

令和 6 年度

ケアプラン点検の 結果報告について

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.1286「「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 6 年 7 月 4 日老認発0704第 1 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）
- ・ 介護保険における福祉用具の選定の判断基準について（令和 6 年 8 月 2 日老高発0802第 2 号）



目次

1	ケアプラン点検の実施根拠 ～介護給付適正化事業～	 P 4
2	介護保険法の理念 ～自立支援・重度化防止～	 P 5
3	ケアプラン点検の目的	 P 6
4	令和 6 年度のケアプラン点検実施状況	 P 7
5	ケアプラン点検の確認項目と点検結果	 P 8 ～13
6	運営指導連動型のケアプラン点検	 P14～18
7	高齢者向け住宅対応型のケアプラン点検	 P19～23
8	東京都ガイドライン方式によるケアプラン点検	 P24～30
9	自立支援に向けた ケアプラン作成のポイント	 P31、 32



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

介護給付を必要とする高齢者を適切に要介護・要支援認定し、**受給者が真に必要なサービスを過不足なく事業者が提供するよう促すこと**

【第9期 練馬区 高齢者保健福祉計画介護保険事業計画より】



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6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）

◆ケアプラン点検時の基本姿勢

ケアプラン点検は、介護支援専門員と保険者が双方向で点検作業を行い、ケアプラン、ケアマネジメントを共に振り返り、確認し合う場としています。点検の中で振り返ることで「気づき」を得て共有し、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6年度のケアプラン点検実施状況

点検種別	実施方法	点検件数	事業所数
運営指導連動型	運営指導に連動して実施	74件	59事業所
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	10件	9事業所
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」を活用して実施	27件	27事業所

(令和7年2月末現在)

◆ 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

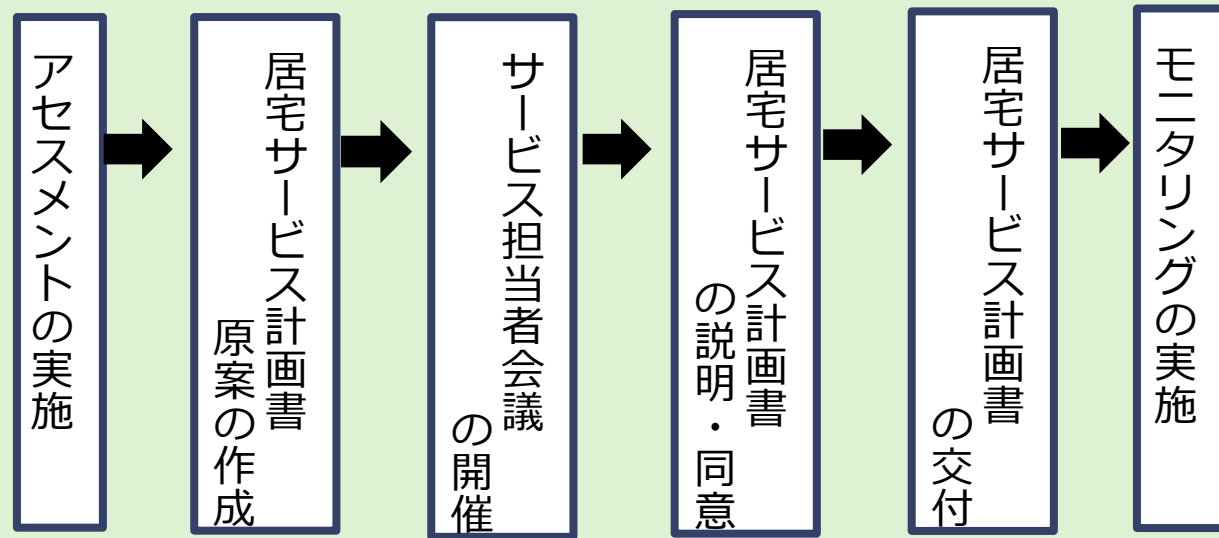
<https://www.city.nerima.tokyo.jp/hokenfukushi/kaigohoken/jigyo/keapuran/index.html>



5 ケアプラン点検の確認項目と点検結果①

令和6年度のケアプラン点検では、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など、全45項目の確認項目と判断基準を設け、点検を実施しました。

判断基準には◎○×の評価を用いていますが、この基準は内容の優劣を判断するものではなく、確認項目を客観的に判断するための基準として定めています。令和6年度の点検結果はつぎのページをご参照ください。



«各点検での集計対象の確認項目について»

- ◆運営指導連動型および高齢者向け住宅対応型のケアプラン点検では、確認項目45項目すべてを集計対象としています。
- ◆東京都ガイドライン方式によるケアプラン点検では、点検に用いるケアプラン帳票が他点検と異なるため、区との面談での確認項目27項目（アセスメント、ケアプラン第2表）を評価対象としています。

