

ケアプラン自己点検の振り返り

令和2年度に行ったケアプラン点検の点検項目に沿って、気が付いたことをお伝えします。
 ※コメントは、コロナ感染拡大防止についての臨時的取扱いについては、配慮されていません。

点検項目	コメント
課題分析(アセスメント)について	
☆実施時期	
1 必要な時期に利用者の居宅を訪問し、利用者に面接して実施していますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン作成後にアセスメントを実施していたり、アセスメントの日付が第5表の記録と相違している事例が見られました。 ☞アセスメントはケアマネジメントの手順に沿って実施しましょう。アセスメント実施日は事実に基づき正確に記載しましょう。
☆情報収集と分析(アセスメントの重要性を理解していますか？)	
2 課題分析標準項目に沿って把握した具体的な状況を記載していますか？ 例)一部できる場合には一部とは何か、何ができないかなどを記載していますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・課題分析標準項目を網羅していない事例がありました。 ・課題分析標準項目に沿ったシートを利用していても、情報を十分に把握していない事例が見られました(例:「一部介助」等介助状況のみで利用者ができること・できないことが具体的に記載されていない 病状や治療状況、制限食等医療情報がない「栄養状態不良」とあるが身長体重(BMI)等栄養状態を判断する情報がない等)。 ☞収集した情報を整理分析し、利用者の抱える問題点(困りごと)を明らかにしたうえで、課題等を書き出しましょう。
3 情報を収集したのみで終わらず、課題整理シートなどを用いて整理していますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・情報収集できているものの、ニーズを把握するための分析が不十分な事例がみられました。
4 整理分析して、「困りごと」を明確にしていますか？	<ul style="list-style-type: none"> ☞収集した情報を整理分析し、利用者の抱える問題点(困りごと)を明らかにしたうえで、課題等を導き出しましょう。

ケアプラン(第1～3表)について	
第1表	
☆必要事項の記載	
5	<p>各項目をもれなく記載していますか？ (日付や期間、利用者・家族の意向、「総合的な援助の方針」「生活援助中心型の算定理由(※)」等) (※)該当する場合</p>
	<p>・「居宅サービス計画作成(変更)日」が、同意・交付日より後の日付になっている事例がありました。</p> <p>☞交付日より後に作成することはあり得ません。「居宅サービス計画作成(変更)日」には、ケアプランを実際に作成(変更)した日を記入しましょう。なお、右上の「作成年月日」とは、利用者と介護支援専門員との間で、ケアプランについて説明・同意(共通認識)がなされた日付のことです。</p> <p>・同意欄の署名が、利用者の自筆でなかったり、利用者の氏名でない事例が見られました。</p> <p>☞利用者が自署できない場合は、家族等に代筆してもらうこととなります。その場合、代筆者が署名欄に利用者の氏名を記載し、その下に「代筆者の氏名」「続柄」を記載すると良いでしょう。また、代筆する家族等がいない場合でも、ケアマネジャーが代筆するのではなく、できるだけ第三者にお願いしましょう。</p>
第2表	
☆課題の設定	
6	<p>アセスメントで明確にした「困りごと」を課題に転換していますか？ 優先順位一番目に挙げた課題について右に具体的に記載してください。</p>
	<p>・アセスメントとの整合性がない課題が見られました(例:アセスメント「入浴・洗身自立している」→課題「入浴したい」等)。</p> <p>・漠然として、誰にでも当てはまるような課題が見られました(例:「安心して安全な在宅生活を継続したい」等)。</p>
7	<p>課題は利用者の要望そのままではなく、自立支援の視点を持ち設定していますか？</p>
	<p>・「サービスの要望」をそのまま課題としている事例が見られました(例:「ヘルパーさんに掃除をお願いしたい」「家族が出かけるのでショートステイを使いたい」等)。</p>
8	<p>サービスを利用することを課題にしていますか？ 例)ヘルパーさんに手伝ってもらいたい、デイサービスに行きたい</p>
	<p>☞利用者・家族の意向や希望の確認は大切ですが、要望のままやサービスそのものが課題とはなりません。アセスメントを基に個別具体的な課題を導き出しましょう。</p>

