

3 ケアマネジメント全般について

3-1 ケアプラン検討委員会委員から出た注意点

令和6年度ケアプラン検討委員会にて、委員から出された意見です。
ケアプラン作成の参考にしてください。

指摘項目	意見	備考
アセスメント	アセスメントを適切に行い、把握した課題について多職種が視点や知識を共有し、円滑に連携できるようにケアプランを作成しましょう。支援の妥当性を判断するために確認すべき事項が分かるよう記載してください。	
	家族構成について、年齢についても記録すると他の人が見たときに家族支援の状況を把握しやすくなるでしょう。また、ケアプランにおいても、家族の誰が何をするのか記載すると良いでしょう。	
	アセスメントはしっかりできていますが、全体のまとめの記載については何が課題か想像しにくい状態になっています。どの部分にどのような支援が必要であるかを課題として挙げるとよりよいケアプラン作成につながるかと思いますので、情報を整理し、まとめたうえで優先順位を付けて記載するとよいでしょう。	全体のまとめが項目ごとに分けられており、全体として何が課題か見えづかったケース
	医療的な情報については、看護師や医師と情報交換を行いましょう。	
	ニーズとしてひとつの疾患だけを取り上げるのではなく、全体的な医療ケアを考えるとよいでしょう。	多くの既往疾患があるケースで、ニーズ上はそのうちの1疾患のみが記載されており、看護師や医師と情報交換を行ったうえでのケアを考えるべきとされたケース
	課題を総括する際、課題として把握したものについては、ニーズに挙げたうえで、それに沿ったケアプランを作成してください。	
	情報収集はされていますが、まとめる際、介護者の感じる不満のみが記載されています。アセスメントのまとめの部分には、情報収集し、分析した結果出てきた問題点を記載しましょう。ここは、ケアプランに記載するニーズの根拠になる部分です。	本人の意向と家族の意向は区別して記載してください。

		アセスメントのまとめとケアプランのつながりを意識して記載しましょう。	アセスメントをまとめた結果、導き出されたニーズを記載すること。CMが将来を見越して提案したことを記載したりすることは避けてください。
ケアプラン	第1表	「意向を踏まえた課題分析の結果」欄が、本人・家族の意向の記載にとどまっています。意向を実現するにあたり何が課題となるか分析し記載してください。	「総合的な援助の方針」欄でも可
		避難場所について言及があり素晴らしいです。追加で福祉避難所がどこにあるかも記載するとよりよいでしょう。	「総合的な援助の方針」欄に緊急連絡先として避難場所の記載があったケース
	第2表	第2表は、アセスメントの結果からニーズを記載しましょう。ニーズを記載する際、ニーズは「解決することで望む生活や活動が可能となるもの」であることを意識してください。ニーズの記載が不明確であると、目標が大きくなり焦点がぼやけます。栄養や身体状況、体重等の管理含めニーズを抽出し、目標を設定するとよいでしょう。	
		目標については、達成のために具体的に何を行うのか明確にしたうえで、利用者の意欲が湧くよう実感や達成感が得られる内容で設定しましょう。	
		自立支援の観点から、本人のADL等をどの程度改善していくべきなのか検討し、その結果から、本人がすべきことを整理しましょう。	在宅者のケースで、主介護者の負担を考えた自立支援が必要だったケース
		長期目標や短期目標について、具体的でわかりやすい内容にするとより良いプランになるでしょう。	
		同居家族の支援している内容についても記載し、家族が担う役割や負担感を明確にしましょう。	
		近隣住民や親族からのインフォーマルサポートについてもケアプランに記載し、それぞれが担う役割を意識できるようにするとよいでしょう。	

