

R3年度ケアプラン点検結果

書類全般について

- 全般に文字の打ち間違いや変換間違い等の誤字が多く見られました。利用者に交付する書類でもありますので、作成後には必ず読み返して内容を確認するよう努めてください。ケアプランは、利用者がどういった人物でどういった支援を必要としていて、これからどのように支援していくのかを、誰が見てもわかるように整えておく事が望めます。そのため、事業所内で管理者など作成者以外のケアマネジャー（職員）の視点で、プランを確認するような体制を整えることもご検討ください。

アセスメントシートについて

- 未記入の項目やアセスメントされていない項目が多く見られました。アセスメントはプラン立案のための基礎となります。アセスメント後には必ずシートを見返していただき、記入しないことについて合理的な理由がない場合は、再度アセスメントするよう努めてください。

【未記入が多い項目】

- ・ 緊急連絡先・相談者の年齢
 - ・ インフォーマルな支援活用状況
 - ・ 家屋見取り図内の▲（段差）
 - ・ 現在の受診状況（特に受診頻度）
 - ・ 緊急連絡・見守りの方法、災害時の対応の必要性
 - ・ 1日のスケジュールの「本人が自分でしていること、したいと思っていること」
- 利用者の趣味嗜好や生きがいといったQOLの向上に必要な要素についてもアセスメントすることが望めます。これらの情報は、その人らしく過ごしていくために必要な情報であり、セルフケア、家族介護、フォーマル、インフォーマル関係なく支援の中に組み込むことで、目標達成の原動力に成り得るものと考えます。
 - 主たる介護者やその他の家族の年齢や健康状態等についてもアセスメントすることが望めます。これらの情報は、現在の介護者の負担がどれくらいなのか、今後どの程度期待できるのか等を客観的に示すものと言えます。こういった情報から潜在的なニーズを引き出すことも、アセスメントの重要な役割であると考えます。
 - 住宅改修歴がある場合は、家屋の見取図にその旨を記載するようにしてください。
 - 「本人の基本動作等の状況と援助内容の詳細」の項目において、認定調査項目以外の項目が評価されていなかったり、「特記、解決すべき課題など」（以下、「特記事項」）の欄に、認定調査票の特記事項をそのまま転記していたりするケースがありました。認定調査票

は参考資料です。アセスメントの際には認定調査時からの時点修正を含め、ケアマネジャーの視点で評価を行い、解決すべき課題を整理することが必要です。

- 特に ADL や IADL の特記事項に、「～ができない」や「介助が必要」といった記載が多く見られました。介護保険法第1条では「その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう、必要な保険医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」とあり、続く第2条では「その居宅において、その有する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」とあります。さらに第4条では国民の義務として、その有する能力の維持向上に努めることと規定されています。アセスメントにおいても、「できること」や「できそうなこと」等の残存能力に注目した評価と記録が求められます。また介助が必要な場合は、その理由を記載するようお願いします。
- 「食事摂取」や「飲水摂取」に係る特記事項には、その回数や量について記載するよう努めてください。特に高血圧症の場合は、食事の内容についてもアセスメントすることが望めます。また、水分不足による認知機能の低下や感情コントロールへの影響が指摘されていますので、水分摂取に関するアセスメントやプラン立案が求められます。
- 「排泄等」に係る特記事項には、その頻度や時間帯、また失禁の状況や理由についても記載し、コントロールの必要性や方法について検討することが求められます。
- 「精神・行動障害」の特記事項には、問題行動の原因となっているものを本人視点で分析することが求められます。
- 既往歴や現病、受診状況及び「医療・健康関係」に係る特記事項には、疾病に対応する現在の症状や原因について記載するよう努めてください。これらの情報をもとに、通院・服薬の管理や再発予防について、プランに位置付けることが望めます。
- インテークやアセスメントの中で、本人・家族が特定のサービスを希望した場合は、具体的にどういった場面でどういった援助が必要なのかを、特記事項に記載するようお願いします。
- 「全体のまとめの」項目に、それまでの記載内容を転記しただけで、課題がまとめられていないケースがありました。本項目で総合的な評価とニーズの整理をすることで、その後のプランが立案し易くなると思います。なお、「課題整理総括表」（厚生労働省）などのツールを活用することも有効です。
- 「1日のスケジュールの」の「本人が自分でしていること」「したいと思っていること」の記載が十分ではないケースがありました。「していること」が継続してできるようにするためにはどうすれば良いか、「したいと思っていること」を阻害する要因は何か、できるようになるためにはどうすればどうすればいいか、を検討することが「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む」という介護保険法の理念に繋がるものと考えます。

