

令和5年4月18日開催の企画研修『運営基準に沿った居宅介護支援の実務～法令遵守のためにするべきこと～』で行いましたWebアンケートにてご質問をいただきましたので回答いたします。

* 質問部分については一部抜粋して掲載しております。

<講師からの回答>

回答が遅くなり申し訳ありませんでした。

回答の中でスライド番号を示しているところがあります。配布資料の中でスライド番号が表示されていないものがありますが、大変恐縮ですがスライド番号が表示されている前後のスライドから該当するスライドを特定してください。

①利用割合の説明について質問です。集中減算と同じ法人単位の集計なので法人名を併記する必要がありますか。

(回答)

一つの介護サービス事業者(法人)が複数のサービス事業所を経営している場合であって、当該**複数のサービス事業所の割合を合算した割合が上位 3 位に当たる場合は、当該法人名の記載が必要**です。

根拠は以下のとおりです。

令和3年度介護報酬改定に伴う京都市 Q&A No.160

(<https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000281686.html>)

令和3年度介護報酬改定に関するQA vol.3(介護保険最新情報 vol.952)の問111で重要事項説明書に割合等を把握できる資料を別紙としての<例>が上がっているが、では具体的に

通所介護 A 法人 ●% ・ E 事業所 ●% ・ F 法人 ●%

と記載した表でよいのか、

A 法人・F 法人の各事業所名(例えば、B 事業所 C 事業所 D 事業所合算)の記載まで必要なのか、具体的に示して頂きたい。

②また、事業所単位で先に説明し署名を受けているケースは、再度説明し直しが必要か。

【回答】

①具体的には以下のような記載方法が考えられます。

訪問介護

A 法人(B 事業所, C 事業所, D 事業所) ●%

E 事業所 ●%

F 事業所 ●%

②改めて法人単位での割合の説明をお願いします。再説明については、次回のモニタリングの際など、利用者に説明を行えるタイミングでしていただくことで差し支えありません。

介護ケア推進課認定給付担当(075-708-8087)

R3.6.8

②サービス担当者への意見照会ですが、今から 15 年ぐらい前、京都府の指導の時、サービス終了の事業所であっても認定期間中に一度でもサービスを利用していたら、その担当者からも意見照会をとらないといけないと指導されましたが今も変わらないのでしょうか。

(回答)

15 年前の京都府の指導時の根拠が分からないので何とも答えにくい質問なのですが…。

サービスの終了が元々想定されていたものであるかどうかによっても判断が変わってくるのではないのでしょうか。あらかじめ居宅サービス計画書の中で終了することが想定されていたのであれば、計画とおりに終了しただけなので変更とはみなさない扱いになることもあるでしょう。

あらかじめ想定されていない終了であった場合に軽微な変更に該当するかどうかは研修の中で何度も触れたように、①利用者の希望、②介護支援専門員が基準第 13 条第 3 号から第 12 号まで掲げる一連の業務を行う必要がないと判断をしたものかどうかで考えてください。

いずれにしても、例えば、1 年前に終了したサービス事業所に対して、1 年後の更新の際に意見を求めたとしても意味ある意見が返ってくるとは思えません。必要なのであれば終了時にサービスが終了になった理由や代替サービス、本来あるべきサービス提供の提案などを聞き取っておいて、更新の時に介護支援専門員より紹介する等の方が意味があるのではないのでしょうか。

現在も同様の指導が行われているかどうかは把握できていません。

③ケアプラン 1 票の課題分析の結果を総合的な援助の方針の所に記載することが多いですが、それは間違いですか。

(回答)

ケアプランの記載方法には正解・不正解がある訳ではありません。

ただし、老企第 29 号に⑬「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」欄に「…(略)課題分析の結果」を記載すると規定されている以上、**本来は同欄に記載するのが望ましい**と考えます。

一方で、研修の中でも触れましたが、課題分析の結果は総合的な援助方針とも関連している内容だと思いますので、両者が同じような内容になることは当然あり得るでしょう。

④個人情報の同意について、本人氏名の記載と家族後見人たる方の氏名記載をお願いし、家族様の個人情報を使用することへの包括同意としていますが、今回の説明の中で、リスクを考えると代表者以外の方についてもというお話がありましたが、具体的にはどのような同意がいいのかひな形をしめしていただけないのでしょうか。

(回答)

