

苫小牧市長 金澤 俊 様

## 苫小牧市(前期)ケアプラン点検 分析報告書【道協会様式5】

(報告日:令和7年12月10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%	94%	0%	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。	11%	50%	39%	0%	0%
3	課題分析 (アセスメント) 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。	17%	83%	0%	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%	44%	56%	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%	72%	22%	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。	17%	38%	28%	17%	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。	56%	38%	6%	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。	33%	56%	11%	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。	61%	39%	0%	0%	0%
<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。	6%	94%	0%	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。	33%	67%	0%	0%	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。	11%	6%	0%	6%	77%

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。	22%	39%	39%	0%	0%
14	優先順位の高いものから順に記載している。	0%	78%	22%	0%	0%
＜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。	6%	94%	0%	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。	22%	72%	6%	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。	17%	72%	11%	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。	44%	44%	12%	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。	17%	83%	0%	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。	44%	44%	6%	6%	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。	22%	67%	11%	0%	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。	35%	29%	7%	0%	29%
＜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。	44%	56%	0%	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。	76%	18%	0%	6%	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。	28%	72%	0%	0%	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。	33%	61%	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。	6%	67%	28%	0%	0%
＜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。	11%	33%	56%	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。	44%	50%	0%	0%	6%

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。	61%	39%	0%	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。	17%	39%	39%	5%	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。	50%	50%	0%	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。	11%	33%	56%	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。	35%	65%	0%	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。	67%	33%	0%	0%	0%
36	福祉用具貸与及び特定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。	39%	22%	0%	0%	39%
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。	17%	22%	11%	0%	50%
＜結論＞		◎	○	△	×	—
38	検討した結果を「結論」に明確に記載している。	44%	50%	6%	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。	44%	39%	17%	0%	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。	33%	61%	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。	44%	33%	23%	0%	0%
42	事業者との調整内容を記載している。	66%	17%	17%	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、もしくはテレビ電話装置等を活用して利用者に面接している。	61%	39%	0%	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。	28%	72%	0%	0%	0%

#### 6. 分析結果

##### 1. 全体評価

今回の事例提出者は、ケアマネジメントの一連のプロセスを概ね理解されており、一部に記載漏れは見受けられるものの、全体としては運営基準に沿った適切なケアマネジメントが実践されていました。

##### 2. アセスメントについて

本人・家族から必要な情報収集は適切に行われていましたが、その情報を整理・分析し、ニーズを導き出す過程が不十分な事例が散見されました。情報収集で得た客観的な事実だけでなく、そこから課題の本質を捉える分析力が求められます。また、本人の強み（ストレンクス）や改善の可能性といった自立支援の視点が不足している傾向がありました。現状の課題に対応するサービス提供に留まらず、その課題が生じている原因や背景を深掘りし、改善の可能性に着目することで、より本質的な課題解決につながるアセスメントが期待されます。

課題整理総括表の活用は、ニーズ抽出に至る思考過程の可視化に有効ですが、その理解が不十分なためか、居宅サービス計画書のニーズとの整合性が取れていない事例も見受けられました。

##### 3. 居宅サービス計画書について

ニーズの記載が「誰にでも当てはまる」ような一般的・抽象的な表現に留まり、個別性に欠ける事例が見られました。アセスメントで得た豊富な情報を活かし、本人ならではの具体的なニーズとして抽出することが望まれます。また、長期・短期目標が、目標とすべき「状態」ではなく、具体的な「サービス内容」になっている事例も散見されました。これは、ニーズ分析の段階から特定のサービス利用を前提としている可能性を示唆します。改めて「ニーズ→目標設定→ケア内容→サービス種別」という基本プロセスを再確認する必要があると考えます。

##### 4. サービス担当者会議について

サービス担当者会議において、かかりつけ医等からの専門的な情報共有が不足し、サービス事業所からの現状報告に留まっている事例がありました。その一方で、多職種の意見を効果的に集約し、支援方針を分かりやすく整理している優れた事例も見られました。事業所間で実践内容に差が生じているため、好事例を共有する研修等の機会を設けることが、地域全体の質の向上に繋がると考えられます。好事例を共有する研修会などの機会を設けることで、地域全体のケアマネジメントの質の向上に繋がると考えます。

##### 5. 支援経過記録・モニタリングについて

支援経過やモニタリング記録において、SOAP形式等を活用し、客観的な事実（S・O）から専門職としてのアセスメント（A）とプラン（P）への思考過程が明確に記述されている事例がありました。しかし、事実の記載のみで、ケアマネジャーの専門的な評価や判断の過程が読み取れない記録も散見されました。SOAP等を活用し、事実（S/O）に基づき、専門職としてどう考え（A）、どう支援に繋げるか（P）という思考プロセスを記録することが、支援の一貫性を担保する上で重要です。

#### 6. 医療との連携について

主治医と密に連携し、積極的に情報共有を行いながら課題解決に取り組んでいる事例がある一方、医療情報の入手が要介護認定時の主治医意見書のみにとどまり、その後の文書や面談による連携が不十分な事例も見受けられました。複数の疾患を抱える方や老年症候群が生活上の課題に影響しているケースでは、状態の悪化を防ぐためにも、より一層積極的な医療連携が不可欠です。病状の変化や治療方針について主治医等と適宜情報交換を行い、ケアプランに反映させていくことが重要と考えます。

#### 7. リハビリテーションとの連携について

通所リハビリテーション等の事業所が作成するリハビリテーション計画書や評価報告書の内容確認が不十分で、リハビリ専門職の視点をケアプランに十分に活かしていない事例がありました。これにより、利用者の自立支援の機会が損なわれている可能性も懸念されます。サービス担当者会議への参加依頼や個別カンファレンス等を通じて、リハビリ専門職との連携をさらに強化することが求められます。

#### 8. 地域の課題と今後について

その他、地域全体の課題として以下の2点が挙げられます。

第一に、所属法人の方針とケアマネジャーとしての職業倫理との間で、中立・公正なケアマネジメントの実践に困難さを抱えるケース。第二に、多重課題を抱える困難事例への対応です。

これらの課題はケアマネジャー個人の努力だけで解決できるものではなく、精神的な負担（バーンアウト）につながる恐れがあります。地域包括支援センターによるスーパービジョンや事例検討会の充実など、地域全体でケアマネジャーを支える体制の構築が急務であると考えます。