

令和4年度ケアプラン点検の実施報告

村上市 介護高齢課

1. 目的

介護保険法第1条の理念に基づき、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なプランとなっているかを、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求しながらケアマネジメントに質の向上を図り、健全なる給付の実施を支援するため行う。

2. ケアプラン点検実績

令和4年7月から令和4年10月において書類審査及び面談によるヒアリングを実施した。

点検の対象としたプラン	点検実績
村上市内居宅介護支援事業所が作成したケアプランのうち、軽度者(要支援・要介護1)の①～③いずれかに該当するもの ①訪問介護(生活援助・身体介護)の利用が多いプラン ②支給限度額一杯までのプラン ③特殊寝台や車いす等の福祉用具貸与のプラン	村上地区5件(5事業所) 荒川地区2件(2事業所) 神林地区2件(2事業所) 朝日地区2件(2事業所) 山北地区2件(2事業所) 全13件(13事業所)

3. 点検結果

①～③について、下記の課題等を見出した。

アセスメント
<ul style="list-style-type: none">アセスメントを行っているものの、利用者が「将来具体的にどんな生活を送りたいのか」を具体的に捉えていないケースがみられた。利用者の身体状況の分析を行っているものの、「病気の内容や状況・本人の受け止め方」が記載されておらず、アセスメントがケアプラン作成に反映されていないケースがみられた。口腔状況のアセスメントが不足している傾向がみられる。アセスメントが「利用者の意向や生活状況の両分析をふまえた支援」につなげていないケースがみられた。利用者への将来的な支援や家族の意向について、確認が行われていないケースがみられた。

居宅サービス計画書（介護予防サービス・支援計画書）

- ケアプラン第1表において「緊急連絡先」の記載がなかった。独居の利用者は特に災害時等の連絡先を関係者間で把握する必要がある。
- ケアプラン第2表において、長期目標を達成するための短期目標の設定が一部不適切なものがみられた。
- ケアプラン第2表において、誰にでも当てはまりそうな表現（「自分でできる」）や、抽象的表現（「安定」「安心」）で記載されており、利用者自身の困りごとややりたいこと、続けたいこと、さらに良くしたいことがケアプランに反映されていないものがみられた。
- ケアプラン第2表において、サービス利用につなげる（利用を維持する）ための目標設定になっているため、利用者の困りごとが具体的に明記されていないケースや、本人ではなく「家族の意向を反映した」ケアプランもみられた。
- ケアプラン第3表において、介護保険以外の「インフォーマルサービスや日常生活上の活動、セルフケア」の記載が少ない（全くない）プランがみられた。
- ケアプラン第5表について、記載手法のばらつきがあり、情報量にも差がみられた。

その他

- 各地区の地域資源の内容について関係者間で情報量の差がみられるため、保険者からも周知を図る必要がある。
- 利用者が住んでいる町内でのインフォーマルサービス（ごみ捨て等）は、町内から情報収集する必要がある。
- ケアマネジャーが本来の業務以外に気を配ることが多くなり、負担となっている傾向がある。
- 利用者宅からの介護事業所までの距離があるため、通所系サービスについて、事業所の送迎業務の都合に合わせて組むことがあり、利用日と利用者の希望とのミスマッチがみられる。
- 社会福祉協議会のささえあいボランティアをはじめとした、ボランティア人材が不足している。

4. まとめ

今年度の点検についても、村上市内居宅介護支援事業所を対象として実施しました。

「自立支援」の視点が若干不足しているものもありましたが、おおむね利用者側の意向を取り入れながら適切なアセスメントに基づいて介護（予防）サービスプランが作成されていました。

点検結果から見出した課題については、昨年度の点検で確認されているものもありました。ケアプランについては、担当ケアマネジャー以外の関係者も内容を把握しやすくなるよう、作成してください。

今後も単身高齢者の増加に伴い、複雑なケースが増加していくことが見込まれます。利用者を支えるためには、介護（予防）サービスを提供するすべての事業所をはじめ、地域の関係者との関わりが必要との認識を再確認いただき、関係者との連携をさらに進めてください。