

①⑥ ケアマネジメントに必要な  
基礎知識及び技術  
「モニタリング及び評価」

## はじめに

- 本科目は複数のチャプターに分かれています。都道府県・研修実施機関の指示・指定に従ってチャプターを順次、受講してください。
- 複数のチャプターを受講後、表示される中間テストを受けます。
- 都道府県・研修実施機関が指示・指定した全チャプターが終わった段階で、終了時の確認テストを行います。
- 確認テストが終了したら、研修記録シートに記録をして本科目の受講は終わりとなります。

※研修記録シートなど修了評価に係る事項、演習に係る事項については都道府県・研修実施機関の指示・指定に従って対応するようにしてください。

※チャプターの途中で受講をやめて再開することはできません。何らかの都合で中断する場合には、再度受講して頂く事になります。

それでは講義を始めます

【本資料の出典等に関する留意事項】

本資料は一般社団法人日本介護支援専門員協会、一般財団法人長寿社会開発センターが発行している法定研修テキスト（「二訂介護支援専門員研修テキスト」、「七訂介護支援専門員実務研修テキスト」）を参考に作成を行っています。

# 本科目の構成

- 本科目の構成は以下のとおりです。

Eラーニング	内容
●	(1) 本科目の目的、修得目標の確認
●	(2)知識・技術の基本的理解① ① モニタリングの意義と目的 ② モニタリングにおける視点 ③ モニタリングによる関係づくり ④ モニタリングの手法 ⑤ モニタリングの担い手
●	(3)知識・技術の基本的理解② ① 状況変化に伴う評価の必要性 ② モニタリング結果の記録作成 ③ 多職種と連携 ④ 終結と評価

# 本科目の目的、修得目標の確認

# 本科目の目的

- 本科目の目的は以下のとおりです。

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

# 修得目標

- 本科目の修得目標は以下のとおりです。

- ①モニタリングの意義と目的について説明できる
- ②目標に対する各サービスの達成度(効果)の検証の必要性について説明できる
- ③目標に対する各サービスの達成度(効果)について評価できる
- ④モニタリング結果の記録作成の意味と重要性について説明できる
- ⑤居宅サービス計画の再作成を行う方法と技術について説明できる

# 修得目標



【個人ワーク】  
10分

- 各目標の、現時点での自分の理解度を振り返り、本科目でどのようなことを学びたいか言葉にしてみましょう。

- ①モニタリングの意義と目的について説明できる
- ②目標に対する各サービスの達成度(効果)の検証の必要性について説明できる
- ③目標に対する各サービスの達成度(効果)について評価できる
- ④モニタリング結果の記録作成の意味と重要性について説明できる
- ⑤居宅サービス計画の再作成を行う方法と技術について説明できる

# 知識・技術の基本的理解①



# 1. モニタリングの意義と目的（1 / 2）

- モニタリングとは、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）のことです。
- 運営基準※第13条第14号において、モニタリングに当たっては、利用者及びその家族、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、特段の事情のない限り、「少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること」と定められています。

## 運営基準※第13条第14号（抜粋）

介護支援専門員は、第13号に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及びその家族、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、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

- イ 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること
- ロ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること

※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 厚生省令第38号）

# 1. モニタリングの意義と目的（2 / 2）

- モニタリングの意義と目的としては「各サービスの効果の評価」「ミスマッチの修正」「リスク管理」等があります。

モニタリングの意義と目的	
各サービスの効果の評価	<ul style="list-style-type: none"><li>• モニタリングでは、居宅サービス計画に位置づけた社会資源が、利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の解決に向かって効果を上げているかを評価し、利用者の変化に応じた新たな生活ニーズが発生していないかを確認します。</li><li>• 利用者の状況の変化を速やかにキャッチし、必要に応じた再アセスメントを行い、居宅サービス計画を見直すことでケアマネジメントプロセスを循環させるという目的もあります。</li></ul>
ミスマッチの修正	<ul style="list-style-type: none"><li>• 利用者の生活ニーズと社会資源がミスマッチのままでは、利用者・家族、サービス提供事業者等にとって、問題解決につながらないばかりか、介護保険財源から考えるならば、無駄遣いとなってしまいます。</li><li>• そこで、居宅サービス計画が実施されると同時にモニタリングがはじまり、モニタリングを繰り返しながら適切な居宅サービス計画へ修正していくこととなります。</li></ul>
リスク管理	<ul style="list-style-type: none"><li>• モニタリングは、リスクを管理することにもなります。ケアマネジメントの対象者の多くが高齢者ですが、高齢者はさまざまな疾病を併せもっています。しかし、その症状は病態が悪化してから顕在化してくるという特性があります。そのため利用者・家族は、サービス担当者会議の席などで、起こりうる症状やリスクを説明されていても、実際に症状が出てこなければわからないことが多くあります。そこで、専門職の定期的なモニタリングがリスク管理のために重要となります。</li></ul>

