

令和3年4月23日

長野県健康福祉部
介護支援課 ご担当者 様

一般社団法人長野県介護支援専門員協会
会長 小林広美

特定事業所加算算定要件及び居宅サービス計画書標準様式及び記載要綱（介護保険最新情報 Vol.958 ）について（伺い）

平素は当協会の運営に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、長野県委託業務において当協会では、ケアプランの記載要綱について各市町村・アドバイザーに対するケアプラン点検推進研修を実施し、国で示されている要綱と長野県の法定研修で伝達された事項に則り指導を行ってまいりました。

令和3年度介護報酬改定により、新たにケアプランの標準様式に追記及び記載要綱等に追加された事項について「法定研修で言われていることと異なるのか」「新たな記載方法となるのか」等、問合せが来ています。

介護保険最新情報 Vol.959（令和3年3月31日）の「居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについて」によると、『別添のうち、今般の改正以外の内容については、既にお示ししているところですが、発出してから、長期間経過し、各項目に係る取扱いの周知が徹底されていないことや、居宅介護支援事業所と各保険者において、認識が一致しないなどの状況が生じている等のご意見がある旨承知しております。

各項目に係る取扱いの可否については、介護支援専門員の判断を十分に踏まえ、各市町村においては、その可否に係る判断にあたっては根拠を示し、双方が理解できる形で対応がなされるよう、改めて特段のご配慮をお願いいたします。

そのため、日頃から、居宅介護支援事業所におかれましては、例えば、各地域の職能団体等を通じて、今般の各項目に係る取扱いについて、各地域の実情を踏まえた基本的な考え方等の整理や合意が図られるよう、意見交換会や協議の場等の開催を各市町村に提案し、一方、各市町村におかれましては、これらの場を積極的に活用し、双方の認識共有、合意形成の一層の充実に努められますよう併せてお願いいたします』とあります。

当協会といたしましては、今回の居宅サービス計画書及び記載要綱の追加については、「在宅で暮らしたい」「転ばないようにしたい」など利用者本人の言葉を記載したのみで、その背景や言葉が発せられた意図、掲げた意向が達成可能なものであるか等、分析されていないことが多い現状や市町村や指定更新の担当者等に認識や解釈の違いがあるという実態

から「課題分析の結果を記載する」と追記されたものであり、今までと異なることを示されたものではないと解釈しております。

利用者のこれからの暮らし全体を見据えて、個別性のある具体的な意向を記載するように示されたことであり、これは長野県における法定研修で伝えられてきたことと変わるものではないと考えます。

「生活に対する意向」は、自立支援に向けたチームアプローチを展開していく上で基礎となる最も重要な部分です。そのため県の見解をお聞きし、ケアプラン点検や市町村の指定更新等においても、考え方や記載方法の統一を図り、ケアプラン作成の視点について混乱がないようにしたいと考えております。

問合せに対する当協会の回答は以下の通りで相違ないか、ご確認をお願いいたします。

記

1. 特定事業所加算の算定要件に追加された事項について

Q：.多様な主体等が提供する生活支援のサービスに家族は含まれるのか否か。

A：介護保険最新情報「令和3年度報酬改定に関するQ&A (Vol.3)」問113、114の回答から別紙〈参考〉に示されているサービス等を指すということによいか。

2. 「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」及び「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」について

Q:標準様式、記載要綱に追加された事項により、ケアプランの書き方や考え方が今までと変わるのか。

A:長野県の法定研修で10年以上にわたり伝えられてきた事項と相違なく、今後もなお一層、利用者の尊厳ある自立した生活を総合的に判断・分析した事項を記載するように努めるということによいか否か。

尚、ケアプラン点検推進研修においても参考とし、長野県法定研修で伝えられているケアプラン記載要綱（一部抜粋、要約）について〈参考〉として別紙添付します。

以上

<参考>

長野県の法定研修 ケアプラン記載要綱

1. 「本人の意向」について

「暮らしに対する本人の思いやその生活に関わる家族の思いのほか、そうした関係を過去、現在、未来の3つの視点から明らかにし、健康状態や心身機能、活動状況を踏まえて現実的に目指せるその人らしい暮らしの姿、もしくは満足できる暮らしの姿を示す」

