

4 ケアマネジメント全般について

4-1 ケアプラン検討委員会委員から出た注意点

令和7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	健康状態の状況の特記事項について、病気の重症度や療養上の留意点、薬の処方、服用状態などのアセスメントは重要です。	委員より服薬状況について質問されたが、明確な返答ができなかったケース
	まとめの部分について、事実の記載のみとなっています。本人の生活状況や病状、介護の状況などを踏まえた上でニーズを抽出し、こちらに要点を記載しておくことで、ケアプランを作成する際の見通しや方針の根拠が分かりやすくなります。アセスメントでまとめたニーズをケアプランに反映させる連動、つながりを意識した記載をしましょう。	アセスメントは取れているものの、全体のまとめの記載が少なく、アセスメントとケアプランのつながりが見えにくいとの委員意見。情報をまとめるのみではなく、アセスメントから導き出されるニーズを最大限記入する必要があります。
	「援助の計画」欄については、達成したい目標に焦点を当て、抽象的な内容ではなく具体化した記載に努めましょう。（例：ADLの現状維持→足趾切断の悪化防止のため、関節を保護する筋肉を付ける、末梢神経の状態維持のため糖尿病の数値をコントロールするなど）	糖尿病で片足を切断しているケースで、良い方の足首を痛めたり転んで骨を痛めたらもうこの身動きがとれないから、バランスの練習やその良い方の足の関節を保護するような筋肉をつけていくことが大事とか、脚の末梢の神経が良い状況であるためには、糖尿のコントロールが必須のように説明して、利用者本人がニーズをくみ取れるような説明を目指すように委員からアドバイスがあったもの。「ADLの維持のために通所リハビリに行きましょう」のような抽象的なニーズのくみ取り方だと、「ADLっちゃんんだ」みたいな感じになりかねない。
	全体のまとめについて、アセスメントの羅列ではなく、ケアプランにつながるニーズをアセスメントから抽出しましょう。まとめとして注視すべきニーズや課題を整理しておくことで、ケアプランへのつながりがわかりやすくなり、整合性が取れるようにもなります。	委員より、アセスメント上で出てきた内容をただ羅列するのではなく、ケアプランに課題として繋がるように書くと、後でケアプランを見たときに、整合性がわかるようになるとのアドバイスあり。
	現在のアセスメントでは、疾患の状態や生活を支障している要因、インフォーマルサービスや社会資源などの具体的な内容があまり記載されておらず、見落とされている部分が多く見受けられます。サービス担当者会議や支援経過記録上では把握している具体的な課題や社会資源などを、意識してアセスメントやケアプランに落とし込めるようにしましょう。	使用している様式の制約もあって、医療的な視点や社会背景の記載が少ないとされたもの。

アセスメントした情報の分析や、問題点の抽出、ニーズの把握が不足しています。例えば、課題整理総括表の日常生活の阻害要因では、認知症そのものだけを挙げるのではなく、その症状による生活の支障要因を挙げることで、より具体的な見通しが立ち、ケアプランにもつながるようになります。	症状による生活の支障要因とは、認知症による記憶障害により賞味期限の管理ができない、遂行障害により調理の手順が把握できない、抑うつ気分により運動が少なくなっている、2人家族でその2人ともその生活上の不安を抱えているといった要因を指します。
全体のまとめにおいて、アセスメントした内容を分析し、項目ごとにニーズが挙げられており、さらに「課題と総括」として支援の方向性がよく見えるように記載されています。アセスメント上で課題整理ができていることで、ケアプランのニーズにもつなげやすくなります。	まとめにアセスメントの結果、ニーズ、課題と総括が順を追って記載されているので、委員から評価されたもの
個別項目では、家族状況やインフォーマルな支援、経済状況、住居等の状況、個別項目の特記事項などに抜けが見られます。初回アセスメント以降に判明した情報について、支援経過記録などに記載するだけでなく、その都度アセスメントシート表にも記録、補足しておきましょう。アセスメントはケアプランを策定する度にその時点のものを保存する必要があるため、こまめに記録をしておくで次の負担が軽くなります。	ケアプランを策定したときに必ずその時点のアセスメントを保存しておくようにすること。
特記事項の記載から課題の分析、全体のまとめでの課題の総括まで、丁寧にアセスメントされています。まとめの各項目の記載順は、ケアプランでの位置付けや多職種との連携を踏まえて工夫すると、より見やすいものになるでしょう。	
アセスメントとは本人、家族からの情報収集に専門的な分析を加え、問題点を抽出し、ニーズを導き出す過程を指すと言われています。そのなかでも、全体のまとめは、チェック項目の分析を行い、ニーズを導き出したケアマネジャーの思考過程の根拠となる重要な部分です。どのような現状（心身の状態・生活環境等）で、どのようなニーズがあり、何を目標とするか（現状維持、状態の改善等）をアセスメントし、全体のまとめに整理しておくことで、プランを本人や家族に説明する際に、目標とそれを達成するためのサービスの必要性の根拠をわかりやすく示すための土台となり、本人の納得の上でのサービス利用等にもつながりやすくなります。	法令上の必須項目ではないため「全体のまとめ」がないことのみをもって直ちに報酬の返還は求めませんが、そのようなケアプランはアセスメントが不足し根拠が読み取れないことがあります。プラン作成の根拠を第三者に示せるよう「全体のまとめ」を行い、記録しておくことをお勧めします。
全体のまとめは、情報収集と分析により導き出したニーズを、総括、身体、精神、社会、環境などのいくつかの項目に分けて整理し、記載するとよいでしょう。ここで整理した内容（情報を分析して得たニーズと、それに対して必要とされる援助内容等）をもとにケアプラン作成を行うことで、プランの根拠を本人、家族、または連携する多職種にわかりやすく提示できるようになります。	ケアマネとしてこういうふうを考えましたっていうことを証明するのが全体のまとめであるとの委員アドバイス

