

ケアマネジメント実施の要点

～自立支援・重度化防止に向けた

ケアマネジメントの実施のために～

平成 30 年 8 月

川越市役所介護保険課
認定担当・給付担当

はじめに ～ケアマネジメントは利用者にとって重要な役割を果たします～

高齢化の進展に伴い、介護サービス利用件数は年々増加しており、高齢者が一人ひとりの生活環境や、心身の状況に応じた介護サービスを受けられるようにするためには、介護保険制度の適正・円滑な運営が求められています。

そのためには、介護サービスの基盤整備、介護給付適正化、介護サービスの質の向上等が必要となりますが、本市では介護給付適正化事業として、ケアマネジメントが適正かつ効果的に実施されるよう、ケアプラン点検、研修会等を実施しています。

また、利用者一人ひとりにあった自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントを行うことは、利用者にとって重要であることはもちろんですが、その結果として持続可能な介護保険制度の構築に資するものでもあります。つまり、ケアマネジメントは介護保険制度全体においても重要な役割を果たすものなのです。

本資料は、ケアマネジャー、保険者が共有すべき事項として、ケアマネジメント実施の際の国等の基準や、これまでのケアプラン点検等であきらかになった傾向、留意点をまとめたものです。

今後のケアマネジメントに役立てていただければ幸いです。

自立支援とは

「自立支援」とは、高齢者一人ひとりが、住み慣れた地域で、その能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援することです。

すなわち、元気な方に対してはその状態を引き続き維持できるよう支援するとともに、介護を必要とする方に対してはその状態の改善・悪化防止に向けて支援することです。この考え方は、介護保険法でも、法の理念として謳われています。

「自立支援」の必要性

「自立支援」により心身機能を改善、向上させることで高齢者の活動範囲が広がります。また、社会参加の機会が増えるなど、生活の質の向上が図られ、地域にいきいきとした高齢者を増やすことができます。

目次

1	アセスメントに関する資料について	1
2	第1表：居宅サービス計画書（1）について	2
3	第2表：居宅サービス計画書（2）について	3
4	第3表：週間サービス計画表について	5
5	第4表：サービス担当者会議の要点について	6
6	第5表：居宅介護支援経過について	7
7	モニタリングについて	7
8	その他	8
9	ケアマネジメント自己チェックリスト	9
	書式編 居宅サービス計画書標準様式（第1表～7表）	1
	課題分析標準項目	8
	課題整理総括表	9

1 アセスメントに関する資料について

アセスメントは、利用者の生活状況を理解し、利用者が在宅生活を継続していく上で、どのような生活課題があるのかを明らかにしていく大切なプロセスになります。

ケアマネジャーの視点としては、利用者の潜在・残存能力（可能性）を含めた身体・心理状態、生活環境などの評価を通じて利用者の現状を整理します。

そして、利用者の困りごとや「こうしてほしい」という希望、「どうしていいかわからない」という混乱の原因や背景を分析していくことが大切になります。

真のニーズを導き出すためには、利用者をいかに理解できるかが大切なポイントになります。そのためには、一律にアセスメント表を埋めるという作業ではなく、コミュニケーションを通じて利用者への支援の方向性を意識しながら重点的に押さえるべき項目等を整理し、情報を収集してください。その上で現状を分析し、できること、できないこと、支援が必要なことを原因や背景も含めて、整理しながら生活課題（ニーズ）を見出し、利用者に気づきを促していく関わりが重要です。

