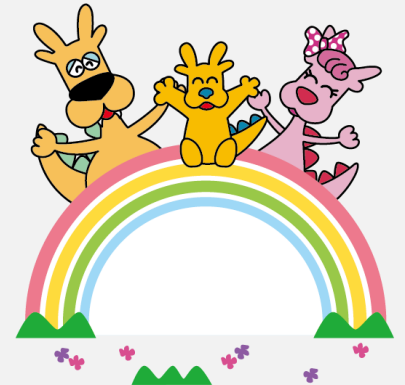


ケアプラン点検 フィードバック研修

袖ヶ浦市 福祉部 介護保険課
令和7年3月13日（木）

①ケアプラン点検とは？

②ケアプラン点検での確認事項



ケアプラン点検とは？

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専門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

1. 訪問介護生活援助を利用している事例
2. 2段階以上の区分変更があった事例
3. 同一・系列法人のサービスのみを利用している事例
4. 有料老人ホームの入居者で、
同一・系列法人のサービスを利用している事例
5. 区分支給限度額に対する計画率が90%以上の事例
6. 要介護4、5で区分支給限度額に対する計画率が
20%未満の事例
7. 2号被保険者の事例
8. ケアプラン点検未実施のケアマネジャーの事例
9. ひとりケアマネジャーの事例

1. アセスメント表
2. 第1表 居宅サービス計画書（1）
3. 第2表 居宅サービス計画書（2）
4. 第3表 週間サービス計画表
5. 第4表 サービス担当者会議の記録
6. 第5表 支援経過記録
7. ケアプラン振り返り自己チェックシート

「アセスメント表」と
「第2表 居宅サービス計画（2）」の
短期目標に記号（A, B 等）を振り、
どの部分と連動するのかわかるようにして
提出していただきました



ケアプラン点検での確認事項

1. アセスメント

7

アセスメントとは

利用者の有する日常生活上の能力や利用者が既に提供を受けている指定居宅サービスや介護者の状況等を取り巻く環境等の評価を通じて利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題点を明らかにし、**利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することであり、利用者の生活全般についてその状態を十分把握することが重要である。**

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について
(平成11年7月29日老企第22号)

- ・「介護問題」、「困難な状況」、「困った事態」
- ・「現在できていること」「強み」



意向や情報だけではなく
解決すべき課題を明らかにする



アセスメント＝ケアプランの根拠

確認事項

- 情報収集だけになっており、
分析に関する記載がない、または少ない。
- ケアプランに位置付けた根拠の記載がない。
- 空欄が多い。

「このアセスメントから、このケアプランを作成した」ということを、
利用者に根拠を示して説明ができますか？



第1表 総合的な援助の方針

「水分摂取量に気を付けましょう・脱水に気を付けましょう」と記載があるが、アセスメントに具体的な水分摂取量の記載がない

情報収集

現在の水分摂取量は？

以前と比べて減っている？ 増えている？

目標の水分摂取量は？

分析

目標の水分摂取量は？ 例えば1日1リットルとして
現在足りているのか？



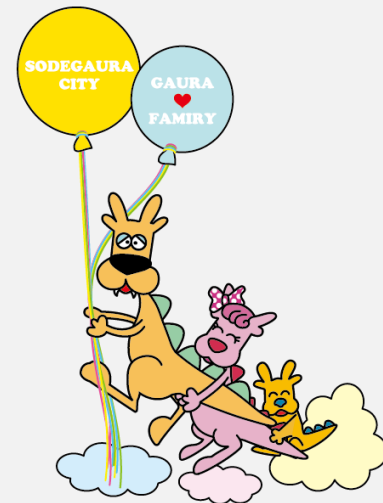
足りている ⇒ 現在の摂取量を継続しましょう

足りていない ⇒ 目標が1日1リットル 現状摂取量が500ミリ
コップ1杯多めに飲みましょう！

第1表は、アセスメントとケアプランを繋ぎ、ケアプラン全体を示す帳票です。

【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】

- 「家族」の記載は適切か。
 - 家族の意向が異なる場合は「夫・妻・長男」等各々の主訴を区別して記載しましょう。
- 生活に対する意向ではなく、サービスの希望のみが記載されている。



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（記載要領）

利用者及びその家族が、①どのような内容の介護サービスを②どの程度の頻度で利用しながら、③どのような生活をしたと考えているのかについて意向を踏まえた④課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。

