

(WEB研修 実施日)

年 月 日

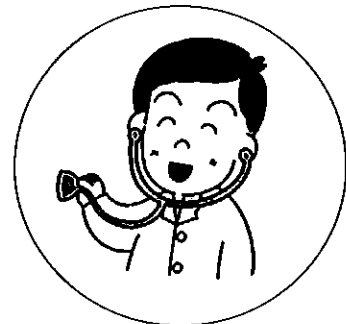
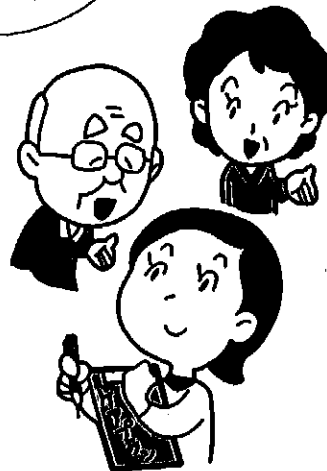
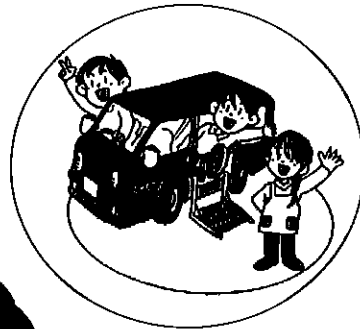
居宅サービス計画書

第1表「意向」の導き方と書き方

～国が考える課題分析～

居宅介護支援事業所

～法令遵守研修～



「課題分析とは何？」と聞かれたら、
皆様はどのように、回答しますか？

この資料は「課題分析」について各種資料を元に独自にまとめたものです。

内容については、必ず正しいというものではありません。参考資料として活用下さい。

ケアフリー kurimaru(クリマル)

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室） 御中
← 厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課

介護保険最新情報

今回の内容

「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
計50枚（本紙を除く）

Vol.958

令和3年3月31日

厚生労働省老健局

認知症施策・地域介護推進課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いたしますよう
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL : 03-5253-1111(内線3936)
FAX : 03-3503-7894

※老企第29号の
一部改正通知で
50ページの資料
になります。

～知らないじゃ済まされない～ えっ、ケアプラン1表変わったの？！

- 1.「介護保険最新情報vol.958」とは？！ …2
- 2.国は介護支援専門員を何を求めているのか？ …7
- 3.求められている「課題分析」とは？ …19
- 4.実地指導やケアプラン点検の視点・確認事項！ …30
- 5.具体的な「1表」の考え方・書き方 …37

目標設定どうしてますか？

(安全・安心)

- 安全に自宅で生活できる
- 安心して自宅で過ごせる

(サービス)

- 身体の清潔のためデイサービスを利用し入浴する
- デイサービスで機械浴を利用できる
- ヘルパーと一緒に掃除を行う
- 介護ベッドを使いながら安全に生活できる
- 月に1回は短期入所を利用する
- デイサービスを利用し家族以外の方と交流する



(専門用語)

- 拘縮の進行、筋力低下を防止する
- 感染症の予防・ADLの低下を予防できる
- 褥瘡が完治し、痛みなく生活できる
- 入浴や排泄が適切に行え、清潔を保持できる
- 誤嚥性肺炎予防ができる
- 口腔内の衛生を保持する
- 咀嚼力の改善を図る
- ADLの状況にあった適切な介護が受けられる



1 「介護保険最新情報vol.958」とは？！

⇒居宅サービス計画の様式改正通知となり、今回内容が大幅に追加されています。

第1表	「様式第1表の一部」 が改正されています！		居：
利用者名	殿	生年月日	
居宅サービス計画作成者氏名			
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地			
居宅サービス計画作成(変更)日	年		
認定日	年	月	日
		認定の有効期間	
要介護状態区分	要介護1	・	要介護2
	・	要	
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	----- ----- -----		
介護認定審査会の 審目及びサービス	-----		

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

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意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。

その際、課題分析の結果とし、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。

そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。

なお利用者及びその家族の介護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。

基本的な考え方

⑬「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」

利用者とその介護を行う家族は不即不離の関係にある。介護や支援を受けつつ、利用者や家族が、家庭や地域社会の構成員として自立した主体的・能動的な生活を送ることが重要である。このため、利用者はもとよりその家族が、介護や支援を受けつつ、どのような生活をしたいと望んでいるのかについて、明確に把握する必要がある。

このような主体的な生活への欲求と対応するサービスが一体となり初めて効果的な援助が可能となる。また、時として、このような意向が消極的な場合があるが、そのような場合には自立意欲を高め、積極的な意向が表明できるよう援助する必要がある。

自立支援のための 課題分析の結果



[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意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。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。

① 958通知による、現場の反応！？

新たな対応をしなければ！

- ⇒意向欄に区分けして、「課題分析の結果」として記入しなければならない！
- ⇒本人・家族、チームで、課題を共通認識するため課題分析結果を書くことになった。
- ⇒ケアマネの頭の中にあることを、それをあえて書かなければいけないのか？
- ⇒「課題分析の結果」とあるが、どんなことを書けばいいのか…。
- ⇒この通知の通りにやらないといけないのか？
- ⇒考え方やケアプランの体系が変わった！
- ⇒急な方針の転換。書き方も変えなければいけないし、大規模な変更だ！
- ⇒表現方法や書き方自体を変えていかなければならない。
- ⇒介護ソフトに、「課題分析の結果」の記載例が示された。こう書かないといけないの？
- ⇒負担軽減と言いながら、結局は負担を増やしている。どうなの、これって。
- ⇒生活への意向と、課題分析の結果は全く別物。この二つをどうやってまとめるのか？
- ⇒早く、記載例や例文を示してほしい。
- ⇒課題分析の結果と、総合的な援助方針が、どうしても似てしまう…。

「意向欄」に
課題点を書く！

VS

従来考えのまま！

- ⇒「課題分析の結果」とは、ケアマネの分析を書けというものではなく、面接を通して、利用者と課題が共通認識でき、「望む生活」について聞き取った内容を書くものです。
- ⇒ケアマネが行う課題分析は、利用者及び家族がいろいろな支援を活用することで、改善される生活イメージを持てるように、会話の中で働きかけを行う作業となります。今まではそれが不十分だったので、今回分からせるために書いたものと思います。
- ⇒利用者希望をそのまま書くのではなく、生活課題の解決の意向・ニーズをきちんと抽出して、それを記載するという意味だと思えます。
- ⇒生活意向を踏まえて、ケアマネが自立支援に向けた課題分析・働きかけを行い、その結果を記録するという意味で捉えています。
- ⇒「言いなりプラン」を国は疑問視しており、ここで言ってる「課題分析の結果」とは、利用者と目指す生活に向けて合意が得られた内容を書くということです。
- ⇒「課題分析の結果」とは、ケアマネが利用者と一緒に課題や解決手段を共通認識する合意作業の過程であり、単に、その結果を書けば良いだけのこと。
- ⇒考え方は昔から変わっていない。昔の老企第29号にもこのことは書かれていた。そもそも、「課題分析の結果」は制度発足最初から書かれていました。


従来考えと
変わってない

【その他の意見】

- ⇒通知のやり方がひどい。改正次期の年度末に静かに示して、4月からってどうなの？
- ⇒そもそも、様式の改定について議論はされていたのか？急に決まったようだが。
- ⇒どうせ、ケアプランは利用者や家族が見ない。誰も見ないケアプラン…。
- ⇒自立支援、利用者本位と国は簡単に言うが、何なんだろう。

② そもそも「老企第29号」って！？

～ 老企第29号(ケアプラン様式)変化の歴史 ～

<p>平成11年11月 (1999)</p>	<p>老企第29号の発出。正式名称は、「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」。居宅サービス計画書の様式例や課題分析標準項目、その記載要領等が示される。</p>
<p>平成13年11月 (2001)</p>	<p>第1表「家事支援中心型の算定理由」の追加。</p>
<p>平成15年3月 (2003)</p>	<p>第1表「利用者及び家族の『介護』に対する意向」を、「利用者及び家族の『生活』に対する意向」に改正。 第1～8表「作成年月日」欄を一段右側にそれぞれ追加。</p> <div data-bbox="454 824 1209 1128" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(改正趣旨) 介護サービス計画は、利用者及びその家族が介護を受けながらどのように生活したいかという意向を確認した上で、介護保険制度の理念である利用者の自立した生活を支援するためのものであり、その作成に当たっては、あくまで利用者を主体に、自立生活の全体像を明らかにする必要があるという主旨から改正を行ったものである。</p> </div> <div data-bbox="1189 790 1374 1128" style="float: right; text-align: center;"> <p>重</p>  </div>
<p>平成18年3月 (2006)</p>	<p>1表「要支援」項目を削除 2表「援助目標」を「目標」に改める。 6.7表「作成年月日」の削除。 2表 記載要領に⑧「福祉用具貸与又は販売の必要な理由」を追加</p>
<p>平成20年7月 (2008)</p>	<p>第4表「サービス担当者会議の要点」に記載内容追加。 第5表「サービス担当者に対する照会(依頼)内容」を削除 (削除にともない、第6～8表まではそれぞれが一つ繰げ)</p>
<p>平成26年3月 (2014)</p>	<p>※老企第29号とは異なるも、「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」が発出。法定研修で活用されるようになる(東京都は除く)。 ※国は、ケアマネの業務負担軽減のために、居宅サービス計画書「総括表を1表」、「評価表を5表」に新様式として追加を目指す。</p>
<p>令和3年3月 (2021)</p>	<p>第1表「利用者及び家族の生活に対する意向」を「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」と改正。 第3表 時間配置の改定。 第4表「会議出席者」欄に、「利用者・家族(続柄)」、「備考」を追加。 第5表「項目」を追加。 第7表 各項目の追加・修正 「記載要領」の各項目に、具体的な内容が大幅追加！</p>

③ 様式改定への「議論」はあったの？

居宅介護支援における業務負担等に関する調査 研究事業報告書（介護保険最新情報vol.977）

第1表について（「意向」部分のみを抜粋）

（表題）

記載要領について改めて読んでみると「課題分析の結果を記載する」とあるが、本人の希望を書くと思っている方が多い。ここは大切であるため改定できると良い。

- ⇒記載要領とずれがあるということ。課題分析のことを記載するのであれば、もう少しそこを明確に書いた方がよいのではないかと感じる。
- ⇒指導する立場で多くのプランを見てきたが、表題のとおり記載が多く感じる。今まで詳細に見ていなかったが、確かにずれていると感じる。
- ⇒利用者・家族の意向の欄に課題分析結果を記載すると、こんなことは言っていないと反対意見がでてくるのではないかと感じる。課題分析結果は、ニーズを抽出し、長期目標・短期目標ができるため、ここに、この要領が記載されていると、課題分析を書かなければならないのかという迷いが出てくるのではないかと感じる。
- ⇒逆に課題分析結果は書かなくても良いのではないかと感じる。いずれにせよ、課題分析結果が書かれていると本人・家族も戸惑う可能性があるということかと感じる。
- ⇒法定研修の講師をするようになり要領を読み込んだ。自分自身が勘違いしており、ここには課題分析を書かなければならないということを知った。
- ⇒実態として表題通りの書き方をしているため、ここに課題分析を書くとした場合に、困る事業所が多いかもしれないということかと感じる。
- ⇒表出した言葉をそのまま記載するのではなく、本当の意向を引き出したものを記載すると、この欄はもつといきると感じる。

⑬「利用者及び家族の生活に対する意向」への意見等

- ⇒現記載内容を検討する必要があるのではないかと感じる。多くの場合、本人や家族の発言に留まっており、課題分析の結果に至っていないように見受けられる。マニュアルに示される、「自立支援」をキーワードとして示しておく必要もあるのではないかと感じる。
- ⇒本人・家族の声を聴き、課題分析結果を踏まえ「望む暮らしを記載するもの」であり、「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…」は不要ではないかと感じる。
- ⇒誰の意向かわかるように記載。
（例）利用者、夫、長男、長男の妻、長女、次女、姪、孫など、本人との関係がわかるように記載。
- ⇒「課題分析の結果を記載する。」について、「ケアプラン点検支援マニュアル」等を踏まえ、留意点を盛り込むべきではないかと感じる。また、記載方法について、具体的な記載例を示してはどうか。

介護保険制度の開始「前」！
ケアマネジャーに求められて
いた視点、国の想いは…？！



ちょっと一休み
昔の「教科書」を見てみよう！

介護支援専門員「標準テキスト」(1998年3月)

(はじめに)

介護保険制度においては、要介護者及び要支援者に対し、個々の解決した課題や状態に即した介護保険サービスが適切かつ効果的に提供されるよう、多様なサービス提供主体による保険・医療・福祉にわたる介護の各サービスが総合的、一体的、効果的に提供されるサービス体制を確立することとしており、このため制度上介護支援サービス(ケアマネジメント)の機能を位置づけています。そして、この介護支援サービス機能を担う者を介護支援専門員として、介護保険法に規定しているところです。

要介護者等の世帯の生活全般の状況を、総合的に把握し、ニーズに応じた包括的なサービスを一体的に提供するための機能を果たす介護支援専門員を、保険給付の「要」として位置づけたことは介護保険制度の大きな特徴です。

介護支援専門員の、一挙手一投足が介護保険制度自体の評価に直結していると言っても過言ではなく、利用者本位の立場に立ち、公正な運用を行うことが重要です。

介護支援専門員は
制度の要(かなめ)役

介護支援サービスは、ひとりの介護支援専門員のみが行う者ではありません。介護支援サービスはチームで行う仕事であり、要介護者等のニーズの解決に向けてチームを構成する各々の専門職が専門性を十分に発揮して力を合わせることができるよう調整等の役割を果たすのが介護支援専門員です。

(居宅サービス計画作成のための課題分析)

次に4点を把握することが課題分析の基本的な狙いである。

- ①要介護者のニーズの内容やその程度を明らかにする。
- ②ニーズに対応する要介護者の能力を明らかにする。
- ③ニーズに対応するインフォーマルな支援の力量を明らかにする。
- ④ニーズに対応するフォーマルなサービスの必要性和内容を明らかにする。

こうした、生活全般のニーズを把握する為の道具(tool)が課題分析表と位置づけられる。課題分析表を用いれば、要介護者の生活がすべて把握できるわけではないことに注意を要する。介護支援専門員は要介護者等との関わりの中で、課題分析表の不足を埋め、裏付けをとっていくことでニーズが抽出されていく部分もある。

課題分析での質問とニーズの決定は、介護支援専門員から要介護者等への一方的な過程ではなく、要介護者等や家族が積極的に課題分析に参加していることが重要である。

課題分析は、利用者が
積極的に参加する！

2 国は、介護支援専門員に何を求めているのか？

- ⇒介護支援専門員は国からどう見られているのか？
- ⇒求められている機能とは何か？
- ⇒発足当初のケアマネジメント理念とは？
- ⇒ケアプラン作成の考え方や指摘事項は？

