

## 令和5年度 ケアプランチェック事業総括報告書

チェック項目	課題・問題点等	改善策	アドバイス・コメント																														
<p>(1) 課題分析手法を用いたアセスメントが適切に行なわれているか</p> <p>・単なる聞き取りになっていないか</p> <p>・包括的に情報が集められているか</p>	<p>提出頂いたケアプランに対し、下記の内容に課題がありました。一番多い課題はケアプラン全体の <b>80.7%</b>に見受けられました。</p> <p>【詳細内容】</p> <table border="1" data-bbox="468 346 1053 1165"> <tr> <td>アセスメントシートの提出がない、又は標準項目を満たしていない</td> <td>14</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>利用者像(生活歴や生活背景)をふまえた課題の抽出ができていない</td> <td>89</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>家族や支援者との関係性や背景を十分に捉えられていない</td> <td>41</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>健康に関する情報(受診、既往・現病歴、服薬状況、栄養状態、口腔機能等)の記載が不十分</td> <td>60</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>居住環境(居室や生活動線の見取図、段差、手すりの設置場所等)の記載が不十分</td> <td>48</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>必要な特記事項の記載が不十分</td> <td>93</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>基本ケアや疾患別のアプローチへの検討が不十分</td> <td>110</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>利用者の強みや弱みが十分に捉えられていない</td> <td>117</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>利用者の今後の生活の予測の検討について十分に捉えられていない</td> <td>114</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>社会資源(利用者、家族、地域、フォーマル・インフォーマルなサービスやサポート)の活用について検討が不十分</td> <td>109</td> <td>件</td> </tr> </table>	アセスメントシートの提出がない、又は標準項目を満たしていない	14	件	利用者像(生活歴や生活背景)をふまえた課題の抽出ができていない	89	件	家族や支援者との関係性や背景を十分に捉えられていない	41	件	健康に関する情報(受診、既往・現病歴、服薬状況、栄養状態、口腔機能等)の記載が不十分	60	件	居住環境(居室や生活動線の見取図、段差、手すりの設置場所等)の記載が不十分	48	件	必要な特記事項の記載が不十分	93	件	基本ケアや疾患別のアプローチへの検討が不十分	110	件	利用者の強みや弱みが十分に捉えられていない	117	件	利用者の今後の生活の予測の検討について十分に捉えられていない	114	件	社会資源(利用者、家族、地域、フォーマル・インフォーマルなサービスやサポート)の活用について検討が不十分	109	件	<p>アセスメントは、ケアマネジメントプロセスにおいて、介護支援専門員が利用者や家族と共に行う、専門的な作業であり、大きく分けて3つのこと、1.「情報収集」、2.「課題分析」、3.「ニーズの把握」を行います。</p> <p>今回の点検結果から、「情報収集」では、利用者の強みや弱み、必要な特記事項の記載に課題が多くあり、「課題分析」では、利用者像をふまえた課題の抽出、利用者の今後の生活の予測の検討、基本ケアや疾患別のアプローチの検討、社会資源の活用について課題が多くありました。以下をご確認ください。</p> <p>1つ目の「情報収集」においては、利用者の心身の状況及び生活環境並びに介護力等の23に渡る課題分析標準項目を的確かつ総合的に把握します。その上で、利用者及び家族が直面している困りごとや生活障がいを整理していきます。</p> <p>2つ目の「課題分析」においては、収集した情報から、利用者の抱える生活のしづらい“現状”を整理し、“原因”につなげ、改善の可能性や、今後の発生が見込まれるリスクとリスク回避策から、実施すべきアプローチを導きます。その際に利用者の暮らしを支えるのに必要な基本ケアや関連する疾患別のアプローチを踏まえて、今後の暮らしの在り方から、これからの利用者の変化を見通します。</p> <p>その分析内容を利用者や家族と共有し、これからの生活の意向やその意向に向けて生活課題の設定を検討することが3つ目の「ニーズの把握」となります。</p> <p>改善項目1:「利用者の強みや弱みが十分に捉えられていない」</p> <p>現状についてアセスメントの段階で、利用者がしていること、できること、できないことや続けていきたいと考えていること、してみたいと思っっていること、難しい(できない)と思っっていることを把握します。一方、環境においても、家族や関わりのある方などが協力していること、できそうなことや続けようと考えていること、協力できること、難しい(できない)と考えていることなど、個人と環境の両面で把握し、望む暮らし(目指すべき方向)に向けて、「どうすればよいか」の手立てや対策について、セルフケアや家族支援、多様な社会資源の中から利用者の強みを活かしたアプローチを検討していくことが大切です。</p> <p>改善項目2:「利用者の今後の生活の予測の検討について十分に捉えられていない」</p> <p>現状の把握では、困っていることのみではなく、困っていること背景や原因を分析し、少しでも良い方向に改善できる方法がないか利用者とともに模索しながら、「予後予測(利用者自身が課題に向けて取り組むことや力をつけること、また必要な援助を利用したことにより改善される生活のイ</p>	<p>全体的な傾向として、適切にアセスメントが行われているケースもありましたが、課題・問題点等の複数の項目に該当するケースが前回(令和4年度)同様に多い傾向にあります。