第7-⑤章 「モニタリング及び評価」の目的

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による効果を検証することの重要性を理解する。

第7-⑤章 「モニタリング及び評価」の修得目標

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。

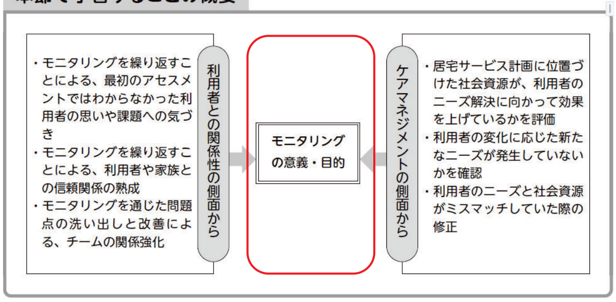
③ 目標に対する各サービスの達成度（効果）についての評価方法について説明できる。

④ 状況変化に伴う評価と再アセスメントの必要性の判断について説明できる。

⑤ 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。

第1節 モニタリングの意義と目的の理解

本節で学習することの概要



第1節 モニタリングの意義と目的の理解

【1 介護保険制度におけるモニタリングの位置づけ】

〇ケアマネジメントプロセスにおけるモニタリングの順番は終結の前のプロセスとなる

〇しかし、モニタリングをして終わりではなく、モニタリングを行ったうえで、再度、利用者の状態の変化を見定め、改めてケアマネジメントプロセスを循環していく

・モニタリングは、日々変化していく利用者の現状把握とともに、作成し実施してきたケアプランに対するサービスが適切だったか、ミスマッチはなかったか、利用者に変化はなかったか、新たな課題は発生していないか等を確認する

〇介護保険制度のなかで行うサービスとして、利用者の尊厳が守られているかを評価して、自立支援に適うサービス提供になっているか等、振り返りをしっかりと行うことは、利用者が適切にサービスを受ける権利を守ることにつながる

〇そのためには、モニタリングの位置づけをしっかりと理解し、実行する視点が求められる

第1節 モニタリングの意義と目的の理解

【1 介護保険制度におけるモニタリングの位置づけ】

〇介護保険制度では介護支援専門員が行う居宅介護支援のモニタリングに関する規定は、
次のように定められている

●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（平成11年厚生省令第38号）
（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）
第13条
十三　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うものとする。
十四　介護支援専門員は、第13 号に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、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うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。
イ　少なくとも1月に1回、利用者に面接すること。
ロ　イの規定による面接は、利用者の居宅を訪問することによって行うこと。
ただし、次のいずれにも該当する場合であって、少なくとも2月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接するときは、利用者の居宅を訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができるものとする。

第1節 モニタリングの意義と目的の理解

【1 介護保険制度におけるモニタリングの位置づけ】

〇介護保険制度では介護支援専門員が行う居宅介護支援のモニタリングに関する規定は、
次のように定められている
⑴　テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。
⑵　サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
ⅰ　利用者の心身の状況が安定していること。
ⅱ　利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
ⅲ　介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。
ハ　少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。
十五　介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、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、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。
イ　要介護認定を受けている利用者が法第28条第2項に規定する要介護更新認定を受けた場合
ロ　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

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術［ 3時間 ］
⑤モニタリング及び評価
第1節 モニタリングの意義と目的の理解
【2 ケアマネジメントの側面からの意義と目的】

上巻 P405

1. モニタリングの意義

〇モニタリングとは、利用者についての継続的なアセスメントを含んだ居宅サービス計画の実施状況の把握のことで、日常的・継続的な利用者の点検が求められる

2. モニタリングの目的

1） 各サービスの効果の評価

〇モニタリングでは、居宅サービス計画に位置づけた社会資源が、利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の解決に向かって効果を上げているかを評価し、利用者の変化に応じた新たな生活ニーズが発生していないかを確認する

・そのため、単にサービスが提供されているかどうかを確認したり、サービス提供の曜日や時間が計画どおりであるかを把握したりするだけでは不十分

・モニタリングでは、利用者の状況の変化を速やかにキャッチし、必要に応じた再アセスメントを行い、居宅サービス計画を見直すことでケアマネジメントプロセスを循環させるという目的がある

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術［ 3時間 ］
⑤モニタリング及び評価
第1節 モニタリングの意義と目的の理解
【2 ケアマネジメントの側面からの意義と目的】

上巻 P405

2. モニタリングの目的

2） ミスマッチの修正

〇ケアマネジメントを実践するうえで、初回のアセスメント、居宅サービス計画作成段階で、利用者のおかれている状況の全体像の把握が不十分であっても、とにかくサービスを入れていかなければ、利用者の生活を支えられないときがある

・しかし、そうした状況では、利用者の生活ニーズと社会資源がミスマッチのままで、利用者・家族、サービス提供事業者等にとって、問題解決につながらないばかりか、介護保険財源から考えるならば、無駄遣いとなってしまう

・そのため、居宅サービス計画が実施されると同時にモニタリングがはじまり、モニタリングを繰り返しながら適切な居宅サービス計画へと修正しながらサービスを提供していくことになる

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術［ 3時間 ］
⑤モニタリング及び評価
第1節 モニタリングの意義と目的の理解
【3 モニタリングにおける利用者との関係性の側面からの意義と目的】

上巻 P405

1. 意義

〇変化に一番気づきやすいのは、利用者・家族である

・違和感や不具合を感じることで最初に気づく

・しかし、利用者・家族が自分たちのほうに問題があると考えたり、クレーマーと思われたくないと考え、気づいた違和感や不具合を伝えることをしないことがある

・そうなると、介護支援専門員はその変化した状況を把握することができなくなってしまう

〇介護支援専門員は、訪問時のアセスメントや居宅サービス計画作成、サービス担当者会議などのあらゆる機会を通して、利用者・家族にそのつど、繰り返し説明したり情報収集を行ったりすることが大切となる

・これが、ケアマネジメントプロセスに利用者や家族が参加するということ

・利用者や家族が望む暮らしの実現には、利用者・家族もアセスメントに参加し、居宅サービス計画を作成し、モニタリング機能をもつことが不可欠であるため

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術［ 3時間 ］
⑤モニタリング及び評価
第1節 モニタリングの意義と目的の理解
【3 モニタリングにおける利用者との関係性の側面からの意義と目的】

上巻 P406

2. 目的

1） 利用者・家族の理解

〇介護支援専門員が、何度か利用者宅を訪問し面接を繰り返すことで、利用者や家族の介護保険制度に対する理解が深まり、信頼関係が築かれていくことになる。

・その際最初のアセスメントではわからなかった利用者の思いや家族との関係、また課題を含む状況の背景がみえてくることがある。これもモニタリングの重要な機能である

2） 信頼関係の熟成

〇モニタリングを繰り返しながら利用者や状況の理解を深めていくことにより、適切な居宅サービス計画へと修正していく。利用者・家族の理解が信頼を強くする

・利用者と家族の関係や家族間の状況のアセスメントが、どのような社会資源を結びつければよいかの判断の明確化となり、問題解決や自立を促進するなどよい方向へ進む

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術［ 3時間 ］
⑤モニタリング及び評価
第1節 モニタリングの意義と目的の理解
【3 モニタリングにおける利用者との関係性の側面からの意義と目的】

上巻 P406

2. 目的

3） ケアチームの関係の強化

〇モニタリングにより利用者の状況の変化が明確になると、ケアチームの役割とかかわり方の効果についても明らかになる

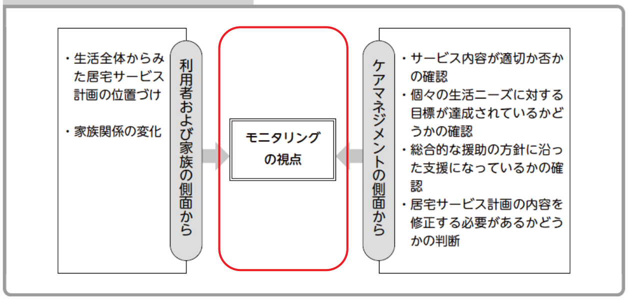
・状態の改善につながっていない部分については、ケアチーム全員のモニタリングによって問題点を洗い出し、改善に向けた取り組みへと変えていく

・このような積み重ねにより、ケアチームの関係が強化されていく

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術［ 3時間 ］
⑤モニタリング及び評価
第2節 モニタリングにおける視点の理解

