

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」

## ■運営指導対策その1「運営基準編」

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！「事業経営&教育インフラ」リーダーズ・プログラム（年会費制）主催
- ◎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  
人を大切にす経営「10」の極意  
日経出版

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」

### ◎運営指導対策その1 「運営基準編」

- ・ 前回の振り返り
- ・ 運営基準の主な内容について

# 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」

### ◎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.

12

# 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
- ・別途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 (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 (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.

15

# 報酬請求指導に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**）

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

16



# 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

# 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利用下さい。（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、こちらをご利用下さい。）  
また、貴関係総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

# 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。 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。 2: かかりつけ医が1か所以上記載されている。 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。 1: 既往歴の有無と内容が記載されていない。 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。 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 1: 2に該当しない。 ※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 「2」とする。) 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.

19

# 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.

20

# 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」

### ◎運営指導対策その1 「運営基準編」

- ・ 前回の振り返り
- ・ 運営基準の主な内容について

# 運営基準より

(指定居宅介護支援の基本取扱方針)

第十二条 指定居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

# 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 (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 (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.

23

# 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。 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。 2：かかりつけ医が1か所以上記載されている。 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。 1：既往歴の有無と内容が記載されていない。 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。 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。 ※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「2」とする。） 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.

24



# 運営基準より

(提供拒否の禁止)

第五条 指定居宅介護支援事業者は、正当な理由なく指定居宅介護支援の提供を拒んではならない。

正当な理由とは、

- ①当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合
- ②利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合
- ③利用申込者が他の指定居宅介護支援事業者にも併せて指定居宅介護支援の依頼を行っていることが明らかな場合等である。

(サービス提供困難時の対応)

第六条 指定居宅介護支援事業者は、当該事業所の通常の事業の実施地域（当該指定居宅介護支援事業所が通常時に指定居宅介護支援を提供する地域をいう。以下同じ。）等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定居宅介護支援を提供することが困難であると認めた場合は、他の指定居宅介護支援事業者の紹介その他の必要な措置を講じなければならない。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

25

# 運営基準より

(要介護認定の申請に係る援助)

第八条 指定居宅介護支援事業者は、被保険者の要介護認定に係る申請について、利用申込者の意思を踏まえ、必要な協力を行わなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者は、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の三十日前には行われるよう、必要な援助を行わなければならない。

被保険者が居宅介護支援事業者に要介護認定の申請に関する手続きを代わって行わせることができること等を踏まえ、被保険者から要介護認定の申請の代行を依頼された場合等においては、居宅介護支援事業者は必要な協力を行わなければならないものとしたものである。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

26

# 運営基準より

更新等スケジュール表

利用者氏名	H27.4	H27.5	H27.6	H27.7	H27.8	H27.9	H27.10	H27.11	H27.12	H28.1	H28.2	H28.3	H28.4	H28.5	H28.6	H28.7	H28.8	H28.9	H28.10	H28.11	H28.12	H29.1	H29.2	H29.3
1〇〇△△					短・ア 負担						更・ア 負担							短・ア 負担						更・ア 負担
2◇◇□□	短・ア 負担						更・ア 負担						短・ア 負担						更・ア 負担					
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								

# 運営基準より

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第一条の二に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

二 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。

## ② 指定居宅介護支援の基本的留意点（第2号）

指定居宅介護支援は、利用者及びその家族の主体的な参加及び自らの課題解決に向けての意欲の醸成と相まって行われることが重要である。このためには、指定居宅介護支援について利用者及びその家族の十分な理解が求められるものであり、介護支援専門員は、指定居宅介護支援を懇切丁寧に行うことを旨とし、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行うことが肝要である。

# 運営基準より

ケアマネジメントプロセスの説明

アセスメントは

- ◎ご本人・ご家族のお気持ちや現状を把握し、よりよい生活のために何が必要かを考えます
- ◎その為にご自宅の環境も確認させて頂いています。

ケアプランは？

- ◎アセスメントをもとに、一緒に目標を考え、目標を達成するために必要となるサービス内容や担当者を決めていきます

サービス担当者会議は？

- ◎「担当者」とは支援に関わる人のことであり、よりよい生活を送ることができるようにみんなで話し合います
- ◎話し合っで決めることで、それぞれの専門性が活かされるとともに、同じ方向を向いて、協力し合うことができます

モニタリングは？

- ◎プランの内容を実施した後、毎月、プランの実施状況や目標の達成度合いを確認します
- ◎生活状況に変化がないかも確認させて頂くため、ご自宅に伺わせて頂きます
- ◎プラン内容について修正が必要なら修正を検討します

# 運営基準より

利用者によるサービスの選択	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者が居住する地域の指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を利用者又はその家族に対して提供する
介護保険施設への紹介その他の便宜の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、紹介その他の便宜の提供を図る
秘密保持	<input checked="" type="checkbox"/> 正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない <small>(※従業員でなくなった後も秘密を保持する旨を雇用時の取り決め等で行っておくこと)</small> <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援開始時に、利用者及びその家族の代表から、あらかじめ文書により同意を得ておかなければならない
苦情処理	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら提供した居宅介護支援又は居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス等に対する苦情について対応する <input checked="" type="checkbox"/> 事情を聞く、問題点を把握、対応策を検討、利用者に説明、記録 <input checked="" type="checkbox"/> 行政の調査に協力、指導に対する改善