## 2. モニタリングにおける視点

### (1) ケアマネジメントプロセスに沿ったモニタリング（1 / 4）

- 居宅サービス計画の目標とは、利用者の望む暮らしの実現です。その目標を達成するには、生活ニーズを解決することになりますが、マッチングされた社会資源（各サービス）の達成度、つまり、効果を検証することが必要です。
- 確認する内容は、以下のようになります。

ケアマネジメントプロセスに沿ったモニタリングで確認する内容
① 居宅サービス計画どおりにサービスが提供されているか
② サービス内容が適切か
③ 個々の生活ニーズに対する目標が達成されているか
④ 総合的な援助の方針に沿った支援となっているか
⑤ 居宅サービス計画の内容を修正する必要があるか

## 2. モニタリングにおける視点

### (1) ケアマネジメントプロセスに沿ったモニタリング (2/4)

- 「①居宅サービス計画どおりにサービスが提供されているかどうかの確認」「②サービス内容が適切か否かの確認」の概要は以下のとおりです。

#### ①居宅サービス計画どおりにサービスが提供されているかどうかの確認

- 居宅サービス計画は契約関係において利用者に対する支援の方針とその方法を約束したものであるため、その居宅サービス計画に基づくサービスの実施状況を確認し、契約どおりのサービス提供を調整します。

#### ②サービス内容が適切か否かの確認

- サービス内容が適切でない場合とは、①利用者の状態や状況が計画当初と比べて変化した場合、②ケア内容が家族やサービス提供事業者十分に理解されていないため、利用者の状態や状況にあったものになっていない、または、ケア内容に応じたサービス種別や配分、回数になっていない場合、③アセスメント自体が不十分だった場合などがあげられます。
- このときに、各サービス提供事業者が作成する個別サービス計画が重要な役割を果たします。個別サービス計画の内容と、サービス提供事業者からのモニタリング内容を十分確認します。

## 2. モニタリングにおける視点

### (1) ケアマネジメントプロセスに沿ったモニタリング (3 / 4)

- 「③個々の生活ニーズに対する目標が達成されているかどうかの確認」「④総合的な援助の方針に沿った支援となっているかの確認」の概要は以下のとおりです。

#### ③個々の生活ニーズに対する目標が達成されているかどうかの確認

- 解決すべき課題（ニーズ）に対しては長期目標、短期目標が設定されており、長期および短期の目標が達成されているか否かを評価します。

#### ④総合的な援助の方針に沿った支援となっているかの確認

- 居宅サービス計画は、利用者の望む暮らしの実現のための方針と方法を明記したものです。
- 利用者の望む暮らしの実現は、利用者の尊厳が保持され、より自立的な暮らしができる生活の形であることから、方針の適切性を確認するとともに、方針に沿った支援となっているかを確認します。

## 2. モニタリングにおける視点

### (1) ケアマネジメントプロセスに沿ったモニタリング（4 / 4）

- 「⑤居宅サービス計画の内容を修正する必要があるかどうかの確認」の概要は以下のとおりです。

#### ⑤居宅サービス計画の内容を修正する必要があるかどうかの確認

- モニタリングの結果に基づき、居宅サービス計画の内容の修正の有無を判断し、修正が必要と判断した場合は、修正には軽微なものから生活ニーズや総合的な援助の方針事態を変更する大幅なものまで様々なレベルがあることから、適切なケアマネジメントプロセスを踏み、居宅サービス計画の変更を行います。

