

# ケアマネジメントの基本

## — 補足資料 —

**[留意点]**

この資料は、平成20年10月24日・27日・29日に開催した平成20年度居宅介護支援事業所集団指導の説明資料「ケアマネジメントの一連のプロセスについて」に一部修正を加え、作成したものである。

平成23年1月  
宮崎県長寿介護課

介護保険制度においては、「利用者本位のサービス提供」の具体的なシステムとして『ケアマネジメント』が導入され、その担い手として『介護支援専門員』が制度化されました。

【アセスメント、ケアプランニング、モニタリングという一連のプロセスがケアマネジメント】  
（ケアマネジメントの定義は法では明らかにされていない）

ケアプランはケアマネジメントの一部であるが、その中身の善し悪しに関わらず「ケアプランさえあればサービスは動いてしまう」という側面があります。このことは言い換えれば、「自立支援を目指したケアマネジメントの一環としてケアプランを作成するか否か」は介護支援専門員の姿勢如何によって左右されることとなります。

\*「居宅サービス計画書作成の手引」準拠実務研修等指導者用参考書『介護サービス計画（ケアプラン）作成の基本的考え方—試論ノート—佐藤信人著』引用

介護支援専門員の本務は、“利用者の自立支援”であり、具体的には、いかに自立支援を目指したケアプランを利用者・家族と協働で作成するかが重要となります。

県としては、介護支援専門員が“利用者の自立支援”を目指して、どのようなケアマネジメント過程を踏まえ、ケアプランの実効性をいかに管理し、その役割を果たしているのか、その対価となる居宅介護支援費に相当する『自立支援』のために援助（実務）がなされているかを客観的に確認する作業として、『居宅介護支援事業所の実地指導等』を行っています。

今回、以下の内容は、前述の確認作業を行う上での「ケアマネジメント過程に係る実施状況確認の視点」としてその一部を示すものです。

【お断り】	ただし、以下に示す『視点』は、運営基準を始め、宮崎県介護支援専門員実務研修で使用するテキスト「四訂介護支援専門員実務研修テキスト」、「四訂居宅サービス計画書作成の手引第2版」の内容を踏まえ、現時点での解釈により作成したものであることから、今後、諸事情による解釈の変更により修正等があり得ることについて、予め御了承願います。
-------	---

<b>1</b>	<b>導入：ケアマネジメントの一連のプロセス確認</b>			
①	各介護支援専門員がケアマネジメントの一連のプロセスを述べるができる。【*一連の過程理解度確認】	はい	いいえ	
②	当該事業所が用いるケアマネジメントに係る一連の様式（ツール）を一式揃えることができる。【*ツールの確認】	はい	いいえ	
<b>2</b>	<b>課題分析（アセスメント）：解決すべき課題の把握</b>			
①	課題分析は、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われていない。	はい	いいえ	運営基準第13条 第六号「課題分析の実施」
②	利用者の課題を客観的に抽出するための手法として合理的なもの認められる適切な手法となっている。 *システム導入時は様式を印刷してもらう	はい	いいえ	
③	課題分析標準項目について、漏れなく課題分析（アセスメント）をしている。 *基本情報に関する項目（9項目：No.1～No.9） *課題分析（アセスメント）に関する項目（14項目：No.10～No.23）	はい	いいえ	
④	一連の各様式（アセスメントツール）について、漏れなく記録している。 *基本情報（フェイスシート）、アセスメントツールの各種様式 【課題分析実施状況確認】	はい	いいえ	

