

令和7年度 ケアプランチェック事業総括報告書

チェック項目	課題・問題点等	改善策	アドバイス・コメント																				
<p>(1) 課題分析手法を用いたアセスメントが適切に行なわれているか</p> <p>・単なる聞き取りになっていないか</p> <p>・包括的に情報が集められているか</p>	<p>提出頂いたケアプランに対し、下記の内容に課題がありました。一番多い課題はケアプラン全体の 42.2%に見受けられました。</p> <p>【詳細内容】</p> <table border="1" data-bbox="507 409 1219 1318"> <tr> <td>アセスメントシートの提出がない、又は標準項目を満たしていない</td> <td>9 件</td> </tr> <tr> <td>利用者像（生活歴や生活背景）をふまえた課題の抽出ができていない</td> <td>52 件</td> </tr> <tr> <td>家族や支援者との関係性や背景を十分に捉えられていない</td> <td>15 件</td> </tr> <tr> <td>健康に関する情報（受診、既往・現病歴、服薬状況、栄養状態、口腔機能等）の記載が不十分</td> <td>28 件</td> </tr> <tr> <td>居住環境（居室や生活動線の見取図、段差、手すりの設置場所等）の記載が不十分</td> <td>37 件</td> </tr> <tr> <td>必要な特記事項の記載が不十分</td> <td>36 件</td> </tr> <tr> <td>基本ケアや疾患別のアプローチへの検討が不十分</td> <td>62 件</td> </tr> <tr> <td>利用者の強みや弱みが十分に捉えられていない</td> <td>57 件</td> </tr> <tr> <td>利用者の今後の生活の予測の検討について十分に捉えられていない</td> <td>60 件</td> </tr> <tr> <td>社会資源（利用者、家族、地域、フォーマル・インフォーマルなサービスやサポート）の活用について検討が不十分</td> <td>31 件</td> </tr> </table>	アセスメントシートの提出がない、又は標準項目を満たしていない	9 件	利用者像（生活歴や生活背景）をふまえた課題の抽出ができていない	52 件	家族や支援者との関係性や背景を十分に捉えられていない	15 件	健康に関する情報（受診、既往・現病歴、服薬状況、栄養状態、口腔機能等）の記載が不十分	28 件	居住環境（居室や生活動線の見取図、段差、手すりの設置場所等）の記載が不十分	37 件	必要な特記事項の記載が不十分	36 件	基本ケアや疾患別のアプローチへの検討が不十分	62 件	利用者の強みや弱みが十分に捉えられていない	57 件	利用者の今後の生活の予測の検討について十分に捉えられていない	60 件	社会資源（利用者、家族、地域、フォーマル・インフォーマルなサービスやサポート）の活用について検討が不十分	31 件	<p>アセスメントは、ケアマネジメントプロセスにおいて、介護支援専門員が利用者や家族と共に行う、専門的な作業であり、大きく分けて3つのこと、1.「情報収集」、2.「課題分析」、3.「ニーズの把握」を行います。</p> <p>収集した情報（1.「情報収集」）から、ご利用者の抱える生活のしづらい“現状”を整理し、“原因”につなげ、改善の可能性や今後の発生が見込まれるリスクとリスク回避策から、その中で実施すべきアプローチを導きます。その際にご利用者の暮らしを支えるのに必要な基本ケアや関連する疾患別のアプローチを踏まえて、今後の暮らしの在り方から、これからのご利用者の変化を見通します（2.「課題分析」）。その分析内容をご利用者やご家族と共有し、これからの生活の意向に向けて生活課題の設定（3.「ニーズの把握」）を検討した内容をアセスメント様式に記録しておきましょう。</p> <p>改善項目1：「基本ケアや疾患別のアプローチへの検討が不十分」</p> <p>全ての利用者において、生活の継続を支援する基盤となる、高齢者の機能と生理をふまえた基本ケアを確認するだけでなく、医療との連携を踏まえつつ、疾患特性に応じて特に留意すべきポイントを確認し、利用者の予後に応じた暮らしへの影響を検討する視点を持ちアセスメントを行いましょう。</p> <p>改善項目2：「利用者の今後の生活の予測の検討について十分に捉えられていない」</p> <p>現状の把握では、困っていることのみではなく、困っていること背景や原因を分析し、少しでも良い方向に改善できる方法がないかを利用者とともに模索しながら、「予後予測（利用者自身が課題に向けて取り組むことや力をつけること、また必要な援助を利用したことにより改善される生活のイメージを持つこと）」に立った視点でアプローチの検討を行いましょう。「～できないことを、～（サービス）で補う」だけでなく、「～できないことを、～（社会資源を利用）することにより、～（見立ても含めた可能性を）できるようになる」といった視点で検討することが大切です。