

苫小牧市長 金澤 俊 様

## 苫小牧市後期（予防）ケアプラン点検 分析報告書【道協会様式6】

（報告日：令和8年3月16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              | 利用者及び家族に面談を実施して必要な情報収集をおこなっている。                       | 11% | 67%  | 22% | 0% | 0% |
| 2              | 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情報収集を行っている。 | 11% | 22%  | 67% | 0% | 0% |
| 3              | 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。     | 0%  | 100% | 0%  | 0% | 0% |

### 2. 介護予防サービス・支援計画書作成

| <目標とする生活>         |  | ◎  | ○   | △   | ×   | —  |
|-------------------|--|----|-----|-----|-----|----|
| 4                 | 利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的に記載している。                           | 0% | 33% | 67% | 0%  | 0% |
| <アセスメント領域と現在の状況>  |  | ◎  | ○   | △   | ×   | —  |
| 5                 | 「運動・移動について」の具体的な記載がある。   | 0% | 89% | 11% | 0%  | 0% |
| 6                 | 「日常生活（家庭生活）について」の具体的な記載がある。  | 0% | 89% | 11% | 0%  | 0% |
| 7                 | 「社会参加・対人関係・コミュニケーションについて」の具体的な記載がある。   | 0% | 89% | 11% | 0%  | 0% |
| 8                 | 「健康管理について」の具体的な記載がある。  | 0% | 89% | 0%  | 11% | 0% |
| <本人・家族の意欲・意向>     |  | ◎  | ○   | △   | ×   | —  |
| 9                 | 各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識を把握し記載している。  | 0% | 44% | 12% | 44% | 0% |
| <領域における課題（背景・原因）> |  | ◎  | ○   | △   | ×   | —  |
| 10                | 各領域において生活上の問題になっていること及びその背景・原因を分析し、課題となっていること（将来おこる課題の予測も含めて）を記載し、その結果の有無にチェックをしている。 | 0% | 89% | 11% | 0%  | 0% |
| <総合的課題>           |  | ◎  | ○   | △   | ×   | —  |
| 11                | 各領域における課題共通の背景等を見つけ出し、利用者の全体像をとらえた課題となっている。また、優先度の高い順に課題を記載している。                     | 0% | 56% | 44% | 0%  | 0% |

|  |  |    |      |     |     |      |
|--|--|----|------|-----|-----|------|
| <b>&lt;課題に対する目標と具体策の提案&gt;</b>                       |  | ◎  | ○    | △   | ×   | —    |
| 12   | 目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的な目標の記載になっている。また、具体策は、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策を含め、様々な角度から考え記載している。 | 0% | 78%  | 22% | 0%  | 0%   |
| <b>&lt;具体策についての意向 本人・家族&gt;</b>                      |  | ◎  | ○    | △   | ×   | —    |
| 13   | 計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載している。   | 0% | 67%  | 33% | 0%  | 0%   |
| <b>&lt;目標&gt;</b>                                    |  | ◎  | ○    | △   | ×   | —    |
| 14   | 利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載している。   | 0% | 67%  | 33% | 0%  | 0%   |
| <b>&lt;目標についての支援のポイント&gt;</b>                        |  | ◎  | ○    | △   | ×   | —    |
| 15   | 目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考える上での留意点を記載している。  | 0% | 78%  | 22% | 0%  | 0%   |
| <b>&lt;「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）」&gt;</b> |  | ◎  | ○    | △   | ×   | —    |
| 16   | 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等を把握し記載している。  | 0% | 89%  | 11% | 0%  | 0%   |
| <b>&lt;「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス）」&gt;</b>        |  | ◎  | ○    | △   | ×   | —    |
| 17   | 予防給付、地域支援事業（総合事業のサービス）のサービスを含めた内容を記載している。  | 0% | 100% | 0%  | 0%  | 0%   |
| <b>&lt;サービス種別&gt;および&lt;事業所&gt;</b>                  |  | ◎  | ○    | △   | ×   | —    |
| 18   | 「サービス種別」の欄には支援内容に適したサービス種別を具体的に記載し、「事業所」の欄には、当該サービス提供を行う「事業所名」を記載している。                         | 0% | 67%  | 33% | 0%  | 0%   |
| <b>&lt;期間&gt;</b>                                    |  | ◎  | ○    | △   | ×   | —    |
| 19   | 支援内容ごとに実施する期間・頻度などを記載している。   | 0% | 89%  | 11% | 0%  | 0%   |
| <b>&lt;健康状態について 主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点&gt;</b>    |  | ◎  | ○    | △   | ×   | —    |
| 20   | 「主治医意見書」、「生活機能評価」「基本情報」等より健康状態について、介護予防サービス・支援計画等を立てる上で留意すべき情報を記載している。                         | 0% | 89%  | 0%  | 11% | 0%   |
| <b>&lt;【本来行うべき支援ができない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針&gt;</b>      |  | ◎  | ○    | △   | ×   | —    |
| 21   | 本来の支援が実施できない場合や本来必要な社会資源が地域にない場合等、必要に応じて記載している。  | 0% | 0%   | 0%  | 0%  | 100% |
| <b>&lt;総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）&gt;</b>             |  | ◎  | ○    | △   | ×   | —    |
| 22   | 利用者及び家族を含むケアチームが、生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性等を記載している。   | 0% | 89%  | 11% | 0%  | 0%   |
| <b>&lt;必要な事業プログラム&gt;</b>                            |  | ◎  | ○    | △   | ×   | —    |
| 23   | 基本チェックリストの結果を漏れなく記載し、総合的課題等に反映している。  | 0% | 78%  | 11% | 11% | 0%   |
| <b>&lt;計画に関する同意&gt;</b>                              |  | ◎  | ○    | △   | ×   | —    |
| 24   | 介護予防サービス・支援計画原案等の内容を当該利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者が署名をしている。                             | 0% | 78%  | 0%  | 22% | 0%   |

