

令和6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・地域包括支援センター職員（以下、「ケアマネジャー」という）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。

1. 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。

2. 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 (11 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 (1 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6年5月から令和6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 11 事例、施設サービス 1 事例、地域包括支援センター 5 ケ所
- 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)

3. 点検結果

1) 点検対象者について

点検対象者 17 人うち 3 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	3
3年以上5年未満	2
5年以上10年未満	6
10年以上15年未満	4
15年以上	2

(2) ケアプラン担当件数 (件)

10件未満	0
10件以上30件未満	4
30件以上60件未満	13
60件以上	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 15.2 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 15.2 個のコメントを行った。情報収集については、課題分析を行うにあたり必要な情報把握（記録）を行うようコメントを行った。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	10	17	4	15	15
4～6 個	7	0	6	2	2
7 個以上	0	0	7	0	0
平均	3.1	1.1	6.8	2.2	2.1

(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）」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、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。
- ・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、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、低体重等（BMI：18.5 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。

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、「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。

			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(人)	どちらかというのでできている(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	4	10	3	2.94	-0.06
			点検後	1	5	6	5	2.88	
	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	3	13	1	2.88	-0.12
			点検後	1	5	8	3	2.76	
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	2	14	1	2.94	-0.12	
		点検後	0	5	10	2	2.82		
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	7	9	1	2.65	-0.18	
		点検後	1	8	7	1	2.47		
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	7	9	1	2.65	-0.12
			点検後	1	7	8	1	2.53	
	6	居宅サービスにおける加算(例:入浴介助加算1・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	4	8	1	2.44	-0.19
点検後			4	5	6	1	2.25		
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	7	3	2	2.36	-0.43	
		点検後	5	5	4	0	1.93		
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	0	3	5	9	3.35	0.12
			点検後	0	0	9	8	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	4	12	1	2.82	0.18
			点検後	1	1	12	3	3.00	
	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	6	9	1	2.69	0.00
			点検後	0	7	7	2	2.69	
	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	9	4	1	2.33	0.00
			点検後	3	5	6	1	2.33	
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	4	11	0	2.73	-0.13	
		点検後	1	5	8	1	2.60		
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	0	4	9	2	2.87	-0.40	
		点検後	2	5	7	1	2.47		
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	5	7	2	2.67	-0.14	
		点検後	2	5	6	2	2.53		

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	1	7	6	1	2.47	0.00
			点検後	2	5	7	1	2.47	
	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	5	6	2	2.64	-0.07
			点検後	2	4	6	2	2.57	
	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	1	4	9	1	2.67	-0.21
			点検後	2	5	7	1	2.46	
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	0	5	7	5	3.00	-0.29
			点検後	1	5	9	2	2.71	
	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	6	7	4	2.88	-0.35
			点検後	2	5	9	1	2.53	
	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	1	7	8	1	2.53	0.24
			点検後	1	5	8	3	2.76	
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	0	5	11	0	2.69	0.19
			点検後	0	4	10	2	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	0	3	12	1	2.88	0.50
			点検後	0	2	10	4	3.38	

- ・平均点については14項目において面談後に評価を下げたが、「4：できている」に評価あげた項目は9項目あった。
- ・アセスメントについては、利用者の身体状況や生活環境、疾患等の詳細な把握はできていたが、面談にて記録として残せていないことに気が付き評価を下げたケアマネジャーが多くみられた。
- ・分析については、加算や居宅療養管理指導のサービス内容の理解や必要性についての分析が不十分であったことに気づき評価をさげるケアマネジャーが多くみられた。
- ・ケアプランについては、明確な記載・具体的な表記が必要な項目（第2表の生活全般の解説すべき課題や第2表の目標・）においては、難しい（苦手）と感じるケアマネジャーが多く評価を下げた。第3表においても利用者の生活全体がわかる記載ができていなかったと評価を下げたケアマネジャーが多くいた。
- ・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、目的に沿った開催や記録が不十分であったと評価を下げたケアマネジャーが多くいた。
- ・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、利用者との契約締結前にアセスメントを実施していたケースが1件、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5件、利用サービス（居宅療養管理指導）の把握が不十分なケースが1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。

