

ケアマネジメントプロセス

アセスメント⇒プランニング⇒モニタリング

アセスメント

実地指導におけるアセスメントの実施状況の確認は、アセスメントシートの有無で成される。アセスメントとは、利用者が抱える生活課題（ニーズ）を明確にすることである。その上で、アセスメント結果や利用者、家族の希望を反映した目標を設定し、その目標の達成のための介護プログラムをプランニングしなければならない。これが個別サービス計画である。実地指導でのチェックポイントは、アセスメントシートの枚数と個別サービス計画の枚数が同じ枚数があるかということになる。



プランニング

アセスメントを行わずに作成された個別サービス計画は、ケアマネジメントプロセスに従った計画ではないために否認される。また、ケアプランの目標を丸写しとした長期目標、短期目標も否認される。理由は、アセスメントを反映した目標を設定しなければならないためである。個別サービス計画の作成者は、運営基準で定められている。例えば、訪問介護計画はサービス提供責任者。通所介護計画は管理者である。個別通知で特例も認められており、通所介護は、生活相談員等が管理者と共同作成という位置づけで計画の作成を担当できる。規定で定められた者以外は計画を作ることが出来ず、他の者が作った計画は認められない。



モニタリング

モニタリングの役割の一つに、個別サービス計画の目標の達成状況の評価がある。目標が「達成」と評価された場合は、その計画の役割は終了である。この場合は、アセスメントから新たな目標を立てた新しい計画の作成というプロセスに戻る。「未達成」評価では、計画の目標が達成されていないために、現在の計画は継続となる。ただし、長期間にわたって未達成の目標は不適切とされ、達成可能な目標に変更した新しい計画の作成が必要となる。

以上から介護サービスが提供されている事を証明するには以下の流れでなければならない

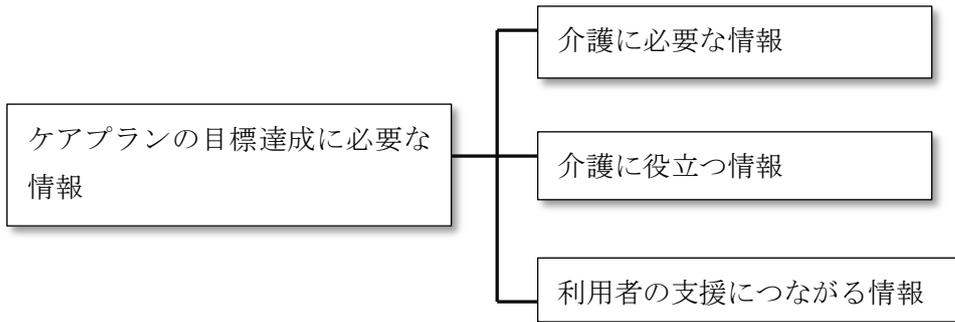
介護保険法では以下の規定がある

介護サービスを提供する上ではケアマネジメントプロセスを重視すること

このプロセスが関係してくるのが特に以下の3つではないだろうか

● ケアプランの目標と介護記録の関係

全ての介護記録はケアマネから提出されたケアプランの目標に沿った記録をしなければならない。



事例

ケアマネから提出されたケアプラン

介護現場での介護記録

長期目標
施設内を転倒なく確実に一人で歩行することができる。

短期目標
歩行訓練を繰り返し、1日3分は手すりにつかまりながら、歩くことができる。

ケアプランを
反映



書くべき情報

- ①利用者の日常生活の歩行の様子はどうであったか
- ②歩行訓練時の様子や効果はどうであったか
- ③職員が歩行介助したのはどんな状況の時で、どのような介助をし、その時の利用者の反応(表現、言動)はどうであったか
- ④職員がどんな声掛けをし、どんな会話を交わしたか
- ⑤職員が気づいたこと

