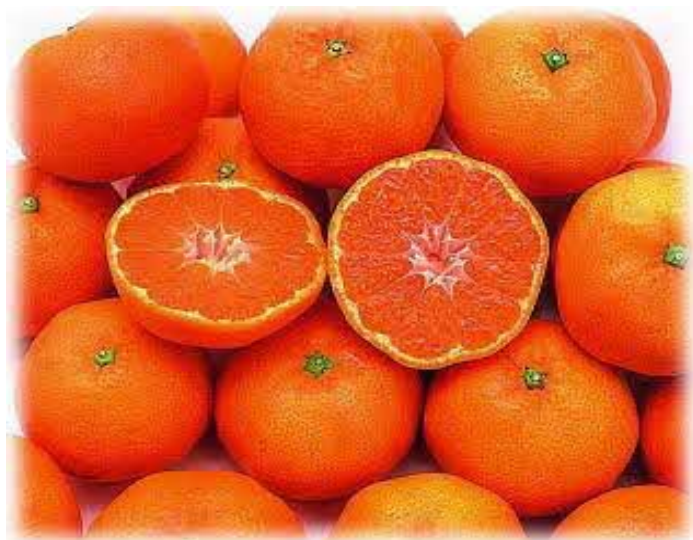


令和5年5月25日

玉名市 介護給付費適正化業務委託 R4年度報告



(株) くもと健康支援研究所

1. ケアプラン点検（R 4）報告

他市町村との比較を含めた結果報告
帳票点数の関連について

2. ケアプラン点検結果

書類点検からみた重度化防止のポイント

ケアプラン点検の目的

介護を必要とする高齢者の尊厳ある自立支援を目的として、アセスメントによる的確なニーズの把握、明確な目標設定に基づいた適切なケアプラン作成など、ケアマネジメントの手順が確実に行われているかを確認し、その質の向上を図ること。

◆ケアプラン点検は介護給付費適正化事業の1つです。

ケアプラン点検における給付適正化について（介護保険法第115条の45第3項第1号）

- ・介護保険の給付適正化とは、介護が必要になった高齢者が適正に要介護（要支援）認定され、受給者が真に必要な過不足のないサービスを、事業者がルールに従って適正に提供するよう促すことです。
- ・介護給付適正化事業は、適切なサービスの確保とその結果としての費用の効率化を通じて介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築のために実施されるもので、ケアプラン点検は、そのうちの1つです。

