令和５年度　伊勢原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ケアプランとなっているかを、介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）と伊勢原市職員が共に点検することで、気づきを共有すること。さら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につなげる。ひいては、要介護者の自立の促進や維持により、給付の適正化を促進する。

# 目標

（１）ケアマネジャーが、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）ケアマネジャーが、常にご本人の能力を活かす、取り戻す、維持するという視

点と視座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）公正中立を旨として、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。

# 実施方法

　（１）対象者及び点検（確認）従事者

①　伊勢原市内に住所を有する居宅介護支援事業所等に所属するケアマネジャー

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象 | 条件 | 点検従事者 |
| 居宅介護支援事業所（10事業所） | ・要介護１から５の被保険者（市が抽出） | ・委託業者・介護高齢課担当職員 |
| 施設サービス（２事業所） | ・要介護１から５の被保険者（市が抽出） | ・委託業者・介護高齢課担当職員 |
| 地域包括支援センター（５ヶ所） | ・要支援１・２の被保険者（市が抽出） | ・委託業者・介護高齢課担当職員 |

（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施設サービス地域包括支援センター | ・令和５年５月から令和５年11月まで |

（３）点検従事者による面談　〔各90分程度〕

①　全17人（居宅介護支援事業所・施設サービス等に所属する介護支援専門員・地域包括支援センター計画作成者）

②　対象ケースは、居宅介護支援事業所等10事例、施設サービス２事例、地域包括支援センター５ヶ所

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）、ケアプラン点検検討会で検討・決定された事項の質疑等（80分程度）

（４）面談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10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）

# 点検結果

## 点検対象者について

点検対象者17人うち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　　　　　　　　（人）

|  |  |
| --- | --- |
| 経験年数 | 人数 |
| ～３年未満 | ６ |
| ３年以上５年未満 | ３ |
| 5年以上10年未満 | ３ |
| 10年以上15年未満 | ２ |
| 15年以上 | ３ |

## （２）ケアプラン担当件数　　　（件）

|  |  |
| --- | --- |
| 10件未満 | ３ |
| 10件以上30件未満 | ５ |
| 30件以上60件未満 | ９ |
| 60件以上 | ０ |

２）実施方法

点検にあたっては下記の43項目（運営基準に関する８項目、基礎的な内容35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者へ結果を通知した。

（運営基準に関する８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 |
| 基準5 | 運営基準 | 欠席者から意見聴取されているか（事業所名・氏名・職種・欠席理由が記載されている） |
| 基準6 | 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7 | 運営基準 | モニタリングを自宅で実施しているか |
| 基準8 | 運営基準 | 利用者の状況変化（BMI値異常・残薬等）に対して必要に応じて医師・歯科医師等に報告・連絡・相談しているか |

（基礎的な内容35項目）

1～11　アセスメントと分析

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 評価項目 | 点検内容 |
| 基礎１ | 情報収集 | 課題分析表に空欄（未把握）がないか |
| 基礎２ | 健康状態 | 身長・体重・BMIについて把握されているか |
| 基礎３ | 活動 | ADL等の生活動作（能力）が全体的に把握されている |
| 基礎４ | 活動 | 家族（ケアラー）の状況や介護状況が把握されている |
| 基礎５ | 環境 | 住居の状況等が把握されている（導線やバリア等） |
| 基礎６ | 健康状態 | 疾患について把握されているか（疾患名・発症年） |
| 基礎７ | 健康状態 | （内科系）の症状及び日常生活への影響を把握しているか |
| （外科・整形系）の障害（拘縮・欠損・円背等）による日常生活への影響を把握しているか |
| （精神・心療内科系）の疾患に対する日常生活への影響を把握しているか |
| 痛み・しびれ・痒み等に対する日常生活への影響を把握しているか |
| 基礎８ | 健康状態 | 服薬内容が把握されているか（疾患名・薬名・効能・頻度等） |
| 基礎９ | 分析 | ニーズ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か |
| 基礎10 | 分析 | 加算（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か |
| 基礎11 | 分析 | 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か |