長期目標
楽しみをもって生活できるようにする

短期目標

- ・レクリエーションに参加し、楽しみを見つげられるようにする。
- ・他の利用者と雑談できるようにする。

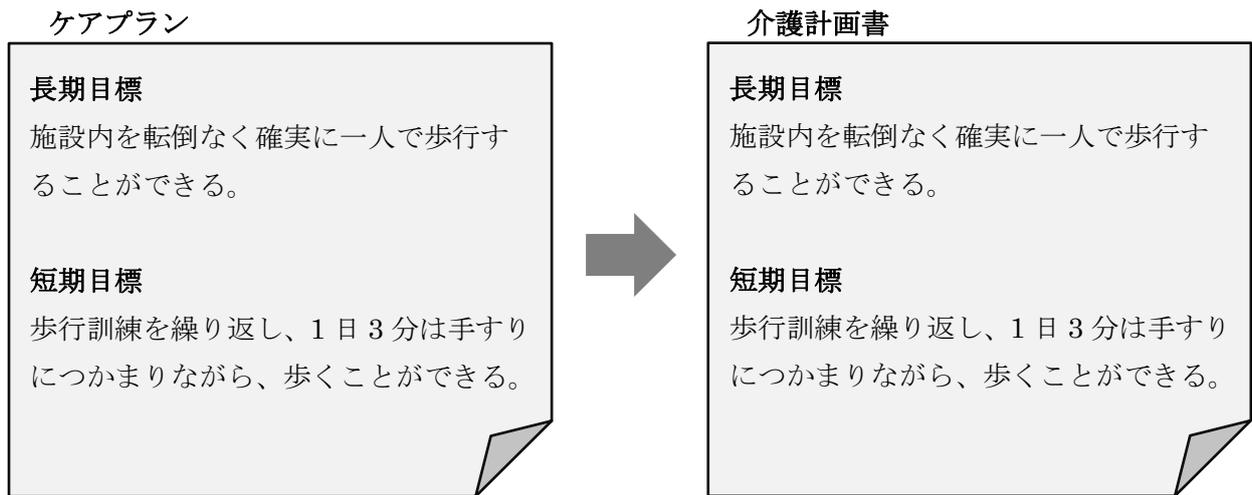
ケアプランを
反映



書くべき情報

- ①利用者の日常生活の様子はどうであるか
- ②どんなレクリエーションに興味を持っているのか
- ③レクリエーションに参加時の利用者と職員はどのような会話を交わしたか
- ④他の生活場面で利用者が楽しみをもっていることは何か
- ⑤職員が気づいたこと

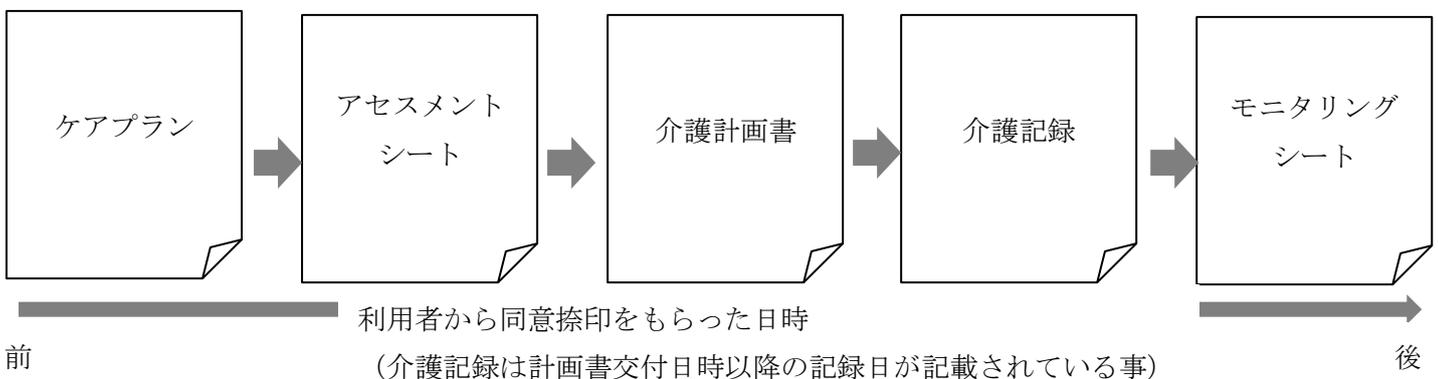
- 介護計画作成において長期目標と短期目標設定時、ケアプランの目標をそのままの文言を転記してはならない。



