

ケアプラン1

面談実施日	令和6年2月19日(月)
利用者情報	79歳 女性 要介護1 独居(他県に親族) 日常生活自立度(障害高齢A2、認知症自立) 訪問介護(通院等乗降介助随時、生活援助1回/週)
本人要望	県内に頼れる家族がおらず、体調面でも不安がある。
家族要望	身の回りのことをお願いしたい。
ケアプランを抽出した理由	買物や簡単な調理もできる状態の方に訪問介護の生活援助を利用されているが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見 (全体をおおして)	<p>①全体通して「安心」「安全」「十分に」という言葉が多く見られるが、どんな状態が安心・安全なのかは人によって変わるので、具体的に記入するようにしましょう。</p> <p>②居宅サービス計画書(1)課題分析はケアマネの考えなので、サービスだけで対応しようとするのではなくフォーマル・インフォーマルも含めて不安に対して生活がどのように安定するのか具体的に分析した内容を書くようにしましょう。利用者の情報を総合的に考えて課題を分析し、ケアマネとして、現状こうだからこういうことをすれば良くなると考える、という書き方をすると良くなります。</p> <p>③総合的な援助の方針では、利用者・家族・ケアマネ、関係者等が利用者の望む生活を送れるようにどんなふうを支えるかを記入するようにしましょう。</p> <p>④緊急連絡先は、電話番号だけでは足りないので、利用者の身体状態等から想定して、緊急時対応や初動対応(警察や消防を含む)等も記載すること。「〇〇の時は〇〇に電話する」等、一見して対応がわかるよう記入し、さらにそれを担当者会議でも共有できるようにしましょう。</p> <p>⑤居宅サービス計画書(2)短期目標「必要な介助を～」という書き方では具体性にかけるので、どのような介助が必要なのかを記入するようにしましょう。また、目標自体に回数設定ができるようであれば、「週1回」等とすれば評価がしやすくなります。</p> <p>⑥援助内容(※2)については、利用者のプランなので、「本人」を入れることで、自分でできることが増えれば利用者の力になります。</p> <p>⑦介護タクシーについて、「神経痛症状で歩きにくいので移動介助」では利用できません。「ひとりでは乗降できない理由」が必要です。</p> <p>⑧週間サービス計画表は、主な日常生活上の活動部分はできるだけ詳しく利用者の生活状況が見えるような書き方をしましょう。1回目の計画時ではわからなくても、2回目3回目となると生活リズムが見えてくると思いますので書き足していきましょう。</p> <p>⑨サービス担当者会議の要点では、会議出席者はフルネームでの記載が必要です。結論が「〇〇と契約する」だけではなく、何をどうするか、どう使うのかを具体的に記入するようにしましょう。また、サービス担当者会議の要点で残された課題について、ケアマネジメントが継続されているのであれば何かしら課題や見通しがあるはずですので(空白だとケアマネジメントを終結するという意味でもあるため)、必ず記載してください。</p> <p>⑩支援経過の項目に、モニタリングのための訪問か、それ以外の訪問か、項目を明確にすることで、他の人も見やすいものになります。</p> <p>⑪モニタリング評価表について、満足しているのに短期目標が変わらないのであれば継続する理由や、変更するならその理由が書いてあるとよくなります。</p>

