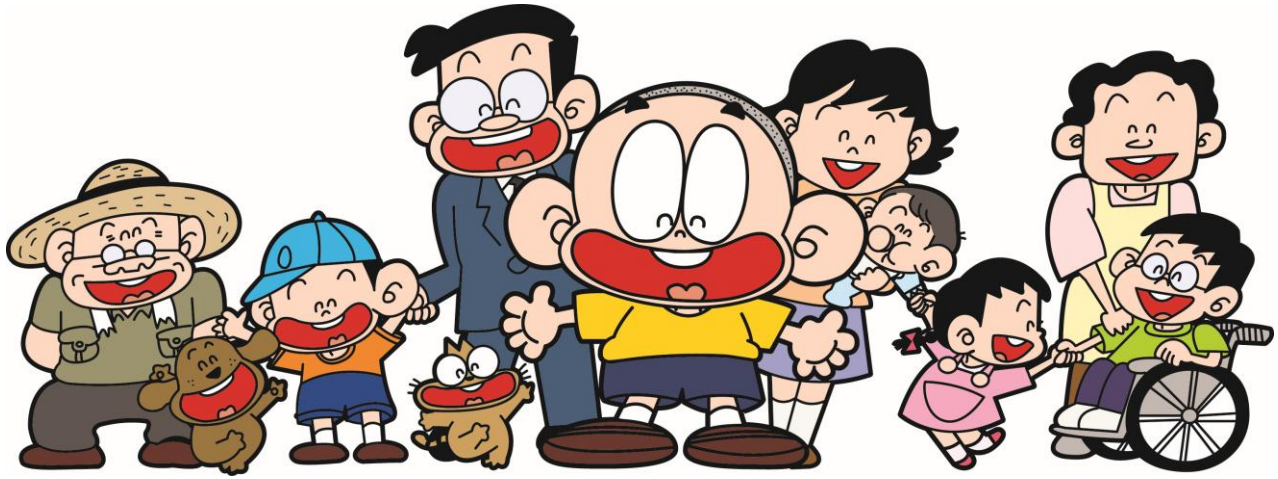
ケアプラン点検から見えてきた計画作成のポイント

～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

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について、基本となる事項を点検員とともに検証・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。

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　２ページ

基本情報・アセスメントについて（1）～（5）

アセスメント	(1)基本情報：ケアプラン作成経緯（相談内容・初回相談の経緯）。課題分析標準項目（２３項目）は適切なケアマネジメント手法の手引きを参考に情報収集ができている (2)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 (3)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 (4)現在利用している支援や社会資源：介護・医療・障害福祉、自治体・民間(配食・見守り等）のインフォーマルサポート、施設備品・有償サービスを把握している (5)日常生活自立度（障害）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

●相談の経緯（誰からか）を明確にし、改定に伴う追加項目（生活リズム、BMI、水分量、自立度など）の、客観的情報を交えて整理・記載する。
●生活史（生育歴・職歴・趣味・価値観等）を時系列で具体的に把握し、「現在の生活状況」と区別して記載することで、本人の強みや「したい生活」のヒントとしてプランに活かす。
●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で、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る。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る。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る。
●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げる。
●今後の具体的な支援方向の提示や家族の負担・心情を把握するため、年金の種類や金額、障害者手帳の有無・等級などを確認・記載する。
●医療（訪問診療の頻度・病院名等）や有償サービス、インフォーマルサポートを含め、現在利用している全ての資源やサービス中止の経緯を具体的に記載する。
●主治医意見書や調査書とは別に、ケアマネジャー自身から見た「現状の見立て・自立度とその理由」を明確に記載することが望ましい。

基本情報・アセスメントについて（6）～（10）

アセスメント	(6)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 (7)利用者、家族(続柄)の主訴や意向をそれぞれ個別に聞き取れている (8)認定情報の内容（要介護区分・期間・審査会意見含む）を確認している (9)今回のアセスメント理由(今回の実施に至った理由：初回・更新・区分変更・サービスの変更・退院退所、入所・転居等)を具体的に記載している (10)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

