

令和5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4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に所属する介護支援専門員
- ② 藤沢市内に住所を有する介護保険施設等に所属する介護支援専門員等
- ③ 藤沢市内に住所を有する介護予防支援事業所に所属するプランナー等

(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 (68 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 (12 事業所)		
地域包括支援センター (3 箇所)		

(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 (68 事業所)	・ 令和5年5月から令和6年1月まで
介護保険施設等 (12 事業所)	・ 令和5年8月から令和5年12月まで
地域包括支援センター (3 箇所)	・ 令和5年10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5人、介護保険施設等に所属する介護支援専門員3人）
- ② 対象ケースは、居宅介護支援事業所等5事例、介護保険施設等3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 75 人（居宅介護支援事業所等に所属する介護支援専門員 63 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、地域包括支援センターに所属するプランナー等 3 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事業管理者に面談・書類点検後 10 日前後に郵送。
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）

3. 点検結果

1) 点検対象者について

点検対象者 83 人うち 25 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	8
5 年以上 10 年未満	27
10 年以上 15 年未満	19
15 年以上	14
未記載	3
合計	83

（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	4	3	0
10 件以上 30 件未満	25	0	0
30 件以上 60 件未満	38	6	3
60 件以上	0	3	0
未記載	1	0	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個の コメント	33	83	4	67	83
4～6個の コメント	45	0	20	16	0
7個以上の コメント	5	0	59	0	0
コメント数 の平均	4.0	1.2	8.1	2.4	1.2

(2) コメントの主な内容

情報収集

- ・課題分析表に空欄（未把握）（例：経済状況等）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（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。
- ・福祉用具貸与にて手すりの設置が既に行われているとの記載がありましたが、歩行障害があること等を加味した上で、必要に応じて居住スペースの見取り図を作成する等、生活動線やバリアなど環境アセスメントを具体的に把握（記録）してください。
- ・課題分析において、低体重（体重過多）を考慮し、体重の推移について、継続的に把握してください。

分析

- ・課題分析において、加算（例：入浴介助加算Ⅰ）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、低体重等（BMI18.5以下）についての分析や判断がありませんので状況確認・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。
- ・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

- ・計画書の同意者については、利用者の物忘れ及び疾患等を考慮し、家族からも同意を得るようにしてください。
- ・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、歩行状態（転倒）に対して最も気を付けることとし、移動時・歩行時の足の運びの状態により、声掛け等のサポート、必要な環境整備を行います等。）
- ・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表のニーズ欄については、意向（例：定期的な通院により体調管理をしたい）のみを記載するのではなく、利用者の自立を阻害する要因、暮らしを阻害している要因が何であるかを明確に記載してください。
- ・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：「転倒しない」について、転倒を予防することでどのような生活を目指すのかを具体的に記載する。例えば、「屋内の移動が行えていること」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（訪問診療・通院）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つい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おいて、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は、サービスの実施状況、目標の達成状況、計画の妥当性、新たな生活課題の有無について評価を行う必要があります。不足している項目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」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。

給付の適正化

- ・給付の適正化の点からは、現時点では過不足ないと考えますが、加算を算定しているサービスについて位置付けを行うなど、基準に即した支援について改めて確認をしてください。

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どちらかというのでできている、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	
			(人 て い ない)	(人 え ない と)	(人 て い る 言)	(人 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	3	14	31	33	3.16	0.17
			点検後	2	9	31	38	3.33	
	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	1	18	42	20	3.00	0.11
			点検後	2	15	36	28	3.11	
	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	2	12	53	14	2.98	0.23
			点検後	2	12	35	31	3.21	
	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	2	25	39	15	2.83	0.24
			点検後	2	17	35	26	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	2	23	49	7	2.75	0.32
			点検後	1	15	42	23	3.07	
	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	9	33	26	6	2.19	0.51
			点検後	7	17	32	19	2.69	
	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	13	23	24	12	2.21	0.22
			点検後	8	20	27	17	2.43	
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	4	5	23	48	3.40	0.10
			点検後	4	3	20	50	3.50	
	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	19	41	20	2.99	0.30
			点検後	4	6	34	35	3.29	
	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	4	23	39	14	2.75	0.30
			点検後	3	12	40	23	3.05	
	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	31	37	11	2.70	0.33
			点検後	3	14	40	23	3.04	
	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	2	29	42	8	2.69	0.40
			点検後	3	11	43	22	3.09	
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	3	30	40	8	2.65	0.38	
		点検後	4	9	46	20	3.04		
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	2	24	47	8	2.75	0.31	
		点検後	2	11	44	21	3.06		

