

令和6年度 藤沢市ケアプラン点検事業

実績報告書

目的

介護支援専門員等が作成した居宅サービス計画書、施設サービス計画書等（以下「ケアプラン」という。）が、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適切なものとなっているかを点検し、必要な指導・助言を行うことで、ケアマネジメントの質の向上、給付の適正化を図り、市民に対して質の高いサービスを提供することを目的とする。

1. 目標

- (1) 介護支援専門員等が、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自立に資するケアプラン立案及びケアマネジメントを実践する。
- (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) 介護支援専門員等が、常に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場合においても適切かつ様々なサービスやサポートをもって、利用者の希望の実現に努めることができる。
- (6) 利用者の自己選択の観点から、利用者が複数のサービス及び事業所から選択ができることを踏まえた自己選択の支援が適切に行うことができる。
- (7) 給付の適正化の観点から、適切かつ妥当なサービス及び頻度及び内容等を踏まえたケアマネジメントを行うことができる。

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」や市作成のチェックリスト（令和6年度藤沢市ケアプラン点検表）等の共通の指針を使用する。

(1) 対象者

- ① 藤沢市内に住所を有する居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護（以下、「居宅介護支援事業所等」という。）に所属する介護支援専門員

- ② 藤沢市内に住所を有する特定施設入居者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護（以下、「介護保険施設等」という。）に所属する介護支援専門員

(2) 点検対象者及び点検（確認）従事者

| 対象 | 条件 | 点検従事者 |
|-----------------------|-----------------|---------------------|
| 居宅介護支援事業所等 (45事業所) | ・国保連データを活用し市が抽出 | ・委託業者 ・介護保険課担当職員 |
| 介護保険施設等 (8事業所) | | |

(3) 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等 (45事業所) | ・令和6年5月から令和7年1月 |
| 介護保険施設等 (8事業所) | ・令和6年5月から7月・12月 |

(4) 点検従事者による面談及び書類点検

【面接】〔各90分程度〕

- ① 全8人（居宅介護支援事業所等に所属する介護支援専門員7人、介護保険施設等に所属する介護支援専門員（計画作成担当者）1人）
- ② 対象ケースは、居宅介護支援事業所等7事例、介護保険施設等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）

【書類】

- ① 全45人（居宅介護支援事業所等に所属する介護支援専門員36人、介護保険施設等に所属する介護支援専門員（計画作成者）9人）の事前提出書類の点検を実施。

(5) 面談・書類点検後のケアプランの再提出

- ① 面談・書類点検後の結果を点検後10日前後に市に郵送。
- ② 点検対象者は、面談・書類点検結果を受けて、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）
1事例については、書類点検実施後に点検対象者の体調不良により、長期療養を行っていたとの理由により再提出が行われなかった。

3. 点検結果

(1) 点検対象者について

点検対象者53人うち18人が主任介護支援専門員であり、点検対象者の経験年数及びケアプラン担当件数は次のとおりであった。

① 経験年数

| 経験年数 | 人数 |
|------------|----|
| ～3年未満 | 5 |
| 3年以上5年未満 | 7 |
| 5年以上10年未満 | 10 |
| 10年以上15年未満 | 17 |
| 15年以上 | 10 |
| 未記載 | 4 |
| 合計 | 53 |

② 事業所種別とケアプラン担当件数

| | 居宅 | 施設 |
|------------|----|----|
| 10件未満 | 2 | 0 |
| 10件以上30件未満 | 14 | 3 |
| 30件以上60件未満 | 29 | 4 |
| 60件以上 | 0 | 1 |

(2) 実施方法

点検にあたっては下記の38項目（運営基準に関する12項目、基礎的な内容26項目）を用いた。また、点検従事者は、対象者の事前提出書類をもとに、その実施状況が「不十分（不適切）⇒0、やや不十分⇒1、概ね十分⇒2、十分（適切）⇒3」の四択式で事前点検を行い、その後の面談を踏まえて対象事業所へ結果を通知した。

(運営基準に関する12項目)

| 項目 | 評価項目 | 点検内容 |
|------|------|-------------------------------------|
| 基準1 | 運営基準 | 標準項目23項目が網羅されているか（様式の項目として） |
| 基準2 | 運営基準 | 利用者宅（自宅）にて課題分析が実施されているか（入院の場合は例外） |
| 基準3 | 運営基準 | 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か |
| 基準4 | 運営基準 | 原案を協議するためのサービス担当者会議が開催されているか（要点で確認） |
| 基準5 | 運営基準 | ケアプランに位置付けている事業所へ会議への出席を依頼しているか |
| 基準6 | 運営基準 | 欠席理由、ケアプランの原案に対しての意見は記載されているか |
| 基準7 | 運営基準 | 福祉用具の必要性について議論され、記録が残されているか |
| 基準8 | 運営基準 | 医療系サービスを位置付けるにあたり主治医の意見が付されているか |
| 基準9 | 運営基準 | 医療系サービスを位置付けた場合、医師にプランが交付されているか |
| 基準10 | 運営基準 | 少なくとも月1回以上はモニタリングを実施しているか |
| 基準11 | 運営基準 | モニタリング方法は、自宅・オンラインで実施しているか |
| 基準12 | 運営基準 | 事業所選定にあたり、複数の事業所を紹介した記録があるか |

(基礎的な内容26項目)

* 基礎項目については、令和5年度藤沢市ケアプラン点検表と内容が異なるため、前年度との比較は行わないものとする。

1～9 アセスメントと分析

| 項目 | 評価項目 | 点検内容 |
|-----|------|--|
| 基礎1 | 全体把握 | 本人及び家族等の【生活の意向】が明確になっているか |
| 基礎2 | 環境 | 家族（ケアラー）の状況や介護状況が把握されているか |
| 基礎3 | 健康状態 | 身長・体重・BMIについて把握されているか |
| 基礎4 | 疾患 | 疾患について把握されているか（診断年月・症状・日常生活への影響・治療・薬等） |
| 基礎5 | 分析 | 疾患についての予後予測や留意事項（医師の意見や所見等も含む）について把握されているか |
| 基礎6 | 分析 | ニーズと判断した項目に対して、情報収集・状況把握が具体的にされているか |
| 基礎7 | 分析 | 加算（入浴介助加算Ⅰ・口腔機能向上加算等）の必要性（ニーズ）が適切にされているか |
| 基礎8 | 分析 | 居宅療養管理指導の必要性（ニーズ）が適切にされているか |
| 基礎9 | 分析 | ニーズごとに【改善】・【維持】等の観点から評価しているか |

