

介護支援専門員 実務研修

アセスメント及びニーズ把握の方法

ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術
第7章②

心和ケアプランセンター
ケアプランセンターカルナハウス

佐竹春美
前田岳史

1

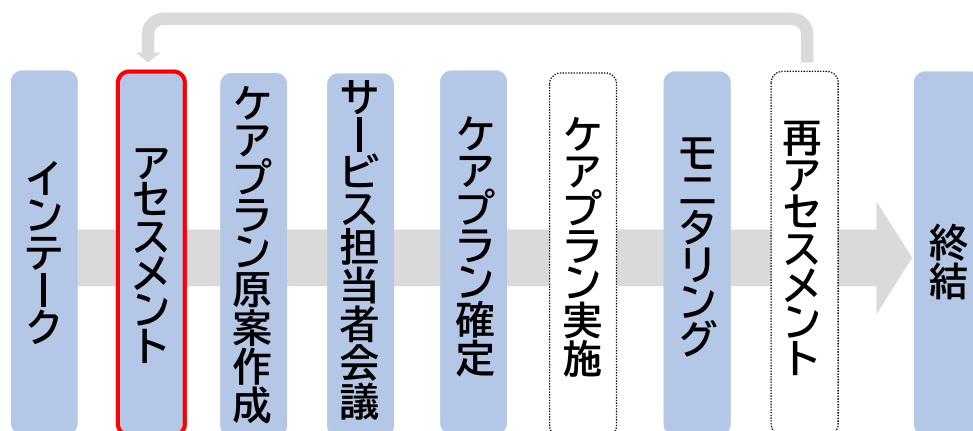
本科目の目的

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。

2

ケアマネジメントプロセス



3

本科目の修得目標

P.258

- 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。

4

はじめに



介護支援専門員実務研修受講試験

合格

おめでとうございます！



皆さまは基礎資格として様々な資格をお持ちであり、その資格に特有の専門知識と経験をお持ちです。

どうぞそれらの知識を大いにこの業務に活かして頂きたいと思えます。

そして皆さまの横にいる仲間も、それぞれ専門知識と経験を持つスペシャリストです。

それぞれの仲間へのリスペクトの気持ちを忘れずに、この研修を乗り切ってください。

皆さまへ

皆さまが介護支援専門員としての第一歩を力強く踏み出して頂けるよう講師陣、全力でお伝えしていきたいと思えますので

どうぞよろしく願いいたします。

しかし、いったん介護支援専門員として現場に立てば、皆さまの基礎資格は関係ありません。全く別の立場で振舞わなければなりません。

そう、介護支援専門員として、利用者家族のより良い生活の実現のために、各専門職(スペシャリスト)集団をまとめ、プランを実行していく「(ケア)マネジャー」に徹しなければなりません。

マネジャーに徹するには、やはり特別な知識と経験が必要です。

今回はその第一歩として、少々の(あえていいます、少々の、です)知識を身につけて頂きます。

その意味で、一旦は専門職としてのプライドと知識を棚に置いて頂き、白紙の心で吸収して行って頂ければと思います。

9

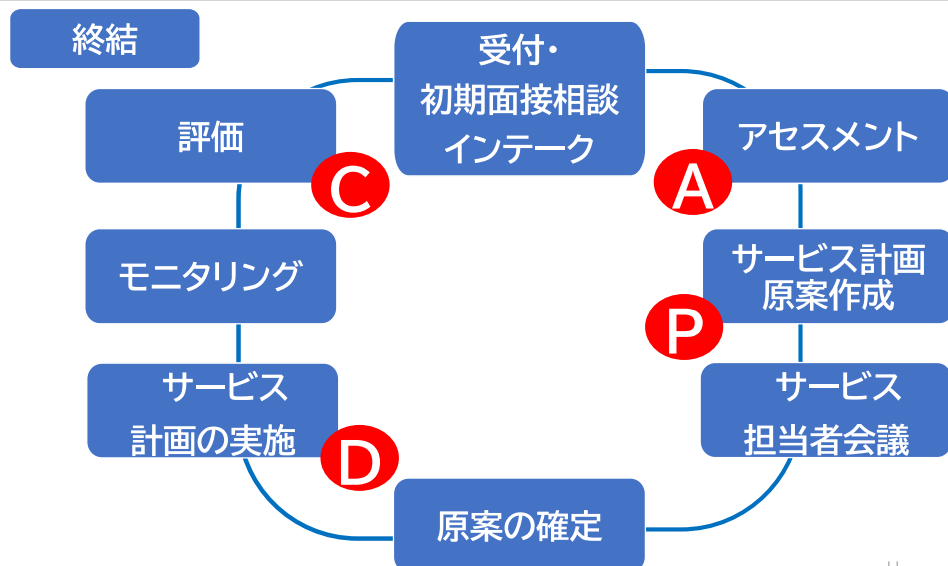
よろしく
お願い
いたします



10

第1節 ケアマネジメントプロセスにおけるアセスメントの位置づけの理解

P.259



11

1. ケアマネジメントの中核としてのアセスメントの意義

1-0. アセスメント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(厚生省令第38号)

第13条第6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13条第7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。)

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)

3-(8)-⑥ 課題分析の実施(第6号)

居宅サービス計画は、個々の利用者の特性に応じて作成されることが重要である。このため介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に先立ち**利用者の課題分析を行う**こととなる。

課題分析とは、利用者の有する日常生活上の能力や利用者が既に提供を受けている指定居宅サービスや介護者の状況等の利用者を取り巻く環境等の評価を通じて利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じてい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**することであり、利用者の生活全般についてその状態を十分把握することが重要である。

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。

12

アセスメントの意義と意味

【assessment】 (Collins COBUILD Advanced Learner's English Dictionary)

①An assessment is a consideration of someone or something and a judgment about them.

(アセスメントとは誰か及び何かについて考察することであり、それらについての判断です～前田訳)

【広辞苑】

①評価。査定。見積り。②かんきょうアセスメント

【テキスト】

●アセスメント(課題分析) [テキストP26]

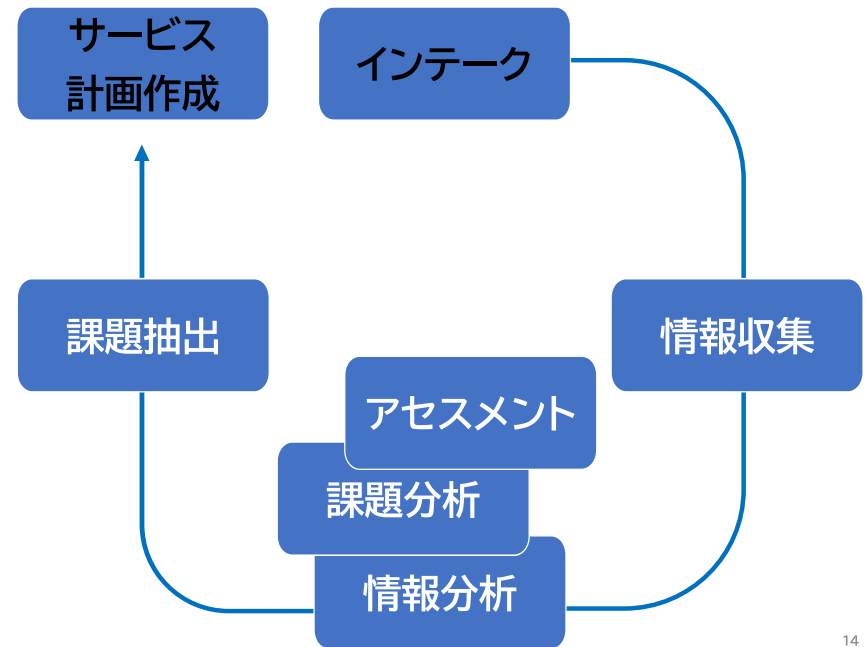
●アセスメントとは、**利用者の心身状態や生活環境を確認**するとともに、ニーズから解決すべき課題を抽出し、それを**評価・分析**する過程です。 [テキストP212]

●**情報を収集し分析**することで、自立した日常生活を営むうえで**解決すべき課題を明らかにする**作業がアセスメントです。

[テキストP215]

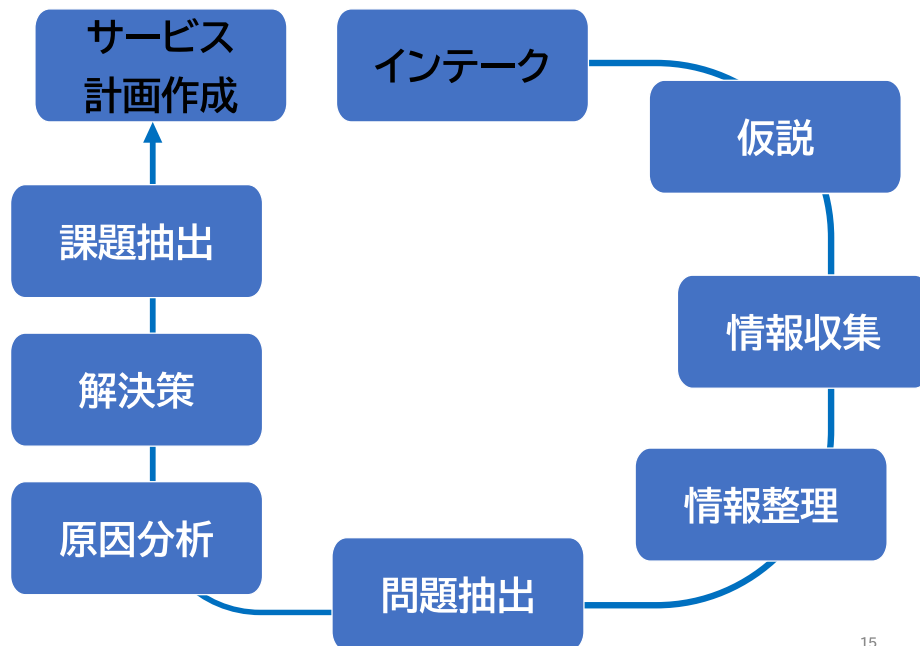
13

アセスメントをケアマネジメントプロセスに当てはめると



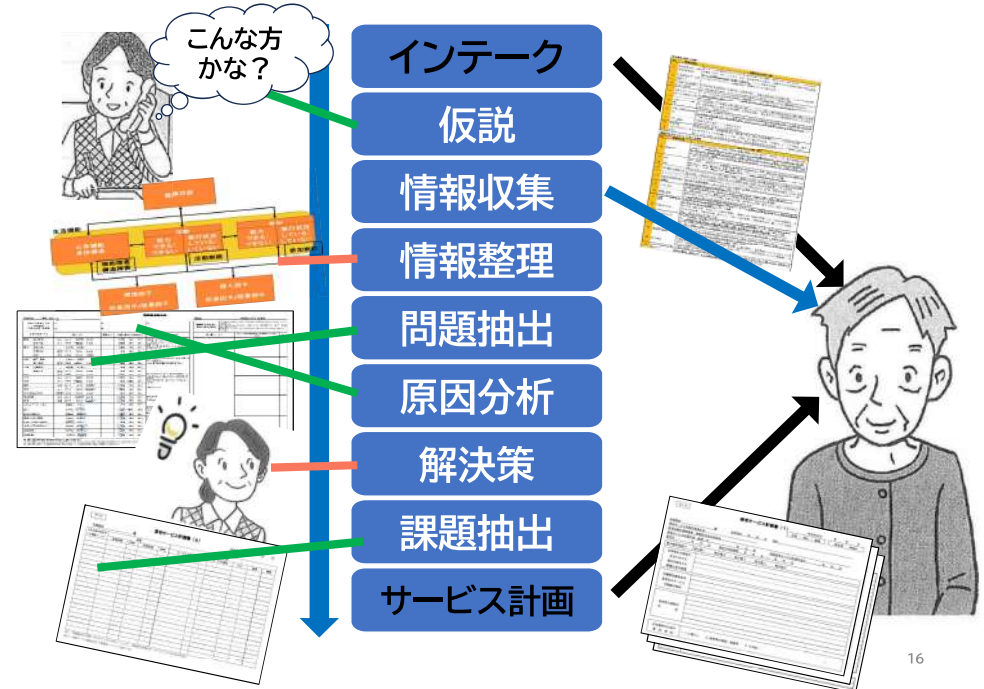
14

アセスメントプロセスをもう少し細かく分けると



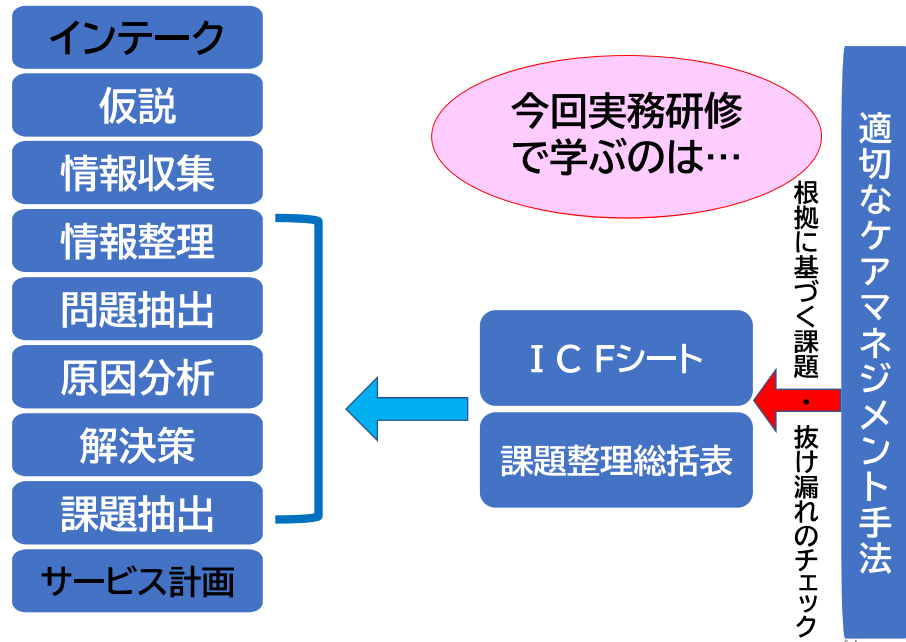
15

アセスメントプロセスを縦にすると

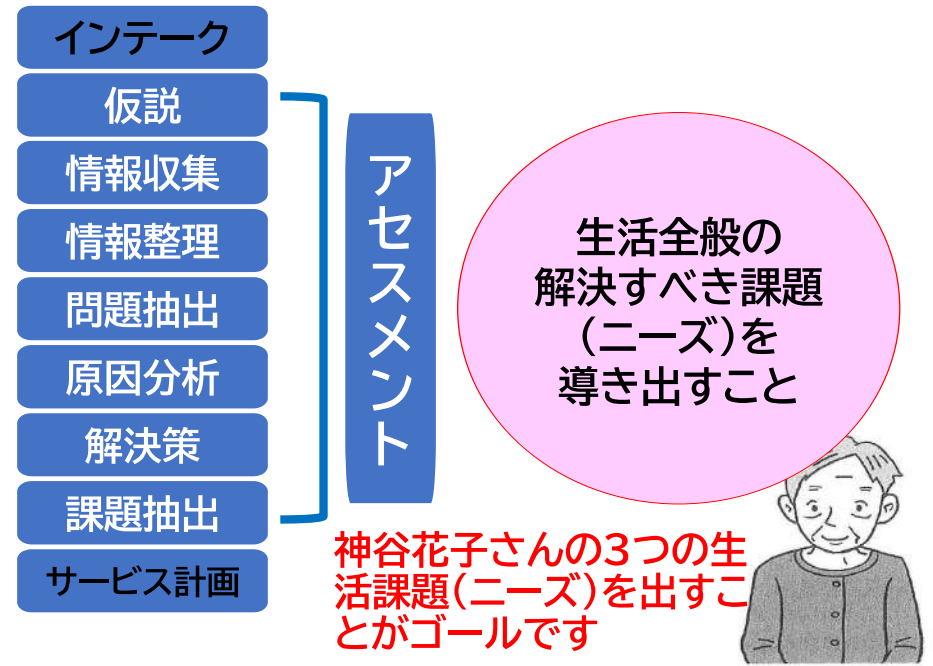


16

「問題抽出」～「課題抽出」の導き出し方(続き)

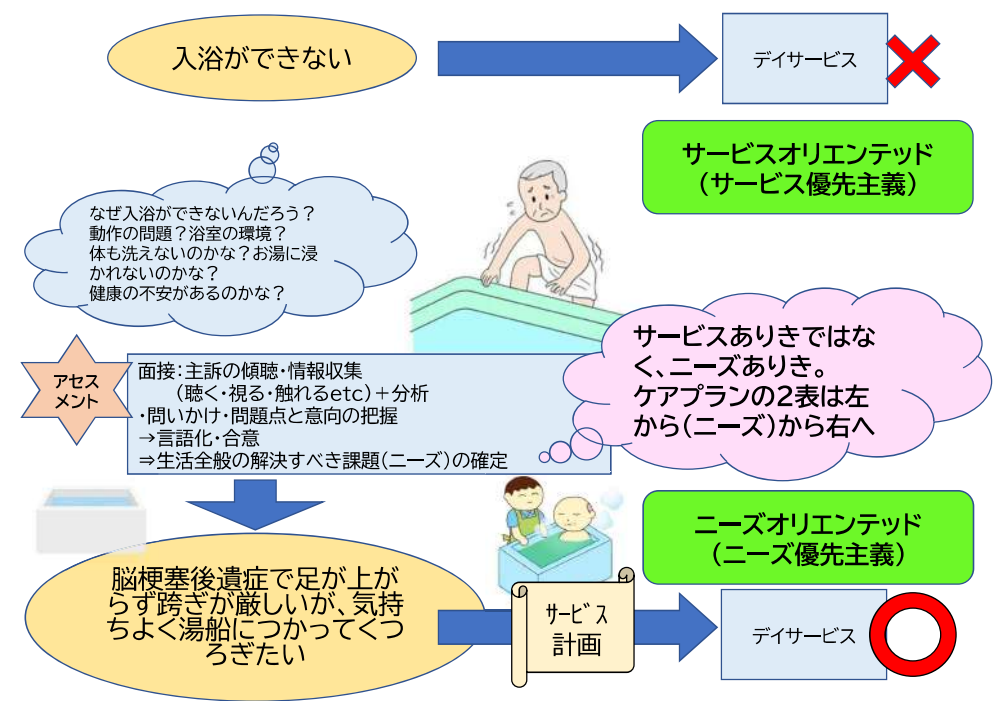
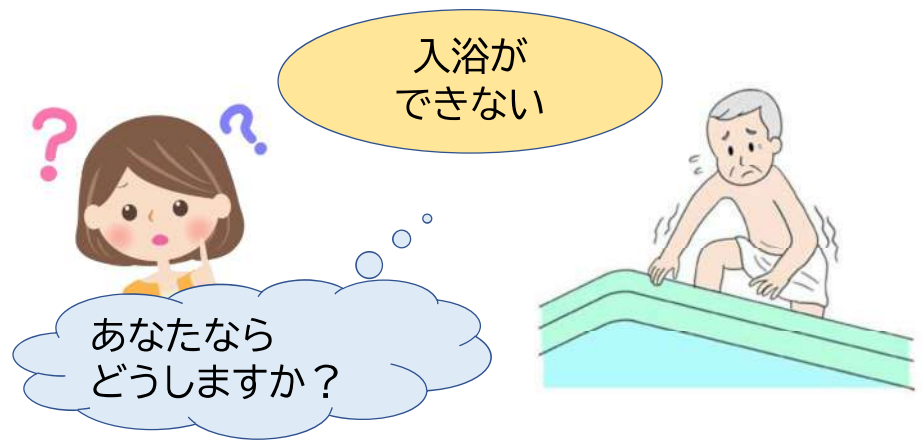


