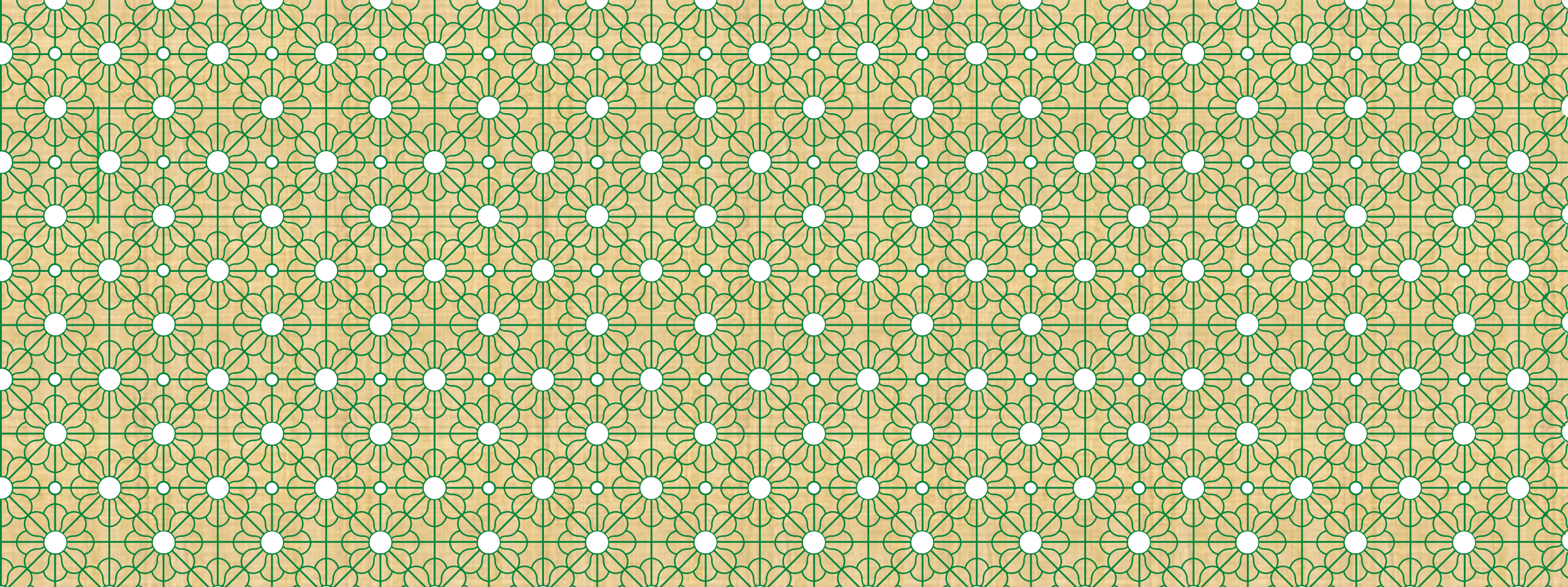




主任ケアマネジャー—中野区連絡会

北部エリア発表

令和5年度 5月

横塚美幸・矢口あさみ・鈴木雅代・縄田里佳・山田晃・平野道代・石田佳世子・白根日出子・福本晶・山川夕起・西尾紀明・布施絹枝・柳瀬薫・
小島知子・坂本真理・落合美智子・古川ひとみ・田邊智子・中條知子・山崎淑子・大場秀子・渡邊樹音・宮平良順・牛越美代子・井上真弓

実地指導から運営指導へ

＜運営指導に沿ったケアプラン作成について＞

厚生労働省は2022年3月31日に介護保険情報Vol.1062にて「介護保険施設等運営指導マニュアルについて」の通知を発出した。厚労省はマニュアルで、この「確認項目・確認文書」を「事業所自身で点検すべきもの」とも説明している。事業所にとっても自己点検すべき内容をきっちりと行なえば運営に支障がない。新型コロナウイルス感染症により、一部オンライン指導の導入も可能となった。そのため、指導の名称が実地指導から運営指導に改称している。

