

No.	資料	質問	回答
1	共通資料 p10.p11	<p>業務継続計画（BCP）について、訓練の内容や開催方法について理解が不十分なところがある。通常業務と並行して、原則業務時間内に効果的な訓練をどのように実施すればよいか難しい。他事業所の事例も含めて、訓練の一例について教えてほしい。</p> <p>また、訓練について「机上訓練でもかまわない」とあるが、「研修」との差別化の仕方としては、どのように考えれば適切か。</p>	<p>業務継続計画（BCP）の訓練については、事業所の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等が想定されています。事例としましては、参集訓練、対策本部設置訓練、初動確認訓練、機器の操作等の訓練が挙げられます。</p> <p>研修は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うこととされており、訓練の実施は、机上を含めその実施方法は問わないとされています。訓練の実施は、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切とされています。</p>
2	共通資料 p10~p12	<p>業務継続計画（BCP）について、災害と感染症に関する訓練は、それぞれで規定回数以上の実施が必要か。</p>	<p>業務継続計画における災害及び感染症の訓練について、同日に実施することも差し支えありませんが、それぞれの内容について実施されている必要があります。例えば、年2回以上の実施が必要なサービス事業所において、年1回災害の業務継続計画に係る訓練、年1回感染症の業務継続計画に係る訓練を実施しているような場合は不適切です。</p> <p>なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えありません。</p>
3	共通資料 p22.p23	<p>個人情報使用同意書について、「ご家族にも同意を得る」という文言があるが、周辺の関係者（近隣の住人や友人等）が頻繁に関わっている利用者の場合、基本情報やフェースシート等に氏名を載せて共有する事があるが、その場合のそのような関係者等への同意は必要か。</p>	<p>家族以外の関係者の個人情報を用いる場合、その者に対して個人情報の使用について説明をした上で、同意を得ておくことが適切です。</p>
4	共通資料 p22.p23	<p>個人情報使用同意について、本人は署名可能であるが、家族が遠方で署名できない場合はどうすれば良いか。</p>	<p>契約時に利用者本人に署名をいただってください。それに加え、遠方に居住する家族に対して電話等で個人情報の使用について説明した上で、郵送等の方法を用い個人情報の使用に関して文書により同意を得ておくことが適切です。</p>
5	共通資料 p22.p23	<p>施設や事業所等において、緊急時に家族への連絡をするため、家族（キーパーソン等）の連絡先を共有しているが、家族の個人情報も取り扱っていると考えられるのか。その場合は個人情報の使用について家族の同意も必要か。</p>	<p>緊急連絡先として家族の連絡先を共有している場合も、個人情報を用いる場合に該当すると考えられます。「利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により同意を得ておかなければならない」と基準により定められておりますので、家族からの同意も適切に得ておく必要があります。</p>

6	-	<p>当事業所では、職員はマスク着用をしているが、他事業所等はどのような状況か。</p> <p>事業所のマスクの着用状況について詳細に把握しておりませんが、適切な感染対策を実施し運営していただいております。今後、感染対策等について、厚生労働省より通知等が発出された際には、適宜情報提供させていただきます。</p>
7	-	<p>3年前のコロナ特例がまだ適用となるのであればその点をもっと強調してほしい。コロナ禍にあって利用者が家族や事業者との面会を制限される中、尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うことができたのかどうか。できたのであれば、いまさら、20年前の運営基準を適用する必要はないはずである。書類づくりは利用者の尊厳を援助する手段であって、目的ではない。運営基準が時代にそぐわなくなっていることに気づいている人も多いと思われるが、いかがか。コロナも再び活性化すると考えておくべきである。</p> <p>「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて」は現時点でも適用されます。今後、取扱いに変更があった場合には情報提供させていただきます。</p> <p>運営基準については、介護報酬改定に伴い、原則3年に1回見直されています。時代と物価の変動に合わせて行われる介護給付の改定であり、3年に1回実施される他、その時の社会の情勢等にあわせ、臨時での改定が行われることもあります。</p>
8	<p>地域密着型資料 p21</p>	<p>認知症専門ケア加算の算定要件における「認知症ケアに関する留意事項又は技術的指導に係る会議」とは、認知症についての勉強会やケアについてのカンファレンスでもよいか。</p> <p>差し支えありません。</p>
9	<p>居宅資料 p5.p42</p>	<p>契約時の説明について、前6か月間に作成したケアプランの割合等を文章の交付（重要事項又は別紙）に加えてと口頭で説明し、利用申込者から署名を得るとなっているが、6ヶ月毎に担当利用者（全員）に別紙で実施しているが、居宅介護支援事業所との契約時のみに実施していればよいか。</p> <p>居宅介護支援の提供の開始時（契約時）に、直近の前期または後期の期間の利用割合について利用者に説明し署名を得ていただくことで問題ありません。</p>
10	<p>居宅資料 p8.p9</p>	<p>課題分析標準項目（23項目）の居住環境について、自宅内の状況や危険個所を文章で記載しているが見取り図でないといけないのか。</p> <p>居住環境については、住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境についてアセスメントを実施した結果が記録しておく必要がありますが、記載方法について定めはなく、見取り図や文章、写真等で適切に記録しておいてください。</p> <p>在宅生活の継続、自立した日常生活を考える上で、居住環境に関する情報は非常に重要となります。「危険個所なし」等の記載のみで、利用者が起居する場所、食事の場所、トイレ、お風呂等日常生活を送る場所がどのような状態であるかが把握されていないアセスメントでは不適切です。</p>