「今日のゴール」は…



1. ケアマネジメントの中核としてのアセスメントの意義 P.259

1-1. ニーズオリエンテッド



1. ケアマネジメントの中核としての アセスメントの意義 P.260

1-2. 課題分析標準項目に基づくアセスメント実施

情報収集項目は、基準等で決まっています。

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13条第6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2.3(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。

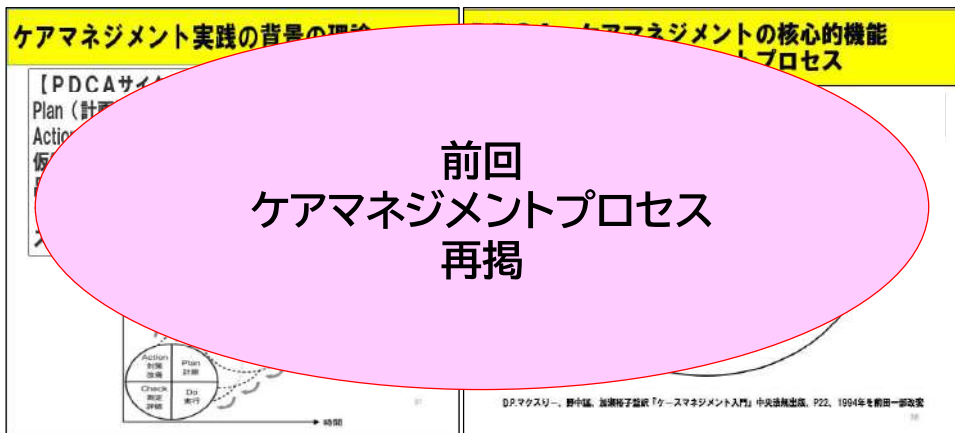
介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について(老企第29号)別紙4 課題分析標準項目について I. 基本的な考え方

(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。

2. ケアマネジメントにおけるPDCAサイクル

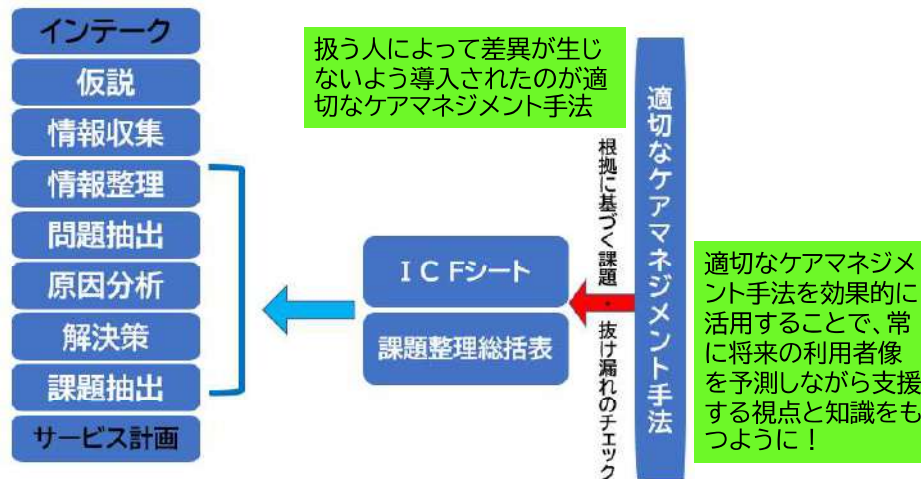
指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について(老企第22号)
第二 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準
 3 運営に関する基準
 (7) 指定居宅介護支援の基本取扱い方針及び具体的取扱い方針

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



1. ケアマネジメントの中核としての アセスメントの意義 P.260

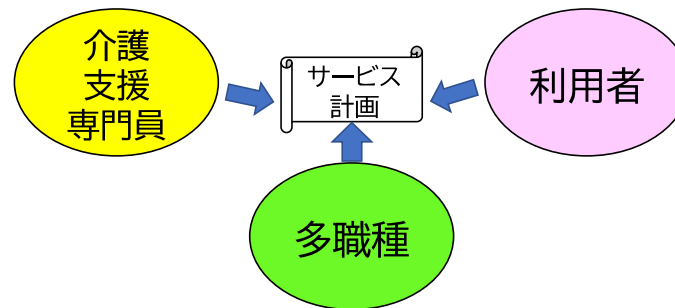
1-3. 適切なケアマネジメント手法を活用したアセスメント (ニーズ抽出、生活の将来予測)



3. 支援を通じたアセスメントの段階的進展

3-1. 協働で行うアセスメント

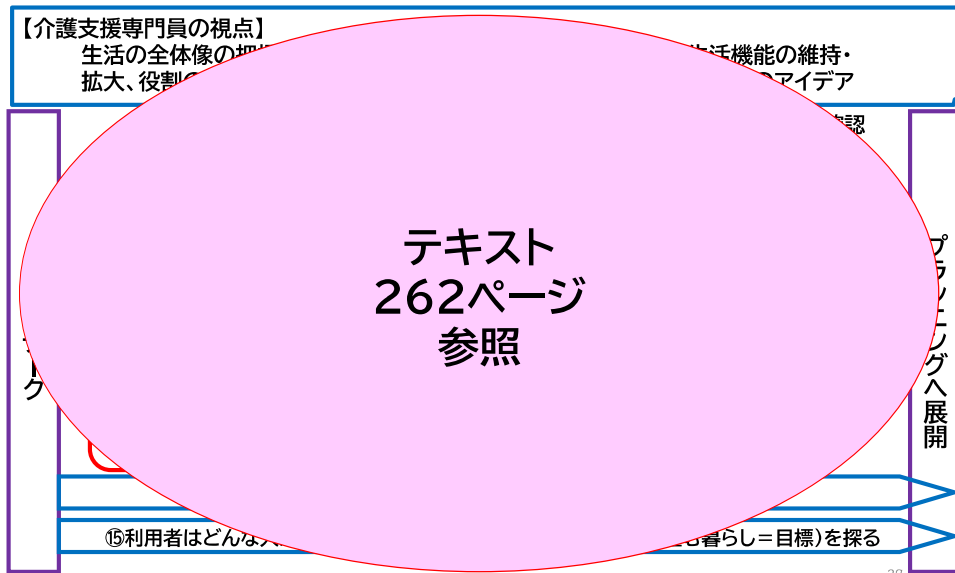
アセスメントとは
 介護支援専門員と利用者と多職種が協働で行う作業



なぜなら自立した生活を目指すのは利用者自身だから
 =現状を理解し(自己覚知)望む暮らしを決定する(自己決定)
 目標達成に向かって問題を解決していく支援を多職種で行うことこそ、「自立支援」

3. 支援を通じたアセスメントの段階的進展 P.262

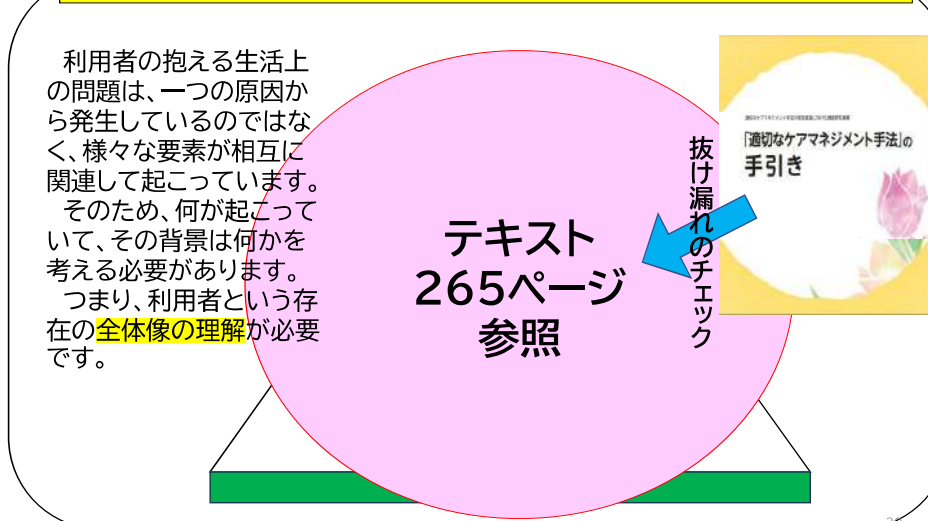
3-2. アセスメントの思考過程 【アセスメントの全体像】



3. 支援を通じたアセスメントの段階的進展 P.265

3-3. アセスメントの視点

1 利用者を生活者としての総体、全体像としてとらえる



3. 支援を通じたアセスメントの段階的進展 P.265

3-3. アセスメントの視点

2 尊厳の保持と自立支援

介護保険の理念であり、ADLの自立のみでなく意思決定の自律支援を目指しましょう

3 生活の質の維持・向上

適切なケアマネジメント手法の第2の基本方針であり、「その人らしさとは何か」を知った気にならずに、教えて頂くという気持ちで接し続ける姿勢が大事

4 リスクマネジメント

要介護高齢者にとって安定した日常生活を送ることができるよう、先回りして回避できることは何か、多職種だけでなく本人の周囲に誰か協力者はいるのか、なども併せて情報収集し、その人の支援チームをどのようにつくれるか想定しましょう

5 受付と相談場面から始まるアセスメント

介護支援専門員のアセスメントは、出会いともいえる相談受付・初期面接相談(インタビュー)から始まり、この段階の相談者とのかわり、その後のケアマネジメントプロセスにおいて、利用者との関係性や支援の展開に影響していく

第2節 アセスメントの理解 P.268

1. アセスメントの考え方

1-1. アセスメントを行う目的

ケアマネジメントは「アセスメントに始まりアセスメントに終わる」とよく言われます。なぜそう言われるのでしょうか？

それは...

利用者支援の「土台」だから

=土台となる収集分析いかんで生活が左右されるから



いつでもどこでも、常に利用者(家族)を知る努力を！
=常に情報収集し、分析することが必要
=生活全般にわたる解決すべき課題(ニーズ)の把握

33

1. アセスメントの考え方

P.269

1-2. 情報収集は網羅的に

1-3. 各項目の理解の上で

→次の「課題分析標準23項目」で詳しく見ていきます！

1-4. 情報収集の方法は？

利用者・家族との面談 (同席面談／個別面談)	多職種からの情報収集
近隣、知人等からの情報提供	地域包括支援センター、その他の機関や事業所からの情報提供

1-5. 今日的なアセスメント

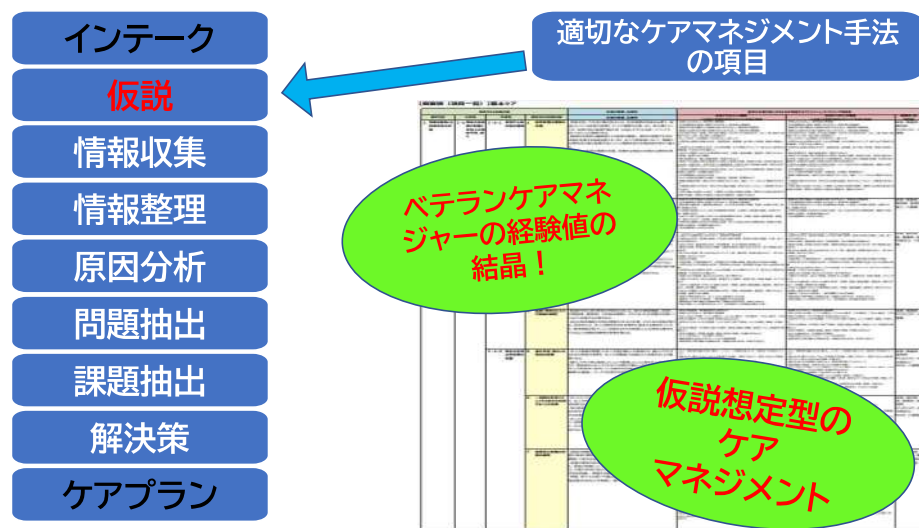
令和5年に改正された課題分析標準項目の意図	
①要介護者が受けている支援を制度の垣根を越えて把握し支援につなげる	②要介護者のみならず世帯全体をとらえ、配慮する
③科学的介護情報システム(LIFE)を活用した多職種との情報共有、支援の検討につなげる	④適切なケアマネジメント手法を活用した情報収集と多職種協働

34

1. アセスメントの考え方

P.270

1-6. 適切なケアマネジメント手法との関連

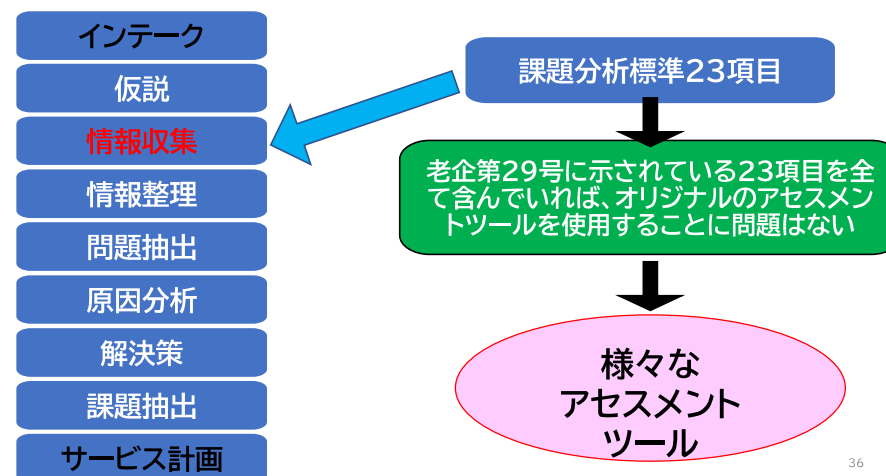


35

2. 課題分析標準項目

P.271

2-1. 課題分析標準項目の各項目および各項目と適切なケアマネジメント手法との関連



36

課題分析標準項目(基本情報に関する項目) P.272

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報 (受付、利用者等 基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報(受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報(氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報、居宅サービス計画作成の状況(初回、初回以外)について記載する項目
2	これまでの生活 と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目
3	利用者の社会 保障制度の 利用情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険等)、年金の受給状況(年金種別等)、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目
4	現在利用して いる支援や 社会資源の状況	利用者が現在利用している社会資源(介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む)の状況について記載する項目
5	日常生活自立度 (障害)	「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
6	日常生活自立度 (認知症)	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、区分支給限度額等)について記載する項目
9	今回のアセス メントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由(初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等)について記載する項目

課題分析標準項目(アセスメントに関する項目) P.272

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況(身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等)、受診に関する状況(かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等)、服薬に関する状況(かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等)、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法(杖や車椅子の利用有無等を含む)、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等)に関する項目
13	認知機能や 判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況(症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等)に関する項目
14	コミュニケーション における 理解と表出の 状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況(視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通)、コミュニケーション機器・方法等(対面以外のコミュニケーションツール(電話、PC、スマートフォン)も含む)に関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度(活動の内容・時間、活動量等)、休息・睡眠の状況(リズム、睡眠の状況(中途覚醒、昼夜逆転等)等)に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム(日中・夜間の頻度、タイミング等)、排泄内容(便秘や下痢の有無等)に関する項目

課題分析標準項目(アセスメントに関する項目) P.273

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
17	清潔の保持に 関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況(皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等)、寝具や衣類の状況(汚れの有無、交換頻度等)に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態(歯の本数、欠損している歯の有無等)、義歯の状況(義歯の有無、汚れ・破損の有無等)、かみ合わせの状態、口腔内の状態(歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等)、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況(食形態、食事回数、食事の内容、食量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等)、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量(栄養、水分量等)、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり(家庭内での役割、家族等との関わり状況(同居でない家族等との関わりを含む)等)、地域との関わり(参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等)、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況(本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等)、家族等による支援への参加状況(参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等)、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境(浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等)、居住環境においてリスクになりうる状況(危険箇所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等)、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべ き事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況(虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等)、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目

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

受付日時、受付対応者、受付方法等

2) 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

3) 利用者以外の家族等の基本情報

① 家族状況

② 家族構成図(ジェノグラム)

◎ エコマップなども有効

4) 居宅サービス計画作成の状況(初回、初回以外)

2 これまでの生活と現在の状況

1) これまでの生活歴

成育歴・学歴・職歴・結婚・出産・子育て

→どのような人生を歩んできたのか

※人間関係に関する習慣など、個人の価値観などについての情報も重要

2) 現在の生活状況

できるだけ具体的に

3) 病歴・経過・主治医・服薬情報



41

5 日常生活自立度(障害)

「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する。

生活自立	ランク	判定基準
生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランクC	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない

43

3 利用者の社会保障制度の利用情報

利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険等)、年金の受給状況(年金種別等)、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況

4 現在利用している支援や社会資源の状況

利用者が現在利用している社会資源(介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む)の状況

42

6 日常生活自立度(認知症)

「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する。

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
	IIa 家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
	IIIa 日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

44

7 主訴・意向

利用者の主訴や意向について記載する。
家族等の主訴や意向について記載する。

【適切なケアマネジメント手法(基本ケア)との関連項目】
「5 望む生活・暮らしの意向の把握」「15 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握」「16 日常生活における意向の尊重」「17 意思決定支援の必要性の理解」「18 意思決定支援体制の整備」「19 将来の生活の見通しを立てることの支援」

8 認定情報

利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、
区分支給限度額等)について記載する

9 今回のアセスメントの理由

今回のアセスメントの実施に至った理由(初回、要介護認定
の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、
そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等)
について記載する