皆さんのプランは、どんなプランですか？

ネガティブケアプラン	制度発足当初のケアプランの書き方。出来ない部分を明らかにする視点で、書き方は「○○ができない」、「○○で困る」といった内容。
ポジティブケアプラン	ICFの考え普及に伴い、利用者本人が「望む暮らし」を明らかにすることが視点となる。内容は前向きな表現で、「○○したい」と記載されていた。
言いなりケアプラン	利用者等の希望や要望を、マネジメントすること無く、必要性の判断なくケアプランに位置づけていく手法。
ご用聞きケアプラン	どのようなサービスを希望しているかを伺いながら、必要性の判断なく、サービスを調整する手法。
金太郎飴ケアプラン	個性がなく、パターン化された、誰にでも使える文言ばかりが並んでいるケアプラン。
サラリーマンケアプラン	法人利益のために、必要のない又は必要以上にサービスを位置づける営業職のようなケアプラン。
機能向上型ケアプラン	利用者の残存機能を明確にし、活動や社会参加につなげていくように働きかけるケアプラン
目標指向型ケアプラン	利用者が、「理想とする暮らし」を実現できるように、個別的かつ具体的な目標が示されたケアプラン。
自立支援型ケアプラン	有する能力を活用しながら、利用者が主体的・積極的に、「理想とする暮らしの実現」を目指せるように、支援者がチームとなり、働きかけているケアプラン。

時代の流れと、ケアプラン

1990年代 (平成初期)	介護保険の制度が誕生
1994年12月 (平成6年)	高齢者介護・自立支援システム研究会報告 高齢者介護は「最期を看取る介護」から、高齢者の「生活を支える介護」へと変化。こうした状況を踏まえ、今後の高齢者介護は、「高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること(高齢者の自立支援)」を基本理念とすべき。
1997年12月 (平成9年)	「介護保険法」が成立
1998年8月 (平成10年)	厚生省老人保健福祉局長「老発第502号」 (介護サービス計画の作成趣旨) 介護保険制度においては、要介護者等に対し、個々の解決すべき課題(ニーズ)や状態に即した介護サービスが適切かつ効果的に提供されるよう、多様なサービス提供主体による保健・医療・福祉にわたる介護の各サービスが、総合的、一体的、効率的に提供されるサービス体系を確立することとしており、このために介護支援サービス(ケアマネジメント)の機能を制度に位置付けたものである。 (介護サービス計画原案作成のための課題分析の実施) 課題分析においては、個々の要介護者等の残存能力、既に実施されているサービス、生活環境等の評価を通じて要介護者等の抱える問題点等を整理し、個々の要介護者等が生活を継続・向上させていく上で生ずる解決すべき課題を把握することが重要であり、要介護者等の生活全般についてその状態を十分把握することに努める。

(制度移行前のケアマネ)

制度が発足前は、各職能団体からのアセスメントツール研修が中心で、居宅サービス計画書の項目を詳しく学ぶ機会は少なかった。

加えて、パソコン自体が一人一台あるという事業所も少なく、その操作を教えてもらいながら給付管理システム等を同時に覚えていく必要があった。すべてが手探り状態の中で、相談できる人も少なかった…。



2000年4月
(平成12年)

介護保険制度スタート！

(当時のケアマネ)

「措置から契約へ」、制度の大転換の中で、各地域で移行に伴う混乱が生まれる。

ケアマネは、膨大な量の給付管理業務と各サービスの上限管理に忙殺。理想的な「ケアマネジメント」が事実上困難に…。

早急に帳票を作り、次の相談に対応していく中で、ニーズや意向を捉える作業がおろそかになり、利用者の要望に沿った「言いなりプラン」が拡大する一因を生んでしまう…。



<p>2000年10月 (平成12年)</p>	<h3>老人保健福祉部会 介護給付費部会合同部会</h3> <p>○ケアマネジャーの業務量が適正であるかについて、過重な業務が課せられているように感じられる。ケアマネジャーの質向上を図るために色々な対策を講じたり、支援することは必要であると思う。何かもう少し業務を合理化できないか。</p> <p>○これから利用が増大すれば、当然ケアマネジャーにかかる業務はますます増えていく。余裕を持って仕事をしなければ、利用者も十分相談できないということになるので、業務量が適正であるかどうか検討してほしい。</p> <p>○ケアマネジャーは利用者の代理人であり、利用者の委託を受けて、利用者の立場に立ってケアプランをつくる。国保連の仕事の下請をやっているような話が出ているがそれは違うのではないか。その立場をきっちりとケアマネジャーにわかっていてもらわないと困る。</p> <p>○介護保険全体としては順調に進んでいるということであるが、介護支援専門員は、期待されている役割を十分果たせていない状況が見られるという認識が示されている。</p> <p>○介護支援専門員は期待どおり動いていない。在宅介護支援センターと居宅介護支援事業がごちゃごちゃに運営されている。</p> <div data-bbox="1117 405 1441 533" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>ケアマネの業務量が 多すぎるのでは？</p> </div> <div data-bbox="1117 808 1441 958" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>ケアマネは制度 の期待どおりに 動いていない！</p> </div>
<p>2002年6月 (平成14年)</p>	<h3>全国介護保険担当課長会議</h3> <p>要介護者等の適切な課題分析・援助目標の設定に基づく居宅サービス計画が作成された上での介護サービス調整であれば、問題ないと考えるが、例えば、</p> <p>(1)総合的な援助の方針など、居宅サービス計画書(第1表)が適切に作成されておらず、給付管理(第7表)に偏った計画の作成。</p> <p>(2)ほとんどの要介護者は、自らの法人事業内の介護サービス利用に偏った介護サービス計画。</p> <p>(3)福祉用具貸与・住宅改修など利用者へ十分な情報提供、助言なく、適切な価格でないサービス利用の放置。などの問題が指摘されている。</p> <div data-bbox="1090 1245 1441 1440" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>1表が作成されてない 自社への誘導プラン 情報提供や助言不足</p> </div>
<p>2003年 (平成15年)</p>	<h3>ICFの考え方が研修カリキュラムに導入</h3>

(当時のケアマネ)

ICFの考え方を受けて、ケアプラン作成の基本的な考え方が見直される。アセスメント視点はマイナス的な「できない部分」を明らかにするのではなく、『利用者の望む暮らし』を明らかにし、それを阻害している要素を明確化することが必要と考えられ、自立支援のプランニングが重視されるようになる。

内容も、「○○できない」「○○で困る」といったネガティブなものではなく、「○○したい!」といった前向きな内容が求められるようになり、「ポジティブケアプラン」の考え方が普及。

ポジティブプラン

○○できない
「○○したい!」



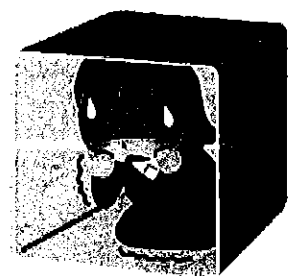
<p>2003年6月 (平成15年)</p>	<p>社会保障審議会 「高齢者介護研究会報告書」 ～介護保険制度施行後見えてきた課題～ (ケアマネジメントの適切な実施と質の向上)</p> <p>介護保険による介護サービスについては、介護支援専門員が中心となって、高齢者のニーズに合致するよう、高齢者の状態を踏まえた総合的な援助方針の下に必要なサービスを計画的に提供していく仕組み(ケアマネジメント)が、介護保険制度の創設により導入された。</p> <p>しかしながら、制度施行後の状況を見れば、このケアマネジメントが必ずしも十分にその効果を発揮していない。十分な効果を得るためには、ケアマネジメントの各過程が着実に実施されることが最低限の条件であるが、ケアマネジャーの中には、これらの過程を適切に実施していない者も少なくなく、高齢者のニーズに合致しないサービスが提供されている事例も見受けられる。</p> <p>ケアマネジメントが十分に行われていない現状では、ケアマネジメントに対する利用者・家族の理解は必ずしも十分とは言えない。※例えば、</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒アセスメントを十分に実施せず、<u>高齢者の希望のみを聴取してサービスを組み立てる傾向(いわゆる「御用聞きケアマネ」)</u>、 ⇒ケアカンファレンスを実施せず、サービス担当者がケアの総合的な方針の統一認識等がないまま、サービスが提供されている傾向、 ⇒サービス提供期間中のモニタリングを実施せず漫然とサービス利用を続けさせていく傾向も見られる。 ⇒また、特に初回時のケアマネジメント(アセスメント)は極めて重要であり、この段階で適切かつ十分なアセスメントが行われないと、それ以降のプロセス全体がうまく機能せず、利用者の心身状態に合致したケアを提供することができない。
<p>2004年 (平成16年)</p>	<p>介護保険給付適正化推進運動の開始</p>
<p>2006年 (平成18年)</p>	<p>コムスンなどの介護サービス不正が社会問題化</p>
<p>2007年2月 (平成19年)</p>	<p>実地指導マニュアルが初めて示される</p>
<p>2007年3月 (平成19年)</p>	<p>介護給付適正化計画の実施が本格化</p>
<p>2008年7月 (平成20年)</p>	<p>ケアプラン点検支援マニュアルの公表(※vol.37、38)</p>
<p>2010年3月 (平成22年)</p>	<p>実地指導マニュアルが改定(※vol.145)</p>



(当時のケアマネ)

国は、介護保険理念である「自立支援の要(かなめ)役」としてケアマネジャーに期待する一方で、適切なケアマネジメントが実施されずに、利用者の自立を阻害していると問題視するようになる。

現場では、平成15年で導入された運営基準減算、平成16年の介護給付適正化の強化の流れを受けて、厳しくなる実地指導に徐々に、「実地指導で指摘されないケアプラン」に傾斜していく。



2010年3月
(平成22年)

「地域包括ケア研究会 報告書」 平成21年度 老人保健健康増進等事業による研究報告書

(介護支援専門員によるケアマネジメント)

現状では、アセスメントやケアカンファレンスが十分に行われておらず、介護支援専門員によるケアマネジメントが十分に効果を発揮していないのではないかと指摘がある。利用者や家族の意向を尊重するだけでなく、自立支援に向けた目標指向型のケアプランを作成できるようにすべきではないか。

目標指向型ケアプラン

(自立支援型マネジメントの徹底)

高齢者は要介護状態となっても、出来る限りその能力に応じて自立した日常生活を送ることができるよう、要介護状態の改善や悪化防止に資するように介護サービスや医療サービス等が提供される。介護支援専門員は利用者の意向だけでなく、身体状況、家族・親族の状況や経済状況、居住環境等を総合的に把握の上、高齢者のQOL向上を目標としてケアプランを作成・提示し、利用者が選択。

ケアプランは要介護状態の改善や悪化防止のための達成目標を設定して作成され、各サービス提供者において、その目標達成に向け計画的にサービス提供を行う。

自立支援型マネジメント
QOL向上・利用者選択

(地域包括ケアシステム構築に向けた当面の改革)

従来の「保護型介護」から脱却、「自立支援型介護」・「予防型介護」という視点に立ち、「ケアの標準化」を図ることが必要。また、多様な制度を活用しながら、在宅介護の可能性を最大限に追求することも必要であり、その視点は要支援者から重度要介護者の全般に対して適用するべきである。

その上で、介護支援専門員は利用者や家族の意向を尊重するだけでなく自立支援に向けた「目標指向型ケアプランを作成し、利用者や家族の「合意」を形成していく能力が求められる。

「合意」
獲得能力



なお、上記取組みとあわせて自立支援型のケアマネジメントが推進されるよう居宅介護支援に利用者負担を導入することも検討すべきではないか。

利用者負担導入

2011年11月
(平成24年)

社会保障審議会介護保険部会意見取りまとめ (ケアプラン、ケアマネジャーの質の向上)

○ 地域包括ケアの実現を図るためには、介護保険サービスやそれ以外のサービスとのコーディネートや関係職種との調整が欠かせない。特に重度者については、医療サービスを適切に組み込むことが重要となっている。

さらに、利用者の意向を踏まえつつ、そのニーズを的確に反映した、より自立促進型、機能向上型のケアプランの推進が求められている。

自立促進型プラン
機能向上型プラン

○ こうした状況において、まずはケアプランの様式変更やケアプランチェックなど可能なものから取り組んでいくこととし、更により良質で効果的なケアマネジメントができるケアマネジャーの資格のあり方や研修カリキュラムの見直し、ケアプランの標準化等の課題について別途の検討の場を設けて議論を進めることが必要である。

ケアプラン様式変更
ケアプランの標準化

2012年3月
(平成24年)

「ケアプラン詳細分析結果 報告書」 平成23年度 老人保健健康増進等事業

「〇〇したい」という記述方法に捉われてしまっている事例が見られる。本検討で対象とした事例のうち、このような記述方法を採用している事例が多くを占めた。しかし、記述方法は「〇〇したい」という形を採用一方で、本人のプラス面である自立や一部介助状態であるADL・IADLや本人の意欲が課題に反映されていない事例も見られた。また、「～したい」という表現を用いることに捉われてしまったためか、利用者及び家族の意向を、そのまま生活全般の解決すべき課題(ニーズ)に記載しているケアプランも多く見られた。

「〇〇したい」にとられすぎ…。
※戦場ケアプラン
(したいばかり…)

(1) ケアプランの作成に関する課題

① ケアプランの様式への記載方法が定着していない

家族の意向が、具体的に誰の意向なのか明確に記載することを定着させる必要がある。また、通院や訪問診療、服薬等の医療の利用状況は、介護保険サービスではないが確実に確認すべき事項である。これらの状況を把握し、それをケアプランに明記することの定着が必要である。また、インフォーマルなサービスについては、配食サービス以外はほとんど記載がされていない例が多いが、利用者生活全体を援助する計画としてケアプランへの記載を定着することも必要である。

インフォーマルの
位置づけが少ない

③ 課題の整理の根拠となった情報の記録方法が定まっていない

現通知では標準課題分析項目が示されている一方で、ケアプラン様式には、生活全般の課題(ニーズ)の整理の根拠となった情報を記録する欄が無い。このため、生活全般の課題(ニーズ)にどの程度の情報を記載するか分かりにくいという問題点もある。

また、課題の整理の根拠となる情報が記載されていないために、チームケアに参加する多職種間で利用者・家族等の状況等を共有しにくかったり、サービス担当者会議や地域ケア会議のためにケアプラン様式以外の資料を作成・提出したりして、介護支援専門員の事務負担が大きくなっている。実際には、収集した情報の整理や要因の分析の経過において何らかの記録を作成していることが多い。従って、介護支援専門員の事務負担を軽減し、かつ多職種間での情報共有を円滑にするため、課題整理の根拠となった情報を記録する様式を定めることが必要である。

④ ケアプランの記述方法に捉われてしまい、課題分析が十分でない

評価結果でも指摘したように、記述方法は「～したい」という形を採用一方で、本人のプラス面である、自立や一部介助状態であるADL・IADLや本人の意欲が課題に反映されていない事例も見られた。「生活全般の課題(ニーズ)」の記述方法は、介護支援専門員がアセスメントの結果をもとに判断し、利用者にとって分かりやすいかどうかも加味した上で、適切に選択すべきものである。

参考資料2 居宅サービス計画書の新様式(案)

第1表 総括表(現行の第1表を一部修正)

第2表 課題整理表(新規提案)←課題整理総括表

第3表 サービス計画表(現行の第2表)

第4表 週間サービス計画表(現行の第3表)

第5表 モニタリング表(新規提案)←評価表

第6表 サービス担当者会議の要点(現行の第4表)

第7表 支援経過表(現行の第5表)

負担を減らすため
様式を増やそう!



