

ケアプラン点検事業について

1 概要

藤沢市ケアプラン点検事業は、ケアマネジメントのプロセスを踏まえた自立支援に資する根拠の明らかなケアプランとなっているかを介護支援専門員自身(以下「ケアマネジャー」という。)と藤沢市が共に点検し、気づきを共有するとともに、共にレベルアップを図ることで、ケアマネジメントの質の向上及び被保険者の自立を促進・維持に資することを目的に実施しています。

なお、当該事業は、より専門的視点による細やかな点検を実施するため、平成30年度から専門業者への委託により実施しています。

2 実施方法

厚生労働省の「ケアプラン点検支援マニュアル」や本市作成のチェックリスト等の共通の指針を使用し、点検従事者による面談及び書類点検により実施しています。

(1) 点検(確認)従事者

藤沢市介護保険課及び合同会社介護の未来(ケアプラン点検事業業務委託受託者)

(2) 対象者

- ア 市内の居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャー
- イ 市内の介護保険施設等に所属するケアマネジャー等
- ウ 市内の介護予防支援事業所に所属するプランナー等

3 令和2年度実施結果

(1) 件数 全54件

【内訳】

ア	居宅介護支援事業所	31件
イ	介護予防支援事業所	2件
ウ	小規模多機能型居宅介護支援事業所	11件
エ	看護小規模多機能型居宅介護支援事業所	3件
オ	介護老人福祉施設	2件
カ	地域密着型介護老人福祉施設	1件
キ	介護老人保健施設	1件
ク	認知症対応型共同生活介護	1件
ケ	特定施設	1件
コ	地域密着型特定施設	1件

(2) 総括

令和2年度藤沢市ケアプラン点検の結果、居宅サービスにおける給付の適正化の観点では、9割以上が適正であった。ケアマネジメントの観点では、何らかの改善を要する箇所があり、特にニーズに繋がるような全体的な状況や日常生活への影響、医療(疾患や後遺症等)についての詳細把握(記録)と分析を強化する必要性がありました。ニーズの抽出については、多くのケアマネジャーが利用者の暮らしやその背景にある生活意欲について本人及び家族より丁寧に聴き取られており、適切に行われていることが確認できました。

ケアプランについては、藤沢市よりケアプランの書き方の一つの指標となる「ケアプランの基本的な考え方と書き方」が示されたことにより、「利用者の自立支援に質する分りやすい具体的な計画作成が推進されてきている」と考えられました。

4 課題(今後の目標)

(1) 日常生活動作・家族等の状況を把握

課題分析標準項目を網羅し、評価においても、自立・一部介助という判断のみでなく、具体的な状況(頻度・状況・ケア内容等)を記載する。施設においては、入所前の生活状況を把握する。また、食事に関する課題、転倒や膝関節症、糖尿病等がある場合には、体重(栄養状態含)を課題分析情報として収集する。

(2) 疾患の状況・医師の所見の把握を強化

疾患について、発症年や治療内容・後遺症や痛み等を詳細に把握(記録)する。また、疾患に対する医師の所見についても把握(記録)し、疾患についての理解を深める。

服薬状況について薬情(薬剤情報提供書)の所持が先行しているため、その薬の処方された疾患名、効能等の把握を行なう。

(3) 課題分析(疾患に起因する日常生活への影響)の強化

疾患について、医師の所見を踏まえたうえで、日常生活に及ぼす影響についての分析と、低体重・体重過多の原因、日常生活に及ぼす影響についての分析を深める。(例:膝関節症で体重過多の場合、体重過多により膝への負担が大きくなり、移動動作へ影響を及ぼす 等)

(4) ケアプランの表記内容の向上

家族は続柄を記載し、専門用語(バイタル等)は使用せず、利用者等にわかりやすい表記にする。また、意向や目標等は、具体的に利用者が目指す生活像について記載する。セルフケアやインフォーマルサポートの位置づけを行なう。

(5) 居宅サービス計画書と個別サービス計画書の連動性と整合性

居宅サービス計画書に掲げた目標の実現のために行う支援内容(個別サービス計画書)となっているかについて、整合性と連動性の確認を強化する。

以上