

ケアプラン点検に係る指針について（倉吉市）

1 はじめに

介護保険制度は、高齢者等が要介護状態等になっても、尊厳を保持して、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的としています。

要介護者がその心身の状況等に応じた適切なサービスを利用できるよう利用者と事業所等との連絡調整等を行う居宅介護支援は、援助に関する専門的知識及び技術をもつ介護支援専門員が作成する居宅介護支援計画（以下ケアプランという）に基づき行われるものです。

このケアプランの果たす役割は、要介護者が、自立した日常生活を営むという目的のために、本人の現状や自立した日常生活に向けての希望を十分に把握し、それを踏まえて、その人にとって最もふさわしいサービスが利用できるよう支援していくもので、要介護者の生活に大きな影響を与える大切なものです。

本市では、ケアプランが利用者の要望に沿うサービスを羅列したものではなく、なぜそのサービスを要望しているのかを介護支援専門員が利用者とともに、課題の整理と解決のための対応策を求める過程の中で、互いの信頼関係を構築していくとともに、利用者自らが課題解決へ積極的に臨む姿勢を支援する「自立支援」の理念を実現するための手順書であると考えています。

そして、ケアプラン点検の目的として、保険者が介護支援専門員とともに、このプランを点検することで、互いに「気づき」が生まれ、「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求していきつつ、自らの日々の業務における内省や研修への参加等により、自己研鑽を積むことで、その理念の普遍化を図り、健全な給付の実現とともに、いつまでも安心して生活していくことができる社会を目指しています。

なお、介護保険制度に係る事務手続きや書類は、介護事務を経験したことの無い自治体職員には、煩雑で理解が困難なものです。一方、その立場上、介護の専門職に対しての指導や介護事業所からの様々な疑問・質問に対して短時間で正確な回答をする必要もあります。

ここでは、ケアプラン点検経験の無い職員にとって参考となるようガイドライン兼簡易マニュアルとして、介護支援専門員資格者の意見や、厚労省によるケアプラン点検支援マニュアル、他の自治体の示すガイドラインやマニュアル、介護支援業務の専門家による著書などをもとに点検の主なポイントについて記載します。すべてを網羅するものではありませんので、必要に応じてより詳細な資料を確認していただくようお願いいたします。

2 ケアプラン点検の目的と法的根拠

介護給付の適正化に資することを目的として、介護保険法第2条第2項から第4項に掲げる保険給付の内容となっているかを確認するとともに、介護保険法第23条の規定により給付状況の照会ならびにヒアリングを行うものです。この点検を実施することで、不適切なサービス提供が抑制され、持続可能な介護保険制度の構築と制度への信頼感が生まれることが期待できます。

3 点検に際して

- ① 点検に際して事業所側の事務の負担を考慮し、資料などは必要最小限なものとするのが大切です。
 - ② ケアプランを形式的に点検するのが目的ではないので、空欄があったからといって直ちにそれが問題となるわけではありません。
 - ③ 点検作業は一方ではなく双方向で行い、保険者と介護支援専門員がともに確認しあう姿勢で臨みます。
 - ④ 介護支援専門員がどこに悩み、つまづいているのかを把握し点検を通じて「気づき」を促すことが大切です。
 - ⑤ 介護支援専門員を批判するのではなく一緒にレベルアップを図る方法であることを認識します。
 - ⑥ 介護支援専門員が、再度点検を受けてみたいと感じることができるよう、保険者として継続的に支援していく姿勢が大切です。
 - ⑦ 地域特性を意識しながら、保険者として地域で何が課題になっているのかを考察しながら進めていくことも大切です。
 - ⑧ 不適切なプランと思われるものがあつた場合、プランの根拠について確認を一緒に行う「振り返りの作業」を実施し、次回からの計画作成に役立つように適切なプラン作成の視点も気づきを促すことが重要です。
 - ⑨ 点検は、1表、2表、3表、分析表などすべての帳票について全て行うのではなく、必要な項目だけを適宜活用し効率的に行うことが大切です。
 - ⑩ 点検を効率的に実施する為に必ずしも全てケアプランに関して点検する必要はなく、目的をはっきりさせて行うことが必要です。
- (ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法(厚労省H20.7.18)より抜粋)