2014年6月
(平成26年)

「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」について (介護保険最新情報Vol.379)

～課題整理総括表及び評価表の趣旨・目的～

現在の様式は、アセスメント結果から課題を導き出す過程を表現する形式となっていない。その為、サービス担当者会議等の多職種協働の場面において、介護支援専門員が口頭等で分かりやすく説明しない限り、利用者の状態や課題を導き出した背景、それに基づいて整理された援助の方向性や、担当者の役割共有が十分に行われないこともある。

こうしたことが、「適切にアセスメントができていないのではないか」といった指摘を受ける一つの背景になっていると考えられ、また介護支援専門員の専門性を発揮する過程がないということは、その適切な評価も困難となる。そこで利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析を通じて課題を導き出した過程を、多職種協働の場面で説明する際の一つの様式例として課題整理総括表を策定した。

～評価表策定の背景と趣旨～

評価のためのツールがない現状では、サービスの評価を行うことなく、初回に作成したケアプランに基づいて漫然とサービスを提供し続け、ケアプランの適切な見直しが行われないということもありうる。短期目標に対する達成度合いを評価するとともに、必要に応じて各サービスの担当者の役割を見直す契機とし、モニタリングの結果が、より効果的なケアプランの見直しに資するものとなるよう、評価表を策定した。

課題整理総括表の様式と記載要領

利用者・家族の意向を無視して介護支援専門員の考えだけで課題整理をしてよいということではない。本様式は情報収集と分析が終わった後、課題整理の総括表として作成することを想定。課題整理総括表は、こうした利用者・家族の思いや状況を踏まえて、

⇒「専門職である介護支援専門員として、あなたのお話をこう捉えた。」

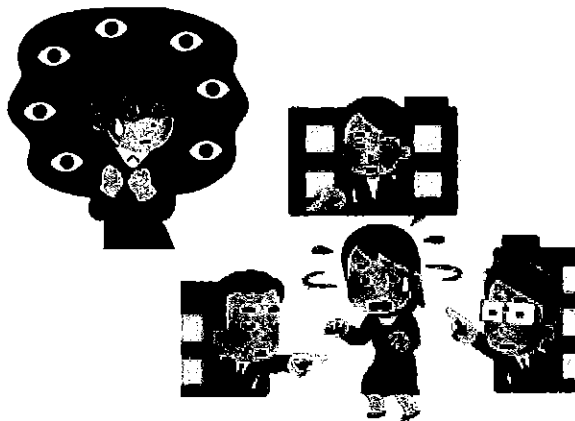
⇒「今後、望む生活の実現に向けて、こういった課題があると考えらるかどうか。」

という介護支援専門員として専門性を生かした課題分析の結果を整理したものとなる。

【課題分析の結果とは】
課題に対し利用者に
問いかけた結果！

(ケアマネの現場)

- ⇒「次々変わる介護保険制度の把握」、
 - ⇒「求められる質の向上」、
 - ⇒「どんどん増える法定研修」、
 - ⇒「厳しくなる実地指導(返還指導)」、
 - ⇒「内容を踏み込まれるケアプラン点検」、
 - ⇒「一言の漏れも許されない記録管理」、
 - ⇒「虐待や支援困難ケースの増加」、
 - ⇒「地域での役割拡大」など、
- 求められるものが年々増加…。



更に法人からは、採算の合わない「赤字部門」として見られることも少なくなき苦しい立場の中でケアマネジャーは疲弊していく。

アセスメント「ツール」とは!?

(1) アセスメントツールの考え方

アセスメントで重要なのは「気づき」の視点をもちとわかれず、アセスメントツールはある意味、その「気づき」の視点や想像力の幅を拡大できるものです。

ただし、ツールを使ったからといって、利用者の課題やニーズが自動的に引き出されるものではありません。あくまでも介護支援専門員が課題を分析するために活用する道具(tool)の一つと考えなければなりません。道具は人が使いこなすものであり、人が使われるものではありません。その使い方が一つでとても便利なものにもなります。逆に重い足枷にもなります。「アセスメントツールに頼ろう!」としてしまおうか、「使いこなそうとするか」、この意識の差はケアマネジャーとしての力量を大きく左右するものになると考えられます。



(2) アセスメントツールを活用することで得られるメリット

- 「情報の取りこぼしや聞き漏らしを少なくできる!」
- 「聞きづらいうちの内容も、項目順に確認することで聞きやすい環境を作れる!」
- 「項目との関連性から、個別的なニーズを導き出すことができる!」
- 「ニーズや課題の根拠を明らかにできる!」
- 「サービスやケアの根拠をはっきりさせられる!」

(3) アセスメントツールの種類として

④ MDS-HC方式、GAPS

⇒ 国際的な研究機関と臨床家のグループが開発。

⇒ 4つのフェイズシートと17のアセスメント部分からなり、施設ケアを防ぎ在宅を維持の視点が重視。

⇒ 高齢者の機能面、健康面、家族の支援面及びサービスの各断面を包括的に把握できるように工夫されている。

⇒ 引出された情報を入力するだけで課題検討事項が引込まれケアプラン作成が容易となる。

⇒ 顕在的なニーズだけでなく、潜在化しているニーズも引き出すことが可能となる。

⇒ 現状のサービスや制度と関係なく、利用者や家族の見えないニーズを発見することができる。

⇒ 公平化/マニュアル化の度合いが高いため、公平・客観性が高い。ただし、書類量や作業手順が煩雑との意見もある。

⇒ 誰が用いてもある程度の評価結果が得られる。

② 包括的自立支援プログラム

⇒ 全国老人保健施設、全国老人福祉施設、介護強化病院連絡協議会の3団体が共同で開発。

⇒ 施設用ケアプランであるが、在宅復帰のためのケアプランも作成が可能。

⇒ 全ケアを網羅する「ケアチェック表」により、複数の職員が一人の利用者に対して一定のケア内容を提供することが可能。

⇒ 介護認定における「介護サービス調査票」がアセスメント表として運用。

⇒ 記入に比較的時間がかからないことから、入院・入所時に直ちにケアプランを策定することが可能。

⇒ 細かい、具体的なケア内容を明確にしやすい。

⇒ 顕在ニーズを明確に整理することが可能であるが、潜在ニーズの抽出については、アセスメント者の力量によるところが大きくなる。

⇒ 施設内ケアと在宅ケアの内容に関連性と一貫性を持たせやすい。

③ アセスメント実践記録様式

⇒ 日本社会福祉士会が設置したケアマネジメント研究会が開発。

⇒ 全国の在宅介護支援センターで実践していたものを基にして、改良を加えたもの。

⇒ 在宅生活の継続・施設からの家庭復帰を目指す。

⇒ 要介護者や介護をめぐる家族・親戚関係・近隣・知人等からの援助の可能性、インフォーマルな介護者についても総合的にアセスメントができる。

⇒ チェック項目のほか、「本人・介護者の意見・要望」、「アセスメント担当者は把握した問題」の記述欄がありお、トータルなニーズ把握が可能となる。

⇒ 課題とその緊急度に応じた対応レベルを要約表にまとめ、プランに反映する可否を整理できる。

⇒ アセスメント項目ごとに、対応レベルを5段階(問題なし～緊急対応)で判断し、記入することができる。

⇒ 権利擁護など、未充足とされがちなニーズの把握が意識され作られている。

⇒ 専門職者の総合的で主観的な判断も尊重されるように作られている。

④ 生活援助を基礎とした自立支援

⇒ 日本介護福祉士会が設置したケアマネジメント研究会が、ホームヘルプ活動をベースに実証研究を行い開発。

⇒ 高齢者自身の生活のリズムを尊重し、利用者の意思や価値観を重視している。

⇒ 生活項目ごとに、自立度や介護負担度を重視しているため、具体的な援助について考えられる。

⇒ 要介護者の生活全体を「衣」「食」「住」「体の健康」「心の健康」、「家族関係」「社会関係」の7つの領域に分類。領域を細分化して捉えて状態を把握する。

⇒ 記述が多く、チェック方式では得られない細かいニーズが表現することが可能。反面、文書作成が苦手な方には向かない場合もある。

⇒ チェック項目が少ないものの、自由記載が多いため、評価者のアセスメント能力と文書能力が要求される。

⑥ 高齢者用アセスメント

⇒ 日本看護協会が協会の版高齢者訪問看護アセスメント用紙とMDSを検証し、両者の統合版として開発。

⇒ 在宅療養者、生活機能障害者を対象とし、在宅医療処置等、訪問看護領域を充実させている。

⇒ 生活支援からの疾病管理まで幅広いニーズを把握できる。

⇒ 成人から高齢者まで、幅広い層を対象とすることが出来る。

⇒ 要介護認定の調査項目を包含した、細かなアセスメントが行える。

⇒ 3回までのアセスメントを並列で記入でき、経過を明らかにすることが可能となっている。

⇒ ターミナルケアのアセスメントも含まれている。

⑥ 居宅サービス計画がベース

⇒ 薄野和教授を委員長にし、全国在宅介護支援センター協議会、全国デイサービスセンター協議会、全国ホームヘルパー協議会、日本社会福祉士協会、全社協、地域福祉推進(市町村)社会福祉士協議会、全国福祉施設協議会が構成団体となり、介護居宅に対応する在宅のケアプラン作成のためのアセスメント手法として開発。

⇒ 要介護認定調査の項目が、そのままアセスメント式の項目となっている。

居宅サービス計画ガイドライン(1998)

(全国社会福祉協議会)

介護サービス計画書(1)①

介護サービス計画書 K・M 氏 生年月日 S2年2月11日 住所 東京都目黒区 平成10年5月6日 サービス計画作成日
 サービス計画作成者(氏名) S・O (所属) A区在宅介護支援センター (連絡先)

要介護状態区分	要支援 要介護状態区分2 要介護状態区分3 要介護状態区分4 要介護状態区分5
要介護者及び家族の介護に対する意向	本人は「妻の介護は自分自身で何とかしたい」と言っている。サービス利用については比較的前向きである。「介護を受けるならサービスを利用してもよい」 妻は「介護は自分自身で何とかしたい」と言っている。サービス利用については比較的前向きである。また、同じくサービスを受けることに関して、サービス利用の意向を希望している。
介護支援委員会	
総合的な援助の方針	要介護者の生活と健康に支障をきたさないよう、特に非池の失敗を防止することにより、特に介護サービスを受けることにより、安心して在宅生活を営むことができるように援助する。また、身体機能(特に移動動作)の訓練を促進し、機能の維持から向上を図る。 ・要の介護負担を軽減するよう介護サービスを提供する。一定の自由な時間を確保できるように留意する。 ・上記の点に留意しながら自宅での生活を維持できるように援助を行う。なお、〇〇病院への外来受診を要する場合は、必要に応じて、医師的援助と外来リハビリは継続する。

介護サービス計画書(1)②

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標	実施目標(短期)	実施目標(長期)	介入内容	サービス提供(※)	頻度	期間
右半身麻痺のためトイレが入れない(ので困る)	共同トイレが入れない状態に慣らす(1ヶ月)	共同トイレの訓練を行う(2週間)	排泄、歩行の訓練を行う(2週間)	ポータブルトイレの取付 訓練を行う(2週間)	日常生活用具貸付事業 保険(福祉)	1回 1-2回/日	直ちに 2週間
食事の摂取量が少なく、栄養不足(食事摂取量は適量以下)	食事の摂取量を確保する(1ヶ月)	食事の摂取量を確保する(2週間)	食事の摂取量を確保する(2週間)	食事の摂取量を確保する(2週間)	ホームヘルプサービス デイサービス 栄養サービス	3回/週 2回/週 2回/週	2週間 2週間 2週間
1人でトイレに行けず、入浴できない(ので困る)	一人でトイレに行けず、入浴できない(ので困る)	一人でトイレに行けず、入浴できない(ので困る)	一人でトイレに行けず、入浴できない(ので困る)	一人でトイレに行けず、入浴できない(ので困る)	ホームヘルプサービス デイサービス	2回/週 2回/週	2週間 2週間
一人で洗濯、洗濯物が干せない(ので困る)	一人で洗濯、洗濯物が干せない(ので困る)	一人で洗濯、洗濯物が干せない(ので困る)	一人で洗濯、洗濯物が干せない(ので困る)	一人で洗濯、洗濯物が干せない(ので困る)	ホームヘルプサービス	2回/週	2週間
一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	介護サービス	1回/週	2週間
一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	介護サービス	1回/週	2週間
一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	介護サービス	1回/週	2週間
一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	介護サービス	1回/週	2週間
一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	介護サービス	1回/週	2週間
一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	一人で外出することができない(ので困る)	介護サービス	1回/週	2週間

MDS方式によるケアプラン事例集(2001)

介護サービス計画書(1)

サービス利用者: A.F. 様 生年月日: 昭和12年0月0日 住所: M市
 要介護状態区分: 平成 年 月 日 サービス計画作成日: 平成11年7月24日 サービス計画承認日: 平成11年7月26日
 サービス計画作成者(氏名): 高野晴明 (所属): 在宅介護支援センター (連絡先):

要介護状態区分	要支援 要介護状態区分2 要介護状態区分3 要介護状態区分4 要介護状態区分5
要介護者及び家族の介護に対する意向	利用者は本人は、認知症が進行しているが、ここ1年半ほどは自宅での生活を続けてきた。最近、排せつに介護が必要になり困っている。この改善を図りたいが、自宅での生活を続けたいと思っている。 ・妻は、非池の失敗を防止することにより、特に介護サービスを受けることにより、安心して在宅生活を営むことができるように援助する。また、身体機能(特に移動動作)の訓練を促進し、機能の維持から向上を図る。 ・要の介護負担を軽減するよう介護サービスを提供する。一定の自由な時間を確保できるように留意する。 ・上記の点に留意しながら自宅での生活を維持できるように援助を行う。なお、〇〇病院への外来受診を要する場合は、必要に応じて、医師的援助と外来リハビリは継続する。
介護支援委員会	
総合的な援助の方針	要介護者の生活と健康に支障をきたさないよう、特に非池の失敗を防止することにより、特に介護サービスを受けることにより、安心して在宅生活を営むことができるように援助する。また、身体機能(特に移動動作)の訓練を促進し、機能の維持から向上を図る。 ・要の介護負担を軽減するよう介護サービスを提供する。一定の自由な時間を確保できるように留意する。 ・上記の点に留意しながら自宅での生活を維持できるように援助を行う。なお、〇〇病院への外来受診を要する場合は、必要に応じて、医師的援助と外来リハビリは継続する。

介護サービス計画書(2)

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標	実施目標(短期)	実施目標(長期)	介入内容	サービス提供(担当)	頻度(1週間)	期間(1ヶ月まで)
1. 最近、移動動作が難しくなってきた。歩行が不安定になり、それに伴って転倒の危険性が高まっている。また、歩行の速度が遅くなり、歩行の負担が増えている。	1-1 歩行が安定になる(1ヶ月)	歩行の速度を上げる(2週間)	歩行の速度を上げる(2週間)	歩行の速度を上げる(2週間)	歩行の速度を上げる(2週間)	1回/週 (月 午前)	3ヶ月 10月下旬
2. 室内の移動動作に支障をきたしている。特にトイレに行くときに支障をきたしている。	2-1 歩行が安定になる(1ヶ月)	歩行の速度を上げる(2週間)	歩行の速度を上げる(2週間)	歩行の速度を上げる(2週間)	歩行の速度を上げる(2週間)	1回/週 (月 午後)	3ヶ月 10月下旬
3. 排せつ物の排泄が難しくなってきた。歩行が不安定になり、それに伴って転倒の危険性が高まっている。また、歩行の速度が遅くなり、歩行の負担が増えている。	3-1 歩行が安定になる(1ヶ月)	歩行の速度を上げる(2週間)	歩行の速度を上げる(2週間)	歩行の速度を上げる(2週間)	歩行の速度を上げる(2週間)	1回/週 (月 午後)	3ヶ月 10月下旬
4. 歩行が不安定になり、それに伴って転倒の危険性が高まっている。また、歩行の速度が遅くなり、歩行の負担が増えている。	4-1 歩行が安定になる(1ヶ月)	歩行の速度を上げる(2週間)	歩行の速度を上げる(2週間)	歩行の速度を上げる(2週間)	歩行の速度を上げる(2週間)	1回/週 (月 午後)	3ヶ月 10月下旬
5. 歩行が不安定になり、それに伴って転倒の危険性が高まっている。また、歩行の速度が遅くなり、歩行の負担が増えている。	5-1 歩行が安定になる(1ヶ月)	歩行の速度を上げる(2週間)	歩行の速度を上げる(2週間)	歩行の速度を上げる(2週間)	歩行の速度を上げる(2週間)	1回/週 (月 午後)	3ヶ月 10月下旬

