令和５年7月27日

合志市
ケアプラン点検　結果報告

（株）くまもと健康支援研究所

ケアプラン点検

資料

アセスメントとは

「適切な方法により、利用者が抱える問題点を明らかにして、解決すべき課題を把握する」 ―厚生労働省令38号第13条―

利用者の心身の状態、生活環境、介護力等の各項目の情報を的確に、かつ総合的に把握し、生活を営む上での困り事や課題（自覚・無自覚）を整理し、その原因・背景をあらゆる面から分析し、「状態」と「原因」をつなげていく必要がある。しかしそれだけではなく、利用者が課題分析を通じて「望む生活」にむけて前向きに課題を受け止め、主体的な取り組みが行えるよう、専門職として働きかけることが重要であることを認識しなければならない。

大切なのは、支援が必要な状況を明らかにするだけではなく、利用者及び家族が持つ力の強さ、可能性に着目する視点を持ったアセスメントができることである。

アセスメント力を向上させることが、より質の高いケアマネジメントへとつながることを常に意識しながら、取り組んでいくことが大切

－「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）より－

© 2022 くまもと健康支援研究所

資料

面談でのようすのご報告

1. 退院前カンファレンス、家屋調査・退院後等の利用者の身体的・生活環境が変化すると予測されるタイミングでアセス実施

2. アセスを複数回行い、不足する情報を収集・追記して記録

3. 本人の生活歴・趣味・嗜好・生活意向等、利用者の個性を記載

4. 「歩行に対して一部介助」という情報のみを記載
→「室内は壁等を伝い歩き、屋外は押し車を使用し、毎日道向の畑に行く。」など、本人の残存能力としてどの程度あるのか記載していた。

5. サービス利用の必要性を中心に記載
→利用者やその家族のストレングスを把握した上で、支援の必要性を整理する段階。そのための情報を記載するとよい。

© 2022 くまもと健康支援研究所

資料

第１表

本表は、利用者及び家族の「望む生活」を含め、居宅サービス計画全体の方向性を示す帳票である。居宅サービス計画書の中で、利用者及び家族の生活に対する意向がはっきりと示される一番重要な帳票ともいえる。
本表は、利用者・家族・ケアする人々の気持ちを一つにするための大切な計画書であり、できるだけわかりやすく、利用者の言葉で具体的に記載することが重要である。また、利用者の生活を支援するケアチームの気持ちを一つにし、利用者と共に同じ方向に歩んでいくための大切な帳票であるといえる。

－「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）より－

総合的な援助

課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、利用者及び家族を含むケアチームが確認、検討の上、総合的な援助の方針を記載する。

－「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（厚生労働省）より－

© 2022 くまもと健康支援研究所

資料

面談でのようすのご報告

1. ケアプランの見直しのタイミングで、本人・家族の生活意向を確認し、具体的に記載されている。

2. 利用者が将来望んでいることに対して、課題を踏まえ具体的に記載されている。

3. 利用者・家族が「居宅サービスに事業者に知らせないでほしい」と表明しているため、重要なことは「支援経過記録」に記載している。

4. 本人または家族一方の意向のみの記載

5. サービスに対する希望のみが記載されている
→「サービス利用を希望する理由」等、利用者や家族の発言の先にある思いをあえて問いかける。

© 2022 くまもと健康支援研究所

資料

第２表

本表は、第１表で示された「利用者の望む生活」を実現していくために、アセスメントから導き出された一つ一つの生活課題を、具体的な手段を示しながら一歩ずつ解決していくための手順を表したものです。居宅サービス計画全体の中核となる帳票です。

本表は、利用者の生活課題（生活全般の解決すべき課題「ニーズ」）の中で、解決していかなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、
①利用者自身の力で取り組めること、
②家族や地域の協力でできること、
③ケアチームが支援をすることで、できるようになることなどを整理し、具体的な方法や手段をわかりやすくした帳票です。
目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようになるのか」という目標達成に向けた取組の内容やサービスの種別・頻度や期間を設定します。これはケアチームの目標達成期間であり、モニタリングやケアプランの見直しの指標となるものです。

－「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）より－

© 2022 くまもと健康支援研究所

資料

面談でのようすのご報告

1. 肯定的な表現方法で、わかりやすい内容の記載であった

2. ニーズ、長期目標、短期目標の整合性が取れ、課題解決に向けたプランとなっていた

3. 本人らしい望む生活が実現できるような目標の設定内容で、単にサービスの利用を目標にしなかった

4. 認定期間も考慮しながら達成可能な目標と期間の設定

© 2022 くまもと健康支援研究所

資料

面談でのようすのご報告

1. 長期と短期の目標のレベルが同じ大きさで設定
→長期目標達成に向け、改善に向けて細かい段階を設定
（小さな成功体験を増やす）

2. サービス事業者や家族など支援者側の目標となっている
→利用者のストレングスについて注目して、目標の見直しをしてほしい

3. 認知機能の低下が進行している方で、一人でできることがないと思っている
→支援が少しあれば出来そうなこと・その人らしく過ごしていくためにどうしたらよいのかを検討してほしい

© 2022 くまもと健康支援研究所

資料

第３表

本表は、第２表で計画した具体的な支援の内容を、週単位で示した帳票です。
利用者の本来の日常生活リズムを把握した上で、介護保険サービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活リズムがどのように変化しているかがわかります。週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活リズムを管理することができます。
さらに、週単位、２４時間の時間管理を示すことで、ケアチームとしても、他のサービスが週単位でどのように組み込まれているかを把握することができ、連携を図る上で役立ちます。
また、短期入所や住宅改修、通院状況など、週単位以外のサービスを記載することにより、サービスの全体像、中長期的なサービス計画を把握することができます。