## 2. モニタリングにおける視点

### (2) 利用者・家族に関するモニタリング

- マッチングされた社会資源（各サービス）の達成度、つまり、効果を検証する際には、利用者・家族に関する視点からの評価も重要です。

利用者・家族に関する視点からの評価	
生活全体からみた 居宅サービス計画の 位置から評価する	<ul style="list-style-type: none"><li>• 利用者の一日の中にどのように居宅サービス計画が位置づいているかを再確認し、居宅サービス計画が生活上の課題解決に向けて適切かどうかを居宅サービス計画と各種サービスの実施状況を関連づけて確認します。</li><li>• 一日の生活から、一週間、一か月と時間の経過において評価し、利用者および家族の生活上の課題解決に向かっているかどうかを評価します。</li></ul>
家族関係から 評価する	<ul style="list-style-type: none"><li>• モニタリングを通して、利用者と介護支援専門員の関係を築いて行く中で、利用者と家族との関係が徐々に明らかになることがあります。</li><li>• この場合、サービス内容や目標を修正する必要があると判断したときは、それぞれの関係性に留意し、適切な修正時期を見極めて対応します。</li></ul>

### 3. モニタリングによる関係づくり

#### (1) 利用者・家族の理解の深掘り

---

- 介護支援専門員が、何度か利用者宅を訪問し、面接を繰り返すことで、利用者・家族の介護保険制度に対する理解が深まり、信頼関係が築かれていくことになります。
- そのなかで、最初のアセスメントではわからなかった利用者の思いや家族との関係、また問題状況の背景がみえてくることがあります。これもモニタリングの重要な機能の一つです。



### 3. モニタリングによる関係づくり

#### (2) 信頼関係の醸成

- モニタリングを繰り返しながら利用者を理解し、問題状況に対する理解を深めていくことによって、適切な居宅サービス計画へ修正していくことができます。
- 利用者・家族を理解することが、信頼を強くすることになります。利用者と家族との関係や家族間の状況がアセスメントされていくと、どのような社会資源を結びつければよいかの判断が適切なものになっていきます。
- 結果として、問題解決につながったり、自立を促進したりとよい方向へ進みます。

## 3. モニタリングによる関係づくり

### (3) ケアチームの関係の強化

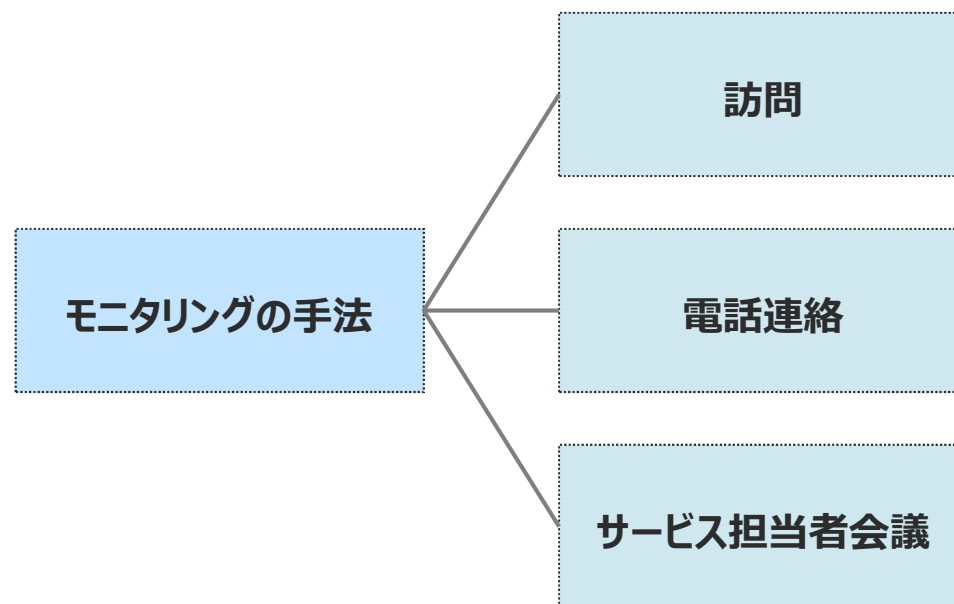
---

- モニタリングによって、利用者の状況の変化が明確になると、ケアチームの役割とかがわり方の効果についても明らかになっていきます。例えば、状態の改善につながっていない部分については、ケアチーム全員のモニタリングによって問題点を洗い出し、改善に向けた取り組みへと変えていくことができます。
- こうして、ケアチームの関係の強化につながっていきます。

## 4. モニタリングの手法

### (1) 手法の種類

- モニタリングは、居宅サービス計画の実施状況について継続的に把握することであることから、少なくとも1月に1回利用者の居宅を訪問し、利用者に面接するとともに、サービス提供場面への訪問、電話、サービス担当者会議等を組み合わせて実施します。