15

包摂的自立支援プログラム (1999)

地域コード _____ 調査対象者コード _____

介護サービス計画書 (1) ①

サービス利用者名 S. T. 殿 生年月日 大正5年 月 日 住居
 要介護認定日 平成10年11月 日 介護サービス計画作成日 平成10年11月 日
 介護サービス計画作成者氏名 T. M. (所属) OO町在宅介護支援センター (連絡先)

要介護状態区分	要支援・要介護状態区分1・要介護状態区分2・要介護状態区分3・要介護状態区分4・要介護状態区分5
要介護内容及び家族の介護に対する意向	長男夫婦共働きで昼間一人のため、デイケアや訪問看護等を利用しながらの在宅介護を希望している。
介護認定審査会意見	意見なし。
総合的な援助の方針	デイケアと訪問看護で、意欲低下とADL低下を防止する。

介護サービス計画書 (1) ②

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標		サービス内容		期間
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	介護内容	サービス種別 (※)	
#1 ベッドからボタボタブルトイレの移動と排泄動作が難しく、尿失禁したままになっていることがある。	デイケアと訪問看護で意欲低下とADL低下を防止する。	① トイレ移動 ② 排泄動作訓練 (まずPTによる動作作り) ③ 入浴 (補助)	① トイレ移動 ② 排泄動作訓練 ③ 歩行訓練 (自宅内) ④ 歩行訓練 (特に送迎時) ⑤ 歩行訓練 (自宅内)	デイケア 訪問看護 ステーション	週2回 週1回
#2 全体的に動作が遅く、なり、四肢歩行での介助が必要である。	意欲低下とADL低下を防止する。	① 歩行訓練 (特に送迎時) ② 歩行訓練 (自宅内)	① 歩行訓練 (特に送迎時) ② 歩行訓練 (自宅内)	デイケア 訪問看護 ステーション	週2回 週1回
#3 頸痛、肩で腕を振り回す動作が難しく、症状悪化と合併症の危険性がある。	定期的な往診と健康チェックを継続する。	① 定期的な往診 ② 健康チェック	① 定期的な往診 ② 健康チェック	かかりつけ医の往診 デイケア 訪問看護 ステーション	週1回 週2回 週1回 週1回
#4 居間一人で楽しく話しかけられ、本人からケアの依頼がある。	他者との交流場面を確保し、デイケア回診場を確保と相談する。	① レクリエーション ② 話し相手 ③ 家族とデイケア回診場の相談	① レクリエーション ② 話し相手 ③ 家族とデイケア回診場の相談	デイケア 訪問看護 在宅介護支援センター	週2回 週1回 -

(※) 家族が介護を行う場合には、その内容も記入すること
 (注) 記入欄が不足する場合には、同様の様式を追加して記入すること

制度発足「当初」のケアプラン

ケアネット外資域支援株式会社 (2000)

利用者名 森 芳江 殿 生年月日 S.3年12月3日 住所 A県県市△△△
 居宅サービス計画作成者氏名 池内 清作
 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 P在宅介護支援センター
 居宅サービス計画作成(変更)日 11年11月16日 初回居宅サービス計画作成日 11年11月16日
 認定日 △年○月○日 認定の有効期間 △年○月○日～○年○月○日

要介護状態区分	要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の介護に対する意向	介護者は下腿障害で寝たきり状態となっている。 主介護者は夫であるが、高齢で介護負担が大きくなりかたがたとしている。 ただし、なんとか希望が強く、サービスの利用も積極的である。 息子夫婦も同居しているが、共働きで忙しく介護まで手が出せない状況である。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類	完全な寝たきりにしないよう機能を促し、夫の介護負担を軽減し、在宅の生活ができるようにケアプランを作成してほしい。
総合的な援助の方針	夫の介護負担の軽減をしながら、医学的管理と褥瘡の改善をはかり、在宅生活の維持・継続を行う。 完全な寝たきりにしないようにケアプランの中で徐々に機能を向上させる時間を確保していく。 ケアネットが提供するサービスに積極的に活用していただく。

居宅サービス計画書 (2)

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標		サービス内容		期間
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	サービス内容	サービス種別	
#1 医師の継続的診察を受ける必要がある。	継続して医師の診察を受けられるようになる。	① 主治医 (太郎 Dr.) へ相談する (訪問診療を受ける)	① 主治医 (太郎 Dr.) へ相談する (訪問診療を受ける) ② 紹介状の依頼 ③ 新しい主治医 (水田 Dr.) による訪問診療	① 訪問診療 ② 訪問診療 ③ 訪問診療 ④ 訪問診療	2/月 1ヵ月
#2 寝たきり状態での生活がある。	歩行を改善する。	① 歩行を改善する (歩行訓練を行う)	① 歩行を改善する (歩行訓練を行う) ② 歩行を改善する (歩行訓練を行う)	① 歩行を改善する (歩行訓練を行う) ② 歩行を改善する (歩行訓練を行う)	1/月 1ヵ月
#3 歩行が速く、歩行が楽になる。	歩行を改善する。	① 歩行を改善する (歩行訓練を行う)	① 歩行を改善する (歩行訓練を行う) ② 歩行を改善する (歩行訓練を行う)	① 歩行を改善する (歩行訓練を行う) ② 歩行を改善する (歩行訓練を行う)	1/月 1ヵ月
#4 歩行が速く、歩行が楽になる。	歩行を改善する。	① 歩行を改善する (歩行訓練を行う)	① 歩行を改善する (歩行訓練を行う) ② 歩行を改善する (歩行訓練を行う)	① 歩行を改善する (歩行訓練を行う) ② 歩行を改善する (歩行訓練を行う)	1/月 1ヵ月

アフォーラビリティプラン (2000)

居宅サービス計画書 (1)

利用者名 O.A 殿 生年月日 明治41年3月14日 住所 K市内
 居宅サービス計画作成者氏名 C.K 氏
 居宅サービス計画作成者 事業所名及び住所 K事業所 K市内
 居宅サービス計画作成 (変更) 日 平成12年2月10日
 居宅サービス計画作成 (変更) 日 平成12年4月1日～12年9月30日
 認定日 平成11年10月10日 認定の有効期間 平成12年2月10日

要介護状態区分 要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 (その他)

本人は専業主婦で自分の住み慣れた自宅で暮らしたい。家族は、頼り暮らしは心配なので同居する意思はあるが、本人が希望するように在宅サービスを使いながら援助していきたい。

特になし。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定
 毎日何らかのサービスを必要とするが、現状のレベルを維持して在宅生活の維持を図る。経済面から考えれば週所サービスを中心に計画を作成する。

居宅サービス計画書 (2)

生活全般の解決すべき課題 (一六)	長期目標 (短期)	短期目標 (短期)	サービス内容	実施日	実施場所	実施回数	実施時間
1. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	1. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	1. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	1. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	3月10日	K市内	1回	1時間
2. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	2. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	2. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	2. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	3月15日	K市内	1回	1時間
3. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	3. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	3. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	3. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	3月20日	K市内	1回	1時間

生活支援のためのケアプラン (2003)

居宅サービス計画書 (1)

利用者名 A.K 殿 生年月日 1920年〇月X日 住所 〇県K市
 居宅サービス計画作成者氏名 Y.O 氏
 居宅サービス計画作成者 事業所名及び所在地 〇〇町〇〇居宅サービス支援センター 〇県X市XXX
 居宅サービス計画作成 (変更) 日 1999年7月13日 初回居宅サービス計画作成日
 認定日 年 月 日 認定の有効期限 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

本人、一旦早く退院して早く戻りたい。ヘルパーの助けを借りて生活していきたい。退院、回復できないが、本人が望むのであれば居宅サービスを利用して在宅生活を望みたい。ひとり暮らしと比べると生活が楽なところがある。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的な援助の方針

居宅サービス計画書 (2)

生活全般の解決すべき課題 (一六)	長期目標 (短期)	短期目標 (短期)	サービス内容	実施日	実施場所	実施回数	実施時間
1. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	1. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	1. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	1. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	3月10日	K市内	1回	1時間
2. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	2. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	2. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	2. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	3月15日	K市内	1回	1時間
3. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	3. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	3. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	3. 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善 - 居宅環境の改善	3月20日	K市内	1回	1時間

自立支援に向けたケアマネジメント(2006)

第1表

利用者氏名 〇〇 生年月日 大正10年8月1日 住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

居宅サービス計画作成者氏名 〇〇 〇〇 〇〇

居宅サービス計画作成(変更)日 平成16年 8月 27日 初回届出サービス計画作成日 平成16年1月21日

起算日 平成16年 3月 26日 認定の有効期間 平成16年4月1日 ~ 平成17年3月31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

利用方法及び家族の生活に対する意向

本人: 別にやっていた長髪をもう一度切ってみたい。一人で髪にしていると髪が伸びると嫌いなので髪を切る。長男: 髪を切ってきてもらいたい。髪を切るまでは自分ではできない。髪を切るサービスを使いながら今の髪を伸ばしてほしいと思う。長女: ひとりで髪を切るのが近頃はできないので髪を伸ばしてほしい。できれば髪を伸ばしてあげたい。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的な援助の方針

家事援助中心型の認定理由

1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ()

居宅サービス計画書(2)

利用者氏名 〇〇 氏 〇〇 氏 〇〇 氏 〇〇 氏

作成年月日 平成16年8月27日

生活全体の解決すべき課題(二一)	目標		サ一ビス内容	サ一ビス種別	頻度	期間
	中期目標	短期目標				
不安のない生活を送りたい	16/9/1 ~ 17/2/28	定期的な健康管理	定期的健康管理	要介護1	2/回	16/9/1 ~ 17/3/31
	16/9/1 ~ 17/2/28	必要なサービスを受ける	必要に応じてサービスを受ける	要介護1	2/回	16/9/1 ~ 17/3/31
身の回りのお世話を自分ですることができればいい	16/9/1 ~ 17/2/28	必要なサービスを受ける	必要なサービスを受ける	要介護1	2/回	16/9/1 ~ 17/3/31
	16/9/1 ~ 17/2/28	必要なサービスを受ける	必要なサービスを受ける	要介護1	2/回	16/9/1 ~ 17/3/31

居宅サービス計画(2013)

第1表

利用者氏名 〇〇 生年月日 〇年〇月〇日 住所 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

居宅サービス計画作成者氏名 〇〇 〇〇 〇〇

居宅サービス計画作成(変更)日 平成〇〇年 4月 〇日 初回届出サービス計画作成日 平成〇〇年 4月 〇日

起算日 平成〇〇年 4月 〇日 認定の有効期間 平成〇〇年 3月 31日 ~ 平成〇〇年 3月 31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

利用方法及び家族の生活に対する意向

本人: 別にやっていた長髪をもう一度切ってみたい。一人で髪にしていると髪が伸びると嫌いなので髪を切る。長男: 髪を切ってきてもらいたい。髪を切るまでは自分ではできない。髪を切るサービスを使いながら今の髪を伸ばしてほしいと思う。長女: ひとりで髪を切るのが近頃はできないので髪を伸ばしてほしい。できれば髪を伸ばしてあげたい。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的な援助の方針

家事援助中心型の認定理由

1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ()

居宅サービス計画書(2)

利用者氏名 〇〇 氏 〇〇 氏 〇〇 氏 〇〇 氏

作成年月日 平成〇〇年4月0日

生活全体の解決すべき課題(二一)	目標		サ一ビス内容	サ一ビス種別	頻度	期間
	中期目標	短期目標				
不安のない生活を送りたい	〇〇/〇/〇 ~ 〇〇/〇/〇	定期的な健康管理	定期的健康管理	要介護1	2/回	〇〇/〇/〇 ~ 〇〇/〇/〇
	〇〇/〇/〇 ~ 〇〇/〇/〇	必要なサービスを受ける	必要に応じてサービスを受ける	要介護1	2/回	〇〇/〇/〇 ~ 〇〇/〇/〇
身の回りのお世話を自分ですることができればいい	〇〇/〇/〇 ~ 〇〇/〇/〇	必要なサービスを受ける	必要なサービスを受ける	要介護1	2/回	〇〇/〇/〇 ~ 〇〇/〇/〇
	〇〇/〇/〇 ~ 〇〇/〇/〇	必要なサービスを受ける	必要なサービスを受ける	要介護1	2/回	〇〇/〇/〇 ~ 〇〇/〇/〇

3 求められている「課題分析」とは？

- ⇒運営基準上で求められている「課題分析」とは？
- ⇒介護保険制度の理念となる「自立支援」とは何か？
- ⇒実務において、「課題分析」はどのように行うのか？
- ⇒国が考える自立支援型ケアプランとは？

課題分析とは何することぞ…？



この絵画、どのように見えますか？

①運営基準で求められている課題分析

<h2>運営基準</h2> <p>指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成十一年厚生省令第三十八号)</p>	<h2>解釈通知</h2> <p>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)</p>
<p>第13条 居宅介護支援の具体的取扱方針</p> <p>二 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>⇒利用者自身の主体的な参加、 ⇒自ら課題解決に向けた意欲醸成 ケアマネは、ここをまず説明！</p> </div>	<p>② 指定居宅介護支援の基本的留意点(第2号)</p> <p>指定居宅介護支援は、利用者及びその家族の主体的な参加及び自らの課題解決に向けての意欲の醸成と相まって行われることが重要である。</p> <p>このためには、指定居宅介護支援について利用者及びその家族の十分な理解が求められるものであり、介護支援専門員は指定居宅介護支援を懇切丁寧に行うことを旨とし、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行うことが肝要である。</p>
<p>六 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。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>(課題分析とは)</p> <p>⇒生活の質を維持向上を目指し 生じている問題を明らかに！</p> <p>⇒自立した日常を目指して、解決 すべき課題を把握！</p> <p>⇒生活全般を十分に把握する！</p> </div>	<p>⑥ 課題分析の実施(第6号)</p> <p>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。</p> <p>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に把握することが重要である。</p> <p>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。 ※介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について(平成11年11月12日老企第29号)</p>
<p>七 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。)に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>課題分析(アセスメント)の趣旨 を理解してもらう必要あり！</p> </div>	<p>⑦ 課題分析における留意点(第7号)</p> <p>介護支援専門員は、解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合を除き必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、利用者やその家族との間の信頼関係、協働関係の構築が重要であり、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。なお、このため、介護支援専門員は面接技法等の研鑽に努めることが重要である。</p> <p>また、アセスメント結果について記録するとともに、基準第29条第2項の規定に基づき、記録は、2年間保存しなければならない。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>⇒課題分析は、利用者等との間の信頼関係、 協働関係の構築が重要となる！</p> <p>⇒「課題分析の趣旨」を十分に説明して理解して もらう必要がある！</p> <p>⇒ケアマネは面接技法など研鑽する事！</p> </div>

②「自立支援」とは何か？

(1)「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」について (vol.685)

【自立に向けたケアプラン】

加齢に伴い、地域での生活を維持していくことが難しくなるのは当然のことです。このような高齢者が何らかの援助を受けながらも、尊厳を保持して、その人らしい生活を主体的に継続していくことが自立だと言えます。