	⑤	課題分析にあたっては、必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接している。	はい	いいえ	運営基準第13条第七号「課題分析における留意点」		
	⑥	当該アセスメント結果について記録するとともに、その完了の日から2年間保存している。	はい	いいえ			
<b>【参照1】「アセスメントの意義と目的」</b> ≪四訂介護支援専門員実務研修テキスト≫							
<p><b>◆アセスメントとは</b></p> <p>(1) アセスメントとは、情報収集と分析により問題状況全体を理解する作業  ①情報収集し、②分析することであり、それにより③利用者にどのような援助を提供すればよいかを導き出すこと。  (2) 介護支援専門員がアセスメントを通して考えること（共同作業・視点）</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">専門職としての視点</td> <td> ①何が起きているかを明らかにする（全体像の理解）  ②自立や尊厳の保持を考える  ③生活の質の維持・向上を考える  ④生活機能の維持向上、役割の再構築や新たな役割の獲得を考える  ⑤利用者の生活機能を低下させるリスクの軽減 </td> </tr> </table> <p>(3) <u>生活ニーズを明らかにしてからサービス導入を考える</u>  (4) 実際のアセスメント作業における介護支援専門員の思考（思考の整理）</p>						専門職としての視点	①何が起きているかを明らかにする（全体像の理解） ②自立や尊厳の保持を考える ③生活の質の維持・向上を考える ④生活機能の維持向上、役割の再構築や新たな役割の獲得を考える ⑤利用者の生活機能を低下させるリスクの軽減
専門職としての視点	①何が起きているかを明らかにする（全体像の理解） ②自立や尊厳の保持を考える ③生活の質の維持・向上を考える ④生活機能の維持向上、役割の再構築や新たな役割の獲得を考える ⑤利用者の生活機能を低下させるリスクの軽減						
「四訂介護支援専門員実務研修テキスト」(アセスメントの意義と目的:165項～170項)							
<b>3 居宅サービス計画書の作成</b>							
<b>(1) 全体</b>							
	①	利用者の希望や利用者についてのアセスメントの結果に基づいた居宅サービス計画書の原案を作成している。 * 居宅サービス計画原案とは、居宅サービス計画書の第1表から第3表、第6表（旧第7表）及び第7表（旧第8表）の標準様式に相当するもの。	はい	いいえ	運営基準第13条第八号「居宅サービス計画原案の作成」		
【留意点】平成20年7月29日付厚生労働省老健局課長通知により、第7表、第8表→第6表、第7表へ改め平成20年8月1日から適用。							
	②	居宅サービス計画原案の内容を利用者また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ている。 * ①：第1表から第3表は、同意日と利用者本人の署名・押印。家族の場合は、（*主たる介護者が望ましく）氏名・続柄・押印がある。②：第6表・第7表は同意日と押印がある。	はい	いいえ	運営基準第13条第十号「居宅サービス計画の説明及び同意」		
	③	介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際は、当該居宅サービス計画を利用者に交付している。	はい	いいえ	運営基準第13条第十一号「居宅サービス計画の交付」		
	④	介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際は、当該居宅サービス計画をサービス担当者に交付している。	はい	いいえ			
<b>参考≪サービス提供事業者の責務≫</b> * 各種居宅サービスの運営基準で行わなければならないこと。							
	◆①サービス提供事業者は、 <u>居宅サービス計画に沿ったサービス提供</u>				介護報酬の解釈2：指定基準編（居宅サービス等の基準）		
	◆②各種サービス提供に係る計画作成と説明・同意・交付 訪問介護計画（サービス提供責任者による）、訪問看護計画書、訪問リハビリテーション計画、通所介護計画、通所リハビリテーション計画、短期入所生活介護計画、短期入所療養介護計画、等						
	◆③居宅介護支援事業者等との密接な連携						
	◆④居宅サービス計画等の変更の援助（利用者の希望や作成や変更等に必要な情報の提供等）						

4	居宅サービス計画書（第1表～第2表）及び週間サービス計画表（第3表）				
<p>★居宅サービス計画書様式は、当初の居宅サービス計画原案を作成する際に記載し、その後、<u>計画の一部変更をする都度、別葉を使用して記載するものとする。</u></p> <p>★変更の都度に別葉に更新することを前提としている。→当該利用者が、いつの時点から継続して居宅介護支援をうけているか（いつからケアマネジメント関係にあるか）を明示する。</p> <p>■ただし、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。</p>				介護報酬の解釈 1：単位数表編（525頁） 「四訂居宅サービス計画書作成の手引第2版」：記載要領	
（1）第1表：居宅サービス計画書（1）					
①	利用者及び家族の生活に対する意向				
①-1	利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいて考えているかについて、 <u>課題分析の結果を記載している。</u>	はい	いいえ	介護報酬の解釈 1：単位数表編（526頁） 「四訂居宅サービス計画書作成の手引第2版」：作成概要	
①-2	利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合は、それぞれの主訴を区分して記載している。	はい	いいえ		
【書き方】 *利用者や家族が発した言葉で、大事なことはそのままの表現で記載する。					
②	介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 被保険者証を確認し、「介護認定審査会意見及びサービスの種類の指定」が記載されている場合は、これを転記している。	はい	いいえ		
③	総合的な援助の方針				
③-1	課題分析により抽出された第2表「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」欄に対応して、利用者を含む介護支援専門員、各種サービス担当者が、どのようなチームケアを行うおうとするのか、総合的な援助の方針を記載している。	はい	いいえ		
③-2	予め発生する可能性が高い緊急事態に備え、対応機関やその連絡先等について記載している。	はい	いいえ		
【書き方】	*第2表の「長期目標」を総合化した内容となるよう記載する。よって、第2表の「長期目標」設定後に記載する欄である。	はい	いいえ		
	*「ケアチームとしての総合的方針」の記載は、サービス担当者会議での話し合いを踏まえて記載する。	はい	いいえ		
（2）第2表：居宅サービス計画書（2）					
①	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	はい	いいえ	介護報酬の解釈 1：単位数表編（527頁） 「四訂居宅サービス計画書作成の手引第2版」：作成解説	
	利用者自立の阻害要因等、個々の解決すべき課題（ニーズ）について相互関係を明らかにし、解決のための要点を分析し、その波及効果を予測して、原則として優先度合いの高いものから順に記載している。				
【書き方等】	*解決する必要があるにもかかわらず理解が得られなかったニーズは、第5表（旧第6表）の「居宅介護支援経過」に記載し、その後も計画的継続的に理解が得られるよう働きかける。				
	*ニーズ欄には、「〇〇できるようになりたい」「〇〇したい」というように、利用者が主体的・意欲的に取り組めるような書き方とし、できるだけ簡潔に表記する。				