☆長期目標	
9 課題に対応し、達成可能で具体的な目標を設定していますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・抽象的で個別性のない長期目標が見られました(例:「不安なく暮らせる」等)。 ・短期目標の期間終了でケアプランを作成した場合に、長期目標期間の始期も短期目標の始期に合わせて変更している事例が見られました(長期目標に変更がなければ始期は変わらない)。
10 サービスを利用することを目標にしていますか？	<ul style="list-style-type: none"> ☞課題解決に向けた具体的な長期目標を設定しましょう。
☆短期目標	
11 長期目標を達成するための段階的な目標になっていますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス内容を短期目標にしている事例が見られました(例:「デイサービスに通う」「ヘルパーの家事支援を受ける」等)。
12 利用者が具体的に何をするか分かりやすくイメージできる目標になっていますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・個別性や具体性のない短期目標が見られました(例:「生き甲斐を持つ」「自分でできることを行う」等)。
13 モニタリングで達成度を評価できる具体的で達成可能な目標になっていますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・短期間では達成が難しいと思われる目標が見られました(例:アセスメント「寝たきりで歩行不能」→短期目標「歩いて散歩できる」等)。
14 サービスを利用することを目標にしていますか？	<ul style="list-style-type: none"> ☞短期目標とは長期目標に段階的に対応し、利用者自身が目指す到達点のことです。数か月で達成可能で、モニタリングの際に達成度が確認できるよう、できるだけ具体的な目標を設定しましょう(例:「体重が〇〇kg以下になる」「自力で起き上がることができる」「〇〇m歩けるようになる」等)。
15 達成可能な期間を設定していますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・短期目標の達成に関連のないサービスを位置付けている事例が見られました(例:短期目標「口腔内の清潔が保てる」→サービス「排泄介助」等)。

☆サービス内容		
16	短期目標達成に必要なサービスを位置付けていますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントから必要性が読み取れないサービスがありました(例:アセスメント「毎日一人で入浴できている」→サービス「手浴・足浴」等)。 ☞課題はアセスメントから導き出されているか、サービスは短期目標達成の手段となっているか確認してみましょう。
17	介護保険以外の制度やインフォーマルサービスも検討しましたか？	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険サービス以外に、他制度やインフォーマルサービスが提供されていても、ケアプランに介護保険サービスしか位置付けていない事例が見られました。 ・介護保険対象のサービスと自費サービスが区分されていない事例が見られました(例:通所介護事業所で提供する宿泊サービスが、「通所介護」として位置付けられている等)。 ☞介護保険対象のサービスと、それ以外のサービスを分けて記載しましょう。 ※通所介護事業所が提供する宿泊サービスは、緊急一時的に、短期のサービスとして位置付けられるサービスです。適切なアセスメントを経たものでなければならず、安易に位置付けるものではないことに留意しましょう。
18	福祉用具を位置付ける際には、理由を明確にしていますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・すべて同一事業所もしくは同一法人を位置付けている事例が見られました。 ☞利用者が複数のサービス事業者の紹介や、サービス事業者の選定理由について説明を受けられることを、文書で示す必要があります。
☆サービス種別・サービス提供事業所		
19	複数のサービス事業者から選定できることを文書で説明していますか？	

☆頻度・期間	
<p>20 短期目標達成に必要なサービスの量(回数)と期間を検討し設定していますか？</p>	<p>☞ケアプランは利用者の課題解決に向けた目標を達成するための総合計画です。保険・医療・福祉等フォーマルサービスをはじめ、家族や隣人等インフォーマルサービスも位置付けるようにしましょう。</p> <p>・曖昧な頻度を位置付けている事例がありました(例:「入浴介助」→「希望時」掃除→「適宜」等)。</p> <p>・訪問介護で、曜日や時間帯によりサービス内容が異なる場合、どのサービスをいつ提供するのか分かりにくい事例がありました。</p> <p>・訪問介護で位置付けたサービスが提供できない場合に、その代替性のないサービスを位置付けている事例が見られました(例:雨天時「買い物同行中止」→「足浴」等)。</p> <p>☞サービス内容には、短期目標達成に必要で最適なサービスを位置付けましょう。訪問介護サービスで、時間帯や曜日によってサービス内容が異なる場合は、回数だけでなく曜日や時間帯(午前・午後等)も記載し、どのサービスがいつ提供されるのか、誰が見てもわかるように工夫すると良いでしょう。</p>
第3表	
☆必要事項の記載	
<p>21 第2表の内容を正しく反映したものとなっていますか？</p>	<p>・第2表に位置付けられているサービスが、第3表に記載されていない(もしくはその反対)事例が見られました。</p> <p>☞第3表は第2表に位置付けたサービスを視覚的に表した帳票になります。一致しているか確認しましょう。</p>
<p>22 「主な日常生活上の活動」を把握し記載していますか？</p>	<p>・「主な日常生活上の活動」について、記載が不十分なものが見られました。</p> <p>☞利用者の起床・就寝・食事・排泄などの主要な日常生活に関する活動を明らかにし、対応するサービスとの関係が分かるようにしましょう。</p>