●主治医意見書や調査書とは別に、ケアマネジャー自身から見た「現状の見立て・自立度とその理由」を明確に記載することが望ましい。
●主治医の見立てと異なる際には、現状の背景（エピソード等）を含めて情報提供を行うことが大切である。
●介護度の誤記載に注意し、常に最新の情報を確認して正しく記載する。
●なぜこのタイミングでアセスメントを行ったのかが振り返れるように記載する。初回・更新・区分変更・短期見直しなど、実施に至った理由を具体的に記載する。
●既往歴は入院先や期間を含め時系列で整理する。BMI・体重変化・検査値等の客観的情報を把握し、栄養状態の確認や主治医からの具体的な助言・連携に活かすことが重要である。
●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)を記載する。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る。

基本情報・アセスメントについて（11）～（15）

アセスメント	(11)ADL：座位・立位保持、立ち上がり、移動方法（杖・車いす等利用の有無）、歩行、階段昇降、食事、整容・更衣、入浴、トイレ動作等。「一部介助」の一部できること・できないこと、「見守り」の必要な内容を具体的に記載している (12)IADL：調理、掃除、洗濯、買い物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関利用、車の運転等。「一部介助」の一部できること・できないこと、「見守り」の必要な内容を具体的に記載している (13)認知機能・判断能力：日常の意思決定の為の程度・判断力、認知症診断がある場合は専門医との連携及び状況（頻度や状況、背景要因等）の把握＊生活への影響について本人・家族の思いや関わりを具体的に把握している (14)コミュニケーションにおける理解と表出：視覚・聴覚等の能力、言語・非言語による意思疎通）、機器・方法等（電話・PC・スマホ含む）について把握している (15)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

●できること・できないこと、見守りの内容を具体的・数値的に記載し、福祉用具の選定根拠や転倒等のリスク分析、自立に繋がる予測に役立てる。
●本人と家族がそれぞれ行っている活動を整理し、一部介助や見守りの状況、習慣化している役割を分析してプランや自立支援に活かす。
●物忘れや行動障害の具体的エピソード・頻度・背景要因（脱水や体調、環境の影響）を本人の思いと共に把握し、専門医との連携や生活面の見直しに繋げる。
●視覚・聴覚障害の状況や、それによる生活・移動への支障（リスク）を把握し、非言語コミュニケーションや機器（スマホ等）の具体的な活用・工夫を記載する。
●起床・就寝、食事、服薬、排泄、水分、日課などを時間軸（可視化）で具体的に把握し、生活課題の発見やチームでの共通認識・体調管理に活かす。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る。

基本情報・アセスメントについて（16）～（20）

アセスメント	(16)排泄の状況：場所・方法、尿・便意の有無、失禁・後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング、排便間隔等）、排泄上の困りごとを把握している (17)清潔保持に関する状況：入浴や整容、皮膚や爪（清潔・異常の有無等）、寝具や衣類（汚れの有無・交換頻度等）＊清潔保持・皮膚トラブルの原因等を把握している (18)口腔内の状況：自歯（本数等）・義歯、噛み合わせ・口腔内、口腔衛生・ケア等を把握している (19)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 (20)社会との関わり：家族等（家庭内役割、同居外の家族含む）、地域・仕事（意欲・役割・内容）等、活動・参加の内容(外出先・頻度)を具体的に把握している

●昼夜の排泄回数、タイミング、排便リズム（特に既往症との関連）を具体的に把握し、尊厳保持・自立支援のための工夫（座位排泄の機会等）や原因分析を深掘りする。
●入浴や更衣の状況・習慣（自宅浴とデイの目的の違い、本人のこだわりやルーティン等）を把握し、皮膚トラブル（かゆみ等）の原因も含めて目標に反映させる。
●自歯の本数や義歯の適合状態、ケアの頻度を把握し、誤嚥・肺炎リスクの予防や今後の咀嚼・運動能力への影響を予測した支援を検討する。
●食事形態・内容のほか、水分の必要量と「実際の摂取量・タイミング」を具体的に数値で把握し、認知機能低下や排泄・体調への影響を踏まえた意識付け・連携に活かす。
●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ある。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。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。
●家庭内や地域・施設での役割、趣味・外出の頻度や行き先を具体的に把握し、本人の意欲向上や生活動作の維持・プランの活動に繋げる。

基本情報・アセスメントについて（21）～（24）

アセスメント	(21)家族等の状況：日常生活・意思決定にかかわる家族等（関係、居住環境、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援の参加状況（意思・負担感・影響等）、特に配慮すべき事項や支援体制を把握し、ジェノグラム等を用い記載している (22)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 (23)その他の留意事項：①特に配慮すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りがない・外国人の方、医療依存度が高い・看取り等）等生活に何等かの影響を把握している (24)その他の留意事項：②項目間で関連する課題を抽出し意向と照らし合わせ、分析結果として具体的に文章化している

