

てきせいか定期便

令和 5 年 4 月

今回の内容

- ①令和4年度ケアプラン点検(給付適正化ヒアリング)の指摘事項
- ②通所介護等におけるリハビリテーション効果の検証結果

日頃は本市介護保険事業の運営にご理解ご協力いただくとともに、利用者の方々の介護・支援にご尽力いただきありがとうございます。また、介護給付適正化事業におきましても、お忙しい中ご協力いただき感謝申し上げます。今回は上記について皆様にお知らせしますので、事業所内で情報共有していただきますようお願いいたします。

①令和4年度ケアプラン点検(給付適正化ヒアリング)の指摘事項

居宅介護支援

●アセスメントの日常生活自立度について、「主治医意見書の情報かケアマネジャーの判断か、どちらを記載するのか？」との質問がありました。全社協方式では要介護認定の調査項目とケアマネジメントの調査項目を一緒にすることでスムーズかつ短期間でアセスメントできるように認定調査票に用いられる74の基礎項目が組み込まれていますが、要介護認定時の情報が古い場合や状態が大きく変わっている場合は、転記ではなくケアマネジャーの判断で記載してください。

また、主治医意見書の情報と実際の状況に差異があるような場合、例えば、主治医意見書では認知症自立度が「自立」となっているが、家で被害的な発言が多くなり、現在は自立ではないのではないかと判断した場合、次の要介護認定申請までに主治医にエピソードを伝えておくことも重要です。

●暫定プランを本人へ説明・同意した日が、暫定プラン作成年月日よりも前の日付となっているケースが見受けられました。また、認定結果が出るまでの暫定プランで、作成時点ではわからないはずの認定結果(認定年月日や認定期間)が印字されているケースも見受けられました。暫定プランについては作成した時点で確認できている情報を正しく記載するようにしてください。

●「今できていることを行う」「病状を悪化させない」等の目標は抽象的で大きすぎるため、モニタリングでの評価が難しくなります。「今できていること」とは何か、それを維持するために必要な事は何か、病状を悪化させないための条件とは何か、悪化防止のために必要なことは何か等を具体的に示し、その内容を短期的な目標と長期的な目標にすることで利用者や支援者に目的が伝わりやすくなり、モニタリングでの評価もしやすくなります。

●福祉用具貸与や短期入所を、それぞれ1つの目標にまとめて記載しているケースが散見されました。サービスごとに目標を分けるのではなく、目標毎にサービスを位置づけるようにしましょう。特に、短期入所利用中は、普段家族が行っている様々な介助を、介護職員が行うことになるので、家族の介助と短期入所を同じ目標に位置付けるとわかりやすくなります。

●ケアプラン3表「週単位以外のサービス」は空欄が多く見受けられました。福祉用具貸与・定期通院やインフォーマルサービス等があるならば記載してください。

●特定事業所加算は、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価する制度であることを鑑み、算定している事業所は、特に自立支援に向けた目標を立てるなど加算に見合った目標を立てるようにしてください。

●緊急時訪問看護加算を算定しているケースがありましたが、アセスメントからは緊急時加算の必要性が読み取れませんでした。また、緊急時加算を算定する場合、ケアプラン1表の緊急時連絡先には想定される緊急事態と訪問看護事業所の連絡先を載せるべきですが、記載されていませんでした。このケースでは「緊急時で対応してもらったことは1回もない。」とのことでしたので、早急に必要性の検討をお願いしました。

●車いすをレンタルしていて、後から車いす付属品の褥瘡予防マットレスを追加する場合、軽微な変更として再アセスメントから一連の流れは必要かとの質問がありました。付属品だから軽微な変更でも良い、ということではなく、以前は車いす貸与だけで良かったが、褥瘡ができるくらいADLが変化し、褥瘡防止マットレスが必要となったのであれば、再アセスメントから一連の流れは必要です。軽微な変更は「単なる目標期間の延長」等本人に変化がない場合に可能となります。目標に変化がなくても本人の状態が変わっていれば、軽微な変更には該当しません。

