

# 令和5年度 大和市ケアプラン点検事業

## 実績報告書

### 目的

ケアマネジメントのプロセスを踏まえた自立支援に資する根拠の明らかな居宅サービス計画書、施設サービス計画書、介護予防サービス計画書（以下「ケアプラン」という。）となっているかを、介護支援専門員及び計画作成担当者（以下「ケアマネジャー等」という。）自身と、大和市が共に点検し、気づきを共有し、共にレベルアップを図ることで、ケアマネジメントの質の向上を図る。ひいては、自立を促進または維持する。（結果的に給付の適正化を促進する。）

### 1. 目標

- (1) ケアマネジャー等が、専門家としての判断根拠を明確にしたアセスメントを行い、利用者の自立に資するケアプランを立案する。
- (2) 多職種連携の基礎となる説明力（自身の判断や根拠を明確に伝える力）について強化し、日常の支援及び地域ケア会議等で理路整然と説明をすることができる。
- (3) ケアマネジャー等が利用者の能力を活かす、取り戻す、維持するという視点に立って利用者の暮らしをサポートすることができる。
- (4) 公正中立を旨とし、利用者の自己選択を尊重した「選択サポート」が適切にできる。
- (5) 地域包括ケアシステムの目標を理解し、住み慣れた地域や自宅で介護が必要になった際にも、適切かつ様々なサービスやサポートを通じて利用者の希望の実現に努めることができる。

### 2. 実施方法

厚生労働省の「ケアプラン点検支援マニュアル」にもとづいて作成した、「ケアプランの考え方・書き方」やチェックリスト等を使用する。

#### (1) 対象者及び点検（確認）従事者

- ①大和市内に所在する事業所・施設に所属するケアマネジャー等

対象	条件	点検従事者
居宅介護支援事業所 (49 事業所)	・直近の新規利用者(但しモニタリングを 1回は実施している方)	委託業者 介護保険課担当 職員

(2) ケアプラン点検期間等

対象	点検期間
居宅介護支援事業所 (49 事業所)	令和5年5月から令和6年1月

(3) 点検従事者による書類審査及び面談

[面談：各 90 分程度]

- ①全 48 人 居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員等からの事前提出書類を基に対面 (ZOOM) で点検を実施。
- ②対象ケースは、居宅介護支援事業所 48 事例。
- ③点検は、ケース紹介と抽出した課題、課題と判断した根拠について説明 (10 分)、委託業者が事前にケアプラン点検を行った事項の質疑等 (80 分程度)

[書類]

- ①全 1 人 居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員の事前提出書類の点検を実施。
- ②対象ケースは、居宅介護支援事業所 1 事例。

(4) 点検後のケアプランの再提出

- ① 面談の結果を事業管理者に面談後 14 日前後に郵送。
- ② 点検対象者は、面談結果を受けて、ケアプランを再検討の上、再提出をした。  
(提出書類：ケアプラン・自己チェック表・ケアプラン作成のポイント・アンケート)

### 3. 点検結果

#### 1) 点検対象者について

点検対象者 49 人のうち 38 人が主任介護支援専門員であり、点検対象者の経験年数およびケアプラン担当件数は下記のとおりであった。

##### (1) 経験年数

経験年数	人数
～3 年未満	2
3 年以上 5 年未満	1
5 年以上 10 年未満	16
10 年以上 15 年未満	17
15 年以上	12
未記載	1

##### (2) 事業所種別とケアプラン担当件数

	居宅
10 件未満	2
10 件以上 30 件未満	8
30 件以上 60 件未満	38
未記載	1

## 2) 対象者への結果通知

対象者への結果通知は、情報収集、分析、ケアプラン作成、サービス担当者会議、モニタリング・マネジメントの項目に分けてコメントした。一人当たりのコメント数（全体）の平均は 19.7 個。

項目ごとのコメント数の分布と平均、コメントの主な内容は下記のとおりであった。

### (1) コメント数

面談結果通知にて、一人平均 19.7 個のコメントを行った。情報収集については、ニーズを抽出し根拠となる情報が不足していたことについてコメントを行った。ケアプラン作成については、7 個以上と他の項目よりコメント数が多くなっている。これについては、利用者にとってわかりやすい、より具体的な表記を目指すためのコメントであった。

