

No	質問		回答
	サービス	内容	
1	GH	P8について「糖尿病の数値が悪化しているなど日常生活への分析を深める」ということで、ケアスタッフが平素見ておいたほうが良い数値項目とは、一般的に何でしょうか（HbA1c、アルブミンなど）	数値としては、血糖値、HbA1c。特に糖尿病は症状が出るわけではないが、重度になれば末梢神経障害（痺れや感覚が鈍くなる）や網膜症（視力低下）等の症状がみられる。食事や運動でのコントロールも重要となるので、主治医との連携を図る必要もあります。
2	GH	コロナ禍において生活様式がインドア化した。なので、インドアの過ごし方が秀逸な（目立つ）プランが知りたい。	令和5年度の「書き方マニュアル」に対する参考意見とさせていただきます。
3	特定施設入居者生活介護	1表の利用者、家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果を、文字としてどう表現してよいかわからない。	令和5年度の「書き方マニュアル」に対する参考意見とさせていただきます。
4	GH	本題からそれてしまいますが、藤沢市は何かケアマネの連絡会などあるのでしょうか。自分はグループホームで1人ケアマネなので、ほかのケアマネの方達とネットワークを作りたいと思っています。	グループホーム連絡会へ提案することもあるかと考えます。グループホーム連絡会に直接お問い合わせいただくか、もしくは、グループホーム連絡会の会長に取次をしますのご連絡ください。 また、「藤沢市居宅介護支援事業所連絡協議会」がケアマネジャー向けに、テーマに沿って自由に話ができる「サロン」と、個別のケース相談ができる「個別相談窓口」を、ほぼ毎月同時開催しています。居宅系サービス以外の方もご参加いただけますので、ぜひご検討ください。なお、「サロン」「個別相談窓口」については、藤沢市ホームページにチラシを掲載しておりますので、併せてご確認ください。
5	看護小規模多機能型居宅介護	病院によっては、ケアプランを交付しようと持参しても、「電子カルテのためケアプランを保存することができない」等で受け付けてもらえない時があります。その場合は、支援経過に記録する…で良いでしょうか。	その旨を支援経過記録等に記載していただければ結構です。
6	居宅介護支援	ケアプランの記載例、P51居宅サービス計画書（1）は、申請中でよろしいですか？	P51の事例は「認定済」です。事例に介護度の明記がなければ「申請中の暫定」となりますが、要介護1としていますので、「認定済」が正しいものとなります。
7	GH	和暦だけ、西暦だけで作成してしまうと、元号が変わった時にわからなくなってしまうので、あえて一つにしない（項目や「どこ」と決めて）というのがありますか？	基本的に、利用者に分かりやすい表記であれば、西暦統一でも和暦統一でも構いません。
8	居宅介護支援	目標によっては長期・短期と分ける必要はないのではと思うものもあると思いますが、必ず分けたほうがよいのでしょうか。	長期短期目標は、意味がそれぞれ異なりますので分けることが原則です。
9	居宅介護支援	ケアプラン1表の「介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」欄にはほとんど「記載なし」と記入していますが、被保険者証にも情報開示の用紙にも記載されたものを見たことがありません。どのようなときに記載があるのでしょうか？	審査会における議論において、記載が必要と判断された場合となります。 保険者により、取り扱いが異なる可能性はありますが、藤沢市ではご指摘の欄に記載があることはほとんどありません。
10	居宅介護支援	ご本人様とご家族様の意向が全く方向性が合わない場合の利用者および家族の生活に対する意向の表現の仕方について	双方が同意している範囲を探り、その内容を記載してください。
11	居宅介護支援	担当者会議で職種を記入したほうが良いということで、どこまで職種内容を書けばよいですか？例えば、福祉用具だと、専門相談員か住環境コーディネーターまで記入するのか、担当者のみでよいのか…など	専門的領域がある場合には専門職名（例：福祉用具専門相談員）を記載してください。
12	居宅介護支援	通所型サービスで、各事業所の加算について伺います。 この度の説明の中でもありましたが、例えば、事業所の加算で口腔又は入浴について、本人・家族が望んだとしたら、ケアマネのプランにその必要性かを記載しなくてはならないのでしょうか。	利用者の意向ありきでの「加算算定」は適切とは言えない部分があります。あくまでも介護保険サービスを活用する場合には、ニーズ（解決すべき課題）が求められます。
13	居宅介護支援	認知症のある方の、着替えについて、支援助言をしなければならぬとの理由で、家族への説明があり、家族は仕方なく受け入れざるを得ない状況があります。この場合ケアマネのプラン変更は必須なのでしょうか。	この質問の意図をもう一度伺いたのですが、家族が「仕方なく」受け入れるという言葉に引っ掛かります。つまり、家族の「同意」を得ることなくケアプランが立案されていたとしたら、それは、説明・同意というプロセスに反することになります。仮に理解が得られないとしたら、プランの変更は必須と考えます。
14	特定施設入居者生活介護	ご本人のADL等状態に変化あり、区分変更をした場合、有効期間がほぼ1年間となります。長期と短期目標の期間が認定後にケアプランを作成すると同じ期間で設定するような状況があります。サービス担当者会議の要点などの記録で、なぜ同一期間となるのかを記載することでよろしいでしょうか。（同じ期間として）	仮に同一期間となる場合には、その理由をサービス担当者会議等にて共有し、チームメンバーが了解していることが肝要です。その内容、サービス担当者会議の要点等に記録してください。
15	GH	重度認知症の方、言葉が出ない、理解ができない、意思確認が困難である方の真なる意向を確認できない場合は、そのまま確認できないことを記載しているが、よいのでしょうか。	利用者側の状況に確認が難しい場合には、「本人に尋ねましたが、明解なご返答を得ることができませんでした」もあり得ます。