ケアプラン2

面談実施日	令和6年2月19日(月)
利用者情報	85歳 女性 要介護2 有料老人ホーム入居 日常生活自立度(障害高齢C1、認知症IV) 通所介護(個別機能訓練、レク活動2回/週) 訪問看護(1回/週) 居宅療養管理指導(2回/月) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護(随時) 福祉用具(特殊寝台付属品、徘徊感知機器)
本人要望	人と話すのが好き。元気でいたい。
家族要望	施設で体調管理を受けて元気で安心して生活してほしい。転倒のないようにしてほしい。
ケアプランを抽出した理由	立ち上がりができ、歩行もできる状態に、用具貸与(予防含む)の特殊寝台付属品が給付されている妥当性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①アセスメントシートのインフォーマルな支援活用状況では、施設入所者は施設担当者にサロンなどの交流の場の開設についてケアマネから利用者の楽しみの場を投げかけてあげることが大切です。</p> <p>②課題整理総括表の自立した日常生活の阻害要因では「認知症の進行」と記載されていますが、認知症の進行によって日常生活でどのように困っているのか(認知症によって薬を飲んだかどうか忘れてしまうなど)を明確に記載することが重要です。また、課題整理総括表をつけておくことで、根拠の抽出工程が明らかになり、第三者が見たときに課題整理総括表があるだけで根拠を確認する事ができ、努力が見られます。</p> <p>③居宅サービス計画書(1)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では、利用者や家族の意向だけではなく、意向を踏まえた課題分析の結果も記載しましょう。記載するのであれば、定期的な見守りの強化、家族の関係性、日中一人にならないようにするなど利用者や家族が言ったことをそのまま記載するのではなく、意向を踏まえたうえで専門的見地をもった課題分析の結果を記載しましょう。また、インターネットで記載方法を検索すると沢山の記載例が出てくるため、ケアプラン作成の参考としておすすめします。</p> <p>④総合的な援助の方針では、身体や生活の状況を加味した上で、多種職で検討したりリスクの高い懸念事項を抽出し緊急時・急変時の対応を記載する必要があります。また、災害時の対応についても緊急避難先や災害マップの情報提供等を記載する事が望ましいです。</p> <p>⑤週間サービス計画表の主な日常生活上の活動では、利用者の趣味嗜好を詳しく記載する事が望ましいです。最初から全て記載できていなくてもケアプランの回数を重ねるごとに徐々に追記していくと良いです。毎回記載されると、認知症等で好きなものから興味がなくなっていたりとか、新しく楽しみや生きがいを見つけることができたなどの変化が分かります。</p> <p>⑥サービス担当者会議の要点の残された課題では空白にするとケアマネジメントを最終するという意味にもなってしまいます。ケアマネジメントが継続されているのであれば何かしら課題や見通しがあるはずですので必ず記載してください。</p>

ケアプラン3

面談実施日	令和6年2月19日(月)
利用者情報	91歳 女性 要介護2 独居 日常生活自立度(障害高齢B2、認知症III a) 訪問介護(生活援助4回/週、身体介護必要時) 通所介護(4回/週) 通院等乗降介助(必要時) 居宅療養管理指導(1回/週) 福祉用具(歩行器、杖)
本人要望	このまま(ケアハウス)で安心して過ごしたい。デイも今まで通り行けたらいい。
家族要望	家族なし
ケアプランを抽出した理由	寝たきり度A以下の状態に、20分未満の訪問介護の身体介護が給付されている妥当性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をおおして)	<p>①家族構成についてはできるだけ3世代は書くようにしましょう。</p> <p>②課題整理総括表の「改善/維持の可能性」の悪化に関しては、基本的に難病や末期の時にしか使わないで、見通しがつくようなものに関しては維持や改善を使うようにしましょう。また、ヘルパーの支援についてはどのような援助であるか細かく書くことにより良くなります。</p> <p>③居宅サービス計画書(1)は、利用者の意向に対してケアマネが課題分析し、それを踏まえた援助の方向性を記すものです。「安心して生活が送れるように」の安心がどのようなものか具体的に記入するようにしましょう。ただし、サービス名(ヘルパーやデイサービス等)を記載してしまうと、サービスありきのケアプランになってしまう恐れがあるため、記載はしないほうがいいです。</p> <p>④緊急連絡先は、電話番号だけでは足りないので、利用者の身体状態等から想定して、緊急時対応や初動対応(警察や消防を含む)等も記載しましょう。「〇〇の時は〇〇に電話する」等、一見して対応がわかるよう記入し、さらにそれを担当者会議でも共有できるようにしましょう。</p> <p>⑤居宅サービス計画書(2)解決すべき課題は、「歩行器レンタルし外出したい」がすでにサービスの内容になってしまっていますので適切ではありません。短期目標の「安全」「安心」も具体性にかけるので、どうすれば安全なのか、どのような介助が必要なのかを記入するようにしましょう。また、目標自体に回数設定ができるようであれば、「一日何回」等とすれば評価がしやすくなります。</p> <p>⑥介護タクシーについて、単なる「移動」では利用できません。乗降介助ですので、「ひとりでは乗降できない理由」が必要です。</p> <p>⑦週間サービス計画表は、主な日常生活上の活動部分はできるだけ詳しく利用者の生活状況が見えるような書き方をしましょう。1回目の計画時ではわからなくても、2回目3回目となると生活リズムが見えてくると思いますので書き足していきましょう。</p> <p>⑧サービス担当者会議の要点は、会議出席者はフルネームでの記載が必要です。また、サービス担当者会議の要点で残された課題について、ケアマネジメントが継続されているのであれば何かしら課題や見通しがあるはずですので(空白だとケアマネジメントを終結するという意味でもあるため)、必ず記載してください。</p>

