

介護と介護事業を守り、よくする！  
「学び」「共感」「モチベーション」をもたらす研修シリーズ

# ケアマネジャー・相談援助職養成 「質の向上」&「省力化」

## ■運営指導とケアプラン点検の基本

天晴れ介護サービス総合教育研究所 株式会社  
代表取締役 榊原 宏昌

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

1

## ご受講にあたって

### ■第1部 19:00～20:30

zoomセミナー（参加者の**お名前やお顔は出ません**）

ご意見/ご感想/ご質問（チャット）に対し**リアルタイムに回答**

### ■第2部 20:30～21:00

口頭での**ご質問・ご相談・意見交換タイム**

録画はしませんので、可能な限り「顔出し」でお願いします

■セミナー後、「**資料**」と「**動画**」を送付します

※**法人内のみ**のご活用にとどめて下さい

■これまでのセミナー動画+資料は、

**一般販売（レンタル）**も行っています（500本超！）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

2

# 講師プロフィール

- ◎昭和52年、愛知県生まれ 介護福祉士、介護支援専門員
- ◎京都大学経済学部卒業後、平成12年、特別養護老人ホームに介護職として勤務
- ◎社会福祉法人、医療法人にて、生活相談員、グループホーム、居宅ケアマネジャー、有料老人ホーム、小規模多機能等の管理者、新規開設、法人本部の実務に携わる
- ◎15年間の現場経験を経て、平成27年4月「介護現場をよくする研究・活動」を目的に独立
- ◎著書、雑誌連載多数。講演、コンサルティングは年間400回を超える
- ◎ブログ、facebook、毎朝5:55のライブ配信など毎日更新中
- ◎YouTubeや動画ライブラリーでは500本以上の動画を配信
- ◎介護と介護事業を守り、よくする教育インフラ「リーダーズ・プログラム（年会費制）」を主催
- ◎「継続的な学習」を当たり前。「リーダー」を1人でも多く増やすために、日々活動中
- ◎4児の父、趣味はクラシック音楽
- ◎天晴れ介護サービス総合教育研究所 <https://www.appare-kaigo.com/> 「天晴れ介護」で検索



- 日本福祉大学 社会福祉総合研修センター 兼任講師 ■全国有料老人ホーム協会 研修委員
- 稲沢市 地域包括支援センター運営協議会委員 ■7つの習慣アカデミー協会 認定ファシリテーター
- 出版実績：中央法規出版、日総研出版、ナツメ社、その他10冊以上
- 平成20年第21回G Eヘルスケア・エッセイ大賞にてアーリー・ヘルス賞を受賞
- 榊原宏昌メールアドレス sakakibara1024@gmail.com

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

3

# 介護現場をよくする研究・活動



- facebook、ブログ等を毎日更新、情報発信
- 天晴れ介護サービス総合教育研究所YouTubeチャンネル 週1～2回動画配信
- メルマガ（日刊：介護の名言、週刊：介護現場をよくする研究&活動通信）
- 以上の情報はHP（「天晴れ介護」で検索）よりどうぞ

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

4

# 介護現場をよくする研究・活動

## ■よい介護職はいても、よい介護現場はなかなかない……

- ・ 1人1人がよくなるだけでは、うまくいかない
- ・ チーム、組織、目標、計画、ルール  
リーダーシップ、コミュニケーションなどが必要
- ・ 「介護現場」をよくすることで  
利用者はもちろん、職員も幸せになれる！
- ・ 人と人とお互いに学び合い  
気持ちよく支え合える社会づくり

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

5

# 天晴れ介護サービス「ACGs」！

## APPARE CARE SERVICE GOALS 2023

天晴れ介護サービス  
介護現場をよくする21のテーマ



Colored by bridge link plus

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

6



# 著書・雑誌連載



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

おかげさまで!

amazon ランキング

10部門

1位

利用者・職員から選ばれる！  
介護サービスの  
経営の教科書  
97%が  
効果を実感！  
年間400回超の  
コンサルティングから見た  
人を大切にする経営「10」の極意  
日人出版

利用者・職員から選ばれる！  
介護サービス  
経営の教科書  
人を大切にする経営「10」の極意

稼働

数字

個別ケア

人材確保

ルール

コミュニケーション

継続的学習

評価制度

組織・人事

PDCA



# 本日の内容

## ■ケアマネジャー・相談援助職養成 「質の向上」&「省力化」

### ◎運営指導とケアプラン点検の基本

- ・ 前回の振り返り
- ・ 運営指導の基本
- ・ ケアプラン点検の基本
- ・ 資料編

# CM・相談員「質の向上」&「省力化」

## ■毎月1回90分+Q&A ※セミナー&後日動画

1. ケアマネジメントを学び直す必要性について  
介護報酬改定内容、自立支援、尊厳の保持を中心に
2. 課題分析（アセスメント）項目の解説
3. 生活歴・生活習慣の把握と活用／ニーズ抽出と目標設定
4. ケアプラン立案／課題整理総括表
5. サービス担当者会議／モニタリング／支援経過
6. 運営指導とケアプラン点検の基本
7. 運営指導対策その1（運営基準編）
8. 運営指導対策その2（算定基準編）
9. 運営指導対策その3（居宅サービスの活用編）
10. 運営指導対策その4（必要書類整備が標準となる仕組み）
11. 居宅介護支援事業所の管理運営 その1
12. 居宅介護支援事業所の管理運営 その2

# CM・相談員「質の向上」&「省力化」

## ■特典動画25本!!! ●万円相当のプレゼント（1年コースお申込みの方）

- ・令和6年度介護報酬改定 居宅介護支援全解説
- ・クレーム対応の基礎
- ・カスタマーハラスメント対応の具体策
- ・リーダー&相談援助職のための説明力向上講座より  
重要事項説明書の内容と説明のポイント／廃用症候群の悪循環について
- ・進塾（面談スキル向上講座）より
- ・「管理者・リーダーが身につけたい！話し方・伝え方のスキル」  
～話し方・伝え方「10」の型とコツ～
- ・管理職養成講座（全12回）より以下2本  
管理職の仕事とは～心構えと身につけるべきスキル～  
「ルール」と「コミュニケーション」でチームを再点検！
- ・適切なケアマネジメント手法（10本）
- ・ケアプラン点検支援マニュアルの解説
- ・居宅サービス計画記載要領の解説
- ・ビジネススキル3本（ロジカル&クリティカルシンキング  
アイデア創出・問題解決）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

11

## 前回の内容

### ■ケアマネジャー・相談援助職養成 「質の向上」&「省力化」

- ◎サービス担当者会議／モニタリング／支援経過
  - ・前回の振り返り
  - ・サービス担当者会議  
（アポイント、要点の事前作成と定型文、流れ）
  - ・モニタリング  
（様式例、その場で記入）
  - ・支援経過記録  
（定型文＋F-SOAIP）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

12

# サービス担当者会議のコツ

第4表

## サービス担当者会議の要点

作成年月日 平成〇年8月20日

| 利用者名      | E田 F男 殿   |       | 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 | 〇〇 〇〇 |                      |
|-----------|---|-------|--------------------|-------|----------------------|
| 開催日       | 〇 年 8 月 20 日  | 開催場所  | A市民病院              | 開催時間  | 14:00~14:30          |
| 開催回数      | 1   |       |                    |       |                      |
| 会議出席者     | 所 属(職種)   | 氏名    | 所 属(職種)            | 氏 名   | 所 属(職種)              |
| 会議出席者     | 本人  | E田 F男 | 〇〇リハビリセンター(理学療法士)  | 〇〇    | 〇〇居宅介護支援事業所(ケアマネジャー) |
|           | 妻   | E田 G子 | 〇〇福祉用具(福祉用具専門相談員)  | 〇〇    |                      |
|           | 〇〇デイサービス(生活相談員)   | 〇〇    | A市民病院(ソーシャルワーカー)   | 〇〇    |                      |
| 検討した項目    | ①本人・家族の生活の状況について<br>②目標とする生活について<br>③サービス内容・種類について<br>④緊急時対応を含めたリスクについて<br>⑤その他   |       |                    |       |                      |
| 検討内容      | ①病院でのリハビリによって杖歩行は可能になった。医師の見解として、退院して自宅に帰ってからも活動的に過ごすことが重要とのこと。妻の体調を考えると、過度な介助は負担を強くする恐れがある。<br>②[本人・家族] 囲碁を続けることができたらいいと思う。自分のことは自分でやりたいと思う。<br>[医師] 降圧剤の服用をしなければ、再び脳梗塞を引き起こす可能性がある。また、歩行訓練を継続しなければ、すぐに歩けなくなる可能性がある。<br>③暮会所への送迎や中での見守りについては、知人の〇〇様が引き受けてくださる予定。<br>歩行訓練や排泄動作、入浴動作については、訪問リハビリやデイサービスを活用できたらと考えている。ベッドや手すりの活用もやりたい。<br>④転倒と脳梗塞の再発に十分注意する。また、活動性が乏しくなることによって歩行機能が低下したり、精神機能が低下したりする恐れがあるため、暮らしの状況の見守りが大切。急変時にはA市民病院の脳神経外科に救急搬送希望がある。<br>⑤特になし |       |                    |       |                      |
| 結論        | ①脳梗塞になる前のように囲碁に行って友人との時間を楽しむことができる→いずれは夫婦で旅行もしたい。<br>トイレに行くなどの身の回りのことが自分でできる→いずれは自宅のお風呂に一人で入ることができるようにしたい。<br>無理のない範囲で妻に介護技術を学んでもらうことができる→夫婦ともに健康を維持して、自宅で生活し続けることができるようにしたい。<br>確実に薬を飲むことができる→脳梗塞の再発を防いで、入院することなく自宅で生活することができるようにしたい。<br>③暮会所への送迎、見守りは知人と妻。歩行訓練、排泄動作、入浴動作については訪問リハビリ、通所介護。介護技術指導として訪問リハビリ。また、自宅内の環境整備としてベッドの使用、手すりの設置、段差解消を行い、屋外移動用に車いすを使用する。  |       |                    |       |                      |
| 残された課題    | 特になし  |       |                    |       |                      |
| (次回の開催時期) | 特別な変化がなければ、次回介護認定更新時(平成〇年1月)に開催予定   |       |                    |       |                      |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

13

# サービス担当者会議のコツ

## ☑ 検討した項目

1. 本人・家族の生活の状況について
2. 目標とする生活について
3. サービス内容・種類について
4. 緊急時対応を含めたリスクについて
5. その他

と決めてパターン化する。生活状況を確認し、目標を考え、その目標を達成するためのサービスを考え、いざという時の対応を検討するという、ケアマネジャーがケアプランを作る上で考えてきたプロセスを再度洗い出すようなイメージ。

## ☑ 検討内容

「検討内容」には、1~5についてそれぞれ話し合った内容を書く。例えば4のリスクについては サービス利用に伴うリスクについても共有しておくことが大切です。ADLが改善している時は活動性が高くなることにより、転倒が起きがちであることなど、経験豊富な専門職であれば予測ができること。あらかじめ話し合っておくようにする。

☑ **結論** 「結論」には、最終的にどう決まったのかを書く。

## ☑ 残された課題

今回の会議では解決しなかった課題を書く。利用者のニーズに合うようなサービスがなかったり現段階では気持ちの整理がつかず利用できなかったサービスがあったりした場合など。次回に再度見直す内容とする。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

14



# サービス担当者会議のコツ

## ◆担当者の招集について

- ☑担当者の優先順位として、どうしても出席してほしい事業所を優先に検討
- ☑デイであれば送迎時間に重ならないように気をつける
- ☑訪問診療や訪問看護などの前の時間、後の時間を狙う
- ☑通所介護中はNG（あくまで通所介護の提供時間中）
- ☑都合の良い日はありますか？と聞くと際限がなくなるため、多くて3つの候補に絞って都合を聞く
- ☑当日の出席者について、本人・家族に事前に伝えておく

※チャットが使えるら、調整はかなり楽になる！

# サービス担当者会議 進行のコツ

- ☑事前にレジメとケアプラン原案（第1表～第3表）を送っておく
- ☑事前に欠席者の意見照会の内容をまとめておく（会議中で言えるように）
- ☑必要に応じて自己紹介（状況によるが基本は本人・家族から ※ケアマネが紹介するのもあり）
- ☑長くても30分で収まるように、最初にアナウンスする
- ☑今回の担当者会議の開催理由（テーマ）をまず話す（更新、状態変化、退院等）  
→担当者会議の要点の冒頭に示すのも分かりやすい
- ☑最初に、これまでのサービスの振り返りをする。実施状況等について各事業所より報告。  
本人・家族の労をねぎらう。（欠席者の意見があれば代弁）
- ☑その上で、生活状況等アセスメント結果の概要をケアマネより話す。  
終わりに「他に何かお気付きの点などありますか？」と聞く（欠席者の意見があれば代弁）
- ☑今回の目標は〇〇で、そのために〇〇というサービスを利用したいとお考えです。  
皆さんから何かご意見などありますか？（欠席者の意見があれば代弁）
- ☑（第3表を使い）1週間のおおまかな生活はこのようになっております。  
皆さんから何かご意見などありますか？
- ☑皆さんから、これから1年（半年）を迎えるにあたって、気をつけた方がよいこと想定されることなどご意見ありますか？（欠席者の意見があれば代弁）

# モニタリングのコツ

## モニタリングシート

| 利用者氏名                       | 〇〇 〇〇                                | H〇 〇/〇  |                 | H /  |      | H /  |      | H /  |      | H /  |      | H /  |      |
|-----------------------------|--------------------------------------|---|-----------------|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 担当者                         | 〇〇 〇〇                                | 面談相手  | 利用者<br>長男<br>自宅 | 面談相手   |      | 面談相手 |      | 面談相手 |      | 面談相手 |      | 面談相手 |      |
| ケアプラン期間                     | 平成〇年〇月〇日 ~ 平成〇年〇月〇日                  | 面談場所  |                 | 面談場所   |      | 面談場所 |      | 面談場所 |      | 面談場所 |      | 面談場所 |      |
| 短期目標                        |                                      | 評価基準  |                 | 実施   | 目標達成 | 実施   | 目標達成 | 実施   | 目標達成 | 実施   | 目標達成 | 実施   | 目標達成 |
| ①プラン実施<br>状況<br>②目標達成<br>状況 | 1. 脳梗塞になる前のように囲碁に行き、友人との時間を楽しむことができる | プラン実施状況<br>(評価欄 左へ記入)<br>1. 実施されている<br>2. 実施されない時がある<br>3. 実施されていない | 1               | 1  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|                             | 2. トイレに行くなどの身の回りの自分のことは自分で行うことができる   |   | 1               | 1  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|                             | 3. 無理のない範囲で妻に介護技術を学んでもらうことができる       | 目標達成状況<br>(評価欄 右へ記入)<br>1. 改善<br>2. 変化なし(現状維持)<br>3. 悪化             | 1               | 2  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|                             | 4. 確実に薬を飲むことができる                     |   | 1               | 1  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 本人・家族の<br>見解<br>(満足度)       | サービス種別(訪問介護、通所介護等)                   | 評価基準  | 本人              | 家族   | 本人   | 家族   | 本人   | 家族   | 本人   | 家族   | 本人   | 家族   |      |
|                             | 通所介護                                 |   | 2               | 2  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|                             | 訪問リハビリ                               |   | 1               | 1  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|                             | 福祉用具貸与                               |   | 2               | 2  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|                             | 住宅改修                                 | 1. 大変満足<br>2. 満足<br>3. ふつう<br>4. やや不満<br>5. 不満<br>6. 不明             | 2               | 2  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|                             | 基会所の友人                               |   | 1               | 1  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 状況変化                        | アセスメント項目                             | 評価基準  | 評価              |  | 評価   |      | 評価   |      | 評価   |      | 評価   |      |      |
|                             | 1. 健康状態                              |   | 2               |  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|                             | 2. ADL                               |   | 1               |  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|                             | 3. IADL                              | 1. 改善<br>2. 変化なし(現状維持)<br>3. 悪化                                     | 2               |  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|                             | 4. 認知症症状                             |   | 2               |  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|                             | 5. 社会交流・楽しみ・喜び                       |   | 1               |  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|                             | 6. 介護者の状況                            |   | 2               |  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 所見                          | 所見項目                                 | 評価基準  | 評価              |  | 評価   |      | 評価   |      | 評価   |      | 評価   |      |      |
|                             | 新しい生活課題                              |   | 1               |  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|                             | 他事業所との連絡調整の必要性                       |   | 1               |  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|                             | 医療機関との連絡調整の必要性                       | 1. なし<br>2. あり  | 1               |  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|                             | 家族との連絡調整の必要性                         |   | 1               |  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|                             | 再アセスメントの必要性                          |   | 1               |  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| ケアプランの変更・追加の必要性             |                                      | 1   |                 |  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 総合評価、特記事項等                  |                                      |   |                 | まずは退院して自宅での生活を再開することができた。新たな生活課題が出てこないか気にかけて見ていく |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

