

ケアマネジメントに関する基本方針(愛知県)

～～居宅介護支援事業所に対する実地指導について～～

1 体系

ケアマネジメントについて、特に居宅介護支援事業所におけるケアマネジメントは他の介護保険サービス事業者の実地指導を行う際にも前提となるものであり、居宅サービス計画書(ケアプラン)がどのように作成されているかを理解していると、他の介護保険サービス事業者に対する実地指導の参考にもなるので、しっかりと理解しておくべき重要な内容である。

基本的には、介護支援専門員(ケアマネ)が作成するケアプランに沿って、関連する介護保険サービス事業者が該当サービス(ケアマネが給付管理を行うサービス)を提供してはじめて介護報酬請求することになる。

指導のポイント

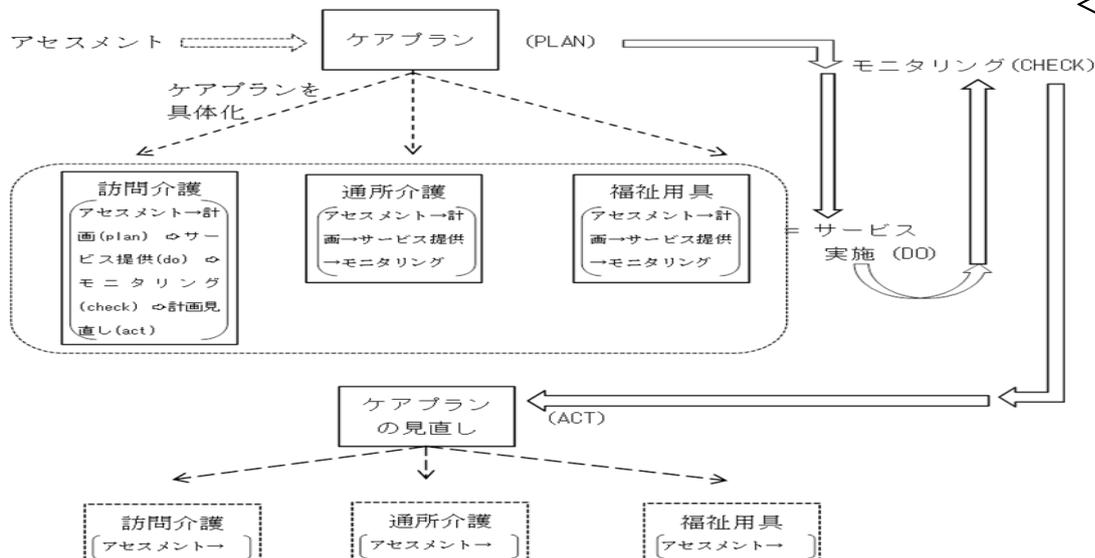
居宅療養管理指導や住宅改修など給付管理を伴わないサービスのみのマネジメントを行っても居宅介護支援費の請求はできないということ。

考え方としては、上記のような給付管理のない居宅サービス計画書を作成することもあり得るが、報酬請求できないので、作成する事業者はほとんどないが、この場合には自費でのサービス提供とすることも可能と考えるが、運営規程等でこれらの内容が適切に定められ、契約締結していることが必要となる。

一方、介護保険制度においては「PDCA サイクル」をシステムの根幹として位置付けているため、各介護保険サービス事業者が該当サービスを提供するにあたっては、ケアプラン(「PLAN」)に沿って、各事業所内で個別サービス計画のための(小さな)「pdca サイクル」を機能させ、当事業所で作成した「plan」に基づくサービス提供(「do」)が義務付けられている。

そして、担当介護保険サービス事業者による具体的なサービス提供を「DO」として、ケアマネがモニタリング(「CHECK」)、ケアプランの見直し(「ACT」)、という大きなPDCAサイクルを機能させることで、ケアマネジメントが成り立っている。

<イメージ図>



※ この考え方は特別養護老人ホーム等の施設系でも基本は同じ（各介護保険サービス事業者を各職種（介護職員、看護職員等）と読み替えばよい。）。ただし、各職種内での機能訓練や栄養ケアの計画は基本部分だけの記載でよく、加算が求める詳細計画は別に作成すればよい。

