

ケアマネジメント・プロセスについて

参考資料

- 「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について(平成26年6月17日 介護保険最新情報Vol.379)
- 「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」の一部改正について(令和3年3月31日 介護保険最新情報Vol.958, 令和6年3月15日 介護保険最新情報Vol.1213別紙24)
- 「適切なケアマネジメント手法の普及推進に向けた調査研究事業(令和2年度老人保健健康増進等事業)」の「手引き」について(情報提供)【その1】(令和3年6月23日 介護保険最新情報Vol.992)
- 「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」の一部改正等について(介護保険最新情報Vol.958等の再周知)(令和4年3月24日 介護保険最新情報Vol.1049)
- 居宅介護支援等に係る書類・事務手続きや業務負担等の取扱いについて(令和6年3月15日 介護保険最新情報Vol.1213別紙21)
- 介護保険施設等運営指導マニュアルについて(通知)の送付について(令和4年3月31日 介護保険最新情報Vol.1062)
- 「介護保険施設等運営指導マニュアルについて(通知)」の一部改正について(令和6年7月5日 介護保険最新情報Vol.1288)
- 「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」の一部改正について(令和5年10月16日 介護保険最新情報Vol.1178)
- 「課題分析標準項目の改正に関するQ&A」の発出について(令和5年10月16日 介護保険最新情報Vol.1179)
- 七訂 居宅サービス計画書作成の手引(令和3年12月発行 一般財団法人 長寿社会開発センター)(以下「作成の手引」という。)

1 「ケアマネジメント・プロセス」とは (介護保険最新情報Vol.1062)(以下、「介護保険最新情報Vol.〇〇」を「Vol.〇〇」という。)

介護保険制度の創設により導入されたケアマネジメントは、高齢者が自らの意思に基づき、サービスを選択・決定することを基本とし、保健・医療・福祉の専門家が連携して身近な地域で支援する仕組みであり、介護支援専門員が中核的な役割を担っている。

令和3年6月に公表された「適切なケアマネジメント手法」の手引きでは、利用者やその家族の生活を支えるうえで解決すべき課題を捉えるため、先入観を持つことなく、網羅的に情報収集し、支援を組み立てるのがケアマネジメントの基本とされている。

ケアマネジメントは、居宅介護支援事業所の中心的な業務であり、ケアマネジメント・プロセスは、「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)第12条「指定居宅介護支援の基本的取扱方針」及び第13条「指定居宅介護支援の具体的取扱方針」の各号に基づき行われる一連の過程である。

介護支援専門員は、まず利用者に対するアセスメントとして、利用者や家族、生活環境等、利用者を取り巻く様々な状況について情報収集を行い、それらの情報を分析し生活課題を把握することから始める。

次にアセスメントに基づき居宅サービス計画の原案を作成するが、それは多職種による専門性が反映されるようサービス担当者会議に諮らなければならない。そのうえで利用者、利用者家族への説明を行い、同意を得た上でそれが居宅サービス計画となる。また、介護支援専門員は、月1回の居宅訪問と面接を行い、その後の状況の変化の把握を行うモニタリングを行う必要がある、その結果によっては居宅サービス計画の変更を行う。

施設サービスについても当該施設の介護支援専門員により、おおむね同様のプロセスを経て施設サービス計画を作成する。



【居宅サービス計画書と施設サービス計画書の標準様式】(Vol.958)

	<居宅サービス計画書>	<施設サービス計画書>
第1表	居宅サービス計画書(1)	施設サービス計画書(1)
第2表	居宅サービス計画書(2)	施設サービス計画書(2)
第3表	週間サービス計画表	週間サービス計画表
第4表	サービス担当者会議の要点	日課計画表
第5表	居宅介護支援経過	サービス担当者会議の要点
第6表	サービス利用票	施設介護支援経過
第7表	サービス利用票別表	

※ 「居宅サービス計画書」と「施設サービス計画書」の両者の総称を「介護サービス計画書(ケアプラン)」という。(以下「ケアプラン」という。)

※ 指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画を「個別サービス計画」という。(訪問介護計画、通所介護計画等)

「個別サービス計画」は、「居宅サービス計画」の内容に沿って作成されなければならない。

※ そのほか個別機能訓練計画書、栄養ケア計画書、経口維持計画書等、加算の算定に必要な計画書がある。

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 _____ 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								
夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								

週単位以外のサービス	
------------	--

第4表

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 _____ 殿

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 _____

開催日 年 月 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所 属(職種)	氏 名	所 属(職種)	氏 名	所 属(職種)	氏 名
利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 (続柄：)						
※備考						
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