5 ケアプラン点検の確認項目と点検結果②

点検結果の集計状況（集計対象：令和7年1月31日までの点検結果報告完了分）

確認内容			項目数	◎割合	○割合	×割合
アセスメント		情報収集	9	18%	75%	7%
		分析	4	17%	80%	3%
第1表	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果		2	12%	78%	10%
	総合的な援助の方針		2	4%	95%	1%
	生活援助中心型の算定理由		1	50%	50%	0%
	ケアプランの同意		1	96%	4%	0%
第2表	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）		3	1%	82%	17%
	長期目標（利用者らしさ）		1	2%	60%	38%
	長期・短期目標	適切な目標	1	16%	80%	4%
		適した期間設定	1	99%	1%	0%
	短期目標		2	19%	73%	8%
	サービス内容		3	29%	67%	4%
	尊重		1	21%	65%	14%
	サービス内容・種別	セルフケア・インフォーマルの位置づけ	1	29%	44%	27%
		医師および専門職等意見の反映	1	92%	0%	8%

◆確認内容ごとの項目の詳細はつぎのとおりとなります。

【アセスメント（情報収集）】

課題分析標準項目、多職種からの情報、利用者の能力、その人らしさ、健康状態、健康面についての考え方・役割、社会資源の状況、意向、家族等の思い

【アセスメント（分析）】

情報収集、疾病等による日常生活への影響、困りごと（問題）、介護支援専門員の判断

【第1表・利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果】

意向、課題分析の結果

【第1表・総合的な援助の方針】

支援方針、緊急時の対応

【第2表・生活全般の解決すべき課題（ニーズ）】

望む生活の実現、適切なニーズ、優先順位

【第2表・短期目標】

具体的な目標の設定、個別サービス計画書の指標

【第2表・サービス内容】

具体的な内容、留意事項等、福祉用具の必要性



5 ケアプラン点検の確認項目と点検結果③

点検結果の集計状況（集計対象：令和7年1月31日までの点検結果報告完了分）

	確認内容	項目数	◎割合	○割合	×割合
第3表	週間サービス計画	1	46%	45%	9%
	主な日常生活上の活動	1	18%	80%	2%
	週間サービス（家族等のかかわり）	1	2%	26%	72%
	週間サービス（週単位以外のサービス）	1	52%	34%	14%
第4表 (サービス担当者会議の要旨)	開催	1	18%	80%	2%
	わかりやすい記録	1	29%	66%	5%
	照会	1	26%	56%	18%
	医師等の意見の聴取	1	18%	59%	23%
	福祉用具の必要性の検証	1	27%	60%	13%
第5表	居宅介護支援経過記録	1	23%	73%	4%
	モニタリング	1	13%	80%	7%
第6・7表	サービス利用票・別表（利用者の同意）	1	95%	5%	0%

【確認項目と判断基準の一例】

◆ アセスメント 課題分析標準項目

- ◎：課題分析標準項目の23項目を満たしており、課題の抽出までがアセスメントシートに記載されている。
- ：課題分析標準項目の23項目を満たしているが、アセスメントシートに抽出した課題の記載がされていない。
- ×：課題分析標準項目の23項目が満たされていない。

◆ 第2表 サービス内容・種別（医師および専門職等意見の反映）

- ◎：主治医意見書等の留意事項を参考にして、サービス内容や種別が検討されている。
- ×：主治医意見書等の留意事項がサービス内容や種別の検討に反映されていない。

◆ 第3表 週間サービス計画

- ◎：介護保険サービスの他に、医療や保健福祉サービス、インフォーマルサポート、セルフケア、家族等の支援が記載されている。
- ：介護保険サービスのみが記載されている。
- ×：記載されていない、または、第2表「援助内容」に位置づけられたものが記載されていない。



5 ケアプラン点検の確認項目と点検結果④

◆「帳票の記載内容に基づく評価」を実施する確認項目と評価指標

点検における確認項目については、各項目の内容や性質に応じて、①帳票の記載内容に基づく評価、②帳票の記載内容および面談でのヒアリングに基づく評価、③面談でのヒアリングに基づく評価の3つの方法のいずれかにより、その評価を実施しています。

以下は、「①帳票の記載内容に基づく評価」を実施する確認項目となります。各点検で一律の評価指標として定めているとともに、ケアプラン帳票作成時に重要なポイントとなりますので、確認内容と必要な記載事項についてご紹介いたします。

【アセスメント 課題分析標準項目】

- ◆確認内容：厚生労働省が定める「課題分析標準項目」の23項目を満たしているか。
- ◆必要な記載：課題分析標準項目の23項目を満たしており、課題の抽出までがアセスメントシートに記載されている。

【アセスメント 健康状態（病歴・治療方針・服薬等）】

- ◆確認内容：病歴や現在の治療状況について、利用者・家族等からの聞き取りだけでなく、主治医等からの聞き取りや主治医意見書、看護サマリー等からも医療情報を得ているか。
- ◆必要な記載：①医療機関名・主治医等、②傷病歴（既往歴・現病歴）、③治療方針と内容、④服薬内容、⑤医師の所見（生活上の留意点含む）、⑥水分量、⑦食事量（内容・摂取カロリーなど）、⑧身長・体重（BMI含む）のすべての情報を把握し、アセスメントシートに記載されている。

【ケアプラン第1表 ケアプランの同意】

- ◆確認内容：ケアプランを交付し、内容の説明を行った上で、文書（電磁的方法を含む）により利用者・家族等の同意を得ているか。
- ◆必要な記載：利用者・家族等にケアプランの内容を説明し、文書により同意を得ている。