## 4. モニタリングの手法

### (2) 訪問 ①利用者・家族の家へ訪問する場合

- 利用者・家族の家へ訪問する場合は、居宅サービス計画の目標、援助を必要とする契機となった状況、生活上の課題と長期・短期目標、居宅サービス計画に位置づけられているサービスの実施状況などについて生活状況等を確認することで再確認します。
- 利用者の変化（改善・維持・悪化）を生活の現場で確認することで、生活環境を再評価し、利用者のニーズの変化及び予測されるニーズの変化を確認します。

## 4. モニタリングの手法

### (2) 訪問 ②サービス提供場面へ訪問する場合

- サービス提供場面へ訪問する場合は、サービス利用場面での利用者の様子を把握します。
- 実際の提供場面を確認することで、言葉では伝わらない状況が確認できます。サービス内容によっては、提供している最中に訪問することがサービス提供を停止させる場合もあるため、サービス提供機関への確認が必要です。
- サービスの提供内容が目標達成に向けた内容となっているかを確認します。

## 4. モニタリングの手法

### (3) 電話連絡

- 次のような場合には電話によるモニタリングも併用します。
- 時間を上手に使いながら、必要な情報を集めていく工夫が必要です。

#### 電話によるモニタリングも併用すべき場合の例

- 週に数回の確認が必要な場合
- 確認の内容が簡易な場合
- 一時的に遠方に住んでいる家族に身を寄せている場合
- 遠方に住んでいる家族に確認する場合 など

## 4. モニタリングの手法

### (4) サービス担当者会議

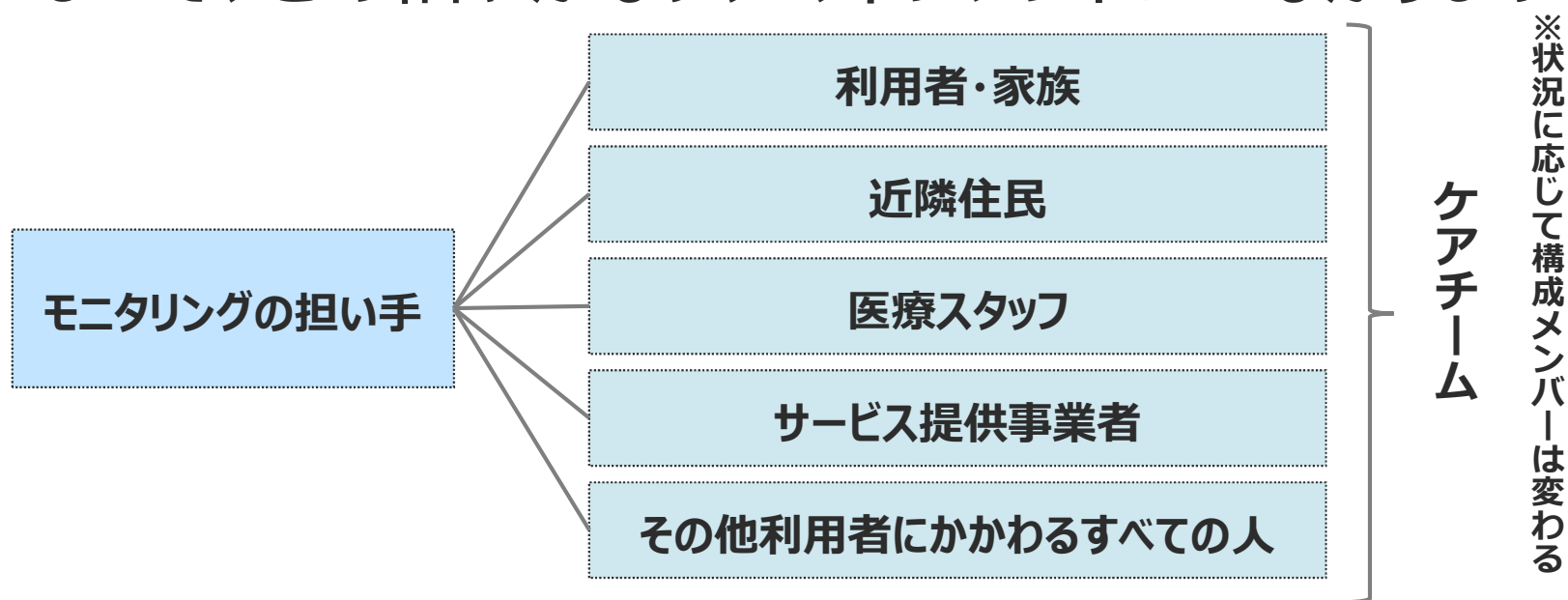
---

- サービス担当者会議を通じて、モニタリングを行う方法もあります。
- 利用者の状況が大きく変わり、情報を共有する必要がある場合や、サービス提供機関が変わり役割が変化する場合、また一同に集まり専門的見地からの意見が必要な場合などに実施します。