上巻 P407

本節で学習することの概要



1. 居宅サービス計画どおりにサービスが提供されているかどうかの確認

〇居宅サービス計画は、介護支援専門員が利用者との契約関係によって、利用者に対する支援の方針とその方法を約束したもの

・契約とは法律行為であり、一定の法的効果を発生させる目的で交わされるもので、相対する当事者の同意によって成立する

〇介護支援専門員は、居宅サービスが計画どおりに提供されていなければ、その原因を究明し居宅サービス計画を変更する

・変更した居宅サービス計画は、利用者や家族の同意が必要となる

・そのため、その居宅サービス計画に基づくサービスの実施状況を常に確認し、契約どおりのサービス提供がなされているかを確認・調整していくことになる

2. サービス内容が適切か否かの確認

サービス内容が適切ではない場合とは

①利用者の状態や状況が計画作成時から変化した場合

②ケア内容が家族やサービス提供事業者に十分に理解されていないため、利用者の状態や状況に合ったものになっていない、または、ケア内容に応じたサービス種別や配分（週の間のバランスや時間帯）、回数になっていない場合、

③アセスメント自体が不十分だった場合

〇このときに、各サービス提供事業者が作成する個別サービス計画が重要な役割を果たす

・個別サービス計画の内容と、サービス提供事業所からのモニタリング内容を十分確認する

3. 個々の生活ニーズに対する目標が達成されているかどうかの確認

〇解決すべき課題（ニーズ）に対しては、目標が設定されている

・目標はそれを達成するために設定されているため、その達成度を評価しなければならない

〇期間を決めて「〇〇の状態になる」といった目標を設定していくが、その期間は「長期」と「短期」に分かれている

〇モニタリング後に、「状態が変わらないので同じ目標です」と、変更のない居宅サービス計画を目にする

・こうした事態は、短期目標の到達度の評価ができていないということになる

・例えば、長期目標の期間を6か月と設定して、6か月が経過した時点で利用者がどのような状態になっているのか、その途中の3か月が経過した時点（短期目標）ではどのような状態になるのかを見立てて目標を設定しなければならない

3. 個々の生活ニーズに対する目標が達成されているかどうかの確認

〇介護支援専門員がイメージできないものは、当然、利用者・家族もイメージできない

・短期目標を3か月、長期目標を6か月と設定し、目標も妥当で、評価した結果、状態が変わらなければ「変わらなかった」理由をモニタリングで示さなければならない

「なぜ変わらなかったのか」という視点と判断があるはずで、誰もが納得する根拠を示すことが必要となる

4. 総合的な援助の方針に沿った支援となっているかの確認

〇居宅サービス計画は、利用者の望む暮らしを実現するための方針と方法を明記したもの

・利用者の望む暮らしの実現は、利用者の尊厳が保持され、より自立的な暮らしができる生活の形であることが求められることから、方針の適切性を確認するとともに、方針に沿った支援となっているかを確認する

5. 居宅サービス計画の内容を修正する必要があるかどうかの判断

〇モニタリングの結果に基づき、居宅サービス計画の内容に修正が必要か、その有無を判断する

〇修正が必要と判断した場合は、適切にケアマネジメントプロセスを踏み、居宅サービス計画の変更を行う

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価
第2節 モニタリングにおける視点の理解
【2 利用者及び家族の側面から行うモニタリング】

上巻 P409

1. 生活全体からみた居宅サービス計画の位置づけ

○居宅サービスが利用者の1日にどのように位置づけられているかを再確認し、居宅サービス計画が生活上の課題解決に向けて適切かどうかを、居宅サービス計画と各種サービスの実施状況とを関連づけて確認する

・1日の生活から、1週間、1か月と時間の経過を踏まえて評価し、利用者と家族の生活上の課題解決に向かっているかどうかを評価する

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価
第2節 モニタリングにおける視点の理解
【2 利用者及び家族の側面から行うモニタリング】

上巻 P409

2. 家族関係の変化

○モニタリングを通して利用者との関係を築いていくなかで、利用者と家族との関係が徐々に明らかになることがある

・それに伴い、サービス内容や目標を修正する必要があると判断した場合は、それぞれの関係性に留意し、適切な修正時期を見極めて対応する

○ケアマネジメントプロセスを通して最も重要なことは、モニタリングを含めた各過程において、利用者・家族が参加することが重要

・利用者が望む暮らしを実現するために、居宅サービス計画が作成されるが、その達成度を利用者自身で自覚することが、意欲につながっていく重要な作業となるため

・利用者や家族と直接話をすることで、より正確に介護支援専門員が確認しなければならない事実を把握できる

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価
第2節 モニタリングにおける視点の理解
【2 利用者及び家族の側面から行うモニタリング】

上巻 P409

2. 家族関係の変化

○運営基準(支援)に定められた「少なくとも1月に1回」は最低基準

・利用者の状況が改善していくためには、タイミングを逃さずに居宅サービス計画等を見直していくことが必要

・利用者や家族とともにモニタリングしていくという姿勢を大切にする

モニタリングの視点

利用者の服薬状況・口腔機能、その他心身又は生活に関わる変化の確認を行う

・薬が大量に余っている又は複数回の薬を一度に服用している
・薬の服用を拒否、服用しきらない内に新たに処方されている
・口臭や口腔内出血がある
・体重の増減が推測される見た目の変化がある
・食事量や食事回数の変化がある
・下痢や便秘が続いている
・皮膚が乾燥していたり湿疹などがある
・リハビリの提供が必要と思われるが提供されていない

利用者の心身の状況に変化があり、医師や歯科医師、薬剤師の助言が必要と思われる場合は医師等に報告すること

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価

ミニワーク ①

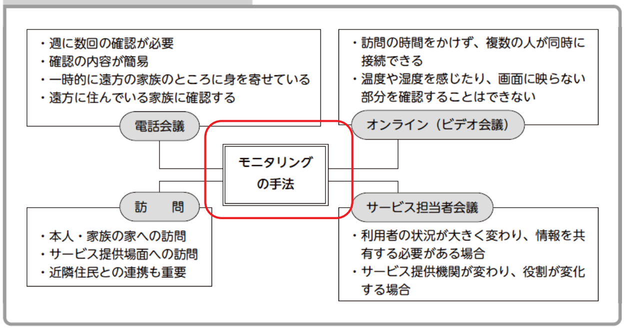
モニタリングを行う目的について書き出してみましょう。

個人ワーク

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価
第3節 モニタリングの手法の理解

上巻 P410

本節で学習することの概要



第3節 モニタリングの手法の理解 【1 訪問】

1. 利用者・家族の家へ訪問する場合

○居宅サービス計画の目標、援助を必要とするに至った状況、生活上の課題と長期・短期目標、居宅サービス計画に位置づけられているサービスの実施状況などのほか、生活状況等を再確認する
○利用者の変化(改善・維持・悪化)を生活の現場で確認することで、生活環境を再評価し、利用者のニーズの変化および予測される状態を見極める

第3節 モニタリングの手法の理解 【1 訪問】

2. サービス提供場面へ訪問する場合

○訪問介護が提供されている時間や通所リハビリテーションに通っている時間などに訪問し、利用者がサービスを利用している場面での様子を把握する
○実際の提供場面を確認することで、言葉では伝わらない状況が確認できる
・サービス内容によっては、提供している最中に訪問することがサービス提供を停止させる場合もあるため、サービス提供事業者への事前の連絡が必要
・サービスの提供内容が目標達成に向けた内容となっているかを確認する

第3節 モニタリングの手法の理解 【1 訪問】

3. 近隣住民との連携

○インフォーマルサポートを担っている近隣住民から、利用者について情報を得ることも重要
・しかし、近隣住民はサービス提供事業者ではありませんから、定期的に報告してもらうのは難しい
・電話で状況を聞いたり約束を取ったうえで訪問し、利用者についての情報を得るようにする

第3節 モニタリングの手法の理解 【2 電話会議】

○次のような場合には、電話によるモニタリングを併用していく
・時間を上手に使いながらも、必要な情報を集めていく工夫が必要

・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みを寄せている場合
・遠方に住んでいる家族に確認する場合 など

第3節 モニタリングの手法の理解 【3 オンライン(ビデオ会議等)】

○ICTの活用が推奨されるなか、オンラインでのモニタリングの実施も少しずつ進んでいる
・オンラインでのメリットは、必要性のあるときに訪問の時間をかけず、複数の者が同時に接続できること
・例えば、何か不安や困りごとが生じたときに、オンラインでビデオ会議システムに接続すれば、電話では顔は見えないが、ビデオなら表情をとらえつつ面談することができる
・ただし、訪問して直に対面することと比べると一目で住環境や全身をとらえることはできず、室温・湿度を感じたり、映像に映らない部分の確認ができないといったデメリットもある
・オンライン会議であれば、家族が仕事の合間に接続したり、遠方に在住の場合や海外在住であっても家族がモニタリングに参加し、話し合えるといった利点がある
・モニタリングに多職種が参加して意見や助言をもらうことも可能となる