ケアプラン点検の進め方

1 ケアプランの読み込み

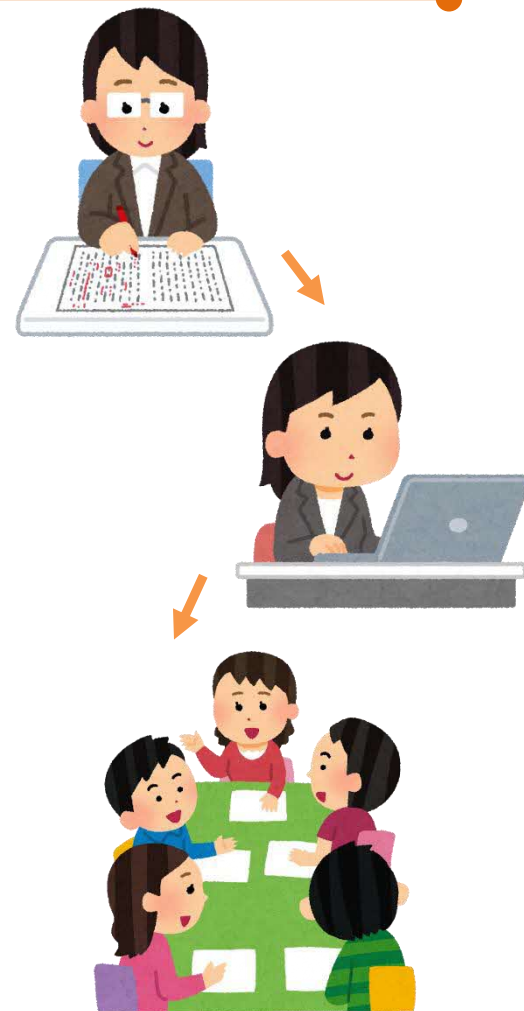
2 評価シートに基づき評価の実施

3 評価理由やチェックポイントまとめ

4 ケアプラン点検チームで確認・検討

5 ケアマネと個別面談

6 保険者へ報告



ケアプラン点検
支援マニュアル

居宅介護支援事業所の
指定権限市町村に移譲

くま健のケアプラン点検の基本的視点

①自立支援・重度化防止の
実現に向けたケアプランの視点

→ 的確なアセスメント

→ 個別性のある目標設定

→ セルフケア・インフォーマル
サービスの反映

②ケアマネ業務の適切な実施
と記録の重要性の視点

→ サービス担当者会議

→ 支援経過記録

帳票ごとの主な指摘事項

介護

- ① アセスメントに当たって**利用者の自宅を訪問**し、利用者及び家族に面接しているか
- ② **課題整理総括表が作成**され、その内容が十分に記載されているか
- ③ 第1表：生活に対する**本人の意向**を掘り下げて確認し**記載**しているか
- ④ 第2表：目標設定は、**利用者や家族にとってわかりやすい表現**となっているか
- ⑤ 第2表：短期目標は、**期間内に達成できる目標**になっているか
- ⑥ 第2表：利用者の残存能力を活かした**具体的な表現**となっているか
- ⑦ 第2表：**インフォーマルサービスが位置づけ**されているか
- ⑧ 第3表：**週単位以外サービス以外**（短期入所・住宅改修・通院等）の**記載**があるか
- ⑨ 第4～6表：サービス担当者会議に**主治医の参加を依頼**した事があるか、その旨を**記録**しているか
- ⑩ 第4～6表：同意を得たケアプランを利用者、ケアプランに位置づけた各サービス事業所に**説明を行い交付した記載**があるか

アセスメントとは・・・

「適切な方法により、利用者が抱える問題点を明らかにして、解決すべき課題を把握する」
—厚生労働省令38号第13条—

利用者の心身の状態、生活環境、介護力等の各項目の情報を的確に、かつ総合的に把握し、生活を営む上での困り事や課題（自覚・無自覚）を整理し、その原因・背景をあらゆる面から分析し、「状態」と「原因」をつなげていく必要がある。しかしそれだけではなく、利用者が課題分析を通じて「望む生活」にむけて前向きに課題を受け止め、主体的な取り組みが行えるよう、専門職として働きかけることが重要であることを認識しなければならない。

大切なのは、支援が必要な状況を明らかにするだけではなく、利用者及び家族が持つ力の強さ、可能性に着目する視点を持ったアセスメントができることである。

アセスメント力を向上させることが、より質の高いケアマネジメントへとつながることを常に意識しながら、取り組んでいくことが大切

アセスメント 良かった点

①退院前カンファレンス、家屋調査・退院後等の利用者の身体的・生活環境が変化すると予測されるタイミングでアセスメントを**適宜、実施**されている。

アセスメント実施のタイミング

- ☐ 初回のプラン作成前
- ☐ 要介護・要支援認定の更新時
- ☐ 利用者の体調や状態に変化があった時
例えば、入院され、退院された後
- ☐ 状態変化に伴うサービスの変更時 など

②アセスメントを複数回行い、不足する情報を収集・**追記して記録**している。

③本人の生活歴・趣味・嗜好・生活意向等、利用者の**個別性の表現**された内容（残存能力を含む）が記載されている。

④利用者の生活をアセスメントした結果、介護支援専門員がどのような点に**課題**を導き出したのか、その考えを**明確に記載**されている。

⑤利用者の望む生活の実現に向けて、利用者の**意欲**へ働きかける。

第1表

本表は、利用者及び家族の「望む生活」を含め、居宅サービス計画**全体**の**方向性を示す帳票**である。居宅サービス計画書の中で、利用者及び家族の生活に対する意向がはっきりと示される一番重要な帳票ともいえる。