(個)

	情報収集	分析	ケアプラン作成	サービス担当者会議	モニタリング・マネジメント
0～3 個のコメント	32	49	1	30	48
4～6 個のコメント	15	0	3	19	1
7 個以上のコメント	2	0	45	0	0
コメント数の平均	3.0	1.5	10.4	3.4	1.7

### (2) コメントの主な内容

#### 情報収集

- ・課題分析において、実施場所の記載がありませんでしたので、「自室」もしくは感染対策をとった施設での特定の場所等で実施したことが分かるよう支援経過記録等に記載してください。
- ・課題分析表に空欄（未把握）（例：自宅見取り図・制度利用状況等）があります。課題分析に必要として設定した項目だと思いますので、情報収集及び状況把握を行い、記録してください。
- ・課題分析において、ニーズ（例：入浴支援が必要）として抽出した根拠（例：支援の詳細や自宅浴室環境等）となる状況の詳細把握（記録）を行ってください。
- ・課題分析において、疾患（例：脊柱管狭窄症、脳梗塞後遺症等）に対する詳細状況が記録からは読み取れませんでしたので、疾患に対する医師の所見やアドバイス、また、制限及び日常生活への影響生活等について記録してください。

## 分析

- ・課題分析において、加算や居宅療養管理指導が必要なニーズが読み取れませんでした。なぜ、居宅療養管理指導が必要であるかも含め、ニーズに対する原因分析を深めてください。
- ・課題分析において、疾患に起因している日常生活への影響等についての分析を深めてください。
- ・課題分析において、低体重等（BMI：18.5以下）についての分析や判断がありませんでしたので、状況確認・原因分析の上でニーズとして抽出するかを判断してください。

## ケアプラン作成

- ・計画書において、「訴え・拒否」という言葉がありますが、その言葉に対する利用者等の理解、また、利用者等への心情に配慮された表記であるか再考してください。
- ・計画書において、加算（入浴介助加算Ⅰ・個別機能訓練加算・口腔栄養スクリーニング加算）に繋がるニーズやサービス内容の記載がありませんでした。必要なサービスであれば、ニーズ（解決すべき課題）等に位置付けてください。
- ・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欄においては、より具体的な意向を引き出すよう努めてください。（例：具体的にどのような生活を送りたいのか。また、生活の中でこれだけはやりたくないと思っていること等）
- ・第1表の総合的な援助の方針については、チームメンバー全員が共有すべき状況や目標について、どのようなポイントや注意点を共有するのか等、具体的な内容を記載してください。（例：支援チームは、生活の中での役割（特に掃除）が継続できるよう、環境を整え、必要に応じて声掛け等のサポートを行います等）
- ・第1表の総合的な援助の方針欄の緊急連絡先の記載については、どのような場合を緊急事態と考えているのか、その場合の対応方法についても記載されると本人等にわかりやすくなります。
- ・第2表のニーズ欄において、加算（入浴介助加算Ⅰ）や居宅療養管理指導に繋がるニーズの記載がありませんでした。利用者にとって必要であるならば、ニーズ（解決すべき課題）を位置付けてください。
- ・第2表の目標においては、具体的な状態像としてください。（例：「今の状態を維持する」について、具体的に記載する。例えば、「トイレまでの移動が一人でできていること」等）
- ・第2表のサービス内容（入浴介助）については、具体的に記載してください。（入浴介助加算Ⅰは、利用者の自立支援や日常生活動作能力の向上のために、極力自身の力で入浴できるよう必要に応じて支援するものとされていますので、支援状況等を具体的に記載してください。）

- ・第2表のサービス内容欄等のセルフケアについて、部分的に記載されていますが、短期目標達成のために、利用者がしていること・できていることをセルフケアとして位置づけてください。(例：手渡された薬を飲む等)
- ・第3表の主な日常生活上の活動欄については、生活の状況（自室での過ごし方や夜間帯のトイレ等）について具体的に記載してください。
- ・第3表の週単位以外のサービスについては、医療サービス（通院・訪問診療）についても記載してください。(例：〇〇クリニック 月2回等)