ひな形はありません。

事業所で普段使用している「個人情報の使用に関して同意を得ている書式」で、代表者以外の方にも同意を得ておけばよいと思います。

⑤サービス担当者会議の照会について、何度も返信を求めてももらえていない時も減算対象ですか。

(回答)

何度も意見照会の返信を求めたとしても、**結果として1ヵ所でも意見が得られなかった事業所がある場合は減算の対象となります**。意見照会の手段は「書面」だけに限りません。非協力的な事業所なのであれば、直接会って意見を聞く、メール、電話など照会方法の工夫も必要かもしれません。

⑥軽微な変更で長期目標の期間まで延伸する際には現在の第2表に上書きをしたほうがよいのか、新しい用紙に書き直した方がよいのでしょうか、やはり保険者のルール、指示を確認しておくべきでしょうか。

(回答)

老企第29号別紙1には、以下のとおりの記載がありますので、私自身はどちらの方法を選択しても問題はなく、保険者に確認する必要はないと考えています。しかしながら、保険者によるローカルルールが気になるようであれば、本会のブロックまたは市町村単位の介護支援専門員組織と相談のうえで一度保険者に確認することもあり得ると思います。

「本様式は、当初の介護サービス計画原案を作成する際に記載し、その後、介護サービス計画の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時期を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。」

⑦自社導入の介護ソフトが居宅介護支援経過に項目の欄がなく、変更の予定を聞くも予定はなく現状の物で継続しても良いでしょうか。

(回答)

老企第29号別紙1にて示されている居宅サービス計画書は、あくまでも「標準様式」として提示されているものであるため、標準様式の趣旨を踏まえるのであれば、使いやすい工夫の範囲内での変更は差し支えないものと考えられます。(参考「七訂居宅サービス計画書作成の手引き」,一般財団法人長寿社会開発センター,令和3年12月,P17)

そのため居宅介護支援経過に「項目」の欄がなかったとしても運営指導等で指導の対象となることはないと思います。

一方で、同じく老企第29号別紙1「居宅介護支援経過」には、「漫然と記載するのではなく、**項目毎に整理して記載するように努める**。」と規定されていることから、**項目の欄が無かったとしても「項目毎に整理して記載する」必要があります**。

⑧別居家族が介護サービスの利用(追加)を電話で伝えてきますが、その様な場合でも利用者宅へ家族も来てもらい、アセスメントを行うのでしょうか。

(回答)

厚生省令第 38 号、老企第 22 号のいずれにも、「利用者の居宅訪問と利用者及び家族に面接」と記載されていますが、当該家族についての詳細は明らかにされていないことを踏まえると、少なくとも別居家族との利用者宅での面接がアセスメント成立の必須条件とは考えられないでしょう。

しかしながら、家族から見た本人の様子や家族としての意向を確認する場としてアセスメント訪問時の家族の同席は重要な場面になり得ることから、別居家族であったとしても可能な範囲で同席をお願いする行為は不適切な行為だとは思いません。

⑨利用者が薬を飲めていない場面で、家族は利用者自体に問題が見られないので飲まなくていいと判断。主治医への受診もできていない場合、主治医に意見を求めることはできるのでしょうか。

(回答)

質問の意図がうまく理解できていないのですが、「主治医に意見をもとめることはできるのでしょうか」を言葉とおりに受け取るなら、利用者や家族等が同意をしていれば、介護支援専門員が主治医に意見を求めることは可能でしょう。

意見を求めるべきかどうかは介護支援専門員が個別に判断すべきことだと思いますが、主治医が必要と考えて処方した薬が服用しておらず、加えて受診もできていない状況なのであれば、一般論としては、十分に主治医に意見を求める必要があるのではないのでしょうか。

⑩コロナ以降、訪問を控えてほしいとか、たくさんでの訪問(担当者会議など)はやめてほしい、と言われる方が増えてきています。テレビ電話の導入など考えないといけないのでしょうか。

(回答)

令和 5 年 5 月 1 日付で厚生労働省より、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更後における対応が示されました。(参考:京都市情報館新型コロナウイルス感染症関連情報Ⅱ(臨時的な取扱い <https://www.city.kyoto.lg.jp/menu3/category/43-6-11-3-0-0-0-0-0-0.html>)

居宅介護支援関係であれば、サービス担当者介護の特例で、『利用者の自宅以外での開催や電話・メールなどを活用するなどにより、柔軟に対応することが可能である。』とされていたものが終了となっています。

