

令和5年度 鎌倉市ケアプラン点検事業

実績報告書

目的

ケアマネジャー及び地域包括支援センターの職員等（以下「ケアマネジャー等」という。）が利用者の自立支援に資するケアプランを作成できるようにするために、ケアプラン及びケアマネジメントの点検を行い、ケアマネジャー等の資質向上を図ることで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) 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) 地域包括支援センターの主任介護支援専門員が居宅介護支援事業所等に対する助言及びサポート力が向上する。

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」や鎌倉市作成のチェックリスト等の共通の指針を使用する。

(1) 対象者及び点検（確認）従事者

- ① 鎌倉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 鎌倉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あるいは計画作成担当者
- ③ 鎌倉市内に所属する地域包括支援センター（介護予防支援事業所）の職員

対象	条件	点検従事者
居宅介護支援事業所 (13 事業所)	・ 要介護 1 から 5 の被保険者 (市が抽出)	・ 委託業者 ・ 包括主任介護支援専門員 ・ 介護保険課担当職員
施設系サービス (23 事業所)	・ 要介護 1 から 5 の被保険者 (市が抽出)	・ 委託業者 ・ 介護保険課担当職員

(2) ケアプラン点検期間等

対象	点検期間および検討会
居宅介護支援事業所等 (13 事業所)	・ 令和 5 年 7 月から令和 5 年 12 月まで ・ 1 回の検討会に 3 名のケアプラン点検を実施
施設系サービス (23 事業所)	・ 令和 5 年 6 月から令和 6 年 1 月まで ・ 検討会は実施しない (委託業者にて点検)

(3) ケアプラン点検検討会

- ① 検討会は、令和 5 年 7 月から令和 5 年 12 月まで毎月 1 回 (全 4 回) 実施
- ② 検討会開催時間は、13 : 30 - 16 : 30 とし鎌倉市役所で実施。
- ③ 検討会参加者は、地域包括支援センター主任介護支援専門員、委託業者。
- ④ 12 ケースの検討を実施。

(4) 点検従事者による面談 [各 90 分程度]

- ① 全 36 人 (居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員 13 人、施設系サービスに所属する介護支援専門員等 23 人)
- ② 対象ケースは、居宅介護支援事業所 13 事例、施設系サービス 23 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)、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)

(5) 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 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 36 人うち 6 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	7
5 年以上 10 年未満	7
10 年以上 15 年未満	8
15 年以上	6

(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	1	3	0
10 件以上 30 件未満	6	3	8
30 件以上 60 件未満	7	6	2
60 件以上	0	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19.4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19.4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
0～3個の コメント	9	35	0	30	34
4～6個の コメント	25	0	2	5	1
7個以上の コメント	1	0	33	0	0
コメント数 の平均	4.3	1.0	10.1	2.4	2.0

(2) コメントの主な内容

情報収集・課題分析

- ・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。
- ・課題分析表に空欄（未把握）（例：経済状況）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）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）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）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、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、体重過多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。
- ・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

- ・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)
- ・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。)
- ・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：「今の状態を維持する」について、具体的に記載する。例えば、「トイレまでの移動が一人でできていること」)
- ・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付けてください。(例：手渡された薬を飲む)
- ・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）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欄に、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ついては、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。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) で き て い な い	(人) は 言 え な い と	(人) ど ち ら か と 言 う	(人) 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	0	8	13	13	3.06	0.23
		点検後	0	4	14	15	3.29		
	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	4	23	8	3.11	0.29
		点検後	0	3	16	15	3.40		
	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	5	23	7	3.06	0.17
		点検後	0	2	19	13	3.23		
	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	点検前	0	5	19	11	3.17	0.20
		点検後	0	3	16	16	3.37		
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	8	23	3	2.80	0.51
		点検後	0	4	16	15	3.31		
	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	7	9	10	1	1.69	0.20
		点検後	5	9	13	1	1.89		
	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	11	8	2	1.71	0.11
		点検後	5	9	7	5	1.83		
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	6	13	15	3.20	0.37
		点検後	0	3	6	24	3.57		
	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	7	22	6	2.97	0.40
		点検後	0	3	16	16	3.37		
	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	1	9	21	4	2.80	0.46
		点検後	0	6	15	13	3.26		
	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	8	20	6	2.89	0.40
		点検後	0	6	14	14	3.29		
	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	9	22	4	2.86	0.34
		点検後	0	7	15	12	3.20		
	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	13	18	4	2.74	0.23
		点検後	0	10	17	7	2.97		
	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	0	8	22	5	2.91	0.32
		点検後	0	4	19	10	3.24		