●特殊寝台を位置付けているがアセスメントから根拠が読みとれないケースが多く見受けられます。起居動作の問題だけなら、例えばベッドサイドへの手すり等も検討してください。また、予後良好が見込まれるような場合では、特殊寝台を導入時点で「目標を達成できればサービス利用を中止していきましょう。」と利用者・家族に説明しておくことで「できるようになった→サービスを中止する」という理解を得やすくなり、過剰なサービスにつながることを防げます。

●福祉用具については、どのような目標のためにいつ・どこで利用するか具体的にケアプランに記載するようにしてください。また、利用票で複数の手すりをまとめて〇〇単位としているケースが見受けられましたが、使う目的ごとに何点かを確認し分けて記載するようにしてください。また、トイレの手すり貸与についても、病状の進行により排泄はポータブルトイレ使用のみとなれば不要となります。利用していない福祉用具については返却をしてください。

訪問介護

●2人介助を訪問介護サービスと施設サービスで1人ずつとしているケースがありました。理由は「他市から指摘を受けたため、2人介助の場合1人は訪問介護サービス、1人は施設のインフォーマルサービスで入れるようにしている。」とのことでした。

2人介助が算定可能となる要件は、

- 利用者の身体的理由により1人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合
- 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
- その他利用者の状況等から判断してイ又はロに準ずると認められる場合

とされており、摂津市としても必要性があれば算定可としています。判断に迷う場合には、事前に市へ相談をして下さい。

●食事提供等のある高齢者向け住宅の買物代行（同行）について、週1回以上のサービス提供を実施していると、過剰なサービス提供と判断される場合があります。必要であればそれなりの根拠が必要なので、どのような事情があるのかを明確にし、サービスを提供しないとどのような弊害があるのか、アセスメントとケアプランに記載すると必要性が明確にわかれると思います。

●高齢者住宅において「居宅」は利用者の「居室」です。食堂での服薬介助等は居室外となりますので、介護保険の給付対象外となります。また食堂までの移動を往路は訪問介護サービスとして算定、帰路を施設サービスとしているのも不適切です。

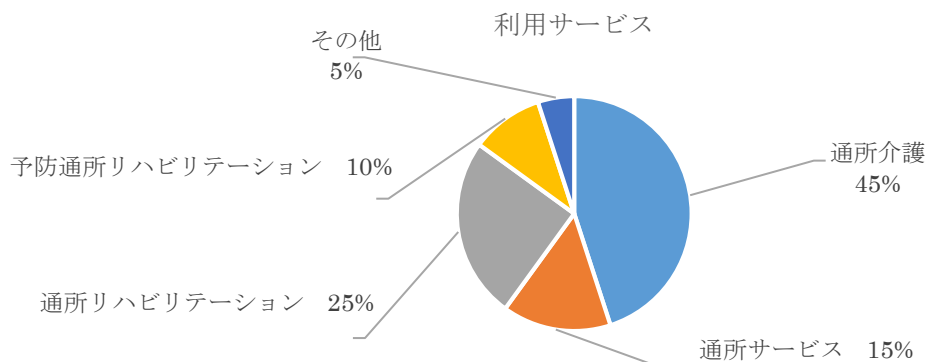
●「摂津市では就労で昼間独居の場合でも、同居家族がいるとして生活援助は位置付けできないと聞きましたが算定不可でしょうか」との質問がありましたが、そのような特別なルールはありません。過去の「てきせいか定期便」や国からの通知等でもそのような記載はありません。

生活援助中心型の位置づけについては、てきせいか定期便令和4年10月（Vol.28）の別紙2「生活援助位置付け確認フローチャート」を参照していただき、必要に応じて適切にケアプランに位置付けるようにしてください。