サービス担当者会議(第4表)について	
☆開催時期(サービス担当者会議の意義を理解していますか?)	
23	<p>どのような時期に開催していますか?</p> <p>☞初回・認定更新時・区分変更時・その他必要時に開催しましょう。</p>
☆会議の内容	
24	<p>すべての担当者が出席していますか?(やむを得ない場合を除く)</p> <p>・出席できない担当者に照会した記録がない事例が見られました。</p> <p>・照会して得られた意見を担当者間で共有していない事例が見られました。</p> <p>☞すべての担当者の出席が基本です。調整の結果やむを得ず出席できない担当者には事前に照会し、照会で得られた意見は、担当者会議で共有するようにしましょう。照会の内容は記録に残しましょう。</p>
25	<p>やむを得ず出席できない理由がある場合には、事前照会し得られた意見や情報を会議で共有していますか?</p> <p>・初めから開催調整をせずに照会している事例が見られました(例:出席者がケアマネジャーと利用者・家族のみで他はすべて照会等)。</p> <p>☞サービス担当者会議とは、利用者・家族・サービス担当者等関係者が一堂に会し、利用者にとって必要な支援を提供するための情報を共有したり、手立てを考えるための会議であることを理解し、なるべく担当者全員が出席できるよう開催調整をしましょう。各加算となるサービス(個別機能訓練等)の必要性についても検討しましょう。交わされた意見を適切に取りまとめて記載しましょう。</p>

☆主治医との連携		
26	医療系サービスを位置付ける場合は、主治医等の意見を求め、作成したケアプランを主治医等に交付していますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医の意見を聴取していない事例が見られました。 ・主治医の意見を聴取しているが、会議で共有していない事例が見られました。 ☞利用者が訪問看護等の医療サービスを希望している場合は、あらかじめ利用者の同意を得て、居宅サービス計画を作成した際にはその計画を主治医に交付しなければなりません。
27	主治医等から得られた意見(利用者が受けている医療、利用者の病状についての留意点等)を把握し、担当者間で共有していますか？ (医療系サービスを位置付けていない場合も必要です)	
28	サービス事業所等から伝達された口腔や服薬に関する情報や、モニタリングの際に把握した状況を、主治医等に情報提供していますか？	
支援経過(第5表) モニタリングについて		
☆支援状況		
29	少なくとも毎月1回、利用者の居宅を訪問し利用者に面談していますか？	<ul style="list-style-type: none"> ・業務内容は詳細に記載していても、利用者の状況が記載されていない事例が見られました。 ☞ケアマネジャーが利用者の状況を確認することは、居宅訪問の重要な目的です。利用者の様子や言葉など、直接確認したことを具体的に記載するようにしましょう。 ・居宅で面会できない理由が明記されていない事例が見られました。 ☞特段の事情により、利用者の居宅で面談できない場合は、理由を明記する必要があります。
30	訪問時に確認した利用者の状況や、日常の連絡事項等、支援状況を適切に記録していますか？	