45

11 ADL

「基本的日常生活動作」を指し、動作ができるかどうかをみる項目。

- | | | |
|---------|-------------------------|-----------|
| 1)寝返り | 6)移乗 | 11)整容 |
| 2)起き上がり | 7)移動方法 (杖や車椅子の利用有無等を含む) | |
| 3)座位保持 | 8)歩行 | 12)更衣 |
| 4)立位保持 | 9)階段昇降1 | 13)入浴 |
| 5)立ち上がり | 10)食事 | 14)トイレ動作等 |



【適切なケアマネジメント手法(基本ケア)との関連項目】

「4 転倒・骨折のリスクや経緯の確認」「5 望む生活・暮らしの意向の把握」「10 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援」「12 転倒などのからだに負担の掛かるリスクの予測」「26 フレイルを予防するための活動機会の維持」「27 継続的なりハビリテーションや機能訓練の実施」「33 清潔を保つ支援」「37 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備」「38 持っている機能を発揮しやすい環境の整備」「39 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備」「40 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備」

47

10 健康状態

1)健康状態及び心身の状況

(身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等)

2)受診に関する状況

(かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等)、

3)服薬に関する状況

(かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等)、

4)自身の健康に対する理解や意識の状況



【適切なケアマネジメント手法(基本ケア)との関連項目】

「1 疾患管理の理解の支援」「2 併存疾患の把握の支援」「3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保」「7 食事及び栄養の状態の確認」「13 感染症の早期発見と治療」「20 フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援」「23 継続的な受診・療養の支援」「25 体調把握と変化を伝えることへの支援」「28 感染症の予防と対応の支援体制の構築」「30 休養・睡眠の支援」「31 口から食事を摂り続けることへの支援」

46

12 IADL

生活に関連する「行為」ができるかどうかをアセスメントする項目。

- | | |
|--------|-----------|
| 1)調理 | 7)電話 |
| 2)掃除 | 8)交通機関の利用 |
| 3)洗濯 | 9)車の運転等 |
| 4)買い物 | |
| 5)服薬管理 | |
| 6)金銭管理 | |



【適切なケアマネジメント手法(基本ケア)との関連項目】

「4 転倒・骨折のリスクや経緯の確認」「5 望む生活・暮らしの意向の把握」「10 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援」「12 転倒などのからだに負担の掛かるリスクの予測」「26 フレイルを予防するための活動機会の維持」「27 継続的なりハビリテーションや機能訓練の実施」「33 清潔を保つ支援」「37 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備」「38 持っている機能を発揮しやすい環境の整備」「39 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備」「40 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備」

48

13 認知機能や判断能力

日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況(症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等)

【適切なケアマネジメント手法(基本ケア)との関連項目】

「5 望む生活・暮らしの意向の把握」「40 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備」「41 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援」「42 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援」

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが遠慮してはいれば自立できる。	
	IIa 家庭内で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、食料管理などがそれまでできたことにはミスが目立つ等
	IIb 職場内でも上記IIの状態が見られる。	作業管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひりひりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
	IIIa 日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	食料を、食卓、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を入れたり、物を壊し傷める、徘徊、失禁、大声・喚声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的風変わり等
	IIIb 夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	徘徊・徘徊・徘徊
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻りに見られ、常に介護を必要とする。	ランク毎に同じ
	M 重しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療介入行動が継続する状態等	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

49

14 コミュニケーションにおける理解と表出の状況

- 1) コミュニケーションの理解の状況
- 2) コミュニケーションの表出の状況(視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通)
- 3) コミュニケーション機器・方法等(対面以外のコミュニケーションツール(電話、PC、スマートフォン)も含む)



【適切なケアマネジメント手法(基本ケア)との関連項目】

「9 コミュニケーション状況の把握の支援」「14 緊急時の対応」「25 体調把握と変化を伝えることの支援」「35 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援」「36 コミュニケーションの支援」

50

15 生活リズム

- 1) 1日及び1週間の生活リズム・過ごし方
- 2) 日常的な活動の程度
(活動の内容・時間、活動量等)
- 3) 休息・睡眠の状況
(リズム、睡眠の状況(中途覚醒、昼夜逆転等)等)



【適切なケアマネジメント手法(基本ケア)との関連項目】

「1 疾患管理の理解の支援」「5 望む生活・暮らしの意向の把握」「6 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援」「7 食事及び栄養の状態の確認」「8 水分摂取状況の把握の支援」「12 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測」「14 緊急時の対応」「20 フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援」「21 水分の摂取の支援」「23 継続的な受診・療養の支援」「24 継続的な服薬管理の支援」「26 フレイルを予防するための活動機会の維持」「29 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援」「30 休養・睡眠の支援」「31 口から食事を摂り続けることの支援」「38 持っている機能を発揮しやすい環境の整備」「40 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備」

51

16 排泄の状況

- 1) 排泄の場所・方法
- 2) 尿・便意の有無
(日中・夜間の頻度、タイミング等)
- 3) 失禁の状況等
- 4) 後始末の状況等
(便秘や下痢の有無等)
- 5) 排泄リズム
- 6) 排泄内容



【適切なケアマネジメント手法(基本ケア)との関連項目】

「8 水分摂取状況の把握の支援」「20 フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援」「21 水分の摂取の支援」「22 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援」「25 体調把握と変化を伝えることの支援」「29 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援」「32 フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援」「33 清潔を保つ支援」「34 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援」

52

17 清潔の保持に関する状況

1)入浴や整容の状況

2)皮膚や爪の状況

(皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等)

3)寝具や衣類の状況

(汚れの有無、交換頻度等)



【適切なケアマネジメント手法(基本ケア)との関連項目】

「3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保」「11 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測」「22 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援」「28 感染症の予防と対応の支援体制の構築」「33 清潔を保つ支援」「37 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備」

53

19 食事摂取の状況

1)食事摂取の状況

(食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等)

2)摂食嚥下機能の状況

3)必要な食事の量(栄養、水分量等)

4)食事制限の有無

利用者の栄養状態等については、管理栄養士等とともにアセスメントすることが有効です。



55

【適切なケアマネジメント手法(基本ケア)との関連項目】

「1 疾患管理の理解の支援」「3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保」「7 食事及び栄養の状態の確認」「8 水分摂取状況の把握の支援」「11 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測」「16 日常生活における意向の尊重」「20 フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援」「21 水分の摂取の支援」「22 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援」「23 継続的な受診・療養の支援」「24 継続的な服薬管理の支援」「25 体調把握と変化を伝えることの支援」「29 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援」「30 休養・睡眠の支援」「31 口から食事を摂り続けることの支援」「34 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援」「40 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備」

18 口腔内の状況

1)歯の状態(歯の本数、欠損している歯の有無等)

2)義歯の状況(義歯の有無、汚れ・破損の有無等)

3)かみ合わせの状態

4)口腔内の状態(歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥

の程度、腫れ・出血の有無等)

5)口腔ケアの状況

口腔機能が低下すると、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します。

歯科医師・歯科衛生士などとともにアセスメントすることが有効です。



54

20 社会との関わり

1)家族等との関わり

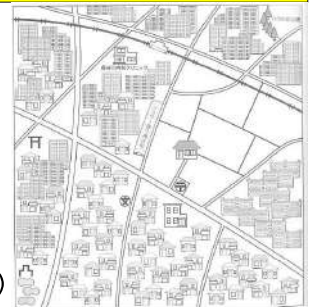
(家庭内での役割、家族等との関わりの状況(同居でない家族等との関わりを含む)等)

2)地域との関わり

(参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等)

3)仕事との関わり

これらにつきアセスメントすることは、利用者・家族の不安を軽減し、ストレスを減らし、地域の理解を得る居宅サービス計画をつくることにつながります。



【適切なケアマネジメント手法(基本ケア)との関連項目】

「5 望む生活・暮らしの意向の把握」「6 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援」「10 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援」「14 緊急時の対応」「15 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握」「16 日常生活における意向の尊重」「17 意思決定支援の必要性の理解」「18 意思決定支援体制の整備」「19 将来の生活の見通しを立てることの支援」「29 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援」「35 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援」「36 コミュニケーションの支援」「37 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備」「38 持っている機能を発揮しやすい環境の整備」「39 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備」「40 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備」「41 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援」「42 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことへの支援」「43 本人を取り巻く支援体制の整備」「44 同意してケアに参画するひとへの支援」

56

21 家族等の状況

- 1) 本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況
(本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等)
- 2) 家族等による支援への参加状況
(参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等)
- 3) 家族等について特に配慮すべき事項

家族ばかりでなく友人や地域住民なども確認していきましょう。

【適切なケアマネジメント手法(基本ケア)との関連項目】

「44 同意してケアに参画するひとへの支援」



57

23 その他留意すべき事項・状況

- 1) 利用者に関連して、特に留意すべき状況
(虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等)
- 2) その他生活に何らかの影響を及ぼす事項



59

22 居住環境

- 1) 日常生活を行う環境
(浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等)
- 2) 居住環境においてリスクになりうる状況
(危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等)
- 3) 自宅周辺の環境やその利便性等



※この場合の居住環境とは、屋内だけでなく段階的に屋外に出て地域に戻っていくための居住環境という考え方をします。

【適切なケアマネジメント手法(基本ケア)との関連項目】

「5 望む生活・暮らしの意向の把握」「6 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援」「10 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援」「12 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測」「20 フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援」「23 継続的な受診・療養の支援」「27 継続的なりリハビリテーションや機能訓練の実施」「29 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援」「30 休養・睡眠の支援」「31 口から食事を摂り続けることの支援」「32 フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援」「33 清潔を保つ支援」「34 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援」「35 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援」「37 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備」「38 持っている機能を発揮しやすい環境の整備」「39 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備」

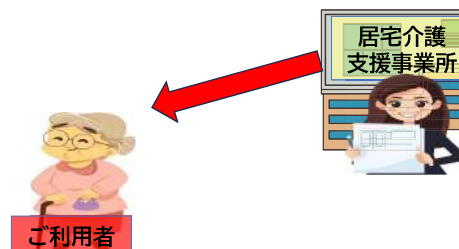
58

2. 課題分析標準項目

P.296

2-2. 生活課題の総合的な把握

介護支援専門員の視点と情報収集の幅が狭い、情報の粒度が粗いとなれば、本来存在している課題は見落とされる可能性があります

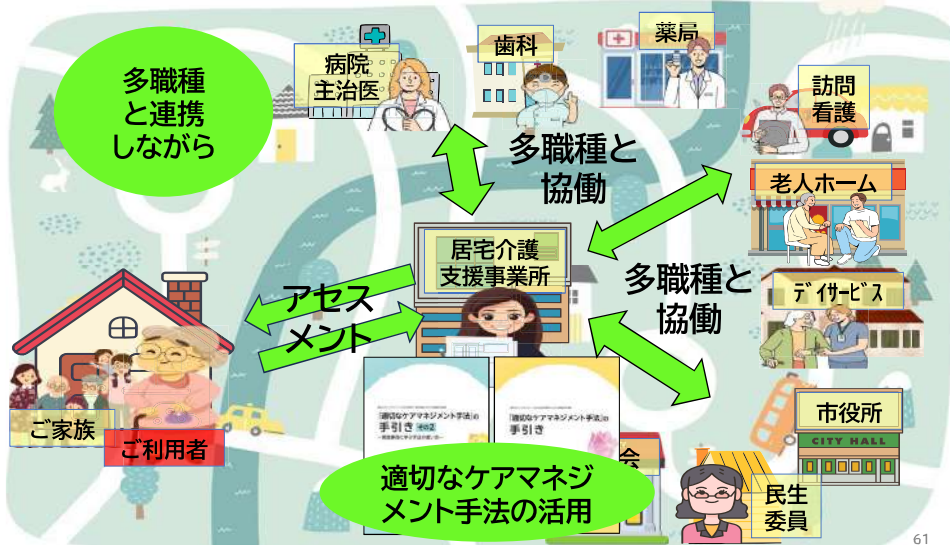


60

2. 課題分析標準項目

P.296

2-2. 生活課題の総合的な把握



61

【ワーク1】 神谷花子さんの情報収集と情報整理

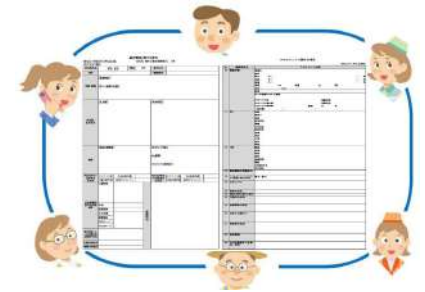
神谷花子さんはどんな人か、どういう状況を思い出す意味も含めて、事前課題であるアセスメントシートを、他のグループメンバーはどうまとめていているかを確認していきましょう。

