



ケアプラン点検チェックシート 点検項目の傾向

アセスメントシート

ポイント ケアプランを作成する上で、必要なアセスメント情報を把握している。

①アセスメントの実施時期が適切である。

→モニタリングや支援経過では利用者や家族の状況変化が読み取れるが、アセスメントを適切な時期に実施していないケースが散見される。

②アセスメントシートの記載がわかりやすい。

→主語や述語がなく、誰からのどのような情報なのか読み取れない。

→「〇〇年前」との記載になっており、具体的にいつなのか読み取れない。

→過去のアセスメントシートに追記する形式で新たにアセスメントシートを作成している場合、記載内容が過去に得た情報と現在の情報が混在しており、「現在の状況」が読み取りにくい傾向にある。

③利用者・家族はどのようなことに困っていて、どのようなようになることが望ましいと思っているのかを把握している。

→利用者や家族の意向は記載されているが、どのような在宅生活を過ごしたいのか具体性が乏しく、意向を掘り下げて聞き取れていないケースが散見される。

④ADL や IADL について、「介助」・「一部介助」が必要な内容を具体的に記載している。

→ケアプランにサービスが位置付けられているが、具体的な介助の状況や福祉用具を活用している状況の記載がなく、アセスメントからサービスが必要な状況が読み取れないケースがある。

⑤既往症、傷病歴、通院（往診）状況や服薬の内容等について把握している。

→現病歴と既往歴が整理されておらず、現在何の傷病で通院や在宅診療を受けているのか把握していないケースがある。

→家族が通院介助をしている場合、具体的な通院の状況や家族の負担を把握しない傾向がある。

→他の居宅介護支援事業所や地域包括支援センターからの引継ぎケースは、医療系サービスをケアプランに位置付けているにも関わらず医療情報の把握が乏しくなる傾向がある。

→通所系サービスで口腔機能向上加算、訪問看護やリハビリで言語療法を位置付けているにも関わらず、口腔衛生を把握していないケースが散見される。



⑥主治医等の意見を踏まえて疾患が及ぼすリスクや予後予測を見立て、維持、改善、向上に繋がる見立てをしている。

→進行性の疾患があるにも関わらず予防的な対応を取っていないケースは、ケアマネ自身が予後予測する意識が低い傾向にある。状況悪化してから対応を検討することから、後手に回る傾向にある。

⑦家族の心身の状況、介護力等を把握している。

→家族の年齢・疾患・就労状況・介護負担を把握していないケースは、現在家族が担っている役割ができなくなった時に対するリスクマネジメントが不十分な傾向にある。リスクマネジメントができていないと、家族の状況が変化した時にケアマネが対応できない傾向にある。

⑧利用者の生活歴、大切にしてきたこと、趣味、得意なこと等、その人らしさの情報が簡潔に記載されている。(マイナス面だけでなくプラス面)

→利用者のできていたこと・生活歴・趣味等の情報をアセスメント時に得ていないケースは、ケアプラン第2表の目標に具体性や個別性がない傾向が強く、目標を作れるような視点での情報収集ができていないことがある。

ケアプラン

ポイント アセスメントが根拠となって、ケアプランが作成されている。

第1表

① アセスメントの結果と利用者家族の意向が一致している。

→アセスメント時点で利用者や家族の意向を深堀していないと、第1表の意向が希薄になる傾向にある。

(例)ケアマネ：「どのような生活をしたいですか？」→利用者：「今のままでよいです」

⇒このまま第1表の意向欄に記載しているケアマネが散見される。

⇒ケアマネが利用者とのコミュニケーションを繰り返し、「今のまま」を具体的に表現できるようにする。

② 課題分析の結果が記載されている。

→課題分析の結果を記載していないケースが散見される。



③ 家族及び利用者を含むケアチームが行う援助方針が記載されている。

→ケアプラン第2表にセルフケアや家族の役割が記載されていないケースは、第1表の援助方針がチーム方針ではなく、サービス利用の羅列のみになっているケースが散見される。

④「生活援助中心型の算定理由」が該当する場合には、算定根拠が明確になっている。※該当する場合のみ

→生活援助を位置付けているにも関わらず、理由を記載していないケースが見受けられる。

第2表

①アセスメントから第2表のニーズ抽出に妥当性がある。

→「サービス利用ありき」で作られているケアプランは、アセスメントとニーズの関連性が薄く、ニーズ抽出の妥当性が見出しにくい傾向にある。

②セルフケア・家族支援、医療、インフォーマルサービス等が必要に応じて盛り込まれている。

→セルフケア・家族の役割が少ないまたはないケアプランは、「ケアプランは利用者の為であるもの」「利用者や家族の生活全体が見えるケアプランを作成する」との認識を持っていないケアマネが多い。

→インフォーマルサービスが位置付けられていないケースは、アセスメント時に生活状況を把握しきれていない傾向にある。また、社会資源の情報収集が不足していることも多い。

③サービスの利用が目標となっていない。達成可能な目標期間、認定有効期間を考慮している。

→サービス利用が目標になっている場合、「サービスは目標達成の手段である」との認識が低く、アセスメント時点で具体的な生活状況を把握していない・目標に個別性がない傾向にある。