5 ケアプラン点検の確認項目と点検結果⑤

点検内で「①帳票の記載内容に基づく評価」を実施する確認項目と評価指標（前頁からの続き）

【ケアプラン第2表 長期・短期目標（適切な目標）】

- ◆確認内容：支援を受けながら利用者自らが努力して到達する「利用者の目標」となっているか。
- ◆必要な記載：サービス利用を目的とした目標設定ではなく、利用者の望む生活の実現のために、利用者が支援を受けながら自らも努力して到達する「利用者の目標」が設定されている。

【ケアプラン第4表 サービス担当者会議の要点（わかりやすい記録）】

- ◆確認内容：サービス担当者会議で検討したことを第三者が見ても分かりやすく記録されているか。
- ◆必要な記載：サービス内容だけでなく、提供方法や留意点、頻度、時間数、担当者等が具体的に記載され、「検討した項目」「検討内容」「結論」、また必要に応じて「残された課題」までが整理して記載され、第三者が読んでも内容を把握、理解することができる。

【ケアプラン第4表 サービス担当者会議（照会）】

- ◆確認内容：サービス担当者会議に出席できないサービス担当者に意見照会を行った場合や会議をやむを得ない理由により開催しなかった場合に、照会内容や会議を開催しなかった理由の詳細等が記録されているか。
- ◆必要な記載：サービス担当者会議に出席できないサービス担当者に対して、事前に意見を聴取した記録がある（照会内容や回答、照会先、照会依頼年月日など）。また、やむを得ない理由の詳細が記録されている。

【ケアプラン第4表 サービス担当者会議（福祉用具の必要性の検証）】

- ◆確認内容：ケアプランに福祉用具貸与または特定福祉用具販売を位置付ける場合に、利用の妥当性を検討し、必要に応じてサービス担当者会議で福祉用具貸与等の必要性についての検証が行われているか。
- ◆必要な記載：福祉用具貸与等の必要性について、多職種の意見を聴取し、検証したことが記録されている。



5 ケアプラン点検の確認項目と点検結果⑥

点検内で「①帳票の記載内容に基づく評価」を実施する確認項目と評価指標（前頁からの続き）

【ケアプラン第5表 居宅介護支援経過】

- ◆確認内容：ケアマネジメントのプロセス内容や介護支援専門員による判断の根拠、介護報酬請求に係る内容等が項目ごとに整理して記載されているか。
- ◆必要な記載：①ケアマネジメントプロセスの記録、②居宅で面接した記録、③介護支援専門員が把握したこと・判断したこと、④家族等との連絡・やり取り、⑤サービス事業者との調整内容、⑥モニタリングの記録（別紙記載も可）について、項目ごとに整理し、詳細にわかりやすく記録されている。

【ケアプラン第5表 居宅介護支援経過（モニタリング）】

- ◆確認内容：計画やサービスの実施状況などを継続的に把握し、評価するとともに、ケアプランの変更の必要性についての検証が行われているか。
- ◆必要な記載：「ケアプランの実施状況の把握」「利用者・家族等の意向・満足度」「目標の達成度」「ケアプランの変更の必要性」などについて評価され、項目ごとに事実や判断などが具体的に記載されている。

【ケアプラン第6・7表 サービス利用票および別表】

- ◆確認内容：ケアプランを交付し、内容の説明を行った上で、文書（電磁的方法を含む）により利用者・家族等の同意を得ているか。
- ◆必要な記載：利用者・家族等にケアプランの内容を説明し、文書により同意を得ている。



6 運営指導連動型のケアプラン点検

◆点検の目的

福祉用具貸与がアセスメントに基づいて必要性の検討を行った上で位置づけられているか、過不足のないサービスが提供されているか、利用者の自立支援に資するケアプランになっているか等を確認・助言することでケアマネジメントの質の向上を図る。

◆点検対象

福祉部指導検査担当課が運営指導を行った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

◆点検対象事例の選定基準

- 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。

◆点検結果の通知

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



6 運営指導連動型のケアプラン点検

点検での確認事例

本年度の点検で確認された事例について、一部をご紹介します。

- ◆ 主治医と直接コンタクトを取れていない場合でも、家族や利用者を通して医療情報を把握されている。
- ◆ 利用者の起居動作や室内移動の状況がよく把握されている。
- ◆ 福祉用具の必要性について、サービス担当者会議で検証が行われている。
- ◆ 職歴、暮らしの状況、家族歴、病歴、住環境など、利用者のその人らしさについての情報がケアプランに記載されている。
- ◆ 利用者の居宅を訪問し、面接したときの様子がわかりやすく記載されている。
- ◆ 利用者および家族の言葉で意向を把握しケアプランに記載されているが、内容が漠然としている。
 - ➡ ケアプラン第1表の「利用者および家族の生活に対する意向」は、介護支援専門員が解釈した結果ではなく、可能な限り利用者や家族等が発した言葉をそのまま表すことが必要ですが、介護支援専門員は意向を明確にしていく過程を大切にし、アセスメントを通して専門的知見から、利用者が望む生活の実現に向けた働きかけを行うことが重要となります。ケアプランへの記載にあたっては、利用者、家族等の意向を区別して記載し、生活の改善がイメージできる分かりやすい内容で記載することが望まれます。介護保険サービスを利用しながら、どのような生活をしたと考えているのか、利用者、家族それぞれの思いを掘り下げて、具体的な意向が表されるとよいでしょう。
- ◆ 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の内容が漠然としている。
 - ➡ 「困りごとを解決するために利用者自身が取り組んでいきたいこと」をニーズとして導き出すことが、利用者の自立を支援していく上では大切なポイントになります。アセスメントで明らかになった困りごとを利用者自ら改善していけるよう、自立への意欲に転換する働きかけが重要です。「こんなふうに暮らしたい」というありたい姿を利用者にイメージしてもらい、それがケアチームで共有できると、自立に向かう取り組みを共に考えていくことができるでしょう。また、困りごとに対して利用者がしていること、頑張ってきた（頑張っている）ことはないか等を探ることも大切です。