10～19 ケアプランの作成

| | | |
|------|-----|--|
| 基礎10 | 同意 | 計画書に対しての利用者・家族のコメントや意見が記録から読み取れるか |
| 基礎11 | 全体 | 利用者等に分かりやすく（専門用語・略語・誤字・脱字・心情に配慮）作成されているか |
| 基礎12 | 第1表 | 総合的な援助の方針が、チームの方針として具体的に記載されているか |
| 基礎13 | 第2表 | 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か |
| 基礎14 | 第2表 | 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か |
| 基礎15 | 第2表 | サービス内容は、必要なセルフケアが位置づけられているか |
| 基礎16 | 第2表 | サービス内容は、必要なインフォーマルサポートが検討されているか |
| 基礎17 | 第2表 | サービス内容は、加算を算定している場合、その内容が分かるように記載されているか |
| 基礎18 | 第3表 | 主な日常生活上の活動欄で、利用者の生活リズムが把握（記録）されているか |
| 基礎19 | 第3表 | 週単位以外のサービス欄は、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か |

20 サービス担当者会議

| | | |
|------|---------|---------------------------------|
| 基礎20 | 協議内容・結果 | ケアプランの内容に対して、専門的見地から意見が記載されているか |
|------|---------|---------------------------------|

21～24 モニタリング

| | | |
|------|-----|--|
| 基礎21 | 目的① | 計画に位置付けられた、サービス実施状況を把握しているか（実践度） |
| 基礎22 | 目的② | 目標ごと（基本的に短期目標）の達成状況を評価しているか（達成度） |
| 基礎23 | 目的③ | 計画の妥当性（サービス実施状況・目標の達成状況を踏まえ）について判断しているか（適正度） |
| 基礎24 | 目的④ | 新たな生活課題の有無を評価しているか（継続的なアセスメント） |

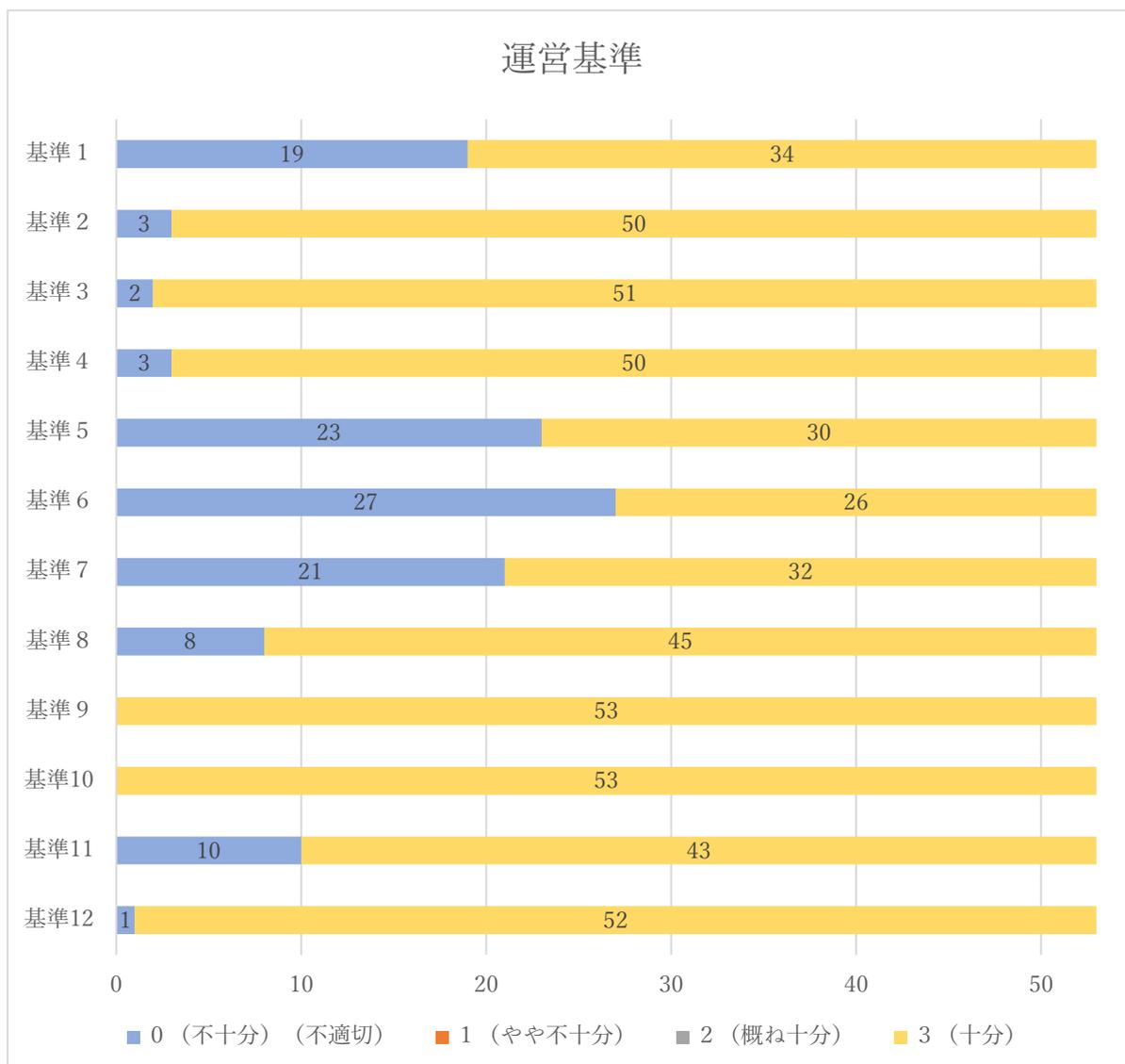
25～26 適正な給付

| | | |
|------|--------|----------------------------|
| 基礎25 | 給付の適正化 | 個別サービス計画書との整合性・連動性を確認しているか |
| 基礎26 | 給付の適正化 | 居宅療養管理指導報告書の内容を確認しているか |