【個人ワーク5分】

他のグループメンバーの記入シートを見ながら、追加や気づきを自分のアセスメントシートに追加する

【グループワーク5分】

グループで話し合う



※まとめた内容ではなく、まとめ方に注目してください。

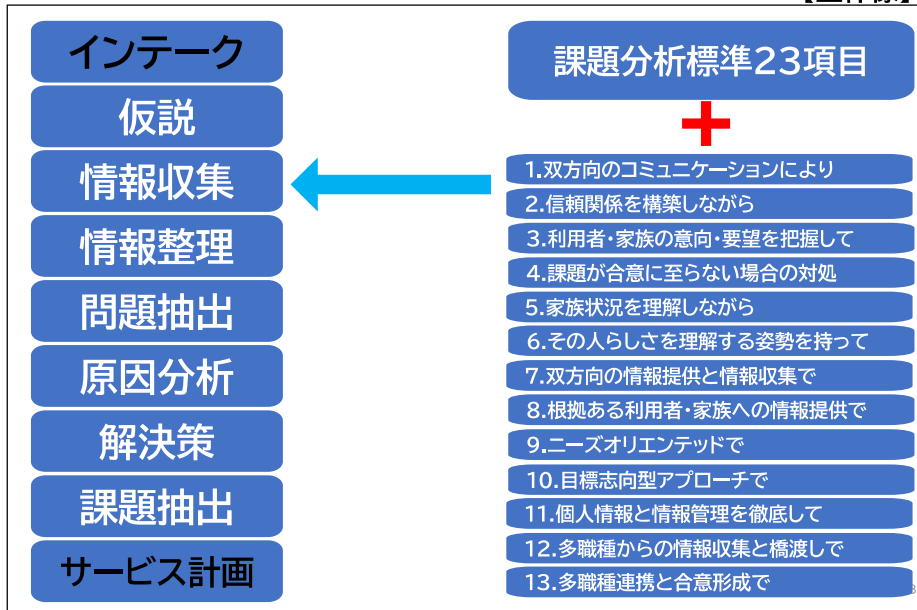
気づいた点	参考にしたい点

62

3. 情報収集の方法

P.296

【全体像】

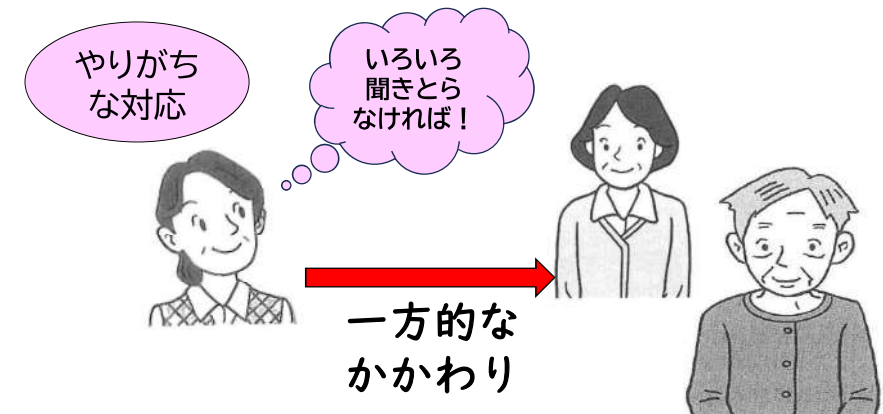


3. 情報収集の方法

P.296

3-1. 双方向のコミュニケーションにより

3-2. 信頼関係を構築しながら



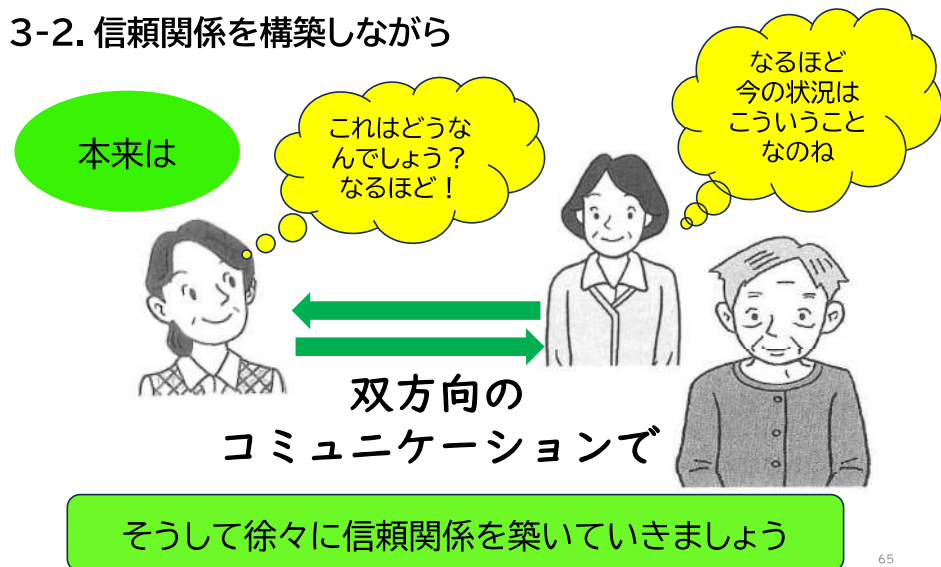
64

3. 情報収集の方法

P.296

3-1. 双方向のコミュニケーションにより

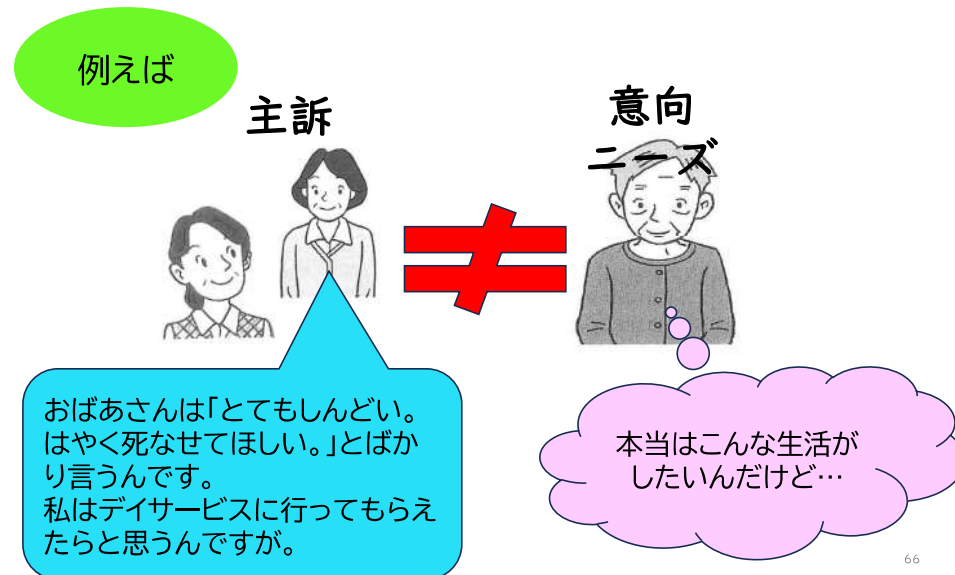
3-2. 信頼関係を構築しながら



3. 情報収集の方法

P.297

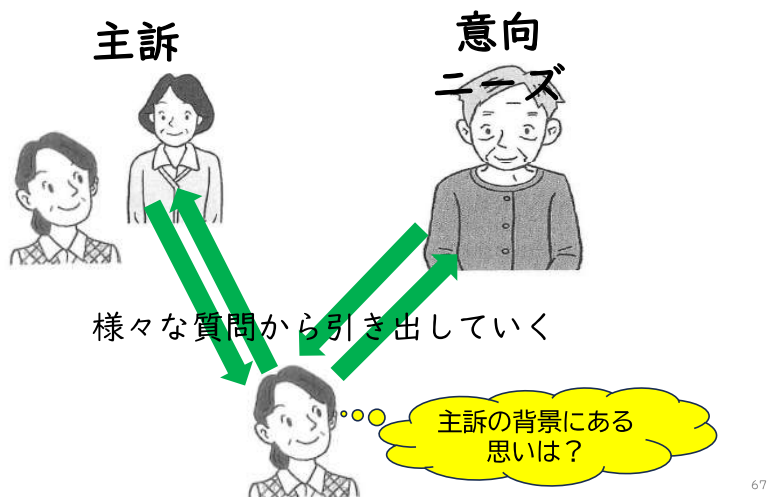
3-3. 利用者・家族の意向・要望を把握して



3. 情報収集の方法

P.297

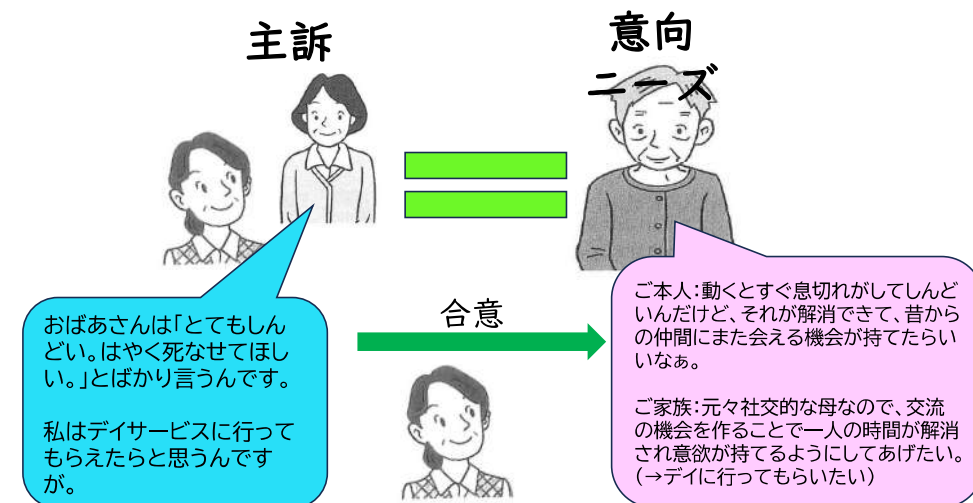
3-3. 利用者・家族の意向・要望を把握して



3. 情報収集の方法

P.297

3-3. 利用者・家族の意向・要望を把握して



3. 情報収集の方法

P.297

3-3. 利用者・家族の意向・要望を把握して

例えば

家族の意向



ホームに入所
してくれたら
私も休めるし
子供達の相手も
できるんだけど

本人の意向



ホームに
なんて
絶対行きたく
ないわ



69

3. 情報収集の方法

P.297

3-3. 利用者・家族の意向・要望を把握して

家族の意向



ホームに入所
してくれたら
私も休めるし
子供達の相手も
できるんだけど

本人の意向



ホームに
なんて
絶対行きたく
ないわ



双方の思いを丁寧に擦り合わせていく



折り合いのつくところ
はどこだろう？

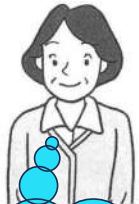
70

3. 情報収集の方法

P.297

3-3. 利用者・家族の意向・要望を把握して

家族の意向



外出して
もらったら
私も少し休めるし
子供達の相手も
できるわね

本人の意向



迎えに来てく
れて、リハビリも
してもらえら
ないわね
そこで友達に
会えるならな
おさらね



合意

いきなり入所ではなく、
デイなど外出してリハビ
リするのはどうですか？
昔のお友達とも会えるか
もしれませんし。

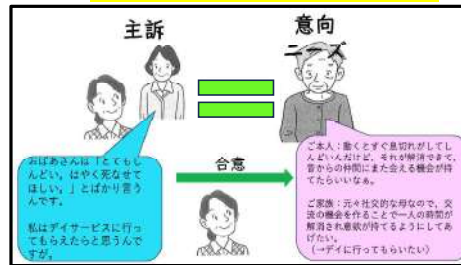
71

3. 情報収集の方法

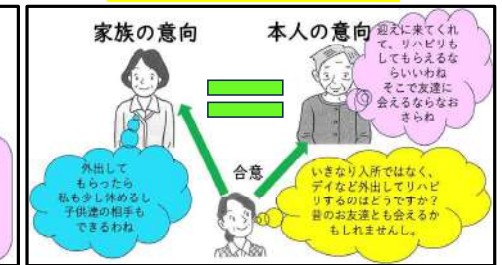
P.297

3-3. 利用者・家族の意向・要望を把握して

主訴から意向(ニーズ)を
引き出すこと



本人と家族の意向を
すり合わせる



この二つが、実はアセスメントの中で最も難しくかつ重要なこととなります！

72

第 1 表 居宅サービス計画書(1)	
利用者氏名	姓 生年月日 年 月 日 住所
居宅サービス計画作成者氏名	
居宅介護支援事業者・事業所及び所在地	
居宅サービス計画作成(変更)日	平成 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 平成 年 月 日
認定日	平成 年 月 日 認定の有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	<p>ご本人:動くとき息切れがしてしんどいんだけど、それが解消できて、昔からの仲間にもまた会える機会が持てたらいいなあ。 ご家族:元々社交的な母なので、交流の機会を作ることで一人の時間が解消され意欲が持てるようにしてあげたい。 課題分析の結果:リハビリできる場の確保で気分の解消もでき在宅生活は可能と考えられる</p>
総合方針	<p>主訴 利用者: 利便がほしい。はやく死なせてほしい。とばかり言うんです。 意向 本人: 動くとすぐ息切れがしてしんどいんだけど、それが解消できて、昔からの仲間にもまた会える機会が持てたらいいなあ。 家族の意向 本人の意向 本人: 近所に来てくれて、リハビリもしてもらえたらいいわね。そこで友達に会えるならなおさらね。 家族の意向 本人の意向 本人: いまなり人前ではなく、デイなど外出してリハビリするのはどうですか? 昔のお友達とも会えるかもしれませんし。</p>
生活様式	<p>合意 利用者: 私はデイサービスに行ってもらえたらと思うんです。 本人: 動くとすぐ息切れがしてしんどいんだけど、それが解消できて、昔からの仲間にもまた会える機会が持てたらいいなあ。 家族の意向 本人の意向 本人: 外出してもつたら私も少し休めるし子供達の相手もできるわね。</p>

この2つが、居宅サービス計画第1表の冒頭部分にくるからです!

3. 情報収集の方法

3-4. 課題が整理されず合意に至らない場合の対処

このような場合は



以下のように記録しましょう

- 利用者 に課題認識があり、意思表示できている場合には、それを書く。
- 利用者 に課題認識がない場合には、利用者が認識し表明している範囲のことを書く。
- 利用者 と家族の課題認識が一致しない場合、両者の合意できた範囲を書く。

もちろん支援経過にも認識相違を記載しつつ、働きかけも続けましょう…

【実演1】 「生活の意向」の確認

「生活の意向」の確認でよくある例を実演してみます。皆さん自身は「生活の意向」をどのように聞き、書き留めますか?



このような書き方はどうですか?

前田さん、この前訪問した神谷花子さん宅ですが、ご本人もだんなさんも家で共にずっとこの家での、こう書いてみたんですが、どうですか?

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果
ご本人及びご家族の生活の意向: 「共にずっとこの家で、安全に安心して暮らしたい」
課題分析の結果: 共に自宅での強い思いが在宅生活を可能にすると思われる。

そうですね、確かにお二人とも未永く自宅で一緒に暮らしたい、という思いだったね。ただ気をつけたいといけなのは、「安全」「安心」「安楽」「自宅で過ごしたい」といったフレーズは全ての居宅介護支援を受けている担当者に当てはまる、万能ワードなんですよ。つまり具体性がないし、どのプランにも書けますよね。花子さんの自立支援のためならば、「どのような」状態で「どのように」暮らすのが安全安心なのか、そこを具体的にアセスメントして明らかにしていけないですね。
また本人と家族それぞれに微妙に発する言葉は違っていたし、その場合はそれぞれにつき書くように、とも言われていたね。



例えば

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

ご本人及びご家族の生活の意向：
「共にずっとこの家で、安全に安心して暮らしたい」
課題分析の結果：
共に自宅での強い思いが在宅生活を可能にすると思われる。

確かにこれでは誰のプランかわかりませんね。具体性ですね。こう直してみました。

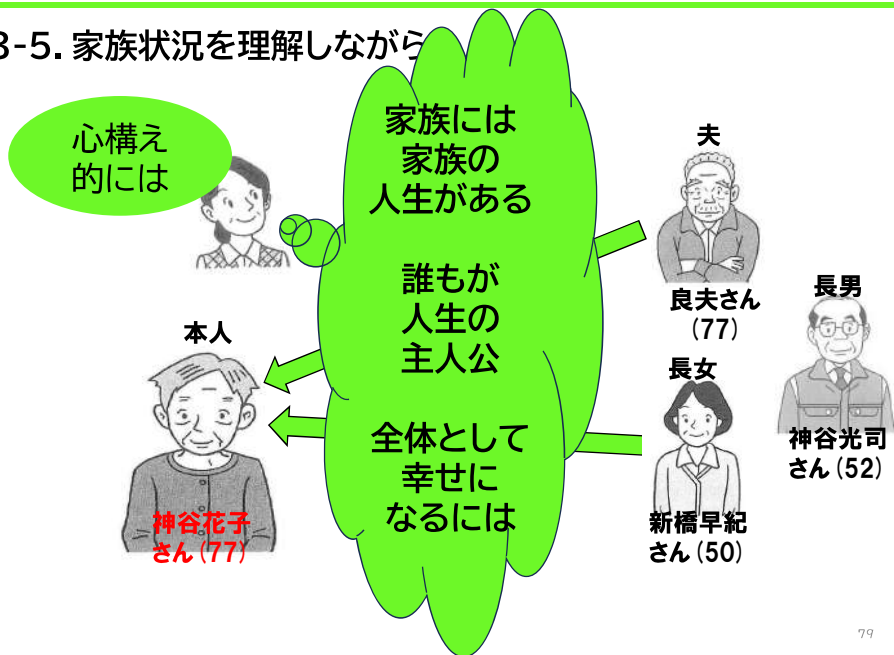


利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

本人：夫とこの家で暮らしたい。家族や教え子たちとお菓子を作ったり、友人とハイキングにも行きたい。
家族(夫)：妻が望む暮らしを叶えてあげたい。自分は大工なので、妻が暮らしやすくなるように、住宅を改修したりして工夫したい。
家族(長女)：共働きで土日しか顔を出せないが、長女なので、父親とも協力しながらできるだけことはしていきたい。
課題分析の結果：
共に自宅での二人の強い思いを支えるサポートがあれば、在宅生活は可能だと思われます。

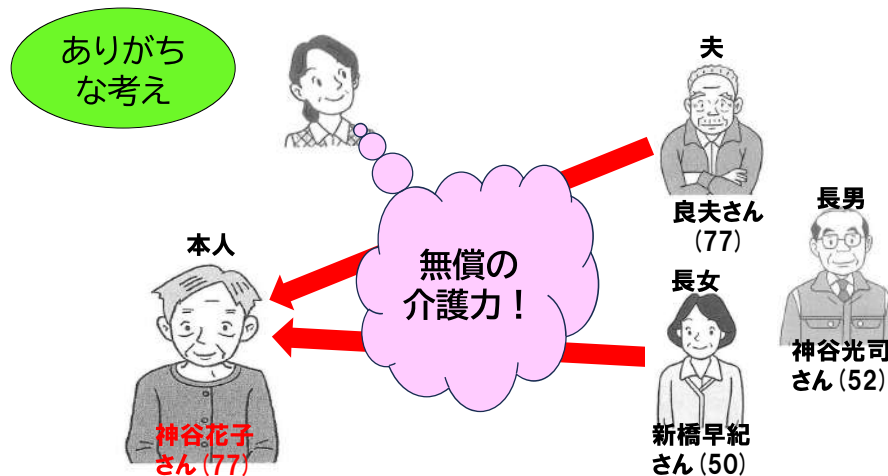
3. 情報収集の方法

3-5. 家族状況を理解しながら



3. 情報収集の方法

3-5. 家族状況を理解しながら

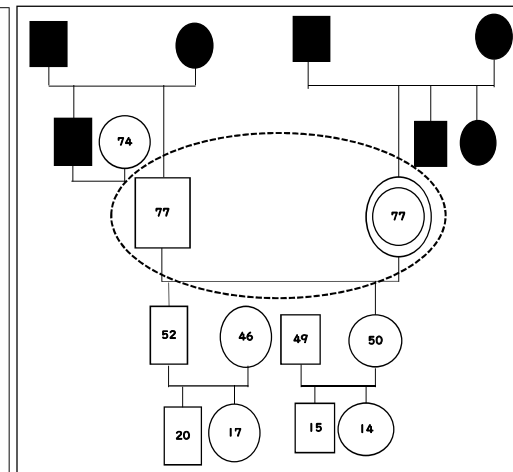


3. 情報収集の方法

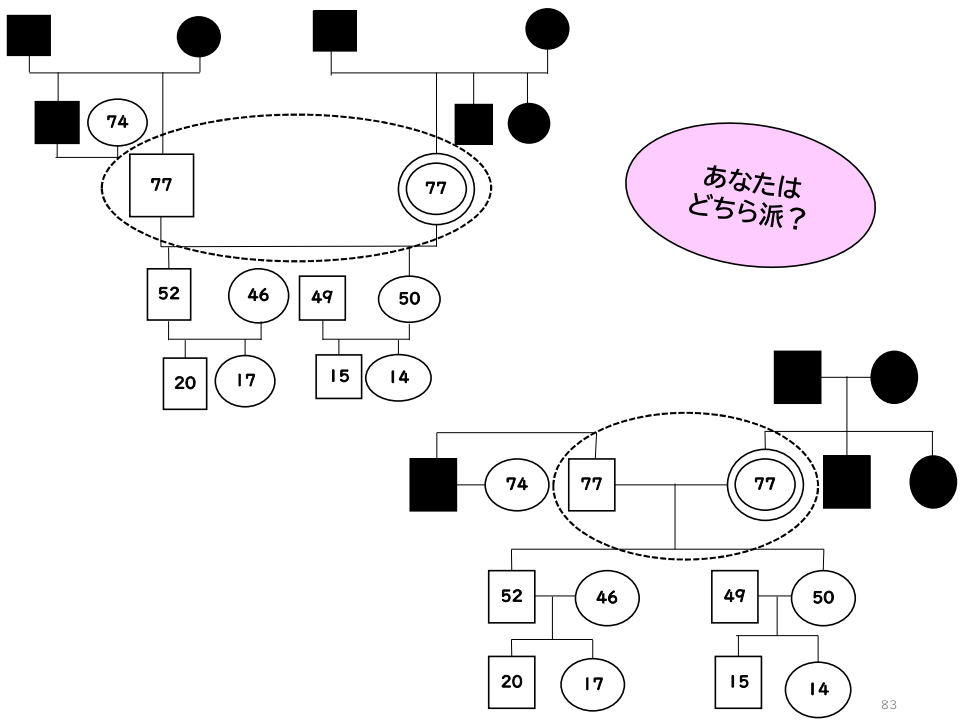
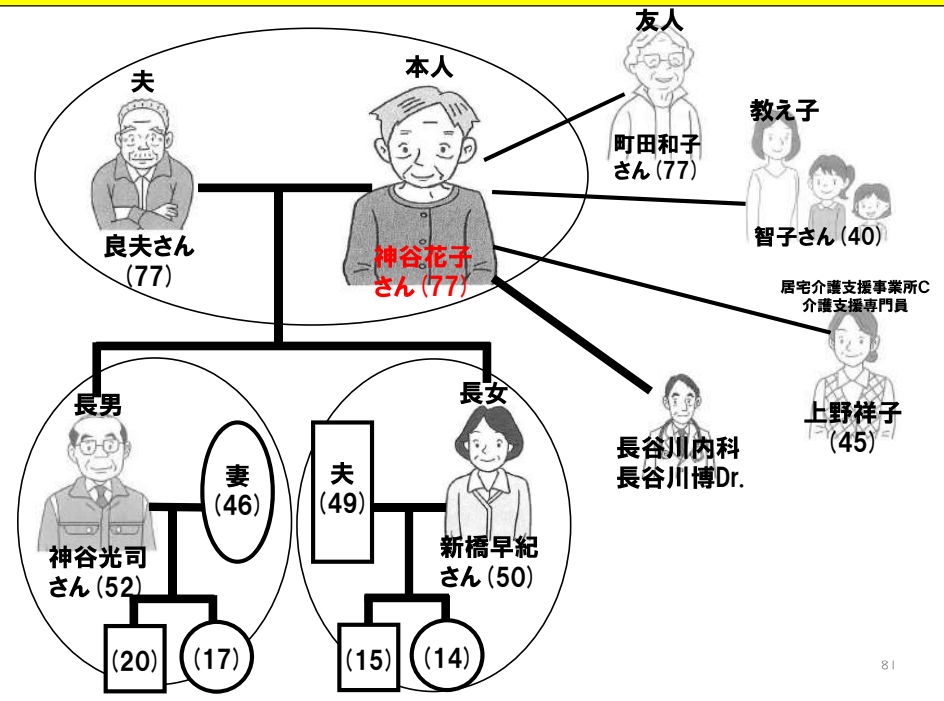
3-5. 家族状況の理解～ジェノグラムとエコマップ

