

ケアプラン点検自己評価 記載マニュアル

ケアプラン点検を受けるにあたり、本記載マニュアルに基づきケアプラン点検自己評価シートにより自己評価を行ってください。

横須賀市では、平成 23～25 年度に市内 102 居宅介護支援事業所を職員が訪問し、面接によるケアプラン点検を実施しました。平成 26 年度には 3 年間かけて行ったケアプラン点検の効果検証および振り返りを行うため、市内 109 居宅介護支援事業所のケアプランを書面による点検を行うとともに、市内全域の事業所に対する講習会を実施しました。平成 27 年度以降は給付実績やケアプラン分析システム等を活用し、市内居宅介護支援事業所のうち 10 事業所程度を抽出し、訪問による点検を行っています。

このケアプラン点検自己評価シートを使用した評価方法は、提出された情報を基にした定点での検討を行うものです。過去の確認や経過を追うなど事例を深めることは困難なことから、点検の着眼点をケアプランの倫理性や整合性など文書の表現方法の適正化に焦点を当てて実施しています。

1 ケアプラン点検の自己評価の視点

「ケアプランの設定の整合性及び内容」、「自立に資するケアプラン」、「インフォーマルサービスの活用」の 3 つの視点から評価をしてください。これらの視点は、横須賀市居宅介護支援事業所連絡協議会の協力のもと、平成 23～25 年度までに実施したケアプラン点検において指導・助言が行われた上位項目を中心として定めています。

2 ケアプラン点検の自己評価の項目及び基準

上記の評価の視点を踏まえ、具体的な評価の項目とその基準を次のように設定しています。

(1) 視点 1 ケアプランの設定の整合性、内容

項目①1 解決すべき課題は、アセスメントから導き出された利用者の望む生活を実現するための内容となっているか

ケアプラン作成においては、利用者や家族が抱える困りごとについて、その問題の本質（原因や背景）を解決するのに何が必要なかを明らかにしていく過程が重要です。また、サービスはニーズを解決するための1つの手段であることを理解し、利用者が自立した生活を目指していく上での課題が捉えられていなければなりません。しかしながら、利用者の希望や要望を満たすために、単にデイサービスに行きたい、入浴したいだけなど、介護サービスを位置づけるための課題抽出が行われやすい傾向もあるため、解決すべき課題が利用者の望む生活を念頭に置いた内容となっているか確認をしてください。

また、課題の内容に関し、利用者ごとに捉え方が異なるものであり「安全・安心に過ごす」等の抽象的かつ誰にでも当てはまるようなニーズの表現は極力避ける必要があります。そのため、例えば、脳梗塞による片麻痺で訪問介護が必要な方で、元気だった頃のように調理ができないことが不安要素であれば、課題は「料理が出来ないで困っている」ではなく「片手での調理に不安はあるが、調理方法を工夫する事により徐々に料理のレパートリーを増やしていく」としていくなど、利用者ごとに「課題を解決した先にどういう生活を送ることを望んでいるか」が把握できる内容になっているかを確認してください。

評価基準

◎ 良く記載されている

ケアプラン上の解決すべき課題のほぼ全てにおいて、ニーズが導き出された背景や原因が踏まえられていることが把握しやすく、達成すべき目標と連動性がある内容である。

例えば、〇〇が原因（の状態）のために□□したい（できない）、〇〇することにより△△し、□□したい（の生活を送りたい）等。

○ 記載されている

ケアプラン上の解決すべき課題の半数以上において、ニーズが導き出された背景や原因が踏まえられていることが把握しやすく、達成すべき目標と連動性がある内容である。

△ 記載が不十分

ケアプラン上の解決すべき課題の半数以上において、ニーズが導き出された背景や原因が踏まえられていることが把握しにくく、達成すべき目標と連動性がある内容とは言えない内容である。

例えば、できるだけ元気でいたいなど抽象的であいまいな表現、デイサービスに行きたい、ヘルパーに入ってもらいたい等の、単に利用者の希望をそのまま記載し、サービスを利用するための課題抽出になっているもの等。

項目② わかりやすく論理的な（ニーズと目標がつながりのある）ケアプランの設定ができていないか（いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間が明確化されているか）