●ジェノグラム等を活用し、家族それぞれの居住・就労環境、役割分担、介護負担感、今後の意向を詳しく把握し、予後予測や支援体制の検討に活かす。
●見取り図を活用し、室内の段差・危険箇所・生活動線上の移動距離（施設全体を含む）を具体的に記載し、本人の移動イメージの共有やリスク分析に活かす。具体的な距離や自宅内の本人の動線等も分かれば記載する。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と生活がイメージしやすくなる。
●金銭トラブル、経済的困窮、虐待、後見制度の検討など、生活に重大な影響を及ぼす状況や経緯を正確に把握し、誤記載のないよう記録に残す。
●アセスメントの各項目を深掘りし、背景にある原因や課題を分析・抽出した上で、将来の生活を見据えたサービスの必要性の根拠として具体的に文章化する。



確認しておきたい　適切なケアマネジメント手法　基本ケア項目

№１疾患管理、№２併存疾患、№５望む生活、№６１週間のリズム
№14緊急時の対応、№15本人の意思を捉えるエピソード

第１表　居宅サービス計画書

第１表	(1)記載事項に漏れがないよう、すべて記載している (2)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 (3)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 (4)生活援助中心型を算定した理由を記載している

●審査会の意見の有無（ない場合は「なし」）やサービスの種類、公的書類としてのサインなど、漏れなくすべて記載する。
●表面的な要望（サービスの利用等）ではなく、将来の見通しを踏まえた「望む生活」を深掘りし、課題分析の結果から予後予測（期待できる効果）を含めた「今後の方向性」を具体的に記載する。
●「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する。
●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する。
●ケアチームとしての共通方針として、具体的な留意点、緊急時（もしもの時）の対応、予後予測の視点を含め、全員が理解・共有し観察・配慮すべき内容を具体的に記載する。
● 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る。
●生活援助を利用・算定する場合には、適切にチェックを入れ、その具体的な理由を記載する。



確認しておきたい　適切なケアマネジメント手法　基本ケア項目
№５望む生活、№14緊急時の対応、№15本人の意思を捉えるエピソード、
№16日常生活における意向の尊重、№18意思決定支援体制の整備,
№19将来の生活の見通し、№25体調把握と変化を伝えることの支援
№41将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

第２表　居宅サービス計画書　（1）～(3)

第２表	(1)課題を解決した先に「どういう生活を送ることを望んでいるか」が把握できる内容になっている (2)解決したいと思う課題や取り組みたいという意欲的な課題を優先して記載している (3)5W1H等を含める等、わかりやすい具体的な表現を用いて、取り組みの意欲が生まれるよう記載している

●本人の現状や不安、望む生活とのギャップを分析し、安心して暮らすために何に取り組むべきか、ライフスタイルがイメージできる「生活ニーズ」として具体的に表記する。
●単なる要望ではなく、実現可能な「生活ニーズ」として健康・活動・参加の視点で整理し、優先して記載する。
●取り組みの意欲が生まれるよう、本人を主語にし、具体的な場所や場面、これまでの達成状況を反映したイメージしやすい表現を用いる。
●取り組んだ先のゴールとしての生活像を、専門用語を避けて「している活動」などの生活行為で具体的にイメージしやすく記載する。
●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る。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」ことが必要となる。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る。

確認しておきたい　適切なケアマネジメント手法　基本ケア項目
№17意思決定支援の必要性の理解、№19将来の見通し、№20フレイル予防（食事と栄養）
№21水分摂取、22口腔ケア・嚥下、№23継続的な受診、№24継続的な服薬、№25体調把握と変化
№26フレイル予防活動、№27継続的なリハビリ、№28感染症予防と支援体制
№29 1週間の生活リズムにそった生活を支える支援



第２表　居宅サービス計画書（4）～(9)

第２表	(4)「長期目標」は取り組んだ先のゴールとしての生活像が生活行為等でイメージしやすいよう具体的な表記で記載している (5)「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 (6)達成期限での評価を踏まえ、目標に応じた適切な目標期間の設定をしている (7)支援内容は、利用者家族に定着しているもの含め、誰が何をどのように行う等、主体性が引き出されるよう個別具体的な表現で記載している (8)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 (9)短期目標の期間と連動し、達成に必要な「頻度」「期間」の設定をしている

