

ケアマネジメントの注意事項について

1 第1表：居宅サービス計画書（1）の記入について

【生活援助中心型の算定理由】

生活援助中心型の算定理由の記載がない事例が多く見受けられます。

〔居宅サービス計画記載要領〕

算定理由として「単身の世帯に属する利用者」の場合は「1. 一人暮らし」に、「家族若しくは親族と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者または当該家族等が家事を行うことが困難であるもの」の場合は「2. 家族等が障害、疾病等」に○を付す。また、家族等に障害、疾病がない場合であっても、同様のやむをえない事情により、家事が困難な場合等については、「3. その他」に○を付し、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。

事情の内容については、例えば、

- ・ 家族が高齢で筋力が低下していて、行うのが難しい家事がある場合
- ・ 家族が介護疲れで共倒れ等の深刻な問題が起きてしまう恐れがある場合
- ・ 家族が仕事で不在の時に、行われなくては日常生活に支障がある場合

などがある。

ケアマネジメントの注意事項について

1 第1表：居宅サービス計画書（1）の記入について

第1表	居宅サービス計画書（1）	作成年月日	年 月 日
		初回・紹介・継続	認定済・申請中
利用者名	_____ 殿	生年月日	年 月 日
住所	_____		
居宅サービス計画作成者氏名	_____		
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地	_____		
居宅サービス計画作成（変更）日	年 月 日	初回居宅サービス計画作成日	年 月 日
認定日	年 月 日	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5		
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		
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		
総合的な援助の方針		
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他（ _____ ）		

（介護保険最新情報vol.958より）

ケアマネジメントの注意事項について

1 第2表：居宅サービス計画書（2）の記入について

【「長期目標」と「短期目標」の期間】

「長期目標」と「短期目標」の「期間」が同じ事例が多く見受けられます。
長期目標、短期目標の期間を共に1年間で設定しているプランが非常に多いです。

〔居宅サービス計画書の様式について〕

「長期目標」・「短期目標」のいずれにも、「期間」を設定することとしている。目標は達成するために立てられるものであり、目標を達成するために居宅サービス計画があるものである。

この「期間」を設定する理由としては、計画的に支援することと、期間の終期に目標の達成が図られているか居宅介護支援の評価を行うことにより、例えば、長期間にわたって漫然とした支援を行うことを防止するという2つがある。

ケアマネジメントの注意事項について

1 第2表：居宅サービス計画書（2）の記入について

[居宅サービス計画書記載要領]

「長期目標」の「期間」は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を、いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載する。

「短期目標」の「期間」は、「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載する。

2つの目標の違いは、目標達成を目指す期間の長さ。長期目標は、長い期間をかけて目指す目標を指し、利用者が最終的にどのような生活を送りたいかによって内容を決定。つまり、利用者が目指す最終的なゴール。

一方、短期目標は、長期目標を達成するために段階的に目指す目標。長期目標の達成までに、短期目標をいくつか用意し、短期目標をすべてクリアすると最終的に長期目標も達成できるようなイメージ。このため、短期目標は数ヶ月で達成できるような内容が設定されることが通常で、長期目標に比べて具体的な内容になっている。

ケアマネジメントの注意事項について

3 課題分析標準項目の改正について（令和5年10月16日一部改正）

【課題分析標準項目改正理由】

課題分析標準項目については、これまで大幅な改正は行ってこなかったが、項目の名称や「項目の主な内容（例）」の記載が一部現状とそぐわないものになっていることや、令和6年4月から開始される新たな法定研修カリキュラムにおいて、「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ことから、文言の適正化や記載の充実を図ったものである。なお、情報収集項目がこれまでと変わるわけではない。また、「項目の主な内容（例）」について、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、全体的に具体的な加筆を増やしているが、これらの内容についてすべての情報収集を行うことを求めるものではなく、各利用者の課題分析に必要な情報を判断するための例示であることに留意されたい。

（介護保険最新情報vol.1178、1179より）

ケアマネジメントの注意事項について

3 課題分析標準項目の改正について（令和5年10月16日一部改正）

新			旧		
(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			(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			基本情報に関する項目		
No.	標準項目名	項目の主な内容(例)	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、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	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について記載する項目
2	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目	2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険等)、年金の受給状況(年金種別等)、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について記載する項目	3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等)について記載する項目
4	現在利用している支援や社会資源の状況	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、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)の状況について記載する項目	4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	日常生活自立度(障害)	「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」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	5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目

(介護保険最新情報vol.1178、1179より)

ケアマネジメントの注意事項について

3 課題分析標準項目の改正について（令和5年10月16日一部改正）

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見た現在の自立度について記載する項目	6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活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	7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望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、区分支給限度額等）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、支給限度額等）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、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）について記載する項目	9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）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、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、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）、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）、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
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、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）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、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）に関する項目

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（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目

（介護保険最新情報vol.1178、1179より）

ケアマネジメントの注意事項について

3 課題分析標準項目の改正について（令和5年10月16日一部改正）

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	13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
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	14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
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	15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）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	16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
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	17	褥そう・皮膚の問題	褥そうの程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
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）、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）、口腔ケアの状況に関する項目	18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、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）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目	19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目

（介護保険最新情報vol.1178、1179より）

ケアマネジメントの注意事項について

3 課題分析標準項目の改正について（令和5年10月16日一部改正）

20	社会との関わり	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	20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	家族等の状況	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	21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	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	22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	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	23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

（介護保険最新情報vol.1178、1179より）

ケアマネジメントの注意事項について

4 居宅介護支援の流れ

①居宅介護支援利用申込の受付	
↓	
②利用者への情報提供	
↓	
③利用者の状態の把握（アセスメント）	利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接して行う
↓	
④居宅サービス計画の原案作成	
↓	
⑤サービス担当者会議	新規作成、要介護更新認定を受けた場合、要介護状態の区分の変更の認定を受けた場合、必ず必要。未実施は減算対象

ケアマネジメントの注意事項について

4 居宅介護支援の流れ

⑥利用者へ説明と同意の確認	居宅サービス計画の原案について利用者、家族に説明し、文書により同意を得る。原案とは第1表～第3表、第6表、第7表
↓	
⑦居宅サービス計画の交付	利用者及び担当者に交付 利用者には第1表～第3表、第6表、第7表を交付
↓	
⑧個別サービス計画の提出依頼	事業者にも居宅サービス計画を交付 居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性を確認
↓	
⑨計画実施状況の把握（モニタリング）	利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族と面会して行うことが必要。特段の事情がない限り、 <u>少なくとも1月に1回は利用者の居宅で面接を行い、かつ少なくとも1月に1回はモニタリングの結果を記録することが必要。</u> ※令和6年度制度改正「他のサービス事業所との連携によるモニタリング」も可能。 ※ケアプランの変更が必要な場合、③からの一連の流れを実施。

※赤字部分が未実施の場合、運営基準減算の対象となる。

※「介護予防支援」も基本的に同じ流れで行います。

ケアマネジメントの注意事項について

5 その他

- ・ 居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市へ届け出なければならない。
- ・ 区分支給限度基準額の利用割合が7割以上 かつ その利用サービスの6割以上を訪問介護が占める居宅サービス計画を作成する居宅介護支援事業所は、市からの求めがあった場合、当該居宅サービス計画を市に届け出なければならない。
- ・ 訪問看護、通所リハ等医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合は、主治医等の指示があることの確認、居宅サービス計画の交付が必要。
- ・ 軽度者の福祉用具の例外給付については、認定調査結果に基づくものなのか、それ以外の方法によるものなのか根拠を整理して関係書類を保管しておく。

(厚生労働省提供資料より)