自立とは身体的自立のみではなく、心理的、経済的、社会関係的等の複合的な概念であることを今一度確認する必要があります。

このような自立に向けて支援するためのケアプランにおいては、高齢者本人の自己決定を尊重することが最も重要になります。そのため、「本人はどのような生活を望んでいるのか」といった意向を踏まえて、「それを阻害している個人要因や環境要因は何なのか」といった包括的アセスメントに基づき、本人の意思を確認しながら、ケアプランを作成します。

その際、本人の自己決定だからとすべてを受け入れることが、自立に向けたケアプランではないことに注意が必要です。自立に向けて現実的で明確な意向を持っている高齢者の場合には、その実現に向けた具体的な方法を本人とともに検討してケアプランを作成するでしょう。

しかしながら、実際の状態と乖離した意向がある場合には、その理由を解明し、本人の現状認識を深める働きかけ等を行いながら、意思決定支援を行う必要があります。中でも、自立において本人の意欲が重要な要因であることを考えると、消極的・拒否的な意向の場合は特に留意する必要があります。

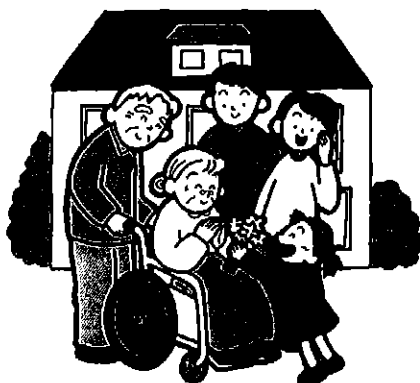
「できる能力があるのに、していないことは何か」、「かつてはしていたのに、しなくなったことは何か」、「それはどうしてなのか」等の視点から、自立に向けての意欲が喪失している理由を解明し、本人の想いを引き出し、意欲を高める方法等を検討することが必要になります。

そして、自立は一度で為し得ることではなく、環境との継続的な相互作用を通して可能になります。そのため、将来を見越してケアプランを作成するとともに、高齢者の自立を可能にする家族や地域にしていくための働きかけについても検討する必要があります。

このように、ケアプランは単なる計画ではなく、ケアマネジメント全てのプロセスを見える化したものであり、ケアプランに係る議論をする際にはそのことを認識する必要があります。

つまり、高齢者一人ひとりの生活を支える検討をすることになるといった、覚悟が必要だと言えます。

自立支援型ケアプラン の視点・考え方



本人の想いを引き出し 意欲を高める方法 を検討する！

(2) 介護支援専門員基本テキスト

自立支援、多様な生活を支えるサービスの視点

高齢者のケアでは、高齢者の「自立」を支援することを原則としています。自立には、①ADLなどの「身辺自立」、②経済面での扶養等の「経済的自立」、さらには、③自分のことを自分で決めていく「人格的自立」があります。

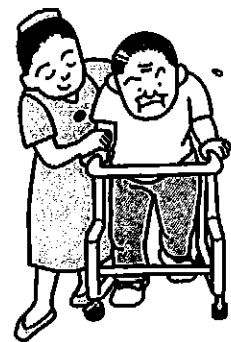
高齢者ケアでは、当然これら三つの側面について自立の支援を行います。自立の最終的な目標は人格的自立にあり、主体的に生きることを支援するものであるといえます。これは高齢者の尊厳を支援することであり、同情や憐れみをもって支援するものではないことを意味しています。すなわち、高齢者を含め人々にはできる限り自立的でありたいという願いを持っているという考えが根底にあり、それを支援していくこととなります。

ただ、自立概念はあいまいに使われているのが現状であり、自己選択、自己管理、個人の自由、個人のプライバシーといった意味も含んでいます。そのため、自立とは自己決定に関連する多くのことを含む広い概念です。具体的には、介護支援専門員は、長期的な目標の設定、生活問題解決のための優先順位や態度の決定について、高齢者が自らの責任で決定や選択していくことを支援していくこととなります。

自立は、高齢者が自らの行動に対して統制や介入といった影響を受けないことを意味しますが、他方、自己を律すること(autonomy)であるとされているように、自立には自己責任が伴います。自立とは自らの責任で自己決定することですが、自己決定は社会からまったく独立したものではありません。具体的には、高齢者が自らの存在や社会状況との関係を考えながら自己決定していくよう、介護支援専門員は高齢者を支援することとなります。



自立の過程は、高齢者が力のない状態から、自立について自信や信頼を回復し、自らの問題を自らが解決していくことに向かっていくことにつながって行きます。こうした、高齢者が身体的・心理的・社会的な力を主体的に獲得していくことを「エンパワメント」と呼んでおり、自立支援では高齢者がエンパワメントしていくよう支援していくことが求められます。エンパワメントの方法としては、高齢者のストレンクスをアセスメントし、ケアプランに反映していくことが重要です。



ストレンクスには、個々の高齢者が有している意欲や積極性、治癒力や回復力といった能力や可能性、思考や願望や抱負等があります。さらには、それぞれの高齢者が有している社会資源もストレンクスです。こうしたストレンクスを理解するために、介護支援専門員は、利用者との信頼関係に基づく対話を通じたアセスメントを継続して実施していくことが不可欠です。



(3) 自立支援のケアプランは、利用者・家族も ケアマネジャーも楽しい (佐藤信人氏)

(月刊ケアマネジメント 2011年2月号より引用)

(1) 個別性・固有性豊かなケアプラン

利用者の誰のにも使えるような、ステレオタイプ(決まり文句の羅列)なケアプランになっていませんか。自立した日常生活の実現を支援するためのケアプランなら、利用者の特性に応じて千差万別になるのが本来の姿のはず。具体的には、ケアプランの中に「利用者のその人らしい楽しみある生活」の様子が書かれていなくてはなりません。そうでなければ、利用者が「自分のためのケアプラン」と感じるものにはならないでしょう。それは利用者主体のケアプランではなく、ケアマネジャー主体のケアプランになってしまいます。そのようなケアプランでは利用者は喜ばないし、ケアマネジャーも楽しくないはずです。

決まり文句のケアプラン

(2) 利用者とともに作るケアプラン

利用者や家族の理解を超える、専門用語がならぶケアプランになっていませんか。サービスを利用して生活していく主人公は利用者です。ケアプラン作りに利用者や家族が参加するのは当然です。利用者と共に作ればケアプランは利用者や家族が理解できる言葉で書かれることになるはず。利用者や家族の言葉を使わず、専門用語羅列のケアプランは、ケアマネジャーが利用者・家族と一緒に作ってケアプランを作っていない証拠と言えるでしょう。

専門用語のケアプラン

(3) 主人公が誰なのか明快なケアプラン

ニーズも目標も、それが誰の意志なのかははっきりしないケアプランになっていませんか。ニーズはあくまでも利用者本人・家族に発生するものです。長期目標は、利用者が「自らも努力しながらサービスを利用して到達する自分自身の生活上の目標」、短期目標は利用者が「自ら立てた長期目標を達成するための段取りの意思表示」です。ケアプランは、サービスを導入する根拠なので、誰の意志で誰がどのような生活をするために、どんなサービス・サポートを利用するのが明確に語られるべきです。

計画の主人公は利用者本人

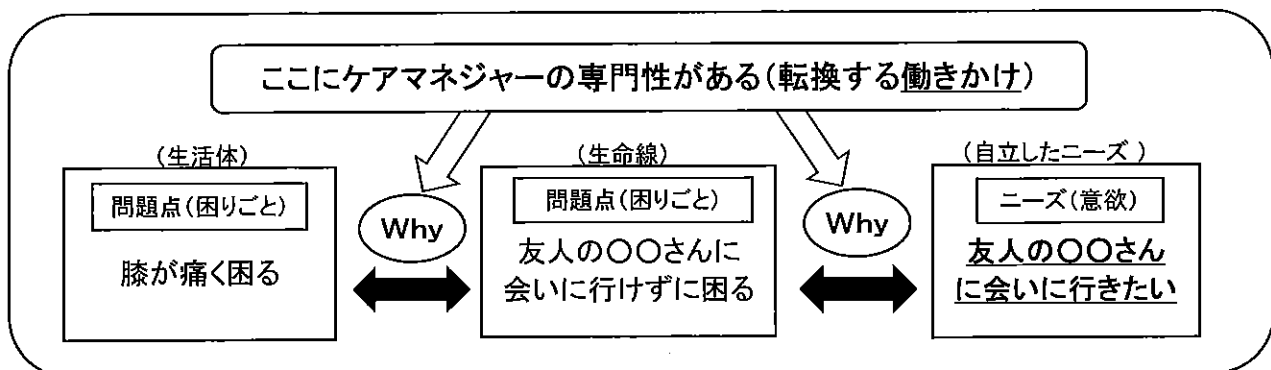
(4) 問題指摘・指導型ではないケアプラン

ニーズを利用者の抱える問題として捉え、それを補完するサービスを導入するという発想のケアプランも少なくありません。これはニーズとサービスが直結したタイプであり、サービスで問題点をカバーすることが目標(ゴール)になってしまいやすいという弊害があります。

しかし、保険給付の理念は、あくまでも「自立した日常生活」であり、「サービスを利用してどのような自分らしい生活を実現するか」が目標(ゴール)にならなければいけません。

もちろん問題点は重要ですが、「どのような生活をしたいか」という「生活への意欲」も同じくらい重要です。「生活」は「組み立てていくもの」であり、生活を組み立てていくためには、生活への「意欲」という力が必要です。その力を発見し、引き出して実行していくプロセスを利用者・家族とケアマネジャーが共に歩むことこそがケアマネジメントの醍醐味です。問題点ばかりを強調されても利用者に元気はだません。利用者の良いところ、魅力的なところ、こだわりなどの「強さ」を発見して、それをけん引役として、できることを伸ばし、できない部分をカバーしていく「生活意欲達成型」のケアプランの方が、自立支援に近いのではないのでしょうか。

生活意欲達成型ケアプラン



(4) 保険者と介護支援専門員がともに行うケアマネジメンツの質の向上ガイドライン(東京都)

本ガイドラインは「自立支援」を次のとおり定義

要支援・要介護の状態になっても、「可能な限りできる範囲で、可能な限り自分らしい生活を営むこと、自分の人生に主体的・積極的に参画し、自分の人生を自分自身で創っていくこと」に対する支援。

介護保険制度の目的は「自立支援」です。

介護保険法は高齢者等が要介護状態になっても尊厳を保持し、その人が有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るようにするために制度を設けたと規定しています。こうした生活を成り立たせるために様々な保険給付等があり、その保険給付等を互いに連携させ束ねて利用者のもとに届けるのがケアマネジメンツの主な機能です。

しかし、介護支援専門員は、要介護状態となった高齢者等を単に保険給付等を一方的に受けるだけの受動的な存在として捉えてはいけません。

法においても、国民に「その有する能力の維持向上に努めるべきこと」を求めているように、自ら生活を営む主体として、「自らの生活のために保険給付等を積極的に利用していく」能動的な利用者であってほしいと望んでいます。

要介護状態となっても自立した日常生活を送るためには、「生活への意欲」を持つことが不可欠です。

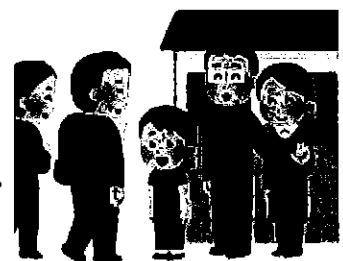
このため介護支援専門員は、要介護状態になって落胆し

たり、徐々に生活が不活発になったりして、縮小していく利用者の生活への意欲をいかに回復するかを見つめ働きかけています。こうした作業は、アセスメント、ケアプラン作成、モニタリングにおいても利用者・家族と介護支援専門員が協働で行います。協働しなければ利用者を受動的な存在にしてしまい、介護支援専門員の専横的なサービスを押し付けてしまうことになるからです。

生活意欲へのアプローチ
利用者・家族とケアマネが
協働で行う！

「自立支援とは」ポイント整理

- ⇒ 本人は「どのような生活を望んでいるのか」を確認する。
- ⇒ 本人の思いを引き出し、「意欲を高める」方法を検討する。
- ⇒ 高齢者本人の「自己決定」を尊重する。
- ⇒ ストレングスの理解は、「対話を通じたアセスメント」。
- ⇒ 計画の「主人公は利用者本人」。利用者が自分のケアプランとわかるように。
- ⇒ 決まり文句や専門用語ではなく、利用者や家族が「理解できる言葉」で書く。
- ⇒ 生活意欲へのアプローチは、利用者・家族とケアマネジャーが「協働で行う」！



③国が考える「課題分析」とは何か？

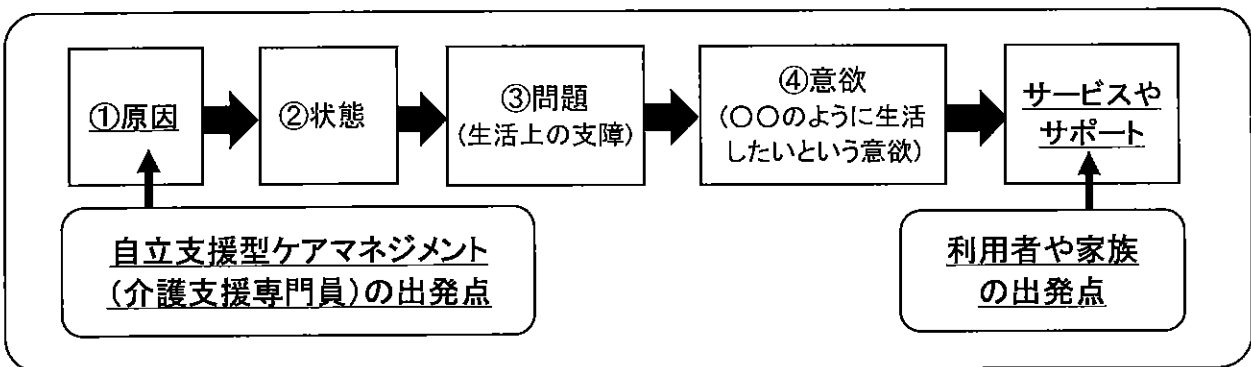
(1) 介護支援専門員実務研修テキスト(2016版) (公益法人 東京都福祉保健財団)

課題分析における留意点(趣旨の説明と理解)

ポイントは、アセスメントをしながら生活意欲の向上を図ることであり、生活意欲をもってサービスやサポートを活用するということです。

なお、利用者や家族が介護保険制度に「サービスを求めてくる」ことは自然なことです。このため、自立支援を目指す介護保険制度、ケアマネジメントの出発点と、利用者や家族の出発点は異なると考えた方が良いでしょう。