2 「ケアマネジメント・プロセス」の確認について

居宅介護支援事業所への運営指導では、「サービスの質に関する確認」の中で、ケアマネジメント・プロセスが適切に行われているか確認する。

A アセスメント（情報収集・課題分析）

- (1) 運営指導のヒアリングでは、利用者の全体像を捉え、自立支援の観点から必要なニーズが引き出されているか、さらに利用者の状態を改善するための課題やニーズの把握が行われているかといった点を確認する。(Vol.1062)
- (2) 利用者にとっての自立支援及び重度化防止、困りごとの解消・改善につながる最適なサービス提供の元となるケアプランは、ケアマネジメント、とりわけ、アセスメントやモニタリングのあり方に、その内容が大きく左右される。
- (3) 情報収集や課題分析の方法として、「課題分析標準項目(23項目)」が示されている。(Vol.1178)
- (4) 「適切なケアマネジメント手法」は、介護支援専門員の実践知と各職域で培われてきた知見に基づいて想定される支援内容を体系化したものである。
支援の必要性や具体化を検討するためのアセスメント・モニタリングにおける具体的な情報の例も整理しており、課題分析標準項目に関して情報を収集するに当たっての一つの視点として参考にできる。(Vol.992, Vol.1179)
- (5) 「課題整理総括表」は、情報の整理・分析を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で共有する際の様式例であり、アセスメントツールではない。(Vol.379)

ヒアリング例(Vol.1062)	確認項目(Vol.1288)	確認のポイント
<p>① 情報収集</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者や家族等の情報収集は、具体的にどのように行っていますか。 ・ 利用者や家族等の希望は、どのように確認していますか。(本人の意思を確認するため、どのような工夫をしていますか。) ・ 利用者にとって必要な情報を引き出すため、利用者や家族、生活環境等、利用者を取り巻く様々な状況について情報収集を行っていますか。(「課題分析標準項目(23項目)」を具備していますか。) <p>② 課題分析</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメントから得られた情報を分析し、ニーズを把握していますか。(利用者の状態を改善するための課題やニーズを把握するために、問題を引き起こしている原因や背景を分析していますか。利用者により起こりうる危険性を予測していますか。) ・ 利用者の自立支援の観点から必要な解決しなければならない課題を把握していますか。(利用者の持っている力や生活環境等の評価を含め、利用者が抱える問題点を明らかにしていますか。) 	<p><input type="checkbox"/> アセスメントのため、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か。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者が有する能力、その置かれている環境等を評価し、利用者が自立した生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握(アセスメント)しているか。</p>	<p>○ アセスメントの実施時期は適切か。 →アセスメントシート、居宅介護支援経過等で実施日の確認をする。(利用開始時、要介護認定の更新・区分変更時等)</p> <p>○ 利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接してアセスメントしているか。 →どのような方法でアセスメントを行っているか確認する。</p> <p>○ 「課題分析標準項目(23項目)」について情報収集し、その内容は個別的・具体的であるか。 →空欄が多い、項目にチェックのみ記載されている場合等は、アセスメント情報としては不十分と考えられる。</p> <p>○ アセスメントシートに記載されている情報が初回そのままになっていないか。 →継続的なアセスメントを行い、その結果(追加情報、状況の変化等)についてもアセスメントシートに追記し、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。</p> <p>○ 課題分析を行っているか。 →課題分析の様式は示されていないが、居宅サービス計画書第1表「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」の欄に課題分析の結果を記載することとなっている。</p>

B ケアプラン（原案）の作成

- (1) 介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望を勘案して、ケアプランの原案を作成しなければならない。
したがって、利用者ごとに異なるアセスメントに基づいて作成されたケアプランが、複数の利用者すべてが同じ内容というのは本来ありえない。(Vol.1062)
- (2) 暫定ケアプランについて
- ・ 暫定ケアプランとは、要介護・要支援認定の新規申請、区分変更申請など、認定申請後に要介護度(要支援度)が確定するまでの間、暫定的に作成されたケアプランのことをいう。したがって、要介護認定又は要支援認定を申請した認定前の被保険者は、暫定ケアプランに基づいてサービスを利用することが考えられる。(H18年4月改定関係Q&A(vol.2) (H18.3.27)問52)
 - ・ 暫定ケアプランについて、利用者の状態等を踏まえ、本ケアプラン(原案)においても同様の内容が見込まれる場合(典型的には看取り期が想定されるが、これに限らない。)は、暫定ケアプラン作成の際に行った「指定居宅支援等の事業の人員及び運営に関する基準」(平成11年3月31日厚令38)の第13条に掲げるケアマネジメントの一連のプロセスについて、必ずしも改めて同様のプロセスを踏む必要はない。(Vol.1049)

ヒアリング例(Vol.1062)	確認項目(Vol.1288)	確認のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の心身の状況、希望等を踏まえて、ケアプランを作成していますか。(利用者自身は、どのような生活を目標したいと考えているか、利用者の意向を踏まえて、目標を設定していますか。) ・ ケアプランの目標は、達成できる実現可能な目標となっていますか。(ケアプランの内容に対し、本人は意欲を持って取り組んでいますか。) 	<ul style="list-style-type: none"> □ 利用者の日常生活全般を支援するため介護保険以外の保険医療・福祉サービス等の利用も含めて、居宅サービス計画上に位置付けるよう努めているか。 □ 居宅サービス計画に位置付けた個別サービスにかかる当該計画の提出を求めているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ケアプランの作成時期は適切か。 →ケアプランを遡って作成することは認めていない。 →居宅サービスの利用開始日にはケアプランが作成されていること。 →要介護認定の更新時は、新たな要介護認定の有効期間の初日にはケアプランが作成されていること。 →暫定ケアプランは、認定申請日から認定結果が出るまでのものであるため、申請日には作成されていること。 ○ アセスメント結果を踏まえてケアプランを作成しているか。 →利用者の心身の状況や意向とかけ離れた目標となっていないか。 →アセスメントからは必要性が低いと考えられる過剰なサービスが設定されていないか。 →アセスメントから必要性が高いと考えられが組み込まれていない、あるいは検討されていないサービスがないか。 ○ 目標の達成期間の設定は適切か。 →要介護認定の有効期間や目標内容を考慮して、短期目標及び長期目標の達成期間を設定すること。 ○ 目標やサービス内容は個別・具体的に記載されているか。 →複数の利用者のケアプランが同じ内容となっていないか。 ○ ケアプランに位置付けた指定居宅サービス等の担当者から個別サービス計画の提出を受けているか。