特に「必要な特記事項の記載が不十分」の項目に該当するケースが多くなっています。一方、「利用者の強みや弱みが十分にとらえられていない」「居住環境の記載が不十分」の項目については、改善されている傾向があります。アセスメントにおいて役立てていただきたいことについて、以下のポイントをご確認ください。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>左記「改善策」にお示しました、アセスメントにおける「情報収集」「課題分析」「ニーズの把握」については、以下についても振りかえって確認してみましょう。 <ol style="list-style-type: none"> <li>単にアセスメントシートを埋めるだけの作業に留まっていないか</li> <li>サービスを利用することが先行していないか</li> <li>利用者主体(尊厳の保持)の視点が欠けていないか</li> <li>自助・互助・共助・公助(地域包括ケアシステム)の観点を考慮しているか</li> <li>導き出された居宅サービス計画の根拠が明確になっているか</li> </ol> </li> <li>「自立支援」に資するケアマネジメントの実践においては、その方の状態や状況に応じてできることやできそうなことを見出すことが大切です。ADLやIADLだけでなく、自分のことを自分で決めることや、自分の役割を果たすことなどをケアプランに位置付けることも「自立支援」の一つです。そのためには、利用者が援助を受けるだけの存在ではなく、アセスメントにおいて、その人らしさを見出し、利用者の今までの暮らしや好きなこと、好きでしていたことなどにも着目することで、「自立支援」へのアプローチとともにQOLの向上や生きがいづくりにつながります。</li> <li>アセスメントは生活課題の抽出だけでなく、利用者理解を進める機会であることも認識しましょう。単にシートを埋めるという作業ではなく、利用者のはどの様な暮らしをしていこうと考えているのかを明らかにします。また、利用者や利用者を取りまく環境の状況や状態が変化すると、気持ちの変化も現れます。変わる気持ちや暮らしの連続性にも着目して、利用者の望む暮らしを確認しましょう。日頃から利用者の状況に関心を持つことが大切です。実践の中で新たに得られた情報はどんどん追記していきましょう。</li> <li>利用者の全体像を把握するためにICFの考え方も参考にしましょう。アセスメントにより収集した情報を、ICFを活用して分類し、健康状態(疾病や変調など)、環境因子(家族や支援者、居住環境や地域など)や、個人因子(利用者の生活歴や性格、生活背景や暮らしぶり、趣味や嗜好など)が、利用者の現状の生活機能(困りごとを含む利用者の暮らし)にどのように影響しているのかを整理しましょう。</li> <li>基本ケアや疾患別のアプローチへの検討については「適切なケアマネ</li> </ol>
アセスメントシートの提出がない、又は標準項目を満たしていない	14	件																															
利用者像(生活歴や生活背景)をふまえた課題の抽出ができていない	89	件																															
家族や支援者との関係性や背景を十分に捉えられていない	41	件																															
健康に関する情報(受診、既往・現病歴、服薬状況、栄養状態、口腔機能等)の記載が不十分	60	件																															
居住環境(居室や生活動線の見取図、段差、手すりの設置場所等)の記載が不十分	48	件																															
必要な特記事項の記載が不十分	93	件																															
基本ケアや疾患別のアプローチへの検討が不十分	110	件																															
利用者の強みや弱みが十分に捉えられていない	117	件																															
利用者の今後の生活の予測の検討について十分に捉えられていない	114	件																															
社会資源(利用者、家族、地域、フォーマル・インフォーマルなサービスやサポート)の活用について検討が不十分	109	件																															

		<p>メージを持つこと)に立った視点でアプローチの検討を行いましょう。「～できないことを、～(サービス)で補う」だけでなく、「～できないことを、～(社会資源を利用)することにより、～(見立ても含めた可能性を)できるように」といった視点で検討することが大切です。こうした視点で課題分析を行うことで、利用者や家族も今後の見通しが立ち、生活や介護に対するイメージが変わっていくことにつながります。</p> <p><b>改善項目3:「基本ケアや疾患別のアプローチへの検討が不十分」</b>          全ての利用者において、生活の継続を支援する基盤となる、高齢者の機能と生理をふまえた基本ケアを確認するだけでなく、医療との連携を踏まえつつ、疾患特性に応じて特に留意すべきポイントを確認し、利用者の予後に応じた暮らしへの影響を検討する視点を持ちアセスメントを行いましょう。</p> <p><b>改善項目4:「社会資源の活用について検討が不十分」</b>          社会資源の活用については、アセスメントにおける課題の分析で、①課題に対して利用者自身が取り組むことや取りくめそうなことを考え、②家族や支援者、地域で協力ができそうなことを考えます。それでも対応が難しい場合は③介護サービス等の検討を行います。介護サービス等の社会資源活用に関しても、必要性を課題分析において明らかにしましょう。</p>	<p>ジメント手法」を参考にしてください。</p> <p>①ケアプラン検討時の「抜け漏れ」の防止          ②多職種協働の推進          ③ケアプランの見直しの円滑化に有効</p> <p>等や、また他にも自立支援の促進、重度化予防の効果が期待できます。</p> <p>※令和 2 年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金(老人保健健康増進等事業) 適切なケアマネジメント手法の普及促進に向けた調査研究事業(2022 年 3 月)株式会社日本総合研究所「適切なケアマネジメント手法」の手引き</p> <p>6) 社会資源を活用していくためには、他制度を理解し、多様な関係機関や地域住民との連携を深め、様々な利用者にあった社会資源が活用できるよう学びを深めていきましょう。地域の現状を知ることも大切です。</p>																														