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も、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、課題分析を強化し、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「伊勢原市推奨 ケアプランの基本的な考え方と書き方」を参考に計画書を作成しており、基本的な内容については、質が向上している。一方、明確な記載や具体的な記載という部分については、誰にでも当てはまる表記（例：「健康が維持できていること」）となっていたため、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、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6年度課題（令和7年度の目標）

- 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を明確化します。（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します。

- ② 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」で実施した記録や主治医に計画書を交付した記録を残す等）

- ③ 本人及び家族の意向をより具体的に把握します。

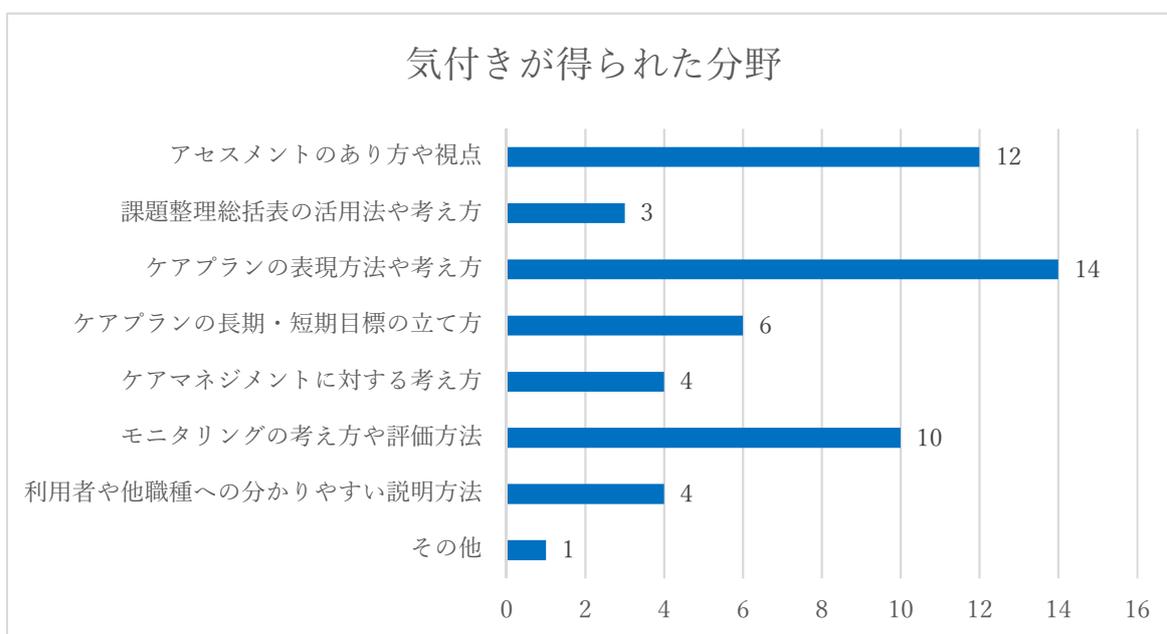
本人・家族等は、今後どのような生活を送りたいのか、生活の中でこれだけは行いたくないこと等「生活の意向」を具体的に引き出します。

- 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）をします。
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（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。

