

# 令和5年度群馬県介護支援専門員実務研修

## 第7－⑤章

ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術

## モニタリング及び評価

テキスト P553～586

# 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の効果を検証することの重要性を理解する。

(P553)

# 内容

- 利用者及びその家族、サービス担当者等との継続的な連絡や、居宅を訪問し利用者と面接することの意味を理解するための講義を行う。
- モニタリングにおける視点や手法、状況の変化への対応を理解する。
- 評価表等を活用し目標に対する各サービスの達成度（効果）の検証の必要性和評価手法を修得する。
- 居宅サービス計画の再作成を行う方法と技術についての講義を行う。
- モニタリングにおける多職種との役割分担と連携の重要性を理解する。
- モニタリング結果の記録作成の意味と、記録に当たっての留意点を理解するための講義を行う。

(P553)

# 修得目標

(P555)

- 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。

# 第1節

## モニタリングの意義と目的

テキストP556~559

# 1. モニタリングの理解

(P556~557)

## (1) モニタリングの意義

- サービス計画の実施状況の把握

## (2) モニタリングの目的

### 1) 各サービスの効果の評価

- 必要に応じた再アセスメント

→見直し→ケアマネジメントプロセスの循環

### 2) ミスマッチの修正

- 居宅サービス計画の実施→モニタリングの開始

図7-⑤-1-1参照

### 3) リスク管理

- 早期の対処を可能にする

## 2. モニタリングの機会と方法

(P557~558)

### (1) 定期的なモニタリング

- 居宅の場合

運営基準（支援）第13条第14号

「少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること」

- 施設の場合

運営基準（老福）第12条第10号

「定期的に入所者に面接すること」

### (2) 必要に応じたモニタリング

「ミスマッチ」や「リスク管理」

### 3. モニタリングの担い手

(P558~559)

#### (1) サービス提供事業者が担う機能

- 利用者との日常的なかかわり＝サービス事業者

図7-⑤-1-2参照

#### (2) 利用者・家族が担う機能

- 変化に一番気づくのは、利用者自身と家族
- 利用者や家族のつぶやきに耳を傾ける

情報が入りやすい、関係と環境づくりが重要



## 追加：モニタリングが果たす機能

- (1) ケアプランどおりにサービスが提供されているかどうかを確認する
- (2) サービス内容が適切か否かを確認する
- (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を確認する
- (4) 総合的な援助の方針どおりにケアプランの効果が上がっているかを確認する
- (5) ケアプランの内容を修正する必要があるかどうかを判断する

## 追加：モニタリングの三つの機能

- ① ケアマネジメントの援助過程の展開や援助内容が適切かを「監視する」こと
- ② 実践されている援助の有効性を「評価する」こと
- ③ 援助が有効に機能しているかどうかを見定めて、計画を微調整しながら関係者の役割を「調整する」こと

- ①監視 →ケアプランどおりに各種のサービスが提供されているかを確認すること
- ②評価 →ケアプランに沿ってサービスが提供された後には、その目的が果たされているか否か
- ③調整 →モニタリングはケアプランの成果を評価すること。「よりよいケアプランにしていけるにはどうしたらいいのか」を介護支援専門員は常に考える

サービス実施状況の継続的把握を「モニタリング」という。  
モニター（Monitor）とは監視、追跡と訳されるよう目的は

- ① サービスが計画通り実施されているか
- ② 短期目標などの目標に向かっているか
- ③ 新たなニーズ（解決すべき課題）が発生していないかなどを追跡していく。

- したがってケアマネジャーはケアプランの進行管理を各種サービス事業者は個別サービス計画の実施状況をチェックするのでモニタリングも2層構造で進行する。
- 個別サービスの提供者は毎回、ケアマネジャーは最小限度月に一度は家庭訪問をして利用者・家族からサービスの提供状況をチェックする。モニタリングにより利用者・家族の状況が変化していることがわかった場合や、サービスが利用者の課題解決に役に立っていない場合には、居宅サービス計画や個別サービス計画を変更する。

計画 P l a n (P)



実行 D o (D)



点検 C h e k (C)



見直し R e v i e w (R)



## 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

テキストP560～564

# 1. 達成度の検証（P560～561）

- （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
- （2）ケア内容・サービス種別が適切か否かの確認
- （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
- （4）総合的な援助の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を判断する

