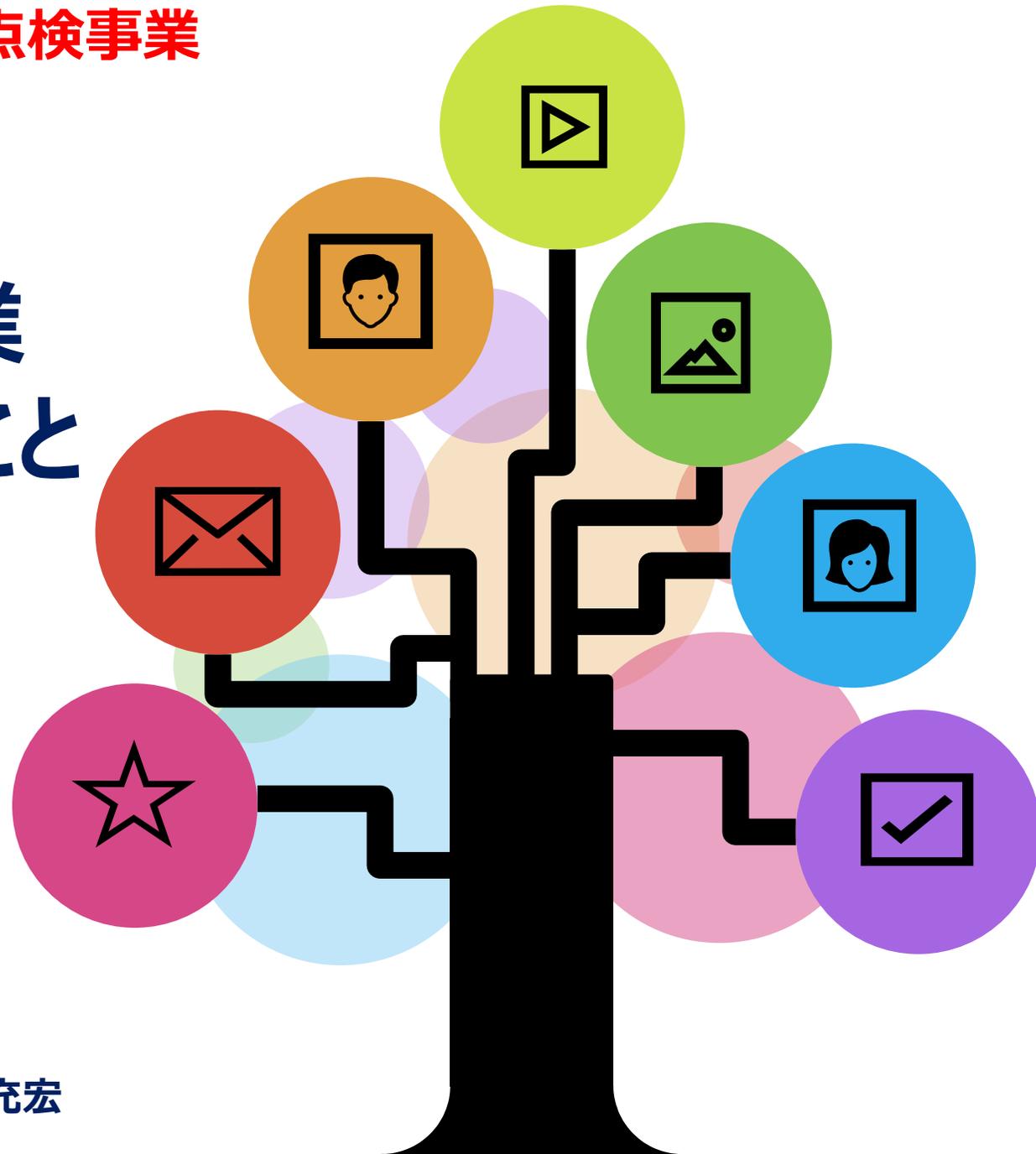


令和5年度 藤沢市ケアプラン点検事業

ケアプラン点検事業 の結果から見えたこと

令和6年度に向けて！



令和6年3月

合同会社 介護の未来（神奈川県） 阿部充宏

令和6年度の目標

- ① サービスにおける加算及び居宅療養管理指導についての必要性等の分析
- ② 疾患に起因する日常生活への影響についての分析を強化
- ③ 課題分析標準23項目について再確認とアセスメントの強化
- ④ 必要な記録は、適切かつ漏らさず記載
- ⑤ ケアプランの具体的表記の推進