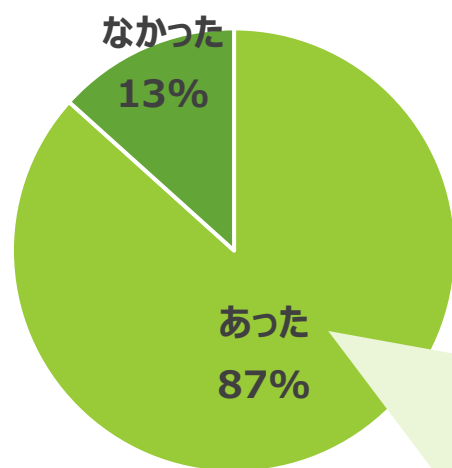
6 運営指導連動型のケアプラン点検

点検後アンケートの結果① アセスメント

点検を受けた介護支援専門員からのアンケート結果はつぎのとおりです。

(集計対象：令和7年1月31日まで回答分)

◆ケアプラン点検を受けて気が付いた点【アセスメントについて】



気付きのあったポイント	割合
利用者のその人らしさ（個別性）の視点	27%
ストレングスの捉え方・考え方	20%
利用者および家族の困りごと・意向の捉え方・考え方	13%
福祉用具の必要性の視点	11%
生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の導き出し方・捉え方	10%
自立支援、尊厳保持および重度化防止の視点	7%
リスクマネジメントの視点（原因分析・将来予測）	4%
家族等のインフォーマルサポート状況の把握	4%
チームアセスメントの視点	4%

【利用者のその人らしさ（個別性）の視点】

- その人らしさを知り、何であれば意欲的に取り組めるかを掘り下げていくことで、具体的な目標につながるといった。
- 生活歴や生活状況、趣味などの情報を掘り下げ、利用者大切にしていることや価値観を把握して、本人らしいプランに出来るといいのかなと思った。
- 利用者の意欲ややりたい事がわかるアセスメント実施の必要性について気づきをもらった。

【ストレングスの捉え方・考え方】

- 本人の状態などからストレングスを見つけ出し、意欲を引き出せるようにケアプランへ反映させることが大切だと気付いた。
- 利用者の趣味を把握していたが、原動力となるストレングスとしてケアプランに反映してなかったことに気づいた。

【生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の導き出し方・捉え方】

- 実現に至っていない課題に対して、予後予測を踏まえて判断し、支援の見通しを立てていくことが大切だと感じた。

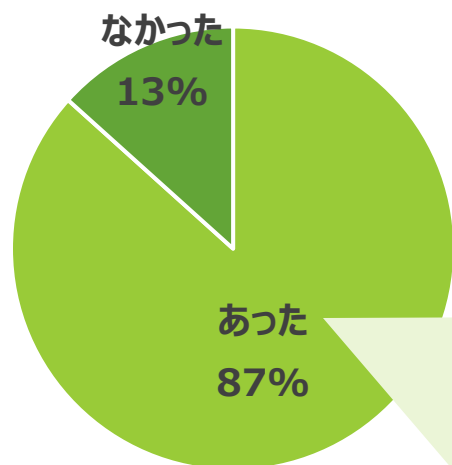
など



6 運営指導連動型のケアプラン点検

点検後アンケートの結果② ケアプラン

◆ケアプラン点検を受けて気が付いた点 【ケアプランについて】



気づきのあったポイント	割合
長期目標・短期目標の設定・記載の仕方	35%
生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の設定・記載の仕方	18%
福祉用具の位置づけ	16%
セルフケアの位置づけ	11%
家族等のインフォーマルサポートの位置づけ	10%
居宅介護支援経過の記載の仕方	5%
ケアチームとの連携	3%
サービス担当者会議の要点の記載の仕方	2%

【長期目標・短期目標の設定・記入の仕方】

- 目標の設定をより具体的に、そして実現可能と考えられる目標にすることで、チームの一体感やご本人、ご家族への意識付けにも大きく影響すると思った。
- 短期目標を具体的に記載する事で、誰が見ても本人らしさが伝わるプランになる事を意識する必要があると気づいた。

【生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の設定・記載の仕方】

- ニーズと意向は違うことを改めて認識した。
- これまで、課題・目標の設定の仕方が理解できておらず、課題が目標の内容になってしまっていたり、目標が利用者の意向にとどまっていた。しかし、点検で説明を受けて、まずは的確な課題を見つけ、目標も利用者主体の実現可能な内容としなければいけないと気付いた。