②	目標（長期目標・短期目標）の設定 ★長期目標を達成するための各段階を「短期目標」として明確化すること。			介護報酬の解釈 1：単位数表編 （527頁） 「四訂居宅サービス計画書作成の手引第2版」：作成解説
②-1	「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定している。	はい	いいえ	
②-2	「長期目標」は、利用者がニーズごとの支援を受けながら利用者自身も努力する到達点として記載している。	はい	いいえ	
②-3	「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつくものとなっている。	はい	いいえ	
②-4	「短期目標」は、ニーズごとに解決の要点に対応して“段階的な計画”を決めて的を絞ったものとなっている。	はい	いいえ	
②-5	「短期目標」は、モニタリングの際に達成度がわかるよう具体的に書いている。	はい	いいえ	
②-6	「短期目標」は、サービス事業者がそれぞれのサービス計画を作成する際に、その目標になるものと認識している。	はい	いいえ	
	*緊急対応が必要になった場合には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」は設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度、「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記載する。 *抽象的な言葉ではなく誰にでもわかりやすい具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。			介護報酬の解釈 1：単位数表編 （527頁）
③	「長期目標」・「短期目標」の期間設定			介護報酬の解釈 1：単位数表編 （527頁） 「四訂居宅サービス計画書作成の手引第2版」：作成解説
③-1	「長期目標」は、「認定の有効期間」を考慮して設定している。	はい	いいえ	
③-2	「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かを期間を記載している。	はい	いいえ	
③-3	「短期目標」の「期間」は、「長期目標」の達成のための踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載している。	はい	いいえ	
	*「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるもの。 ◆期間の表記が「3ヶ月」・「6ヶ月」等、始期・終期が曖昧にされていないか？ ※ ○年○月○日～□年□月□日と明記。 ◆短期目標の期間が満了しているにもかかわらず、新たな短期目標の設定がなされていない状況はないか？ ◆短期目標の期間の更新について、モニタリング・再アセスメントのプロセスを踏まえてなされているか？			
④	援助内容：「サービス内容」			介護報酬の解釈 1：単位数表編 （527～528頁） 「四訂居宅サービス計画書作成の手引第2版」：作成解説
④-1	「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載している。	はい	いいえ	
④-2	短期目標達成に必要な介護保険サービスや他制度による支援、また家族の支援を含むインフォーマルサービスの内容も記載している。	はい	いいえ	
⑤	援助内容：「サービス種別」			介護報酬の解釈 1：単位数表編 （528頁） 「四訂居宅サービス計画書作成の手引第2版」：作成解説
⑤-1	「サービス内容」及びその提供方針を適切に実行できる居宅サービス事業者等を選定し、具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名」を記載している。	はい	いいえ	
⑤-2	家族が行う介護部分についても、誰が行うのかを明記している。	はい	いいえ	
⑤-3	市町村が実施する保健福祉サービスやインフォーマルサービスなども記載している。	はい	いいえ	

	<p>*介護支援専門員は、地域のサービス資源を十分把握し、目的にあったサービスを提供できる支援者や事業者を選ぶこと。</p> <p>*また、サービス内容を担える最もふさわしい事業者を利用者・家族が選べるように、公平な立場で情報提供すること。</p>		
⑥	医療系サービスを位置づける場合の取扱い		
⑥-1	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又は歯科医師の意見を求めている。	はい	いいえ
	<p>◆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又は歯科医師の意見を求めなければならない。</p> <p>【確認】*意見を求める先は、主治の医師であり、例えば通所リハビリテーション提供事業者（例：老人保健施設付けの医師等）の医師ではない。</p>		
⑥-2	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づける場合にあつては、当該医療サービスに係る主治の医師又は歯科医師の指示を受けたものに行っている。	はい	いいえ
	<p>◆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づける場合にあつては、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。</p> <p>【確認】*指示を受けるのは、当該医療サービスに係る主治の医師であり、例えば通所リハビリテーション提供事業者（例：老人保健施設付けの医師等）の医師ではない。</p>		
⑦	<p>援助内容：「頻度」</p> <p>「頻度」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するかを記載している。</p>	はい	いいえ
【書き方】	<p>*短期目標の達成を目指して、それぞれのサービス内容ごとに適切な頻度を設定すること。</p> <p>*利用者の生活リズムを考慮し、サービス時間及び時間帯を考えた頻度とすること。</p> <p>*居宅サービス事業者の都合を優先しないよう注意すること。</p>		
⑧	援助内容：「期間」		
⑧-1	「期間」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載している。	はい	いいえ
⑧-2	★「期間」は、『短期目標の期間』と連動している。	はい	いいえ
⑨	<p>福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のサービスを必要とする理由</p> <p>福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置づける場合は、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由を明記している。なお、理由については、別業に記載しても差し支えない。</p>	はい	いいえ
<b>(3) 第3表：週間サービス計画表</b>			
①	利用者の主な日常生活上の活動（起床や就寝、食事、更衣、排泄など）の平均的な一日の過ごし方について記載している。	はい	いいえ
②	第2表：居宅サービス計画書（2）に位置づけたサービスを介護保険給付の内外を問わず全て記載され、サービス種別、頻度との整合性がとれている。	はい	いいえ
③	週単位以外のサービスについて、記載している。	はい	いいえ