12～26　ケアプランの作成

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基礎12 | 重点項目１ | 利用者の意向が具体的に把握（記載）されているか |
| 基礎13 | 重点項目２ | 家族の意向が具体的に把握（記録）されているか |
| 基礎14 | 重点項目３ | 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か |
| 基礎15 | 重点項目４ | 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16 | 重点項目５ | 目標期間は、ニーズに対応して設定されているか |
| 基礎17 | 全体 | 利用者等に分かりやすく（専門用語・略語・誤字・脱字）作成されているか |
| 基礎18 | 第１表 | 総合的な援助の方針について、チームの方針が具体的に記載されているか |
| 基礎19 | 第１表 | 利用者の状態像に合わせ、緊急連絡先が記載されているか |
| 基礎20 | 第２表 | サービス内容は、短期目標を実現する内容となっているか |
| 基礎21 | 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22 | 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位置付けられているか |
| 基礎23 | 第２表 | サービス内容は、加算を算定している場合、その内容がわかるように記載されているか |
| 基礎24 | 第３表 | 週間サービス計画は、介護保険内外のサービスが位置づけられているか |
| 基礎25 | 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26 | 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 |

27～29　サービス担当者会議

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基礎27 | 出席者 | サービス担当者会議の要点に事業所名・氏名・職種が記載されているか |
| 基礎28 | 協議内容・結果 | 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 |
| 基礎29 | 合意 | ケアプランが合意された旨の記載がされているか |

30～33　モニタリング

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基礎30 | 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 |
| 基礎31 | 目的② | 目標の達成状況を評価しているか |
| 基礎32 | 目的③ | 計画の妥当性について判断しているか |
| 基礎33 | 目的④ | 新たな生活課題の有無を評価しているか |

34～35　適正な給付

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 基礎34 | 選択支援 | 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35 | 時間等設定 | 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 |

## 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１～８　運営基準の遵守について

・基準２「課題分析を自宅で実施しているか」については、事前提出書類からは確認が出来なかったケースが１件あったが、面談にて自宅で実施していることを確認した。

・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を得られていないケースは1件あった。４件については、面談にてサービス利用開始前に同意を得ていることが確認できた。

・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」については、計画書原案を作成するためにサービス担当者会議を開催しているケースが１件あった。

・基準５「欠席者から意見聴取されているか（事業所名・氏名・職種・欠席理由が記載されているか）」については、10件中９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、意見聴取を行っていなかった。１件については、照会をかけていたが、照会内容をサービス担当者会議の要点に記載していなかった。

・基準７「モニタリングを自宅で実施しているか」については、５件において事前提出書類から自宅で実施したことが分かる記録がなかったが、面談にて自宅で実施していることを確認した。

・基準８「利用者の状況変化（BMI値異常・残薬等）に対して必要に応じて医師・歯科医師等に報告・連絡・相談しているか」については、事前提出書類からは連携を図っていることが読み取れないケースがあったが、面談にて専門職や家族を介すなど何らかの方法にて、医師等と連携を図っていることを確認した。

## （２）基礎１～８　アセスメント

・基礎１「課題分析に空欄（未把握）はないか」については、家族構成図・自宅見取り図等情報把握は行っているが、課題分析表に記載がされていなかった。

・基礎２「身長・体重・BMIを把握しているか」については、５件で身長・体重についての情報の記載がなかった。BMIまで計算していないケースが３件あった。

・基礎３～５「ADL等の生活動作（能力）が全体的に把握されている」、「家族（ケアラー）の状況や介護状況が把握されている」、「住居の状況等が把握されている（導線やバリア等）」については、把握はされていたが、記録として詳細な記載がされていなかった。

・基礎６「疾患について把握されているか（疾患名・発症年）」については、疾患について把握はしているが、課題分析表への記載がない、発症年月を記載していないケースが半分でみられた。

・基礎７「（内科系）の症状及び日常生活への影響を把握しているか。（外科・整形系）の障害（拘縮・欠損・円背等）による日常生活への影響を把握しているか、

（精神・心療内科系）の疾患に対する日常生活への影響を把握しているか、痛み・しびれ・痒み等に対する日常生活への影響を把握しているか」については、面談にて把握していることは確認できたが、事前提出書類からは、全てのケースで詳細を読み取ることができなかった。

・基礎８「服薬内容が把握されているか（疾患名・薬名・効能・頻度等）」については、薬剤情報提供書などは持っているが、半分以上のケースで内容・効能までの理解がされていなかった。

（３）基礎９～11　分析

・基礎９「ニーズ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か」については、全てのケースで課題分析においての詳細把握の記録が不十分であった。

