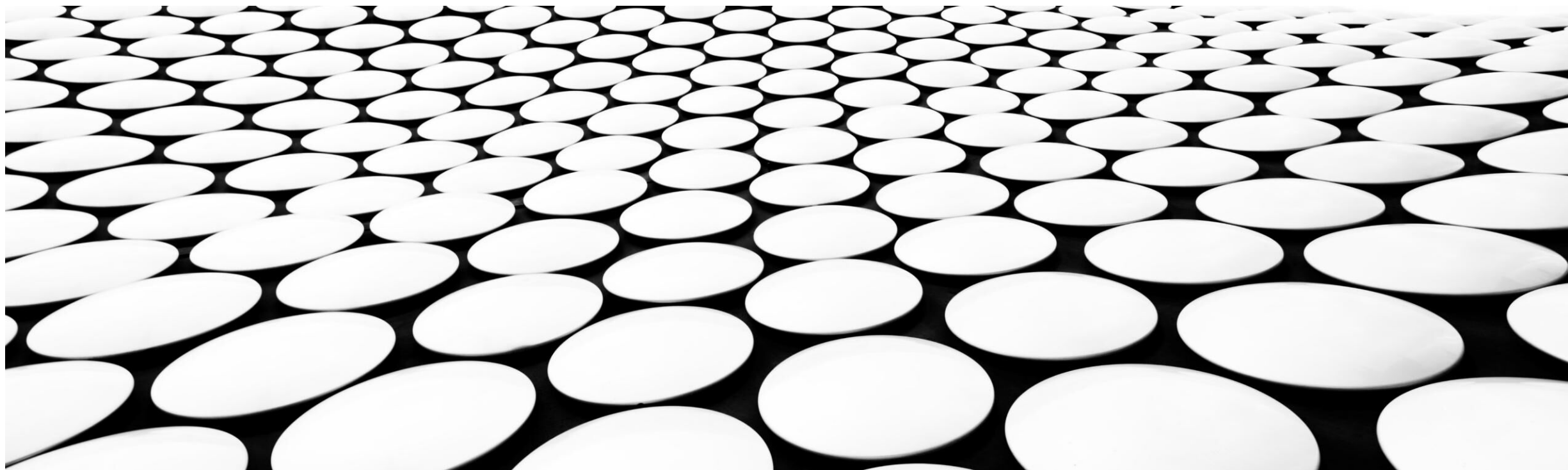

藤沢市ケアプラン点検事業

ケアプラン点検事業の結果から見たこと



合同会社 介護の未来（令和8年3月）

令和7年度の結果

- 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を強化
- ② 適正なサービス担当者会議の開催・モニタリングの実施
- ③ 疾患や服薬についての詳細把握（記録）の強化
- ④ ケアプラン原案に対する利用者及び家族の意見を把握（記録）
- 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を強化

【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

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

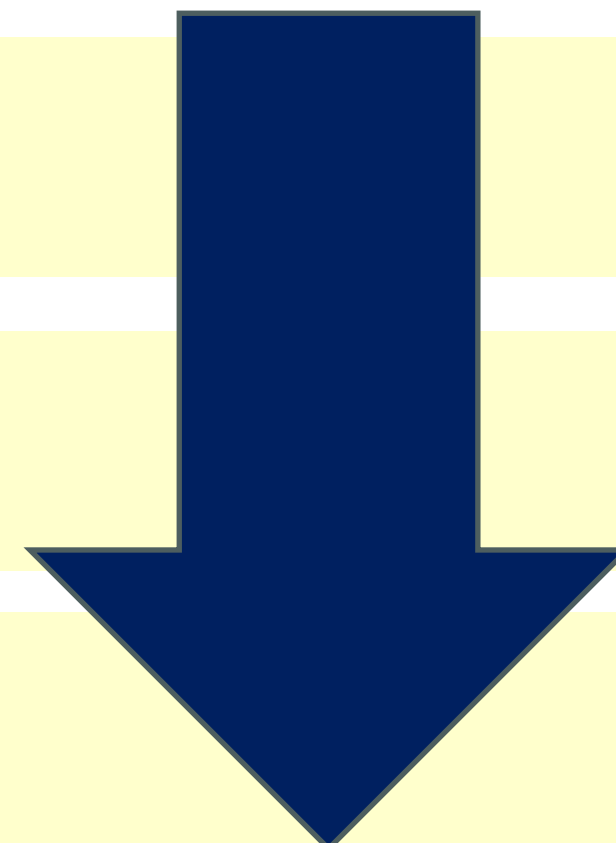
衛生的に暮らせること

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。

口腔機能向上加算

口腔機能向上加算 算定要件

(1) 人員配置

言語聴覚士、歯科衛生士、**看護職員**いずれかを1名以上配置する。(非常勤・兼務可)