運営基準第13条第十八号・第十九号「主治の医師等の意見等」

介護報酬の解釈1：単位数表編（528頁）  
「四訂居宅サービス計画書作成の手引第2版」：作成解説

介護報酬の解釈1：単位数表編（528頁）  
「四訂居宅サービス計画書作成の手引第2版」：作成解説

介護報酬の解釈1：単位数表編（528頁）

「四訂居宅サービス計画書作成の手引第2版」：作成解説

<b>5 サービス担当者会議</b>				
<b>(1) サービス担当者会議の開催</b>				運営基準第13条第九号「サービス担当者会議等による専門的意見の聴取」
①	居宅サービス計画原案に位置づけたサービス担当者を招集してサービス担当者会議を開催している。	はい	いいえ	
②	要介護認定を受けている利用者が法第28号第2項に規定する要介護更新認定を受けた場合に開催している。	はい	いいえ	運営基準第13条第十四号「居宅サービス計画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」
③	要介護認定を受けている利用者が法第29条第1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に開催している。	はい	いいえ	
④	居宅サービス計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置づける場合には、サービス担当者会議を開催し、当該計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売が必要な理由を記載している。	はい	いいえ	運営基準第13条第二十一号・二十二号「福祉用具貸与及び特定福祉用具販売の居宅サービス計画への反映」、平成20年9月1日付厚生労働省課長通知「指定居宅介護支援に要する費用の額に算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について
⑤	福祉用具貸与については、居宅サービス計画作成後必要に応じて随時サービス担当者会議を開催して、利用者が継続して福祉用具貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取するとともに検証し、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、その理由を再び居宅サービス計画に記載している。	はい	いいえ	
<b>(2) 第4表：サービス担当者会議の要点</b>				運営基準第13条第九号「サービス担当者会議等による専門的意見の聴取」
①	各記載欄に必要な事項を漏れなく記録している。	はい	いいえ	
②	「検討した項目」・「検討内容」・「結論」を整理し、記録している。	はい	いいえ	
③	「残された課題（次回の開催時期等）」 必要があるにもかかわらず社会資源が地域に不足しているため未充足となった場合や、(アセスメントにより)必要と考えられるが本人の希望等により利用しなかった居宅サービスや次回の開催時期、開催方針等を記録している。	はい	いいえ	介護報酬の解釈1：単位数表編（530頁） 「四訂居宅サービス計画書作成の手引第2版」
※	サービス担当者に対する照会（依頼）内容（※旧様式の第5表） * 事務手続きや書類の削減・簡素化による改正（H20年8月1日から適用）により、様式から削除【詳細は、別紙配付資料参照のこと】			「指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について（平成20年7月29日付厚生労働省老健局課長通知）
④	「会議出席」について：出席できない者の取扱い			運営基準第13条第九号「サービス担当者会議等による専門的意見の聴取」
④-1	やむを得ない理由がある場合は、サービス担当者に対する照会等により意見を求め、照会内容について記録している。	はい	いいえ	

④ - 2	当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載するとともに、当該会議に出席できない理由についても記入している。	はい	いいえ	「指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について（平成20年7月29日付厚生労働省老健局課長通知）	
	*なお、この内容について、他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。				
	⑤ 「検討した項目」				「指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について（平成20年7月29日付厚生労働省老健局課長通知） H20.10.8 厚生労働省老健局振興課照会・回答内容：「×→しない」「○→できない」
	⑤ - 1	出席できないサービス担当者への照会（依頼）等の取扱い			
	出席できないサービス担当者がある場合は、その者に照会（依頼）した年月日、内容及び回答を記載している。	はい	いいえ		
⑤ - 2	サービス担当者会議を開催できない場合の取扱い				
サービス担当者会議を開催できない場合は、その理由を記載するとともに、サービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日、照会（依頼）した内容及び回答を記載している。 *なお、この内容について、他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。	はい	いいえ			
◇	これまで活用してきた「(旧第5表)：サービス担当者に対する照会（依頼）内容」の様式を『他の書類』として活用し、記録することを妨げるものではない。				
6	<b>第5表（旧第6表）：居宅介護支援経過</b>				
	◆ 本表は、介護支援専門員が専門職として残す記録			「四訂居宅サービス計画書作成の手引第2版」：作成解説	
①	利用者・家族、各種サービス担当者、関係機関との専門的な関わりを通じて把握したこと、判断したこと、調整が難航し持ち越したことなどを整理してわかりやすく記録している。	はい	いいえ		
②	モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、援助目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記録している。 * 事実・判断・方針変更の有無の視点をもって、記載されていること。 * モニタリング記録様式を別途定めて、記録されている場合はこの限りではない。	はい	いいえ		
7	<b>第6表（旧第7表）：サービス利用表（兼居宅サービス計画）、 第7表（旧第8表）：サービス利用表別表</b>			介護報酬の解釈 1：単位数表編 (487, 490, 531 ~534頁)	
①	サービス利用票（兼居宅サービス計画）とサービス利用票別表は、2部作成し、1部は利用者に交付、1部は控えとして保管している。	はい	いいえ		
②	月単位に毎月の居宅サービス計画と実績を記入し、予定と実績の管理を行っている。	はい	いいえ		
③	第2表：居宅サービス計画書（2）に位置づけたサービス種類、頻度に基づいて作成している。	はい	いいえ		
④	利用者の同意を得た後、利用者に交付している。	はい	いいえ		