第3節 モニタリングの手法の理解 【4 サービス担当者会議】

○サービス担当者会議を通じて、モニタリングを行う
・利用者の状況が大きく変わり、情報を共有する必要がある場合や、サービス提供機関が変わり役割が変化する場合には、サービス担当者会議の開催によって、ケアチームが一堂に会し、専門的見地からの意見交換によって居宅サービス計画の変更につなげていくことが有効となる
○居宅サービス計画と個別サービス計画は連動していることが前提
・居宅サービス計画と個々のサービスの効力が、利用者の自立やQOL(生活の質)の向上につながることが不可欠
・それには、サービス担当者会議において、それぞれの個別サービス計画も資料として配布することが理想的
・居宅サービス計画原案に位置づけられたそれぞれのサービスの担当者が、サービス担当者会議の前に利用者の状況をアセスメントすることになり、サービスを提供する際の具体的な方針を説明することができる

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価

上巻 P412

第3節 モニタリングの手法の理解 【4 サービス担当者会議】

・それによって、利用者・家族をはじめとする会議の出席者全員が、支援の総合的な方針とともに、個々のサービスの提供内容を相互理解することができる

○サービス担当者会議の後に、個別サービスの担当者が利用者宅を訪問し、個別サービス計画を立案し利用者の同意を得て、提供がスタートされることが一般的

・したがって、居宅サービス計画に位置づけられたサービスと実際に提供されるサービスとの間にミスマッチがないかを確認するのがモニタリングとなる

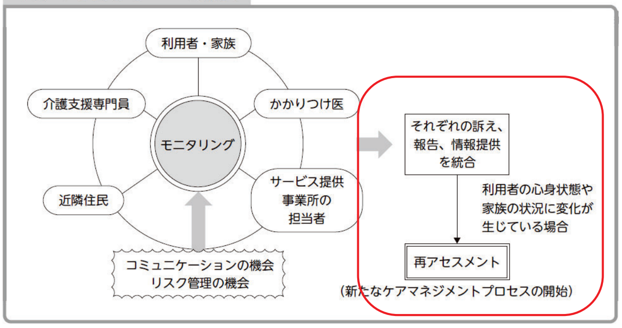
・介護支援専門員が、利用者や家族、そして、各サービス提供事業者に確認した内容について、更新認定時や認定の変更時まで、具体的にすり合わせることができなければ、利用者にとっての不具合が、それまで続いてしまうということにもなりかねない

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価

上巻 P413

第4節 状況変化に伴う評価の必要性

本節で学習することの概要



第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価

上巻 P413

第4節 状況変化に伴う評価の必要性

○介護支援専門員が行うモニタリングは、最低限月1 回以上利用者や家族と面接して行わなければならないが、利用者の状況は日々刻々と変化している

○そこで、利用者にかかわるすべての人がモニタリングを担うことにより、きめ細やかでタイムリーな情報を多角的に集約し、利用者の変化をとらえることが可能となる

○情報提供者には、ケアプランに位置づけられた医療、介護のケアチームはもちろんのこと、利用者自身や家族、利用者と家族の合意が得られるなら地域の方々等の協力も想定される

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価

上巻 P413

第4節 状況変化に伴う評価の必要性 【1 定期的なコミュニケーション】

○モニタリングは定期的なコミュニケーションの機会でもある

・モニタリングを繰り返すことにより利用者と家族への理解を深めることができる

・それにより利用者と家族は、自分達へ専門的な観点から関心を寄せ、寄り添っていてくれることへの信頼感を抱くようになる

・しかし、介護支援専門員にとってのモニタリングが、書類の確認や運営基準を満たすための行為となってしまったら、利用者と家族はモニタリングの意味や意義を理解できず、自ら介護支援専門員に相談するような大切な変化や不安を話してくれなくなる可能性もある

・介護支援専門員は、本来の自分の立場とモニタリングの意義を認識した関わりが大切

○モニタリングは、リスク管理にもなる

・利用者の多くは高齢者だが、高齢者はさまざまな疾病を併せもっている場合が多い

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価

上巻 P414

第4節 状況変化に伴う評価の必要性 【1 定期的なコミュニケーション】

・症状は病態が悪化してから顕在化してくるという特性があるため、利用者・家族は、サービス担当者会議で、起こり得る症状やリスクを説明されていても、実際に症状が出てこなければわからないという状況が起こる

・そこで、専門職の定期的なモニタリングがリスク管理のために重要となる

○介護支援専門員が定期的にモニタリングすることで、利用者の身体的な変化や環境の変化などから、サービス内容やケアの方法に修正が必要かどうかを常にチェックすることができる

・早い段階で状況の変化を把握することにより、軌道修正もしやすくなる

・必要に応じたモニタリングは、事故を未然に防ぐとともに、状態像の変化を早期に発見することにつながり、早期の対処を可能にする

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価

上巻 P414

第4節 状況変化に伴う評価の必要性 【2 連絡体制の整備】

○モニタリングには「ミスマッチの修正」と「リスク管理」という重要な機能がある

・そのため、サービス導入直後やサービスの利用が一巡した後など、必要に応じて利用者の状況をモニタリングすることが大切となる

○利用者が新しくサービスを利用することは、それまでと異なった生活を始めることと同義

・そのために、何らかの違和感や不具合が生じることもある

・介護支援専門員は適切な説明を行い、不安を解消していくことで、効果的なサービス利用につなげる

○実際にサービスを利用するうえで不具合が起きている場合には、サービス提供事業者と調整を図り、利用者が快適にサービスを利用できるようにしていくことが求められる

・これとは逆に、サービスを導入したことによって、思った以上の効果を上げることもある

・利用者の状態がよくなっているという小さな変化を見逃さないず、よりよい循環につながる居宅サービス計画に変更していく

第7章　ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[　3時間　]
⑤モニタリング及び評価
上巻 P415

第4節　状況変化に伴う評価の必要性　　　【2　連絡体制の整備】

- ○介護支援専門員が、訪問、電話連絡、必要に応じてサービス提供現場に足を運び、利用者のサービスの利用状況を確認し、代弁機能や調整機能を果たす。サービス提供者にまかせきりにすることがケアチームを信頼するということではない
- ○モニタリングは、介護支援専門員が行う業務の一つだが、実際に、利用者の生活上の変化はさまざまな場面で起こり、介護支援専門員がすべての利用者宅を頻回に訪問し、その利用者の小さな変化すべてに気づくことは難しい
- ○利用者の状況が改善または悪化の方向に向かっているならば、間髪を入れずに居宅サービス計画を変更していく必要が生まれる
- ○利用者・家族、近隣住民、医療スタッフ、サービス提供事業者など、ケアチームすべてがモニタリング機能を分担することで、きめ細やかなケアマネジメントにつながる。

第7章　ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[　3時間　]
⑤モニタリング及び評価
上巻 P415

第4節　状況変化に伴う評価の必要性　　　【2　連絡体制の整備】

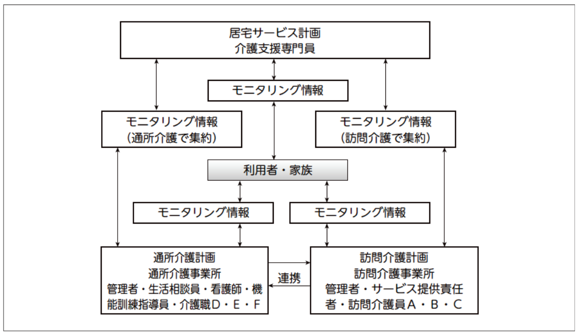
サービス提供事業者が担う機能

訪問介護員や訪問看護師、あるいは通所介護事業所や通所リハビリテーション事業所の職員は、利用者の状態の変化や新たな生活ニーズの出現について、利用者との日常的なかかわりのなかから、気づきやすい存在だといえます。介護支援専門員は、こうしたサービス提供事業者に対して、利用者・家族の状況に変化がみられた際には連絡をもらえるように要請しておくことで、サービス提供事業者にもモニタリング機能を担ってもらうことにつながります。

第7章　ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[　3時間　]
⑤モニタリング及び評価
上巻 P416