C サービス担当者会議

- (1) 介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高いケアプランとするため、ケアプランの原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者(以下「担当者」という。)からなるサービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を当該担当者と共有するとともに、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。
- (2) サービス担当者会議を開催した場合は、居宅サービス計画書第4表「サービス担当者会議の要点」に当該会議の要点を記載する。また、当該会議を開催しない場合や出席できない担当者がいる場合の照会内容についても記載する。(Vol.958)

ヒアリング例 (Vol.1062)	確認項目 (Vol.1288)	確認のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス担当者会議等により、専門的意見を聴取していますか。 ・ サービス担当者会議の内容や当該会議を開催しない場合や出席できない担当者がある場合の照会内容等を記録していますか。 	<ul style="list-style-type: none"> □ サービス担当者会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有し、担当者からの専門的な見地からの意見を求めているか。 □ 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ているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ サービス担当者会議を適切に開催しているか。 →「サービス担当者会議の要点」(第4表)等で、サービス担当者会議の開催の有無や開催時期を確認する。 ・ 利用開始時 ・ 要介護更新認定、区分変更の認定を受けた場合 ・ ケアプランの変更時 等 ○ ケアプランに位置付けている担当者が出席しているか。 → 出席できない担当者がある場合、その者に照会した年月日、照会内容及び回答を記載しているか。 ○ サービス担当者会議を開催しない場合、その理由、担当者の氏名、照会年月日、照会内容及び回答を記載しているか。 ○ テレビ電話装置等を活用して開催し、利用者等が参加する場合、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得ているか。

D 利用者への説明、同意取得、ケアプランの交付

- (1) ケアプランは、利用者の希望を尊重して作成されなければならないため、介護支援専門員は、ケアプラン(居宅サービス計画書第1表及び第2表)に位置付けたサービス内容を利用者又はその家族に説明した上で、文書により利用者に同意を得なければならない。
- (2) ケアプランを作成した際には、遅延なく利用者及び担当者に交付しなければならない。

ヒアリング例	確認項目 (Vol.1288)	確認のポイント
	<ul style="list-style-type: none"> □ 居宅サービス計画原案の内容について、利用者又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か。 □ 居宅サービス計画を利用者及び担当者へ交付しているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ケアプランの内容について、利用者又はその家族に説明し、文書により利用者に同意を得、利用者へ交付しているか、確認する。 ○ 説明・同意、交付の実施時期は適切か確認する。

F モニタリング・評価

- (1) 特段の事情のない限り、少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接してモニタリングを行い、その結果を記録しなければならない。特段の事情とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を指し、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。特段の事情がある場合は、その具体的な内容を記録しておく必要がある。
- (2) 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。(令和6年4月～)
- ① 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。
- ② サービス担当者会議等において、ア～ウ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。
- ア 利用者の心身の状況が安定していること。
- イ 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。
- ウ 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。
- (3) モニタリング(実施状況の把握)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、ケアプランの変更の必要性等について、第6表「居宅介護支援経過」又はモニタリングシート等に記載すること。(Vol.958)

ヒアリング例(Vol.1062)	確認項目(Vol.1288)	確認のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアプランにある目標の達成状況を、どのように確認していますか。 ・ モニタリングを行い、その結果を記録していますか。 	<p><input type="checkbox"/> 定期的に居宅サービス計画の実施状況の把握(モニタリング)を行い、結果を記録しているか。(月1回)</p>	<p>○ 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接してモニタリングを行い、その結果を記録しているか。 →モニタリングシートや「居宅介護支援経過」等で実施状況を確認する。</p> <p>○ 短期目標に沿って、目標の達成度、利用者や家族の意向・満足度等、事業者との調整内容、ケアプランの変更の必要性等について把握し、記録しているか。 →利用者の様子が記載されているだけでは、モニタリングとしては不十分と考えられる。</p> <p>○ テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接している場合 →少なくとも2月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接しているか。 →文書により利用者の同意を得ているか。 →サービス担当者会議等で、次の事項について主治の医師、担当者等の合意を得ているか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の心身の状況が安定し、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。 ・ 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。