① サービスにおける加算及び居宅療養管理指導についての必要性等の分析

【共有事項@加算】

1. サービス活用時の加算は、利用者ニーズ（解決すべき課題）が前提
2. ケアプランにも加算が分かるよう、ニーズやサービス内容を記載
3. 個別サービス計画書の連動性と整合性を確認

【共有事項@居宅療養管理指導】

1. サービス活用は、利用者ニーズが前提
2. ケアプランが作成されている場合には、計画に位置付ける

サービス事業所の【加算】について

- ① 利用者のニーズ（課題）に対応しているか？
（体制加算は除きます）
- ② 位置付けたらケアプランのニーズ欄・サービス内容欄に必要な内容の記載がありますか？
- ③ 算定した加算の算定要件を理解していますか？
- ④ 個別サービス計画書との整合性と連動性を確認していますか？

例えば・・・入浴介助加算（Ⅰ）

入浴介助加算（Ⅰ）	
単位数	40単位／日
対象者	要介護1～5
算定要件	<ul style="list-style-type: none">・入浴中の利用者の観察（※）を含む介助を行う場合・厚生労働省の入浴の施設基準（入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有している）を満たしていること・通所介護計画に基づき、入浴介助を行うこと・身体に直接接触する介助を行わなくても加算の対象となるため「見守り」でも加算対象となる

※この場合の「観察」とは、自立生活支援のための見守りの援助のことであり、利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、極力利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行うことにより、結果として、身体に直接接触する介助を行わなかった場合についても、加算の対象となるものであること。

ニーズ

浴室環境から自宅での入浴が難しく、衛生的な心配がある

長期目標

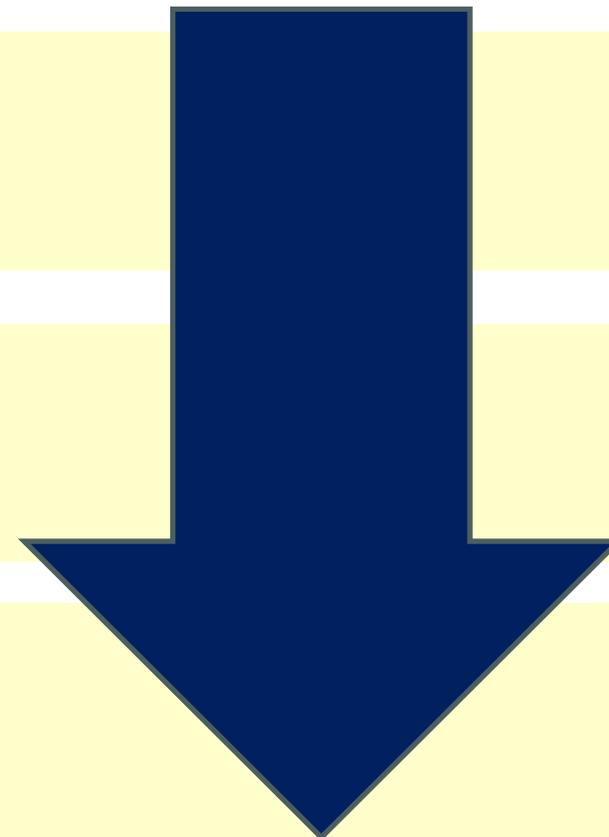
衛生的に暮らせること

短期目標

- ① 全身の洗身ができること
- ② 濡れタオルで前部(顔・手・腕等)をふけること

サービス内容

- ① 体の前部を洗います (セルフケア) 本人
- ② 体の後部を洗います (通所介護)



通所介護計画書

- ① 着替えについては、声掛け支援します。
- ② 脱衣場から浴室内の移動は、右膝に不安があるため、真横につきます。
- ③ 洗身は、前部はご自分で洗っていただき、洗髪と後部は支援します。

【共有事項@居宅療養管理指導】

1. サービス活用は、利用者ニーズが前提 (心身の状況等の把握)

居宅療養管理指導の対象者は、在宅の利用者であって、通院が困難な者に対して、定期的に訪問して指導等を行った場合の評価であり、継続的な指導等の必要のない者や通院が可能な者に対して、安易に算定してはならない。

(老企第36号 第2の6 (1))

「指定居宅療養管理指導管理事業者は、指定居宅療養管理指導の提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、病歴、服薬歴、その置かれている環境、他の保健医療サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。」

(居宅療養管理指導 運営基準第13条)