・基礎10「加算（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か」については、加算を算定しているケースについては、事前提出書類から根拠となる情報が不足していたため、読み取ることが出来なかったできた。

・基礎11「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か」については、算定している９件について、必要性について面談にて確認した結果、訪問診療（医療保険）と居宅療養管理指導（介護保険）の違いが理解できていなかった。

## （４）基礎12～26　ケアプランの作成

・令和２年度より「伊勢原市推奨　ケアプランの基本的な考え方と書き方」を示したことにより、書き方を参考にされ、ケアプランを作成していることは確認できたが、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12・13「利用者・家族の意向が具体的に把握（記載）されているか」については、面談にて具体的な意向を引き出せていることは確認できたが、意向欄への具体的な記載がされていなかった。

・基礎14「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か」については、やや不十分のケースについては、加算や居宅療養管理指導につながるニーズ記載がされていなかった。

・基礎15「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、「今まで通りの生活」「出来る事を継続して」等、具体的な表記となっていなかった。

・基礎18「総合的な援助の方針について、チームの方針が具体的に記載されているか」については、全てのケースにおいて、具体的なチーム方針の記載がされていなかった。

・基礎19「利用者の状態像に合わせ、緊急連絡先が記載されているか」については、状態像に合わせてではなく全てのケースに記載している。または、緊急事態の状況や対応方法についての記載がないケースが半数でみられた。

・基礎21「必要なセルフケアが位置づけられているか」については、全く位置づけのないケースは３件のみであったが、その他のケースについては、部分的な位置づけはされていたが、短期目標ごとへの記載がされていなかった

・基礎22「サービス内容は、必要なインフォーマルサポートが位置付けられているか」については、３分の１のケースで位置づけがなかった。

・基礎23「サービス内容は、加算を算定している場合、その内容がわかるように記載されているか」については、加算が意味するサービス内容を理解していない、または理解が不十分なケースが３分の１あった。

・基礎26「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、医療サービス（通院・訪問診療）、居宅療養管理指導書について記載されていないケースが３分の２あった。

## （４）基礎27～29サービスサービス担当者会議

・基礎27「サービス担当者会議の要点に事業所名・氏名・職種が記載されているか」については、出席者の職種の記載がされていないケースが３分の１のケースでみられた。

・基礎28「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。

・基礎29「ケアプランが合意された旨の記載がされているか」については、合意された旨の記載がないケースが13件あった。また、合意は得られていたが、本人・家族のみからの「同意」との記載となっているがケース２件あった。

## （５）基礎30～33　モニタリング

・基礎30「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」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31～33「目標の達成状況を評価しているか」「計画の妥当性について判断しているか」「新たな生活課題の有無を評価しているか」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項目を理解して評価ができていないケースが見られた。

## （６）基礎34～35　給付の適正化

・基準34「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、複数の事業を紹介していないケースが２件、照会はしているが、記録として残せていないケースが６件あった。

・基準35「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」については、全てのケースにおいて、利用者の生活リズムに考慮したサービス提供であった。

## 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19.5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19.5個のコメントを行った。情報収集については、課題分析を行うために不足している情報（内容）についてのコメントを行った。ケアプラン作成については、７個以上と他の項目よりも多くなっている。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 |
| １～３個のコメント | ６ | 17 | ０ | 10 | 16 |
| ４～６個のコメント | 11 | 0 | ４ |  ７ | １ |
| 7個以上のコメント | 0 | 0 | 13 | 0 | ０ |
| コメント数の一人平均 | 3.8 | 1.0 | 9.3 | 3.5 | 1.9 |

## （２）コメントの主な内容

**情報収集**

　・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。

　・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。

　・情報収集において、疾患については診断年月を把握し、記載してください。

**分析**

・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。

・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、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、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：「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（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）

・第３表の週単位以外のサービス欄については、居宅療養管理指導（医師・歯科医師・薬剤師）の記載がありませんでしたので、記載してください。

**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、計画の妥当性、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。

# 自己点検結果

　点検の前後には、24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。





・平均点については４項目において面談後に評価を下げたが、「４：できている」に評価があがっている項目は、21項目あった。

・アセスメントについては、課題分析に必要な標準23項目を網羅できていないため、住環境の項目についての把握が不十分であったことに気づき、面談後の自己評価が下がった。利用者の身体状況や生活環境については、詳細に把握ができていると面談時の質疑応答を通して確認ができ、面談後の自己評価に改善がみられた。