私たち介護支援専門員は、医療・介護の専門職として新型コロナウイルス感染症の「正しい恐れ方」を説明した上で、それでも必要なケアマネジメントプロセスがあることをきちんと利用者・家族に説明し理解を求めていく必要があります。

なお、新型コロナ感染症の特例としてではなく、2021 年度の介護報酬改定で、利用者らの同意を前提としてオンライン会議システムなどを活用してのサービス担当者会議の開催が恒常的に認められていますので、ご留意ください。

⑪居宅サービス計画書の短期目標期間更新、署名押印いただき事業所からの交付依頼にも対応していますが、サービス事業所においては計画書更新されていないことも多く、古い個別サービス計画書を（以前にも頂いたものと同じこともあります）再度交付される事業所もあります。サービス事業所側から交付されるものとしては問題ないと考えてよいのでしょうか。

（回答）

介護支援専門員による介護サービス事業所への居宅サービス計画書の交付は義務ですが、サービス事業所による介護支援専門員への個別サービス計画の交付は努力義務です。

介護支援専門員としては、居宅サービス計画書をサービス事業所に交付する度に、サービス事業所に対して個別サービス計画の提出を依頼し続けていれば、何をもって「問題ない」と判断をするかにもよりますが、仮に個別サービス計画が古い物であったとしても運営基準上のペナルティはないと考えられます。

一方で、介護支援専門員の作成する居宅サービス計画書と乖離していたり、現在の利用者の状態像からかけ離れている等、サービス事業所が明らかに不適切な個別サービス計画を作成しているのであれば、それは利用者が本来享受すべき権利が侵害しているとも考えられます。その意味においては大いに問題があると言えるでしょうし、それを放置しておくのは介護支援専門員として不適切であると考えます。

⑫利用申し込みをやむを得ず断る際の記録の残し方について教えてください。

（回答）

厚生省令第 38 号には以下のとおり記載されています。

（提供拒否の禁止）

第五条 指定居宅介護支援事業者は、**正当な理由なく指定居宅介護支援の提供を拒んではならない。**

（サービス提供困難時の対応）

第六条 指定居宅介護支援事業者は、当該事業所の通常の事業の実施地域（当該指定居宅介護支援事業所が通常時に指定居宅介護支援を提供する地域をいう。以下同じ。）等を勘案し、**利用申込者に対し自ら適切な指定居宅介護支援を提供することが困難であると認めた場合は、他の指定居宅介護支援事業者の紹介その他の必要な措置を講じなければならない。**

研修の中でも触れましたが、提供拒否した場合は、「正当な理由で拒否した」ことが分かるように、その「理由」を記録に残しておく必要がありますし、断った後にその他必要措置を講じことが分かる内容（例えば、居宅介護支援事業所の一覧が掲載されているホームページを紹介した等）についても記録を残しておく必要があります。

⑬居宅サービス計画に記載されているサービスが、目標の達成や本人の希望でサービスが終了した場合、サービス担当者会議を開催している特定事業所加算を算定している事業所の話聞いたことがあります。サービスの終了も変更とみなし、アセスメント、会議が必要なののでしょうか。

(回答)

サービスの終了が元々想定されていたものであるかどうかによっても判断が変わってくるのではないのでしょうか。あらかじめ居宅サービス計画書の中で終了することが想定されていたのであれば、計画とおりに終了しただけなので変更とはみなさない扱いになることもあるでしょう。

あらかじめ想定されていない終了であった場合に軽微な変更該当するかどうかは研修の中でも何度も触れたように、①利用者の希望、②介護支援専門員が基準第13条第3号から第12号まで掲げる一連の業務を行う必要がないと判断をしたものかどうかで考えてください。

なお、軽微な変更ではないと判断した場合は、アセスメントと担当者会議だけではなく、ケアマネジメントプロセスにおける一連の業務のすべてを行う必要がありますのでご注意ください。

⑭認定調査日をアセスメント日にしてはいけないのでしょうか。

(回答)

認定調査日にアセスメントを実施したのであれば、認定調査日をアセスメント日にする場合もあり得ると思います。但し、認定調査項目と課題分析の標準項目は異なっていますので、認定調査をしただけではアセスメントをしたとは言えませんのでご注意ください。

⑮意向を踏まえた課題分析は課題整理総括表を作成したうえで書かなければいけないのでしょうか。また課題整理総括表の作成が行われていない場合、減算対象にはなるのでしょうか。