●長期目標を細分化し、本人が日々の中で取り組む具体的な動作目標・活動目標（本人の行動）として設定し、評価しやすいよう可能な限り数値（目安）を含めて記載する。
●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る。（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）
●目標期間の設定は、認定期間に準じるだけでなく、短いスパンでの見直しや、変更がない場合の当初期間の維持など、適切に管理する。
●誰が何をどのように行うかを明確にし、家族に定着している支援やセルフケアの目安（数値化等）を含め、主体性が引き出される表現で細やかに記載する。
●本人や家族をサービス内容（セルフケア・自主訓練等）に適切に位置づけ、些細なことでも意欲向上や自立支援に繋がる具体的な「役割」を記載する。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る。また、本人・家族・事業所の役割が明確になる。
●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。

第３表　週間サービス計画表

第３表	(1) １週間の生活リズムやサービスの提供時間帯、介護給付外サービス含め、2表と整合性のとれた内容・回数が一目でわかるように記載している (2)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 (3)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

●起就床、食事、服薬（タイミング）、排泄（夜間・巡視含む）、口腔ケア、水分、日課、介護者の関わり（不在時間含む）を具体的に記載し、生活の流れを可視化・共有する。
●受診先・頻度、福祉用具の種類、家族（後見人）支援の具体的な内容や頻度など、週単位以外の資源や現状を網羅して記載し、第2表と連動させる。
●「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、生活像が見えてくる。
●「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る。
●「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る。

確認しておきたい　適切なケアマネジメント手法　基本ケア項目
№５望む生活、№６１週間のリズム、№10家庭・地域での活動と参加
№24継続的な服薬、№42理解者を増やす、№43支援体制整備
№44同意してケアに参画するひとへの支援



第４表　サービス担当者会議の要点

第４表	(1)必要な時期に開催している (2)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 (3)計画原案の内容および計画変更の必要性について専門職の意見を求め検討している (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 (5)結論は留意点・緊急時含めた役割分担等を全員が援助方針として合意できている (6)残された課題(結論に至らない、時期をみて議論すべきこと等)の確認を行い、想定される変化や対応を踏まえ、次回開催時期を記載し共通認識が図れている

●開催回数や開催目的を確実に記載する。
●本人の意思決定の場として本人出席を基本とし、本人・家族が欠席の場合は理由や代理の必要性を明記する。医師・専門職からの照会・連携内容や助言も記録に残す。
●計画変更の背景、予後予測、本人の取り組みへの検討内容について、誰の発言かを明確にして専門的見地から多角的に検討する。
●短期目標の評価を踏まえ、最初に発言者を明記した上で、内容・結論を検討項目ごとに記載し、進捗や進め方の流れを明確にする。
●心身機能の維持向上に向けた具体的な取り組み内容、緊急時を含めた相互の役割分担、対応方法を援助方針として全員で合意し、その要点を明確に記載する。
●結論に至らない課題や想定される変化、期限を定めた共通認識とするため、次回の具体的な開催時期・検討予定内容を記載し、チームで共有する。
●欠席者は、会議開始前に照会の上、欠席理由を含め記載する。
●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る。

確認しておきたい　適切なケアマネジメント手法　基本ケア項目

№15本人の意思を捉えるエピソード、№16日常生活における意向の尊重、№19将来の生活の見通し
№26フレイル予防活動、№27継続的なリハビリ、№28感染症予防と支援体制
№29 1週間の生活リズムにそった生活を支える支援、№41将来生活を継続できるようにする支援

第５表　居宅介護支援経過

第5表	(1)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 (2)居宅を訪問した目的やその結果得た情報を整理し、ケアマネの判断を含めわかりやすく記録している (3)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

●公的文書として5W1Hを意識し、日付だけでなく時間や相手（情報の得先）、目的を明記して、第三者が読んでも理解できるよう項目ごとに整理して記録する。
●訪問目的や得た情報、ケアマネジャーとしての判断・考察、判断に至る思考の順序を、エピソードを交えて時系列・要点ごとにわかりやすく記録する。
●専門職とは記録で働く職種である。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る。（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」に繋がる。
●アセスメントから計画書交付、個別援助計画の提出依頼・受領、プランとの整合性・連動性の確認までの一連の基本手続きを、常に意識して確実に行い記録に残す。
●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。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る。「説明・同意・交付は何故必要なのか」「評価軸を意識した適切な記録とは何か」など、効率化を含め組織での検討も必要。



