

ケアプランチェック事業について

1. ケアプラン点検の目的

利用者の自立支援に資する適切なケアプランになっているかなど、点検します。また、指導後の改善の確認も含めて、継続的なケアプランの質の向上に取り組みます。また、国民健康保険団体連合会の適正化システム活用による心身の状態にそぐわないサービス提供への対応や、近年増加している高齢者向け住まいでのサービス提供の実態把握など、焦点を当てた効果的なケアプラン点検を実施します。
「第7期神戸市介護保険事業計画」

2. ケアプラン点検の方法

1) 介護保険課で実施する点検

〈指定居宅介護支援事業所〉

- ・ 予防と介護のケアプラン数件を点検後、ヒアリングを実施し改善事項についての通知文を送付。
- ・ 事業所より居宅サービス計画に関する改善報告と自主精査票の提出。
- ・ 返還対象事由が認められた場合、介護給付費同月過誤申立により自主返還。
- ・ 概ね3ヶ月後居宅介護支援事業所より改善実績の報告→実績改善報告を受領。

〈指定介護予防支援事業所〉

- ・ 予防のケアプラン数件を点検。ヒアリングを実施し改善事項についての通知文を送付。
- ・ 以降は、上記〈指定居宅介護支援事業所〉と同じ。

2) 委託事業者による点検

〈指定居宅介護支援事業所〉

- ・ 予防と介護のケアプランを委託事業者が点検。
- ・ 委託事業者は、ヒアリングにて助言指導、改善にむけた文書を居宅介護支援事業所に送付。
- ・ 委託事業者は、居宅介護支援事業所から改善報告を受領・確認の上、市へ報告。
- ・ ヒアリングや自主精査により返還対象事由が認められた場合、委託事業者は、居宅介護支援事業所から自主返還関係書類を受領・確認の上、市へ報告。
- ・ 委託事業者は、概ね3ヶ月後居宅介護支援事業所より実績改善報告を受領・確認の上、市へ報告。

3) 訪問介護（生活援助中心型）の基準回数を超えるケアプランの届け出と検証

- ・ 当係で受領し内容を確認し、多職種による検討会を実施している。

4) 国が指導強化をすすめる高齢者集合住宅に併設事業所の点検

- ・ 実施方法等については、1)と同様に行うが、ヒアリングは事業所に訪問して行う。

3. 主な指摘項目

- ・介護保険制度及び運営基準をよく理解し、遵守すること。
- ・利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供ではなく、自立支援の観点で、利用者の自立を最大限引き出す支援が必要である。

〈アセスメント〉

- ・基本情報の転記や情報収集のみに留まっており分析まで至っていない。
- ・情報収集やアセスメントが不十分なため、サービス利用の根拠及び必要性が読み取れない。特に利用者のできることやできないことを明確にし、将来の改善の見込みに基づいたアセスメントが重要。

〈サービス担当者会議〉

- ・やむを得ない理由（新型コロナウイルス感染症の影響等）によりサービス担当者会議が開催できないケースで、各担当者からの照会内容や課題、結論等共有していない例が多数あり。意見照会が形式的なものにならないよう、担当者間で十分連携すること。
- ・利用者の意向をふまえ、利用者が意欲的に取り組めるような支援、サービスの必要性をケアチームで検討し、結論を記載すること。
- ・サービス担当者会議で十分検討した内容がプランの作成に活かされていない。
- ・生活動作に対する支援に工夫があるケースでは、支援の効果がみられる。生活動作に対する専門的なアドバイスを受け、介入することにより自分でできることが増える可能性が広がる。

〈モニタリング〉

- ・利用者本人から聞き取り、目標の達成度、サービスの実施状況、心身の状況等モニタリング事項を明確にして実施すること。

〈支援経過記録〉

- ・訪問先や相手の記載が無く、居宅への訪問、本人との面談が明らかでない例がある。明確に記載すること。

4. ヒアリング実施後の改善報告書からの抜粋

- ・ヒアリング後、あんしんすこやかセンター内で全件精査した。職員全員で勉強会を開催、指摘・助言点について一人ひとり発言し、記入漏れなどについても今後再発がないように情報共有した。
- ・アセスメント用紙は、問題を解決するというより用紙を埋めることに追われていた。ただ用紙を埋めるのではなく、課題を分析するためのものということを改めて認識した。
- ・変更申請時の暫定ケアプランについて、正しく理解できていなかった。
- ・各担当者からの報告等、情報収集したことが課題分析に活かしきれていなかった。
- ・2表：本人自身の取り組み内容「朝食後、薬ケースから自分で取り出して服薬する」「装具を自分でつける」等、回数、方法を具体的に記載するようになった。
- ・2表：短期目標の設定が抽象的で、目標が達成できたかの評価が「感覚による判断」をせざるを得なかった。指摘を受けて、具体的な目標設定について考えるきっかけとなった。