	⑤	「作成年月日」は、居宅サービス計画からサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載している。 *ただし、「作成年月日」に自動的に実際の作成日が表記される場合は、余白に利用者の同意を得た日付を別途記載すること。	はい	いいえ	
	⑥	居宅サービス計画の変更を行った場合は、変更後の居宅サービス計画に基づいてサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載している。	はい	いいえ	
	⑦	利用者の確認印がある。	はい	いいえ	
	その他留意点	◆サービス利用票と同一内容のサービス利用票と、サービス利用票別表から個別事業所分を抽出したサービス提供票別表を作成し、各サービス事業所に送付すること。			
<b>8</b>	<b>モニタリング</b>				
	<p><b>「モニタリング」の理解確認</b></p> <p>【モニタリングとは】 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。）</p> <p>【モニタリングの機能とは】</p> <p>① ケアマネジメントの援助過程の展開や援助内容が適切かを『監視する』こと。</p> <p>② 実践されている援助の有効性を『評価する』こと。</p> <p>③ 援助が有効に機能しているかどうかを見定めて、計画を微調整しながら関係者の役割を『調整する』こと。</p>				「四訂介護支援専門員実務研修テキスト」（モニタリングの意義と目的:316頁～319頁）
	<b>(1) モニタリングの実施</b>				運営基準第13条第十三号「モニタリングの実施」
①	実施状況の把握にあたっては、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っている。	はい	いいえ		
②	少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接している。	はい	いいえ		
③	少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録している。	はい	いいえ		
④	「特段の事情（利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接ができない場合を主として指すもの）」がある場合は、その具体的な内容を記録している。	はい	いいえ		
	<b>(2) モニタリングの果たす機能が機能しているか</b>				「四訂介護支援専門員実務研修テキスト」（モニタリングの意義と目的:316頁～319頁）
①	ケアプランどおりにサービスが提供されているかどうかを確認している。	はい	いいえ		
②	サービス内容が適切か否かを確認している。	はい	いいえ		
③	個々の生活ニーズに対する目標（長期・短期）が達成されているかどうかを確認している。	はい	いいえ		
④	総合的な援助の方針どおりにケアプランの効果が上がっているかを確認している。	はい	いいえ		
⑤	ケアプランの内容を修正する必要があるかどうかの判断がある。 *目標が十分に達成されていないと判断される場合には、ケアプランを修正する必要がある。	はい	いいえ		
◇	※利用者本人・家族との面接のほか、各種サービス計画書や実施報告書等の提供を受け紙面での確認や利用者のサービス提供時間の訪問による確認、サービス担当者との情報交換による確認など、確認する機会や情報収集の場が想定される。				

**【参照2】「居宅介護支援経過」に記載されるモニタリングの記録の例**

《四訂介護支援専門員実務研修テキスト》

◆ **モニタリングでの確認事項（事例）**

- \* ケアプランどおりにそれぞれの事業所がサービス提供をしてくれているか。
- \* 総合的な援助方針において想定した利用者の生活が実現しているか。
- \* 個々の生活ニーズはケアプランにおける短期目標で想定したように改善されているか。あるいは長期目標で想定した地点に近づきつつあるか。
- \* サービス内容について利用者の不満や改めてもらいたいと感じている事柄はないか。
- \* 新たなニーズが生まれていないか。