こうした視点で課題分析を行うことで、利用者や家族も今後の見通しが立ち、生活や介護に対するイメージが変わっていくことにつながります。</p> <p>改善項目3：「利用者の強みや弱みが十分にとらえられていない」</p> <p>現状についてアセスメントの段階で、利用者がしていること、できること、できないことや続けていきたいと考えていること、してみたいと思っていること、難しい（できない）と思っていることを</p>	<p>アセスメントの全体的な傾向は、前回（令和6年度）と比較して、課題・問題点等に該当するケースの総数が減少しています。前回（令和6年度）も前々回（令和5年度）と比較して、課題・問題点等に該当するケースが、大きく減少していました。このことは、介護支援専門員の皆さまが利用者の自立支援にむけて、継続して適切なアセスメントの実施に取り組んでいただいている事の大きな成果と考えます。適切にアセスメントが実施されているケースもありますが、前回と同様、課題・問題点等の複数の項目に該当するケースもみられ、同様の項目が継続して課題となっています。左記「改善項目1～3」では、まだ多くの方が課題であり、不得手とする様子がうかがえます。</p> <p>アセスメントはケアマネジメントプロセスの最初に位置づけられており、ケアマネジメントの展開には的確なニーズの抽出が重要になります。左記とともに以下のポイントを参考に、アセスメントの基本から確認してみましょう。</p> <p>1) 左記「改善策」にお示ししました、アセスメントにおける「情報収集」「課題分析」「ニーズの把握」については、以下も振りかえって確認してみましょう。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①単にアセスメントシートを埋めるだけの作業に留まっていないか</li> <li>②サービスを利用することが先行していないか</li> <li>③利用者主体（尊厳の保持）の視点が欠けていないか</li> <li>④自助・互助・共助・公助（地域包括ケアシステム）の観点を考慮しているか</li> <li>⑤導き出された居宅サービス計画の根拠が明確になっているか</li> </ul> <p>2) 利用者・家族の主訴・意向はケアプランの根幹となる重要な部分です。単に希望するサービスやサービスを継続する意向だけに留まらず、どのような暮らしを送りたいと考えているのか聴きとっていきましょう。</p> <p>3) これまでの生活と現在の状況には生まれてから大きな転機になったことや、これからの支援に必要と考えられる事（成育歴、職歴、結婚歴、趣味や嗜好、生活のスタイルや家族とのエピソード等）を記入してみましょう。今までのご利用者の生活を把握することで、個別性の理解が深まり、ご利用者の望む暮らしに繋がる大きなヒントを発見できるかもしれません。例えば大工の経験を活かして壊れた建具の修理をする等の役割づくり、好きな音楽を聴いて心が穏やかになる、趣味であったコーラスでの活動を再開して楽しみを見つ</p>
アセスメントシートの提出がない、又は標準項目を満たしていない	9 件																						
利用者像（生活歴や生活背景）をふまえた課題の抽出ができていない	52 件																						
家族や支援者との関係性や背景を十分に捉えられていない	15 件																						
健康に関する情報（受診、既往・現病歴、服薬状況、栄養状態、口腔機能等）の記載が不十分	28 件																						
居住環境（居室や生活動線の見取図、段差、手すりの設置場所等）の記載が不十分	37 件																						
必要な特記事項の記載が不十分	36 件																						
基本ケアや疾患別のアプローチへの検討が不十分	62 件																						
利用者の強みや弱みが十分に捉えられていない	57 件																						
利用者の今後の生活の予測の検討について十分に捉えられていない	60 件																						
社会資源（利用者、家族、地域、フォーマル・インフォーマルなサービスやサポート）の活用について検討が不十分	31 件																						

			<p>把握します。一方、環境においても、家族や関わりのある方などが協力していること、できそうなこと、できないことや続けようと考えていること、協力できること、できそうなこと、難しい（できない）と考えていることなど、個人と環境の両面で把握し、望む暮らし（目指すべき方向）に向けて、「どうすればよいか」の手立てや対策について、セルフケアや家族支援、多様な社会資源の中から利用者の強みを活かしたアプローチを検討していくことが大切です。</p>	<p>ける等、QOL 向上や認知症予防等に効果が期待できますので、丁寧に記載しておきましょう。</p> <p>4) 以下に適切なケアマネジメント手法における基本ケアの大項目を記載しております。アセスメントにおける確認のポイントとしてみてください。