ケアプラン4

面談実施日	令和6年2月19日(月)
利用者情報	90歳 男性 要介護2 長女と同居(2人暮らし) 日常生活自立度(障害高齢A2、認知症IIb) 通所介護(個別機能訓練、見守り介助2回/週、口腔機能向上加算2回/月)
本人要望	以前に比べると身体が動きづらくなってきた。これからも今までのように家でくらしたい。
家族要望	転倒に気をつけて外出や運動、家族以外の人とお話したりして気分転換してもらいたい。
ケアプランを抽出した理由	えん下や食事摂取、口腔清潔ができる状態の方に、通所介護の口腔機能向上加算を利用されているが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①アセスメントシートのインフォーマルな支援活動状況では民生委員や近所の方にサロンの開設状況などを聞き取りするなどしてインフォーマルな視点を持つことが重要です。そういった意識を高めることで支援経過にも記載ができます。</p> <p>②居宅サービス計画書(1)の利用者及び家族の生活に対する課題分析の結果では、意向だけの記入では不十分なため、専門的見地をもった課題分析の結果を記載する必要があります。また、インターネットで課題分析の結果の記載の仕方を検索していただくと色々な例があるためケアプラン作成の参考としておすすめします。</p> <p>③総合的な援助の方針では、利用者が暮らしている地域ではどのような災害がありうるのかを予測し災害時の対応を記載する事が望ましいとされています。緊急避難先や災害マップの情報提供などについてだけでも記載するとより良いです。</p> <p>④課題整理総括表が添付されていなかったため生活全般の解決すべき課題の抽出工程が不明瞭でした。課題整理総括表の作成には労力もかかり実務上すべてのケアプランを作成することは難しいですが、事例検討会等ケアプランを提出する機会には極力作成したほうが良いです。</p> <p>⑤居宅サービス計画書(2)のサービス内容では「口腔機能を向上させるための指導を行う。」と記載されていますが、何のために誰にケアを受けているのかなど詳細に記載する事が望ましいです。加算の算定根拠はより明確に記載するといいです。</p> <p>⑥週間サービス計画表に主な日常生活上の活動では、利用者の趣味嗜好を詳細に記載する事が望ましいです。最初から全て記載するのではなく、ケアプランの回数を重ねるごとに徐々に更新していくとより良いです。毎回記載していくことで認知症などで好きなものから興味がなくなってきたことや、新しく楽しみや生きがいを見つけることができたなど変化が分かります。</p> <p>⑦週間サービス計画表の週単位以外のサービスでは、医療サービスの状況(いつ・どこで・どれが・どのようにして行っているのか)を記載する事が望ましいです。</p>

