

令和 6 年度 ケアプラン点検について

～自立支援に資するケアマネジメント
(目標志向型ケアマネジメント)の実現に向けて～

都城市 健康部 いきいき長寿課 地域包括ケア担当

本資料のホームページ掲載の目的

市内の全居宅介護支援事業所に対し、

ケアプラン点検の結果を報告するとともに、

点検の過程で把握した課題を共有することで、

ケアマネジメントのさらなる質の向上を図ることを目的としています。

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。

良くなる可能性を様々な観点から検討し、改善への可能性を諦めないという考え方に基づき、現状評価と解決に必要な視点の共有を目的として実施します。



ケアプラン点検の実施状況

	令和 4 年度	令和 5 年度	令和 6 年度
居宅介護支援事業所数	22ヶ所	33ヶ所	44ヶ所
ケアプラン点検件数	48件	83件	96件
対象	◇都城市が点検対象として抽出したプラン（要介護1～3かつ通所介護利用13回以上／月等） ◇サービス付き高齢者住宅及び住宅型有料老人ホーム入居者プラン等		
実施方法	◇市から事業所へ介護支援専門員 1 人につき 1 件のケアプラン提出を依頼 ◇提出されたプランを基に、市職員と介護支援専門員が対面またはオンラインにて、1 時間～ 1 時間半で面談を実施 ◇面談後、個別にケアプラン点検評価表・アンケート依頼を送付		
評価方法	宮崎県版ケアプラン点検支援マニュアル(令和3年4月)掲載「ケアプラン点検支援マニュアルチェックシート」、厚生労働省老健局振興課、「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介護保険最新情報 Vol. 1178、株式会社NTTデータ経営研究所、「ケアプラン点検項目マニュアル」を基に作成したケアプラン点検評価表にて、 「◎:良く記載できている」、「○:必要項目は概ね記載」、「△:あと一歩記載があると良い」で評価		



ケアプラン点検において、着目すべき点、適切なケアマネジメント手法の活用についてもお伝えしています。適切なケアマネジメント手法は、利用者・家族の生活状況やその変化を把握する体制を構築する為に、今までよりももう一歩踏み込んだアセスメントを行い、状況を的確に分析し、見通しを立てられるチーム体制を整え、運用する為のツールとなります。

基本情報・アセスメントについて①

アセスメント評価項目 ※ R6年度ケアプラン点検において、未記載・未把握が多かった項目について掲載	◎	○	△
これまでの生活と現在の状況：これまでの生活歴(生育歴・職歴・交流等)は趣味など価値観や強みを引き出す情報として、現在の生活状況と区別して記載している	40	40	16
社会保障制度利用情報：被保険者情報、年金受給(種類・金額)・生活保護・各種手帳の有無、その他社会保障制度等の利用状況を記載している	58	27	11
日常生活自立度（障害）及び認知症高齢者の日常生活自立度について、判定を確認した書類、認定年月日、及びケアマネからみた現在の自立度を記載している	36	53	7

(96件/44事業所)

◇初回相談の経緯、これまでの生活歴(生育歴・職歴・交流等)・趣味嗜好・価値観について

・出生場所、最終学歴、成人期～現在の就労、社会活動、結婚、受傷・発症前までの生活など、現在までの生活状況を知ること、本人が暮らしの中で続けていきたいことを知る手掛かりになります。更に、趣味嗜好等も把握することで、本人を支える活動や資源に結び付けることができます。アセスメントでは「その人なりの」の解決方法や暮らしの工夫をご本人と一緒に見つけます。そのためには、生育歴まで知らねば対応はできません。初回で聴くことが困難であったとしても関係性を築きながら丁寧に聴きます。本人の人生や人となりを把握でき、本人が『望む生活』や『これまでにどのように乗り越えてきたか』を把握することにつながります。

◇年金受給(種類・金額)・生活保護・各種手帳の有無等について

おおよその収入、年金の種類、介護に充てられる費用等、経済状況について把握することで、必要な情報提供やサービス調整ができ、より個別化の進んだ支援の検討が期待できます。また、本人や家族の価値観を知る手掛かりにもなります。



