

『ケアプランチェックについて』

佐倉市役所高齢者福祉課

ケアプランチェックの目的

ケアプラン点検は、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援するために行うものです。

ケアプラン点検に当たっての基本姿勢

- ①事業所の事務負担を考慮し、資料などは最小限にする
- ②ケアプランに空欄があっても直ちにそれが問題となるわけではない
- ③保険者と介護支援専門員が双方向による点検作業をともにに行い確認しあう姿勢で臨む
- ④介護支援専門員がどこで悩み、つまづいているのかを把握し、「気づき」を促す
- ⑤介護支援専門員と一緒にレベルアップを図る方法であることを認識
- ⑥再度点検を受けてみたいと感じるよう、継続的に支援していく
- ⑦地域特性を意識しつつ、課題を考察しながら進めていく
- ⑧不適切なケアプランについては「振り返りの作業」を実施し、次回からの作成に役立つように適切なケアプラン作成の視点・気づきを促す
- ⑨ケアプラン点検マニュアルの必要な項目を適宜活用し効率的に行う
- ⑩点検を効率的に実施するために、目的をはっきりさせて行う

ケアプランチェックのポイント

- ・介護支援専門員が、アセスメントを通じて専門的な見地から利用者の全体像を把握し、必要な情報をいろいろな所から取り入れて、利用者のニーズを導き出し、最も適切な支援は何かを考えて調整しながらサービスに結びつけて支援しているかを確認します。
- ・基本的に点検対象期間内に実施された内容が示された書類の写し(コピー)をすべて提出していただきます。

- ・具体的には自己チェック表、アセスメントシート、居宅サービス計画(第1表から第7表)、モニタリング記録、サービス担当者会議に対する照会がある場合は照会、その他に例外給付確認書、居宅療養管理指導、訪問介護・訪問看護初回加算を算定する場合は算定要件が確認できる書類等も必要です。

ケアプランチェック対象の選定基準

- ・各事業所をまんべんなく選定(利用者は無作為に抽出)
- ・国民健康保険団体連合会ケアプラン分析データからの抽出
- ・通報、問い合わせ、認定調査員等からの聞き取り、苦情があった場合
- ・支給限度額 90%以上サービス利用または自己負担があるケアプラン
- ・介護度に比べ、サービスが過少と思われるケアプラン
- ・夜間・深夜・早朝サービスを利用しているケアプラン
- ・どの利用者にも画一的なサービスを提供している事業所
- ・訪問介護サービスにおいて2人対応を利用しているケアプラン
- ・同居家族がいる場合の生活援助を提供しているケアプラン
- ・ロングショートの利用状況
- ・軽度者のサービス(例外給付、サービス過多)
- ・居宅療養管理指導、加算等(初回加算、入退院時加算等)を算定している 等

指摘の多い項目

毎年3月に指摘事例を公表していますが

- ・アセスメント、再アセスメントを居宅においてなされていない
- ・利用者・家族、各事業者への居宅サービス計画書の交付がなされていない
- ・更新時・区分変更時等のサービス担当者会議を照会で済ます、開催されていない
- ・介護度が確定する前にサービスを利用する際、暫定プランを作成していない
- ・居宅において月1回以上のモニタリング、記録がなされていない
- ・各書類の日付の整合性がとれていない
- ・ショートステイ先で福祉用具が貸与されている
- ・介護支援専門員への情報提供を受けないまま居宅療養管理指導加算を算定している
- ・初回加算、緊急時加算等の算定要件を確認しないまま加算を算定している

等の指摘が多くなっています。

運営基準違反に該当した場合

利用者に対し、不適切なサービス(過少サービス、過剰サービス等)が行われていた場合は適切なサービスを促し、運営基準に違反している場合は過誤調整を求めます。

よって事業所での研修等を通し、適正なケアマネジメント、介護支援専門員へのサポートを期待します。

他県のケアプラン事業では

- ・ 事業者を確認した結果、算定基準・解釈通知から見て不適切なケースについては、過誤調整の手続きをとる。
- ・ 事業所に対する不正抑止の効果がある。
- ・ 返還につながったケースは悪意ではなく制度の理解不足によるものが多い。
- ・ 点検時に運営基準違反にあたる事例が確認できれば、その他の事例についても事業所に自主点検を行うよう指示し、自主点検結果に基づき過誤調整を指示している。

