

令和6年度ケアプラン点検における主な指摘事項

	アセスメント	第1表	第2表	第3表	第4表	第5表	その他
1	アセスメントは、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や、生活環境等の評価を含め、利用者が抱える問題点を明らかにし、解決すべき課題を把握し、サービスの必要性を明確にしましょう。	「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」は、利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのか意向を踏まえ、課題分析として「どのような支援が考えられるのか、あるいは望ましいか」を総合的に勘案して記載しましょう。	「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」は、利用者及び家族の意向を踏まえて、どのような支援が必要か、あるいは望ましいか、介護支援専門員として課題分析した結果までを記載し、支援の方向性を明確にしましょう。	フォーマルサービスの記載のみではなく、利用者家族の来訪、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見えるように記載しましょう。	サービス担当者会議を開催せず、照会で行ったプランが散見されます。必要な時期にサービス担当者会議を開催し、関係者に専門的な意見を求めるなどして、援助方針の共有化を図りましょう。 やむを得ない理由により、サービス担当者会議を開催しない場合や出席できない場合は照会等で意見を求めますが、利用者の状況などの情報や原案の内容についてケアチームで共有しましょう。	専門職として行った業務は、全て記載しましょう。事実情報に基づき、専門職としての考察や判断した根拠を記載するようにしましょう。	「モニタリング」は、利用者やその家族の意向・満足度等目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について、判断した内容とその根拠を記載しましょう。
2	「できること」「していること」「できそうなこと」など利用者の残存能力や可能性に着目し、状態像が読み取れるように具体的に記載しましょう。	「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」は、利用者及び家族の意向を踏まえて、どのような支援が必要か、あるいは望ましいか、介護支援専門員として課題分析した結果までを記載し、支援の方向性を明確にしましょう。	「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」は、漠然としたまとめ方ではなく、利用者が自ら取り組んでみようと思えるように、分かりやすい記載の方法を心がけましょう。 利用者及び家族が「自分たちの課題（ニーズ）」として捉えられるように、具体的な表現で記載されるとよいでしょう。	「週単位以外のサービス」欄は、各月に利用する短期入所等、福祉用具（種目）、医療機関等への受診状況や通院状況、その他の外出など「多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス」などを記載しましょう。	主治医の意見を聴取し、生活上の留意点など、得られた医療情報をケアチームで共有し、その内容を記録に残しましょう。	「居宅介護支援経過」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、ケアマネジメントプロセスのほか、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、記録の日付や情報収集の手段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しましょう。	「居宅介護支援経過」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、ケアマネジメントプロセスのほか、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、記録の日付や情報収集の手段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しましょう。
3	「アセスメント」は利用者の主訴や相談内容をもとに、利用者が持つ力や生活環境等の評価を含め、利用者の抱える問題点を明らかにするため、課題分析標準項目23項目を具備しましょう。	「介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」は被保険者証から転記し、ない場合は「特になし」と記載しましょう。	「長期目標」は、解決すべき課題（ニーズ）が解決したときに、利用者らしい望む生活の姿がイメージできるようなことを設定されるとよいでしょう。 「短期目標」は、長期目標を達成することが望ましく、本人が取り組む具体的に評価可能な目標を設定しましょう。	「週間サービス計画表」は、第2表のサービスや支援が、第3表を通して、計画書そのものの全体的なバランスを把握することができ、それぞれのサービスと利用者の生活における関連性が見えるものとなり、見落としや見誤りなどがなく確認できるため、介護保険給付以外のセルフケアや家族介護などについても記載されるとよいでしょう。	医療系サービスをケアプランに位置づける場合に限らず、平常時から主治医等との連携を図り、医療情報やサービスに対する意見などを聴取し、サービス担当者会議で共有し、記録に残しましょう。	モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度、目標の達成度、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載し、それらの判断根拠についても記載しましょう。	選択的加算(口腔機能向上加算・緊急時訪問看護加算・個別機能訓練加算Ⅰ・入浴介助加算Ⅱ等)について、目標や達成度、継続する理由を利用者やサービス担当者で検討し、第2表に反映しましょう。
4	利用者及び家族の「できない」面だけでなく、「していること」「していないこと」「できそうなこと」(可能性)、そして本人および家族が「望む暮らし」まで把握しましょう。		長期目標の期間を認定の有効期間としているケースが散見されます。 期間を設定する主な理由は 1. 計画的に支援すること 2. 期間の終期に目標の達成が図られているかケアマネジメントの評価を行うこと の2つです。 「目標」に「期間」がある理由を理解した上で「目標」に合わせた適切な「期間」の設定を心掛けましょう。	医療機関への通院や頻度も含め、利用者の生活を支えるサービスの全体像を把握し、ケアチームで共有しましょう。	算定している選択的加算（入浴介助加算Ⅱ、個別機能訓練加算ⅠⅠ、ⅠⅡ、口腔機能向上加算等）について、目標や達成度、継続する理由を利用者や家族、サービス担当者で検討し、第2表に反映しましょう。	モニタリング表の評価日と、支援経過に記載されたモニタリング実施日に相違があります。業務を行った日付を正しく記載しましょう。	
5			「総合的な援助の方針」は、利用者及び家族を含むケアチームが取り組む内容等、共通の支援方針を具体的に分かりやすい表現で記載されるとよいでしょう。	「週単位以外のサービス」欄は、各月に利用する短期入所等、福祉用具（種目）、医療機関等への受診状況や通院状況、その他の外出など「多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス」などを記載しましょう。	サービス担当者会議に出席できないサービス担当者から、事前に意見を聴取した記録や、主治医からの医療情報、サービスに対する意見をサービス担当者間で共有し、記録に残しましょう。 福祉用具貸与については、その目標や継続して利用する必要性について種目別に検討し、必要性をケアプランに記載しましょう。		