# 運営基準より

## ⑥ 利用者自身によるサービスの選択（第5号）

（前略）したがって、特定の指定居宅サービス事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のサービスのみによる居宅サービス計画原案を最初から提示するようなことがあってはならない。また、例えば集合住宅等において、特定の指定居宅サービス事業者のサービスを利用することを、選択の機会を与えることなく入居条件とするようなことはあってはならないが、居宅サービス計画についても、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の指定居宅サービス事業者のみを居宅サービス計画に位置付けるようなことはあってはならない。

# 運営基準より

事故発生時の対応	<ul style="list-style-type: none"><li>☑居宅介護支援の提供により事故が発生した場合 →速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行い、必要な措置を行う</li><li>☑事故の状況、事故に際して採った処置について記録する</li><li>☑原因の解明、再発生を防ぐための対策を講じる</li></ul>
個別サービス計画について	<ul style="list-style-type: none"><li>☑担当者に居宅サービス計画を交付したときは、担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認することとしたものである</li><li>☑さらに、サービス担当者会議の前に居宅サービス計画の原案を担当者に提供し、サービス担当者会議に個別サービス計画案の提出を求め、サービス担当者会議において情報の共有や調整を図るなどの手法も有効である。</li></ul>



# 運営基準より

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第十三条 指定居宅介護支援の方針は、第一条の二に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

二の二 指定居宅介護支援の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。

二の三 前号の身体的拘束等を行う場合には、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記録しなければならない。

# 運営基準より

(勤務体制の確保)

第十九条 指定居宅介護支援事業者は、利用者に対し適切な指定居宅介護支援を提供できるよう、指定居宅介護支援事業所ごとに介護支援専門員その他の従業者の勤務の体制を定めておかななければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に指定居宅介護支援の業務を担当させなければならない。ただし、介護支援専門員の補助の業務についてはこの限りでない。

3 指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

4 指定居宅介護支援事業者は、適切な指定居宅介護支援の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより介護支援専門員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。

# 運営基準より

(業務継続計画の策定等)

第十九条の二 指定居宅介護支援事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

# 運営基準より

(虐待の防止)

第二十七条の二 指定居宅介護支援事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

一 当該指定居宅介護支援事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ること。

二 当該指定居宅介護支援事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。

三 当該指定居宅介護支援事業所において、介護支援専門員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。

四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

# ケアマネジメントの流れ



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

37

# ケアマネジメントの流れ

## (7) 指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針

基準第13条は、利用者の課題分析、サービス担当者会議の開催、居宅サービス計画の作成、居宅サービス計画の実施状況の把握などの居宅介護支援を構成する一連の業務のあり方及び当該業務を行う介護支援専門員の責務を明らかにしたものである。

なお、利用者の課題分析（第6号）から担当者に対する個別サービス計画の提出依頼（第12号）に掲げる一連の業務については、基準第1条の2に掲げる基本方針を達成するために必要となる業務を列記したものであり、基本的にはこのプロセスに応じて進めるべきものであるが、緊急的なサービス利用等やむを得ない場合や、効果的・効率的に行うことを前提とするものであれば、業務の順序について拘束するものではない。ただし、その場合にあっても、それぞれ位置付けられた個々の業務は、事後的に可及的速やかに実施し、その結果に基づいて必要に応じて居宅サービス計画を見直すなど、適切な対応しなければならない。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

38

# ケアマネジメントの流れ

(居宅サービス計画書記載要領)

本様式は、当初の介護サービス計画原案を作成する際に記載し、その後、介護サービス計画の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。

# ケアマネジメントの流れ

介護サービス計画書（ケアプラン）様式の一部改正についてのQ&A

Q1：「作成年月日」とは、何の日付を記載するのか。

A：利用者（家族）と介護支援専門員等（援助者）との間で、介護サービス計画原案について説明・同意（共通認識）がなされた日である。

なお、居宅サービス計画「第4表」、「第5表」及び施設サービス計画「第5表」、第6表」については、介護支援専門員が作成（記録）した日である。

また、居宅サービス計画「第6表」及び施設サービス計画「第7表」については、介護支援専門員が作成（記録）を開始した日である。



# ケアマネジメントの比較

	介護予防支援	居宅介護支援	施設介護支援
標準件数	—	35人	100人
アセスメント	4項目（運動・移動、日常生活、社会参加、健康管理）	23項目（課題分析標準項目）	※23項目（課題分析標準項目）
サービス担当者会議	原則会議 やむを得ない場合に照会	原則会議 やむを得ない場合に照会	会議、照会等
モニタリング	訪問 1回/3ヵ月 記録 1回/月 オンライン可	訪問・記録 1回/月 ※オンライン可	定期的 ※頻度は入居者の心身状況に応じて適切に
減算	なし	あり	なし