今般の行政指導により、文書の簡素化、標準化及び効率化、ICT等の活用により、どのように負担軽減が図れるのか。指導内容の明確化がどのような内容か確認が必要と考え、今回の研修に取り上げた。

* 今回の運営指導では、指導形態を大きく2つに分けている *

I. 文書の簡素化、標準化、ICT等の活用など負担軽減

II. 指導内容の明確化

1. 指定居宅介護支援の具体的取扱い方針
2. 業務継続計画の算定など
3. 感染防止の予防及びまん延防止のための処置
4. 報酬請求指導



I . 文書の簡素化、標準化、 ICT等の活用等の負担軽減

介護分野における生産性向上の取組

第 6 期介護保険事業計画		第 7 期介護保険事業計画			第 8 期介護保険事業計画			第 9 期
平成28年度 (2016年度)	平成29年度 (2017年度)	平成30年度 (2018年度)	令和元年度 (2019年度)	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)	令和6年度… (2024年度…)
平成28 年度時点 の文書量 の把握 (推計)					文書量の調査（平成28年度との比較調査） ■行政に提出する文書 ○更なる簡素化・標準化及びウェブ入力・電子申請化による文書量の削減効果を調査・推計 ■事業所におけるケア記録・ケアプラン等の文書 ○利用者の同意取得方法（押印）の見直しや紙から電磁的記録による保存への移行等による文書量の変化を調査・推計			
		推計						
行政に提出する文書の削減 ○指定申請項目を削減する省令改正 ○文書負担軽減専門委員会を設置（R1.8） ○簡素化、標準化、ICT等の活用について検討し、対応方針を自治体へ周知					ウェブ入力・電子申請 令和3年度中に介護サービス情報公表システムを改修し、電子申請・届出システムを実現	ウェブ入力・電子申請 令和4年度 運用開始予定		○行政が求める帳票等の文書量の半減（2020年代初頭までに） ○介護現場の負担軽減を促進
事業所のケア記録・ケアプラン等の文書の削減 ○利用者の同意取得方法（押印）や電磁的記録による保存等（省令改正）R3.4.1～ ケアプランデータ連携システム構築事業（対面を伴わないデータ連携の実現） ・標準仕様作成⇒・実証検証⇒・システム構築⇒・利活用の推進								
ICT導入支援事業による介護ソフト等の購入費用の補助（地域医療総合確保基金） 補助上限額の増額 一定の要件を満たす場合に補助割合3/4下限に増								
ICT導入の促進 ICT導入の手引き策定 事業所のICT化の実態把握（R1年度） ○介護報酬請求（84.3%） ●アセスメント表作成（57%） ●サービス内容の記録（56%） ●シフト表作成（9.2%） ●転記不要（57.8%） ICT導入の手引き改訂 報酬請求以外の機能の活用促進 好事例の横展開								
介護ロボット導入の促進 介護報酬での評価 ○夜勤職員配置加算におけるテクノロジー要件の導入 導入支援事業による介護ロボットの購入費用の補助（地域医療総合確保基金） 報酬上評価の見直し ○夜勤職員配置加算におけるテクノロジー要件の緩和 ○テクノロジー活用時の夜間人員配置基準の緩和								



介護分野の文書に係る主な負担軽減策

簡素化・標準化の検討が、ICT化の推進にも繋がる。
(並行して検討することが有益な項目は柔軟に取り扱う。)