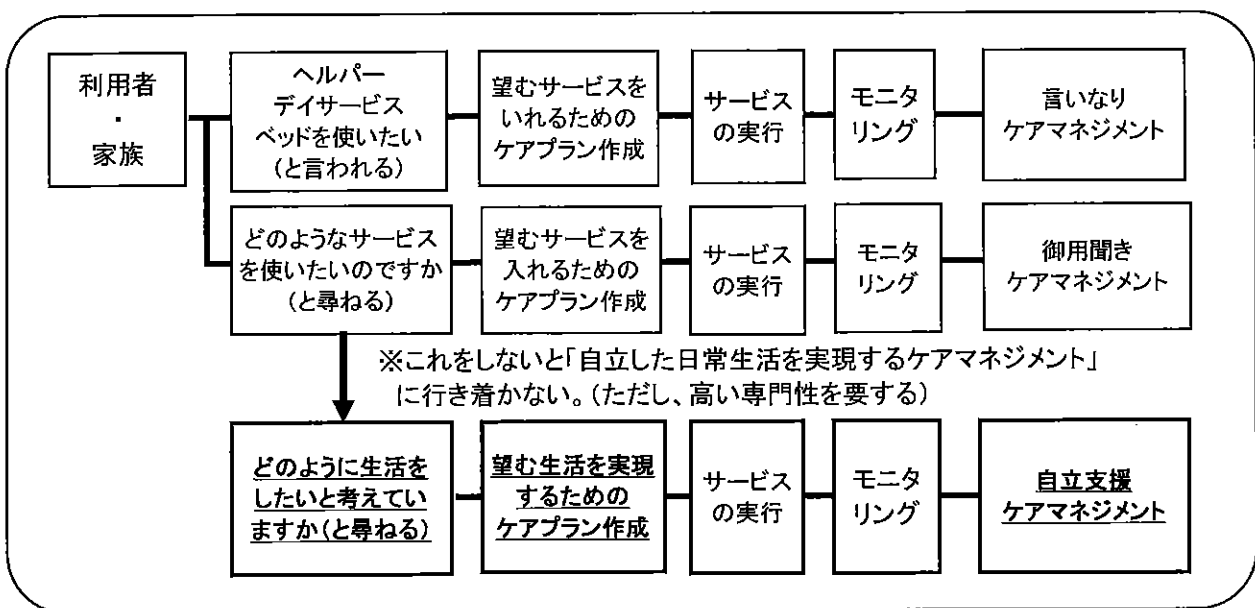
介護支援専門員は、アセスメント等を行う中で、利用者・家族の出発点をそろえる必要があります。しかし、それは慎重に進めなければならない困難な作業です。



各プロセスの相互関係

利用者・家族の「自立支援のケアマネジメント」への主体的参加に失敗した場合は、いわゆる「言いなりケアプラン」、「御用聞きケアプラン」になってしまいます。

介護保険の趣旨に添い、これを回避するためには「望む生活をイメージすること」ができて、「その生活を実現するためのサービスを利用する」という主体的な利用者・家族像が必要です。このためには、「生活への意欲」という力が求められますから、アセスメントやモニタリングで、こうした意欲・意向の高さを観察し、低ければ高めるような支援を行うことが重要になります。



(2) 介護支援専門員実務研修テキスト(2018版)

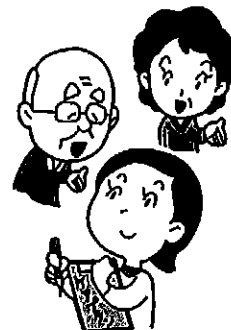
(一般財団法人 長寿社会開発センター)

協働作業としてのアセスメント

同意獲得プロセス

アセスメントは、介護支援専門員と利用者が協働で行う作業です。より正確にいうならば、利用者・家族と多職種が協働で居宅サービス計画を導き出す作業です。

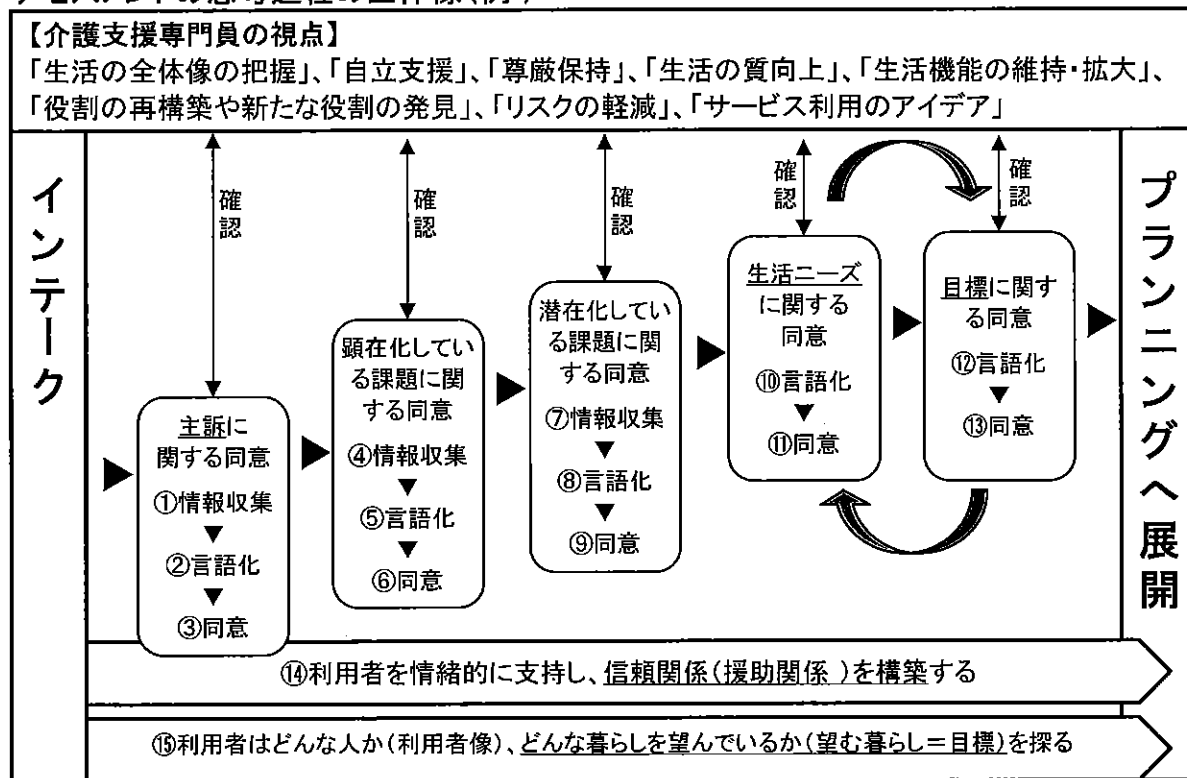
なぜならば、介護保険を利用して自立した生活を目指すのは利用者自身であり、利用者自身が現状を理解し(自己覚知)、自分の望む暮らしのあり方を決定(自己決定)します。そして、その目標の達成に向かって問題を解決していく支援を多職種で行うことが自立支援だからです。



1. 主訴に関する同意(例)

- ①介護支援専門員は、利用者の主訴(困りごと・要望)に関する情報収集。
- ②利用者の主訴(困りごと・要望)を、「〇〇ということでお困りなのですね」と言語化。
- ③利用者から「そうなのです」という返答があって、主訴について、利用者介護支援専門員の間で共有され、同意されこととなります。

アセスメントの思考過程の全体像(例)



2. 顕在化している課題に関する同意(例)

- ④利用者が表現した主訴(顕在化している課題)について、具体的に「何が」「どのように」困っているのかを情報収集。
- ⑤利用者が具体的に表現した主訴(困りごと・要望)について、「〇〇ということでお困りなのですね」と言語化。
- ⑥利用者から、「そうなのです」という返答があって、顕在化している課題について、利用者と介護支援専門員の間で同意されたこととなります。

3.潜在化している課題に関する同意(例)

- ⑦利用者が表現した内容は、利用者が気づいている事実です。
しかし、生活は多様な要素から成り立っていますから、利用者・家族が認識していない生活上の課題がないのか、つまり潜在化しているのではないかを確認することが重要。
- ⑧利用者が認識していない課題があることが推測できる場合には、「〇〇については、お困りではないですか?」と言語化し、利用者を確認。
- ⑨利用者から、「そうです、そういうこともあります」という返答があって、潜在化している課題について、利用者と介護支援専門員の間で確認(同意)されたこととなります。

4.生活ニーズに関する同意(例)

介護支援専門員は、情報収集、言語化、確認、同意というプロセスを、意図的に繰り返す。

- ⑩「〇〇〇〇というような暮らしを送りたいので、〇〇が必要なのですね」と言うように生活ニーズを言語化。
- ⑪利用者から「そうです」という返答があって、生活ニーズについて、利用者と介護支援専門員の間で同意されたということになります。

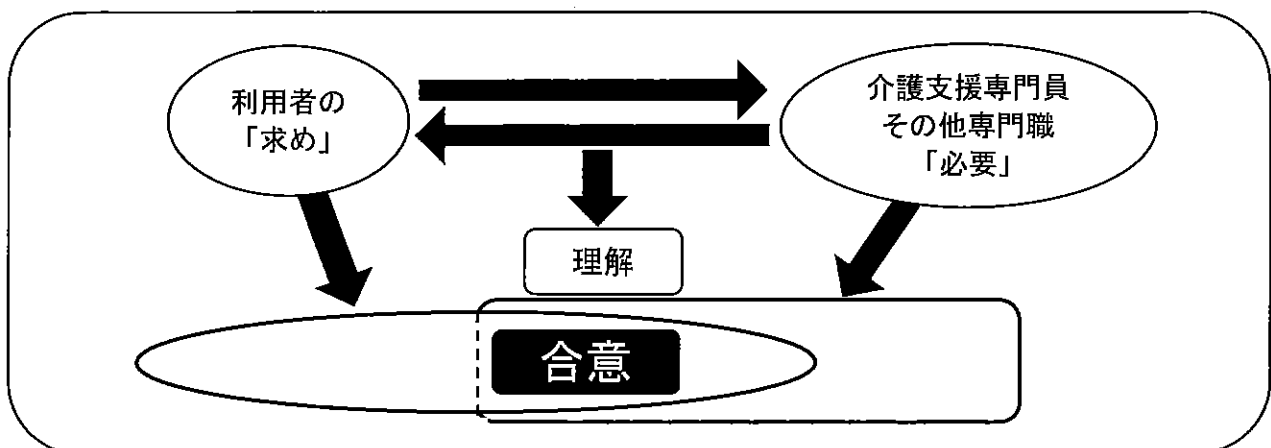
アセスメント
プロセス

情報収集
↓
言語化
↓
確認
↓
同意

5.目標に関する同意(例)

- ⑫主訴、顕在化している課題、潜在化している課題を明確にしなが、課題が解決された場合の生活について明らかにします。これは、利用者がどのような暮らしを望んでいるのかを明らかにし、目標を設定することです。介護支援専門員から、「〇〇というような暮らしが送れたら良いのにと、お考えなのですか?」と確認し、目標を言語化する場合があります。利用者の望む暮らしは、共通の到達目標になるもので、「第1表 居宅サービス計画書の総合的な援助方針」に繋がっていきます。
- ⑬利用者から、「そうです」という返答があって、目標について、利用者と介護支援専門員との間で合意されたこととなります。
- ⑭利用者・家族の状況を聞きながら、「つらかったでしょうね」「大変でしたね」というように相手の状況も考えてねぎらうことも重要な役割です。
情緒的な部分の理解は、信頼関係構築の一助ともなります。
- ⑮アセスメントによって、利用者像を知り、どのような暮らしを望んでいるのかという目標を探ることができます。

アセスメントプロセスは、重層的に進行しますから、⑩や⑪から介護支援専門員が居宅サービス計画について提案を行うような場面もあります。



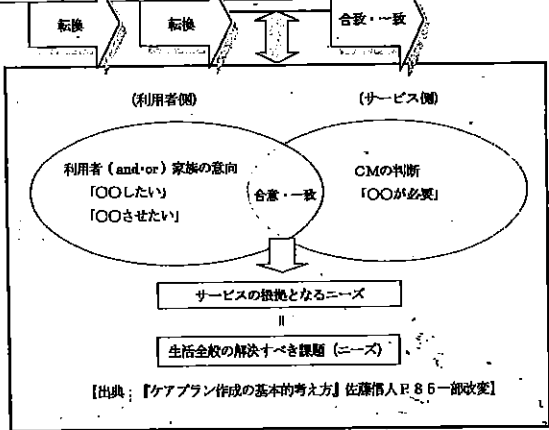
ケアプラン確認シート

そのまま記載する。

リ・アセスメント支援シート

利用者・家族と共に検討するケアプラン第2表

状態	問題(困りごと)	意向・意見・判断		生活全般の解決すべき課題(ニーズ)			優先順位
		利用者	家族	整理前	関連	整理後	
コミュニケーション、認知と行動、家族・知人等の介護力・健康状態・ADL・IADL・社会交流・特別な状態	利用者	利用者	〇〇したい、するようになる。			サービスの根拠となるニーズ	
	家族	家族	〇〇させたいしてほしい。				
	医師・専門職等意見	CM判断	〇〇が必要、〇〇したほうがよいのではないか。				
			CM判断	〇〇が必要。			



項目	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	短期目標	サービス内容	サービス種別	実施時期	実施場所	
利用者の意向	① <意向が高い時> 例：〇〇したい。 <意向が低い時> 例：〇〇する。	③ (ニーズが実現したら)私は、〇〇して暮らすんだ、それが私の望みだ。	⑤ そのために、私は、〇〇するようによつてみる。	⑦ こうすればうまくいくのではないかと。 〇〇が必要ではないかと。	⑨ 自分でやる。 家族がしてくれる。 友人がしてくれる。 外の方を利用する。その場合は、サービスはこれを活用するのが一番良いのではないかと。 <施設の場合> 施設専門職がしてくれる(各職種)		
家族等からの代弁	認知症のケース等で利用者の用いた言葉などをそのまま書くことができない場合						
記入の留意点	※意向の高さに応じて表現が変わる。 ※家族等が代弁する場合は、自分の意見を末元に添削書きで明記。	※この欄が最もその人のらしさを表す。	※ニーズに基づく長期目標を達成するための役割。	※短期目標を達成するための役割。	※介護保険のサービスにとらわれない。		

ケアプラン作成の疑問を解決

Why? なぜ?

②

それは何故ですか?
ニーズが実現したら、あなた(本人)にはどんな生活が起きているのですか?
あなた(本人)はどんな生活がしたくて、そう思うのですか?

What? 何を?

④

ニーズに基づく長期目標を達成するために、あなた(本人)はどうするのですか?

How? どうする?

⑥

短期目標を達成するために、あなた(本人)は必要だと思いませんか?

Who? 誰が?

⑧

誰がするのですか?

