第7－①章

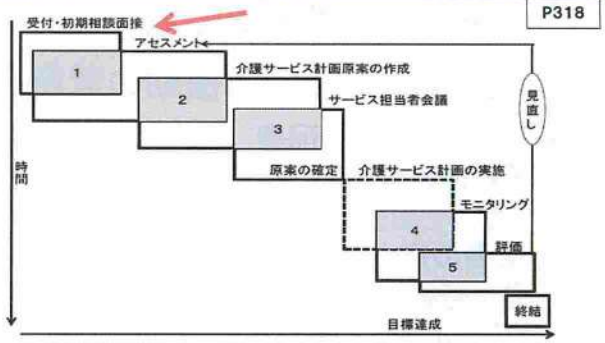
ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術

受付及び相談並びに契約

田中ケアサービス㈱ 高月支援センター　山口 太一
ヴォーリズ居宅介護支援事業所　坂井　円

受付及び相談並びに契約

P318



本科目の目的

P365

受付及び初期面接相談（インテーク）、契約の場面で求められる実践的な技術を修得する。

第1節　インテークに関する基本的理解

1．受付及び相談の意義と目的

P368

（１）信頼関係の構築

（２）利用者の住まいの確認と主訴の傾聴

（３）問題解決の主体を利用者におくこと

本科目の修得目標

P367

①インテークの意義と目的について説明できる。
②受付及び相談と面接の場面における援助の留意点について説明できる。
③利用者及び家族との信頼関係の構築の重要性について説明できる。
④契約行為を行うにあたっての留意事項について説明できる。
⑤契約の仕組みが利用者主体であることの意義としくみにいて説明できる。
⑥利用者の状況に合った面接に必要な情報や書類の準備を実施できる。

1．受付及び相談の意義と目的

P369

（４）利用者の課題の明確化

（５）アセスメントのスタート

（６）相談援助の関係づくり

♪　アイスブレイク　♪

○自己紹介

○司会・書記・発表者を決める

復習しておこう！

P370

介護支援専門員は、利用者や家族から「一緒に課題に取り組んでくれる人なんだ。」と安心感を持ってもらう必要がある。

【第3章】
「相談面接技術−21の技法」　P192
「感情に接近するための面接技法」P198

第2節　受付及び相談と面接の場面における援助の留意点

P371

1. 受付の場面における援助の留意点

（1）利用者・家族への配慮
・不安の軽減、専門職に相談してよかったと思ってもらえる対応。

（2）相談者の違いへの配慮
・誰が連絡してくるのか、誰が来訪してくるのかによって配慮することが異なる。

1. 受付の場面における援助の留意点

P371～

（3）相談の手段の違いによる配慮

1）電話相談

①相談者の会話のスピードや声の変化などをしっかりと聞き取り、相手の波長に合わせる

②相談者の介護保険サービスに関する理解度はまだ低いことも想定し、専門用語は使用しない

③随所で理解度を確認しながら進める

☆電話をかけてきた相手は利用者…？家族…？続柄は…？タイミングを選んで確認！

1. 受付の場面における援助の留意点

（3）相談の手段の違いによる配慮

2）来所相談

①来所者は本人か、家族（続柄）か

②来所者が本人ではない場合、本人の来所相談に関する同意（認識）はあるか

③来所相談を選んだ理由

1. 受付の場面における援助の留意点

P373

（4）情報収集の際の配慮

1）緊急性の判断

2）介護保険制度によるケアマネジメントの必要性の判断

3）介護支援専門員の所属する事業所で対応可能かの判断

4）秘密の保持

表7-①-2-2　収集する情報

本人の情報	氏名、年齢、性別、住所、連絡先、要介護認定申請の有無、要介護状態区分、介護保険利用に関する同意の有無
相談者の情報	氏名、対象者との続柄、連絡先、連絡・相談するにあたっての配慮の有無（時間帯、複数の電話番号がある場合等の優先順位や時間帯別連絡先、その他ケースごとの事情）

（5）電話受付の例

♪～ ワーク ～ ♪

実際に電話のやり取りを聞きながら、相談受付票の記入をしてみましょう！

（5）電話受付の例

♪～見比べてみよう～♪

テキストP375と、自分が書いた受付票を見比べてみてください。

第2節　受付及び相談と面接の場面における援助の留意点

2. 面接相談の場面における援助の留意点

P374

（1）初回面接相談に向けて

1）受付から初回面接相談までは迅速に対応する

2）必要な情報と参加者を整理する

2. 面接相談の場面における援助の留意点

P376

3）訪問にあたって必要な配慮を整理する

表7-①-2-2　初回訪問前に確認すべき配慮の例

項目	内容
訪問時の移動手段	介護支援専門員の移動手段（自動車、自転車等）を伝え、どこに駐車・駐輪するかを確認する。家屋が隣接している場合には、近所との関係にも影響しかねない。
本人の意向確認	家族は介護保険サービスが必要であると考えていても、利用者となる本人が受け入れていない場合には、家族がどのように説明したのかを確認する。また、家族は介護支援専門員にどのような対応を求めるか、介護支援専門員としてはどのように対応したいかのスタンスをすり合わせる。
訪問時の禁止行為	介護保険サービスを利用することについてネガティブに捉えていたり、近所に知られたくないと思っていたりする場合の対応。例えば、「事業所名の入った自動車や自転車を自宅の前に置いてほしくない」「玄関のベルを鳴らした際に、事業所名を名のってほしくない」と希望する場合もある。

4）相談者への依頼事項を伝える

表7-①-2-3　準備を依頼する書類等の例

- 介護保険被保険者証（図7-①-2-2）
- 介護保険負担割合証（図7-①-2-3）
- 医療保険証
- 利用者となる人の印鑑
- 緊急連絡先となる人の連絡先
- その他

2. 面接相談の場面における援助の留意点

P378

（2）面接の位置取り
（3）人間関係の把握
　1）広範な関係性の把握

　2）時間軸での把握（図7－①－2－4）

　3）権利擁護

2. 面接相談の場面における援助の留意点

P379

（4）意見のすり合わせ
（5）ニーズの把握

図7－①－2－5　合意を得るプロセス

情報収集 ＋ 分　析 ➡ 言語化 ➡ 同　意 ➡ ニーズ

（6）その人の強さ（ストレングス）に着目する

2. 面接相談の場面における援助の留意点

P380

（7）課題解決のイメージを共有し、調整する

（8）今後の支援に関する提案

（9）面接の最終段階での役割

第3節　利用者・家族との信頼関係構築の重要性

P381

1. 電話相談による受付

（1）介護支援専門員の役割の説明

（2）ねぎらい

2. 相談者の主訴の把握

（1）受付での主訴の把握　※注意すべき点　P382

①相談者は置かれた状況や課題を認識できていない
②介護保険サービスが解決策のすべてだと思っている
③初めて話す相手に全てを開示するのをためらっている
④相談者が本人でない場合、本人の思いと乖離がある
⑤第三者の力で相談者自身が行動している場合もある

（2）言葉の背景の理解（P382）

3. 初期面接相談

P382～384

（1）訪問の目的の説明（P383）

（2）初回訪問時における主訴の傾聴

（3）家族の意向の確認（P384）

第4節　契約に関する基本的な理解

P385

1. 契約の意義と留意点

（1）重要事項説明書

表7－①－4－1　重要事項説明書の主な記載事項

- 居宅介護支援事業所の運営規定の概要
- 介護支援専門員の勤務の体制
- 秘密の保持
- 事故発生時の対応
- 苦情処理の体制　など

1. 契約の意義と留意点

（2）居宅介護支援契約書　P393

表7－①－4－2　居宅介護支援契約書の主な記載事項

・契約期間	・中立義務
・運営規定の概要	・解除権
・居宅介護支援の担当者	・情報の保存・開示義務
・居宅介護支援の内容	・契約の終了
・居宅サービス計画の作成	・損害賠償
・協力義務	・利用者代理人
・居宅サービス計画の変更等	・合意管轄
・苦情対応	・協議事項
・緊急時の対応	・契約日
・費用	・利用者の署名・捺印
・秘密保持及び個人情報の取扱い	・事業者の署名・捺印

2. 契約の主体は利用者

P393~394

（1）本人の意思の確認

（2）本人が契約する意義としくみ

（3）本人の契約を代行するしくみ

第5節　利用者の状況に合わせた必要な情報や書類の準備

1. 契約等のタイミングと必要書類

P400

（1）状況に合わせた準備
（2）必要な情報や書類
（3）受付から初回面接相談に必要な書類等

表7-①-5-1　準備する主な書類の例

① 重要事項説明書（2部：利用者用・事業所用）
② 居宅介護支援契約書（2部：利用者用・事業所用）
③ 個人情報同意に関する説明書・同意書（①または②に含まれる場合不要）
④ 緊急連絡先等記載書類（事業所の任意様式で、①または②に含まれる場合不要）
⑤ 保険者発行の介護保険パンフレット

1. 契約等のタイミングと必要書類

P401

（4）契約をすませた後必要になる書類

1）居宅サービス計画作成依頼届出書

2）要介護認定・要支援認定等資料開示請求書

3）主治医相談用（FAX送信票）

振り返り

①インテークの意義と目的
②受付及び相談と面接場面における援助の留意点
③利用者及び家族との信頼関係の構築の重要性
④契約行為を行うにあたっての留意点
⑤契約は利用者主体であることの意義としくみ
⑥状況に合った面接に必要な情報や書類の準備

介護支援専門員実務研修
6日目

ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術
第7－②章

アセスメント及びニーズの把握方法

社会医療法人誠光会
居宅介護支援事業所きらら　森本清美

彦根市地域包括支援センターすばる
村木孝志

はじめに

介護支援専門員実務研修試験

合格

おめでとうございます！

自己紹介……。

介護支援専門員に求められていること

介護保険法

第一条　この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう（以下略）

第四条　国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

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

第一条の二　指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

介護支援専門員に求められていること

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

第十三条の八　介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、（中略）、居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。

※介護支援専門員が作成した居宅サービス計画書（ケアプラン）に給付対象として位置づけられているサービスについて、その利用実績の給付管理票を提出した場合のみ、利用者は現物給付にてサービスを利用できる。

これは、保険給付の決定に介護支援専門員が重要な関わりを持っている、ということになります。

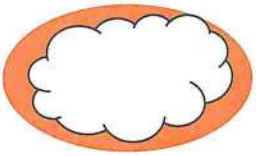
最大値では、ざっと月1,000万円以上、年にすると約1億円以上にも！

介護支援専門員に求められていること（のひとつ）

利用者の**自立支援**と、介護保険制度の中での**適正給付**

・居宅サービス計画書（ケアプラン）は、介護保険サービスを現物給付する根拠となるもの。
→ケアプランの妥当性、信頼性が求められる。
→客観的事実に基づいた、できる限り正確な分析（アセスメント）が必要。

自立志向
財政志向
→制度指向



利用者・家族・介護支援専門員・保険者・国が共通して望むこと、求めることって？

自立支援
（自律支援）
尊厳の保持

重度化防止
悪化予防

多職種協働・チームアプローチ

アセスメントも介護支援専門員だけでは偏りや不十分となります。支援はもちろん、支援の基盤となるアセスメントも医療職・多職種で協働していくことが重要です。

自立・自律について

自立：ADL、IADLの自立・収入、所得の経済的自立
自律：自己決定、自己選択に関わる精神的、人格的自立
⇒
QOL(生活・人生の質）の向上

自ら行動ができなくなっても、
「自分らしい一生を成し遂げたい」
と言う思いがかなうこと・・・・自立

自立支援のポイント（テキストP8より引用）

①利用者の望む暮らしについて、自己決定ができるように支援を行うこと。

②自己決定を最大限に尊重するため、利用者がサービス提供者などに対して適切に発言できない場合などには利用者の意向を代弁して、サービス利用の権利の擁護を行うこと。

③利用者の意欲を引き出すと共に、潜在能力、利用者の強み、できそうなことなどを見出し、それを最大限発揮できるように支援を行うこと。

④介護保険法第2条第2項の規定にあるように、利用者の要介護状態等の軽減または悪化の防止に役立つような支援を行うこと。

本科目の目的

テキスト P405

利用者及びその家族並びに多職種からの情報収集とその分析を通じて、介護支援専門員としての専門的な判断の根拠を説明できる技術を修得する。

また、アセスメントにおいて収集した情報から、専門職としてニーズを導くための技術を修得する。

9

本科目の内容

テキスト P405

①アセスメントからニーズを導き出すまでの思考過程の全体像に関する講義を行う。

②アセスメントにおける情報収集の項目の内容、目的、主治医意見書の記載内容を理解するとともに、情報収集の方法・技術を習得する。

③収集した情報を的確に分析することにより、課題の明確化、改善及び悪化の可能性等を導かせることを理解する。

④利用者の生活全体を捉える視点の重要性を理解するとともに、利用者の生活の現況から生活機能（WHO国際生活機能分類による）と背景を把握し、理解する視点を習得する。

⑤課題整理総括表を用いてADLやIADL等の状況から利用者が抱える課題を明確化し、状態の維持改善及び悪化の可能性の判断と予測を立て、適切なニーズを導くための技術を習得する。

13

本科目の修得目標

テキスト P407

①アセスメントの意義と目的について説明できる。
②アセスメントにおける情報収集の項目や目的を説明できる。
③アセスメントからニーズを導き出す思考過程を説明できる。
④利用者・家族の意向の確認を実施できる。
⑤状態の維持・改善・悪化の可能性を予測できる。
⑥利用者、家族から得た情報に基づく課題の抽出を実施できる。
⑦利用者、家族の持っている力を把握できる。
⑧多職種による情報を関連づけたアセスメントを実施できる。
⑨利用者、家族のニーズの優先順位を判断できる。
⑩再アセスメントの重要性について説明できる。

10

これからのケアマネジメントプロセスで活用するツール

☆内容②⇒課題分析標準項目：基本情報に関する項目・課題分析（アセスメントに関する項目）

☆内容④⇒ICFシート：ICF（wHo国際生活機能分類）の視点から利用者の生活全体をとらえる

☆内容⑤⇒課題整理総括表：利用者の課題の明確化・状態の維持改善及び悪化の可能性の判断と予測（見通し）を立てる。ニーズを導く思考過程の可視化

14

介護支援専門員のアセスメント等の現状と課題

★介護支援専門員の資質向上と今後の在り方に関する検討会
（2012年3月28日～2012年12月27日、全7回）
⇒課題として10項目が挙げられた。
①介護保険の理念である「自立支援」の考え方が十分に共有されていない
②利用者像や課題に応じた適切なアセスメント（課題把握）が必ずしも十分でない
③サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない
⑤重度者に対する医療サービスの取り組みをはじめとした医療との連携が必ずしも十分でない・・・・・・

11

ツール=道具はどんな職種にも必要です。
最初は？？？だと思いますが、
書き方だけでなく、なぜそのツールが必要なのか、それぞれのツールの特性を学んで、すこしづつ、現場で使い、使いこなしていきましょう。

15

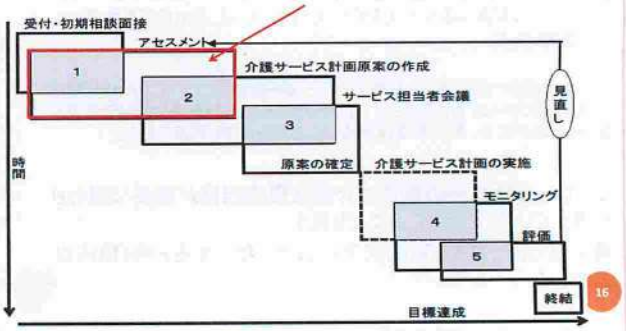
現場の課題

○介護支援専門員によってアセスメントにばらつきあり、不十分な情報しか把握できていない
⇒薄い
○情報収集だけで分析に至っていない
⇒サービス優先になりがち
○利用者・家族からの情報だけで医師や多職種・専門職からの情報等が少ない
⇒偏りがある
○アセスメントからニーズまでのつながりがブラックボックス（見えない・エビデンスがない）
⇒可視化できていない

12

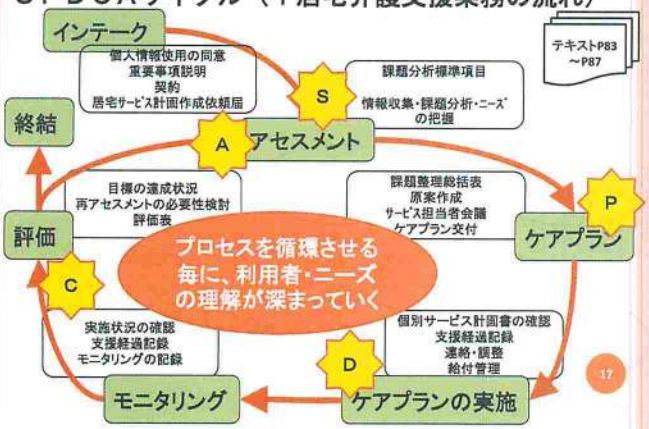
ケアマネジメントプロセス

テキストP71



16

ケアマネジメントプロセスにおける ＳＰＤＣＡサイクル（＋居宅介護支援業務の流れ）



17

アセスメントとは

①情報を収集し
②分析することにより・・・

利用者が自立した日常生活を営むうえで解決すべき課題（ニーズ）を把握すること

その上で・・・

③利用者にどのような支援を提供すればよいのかを導きだしていくこと

⇒ケアプランへ展開していくこと

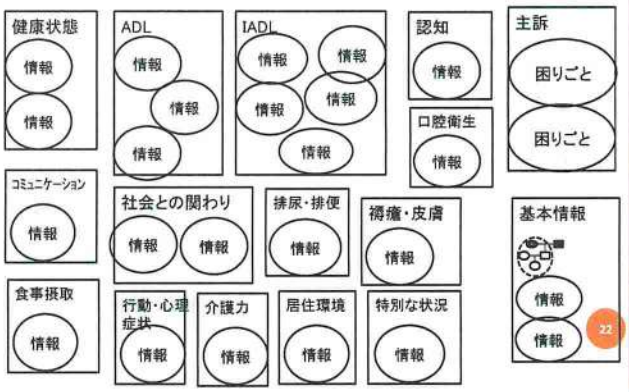
21

ケアプラン作成の思考プロセス

情報収集	生活全般の情報 本人・家族・主治医・サービス事業者etc 面接・観察・記録・照会etc
情報整理	主観的事実・客観的事実 事実と推測、意見 強みと弱み
原因分析	遡及推論 因果関係を考える 情報の意味を考える
見立て	仮説形成 予後予測（改善可能性・リスク） エンパワメント・ストレングスの視点
ケアプラン	ニーズ（課題）とその達成に向けた目標 長期目標と短期目標（スモールステップ） 短期目標の達成のためのサービス

18

これってアセスメント？



22

第1節　アセスメントの意義と目的

テキスト P408

1．運営基準上の規定

(1)アセスメントの意義

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（厚生省令第38号）

第十三条第六号

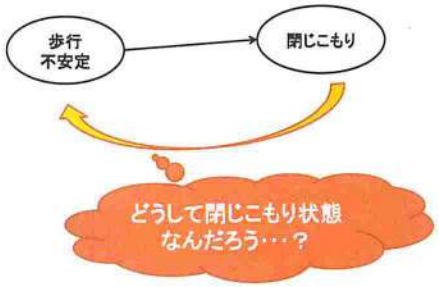
介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える**問題点を明らかにし**、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で**解決すべき課題を把握**しなければならない。

第十三条第七号

介護支援専門員は、**前号に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）**・・・

19

ケアマネジャーが行なう分析



23

第1節　アセスメントの意義と目的

テキスト P408

1．運営基準上の規定

(2)アセスメントの目的

・生活全般にわたった、**解決すべき課題（ニーズ）の把握**

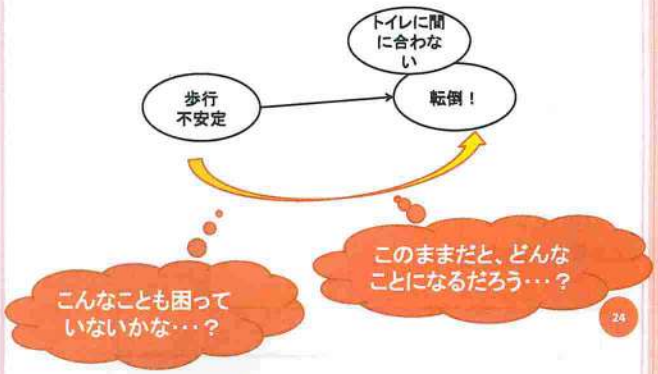
運営基準に記載はありませんが・・・

・その人（利用者）とその人を取り巻く状況を理解するため
（理解しようと努める）

⇒そのための手段・方法を、しっかり学んでいきましょう！

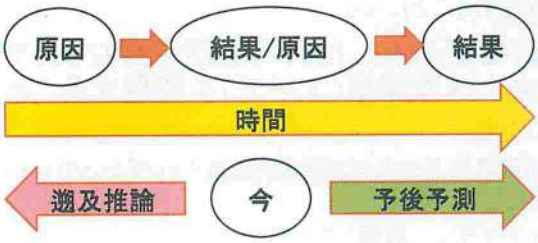
20

ケアマネジャーが行なう分析



24

原因分析・予後予測



25

ミニワーク①(グループワーク):Aさん　84歳　独居
「お風呂に入れないんです･･･。」との訴えあり。
どういったことが考えられますか？

考えられる原因や要因・背景を書き出してみましょう。

健康状態、生活機能、環境、本人の思いetc･･･

例:浴槽が跨げない。

26

ミニワーク②(ペアワーク)
ここからどのようにアセスメントをしていきますか？

2人組になり、ひとりはケアマネジャー役、ひとりは利用者役となってください。「お風呂に入れないんです･･･。」から、なぜかをアセスメントしてみましょう。

例:一人では入れないのですね。それはいつ頃からですか？

27

ミニワーク③(ペアワーク)
対策も考えてみましょう

アセスメントで導き出した、原因や要因・背景を書き込んでみてください　　(②と繋がるように)