【共有事項@居宅療養管理指導】

2. ケアプランが作成されている場合は、計画に位置付ける (居宅サービス計画に沿ったサービスの提供)

「指定居宅療養管理指導事業者は、居宅サービス計画が作成されている場合は、**当該計画に沿った指定居宅療養管理指導を提供**しなければならない。」
(居宅療養管理指導 運営基準第16条)

※ つまり、居宅療養管理指導を提供する場合は、居宅サービス計画に位置付けられていなければならない。

令和6年度介護保険制度改正 (介護給付費分科会 諮問案・報酬改定案)

居宅療養管理指導における管理栄養士及び歯科衛生士等の通所サービス利用者に対する介入の充実【居宅療養管理指導】

＜算定対象者＞

現行) 通院又は通所が困難な者

改正) 通院困難な者 (通所している者でも算定できるということ)

② 疾患に起因する日常生活への影響についての分析を強化

【共有事項】

1. 疾患の理解はもとより、生活にどのような影響があるかを把握します。
2. 必要に応じて、医師から疾患に対する所見や助言を得て、ケアプランに活かします。

(基準第13条20項)

その他

(医療系サービスを利用する場合) (基準第13条19項、19項の2)

(通院時情報連携加算) (厚生省告示第20号ト 一部改正 厚生労働省告示第73号)

2. 必要に応じて、医師から疾患に対する所見や助言を得て、ケアプランに活かします。(主治の医師の意見等)

「介護支援専門員は～（中略）～医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。」

(基準第13条20項)

【その他】

医療系サービスを位置付ける場合

- 「介護支援専門員は、～（中略）～医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、**利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。**」 （基準第13条19項）
- 「前号の場合において、介護支援専門員は**居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。**」 （基準第13条19項の2）

通院時情報連携加算

「利用者が病院又は診療所において医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師等に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報の提供を行うとともに、医師等から当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービスに記録した場合は、～（以下略）」

（厚生省告示第20号ト 一部改正 厚生労働省告示第73号）

③ 課題分析標準項目（23項目）についての再確認とアセスメントの強化

【共有事項】

1. アセスメントにおいては、厚生労働省が目安として定める23項目を網羅した課題分析を使用します。
2. 適切なケアマネジメント手法を取り入れたアセスメント・（モニタリング）を行います。
3. 課題分析項目の変更（令和5年10月16日介護保険最新情報）の内容と現在事業所で使用している課題分析表の相違点等の確認を行います。

令和6年度 (適切なケアマネジメント手法の推進等)

- ① 2016年から「適切なケアマネジメント手法の策定」として研究が進められている。
- ② 2021年3月に「適切なケアマネジメント手法の手引き」が完成
- ③ 2024年の介護支援専門員更新研修のカリキュラム変更から、研修科目に採用される。

基本ケア

- ① 尊厳を重視した意思決定
- ② これまでの生活の尊重と継続援
- ③ 家族等への支援

+

疾患別ケア

- ① 脳血管疾患
- ② 大腿骨頸部骨折
- ③ 心疾患
- ④ 認知症
- ⑤ 誤嚥性肺炎の予防

活用ポイント

アセスメント
モニタリング

大切なことは
個別性

基本ケア

【基本ケア】

基本方針	大項目	中項目
決定の支援 尊厳を重視した意思	現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	疾病や心身状態の理解 現在の生活の全体像の把握 目指す生活を踏まえたリスクの予測 緊急時の対応のための備え
	意思決定過程の支援	本人の意思を捉える支援 意思の表明の支援と尊重 意思決定支援体制の整備 将来の生活の見通しを立てることの支援
これまでの生活の尊重と継続の支援	予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	水分と栄養を摂ることの支援 継続的な受診と服薬の支援 継続的な自己管理の支援 心身機能の維持・向上の支援 感染予防の支援
	日常的な生活の継続の支援	生活リズムを整える支援 食事の支援 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援
	家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援 コミュニケーションの支援 家庭内での役割を整えることへの支援 コミュニティでの役割を整えることへの支援
支援 家族等への	家族等への支援	支援を必要とする家族等への対応 家族等の理解者を増やす支援
	ケアに参画するひとへの支援	本人をとりまく支援体制の整備 同意してケアに参画するひとへの支援

誤嚥性肺炎

大項目	中項目
リスクの評価	誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解
	リスクの評価
日常的な発症及び再発の予防	摂食嚥下機能の支援
	リスクを小さくする支援
リスクの再評価	リスクの再評価
変化を把握したときの対応体制の構築	変化を把握したときの対応体制の構築