(3) 事前点検の結果

対象者の事前提出書類をもとに、その実施状況が「不十分（不適切）⇒0、やや不十分⇒1、概ね十分⇒2、十分（適切）⇒3」の四択式で事前点検を実施した。

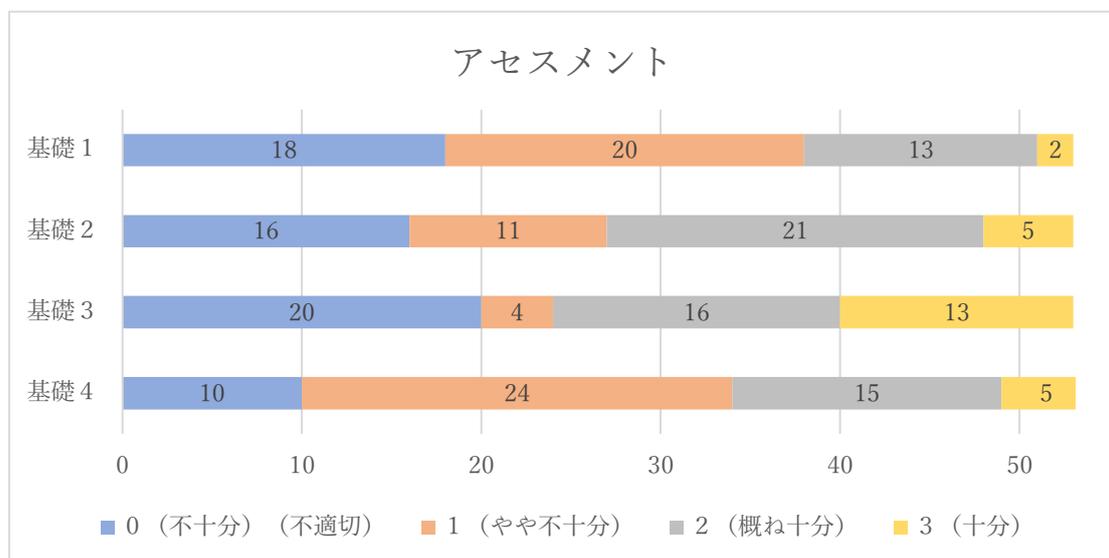
①基準1～12 運営基準の遵守について



- ・基準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）」については、令和5年10月16日に新たに厚生労働省より示された23項目を満たしていないケースが19件あった。不足している項目については、新たな項目（生活リズム）の不足が主であった。2件については、課題整理総括表を課題分析表として代用していた。
- ・基準2「利用者宅（自宅）にて課題分析が実施されているか（入院の場合は例外）」については、計画書作成にあたり、課題分析を実施していないケースが1件あった。残り2件については、面談にて自宅で実施していることは確認できたが、記録として残せていなかった。書類点検については、提出書類として求めているため、評価を行っていない。

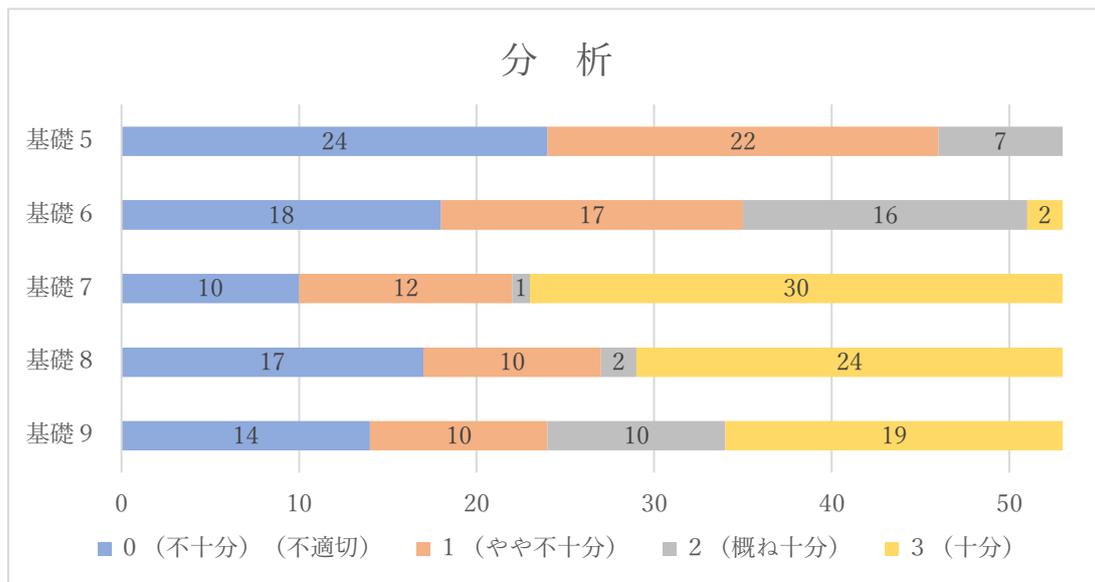
- ・基準3「サービス開始日より前に計画の説明・同意・交付が行われているか」については、サービス開始前に同意が得られていないケースが2件あった。
- ・基準4「原案を協議するためのサービス担当者会議が開催されているか(要点で確認)」については、事前提出書類から読み取れないケースが3件あった。
- ・基準5「ケアプランに位置付けている事業所へ会議への出席を依頼しているか」は、23件中20件が居宅療養管理指導事業所に対して、サービス担当者会議への出席依頼、欠席時の意見聴取を行っていなかった。3件については、既存のサービス事業所に参加依頼を行わず、新たに追加するサービス事業所のみ参加及び実施であった。
- ・基準6「欠席理由、プランの原案に対する意見は記載されているか」については、欠席理由を記載していない、照会等により意見は聴取しているが、記録として残せていないケースが27件あった。(基準5の居宅療養管理指導への出席依頼を行っていないケースを含む)
- ・基準7「福祉用具の必要性について議論され、記録が残されているか」については、サービス担当者担当者会議出席者と福祉用具の必要性について議論されていない、または、福祉用具貸与の事業者からの意見のみとなっていたケースが、21件あった。
- ・基準8「医療系サービスを位置付けるにあたり主治医の意見が付されているか」については、面談にて主治医に意見聴取を行っていないケースを1件確認した。残りのケースについては、意見聴取は行っていると思われるが、記録としては残せていなかった。
- ・基準11「モニタリング方法は、自宅・オンラインで実施しているか」については、「訪問」のみの記載に止まり、自宅で実施していることが読み取れなかったケースが10件あった。
- ・基準12「事業所選定にあたり、複数の事業所を紹介した記録があるか」については、面談にて、複数の事業所の紹介は行っていることは確認できたが、記録として残せていないケースが1件あった。

