

## 「一連のケアマネジメントプロセス」の理解に関する質問

### (参考例)

- 当日、施設・事業所から提出されたリスト（行動・心理症状等のある利用者）から、数名の利用者を抽出し、各種記録を参考にしながら、施設・事業所における一連のケアマネジメントプロセスに関する考え方を確認する。
- 実地指導は、利用者のサービスの質の向上を図る観点から、施設・事業所の取組みをさらによりよいものとするため、次頁以降の質問例を参考に、介護支援専門員等の気づきを促すように実施する。
- その際、質問に対する回答が十分に得られなかった場合であっても、施設・事業者側に対し、何故できていなかったのか、今後、どのように取り組むことが望まれるのか等について、資料（P83～P89 参照）を参考に、組織的な取組みを促すよう指導することが大切である。
- また、次頁以降の質問例はあくまで例示であり、それぞれの施設・事業所の状況に応じて適宜対応すること。

◆アセスメント（情報収集）◆

- 利用者や家族等の情報収集の方法は、具体的にどのような行っていますか。（P83）
- 利用者にとって必要な情報を引き出すため、アセスメントにおいて特に、留意していることはどのようなことですか。（P83 参照）
- 生活感、価値観、人生観などを含めた全体像のアセスメントを行っていますか。（その人らしさを掴むヒントになる）（P83 参照）

◆アセスメント◆（課題分析）

- 利用者の状態を改善するための課題やニーズの把握について、アセスメントから得られた情報の分析をどのように行っていますか。（P84 参照）
- 利用者の状態の悪化の防止又は悪化のスピードを遅らせるためにどのような対応をされていますか。（P84 参照）

### ◆ケアプランの作成◆

- 課題に応じて多職種が関わりを持つケアプランとなっていますか。  
また、それぞれの職種の役割分担は、どうなっていますか。(P85 参照)
- ケアプランの目標を設定する際には、どのような配慮をしていますか。(P85 参照)
- 短期・長期目標を設定する場合、特に留意していることは何ですか。  
(ケアプランに短期・長期目標が設定されているか確認)(P86 参照)
- 利用者の安全確保を念頭においたケアプランとして、どのような状態を見守るのか、危険な状態の時にどのような関わりをするのか、といった手順などについて事前に話し合い、意志決定を行っていますか。(P86 参照)

### ◆サービス担当者会議（ケアカンファレンス）の開催◆

- ケアカンファレンスの開催頻度や出席者はどのようになっていますか。また、話し合われる内容は、どのようなものですか。(P87 参照)
- 利用者の状態の変化に即応し、高齢者虐待や身体拘束のリスクについて、ご家族への説明を行っていますか。(P87 参照)

◆モニタリング◆

- モニタリングは、具体的にどのように行っていますか。(P88 参照)  
また、その際、特に、重視していることはどのようなことですか。  
(P88 参照)

◆ケアプランの変更等◆

- 利用者の状態の変化をどのようにとらえていますか。また、次の課題を見出すための再アセスメントをどのように行っていますか。(P89 参照)
- 利用者への一連のケアマネジメントプロセスの中で、ケアを担うチームの意見等をどのように集約していますか。(P89 参照)

「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 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）の別紙4の別添

（別添）

### 課題分析標準項目

#### 基本情報に関する項目

| No | 標準項目名             | 項目の主な内容（例）  |
|----|-------------------|---|
| 1  | 基本情報（受付、利用者等基本情報） | 居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日・住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目 |
| 2  | 生活状況              | 利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目  |
| 3  | 利用者の被保険者情報        | 利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目  |
| 4  | 現在利用しているサービスの状況   | 介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目  |
| 5  | 障害老人の日常生活自立度      | 障害老人の日常生活自立度について記載する項目（※ 次ページ参照）  |
| 6  | 認知症である老人の日常生活自立度  | 認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目（※ 次ページ参照）  |
| 7  | 主訴                | 利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目   |
| 8  | 認定情報              | 利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目   |
| 9  | 課題分析（アセスメント）理由    | 当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目   |