- ①どのような内容の介護サービスを
- ②どの程度の頻度で利用しながら
- ③どのような生活をしたと考えているのかについて
意向を踏まえた
- ④課題分析の結果を記載する。

×サービスの意向のみが記載されている

- ・訪問介護でできないことを手伝ってほしい
- ・今のサービスを継続したい

○具体的な生活の意向を記載する

- ・足が弱くなってきたがトイレに1人で行きたい
- ・長時間台所に立つのがつらいが、食事作りは続けたい

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（記載例）

14

本人：膝の痛みを気にせずに、一人で転ばないように外出したい。

夫：以前、一人で外出した際に、つまずいて転倒したため、転倒がないように日頃のケアを大事にしたい。

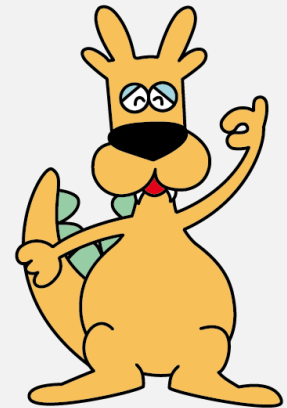
利用者及び家族の
生活に対する意向

以上の意向を踏まえ、自宅内外での移動時の膝の痛みの軽減と、段差でのつまずきや転倒を予防していく必要がある。

課題分析の結果

【総合的な援助の方針】

- ニーズを総合的に捉えたうえで、支援チームとしての共通方針を具体的に記載しているか



総合的な援助の方針（記載要領） 16

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。

総合的な援助の方針（記載例） 17

例 1：服薬を忘れることがあり、それにより転倒することがあります。服薬の有無の確認、声掛けを徹底します。

例 2：令和5年12月より食事の量が少なくなってきたおり、体重も減っています。「食事の有無・量・内容等」摂食状況を確認します。

チームとして全員が理解し、共有できる内容になっていますか？



第2表は、第1表で示された利用者の望む暮らしを実現するために、アセスメントで把握した利用者の生活課題に優先順位をつけ、それぞれの課題に対する目標を立て、その目標を達成するために具体的な手段を示しながら、解決するための手順を表したものです。

確認事項

- 生活全般の解決すべき課題の根拠が不明確。
- サービスを利用すれば達成できる目標になっている。
- ニーズと長期目標と短期目標の内容が同じになっている。
- 長期、短期目標に本人が取り組む内容の記載がない
- 「サービス内容」に本人や家族が取り組む内容の記載がない。
- 「サービス種別、※2」が「家族」になっている。
- 福祉用具貸与、特定福祉用具販売を位置付けているが、理由の記載がない。
- 通院等乗降介助を位置付けているが、理由の記載がない。

生活全般の解決すべき課題 記載要領

利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、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原則として優先度合いが高いものから順に記載する。具体的には、利用者の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、

- ・ 利用者自身の力で取り組めること
- ・ 家族や地域の協力でできること
- ・ ケアチームが支援すること

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記載する。

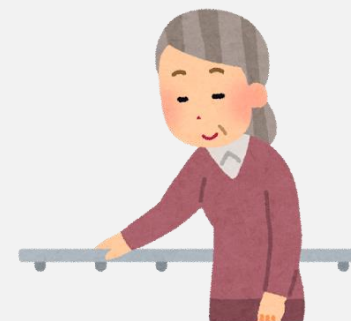
長期目標・短期目標の記載例

×サービス主体の書き方

長期目標：転倒せずに移動する

短期目標：転倒せずに手すりを使う

サービス種別：福祉用具貸与



○本人の行動目標主体の書き方

短期目標：家の中を自分で歩いて移動する

サービス内容：自室からトイレまでの動線に手すりを設置する

長期目標（記載要領）

「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。

介護保険最新情報Vol.958

書き方の例

解決すべき課題：浴槽をまたぐことに危険があるが、
自宅の浴槽で入浴したい



長期目標：自宅で入浴できるようになること

短期目標（記載要領）

「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものである。

介護保険最新情報Vol.958

✎書き方の例

解決すべき課題：浴槽をまたぐことに危険があるが、
自宅の浴槽で入浴したい

長期目標：自宅で入浴できるようになること



短期目標①：手すりを使用して安全に浴槽をまたぐ

短期目標②：自分でタオルを持ち、前側を洗うことができる

居宅介護支援運営基準 解釈通知

提供されるサービスの目標とは、**利用者がサービスを受けつつ到達しようとする目標を指す**ものであり、サービス提供事業者側の個別のサービス行為を意味するものではないことに留意する必要がある。

