

令和6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、認知症対応型共同生活介護計画又は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、介護支援専門員又は計画作成担当者（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

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
居宅系サービス (15 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
施設系サービス (21 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
介護予防支援事業所 (12 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
居宅系サービス (15 事業所)	令和 6 年 5 月から令和 7 年 2 月
施設系サービス (21 事業所)	令和 6 年 6 月から令和 6 年 8 月
介護予防支援事業所 (12 事業所)	令和 6 年 9 月から令和 6 年 12 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 居宅系サービスに所属する介護支援専門員 15 人、施設系サービスに所属する介護支援専門員等 21 人、介護予防支援事業所に所属する職員 12 人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、居宅系サービス 15 事例、施設系サービス 21 事例、介護予防支援事業所 12 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）

(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 48 人のうち 7 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	12
3 年以上 5 年未満	4
5 年以上 10 年未満	10
10 年以上 15 年未満	15
15 年以上	7

(2) 事業所種別とケアプラン担当件数

	居宅	施設	包括
10 件未満	0	10	1
10 件以上 30 件未満	12	10	6
30 件以上 60 件未満	6	1	2

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 13.5 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 13.5 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	44	48	8	41	45
4～6 個	4	0	14	7	3
7 個以上	0	0	26	0	0
平 均	2.4	1.2	6.5	2.0	2.0

(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、「自宅(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：糖尿病、変形性膝関節症等)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。
- ・情報収集において、入所前の生活状況(例：自宅での活動内容や生活状況、介護保険利用サービス等)について把握し記載してください。
- ・課題分析において、体重過多(又は低体重)や疾患等を考慮し、体重の推移については継続的に把握してください。

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。

ケアプラン作成

- ・第2表のニーズ欄において、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表のサービス内容(例：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)

＊利用者により具体的でわかりやすい計画書を作成するために、「大和市推奨 ケアプランの基本的な考え方と書き方」を参照するようにコメントした項目

- ・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
- ・第1表 総合的な援助方針
- ・第2表 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）
- ・第2表 目標
- ・第2表 頻度
- ・第3表 主な日常生活上の活動
- ・第3表 週単位以外のサービス

サービス担当者会議

- ・サービス担当者会議については、居宅療養管理指導担当者への出席依頼を行い、欠席の場合には、欠席理由及び原案に対する意見を聴取し、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ついての専門的見地からの意見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は、ニーズ毎にサービスの実施状況、目標の達成状況、計画の妥当性について評価を行う必要があります。加えて新たな生活課題の有無について評価を行い、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。
- ・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 どちらかというとできている、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 項目すべての項目において、点検前の平均得点を上回った。

				1 で き て い な い (人)	2 は 言 え て い る と (人)	3 ど ち ら か と 言 う と で き て い る (人)	4 で き て い る (人)	平 均 得 点	点 検 前 後 の 差 異 の 平 均
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	0	15	21	11	2.91	0.20
			点検後	2	9	18	18	3.11	
	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	11	30	7	2.92	0.19
			点検後	3	8	18	19	3.10	
	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	1	9	29	9	2.96	0.31
			点検後	0	8	19	21	3.27	
	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	10	28	10	3.00	0.06
			点検後	0	12	21	15	3.06	
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	17	25	6	2.77	0.23
			点検後	0	15	18	15	3.00	
	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	11	17	7	3	2.05	0.66
			点検後	5	11	12	10	2.71	
	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	11	16	11	4	1.92	0.75
			点検後	7	12	12	12	2.67	
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	1	4	15	27	3.45	0.22
			点検後	1	1	11	35	3.67	
	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	0	7	27	13	3.13	0.29
			点検後	0	10	8	30	3.42	
	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	12	24	9	2.89	0.18
			点検後	1	12	16	17	3.07	
	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	1	17	22	6	2.72	0.30
			点検後	0	10	25	11	3.02	
	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	14	26	4	2.73	0.40
			点検後	0	11	17	17	3.13	
	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	1	10	26	8	2.91	0.20
			点検後	0	12	17	17	3.11	
	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	0	12	26	8	2.91	0.33
			点検後	0	8	19	19	3.24	

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	5	16	18	7	2.59	0.30
			点検後	3	12	18	13	2.89	
	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	3	11	23	6	2.74	0.28
			点検後	3	8	18	15	3.02	
	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	10	18	9	2.74	0.19
			点検後	4	8	18	13	2.93	
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	1	12	18	16	3.04	0.12
			点検後	2	9	14	20	3.16	
	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	5	17	18	8	2.60	0.23
			点検後	5	13	15	15	2.83	
	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	17	22	8	2.81	0.25
			点検後	1	12	17	17	3.06	
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	7	12	18	8	2.60	0.44
			点検後	1	12	17	16	3.04	
	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	1	4	31	12	3.13	0.27
			点検後	0	5	19	24	3.40	