ケアプラン作成においては、利用者及び家族が優先的に解決したいと思う課題や取り組みたいという意欲的な課題から優先するなど、利用者及び家族の意向を汲みつつ、緊急性を踏まえた計画とする必要があります。

また、目標は、課題達成に向けて段階的に設定し、計画的支援に結びつけられることが望ましいです。ケアプランの目標に期間が設定されている理由には計画的支援を行うことや達成期限に居宅介護支援の評価を行うことの2つがあり、長期間にわたって漫然と支援を行うことがないように留意する必要があります。

ここでは、ケアプランが段階的な内容となっているか、あるいは各項目の整合性が図られ、計画性のあるケアプランになっているかについて確認をしてください。なお、具体的にはケアプラン2表を基に、次の5項目を確認してください。

②-a. 解決すべき課題は相互関係や波及した効果（もしくは予後）を予測した上で適切な優先順位付けがされているか

②-b. 長期目標は個々の解決すべき課題に対応して設定されているか

②-c. 短期目標は長期目標の達成に向けて段階化された中の1つの目標となっているか

②-d. サービス内容・種別は短期目標と一致し、短期目標が達成できる内容となっているか

②-e. 援助内容の頻度・期間は短期目標の達成に必要なものとなっているか

②-a

評価基準
◎ 良く記載されている 解決すべき課題について、ほぼ全てにおいて、過不足なく課題設定され、適切な優先順位付けが行われている。
○ 記載されている 解決すべき課題について、過不足なく設定され、半数以上において、適切な優先順位付けが行われている。
△ 記載が不十分 解決すべき課題について、不足がある、あるいは半数以上において、適切な優先順位付けが行われていない。 例えば、明らかに医療的支援が必要な利用者であるにも関わらず課題としてあげられていないもの等。

②-b～d

評価基準
◎ 良く記載されている ケアプランの目標やサービスについて、ほぼ全てにおいて、整合性が図られている。
○ 記載されている ケアプランの目標やサービスについて、半数以上において、整合性が図られている。
△ 記載が不十分 ケアプランの目標やサービスについて、半数以上において、整合性が図られていない。

②-e

評価基準
◎ 良く記載されている ケアプランの目標の期間について、ほぼ全てにおいて、課題達成のために適切な具体的な期間が設定されている。
○ 記載されている ケアプランの目標の期間について、半数以上において、課題達成のために適切な具体的な期間が設定されている。
△ 記載が不十分 ケアプランの目標の期間について、半数以上において、課題達成のために適切な具体的な期間が設定されていない。

項目③ 目標は単なる努力目標ではなく、現実に達成可能で具体的な目標となっているか

ケアプランは利用者本人の望む生活に向けて課題を整理し、目標を設定するものです。したがって、目標の内容は事業者側のサービス行為の目標ではなく、利用者の目標となっていることが重要です。特に、短期目標は、サービス提供事業所・作成者が個別サービス計画書を立てる際の指標となるものであり、「〇〇まで改善したい」

「〇〇を取組み、〇〇までできるようになる」など、利用者の具体的な生活動作や行為から設定したり、数値化したりする等、できるだけ具体的で取組みやすいものであることが望ましいです。

ここでは、目標の内容が、利用者がサービスを受けつつ到達しようとする内容として、すでに到達しているものや著しく低すぎたり、高すぎたりする内容となっていないか、また、個別サービスとの連動性が図れるよう短期目標がモニタリングの指標となりうる具体的な内容になっているか等について確認をしてください。なお、具体的には、次の2項目を設定して確認をしてください。

③-a. 目標は、事業者側のサービス行為の目標ではなく、利用者がサービスを受けつつ到達しようとする目標になっているか

③-b. 短期目標は、個別サービスの援助方針やモニタリングの指標となりうる内容になっているか

③-a

評価基準
<p>◎ 良く記載されている</p> <p>目標の内容が、ほぼ全てにおいて、利用者の目指す目標が設定されており、達成可能な内容になっている。</p>
<p>○ 記載されている</p> <p>目標の内容が、半数以上において、利用者の目指す目標が設定されており、達成可能な内容になっている。</p>
<p>△ 記載が不十分</p> <p>目標の内容が、半数以上において、利用者の目指す目標が設定されており、達成可能な内容になっていない。</p> <p>例えば、「皮膚観察できる」「一人での生活に自信を持てるような環境づくり」など事業者側の目標になっている、アセスメントの内容から既に達成されているものが目標に位置付けられているもの等。</p>