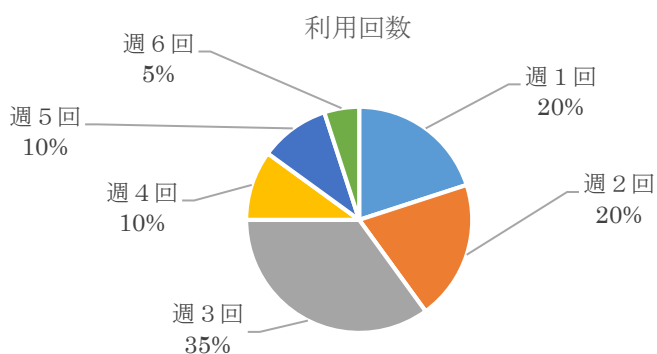
②通所介護等におけるリハビリテーション効果の検証結果

令和4年9月に市内居宅介護支援事業所と通所介護・通所リハビリテーション・通所型サービスの事業所の皆様にご協力いただきましたアンケートの結果についてお知らせいたします。17事業所の20人の方からご回答いただきました、ご多忙の中ありがとうございました。市内の他事業所の状況を知ることで、さらなる支援の向上の一助になれば幸いです。

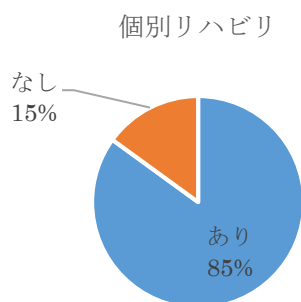
1 サービスは何ですか？