《留意点》

- ① 23項目の課題分析標準項目を意識してアセスメントを実施して下さい。アセスメント用紙に項目があっても空欄のことがありますので、情報を記載するようにしてください。
- ② プランに挙がっているのに、アセスメントに記載のない項目や情報が不足している項目があります（皮膚状態、褥瘡など）。アセスメントで情報を整理した上で課題分析を行い、プランに活かしましょう。
- ③ 家族の介護力に関するアセスメントが不足している事例が多くあります。主たる介護者の心身状態や介護に対する意向などを踏まえ、介護力をアセスメントしましょう。また、近距離・遠距離家族などの介護力も把握しましょう。
- ④ ADL や IADL の項目は、「自立」「一部介助」「全介助」を選択するだけでなく、本人の状況や介護の状況・手間を項目ごとに具体的に記載しましょう。
- ⑤ 居住環境についての記載をし、住宅改修の必要性や危険個所について確認しましょう。
- ⑥ 医療連携について指摘される事例が多数あります。主治医意見書の情報や服薬内容についてもアセスメントに記載をしてください。
- ⑦ 情報収集のみで「課題分析のまとめ」がない事例が多くあります。アセスメントの結果を整理し、記載してください。そこから、居宅サービス計画書第1表、第2表へとつながります。「課題整理総括表」を利用している事業所もありました。介護支援専門員の考えが可視化できるツールなので、活用することも有効です。
- ⑧ 居宅介護支援経過を読んだり、面接をすると、担当ケアマネジャーがたくさんの情報を持っていることがわかります。利用者・家族のためにだけでなく、後継者のためにも情報は書面に残してください。
- ⑨ 状況・状態が変化しているのに、アセスメントに変化がない事例が多くあります。利用者の状況・状態に合わせて、アセスメントの見直しや追記を行いましょう。

2 第1表：居宅サービス計画書（1）について

（1）利用者及び家族の生活に対する意向

<記載要領>

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と考えているのかについて課題分析の結果を記載します。

<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書きましょう。
- ・「利用者」と「家族（複数の場合は誰のものか）」の意向は、区別して書きましょう。

《留意点》

- ① 「家で今まで通り生活したい」といった表現は、支援者によって捉え方が異なってしまうため、具体的に聞き取りした内容を、できるだけそのままの言葉で記載してください。
- ② 初回の居宅サービス計画作成時から意向に変化がないものがあります。介護保険サービス等を利用した後の意向の変化を把握して記載してください。
- ③ 「家族」という記載が多くみられました。誰の意向なのかを、明確にして下さい。
- ④ 第1表に記載することが適当でないもの（様々な事情で表面化できない本人と家族の意向の違いなど）は、第5表（居宅介護支援経過）等に記載してください。

（2）総合的な援助の方針・生活援助中心型の算定理由

<記載要領>

課題分析により抽出された「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、総合的な援助の方針を記載します。

<書き方>

- ・総合的な援助の方針は、「ケアチームとしての総合的方針」であるので、サービス担当者会議で話し合い、目指すべき方向性を確認し合った上で書きましょう。
- ・緊急事態が予測される場合には、利用者及び家族と相談した上で、緊急時の対応機関やその連絡先等についても把握し、記載しておきます。あらかじめ支援者の中で、どのような場合を緊急事態と考えるのかや、緊急時を想定した対応について、ケアチームの中で共通認識を図っておきましょう。

《留意点》

- ① 「生活援助中心型の算定理由」は、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付ける場合に記載します。「身体介護中心型」を位置付ける場合には「生活援助中心型の算定理由」欄の記載は必要ありません。
- ② “主治医の指示に基づき～”等と方針に記載する場合、主治医の具体的な方針について明記し、共有できるようにしておきましょう。
- ③ **（作成年月日・居宅サービス計画作成日）**
居宅サービス計画原案の内容を説明し同意（共通認識）を得た日を記載します。したがって、作成日と同意日は同じになります。（参考：平成16年2月19日全国高齢者保健福祉・介護保険関係主幹課長会議資料）
- ④ **（初回・紹介・継続）**
初めて居宅介護支援を受ける場合は「初回」、他の居宅介護事業所または介護保険施設から紹介された場合は「紹介」、すでに当該居宅介護支援事業所から居宅介護支援を受けている場合は「継続」となります。したがって、居宅介護支援事業所の変更は、「初回」と「紹介」になります。