◆ **これはモニタリングのやり取りではありません。**

介護支援専門員：「〇〇さん、ごぶさたしています。お変わりありませんか？」

利用者：「はい」

介護支援専門員：「そうですか、それは何よりです。ところで、今お使いのサービス以外に、何かご希望のサービスはありますか？」

利用者：「別にありません。今のままでいいです。」

介護支援専門員：「そうですか。それじゃあ、また来月に。」

- ◆ 当然、その記録にはその面接から確認できたことや、支援上や今後の視点の展開に向けた介護支援専門員の所見が記載されることとなる。

「四訂介護支援専門員実務研修テキスト」（モニタリングの機会と方法：321頁～322頁）

**9 再アセスメント（再課題分析）**

**「再アセスメント」の理解確認**

再アセスメントとは、ケアプランの修正を導くもの。

モニタリング→再アセスメント→ケアプランの修正→ケアプランの実施という一連の援助過程を経ることによって、ケアプランの内容は再アセスメント以前のケアプランより利用者の援助においてより有効なものになっていることが大切です。

**（1）再アセスメントの視点**

①	総合的な援助の方針を見直している。	はい	いいえ
留意点（例）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「総合的な援助の方針」は利用者の生活に対する意向に沿ったものか？</li> <li>・「総合的な援助の方針」は現実的なものか？</li> <li>・「総合的な援助の方針」はわかりやすい言葉で表現されているか？</li> <li>・「総合的な援助の方針」は利用者の生活の目標が含まれ、利用者の個性を反映した表現になっているか？</li> </ul>		
②	「健康状態の維持・向上」という観点から見直している。	はい	いいえ
留意点（例）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の「疾病」「障害」について、適切な情報を得ているか？</li> <li>・利用者の「疾病」「障害」について、理解しているか？</li> <li>・利用者の「疾病」「障害」に関する禁忌を把握しているか？</li> <li>・利用者の「疾病」「障害」はどのような状態におかれれば悪化するかを把握しているか？</li> <li>・利用者の「疾病」「障害」はどのような療養生活のあり方によって維持・向上するかを把握しているか？</li> <li>・利用者の「疾病」「障害」がこれ以上悪化しないように配慮したケアプランが立てられているか？</li> <li>・利用者の「疾病」「障害」の状態が今以上に改善することをめざしたケアプランが立てられているか？</li> </ul>		
③	「ADL・IADLの維持・向上」という観点から見直している。	はい	いいえ

留意点 (例)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者のADL・IADLについて、十分把握しているか？</li> <li>・利用者の持っている「ADL・IADL」を阻害している要因（心理的・物理的要因 etc.）について、十分把握しているか？</li> <li>・利用者のもっている「ADL・IADL」を発揮できる機会がつくられているか？</li> <li>・利用者のもっている「ADL・IADL」の発揮を阻害する因子に対して、ケアプラン上で対策が立てられているか？</li> </ul>		
④	「QOLを高める」という観点から見直している。	はい	いいえ
留意点 (例)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の「希望や意向」について、十分に把握しているか？</li> <li>・利用者の抱いている「希望や意向」を話し合える関係を築けているか？</li> <li>・利用者の「希望や意向」の実現を阻害する要因について、十分理解しているか？</li> <li>・利用者の「希望や意向」を実現できるケアプランが立てられているか？</li> </ul>		
⑤	「介護者の介護負担の軽減・QOLの向上」という観点から見直している。	はい	いいえ
留意点 (例)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護者が行っている「介護」について、十分把握しているか？</li> <li>・「介護」のどの部分が、なぜ、介護者にとって負担になっているかを、十分理解しているか？</li> <li>・介護者が、「介護」を行うことに対して、どう感じているかについて、十分把握しているか？</li> <li>・介護者の感じている精神的な負担について、十分把握しているか？</li> <li>・介護者の心理的に複雑な感情を話し合える関係を築けているか？</li> <li>・介護者が身体的に最も負担と感じていることを軽減できるケアプランが立てられているか？</li> <li>・介護者が精神的に最も負担と感じていることを軽減できるケアプランが立てられているか？</li> <li>・介護者が介護から解放される時間をつくるように工夫しているか？</li> <li>・介護者の「希望や意向」について、十分に把握しているか？</li> <li>・介護者の抱いている「希望や意向」を話し合える関係を築けているか？</li> <li>・介護者の「希望や意向」の実現を阻害する要因について、十分把握しているか？</li> <li>・介護者の「希望や意向」を実現できるケアプランが立てられているか？</li> </ul>		

**【参照3】「居宅サービス計画の変更」** <<介護報酬の解釈1：単位数表編496項>>

- 『計画の変更』については、
- ◆ 原則として作成時と同様に、アセスメント、計画原案の作成、専門的意見の聴取、原案の利用者・家族への説明と利用者の文書による同意、計画の交付等の一連の業務を行います。
  - ◆ 作成と同様に、適切に行われていない場合には、介護報酬の減算対象となります。
- 『更新認定・変更認定時の計画変更についての専門的意見の聴取』
- ◆ 介護支援専門員は、利用者が更新認定や変更認定を受けた場合、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専門的見地からの意見を求めます。
  - ◆ ただし、やむを得ない理由がある場合（開催の日程調整を行ったがサービス担当者の事情で参加を得られなかった等）には、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができます。
  - ◆ これらが行われていない場合には、介護報酬の減算対象となります。