脳血管疾患

【Ⅰ期（病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）】

大項目	中項目
再発予防	血圧や疾病の管理の支援
	服薬管理の支援
	生活習慣の改善
生活機能の維持・向上	心身機能の回復・維持
	心理的回復の支援
	活動と参加に関わる能力の維持・改善
	リスク管理

【Ⅱ期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期）】

大項目	中項目
継続的な再発予防	血圧や疾病の自己管理の支援
	服薬の自己管理
	生活習慣の維持
セルフマネジメントへの移行	心身機能の見直しとさらなる回復・維持
	心理的回復の支援
	活動と参加に関わる能力の維持・向上
	リスク管理

大腿骨頸部骨折

【Ⅰ期（病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）】

大項目	中項目
再骨折の予防	転倒予防
	骨粗しょう症の予防
骨折前の生活機能の回復	歩行の獲得
	生活機能の回復
	社会参加の回復

【Ⅱ期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期）】

大項目	中項目
再骨折の予防	転倒予防
	骨粗しょう症の予防
セルフマネジメントへの移行	介護給付サービスの終結に向けた理解の促進（自助・互助への移行）

心疾患

【Ⅰ期 (退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期)】

大項目	中項目
再入院の予防	疾患の理解と確実な服薬
	自己管理能力の向上とリスクの管理
	療養を続けるための環境・体制の整備
生活機能の維持・向上	心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援
	心理的な支援

【Ⅱ期 (状態が安定から不安定な状況にある時期)】

大項目	中項目
再入院の予防	疾患の理解と確実な服薬
	自己管理能力の向上とリスクの管理
	療養を続けるための環境・体制の整備
生活機能の維持	ステージに応じた生活・暮らし方の支援
	心理的な支援
EOL準備	EOL (エンドオブライフ) に向けた準備

認知症

大項目	中項目
ここまでの経緯の確認	ここまでの経緯の確認
本人及び家族・支援者の認識の理解	本人と家族・支援者の認識の理解
	本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解
将来の準備としての意思決定の支援	本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援
	意思決定支援体制の整備
必要に応じた連携体制の構築	必要に応じた連携体制の構築
	基本的な生活の支援
基本的な生活の支援	日常生活における本人の意向の尊重
	一週間の生活リズムを支えることの支援
	日常的に参加する役割を整えることの支援
	体調管理や服薬管理の支援
これまでの生活の尊重と重度化の予防	基本的なセルフケアを継続することの支援
	本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備
	合併症や併発しやすい事故の予防
行動・心理症状の予防・重度化防止	行動・心理症状の状況と背景要因の把握
	背景要因に対する取り組みの支援
家族等への対応	家族支援に必要なサービスの調整支援
	将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援

介護保険最新情報1178・1179

(令和5年10月16日)

課題分析標準項目の変更

課題分析標準項目の変更（概略）

【変更理由】

令和6年開始の「適切なケアマネジメント手法」が盛り込まれることを踏まえ当該手法との整合性を図る必要がある為

【項目数】 23項目⇒23項目（項目数変更なし）

【変更項目】 No.20 問題行動 ⇒ No.13 認知機能や判断能力

No.15「生活リズム」

項目内容：1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度、休息・睡眠の状況に関する項目」

【特筆すべき内容】

- ① Q&Aを読むと、各項目の主な内容（例）は、旧様式の項目と比べて詳細に記載されている。
- ② Q&Aには、今回の変更理由については、各項目の解釈の違いにより把握する内容に差異が生じないようにするためと記載されています。
- ③ 但し、全ての情報収集を行うことを求めるものではないとも記載されている。

【効力発生日】

提示されている通知文は、令和5年10月16日より適用。

項目数変 (23項)

新

(別紙4) 課題分析標準項目について
(別添)

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報 (受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報 (受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報 (氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報、 <u>居宅サービス計画作成の状況 (初回、初回以外) について記載する項目</u>
2	<u>これまでの生活と現在の状況</u>	利用者の現在の生活状況、 <u>これまでの生活歴等</u> について記載する項目
3	利用者の <u>社会保障制度の利用情報</u>	利用者の被保険者情報 (介護保険、医療保険等)、 <u>年金の受給状況 (年金種別等)</u> 、 <u>生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況</u> について記載する項目
4	現在利用している <u>支援や社会資源の状況</u>	利用者が現在利用している社会資源 (介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、 <u>自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む</u>) の状況について記載する項目
5	日常生活自立度 (障害)	「 <u>障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)</u> 」について、現在の要介護認定を受けた際の判定 (判定結果、判定を確認した書類 (認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、 <u>介護支援専門員からみた現在の自立度</u> について記載する項目