参考「アセスメント表とは」

アセスメントは、ケアマネジメントにおいて、ケアマネジャーが行う一番重要で専門的な作業といえます。介護保険制度では、「課題分析」と位置付けられており、居宅介護支援場合は、厚生労働省令 38 号第 13 条に、「適切な方法により、利用者が抱える問題点を明らかにして、解決すべき課題を把握する」よう示されています。

その為には、利用者の心身の状態、生活環境、介護力等の各項目の情報を的確に、かつ総合的に把握し、利用者及び家族が直面している困り事や生活を営む上での課題（自覚・無自覚）を整理し、その原因・背景をあらゆる面から分析し、「状態」と「原因」をつなげていく必要があります。しかしそれだけではなく、利用者が課題分析を通じて「望む生活」にむけて前向きに課題を受け止め、主体的な取り組みが行えるよう、専門職として働きかけることが重要であることを認識しなければなりません。

大切なのは支援が必要な状況を明らかにするだけではなく、利用者及び家族が持つ力の強さ、可能性に着目する視点を持ったアセスメントができることにあります。専門職として働きかけるための、最も基本的な作業の 1 つだということを認識しておかなければなりません。

アセスメント表は、介護支援専門員が利用者の自立支援に向けたケアプランを作成する上で、「課題分析に必要な利用者の情報収集→課題の整理・分析→意欲的な取り組みへの働きかけ」という一連の流れを適切に実施する為に必要不可欠なものであります。

不十分なアセスメントからは、適切な課題や目標は導き出されず、本来目指すべき「自立支援」と、かけ離れたプランとなります。

したがって、このアセスメント力を向上させることが、より質の高いケアマネジメントへとつながることを常に意識しながら、取り組んでいくことが大切になります。

－「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）より－

1 表 居宅サービス計画書（1）について

- 「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」の項目に、利用者及び家族の意向のみが記載されたプランがありました。本項目は、今回の標準様式の改訂により「意向を踏まえた課題分析の結果」を記載するようになっています。セルフケア、家族支援、フォーマル、インフォーマルなサービスを利用しながら、どのような生活をしたと考えているかといった、本人・家族の意向を踏まえた課題分析の結果を、本項目に記載するようにしてください。
- 「総合的な援助の方針」の項目が、居宅介護支援の視点のみで記載されているプランがありました。本項目では分析された課題に対し、介護支援専門員をはじめ、本人や家族、各種サービス担当者がどのようなチームケアをしていくのか、その理念や目標、また具体策を共有したうえで記載するようにしてください。
- また「総合的な援助の方針」には、利用者の状態が急変した場合だけでなく、将来の予測やその際が多職種との連携を含む対応方法についても記載するようにしてください。アセスメントから導き出された、今後必要になることが予想される支援について多職種で把握し、備えておくことが求められます。
- 同意者の署名を代筆とする場合は、代筆者の氏名に加えて続柄を記載するようにしてください。

参考「第1表とは」

本表は、利用者及び家族の「望む生活」を含め、居宅サービス計画全体の方向性を示す帳票です。居宅サービス計画書の中で、利用者及び家族の生活に対する意向がはっきりと示される一番重要な帳票ともいえます。

本表は、利用者・家族・ケアする人々の気持ちを一つにするための大切な計画書であり、できるだけわかりやすく、利用者の言葉で具体的に記載することが重要です。また、利用者の生活を支援するケアチームの気持ちを一つにし、利用者と共に同じ方向に歩んでいくための大切な帳票であるといえます。

－「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）より－

総合的な援助

課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、利用者及び家族を含むケアチームが確認、検討の上、総合的な援助の方針を記載する。

