

苫小牧市 後期 ケアプラン点検 分析報告書【道協会様式5】

(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%	90%	10%	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%	30%	70%	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。	0%	100%	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%	60%	40%	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。	0%	70%	30%	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%	40%	60%	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。	0%	100%	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。	0%	90%	10%	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。	0%	90%	10%	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。	0%	100%	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。	0%	100%	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。	0%	0%	0%	30%	70%

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%	90%	10%	0%	0%
14	優先順位の高いものから順に記載している。	0%	80%	20%	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。	0%	100%	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。	0%	100%	0%	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%	30%	70%	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。	0%	100%	0%	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%	100%	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。	10%	90%	0%	0%	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%	100%	0%	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。	0%	30%	10%	0%	60%
＜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。	0%	100%	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。	10%	80%	10%	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。	0%	100%	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。	0%	100%	0%	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。	0%	30%	70%	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。	0%	20%	40%	40%	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%	80%	0%	20%	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。	0%	80%	20%	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。	0%	30%	60%	10%	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。	0%	90%	10%	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%	10%	90%	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%	90%	10%	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。	0%	100%	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。	0%	40%	0%	0%	60%
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%	10%	40%	50%
<結論>		◎	○	△	×	—
38	検討した結果を「結論」に明確に記載している。	0%	100%	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。	0%	70%	30%	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。	0%	90%	10%	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。	20%	20%	60%	0%	0%
42	事業者との調整内容を記載している。	0%	80%	10%	10%	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。	0%	100%	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。	10%	60%	30%	0%	0%

6. 分析結果

【アセスメント（課題分析）】

医療情報の収集が主治医意見書のみで、直接、主治医や医療専門職に確認していないケースが多くありました。

「これまでの生活（利用者の生活歴）」が把握されていても、そこからストレスを発見しケアプランに転換することが十分にできていない事例が多く見られました。

【居宅サービスを計画書作成】

1表「生活援助中心型の算定理由」が記載されていない事例が少なからずありました。

2表「短期目標」があいまいな表現の事例、サービス側の視点から書かれている事例が多く見られました。

3表「主な日常生活上の活動」において記載が不十分な事例が多数確認されましたが、これは単なる記載上の過失に留まらず、利用者の日常生活状況に関する情報収集および実態把握そのものが不足していることに起因するものと考えられます。

【サービス担当者会議】

医師の参加が得られたサービス担当者会議はありませんでした。多忙な主治医の直接参画が困難な実情はあるものの、その手前の段階である「開催通知の送付」や「事前の情報共有」といった働きかけ自体が、十分に行われていない傾向が見受けられます。医療と介護の連携を進めるためには、まずケアマネジャー側が、医師に事前に文書照会するなど、ケアプランに主治医が参画できる機会をつくるのが大切だと考えます。

【居宅支援経過・モニタリング】

支援経過記録は、F-SOAPやSOAPなど項目形式で書かれた事例がありました。これらの記録は「ケアマネジャーの判断」「利用者への働きかけ」「今後の方針」などが明確になり可読性に優れています。一方で、出来事を時系列に記す「叙述体」の記録も見受けられますが、経過の記述のみに留まると、ケアマネジャーによる専門的な判断や意図が見えにくくなる傾向があります。公的保険制度における記録の重要性を鑑み、単なる状況報告に終始することなく、プロセスの妥当性や次期支援の方針が明確に伝わる記録作成のあり方を周知していく必要があります。