17

# モニタリングのコツ

| 利用者氏名                       | 〇〇 〇〇                                | H〇 〇/〇  |                 | H /  |      |    |  |
|-----------------------------|--------------------------------------|---|-----------------|--|------|----|--|
| 担当者                         | 〇〇 〇〇                                | 面談相手  | 利用者<br>長男<br>自宅 | 面談相手   |      |    |  |
| ケアプラン期間                     | 平成〇年〇月〇日 ~ 平成〇年〇月〇日                  | 面談場所  |                 | 面談場所   |      |    |  |
| 短期目標                        |                                      | 評価基準  |                 | 実施   | 目標達成 |    |  |
| ①プラン実施<br>状況<br>②目標達成<br>状況 | 1. 脳梗塞になる前のように囲碁に行き、友人との時間を楽しむことができる | プラン実施状況<br>(評価欄 左へ記入)<br>1. 実施されている<br>2. 実施されない時がある<br>3. 実施されていない | 1               | 1  |      |    |  |
|                             | 2. トイレに行くなどの身の回りの自分のことは自分で行うことができる   |   | 1               | 1  |      |    |  |
|                             | 3. 無理のない範囲で妻に介護技術を学んでもらうことができる       | 目標達成状況<br>(評価欄 右へ記入)<br>1. 改善<br>2. 変化なし(現状維持)<br>3. 悪化             | 1               | 2  |      |    |  |
|                             | 4. 確実に薬を飲むことができる                     |   | 1               | 1  |      |    |  |
| 本人・家族の<br>見解<br>(満足度)       | サービス種別(訪問介護、通所介護等)                   | 評価基準  | 本人              | 家族   | 本人   | 家族 |  |
|                             | 通所介護                                 |   | 2               | 2  |      |    |  |
|                             | 訪問リハビリ                               |   | 1               | 1  |      |    |  |
|                             | 福祉用具貸与                               |   | 2               | 2  |      |    |  |
|                             | 住宅改修                                 | 1. 大変満足<br>2. 満足<br>3. ふつう<br>4. やや不満<br>5. 不満<br>6. 不明             | 2               | 2  |      |    |  |
|                             | 基会所の友人                               |   | 1               | 1  |      |    |  |
| 状況変化                        | アセスメント項目                             | 評価基準  | 評価              |  | 評価   |    |  |
|                             | 1. 健康状態                              |   | 2               |  |      |    |  |
|                             | 2. ADL                               |   | 1               |  |      |    |  |
|                             | 3. IADL                              | 1. 改善<br>2. 変化なし(現状維持)<br>3. 悪化                                     | 2               |  |      |    |  |
|                             | 4. 認知症症状                             |   | 2               |  |      |    |  |
|                             | 5. 社会交流・楽しみ・喜び                       |   | 1               |  |      |    |  |
|                             | 6. 介護者の状況                            |   | 2               |  |      |    |  |
| 所見                          | 所見項目                                 | 評価基準  | 評価              |  | 評価   |    |  |
|                             | 新しい生活課題                              |   | 1               |  |      |    |  |
|                             | 他事業所との連絡調整の必要性                       |   | 1               |  |      |    |  |
|                             | 医療機関との連絡調整の必要性                       | 1. なし<br>2. あり  | 1               |  |      |    |  |
|                             | 家族との連絡調整の必要性                         |   | 1               |  |      |    |  |
|                             | 再アセスメントの必要性                          |   | 1               |  |      |    |  |
| ケアプランの変更・追加の必要性             |                                      | 1   |                 |  |      |    |  |
| 総合評価、特記事項等                  |                                      |   |                 | まずは退院して自宅での生活を再開することができた。新たな生活課題が出てこないか気にかけて見ていく |      |    |  |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

18

# 支援経過記録の例文

## ■契約等

長男より居宅介護支援の依頼あり  
自宅訪問、本人、長男と面談  
重要事項を説明し、契約を締結  
重要事項説明書、契約書を交付  
個人情報同意書を説明し、同意を頂く  
課題分析を行う

## ■サービス担当者会議と居宅サービス計画の交付

自宅訪問、サービス担当者会議実施（別紙参照）  
ケアプラン原案に同意を頂き、本人に一部交付  
〇〇訪問介護事業所にケアプラン（第1～3表）と  
令和〇年〇月分提供票、別表を交付

# 便利な単語登録機能について

お→お世話になっております。株式会社〇〇の××です。

お→お疲れ様です。〇〇部の××です。

よ→よろしく願いいたします。

か→株式会社〇〇

お→恐れ入りますが

も→申し訳ございません。

し→失礼いたしました。

ご→ご確認いただきますよう、お願いいたします。



# 生活支援記録法（F-SOAIP）

※逐語や叙述だと根拠や実践があいまいでダラダラ書きになりがち  
 ※SOAPは問題点に対するアプローチに偏りがち

- F（着目点ごとに）
- S（本人、家族の言葉）
- O（その他情報）
- A（分析、判断）
- I（実践・提案）
  - （S：本人、家族の言葉）
- P（当面の計画）



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

21

# 生活支援記録法（F-SOAIP）

|     |  |
|-----|--|
| F   | 妻の介護負担軽減の必要性   |
| S   | 妻より電話あり<br>「夜間の排泄ケアで十分に睡眠がとれず、疲れがたまっている。少し休む時間がほしい」<br>本人「1人でトイレに行くと、転んで失敗することが増えてきた」          |
| O   | ここ2週間、夜間のトイレ介助が必要になっている<br>毎日0時と4時に妻が介助を行っている  |
| A   | 数日のショートステイの利用が有効と考える   |
| I   | ショートステイについての説明と、以下の事業所について説明する<br>○○ショート（現在のデイ併設）<br>△△ショート（特養併設、ユニット型）<br>□□ショート（老健併設、リハビリあり） |
| (S) | 妻「○○ショートをお願いしたい」<br>本人「妻も休ませたい。以前のように自分でトイレに行けるようにしたい」   |
| P   | まずはレスパイト目的で○○ショートの利用について連絡調整することとする  |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

22

# 生活支援記録法 (F-SOAIP)

生活支援記録メモ

|             |  |  |  |
|-------------|--|--|--|
| F: 着目点      |  |  |  |
| S: 本人・家族の言葉 |  |  |  |
| O: 状況・様子    |  |  |  |
| A: 気づき・判断   |  |  |  |
| I: 働きかけ・提案  |  |  |  |
| (S: 反応)     |  |  |  |
| P: 今後       |  |  |  |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

23

# 日々の記録の方法 (参考)

## 利用者様 個人記録 (平成 年)

| 利用者氏名    | A様  | 担当    | B | 要介護度<br>自立度 | 要介護3<br>A2・IIIa  | 診断名   | アルツハイマー<br>認知症 (H24.4)   |   |     |
|----------|---|-------|---|-------------|--|-------|--|---|-----|
| 短期<br>目標 | ①毎日の健康管理を行い、異常に気付いてもらうことができる<br>②人の役に立っていることを実感することができる |       |   | サービス<br>内容  | ①食事状況の確認、排泄状況の確認<br>②専業主婦の経験を活かした役割作り(掃除、タオルたたみ→周囲の方や職員から感謝の意を伝える) |       |  |   |     |
| 日付       | 朝   | 昼     | 夕 | 排便          | 入浴   | 時間    | 項目   | 利用者様の様子・ケア内容  | 記入者 |
| 6/17     | —   | 10/10 | — | ○           | ○  | 9:30  | 送迎   | 到着  | ○○  |
|          |   |       |   |             |  | 11:00 | ケアプラン②   | いつものようにY様と一緒にタオルたたみをされる。職員からねぎらいの言葉をかけられて満足そうにされていた。「明日もやるからね」と言ってお下さる。 | ◎◎  |
|          |   |       |   |             |  | 14:00 | 日常生活   | アオキスーパーに買い物に出掛けて、事業所の夕食の野菜を購入。30分ほど歩かれる。「外に出ると気分がいい」と言われる。              | △△  |
|          |   |       |   |             |  | 15:00 | 看護   | 足の傷の処置を行う   | □□  |
|          |   |       |   |             |  | 15:30 | 機能訓練   | 法人の理学療法士と連携し、下肢の筋力訓練の効果について評価を行う  | ●●  |
|          |   |       |   |             |  | 16:00 | 受診   | 夫と◎◎内科医院に受診。足の傷の軟膏がプロステイン軟膏に変更  | ■ ■ |
|          |   |       |   |             |  |       | 夜間帯<br>巡視<br>□オムツ交換<br>□異常なし<br>□21:00<br>□23:00<br>□1:00<br>□3:00<br>□5:00<br>□7:00 | □体位変換<br>□異常あり  |     |

項目 : ケアプラン、日常生活、機能訓練、看護、相談、送迎、夜間帯(20-8)、受診、訪問診療

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

24

# 施設における役割分担（例）

- ◎ケアプランが日々の中できちんと実行されているか確認し、できていなければ職員全体に呼びかける。状態の変化を把握し、介護内容の見直しが必要なら、中心になって検討していく。
- ◎毎月、個別状況表の内容の訂正、追加など
- ◎毎月のご家族へのおたより作成
- ◎ケアプラン更新時のアセスメントについてケアマネジャーに意見を伝える
- ◎サービス担当者会議への参加、新規利用時の面談に同席
- ◎利用者個別の要望への対応（外出、買い物、記念日の過ごし方等）
- ◎個人記録のチェック、毎月の定例業務に

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

25

# 本日の内容

## ■ケアマネジャー・相談援助職養成 「質の向上」&「省力化」

- ◎運営指導とケアプラン点検の基本
  - ・ 前回の振り返り
  - ・ 運営指導の基本
  - ・ ケアプラン点検の基本
  - ・ 資料編

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

26



# 運営指導対策とは

## ■運営指導対策とは

「法令の理解」

「実施・記録・整頓」

「説明」

「上記についての定期的な学習と確認」

「運営指導自体の知識・経験」

# 新しい指導指針・マニュアル

## ■介護保険施設等指導指針（介護保険最新情報vol.1061）

- ・指導（集団指導・運営指導）／監査について

## ■介護保険施設等運営指導マニュアル（介護保険最新情報vol.1062）

※改定vol.1288

- ・本文
- ・別添1 確認項目及び確認文書
- ・別添2 各種加算等自己点検シート
- ・別添3 各種加算・減算適用要件等一覧

# 別途 1 確認項目・確認文書

## 201 居宅介護支援

| 個別サービスの質に関する事項               |   |  |
|------------------------------|---|--|
|                              | 確認項目  | 確認文書   |
| 内容及び手続の説明及び同意<br>(第 4 条)     | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 重要事項を記した文書について、利用申込者又はその家族へ交付し説明を行い利用申込者の同意を得ているか</li> <li>○ 重要事項説明書の内容に不備等はないか</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 重要事項説明書（利用申込者の同意があったことがわかるもの）</li> <li>◆ 内容及び手続の説明に対して利用申込者の理解を得られたことがわかるもの（例：利用申込者の署名文書）</li> <li>◆ 利用契約書</li> </ul>                                   |
| 指定居宅介護支援の具体的取扱方針<br>(第 13 条) | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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健医療・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づけるよう努めているか</li> <li>○ 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</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ アセスメントの結果記録</li> <li>◆ サービス担当者会議の記録</li> <li>◆ 居宅サービス計画</li> <li>◆ 支援経過記録等</li> <li>◆ モニタリングの結果記録</li> <li>◆ 個別サービス計画</li> <li>◆ 身体的拘束等の記録（身</li> </ul> |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

29

# おさえておきたい基礎知識

- ・ 最低でも 6 年に 1 度は実施（指定更新の期間中）
  - ※施設系は 3 年に 1 度が望ましいとされている
  - ※拠点ごとに実施することも推奨されている
- ・ 1 カ月前には通知がくる
- ・ 確認項目・確認文書に基づいて実施
- ・ 個人ファイルは原則 1 事業所 3 名まで
  - ※居宅介護支援は 1 ケアマネあたり 1～2 名まで
- ・ オンラインも可能になった
- ・ 集団指導はインプット、運営指導はアウトプットを見る

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

30

# 別途 1 確認項目・確認文書

## 201 居宅介護支援

### 個別サービスの質に関する事項

|                        | 確認項目  | 確認文書  |
|------------------------|---|---|
| 内容及び手続の説明及び同意<br>(第4条) | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 重要事項を記した文書について、利用申込者又はその家族へ交付し説明を行い利用申込者の同意を得ているか</li> <li>○ 重要事項説明書の内容に不備等はないか</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 重要事項説明書（利用申込者の同意があったことがわかるもの）</li> <li>◆ 内容及び手続きの説明に対して利用申込者の理解を得られたことがわかるもの（例：利用申込者の署名文書）</li> <li>◆ 利用契約書</li> </ul> |

# 別途 1 確認項目・確認文書

## 指定居宅介護支援の具体的取扱方針 (第13条)

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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健医療・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づけるよう努めているか</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ アセスメントの結果記録</li> <li>◆ サービス担当者会議の記録</li> <li>◆ 居宅サービス計画</li> <li>◆ 支援経過記録等</li> <li>◆ モニタリングの結果記録</li> <li>◆ 個別サービス計画</li> <li>◆ 身体的拘束等の記録（身体的拘束等がある場合）</li> </ul> |
|---|---|

# 別途 1 確認項目・確認文書

- 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）
- 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
- 居宅サービス計画に位置づ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
- 生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等（身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を含む）を行っていないか
- 身体的拘束等を行う場合に要件（切迫性、非代替性、一時性）を全て満たしているか
- 身体的拘束等を行う場合、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を

33

# 別途 1 確認項目・確認文書

## 個別サービスの質を確保するための体制に関する事項

|                     | 確認項目  | 確認文書  |
|---------------------|---|---|
| 従業者の員数<br>(第 2 条)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者に対し、従業者の員数は適切であるか</li> <li>○ 必要な資格は有しているか</li> <li>○ 専門員証の有効期限は切れていないか</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 従業者の勤務体制及び勤務実績がわかるもの（例：勤務体制一覧表、勤務実績表）</li> <li>◆ 従業者の勤怠状況がわかるもの（例：タイムカード、勤怠管理システム）</li> <li>◆ 資格要件に合致していることがわかるもの（例：資格証の写し）</li> </ul> |
| 管理者<br>(第 3 条)      | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 管理者は常勤専従か、他の職務を兼務している場合、兼務体制は適切か</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 管理者の雇用形態がわかるもの</li> <li>◆ 管理者の勤務体制及び勤務実績がわかるもの（例：勤務体制一覧表、勤務実績表）</li> <li>◆ 管理者の勤怠状況がわかるもの（例：タイムカード、勤怠管理システム）</li> </ul>                |
| 受給資格等の確認<br>(第 7 条) | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 被保険者資格、要介護認定の有無、要介護認定の有効期限を確認しているか</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 介護保険番号、有効期限等を確認している記録等</li> </ul>  |