2 概論 《ケアマネジメントの流れ》

『アセスメント ⇒ ケアプラン作成（P） ⇒ サービス提供（D） ⇒ モニタリング（C）
→ 再アセスメント → ケアプランの見直し（A）…』（PDCA サイクル）

ケアマネジメントは「**1体系**」のとおり PDCA サイクルが基本になるが、ケアプラン作成のためには、情報収集を含むアセスメントが最も重要なプロセスになる（SPDCA サイクル）。

「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）の第 13 条にこの流れと各業務内容が具体的に規定されているため、まずはこれらのケアマネジメント業務がなされているかを確認する。

このうち、第 13 条第 7 号、第 9 号から第 11 号まで、第 14 号から第 16 号（変更の場合の準用規定）に規定された業務ができていない場合には運営基準減算に該当する（厚生労働大臣が定める基準第 82 号）ため、重要ポイントである。

運営基準違反と運営基準減算

運営基準違反とは、文字通り、「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」（略して「運営基準」と称している。）に違反していることで、様々な内容が規定されており、その内容に抵触していれば運営基準違反となる。

それに対して運営基準減算は、詳細は次に記しているが、報酬算定のルールの中で、運営基準のうち第 13 条の一部が遵守されていないと報酬上の減算になることで、逆に報酬減算にならないからといって、報酬減算に該当しない項目についてないがしろにする事業者も少なからず存在している。

報酬上の減算規定に関わらず運営基準違反を犯すとどうなるのか。

（勧告、命令等）

第八十三条の二 市町村長は、指定居宅介護支援事業者が、次の各号に掲げる場合に該当すると認めるときは、当該指定居宅介護支援事業者に対し、期限を定めて、それぞれ当該各号に定める措置をとるべきことを勧告することができる。

一 当該指定に係る事業所の介護支援専門員の人員について第八十一条第一項の市町村の条例で定める員数を満たしていない場合 当該市町村の条例で定める員数を満たすこと。

二 第八十一条第二項に規定する指定居宅介護支援の事業の運営に関する基準に従って適正な指定居宅介護支援の事業の運営をしていない場合 当該指定居宅介護支援の事業の運営に関する基準に従って適正な指定居宅介護支援の事業の運営をすること。

上記の介護保険法第 83 条の 2 条に基づき、勧告を受けることとなる。

勧告に従わない場合は、命令を受け、（この段階から事業者名等の公表が義務化される。）命令に従わない場合は、最終的には事業所の取消し処分となる法体系となっている。

一般的な基準違反は前述のとおりであるが、報酬減算とはならないが、とても重要な事項として、基準第13条第6号がある。適切なアセスメントを行っていない居宅訪問は、訪問の目的がアセスメントであることから、例えば居宅訪問してもアセスメントが不十分であれば第7号違反として運営基準減算となる可能性がある旨を次でも説明しているが、この項目に抵触する場合は、もっと重大な違反行為と評価する場合もあるので注意が必要である。

基準第13条第6号

介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常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しなければならない。（第7号で、第6号でいう解決すべき課題の把握を「アセスメント」と定義されている。）

上記第6号違反そのものは、運営基準減算としては適用を受けない項目と整理されているが、

第八十一条（「人格尊重義務」と言われる規定）

六 指定居宅介護支援事業者は、要介護者の人格を尊重するとともに、この法律又はこの法律に基づく命令を遵守し、要介護者のため忠実にその職務を遂行しなければならない。

介護保険法第81条第6項に抵触している可能性（人格尊重義務違反）がとても高い内容である。

人格尊重義務違反を犯すとどうなるのか。

（指定の取消し等）

第八十四条 市町村長は、次の各号のいずれかに該当する場合には、当該指定居宅介護支援事業者に係る第四十六条第一項の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。

四 指定居宅介護支援事業者が、第八十一条第六項に規定する義務に違反したと認められるとき。

人格尊重義務違反は、介護保険法第84条の指定の取消し等の処分規定が適用される内容となっており、この取り扱いについては、所轄庁の裁量の範囲とされているものであるため、アセスメント未実施や不十分を人格尊重義務違反と評価し、よって処分事由に該当するため、取消し処分となるという結論付けは早計な判断であるが、事由によっては、処分となりえる内容であることに注意が必要である。