### サービス担当者会議

- ・サービス担当者会議については、居宅療養管理指導の方への出席依頼を行い、欠席の場合には、意見を聴取し、聴取した意見をサービス担当者会議の要点に記載してください。
- ・サービス担当者会議の要点において、福祉用具の必要性について議論された結果を記載してください。(例：足元にふらつきがあり転倒の不安があります。手すりの利用により、起居動作が行えている。引き続き利用を継続していく必要あり等)
- ・サービス担当者会議の要点については、居宅サービス計画書原案に対しての専門的見地からの意見を記載してください。
- ・サービス担当者会議の要点については、居宅サービス計画書原案が合意された旨を記載してください。

### モニタリング・マネジメント

- ・モニタリングにおいて、目標の達成状況、新たな生活課題の有無についても評価を行い、モニタリング記録表等に記載してください。
- ・モニタリングにおいて、実施場所の記載がありませんでしたので、「自宅（自室）」で実施したことが分かるよう支援経過記録等に記載してください。
- ・個別サービス計画書（例：福祉用具貸与）が確認できませんでしたので、交付を受け、居宅サービス計画書との連動性と整合性を確認してください。
- ・事業所の選択にあたり、複数の事業所を紹介したことがわかる記録を確認ができませんでしたので、支援経過記録等に、紹介した事業所名、選定理由について記載してください。

#### 4. 自己点検結果

点検の前後には、22項目について、「4できている、3どちらかというどできている、2できているとは言えない、1できていない」の4段階で自己点検を実施した。項目ごとの分布と平均得点および、平均得点の前後の差異については下表のとおりであった。22項目中すべての項目において、点検前の平均得点を上回った。

			1	2	3	4	平均得点	点検前後の差異の平均	
			できている(人)	は言えない(人)	どちらかというどできている(人)	できている(人)			
アセスメント	1	標準項目23項目が網羅されているか。(様式の項目として)	点検前	1	4	17	27	3.43	0.18
		点検後	0	3	16	27	3.61		
	2	利用者の課題分析を行うために必要な情報(身体・心理状態など課題分析標準23項目)を収集(把握)している。	点検前	0	6	29	14	3.16	0.14
		点検後	0	4	28	15	3.31		
	3	利用者の生活環境(住環境、家族等との関係性や社会との関わり等)についての情報収集がされ、必要な状況把握をしている。	点検前	0	3	34	12	3.18	0.24
		点検後	0	2	26	19	3.43		
	4	利用者の疾患等(疾患・障がい・後遺症・服薬状況等)についての情報収集がされ、必要な状況把握をしている。また、必要な場合には、医師や医療機関から情報収集や相談、専門家の見解等の相談及びアドバイス等を受けている。	点検前	0	19	22	8	2.78	0.16
		点検後	0	13	27	8	2.94		
分析	5	利用者ニーズ(生活上の課題)と抽出した根拠となる情報収集・状況把握が課題分析表から読み取れる。	点検前	0	11	34	4	2.86	0.20
		点検後	0	14	21	11	3.06		
	6	居宅サービスにおける加算(例:入浴介助加算Ⅰ・口腔機能向上加算等)の必要性について課題分析表から読み取れる。	点検前	5	18	15	5	2.16	0.49
		点検後	4	10	21	7	2.65		
	7	居宅療養管理指導の必要性について課題分析表から読み取れる。	点検前	7	14	12	6	1.94	0.47
		点検後	3	15	13	9	2.41		
ケアプラン作成	8	サービス開始日より前に、計画の説明・同意・交付が行われている。	点検前	2	2	14	31	3.51	0.14
		点検後	1	3	6	36	3.65		
	9	利用者や家族等にとって分かりやすい表現で記載されている(誤字脱字・専門用語等の使用)	点検前	1	7	25	15	3.13	0.28
		点検後	1	5	19	21	3.41		
	10	第1表の利用者及び家族の意向において、利用者や家族が望む暮らし等について具体的に把握(記載)されている。	点検前	1	8	31	9	2.98	0.10
		点検後	1	10	23	14	3.08		
	11	第1表の総合的な援助の方針は、支援チームの方針が具体的に記載されている。	点検前	2	13	24	10	2.86	0.20
		点検後	1	11	22	14	3.06		
	12	第2表の生活全般の解決すべき課題(ニーズ)は、課題等(自立を阻害する要因)が明確に記載されている。	点検前	1	20	23	5	2.65	0.45
		点検後	0	12	22	13	3.10		
13	第2表の目標は、本人がイメージできる具体的な目標となっている。	点検前	2	19	25	3	2.59	0.51	
	点検後	2	8	25	11	3.10			
14	第2表のサービス内容は、短期目標を実現するための内容となっている。	点検前	1	13	28	7	2.84	0.31	
	点検後	1	8	25	13	3.14			