③-b

評価基準
<p>◎ 良く記載されている</p> <p>短期目標について、ほぼ全てにおいて、個別サービスの援助方針やモニタリングの指標となりうる内容になっている。</p>
<p>○ 記載されている</p> <p>短期目標について、半数以上において、個別サービスの援助方針やモニタリングの指標となりうる内容になっている。</p>

△ 記載が不十分

短期目標について、半数以上において、個別サービスの援助方針やモニタリングの指標となりうる内容になっていない。

例えば、安定した歩行となるための短期目標が「体調の維持、向上」となっており、どのレベルまでどのような歩行を目指すのか具体的にないもの等。

視点2 自立に資するケアプラン

項目④ 自立に資する目標になっているか（「目標指向型のプランになっているか」もしくは「自立支援を意識した目標になっているか」）

居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われる必要があります。そのため、ケアプランにおける目標も自立に資するものであることが望ましいです。したがって、目標はサービスを位置づけただけで達成してしまう内容ではなく、サービスはニーズを解決するための1つの手段であることを理解し、利用者が自立を目指していけるような内容となっていることが重要です。

また、目標設定をアセスメントから個別具体的にを行うことは、利用者及び家族が自立に向けて取組みたいという意欲や主体性を引き出すことにもつながるものであるため、抽象的な言葉ではなく、誰にでもわかりやすい具体的な内容で記載する必要があります。

ここでは、目標の内容が自立に資する内容になっているか、主体性が引き出されるような個別具体的な表現がされているか等について確認をしてください。なお、具体的には、次の3項目を設定して確認をしてください。

- ④-a. 課題解決のための目標がサービスを位置づけただけで達成されてしまう内容になっていないか
- ④-b. 利用者や家族にとってわかりやすく主体的生活への意欲が引き出される表現となっているか
- ④-c. 利用者の有する能力を活かした具体的な表現となっているか

④-a

評価基準
◎ 良く記載されている 課題解決のための目標が、ほぼ全てにおいて、サービスを利用しながら達成しようとするものになっている。
○ 記載されている 課題解決のための目標が、半数以上において、サービスを利用しながら達成しようとするものになっている。
△ 記載が不十分 課題解決のための目標が、半数以上において、サービスを利用しながら達成しようとするものになっていない。 例えば「社会参加する」「入浴する」「自分にあったプログラムで身体を動かす」といった、内容が達成すべき段階的な目標というより、通所すれば達成可能なものなど、サービスを位置付けただけで達成可能なもの等。

④-b

評価基準
◎ 良く記載されている 課題解決のための目標が、ほぼ全てにおいて、利用者や家族にとってわかりやすく、意欲が引き出されるような表現となっている。
○ 記載されている 課題解決のための目標が、半数以上において、利用者や家族にとってわかりやすく、意欲が引き出されるような表現となっている。

△ 記載が不十分

課題解決のための目標が、半数以上において、利用者や家族にとってわかりやすく、意欲が引き出されるような表現となっていない。

例えば、社会復帰が課題である時に、通所や通院ができているにも関わらず「外出の機会を作る」という長期目標が立てられ、短期目標が「自力でできる」という抽象的な表現のみになっており、何ができて何ができないか等、本人の能力を踏まえた具体的な内容とはいえないもの。また、専門用語を多用し、誰が読んでもわかる内容とはいえないもの等。

④-c

評価基準

◎ 良く記載されている

課題解決のための目標が、ほぼ全てにおいて、利用者の有する能力を活かした具体的表現になっている。

○ 記載されている

課題解決のための目標が、半数以上において、利用者の有する能力を活かした具体的表現になっている。

△ 記載が不十分

課題解決のための目標が、半数以上において、利用者の有する能力を活かした具体的表現になっていない。

例えば「生活が困らないようにする」「〇〇をしてもらう」など利用者の有する能力を活かした内容になっていないもの等。

視点3 インフォーマルサービスの活用

項目⑤ 介護の問題のみにとどまらず、保険給付以外の援助（インフォーマルサービス等）を含めた生活全般にわたるケアプランとなっているか

ケアプランの作成にあたっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービスまたは福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めてケアプランに位置付けるよう努めなければならないとされています。