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	4	14	13	4	2.49	0.57
			点検後	2	6	15	12	3.06	
	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	2	8	21	2	2.54	0.51
			点検後	1	4	15	12	3.06	
	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	3	10	14	4	2.31	0.66
			点検後	2	6	11	13	2.97	
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	6	21	6	2.89	0.14
			点検後	2	6	16	11	3.03	
	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	9	19	4	2.66	0.40
			点検後	2	7	14	11	3.06	
	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	10	18	5	2.71	0.31
			点検後	0	7	20	8	3.03	
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	1	9	17	5	2.57	0.09
			点検後	1	5	19	5	2.66	
	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	9	18	7	2.86	0.17
			点検後	0	6	14	13	3.03	

- ・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。また、面談時に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、「鎌倉市推奨 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、セルフケアやインフォーマルサポートを計画書へ位置づけ必要があることに気づきを得た介護支援専門員が多くいた。
- ・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0.40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、0.31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年度鎌倉市ケアプラン点検の結果、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5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6件あった。また、サービス利用時の加算や居宅療養管理指導についてのニーズが不明確なケースが7件あった。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、特にニーズとして抽出した内容に対しての状況把握の強化、また、疾患については、詳細な現状把握（記録）と今後のリスク等に対する分析の強化が、令和4年度同様に引き続き必要である。

ケアプランについては、令和2年度より「鎌倉市推奨 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、実施場所の未記載など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、面談前と面談後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及び適切な情報収集及び状況把握ができる内容であるかを確認します。

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の必要性及び理由を明確にします。ケアプラン作成においては、ケアプランに加算（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に対するニーズ等を位置付けます。

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、適切な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）