11	居宅資料 p8.p9	アセスメントシートの中に、課題分析標準項目を全て網羅している場合は、アセスメントシートとは別に課題整理総括表を作成しなくてもよいか。	<p>課題整理総括表は、利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際に適切な情報共有に資することを目的としています。（「課題整理総括表・評価表活用の手引き」平成26年3月）</p> <p>課題整理総括表は作成が必須のものではありませんが、サービス担当者会議や地域ケア会議等の場における多職種との情報共有や調査等に際して、積極的な活用をお願いします。</p> <p>なお、課題整理総括表は総括表でありアセスメントツールではないため、課題整理総括表のみでアセスメントを終えることは妥当ではありません。</p>
12	居宅資料 p8.p9	ケアプランを変更する場合にアセスメントを実施し、前回のアセスメントと内容に変更がない場合、支援経過に「再アセスメントを実施したが、変化がなかった」と記載するのみでよいか。	<p>前回のアセスメント結果から変化がないのであれば、その旨と実施日を支援経過に記載するのみでかまいません。しかし、本来は利用者の状態に何らかの変化があるために、ケアプラン変更の必要性が出てくるものだと考えられます。そのため、アセスメントシートに反映されないような変化であれば、支援経過等に記録として残しておくことが望ましいと考えられます。</p>
13	居宅資料 p8.p9	再アセスメントを実施し、前回のアセスメントと内容に変更がある場合、アセスメントシート全て出し直す必要があるか。それとも、支援経過に変更点を記載するのみでよいか。	<p>全て出力して紙媒体で保管する必要はありませんが、入力の際に前回データを上書きすると、過去のアセスメントの実施の有無が確認できないため、データを日付毎に適切に保存しておく必要があります。</p>
14	居宅資料 p12	ケアプラン第1表の「総合的な援助の方針」にBCPの中で緊急時の対応等を記載する必要があるとされているが、対象者は独居の方のみでいいか。家族様がいる利用者には記載の必要はないか。	<p>居宅サービス計画の記載要領において「総合的な援助の方針」欄については以下のとおり示されています。</p> <p>あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先、また、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応の方法等について載ることが望ましい。例えば、利用者の状態が急変した場合の連携等や、将来の予測やその際が多職種との連携を含む対応方法について記載する。（介護保険最新情報Vol.958「「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」）</p> <p>よって、同居家族の有無に関わらず、緊急時の対応方法等について記載しておくことが望ましいと考えます。</p>