次に、③に対策を考えて書き込みましょう

①

なので

②お風呂に入れない。

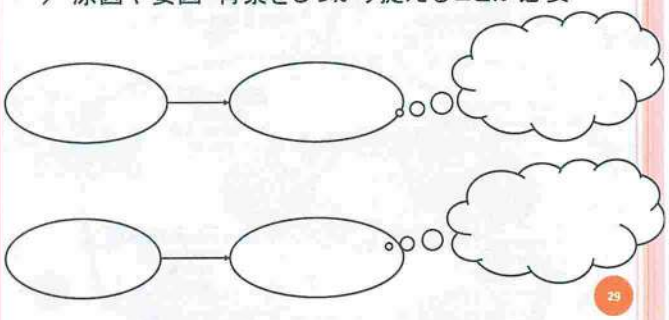
だから

③

28

原因や要因・背景が違えば対策は変わってくる

→ 原因や要因・背景をしっかり捉えることが必要



29

ワークは何に気づけましたか？
え!?そんな視点があったんや！
自分とは違う視点だった･･･

経験や元の職種の専門性などにより視点は違って当たり前ですね。
自分だけでアセスメントをし、支援をすると偏りがでてしまうことを理解(自己覚知)し、アセスメントも支援も多職種で行うことが大切と体感していただけたらOKです。

30

第1節　アセスメントの意義と目的

テキスト P408

2. 協働作業としてのアセスメント

(1)協働作業であるという認識をもつ

アセスメントとは、介護支援専門員と利用者が協働で行う作業であり、さらに多職種も加わった「チームアセスメント」を意識する必要がある

課題①介護保険の理念である「自立支援」の考え方が十分に共有されていない

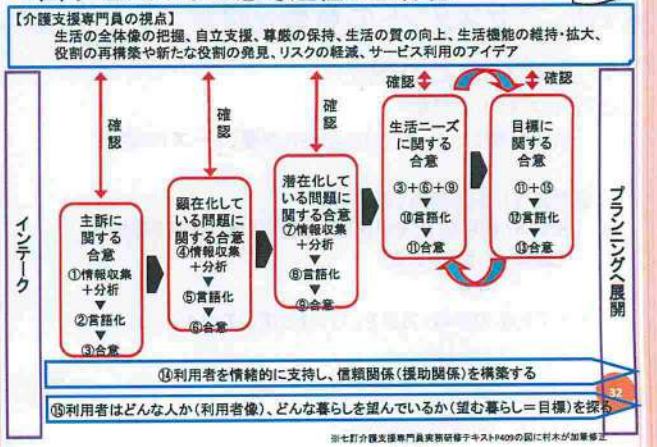
利用者自身が自立した生活を目指す
- 利用者の自己覚知
- 利用者の自己決定(目標)

多職種連携で目標達成に向かって問題を解決していく支援を行う→自立支援

31

(2)アセスメントの思考過程の全体像

テキスト P409



※七訂介護支援専門員実務研修テキストP409の図に村木が加筆修正

32

(3)アセスメントの視点

テキスト P411, 412

① 利用者の身体面、あるいは環境面において生活する上で、背景も含め何が起こっているのかを明らかにする(全体像の理解)　⇒どこに手を入れていけば、その状態が改善されるのかが見えてくる

② 介護保険の理念である自立支援と尊厳の保持を考える
⇒ADLの自立のみでなく意思決定の**自律支援**を目指す

③ 生活の質の維持・向上⇒以前のようにいかなくても、その人にとっての生活の質を考える

④ 役割の再構築や新たな役割の獲得⇒ICFの考え方により、その人の「活動」や「参加」がどうなっているのかを把握して、生活機能を維持し、改善して役割を取り戻したり、新たな役割を獲得するにはどうすればよいか考える

⑤ リスクマネジメント⇒生活のあり方によっては、病状が悪化したり、人的・物的な環境が、その人の生活機能の発揮を妨げる要因となることがある。その要因(リスク)を取り除いたり、軽減することを考える

33

これからのケアマネジメントプロセスで活用するツール

☆内容②⇒課題分析標準項目:基本情報に関する項目・課題分析(アセスメントに関する項目)

☆内容④⇒ICFシート:ICF(WHO国際生活機能分類)の視点から利用者の生活全体をとらえる

☆内容⑤⇒課題整理総括表:利用者の課題の明確化・状態の維持改善及び悪化の可能性の判断と予測(見通し)を立てる。ニーズを導く思考過程の可視化

37

(4)ニーズオリエンテッド(ニーズ優先主義)

テキスト P413

◎利用者の生活ニーズから考えること
⇒利用者の意向、能力、環境etc...

●サービスオリエンテッド(サービス優先主義)
⇒入浴が必要なのでデイサービスを利用

サービスありきではなく、ニーズありき。
ケアプランの2表は左から(ニーズ)から右へ

34

第2節　アセスメントにおける情報収集の項目や目的

テキスト P414

1. アセスメントのために収集する情報

(2)課題分析標準項目の規程

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(厚生省令第38号)
第十三条第六号
介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、**適切な方法により**、(略)**解決すべき課題を把握**しなければならない。
→
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(老企第22号)
第二3(7)⑥課題分析の実施(第6号)
略)なお、当該課題分析は、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、利用者の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ものであるが、この課題分析の方法については、**別途通知**するところによるものである。

38

第2節　アセスメントにおける情報収集の項目や目的

テキスト P414

1. アセスメントのために収集する情報

(1)情報収集の目的

・解決すべき課題を明らかにするための、課題分析のため

・利用者自身、また利用者を取り巻く状況を理解、把握するため

※アセスメントは、利用者・家族と介護支援専門員だけが行うものでないことから、支援に関わる多職種からの情報収集も必要。

35

第2節　アセスメントにおける情報収集の項目や目的

テキスト P414

1. アセスメントのために収集する情報

(2)課題分析標準項目の規程

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(老企第29号)
別紙4
課題分析標準項目について
Ⅰ. 基本的な考え方
(略)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11年7月29日老企第22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2の3(運営に関する基準)の(7)[3]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。

39

現場の課題

○介護支援専門員によってアセスメントにばらつきあり、不十分な情報しか把握できていない
⇒**歪い**

○情報収集だけで分析に至っていない
⇒サービス優先になりがち

○利用者・家族からの情報だけで医師や多職種・専門職からの情報等が少ない
⇒偏りがある

○アセスメントからニーズまでのつながりがブラックボックス(見えない・エビデンスがない)
⇒可視化できていない

36

課題分析標準項目(基本情報に関する項目)

テキスト P414～P418

◎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について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等)について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望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、支給限度額等)について記載する項目
9	課題分析(アセスメント)理由	当該課題分析(アセスメント)の理由(初回、定期、退院退所時等)について記載する項目

40

課題分析標準項目（アセスメントに関する項目）

テキスト P418～P438

◎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（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起きあがり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目

41

第2節　アセスメントにおける情報収集の項目や目的

テキスト P414,415

2．基本情報に関する項目

（1）No.1　基本情報（受付、利用者基本情報）

1）居宅サービス計画作成についての利用者受付情報

2）利用者の基本情報

3）利用者以外の家族等の基本情報

①家族状況

②家族構成（ジェノグラム）

◎エコマップなども有効

45

課題分析標準項目（アセスメントに関する項目）

テキスト P418～P438

◎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）
17	褥瘡・皮膚の問題	褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個別等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

42

第2節　アセスメントにおける情報収集の項目や目的

テキスト P415,417

（2）No.2　生活状況

1）生活歴

成育歴・学歴・職歴・結婚・出産・子育て

→どのような人生の歩み

個人の価値観・自負

2）生活状況

3）病歴・経過・主治医・服薬情報

46

情報の性質

収集した情報の「種類」だけでなく、「**性質**」をみる。

43

第2節　アセスメントにおける情報収集の項目や目的

テキスト P417

（3）No.3　利用者の被保険者情報

介護保険（介護保険被保険者証・介護保険負担割合証）・医療保険・年金の種別・生活保護・

身体障害者手帳の有無

介護保険料や自己負担などの費用

年金額・預貯金の有無・収入の有無

家族の経済的支援の把握

介護保険負担料金の支払者の把握

◎介護保険の利用費用の限度の把握

47

（4）No.4　現在使用しているサービスの状況

これまでと現在 ／ 能力と行為

	できる	できない
できていた	・どのようにできる？ ・どのようにできていた？	・なぜできなくなった？ ・どこがどのようにできなくなった？
できていなかった	・なぜできるようになった？ ・どのくらいできるようになった？	・これまではどうしていた？ ・今はどうしている？

	している	していない
していた	・どのようにしている？ ・どのようにしていた？	・なぜしなくなった？ ・どこをどのようにしなくなった？
していなかった	・なぜするようになった？ ・どのくらいするようになった？	・これまではどうしていた？ ・今はどうしている？

44

第2節　アセスメントにおける情報収集の項目や目的

テキスト P417,418

（5）No.5　障害高齢者の日常生活自立度

（6）No.6　認知症高齢者の日常生活自立度

（7）No.7　主訴

利用者・家族の要望：「本人」「家族・夫・妻・娘等」

◎できるだけ各人が発言した通りの表現で記載

（8）No.8　認定情報

要介護状態区分・介護認定審査会の意見・

認定日・認定の期間

（9）No.9　課題分析（アセスメント）の理由

「初回ケアプラン作成のため」「ケアプラン変更のため」

「要支援から要介護となったため」等

48

第2節　アセスメントにおける情報収集の項目や目的

テキスト P418～P422

3. 課題分析（アセスメント）に関する項目

（1）No.10　健康状態

1）既往歴・主傷病
2）症状
3）痛み
4）麻痺、拘縮
5）主治医等

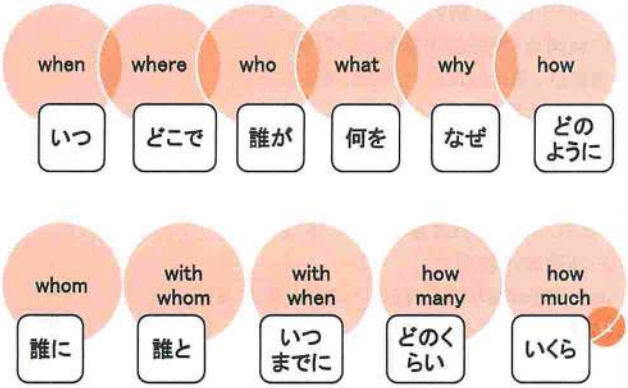
第2節　アセスメントにおける情報収集の項目や目的

テキスト P422～P425

（2）No.11　ADL

1）寝返り
2）起き上がり
3）座位保持
4）立ち上がり
5）立位保持
6）移乗
7）移動
8）転倒
9）更衣・整容
10）入浴
11）排せつ
12）食事

より具体的な情報収集を！



より具体的な情報収集を！

入浴：一部介助

→ 入浴のどの部分に、どのような介助が必要なのか？

→ ①浴室までの移動②脱衣所での脱衣③浴室の出入り
④洗い場での立ち座り⑤蛇口をひねる⑥洗髪⑦洗身
⑧浴槽の出入り（跨ぎ動作）⑨浴槽内での立ち座り
⑩頭や体を拭く⑪着衣⑫髪の毛を乾かす（ドライヤー）

→ ⑧両下肢に軽度しびれがあり、浴槽の縁を跨ぐときに足が上がりきらないので、娘が足を持ち上げる介助をしている。

第2節　アセスメントにおける情報収集の項目や目的

テキスト P426～P428

（3）No.12　IADL

1）調理
2）掃除
3）洗濯
4）買い物
5）金銭管理
6）服薬状況
7）交通機関の利用
8）電話の使用

第2節　アセスメントにおける情報収集の項目や目的

テキスト P428～P431

（4）No.13　認知

1）認知能力の程度
2）記憶力
3）見当識
4）理解力・判断力の低下

（5）No.14　コミュニケーション能力

1）視覚
2）聴覚
3）意思伝達
4）理解力

第2節　アセスメントにおける情報収集の項目や目的

テキスト P431

（6）No.15　社会との関わり

1）参加程度
①地域行事・趣味活動・宗教行事・仕事への参加とその程度
②参加の程度がどのくらい減少しているか
③家庭内の役割の有無・どの程度の参加・どの程度の減少・変化
2）参加意欲
①利用者の参加意欲の程度
②家族の希望　③孤立感、孤独感を抱いていないかを確認
3）参加制約
①「健康状態」・「生活機能」・「背景要因」からの影響
②友人の減少、インフォーマルサポートの不足・地域住民とのかかわりの変化
③家屋の状況・周辺環境・経済状況の影響の有無

第2節　アセスメントにおける情報収集の項目や目的

テキスト P431～433

（7）No.16　排尿・排便

1）尿意・便意
2）尿失禁・便失禁
3）排せつ後の後始末
4）排せつのコントロール
5）排せつ頻度
6）排せつ場所

第2節　アセスメントにおける情報収集の項目や目的

テキスト P433,P434

(8)No.17　じょく瘡・皮膚の問題

1)じょく瘡

2)じょく瘡以外の皮膚の問題

(9)No.18　口腔衛生

口腔機能が低下→咀嚼・嚥下・発音・呼吸低下・栄養状態の悪化や肺炎の発症等身体状況に影響

・歯科医師・歯科衛生士などとともにアセスメント

(10)No.19　食事摂取

利用者の栄養状態等について、栄養士等とともにアセスメント

第5節　利用者・家族の意向確認

テキスト P458,459

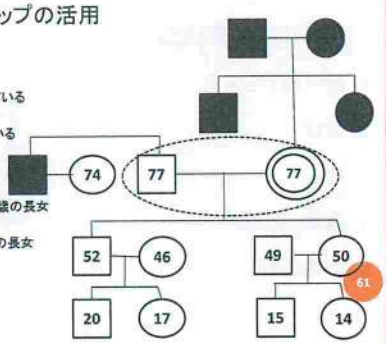
1．家族状況のアセスメント

(1)家族構成

(2)ジェノグラム、エコマップの活用

・神谷花子さんは77歳
・同い年の夫と二人暮らし
・花子さんは3人兄弟の長女
・花子さんの兄と妹は戦争で早くに亡くなっている
・夫の兄は亡くなっている
・花子さんには52歳の長男と50歳の長女がいる
・長男は結婚しており、妻は6歳年下

・長男は2人の子供がいる。20歳の長男と17歳の長女
・長女も結婚しており、夫は49歳。
・長女も子供が2人いる。15歳の長男と14歳の長女



第2節　アセスメントにおける情報収集の項目や目的

テキスト P434～436

(11)No.20認知症の行動・心理症状(BPSD)

1)利用者の状況・健康状態

2)家族の状況・対応方法

3)地域の理解

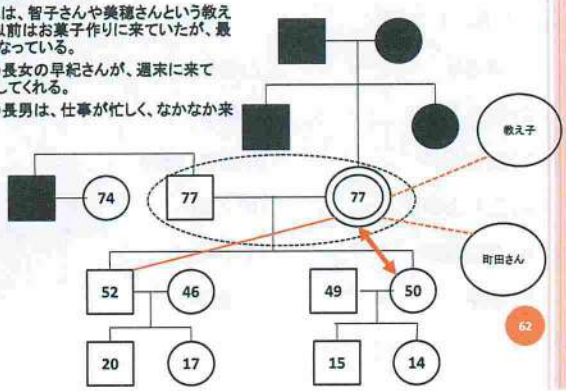
(12)No.21　介護力

1)家族

2)インフォーマルサポート

図で考える・図で理解する

・花子さんには、町田さんという友人がいるが、最近は疎遠になっている。
・花子さんには、智子さんや美穂さんという教え子がいて、以前はお菓子作りに来ていたが、最近は疎遠になっている。
・花子さんの長女の早紀さんが、週末に来て色々世話をしてくれる。
・花子さんの長男は、仕事が忙しく、なかなか来られない。



第2節　アセスメントにおける情報収集の項目や目的

テキスト P436～P438

(13)No.22　居住環境

1)危険個所

2)住宅改修等の必要性

3)地域との関係

(14)No.23　特別な状況

1)虐待

2)ターミナルケア

3)依存症

第5節　利用者・家族の意向確認

テキスト P460

2．利用者・家族の悩み、要望とその背景

(1)利用者・家族の主訴からの展開

⇒傾聴をし、適切なコミュニケーションを取ることで、

①「困った」と感じていること

②「大変だ」と感じていること

③「してほしい」と考えていること

④介護支援専門員に求めていること

⑤「望ましい暮らし」として思い描いていること

(2)利用者の表現力

利用者・家族が語れない、語らない、表現が難しい場合・・・

(3)家族の存在と利用者

⇒家族も支援の対象・家族システム

第2節　アセスメントにおける情報収集の項目や目的

テキスト P439～P444

4．身体介護と生活援助の関連

(1)一連の行為であるという理解

「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」(老計第10号)

人の暮らし、行為行動は一連の流れをもって成り立っており、その流れを理解することで、どの部分がどのように困難なのか、どの部分にどのような支援が必要なのかをアセスメントすることが可能となる

(2)身体介護

(3)生活援助

(4)サービス準備・記録等の意味

第5節　利用者・家族の意向確認

テキスト P462,463

3．生活の目標と課題把握

(1)目標の共有

(2)利用者にわかる言葉で話す

(3)利用者の望む暮らしを理解する

△利用者の問題解決⇒◎**利用者の望む暮らしの支援**

ケアマネジメントは、憲法第25条に規定される最低生活保障ではなく、憲法第13条に規定される、いわゆる幸福追求権への支援である

(4)利用者の望む暮らしは変化する

⇒マズローの自己実現理論

現場の課題

○介護支援専門員によってアセスメントにばらつきあり、不十分な情報しか把握できていない
⇒薄い
○情報収集だけで分析に至っていない
⇒サービス優先になりがち
○利用者・家族からの情報だけで医師や多職種・専門職からの情報等が少ない
⇒偏りがある
○アセスメントからニーズまでのつながりがブラックボックス（見えない・エビデンスがない）
⇒可視化できていない

第6節　多職種による情報を関連づけたアセスメント

テキスト P464

1．主治医からの情報収集の重要性

（1）主治医からの意見が不可欠

（2）病名ではなく利用者の病状を知る

⇒その病気によって、「どういう状態」であり、そのことによって「どういう生活上の困難」があるかを把握する

（3）疾病の性質と予後

⇒留意点や予後の見通しを把握

（4）利用者・家族の了承

⇒個人情報の取り扱いについての配慮、マナー

第6節　多職種による情報を関連づけたアセスメント

テキスト P464,465

1．主治医からの情報収集の重要性

（5）主治医との連携方法

1）連絡方法・連絡時間

⇒こちらの都合だけでなく、相手のことを考えて！

2）面談前にポイントを絞る

⇒せっかく割いてもらった時間を有効に！

3）必要とする情報を押さえる

①病状と留意点

②予後に関する情報

③支援目標に対する医学的アドバイス

※主治医意見書を事前に確認しましょう：医療連携の第一歩です
（参考：テキストP466、467）

第6節　多職種による情報を関連づけたアセスメント

テキスト P468

2．多職種に対する確認の仕方

（1）医師・看護師

高齢者の疾病の特徴

①一人で多くの疾患を併せ持っている。多臓器疾患が多い。
②加齢に伴い、個人差が大きくなる。
③症状が非定型的である。
④慢性の疾患が多い（慢性的である）。
⑤高齢者に特有な病態である老年症候群（認知症、転倒、失禁など）がある。
⑥薬剤に対する反応が特徴的であり、成人と異なる。
⑦生体防御力・免疫機能が低下しており、疾患が治りにくい。
⑧患者の予後やQOLが医療のみならず社会的要因により大きく影響される。
⑨水・電解質の代謝異常を起こしやすい。
⑩負荷時にみられる潜在的機能低下がある。

第6節　多職種による情報を関連づけたアセスメント

テキスト P468,469

2．多職種に対する確認の仕方

（1）医師・看護師

利用者は多くが高齢者であり、先の特徴のように、
・多くの疾患を併せ持ち
・治りにくく
・薬剤に対する反応も成人と異なる　等

⇒ 個人差が非常に大きい

そのため、利用者の状態を「病名」だけで考えるのではなく、一人ひとりの「病状」を確認することが重要

第6節　多職種による情報を関連づけたアセスメント

テキスト P469,470

2．多職種に対する確認の仕方

（2）歯科医師（歯科衛生士）

・歯の状態や口腔ケア、食事摂取など

（3）理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

・利用者の現有機能、改善の可能性、環境の評価など
・ADLやIADLに関すること、活動や参加に関すること、など

（4）薬剤師

・（複数科や複数医療機関にかかっている場合）薬剤の重複はないか、薬の管理や副作用について、など

（5）栄養士

・栄養管理について、食事制限がある場合の工夫について、好き嫌いなどでの栄養の偏りについて、など

第6節　多職種による情報を関連づけたアセスメント

テキスト P471

3．情報を結びつける

・医療の方針と介護の方向性が一致することが、利用者のニーズを理解するうえで欠かせない要件。
・利用者の状態は変化しやすいものなので、一度アセスメントした内容が永久に続くことはない。また、支援するうえでの注意点も変化していく。
・専門職から得た情報を、利用者・家族がわかる表現で、丁寧に説明していく。