運営基準減算に係る考え方

【基準第13条】

- ・第7号 「(アセスメント)に当たっては、利用者の居宅を訪問し」なければならない。
⇒ アセスメントを実施していなければ、たとえ居宅訪問をしていたとしても、当該条項に違反する(＝運営基準減算)と考えることはできる。
＜この内容を不正請求扱いする場合は要注意＞

【具体例】

新規申請時、認定更新時、区分変更申請時や退院・利用者の状態像の変化等によるケアプラン(暫定プラン(認定がされていない時点のプラン)を含む。)の変更時にアセスメントが全くされていない場合は、アセスメントのための居宅訪問とは認められない。

- ・第9号 「サービス担当者会議」の開催により、「当該居宅サービス計画の原案の内容について、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」。

【具体例】

ケアプランの変更時(軽微な変更※を除く。)にサービス担当者会議が開催されていない。
※介護保険最新情報 Vol.155 (H22.7.30)

- ・第10号 「居宅サービス計画の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なければならない。」

【具体例】

利用者若しくは家族に説明・同意がなされていない(→第11号の交付もされていない。)

- ・第11号 「居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。」

- ・第14号 「少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、」「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」。

【具体例】

月1回の居宅訪問がなされていない(＝モニタリングがなされていない)。
訪問はしているが記録していないだけという事業者も存在するが、要件には「結果の記録」となっており、記録がないことでもって減算に該当するので、このような答弁をする事業者は基準そのものの理解不足である。

- ・第15号 「要介護認定を受けている利用者が」「要介護更新認定を受けた場合」、若しくは「要介護状態区分の変更の認定を受けた場合」には、「サービス担当者会議」の開催により、「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。」

【具体例】

暫定プラン作成時にサービス担当者会議が開催されていない。

暫定プランだから一連の手続きを省略するという考え方はあり得ない。

サービス担当者会議でもって専門的な見地からの意見聴取となっている。なぜ専門的な見地から意見聴取するのか、を正しく理解されることが重要。

日常生活の自立を目指していることから、不適切に作成された居宅サービス計画書に基づくサービス提供は、場合によっては、自立どころか利用者の健康被害も引き起こす可能性があることを理解させる。

各業務が実施されているとして、次にその内容を確認することになるが、ケアマネジメントは上記の流れに沿って行われることになるので、各々の業務がつながっているか（“イメージ図<資料1頁>”では矢印⇒の部分。）が次のポイントになる。逆に言えば、各々の業務が個々に行われているにすぎないのであれば、運営基準減算には該当しないとしても、適切なケアマネジメントになっていない。

しかし、実地指導に行くと、特にアセスメントやモニタリングがバラバラであったり、目標に着眼したモニタリングでなく、サービスの満足度評価であったり、それらがケアプラン（見直しを含む。）につながっていなかったり、実際のサービス提供に生かされていない事例は少なくない。

【具体例】

○ 生活援助で調理の訪問介護サービスが位置付けられているにもかかわらず、アセスメントにおいて、IADLの調理の記述がない（中には調理可となっていたケースもあった。）。また、調理の生活援助の訪問介護サービス提供以外の曜日の食事摂取についてどのように対応しているのかを尋ねても明確な回答が返ってこない。

○ 住宅型有料老人ホーム等で夜間の排泄介助が位置付けられているが（特養等でも同様の事例あり。）、排泄に関するアセスメントは【自立・一部介助・全介助】のチェックのみであり、時間帯や介助の内容の記述もなく、当該サービスの必要性が不明であった。

○ ユニット型特養（老健）であるにもかかわらず、起床時間に関するアセスメントもないまま、画一的な時間に起床介助をケアプランに位置付けている。（中には、そもそも生活リズムの聞き取りをしていない施設ケアマネもいる。）

こうした状況の背景には様々な理由があると思われるが、（原因の考察）

- ① ケアマネジメント能力（文章力を含む。）の不足
- ② 利用者（若しくは家族）要望への言いなり（場合によっては、会社に逆らえない・サービス事業者の言いなり）
- ③ 介護保険ソフトへの過度の依存が挙げられるのではないかと考える。

