

ケアプラン振り返り自己チェックシート まとめ

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できたかを確認します。			
利用者・・・10人	同居家族・・・7人	それ以外の家族・・・3人	主治医・・・3人
医療機関のスタッフ（入・退院時）・・・2人		サービス提供事業所・・・9人	
行政（主治医意見書・認定調査票）・・・6人		地域包括支援センター等・・・1人	
民生委員・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）・・・0人			
その他（ホームスタッフ）・・・1人			

○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. 認定者には主治医意見書・認定調査票を活用し、ケアプランに反映させていますか？	
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。	10人
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。	2人
【備考】 ・主治医からの定期検査結果や、主治医外の皮膚科、整形、訪問歯科からの情報も合わせてプランに反映させている。	

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？	
主治医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	8人
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	6人
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	2人
【備考】 ・訪問診療や受診の情報は検査結果や家族から確認し、プランに反映させている。また必要な情報や日常生活での注意点など、サービス事業所と共有し支援につなげている。 ・主治医が必要と思うサービスのチェックは確認している。	

3. 健康状態を把握するとき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？	
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	8人
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	8人
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	7人
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	7人
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人
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人
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	8人
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	7人
【備考】 ・歯科受診については退院時アセスメントに記載していないが、今日までの支援の間に情報収集している。 ・家族より聞き取りアセスメントシートに活かしている。必要な情報はサービス事業所とも共有している。	

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？	
利用者本人からの聞き取りをしている	12人
利用者以外の家族などからの聞き取りをしている	10人
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人
利用者の「その人らしさ」を大切にしている	7人

○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あたり、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あげるなど、工夫していますか？	
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	8人
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	6人
【備考】 ・わかりやすい言葉で根拠と方針を記載し伝えるようにしている。 ・家族の命の期限についてふれない表現にしている。 ・寝たきりのため、生命の維持や安全の確保がプランになっている。	

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？	
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	7人
課題も上げるが同時に強み（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人
【備考】 ・目の前の状況だけで判断するのではなく、医療や介護者、サービス事業所からの情報から背景や要因になっている物を分析するように心がけている。全介助の状態であっても少しでも残っている残存機能を生かせるように考え目標設定している。 ・本人の強みは家族支援があることだが、家族の負担になりすぎないようにと考えている。	
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？	
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もとに、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	11人
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	7人
【備考】 ・自分の体調に自身過剰であるため、サービスを早々に終了させないように家族と相談しながら短期目標の期間は長く定めた。結果としては本人が早々に福祉用具を返却してしまった。 ・家族と同じ方向を向いていても、家族の感じ方、受け止め方が違い、ズレを感じるがあった。本人にもわかりやすくするために具体的に設定するように心がけている。	

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？	
目標を達成するために必要な取り組み方法を複数あげ、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	8人
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	5人
【備考】 ・今回は評価時期にデイの利用先が変わったため、まずは新しい環境に慣れることを優先し、目標やサービス内容は変更しないという本人や家族の意思もあった。地域のインフォーマルサービスについては今後の課題と感じている。	

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？	
セルフケアの継続や強化、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人
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	3人
【備考】 ・本人の活動範囲が狭いこともあり難しさを感じることもあるが、体調が変化しやすいため日頃から何かあれば家族から主治医への相談ができている ・口腔ケアの重要性については担当者会議で説明し、本人が行えることについてはプランに取り入れている	

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？』

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りますか？

- ・まず優先させたのは、今後の治療を継続できるよう体調を崩さず健康管理ができるということ。そして自宅内の安全な動線を確保し、転倒予防と介護負担軽減ができること、として整理した。
- ・課題の整理についてまとまらない場合は課題整理総括表を使用している。
- ・本人への支援を行うことで生活が改善する可能性があり、その結果、課題が達成できるという考え方で課題を引き出すようにしている。
- ・寝たきりのため、現状を維持することが重要となるプランになっていると思う。
- ・本人の疾患の状態と現在の生活の状況と意向を視野に入れ、情報を整理し課題を見つけている。

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？

- ・ヘルパーと共に行うことで自立できるように留意した。
- ・表現する言葉が本人目線であるよう気を付けて表記している。本人の訴えた言葉を盛り込めるようにしている。
- ・目標設定の配慮については、分かりやすい言葉にすることで本人や家族に納得してもらえるようにした。
- ・本人が達成しやすい目標にしている。
- ・ベッド上で生活のため活動や生活にもかなりの制限があるが、本人が少しでもできる残存機能を大切に維持できるよう心掛けている。また、家族の思いを傾聴し具体的に根拠をもって説明など話を重ね負担が軽減できるように気を付けている。
- ・本人が無理をしないで達成できる内容になるよう留意した。
- ・簡潔に分かりやすい目標設定とした。
- ・向上というよりは現状を悪くしたくないという目標になっている。
- ・本人や家族にとってわかりやすいよう、簡単な表現にすることを心掛けた。
- ・寝たきりで本人の意思疎通ができないため、本人の気持ちに添ったものかは不明であるが、気持ちよく過ごせるようにプランを作成した。
- ・本人が生活上不安にならない目標、本人ができる可能な目標としている。
- ・表現方法に配慮する。