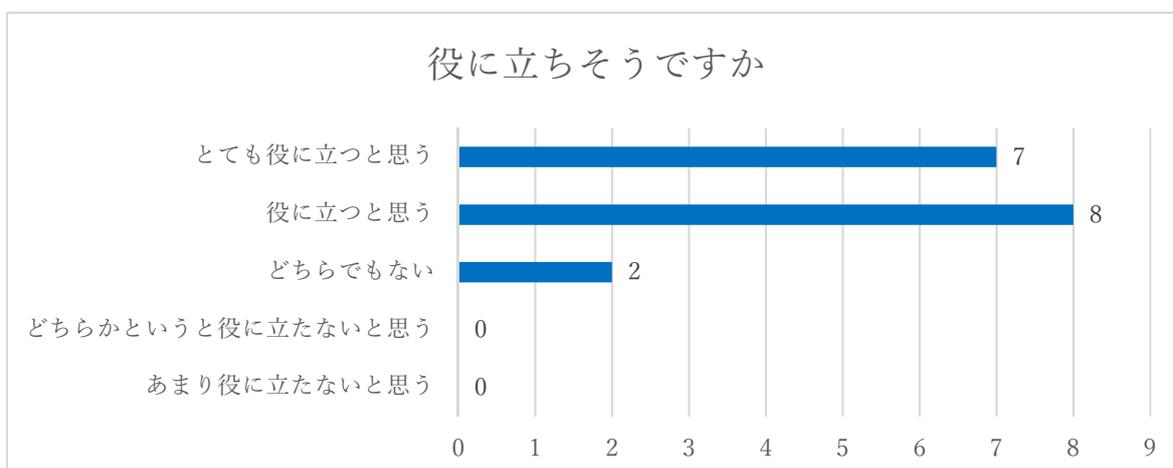
6. アンケート結果

点検後のアンケートでは、点検を受けた17名中 17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（14件）に次いで、アセスメントのあり方や視点（12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）」

- 2回目のケアプラン点検でした。1回目とは違った気付きがありました。学んだことを活用していきたい。
- 伊勢原市の「ケアプランの基本的な考え方と書き方」に沿って作成しているつもりだったが、実際にはかなりの隔たりがあった。自分の課題分析、ケアプラン、担当者会議のありかたやモニタリング内容について、細かく指導していただきとても勉強になった。今後の業務に活かしていきたい。
- マネジメントを行う上で、プランの記入方法や要点の記入の仕方について「この記載で良いのか」と疑問を持ちながら行っていたところがあった。面談を受け、具体的な指導がいただけで良かった。
- 今回は市が選定した利用者のプランが対象だったが、ケアプラン作成者が困っていると感じているプランを依頼できる形態であるとありがたい。
- アセスメントの際、当然のように何がお困りか、ご本人はどのような生活を望むのかを主としていたところで、基本チェックリストから見られる低体重について全く気に留めていなかった。ケアプラン点検後、一通り自分のケースを確認したところ、2件BMIに注意が必要な方がいた。改めて、食事や歯などプランにはあまり表に現れない部分へのアプローチの大切さを学んだ。
- ケアマネ歴が長くなってくると、自己流のケアプランになってしまうことがよく分かりました。
- 自分のケアプランやアセスメントの傾向が分かり、改めて考えることができた。特にアセスメント表を見ただけでは、その人の状態や状況が把握できない事に気が付いた。（自分では理解していたが適切に記載ができていなかった）
- アセスメントやモニタリング、ケアプランの作成について、入職してから詳細に学ぶ機会がなかったため、この時期に点検を受け、アドバイスをいただけで良かった。問われたことに応えることが難しい点もあり、まだまだ経験が足りないと感じた。
- 指導、指摘された内容で、本人に向けたケアプラン作成の文章、文言の難しさを感じた。日々忙しく、指摘されたことすべてを行うのは、とても大変で、今後ケアマネを続けていく自信を無くした。利用者、家族へ寄り添う時間より、文章、書類が大切なのであれば、ケアマネを続けることに意欲が低下する。
- 居宅支援事業所での業務も理解できていない点が多く、なんとなく見様見真似でやっていくものだと勝手に解釈（ケアマネ業務自体）していた。制度やプラン作成の方法等も、日々進化し変わっているため、改めてとても勉強になった。
- ケアプラン点検を行っていただき、資料作成当初から感じたのは、ご利用者の方を理解していると思い込んでいたという事だった。疾患に対して表面化していない部分に着目し、相談することで新たな気付きがあったかもしれない。しかし、その部分を引き出すには、相談内容を具体化する必要がある為、その点についても自分の課題であることを教えていただいた。
- 色々気付かされることがあった。今後は「指定介護保険事業者のための運営の手引き、居宅介護支援」などをよく確認しながら業務にあたりたいと思う。