

# 居宅介護支援業務についてのガイドライン

Ver.1

このガイドラインは、当協会が実施している介護支援専門員総合相談事業の中で、よく聞かれる事柄について、現場のケアマネジャーの方の業務負担を軽減し、業務の効率化に資することを目的に作成したものです。

ケアマネジメント業務は個別化が強く求められるものであり、このガイドラインの通りに業務を行うことを推奨しているものではありませんが、現場のケアマネジャーの方が持っている迷いを軽減して、よりよい業務の遂行に役立てていただければ幸いです。

尚、記載している内容について、それぞれの市町の見解と異なることもあるかもしれませんので、場合によっては、各保険者に個別に確認いただきますようお願ひいたします。

2020年3月

一般社団法人 三重県介護支援専門員協会

## Q1. 第2表の短期目標の期間については、どのように考えればよいでしょうか。

短期目標については、大きく2種類のタイプに分けて考えると分かりやすいかと思います。一つ目のタイプは、本人の生活機能の回復を目指すもので、今はできていないことについて、できるようになることを目指すものです。

例えば、現在は、自室のベットの周囲のみだけ伝え歩きをしている人が、トイレまで伝え歩きで行けることを目指すケースです。この場合は、トイレまで歩行ができるように、環境の整備をしたり、リハビリに取り組んだりすることになるでしょう。環境の整備だけでできるようになることを見込むなら、例えば、手すりなどの設置のための期間が短期目標になります。また、リハビリも必要であるなら、どのくらいの期間を見込めば、トイレまでの歩行ができるようになるかと検討して、その期間が短期目標になります。(その場合、もちろん、多職種で検討することも大切です)。

二つ目の目標のタイプは、ある部分についての生活機能の向上は見込めないので、生活を維持していくために、本人の生活機能を補うというものです。

例えば、入浴について、自宅での入浴ができるようになることを見込めない(目指すことは無理がある)ので、デイサービスを利用して、そこで必要な介助を受けて入浴し、清潔を保つというようなケースです。この場合は、そのためのサービスを調整できれば、その部分(この例であれば、入浴介助を受けて清潔を保つ)がすぐにできるようになることが多いでしょう。しかし、この場合は、サービスを調整するのに必要な期間を短期目標とするのではありません。本人ができないことを補ってもらいながら、どの程度の期間を生活していくかということになり、期間が切れない、極端に言えば、本人が亡くなるまでという解釈もできるかと思われます。

しかし、それでは計画書として成り立たないのではないかという意見もあり、短期目標の期間については、3か月とか6か月とかを目安にしてはどうかと研修会で聞かれたこともあるでしょう。

短期目標の期間と2表の右端の期間、つまりケアプランの期間とは連動することが、実務研修のテキストにもなっている『居宅サービス計画書作成の手引き(六訂)』(一般財団法人長寿社会開発センター)に書かれています。同書P17に、書き方①「期間は、『短期目標の期間』と連動します。」とあります。そのため、短期目標の期間ごとにケアプランの評価・再作成が必要になります。(そうしないと、ケアプランの期間が切れたままになってしまいます)。そう考えると、3か月ごとに評価をしていくことは、業務の負担も大きく、このガイドラインにおいては、6か月という期間を目安にしてはどうかと提案します。

もちろん、一つ目のタイプの目標である、本人の生活機能の向上を目指すものについては、リハビリや環境調整のための期間として見込んだ期間が、ケアプランの期間にもなりますから、一律に目安の期間を想定することはできず、まさにケースバイケースということになります。(長期目標に向かっていくための、スマールステップとして設定するのが短期目標

ですから、例えば6か月を超えるような短期目標は齟齬があるということになってしまふかと考えます)。それぞれのケースで、その見込んだ期間の終期において、ケアプランの評価・再作成が必要になります。

## Q2. 本人の状態は変わらず、ケアプランの変更も必要がない場合、短期目標の期間が到達したときに、どのようにするべきでしょうか。

このような場合は、軽微な変更として、短期目標の期間（＝ケアプランの期間）を延長することが想定されます。そのために、まず、現状のケアプランの評価をすべきと考えます。

評価については、毎月のモニタリングに合わせて行う方法もありますが、課題整理総括表と合わせて、評価表の書式も厚生労働省から示されており、この評価表を活用する方法をこのガイドラインでは提案します。これらの活用方法については、介護保険最新情報 Vol. 3 7 9 「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について（平成26年6月17日 事務連絡 厚生労働省老健局振興課）が発出されています。

同事務連絡の中で、評価表の記号について、先のQ1に示した、本人の生活を維持するために、生活機能を補うような場合の短期目標については、下記のように取り扱うと示されています。