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	8	27	31	15	2.65	0.38
			点検後	2	16	39	23	3.04	
	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	5	25	37	14	2.74	0.40
			点検後	3	10	39	25	3.14	
	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	8	23	35	14	2.65	0.31
			点検後	3	16	38	22	2.96	
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	2	18	47	12	2.80	0.29
			点検後	3	12	40	25	3.09	
	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	27	36	16	2.81	0.29
			点検後	1	19	33	25	3.10	
	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	2	25	43	11	2.78	0.36
			点検後	2	10	45	21	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	28	34	14	2.70	0.35
			点検後	1	11	44	21	3.05	
	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	2	14	46	18	2.96	0.25
			点検後	2	5	44	27	3.21	

- ・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、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、分析の項目についても改善がみられた。
- ・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をコメントしたことにより、第2表の生活全般の快活すべき課題（ニーズ）の記載方法やセルフケアの位置づけの必要性やニーズ欄の記載の項目で改善がみられた。
- ・サービス担当者会議については、サービス担当者会議の要点に記録すべき内容についてコメントをしたことにより、記録についての項目において0.29の改善がみられた。
- ・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、0.36の改善がみられた。
- ・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5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、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10件、計画書（ケアプラン）を交付したことが分かる記録がないケースが1件あった。また、サービス利用時の加算及び居宅療養管理指導を算定しているサービスについて、ニーズ（解決すべき課題）が不明確なケースがあり、改めて、運営基準と合わせ適正かつ妥当な支援であるか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。疾患については、令和4年度に引き続き、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も、令和4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事例があり、課題として判断した根拠（理由）を明確にしていく必要がある。

ケアプランについては、令和2年度より「藤沢市推奨 ケアプランの基本的な考え方と書き方」を参考にし、利用者により具体的で分かりやすいケアプランを目指し作成されていることは確認できた。一方、セルフケア（利用者自身がしていること・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、今後も継続・推進していく必要がある。

モニタリング等については、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、記録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の平均においては、点検前と点検後22項目中すべての項目でプラスの改善がみられた。

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、課題分析を強化します。

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確認をし、適切な課題分析を強化します。

- 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についての必要性及び理由を明確化します。

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。

- ③ 疾患に起因する日常生活への影響についての分析を強化します。

疾患について、医師の所見を踏まえたうえで、日常生活に及ぼす影響についての分析を深めます。（例：脳梗塞後遺症（左半身麻痺）により、入浴の際にどのような影響があるのか。また、リハビリテーションを行うことでどこまで改善が望めるか等、医師・専門職の見解を把握します。

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「ケアプラン原案が合意された」ことを記録に残す等)

