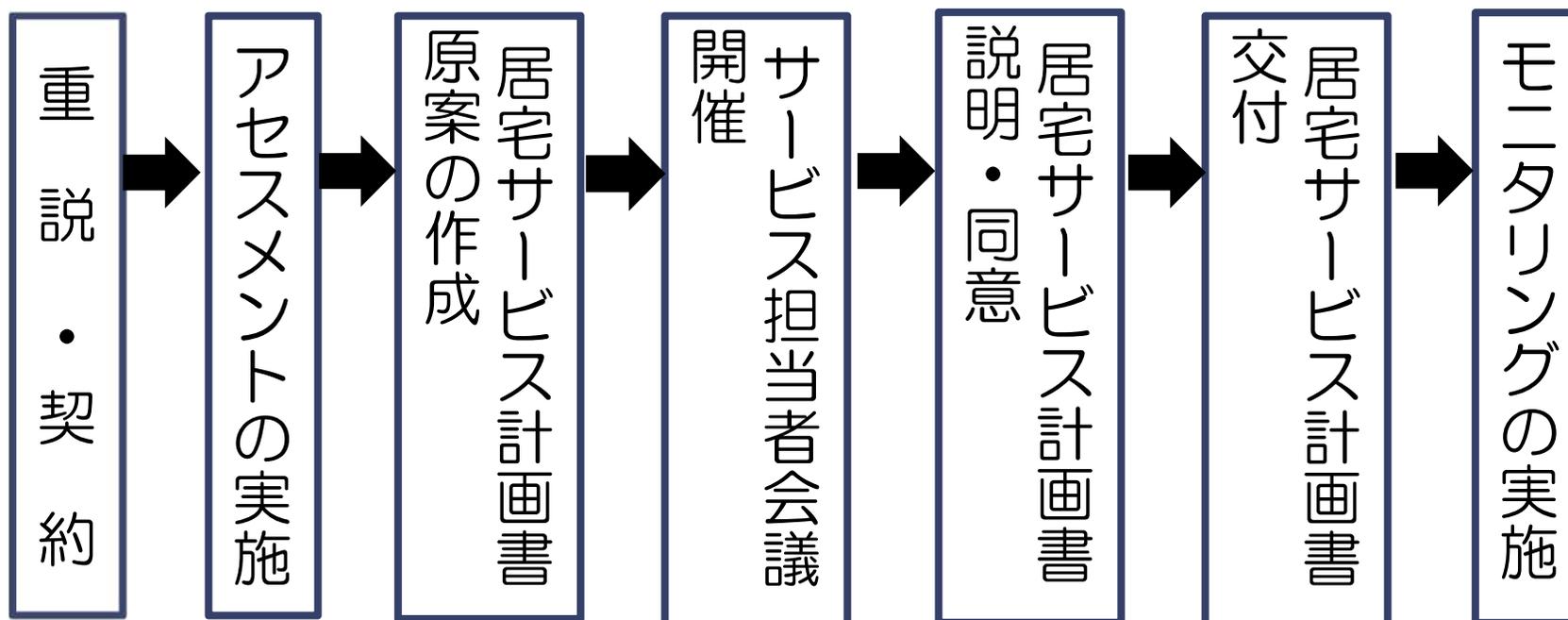
- 令和4年度

- 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（～令和5年度）

- 令和4年度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、別途、通知する。

## (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

---

ケアプランに福祉用具貸与を位置づけるにあたり、ケアマネジャーが知っておくべき運営基準等を理解しましょう。

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12日条例第20号)