3 課題分析 《アセスメント》

アセスメントはケアマネが介護保険サービスを位置付ける根拠である。

アセスメントについては、「居宅サービス計画ガイドライン（全社協方式）」や「包括的自立支援プログラム」等の大手のアセスメントシートではなく、独自方式を活用しているケアマネもいる。この場合には、まず、アセスメントの項目が国の定める課題分析標準項目（23項目：社会保険研究所発行「介護報酬の解釈 Q A・法令編」P855（H30.4版））を充足しているかどうかを確認する必要がある。

大手のアセスメントシートを使用している場合は、シートとしての項目自体は充足しているものの、記入漏れがあれば適切なアセスメントをしたことにならないのは言うまでもない。

また、介護ソフトを使用している場合に、入力するだけで書類を打ち出していない場合も見受けられる。（この場合の多くは、項目のチェックのみであり、言葉による課題分析がほとんどない。） しかも、入力の際に前回データを上書きしている場合もあり、そうすると過去のアセスメントの実施の有無すら確認できないため、アセスメント結果を印刷する、もしくはデータを日付毎に適切に保存しておくことが必要である。それは、実地指導のためではなく、利用者の過去のアセスメントを時系列に比較検討することが、より適切なケアマネジメントをするために必要だからである。

紙ベースの場合に、利用者の状態像があまり変わらないという理由で、変更箇所だけ追記していたり、支援経過にその旨を記載してアセスメントをしていると主張したケアマネがいたが、最低限、色を変える等により、いつ時点のアセスメント内容かが分かるようにすることは必須である。

現実には、要介護者の場合、状態像が全く変わらないということは想定しがたく、利用者の些細な変化を把握することもケアマネの業務として重要なポイントではある。

【具体例】

アセスメントシートに「入院により車椅子利用となった」（そもそもこれはアセスメントでなく、介護保険サービスの追加という結果であるが。）旨のみ追加記載され、他は変化なしと口頭で説明を受けたが、同時期のケアプランを見ると介護者の負担軽減のために（当該理由はサービス担当者会議の議事録に記載してあった。）、通所介護の回数を増やしていたケースがあった。勿論、アセスメントの介護力欄には何ら追加記載はなし。といった具合に整合性のない計画策定の手順となっていたもの。

なお、愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会（愛介連）が独自のアセスメントシートを開発しており、研修付きで普及に取り組んでいる。愛介連版はいわゆるチェック方式とは対極にあり、全て文章で、「『以前の生活を踏まえた今の暮らし』⇒『生活に対する意向』⇒『予後予測・リスク』⇒『他職種の意見』⇒『課題の整理』⇒『生活の目標』⇒『生活全般の解決すべき課題』の流れで課題を導き出すところにその特徴があり、課題分析をするという視点からは参考になる。

参考

愛介連版アセスメントシート作成の折には、出版内容として、6 類型のアセスメントから計画書までの事例が掲載されており、県として、その内容・水準であれば実地指導等での指導対象とならない内容となるように助言したものを。

【国が定める課題分析標準項目】

- (1) 基本情報 … 利用者受付情報、利用者・利用者以外の家族等の基本情報
- (2) 生活状況 … 利用者の現在の生活状況、生活歴等

指導時のポイント

居宅サービス計画書の第3表には、主な日常生活上の活動の記載欄があるので、この生活状況の項目として、日常生活の活動時間帯が把握されていない場合には、第3表は如何にして作成されたのか、提供すべきサービスの提供時間帯がなぜ決まったのか、等々の疑問が生じる。

把握すべき重要事項であるが、国の示す記載様式でもあまり重要度を感じられないので要注意。

- (3) 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）

指導時のポイント

40歳から64歳までの2号被保険者の年齢区分の場合、生活保護受給者の場合は、そのほとんどは、介護保険の被保険者でない場合が多いので、被保険者確認は重要である。

実際の取扱いとして「みなし2号」という表現を用いている場合もあり、あたかも介護保険適用者であるかの錯誤を与えるので要注意。

2号被保険者は、医療保険加入者であることが前提であり、生活保護受給者は、国保以外に社保等に加入していなければ医療の全額が生活保護適用となり、医療保険未加入者となるため介護保険の被保険者ではない。

