

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

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ことで適正な給付と資質向上を図る。

国民健康保険団体連合会（国保連）の適正化システムを活用し、状態像に応じた又は住まいに着目した等の焦点を当てた効果的な点検に取り組む。

「第7期神戸市介護保険事業計画（平成30～32年度）」

2. ケアプラン点検の方法と実施結果

1) 委託事業者による点検

(1) 実施方法

- ・国保連システムから抽出した居宅介護支援事業所のケアプランを委託事業者が受領し、チェックリストを用いて内容を点検し、居宅介護支援事業所のケアマネジメントの傾向等を確認。

〈居宅介護支援事業所が委託を受け作成する介護予防ケアマネジメント〉

全件縦覧点検

(提出帳票) * 基本情報、アセスメントシート、マイ・ケアプラン(1)(2)、評価表、
支援経過記録、該当月の利用表・別表(実績入り)

〈居宅介護支援〉

抽出対象者の居宅サービス計画を点検

(提出帳票) * アセスメントシートと1～4表、該当月の利用表・別表(実績入り)
支援経過記録

- ・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改善実績の報告を受領・確認の上、市へ報告。

(2) 主な指摘項目

- ・アセスメントにおいて、利用者の残存能力や家族等インフォーマルの力、改善の可能性について把握する必要がある。

- ・利用者個別の具体的なニーズ抽出により、利用者が目標について前向きに取り組めるよう働きかけ、自立支援の観点に立ち支援すること。
- ・漫然とした計画の継続とせず、目標を明確に設定していくこと。
- ・利用するサービスについては、公正中立の立場で情報提供を行うこと。
- ・介護予防ケアマネジメントでは、できることを増やせるような支援を行い、利用者がイメージしやすい目標（ゴール）を設定すること。
- ・介護予防ケアマネジメントでは、委託元のあんしんすこやかセンターと日頃より確認をとりながら適切な類型等を確認し、サービス種別の選定を多職種で行った経緯が読み取れるよう支援経過記録に明記すること。
- ・本人の意向をとらえ、関わる事業者等が一体となって自立支援・重度化防止に取り組む必要がある。

2) 介護保険課で実施する点検

(1) 実施方法

〈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。

〈あんしんすこやかセンター〉

- ・予防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付を送付。
- ・事業所より改善報告の提出。

(2) 主な指摘項目

- ・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。
- ・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が不明。特に、利用者のできることやできないことを明確にすること。
- ・利用者側の「〇〇したい」という意欲と、専門職側の「〇〇が必要」という判断が一致した「サービスの根拠となるニーズ」の記載が必要である。利用者側の意欲とは、単なる希望や要望を指すのではなく、困りごとの前段にある「〇〇したい」という思いを汲み取ったものである。
- ・サービス担当者会議は、利用するサービスのみではなく、利用者の課題、目標、支援の方針、支援計画などを協議すること。
- ・ケアプラン作成時（暫定ケアプラン含む）は、サービス担当者会議を開催すること。
- ・モニタリングは、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。
- ・運営基準をよく理解し、遵守すること。

3) 厚生労働大臣が定める回数以上の生活援助中心型の訪問介護を位置づけた届出ケアプランの点検（平成 30 年 10 月より届出が義務化）

(1) 実施方法

- ・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。

(2) 届出数

	実数	届出のべ件数
平成 30 年度（10 月～3 月末）	44	48
平成 31 年度（4 月～3 月末）	55 （新規 21）	85
令和 2 年度（4 月～12 月末）	21 （新規 13）	27

(3) 主な指摘項目

- ・生活援助の回数を超えることがないように、身体介護を安易に位置付けることは適切でない。自立支援の見守りの援助については、利用者の意欲、状態、改善の可能性等を見極める必要がある。
- ・訪問リハビリと通所介護でのサービス内容が同様になっている。
- ・困難事例については、関係機関で協議し、ケアチームとして対応していくことが必要である。

(4) 多職種によるケアマネジメント検討会後のケアマネジャーの声

- ・サービスを導入することで、利用者が落ち着きを取り戻し、関係の悪かった家族が訪問し、支援を行うようになった。多職種検討会で助言を受けた後、利用者の思いを引き出し、歩行器をレンタルして買い物に行くことをケアプランに位置付けた。また、デイサービスの利用につながったことで生活援助の回数が減少した。
- ・主治医との連携をはかることで、1日2回の処方が1回になったため、1日2回の服薬確認の訪問が1日1回に減少した。
- ・多職種検討会を機に、生活援助のサービス内容をケアチームで見直した結果、回数減につながった。自分でできることは自分でするという利用者の意欲が、見直しを可能にしたが、日常生活の工夫、サービス提供のし方の工夫、生活リハビリとして利用者の取り組みを検討するなど、多職種検討会での助言が参考になった。

3. ヒアリング実施後の改善報告書からの抜粋とケアマネの声

- ・記入できていない項目が、自立支援に活かすことができるポイントになっていることに気づいた。第3表の本人の日常生活上の活動や家族等のインフォーマル支援、その他利用者を取り巻く援助内容を書きこむことで必要な支援や介護力の発見につながることが分かった。

- ・マイ・ケアプランの「主訴・意向」が、アセスメントの段階では、利用者からはっきりした「主訴」を聞き出せないために空欄にしていた。利用者が目指す生活が表出されない場合、利用者の関心のあることや、今までやってきたことなどを手掛かりに、利用者が目指す生活を一緒に考えていく、そのような姿勢があればできたかもしれない。利用者のはっきり「言葉」にできない部分もある。それをいかにプランに言葉として反映させていくか。ケアマネの力量が問われるが、努力したいと思う。
- ・独居。要支援2。生活支援訪問サービス2回/週利用。ヒアリング後、ヘルパーが買い物代行で行っているスーパーが配達サービスをしていることを調べ、利用者と家族に提案し、サービス利用を1回/週に変更。委託元のあんしんすこやかセンターに、ケアマネジャーの思いや方針を伝え、サービス担当者会議に同席してもらった。これまでもサービス利用の見直しは必要と思っていたが、なかなかきっかけがなかったが、ヒアリングで改めてケアプランを振り返る時間をもてた。
- ・通所リハビリの理学療法士から、リハビリを終了する日が近いという話があったが、利用者の活動量を維持するための具体的な話し合いがされないままであった。リハビリのゴールが近いという話があった時に、ケアマネジャー自身がリハビリテーション実施計画書やリハビリテーション評価表を確認し、今後のリハビリ内容や目標について、サービス担当者会議で検討し、情報共有をしなければならなかったと考える。リハビリの必要性（特に導入時）、また、通所リハビリとデイサービスの役割の違いについて、利用者・家族に納得していただけるように十分に説明を行う必要がある。今月、サービス担当者会議で、利用者・家族、ケアチーム全体でリハビリ卒業に向けて、具体的な生活動作獲得への目標、リハビリ内容、自宅のできる活動を検討していく。
- ・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の内容に情報共有した。

4. 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げることの理解 ・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」

	<ul style="list-style-type: none"> ・「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、インフォーマルサービスのコーディネート、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 ・機能訓練加算Ⅰ，Ⅱの算定の理解
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についての理解 （例：プラン交付後に開催、病院主催の退院前カンファ、調整困難なため意見照会） ・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（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の理解（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が不十分 （例：①変更申請時、未作成。認定結果後に、変更申請日からプラン作成 ②暫定プランと確定プランの内容に相違あり） ・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）