<p>(2) アセスメントの結果から生活課題と目標設定が行われているか、又その上でのサービス計画になっているか</p> <p>・自立支援に資するニーズ、目標設定、支援内容になっているか</p> <p>・複数の事業所の提案された説明と利用者選択(自己決定支援)ができているか</p> <p>・自助力、互助力向上をケアプランに位置付けているか</p> <p>・第 1 表と第 2 表と第 3 表の目標やサービス内容が一致しているか</p> <p>・ニーズ、目標、援助内容は整合性がとれているか</p>	<p>提出頂いたケアプランに対し、下記の内容に課題がありました。一番多い課題はケアプラン全体の 92.4%に見受けられました。</p> <p>【詳細内容】</p> <table border="1" data-bbox="468 1228 1053 1999"> <tr> <td>アセスメント(課題分析)結果によるケアプランとなっていない</td> <td>40</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>サービスを利用(若しくは継続)する目的のプランになっている</td> <td>95</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>利用者の「望む暮らし」にむけたケアプランとなっていない</td> <td>22</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>「初回・紹介・継続」「認定済・申請中」に記載が不十分</td> <td>6</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>本人の意向の記載が不十分、又は本人の意向について代弁されていない</td> <td>33</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>家族の意向や支援の記載が不十分</td> <td>25</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>総合的な援助の方針欄の記載が詳細でなく不十分、又は第 2 表と関連していない</td> <td>28</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>(緊急事態が想定される場合)対応機関や連絡先・対応方法等についての記載が不十分</td> <td>2</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>ニーズの設定が不十分、又は再検討が必要</td> <td>125</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>長期目標、短期目標、援助内容の期間の設定に検</td> <td>16</td> <td>件</td> </tr> </table>	アセスメント(課題分析)結果によるケアプランとなっていない	40	件	サービスを利用(若しくは継続)する目的のプランになっている	95	件	利用者の「望む暮らし」にむけたケアプランとなっていない	22	件	「初回・紹介・継続」「認定済・申請中」に記載が不十分	6	件	本人の意向の記載が不十分、又は本人の意向について代弁されていない	33	件	家族の意向や支援の記載が不十分	25	件	総合的な援助の方針欄の記載が詳細でなく不十分、又は第 2 表と関連していない	28	件	(緊急事態が想定される場合)対応機関や連絡先・対応方法等についての記載が不十分	2	件	ニーズの設定が不十分、又は再検討が必要	125	件	長期目標、短期目標、援助内容の期間の設定に検	16	件	<p>(1)の課題・問題点等の項目において、アセスメント実施時の課題分析やニーズの把握が関連すると推測される項目に課題・問題点が多くみられました。ニーズがアセスメントの結果から得られた利用者自身のニーズとなっているのかどうかを点検し、ニーズの抽出を再検討することにより改善できると考えます。</p> <p><b>改善項目 1:「目標が抽象的な設定となっている」</b>          目標が抽象的になる原因として、アセスメントにより利用者・家族の「望む暮らし」の姿や予後の予測、その実現のために解決していく課題が捉えきれいていないことが考えられます。利用者・家族と丁寧にコミュニケーションを取りながら、合意できたことを具体的に言語化していきましょう。</p> <p>① 目標は、利用者が意欲的に取り組めるよう、利用者をはじめ誰にでもわかりやすい具体的な内容で記載します。</p> <p>② 目標は、モニタリング実施時に客観的に評価できるようにしましょう。例えば、「安全に移動できる」と設定すると、安全の判断基準は人によりとらえ方が違うために目標が達成できたのかどうかわかりづらくなります。また、「移動できる」という目標も、どの様に移動できるのか、どこまで行けることで目標を達成するのか判断しづらいため、例えば「トイレまで 1 人で行ける」「玄関まで新聞を取りに行くことができる」等具体的な目標を検討しましょう。</p> <p>③ 手段を目標にしていないか確認しましょう。例えば、「通所介護に参加</p>	<p>前回同様、複数の課題・問題点等の項目に該当するケースが多い傾向にあります。一方、「インフォーマルなサポートの位置づけが不十分」の項目では改善の傾向がみられています。利用者を取りまく多様な社会資源を活用していることがわかるように記載いただいていると推察いたします。