②基礎1～4 アセスメント



- ・基礎1 「利用者及び家族等の【生活の意向】が明確になっているか」については、7割のケースにおいて「どのような生活を送りたいのか」を具体的に引き出すことが不十分であった。
- ・基礎2 「家族（ケアラー）の状況や介護状況が把握されているか」については、半数のケースで、事前提出書類からは詳細を読み取ることができなかった。面談の際には、詳細を把握されていることは確認できたが、課題分析表への記載は不十分であった。
- ・基礎3 「身長・体重・BMIについて把握されているか」については、全く把握されていないケースが20件、BMIを計算していないケースが16件あった。
- ・基礎4 「疾患について把握されているか（診断年月・症状・日常生活への影響・治療・薬等）」については、面談の際には、症状等の詳細について把握していることは確認できたが、6割のケースにおいて、課題分析表に疾患の詳細な記載はなかった。

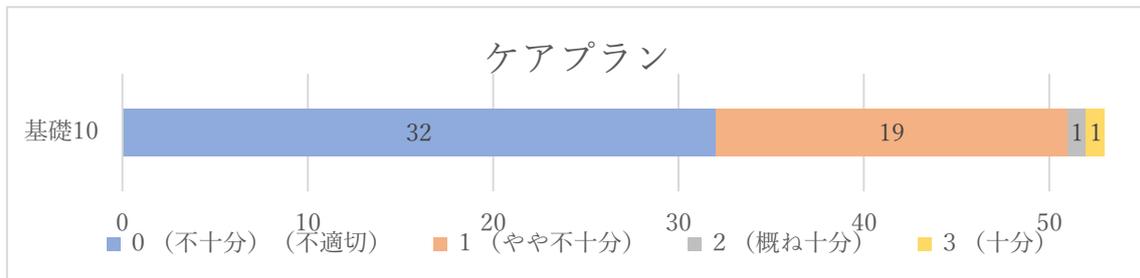
③基礎5～9 分析



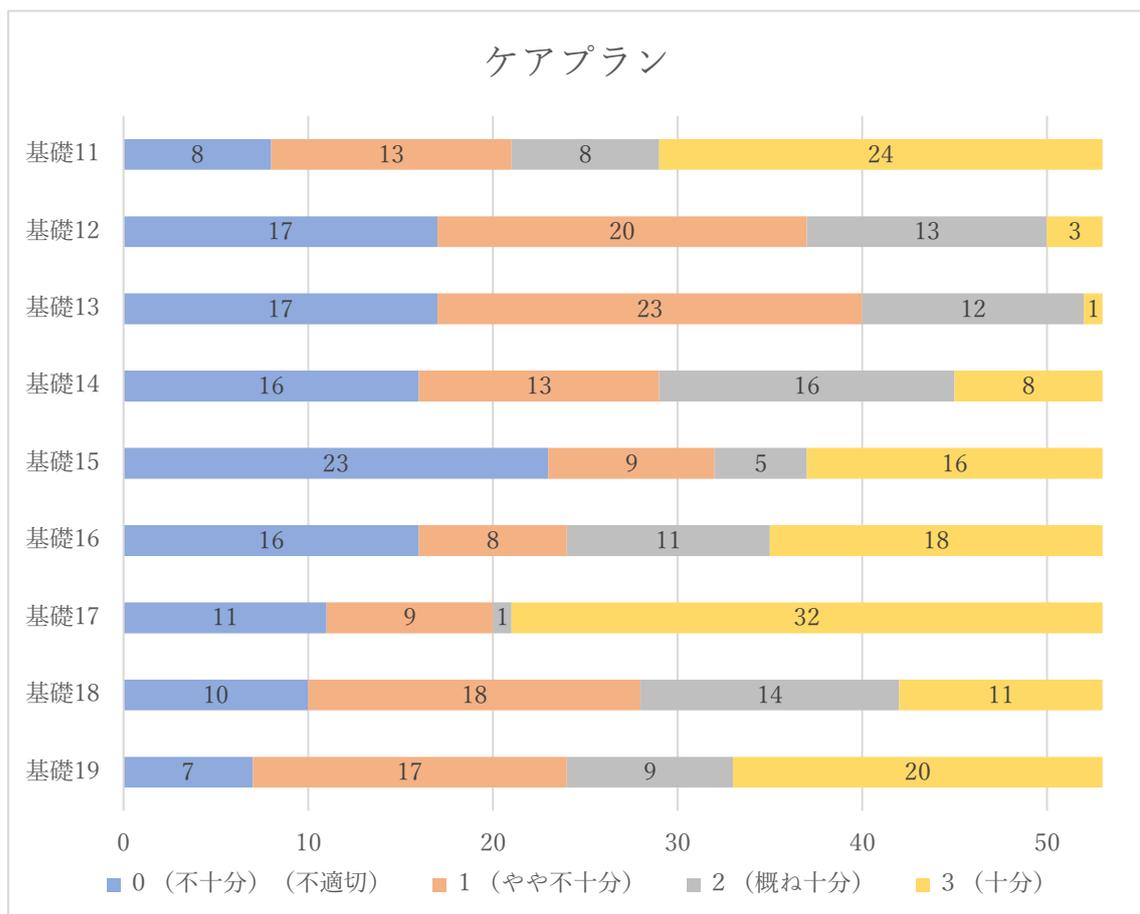
- ・基礎5 「疾患についての予後予測や留意事項（医師の意見や所見等も含む）」については、事前提出書類からは、約9割のケースにおいて疾患についての予後予測を読み取ることができなかった。
- ・基礎6 「ニーズと判断した項目に対して、情報収集・状況把握が具体的にされているか」については、面談の際には、ニーズとして抽出された根拠を確認することはできたが、事前提出書類からは根拠を読み取ることができなかったケースが半数あった。
- ・基礎7 「加算（入浴介助加算Ⅰ・口腔機能向上加算等）の必要性（ニーズ）が適切にされているか」については、加算を算定している22件のケースにおいて、事前提出書類から必要性について読み取ることができなかった。

- ・基礎9「ニーズごとに【改善】・【維持】等の観点から評価しているか」については、事前提出書類からは読み取ることができなかったが、面談を実施した8件については、評価されていることが確認できた。

