

令和7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 (49 事業所)	直近に担当開始した利用者（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 (1 事業所)	直近に担当開始した利用者（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 (49 事業所)	令和7年5月から令和8年1月
施設系サービス (1 事業所)	令和8年1月

(3) 点検従事者による面談

[面談：各 90 分程度]

- ①全 50 人 居宅系サービスに所属する介護支援専門員 49 人、施設系サービスに所属する介護支援専門員等 1 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 49 事例、施設系サービス 1 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 50 人のうち 26 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	7
3 年以上 5 年未満	10
5 年以上 10 年未満	9
10 年以上 15 年未満	12
15 年以上	12

(2) 事業所種別とケアプラン担当件数

	居宅	施設
10 件未満	1	1
10 件以上 30 件未満	9	0
30 件以上 60 件未満	39	0

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 15.8 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 15.8 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	24	50	1	44	50
4～6 個	26	0	9	6	0
7 個以上	0	0	40	0	0
平 均	3.2	1.0	8.5	1.9	1.2

(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。
- ・課題分析において、厚生労働省が目安として定める課題分析標準項目 23 項目（生活リズム）が網羅されているかについて、改めて課題分析表の項目を確認してください。
- ・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（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、加算や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。
- ・ニーズの抽出及び分析については、適切に行われています。

ケアプラン作成

- ・計画書において、専門用語（例：バイタルチェック）・略語（例：レク）は、利用者・家族などがわかりやすい表現で記載してください。
- ・第2表のニーズ欄において、サービス利用時の加算（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付けてください。（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 サービス内容
 - ・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、短期目標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。

			1	2	3	4	平均得点	点検前後の差異の平均	
			できている人	は言えないとできている人	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	0	5	26	19	3.28	0.08
		点検後	1	6	17	26	3.36		
	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	31	8	2.94	0.06
		点検後	1	12	23	14	3.00		
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	10	31	9	2.98	0.12	
	点検後	2	9	21	18	3.10			
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	1	13	33	3	2.76	0.12	
	点検後	4	14	16	16	2.88			
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	1	12	35	2	2.76	0.06
		点検後	3	14	22	11	2.82		
	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	4	17	19	3	2.49	-0.05
点検後		6	18	13	6	2.44			
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	6	14	19	2	2.41	0.24	
	点検後	3	21	7	12	2.65			
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	20	23	3.35	0.12
		点検後	2	6	9	31	3.47		
	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	8	31	11	3.06	0.02
		点検後	1	11	20	17	3.08		
	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	0	12	31	7	2.90	0.14
		点検後	0	12	24	14	3.04		
	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	0	14	31	5	2.82	0.12
		点検後	1	14	22	13	2.94		
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	18	30	0	2.59	0.09	
	点検後	4	16	22	8	2.68			
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	15	29	5	2.76	0.04	
	点検後	4	15	18	13	2.80			
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	29	7	2.84	0.12	
	点検後	2	11	24	13	2.96			

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	3	13	24	9	2.80	0.14
			点検後	4	10	21	15	2.94	
	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	14	27	6	2.72	0.16
			点検後	3	12	23	12	2.88	
	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	13	23	9	2.72	0.20
			点検後	3	11	23	13	2.92	
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	9	28	12	3.02	0.06
			点検後	3	10	17	20	3.08	
	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	0	17	23	9	2.84	0.02
			点検後	2	17	17	14	2.86	
	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	9	34	7	2.96	0.18
			点検後	1	7	26	16	3.14	
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	14	30	4	2.72	0.16
			点検後	2	13	24	11	2.88	
	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	6	33	10	3.04	0.12
			点検後	1	5	29	15	3.16	

- ・平均点については、22項目中1項目において面談前の平均点を下回っていた。これは、面談を受けたことにより不十分であったと気づきを得たことで評価を下げたものと思われる。「4：できている」の項目は、全ての項目で点検前の数値を上回っていた。
- ・アセスメントについては、課題分析に必要な情報の把握、利用者の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、面談時に加算や居宅療養管理指導の必要性やサービス内容についてコメントしたことにより、分析が不十分であったと気づき、加算の項目については、面談後の評価を下げた。
- ・ケアプランについては、「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、全ての項目において改善傾向がみられた。
- ・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、面談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、面談後の評価に改善がみられた。
- ・マネジメントについては、点検を受けたことにより、自身のマネジメントが適正であることが確認でき、点検後の自己評価に改善がみられた。