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

41

# ケアマネジメントプロセスの注意点

項目	チェックポイント
重要事項説明書 契約書 個人情報同意書	<input checked="" type="checkbox"/> 日付は課題分析以前になっているか <input checked="" type="checkbox"/> 重要事項説明書を交付しているか <input checked="" type="checkbox"/> 個人情報同意書の同意欄は「利用者」及び「家族代表者」となっているか
課題分析	<input checked="" type="checkbox"/> 日付はケアプランの作成日以前になっているか <input checked="" type="checkbox"/> 場所は原則「自宅」になっているか <input checked="" type="checkbox"/> 「利用者」及び「家族」に面接しているか <input checked="" type="checkbox"/> アセスメントシートは課題分析標準項目（23項目）を網羅しているか <input checked="" type="checkbox"/> 課題分析からニーズが導き出されているか <input checked="" type="checkbox"/> ケアプランに位置づけたサービス（加算等）の根拠があるか <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護の生活援助</li> <li>・通所介護の入浴介助加算</li> <li>・通所介護の個別機能訓練加算</li> <li>・訪問看護</li> <li>・ショートステイ</li> <li>・福祉用具貸与</li> <li>・福祉用具購入</li> <li>・住宅改修</li> </ul>

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

42

# 運営基準より

(内容及び手続の説明及び同意)

第四条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第十八条に規定する運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、居宅サービス計画が第一条の二に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等につき説明を行い、理解を得なければならない。

3 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、前六月間に当該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の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護（以下この項において「訪問介護等」という。）がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合及び前六月間に当該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訪問介護等ごとの回数の中に同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合につき説明を行い、理解を得るよう努めなければならない。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

43

# ケアマネジメントプロセスの注意点

居宅サービス計画書 (第1表～第3表)	<ul style="list-style-type: none"><li><input checked="" type="checkbox"/> 本人、家族の意向はアセスメント内容と整合性があるか</li><li><input checked="" type="checkbox"/> ニーズ、目標、サービス内容はアセスメント内容と整合性があるか</li><li><input checked="" type="checkbox"/> 加算等で必要な内容を網羅しているか</li><li><input checked="" type="checkbox"/> 意向、ニーズ、目標、サービス内容間に矛盾はないか</li><li><input checked="" type="checkbox"/> 日付や期間は適切か</li><li><input checked="" type="checkbox"/> このプランを実施することで本人・家族の生活はよりよくなるか</li><li><input checked="" type="checkbox"/> 本人の同意をもらっているか</li><li><input checked="" type="checkbox"/> 本人、サービス担当者に交付しているか</li></ul>
------------------------	--

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

44







# ケアマネジメントプロセスの注意点

		<p>なお、利用者やその家族の参加が望ましくない場合（家庭内暴力等）には、必ずしも参加を求めるものではないことに留意されたい。</p>
		<p>また、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとしているが、この場合にも、緊密に相互の情報交換を行うことにより、利用者の状況等についての情報や居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要がある。</p>
		<p>なお、ここでいうやむを得ない理由がある場合とは、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を勘案して必要と認める場合のほか、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合、居宅サービス計画の変更であって、利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合等が想定される。</p>
		<p>また、末期の悪性腫瘍の利用者について必要と認める場合とは、主治の医師等が日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると判断した時点以降において、主治の医師等の助言を得た上で、介護支援専門員がサービス担当者に対する照会等により意見を求めることが必要と判断した場合を想定している。なお、ここでいう「主治の医師等」とは、利用者の最新の心身の状態、受診中の医療機関、投薬内容等を一元的に把握している医師であり、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことから、利用者又はその家族等に確認する方法等により、適切に対応すること。また、サービス種類や利用回数の変更等を利用者に状態変化が生じるたびに迅速に行っていくことが求められるため、日常生活上の障害が出現する前に、今後利用が必要と見込まれる指定居宅サービス等の担当者を含めた関係者を招集した上で、予測される状態変化と支援の方向性について関係者間で共有しておくことが望ましい。</p>

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

# ケアマネジメントプロセスの注意点

### 末期の悪性腫瘍患者に対するケアマネジメント

**① 見直し後：以下の方法も可能としてはどうか**

**① 末期の悪性腫瘍について 主治医の診断を確認**

→ 同行受診や面談等で主治医から診断と予後について確認  
※もちろん担当者会議に同席もOK

→ ケアプラン原案作成  
→ 最初、デイ・訪介・訪看・福祉用具、その後のA・B・C  
(ケアマネの動きもプラン化)  
→ 担当者会議

**④A 外出辛い**  
→ 訪問介護増（アセス・プラン変更）  
→ 想定内のため担当者会議不要※ただし、照会が必要  
→ 担当者に交付

**⑤B 家族の不安強い**  
→ 訪問看護増（アセス・プラン変更）  
→ 想定内のため担当者会議不要※ただし、照会が必要  
→ 担当者に交付

**⑥C 起きられなくなった**  
→ エアマット（アセス・プラン変更）  
→ 想定内のため担当者会議不要※ただし、照会が必要  
→ 担当者に交付

■ターミナルケアマネジメント加算  
※死亡日及び、死亡日前14日以内に2日訪問  
※状態変化を記録し、担当者に周知

状態変化（ケアプラン変更の必要性）を確認するため通常より頻回になるモニタリングを新たな加算で評価 23

社保審 - 介護給付費分科会 第152回（H29.11.22）資料1

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.