×援助する側の目標

短期目標：安全に入浴できるよう支援する

○利用者主体の目標

短期目標：手伝ってもらいながら、浴槽への出入りをする

本人や家族が取り組む内容の記載がない24

サービス内容 記載要領

「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。この際、**家族等による援助や必要に応じて保険給付対象外サービスも明記し、**また、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。

サービス種別が「家族」になっている 25

サービス種別 記載要領

「サービス内容」及びその提供方針を適切に実行することができる居宅サービス事業者等を選定し、具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。**家族が担う介護部分についても、誰が行うのかを明記する。**

福祉用具貸与又は特定福祉用具販売の サービスを必要とする理由（記載要領）



福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置付ける場合においては、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する。なお、理由については、別の用紙（別葉）に記載しても差し支えない。

「通院等乗降介助」の単位を算定するに当たっては、適切なアセスメントを通じて、生活全般の解決すべき課題に対応した様々のサービス内容の1つとして、総合的な援助の一環としてあらかじめ居宅サービス計画に位置付けられている必要があり、居宅サービス計画において、

1. 通院等に必要であることその他の車両への乗降が必要な理由
2. 利用者の心身の状況から乗降時の介助行為を要すると判断した旨
3. 総合的な援助の一環として。解決すべき課題に応じた他の援助と均衡していること

を明確に記載する必要がある。

第3表は、利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な1日の過ごし方について記載する帳票です。

確認事項

- 「主な日常生活上の活動」の記載が不十分。
- 「週単位以外のサービス」の記載が不十分。

利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載する。**例えば、食事については、朝食・昼食・夕食を記載し、その他の例として、入浴、清拭、洗面、口腔清掃、整容、更衣、水分補給、体位変換、家族の来訪や支援など、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見えるように記載する。**なお、当該様式については、時間軸、曜日軸の縦横をどちらにとってもかまわない。

週単位以外のサービス（記載要領） 30

各月に利用する短期入所等、福祉用具、住宅改修、医療機関等への受診状況や通院状況、その他の外出や「多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス」などを記載する。

第4表は、サービス担当者会議を開催した場合に、会議の要点について記載する帳票です。

確認事項

- 会議出席者の情報、出席できない理由および照会した内容および回答・年月日の記載がない。
- 担当者会議開催時にケアプランの原案がない、または原案をサービス担当者へ共有していない。
(その記録がない場合も含む)

