



きゅうふさぶり

Vol.3

● 掲載内容

TOPIC 1 アセスメントについて整理しよう！

TOPIC 2 暫定プランの作成

TOPIC 3 介護保険課からのお知らせ

給付適正化で！



発行のごあいさつ

日頃より町田市の介護保険事業にご理解ご協力いただきまして誠にありがとうございます。介護給付費を過不足なく、皆さんに適正に給付していくために、町田市では介護給付の適正化事業を行っております。

しかし、町田市の介護サービスの利用人数は約1万5千人となっております。行政の適正化事業だけでなく、皆さん一人一人が適正なケアプランを作成していただくことこそが一番大切です。

～適正化の最前線はケアマネジャーの皆さんです！～

この「きゅうふさぶり」はそんなケアマネジャーの皆さんが適正なプランを作成する上で、考え方の一助になればと思い、発行させていただきますので、ご一読のほどよろしく願いいたします。

アセスメントについて整理しよう!

勉強会でアセスメントの視点が変わった!

ケアマネジメント勉強会に出席した介護支援専門員の約3人に2人は、アセスメントの視点が変わったとアンケートに回答しています。

そこで、今回はアセスメントについて、改めて整理していきましょう。

アセスメントの視点が変わったか?



■ 変わった
(20事業所)

平成27年度ケアマネジメント勉強会
振り返りシート集計 (33事業所)

アセスメントの考え方

アセスメントは、ケアプランを作成するために必要な情報収集と分析

利用者が望む自立した生活を阻害する利用者本人の身体的・心理的・社会的（生活環境、介護力等）要因を、生活全般から明らかにすることで、利用者の「自立」の一步へとつながります。単なる情報収集ではなく、課題の原因解明や解決策を探ります。

➡ アセスメントには「利用者のニーズを発見する」という視点が大切

アセスメントでケアマネジャーは、「利用者の自立を支援したい」という気持ちを持ち続ける

利用者や家族の意向を引き出すために、利用者の自立を支援するための十分な情報を提供しましょう。（次ページ「アセスメントの取り方」参照）

➡ アセスメントは「個別化されたケアプラン」の第一歩

ケアプラン作成を見据えたアセスメント

上で述べたとおりアセスメントはケアプランを作成するために必要な情報収集と分析になります。そこで、ケアプランの第1表を例に、アセスメントの考え方を整理していきましょう。

第1表		居宅サービス計画書(1)		作成年月日		年	月	日
利用者名	殿	生年月日	年	月	日	住所	初回・紹介・継続	認定済・申請中
居宅サービス計画作成者氏名	サービス提供前に作成されていますか?							
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地								
居宅サービス計画作成(変更)日	年	月	日	初回居宅サービス計画作成日	年	月	日	
認定日	年	月	日	認定の有効期間	年	月	日	~ 年 月 日
要介護状態区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5			
利用者及び家族の生活に対する意向	<p>利用したいサービス等、利用者や家族の要望を書く欄ではありません!</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者や家族の生活に対する意向が引き出せていますか? 利用者や家族の言葉を活かして記載できていますか? 関わりの強い別居家族にも直接確認していますか? 本人が表明できない場合でも、今までの暮らしや価値観等から代弁していますか? 							
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定								
総合的な援助の方針	<p>「ご利用者様、ご家族様の意向に沿ってサービスを調整して参ります」等、御用聞きプランを宣言していませんか?</p> <ul style="list-style-type: none"> アセスメントで明らかになったニーズに対しケアチームの支援方針を記入する欄です。 サービス担当者会議で確認しましょう。 かかりつけ医や緊急時の連絡先は記載されていますか? ケアマネジャーが目指す方針ではなく、利用者の「望む生活」を目指して、ケアチーム(利用者、家族を含む)が取り組む内容や支援の方向性を分かりやすく書きます。 							
生活援助中心型の算定理由	アセスメントの結果、算定する場合は、理由を記載します。(きゅうふさぶり vol.1 参照)							

アセスメントの時期・場所・取り方

アセスメントの考え方が整理できたところで、アセスメントを行う時期や場所、取り方をみてみましょう。

アセスメントの時期

ケアプランを作成・変更するとき

アセスメントを行う時期は、要介護認定の新規申請・更新、要介護度の変更、退院（所）、利用者に著しい状況の変化があるとき等になります。アセスメントは多くの個人情報に触れるので、契約後に行います。

アセスメントの場所

原則、利用者の居宅で行う

例外として退院（所）後のケアプラン作成のために入院（所）先で行うことも可能です。ただし、退院（所）後、再度居宅でのアセスメントを行い、当初のケアプランを変更するか検討することが望ましいです。

アセスメントの取り方

情報収集

利用者・家族に直接面接し情報収集します。課題に対応するために必要な情報を書き出します。

内容

単なる問題点だけでなく、利用者・家族の強みを把握し、可能性を引き出します。主治医、サービス事業所、高齢者支援センター等の意見を取り入れることも重要です。

ポイント

原因究明 予後予測

なぜ、その状況が起きているのか（原因究明）
生活は今後どのように変化するのか（予後予測）

「どうして現在の（悪化の）状況が起きているのか？」という疑問の答えを探します。
改善の可能性・悪化の危険性を予測します。

具体策検討

より良い状況に導くための具体策です。

「～できずに困る」から「～したい」に転換できる働きかけをします。生活全体を見据えて具体的に想定します。

➡ **情報収集、原因究明・予後予測、具体策検討は相互に関わり
ます。変化に応じてそれぞれを見直し、生活全般の解決すべき
課題(ニーズ)を抽出します**

機械的にアセスメントシートを埋めるのではなく、
支援の方向性を意識しましょう！

最後に！

ケアマネジャーは、ケースワークや相談援助技術を身につけることも大切！

アセスメントを通じ、利用者は自身のことを語り、振り返る機会となります。ケアマネジャーは利用者自身に気づきを促し、自らの生活を自分で考えて決められるよう自己決定をサポートしましょう。

