

苫小牧市長 岩倉 博文 様

## 苫小牧市（予防）ケアプラン点検【後期】分析報告書【道協会様式6】

（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。	0%	25%	75%	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。	0%	44%	56%	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。	0%	31%	69%	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に記載している。	0%	37%	63%	0%	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。	6%	6%	88%	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%	6%	94%	0%	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。	12%	88%	0%	0%	0%

### 2. 介護予防サービス計画作成

様式6 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

<具体策についての意向 本人・家族>		◎	○	△	×	—
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。	0%	31%	63%	6%	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、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録に記載している。	6%	19%	69%	6%	0%
<総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント>		◎	○	△	×	—
10	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%	31%	56%	13%	0%
<領域における課題（背景・原因）>		◎	○	△	×	—
11	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%	25%	69%	6%	0%
12	優先順位の高いものから順に記載している。	0%	88%	6%	6%	0%

<目標>		◎	○	△	×	—
13	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%	50%	50%	0%	0%
14	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%	50%	50%	0%	0%
15	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%	31%	69%	0%	0%
<期間>		◎	○	△	×	—
16	要支援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。	0%	50%	38%	12%	0%
<目標についての支援のポイント、本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）、介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）>		◎	○	△	×	—
17	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%	44%	50%	6%	0%
18	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。	0%	50%	38%	6%	6%
19	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%	13%	44%	5%	38%
<サービス種別>		◎	○	△	×	—
20	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。	13%	63%	25%	0%	0%
<期間>		◎	○	△	×	—
21	「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。	5%	44%	44%	6%	0%

#### 介護予防サービス計画の交付

		◎	○	△	×	—
22	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、介護予防サービス計画を交付し、記録に残している。	13%	88%	0%	0%	0%
23	介護予防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。	0%	94%	0%	6%	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

		◎	○	△	×	—
24	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。	0%	100%	0%	0%	0%
<会議出席者>		◎	○	△	×	—
25	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%	19%	81%	0%	0%
<検討した項目>		◎	○	△	×	—
26	「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%	75%	25%	0%	0%

<検討内容>		◎	○	△	×	—
27	「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。	0%	56%	44%	0%	0%
28	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。	0%	6%	56%	0%	38%
29	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%	13%	81%
<結論>		◎	○	△	×	—
30	検討した結果を「結論」に明確に記載している。	0%	75%	25%	0%	0%
<残された課題>		◎	○	△	×	—
31	「残された課題（次回の開催時期等）」を明確に記載している。	0%	56%	38%	6%	0%

#### 4. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)

		◎	○	△	×	—
32	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。	0%	88%	13%	0%	0%
33	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過には、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。	0%	31%	69%	0%	0%
34	事業者との調整内容を記載している。	0%	81%	0%	19%	0%

#### 5. モニタリング

		◎	○	△	×	—
35	少なくとも3月に1回利用者の居宅を訪問し、利用者に面接している。	0%	69%	6%	19%	6%
36	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」「介護予防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。	0%	81%	6%	0%	13%

#### 6. 分析結果

##### <課題分析(アセスメント)>

○アセスメントに必要な利用者の基本情報やADL・IADL等の情報の記載が十分ではないケースがありました。

○課題分析に必要な本人の情報収集は概ね行われていますが、主治の医師等から『健康状態』に関する情報把握が十分ではないケースがありました。主治医意見書の情報以外にも、本人及び家族の疾患に対する理解、健康状態のとらえやセルフケアの視点等も情報として必要です。

○課題分析に関する項目に対し、利用者や家族等の情報収集が十分ではないケースがありました。利用者の生活歴、趣味や特技、社会との関わり、家族関係等、利用者や家族のストレングスに着目した情報を収集してアセスメント表に記載することが必要です。

○支援が必要になった要因・改善の可能性や悪化の危険性等の課題を分析した記録が十分ではなく、ケアマネジャーが本人の解決すべき課題として導き出した過程がわかるように記録されていないケースがほとんどでした。

#### <介護予防サービス計画作成>

○家族の意向の記載がないケースが半数以上ありました。具体的なニーズや何を望んでいるのかを記載しましょう。

○総合的な援助の方針欄の記載が十分ではないケースが半数以上、また、ケアチームとしての方針の記載がないケースもありました。本欄は、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。

○困りごとを中心とした課題や病状をそのまま記載しているケースがありました。課題の設定は自立支援に資する内容を常に考え、本人が主体的・意欲的に取り組めるよう記載することが必要です。また、課題の優先順位を意識した記載となっていないものもありました。課題の優先順位は緊急性等を踏まえて設定し決めましょう。状態の悪化を防ぐために必要な医療上の課題は最優先項目になります。

○目標が抽象的で達成の根拠が分かりずらく、モニタリングの際の達成度の把握が難しいケースが半数以上あります。目標は達成度を評価できる具体的な内容で設定しましょう。

○利用者や家族が行う取り組みに対する期間が記載されていないケースがありました。目標達成の目安となる期間を設定する必要があります。

○サービス内容と目標との関連が明確ではないケースが半数ありました。また、サービス内容に具体的な記載がないケースが1件ありました。

○セルフケアや家族の支援を含むインフォーマルサポートを記載していないケースがありました。『目標とする生活』を実現していくためには、介護保険サービスだけではなく、家族や地域の協力のできることを整理しケアプランに位置付けることが必要です。

○福祉用具貸与をケアプランに位置付ける際には、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1件ありました。

○ケアプランに位置付けたサービス事業者に対し、個別サービス計画の提出を求めた記録がないケースがありました。ケアプランと個別サービス計画の連動性や整合性について確認する必要がありますので、サービス事業者に提出を求めても提出されない場合は、その旨を記録に残すとともに、利用者から情報を得るようにしましょう。

#### <サービス担当者会議>

○主治の医師等の意見聴取の確認ができないケースが多くみられました。また、ケアプランに位置付けているサービス担当者の招集が難しい場合の照会記録が十分ではないケースもありました。軽微な変更により会議の開催を省略する場合や会議に出席できない場合には、サービス担当者に対して行った照会の内容を記載することが必要です。

○福祉用具が必要な理由を検討した記録が十分ではないケースが半数以上ありました。福祉用具をケアプランに位置付ける場合、その用具の選定理由やそれを継続利用する妥当性等の協議をおこなう必要があります。

○医療系サービスを利用していますが、主治の医師等の意見を確認してい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。

○第4表の「残された課題」欄が空欄のケースがありました。次回の会議の開催予定や方針を記載するのが望ましいです。

#### <介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録>

○客観的事実の記載はありますが、ケアマネジャーの判断やケアプラン変更の必要性の記載が十分ではないケースが多くありました。

○サービス事業者等との調整内容が確認できないケースが数件ありました。サービス事業者等とやり取りを行った目的や、その結果等についてわかりやすく記載しましょう。

#### <モニタリング>

○少なくとも3か月に1回は利用者宅を訪問し、利用者とは面談する必要がありますが、提出された書類からそのことが確認できないケースが数件ありました。