34



# 別途 1 確認項目・確認文書

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p><b>運営規程<br/>(第 18 条)</b></p>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 運営における以下の重要事項について定めているか             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 事業の目的及び運営の方針</li> <li>2. 職員の職種、員数及び職務内容</li> <li>3. 営業日及び営業時間</li> <li>4. 指定居宅介護支援の提供方法、内容及び利用料、その他の費用の額</li> <li>5. 通常の事業の実施地域</li> <li>6. 虐待の防止のための措置に関する事項</li> <li>7. その他運営に関する重要事項</li> </ol> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 運営規程</li> </ul>   |
| <p><b>勤務体制の確保<br/>(第 19 条)</b></p>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ サービス提供は事業所の介護支援専門員・従業者によって行われているか</li> <li>○ 資質向上のために研修の機会を確保しているか</li> <li>○ 性的言動、優越的な関係を背景とした言動による就業環境が害されることの防止に向けた方針の明確化等の措置を講じているか</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 従業者の勤務体制及び勤務実績がわかるもの（例：勤務体制一覧表、勤務実績表）</li> <li>◆ 雇用の形態（常勤・非常勤）がわかるもの</li> <li>◆ 研修の計画及び実績がわかるもの</li> <li>◆ 職場におけるハラスメントによる就業環境悪化防止のための方針</li> </ul> |
| <p><b>業務継続計画の策定等<br/>(第 19 条の 2)</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 感染症、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画（業務継続計画）の策定及び必要な措置を講じているか</li> <li>○ 従業者に対する計画の周知、研修及び訓練を定期的実施しているか</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 業務継続計画</li> <li>◆ 研修の計画及び実績がわかるもの</li> <li>◆ 訓練の計画及び実績がわかるもの</li> </ul>   |

# 別途 1 確認項目・確認文書

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p><b>感染症の予防及びまん延防止のための措置<br/>(第 21 条の 2)</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 定期的に計画の見直しを行い必要に応じて計画の変更を行っているか</li> <li>○ 感染症の発生又はまん延しないよう次の措置を講じているか             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会開催（おおむね 6 月に 1 回以上）、その結果の周知</li> <li>・ 感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備</li> <li>・ 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の定期実施</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会の開催状況・結果がわかるもの</li> <li>◆ 感染症の予防及びまん延の防止のための指針</li> <li>◆ 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練の実施状況・結果がわかるもの</li> </ul> |
| <p><b>秘密保持等<br/>(第 23 条)</b></p>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 個人情報の利用に当たり、利用者（利用者の情報）及び家族（利用者家族の情報）から同意を得ているか</li> <li>○ 退職者を含む、従業者が利用者の秘密を保持することを誓約しているか</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 個人情報の利用に関する同意書</li> <li>◆ 従業者の秘密保持誓約書</li> </ul>  |
| <p><b>広告<br/>(第 24 条)</b></p>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 広告は虚偽又は誇大となっていないか</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ パンフレット／チラシ</li> <li>◆ Web 広告</li> </ul>   |

# 別途 1 確認項目・確認文書

|                      |   |  |
|----------------------|---|--|
| 苦情処理<br>(第 26 条)     | ○ 苦情を受け付けた場合、内容等を記録しているか  | ◆ 苦情の受付簿<br>◆ 苦情への対応記録   |
| 事故発生時の対応<br>(第 27 条) | ○ 市町村、利用者家族等に連絡しているか<br>○ 事故状況、事故に際して採った処置が記録されているか<br>○ 損害賠償すべき事故が発生した場合に、速やかに賠償を行っているか  | ◆ 市町村、利用者家族等への連絡状況がわかるもの<br>◆ 事故に際して採った処置の記録<br>◆ 損害賠償の実施状況がわかるもの  |
| 虐待の防止<br>(第 27 条の 2) | ○ 虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じているか<br>・ 虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期開催及びその結果の介護支援専門員への周知<br>・ 虐待の防止のための指針の整備<br>・ 虐待の防止のための研修の定期実施<br>○ 上記の措置を適切に実施するための担当者を置いているか | ◆ 虐待の防止のための対策を検討する委員会の開催状況及び結果がわかるもの<br>◆ 虐待の防止のための指針<br>◆ 虐待の防止のための研修の計画及び実績がわかるもの<br>◆ 担当者を置いていることがわかるもの |

注) 確認項目の条項は「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）」から抽出・設定したもの

# 報酬請求指導おける加算請求の確認

## 運営指導マニュアルより

- 加算報酬上の基準要件の誤った理解のため、**同要件を一つでも満たしていない場合**
- 解釈通知に関し誤った理解のため、同通知に即したサービス提供を実施していないことにより加算本来の趣旨を満たしていない場合  
→適切なサービスの実施となるよう是正指導の上、加算報酬上の基準要件等を満たしていない部分について**自己点検**を行うよう指導し、**過誤調整**を行うよう指導する（**遡及適用あり**）
- 加算報酬上の基準要件を一つでも満たしていない場合であった、**偽りその他不正な行為による加算報酬の請求の事実が認められる可能性**がある場合  
→**監査**により事実関係を調査の上、偽りその他不正な行為による請求と認められた場合は、法第22条を適用（**返還金及び加算金4割、遡及適用あり**）

# 弊社作成の通読マニュアル

## ■入院時情報連携加算

【加算の趣旨】※榊原編

担当する利用者の入院に際し、医療機関への情報提供を行う際のケアマネジメント上の手間を評価

注 利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合は、別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

- イ 入院時情報連携加算（Ⅰ） 250単位
- ロ 入院時情報連携加算（Ⅱ） 200単位

## 本日の内容

### ■ケアマネジャー・相談援助職養成 「質の向上」&「省力化」

#### ◎運営指導とケアプラン点検の基本

- ・ 前回の振り返り
- ・ 運営指導の基本
- ・ ケアプラン点検の基本
- ・ 資料編

# ケアプラン点検支援マニュアル

各都道府県介護保険担当課（室）  
各保険者介護保険担当課（室）  
各介護保険関係団体 御中  
← 厚生労働省 老健局振興課

## 介護保険最新情報

今回の内容

「ケアプラン点検支援マニュアル」  
の送付について  
計112枚（本紙を除く）

Vol.38

平成20年7月18日

厚生労働省老健局振興課

介護保険最新情報 Vol.37にてお知らせしましたとおり、「ケアプラン点検支援マニュアル」を送付致します。ケアプランの点検に当たっての参考としてご活用下さい。（介護保険最新情報 Vol.37にて一部をお送りしておりますが、今回お送りするものが全体版となりますので、こちらをご活用下さい。）  
また、貴関係諸団体に速やかに送信いただきますようお願い致します。

なお、容量が大きいことから、三回に分けて送付致します。

- 「ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法」及び「ケアプラン点検支援マニュアルの指標」
- 「ケアプラン点検支援マニュアル（本論）」のうち「第1表」から「第3表」
- 「ケアプラン点検支援マニュアル（本論）」のうち「分析表」

連絡先 TEL：03-5253-1111

（人材研修係・内線 3936）

FAX：03-3503-7894

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

41

# ケアプラン点検項目

ケアプラン点検項目

| 点検対象書類    | # | 項目          | 評価基準 | 評価基準   |
|-----------|---|-------------|------|--|
| アセスメントシート | 1 | 課題分析の理由     | 2段階  | 2：初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されている。<br>1：初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されていない。    |
| アセスメントシート | 2 | かかりつけ医      | 3段階  | 3：かかりつけ医と連携が取れている様子が伺える。<br>2：かかりつけ医が1か所以上記載されている。<br>1：かかりつけ医が記載されていない。           |
| アセスメントシート | 3 | 既往歴の有無・内容   | 2段階  | 2：既往歴の有無と内容が記載されている。<br>1：既往歴の有無と内容が記載されていない。<br>他：主治医意見書の「既往歴」欄に病歴の記載がない。         |
| アセスメントシート | 4 | 主傷病         | 2段階  | 2：主傷病が記載されている。<br>1：主傷病が記載されていない。  |
| アセスメントシート | 5 | 内服薬・処置      | 2段階  | 2：内服薬・処置が記載されている。内服薬・処置ともに無い場合は、その旨を2に該当しない。<br>※お薬手帳のコピー等が添付されている場合でも、「2」としてください。 |
| アセスメントシート | 6 | 一日に摂取すべき水分量 | 2段階  | 2：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されている。（アセスメントシート「2」とする。）<br>1：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されていない。    |

## ケアプラン点検項目マニュアル

2024年3月

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

42



# 新・旧 運営指導マニュアル

各都道府県介護保険担当課(室)  
各市区町村介護保険担当課(室)  
各介護保険関係団体 御中  
← 厚生労働省 老健局総務課介護保険指導室

## 介護保険最新情報

今回の内容

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

計2221枚(本紙を除く)

Vol.1062

令和4年3月31日

厚生労働省老健局  
総務課介護保険指導室

【貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう  
よろしくお願いたします。】

連絡先 TEL: 03-5253-1111(内線3957,3958)  
FAX: 03-3592-1281

各都道府県介護保険担当課(室)  
各保険者介護保険担当課(室)  
各介護保険関係団体 御中  
← 厚生労働省老健局総務課介護保険指導室

## 介護保険最新情報

今回の内容

介護保険施設等実地指導マニュアル(改訂版)  
について

計810枚(本紙を除く)

Vol.145

平成22年3月31日

厚生労働省老健局総務課介護保険指導室

【貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう  
よろしくお願いたします。】

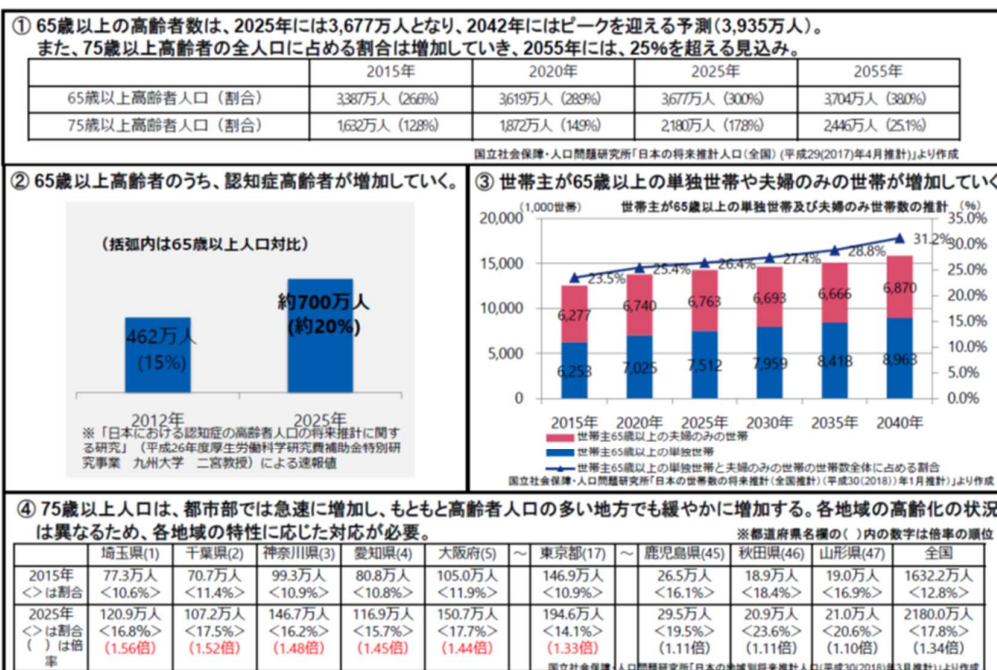
連絡先 TEL: 03-5253-1111(指導係・内線3958)  
FAX: 03-3592-1281

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

43

# 介護保険制度の概要

## 今後の介護保険をとりまく状況(1)



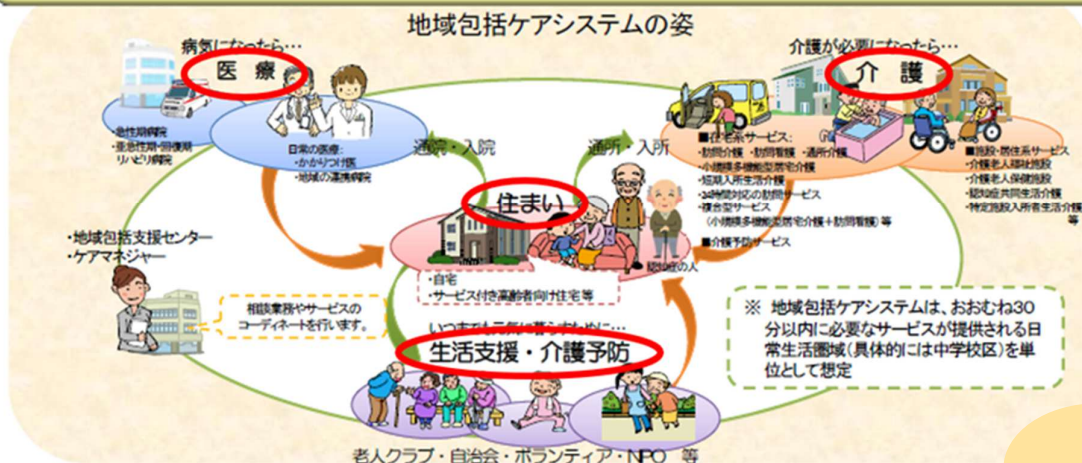
Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

44

# 地域包括ケアシステム

## 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**  
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

45

# 介護保険制度の概要

## 介護保険制度の導入の基本的な考え方

### 【背景】

- 高齢化の進展に伴い、**要介護高齢者の増加、介護期間の長期化**など、介護ニーズはますます増大。
- 一方、**核家族化の進行、介護する家族の高齢化**など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化。
- 従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界。

**高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み(介護保険)を創設**

1997年 介護保険法成立、2000年 介護保険法施行

### 【基本的な考え方】

- **自立支援**・・・単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする。
- **利用者本位**・・・利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度
- **社会保険方式**・・・給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

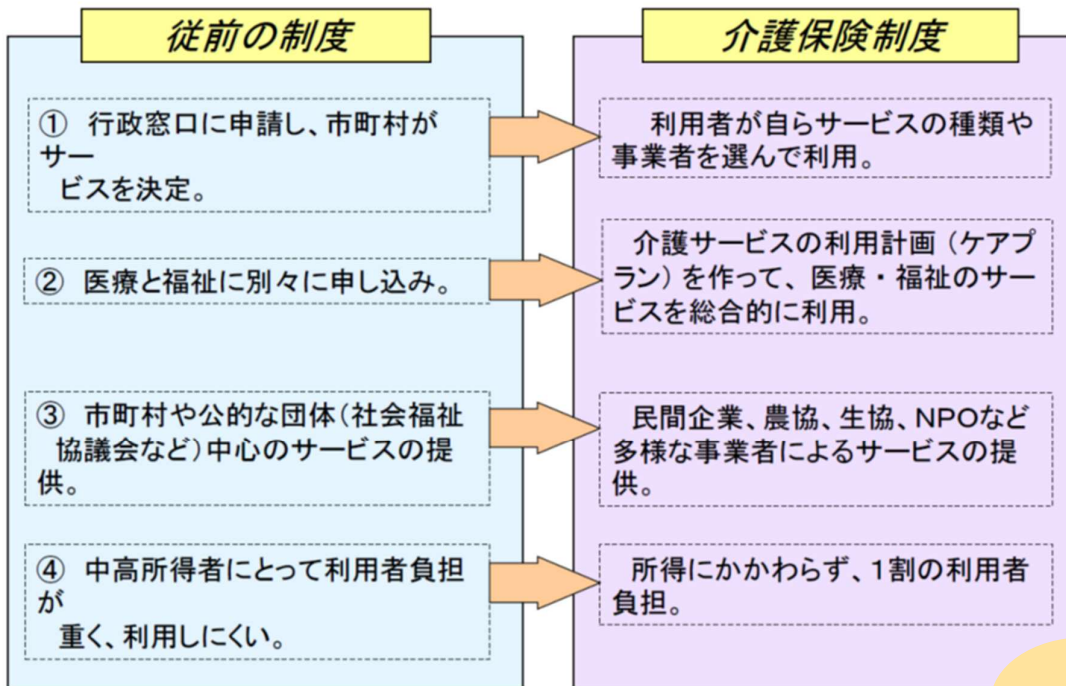
Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