- (4) 現在利用しているサービスの状況

介護保険給付対象・対象外を含め、利用者が受けているサービスの状況

- (5) 障害老人の日常生活自立度

- (6) 認知症である老人の日常生活自立度

(5)、(6)共通して、入手方法は主治医意見書、認定調査員、主治医意見書を記載しない他の医師（複数診療科に受診の場合はあり得る）等が考えられる。

指導時のポイント

オリジナルシートは作成してあるが、その記入要領を定めていない場合も多い。（市販のアセスメントシートは記入要領だけで一冊の本になるぐらいの量がある。）

そこで、(5)、(6)の記入方法を聞き取りするとよい。主治医意見書という答えが多く、そのことが最も合理的であるが、主治医意見書の入手時点や内容と、ケアマネ本人の判断が相違する場合の対応について聞き取りをすると、答えに窮することが多い。

⇒これは、内容的には、アセスメント上の最重要事項ではないが、独自のアセスメントを行っている場合には、この点が曖昧となりやすいため、相手側の理論の脆弱性を指摘するのに解りやすい項目ということ。

また、主治医意見書からの場合に、初回アセスメントの場合は、主治医意見書の入手はアセスメント実施日から相当遅れて入手することとなるので、実際には後日追記し、形式的に穴埋めしただけのこともある。2回目以降でも、アセスメント実施日として入手している主治医意見書は前回分の場合が多いため、日付の齟齬が多く生じることとなる。一見単純な情報収集と思える内容でも、時系列的に確認すると矛盾が生じていることがある。従って、どのような内容でもって、また入手方法はどのようにするのがルール化されていないと、情報としては不安定となるもの。

(7) 主訴（要望を含む）

利用者と家族の思いは相反することも多く、分けて記載してあるか確認する。

(8) 認定情報（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）

(9) 課題分析理由（初回・定期・退院退所時等）

指導時のポイント

この項目は手抜きが多い。

これは初回・定期以外の状況とリンクできるか、という情報である。

区分変更や入・退院時に該当するにもかかわらず、アセスメントの時期を見逃している場合の確認に使用する。支援経過で区分変更、入・退院事実や状態像の変化を把握し、その時点で一連のケアマネジメントを実施、ケアプラン見直し・暫定プラン作成をしているかという視点で確認する。

(10) 健康状態

健康とは身体状態のみではなく、心の状態、生活スタイルや生活状況にも目を向ける。とりわけ、疾病等がある場合には、本人の病識について理解する。

(11) ADL

介護上の基本的な項目。日常生活行為の自立の程度やレベルを観察し、環境的条件も考慮する必要がある。

(12) IADL

IADL 中の服薬情報について、記載がないことが多いが、薬局発行の薬情報を入手している場合もあるので、記載の有無以外にも注意する。

指導時のポイント

複数医療機関に受診し、服薬を受けている場合に重複投与となっていることもあるが、その点の確認レベルが低い。積極的に主治医及び薬局の居宅療養管理指導を巻き込んでいけば「優」、把握すらされていないければ「不可」。

服薬情報は、利用者の状態像の把握においても重要事項であるので、複数箇所からの服薬の場合には居宅療養管理指導又は医療保険での診療情報提供の活用等を視野に入れることを検討す

(13) 認知

認知機能の低下等のマイナスイメージの項目であるが、自立した生活を営んでいく上での自己表現や他者との関わりといった本人らしさをとらえる。

(14) コミュニケーション能力

広く他者との関わりや環境とのつながりを意味しているので、意思伝達能力に留まらず、共に分かり合うための相互の働きかけが可能な環境にあるかを把握する。

(15) 社会との関わり

要介護だからこそ「ふつうの暮らし」を求めており、地域で暮らし、他者と交流することは自分らしい生活を作るうえで重要な要素である、という視点を持つ。

(16) 排尿・排便

排泄は尊厳に関わる項目であり、日常生活を営む上で深刻な心配事の一つであるため、自立に向けた可能な条件をどのように整えていくか、という視点が必要になる。

(17) 褥瘡・皮膚の問題

もともと高齢者の皮膚はデリケートで傷つきやすいものであるが、家族介護力の低さ、介護知識・理解不足がその要因となることもある。栄養状態不良、廃用症候群が原因で褥瘡があるなら、根本的な改善が必要である。