ケアプラン作成	15	第2表のサービス内容に、利用者自身のセルフケア、家族を含むインフォーマルな支援が必要に応じて記載されている。	点検前	2	13	21	12	2.90	0.41
			点検後	0	9	19	18	3.31	
	16	第3表の週間サービス計画や主な日常生活上の活動欄で、利用者の生活リズムが具体的に把握（記載）されている。	点検前	2	13	27	6	2.71	0.41
			点検後	1	11	20	15	3.12	
	17	第3表の週単位以外のサービス欄は、介護保険サービス・医療サービス等の公的サービスやインフォーマルサポートが記載されている	点検前	5	15	18	10	2.63	0.63
			点検後	3	5	19	20	3.27	
モニタリング等	18	サービス担当者会議は、原案を協議するための開催となっているか	点検前	0	10	26	13	3.06	0.04
			点検後	1	5	29	11	3.10	
	19	サービス担当者会議において、ケアプランの内容に対する専門的見地（必要に応じて主治医含む）からの意見を聴取し、サービス担当者会議の要点に記載されている。	点検前	1	19	20	9	2.76	0.16
			点検後	1	12	25	10	2.92	
	20	モニタリングにおいて、ケアプランに計画されている支援の実施状況・目標毎の達成状況・プランの妥当性について把握・判断し、必要に応じて対策が講じられている。	点検前	0	11	32	6	2.90	0.47
			点検後	0	4	26	16	3.37	
マネジメント	21	居宅サービス計画書と個別サービス計画書との整合性と連動性を確認し、必要に応じて、計画内容等についてサービス事業所と相談をしている。（施設の場合は、施設サービス計画書と栄養計画・機能訓練計画等）	点検前	2	13	28	6	2.78	0.39
			点検後	1	7	25	15	3.16	
	22	利用者の生活リズムを考慮したサービス提供となっているか。（選択しているサービスの種類・頻度）	点検前	0	8	29	12	3.08	0.27
			点検後	0	6	20	21	3.35	

- ・アセスメントについては、利用者の身体状況や生活環境、疾患等の詳細について把握していることは、課題分析表に記載をするようコメントしたことで点検後の自己評価に改善がみられた。
- ・分析については、点検を受けたことにより、ニーズとして抽出した根拠となる情報の把握（記録）や加算・居宅療養管理指導の必要性についての分析を深める機会となり、点検後の評価に改善がみられた。
- ・ケアプランについては、「ケアプランの基本的な考え方と書き方」を基に、記載すべき内容やポイント等についてコメントを行ったことにより、点検後の自己評価に改善がみられた。
- ・サービス担当者会議については、面談時にサービス担当者会議の目的やサービス担当者会議の要点に残すべきことをコメントしたことにより、点検後の自己評価に改善がみられた。
- ・モニタリングについては、面談時にモニタリングの際に評価すべき内容（項目）を伝えたことにより、不足項目について評価を行う等改善がみられた。
- ・マネジメントについては、面談にて自身のマネジメントが適正であることが確認でき、面談後の自己評価に改善がみられた。

## 5. 総括

令和5年度大和市ケアプラン点検の結果、給付の適正化の観点では、サービス利用時の加算や居宅療養管理指導について、計画書への位置づけがされていないケースが8件。また、サービス利用時の加算や居宅療養管理指導についてのニーズが不明確なケースが18件あった。これらの内容については、運営基準にも抵触する内容であることを踏まえ、改めて、適正かつ妥当な支援が行われていることの確認が必要である。