# ケアマネジメントプロセスの注意点

居宅介護支援経過 (第5表)	<input checked="" type="checkbox"/> 日付、曜日、時間、場所、手段、相手、内容の記載があるか <input checked="" type="checkbox"/> 契約、サービス担当者会議、ケアプランの交付、申請代行 毎月の訪問、入退院(加算にも関連)、連絡調整等 <input checked="" type="checkbox"/> 法的に義務付けられていることを把握して確実に記載
サービス利用票・別表 (第6表、第7表)	<input checked="" type="checkbox"/> 日付は適切か <input checked="" type="checkbox"/> 同意はあるか <input checked="" type="checkbox"/> 月途中の変更(特に増額)の場合は再度同意を得ているか
モニタリングシート(任意)	<input checked="" type="checkbox"/> 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 →これを「モニタリング」という <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録する <input checked="" type="checkbox"/> 「特段の事情」とは、利用者の事情により利用者の居宅を訪問し、 利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、 介護支援専門員に起因する事情は含まれない

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

51

# 利用票・提供票について

## 計画対象月間中の「サービス利用票・提供票」の再作成

利用者の希望等により、当初の「居宅サービス計画」外のサービスの追加等を行った場合には、「サービス利用票」等を再作成し、利用者への提示及び同意を得ることが必要となり、また、「給付管理票」の作成も、再作成された「サービス利用票(控)」に基づき行われることとなる。

特に下記のように、「給付管理票」の記載内容に影響のある場合は、必ず「サービス利用票」等の再作成が必要となる。「サービス利用票」等の再作成、及びその内容の「給付管理票」への反映が行われない場合には、サービス事業者の請求に対して報酬が支払われず、利用者が当該サービスの総費用を請求されるものとなるなど、事業者、利用者とのトラブルの原因になることに十分留意が必要である。

・「サービス利用票」に記載された事業所ごとのサービス種類の額の合計が当初の計画を上回る場合

・事業者を変更する場合 等

### (作成手順)

- ① 変更後の「居宅サービス計画」に基づき、「サービス利用票」を再作成し、「サービス利用票別表」で、支給限度額確認と利用者負担計算を改めて行う。
- ② 再作成後の「サービス利用票」等を利用者へ交付し、改めて、控に利用者の確認印を受ける。
- ③ あわせて「サービス提供票」の内容も修正し、変更した計画内容に関するサービス事業所への送付を行う。

全国介護保険担当者会議資料(平成12年3月8日開催)(第2分冊)

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

52

# ケアマネジメントプロセスの注意点

## 17. 居宅介護支援 ①医療と介護の連携の強化（特定事業所加算の見直し）

概要 ※ウは介護予防支援を含み、エは介護予防支援は含まない

- ウ 平時からの医療機関との連携促進
  - i 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務づける。【省令改正】
  - ii 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。【省令改正】

エ 医療機関等との総合的な連携の促進  
 特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所を更に評価する。（平成31年度から施行）

### 単位数

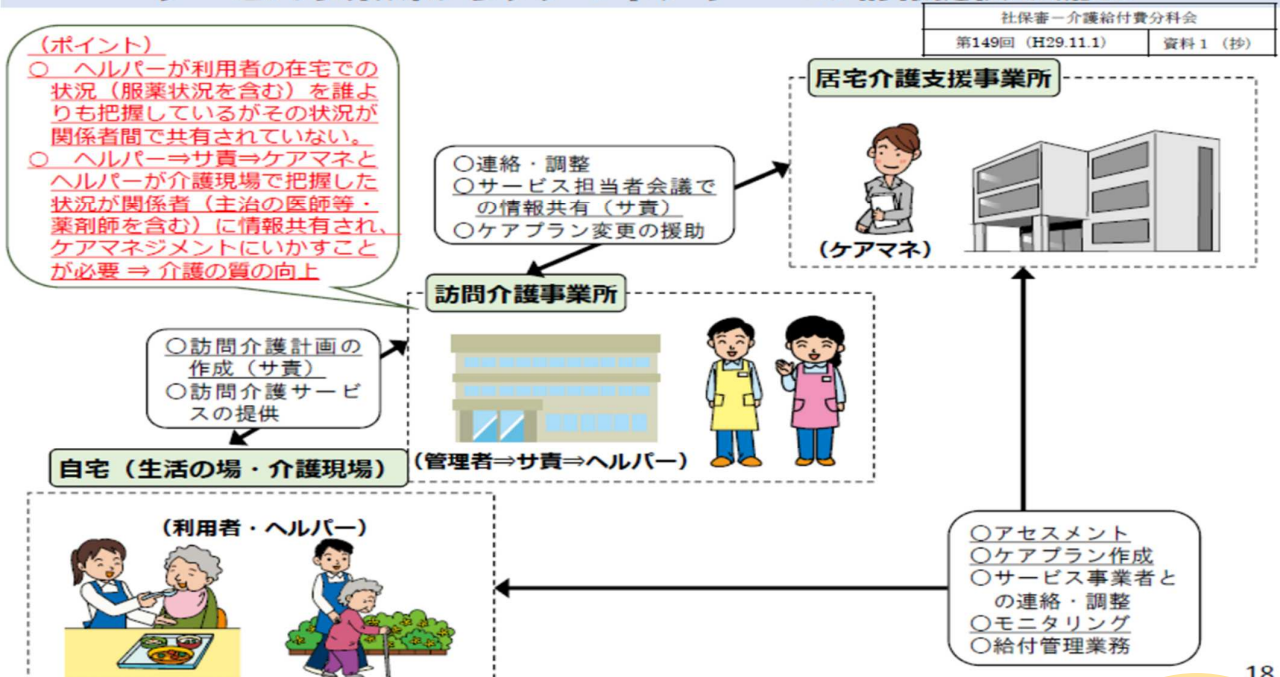
○エについて  
 <現行> なし ⇒ <改定後> 特定事業所加算(Ⅳ) 125単位/月(新設)