第21条第24項 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

なぜこれらが必要なのかは次のスライドを、  
記載の留意点についてはスライドNo.12を参照のこと

## 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）

### 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

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。

## 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）

### 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① 令和2年度まで

### 【面談前準備】自己点検

基本情報シート、リ・アセスメント支援シートに基づきケアプランを作成



資料提出



### 【面談】ケアプラン点検

ガイドラインに沿って面談



(点検者)  
介護保険課



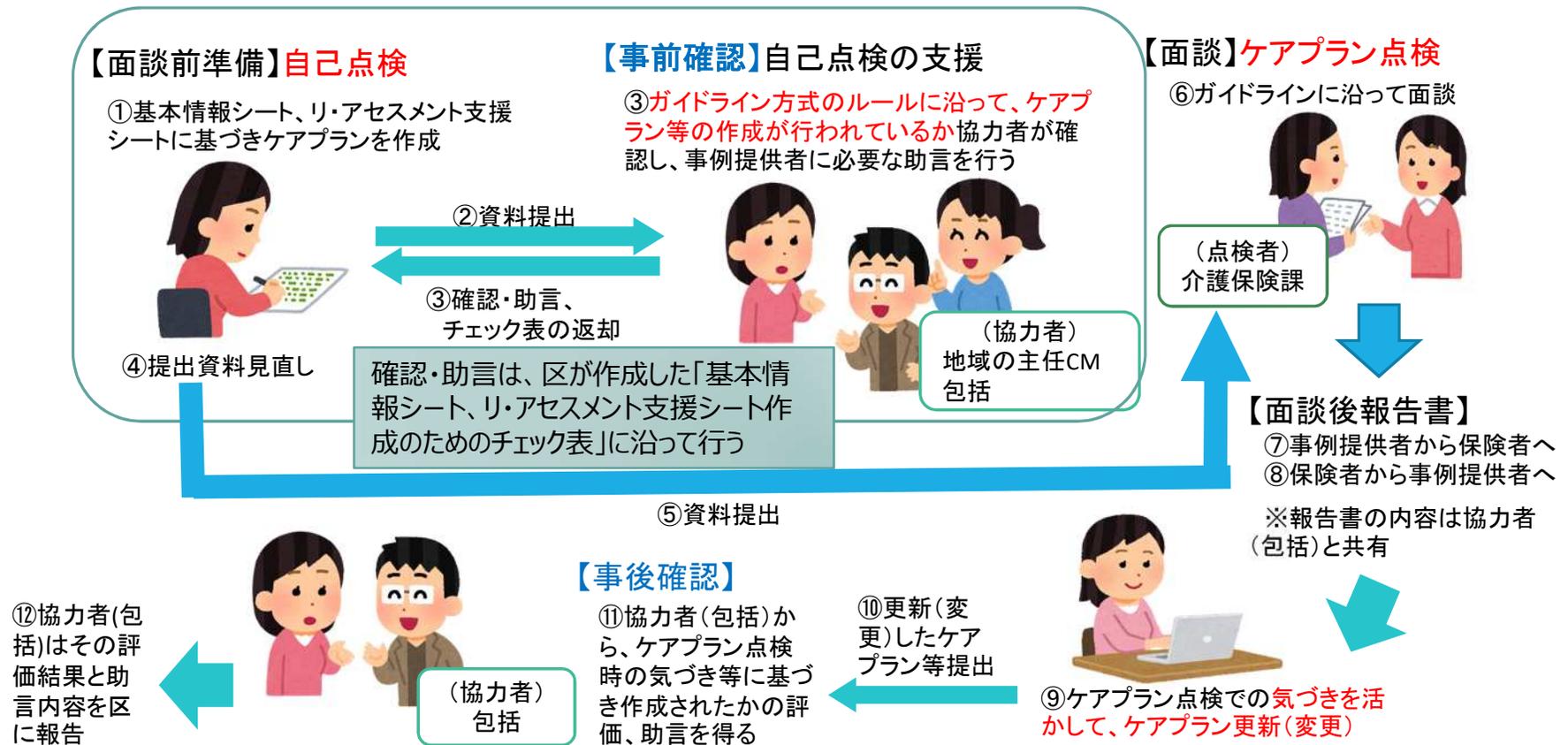
### 【面談後報告書】

- ・事例提供者から保険者へ
- ・保険者から事例提供者へ

東京都ガイドライン方式によるケアプラン点検は

- 「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
- まず、ケアマネジャーによる面談前準備で自己点検を行い、その後、ケアマネジャーと保険者が面談しケアプラン点検を実施する2段階の構造