【神谷花子様宅の状況】

- ・神谷花子さんは77歳
- ・同じ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



ジェノグラムとエコマップ:実務研修テキストでの事例の登場人物



ジェノグラムとは

援助者が、利用者を中心とした家族関係を理解するために作成される図のこと。

書籍『ジェノグラムの臨床(2009)』の訳者である石川の「訳者あとがき」によれば、GEN-O-GRAM で構成された新造語であり、ここでの GEN は GENERATION を意味する。しかもこの GENERATION には血のつながり、一族という単なる生物学上の系譜を超え、世代間相互作用という心理学上の含みが課せられていると言う。遺伝子という意味の GENE と、図表という意味の DIAGRAM とを合成した造語。

文章で家族・姻戚関係を解説するよりも、本人の周囲の人間関係が一目で年齢や関係性が理解できる。離婚・死別などの家族状況や家族内支援のキーパーソンを見つけるなどの資料になる。

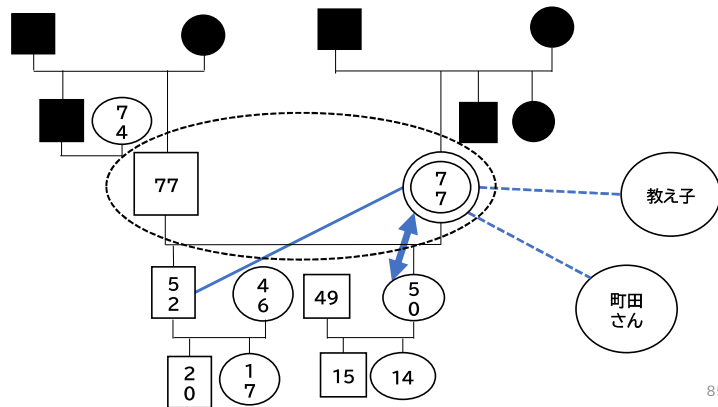
エコマップとは

援助者が、利用者を支援するために利用者、家族、社会資源の関係性を図にしたもの。生態地図ともいわれる。

1975年にアン・ハートマン(ANN HARTMAN)が考案した。福祉のニーズや課題をもつ利用者を支援するために、活用可能な社会資源がどこに、どのようなものがあるか利用者・家族・社会資源の間関係性をマップ(図)にしてとらえたものをいう。家族のジェノグラムとともに、暮らしている地域の関係している社会資源や専門機関をすべてひとつの図に集約する。

図で理解ができる効用

- ・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るが、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。
- ・花さんの長男は、仕事が忙しく、なかなか来られない。



85

ジェノグラム・エコマップを書く利点

本人を取り巻く
家族や地域との
関係が
視覚的に一目瞭然

本人家族の歴史が
見え、より深い
理解・共感を得る
材料となる

未来の形を
イメージした
相談がしやすい

ジェノグラムを見る際の視点

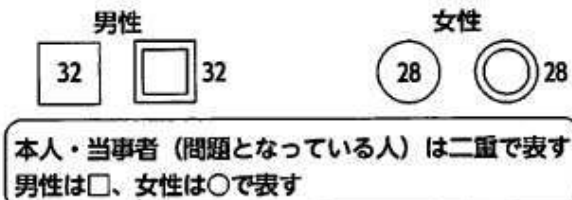
家族構成に
注目する
(三世代、核家族、
単身家族等)

家族としての
発達段階に
注目する

家族そのものを
一つのシステム
として見る
・境界はどこか
・サブシステムは
・パワー関係は

ジェノグラムの書き方

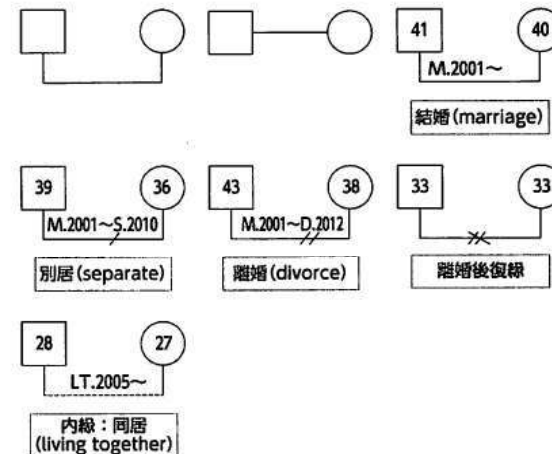
●男女



●故人



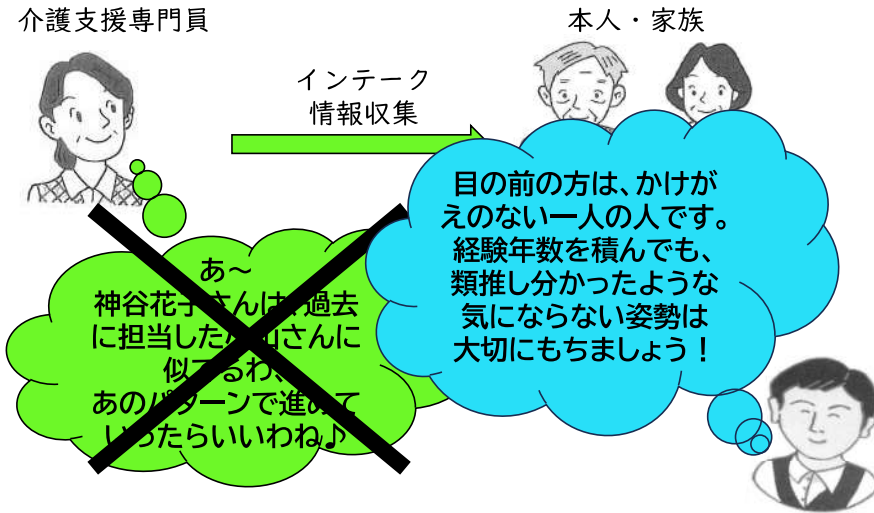
●夫婦 内縁 同居



3. 情報収集の方法

P.300

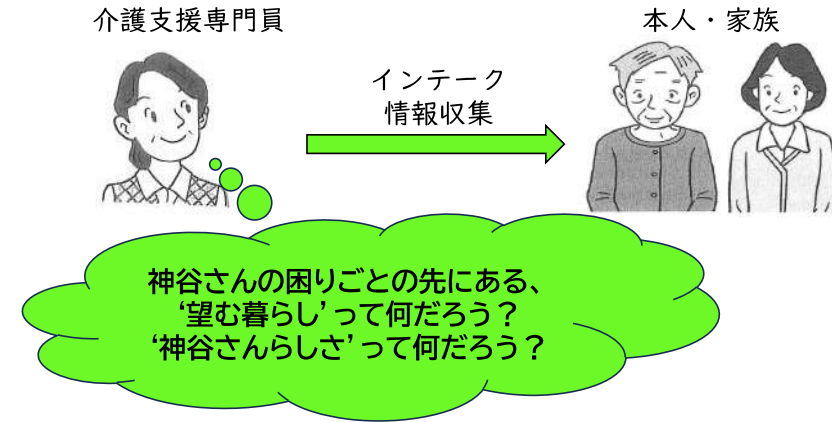
3-6. その人らしさを理解する姿勢を持って



3. 情報収集の方法

P.300

3-6. その人らしさを理解する姿勢を持って

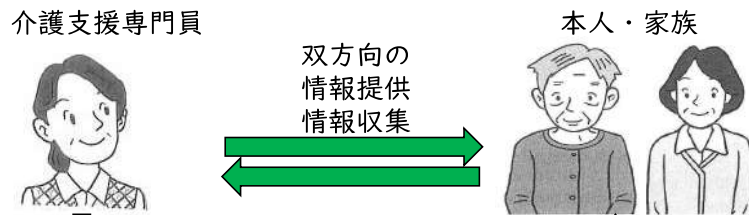


94

3. 情報収集の方法

P.297

3-7. 双方向の情報提供と情報収集で



3-8. 根拠ある利用者・家族への情報提供で

公正中立、根拠ある情報提供 (×利益誘導)

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4条

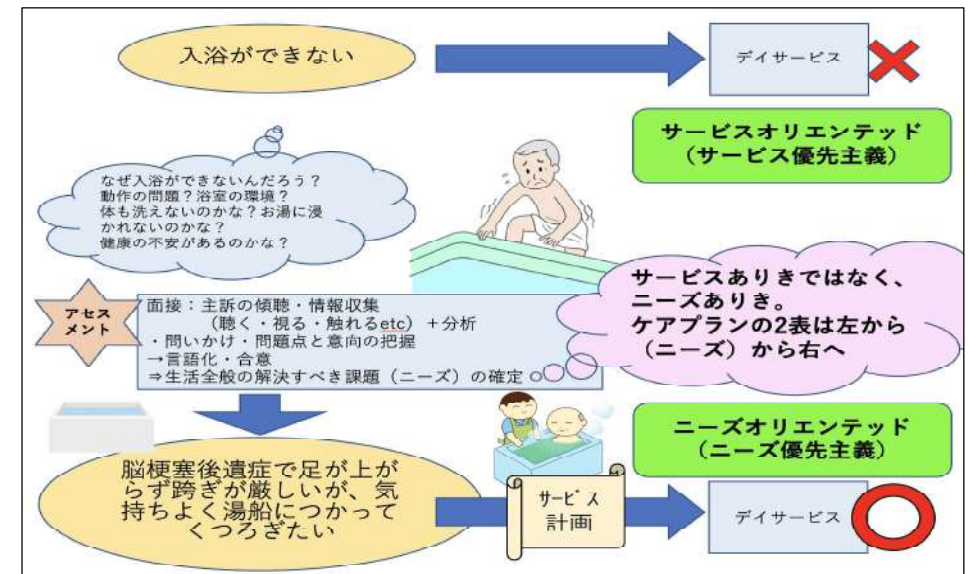
2. 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、居宅サービス計画が第1条の2に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は福祉上の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等につき説明をおこなひ、利用を得なければならない。