基本情報・アセスメントについて②

アセスメント評価項目 ※ R 6年度ケアプラン点検において、未記載・未把握が多かった項目について掲載	◎	○	△
健康状態・心身の状況:身長・体重・BMI・血圧、既往歴(時系列整理)、主傷病の状況と影響・主治医との連携(歯科医の有無含む)の頻度、方法等)、服薬(内容・頻度・方法等)、自身の健康への理解や意識状況等を把握している	30	50	16
生活リズム：1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的活動の程度（内容・時間・活動量等）、休息・睡眠状況等を把握している	39	42	15

◇身長・体重・BMI等について

検査値や体重の増減、BMI（栄養状態の把握）、口腔や服薬等、現病の状況や生活への影響含め、客観的な情報(健康指標としての数値化)を記載します。既往歴は時系列に整理すると変化が分かりやすく、予後予測もしやすくなります。

◇生活リズムについて(課題分析標準項目の一部改正による新設項目)

不規則な生活は活動性を低くし、体力低下から虚弱化となり、家族のストレスや介護負担が増します。生活リズムを一緒に確認していく中で、自身の生活を振り返る機会となり、気付きやセルフケアに繋がるヒントが得やすくなります（例：水分摂取のタイミングや量など）。



基本情報・アセスメントについて③

アセスメント評価項目 ※ R6年度ケアプラン点検において、未記載・未把握が多かった項目について掲載	◎	○	△
食事摂取状況：食事摂取（形態・回数・内容・量・栄養状態）・嚥下機能、 栄養・水分量(必要な量・実際の量) 、食事制限等の有無、準備をする人等を概ね把握している	29	52	15
居住環境：日常生活環境（浴室、トイレ、食事場所、生活動線等）、 危険個所の有無 、整理や清潔の状況、室温保持、環境維持の為の機器等、自宅周辺の環境や利便性等について 見取り図等 を活用し確認している	55	29	12

◇栄養・水分量の把握について

水分や食事の摂取量は、体調変化の原因をアセスメントする際に重要な情報です。水分不足は「脱水」や「意識レベルの低下」に繋がり、予防の観点からも必要な水分量と日常の摂取量を数値で把握することは必須です。食事評価・食事制限のある場合はカロリーや食事内容を把握していることが望ましいです。

◇住宅の見取り図、施設全体の見取り図、危険個所の把握

具体的な距離や自宅内の本人の動線等も分かれば記載します。施設の場合は、居室の状況を施設全体の見取り図とともに記載又は添付し、共用スペースまでの距離や留意点、散歩をする方であれば周辺施設等、生活上の動線を記載しておくことで生活がイメージしやすくなります。



居宅サービス計画書 第1表

居宅サービス計画書 第1表評価項目 ※ R6年度ケアプラン点検において、未記載・未把握が多かった項目について掲載	◎	○	△
利用者及び家族の意向は、「望む生活」への意向として、具体的に聞き取りを行い、将来の見通しを踏まえた「今後の方向性」として課題分析の結果を記載している	38	46	12
援助の方針は「望む生活」への ケアチームとしての共通方針 として、 留意点や緊急時の対応等 、全員が理解・共有し、観察・配慮する内容を含めた方向性が具体性をもって記載している	38	50	8

◇利用者及び家族の意向について

- ・「ニーズが解消された後に、どのような暮らしをしたいと願っているのか。」を「意向」として示します。誰とどこで何をしてどうありたいか。生活や役割、楽しみなどをヒントに掘り起こし、少しでも心地よい状況が聞き出せたら、そこから枝葉を広げ、“言葉”として表します。
- ・意思表示が難しい場合でも、生活歴（長年大切にしてきたことを含む）や普段の生活の中での様子（生活行為のひとつひとつを振り返り、どのような時に楽しそうにされているか等）から家族やケアチームから見た状況などを踏まえ、可能な限り本人の気持ちを代弁します。
- ・家族の意向は、家族のうち誰の意向なのか分かるように続柄または名前を記載してください。