46



# 介護保険制度の概要

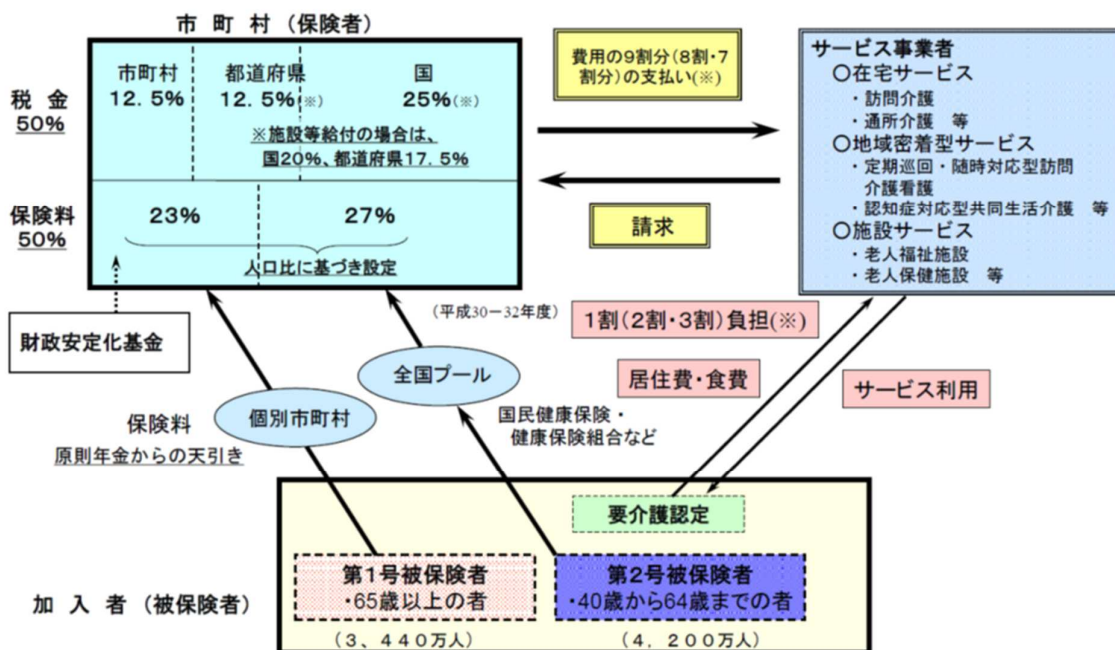
## 利用者から見た従前の制度と介護保険制度の違い



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

# 介護保険制度の概要

## 介護保険制度の仕組み

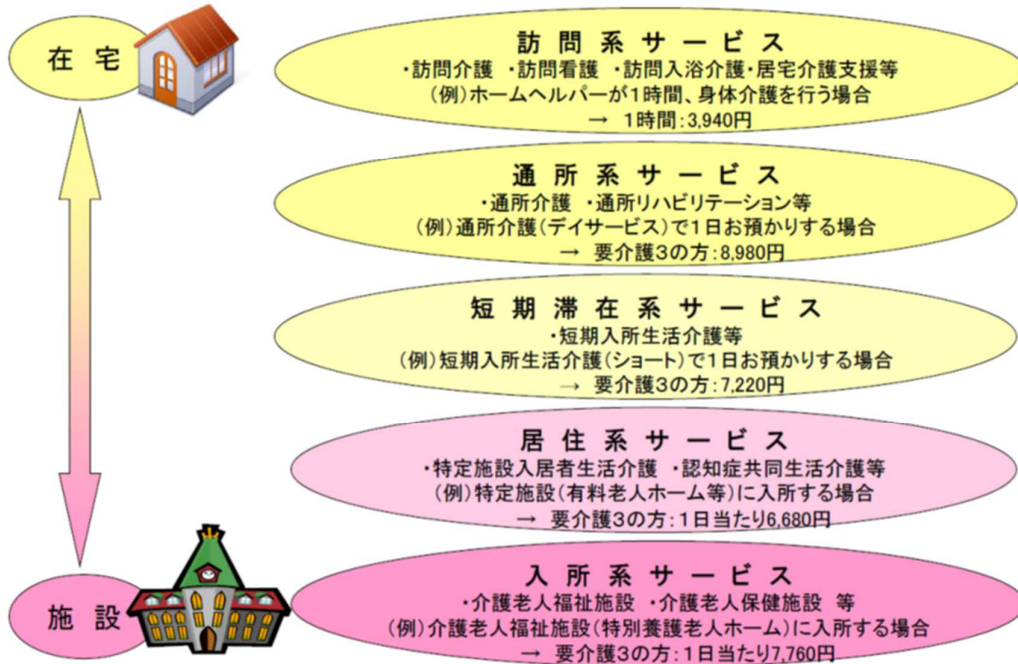


(注) 第1号被保険者の数は、「平成28年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成28年度末現在の数である。  
 第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成28年度内の月平均値である。  
 (※) 一定以上所得者については、費用の2割負担(平成27年8月施行)又は3割負担(平成30年8月施行)。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

# 介護保険制度の概要

## 介護保険サービスの体系

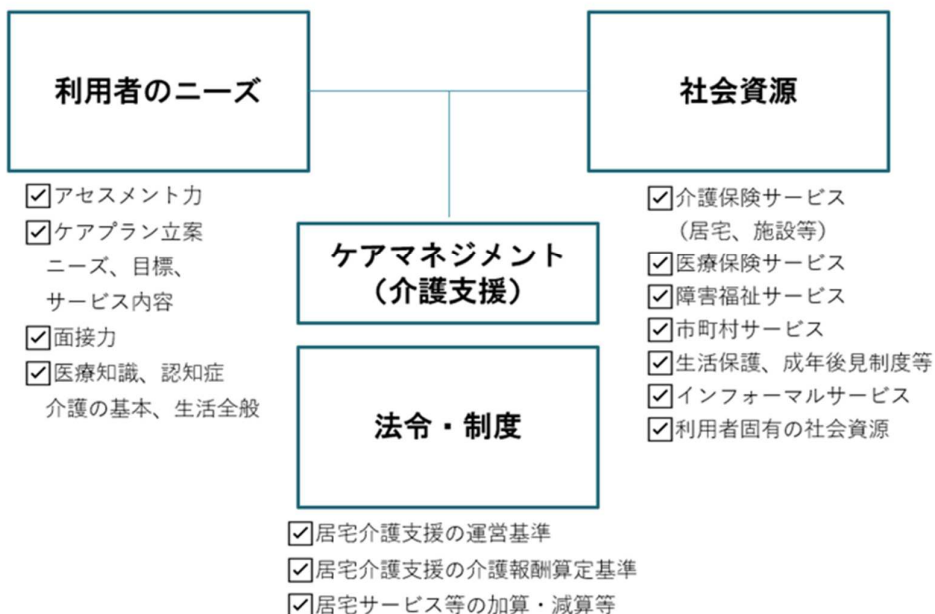


Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

49

# ケアマネジメントとは

「利用者のニーズ」と「社会資源」を結びつけるのが「ケアマネジメント」  
つまり、ケアマネジャー（介護支援専門員）の仕事！

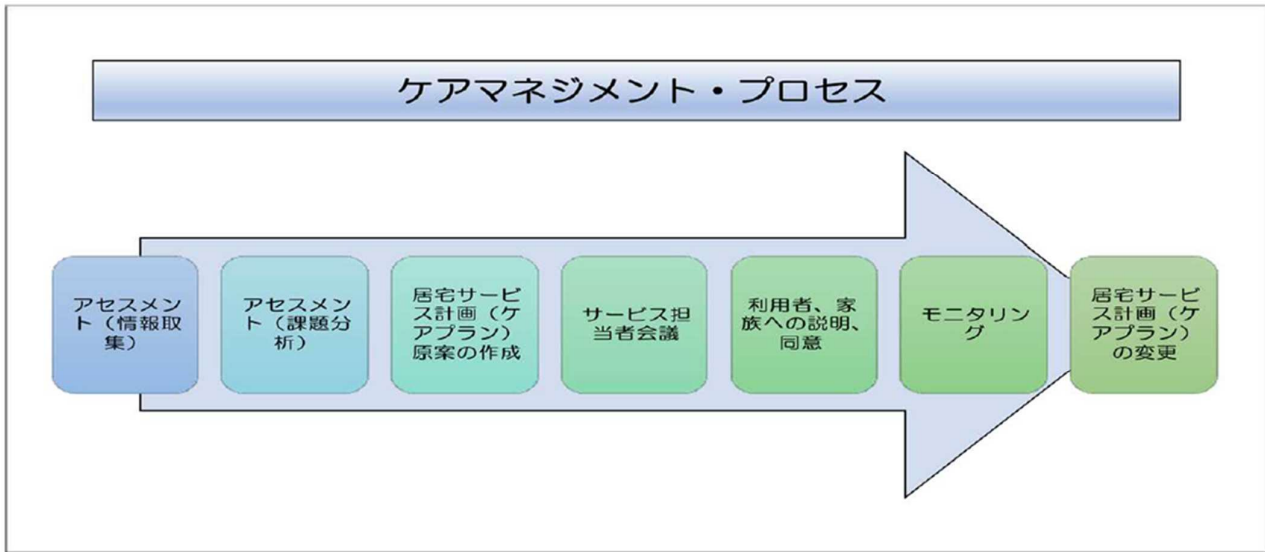


Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

50



# 運営指導マニュアルより



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

51

# 運営指導マニュアルより

## ■ケアマネジメント・プロセス

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ます。

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します。これらの情報収集と課題分析の方法については、課題分析標準項目が別途示されていますので参考としてください。

次にアセスメントに基づき居宅サービス計画の原案（施設サービス等の場合は施設サービス計画）を作成しますが、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りません。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ります。また、介護支援専門員は、月1回の居宅訪問と面接を行い、その後の状況変化の把握を行うモニタリングを行う必要があり、その結果によっては居宅サービスの変更を行うこととなります。

以上は居宅介護支援事業所について述べましたが、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サービス計画づくりを行います。

一つの見方としては、これらの計画は利用者や利用者家族の同意を得なければならないことから、指導にあたる行政機関の担当者自身が利用者や利用者家族の立場でこのサービス内容に同意できるかどうか、というのが一つの判断基準になるでしょう。なぜそのような介護を行うのかという点については必ずその理由があるはずです。利用者やその家族の立場に立ち、自分なりに納得するまで介護支援専門員から詳細な説明を受けましょう。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

52

## 旧指導マニュアルより

### ◆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、具体的にどのように行っていますか。（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）

## 旧指導マニュアルより

### ◆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）

# ケアマネジメントプロセス

(別紙4)

## 課題分析標準項目について

### I 基本的な考え方

介護サービス計画作成の前提となる課題分析については、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、要介護者等の有する課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならない。

この課題分析の方式については、「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について」(平成十一年七月二十九日老企第二号厚生省老人保健福祉局企画課長通知。以下「基準解釈通知」という。)第二の3(運営に関する基準)の(8)⑥において、別途通知するところによるものとしているところであるが、当該「基準解釈通知」の趣旨に基づき、個別の課題分析手法について「本標準課題分析項目」を具備することをもって、それに代えることとするものである。

### II 課題分析標準項目(別添)

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

55

# ケアマネジメントプロセス

(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、居宅サービス計画作成の状況(初回、初回以外)について記載する項目 |
| 2   | これまでの生活と現在の状況      | 利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目  |
| 3   | 利用者の社会保障制度の利用情報    | 利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険等)、年金の受給状況(年金種別等)、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目  |
| 4   | 現在利用している支援や社会資源の状況 | 利用者が現在利用している社会資源(介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む)の状況について記載する項目                           |
| 5   | 日常生活自立度(障害)        | 「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目                |
| 6   | 日常生活自立度(認知症)       | 「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目                      |
| 7   | 主訴・意向              | 利用者の主訴や意向について記載する項目<br>家族等の主訴や意向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、区分支給限度額等)について記載する項目  |
| 9   | 今回のアセスメントの理由       | 今回のアセスメントの実施に至った理由(初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等)について記載する項目                               |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

56



# ケアマネジメントプロセス

## 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      | 利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目 |
| 11  | ADL       | ADL（寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）に関する項目  |
| 12  | IADL      | IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）に関する項目   |
| 13  | 認知機能や判断能力 | 日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目   |

# ケアマネジメントプロセス

|    |                       |  |
|----|-----------------------|--|
| 14 | コミュニケーションにおける理解と表出の状況 | コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目       |
| 15 | 生活リズム                 | 1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等））に関する項目  |
| 16 | 排泄の状況                 | 排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目   |
| 17 | 清潔の保持に関する状況           | 入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目  |
| 18 | 口腔内の状況                | 歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目               |
| 19 | 食事摂取の状況               | 食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食分量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目                                   |
| 20 | 社会との関わり               | 家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目                             |
| 21 | 家族等の状況                | 本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目 |
| 22 | 居住環境                  | 日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険箇所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目      |
| 23 | その他留意すべき事項・状況         | 利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目  |



# 課題分析標準項目の改正

各都道府県介護保険担当課（室）  
各市町村介護保険担当課（室）  
各介護保険関係団体 御中  
— 厚生労働省 認知症施策・地域介護推進課

## 介護保険最新情報

### 今回の内容

「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  
計5枚（本紙を除く）

Vol.1178

令和5年10月16日

厚生労働省老健局

認知症施策・地域介護推進課

各都道府県介護保険担当課（室）  
各市町村介護保険担当課（室）  
各介護保険関係団体 御中  
— 厚生労働省 認知症施策・地域介護推進課

## 介護保険最新情報

### 今回の内容

「課題分析標準項目の改正に関するQ&A」の発出について  
計10枚（本紙を除く）

Vol.1179

令和5年10月16日

厚生労働省老健局

認知症施策・地域介護推進課

# 課題分析標準項目の改正

## 【全体に関連する内容】

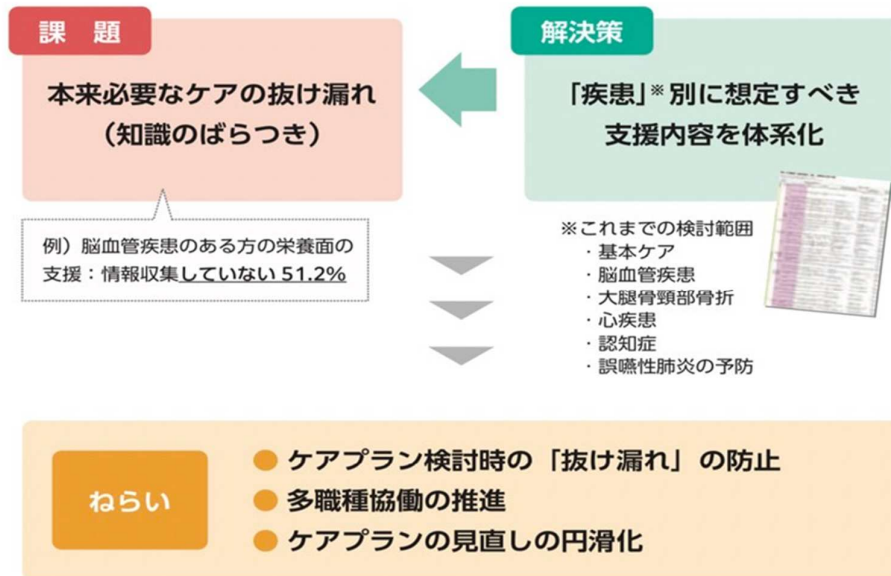
問1 今回、課題分析標準項目を改正することとなった理由如何。

（答）

課題分析標準項目については、これまで大幅な改正は行ってこなかったが、項目の名称や「項目の主な内容（例）」の記載が一部現状とそぐわないものになっていることや、令和6年4月から開始される新たな法定研修カリキュラムにおいて「適切なケアマネジメント手法」が盛り込まれることを踏まえ、当該手法との整合性を図る必要がある（※）ことから、文言の適正化や記載の充実を図ったものである。なお、情報収集項目がこれまでと変わるわけでない。また、「項目の主な内容（例）」について、各項目の解釈の違いにより把握する内容に差異が生じないよう、全体的に具体的な加筆を増やしているが、これらの内容についてすべての情報収集を行うことを求めるものではなく、各利用者の課題分析に必要な情報を判断するための例示であることに留意されたい。