</p> <p>I-1. 現在の全体像の把握と生活上の将来の予測、備え I-2. 意思決定過程の支援 II-1. 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援 II-2. 日常的な生活の継続の支援 II-3. 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援 III-1. 家族等への支援 III-2. ケアに参画する人への支援</p> <p>5) 基本ケアや疾患別のアプローチへの検討については「適切なケアマネジメント手法」を参考にしてください。</p> <p>①ケアプラン検討時の「抜け漏れ」の防止 ②多職種協働の推進 ③ケアプランの見直しの円滑化に有効 等や、また他にも自立支援の促進、重度化予防の効果が期待できます。</p> <p>※令和2年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業）適切なケアマネジメント手法の普及促進に向けた調査研究事業（2022年3月）株式会社日本総合研究所「適切なケアマネジメント手法」の手引き</p> <p>6) 課題分析標準項目については、介護保険最新情報 vol.1178 「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について（令和5年10月16日厚生労働省老健局）も確認し、「項目の主な内容（例）」はインテークやアセスメントの際に活用していきましょう。</p>
<p>(2) アセスメントの結果から生活課題と目標設定が行われているか、又その上でのサービス計画になっているか</p> <p>・自立支援に資するニーズ、目標設定、支援内容になっているか ・複数の事業所の提案された説明と利用者選択（自己決定支援）ができているか ・自助力、互助力向上をケアプラン</p>	<p>提出頂いたケアプランに対し、下記の内容に課題がありました。一番多い課題はケアプラン全体の <b>50.3%</b>に見受けられました。</p> <p>【詳細内容】</p>	<p>21 件</p> <p>43 件</p>	<p>(1) の課題・問題点等の項目において、アセスメント実施時の情報収集や課題分析、ニーズの把握が関連すると推測される項目に課題・問題点が多くみられました。ニーズがアセスメントの結果から得られた利用者自身のニーズとなっているのかどうかを点検し、ニーズの抽出を再検討することにより改善できると考えます。</p> <p>改善項目1: 「目標が抽象的な設定となっている」</p> <p>目標が抽象的になる原因として、アセスメントにより利用者・家族の「望む暮らし」の姿や予後の予測、その実現のために解決していく課題が捉えきれないことが考えられます。利用者・家族と丁寧にコミュニケーションを取りながら、合意できたことを具体的</p>	<p>ケアプランの作成においても、前回と比較して「課題・問題点等」に該当するケースが大きく減少しています。介護支援専門員の皆さまが適切なケアプラン作成に尽力されている事と推察致しました。</p> <p>(1)と同様に、同様の課題・問題等に該当するケースは継続して一定数みられています。</p> <p>ケアプランには「利用者の自立支援に向けた計画」「介護保険サービスの給付の根拠」という二つの役割があります。介護保険法の理念である利用者の尊厳が尊重され、利用者が望む生活の実現に向けた自立支援が行われるよう留意しながら、質の高いケアプランの作成に努めましょう。左記とともに以下のポイントをご確認ください。</p> <p>1) アセスメントにおいて課題を把握できているものの、その課題を</p>

<p>ンに位置付けているか</p> <p>・第1表と第2表と第3表の目標やサービス内容が一致しているか</p> <p>・ニーズ、目標、援助内容は整合性がとれているか</p>	ランになっている			に言語化していきましょう。	ニーズに変換することが苦手である方が多いように推察します。
	利用者の「望む暮らし」におけたケアプランと なっていない	3	件	①目標は、利用者が意欲的に取り組めるよう、利用者をはじめ誰に でもわかりやすい具体的な内容で記載します。	例えば、「下肢筋力の低下から家事ができなくなっている」という 現状から「下肢筋力を向上すること」「家事を充足すること」を課題 として把握しているものの、ニーズには「夫と自宅で暮らし続けたい」 「できないことを手伝ってもらい、できることを続けていきたい」 等のように設定されています。これでは本人、家族をはじめとしたケ アチームがどのような課題を解決して、どんな暮らしを送ろうとして いるのか、共通認識することが難しくなります。
