

実地指導が厳しさを増しています。

以前は、書類の部数が揃えばそれでよかったのですが、書類の整合性、もしくはケアプランと介護記録の記載内容に矛盾点がないかなど、提供されるサービス内容に踏み込んだ書類のチェックが行われています。

また介護に関する帳簿類は実地指導の他、今増加しつつある介護裁判の判断材料となるなど、記録の重要性はますます増しています。

特に訪問介護ではサ責の業務分担が業務効率にかかわっており、それが書類の整備にもかかわっているといつても過言ではありません。

サ責の方が書類の整備を行うことになりますが、本来の業務の傍らこういった書類の整備も行わなければなりません。

そこで本稿では、各書類についての記載のポイントはもちろんのこと実地指導対策やリスクマネジメントの観点から記録類の整備の重要性について解説していきたいと思います。

1. 記録の不備で指摘されやすい点とは

では、帳簿類に関して指摘がされやすい項目はどういったものがあるのでしょうか。

それは以下の通りです。

- ・居宅サービス計画に位置付けのあるサービスを訪問介護計画に位置付けていない。
- ・アセスメント、モニタリングを行ったという記録がない（各シートがない）。
- ・利用者の個人情報を用いる際に、事前に文書で利用者に同意を待てない。（署名欄に記載がない）
- ・提供したサービスの具体的な内容等を記録していない。
- ・加算等を請求するにあたり必要な書類がない。

ざっとあげると以上のようになるでしょうか。

その中で一番多いのは、利用者に介護計画書を交付せずにサービスを提供している事です。

ではなぜ、行政の方々はサービス提供に介護計画書を作成していないという事が分かるのでしょうか。

実は行政指導というのは、書類の整合性を重視しているのです（図1）。

例を挙げると

- ・介護計画書の枚数分の利用者のケアの様子が業務日誌に記載されているか。
- ・アセスメントシートが10部あったとすると計画書も10部なければならない。またモニタリングシートも10部なければならない。
- ・出勤カード（タイムカード）で出勤者のチェック 各業務日誌を確認して本当にこのスタッフが出勤しているのかをチェック

2. そもそも記録を整備しておく必要性と、記録を保存しておく意味

ではなぜ記録を整備しておかなければならないのでしょうか。

その意味を紐解くために、介護記録（帳簿類）を残しておくメリットについて考えていきたいと思います。

生活者の生活の証と提供者の支援の証を残す

記録を残すことで、確かにケアを提供していたという記録が残せます。また日々の記録を残すことで利用者の生活状態が把握できるのです。

利用者の状態や心理面・生活環境の把握

記録に残すことで利用者の生活状態と心理状態を知ることが出来ます。

ケアの連続性を可能にする

ある限られた時間(レクレーション時、入浴介助時等)だけを記録しても、利用者が何をケアしてもらいたいのか分かりません。1日、2日、3日…常に観察、記録することで初めてケアが可能になってくるのです。

ケアの内容を明確にしてチームで共有する

介護計画書、介護記録、経過記録等記録類はスタッフ同士の情報の共有を図るほか、ケアの統一性を図ることが出来るのです

万が一の時「介護事故」から自分を守る

「ヒヤリハット」「事故報告書」などの記録がなければ、利用者に対し損害賠償を求められることがあります。

適正なケアをしていたにもかかわらず、それを証明するものがなければ第三者から正当性は認められないのです。

支援の結果を社会に発信する

厚労省は H27 年改正でケア介護に積極的に出るようにとの通知がなされました。ケア会議の出席参加ならば本来であれば基準を満たさないところを特例を作り人員基準を満たすものとしました。この会議ではケアプラン、介護記録などを提示することが十分考えられます。

また運営推進会議(地域密着サービスなどで開催される会議)では第三者のチェック機能が強化されています。

これらの機会では当然、介護記録などの帳簿類の提示があると思われます。

さらには個人情報保護法により利用者家族等から介護記録の提示を求められた場合は、その要求に応じなければいけないことが規定されています。訪問介護でいえば、個人情報開示がこの 事項に該当するでしょう。

記録類を見直すことにより、今後のより良いケアを提供する為の重要な材料になる

例えば、定時のオムツ交換時に便臭がして、失禁しているとします。そうした場合、介護記録を蓄積することによって、排便のリズムが見えてくると思います。介護記録を材料にしてリズムを知ることによって今後の排泄ケアに結び付けていく、今後の排泄ケアの対策をカンファレス等で話し合うことが出来るのです。

研修材料となる

例えば新人職員が入職したとき、特定の利用者のケアでは他の利用者と違いこういう事に注意しなければならない事を事故報告書ならば今後の解決策を話し合う材料となるなどといった場合です。

以上書類を残すメリットをざっと挙げてみましたが、記録類保存と整備の必要性がお分かりになっていただけたかと思います。書類を保存しておくこと—それは何も実地指導対策だけではないというのがお分かりいただけたのではないかと思います。

3. 記録のポイント

ここでは書類整備に伴い、各書類を記載する上で気を付けるポイントについて解説していきたいと思います。

(1) ファイスシート(図 2)

利用者の氏名、年齢、生年月日、身体状況、経済状況、生活環境、家族関係、連絡先などの基本情報を記載した書類

ケアマネから新規の利用者を受け入れるときに記載する書類です。別名新規受け入れ票とも言われています。

実際はケアマネが記載することが多いのですが、訪問介護事業所で作成するケースもあるようです。

この書類は利用者の個人情報が詰まった最重要書類と行政側は見ているようです。

ア) 連絡先

この連絡先については 2 か所以上の欄を設けておくことをお勧めします。

なぜ、2 か所も設けておくことが必要なのでしょうか。転倒などの事故が起きた場合一刻も早く利用者の家族に連絡を取らなければなりません。その時、通常の連絡先に連絡が取れれば問題はないのですが、もし連絡が取れなかった場合、予備に控えておいた連絡先に取る必要性が出てくるからです。

連絡先を設ける際には出来れば固定電話の他に携帯電話を記載する欄も設けておきたいものです。今はほとんどの方が携帯を持っている時代です。固定電話よりも携帯の方がつながりやすい事もあるからです。

(2)事故(ヒヤリハット)報告書(図3)

ア)略図を書くこと

事故の発生状況を説明するとき、文章のみではうまく説明できない事が多々あるでしょう。その際イラストを用いることによって、視覚的にも訴えることが出来るし、その時点でのスタッフの配置状況が一目瞭然で分かるのです。

イ)回覧印

この欄を設けることが重要です。介護事業所というのは他職種が協力して一つのサービスを提供するという特殊性を有する職場です。 という事は情報共有されていなければなりません。情報共有していますよ、という事を証明する為には、回覧印を設けて各スタッフの印鑑を押してもらう、これしかないので。