ケアプラン5

面談実施日	令和6年2月22日(木)
利用者情報	87歳 男性 要介護1 配偶者入院のため独居(子供は市内および県外在住) 日常生活自立度(障害高齢J2、認知症IIb) 訪問介護(1回/週) 地域密着型通所介護(1回/週)
本人要望	一人になりできないことが増えてきたので手伝ってもらい助かっている。運動ができるところに行ってみたい。
家族要望	生活が回っていないのでサービスを利用し元気に暮らしてほしい。
ケアプランを抽出した理由	買物や簡単な調理もできる状態の方に訪問介護の身体生活(身体介護と生活援助の両方)を利用されているが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①アセスメント表Iの生活歴には生育歴(学校がどこか、どんな仕事をしていたか等)や趣味・楽しみ、特技を詳しく書いていけば、他の事業所の職員が見たときに利用者の人とのつながりがわかるので、利用者合ったサービスが見つかりやすくなります。また、地域での利用者との関係性等も聞き取って、互助に関しても記入するようにしましょう。</p> <p>②アセスメント表II ADLについて、例えば「自立しているがふらつきがある」のであれば、奥歯の噛み合わせが悪いとふらつきやすいという事例もあるので、口腔状態を確認することで、本人のADLが向上にもつながるため、いろいろなところで疑問を抱きましょう。</p> <p>③備考には、できないこと、なぜできないかその原因、できないことに対しての本人や家族がどう思っているのかをまとめましょう。</p> <p>④課題整理総括表の見直しについては、利用者向き合い良く関わって話をしていけば見通しがつくはずです。書き方がわからないようであれば厚生労働省等のホームページにありますので、参考にしてください。</p> <p>⑤居宅サービス計画書(1)は利用者・家族の意向と、それを踏まえた課題をケアマネが分析し記入してください。</p> <p>⑥方針については、「安心して～」ではどんな状態が利用者にとって安心なのかわかるように具体的に記入をするようにしましょう。</p> <p>⑦緊急連絡先は、電話番号だけでは足りないので、利用者の身体状態等から想定して、緊急時対応や初動対応(警察や消防を含む)等も記載すること。「〇〇の時は〇〇に電話する」等、一見して対応がわかるよう記入し、さらにそれを担当者会議でも共有できるようにしましょう。</p> <p>⑧居宅サービス計画書(2)の目標は具体的な目標を設定すると、利用者のやる気につながります。利用者や家族に伝わるわかりやすいプランの作成を心がけましょう。また、インフォーマルは利用者・家族以外でも探って互助を広げて利用者を支えていけるようにしましょう。</p> <p>⑨週間サービス計画表は、利用者や家族のしていることも記入するようにしましょう。</p> <p>⑩担当者会議の要点では、担当者会議でいろいろな面から自立支援につながるように課題に対して連携してどのように支援していくのかを検討していくためのものなので、現状の報告ではなくそれが向上につながるように深掘りしてください。</p> <p>⑪モニタリング評価は、「本人が行きたくないでデイを中止」と結果だけを書くのではなく、なぜ行きたくないのか原因を聞いて気持ちをくみ取ってください。</p>