### 算定要件等

<エについて>  
 ○特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算(新設：次頁参照)を年間5回以上算定している事業所

# ケアマネジメントプロセスの注意点

## サービス事業所からケアマネジャーへの情報提供の流れ



# 訪問介護の法令より

## (16) 管理者及びサービス提供責任者の責務

また、同条第3項第2号の2において、サービス提供責任者は居宅介護支援事業者等に対して、指定訪問介護の提供に当たり把握した利用者の服薬状況や口腔機能等の利用者の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報の提供を行うこととされているが、情報の提供は、サービス担当者会議等を通じて行うことも差し支えない。必要な情報の内容については、例えば、

- ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
- ・薬の服用を拒絶している
- ・使いきらないうちに新たに薬が処方されている
- ・口臭や口腔内出血がある
- ・体重の増減が推測される見た目の変化がある
- ・食事量や食事回数に変化がある
- ・下痢や便秘が続いている
- ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない

等の利用者の心身又は生活状況に係る情報が考えられるが、居宅介護支援事業者等に対して情報提供する内容は、サービス提供責任者が適切に判断することとする。なお、必要な情報の提供については、あらかじめ、サービス担当者会議等で居宅介護支援事業者等と調整しておくことが望ましい。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

55

# 居宅介護支援の法令より

## ⑬ 居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等（第13号・第13号の2）

（前略）なお、利用者の解決すべき課題の変化は、利用者に直接サービスを提供する指定居宅サービス事業者等により把握されることも多いことから、介護支援専門員は、当該指定居宅サービス事業者等のサービス担当者と緊密な連携を図り、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合には、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めなければならない。

また、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報は、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師が医療サービスの必要性等を検討するにあたり有効な情報である。このため、指定居宅介護支援の提供に当たり、例えば、

- ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
- ・薬の服用を拒絶している
- ・使いきらないうちに新たに薬が処方されている
- ・口臭や口腔内出血がある
- ・体重の増減が推測される見た目の変化がある
- ・食事量や食事回数に変化がある
- ・下痢や便秘が続いている
- ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない状況

等の利用者の心身又は生活状況に係る情報を得た場合は、それらの情報のうち、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師の助言が必要であると介護支援専門員が判断したものについて、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。なお、ここでいう「主治の医師」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

56



# ケアマネジメントプロセスの注意点

利用者が服用する薬について	
	薬が大量に余っている
	複数回分の薬を一度に服用している
	利用者が薬の服用を拒絶している
	使い切らないうちに新たな薬が処方されている
口腔や栄養の状況	
	口臭や口腔内出血がある
	体重の増減が推測される「見た目の変化」がある
	食事量や食事回数に変化がある
その他の身体状況等	
	下痢や便秘が続いている
	皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
	リハビリの提供が必要と思われる状態であるにもかかわらず提供されていない

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

57

# 医師への報告書の例

〇〇医院 □□先生 御侍史

平素は格別のご高配を賜り、深く御礼申し上げます。担当させて頂いております（\_\_\_\_\_様）について、〇月のご家庭での生活状況、介護サービスの利用状況をご報告させていただきます。

■要介護認定について

要介護認定期間	要介護〇（平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日）
---------	-------------------------

■利用中のサービスについて

サービス種別	事業所名	利用回数等	備考

■ケアプラン（短期目標）について

短期目標	プラン実施状況	目標達成状況	特記事項
〇〇〇	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施できない時もある <input type="checkbox"/> 実施せず	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	
〇〇〇	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施できない時もある <input type="checkbox"/> 実施せず	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	
〇〇〇	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施できない時もある <input type="checkbox"/> 実施せず	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし（維持） <input type="checkbox"/> 悪化	