(回答)

課題整理総括表は、運営基準上、作成が義務付けられたものではありませんので、作成されていないからと言って減算や運営指導の対象にはなりません。

課題整理総括表については、介護保険最新情報 Vol. 379(平成26年6月17日)において「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」が示されていますので参考にしてください。

また、「京都式」ケアプラン点検ガイドライン(改訂版)(http://www.kyotocm.jp/wordpress/wp-content/uploads/2021/01/202101_kyotocpguideline.pdf)では、「課題整理総括表及び評価表の活用場面」「課題整理総括表の活用方法」「課題整理総括表の点検方法」が具体的に紹介されていますので、是非ご覧になって参考にしてください。

⑯軽微なプラン変更において、期間延長を変更したプランを作成した時は支援経過に理由や根拠を記載したらいいのでしょうか。

(回答)

貴見のとおりです。

⑰研修の途中で途切れた部分の訪問介護のモニタリングについて、ケアマネジャーに提出しないといけないのか、くださいと言っても良いのかが知りたいです。

(回答)

通信状況が悪く配信が途切れてしまい誠に申し訳ありませんでした。

スライド 166 の厚生省令第 37 号第二十八条 3 に記載のとおり、サービス提供責任者には、「居宅介護支援事業者等に対し、指定訪問介護の提供に当たり把握した利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報の提供を行うこと。」が求められています。

但し、どこまでの範囲の情報をどの程度の頻度で提供してもらうか等は訪問介護事業所の管理者やサービス提供責任者と事前に相談をしておく必要があると思います。

⑱軽微な変更について担当国会議は省略しても構わないが、変更内容によって照会を求めたほうが良いという解釈でよかったですでしょうか。普段から、特にデイなどの加算に関係のあること(例えば入浴)、訪問でサービス内容は一緒だけれども本人の状態から増回が必要な場合などは照会をいただいています。

(回答)

スライド 189 の介護保険最新情報 Vol.959 に記載のとおり、「ケアマネジャーがサービス事業所へ周知した方が良いと判断されるような場合などについて、サービス担当国会議を開催することを制限するものではない」とされていますので、貴見のとおりだと思います。

サービス利用回数の増減によるサービス担当国会議の必要性

単なるサービス利用回数の増減(同一事業所における週 1 回程度のサービス利用回数の増減など)については、「軽微な変更」に該当する場合もあるものと考えられ、サービス担当国会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。

しかしながら、例えば、**ケアマネジャーがサービス事業所へ周知した方が良いと判断されるような場合などについて、サービス担当国会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。**

ケアプランの軽微な変更に関するサービス担当国会議の全事業所招集の必要性

ケアプランの「軽微な変更」に該当するものであれば、サービス担当国会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。

ただし、**サービス担当国会議を開催する必要がある場合には、必ずしもケアプランに関わるすべての事業所を招集する必要はなく、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。**

⑲時々サービス担当国会議を、ご利用者が利用しているサービス事業所(デイ等)で開催することがあると聞くのですが可能なのでしょうか。

(回答)

サービス担当者会議の開催場所については、運営基準上特に定めがあるものではありませんが、基本的に利用者や家族の参加が望ましいとされていることから、利用者・家族の参加を最優先して参加しやすいように利用者の自宅等で開催することが多いと思います。

サービス事業所(デイ等)で開催することも、しかるべき理由があれば可能だと思いますが、一方で、例えば通所介護利用中の利用者がサービス担当者会議に参加した場合、その時間帯は通所介護サービスが提供されていないと運営指導等で指摘をされる場合がありますので、ご注意ください。

②⑩自主点検表 10-11 居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しているか について、利用者へ交付する書類は 1, 2, 3, 6, 7 表ですが、担当者に交付する書類は、京都市に確認したところ、利用者に対する書類と同じ 1, 2, 3, 6, 7 表という回答がありました。本日の講義では、担当者に対しては、1, 2, 3 表と提供票・別表という内容でした。確かに、事業所には提供票・別表を送付する方がよいかと思いますが、京都市の回答では特に文言上の制約がないので、利用者へ交付する書類と同じ書類を交付すると形式的解釈を取られているように思われます。どちらが正しいでしょうか。

(回答)