	指定申請	報酬請求	実地指導等
簡素化	● 提出時のルールによる手間の簡素化 ・押印、原本証明、提出方法（持参・郵送等）		● 実地指導に際し提出する文書の簡素化 ・重複して求める文書 ・既提出文書の再提出
	● 様式、添付書類そのものの簡素化 ・勤務表の様式、人員配置に関する添付書類 ・その他、指定申請と報酬請求で重複する文書		
	・平面図、設備、備品等	・処遇改善加算/ 特定処遇改善加算	
	● 介護医療院への移行にかかる文書の簡素化		
	● 変更届の頻度等の取扱い		● 実地指導等の時期の取扱い
	● 更新申請時に求める文書の簡素化		
標準化	● 併設事業所や複数指定を受ける事業所に関する簡素化 ・複数種類の文書作成（例：介護サービスと予防サービス） ・複数窓口への申請（例：介護サービスと総合事業） ・手続時期にずれがあることへの対応		
	● H30省令改正・様式例改訂の周知徹底による標準化（※）		● 標準化・効率化指針の周知徹底による標準化
	● 様式例の整備（総合事業、加算の添付書類等） ● ガイドライン、ハンドブック等、効果的な周知の方法		
ICT等の活用	● 申請様式のHPにおけるダウンロード		● 実地指導のペーパーレス化 ・画面上での文書確認
	● ウェブ入力・電子申請		
	● データの共有化・文書保管の電子化		

<凡例>

R元年度の取組

1～2年以内の取組
(R2年～R3年度)

3年以内の取組
(R4年度まで)

《取組を徹底するための方策》

- 各取組の周知徹底（特に小規模事業者）
- 国・都道府県から市区町村への支援
- 事業所におけるICT化の推進
- 自治体における取組推進のための仕組みの検討 他



Ⅱ. 1. 指定居宅介護支援業務の 具体的取り扱い方針（第3条）

①課題分析（アセスメント）

- 利用者の能力や環境等を評価することで、現に抱える問題点を明らかにする。
- 利用者が自立した日常生活を営むことができるように、解決すべき課題は何かを把握する。
- ▼ 居宅サービス計画の新規作成・変更にあたり居宅を訪問し利用者及びその家族と面接して行う。
- 特段の事情があり、自宅以外の場所で面接する場合はその理由を支援経過記録に記載する。

※「特段の事情」とは、利用者が入院中であるなど物理的な理由がある場合

②サービス計画原案の作成

- 実現可能なものとする。
- 評価を行い得る目標にする。
- × モニタリング時に具体的な評価が出来ない目標
- 目標を数値化するなど、評価が行える目標
- 家族の目標やサービス事業者の目標ではない。また、サービス内容を目標にしない。



③サービス担当者会議の開催又は欠席者への照会

▼【新規・更新認定時・区分変更認定時・居宅サービス計画変更時】に開催する。

□出来る限り日程調整を行い、利用者やその家族、サービス担当者の参加を求める。

※利用者やその家族の参加が望ましくない場合（家庭内暴力等）には、必ずしも参加を求めるものではない。

□開催時、出席できない担当者へは、あらかじめ照会を行った上で意見を求める。また、欠席者の意見も会議に反映する。

▼やむを得ず開催しない場合は担当者に照会を行う。

※「やむを得ず開催しない場合」の例

・開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合（利用者や家族、介護支援専門員の都合のみによるものではない場合）

・末期の悪性腫瘍の利用者で、主治の医師等の助言を得た場合

・利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合

□サービス担当者等から専門的な見地からの意見を求め、サービス内容や頻度・期間の調整に反映する。
⇒単なる報告会ではなく、課題や目標は何か、サービス毎にどのような支援が出来るのか、注意すべきことはどのようなことなのか等を共有する場とする。

□サービス担当者会議の検討した項目・検討内容について詳細に記録を記載する。

④ サービス計画の説明・同意・交付

- ▼ 新規作成時、変更時に利用者・家族へ説明し、文書による同意を得る。
- ▼ 居宅サービス計画を作成した際には、遅滞なく利用者及び担当者に交付している。

⑤ サービス担当者への個別サービス計画の提出依頼

- 新規作成時、変更時等にサービス担当者に対し居宅サービス計画を交付した時に、個別サービス計画書の提出を求め、居宅サービス計画との連動性や整合性について確認する。
- 個別サービス計画の提出を依頼する。



⑥モニタリングの実施及び記録

▼ 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し利用者に面接する。

※ サービス提供開始が月途中であっても、その月のモニタリングは必要

□ 特段の事情により訪問していない場合、その理由や事情を記載する。

※ 「特段の事情」とは、利用者の事情（急な入院や入所など）により、居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合が主であり、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。