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

58

# 医師への報告書の例

## ■状態変化について

項目	評価	特記事項
日常生活自立度	障害： 認知症：	
長谷川式スケール	○点 (○年○月○日実施)	
健康状態	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし(維持) <input type="checkbox"/> 悪化	
ADL	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし(維持) <input type="checkbox"/> 悪化	
IADL	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし(維持) <input type="checkbox"/> 悪化	
認知症の症状	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし(維持) <input type="checkbox"/> 悪化	
社会交流・意欲・楽しみ	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし(維持) <input type="checkbox"/> 悪化	
介護者	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし(維持) <input type="checkbox"/> 悪化	
その他		
利用者の服薬状況		
<input type="checkbox"/> 薬が大量に余っている <input type="checkbox"/> 複数回分の薬を一度に服用している <input type="checkbox"/> 利用者が薬の服用を拒絶している <input type="checkbox"/> 使い切らないうちに新たな薬が処方されている		
口腔や栄養の状況		
<input type="checkbox"/> 口臭や口腔内出血がある <input type="checkbox"/> 体重の増減が推測される「見た目の変化」がある <input type="checkbox"/> 食事量や食事回数に変化がある		
その他の身体状況等		
<input type="checkbox"/> 下痢や便秘が続いている <input type="checkbox"/> 皮膚が乾燥していたり湿疹等がある <input type="checkbox"/> リハビリの提供が必要と思われる状態であるにもかかわらず提供されていない		
その他		

上記のサービス内容や療養状況などについてご不明な点やご意見などがございましたら、ご多忙中大変恐縮ではありますが、右記担当者までご連絡頂けましたら幸いです。今後ともご指導・ご鞭撻のほど、よろしくお願い致します。

〇〇ケアプランセンター  
 管理者：〇〇 担当者：〇〇  
 TEL： FAX：  
 作成日：

# モニタリング帳票の例

利用者氏名	〇〇 〇〇	H	O	〇	〇	
担当者	〇〇 〇〇	面談相手	利用者 長男	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	実施	目標達成	面談場所	
①プラン実施 状況 ②目標達成 状況	短期目標	評価基準	実施	目標達成	実施	目標達成
	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 (評価欄 左へ記入) 1. 実施されている 2. 実施されない時がある 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	目標達成状況 (評価欄 右へ記入) 1. 改善 2. 変化なし(現状維持) 3. 悪化	1	2		
	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		1	1		
本人・家族の 見解 (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	1. 大変満足 2. 満足 3. ふつう 4. やや不満 5. 不満 6. 不明	2	2		
	住宅改修		2	2		
	暮会所の友人		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		2			
	4. 認知症症状	1. 改善 2. 変化なし(現状維持) 3. 悪化	2			
	5. 社会交流・楽しみ・喜び		1			
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 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			



# 居宅介護支援 モニタリング

## ⑭ モニタリングの実施（第 14 号）

介護支援専門員は、モニタリングに当たっては、居宅サービス計画の作成後においても、利用者及びその家族、主治の医師、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、当該指定居宅サービス事業者等の担当者との連携により、モニタリングが行われている場合においても、特段の事情のない限り、少なくとも1月に1回は利用者と面接を行い、かつ、少なくとも1月に1回はモニタリングの結果を記録することが必要である。また、面接は、原則、利用者の居宅を訪問することにより行うこととする。

ただし、基準第 13 条第 14 号ロ(1)及び(2)の要件を満たしている場合であって、少なくとも2月に1回利用者の居宅を訪問し、面接するときは、利用者の居宅を訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して面接を行うことができる。なお、テレビ電話装置等を活用して面接を行う場合においても、利用者の状況に変化が認められた場合等においては、居宅を訪問することによる面接に切り替えることが適当である。また、テレビ電話装置等の活用にあたっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

# 居宅介護支援 モニタリング

テレビ電話装置等を活用して面接を行うにあたっては、以下のイからホに掲げる事項について留意する必要がある。

イ 文書により利用者の同意を得る必要があり、その際には、利用者に対し、テレビ電話装置等による面接のメリット及びデメリットを含め、具体的な実施方法（居宅への訪問は2月に1回であること等）を懇切丁寧に説明することが重要である。なお、利用者の認知機能が低下している場合など、同意を得ることが困難と考えられる利用者については、後述のロの要件の観点からも、テレビ電話装置等を活用した面接の対象者として想定されない。

ロ 利用者の心身の状況が安定していることを確認するにあたっては、主治の医師等による医学的な観点からの意見や、以下に例示する事項等も踏まえて、サービス担当者会議等において総合的に判断することが必要である。

- ・ 介護者の状況の変化が無いこと。
- ・ 住環境に変化が無いこと（住宅改修による手すり設置やトイレの改修等を含む）
- ・ サービス（保険外サービスも含む）の利用状況に変更が無いこと