### 介護予防サービス計画の交付

|    |   | ◎  | ○   | △   | ×   | —  |
|----|---|----|-----|-----|-----|----|
| 25 | 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・支援計画書を交付し、記録に残している。 | 0% | 22% | 78% | 0%  | 0% |
| 26 | 介護予防サービス・支援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% | 89% | 0%  | 11% | 0% |

### 3. サービス担当者会議

|    |  | ◎   | ○   | △   | ×   | —   |
|----|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 27 | 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%  | 89% | 0%  | 11% | 0%  |
| 28 | 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%  | 89% | 11% | 0%  |
| 29 | サービス担当者会議の出席者（所属（職種）氏名）、検討した内容等を記載している。<br>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。    | 11% | 67% | 11% | 0%  | 11% |
| 30 | 介護予防福祉用具貸与及び介護予防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。 | 0%  | 11% | 0%  | 0%  | 89% |
| 31 | 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%  | 11% | 11% | 0%  | 78% |
| 32 | 検討した結果を明確に記載している。  | 0%  | 56% | 33% | 11% | 0%  |

### 4. 介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

|    |  | ◎  | ○   | △   | ×  | —  |
|----|--|----|-----|-----|----|----|
| 33 | 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% | 78% | 22% | 0% | 0% |
| 34 | 介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点含む）には、事実、計画作成者の判断、ケアプランの変更の必要性の有無を記載している。 | 0% | 22% | 78% | 0% | 0% |
| 35 | 事業者との調整内容を記載している。  | 0% | 78% | 22% | 0% | 0% |

### 5. モニタリング

|    |  | ◎  | ○   | △   | ×   | —   |
|----|--|----|-----|-----|-----|-----|
| 36 | 少なくとも3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。また、利用者宅を訪問しない月においても、利用者自身に介護予防サービス・支援計画の実施状況について確認をおこなっている。 | 0% | 56% | 33% | 11% | 0%  |
| 37 | 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・支援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% | 45% | 33% | 22% | 0%  |
| 38 | 介護予防サービスに位置づけた期間が終了する時に、当該計画の目標達成状況について評価している。   | 0% | 56% | 11% | 11% | 22% |

## 6. 分析結果

### 【アセスメント】

利用者の生活史、趣味や特技、社会との関係性などストレスを導き出す上で必要な情報の収集が不十分な事例が多く見られました。

BMIが記入されていない事例、低値にもかかわらず対応が取られていない事例がありました。基本チェックリストのコメントが「BMIが18.5未満の場合対象」と書かれているため誤解を生じているのですが、厚生労働省「介護予防マニュアル第4版（令和4年）」のP46で「18.5～21.5の高齢者については栄養改善プログラムの実施について検討されたい」と軌道修正しています。ガイドラインの変更について周知することが大切だと思います。

### 【介護予防サービス・支援計画書作成】

「目標とする生活」や「目標」の記載について、一般的概括的な目標が少なからず見られました。自立支援に資する介護予防プランになるよう、本人が実際に行う内容を具体的に示すことが重要だと考えます。

### 【サービス担当者会議】

サービス担当者会議の機会を利用して、主治医から疾病の状況、治療方針や予後予測などの情報を文書照会で得ている事例は少なく、大部分は主治医にサービス担当者会議の開催案内をしていないようです。医療と介護の連携を進めるうえからも、地域包括支援センターが率先して行う必要があると考えます。

サービス担当者会議が開催されず「文書照会」だけでケアプラン更新をしている事例が1件ありました。

### 【介護予防支援経過・モニタリング】

ほとんどが叙述体での記載でした。主観的情報、客観的情報、計画作成者の判断、利用者への働きかけ、今後の方針などをそれぞれ分けて記入することで、支援経過記録の価値が向上します。F-SOAIIPやSOAP形式での記載が望まれます。