ケアマネジメントの点からは、一つには、ケアマネジャーがニーズ(解決すべき課題)として判断した内容に対する現状(内容・頻度など)についての確認及び把握を強化していく必要がある。一つには、疾患については、詳細な現状把握と日常生活への影響、今後のリスク等に対する分析の強化が求められる。

ニーズの抽出については、加算や居宅療養管理指導が利用者にとって必要な理由を明確化していく必要がある。

ケアプランについては、令和5年度より「ケアプランの基本的な考え方と書き方」を示したが、初年度のためか十分に普及されていなかったこともあり、基本的な内容についてのコメントも多くみられた。また、全体としては、セルフケア(利用者自身が行っていること・できていること)を位置付ける等、利用者のための具体的で分かりやすいケアプランを目指し、継続・推進していく必要がある。

モニタリング等については、モニタリングに必要な項目についての評価が出来ていない、実施場所の未記載など記録が不十分なケースが多くみられた。

ケアマネジャーの自己チェックにおいては、点検時のコメントを踏まえ、見直しや修正が行われ、22項目全ての項目において、点検後の評価を上げた。

### 令和5年度課題(令和6年度の目標)

#### ① 課題分析標準23項目について再確認します。

令和5年10月16日に厚生労働省より「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」一部改正が出されました。改めて、事業所で使用している課題分析表が必要項目を網羅しているか及び適切な情報収集及び状況把握ができる内容であるかを確認します。

#### ② サービス事業所が算定する加算及び居宅療養管理指導の必要性及び理由を明確にします。

ケアプランに加算(入浴介助加算I等)や居宅療養管理指導に対するニーズ等を位置付けます。

#### ③ ニーズとして判断した根拠となる状況把握を強化します。

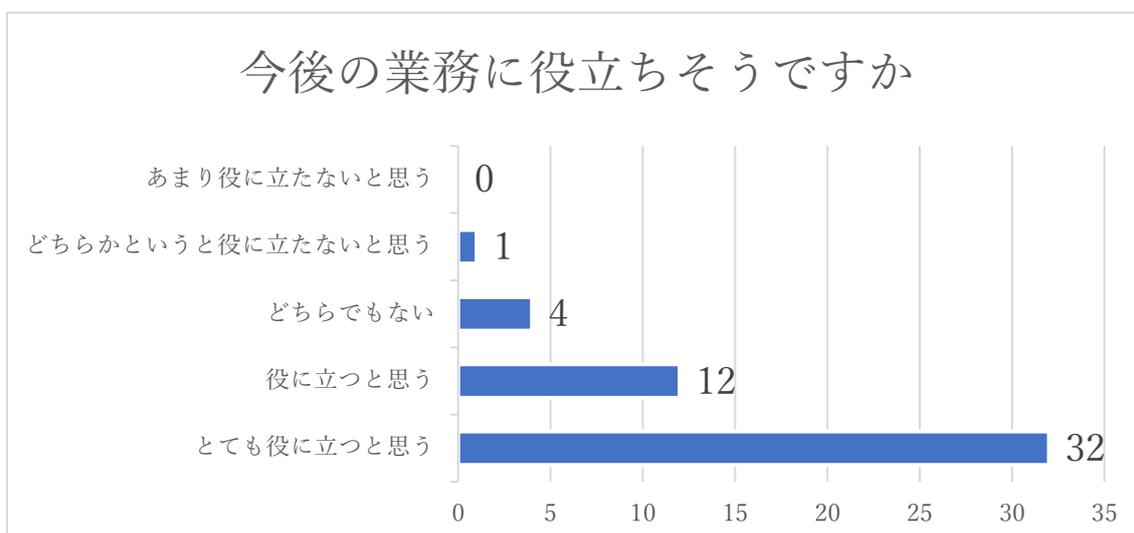
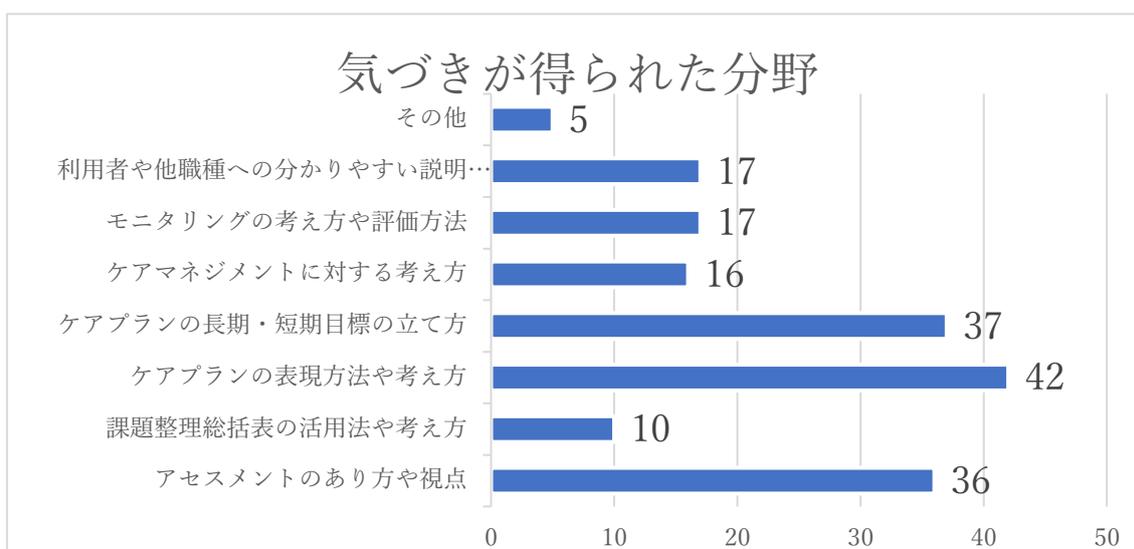
ニーズ(例:入浴支援が必要)として抽出した根拠(例:身体状況や支援の詳細や疾患の詳細把握、自宅浴室環境等)を課題分析情報として詳細把握(記録)をします。