ひき続き適切なケアプラン作成に向けて、左記とともに以下をご確認ください。</p> <p>1) アセスメントから得られるニーズとは、困りごとを発生させている原因や要因そのものではありません。目の前にある困りごとに対応するだけでは、利用者の自立支援につながりにくいものです。困りごとの事実や実態を把握したうえで、なぜそのような困りごとが生じているかについて、その原因や背景を利用者・家族と共に探っていくプロセスが自立支援には欠かせない視点です。介護支援専門員が気づいたことを一方的に伝えるのではなく、「どうしてこんなことが起きているのか」「どうしたら困りごとが解決するのか」について専門職としての見通しをもとに利用者・家族と一緒に考えるプロセスを大切に、利用者自らが主体的になれるように支援しましょう。</p> <p>2) 長期目標は、利用者自身がニーズごとに支援を受けながら自分自身も努力する到達点として、具体的にわかりやすく記載しましょう。短期目標が、1つずつ解決した先にあるゴール(結果)として利用者がイメージできるように表現すると分かりやすいでしょう。単なる努力目標やサービスの利用が目標とならないようにします。短期目標の積み上げの先に長</p>
アセスメント(課題分析)結果によるケアプランとなっていない	40	件																															
サービスを利用(若しくは継続)する目的のプランになっている	95	件																															
利用者の「望む暮らし」にむけたケアプランとなっていない	22	件																															
「初回・紹介・継続」「認定済・申請中」に記載が不十分	6	件																															
本人の意向の記載が不十分、又は本人の意向について代弁されていない	33	件																															
家族の意向や支援の記載が不十分	25	件																															
総合的な援助の方針欄の記載が詳細でなく不十分、又は第 2 表と関連していない	28	件																															
(緊急事態が想定される場合)対応機関や連絡先・対応方法等についての記載が不十分	2	件																															
ニーズの設定が不十分、又は再検討が必要	125	件																															
長期目標、短期目標、援助内容の期間の設定に検	16	件																															

	<table border="1"> <tr> <td>討が必要</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ニーズ、長期目標、短期目標が関連していない</td> <td>32</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>目標が抽象的な設定となっている</td> <td>134</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>サービス内容の記載が詳細でない</td> <td>47</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>セルフケアの位置づけが不十分</td> <td>126</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>インフォーマルなサポートの位置づけが不十分</td> <td>74</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>第2表に位置付けたサービスの記載が不十分、又は記載されていない</td> <td>46</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>主な日常生活上の活動の記載が不十分、又は記載されていない</td> <td>37</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>週単位以外のサービスの記載が不十分、又は記載されていない</td> <td>35</td> <td>件</td> </tr> </table>	討が必要			ニーズ、長期目標、短期目標が関連していない	32	件	目標が抽象的な設定となっている	134	件	サービス内容の記載が詳細でない	47	件	セルフケアの位置づけが不十分	126	件	インフォーマルなサポートの位置づけが不十分	74	件	第2表に位置付けたサービスの記載が不十分、又は記載されていない	46	件	主な日常生活上の活動の記載が不十分、又は記載されていない	37	件	週単位以外のサービスの記載が不十分、又は記載されていない	35	件	<p>できる」等手段を目標にしてしまいやすい例です。手段を目標にするとサービスを利用することが目的のように映ります。援助者側の目標設定になっていないか、サービス内容を目標に設定していないかを確認し、利用者の暮らしの目標として、利用者や家族にわかりやすい言葉で書きましょう。</p> <p><b>改善項目2:「セルフケアの位置づけが不十分」</b>          利用者の強みや弱みについて、アセスメント時の情報収集・分析が関連していると推測します。利用者の持つ強みに着目することで、セルフケアに関して、提案の選択肢が増えます。利用者のしていること、できていることを位置付け、“してみたい”と思う意欲を高め、常に利用者の自立支援を意識しましょう。またセルフケアを位置づけることで、利用者自身が役割を持ち、小さな目標達成の成功体験を重ねることで自己効力感が高まり、意欲の向上に繋がります。認知機能の低下予防も期待できますので積極的に位置付けていきましょう。</p> <p><b>改善項目3:「ニーズの設定が不十分、又は再検討が必要」</b>          ニーズの再検討が必要な理由は、アセスメントにより分析・抽出された生活課題の言語化が適切にできていない、又はアセスメントによる情報収集・分析が十分に行われていないことが原因と推測します。