等の報告がされています。

指定居宅介護支援事業運営の基本

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 第1条の2(抜粋)

- 1 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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配慮して行われるものでなければならない。
- 2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。
- 3 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。
- 4 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設等との連携に努めなければならない。

介護支援専門員の主な業務

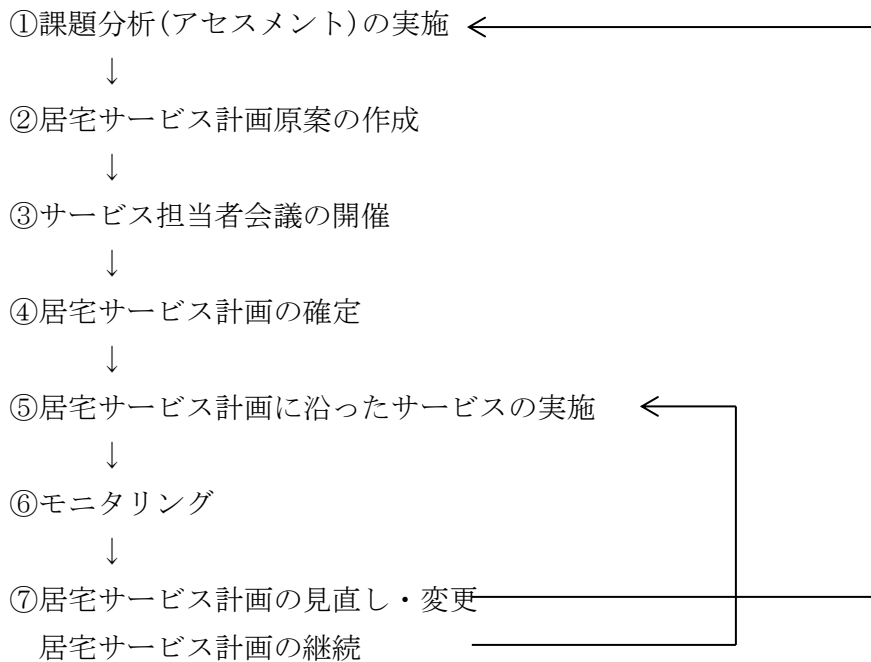
①居宅介護支援業務(ケアマネジメント)

- ・ インテーク、アセスメント
- ・ 居宅サービス計画の作成
- ・ サービス提供の調整
- ・ モニタリング

②給付管理業務

- ・ サービス提供実績の管理
- ・ 給付管理票の作成
- ・ 国民健康保険団体連合会への請求

居宅介護支援業務のプロセス



留意すべきポイント

①課題分析(アセスメント)の実施

- ・ 介護支援専門員が利用者の**居宅を訪問**し、利用者及び家族に**面接**をしているか
- ・ 解決すべき課題の把握に当たって課題分析標準項目(23 項目)を確認し、項目ごとに状態を記載しているか
- ・ 利用者の既往歴、困りごとや生活上の課題の原因や背景を分析しているか
- ・ 計画変更時に再アセスメントが行われているか

②居宅サービス計画原案の作成

(居宅サービス計画とは第1表から3表、および第6表、7表に相当する全てを指す)

- ・アセスメントの結果を基に把握した課題や利用者及び家族の意向に基づき、フォーマル、インフォーマルサービスを取り入れ、利用者の課題解決及び目的達成に向けた適切なプランの原案となっているか

☆第1表

- ・計画作成者氏名、認定日等必要事項の記載漏れがないか、日付の整合性はとれているか
- ・本人及び家族の意向を把握し、記載しているか
- ・介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定について被保険者証より転記しているか(指示のない場合は「なし」と記載)
- ・必要な緊急連絡先を確認しているか
- ・生活援助中心型の算定の理由が該当する場合は、該当欄に○をつけ、「3. その他」の場合は「生活援助確認シート」「サービス担当者会議」において生活援助の必要性を確認し、その事情を簡潔に記載しているか