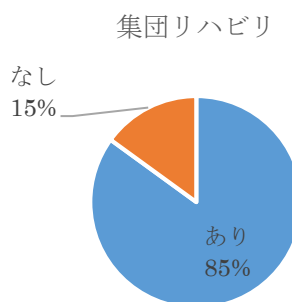
2 週何回の利用ですか？



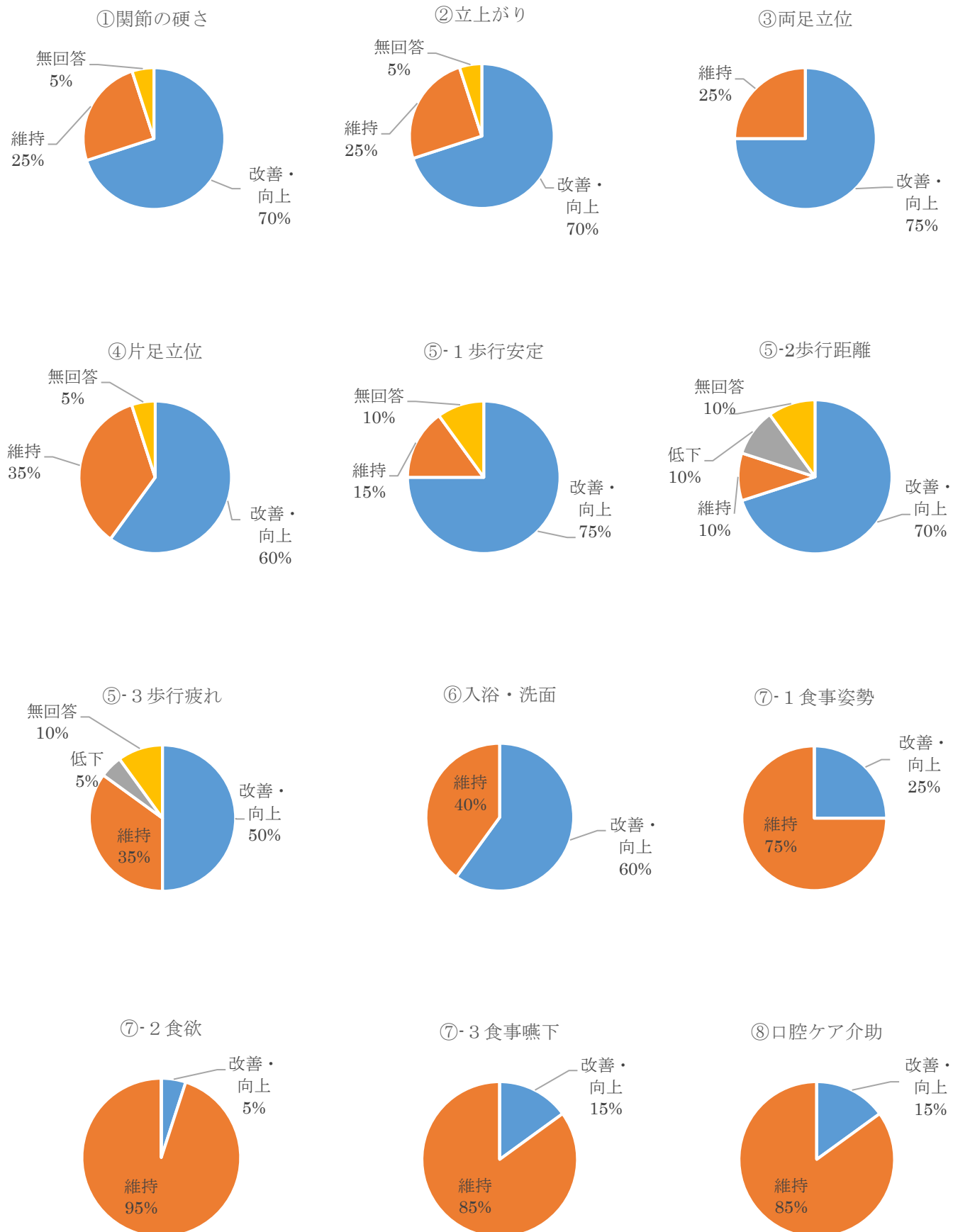
3 ①個別リハビリテーションの利用は？

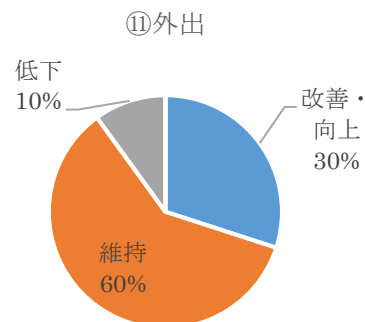
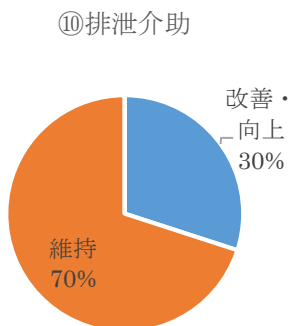
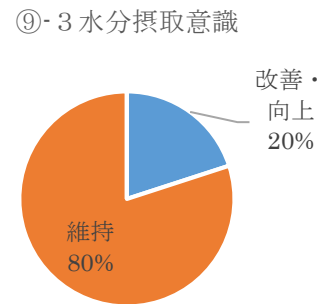
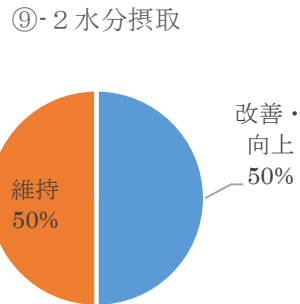
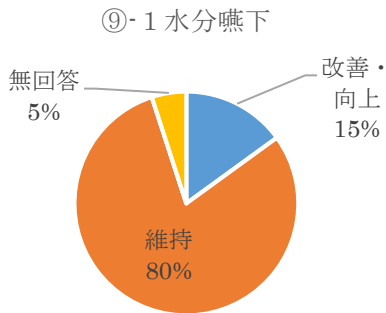