⇒介護支援専門員は、多職種からの評価や意見が、「なぜ」なのかを理解し、アセスメントやプランニングに活かすことが重要

ミニワーク④（グループワーク）
話を聴いていくと、Aさんは3週間前、入浴後にフラーッとなり、一人で入浴するのが不安と感じ、「お風呂に入れないんです・・・」と考えていることがわかりました。
病歴は脳梗塞・高血圧もあります。
主治医との連携をするにあたって、主治医に何を伝え、どのような情報を聞きたいですか？

グループメンバーで共有してみましょう。

何を伝えますか？

どのような情報を聞きたいですか？

73

ニーズとは・・・

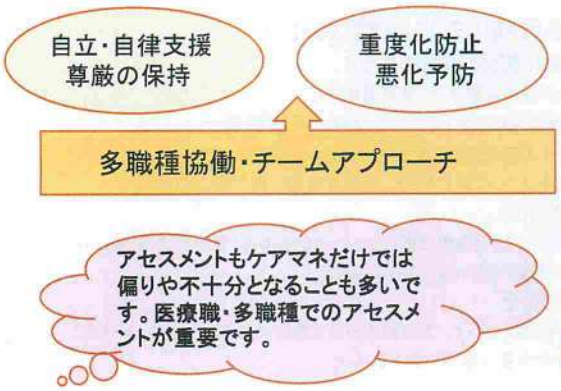
・「支援の必要性、あるいは支援を必要とする問題」を示す概念
五訂　介護支援専門員実務研修テキスト　P185

・ある種の状態が、一定の目標なり、基準からみて乖離の状態にあり、そしてその状態の回復・改善等を行う必要があると社会的に認められたもの
三浦文夫　平成7年『増補改訂　社会福祉政策研究』全国社会福祉協議会　P60

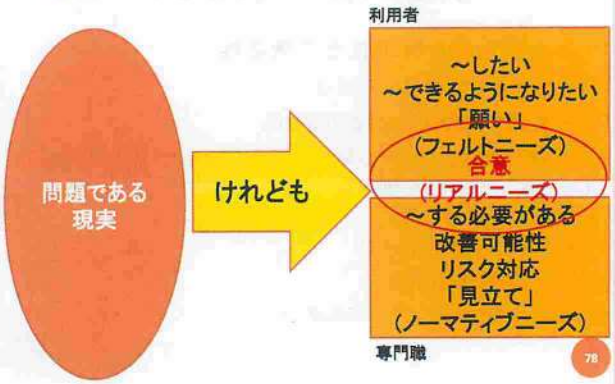
・利用者の解決すべき課題（生活ニーズ）
七訂　介護支援専門員実務研修テキスト　P319

・利用者が生活を送るうえで必要な基本的要因が欠如し、その欠如した要因が相互に関連し合い、負の連鎖となりながら、利用者のおかれている介護が必要な状況をつくりだしています。
七訂　介護支援専門員実務研修テキスト　P445

77



フェルトニーズ　ノーマティブニーズ



78

白澤政和『介護保険とケアマネジメント』中央法規出版 1998より一部引用

グループワーク（10分）

事前課題であるアセスメントシートを、他のグループメンバーはどうまとめているのか、確認してみましょう。

①しっかり捉えられていたところ
②見落としていたところ

その上で・・・
③自分が上野ケアマネジャーだったら、もう少し花子さんやご家族に聞きたかったこと

を振り返りましょう。

75

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）とは・・・

なんらかの身体上、精神上の障害により、
これまでできていたこと、していたことが困難になったが、
（利用者が）またできるようになりたい、またしたいと願い、
（支援者が）その願いがかなうことが、その人らしい自立した暮らしのために必要だと考え、
合意されたもの。　と、言えるのではないか。

79

第3節　アセスメントからニーズを導き出す思考過程

テキスト P445

1. 生活ニーズ

（1）生活ニーズの定義

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）＝生活ニーズ

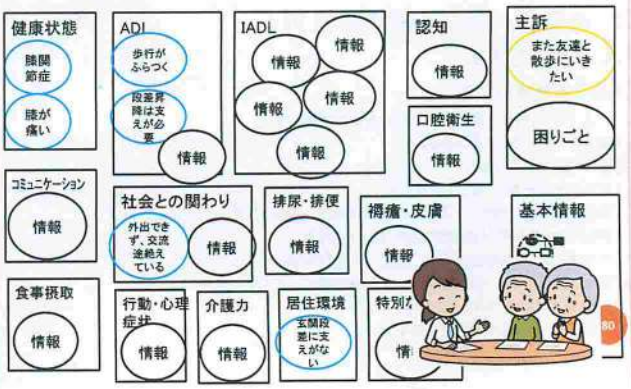
利用者が生活を送るうえで必要な基本的要因が欠如し、その要因が相互に関連しあい、負の連鎖となりながら利用者のおかれている、介護が必要な状況をつくりだす。

◎生活ニーズを解決していくことで利用者が自立的で尊厳を保ち、質の高い生活が送れることになる。

◎「ニーズ優先主義」：すべての援助は、サービス提供側の都合で提供されるものではなく、利用者のニーズに即して必要な社会資源が動員される。

76

ニーズを把握する



クライアントその人とその人に生じている問題状況を、どのような根拠から見積もってニーズを抽出したのか、その過程のメカニズムと判断の根拠となるものを言葉で論理的に表現できなければ、プロフェッショナルの援助とはいえません。

奥川幸子「身体知と言語」中央法規

基準上はどうなっている・・・？（ニーズ）

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　第十三条第六号

介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、（中略）利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で**解決すべき課題**を把握しなければならない。

→居宅（施設）サービス計画書第2表にある、
「**生活全般の解決すべき課題（ニーズ）**」

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

利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度が高いものから順に記載する。

問題≠課題

問題とは・・・
①問いかけて答えさせる題。解答を要する問い。
②研究・論議して解決すべき事柄。
③争論の材料となる事件。面倒な事件。
④人々の注目を集めている（集めてしかるべき）こと。

課題とは・・・
①題・問題を課すること。行動を起こすことを意思表明したもの

（広辞苑より引用）

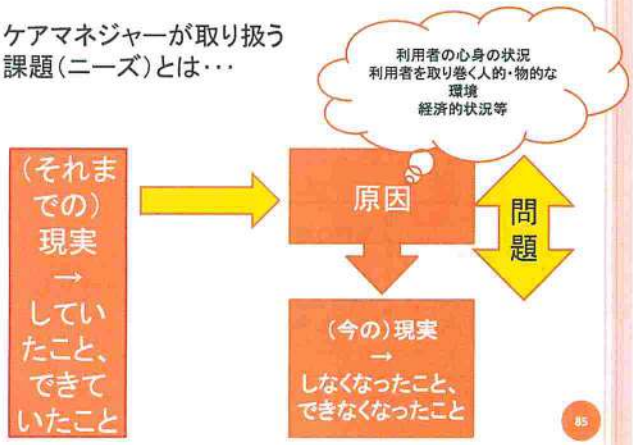
問題≠課題

例えば・・・

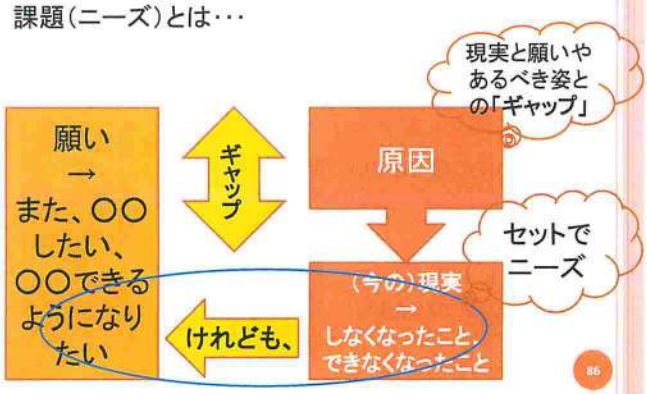
①問題：買ったばかりのガスオーブンの使い方がわからない。
→
課題：ガスオーブンの使い方を覚えたい。

②問題：足がふらつくので、外出できない。
→
課題：足がふらつかないよう運動して、また散歩に出かけたい。

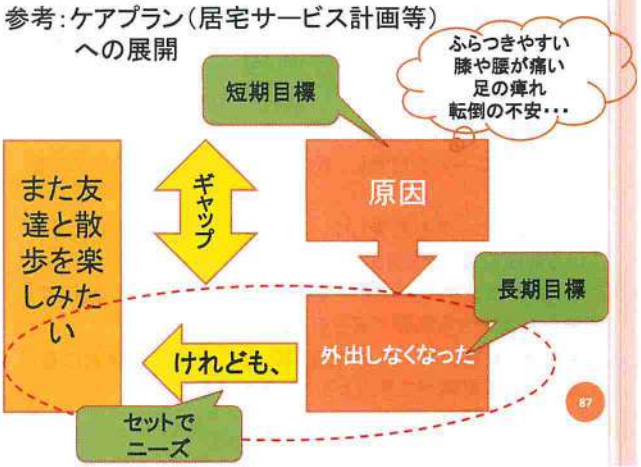
ケアマネジャーが取り扱う課題（ニーズ）とは・・・



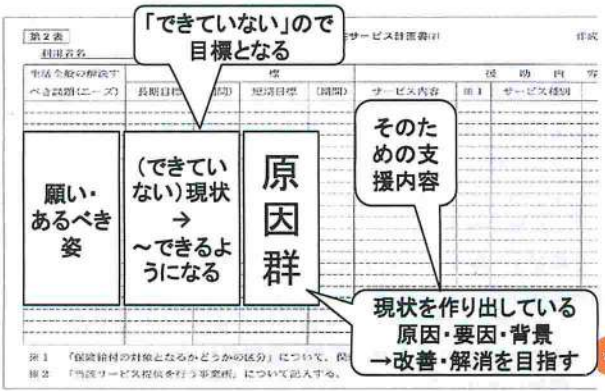
ケアマネジャーが取り扱う課題（ニーズ）とは・・・



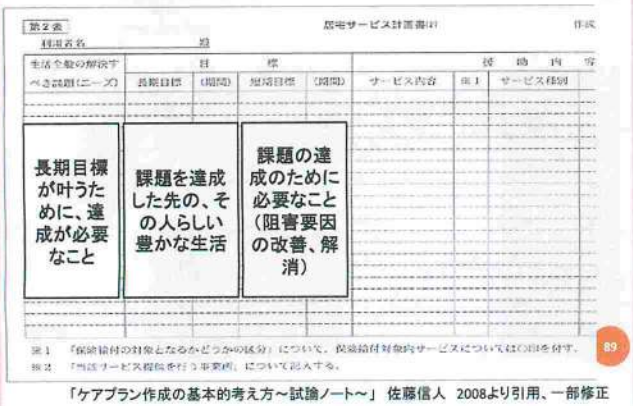
参考：ケアプラン（居宅サービス計画等）への展開



居宅サービス計画書（2）



居宅サービス計画書(2)


第2表　居宅サービス計画書(2)　作成

利用者名　殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容		
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	注1	サービス種別

長期目標が叶うために、達成が必要なこと

課題を達成した先の、その人らしい豊かな生活

課題の達成のために必要なこと(阻害要因の改善、解消)

注1　「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。
注2　「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

89

「ケアプラン作成の基本的考え方～試論ノート～」 佐藤信人　2008より引用、一部修正

参考:医療の場合

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成30年3月改訂)

2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

(2)本人の意思の確認ができない場合　本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの 中で慎重な判断を行う必要がある。

①家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。

②家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかに ついて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方 針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等 に応じて、このプロセスを繰り返し行う。

③家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。

④このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

＊注12　家族等とは、今後、単身世帯が増えることも想定し、本人が信頼を寄せ、人生の最終段 階の本人を支える存在であるという趣旨ですから、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人(親しい友人等)を含みますし、複数人存在することも考えられます(このガイドラインの他の箇所で使われている意味も同様です)。

＊注13　本人の意思決定が確認できない場合には家族等の役割がいっそう重要になります。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、特定の家族等を自らの意思 を推定する者として前もって定め、その者を含めてこれまでの人生観や価値観、どのような生き方や医療・ケアを望むかを含め、日頃から繰り返し話し合っておくことにより、本 人の意思が推定しやすくなります。その場合にも、本人が何を望むかを基本とし、それが どうしてもわからない場合には、本人の最善の利益が何であるかについて、家族等と医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を形成することが必要です。

＊注14　家族等がいない場合及び家族等が判断せず、決定を医療・ケアチームに委ねる場合には、医療・ケアチームが医療・ケアの妥当性・適切性を判断して、その本人にとって最善の医 療・ケアを実施する必要があります。なお家族等が判断を委ねる場合にも、その決定内容を説明し十分に理解してもらうよう努める必要があります。

＊注15　本人の意思が確認できない場合についても、本人の意思の推定や医療・ケアチームに よる方針の決定がどのように行われたかのプロセスを文書にまとめておき、家族等と医 療・ケアチームとの間で共有しておくことが、本人にとっての最善の医療・ケアの提供のためには重要です。

93

第3節　アセスメントからニーズを導き出す思考過程

テキスト P445、446

1. 生活ニーズ

(2)生活ニーズの記述方法

「○○のために○○できない」(問題状況)

けれども

⇒

「○○したい」

「○○できるようになりたい」

願い
→
また、○○したい、○○できるようになりたい

けれども、

原因
→
(今の)現実
→
しなくなったこと、できなくなったこと

90

テキスト P200

アンビバレント(相容れない感情)を取り扱う

～したい 好き　けれど　～したくない 嫌い

不安・怒り・混乱・焦り 苛立ち・落ち着かな さ…

「実際、援助を必要としているクライアントは、強いアンビバレント状態にあることが多い」
岩間伸之　対人援助のための相談面接技術　中央法規

「人は、1つだけの感情なら何とか耐えることができる。しかし、まったく相反する感情を抱くとき、(略)どうしても混乱し、困惑してしまう」
小澤勲　認知症を生きるということ　岩波書店

この情況は、人を「やる気を失う、ささいなことにこだわる(心気状態)、おちこむ(抑うつ状態)、神経が過敏になる、感情のコントロールができなくなる、といった状態にしていくことがある。」
六角澄子、柄澤行雄　高齢者ケアの考え方と技術　医学書院

94

第3節　アセスメントからニーズを導き出す思考過程

テキスト P446

1. 生活ニーズ

(3)自覚されていない場合

①利用者がニーズを自覚し、表明できていることはそのまま書きましょう。

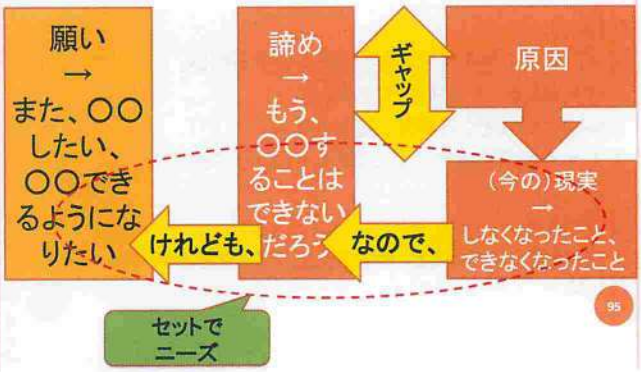
②利用者がニーズを自覚していない場合は、利用者がわかっている範囲で書きましょう。

③利用者・家族のニーズが一致していない場合には、利用者・家族が合意できる範囲で書きましょう。

◎利用者・家族のニーズの相違:第5表の介護支援経過に書き留め、共通認識ができるように働きかける。

91

ケアマネジャーが取り扱う課題(ニーズ)とは…



95

第3節　アセスメントからニーズを導き出す思考過程

テキスト P446

1. 生活ニーズ

(4)利用者の意向を聞き出す

転換⇒利用者が問題状況に対してマイナスの考えしか持てていない場合、「けれども、○○したい、○○できるようになりたい」と、語り直していただけるよう、意欲的・主体的に転換を促す。

急がず、焦らず、「仮説をたて時節を待つ」

代弁⇒認知症がある、意識レベルが低下しているなどの理由によって、意向の表出が困難である場合、それまでのその利用者の生活歴や習慣、価値観などから、意向を類推し代弁する。

92

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)のターゲットは?(どこを、何をニーズとするのか?)

介護保険法

第二条

介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする。

介護保険法第二条第二項

前項の保険給付は、**要介護状態等の軽減又は悪化の防止**に資するよう行われるとともに…

第四条

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、**その有する能力の維持向上に努めるものとする。**

96

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)のターゲットは？(どこを、何をニーズとするのか？)

介護保険法

第七条

この法律において「要介護状態」とは、身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、(以下略)

第七条第二項

この法律において「要支援状態」とは、(以下略)

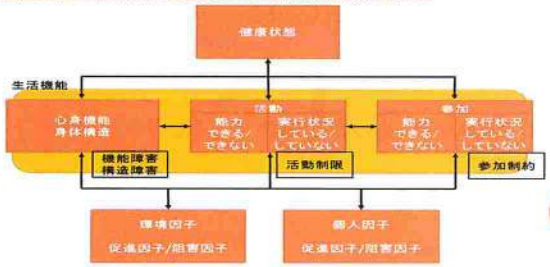
指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

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。

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)のターゲットは？(どこを、何をニーズとするのか？)

要介護状態等の軽減、悪化防止、有する能力の維持向上
⇒
低下した生活機能や、リスク対応、健康管理



第3節　アセスメントからニーズを導き出す思考過程

テキスト P446

1．生活ニーズ

(5)生活ニーズの優先順位

☆生命に関わること

①利用者が困っていると感じていること、援助を望んでいること

②個々の生活ニーズの中で、悪循環を作り出す要因

③利用者の健康の維持や衣食住などの生活の基盤に関係しているもの

④サービスを結びつけることで、最も効果が見込まれるもの

(6)インテークはわかりやすい言葉で

・専門用語は使わない！　面談・面接・情報収集・・・

・相手の理解の度合いを確認しながら！

第3節　アセスメントからニーズを導き出す思考過程

テキスト P447

2．チェックポイントシートの活用

(1)活用方法

◎チェックポイントシート≠アセスメントシート

アセスメントの情報整理・振り返るためのシートです

メリット

①状態・原因・問題・生活全般の解決すべき課題(ニーズ)をアセスメント項目ごとにたどることで、アセスメントプロセスとニーズへの転換プロセスが可視化され検証できる。

②状態・原因から派生する問題や生活ニーズについて利用者・家族・介護支援専門員等の専門職の捉え方のずれの明確化。

③介護支援専門員が利用者・家族からの聞き漏らした情報がわかる。

④シートを埋める作業を通し、介護支援専門員が自らのアセスメント不足に気づく。

第3節　アセスメントからニーズを導き出す思考過程

テキスト P447～P450

2．チェックポイントシートの活用

(2)記入内容

1)「課題分析標準項目」欄

2)「状態」欄：事実を記入

3)「原因」欄：疾病・後遺症・本人の性格・家族の反応などが原因となっていると言った事実を記入

4)「問題(困りごと)」欄：現在困っていること。将来的に困らないようにしたいことの発言・意向内容の記入

5)「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」欄

6)「ニーズ番号(優先順位)」欄

第3節　アセスメントからニーズを導き出す思考過程

テキスト P450～452

3．アセスメントツール

(1)法的な規定を理解する

1)適切な方法

2)課題分析の実施

⇒老企第29号に示されている課題分析標準項目を全て含んでいれば、オリジナルの様式を使用することは問題ない。(3)アセスメントシートについても同様。

(2)アセスメントツールの選択

1)自分で使いやすいものを選択する

2)事業所で使用するツールを使う

3)アセスメントに使用されている様式

本科目の内容

テキスト P405

①アセスメントからニーズを導き出すまでの思考過程の全体像に関する講義を行う。

②アセスメントにおける情報収集の項目の内容、目的、主治医意見書の記載内容を理解するとともに、情報収集の方法・技術を習得する。

③収集した情報を的確に分析することにより、課題の明確化、改善及び悪化の可能性等を導かせることを理解する。

④利用者の生活全体を捉える視点の重要性を理解するとともに、利用者の生活の現況から生活機能(WHO国際生活機能分類による)と背景を把握し、理解する視点を習得する。

⑤課題整理総括表を用いてADLやIADL等の状況から利用者が抱える課題を明確化し、状態の維持改善及び悪化の可能性の判断と予測を立て、適切なニーズを導くための技術を習得する。

これからのケアマネジメントプロセスで活用するツール

☆内容②⇒課題分析標準項目：基本情報に関する項目・課題分析(アセスメントに関する項目)