ウ)今後の解決策

この欄は、今後の解決策をカンファレンス等で話し合った結果、結論を明記しておきます。そうすることで新規職員の研修にも使えますし、情報共有にも一役買うことにつながります。

(3)介護記録(業務日誌)(図4)

介護をしたという証拠となるのがこの介護記録(業務日誌)です。

この介護記録ですが介護計画、ケアプランに基づき実際に介護が行われていたかどうかが見られます。

もし事故が起きた場合、事故報告書を基にどういうケアを行っていたのか、転倒防止のための処置を行っていたのかどうかを裁判官は介護記録、ケアプラン等から読み取るので。ですので記載内容は事実を書くことが非常に重要になってくるわけです。

(4)苦情報告書

案外知られていないかもしれません、この苦情報告書も厚労省はリスクマネジメント上の重要な書類として位置づけ、以下の通知を出しています。

同条第2項は、利用者及びその家族からの苦情に対し、指定訪問介護事業者が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情(指定訪問介護事業者が提供したサービスとは関係のないものを除く。)の受付日、その内容等を記録することを義務づけたものである。

指定居宅サービス等及び介護予防サービス等に関する基準について(1999年 老企第25号)

この通知から読み取ることは以下のポイントです。

- ・利用者から苦情が出たら、内容を漏らさず記載
- ・苦情が出たらいつ出たものなのかをしっかりと明記
- ・記録があることにより今後の対応の基準につながる
- ・報告書には苦情内容だけでなく今後の対応も記載すること

この書類も事故(ヒヤリハット)報告書同様、情報共有や研修材料になりうることを心得ておかなければなりません。

(5)介護計画書

文字通り、介護に関する計画書です。この計画書作成に関して大原則は「ケアプランを沿った計画を立てる」ことです。作成する上で重要なポイントは以下の通りです

作成に当たっては、利用者の状況を把握・分析し、訪問介護の提供によって解決すべき問題状況を明らかに(アセスメント)し、これに基づき、援助の方向性や目標を明確にし、担当する訪問介護員等の氏名、訪問介護員等が提供するサービスの具体的な内容、所要時間、日程等を明らかにすること。

以上から介護計画作成について

・アセスメント ・長期目標、短期目標の設定 ・目標に基づくサービス内容の設定

の順で作成することがポイントになってきます。

また後述するケアマネジメントプロセスの観点から記載する上で注意するポイントがあります。それは

目標(長期、短期)やサービス内容についてケアプランの記載内容をそのまま介護計画書に書き写すことはできない

なぜ、ダメなのでしょうか

ケアマネジメントプロセスによると

ケアプランの記載内容をもとにして、訪問介護事業所にてモニタリングする

とあります。
にてモニタリングした結果を訪問介護事業内で作成した計画書に書き込む

ケアプランと介護計画書の記載内容の違いを挙げると以下の通りになります。 (図5)

・ケアプラン…利用者がかかわるすべての事象者のサービス概要をまとめたもの

・介護計画書…ケアプランに記載されている概要をさらに深く掘り下げて詳細なサービス内容を記載したもの

以上の違いを考慮に入れると当然ケアプランと介護計画書の記載している表現は相違していかなければおかしいということになるわけなのです。

記載内容に関しては相違してはいけません。あくまでも記載表現が相違していなければいけないということです。

ここでは紙面の関係で記載方法については割愛させていただきますが利用者家族に見せる書類、また外部に公開する書類なのだということを十分に認識しながら記載することがポイントです。

以上(2)～(5)の書類に共通して言える記載のポイントは以下の通りです。

・わかりやすく、具体的に記載すること、(誰が見てもわかるよう専門用語を使ってはいけない)
・介護計画書、介護記録では「時々等」のあいまいな表現は記載しないように
・常に外部に公開する材料なのだということを認識すること
・担当したスタッフの氏名や日時、時間をまず最初に記載すること

4. ケアマネジメントプロセスについて

ここでは実地指導に非常に重要なかかわりを持つケアマネジメントプロセスをご紹介しましょう。

前項の記録の不備ですがなぜ不備といえるのか、根拠になっているのがケアマネジメントプロセスなのです。 (図6)

すべてのサービス提供は以下のプロセスに沿って提供されなければならない

契約 アセスメント プランニング 実行 評価

訪問介護のみならず、すべての介護サービス提供に関してはこのケアマネジメントプロセスに沿って提供されなければ、ペナルティとして介護報酬の減算もしくは返還といったことも起こります。

なぜでしょうか。すべてはサービスの質向上にかかっているからです。国はサービスの質向上を図るためにこのプロセスに沿ってサービス提供を行うことを求めています。 つまり、書類の整備もこのプロセスにのっとったものでなければならないのです。

書類の整備面の観点からいうと

【契約】 契約書、重要事項説明書の交付【利用者との契約】

【アセスメント】アセスメント(利用者へのサービス利用に関する情報収集)

【プランニング】アセスメントシート、訪問介護計画書作成、(利用者・ケアプランセンターへの交付)

【実行】サービス提供(介護記録の記載)

【評価】モニタリングシートの作成(利用者・ケアマネへの交付)

この順番で書類の作成や整備を行わなくてはならないことになります。

4. 記録を保存する際のポイント

皆様の事業所では、利用者別にファイルを作りその中に該当利用者のファイスシート、介護計画書等を透明のクリアファイルに挟んでいると思います。

私はよく、他事業所のアウトソーシングを依頼され、実際に施設に伺い、業務をさせていただくことがあるのですが、様々な書類を見ながらパソコンにデータを入力しているうちに書類がホッチキスで止めていない為、バラバラになってしまい、わからなくなってしまうことが多い多々あり、業務終了などに時間がかかるてしまうといったことがあります。

そこで、項目別にホッチキスで止めて置くことをお勧めします。(図7)

例えば A さんの訪問介護計画書があるとします。

訪問介護計画書 (令和1年1/1～令和1年3/31)

訪問介護計画書 (令和1年4/1～令和1年7/31)

訪問介護計画書 (令和1年8/1～令和1年12/31)

の3部があったとしましょう。

一番上に、最新の訪問介護計画書、その下に訪問介護計画書、一番下に訪問介護計画書

つまり、最新(更新時)の書類を常に一番上にしてそろえて上部をホッチキスで止めておくのです。このように止めておくことでバラバラになることもありませんし、イライラすることもなくなるはずです。

よくクリップで止めていらっしゃる方がいらっしゃいますが、これはあまりお勧めできません。何故ならファイルから取り出して業務で使っているうちにバラバラになってしまう可能性が強いからです。