課題分析においては、生活の困りごとを引き起こしている「阻害要因」の分析と、利用者自身が課題に向けて取り組むことや力をつけること、また必要な援助を利用したことにより生活がどのように変わるのかについて見通しを立てることが大切です。そのうえで、利用者の望む暮らしを実現するために解決すべき課題を設定します。ケアプランのニーズ欄は、「生活全般の解決すべき課題」となっていますので、アセスメントにより把握した利用者の生活全体の困りごとを、利用者自身が課題を解決する意欲に転換し、ニーズとして言語化しましょう。アセスメントで明らかにした「問題」を「自立に向けての意欲」に転換することが、ケアプランにポジティブな「自立支援という目標や方向性」を持たせることにつながります。</p>	<p>期目標の達成があり、長期目標の達成が生活課題(ニーズ)の解決につながり、生活課題の解決の先に利用者の望む暮らしが見えてくることを意識しましょう。</p> <p>3) 短期目標は、長期目標を達成するために段階的に計画する具体的な活動(支援)の目標です。モニタリングの際に、達成度が分かるように具体的に記載します。例えば「自宅のお風呂に1人で入れる」「家族と映画を観に行く」等利用者自らが主体的に行動しようと思う目標にしましょう。</p> <p>4) 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(セルフケア)、家族支援、介護保険サービス、医療サービス、入居施設による基本サービスやオプションサービス、実費で利用される介護保険外サービス、その他インフォーマルなサービスやサポートがあります。これらは利用者にとって生活を支える大切な資源ですので、介護給付の有無に関わらず、ケアプランに記載しましょう。</p> <p>5) 「サービスを利用(若しくは継続)する目的になっている」の項目では、ケアプラン作成においてニーズの中にサービスの種類が記載されていることや、サービスを利用することが目標になっていないかを主として確認しています。これらを確認する背景として、「課題分析手法を用いたアセスメントが適切に行われているか」において、必要な情報を収集し、利用者の望む暮らしに向けた課題を抽出できているか、また利用者が主体的に取り組むニーズとなっているか、「特定のサービス・事業所に偏っていないか」において、サービス利用の必要性や他サービスの検討を、介護保険サービスだけでなく、セルフケアや家族の支援など含めているか、「サービス担当者会議が適切に行われているか」から医師との連携により、医療サービスの利用について、主治の医師の指示の有無、「モニタリング・評価表を適切に実施しているか、支援経過を適切に記録しているか」より、改善を目指す目標が達成しているもののケアプランを継続すると評価した理由が明確になっているか、など多岐に渡る視点から判断しています。それぞれの視点に関連しあっていることもケアプラン作成時には注意をいただき、サービス利用が必要な背景を丁寧に記録できているか確認しましょう。</p>
討が必要																														
ニーズ、長期目標、短期目標が関連していない	32	件																												
目標が抽象的な設定となっている	134	件																												
サービス内容の記載が詳細でない	47	件																												
セルフケアの位置づけが不十分	126	件																												
インフォーマルなサポートの位置づけが不十分	74	件																												
第2表に位置付けたサービスの記載が不十分、又は記載されていない	46	件																												
主な日常生活上の活動の記載が不十分、又は記載されていない	37	件																												
週単位以外のサービスの記載が不十分、又は記載されていない	35	件																												
<p>(3) 特定のサービス・事業所に偏っていないか</p> <p>・本人、家族に必要な情報提供をした上での事業所選択になっているか</p> <p>・適切なサービス内容及び量となっているか</p> <p>・自立支援に資するサービス提供となっているか</p>	<p>提出頂いたケアプランに対し、下記の内容に課題がありました。一番多い課題はケアプラン全体の <b>53.8%</b>に見受けられました。</p> <p><b>【詳細内容】</b></p> <table border="1"> <tr> <td>サービス利用が系列事業所になっており、本人・家族の選択の記載がない</td> <td>26</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>サービス利用の必要性についての検討が不十分</td> <td>51</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>他サービスの利用についての検討が不十分</td> <td>78</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>医療系サービスの利用について検討が不十分</td> <td>20</td> <td>件</td> </tr> </table>	サービス利用が系列事業所になっており、本人・家族の選択の記載がない	26	件	サービス利用の必要性についての検討が不十分	51	件	他サービスの利用についての検討が不十分	78	件	医療系サービスの利用について検討が不十分	20	件	<p>サービス利用に関する複数提案と利用者選択の適正実施に関する項目です。アセスメントにおいて抽出された生活課題を解決するために選択したサービスとして選択の根拠を明確にし、説明できるようにしておきましょう。</p> <p><b>改善項目:「他サービスの利用についての検討が不十分」</b>          サービス利用を検討する際は、適切なアセスメントから導き出された、ニーズに対応する必要な社会資源を適切に活用することが大切です。アセスメントにおける課題の分析で、①課題に対して利用者自身が取り組むことや取り組めそうなことを検討します。次に②家族や支援者、地域で協力出来そうなことを考えます。それでも対応ができない場合は、③介護サービス等の検討を行います。</p>	<p>1) 中立性・公平性においては、運営基準第4条関連「複数のサービスや事業所の紹介」「サービス事業所の選定理由」を明確にし、その上で利用者や家族が当該事業所を選定したことが分かるように記録しておきましょう。</p> <p>2) ケアプランに位置付けたサービス利用の根拠を明確に記載することが大切です。各サービスを利用する原因や背景について、利用者・家族の希望や疾患、生活機能や環境等をアセスメントにおいて明らかにし、利用者・家族と話し合った結果をケアプランに位置付け、サービス担当者会議で検討した結果を記録します。</p>															
