

令和4年度 ケアプラン点検について

都城市 健康部 介護保険課 地域包括ケア担当

ケアプラン点検の目的

ケアプラン点検は、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、基本となる事項を介護支援員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援するために行うものです。

ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法
(平成20年7月18日厚生労働省老健局振興課)より

ケアプラン点検の実施状況

	R3年度	R4年度
居宅介護支援事業所	39ヶ所	22ヶ所
介護支援専門員人数	90人	48人
対象	<ul style="list-style-type: none"> ● 都城市が点検対象として抽出したプラン ● サービス付き高齢者住宅及び住宅型有料老人ホーム入居者プラン ● 点検を希望されるプラン 	
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ● 市から連絡をした事業所や介護支援専門員よりケアプランを事前に提出。 ● zoomを活用し、60分～90分間で面談を実施。希望時は対面。 ● 個別に評価表・アンケートを送付。 	

基本情報・アセスメントについて

アセスメント	○	△	×
健康状態や日常生活への影響について把握できている	22	26	0
ADL・IADLの現状を把握できている	12	36	0
排泄方法や頻度、排泄上の困り事など把握できている	37	10	1
食事状況および食事を摂る上での困り事について把握できている	26	21	1
在宅生活を続ける上での居住環境を確認できている	35	13	0

【基本情報】

R4年度ケアプラン点検表において全体で○が8割満たなかった項目について掲載。

- 初回の経緯や本人の趣味嗜好、キーパーソンの年齢や健康状態、その他の家族の関わり、インフォーマルな支援の状況、経済状況について未記載が多い。
- 生きがい等のQOLの向上に必要な要素であり、その人らしく過ごしていく為に必要な情報かつ目標達成の原動力になる。
- インフォーマル・経済状況について把握し、記載しておくことでサービスの継続性を確認する。
- 家屋見取り図はあるが留意事項(段差・転倒歴・距離等)の記載がない。
- 家屋の現状を記載することで、失禁・転倒等が生じた際に環境要因の振り返りや目標の目安として活用する。

基本情報・アセスメントについて

【アセスメント】

- 空欄は少なくなり、細部まで情報収集できているが、分析が不十分なことが多い。
例) ADL、IADLについて現状のみ把握されている記載が多く、出来ていること・出来ていないこと、していること・していないことについて、原因及び今後の方向性の記載が薄い。
- アセスメント表は、「課題分析に必要な利用者の情報収集→課題の整理・分析→意欲的な取り組みへの働きかけ」という一連の流れを適切に実施する為に不可欠なもの。
- 利用者や家族が持つ力の強さ、可能性に着目する視点を持ち、アセスメントができることが大切。
- 具体的な能力と変化(維持)の要因を分析し、サービスをその回数利用し、どこをどのように向上または維持していくのかを記載することが、ケアプランの根拠になる。
- 病院受診や病歴についての確認や病状管理の必要性は把握出来ているが、どこに注意して誰がどのような役割を担うのかプランに活かされていきれていない。
- 健康状態をケアプランの中にどのように位置づけ、ケアチームの中で支援していこうと考えているのか記載する。

居宅サービス計画書 第1表～第3表

【第1表】

- 望む生活について具体的に記載できていない。
 - 意思表示が難しい場合でも、生活歴(長年大切にしてきたこと)や普段の生活の中での様子(どのような時に楽しそうにされているか等)から家族やケアチームから見た状況などを踏まえ本人の思いを丁寧に聞くことが大切。
- 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について、記載がない。
 - 意向を踏まえた上で、課題分析としてどのような支援を検討し、提案できるかを記載することが必要。
- 総合的な援助方針について、状況が変化しても同様の場合がある。個別性が見えてこない。
 - ケアチームの共通する支援目標となるように記載する。緊急事態が予測される場合、ケアチームの中で共通認識を図る。

居宅サービス計画書 第1表～第3表

居宅サービス計画書 第2表	○	△	×
優先順位を考えて、課題(ニーズ)の整理ができています	30	18	0
利用者及び家族にもわかりやすい表現を用いて、取り組みの意欲が生まれるような記載ができています	19	29	0
「長期目標」は利用者がいつまで、どのレベルまで達成するのか具体的にわかりやすく記載ができています	11	37	0
「短期目標」は長期目標を達成するための具体的な活動の目標としてわかりやすく記載ができています	14	34	0
短期目標を達成するための必要な援助内容が記載ができています	29	18	1
計画したサービス内容を適切に提供するための「サービス種別」を選ぶことができています	27	20	1

