

苦小牧市ケアプラン点検【前期】分析報告書【道協会様式5】

(報告日:令和6年3月11日)

一般社団法人北海道介護支援専門員協会
代表理事 大島 康雄

＜評価判定＞

◎ = よくできている ○ = できている △ = できているが、十分ではない
× = できていない — = 該当なし

1. 課題分析（アセスメント）

＜課題分析（アセスメント）＞		◎	○	△	×	—
1	利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面談を実施して主訴の確認等、アセスメントに必要な情報収集をおこなっている。	6%	47%	47%	0%	0%
2	利用者の生活状況を把握するために、主治の医師等から『健康状態』に関する情報を得ている。	6%	18%	76%	0%	0%
3	課題分析に関する項目に対し、利用者・家族などの状況についてアセスメント表に記載されている。	6%	35%	59%	0%	0%
4	支援が必要な状況を明らかにして、利用者及び家族が持つ力の強さ、可能性に着目する視点でアセスメント表を記載している。	0%	18%	76%	6%	0%
5	情報の分析（支援が必要になった要因・改善の可能性/悪化の危険性）の記録がある。	0%	24%	76%	0%	0%
6	利用者の状態像を把握し、情報の整理・分析を通じて、専門職であるケアマネジャーとして利用者の「解決すべき課題（ニーズ）」を導き出した過程（思考過程）を明らかにしている。	0%	12%	76%	12%	0%
7	新規認定・サービス利用開始時・認定更新時・状態の著変時等、適切な時期にアセスメントを実施している。	71%	29%	0%	0%	0%

2. 居宅サービス計画作成

第1表 居宅サービス計画書（1）

＜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＞		◎	○	△	×	—
8	利用者及び家族の生活に対する意向を適切に捉えて記載している。	6%	47%	47%	0%	0%
9	利用者と家族の意向を区別して記載している。また、様々な事情（虐待等）で意向を表面化できない場合は、居宅介護支援経過に記載している。	18%	59%	11%	6%	6%
＜介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定＞		◎	○	△	×	—
10	介護保険被保険者証を確認し、必要事項を記載している。	65%	11%	24%	0%	0%
＜総合的な援助の方針＞		◎	○	△	×	—
11	利用者及び家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認し合える内容が記載されている。	0%	47%	47%	6%	0%
＜生活援助中心型の算定理由＞		◎	○	△	×	—
12	生活援助中心型の算定の理由を記載している。	12%	6%	0%	0%	82%

第2表 居宅サービス計画書（2）

＜生活全般の解決すべき課題（ニーズ）＞		◎	○	△	×	—
13	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の原因や背景を押さえ、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して記載している。	0%	41%	59%	0%	0%
14	優先順位の高いものから順に記載している。	0%	76%	0%	0%	24%
＜長期目標＞		◎	○	△	×	—
15	個々の解決すべき課題を目指した達成可能な目標設定になっている。	0%	24%	76%	0%	0%
16	誤った目標設定（支援者側の目標設定、サービス内容を目標に設定等）になっていない。	0%	47%	53%	0%	0%
＜短期目標＞		◎	○	△	×	—
17	長期目標を達成するための段階的で具体的な目標であり、かつモニタリングの際に達成度が把握できる記載になっている。	0%	12%	88%	0%	0%
＜目標期間の設定＞		◎	○	△	×	—
18	要介護認定の有効期間も考慮し、目標達成の時期の目安として開始時期と終了時期を記載している。	6%	88%	6%	0%	0%
＜サービス内容＞		◎	○	△	×	—
19	短期目標達成に必要なサービス内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載している。	0%	18%	82%	0%	0%
20	家族の支援を含むインフォーマルサポートやセルフケアなども記載している。	18%	47%	24%	11%	0%
21	サービス担当者会議で専門的な視点から示された留意点についても、わかりやすく記載している。	0%	29%	53%	18%	0%
22	福祉用具貸与や特定福祉用具販売のサービスに対する必要性がわかるように記載している。	0%	12%	29%	18%	41%
＜サービス種別＞		◎	○	△	×	—
23	介護保険以外のインフォーマルサポートも視野に入れ、サービス内容を適切に提供できるサービスの種別を選択し、正式なサービス名称と事業所名で記載している。	29%	47%	24%	0%	0%
24	介護保険対象のサービス内容には、※ 1の欄に○を付けている。	82%	12%	6%	0%	0%
＜頻度＞		◎	○	△	×	—
25	短期目標達成のために、必要なサービス内容ごとに適切な頻度を記載している。	41%	41%	12%	6%	0%
＜期間＞		◎	○	△	×	—
26	「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「期間」にわたり実施するか記載している。	29%	65%	6%	0%	0%