ケアプラン6

面談実施日	令和6年2月22日（木）
利用者情報	97歳 男性 要介護1 長男夫婦と同居（三人暮らし） 日常生活自立度（障害高齢A2、認知症Ⅱa） 訪問介護（必要時） 通所介護（3回/週） 口腔機能向上加算（2回/月） 通院等乗降介助（必要時）
本人要望	腰や肩など痛い所もありますが、元気に楽しく生活したい。
家族要望	体調に応じて介護保険サービスを利用しながら自宅で生活してほしい。
ケアプランを抽出した理由	えん下や食事摂取、口腔清潔にできる状態の方に、通所介護の口腔機能向上加算を利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見（全体をとおし て）	<p>①アセスメントシートの援助の計画に「デイサービスを利用する事で安楽に入浴ができ～」と記載されていますが、なぜデイサービスを利用することになったのか、また安楽とはどういったことか経緯などを明確に記載しましょう。</p> <p>②居宅サービス計画書（1）では利用者の意向に「元気で楽しく生活したい」と記載されていますが、元気で楽しくとはどういったことなのか詳細に記載しましょう。また、利用者が言ったことをそのまま記載するのではなく課題整理総括表などを見返して利用者にとって元気で楽しい生活とは何かを見極めて記載するとより良いです。</p> <p>③家族の意向が記載されていますが誰が言った意向なのか「長男の嫁」など明確に記載することが望ましいです。また、「体調に応じて介護サービスを利用しながら自宅で生活してほしい」と記載されていますが、体調に応じてとはどういった状況なのか、また介護保険サービスはどのようなサービスなのか利用者のプランのために分かりやすく記載することが望ましいです。</p> <p>④総合的な援助の方針では、緊急時の連絡先だけではなく、利用者にとってどのような症状が緊急時かを推測し、誰もが対応できるよう緊急時の対応方法を記載してほしいです。</p> <p>⑤居宅サービス計画書（2）の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）や長期目標などに、「病気をせず家で生活したい。」「体調を維持して今の生活を続ける。」「自宅で安心して自分らしく過ごしたい。」と記載していますがどのような体調や病気なのか、また安心してとはどういうことか利用者や第三者にわかるよう明確に記載しましょう。</p> <p>⑥週間サービス計画表では通所介護のみ記載されていますが、できるだけ利用者の趣味などを見つけ、あまり空白にしないよう第三者から見てもわかるように利用者の生活状況をなるべく記載しましょう。</p> <p>⑦サービス担当者会議の要点では残された課題が空白になっていますが、空白だとケアマネジメントを終結するという意味でもあるため必ず記載してください。</p> <p>⑧居宅介護支援経過ではいつ、どこで、誰がなど明確に具体的に記載しましょう。</p>

ケアプラン7

面談実施日	令和6年2月22日(木)
利用者情報	92歳 女性 要介護2 配偶者死亡のため独居(子供は市内および県外在住) 日常生活自立度(障害高齢A2、認知症IIa) 訪問介護(生活援助1回/週) 通所介護(個別機能訓練5回/週) 福祉用具(特殊寝台付属品、手すり) 居宅療養管理指導(2回/月)
本人要望	楽しく生活できている。娘に全部まかせているので困っていることはない。
家族要望	腰の痛みがあるのでリハビリしたり、他の人と交流できる場所に通って楽しく生活してほしい。
ケアプランを抽出した理由	立ち上がりができ、歩行もできる状態に、用具貸与(予防含む)の特殊寝台付属品が給付されている妥当性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①アセスメント表1の生活歴には生育歴や一日の過ごし方、趣味・楽しみ、特技等を詳しく記入するようにしましょう。また、親や兄弟のことも聞いて現状を深掘りし把握しましょう。</p> <p>②アセスメント表主治医意見書ではリハビリの必要性を示されているが、結果利用者が望んだデイサービスが週5となっています。ふらつき等の課題に対しての支援が用具貸与だけになってしまっているため、リハビリ等によって利用者の能力の向上を促す提案をしましょう。</p> <p>③居宅サービス計画書(1)は利用者・家族の意向と、それを踏まえた課題をケアマネが分析し記入してください。</p> <p>④緊急連絡先は、電話番号だけでは足りないため、利用者の身体状態等から想定して、緊急時対応や初動対応(警察や消防を含む)等も記載すること。「〇〇の時は〇〇に電話する」等、一見して対応がわかるよう記入し、さらにそれを担当者会議でも共有できるようにしましょう。</p> <p>⑤居宅サービス計画書(2)の目標は具体的な目標を設定すると、利用者のやる気につながります。利用者や家族に伝わるわかりやすいプランの作成を心がけましょう。また、インフォーマルは利用者・家族以外でも探って互助を広げて利用者を支えていけるようにしましょう。</p> <p>⑥週間サービス計画表は、家族や利用者のしていることも記入するようにしましょう。</p> <p>⑦担当者会議の要点では、担当者会議でいろいろな面から自立支援につながるように課題に対して連携してどのように支援していくのかを検討していくためのものなので、現状の報告ではなくそれが向上につながるように深掘りしてください。</p> <p>⑧支援経過は、どこで誰におこなったか、できなかったのであればその理由を記入しないと減算されてしまうので必ず記入してください。また、時間も記入してください。</p> <p>⑨限度額超過していることに対して、利用者や家族に対し説明して終わりではなく、アセスメントをし直し、超過している問題を洗い出してマネジメントの見直しをすることも大事です。利用者の意向=ニーズではなく、本人のALDを伸ばすために、違うプランの提案をすること、他の選択肢を利用者や家族に提示できるのはケアマネしかいないので、自立支援の方法を多角的に模索するようにしましょう。</p>