4 介護支援専門員の役割について

4.1 介護支援専門員とは

介護支援専門員証の交付を受けたもので、要介護者等からの相談に応じて、適切なサービスが利用できるよう保険者(市町村)と居宅サービス事業を行う者との連絡調整

を行います。(介護保険法第7条第5項より抜粋)

4.2 介護支援専門員の業務

a. 申請受付、相談

相談者が、居宅介護支援の対象者と判断されたのちに、利用者及び相談者の基本情報の収集、相談者の主訴の把握、支援の方向性の検討、サービス提供に至るまでの流れについて説明を行います。

b. 契約締結・重要事項説明

居宅介護支援を行うにあたり、利用者と事業者の関係や約束事を明確にするるとともに、トラブル防止のために書面により契約締結を行います。(介護保険法上の定めはない)

また、サービス提供の開始に際して、あらかじめ利用者(家族含む)に対して、運営規定の概要やサービスの選択に資すると認められる文書(重要事項説明書)を交付、説明し同意を得なければならない(書面が望ましい)とされています。(運営基準第4条第1項)

そして、サービス担当者会議においては、利用者(家族含む)の個人情報を用いることから、あらかじめ利用者等から文書による同意を得ておく必要があります。(運営基準第23条第3項)

c. アセスメント

利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接をして(運営基準第13条7項)、利用者に関する情報を収集し、分析・評価をして生活全般の解決すべき課題(ニーズ)を明らかにします。アセスメントが不十分だと適切な課題や目標が導き出されず自立支援とはかけ離れたケアプランとなります。

[アセスメントは、個人的な考え方や手法で行うものではなく「適切な方法」で行わなければならないものであり、厚労省通知(H11.11.12付労企第29号)「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」で利用者及びその家族との面接によって確認すべき23のアセスメント標準項目が示されています。なお、アセスメントに係る書類はサービス利用契約終了後2年間は保存が義務付けられています。(運営基準第29条第2項)]

d. 要介護認定

要介護状態や要支援状態にあるかどうかの判定するために行うものです。モニタリング、アセスメントの結果から、介護保険サービスが必要であると判断されるとき、現状の介護度(介護の手間)がそぐわないと判断されるときは変更(介護)申請を行うよう本人、家族に助言を行い、申請の援助を行います(運営基準第8条)。

e. ケアプラン原案作成

アセスメントにより把握された利用者・家族の希望や課題を書面にまとめた課題整理総

括表をもとに、設定した目標を達成するための具体的な方法(サービス提供)を記したものをケアプラン原案として作成します。

f. ケアプラン原案提示

作成したケアプラン原案を担当者会議(利用者及び事業者)へ提示し、検討します。作成する帳票は、居宅サービス計画書(1)(2)、週間サービス計画表。なお、訪問看護、通所リハビリ等の医療系サービスを位置付ける場合は、利用者の同意を得て主治医に意見を求め指示を確認する(運営基準第13条十九)(運営基準第13条二十)。**[ケアプラン原案とは第1表～第3表、第7表～第8表の5種類]**

g. サービス担当者会議の開催

ケアマネージャが作成したケアプラン原案は、多職種の担当者との情報交換や多角的視点による検討がなされ、チームケアとしての目標の共有化が図られたものとするために、サービス担当者、利用者等による担当者会議を行います。(運営基準第13条九)
[サービス担当者会議は①ケアプランを新規に作成したとき、②要介護認定を受けたとき、③要介護認定の更新・区分変更をしたとき、④ケアプランを大きく修正するときに開催しなければなりません。(運営基準第13条十五) また、会議開催がされないと居宅介護支援費の請求は所定単位数の50%減算となります]

g. ケアプラン原案の修正と説明、交付

サービス担当者会議の結果をもとに修正後のケアプラン原案を利用者(家族含む)に提示、説明し、文書による同意を得ます。(運営基準第13条十) また、同意を得ない場合、居宅介護支援費の請求は所定単位数の50%減算となります。

