

令和2年度ケアプラン点検報告

山口市介護保険課

1. 目的

居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成するケアプランを点検し、利用者にとって真に必要なサービスを提供するケアプラン（自立支援に資する適切なケアプラン）という視点で、作成者である介護支援専門員とともに検証・確認しながら、気づきを促すことにより、ケアプランの質の向上と介護支援専門員の資質向上を図り、介護給付の適正化を図る。

2. ケアプラン点検の方法（実施期間：令和2年9月～令和3年2月）

書類審査及び面談によるヒアリングを行った。

点検実施者	点検対象としたケアプラン	点検実績
山口県介護支援専門員協会(委託)	支給限度額に対するサービス利用の割合が高い、サービス付き高齢者向け住宅又は有料老人ホームに居住している利用者のケアプラン	12件 (6事業所×2件)
山口市	支給限度額に対するサービス利用の割合が高い、在宅の利用者で、経験年数の短い介護支援専門員が担当する利用者又は経験年数の長い主任介護支援専門員が担当する利用者のケアプラン	10件 (5事業所×2件)

3. 点検結果

アセスメント
【優れた点】 ・独自に作成したアセスメントシートで、誰にでも見やすく、自身も使いやすく、工夫しておられた。 ・聴取した内容をサービス提供事業所と早期に共有している。 ・状態だけでなく、整理や分析が行え、今後の見立てについても確認できる場所があった。
【課題点】 ・現状把握はできているが、課題に対しての原因や背景、今後の予測といった分析ができていない。 →〈対応策〉現状について記載するだけでなく、空欄に自立できている要因や、課題と考える原因、状態について記載していくことで、記載しながら分析できるようになる。 ・アセスメントが必要な箇所だけの把握にとどまっており、本人や家族の意向に沿った分析まで記載されていない。 →〈対応策〉課題となっている箇所だけでなく、整理分析をしていく中でたくさんの要因が関係していることもあるため、全体の状態像を多角的な視点で見ていくためにも項目に沿って記載したほうが良い。
【不適切事例】 ・負担割合、介護保険認定有効期間未記入。 ・アセスメント理由の記載なし。

第1表 居宅サービス計画書(1)

【優れた点】

- ・専門用語や難しい言葉を使用せず、本人や家族にとってわかりやすい記載になっている。
- ・アセスメントからこの1表を作成する経過において、本人やご家族との関わりをととても丁寧に行っておられた。

【課題点】

- ・意向について発言内容のみであり、今後の生活に対しどうしたいか、アセスメントからくみ取れていない。
→〈対応策〉 本人や家族の意向は、確かに発言内容を記載することでより現実的な内容となるが、発言された言葉の背景や思いをくみ取り、課題分析の結果から生活をどのように組み立てていきたいのかといった意向をまとめ記載する。
- ・総合的な援助の方針も具体的な方針でなく、現状と注意事項の記載にとどまっていたり、介護保険サービスの利用が目的になっていたりする記載が見受けられた。
→〈対応策〉 サービスを利用することが目的でなく、本人を援助するための具体的な内容を記載することが必要。現状から何を目標としていくのか、何を目指すのか、チームケアの基本となる内容も記載しなければならない。単に課題や注意事項を並べるだけでなく、全体として取組むことでどういった生活になっていくのかといった内容を記載するとよい。

【不適切事例】

- ・暫定のケアプランを提出されていた。
- ・初回・継続・紹介のチェック、生活援助中心型の部分のチェックなど記載もれあり。
- ・総合的な援助の方針に、主治医や医療機関の連絡先の記載のないものがあつた。

第2表 居宅サービス計画書(2)

【優れた点】

- ・本人の取組むべき目標をどの課題にも入れておられ、この部分はご自身で意識しながら利用者と話し合い記載しておられた。
- ・経過から、軽微な変更について記載している点は良いと思われる。
- ・モニタリングの中で状態の変化を確認している。
- ・自法人以外の通所系サービスも検討され、利用もされている。

【課題点】

- ・長期目標・短期目標が抽象的な表現になっており、達成がイメージしにくい。
→〈対応策〉 長期目標や短期目標については、本人が達成しやすい目標やイメージしやすいものにする事で、本人の意欲向上にもつながる。また、目標を具現化することで、その後のモニタリング・評価がしやすくなる。
- ・目標期間の設定に個別性がなく、一律になっている。
→〈対応策〉 各期間の設定については、それぞれの目標の内容を見ながら、どのくらいの期間で達成できそうなのかを予測して設定する。

・全体的にサービスを利用するためのプランになっている。

→〈対応策〉利用しているサービスを主体としてとらえるのではなく、本人の現状から支援につなげていく意識が必要。「ニーズ」と「目標」、「支援内容」が必ず連動していなければならない。

【不適切事例】

・要介護2以上であることだけをもってして、特殊寝台の利用を位置付けている。

・介護保険外のサービスがケアマネの知らないまま開始され、介護度により保険内外に振り分けられている。

第3表 週間サービス計画表

【課題点】

・日常生活上の活動の欄に記載がない。(面談により、把握をしていることはよく分かったが、記載をしていないという事例があった。)

・介護保険サービスのみの記載になっており、医療や家族の支援等に関して記載なし。

4. まとめ

今年度は、サ高住・有料に居住している利用者とケアマネジャー経験年数の長い方又は短い方が担当する利用者に対し、点検を実施しました。

点検の結果から、いずれのケースも大事なことは、「自立支援」と「利用者本位」のケアプランであるかという視点ということがわかります。

介護支援専門員として公正中立な立場で、家族や施設の意向ではなく、利用者の有する能力をアセスメントし、社会資源を活用しながら住み慣れた地域で生活が継続できるよう支援していく。ケアプラン作成は普遍的な作業です。このケアプラン点検を通じ、気づきを得るきっかけになり、ケアマネジメントの質の向上や利用者にとって真に必要なサービスの提供につながることを願っています。