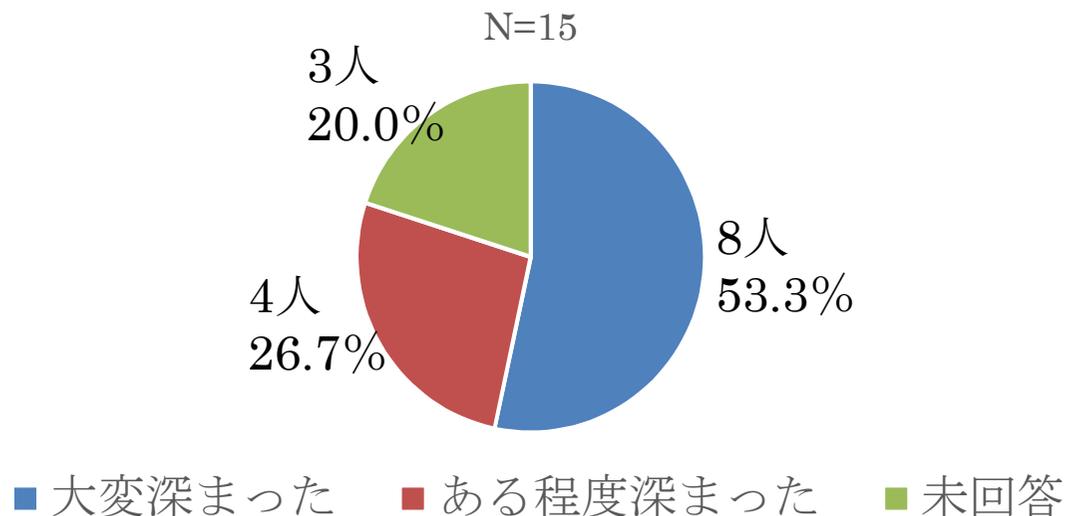
# (1)点検の流れ② 令和3年度から 「事前確認」と「事後確認」の導入



令和3年5～12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

## 事前点検導入の効果

事例提供者は、協力者との面談で、基本情報シート、リ・アセスメント支援シートの記入方法への理解は深まりましたか。



意見(抜粋)

- ・詳しく記入したほうが良い部分など、助言を頂いた。
- ・ルールにそった記入をすることが必要。「その人らしい」にそった内容を追記できた。
- ・ガイドラインの解釈や記載の仕方の再認識ができた。

## (2) 点検後の気づき

---

令和3年5～12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

どんな風に暮らしたいか。何が好きで得意だったことは？など具体的にたずねる様になりました。ご本人のプランであることが、実感できるようになりました。

ご本人・ご家族の「できている事」「やりたい事」を深堀するようになりました。そうすることにより、それまで聞き出せなかった言葉や情報を引き出すことができるようになったことを実感しています

## ●利用者主体

ただ単に目標を乱立するのではなく、ご本人が望む生活のために、自ら「やってみよう」と思っただけのようなケアプラン作成が出来ればと思っています。

## ●ケアプラン作成

短期目標とサービス内容のかき方、整理の仕方を工夫する様心がけている。

ケアプラン表のサービス内容や目標が長年の癖のように決まり文句、文言となっていたが、もっとシンプルに考え、どういう生活を望んでいるかを分かりやすく書きたいと思った。

# 協力者（主任介護支援専門員）

---

- 利用者主体

現状や自立した日常生活の希望を把握していても、具体的な目標を本人や家族と共に設定するように意識した方が良いと感じた。

今さらながらですが利用者の好きな事や大切にしていることに注目して生きがいのある生活のできるプランを考えねばと思いました。

- ケアプラン作成

ケアプラン点検第2表作成時に「本人のことば」を取り入れています。

- 客観的な振り返り

事例や支援内容を客観的にみる。そのことで新たな気づきがないか、再チェックすること。

事例を通じ、ケアプランを作成することでより生活における気づきや見だせていなかったことなどに気づいた。また、楽しみのある幸せな生活が実現できるよう寄り添いながら関わっていききたい。とても参考になり、共に学ばせて頂きました。今後に生かせるよう努めていきたい。