同意を得たケアプラン原案は正式な"ケアプラン"として確定します。このケアプランが利用者、関係機関の担当者に交付される(運営基準第13条十一)ことで共通の目標に向かってサービス利用が開始されます。なお、交付されない場合、居宅介護支援費の請求は所定単位数の50%減算となります。

h. モニタリング

サービス開始に伴い、ケアプランの目標達成状況や利用者の状況とサービスがマッチしているかを少なくとも1か月に1回、利用者宅に訪問・面接し、確認、記録する(運営基準第13条十四)とともに、利用者のニーズの変化を把握し、必要に応じてケアプランの変更を行います。主な確認内容は、次のとおりです。

- ①ケアプランどおりにサービスが提供されているか
- ②目標に資するサービス内容であるか
- ③目標達成状況
- ④新たな課題はないか
- ⑤ケアプラン自体の妥当性

モニタリング等がなされない場合、居宅介護支援費の請求は所定単位数の50%減算となります。

i.給付管理

利用者がケアプランに基づくサービスを受けた場合、その費用について、介護支援専門員が適切な給付管理を行うことで、利用者に不要な負担がかからないようになります。

つまり、要介護(要支援)認定者が介護サービスを受けた場合の費用は、介護支援専門員がケアプランを作成し、給付管理を行うことで、利用者の自己負担額が利用料の1割～3割で済むこととなります。(法定代理受領 介護保険法第41条第6項)

基本は利用料全額を支払いの後、保険者(市)に対して自己負担分を除く費用を請求する償還払いですから、介護支援専門員による給付管理をすることで利用者の経済的負担が軽減されることとなります。

ただし、介護保険料の未納がある場合は、介護サービスの利用に係る給付率が減額される場合もありますので注意が必要です。

介護支援専門員は、以上のような流れで日々の業務に当たっています。

5 点検業務の概要

5.1 実施の流れ

ヒアリング1か月前・・・市側の介護支援専門員と連絡、調整のうえ対象事業所の選定、日時の決定など、市から点検対象事業所への通知、書類提出依頼

ヒアリング2週間前・・・事業所からの提出書類の確認

ヒアリング当日(まで)・・・提出された書類の点検、確認事項の取りまとめ

5.2 事前準備(点検を行う事業所の選定およびケアプラン点検のテーマの決定)

基本的にはすべての事業所を対象としますが、近日中に実地指導が予定されている等の場合は対象から除外します。

そして、プランの選定基準はテーマを決めてピックアップします。

点検の柱としては、①自立支援に資するものか、②利用者の自由な選択を阻害していないか、③真に必要なサービスが適切に位置づけられているか、などです。

具体的なプランの抽出については、要介護1または2で認知度Ⅱ以上に当てはまる利用者、新規に要介護認定者となった利用者のプランなどテーマを決めます。(無作為でも可)

なお、介護支援専門員や事業所の負担を考慮して、限られた時間(2時間～3時間程度)で点検を行うことから点検件数も1～2件程度とします。

また、点検(当日、事前)に関して、事務職以外にケアプラン点検に同行する市側の介護支援専門員とも連絡、調整を図りスムーズな点検を心掛けます。

5.3 介護支援事業所(介護支援専門員)への資料提供依頼

対象事業所、選定プランが決定したら、事業所に対して、点検実施通知と資料提出依頼を行います。

提出依頼書類は、

- アセスメントシート(課題分析表)、
- 居宅サービス計画書(第1表～第3表)、
- 担当者会議の議事録(第4表)、
- サービス利用表(第6表)及び別表(第7表)(実績が記入されたもの)、
- モニタリング記録(直近3か月)(場合によっては第5表)など