- ・アセスメントについては、利用者の身体状況や生活環境や疾患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、面談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、全ての項目で改善がみられていた。特に第1表の総合的な援助の方針や第2表の生活全般の解決すべき課題等について大きく改善がみられた。
- ・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6年度大和市ケアプラン点検の結果、給付の適正化の点からは、課題分析を自宅で行っていないケースが4件、サービス開始前にサービス計画書（ケアプラン）の同意が得られていなかったケースが3件、サービス利用時の加算や居宅療養管理指導について、サービス計画への位置づけがされていないケースが5件、医療系サービスを位置付けているが、医師に居宅サービス計画を交付していなかったケースが6件、モニタリングを自宅外で実施していたケースが2件あった。また、運営基準を遵守していることがわかる記録（例：課題分析やモニタリングを自宅（自室）で実施したことが分かる記録等）が不十分なケースが散見された。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、特にニーズ（解決すべき課題）に繋がるような心身等の状況に対してのアセスメントの強化、また、疾患については、令和5年度に引き続き、詳細な状況把握（記録）と分析の強化が必要である。

ニーズの抽出及び解決のためのサービス等については、令和5年度に引き続き、サービス事業所が算定する加算や居宅療養管理指導の必要性が不明瞭なケースがあった。今後は、ニーズを解決するために必要な加算算定であること、同時に加算算定が必要なニーズ（解決すべき課題）を明確にする必要がある。

サービス計画書（ケアプラン）立案については、「大和市推奨 ケアプランの基本的な考え方と書き方」を参考に計画書を作成しているケアマネジャーもいたが、施設系サービスについては、半数近くのケアマネジャー（計画作成担当者）で「ケアプランの基本的な考え方と書き方」があることを把握していなかった。

以上のことから、半数近くのケアプランにおいて、専門用語の使用や心情に配慮されていない表記が散見された。また、誰にでも当てはまる表記（例：「健康が維持できていること」）となっているケアプランも複数見られた。サービス事業所が算定する加算や居宅療養管理指導を利用しているケースについては、必要なニーズやサービス内容の記載が不十分なケースも見られた。利用者にとって、具体的で分かりやすい計画書作成を引き続き推進していくことが必要な結果であった。

サービス担当者会議・モニタリング等については、運営基準を遵守し適正に実施されていることは確認できたが、実践した記録内容が不十分なケースがみられた。

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6年度課題（令和7年度の目標）

- ① サービスにおける加算及び居宅療養管理指導についての必要性等の分析を強化します。（継続）

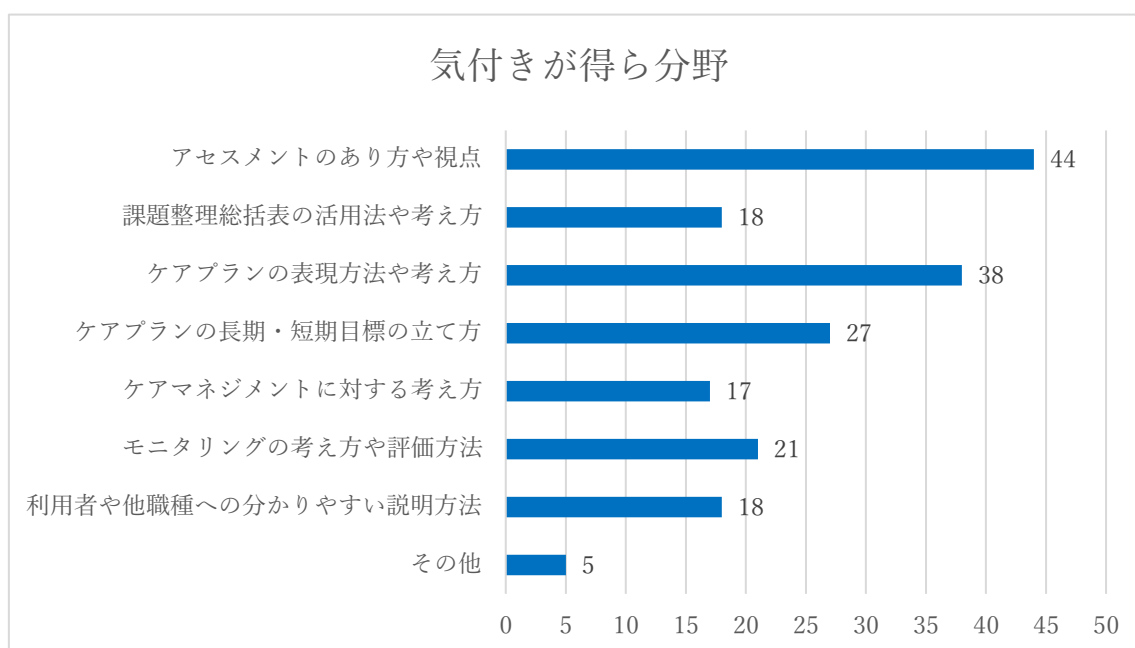
加算（入浴介助加算Ⅰ・口腔機能向上加算等）や居宅療養管理指導の必要性について、利用者個々のニーズを明確に示します。また、居宅療養管理指導について