サービス利用が系列事業所になっており、本人・家族の選択の記載がない	26	件																												
サービス利用の必要性についての検討が不十分	51	件																												
他サービスの利用についての検討が不十分	78	件																												
医療系サービスの利用について検討が不十分	20	件																												

			<p>単に利用者・家族の希望に沿うだけでなく、利用者の心身状態の改善・維持・悪化防止、自立支援を目的としたサービス利用となっていることが必要です。各サービスによる加算算定や医療サービス、保険外サービスについても同様に考えます。</p>																																					
<p>(4) サービス担当者会議が適切に行なわれているか</p> <p>・それぞれの項目が適切に、わかりやすく記載しているか</p>	<p>提出頂いたケアプランに対し、下記の内容に課題がありました。一番多い課題はケアプラン全体の <b>43.4%</b>に見受けられました。</p> <p>【詳細内容】</p> <table border="1" data-bbox="468 394 1056 1079"> <tr> <td>担当者会議の記録がない、又は記載が不十分</td> <td>31</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>医師との連携が不十分</td> <td>57</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>担当者会議欠席者への照会が不十分</td> <td>8</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>担当者会議出席者・欠席の職種・所属が記載されていない</td> <td>37</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>担当者会議を開催する目的が記載されていない</td> <td>11</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>利用者、家族の意向、総合的な援助の方針、課題分析結果の共有が不十分</td> <td>54</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>各担当者の専門的な意見の記載が不十分</td> <td>48</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>福祉用具貸与のサービスの位置づけについて記載が不十分</td> <td>21</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>医療系サービスの位置づけについて記載が不十分</td> <td>27</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>各担当者の役割が明確にされていない</td> <td>33</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>合意の上でケア方針が決定されていない</td> <td>63</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>次回開催日の記載、及び残された課題の記載が不十分</td> <td>19</td> <td>件</td> </tr> </table>	担当者会議の記録がない、又は記載が不十分	31	件	医師との連携が不十分	57	件	担当者会議欠席者への照会が不十分	8	件	担当者会議出席者・欠席の職種・所属が記載されていない	37	件	担当者会議を開催する目的が記載されていない	11	件	利用者、家族の意向、総合的な援助の方針、課題分析結果の共有が不十分	54	件	各担当者の専門的な意見の記載が不十分	48	件	福祉用具貸与のサービスの位置づけについて記載が不十分	21	件	医療系サービスの位置づけについて記載が不十分	27	件	各担当者の役割が明確にされていない	33	件	合意の上でケア方針が決定されていない	63	件	次回開催日の記載、及び残された課題の記載が不十分	19	件		<p>サービス担当者会議には、「援助の方向性を定める」「アセスメントの共有」「居宅サービス計画の練り上げ」「チームアプローチの促進」等のねらいがあります。利用者を含むケアチームで目標に向けて取り組む契機にしましょう。</p> <p>改善項目:「合意の上でケア方針が決定されていない」</p> <p>サービス担当者会議では、利用者・家族の意向を踏まえたケアプラン原案を検討します。アセスメントに基づく利用者・家族の意向や目標をどのように実施するのか、リスクの予測や悪化の防止策などを協議します。利用者・家族を中心としたケアチームの方針を確認(説明)し、同意を得て合意したことを、第4表サービス担当者会議の要点に記載しておきましょう。</p>	<p>前回に比べ「担当者会議の記録がない、又は記載が不十分」「担当者会議欠席者への照会がされていない」「合意の上でケア方針が決定されていない」「次回開催日の記載、及び残された課題の記載が不十分」に該当するケースは減少しています。ひき続き適切なサービス担当者会議の開催について、左記とともに以下のポイントを参考にしてください。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) サービス担当者会議では、開催の目的を明らかにし、ご利用者の意向を基に課題分析の結果を共有し、原案を提示した上で、各サービス担当者の専門的な意見・提案や他サービスを検討し、結果ケア方針を全員で合意形成した経緯をわかりやすく記載しておきましょう。</li> <li>2) 単にサービス提供することだけにフォーカスするのではなく、ケアチームでケアプランを練り上げることを意識してみましょう。</li> <li>3) 感染症予防の観点等により現地開催が難しい状況であることも推察いたします。何らかの理由によりサービス担当者会議の現地開催がない場合であっても、第4表に記載される項目の記録が必要です。意見の照会のみで終わらず、必要な記録を作成しておきましょう。</li> </ol>