6 各帳票の点検項目

6.1 課題分析表(アセスメント表)

対象者が、市の指定したテーマのものか(要介護1、日常生活自立度Ⅱa以上などの抽出条件と一致しているか)

課題分析は、介護支援専門員の個人的な考え方や手法により行われていないか(日常生活自立度などの項目が、実情が、主治医意見書記載のものと異なっているにもかかわらずそのまま転記されているかなど)

23の標準課題分析項目(H30.4版 介護報酬の解釈 QA・法令編(社会保険研究所) P855)をすべて確認する内容となっているか

過去の住宅改修履歴の調査結果があるか

健康状態については、身長、体重のほかBMIも記載し、栄養状態をおさえているか、歯科にも注意しているか

訪問時の自宅の状況(間取り、家具の配置)から災害時の対応も考慮したものか

特記事項は、個別具体的な内容でプラン立案の根拠となっているか。(具体的な課題と理由が曖昧なものではないか。例：“・・・など”、“きちんと・・・する”)

項目について、自立以外の場合は、阻害要因が必ず記入できているか

6.2 第1表 居宅サービス計画書(1)

記載漏れ確認。

サービス提供前に作成されたものか日付を確認

説明・同意日に係る利用者の同意(押印)を確認。

●利用者及び家族の生活に対する意向欄について

介護支援専門員としての課題分析がなされているか(課題分析の結果が記載されているか)

- 利用者(および家族)の言葉が可能な限り記載されているか
- 利用者(および家族)にとって分かり易い内容であるか
- 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄について
 - 介護認定審査会意見等の記載確認。
- 総合的な援助の方針欄について
 - 利用者、家族の意向について、どのような介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活を送りたいかがわかるものか。
 - アセスメントにより抽出された課題に対して立てられた長期目標を達成するためのケアチーム(利用者+家族・サービス提供事業所・ケアマネ)の援助方針がわかるものか。
 - サービス担当者会議で検討されたことが記載されているか
 - 緊急事態発生時の連絡先等の記載がある場合は、個人情報の利用同意がなされているか。(すべての事例において緊急連絡先を記入する必要はない)
- 生活援助中心型の算定理由欄について
 - 生活援助中心型の算定理由が「その他」の場合は、理由が簡潔に記載されているか。なお、具体的な事情や判断理由は第2表に記載されているか

6.3 第2表 居宅サービス計画書(2)

- 生活全般の解決すべきニーズ欄について
 - 解決すべき課題は、アセスメントの結果に基づき、生活全般の解決すべき課題が整理されているか
 - 解決すべき課題は、優先度の高いものが上位にきているか
- 目標、長期目標と期間欄について
 - 長期目標は、解決すべき生活全般の解決すべき課題について、いつまでにどの程度まで解決するかが記載されているか(抽象的でなく、個別具体的なものか)
 - 長期目標は総合的な援助の方針(第1表)と整合性があるか
 - 目標設定の期間欄の開始～終了の記載確認。終了は認定期間までが一般的。
 - 達成可能な期間か
 - 利用者が望む利用者らしい生活の様子が具体的に記載されているか
 - サービスの利用が目標になっていないか
- 目標、短期目標と期間欄について
 - 短期目標は、長期目標達成のために設定した段階的な目標であることを確認
 - ニーズに基づく長期目標を達成するための段階的な目標と期間となっているか
 - サービス提供事業者が作成する個別サービス計画の目標となるものか
 - モニタリング時に達成度が具体的に確認可能なものか
 - すぐにはじめられる取組目標となっているか
- 援助内容、サービス内容欄について
 - サービス内容、短期目標の達成に必要な具体的なサービスの内容やそれに係る根

