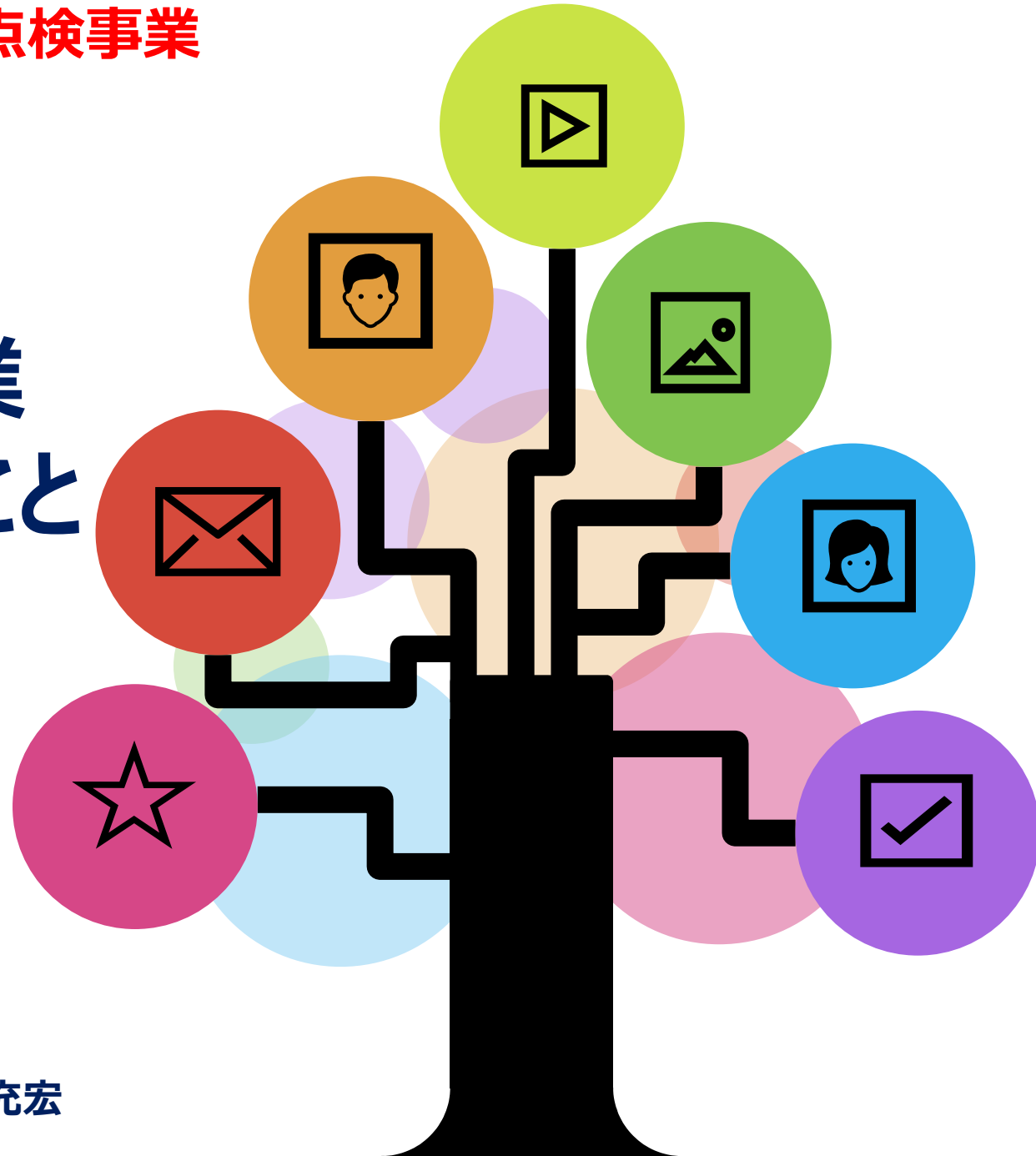


令和6年度 藤沢市ケアプラン点検事業

ケアプラン点検事業 の結果から見たこと



令和7年3月

合同会社 介護の未来（神奈川県） 阿部充宏

令和6年度の課題

- ① サービス事業所が算定する加算及び居宅療養管理指導についての必要性を明確化します。
- ② 必要な記録は、適切かつ漏らさず記載します。
- ③ 本人及び家族の意向をより具体的に把握します。
- 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）します。
- ⑤ ケアプランの具体的表記の更なる推進

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. ケアプランに対して、個別サービス計画書の内容等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

事例① 入浴介助加算（Ⅰ）

入浴介助加算（Ⅰ）	
単位数	40単位／日 ※（Ⅰ）（Ⅱ）の併算定不可
対象者	要介護の利用者のみ
算定要件	・入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合に算定。 この場合の“観察”とは、利用者の自立生活支援や日常生活動作能力などの向上のための「見守りの援助」であり、極力利用者自身の力で入浴できるように必要に応じて介助、転倒予防のための声掛け、気分の確認等を行うこと。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も加算対象となる。 ・入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修等を行うこと。 入浴介助に関する研修とは、入浴介助に関する基礎的な知識及び技術を習得する機会を指すもの。 ■ 注意点 通所介護計画書に入浴の提供が位置付けられている場合であっても、利用者側の事情により入浴を実施しなかった場合は加算を算定することはできない。

令和6年度改正の追加項目

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。

事例② 入浴介助加算(Ⅱ)