	「初回・紹介・継続」「認定済・申請中」に記 載が不十分	1	件	②目標は、モニタリング実施時に客観的に評価できるようにしまし ょう。例えば、「安全に移動できる」と設定すると、安全の判断基準 は人によりとらえ方が違うために目標が達成できたのかどうかわ かりづらくなります。また、「移動できる」という目標も、どの様に 移動できるのか、どこまで行けることで目標を達成するのか判断し づらいため、例えば「トイレまで1人で行ける」「玄関まで新聞を取り に行くことができる」等具体的な目標を検討しましょう。	生じている課題の原因や背景を利用者・家族とともに探っていくプ ロセスが自立支援には欠かせない視点です。“何故下肢筋力が低下し たのか”“どの程度の下肢筋力を向上するのか”“どのような方法で家 事を充足するのか”を利用者自らが主体的に関わりながら意欲的に取 り組めそうなニーズを設定しましょう。
	本人の意向の記載が不十分、又は本人の意向 について代弁されていない	10	件	③手段を目標にしていないうか確認しましょう。例えば、「通所介護に 参加できる」等手段を目標にしてしまいやすい例です。手段を目標 にするとサービスを利用することが目的のように映ります。援助者 側の目標設定になっていないか、サービス内容を目標に設定してい ないかを確認し、利用者の暮らしの目標として、利用者や家族にわ かりやすい言葉で書きましょう。	2)長期目標にはニーズを解決した際の状態像をイメージして設定し ます。短期目標はその長期目標を実現するための段階的な目標を具体 的に記載します。
	家族の意向や支援の記載が不十分	10	件		例えばニーズには「〇〇スーパーまで買い物に行けるようになりた い」と設定されていれば、長期目標は「〇〇スーパーまで買い物に行 くことができる」、短期目標には「毎日いきいき百歳体操に取り組む ことができる」とすれば、ニーズの解決に向けて何に取り組んでいく のかわかりやすくなります。
	総合的な援助の方針欄の記載が詳細でなく不 十分、又は第2表と関連していない	25	件		短期目標の積み上げの先に長期目標の達成があり、長期目標の達成 がニーズの解決につながっているか確認してみましよう。利用者自ら が主体的に行動しようと思う具体的な目標を検討してみてください。
	（緊急事態が想定される場合）対応機関や連 絡先・対応方法等についての記載が不十分	2	件		3)短期目標の達成に必要なサービスの種類（資源）には、利用者（セ ルフケア）、家族支援、介護保険サービス、医療サービス、入居施設 による基本サービスやオプションサービス、実費で利用される介護保 険外サービス、その他インフォーマルなサービスやサポートがあります 。これらは利用者にとって生活を支える大切な資源ですので、介護 給付の有無に関わらず、ケアプランに記載しましょう。
	ニーズの設定が不十分、又は再検討が必要	56	件	改善項目2:「ニーズの設定が不十分、又は再検討が必要」 ニーズの再検討が必要な理由は、アセスメントにより分析・抽出 された生活課題の言語化が適切にできていない、又はアセスメント による情報収集・分析が十分に行われていないことが原因と推測し ます。課題分析においては、生活の困りごとを引き起こしている「阻 害要因」の分析と、利用者自身が課題に向けて取り組むことや力を つけること、また必要な援助を利用したことにより生活がどのよう に変わるのかについて見通しを立てることが大切です。そのうえ で、利用者の望む暮らしを実現するために解決すべき課題を設定し ます。ケアプランのニーズ欄は、「生活全般の解決すべき課題」とな っていますので、アセスメントにより把握した利用者の生活全体の 困りごとを、利用者自身が課題を解決する意欲に転換し、ニーズと して言語化しましょう。アセスメントで明らかにした「問題」を「自 立に向けての意欲」に転換することが、ケアプランにポジティブな 「自立支援という目標や方向性」を持たせることにつながります。	4)「自分でできることは続ける」「できないことの援助を受ける」と いった趣旨のニーズや目標が設定されているケースがみられました。 またそれらに紐づく援助内容にセルフケアが設定されていないこと も多く、利用者は「何ができていて、どのようなことを続けていくの か」「どのような支援を受けて、何ができるようになるのか」がわか りづらいように感じます。その人が持つ力を発揮できるようにかかわ り、引きだしていくことが、利用者自身の内的資源を活かすこと（自 立支援）につながります。左記「セルフケアの位置づけが不十分」で のコメントを参考に、利用者が取り組むことを具体的（洗濯物をたた
	長期目標、短期目標、援助内容の期間の設定に 検討が必要	4	件		
	ニーズ、長期目標、短期目標が関連していない	9	件		
	目標が抽象的な設定となっている	74	件		
	サービス内容の記載が詳細でない	18	件		
	セルフケアの位置づけが不十分	46	件	改善項目3:「セルフケアの位置づけが不十分」 利用者の強みや弱みについて、アセスメント時の情報収集・分析 が関連していると推測します。利用者の持つ強みに着目すること で、セルフケアに関する提案の選択肢が増えます。利用者のしてい ることやできていること、していたことやできそうなことを位置付 け、“してみたい”と思う意欲を高め、常に利用者の自立支援を意識 しましょう。またセルフケアを位置づけることで、利用者自身が役 割を持ち、小さな目標達成の成功体験を重ねることで自己効力感が 高まり、意欲の向上に繋がります。認知機能の低下予防も期待でき	