3 第2表：居宅サービス計画書（2）について

(1) 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

<記載要領>

利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載します。

<書き方>

- ・ 自立支援を目指す計画ですので、できるだけ「～できるようになりたい」「～したい」など、利用者が主体的・意欲的に取り組めるように書きましょう。利用者自身が表現した言葉を引用することも効果的です。
- ・ 背景要因を書くとき「～のため～できない」のようにネガティブな表現になりやすいので、できるだけ「～したい」と簡潔に書きましょう。

《留意点》

- ① はじめにサービスありきの課題・目標の設定が見受けられます。利用者や家族の抱える問題点や困りごとを、即サービスに結びつけるのではなく、その問題や困りごとの本質（原因・背景）、解決するには何が必要かを明らかにすることが大切です。
- ② 課題は、記載要領のとおり「個々の解決すべき課題」を設定します。異なる性質の課題をいくつか合わせて大きな課題として設定されているケースがあります。また、逆に、1つの課題に対していくつかのサービスを組み合わせて利用する際に、サービスごとに課題を設定しているケースは1つの課題としてください。

(2) 目標

<記載要領>

「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するものです。ただし、解決すべき課題が短期的に解決する場合や、いくつかの課題が解決されて初めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもあります。

「短期目標」は、解決すべき課題や長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものです。

<書き方>

- ・ 長期目標は、課題ごとに支援を受けながら利用者も努力する到達点である望む生活の姿を書きましょう。
- ・ 短期目標は、モニタリングの際に達成度がわかるように具体的に書きましょう。
- ・ 期間は、開始時期と終了時期を記入してください。終了時期が予測できない場合は、開始時期のみ書きましょう。

《留意点》

- ① 目標は、利用者の目標を記載するもので、支援者の目標「～できるようにする」などと記載しないようにします。また、短期目標は、利用者や家族に「実感のわく内容」「やってみようと思える内容」「必要なことなのだと思える内容」とすることが大切です。利用者の取り組みを促すことから、客観的にも妥当で、明確であることが大切です。
- ② 「安全」「安心」「維持」「快適」などの表現は、サービス提供者により判断・評価に差が出る可能性がありますので、できるだけ具体的な表現としてください。
- ③ 期間は、長期目標については、「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のかの期間を記載してください。短期目標については、「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定してください。
- ④ 目標期間の開始時期は、当該居宅サービス計画の開始時期を記載してください。
- ⑤ 目標期間の設定は、認定有効期間を考慮しますが、目標達成やモニタリングの際の目安となるよう、心身の状態に合わせて行ってください。
- ⑥ 期間の途中でも利用者の状態に変化があれば、その都度期間や目標、プランの見直しをしてください。

(3) 援助内容

<記載要領>

「サービス内容」は、「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・簡潔に記載します。この際、できるだけ家族による援助も明記し、また、当該居宅サービス計画作成時において既に行なわれているサービスについても、そのサービスが課題に反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載します。

<書き方>

(サービス内容)

- ・サービス事業者が作成するそれぞれのサービス計画を立てる際に必要なサービス項目はもれなく書きましょう。

(サービス種別)

- ・ケアチームの誰が何をするのがわかるように、「サービス内容」と「サービス種別」を関連付け、番号を付けたりするなど工夫して書きましょう。
- ・家族や近隣住民が行う生活上の支援や特にポイントとなる利用者自身のセルフケアも含まれます。ただし、セルフケア、家族や近隣住民の支援を組み込む場合は、十分に実行性を確認しながら無理のないようにしましょう。

(期間)

- ・期間は、「短期目標の期間」と連動します。

《留意点》

- 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ます。「サービス内容」には「短期目標の達成に効果的なサービスの内容とその方針」を記載しますから、原則として「短期目標の期間」と同じ期間を記載することになります。
- ② サービス内容・サービス種別では、利用者自身のセルフケアや家族による支援などを必要に応じて記載し、利用者や家族の参加の動機付けを行いましょう。家族が行う援助内容については誰が行うのかを明記しましょう。またインフォーマルサービスについても記載しておきましょう。
- ③ サービス担当者会議で専門的な見地からの意見を求め、調整を図り、サービス内容に反映することも重要です。また、主治医意見書から提案されている留意事項等についても、サービス担当者会議においてサービス内容を考える際に勘案することも大切です。サービス内容・サービス種別には、主治医意見書・サービス担当者会議の意見も反映させましょう。