新しく書類が作成された際には、めんどくさいとは思いますが、ホッチキスの芯を外して新規の書類を一番上にして新しく止めなおしましょう。

ケアプランやファイスシート、事故報告書等の各書類も同様にしてケアプラン同士、ファイスシート同士、事故報告書同士をそれぞれホッチキスで止めて、それらを一つのクリアファイルに挟んでおけば OK だと思います。

また書類の保存としてパソコン、USBメモリもしくは CD-R 上での保存も併せて行っておきたいところです(図7)。

何故なら、これはリスクマネジメント上から非常に効力を発揮するといえるからです。

もし万が一、何かしらの事故で書類を紛失してしまった場合、パソコンにデータを保存していればプリントアウトできますし、そのパソコンがフリーズして使えなくなってしまった場合、USBメモリがあれば窮地を抜け出すことができます。

そのために書類をパソコンへスキャンができる設定をしておいてください。

ちなみに文書の保存は紙面での保存だけでなく、電子媒体(パソコン上での保存や USB メモリでの保存)も認められています。

5.まとめ

いかがでしたでしょうか。実地指導は私たちの安全を守ってくれるものといえることがお分かりいただけたと思います。

訪問介護のみならず、介護サービス事業所は作成・保存すべき書類が膨大です。

この膨大な書類を不足なく作成するにはどうすればよいのでしょうか。

その一つのヒントとして訪問介護事業 帳票作成進捗管理表の作成をお勧めいたします。(図8)

この書類をご覧いただくとお分かりの通り不足している書類やケアマネジメント上やるべきことが一目瞭然です。

当月サービス提供分につき作成しておき、一つの業務が終わったたびに完了日時を記載しておけば、どんな業務が完了していないか簡単にチェックできる優れモノです。

パソコンにて作成・保存しておき是非ご活用いただきたいアイテムです。

普段から忙しいという理由で書類が十分作成できない、という事業所も多いのではないでしょうか。

1週間後に行行政指導が来る、今から書類を作つとかないと・・・と慌てて作る方がいらっしゃいます。

しかし、先にも申し上げましたが行政指導というは整合性を図ります。

慌てて作成して人間である以上、矛盾点が出てくるものです。そしてそれが発覚したら悪質だと判断されすぐさま監査に移り変わります。そして最悪の場合指定取り消しという事もなりかねないのです。(図9)

もし、書類の不備に気付いたという事であれば、それが限られた期間(1週間等)で作成できるのであればそれでよいのですが、利用者が多数にわたりとてもではないが作成できないという事であれば、素直に実地指導の担当者にその旨を伝えてください。

介護報酬返還というペナルティは課されるかもしれません、指定取り消しという最悪の状況は避けることが出来るはずです。下手な小細工だけは使わないことです。

普段から書類の整備をすることの重要性を理解していただき、いつ行政指導が来ても良いようにしておきたいものです。

参考・引用文献

介護保険事業:押さえておきたい実地指導の傾向と対策 | 介護の mikata 富士通マーケティング

小濱介護経営事務所 代表 小濱 道博

【日総研】二宮 佐和子 サ責ダンドリ仕事術 2012 P109

【厚生省老人保健福祉局企画課】指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準について 1999

【日創研】白石均 記録類の整備のポイント「訪問介護サービス」

【福岡シティ福祉サービス】介護記録の書き方セミナー参考資料 P22

【福岡シティ福祉サービス】介護記録の書き方 2016 P11

【福岡シティ福祉サービス】リスクマネジメントとコンプライアンス P28, 29

図1 書類の整合性と不備について

ケアマネジメントプロセスの観点から書類はすべて整合性によって介護質向上に努めることとされている。

書類の整合性事例

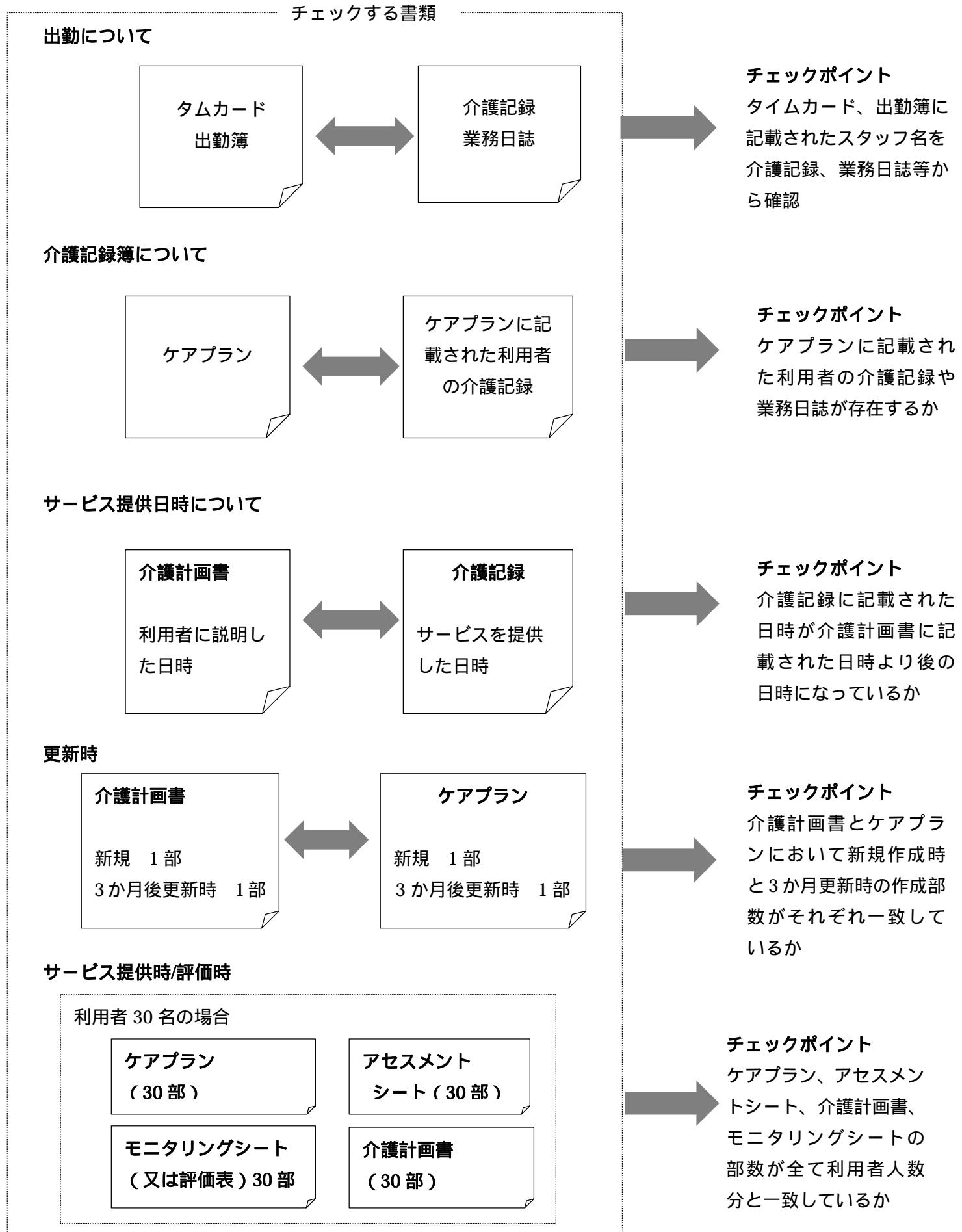
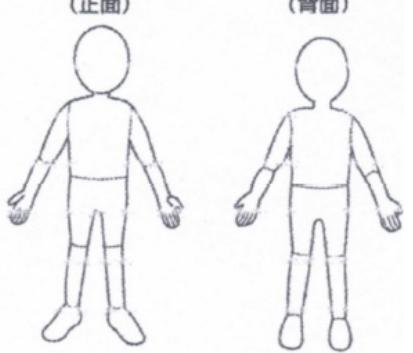