95

3. 情報収集の方法

P.301

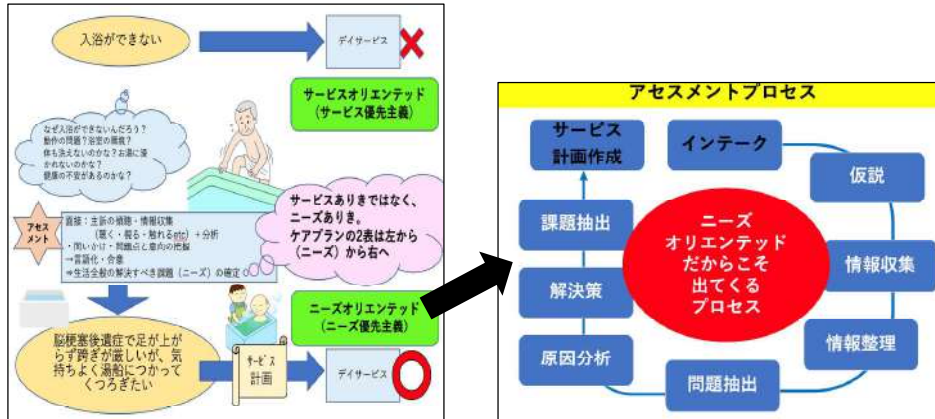
3-9. ニーズオリエンテッドで



3. 情報収集の方法

P.301

3-9. ニーズオリエンテッドで

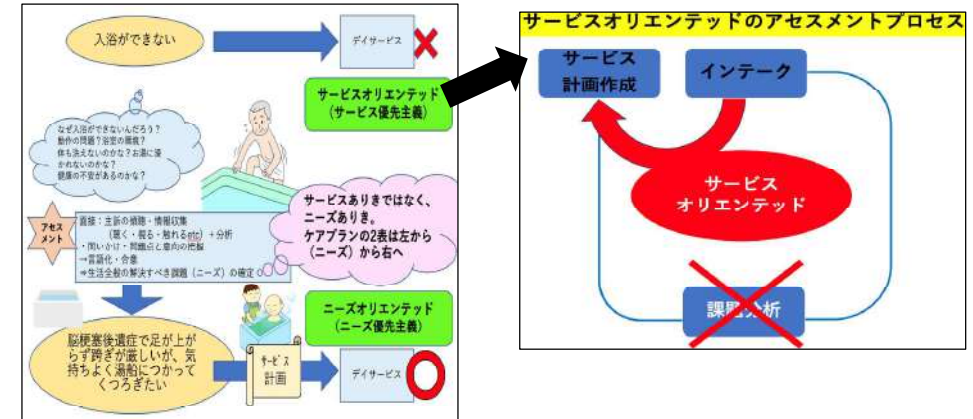


97

3. 情報収集の方法

P.301

3-9. ニーズオリエンテッドで

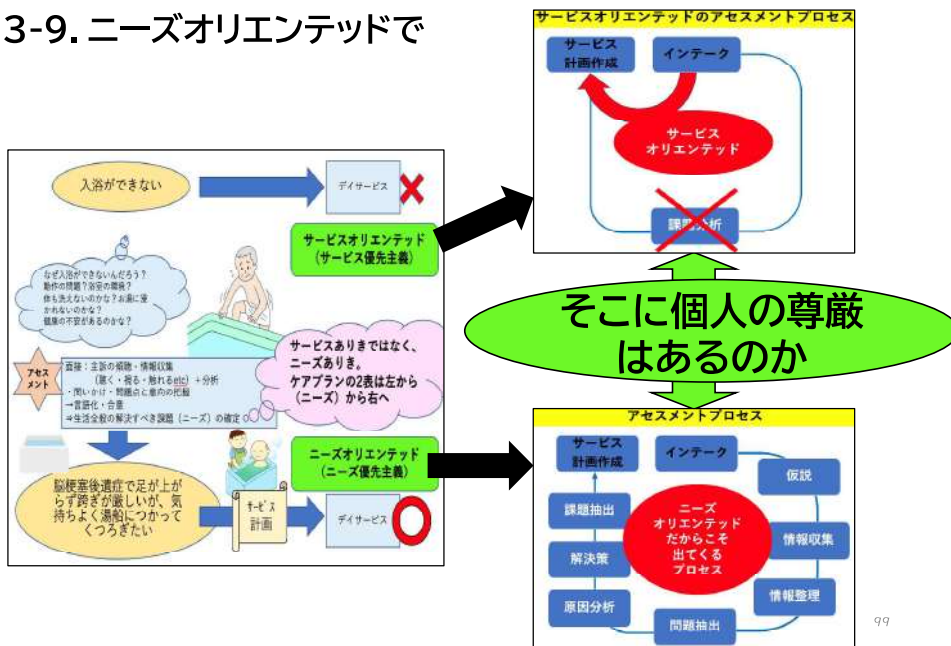


98

3. 情報収集の方法

P.301

3-9. ニーズオリエンテッドで

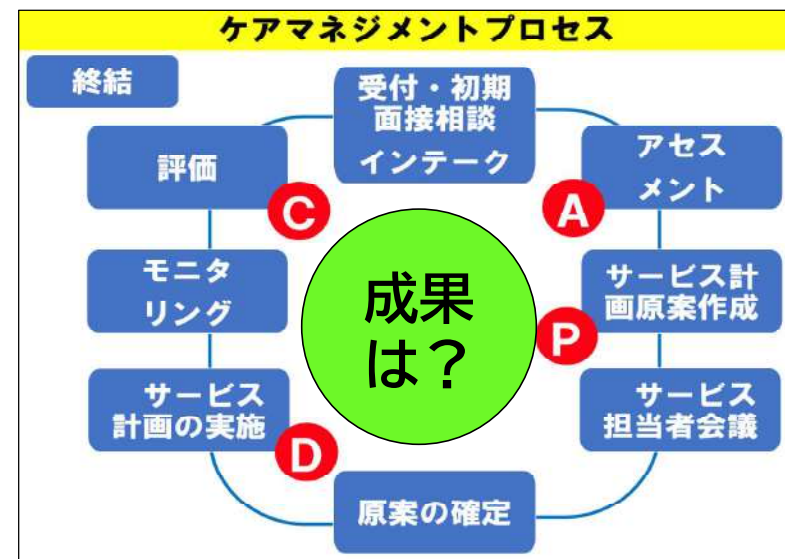


99

3. 情報収集の方法

P.302

3-10. 目標指向型アプローチで



100

3. 情報収集の方法

P.302

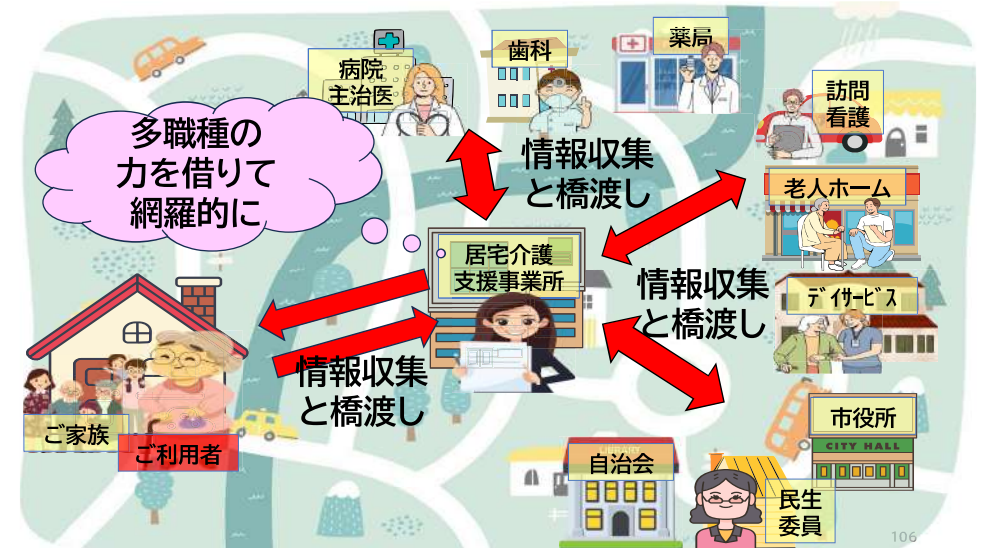
3-12. 多職種からの情報収集と橋渡しで



3. 情報収集の方法

P.302

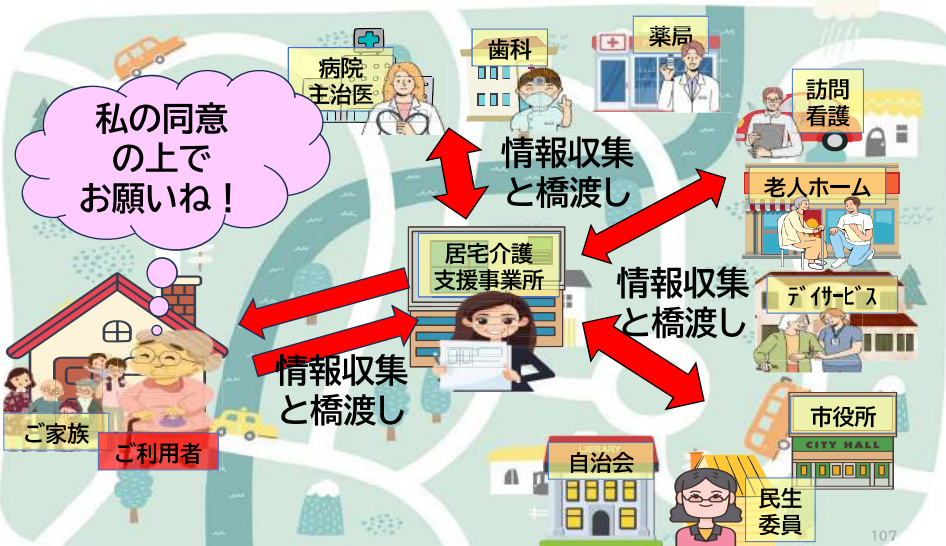
3-12. 多職種からの情報収集と橋渡しで



3. 情報収集の方法

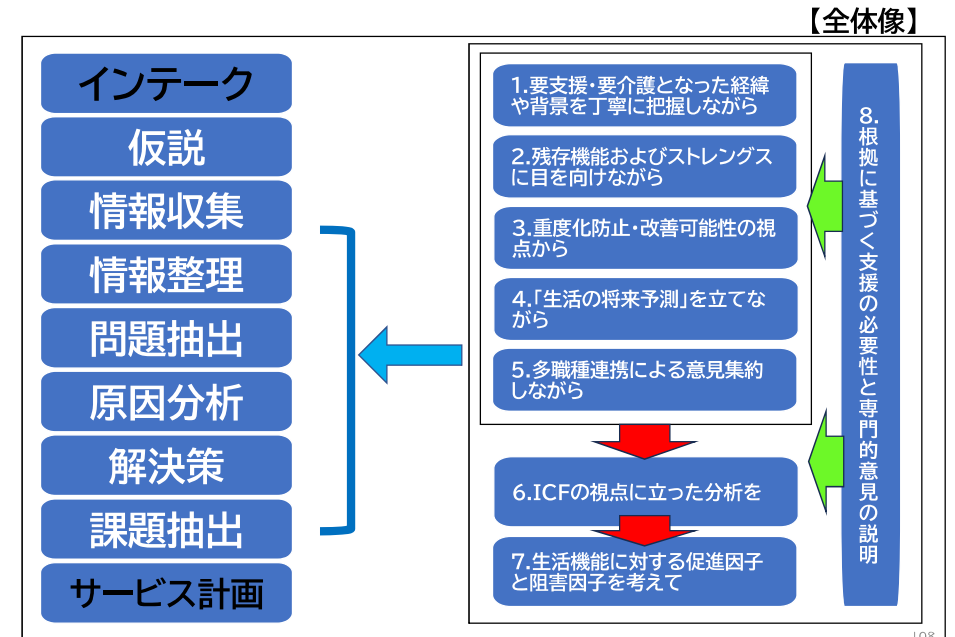
P.302

3-13. 多職種連携と合意形成で



4. 課題分析

P.304



【課題分析する際の視点】

4-1. 要支援・要介護となった経緯や背景を丁寧に把握しながら

4-2. 残存機能およびストレングスに目を向けながら

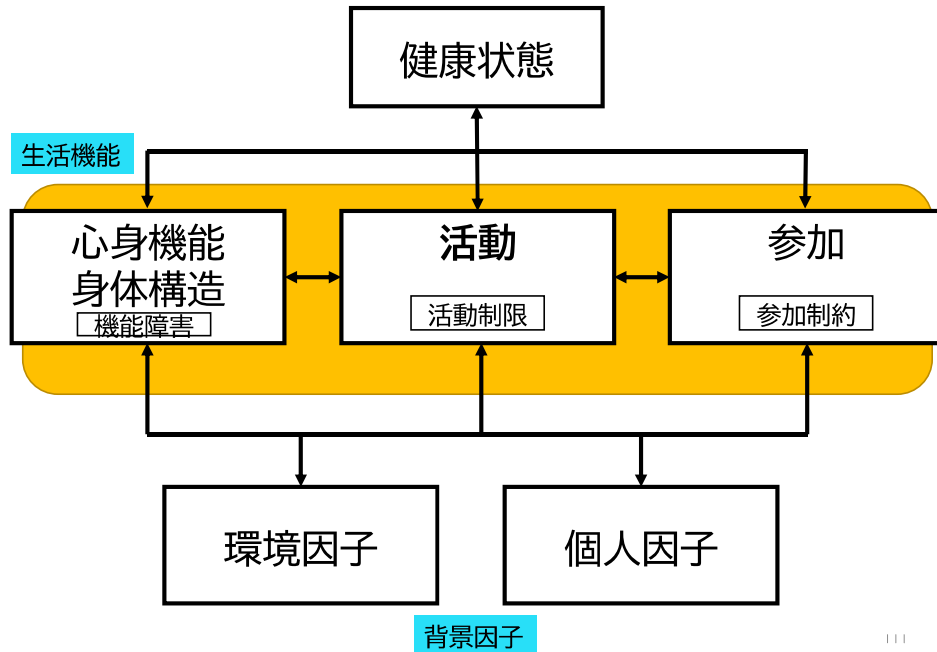
4-3. 重度化防止・改善可能性の視点から

4-4. 「生活の将来予測」を立てながら

4-5. 多職種連携による意見集約をしながら

※介護支援専門員が行う予測は「生活の将来予測」と呼ばれます。すなわち、その人の心身状態と予後予測、生活習慣と現在の生活、家族のかかわりとその後の状態、生活環境の継続と変化、地域の環境（気候・地域資源等）、経済状況、意欲、性格等さまざまなことを総合的にみて、今後どのようなことが起き得るか、どのように推移していきそうかを予測することを指します。一人で行うのではなく、本人と家族のほか関係する各専門職種を交えた話し合いを行いながら予測していくのが重要です。

ICFの概念の解説



4-6. ICFの視点に立った分析

ICF

(International Classification of Functioning, Disability and Health)
(日本語訳: 国際生活機能分類)

【特徴】

「人が生きることの全体像」についての「共通言語」

- 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の視点

ICF = 「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」

||

介護支援専門員がアセスメントのときにもつべき視点と重なる

例えば、同じ疾病によって同じような後遺症が残り、要介護状態になった人でも、住まいがバリアフリー住宅で、介護に協力的な家族がいる場合と、アパートの2階にひとり暮らしである場合では、生活上の困難さは異なります。つまり、健康状態だけでなく、背景因子からも影響を受けることとなります。これが、相互作用や複合的な関係、とされる点です。

ICFで使われる用語と意味

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: 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

構造障害: 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のこと

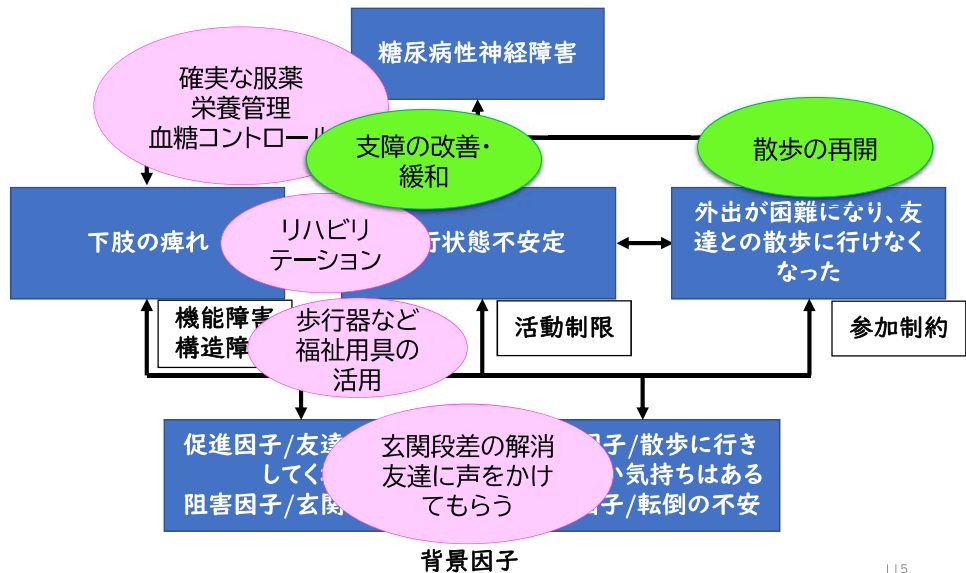
背景因子: 環境因子と個人因子からなる、生活機能に影響を及ぼしうるもの

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

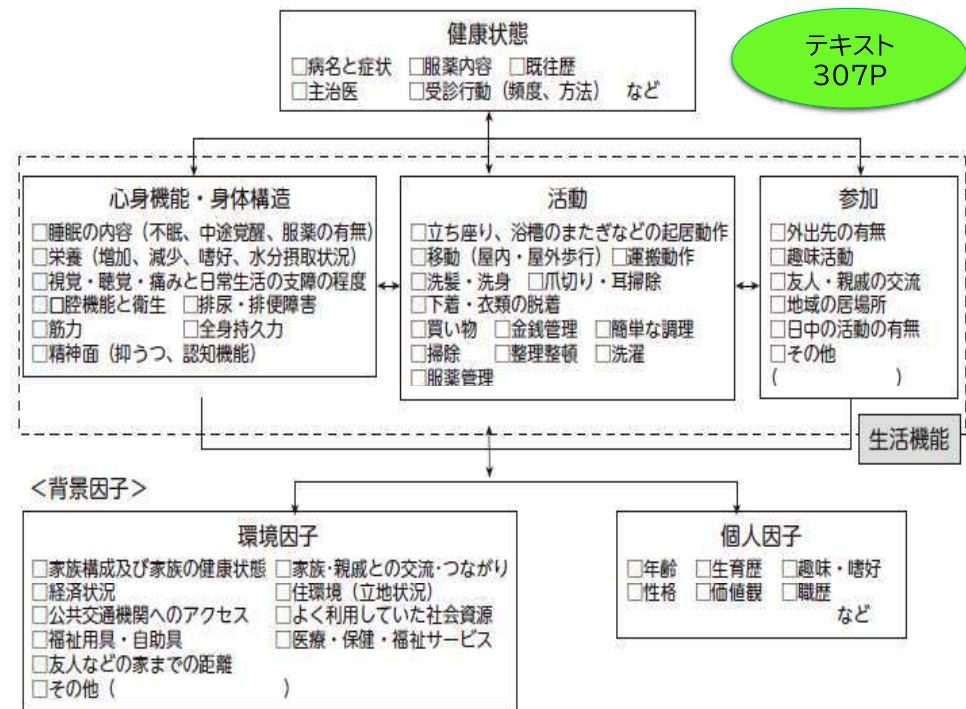
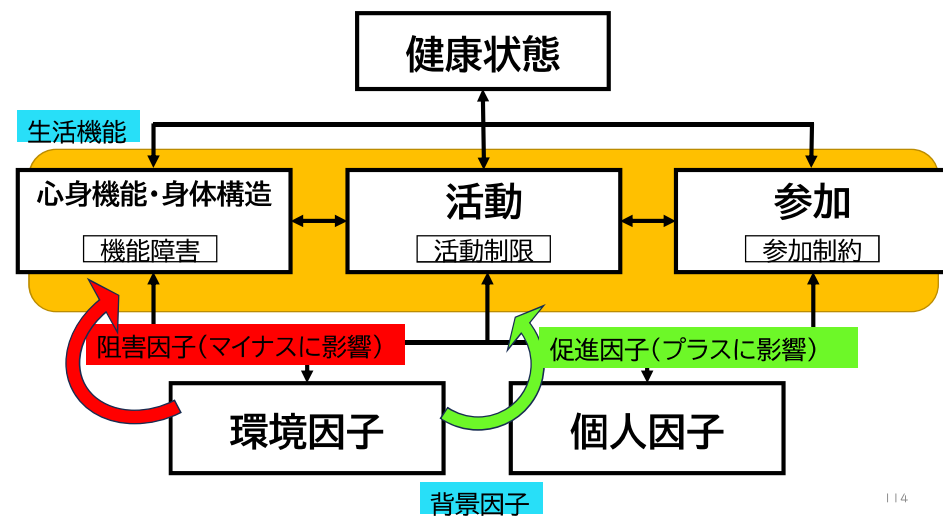
ICFの視点をもとにした分析例

ICFの考え方を参考にすれば、利用者の生活のさまざまな部分にアプローチして、利用者の生活を支えることにつながります。



4. 課題分析

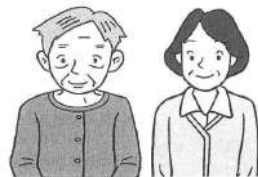
4-7. 生活機能に対する促進因子と阻害因子



4. 課題分析

P.309

4-8. 根拠に基づく支援の必要性和専門的意見の説明



- 中心となる利用者の意向をしっかり捉えられていること
- 主訴と要望や意向との相違がないこと
- 主訴から意向へと変化していくプロセスを利用者の価値観に基づき介護支援専門員がキチンととらえていること
- 専門職として根拠となる知識を備えていること

117

【ワーク4】 神谷花子さんの状況を改善するための促進因子

神谷花子さんの健康状態・生活機能、背景因子を読みながら、状況を改善するための促進因子を書き出してみましょう。

【個人ワーク10分 → グループワーク10分】

状況を改善するための促進因子は何か？

【環境】	【個人】
【家族面】	
【住環境】	
【友人等その他】	

【ワーク3】 神谷花子さんの現状継続で予測されるリスク

神谷花子さんの健康状態・生活機能、背景因子を読みながら、現状が続くことで予測されるリスク(防ぐべきこと)を書き出してみましょう。

【個人ワーク10分 → グループワーク10分】

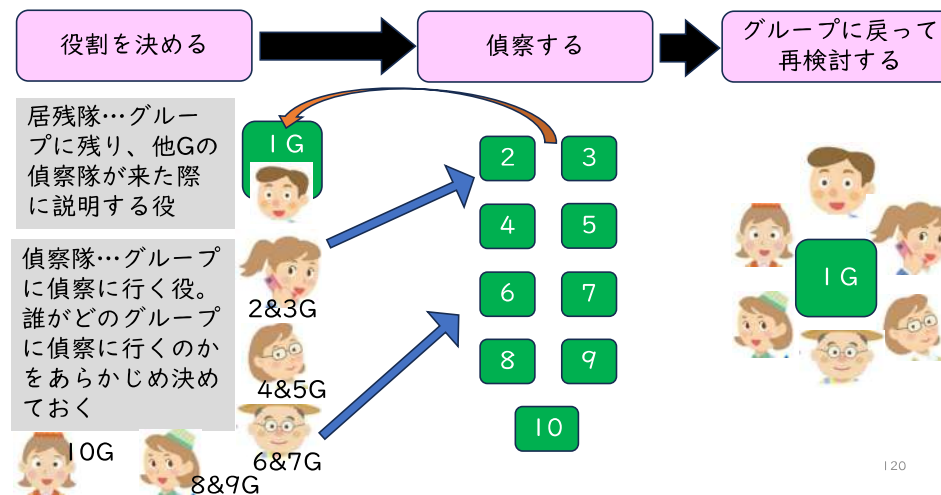
現状が続くことで予測されるリスクは何か？(防ぐべきこと)

【環境】	【個人】
【家族面】	
【住環境】	
【友人等その他】	

【全体シェア1】 リスクと促進因子の検討

他のグループで出ている意見を参考にして、自分のグループで出ている案に付け足し、統合等がないか検討してみましょう。

【他のグループ偵察10分 → 付け足しグループワーク10分】



120

5. 分析した課題の説明と合意

P.310

5-1. 尊厳の保持と利用者本位の尊重、解決すべき課題(ニーズ)の表記

第2表

居宅サービス計画書(2)

利用者名	目標				サービス内容	※1
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)		
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)						

121

5. 分析した課題の説明と合意

P.310

5-1. 尊厳の保持と利用者本位の尊重、解決すべき課題(ニーズ)の表記

もしこんな言葉が課題(ニーズ)に書かれていたら...

