

令和5年度ケアプラン確認事業報告

1. ケアプラン確認実績（全体）

管内居宅介護支援事業所数：32事業所

管内地域包括支援センター数：5事業所

確認対象ケース：軽度者（要支援～要介護2程度）

ケアプラン確認数：72件

確認方法：面談又は書面によるヒアリングにて実施

確認対象プラン：

ケアプラン確認実施通知でお示ししている通り、

- ① 機能訓練を位置付けているケアプラン
- ② 訪問介護を位置付けているケアプラン
- ③ 訪問看護を位置付けているケアプラン
- ④ 福祉用具貸与を位置付けているケアプラン
- ⑤ 新人または1人ケアマネジャーの作成するケアプランから主に抽出していますが、令和5年度は、支給限度額に対して計画率の高いケアプランや、高齢者向け住宅に入居されている方のケアプランも抽出させていただきました。

2. ケアプラン確認の目的

ケアプラン確認とは、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」に資するケアプランとなっているか、基本となる事項について介護支援専門員とともに検証・確認しながら、「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、それが広く浸透することにより、健全な介護給付の実施を支援するためのものです。

また、ケアプラン確認を保険者と介護支援専門員が協働で行うことにより、介護支援専門員だけではなく、保険者にも気づきが促され、より良いケアマネジメントのあり方を共に学びながら普及させていくことを目指しています。

【参考：ケアプラン点検支援マニュアル（厚生労働省）】

3. 運営指導との違い

- ・運営指導と監査、ケアプラン確認はそれぞれ主たる目的が異なります。
- ・運営指導は、介護保険法第23条に基づいて行われるものであり、不正が認められる、疑われる事業者に対しては、監査へと移行することがあります。
- ・一方、ケアプラン確認は同法第115条の45に基づいて行われる、介護給付等に要する費用の適正化のための事業の一つであり、自立支援に資するケアプランや介護支援専門員の資質向上を目的に実施するものです。

4. ケアプラン確認結果について

今年度のケアプラン確認結果についてまとめました。

ケアプラン確認後に送付させていただいた結果通知と併せてご確認いただき、今後のケアプラン作成、ケアマネジメントを行う際の参考にして下さい。

※書類全般について

- 全般に、文字の打ち間違いや変換間違い等の誤字が多く見られました。利用者に交付する書類でもありますので、作成後には必ず読み返して、内容を確認するように努めて下さい。ケアプランは、利用者がどのような人物で、どのような支援を必要としており、これからどのように支援していくのかを、誰が見ても分かるようにしておくことが重要です。

アセスメントについて

【良かった点】

- ・多くの介護支援専門員が、十分な情報収集ができており、利用者の自立に向けた様々な情報を把握されていました。
- ・独自に作成したアセスメントシートを活用して、見やすく工夫されている事業所がありました（例：収集したそれぞれの情報欄の隣に、課題分析結果・見通しを記載する欄を設け記入している等）。
- ・利用者の状態や現状だけでなく、課題の整理や分析を行い、今度の見立てについても確認できた事例がありました。
- ・サービスの根拠や理由が読み取れる、丁寧なアセスメントをされている事例がありました。

【今後の課題】

- ・ADLのアセスメントにおいて、認定調査票の特記事項をそのまま転記していると思われるケースがありました。認定調査票は参考資料です。アセスメントの際には、認定調査時から状態に変化が見られる場合もあります。介護支援専門員の視点で確認し、解決すべき課題の整理を行うように努めて下さい。
- ・利用者の現状把握はできているが、課題に対しての原因や背景、今後の予測といった分析が弱いケースも見受けられました。
→現状について記載するだけでなく、利用者本人が「できていること」や「できそうなこと」等の残存能力に注目した評価に努め、その要因や課題と考える原因について検討し、記載するように努めて下さい。

※ アセスメントは、何のサービスが必要かを確認するためのものではなく、その利用者にとっての課題が何かを分析するものです。

※「課題分析標準項目（23項目）」について

厚生労働省の令和5年10月16日付通知により、内容が一部改正となりました。

2024年4月から始まる、介護支援専門員の新たな法定研修カリキュラムに「適切なケアマネジメント手法」が加わることなどを踏まえて、その内容と整合性を図るための対応です。項目名や表現は変わっていますが、アセスメントにおいて必要とされる情報収集の内容が変わるわけではありません。適宜、アセスメントシートの修正等をお願いします。

第1表 居宅サービス計画書（1）について

【良かった点】

- ・「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」について、利用者及び家族の意向のみを記載するのではなく、利用者の生活に対する思い、何を続けていきたいと思っているのか、介護支援専門員が課題分析した結果とをすり合わせて具体的に分かりやすく記載されているケースがありました。
- ・「総合的な援助の方針」について、利用者の生活に対する意向の実現に向けて、介護支援専門員が目指す方針でなく、利用者および家族も含めたケアチームとしての総合的な援助方針が記載されているケースがありました。
- ・専門用語や難しい言葉を使わず、本人や家族にとって全般的に分かりやすく記載されているケースがありました。