- ④ 必要な記録は、適切かつ漏らさず記載します。  
 運営基準を遵守し、ケアマネジメントを実施していることがわかるよう、適切かつ確実に記録に残します。(例：課題分析やモニタリングを「自宅」で実施した記録やサービス担当者会議の要点に福祉用具の必要性について議論した結果を記録に残す等)
- ⑤ ケアプランの具体的表記の推進  
 利用者により具体的で分かりやすい表記を目指します。また、サービスにおける加算算定項目や居宅療養管理指導については必要なニーズや具体的サービス内容を記載します。

## 6. アンケート結果

点検後のアンケートでは、対象者全員が点検を受けたことで新たな気づきを得られたと回答した。気づきを得られた分野としては、ケアプランの表現方法や考え方 (42 件) に次いで、アセスメントの長期・短期目標の立て方 (37 件)、の順で多かった。

複数回答あり



## 「ケアプラン点検についての意見や感想（一部抜粋）」

- ケース説明の時間の10分がすごく長く感じた。あらかじめ用意した文章を読んでいるだけなのに抑揚もなく苦手な説明力のなさを実感した。最初の質問が、「介護度が妥当」と考えていなかった内容で一気に慌てた。【ケアプラン点検】について身構えてしまいカチカチになったが、頂いた面談結果の内容がとても具体的でわかりやすく今まで自分の中であやふやだったことが分かりすっきりした。受けてよかった。
- 忙殺される日常業務のなかで、余裕をもってアセスメントや分析ケアプラン作成をすることが現実的に難しい。今回の点検にあたり市のマニュアルを読み誰のためのケアプランかという大原則に思い至った。他の方のプラン見直しをするなかで、今回の点検が活かされていくので間違いなくスキルアップに役立つケアプラン点検になった。
- とても分かりやすい説明だった。リモートだったが問題なくスムーズに受けられた。
- やっているつもりができてないことに毎年気づく。定期的実施してほしい。
- 正直これまで小田原等で介護の未来がおこなったケアプラン点検において『威圧的で取り調べの様だった』『怒られてばかりで不快だった』等の意見を聞いていたため、どのような点検になるか不安だった。しかしとても分かりやすくオンラインでも表情等を通して温かく対応頂き安心感に包まれ落ち着いて受けることができた。そのため今回の点検には非常に感謝している。もしも可能ならば点検のケースは現場のケアマネジャーが実際に困っているケースを選んで点検してもらえるとより理解につながると思う。
- ケアプラン点検は日ごろのケアマネジメントの業務を確認できる良い機会だった。自分の頭の中ではわかっていることが表現できてないことを感じた。記録する量が多いと負担に感じてしまうが、利用者に寄り添っていけるようにしたいと思う。ZOOMによる面談も抵抗なく行えた。
- 初めてのことで緊張したが、足りない部分について意見をもらい勉強になった。ケアプランについて自身が持てないまま作成していたができていた点については評価してもらい自身につながった。
- ケアプランの表現方法や考え方などは時の流れ共に少しずつ変化してきていると思う。ただ、ケアプランの作り方における研修などは限られている。そのなかで点検を受けたことにより、現在のケアプラン作成における考え方や大和市の方針などを新たに学ばせていただくとても良い機会だった。
- 日々の業務に追われる中で自分のプランに対してご意見を頂いたり、お褒めの言葉を頂いたことがすごく嬉しく自身につながった。ケアプラン点検のためではないが、再度ケアプランを修正するにあたりご本人とご家族とゆっくり話しをすることで感じ取れた気持ち。心の奥底の思いを少し引き出せ以前より少し良い関係に成長できたと思う。