3. アセスメントの過程で、みえてきた課題がケアプランに反映されていますか？

- ・今後予定されている治療が無事継続できるよう、そのために体調を崩さず健康管理ができるよう、そして自宅内の安全な動線を確保し、転倒予防と介護負担軽減ができる、ということを反映させた。
- ・反映されることを心掛けてはいるが、見えてきた課題全てがケアプランには反映されていない。
- ・転居に伴い課題が浮上したが、訪問看護を入れることで調整できた。
- ・本人ができることを意識し、小さくても残っている機能を低下させず活かせるように心がけ支援内容につなげていくことができた。
- ・本人や家族から聞き取りを行い、課題を整理したうえでプランへ反映している。
- ・転倒リスクへの対応と、家族の病状進行でできなくなるであろう部分の支援を盛り込むようにしている。
- ・寝たきりで、褥瘡ができないことや感染症にならないようなプランになっていると思う。
- ・生活上の不安と疾患の不安をケアプランに反映している。

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？

- ・自分の体調に自信過剰であるため、サービスを早々に終了させないように家族と相談しながら短期目標の期間はあえて長期目標と同じく長く定めた。
- ・期間は不安定な状態ではないため長期の目標を1年間に設定し、短期目標を6カ月とした。サービスの内容はアセスメントでみえた課題に対して、解決や改善に導くものであると考え決定した。
- ・期間と内容については評価時期にデイの利用先が変わったため、まずは新しい環境に慣れることを優先し、目標やサービス内容は変更しないという本人と家族からの意向があった。次の短期目標終了になる時点で再度アセスメントをして意向やニーズについて新たに確認しプランを作成する予定。
- ・デイサービスとデイケアの特性を生かし社会参加の場、人との交流の場、リハビリの機会を作っている。外出の機会が多くなるため外玄関にかけて手すりを設置。
- ・期間については一応の見直し期間を書き、この間に状況の変化があればその時点で見直しを行う。
- ・更新までの期間が7カ月であったが、本人や家族ともに初めての訪問サービスの利用であったため、ヘルパーの訪問に慣れてもらうために今の期間を設定している。家族の急変の可能性も考えられることから、短期をこの期間で設定している。
- ・寝たきりのための必要なサービスが導入できていると思う。
- ・状態の変化が現在はなく、妥当な期間だと思う。

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？

- ・本人や家族の話を聞く。
- ・一度にすべての情報を収集できるとは思っていないので、項目は頭に入れつつ関連したことを聞き取っていけるよう心掛けている。
- ・信頼関係がない状況でデリケートな問題を聞いてしまうと不信感を抱くことになるため、信頼関係が構築するまでは必要最低限の情報収集に努めた。ある程度信頼関係が得られたタイミングで、デリケートな問題も確認するよう心掛けた。
- ・本人が不安に思っていることや自身でできないことが増えてくることの悩み
- ・大きく体調を崩すことはないが感染や皮膚状態など波があるため医療からの情報収集をするとともに、各サービス事業所からも情報を収集し、本人や家族も含めて情報の共有を行っている。
- ・家族間の意向にズレがありそうときは別々に聞き取りをしている。サービス事業所からも聞き取りをしている。
- ・単刀直入には聞かず、相手が答えやすい言葉を選んでいる。
- ・本人に聞く際は、本人の表情を見ながら本人が気にしないような表現で聞いている。
- ・自分でできない部分も「できる」「大丈夫」になってしまう傾向があるため、一番本人のことをわかっている家族に確認するようにしている。
- ・本人の状況確認と施設職員からの聞き取りを行っている。
- ・体調面や精神面
- ・本人や家族の希望のサービス