G ケアプランの変更等

- (1) モニタリングの結果、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合等、必要に応じてケアプランの変更を行う。この際、原則として、ケアプラン作成に当たっての一連の業務を行う必要がある。
- (2) 軽微な変更について
 - ・ 居宅サービス計画を変更する際には、原則として、一連の業務を行うことを規定している。なお、入所者の希望による「軽微な変更」に該当する場合には、一連の業務を行う必要はないものとする。「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か否かを判断すべきである。(Vol.1213)
 - ・ 介護サービス計画書は、当初の介護サービス計画原案を作成する際に記載し、その後、介護サービス計画の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。但し、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ものとする。(Vol.958(別紙3)のⅢ)

ヒアリング例(Vol.1062)	確認項目(Vol.1288)	確認のポイント
<ul style="list-style-type: none"> ・ 達成状況に基づき、ケアプランの見直しを行っていますか。 ・ 利用者の状態や要望に応じてケアプランに変更が生じる場合は、必要事項について関係者と共有していますか。 		<p>○ ケアプランの見直しを行っているか。 →要介護認定の有効期間内であっても、モニタリングの結果や利用者の状態変化等によりケアプランの変更の必要性が生じた場合は、原則一連のケアマネジメントプロセスを踏まえて、ケアプランの変更を行うことが必要である。</p>

※「適切なケアマネジメント手法」について(Vol.992, Vol.1179)

「適切なケアマネジメント手法」とは、介護支援専門員の実践知と各職域で培われてきた知見に基づいて想定される支援内容を体系化したものである。

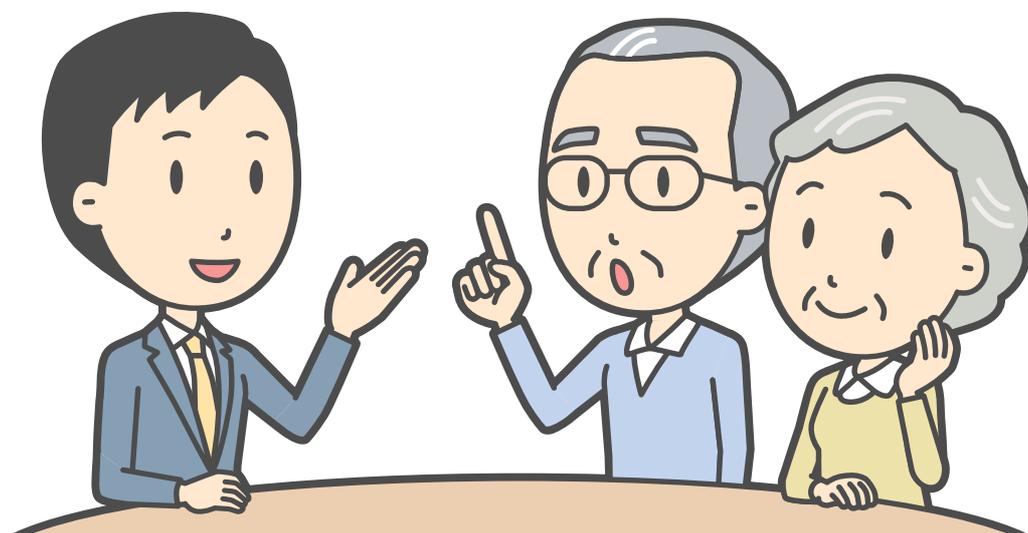
支援の必要性や具体化を検討するためのアセスメント・モニタリングにおける具体的な情報の例も整理しており、課題分析標準項目に関して情報を収集するに当たっての一つの視点として参考にできる。

令和6年4月から介護支援専門員の法定研修カリキュラムに「適切なケアマネジメント手法」に基づいて、新たな科目内容が加わる。

住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の
入居者を担当されるケアマネジャーの皆様へ

大丈夫？ 知らず知らずのうちに “不適切なケアマネジメント事例” を作り出していないか？

住宅型有料老人ホーム、
サービス付き高齢者向け住宅における
ケアマネジメントの考え方



2022年3月

令和3年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業
「サービス付き高齢者向け住宅等における
適正なケアプラン作成に向けた調査研究」

事務局・編集 株式会社日本総合研究所

はじめに

本冊子作成の狙い

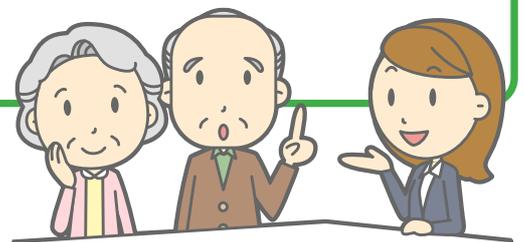
- 住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（以下、「高齢者向け住まい」または「住まい」といいます）は合計の入居定員が50万人（2020年時点）を超え、高齢期の「住まい」の重要な一角を占めています。
- 一方で、これらの住まい運営法人によって、利用者の意思に沿わない提供者都合のサービス提供が行われている等の問題もしばしば指摘され、適正な運営が求められる状況にあります。こうした高齢者向け住まいにおいて、入居者の状態に応じて適切なサービスが提供されるには、「ケアマネジメント」が適切に行われていることが重要な要素の一つです。
- ここでは、故意や悪意ではないにせよ、慣例のような形も含めて、不適切なケアマネジメントやサービス提供に陥っている事例などを確認し、具体的に振り返りができる資料として作成しています。
- ケアマネジャーの皆様が置かれた状況次第では、様々な関係者との関係性の観点等から、対応に困る場面もあるかと思えます。しかし、不適切な対応等を知っておくことは自分自身のケアマネジャーとしての立場を守ることにもつながりますので、是非確認してみてください。（後半では、困ったときの相談先についても記載しています。）

