

令和5年度 集団指導資料

## 令和5年度ケアプラン点検実施報告について

瑞浪市高齢福祉課

# 令和5年度 ケアプラン点検実施報告（まとめ）

## ケアプラン点検の目的

介護給付適正化事業の一環であるケアプラン点検は、市(保険者)・地域包括支援センター・介護支援専門員が協働で利用者の「自立支援」に繋がるケアプランについてのケアマネジメントプロセスに関する一連の考え方を検証・確認しながら、「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、健全な給付の実施が行われるよう支援すること。

## 実施方法

瑞浪市では、地域の主任介護支援専門員がスーパーバイザーとして参加することで事業所の枠を超えた横断的な資質の向上が期待できるものと考え、令和4年度よりスーパービジョンを導入したケアプラン点検を実施しています。

このケアプラン点検は、採点したり、批評したりするものではありません。この検証・確認を通して、提出された事例の「振り返り」をすることで「新たな気づき」のきっかけとなり、介護支援専門員と保険者がともにレベルアップしていくことを目指しているものです。

## 点検実績

■実施回数：3回（8/25、11/28、2/20）

■実施時間：各回1時間30分程度

■実施件数：3件

■参加人数：スーパーバイザー	市内介護支援事業所の(主任)介護支援専門員	各回1名	
	スーパーバイザー	地域包括支援センターの主任介護支援専門員	各回1名
		市内介護支援事業所の主任介護支援専門員	各回1名
		市役所高齢福祉課職員	各回2名

## 参加者からの意見・感想・助言

### ■利用者・家族との関わり方について

・利用者に個人携帯番号を記録され、夜間や休日であっても対応依頼がきて困ることがある。今後も関わっていくため、断る際にはかなりの気をつかう。

⇒ これまで信頼関係が構築されていることがよくわかる。しかし、頻繁であれば介護支援専門員自身が疲弊してしまう。勤務時間外で対応できないことであれば、翌日にしてもらうなど理解を促す。場合によっては「対応できません」とはっきり伝えることも必要である。

⇒ 基本的には事業所の携帯番号を伝え、緊急時等にはそちらに架けていただくようお願いすることも大事。

- ・家族の主張が強く、なかなか利用者本人の想いが聴きとれないご家庭がある。利用者が本当に利用したいサービスと家族が利用させたいサービスが食い違ってないか不安になることがある。
- ⇒ 利用者本人が自宅で家族と離れてお一人になる時間を作って傾聴したり、通所サービス等を利用されている時に施設でゆっくり傾聴したりする手法もある。
- ・家族が現役世代の方で、日中はなかなか電話に出てもらえない事例がある。メールなども活用しているが、どうしても返事が夜間や休日にしかこなくて困る場合がある。
- ⇒ 事業所からの連絡は緊急時の連絡もあるため、着信に気が付いたら昼休みや休憩時等にすぐ折り返し連絡を入れていただくことなど、事業所としての取り決め、お願いをあらかじめ契約時にはっきりと伝えるようにするとよい。
- ⇒ 24時間対応可について、契約後の利用者とのトラブルを回避するため、どういったことについては対応が可能なのか、当初にする説明をわかりやすくするように工夫する。
- ・何でも介護支援専門員やヘルパーが支援してあげることが良いわけではない。本人や家族にやってもらうことも「自立支援」になることを理解してもらうことが大事。
- ・介護支援専門員自身が支援内容に不安を感じている場合であっても、本人や家族が今の状況に納得している場合がある。ケアプランは本人や家族の意向に従っていれば、自信を持ってよい。
- ・家族が不仲であるという事例が増えてきている。対応が難しい事例だと思うが、本人や家族の詳しい事情や気持ちまでしっかり把握したうえで最善のケアプランを提供できている。

## ■事業所の相談・支援体制について

- ・事務所でケース会議を開催し、意見交換をしたり、先輩からアドバイスをもらったりしている。相談しやすい環境となっている。
- ・経験が浅い介護支援専門員にはなるべく困難事例を担当させないようにしている。
- ・法人の研修会が定期的に開催されており、他県事業所の先進事例を学ぶ機会がある。
- ・夜間、休日は当番者が事業所の携帯電話を持ち、緊急時の対応にあたっている。原則、個人携帯は使用しない。
- ・事務所で、困難事例について相談できる環境づくりが必要である。
- ・他事業所の介護支援専門員であっても、困っていることがあれば事例対象者の氏名など個人情報伏せしたうえで相談にきてもらって構わない。
- ・包括支援センターとして、もっと相談しやすい機関にしていきたい。

## ■瑞浪市の介護保険サービス、地域資源等に関する課題等

- ・地域包括ケアシステムの構築のため、介護支援専門員は高齢者「自立支援」を目的として

介護保険サービスだけでなく、地域での社会資源の活用が求められるほか、医療連携・障がい者施策との協働なども必須となってきたことから、今後もケアプラン点検以外にも保険者、地域包括支援センター、介護支援専門員を交えた多職種との連携がスムーズに図れるような交流や研修の機会があればと思う。

- ・事例を通して地域の課題が浮かびあがってくるため、保険者と介護支援専門員が気軽に話ができる機会があるとよい。
- ・地域資源について、市街地周辺地域では買い物や通院などのための交通の便が不足していると感じる。
- ・予防の方の評価の期間が1年間ではなく、認定の有効期間でも良いのではと思う事がある。
- ・介護申請か事業対象申請かの見極めは、どのように決められているのか知りたい。
- ・東濃厚生病院が移転されると、使用されるシステム、対応するメンバーが変わることが想定される。そうになると、より一層、意見書の回収に時間がかかり、その結果として認定が遅れてしまうのではないかと危惧している。
- ・配食サービスや安心電話の設置サービスについて、独居の高齢者のみならず、高齢者のみの世帯でも利用できると良い。