担当者会議の記録がない、又は記載が不十分	31	件																																						
医師との連携が不十分	57	件																																						
担当者会議欠席者への照会が不十分	8	件																																						
担当者会議出席者・欠席の職種・所属が記載されていない	37	件																																						
担当者会議を開催する目的が記載されていない	11	件																																						
利用者、家族の意向、総合的な援助の方針、課題分析結果の共有が不十分	54	件																																						
各担当者の専門的な意見の記載が不十分	48	件																																						
福祉用具貸与のサービスの位置づけについて記載が不十分	21	件																																						
医療系サービスの位置づけについて記載が不十分	27	件																																						
各担当者の役割が明確にされていない	33	件																																						
合意の上でケア方針が決定されていない	63	件																																						
次回開催日の記載、及び残された課題の記載が不十分	19	件																																						
<p>(5) モニタリング・評価表を適切に実施しているか、支援経過を適切に記録しているか</p> <p>・利用者・家族の意向・満足度、目標の達成度、事業所との調整、計画の変更の必要性等に関する記録ができていないか</p> <p>・介護支援専門員として把握したこと、判断したこと、調整したこと、日常の援助にかかる活動内容や対応したことがわかりやすく記録できているか</p>	<p>提出頂いたケアプランに対し、下記の内容に課題がありました。一番多い課題はケアプラン全体の <b>49.0%</b>に見受けられました。</p> <p>【詳細内容】</p> <table border="1" data-bbox="468 1220 1056 2018"> <tr> <td>モニタリング内容の記載が不十分、又は記載がない</td> <td>36</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>モニタリング結果の記録が不十分</td> <td>49</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>支援経過記録に記載漏れ(時間、場所等)または工夫が必要</td> <td>30</td> <td>件</td> </tr> <tr> <td>介護支援専門員自身が把握したこと、判断したこと、調整の状況等を整理して記載できていない</td> <td>71</td> <td>件</td> </tr> </table>	モニタリング内容の記載が不十分、又は記載がない	36	件	モニタリング結果の記録が不十分	49	件	支援経過記録に記載漏れ(時間、場所等)または工夫が必要	30	件	介護支援専門員自身が把握したこと、判断したこと、調整の状況等を整理して記載できていない	71	件		<p>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公的な記録です。介護支援専門員として利用者・家族、各サービス担当者、関係機関との専門的な関わりを通じて把握したこと、判断したこと、調整が難航し持ち越したことなどを整理してわかりやすく記載します。単に支援が継続していることの確認だけでなく、常に総合的な援助の方針、ニーズ、目標、サービス内容などケアプランの進行状況と目標の達成度、ケアプランの見直しの必要性が生じているか確認する視点が大切です。</p> <p>改善項目:「介護支援専門員自身が把握したこと、判断したこと、調整の状況等を整理して記載できていない」</p> <p>実施状況の把握(モニタリング)情報は、利用者、家族、サービス担当者等、誰からの情報や判断なのかを整理して記載すると、後で見たときにわかりやすいものとなります。この時、事実・判断・方針変更の有無の視点を持つことが重要です。事実を記載し、介護支援専門員としてどう判断し、対応したのか、どう対応する予定なのか、どのような結果になったのか等を記載しましょう。</p>	<p>前回に比べ、支援経過に関する「支援経過の記録に記載漏れまたは工夫が必要」「介護支援専門員自身が把握したこと、判断したこと、調整の状況等の記載」は改善されている傾向にありました。ひき続き適切なモニタリングの実施、支援経過を記録するために左記とともに、以下のポイントを参考にしてください。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 目標の達成度において、目標が達成した状況が継続しているケースが見られます。短期目標が達成した場合は、目標の変更を行い、長期目標へのステップをあげてもらいます。そうではなく、短期目標を継続する理由がある場合は、継続が必要と判断した理由を記録に残し、判断した根拠について説明できるようにしておきましょう。</li> <li>2) モニタリングを通じてニーズとサービスのミスマッチが起きていないかを確認し、再アセスメントを行いプランの修正を検討します。その際は、アセスメントツールに“アセスメントを実施する理由”“アセスメントを実施した日付”“(既存のアセスメントツールを用いる場合は)追記したことがわかるように”記載しておきましょう。再アセスメントを実施した結果、アセスメント内容に変更がなく、ケアプランを作成した場合も、その旨をアセスメントツール等に記載します。そうすることで、ケアマネジメントプロセスのPDCAサイクルが適切に循環することにつながります。</li> <li>3) 支援経過を記録する時には、誰が読んでも支援のプロセスが分かりやすいように記載します。具体的には、</li> </ol>																								