図2 フェイスシート

利用開始日		平成 年 月 日		記入日		平成 年 月 日		取扱注意	
フリガナ				男女	昭和	年 月 日生 (歳)			
利用者氏名					大正				
					平成				
利用者現住所		〒				要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
身元引受人		氏名		男・女		歳	続柄		
		住所						電話	
家族構成				氏名			続柄	連絡先	
生活状況	歩行	自立	一部介助	全介助	障害など部位				
	食事	自立	一部介助	全介助					
	入浴	自立	一部介助	全介助					
	排泄	自立	一部介助	全介助					
	着脱衣	自立	一部介助	全介助					
疾患等	褥瘡	有	無	(部位)					
	皮膚疾患	有	無	(部位)					
	内服薬	有	(朝・昼・晩)	無					
既往歴									
身体状況	視力	見える	少し見えにくい	ほとんど見えない	見えない	眼鏡の有無	有	無	
	聴力	見える	少し見えにくい	ほとんど見えない	見えない	補聴器	有	無	
	歯	義歯及び治療の有無	有	無	総義歯 (上・下)	部分義歯 (上・下)			
	運動機能	問題なし	低下を認める	極度な低下を認める					
精神面	意思表示	問題なし	普段は問題なし	困難がある	ほとんど表示できない				
	話しの了解	問題なし	普段は問題なし	困難がある	ほとんど表示できない				
	認知症	有・無 (軽度・中度・重度)	ひどい物忘れ	徘徊	感情の起伏が目立つ				
特記事項									

最重要書類の証

緊急連絡先は2か所以上設ける
出来れば携帯も記載しておく

図3 事故報告書

平成 年 月 日()

担当	副主任	在宅課長	施設長

必ず回覧印を押す欄を設ける

ヒヤリハット・事故報告書

報告者名

発生日時	平成 年 月 日() 時 分		
氏名	性別:男・女 M・T・S 年 月 日生		
分類	(事故・状況・ヒヤリハット・苦情・トラブル・ミス・その他())		
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 衝突 <input type="checkbox"/> ずり落ち <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 皮むけ <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 自虐行為 <input type="checkbox"/> 器物破損 <input type="checkbox"/> 紛失・盗難 <input type="checkbox"/> 車両事故 <input type="checkbox"/> その他<言動・医療処置>()		
ケガの状況	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 擦過傷 <input type="checkbox"/> 精神的被害 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> その他()	部位	<input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 頭部(前後) <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 肩部 <input type="checkbox"/> 腕 <input checked="" type="checkbox"/> 手／手首 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 脚／足 <input type="checkbox"/> その他()
発生場所	階 <input checked="" type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室・更衣室 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> エレベーター内 ベランダ <input type="checkbox"/> 屋外(施設内・敷地外) <input type="checkbox"/> その他() <small>詳細:</small>		
家族への連絡	平成 年 月 日()	保険:未使用・使用 (傷害 賠償 併用)	
発生内容	<p>略図</p> <p>発生状況</p> <p>・スタッフ(鈴木)が巡回で居室にお伺いしたところ、ベットから転落しているところを発見。 ・「どうされました」と聞くと「いやあ、トイレに行こうとしてね、車いすに乗ろうとしたんだけど、ブレーキがかけていなかったようなんだよ」とおっしゃる。 ・発生状況をできるだけ詳しく、 から、自身で離れてスタッフとのやり取りも明記 ことから、自身で離れて足首がフットレストに引っかかり、転倒したものと推測される。</p>		
原因	<ul style="list-style-type: none"> フットレストが上げられていなかったこと ブレーキが効いていなかったこと 歩行介助が必要なはずだが、職員に迷惑をかけると思い、自分でトイレに行こうとしたこと 職員が、まだ十分排尿介助のリズムをつかんでいたかったこと 夜勤の巡回間隔が1時間おきが <p>なぜ、このような事故が起こったのか、どうしてそうなったのか根本的な原因を追究して明記</p>		
対策	<ul style="list-style-type: none"> 看護師に報告するとともに、ケアマネにも報告、同時にご家族にも報告を入れる。 本人にも車いすをベット脇に保管しておく時のアドバイスをするとともに、職員が頻度に巡回実施、特にブレーキとフットレストに注意する。 歩行に困難を伴う為、ご本人にトイレに行くときは必ず、職員を呼ぶようにアドバイスを施す。 観察記録を蓄積していく、排泄パターンをつかむとともに、そのパターンに応じた巡回を今後、カンファレンス等で話し合う事にする。 夜勤体制について職員の巡回回数の関係からの検討が必要 		
報告	医務 <input checked="" type="checkbox"/> 副主任 <input type="checkbox"/> 課長 <input type="checkbox"/> その他		
備考			

図4 介護記録、業務日誌

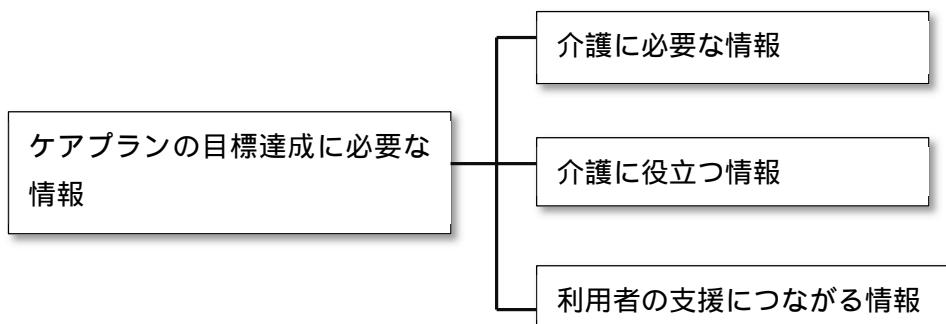
記録の書き方の基本

- When (いつ)
- Where (どこで)
- Who (だれが)
- What (何を)
- Why (なぜ)
- How (どのように)

