

介護支援専門員実務研修 12日目

ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術

第7－⑤章 モニタリング及び評価

本科目の目的

P. 517

ケアマネジメントプロセスにおける
モニタリングの意義・目的や、多
職種との連携によるサービス実施
の効果を検証することの重要性
を理解する。

本科目の習得目標

P. 519

- ①モニタリングの意義と目的について説明できる。
- ②目標に対する各サービスの達成度（効果）の検証の必要性について説明できる。
- ③目標に対する各サービスの達成度（効果）について評価できる。
- ④モニタリング結果の記録作成の意味と重要性について説明できる。
- ⑤居宅サービス計画の再作成を行う方法と技術について説明できる。

1 モニタリングとは何か

「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)を行な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なうものとする。

(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 第13条十二)

第1節 モニタリングの意義と目的

P. 520.524

1. モニタリングの理解

(1) モニタリングの意義

介護保険では「サービスの日常的・継続的な点検」のこと

(2) モニタリングの目的

- ①ケアプラン通りにサービスが提供されているかどうか
- ②サービス内容が適切かどうか
- ③個々の生活ニーズに対する目標が達成されているか
- ④総合的な援助の方針通りにケアプランの効果が上がっているか
- ⑤ケアプランの内容を修正する必要があるか

第1節 モニタリングの意義と目的

P. 521

2. モニタリングの機会と方法

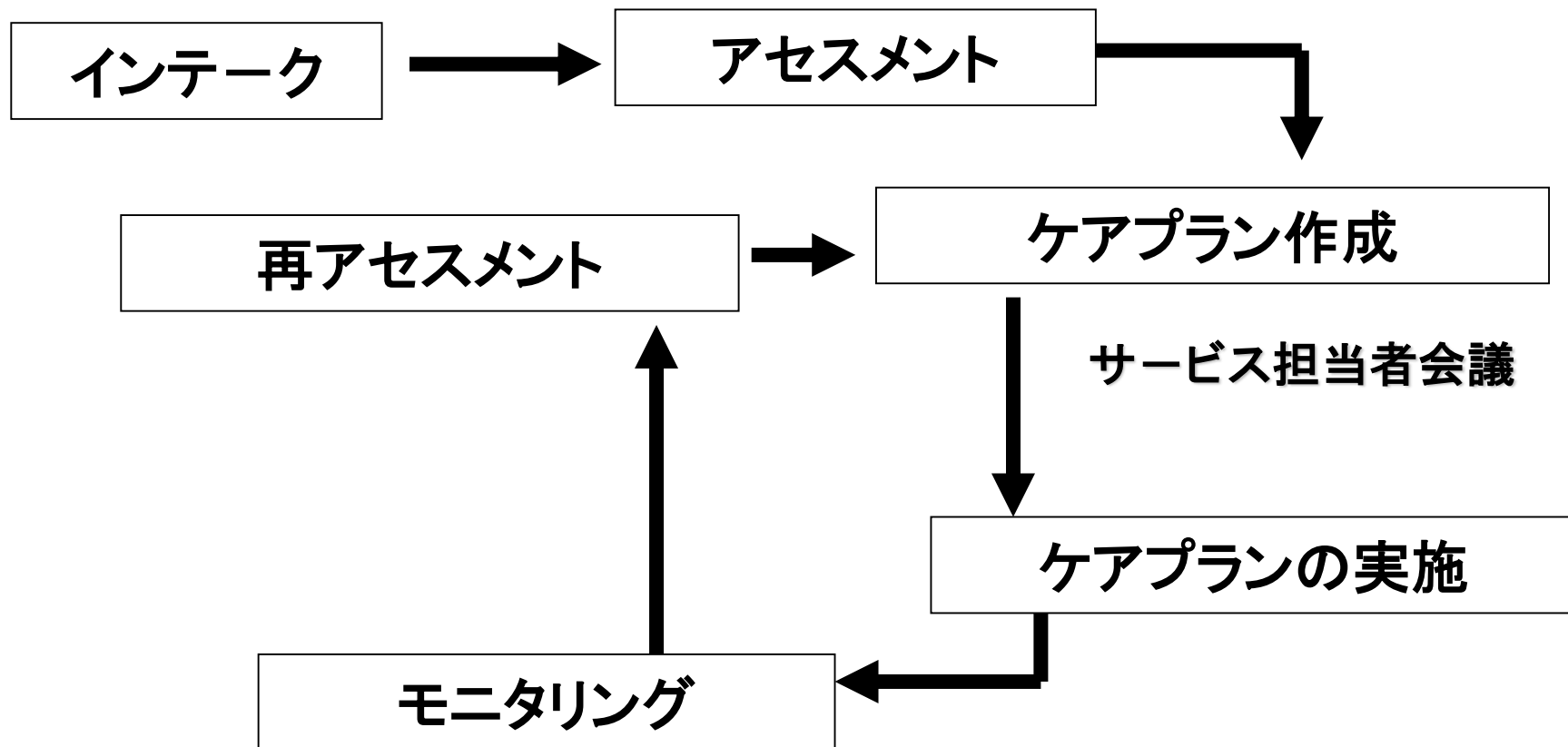
(1) 定期的なモニタリング (運営基準第13条第13号)