②集団リハビリテーションの利用は？



4 利用前に比べて、最近の利用者の方の様子はどのような感じですか？





5 変化がみられたこと（要約）

- ・足首が硬くなっていたがリハビリで可動域が広がり、立上がりの際に足首が安定するようになった。「もう少し早い段階でリハビリすれば良かった」との発言があった。
- ・リハビリをしてから痛みの訴えが無くなり、移動もスムーズになり買物に行く回数が増えた。
- ・以前は階段を横歩きで登っていたが、前向きで登れるようになった。
- ・運動を自宅でもするようになり、立つのが楽になった
- ・歩行が安定し階段を見守りで登れるようになったので、2階の食堂で家族と共に食事ができるようになった。また、歩いて通院したいという意欲が芽生えた。
- ・室内を伝い歩きしていたが、何もつかまらず移動できるようになった。
- ・リハビリを行ううちに、適正体重への減量や仕事を再開したいとの意欲が出てきた。
- ・本人の変化の意識は少ないが、スタッフ・機能訓練士は歩行や体力測定の数値が向上していると認識している。
- ・他の利用者との関係性が出てきたことで、リハビリに前向きになった。洗身も自分でしたいと、現在は見守りとなっている。全般的な発言が積極的な内容に変化してきた。
- ・足運びが安定し、歩行器での方向から杖歩行になった。
- ・本人は効果を感じていないと言うが、構音障害が軽減しコミュニケーションがとりやすくなった。
- ・関節拘縮で起居動作に支障がでていることを説明すると、リハビリへの拒否がなくなった。その後、実際に起居動作が楽になり他のリハビリにも意欲的になった。結果、全般的な介助量が減った。
- ・疼痛が軽減し機能回復するにつれスタッフとの会話が増え、笑顔が見られるようになり意欲的になった。

- ・興奮等でリハビリに参加できないことが多かったが、音楽を通して落ち着ける時間が増え、参加できるようになった。以前は車椅子移動であったが、歩行器での移動が可能となった。入浴が機械浴から一般浴となった。
- ・膝の痛みがなくなり、2階の居室への移動が楽になった。

6 気付きなど（要約）

- ・長年の趣味をできなくなったことで意欲低下が見られるが、QOL・ADLが向上し活動量が増えれば、趣味の再開が期待できると思う。
- ・定期的にデイで個別に対応することで、疼痛軽減や活気がでてきた。また薬の飲み忘れもなくなった。活気のある生活のためにリハビリが必要と思う。
- ・運動の重要性を他の利用者にも理解してほしい。そのための支援がしたい。
- ・リハビリの内容をわかりやすく説明し利用者に理解してもらうことで、さらに向上が目指せることがわかった。
- ・ADL低下の気付きから、できるだけ早く介入することが、重要と感じた。
- ・高齢であっても適切なリハビリ（例え週1回のリハビリでも）を行えば、ADLは改善することがわかった。
- ・若い利用者の場合は、リハビリ中心の事業所を選定する。特に意欲向上につながる声掛けが、大切と感じた。
- ・意欲にあった強度でリハビリを行うことが、ADLの向上につながるということがわかった。他の利用者様にも行っていきたい。
- ・職員のできることはほんの少して、他の利用者との関係性が重要。他の利用者との良い関係性が、リハビリの良い結果につながる。利用者間の会話の中から関係性の変化をつかみたい。
- ・利用者が自信をつけるのは好ましいが、歩行が不安定な状態である場合には、特にリスクを十分説明し納得してもらうことが重要と思う。他の利用者にも訓練内容、リスクなどをしっかり説明を行い納得してもらう必要がある。
- ・具体的な数値で効果がわかると、意欲の継続につながる。リハビリ会議等で具体的な目標を、利用者・担当者と共有することが効果的。
- ・身体機能の評価と説明を行いリハビリ実施することで、短期目標を達成しケアプランの課題を解決していける。その変化を本人が実感することが大切だと思う。
- ・発症から何年経過していても、利用者が目標を認識し職員と共有することで、機能向上はできる。リハビリを行う際には、リハビリの意味や目的を説明し理解してもらうことが大切だと思う。
- ・デイだけでのリハビリでは限界があるので、運動自体を習慣化させることが必要。より多くの方へ知っていただくよう努めたい。
- ・リハビリを医療的関与と同時に行うことが、重要な場合(例えば神経が関与した症状等)もあると気付いた。
- ・不安や緊張を少しでも軽減できるような心地よい状態を作ることが、リハビリにつながる。感情に寄り添い共感し理解する、そばで一緒に過ごし見守る、落ち着く環境を作る等が大切と思った。
- ・機能向上し自信がついたことで、反って転倒リスクが上がる場合もある。利用者への十分な説明や、見守り強化等が必要と感じた。
- ・デイの環境になじむことで、利用者がリハビリへの意思を表すようになった。意見・表情・動作などをしっかり確認し、個人に沿ったリハビリを進めたい。