5. 総括

令和7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、サービス利用については概ね適正かつ妥当であったが、課題分析標準23項目が網羅されていない課題分析表を使用しているケースが22件、計画書作成に際し課題分析を実施していないケースが3件、サービス開始前に計画書の同意を得ていないケースが11件（暫定の計画書を作成していたが、計画書の開始日を遡っていたケースを含む）、算定しているサービス（居宅療養管理指導）やサービス利用時に算定している加算に対して必要であろう事項（例：ニーズ・サービス内容等）をケアプランに位置付けていないケースが10件、医療系サービスを位置付けるにあたり主治の医師等に意見を聴取していない・計画書を交付していないケースが14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：アセスメントやモニタリングを自宅（自室）で実施した記録等）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、特にニーズに繋がるような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、詳細な把握（記録）と分析の強化が、令和6年度同様に引き続き必要である。

ニーズの抽出についても令和6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散見された。今後は、課題分析を強化し、その上で課題の解決策として加算や居宅療養管理指導等の必要性を明確にしていく必要がある。

ケアプランについては、多くのケアマネジャーが「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されていることは確認できたが、中には専門用語の使用や心情に配慮した表記となっていない計画書も散見されたため、改めてケアプラン作成の基本について確認が必要である。また、総合的な援助の方針や目標など具体的な記載が必要な項目については、誰にでも当てはまる表記となっているものが多く、具体的な記載については引き続き推進が必要な結果であった。

サービス担当者会議については、会議開催時等の機会を活用して福祉用具の必要性について議論していないケースが16件あった。また、サービス担当者会議開催の目的の一つである「プランの原案に対しての専門的見地からの意見の聴取」を行っていない、または、記録に残せていないケースが多くみられた。

モニタリングについては、評価すべき項目（サービスの実践度・目標の達成度・実践状況と達成状況を踏まえたサービス等の適正度・新たな生活課題の有無（継続的なアセスメント））を把握していない介護支援専門員が多く、特に「新たな生活課題の有無（継続的なアセスメント）」についての評価が不十分であった。

介護支援専門員の自己チェックにおいては、点検を受けたことにより、不十分であり改善が必要との認識から点検前よりも評価を下げた項目もあったが、介護支援専門員個々の自己チェック力が向上している結果とも考えられる。

令和7年度課題

① サービスにおける加算算定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

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、その理由（課題分析結果及び計画への表記等）を明確にします。また、サービスにおける加算算定時、居宅療養管理指導が必要なニーズ及び具体的サービス内容をケアプランに記載します。

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 適正なサービス担当者会議の開催・モニタリングの実施

サービス担当者会議においては、ケアプランに位置付けた全てのサービス事業所（居宅療養管理指導含め）へ出席を依頼し、開催にあたっては、ケアプラン原案に対しての専門的見地からの意見の聴取をします。同じく、サービス担当者会議においては、福祉用具貸与・購入の必要性について議論を行い、議論した結果を記録に残します。また、モニタリングにおいては、評価すべき4つの項目（実践度・達成度・適正度・継続的なアセスメント）について評価を行います。

③ 疾患や服薬についての詳細把握（記録）の強化

症状・服薬内容の詳細な把握、及び疾患に対する医師の所見やアドバイス等についても把握（記録）します。また、疾患が日常生活へ及ぼす影響についての分析を強化します。

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）

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（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。