5W1Hの基本が7記録を書くときの大原則となる

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

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分は手すりにつかりながら、歩くことができる。

ケアプラン
を反映

介護現場での介護記録

書くべき情報

利用者の日常生活の歩行の様子はどうであったか
歩行訓練時の様子や効果はどうであったか
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
職員がどんな声掛けをし、どんな会話を交わしたか
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

- ・レクレーションに参加し、楽しみを見つけられるようにする。
- ・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

利用者の日常生活の様子はどうであるか
どんなレクレーションに興味を持っているのか
レクレ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
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
職員が気づいたこと

図5 ケアプランと介護計画書の記載内容相違点について

ケアプラン…利用者がかかわるすべての事象者のサービス概要をまとめたもの

利用者氏名 T様

居宅サービス計画書(2)

目標		援助内容	
長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別
近所の人と話ができるようにする	近所を散歩できるようにする	可動域を広めることができるようにして生きがいを取り戻すようにする	○○訪問介護
口から食べることができない	一人で食べることができない	この部分について計画書にて具体的に記載する	訪問看護
生きがいを持てるようにする	進んで他人と話すことができる		××通所介護



介護計画書…ケアプランに記載されている概要をさらに深く掘り下げて詳細なサービス内容を記載したもの

訪問介護計画書

利用者氏名 T様

長期目標	<ul style="list-style-type: none"> ・家族に迷惑をかけられないというご本人の希望から一人で散歩ができるようにします。 ・近所の人と話したいにし生きがいを持てる
短期目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパーと一緒に近所 ・長時間立位できるようにするため、出来る家事はご本人にさせていただきます。 ・ヘルパーと出来るだけ話ができるようにします。 ・ヘルパーと気軽に話ができるようになった後、歩行訓練もかねて少しずつ外出を促進していく、近所の人と話せるようにします