サービス担当者会議の要点（記載要領） 32

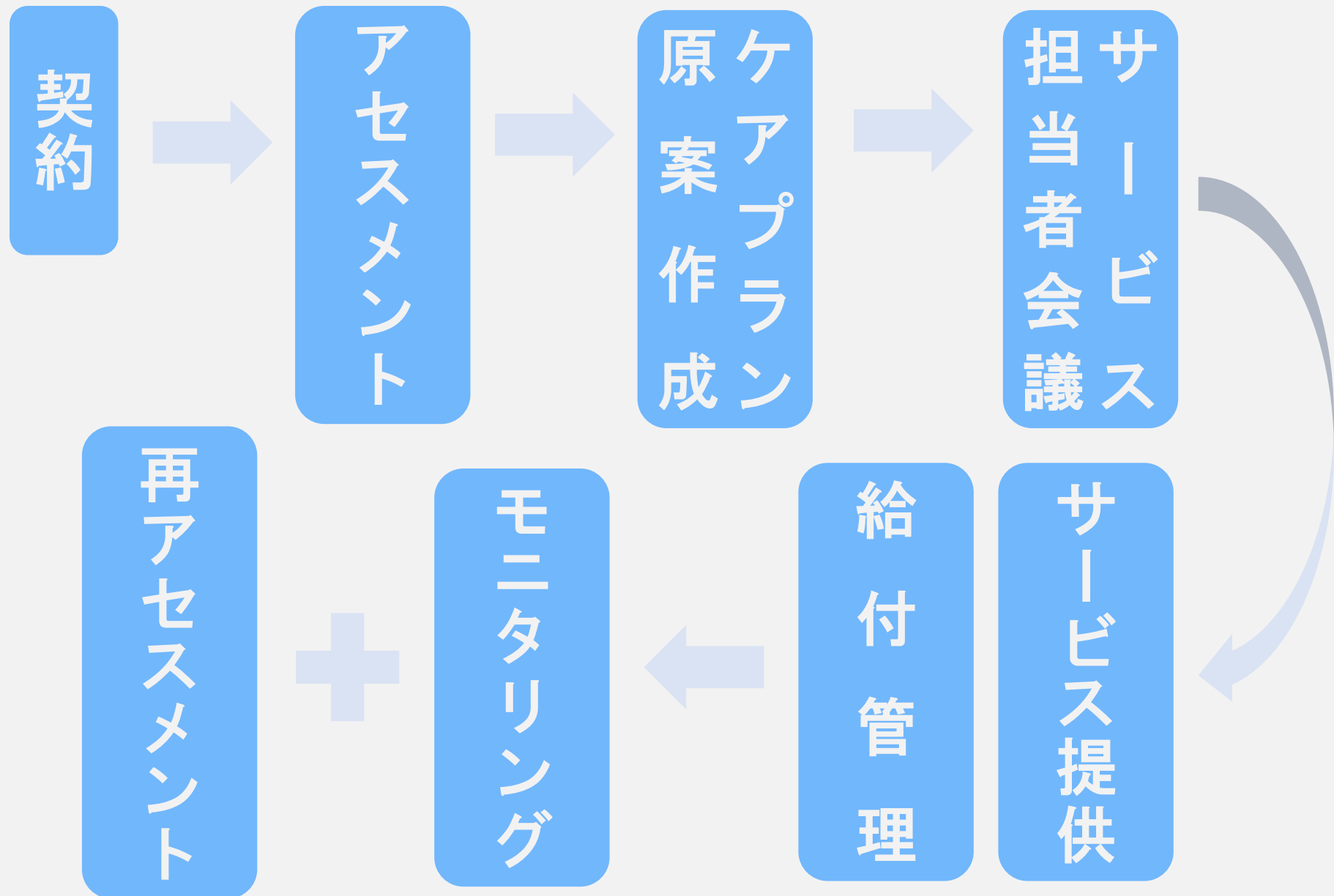
サービス担当者会議を開催した場合に、
当該会議の要点について記載する。

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。

当該会議の出席者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載する。本人又はその家族が出席した場合には、その旨についても記入する。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）」の欄を活用して差し支えない。また、当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者の「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する。なお、当該会議に出席できないサービス担当者の「所属（職種）」、「氏名」又は当該会議に出席できない理由について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。

当該会議において検討した項目について記載する。当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者に照会（依頼）した年月日、内容及び回答を記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合には、その理由を記載するとともに、サービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日、照会（依頼）した内容及び回答を記載する。なお、サービス担当者会議を開催しない理由又はサービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日若しくは照会（依頼）した内容及び回答について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。

当該会議において検討した項目について、それぞれ検討内容を記載する。その際、サービス内容だけでなく、サービスの提供方法、留意点、頻度、時間数、担当者等を具体的に記載する。なお、「検討した項目」及び「検討内容」については、一つの欄に統合し、合わせて記載しても差し支えない。



第5表は、利用者への適切な居宅介護支援の提供を保障するために記録する書類です。

確認事項

- アセスメントを行った記録がない。
- モニタリングを行った記録がない。
- 日付、曜日、時間、対応者、情報収集手段の記載がない。
- 軽微な変更と判断した理由の記載がない。
- 医療系サービスを居宅サービス計画に位置付けた場合の記録がない。

日時、曜日、時間、情報収集手段の記載がない 軽微な変更と判断した理由の記載がない

38

居宅介護支援経過 記載要領

介護支援専門員等がケアマネジメントを推進する上での判断の根拠や介護報酬請求に係る内容等を記録するものであることから、介護支援専門員が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」（自宅や事業所等の訪問先を記載）、「電話」・「FAX」・「メール」（これらは発信（送信）・受信がわかるように記載）等）とその内容について、**時系列で誰もが理解できるように記載する。**

そのため、具体的には、

- ・ 日時（時間）、曜日、対応者、記載者（署名）
- ・ 利用者や家族の発言内容
- ・ サービス事業者等との調整、支援内容等
- ・ **居宅サービス計画の「軽微な変更」の場合の根拠や判断**