これに関しては、私自身明確な答えを持っていません。保険者に確認をされたのであれば、その回答が現時点では正解なのかもしれません。

しかし、質問の中でも触れておられるとおり、事業所には通常であれば提供票・提供別表を交付していることもあり、事業所に対して、利用票・利用票別表の代わりに提供票・提供票別表を交付していたとしても特段ペナルティがあるようには思いません。

②⑪区分変更により暫定プランを作成することがあり、例えばアセスメント、担当者会議を実施し、要介護 2 で暫定プランを作成、同意、交付を行い、認定結果が要介護 3 だった場合、再度アセスメント、担当者会議を行わないといけなののでしょうか。

(回答)

スライド 112 の厚生省令 38 号においては以下のとおり記載されています。

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第一条の 2 に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

十五 介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

イ 要介護認定を受けている利用者が法第二十八条第二項 に規定する要介護更新認定を受けた場合

ロ 要介護認定を受けている利用者が法第二十九条第一項 に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

「要介護状態区分の変更の認定を受けた場合」ですから、運営基準上は暫定プラン作成時のサービス担当者会議は必須ではなく、区分変更の認定結果が確定した後に 1 回だけサービス担当者会議を開催すれば良いと解釈できます。

一方で義務ではないとは言え、区分変更が必要になった利用者の状況や暫定プランを作成するにあたっての利用者の心身状況を関係者間で共有する意味でも、暫定プラン作成時の担当者会議の開催は意味があると考えられます。

例えば、暫定プランの内容と確定後の本プランとの間に大きな相違がなく、単に想定していた介護度だけが異なっていたのであれば、直前に担当者会議を開催していることでもあるため**軽微な変更とみなして照会のみ行う場合もあり得る**のではないかと考えます。

②生活援助中心型の訪問介護算定理由は、都度保険者に確認し記録に記載しています。判断しかねる場合は必要かと思いますが、全てにおいて必要だったのか疑問に感じました。保険者によって見解は違うのでしょうか。

(回答)

私自身は、生活援助中心型の訪問介護の算定理由は、介護支援専門員によるアセスメントの結果で判断をするべきものであるため、判断に迷う時以外は保険者による確認は不要であると考えています。

ただし、貴見のとおり保険者によって見解は異なりますのでご注意ください。

③前 6 カ月間のサービス毎の同一事業者割合の説明を、初回提供開始時のみでなく、毎回半年毎に全利用者に交付していましたが、初回のみで良いとの解釈でよろしいでしょうか。

(回答)

説明は初回のための 1 回で良いです。根拠は以下のとおりです。

令和 3 年度介護報酬改定に伴う京都市 Q&A

(<https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000281686.html>)

54 居宅介護支援

前 6 か月間に作成したケアプランにおける訪問介護等の割合の説明について

①令和 3 年 4 月から新規にケアプランを作成する場合の集計期間は、令和 2 年 9 月～令和 3 年 2 月までで良いのでしょうか？

②既存の利用者への説明も同様の期間で良いのでしょうか？

③説明は毎年、前期と後期に分けて 2 回行う必要があるのでしょうか？

①貴見のとおりです。

②「令和 3 年度介護報酬改定に関する Q & A Vol.3」(令和 3 年 3 月 26 日)「(介護保険最新情報 Vol.952)の問 112 の回答を参考にしてください。

③説明は、居宅介護支援の開始の際に必要です。(こちら、「令和3年度介護報酬改定に関するQ&A Vol.3」(令和3年3月26日)「介護保険最新情報 Vol.952」の間 112 の回答を参考にしてください。)

介護ケア推進課認定給付担当(075-708-8087)

R3.4.9

97 居宅介護支援

前 6 か月間に作成したケアプランにおける訪問介護等の割合の説明について

「令和 3 年度介護報酬改定に関する Q&A Vol.3」の間 112 を踏まえて、「京都市 Q&A」No.54 の③によると、「説明は毎年、前期と後期に分けて 2 回行う必要があるのでしょうか？」との問いに、「説明は居宅介護支援の開始の際に必要です。」とあり、説明は新規契約時のみ 1 回でよいとも判断できますが、「開始の際」とは、「新規契約時」に追加して、「訪問介護等の 4 種のサービスを新たにプランに位置付けた場合」も含まれるのでしょうか？

「開始の際」とはあくまで新規契約時のことを指すため、「訪問介護等の 4 種のサービスを新たにプランに位置付けた場合」は含まれません。

介護ケア推進課認定給付担当(075-708-8087)