	インフォーマルなサポートの位置づけが不十分	28	件		
第2表に位置付けたサービスの記載が不十分、 又は記載されていない	9	件			
主な日常生活上の活動の記載が不十分、又は 記載されていない	16	件			
週単位以外のサービスの記載が不十分、又は 記載されていない	4	件			

			ますので積極的に位置付けていきましょう。	む、庭の水やりをする、おしゃべりを楽しむ等）に記載しましょう。
<p>(3) 特定のサービス・事業所に偏っていないか</p> <p>・本人、家族に必要な情報提供をした上での事業所選択になっているか</p> <p>・適切なサービス内容及び量となっているか</p> <p>・自立支援に資するサービス提供となっているか</p>	<p>提出頂いたケアプランに対し、下記の内容に課題がありました。一番多い課題はケアプラン全体の 16.3%に見受けられました。</p> <p>【詳細内容】</p>		<p>サービス利用に関する複数提案と利用者選択の適正実施に関する項目です。アセスメントにおいて抽出された生活課題を解決するために選択したサービスとして選択の根拠を明確にし、説明できるようにしておきましょう。下記は「サービス付き高齢者向け住宅等における適正なケアプラン作成に向けた調査研究」で紹介されています。居宅におけるケアマネジメントにおいても参考にいただき、引き続き適切なケアマネジメントの実施をお願いいたします。</p> <p>改善項目：「他サービスの利用についての検討が不十分」</p> <p>① 個別性の欠如：利用者個々の意向や課題が考慮されることなくケアプランが画一的なものとなっていないか確認しましょう。</p> <p>② 過剰なサービス：利用者の意向や状態を考慮せず、アセスメントから必要性が見いだせない住まい事業者と同一法人によるサービスをケアプランに設定していないか確認しましょう。</p> <p>③ サービスの不足：利用者の希望するサービスや客観的に必要性の高いと考えられるサービスがケアプランに組み込まれているのか確認しましょう。</p> <p>④ 事業所選択の権利侵害の懸念：居宅介護支援事業所と同一法人が提供するサービスの利用を、合理的な理由もなく、利用者の意向も踏まえずに求めているか確認しましょう。</p> <p>⑤ ケアマネジメントサイクルの問題：ケアプランの見直しが法定のタイミング以外であっても状態の変化に応じて適切に見直しできているか確認しましょう。</p>	<p>前回と比較して全体的に減少しています。減少したのは、「サービス利用の必要性についての検討が不十分」の項目に該当するケースが前年に比べ減少している事が理由と推察されます。しかし「医療系サービスの利用について検討が不十分」の項目に該当するケースは増加しています。その理由として、(1)の課題・問題点の「基本ケアや疾患別のアプローチへの検討が不十分」「健康に関する情報（受診、既往・現病歴、服薬状況、栄養状態、口腔機能など）の記載が不十分」の項目において該当するケースが多くある事が、関連すると推察します。</p> <p>左記と共に以下のポイントをご確認ください。</p> <p>1) 中立性・公平性においては、運営基準第4条関連「複数のサービスや事業所の紹介」「サービス事業所の選定理由」を明確にし、その上で利用者や家族が当該事業所を選定したことが分かるように記録しておきましょう。</p> <p>2) 利用するサービスの種類、事業所、サービス量、他サービスを検討したこと等、単に利用者や家族の希望、サービス担当者等からの提案を設定するだけでなく、介護支援専門員によるその妥当性を検討したことについても記載しておきましょう。</p> <p>3) 問題を解決するための単なるサービス利用となっていないかを確認し、目標を達成する為に必要な援助内容かどうかを確認しましょう。できないことを補うだけでなく、できる事を増やす視点を持ちましょう。</p> <p>4) サービスを活用する際の提供時間が、利用者の生活リズムを加味したマネジメントになっているのかを確認し、提供時間に偏りが無いか確認しましょう。</p>
	サービス利用が系列事業所になっており、本人・家族の選択の記載がない	13 件		
	サービス利用の必要性についての検討が不十分	15 件		
	他サービスの利用についての検討が不十分	24 件		
	医療系サービスの利用について検討が不十分	21 件		
<p>(4) サービス担当者会議が適切に行なわれているか</p>	<p>提出頂いたケアプランに対し、下記の内容に課題がありました。一番多い課題はケアプラン全体の 24.6%に見受けられました。</p>		<p>サービス担当者会議には、「援助の方向性を定める」「アセスメントの共有」「居宅サービス計画の練り上げ」「チームアプローチの促進」等のねらいがあります。利用者を含むケアチームで目標に向け</p>	<p>サービス担当者会議の開催については多くのケースで適切に実施されていることが確認できます。「担当者会議の記録がない、又は記載が不十分」「担当者会議欠席者への照会が不十分」「医療系サービス</p>