は、訪問診療（医療保険）と居宅療養管理指導（介護保険）を区別し、それぞれのサービス内容について理解を深めます。

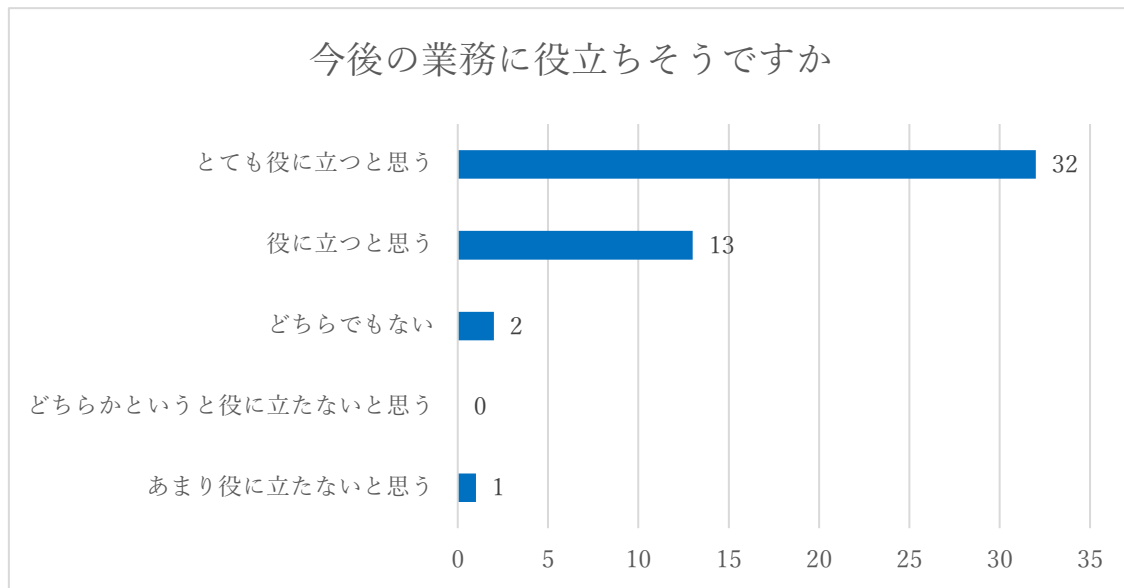
- ② ケアマネジメントに必要な記録は、適切かつ漏らさず記載します。（継続）
運営基準を遵守し、ケアマネジメントを実施していることがわかるよう、適切かつ確実に記録に残します。（例：課題分析やモニタリングを「自宅」で実施した記録や医療系サービス利用時に主治医にサービス計画書を交付した記録等）
- ③ 本人及び家族の生活に対する意向をより具体的に把握します。
本人・家族等については、今後どのような生活を送りたいのか、また、生活の中でこれだけは行いたくないこと等、「生活に対する意向」を具体的に引き出します。
- ④ ケアプラン原案に対する利用者及び家族の意見を把握（記録）します。
サービス担当者会議等において、専門的見地からの意見を記録することと同様に、ケアプラン原案（サービス内容や目標等）に対する利用者及び家族の意見を聴取し、その記録をします。
- ⑤ ケアプランの具体的表記の推進（継続）
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、アンケート提出者 48 人中、47 人が点検を受けたことで新たな気づきが得られたと回答した。気づきが得られた分野としては、アセスメントの在り方や支援（44 件）について、ケアプランの表現方法や考え方（38 件）の順で多かった。複数回答あり