第4節　状況変化に伴う評価の必要性
【3　状態変化にともなう再アセスメントの必要性の判断】

○モニタリングの多重構造



第7章　ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[　3時間　]
⑤モニタリング及び評価
上巻 P416

第4節　状況変化に伴う評価の必要性
【4　再アセスメント】

○再アセスメントの必要性があると判断された場合には、速やかに再アセスメントを実施し、新たなケアマネジメントプロセスを開始する

・再アセスメントの実施のタイミングは、以下のような場合が想定される

- ・要介護認定の更新・区分変更申請
- ・利用者の心身状態の変化
- ・利用者の生活状況の変化
- ・家族の心身状態の変化
- ・家族の生活状況の変化
- ・サービスの変更
- ・退院、退所、入所
- ・転居
- ・サービス事業所や居宅介護支援事業所の変更等

第7章　ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[　3時間　]
⑤モニタリング及び評価

ミニワーク　②

モニタリングを行う際、
(1)どのような手法で行いますか？
(2)どのような点に着目して確認すれば良いと思いますか？

個人ワーク　　発表

第7章　ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[　3時間　]
⑤モニタリング及び評価

ミニワーク　②

（1）
・定期的な家庭訪問
・サービス提供場面への同席
・電話連絡（CM⇔利用者　ｻｰﾋﾞｽ事業者⇔CM
・カンファレンス
・サービス事業者及びその記録から、あらゆる機会を捉えて

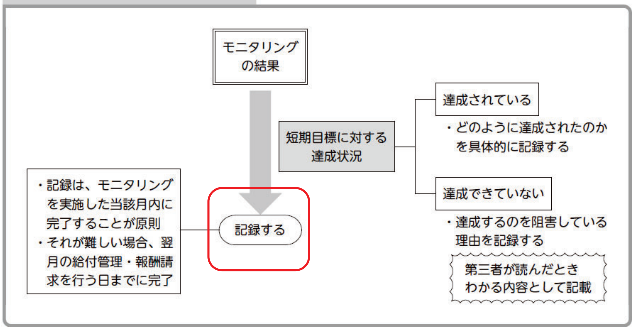
福祉用具や住宅改修も済めば終わりではなく、継続的なモニタリングが必要

ミニワーク ②

（2）
・服薬状況はどうか
・口臭や口腔内の状況
・体重の増減が推測される見た目の変化はどうか
・食事量や食事回数に変化はないか
・下痢や便秘はないか
・皮膚の状態はどうか（乾燥や湿疹により変化はないか）
・リハビリの提供が必要かどうか、導入されていればそれは
有効かどうか

第5節 モニタリング結果の記録作成方法の理解

本節で学習することの概要



第5節 モニタリング結果の記録作成方法の理解 【1 記録方法】

1. 記録の必要性

〇介護支援専門員が行うモニタリングは記録を行うことで完了する
・記録は、モニタリングに限らず、第三者、例えばほかの介護支援専門員や行政の方等が読んだときにわかる内容として記載する
・モニタリングとその記録を作成するのは介護支援専門員だが、利用者との契約は事業所として行っているため、事業所としての責任を果たせるよう、何かあったときに利用者の経過がわかり安全を確保でき、また予見可能なことは根拠を示し、適切に対応できるよう記録する

〇記録は、モニタリングを実施した当該月内に完了することが原則だが、難しい場合には、翌月の給付管理・報酬請求を行う日までには完了するようにする
・モニタリングの記録がない場合には、モニタリングの行為を実施していても運営基準上減算となるため、記録の抜け漏れがないよう、事業所内で相互の確認体制をとっておく

第5節 モニタリング結果の記録作成方法の理解 【1 記録方法】

2. 評価の視点が明確になる記載方法

〇モニタリングの記録には、短期目標に対する達成状況と、達成できていない場合はそれを阻害する理由を記す
・漠然とした目標設定では評価できないので、「バランスのとれた栄養をとる」という短期目標に対しては、何をもってバランスがよいと考えられるかを具体的に示し、例えば「毎日野菜と、肉か魚を摂る」という短期目標とすることにより達成状況が具体化される
・利用者、家族、ケアチームがそれぞれ各々に評価できるよう、具体的に目標設定する
・その利用者の個別の状況に合わせ、実行可能かつ評価可能な短期目標を設定するというケアプラン作成段階の検討が、モニタリングに影響する

第5節 モニタリング結果の記録作成方法の理解 【1 記録方法】

3. 今後の展開に向けた視点について介護支援専門員としてどう判断したのかがわかる記録方法

〇短期目標が達成されていれば、どのように達成されたのかを具体的に記載する
・例えば、「毎日野菜と、肉か魚を摂る」という短期目標に対して、どのように実行され達成に至ったのかを以下のように記載する

モニタリングの記載例

家族が毎食意識して、少量でも野菜と肉か魚を含めるようにした。肉と魚にこだわることなく、たんぱく質製品を含めることで経済面に配慮されていた。例えば、卵や牛乳、チーズ等の乳製品、豆腐、納豆等の大豆製品。豆腐は小分けのパックのものを購入することで簡単かつ経済的に継続できるよう工夫された。

第5節 モニタリング結果の記録作成方法の理解 【1 記録方法】

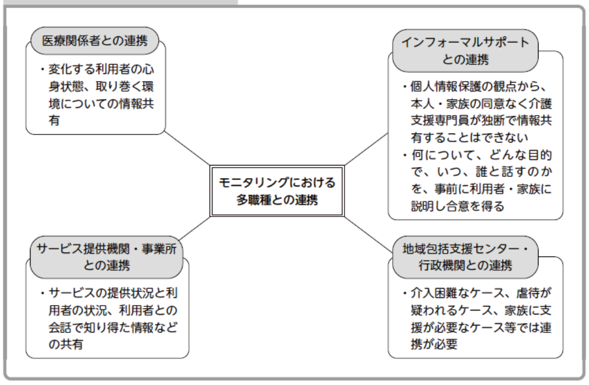
3. 今後の展開に向けた視点について介護支援専門員としてどう判断したのかがわかる記録方法

〇この短期目標をすぐにケアプランから外していいのか、もうしばらく実行しながら様子をみたほうがよいのかは、利用者と家族、ケアチームとともに考える

・長期目標の達成に向けてさらに次のステップに進んだほうがよいと判断されたら、次の短期目標を設定する
・あるいは、長期目標もクリアしたと判断されれば、その項目はケアプランから削除する

第6節　多職種との連携における留意点の理解

本節で学習することの概要



第6節　多職種との連携における留意点の理解

○モニタリングでの多職種との連携には、予定した時期に、予定した内容や項目（想定された状況・変化）を共有していく情報共有と、予測されなかった変化や状況が生じていることについて随時行う情報共有がある

①想定された状況・変化に関する情報共有

②想定しなかった心身状態や生活状況の変化に関する情報共有

・想定された状況・変化は、適切なケアマネジメント手法を活用し、「モニタリング」の項目から確認できる

・すべての項目を介護支援専門員だけで行うのではなく、どの職種、どのサービスがモニタリングを行うのが適格か、あらかじめサービス担当者会議で確認し合意をとっておくことで、見るべきことを取りこぼさず情報収集することが可能となり、「急変」に対しても、先に対応策を準備しておくと利用者の変化に対応できる

○専門職として結果を予見できたにもかかわらず、それを行わず悪い結果を回避することができなかったとしたら、予見義務違反と回避義務違反に該当すると判断されかねない

・一方で、②想定しなかった心身状態や生活状況の変化に関する情報は、発生とともに随時共有し、対応していく

第6節　多職種との連携における留意点の理解
【1　主治医（かかりつけ医）を含む医療関係者との連携における留意点】

○医療関係者との連携が必要なことは、ケアマネジメントプロセスのすべての過程で共通している

・とりわけモニタリングでは、変化していく利用者の心身状態、取り巻く環境について情報を共有することで、医療関係者は日頃の診療、治療、処方、患者への配慮等に反映することが可能となる