等の客観的な事実や判断の根拠を、簡潔かつ適切な表現で記載する。

簡潔かつ適切な表現については、誰もが理解できるように、例えば、

- ・ 文章における主語と述語を明確にする、
- ・ 共通的でない略語や専門用語は用いない、
- ・ 曖昧な抽象的な表現を避ける、
- ・ 箇条書きを活用する、

等わかりやすく記載する。

軽微な変更を行った場合（記載例） 39

【サービス提供の曜日変更】

利用者家族の都合で〇年〇月〇日からサービス提供曜日を「△曜日から×曜日」へ変更。サービス提供曜日の変更について、利用者と家族、各サービス事業所に現状を確認し、身体状況や課題、目標に対する変更はないと判断した。**単なるサービス提供曜日の変更のため、ケアプランの軽微な変更にあたりと判断し、〇年〇月〇日に利用者と家族の同意を得て変更した。**あわせて、軽微な変更としたことをサービス事業所に周知した。

第13条

19 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

19の2 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

ケアプラン振り返り 自己チェックシート (資料)

業務の参考にしてください



ケアプラン振り返り自己チェックシート 42

課題① 多方面からのアセスメントの視点について

『関係する医療機関の医師他専門職と普段から情報交換ができていますか？』

○ 多方面からアセスメントができているか確認する項目（情報収集）

アセスメントに必要な情報をどのような関係者・関係機関から得ながら、アセスメントに活かすことが出来たかを確認します。

利用者・・・9人 同居家族・・・7人 それ以外の家族・・・3人

主治医・・・2人 医療機関のスタッフ（※1）・・・2人

サービス提供事業所・・・10人 行政（※2）・・・4人

地域包括支援センター等・・・0人 民生委員・・・0人

インフォーマル（※3）・・・0人

その他・・・1人（在宅医療の看護師）

※1 医療機関のスタッフ（入・退院時）

※2 行政（主治医意見書・認定調査票）

※3 インフォーマル（近隣・自治会長・老人クラブ会長・ボランティア等）

ケアプラン振り返り自己チェックシート 43

○ 医療と健康状態に関するアセスメント時の自己点検項目

1 主治医意見書・認定調査票を活用し、ケアプランに反映させていますか？	人
主治医意見書や認定調査票を活用し、プラン作成に活かしている。	8
主治医は意見書の主治医だけとは限らないため、必要に応じて医師と連絡し、情報収集に努めている。	5
特にリハビリを始める際、主治医ではない医師が担当の時受診に同行し意見を聞くよう努めている。	

ケアプラン振り返り自己チェックシート 44

2 サービス利用時に必要だとしている医療の最新情報を入手し、ケアプラン作成に反映させていますか？	人
利用者に主治医の意見が必要な理由を説明し、同意を得た上で主治医と連携して医療情報を入手し、ケアプラン作成時に活かしている。	6
主治医の指示に基づく内容については、ケアプランにも盛り込み、サービス選定だけでなく日常生活の上でも、可動域制限や運動時の上限血圧や心拍数など指示が守れるように留意している。	3
主治医が複数名いる場合には、疾患によっては複数名の主治医と連携を取り、医療的な指示を欠かさず反映できるように工夫している	1
施設に薬剤師の訪問あり、確認できる受診内容については施設から情報をいただく。	

ケアプラン振り返り自己チェックシート 45

3 健康状態を把握する時に留意する視点として、どのようなことを確認していますか？	人
現病、既往歴について、その発症時期や入院等の時期についても把握・記入し、「主訴」の生活機能低下の時期に関連がないか、丁寧に聞き取りを行い、改善の可能性とかかる期間について考察している。	6
服薬については、お薬手帳の確認や残薬などの確認も行い、適正な服薬ができているか確認している。	5
痛みやしびれがある場合は、現病歴、既往歴との関連を持ちながら、出現の時期について聞き取り、アセスメントに活かしている。	5
痛みやしびれがある場合は、部位や程度、場面や対処、困っていることなどを丁寧に聞き取りアセスメントに活かしている。	4
日中、夜間の排尿状況や利尿剤の内服等について把握し、アセスメントに活かしている。	5
睡眠薬の服用の有無について確認し、「有」の場合については、頻度と薬の種類と効果についても把握している。	3
歯磨きや義歯の掃除を行っているか、歯科受診の状況を確認し、アセスメントに活かしている。	2
1日分の水分摂取量と食事内容、排便や緩下剤等の関係について把握し、アセスメントに活かしている。	6