【福祉用具の位置づけ】

- 福祉用具を位置づける際も根拠を持って、それをケアプランに記載することが大切だと感じた。

など



6 運営指導連動型のケアプラン点検

点検後アンケートの結果③ ケアマネジメント

◆ケアプラン点検後のケアマネジメントで取り組んでいること（今後取り組もうと考えていること）

- 利用者本人や家族の言葉の奥にある思いを掘り下げて、生活のより具体的な改善のイメージを持てるように、意欲を引き出すケアプランとすることに取り組みたいと思う。
- ケアプラン2表の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）について、前向きで明るい意向を聞き出し、載せるようにしている。
- 可能な限り本人、家族の暮らしの聞き取り、医師の説明の聞き取りをこれからも努力したい。
- 医療機関との情報の共有や連携は、医療系サービスを利用していない利用者においても行っていきたい。



7 高齢者向け住宅対応型のケアプラン点検

◆点検の目的

区内高齢者向け住宅の適切なサービス提供を確保するため、介護保険サービスが入居者の自立支援や重度化防止に繋がっているかの観点から、過度なサービス提供や困り込み等の状況を確認し、介護支援専門員の質の向上と、入居者が真に必要なとする過不足のないサービスが提供されるよう促す。

※ 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）

◆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

◆点検対象事例の選定基準

次の①～③のいずれかの要件に該当するケアプランを対象として選定を行った。

- ①「区分支給限度基準額の利用割合が7割以上」かつ「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」
- ②「区分支給限度基準額の利用割合が7割以上」かつ「その利用サービスの6割以上が訪問介護サービス」
- ③「区分支給限度基準額の利用割合が7割以上」かつ「その利用サービスの6割以上が通所介護サービス」

◆点検結果の通知

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



7 高齢者向け住宅対応型のケアプラン点検

点検での確認事例

本年度の点検で確認された事例について、一部をご紹介します。

- ◆ 利用者のその人らしい生活を支援するために、生活歴や趣味、好きなこと等の個別性が捉えられていた。
- ◆ 認知症や精神疾患等で利用者からの聴き取りが難しい場合においても、サービス事業所から情報を収集したり、施設職員に普段の暮らしを確認するなどして、思いを理解しようと努めていた。
- ◆ サービスの見直しの際には、利用者の意向をふまえ、専門的な立場から情報提供や助言を行い、利用者の自己決定が支援されていた。
- ◆ 医師をはじめとする多職種で協働し、チーム連携が実施されていた。
- ◆ アセスメントで捉えた利用者の個別性がケアプラン作成に活かされていない。
 - ➡ 楽しみや暮らしぶり等の情報をヒントに、利用者がどうありたいかを探り、利用者らしさがケアプラン作成に活かされるとよいでしょう。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。
- ◆ できないことや介助が必要な状況に視点が置かれている。
 - ➡ 自立を支援するうえで、利用者ができること、していること、支援があればできること等のストレングスや可能性についても明らかにすることが大切です。できる可能性を探り、利用者がこれならできそう、取り組みたいと思える課題は何かを利用者にも聞き、利用者が望む暮らしを実現できるように支援していきましょう。
- ◆ セルフケアや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。
 - ➡ 介護保険・医療・福祉等のフォーマルサポート以外のインフォーマルサポートもケアプランに位置付けることで、利用者を含めたケアチームがどのような役割を担っているかが明確になります。また、利用者のニーズを解決するために、介護保険以外の社会資源の活用を多角的に検討し、どのような社会資源と結び付けられるのかを考えることが必要です。



7 高齢者向け住宅対応型のケアプラン点検

点検後アンケートの結果① アセスメント

ケアプラン点検実施後、点検を受けられた介護支援専門員からのアンケート結果はつぎのとおりです。

(集計対象：令和7年1月31日まで回答分)

◆ケアプラン点検を受けて気が付いた点【アセスメントについて】



気づきのあったポイント	割合
ストレングスの捉え方・考え方	25%
利用者のその人らしさ（個別性）の視点	20%
リスクマネジメントの視点（原因分析・将来予測）	20%
自立支援、尊厳保持および重度化防止の視点	10%
利用者および家族の困りごと・意向の捉え方・考え方	10%
家族等のインフォーマルサポート状況の把握	5%
高齢者向け住宅の支援状況の把握	5%
その他	5%

【ストレングスの捉え方・考え方】

- 状態が上向いてきているこの段階で、利用者のストレングスや今後できそうなこと等を改めて見直してみることにについての気づきがあった。

【利用者のその人らしさ（個別性）の視点】

- ケアマネからみた他人目線ではなく、利用者個人の本人らしさを考える視点の大切さに気付いた。

【利用者および家族の困りごと・意向の捉え方・考え方】

- ご本人が自身の病状について、どのくらい把握していて、どう考えているのかまでを追いかけていなかったと思いました。「多分だろう」と推測はできましたが、実際に言葉として訊いていないので、センシティブな部分ではありますが、様子を見て訊いていこうと思います。