住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に求められる役割

- 住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅は、高齢者が介護が必要になっても、安心して自分らしく生活できるための住まいとして、高齢化が進む中での役割が大きくなっています。
- ◆ 高齢者向け住まいは、適正な運営により、地域住民へ「魅力的な住まいの選択肢」を提供することができ、高齢者の安心・安全な日常生活に寄与するもの
 - ◆ 「住まい」「ホーム」部分と「介護サービス」が、それぞれ独立していることにより、「施設」ではなく、入居者の「自宅」として、その人に最適な住環境を提供できることが、これらの制度の大きな利点であり、求められる役割
 - ◆ こうした高齢者向け住まいにおいて、入居者の状態に応じて、適切なサービスが提供されるためには、ケアマネジメントが適切に行われていることが重要な要素

高齢者向け住まいにおけるケアマネジメントのあるべき姿

- サービス提供の元となるケアプランは、ケアマネジメント、とりわけ、アセスメントやモニタリングのあり方に、その内容が大きく左右されるため、あるべき姿を以下のようにとらえておく必要があります。
- ◆ 入居者本人にとっての自立支援および重度化防止、困りごとの解消・改善につながる最適なケアを、多職種協働のチームケアを通じて提供することで、その人の生活の質を上げること・望む暮らしを実現することに、ケアマネジメントの目的をしっかりと据える
 - ◆ この点、本質は高齢者向け住まいと、一般在宅で変わることがない



住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅における「不適切」なケアマネジメントの考え方

- 高齢者向け住まいのケアマネジメントのあるべき姿については、それぞれの入居者の状態や置かれた状況等、個別具体的なケースで異なるため一概に示すことは困難ですが、「不適切」と疑われる可能性があるケアマネジメントとしては、例えば下記のようなものが挙げられます。
- ※ 下記事項については状況次第（文脈次第）で適切とも不適切ともなり得ます。
例えば、「ケアプランが画一的なものとなっている」ことのみをもって不適切であると断定することはできない点に留意が必要です。むしろ、その事象が生じている背景として、入居者の意思や状態等の十分な把握（アセスメント・モニタリング）とそれに応じた的確なサービス選定ができていないかどうか等に注目することが求められます。
- ※ また、本資料の事例等では、住まいに併設している介護サービス事業所の活用時に不適切な場合があるといったケースも挙げていますが、住まいに併設されたサービスやケアマネジャーが活用されること自体に問題があるわけではありません。むしろ、併設事業所については、常に変化する状況に応じた機動的な対応が可能であるといったメリット等もあることに留意が必要です。

1 個別性の欠如

利用者個々の意向や課題が考慮されることなく、ケアプランが画一的なものとなっている

2 過剰なサービス

利用者の意向や状態を考慮せず、アセスメントからは必要性が見いだせない住まい事業者と同一法人によるサービスを、ケアプランに設定している（その結果として区分支給限度基準額上限までサービスが設定されている、など）

3 サービスの不足

本人の希望するサービスや客観的に必要性の高いと考えられるサービスがケアプランに組み込まれていない、あるいは検討自体なされていない（ケアマネジャーから見て利用者にとって必要なサービスをケアプランに位置付けることが難しい場合がある）

4 事業所選択の権利侵害の懸念

住まいと同一法人が提供するサービスの利用を、合理的な理由もなく、また利用者の意向も踏まえずに利用者に求めており、この対応にケアマネジャーも同調している（同調せざるを得ない状況にある）

5 ケアマネジメントサイクルの問題

ケアプランの見直しは法定のタイミング（認定更新時や区分変更時）以外では、ほとんど行われていない

**ケアマネジャー自身の悪意の有無にかかわらず、
高齢者向け住まいから要求されるがままに
高齢者向け住まいに配慮して、
利用者の意思に沿わない
不合理なケアプランを作成することは不適切**

具体的な“不適切なケアマネジメント”事例

こんな対応、していませんか？ 見逃していませんか？
見て見ぬふりをしていませんか？

事例 1 Aさん

デイが週2日から5日に。
「行かないと食事ができませんよ」

高齢者向け住まいが運営するデイサービスを週5日利用するよう提案された。自宅で生活しているときは、デイサービスは週2回だったのに…。
「入浴日の週2回利用で十分」との希望をケアマネに伝えたら、「他の入居者にも毎日利用してもらっています。デイに行かないと食事が取れませんよ」と取り合ってもらえなかった。



➡ ①個別性の欠如、②過剰なサービス、④事業所選択の権利侵害



事例 2 Bさん

体調が悪くてもデイサービスへ。
休む場所もなくつらい…

デイサービスに毎日行くケアプランになっているが、体調が悪く部屋で休みたいと伝えても、「デイサービスで休んでください」と言われ、毎日1階のデイサービスに連れていかれる。

デイサービスを減らしてほしいとケアマネに相談しても、取り合ってもらえない。

➡ ①個別性の欠如、②過剰なサービス、④事業所選択の権利侵害

事例 3 Cさん

ケアプランの説明がされないまま入居。
住まい職員は介護サービスや
ケアプランを理解していない

入居後のケアマネが事前に決まっているにもかかわらず、ケアプランの説明がされないまま入居。契約時には住まいから「まかせてください。大丈夫ですよ」と言われたが、住まいに対して介護サービスの内容に関する希望や説明のお願いを伝えても回答がなく解決しない。本当はケアマネからしっかり説明を受けたい。



➡ ⑤ケアマネジメントサイクルの問題

「これって、入居者第一じゃないですか?」

こんな対応、していませんか? 見逃していませんか?
見て見ぬふりをしていませんか?