- ① 少なくとも1ヶ月に1回、利用者の居宅を訪問し利用者に面接する。
- ② 少なくとも1ヶ月に1回モニタリングの結果を記録すること。

(2) 必要に応じたモニタリング

- ① 状態変化に合わせて確認をしていく

ケアマネジメントのプロセス



第1節 モニタリングの意義と目的

モニタリング機能の担い手

P. 522

・サービス事業者が行うモニタリング

→利用者に関わりを持っている者からの
情報は有用

ケアマネが事業者と連携をする。

本人、家族が行うモニタリング

→積極的に受け入れ

* ケアマネジャーは総合的に状況を把握する。

利用者自身がモニタリングの担い手であると認識してもらう。

モニタリングの視点

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
→ケアプラン実施

- ①総合的な援助の方針を見直す。
- ②健康状態の維持・向上の観点から見直す。
- ③ADLの維持向上という観点から見直す
- ④QOLを高めると言う観点から見直す

モニタリングを促進するための技術

①モニタリングのポイントの明確化

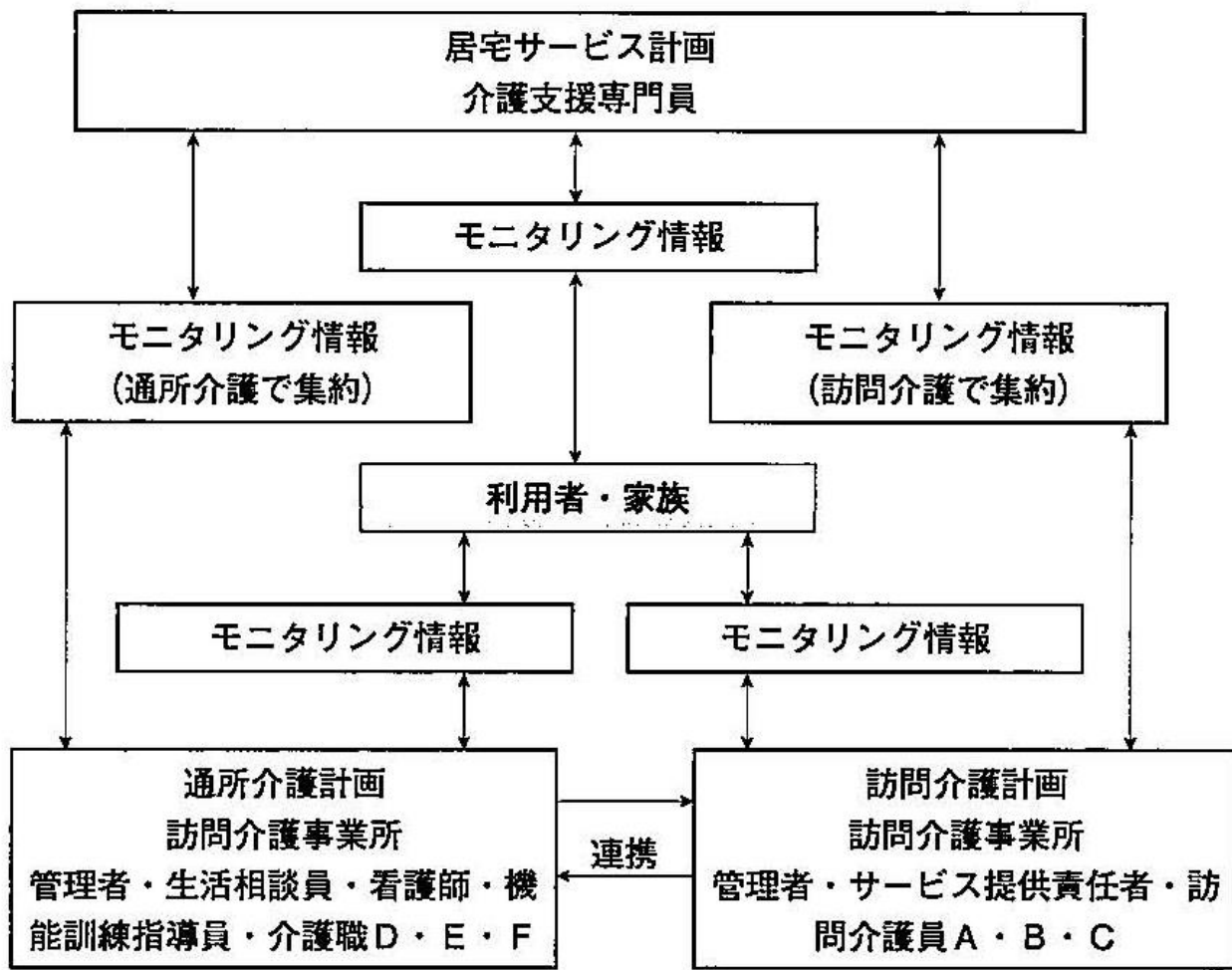
何をモニタリングしてもらおうのかについて明らかにしておく

②危険の予測

③ネガティブな変化とポジティブな変化

良くなっても、悪くなってもそのきっかけがあるのだから、モニタリングをその時点でしっかり行う

図 7-⑤-1-2 モニタリングの多重構造



第2節 目標に対する各サービスの達成度(効果)の検証の必要性

P. 525

2. モニタリングによる関係づくり

(1) 利用者・家族の理解

最初のアセスメントでは分からなかった問題状況の背景が見えてくる

(2) 信頼関係の醸成

信頼関係が深まる事により利用者固有の問題把握が容易になる

(3) ケアチームの関係の強化

ケアチーム全体のモニタリングにより課題解決に繋げることで関係が強化される

第2節 目標に対する各サービスの達成度(効果)の検証の必要性

P. 526

3. モニタリングの手法

(1) 訪問

- 1) 利用者・家族の家へ訪問する場合
- 2) サービス提供場面へ訪問する場合
- 3) 近隣住民との連携

(2) 電話連絡

- ・週に数回の確認が必要な場合
- ・確認の内容が簡易な場合
- ・一時的に遠方に住んでいる家族に身を寄せている場合
- ・遠方に住んでいる家族に確認する場合など