☆モニタリング		
31	<p>少なくともひと月1回、利用者の居宅で利用者や家族に面談し、短期目標ごとに、サービスの実施状況、満足度等必要な項目に沿って実施し、達成度を評価していますか？</p>	<p>・居宅でモニタリングしていない事例が見られました(例:居宅を訪問せずに通所介護先で面談したことでモニタリングとしている ショートステイの長期利用等)。</p> <p>☞サービス中の状況確認は大切なことですが、モニタリングは利用者の居宅で実施します。(☞21参照)</p>
32	<p>サービス提供事業所に、サービス状況や利用者状況について確認していますか？</p>	<p>・各短期目標に対して実施していない事例が見られました(例:短期目標は複数あるが、ひとまとめに評価。短期目標すべてに対して実施していない等)。</p> <p>☞それぞれの短期目標に対してモニタリングするようにしましょう。</p>
33	<p>結果を具体的にわかりやすく記録していますか？</p>	<p>・モニタリングで、サービス提供状況や心身状況の変化を確認しても、ケアプランに反映していない事例が見られました(例:サービスがほとんど実施できていないのに、今後の方針が「このまま継続」等)。</p> <p>☞モニタリングは①サービスが計画通りに実施できているか②サービスを受けることで短期目標の達成に向かっているか③新たなニーズが発生していないか、を確認することが目的です。サービスの実施状況、利用者の状況や満足度、サービス事業所からの情報等を把握し、短期目標がどのくらい達成できたかを評価しましょう。位置付けたサービスが長期間実施できていなかったり、利用者の状況が変化した場合は、そのままにしないで新たな課題が発生していないか、再アセスメントを実施しケアプランを見直しましょう。また、短期目標が達成された場合は、次の段階の短期目標設定を検討してみましょう。</p>
34	<p>目標やサービスの見直しなど、モニタリング結果を活用していますか？</p>	<p>☞モニタリングは①サービスが計画通りに実施できているか②サービスを受けることで短期目標の達成に向かっているか③新たなニーズが発生していないか、を確認することが目的です。サービスの実施状況、利用者の状況や満足度、サービス事業所からの情報等を把握し、短期目標がどのくらい達成できたかを評価しましょう。位置付けたサービスが長期間実施できていなかったり、利用者の状況が変化した場合は、そのままにしないで新たな課題が発生していないか、再アセスメントを実施しケアプランを見直しましょう。また、短期目標が達成された場合は、次の段階の短期目標設定を検討してみましょう。</p>

利用表(第6表)・利用表別表(第7表)について	
☆ケアプランとの整合	
35	<p>サービス内容、提供日、提供時間、算定単位等が第2・3表のとおりで作成されていますか？</p> <p>☞第6・7表は、第2・3表に位置付けられたサービス内容をもとに作成するものです。</p> <p>・ケアプランと第6・7表が一致していない事例が見られました(例:第3表と第6表のサービス提供日時が大幅に相違・ケアプランに身体介護に相当するサービスがないのに第6表には「身体1」が位置付けられている等)。</p> <p>・介護報酬の算定区分に誤りのある事例が見られました。(例:複数回の訪問介護お、おおむね2時間未満の間隔で位置付けた場合に、所要時間が合算されていない。「自立支援のための見守りの援助」に該当しないサービスであるのに「身体介護」を算定している等)。</p> <p>☞「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」に沿って算定してください。</p>
個別サービス計画書について	
☆個別サービス計画書の確認	
36	<p>各事業所から受け取っていますか？</p> <p>・個別サービス計画書の提出を受けていても、ケアプランとの整合性を確認していない事例が見られました(例:通所介護計画書に個別機能訓練加算・口腔機能向上加算が位置付けられているが、ケアプランには位置付けられていない等)。</p>
37	<p>各サービス計画書がケアプランに沿って作成されているか確認していますか？</p> <p>☞運営基準では、ケアマネジャーは個別サービス計画の提出を求め、ケアプランとの連動性・整合性について確認することとされています。個別サービス計画書が提出されたら、内容が、ケアプランの課題の解決や短期目標達成に必要な内容になっているかを確認してください。</p>
<p>●全体を振り返って</p> <p>ケアプランとは、利用者に対して、どのような方針で、どのような具体的サービス・サポート等を提供するかを計画した書類です。</p> <p>介護保険法では、保険給付の内容及び水準は「要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。」としています。ケアマネジャーさんたちが作成するケアプランは、常にこの趣旨に沿う必要があります。</p> <p>コロナ禍で大変な中ですが、両者の立場に立って、利用者の「自立した日常生活」を目指すケアプランの作成をお願いいたします。</p>	