・加えて、介護支援専門員をはじめ介護職に対する指導・助言にも活かすことができる

○モニタリングにおける多職種との連携は、双方向であることが前提

・どちらか一方からだけのコミュニケーションでは長続きせず、よい情報共有にならない

・結果として利用者にとって有益ではなくなる

第6節　多職種との連携における留意点の理解
【1　主治医（かかりつけ医）を含む医療関係者との連携における留意点】

○モニタリングにおける主治医（かかりつけ医）との連携では、次のようなことがあげられる

■介護支援専門員から主治医（かかりつけ医）への情報提供

・あらかじめ、居宅サービス計画書を交付しておくこと。

・主治医意見書を参考にして作成した居宅サービス計画の短期目標としてどうであったか。

例：予後に関する記載に対して、実際の生活場面での状況はどうか。

・主治医意見書以外の主治医（かかりつけ医）から受けた指導・助言に対して、利用者の心身状態や、生活状況がどうであったか。

・とりわけ、服薬アドヒアランス（本人がどの程度処方どおりに服薬しているか）、副作用と思われるような症状、食事や睡眠、排せつの状況など。高血圧の利用者の場合、計測している血圧情報を受診に合わせて提供する体制を利用者ごとに整えておくこと。

第6節　多職種との連携における留意点の理解
【1　主治医（かかりつけ医）を含む医療関係者との連携における留意点】

■主治医から介護支援専門員への情報提供

・居宅療養管理指導を受けている利用者の場合、共有された診療情報提供書の内容

①　主治医（かかりつけ医）

情報提供や質問は、介護支援専門員から直接行うこともできるが、訪問看護が導入されている場合には訪問看護師を通じて確認してもらう方法もある。食欲、体重変化、なんとなく元気がない等も重要な情報

②　薬剤師

利用者の服薬に関する情報として、残薬がある場合、なぜ残薬が生じているか、認知機能の変化や介護する家族の状況の変化も踏まえ、どのような工夫ができるかの相談をすることができる。もちろん、このような連携については主治医（かかりつけ医）にも共有する

③　歯科医師

モニタリング時に発見した口腔内の状況、例えば口臭、腫れ、出血、歯や義歯のかみ合わせ、う歯など口腔内の不安や不具合が想定される場合に、連携する。すでに訪問歯科診療を受けている場合には、日頃の利用者の食事、口腔ケアの状況について情報提供し、訪問歯科診療の際の指導に活かしてもらえるようにする

第6節　多職種との連携における留意点の理解
【2　サービス提供機関・事業所との連携における留意点】

○介護支援専門員は、医療関係者との連携はもとより、生活に密着して利用者を支援する介護事業所や関係するサービス提供機関とも、現況について、双方向で随時情報を共有する

○サービス提供機関・事業所とのモニタリングに関する連携は、次のことが想定される

■サービス提供機関・事業所から介護支援専門員への情報提供

・短期目標に対するサービスの提供状況と利用者の状況

・利用者の心身状態の変化（予測された変化と予測しなかった変化）

・利用者との会話で知り得た情報

・サービス事業所が気になると感じた情報

・家族の状況等

■介護支援専門員からサービス提供機関・事業所への情報提供

・利用者の心身状態の変化（予測される変化と予測しなかった変化）

・通院等により医師から受けた指示・指導の内容

・服薬の変更

・他サービス事業所から得た情報のうち、共有したほうがよいと考えられる情報

第7章　ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術［　3時間　］
⑤モニタリング及び評価

上巻 P422

第6節　多職種との連携における留意点の理解
【3　インフォーマルサポートとの連携における留意点】

〇独居や認知症の人が増加するなか、特に近隣住民や知人、介護保険以外のサービスとの連携は欠かせない

・例えば、ごみ出しの曜日がわからなくなっている利用者に対して近所の人が本人に声をかけてくれることは、本人だけでなくごみ収集の人や近隣住民にとっても重要

・利用者がその地域で長く暮らしているなかで、近隣住民からの気遣いが、介護保険サービスを利用することで薄れていないか、あるいは、近隣住民が本人を気遣っていること、不安や不満の声がないか、本人の理解者を増やすにはどうしたらよいかを考えながらかかわる

・ただし、個人情報保護の観点から、本人と家族の同意なく介護支援専門員が独断で周囲の人と情報共有することはできない

・そのため、事前に何のことについて、どのような目的で、誰といつ話をするのか、必ず利用者・家族への説明と合意が必要となる

・利用者が知られたくない個人情報、プライバシーに関する情報が含まれる可能性が高いことから、どこまでならインフォーマルサポートの人に共有可能か、利用者と家族にあらかじめ確認しておく

第7章　ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術［　3時間　］
⑤モニタリング及び評価

上巻 P422

第6節　多職種との連携における留意点の理解
【4　地域包括支援センターや行政機関との連携における留意点】

〇介入困難なケース、虐待が疑われるケース、家族に支援が必要なケース等は、地域包括支援センターや行政機関との連携が必要となる

〇見落としていること、変化している状況に対する助言を受けることができる

〇相談後は経過報告することは大切

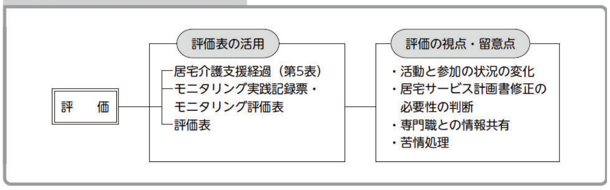
〇モニタリングはあくまで双方向のコミュニケーションとして成立するため、ここでも同様に行う

第7章　ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術［　3時間　］
⑤モニタリング及び評価

上巻 P423

第7節　評価と終結の基本的な考え方や実践における留意点の理解

本節で学習することの概要



第7章　ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術［　3時間　］
⑤モニタリング及び評価

上巻 P423

第7節　評価と終結の基本的な考え方や実践における留意点の理解
【1　モニタリングと評価の違い】

〇モニタリングでは主に短期目標ごとに達成度を確認する

〇評価とは、介護支援専門員や多職種のケアチームが行った支援が、想定した結果や効果をもたらしているかを測ること（その為、評価は効果測定とも言える）

〇評価には、以下の視点が求められる

・提供体制はどうだったか

・提供したサービスのプロセスは適切だったか

・その結果として利用者の心身状態や生活状況はどうなったか

〇これは「ドナベディアンモデル」の考え方に基づいている

・ドナベディアン（Donabedian, A.）は評価には、

① 構造（Structure）、② 過程（Process）、③ 結果（Outcome）

の三つの側面があるとしている

第7章　ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術［　3時間　］
⑤モニタリング及び評価

上巻 P424

第7節　評価と終結の基本的な考え方や実践における留意点の理解
【2　評価表等の活用】

〇介護支援専門員は、終結と判断した評価の視点を明確にし、記録を作成する

・それまでの支援状況をまとめるだけではなく、評価の視点を明確にすることが必要

・残っている課題を整理することが、介護保険制度を利用していた利用者へのフォローアップで、継続的にケアマネジメントをつなげることとなる（課題整理総括表を活用も有用）

〇新しい環境へ移行するときのダメージをできる限り少なくし、利用者への理解と支援として、新しい環境側に活かしてもらうためでもある

・それをすることが、地域におけるチームケアのあり方で、利用者がどこにいても、誰が支援しても、安心して安全に暮らせるという大局的な目的に向け、その時々の支援方針がある

・その時々のチームだけで支援方針を考えればよいというわけではなく、場所が変わっても、ケアマネジメントする人が変わっても、利用者を中心にケアが提供され続けることが大切

第7章　ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術［　3時間　］
⑤モニタリング及び評価

上巻 P427

第7節　評価と終結の基本的な考え方や実践における留意点の理解
【2　評価表等の活用】

第 5 表　　居宅介護支援経過

利用者名　神谷花子　殿　　　居宅サービス計画作成者氏名　上野祥子

年月日	項目	内容	関係機関・介護支援専門員の判断	利用者・家族の考え方
R5.4.6.（木）		＜電話相談＞		
14:00		神谷花子さん（77）の娘・新橋早紀さん（50）より電話。母親の介護保険利用について。		長女）母親が「ずっとこの町で暮らしてきたので、住み慣れた家で暮らし続けたい」と希望。
		要介護認定申請済み、要介護２。脊柱管狭窄症、座骨神経痛、高血圧、糖尿病、手のしびれを訴えている。		
		室内は段差が多い。		
		夫・神谷良夫さん（77）と２人暮らし。夫は工務店で大工。家事経験なし。		
		夫は介護は不要だが、年相応に体が弱っているとのこと。		
		４月７日（金）14:00 に訪問を約束。		
		神谷花子さん住所：〇市本町３丁目２番１号　電話：000（123）4567	CM）介護保険の対象として受付可。	
		新橋早紀さん携帯：090（0000）0123		
		「認定調査結果通知書」「介護保険被保険者証」あり。		
		軽自動車の駐車スペースあり。		
R5.4.7.（金）		＜初回訪問＞		
14:00～15:30		神谷さん宅は、前が 6m 道路、住宅街で静かな立地。坂などはなし。庭にハナミズキ。玄関の上り框 40cm の高さ。居室は廊下から 10cm 段差。寝起きしている部屋は玄関脇の６畳和室。		
		神谷花子さん、夫・神谷良夫さん、娘・新橋早紀さんと面談。重要事項と契約について説明し、重要事項説明書、個人情報使用にかかる同意書、契約書にサインをもらった。		
		家族関係は良好で、家族は協力的。		
		主治医は長谷川内科クリニック・長谷川博先生。		
		ご夫婦とは、室内の状況の確認など後日面談の続きを約束。居宅サービス計画作成のため、サービス事業所に情報公開することの了承を得る。		
		長谷川内科クリニック・長谷川先生に、面談のお願いをファックスで送る（４月 10 日に、面談は 12 日 14:00 ～と返事をいただく）。		
R5.4.10.（月） 10:00		〇市役所へ「居宅（介護予防）サービス計画作成依頼届出書」を提出。「主治医意見書及び認定情報開示請求書」を提出し、同資料を交付される。		
R5.4.11.（火）		＜訪問＞		
11:00 ～ 11:30		寝室から神谷さんが応答。あいさつをして部屋にお邪魔する。神谷さんは、	CM）日中の活動性が低い。栄養バランスに問	本人）「台所まで遠く感じる」「も