など



7 高齢者向け住宅対応型のケアプラン点検

点検後アンケートの結果② ケアプラン

◆ ケアプラン点検を受けて気が付いた点 【ケアプランについて】



気づきのあったポイント	割合
長期目標・短期目標の設定・記載の仕方	40%
サービス担当者会議の要点の記載の仕方	20%
セルフケアの位置づけ	13%
モニタリングの考え方や評価方法	7%
高齢者向け住宅の支援の位置づけ	7%
その他	13%

【長期目標・短期目標の設定・記載の仕方】

- 似ている長期目標をまとめること。

【サービス担当者会議の要点の記載の仕方】

- 高齢者向け住宅とサービス事業所を兼ねる職員がサービス担当者会議に参加する場合、それぞれの立場で意見をもらって記載すること。
- 聴取した主治医の意見を書き込むこと。

【その他】

- アセスメントの1日のスケジュールには、ご本人のスケジュールを細かく記載しているのに、ケアプラン第3表の「主な日常生活上の活動」には簡単な記載のみになっていた。
- ケアプラン第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」にご本人・家族の意向を明記すること。

など



7 高齢者向け住宅対応型のケアプラン点検

点検後アンケートの結果③ ケアマネジメント

◆ケアプラン点検後のケアマネジメントで取り組んでいること（今後取り組もうと考えていること）

【アセスメント】

- より具体的に、利用者の言葉で数か月後にどのような生活を送っていたいか、1年後にはどうなっていたいかを視野に、アセスメントを通して目標の設定をしていきたい。
- ご本人のご意向や病状を、意見聴取の方法に注意しながらしっかり聞き取っていく。

【ケアプラン】

- 短期目標を具体的に記入した方が良いと思いました。



8 東京都ガイドライン方式によるケアプラン点検

◆点検の目的

東京都が示すガイドラインに基づき、介護支援専門員に対し、事前確認・面談・事後確認を通して、要介護高齢者等の心身の状況等に応じた適切なケアプランが作成されているかを確認、助言することで、ケアマネジメントの質の向上を図る。

また、『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などについて振り返り、区と介護支援専門員が一緒に確認を行うことで「気づき」を促し、「自立に資するケアマネジメント」とは何かをともに追求する。

◆点検対象

区内居宅介護支援事業所勤務の介護支援専門員

◆点検対象事例の選定基準

つぎの要件をすべて満たすケアプランを対象

- ① 練馬区が保険者で要介護認定を受けている。
- ② 区内在住の利用者である。
- ③ 事例提供者が継続して3か月以上担当している。
- ④ ケアプランが現在進行中である（入院中等でない）。
- ⑤ 困難事例、虐待案件でない。