【今後の課題】

- ・「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」について、利用者や家族の意向についての「発言」のみが記載されており、今後の生活に対してどうしたいと考えているかといった、本人・家族の意向を踏まえた課題分析の結果が引き出せていないケースが見受けられました。
→本人や家族の発言内容は、確かに思いが現実的ではありますが、それだけではニーズを導き出すことができません。発言された言葉の背景や思いをくみ取り、セルフケア、家族支援、フォーマル、インフォーマルなサービスを利用しながら、どのような生活をしたと考えているのかをまとめて記載するように努めて下さい。
- ・「総合的な援助方針」について、介護支援専門員の視点のみで記載されているケースがありました。
→サービスを利用することが目的ではなく、分析した課題に対し、介護支援専門員をはじめ、本人や家族、各種サービス担当者がどのようなチームケアをしていくのか、その目標や具体策を共有した内容を記載するように努めて下さい。単に課題や注意事項を書くのではなく、チームとして取り組むことでどのような生活を目指していくのかといった内容の記載をお願いします。

第2表 居宅サービス計画書（2）について

【良かった点】

- ・「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」について、アセスメントの結果から、個別性の高い利用者の生活課題（ニーズ）を導き出されているケースがありました。
- ・「長期目標」について、利用者の意向やニーズに沿った個別具体的な目標、ニーズに対応した達成可能な目標が設定されているケースがありました。
- ・「短期目標」について、利用者が現在行っている日課（馴染みの生活）について具体的な立案がされており、利用者の能力に応じた個別性の高い目標が設定できているケースがありました（利用者の「実感のわく内容」「やってみようと思える内容」を目標として設定できている）。

【今後の課題】

- ・長期目標、短期目標が抽象的な表現になっており、達成がイメージしにくいケースがありました。
 - 長期目標や短期目標については、本人が達成しやすい目標やイメージしやすいものにする事で、本人の意欲向上にもつながります。また、目標を具体化することで、その後のモニタリングや評価がしやすくなります。
- ・ニーズ、長期目標、短期目標の整合が取れていない、またサービスを利用するためのプランとなっているケースがありました。
 - 利用しているサービスを主体して捉えるのではなく、本人の現状から支援に繋げていく意識が重要です。利用したいサービスから逆算して目標を設定していないか？アセスメントの中からニーズを導き出せているか、今一度確認をお願いします。
「ニーズ」と「目標」、「支援内容」は連動していなければなりません。
- ・「安心して」「安全に」「元気に」といった目標設定も見られました。安心安全な生活を確保した上でこれからどう暮らしていきたいか？を目標にすることが重要です。

※ニーズの抽出にあたっては、「原因（〇〇のため）→困りごと（〇〇だが）→意向（〇〇したい）」と繋げていくと、導き出しやすくなる場合があります。参考にして下さい。
 その場合も、必要な情報の収集と整理、課題分析を行うことが大前提です。

第3表 週間サービス計画表について

【良かった点】

- ・利用する介護サービスの予定のみを記載するのではなく、「主な日常生活上の活動」を含め、セルフケアや家族支援、インフォーマルサービスなど幅広く記載されており、利用者の生活全般の流れが見えるケースがありました。

【今後の課題】
<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活上の活動の欄に記載がなかったり（面談により、把握していることはよく分かったが、記載をしていないケースを含む）、医療や家族の支援等に関して記載のないケースがありました。 → 利用者の日常生活の活動内容を把握し（1日の生活リズムや1日の生活で習慣化していることなど）、家族の支援やセルフケア、インフォーマルサービスなども含め、生活全体の流れが見える記載となるように努めて下さい。また、自費レンタルも含めて記載してください。

第5表 居宅介護支援経過について
【良かった点】
<ul style="list-style-type: none"> ・漫然と記載するのではなく、利用者の解決すべき課題や設定した目標に沿った適切なサービス提供が実施されているか、利用者の日常生活上の能力や解決すべき課題に変化がないか、客観的に記載されているケースがありました。
【今後の課題】
<ul style="list-style-type: none"> ・全体的に主語が抜け、誰が何をしたのかが分かりにくい記録が見受けられました。 →介護支援専門員が適切に業務を行っていることを明確にするためにも、5W1Hを意識した記載をお願いします。 ・「お変わりない」等の記録がたびたび見受けられました。 →利用者の状態や提供サービスについての評価、今後の支援の方向性など、結果内容をしっかりと記録するようにして下さい。また、利用者や介護者との会話や要望に重点を置いた記録とならないように心がけて下さい。

5. 介護支援専門員の皆様へ

坂井地区のケアマネジメントの質の向上に向けて、日頃からケアプラン確認事業へのご理解とご協力をいただき、本当にありがとうございます。

坂井地区広域連合では、適正な介護給付を行うためにケアプラン確認をはじめとする介護給付の適正化事業を行っています。私たちの取り組みだけでなく、介護支援専門員の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が一番であり、安定した介護保険制度の持続に繋がっていきます。介護給付適正化の最前線は、介護支援専門員の皆さんです。保険者としてケアプラン確認の場を通じて、介護支援専門員の皆さんの抱える悩み、日々の業務の実態を知り、解決に向かうようお力添えができればと考えています。令和6年度につきましても、ケアプラン確認事業へのご理解と、ご協力をお願いします。