ケアプラン記載の目標設定はあくまでも概要に過ぎない。モニタリングした結果を具体的に記載

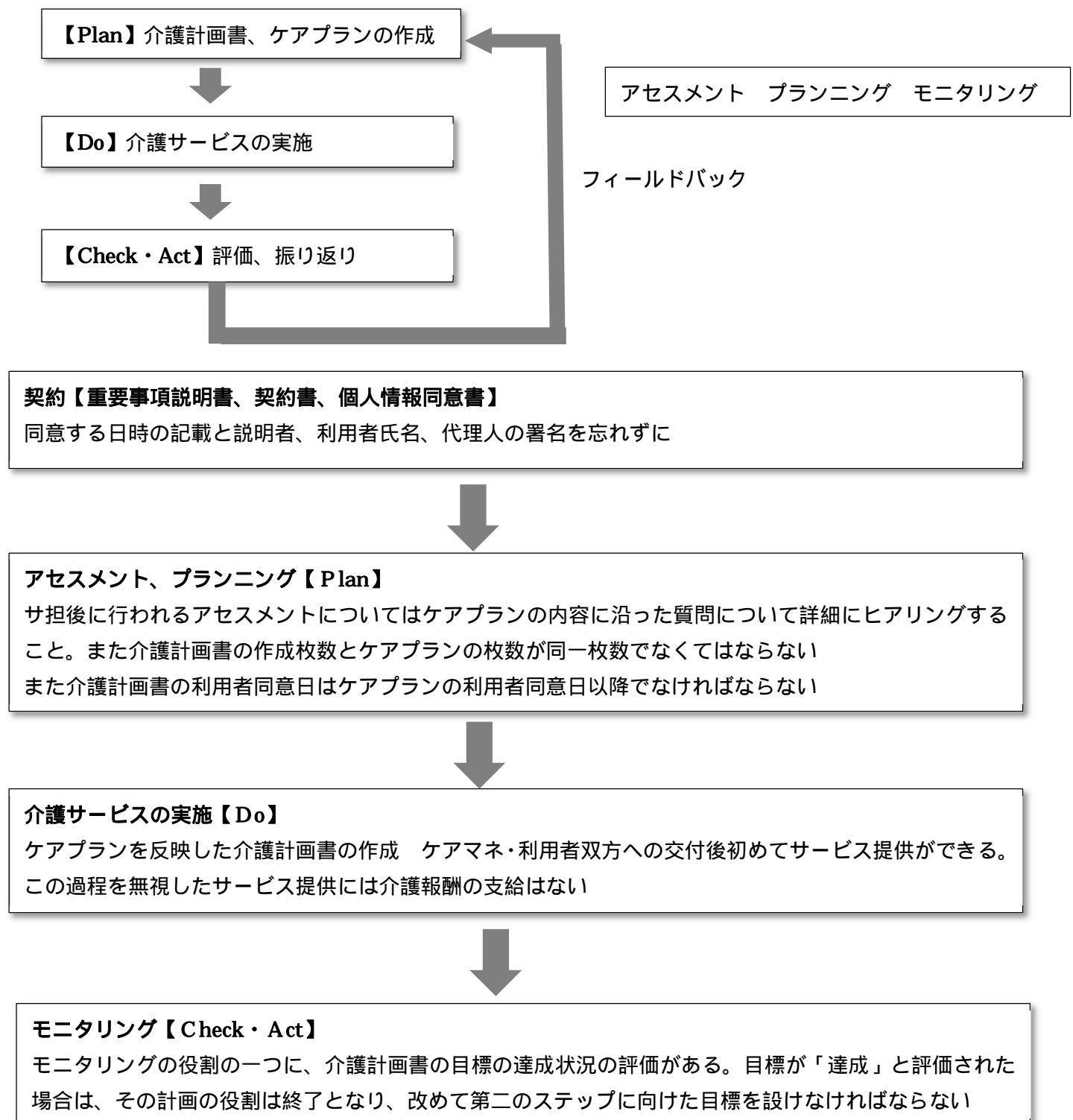
サービス内容及び留意点

・・・・・

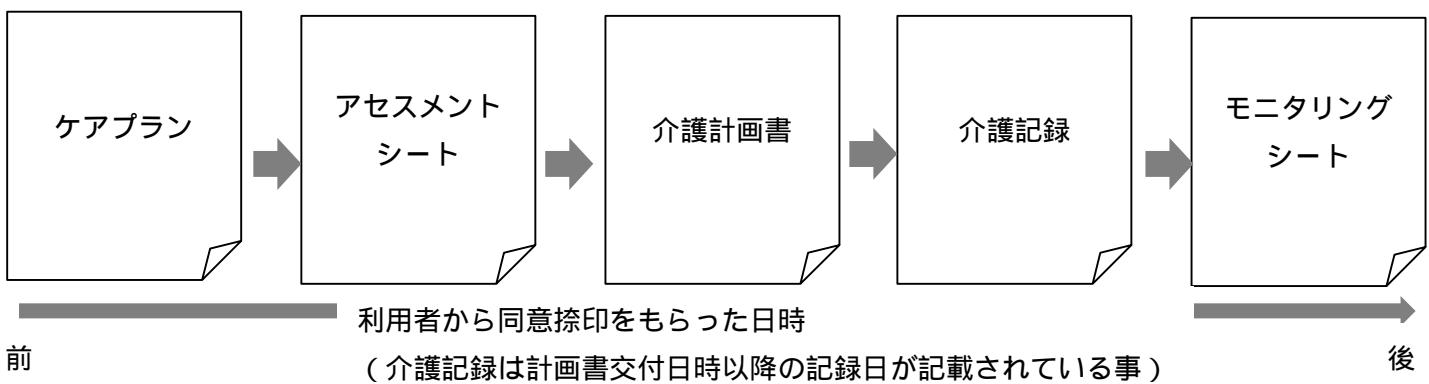
ケアマネジメントプロセスの観点からケアプランと介護計画書の記載事項(目標、サービス内容等)はケアプランに記載内容をそのままを書き写すという行為はしてはならない。(別々の書類として考えるべき)