6	日常生活自立度 (認知症)	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、 現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結 果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医 意見書）、認定年月日）、介護支援専門員から みた現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の 意見、 <u>区分支給限度額等</u> ）について記載する項 目
9	今回のアセスメン トの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由（初 回、 <u>要介護認定の更新、区分変更、サービスの 変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活 状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等</u> ）に ついて記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体 重、BMI、 <u>血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの 有無、褥そうの有無等</u> ）、 <u>受診に関する状況 （かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、そ の他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の 同行者の有無等）</u> 、 <u>服薬に関する状況（かかり つけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の 有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況 等）</u> 、 <u>自身の健康に対する理解や意識の状況に ついて記載する項目</u>
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、 <u>座位保持、立位保 持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子 の利用有無等を含む）</u> 、 <u>歩行、階段昇降、食 事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等</u> ）に関す る項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、 <u>洗濯、買物、服薬管理、金 銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等</u> ） に関する項目



13	認知機能や判断能 力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、 判断能力の状況、認知症と診断されている場合 の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が 見られる頻度や状況、背景になりうる要因等） に関する項目
14	コミュニケーション における理解と 表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケ ーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、 言語・非言語における意思疎通）、コミュニケ ーション機器・方法等（対面以外のコミュニケ ーションツール（電話、PC、スマートフォン） も含む）に関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常 的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量 等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況 （中途覚醒、昼夜逆転等）等）に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状 況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜 間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や 下痢の有無等）に関する項目
17	清潔の保持に関す る状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪 の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具 や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関 する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無 等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の 有無等）、 <u>かみ合わせの状態、口腔内の状態 （歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程 度、腫れ・出血の有無等）</u> 、 <u>口腔ケアの状況に 関する項目</u>
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、 <u>食事の内 容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備を する人等</u> ）、 <u>摂食嚥下機能の状態、必要な食事 の量（栄養、水分量等）</u> 、 <u>食事制限の有無に関 する項目</u>

20	社会との関わり	<p>家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目</p>
21	<p style="text-align: center;">項目確認 </p> <p>家族等の状況</p>	<p>本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目</p>
22	居住環境	<p>日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目</p>
23	その他留意すべき事項・状況	<p>利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目</p>

④ 必要な記録は、適切かつ漏らさず記載します。

【共有事項】

1. 運営基準を遵守したケアマネジメントが実施していることがわかるよう、適切かつ確実に記録に残します。

2. 記載例
 - ① 課題分析やモニタリングを「自宅」で実施した記録
 - ② 課題分析者や日付を記録

- ③ サービス担当者会議の要点には、各専門家の意見を記録。
- ④ サービス担当者会議の要点には、ケアプラン原案が合意されたことを記録。
- ⑤ サービス担当者会議では、福祉用具の必要性について議論した結果を記録。
- ⑥ サービス担当者会議の要点には、意見・欠席者の氏名や理由を記録。
- ⑦ モニタリングでは以下を記録
 - ・ケアプランに位置付けられたサービスの実施状況を記録（実践状況）
 - ・ケアプランに位置付けられた目標毎の状況（目標達成状況）
 - ・実践状況と目標達成状況を踏まえて現状が適正な支援かを判断（適正状況）
 - ・新しい生活上の課題やプラスの変化等の確認（継続的アセスメント状況）
- ⑧ 軽微な変更とした理由や市への確認（相談等）の記録

⑤ ケアプランは、利用者のものであるため、分かりやすく具体的に作成します。

【共有事項】

介護サービス計画は、利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するために重要な計画であり、利用者が地域の中で尊厳ある自立した生活続けるための利用者本人の計画であることを踏まえ、わかりやすく記載するものとする。（記載要領前文より抜粋）

介護保険最新情報 9 5 8「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について（令和3年3月31日）

令和6年度 藤沢市ケアプランの基本的考え方と書き方

1. 皆さんからの意見をもとに修正中。
2. 令和6年4月頃を目処に「令和6年度版」を頒布。
国からケアプランの書き方等の通知はないため大幅な変更はなし
3. 施設サービス計画書（ケアプラン）を2事例掲載（特養・グループホーム）
4. 介護予防や施設においても参考にしてください