☆第2表

- ・「解決すべき課題」は優先順位の高い順に記載されているか
- ・「長期目標」は基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定されているか
- ・「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけているか
- ・「長期目標」「短期目標」の期間は適切か
- ・「サービス内容」はインフォーマル、フォーマルサービスを具体的に適切、簡潔に記載できているか

☆第3表

- ・日常生活上の活動を把握しているか
- ・週単位以外の支援やサービス、居宅療養管理指導等サービスについても記載しているか

☆第6表・第7表

- ・利用月の前月までに利用者・家族にサービスの説明を行い、同意を得、利用者欄に確認印もしくはサインをもらっているか
- ・確認を受けた利用票の単位数が当初の計画より上回るときは利用票を再作成し、確認印を受けているか
- ・一月終了したら第6表に実績を記載しているか
(作成し直すのではなく、各事業所からの実績と照らし合わせ利用票に実績を記入するとサービスの変更等が判りやすい)
- ・給付管理表とサービス提供実績が一致しているか

- ・短期入所利用の場合、第7表「要介護認定期間中の短期入所利用日数」に累計を記載し、有効期間の概ね半数を超えないように確認しているか

③サービス担当者会議の開催に向けての留意点

- ・利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画原案に位置付けた事業者を招集したか
- ・サービス担当者会議開催にあたり、**日程調整等**を行い**招集努力したか**
(「日程調整困難のため照会」と称し、実際日程調整や招集努力をせず全事業所もしくはほとんどの事業所に照会を行った場合は担当者会議と認められず運営基準減算に該当)
- ・各事業者から専門的意見を聴取し、情報を共有できたか
- ・やむを得ない理由がある場合には照会等で対応できるが、緊密に相互の情報交換を行うことにより、利用者の状況等についての情報や居宅サービス計画原案の内容を共有できたか

☆サービス担当者会議の要点(第4表)

- ・開催月日、開催時間(○時～○時)、開催回数(累計)、参加事業所、職種、氏名等を記載しているか
- ・「検討した項目」には当該会議において検討した項目について記載しているか
(例)①利用者のサービス内容について
②居宅サービス計画原案について 等
- ・「検討内容」には検討した項目について、それぞれ検討内容を記載しているか
(例)利用者・家族、各サービス提供事業者からの利用者の情報、提案等
- ・「結論」には当該会議における結論を記載しているか
(例)状態に変化はないので現状のサービスを継続等
- ・「残された課題」には必要があるにも関わらず、サービスに至っていない場合や利用者の希望等により利用しなかった居宅サービスや次回開催時期、開催方針等を記載しているか

④居宅サービス計画の確定

☆サービス担当者会議で計画原案が承認されれば確定となる

- ・利用者及びその家族に居宅サービス計画書の説明をし、同意を得たか
- ・同意を得た居宅サービス計画書に同意日、署名・押印があるか
(代理の場合は利用者・代理の氏名を記載)
- ・利用者、事業者にプランを交付したか

⑤居宅サービス計画に沿ったサービスの実施

- ・適切なサービスが提供されているか

⑥モニタリング

- ・少なくとも一月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面談しているか(月に1回訪問するだけでなく、必要に応じて訪問)
- ・少なくとも一月に1回、モニタリングの結果を記録しているか
- ・利用者およびその家族の意向・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確認し、記載されているか(モニタリング実施等と記載するだけでは運営基準減算に該当)

その他

〈軽微な変更〉

- ・アセスメント、モニタリング等において確認し、その根拠を支援経過等に記載しているか
- ・同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減や、緊急的・一時的なサービス利用回数の増減の場合は「軽微な変更」に該当するものと考えられるが、利用回数の変更が継続する場合は利用者の状態変化が考えられ、ケアプランの再作成が必要(1例としてあらかじめサービス担当者会議で週1回から始めて、状況を見て週2回に回数を増やすことを話し合っている場合は、ケアプランに回数を追記し、支援経過に記録することで変更可能)