④基礎10～19 ケアプランの作成



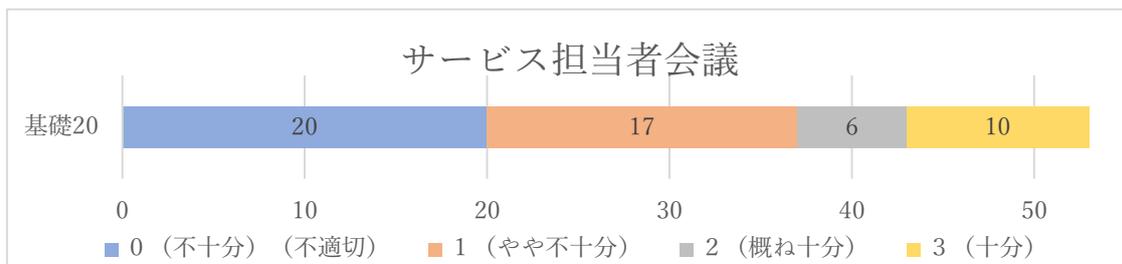
- ・基礎10「計画書に対しての利用者・家族のコメントや意見が記録から読み取れる」については、事前提出書類からほぼ全てのケースにおいて読み取ることができなかった。また、面談の際に確認を行うも計画書に対して意見を聴取しているケースはほとんどなかった。



- ・令和2年度より「藤沢市推奨 居宅サービス計画書の基本的な考え方と書き方」を示したことにより、書き方を参考し、ケアプランを作成しているケースも増えてきているが、書き方について把握していない事業所もあり、利用者にわかりやすい具体的な表記という点では更なる推進が必要な状況であった。

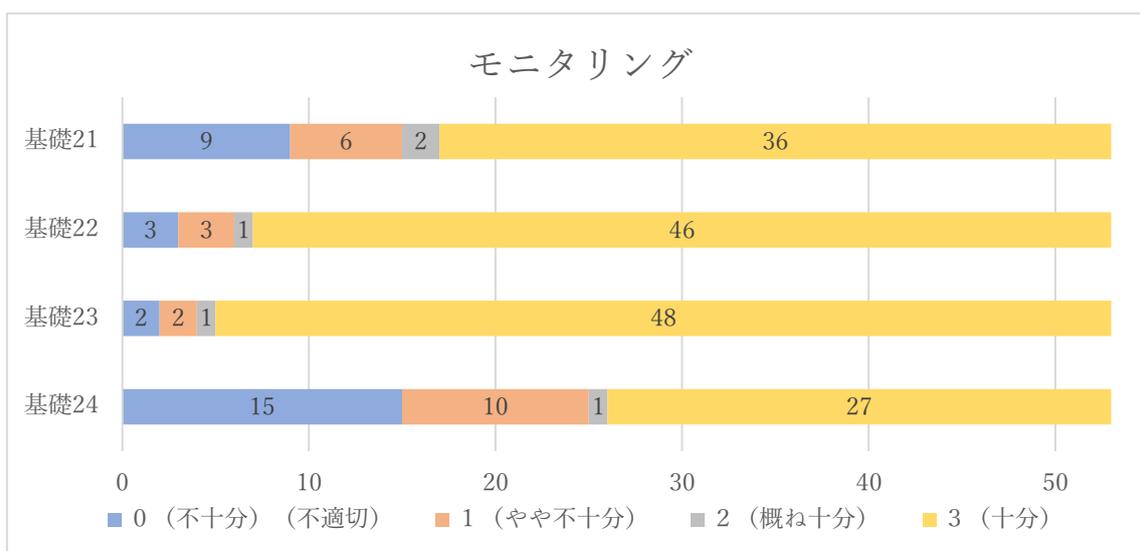
- ・基礎1 1 「利用者等に分かりやすく（専門用語・略語・誤字・脱字・心情に配慮）作成されているか」については、専門用語（バイタル）や略語（レク）の表記が21件、心情に配慮されていない等の表記が4件あった。（専門用語・略語、心情に重複あり）
- ・基礎1 2 「総合的な援助の方針が、チームの方針として具体的に記載されているか」については、約7割のケースにおいて、チーム方針の記載ではなく、サービス利用にあたっての援助内容であった。
- ・基礎1 3 「目標は、本人がイメージできる具体的な目標となっているか」については、具体的な目標設定をされているケースもあったが、約8割のケースは利用者がイメージできる具体的な状態像となっていなかった。
- ・基礎1 4 「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か」については、半数のケースにおいて、「体調に合わせた訓練」等の具体的な表記となっていないや居宅療養管理指導のサービス内容の記載がなかった。
- ・基礎1 5 「サービス内容は、必要なセルフケアが位置づけられているか」については、6割のケースで、位置づけがない、または、部分的な位置づけとなっていた。
- ・基礎1 6 「サービス内容は、必要なインフォーマルサポートが検討されているか」については、全く位置づけられていない、位置づけはあるが具体的な記載がされていないケースが約半数あった。
- ・基礎1 7 「サービス内容は、加算を算定している場合、その内容が分かるように記載されているか」については、20ケースにおいて、加算のサービス内容に沿った記載となっていなかった。（例：入浴介助加算Ⅰについて、「入浴介助」との記載のみ等）
- ・基礎1 8 「主な日常生活上の活動欄で、利用者の生活リズムが把握（記録）されている」については、全く記載がない、起床就寝・食事のみの記載となっていたケースが半数あった。
- ・基礎1 9 「週単位以外のサービス欄は、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か」については、居宅療養管理指導や医療サービスについての記載がないケースが半数あった。

⑤基礎20 サービス担当者会議



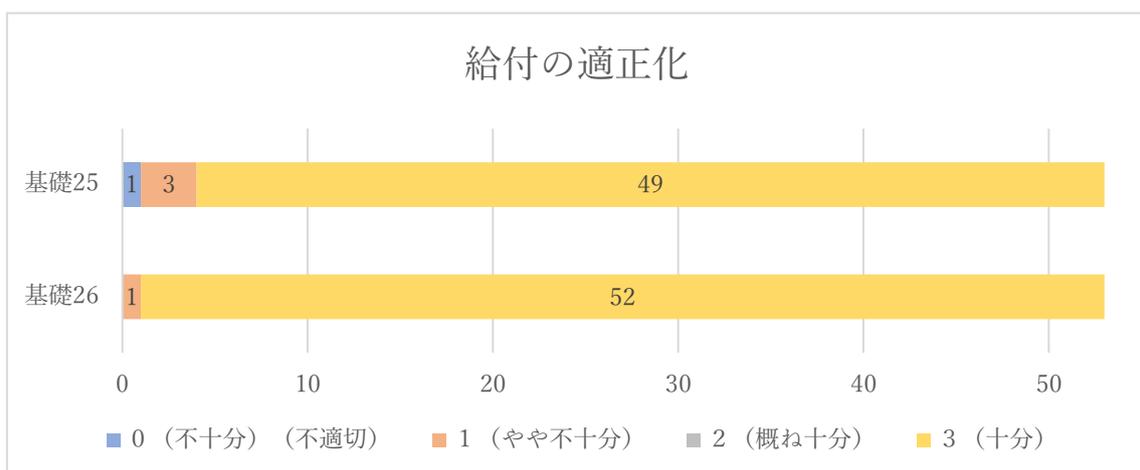
- ・基礎20 「ケアプランの内容に対する専門的見地から意見が記載されているか」については、サービスの利用状況についての記載はあったが、ほぼ全てのケースでプランの原案についての専門的見地からの意見は記載されていなかった。