ケアプラン 8

面談実施日	令和6年2月22日(木)
利用者情報	85歳 男性 要介護2 日常生活自立度(障害高齢A2、認知症IIIa) 訪問介護(毎日) 福祉用具貸与(特殊寝台、特殊寝台付属品) 居宅療養管理指導(2回/月)
本人要望	特にこれといった希望等はない。自分のペースで好きなように生活を送っていきたい。
家族要望	これからも必要な支援を受けて施設で元気に生活してほしい。
ケアプランを抽出した理由	立ち上がりができ、歩行もできる状態に、用具貸与(予防含む)の特殊寝台付属品が給付されている妥当性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①アセスメント表1の生活歴には利用者の生育歴(どんな仕事をしてきたか、どんな性格だったのか等)や趣味・楽しみ、特技を詳しく書いておくことで、他の事業所の職員が見たときに利用者の人とのつながりがわかるため、利用者にあったサービスが見つかりやすくなります。</p> <p>②居宅サービス計画書(1)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では利用者の意向に「自分のペースで好きなように～」と記載されていますがどういったペースが利用者のペースなのか、どういったものが好きなのかを利用者が言ったことをそのまま記載するのではなく、ケアマネとして分析し詳細に記載することが望ましいです。また、課題分析の結果では「介護サービス」、「清潔保持」と記載しているため利用者に分かりにくく、利用者のプランなので分かりやすい内容で記載することが望ましいです。また、サービス名を記載してしまうと、サービスありきのケアプランになってしまう恐れがあるため、記載はしないほうが良いです。</p> <p>③居宅サービス計画書(2)の総合的な援助の方針では「不安になる」や「安心した」と抽象的に記載されていますが、どういった状況が不安や安心した気持ちになるのかを詳細に記載することが望ましいです。また、どういった場合が緊急時なのか緊急時の対応方法を明確に記載しましょう。</p> <p>④援助内容(※2)では、利用者や家族ができることを記載してあげましょう。</p> <p>⑤生活全般の解決すべき課題(ニーズ)では「通院の拒否がある」と記載されていますが、利用者のプランのため利用者が不快に思う書き方はしてはいけません。利用者が前向きに頑張ろうと思う書き方にしましょう。</p> <p>⑥サービス担当者会議の要点の検討内容では各担当が話した内容を記載するのではなく、どういう検討をしたのか、なぜサービスが必要になったのか結果に至るまでの過程を記載しましょう。</p>

ケアプラン9

面談実施日	令和6年2月27日（火）
利用者情報	<p>67歳 女性 要介護1</p> <p>配偶者入院のため独居（家族は市内および県外在住）</p> <p>日常生活自立度（障害高齢A2、認知症I）</p> <p>訪問介護（生活援助1回/週）</p> <p>通所介護（デイサービス3回/週）</p> <p>通院等乗降介助（通院時）</p> <p>福祉用具（手すり、歩行器、杖）</p>
本人要望	自分の家でずっと暮らしたい。
家族要望	（補助人）自分ができることもたくさんあるので、できることは続けてほしい。
ケアプランを抽出した理由	えん下や食事摂取、口腔清潔ができる状態の方に、通所介護の口腔機能向上加算を利用されているが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見（全体をとおして）	<p>①フェースシートのこれまでの生活歴は、趣味等何が好きで何が嫌いか、できることできないこと等その人の人物像がわかるように記載しましょう。</p> <p>②全体のまとめは、1～6の転記であれば必要ありません。1～6の項目一つ一つを確認するのがアセスメント、それを総合して全体像をあぶりだすのがまとめのあり方なので、1～6を確認した結果を総合するとこういう状態だからどうである、ということが記入できるようになれば、自分で整理ができるので課題整理総括表が作成しやすくなります。</p> <p>③居宅サービス計画書（1）は利用者・家族の意向と、それを踏まえた課題をケアマネが分析し記入してください。利用者の要望「自分の家でずっと暮らしたい」ではなく、もう少し踏み込んで「どのように暮らしていきたいか」が聞き取れると課題整理総括表で整理した方向性や分析結果を踏まえて、どのように支えていくか援助方針が導き出しやすくなります。また、「デイサービスを～」と記入してしまうとサービスの内容になってしまっていますので適切ではありません。</p> <p>④居宅サービス計画書（2）の短期目標は具体的な目標を設定し、ステップアップできているのが見えるような目標にすると利用者のやりがいにつながります。</p> <p>⑤「できることは自分でする」では何ができるのかわからないので、具体的に記入しましょう。</p> <p>⑥できていたことができなくなった→ニーズが出てくる→原因を探る→原因がわかれば早めの対処ができる。これをするには利用者の話をよく聞いて観察することが大事です。</p>