N. SATO モデル 一節改変

注意) 利用者を誘導しよう、管理しようとすることは厳禁。利用者・家族と共に検討する。認知症の人のときも、ニーズ、長期目標、短期目標は利用者本人の視点・立場で検討し記載する。

「課題分析とは」ポイント整理

- ⇒ ケアマネジメントの出発点と、利用者や家族の出発点は異なる。アセスメント等を行う中で、利用者・家族の出発点をそろえる必要がある。
- ⇒ 「自立支援のケアマネジメント」への主体的参加に失敗した場合は、いわゆる「言いなりケアプラン」、「御用聞きケアプラン」になってしまう。
- ⇒ 「望む生活をイメージすること」ができ、「その生活を実現するためのサービスを利用する」という、主体的な利用者や家族像が大切。
- ⇒ 「生活への意欲」が大切。アセスメントやモニタリングで、こうした意欲・意向の高さを観察し、低ければ高めるような支援を行うことが重要となる。
- ⇒ アセスメントは、介護支援専門員と利用者が「協働」で行う作業。より正確に言うなら、利用者・家族と多職種が協働で、ケアプランを導き出す作業となる。
- ⇒ 利用者自身が現状を理解し(自己覚知)、自分の望む暮らしのあり方を決定(自己決定)、その目標達成に向かって他職種で支援を行う。
- ⇒ アセスメントにおいて、介護支援専門員は、情報収集、言語化、確認、同意というプロセスを、意図的に繰り返す。
- ⇒ アセスメントによって、「利用者像を知り」、「どのような暮らしを望んでいるか」という意向を探ることができる。

28

介護支援センター員実務研修 テキスト(2016)

居宅サービス計画書(1)

第1表

利用者名 鎌倉 A 生年月日 昭和13年5月11日 住所 神奈川県鎌倉市

居宅サービス計画作成者氏名 〇〇〇〇 初回・紹介 研修 申請中

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 A居宅介護支援事業者 神奈川県鎌倉市 平成30年5月20日

居宅サービス計画作成(更新)日 令和3年1月6日 初回居宅サービス計画作成 平成30年5月20日

更新日 令和3年1月6日 更新の有効期間 令和3年2月1日~令和6年1月31日

要介護区分 要介護1 (要介護2) 要介護3 要介護4 要介護5

本人:先日、間違えてゴミを出してしまつたとき、近所の人に教えてもらい、助けられました。平成29年に妻が亡くなり一人暮らしになってしまったので、自分ができること(整理、洗濯物、散歩など)はして、長年暮らしてきたこの家を守りたいと思います。

本人:最近、電話で話しているときからぼんやりとした感じ、心配があります。生活リズムを崩してしまつたのではないかと、長年暮らしてきた家で、できる範囲の家事(特に洗濯)を行っているが、洗濯を嫌いでいます。洗濯機や女の好きを見に連れて行ってほしいと頼みます。

認知なし

平成29年から一人暮らしとなりました。ご本人にも自覚がある、「忘れっぽい」ことが増え、家事を忘れてしまつております。

支持チームは、家事の状況を把握させていただき、ごみ出し時や洗濯物を平すときの声かけ、冷蔵庫内の賞味期限の確認などを行います。

平成29年からご自分でできている家事を継続していきますよ。

医療機関 ○○クリニック ☎先生 0000-0000-0000 〇〇〇〇(妻) 111-1111-1111

生活活動中心型の
算定理由

1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他()

居宅サービス計画書について説明を受け、内容に同意し実行を承諾しました。

説明・同意日 年 月 日 署名・捺印

作成日 令和3年5月20日

居宅サービス計画書(2)

第2表

利用者名 鎌倉 A 職

実施期間(週)	実施日	実施内容	実施回数(回)	実施時間(分)
令和3年2月1日~令和3年7月31日	ごみの分別を行い、次まつた日にごみ収集場所へ持参すること、ごみ出しは自分で行いたい。	①ごみの分別を行い、次まつた日にごみ収集場所へ持参すること、ごみ出しは自分で行いたい。	①月1回 ②本人 ③妻	10分
令和3年2月1日~令和4年1月31日	一週間の洗濯物、洗濯機を分ける、洗濯機に入れる、平す、たたむ、干すなどの手順を指導し、自分で行いたい。	①洗濯物を洗濯機に入れる。 ②洗濯機をセットし、回します。 ③脱水機を乾燥機にかけます。 ④乾いた洗濯物の取り込み、たたむを一週に行います。(身体)	①本人 ②-③ ④訪問介護	①2回(各15分) ②-④ 〇訪問介護2回(各15分)

居宅サービス計画書(1)

平成26年4月28日

利用者名 江島 康 職 生年月日 昭和 年 月 日 住所 東京都〇〇区〇〇三丁目二番二号

居宅サービス計画作成者氏名 大島 タ子 初回・紹介 研修 申請中

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 東京都〇〇区〇〇

居宅サービス計画作成(更新)日 平成26年4月28日 初回居宅サービス計画作成日 平成25年10月28日

更新日 平成26年4月28日 更新の有効期間 平成26年5月1日~ 27年4月30日

要介護区分 要介護1 (要介護2) 要介護3 要介護4 要介護5

本人:家族や近所(約り仲)と話ができるようになりたいため、これから妻と一緒にカラオケコンパニに行けるように、リハビリを頑張りたい。

本人:もう少しスムーズに話ができるようになって、強さ戻したり他の人と話して欲しい。

要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

総合的な援助の
方針

1. 困難を克服し、生活リズムを整えて、今と同じように歩けるようになりたため、リハビリを頑張りたい。

2. 専門的知識と経験を活かして、コミュニケーションを取り、好きなことをできるようにしよう。

3. 身体にいいように暮らせるようにしよう。

緊急連絡先:妻 090-0000-0000 主治医:〇〇内科クリニック 03-0000-0000

生活活動中心型の
算定理由

1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他()

【明記】私は、この居宅介護サービス計画書(第1表、第2表、第3表)に同意し、受け取りました。 平成 年 月 日 署名

第2表 居宅サービス計画書(2)

第2表

利用者名 江島 康 職

実施期間(週)	実施日	実施内容	実施回数(回)	実施時間(分)
令和3年2月1日~令和3年7月31日	近所に行く機会を増やし、近所の人と話せるようにしよう。	近所に行く機会を増やし、近所の人と話せるようにしよう。	①本人 ②妻 ③訪問介護	①2回(各15分) ②-③
令和3年2月1日~令和4年1月31日	洗濯物を洗濯機に入れる、洗濯機をセットし、回します、脱水機を乾燥機にかけます、乾いた洗濯物の取り込み、たたむを一週に行います。	①洗濯物を洗濯機に入れる。 ②洗濯機をセットし、回します。 ③脱水機を乾燥機にかけます。 ④乾いた洗濯物の取り込み、たたむを一週に行います。	①本人 ②-③ ④訪問介護	①2回(各15分) ②-④ 〇訪問介護2回(各15分)

自立支援型ケアプラン

4 実地指導及びケアプラン点検の視点・確認事項！

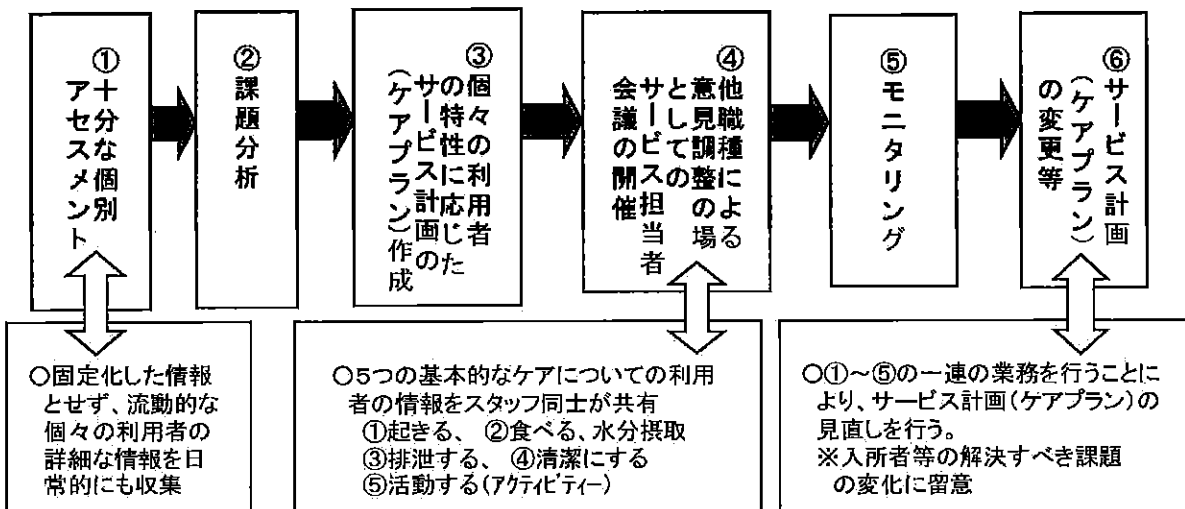
【実地指導】

実地指導は、自治体の担当者が介護サービス事業所を直接訪問。書類の確認やヒアリングを基に、運営及び報酬請求について確認していきます。実地指導は、制度管理の適正化と、よりよいケアの実現を図ることであるのに対し、「監査」は、不正請求や指定基準違反に対する機動的な実施であり、実地指導とは区別されています。

【ケアプラン点検】

介護支援専門員が作成したケアプランが、ケアマネジメントプロセスを踏まえた「自立支援に資する適切なケアプラン」となっているか否か、介護支援専門員と共に検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促し、ケアマネジメントの質の向上を図っていきます。

「一連のケアマネジメントプロセス」の理解



①介護保険施設等実地指導マニュアル(vol.145)

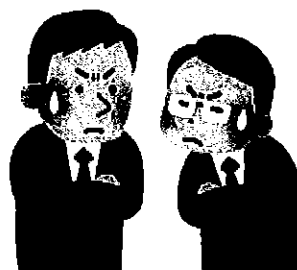
(1)ケアマネジメント導入の趣旨

(ケアマネジメントの現状)

○ 介護保険制度の根底にある理念は自立支援及び利用者本意であり、それを具現化していくための手法として、新たに導入されたものにケアマネジメントがある。これは高齢者の状態像を適切に把握し自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものである。このケアマネジメントとは、個々の要介護者の心身の状態やおかれている環境や希望などを把握分析した上で、状態の悪化をできるだけ防止する視点に立って、適切なケアを総合的かつ効率的に提供するための仕組みであり、ケアマネジャーが中心となって、以下の手順により実施される。

- ① 要介護高齢者の状況を把握し、生活上の課題を分析(アセスメント)した上で、
- ② 総合的な援助方針、目標を設定するとともに、①に応じた介護サービス等を組み合わせる。(プランニング)。
- ③ ①および②について、ケアカンファレンス等により支援に関わる専門職間で検証・調整し、認識を共有したうえで(他職種協働)、ケアプランを策定し、
- ④ ケアプランに基づくサービスを実施するとともに、継続的にそれぞれのサービスの実施状況や要介護高齢者の状況の変化等を把握(モニタリング)し、ケアの内容等の再評価・改善を図る。

○ しかしながら、制度施行後の状況をみれば、このケアマネジメントは必ずしも十分にその効果が発揮されていない。十分な効果を得るためには、ケアマネジメントの各過程が着実に実施されることが最低限の条件となるが、ケアマネジャーの中には、これらの過程を適切に実施していないものも少なくなく、高齢者に内在している、真の解決すべき課題(ニーズ)を洞察できないまま、場当たりにサービスが提供されている事例も見受けられる。



例えば、アセスメントを十分に実施せず、高齢者の要望のみを聴取してサービスを組み立てる傾向、ケアカンファレンスを実施せず、サービス担当者がケアの総合的な方針の統一認識等がないまま各サービスが提供されている傾向、サービス提供期間中のモニタリングを実施せず、漫然とサービス利用を続けていく傾向も見られる。また、特に初回時のケアマネジメント(アセスメント)はきわめて重要であり、この段階で適切かつ十分なアセスメントが行われないと、それ以降のプロセス全体がうまく機能せず利用者の心身状態に合致したケアを提供することができない。

(以下略)

ケアマネジメントに期待された効果が発揮されていない！

利用者の要望のみでサービス調整！

担当者との統一認識ができてない

モニタリングが実施されず、漫然と継続

◆アセスメント(課題分析)◆

①情報収集

利用者の自立支援、尊厳の保持につながるサービスの提供が適切かつ効果的に行われるように利用者が抱える生活課題(ニーズ)を明確にする必要があります。そのためには、利用者及びその人を取り巻く環境について多方向からの客観的な情報収集を適切な方法で行うことが必要です。

健康状態、ADL、IADL、認知、コミュニケーション能力、社会とのかかわり、
排尿・排便、褥瘡・皮膚の問題、口腔衛生、食事(1.500kal/1日)摂取、水分
(1.300ml/1日)摂取、行動・心理症状、介護力、居住環境、特別な状況 等

など、アセスメントのための標準項目23項目を参考にして、総合的な視点での情報収集が必要です。

◎情報収集の方法におけるヒアリングの視点

「誰が何を情報収集するのか」について、担当のケアマネジャーだけでなく、医師や看護師などの専門職による視点からの観察情報をも加味することが必要です。また対象として、利用者だけを観察するのではなく、利用者の生活歴や家族状況(介護力・家族背景等)など、その人を取り巻く環境全般についてみていく必要があります。

出来ない事だけを見るのではなく、利用者本人ができること(ストレングス)をアセスメントする視点が大切です。

◎アセスメントの実態ヒアリングのポイント

⇒施設・事業所で作成している、アセスメント表等を確認しながら、自立支援に向けたケアプランを作成する上で、本当に必要な利用者情報が適確に引き出されているかをヒアリングします。

標準項目を網羅するだけのアセスメントではなく、収集した情報から、まず利用者の全体像を捉えることが大切です。次に、利用者が今どのような状況にあり、何故サービスを必要としているのか、自立支援に必要な本当の支援は何かを分析した上で、ニーズを引き出しているかを確認します。

単に要望とサービスを結び付けるだけにならによる配慮する必要があります。また一連のケアマネジメントプロセスを常に振り返りながら、ケアマネジメントに望んでいるかを確認することが重要です。

◆課題分析◆

②分析

アセスメントの結果を多方面から検討し、入手した情報の分析から、課題・ニーズを把握する。課題・分析にあたっては、次の点に十分留意することが必要です。

- 表面に現れている現象を「問題」として捉えるのではなく、問題を引き起こしている原因や背景を明らかにしていくことで、「真の課題」つかんでいるか。
- 目に見えている問題は、相互に関連しあって、1つの現象を示しているため、その相互関連を明らかにしていく視点があるか。
- 利用者に起こりうる危険性を予測することなどにより、潜在化している課題を発見し、課題の見落としを防ぐことに配慮しているか。
- 利用者本人や家族が希望するニーズのみに対応するのではなく、専門職として知識と技術を基に分析を行う努力をしているか。
- 利用者本人の支援だけでなく、主たる介護者を支援する視点を忘れていないか。
- 緊急事態の予測、リスクマネジメントに配慮する視点をもっているか。に十分注意が必要。

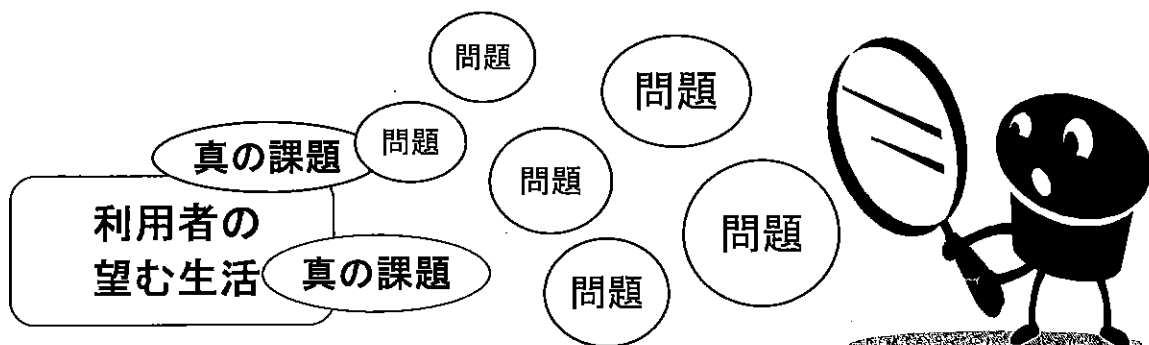
◎課題分析におけるヒアリングの視点

⇒アセスメントから得られた情報の分析により、利用者の状態を改善するための課題やニーズの把握が行われているかを確認します。

⇒利用者の状態の悪化の防止又は悪化のスピードを遅らせることへの有効策の模索が行われているかを確認します。

障害のある部分・状態に対して、サービスで補ってだけでなく、自立に向けた支援、利用者のQOLを高めるという視点で分析することが重要です。

また、単に情報収集しただけでアセスメントが終わっていないかを常に振り返る視点をもち、専門職として判断した根拠の説明ができることが重要です。



◆ケアプランの作成(個別性に応じた計画作成)

ケアプランの作成にあたっては、アセスメントに基づき抽出された課題(真のニーズ)の改善をめざすために次の点に配慮することが大切です。

- 利用者自身は、どのような生活をめざしたいと考えているか。
- 利用者の意向を踏まえた上で、どこまでの改善が可能か。

という目標設定を明確にする。

また、課題を解決し、目標を達成するための具体策・方法として具体的なサービス内容の設定(必要に応じてリハビリテーション計画などの個別計画の策定)を行います。サービス内容の設定にあたっては、次の点に留意する必要があります。

