



入浴介助加算Ⅱの算定・ モニタリングの書き方について ～自主点検から～

日ごろから、介護保険事業の推進に御協力いただき、厚くお礼申し上げます。

昨年度実施した適正化支援ソフトを活用した自主点検ではコロナ特例、入浴介助加算Ⅱを算定している方等のプランや資料を確認させていただきました。

今回は自主点検の中から入浴介助加算Ⅱの算定と介護予防のモニタリングの書き方について詳しくお伝えさせていただきます。

1 入浴介助加算Ⅱの算定（R3年度介護報酬改定）

<入浴介助加算Ⅱの目的>

入浴介助加算Ⅱは、利用者やその家族の同意のもと、居宅において利用者自身で又は家族等の介助により入浴を行うことが出来るようになることを目的とするものです。

<入浴介助加算の算定要件>

① 入浴介助加算Ⅰ（改正前の入浴介助加算と同要件）

・入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行う。

② 入浴介助加算Ⅱ（上記の要件に加えて）

- ・医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。この際、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境の整備に係る助言を行うこと。
- ・当該事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等と連携の下で、当該利用者の心身の状況や訪問により把握した当該居宅の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること。
- ・上記の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて入浴介助を行うこと。

※ この場合の「居宅」とは、[【介護保険最新情報 Vol.974】](#)に示している通りです。

<ケアマネジャーが入浴介助加算Ⅱの算定をするときの注意点>

① 利用者やその家族に同意を得ること

入浴介助加算Ⅱの主旨や目的を、利用者の入浴における目標と照らし合わせて説明し、同意を得ることが必要です。

② 居宅で入浴するための目標であること

現プランでの目標が「友人と交流を図り楽しみが作れる」、
「定期的に清潔保持ができる」では居宅で入浴するための自立支援の目標とは異なります。
目標を変更する場合は、サービス担当者会議を開きプランの変更が必要です。

③ 利用者の動作・浴室環境に関する評価や助言を記録していること

算定要件として、利用者の居宅を訪問し、動作及び浴室の環境を評価することが求められており、必要に応じて助言もしなければいけません。通所介護、介護支援専門員等、各関係機関との情報共有を行い、記録に残しておくことが望ましいです。

④ 個別の入浴計画を確認すること

通所介護事業所は個別の入浴計画を作成しますので、内容の確認をしましょう。



2 モニタリングの書き方

モニタリングとは、利用者自身の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、介護予防支援計画書通り出来ているかを把握する行為です。

モニタリングの結果を評価につなげ、介護予防支援等の計画書の修正や、改めてアセスメントを行う必要があるかどうかの判断材料とします。

<介護予防のモニタリングの記入例>

2021/4/10 10:00 利用者 ●● ●● 分類 訪問 記入者 □□ □□	訪問し、ご本人と面談モニタリングを実施。 4月・5月・6月分利用票を渡した。
2021/5/22 10:00 利用者 ●● ●● 分類 電話 記入者 □□ □□	モニタリング架電。 「デイには休まず通っています。」とのこと。
2021/6/15 10:00 利用者 ●● ●● 分類 電話 記入者 □□ □□	モニタリング架電。 「変わらないよ、元気にしてます。」とのこと。



2021/4/10 10:00 利用者 ●● ●● 分類 訪問 記入者 □□ □□	<p>自宅に訪問し、本人と面談。モニタリングをする。</p> <p>・・・訪問時の様子・内容、本人・家族の意向や気持ちなど・・・</p> <p><モニタリング></p> <p>① 心身又は生活状況の変化 本人は穏やかで無口なため、認知症が進行していてもわかりづらい。</p> <p>② 利用者自身の行動、サービス提供 コミデイに行くことは嫌ではないとおっしゃっており、拒否もなくなってきたと感じるため、通常デイやリハの体験を試みる予定。</p> <p>③ 支援内容が適切か 週に1回外出できており、他者との交流もできている。</p> <p>④ 満足度 本人は同年代の人と話ができ、ほぼ満足。 奥様は足の活性が期待できないとやや不満である。</p> <p>⑤ 計画変更の必要性 認知症の進行と不整脈や低血圧があるため、脳の活性化や無理のないリハビリで体調を整え、筋力低下を引き続き予防していく。</p>
---	--