□ 家族やサービス事業所等に対しても連絡を継続的に行う。

▼ 1月に1回以上、モニタリングの結果を記録する。（モニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続しないこと）

□ 以下の事項について確認し、記録する。

- ・ 居宅サービス計画の変更の必要性等
- ・ 利用者やその家族の意向・満足度等
- ・ 目標の達成度
- ・ 事業所との調整内容

□ 課題の変化等により、居宅サービス計画の修正や個別サービス計画の修正が必要な場合は、居宅サービス計画の変更や連絡調整などを行う。

□ サービス事業者等から利用者の情報提供を受けたときその他必要と認めるときは、【利用者の服薬状況・口腔機能・利用者の心身・生活の状況】に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供する。

⑦サービス計画の変更

- 居宅サービス計画を変更する際には、居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行う。（※ 軽微な変更を行う場合には省略可能）

居宅サービス計画の届出

- 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（生活援助中心型）を位置付ける場合は、その必要性を居宅サービス計画に記載するとともに、当該居宅サービス計画を保険者に届出を行う。

主治の医師の意見等

- 医療サービスを位置付ける場合は、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行う。
- 医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求める。
- 主治の医師等の意見をふまえ、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付する。
- 主治医意見書については、必要な部分のみをサービス事業者に提供する。

短期入所サービスの居宅サービス計画への位置づけ

- 短期入所サービスを居宅サービス計画へ位置付ける場合には、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意し、特に必要と認められる場合を除き、要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにする。

※参考資料（指定居宅介護支援の具体的取扱方針） 法令より抜粋

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第一条の二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。

一 指定居宅介護支援事業所の管理者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

二 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。

三 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにしなければならない。

四 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス（法第二十四条第二項に規定する介護給付等対象サービスをいう。以下同じ。）以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

五 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。

六 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

七 介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

八 介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。

九 介護支援専門員は、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議（テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この号において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。）をいう。以下同じ。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、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、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師（以下この条において「主治の医師等」という。）の意見を勘案して必要と認める場合その他の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。

十 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。

十一 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。

十二 介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問介護計画（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十七号。以下「指定居宅サービス等基準」という。）第二十四条第一項に規定する訪問介護計画をいう。）等指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。

十三 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

十三の二 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔(くう)機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

十四 介護支援専門員は、第十三号に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

イ 少なくとも一月に一回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。

ロ 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。

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

十六 第三号から第十二号までの規定は、第十三号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。

十七 介護支援専門員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。

十八 介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行うものとする。

十八の二 介護支援専門員は、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（厚生労働大臣が定めるものに限る。以下この号において同じ。）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町村に届け出なければならない。

十八の三 介護支援専門員は、その勤務する指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた指定居宅サービス等に係る居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費及び特例地域密着型介護サービス費（以下この号において「サービス費」という。）の総額が法第四十三条第二項に規定する居宅介護サービス費等区分支給限度基準額に占める割合及び訪問介護に係る居宅介護サービス費がサービス費の総額に占める割合が厚生労働大臣が定める基準に該当する場合であって、かつ、市町村からの求めがあった場合には、当該指定居宅介護支援事業所の居宅サービス計画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等を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

十九の二 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

二十 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

二十一 介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置付ける場合にあっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。

2. 業務継続計画の策定など (第19条の2)

▶業務継続計画（Business Continuity Plan）とは何か？

大地震などの自然災害、感染症のまん延、テロ等の事件、大事故、サプライチェーン（供給網）の途絶、突発的な経営環境の変化など不測の事態が発生しても、重要な事業を中断させない、または中断しても可能な限り短い時間で復旧させるための方針、体制、手順等を示した計画。

▶業務継続計画はなぜ策定するのか？

- ①令和3年の介護報酬改定で指定基準が改正、策定することが新設された。
- ②東日本大震災や新型コロナウイルス感染症のまん延のようなことが発生したときに、要介護者や家族の生活を支える上で欠かせない介護サービスの維持・復旧に必要なため。