15 居宅資料 p12	ケアプランの長期目標、短期目標の期間の決まりはあるか。例えば認定期間が長くなったため、状態が安定している利用者については短期目標は1年にしてもよいか。	介護保険最新情報Vol.958において、「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。」と示されており、長期目標及び短期目標の期間の設定については、明確に定められておりません。 ただし、目標は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものであることから、期間については、利用者の状態像から、目標を達成するために適切な期間を設定する必要があります。期間を設定する理由として、計画的に支援を行い、目標の達成状況を評価を行うということがあることから、短期目標の期間を長期間に設定することは慎重であるべきです。「状態が安定している」という理由のみで「短期目標」の期間を長期間に設定することは望ましくないと考えます。
16 居宅資料 p14.p16	医療系サービスを位置付ける際、主治医の意見を確認することとなっているが、認定審査の主事意見書の医学的管理の必要性欄のチェックの有無により判断してよいか。	「主治医意見書記入の手引き」（介護保険最新情報Vol.1003）III 4（5）医学的管理の必要性について「本項目の記入は、ここに記入されているサービスについての指示書に代わるものではありませんのでご注意ください。」とあることから、主事医意見書への記載のみでは主治の医師等があるものとは認められません。今まで主治医意見書のみで判断を行っていた場合は、今後適切な方法に改めるようにお願いします。
17 居宅資料 p14.p16	医療系サービスを位置付ける際、主治医の意見を口頭等により確認する場合、どのような項目を記録しておく必要があるか。	下記の確認事項について、主治の医師等の所属する医療機関関係者から確認し、支援経過等に記録しておいてください。 ① 確認した日時 ② 確認した相手（担当者）※医師本人でなくても可 ③ 指示を出している主治の医師名及び医療機関名 ④ 指示の出ている期間 ⑤ 指示の内容
18 居宅資料 p14.p16	医療系サービスを位置付けた際の主治の医師等へのケアプランの交付について、サービス開始時のみに交付すればよいか。認定更新時や区分変更時に再々意見を聞く必要があるか。	主治の医師等の意見を求めることについては、医療系サービスを位置付ける際（サービス開始時及び利用回数の増減時）に必要です。また、主治の医師等へのケアプランの交付は、他サービス同様、ケアプラン作成毎に必要です。

19	居宅資料 p14.p16	医療系サービスを位置付ける際、主治医の意見を確認することとなっているが、なかなか電話が繋がらない主治医の場合、訪問リハ等の事業所から指示書のコピーをもらい記録しておくことでよいか。	居宅サービス計画に基づいて、医療系サービス等が提供されるものであり、サービス提供事業所に対する医師の指示書ではなく、居宅サービス計画に当該サービスを位置付けるための医師の指示が分かるものであることが必要です。そのため、サービス提供事業所に対して、主治医からの指示書の写しの提出を求めることは適切ではありません。
20	居宅資料 p18~p21	ご本人の状態が特に変化なく、ご自身の気まぐれだけのサービスの変更に至った場合（例：福祉用具の返品、通所リハビリや通所介護の利用回数の変更など）サービス担当者会議の開催は必要か。	例で挙げられている福祉用具の返品については、変更理由に関わらず、軽微な変更には該当しないため、サービス担当者会議の開催が必要です。通所リハビリテーションや通所介護の利用回数の変更については、週1回程度の増減であれば軽微な変更には該当し、サービス担当者会議等一連の業務を省略できる場合があります。なお、段階的に回数が増える場合は、軽微な変更には該当しないため注意してください。
21	居宅資料 p18~p21	サービス担当者会議について、一部のサービス（福祉用具等）が度々変更する場合、その都度、ケアプラン原案に位置付けたサービス事業所を招集し、サービス担当者会議を開催しなければならないのか。	福祉用具の変更（追加・削除）については、原則居宅サービス計画に係る一連の業務の省略はできません。 ただし、福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更については「軽微な変更」に該当する場合があります。 (軽微な変更には該当する例) ・ 同一機能の新しいモデルに変更し単位数が変更になる場合 (軽微な変更には該当しない例) ・ 福祉用具が不要になって返却する場合 ・ 同一種目でも機能が変更となる場合 ・ 同一種目の貸与数が増減する場合 ・ 付属品が増減する場合
22	居宅資料 p18~p21	新型コロナウイルス感染症予防の為、サービス担当者会議については照会でもよいとされているが、いつまで継続できるのか。	現時点においても、「感染拡大防止の観点から、やむを得ない場合については、利用者の自宅以外での開催や電話・メール・FAX等での照会により意見を求めることができるものとする」（令和2年3月2日通知）の取扱いは可能です。今後、取扱いに変更があった場合には情報提供させていただきます。