なお、生活を維持するために必要な援助を使い続けることを見込んでいる場合（例えば「～の状況を維持できる」といった内容の短期目標の場合）に、そのケアプランの終期で状況が維持されているのであれば「○」（短期目標は達せられた）を記入し、再アセスメントの結果生活の状況に大きく変化が無ければ、同様の短期目標を次のケアプランでも再設定する。

短期目標の達成状況	記号
短期目標は予想を上回って達せられた (より積極的な目標を設定できる可能性がある)	◎
短期目標は達せられた (再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)	○
期間延長を要するが、短期目標の達成見込みはある	△
短期目標の達成は困難であり見直しを要する	×1
短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する	×2

質問のような場合については、ケアマネジャーとして、本人がそれぞれの生活行為について回復するのは難しいと見込んでおり、できない部分を補って生活を続けていく、つまり、上記のように、生活を維持するために必要な援助を使い続けることを見込んでいることが多いかと思われます。このような場合であれば、ケアプランの軽微な変更となることが多いと思われます。評価表を作成することにより、当該評価表をもって、軽微な変更として判断した根拠とすることができます。

ケアプランの軽微な変更の内容については、介護保険最新情報 Vol.155 (平成22年7月30日)「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直し」に関するご意見への対応についての通知により例示がされています。同通知の3ページに目標期間の延長について、「単なる目標設定期間の延長を行う場合(ケアプラン上の目標設定(課題や期間)を変更する必要が無く、単に目標設定期間を延長する場合など)については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。なお、これらはあくまで例示であり、「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。

ちなみに、基準とは、指定居宅介護支援等の事業及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚生省令第38号)のことです。

そして、軽微な変更に該当するかどうかの判断は、担当ケアマネジャーに委ねられています。上記基準のいわゆる解釈通知である「指定居宅介護支援等の人員及び運営に関する基準について(平成11年7月29日老企22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)」において、「利用者の希望による軽微な変更(例えばサービス提供日時の変更等で、介護支援専門員が基準第13条第三号から第一二号までに掲げる一連の業務を行う必要性がないと判断したもの)」とされています。(『介護報酬の解釈2(平成30年4月版)』P.637)

逆に言うと、担当ケアマネジャーが軽微と判断しなかった場合の変更については、同通知においても、「介護支援専門員は、居宅サービス計画を変更する際には、原則として、基準第13条第三号から第一二号までに規定された居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要である」(『介護報酬の解釈2(平成30年4月版)』P.637)とされており、つまり、軽微でない変更を行う場合は、アセスメントからサービス担当者会議までを含めた一連のケアマネジメント業務を行う必要があります。

軽微な変更として処理をする場合は、「居宅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(平成11年11月12日老企第29号)」において、「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点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができる」(『介護報酬の解釈3(平成30年4月版)』P.828)とされており、変更箇所を2重線などで修正する対応が認められています。

尚、軽微な変更とする時に、どのような記録が必要かということについて、通知が出ている市町もありますので、各保険者に確認してください。

**Q3. 要介護認定結果がまだ確定していないケースでサービスを先行利用する場合は、いわゆる暫定ケアプランを作成しますが、その場合のサービス担当者会議について、認定結果が出てから再度開催する必要がありますか。**

このような場合のいわゆる暫定ケアプランの作成については、認定結果を予測して、その予測に基づき、暫定ケアプランを作成することになると考えます。

認定結果が判明したときに、予測したものと変わらないのであれば、この暫定ケアプランをもって正式なケアプランに代える、つまり暫定ケアプランを本ケアプランに移行させるという取り扱いをすることができる場合もあると考えます。

この場合は、暫定ケアプランを作成した時のサービス担当者会議で足りるということになりますが、必要事項を二重線で訂正するなどにより、暫定ケアプランがそのまま本ケアプランに移行したことが分かるようにすることが必要であり、また、そのことについて、利用者又はその家族に説明し、同意を得て、支援経過記録に同意を得た日付、相手方、確認方法（電話、面談等）などを記録することが望されます。

尚、介護度が予測したものと異なっていても、場合によっては、軽微な変更として取り扱うことができると考えます。Q2でお示ししたように、担当ケアマネジャーとして、基準第13条第三号から第一二号までに掲げる一連の業務を行う必要性がないと判断したことをその理由を含めて記録して、暫定ケアプランの変更箇所を2重線等で訂正し、上記と同様の取り扱いをすることもできる場合があります。

いずれの場合であっても、利用者又は家族の同意が得られた本ケアプランを利用者及び居宅サービス事業者に交付することが望ましいと考えます。

尚、要介護になると見込んでいたケースが要支援の認定になった場合（この逆を含む）については、それぞれの市町の考え方方が異なる部分が多く、このガイドラインでは取り扱いませんので、各市町の保険者へ確認してください。