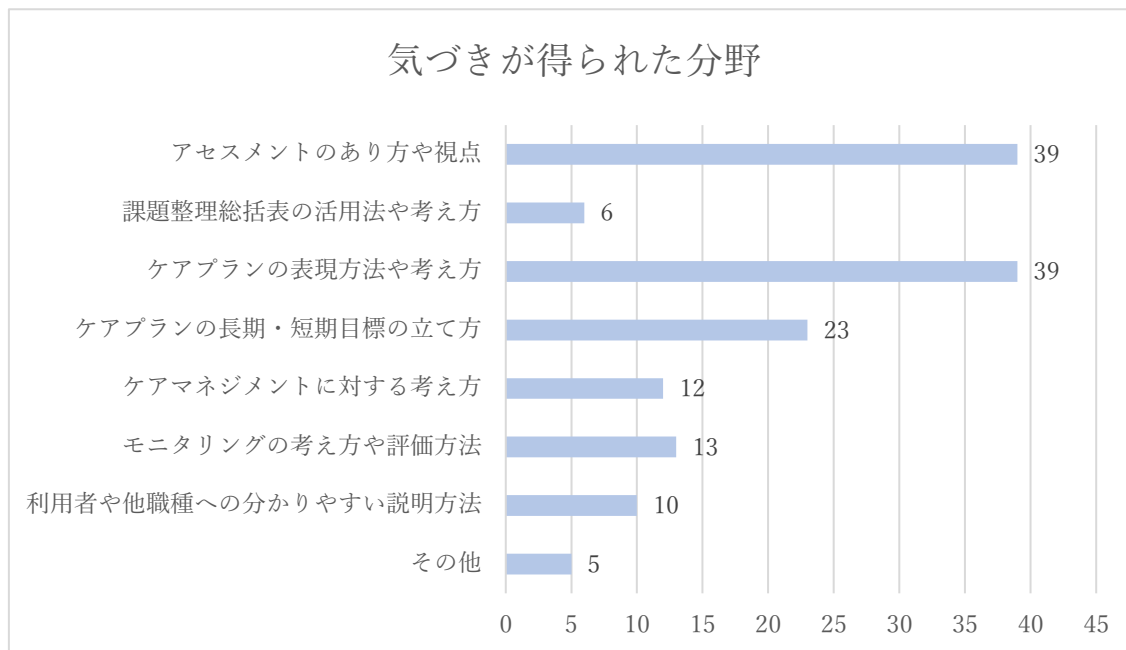
⑤ ケアプランの具体的表記の推進

ケアプランは重要な計画であり、利用者本人のものであることという認識のもと、大和市推奨のケアプランの基本的な考え方と書き方を参考として、より具体的に分かりやすい表記を目指します。

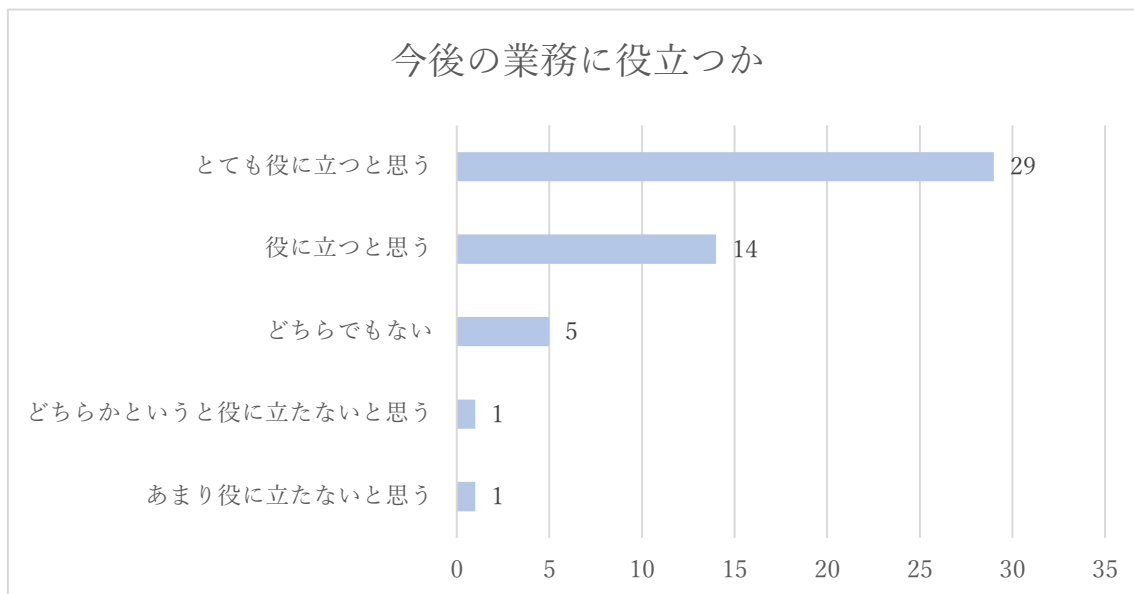
6. アンケート結果

点検後のアンケートでは、アンケート提出者 50 人全ての結果において新たな気づき
が得られたと回答した。気づきを得られた分野としては、アセスメントのあり方や視点
(39 件)、ケアプランの表現方法や考え方 (39 件) 次いでケアプランの長期・短期目標
の立て方 (21 件) であった。