◇援助の方針について

- ・緊急時の対応機関や連絡先、どのような場合を緊急事態と考えるか、対応の方法等について、記載することで、ケアチームの中での共通認識をはかることができ、本人家族の安心に繋がります。



居宅サービス計画書 第2表

居宅サービス計画書 第2表評価項目 ※R6年度ケアプラン点検において、未記載・未把握が多かった項目について掲載	◎	○	△
「短期目標」は個別サービス計画の指標でもあり、長期目標を細分化し、取り組みや成果が見えやすい動作目標等で設定(数値化含む)する等、具体的に表記している	16	62	18
サービス内容を適切に提供するための「サービス種別」として「本人」を位置づけ、小さなことでもよいので「役割」を記載している	37	34	25

◇短期目標について

ニーズはより良い生活（自立性とQOLの向上）を達成する為に解決すべき課題であるとともに、本人の望む生活と現状の差を埋める為の利用者自身の取り組みを示します。そのためには、利用者及び家族の話を丁寧に聞き、その意向や多職種の意見を踏まえた上で、専門職である介護支援専門員が見立てて判断するものと考えます。介護支援専門員として、「ニーズ発見に必要な情報は何か」を知り、「情報を集める技術を身につけ、実際に用いること」、そのための「基礎知識を習得する」ことが必要となります。

どのようなところに課題があるか、アセスメントで明確にしておくことで、原因の解決になるような具体的な短期目標・長期目標を共有していくことができます。

短期目標は、すぐに始められる「取り組み目標」として、的を絞った具体的な表記（洗濯たたみ、掃除機かけなど）をすることが大切です。また、数値化をすることで、モニタリング時も評価がしやすくなります（例：家の周り1周を散歩、廊下を3往復、水分を1,500cc摂取など）

◇サービス内容について

小さなことでもよいので、本人の役割を位置づけることで、意識づけや意欲につながります。また、本人・家族・事業所の役割が明確になります。

福祉用具を記載する場合は、福祉用具を活用することでどのような生活行為(動作)が可能になるか等、活用した先の生活がイメージできるよう記載すると良いです。



居宅サービス計画書 第3表・4表

居宅サービス計画書 第3表評価項目 ※R6年度ケアプラン点検において、未記載・未把握が多かった項目について掲載	◎	○	△
生活がイメージできるよう1日の生活（起就床、食事、服薬、排泄の他、口腔ケア・水分摂取、入浴、日課や介護者の関わり（不在時間含む）を具体的に記載している	37	51	8
福祉用具や短期入所、受診先・頻度、家族支援含め、週単位以外のサービスを記載している	35	52	9

◇「主な日常生活上の活動」欄について

「家族の支援内容（食事の準備・入浴見守り等）」や、同居の場合は、「家族の不在時間・帰宅時間」等も記載することで、生活像が見えてきます。

「服薬（朝・昼・晩など）」・「本人の日課（洗濯（干す・取り入れる）・散歩等）」等や「口腔ケア・水分摂取等のセルフケア」、施設の場合、「巡視」があれば、記載することで本人の生活リズムが可視化することができます。

◇「週単位以外のサービス」欄について

「受診先や頻度」・「家族による支援や頻度」等を記載することで、本人を支える生活全体が見えやすくなります。

サービス担当者会議の要点 第4表 ※R6年度ケアプラン点検において、未記載・未把握が多かった項目について掲載	◎	○	△
利用者、家族、サービス担当者、主治医等の出席を求め、会議を開催している	72	20	4
検討内容は短期目標の妥当性を基に、検討項目ごとに記載している	59	27	10

◇検討項目について

欠席者の記載がない場合が稀に見られました。欠席者は、会議開始前に照会の上、欠席理由を含め記載します。
検討項目が複数ある場合は、検討した項目、検討内容、結論に番号をふることで、内容が分かりやすくなります。



居宅サービス計画書 第5表

居宅介護支援経過 第5表 ※ R6年度ケアプラン点検において、未記載・未把握が多かった項目について掲載	◎	○	△
5W1Hを意識し項目ごとに整理する等、誰もが理解できるよう記録している	63	31	2
アセスメントから計画書交付・個別計画の整合性確認までの基本手続きを常に意識して記録している	40	43	13