ケアプラン10

面談実施日	令和6年2月27日（火）
利用者情報	89歳 女性 要介護1 次男夫婦と同居 日常生活自立度（障害高齢J2、認知症II） 通所介護（3回/週）
本人要望	今までどおりでいい。
家族要望	デイに行く人と関わり認知症の進行を少しでも遅らせればと思う。
ケアプランを抽出した理由	えん下や食事摂取、口腔清潔ができる状態の方に、通所介護の口腔機能向上加算を利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見（全体をとおして）	<p>①アセスメントでは詳細に記載する事が求められています。例えば排尿・排便の項目では自立しているかどうかだけではなく、尿意や尿禁の有無などについて具体的に記載する必要があります。身体の分析ができていません。事実を書くだけではなく、なぜ介助が必要になっているのかといった分析も記載することで計画書に反映しやすくなります。また、23項目はありますが、厚生労働省vol.1178に記載されているように新しい書式で記載しましょう。</p> <p>②口腔機能向上加算ではいつからとっているのか、またとっている根拠とそれにたいしてケアマネとして注意している視点を記載しましょう。利用者がどのような内容の歯科医療を受けているか、本人や家族と情報共有に努める必要があります。また、歯科医師、医師、サービス提供事業所、介護支援専門員からの情報提供により口腔機能が低下しているまたはその恐れがあると判断される場合についても算定は差し支えないと言われているため、ぜひ、口腔機能の課題機能に有用な口腔機能マニュアル確定版（平成21年3月）に収載されているので利用者を把握する際の判断として参考にしてください。</p> <p>③居宅サービス計画書（1）の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では利用者の意向に「今までどおりでいい。」と記載されていますが、利用者が望んでいることは何か詳細に記載しましょう。また、家族の意向では「デイに行ってくれると安心」と記載されていますが、デイに行かないときの生活を知り、こういったところに安心が出来るのかを詳細に記載する事が望ましいです。</p> <p>④総合的な援助の方針では、緊急連絡先だけでなく緊急時の対応、災害時の避難先等についても記載することが必要です。</p> <p>⑤居宅サービス計画書（2）では長期目標、短期目標とも自立支援を念願に、利用者が習慣化して取り組める様な目標を設定する必要があります。能動的な目標とするためにも、利用者の意向をもっとよく知ることが重要です。</p> <p>⑥サービス担当者会議の要点では、口腔清潔が自立となっている人に算定する理由を記載してほしいです。また、事業所との確認内容や本人の状況、ケアマネとしての見解を記録して算定理由を明らかにしてほしいです。</p>