⑥基礎 2 1～2 4 モニタリング



- ・令和5年度同様に、基礎 2 1 「計画に位置付けられた、サービス実施状況を把握しているか（実践度）」基礎 2 2 「目標ごと（基本的に短期目標）の達成状況を評価しているか（達成度）」基礎 2 3 「計画の妥当性（サービスの実施状況・目標の達成状況を踏まえ）について判断しているか（適正度）」については、評価していることは事前提出書類から読み取ることができたが、基礎 2 4 「新たな生活課題の有無を評価しているか（継続的なアセスメント）」については、使用している評価表に項目がない等の理由からか評価していない。または、モニタリングで必要な事項を理解して評価ができていないケースも見られた。

⑦基礎 2 5～2 6 給付の適正化



- ・基準 2 5 「個別サービス計画書との整合性・連動性を確認しているか」については、面談にて、個別サービス計画書の交付を受けていないケースが1件、計画書に位置付けている事業所分が揃っていないケースを2件確認した。
- ・基礎 2 6 「居宅療養管理指導報告書の内容を確認しているか」については、面談を実施した1ケースにおいて、薬剤師より報告書の交付を受けていなかった。

(4) 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17個であった。

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

結果通知にて、一人平均17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。

(件)

| | 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 | 32 | 53 | 1 | 49 | 53 |
| 4～6個 | 21 | 0 | 7 | 4 | 0 |
| 7個以上 | 0 | 0 | 45 | 0 | 0 |
| 平均 | 3.3 | 1.3 | 9.0 | 2.2 | 1.2 |

②コメントの主な内容

情報収集

- ・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(介護保険最新情報Vol.1178 令和5年10月16日)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、疾患等を考慮し、身長・体重・BMIについて把握してください。また、体重の推移について継続的に把握してください。
- ・課題分析において、ニーズ(例:転倒予防)として抽出した根拠(例:支援の詳細や住環境等)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。

分析

- ・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、加算(例:口腔機能向上加算)が必要なニーズが読み取れませんでした。なぜ、加算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、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。

ケアプラン作成

- ・計画書において、「意欲低下」という言葉がありますが、その言葉に対する利用者等理解、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、専門用語（例：バイタルチェック等）や略語（例：レク等）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。

- ・計画書において居宅療養管理指導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）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、「藤沢市推奨 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 目標期間
- ・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（施設）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。

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。
- ・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」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（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。

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及び、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 ない | は 言 え ない | ど ち ら か い 言 う | でき て い る | | |
| 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 | 3 | 29 | 18 | 3.25 | -0.08 |
| | | | 点検後 | 1 | 5 | 25 | 19 | 3.18 | |
| | 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 | 35 | 11 | 3.10 | -0.04 |
| | | | 点検後 | 4 | 7 | 23 | 18 | 3.06 | |
| | 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 | 6 | 33 | 13 | 3.13 | 0.16 |
| | | | 点検後 | 1 | 5 | 23 | 22 | 3.29 | |
| | 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 | 13 | 26 | 13 | 3.00 | 0.02 |
| | | | 点検後 | 2 | 12 | 21 | 17 | 3.02 | |

| | | | | | | | | | |
|---------|--|--|-----|----|------|----|------|------|-------|
| 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 | 14 | 32 | 6 | 2.85 | 0.06 |
| | | | 点検後 | 2 | 13 | 25 | 12 | 2.90 | |
| | 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 | 3 | 26 | 19 | 1 | 2.37 | 0.30 |
| | | | 点検後 | 8 | 10 | 20 | 10 | 2.67 | |
| | 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 | 2 | 20 | 23 | 6 | 2.65 | -0.01 |
| | | | 点検後 | 9 | 10 | 21 | 10 | 2.64 | |
| 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 | 3 | 2 | 10 | 36 | 3.55 | 0.00 |
| | | | 点検後 | 2 | 2 | 8 | 36 | 3.55 | |
| | 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 | 9 | 24 | 19 | 3.19 | 0.19 |
| | | | 点検後 | 0 | 7 | 18 | 27 | 3.38 | |
| | 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 | 9 | 2.94 | 0.19 |
| | | | 点検後 | 2 | 6 | 27 | 17 | 3.13 | |
| | 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 | 28 | 6 | 2.75 | 0.40 |
| | | | 点検後 | 2 | 5 | 28 | 17 | 3.15 | |
| | 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 | 0 | 16 | 28 | 8 | 2.85 | 0.21 |
| | | | 点検後 | 2 | 10 | 23 | 17 | 3.06 | |
| | 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 | 16 | 26 | 9 | 2.83 | 0.27 |
| | | | 点検後 | 2 | 8 | 25 | 17 | 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 | 12 | 27 | 12 | 2.96 | 0.23 |
| | | | 点検後 | 1 | 9 | 21 | 21 | 3.19 | |
| | 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 | 4 | 11 | 24 | 13 | 2.88 | 0.35 |
| | | | 点検後 | 1 | 7 | 23 | 21 | 3.23 | |
| | 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 | 1 | 17 | 25 | 9 | 2.81 | 0.19 |
| | | | 点検後 | 1 | 13 | 22 | 15 | 3.00 | |
| 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 | 2 | 15 | 21 | 14 | 2.90 | 0.25 | |
| | | 点検後 | 1 | 11 | 19 | 21 | 3.15 | | |
| 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 | 27 | 15 | 3.08 | 0.06 |
| | | | 点検後 | 2 | 9 | 21 | 20 | 3.13 | |
| | 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 | 2 | 16 | 26 | 8 | 2.77 | 0.13 |
| 点検後 | | | 3 | 10 | 28 | 11 | 2.90 | | |
| 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 | 26 | 9 | 2.85 | 0.13 | |
| | | 点検後 | 1 | 10 | 26 | 14 | 2.98 | | |
| 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 | 16 | 23 | 9 | 2.78 | 0.20 |
| | | | 点検後 | 2 | 8 | 25 | 14 | 2.98 | |
| | 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 | 5 | 33 | 14 | 3.17 | 0.13 |
| 点検後 | 0 | 5 | 26 | 21 | 3.31 | | | | |