<p>・それぞれの項目が適切に、わかりやすく記載しているか</p>	【詳細内容】			て取り組む契機にしましょう。	の位置づけについて記載が不十分」などの課題・問題点に該当するケースが増えており、サービス担当者会議の記録の作成に課題・問題点が多くみられました。「サービス担当者会議の記録は、会議出席者欄だけでなく、「検討した項目」「検討内容」「結論」「残された課題（次の開催時期）」それぞれの項目について、会議録として記載内容を明確にしておくことで、各専門職が個別サービス計画を実施する時に、どのような協議のもとでそのケア内容が決定したのか振り返り、理解することができます。記録に残し、事業所内で担当者が不在または変更になっても経過がわかる、いつでも検討内容が共有できるように記録を残しておくことが重要です。
	担当者会議の記録がない、又は記載が不十分	27	件	<p>改善項目 1: 「担当者会議出席者・欠席者の職種・所属が記載されていない」</p> <p>当該会議の出席者の氏名だけでなく、「所属（職種）」も記載します。利用者のほかに家族が出席した場合には、続柄も記載します。記載方法については、「会議出席者」の欄に記載、もしくは「所属（職種）」の欄を活用しても差し支えありません。また、会議に出席できないサービス担当者がある場合には、「所属（職種）」及び「氏名」を記載するとともに、当該会議に出席できない理由についても記入します。なお、会議に出席できない理由が他の書類で確認できる場合は省略してかまいません。</p> <p>改善項目 2: 「医療系サービスの位置づけについて記載が不十分」</p> <p>医療系サービスをケアプランに位置付ける場合には、必ず主治医の意見を聞くこととなっています。医療系サービスの必要性、頻度、期間や内容、効果の予測とリスクなどを主治医と検討し、全員で共有したことがわかるよう記載しておきましょう。</p>	<p>ひきつづき、より適切なサービス担当者会議の開催に向けて以下のポイントをご参照ください。</p> <p>1) 単にサービスを利用すること、提供することだけにフォーカスするのではなく、ケアチームでケアプランを練り上げることを意識してみましよう。</p> <p>2) 現地開催や関係者全員の参集が難しい状況であることも推察いたします。様々な方法によりケアチームで協議した内容を記載いただいておりますが、その場合においても意見の照会のみで終わらず、必要な記録を作成しておきましょう。</p> <p>3) 第 2 表に位置づけられた各サービス担当者からどのような意見・提案があったのか具体的に記載することが大切です。専門的な意見をもとに協議することで、ケアチームでの効果的な支援につながります。事前に聴取した意見については、どのような内容を共有したのかも記載しておきましょう。</p>
	医師との連携が不十分	29	件		
	担当者会議欠席者への照会が不十分	20	件		
	担当者会議出席者・欠席者の職種・所属が記載されていない	36	件		
	担当者会議を開催する目的が記載されていない	12	件		
	利用者、家族の意向、総合的な援助の方針、課題分析結果の共有が不十分	26	件		
	各担当者の専門的な意見の記載が不十分	30	件		
	福祉用具貸与のサービスの位置づけについて記載が不十分	18	件		
	医療系サービスの位置づけについて記載が不十分	34	件		
	各担当者の役割が明確にされていない	16	件		
	合意の上でケア方針が決定されていない	26	件		
次回開催日の記載、及び残された課題の記載が不十分	8	件			
(5) モニタリング・評価表を適切に実施しているか、支援経過を適切に記録しているか	提出頂いたケアプランに対し、下記の内容に課題がありました。一番多い課題はケアプラン全体の 17.7% に見受けられました。			居宅介護支援経過は、介護支援専門員が専門職として残す公的な記録です。介護支援専門員として利用者・家族、各サービス担当者、関係機関との専門的な関わりを通じて把握したこと、判断したこと、調整が難航し持ち越したことなどを整理してわかりやすく記載します。単に支援が継続していることの確認だけでなく、常に総合的な援助の方針、ニーズ、目標、サービス内容などケアプランの進行状況と目標の達成度、ケアプランの見直しの必要性が生じているか確認する視点が大切です。	モニタリング及び支援経過記録については多くの方が適切に記録されていることを確認しました。すべての項目で該当するケースは減少していますが、前回と同様の項目が継続して課題・問題点となっています。
