

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、介護支援専門員と共に検証確認しながら「気づき」を促し、必要に応じ改善を求め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。

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向けた文書を送付。
- 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向けた文書を送付。

2) 委託事業者による点検

〈指定居宅介護支援事業所〉

- 過去のケアプラン点検から、数年経過しているなど事業者を中心に、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向けた文書を送付。
- 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

- 利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、通常の利用状況からかけ離れた利用回数となっているケアプランについて、届出を義務化。
- 内容の確認を行い多職種によるケアマネジメント検討会を実施。
※基準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

- 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。
- 介護保険課から居宅介護支援事業所に個別に通知し、内容の確認を行い、多職種によるケアマネジメント検討会を実施。

※多職種によるケアマネジメント検討会：利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、多職種協働による検討を行っている。

助言者：神戸市ケアマネジャー連絡会、神戸市リハ職種地域支援協議会、市内あんしんすこやかセンター職員、介護保険課職員等

3. 主な指摘項目

- ・介護保険制度及び運営基準、介護サービス計画書の様式及び記載要領（介護保険最新情報 Vol.958）についてよく理解し、遵守すること。

〈アセスメント〉

- ・短期目標見直し時に、情報が更新されていない。
- ・利用者ができないことのみが記載され、できること・できそうなことの記載が不十分。
- ・課題分析標準項目（23項目）が具備されていないアセスメントシートを使用し、項目が不足している。
- ・内容が情報収集のみで、課題が抽出できていない。また、ヒアリングからは、ケアマネジャーとして状態をよく把握していることがわかるが、記載できていない。

〈居宅サービス計画書〉

- ・神戸市の「軽微な変更」の内容を把握しておらず、居宅サービス計画書の再作成の必要がある場合も実施されていない。
- ・サービスの利用終了時の、居宅サービス計画の再作成の必要性が理解されていない（福祉用具等）。

第1表

- ・「課題分析の結果」の記載がない。令和3年度の様式変更は知っていても理解が不十分。
- ・「生活援助中心型の算定理由」の理解が不足しており、「身体・生活」利用の場合に記載されていない。

第2表

- ・ニーズ（課題）が抽象的で、目標とサービスとの整合性がない。
- ・達成困難な「長期目標」が設定されている。
- ・「短期目標」が、支援者の立場で設定され、利用者の活動の目標ではない。
- ・セルフケアが位置づけられていない。または「服薬」や「受診」にとどまっている。
- ・「サービス内容」に、加算の対象となっているサービス項目の記載が無い。
- ・加算（入浴介助加算Ⅱ、口腔機能向上加算など）の算定要件の理解が不十分である。サービス事業所から言われるままに加算を付け、アセスメントへの記載や、評価検討が行われていない。

- 「頻度」が、第3表およびサービス利用票と整合していない。また、明確な回数が記載されていない場合がある。
- 自立支援・重度化防止のための見守りの援助として「身体介護」を位置づけた根拠が不明確。また、評価することなく漫然と継続している。

第3表

- 「週単位外のサービス」に医療機関などへの通院状況（病院名、科目、頻度）の記載がない。
- インフォーマル支援の記載がない。

<サービス担当者会議>

- 通所介護などの利用時間内にサービス担当者会議を開催している。
- 各担当者の意見の記載がない。
- 医療系サービスを利用していない場合、主治医に照会していない。

<モニタリング>

- サービス開始の初回月のモニタリングが実施できていない。
- モニタリングの記載内容が不十分。短期目標に対する達成状況（達成・未達成）は選択しているが、目標に対する取り組みの評価が乏しい。また、ほぼ毎月コピーペーストされているようなケースもある。

<支援経過記録>

- 事実のみが記載され、ケアマネジャーの判断の記載が少ない。

4. ヒアリング実施後の改善報告書からの抜粋とケアマネジャーの声

- 1人ケアマネで相談する機会もなく、ケアプラン点検で業務を振り返ることができ、いい機会を頂いたと思っています。
- アセスメントシートに利用しているサービスの根拠が記入できていないことが多く、詳細に記入する重要性を感じた。短期・長期目標が画一的で抽象的な表現であり、利用者の個別性がなく主体的に取り組めないと感じた。具体的かつ意欲的に取り組めることができる利用者視点でのケアプラン作成をしていく必要があると感じた。
- 事業所としてできる限り互いのプランを見る機会を作り、良い刺激をもらったり、客観的な視点での気づきの意見も言い合える環境にしていきたい。
- 介護支援専門員としてアセスメントを行う理由を理解し、その役割が十分果たしているか確認する重要性の気づきがありました。
- 新たに自分の思い違いや気づき・改善しないといけない箇所が分かり学ぶことが多かったです。
- 「サービスありき」のケアマネジメントではなく「利用者及び家族が持つ力の強さ、可能性」を削ぐことがないよう補完的なサービス提供ではなく、「自分たちにもできることがある」と前向きかつ意欲的になれるケアプランの作成に努めます。
- より良いケアプランを作成するために、アセスメント力を高めることが大切だと再度認識できた。情報収集する際の言葉かけにも工夫をし、答えやすい聞き取りをします。利用者及び家族が持つ力の強さ、可能性に着目していきます。
- 今回のケアプラン点検で、ケアマネジメントのプロセスを踏まえて自立支援に向かって適切なプランとなっているか自分の作成したプランについて再確認、振り返ることが出来た。

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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<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）と記録の確認 • 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

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。

*軽微な変更に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。

その他軽微な変更の取り扱いについては、神戸ケアネット >ケアマネジメント（居宅介護支援） >ケアプランの軽微な変更の内容

7. よくあるご質問について

Q. 居宅介護サービス計画書（1）の①作成年月日（右上）、②居宅サービス計画作成（変更）、③同意日の関係について

（①については、介護ソフト上記載されない場合もあるが差し支えない）

A. ケアマネジメントの一連の流れに沿い、日付を記載すること。つまり、「ケアマネジャーがケアプランを作成した日＝①、②」「利用者又はその家族に対して説明・同意をした日＝③同意日」となる。必ずしも同一日とはならない。（業務の都合上、同一日になる場合も想定される。）