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？

- ・無理のない内容にする。
- ・本人の訴えた言葉、ワードを入れるようにして「利用者のケアプラン」ということを意識している。「ケアマネのためのプラン」にならないように気を付けている。
- ・本人の状態に適した目標であること、また目標を達成した時に少しでも前向きな気持ちになるかを考える
- ・基本的ケアと疾患別ケアを意識し、予後予測を含めた支援になるよう心掛けている。また、どんな生活をしたいのか、その方の強みの継続ができればと思っている。
- ・無理のない内容にする。
- ・その人らしい生活が送れるように。
- ・あまり個別性のある具体的な目標になっていない。本人も見るので不快にならないように気を付けている
- ・導き出しているニーズを達成するための目標になるよう心掛けているが、個別性については似たような目標になりがち。
- ・寝たきりのため、個性のあるプランにはなっていないと思う。日々を問題なく過ごすことが一番と思う。
- ・本人の意向や今までの生活
- ・本人や家族の望んでいることを目標にする。

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？

- ・主治医意見書や主治医から直接話を聞く。
- ・退院前カンファレンスに参加し医師からの治療経過を聞き、ここで治療が中断してしまった場合、今までの治療が全て無駄になることがわかり、それだけは避けなければならないと強く感じた。そのためにも本人にもこの思いを伝え訪問看護の必要性を説明することができた。
- ・主治医の意見書を参考にし、転倒のリスクについて記載があったためその内容をプランに反映させた。
- ・直接主治医とは話をしていないが、訪看を通して情報収集を行っている。
- ・主治医からの情報から基本的ケアの重要性を考えプランに反映させ、本人、家族、サービス事業所とも常に情報共有しちょっとした変化に気づき対応することで大きく体調を崩すこともなく過ごすことができた。
- ・家族から聞き取り、お薬手帳を確認する。
- ・主治医がホームの往診に来た際に訪問して意見を聞き、反映させている。
- ・主治医意見書の情報を反映させている。転倒に要注意の記載があったため、福祉用具を必要に応じていつでも使用できることを念頭に置いたプランとしている。
- ・薬剤師から服薬の情報をもらっていたが、具体的には反映できていなかった。
- ・定期的な往診や必要時の受診

8. 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？

- ・本人と一緒に必要な物を検討した。
- ・築35年の自宅は間取りが狭く生活用品が多くある家だったので、妻が模様替えをしたり物を処分したり苦勞された。本人のこだわりが強いので退院前に住宅改修することは避け、まずは福祉用具で、利用者が納得すれば住宅改修をということを意識した。
- ・自宅内外の環境整備に課題は見当たらない。安全に移動できるよう、歩行器を貸与した。
- ・ベッド上での生活のため自宅の中での生活動作も限られている。自宅でも車いすに座って過ごせたら生活の質も上がりよいと思うが、家族のできることを考え、本人と家族共に負担のない環境整備になっていると思う。
- ・本人や家族の負担を軽減すること。
- ・本人の状態を確認したうえで、各専門職からアドバイス。一番近くで見ている家族がカタログを見て決めた。
- ・現在ホームが生活の拠点になっている。初めに良いと思って計画したものでもホームの都合で不可となることもあった。
- ・本人の歩行状態から、福祉用具導入は必須と考えたが本人の同意が得られなかったため、家族が使用するようになった手すりを試してみるよう声がけを続けた。また、家族からも福祉用具を使用すると楽に動くことができるかと話をしてもらっている。
- ・寝たきりで自力では動くこともできなかったため、福祉用具（リクライニング車椅子、自動体位交換器付き褥瘡予防マット）を導入。
- ・居室内の環境整備を本人と共に行う。

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？

- ・家族が県外に住んでいるため頻繁に訪問できない。できる限りサービスで対応できるようにした。
- ・家族に対して威圧的で一方的。本人から「仲間に頼むから」とよく聞いているが、実際はわからない。深く聞くことで家族の心理状況も悪化させてしまいかねないので傾聴しかなかった。
- ・洗濯物を干す、たたむ、庭の草取りなど、日常生活の中で本人ができること（役割）は継続的に行えるよう、家族とも相談して実践している。高齢になり、近所の友人や知人との交流は困難。デイサービスを継続的に利用できるよう配慮している。
- ・施設のため利用者との交流は行いやすい。食事もダイルूमに集まり話をしながら食べている。
- ・寝たきりの状態になってからは関わりがあるのは家族のみ。そのため、家族以外の人とも関わりが持てるようにという目標をもってプランに取り入れ、デイで交流を持つことが本人の楽しみにつながればよいと思っている。
- ・好きな入浴を活かして、他者と交流できるデイサービス利用につなげた。
- ・家族の介護力や本人のできることを確認し、足りない部分を補った。
- ・今後、在宅に戻る際は役割等に配慮したいと思う。
- ・現状、家庭での役割は家族の負担を減らすことで、自分でできることを増やしつつ他者介入を受け入れることである。できないこともできるとなってしまうがちなことから、徐々に介入できるよう配慮している。