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価
第7節 評価と終結の基本的な考え方や実践における留意点の理解[30分]
【2 評価表等の活用】

上巻 P428

第 5 表　　居宅介護支援経過

利用者名　神谷花子　殿　　居宅サービス計画作成者氏名　上野祥子

年月日	項目	内容	関係機関・介護支援専門員の判断	利用者・家族の考え方
		座いすでお菓子づくりの本を読んでいた。布団は敷いたまま。入り口近くのカラーボックス上のトレーに、緑茶ペットボトル（500ml×2本）とバナナ2本。昼食用とのこと。 室内移動の様子を見せていただく。座位から立ち上がり、カラーボックスにつかまり、寝室から廊下へ（段差10cm）下り、廊下からトイレへ（段差5cm）。トイレは洋便器、水洗機能つき。腰痛などのため歩行に時間はかかるが、衣服の脱着は可能。 寝室横は夫の作業室、その続きは外から土足で入れるよう土間。その続きに台所。作業室、土間部分に壁なし。廊下を挟んで反対側は、トイレ、続きに洗濯機などが置かれたスペース。ここも30cm程度低くなっている（すのこ設置）。壁なし。この場所から3段の階段を上り、2枚折れ戸（内開き）を開けると浴室。 13日（木）は、夫が休みとのことで、訪問を約束、時間は改めて電話。	題がある。段差の解消が必要。トイレ内の動作を含め見守りで可能のようだ。浴室にも段差があり、55cmのまたぎ越し（メジャーで計測）。入浴方法について検討する。夫はシャワー浴のため、風呂を準備しないのだろうか。	う少し楽に移動できれば」
R5.4.12.（水） 14:00～14:20		≪主治医面談≫ 主治医・長谷川先生と面談。現在の病状と服薬状況について。「痛みがある場合は、○○薬を服薬のこと。少し気弱になっていると思うが、普段の体調の管理と、友人との時間をもつなど、家に閉じこもるのではなく少しずつでも外出する時間をつくることが大切」とのこと。	医師）主治医意見書を書いた時点と大きな変更はないと考えている。 CM）糖尿病の食事制限はない。やせ気味なので食事内容の検討が必要か。	
R5.4.13.（木） 9:30～10:25		≪訪問≫ 本人と夫と面談。長谷川先生との面談内容を説明。 普段の体調の管理、服薬、リハビリテーションなどについて説明。初回（4月7日）に約束した○市の社会資源をまとめた資料で説明。通所リハビリテーションの一つが、本人が月1回受診している整形外科病院の系列とのこと。	CM）痛みが取れて、歩行訓練や入浴訓練、調理の訓練（座って実施する場合）などによって、生活の維持は可能ではないか。 夫は、協力的な姿勢になっているが、家事などの経験がないため、夫への介護指導が必要ではないか。	夫）味つけに文句を言ったのがまずかったかな。 本人）だんだんお父さんに頼ることが多くなってきて、悪いと思っている。 夫）そろそろ自分も妻の世話に専念して、仕事を辞めるべきかな。 本人）足さえ悪くなければ、もう少しできるのに。 夫）住宅改修をしたら歩くのが楽になるのだろうか。

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価
第7節 評価と終結の基本的な考え方や実践における留意点の理解
【2 評価表等の活用】

上巻 P429

第 5 表　　居宅介護支援経過

利用者名　神谷花子　殿　　居宅サービス計画作成者氏名　上野祥子

年月日	項目	内容	関係機関・介護支援専門員の判断	利用者・家族の考え方
11:30		≪連絡・調整≫ 事務所に戻り、長谷川内科クリニック・長谷川先生（ファックス後に電話連絡）、神谷さんの利用病院の系列である○○デイケア・Gさん、△ヘルパーステーション・Wさん、福祉用具販売事業者・Bさんに、神谷さんの件で連絡。4月21日（金）に神谷さん宅でサービス担当者会議を開催することで調整。長谷川先生も参加可能（休診日）。 ○○デイケアから「リハビリテーションマネジメントが必要ではないか」と意見があり、事前に訪問をすることにした。神谷さんに電話連絡をし、了解を得て、翌日うかがう約束となった。	○○デイケア・Gさん）リハビリテーションマネジメントが必要ではないかと提案。	
R5.4.14.（金） 9:30～10:30		≪訪問≫ リハビリテーションマネジメントのアセスメントのため、○○デイケア・Gさんと訪問。神谷さんは「家のこともできるようになりたいけれど、歩けるようになるのなら、またハイキングに行きたいわ」とのこと。夫は「自分たちで住宅の改修をすることにした」と、図面を見せてくれた。 事務所に戻り、居宅サービス計画原案をつくる。サービス担当者会議の参加者へ、基本情報と居宅サービス計画原案をファックス・メール送信。課題整理総括表をサービス担当者会議までに作成することにする。	○○デイケア・Gさん）寝室から台所までを一つにつないでフラットな床にし、生活動線をそちらにおくという考えなのでOKなのではないか。居室から廊下への段差は、居室の入り口部分に手すりを設置すれば、段差の解消は必要ない。歩行練習、いすに座ったままでの調理の練習、また、入浴の方法などの訓練で、生活が継続できると考えている。	夫）自分たちで住宅を改修したい。
R5.4.16.（日） 13:30		≪夫から電話≫ 近所の惣菜店で買い物の際に顔を合わせた神谷さんの友人・町田和子さんに、神谷さんの様子、介護サービスを利用予定という話をしたところ、「なにか役に立つことがあれば」と言われたという。町田さんにもサービス担当者会議に参加していただきたい旨を、夫から町田さんへ伝えてもらうよう依頼。	CM）友人の参加で、神谷さんの意欲が高まるのではないか。	夫）友人の町田さんが協力してくれる。
R5.4.17.（月）		≪個別サービス計画≫ ○○デイケア・Gさん、△ヘルパーステーション・Wさんから「個別サービス計画」が届く。お礼の電話をし、何点か確認。		
R5.4.21.（金） 14:00～15:30		≪サービス担当者会議の開催（第1回）≫ 参加者は神谷さん、夫、長女、長谷川内科クリニック・長谷川先生、○○デイケア・Gさん、△ヘルパーステーション・Wさん、福祉用具販売事業者・Bさん、そして友人・町田さん。検討内容は、①居宅サービス		

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価
第7節 評価と終結の基本的な考え方や実践における留意点の理解
【2 評価表等の活用】