▶ 事業者に求められていることは何か？

- ・感染症や非常災害の発生時に利用者に対するその介護サービスの提供を継続的に実施するための、および非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し必要な措置を講じること。
- ・職員に対し、業務継続計画について周知し、必要な研修及び訓練を定期的に実施する。
- ・定期的に業務継続計画の見直し、必要に応じて業務継続計画の変更を行う。

BCPは感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して介護サービスが受けられるようにするため策定される。策定後は事業所で研修や訓練（シュミレーション）を実施していくことが望ましいとされる。また、他のサービス事業所との連携等により行うことも可とされる。

▶ 業務継続計画には以下の項目等を記載する。

〈感染症〉

- ・平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取り組みの実施、備蓄品の確保等）
- ・初動対応
- ・感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有）

〈災害〉

- ・平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフライン停止時の対策、必要品の備蓄等）
- ・緊急時の対応、業務継続計画発動の基準（例えば震度 6 以上）、対応体制など
- ・他施設及び地域との連携

策定して終わりではなく、BCPと平常時の日常業務といかに融合させていけるかが重要であり、策定内容を職員間で共有すること、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応に係る理解の励行を行っていく。そのため、定期的（年1回以上）の研修の開催、研修内容の記録（開催年月日・参加者・内容）することが望ましい。訓練は、感染症や災害が発生した場合に迅速に行動できるよう、BCPに基づいて事業所内の役割分担の確認、実践するケアの演習等をするなど、手法は問わないものの机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせて訓練をしていく。

現在はまだ努力義務であるが令和6年4月1日には策定が義務化される。厚生労働省のホームページでガイドラインがダウンロードでき、民間での研修も開催されているので、参考にして計画策定・運用していくと良い。

【参考】厚生労働省ホームページ

令和3年度介護報酬改定 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について

介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン

介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン

（厚生労働省老健局 令和2年12月）

3. 感染症の予防及び まん延防止の為の措置 (第21条の2)

＜確認事項として＞

- ①感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を講じているか。
- ②感染症または食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を6か月に1回開催しているか。

＜確認文書として＞

- ①感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会名簿・委員会の記録があるか。
- ②感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針があるか。
- ③感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修の記録及び訓練の記録があるか。

①感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会名簿・委員会の記録とは・・・

感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会の設置義務（感染対策委員会）

<構成メンバー>

- ☆外部の者も含め、感染症対策の知識を有する者
- ☆構成メンバーの責任や役割分担を明確にする
- ☆専任の感染対策を担当する者（感染対策担当者）選任

<開催頻度>

- ☆概ね6月に1回以上 記録は独自のものでOK
- ☆テレビ電話装置等での開催はOK

ここでひとつポイント！

感染対策委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差支えない。また指定居宅介護事業所に実施が求められるものであるが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差支えない、とされています。

もうひとつポイント！

ひとりケアマネさんの場合

「感染症及びまん延の防止のための指針」を整備することで、感染対策員会を開催しないことも差支えないとされています。この場合にあっては、当該指針の整備について、外部の感染管理等の専門家等（※）と積極的に連携することが望ましいとされています。

※ここでいう外部の感染管理等の専門家等とは？

②感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針とは

記載内容のポイント！
平常時の対策及び発生時の対応を規定

平常時の対策

- ☆事業所内の衛生管理（環境の整備等）
- ☆支援にかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等

発生時の対策

- ☆発生状況の把握
- ☆感染拡大の防止
- ☆医療機関や保健所、市町村の関係機関との連携
- ☆行政等への連絡
- ☆連絡体制の整備

③感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修の記録及び訓練の記録とは。

研修について 頻度

- ☆年 1 回以上の実施
- ☆新規採用時には別に研修を実施することが望ましい

内容

- ☆BCPの具体的内容を職員間に共有する
- ☆平常時の対応の必要性や緊急時の対応に係る理解の励行を行う

記録

- ☆研修の内容は記録すること（独自のものでOK）

<訓練（シュミレーション）について>

頻度

☆年 1 回以上の実施

内容

BCPに基づき... ☆事業所内の役割分担の確認

☆感染症や災害が発生した場合に、実践するケアの演習等

実施方法

☆机上を含めその実施方法は問わない

☆机上及び実地で実施するものを組み合わせながら実施することが適切とされています。

ここでひとつポイント！

「感染症」に関しては、
「感染症の予防及びまん延防止のための研修/訓練」と一体的に実施することとは差し支えないとされています。

4. 報酬請求指導 (運営基準減算)