- ・2表：サービス付き高齢者向け住宅のサービスを把握していなかったため、住宅に聞き取り、サービス内容の回答を得た。コール対応や緊急時の対応も実施されていることを知り2表に記載した。
- ・歩行補助具の選定にあたり専門職の意見を取り入れられるように、介護予防通所リハビリテーションのセラピストや主治医との連携を図り、本人の希望のみでなく、能力や使用場面、歩行補助具の安定性や機能を知ることができるようにする。
- ・同一品目の福祉用具を複数レンタルする場合、用途・頻度と照らし合わせて日常的に使用するかどうかをサービス担当者会議で十分に検討すること、また、プランには各々の用途等の必要性を明確にし、再作成が必要であることが分かった。
- ・利用上限額までサービスを利用することを当然のように思っている利用者に対して、サービスの必要性について、ケアチームで検討する姿勢をもつことができるようになった。
- ・訪問リハビリの利用で、できるようになった動作が実際の生活機能の改善につながるような具体的な目標を立てていく。ケアチームで利用者を支援している、ということを再認識した。
- ・消極的な発言を重視しすぎていた。利用者の強みや可能性に目を向け、強さを引き出すような働きかけをしたい。
- ・マイナスイメージが先行し、苦痛の緩和や転倒予防がプランの前面に出ていた。リスクある中にも自発行動に着目し、本人の望みをくみ取って、プランに活かしたい。
- ・担当が長期間になると、長い経過の中で、その人間像を決めつけてしまっていることに気づいた。本人の良い側面に目を向け、ポジティブに目標設定をしていきたい。

(3か月後の改善報告例)

- ・介護予防訪問サービス週3回→2回。本人家族と相談し、ペットボトル飲料水などは配達で購入することになり、回数減となった。
- ・徘徊探知機→中止。環境の変化により不穏となり導入したが、その後落ち着かれ徘徊の心配がなくなり中止。
- ・手すり、褥瘡予防マットレス→中止。
サービス利用が功を奏し、手すり・褥瘡予防マットレスが不要となった。
- ・訪問リハビリを利用していた閉じこもり傾向のある利用者が、デイサービスでリハビリをすることができるようになった。

5. 点検項目の主な視点

アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント力の向上が質の高いケアマネジメントへつながることの理解 ・情報収集だけではなく課題分析結果を記載 ・利用者及び家族が持つ力の強さ、可能性に着目する視点 ・事業所内で様式を統一し適切な方法で行う(23項目を具備)
第1表	<ul style="list-style-type: none"> ・課題分析結果を生かし、適切に意向の聞き取りやニーズの把握ができているか ・生活援助中心型の算定理由について、算定根拠の理解 (同居家族のいる場合・・・要確認「神戸市HP訪問介護サービスの提供について」)

第2表	<ul style="list-style-type: none"> ・ニーズが明確化されないまま、直ぐにサービスを結び付けていないか (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一步步解決していくための手段を表したもの) ・「長期目標」：利用者自身が支援を受けながら、自分自身も努力する到達点としての「生活の目標」 ・「短期目標」：長期目標を達成するために段階的に取り組む具体的な「活動の目標」 ・短期目標達成のために必要なサービス種別・サービス内容・頻度となっている ・利用者及び家族が行う役割やセルフケア、地域の社会資源の活用や連携の視点 ・高齢者集合住宅等の付帯サービスと訪問介護サービスの区別、その適切性（本人の能力を勘案したサービス内容と頻度） ・居宅サービス計画と個別サービス計画との整合性や連動性
第3表	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者及び家族の日常の過ごし方を把握し、利用者及び家族の生活全体を捉える ・介護給付以外の取り組みについても記載し、家族の支援、医療などを含む生活全体の流れが見える ・セルフケア、フォーマル、インフォーマル、家族支援等のサービスがバランス良く配置された効果的な計画となっているかの確認
第4表	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議の意義 ・医師の所見を基に検討する。多職種協働の実践
居宅介護支援経過	<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも1月に1回の居宅訪問、本人との面談の記録 ・目標を踏まえた利用者及び家族の生活状況の把握 ・関係機関やサービス担当者との連絡・調整内容の記録 ・事実情報を基に専門職としての考察や判断とその根拠の記録
モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリングの意義（短期目標の評価の根拠の明確化） ・モニタリングの結果を踏まえたサービス種別・内容・頻度の妥当性や、漫然と同じ計画が続いていないかの検証
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・個別サービス計画書、報告書の提出依頼および内容確認 ・暫定ケアプランについての理解 ・介護保険サービスの提供に関する記録の保存（運営基準29条）

6. 軽微な変更の一部取り扱いの追加について（居宅サービス） 目標期間の延長について（平成30年4月～）

ケアプランの期間が終了すれば評価を行い、基本的には目標を変更しケアプランの再作成を行うため、目標設定期間の延長は行わない。
ただし、短期目標の終了の評価時、利用者の状態に大きな変化はなく、短期目標が達成できなかったにもかかわらず、短期目標を変更する必要がない場合は、短期目標期間の延長もありうる。

<具体的な取り扱い>

- ①軽微な変更と判断した場合、その判断理由を、支援経過記録等に記録する。
- ②第2表の短期目標の期間及び個別サービスの期間の欄に、新たに設定した有効期間を追記修正する。
- ③利用者とその家族に説明し同意を得て追記修正した第2表を交付する。
- ④サービス提供事業者に対しても修正した第2表を交付する。
 - *軽微な変更該当するかの判断は、個別案件ごとに、サービス担当者への意見照会や担当者会議の開催等、ケアチームで検討すること。

7. リハビリ専門職による同行訪問事業

要支援・事業対象者に対し、リハビリ専門職がケアプラン作成者の訪問に同行する事業。リハビリ専門職が利用者の心身状態を確認、状態の改善や重度化防止を目指した生活や訓練を利用者や家族に提案し、目標に即したサービス提供に繋げることを目的としている。