#### 課題分析（アセスメント）に関する項目

| No | 標準項目名       | 項目の主な内容（例）                                       |
|----|-------------|--|
| 10 | 健康状態        | 利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目               |
| 11 | ADL         | ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目             |
| 12 | IADL        | IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目                  |
| 13 | 認知          | 日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目                       |
| 14 | コミュニケーション能力 | 意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目                     |
| 15 | 社会との関わり     | 社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目   |
| 16 | 排尿・排便       | 失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目              |
| 17 | じょく瘡・皮膚の問題  | じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目                           |
| 18 | 口腔衛生        | 歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目                              |
| 19 | 食事摂取        | 食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目                         |
| 20 | 問題行動        | 問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目   |
| 21 | 介護力         | 利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目 |
| 22 | 居住環境        | 住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目                 |
| 23 | 特別な状況       | 特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目                         |

(参考)

### 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

|       |       |  |
|-------|-------|--|
| 生活自立  | ランク J | 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する<br>1. 交通機関等を利用して外出する<br>2. 隣近所へなら外出する                            |
| 準寝たきり | ランク A | 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない<br>1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する<br>2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている |
| 寝たきり  | ランク B | 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ<br>1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う<br>2. 介助により車いすに移乗する       |

### 認知症高齢者の日常生活自立度

| ランク   | 判断基準  | 見られる症状・行動の例  |
|-------|---|--|
| I     | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。                  |  |
| II    | 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 |  |
| II a  | 家庭外で上記 II の状態がみられる。                                   | たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等   |
| II b  | 家庭内でも上記 II の状態が見られる。                                  | 服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等  |
| III   | 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。            |  |
| III a | 日中を中心として上記 III の状態が見られる。                              | 着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等 |
| III b | 夜間を中心として上記 III の状態が見られる。                              | ランク III a に同じ  |
| IV    | 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。       | ランク III に同じ  |
| M     | 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。               | せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等  |

## ケアマネジメントプロセスの参考（一例）

# ケアプラン作成の目的

ケアプランの原則は**セルフケアプラン**

## 自分の人生を自分で決めるのは当然の事

⇒本来自分でたてるケアプランが、病気や障害によってたてられない。だから介護支援専門員という専門職が誕生した。

プロとして、今、一番最良と思われる提案をしているかを、常に検証することは当然の責務。  
でも、迷ったり間違えることもあります。

## ① インテーク（受付）

### 《ポイント》

アセスメントの一部として情報収集をしているか

- 1) 申し込み受付（相談経路は複数あり）
- 2) 利用者情報の収集
- 3) サービス利用の必要性の把握
- 4) 利用者・家族の主訴・現状把握
- 5) 訪問及び面接の約束
- 6) 契約行為であることの説明

第1印象はとても大切。  
信頼関係作りの  
第一歩。  
お見合いです。

## ②課題分析(アセスメント)

### 《ポイント》

- 適切な方法を用い、利用者・家族に面接をして行っているか
- 主たる介護者を支援する視点を忘れていないか

- 1)健康状態・ADL等、身体状況
- 2)認知・精神面等
- 3)家族背景・介護力
- 4)家屋状況等、生活環境
- 5)虐待・ターミナル等特別な状況
- 6)利用者自身のストレンクス

など...

何を解決すれば元気になるのかな...

家族が潰れないようにしないと...

## ③ケアプラン原案の作成

### 《ポイント》

利用者の要望(希望)を踏まえた上で、必要な生活課題(ニーズ)を捉えているか

- 1)利用者及び家族の意向を確認したか
- 2)生活課題(ニーズ)の把握は適切か
- 3)適切な目標設定か
- 4)解決手段としてのサービス設定になっているか
- 5)チーム全体の支援の方向性が明確か
- 6)サービス利用だけが目的になっていないか

本来はセルフケアプランが原則

単なるサービスプランナーになっていないか



## ④ サービス担当者会議 (ケアプラン修正・確定)

### 《ポイント》

- 単にサービス内容を確認する場になって
- 利用者情報の共有ができていますか
- 専門的立場を踏まえた意見の合意形成がなされ、ケアプランの修正が行われているか

- 1)利用者・家族の参加
- 2)医師の参加
- 3)インフォーマルサービスの参加
- 4)原案の主旨を説明できる
- 5)利用者が主体的に参画している
- 6)緊急時の確認ができています