## 5. モニタリングの担い手

### (1) ケアチームとしてのモニタリング

- モニタリングは、介護支援専門員が行う業務の一つですが、現実には、利用者の生活上の変化はさまざまな場面で起こるものです。一方、介護支援専門員が、すべての利用者宅を頻回に訪問して、その利用者の小さな変化に気づくことは困難です。
- 利用者にかかわるすべての人がケアチームとしてモニタリングを担うことによって、きめ細やかなケアマネジメントにつながります。





## 5. モニタリングの担い手

### (2) サービス提供事業者が担う機能

- 訪問介護員や訪問看護師、あるいは通所介護事業所や通所リハビリテーション事業所の職員は、利用者の状態の変化や新たな生活ニーズの出現について、利用者との日常的なかかわりのなかから、気づきやすい存在だといえます。
- 介護支援専門員は、こうしたサービス提供事業者に対して、利用者・家族の状況に変化がみられた際には連絡をくれるように要請しておくことで、サービス提供事業者にもモニタリング機能を担ってもらうことにつながります。

## 5. モニタリングの担い手

### (3) 利用者・家族が担う機能

- 変化に一番気づきやすいのは、利用者・家族です。違和感や不具合を最初に気づくことになります。しかし、利用者・家族が自分たちのほうに問題があると考えたり、クレーマーと思われたくないと考えるならば、気づいた違和感や不具合を伝えることをしません。
- つまり、介護支援専門員はその状況を把握することができなくなります。そこで、介護支援専門員は、訪問時のアセスメントや居宅サービス計画作成、サービス担当者会議などのあらゆる機会を通して、利用者・家族に対して、そのつど、繰り返して説明したり情報収集を行ったりすることが大切です。

# 振り返り



【個人ワーク】  
15分

- ここまで、「知識・技術の基本的理解①」について学んできました。

## 【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
  - ✓ モニタリングの意義と目的
  - ✓ モニタリングの手法・担い手、モニタリングで情報を集める際の留意点
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

# 知識・技術の基本的理解②

# 1. 状況変化に伴う評価の必要性

## (1) 情報共有

- 介護支援専門員からの働きかけによるモニタリングだけではなく、利用者や家族、またサービス提供機関からの情報提供というように、日頃から介護支援専門員へ連絡がくるという体制を整備しておくことが大切です。
- 介護支援専門員がモニタリングするまで、状況変化が分からなかったという事がないよう、どんな場合が想定され、どのような視点で経過を確認しなければならないのか、利用者や家族、またサービス提供機関に理解を促しておくことが必要です。

# 1. 状況変化に伴う評価の必要性

## (2) 再アセスメント ①状態変化にともなう再アセスメント（1/2）

- 居宅サービス計画作成時と状況が変化し、利用者の状況を全体的にとらえ直す必要がある場合は、アセスメントからケアマネジメントプロセスに沿って居宅サービス計画の変更を行います。
- 補足的または部分的に居宅サービス計画内容を見直すだけでは、必要とする支援項目が抜け落ちるなど不十分なものとなります。
- このことは的確に利用者の状況をつかめていないことにより起きることであり、サービス内容が生活上の課題に沿ったものにはならないため、十分にアセスメントを行う必要があります。

# 1. 状況変化に伴う評価の必要性

## (2) 再アセスメント ①状態変化にともなう再アセスメント (2/2)

- 再アセスメントが必要となる例としては以下があげられます。

再アセスメントが必要となる例	
身体的な状態変化	<ul style="list-style-type: none"><li>転倒、骨折または肺炎など、ADLが低下した場合</li></ul>
主介護者、家族の変化	<ul style="list-style-type: none"><li>介護者が入院などにより、介護者の不在や変更があった場合</li></ul>
生活環境の変化	<ul style="list-style-type: none"><li>引っ越し、住み替えで生活している環境に変更があった場合</li></ul>