その際には、①情報収集からこれまでの経過や現状の暮らしについて理解したうえで、これからの暮らしに向けて、具体的に不安なことや、継続したいこと、実現したいことなどを面接などで聴取し、②聴取した不安については、不安の原因となっている内容をアセスメントし、不安が解消され望む暮らしが実現されている様子を、目に見えるような描写的表現をすること。

留意点としては

- ① 本人と家族の意向が一致できない場合は、代替えできる将来像について聴取し、利用者本人と再確認して、折り合いを合わせること。
- ② 意向を言語化できない利用者については、生活歴や、利用者本人の感情表現などから、家族など親しい関係者と総合的に判断し、その意向を察する形で表現すること。
- ③ 意向は、孤独な暮らしや自虐的なものであったり、家族の意向が本人を排他的に扱ったり、虐待的要素を含んだものではなく、自らがその有する能力に応じ自立した日常生活を営むための尊厳ある暮らしの保持にむけた意向を設定すること
- ④ サービス利用に関する意向や歩行などADLの改善、疾病の治癒をはじめ、介護のストレス軽減などは、望む暮らしの実現に向けて手段や結果となることなので意向ではなくサービス内容や種別に記載することが望ましいこと。また自立した、安心した、安全な等、抽象的なキーワードは用いないこと。

2. 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）について

暮らしの中で“していること”“出来ること”の中から、望む暮らしの実現に向けて本人が周囲の支援を受けながらも意識的に“すること”を課題として設定する。

ケアプランに記載する課題は、抽出された課題の中から、最も本人の意欲を引き出す効果や期待する健康増進並びに有する能力の維持向上に効果的であり、モニタリングに対応できることを選び、このケアプランにおける優先課題として設定する。その際には

- ① 生活の意向に示された暮らしを実現するため本人の持っている力を発揮し、本人自身が主体的に取り組むことであり、そのために利用者本人が、関係者の協力を得ながらも今後本人がすることを（セルフケア）アセスメントし抽出する。
- ② 抽出された本人のすることの中から、本人の希望や、家族の意見、その生活歴等に照らして本人のする意欲が高いものや意欲が引き出せると考えられることを選出する。
- ③ 意欲の視点から選出された本人のすることの中から、意向で確認された望む暮らしの

実現や、本人の心身機能の維持向上、または健康状態の改善に対して複合的な効果がより多く見込まれるものを、課題として設定する。

- ④ 基本的には、今回のケアプランで解決が可能な③で選定された最優先となる課題を挙げるが、本人の意思や抽出された課題の内容により複数の課題になることもあるが、相応にモニタリングが可能か十分考慮して設定する。
- ⑤ ケアプランに記載する課題（ニーズ）は、これからの生活に向け具体的に支援を受けながらも“する”ように“していきたい”事柄となるため、本人によって表現される言葉として「～したい」といった表現になる。

留意事項として

① 本人が解決する課題として記載すること

本人が生活の主体であるという原理原則によって表現されるものであり、関係者からの支援を受けながらも、その支援の目的はこの課題に取り組む本人のすることの支援を行う（お手伝いをするイメージ）ように設定する。

② モニタリングに対応できること

関係者が本人に問いかけるなど、モニタリングする共通のキーワードとしての課題となるため、長期目標や短期目標とも関連付けて本人や関係者の評価ができるような具体的な言葉を用い、モニタリングなどでの問いかけにも本人や関係者が素直に応えられるような、または、意欲が高まるような日常でも使える言葉を用いて表現する。

③ ケアプランの期間内で解決が可能であること

具体的に本人が現状出来ることの中から、望む暮らしの実現に向けて今後することが可能な事柄であり、課題の解決を本人や関係者間で確認できる事柄を表現する。

<課題に適さない事柄>

- ・ 例えば本人のすることだからと「サービスを利用したい」と記載した場合、本人が課題に取り組むためにサービスを利用するという関係となる。しかし、サービス利用は本人がすることではなく手段であるため課題（ニーズ）としては不適切。
- ・ ADL項目から「歩けるようにしたい」という表現については、望む暮らしの実現のための生物的な要件であり、暮らしの具体性が無いので生活の課題として不適切。
- ・ 課題への取り組みに伴うリスク管理は必要なことであるが、援助者として行うリスク管理上の課題は、前面に出すとネガティブな課題設定となるため、継続性や波及効果を考えると不適切