# 居宅介護支援 モニタリング

ハ テレビ電話装置等を活用して面接を行うに当たっては、利用者がテレビ電話装置等を介して、利用者の居宅において対面で面接を行う場合と同程度の対応ができる必要がある。なお、テレビ電話装置等の操作については、必ずしも利用者自身で行う必要はなく、家族等の介助者が操作を行うことは差し支えない。

ニ テレビ電話装置等を活用して面接を行う場合、画面越しでは確認できない利用者の健康状態や住環境等の情報については、サービス事業所の担当者からの情報提供により補完する必要がある。この点について、サービス事業所の担当者の同意を得るとともに、サービス事業所の担当者の過度な負担とならないよう、情報収集を依頼する項目や情報量については留意が必要である。

なお、サービス事業所の担当者に情報収集を依頼するに当たっては、別途通知する「情報連携シート」を参考にされたい。※未発出

ホ 主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得る方法としては、サービス担当者会議のほか、利用者の通院や訪問診療への立会時における主治の医師への意見照会や、サービス事業所の担当者との日頃の連絡調整の際の意見照会も想定されるが、いずれの場合においても、合意に至るまでの過程を記録しておくことが必要である。

# ケアマネジメントプロセスの注意点

通常業務管理表( 年 月)

	利用者氏名	要介護度	加算	利用票作成	モニタリング			利用票印	支援経過	提供票作成
					予定	実施	記録			
1	〇〇△△	3	初回入院時	✓	4/21	4/21	✓	✓	✓	✓
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

# 軽微な変更について

## 介護保険最新情報

### 今回の内容

居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の  
取扱いについて  
計13枚（本紙を除く）

Vol.959

令和3年3月31日

厚生労働省老健局

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

65

# 運営基準より

なお、別添のうち、今般の改正以外の内容については、既にお示ししているところですが、発出してから、長期間経過し、各項目に係る取扱いの周知が徹底されていないことや、居宅介護支援事業所と各保険者において、認識が一致しないなどの状況が生じている等のご意見がある旨承知しております。

各項目に係る取扱いの可否については、介護支援専門員の判断を十分に踏まえ、各市町村においては、その可否に係る判断にあたっては根拠を示し、双方が理解できる形で対応がなされるよう、改めて特段のご配慮をお願いいたします。

そのため、日頃から、居宅介護支援事業所におかれましては、例えば、各地域の職能団体等を通じて、今般の各項目に係る取扱いについて、各地域の実情を踏まえた基本的な考え方等の整理や合意が図られるよう、意見交換会や協議の場等の開催を各市町村に提案し、一方、各市町村におかれましては、これらの場を積極的に活用し、双方の認識共有、合意形成の一層の充実に努められますよう併せてお願いいたします。

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

66



# 軽微な変更について

## 3. 平成22年7月30日付け老介発0730第1号「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直し」

3. ケアプランの軽微な変更の内容について (ケアプランの作成)	「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11年7月29日老企22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)(以下「基準の解釈通知」という。))の「第Ⅱ 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」の「3 運営に関する基準」の「(7)指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針」の「⑯居宅サービス計画の変更」において、居宅サービス計画を変更する際には、原則として、指定居宅介護支援等の事業及び運営に関する基準(平成11年3月31日厚令38、以下「基準」という。))の第13条第3号から第11号までに規定されたケアプラン作成にあたっての一連の業務を行うことを規定している。なお、「利用者の希望による軽微な変更(サービス提供日時の変更等)を行う場合には、この必要はないものとする。」としているところである。
①サービス提供の曜日変更	利用者の体調不良や家族の都合などの臨時的、一時的なもので、単なる曜日、日付の変更のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。(略)
②サービス提供の回数変更	同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。(略)
③利用者の住所変更	利用者の住所変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。(略)
④事業所の名称変更	単なる事業所の名称変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。(略)

※(略)→なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。

# 軽微な変更について

⑤目標期間の延長	単なる目標設定期間の延長を行う場合(ケアプラン上の目標設定(課題や期間)を変更する必要がなく、単に目標期間を延長する場合など)については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。(略)
⑥福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合	福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。(略)
⑦目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更	目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。(略)
⑧目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合	第一表の総合的な援助の方針や第二表の生活全般の解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。(略)
⑨担当介護支援専門員の変更	契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更(ただし、新しい担当者が利用者をはじめ各サービス担当者と同様に面識を有していること。)のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。(略)

※(略)→なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号(継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用)から第11号(居宅サービス計画の交付)までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。

# 軽微な変更について

## ■対象福祉用具の福祉用具貸与から特定福祉用具販売への変更

指定福祉用具貸与の提供を受けている対象福祉用具（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第199条第2号に定める対象福祉用具をいう。）をそのまま特定福祉用具販売へ変更する場合に、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。

# 居宅介護支援と福祉用具

さらに、対象福祉用具（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第199条第2号に定める対象福祉用具をいう。以下同じ。）を居宅サービス計画に位置づける場合には、福祉用具の適時適切な利用及び利用者の安全を確保する観点から、基準第13条第5号の規定に基づき、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることや、それぞれのメリット及びデメリット等、利用者の選択に資するよう、必要な情報を提供しなければならない。