<p>・利用者・家族の意向・満足度、目標の達成度、事業所との調整、計画の変更の必要性等に関する記録ができていないか</p> <p>・介護支援専門員として把握したこと、判断したこと、調整したこと、日常の援助にかかる活動内容や対応したことがわかりやすく記録できているか</p>	【詳細内容】			<p>改善項目 1: 「介護支援専門員自身が把握したこと、判断したこと、調整の状況等を整理して記載できていない」</p> <p>「支援経過記録に記載漏れ、（時間、場所等）または工夫が必要」</p> <p>実施状況の把握（モニタリング）情報は、利用者、家族、サービス担当者等、誰からの情報や判断なのかを整理して記載すると、後で見たときにわかりやすいものとなります。この時、事実・判断・</p>	<p>ひき続き、適切なモニタリングの実施、支援経過を記録するために左記とともに、以下のポイントを参考にしてください。</p> <p>1) 支援経過を記録する時には、誰が読んでも支援のプロセスがわかりやすいように記載します。具体的には、</p> <p>① 文章における主語と述語を明確にする</p> <p>② 共通的でない略語や専門用語は用いない</p> <p>③ 抽象的な表現を避ける</p> <p>④ 箇条書きを活用する</p> <p>等に留意して、介護支援専門員として日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、事象の結果等について記載しておきましょう。</p>
	モニタリング内容の記載が不十分、又は記載がない	20	件		
	モニタリング結果の記録が不十分	16	件		
	支援経過記録に記載漏れ（時間、場所等）または工夫が必要	21	件		
	介護支援専門員自身が把握したこと、判断したこと、調整の状況等を整理して記載できていない	26	件		

		<p>方針変更の有無の視点を持つことが重要です。事実を記載し、介護支援専門員としてどう判断し、対応したのか、どう対応する予定なのか、どのような結果になったのか等を記載しましょう。</p> <p>改善項目 2: 「モニタリング内容の記載が不十分、又は記載がない」                  アセスメントにより抽出した課題に対して、その課題を解決するための目標が抽象的であるために、モニタリングの視点が不明瞭になっていると推測されます。モニタリングは、サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む）をすることです。暦月ごとに、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 利用者及びその家族の意向・満足度等</li> <li>② 短期目標ごとに検討した目標の達成度</li> <li>③ 事業者との調整内容</li> <li>④ 計画の変更の必要性等に関するモニタリング結果が記録されているか確認しておきましょう。</li> </ul>	<p>2) 記録を作成する際には 5W1H（だれが、いつ、どこで、なにを、なぜ、どのように）を意識した文章を構成することで、伝えたい情報の主旨が明確になり、かつ過不足なく伝えることができます。また介護支援専門員自身も情報の過不足に気づきやすくなることや、伝えたい情報の主旨を見失いにくくなりますので参考にしてください。</p> <p>3) モニタリングを通じて、ケアプランのサービスの種類、頻度が自立支援につながっているのかどうかを十分に検討しましょう。</p> <p>4) モニタリングを通じてニーズとサービスのミスマッチが生じていないかを確認し、ミスマッチが起きている場合には再アセスメントを行い、プランの修正を検討しましょう。</p>																				
<p>(6)総合評価</p>	<p>提出頂いたケアプランに対し、下記の内容に課題がありました。一番多い課題はケアプラン全体の <b>35.4%</b>に見受けられました。</p> <p>【詳細内容】</p> <table border="1" data-bbox="507 945 1095 1627"> <tr> <td>各帳票の日付が一致しない等がみられ、再点検が必要</td> <td>9 件</td> </tr> <tr> <td>各帳票の記載方法について、第三者が読んでわかりやすいよう書き方に工夫が必要</td> <td>25 件</td> </tr> <tr> <td>各帳票の全般に記載漏れが多い</td> <td>17 件</td> </tr> <tr> <td>誤字・脱字が多い</td> <td>12 件</td> </tr> <tr> <td>ケアマネジメントプロセスが不十分</td> <td>18 件</td> </tr> <tr> <td>自立支援の観点からのケアマネジメントの実践が不十分</td> <td><b>52 件</b></td> </tr> <tr> <td>医療サービスとの連携が不十分</td> <td>17 件</td> </tr> <tr> <td>利用者自身によるサービス選択がされていない</td> <td>4 件</td> </tr> <tr> <td>利用者への説明責任についての記載が不十分</td> <td>4 件</td> </tr> <tr> <td>継続的・計画的なケアプランの作成とされていない</td> <td>6 件</td> </tr> </table>	各帳票の日付が一致しない等がみられ、再点検が必要	9 件	各帳票の記載方法について、第三者が読んでわかりやすいよう書き方に工夫が必要	25 件	各帳票の全般に記載漏れが多い	17 件	誤字・脱字が多い	12 件	ケアマネジメントプロセスが不十分	18 件	自立支援の観点からのケアマネジメントの実践が不十分	<b>52 件</b>	医療サービスとの連携が不十分	17 件	利用者自身によるサービス選択がされていない	4 件	利用者への説明責任についての記載が不十分	4 件	継続的・計画的なケアプランの作成とされていない	6 件	<p>総合評価として、利用者の自立支援に関する項目に課題・問題点が多くみられています。