モニタリング内容の記載が不十分、又は記載がない	36	件																																						
モニタリング結果の記録が不十分	49	件																																						
支援経過記録に記載漏れ(時間、場所等)または工夫が必要	30	件																																						
介護支援専門員自身が把握したこと、判断したこと、調整の状況等を整理して記載できていない	71	件																																						

				<p>① 文章における主語と述語を明確にする</p> <p>② 共通的でない略語や専門用語は用いない</p> <p>③ 抽象的な表現を避ける</p> <p>④ 箇条書きを活用する</p> <p>等に留意して、介護支援専門員として日頃の活動を通じて把握したことや判断したことを記載しましょう。</p>
(6)総合評価	提出頂いたケアプランに対し、下記の内容に課題がありました。一番多い課題はケアプラン全体の <b>75.9%</b> に見受けられました。 【詳細内容】		<p>総合評価として、利用者の自立支援に関する項目に課題・問題点が多くみられています。ケアマネジメントにおける根幹となる自立支援について、改めて以下をご確認ください。</p> <p>改善項目:「自立支援の観点からのケアマネジメントの実践が不十分」</p> <p>ケアマネジメントにおける自立支援の観点について、以下のポイントを参考にしてください。</p> <p>① 利用者の望む暮らしについて、自己決定ができるように支援を行うこと</p> <p>② 自己決定を最大限に尊重するため、利用者がサービス提供者などに対して適切に発言できない場合などには、利用者の意向を代弁して、サービス利用の権利の擁護を行うこと</p> <p>③ 利用者の意欲を引き出すとともに潜在能力、利用者の強み、できそうなことを見出し、それを最大限に発揮できるように支援を行うこと</p> <p>④ 介護保険法第2条第2項の規定にあるように、利用者の要介護状態等の軽減または悪化の防止に役立つような支援を行うこと</p> <p>※引用:一般財団法人長寿社会開発センター「七訂介護支援専門員実務研修テキスト 上巻」介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会編集(平成30年11月)P.7~P.8</p> <p>ケアマネジメントの目指す、利用者の尊厳を尊重し、自立支援を図りながら、住み慣れた地域で継続した暮らしが実現できるような支援を行っていきましょう。</p>	<p>各帳票の作成方法については、老企第29号「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」を参考にしてください。</p> <p>(1)から(5)までの課題・問題点等の項目において、ケアマネジメントプロセスごとに、それぞれ改善項目として記載のある内容には特にご留意いただき、支援の内容を支援経過記録に残しておきましょう。利用者の支援でご多忙なこととは思いますが、ケアマネジメントプロセスを一つ一つ丁寧に実施いただき、その内容を適切に記録しておくことが改善に繋がります。</p> <p>ケアマネジメントのプロセス毎の実施については、利用者や関係者と直接面談できる機会とともに、電話や照会、テレビ電話、web会議等のICTを活用し、新たなケアマネジメントの在り方に取り組んでいただければと思います。この取り組みは、今後のケアマネジメント業務に、必ず活かされてきますので、様々な対応方法を支援経過記録に記録しておきましょう。</p> <p>今回は「独居等のため、家族等の支援を得ることが困難な利用者のプラン」を提出いただきました。全国的にも単身高齢者世帯、高齢者夫婦のみ世帯が増加の一途にある中で、介護支援専門員・計画作成者の皆さまにおかれましては幅広い対応が求められ、ご苦慮されることも多くあることと推察いたします。日常生活上の問題、健康面への配慮、社会的孤立等、多岐にわたる課題については地域包括ケアシステム(自助・互助・共助・公助)や、地域ケア会議を活用することなどについても検討してみてください。</p> <p>利用者を含め、医療、介護、保健・福祉、その他多様な社会資源が協働して利用者の“望む暮らし”にアプローチできるケアチームを構築していきましょう。</p> <p>ケースの課題や問題点の改善については、個人で学ぶ、事業所内で相談する、地域で学びあう等、研鑽に努めていきましょう。地域の中には力のある介護支援専門員の方もいらっしゃいますので、介護支援専門員同士が連携できる関係性を構築し、学びあえる機会をつくっていきましょう。</p>
	各帳票の日付が一致しない等がみられ、再点検が必要	16	件	
	各帳票の記載方法について、第三者が読んでわかりやすいよう書き方に工夫が必要	42	件	
	各帳票の全般に記載漏れが多い	30	件	
	誤字・脱字が多い	32	件	
	ケアマネジメントプロセスが不十分	38	件	
	自立支援の観点からのケアマネジメントの実践が不十分	110	件	
	医療サービスとの連携が不十分	52	件	
	利用者自身によるサービス選択がされていない	18	件	
	利用者への説明責任についての記載が不十分	15	件	
	継続的・計画的なケアプランの作成となっていない	27	件	