また、インフォーマルサービス等を位置付ける場合にあっては既に行われており、それがニーズに反せず、利用者及びその家族の生活に定着している場合には、これに配慮し調和のとれたケアプランとする必要があるとされています。

しかしながら、これまでのケアプラン点検ではケアプラン2表や3表において必要性があるにも関わらず記載がなかったり、あるいは記載されていても不十分であったりなど、インフォーマルサービスの位置付けについては指導・助言が多くなされたところ です。

ここでは、利用者の生活全般を支援する観点に立ち、ケアプランにインフォーマルサービスが適切に位置付けられ、その人の生活の様子が把握できる内容になっているか、3表の週単位以外のサービスや主な日常生活上の活動の欄に記載漏れがないか等について確認をしてください。なお、具体的には、次の4項目を設定して確認をしてください。

- ⑤-a. 家族による援助等も利用者及び家族に定着しているものがサービス内容に含まれているか
- ⑤-b. 介護保険給付以外の医療サービス、障害サービス、体操教室や配食弁当等、利用者の生活に必要なものがケアプランに含まれているか
- ⑤-c. 週間サービス計画表には起床～就寝までの一日のリズム（食事、入浴など）や介護者の介護への関わりの内容（排泄介助、体位変換）が具体的に記載されているか
- ⑤-d. 「週単位以外のサービス欄」に短期入所や住宅改修等、通院状況など週単位以外のサービスを記載し、生活の全体像、中長期的なサービス内容が把握できる内容となっているか

⑤-a

<p>評価基準</p>
<p>◎ 良く記載されている</p> <p>アセスメントから把握できる範囲の生活に定着している家族等の援助について、ほぼ全てにおいて、ケアプラン上に不足なく位置付けられている。</p>
<p>○ 記載されている</p> <p>アセスメントから把握できる範囲の生活に定着している家族等の援助について、半数以上において、ケアプラン上に不足なく位置付けられている。</p>
<p>△ 記載が不十分</p> <p>アセスメントから把握できる範囲の生活に定着している家族等の援助について、半数以下、もしくは全くケアプラン上に位置付けられていない。</p>

⑤-b

<p>評価基準</p>
<p>◎ 良く記載されている</p> <p>アセスメントから把握できる範囲の介護保険給付以外のサービスについて、ほぼ全てにおいて、ケアプラン上に不足なく位置付けられている。</p>
<p>○ 記載されている</p> <p>アセスメントから把握できる範囲の介護保険給付以外のサービスについて、半数以上において、ケアプラン上に位置付けられている。</p>
<p>△ 記載が不十分</p> <p>アセスメントから把握できる範囲の介護保険給付以外のサービスについて、半数以下、もしくは全くケアプラン上に位置付けられていない。</p>

⑤-c

評価基準
◎ 良く記載されている アセスメントから把握できる範囲の1日のリズムや主な日常生活上の活動について、ケアプラン3表に記載があり、1日の生活様子が具体的にイメージできる。
○ 記載されている アセスメントから把握できる範囲の1日のリズムや主な日常生活上の活動について、ケアプラン3表に記載があり、1日の生活の様子が把握できる。
△ 記載が不十分 アセスメントから把握できる範囲の1日のリズムや主な日常生活上の活動について、ケアプラン3表に記載がないか、あっても記載不十分であり、1日の生活の様子が把握困難。

⑤-d

評価基準

◎ 良く記載されている

アセスメントから把握できる範囲の福祉用具や医療系サービスなどを含めた週単位外のサービスについて、ケアプラン3表に記載があり、中長期の生活様子等が具体的にイメージできる。

○ 記載されている

アセスメントから把握できる範囲の福祉用具や医療系サービスなどを含めた週単位外のサービスについて、ケアプラン3表に記載があり、中長期の生活様子等が具体的にイメージできる。

△ 記載が不十分

アセスメントから把握できる範囲の福祉用具や医療系サービスなどを含めた週単位外のサービスについて、ケアプラン3表に記載がなく、中長期の生活の様子等が把握困難。