## (3) 事前点検を導入して

---

① 事例提供者が、ガイドラインの基本ルールを理解したうえでケアプラン点検を受けることができるようになりました。

その結果、問題～ニーズの決定までの分析過程（思考）、ケアプランに特化したケアプラン点検を行うことができるようになりました。

② 地域の主任介護支援専門員や地域包括支援センターが関わることで、前ページのご意見のように、協力者（主任介護支援専門員）も自身のケアマネジメントを振り返り、気づきを得る機会となりました。

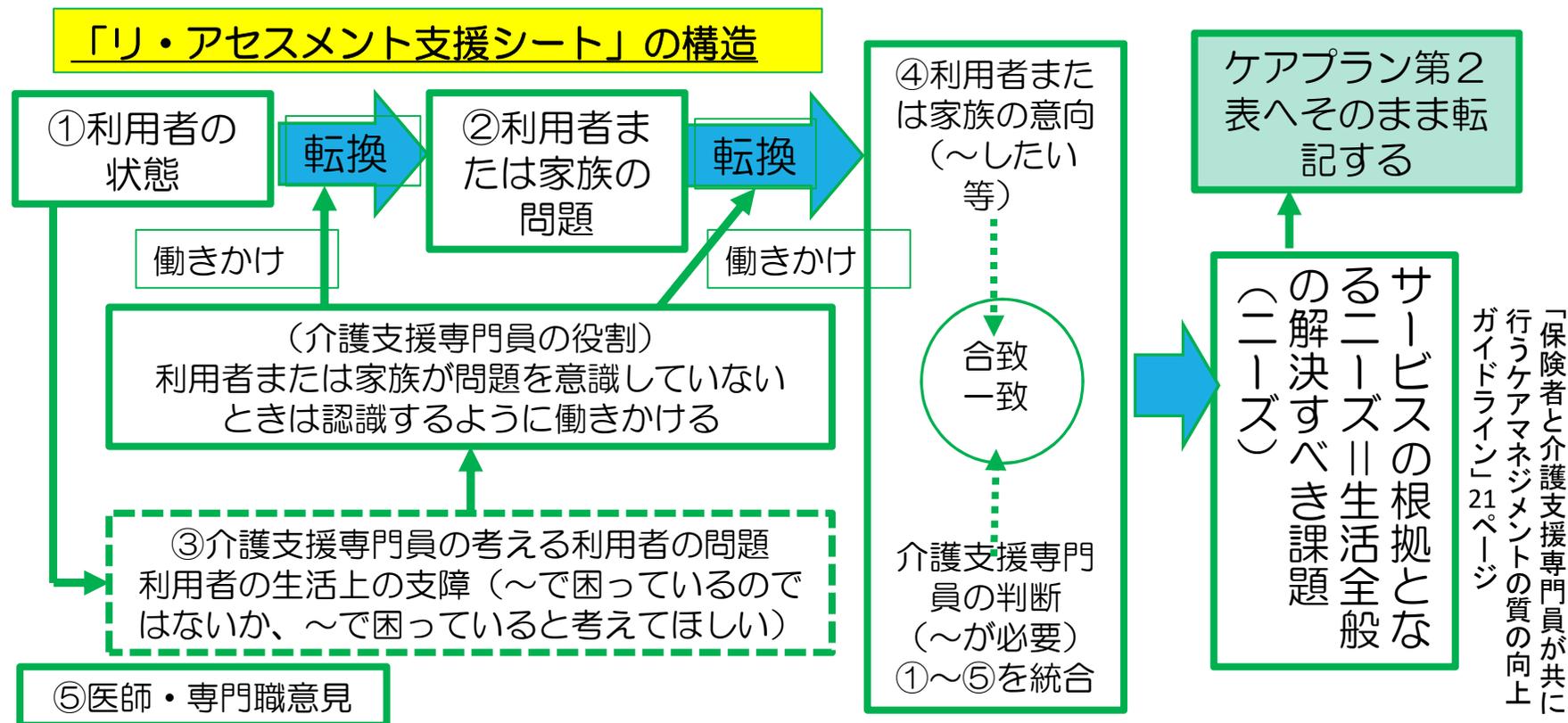
この連携が、事例提供者だけでなく、地域全体のケアマネジメントの質の向上の機会に繋がることが期待できます。