3ヶ月に1回の訪問、毎月の電話等、モニタリングをきちんとしていたとしても、記録の書き方によっては実地指導で指摘される場合があります。

モニタリングの視点、実施方法等、詳しくは添付の「介護予防及び総合事業の計画等作成や提出について（茨木市版）」をご確認ください。



自主点検ではお忙しい中、ご協力いただきありがとうございました。事業所ごとに、入浴介助加算Ⅱの算定の仕方やモニタリングの書き方に違いが見られました。それぞれ必要なポイントを再度確認し、適切なケアマネジメントにつなげましょう。

◎モニタリングと評価について

1. モニタリング(毎月の電話および3ヶ月に1回以上の自宅訪問による状況把握)

《位置づけ》

■モニタリングとは、利用者自身の日常生活能力や社会状況等の変化によって、課題が変化していないかを継続的に把握し、介護予防支援計画書どおり実行できているかを把握する行為です。モニタリングの結果を評価につなげ、介護予防支援等の計画書の修正や、改めてアセスメントを行うかどうかの判断材料とします。

〈モニタリングの視点〉

- ①利用者の心身又は生活状況に変化がないか。
- ②介護予防支援計画書どおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているのか。
- ③個々の提供サービス等の支援内容が、実施の結果、適切であるかどうか。
- ④利用しているサービスに対して利用者は満足しているか。
- ⑤その他、介護予防支援計画書の変更を必要とする新しい課題が生じていないか。

《実施方法》

■モニタリングは、サービス事業者からの報告・連絡、事業所への訪問、利用者からの意見聴取・訪問などの手法を通じて定期的に実施します。サービス事業所や利用者との日常的な連絡調整を通じて、「なじみの関係」を作り、幅広く情報を収集できる環境を整えておくことが大切です。

■また、これらの実施状況については、「介護予防支援経過記録」に随時内容を記載します。

2. 評価(3ヶ月毎に状態を評価)

《位置づけ》

■地域包括支援センター(受託の居宅介護支援事業所を含む)は、サービス事業者からの報告をもとに、一定期間後(茨木市では6ヶ月毎、及びプラン変更時)に各利用者の状態を評価します。その目的は、介護予防支援計画書で設定された目標が達成されたかどうかをチェックするとともに、必要に応じて今後の支援計画書を見直すことにあります。

■評価の際は、サービス事業者が行う事前アセスメント・事後アセスメントの結果を集計すること等により、運動機能や栄養状態の変化、主観的健康観等の変化などを把握することができます。

■上記の効果の評価をもとに、より利用者にとって適切な支援計画書へ見直しを行います。

※この資料は、「新予防給付ケアマネジメント研修テキスト(大阪府受託事業 社団法人大阪介護支援専門員協会作成)」、および厚生労働省作成、介護予防ガイドラインVol.484(平成27年6月5日)を参考に、茨木市地域包括支援センター連絡会が茨木市と協議のうえ作成したものです。

介護予防及び総合事業の計画書等作成や提出について(茨木市版)

- ◎ 茨木市では認定の有効期間が最長48か月になっていますが、計画書は最長1年毎に見直すこととします。
- ◎ 要支援、事業対象者の書類作成と提出方法は同様です。

◎ 作成と提出について

	初回月		6か月以内		1年、更新時、区分変更、計画内容変更時	
	包括へ提出	事業所へ提出	包括へ提出	事業所へ提出	包括へ提出	事業所へ提出
①利用者基本情報	複写					
②基本チェックリスト	複写				複写	
③支援計画書	原本1部☆	複写			原本1部☆	複写
④サービス担当者会議録	複写	複写			複写	複写
⑤評価表			原本1部		原本1部	
⑥モニタリング(5つの視点)	毎月実施。(提出は不要。)内容は別紙「モニタリングと評価について」の1参照。					