そのためにケアマネジャーは、利用者との信頼関係の構築、相談援助技術の習得、幅広い知識などが必要となります。事業所内での情報共有や日々の勉強を通じて、利用者の支援へとつなげましょう。

リ・アセスメント支援シートを活用して、アセスメントの自己点検をしましょう！



暫定プランの作成

皆さんは正しく暫定プランを立てていますか。実は、市には暫定プランに関する問い合わせが多くあります。その中から特に多く、皆さんに確実に知っていただきたいものを掲載しますので、次の点を作成時に留意してください。

どんなときに暫定プランをつくるの？



- 新規申請で認定結果前に緊急でサービスの導入が必要な場合
- 区分変更（要支援の新規申請も含む）を行う場合
- 更新認定の結果が更新認定開始日より後になる場合（認定結果が遅れた場合）

暫定プランを作成しないとどうなる...

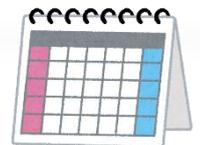
暫定プランがないということは、介護保険を利用したサービスの提供はできません。仮に暫定プランがなくサービス利用があった場合、事業所は報酬返還をしなければなりません。制度上、ケアプランを作成しないで、サービスを利用することはできません。

どのような点を注意しないといけないのか！

- 1.認定結果の確定前に本当にサービスの導入が必要であるかアセスメントを行うこと
- 2.通常のケアプラン作成と同様に、ケアマネジメントの一連のプロセスを実施すること
※一連のプロセスとは、アセスメント、ケアプラン原案の作成、サービス担当者会議の開催、ケアプランの説明及び同意、ケアプランの交付です。
- 3.区分支給限度額の超過等による自費の可能性に関して、本人・家族等へ事前説明し了承を得ること
- 4.要支援・要介護の想定が難しい場合は、高齢者支援センターと連携し、認定結果を想定し、必要最低限のサービス量とすること
- 5.暫定プランであっても、モニタリングを実施すること
- 6.暫定プランの作成日は、暫定プランを作成した日付を記載すること
- 7.認定結果の確定後には、要介護度が記載されたケアプランに署名・日付を記載し、交付すること
※交付にあたり暫定プランの修正が必要かどうかを判断するため、アセスメントを行う。次にサービス担当者会議やサービス事業者への照会によりケアプランの修正の必要性を確認し、ケアプランを確定する。
※日付は確定プランの交付日とし、暫定プランと確定プランを合わせて保管すること。

暫定プラン時の契約はどのタイミング？

暫定プランであっても、アセスメントをしてサービスの利用を開始する以上は、契約の締結が必要です。



居宅の届出はいつ出すの？

新規で認定結果前にサービス利用を開始する場合、更新や区分変更で要支援から要介護など区分が変更になると想定できてサービスを利用する場合は、暫定プランが必要になり、暫定プランを作成した時点で、届出の提出は必要になります。

※居宅の届出は3種類あります！

- 要介護者用：居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書
- 要支援者用：介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書
- 小規模多機能型居宅介護用：（介護予防）居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書



介護保険課からのお知らせ

第7期介護保険事業計画の策定準備に入ります。

介護保険事業計画は、3年間の計画で、今年度は第6期の2年目に当たります。

計画は、3年間の介護サービス見込量や施策に必要な費用を算出し、市民に納付していただく保険料を決定する重要なものとなっています。

また、この計画が策定される年度では、介護保険制度を見直す機会となっており、報酬改定などが行われます。

第7期からは、介護報酬の改定とともに医療報酬の改定も行われるため、高齢社会が進む中では、大きな改正がされると想定されます。

皆様については、厚生労働省や東京都等が発信する情報に注視していただき、今後の活動に取り組んでいただきたいと思います。

2017年4月から介護予防・日常生活支援総合事業を開始します。

2017年4月から、予防給付の訪問介護と通所介護が、総合事業に移行します。

初めてサービスを利用する場合は、現行どおり介護認定申請が必要です。

既に要支援認定を受けている方は、更新時に従来の更新手続き、もしくは「基本チェックリスト」実施による事業対象者判定のどちらかを選択できます。「基本チェックリスト」判定では更新手続きに比べ、手続きが簡素化できます。

要支援認定者と事業対象者が利用できる総合事業のサービスには、運動器の機能向上に特化したサービスや住民主体のサービスなどがあります。

皆様については、総合事業のサービスを活用し、引き続き自立支援に即したケアマネジメントの実施をお願いします。

町田市入院時・外来受診時情報提供書(ケアマネサマリー)を知っていますか。

町田市では、まちプロ等を通じて、医療と介護の連携を促進しています。

その一つのツールとして、在宅にいる高齢者が、入院(受診)する際にケアマネジャーから医療機関へ情報提供する連携シートがあります。

本シートは、町田市のホームページ掲載されていますので、ぜひ活用し、医療と介護の連携に役立ててください。

スケジュール

2016年11月16日 介護予防ケアマネジメント説明会(総合事業)

2016年11月29日 「リ・アセスメント支援シートを活かした医療連携のポイント」に関する研修

2016年11月28日、30日 ケアマネジャー等向け住宅改修研修会

2016年11月~2017年2月 第7期介護保険事業計画に伴う各種調査の実施

2017年1月~2月 介護予防ケアマネジメント研修会



給付適正化で！



<編集・発行元>

町田市役所介護保険課給付係 適正化担当

住所：町田市森野2-2-22

電話：042-724-4366