ケアプラン振り返り自己チェックシート 46

課題② 生活歴・その人らしさ・ストレングスの視点について

『今現在のその人を形作った環境や生活、本人の強みを知って、支援のきっかけをつかんでいますか？』

○ 生活歴・その人らしさを確認する自己点検項目

1 利用者の生活歴や生活状況をどのようにして聞き取りましたか？	人
利用者本人からの聞き取りをしている。	9
利用者以外の家族などからの聞き取りをしている。	9
利用者が生活してきた中で大切にしてきたものやエピソード、価値観、趣味、得意（苦手）なことなど、その人らしさを象徴する情報を簡潔に記載している。	4
利用者の「その人らしさ」を大切にしている。	7

ケアプラン振り返り自己チェックシート 47

○ ストレングス（強み）の視点を確認する自己点検項目

1 第1表の総合的な援助の方針の記載に当たり、課題が共通するものは統合し、優先して解決すべき課題を先に挙げるなど、工夫していますか？	人
今、何に優先的に取り組むことが大切かわかるように複数の共通する課題をまとめて記載している。	4
予後予測の視点も含めた先の見通しや可能性も視野に入れた表現を意識した記載をしている。	3
2 生活全般の改善すべき課題を引き出す過程で背景・要因になるものを整理できていますか？	人
要介護状態となっている状況を捉え、いつからなぜそのような状態になっているかを整理し、課題整理を行っている。	5
課題もあげるが同時に強み（ストレングス）の部分にも着目しながら整理するよう心がけている。	6

ケアプラン振り返り自己チェックシート 48

3 長期・短期目標の設定においては、定める期間内に達成できそうな具体的な目標を提案できていますか？	人
利用者基本情報やアセスメントの聞き取りなど、面談中に把握した情報を基に、生活全般の解決すべき課題を解決するために、利用者が具体的に目標としやすく、達成可能な生活目標の設定をしている。	8
アセスメント時の「主訴」、「家族の状況、意向」で聞き取った課題と、介護支援専門員が抽出した課題に差異がないか確認し、達成することで本人や家族が将来の生活について、役割やリズム、活動量などをイメージできる目標設定をしている。	5
4 サービス内容では、期間内に目標の達成ができるための具体策となっていますか？	人
目標を達成するために必要な取組方法を複数あげ、それを実践することで期間内に目標が達成できるような策を講じている。	7
介護保険サービスや地域支援事業だけでなく、生活機能低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスサポートの活用についても必要に応じた記載をしている。	4

ケアプラン振り返り自己チェックシート 49

5 本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービスを活かすために、サービス内容において留意していることはどのようなことですか？	人
セルフケアの継続や教化、意欲の維持や環境調整など、家族支援や地域の支援などインフォーマル資源等を含めて、具体的に行動変容を促せるような支援計画内容を記載している。	5
セルフケアが自己管理（疾病管理等）の内容の場合、予防の視点（リスクマネジメント）と起きてしまった場合の対応（クライシスマネジメント）について利用者と確認できている。	5

ケアプラン振り返り自己チェックシート 50

課題③ アセスメントからケアプランへのつながりについて
(ケアマネジメントプロセスを意識できているか)

『アセスメントはケアマネジメントのプロセスの1つであることを意識していますか？アセスメントで把握した多くの情報を、ケアプランに反映させていますか？』

○ アセスメントとケアプランの整合性を確認する自己点検項目

1 生活全般の解決すべき課題を引き出すにあたって、アセスメントした結果をどのように反映させていいか、わからなくなることがある場合、どのように情報を整理し直し、生活全般の解決すべき課題に落とし込んでいますか？

- ・「～のため（原因）、～である（現状、問題点）。～することで（サービス内容、支援）～することができる（ニーズ）」というかたちに情報を整理し、ケアプランに落とし込んでいる。
- ・寝たきりの状態にあり、身体状況の維持が必要であるため、必要なケアが決まってきてしまう。
- ・プラン内容を先に考えてしまう現状がある。
- ・わからなくなることはないが、本人の気持ちを前向きにする言葉は選ぶ。