事例 4 Dさん

介護サービスの利用が、
住まいの値引きの条件に!

※住まいの契約上の不適切事例

入居契約時に、値引き(月額 1~2 万円)することを条件に介護サービスの利用を強要された。契約書上は本来の正当な金額表示であり、値引きに関する文章は存在しない…。



➡ ④事業所選択の権利侵害

事例 5 Eさん

値引きを条件に、
本人の自由や都合が無視され、
通院もできない

※住まいの契約上の不適切事例



住まいの法人から、「うちの介護保険サービスを利用して、私的な外出・病院受診など含めて住まいの都合に合わせてスケジュールしてくれば、料金を毎月 1 万円値引する」と言われた。

これではサービスが多い平日は外出できないと言われたことと同じ。自由な時間が多い日曜日には病院が休みなので困っている。

➡ ④事業所選択の権利侵害

事例 6 Fさん

専門リハビリが必要なのに、
外部法人のサービスは利用できない

専門的なリハビリを受けたくて通所リハビリを利用したいとケアマネに伝えたが、外部の介護保険サービスは利用できないと言われ、高齢者向け住まいが運営しているデイサービスの利用を継続させられた。



➡ ②サービスの不足、④事業所選択の権利侵害

1 個別性の欠如

利用者個々の意向や課題が考慮されることなく、ケアプランが画一的なものとなっている

- 個別性の欠如により利用者個々の意向や課題が考慮されることなく、ケアプランが画一的なものとなっている不適切な状況としては、具体的には例えば、下記のような場合が想定されます。

以下では、**不適切な対応の例**を紹介します。
ご自身ならびに周囲でこうした対応が行われていないか、チェックしてみましょう。



【チェックポイント】

- ☑ 本人の希望よりも、**特定法人(住まいと
同じなど)のサービスを優先したプラン**
になっていませんか？

ウチに入居する場合は、
皆さんこのデイサービスを
利用することになってますよ
(住まい職員)

わたしは入浴日の
利用だけでいいのに



アセスメントで把握した
状況やニーズをケアプランに
反映していない

- ☑ 「同じ住まいに住んでいる=同じような
ニーズ」と考え、**個別のアセスメントが
十分でないまま**、同じサービスをプラン
に組み入れていませんか？



しんどい日は
休みたいのに…

ウチに入居されるんだから、
大体介護度も暮らしぶりも
似たようなものだから、
みんな毎日デイに通ってもらおう
(住まい職員)



* 事例1, 2を参照のこと

先輩ケアマネジャーからのアドバイス

「入居者の多くが、似たようなサービス内容のケアプランになっていること」自体ではなく、そのサービスを活用する背景としてのアセスメントが十分かどうかに着目しましょう！
一人ひとりの利用者にとって、「なぜこのサービスが必要なのか」ということを、「常に意識し」アセスメントすることが重要です。



本人の意向を踏まえた適切なサービスの選定のためには、
居住環境だけでなく利用者の心身状態・生活上の課題を確認することが必須。
自宅を離れ不安を抱えて入居している方もおり、
その価値観や生活歴などについても丁寧に確認することが必要です。

チェックが入った場合には P11 の留意点も確認してみましょう！
また、困ったときの相談先等については、P12 を参照してください！（次頁以降も同様）

2 過剰なサービス

利用者の意向や状態を考慮せず、アセスメントからは必要性が見いだせない住まい事業者と同一法人によるサービスを、ケアプランに設定している（その結果として区分支給限度基準額上限までサービスが設定されている、など）

- 利用者の意向や状態を考慮せず、アセスメントからは必要性が見いだせない住まい事業者と同一法人によるサービスを、ケアプランに設定している不適切な状況としては、具体的には例えば下記のような場合が想定されます。

以下では、**不適切な対応の例**を紹介します。
ご自身ならびに周囲でこうした対応が行われていないか、チェックしてみましょう。



【チェックポイント】

- ☑ **住まいとの間で、住まい併設のデイサービスなどを積極的に活用するよう取り決めがされていて、ご本人の要望や状態に関係なく、併設された事業所のサービスの利用をプランに組み込んでいませんか？**

1階のデイサービスで
日中を過ごしてもらうのが
よいですよ
(住まい職員)

皆さんそのように
されてますよ
(ケアマネジャー)



しんどい日は
デイサービスを
休みたいけど…



- ☑ **追加サービスが客観的に不要な状態で、ご本人の希望もないのに、区分支給限度基準額に余裕があるだけで、安易にサービスを追加していませんか？**

元気だし、
自分で自分のことは
やりたいから
こんなサービスは
いらないけど…

デイサービスに
いかないと
食事ができませんよ
(住まい職員)