※ 「適切なケアマネジメント手法」は、ケアマネジャー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。そこで、今般の課題分析標準項目の改正においては、おもに情報収集項目の具体例について「適切なケアマネジメント手法」で整理された内容を踏まえた検討とすることで整合性を図った。

# 適切なCM手法のねらい



引用：株式会社日本総合研究所：令和2年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金（老人保健健康増進等事業）  
適切なケアマネジメント手法の普及促進に向けた調査研究事業  
「適切なケアマネジメント手法」の手引き（令和3年3月）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

61

# 旧運営指導マニュアルより

アセスメントの結果を多方面から検討し、入手した情報の分析から、生活課題（ニーズ）を把握する。

課題・分析にあたっては、次の点に十分留意することが必要です。

- 表面に現れている現象を「問題」として捉えるのではなく、問題を引き起こしている原因や背景を明らかにしていくことで、「真の課題」をつかんでいるか。
- 目に見えている問題は、相互に関連し合って、1つの現象を示しているため、その相互関連を明らかにしていく視点があるか。
- 利用者に起こりうる危険性を予測することなどにより、潜在化している課題を発見し、課題の見落としを防ぐことに配慮しているか。
- 利用者本人や家族が希望するニーズのみに対応するのではなく、専門職として知識と技術を基に分析を行う努力をしているか。
- 利用者本人の支援だけでなく、主たる介護者を支援する視点を忘れていないか。
- 緊急事態の予測、リスクマネジメントに配慮する視点をもってしているか。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

62

# 旧運営指導マニュアルより

## ◆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)

# 旧運営指導マニュアルより

○ しかしながら、制度施行後の状況を見れば、このケアマネジメントは必ずしも十分にその効果が発揮されていない。十分な効果を得るためには、ケアマネジメントの各過程が着実に実施されることが最低限の条件となるが、ケアマネジャーの中には、これらの過程を適切に実施していない者も少なくなく、高齢者に内在している、真に解決すべき課題（ニーズ）を洞察できないまま、場当たりにサービスが提供されている事例も見受けられる。

例えば、アセスメントを十分に実施せず、高齢者の要望のみを聴取してサービスを組み立てる傾向、ケアカンファレンスを実施せず、サービス担当者がケアの総合的な方針の統一認識等がないまま各サービスが提供されている傾向、サービス提供期間中のモニタリングを実施せず、漫然とサービス利用を続けさせていく傾向も見られる。

また、特に初回時のケアマネジメント（アセスメント）は極めて重要であり、この段階で適切かつ十分なアセスメントが行われないと、それ以降のプロセス全体がうまく機能せず、利用者の心身状態に合致したケアを提供することができない。

○ したがって、このようなケアマネジメントに必要な視点・知識・力量がなければ、次項以降に記載されている高齢者虐待防止、身体拘束廃止、適切な認知症ケアの手がかりとなる情報収集及び分析が適切になされないということを認識しておく必要がある。



# 2021年改定（居宅）

## 居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証（報告）

### 令和3年度介護報酬改定に関する審議報告（令和2年12月23日）

①生活援助の訪問回数が多い利用者等のケアプランの検証【居宅介護支援】  
（略）

また、より利用者の意向や状態像に合った訪問介護の提供につなげることのできるケアプランの作成に資するよう、検証方法として効率的で訪問介護サービスの利用制限にはつながらない仕組みが求められていることを踏まえ、区分支給限度基準額の利用割合が高く、かつ、訪問介護が利用サービスの大部分を占める等のケアプランを作成する居宅介護支援事業者を事業所単位で抽出するなどの点検・検証の仕組みを導入する。効率的な点検・検証の仕組みの周知期間の確保等のため、10月から施行する。

### 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）

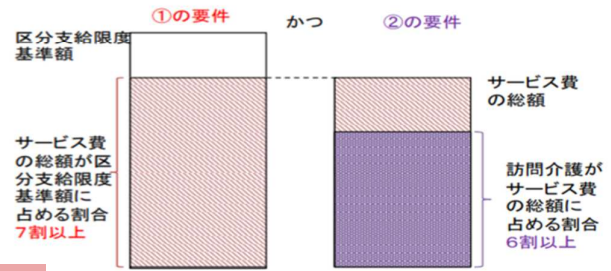
#### 第十三条

十八の三 介護支援専門員は、その勤務する指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた指定居宅サービス等に係る居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費及び特例地域密着型介護サービス費（以下この号において「サービス費」という。）の総額が法第四十三条第二項に規定する居宅介護サービス費等区分支給限度基準額に占める割合及び訪問介護に係る居宅介護サービス費がサービス費の総額に占める割合が厚生労働大臣が定める基準に該当する場合であつて、かつ、市町村からの求めがあった場合には、当該指定居宅介護支援事業所の居宅サービス計画の利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由等を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。

### 告示で規定する要件（案）

ケアマネ事業所ごとに見て、  
①区分支給限度基準額の利用割合が**7割以上**  
かつ  
②その利用サービスの**6割以上**が訪問介護サービス  
⇒該当ケアマネ事業所は、**約3%**の見込み。

（※）告示案は、7月20日から8月18日までパブリックコメント実施中。



介護保険最新情報 vol.1006 9月14日

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

65

# 2021年改定（居宅）

|                          | 居宅介護支援事業所単位の<br>ケアプラン検証  | 高齢者向け住まい等対策の<br>ケアプラン点検  |
|--------------------------|--|--|
| 法令上等の<br>根拠              | ・ ケアマネ基準省令   | ・ 自治体に対する指導徹底の通知<br>（介護保険適正化事業の一環）   |
| 抽出対象の<br>ケアマネ事業<br>所の要件  | ①区分支給限度基準額の利用割合<br>が <b>7割以上</b><br>②その利用サービスの <b>6割以上</b> が<br>訪問介護が大部分を占める   | ・ 市町村ごとに設定。<br>・ 要件設定項目は以下のとおり。<br>①区分支給限度基準額の利用割合<br>②利用サービス種類（注）とその利用割合<br>（注）区分支給限度管理対象サービスは全て選択可だが、<br>組合せは2つまで。<br>※帳票上、各ケアプランの利用者について、要<br>介護認定時の居住地が高齢者向け住まい等<br>であるかどうかを確認する |
| 検証・点検<br>対象のケアプ<br>ランの指定 | ・ 要件①・②に該当するケアプラン<br>のうち、市町村が介護度別に<br><b>1件ずつ以上を指定し、届出を<br/>依頼</b>   | ・ 要件①・②に該当するケアプランのうち、提出<br>すべきケアプランを市町村が指定し、提出<br>を依頼<br>（指定方法は、左記等を参照）  |
| ケアプランの<br>検証・点検<br>の方法   | ・ 地域ケア会議や、行政職員やリ<br>ハビリテーション専門職が参加<br>する形で行う会議等で検証   | ・ 市町村におけるケアプラン点検<br>（地域ケア会議等での検証も可）  |
| 検証・点検<br>結果の反映           | ・ 検証・点検結果を踏まえ、対象のケアプランを中心に、事業所内において同様・類似<br>の内容で作成しているケアプランの内容についても再検討<br>※ケアプランを変更するためには、利用者の同意を得る必要があり、ケアプランの<br>変更を強制することはできないため、介護支援専門員や市町村は本人に十分説明<br>をする必要 |  |

介護保険最新情報 vol.1009 9月22日

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

66



# 実地指導全般の主な指導内容（名古屋市）

○居宅介護支援事業所に対する指摘内容

| 分類   | 指摘に該当する状況   | 解説   |
|------|---|--|
| 運営関係 | ・住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅（以下、施設）の入居者のケースで、施設サービスの内容を明確に把握していない。 | ・「介護保険外」のサービス内容が明らかになっていないと適切なアセスメントはできず、ケアプランの作成ができません。「介護保険」と「介護保険外」のサービスを明確に区分するため、施設の管理者等から、「介護保険外」サービスの提供内容および提供時間を聞き取った上で、利用者24時間生活タイムテーブルシートなどを作成し、活用してください。施設サービス以外の障害福祉サービス、家族ケアなどインフォーマルサービスについても適切に把握し、ケアプランに位置づけてください。 |
|      | ・施設の管理者等からの依頼により、入居者に対して支給限度額いっぱいまで画一的に介護保険のサービスを位置づけている。       | ・ <u>介護保険サービスは、施設サービスでは補えない部分について利用が検討されるものである</u> ことを十分意識し、利用者個々のADLやIADLなどの状態像を把握し、利用者や家族の選択・希望を十分に配慮しケアプランを作成してください。 <u>施設の管理者等からの依頼により、画一的にケアプランを作成することは認められません。</u>   |
|      | ・居宅介護支援事業所や施設の都合により、介護保険サービスの提供時間を決めている。                        | ・介護保険サービスの提供時間は、ケアマネジャーの適切なアセスメントから導きだされるものです。居宅介護支援事業所や施設の一方的な都合によりサービス提供時間を決めることは認められません。  |
|      | ・施設に入居することが決まった際、施設に併設している等の、特定の介護保険事業所へ変更するよう、利用者、家族等に強要している。  | ・入居前に利用していた介護保険事業所の継続利用も含めて、どの介護保険事業所を利用するかは、利用者、家族等の意思が尊重されなければならない、居宅介護支援事業所の都合で変更を強要することは認められません。   |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

67

# 集合住宅のケアマネジメント

第2表

「とちのき」B子さんの居宅サービス計画書(2) (抜粋)

| 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）                   | 援助目標               |   | 援助内容   |    |          |      |
|-------------------------------------|--------------------|---|--|----|----------|------|
|                                     | 長期目標               | 短期目標  | サービス内容   | ※1 | サービス種別   | 頻度   |
| 在宅酸素療法を行っている。過去に肺炎になったこともあり、体調管理が必要 | 関係者が連携し、緊急時には迅速な対応 | <ul style="list-style-type: none"> <li>毎日がつつがなく過ごせるよう関係者で体調を確認する</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅酸素の指導と管理</li> <li>緊急時の相談と対応</li> <li>酸素ボンベ装着での入浴介助または清拭</li> <li>日常生活のリハビリ</li> <li>緊急時の相談と対応</li> <li>体調確認</li> <li>訪問診療の立会い</li> <li>在宅酸素療法管理</li> <li>内服薬の管理</li> <li>ケアコール対応</li> <li>夜間見守り</li> <li>緊急時の相談と対応</li> </ul> | ○  | 訪問看護（他社） | 1回/週 |
| 日常生活全般に支援が必要                        | 最期まで快適に過ごせる        | ・尿とりパッドを使っても清潔に過ごす  | <ul style="list-style-type: none"> <li>起床就寝介助</li> <li>移動移乗介助</li> <li>更衣介助</li> <li>排せつ介助</li> <li>整容介助</li> <li>口腔ケア</li> </ul>  | ○  | 訪問介護（自社） | 週5日  |
|                                     |                    | ・掃除・洗濯で快適な環境を保つ   | <ul style="list-style-type: none"> <li>掃除</li> <li>洗濯</li> <li>買い物</li> </ul>  |    | 家族       | 随時   |
|                                     |                    | ・定期的に入浴できる  | <ul style="list-style-type: none"> <li>入浴前後の水分補給</li> <li>酸素ボンベ装着での入浴介助または清拭</li> <li>必要に応じた爪切り</li> </ul>   | ○  | 通所介護（他社） | 週1回  |
| ももとの趣味である手芸を再開し、毎日を楽しみ過ごしたい         | 最期のときまで生活に楽しみをもつ   | レクリエーションやイベントに参加して他者との交流を保つ   | <ul style="list-style-type: none"> <li>生活支援サービス</li> <li>レクリエーションやイベントへの参加</li> <li>他の入居者への交流をサポート</li> <li>外出の手伝い</li> </ul>  |    | サ高住・家族   | 毎日   |
|                                     |                    |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>レクリエーションなどの実施</li> <li>他者との交流をサポート</li> </ul>   | ○  | 通所介護（他社） | 週1回  |

※ 自費サービス＝週7日の朝昼夜の食事介助30分ずつ

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

68

# サ高住等における適正なケアプラン調査研究

令和3年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

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

報告書

令和4年3月

株式会社 日本総合研究所

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

69

## 不適切なケアマネジメントの定義

- 調査研究ワーキンググループでの議論を踏まえ、研究不適切なケアマネジメントの事例を類型化してみると、概ね以下の5つのパターンに収められる。

### 不適切な ケアマネジメント

- 1 【個別性欠如】**  
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出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】**  
住宅・ホームと同一法人等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も同調している（同調せざるを得ない状況にある等）
- 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

23

ただし、ケアマネジャーだけでは解決できない  
構造的な問題もある！

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

70

# 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業（令和3年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業）

ワーキンググループでの議論等を踏まえ、高齢者向け住まいにおける「不適切」と疑われる可能性があるケアマネジメントの要素を以下の5つに整理。


- 「1. 個性性の欠如」、「2. 過剰なサービス」、「3. サービスの不足」、「4. 事業所選択の権利侵害の懸念」、「5. ケアマネジメントサイクルの問題」  
これらの要素を含む事例を整理し、「①高齢者住まい運営事業者」、「②居宅介護支援事業所・ケアマネジャー」、「③利用者・家族」それぞれに向け、「不適切なケアマネジメント」になっていないかなど、気づきを促す啓発資料を作成。

## ① 高齢者向け住まい運営事業者・職員向け

住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の  
運営事業者・職員の皆様へ

**あなたの住まいの入居者は、  
望んでいる介護保険サービスを受け  
ることができていますか？**

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  
ケアマネジメント等の考え方



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

## ② 居宅介護支援事業所・ケアマネジャー向け

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”  
を作り出していませんか？**

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

## ③ 入居者・入居検討中の方・ご家族向け

「~~~~ご利用者さま ご家族さま~~~~」

住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に  
入居をご検討中 または 入居されているみなさまへ

**高齢者向け住まいでの  
介護保険サービス  
利用にあたって  
確認したいポイント**

~ご本人らしい暮らしを叶えるために~



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」

- ① 高齢者向け住まい運営事業者・職員向け URL : [https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/2021\\_theme63\\_03.pdf](https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/2021_theme63_03.pdf)
- ② 居宅介護支援事業所・ケアマネジャー向け URL : [https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/2021\\_theme63\\_02.pdf](https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/2021_theme63_02.pdf)
- ③ 利用者・利用者の家族向け（入居検討中の方も含む） URL : [https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/2021\\_th](https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/2021_th)

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

# 適正なケアプランの証明

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <p><b>囲い込み<br/>(法人グループで)</b></p> | <p><b>使い切り<br/>(限度額いっぱいまで)</b></p>      |
| <p><b>選択肢を示す<br/>選定理由明確に</b></p> | <p><b>適切な<br/>アセスメント<br/>必要性の説明</b></p> |

**最終的に選ぶのは利用者・ご家族ではあるが、  
ケアマネジャーとしての提案はすべき**

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.