- 拠が明示されているか
- 抽象的な記載はないか
- 短期目標達成に必要な手順の記載があるか
- 専門職(主治医等)からの留意事項が記載されているか
- 利用者や家族にわかりやすい表現となっているか
- 加算対象となっているサービスが記載されているか
- 福祉用具の種目の記載があるか
- 訪問介護の身体介護と生活援助の内容を分けて記載してあるか
- 援助内容、サービス種別欄について
 - サービス種別については、援助が誰(事業所)行うかの確認。
 - 家族等が行う支援や、利用者自身が行うことも記載があるか、また具体的に支援者(例:妻、長男など)がわかる記載となっているか
 - 訪問介護、通所介護、福祉用具貸与など正式なサービス名称で記載されているか
 - 特定のサービスに偏っていないか
- 援助内容、頻度・期間欄について
 - 短期目標の達成に応じた頻度か
 - 目標やサービス実施予定に応じた期間の設定となっているか
 - 短期目標の期間と頻度・期間は連動しているか

6.4 第3表 週間サービス計画表

- 起床から就寝までの利用者固有の一日の生活リズムが記載されているか確認。
(本人にとってかかせないことの記載がされているか)
- 主たる介護者の関わり、不在時間帯が確認できるか。
- 夜間を含めた具体的な支援の内容(食事、排泄、吸引、体位変換等)が記載されているか。
- 目標達成するための取組に必要と思われるサービスに偏りがいないか。
- 第2表であげたサービス内容がもれなく記載されているか(介護保険内外問わず)
- 利用者および家族が行うセルフサービスも記載があり、生活全般の流れが可視化できるものか
- 夜間、土日の支援体制にも具体的な記載があるか
- 利用者の一日の過ごし方が具体的にわかるものか
- 主な介護者の関わりや不在時についての記載があるか
- 週単位以外のサービス欄については、福祉用具、短期入所、居宅療養管理指導などのサービスの記載があるか
- 定期的な受診や訪問診療など医療との関係がわかるものか

6.5 第4表 サービス担当者会議の要点

ケアプランに位置付けられた各サービス担当者を招集し、共有すべき利用者等の情

報をチームケアに活かすための会議の記録しておく帳票で、サービス担当者会議開催の証拠にもなるものです。議事録の有無の如何は問いませんが、開催日時、出席者、検討項目、結論、課題などか分かり易いものかどうかを確認します。

●会議出席者欄について

会議欠席者への照会について、具体的内容を記録に残してあるかを確認。

●検討した項目欄について

開催目的やテーマが明確か

●検討内容欄について

すべての目的、テーマについて検討されているか

テーマにあった検討がなされているか

●結論欄について

すべての目的、テーマについて結論が出されているか

テーマにあった結論か

●残された課題欄について

結論が出なかった場合に記載がしてあるか

次回開催時期や方針の記載があるか

●その他

本表の交付は義務付けられていないため、交付する場合は、その必要性、秘匿関係も考慮したうえでやっていることを確認。

6.6 第5表 モニタリング記録

少なくとも1か月1回のモニタリングの記録があるか

モニタリングを通じて把握した利用者(家族)の意向・満足度、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について、項目ごとに整理して記載されているか。

サービス事業者からの利用者情報がわかる内容か

専門職として判断した事柄の根拠がわかる記載か

ケアプランの変更、修正理由が記載されているか

6.7 第6表 サービス利用票(兼居宅サービス計画)および第7表 サービス利用別表

第3表の週間サービス計画表のサービス種類と相違がないか確認

利用者への支給限度額とサービス利用額との整合性、また利用者の同意が得られたものかを確認。(欄外に押印等がある)

7 まとめ

点検当日は、市側の介護支援専門員との役割分担をし、点検過程の記録や書類作成上の

ポイント、考え方について助言を行います。同時に、事業所側介護支援専門員とともにケアプランについて考察し、利用者が課題解決に向けて、積極的な自立の意識を生まれさせる支援と、適正な給付とのバランスがとれたプランを探っていくものとします。また、必要に応じて再点検の機会も設け、その後の支援の経過を確認し、点検の成果を検証していくことも重要です。