〈暫定ケアプラン〉

- ・介護度が確定していない場合でサービスを提供する場合は暫定ケアプランが必要
- ・居宅介護支援業務プロセスの手順で行うが、手順が前後する場合はその旨を支援経過に記載

〈サービス計画の変更に伴うサービス利用票・提供票の再作成〉

- ・給付管理においてサービス利用票の予定より実績が上回った場合はサービス利用票を再作成し、確認印を受け利用者に交付する(トラブルを避けるため)
- ・サービス提供票を再作成しサービス提供事業所に提出する

〈短期入所中の福祉用具貸与について〉

1. 福祉用具貸与費の算定について

短期入所生活介護又は短期入所療養介護を利用中でも福祉用具貸与費の算定は認められています。しかし、これは、短期入所サービス利用中の短い期間で、一度返却し、退所後再度搬入することが非常に不合理であることから、認められているものであると考えます。そのため、短期入所サービス利用中であっても福祉用具貸与費の算定が認められない場合がありますので、ご注意ください。

①当該月に福祉用具の在宅利用がない場合

②当該月の福祉用具の在宅利用が半月に満たない場合は短期入所期間を除いた日割り計算を行います。ただし、福祉用具事業所との契約の形態により半月分または1か月分の請求として差し支えありません。

2. 短期入所施設への貸与品の持ち込みについて

- ・短期入所施設内での福祉用具貸与品の費用は、短期入所サービスの報酬に包括しているものであり、施設内で使用される福祉用具は短期入所施設が用意すべきものです。よって短期入所施設への貸与品の持ち込みは認められません。ただし、短期入所施設に用意されているものでは利用に支障が出る場合は持ち込み可能な場合がありますので、個別にご相談ください。（慣れた福祉用具がいいなどの安易な利用は当てはまりません）

〈居宅療養管理指導〉 介護保険最新情報 平成 24 年 3 月 16 日 Vol.267 より

- ・医師、歯科医師、薬剤師又は看護職員による居宅療養管理指導について、介護支援専門員への情報提供が必ず必要となり、月に複数回の居宅療養管理指導を行う場合であっても、毎回情報提供を行われなければ算定できません。なお、医学的観点から、利用者の状態に変化がなければ、変化がない事を情報提供することや、利用者や家族に対して往診時に行った指導・助言の内容を情報提供することでよいとされています。

〈居宅サービス計画書記載要領〉 老企第 29 号

- ・本様式は、当初の介護サービス計画書原案を作成する際に記載し、その後、介護サービス計画の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することが出来るものとする
- ・軽微な変更の場合は変更日を記載し、変更部分を見え消し又は追記する
- ・アセスメントシートは含まれないため、複数回使用することは可能

居宅介護支援の業務が適切に行われない場合＜H12 老企 36＞

1. 居宅サービス計画の新規作成及びその変更にあたっては、次の場合に減算されるものであること。
 - ①当該事業所の介護支援専門員が、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合には、当該居宅サービス計画に係る月（以下「当該月」という。）から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
 - ②当該事業所の介護支援専門員が、サービス担当者会議の開催等を行っていない場合（やむを得ない事情がある場合を除く。以下同じ。）には、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
 - ③当該事業所の介護支援専門員が、居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付していない場合には、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

2. 次に掲げる場合においては、当該事業所の介護支援専門員が、サービス担当者会議等を行っていないときには、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
 - ①居宅サービス計画を新規に作成した場合
 - ②要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合
 - ③要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
3. 居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）にあたっては、次の場合に減算されるものであること。
 - ①当該事業所の介護支援専門員が1月に利用者の居宅を訪問し、利用者に面接していない場合には、特段の事情のない限り、その月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。
 - ②当該事業所の介護支援専門員がモニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続する場合には、特段の事情のない限り、その月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算する。

参考文献

- ・「介護保険ケアプラン点検支援マニュアル活用の手引き」（中央法規）
- ・NPO法人千葉県介護支援専門員協議会「介護支援専門員のためのケアプラン作成事例集」（中央法規）