☆内容④⇒ICFシート：ICF(WHO国際生活機能分類)の視点から利用者の生活全体をとらえる

☆内容⑤⇒課題整理総括表：利用者の課題の明確化・状態の維持改善及び悪化の可能性の判断と予測(見通し)を立てる。ニーズを導く思考過程の可視化

現場の課題

○介護支援専門員によってアセスメントにばらつきあり、不十分な情報しか把握できていない
⇒薄い
○情報収集だけで分析に至っていない
⇒サービス優先になりがち
○利用者・家族からの情報だけで医師や多職種・専門職からの情報等が少ない
⇒偏りがある
○アセスメントからニーズまでのつながりがブラックボックス（見えない・エビデンスがない）
⇒可視化できていない

105

ICFで使われる用語と意味

テキスト P454

健康状態：疾患・変調だけでなく、加齢や妊娠、ストレス等を含む広い概念
心身機能：身体系の生理的機能（心理的機能を含む）のこと
身体構造：器官・肢体とその構成部分などの、身体の解剖学的部分
機能障害・構造障害：著しい変異や喪失などといった、心身機能または身体構造上の問題のこと
活　動：課題や行為の個人による遂行のこと
活動制限：個人が活動を行うときに生じる難しさのこと
参　加：生活・人生場面への関わりのこと
参加制約：個人が何らかの生活・人生場面にかかわるときに経験する難しさ
背景因子：環境因子と個人因子からなる、生活機能に影響を及ぼしうるもの
環境因子：人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子のこと
個人因子：個人の人生や生活の特別な背景であり、健康状態や健康状態以外のその人の特徴のこと

109

第4節　アセスメントからニーズを導き出す思考過程（ICF）

テキスト P453

1．ICFの考え方とアセスメント

（1）共通言語としてのICF

・利用者の生活の全体像を把握

①保健・医療・福祉などに関わる専門職と当事者を含めた、全ての関係者の相互理解と協力のための、世界の共通言語である

②マイナス面だけでなく、プラス面をみることを重視している

③健康状態と背景因子（環境因子と個人因子）と生活機能（心身機能・身体構造、活動、参加）との相互作用や影響をみていく

⇒ICFについては、厚生労働省のwebサイトにある、『「国際生活機能分類−国際障害分類改訂版−」（日本語版）の厚生労働省ホームページ掲載について』（ http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html ）を参照または、書籍を購入して勉強してみてください。

106

活動・参加についての視点

	（行為）している	（行為）していない
（能力）できる	自立している状態	廃用のおそれ
（能力）できない	リスクがある状態	支援が必要な状態

110

ICFとは？

ICF（Intemational Classification of Functioning,Disability and Helth）
⇒国際生活機能分類

改訂前の国際障害分類（ICIDH）とは？

疾病または変調 → 機能障害 → 能力障害 → 社会的不利

ICIDHモデルへの批判と誤解
①矢印が運命論的（左から右への一方向的）②矢印が時間的順序？
③マイナスだけを見て偏っている④環境的な因子が考慮されていない
⑤社会的不利の分類が少なく不備である
⑥ICIDHの作成過程に障害のある人自身の参加がなかった⑦客観的事実のみで主観的事実が抜け落ちている⑧疾患から直接社会的不利に繋がる場合もある

107

第4節　アセスメントからニーズを導き出す思考過程（ICF）

テキスト P453,454

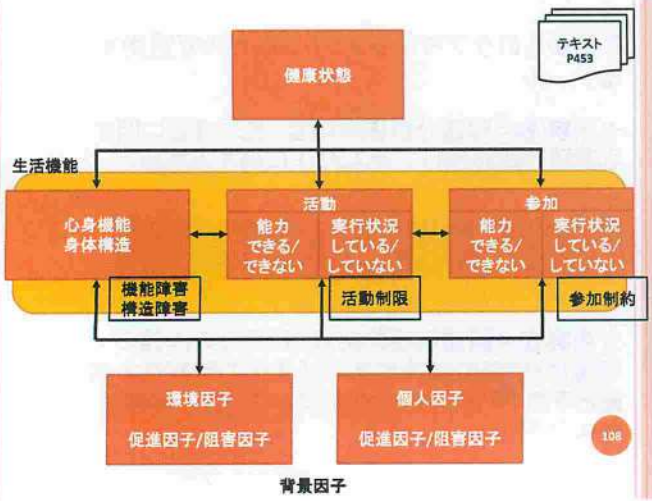
1．ICFの考え方とアセスメント

（3）相互作用あるいは複合的な関係をみる視点

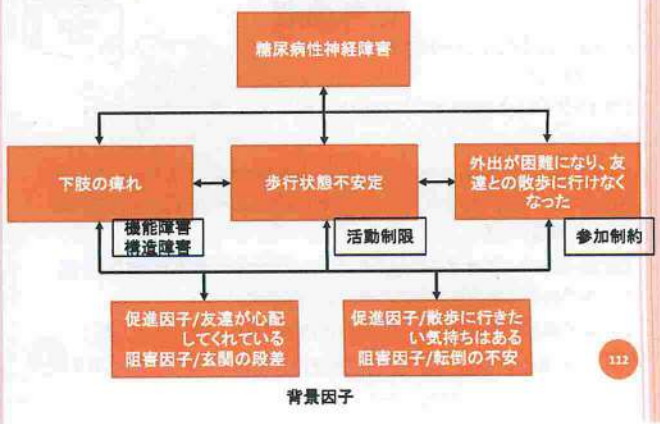
・個人の生活の機能は健康状態と背景因子との間の、相互作用あるいは複合的な関係

（4）ICFを活用した支援例

111



108



112

第4節　アセスメントからニーズを導き出す思考過程（ICF）

テキスト P455,456

2. 環境因子の理解

（1）環境との相互作用の調整

物理的な環境（自宅の構造など）・人的な環境（家族や友人、近隣住民など）・制度的な環境（制度やサービスなど）など

（2）ストレングスの視点

個人因子、環境因子にある「促進因子」⇒その人の「強み」

（3）ストレングスの活用

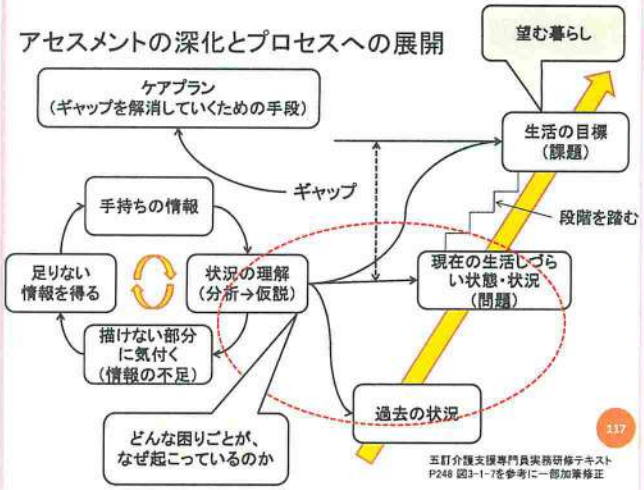
利用者のマイナス面だけでなく、プラスの面も視野に入れ、アセスメントを行う

⇒プランニングの際に活かす

（4）その人らしさ

×利用者の問題点を理解する⇒○利用者個々の「その人らしさ」を理解する

アセスメントの深化とプロセスへの展開



五訂介護支援専門員実務研修テキスト P248 図3-1-7を参考に一部加筆修正

ICFの基本的な考え方

・分類であり，生活機能や障害の「過程」をモデル化するものではない

・しかし，ICFはさまざまな構成概念や領域を位置づける手段を提供することによって，過程の記述のためにも役立つものである。ICFが提供するのは，相互作用的で発展的な過程としての，生活機能と障害の分類への多角的アプローチである

・ICFは「医学モデル」と「社会モデル」という2つの対立するモデルの統合に基づいている。生活機能のさまざまな観点の統合をはかる上で，「生物・心理・社会的」アプローチを用いる。したがってICFが意図しているのは，1つの統合を成し遂げ，それによって生物学的，個人的，社会的観点における，健康に関する異なる観点の首尾一貫した見方を提供することである

『「国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-」（日本語版）の厚生労働省ホームページ掲載について』（http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html）より

本科目の内容

テキスト P405

①アセスメントからニーズを導き出すまでの思考過程の全体像に関する講義を行う。

②アセスメントにおける情報収集の項目の内容、目的、主治医意見書の記載内容を理解するとともに、情報収集の方法・技術を習得する。

③収集した情報を的確に分析することにより、課題の明確化、改善及び悪化の可能性等を導かせることを理解する。

④利用者の生活全体を捉える視点の重要性を理解するとともに、利用者の生活の現況から生活機能（WHO国際生活機能分類による）と背景を把握し、理解する視点を習得する。

⑤課題整理総括表を用いてADLやIADL等の状況から利用者が抱える課題を明確化し、状態の維持改善及び悪化の可能性の判断と予測を立て、適切なニーズを導くための技術を習得する。

演習

ICF思考による情報整理・分析シートの活用

神谷花子さんのICF思考による情報整理・分析シートの作成

13:55　①グループワークをします。司会、書記、スパイを一人ずつ決めてください。

決まったら、14:05まで休憩です！！

14:05　②配布したアセスメントシート、主治医意見書、記入済みの演習シート①-1を読み込みましょう。（個人ワーク10分）

14:15　③2人ペアになってください。演習シート①-2、「健康状態」と「背景因子」が生活機能にどのような影響を与えているか、の部分を考えてまとめましょう。（ペアワーク20分）

14:35　④グループでまとめましょう。（グループワーク20分）
スパイ役の人は、他のグループの偵察を可能とします。
スパイからの情報も参考に、まとめ上げてください。

これからのケアマネジメントプロセスで活用するツール

☆内容②⇒課題分析標準項目：基本情報に関する項目・課題分析（アセスメントに関する項目）

☆内容④⇒ICFシート：ICF（WHO国際生活機能分類）の視点から利用者の生活全体をとらえる

☆内容⑤⇒課題整理総括表：利用者の課題の明確化・状態の維持改善及び悪化の可能性の判断と予測（見通し）を立てる。ニーズを導く思考過程の可視化

演習

ICF思考による情報整理・分析シートの活用

神谷花子さんのICF思考による情報整理・分析シートの作成

14:55　⑤現状が続くことで予測されるされるリスクを考え、まとめましょう。（ペアワーク15分）

15:10　⑥状況を改善するためのアイデアを考え、まとめましょう。（ペアワーク15分）

15:25　ここで10分間休憩です！！

15:35　⑦グループでまとめましょう。（グループワーク20分）
スパイ役の人は、他のグループの偵察を可能とします。
スパイからの情報も参考に、まとめ上げてください。

15:55　⑧ここまでのアセスメントから、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を考え、まとめましょう。
（グループワーク20分）

16:15　お疲れさまでした！！

現場の課題

○介護支援専門員によってアセスメントにばらつきあり、不十分な情報しか把握できていない
⇒薄い

○情報収集だけで分析に至っていない
⇒サービス優先になりがち

○利用者・家族からの情報だけで医師や多職種・専門職からの情報等が少ない
⇒偏りがある

○アセスメントからニーズまでのつながりがブラックボックス（見えない・エビデンスがない）
⇒可視化できていない

第7節　利用者・家族のニーズの優先順位の判断

テキスト P473

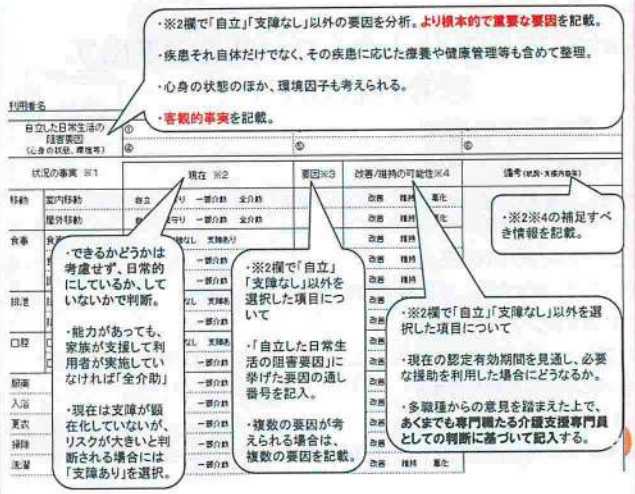
1. 課題整理総括表の活用

(1)基本的な活用方法

厚労省老健局振興課事務連絡(介護保険最新情報Vol.379)
『「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について』

(2)利用者の意欲や能力の評価を加える

121



課題整理総括表の位置づけは？

・課題整理総括表は**アセスメントツールではない。**

・課題整理総括表は**アセスメントの後、ケアプラン原案作成の前**に作成することが望ましい。

・情報の収集と分析を行い、課題を抽出する上で、利用者の現在の状態と要介護状態等の改善／維持等の可能性に照らして**課題の捉え方に抜け漏れがないかどうか**をまとめるもの。

課題整理総括表・評価表の活用の手引きより

122

※4改善/維持の可能性についての視点

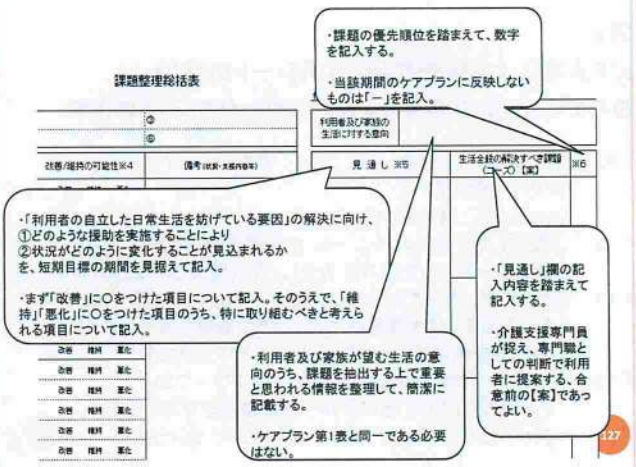
	(行為)している	(行為)していない
(能力)できる	自立している状態	廃用のおそれ
(能力)できない	リスクがある状態	支援が必要な状態

126

課題整理総括表の位置づけは？

アセスメントに還る！

123



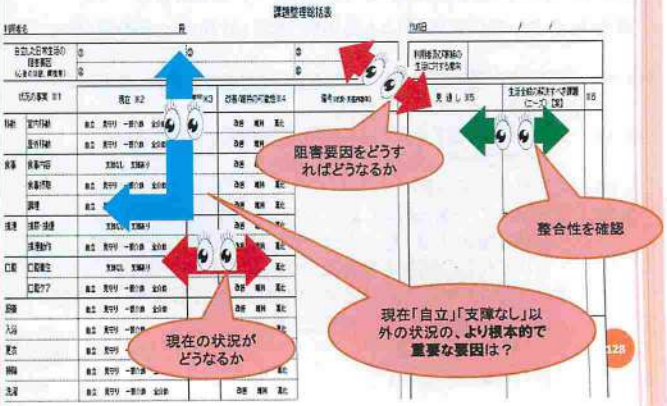
127

ケアプラン作成の思考プロセス　と　課題整理総括表

情報収集	生活全般の情報 本人・家族・主治医・サービス事業者etc 面接・観察・記録・照会etc	・状況の事実※1 ・現在※2 ・備考欄 ・利用者及び家族の生活に対する意向 ・改善/維持の可能性※4
情報整理	主観的事実・客観的事実 事実と推測、意見 強みと弱み	
原因分析	遡及推論 因果関係を考える 情報の意味を考える	・要因※3 ・自立した日常生活の阻害要因
見立て	仮説形成 予後予測(改善可能性・リスク) エンパワメント・ストレングスの視点	・改善/維持の可能性※4 ・見通し※5
ケアプラン	ニーズ(課題)とその達成に向けた目標 長期目標と短期目標(スモールステップ) 短期目標の達成のためのサービス	

124

記入・検討の 👀 (視点)



128

自立した日常生活の阻害要因欄に記入する、
「より根本的で重要な」とは？

より根本的→より遡った

重要な→改善可能性の高い

「※5 見通し」の書き方

まずは、「改善」に○をつけた項目について、

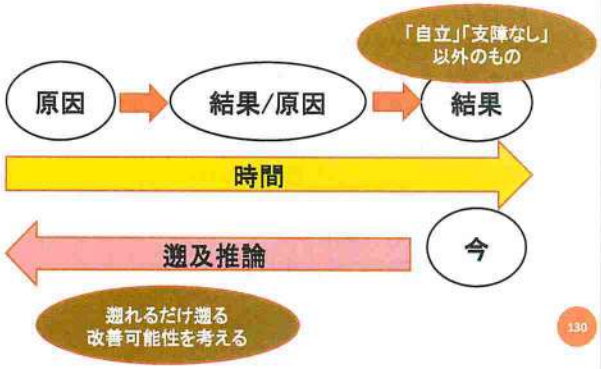
①阻害要因に対し②どんな支援を提供することで③どんな効果が見込まれるのか

ということを、「介護支援専門員として判断した仮説」として記載する。

「維持・悪化」についても、支援が必要と判断されるものについては、同様に取り上げます。

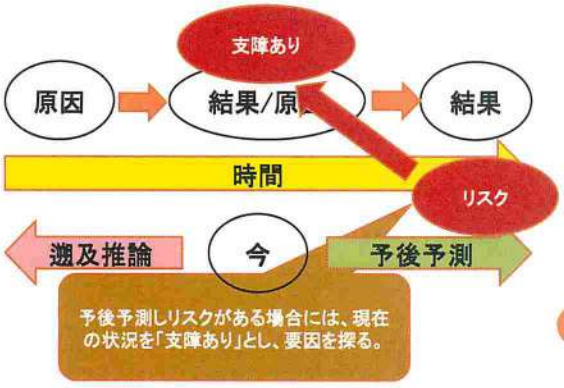
※「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」P11参照

「より根本的で重要な」阻害要因の特定

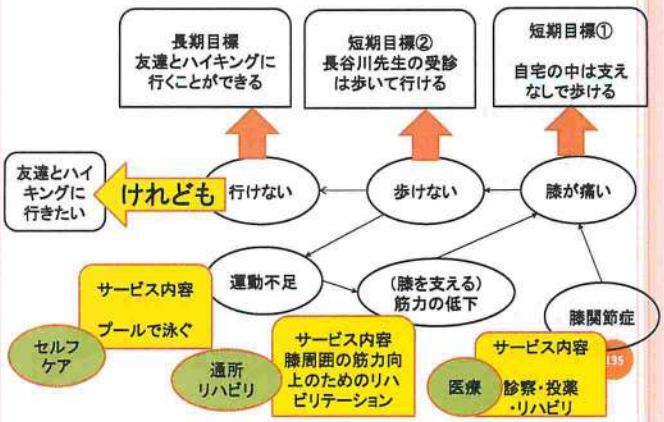


「※5 見通し」の考え方

「より根本的で重要な」阻害要因の特定

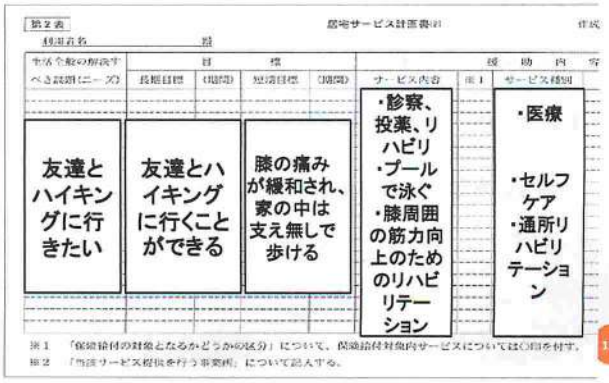


「※5 見通し」の考え方



神谷花子さんの、「社会との関わり」を阻害している要因の考え方

ケアプランへの展開


第2表　居宅サービス計画書(2)　作成

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標 長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	援助内容 サービス種別
友達とハイキングに行きたい	友達とハイキングに行くことができる		膝の痛みが緩和され、家の中は支え無しで歩ける		・診察、投薬、リハビリ ・プールで泳ぐ ・膝周囲の筋力向上のためのリハビリテーション	・医療 ・セルフケア ・通所リハビリテーション

予防・改善の視点

状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4
移動	室内移動	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化
	屋外移動	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化
食事	食事内容	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化
	食事摂取	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化
	調理	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化
排泄	排尿・排便	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化
	排泄動作	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化
口腔	口腔衛生	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化
	口腔ケア	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化
服薬		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化
入浴		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化
更衣		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化

137

ケアマネジャーに求められていること

なぜアセスメントが大事なのか？

介護支援専門員（ケアマネジャー）に求められていること

⇒利用者の自立支援、自律支援

⇒自立、自律をするのは利用者自身

⇒この支援を行うのであれば、その利用者の理解が欠かせない

⇒また、利用者自身も、自分自身のことを見つめ直すことが重要

⇒そのためには、アセスメントによる**利用者理解**、**利用者自身の自分理解**、が欠かせない

141

テキスト P476

第8節　再アセスメントの重要性

1. アセスメントは繰り返される

（1）モニタリング

（2）検証

2. 利用者の状態像は変化する

（1）状態像の変化

（2）入院・入所

138

①振り返り：ちゃんとこの支援で本当に良かったのか。どのくらい利用者を理解できているのか？
そもそもちゃんと利用者はから信頼を得て思いを聴けているのか？
②ひとを理解する・人を支援することがいかに難しいかを知っていること。おごらず、謙虚でいること。
③これからも一緒に
学び続けて行きましょう。

142

再掲

介護支援専門員に求められていること

介護保険法

第一条　この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう（以下略）

第四条　国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

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

第一条の二　指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

2　指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

3　指定居宅介護支援事業者（法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等（法第八条第二十四項に規定する指定居宅サービス等をいう。以下同じ。）が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

139

再掲

介護支援専門員（ケアマネジャー）に求められていること

利用者の自立支援であり、**自律支援**

- **尊厳を保持し、その有する能力に応じ…**
- **利用者の選択に基づき…**
- **利用者の意思及び人格を尊重し…**

自立志向
財政志向
→制度指向

自律志向
ニーズ志向
→利用者指向

140

介護支援専門員実務研修
7日目

9:30～14:30

ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術

7 - ③章
居宅サービス計画等の作成

令和2年度介護支援専門員実務研修

第7-③章
居宅サービス計画等の作成
～総論～

ケアプランセンター加楽　川上 美恵子
ケアプランセンターカルナハウス　前田 岳史

《目的》

テキスト P477

＊ニーズを踏まえた＊目標の設定と＊目標を実現するための(居宅)サービス計画等の作成技術を修得する。また、居宅サービス計画等と訪問介護計画等の＊個別のサービス計画との連動の重要性を理解する。

《修得目標》

テキスト P479

point!