図6 ケアマネジメントプロセス

PDCAサイクルについて

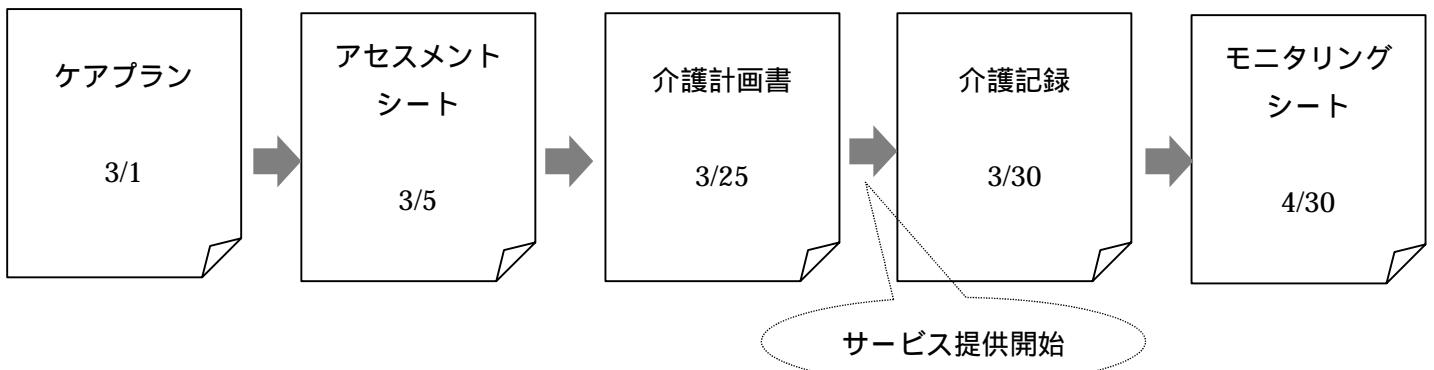


以上から介護サービスが提供されている事を証明するには以下の流れでなければならない

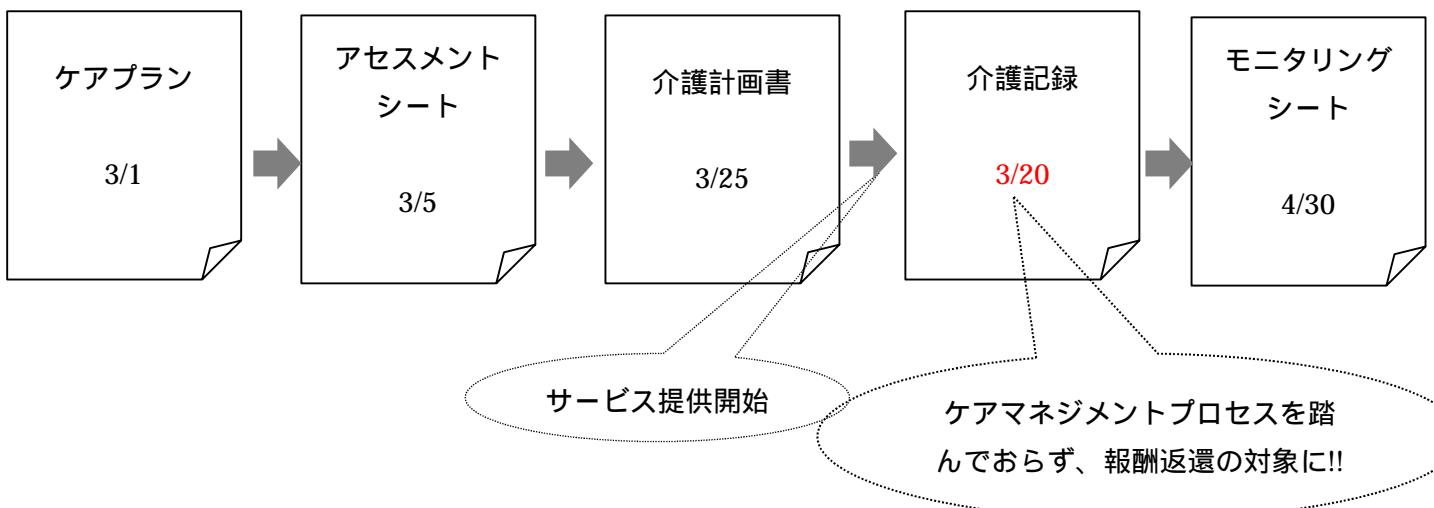


ケアマネジメントプロセスを用いた実地指導・事例

- 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

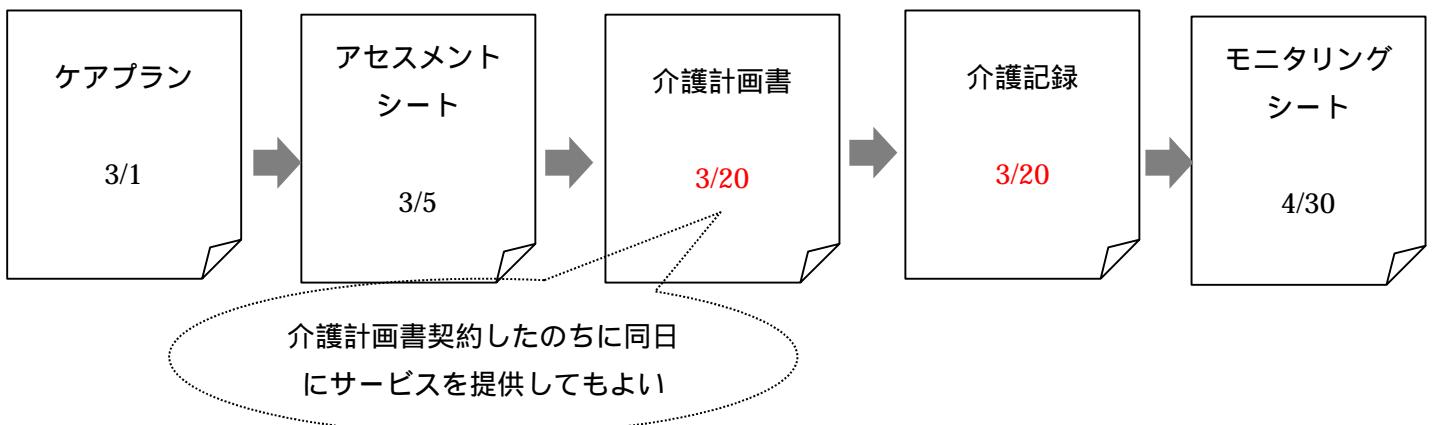
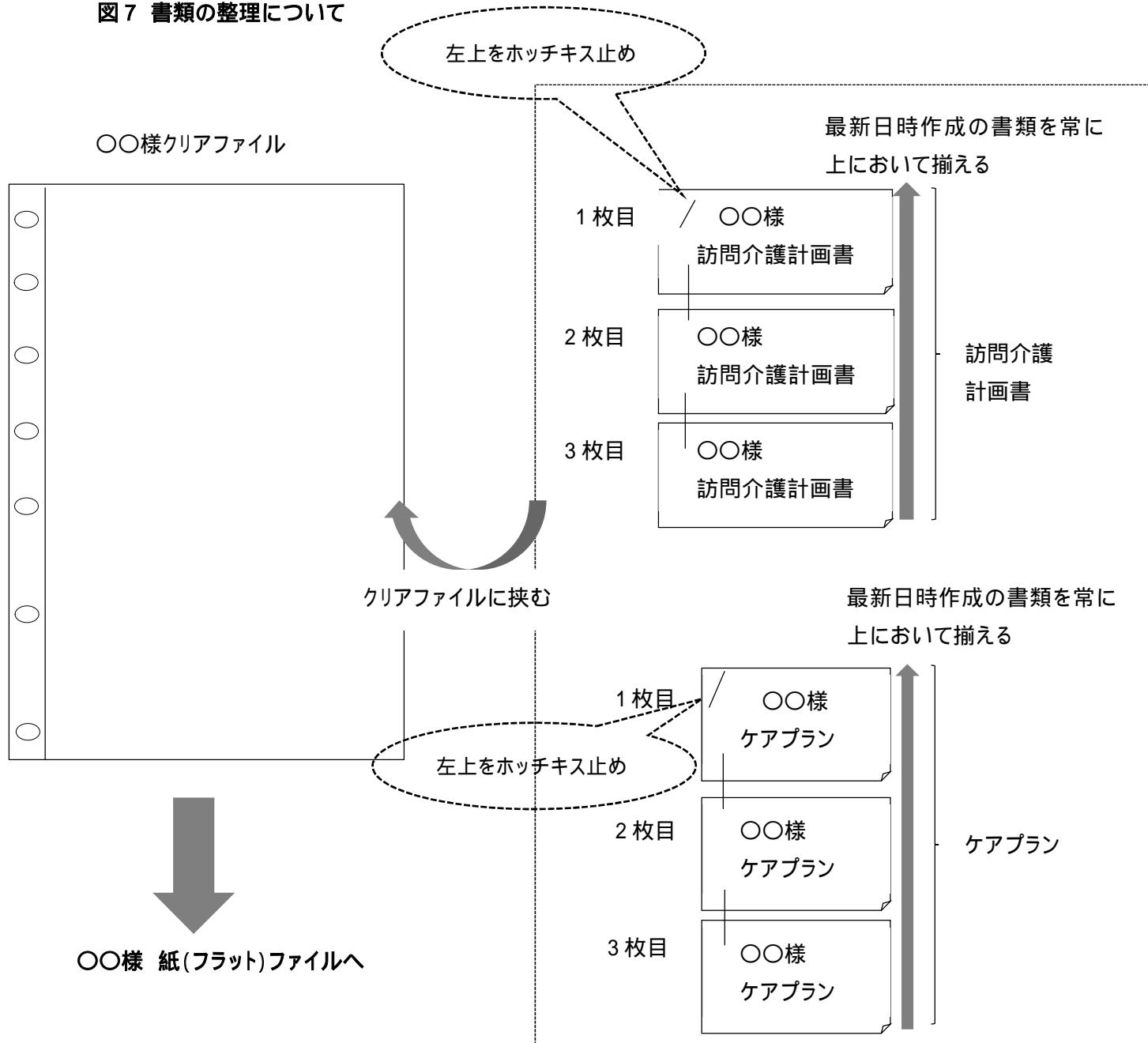