☆本人署名、押印、日付の入った原本を提出して下さい。包括で複写し、原本を返却します。

◎ 内容の説明

①利用者基本情報	・変更がある場合に再提出。加筆修正したものでも可。
②基本チェックリスト	・アセスメントの基礎部分。計画書作成時に必ず作成。(軽微な変更は除く) ・事業対象者に該当するかを判断するチェックリストと内容は同じだが用途は異なるため、担当ケアマネジャーが計画書作成の際に改めて実施する。
③支援計画書	・予防給付・総合事業いずれの計画書も有効期間は最長1年で作成する。(変更がある場合は適宜再作成。)ただし、認定期間13ヶ月の場合は、6ヶ月と7ヶ月で作成する。プラン変更が生じた場合も変更開始月から1年作成となる。本人の同意後、サービス事業所へ交付兼受領書を添えて包括のコメントが入った計画書の複写にて交付(本人も同様)し、返送された交付兼受領書はケースファイルに綴じる。 包括への計画書の提出は原本1部。*サービス担当者会議開催の際は、計画書原案を必ず作成し持参する。 ・尚、要介護認定結果が末月を過ぎて決定していない場合は、アセスメント状況を踏まえて暫定プランを作成し、サービス担当者会議を開催する。介護度決定後に暫定プランの「暫定」文字部分を二重線で消して確定プランとして取り扱う。
④サービス担当者会議録	・居宅の担当ケアマネジャーはサービス担当者会議前に必ず包括に日程の連絡を入れる。 ・居宅の担当ケアマネジャーからサービス担当者会議の連絡を受けた際にサービス変更の有無等サービス内容について確認する。(担当者会議に出席できない場合は必ず)。 ・サービス担当者会議は認定期間に関係なく、1年に1回は開催する。(開催時期はケアマネジャー判断による)。 ・利用サービスが1種類のみの場合、サービス担当者会議を開催せずに「照会」のみとするは原則認めていない。 ・やむを得ず、出席できない事業所には照会にて事前に意見聴取し、計画書に反映後、会議録に記載する。サービス担当者会議に出席できない事業所には、後日サービス担当者会議録を配布する。
⑤評価表	・計画変更前には評価表を作成。 ・計画書の有効期間1年の場合は、6か月で一度評価表を提出。事業対象者も同様。 ・ <input type="checkbox"/> 継続、 <input type="checkbox"/> 変更、 <input type="checkbox"/> 終了のチェックは計画作成者がおこなう。サービス内容に変更がなくても、計画書を新たに作成する場合は「変更」を選択 ・福祉用具貸与等が含まれる計画書は <input type="checkbox"/> 予防給付 通所型サービス、訪問型サービスのみは <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業を計画作成者が選択 ・目標達成後、同じ目標を継続する場合は、その根拠(理由)を今後の方針に記載。 ・評価日は評価月末日ではなく、訪問した日(訪問は月半ば以降が基本)。 ・期間は評価期間ではなく、支援計画書で設定している期間を記載する。 ※別紙「モニタリングと評価について」の2参照。
⑥モニタリング	※別紙「モニタリングと評価について」の1参照。
参考) 認定調査票・主治医意見書	・初回月のみ包括から複写を提供。その後の更新以降は居宅ケアマネが取り寄せる。 ・軽度者レンタルを利用する場合等、必要時はその根拠として計画書に反映させ、調査票・意見書の複写を包括に提出する。
参考) 介護保険被保険者証 介護保険負担割合証	・保険証等の撮影は望ましくないが、やむを得ず撮影する場合は、本人同意のもと撮影し、責任を持って必ず削除すること。
参考) 計画書等の保存と廃棄	・計画書の計画期間の満了月、又は契約終了日から5年間保存する。 (例:2019年10月31日満了であれば、2024年11月1日以降の廃棄)
参考) 訪問頻度、訪問月以外の確認、訪問確認簿など	・3か月毎に1回以上の自宅訪問。 ・訪問しない月は電話等により状況を確認し、モニタリングとする。 ・訪問時には訪問確認簿へ記載し、署名または押印を得る。