介護報酬の解釈  
1：単位数表編  
(496頁)

## 【参照4】「居宅サービス計画の変更」

《介護報酬の解釈2：指定基準編581頁》

### 運営基準第13条「指定居宅介護支援の具体的取扱方針」

#### 第十五号「居宅サービス計画の変更」

- ◆ 第三号から第十一号までの規定は、第十二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。

第三号：継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用

第四号：総合的な居宅サービス計画の作成

第五号：利用者自身によるサービスの選択

第六号：課題分析の実施

第七号：課題分析における留意点

第八号：居宅サービス計画原案の作成

第九号：サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

第十号：居宅サービス計画の説明及び同意

第十一号：助宅サービス計画の交付

第十二号：居宅サービス計画の実施状況の把握及び評価等

- ◆ 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条第三号から第十一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。

- ◆ なお、利用者の希望による軽微な変更（サービス提供日時の変更等）を行う場合には、この必要はないものとする。ただし、この場合においても、介護支援専門員が、利用者の解決すべき課題の変更に留意することが重要であることは、同条第十二号（居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等）に規定したとおりであるので念のため申し添える。

介護報酬の解釈  
2：指定基準編  
(581頁)

## 【関係法令（抜粋）】

### ・介護保険法第7条5

この法律において「介護支援専門員」とは、要介護者又は要支援者からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有する者として第69条の7第1項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。

## 【引用・参考文献等】

### (1) 運営基準について

- ①介護報酬の解釈1 単位数表編（平成21年4月版）《発行》社会保険研究所
- ②介護報酬の解釈2 指定基準編（平成21年4月版）《発行》社会保険研究所

### (2) 居宅サービス計画書等（標準様式）の記載要領について

- ①介護報酬の解釈1 単位数表編（平成21年4月版）《発行》社会保険研究所  
「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」
  - \* 平成11年11月12日 老企第29号
  - \* [最終改正]平成20年7月29日老計発第0729001号・老振発（同号）・老老発（同号）
- ②四訂 居宅サービス計画書作成の手引第2版 《発行》財団法人長寿社会開発センター
  - \* 宮崎県介護支援専門員実務研修使用テキスト

### (3) アセスメント・モニタリング・再アセスメントの用語説明等について

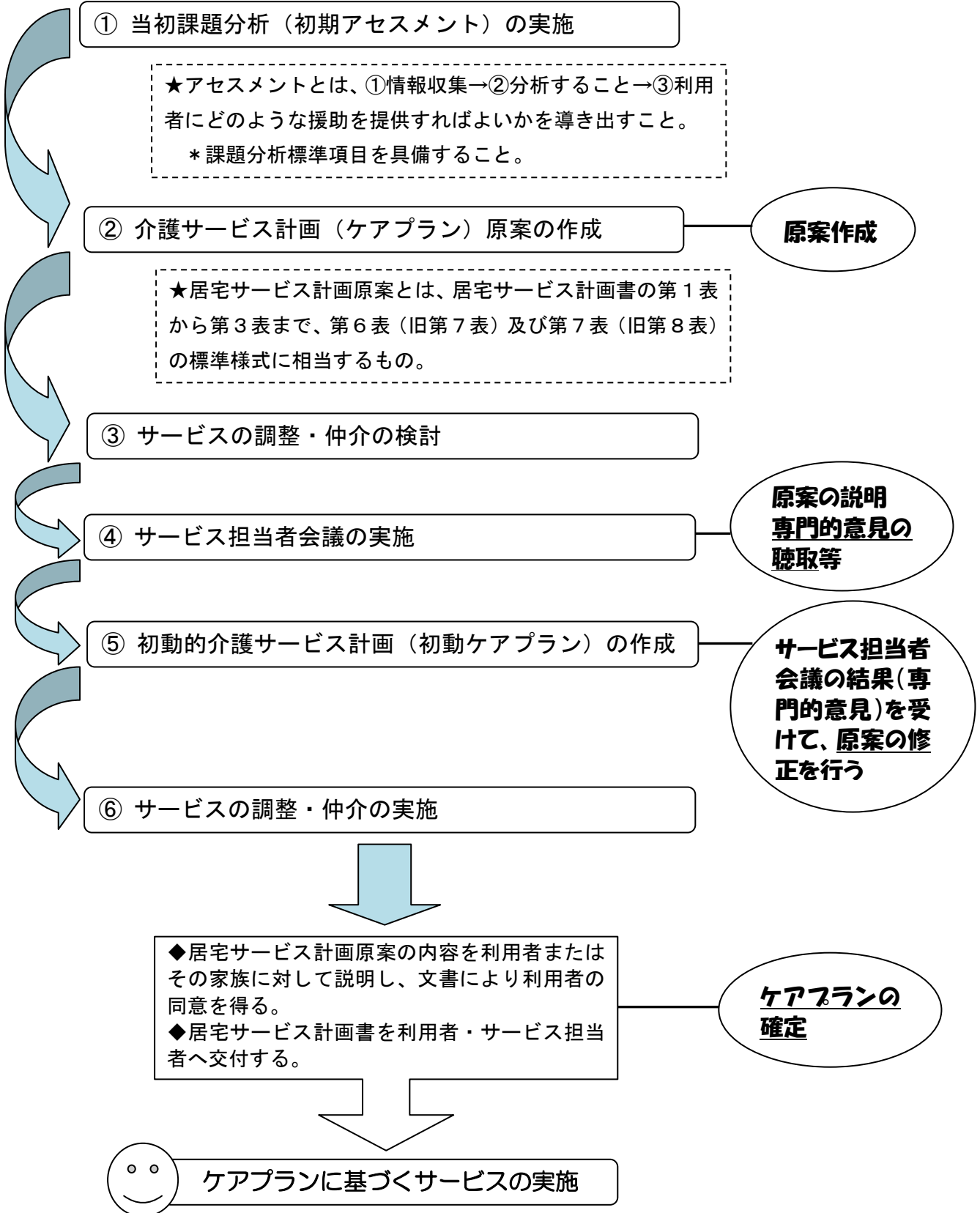
- ①四訂 介護支援専門員実務研修テキスト 《発行》財団法人長寿社会開発センター
  - \* 宮崎県介護支援専門員実務研修使用テキスト