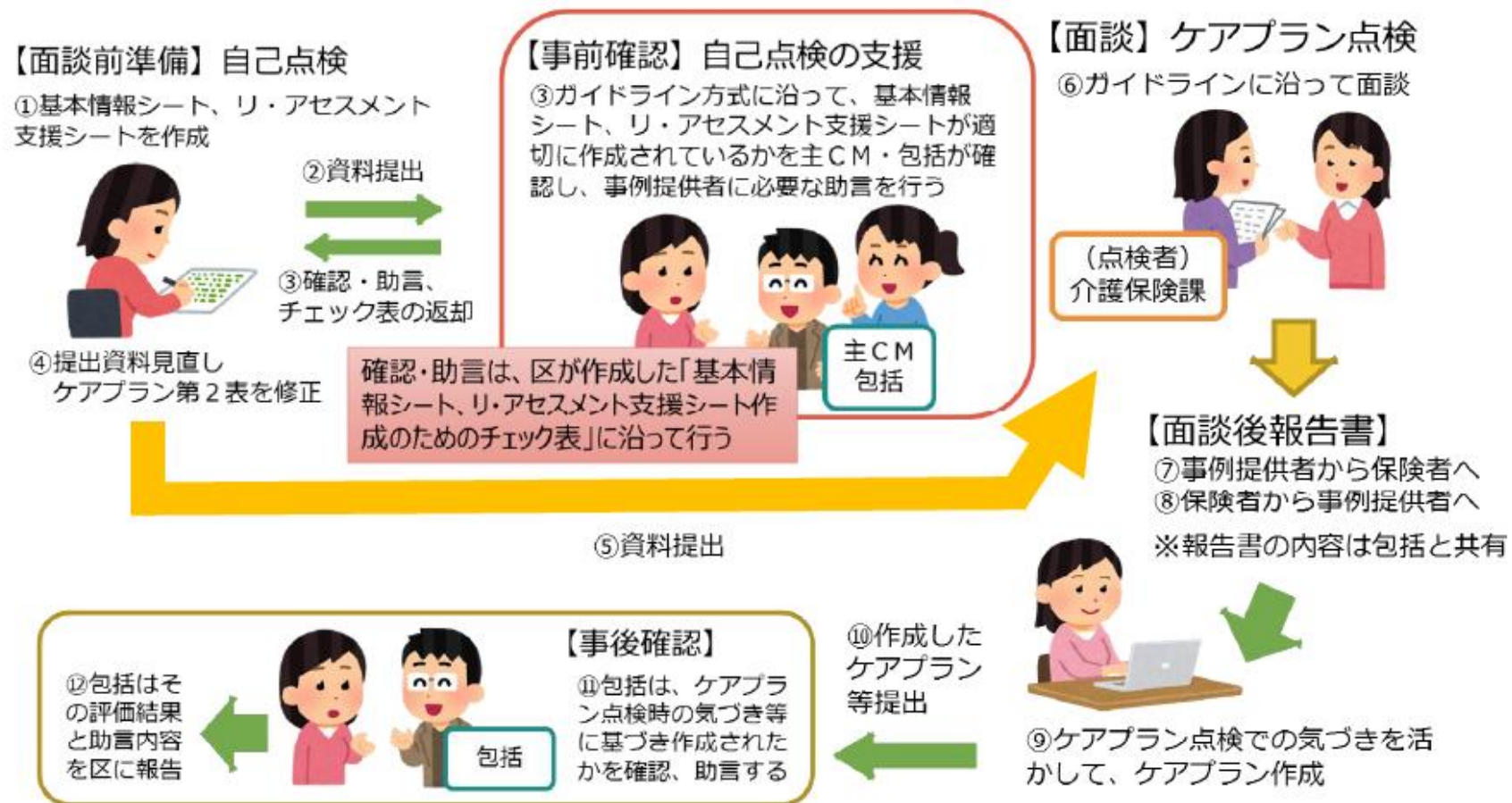
◆点検結果の通知等

対面または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



8 東京都ガイドライン方式によるケアプラン点検

点検実施の流れ

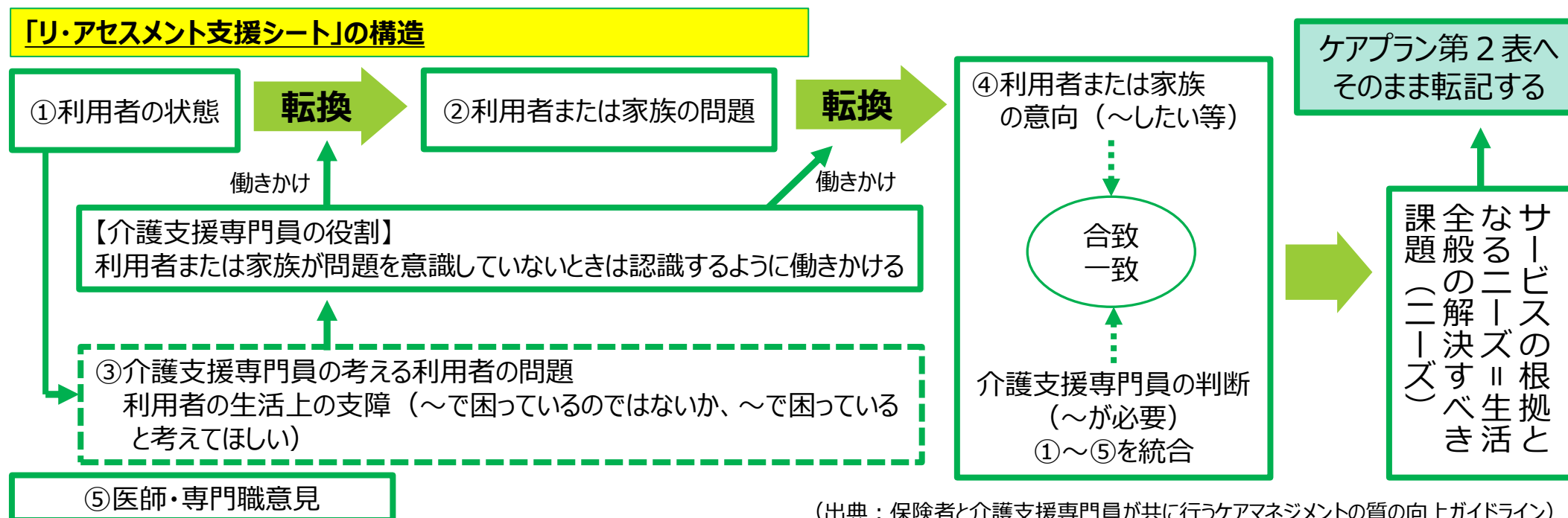


8 東京都ガイドライン方式によるケアプラン点検

【参考】 リ・アセスメント支援シートの構造

「リ・アセスメント支援シート」はシートを記載することにより、利用者が自分らしい生活を営めるように、利用者の生活を活性化させるための「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を適切に導き出すことができるように作成されています。

そのため、「リ・アセスメント支援シート」を眺めることにより、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」とそれに基づく「ケアプラン第2表」が適切なものになっているかを確認できます。