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)
家族が介護から解放される時間を作りたい。			
家族がストレス少なく暮らせるようにする。			

122

5. 分析した課題の説明と合意

P.310

5-1. 尊厳の保持と利用者本位の尊重、解決すべき課題(ニーズ)の表記

居宅サービス計画書(2)

目標			
長期目標	(期間)	短期目標	(期間)
家族が介護から解放される時間を作りたい。			
家族がストレス少なく暮らせるようにする。			

自分が家族を介護に縛り付けている？

家族が自分のためにストレスを感じている？

123

5. 分析した課題の説明と合意

P.310

5-1. 尊厳の保持と利用者本位の尊重、解決すべき課題(ニーズ)の表記

居宅サービス計画書(2)

目標			
長期目標	(期間)	短期目標	(期間)

課題分析の結果の考え方と居宅サービス計画に記載する文言は本当に利用者の尊厳を保持し、利用者本位の考え方に基づくものか、客観的に確認を！

尊厳の保持と利用者本位は、介護保険の理念や基本的な考え方であると知識として知っていることと、実践のなかでその知識が活かされることは別なので、常に自己覚知と省察が必要です！

124

(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。

具体的には、利用者の生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の中で、解決していかなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、

- ・利用者自身の力で取り組めること
- ・家族や地域の協力のできること
- ・ケアチームが支援することで、できるようになること

などを整理し、具体的な方法や手段をわかりやすく記載する。

目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようにするのか」という目標達成に向けた取り組みの内容やサービスの種別・頻度や期間を設定する。

(記載要領:理由)

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。

居宅サービス計画は、その達成により、介護や支援を受けながらも家庭や地域社会において可能な限り自立した生活を営むことができることを目的として作成するものであり、利用者及びその家族の解決すべき課題は、介護の問題のみにとどまらないこともある。

介護保険給付以外の社会的な制度やその他のサービス、私的な援助などにより解決されるべき課題についても、居宅サービス計画に位置付けるよう努めることが大切である。

○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。

利用者の自立を阻害する要因等を分析し、解決すべき課題を設定するとともに、利用者及び家族の現状認識を明らかにする。また、多くの場合、解決すべき課題は複数の連動した相互関係を持つため、全体の解決を図るためには緻密なプログラムが必要となる。利用者の自立を阻害する要因等の相互関係を構成する個々の解決すべき課題について明らかにし、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優先順位を付した上で、解決すべき課題をとりまとめ、対応するサービスとしてどのようなサービスが、どのような方針で行われる必要があるかが思考されなければならない。ただし、この優先順位は絶対的なものではなく、必要に応じて見直しを行うべきものであることに留意する。

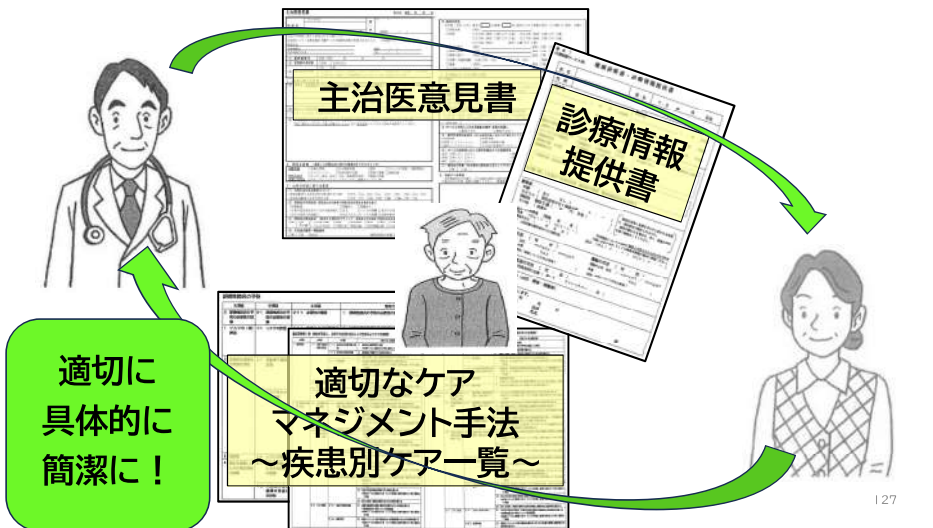
5. 分析した課題の説明と合意

P.311

5-2. 専門的意見の説明

1 医療との連携

2 療養上の留意点の確認方法



主治医意見書

記入日 年 月 日

申請者	氏名	性別	年齢	住所	電話番号
主治医	氏名	性別	年齢	住所	電話番号

主治医の診断内容(要旨)を記載してください。

1. 病状に関する意見

(1) 診断名(特定疾患または生活習慣病以下の診断)と併せては「1」に記入)及び発症年月日

(2) 症状としての変化

(3) 生活習慣病下の経過の留意点(特定疾患の経過及び治療内容を含む治療内容)

2. 特別な医療(過去14日以内に受けた医療のすべてにチェック)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立状態について

(2) 認知症の重症化

(3) 認知症の重症化

(4) その他

(5) 身体の状態

(6) 生活機能とサービスに関する意見

(7) 併発症の有無

5. 特記すべき事項

本欄にチェックを付す

5. 分析した課題の説明と合意

P.312

5-2. 専門的意見の説明

※高齢者の疾病の特徴

- ①一人で多くの疾患を併せ持ち、治療が難しい
- ②加齢に伴って回復力や治癒力が低下する
- ③病状が複雑で、診断が難しい
- ④病状が進行しやすい
- ⑤病状が長期間にわたって持続する
- ⑥病状が再発しやすい
- ⑦病状が他の疾患と関連している
- ⑧病状が生活に大きな影響を与える
- ⑨水・電解質バランスが崩れやすい
- ⑩負担時にみられる倦怠感

テキスト
312ページ
参照



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ので、**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です。**

129

5. 分析した課題の説明と合意

P.311

5-2. 専門的意見の説明

4 歯科医師、歯科衛生士との連携

歯の状態や口腔ケア、食事摂取など。まずかかりつけ歯科医がいるかどうかから確認を。そして現在は歯科も予防の観点を重視していることを念頭に相談していきましょう。



【歯科医師への質問例】

- ① 歯や口腔の状態 「歯や口腔の状態に、何か問題はあるでしょうか」「義歯について、何か問題はあるでしょうか」
- ② 治療 「歯科での治療の必要性はありますか」
- ③ 口腔ケア 「歯みがきや口腔内の清潔について、何かご指導いただくことがありますか」
- ④ 口腔リハビリ 「口腔体操の必要はありますか」
- ⑤ 嚥下障害 「嚥下障害があるとのことですが、日常で気をつけることはありますか」「嚥下障害に関して、訓練のようなものが必要ですか」

131

5. 分析した課題の説明と合意

P.311

5-2. 専門的意見の説明

3 医師との連携



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

【医師への質問例】～心疾患で退院する利用者～

CM:退院後は、病院ほどの塩分管理は難しいため状態が不安定になりがちだと思います。Aさんの再入院の予防のために、退院後は体重測定をして体重の確認を行えばと思いますがいかがでしょうか。
Dr.:可能なら行ってください。
CM:本人と家族が体重測定を正しく行えるよう、訪問看護の指導を受けることができるとはと思いますが、いかがでしょうか。
Dr.:では、訪問看護指示書を発行します。
CM:体重測定を行いながら、変化が生じたとき先生にご連絡すべきタイミングをご指示いただけないでしょうか。
Dr.:退院時から2kg増えた時点で連絡をください。
CM:先生にご連絡のつかない曜日や時間帯はいつでもでしょうか。
Dr.:平日の19時以降と土日は連絡がつきませんから、特に金曜日は注意してみてください。
CM:承知いたしました。訪問看護、訪問介護と連携して行います。引き続きよろしくお願いたします。

130

5. 分析した課題の説明と合意

P.311

5-2. 専門的意見の説明

5 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士との連携

利用者の現有機能、改善の可能性、環境の評価など、またADLやIADL、活動や参加に関する事など、リハビリはQOLの向上に不可欠な視点であり、普段からこまめに相談していきましょう。また住宅改修など住環境整備の際も様々な方法を助言して頂きます。

【理学療法士、作業療法士、言語聴覚士への質問例】

- ① 残存機能 「ADLは、現在よりもよいレベルになるでしょうか」「IADLは、現在よりもよいレベルになるでしょうか」「構音障害は、現在よりもよいレベルになるでしょうか」
- ② ADL・IADL 「ADLについて、指導や助言がありますか」「IADLについて、指導や助言がありますか」「嚥下について、指導や助言がありますか」
- ③ 環境整備 「住宅改修や福祉用具の使用など、居住環境の整備について助言いただけますか」
- ④ リハビリテーション 「重度化の予防や悪化の防止のために必要なことは何でしょうか」「居宅においても、工夫する部分はあるでしょうか」



132

5. 分析した課題の説明と合意

P.311

5-2. 専門的意見の説明

6 栄養士との連携

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。食は健康な生活の基本です。普段から懇意に相談できる関係づくりを心掛けたいものです。



【栄養士への質問例】

① 栄養学的評価

「(献立を見せ)栄養的には、食事内容に問題ないでしょうか」

② 食事療法

「食事制限がありますが、味つけの工夫はありますか」

「食事療法を行っていて、このような内容になっているのですが、評価していただいてもよろしいでしょうか」

「食事形態を変えることはできますか」

133

5. 分析した課題の説明と合意

P.311

5-2. 専門的意見の説明

7 薬剤師との連携

(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。薬剤師を通して医師に確認する手もあります。また看取りの際には麻薬処方など頼れる存在です。最近は訪問対応が可能などとも増えています。



(指定居宅介護支援の具体的方針)

第13条 十三の二 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師等又は薬剤師に提供するものとする。

【薬剤師への質問例】

① 服薬内容 「服薬されている薬は、このリストのようになりますが、

副作用などについて、注意する点はありますか」

② 服薬・服用方法 「薬が多くてわかりにくいようなのですが、わかりやすくする方法はありますか」

「薬の保管方法や保管場所について教えていただけますか」

「薬の塗り方、薬の貼り方を教えていただけますか」

134

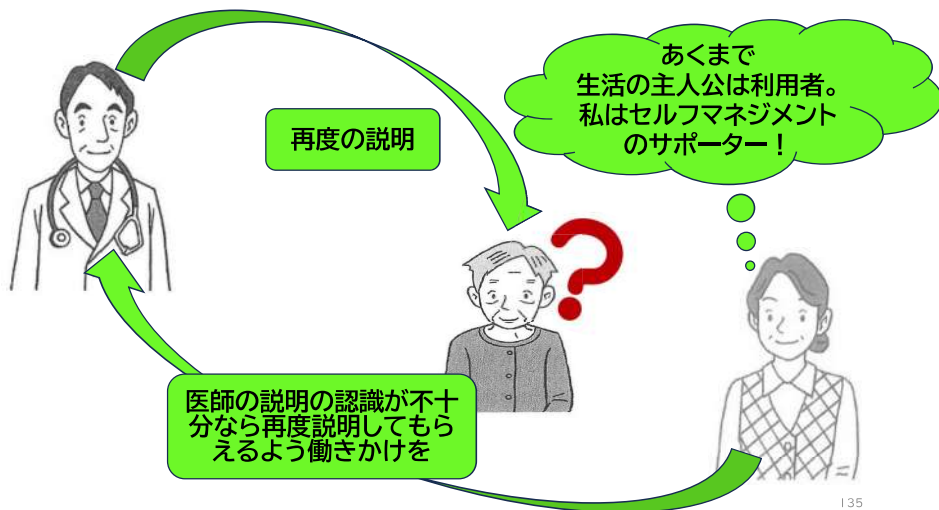
5. 分析した課題の説明と合意

P.315-316

5-2. 専門的意見の説明

8 セルフマネジメントの支援

9 望む暮らしに向けた助言

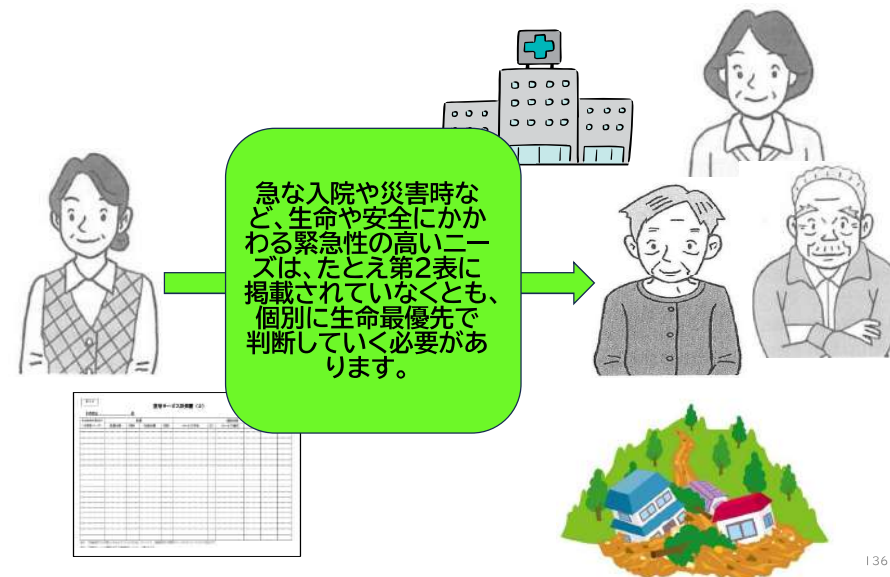


135

5. 分析した課題の説明と合意

P.316

5-3. 緊急性や差し迫ったリスクに対する理解醸成



136

【ワーク5】 主治医との連携

神谷花子さんの主治医である長谷川先生と、面談のアポイントがとれました。どんなことをお訊きしたいですか？考えてみましょう。

【ペアワーク10分】

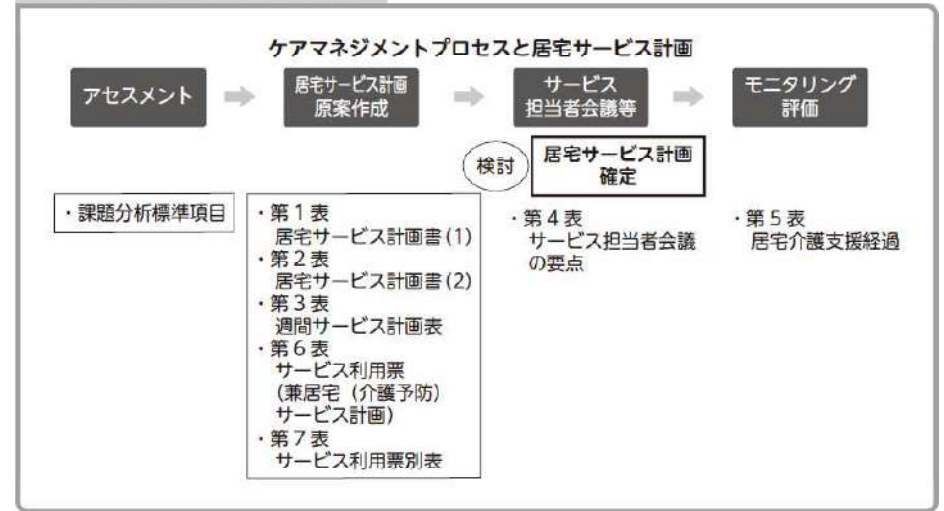
質 問	なぜその質問をするのか？

137

第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開

P.317

本節で学習することの概要



1. 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント P.317

1-1. 解決すべき課題に対する利用者・家族の理解

1. 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント P.317

1-1. 解決すべき課題に対する利用者・家族の理解

1. 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント P.318

1-2. 優先順位の合意

居宅サービス計画書 (2)

ニーズはたいてい複数あるもの
上から優先度の高い順番に記載
していきますが…

くれぐれも一人で
優先順位を決めないように！

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	長期目標	短期目標
①		
②		
③		

1. 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント P.318

1-2. 優先順位の合意

居宅

必ず利用者・家族と
共に検討を！

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	長期目標	短期目標
①		
②		
③		

1. 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント P.318

1-3. 目指す生活の目標に対する意欲

ニーズの解決のために

目標 利用者が「これならクリアできそうだ」と思える内容で、それが実現可能であって、利用者がモチベーションをもって取り組める期間・方法を設定

長期目標 実現される状態や姿

短期目標 長期目標を実現するために一定の期間で達成できる目標を設定

予後予測や生活の将来予測が不可欠なので、医療職や周囲の協力者などと共有し、実現可能性の高いものを設定する

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

例えば

イマイチモチベーションが上がらない…

充実した生活をする

昔から好きだったことをする

調理をする

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標	サービス内容
	調理をする	

1. 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント P.319

1-4. 継続的なモニタリングの視点

- 1) モニタリング 2) 再アセスメント

→3日目に学びましょう！

1-5. セルフマネジメント

→315ページで学んだとおりです。

1-6. 適切なケアマネジメント手法の視点

→大事なことはこれまで繰り返し伝えてきた通りです。

例えば

目標

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

自
分
の
趣
味
を
再
開
す
る

昔から好きだったお菓子を作る

月に数回、家族・友人と一緒に
お菓子を作る

これならやる気も出る！

一個人である、その利用者にとってやる気を促し実施する意味を感じる目標設定を！
そのためには困りごとだけでなく、利用者の楽しみにも目を向けて！

1. 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント P.322

1-7. 課題整理総括表の活用

利用者名		姓 名		課題整理総括表		作成日	
自立した日常生活の 能力(心身の状況、意識等)		①	②	③	④	⑤	⑥
状況の事実 ①1	現在 ②2	原因③3	改善/維持の可能性④4	備考(⑤5-⑥6)⑦7	⑧8	⑨9	
移動	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
食事内容	支援なし 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
調理	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
排泄	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
口腔	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
口腔衛生	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
服装	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
洗髪	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
掃除	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
掃除・物品の管理	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
買物	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
コミュニケーション能力	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
認知	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
社会との関わり	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
健康・生活の行動	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
行動・心理状態(IPD等)	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
介護力(家族関係含む)	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
居住環境	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	
健康状態	自立 見守り 一部介助 全介助	① ②	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨	⑩	

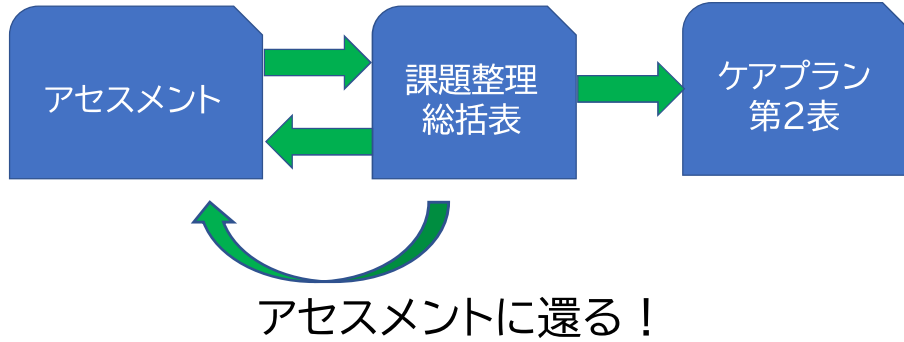
課題整理総括表の位置づけ

- ・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～

課題整理総括表の構造と書き順

課題整理総括表の位置づけは？



2 自立した日常生活の阻害要因		3 改善維持の可能性		5 生活意向	
状況の事実 ※1	現在 ※2	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容等)	見通し ※5	生活全般の解決すべき課題(ニーズ) ※6
移動	室内移動 自立 一部介助 全介助	改善 維持 悪化			
食事	食事内容 食事摂取 調理	改善 維持 悪化			
排泄	排泄・排便 排泄動作	改善 維持 悪化			
口腔	口腔衛生 口腔ケア	改善 維持 悪化			
服薬	服薬	改善 維持 悪化			
入浴	入浴	改善 維持 悪化			
更衣	更衣	改善 維持 悪化			
掃除	掃除	改善 維持 悪化			
洗濯	洗濯	改善 維持 悪化			
整理・物品の管理	整理・物品の管理	改善 維持 悪化			
金融管理	金融管理	改善 維持 悪化			
買物	買物	改善 維持 悪化			
コミュニケーション能力	コミュニケーション能力	改善 維持 悪化			
認知	認知	改善 維持 悪化			
社会との関わり	社会との関わり	改善 維持 悪化			
褥瘡・皮膚の問題	褥瘡・皮膚の問題	改善 維持 悪化			
行動・心理症状(BPSD)	行動・心理症状(BPSD)	改善 維持 悪化			
介護力(家族関係含む)	介護力(家族関係含む)	改善 維持 悪化			
居住環境	居住環境	改善 維持 悪化			