その他については、「支援経過記録の記入漏れの確認」「疾患についての理解を深める」等であった。



「ケアプラン点検についての意見や感想（一部抜粋）」

- 地域包括の予防ケアプランのための情報収集は楽しく感じているが、地域で暮らす方のアセスメント、ケアプラン作成は少し戸惑うこともあった。1つ1つの項目をできていること、さらに考えられることを面談で整理してくださりすっきりした。
- 初めての管理者業務、また、新人が入る直前でとても忙しい時に行われて大変だったが、思っていたよりもとても親切に指導してもらえて、自分の業務の確認にもなった。今後新人に指導する上でもとても参考になり、今受ける事ができて良かった。
- 自分のプラン作成方法や、アセスメント方法、考え方を見直すことができた。ケアプラン作成や、給付以外の業務も実際のところ多いため、ケアプラン点検を受けてアセスメントから本人への説明、サービス提供が始まることに対してもっと詳しく、抜けていることはないか、本人にとって本当に必要であるケアプランになっているか、考え直す機会になった。自分の考え方や記載方法など、誰にでも分かりやすく説明できているかなど、普段の業務に大いに活用できるので良かった。
- 通常業務では課題整理総括表を活用することがない為、学びとしては深いが、業務負担は否めない。入職1年未満の包括対象者のケアマネジメント研修からのケアプラン点検につながるとありがたい。
- 点検を受け、作成したプランがその方の生活の何を支えていくのか、どのような視点が不足していたのかと気づくことができた。現在の本人の姿だけではなく、どのような背景があるのかという事を意識し、要望とニーズの違いも見極めていきたいと思う。また、本人が大切にしたいことを尊重しつつ、次のエピソードに対応できるよう、防ぐためにはどうすればよいのかという視点を持ちながら関わりを持っていきたいと思う。ご指摘いただいたケアプランの目標の具体化や記録の詳細化を確実に行えるようにしたい。
- 一度の説明では理解が難しいと感じる内容もあったが、自分の言葉で理解ができるまで一緒に立ち止まり、歩調を合わせて関わっていただけたことで、疑問を疑問のまま残すことはありませんでした。自分が作ったプランを見直す良い機会となった。

- 緊張して受けたケアプラン点検。納得したり、確認したりと学びの深い点検事業であった。また、気持ちが前向きになり、分からない不安が軽減された。
- とても緊張していたが、担当者が笑顔で話しやすい雰囲気を作ってくださり、徐々に緊張が解けていった。そこも、対利用者様、ご家族への参考になった。アセスメントからプラン作成までじっくり行くと、実際の業務に影響が出るため、作成に必要な時間やスピードについても今後の課題です。
- 今回の点検で、アセスメントでの疾患状況の具体的な詳細と記載、ニーズから読み取れる根拠の部分のきめ細やかな記録を大切にプランニングしていく必要性を改めて感じた。プラン作成についても、ご本人とご家族の困りごとと、どうありたいかの想いを深く情報収集し、より具体的な計画書に作り上げていく重要性を学ばせていただいた。また、担当者会議等での他事業所との綿密な話し合いを深めることにより、ご本人、ご家族への支援の多面的で厚みのある関りを図っていこうと思った。
- 小規模多機能型住宅事業所での一人ケアマネであると、自分の作成したプランの振り返りをする余裕もなく、評価されることもないので、今回とてもいい機会になったと思う。もっと早くこの機会を持ちたかった。ケアマネの更新研修とは違い、地域において他事業所との勉強会などの場が増えてくれると良い。今回一回で終わってしまうのではなく、今回の点検の効果、成果は人によって違うと思うが、一年たってどういかして行けるようになったかの振り返りの場があったらと思った。
- サービス計画作成において大和市の基本的な考え方と書き方はとても分かりやすく、参考になった。これからのサービス計画を勉強します。しかしながら、すべての考え方が在宅中心で、施設入所の方々とは少し合わないことがあるように感じる。家族の考え方も違うところがあり、ご本人の意思もなかなか表現できない。私はどのように対応していけばよいか、不安に感じることだらけだ。研修なども在宅中心だ。今後、施設サービス計画の方法も別に研修していただけると良いと感じている。
- グループホーム、特養でケアマネとして10年働いてきた。今まで、ケアプラン作成を教わる機会がなく、研修での学びで業務してきた。今回、点検をしていただき、自分に何が足りていなかったのか気付くことができた。これからは、自信をもって新人ケアマネへ指導ができるので、とてもうれしく思う。
- ケアプラン点検を受ける事によって、ケアプランを作成する意識が変わった。利用者様の事を考え、作成することを再確認できたと思う。グループホームは9名の方の対応をしているので、もう少し深く考え対応したいと思う。
- 「なぜ、困りごとが起きているか？」本人や家族の話をたくさん聞くことの必要性・記録に残す事、具体的に誰が読んでも分かりやすく言語化すること。利用者の生活を総合的に支援するための重要なサービス計画書であると点検を通して再確認した。
- 色々な視点で捉えていく事。自分の良い点（暖かい視点）を教えて頂き、修正すべきところは改善して、良いと教えて頂いた部分は、そこを伸ばしていき、何よりご本人、ご家族が喜んでもらえるケアプランを作っていきたいと思う。