チームアプローチを意識する。単なるケアプラン説明会に終わっていないか

ケアプラン原案を利用者と共に修正し、確定しているか

## ⑤ サービスの実行

### 《ポイント》

- ケアプランに基づき、個別サービス計画と連動したサービス提供が行われているか

- 1)サービス担当者会議の意見が反映されているか
- 2)個別サービス計画があるか
- 3)各職種とリアルタイムに連携がとれているか
- 4)計画作成責任者であることを意識する
- 5)経過を通し、家族の状況も把握する
- 6)初期段階は、本人の変化に留意する

チーム全体の動きやバランスを確認しながら、進めることが大切です。

## ⑥ モニタリング

### 《ポイント》

計画を立てっぱなしにしていないか

- 1) PDCAサイクルを意識する
- 2) 利用者・家族の変化に気づく
- 3) 効果測定であることを理解する
- 4) 個別サービス計画との連動
- 5) 再アセスメントへの視点をもつ
- 6) タイミングを逃さない

「先月と表情が  
違う。様子を変  
だな…」

最近サービス  
の変更が多  
いなあ…

今日はいつも  
より元気そう。  
いいことあった  
かな？

## ⑦ 評価(再アセスメントへ)

### 《ポイント》

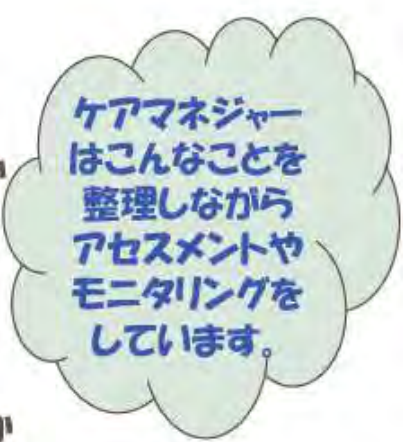
再アセスメントにより利用者・家族の生活課題を見直した上で、サービス継続か否かを判断しているか

- 1) 支援体制の再構築
- 2) 利用者・家族のセルフケア力の見極め
- 3) 適切な支援体制の再構築
- 4) サービス終了時期の見極め
- 5) 利用者・家族の意欲の再確認
- 6) 「地域」という単位を意識する

「介護保険サービ  
スからの卒業」  
その瞬間を一緒  
に喜べる関係をつ  
くれたら素敵  
ですね。

# ケアプラン作成における ケアマネジャーの自己点検の視点

- ①利用者・家族の要望を踏まえ、**本当のニーズ**がつかめているか
- ②今一番**ベターなプラン**を提案できているか
- ③**短期目標の設定**が評価できるものになっているか
- ④**時系列**を意識して経過記録を簡潔にまとめているか
- ⑤**個別性**のあるケアプランになっているか
- ⑥**緊急性**を見落としていないか
- ⑦利用者・家族の**想い**を大切にされた表現になっているか
- ⑧利用者・家族の生活が、**映像**として伝えられるか …などなど



ケアマネジャー  
はこんなことを  
整理しながら  
アセスメントや  
モニタリングを  
しています。

#### ④ 地域との連携

居住系サービスについては、地域に開かれたものとして運営されるよう、地域住民やボランティア団体等との連携及び交流を図ることが重要である。あわせて、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等の際に消火・避難等に協力してもらえるような体制作りを行うことも大切である。

特に、地域密着型サービス（※）の事業者は、利用者、地域住民の代表者、市町村職員、知見を有する者等により構成される運営推進会議に対し、提供しているサービス内容等についておおむね2月に1回以上開催し報告することにより、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ることを目的としていることから、以下の事項を中心に確認する。

※ 運営推進会議の設置義務のある地域密着型サービスとは、「小規模多機能居宅介護」、「認知症対応型共同生活介護」、「地域密着型特定施設入居者生活介護」、「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」をいう。