－「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）より－

© 2022 くまもと健康支援研究所

資料

面談でのようすのご報告

1. 夜間や土日を含めた介護者の介護への関わりが家族支援やインフォーマルも含めて、具体的に記載されている
   例）「整容」「排泄」「吸引」「食事」「入浴」など
   水分補給量（◎◎ml）、内服時間、家族支援など
2. 病院受診/福祉用具・住宅改修場所/地域活動等のインフォーマルに関する情報が記載されている

3. 週間サービス計画、主な日常生活上の活動、週単位以外のサービス欄が空白又はフォーマルサービスの利用内容に偏った記載になっている。
   →夜間や土日を含めた介護者の介護への関わりが家族支援やインフォーマルも含めて、利用者の状況に沿って、具体的に記載する。

© 2022 くまもと健康支援研究所

資料

第４表

本表は、サービス担当者会議を開催した場合に、当該会議の要点について記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合に、サービス担当者に対して行った照会の内容等についても、記載する。

なお、これらの項目の記載については、当該会議の要点を記載するものであることから、第三者が読んでも内容を把握、理解できるように記載する。

－「居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」より－

© 2022 くまもと健康支援研究所

資料

面談でのようすのご報告

1. 主治医への出席依頼・照会（連絡票）を行い、主治医からの意見をケアチーム内で情報を共有
2. 福祉用具貸与の継続の意義に対して、ケアチーム内で意見交換を行い検討
3. 担当者会議出席者の意見・その後の対応について具体的に記載

4. 要点をまとめてなく、どのような意見があったか不明
→誰が、どのような検討内容に対して、どのような意見だったのか記載することで、第3者にも伝わりやすくなる
5. 福祉用具貸与の継続の必要性について検証した記録がない
→ケアプランに福祉用具貸与を位置付けている場合、サービス担当者会議で、その継続の必要性について専門的意見を聴取して検証し、その内容を記載する

© 2022 くまもと健康支援研究所

資料

第５表

本表は、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、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載する。
漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努める。

－「居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」より－

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記録。介護支援専門員として利用者・家族、各種サービス担当者、関係機関との専門的なかかわりを通じて把握したこと、判断したこと、調整が難航して持ち越したことなどわかりやすく記載する。
公的な記録として責任を持ち、保存することが義務づけられている。

© 2022 くまもと健康支援研究所

資料

面談でのようすのご報告

1. 漠然と記載ではなく、項目ごとに整理して記載
2. 記載のあった日付と、各帳票に記載された日付の整合性が取れている。
3. モニタリングを通して把握した、利用者や家族の意向・満足度が具体的に記載されており、分かりやすい。
4. 各サービス事業所との調整や毎月の報告などもれなく記載されている。
5. 居宅サービス計画の変更の必要性やその後の対応等細かく記載されている。

6. 評価では長期目標の含めた各目標対しての進捗状況を確認していくことも大事。記載の方法については事業所単位で、どのように記載（記録）するのか検討していただきたい。

© 2022 くまもと健康支援研究所

自立支援に向けたケアプラン作成のポイント①

資料

☑ **その人らしさ・個別性等の理解**

利用者はどんな人か・望む生活・価値観・困りごとの原因や背景等を明らかにし、利用者の真の思いを理解する。

☑ **ストレングスに着目**

利用者がしていること、できること、支援があればできること等、利用者の持つ力を引き出す。

☑ **潜在的な能力の把握**

利用者が発揮できていない潜在的な能力を引き出し、利用者ができることがないか把握する。

アセスメント

© 2022 くまもと健康支援研究所

自立支援に向けたケアプラン作成のポイント②

資料

☑ **尊厳の保持**

要介護状態になっても尊厳を保ち、自分らしい生活を実現できるようにする。

☑ **自己決定を尊重**

利用者に必要な情報を提供し、自己選択・自己決定などの主体性を尊重する。

1表

© 2022 くまもと健康支援研究所

自立支援に向けたケアプラン作成のポイント③

資料

☑ **利用者のセルフケアやインフォーマルサポートの活用**

利用者自身のセルフケアやインフォーマルサポートを活用する。ただし、セルフケアについては個々に状況が違うので、利用者にとって無理がないよう配慮する。

☑ **ケアチームによる支援**

住み慣れた地域で生活を続けていくために、家族や地域を含めた利用者を支えるケアチームによる支援体制を作る。

2表

© 2022 くまもと健康支援研究所

自立支援に向けたケアプラン作成のポイント④

資料

☑ **モニタリングの実施**

利用者の状態を把握し、目標の達成度やＱＯＬ（生活の質）の改善状況等を定期的に評価し、見直す。

☑ **利用者と一緒に**

ケアプランは利用者の望む生活を支えていくために、利用者と支援者が協働作業で進めるもの。利用者・家族が「自分のケアプラン」と感じつつ、「楽しみのある幸せな生活」の実現を目指す。

サービス担当者会議
モニタリング・評価

© 2022 くまもと健康支援研究所

最後に

自立支援、重度化防止について
一緒に歩んで行きたい！
ご本人の意向を最大限尊重した
自立支援型のプラン作成をお願いします。

〇介護支援専門員実務研修テキスト
〇居宅サービス計画書の手引き　など

新しいものを確認されていますか？

© 2022 くまもと健康支援研究所