(18) 口腔衛生

大事な項目のわりに見逃しやすい項目。口腔内の状態によっては、嚥下だけでなく、コミュニケーションの困難を引き起こすほどに重い生活障害にもつながりかねない。

(19) 食事摂取

食事は生きていくための栄養補給だけでなく、口腔摂取は生きる意欲、楽しみや張り合いであるため、意欲等につながる条件や内容になっているかを把握する。

(20) 問題行動

利用者の問題像、あるいは逆にストレングスとして、人間関係や環境との調整をどのようにしたら生活の改善を図れるか、医療対応が必要かという視点を持つ。

(21) 介護力

とりわけ在宅の場合は、介護者を含む家族等の理解、能力や実行状況を的確に測り、利用者のQOLをどのように維持するかを検討する。介護や相続等が絡み、家族間で意見の相違があることも多く、キーパーソンをきちんと押さえ、家族支援がどこまでできるのかという視点を持つ。

また、要介護状態のレベルに関わらず、家族で面倒を見るという理由から、提供されているサービス内容が要介護状態と乖離しているような場合には、ネグレクトや、過剰な責任感等から自死への可能性も視野に入れる。

(22) 居住環境

記載がないことも多いが、中には写真付きにしているところもある。

日常生活の自立支援を目標としているのに、居住環境を把握しなくて何を目標に設定するのか。⇒サービス提供側の言いなりか、利用者（若しくは家族）の言いなりの場合は省略されてしまっていることが多い。

住宅改修の必要性や危険箇所の把握だけでなく、日常生活を送る上での障害物の把握が必要となる。

大手のアセスメントシートでは、居住環境の把握のため、間取り図等の記載欄があり、段差等を補記するパターンが多い。

指導時のポイント

住環境の把握については、国の示す内容では「住宅改修の必要性」程度の記載例となっているが、在宅生活の継続、自立した日常生活を考える上では、住環境に関する情報は非常に重要となる。

利用者がどこで起居し、食事の場所、トイレ、お風呂等日常生活を送る上でどのような状態であるかが、把握されていないアセスメントでは、在宅生活の継続を目指した居宅サービス計画書となっているのか疑問である。

また、住環境の状態と心身の状態から、目指すべき心身機能の回復レベルも見えてくるので、この点からも住環境の把握は重要である。

(23) 特別な状況

介護サービスを提供する上での個別のニーズ、家族虐待等も把握する。

4 居宅（施設）サービス計画 《ケアプラン》

まずは、3とも関連するが、アセスメントとの連動があるかないか — 具体的には、アセスメントにこう書いてあるから、当該サービスが必要になる、という論理が読めるか、がポイントになる。

指導時のポイント

主治医意見書では通所リハが必要と記載されているのに（主治医が特に必要性が高いと考えたサービスにはチェック+下線を引くことになっている。）、ケアプランには通所介護が位置付けられているケースはよく見られる。その時に、なぜ通所リハではなく、通所介護なのか、を確認すると、答えられないか、「利用者が希望しているから（若しくは、利用者がリハを拒否しているから）」との答えが返ってくることが多い。では、医学的に必要とされているリハについてはどのように対応しているのか、と聞くと黙ってしまうか、通所介護の個別機能訓練で対応している（個別機能訓練加算を算定していないにもかかわらず。）、との答えになる。

リハビリテーション（医療系のサービスには全て医師の指示が要件となっている。）と個別機能訓練ではその内容も効果も異なるが、その点を踏まえてアセスメントに記載したり、ケアプランに通所介護を位置付けている事例はきわめて少ない。（とはいえ、現実にはサービス内容が似通っている事業所がある点は否めないが…。）

医療系のサービス（訪看、訪問リハ、通所リハ、短期療養等）を位置付ける際は、主治医の指示のあることを確認し、記録しなければならないが、確認記録のないままサービスが位置付けられていることが多々見られる。更新時（サービスの継続）はともかくも、新規に医療系サービスを入れる場合は必ず主治医との連絡調整等の記録を確認する。