- ・平均点については、3項目において点検後に評価を下げたが、「4：できている」の項目は、18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、アセスメントの領域において詳細な把握・記録を行うようコメントしたことにより、点検後に改善が見られたが、居宅療養管理指導については、分析が不十分であったと点検後に評価を下げた点検対象者が多くいた。
- ・ケアプランについては、「藤沢市推奨 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、第1表の総合的な援助の方針やセルフケアの位置づけの項目で、大きく改善がみられた。
- ・サービス担当者会議については、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記録として残すべき内容について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、モニタリング時に評価出来ていない項目について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。
- ・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6年度藤沢市ケアプラン点検の結果、給付の適正化の観点では、概ね適正かつ妥当であったが、計画作成にあたり課題分析を実施していないケースが1件、サービス開始前に計画書（ケアプラン）の同意が得られていないケースが2件、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9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：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、令和5年度に引き続き、詳細な把握（記録）と分析の強化が必要である。

ニーズの抽出については、サービス事業所が算定している加算や居宅療養管理指導のニーズ（解決すべき課題）が不明瞭なケースがあった。今後は、課題分析を強化し、ニーズを解決するために必要な加算算定であることが明確に分かるようにしていくことが必要である。

ケアプランについては、多くのケアマネジャーが「藤沢市推奨 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おり、基本的な内容については、利用者に分かりやすい表記等の質が向上している。一方、より明確かつ具体的な記載が求められる内容について、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散見され、より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だと考えられる結果であった。

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、一方で、記載すべき内容が不十分なケースがみられた。

ケアプラン点検に対する点検対象者の自己チェック平均においては、点検前と点検後においては、22項目中19項目でプラスの改善がみられ、点検対象者自身も点検前後においてプラスの改善が見られたという主観が得られた。

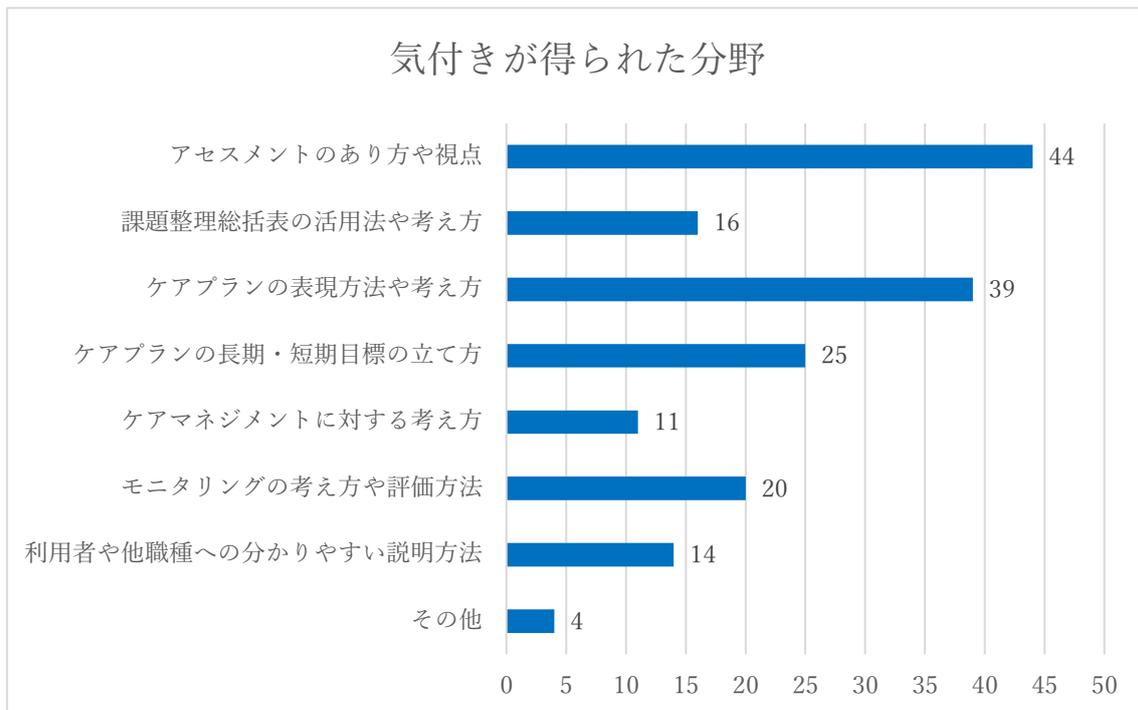
令和6年度課題（令和7年度の目標）

- 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。

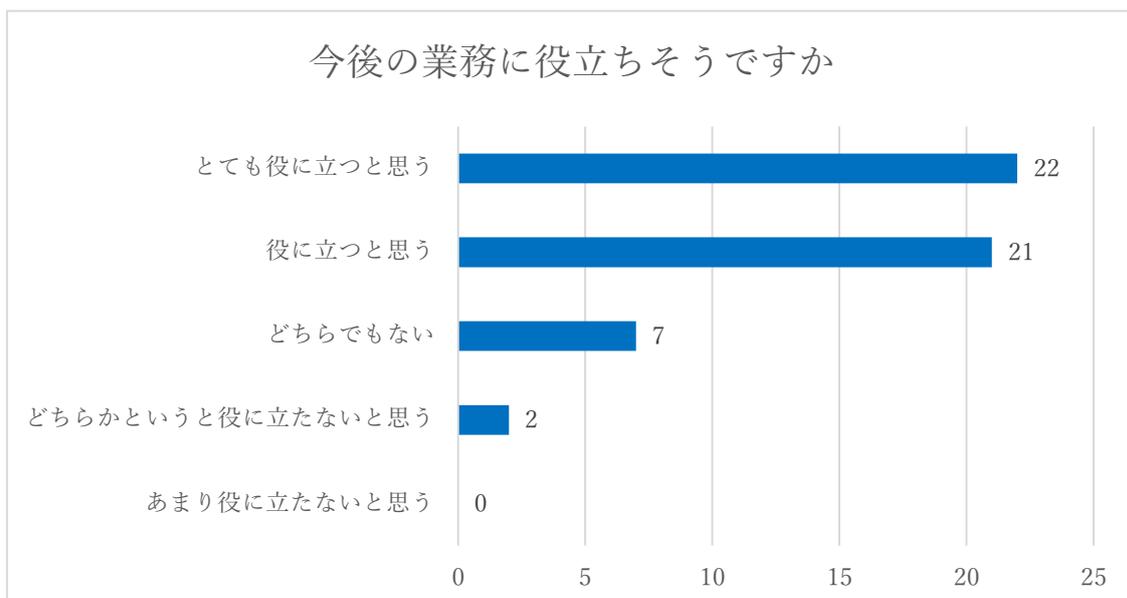
6. アンケート結果

点検後のアンケートでは、アンケート提出者52人中、50人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、アセスメントのあり方や視点（44件）に次いで、ケアプランの表現方法や考え方（39件）の順が多かった。

