

ケアプラン点検事業について

I ケアプラン点検

1. ケアプラン点検の目的

ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえた「自立支援」に資する適切なものであるか、不必要なサービスが含まれていないか等を介護支援専門員と共に検証確認しながら「気づき」を促し、必要に応じ改善するなど適正な給付と資質の向上に取り組めます。また、国民健康保険団体連合会（国保連）の適正化システムなどを活用し、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に焦点を当てた効果的なケアプラン点検を実施します。

「第8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〉

- ケアプラン点検未実施や新規事業所などを中心に、予防と介護のケアプランを点検。ヒアリングにて助言指導と改善にむけた文書を送付。
- 居宅介護支援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ヵ月後、居宅介護支援事業所より実績報告書を受領。

〈指定介護予防支援事業所〉

- 予防のケアプランを点検。ヒアリングにて助言指導と改善にむけた文書を送付。

2) 委託事業者による点検

〈指定居宅介護支援事業所〉

- ・国保連システム等の情報を基に事業所を抽出し、予防と介護のケアプランを委託事業者が点検。ヒアリングにて助言指導と改善にむけた文書を送付。
- ・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報告書を受領・確認の上、市へ報告。

3) 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、ヒアリングは事業所へ訪問する。

4) 届出が必要なケアプラン点検

① 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出と検証

- ・届出を受領し、内容の確認を行い多職種による検討会を実施。 ※回数を超えている場合は介護保険課に届出してください。

② 居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証（令和5年度より実施予定）

- ・令和3年9月22日付厚生労働省事務連絡「居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証等について（周知）」において、令和3年10月から、より利用者の意向や状態に合った訪問介護の提供につなげることのできるケアプランの作成に資することを目的に、区分支給限度基準額の利用割合が高く、かつ、訪問介護の利用割合が高いケアプランについて検証を行う旨が通知された。
要件に該当するケアプランのうち本市が指定するものについての届出および検証について、介護保険課から居宅介護支援事業所に個別に通知する。

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。

〈アセスメント〉

- ・初回の情報のみで、情報の更新がされていない。

- 課題分析標準項目（23項目）が具備されていない。
- 認定調査の情報の項目をチェックするのみで利用者の課題分析に至っていない。
- 事業所内でアセスメント用紙の様式が統一されていない。
- 洗濯、掃除、排泄介助等のサービスを利用しているが、関連情報や課題分析が記載されていない。
- 利用者ができないことのみでの記載で、出来ることや出来そうなこと、利用者の意欲や希望等の記載がない。

〈居宅サービス計画書〉

- 変更申請時、暫定プランの作成がなく、サービス提供されている。
- 暫定プランが変更申請の結果判明後に作成されている。
- 変更申請中に暫定プランのサービス内容を変更しているが、プランの再作成がない。
- 軽微な変更の判断の検討の記録がない。

第1表

- 「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」が記載されていない。
- 「生活援助中心型の算定理由」の記載がない。「身体・生活」利用の場合も記載すること。

第2表

- ニーズ、目標、サービスが整合していない。
- ニーズに複数の要素が混在していて、目標やサービスとの関係性がわかりにくい。
- 3表と利用サービスの回数や曜日に相違がある。

第3表

- 家族支援、ひまわり収集、配食弁当等、介護保険サービス内外を問わず記載し、利用者の生活全般がわかる記載にすること。
- 「週単位以外のサービス」に医療機関などへの通院状況（病院名、科目、頻度）、居宅療養管理指導（往診、薬局等）の記載がない。

〈サービス担当者会議〉

- 提出された複数の会議録の内容が同じ、開催回数がわからない。
- やむを得ない理由によりサービス担当者会議が開催できない場合、主治医や各担当者からの意見照会はしているが、内容をケアチームで共有や検討がされていない。
- 変更申請時のサービス担当者会議が開催されていない。又は、変更申請の理由や見込みの介護等の検討記録がない。

〈モニタリング〉

- モニタリングの記録が確認できない。
- 評価の根拠がわかりにくい。
- 毎月のモニタリング訪問が事業所で実施されており、居宅訪問が実施されていない。

(特段の事情がない限り、少なくとも1月に1回は利用者の居宅で面接を行い、かつ、少なくとも1月に1回はモニタリングの結果を記録することが必要である。また、「特段の事情」とは利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。)

〈支援経過記録〉

- 訪問先や相手の記載がなく、居宅への訪問、利用者との面談が明らかでない。
- 情報入手の手段が不明確。電話、FAX、メール等(発信、受信)、来所、訪問等わかるように記載すること。
- 居宅介護サービス計画書や利用票の説明・同意、交付等利用者や事業者間でのやりとりが確認できない。

4. ヒアリング実施後の改善報告書からの抜粋と介護支援専門員の声

- アセスメントに関しては、項目を埋めることに追われていました。本人のできること・できない事を明確にし、専門職として課題分析をするためのものであることを改めて認識しました。
- 事業所内でケアマネジャー同士の情報の共有や確認を強化します。今までは「忙しそうにしているから」という理由で声掛けを控えていましたが、今後は職員同士知りえた情報を共有し、介護保険最新情報等も確認しながら業務に従事します。
- 第2表 セルフケアについての記載を失念していました。利用者の思っている身体能力と実際の身体機能には若干の差があるため、意欲を損なわない様に少しずつ段階を経ながら、利用者自身で取り組めることを相談・提案していきたく思います。また、ケアマネジャーだけでなくリハビリ専門職などからも助言してもらいながら、より良い支援につなげていきたいといます。
- 一人ケアマネジャーで相談する機会もなく、毎日の多忙な業務に追われていましたが、ケアプラン点検で業務を振り返ることができ、いい機会をいただいていると思っています。誰からも指摘されることなく思い込みでプランの作成をしていたので学ぶことが多かったです。
- 服薬管理について、「自己判断で服薬」に関してヒアリングがありました。本人は「飲んでいる」と自己管理をしたいと話していましたが、薬の配達を希望された時に残薬管理も提案し受け入れていただけました。確認すると残薬が多かったことが判明し、薬剤師とともに指導し、日付の記入など行い残薬がなくなりました。

- ・ケアプラン点検後、全件ケアプランを見直しました。担当者会議にて家族ができる事を見出すことができたケースがあり、買い物支援につなげることができました。家族支援が増えたことで本人の精神的安定につながりました。

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 ・同意の署名が代理人である場合は、代理人の氏名、続柄も記載する
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ずつ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 ・加算の算定の理解
第3表	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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。

第4表	・医師の所見を基に検討する。欠席の担当者には事前に意見照会を行い相互の情報共有、情報交換を行う
居宅介護支援経過	・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	・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	・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

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。
 - * 長期目標の期間の変更はしないこと。
 - * 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。

Ⅱ 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付

神戸市HP参照の上、制度の内容を把握し、必要な申請書、添付書類をもれなく提出すること。

＜よくある注意事項＞

- 医学的な所見の確認書類は原本ではなく写しを提出すること。
- 確認依頼申請書の医学的所見確認日は、医師から面談、電話等で所見を確認した日を記載すること。
- 医学的所見を基にサービス担当者会議を開催すること。
- 該当箇所に漏れの無いように確認すること。（診療情報提供書、確認依頼申請書）

Ⅲ 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指導する。また、サービス担当者会議に参加し、今後の生活を見通した効果的なサービスの導入への支援など、自立支援に繋げることを目的としている。