・分析については、面談にて加算や居宅療養管理指導の必要性について質問を行ったことにより、利用者にとってなぜ必要なのか分析を深める機会となり、面談後に改善がみられた。

・ケアプランについては、「伊勢原市推奨　ケアプランの基本的な考え方を書き方」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。サービス開始前に同意を得ること、加算を算定している場合は、加算が意味する内容を踏まえサービス内容を記載するようコメントしたことで、改善が必要であることに気づき、面談後の自己評価を下げている。

・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、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。

# 総括

令和５年度伊勢原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の同意が得られていないケースが１件あった。

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４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、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、今後は、課題分析を強化すること、その上で、課題の解決策として加算等の必要性を明確にしていく。

ケアプランについては、令和２年度より「伊勢原市推奨　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、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、加算や居宅療養管理指導に繋がる必要なニーズやサービス内容の記載が不十分であった。

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においては、面談を受けたことで、出来ていることに気づきを得て評価を上げた項目もみられていたが、面談前よりも評価を下げた項目もあった。

**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確認をし、適切な課題分析を強化します。

1. 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化します。

加算（個別入浴加算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　ニーズとして抽出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。

# アンケート結果

点検後のアンケートでは、点検を受けた17名中16名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、ケアプランの表現方法や考え方（15件）に次いで、アセスメントのあり方や視点（14件）の順で多かった。

（件）複数回答あり

ｎ=17

「ケアプラン点検についての意見や感想（一部抜粋）」

* 作成したケアプランについて今回のような点検をしていただくこともないまま,支援していたことになるが、かなり具体的な内容の記載・詳細の把握をし、記録する結果等の指摘事項があった。修正・改善を行うことで気づきを得た。改めてケアマネジメントのプロセスを踏まえ、自立支援に向けたケアプラン作成が行いたいと思った。
* 居宅で使用している書類名であったので少し戸惑った。業務多忙のためケアプランの内容や書き方など感想にまとめていたことに気が付いた。自立支援に資する判断根拠を明らかにし文章に残す。改めてケアプランのプロセスについて考えさせられた。今日の助言をもとに私自身のケアマネジメント力や質がアップできるよう日々の業務に活かす。
* 重度の方や末期がんの方などプランを考えてくださるのであれば、助かると思う。点検事業の趣旨がとは違うと思うが【～のケースを検討します】といわれるより、【～のケースをやってほしい】のほうが前向きになれると感じました。成長の機会をもらえるのは嬉しいが正直にいうと心苦しく感じた。
* すべての書式においてパソコン入力可能なフオーマットが欲しかった。新しく提出書類をそろえることに負担を感じた。一方で日々の業務で自己流になっているところ、悩んでいる時間もなくこれでいいかと行っているところに気が付くこと、教えてもらう機会になり良い経験になった
* 自分のケアプランやモニタリング等の傾向に気づくことができた。自分が情報収集した内容で抜けている点もあり、主観的になっていて自分がわかっているだけで情報収集できてないことがあった。普段のモニタリング時にも、聞き取りの３つのポイントを必ずおさえることで適切な支援につながることがわかった。客観的に広い視野で丁寧にケアプランを読み取っていただき適切なご指摘頂き、改めて適切なプランが適切な支援につながると感じた。
* 現状の問題解決型になってしまいがちなケアプランを今回ケアプランの点検の機会を頂き同じ事務所のスタッフからまたケアプランの基本的な考え方と書き方を読み返す機会になった。
* ケアプランの書き方等について、包括初任者研修で学んだだけでだったので曖昧であった部分を確認できたと思う。モニタリングの書き方についてはきちんと指導を受けたことがなかったのできちんと知ることができてよかった
* 日常的に忙しく介護支援専門員として勉強不足であることを感じていたので、この貴重な機会を得ることができとてもよかったと思う。日ごろの勉強を積み重ねていきたい。
* ケアプラン点検の継続により、ケアマネジャーの社会的地位（報酬を含む）の向上・確立に努めてほしい。書類の重要性・アセスメント力向上など質の向上の大切さとともにやりがいのあるケアマネジャーを創り上げてほしいと感じる。