ケアプラン11

面談実施日	令和6年2月27日（火）
利用者情報	91歳 女性 要介護1 独居（家族は死亡、甥姪が県内在住） 日常生活自立度（障害高齢A1、認知症IIIa） 訪問介護（身体介護、生活介助7回/週）
本人要望	施設には入りたくないの、自分の家（団地）で暮らしたい。
家族要望	一人暮らしは難しい状況だが、新しい団地に移ったこともあり、様子を見たい。
ケアプランを抽出した理由	買物や簡単な調理もできる状態の方に訪問介護の身体介護を利用されているが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見（全体をとおして）	<p>①ケアプランは「できないから支援してあげる」ではなく、「できるようになるためにどういうアプローチをしていくか」「できることをどう増やすか」を提案するためのものです。</p> <p>②環境が変わったり、何か利用者が変わったことがあればしっかりアセスメントし、変わったことによって何がどうできなくなったのかの要因・理由を確認し、できなくなる前の状態に戻すためのプランを作成しましょう。</p> <p>③課題整理総括表は見通しからのニーズにつなげられていません。ニーズは利用者の意向ではなく、意向を分析して見えてきた課題を記入してください。「不安である」ではなく、何が不安なのかを具体的に言葉にすると、その不安を解消するための対処方法が見えてきます。</p> <p>④居宅サービス計画書（1）は利用者・家族の意向と、それを踏まえた課題をケアマネが分析し記入してください。</p> <p>⑤居宅サービス計画書（2）の短期目標は具体的な目標を設定し、ステップアップできているのが見えるような目標にすると利用者のやりがいにつながります。</p> <p>⑥ニーズは利用者の言葉や意向ではなくケアマネの分析した結果を記入してください。</p> <p>⑦課題「めんどくさい」、長期目標「快適な生活環境を整える」では、整ったところでめんどくさくなるわけではないので繋がっていません。</p> <p>⑧サービス担当者会議では現状の報告だけでなく情報交換をして、できていることに対しては褒め（利用者意欲の向上）、できていないことはどのようにアシストしていくかを多面的に意見を出し合うような場にできればもっと有意義になると思います。</p>

ケアプラン12

面談実施日	令和6年2月27日（火）
利用者情報	64歳 男性 要介護1 独居 日常生活自立度（障害高齢B1、認知症I） 訪問介護（身体介護毎日） 訪問看護（1回／月） 居宅療養管理指導（随時） 福祉用具貸与（特殊寝台、特殊寝台付属品）
本人要望	介護保険で出来ることをお願いしたい。
家族要望	家族なし
ケアプランを抽出した理由	要介護1で、寝返りや起き上がりが可能な状態に、用具貸与の特殊寝台付属品が給付されている妥当性について疑義あり。
アドバイザーからの意見 (全体をとおして)	<p>①アセスメントでは自立の程度を数字で評価するだけではなく、個別で具体的な状態やケアマネとしての意見を記載する必要があります。また、厚生労働省vol.1178に記載されているように新しい書式で記載しましょう。</p> <p>②フェイスシートでは利用者のこれまでの生活の経過（職業や趣味、病気の発症要因など）についても記載することが望ましいです。利用者との直接対話を重ね、今後心配な点などを見据えて関わっていき、認知機能が維持できているうちに今後の見通しを話しておく必要があります。</p> <p>③居宅サービス計画書（1）の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では、意向だけの記入では不十分のため、ケアマネとしてどのように関わっていくのかを考え、専門的見地をもった課題分析結果を記載する必要しましょう。</p> <p>④居宅サービス計画書（2）では利用者が何か楽しみに出来るようなことを目標に設定してあげることが望ましいです。施設入所している場合では、施設のイベントを開催してもらったり、ボランティアに呼んでもらうなどして交流の機会を作れないか、施設に対してケアマネからアプローチをし、生きがいを見つけ生活の質の向上を目指すことが望ましいです。</p> <p>⑤担当者会議の要点の検討内容では専門的立場の意見がなく、例外給付の導入の目的や必要性を詳細に記載しましょう。また、結論では各担当の方にケアマネとしていくつか質問をし、回答を照らし合わせながら理由、根拠、ケアマネとしての意見を書き足してほしいです。</p> <p>⑥居宅介護支援経過では利用料金の説明、利用表の確認と交付は必須事項です。支援経過にもその旨を記載する必要があります。また、訪問のみ記載がありますが、場所や時間なども記載するようにしましょう。</p>