(4) その他

福祉用具貸与また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においては、「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が明らかになるように記載しましょう。

また、具体的な福祉用具名も第2表、もしくは第3表の週単位以外のサービスに明記しましょう。

医師に医学的所見を求めた記録を残す場合、確認日時や方法、必要性を具体的に記載しましょう。

4 第3表：週間サービス計画表について

<記載要領>

利用者の起床や就寝、食事、排泄、服薬などの平均的な1日の過ごし方について記載します。

<書き方>

(週間サービス計画)

- ・医療や保健福祉サービス、家族の支援なども書きましょう。

(主な日常生活上の活動)

- ・利用者の起床・就寝・食事・排泄（夜間も）・入浴・昼寝・服薬や介護者の帰宅時間などを書きましよう。
- ・主な介護者の平均的な一日の過ごし方を把握し、記載しましょう。

(週単位以外のサービス)

- ・隔週や月単位で提供されるものについて書きましょう。(居宅療養管理指導や短期入所、福祉用具など)

《留意点》

介護給付以外の取り組みについての記載がされていないケースが見受けられます。特に主な日常生活上の活動への記載が全体的に少ないです。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把握した上で介護保険サービス等を含め、総合的に支援する視点が求められます。家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見えるように、上記した「書き方」を参考に記載してください。利用者の主要な日常生活に関する活動を明らかにし、対応するサービスとの関係がわかるようにしましょう。

5 第4表：サービス担当者会議の要点について

サービス担当者会議は、利用者・家族、介護支援専門員、主治医、関係するサービス事業者等が一堂に会して、居宅サービス計画書の第1表・第2表・第3表を確認し、協議し、調整をするための会議です。第4表は、サービス担当者会議を開催した場合に、当該会議の要点について記載します。また、やむを得ずサービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合に、サービス担当者に対して行った照会の内容についても記載します。作成年月日は、この第4表をとりまとめた日付を書きます。

<書き方>

(検討内容)

- ・検討した項目について、それぞれの機関や事業者が、実施するサービス内容だけでなくサービス提供方法・留意点・頻度・時間数・担当者などを書きましょう。

(結論)

- ・「いつまでに誰が〇〇をする。」という具体的な書き方で結論を明記しましょう。

(残された課題)

- ・残された課題について、誰がいつまでに何をするのか書きましょう。

《留意点》

- ① 初回居宅サービス計画作成時のサービス担当者会議は、初めてサービスを利用するための検討の場です。サービスの利用の開始にあたって、利用者・家族、ケアマネジャー、サービス事業者間で、目標や意識にずれが生じないようにすることが重要です。そのためには、サービス利用開始前にサービス担当者会議を開催してください。
- ② 次の場合には、やむを得ない事情がある場合(※1)を除き、サービス担当者会議を開催し、サービス担当者会議の要点を記載してください。
 - 居宅サービス計画原案を作成した場合
 - 利用者が要介護更新認定を受けた場合
 - 利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
 - 居宅サービス計画に福祉用具を位置づける場合

(※1) サービス担当者会議を開催しない場合のやむを得ない事情について

- 開催日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
- 居宅サービス計画の変更から間もない場合で利用者の状態に大きな変化が見られない場合等における軽微な変更の場合等
- 利用者(末期の悪性腫瘍患者)の心身の状況等により、主治の医師等の意見を勘案して必要と認める場合

※やむを得ない事情がある場合であってもサービス担当者への照会を行い、これを記録に残す必要があります。

6 第5表：居宅介護支援経過について

居宅介護支援経過は、介護支援専門員が専門職として残す記録です。この第5表は、介護支援専門員として利用者・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載しましょう。単に支援が継続していることの確認だけでなく、常に総合的な援助の方針、ニーズ、目標、サービス内容など居宅サービス計画の進行状況と目標の達成度、居宅サービス計画の見直しの必要性が生じているか確認する視点が大切です。