# 1. 状況変化に伴う評価の必要性

## (2) 再アセスメント ②経過とともに全体評価としての再アセスメント

- 利用者は時間と共に年齢を重ね、変化していくものです。
- その点を踏まえたうえで、居宅サービス計画上のサービス提供が無難に予定通りに実施されていても、主治医から健康状態の情報を得ることなどにより、利用者の望む生活に変化が生じていないか評価していくことが必要です。



## 2. モニタリング結果の記録作成

### (1) 必要性

- モニタリングの記録については、居宅の場合、運営基準※第13条第14号で、「少なくとも1月に1回、モニタリング結果を記録すること」と定められています。
- なお、運営基準※第29条第2項の規定に基づき、モニタリング結果の記録は、2年間保存しなければなりません。

#### 運営基準※第13条第14号（抜粋）

介護支援専門員は、第13号に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及びその家族、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、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

- イ 少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること
- ロ 少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること

#### 運営基準※第29条第2項（抜粋）

指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければならない。

（中略）

- ニ 第13条第14号に規定するモニタリングの結果の記録

※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 厚生省令第38号）

## 2. モニタリング結果の記録作成

### (2) 重要性

- モニタリング記録の重要性は以下のとおりです。

#### モニタリング記録の重要性

- 記録から経過を確認する
- さまざまな病気をもつことで重篤に陥ることがある、定期的な症状として表れることが少なく、症状が表れたときには悪化していることがあるといった、高齢者の特性を踏まえ、わずかな変化を速やかに把握して新たな課題が発生していないか経過観察する
- サービス担当者会議で、症状やリスクを確認し合っているにもかかわらず、利用者・家族は実際に起きなければわからないことが多く、専門職の定期的なモニタリングが多くの役割を果たす
- 定期的なモニタリングを通じて、目標の達成に近づいているか、サービス・ケアの軌道修正が必要か常にチェックすることにつながる。速やかな状況変化の把握は、軌道修正をしやすくしてくれる

## 2. モニタリング結果の記録作成

### (3) 記録の留意点

- モニタリング記録の作成時の留意点としては、「評価の視点がわかるような記載」「今後の展開に向けた視点」があります。

記録の留意点	
評価の視点がわかるような記載	<ul style="list-style-type: none"><li>• 目標の達成度について、なぜそう評価したのかという視点を記載することが求められます。</li></ul>
今後の展開に向けた視点	<ul style="list-style-type: none"><li>• その後の展開についても、介護支援専門員の判断がわかる記録が求められます。</li></ul>

## 2. モニタリング結果の記録作成

### (4) 評価表等の活用

- 評価表等を活用することで、出来ていること、出来るがしていないこと、出来るようになったことを整理し、居宅サービス計画修正の必要性について判断します。
- 評価表等により、他の専門職との情報共有を可能とすることで、専門的見地からの意見を導きだし、それを根拠とした居宅サービス計画へと修正することができます。

### 3. 多職種との連携

#### (1) 連携の種類

- モニタリングを通して、再アセスメントし、居宅サービス計画を変更していくうえで、多職種との連携が不可欠です。
- 連携の相手としては主治医を含む医療関係者、サービス提供事業者、インフォーマルサポート、地域包括支援センターや行政機関などがあります。

#### 多職種との連携の種類



### 3. 多職種との連携

#### (2) 主治医を含む医療関係者との連携

- 利用者の望む暮らしの実現のために、利用者の健康状態の維持改善が大きな要因になります。健康の維持改善には主治医及び医療関係者との連携が欠かせません。
- 介護支援専門員は主治医及び医療関係者と話し合い、利用者の健康状態等について、ケアマネジメントにおける必要な情報を得るため、医療関係者に伝えるべき情報を整理します。
- 利用者またはその家族、サービス提供機関とその情報把握に関しても役割分担を決めておくことを考えます。このことによって、起こり得るリスクの管理につながり、利用者への安全・安心なサービス提供に資するものとなります。

## 3. 多職種との連携

### (3) サービス提供事業者との連携

- サービス提供事業者は、サービスを提供していることで、日々の利用者の変化をとらえやすいです。状況をいち早く把握し、対応するには、サービス提供事業者との連携が必要不可欠です。
- 変化は、悪化という側面から捉えるだけでなく、改善という視点をもつことが必要です。改善している状況を把握し、その情報を共有することで、それぞれのサービス提供者が意欲をもって関わることにつながります。

