

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

書面よりみえたようす～アセスメント

1. 利用者の身体状況・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実施
2. 複数回実施し、**不足情報を収集・追記**
3. 課題分析標準項目（23項目）網羅する必要がある
介護保険最新情報Vol.1178 令和5年10月16日
4. 利用者の詳細な状況を記載する
≡サービス利用の根拠
例：歩行器や徘徊感知器を使用している理由が不明

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－

書面よりみえたようす～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. 利用者の課題が何か明確に記載**されている。
→課題共有が容易、利用者の意欲の引き上げにつながった。
3. ケアプランに記載できない事柄は支援経過に記録している。
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。

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。

書面よりみえたようす～第2表

1. 課題解決に向け、利用者にも分かりやすい文言を選び目標を設定出来ていた。
2. 在宅生活における「利用者や家族の取り組み」に目を向けている。
3. 目標を設定するにあたり、**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が大事。
4. 転倒防止策に福祉用具の貸与のみ提案
→転倒リスクを高めている要因は何かを検討していく必要があるのではないか

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－

書面よりみえたようす～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
2. 把握できた利用者の趣味・生活習慣について、**追記**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
→ 1のように具体的に記載を

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－

書面よりみえたようす～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. 要点を記載し、第3者が読んでも理解できるように、「**誰が**」、「どのような意見」を挙げたのか整理して記載
3. 福祉用具貸与の継続の必要性を検討した内容の記録を
→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**レンタル事業所以外の関係者からも意見を聴取し検討**
4. 支援方針について、ケアプラン（計画期間以降）の方針を共有した様子が伺えた

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。

書面よりみえたようす～第5表

1. 項目ごとに整理して記載
2. 記録されている日付と、各帳票の日付の整合性が取れる
3. 関係事業所との調整や毎月の報告等について記録されている
4. 計画変更の必要性、その後の対応についても細かく記載
5. 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・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 など

新しいものを確認されていますか？