23	居宅資料 p23.p24	ケアプラン・利用票について、押印は事業所判断でよいか？	<p>ケアプラン第1表については、電磁的方法を用いずに書面によって同意を得る場合、従来どおり利用者から署名等を貰ってください。利用者への説明、同意、交付を行ったことが分かる形になっていれば、署名のみであっても適切に手続きができていますと判断します。押印については、「押印についてのQ&A」（令和2年6月19日）を参考にしてください。</p> <p>利用票（第6表）について、居宅サービス計画書標準様式に押印欄はありませんが、同意を得たことが分かるように余白等に署名又は押印を貰うようにしてください。支援経過への記載だけでは合意確認ができていない可能性があります。</p>
24	居宅資料 p23.p24	ケアプランへの同意について押印は不要でよいか。	<p>電磁的方法を用いない場合はこれまでと同様書面での同意が必要となります。基準上「文書により同意を得ること」と定められており、必ずしも押印は必要はありません。利用者への説明、同意、交付を行ったことが分かる形になっていれば、適切に手続きが行えていると判断します。</p> <p>（参考資料「押印についてのQ&A（令和2年6月19日内閣府・法務省・経済産業省）」）</p>
25	居宅資料 p23.p24	利用票の押印についてどこに押せばよいか？	<p>利用票の押印場所について特に指定はありません。利用者氏名の横や余白部分等に署名又は押印を貰ってください。</p>
26	居宅資料 p27	<p>ケアプランの交付、個別サービス計画の提出を求めたが提出してもらえない場合、サービス担当者会議で担当者に照会したが回答が得られなかった場合等について、支援経過等に記録とあるが、別途様式で記録し管理することは可能か。</p>	<p>確認ができる記録があれば、必ずしも支援経過への記載は必要なく、別途様式でも差し支えありません。</p>
27	居宅資料 p30	<p>個別サービス計画の提出について、いつまでに個別サービス計画を交付してもらう必要があるか。提供を求めても交付してもらえない場合、いつの時点まで提供を求める必要があるのか。</p>	<p>個別サービス計画の提出の期限については明確に定められておりません。</p> <p>サービス提供事業所に対して、個別サービス計画について、ケアプランとの連動性や整合性について確認する必要性について伝えていただき、それでも提出いただけない場合は、個別サービス計画の提出を求めた日付や交付してもらえない旨等について支援経過等に記録しておいてください。</p>

<p>28</p> <p>居宅資料 p33</p>	<p>モニタリングについて、月途中で入院した場合、モニタリングが実施できなかった場合、モニタリング記録を残す必要がないと理解してよいか。支援経過に、モニタリングができなかった理由を記載するだけでよいか。</p>	<p>月途中で緊急入院し面接できない場合、介護保険最新情報 Vol.959において、「入院・入所等利用者の事情により利用者の居宅において面接することができない場合は「特段の事情」に該当し、必ずしも訪問しなければ減算となるものではない。ただし、入院・入所期間中でもモニタリングをしていく必要性はあることから、その後の継続的なモニタリングは必要となるものであり、留意されたい。」とされています。利用者の都合により居宅での本人面接ができない場合においては、モニタリングを実施しなくてもよいわけではなく、代替手段によるモニタリング（入院中等の利用者面接や居宅での家族等の面接など）を行うなど、適切なケアマネジメントの実施が求められており、その旨について適切に記録しておく必要があります。</p>
<p>29</p> <p>居宅資料 p32~p34</p>	<p>現在、モニタリングの内容をモニタリングシートと支援経過と両方に記載しているが、両方とも必要か。</p>	<p>モニタリング結果を記録をする様式について、定めはありません。よって、支援経過のみの記載、モニタリングシート等任意様式による記載のみでも差し支えありません。記載にあたっては、訪問日、本人及び家族の様子、サービス利用状況や課題、目標の達成度などが記録されていることが必要です。</p>
<p>30</p> <p>-</p>	<p>厚労省によるケアプランデータ連携システムの説明では、サービス事業所に交付するケアプランは居宅支援事業所で保管しているケアプランに利用者の同意署名があれば署名の記載がなくてもよいと説明していたがそれでののか。</p>	<p>差し支えありません。</p>
<p>31</p> <p>-</p>	<p>ケアプランデータ連携システム導入を検討していますが期限はありますか。必須でしょうか。令和5年4月より本格稼働となっていますが、推奨されている段階と捉えてよろしいのでしょうか。</p>	<p>ケアプランデータ連携システムについて、令和5年4月20日より本格稼働となっておりませんが、現状、利用が義務付けられているわけではありません。</p>