運営基準減算とは

運営基準減算は、ケアプランの作成等に関する運営基準に適合していない場合に適用される減算項目で、利用者ごとに減算されます。

所定単位数の100分の50に相当する単位数を減算し、運営基準減算が2ヶ月以上継続している場合には、所定単位は算定できません。

▶運営基準減算に該当する「居宅介護支援運営基準」の条項

- ・第4条第2項 (内容及び手続の説明及び同意)
- ・第13条第7号 (課題分析における留意点)
- ・同条第9号 (サービス担当者会議等による専門的意見の聴取)
- ・同条第10号 (ケアプランの説明及び同意)
- ・同条第11号 (ケアプランの交付)
- ・同条第14号 (モニタリングの実施)
- ・同条第15号 (ケアプランの変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取)

内容及び手続の説明及び同意

利用者に対し、サービス事業者の選定理由や複数のサービス事業者を紹介するように求めることができること、前6ヶ月間にケアプランに位置付けた各サービスの割合等を説明し同意を得る。

アセスメント

▶ケアプラン作成・変更時のアセスメント等

ケアプランの新規作成及びその変更時のアセスメント等で、下記のいずれかを行っていない場合、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前日まで減算となります。

- a 利用者の居宅を訪問すること
- b 利用者又はその家族に面接すること
- c サービス担当者会議を開催すること
- d ケアプラン原案の内容について、利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、ケアプランを利用者及びサービス事業所の担当者に交付すること

サービス担当者会議

▶ サービス担当者会議の開催

下記のいずれかの場合には、サービス担当者会議を開催します。開催していない場合は、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算となります。

- a ケアプランを新規に作成する場合
- b 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合
- c 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更認定を受けた場合

ケアプランの説明、同意及び交付

▶ケアプランは作成時点では原案にすぎず、利用者に説明して、同意を得た時点で本当のケアプランとなります。

▶計画の説明と利用者の同意はとても重要なプロセスです。

サービスの提供と介護報酬の請求ができるのは、同意の日からと決まっています。

～同意が先！ サービス開始が後！～

▶サービス事業者に交付し、サービス事業者からも個別サービス計画の提出を求め、ケアプランと整合性がとれているか確認しましょう。

モニタリング

▶ 月 1 回の訪問、モニタリングの記録

下記のいずれかを行わなかった場合、特別な事情がない限り、当該月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算されます。

- α 1 月に 1 回利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること
- β モニタリングの結果を毎月記録すること

ケアプランの変更（軽微な変更）

▶ ケアプランを変更するにあたり、軽微な変更に該当する場合は、アセスメントからサービス担当者会議、ケアプランの作成・交付までの一連の業務を省略することができます。

▶ ケアプランが変更になった場合には、その日時、内容、周知した事実等をしっかり記録に残す必要があります。

▶ 軽微な変更と認められている項目

- ① サービス提供の曜日変更
- ② サービス提供の回数変更
- ③ 利用者の住所変更
- ④ 事業所の名称変更
- ⑤ 目標期間の延長
- ⑥ 福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみ異なる場合
- ⑦ 目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外による）単なる事業所の変更
- ⑧ 目標を達成するためのサービス内容の変わるだけの場合
- ⑨ 担当介護支援専門員の変更

*** 見え消しで変更**

*** 変更日時やその理由を明確にわかりやすく記載**

福祉用具貸与等のケアプランへの記載

▶福祉用具の利用をケアプランに位置付けている場合には、その利用の妥当性を検討し、必要な理由を記載しなければなりません。継続して福祉用具の貸与を受ける必要がある場合には、その理由を再びケアプランに記載する必要があります。

▶対象外の品目をケアプランに位置付けていないか注意が必要。

次は

運営指導の体験談・報告

**おおきなき野方
縄田里佳さん**