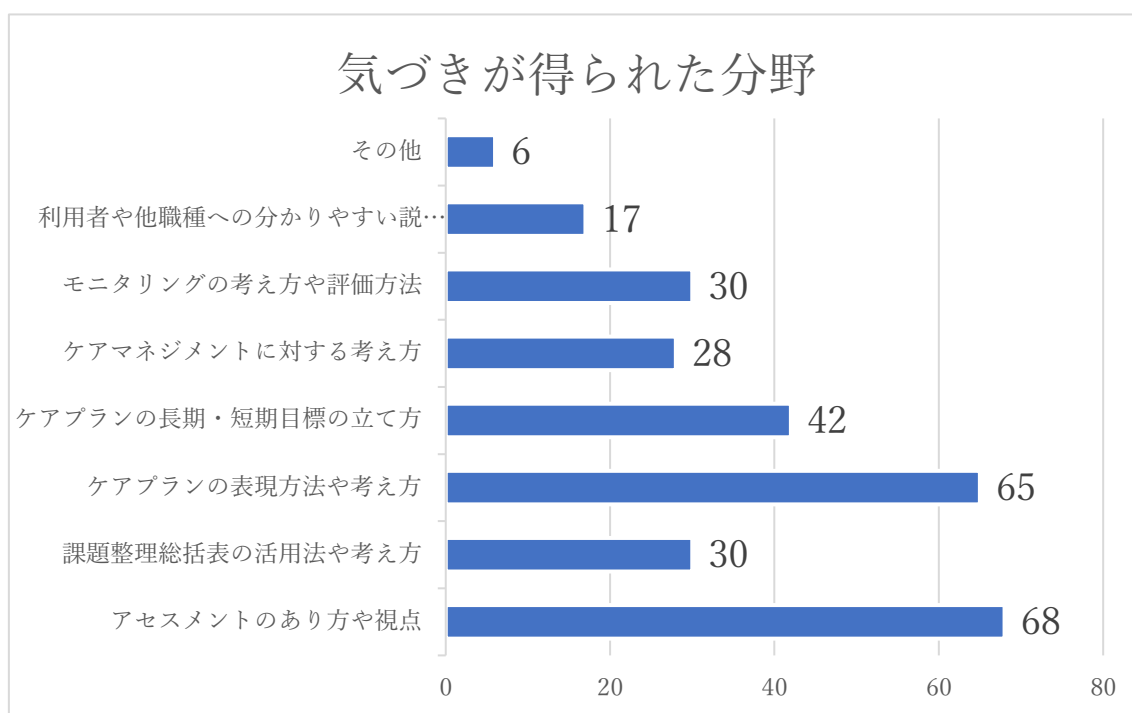
⑤ ケアプランの具体的表記の推進

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

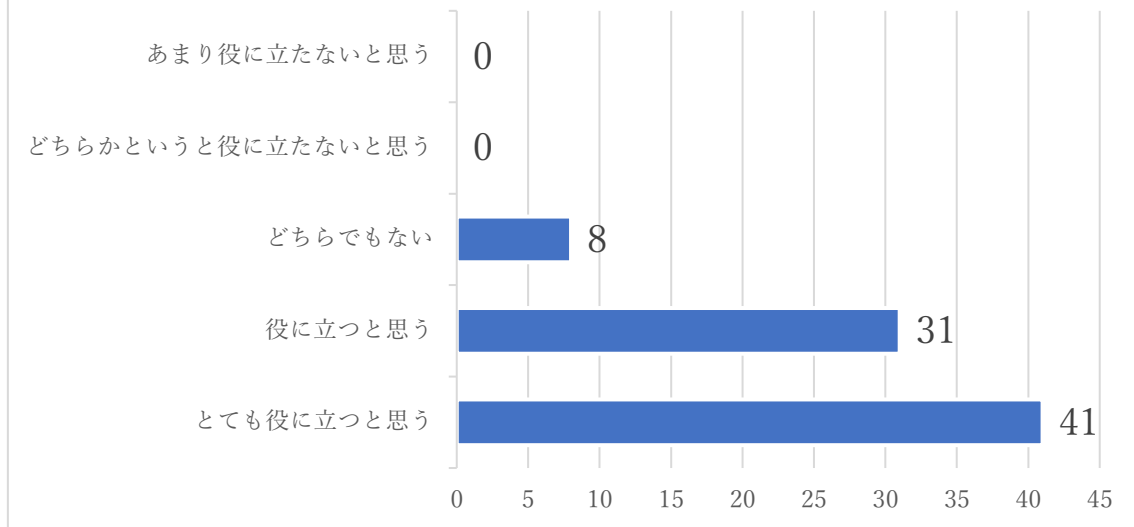
点検後のアンケートでは、アンケート提出者 83 人中、80 人が点検を受けたことで新たな気づきが得られたと回答した。気づきが得られた分野としては、アセスメントのあり方や視点 (68 件) に次いで、ケアプランの表現方法や考え方 (65 件) の順で多かった。