# 集合住宅のケアマネジメント

第2表

「とちのき」B子さんの居宅サービス計画書(2)(抜粋)

| 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)                   | 援助目標               |   | 援助内容  |    |          |      |
|-------------------------------------|--------------------|---|---|----|----------|------|
|                                     | 長期目標               | 短期目標  | サービス内容  | ※1 | サービス種別   | 頻度   |
| 在宅酸素療法を行っている。過去に肺炎になったこともあり、体調管理が必要 | 関係者が連携し、緊急時には迅速な対応 | <ul style="list-style-type: none"> <li>毎日がつながなく過ごせるよう関係者で体調を確認する</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅酸素の指導と管理</li> <li>緊急時の相談と対応</li> </ul>   | ○  | 居宅療養管理指導 | 月2回  |
|                                     |                    |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>酸素ボンベ装着での入浴介助または清拭</li> <li>日常生活のリハビリ</li> <li>緊急時の相談と対応</li> </ul>  | ○  | 訪問看護(他社) | 1回/週 |
|                                     |                    |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>体調確認</li> <li>訪問診療の立会い</li> <li>在宅酸素療法管理</li> <li>内服薬の管理</li> <li>ケアコール対応</li> <li>夜間見守り</li> <li>緊急時の相談と対応</li> </ul> |    | サ高住      | 毎日   |
| 日常生活全般に支援が必要                        | 最期まで快適に過ごせる        | <ul style="list-style-type: none"> <li>尿とりパッドを使っても清潔に過ごす</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>起床就寝介助</li> <li>移動移乗介助</li> <li>更衣介助</li> <li>排せつ介助</li> <li>整容介助</li> <li>口腔ケア</li> </ul>                             | ○  | 訪問介護(自社) | 週5日  |
|                                     |                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>掃除・洗濯で快適な環境を保つ</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>掃除</li> <li>洗濯</li> <li>買い物</li> </ul>   |    | 家族       | 随時   |
|                                     |                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>定期的に入浴できる</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>入浴前後の水分補給</li> <li>酸素ボンベ装着での入浴介助または清拭</li> <li>必要に応じた爪切り</li> </ul>  | ○  | 通所介護(他社) | 週1回  |
| もともとの趣味である手芸を再開し、毎日を楽しみ過ごしたい        | 最期のときまで生活に楽しみをもつ   | レクリエーションやイベントに参加して他者との交流を保つ   | <ul style="list-style-type: none"> <li>生活支援サービス</li> <li>レクリエーションやイベントへの参加</li> <li>他の入居者への交流をサポート</li> <li>外出の手伝い</li> </ul>                                 |    | サ高住・家族   | 毎日   |
|                                     |                    |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>レクリエーションなどの実施</li> <li>他者との交流をサポート</li> </ul>  | ○  | 通所介護(他社) | 週1回  |

※ 自費サービス=週7日の朝昼夜の食事介助30分ずつ

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

73

## 高齢者住まいのメリット(榊原)

- ・サービスの組み合わせが自由
- ・必要な分だけ利用することができる(安価になる場合も)
- ・入居前の主治医を継続することができる
- ・入居前のケアマネジャーを継続利用することができる
- ・入居前のデイサービスや訪問介護等を継続利用することができる
- ・福祉用具貸与、特定福祉用具販売を利用することができる
- ・法人グループ内サービスを利用することで、連携がよりスムーズになる(利用者・家族から見ても連絡等が一本化される)
- ・法人グループ指定の医師にかかることで、受診等の手間がなくなることもある。夜間等の緊急時も安心等

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

74



# ケアプラン点検とは

## ■介護保険法（地域支援事業）第115条の45

- 3 市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業及び前号各号に掲げる事業のほか、厚生労働省令で定めるところにより、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うことができる。
  - 一 介護給付等に要する費用の適正化のための事業

## ■介護保険法（市町村介護保険事業計画）第117条 ※都道府県も同様

- 2 市町村介護保険事業計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。
- 三 被保険者の地域における自立した日常生活の支援、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び介護給付等に要する費用の適正化に関し、市町村が取り組むべき施策に関する事項
- 四 前号に掲げる事項の目標に関する事項

2006年度よりスタート。

# ケアプラン点検とは

## 1. 目的

ケアプラン点検は、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援するために行うものです。

# ケアプラン点検とは

## 2. ケアプラン点検に当たっての基本姿勢

保険者は、ケアプラン点検を行うに当たって、以下の点を十分に踏まえて行う必要があります。

- ①点検に際して事業所側の事務の負担を考慮し、資料などは必要最小限なものとするのが大切です。
- ②ケアプランを形式的に点検するのが目的ではないので、空欄があったからといって直ちにそれが問題となるわけではありません。
- ③点検作業は一方ではなく双方で行い、保険者と介護支援専門員がともに確認しあう姿勢で臨みます。
- ④介護支援専門員がどこに悩み、つまづいているのかを把握し点検を通して「気づき」を促すことが大切です。
- ⑤介護支援専門員を批判するのではなく一緒にレベルアップを図る方法であることを認識します。
- ⑥介護支援専門員が、再度点検を受けてみたいと感じることができるよう、保険者として継続的に支援していく姿勢が大切です。
- ⑦地域特性を意識しながら、保険者として地域で何が課題になっているのかを考察しながら進めていくことも大切です。
- ⑧不適切なプランと思われるものがあつた場合、プランの根拠について確認を一緒に行う「振り返りの作業」を実施し、次回からの計画作成に役立つように適切なプラン作成の視点・気づきを促すことが重要です。
- ⑨このマニュアルは、1表、2表、3表、分析表、全部で42問の質問項目があります。これらを全て行うのではなく、必要な項目だけを適宜活用し効率的に行うことが大切です。
- ⑩点検を効率的に実施する為に必ずしも全てのケアプランに関して点検する必要はなく、目的をはっきりさせて行うことが必要です。

ケアプラン点検支援マニュアルより

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

77

# ケアプラン点検とは

(事業の趣旨)

介護支援専門員が作成した居宅介護サービス計画、介護予防サービス計画の記載内容について、事業者には資料提出を求め又は訪問調査を行い、市町村職員等の第三者が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要なサービスを確保するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善する。

(実施方法)

基本となる事項を介護支援専門員とともに確認検証しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」の実践に向けた取組の支援を目指して、

- ①保険者によるチェックシート等を活用したケアプランの内容確認
- ②明らかになった改善すべき事項の介護支援専門員への伝達
- ③自己点検シートによる介護支援専門員による自己チェック及び保険者による評価、を行うとともに、
- ④介護支援専門員への講習会の開催などを一体的に実施する。

その際には、過誤申立だけでなく、ケアプランの改善状況を把握することにより、ケアプランの点検を実施したことによる効果を把握することが望ましい。

老介発0707第1号平成29年7月7日介護給付適正化の計画策定に関する指針について

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

78

# ケアプラン点検とは

また、継続的にケアプランの質の向上を図るとともに点検割合についても増加することが望ましいことから、国が作成した「ケアプラン点検支援マニュアル」の積極的活用を進めるとともに、点検に携わる職員のケアマネジメントに関する都道府県が主催する研修会等への参加を促し、点検内容を充実する。

さらに、毎月漫然と同様のケアプランを作成している介護支援専門員や居宅介護支援事業所が存在する場合もあることから、適正化システムの活用等により地域の個々の介護支援専門員のケアプラン作成傾向を分析し、受給者の自立支援に資する適切なケアプランになっているかという観点から対象事業所を絞り込んで点検することを検討する。

加えて、近年増加が顕著なサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等の高齢者向け住まいの入居者に焦点を当てたケアプランの点検等も実施されることが望ましい。

なお、ケアプラン点検の手法については、保険者がケアプランの点検を実施するだけでなく、地域の介護支援専門員同士、あるいは主任介護支援専門員や介護支援専門員の職能団体によるケアプランの点検の機会を保険者として設けることや、職能団体に点検を委託することも有効である

老介発0707第1号平成29年7月7日介護給付適正化の計画策定に関する指針について

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

79

# ケアプラン点検の手順

## フローチャート

- ①ケアプランの回収
- ↓
- ②事前点検、疑義事項の整理
- ↓
- ③「対話方式」による介護支援専門員との協働点検作業
- ↓
- ④必要に応じてケアプランの修正
- ↓
- ⑤回答などを集積しそれらを整理・分析  
支援システムの構築

ケアプラン点検支援マニュアルより

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

80



# ケアプラン点検の手順

## (2) 手順

### ① 居宅介護支援事業所からケアプランの回収 (ケアプラン「1～3表」及びアセスメント表)

〈回収する場合の抽出方法の例示〉

- ・各要介護度別に無作為に抽出
- ・訪問介護を利用している者を無作為に抽出
- ・各事業所で介護支援専門員1人に対して、プランを〇個回収
- ・特定のサービスのみを利用している者を抽出
- ・給付額いっぱいの利用者を抽出
  
- ・介護度が高い割には支給額が低い利用者を抽出
- ・新人の介護支援専門員のプランを抽出
- ・特定のサービスを一定以上利用している者を抽出
- ・その他地域の特性等を勘案して抽出 など

ケアプラン点検支援マニュアルより

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

81

# ケアプラン点検の手順

## ② 事前準備

- I) 保険者は『ケアプラン点検支援マニュアルの指標』を参考に、提出されたケアプラン(1表～3表)の内容をアセスメント表を必要に応じて参照しながら点検します。
  - II) 内容が曖昧で不十分だと思えたり疑問が生じた項目等についてチェックをしておきます。
  - III) 「ケアプラン点検支援マニュアル(本論)」を参考にして、項目が不十分だと感じたり、疑問が生じた項目等に関して、確認作業を実際の面談の場面で行うことができるよう整理し準備しておきます。
- (例) 確認方法
- (ア) 課題が明確でない、目標とサービスが連動していない、根拠のないサービスが入っていることはないかなどをまず把握しておきます。
  - (イ) アセスメントが不足している、視点が欠如しているのではないかとと思われるような項目や計画書の中身について、疑義の整理を行っておきます。
  - (ウ) 質問の内容を整理しておく。
    - 疑問を感じるプランの場合には、単に利用者の「要望」を聞いて作成してしまったプランなのか、アセスメントの内容や視点は十分理解できているが、ケアプランに上手く記載できなかっただけなのかなどを確認する為に、アセスメントに関する項目や必要に応じ1表～3表の該当する項目に関して質問し内容を詰めておきます。
  - (エ) 適正化・適切化のプランについての考え方などの助言内容等を考えておきます。
  - (オ) その他

ケアプラン点検支援マニュアルより

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

82

# ケアプラン点検の手順

## ③介護支援専門員との面談

あらかじめケアプランの点検をしていた時にチェックしておいた事項について、質問を通して確認していきます。介護支援専門員の回答を聞きながら、共に利用者への理解を深め、適切なプランとしていくために、何が必要かを一緒に考えていく姿勢で臨みます。

最終的には、介護支援専門員の「気づき」の部分を活かしつつ、確認し修正が必要と思われた部分についてケアプランの修正を行い、次のケアプラン作成に活かしてもらいます。

## ④回答の整理・分析

点検作業を通じて介護支援専門員からの回答を聞き取り、記載しておくことにより各質問項目に対する様々な回答が集積します。それらを整理、分析することにより地域の介護支援専門員の課題が見えてきます。

## ⑤課題の克服

分析の結果でてきた課題に対して、その克服の為にどのようにすれば可能となるのか支援システムの構築を検討します。

ケアプラン点検支援マニュアルより

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

83

# ケアプラン点検の手順

## 4. 「ケアプラン点検支援マニュアル（本論）」の構成について

|     |                |
|-----|----------------|
| 1表  | 居宅サービス計画書（1）関係 |
| 2表  | 居宅サービス計画書（2）関係 |
| 3表  | 週間サービス計画書関係    |
| 分析表 | 課題分析項目関係       |

から構成されており、各表において押さえておきたい基本事項に関して解説をつけてありますので必要に応じ活用します。

各事項について、「質問」→「目的」→「解説」→「留意事項」→「確認ポイント」→「類似、補足の質問」という構成で作成しています。それぞれの事項についての説明は、以下のとおりです。

ケアプラン点検支援マニュアルより

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

84

# 様々な方法について

## ■実施主体

### ①直接実施

介護保険担当課／地域包括ケア課(ケアマネジメント担当)／指導監査担当部署／複数課  
※それぞれ強み

### ②委託で実施

地域包括支援センター／法人・企業等／職能団体  
※厳しすぎる時も／現実味がないという話も・・・

## ■実施形式

### ①面談形式（事業所、市役所、運営指導と同時実施）

事業所にて：○その場で追加資料を見ることができる、×訪問の手間がかかる  
市役所にて：○来てもらうので訪問の手間は減る、×日常の業務の様子が見えにくい  
運営指導と同時：○双方とも負担軽減になる、×法令メインになりがち

### ②書類審査・添削形式（○時間調整の手間減、×双方向性↓、書類作成の手間、読むか？）

### ③地域ケア会議等のカンファレンス形式（○多角的な視点、×時間かかる、医療優先？）

### ④研修会形式（○グループワーク、×講師次第、自分事と思わない）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

85

# 様々な方法について

## 水戸市のケアプラン点検で提出する書類

- アセスメントシート
- 居宅サービス計画書 1表～7表
- モニタリング様式
- 該当月の実績表
- 各事業所のサービス計画書

表2 ケアプランのつまづきやすいポイント

|        |   |
|--------|---|
| アセスメント | 生活歴を聞いているか。意向を聞いているか。医療的な情報に抜けはないか。                                   |
| 第1表    | 「生活に対する意向」は個別的具体的か。本人、家族の望む暮らしになっているか。                                |
| 第2表    | 「ニーズ」は個別的具体的か。根拠を示せるか。サービス内容が入っていないか。                                 |
|        | 「短期目標」は具体的で実現可能な目標か。  |
| 第3表    | 「主な日常生活上の活動」を書いているか。「週単位以外のサービス」が書いているか。                              |
| 第5表    | 支援経過は、1か月に一度利用者の自宅訪問したモニタリングの記載があるか。状態の変化を記載しているか。ケアマネジャーの判断を記載しているか。 |

月刊ケアマネジメント（環境新聞社）より

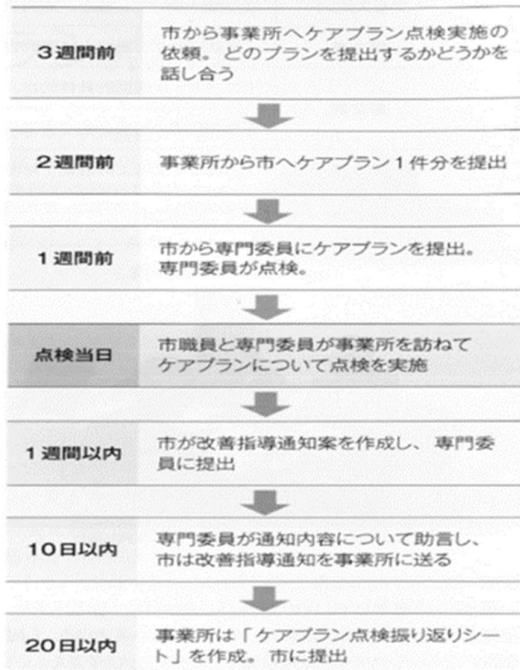
Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