ケアプラン	第 1 表	脳梗塞を繰り返す可能性が非常に高いケースであることや一人暮らしということ踏まえ、再発防止等の疾病管理（食生活、服薬）や緊急時の対応といったリスク管理についてもケアプランに位置付けておくことで安心です。特に、口腔内の問題や栄養管理は重要であるため、短期目標の一つではなく、一つの大きなニーズとして捉えると良いでしょう。	独居で脳梗塞再発の可能性があるケースで、本人にとって疾患再発が大きなリスクであることから、リスク管理として大きなニーズととらえてはどうかという委員からの提案
		居宅サービス事業者間で共有しておきたい事項（緊急通報システムの利用や本人の浪費癖などの課題）についても 1・2 表に含めると良いでしょう。	
		医療的ケアが重度である場合、災害弱者になり得る可能性が非常に高いですが、災害時の対応（備蓄、避難場所、安否確認、伝言ダイヤル等）がニーズとしてケアプランに組み込まれており、非常に良い点です。さらに、災害時以外も含めた医療関係の緊急連絡先を含めるとより良いプランになるでしょう。	第2表のニーズに災害時のね対応が入っており素晴らしいと委員の評価を受けると共に、第1表の総合的な援助の方針欄に記載している緊急連絡先に、常時必要としている医療関係の緊急連絡先を含めるとなおよいのではないかとアドバイスあり。
		2 表のニーズ欄では、意向ではなく個別のニーズを記載しましょう。第 1 表で本人や家族の意向とそれらを踏まえた課題分析の結果を記載し、第 2 表でそれらを実現、解決するための個別具体的な課題を挙げるとよいでしょう。	
		第 1 表が改正前の様式になっています。改正後の標準様式を必ず使用し、本人及び家族の意向を踏まえた課題分析の結果も記載してください。	「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」になっていなかったケース。介護ソフトのベンダーが対応していないことが原因なら、ベンダーに申し出ましょう。
		アセスメントにおいて課題分析がしっかりとされているように見受けられますので、その場合の第 1 表の課題分析の結果は、ケアマネジャーの視点から本人の生活に対する意向をより具体的かつ適切に記載する形でよいと思われます。本人の意向と、専門的な視点からの提案を上手にまとめ、本人の意向として納得するような言葉で表現し、同意を得られるようなプランとなれば、他の模範となるような第 1 表になるでしょう。	課題分析の結果は、ケアマネとして戦略的に使うくらいの意図を持って、例えば利用者と「せっかく家にいるんだったら、やっぱり生きがいとかやりがいとかどうですか」などとやりとりして、そのやりとりの結果を本人の意向として本人が納得するぐらいの言葉で表現するとよいでしょうとの委員アドバイス。
		総合的な援助の方針では、現状に止まらず、病状が悪化した場合の延命措置等の現時点での意向確認など、少し踏み込んだ内容も方針として記載できるとよりよいプランとなります。	自宅以外での生活に強い拒否があるケースで、総合的援助の方針のところに、万が一急に病状が悪くなっても過剰な医療や延命措置等の医療は望まないとか、そういうようなところまで話をできれば、この時点での意思表示、意向確認とかいうのを、プランに位置づけることもあっていいんじゃないかという委員の意見。