## ○ 運営推進会議の開催状況や内容の確認

開催の頻度、出席者、報告内容等の事実確認のみならず、会議での意見等が事業運営にどのように反映されているかについて確認することも重要。

また、会議は活動報告だけでなく、地域における高齢者福祉等に関し、情報交換や交流を深める中で、専門的知識（認知症高齢者の理解の促進）の地域への還元、利用者と地域住民の関係づくりの場、避難訓練や防犯等、事業所が地域の高齢者福祉の活動拠点となるよう積極的な取り組みを助言することも大切。

※ 小規模多機能型居宅介護の概要については、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会が発行している、

「小規模多機能型居宅介護のご案内（<http://www.shoukibo.net/iken/index.html#panf>）」（平成21年2月19日全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議にて配布）を参照。

※ 運営推進会議の意義等についてはP167～P173『特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会の報告書「認知症グループホームにおける運営推進会議の実態調査・研究事業」』を参照。

【参考】例：指定介護老人福祉施設：基準第26条、第34条

指定認知症対応型共同生活介護：基準第57条、第85条（以上、第108条の準用）、第107条第2項第7号

# 報酬請求指導マニュアル



○ 報酬請求指導マニュアル





## 1 報酬請求指導の目的

施設・事業所が届出等で実施する各種加算等に関する指導については、報酬基準に基づき介護保険給付の適正な事務処理を行わせるとともに、基準要件に適合した加算に基づくサービスの実施を行わせることにより、不正請求の防止と制度管理の適正化を図るとともに、よりよいケアへの向上に向けた施設・事業所への支援を図ることを目的とする。

### (1) 報酬基準に基づいた実施

各種加算等については、報酬基準に基づいた実施体制の確保、一連のケアマネジメントプロセスに基づいたサービス提供、多職種との協働によるサービス提供の実施など、届け出た加算等についての基本的な考え方や基準に定められた算定要件に基づいた運営及び請求が適切に実施されているかをヒアリングにより確認し、不適正な請求の防止とよりよいケアへの質の向上に努めること。

### (2) 報酬基準に適合しない場合の取扱い

報酬基準に適合しない取扱い等が認められた場合には、加算等の基本的な考え方や報酬基準に定められた算定要件の説明等を行い、適切なサービスの実施となるよう是正させるとともに、過去の請求について自己点検させ、不適切な請求となっている部分については過誤調整として整理させること。

## 2 具体的な報酬請求指導の方法

### (1) 実地指導の留意点

実地指導においては、施設・事業所の職員等に対して介護報酬請求上の加算及び減算の考え方を正しく理解させ、適正な請求を行わせるとともに、よりよいケアに結びつくサービスの質の向上と提供を行うことにより、介護給付管理の適正化を目的としていることから、報酬請求指導においても次の点に留意すること。

① 各種加算及び減算の考え方等の理解普及

指導にあたっては、加算及び減算の種類が多数にわたることから、別冊「各種加算・減算適用要件等一覧」を参照して基本的な考え方、請求の方法等について十分な理解に努め、施設・事業所の職員等からの相談に応じることができるようにすること。

② 指導方法の統一

施設・事業所ごとに異なった指導となると介護報酬請求上も問題となることから、指導内容に疑義があるときは国に照会するなどして、統一的な指導方針となるよう十分配慮すること。