* 事例1, 2を参照のこと

先輩ケアマネジャーからのアドバイス



入居者の心身状態・生活上の課題をアセスメントした上で
必要なサービスを位置づけることが基本です！
介護報酬を得ることを目的として、合理的な理由なく区分支給限度基準額上限まで
サービスを盛り込むことは、アセスメントせずにケアプランを作成することと変わりません。

住まいや併設事業者からこうした過剰サービスを要請されることもあるかもしれません。
そうしたときには、まず「自分の責任で作成するケアプランが、本当にこれでよいのか」
ということ、自分自身に問いかけてみましょう。
また、対応に困ったら、信頼できる職場の先輩等にも相談してみましょう。

3 サービスの不足

本人の希望するサービスや客観的に必要性の高いと考えられるサービスがケアプランに組み込まれていない、あるいは検討自体なされていない（ケアマネジャーから見て利用者にとって必要なサービスをケアプランに位置付けることが難しい場合がある）

- サービスが不足しており、本人の希望するサービスや客観的に必要性の高いと考えられるサービスがケアプランに組み込まれていない、あるいは検討自体なされていない不適切な状況としては、具体的には例えば下記のような場合が想定されます。

以下では、**不適切な対応の例**を紹介します。
ご自身ならびに周囲でこうした対応が行われていないか、
チェックしてみましょう。



【チェックポイント】

☑ 住まいとの間で**優先的に活用を取り決められているサービスが区分支給限度基準額を使っているため**、ご利用者が、より必要なサービスを追加できなくなっていることはありませんか？



ウチのご入居者さんは、みなさん週5日、この訪問介護を利用してもらいます（住まい職員）

訪問介護以外のサービスを利用したいのに、限度額がいっぱいで利用できない

☑ **アセスメントが法定のタイミングのみで、形だけになっているために**、ご本人の要望や状態変化をプランに反映できないケースはありませんか？

最近こんな感じだからサービスを見直したいんだけど…



プランの見直しのタイミングは法律でまっていますから…（住まい職員）

専門的なリハビリが必要です



☑ 住まいと同じ法人には医療系サービスがない場合などに、**（その法人の）別サービスを優先して**、医療関連のアセスメントやサービス提供が不足していることはありませんか？

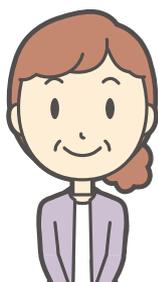


専門の人でなくても、ウチの職員で対応できますよ（住まい職員）



* 事例 6 を参照のこと

先輩ケアマネジャーからのアドバイス



ある時点での不足感だけでなく、普段から十分なアセスメントがあるか、これにより適切なサービス選択ができているかを確認しましょう！

特定のサービスの利用で区分支給限度基準額が占められているようなケースでは、本当に利用者にとって、そのサービスがそれだけ必要なかを振り返ってみましょう。

サービス不足解消のためには、多職種の視点が重要です。改めて主治医等と相談したり、利用者や家族にも提案・相談しつつ必要なサービスを検討しましょう。

4 事業所選択の権利侵害の懸念

住まいと同一法人が提供するサービスの利用を、合理的な理由もなく、また利用者の意向も踏まえずに利用者に求めており、この対応にケアマネジャーも同調している（同調せざるを得ない状況にある）

- 住まいと同一法人が提供するサービスが合理的な理由なく優先され、また利用者の意向も踏まえずに利用者に求めており、事業所選択の権利侵害の懸念がある不適切な状況としては、具体的には例えば下記のような場合が想定されます。

以下では、**不適切な対応の例**を紹介します。
ご自身ならびに周囲でこうした対応が行われていないか、チェックしてみましょう。



【チェックポイント】

- ☑ **本人が他の事業所のサービスを希望しているのに、その理由や必要性を十分に検討せず、**同じ法人の事業所サービスを優先していませんか？

ウチには、訪問介護もケアマネ事業所もありますから、他の事業所を使わなくても全部お世話できます。だから他の事業所を使う必要は一切ありませんし、手続きが面倒なので使わないでください
(住まい職員)

- ☑ **住まい側から明確な指示がなくても、なんとなくの「配慮」で、**住まいの法人が運営している事業所のサービスをプランに組み込んでいませんか？



ウチのサービスを利用すれば
住まいの料金は割引します
(住まい職員)

- ☑ 入居後は、それまで利用していた事業所のサービスから、**住まいと同じ法人が運営するサービスに移行するのが当たり前の雰囲気**となっていて、本人が継続利用したくてもできない状況になっていませんか？

訪問介護は
週5日も
いらないんだけど…



専門リハだから、
外部を利用したいのに…



* 事例 1、2、4～6 を参照のこと

先輩ケアマネジャーからのアドバイス



「同一法人やその併設事業所のサービスを利用してもらうこと」自体が不適切なのではなく、「合理的な理由なく本人がサービスや事業所を選択する意思に反して、利用させること」が問題です。