ケアマネジメントにおける根幹となる自立支援について、改めて以下をご確認ください。</p> <p>改善項目：「自立支援の観点からのケアマネジメントの実践が不十分」</p> <p>利用者の生活を支えるにあたって、介護支援専門員をはじめとするケアチームは「自立支援」を中心に据えなければなりません。「自立支援」には、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①目的としての自立（自律）支援</li> <li>②目的を実現するための手段としての自立（自律）支援</li> </ul> <p>があるとされています。</p> <p>介護支援専門員に期待されることは、たとえ介護を必要とする状態になっても、利用者が自分の意思によって「その人らしく」生きることができるように支援することです。スムーズに自分が思うことを表出できない状態になったとしても、サービスを利用する主体は利用者であることを確認する必要があります。（自己決定支援）</p> <p>疾病の予防や、身体機能の低下を防ぐリハビリテーション、生きがいづくり、地域における居場所づくり、地域づくりといった視点や取り組みも欠かせません。「自分らしく生きる」という自立支援の理念を常に意識しておきましょう。</p> <p>※引用：一般財団法人長寿社会開発センター「八訂介護支援専門員実務研修テキスト 上巻」介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会編集（令和6年3月）P.58～P.59</p>	<p>前年度との比較では、全ての課題・問題点等の項目において、該当する件数が減少しています。このことは、介護支援専門員の皆さまが適切な利用者支援やケアマネジメントプロセスの実施に尽力されていることの成果と拝察します。しかし、「各帳票の日付が一致しない等がみられ、再点検が必要」「各帳票の記載方法について、第三者が読んでわかりやすいように書き方に工夫が必要」の課題・問題点に該当するケースが増え、「各帳票の全般に記載漏れが多い」ケースも一定数ありました。</p> <p>各帳票の作成方法は、老企第 29 号「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」を参考にしてください。</p> <p>(1) から (5) までの課題・問題点等の項目において、ケアマネジメントプロセスごとに、それぞれ改善項目として記載のある内容には特にご留意いただき、支援の内容を支援経過記録に残しておきましょう。利用者の支援でご多忙なこととは思いますが、ケアマネジメントプロセスを一つ一つ丁寧に実施いただき、その内容を適切に記録しておくことが改善に繋がります。</p> <p>アセスメントやサービス担当者会議、モニタリングの実施については、利用者や関係者と直接面談できる機会とともに、電話や照会、テレビ電話、web 会議等の ICT を活用し、新たなケアマネジメントの在り方に取り組んでいただければと思います。この取り組みは、今後のケアマネジメント業務に、必ず活かされてきますので、様々な対応方法を支援経過記録に記録しておきましょう。</p> <p>ケースの課題や問題点の改善については、個人で学ぶ、事業所内で相談する、地域で学びあう等、研鑽に努めていきましょう。地域の中には力のある介護支援専門員の方もいらっしゃいますので、介護支援専門員同士が連携できる関係性を構築し、学びあえる機会をつくっていきましょう。</p>
各帳票の日付が一致しない等がみられ、再点検が必要	9 件																						
各帳票の記載方法について、第三者が読んでわかりやすいよう書き方に工夫が必要	25 件																						
各帳票の全般に記載漏れが多い	17 件																						
誤字・脱字が多い	12 件																						
ケアマネジメントプロセスが不十分	18 件																						
自立支援の観点からのケアマネジメントの実践が不十分	<b>52 件</b>																						
医療サービスとの連携が不十分	17 件																						
利用者自身によるサービス選択がされていない	4 件																						
利用者への説明責任についての記載が不十分	4 件																						
継続的・計画的なケアプランの作成とされていない	6 件																						