①居宅サービス計画の意義と目的について説明できる。
②居宅サービス計画等の各様式における記載の目的について説明できる。
③利用者、家族の意向を踏まえた課題に解決に向けた目標の設定を実施できる。
④居宅サービス計画実施後の生活の変化を予測できる。
⑤居宅サービス計画等に必要な社会資源(インフォーマルサービス等)を位置づけることができる。
⑥生活目標に応じた必要なサービスを判断できる。
⑦生活目標を達成するための期間の設定を判断できる。
⑧本人、家族が合意できる居宅サービス計画書の作成を実施できる。
⑨居宅サービス計画等と個別サービス計画の連動の重要性について説明できる。

第1節　居宅サービス計画原案の作成

テキスト P480

●居宅サービス計画確定までの流れ

①アセスメント(現状把握から解決すべき課題の整理)

↓

②居宅サービス原案作成(解決すべき課題(ニーズ)と目標、サービス内容、事業所)

↓

③サービス担当者会議(原案の説明、関係者の共有と調整)

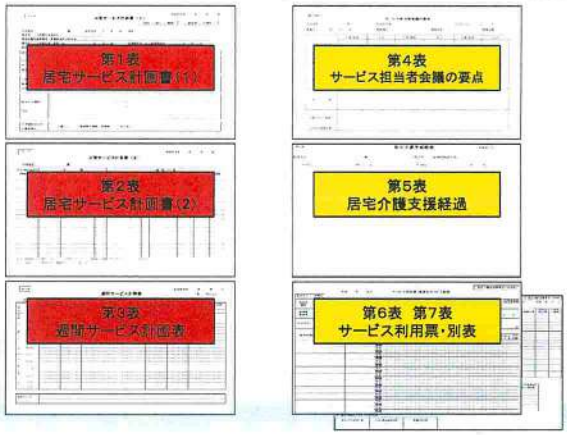
↓

④居宅サービス計画原案確定

テキスト85ページも参照

●居宅サービス計画における様式(テキストP329～P348)

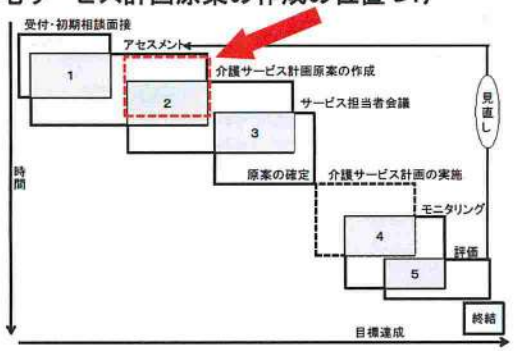
テキスト P480



●重層的な進行

テキスト P318

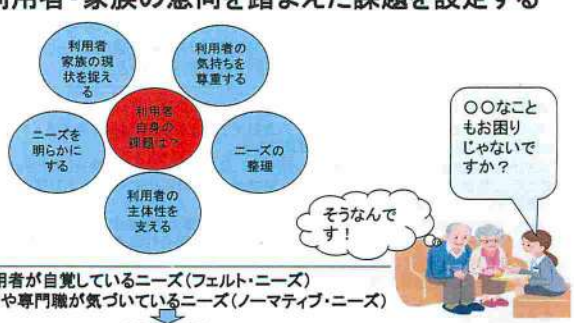
居宅サービス計画原案の作成の位置づけ



第2節　居宅サービス計画原案作成上の留意点

テキスト P482

●利用者・家族の意向を踏まえた課題を設定する



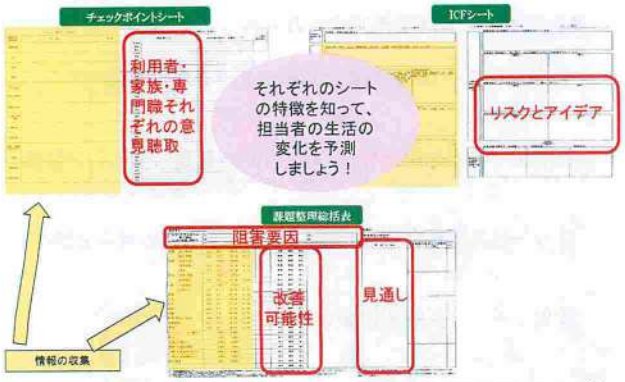
●利用者が自覚しているニーズ(フェルト・ニーズ)
●CMや専門職が気づいているニーズ(ノーマティブ・ニーズ)

↓

合意が大事　(リアル・ニーズ)

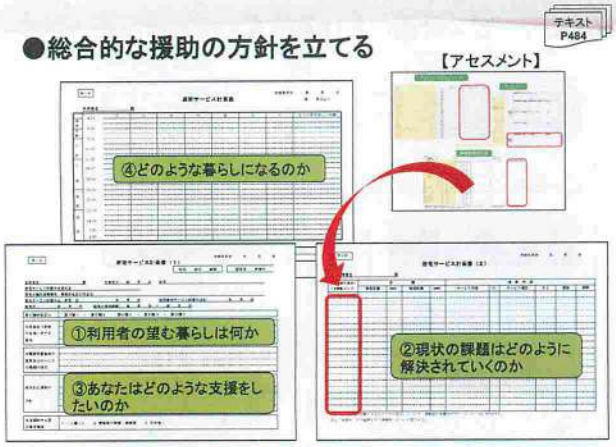
テキスト P483

●生活の変化を予測する



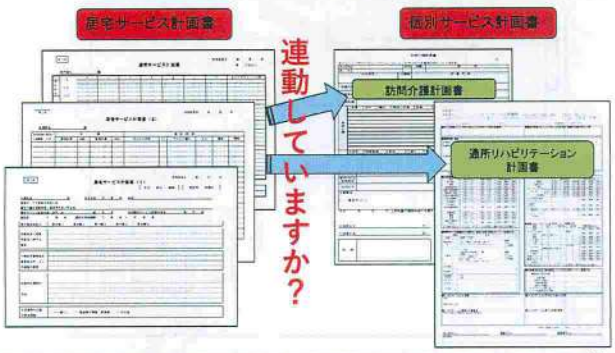
テキスト P484

●総合的な援助の方針を立てる



テキスト P497

第3節　居宅サービス計画等と個別サービス計画の連動の重要性



個別サービス計画の提出依頼義務規定（連動性の確認）

手引 P173
手引 P191

（運営基準：第13条第12号）

介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問介護計画（カッコ内省略）等指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。

（解釈通知：⑫担当者に対する個別サービス計画の提出依頼(第12号)）

居宅サービス計画と個別サービス計画との連動性を高め、居宅介護支援事業者とサービス提供事業者の意識の共有を図ることが重要である。

このため、基準第13条第12号に基づき、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。

なお、介護支援専門員は、担当者と継続的に連携し、意識の共有を図ることが重要であることから、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の確認については、居宅サービス計画を担当者に交付したときに限らず、必要に応じて行うことが望ましい。

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。

第7-③章
居宅サービス計画等の作成
～総論～

終了

アイスブレイク

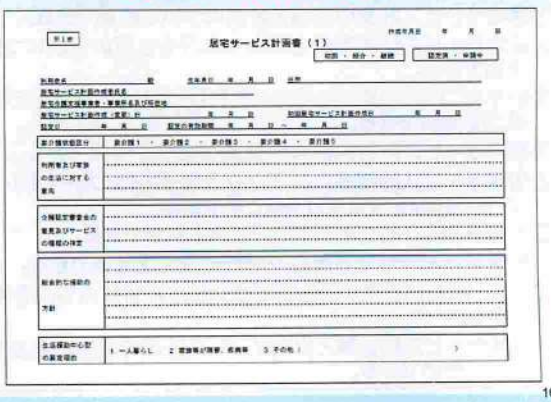
グループ内自己紹介
司会・記録・発表決め

令和2年度介護支援専門員実務研修

第7-③章
居宅サービス計画等の作成
～各論～

ケアプランセンター加楽　川上 美恵子
ケアプランセンターカルナハウス　前田 岳史

各論　第1表



各論　法令の確認

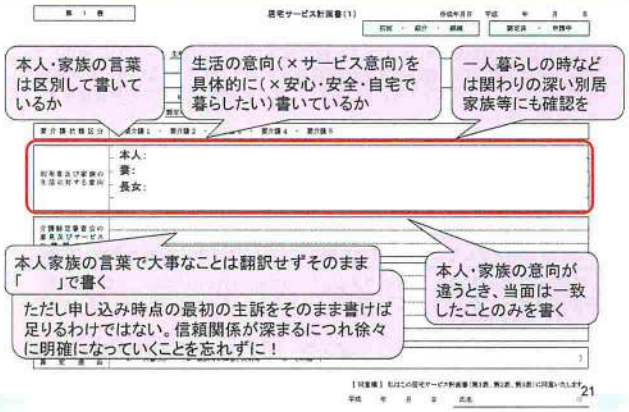
居宅介護支援に関連する法令通知の関係性

サービス計画作成上、知っておくべき法令は3つ！

サービス計画は法定様式なので、最低限の記入ルールがあります（従わなければ法令違反です）。そこを今日は押さえましょう。

利用者及び家族の生活に対する意向

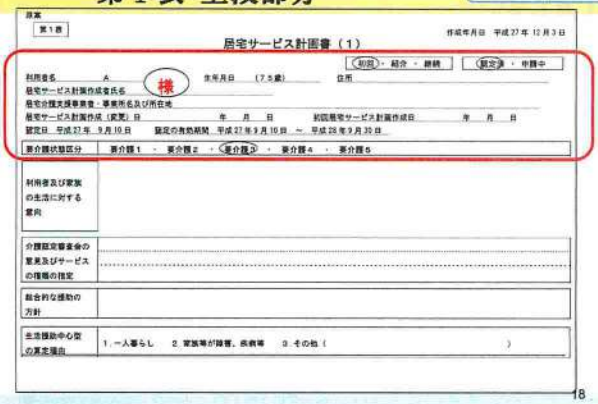
テキストP332・P484
手引 P9



各論　第1表

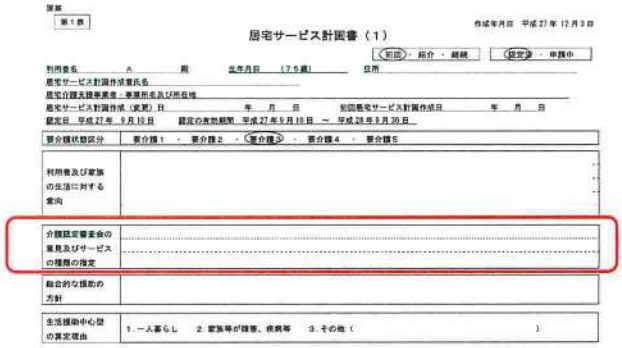
第１表 上段部分

テキスト P330
手引 P8・P25



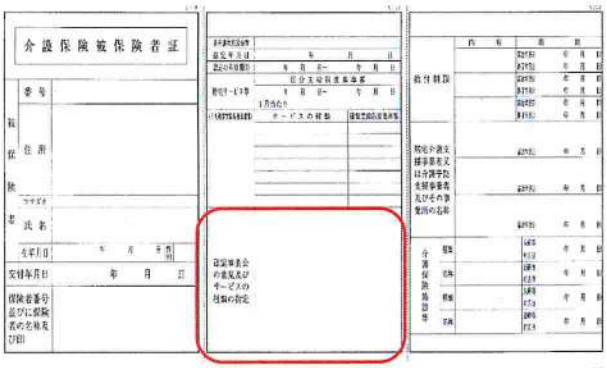
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

テキストP332・P484
手引 P10



利用者及び家族の生活に対する意向

参考：介護保険被保険者証



利用者及び家族の生活に対する意向

手引 P9
P213・P235

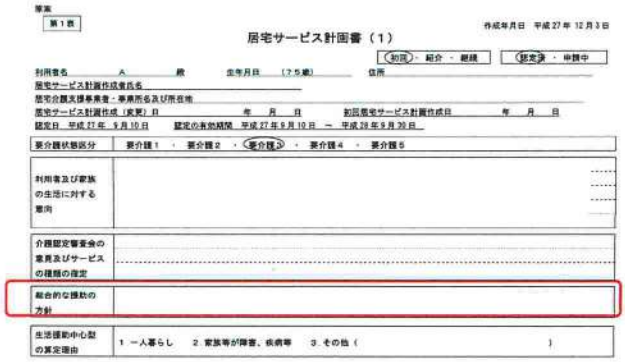
（記載要領）

利用者及びその家族が、
どのような内容の介護サービスを
どの程度の頻度で利用しながら、
どのような生活をしたいと考えているのか
について課題分析の結果を記載する。

なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。

総合的な援助の方針

テキストP332・P484
手引 P10
P213・P235



総合的な援助の方針

テキストP332・P484
手引 P10
P213・P236

（記載要領）
課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、総合的な援助の方針を記載する。

あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先等について記載することが望ましい。

（理由～抜粋～）
ここでは、利用者及びその家族の自立を阻害する要因や、問題の所在、自立に至る道筋を明らかにし、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の解決のための目標、具体策を示した上で、総合的な援助の方針が記される必要がある。（中略）

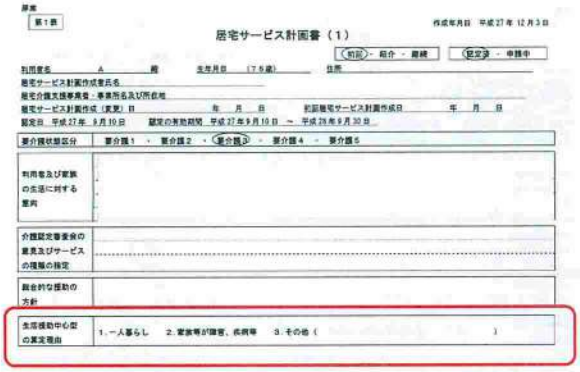
様式としては、「総合的な援助の方針」が先に掲げられているが、この「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を明確にせずには、「総合的な援助の方針」が立たないことは当然である。

→まず仮案として記載し、「第2表　居宅サービス計画書を記載した後に、仮案を修正し、記載することが望ましい。

（後であらためて解説）

生活援助中心型の算定理由

テキスト P332
手引 P11
P213・P237



生活援助中心型の算定理由

手引 11頁
P213・P237

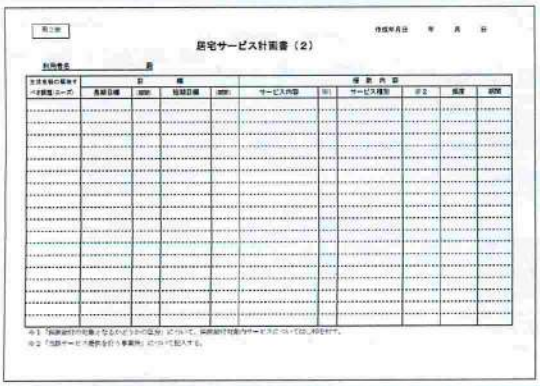
（記載要領）
介護保険給付対象サービスとして、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付けることが必要な場合に記載する。

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成12年2月10日厚生省告示第19号）別表の1の注3に規定する「単身の世帯に属する利用者」の場合は、「1．一人暮らし」に、

「家族若しくは親族（以下「家族等」という。）と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者または当該家族等が家事を行うことが困難であるもの」の場合は、「2．家族等が障害、疾病等」に○を付す。

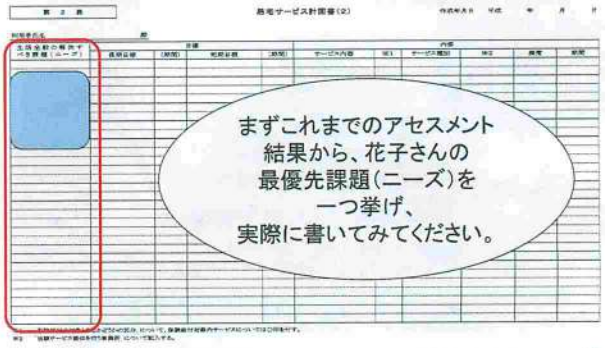
また、家族等に障害、疾病がない場合であっても、同様のやむをえない事情により、家事が困難な場合等については、「3．その他」に○を付し、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。

各論　第2表



生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

テキストP333・
P485
手引 P13
P214・P237



生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

手引 P13
P214・P237

（記載要領）
利用者の自立を阻害する要因等であって、
個々の解決すべき課題（ニーズ）について
その相互関係をも含めて明らかにし、
それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、
その波及する効果を予測して
原則として優先度合いが高いものから順に記載する。

なお、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」については、次の2点が重要である。
○生活全般にわたるものであること。
○自立の阻害要因と利用者及びその家族の現状認識が明らかにされていること。

課題(ニーズ)の導き出し～課題整理総括表より

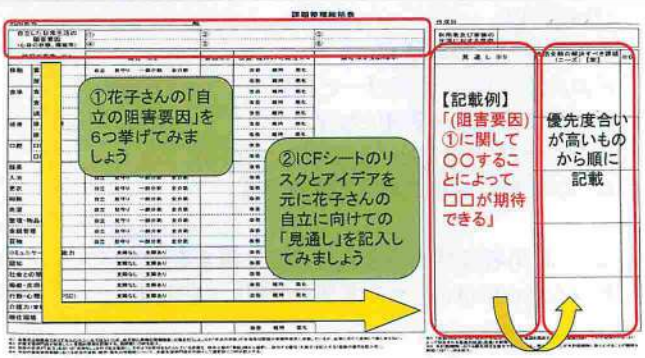
課題整理総括表の位置づけは？

・課題整理総括表は**アセスメントツールではない。**

・課題整理総括表は**アセスメントの後、ケアプラン原案作成の前**に作成することが望ましい。

前回アセスメントレジュメP106～107より

課題(ニーズ)の導き出し～課題整理総括表の活用～



生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

手引 P13
P214・P237

●「問題」と「課題」の違い

「問題」＝目標と現状の差。ズレ。困りごと。

「課題」＝目標と現状の差を埋めるためにやると決めたこと。

目標とする状況
＝望む暮らし
歩いて生活する

・1日10分体操をして歩ける状態でいたい
・部屋が片づきキレイな状態でいたい

ズレ＝「問題」

・転倒して骨折してしまい歩けない
・部屋が片付いておらず滑りやすい

目標と現状の差を埋めるためにやると決めたこと＝「課題」

現在の状況
歩けないので車イス生活

居宅サービス計画書作成上の留意点(Q&A)

手引 P26～27

Q 3

第2表の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」は、すべて「○○したい」と書かなければなりませんか。

Q 4

「○○したい」(ディマンド)と言っている利用者の場合は、そのとおり書けばよいのですか。

Q 5

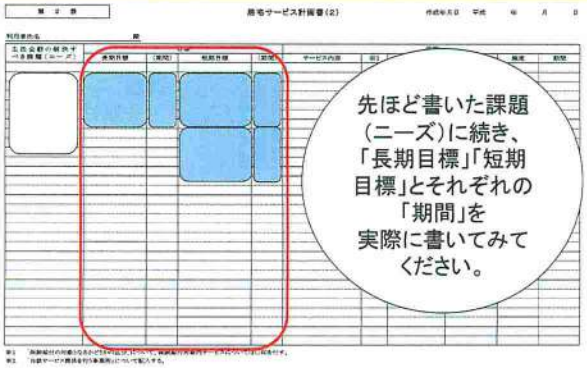
「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の欄に意欲を書いた場合、長期目標との区別がつきません。このため、短期目標は比較的表現(記入)しやすいのですが、長期目標は上手に書き表せません。

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)

休憩

目標(長期目標・短期目標・期間)

テキストP334・P485
手引 P14
P214・P238



目標 (長期目標・短期目標)

手引 P14
P214・P238

(記載要領)

「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。

ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合やいくつかの課題が解決されて初めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。

「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものである。

緊急対応が必要になった場合には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度、「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記載する。

なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやすい具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

長期目標及び短期目標に付する期間

手引 P15
P214・P239

(記載要領)