(件) 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）」

- 最初にこの点検を受ける白羽の矢があたったときには本当に嫌だった。ケアプランの合格・不合格を突きつけられているような審判をくだされるようなそんな気持ちになったからだ。でもいざ受けてみるとアセスメントから担当の要点に至るまで事細かに見て下さり、出来ているところは出来ていると、修正した方が良いところはこうした方が良いと指摘して下さりとても勉強になった。その後の作ったプランは指摘されたところを意識して作ることができた。それが何より利用者さんにとってより良いものになると思う。点検を受けた後は受ける前の気持ちとは変わり受けてよかったと思えた。
- 日々の業務の忙しさを理由に押せ押せで帳票類を作成している現状だ。でも帳票類が整っていない。又、内容が薄いものだと日々の頑張りが評価されないということになります。1つ1つ丁寧にポイントを押さえながら進めていくことが理想です。
- 細かくて丁寧に指導いただき勉強になった。
- 新人・管理者以外のケアマネジャーもケアプラン点検を受けた方が良いと思う。
- 日々の業務に追われて本来自分が一番大事にしたいもの（本人との対話やご家族の真意を理解すること）が欠けていたことを実感した。在宅介護は個別ケアの核であり施設にはない大事なことがあると常々思って関わってきたが、どこかでマンネリだったり希薄になっていたのかなと反省の気持ちだ。今回沢山のことを学ばせて頂き初心に戻って本人と向き合う時間をもっと大切にしていきたいと思う。
- ひとりケアマネ事業所のため日頃相談や意見交換する人がおらず情報不足な点も多い。私にとってケアプラン点検は大変勉強になる制度である。
- 他の研修会や勉強会とは異なり1対1での個別に対しての指導を頂けるので初めての参加だったが今まで自分が気付いていない、自己流になっていたところが良く分かり本当に良かった。
- 自分の書類関係を見てもらうという機会はあまりないので、10年以上やっても「これで本当にいいのか」と思って作成している。自分のケアプラン点検をしてもらったものを事業所に持ち帰って、他のケアマネと共有し、今後のケアプラン作りに生かしていきたいと思う。新人の頃に受けたケアプラン点検はとにかく怖くて注意ばかりされたイメージだったが、今回は「なるほど」と思う点が多く、リラックスして受けられた。Zoomも良かったと思う。
- ケアプラン点検で指導されたものを運営指導で提出した。少し相違があり、戸惑うことがあった。先輩方から教わってきたものにもう少し自分で勉強した新しいことを加えていかなければならないと実感した。進化していこうと思うことができたが、自信を失ったこともあり、ケアマネを辞めたい気持ちにもなった。
- 自身の弱い部分や不足部分を理解することができた。改めて根拠を探求し指すこと、介護保険事業についての理解を深めることができた。
- とてもわかりやすくアドバイスを頂けた。指摘頂いたことを踏まえひとつひとつ丁寧に作成していきたい。

- 書面上や対面での点検で意味があるのでしょうか。もちろん質の向上や気づきについての必要性は理解できるし、説明力や記録の重要性も分かるが、人間のその時の表情や感情によっても表現は様々で、それを表現することは難しい。プランと個別計画が連動することが大きいのではないか。実際に見たものと書類関係を見比べて判断している私には、その細かいところの記載が苦手であった。苦手意識を克服していけるように努力する。ケアプラン点検や質の向上に力を入れ専門性を高めるのが重要であるのなら、件数を少なくし、1件当たりの単位を上げることが考えられてもいいのではないかと思う。自分のしている仕事に誇りを持ってやっていきたいので。
- ケアプランについて、本来どうあるべきなのか自己学習することが必要だとは思いますが、どうしても自己流になりがちなので、定期的に確認・指導を受ける機会があるのは大切だと思う。
- 管理者より今回のケアプラン点検の話があったときは正直とても嫌だという気持ちでいっぱいだった。先輩ケアマネよりこんな機会なかなかないので絶対に受けるべきと背中を押された。その結果アセスメントから始まる全項目において見直す箇所が多く大変勉強になった。今後はご利用者に添えるような事実確認・支援内容に対する基本的な考え方と書き方・根拠がケアプランに反映させるよう励みます。今回の方以外でのご利用者様のプランももう一度見直し修正していきます。
- 面談を受けるまではとても緊張していたが担当者の方が分かりやすく支持的に関わってくださったことでリラックスして答えることができた。大和市推奨「ケアプランの基本的な考え方と書き方」を確認しようと思う。