(3) サービス担当者会議

第2節 目標に対する各サービスの 達成度(効果)の検証の必要性

4. 給付管理

(1) ケアマネジメントプロセスの遵守

ケアマネジメントプロセスを経ずに行われたサービス提供は給付管理の対象とはならない

(2) 欠格事項→資格停止にも結びつく

第3節 目標に対する各サービスの達成度(効果)についての評価

1. 利用者・家族

(1) 生活全体からみた居宅サービス計画の位置から評価する

1日・1週間・1ヶ月の時間経過の中で利用者・家族の生活上の課題解決に繋がっているか？

(2) 家族関係から評価する

利用者の変化のみならず家族の状況はどのように変化しているか？

2. 評価に必要な情報

- (1) 居宅介護支援経過(第5表)
- (2) サービス提供実施記録・モニタリング
評価表
- (3) 評価表の活用

第3節 目標に対する各サービスの達成度(効果)についての評価

P. 530

3. 終結と評価

(1) 終結とは

- 1) 施設や病院へ移る
- 2) 死亡 3) 転居 4) 自立

(2) 利用者側の状況による終結

(3) ケアマネジメント側による終結

- ① 小規模多機能型居宅介護の利用によりケアマネジメント機関が変わる場合
- ② 施設入所によりケアマネジメント機関が変わる場合
- ③ 要介護から要支援になったことによりケアマネジメント機関が変わる場合

4. 終結時の評価

(1) 評価の視点

- 1) 利用者の望む生活の視点で評価
- 2) ADL の観点からの評価
- 3) QOL の観点からの評価

(2) 評価時の留意事項

Eさんの1ヶ月後のモニタリングの視点

Eさんが退院されて、もうすぐ1ヵ月になろうとしています。

ここで、皆さんは何をモニタリングしようと思いますか？

グループで話し合ってください 15分間

発表 15分間

何をモニタリングしますか？

①Eさんに対しては？

②家族や周囲との関係性は？

③計画全体を見通して

第4節 モニタリング結果の 記録作成の意義と重要性

P. 534

1. モニタリング記録の必要性と重要性

(1) 必要性

(2) 重要性

表7-⑤-4-1 モニタリング記録の重要性

- ・記録から経過を確認する
- ・さまざまな病気をもつことで重篤に陥ることがある、症状として表れることがなく、症状として表れたときには悪化していることがあるといった高齢者の特性を踏まえ、わずかな変化を速やかに把握して新たな課題が発生していないか経過観察する
- ・サービス担当者会議で、症状やリスクを確認し合っているにもかかわらず、利用者・家族は実際に起きなければわからないことが多く、専門職の定期的なモニタリングが多くの役割を果たす
- ・定期的なモニタリングを通じて、目標の達成に近づいているか、サービス・ケアの軌道修正が必要か常にチェックすることにつながる。速やかな状況変化の把握は、軌道修正をしやすくしてくれる

第4節 モニタリング結果の 記録作成の意義と重要性

P. 535

22

2. 記録の留意点

(1) 評価の視点がわかるような記載

(2) 今後の展開に向けた視点

第4節 モニタリング結果の 記録作成の意義と重要性

3. 評価表等の活用

(1) 居宅介護支援経過(第5表)

(2) サービス提供実施記録・モニタリング
評価表

(3) 評価表の活用

4. 苦情処理

第5節 居宅サービス計画の 再作成を行う方法と技術

1. 情報共有

(1) 情報を収集するうえでの要請

(2) 情報を提供していくことへの理解

日頃からCMに連絡が来る関係性の構築が必要

第5節 居宅サービス計画の 再作成を行う方法と技術

P. 548

2. 再アセスメント

(1) 状態変化にともなう再アセスメント

表7-⑤-5-1 再アセスメントが必要となる例

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>① 身体的な状態変化
転倒、骨折または肺炎など、ADLが低下した場合</p> <p>② 主介護者、家族の変化
介護者の入院などにより、介護者が不在になったり代わったりした場合</p> <p>③ 生活環境の変化
引っ越し、住み替えで生活している環境に変更があった場合</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(2) 経過とともに全体評価としての再アセスメント

第5節 居宅サービス計画の 再作成を行う方法と技術

3. ケアプランの見直し

(1) ケアプランのスタート時

(2) 再アセスメント時

ケアマネジメントプロセス

インタビュー面接→アセスメント→居宅サービス計画原案の作成→
サービス担当者会議→居宅サービス計画実施→モニタリング→
再アセスメント→居宅サービス計画の修正もしくは終結

第5節 居宅サービス計画の 再作成を行う方法と技術

4. 多職種との連携

(1) 主治医を含む医療関係者との連携

(2) サービス提供事業者との連携

(3) インフォーマルサポートとの連携

(4) 地域包括支援センターや行政機関との
連携

振り返り