図 7 書類の整理について



● 各書類保存方法

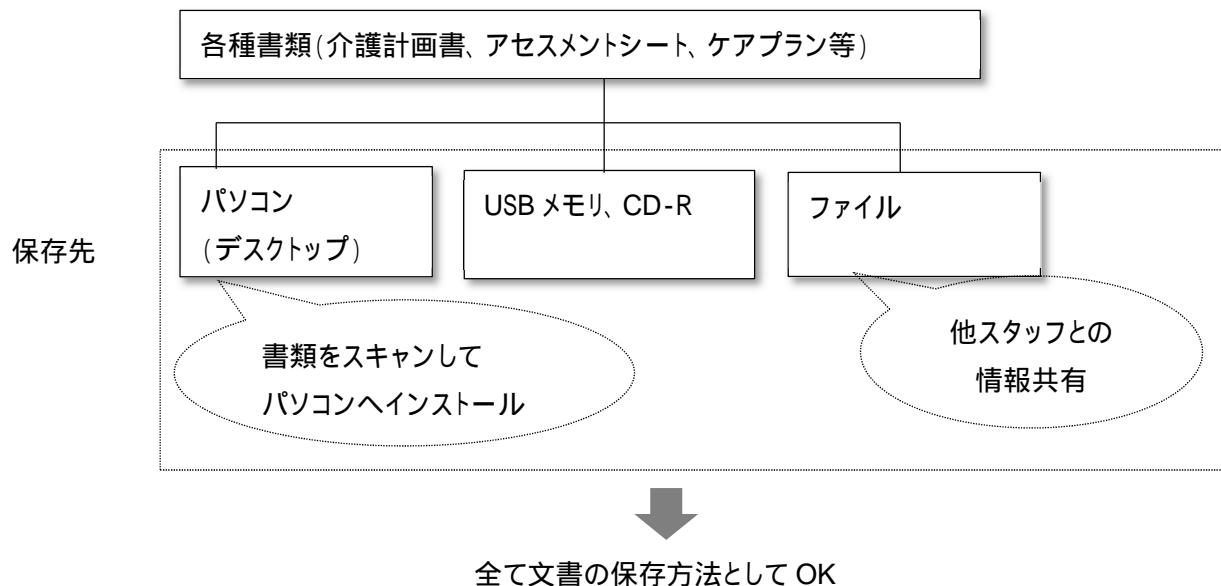


図8 訪問介護事業 帳票作成進捗管理表

毎月末に進捗状況の確認を行う。

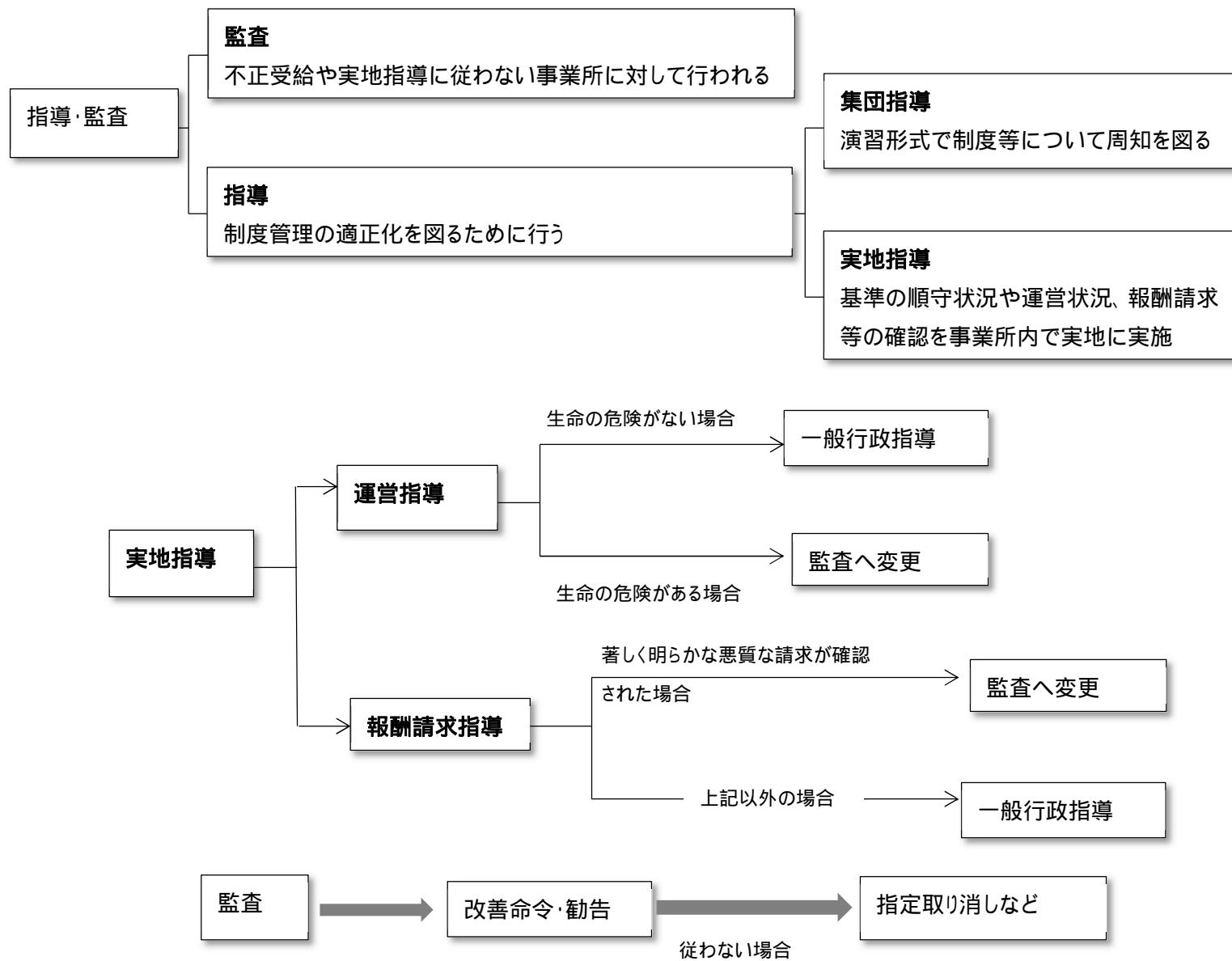
回覧印をすることで情報
共有したという証拠に

管理者	サ責A	サ責B

番号	利用者 氏名	ケアプラン 有効期間	基本情報・アセスメント		訪問介護・介護予防訪問介護 計画書				モニタリング報告書			
			担当者	作成完了日	担当者	作成完了日	利用者交付日	居宅交付日	担当者	作成完了日	居宅交付日	
1		H24.8.1 ~ H25.1.31	A	平成 27 年 7 月 26 日	A	平成 24 年 7 月 26 日	平成 24 年 7 月 30 日	平成 24 年 8 月 3 日	A	平成 24 年 10 月 26 日	平成 4 年 10 月 29 日	
2		H24.8.1 ~ H25.7.31	B	平成 24 年 7 月 27 日	B	平成 24 年 7 月 27 日	平成 24 年 7 月 31 日	平成 24 年 8 月 3 日	B	平成 24 年 10 月 16 日	年 月 日	
3		/ / / /	利用者台帳を作成する際に PC で 関数を利用したら更新忘れの防 止に			年	各業務が完了したら完了年 月日を記入することで実地 指導対策に			日	モニタリング報告書を ケアマネに交付できて いない事が一目瞭然	
4		/ / ~ / /		年 月 日			年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日
5		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
6		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
7		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
8		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
9		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
10		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	

図9 指導・監査概要

法令順守(コンプライアンス)を徹底させるために都道府県及び市区町村によって行われる。



実地指導の標準的なスケジュール