(件) 複数回答あり



その他の記述としては、「記録の必要性」「居宅療養管理指導の必要性の理解」等があった。



「ケアプラン点検についての意見や感想（一部抜粋）」

- 点検結果においては、指摘事項と指示語が並んでいて、総合評価では給付の適正化について過不足なしの結果書でした。出来ない、出来ていない部分だけを伝えられた後の過不足なしの評価を読んでも、受けて良かったにつながる気持ちになりませんでした。BMI の必要性は日頃から意識はしていますが、医療機関、介護施設で測定できない状況も多いので、家庭での測定方法を教えてください。
- 今回で、他市と3年前に同事業所で受けた点検を含め、3回目の点検だった。3回も受けているのに「いいかげんなケアプラン」を作成している自分を反省するとともに、今回ご指摘を受けた点にポイントを置きながらケアプランを作成する方向性が明確になった。ICT の活用とはいえ、担当件数が増えてケアプランの変更対応も多くある。業務の中で、点検のための提出準備は本当に大変だった。出来れば次は他の方に受けていただきたいと思った。
- ケアプランに対して細かく見てもらう機会がない為、頭の中ではアセスメント→プラン作成の過程を理解していたつもりでしたが、頭の中を見える形で整理すると、不足していたところが分かり良い機会だった。
- ケアプラン点検後の変更プランに利用者サインをいただくまでは必要ないと思う。ケアマネ側の表記の仕方であり、ケアマネが学んで次回の更新や変更時に訂正、修正、加筆をすればよいと思う。利用される方によっては、とても不安になる方もいると思う。給付管理上問題がないのであれば、利用者のサインまではやりすぎと考える。
- ケアプランを作成する最大の目的は「利用者の生活に寄り添い、利用者の自立支援をすること」と教えていただき、ケアプランが利用者様の自立を支援しているか、考察とより深く考える機会となった。今回ご指摘いただいたアセスメントやマネジメントをしっかりと理解して、ケアプランを作成していきたいと思う。
- 点検は2度目になります。前回のアドバイスを参考にケアプランを作成していましたが、課題分析については実際にやっている内容を詳細に記録していない部分もあったので、今後はなるべく詳細に記録することを心掛けていきたい。
- ケアプラン作成の際、人それぞれにクセのようなものがあると思いますが、基本は入居者様が穏やかに暮らすことができるように行うケアの具体的方法を説明し形にしたものだと思うので、自己満足になっていないか確認することが必要と思う。
- アセスメントが未熟で、抽象的な目標になってしまった。改めて気づくことが多く参考になりました。定期的に指導いただくと大変助かります。
- 居宅ケアプランの書き方、藤沢市推奨ケアプランの書き方などを再度見ながら、計画書の書き方や課題分析を見直す機会になった。サービス頻度に変化がなくても、サービス内容はご本人の状態に合わせて変化していることがある。点検事業があることで、自分のプランをどのようにしていけばよいのかアドバイスを頂けることにより、もっとしっかりやらなくてはいけないと自分を見直す機会になった。細かいところまでできるだけ見ていこうという気持ちになれるため、ありがたいと思う。

- 長い間ケアプランを作成していると、偏った思考や癖が出てしまうと思う。介護保険の改正があり、ケアプラン作成に対しても見直す点もある為、新しい知識を取り入れる必然が勿論生まれてくる。このようにケアプラン点検により実践で体験し、修正していただけることは良いことだと思うが、100人いたら100通りの人生や人生観がある為、判断が難しく迷う部分が多い。認知症の方の場合は、詳細にケアプランに乗せることは本人の目に触れるので難しい。
- 私たちも計画書をきちんと、本人、家族へ説明をし、意見を聞いて同意をいただいている。ケアプラン点検では（できていないかもしれないが）あら探しをされているようだ。また、時間と精神的な負担になっており、モチベーションも下がる。ケアマネが負担に感じないよう、お願いしたい。
- 仕事量に忙殺され、ポイントを絞ったケアプラン作成をしていたことに気づくことができた。「ケアマネジャーを継続したい」「若いケアマネジャーがやりがいを感じる仕事」と思える、シンプルで、けれど丁寧なケアプランを作成できるよう学びます。
- ケアプラン点検に選ばれたケアマネだけが学習できるのではなく、更新研修などに組み入れていただくと、全ケアマネが学習できると思う。
- 普段一人でやっていて、評価の機会がないので大変ありがたい。手書き書類が負担のため、打ち込み、メール等でのやり取りなどできるようになると助かる。
- 個別訓練加算や入浴加算などの位置づけについて頭では分かっているが実際にはできていないと感じた。今回、点検により今後もっとわかりやすく位置付けたい。ケアプラン点検は勉強になる為、同じケアマネが複数回あたるのではなく、是非、全員にあたるようにしていただけると良いと思う。（プランで選んでいるので難しいと思うが）とても勉強になったので、今後活かしていきたい。
- ケアプラン点検については、勉強になり今後も続けて欲しいと思う。点検後しばらくすると、自分の癖がでたり注意力低下したりすると思うので見直すきっかけになる。今回、CM交代と重なったこともあり、前回と続いて2回目になったので次回からはまんべんなくあたって欲しい。今回の件があり、利用者に関わる時間を多く持てたことで信頼性はできていると感じている。
- 今回ケアプラン点検を受けたことで、新アセスメント23項目が変更したことを知った。現場の業務を優先し、介護保険制度の学びが足りていなかったことが良く分かった。今後、外部の研修への参加や、制度の定期的な情報収集に努めていきたい。
- 面談式のケアプラン点検を受け、緊張した。3年前に書面での点検を受けた。面談式は、点検者から質問されることで、自分に何が足りないのか耳に残りよく理解できた。改めて、自分の自己覚知することができた。今後役立たせていただきます。