－「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について（厚生労働省）より－

2 票 居宅サービス計画書（2）について

- 「生活全般の解決すべき課題」の項目に、具体的な介護サービスの名称や福祉用具の名称が記載されているケースがありました。たとえインテークやアセスメントの段階で、本人や家族から要望があったとしても、そのサービスを利用したいと考えるに至った「生活全般の解決すべき課題」をアセスメントの中で引き出し、整理したうえで本項目に記載することが求められます。
- 「援助内容」の項目に、介護保険サービスのみを位置付けているケースがありました。たとえ要介護者であっても、健康的な部分や強みを利用者は持ち合わせています。先回りしたサービスの提供や過度なサービスが、利用者や家族の持つ力を奪うことのないよう、それぞれの力を引き出せるような働きかけが求められます。そのためケアプランには、フォーマル、インフォーマルに関わらず、本人・家族の役割も位置付けることが必要です。一見当たり前とも思える本人と家族の会話や外出も、状態の維持や改善にとって重要な役割を担うことがあります。それぞれの行動計画として、日々のかかわりや取組を本計画書に記載するように努めてください。介護保険サービスは与えられるものではなく目的意識を持って利用するものだと考えます。
- 自宅での入浴が困難であるため、その代わりにデイサービスで入浴するといったプランが多くみられました。自宅での入浴を阻害するものは何かを分析し、どのような工夫をすれば本人ができるようになるかというアプローチが求められます。福祉用具やデイサービスの利用は、そのアプローチの一環であると考えます。
- ニーズ、長期目標、短期目標の間で整合がとれていないケースがありました。利用したいサービスから逆算して目標を設定していないかなど、アセスメントの中で本当のニーズを引き出せているかを、今一度ご確認ください。
- 「安心して」「安全に」「元気に」といった目標設定が見られました。これらは生活をするための基本であるといえます。安心安全な生活を確保したうえで、これからどう暮らしていきたいかを目標にすることが求められます。
- 短期目標の期間が、短期目標の内容にかかわらず画一的に同じ期間が設定されています。目標内容に応じた期間を設定するようにしてください。
- 目標の内容及び援助内容から「通所介護」が適当と思われるものに対し、通所リハビリテーションを位置付けているプランがありました。主治医意見書の「医学的管理の必要性」にチェックが入っている場合は、医師にその意図を確認し、アセスメントから導き出したニーズや利用者負担等を総合的に勘案したうえで、利用者に複数のサービスを提案するよう努めてください。「もし通所リハビリテーションが使えなかったら何を提案するか」を考えてみて、総合的に比較検討することも有効だと思います。
- 特定の疾患や特定の部位に対するケアをプランに位置付ける際は、基本的なケアが十分か

どうかをご確認ください。例えば、筋肉量の維持を目標にリハビリテーションを位置付ける場合は、栄養摂取や食事に関するケアについても検討するようにしてください。タンパク質等の必要な栄養が不足した状態でトレーニングをすると、かえって状態の悪化を招くことも考えられます。アセスメントにおいて普段の食事の内容を把握し、目標の達成に必要な栄養が不足している場合は、基本ケアとして栄養摂取に係る支援を組み合わせてることが求められます。なお、疾患別のケアについては、「適切なケアマネジメント手法の手引き」（令和3年3月 株式会社日本総合研究所）等を参考にしてください。

- サービス付き高齢者住宅に入居する利用者のプランにおいて、入居することが目標のようになっている計画がありました。ご存じのとおりサービス付き高齢者住宅は「居宅」であり、そこでどう過ごしていくのか、そのために課題となることは何か、課題の解消のために何が必要かを考えることが、ケアプランであると考えます。

参考「第2表とは」

本表は、第1表で示された「利用者の望む生活」を実現していくために、アセスメントから導き出された一つ一つの生活課題を、具体的な手段を示しながら一步步解決していくための手順を表したものです。居宅サービス計画全体の中核となる帳票です。

本表は、利用者の生活課題（生活全般の解決すべき課題「ニーズ」）の中で、解決していかなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、①利用者自身の力で取り組めること、②家族や地域の協力でできること、③ケアチームがお手伝いをすることで、できるようになることなどを整理し、具体的な方法や手段をわかりやすくした帳票です。

目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようになるのか」という目標達成に向けた取組の内容やサービスの種別・頻度や期間を設定します。これはケアチームの目標達成期間であり、モニタリングやケアプランの見直しの指標となるものです。