第2表	認知症予防に関して、サービス内容が定期的な受診、服薬管理にとどまっていますが、医療的なケアも踏まえた目標を立てることで、適切なケアがしやすくなります。また、本人も丁寧なケアを受けられている自覚ができ、自分自身での注意にもつながります。	
	疾患（パーキンソン病）に関連する問題（摂食嚥下、栄養、精神的な問題など）を加味することで幅広いケアプランになります。また、現状の把握だけでなく、今後病状が進行しADLが低下した場合の対策など、先のことも見通した内容をプランに示すと良いでしょう。	パーキンソン病のケースで、当該疾患は運動機能だけでなく、精神的な問題を抱える場合や、摂食嚥下、栄養の問題などを抱える場合があるので、そのような点に加味される少し幅広いケアプランになるのではないかと委員からアドバイスを受けたケース
	物忘れや認知症、財産管理など本人には認識がないが周囲が課題として捉えている点についても、進行予防や支援策をケアプランに位置付けましょう。プランを通じて周囲の認識を本人と共有することで、さらなる支援やサービス、制度の活用にもつながります。医学的な認知症の診断を受けることも、本人との課題やリスク、認識共有のために有効です。特に、金銭管理というシビアな課題についても話し合えるような関係性を構築していくことで、より良いプラン作成につながります。	本人の認知状況から判断して、いずれは成年後見制度などの支援策が必要となるケースで、本人が課題として認識し、実際に支援策を講じるまでには時間がかかるため、委員がアドバイスをしたもの
	第2表の短期目標については、具体的なものを記載しましょう。血圧や糖尿病に関する目標値などの具体的な数字を記載することで、目標達成の判断指標になるとともに、利用者自身の日常的な意識付けにもつながります。特に、達成しやすい短期目標を立てることで、利用者自身のやる気を引き出せるようなプランになるでしょう。	糖尿病や高血圧などの症状があるケースについて、短期目標で本人が何に気をつければいいのか、どのくらいの目標値を目指せばよいか数字でわかるようにするとよいのではないかと委員からアドバイスがあったもの
	プラン作成時は、第2表、第3表の利用するサービスについて、予防的な視点も踏まえた一貫性、整合性のある記載を心がけましょう。	プランの日付上、第3表を先に作成し第2表を後から作っており、3表にはあって2表には入っていないサービスが見受けられ、委員が注意を促したものの
	第2表の短期目標では、具体的な目標値を掲げることで、利用者自身が目標を達成するための行動を意識しやすくなります。安定させる、予防するなどの表現に止まらず、具体的な数値を挙げ自覚を持ってもらうことで、他人任せでない、自身による注意にもつながります。	糖尿病のケースで、主治医の先生と相談してヘモグロビンA1cをどのぐらいのレベルに維持するなどの具体的な目標値として掲げて、本人が意識を持って気をつけていくとよいのではないかと、委員よりアドバイスあり。
	独居の事例として、衛生管理や栄養管理も重要なニーズの1つです。自身で行うケアだけでなく、自身では対応できないケア、懸念事項についてもプラン中に挙げることで、医療機関やサービス事業所間での情報共有が可能となり、重度化予防にもつながります。	

		本ケースでは、在宅生活の継続が最終目標とされ、ニーズが病気の管理のみとなっていますが、実際に在宅生活を続けるためには、それ以外にも複数のニーズがあると推察されます。十分な課題整理を行い、ニーズを把握することで、多角的な視点によるケアプランとなるでしょう。	認知症の症状が目立ち始めたケースで、病状の管理だけがニーズとされているが、「認知症を理解して進行を抑えて健康に過ごし続ける、娘との2人暮らしで家事役割をこなしていく、他者のサポートを受けながら清潔に暮らす、趣味や楽しみをもって生活する」など、複数のニーズがあるのではないかと委員から意見が付されたもの。
		第2表の短期目標やサービス内容について、一般的、抽象的でどの利用者にも当てはまるような内容が見受けられます。当該利用者に即した個別具体的な記載をすることで、利用者本人や家族にもわかりやすくなり、目標の実現性が高まるでしょう。また、サービス内容や提供時間などを第2表、第3表に具体的に表記することで、整合性が担保され、保険給付の明確な根拠にもなり得ます。	例えば、入浴で、浴槽にまたぐのができないのか、体を洗うのに支援が必要だとか細かいレベルに落とし込んでニーズとして記載すると具体的になると委員からアドバイスあり。 また、当該ケースは第3表の習慣サービス計画表にサービス提供時間が何時から何時までなのか線が引かれていなかったため、委員より注意喚起がありました。
		ニーズや目標が大きく、簡潔にまとまりすぎている印象があります。様々なニーズ（病状管理、転倒予防、移動、生活ケア、清潔ケア、家族の負担軽減等）があるなかで、それらをひとまとめにしてしまうと、詳細が伝わりにくくなってしまう。課題を細かく整理し、項目ごとに具体的なニーズ、目標を立てるよう意識すると、よりわかりやすいプランになるでしょう。	複数の疾病が重なっているケースで、「体調を維持する」とひとまとめにした中に「病状管理、転倒予防、移動、生活ケア、清潔ケア、家族の負担軽減等」とさらに細かく分けられるニーズがあるのではと委員から意見が付されたケース。
		基本動作等のアセスメントにおいて、より具体的な状況（現状〇〇m往復は歩行器で歩くことができる等）を確認し、特記事項等に記録しておくことで、第2表で具体的な目標（〇km程度歩行器で困難なく歩くことができる・〇〇m往復の歩行器での歩行を維持することができる・ふらつかず、転倒せず過ごせる等）を立てやすくなり、本人にもわかりやすいプラン作成が可能となるでしょう。	
その他・全体		医療面での情報に不足が見られます。医師やケースワーカーと連携し、情報収集をすることを心掛けましょう。	疾患及び骨折で入院歴があるが、看護師やリハ職からの情報聴取のみで、担当医師、ケースワーカーからの情報を得ていなかったケース
		ニーズ（生活全般の解決すべき課題）とそれに対応する目標設定について、ケアマネジャーや本人だけでなく、他の関係者も理解できるような分かりやすい記載をしましょう。	ケアプランに示されたサービスがなぜ必要なのか、根拠が薄いとされたケース。課題整理総括表・評価表などの使用を勧められたもの。
		今後の財産管理の課題について、成年後見人などを視野に入れたアプローチ（行政や実施機関への相談など）も検討していくと良いでしょう。	