86



# 様々な方法について

表3 水戸市のケアプラン点検の流れ



月刊ケアマネジメント（環境新聞社）より

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

87

## 本日の内容

### ■ケアマネジャー・相談援助職養成 「質の向上」&「省力化」

#### ◎運営指導とケアプラン点検の基本

- ・ 前回の振り返り
- ・ 運営指導の基本
- ・ ケアプラン点検の基本
- ・ 資料編

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

88

# ケアマネジャーに求められるもの

令和3年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

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

報告書

令和4年3月

株式会社 日本総合研究所

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

89

## 調査研究の背景・目的

- 住宅型有料老人ホームおよびサービス付き高齢者向け住宅（以下「高齢者住まい」）は、合計の入居定員が50万人を超え、高齢期の「住まい」の重要な一角を占めている。
- 建物部分と、介護保険サービスが別の契約になっており、「住まい」として、利用者が必要なサービスを必要なだけ選択できる一方で、事業者側は建物部分と介護保険サービスを一体運営するケースが多いため、入居者に対して過剰なサービスが提供される等の問題がしばしば指摘されている。
- 制度上、提供される介護保険サービスは、ケアプランに基づいて提供されている。したがって、高齢者住まいにおいて提供される介護保険サービスが入居者の課題やニーズに応じた適切なものであるかどうかという問題は、作成されているケアプランや、ケアマネジメントのプロセスが適正かという問題と置き換えることもできる。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

90

## 調査研究の背景・目的

- 令和2年度事業における調査では、住まい運営法人からの別法人ケアマネジャーに対する不適切と考えられる要請が実態として存在すること、また利用者本位のケアマネジメントが自分自身も実践できていないと認識しているケアマネジャーも一定数存在すること等が確認された。
- 本年度事業においてはこうした過去の調査結果等も踏まえ、高齢者住まいの運営に関わる各主体（居宅介護支援事業所・ケアマネジャー、高齢者住まい事業者）および高齢者住まいに入居する高齢者やその家族に対して、不適切なケアマネジメントの考え方を示すことで利用者本位の対応に関する共通理解を促すべく、啓発冊子の作成を行った。

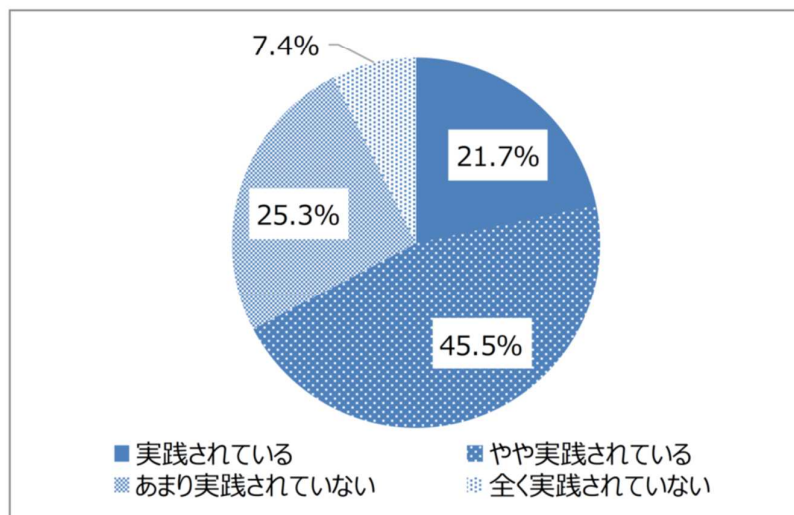
## 問題意識・基本方針

- 「不適切なケアマネジメント」を行うサービス提供側の主体は、いくつかのタイプに分類される（無関心である層、意図的、に不適切な対応を行う層等）。それぞれのタイプが存在することを念頭に置きつつ、行動変容を促すことができるような形でメッセージを伝える必要がある。
- 自身の立ち位置を明確に意識してもらったうえで、「不適切な対応＝やってはいけないこと」がどのようなことであるか、具体的に明示することが重要。その際、「不適切な対応」も背景要因等によりいくつかのパターンが想定されるが、そのいずれかに該当する場合であっても、文脈によっては一概に「不適切」とは言えないケースもあるため、誤解のないようメッセージを伝える配慮が必要である。
- 現場のケアマネジャーや現場の職員だけでなく、経営者の意識を改革していくためには、サービス選択側＝利用者側が望ましいサービスを選ぶことができる環境づくりも重要であり、入居者やその家族への啓発も求められる。入居者・家族にも、「不適切な対応」の具体的内容・サービス提供内容等にかかる選択権の存在、について理解してもらい、自分自身の状況を振り返っていただくことが必要である。

# アンケート調査結果より

Q1 あなたが担当される利用者が居住するサービス付き高齢者向け住宅・住宅型有料老人ホーム（以下「住宅・ホーム」といいます）では、総じて利用者本位のケアマネジメントが実践されていると感じますか。あてはまるものを1つお選びください。

図表 6 利用者本位のケアマネジメントの実践状況 (SA、n=336)



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

93

# アンケート調査結果より

## ■利用者本位のケアマネジメントの実践状況

利用者本位のケアマネジメントの実践状況については、

「実践されている」が21.7%、

「やや実践されている」が45.5%である。

※ここまでで7割弱

一方で、「全く実践されていない」と考えている回答者も

全体の7.4%存在する。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

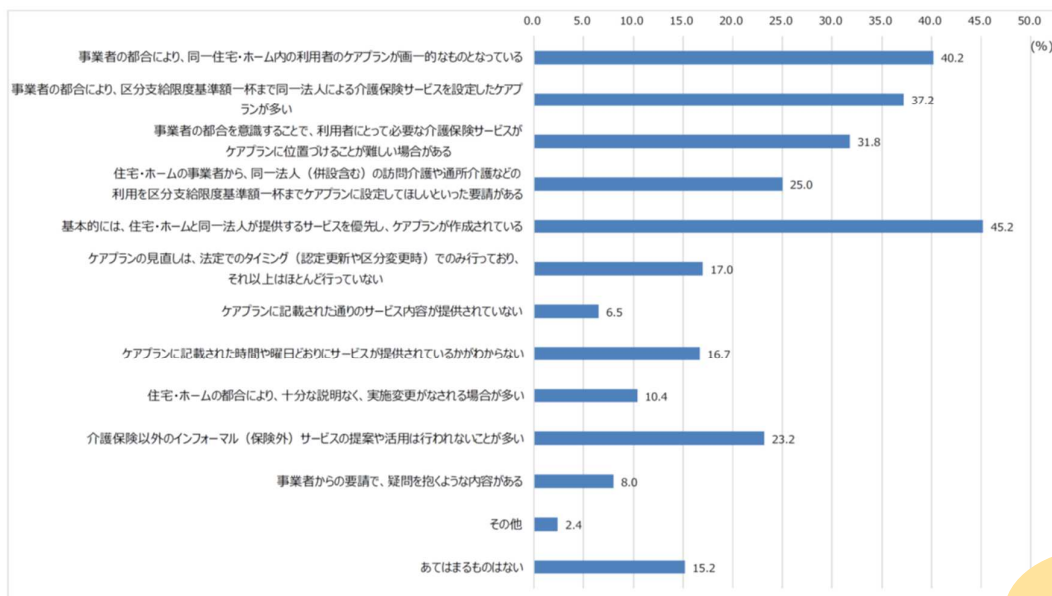
94



# アンケート調査結果より

Q2 あなたが担当される利用者が居住する住宅・ホームについて、あてはまると思われるものをすべてお選びください。

図表 7 ケアマネジメント・ケアプラン作成にあたり問題となり得ること(MA、n=336)



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

95

# アンケート調査結果より

## ■ケアマネジメント・ケアプラン作成にあたり問題となり得ること

ケアマネジメント・ケアプラン作成にあたり問題となり得ることとして、

- ◎「基本的には、住宅・ホームと同一法人が提供するサービスを優先し、ケアプランが作成されている」（45.2%）
- ◎「事業者の都合により、同一住宅・ホーム内の利用者のケアプランが画一的なものとなっている」（40.2%）
- ◎「事業者の都合により、区分支給限度基準額一杯まで同一法人による介護保険サービスを設定したケアプランが多い」（37.2%）

が上位となっている。

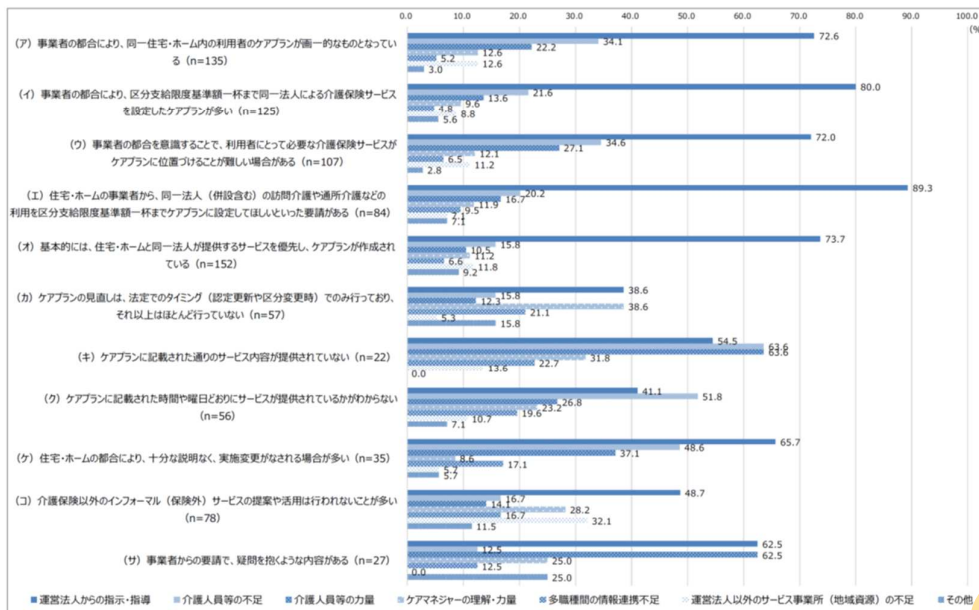
Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

96

# アンケート調査結果より

Q3 前問でお選びになった項目について、原因・背景となっているのはどのようなことだと考えられますか。あなたが感じることで結構ですので、あてはまるものをそれぞれ全てお選びください。

図表 8 問題となり得るケアマネジメント・ケアプランの原因・背景 (MA、n=336)



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

# アンケート調査結果より

## ■問題となり得るケアマネジメント・ケアプランの原因・背景

ケアプランの内容に関する問題 (図表 8 (ア) ~ (オ)) について、「**運営法人からの指示・指導**」を原因とする割合が**70%以上**となっている。

※介護人員等の不足が20~30%程度あった

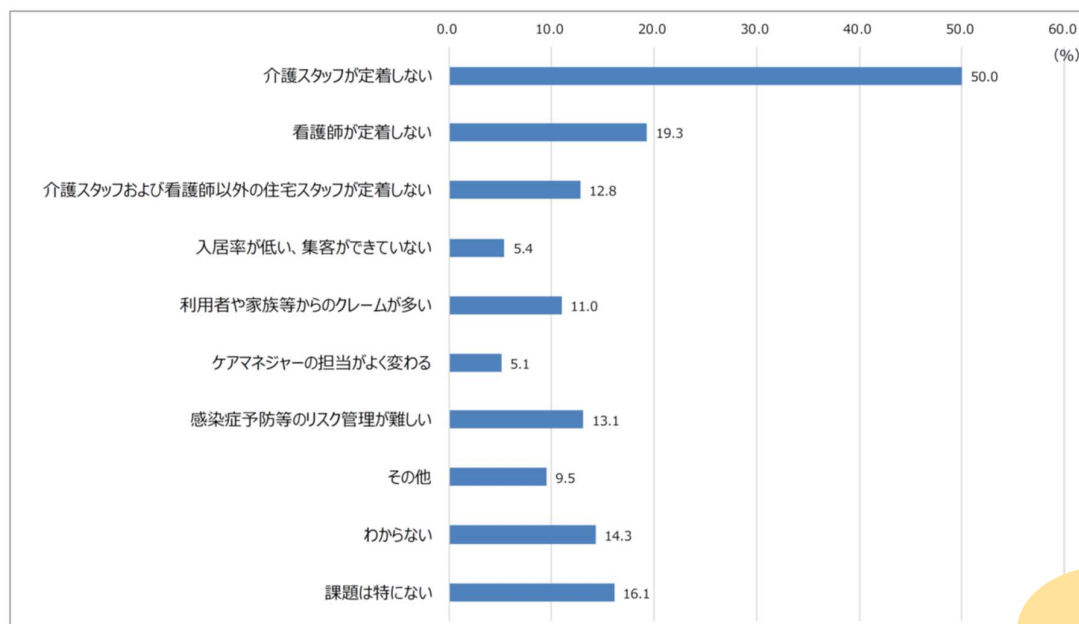
- (ア) 事業者の都合により、**同一住宅・ホーム内の利用者のケアプランが画一的**なものとなっている
- (イ) 事業者の都合により、**区分支給限度基準額一杯まで**同一法人による介護保険サービスを設定したケアプランが多い
- (ウ) 事業者の都合を意識することで、利用者にとって**必要な介護保険サービスがケアプランに位置づけることが難しい**場合がある
- (エ) 住宅・ホームの事業者から、**同一法人 (併設含む) の訪問介護や通所介護などの利用を区分支給限度基準額一杯までケアプランに設定してほしい**といった要請がある
- (オ) 基本的には、**住宅・ホームと同一法人が提供するサービスを優先**し、ケアプランが作成されている

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

# アンケート調査結果より

Q10 あなたが担当される利用者が居住する住宅・ホームが抱えておられると思われる課題について、あてはまるものをすべてお選びください。

図表 14 住宅・ホームの抱える課題 (MA、n=336)



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

99

# アンケート調査結果より

## ■住宅・ホームの抱える課題

住宅・ホームの抱える課題としては、

「介護スタッフが定着しない」が50.0%と最も高い。

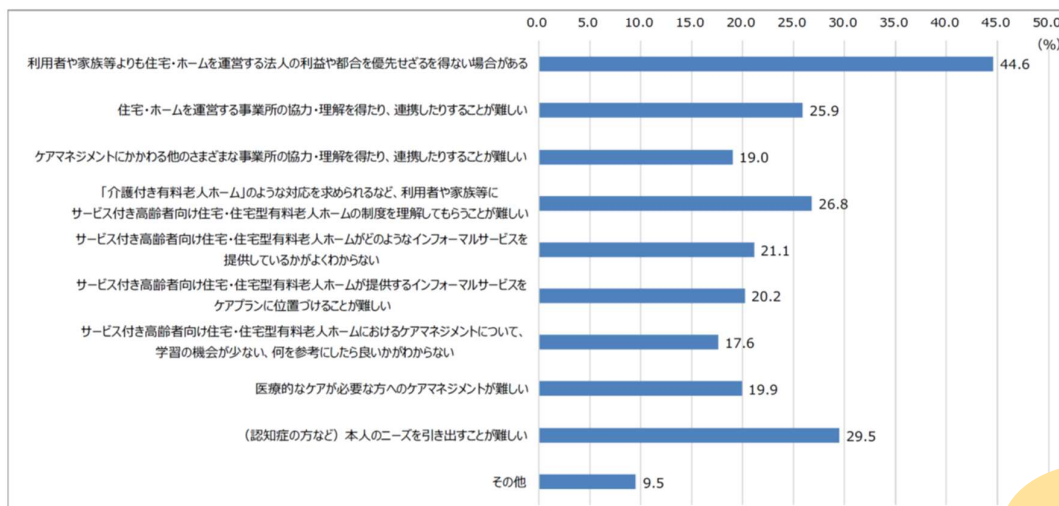
Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

100

# アンケート調査結果より

Q4 あなたが担当される利用者が居住する住宅・ホームについて、あなたやあなたの所属する居宅介護支援事業所で悩んでいること、課題だと思っていることとしてあてはまるものを全てお選びください。

図表 9 居宅介護支援事業所の悩みと課題 (MA、n=336)



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

101

# アンケート調査結果より

## ■居宅介護支援事業所の悩みと課題

居宅介護支援事業所の悩みと課題として、

- ◎ 「利用者や家族等よりも住宅・ホームを **運営する法人の利益や都合を優先**せざるを得ない場合がある」 (44.6%)
- ◎ 「(認知症の方など) **本人のニーズ**を引き出すことが難しい」 (29.5%)
- ◎ 「『**介護付き有料老人ホーム**』のような**対応を求められる**など、利用者や家族等にサービス付き高齢者向け住宅・住宅型有料老人ホームの制度を理解してもらうことが難しい」 (26.8%)