R4年度ケアプラン点検表において全体で○が8割満たなかった項目について掲載。

【第2表】

- ニーズや長期目標、短期目標が抽象的で、困り事解決のためのニーズが見受けられる。
 (例)体調を崩さずに自宅(施設)で安心して生活したい。
- どのような課題(ニーズ)があり、それを解決するために何を指すのか明確にしていくことが必要。
- 長期目標は、課題(ニーズ)に対して具体的に達成すべき「結果」としてイメージできる表現・記載が大切。
- 短期目標は、段階的に計画する具体的な活動(支援)の目標。利用者(家族)に「実感の湧く内容」や「まずはやってみようと思える内容」、「あまり進まないけど必要なことなんだ」と思える内容が大切。

居宅サービス計画書 第1表～第3表

【第2表】

- 安心や安全とはどのような状況を示すのかを記載し、何に取り組めばいいのか分かりやすく明記する。
- 内容・種別・期間について1事業所のみや利用者本人の記載がない。
- 「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、家族支援、介護保険サービス、インフォーマルサービスで行うものがある。サービス内容・種別は、介護保険給付の有無に関わらず、必要に応じてケアプランに記載する。

居宅サービス計画書 第3表	○	△	×
主な日常生活上の活動について把握し、その人の生活がイメージできている	35	13	0
福祉用具や短期入所、病院受診等、週単位以外のサービスは記載できている	33	15	0

R4年度ケアプラン点検表において全体で○が8割満たなかった項目について掲載。

- 食事・睡眠のみで生活の様子がイメージできない、家族支援状況が記載されていない。
- セルフケアの部分や家族支援について記載することで生活全般の流れが見えるように記載する。

居宅サービス計画書 第4表～第5表、モニタリング

サービス担当者会議の要点 第4表

	○	△	×
計画原案の内容および計画変更の必要性について検討できている	36	12	0
検討項目に対応した結論を全員が援助方針として合意できている	35	13	0

R4年度ケアプラン点検表において全体で○が8割満たなかった項目について掲載。

- 現状報告のみで終わっている、結論がサービス内容のみ記載されている。
- サービスの提供方法や留意点、頻度、時間数、担当者等、第3者が読んでも内容を把握・理解できるように記載する。

【第5表】

- 項目・手段・時間等整理されている事業所もあるが、経過報告までにとどまり、ケアマネの判断の記載が少ない。
- 日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、記録の日付や情報収集の手段(訪問した場所、「電話」「FAX」「メール」(発信・受信がわかるように記載)時系列で誰もが理解できるように記載する。