上巻 P430

第 5 表　　居宅介護支援経過

利用者名　神谷花子　殿　　居宅サービス計画作成者氏名　上野祥子

年月日	項目	内容	関係機関・介護支援専門員の判断	利用者・家族の考え方
		計画の原案について、②サービス利用についての留意点、③在宅生活の注意点 ≪居宅サービス計画書交付≫ 居宅サービス計画書を説明、同意を得、交付。27日に福祉用具の搬入があることを伝える。		
R5.4.26.（水） 10:00～10:30		≪訪問≫ 改修工事が終わり、屋内の床はすべてフラットになっていた。○○デイケア・Gさんと、福祉用具販売事業者・Bさんに改修の状況を報告し、サービス計画に変更がないかを確認。大きな変更の必要はないとのこと。	○○デイケア・Gさん、福祉用具販売事業者・Bさん）サービス計画には大きな変更の必要はない。	
R5.4.27.（木） 10:00		特殊寝台と付属品のレンタル開始。シャワーチェアは購入。	福祉用具販売事業者・Bさん）ベッドは、部屋の奥に頭を南向きに設置。介助バーの使い方も上手。	本人）ベッドだと、立ち上がるのが楽ね。
R5.4.28.（金） 14:00		≪○○デイケア・Gさんから電話≫ 夫が同行し、○○デイケアの見学。夫婦でいろいろと話していた様子。	○○デイケア・Gさん）ご夫婦でいろいろと話しているようだった。少し笑顔もみられた。	
R5.5.2.（火） 14：00		≪リハビリテーション会議に参加≫ デイケア訪問。リハビリテーション会議に参加。リハビリテーション主治医からリハビリ内容について説明を受ける。	CM）本人・家族は熱心にうなづきながら聞いていた。後ほど、理解の状況を確認する。	本人・家族）先生から運動の説明があり、頑張れそうだ。施設の雰囲気もいいのでよかった。
17：00		≪電話≫ 訪問介護利用の初日にて、事業所へ電話にてモニタリングをする。	訪問介護員）歩行を見守っていましたが、夫も協力的です。 訪問介護員の連絡ノート）デイケア出発の準備をした訪問介護員の連絡帳に、「ハナミズキがきれい。こんないい陽気の日に外出できるのはうれしいわ」という神谷さんのコメントがあった。連絡帳にはほかに「昨日は友人の町田さんが家に顔を出してくれてうれしかったとおっしゃっていた」と記載あり（後日確認）。	本人）朝は、訪問介護員さんが、短い時間で手伝ってくださって助かったわ。
R5.5.3.（水）		≪給付管理業務≫		

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価
第7節 評価と終結の基本的な考え方や実践における留意点の理解
【2 評価表等の活用】

上巻 P431

第 5 表　　居宅介護支援経過

利用者名　神谷花子　殿　　居宅サービス計画作成者氏名　上野祥子

年月日	項目	内容	関係機関・介護支援専門員の判断	利用者・家族の考え方
R5.5.11.（木） 11:00		≪○○デイケア訪問・モニタリング≫ ○○デイケアを訪問し面談。	○○デイケア・Gさん）「他の利用者の様子を見て、やる気が出てきたようです」「立ちあがりがスムーズにできるようになった」「知り合いもいるようだ」とのこと。シルバーカーの訓練は未実施。	本人）「母の日に長男のお嫁さんにシルバーカーをもらった。出歩くのにちょうどいいかもしれないけど、デイケアでいろいろできるようになってからね」と話す。
R5.5.18.（木） 12:30		≪長女から電話≫ 長女に、土曜日に顔を出させていただくことを伝える。	CM）本人が前向きになっている様子を、家族が感じているようだ。	長女）「春先ちょっとふさぎ込んでいたのを、まわりが心配しすぎちゃったのかも。土曜日には久しぶりにお菓子づくりをすると言っていた」とのこと。
R5.5.18.（木） 16:30		≪訪問・モニタリング≫ 友人・町田和子さん、散歩仲間の藤沢さくらさんが顔を出しているという。服薬状況も良好。	訪問介護員）デイケアへ行くのに意欲的で、「シルバーカーを使えるようになれば、お買い物にも行けるかしら」と話していたとのこと。	本人）町田和子さんとね、散歩仲間の藤沢さくらさんが、よく来てくれてうれしいわ。
R5.5.19.（金） 10:00		≪訪問・モニタリング≫ 保育士時代の教え子・中野智子さんとその子どもに、お菓子づくりを教えていた。自分が作業するというより指示をしている場面が多いが、楽しんでいる様子。台所作業ができるいすがあり、ほとんど座っているが、立ったり座ったりはおっくうではないようだ。	CM）座っての作業については、デイケアでの訓練がうまくいっているようだ。本人の意識には、変化が出ている。	本人）みんなとお菓子をつくっていると、腰の痛みもなくなっちゃうのよね。お家でじっとしていたから、ぼんやりしちゃってたのかしら。
R5.5.25.（木）		≪モニタリング≫ サービス担当事業者から、それぞれ「モニタリング表」を送ってもらい、その内容を踏まえて6月分の居宅サービス計画書を検討した。		
R5.5.26.（金） 14:00		≪訪問≫ 6月の居宅サービス計画書を持参。説明して、了承を得る。 事務所に戻り、各サービス事業所へ居宅サービス計画書を送付。	CM）活動性が順調に回復してきているので、本人が言うように、外出も改善していくだろう。	本人）よく水分を摂るようになったわ。秋のバラが咲くころには、もっと元気になって、バラの花公園やひょうたん池へ行きたいわ。
R5.6.2.（金）		≪給付管理業務≫ 各サービス事業所から「サービス利用状況表」が送られてくる。		

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価
第7節 評価と終結の基本的な考え方や実践における留意点の理解
【2 評価表等の活用】

上巻 P432

表7-⑤-1　モニタリング実践記録票（例）

モニタリング実践記録票（例）

氏名　神谷花子　様　　指定居宅介護支援事業所C

	項目	評価基準	第1回 R5／5／31 (①)	第1回 (②)	第2回 ／ ／	第3回 ／ ／	第4回 ／ ／	第5回 ／ ／	第6回 ／ ／
利用者・家族の見解 満足度と変化	○○デイケア	1．大変満足　2．満足　3．不満　4．非常に不満　5．不明	2						
	訪問介護事業所		2						
	福祉用具事業者		2						
	利用者の変化（利用者自身）	1．良くなった　2．変化なし　3．悪くなった　4．不明	1						
	利用者の変化（介護者見解）	1．良くなった　2．変化なし　3．悪くなった　4．不明	1						
	家族の状況変化	1．良くなった　2．変化なし　3．悪くなった　4．不明	2						
①計画実践状況 ②目標達成状況	服薬と体調管理ができる	①計画実践状況（評価欄　左に記入）1．実践されている　2．実践されないことがある　3．実践されていない　②目標達成状況（評価欄　右に記入）1．効果が見られている　2．変化なし（現状維持）　3．悪化している	1	2					
	バランスのとれた食事、栄養状態の改善		1	2					
	入浴が定期的にできる		1	1					
	室内の移動、入浴が自分でできる		2	2					
	寝起きが楽にできる		1	1					
	夫が家事や介護方法を学び妻が健康に過ごせる		2	2					
所見	サービスの適正度	1．適正　2．検討を要する　3．適正とは言えない	1						
	新しい生活課題	1．現状ではない　2．課題となる不安がある　3．ある	1						
	居宅サービス計画変更の必要性	1．現状ではなし　2．あり	1						
	連絡・調整の必要性	1．現状ではなし　2．あり	1						
	サービス担当者会議等の必要性	1．現状ではなし　2．あり	1						
	再アセスメントの必要性	1．現状ではなし　2．あり	1						
		記入者ー介護支援専門員氏名	上野						

総合評価等

第1回	痛みがなくデイケアの訓練を意欲的に続けられているので、家庭での生活にあわせて継続していきたい。 夫への介護の説明がまだ不十分かもしれない。
第2回	
第3回	
第4回	
第5回	
第6回	

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価
第7節 評価と終結の基本的な考え方や実践における留意点の理解
【2 評価表等の活用】

上巻 P433・434

指定居宅介護支援事業所　C
上野祥子　様

△ヘルパーステーション・W

神谷　花子　様　　5月度　サービス提供状況を報告いたします

援助目標	サービス提供状況	達成／未達成
長期 病状が安定し、健康に生活できる。 短期 デイケアに出かける身支度等をお手伝いする。 食事づくり、準備について、一部介助と見守りをする。	・身支度は、問題なくできています。 ・薬は、夫の協力もあり、飲み忘れはないようです。 ・デイケアの出発前に、トイレをすませてお出かけになりますが、見守りでできています。 ・水分を飲むことが多くなったとのこと。声かけはしていますが、コーヒー、紅茶など、楽しんで飲んでいらっしゃるようです。	達成

援助目標	サービス提供状況	達成／未達成
長期 夫も自分自身の生活を楽しめる。 短期 夫に家事や介助の方法を覚えていただく。	・お食事の準備については、毎日買ってくるというお惣菜について、一週間分のメモをいただきました。月・水・金曜日の食事の調理・準備の参考になります。 ・十分に家事や介護についての助言ができていません。	未達成