（出典：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）



8 東京都ガイドライン方式によるケアプラン点検

点検での確認事例

本年度の点検で確認された事例について、一部をご紹介します。

- ◆ 利用者がどのような暮らしを望んでいるのかを踏まえた上で、生活改善の見通しを立て、利用者の持つ力や強み、社会資源を活かしながら支援の方向性が見立てられていた。
- ◆ 利用者の健康状態について、状態から医師・専門職等の意見までが詳細に分かりやすく記載され、介護支援専門員の判断根拠も明確となっていた。
- ◆ 前向きに自分のケアマネジメントを振り返り、今後に活かしていこうといった姿勢が感じられた。
- ◆ 利用者の特性等を踏まえた上でインフォーマルサービスに着目し、地域での資源がないかなどを地域包括支援センターに相談されているケースがあり、地域の中で密に連携が図られている様子がわかった。
- ◆ 情報は把握しているが課題分析に活かされていない。
 - ➡ 情報の整理ができると、情報を分析に活かすことができます。客観的な情報と主観的な情報を分けて、事実と憶測、意見、強みと弱みなどを整理し、情報と情報の繋がりを見ながら情報の意味を考えましょう。
また、課題分析では、因果関係を捉えながら原因などの仮説を立て、その仮説を利用者に投げかけ、意見を聞き、情報の本質を見極めることが大切です。ケアチームの意見も活かし、将来予測などを見立てていくことも重要です。
- ◆ サービス利用を前提としたニーズが見受けられる。
 - ➡ 利用者から「デイサービスに行きたい」などのサービスの要望が挙がった場合には、そのサービスを利用したい理由を掘り下げ、要望が「どこに向かっているのか」「何を望んでいるのか」などの真意を引き出します。「デイサービスに行きたい」という利用者の言葉を掘り下げることによって、「友人に会って楽しく会話をしたい」「お風呂に入って身体を休めたい」など、言葉の根底にある真意や意欲、ありたい姿が見えてくるかもしれません。



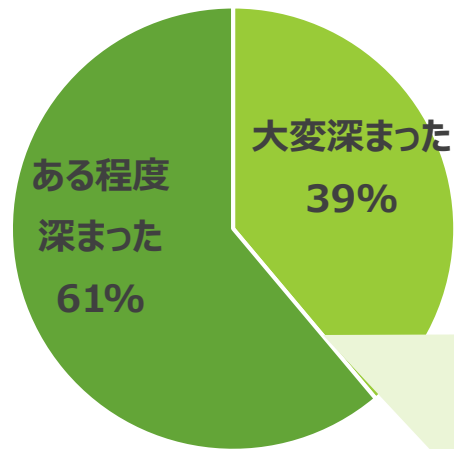
8 東京都ガイドライン方式によるケアプラン点検

点検後アンケートの結果① アセスメント

点検を受けた介護支援専門員からのアンケート結果はつぎのとおりです。

(集計対象：令和7年1月31日まで回答分)

◆リ・アセスメント支援シートを活用したアセスメントの理解について



※「あまり深まらなかった」「深まらなかった」の回答は0%となった。

理解が深まったポイント	割合
問題（困りごと）の捉え方・考え方	22%
利用者意向、家族意向の捉え方・考え方	22%
維持・改善の要素（可能性）、利点（ストレングス・強み）の捉え方・考え方	20%
生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の導き方・捉え方	20%
情報収集の仕方	15%
その他	1%

「大変深まった」を選択した理由について

- 生活の課題から関連、整理していくまでの過程の理解が深まりました。
- 情報を事業者から集めてまとめることでさまざまな角度からアセスメントができた。

「ある程度深まった」を選択した理由について

- ニーズについて、他者視点が入ることで関連性が俯瞰、整理できたと感じたから。
- どんな情報を聞き出していくか、家族や関係者へ聞くべきことについて分かった。
- リ・アセスメント支援シートを使用することで、利用者・家族像がわかりやすく、分析できると感じた。

など



8 東京都ガイドライン方式によるケアプラン点検

点検後アンケートの結果② ケアマネジメント

◆ケアプラン点検後のケアマネジメントで取り組んでいること（今後取り組もうと考えていること）

【利用者主体】

今後、利用者さんが楽しみのある生活を送るために、その方の強みや長所、いいところを組み入れ、その人らしいプランになるように取り組んでいきたい。

【アセスメント】

今後はまずサービスありきではなく、その先の利用者の生活に目を向けていきたい。

【ケアプラン作成】

ケアプランは、利用者が楽しみのある幸せな生活を送るためのものであることを念頭に置き、「～したい」「～できるようになりたい」という思いについて、どうしてそのように思うのか？と、その真意について考えることが必要。「どうしてできないのか？」についても要因は一つではなく、病気や身体機能、認知機能、環境、意欲等、多面的に考えることが大切であり、その上で本人の意欲を引き出す目標を設定したい。



8 東京都ガイドライン方式によるケアプラン点検 点検後アンケートの結果③ 事前確認担当主任介護支援専門員による気づき

東京都ガイドライン方式を活用したケアプラン点検では、事前確認を担当された地域の主任介護支援専門員にもアンケートを実施しています。本年度の点検での事前確認担当主任介護支援専門員の気づきの結果は、つぎのとおりです。

◆ 利用者主体

利用者の強みに着目するようになった。強みを活かすことで日常生活が活性化され、生きがいに繋がるようなケアマネジメントを意識するようになった。

◆ ケアプラン作成

常に頭の中にリ・アセスメント支援シートをおいて分野別にアセスメントしていくことで、より利用者の意向を活かせるケアプラン作成ができると思った。

◆ 今後の取組について

- より多くのケアマネに参加してもらい、アセスメント力を向上できるようにすることが必要。
- 点検事業に参加することで、自らのケアプラン作成の視点作りにも役立つだけでなく、面談技術の応用の場としても有り難く活用させていただいてる。



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。

◆ 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、利用者ができないか把握する。



9 自立支援に向けたケアプラン作成のポイント②

◆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。

◆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。