「長期目標」の「期間」は、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を、いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載する。

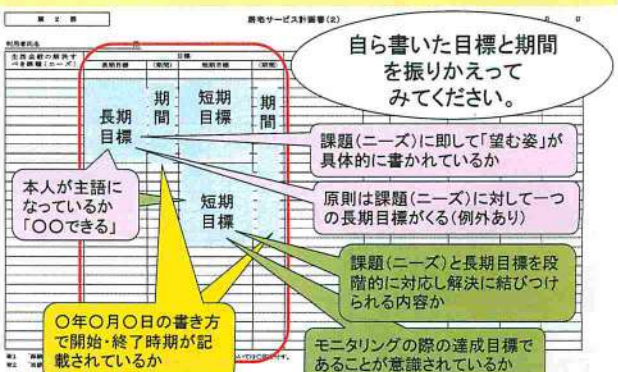
「短期目標」の「期間」は、「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載する。

短期目標が達成 ⇔ こんな生活ができる(長期目標)

また、原則として開始時期と終了時期を記入することとし、終了時期が特定できない場合等にあっては、開始時期のみ記載する等として取り扱って差し支えないものとする。なお、期間の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

目標(長期目標・短期目標・期間)

テキストP334・P485
手引 P14
P214・P238



サービス内容

テキスト P335
手引 P15
P214・P239

先ほど書いた課題(ニーズ)・長期目標・短期目標に続く「サービス内容」を実際に書いてみてください。

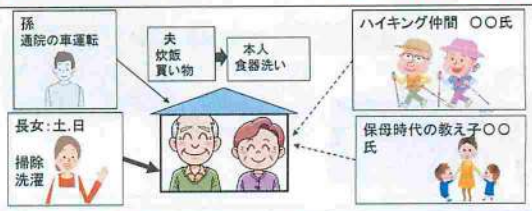
サービス種別　※2(サービス事業者等)

手引 P16
P215・P240

(記載要領)

「サービス内容」及びその提供方針を適切に実行することができる居宅サービス事業者等を選定し、具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。

家族が担う介護部分についても、誰が行うのかを明記する。



サービス内容

手引 P15
P214・P239

(記載要領)

「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。

この際、できるだけ家族による援助も明記し、また、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。

なお、生活援助中心型の訪問介護を必要とする場合には、その旨を記載する。

頻度・期間

手引 P17
P215・P240

(記載要領)

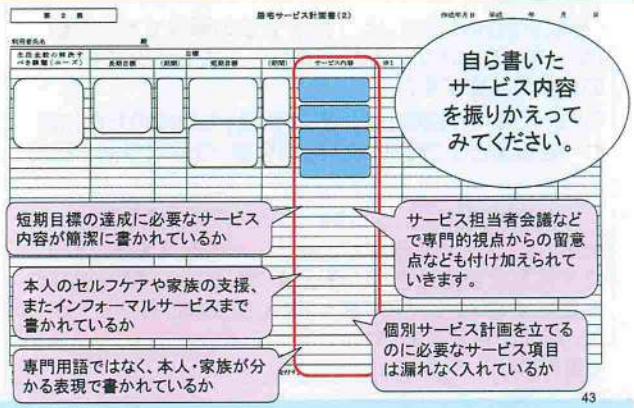
「頻度」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度(一定期間内での回数、実施曜日等)」で実施するかを記載する。

「期間」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する。

なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

サービス内容

テキスト P335
手引 P15
P214・P239



自ら書いたサービス内容を振りかえってみてください。

短期目標の達成に必要なサービス内容が簡潔に書かれているか

本人のセルフケアや家族の支援、またインフォーマルサービスまで書かれているか

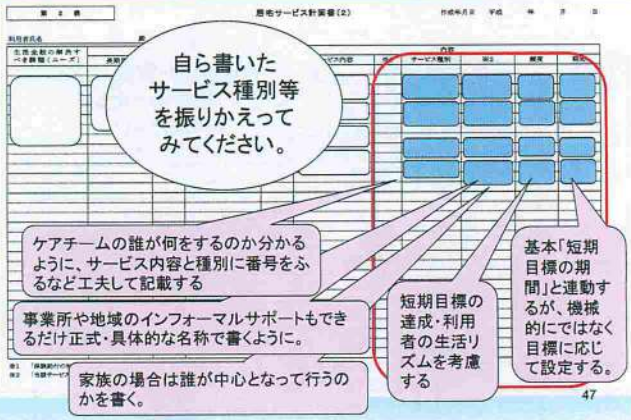
専門用語ではなく、本人・家族が分かる表現で書かれているか

サービス担当者会議などで専門的視点からの留意点なども付け加えられていきます。

個別サービス計画を立てるのに必要なサービス項目は漏れなく入れているか

サービス種別・頻度・期間

テキスト P335
手引 P16
P215・P240



自ら書いたサービス種別等を振りかえってみてください。

ケアチームの誰が何をするのか分かるように、サービス内容と種別に番号をふるなど工夫して記載する

事業所や地域のインフォーマルサポートもできるだけ正式・具体的な名称で書くように。

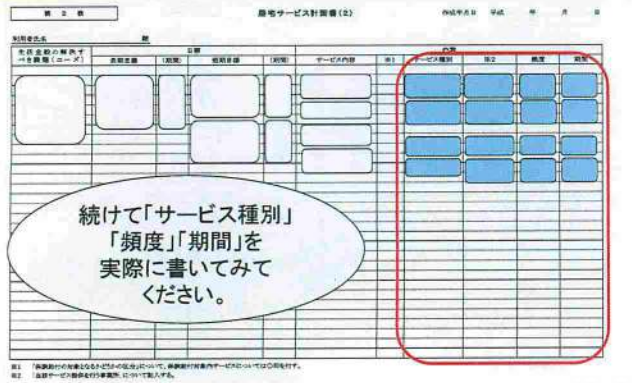
家族の場合は誰が中心となって行うのかを書く。

短期目標の達成・利用者の生活リズムを考慮する

基本「短期目標の期間」と連動するが、機械的にではなく目標に応じて設定する。

サービス種別・頻度・期間

テキスト P335
手引 P16
P215・P240



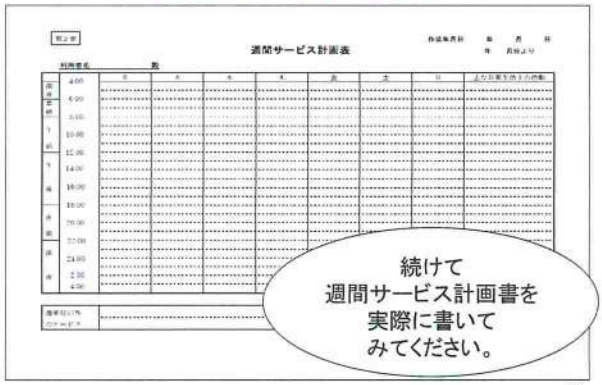
続けて「サービス種別」「頻度」「期間」を実際に書いてみてください。

12:00～13:00

昼休憩

49

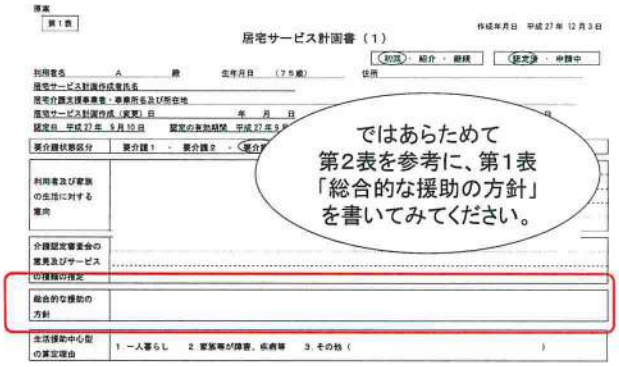
各論　第3表



53

総合的な援助の方針（再掲）

テキストP332・P484
手引 P10
P213・P235

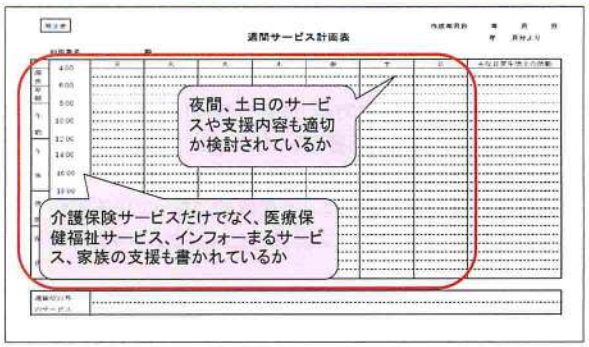


50

各論　第3表

週間サービス計画

テキスト P336
手引 P18
P215・P241



54

総合的な援助の方針

テキストP332・P484
手引 P10
P213・P236

（記載要領）

課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、総合的な援助の方針を記載する。

あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先等について記載することが望ましい。

（理由～抜粋～）

ここでは、利用者及びその家族の自立を阻害する要因や、問題の所在、自立に至る道筋を明らかにし、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の解決のための目標、具体策を示した上で、総合的な援助の方針が記される必要がある。（中略）

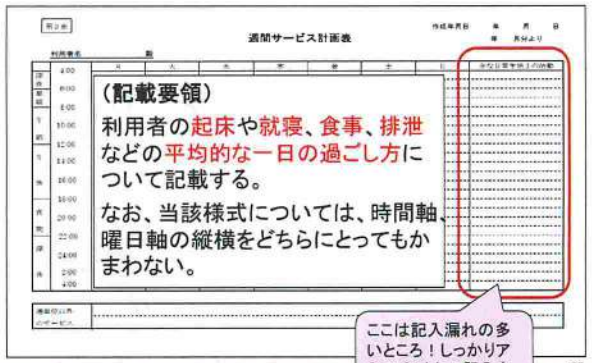
様式としては、「総合的な援助の方針」が先に掲げられているが、この「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を明確にせずには、「総合的な援助の方針」が立たないことは当然である。

→まず仮案として記載し、「第2表　居宅サービス計画書を記載した後に、仮案を修正し、記載することが望ましい。

51

主な日常生活上の活動

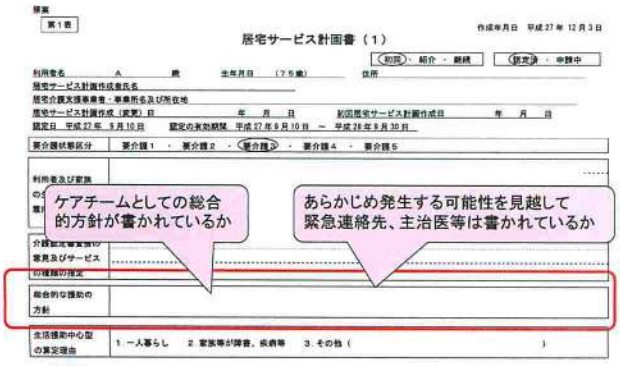
手引 P19
P215・P241



55

総合的な援助の方針（再掲）

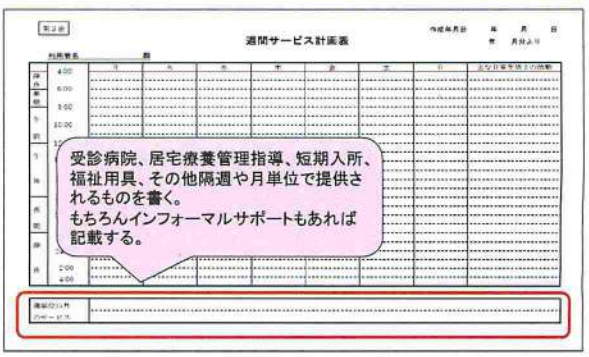
テキストP332・P484
手引 P10
P213・P235



52

週単位以外のサービス

手引 P19
P215・P241



56

【発表】

各グループで創りあげた「居宅サービス計画書原案」について、ご本人・ご家族に同意を頂けるようプレゼンして頂き、全体で学びを共有しましょう。

プレゼンテーション例：

「○○のニーズ達成のために、長期目標では○○、短期目標は○○を立てました。そして、具体化するため○○のサービス内容を考えました。花子さん、いかがでしょうか？」

書くにあたり一番大事にした点・難しかった点を教えて下さい。

【振り返り】

・居宅サービス計画等の作成にあたっての修得目標は？
・居宅サービス計画原案と居宅サービス計画の違いは？
・第1表「総合的な援助の方針」はいつ書けばよかった？
・なぜニーズに問題点から書き始めないの？
・長期目標にその人の望む姿が書かれていますか？
・短期目標は達成度が図れるよう具体的になっていますか？
・サービス内容・週間サービス計画表にインフォーマルサービスは入っていますか？

居宅サービス計画原案はあなたの支援姿勢の宣言書です。
これを次のサービス担当者会議にて、
「チームとしての支援計画」に仕上げましょう！

第7-③章
居宅サービス計画等の作成
～演習～

終了

お疲れ様でした

介護支援専門員実務研修
前半

ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術
第7－④章

サービス担当者会議の意義及び進め方

マザーレイク田上居宅介護支援事業所　片岡 理佐
心和ケアプランセンター　佐竹 春美

本科目の目的

P499

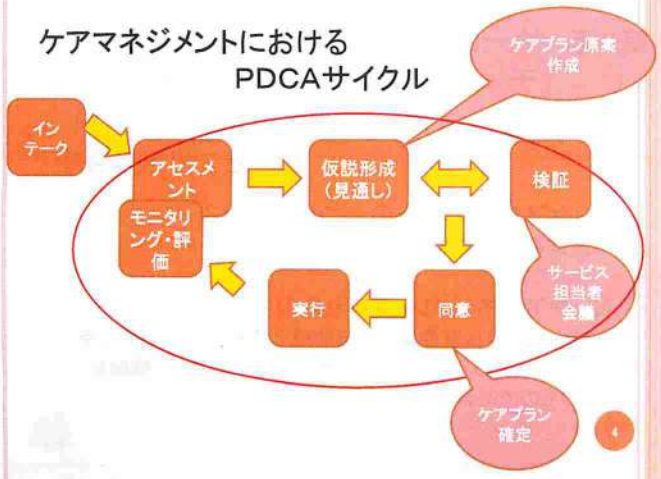
多職種とのアセスメント結果の共有や、居宅サービス計画等の原案に対する専門的見地からの意見収集の意義を理解し、会議の開催に係る具体的な方法を修得する。

本科目の修得目標

P501

①サービス担当者会議の意義と目的について説明できる。
②サービス利用におけるチームアプローチの重要性について説明できる。
③サービス担当者会議開催のプロセスに基づき、開催準備及び会議の進行ができる。
④個別サービス計画との整合性を確認することの重要性について説明できる。
⑤サービス担当者会議に関わる内容の記録の作成ができる。
⑥多職種と、今後の課題に関する確認を実施できる。
⑦利用者の状態像や運営基準に合わせたサービス担当者会議の意義について理解した上で、会議の開催に向けた準備ができる。
⑧サービス担当者会議開催理由に合わせた検討の留意点について説明できる。

ケアマネジメントにおける PDCAサイクル



第1節　サービス担当者会議の意義と目的

P502

1．目標の確認と役割の明確化

（1）方向性を定める

1）最終的にどこに向かうのか共通認識
・利用者、家族、ケアチームのメンバー全員が、居宅サービス計画に盛り込まれた内容を、同じように理解する必要がある。

2）方向性を明確にしない弊害
・共通認識ができてなく、ズレがある場合には、お互いの信頼関係に影響が出る場合も

➡ **ズレを生まない！**

第1節　サービス担当者会議の意義と目的

（2）アセスメントの共有

P503

1）介護支援専門員によるアセスメント結果の共有
・利用者の**全体像の理解、共有**。
・それぞれの専門職が関わる根拠が明確になり、**ケアの方向性との繋がり**が理解される。

2）サービス提供事業所による支援方法の工夫
・エンパワメントの視点

➡ **ズレを生まない！**

第1節　サービス担当者会議の意義と目的

P504

（3）居宅サービス計画の練りあげ

1）利用者の望む生活を達成するものへと練り上げる
・ケアチームのメンバーが一堂に会し話し合うことで、相互理解が促進される。

2）利用者、家族が理解できるように、専門用語を用いないこと、理解するペースに合わせた進行を心がける

➡ **ズレを生まない！**

第1節　サービス担当者会議の意義と目的

1．説明と同意

（1）利用者・家族への説明と同意
・居宅サービス計画原案を基にサービス担当者会議にて意見交換した結果に基づき、利用者及び家族へ説明し**同意**を得る。

➡

・客体的でなく**主体的な存在**としての理解
・介護支援専門員が説明し、同意を得るだけでは、居宅サービス計画は利用者のものとならない。
→利用者の言葉を大事にする。

第1節　サービス担当者会議の意義と目的

P505

(2)サービス提供事業所の担当スタッフへの説明と同意

・居宅サービス計画全体の理解を得る。
→居宅サービス計画と、それぞれのサービスとの連動性を意識づける。
→生活の一部分を切り取っての支援ではなく、全体を構成する重要な一部分であるという理解。

(3)専門的見地からの説明と同意

・(特に医療、リハ職から)リスクについての説明。
→全員がその視点と自覚を持てること。

第1節　サービス担当者会議の意義と目的

(4)説明と同意の相乗作用

・利用者、家族の同意が得られない。
→サービス担当者会議の場で説明することで、意識をしてもらう。
→介護支援専門員の説明だけでは同意を得られなくても、参加専門職や家族からの説明、言葉がけによって、エンパワメントが促進されることも。

➡ サービス担当者会議は、介護支援専門員一人が説明し、同意を得ていくものではない。
話し合い、合意形成していく場

第2節　サービス利用における チームアプローチの重要性

P507

1. チームアプローチを促進する

(1)関係者同士の顔合わせ

・顔を合わせることから関係が作られていく。
→ケアチーム作りの最初の一歩。

(2)連動性の確認

・サービス担当者からの専門的意見により、支援の必要性が共通理解され、実際の支援に根拠を持ち積極的に取り組むことができる。
・居宅サービス計画上の互いの位置、役割を理解し、相互に関連することを理解すること。

第2節　サービス利用における チームアプローチの重要性

P508

2. 利用者中心の居宅サービス計画

(1)利用者・家族の安心

・顔を合わせることから関係が作られていく。
→サービス担当者会議の場でのやりとりで、安心、さらには信頼へと発展する。

・家族にとっては、介護の孤独感の軽減にも。

第2節　サービス利用における チームアプローチの重要性

(2)居宅サービス計画と生活のイメージ

・生活の再構築の支援
→居宅サービス計画の理解により、今後の生活をイメージできることが重要。
→これまでの生活から、何がどのように変化するのか。利用者・家族だけでなく、ケアチーム全員で共有する。

(3)利用者・家族の自由と自立性

・客体的でなく**主体的な存在**としての理解
・居宅サービス計画は、利用者を中心にチームで作り上げるもの。
→利用者・家族の参加がなければ、計画は他人事に･･･
→利用者・家族にしっかり参加してもらうことが必要。
→利用者・家族の自己覚知を促すことになり、自由と自立性が生まれる。

第2節　サービス利用における チームアプローチの重要性

P509

3. 介護保険制度におけるサービス担当者会議

(1)居宅の運営基準上の規定

・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
第13条第9号(・第15号・第16号・第22号)

介護支援専門員は、**サービス担当者会議**(介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者(以下この条において「担当者」という。)を召集して行う会議をいう。以下同じ。)**の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。**ただし、やむを得ない理由がある場合については、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する。

第2節　サービス利用における チームアプローチの重要性

3. 介護保険制度におけるサービス担当者会議

(2)施設の運営基準上の規定

1)介護老人福祉施設
2)介護老人保健施設
「サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により」
3)特定施設
「他の特定施設従業者と協議の上」
4)認知症対応型共同生活介護
「他の介護従業者と協議の上」

第2節　サービス利用における チームアプローチの重要性

P511

4. ケアマネジメントプロセスにおける サービス担当者会議

(1)ケアマネジメントの一つのプロセス

・運営基準に定められているケアマネジメントプロセスの1つである。

(2)ケアマネジメントプロセスの中心に位置

・サービス担当者会議は、法令順守の観点から実施するだけではなく、ケアマネジメントを促進する大きな機能を持つものである。

第3節　開催準備及び会議の進行

P513

1．サービス担当者会議開催の実際

（1）サービス担当者会議開催にかかわる介護支援専門員の役割

①サービス担当者会議の開催準備、参加者の調整
②司会や時間管理
③サービス担当者会議前後、会議開催中における利用者・家族の意向確認等のサポート
④サービス担当者会議の開催の目的に応じた、参加者による意見交換・協議の促進

第3節　開催準備及び会議の進行

（2）サービス担当者会議の準備における留意点

1）情報提供の同意
・通常、重要事項説明、契約の段階で、個人情報の取り扱いについては説明し、同意を得ている。
・しかし、常に利用者・家族の心情に配慮し、確認をして行くことが必要。

2）会議の目的を明確にする
・何のために開催するのか目的を明確にし、参加者へ伝える。
→各専門職が、専門的見地からの意見が述べられるよう、準備ができるようにする。