<記載要領>

- ・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、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を記載します。漠然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努めましょう。

<書き方>

- ・居宅介護支援経過は、ケアマネジャーのメモではありません。公的な記録です。責任を持ちましょう。
- ・日時と曜日を記載しましょう。
- ・日常的な居宅サービス事業者との連絡事項を記録しましょう。
- ・表現の方法として虐待や介護放棄などは、虐待という記載ではなく、認識した事実と根拠を書きましょう。
- ・「〇月〇日計画変更なし」などの一行だけの記載ではなく、訪問した時に状況の変化を把握して、例えば「転倒しやすくなった」など具体的状況を書きましょう。
- ・第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向」や第2表の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」において、サービス事業者に知られたくないことや、利用者と家族の隠された真実や認識の違いがある場合で、計画作成やサービス提供に必要なことであれば、第5表に書きましょう。

《留意点》

居宅サービス計画書の交付年月日と、誰にどのような状況で交付したかを記載しましょう。

7 モニタリングについて

- ・モニタリングにあたっては、居宅サービス計画の作成後においても、利用者及びその家族、主治医、居宅サービス事業者との連絡を継続的に行いましょう。
- ・特段の事情のない限り、少なくとも1月に1回は利用者の居宅で面接を行い、モニタリングの結果を記録することが必要です。さらに、特段の事情（利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者へ面接することが出来ない場合を主として指す）がある場合については、その具体的な内容を記録しておくことが必要です。
- ・訪問介護等、サービス事業者から利用者に係る情報の提供を受けた場合、利用者の服薬状況、口腔機能等モニタリングの際にケアマネジャーが把握した情報を、主治の医師や歯科医、薬剤師に情報提供しましょう。

《留意点》

利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であることから、モニタリングでは居宅サービス計画の実施状況の把握を行い、課題に変化が認められる場合は、必要に応じて居宅サービス計画の変更等を行うことになります。

8 その他

《留意点》

① 居宅サービス計画の変更について

居宅サービス計画の内容を変更する場合は、原則としてアセスメントから居宅サービス計画の交付まで再度行う必要があります。ただし、利用者の希望による軽微な変更の場合は必要ない場合もあります。

[居宅サービス計画の軽微な変更について]

曜日・時間の変更、同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減等は軽微な変更に該当する可能性があるものと考えます。但し、軽微な変更に該当するかどうかは、変更する内容が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、軽微な変更か否かを判断してください。(軽微な変更か否かの判断は、平成22年7月30日厚生労働省通知「介護保険制度に係る書類・事務手続の見直しに関するご意見への対応について」を参考にしてください。)

② 暫定プランの取り扱いについて

暫定の居宅サービス計画を作成し、認定結果が想定した要介護あるいは要支援と異なる結果（居宅サービス計画を作成していたが認定結果が要支援）となった場合には、暫定の居宅サービス計画作成に伴い実施した「アセスメント」「サービス担当者会議」「モニタリング」とは別に、新規の居宅サービス計画作成に当たり、改めて「アセスメント」「サービス担当者会議」「モニタリング」を実施して記録する必要があります。

なお、暫定の居宅サービス計画作成のためのアセスメント等の一連の流れと、認定後の正式な居宅サービス計画作成のための一連の流れが内容的に同じになる場合は、暫定時のアセスメント、サービス担当者会議等の内容を正式な居宅サービス計画に活かすことは可能です。

<関係法令、引用・参考文献等>

- (1) 法令「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」
- (2) 通知「指定居宅介護支援事業等の事業の人員及び運営に関する基準について」
- (3) 通知「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」
- (4) ケアプラン点検支援マニュアル（厚生労働省老健局振興課作成）
- (5) 居宅介護サービス計画書作成の手引き（長寿社会開発センター）