本表は、利用者・家族・ケアする人々の気持ちを一つにするための大切な計画書であり、できるだけわかりやすく、利用者の言葉で具体的に記載することが重要である。また、利用者の生活を支援するケアチームの気持ちを一つにし、利用者と共に同じ方向に歩いていくための大切な帳票であるといえる。

－「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）より－

総合的な援助

課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、利用者及び家族を含む**ケアチーム**が確認、検討の上、総合的な援助の方針を記載する。

－「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について（厚生労働省）より－

第1表

資料

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	【ご本人】「最近では、物忘れが多くなって心配しています。転んだ後、暫く動けない日がありましたが、今は家の中は歩いてトイレにも行けるので、この状態を維持していきたいです。家族の励めもあり、リハビリに通ってみようと思います。」 【長女さん】「父（ご主人）が身の回りのお世話をしてくれていますが、高齢でもあるため休息を兼ねて、１日過ごせる場所で入浴支援やリハビリを受けて欲しいです。自宅にいと、どうしても活動時間が少ないので、活動量を増やすことで、体力や筋力をつけて行って欲しいです。」
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし。
総合的な援助の方針	- 変形性膝関節症があり、歩行がしづらいご状況となっています。これ以上、体力や足の力が低下しないことを大切なポイントとしてサポートします。 - 以前は洋裁や経理（計算）など、趣味や特技を多くお持ちでした。趣味活動の機会を再開することで、他者との交流やつながりを作り、自宅以外にも楽しめる場所ができるよう支援していきます。 - ご自身でも物忘れについて心配をされています。関係機関、ご家族と情報共有を図り、安心して在宅で過ごす環境をサポートしていきます。 【緊急時連絡先】 主治医：〇〇〇〇〇〇〇 長女さん：〇〇〇〇〇〇〇 ご主人：〇〇〇〇〇〇〇
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他()
私は、居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意しました。	
説明・同意日	R×年×月×日
署名・捺印	(捺印)

第1表 良かった点



(1)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

- ケアプランの**見直しのタイミング**で、本人・家族の生活意向を確認し、具体的に記載されている。
- 利用者が将来望んでいることに対して、**課題を踏まえ具体的に記載**されている。
- 課題分析の結果として、「**自立支援**」に資するために解決しなければならない課題が分かりやすく記載されている。

(2)総合的援助の方針

- フォーマルサービスに偏らず、本人・家族・インフォーマルサービスそれぞれがどのような支援を行うのか、**ケアチームの視点**で記載されている。
- 抽象的な文章ではなく、◎◎さんにとっての、援助の方針が**具体的に**記載されている。

第2表

本表は、第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、具体的な手段を示しながら一歩ずつ解決していくための**手順**を表したものです。居宅サービス計画全体の中核となる帳票です。

本表は、利用者の生活課題（生活全般の解決すべき課題「ニーズ」）の中で、解決していかなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、

- ①利用者自身の力で取り組めること、
- ②家族や地域の協力でできること、
- ③ケアチームが支援をすることで、できるようになることなどを整理し、具体的な方法や手段をわかりやすくした帳票です。

目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようになるのか」という目標達成に向けた取組の内容やサービスの種別・頻度や期間を設定します。これはケアチームの目標達成期間であり、モニタリングやケアプランの見直しの指標となるものです。