－「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）より－

3 表 週間サービス計画表

- 利用する介護サービスの予定のみが記載されており、「主な日常生活上の活動」を含め、本人や家族の活動やインフォーマルサービスについて記載されていないケースがありました。2 表で掲げた目標を達成するための一週間の行動計画を、それぞれの役割がわかるよう視覚的に示したものが本表です。サービス事業所側の「サービス提供計画書」とならないよう注意してください。
- 「主な日常生活上の活動」には、利用者の起床や就寝、食事（朝食、昼食、夕食）、清拭、洗面、口腔清掃、整容、更衣、水分補給、体位変換、家族の来訪や支援など、セルフケアや家族支援などを含む生活全体の流れが見えるような記載をお願いします。

参考「第3表とは」

本表は、第2表で計画した具体的な支援の内容を、週単位で示した帳票です。

利用者の本来の日常生活リズムを把握した上で、介護保険サービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活リズムがどのように変化しているかがわかります。週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活リズムを管理することができます。

さらに、週単位、24時間の時間管理を示すことで、ケアチームとしても、他のサービスが週単位でどのように組み込まれているかを把握することができ、連携を図る上で役立ちます。

また、短期入所や住宅改修、通院状況など、週単位以外のサービスを記載することにより、サービスの全体像、中長期的なサービス計画を把握することができます。

－「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）より－

4 表 サービス担当者会議の要点

- アセスメントシート（主治医意見書）にある、「医学的管理の必要性」及び「サービス提供時における医学的観点からの留意事項」については、サービス担当者会議で共有し、その旨を記載するようお願いします。
- サービス担当者会を照会により実施した場合は、本表に①出席できない担当者の所属及び氏名、②会議に出席できない理由、③照会した年月日、④照会した内容及び回答を記載してください。

参考「第4表とは」

本表は、サービス担当者会議を開催した場合は、会議の要点を記載します。サービス担当者会議を開催しない場合やサービス担当者が会議に出席できない場合にも、関係するサービス事業所の担当者に対して行った照会内容についても記載します。

- － 「居宅介護支援事業所への実地指導マニュアル」（市町村における居宅介護支援事業所に対する実地指導に関する支援ツールの開発に関する研究事業）より－

5 表 居宅介護支援経過

- 平成 30 年度の改定により、居宅介護支援事業所は訪問看護事業所との連携により、利用者の居宅における生活情報のうち、口腔関連と服薬関連の情報を主治医等に提供することが義務付けられました。訪問看護事業所等から利用者に関する前述の情報を得た際は、本表に記載するようにしてください。またその情報の内、主治医等に情報を提供した場合は、その旨も本表に記載するようにしてください。
- 前述のような支援を継続する中で得られた本人や家族・環境に係る情報は、本表だけでなく随時アセスメントシートにも追記するようお願いします。
- 医療系サービスをプランに位置付ける際に主治の医師等の指示を得たときは、本表に①確認した日時、②確認した相手方（なるべく職・氏名を記録）、③主治医等の氏名と医療機関の名称、④指示の出ている期間、⑤指示の内容（医療系サービスの必要性和指示の概要）を記載するようお願いします。なお、要介護認定審査時に用いられた主治医意見書をもって、主治医等の指示を確認することはできません。（「主治医意見書記入の手引き」（厚生労働省）より）
- また上記で作成したプランを医師等に交付したときは、本表に①交付した日時②交付の方法③交付した相手（担当者）④指示した医師名及び医療機関名を記載するようにしてください。
- 福祉用具貸与・販売については、その必要性を十分検討するとともに、検討の過程を別途記録する必要があります。本表または別紙に検討の過程を記載するようにしてください。

参考「第 5 表とは」

本表は、介護支援専門員等がケアマネジメントを推進する上での判断の根拠や介護報酬請求に係る内容等を記録するものであることから、介護支援専門員が日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、記録の日付や情報収集の手段（「訪問」（自宅や事業所等の訪問先を記載）、「電話」・「FAX」・「メール」（これらは発信（送信）・受信がわかるように記載）等）とその内容について、時系列で誰もが理解できるように記載することが必要です。

－「居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」（厚生労働省）より－

本表は、介護支援専門員が利用者・家族、サービス担当、支援に関わる機関との日頃の関わりを通じて把握したこと、判断したこと、持ち越された課題などを整理して残す記録です。支援内容の確認だけでなく、居宅サービス計画の進捗や目標の達成度、居宅サービス計画の見直しの必要性が生じているかを確認して記載します。

－「居宅介護支援事業所への実地指導マニュアル」（市町村における居宅介護支援事業所に対する実地指導に関する支援ツールの開発に関する研究事業）より－