(2) 計画の作成

利用者の口腔機能等の口腔の健康状態を把握し、言語聴覚士や歯科衛生士等が共同管理指導計画を作成する。

(3) サービス提供と記録

利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い口腔機能向上サービスを行い、定期

(4) 定期的な評価の実施

口腔機能改善管理指導計画の進捗の定期的な評価を行う。

口腔機能向上加算
をもっと簡単に

デイサービス向け
リハビリ支援ソフト

デイサービス向け科学的介護ソフト

 Rehab Cloud



 Rehab Cloud (リハクラウド) ©

計画・LIFE・記録・請求をもっとかん... もっと見る

詳しくはこちら



(ハ)その他口腔機能の低下している者 または その恐れがある者

(イ)(ロ)にあてはまらない者であっても、以下のような利用者は算定可能です。

- 認定調査票の特記事項における記載内容(不足の判断根拠、介助方法の選択理由等)から、口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者
- 主治医意見書の摂食・嚥下機能に関する記載内容や特記すべき事項の記載内容等から、口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者
- 視認により口腔内の衛生状態に問題があると判断される者
- 医師・歯科医師・介護支援専門員・サービス提供事業所等からの情報提供により口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者 など

加算算定における留意点

- ① 加算算定は、利用者ニーズ(解決すべき課題)に基づく
- ② 加算算定の検討に際しては、「算定要件」を確認・遵守
- ③ 加算算定時には、ケアプランへの位置付けの必要性を確認
(特にニーズ・目標・サービス内容等の第2表)
- ④ 加算算定時には、ケアプランと個別サービス計画書の整合性及び連動性の確認。

【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 (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。

【共有事項@居宅療養管理指導】

3. 居宅療養管理指導のサービス内容

1. 医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士が通院が困難な利用者 に対して、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るものでなければならない。（居宅養管理指導 運営基準第84条）
2. 居宅介護支援事業者又は居宅サービス事業者に対する情報提供又は助言については、原則として、サービス担当者会議に参加することにより行わなければならない。（居宅療養管理指導 運営基準第89条第7号）
3. 居宅介護支援事業所等との連携、介護支援専門員へ情報を行わない場合には算定できない（

② 適正なサービス担当者会議の開催及びモニタリングの実施

【共有事項】

1. ケアプランに位置付けた介護保険サービス提供事業所（居宅療養管理指導含め）へ会議への出席を依頼をします。
2. ケアプラン原案に対して、専門的見地から意見聴取をします。（会議・照会）
3. 福祉用具貸与・購入の必要性について議論を行い、議論した結果を記録に残します。
4. モニタリングの際に評価すべき4つの項目（実践度・達成度・適正度・継続的なアセスメント）について評価を行います。

③ 疾患や服薬についての詳細把握(記録)の強化

【共有事項】

1. 現病に対する症状及び服薬内容の把握
2. 疾患に対する医師の所見やアドバイス等について把握（ケアプラン作成時の参考）
（通院時情報連携加算等の活用）
3. 疾患（現病や後遺症等含む）が日常生活へ及ぼす影響についての把握・分析。

（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））

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

④ ケアプラン原案に対する利用者及び家族の意見を把握 (記録)

【共有事項】

ケアプラン原案（内容や目標等）に対する利用者及び家族の意見を聴取し、その記録をします。

- ⇒ ケアプラン原案（課題・目標・サービス内容・セルフケア等）に対する利用者本人及び家族の意見（同意内容・非同意内容）
- ⇒ 同意に至らなかったニーズについては、今後の方向性等を（支援経過記録等）に記録。

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）