ケアプラン振り返り自己チェックシート 51

2 利用者との合意に基づく生活機能の向上を目指した目標達成について、具体的な言葉で
かつ評価できる指標となりましたか。また、目標設定を行う上で特に留意したことや
配慮
したことはどのようなことですか？

- ・ 本人やご家族が見返してもわかりやすくなるよう、見やすい表記と具体的な内容を記すよう配慮している。
- ・ 発言がなく不明なことが多いが、話ができていた時の様子から考えている。
- ・ 誰が見てもわかるように専門用語ではなく簡易な言葉で簡潔に書くようにしている。
- ・ 本人と相談しながら行っている。
- ・ 必要なサービスを提供したいが本人の同意がなければ提供できない。アセスメント時に相談している。
- ・ 短期目標をクリアするための日頃の行い。
- ・ 本人の一番の目標を第一にし、それを達成するためには、必要で重要な課題を第2・3に設定し、総合的な支援内容に設定した。また、本人・家族・サービス事業所と協議し、意識統一し立案した。

ケアプラン振り返り自己チェックシート 52

3 アセスメントの過程で見えてきた課題が、ケアプランに反映されていますか？

- ・ほとんどが家族からの聞き取りのため偏りがあると感じているが、その中で必要と感じた課題をプランに反映している。
- ・課題中心のケアプランになってしまった。
- ・そのように努めているが、利用者の同意が得られず、プランに反映できないこともある。
- ・寝たきりの状態に必要なサービスを導入している。
- ・腰痛予防、悪化防止、対処方法、また、体力・筋力向上のための支援内容等、プランに反映できたと思う。

ケアプラン振り返り自己チェックシート 53

4 プランに定めた期間と選定したサービスとその内容について、決定した根拠が説明できますか。

- ・サービスは落ち着いてきているため、継続して経過を見ていく期間としている。
- ・説明できない。
- ・転倒はみられるものの、体調面では落ち着かれているため、この期間で設定し、必要に応じて見直すこととしている。
- ・期間はケアマネの判断で作っている。根拠はない。
- ・短期目標を半年にした理由は、運動・食事についてその効果が出るには期間が必要と考えたため。また、病状管理・精神面のフォローも継続支援が必要と考えたため。サービス内容については、それぞれの役割を明確にし、実践しやすくした。

ケアプラン振り返り自己チェックシート 54

5 情報収集のときに気をつけている点はどこにありますか。

- ・生活環境には特に注意している。また、介護者の負担が大きくなることによる虐待などないように注意している。
- ・ゆっくり、丁寧な言葉を心掛け、相手に寄り添う。
- ・「課題分析標準項目」の内容に添って情報収集する。自然な会話の中で聞き取れるようにする。
- ・質問攻めにならないようにこまめに、時間をあけて聞き取る。特に、お金のことなど、ある程度の関係性ができてから聞くようにしている。
- ・相手が不快に思わない聞き方を心掛けている。
- ・初回訪問だけですべてを聞くと不信感を抱かれることがあったため、信頼関係を築きながら日常会話的な部分から引き出す。サービス開始後は、各事業所からも聞き取る。
- ・本人がどういう生活を送りたいか聞き取っている。
- ・痛みの程度や生活状況の変化に注視している。身体不調が気分の落ち込みになり、生活の質も低下するため解決策を一緒に考えながら聴取するよう心掛けている。サービス事業所とも情報共有し、迅速な対応ができるよう連絡調整している。

ケアプラン振り返り自己チェックシート 55

6 個別性のある具体的な目標を設定するときに大切にしていることはどのようなことですか。

- ・極力本人が行う行動目標にしている。
- ・相手の立場や環境、状態を踏まえたうえでより具体的な目標とする。
- ・その方に合わせてプランを作成するよう心掛けている。
- ・目標を決める際の具体性がうまくいかないと感じることがある。
- ・同じような目標になってしま傾向があり、難しく感じています。
- ・その目標がCM側と本人で取り違っていないかは確認するようにしています。
- ・本人の望む生活に近づけるような目標にしている。
- ・生活に密着した目標設定
- ・興味、関心やその人らしさ。
- ・生育歴や職歴、趣味、嗜好など、本人が生きてきた過程を情報収集し、本人らしさとはを考えること。ADLだけでなく、生活全体、家族や住宅等の環境因子も正確にアセスメントすることで、課題抽出ができ、課題解決の根拠を説明できると
思う。また、現病歴だけではなく、既往歴や服薬等の影響も大きいため、併せてアセスメントすることで、現状の理解が深まると考えている。