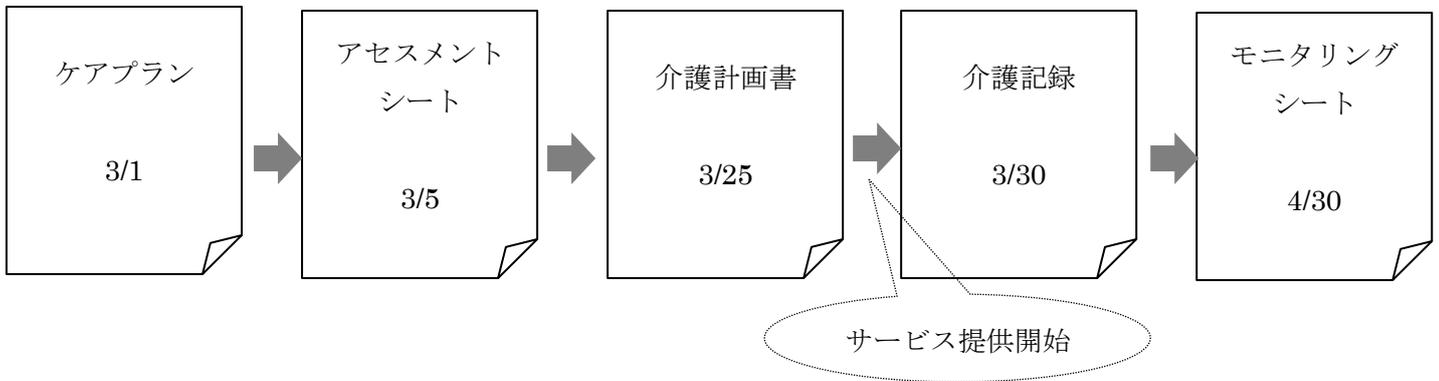
ケアマネジメントプロセスの観点から、転記は厳禁!!
必ず、アセスメントにて独自の文言で目標設定を行う。

- 契約時、サービス開始の日時、その他介護記録記載時の日時の関係について

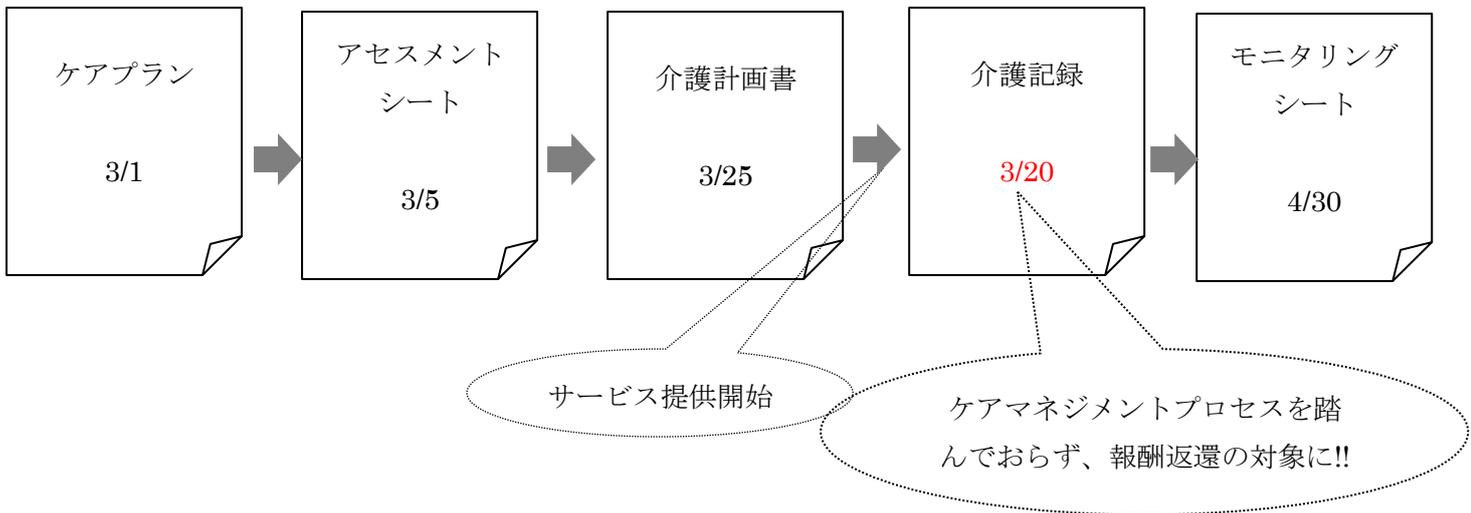
日時の設定についてもケアマネジメントプロセスに基づく。下記参照



・実地指導においてOKとなるケース



・実地指導においてNGとなるケース



・実地指導においてぎりぎりセーフとなるケース