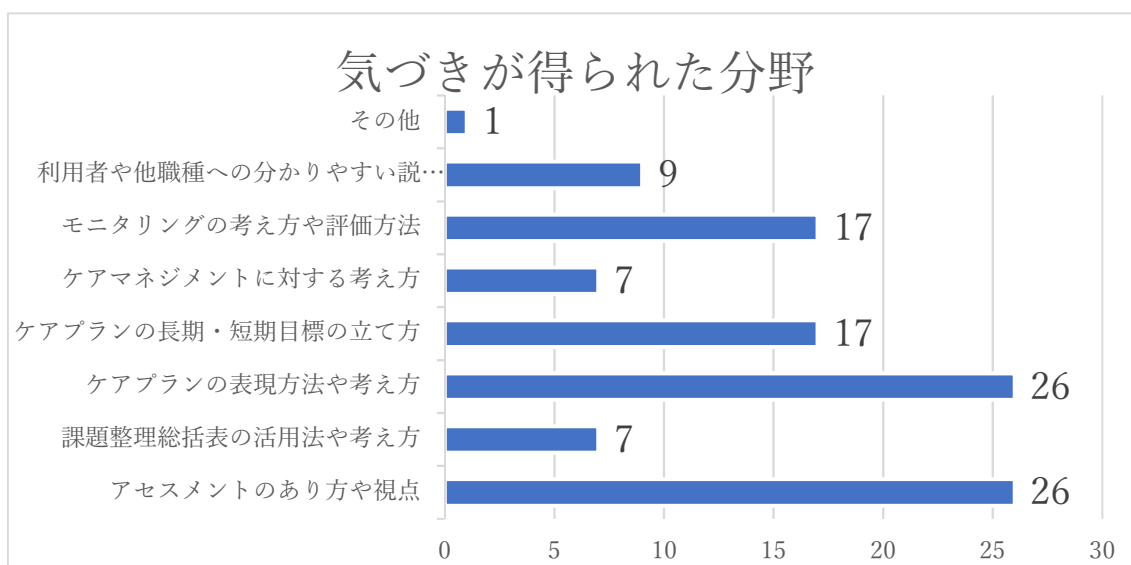
⑤ ケアプランの具体的表記の推進

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

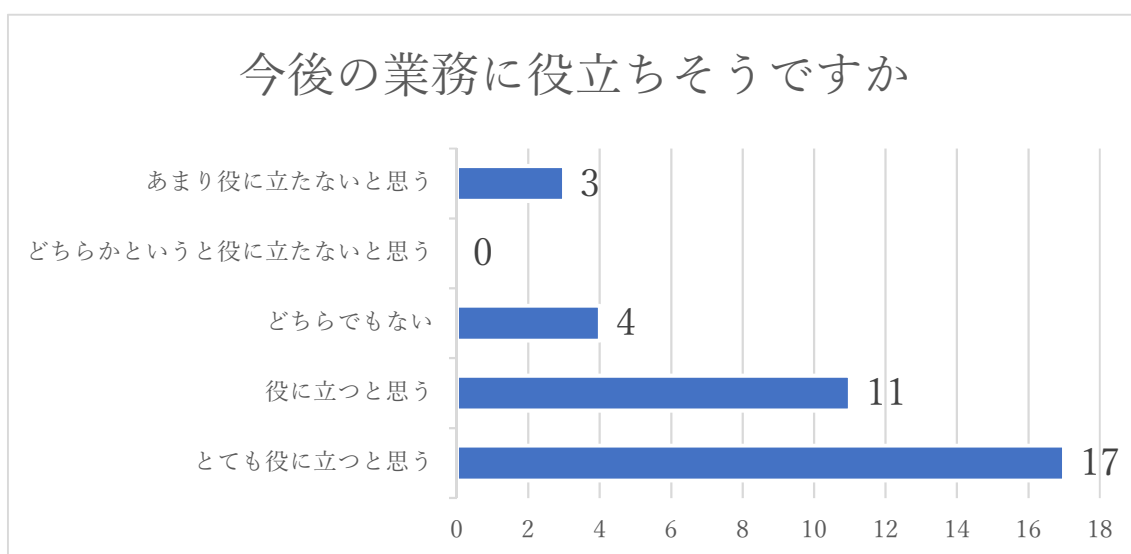
点検後のアンケートでは、アンケート提出者 35 人中、33 人が点検を受けたことで新たな気づきが得られたと回答した。気づきが得られた分野としては、アセスメントのあり方や視点、ケアプランの表現方法や考え方（26 件）であった。

（件）複数回答あり



その他の記述としては、「情報収集のポイント」「介護度の理由」「入所前の生活状況」等であった。

n = 35



「ケアプラン点検についての意見や感想（一部抜粋）」

- 点検について外部の方からご意見と指摘を受けることはほぼないので良い機会であった。ケアプランが良いので妥当なのかわからないまま立てているのが現状だった。ご意見いただきケアプランの見方が変わりさらに利用者へのサービス提供を考える機会になった
- これまで施設ケアプラン向けの研修がほとんどなく手探りで業務を行っていたため今回のようなケアプラン点検の機会を頂けたことで再度自身の業務を見直すことができた。これからもケアマネとしての研鑽を重ねることで自身のスキルアップをしたい
- 自分の情報不足。マネジメント不足に気づかされた。【誰のためのケアプラン】なのかを忘れずに今後ケアマネジャーとして職務に励んでいきます。
- アセスメントの課題分析標準項目の不足やケアプラン同意日・計画書のニーズ欄においての記入の仕方等・色々な気づきがあった。
- 記載方法の注意がなかったため、利用者への利益はなかった。誰のための点検なのかもう1度考えてほしい。
- 暫定ケアプラン作成が必要ないように更新認定を早めて頂けましたら助かります。
- ケアプラン作成の事務的な事柄ばかりに焦点が当てられていると感じた。実際に利用者・家族に寄り添うかについて事務的なことばかりでなく精神的にも重点を置くことも大切なのではないか。そういった観点からケアマネを育てることは必至だとおもうし、ケアマネのための活力を与える場も必要に感じる。(疲れているケアマネは多い)
- 細部まで点検していただき目からウロコでした。受けてよかった
- ケアプラン点検は今回で2度目だが普段おこなっている業務の質が足りてないと気づかされた。今回のケアプラン点検をきっかけにより良い業務へとつなげていきたいと思う
- 今回ケアプラン点検で今後のプラン作成に対し必要な知識・理解であることはよくわかった。しかし現状（自分の経験的なものも含め）では日々の業務のなかで全て網羅し全員のケアプランを作成するには毎日2時間の残業プラス時間で難しくケアマネ離れにつながるのではないかと思う。自分としてはケアプラン点検で学んだことを意識付けていくことから始めたい
- 施設のケアプラン作成を安易に考えている傾向にあったと反省している。定期的なチェックをお願いしたいと思う
- ケアマネジメントに使用するソフト等は全国统一のものを使用するよう国への働きかけをおこなってほしい。これは認定調査のフォーマットも同様と考える。
- 現実のケースについて詳細に点検・指導頂いたことで理解が深まったと考える。ケアマネの更新研修等でグループホームの事例ももう少し取り上げていただければと思う