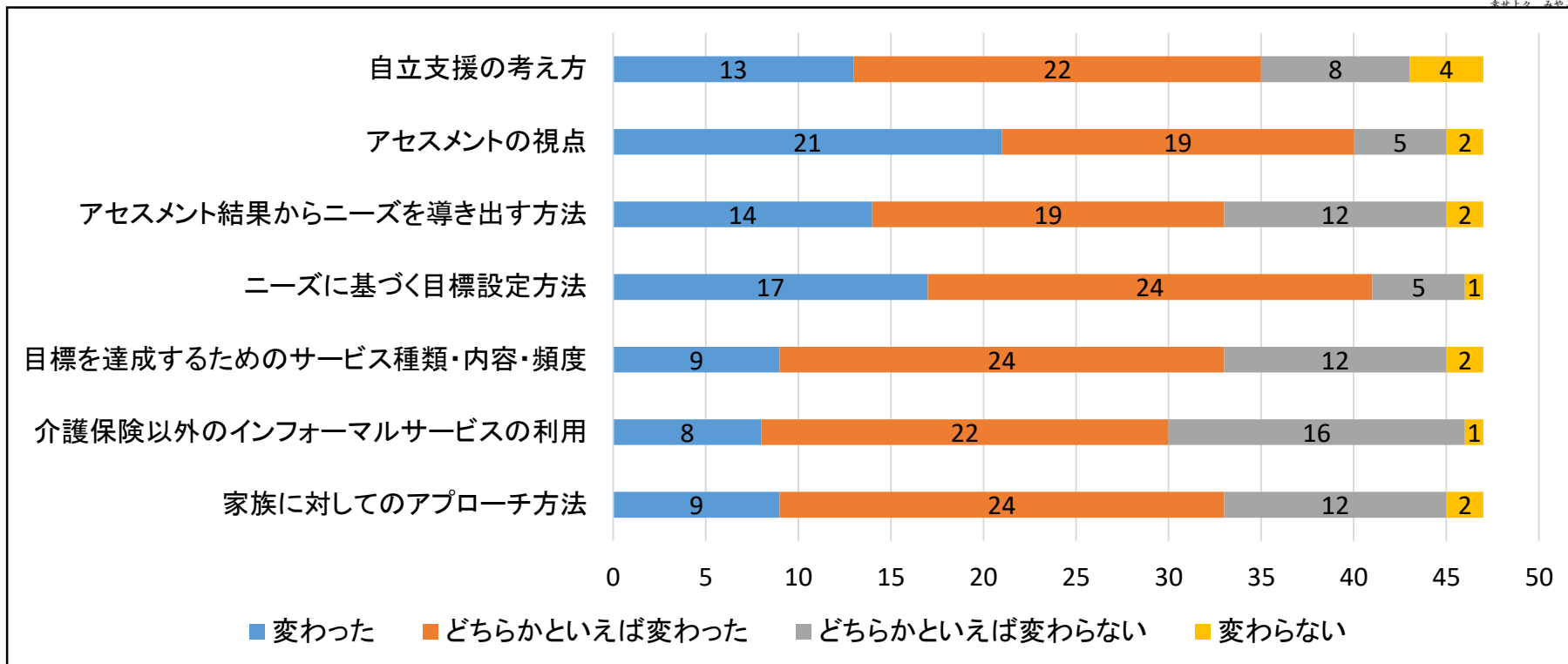
モニタリング

	○	△	×
総合的な援助の方針どおりにケアプランの効果が上がっているかを確認できている	32	16	0
計画内容の修正や計画変更について記載できている	28	20	0

R4年度ケアプラン点検表において全体で○が8割満たなかった項目について掲載。

- モニタリングの総括や評価月の記載がない。達成・継続の判断や必要性の根拠が薄い。
- 評価月にサービスの効果を確認し文章化することで、気づきが生まれ、次のアセスメントの視点に繋がる。

令和4年度 ケアプラン点検後の結果アンケート



【ケアプラン点検後 具体的な考え方の変化について】

- 意欲を引き出すアプローチ方法・変化について半年前と比較し、その原因や改善方法について分析する視点に気付けた。
- 自信や意欲を引き出せるような事や生活状況について具体化を図った。
- 目標を数値化して記載し評価しやすくする。わかりやすい言葉で表す。
- 頭で整理している部分も含め具体的に記載することで原因や対処法に繋ぎ、アプローチしていく。
- モニタリングの視点をアセスメントに活かす。

令和4年度 ケアプラン点検後の結果アンケート

【ケアプラン点検後、今後どのような点についてケアプランを見直すのか】

- 本人の行動の中にある「自分でやりたい」という気持ちを汲み取り、出来そうなこと・好きなことを生活の中にどう取り入れていくかを事業所に提案し、本人・家族とともに検討していく。
- 本人の役割や取り組み易い目標を設定し、数値化する。有料老人ホーム等で提供されているサービス・介護サービス・インフォーマルをわかりやすく記載する。
- 主治医へ必要なカロリー・栄養面の助言をもらう。
- 適切なケアマネジメント手法を学び、違う視点からも学びを深める。
- 生活の「波」の原因を分析し、安定した状態になることで本人のモチベーションの向上に繋ぐ。

【ケアプラン点検に出席した感想】

- ケアプランを客観的に見直す機会になった。
- 「本人・家族の望む暮らし」とは何か改めて考え、本人の意欲や自信・自立支援に繋がられるようなプラン作成をしなければと感じた。日々ケアマネジメントを振り返りながら、自分自身も成長していきたい。
- 施設入所で見守りや支援のある中でも、得意なことを活かして、自分で行う意欲や一部分の動作でもできるようになり、達成感が得られるように計画していきたい。

参考文献

- ・宮崎県版ケアプラン点検支援マニュアル(宮崎県・一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会)
- ・「ケアプラン点検支援マニュアル」 介護保険最新情報Vol.38 平成20年7月18日 厚生労働省老健局振興課
- ・「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について 介護保険最新情報Vol.379 平成26年6月17日 厚生労働省老健局振興課
- ・「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 介護保険最新情報Vol.958 令和3年3月31日 厚生労働省老健局 認知症施策・地域介護推進課
- ・「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 (介護保険最新情報Vol.958再周知)介護保険最新情報Vol.1049 令和4年3月24日 厚生労働省老健局 認知症施策・地域介護推進課
- ・介護保険法(平成9年法律第123号)
- ・介護保険施行令(平成10年政令第412号)
- ・介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号)
- ・適切なケアマネジメント手法の手引き