なお、対象福祉用具の提案を行う際、利用者の心身の状況の確認に当たっては、利用者へのアセスメントの結果に加え、医師やリハビリテーション専門職等からの意見聴取、退院・退所前カンファレンス又はサービス担当者会議等の結果を踏まえることとし、医師の所見を取得する具体的な方法は、主治医意見書による方法のほか、診療情報提供書又は医師から所見を聴取する方法が考えられる。

なお、福祉用具貸与については、居宅サービス計画作成後必要に応じて随時サービス担当者会議を開催して、利用者が継続して福祉用具貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取するとともに検証し、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、その理由を再び居宅サービス計画に記載しなければならない。なお、対象福祉用具の場合については、福祉用具専門相談員によるモニタリングの結果も踏まえること。



# 軽微な変更について

4. ケアプランの軽微な変更の内容について (サービス担当者会議)	基準の解釈通知のとおり、「軽微な変更」に該当するものであれば、例えばサービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。しかしながら、例えば、ケアマネジャーがサービス事業所へ周知した方が良いと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。
①サービス利用回数の増減によるサービス担当者会議の必要性	単なるサービス利用回数の増減(同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減など)については、「軽微な変更」に該当する場合もあると考えられ、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。しかしながら、例えば、ケアマネジャーがサービス事業所へ周知した方が良いと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。
②ケアプランの軽微な変更に関するサービス担当者会議の全事業所召集の必要性	ケアプランの「軽微な変更」に該当するものであれば、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。ただし、サービス担当者会議を開催する必要がある場合には、必ずしもケアプランに関わるすべての事業所を召集する必要はなく、基準の解釈通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。

# 軽微な変更について

## ■「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱い

「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱いについては、まずはモニタリングを踏まえ、サービス事業者間（担当者間）の合意が前提である。

その上で具体的には、「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）の「課題分析標準項目（別添）」等のうち、例えば、

- ・「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」

（中略）

等を総合的に勘案し、判断すべきものである。

# 軽微な変更について

■看取り期など限定的な局面時における暫定ケアプラン作成時のプロセスの取扱いについて

暫定ケアプランについて、利用者の状態等を踏まえ、本ケアプラン（原案）においても同様の内容が見込まれる場合（典型的には看取り期が想定されるが、これに限られない。）は、暫定ケアプラン作成の際に行った「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3月31日厚令38）の第13条に掲げるケアマネジメントの一連のプロセスについて、必ずしも改めて同様のプロセスを踏む必要はない。

# 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」

### ◎運営指導対策その1 「運営基準編」

- ・ 前回の振り返り
- ・ 運営基準の主な内容について

## 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.

75

## 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.

76

# 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.

77

# 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.

78

# 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> 14:00～16:00 管理職養成2024 管理職 リーダー 本部 管理者</p>	<p><b>4月17日 (水)</b> 14:00～15:30 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... 会員限定 リーダーズ・プログラム</p>
---	--

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

79

## 専門職の必須科目！ 「コミュニケーション&面談スキル」

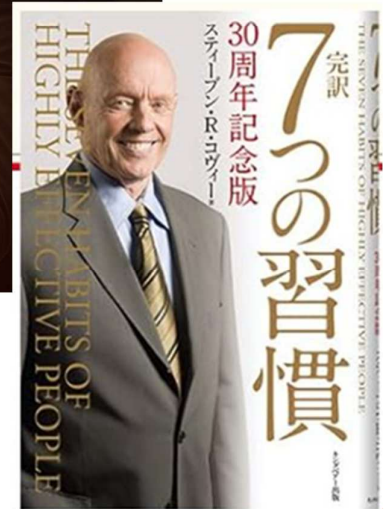
進さん担当 「面談スキル」	工藤さん担当 「コミュニケーションスキル」
5月①客観視するスキル	6月①ネガティブな感情に振り回されない思考法
7月②正しく聴くスキル	8月②人の心が読めるようになる【聞き方】の鍛え方
9月③本質を問うスキル	10月③工藤ゆみの認知症ケアの視点
11月④ 現実を見せるスキル	12月④リーダー・管理職を選ぶ視点、育てる視点
1月⑤行動を変えるスキル	2月⑤スタッフの成長を促す質問力

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

80



# 「7つの習慣」講座を受講しました！



Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

81

# 「7つの習慣」実践会（予定）

	少人数制（6名限定） 夜間：19時～22時	大人数制（法人職員向け） 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）winwin考える	第1回（4日）いかにアト
11月	第8回（17日）理解に徹し	第2回（29日）7つの習慣
12月	第9回（21日）理解される	第3回（26日）主体的
1月	第10回（18日）シナジー	第4回（14日）終わり描く
2月	第11回（15日）刃を研ぐ	第5回（6日）最優先事項
3月	第12回（15日）年間計画	第6回（26日）相互依存

Copyright (c) hiromasa sakakibara.All rights reserved.

82

# 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.

83

## 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.

84