第2表

資料

第 2 表 居宅サービス計画書 (2) 作成年月日 24 年 4 月 18 日
利用者名: 様

生活全般の解決すべき 課題 (ニーズ)	目標				援助内容				
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容 ※1	サービス種別	※2	頻度	期間
#1 歩くことや運動する機会が少ないため、足の力が低下し転倒する心配があります。	家の中を転ばずに、一人で移動することができる。	R04. 04. 25	床や布団からの立ち座り動作が続けられること。	R04. 04. 25	・個別リハビリの実施 (短期集中リハビリ)。 ・生活動作の把握と評価。	○ デイケア	通所リハビリテーション	週 2 回	R04. 04. 25 ~ R04. 09. 30
		R04. 09. 30		R04. 09. 30	・生活動作や歩行の訓練。 ・下肢筋力増強訓練 (生活動作に課題があれば、リハビリ内容に取り入れていく)。				
					・リハビリ訓練を受けた内容を生活に取り入れ、転倒、骨折を予防する (立座り時は、必ず物に掴まる等)。 ・習得した運動を自宅でも取り組む。	ライフスタイル	ご本人	毎日	R04. 04. 25 ~ R04. 09. 30
					・緊急時の連絡体制の整備。 ・災害時の避難場所について確認する。	ケアマネジャー	居宅介護支援事業所	定期的	R04. 04. 25 ~ R04. 09. 30
			サポートを受け、玄関の段差の上下りや浴槽の出入りが続けられること。	R04. 04. 25 ~ R04. 09. 30	・入浴や着替えの介助。 ・入浴動作を確認し、段階的に介助を行なう (浴槽の出入り、洗髪、背部の洗身など)。 ・浴室内の移動は転倒がないよう介助する。	○ デイケア	通所リハビリテーション	週 2 回	R04. 04. 25 ~ R04. 09. 30

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

第2表

良かった点



(1)全般

- **肯定的**な表現方法で、わかりやすい内容の記載であった。
- ニーズ、長期目標、短期目標の**整合性**が取れ、課題解決に向けたプランとなっていた。

(2)生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

- 利用者の取り組むべき課題が**具体的に明確**になり、**望む生活**の実現を目指すものであった。
- 「～したい」など、肯定的な表現方法で、わかりやすい内容の記載であった。
- 利用者および家族の困りごとを受け止め、その**原因や背景**に何があるのかを把握分析した上で、ケアプランに反映されていた。（結果に対するアプローチだけに終わらない）

第2表 ポイント

(1)全般

□安心安全な生活を確保しとは（本人にとってどのようなことか）これからどう暮らしていきたいかを具体的に目標にすることが求められる。

□サービスの利用が目標とするのではなく、「そこでどう過ごしていくのか、そのために課題となることは何か、課題の解消のために何が必要か」「サービスを利用してどうなりたいのか」を考えることが求められる。

(2)生活全般の解決すべき課題

□抽象的かつ誰にでも当てはまるようなニーズの表記は避け利用者が**意欲的・主体的**に取り組めるように利用者に働きかける。利用者が**納得できるように**記載する。

□できるだけ利用者の言葉を用いて、「～したい」「～できるようになる」などと記載する。安易に「～したい」と記載するのではなく、要因や事情を踏まえて記載する。

第2表 ポイント

(3)長期目標

□抽象的ではなく、具体的に記載する。

例) 「下肢筋力の維持向上ができる」ではなく「毎日行っていた散歩ができるようになる」「お墓に参りに行く」など

「安全・安心・安定・維持する」などの抽象的な言葉は、利用者にとってどのような状態を指すのか掘り下げて確認して具体的な利用者の言葉で記載する。

□サービスの利用を目標とせず、サービスを利用することでどのようなことが日常生活の中でできるようになるのか、わかりやすい内容の記載とする。

第2表

良かった点



(3)長期目標

- 本人らしい**望む生活**が実現できるような目標の設定内容で、単にサービスの利用を目標にしなかった。
- 認定期間も考慮しながら達成可能な目標と期間の設定とした。
- 認定期間が長い利用者でも、その方の状況に合わせて期間設定を行っていた。
- 肯定的な表現方法で、実現可能なわかりやすい内容の記載であった。