R3.4.27

②④高齢者の虐待防止について、重説に入れておくのと良いとの説明がありましたが、必ず入れておかなければならないものか、なくてもよいものなのかご教授いただければ幸いです。

(回答)

厚生省令第 38 号第十八条で義務付けられているのは運営規程への記載です。

重要事項説明書への記載は義務付けられているわけではありませんが、「運営規程の中で特に重要な事項を利用者等でも理解しやすいように平易な言葉でまとめたものが重要事項説明書」であるため、私は記載があった方が望ましいと考えています。

②⑤長期目標が切れた際、利用者に大きな変化がみられない場合、軽微な変更にてプランを交付しても問題ないと考えてもいいのでしょうか。

(回答)

スライド 188 の介護保険最新情報 Vol.959 に記載のとおり「軽微な変更に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第 13 条第 3 号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第 11 号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。」とされています。

長期目標が切れた際であっても、軽微な変更に該当する場合はあり得ると思いますが、一律に判断することはできません。

②⑥ケアプランの軽微な変更について、目標期間の設定が京都市ルールは 1 年、短期は長くても半年と聞きますが、他府県とはまた解釈が違うのでしょうか。

(回答)

ご質問の意図(軽微な変更と目標期間の設定、京都市ルールとの関係)がうまく理解できていないのですが…。

目標の期間については、運営基準上は「目標の期間の設定において、認定の有効期間も考慮するものとする。」とされているだけで、具体的な期間が定められている訳ではありません。

「目標期間の設定が京都市ルールは…」をどこで聞いたのか分かりませんが、例えば、京都市の自主点検表でも目標の期間については、備考欄に「長期及び短期目標・達成時期が記載されているか」と記載されているだけです。

繰り返しになりますが、軽微な変更に該当するかどうかは、期間の設定などによって一律に決まるものではなく、あくまでも「変更する内容が同基準第 13 条第 3 号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第 11 号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。」とされています。

一方で、いたずらに 1 年以上等長期間の目標期間が設定された居宅サービス計画書が本当に個別の利用者の状態を踏まえた真のケアプランになっているとは私には思えません。今後、認定の有効期間はますます長くなっていくかもしれません。(※2021 年 4 月からは最長 36 か月→48 か月になっています。)その中で、3 年、4 年、5 年と漫然と形骸化した長期目標が設定されているようではケアマネジャーの未来は暗いと言わざるを得ません。

目標の期間は、やはり個別に利用者の状態に応じて、本当に達成できる期間・内容で設定されるべきだと考えます。

なお、本会が推奨している「京都式」ケアプラン点検ガイドライン(改訂版)

(http://www.kyotocm.jp/wordpress/wp-content/uploads/2021/01/202101_kyotocpguideline.pdf)で

は、目標期間の設定について以下のように記載されていますので参考にしてください。

(6) 期間を設定する理由として、計画的に行うことと期間の終了時に評価するというにより、長期間にわたって漫然と支援を行うことを防止する観点から、長期目標の期間は 6 箇月～1 年程度、短期目標は 1 箇月～3 箇月、長くとも 6 箇月程度の設定になっているか確認する。

②⑦居宅サービス計画書 1 表の「意向を踏まえた課題分析の結果」の部分について、③で課題分析の結果を別で記載すると、どうしてもネガティブなイメージになるような気がするのと、長々しくなり分かりづらくなる為、日本介護支援専門員協会が示している Vol.958 を見習って記載していました。特にこれが正解というものは無いと思って良いのでしょうか。

(回答)

居宅サービス計画に正解はありません。私が示したのもの、資料に(試案)や(案)と付けております。

⑳

・ケアプランにおける短期目標・長期目標の期間に関して、アセスメントや担当者会議の中で、決めていくことになると思いますが、現状としては、長くて半年、短期は半年、長期は1年と決めており、長期期間が切れる際には、ニーズの変更がなかったとしても、一連のケアマネジメントの作業を行っております。長期目標の見直しを行う場合、ニーズや目標の変化がなければ、軽微な変更と考えていいものなのでしょうか。そもそも、長期目標の期間を設定する際に、変更が見込まれない場合は、例えば4年間の期間を設定しても、差し支えないものと解釈していいのでしょうか。

・担当者会議等における照会に関してですが、必ずしも文書でということではなく、電話等で聞き取った場合も、経過記録に記載すれば、問題ないと考えていいのでしょうか。証拠が残りにくいので、出来るだけ文章で取るようにはしていますが、解釈上はどうでしょうか。