確認しておきたい　適切なケアマネジメント手法　基本ケア項目

№29 1週間の生活リズムにそった生活を支える支援、№30休養・睡眠、№31口から食事をとり続ける支援
№32フレイル予防（栄養）、№33清潔、№34排泄、№35喜び・楽しみ・強み
№37活動と参加・交流環境（家庭内）、№39活動と参加・交流環境（コミュニティ内）
№42理解者を増やす、№43支援体制整備

モニタリング

モニタリング	(1)定期に居宅を訪問し本人・家族との面談及び事業所からの情報を受け、ケアプランどおりにサービスが提供されているかどうかを確認している (2)サービスの内容が適切か否か本人家族の意向（満足度及び理由）・事業所からの情報をもとにニーズ充足と判断した根拠を含め確認している (3)生活ニーズに対する目標(長期・短期）が達成されているかを変化を捉える視点で確認している (4)総合的な援助の方針どおりに「望む生活」に向かう支援ができているかを、エピソードやケアマネの判断を含め確認している (5)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

●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る。サービス利用状況の確認だけでは不十分である。
●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る。
●事業所からの毎月のモニタリング表等を通じてプラン通りの提供を確認し、情報源を明記しつつ、新たな変化の視点を持って固有の情報を付加する。
●継続判断やニーズ充足と判断した客観的な根拠を明記し、本人・家族の「満足・ある程度満足・不満等の具体的な理由や背景」を聞き取って判断の根拠とする。
●前回からの本人の状態変化（何がどう変わったか）を具体的に捉え、生活ニーズに対する目標（長期・短期）の達成度や数値的な評価を確認する。
●1カ月の軽微な変化や具体的なエピソードに対するケアマネジャーの考察・判断を総括として記録し、次のプランやアセスメントの見直しに活かす。
●ケアマネジャー自身の目で見た「状態変化」や達成度を客観的根拠（数値等）で評価し、本人の満足度や自身の考察を総括に記録する。



確認しておきたい　適切なケアマネジメント手法　基本ケア項目

№５望む生活、№15本人の意思を捉えるエピソード、№29 1週間の生活リズムにそった生活を支える支援、№30休養・睡眠、№32フレイル予防（栄養）、№33清潔、№34排泄、№35喜び・楽しみ・強み、№37・39活動と参加・交流環境（家庭内・コミュニティ内）

ケアプラン点検項目マニュアル改訂と適切なケアマネジメント手法

・令和6年度　課題分析標準項目の改訂の背景には「適切なケアマネジメント手法」があり、「適切なケアマネジメント手法」を基に、ケアプラン点検項目マニュアルが改訂された。 (62項目)

・ケアプラン点検項目マニュアルは、既に多くのケアマネが適切に行っているポイントを除き、特に重要なポイントを項目として設定されている。

・アセスメントの目的は「望む暮らしの実現」に向け、「適切な自立支援の方法を導き出す」ことにある。

・「根拠」となる気付きに繋がるのが、適切なケアマネジメント手法であり、「アセスメントで得た事実」⇨「専門的な課題分析(仮説)」⇨「ケアプランへの位置づけ(本人・家族への説明・同意)⇨モニタリング(効果・仮説検証)のプロセスが客観的根拠となる。

・利用者との対話の中で今、自身に起きていることが客観的に把握できれば、改善の可能性のある取り組みの考察に繋がると考える。

おわりに

　ケアプラン点検は、単なる不備の指摘や書類確認の場ではありません。その本質は、利用者の「自立支援」に向けた適切なケアマネジメントが行われているかを振り返り、支援の視点をより深めていくための「協働のプロセス」にあります。
　ケアマネジャーの皆様が、日頃の支援の中で直面する迷いや困難ケース、判断のプロセスを客観的に捉え直す機会として、ぜひケアプラン点検を積極的にご活用ください。

　「保険者とともにケアの質を高める機会」として点検の場を捉えていただくことで、より説得力のあるケアプランの作成や、支援課題の明確化につながると考えています。
　私たち保険者も、一方的な指導ではなく、ケアマネジャーの皆様がより支援を提供しやすい環境づくりや体制整備にも努めてまいります。



今後とも市民の皆様の豊かな暮らしを守るパートナーとして、
お互いに知恵を絞り、力を合わせて歩んでいけますと幸いです。

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８年

◇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. 『「居宅ケアプランのつくり方」 』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

