

資料 2

合志市 ケアプラン点検結果報告

(株) くまもと健康支援研究所

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。

書類点検からみた 重度化防止のポイント

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

面談でのようすのご報告～アセスメント

1. 利用者の身体的・生活環境の変化を予測し実施できた
2. アセスを複数回行い、不足する情報を収集・追記して記録
3. 生活歴・趣味・嗜好・生活意向等、利用者の個性を記載
4. 食事の際に「食べこぼしがある」と記載
→食べこぼしの状況を詳細に記載をすることで、口腔・上肢の機能の何が支障か、分かりやすくなる。
5. 食形態が「粥」と記載あり
→なぜ粥を食べるのか？その理由を考えることで咀嚼・嚥下機能や義歯の具合等、アセスメントの幅を広げることができ、その後のアプローチ手段も広がるのではないかな。
6. 住宅全体の情報を見取図として記載してみてもと提案
→在宅生活を継続するにあたり、福祉用具の適切な利用になっているのか、情報整理をしやすくなるのではないかな。

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んで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」（厚生労働省）より－

面談でのようすのご報告～第1表

1. 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。
2. 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。
3. ケアプランに記載できないことは支援経過に記載されている
4. 現状維持が本人の意向
→さらにその先に望む生活とは、どのようなものかを引き出すような働きかけも大切。
5. 課題分析の結果について記載することを知らなかった。
→生活意向を踏まえ、課題分析の結果を明確にすることで、課題共有しやすく、さらには、**利用者の意欲の引き上げにもつながる**のではないかな。

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、どのようにするのか」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。

面談でのようすのご報告～第2表

1. 肯定的な表現方法で、わかりやすい内容の記載であった
2. 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
3. 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
4. 認定期間も考慮しながら達成可能な目標と期間の設定
5. サービス事業者や家族など支援者側の目標となっている
6. 意欲低下がみられている利用者に対して、「離床して日中は過ごす」「起きたら着替える」「洗面所で顔を洗う」等**スモールステップの目標を設定・セルフケア**としてはたらきかけることも大事。
7. 介護保険**サービスを利用しない日**、利用者や家族の取り組みにも目を向ける

第3表

本表は、第2表で計画した具体的な支援の内容を、**週単位**で示した帳票です。

利用者の本来の日常生活リズムを把握した上で、介護保険サービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活リズムがどのように変化しているかがわかります。週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活リズムを管理することができます。

さらに、週単位、24時間の時間管理を示すことで、ケアチームとしても、他のサービスが週単位でどのように組み込まれているかを把握することができ、連携を図る上で役立ちます。

また、短期入所や住宅改修、通院状況など、週単位以外のサービスを記載することにより、サービスの全体像、中長期的なサービス計画を把握することができます。

－「ケアプラン点検支援マニュアル」（厚生労働省）より－

面談でのようすのご報告～第3表

1. 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
水分補給量(◎◎ml)、内服時間、家族支援など
2. 把握できた利用者の趣味・習慣について、記載されていた
3. 週間サービス計画、主な日常生活上の活動、週単位以外のサービス欄が空白又はフォーマルサービスの利用内容に偏った記載になっている
→夜間や土日を含めた日頃の利用者に対する、介護者の関わり方について、具体的に記載を

第4表

本表は、サービス担当者会議を開催した場合に、当該会議の要点について記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合に、サービス担当者に対して行った照会の内容等についても、記載する。

なお、これらの項目の記載については、当該会議の要点を記載するものであることから、**第三者が読んでも内容を把握、理解できるように**記載する。

－「居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」より－

面談でのようすのご報告～第4表

1. 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
2. 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
3. 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
4. 要点を記載し、第3者が読んでも理解できる記載を
→要点をまとめてなく、どのような意見があったか不明
→誰が、どんな意見か、欠席者にも伝わる記載を
5. 福祉用具貸与の継続の必要性について検証した記録がない
→ケアプランに福祉用具貸与を位置付けている場合、サービス担当者会議で、その継続の必要性について専門的意見を聴取して検証し、その内容を記載する

第5表

本表は、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。

面談でのようすのご報告～第5表

1. 漠然と記載ではなく、項目ごとに整理して記載
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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
6. 評価では長期目標の含めた各目標に対しての進捗状況を確認していくことも大事。記載の方法については指定はなく、評価表や第5表へ記載するのか、事業所単位で検討を

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
- 介護保険 最新情報 など

新しいものを確認されていますか？