## 2. モニタリングによる関係づくり (P561~562)

### (1) 利用者・家族の理解

- 利用者宅への訪問による面接の繰り返して、介護保険制度に対する理解が深まり、関係性ができる

### (2) 信頼関係の醸成

- 利用者・家族を理解することで信頼が強くなる

### (3) ケアチームの関係の強化

- 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がわり方の効果も明らかになる



# 3. モニタリングの手法

(P562~564)

## (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

- ・時間を上手に使って必要な情報を集める

## (3) 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

## 4. 給付管理（P564）

### （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居宅介護支援は行われた場合、給付の対象にはならない

### （2）欠格事項

- 上記のようなことが続く場合は介護支援専門員として資格が停止

## 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

テキストP565～569

# 1. 利用者・家族（P565）

## （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

- 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サービス実施状況から評価

## （2）家族関係から評価する

- 利用者・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

## 2. 評価に必要な情報

(P565~566)

(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

### 3. 終結と評価 (P566~567)

#### (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) ケアマネジメント機関側による終結

## 4. 終結時の評価 (P567~568)

### (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

- 終結と判断した評価の視点を明確に記録する

## 第4節

# モニタリング結果の 記録作成の意義と重要性

テキストP570~582



# 1. モニタリング記録の 必要性と重要性（P570～571）

## （1）必要性

- 運営基準（支援）第29条第2項の規定に基づき、  
モニタリングの結果は2年間保存

（群馬県条例→5年間）

## （2）重要性

表7-⑤-4-1 参照

モニタリング記録の重要性

## 2. 記録の留意点 (P571)

### (1) 評価の視点がわかるような記載

- 評価の判断基準は何か、明確にする

### (2) 今後の展開に向けた視点

- 今後の展開における介護支援専門員の判断を明確にする

### 3. 評価表等の活用（P571～572）

（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

※課題整理総括表・評価表活用の手引き

## 4. 苦情処理 (P572)

- 運営基準（支援）第26条第5項の規定  
利用者・家族に対して必要な援助を行う
- 苦情申立書の様式  
表7-⑤-4-6 (P582)

# 第5節

## 居宅サービス計画の 再作成を行う方法と技術

テキストP583~586

# 1. 情報共有 (P583)

## (1) 情報を収集するうえでの要請

- 定期的にサービス事業者からの実施状況の確認
- ケアチームからの情報ルートの確保

## (2) 情報を提供していくことへの理解

- 情報共有によって、状況の変化を速やかにキャッチできるようになり、それぞれの専門性で判断することが可能

## 2. 再アセスメント（P583～584）

### （1）状態変化に伴う再アセスメント

表7-⑤-5-1を参照

### （2）経過とともに行う全体評価としての再アセスメント

- 家族が気づく利用者の変化、サービス提供事業者からの課題提起など、利用者の全体像から見直す必要が出てくるかもしれない

### 3. 居宅サービス計画の見直し

(P585)

#### (1) 居宅サービス計画のスタート時

- 新規や新しいサービスを利用しはじめる場合は利用者、サービス提供事業者ともにリスクを伴いやすい状況なので注意してモニタリングをする。

#### (2) 再アセスメント時

- 再アセスメント→居宅サービス計画の修正を導く
- モニタリング→再アセスメント→居宅サービス計画の修正→居宅サービス計画の実施
- 新たな課題→居宅サービス計画の見直し



## 4. 多職種との連携（P585～586）

### （1）主治医を含む医療関係者との連携

- ・主治医及び医療関係者から、利用者の健康状態等について必要な情報を得る

### （2）サービス提供事業者との連携

- ・サービス提供事業者→日々の変化を捉えやすい立場

### （3）インフォーマルサポートとの連携

- ・地域におけるさまざまな関わり（エコマップの活用）

### （4）地域包括支援センターや行政機関との連携

- ・介護保険制度以外の保健医療サービスや福祉サービス
- ・支援困難ケースや虐待ケースなど行政との連携

# マチ子さんの事例から学ぶ モニタリング

群馬マチ子さんの事例で  
モニタリングを体験します

# 評価表を知る

課題整理総括表・評価表の活用の手引き

評価表の活用方法

# 評価をする

1. マチ子さんのケアプランの第2表の短期目標から※1までを転記してください
2. 支援経過記録を読み込んでください
3. 目標達成状況を評価してみてください  
(1. で作成した評価表を使います)

# モニタリングとは

- 演習シートの項目にそって、意見交換をしてください。
- 自分の言葉で伝えてください