### 3. 多職種との連携

#### (4) インフォーマルサポートとの連携

- 利用者は、サービス提供事業者だけでなく、地域の民生委員や、近所の方による見守りなど、地域の様々な方からの支援といった地域における関わりを持っています。
- このため、地域の中で利用者に関わっている者は、サービス提供事業者以上の身近な存在として、利用者の生活状況を把握していることから、モニタリングの大きな資源となり得ます。



### 3. 多職種との連携

#### (5) 地域包括支援センターや行政機関との連携（1 / 2）

- 介護保険制度以外の保健医療サービスや福祉サービスを利用している場合は、行政の担当者や実施機関との連携を図っておくことで、情報を得やすい体制を整えておきます。
- 連携体制を整えておくことで、介護給付で対応できない場合などは、他サービスへ円滑につなぐことが可能となります。

### 3. 多職種との連携

#### (5) 地域包括支援センターや行政機関との連携（2 / 2）

- 支援困難ケースや虐待ケースなどは、行政や地域包括支援センターとの連携が重要となります。地域ケア会議へ課題の提出を求められた場合は、積極的に協力します。
- 利用者を支援する上で課題となる地域の情報について提供するとともに、課題解決に向けた提案をすることも重要となります。

## 4. 終結と評価

### (1) 終結とは

- 支援の期間は、利用者の状態や状況によって短期間であったり長期間であったりします。そのため、終結は期間が決まっているわけではありません。終結には、利用者側の状況の変化により、以下のような場合が考えられます。

#### 終結する場合

- 生活上の課題が解決され、介護保険給付による支援の必要がなくなった場合
- 支援を受ける場が変わる場合。例えば、病院への入院、施設への入所等の場合
- 死亡した場合
- 小規模多機能の利用によりケアマネジメント機関が変わる場合
- 施設入所によりケアマネジメント機関が変わる場合
- 要介護から要支援によりケアマネジメント機関が変わる場合

## 4. 終結と評価

### (2) 終結時の評価の視点

- 終結時の評価は利用者の望む生活、QOL、ADL・IADLの3つの視点から行われます。

終結時の評価の視点	
利用者の望む生活	<ul style="list-style-type: none"><li>利用者が望む生活が達成された、または、自立が達成できたと判断した時点で終結があり得ます。介護支援専門員がアセスメントし、潜在的なニーズがある場合には利用者に説明し、居宅サービス計画の継続を検討します。</li></ul>
QOL	<ul style="list-style-type: none"><li>QOLが向上したと考えられるときに終結となります。例えば、利用者の身体・心理状況が安定し、活動性が上がり、地域社会への参加の制約がなくなってきたという具合に、利用者の生活の質が向上したと判断されるような場合にも終結となります。</li></ul>
ADL・IADL	<ul style="list-style-type: none"><li>利用者の目指していたADL・IADLレベルに達し、自立した生活が送れていると判断した時点で終結となります。</li></ul>

## 4. 終結と評価

### (3) 評価時の留意点

- 介護支援専門員は、終結と判断した評価の視点を明確にした記録を作成します。それまでの支援状況をまとめるだけでなく、評価の視点を明確にすることが必要です。
- 残っている課題を整理することが、介護保険制度を利用していた利用者へのフォローアップであり、継続的にケアマネジメントをつなげていくことになります。
- 課題整理総括表を活用することも有効です。

# 振り返り



【個人ワーク】  
15分

- ここまで、「知識・技術の基本的理解②」について学んできました。

## 【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
  - ✓ モニタリング結果の記録作成の意味と重要性
  - ✓ 情報収集における多職種連携の意義
  - ✓ 終結のパターンと、それぞれにおける終結時評価の留意点
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

## 終わりに

- 以上で本科目で予定された座学の内容は終了です。
- 理解が曖昧な部分は振り返りをして、確認テストを受けた後、演習の参加に備えてください。
- 演習終了後に科目のはじめに確認した修得目標が達成できたか振り返ってみましょう。
- なお、研修記録シートは演習終了後に作成してください。



※研修記録シートなど修了評価に係る事項、演習に係る事項については都道府県・研修実施機関の指示・指定に従って対応するようにしてください。



受講お疲れ様でした。