④短期目標は長期目標を達成するための段階的な目標・期間、目標の達成に応じた頻度になっている。

→段階的に達成する目標を意識しないと、長期目標と短期目標が類似した・内容になる傾向にある

⑤サービス提供事業者が作成する個別サービス計画の目標となりうる内容が記載されている。

⑥モニタリングの際に、達成度が確認可能な具体的な目標になっている。

→具体性のないケアプランになると、サービス提供事業者の個別サービス計画も具体性が乏しくなり、利用者・家族・ケアマネ・サービス事業者で目指すべき生活や目標の共有ができていない傾向にある。



⑦利用者が望む利用者らしい生活の様子が具体的に記載されている。

→アセスメントで具体的な生活状況・過去の生活歴や趣味等が把握できていないと、目標に個別性が無くなり、利用者が望む具体的な生活も把握できない傾向にある。

第3表

①第2表で挙げた介護サービス、インフォーマルサービス等がすべて記載され、サービス提供時間帯、週単位以外のサービスも記載されている。

→アセスメントにおいて家族に関する情報が把握できていない・記載していない、第2表にセルフケアや家族の役割が記載されていないケースは、第3表の記載内容が希薄になる傾向にある。

② 利用者のセルフケアや家族が行う支援、生活全体の流れが見える記載となっている。

→セルフケア・家族の役割が少ないまたはない第3表のケースでは、「ケアプランは利用者の為であるもの」との認識が不足している傾向にある。

サービス担当者会議の要点

ポイント ケアプランの趣旨を活かすための意見交換がされ、ケアプランに反映している。

①担当者からの専門的意見（医師も含む）、欠席事業者からの意見照会等も反映して検討されている。

→サービスを新たに追加する（もしくは利用回数を増やす等）ケアプランに関する担当者会議において、既存のサービス事業者から意見徴収をしない、または担当者を会議に徴収しない傾向にあり、運営基準に違反する可能性がある。

→ケアプランの変更が頻繁に起こっている場合、主治医や既存のサービス事業者から意見徴収をしない、担当者を会議に徴収しない傾向にある。

→担当者会議開催後に欠席する事業者へ意見照会の文書を送付していることが散見される。

②福祉用具貸与等の位置づけも検討された上で、ケアプランに反映している。

→福祉用具貸与の内容が長期間変わらないケアプランにおいて、担当者会議の都度、福祉用具の必要性や妥当性を検討しなくなる傾向にある。（⇒必要性を検討せずに漫然と継続する傾向にある。）



モニタリング

ポイント 利用者家族の満足度や意向、目標の達成状況、ケアプランの変更の必要性等を把握していることを確認している。

①ケアプランの実施状況、満足度の把握、効果測定をし、ケアプランの修正が必要であるか判断している。

→モニタリングシートの記載内容が充足しておらずフォーマットに不備があると、実施状況や満足度の把握といったモニタリングすべき内容を把握しない傾向にある。

→記載されている情報量が少ないことから、効果測定においてケアマネが判断した根拠が読み取れないケースが散見される。

②事業者等からのケアプランの目標に沿った達成状況、サービスの実施状況報告等を把握し、検討している。

→サービス事業者等に対して、個別サービス計画の提出を求め、ケアプランと個別サービス計画の連動性や整合性について確認しているか、支援経過等からは読み取れないケースが散見される。

支援経過

ポイント 日時、場所、対応者、利用者・家族の発言、事業者等との調整、判断根拠等をわかりやすく記録している。

①電話・訪問等の区別が記録からわかりやすい。

→電話や訪問等の手段の記載と共に、日付や時間・誰と面接したのかの記載がないケースは、記載内容の主語や述語や分かりにくく、情報が整理されていない傾向にある。

②「変化なし」のみの記録ではなく、訪問時の状況を具体的に書かれている。

→支援経過の記載内容が具体的でない場合、状況の把握ができていないことが多く、変化なしと判断していても根拠が乏しいケースが多い。

③認識した事実と根拠を簡潔かつ適切な表現で記載している。

→収集した情報とケアマネの解釈や考え方が整理された記録になっておらず、どこまでが客観的な視点で得た情報なのか・どこからがケアマネの見解なのか、が不明確な記録が散見される。



ケアプラン全体

①ケアマネジメントの流れを踏まえてケアプランを作成し、ケアプランについての説明もわかりやすい。

→ケアマネジメントにおけるプロセス一つ一つの意味や必要性を理解していないと、

…「アセスメントが根拠となり、サービスの必要や妥当性のあるケアプラン」が作成されない

…アセスメントとケアプランが連動していない

…サービス担当者会議で必要な意見交換ができず、結論を導き出せない

…アセスメントが不十分だと課題分析ができておらず、ケアプランの趣旨や目標設定の根拠が説明できない

…アセスメントやモニタリングが不十分だと、不適切な給付につながるケアプランになる

(例：日常的に使用していない福祉用具が漫然と継続している。嗜好品は自力で買いに行くことができる利用者について、日用品や食料品の買い物代行を訪問介護で位置付ける。)