第3節　開催準備及び会議の進行

3）開催日・場所・時間を設定する　P514

□日時調整　・利用者の状態
・会議の目的
・会議のキーマンの出席

□開催場所　・参加人数にあった、集まりやすい、話しやすい場所
※基本的には利用者宅（利用者が主役）

4）開催案内をする
・目的と日時を明確に案内する。
・電話だけでなく、FAXやメールなど、記録として残る形で。
→間違えて参加者が集まらないという事態を避ける。

第3節　開催準備及び会議の進行

5）参加者が十分か確認する
・介護保険サービスの事業所だけでなく、インフォーマルサポートの関係者もケアチームの一員。
6）所要時間の告知
・参加者は、それぞれ貴重な時間を割いての参加。
→所要時間のわからない会議は、予定を立てられず、参加しづらい。
7）当日の準備
・居宅サービス計画書の他、必要に応じて資料を人数分用意しておく。

第3節　開催準備及び会議の進行

P515

（3）サービス担当者会議の進め方における留意点

1）関係者全員が参加できる工夫
・参加者全員が発言できること。
・そのことで、参加したという意識⇒今後の参加への動機づけ。
→よりよいケアチームの醸成。

2）明確な説明
・介護支援専門員からの説明だけで会議が終わらないよう、会議の目的や計画の説明、協議の視点など、わかりやすい説明が求められる。
→事前に居宅サービス計画原案を配布しておく。

第3節　開催準備及び会議の進行

P516

3）予定時間内に終了できる時間管理
・進め方や時間配分を会議前に参加者へ伝え、進行の理解と協力を求める。
→参加者の協力がなければ、時間管理は困難。

4）会議のキーマンの発言のタイミング
・会議の中で、協議事項ごとにキーとなる参加者の発言のタイミングを考えておく。
→協議が円滑に進む。

第3節　開催準備及び会議の進行

（4）サービス担当者会議の具体的な進め方

1）開会の挨拶と参加者の紹介
・会議の始まりと終わり、参加者が誰で、どういう立場で参加しているのかを、明確にする。
2）今回の会議の目的
・目的が不明確では、会議の進む方向が明確にならない。
→会議自体が有意義なものとならず、参加者に不全感が残り、今後の開催に悪影響。
3）利用者・家族からの意向と総合的な援助の方針
・意向は、介護支援専門員ではなく、利用者・家族から直接話していただく。
・意向をもとにした、総合的な援助の方針。

第3節　開催準備及び会議の進行

P517

4）課題分析、生活上の課題の説明と確認
・アセスメントの共有

5）各専門職からの専門的見地と意見交換
・アセスメントの裏づけ
・リスクの共有
・エンパワメント（潜在的な力を引き出す働きかけ）

第3節　開催準備及び会議の進行

6）居宅サービス計画原案修正と利用者・家族の同意確認
・協議により、原案に修正や追加が出た場合、利用者・家族と参加者の**同意**を得る。
→その場で修正可能であれば修正、大きな変更がある場合には、後日修正した居宅サービス計画を利用者・家族に同意を得、サービス提供事業所へ交付する。

7）各サービス提供事業所の担当スタッフの役割確認
・基本的には原案で示され、5）の協議の中でなされるが、6）でも再確認し、より明確にする。

第3節　開催準備及び会議の進行

P518

8）残された課題の確認
・会議の中で新しい課題や持ち越す課題が出てきた場合、残された課題として確認をする。
→今回の居宅サービス計画に反映できなかった課題。

9）次回開催の確認
・次回は開催時期、開催目的を確認しておく。
・具体的な日にちまでではなくとも、時期は定めておく。
→次への意識づけ

10）閉会の挨拶

第3節　開催準備及び会議の進行

（5）サービス担当者会議後における留意点
1）資料を回収する
・個人情報への配慮

2）記録に残す
・居宅サービス計画書第4表「サービス担当者会議の要点」へ、会議録として残す。
→記録に残し、いつでも共有できることが必要。

第4節　個別サービス計画との整合性を確認することの重要性

1．個別サービス計画の確認

P524

（1）実行に移す
・個別のサービスは、居宅サービス計画に沿って提供される。

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第十六条
指定訪問介護事業者は、**居宅サービス計画**（施行規則第六十四条第一号 ハ及びニに規定する計画を含む。以下同じ。）**が作成されている場合は、当該計画に沿った指定訪問介護を提供しなければならない。**

第二十四条　サービス提供責任者（第五条第二項に規定するサービス提供責任者をいう。以下この条及び第二十八条において同じ。）は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定訪問介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問介護計画を作成しなければならない。
2　**訪問介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。**

第4節　個別サービス計画との整合性を確認することの重要性

（2）矛盾点の確認
・短期目標の達成に必要なサービス内容を実施できるサービスとして位置づけられる。
・総合的な援助の方針、短期目標を踏まえ見据えての個別サービス計画となっているか。⇒**整合性の確認**

（3）個別性の確認
・画一的なものでなく、利用者に即した個別性のある計画となっているか。

第4節　個別サービス計画との整合性を確認することの重要性

2．効果を確認する

P525

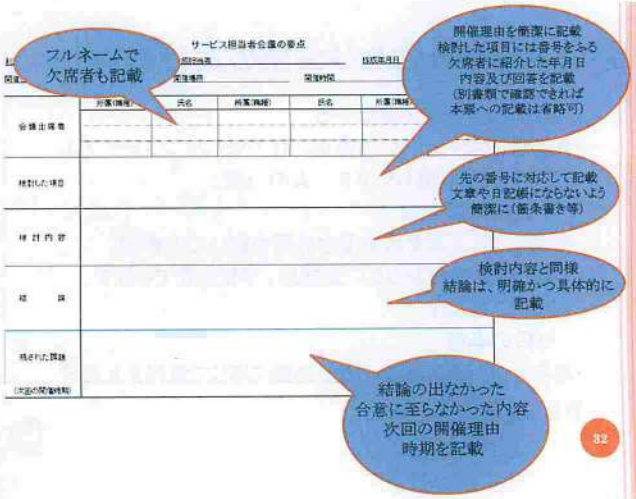
・短期目標にそって個別サービス計画が立てられ、実施されているか。
・どのようにどこまで進んでいるか、問題はないのか、変更・修正の必要はないのか。
→モニタリングを目的としたサービス担当者会議
・問題が生じている場合、全体に関係している可能性も考えられる。
→再アセスメントのサービス担当者会議

第5節　サービス担当者会議にかかわる内容の記録の作成等

P527

1．サービス担当者会議の記録
（1）サービス担当者会議の要点
・記載方法は、六訂居宅サービス計画書作成の手引に詳しく書かれています（P20～22）。
・後半の演習で、作成の練習をします。

2．居宅サービス計画の交付
・居宅サービス計画原案をサービス担当者会議で検討し、最終的に同意された内容で、居宅サービス計画が確定します。
→利用者・家族に説明、同意を得た上で、利用者及びサービス提供事業所へ交付する。



第6節　サービス担当者会議後の課題に関する多職種との確認

P530

1．利用者側からみた確認
- ・利用者が今どの段階にあるのか。

2．サービス提供側からみた確認
- ・サービス提供をするにあたっての、重点事項や留意事項。

3．神谷花子さんの場合
- ・神谷花子さんが、今どの段階にあるかを確認。
- ・次の段階に進むための重点事項や留意事項を確認。
- ・その上で、今後の計画に反映していく。
- →目標と目標期間を明確にすることで、評価がしやすくなる。

介護支援専門員実務研修
後半

ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術
第7－④章

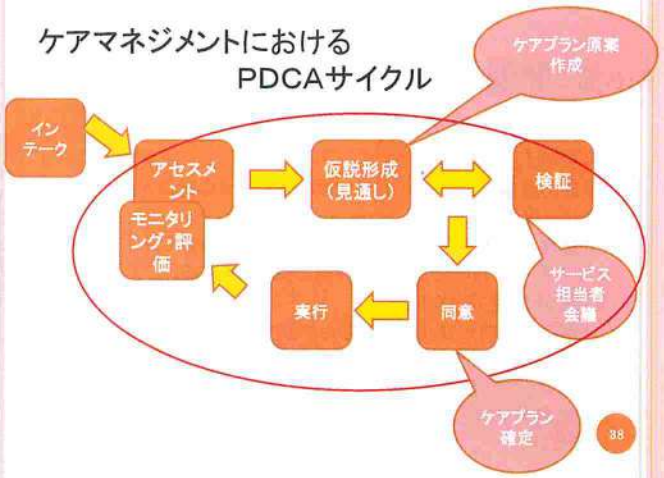
サービス担当者会議の意義及び進め方

第7節　会議の開催に合わせた準備

P532

1．ケアマネジメントプロセスに応じた目的で開催する場合
- （1）初回の居宅サービス計画作成時
- （2）モニタリング時
- （3）再アセスメント時
  - ・身体状況が悪化した場合
  - ・状態が改善した場合（目標が達成された場合）
  - ・現状維持の場合
- （4）地域ケア会議の活用

ケアマネジメントにおける
PDCAサイクル



第7節　会議の開催に合わせた準備

2．介護保険制度からみた準備

P524

・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

第13条第15号

介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、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るものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、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する。

イ　要介護認定を受けている利用者が法第二十八条第二項に規定する要介護更新認定を受けた場合

ロ　要介護認定を受けている利用者が法第二十九条第一項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

第13条第16号

第三号から第十二号までの規定は、第十三号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。

モニタリングに関する規定

第8節　開催理由に合わせた検討の留意点

P535

1．利用者との関わりという側面からの留意点

（1）はじめてサービス事業所と関わる時
- ・アセスメントを共有し、利用者の全体像を把握する。
- ・リスク管理の視点と自覚

（2）多くのサービス事業所が関わる時
- ・利用者の24時間の生活をイメージし共有する。
- ・それぞれの役割の共通認識。
- ・生活の一部分を切り取っての支援ではなく、全体を構成する重要な一部分であるという理解。

模擬サービス担当者会議（デモ）

それでは、実際のサービス担当者会議とは、どのように行われるのか、デモンストレーションを見てみましょう。

①見学の後、演習シート7-④-1に、気づいた点を書いてみましょう。

第8節　開催理由に合わせた検討の留意点

P536

2．ケースの状況から開催する場合の留意点

（1）利用者の状態像に合わせたサービス担当者会議の開催
- ・利用者の状態像に変化（悪化）があった時は、わずかな居宅サービス計画の調整でも、情報共有、専門的見地からのリスク管理など、ケア内容の協議が求められる。
- ・医療依存度が高い、今後も状態変化が考えられる場合、悪化時の対応や緊急連絡先を共有しておくことが必要。

第8節　開催理由に合わせた検討の留意点

（2）支援困難なケースの時
□介護支援専門員の力量不足　□社会資源不足
□家族問題　□利用者自身の問題
→ひとりで抱え込まず、事業所内で指導を受け、客観的にアドバイスを受けつつ、関係者の誰がキーパーソンとなるのか、どのように会議を展開し、会議の目的に到達するよう持っていくのかを整理する。
→地域包括支援センターの協力を得たり、事業所内のスーパーバイザーに会議の進行を依頼する。
（3）利用者の状況が大きく変わる時
・変わった状況を再アセスメントし、変化に至った経緯と合わせて共有し、専門的見地からの意見を受け、計画の変更を検討する。

41

第8節　開催理由に合わせた検討の留意点

3．介護保険制度の側面からの留意点　P538
（1）更新認定の時
・更新の時期だからというだけでなく、これまでの評価ができると捉える。
・介護度が変更になった場合には、そのことも踏まえ、アセスメントから居宅サービス計画の見直しをする。
（2）区分変更の時
・利用者の状態が変化（悪化）したことで、区分変更される。
→どのように変化したのか、その要因は何か、そのことにより不足している支援は何か、といったことを、専門的見地からの意見を得られるようにし、居宅サービス計画の変更に繋げていく。

42

模擬サービス担当者会議（デモ）

模擬サービス担当者会議（デモ）を振り返って

演習シート7-④-1をグループで共有しましょう

①グループ内で役割分担をしましょう。
（司会、書記、発表）
②グループ内で意見交換し、個人のシートに書き込みましょう

10分

43

グループ模擬サービス担当者会議

それでは、模擬サービス担当者会議（デモ）と、ここまで勉強してきたことを踏まえ、グループ模擬サービス担当者会議を行ってみましょう。

③グループで行う担当者会議の役割分担をしましょう。
④この会議でのポイントを明確にしておきましょう。
演習シート7-④-2の★部分をグループで考えてください。

10分

44

グループ模擬サービス担当者会議

それでは、模擬サービス担当者会議（デモ）と、ここまで勉強してきたことを踏まえ、グループ模擬サービス担当者会議を行ってみましょう。

⑤各グループで、模擬サービス担当者会議を実施してみましょう

25分

45

グループ模擬サービス担当者会議

それでは、模擬サービス担当者会議（デモ）と、ここまで勉強してきたことを踏まえ、グループ模擬サービス担当者会議を
行ってみましょう。

⑥個人ワークとして、グループ模擬サービス担当者会議の記録を、第4表に記入してみましょう。

10分

⑦グループワークとして、グループ模擬サービス担当者会議の記録をグループ用（色付きの表）に記入してみましょう

15分

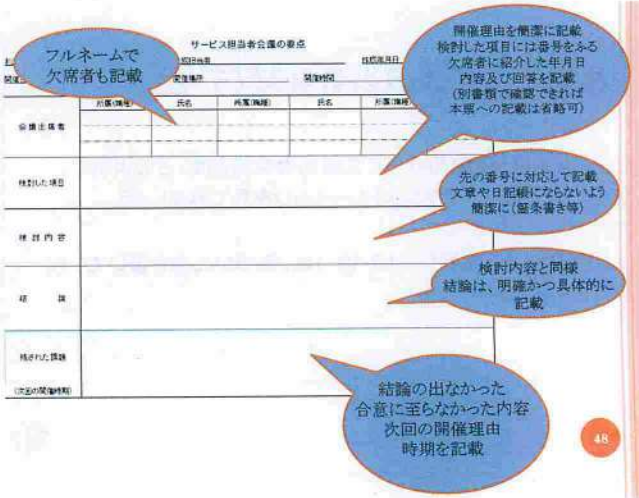
46

第4表の作成はいかがでしたか？

個人ワーク、グループワークで第4表を作成していただきました。いかがでしたか？

①再度、第4表の作成の仕方について簡単に振り返ります。

47



48

第4表の作成はいかがでしたか？

個人ワーク、グループワークで第4表を作成していただきました。難しかったでしょうか？

②昨日の模擬サービス担当者会議（デモ）の第4表と居宅介護計画書（原案）の変更になった部分（本案）について、確認してみましょう。

グループ模擬サービス担当者会議

それでは、模擬サービス担当者会議と、ここまで勉強してきたことを踏まえ、模擬サービス担当者会議を行ってみましょう。

⑧演習シート7-④-2について、グループで話し合いましょう。

10分

発　表

他のグループでどのような意見がでたか、きいてみましょう

本科目の修得目標

①サービス担当者会議の意義と目的について説明できる。
②サービス利用におけるチームアプローチの重要性について説明できる。
③サービス担当者会議開催のプロセスに基づき、開催準備及び会議の進行ができる。
④個別サービス計画との整合性を確認することの重要性について説明できる。
⑤サービス担当者会議に関わる内容の記録の作成ができる。
⑥多職種と、今後の課題に関する確認を実施できる。
⑦利用者の状態像や運営基準に合わせたサービス担当者会議の意義について理解した上で、会議の開催に向けた準備ができる。
⑧サービス担当者会議開催理由に合わせた検討の留意点について説明できる。

1

介護支援専門員実務研修
8日目

ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術

第7－⑤章
モニタリング及び評価

ケアプランセンターぎおうの里
田中　典子
うさぎマネジメントケア
細見　美津子

2

目　的

P. 539

ケアマネジメントプロセスにおけるモニタリングの意義・目的や、多職種との連携によるサービス実施効果を検証することの重要性を理解する。

3

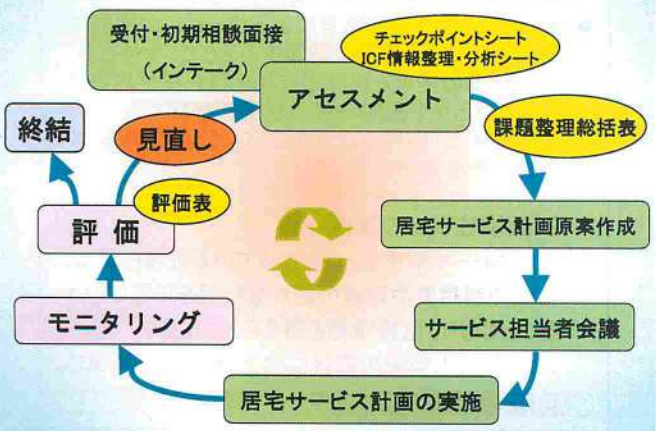
修得目標

P. 541

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。

4

ケアマネジメントプロセスの復習



5

第1節　モニタリングの意義と目的

1．モニタリングの理解

P. 542

モニタリングの意義

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の実施を含む）

援助計画を定期的、継続的に観察（モニター）し、情報の整理と分析（アセスメント）を行い、援助計画の継続、終結、再アセスメントの必要性を評価する。

6

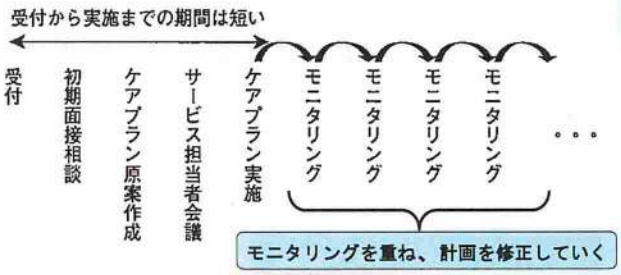
モニタリングの目的

（1）各サービスの効果の評価
- 計画に位置付けた社会資源（サービス）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する。
- 新たなニーズが発生していないか？を確認する。

（2）ミスマッチの修正
サービス導入時は、利用者の生活ニーズと社会資源がミスマッチの時があるためモニタリングを繰り返し、適正な計画に修正する。

7

図7－⑤－1－1　**モニタリングの多重構造**



（3）リスク管理
モニタリングすることで、利用者の身体的な変化や環境の変化を早期に発見し、起こりえる事故等を未然に防ぐ役割がある。

8

2．モニタリングの機会と方法

P. 543

定期的なモニタリング

運営基準（指定居宅介護支援事業）　P102
第13条　第14項
① 少なくとも1ヶ月に1回、利用者の居宅に訪問し利用者に面接すること。
② 少なくとも1ヶ月に1回、モニタリングの結果を記録すること。

運営基準（指定介護老人福祉施設）　P131
第12条　第10項
① 定期的に入所者に面接すること。
② 定期的にモニタリングの結果を記録すること。

新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の
人員基準等の臨時的な取扱いについて

④－11　居宅介護支援のモニタリングについて、感染拡大防止の観点から、利用者の事情等により、利用者の居宅を訪問できない等、やむを得ない理由がある場合については、月1回以上の実施ができない場合についても、柔軟な取扱いが可能か。

可能である。

必要に応じたモニタリング

- サービス導入直後（初回利用時）の状況把握
  新たな環境下での利用者の違和感や不安を解消し、効果的なサービス利用につなげる。
- サービスの利用が一巡した後の状況把握
  利用者の小さな変化を見逃さないようサービス利用の効果を確認する。

3. モニタリングの担い手

P. 544

サービス提供事業者が担う機能

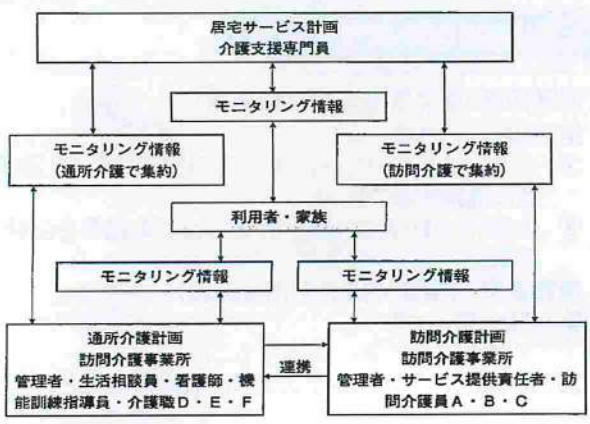
サービス提供による日常的な利用者とのかかわりの中から、利用者の変化を発見しやすい立場にいる。

例）・ヘルパーは、普段の自宅での生活状況を把握しやすい。
・デイサービスでは、活動や入浴を通じて身体状況を把握しやすい。
・ショートステイでは、1日の生活リズムが把握しやすい。

利用者・家族が担う機能

自らの生活状況の変化や違和感・不具合を最初に感じることができるが、あまり自ら伝えることがない。介護支援専門員は、利用者、家族への説明、情報収集をしっかり行う必要がある。

図7－⑤－1－2　**モニタリングの多重構造**



第2節　目標に対する各サービスの達成度（効果）の検証の必要性

1. 達成度の検証

P. 546

（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を確認する。
（2）ケア内容・サービス種別が適切か否かを確認する。
（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を確認する。
（4）総合的な援助の方針に沿った支援となっているかを確認する。
（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を判断する。

2.モニタリングによる関係づくり

P. 547

（1）利用者の理解
モニタリング訪問を繰り返すことで、アセスメントではわからなかった利用者・家族の思い、問題の背景が見えてくる。

（2）信頼関係の醸成
利用者を理解し、問題状況の理解を深めていくことによって、アセスメントが深まり適切な居宅サービス計画に修正できる。そして利用者・家族理解することが信頼を強くし、それが問題解決や自立の促進につながっていく。