- ケアプラン点検について、最新の学びを得る最善の方法だとおもった。半面、準備段階の作業量の多さとアンケートなどがデータベースで作成できないなど改善してもらいたい点がある。ZOOMは多少不具合（画面停止など）があったが移動にかかる時間や交通費などなく手間や経費の削減になりよかった。コロナが以降も継続してほしい。
- ZOOMだったので緊張したが、話しやすい雰囲気でも時間が足りないと思った。もっと教えてほしかった。自分のなかでもやもやしている部分を聞きすっきりした。プラン作りの役に立てていく。
- 自分が作ったケアプランに評価・助言を頂くことに不安を感じていたが、支持的に関わってくださり出来ていることを認めてくれ自身につながった。ケアプランの表現について、具体的に助言してくれたのでとても分かりやすかった。事業所の他のケアマネにもケアプラン点検について前向きにとらえるように伝えていきます。
- 実施指導とは違った緊張感のもと身を引き締めて臨んだ。特に第1表の考え方は勉強になった。また送付された【面談結果】は項目別に箇条書きで具体的な内容が記載されておりとても理解しやすかった。
- まだケアマネをして2年足らずで管理者でもない自分が受けることになりとても緊張した。まだ分からないことも多く身近に聞ける人もいなかったので点検頂きアドバイスをたくさん頂き大事なことが沢山得ることができた。面談結果をもとに今後の業務に活かせるよう頑張っていきたい。
- 1人ケアマネのため、近くに聞ける人がいないなか業務をしている。アセスメントが重要だということは漠然と理解していたが自分のアセスメントは中身が薄く、アセスメントに力をいれた。過去からつながっていることで、課題が見え深掘りできることを改めて思った。ケアプラン表の表記方法・利用者・ご家族様・だれがみても分かりやすいように今は指摘されたことを忘れずプラン作成している
- 自分の業務を見直す機会になった。しかし重複した記載や書類の多さは必ずしもケアの質の向上につながるかどうかは、一連の点検をうけて感じたことの1つとなった。
- ケアプラン点検・運営指導など業務をチェックされる仕組みが多すぎて負担が多い。またチェックする人により同じ書類を見ているのに言うことが違う。正直な感想で恐縮だが実際のところだと感じている。
- 税金を扱っている以上給付の適正化は絶対にあり、その確認の作業が必要なのは理解するが、問題のない事業所には簡素に終わらせても良いのでは。ケアプランの書き方がある程度の期間でころころ変わるのであれば、今回の点検では数年後間違った書き方になっているのではないかと感じてしまう。もしケアマネジメントの過程が発展途上であり前向きな資質向上を図るのであれば『ケアマネが信頼されてない』と感じる。不足の改善や離職者をへらすことが重要。ケアプラン点検のあり方や存在意義について疑問を感じる。
- 次回は来年でしょうか。事業所のケアマネ全員が受けられればもっと学べると感じる。