### (4) その他

- ①介護サービス計画（ケアプラン）作成の基本的考え方 —試論ノート—  
佐藤信人 著 《発行》全国介護支援専門員連絡協議会
  - \* 「居宅サービス計画書作成の手引」準拠実務研修等指導者用参考書
- ②介護支援専門員養成研修教本（基礎編）  
《発行》財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団

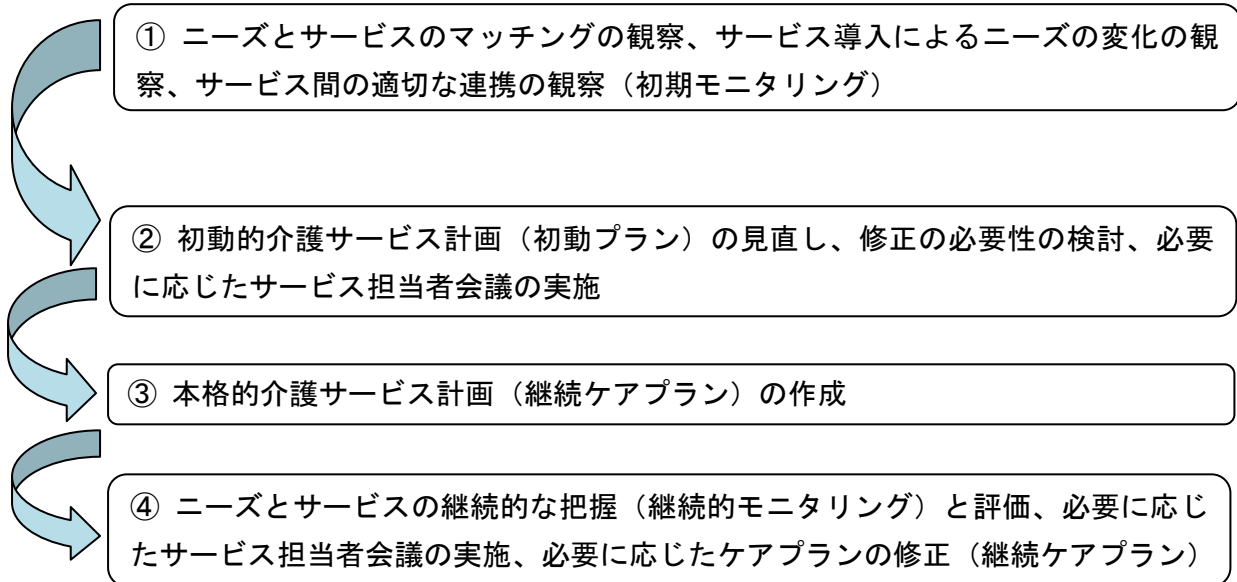
# ケアマネジメントの実践的な構造と過程

## ◆ (1) サービス開始前



# ケアマネジメントの実践的な構造と過程

## ◆（２）サービス開始以降



### ★モニタリングとは、

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。）

### ★＜モニタリングの目的＞

次の３点を確認しましょう！

- ①介護サービスが計画通り適切に実行されているか。
- ②介護サービスが短期目標の達成に向かっていているか。
- ③新たなニーズが発生していないか。

### ★＜モニタリングの機能＞

- ①援助内容等が適切か「監視する」
- ②援助内容の有効性を「評価する」
- ③関係者の役割を「調整する」

★再アセスメントとは、ケアプランの修正を導くもの。

### 【参考文献】

「居宅サービス計画書作成の手引」 準拠実務研修指導者用参考書

介護サービス計画（ケアプラン）作成の基本的な考え方—試論ノート—

佐藤信人著より