今後も、自立支援について考えを深め、その認識をケアマネジャーと共有していきたいと思えます。

## (4) 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



## (5) 点検結果

---

- 利用者の言葉の奥にある心情を理解するなど、ケアマネジャーが利用者および家族に寄り添いながら、ともに歩んでいる姿勢が感じられました。
- ケアマネジャーが、利用者との信頼関係を築き、生活状況をよく見ていて、多くの様々なエピソードが把握されていました。
- 次の点が課題と感じました。
  - 把握している情報量は多いものの、課題分析に活かされていない。
    - 記録が目的ではありませんが、記録することで整理され、分析に繋げることもできます。
  - 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の実現に向け支援しましょう。

# 8 書面によるケアプラン点検

## (1) 実施方法

---

- 令和3年度

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住宅型有料老人ホーム等の入居者のケアプランについて、書面で確認し助言

- 現在、点検中

- 書面点検後、「ケアプラン調査結果表」を文書で通知

## (2) 高齢者向け住宅居住者のケアプラン作成にあたっての留意点

---

1. 利用者自身によりサービス、事業所は選択されていますか。
2. ケアマネジャーのアセスメントを踏まえて、サービスの導入が判断されていますか。
3. 介護保険サービス、インフォーマルサービスを含め、その人らしい自立を達成するために真に必要なサービスが適切に提供されていますか。
4. 利用者の自立を阻害するような過剰なサービスの提供はありませんか。
5. 居住施設をはじめとしたインフォーマルサービスもケアプランに位置づけられ、総合的なケアプランが作成されていますか。
6. 居住施設をはじめとしたインフォーマルサービスとも、ケアチームとして連携していますか。
7. ケアプラン上で、介護保険サービスとインフォーマルサービスの区分はされていますか。
8. 必要に応じて、セルフケア、家族の支援がケアプランに位置づけられていますか。
9. ケアマネジャーは、従前の人間関係や地域との関係性が途切れないよう配慮していますか。
10. ケアマネジャーは、居住施設での生活が活性化するよう働きかけていますか。

# 9 令和4年度新規事業

## 高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検

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）に基づき、令和4年度から実施

- 居宅介護支援事業所を抽出する要件 **検討中**

居宅介護支援事業所ごとに見た、以下の項目の要件を市町村ごとに設定することとなっている。

①区分支給限度基準額の利用割合 かつ ②利用サービス種類とその利用割合

- 区から、抽出された居宅介護支援事業所にケアプランの提出を依頼する。

- 点検方法 **検討中**

# 10 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。

# 10 自立支援に向けた ケアプラン作成のポイント②

---

## ☑ スtren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。

# 10 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。

## 【参考1】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**されています。 ※ 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。

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		作成年月日										
被保険者番号					フリガナ					届出年月日										
					保険者氏名															

- 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を改めて確認しましょう。

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)

## 【参考2】 暫定プラン

---

- いわゆる暫定プランとは、要介護・要支援認定の新規申請、区分変更申請など、**認定申請後に要介護度(要支援度)が確定するまでの間にサービスを利用する場合に作成されるケアプラン**です。

(平成 18 年 4 月改定関係 Q & A vol.2 Q52 厚生労働省老健局振興課)

- ケアプランがないとサービスを利用することはできないため、暫定プランが必要となりますが、ケアプランが暫定、つまり、仮のプランというわけではありません。要介護（支援）度が未確定だから「暫定」なのです。
  - 暫定プラン作成にあたっては、一連のケアマネジメントを行う必要があります。認定結果が出てから、遡って暫定プランを作成するものではありません。
  - なお、認定結果がでた後に、暫定プランを本プランにする際の、原案の居宅サービス計画作成（変更）日は実際に作成した日です。暫定プランの作成日に遡る必要はありません。