

ケアプラン点検の結果を踏まえた留意事項等について

1. R3.11.2 岡山県介護給付適正化研修会（STEP2）資料より抜粋

令和元年度岡山県実施ケアプラン点検事業からケアマネジメントの課題

アセスメント業務について

- ・『自立支援』『QOL向上』の視点を持ってアセスメントが行われていない。
⇒各項目において「出来る」「出来ない」「一部介助」のチェック☑のみで終わっており、必要な情報の記載（把握）ができていない。「自立」であっても「どのように自分で行っているのか」、「一部介助」の場合は特に『何ができなくて何が出来ているのか』の把握ができていない。
- ⇒情報は集めてもその分析ができていない。『本人が出来ていること』『出来ないこと』『支援があれば出来ること』を整理する必要がある。この整理ができれば『今、していることは今後でもできるように』『今、支援があればできることを今後、できるに変える』等のアプローチが出来て自立支援・QOLの向上につながると思われる。

アセスメントのまとめが重要

ケアプラン作成時におけるニーズ抽出、短期・長期目標について

- ・サービスの利用からニーズを考えている傾向もみられた。
- ・1表の「本人・家族の生活に対する意向」欄が「サービスに対する意向」になっているケースが多くみられる。
- ・2表の「ニーズ」「目標」が具体的でなくまた、個別性がない。また生活の場面が見えてこない。
- ・「生活の意向」の把握が十分であるため、ニーズが「生活課題」ではなく「家族の困りごと」になっている。
- ・「安心」「安全」等の漠然とした内容が多い。
- ・「健康維持」「病状悪化の予防」のニーズが漏れることが多い。
- ・認知症である方の自立支援の視点が弱い
- ・短期目標と個別サービス計画との連動の認識が不足している。

2. 令和2年度及び3年度岡山県介護給付適正化研修会（STEP3）における講師からの助言 （抜粋）

※総社市ではケアプラン二次点検として令和2年度は対面形式・令和3年度は書面形式にて実施

アセスメント業務について

- ・アセスメント情報とプランの内容が一致していない。
⇒アセスメントの作業は「情報収集」＋「情報を分析・整理する」ことである。情報とプランの内容が連動していることが大切であり、なぜ今のサービスになっているのかの根拠がアセスメント情報から見てくるものである。
- ・（情報の聞き取りについて）ご本人はいろいろな病気をする中で自分の持っている力に気が付いていない場合もあり、情報の聞き取りの作業は利用者と一緒に「今困っている事」を聞き取るだけでなく、本人自身の「出来ている事」にも焦点をあて、共に確認していく作業という認識をもってほしい。

ニーズ抽出について

- ・課題分析項目における主訴がないように思われる。（生活への意向が書かれていない）
例）「新たなデイサービスを利用したい」と利用者さんに言われたとき。
「デイサービスでどのようなサービスを受けたいですか？」⇒サービス利用の意向
「このようなサービスを送ることでどのような生活を送りたいですか？」⇒生活への意向
- ・生活全体をみてニーズを考えて行くときに、ご本人が「〇〇できるようになりたい」と直接言葉で表現していることは大切に取り上げる。そのうえで、ケアマネジャーや専門職として「健康の維持・病状悪化の予防の視点」「ADL向上の視点」「生活の質の向上の視点」「介護負担や環境の課題の改善」等の角度で利用者の生活を考えていく。そのうえで、少しでも利用者らしい生活が送れるようにニーズを検討してほしい。

記載方法について

- ・「生活に対する意向」は「どのように生活をしたいか」を書く。
⇒本人、家族の言葉をそのまま記載している（例：本人「歩く練習も嫌々しよーる」）が、歩く練習をすることで「どうなりたいと思っているのか」を具体的に記載する。
- ・具体的な援助方針は利用者の生活の姿が見えるような内容で記載する。
例）「現在、自身が行える生活動作が増えていくように」⇒「具体的にどのような動作が出来るようにしていくか」を記載する。

■アセスメント情報

- ①利用者の解決すべき課題の把握にあたっては、「課題分析標準項目」の全項目について実施し、記録しておくこと。またアセスメントのまとめを適切に行い、解決すべき課題を明確にすること。

※収集する情報は「課題分析標準項目」（老企 29 号）を網羅する。

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報（受付・利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時・受付対応者・受付方法等）、利用者の基本情報（氏名・性別・生年月日。住所。電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況・生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険・医療保険・生活保護・身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの情報	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である高齢者の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分。審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴・主傷病・症状・痛み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、買い物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会とのかかわりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目

16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排便後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯、口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	行動障害	行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

②疾病に関する情報は、しっかり聞き取る。

例1) 慢性呼吸不全でしんどいとの訴え・高血圧で服薬をしている。

→在宅酸素O₂等酸素量の把握はあっても安静時、労作時のサチュレーションの値の情報がない、体重の情報がない。日頃の血圧や服薬内容や情報がない。

③自立・一部介助・全介助など、チェックのみでなく、具体的に内容を記載することが重要。

例1) 食事摂取～一部介助

→時々手が止まったり、左側の食器を見落とすため、食器の位置を変えたり、声を掛けることで7割が自分で摂取可能。スプーンを使い食べることができるが、こぼしたり、疲労もあるため、状況に応じて口に運ぶ介助を要す。

例2) 食事摂取～全介助

→自分で食べたいものを伝えたり、食べる順番は決めることができるが、手が動かない為口に運ぶことができず、全て介助を要す。