◇ 5W1H（いつ・どこで・誰が・何を・なぜ・どのようにして）について

時間の記載がない場合が度々見られました。専門職とは記録で働く職種でもあります。時間軸を意識し、目的や判断を記録として残すことで、思考過程が整理しやすくなります（思考の言語化）。「言葉」として表すことで「知る」→「考える」→「選択する」ことが容易になり、介護保険の理念である「利用者の選択」に繋がります。

◇ 基本手続きについて

サービス担当者へのプラン交付や、援助計画の提出・受領、プランとの連動性・整合性の確認まで、基本手続きを意識して記載することが必要です。ケアマネジメントの核となるのは“ケアの提案と根拠、効果の予測”であり、介護支援専門員の責務はケアの根拠の提示にあります。説明・同意・交付は何故必要とされるのか。評価軸を意識した適切な記録とは何か、効率化を含め組織での検討も必要です。

モニタリング

モニタリング ※ R 6年度ケアプラン点検において、未記載・未把握が多かった項目について掲載	◎	○	△
評価月には取り組みの効果（改善・維持・悪化）を踏まえ計画内容の修正や計画変更についての方向性を含め記載している	45	38	13

◇ 総括について

モニタリングの目的は、ケアプランに位置づけた社会資源がねらい通りに機能しているかを観察・評価し記載することにあります(サービス利用状況の確認だけでは不十分)。モニタリング様式に総括欄がない場合にも総括を意識し、評価月には、半年間を振り返った変化や効果を確認・記載し、次回のアセスメントの視点として活用していくことで、望む生活に近づく為の能動的なケアプランとなります。



令和 6 年度 ケアプラン点検後のアンケート結果

Q. ケアプラン点検を受けて、考え方に変化がありましたか

※96名回答（回答なしの項目一部あり）

	変わった	どちらかといえば変わった	どちらかといえば変わらない	変わらない
（１）自立支援の考え方	32	43	12	6
（２）アセスメントの視点	43	41	6	3
（３）アセスメント結果からニーズを導き出す方法	23	52	12	6
（４）ニーズに基づく目標の設定方法	25	49	12	5
（５）目標を達成するためのサービス種類・内容・頻度・期間の設定目標	23	35	27	8
（６）介護保険以外のインフォーマルサービスの利用	16	35	37	5
（７）利用者及び家族に対してのアプローチ方法	27	43	19	4

Q. 具体的にどのような点が変わりましたか

【アセスメント】

- ・元気な時に好きだった事や生活歴にもう少し目を向けることで、個別性のあるプランを作成できるのではと思った。
- ・どの動作が出来ていて、どの部分に介助が必要なのか等の記載することで本人のニーズを導き出しやすくなることに気づいた。
- ・採血データや水分量、食事量など、医療的な部分のアセスメントをとっていくことが必要だと思った。
- ・年金額も、在宅でサービスを利用する場合、現在の利用負担ばかりに視点がいつってしまう。今後を考えた時に確認は必要と実感。
- ・施設入所の利用者の方でできることが限られている、と先入観があった。

【目標の具体化・数値化】

- ・本人の取り組み目標として数値を具体的に位置づけることでモニタリングの変化が分かりやすくなる点に気づかされた。
- ・「不安」や「できない」を分析し、具体的にすることが目標に繋がる。
- ・目標を「転倒しない生活」や、「安全な歩行ができる」等で設定していたが、安全な歩行をして何がしたいか具体的に本人のなりたい姿を記入するようにする。

Q. 具体的にどのような点が変わりましたか

【役割について】

- ・デイでの役割や自宅での役割をサービス内容に記載すると個別化に繋がる点。
- ・サービス内容は本人家族の援助内容、役割も記載し意識付けしていくこと。

【多職種連携】

- ・口腔ケアに対する専門職の意見を情報共有し、何に困っているのかを確認、多方面でアプローチすることができた。

【インフォーマルサービス】

- ・ケアプランにインフォーマルサービスをもっと活用していく必要があると感じており、地域の社会資源の把握と理解を深めて、今後のケアプラン作成に反映して行きたいと思う。
- ・夜間の定期巡回について、インフォーマルサービスという考えがなく、当たり前のことだと無意識に考えていた。
- ・介護保険サービスを円滑に進めようとするあまり、インフォーマルサービスの記載がおろそかだったことは普段から気付いていた。面談で助言を受け、再確認できた。