・文書等の保存に関しては、5年と条例で定められていますが、「その利用者に関する文書すべて」を「契約が終了した時点」から5年保存と解釈するのでしょうか。

(回答)

ケアプランにおける短期目標・長期目標の設定と軽微な変更の解釈

→質問⑳に対しての回答を参照してください。

担当者会議等における照会

→照会に関して文書が必要との運営基準上の定めはありません。電話等で聞き取った場合であっても、経過記録等に記載すれば問題はあります。「証拠が残りにくいので、出来るだけ文書で取るようにしている」は、あくまでも事業所としての工夫の範囲であって必須ではありません。

文書等の保存期間

→老企第22号において以下のとおり規定されています。

(24) 記録の整備

基準第29条第2項は、指定居宅介護支援事業者が同項各号に規定する記録を整備し、2年間保存しなければならないこととしたものである。

なお、「その完結の日」とは、個々の利用者につき、契約終了(契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立等)により一連のサービス提供が終了した日を指すものとする。

保存すべき文書の範囲は厚生省令第38号において以下のとおり規定されています。

(記録の整備)

第二十九条 指定居宅介護支援事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければならない。

一 第十三条第十三号に規定する指定居宅サービス事業者等との連絡調整に関する記録

二 個々の利用者ごとに次に掲げる事項を記載した居宅介護支援台帳

イ 居宅サービス計画

ロ 第十三条第七号に規定するアセスメントの結果の記録

ハ 第十三条第九号に規定するサービス担当者会議等の記録

ニ 第十三条第十四号に規定するモニタリングの結果の記録

三 第十六条に規定する市町村への通知に係る記録

四 第二十六条第二項に規定する苦情の内容等の記録

五 第二十七条第二項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

上記の記録に関して、介護保険法上は 2 年間、市町村の条例で 5 年間の保存が義務付けられています。なお、スライド 155 でお示ししたとおり、サービス事業所より提出された「個別サービス計画」については、運営基準第 29 条における記録の整備の対象外ではないが、居宅サービス計画の変更に当たっては、個別サービス計画の内容なども検証した上で見直しを行うべきであることから、その取扱いについて判断されたい」とされています。

②⑨計画書第 2 表の期間について、サービスを追加する際、長期目標・短期目標・サービス内容と期間を追加変更しますが、一箇所の目標と期間を変更するに当たって、他の全ての目標期間・サービス内容期間も揃えて訂正するのが正解でしょうか。一箇所だけ短期目標期間とサービス内容期間が違っているのは間違いでしょうか。

(回答)

運営基準上、全ての目標期間・サービス内容期間を揃えないといけない等とは規定されていません。利用者やサービス事業所の担当者の理解や管理がしやすいように便宜的に期間を揃えることはあり得ると思いますが、もちろん、異なっていたとしても問題はありません。

③⑩6・7 票の署名について、京都市の実地指導で実際に署名が必要と指導された事例があったのでしょうか。

(回答)

把握していません。

③⑪医療系サービスを位置づける場合の質問です。意見を求めた主治医等へのケアプラン交付は義務になっていますが、主治医意見書の最後の主治医記入欄に、「居宅介護支援事業者から居宅サービス計画の情報提供を希望しない」にチェックが入っている場合があります。このような場合でも、義務であるので送付しないといけないということでしょうか。

(回答)

主治医意見書を作成した時点とケアプランに位置付けた時点で医師の意向が異なっている場面もあり得ますので、少なくとも一度は直接確認をした方が良いでしょう。

医療サービスを位置づける場合の意見を求めた際にケアプラン交付が義務であることを説明した上で確認をしておけば良いのではないのでしょうか。

③②資料 18P「前 6 カ月・・・中略・・・割合」について文書を交付してのくだりについて質問です。この文書を作成し説明を行うことの意味、意義が理解できていません。率直に事業所からの一方的な数字の説明に終始している感があります。どう理解をすればいいでしょうか。

(回答)

どのような回答を期待しておられるのか分からないのですが、私個人の意見としては貴見に同感です。公平中立を追求するあまりに迷走していると思っています。

国(厚生労働省)や制度設計をしている委員の考え方が知りたければ、社会保障審議会介護給付費分科会(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126698.html)、社会保障審議会介護保険部会(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126734.html)等の「議事録」をぜひご覧になって下さい。