(2) 指導による過誤調整

① 指導時点で加算及び減算に係る誤った解釈、認識の不足等から届出内容と相違したサービスが提供されている場合には、過誤調整を行わせるものとする。

② この場合、自主点検について文書による指導とし、過誤調整の結果について文書による報告を求めるものとする。

(3) 都道府県と市町村との連携等

都道府県又は市町村は、上記(2)に係る過誤調整を指導した場合は、その旨を速やかに関係保険者へ連絡すること。

(4) 指導から監査への変更

実地指導において、著しく悪質な不正請求が確認できた場合には、速やかに介護保険法の第5章に基づく実地検査に切り替えることとする。

参 考

## 各種加算等についてヒアリングの具体的事例

### \* 個別機能訓練加算 \*

○ 施設・事業所から提出された「各種加算等自己点検シート」及び拳証資料を基にヒアリングを行う。

#### 《各種加算等自己点検シート》

| 届出状況 | 点検項目     | 点検事項                             | 点検結果                     |        |                    |
|------|----------|----------------------------------|--------------------------|--------|--------------------|
|      | 個別機能訓練加算 | 個別機能訓練開始時の利用者への説明の有無             | <input type="checkbox"/> | あり     |                    |
|      |          | 専ら職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置        | <input type="checkbox"/> | 配置     |                    |
|      |          | 利用者数が100人超の場合、利用者の数を100で除した数以上配置 | <input type="checkbox"/> | 配置     |                    |
|      |          | 多職種協働による個別機能訓練計画の作成              | <input type="checkbox"/> | 作成     | 個別機能訓練計画書          |
|      |          | 利用者に対する計画の内容説明、記録                | <input type="checkbox"/> | 3月毎に実施 |                    |
|      |          | 訓練の効果、実施方法等に対する評価                | <input type="checkbox"/> | あり     |                    |
|      |          | 個別機能訓練に関する記録の保管、閲覧への対応           | <input type="checkbox"/> | あり     | 実施時間、訓練内容、担当者等への記録 |

### ○ ヒアリングの具体的事例

#### 【個別機能訓練開始時の利用者への説明の有無】

(指導担当者)：個別機能訓練開始時、利用者本人に説明は行っていますか？

(施設側)：説明しています。

(指導担当者)：説明していることが確認できるものは何かありますか？

(施設側)：説明していますが、記録はしていません。

(指導担当者)：加算請求は、説明するにあたって記録が求められます。

## 【利用者に対する計画の内容説明、記録】

(指導担当者) : 3ヶ月毎の利用者への説明は行っていますか？

(施設側) : 最初の一度だけカンファレンスをして説明しましたが、3ヶ月に1回という間隔で説明は行っていません。

(指導担当者) : 説明そのものが目的ではなく、状態の変化に対応して計画の変更をしていないと、よりよいケアに結びつかないことから、このように最低3ヶ月毎に利用者への説明をお願いしているのです。

## 【専ら職務に従事する常勤の理学療法士等を1人以上配置】

(指導担当者) : 常勤の理学療法士等を1人以上配置することになっていますが、職員配置上どのようになっていますか？

(施設側) : 作業療法士を1名配置しています。

(指導担当者) : 資格を確認できるものは何かありますか？辞令等の発令は？また、勤務状況がわかるものはありますか。

(施設側) : . . .

(指導担当者) : 「勤務しています」と言うだけでは、確認が出来ません。  
例えばタイムカード等の確認を施設長等がチェックする体制を整備しておくなど、確認書類は特に問いませんが、毎月配置ができていることを確認する必要があります。もし、常勤としての日数が欠落していた場合、翌月は加算を請求することができません。

## 【多職種協働による個別機能訓練計画の作成】

### 【訓練の効果、実施方法等に対する評価】

(指導担当者)：個別機能訓練計画書はどのように作成されていますか？

(施設側)：(個別機能訓練計画書を見ながら)利用者の状態、目標設定、訓練内容…等で作成しています。

(指導担当者)：多職種協働ということですが、どのような役割分担になっていますか？

(施設側)：介護職員は作成したプランに沿って介護を行い、看護職員は…。

(指導担当者)：その実施状況を確認できるものは何かありますか？

(施設側)：関係職員には計画書を渡してあり、各自それに沿って実施していますが、記録はしておりません。

(指導担当者)：その職種の方が何をどう計画書に従って実施したか確認できなければ加算は請求することができません。

記録が目的ではなく、各職種での実施状況の情報共有ができていないと計画が適切に実施されているか不明ですし、家族や利用者に対しても説明できないと加算を届け出た価値が見いだせないと思います。

## 【個別機能訓練に関する記録の保管、閲覧への対応】

(指導担当者)：個別機能訓練に関する記録の保管、閲覧はどうされていますか？

(施設側)：記録しているのみで、閲覧は行っていません。

(指導担当者)：閲覧ができるようにしておくことが重要です。

記録し、閲覧できるようにすることで利用者、家族、多職種と情報の共有を図ることが可能になり、よりよいケアへ結びつきます。