が上位となっている。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

102



# 成果物としての冊子

## ■高齢者住まいのケアマネジメントに関与している各主体別の対応

基本的な方針を踏まえ、高齢者住まいのケアマネジメントに関与している各主体別に、どのような観点からどのようなメッセージを伝えるべきかについて、検討を進めた。そのうえで、それぞれの主体に向けた啓発のための冊子を作成することとした。

- ① 居宅介護支援事業所・ケアマネジャー向け啓発冊子（別添資料1）
- ② 高齢者住まい運営事業所向け啓発冊子（別添資料2）
- ③ 消費者（入居者・家族）向け啓発冊子（別添資料3）

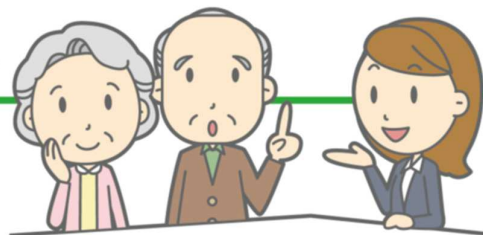
# ケアマネジャー向け冊子

## ■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



# ケアマネジャー向け冊子

## 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く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。

## 高齢者住まいのメリット（榊原）

- ・ サービスの組み合わせが自由
- ・ 必要な分だけ利用することができる（安価になる場合も）
  
- ・ 入居前の主治医を継続することができる
- ・ 入居前のケアマネジャーを継続利用することができる
- ・ 入居前のデイサービスや訪問介護等を継続利用することができる
- ・ 福祉用具貸与、特定福祉用具販売を利用することができる
  
- ・ 法人グループ内サービスを利用することで、連携がよりスムーズになる（利用者・家族から見ても連絡等が一本化される）
- ・ 法人グループ指定の医師にかかることで、受診等の手間がなくなることもある。夜間等の緊急時も安心等

# ケアマネジャー向け冊子

## 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

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

107

# ケアマネジャー向け冊子

## 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

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

108



# ケアマネジャー向け冊子

## 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。



# ケアマネジャー向け冊子

## 【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？



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)

しんどい日は  
休みたいのに…



\* 事例1, 2を参照のこと



# ケアマネジャー向け冊子

## 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）

# 高齢者住まい運営事業者向け冊子

高齢者住まい運営事業所に対しては、住まい側の視点から、不適切な対応につき具体事例を通じて 確認・理解できるような構成とした。

また①（※ケアマネ向け冊子）と同様に 自らの対応について振り返りができるよう、チェックリスト形式でポイントを整理した。

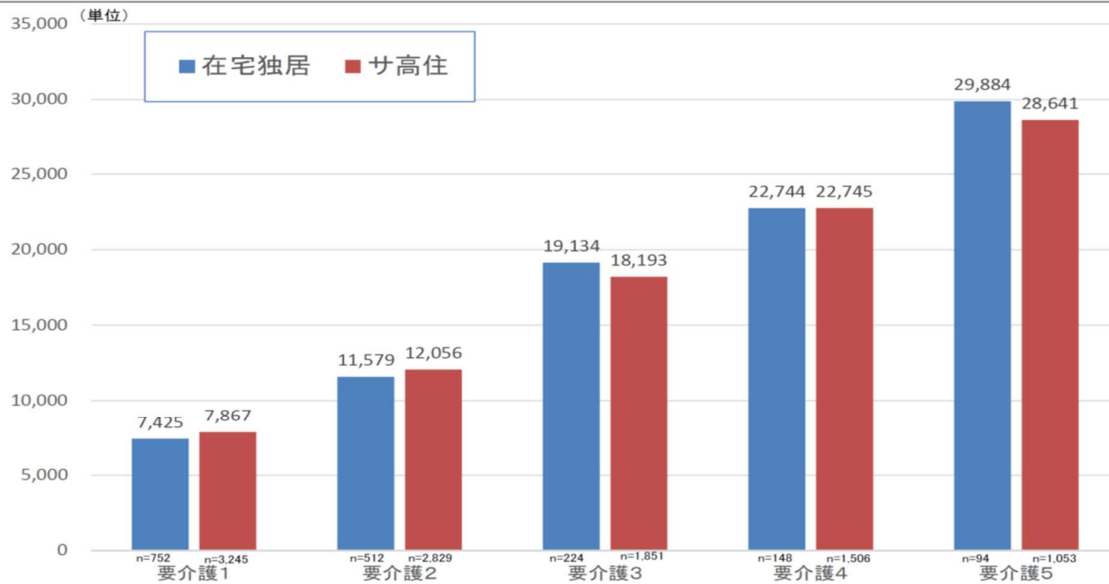
なお、前述の通り 住まい側の 対応はケアマネジャーの対応に影響することもあるため、ケアマネジャーとの関係性にも留意しつつ、取りまとめることとした（ケアマネジメントプロセスにおける不適切な対応の言及、居宅介護支援事業所・ケアマネジャー向け啓発冊子の発行に関する言及等）。

# 2021年改定

## サ高住等における適正な介護保険サービス提供

5. (1)⑫

○ サービス付き高齢者向け住宅の入居者と在宅独居の方を比較すると、介護サービス利用量に大きな差異は見受けられないところ。



(出典) (一社)高齢者住宅協会における調査結果(2019年11月サービス提供分の国保連請求データ、ケアプランを調査)

※ 在宅独居については、大手運営事業者の国保連請求データにより集計。

※ サ高住については、大手運営事業者の国保連請求データ及び小規模事業者のうち、高齢者住宅協会が定めている行動規範(サ高住運営事業者が、利用者の医療・介護サービス事業者の選択・変更できる権利を守ることや、入居に際し、サ高住運営事業者が運営する介護・医療サービス事業者が併設・隣接している場合、入居前から受けていたサービスを継続利用できる権利を守ること等)に対する遵守宣言をした住宅の入居者のケアプランのうち、区分支給限度管理対象額を集計している。

179

第196回社会保障審議会介護給付費分科会

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

113

## 本日の内容

### ■ケアマネジャー・相談援助職養成 「質の向上」&「省力化」

#### ◎運営指導とケアプラン点検の基本

- ・ 前回の振り返り
- ・ 運営指導の基本
- ・ ケアプラン点検の基本
- ・ 資料編

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

114

## CM・相談員「質の向上」&「省力化」

### ■毎月1回90分+Q&A ※セミナ&後日動画

1. ケアマネジメントを学び直す必要性について  
介護報酬改定内容、自立支援、尊厳の保持を中心に
2. 課題分析（アセスメント）項目の解説
3. 生活歴・生活習慣の把握と活用／ニーズ抽出と目標設定
4. ケアプラン立案／課題整理総括表
5. サービス担当者会議／モニタリング／支援経過
6. 運営指導とケアプラン点検の基本
7. 運営指導対策その1（運営基準編）
8. 運営指導対策その2（算定基準編）
9. 運営指導対策その3（居宅サービスの活用編）
10. 運営指導対策その4（必要書類整備が標準となる仕組み）
11. 居宅介護支援事業所の管理運営 その1
12. 居宅介護支援事業所の管理運営 その2

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

115

## CM・相談員「質の向上」&「省力化」

### ■特典動画25本！！●万円相当のプレゼント（1年コースお申込みの方）

- ・令和6年度介護報酬改定 居宅介護支援全解説
- ・クレーム対応の基礎
- ・カスタマーハラスメント対応の具体策
- ・リーダー&相談援助職のための説明力向上講座より  
重要事項説明書の内容と説明のポイント／廃用症候群の悪循環について
- ・進塾（面談スキル向上講座）より
- ・「管理者・リーダーが身につけたい！話し方・伝え方のスキル」  
～話し方・伝え方「10」の型とコツ～
- ・管理職養成講座（全12回）より以下2本  
管理職の仕事とは～心構えと身につけるべきスキル～  
「ルール」と「コミュニケーション」でチームを再点検！
- ・適切なケアマネジメント手法（10本）
- ・ケアプラン点検支援マニュアルの解説
- ・居宅サービス計画記載要領の解説
- ・ビジネススキル3本（ロジカル&クリティカルシンキング  
アイデア創出・問題解決）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

116

# 継続的な学習の重要性！

## ■成長のために

- ・ **ギャップ**を埋める & **強み**を活かす
- ・ **時間とエネルギー**をかけた分だけ成長する
- ・ **よい情報を浴び続ける**、そういう**環境**に身を置く
- ・ **成長は螺旋階段**、その時々で**受け取るものも違う**
- ・ **ミラーニューロン効果**（思考・行動に影響、**時間差で効果!**）、**感度**が高まる
- ・ **知れば知るほど分からないこと**が増える、**知りたいこと**が増える
- ・ **学びが理想**をつくり、**理想が学び**を生む

## ■メンテナンスのために

- ・ いつも良い状態を保てるとは限らない……。
- ・ **定期的に軌道修正**させてくれる、**人・環境の存在**が必要

## ■自分自身、そしてチームワーク

- ・ **シャンパンタワー**：自分が満ち足りて、人を満たすことができる
- ・ **研修はチームで参加**、普段は話さないことも話す、施設を越えた連携

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

117

# 継続的な学習の機会を持つために



影響力・インパクト



回数・頻度



**習慣化 = インパクト × 回数**

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

118



# 介護現場をよくするライブラリー

ACS Appare Care Service 介護現場をよくするライブラリー

ホーム セミナー お気に入り 閲覧履歴

会員ログイン

キーワードで探す



経営から現場まで！介護と介護事業を守り、よくする「教育インフラ」リーダーズ・プログラム

初めての方へ



2週間体験利用受付中！  
詳しくはこちら >

日々更新中！公式サイト・SNS



お知らせ お知らせ一覧 >

**セミナー**  
【おススメ！セミナー動画】介護現場をよくする21のテーマ！  
ACGs2023第22回「事業計画・目標達成」  
【おススメ！セミナー動画】のご案内です。介護現場をよくする21のテーマ！ACGs2023第22回「事業計画・目標達成」～事業・サービスの継続・発展のために～https://appare-kaigo...

セミナー案内 セミナーをもっと見る >

|   |  |
|---|--|
| <p><b>4月16日 (火)</b><br/>14:00～16:00<br/>管理職養成2024<br/>管理職 リーダー 本部 管理者</p> | <p><b>4月17日 (水)</b><br/>14:00～15:30<br/>介護事業の教育インフラ！リーダーズ・プログラム 会員限定グループコンサルティ...<br/>会員限定 リーダーズ・プログラム</p> |
|---|--|

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

# 専門職の必須科目！ 「コミュニケーション&面談スキル」

| 進さん担当<br>「面談スキル」 | 工藤さん担当<br>「コミュニケーションスキル」 |
|------------------|--------------------------|
| 5月①客観視するスキル      | 6月①ネガティブな感情に振り回されない思考法   |
| 7月②正しく聴くスキル      | 8月②人の心が読めるようになる【聞き方】の鍛え方 |
| 9月③本質を問うスキル      | 10月③工藤ゆみの認知症ケアの視点        |
| 11月④現実を見せるスキル    | 12月④リーダー・管理職を選ぶ視点、育てる視点  |
| 1月⑤行動を変えるスキル     | 2月⑤スタッフの成長を促す質問力         |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

# 「7つの習慣」講座を受講しました！

一般社団法人  
7つの習慣®  
アカデミー協会

フランクリン・コヴィー・ジャパン株式会社・提携団体

当協会について 事例紹介 イベントスケジュール 認定ファシリテーター

お問い合わせ

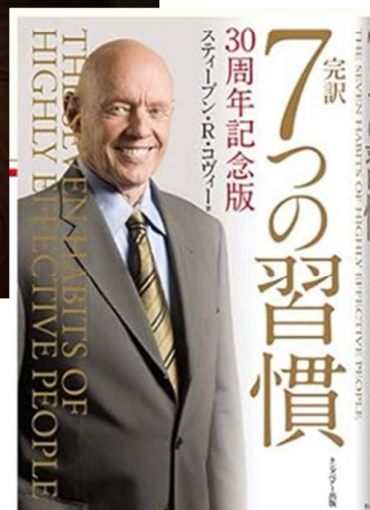
World's No.1 Leadership Program

## 世界普遍のリーダーシップ・プログラム

世界 4000万部突破の歴史的ロングセラー

世界最大級・160カ国で展開

世界トップ企業Fortune500社の75%が導入した研修プログラム



121

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

# 「7つの習慣」実践会（予定）

|     | 少人数制（6名限定）<br>夜間：19時～22時 | 大人数制（法人職員向け）<br>日中：14時～17時 |
|-----|--------------------------|----------------------------|
| 6月  | 第1回（模擬）                  | —                          |
| 7月  | 第2回・第3回（模擬）              | —                          |
| 8月  | 第4回（3日）第5回（25日）          | —                          |
| 9月  | 第6回（8日）→15日に変更           | —                          |
| 10月 | 第7回（13日）                 | 第1回（4日）                    |
| 11月 | 第8回（17日）                 | 第2回（29日）                   |
| 12月 | 第9回（21日）                 | 第3回（26日）                   |
| 1月  | 第10回（18日）                | 第4回（14日）                   |
| 2月  | 第11回（15日）                | 第5回（6日）                    |
| 3月  | 第12回（15日）                | 第6回（26日）                   |

122

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

## 「7つの習慣」実践会

|     |           |                          |
|-----|-----------|--------------------------|
| 第1回 | P1-P46    | パラダイムと原則<br>～インサイド・アウト   |
| 第2回 | P47-P70   | パラダイムと原則<br>～7つの習慣とは     |
| 第3回 | P71-P114  | 第1の習慣<br>主体的である          |
| 第4回 | P115-P190 | 第2の習慣<br>終わりを思い描くことから始める |
| 第5回 | P191-P250 | 第3の習慣<br>最優先事項を優先する      |
| 第6回 | P251-P284 | 公的成功<br>相互依存のパラダイム       |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

123

## 「7つの習慣」実践会

|      |               |  |
|------|---------------|--|
| 第7回  | P285-P336     | 第4の習慣<br>Win - Win を考える                  |
| 第8回  | P337-P371     | 第5の習慣<br>まず理解に徹し、そして理解される<br>「まず理解に徹し」編  |
| 第9回  | P371-P380     | 第5の習慣<br>まず理解に徹し、そして理解される<br>「そして理解される」編 |
| 第10回 | P381-P420     | 第6の習慣<br>シナジーを創り出す                       |
| 第11回 | P421-P473     | 第7の習慣<br>刃を研ぐ                            |
| 第12回 | 書籍なしで<br>参加可能 | 年間ビジョンとプランニング                            |

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

124

# ぜひご覧ください！

天晴れ介護サービス公式LINEに登録して  
「お得情報」と「特典動画」「限定セミナー」を  
手に入れる！

特典動画は「経営から現場まで！  
介護事業の持続的な成功を実現する3つの取り組み」！

天晴れ介護サービスYouTubeチャンネルに  
登録して「無料動画」で楽しく学習する！

200本近くの動画+約100本のショート動画！  
気軽に学ぶには最適です！

facebookグループ  
介護と介護事業を守り、よくする！  
1000人の仲間たち\ (^ ^ ) /  
に参加して、報酬改定速報セミナーを見る！

毎朝5:55のLIVEにも参加できます！  
朝活、おススメです (^ ^ ) ！

天晴れ介護サービス公式メルマガに登録して  
「最新情報」と「特典動画」を手に入れる！

毎週4,000字の情報+特典動画！  
特典動画は…これから用意しますm(\_\_)m



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

125

## CM・相談員「質の向上」&「省力化」

ご清聴ありがとうございました！



天晴れ介護サービス総合教育研究所

代表 榊原宏昌

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

126