第3表 週間サービス計画表

＜週間サービス計画＞		◎	○	△	×	—
27	週単位の支援やサービスの時間帯を、曜日と時間の表中に記載している。	24%	24%	35%	5%	12%
＜主な日常生活上の活動＞		◎	○	△	×	—
28	利用者の平均的な一日の過ごし方について記載している。	6%	41%	53%	0%	0%
＜週単位以外のサービス＞		◎	○	△	×	—
29	週単位以外のサービスも漏れなく記載している。	0%	12%	71%	18%	0%

居宅サービス計画の交付

		◎	○	△	×	—
30	利用者または家族に内容を説明し、文書により利用者の同意を得た上で、居宅サービス計画を交付し、記録に残している。	53%	35%	12%	0%	0%
31	居宅サービス計画に位置づけたサービス事業者に個別サービス計画の提出を求めている。	53%	35%	12%	0%	0%

3. サービス担当者会議

第4表 サービス担当者会議の要点

		◎	○	△	×	—
32	主治の医師等やサービス事業者との連絡調整やサービス担当者会議の開催時期が適切である。	29%	65%	6%	0%	0%
<会議出席者>		◎	○	△	×	—
33	サービス担当者会議に利用者や家族、サービス事業者、主治の医師等が出席している。	0%	0%	100%	0%	0%
<検討した項目>		◎	○	△	×	—
34	「検討した項目」に開催の目的が記載されている。また、出席できないサービス担当者がある場合、照会内容を記載している。	0%	65%	35%	0%	0%
<検討内容>		◎	○	△	×	—
35	「検討内容」が「検討した項目」と連動し検討した内容を詳細に記載している。	18%	53%	29%	0%	0%
36	福祉用具貸与及び福祉用具販売をケアプランに位置づける場合、サービス担当者会議を開催し必要な理由又は継続利用が必要な理由を検討し記載している。	6%	6%	35%	12%	41%
37	医療系サービスの利用の場合、主治の医師等の意見を確認している。	0%	0%	6%	12%	82%
<結論>		◎	○	△	×	—
38	検討した結果を「結論」に明確に記載している。	12%	88%	0%	0%	0%
<残された課題>		◎	○	△	×	—
39	「残された課題（次回の開催時期等）」を明確に記載している。	29%	35%	24%	12%	0%

4. 居宅介護支援経過

		◎	○	△	×	—
40	ケアマネジメントプロセスを項目毎に整理し、5W1Hがわかるように記載している。	47%	47%	6%	0%	0%
41	居宅介護支援経過には、事実、ケアマネジャーの判断、ケアプランの変更の必要性の有無を記載している。	35%	35%	30%	0%	0%
42	事業者との調整内容を記載している。	53%	41%	6%	0%	0%

5. モニタリング

		◎	○	△	×	—
43	少なくとも1月に1回利用者の居宅を訪問し、利用者に面接している。	76%	6%	18%	0%	0%
44	モニタリングを通じて把握した「利用者やその家族の意向・満足度等」「目標の達成度」「事業者との調整内容」「居宅サービス計画変更の必要性等」について、少なくとも1月に1回モニタリング結果として記載している。	47%	47%	6%	0%	0%