（3）ケアチームの関係強化
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係り方の効果が明らかになり、チームの関係が強化される。

3. モニタリングの手法

P. 548

訪問

（1）利用者・家族の家へ訪問する場合

- 居宅サービス計画の目標、援助を必要となった状況、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実際の生活の現場で再確認する。
- 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する。

（2）サービス提供場面へ訪問する場合

- 訪問介護や通所介護等によるサービスが実際に提供されている場面に訪問することで、サービス提供状況の把握と目標達成に向けた提供内容になっているかを実際の提供場面で確認する。
  尚、サービス提供が中断しないよう、訪問時間に配慮する必要がある。

（3）近隣住民との連携

- インフォーマルサポートを担っている近隣住民は、日頃の利用者や家族の細かな状況を把握していることもあり、直接情報を得ることも重要。
  ただし、個人情報の取扱には十分注意し、興味本位的な情報共有にならないよう注意が必要。

17

電話連絡

P 549

以下のような場合は、電話によるモニタリングを併用する。

- 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

尚、少なくとも月1回以上行うべき利用者の居宅におけるモニタリングが実施できず、電話によるモニタリングのみになった場合は、その理由を支援経過記録等に記載しておくこと。

18

P 549

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。

- 利用者の状況が大きく変わり情報を共有する場合
- サービス提供機関が変わり役割が変化する場合

ケアチームが一堂に会し、各専門職による専門的見地からの意見を確認しつつ、居宅サービス計画と提供されているサービスにミスマッチがないかを確認することが、モニタリングとなる。

19

P. 550

4. 給付管理

ケアマネジメントプロセスの遵守

ケアマネジメントプロセスを経ずに行われたものは給付の対象とならない。そのため、居宅介護サービス計画費は支払われない。(運営基準を遵守)

欠格事項

上記のような運営基準違反が続くと、資格停止となる。

20

第3節　目標に対する各サービスの達成度(効果)についての評価

P. 551

1. 利用者・家族

(1)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。

利用者の一日、一週間、一か月と時間経過を踏まえつつ、居宅サービス計画が、利用者、家族の生活上の課題解決に適切に向かっているかどうかを評価する。

(2)家族関係から評価する。

モニタリングを通して、家族が利用者に与える影響等、その関係性を把握し、サービスの効果や修正の必要性を検討する。

21

2. 評価に必要な情報

P. 551

(1)居宅介護支援経過(第5表)

P559

担当している利用者の情報を5W1Hで記載するものであるが、単なる記録だけではなく、モニタリングを意識し、目標に対する評価と今後の展開について思考した根拠を明確に残す。

P564

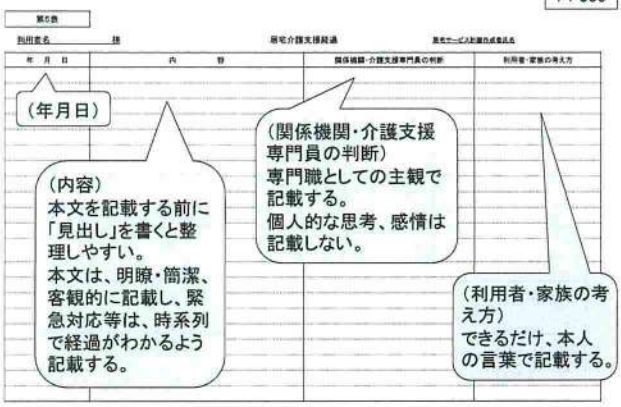
(2)サービス提供実施記録・モニタリング(評価)表

- サービス提供実施記録は、サービス提供事業者が提供したサービスについて記録したもの。
- モニタリング評価表は、サービス提供事業者としての評価を書き込み、介護支援専門員に送付するもの。

22

居宅介護支援経過(第5表)

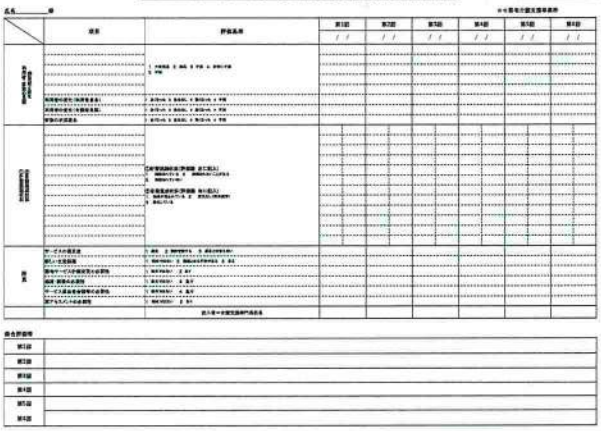
P. 559



23

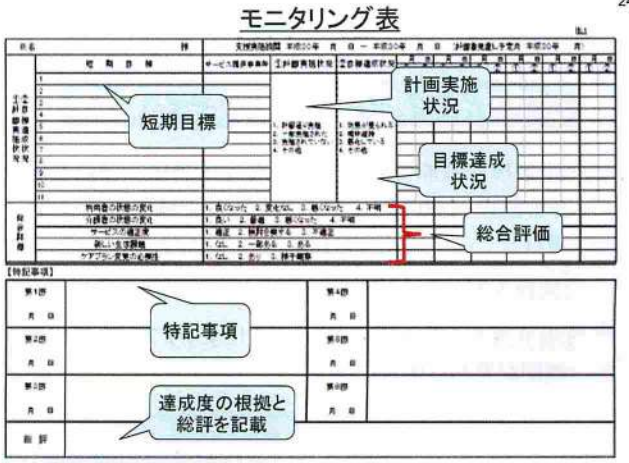
モニタリング実施記録票(例)

P. 564



24

モニタリング表



25

P. 552

(3)評価表の活用

居宅サービス計画に位置づけられたサービスについて、短期目標に対する達成度合いを評価する。
サービス担当者会議や地域ケア会議といった多職種での情報共有や調整の際に活用する。

26

評価表

P. 567

短期目標	期間	援助内容			結果 ※2	コメント
		サービス内容	種別	※1		

27

3. 終結と評価

P. 552

終結とは

支援の期間は、要介護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するが、終結は期間が決まっているわけではない。終結には、利用者側によるもの、ケアマネジメント機関側によるものがある。

利用者側の状況による終結

①施設入所や入院した時
②死亡した時
③転居した時
④自立、またはインフォーマルサービスにつながり、介護保険サービス(フォーマルサービス)が終了した時

28

ケアマネジメント機関側による終結

①小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護の利用により、ケアマネジメント機関が変わる場合

②施設入所によりケアマネジメント機関が変わる場合

③要介護から要支援になったことによりケアマネジメント機関が変わる場合

29

4. 終結時の評価

P. 553

評価の視点

①利用者の望む生活の視点で評価
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。
②ADLの観点からの評価
利用者の目指していたADLレベルに達し自立した時点。
③QOLの観点からの評価
身心の状態が安定して社会参加ができ、生活の質が向上した時点。

評価時の留意事項

終結と判断した評価の視点を記録。利用者へのフォローアップ。

30

モニタリング面接で意識してほしいこと！

1. モニタリングでは、誰に対して何を確認するのかを明確にする。【面接の目的】
2. 介護支援専門員が語りすぎることなく、利用者、家族の言葉を大切にする。【受容的態度】
3. 質問責めにならないよう、自然な会話の中から聞き取る工夫。【支持的姿勢】
4. 利用者・家族の状態を客観的に捉える。【非審判的態度】

介護支援専門員自身が、自分の性格、価値観を知り(自己覚知)、自身の感情をコントロールしつつ、利用者の考え・感情を非審判的態度で受け入れ、利用者の考えや感情が自由に表出できるようサポートする。

31

面接で避けたい15の応答パターン

出典:高齢者援助における相談面接の理論と実際　渡部律子著

①道徳的・説教的な表現
②時期尚早の助言や提言、解決方法の伝達
③説得や理屈の通った議論
④判断、批判、非難
⑤分析、診断、劇的な解釈
⑥根拠や意味のない「再保証」「同情」「言い訳」
⑦クライアントの問題を軽視した皮肉やユーモア

32

⑧おどし、警告
⑨質問責め
⑩誘導尋問
⑪不適切、あるいは過度の話をさえぎること
⑫会話の独占
⑬社交的な会話を助長すること
⑭受け身的な応答
⑮クライアントの話のおうむ返しや同じ表現の繰り返しなど

33

12:00～12:50

昼食

34

12:50～13:10

モニタリング場面を見て演習シートに
書き込みをしましょう

個人で書き込んだ内容を二人ペアで共有しましょう

35

13:10～13:20

グループワーク

自分たちのグループで作成した計画書の内容を
もとにモニタリング場面ではどのような内容が必要か
考えましょう

36

13:20～13:35

演習

自分たちのグループでのプランをもとにモニタリング
場面のロールプレイを行いましょう
役割（ケアマネジャー、花子さん、夫、事業所など）を
決めましょう
他の人は見学となります。

37

13:35～13:50

グループワーク
演習用紙（2）の記入

個人ワーク（5分）
グループワーク（10分）
発表

38

13:50～14:00

ちょっと一息
（10分間）

39

第4節　モニタリング結果の記録作成の意義と重要性

1. モニタリング記録の必要性と重要性

P. 556

必要性　運営基準（指定居宅介護支援事業）　第13条　第14項

（1）特段の事情がない限り、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。
（2）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。

重要性

- 記録から経過を確認。
- 高齢者の特性を踏まえ、変化を迅速に把握し、新たな課題を探る。
- 専門職の定期的なモニタリングが多くの役割を果たす。
- 目標の達成に近づいているか、サービスの軌道修正が必要かのチェックにつながり、速やかに修正できる。

40

P. 557

2. 記録の留意点

評価の視点がわかるような記載

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。

今後の展開に向けた視点

介護支援専門員の判断がわかるように記載する。

3. 評価表等の活用

P. 557

居宅介護支援経過（第5表）

P. 559

担当している利用者の情報を5W1Hで詳細に記載するもの。第5表の標準様式は、年月日と内容の欄のみであるが、「関係機関・介護支援専門員の判断」「利用者・家族の考え方」の欄を設けることで、目標に対する評価と今後の展開ついて考えた根拠が記載できる。

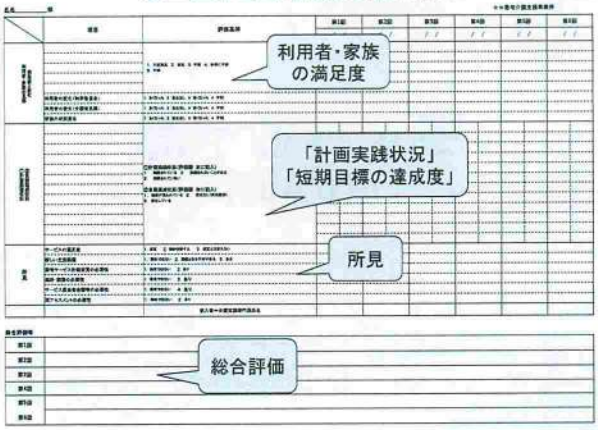
モニタリング実践記録票

P. 564

介護支援専門員が、毎月のモニタリングで確認した「利用者・家族の満足度」「計画実践状況」「短期目標の達成度」「総合評価」等を記載するもので、毎月の進捗状況が把握しやすい。

モニタリング実施記録票（例）

P. 564



P. 565～566

サービス提供実施記録・モニタリング評価表

サービス提供実施記録は、サービス提供事業者がサービス提供実績を記録するもので、報告書となる。また各事業者が居宅サービス計画書に基づいて立てた個別サービス計画に対する達成状況をそれぞれのモニタリング評価表に記載する。

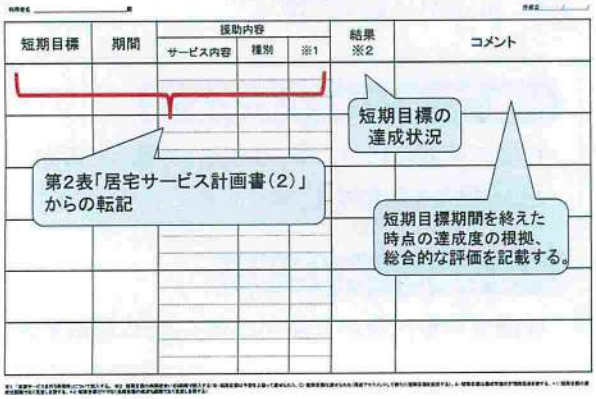
評価表の活用

P. 567

評価表は、厚労省が作成した『「課題整理総括表・評価表の手引き」の活用について」で示された評価表を指す。
これまでのモニタリング記録や利用者・家族への面接、ケアチームからの情報提供や専門的見地からの意見等を参考に、短期目標終了時点において、総合的な評価を記載するもの。

評価表

P. 567



評価表の記載方法

第2表　居宅サービス計画（2）からの転記
「短期目標」
「期間」
「援助内容（サービス内容、サービス種別、事業者名）」

短期目標の達成状況　（結果　※2）

予想を上回って達せられた	◎
達せられた	○
達成可能だが期間延長を要する	△
達成は困難であり見直しを要する	×1
長期目標の達成も困難であり見直しを要する	×2

4. 苦情処理

利用者・家族が、居宅サービス計画に位置付けたサービスに対する苦情、また介護支援専門員自身に対しての苦情には、速やかに対応する。
国保連に対する苦情申し立てを行う場合は、運営基準（支援）第26条第5項の規定に基づき、利用者・家族に対し必要な援助をしなければならない。

P.568 の苦情申立書参照

14:15～14:25

モニタリング場面を振り返って、
第5表を作成しましょう

個人ワーク　10分

14:25～14:35

モニタリング場面を振り返って、
第5表を作成しましょう

個人ワークで記入した演習シートを
グループ内で確認しあいましょう。
右回りに用紙を回して見せてもらいます

14:35～14:45

モニタリング場面を振り返って、
評価表を作成しましょう

個人ワーク　10分

14:45～15:00

モニタリング場面を振り返って、
評価表を作成しましょう

グループワーク　15分
個人ワークの用紙に他の意見を追記
しましょう。
根拠を大切にしましょう

第5節　居宅サービス計画の再作成を行う方法と技術

情報共有

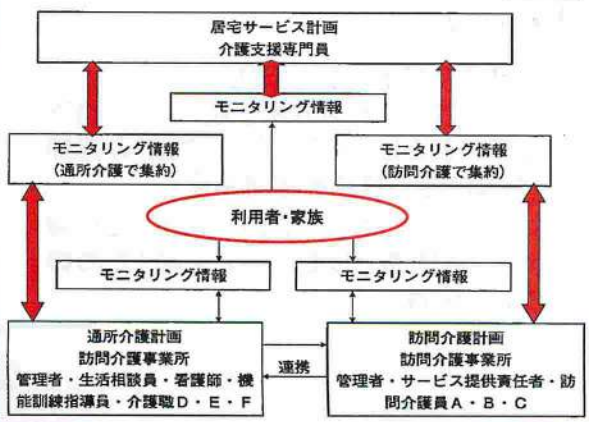
P.569

(1)情報を収集するうえでの要請
日頃から、利用者、家族、サービス提供事業所から介護支援専門員に情報提供や相談の連絡がくるよう関係性を構築しておく。

(2)情報を提供していくことへの理解
介護支援専門員だけが情報を理解するのではなく、チームメンバー全員が情報を共有することで、即応性のあるケアにつながる。

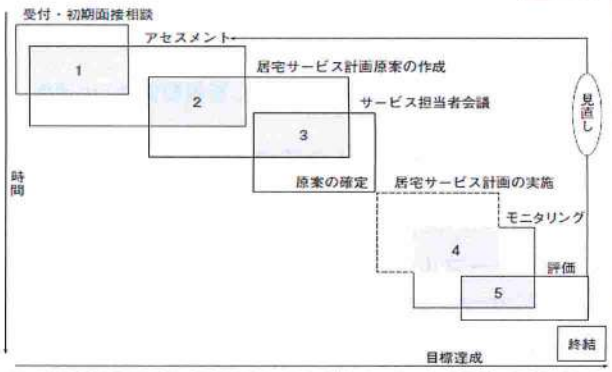
図7－⑤－1－2　モニタリングの多重構造

P.545



ケアマネジメントプロセス

P318



出典　太田貞司・國光登志子編『対人援助職をめざす人のケアマネジメント――Learning10』みらい、67頁、2007年、國光登志子作成が一部改変

再アセスメント

P.569

(1)状態変化にともなう再アセスメント
《再アセスメントが必要となる例》
①身体的な状態変化（骨折、肺炎、ADLの低下など）
②主介護者、家族の変化（介護者の入院や変更など）
③生活環境の変化（転居や住み替えでの環境変化）

(2)経過とともに行う全体評価としての再アセスメント
加齢とともに変化する利用者の情報を、主治医、家族、サービス提供事業者から情報を得て評価する。

再アセスメントの視点

- 総合的な援助の方針を見直す。
- 「健康状態の維持・向上」という観点から見直す。
- 「ADLの低下を予防する」という観点から見直す。
- 「QOLを高める」という観点から見直す。
- 「介護者の介護負担の軽減・QOLの向上」という観点から見直す。

P. 571

居宅サービス計画の見直し

(1)居宅サービス計画のスタート時
新しいサービスを利用し始める時は、利用者、サービス事業者よもリスクを伴いやすい状況。(リスク管理)
特にサービス提供場面でのモニタリングは、双方の安心につながり、意欲向上のきっかけにもなる。

(2)再アセスメント時
再アセスメントは、居宅サービス計画の修正を導く。
ベストなタイミングで計画を修正していく。

57

多職種との連携

P. 571

(1)主治医を含む医療関係者との連携
利用者の健康維持・改善には主治医、医療関係者との連携が不可欠。

(2)サービス提供事業者との連携
利用者の日々の変化をとらえやすい存在。情報をいち早く把握できる。

(3)インフォーマルサポートとの連携
地域は、サービス提供事業者よりも利用者にとって身近な存在。

(4)地域包括支援センターや行政機関との連携
特に支援困難ケースや虐待ケースは、連携が必要となる。

58

モニタリングにおける主治医との連携

☆利用者の望む暮らしの実現 ☜ 健康状態の維持改善

- 健康状態と留意点
- 予後に関する情報
- 支援目標に対する医学的なアドバイス
- 主治医の考え

◇医療面におけるモニタリングのポイントの把握が、利用者の健康状態の安定につながる。

※本人・家族・主治医・介護支援専門員・ケアチームの合意により、情報を共有することが連携につながる。
円滑な連携・信頼関係構築は日頃の積み重ねが大切。

59

ふり返り
(モニタリングの重要性)

ケアマネジメントプロセスにおいて、利用者の生活全般の解決すべき課題に対して設定した目標の進捗を観察するのが、「モニタリング」である。

定期的な「モニタリング」は、援助計画の効果測定、評価を行い、再アセスメントからケアプランの修正、強化、新たなケアプランの設定・実施を繰り返しながら終結へと向かうための重要な手続きである。

60

修得目標

P. 541

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。

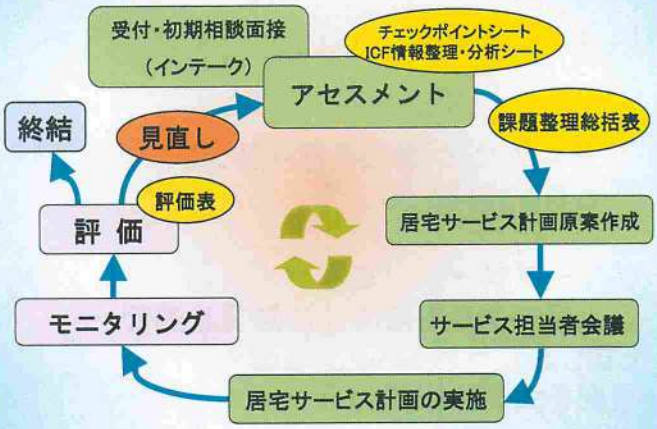
61

ケアマネジメントプロセスの振り返り

インテークからモニタリングまで
振り返りをしましょう

62

ケアマネジメントプロセスの振り返り



本科目の目的

受付及び初期面接相談(インテーク)、契約の場面で求められる実践的な技術を修得する。

64

テキスト P405

本科目の目的

利用者及びその家族並びに多職種からの情報収集とその分析を通じて、介護支援専門員としての専門的な判断の根拠を説明できる技術を修得する。
また、アセスメントにおいて収集した情報から、専門職としてニーズを導くための技術を修得する。

《目的》

テキスト P477

65

＊ニーズを踏まえた＊目標の設定と＊目標を実現するための(居宅)サービス計画等の作成技術を修得する。また、居宅サービス計画等と訪問介護計画等の＊個別のサービス計画との連動の重要性を理解する。

66

本科目の目的

P499

多職種とのアセスメント結果の共有や、居宅サービス計画等の原案に対する専門的見地からの意見収集の意義を理解し、会議の開催に係る具体的な方法を修得する。

2

67

目 的

P. 539

ケアマネジメントプロセスにおけるモニタリングの意義・目的や、多職種との連携によるサービス実施効果を検証することの重要性を理解する。

68

お疲れ様でした！