第2表 ポイント

(4)短期目標

- ☐ 抽象的ではなく、**評価しやすい**具体的内容にする。
「安全・安心・安定・維持する」などの抽象的な言葉は、利用者にとってどのような状態を指すのか掘り下げて確認して具体的な利用者の言葉で記載する。
具体的な目標を位置付けると**モニタリング**において評価しやすくなる。
- ☐ 利用者が「している活動」や「（支援があれば）できる活動」など具体的な活動を位置付け、利用者が自分の目標であると意識でき、前向きに取り組める目標を設定する。
- ☐ 長期目標を達成するために、**段階的**な目標と期間設定となっている。
- ☐ 目安となる**具体的な数字や場所を示す**ことでよりケアチーム内で共通した認識を持てる。

第2表

良かった点



(4)短期目標

- 利用者の個別性が感じ取れるセルフケアや家族の支援、インフォーマルな支援を記載があった。（セルフケアの位置づけのあるケースが**88.3%**）
- サービス内容と支援のポイントを利用者にわかりやすく記載している。
- 利用者本人が出来そうな短期目標の立案ができています。
- 数字や距離、回数などの表現を踏まえている。

（実際の短期目標具体的表記例）

週3回は外出できること。 （自宅以外にも楽しめる場所を見つけることができる）。	R04.04.25 ～ R04.09.30	・ご本人が得意なことを活かして自分を表現できるよう、活動内容を検討する（マスク作り、カレンダー作り、脳トレーニング等）。	○デイケア	通所リハビリテーション	週2回 （火金）	R04.04.25 ～ R04.09.30
--	-----------------------------	--	-------	-------------	-------------	-----------------------------

第3表 良かった点



● 夜間や土日を含めた介護者の介護への関わりが家族支援やインフォーマルも含めて、具体的に記載されている。

例) 「整容」「排泄」「吸引」「食事」「入浴」 など
食事摂取量や、水分補給量 (◎◎ml)、内服時間、家族支援など

● 病院受診/福祉用具・住宅改修場所/地域活動等のインフォーマルに関する情報が記載されている。

例) 訪問診療・居宅療養管理指導 (●●医院/第2.4 (水))
特殊寝台附属品 (マットレス、ベット用手すり等)
配食サービス、緊急通報、民生委員の訪問 (月に1回) など

第4表 良かった点



- 主治医への出席依頼・照会（連絡票）を行い、主治医からの意見をケアチーム内で情報を共有し、その旨記載されていた。
- 福祉用具貸与の継続の意義に対して、ケアチーム内で意見交換を行い検討され、その旨が記載されていた。
- 担当者会議出席者の意見・その後の対応について具体的に記載されていて、第三者が読んでもわかる。
- 解決できない残された課題に関して、今後の見通しや、次はいつ検討するか、どこに相談するか等の検討がなされている。

第5表

モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載する。

漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努める。

－「居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」より－

居宅介護支援経過は、介護支援専門員が**専門職**として残す記録。介護支援専門員として利用者・家族、各種サービス担当者、関係機関との専門的なかわりを通じて把握したこと、判断したこと、調整が難航して持ち越したことなどわかりやすく記載する。

公的な記録として責任を持ち、保存することが義務づけられている。

第5表 良かった点



- 漠然と記載するのではなく、**項目**ごとに整理して記載がされている。
- 記載のあった日付と、各帳票の記載された日付の**整合性**が取れている。
- **モニタリング**を通して把握した、利用者や家族の意向・満足度が具体的に記載されており、分かりやすい。
- 各サービス事業所との調整や毎月の報告などもれなく記載されている。
- 居宅サービス計画の変更の必要性がその後の対応等細かく記載されている。
文章を長く書かれているわけではなく、**要点**をまとめられている。

資料

自立支援、重度化防止について
一緒に歩んで行きたい！
ご本人の意向を最大限尊重した
自立支援型のプラン作成をお願いします。

- 介護支援専門員実務研修テキスト
- 居宅サービス計画書の手引き など

新しいものを確認されていますか？