重度の介護、医療的ケアが求められる事例ですが、日常のケアや訪問診療、訪問看護などの医療連携ができています。	医療依存度が高いケースで、アセスメントからプラン全体にかけての内容を委員が評価したものの
受診はあくまでも目標ではなく手段です。受診を通して何かができるようになるといった、利用者本人にとっての具体的な短期目標を掲げられると、本人、家族、周囲を含めた共通の目標としてもわかりやすくなるでしょう。	医療依存度が高く、病院で受診すること自体が困難なケースであっても、目標を「受診をする」とするのではなく、受診をすることで、口腔内を清潔にしたり、体調よく過ごせるとか、あるいは口の中をさっぱりと味を楽しめるとか利用者本人にとっての目標になるように配慮したいもの。受診は手段であって、目標ではないことを理解するようにとの委員意見。
日常生活に彩りを持たせるような目標を立てられると、医療以外の側面からの精神的なケアにもつながるプランになります。（例：味や匂いを楽しむ経口摂取や口腔ケア、家族とコミュニケーションを取りながら体操をするなど）	医療的に重度なケースで、看護計画のようなケアプランになってしまいがちなケースについて、ひと工夫として委員からアドバイスされたもの
受診の同行や書面連絡など様々な方法を活用し、疾病管理、医療連携に努めましょう。処方薬の注意や栄養管理などもニーズの1つとして取り上げると、より幅広いケアプランになります。また、医療連携により具体的な目標値、変動値などを把握し、目標に掲げることで、自分自身で状態を理解した上で健康管理に取り組むための助けにもなります。分かりやすい指標の1つとして、糖尿病手帳の活用も検討してください。	糖尿病のケースで、主治医とも連絡を取り合い、看護師さんとも協力し、本人に嫌な思いをさせずに健康と一緒に守るチームワークみたいな形を目指す一環として、まずは本人が所持しているはずの糖尿病手帳を活用するよう委員からアドバイスを受けたもの
本人と家族の折衝や、家族との連携体制の構築など、独力での対応、解決が難しい場面では、事業所内での相談や、地域包括支援センターなどのネットワークを上手に活用してみてください。	利用者家族といかに連携体制を構築できるかがポイントと思われるケースで、在席事業所の主任CMからの指導等が受けられていないと思われるケースに対し、委員から助言があったもの
独居、持病がある、一定年齢を超えているなどの条件の場合は、骨折や重度化のリスク管理、栄養管理、疾患療養上の留意事項などのニーズも挙げられると、より厚みのあるケアプランになるでしょう。アドバンス・ケア・プランニング（本人の望む、または望まない医療やケアに関する意向の確認）などもアセスメントの視点に入れてみてはいかがでしょうか。	利用者の診察に同席し、治療の内容や薬の情報などの医療の情報を主治医から積極的に取得するとよいでしょうと委員からアドバイスあり。
第3表は、給付しているサービス内容や食事睡眠等だけを記載するのではなく、ケアマネジャーがより良い生活の仕方を提案する提案式のものとして、日常生活上の活動に関する記載をさらに行ってもよいと思います。	（例）規則正しく起床する、食事を必ず摂るように余裕を持った時間を設定する、身体を動かす時間や家事を手伝う時間を提示する など。排泄に不安のある方の場合には、一定時間ごとに排泄時間を設定しておくことで、戦略的に排泄の失敗を防ぐ意識付けをすることもできる。