### ■ケアプラン点検後の感想

- ・ケアプラン点検に参加することで、提出されたプランの点検ばかりでなく、自身が担当するケアプランを振り返ることができ、支援を見直すきっかけになった。
- ・事例を確認することで、今後予測されることを考え、プランの方向性を認識することができたと思う。
- ・介護支援専門員の所属する事業所により、フォーマル支援をうまく活用している事業所、十分に活用できていない事業所があると思われる。他の事業所の話聞くことで、サービスの内容や使い方を学ぶことができたと思われる。
- ・介護支援専門員の関わり方や、支援の提案方法、プランを予定にした意図を、保険者に伝えることができる良い機会だと思った。
- ・ケアプランを様々な視点から見ていただき、支援方法などたくさんアドバイスいただいた。今後の支援に活かしていきたいと思った。
- ・苦手とする支援経過の記入手法なども分かりやすく指導していただいた。すぐに実践していこうと思う。
- ・自分の知らない知識を知ることができたり、アドバイスをいただけたりでよかった。聾唖者の為の緊急連絡方法などは早速ご家族にお伝えすることができた。
- ・障害を持った方だけではなく、独居や高齢者夫婦となる人も同様、異常を感じた時や緊急時等、民生委員や近隣の方にも協力を得られるよう体制を取っておくことが大切だと感じ

た。

- ・チェックをする人、受ける人ではなく、バイジーからも質問があるなど、話しやすい雰囲気になって良かった。
- ・記録の仕方など、日常業務の参考になる。他事業所との情報交換も出来た。
- ・協働で利用者の「自立支援」を考えることの意義を考える良い機会になった。ケアマネジメントプロセスで、本人や家族の意向、介護状況、地域性などアセスメントの重要性を確認できたと感じた。その過程で、バイジーだけでなくバイザーとしても気づきを得られることをスーパービジョンの実践で共通認識できたと思う。
- ・主に利用者目線や相手の立場に立ち返ることの重要性を伝えなかったが、話の方向性をうまく導けなかった。慣れが必要だと思う。
- ・もっと市担当者を巻き込み、お互いを知ることができる場になるとよい。
- ・困難事例となった時の対策として、事業所内の同僚には相談したりアドバイスをいただいているが、外部の介護支援専門員や行政に相談する事で自分たちが知り得ない知識や社会資源などがあったりするので、自分たちだけで悩まず外部に発信し、事例検討会など行っていけるといいなと感じました。
- ・バイジーの選定表に「今後の関わり方が不安」と記載があったが、特に困難ケースを対応していると不安になることが多いので、じっくりと話を聞く機会は大切だと思った。
- ・バイジーから事例以外の質問で「短期目標の立て方」について問いかけがあり、「自分はこうしている」と色んなやり方を聞いたので勉強になった。
- ・少人数で発言し易くて良かった。
- ・最初の自己紹介で出席者それぞれの経歴や経験年数等を聞くことができ、話しやすくなった。
- ・事前打ち合わせでケースを読み込んでいたので当日の話が理解しやすく、1時間程度で可能だと思った。メンバーを入れ替えて2事例くらいは同日に点検できると思う。
- ・日々の業務で迷うことが多い。自身の良いところを認めてもらえ、少し自信を持つことができた。
- ・点検の中で振り返りができた。課題の整理ができ、利用者、家族との今後の関わり方のヒントが得られたように思う。
- ・ケアプラン点検の実施にあたり、1事例を1日1回とするのではなく、数か月間の間に数回繰り返しスーパービジョンを実施することで、保険者・地域包括支援センター・介護支援専門員が共通認識を深めながら、新たな課題の発見に繋がれると感じた。

## 点検のまとめ

ケアプラン点検においては、解決すべき生活課題（ニーズ）が何であるか、どのように導き出してサービス計画をたてているかの確認を進めていく。

ケアプラン点検を実施した結果、生活課題（ニーズ）の抽出については、いずれの事例も利用者の心身状況、生活上の支障や要望等について利用者本人及び家族より丁寧に聴き取られており、適切に行われていることが確認できた。

ケアプランは、利用者等にわかりやすく作成することが重要であることから、専門用語等の使用について配慮することや、総合的な援助の方針により支援の方向性（チーム方針）を具体的に示しておくことと共に、第2表では、ニーズや目標・サービス内容の整合性を示し、第3表においては週間計画や主な日常生活の活動において個々の生活リズムを加味した支援であることが一目で分かるようにするなどの点について注意して作成することが重要となる。点検したケアプランについては、利用者本人及び家族の心情を踏まえた言葉遣いや表現に配慮されていることが読み取れた。また、事業所内での情報共有を図るべく、緊急時には他の介護支援専門員でも対応が可能となるよう、第5表の支援経過はいずれの事例においても詳細に記録されていた。

自己チェック表においては、「家族を含むインフォーマルサービス等の支援も記載している」について評価が低かった。サービス利用に関する記載だけではなく、買い物や通院など普段の生活がどの様かを把握することにより、不足している部分が整理されてくることもあるため、より細やかな記載となるよう努めてほしい。次いで、「長期目標が、課題（ニーズ）ごとに、支援を受けながら自分自身も努力する到達点として、具体的に記載できている。」「短期目標が、長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっている。」について、目標の設定が難しい事例が間々あるようであった。本人やご家族との会話の中にある何気ない一言に「どうなりたいか」、「どうしたいか」がみえてくることがあるので、より傾聴に力を入れてほしい。

最後に、点検後の振り返りにおいて、「新たに気づくことがあった」、「今後の関わり方のヒントが得られた」、「他事業所の考え、意見等が聴けて勉強になった」等の感想が多くあり、本事業の有用性を確認することができた。