		ニーズ（生活全般の解決すべき課題）とは、解決できれば利用者が望む生活や活動が可能となるもの、自立に向けて取り組むべきことです。「より良いサービスが受けられる」のような記載は、抽象的で本人が取り組むべきことが分かりにくいので、具体的に細かく記載するとよいでしょう。 （例）「肺炎を起こさず在宅で暮らせるよう支援します」 「体を清潔に保って、在宅で気持ちよく過ごせるように支援します」等	
		一目でどのようなサービスを使っているか分かるように記載を工夫するとよいでしょう（介護保険、難病医療、身体障がい者向けサービス等）。	介護保険外のサービスを併用しているケースに対して
		ケアプランには、アセスメントで得た利用者の状況等を書くのではなく、本人が取り組むべきことを理解できるよう、記載を工夫するとよいでしょう。客観的なデータをプランの指標や短期目標に組み込むと伝わりやすいプランになります。	ニーズを記載する際、例えば「病状悪化の危険性が高いので、病状の管理をする」ではなく、「病状の管理（をする）」でよい。
		アセスメントの結果把握された課題（食事の管理や住環境）についても、本人が健康に過ごすために取り組むべき課題としてケアプランに組み込むとよいでしょう。本人がプランを読んで、自分自身が気を付けたり、取り組んだりすべきことを理解できるよう記載を工夫する必要があります。	利用者に「なるほど気をつけなきゃな。入院だけは嫌なんだよ。自由に過ごしたいんだよ。」のような気持ちを引き出させるような記載を
		例えば医学的観点から、呼吸リハビリが有効であると考えられる場合に、医療サービスを利用したり、本人が自宅でできる運動について、短期目標に組み込んだりすることを検討するとよいです。	
		課題整理総括表で出た課題について、ケアプランにニーズとして盛り込みましょう。栄養管理や体重についてもニーズに入れるとプランの幅が広がります。	
その他・全体		ケアプランは、利用者・家族のために作成された計画であると同時に、多職種の情報の根拠ともなる重要な記録です。記録を作成する際は、全ての内容を記載するのではなく、焦点を絞り要点を記載し、作業の省力化を図りましょう。	
		家族支援において、キーパーソン以外の家族についても役割を検討し、プランに位置付けると良い場合があります。	
		身体機能について、他の職種に通じるよう、適切な言葉で表現するように心がけましょう。	

体重管理や薬の副作用について、専門職種から情報収集し、モニタリング時に確認できるようにするとよいでしょう。主治医と連携することも重要です。	
日常生活動作上、どのように気を付けたらよいか情報を入れていくとプランに幅が出ます。	
本人の認知面の課題についてニーズを整理し、ケアプランに位置付けましょう。本人の楽しみや生活上のメリハリ等を考え、プランに組み込むとより深みのあるプランになるでしょう。	
サービス種別について、正式なサービス名称を書いてください。	保険者提出意見です。介護保険法上、正しいサービス名称で記載するようにしてください。
本人が取り組むべきことを分かりやすく具体的に記載してください。	
サービス担当会議で挙げた課題についてもケアプランに組み込むようにしましょう（嚥下機能の低下）。 →嚥下困難からくる様々な課題（栄養状態の悪化、誤嚥性肺炎）をニーズとして取り上げるとよいでしょう。現状デイサービスで食事形態を変更しているということは、既にニーズがあるということです。	（保険者より）通所事業所において、この委員意見とは逆に、認定調査時に嚥下機能に問題なしとされているケースに口腔機能向上加算等を算定しているケースがよく見受けられます。嚥下機能の低下がみられる利用者に適切なサービスが提供されるようなプラン作成をお願いします。 また、通所事業所で当該加算等を算定算定しているケースがある場合には、必要性を検討いただくと助かります。
これまでの生活歴や家族の気持ちを把握し、不適切ケアや突発的な事件等の予防の視点を持ってケアプランを作成するとよいでしょう。	
主介護者の望む介護の姿（どういうところを目指して介護をしてほしいと考えているのか）を組み込むとプランに幅が出るでしょう。	
主介護者へ、本人の病態や進行すると出てくる症状について説明することも大切です。また、主介護者から事業所に対する不信感の緩和については、本人の利用時の様子等の情報を中立な立場で伝えることが大切です。伝えた際の主介護者の様子を事業所にも共有するとよいでしょう。	

事業所等、本人に関わっている人たちが、自分たちがどのようなサービスを提供すべきか分かるようケアプランの記載を工夫するとよいでしょう。	多職種間での連携を円滑にするため
緊急時の意思決定について、誰にどういう順番でかかわってもらうか整理し、プランにも記載するとよいでしょう。	