③③通院の付き添いが 50 単位、約 500 円です。最低賃金を下回ります。誰も疑問に思わないのでしょうか。

(回答)

通院時情報連携加算(50 単位/月)のことを指しての質問と理解して回答します。

まず、この加算は通院の「付き添い」を評価するものではなく、あくまでも通院先に同席し医師等と情報連携をすることに対しての報酬です。50 単位をどのように考えるのかは様々な意見があるとは理解していますが、私は、少なくともこれまで介護支援専門員が現場で行ってきた報酬では評価されないシャドウワークに報酬がついたことの意義は評価する必要があるように思います。

③④課題整理総括表について、アセスメントをする過程で課題を抽出していくことで課題分析票の形式にはとられずに課題分析できればよいと考えてよろしいでしょうか。

(回答)

課題整理総括表については、介護保険最新情報 Vol. 379(平成 26 年 6 月 17 日)において「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」が示されており、以下のように記載されています。

「課題整理総括表はアセスメントツールではなく、情報の収集と分析を行い、課題を抽出する上で、利用者の現在の状態と要介護状態等の改善・維持等の可能性に照らして課題の捉え方に抜け漏れがないかどうかをまとめる総括表である。

したがって、本様式のみでアセスメントを終えることは妥当ではなく、基本的には利用者・家族あるいはその他の関係職種等からの情報収集を終え、**アセスメントツール等を用いて情報の整理・分析を行うことが必須である。そのうえで、ケアプラン(原案)の作成にかかる前のタイミングで、本様式を作成することが望ましい。**

上記に記載のとおり、課題整理総括表はアセスメントツール等を用いて情報の整理・分析を行った後で課題の捉え方に抜け漏れがないかどうかをまとめることが目的の総括表とされています。

当たり前の話ですが、アセスメントツールが課題分析標準項目を網羅した上で、課題分析が適切にできていれば、**課題整理総括表の使用の有無や使用方法・頻度を問われることはありません。**

③⑤利用者ファイルの管理を紙ベースではなく PDF による保管に切り替えようと考えています。居宅サービス計画書については、本人自筆による署名をいただいているのですが、それもデータによる保管で差支えないのでしょうか。磁気媒体で得た署名はデータ保管、紙への自筆署名は紙での保管という認識でしたがいかがでしょうか。

(回答)

磁気媒体で得た署名であっても、紙への自筆署名であったとしても、被保険者証に関するもの以外は電磁的記録で保管することが可能です。

③⑥レジュメ資料と共有していただいた資料が若干書き加えられていたりして違ったので、共有されていた資料をいただきたいのですが可能でしょうか。

(回答)

あらかじめ配布用資料として掲載した以外の資料は提供していません。

③⑦京都市の集団指導資料における「通所介護等で口腔機能向上加算を算定している利用者について、その必要性に関するアセスメントを行っていない」の記載について

研修の中で情報提供をお願いしたところ、多くの受講者の方から貴重な情報を頂きました。この場を借りて厚く御礼申し上げます。本当にありがとうございました。

以下に内容を取りまとめたので記載します。

複数の居宅介護支援事業所における運営指導でこの指摘がされていることが分かりました。

認定調査の内容で摂食・嚥下関連の項目が自立になっているにも関わらず、通所介護において口腔機能向上加算を算定している利用者については、国保連から保険者に対して通知があり、保険者はその通知に基づいて、当該利用者の居宅サービス計画作成時のアセスメントを確認しています。特にアセスメント項目の中でも、嚥下、食事摂取、口腔清潔等における課題の有無を重点的に確認しているようです。

つまり、保険者の視点としては、本来必要ではない口腔機能向上加算がサービス事業所側からの一方的な要望により算定されている場合があり、居宅介護支援事業所の介護支援専門員がサービス事業所の言いなりになってしまっている可能性があるということです。本来、加算を算定すべき状態の利用者であれば介護支援専門員が行うアセスメントにおいても何らかの課題が抽出されているはずとの考え方です。

これに対しては、居宅介護支援事業所では、サービス事業所側から口腔機能向上加算算定の希望があった場合には、以下のような工夫をしているとのことでした。

- ・ 介護支援専門員の側でも個別にアセスメントをする
- ・ 加算算定の根拠をサービス事業所に確認をする
- ・ 医師・歯科医師などに必要性について問い合わせをする
- ・ 口腔機能改善管理指導計画等の提出を依頼する