2-1 自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)

・※2欄で「自立」「支障なし」以外の要因を分析。より根本的で重要な要因を記載。
 ・疾患それ自体だけでなく、その疾患に応じた療養や健康管理等も含めて整理。
 ・心身の状態のほか、環境因子も考えられる。
 ・客観的事実を記載。

1 現在 ※2

・「自立した日常生活の阻害要因」に挙げた要因の通し番号を記入。
 ・複数の要因が考えられる場合は、複数の要因を記載。

2-2 要因 ※3

・※2欄で「自立」「支障なし」以外を選択した項目について検討する。

3-1 改善/維持の可能性 ※4

・現在の認定有効期間を見通し、必要な援助を利用した場合に、現在の状況がどうなるかで判断する。
 ・「悪化」が見込まれる場合でも、分析過程で「維持」の可能性がないかを十分に検討することが重要。
 ・多職種からの意見を踏まえた上で、あくまでも専門職たる介護支援専門員としての判断に基づいて記入する。

3-2 備考(状況・支援内容等)

・※2※4の補足すべき情報を記載。

・できるかどうかは考慮せず、日常的にしているか、していないかで判断。
 ・能力があっても、家族が支援して利用者が実施していなければ「全介助」
 ・現在は支障が顕在化していないが、リスクが大きいと判断される場合には「支障あり」を選択。

5 利用者及び家族の生活に対する意向

・利用者及び家族が望む生活の意向のうち、課題を抽出する上で重要と思われる情報を整理して、簡潔に記載する。
 ・ケアプラン第1表と同一である必要はない。

4 見通し ※5

・「見通し」欄の記入内容を踏まえて記入する。
 ・介護支援専門員が捉え、専門職としての判断で利用者に提案する、合意前の【案】であってよい。

6 生活全般の解決すべき課題(ニーズ) ※6

・課題の優先順位を踏まえて、数字を記入する。
 ・当該期間のケアプランに反映しないものは「-」を記入。

7 課題 ※7

・「利用者の自立した日常生活を妨げている要因」の解決に向け、
 ①どのような援助を実施することにより
 ②状況がどのように変化することが見込まれるかを、短期目標の期間を見据えて記入。
 ・まず「改善」に○をつけた項目について記入。そのうえで、「維持」「悪化」に○をつけた項目のうち、特に取り組むべきと考えられる項目について記入。

見通し欄の記載する構文の例

※あくまで一例。

こう書かなければいけないというものではない

〇〇〇【**要因**】に対して、
 〇〇〇【**支援内容**】することで、
 〇〇〇【**状況の見通し**】となる
可能性がある。

課題整理総括表

利用者の氏名	姓	名	種	作成日	平成30年4月14日現在
自立した日常生活の阻害要因(心身の状態、環境等)	③	⑤	③食の偏り	利用者及び家族の生活に対する意向	
状況の事実	⑤浴槽の縁が高い	見通し ※5	生活全体の解決すべき課題(ニーズ)	見通し ※5	
課題	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
食事	食事内容	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
排泄	排尿・排便	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
口腔	口腔衛生	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
転倒	転倒	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
入浴	入浴	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
更衣	更衣	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
清拭	清拭	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
洗濯	洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
整理・物品の管理	整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
金銭管理	金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
買物	買物	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
コミュニケーション能力	コミュニケーション能力	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
認知	認知	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
社会との関わり	社会との関わり	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
病歴・皮膚の状態	病歴・皮膚の状態	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
行動・心理症状(BPSD)	行動・心理症状(BPSD)	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
介護力(家族関係含む)	介護力(家族関係含む)	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
居住環境	居住環境	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化
健康状態	健康状態	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化	改善 維持 悪化

③に対して、
 甘いものを控えて、3食きちんと摂れるようにすることで、
 糖尿病や高血圧の悪化や脱水が予防できる。

⑤に対して、
 リハビリ職の評価を受け、浴槽を交換したり、浴槽台やバスポードを使用することにより、
 浴槽のまたぎ動作がしやすくなるので、自宅での入浴が期待できる。
 そのことにより、入浴回数が増え、清潔が保て皮膚トラブルの予防も期待できる。

【ワーク8】「見通し」の記入

課題整理総括表

③食の偏り

⑤浴槽の縁が高い

他の阻害要因に対する「見通し」を4つ記入してみましょう

個人ワーク10分 → グループワーク10分

③に対して、
 ②に対して、
 ④に対して、
 ⑥に対して、

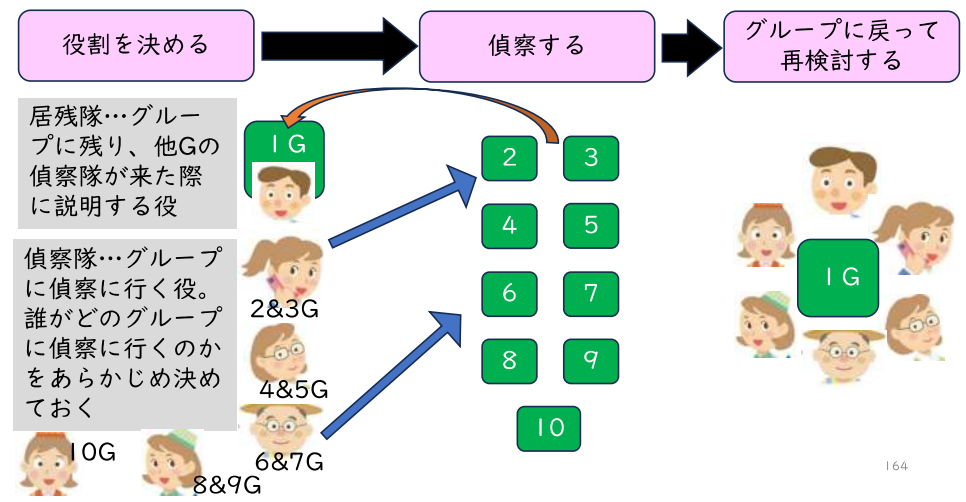
③に対して、甘いものを控えて、3食きちんと摂れるようにすることで、糖尿病や高血圧の悪化や脱水が予防できる。

⑤に対して、リハビリ職の評価を受け、浴槽を交換したり、浴槽台やバスポードを使用することにより、浴槽のまたぎ動作がしやすくなるので、自宅での入浴が期待できる。そのことにより、入浴回数が増え、清潔が保て皮膚トラブルの予防も期待できる。

【全体シェア3】「見通し」の検討

他のグループで出ている意見を参考にして、自分のグループで出ている案に付け足し、統合等がないか検討してみましょう。

【他のグループ偵察10分→付け足しグループワーク5分】



現在の主流？

利用者が主体的、意欲的に取り組めるよう
「〇〇したい」「〇〇できるようになりたい」という表現が多くみられるように。

第1表に「～したい」と記載している場合は、表現上は同じ表記ですね。

これはよく見ます。でも単なる願望を示す意味にもとれますね。

第2表		サービス計画書(2)			
利用者氏名		目標		サービス内容	
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)		長期目標	(期間)	短期目標	(期間)
お風呂に入りたい					

これから？

「〇〇したい」で終わらず、専門職種として利用者の行動変容を丁寧に促し、「〇〇する」と、より強い意向を表明できるよう支援することも大事です。

第1表に「～したい」と記載している場合は、表現上は同じ表記ですね。

これはよく見ます。でも単なる願望を示す意味にもとれますね。

意向とニーズで内容の違いが分かるように記載を！

専門職として、丁寧に利用者の行動変容を促しましょう！

お風呂に入る！

第2表		サービス計画書(2)			
利用者氏名		目標		サービス内容	
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)		長期目標	(期間)	短期目標	(期間)
お風呂に入りたい					

【ワーク9】「課題(ニーズ)」の記入

課題整理表

作成日 平成30年4月14日 発行

「課題(ニーズ)」を3つ記入してみましょう

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)案

①に対して、〇〇すること
②に対して、〇〇すること
③に対して、〇〇すること
④に対して、〇〇すること
⑤に対して、〇〇すること
⑥に対して、〇〇すること
□□が期待できる。

個人ワーク10分
→グループワーク10分

グループとして
3つのニーズを確定させてください！

利用者氏名	姓	名	種	課題整理表	作成日	平成30年4月14日 発行
氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名

2. 居宅サービス計画原案作成の意義と目的

2-1. 居宅サービス計画原案作成の意義

- 居宅サービス計画の2つの役割:
①利用者の自立支援に向けた計画として ②介護保険サービスの給付の根拠として
- 居宅サービス計画(原案)とは
・アセスメントを通じ、利用者に代わり、利用者・家族が望む生活を実現することを目指すもの
・居宅サービス計画のたたき台。サービス担当者会議で、利用者と家族、多職種等関係者の検討に付されるもの。
・利用者だけでなく、主治医意見書を発行した医師、かかりつけ医、サービス事業所等ケアプランに位置づけた専門職(担当者)にも交付されるもの。
- 居宅サービス計画を作成する際は、利用者と家族の心理や感情に配慮することが重要。病気の受容の状況、言われたくない言葉、上から指示するような表現、利用者本人に告知されていない情報などがなく、細部まで気を配りましょう。どんなに意欲的に取り組める目標設定をしても、本人と家族が不快で気分が落ち込むような表現があると、居宅サービス計画書を読みたい、この計画に基づくサービスを受けて、望む生活を自ら実現していこうというモチベーションを低下させ、本来の居宅サービス計画が狙う目的とは逆のはたらきをしてしまうおそれがあります。

詳しくは次の「居宅サービス計画等の作成」で学びましょう。

2. 居宅サービス計画原案作成の意義と目的

P.323

2-2. 計画に用いられる様式

→次のスライドです

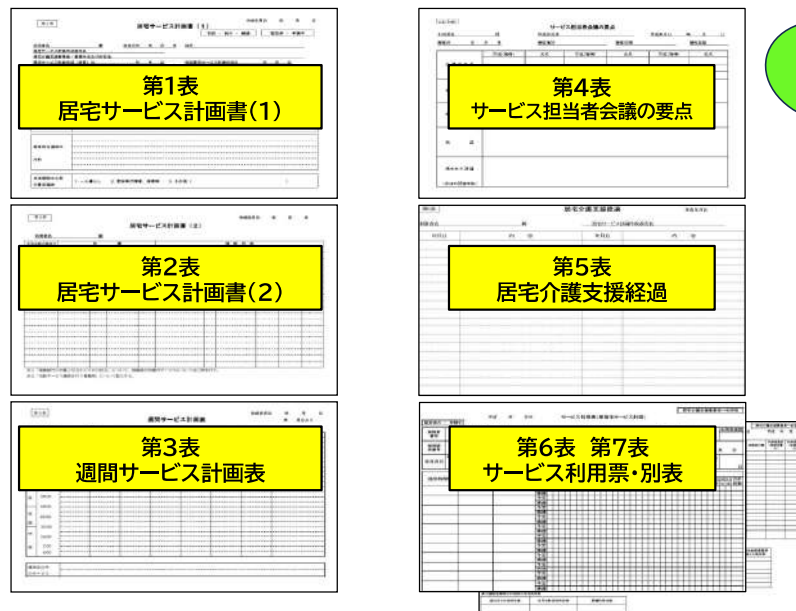
2-3. 居宅サービス計画原案作成の目的

- | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① | 個々の利用者の望む生活、尊厳の保持と自立した日常生活を実現するための総合的な援助の方針を提案し関係者と確認、共有する。 |
| ② | 利用者の望む生活、尊厳の保持と自立した日常生活を実現するにあたって、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）と、ニーズの解決する目標・具体的な対応策・対応期間・担当を提案・確認・共有する。 |
| ③ | 支援を担当する事業所・期間、担当者を明確にし、事業者間の調整を行う。 |

173

介護サービス計画に用いられる様式:この様式は法定です

「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」(平成11年11月12日老企発第29号)
 「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について(令和3年3月31日老認発0331第6号)

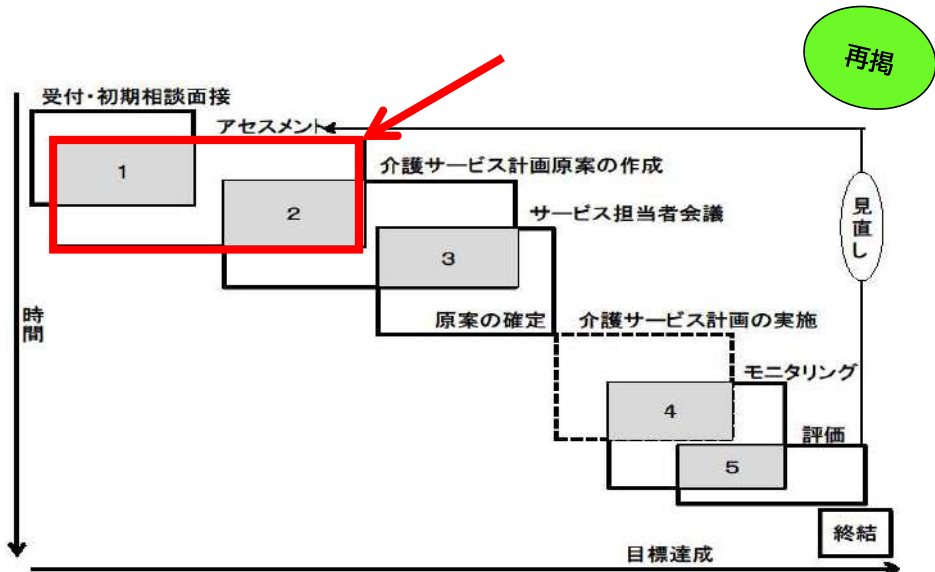


174

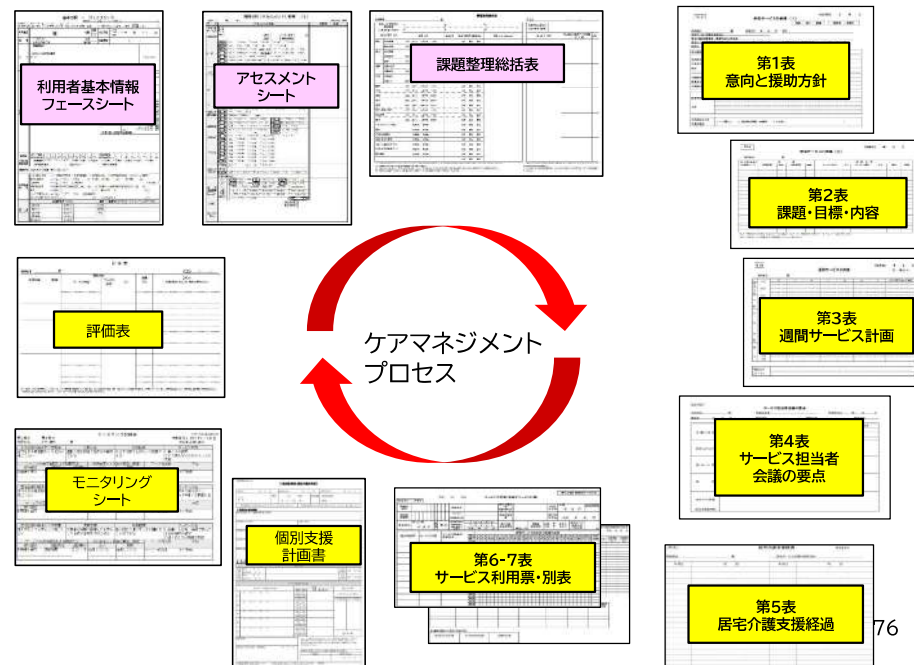
2. 居宅サービス計画原案作成の意義と目的

P.323

2-4. 各過程が重なり合いつつ進むケアマネジメントプロセス



ケアマネジメントプロセスの見える化(これから学ぶシート)



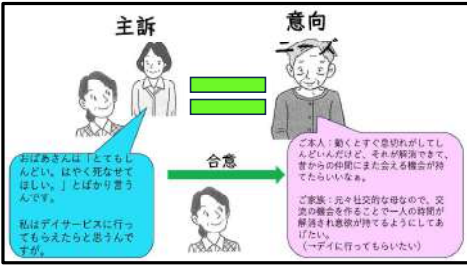
76

3. 情報収集の方法

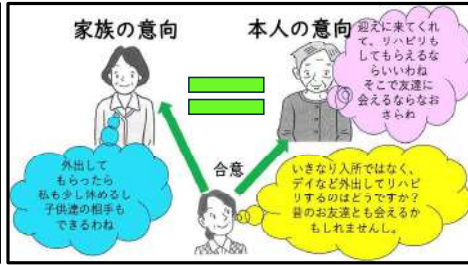
3-3. 利用者・家族の意向・要望を把握して

再掲

主訴から意向(ニーズ)を引き出すこと



本人と家族の意向をすり合わせる



この二つが、実はアセスメントの中で最も難しくかつ重要なこととなります！

177

【実演2&ワーク】 神谷花子さんと家族の「望む暮らし」

神谷花子さんご家族の「生活の意向」について、上野ケアマネジャーが再度確認している場面をデモンストレーションします。それをもとに、サービス計画書第1表の意向欄に記入してみましょう。



179

なぜなら...

再掲

この2つが、居宅サービス計画第1表の冒頭部分にくるからです！

居宅サービス計画書(1)

利用者と家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

ご本人：動くとき息切れがしてしんどいんだけど、それが解消できて、昔からの仲間とまた会える機会が持てたらいいなあ。
ご家族：元々社交的な母なので、交流の機会を作ることで一人の時間が解消され意欲が持てるようにしてほしい。
課題分析の結果：リハビリできる場の確保で気分の解消もでき在宅生活は可能と考えられる

ご本人：動くとき息切れがしてしんどいんだけど、それが解消できて、昔からの仲間とまた会える機会が持てたらいいなあ。
ご家族：元々社交的な母なので、交流の機会を作ることで一人の時間が解消され意欲が持てるようにしてほしい。
(→デイに行ってもらいたい)

外出してもらったら私も少し休めるし子供達の相手もできるわね。
いさなり入所ではなく、デイなど外出してリハビリするのはどうですか？昔のお友達とも会えるかもしれませんし。

迎えに来てくれて、リハビリしてもらえらるならいいわね。そこで友達に会えるならお喜ばらね。

- 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。

お疲れ様でした。
ご清聴ありがとうございました。

180