ケアプラン振り返り自己チェックシート 56

7 主治医との連携や医療情報をどのようにプランに反映させましたか。

- ・主治医の意見書を参考にし、体調面や転倒のリスクについての記載があったため、プランの目標に反映させた。
- ・サービス事業所からの情報が大きい。
- ・気になることやご家族からの相談があった時などはすぐに主治医や訪問看護と連絡を取り、確認するようにしている。
- ・主治医から時には具体的なアドバイスを本人にいただくことがあり、医師からのアドバイスは本人も納得して取り組めることが多いため、プランに反映させるようにしている。
- ・訪問看護がプランに入っている時は毎月情報が共有できていた。
- ・ADL、ROM等による障害や改善が見込まれれば反映させている。
- ・定期受診だけでなく、異常時にはすぐに相談できる体制になっていることを意識していただく内容にしている。我慢せず相談するよう促すような記載にした。

ケアプラン振り返り自己チェックシート 57

8 アセスメントから見えた課題から、自宅の環境整備で配慮した点や工夫したことがありますか。

- ・設置済みの手すりがある。未設置の浴室やトイレなど以前提案したが至っていない。
- ・股関節症の痛みから、屋内は這って移動、屋外は車いすを使用している。まったく歩行ができないわけではなく、屋内は段差も多いことから、住宅改修を提案するも必要ないと拒否されてしまう。
- ・本人の「今できていること」を生かしつつ生活できるよう提案している。
- ・リハビリの専門職と関われる場合は、福祉用具等の専門相談員と一緒に自宅の環境を見て、それぞれの意見を聞いて本人や家族に提案している。退院時の家屋調査は必ずそのように対応しています。
- ・有償ヘルパーを利用し室内の環境整備を検討した。
- ・ご本人のADLに合わせ、それぞれの専門職に意見をうかがいながら最善の対応ができればと考えている。
- ・階段は転倒のリスクが高いが、本人の居室が2階のため、階段昇降時の注意点を本人・夫と共有した。ベッドは電動ベッドが腰痛予防にはいいと考えるが、自身のベッドへのこだわりがあるため、起居動作時に手すりを使うことで、腰への負担軽減を図っている。また、起居動作の指導もPTに実施していただいた。調理場面での立ち方ら休憩の取り方、動作等具体的な方法、干場の設定（高さや場所）など。

ケアプラン振り返り自己チェックシート 58

9 家庭での役割や知人、友人との交流など、社会的役割を重視する部分で配慮したことや工夫したことはどのようなことですか。

・他者との交流を避けるよう長年生活してきたため理解力、判断力が乏しい部分がある。こちら側から一方に「こうすべき」と伝えても受け入れできない。少しずつ介入し、本人たちに寄り添うことでできることが増えるよう配慮している。友人や近所の方が訪ねてくるなど、限定的ではあるが交流はある。

交流の場が継続するよう意識している。

・危険だからとやめていただくだけではなく、様子を見つつ声掛けしていただきながら、難しい場面では介助が受けられるようプランも工夫している。

・人にもよるが、家で何もできないことに劣等感を感じている場合、家族と相談して家族がやった方が早いことでも本人にやってもらえるよう提案している。

・他者との交流や地域との接点もない。交流の機会を設けたいが本人にはその気がない。近くに住む家族を通して検討していきたい。

・ご本人のできることとできないことのアセスメントをし、できることは続けるよう促している。役割の喪失は精神的ダメージが大きいため、なるべくできる役割継続がはかれるよう伝えている。

・家事は夫の支援で継続できるよう、お二人にはそれぞれの注意点や役割を具体的にわかるよう一緒に考えた。近所の友人と買い物や外食など、コロナ禍では交流ができなかったことも再開できた喜びを発信されているため、それを継続するためにも普段の生活の中で腰痛悪化防止の大切さを繰り返し共有している。また、本人のやりたいことができないつらさもあるため、現状維持の大切さや、代替えの方法など一緒に考え実践できるよう情報収集し、提案できるよう心掛けている。

ご清聴ありがとうございました