6. 分析結果

<課題分析（アセスメント）>

○全体的に、適正なケアマネジメントプロセスに則って処理されていますが、認定調査情報の転記で済ませているものや主治医から健康状態に関する情報を得ていないものが散見されました。

○利用者の生活状況について、一部に不十分な記載のケースがありました。本人の日常生活を具体的に把握してアセスメント表に記載する必要があります。

○利用者のストレングスや人となりに着目した視点での記載がないケースがありました。

○収集した情報の因果関係を分析しておらず、ニーズに関連した原因分析がおこなわれていないケースが半数以上ありました。そのため、アセスメントからどのようにしてニーズが導き出され、目標を設定したのかが不明確なケアプランが多くありました。利用者の望む生活を支えるための根拠を明確にしたケアプランを立案しましょう。

<居宅サービス計画作成>

居宅サービス計画書（１）について

○「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」の欄に家族の意向の記載がないケースがありました。家族の意向を確認できない場合は、その理由を記載しましょう。また、アセスメント表に意向の記載がある場合には、ケアプランにも記載させましょう。

○総合的な援助の方針欄に、ケアチームとしての総合的な方針の記載がないケースがありました。本欄には、課題分析により抽出された「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、ケアチームとしての総合的な方針を記載しましょう。

居宅サービス計画書（２）について

○生活全般の解決すべき課題（ニーズ）が、困りごとを中心とした記載になっています。その問題や困りごとを解決するための自立支援に資する内容を記載しましょう。

○長期目標と短期目標が抽象的で分かりにくく、モニタリングの際の達成度が把握しづらいものがありました。達成度を評価できる具体的な内容で設定しましょう。

○短期目標の達成に必要なサービス内容の記載が十分ではないケースが半数以上ありました。課題分析から導き出した短期目標に関連付けた具体的なケアの内容を記載しましょう。

○サービス内容に家族の支援を含むインフォーマルサポートやセルフケア等の記載がないケースがありました。短期目標の達成に必要なセルフケアや家族支援等を含むインフォーマルな支援も記載する必要があります。

○サービス担当者会議において、サービス事業者や専門職から示された意見について、ケアプランに反映されていないケースがありました。

○福祉用具貸与をケアプランに位置付ける際には、位置付けた福祉用具の利用の妥当性を検討し、必要な理由を記載する必要がありますが、記載が不十分なケースがありました。

○サービス内容の頻度が正しく記載されていないケースがありました。一定期間（週・日）内での回数や実施曜日を記載しましょう。

週間サービス計画について

○週間サービス計画の記載がないケースがありました。第２表で示された週単位のサービスを記載する必要があります。

○主な日常生活上の活動欄には、本人が普段どのように過ごしているかわかるように記載しましょう。この方の生活がより具体的にイメージできることが大切です。

○週単位以外のサービス欄の記載が十分ではないケースが半数以上、空欄だったケースが１事例ありました。受診する科、頻度、同行者等を記載すると支援者間で把握しやすいです。

<サービス担当者会議>

○医師が会議に参加できない場合は、医学的観点からの留意事項を聴取し、会議でその情報を共有する必要がありますが、全てのケースで確認できる記録がありませんでした。

○福祉用具の活用方法について検討した記録が十分ではないケースがありました

○医療系サービスをケアプランに位置付ける場合には、主治の医師等の指示があることを確認し、あらかじめ本人の同意を得て、主治の医師等の意見を求める必要がありますが、意見を求めたことが記録から確認ができないケースがありました。

○第４表の「残された課題」の欄が空欄です。結論が出なかった項目や予想される予後、さらに次回の会議の目的や開催予定日（もしくは目安の時期）を参加者全員で共有できるようにこの欄に詳しく記入すると良いです。