入浴介助加算(Ⅱ)	
単位数	55単位／日 ※(Ⅰ)(Ⅱ)の併算定不可
対象者	要介護の利用者のみ
算定要件	入浴介助加算(Ⅰ)の要件に加え、以下を実施。 - 医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、若しくは介護支援専門員又は利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者が利用者の居宅を訪問し、利用者の状態を踏まえて浴室における利用者の動作・浴室の環境を評価すること。 - 機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問した者との連携の下で、利用者の身体の状態や訪問により把握した利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。 - 入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこと。 ※大浴槽等においても、手すりなど入浴に要する福祉用具等を活用し、浴室の手すりの位置や使用する浴槽の深さ及び高さ等を踏まえることで、利用者の居宅の浴室環境の状況を再現していることとして差し支えない。

事例③ 個別機能訓練加算

【6か月間の新規利用者受け入れ禁止】

地域密着型通所介護において、「個別機能訓練加算」についての不適切対応及び虚偽報告。

600万+4割反則金

ケアマネに責任はあるか？ないか？

算 定 要 件

事業所の責務

機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問し、利用者の居宅での生活状況を確認した上で、個別機能訓練計画書を作成する。また、その後、3か月1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、当該利用者の居宅における生活状況をその都度確認すると共に、当該利用者またはその家族に対して個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行っていること。

(老企36第2の7の(13))

個別機能訓練目標の設定にあたっては、機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、利用者の居宅での生活状況を確認し、その結果や利用者または家族の意向及び介護支援専門員等の意見も踏まえつつ行うこと。

事例④ 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して口腔機能改善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、定期的に記録する。

(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。

口腔機能向上加算のサービス対象になる利用者

口腔機能向上加算には算定できる利用者に定めがあり、すべての通所介護利用者が一律で算定できる加算ではありません。

口腔機能向上加算を算定できる利用者は、以下のイ・ロ・ハいずれかに当てはまり、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる利用者です。

以下のイ・ロ・ハのいずれか1つに当てはまる者＝口腔機能向上加算のサービス対象者

(イ) 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清掃の3項目のいずれかの項目において「1」以外に該当する者

(ロ) 基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)(14)(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」に該当する者

(ハ) その他口腔機能の低下している者 または そのおそれのある者

(イ)認定調査票

以下の3項目のいずれかが「1」(できる・介助されていない)以外に該当する者

No.	質問項目・回答
2-3	えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1.できる 2.見守り等 3.できない
2-4	食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1.介助されていない 2.見守り等 3.一部介助 4.全介助
2-7	口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 1.介助されていない 2.一部介助 3.全介助

(ロ)基本チェックリスト

以下の口腔機能に関連する(13)(14)(15)の3項目のうち、2項目以上が「1」(はい)に該当する者

No.	質問項目	回答	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	2.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	2.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	2.いいえ

(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

【共有事項@居宅療養管理指導】

1. 訪問診療(医療保険)と居宅療養管理指導(介護保険)を区別する

医療上の必要性により、在宅に赴いて診療する必要がある場合に実施するもの

○訪問診療

在宅療養を行う患者であって、疾病・傷病のため通院が困難なものに対して**定期的**に訪問して診療を行うこと。

※継続的な診療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こととされている。

○往診

医師が、**予定外**に、患家に赴き診療を行うこと。

※往診は診療上必要があると認められる場合に行うこととされている。

【共有事項@居宅療養管理指導】

2. 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】

3. 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革 (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 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、ケアマネジメントを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。
 - ① 課題分析やモニタリングを「自宅（自室）」で実施した記録
 - ② 医療系サービス利用時に「主治医に計画書を交付」した記録
 - ③ 複数の事業所を紹介した記録
 - ④ サービス担当者会議の開催依頼（全てのサービス事業所に対して）の記録

- ⑤ サービス担当者会議の要点には、各専門家の意見を記録。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。
- ⑧ 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）
- ⑨ 軽微な変更とした理由や市への確認（相談等）の記録

特に運営基準に抵触（減算）する実践と記録

- ① 利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接（実践した根拠⇒記録）
- ② 居宅サービス計画書の原案の内容について、利用者及びその家族に説明し、文書により利用者の同意を得たうえで、居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付する。
（実践した根拠⇒記録）
- ③ サービス担当者会議の開催（実践した根拠⇒記録）
居宅サービス計画を新規作成・要介護認定更新・変更の認定を受けた場合。
- ④ モニタリングの自宅での実施と記録（月 1 回訪問・2 か月 1 回訪問 & 電話）

③ 本人及び家族の意向をより具体的に把握します

【共有事項】

- ①本人・家族等は、今後どのような生活を送りたいのか、また、生活の中でこれだけはいたくないこと等、「生活の意向」を具体的に引き出します。
- ②家族については、「続柄」とします。
- ③意向は、折に触れて引き出すアプローチをします（１回、聞いたから良いではない）

④ 意向の種類（モチベーションアップ）

- ・望むことへの感情の活用（なりたい・したい等）
- ・否定的な感情の活用（なりたくない・したくない等）
- ・誰かのためにの感情の活用
（〇〇のために頑張る・〇〇のためにこうなりたくない）
- ・迷惑をかけたくないの感情の活用（〇〇に迷惑をかけたくないから）

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）します

【共有事項】

1. サービス担当者会議等において、専門的見地からの意見を記録することと同様に、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。

（介護予防については・・・）

ケアプランの中に「具体策についての意向」欄があり、ケアマネジャー等の提案に対しての意向や相談記録が記載されている。

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7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7年4月頃を目処に「令和7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. 居宅療養管理指導を活用する事例を新規掲載
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