(件) 複数回答あり



その他の記述としては、「課題分析の重要性」「第2表のニーズの記載方法」「加算の必要性についての分析を深める」等があった。

今後の業務に役立ちそうですか



「ケアプラン点検についての意見や感想（一部抜粋）」

- 現状として包括や病院からの依頼で、サービスありきで即プランも多くある。特に医療ニーズの高いケースや認知症ケアのケースではスピードを求められるため、プラン先行になっている。改めて自身のケアマネジメントで、アセスメントやモニタリングに弱点があると痛感した。日々の業務に追われている中、気づきができ今後のケアマネジメントに活かしたい。
- 自己チェック表を見返してみても自分の甘さに恥ずかしくなった。点検後は4をつけてもいいかなと思いつけた。1人よがりのプランだったことに気づき、全ての指摘に納得、大きな気づきとなった。
- 普段あまりチェックされることがないので勉強になった。小規模多機能でありあまり深く考えることなく一律でサービスを導入していたと反省した。
- 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との評価により、自身のケアプランに反映されていなかったことに改めて気づくことができ、今後活用できるようにしたいと感じた。ケアマネとして利用者さんの本意が読み取れるようさらに関わっていきたいと考える。
- 自分なりに入居者のことを考えて寄り添っているつもりだったが、今回の点検で改めてご本人にとって大切なことやチームとして支えるプランを作るためにもみんながわかりやすい根拠を積み重ねていくことが重要であることを考えさせてもらった。
- 指摘をうけた部分が多く、どう修正したらよいか何度か読み直して、考察して足りない情報を収集して、時間はかかったがいつもと違う視点で学びのある気づきを得られた。
- 1人ケアマネなので評価する場面があってよかった。書き方の癖があると思ったので修正するための気づきになった。

- ケアマネジャーと利用者（家族）の狭い視点でのケアプランになっており、支援チームとしてチームメンバー全員が共有すべき内容になっていないことに気づかされた。薬についてはスマートフォンがあり、すぐ写真がとれるため薬手帳等をプリントしてファイルしておけば把握したきになっていたが、実際には閉じてあるだけで内容をしっかり確認していないことに気づかされた。今回のケアプラン点検で学んだことを今後の支援に活かしていきたいと思う。
- アセスメントやプラン等に関し振り返りの機会がなかなかなく、自己流になっていた部分があるので専門的視野から評価を受けられてよかった。書類点検結果と共に具体的に修正した例とかを示していただくとより分かりやすかった。
- 今回3回目の点検となり、アセスメントやケアプランの表現の仕方について意識できるようになってきた。今回の方は本人の病気や症状を本人の前で話をすると本人・夫ともに精神的な負担となるため、他者に分かりやすい表現にするにはどのように文章にするかを悩んだ。マイナス面ではなくプラス面に目を向けることが大切と思った。個人でもケアプランの勉強を続けて事務所内でも定期的に確認していく。
- ケアプランの基本的な書き方と考え方を学ぶ良い機会だと感じた。改めて情報収集や分析の仕方など見直すきっかけにもなった。作成に使用する書式はすべてダウンロードでき手書きではなくパソコン式で入力できると効率がよいと思う。
- アセスメントの視点、ケアプランの考え方や目標の立て方等大変勉強になった。課題整理総括表の活用方法がまだ十分に身につけていないこと利用者様や他職種等への分かりやすい説明方法が今後の課題として残った。
- アセスメントを強化することで利用者の生活全般の解決すべき課題の優先順位が見え支援チーム全員で同じ目標に向かっての支援が行えることが大切であることを改めて考えた。専門用語・認知症・失禁等の表現については気にはしていたものの使用してしまっていたことについて反省した。今後も色々な研修に参加し自己啓発に努めていきたい。
- 点検については今後もどんどんおこなってほしいが事業所内で同じケアマネが2回連続であったり、本来まんべんなく受けてほしいのに残念だ。事業所内で正しい導き方を共有できる場でもあるので次回は別のケアマネにあたってそのケアマネからの見解がききたい。今回もみんなで共有できとても勉強になった。徐々に作成が崩れてくるので2年に1回あたってがちょうどいいと思った。
- ケアマネジャーとしていくつもの書類に記載しなければいけないことがとても多い。1つ入力すれば紐付けて他の部分を省略できれば何度も同じことを入力する作業が省けると感じる。一番向き合わなければいけないのは書類ではなくご利用者・家族だと思う。
- 最近是新規ケースに追われる日々で超多忙で45件近くなりしっかりアセスメントしているつもりでも抜けていることを実感した。反省した。時間的に余裕がないがしっかりアセスメント・ケアプラン作成できるようにスキルを身に付けていく。これからもっと件数が増えてもしっかり初心を忘れずに今回の点検をいかしていく。