利用者自身によるサービスの選択は、利用者の基本的権利ですが、住まい等から、権利侵害につながる併設事業所の利用を要請されることもあるかもしれません。

利用者・家族にもこの権利を理解してもらいつつ、悩んだら信頼できる職場の先輩等に相談しましょう。

5 ケアマネジメントサイクルの問題

ケアプランの見直しが法定のタイミング（認定更新時や区分変更時）以外では、ほとんど行われていない

- ケアプランの見直しが法定のタイミング（認定更新時や区分変更時）以外では、ほとんど行われていない場合等に見られる、ケアマネジメントサイクルのあり方として不適切な状況としては、具体的には例えば下記のような場合が想定されます。

以下では、**不適切な対応の例**を紹介します。
ご自身ならびに周囲でこうした対応が行われていないか、チェックしてみましょう。



【チェックポイント】

- ☑ 住まいと居宅の間で、**なるべくケアプランを変更しない方針があり**、アセスメントやモニタリングは必要最小限にとどまっていることはありませんか？
- ☑ 状況の変化やご本人・ご家族からの相談など、**新たな情報がケアマネジャーに届いた場合でも**、対応しないケースはありませんか？
- ☑ **ご利用者の状態に大きな変化があっても**、法定のタイミングまで状況確認をしないなどのケースはありませんか？



ケアプランの見直しは、法定のタイミングとしましょう（住まい職員）

- ☑ **入居時にケアプランの説明をしない、相談があった場合も**住まい職員が説明するなどのケースはありませんか？
- ☑ **利用票のサインを、住まい職員が代筆している**ことはありませんか？

わかりました
（〇〇さんは変えたいみたいだけど…）
（ケアマネジャー）



ケアマネさんにも相談できない…



- ☑ **同じ住まいでは、居室がすべて同じであるという考えのもと**、併設されたサービス利用時等に、モニタリングをまとめて行っていませんか？
- ☑ そのため、居室内の状況を確認していないなどはありませんか？

大丈夫です、お任せください！
（といて説明をしない）
（住まい職員）

住まいの職員さんは何もわかってない…



* 事例 3 を参照のこと

ここの間取りは全部同じだから、部屋は見なくていいよね
（ケアマネジャー）



先輩ケアマネジャーからのアドバイス



アセスメントの頻度が高ければ適切というわけではありません。あくまで「利用者の状態や要望の変化をタイミングよく捉えてケアプランに反映すること」を目的に、アセスメントを実施しましょう。特に住まい併設の居宅の場合は、普段から利用者に近い場所にいる、という強みも生かしましょう！

住まい側との取り決めなどにより意図的にケアプランの見直しを行わない、このためアセスメントやモニタリングも法定のタイミング以外では行わないこととしている、といったことは、あってはなりません。特に入居後は状態が変わりやすいため、再アセスメントなども検討してみましょう。

1～5の各不適切事例（パターン）における留意点

- 前掲の1～5の各不適切事例においては、以下の点に留意して対応しましょう。また、結果だけをもって「不適切」とすることはできないことにもご留意ください。

※ これらは、あくまで十分なアセスメントや多職種連携、法令で定められた頻度の状況確認等の必要な対応が前提であるということに、ご注意ください。

1 個別性の欠如

利用者個々の意向や課題が考慮されることなく、ケアプランが画一的なものとなっている

2 過剰なサービス

利用者の意向や状態を考慮せず、アセスメントからは必要性が見いだせない住まい事業者と同一法人によるサービスを、ケアプランに設定している（その結果として区分支給限度基準額上限までサービスが設定されている、など）

3 サービスの不足

本人の希望するサービスや客観的に必要性の高いと考えられるサービスがケアプランに組み込まれていない、あるいは検討自体なされていない（ケアマネジャーから見て利用者にとって必要なサービスをケアプランに位置付けることが難しい場合がある）

4 事業所選択の権利侵害の懸念

住まいと同一法人が提供するサービスの利用を、合理的な理由もなく、また利用者の意向も踏まえずに利用者に求めており、この対応にケアマネジャーも同調している（同調せざるを得ない状況にある）

5 ケアマネジメントサイクルの問題

ケアプランの見直しが法定のタイミング（認定更新時や区分変更時）以外では、ほとんど行われていない

十分なアセスメント等を通じたケアマネジメントを行い、本人の意思を汲み取りつつ周辺の活用可能な資源等も含め多職種連携の下で総合的に判断しましょう。

アセスメントやモニタリングのタイミング・頻度については、法定基準を満たしていることを前提に、個別の状況で判断しましょう。

その結果として、ケアプラン上に示される記載がそれぞれの入居者で類似する内容になっている場合には「不適切な事例」には該当しません。

その結果として、入居者のケアプランに区分支給限度基準額上限までサービスが盛り込まれている場合には「不適切事例」には該当しません。

ケアプラン上に示されるサービス内容が、仮にある一つの側面から見た際に不足していると思われるといった場合であっても、その結果としての記載であれば「不適切事例」には該当しません。

仮に住まいに併設された事業所から多くの入居者がサービス提供を受けているといった場合であっても、その結果としてのサービス提供であれば「不適切事例」には該当しません。

単にケアプランの見直しが法定のタイミング以外で行われていないことをもって、「不適切な事例」とはなりません。