サービス利用時の様子・現在の課題・提案

・デイケアに出かける火曜日、木曜日を楽しみにしているご様子です。意欲的。
・夫の良夫さんは、仕事に出かけることが多く、十分に家事や介護の仕方をご説明する時間が取れていないように思うので、話しかけ方を工夫しようと思います。

利用者状況報告書

利用者名：　神谷　花子　様の　令和5年5月　の利用者様の状況をご報告いたします。

【居宅介護支援計画の総合的援助の方針】

病状や痛みのコントロールをして歩けるようになる。
以前のように料理やお菓子づくりができるようになる。

【居宅介護支援計画の解決すべき課題】

・痛みの緩和
・病状が安定し、健康に生活できる

【基本的サービスの状況】

〔他者交流〕☑保たれている　□ほぼ保たれている　□あまり保たれていない　□保たれていない
〔送　　迎〕☑問題ない　□時間に間に合わない　□ご自身で来所
〔排　　泄〕□自立　☑一部介助　□失禁あり　□間に合わない
〔参加状況〕☑毎回実施　□ほぼ毎回実施　□時々参加する　□参加しない
〔意　　欲〕□大変ある　☑ある　□時々ある　□あまりない　□ない

【日常生活上の留意点　及び　介護の工夫等】

・下肢のしびれや腰の痛みは軽減してきておりますが残存しています。
　しびれによるけがや転倒に注意してください。

・排泄に関してはデイケア利用中、時間をみながら声かけをしております。
　失敗する機会を減らすことで、ご本人様の自信にもつながると考えます。

○○デイケア　　記入者

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価
第7節 評価と終結の基本的な考え方や実践における留意点の理解
【2 評価表等の活用】

上巻
P435

評価表

利用者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 殿　　　　作成日　　年　　月　　日

短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの／見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス種別	※1		

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。　※2 短期目標の実現度合いを5段階で記入する（◎：短期目標は予想を上回って達せられた、○：短期目標は達せられた（再度アセスメントして新たに短期目標を設定する）、△：短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1：短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2：短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する）

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価
第7節 評価と終結の基本的な考え方や実践における留意点の理解
【2 評価表等の活用】

上巻
P426

2. 活動と参加の状況の変化

○以下の状況を確認する

・利用者が目指していた活動や参加の状況に変化が生じているか

・それはどのような変化か

・ADL（Activities of Daily Living：日常生活動作）のレベルに変化が生じていないか

・生活機能はどうであるか

・利用者のQOLはそれによって向上したのか

○例えば、利用者の身体・心理状況が安定し、活動性が上がり、地域社会への参加の制約がなくなってきた、といった内容を確認する

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価
第7節 評価と終結の基本的な考え方や実践における留意点の理解
【2 評価表等の活用】

上巻
P426

3. 居宅サービス計画修正の必要性の判断

○利用者の目標の達成度、新たな課題の発生状況、サービス事業所からの報告により、サービス内容を変更する場合や算定する加算に変化が生じる場合などは、居宅サービス計画を修正するかの判断を行う

4. 評価表等による他の専門職との情報の共有

○評価表は介護支援専門員が主となって記録しますが、多職種と協力して確認したり、記載した結果を多職種で共有することもできます。評価した内容を共有し、今後どのような観点で、どの職種が何を行っていくのかを検討することで、チームケアの相乗効果をいっそうもたらすことになります。

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価
第7節 評価と終結の基本的な考え方や実践における留意点の理解[30分]
【2 評価表等の活用】

上巻
P426

5. 苦情処理

○ケアマネジメントを実践していくうえでは、利用者・家族からの苦情も想定される

・居宅介護支援事業者は、利用者・家族が、居宅サービス計画に位置づけたサービスに対する苦情を国民健康保険団体連合会に申し立てする場合は、運営基準（支援）第26 条第5項の規定に基づき、利用者・家族に対し必要な援助をしなければならない

上巻
P436

苦 情 申 立 書（例）

申立書作成日：令和　年　月　日

○○○県国民健康保険団体連合会　行

次のとおり介護サービスの適用に関する苦情を申し立てます。

（サービス利用者又はサービス利用を希望した者）

（フリガナ）氏　名		生年月日	明・大・昭・平　年　月　日
住所	〒	電話番号	
被保険者証番号		受給者番号	

※被保険者証番号や受給者番号がわからなければ記入しなくても結構です。

（申立人）

（フリガナ）氏　名		電話番号（携帯番号）	
住　所	〒		
利用者等との関係	1本人	2代理人	代理人の場合は下記の(1)から(4)のいずれかに○をして下さい。なお、代理人の場合は、利用者本人についての同意が必要です。 (1)配偶者　(2)親子　(3)介護支援専門員　(4)その他（　　）

苦情にかかる事実のあった日	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日		
事業者名		所在地	℡
サービスの種類・内容			
申立の趣旨			
※詳細は苦情申立書別紙にご記入下さい。			

【個人情報に係る承諾及び同意欄】 私は、苦情申立に伴う調査に関する必要な記録等個人情報に係る関係資料（以下「資料」という。）について、○○県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）が、介護サービス提供事業者（以下「事業者」という。）に対して資料の提出を求め、また、事業者が国保連に対して、資料の提供を行うことを承諾します。	[該当する場合は○印をつけて下さい] 承諾する
また、国保連が取得した資料について、当該苦情申立に対する調査結果の取りまとめや指導助言事項等を審議等するため、国保連介護サービス苦情処理委員会において利用することに同意します。	同意する
【事業者への氏名等の秘匿の要否欄】	秘匿する・秘匿しない
（代理人が苦情申立を行う場合） 【苦情申立を行うことについての利用者の同意】	利用者の同意を得た

事務局使用欄

・経緯：　・事前相談：有／無　・担当委員会：　・添付資料：有／無

・代筆：有（口頭、電話、手紙、FAX、E-mail）／無

事業者コード　県コード　市町村コード　区コード　　県　年　月　受付番号

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
⑤モニタリング及び評価
第7節 評価と終結の基本的な考え方や実践における留意点の理解
【3 終結の具体的な場面】

上巻
P437

○居宅サービス計画に掲げた目標を達成し、利用者のQOLが向上したと判断される場合は終了となる。

○終了には次のような場合が想定されます。

① 介護保険給付による支援の必要性がなくなった場合

② 入院や入所などの支援を受ける場が変わる場合

③ 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

④ 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

⑤ 死亡の場合

上巻
P437

第7節 評価と終結の基本的な考え方や実践における留意点の理解
【4 終結時の評価】

1. 終結時の評価の意義と視点

○居宅介護支援における終結は、要介護者を対象としていることから、主に施設等への入所、病院への入院・死亡、自宅での死亡などで、元気になり目標を達成したことによって介護保険サービスの利用を終了することは少ないのが実態である

2. 利用者の望む生活に照らした評価

○上記を踏まえれば、在宅生活の継続を望む利用者の多くは、終結の評価のタイミングは施設入所、入院、死亡を意味することとなる

○それだけに、在宅サービスで行い得る工夫を尽くしたのか、利用者の意思決定のプロセスは適切であったかを振り返る必要がある

ミニワーク③

モニタリングの実際を考えてみましょう

支援経過を読み、

(1)サービス利用開始から順を追ってケアマネジメントの実施状況をたどり、どのようなモニタリングがなされていましたか？

(2)どのような支援の必要性が生じていましたか？

個人ワーク　発表

ミニワーク③　参考例

(1)サービス利用開始から順を追ってケアマネジメントの実施状況をたどり、どのようなモニタリングがなされていましたか？

・事業所へ電話で初回利用時の様子を確認していた。
・サービス事業所にて、利用状況について情報収集を行った。
・自宅へ訪問し、本人の訪問時の状況を確認していた。その状況から、現在の身体状況について判断していた。
・サービス担当事業者から「モニタリング表」を送ってもらい、その内容を踏まえて翌月の居宅サービス計画書を検討した。

ミニワーク③　参考例

(2)どのような支援の必要性が生じていましたか？

・他の利用者の様子を見てやる気が出てきていることや、シルバーカーを使えるようになりたいという気持ちから、歩行に対して前向きになっていると判断した。だが、デイケアのモニタリングでは下肢の痺れや腰の痛みは軽減しているも残存しているとあり、しびれ等による転倒が起こらないようデイケアでの訓練を継続していく必要がある。
・訪問介護事業所のモニタリングでは、夫へ対して十分に家事や介護についての助言ができていないとあり、夫への介護の説明が不十分と考えられる。夫へ対する介護指導の支援が必要である。

【演習】 振り返り

○研修の目的・修得目標に対する自己評価

研修記録シートを記入しましょう