【参考】 迫井厚生労働省老健局老人保健課長 ～「介護保険情報4（2015）」（社会保険研究所発行）

「医療のリハは、骨折や色々な疾患に起因する心身機能の低下の改善が一つのゴールです。介護のリハは、急性期や回復期の後の長い期間、社会で生活することを目指して実施することが目的であり、より生活に密着したものです。」

○ 社会保障審議会介護給付費分科会(H26.8.27):平成27年度介護報酬改定に向けて ～居宅サービスに求められる機能

- ・通所介護 必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
- ・通所リハ 理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者的心身の機能の維持回復を図る。

ケアプランはアセスメント結果等から得られた課題分析とその解決法を示した PLAN であるため、そのプロセス—何のために、定められた目標を達成するために、どんなサービスを、どのように提供するか、を各介護保険サービス事業者に伝える手段である。

よって、次に（特に短期）目標の設定がポイントとなる。ここはレベルの差が問題になる箇所であり、改善指示の判断に迷う場面もあるかもしれないが、課題（ニーズ）に沿っているか、利用者目線になっているか、や（特に短期目標では）達成可能な具体的な目標設定になっているか等を確認する。

それは、目標がある程度具体的になっていなければ、次項のモニタリングを適切に行うことができないからである。

5 モニタリング

モニタリングは独自に様式を定めているか、介護ソフトの様式を使っていることが多いが、大抵の場合、「サービスの実施状況」、「利用者の満足度」、「ケアプランの見直しの要否」等に「○」を付けるような方式が多い。実際には「満足度」を中心にモニタリングをしている事例が多く見られる。

モニタリングの定義

基準第 13 条の第 13 号、第 14 号から、その定義は理解できる。

13 号

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。

14 号

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。）・・・以下

あるいは、「目標の達成度」の項目があっても、「(ほぼ) 達成」に○をつけ、「ケアプランの見直し」は不要とし、ケアプランを「継続」している事例が非常に多い。

しかし、この水準では、求められるモニタリングを行っているとはいえない内容である。

モニタリングは、現行のケアプランが利用者の現状に即しているかどうかを判断するために行われるものであるため、目標の達成度を見なければならない。

目標が達成されていれば、(短期) 目標を変更することになる。

また、平成 27 年度法改正の一環として、基準の第 13 条に「訪問介護計画等指定居宅サービス等基準において位置づけられている計画の提出を求める」ことが追加規定されたが、これも居宅介護支援事業所と居宅サービス事業所が共通認識をもつとともに、ケアプランに基づいたサービスが提供されているかどうかを確認し、モニタリングの実効性を高める狙いがあるものと考えられる。

それは、各サービス事業所でどのようなサービスが提供されているかを把握した上でなければ、「指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行い」、「少なくとも 1 月に 1 回、モニタリング」（基準第 13 条第 14 号）を行うという、本来の意味でのモニタリングにならないからである。

あわせて給付管理を適切に行っているかどうかのポイントの一つである。

基本的にはケアプランに沿った各個別計画に基づいたサービスを各居宅サービス事業者が提供して、初めてそれら居宅サービス事業者は報酬の請求をする根拠が与えられるものであり、在宅系においてはケアマネがその給付管理をすることになっている。

従って、ケアマネは各個別計画を見て、具体的にどんなサービスを提供しているかを確認し、その実施状況を把握（モニタリング）しなければならない。

特に訪問系のサービスのようにサービス内容、時間等が変更されやすいものについて、ケアマネが適切な管理をしているかどうかは確認すべき事項の一つである。

とはいえ、ケアマネに対する実地指導で給付管理（サービス提供の事実確認）の適正性をチェックすることは難しいことが多く、むしろ、他の介護保険サービス事業者（特に訪問介護等）の実地指導において、ケアマネが給付管理を怠っている（架空のサービスとなっている場合等）と思われる事例に遭遇することもあり得るので、居宅サービス事業者実地指導との連携は非常に重要なことであり、当該事業者の所轄庁との連携が重要となってくる。