Q. 提出した事例と同様のプランについても見直すきっかけになりましたか

はい	いいえ	同様のプランはない
81	1	7

89名回答

Q. 提出した事例は、今後どのようにプラン作成（見直し）を行いますか

- ・ 本人の困ったことは何もないという言葉の裏側の部分の想いをくんで行きたい。
- ・ 服薬管理や食事支援等、個別性を取り入れた計画書を作成していきたい。
- ・ 医師の指示を受ける際の内容について、必要性を明確にし、助言が得られやすい工夫をしていく。
- ・ 施設の中でも本人ができることや役割を持ち、生きがいを感じてもらえるようなプランを作っていきたい。
- ・ アセスメントで聴取したことをプランに活かせてなかったなので、今後はプランに繋がるようにしていきたい。
- ・ インフォーマルな支援の在り方を取り入れることで、より地元の資源を活用した柔軟な見直しに繋げていきたいと思います。
- ・ アセスメントの内容で聞き取れていないところ、状況把握が出来ていない部分があると思った。今後は適切なケアマネジメントの手法も参考にしながら、漏れの無いよう支援に繋げていけたらと思う。

Q. ケアプラン点検に出席した感想をご記入ください

【振り返りになった・気づきになった・学びになった】

- ・自分になかった視点での意見を頂き、新しい気づきを沢山得ることができた。ケアプランを振り返る良い機会になった。
- ・現状のプランを変更する必要はないと思い込んでいたが、一つの項目からも、いくつかの問題点が考えられるところがあり、定期的なプランの見直しや作成の仕方について改善していきたいと思った。
- ・自分のケアプランやケアマネジメントに自信が持てていなかった。今回の点検を受けてより詳細に具体的にプラン作成する事の大切さを学ぶことができた。
- ・ひとりよがりのプランになりがちでケアプラン点検は非常に勉強になり今後活かしたいと思う。
- ・適切なケアマネジメント手法の活用法や個別性のある計画作成方法等、アドバイスをいただきありがとうございました。

【面談の雰囲気・内容について】

- ・決して否定等されずCMが考えたプランに寄り添うように細かい点に助言を頂き感謝している。
- ・お話を良く聞いてくださり教えて頂く中で、自分で気付くことができるような流れを作って下さって、私は楽しかったと思った。
- ・どのような思いを込めて作成したのかを、意図をしっかりと聞いてくださったのもあり、不安なく確認していくことができた。

参考文献

- ◇宮崎県・一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会、『宮崎県版ケアプラン点検支援マニュアル』，令和3年4月
- ◇株式会社NTTデータ経営研究所、『ケアプラン点検項目マニュアル』，令和6年3月
- ◇株式会社日本総合研究所、『「適切なケアマネジメント手法」の手引き』，令和3年3月
- ◇厚生労働省老健局振興課、『「ケアプラン点検支援マニュアル」の送付について 介護保険最新情報Vol.38』，平成20年7月18日
- ◇厚生労働省老健局振興課、『「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について 介護保険最新情報Vol.379』，平成26年6月17日
- ◇厚生労働省老健局 認知症施策・地域介護推進課、『「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 介護保険最新情報Vol.958』，令和3年3月31日
- ◇厚生労働省老健局 認知症施策・地域介護推進課、『「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（介護保険最新情報Vol.958等の再周知） 介護保険最新情報Vol.1049』，令和4年3月24日
- ◇厚生労働省老健局振興課、『「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 介護保険最新情報Vol.1178』，令和5年10月16日
- ◇株式会社日本総合研究所、『「ケアプラン点検お助けガイド」』，令和元年10月
- ◇公益財団法人東京都福祉保険財団、『「居宅ケアプランの作り方」』，平成27年10月
- ◇年友企画『「完全版 ケアマネジメントの職人」』，平成21年3月