- 目標を達成する手段として適切な内容となっているか。
- 個別のサービス内容については、「誰が、いつまでに、どのような方法で、どの位の頻度で」サービス提供されるのかが、具体的にしめされているか。
- 利用者のニーズに即した過不足のない、安全なケアが行われることに配慮されたサービスになっているか。

ことが重要である。

◎ケアプランの作成におけるヒアリングの視点

⇒課題に応じてた職種が関わりを持つ個別ケアプランとなっているか、それぞれの職種の役割が明確であるかを確認します。

専門性を持った他職種の関わりにより、より高い水準の個別ケアを提供できます。また、それぞれの専門職の役割分担が明確であると、計画に基づく実施が可能となると同時に、利用者の変化を早期に把握できます。

本来、ケアプランの原則は「セルフケアプラン」であると考えます。
利用者自身がケアプランの主人公であり、主体的に意欲を持って参加できるように個別のニーズに即した実行可能なものであることが重要です。
同時に、援助者側も同じ目標に向かって、利用者の自己実現のために、それぞれの専門性を生かせる計画であることが大切です。

②ケアプラン点検支援マニュアル (vol.38)

①目的

ケアプラン点検は、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ自立支援に資する適切なケアプランとなっているかを、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに、「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援するために行うものです。

自立支援への気づき



②点検にあたっての基本姿勢

自立支援に向けたケアプランの作成に向けて大切なことは、介護支援専門員がケアマネジメントの視点を正しく踏まえ、専門家として判断の根拠をしめした上でケアプランを作成ができていくかどうかです。

③課題分析表(アセスメントツール)

アセスメントはケアマネジメントにおいて、ケアマネジャーが行う一番重要で専門的な作業といえます。介護保険制度では、「課題分析」と位置づけられており、居宅介護支援の場合は、厚生労働省令38号第13条に、「適切な方法により、利用者が抱える問題点を明らかにして、解決すべき課題を把握する」よう示されています。

そのためには、利用者の心身の状態、生活環境、介護力等の各項目の情報を的確に、かつ総合的に把握し、利用者及び家族が直面している困りごとや生活を営む上での課題(自覚・無自覚)を整理し、その原因・背景をあらゆる面から分析し、「状態」と「原因」をつなげていく必要があります。

しかし、それだけではなく、利用者が課題分析を通じて望む生活にむけて前向きに課題を受け止め、主体的な取り組みが行えるように、専門職として働きかけることが重要であることを意識しなければなりません。

「望む生活」に向けて、
主体的に取り組めるように、
専門職として働きかける！

重

大切なのは支援が必要な状況を明らかにするだけではなく、利用者および家族が持つ力の強さ、可能性に着目する視点を持ったアセスメントができることにあります。専門職として働きかけるための、最も基本的な作業の1つだということを認識しておかなければなりません。

アセスメント表は、介護支援専門員が利用者の自立支援にむけたケアプランを作成する上で、課題分析に必要な利用者の「情報収集」⇒「課題の整理・分析」⇒「意欲的な取り組みへの働きかけ」という、一連の流れを適切に実施するために必要不可欠なものであります。

不十分なアセスメントからは、適切な課題や目標は導き出されず本来目指すべき「自立支援」と、かけ離れたケアプランとなります。したがって、このアセスメント力を向上させることが、より質の高いケアマネジメントへとつながることを常に意識しながら、取り組んでいくことが大切になります。

◎ ケアプラン点検支援マニュアルの指標

居宅サービス計画とは、利用者及び家族の「望む生活」を具現化するための計画書といえます。「望む生活」の実現に向けて、ケアチーム(利用者及び家族も含む)が目指す方向性や果たすべき役割提供するサービスやセルフケア及び家族支援等が具体的に書面に記されたものであるといえます。したがって、次に示す第1表・第2表・第3表は、連動した帳票であることを押さえておく必要があります。



ケアプラン1表

利用者及び家族の「望む生活」を含め、居宅サービス計画全体の方向性を占める帳票です。居宅サービス計画書の中で、利用者及び家族の生活に対する意向が、はっきりと示される1番重要な帳票ともいえます。第1表は、利用者・家族・ケアする人々の気持ちを一つにするための大切な計画書であり、出来るだけわかりやすく、利用者の言葉で具体的に記載することが重要です。また、利用者の生活を支援するチームケアの気持ちを一つにし、利用者とともに同じ方向に進んでいくための大切な帳票であるといえます。

① 利用者及び家族の介護に対する意向

○ アセスメントの結果、「自立支援」に資するために、解決しなければならない課題がきちんと把握できているかを確認します。

そのためには、利用者の主訴や相談内容などをもとに、利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくことが重要です。また利用者及び家族が、介護保健サービス(インフォーマルサービス含む)を利用することによる改善される生活のイメージを持つことができるように働きかけたかも重要になります。

○利用者と家族の意向が異なる場合には各々の意向を区別し記載するとともに、様々な事情(高齢者虐待等)がある場合には支経過表(5表)を活用して、記載しておくことが必要です。

② 総合的な援助の方針

○ 総合的な援助の方針は、介護に対する利用者及び家族の意向を、援助者側の立場から押さえ直したもので、居宅サービス事業者の共通する支援目標となっています。

○緊急事態が予測される場合(認知症や医療依存度の高い方等)には、利用者及び家族と相談した上で、緊急時の対応機関やその連絡先等についても把握しておきます。

あらかじめ支援者の中でも、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応について、利用者・家族・関係者といったケアチームの中での共通認識を図っておくことで、スムーズな対応が図れます。

「実地指導マニュアル・ケアプラン点検」ポイント整理

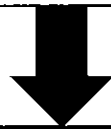
- ⇒ケアマネジメントに期待された効果が発揮されていない！
- ⇒真の課題を洞察できないまま、場当たりにサービスが提供されている！
- ⇒利用者の要望のみでサービス調整されていることがある！
- ⇒サービス担当者との総合的な援助方針など、統一認識ができてない！
- ⇒モニタリングが実施されず、漫然とプランが継続されている！
- ⇒本人の希望に対応するのではなく、専門職として知識と技術を基に分析を行う。
- ⇒起こりうる危険を予測し、潜在化している課題発見、課題の見落としを防ぐ。
- ⇒緊急事態の予測、リスクマネジメントに配慮すること。
- ⇒自立支援、利用者のQOLを高めるという視点で課題分析すること。
- ⇒本人が、どのような生活をめざしたいと考えているかを一緒に考える。
- ⇒ケアプランの原則は「セルフケアプラン」。利用者自身がケアプランの主人公となる。
- ⇒「望む生活」に向けて、主体的に取り組めるように、専門職として働きかける。
- ⇒「情報収集」「課題の整理・分析」、さらに「意欲的な取り組みへの働きかけ」が大切。
- ⇒わかりやすく、利用者の言葉で具体的に記載する。
- ⇒サービスを利用することで改善される生活イメージを持てるように働きかける。

5 具体的な「1表」の考え方 どのように書けば良いか？

(概要まとめ)

国がイメージしている「課題分析」とは？

- ⇒ 居宅介護支援は、利用者等の主体的な参加や問題解決に向けた意欲の醸成が必要となる。
- ⇒ 「生活の質を維持・向上」を目指し、生じている問題を明らかにする。
- ⇒ 「自立した日常」を目指して解決すべき課題を把握する。
- ⇒ 生活全般を十分に把握する。
- ⇒ 利用者自らが、「望む生活」に向けて、主体的・積極的に取り組めるように、専門職として働きかける。
- ⇒ 利用者とともに問題点を明らかにして、改善される生活のイメージが持てるように働きかける。
- ⇒ 課題分析は、利用者や家族と一緒に、「望む暮らし」を一緒に考える作業。
- ⇒ 課題分析とは、ケアマネが考える課題に対して、利用者や家族に「問いかけ・働きかけた結果」を整理したもの。
- ⇒ ケアプランは利用者本人のためのもので本人が主人公。利用者が発した言葉で、わかりやすく書く。
- ⇒ ケアプランは、合意・同意を獲得した内容を、本人の言葉で書く。
- ⇒ 言語化・合意の作業を丁寧に行うこと。
- ⇒ 本人の思いや意欲を高める方法を検討する。



「課題分析の趣旨」とは、生活に生じている問題や課題を利用者や家族、チームと一緒に考えながら、本人が望む将来的な暮らしを確認する合意と同意の行程。

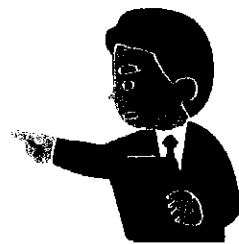
①老企第29号 新旧比較

改定後(2021年3月)	当初の老企第29号(2003年)
<p>(居宅サービス計画書記載要領)</p> <p>本様式は、当初の介護サービス計画原案を作成する際に記載し、その後、介護サービス計画の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。</p> <p>なお、介護サービス計画は、<u>利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するために重要な計画であり、利用者が地域の中で尊厳ある自立した生活を続けるための利用者本人の計画であることを踏まえ、わかりやすく記載するものとする。</u></p>	<p>居宅サービス計画書記載要領</p> <p>本様式は、当初の介護サービス計画原案を作成する際に記載し、その後、介護サービス計画の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。</p>
<p>第1表:「居宅サービス計画書(1)」 ⑬「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> <p>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と考えているのか意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「<u>自立支援</u>」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、<u>利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている方や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。</u></p> <p>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。</p> <p>[理由] 利用者とその介護を行う家族は不即不離の関係にある。介護や支援を受けつつ、利用者や家族が、家庭や地域社会の構成員として自立した主体的・能動的な生活を送ることが重要である。このため、利用者はもとよりその家族が、介護や支援を受けつつ、どのような生活をしたと望んでいるのかについて、明確に把握する必要がある。このような主体的な生活への欲求と対応するサービスが一体となり初めて効果的な援助が可能となる。また、時として、このような意向が消極的な場合があるが、そのような場合には自立意欲を高め、積極的な意向が表明できるよう援助する必要がある。</p>	<p>第1表:「居宅サービス計画書(1)」 ⑬「利用者及び家族の介護に対する意向」</p> <p>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と考えているのかについて課題分析の結果を記載する。</p> <p>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。</p> <p>[理由] 利用者とその介護を行う家族は不即不離の関係にある。介護や支援を受けつつ、利用者や家族が、家庭や地域社会の構成員として自立した主体的・能動的な生活を送ることが重要である。このため、利用者はもとよりその家族が、介護や支援を受けつつ、どのような生活をしたと望んでいるのかについて、明確に把握する必要がある。このような主体的な生活への欲求と対応するサービスが一体となり初めて効果的な援助が可能となる。また、時として、このような意向が消極的な場合があるが、そのような場合には自立意欲を高め、積極的な意向が表明できるよう援助する必要がある。</p>
<p>⑮「総合的な援助の方針」</p> <p>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、<u>利用者及び家族を含むケアチームが確認、検討の上、総合的な援助の方針を記載する。</u></p> <p>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、また、<u>あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応の方法等について記載することが望ましい。</u>例えば、<u>利用者の状態が急変した場合の連携等や、将来の予測やその際の多職種との連携を含む対応方法について記載する。</u></p> <p>[理由] 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、介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、利用者の自立を援助するために、どのようなチームケアを行おうとするのか、ケアチーム全体が共有する理念を含む援助の指針を具体的に明らかにする必要がある。</p> <p>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。</p> <p>なお、「総合的な援助の方針」及び以下の「援助目標(長期目標・短期目標)」、「援助内容(サービス内容、サービス種別等)」などは、利用者及びその家族の状況の変動によって随時見直される必要があることは当然である。</p> <p>さらに、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。</p>	<p>⑮「総合的な援助の方針」</p> <p>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の担当者が、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。</p> <p>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。</p> <p>[理由] 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、介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、利用者の自立を援助するために、どのようなチームケアを行おうとするのか、ケアチーム全体が共有する理念を含む援助の指針を具体的に明らかにする必要がある。</p> <p>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。</p> <p>なお、「総合的な援助の方針」及び以下の「援助目標(長期目標・短期目標)」、「援助内容(サービス内容、サービス種別等)」などは、利用者及びその家族の状況の変動によって随時見直される必要があることは当然である。</p> <p>さらに、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。</p>

②各地域のケアプラン点検で聞かれる意見

(参考とした資料)

愛知県 春日井市「令和2年度ケアプラン点検結果報告」
東京都 練馬区「ケアプラン点検結果の報告について」
神奈川県 鎌倉市「居宅ケアプランの基本的な考え方と書き方」
宮崎県 都城市「ケアプラン点検について」
和歌山県福祉保健部「ケアプランチェックマニュアル」
大阪府堺市「ケアプラン点検事業からみえてきたケアマネジメントの現状と課題」
兵庫県 神戸市「ケアプランチェックからみえたケアマネジメントの現状と課題」等



(1) ケアプラン全体に関して

●「ケアプランの書き方」の基本の「き」

- ① 誤字脱字がある(変換ミスなど)。
- ② 専門用語が多すぎて利用者には理解が難しい。
- ③ 略語(通介、生活Ⅱなど)があり、内容がわかりにくい。
- ④ 和暦と西暦、「今年」と「来年」が混同していてわかりにくい。
- ⑤ 利用者や家族への配慮に欠ける表現がある(認知症・徘徊・拒否・訴え等)。
- ⑥ 使用ソフトの状況によって、利用者にとって分かりにくいケアプランになっている。
(例:文字が切れていたり、ずれていたりする。枠内に収まりきっていない等)

●提出されたケアプランから見受けられた不適正な内容

- ・「居宅サービス計画書(1)(2)(3)」が連動した帳票となっていない。
- ・短期目標終了時のケアプランがない。
- ・ケアプランにないサービスが導入されている。
- ・自立支援とかけ離れたケアプランになっている。

(2) アセスメント(課題分析)の視点

- ⇒「利用者が望む生活」や、「その人らしい自立の在り方」を明らかにする。
- ⇒主訴は利用者等が抱える問題状況を理解するための「入口」であり、「真のニーズ」を導かなければならない。
- ⇒利用者が「望む生活」にむけて前向きに課題を受け止め、主体的な取り組みが行えるように働きかける。
- ⇒利用者ができること、したいことなど「利用者の可能性」を明らかにする。
- ⇒「利用者の望む生活の実現」に向けて、利用者の意欲へ働きかける。
- ⇒支援が必要な状況を明らかにするだけでなく、利用者および家族が持つ力の強さ、可能性に着目する視点を持つ。
- ⇒意向の度合いや意欲の高さへの着眼点を持って利用者の自立を考える。
- ⇒「言語化・合意の作業を入念に行う」ことで、本人主体が実現されていく。
- ⇒本人の主訴、顕在化している問題、潜在化している問題、生活課題(ニーズ)について、「言語化と合意」を繰り返すことによって、本人を本人らしくしていく。

言語化・合意の
作業を丁寧に!

(3)「利用者及び家族の生活に対する意向」

①【分かりにくい書き方】具体例

(内容が抽象的…)

- ⇒安全で安心した生活を続けたい
- ⇒不安のない生活を送りたい
- ⇒安心して自宅で過ごしたい
- ⇒自宅で安定した生活をしていきたい
- ⇒楽しみを持って張りのある生活をしたい
- ⇒まわりに迷惑をかけないようにしたい
- ⇒独り暮らしが継続できる
- ⇒自宅でゆっくり過ごしたい
- ⇒家で健康に暮らしたい
- ⇒今まで通りに暮らしていきたい
- ⇒介護負担を軽減したい
- ⇒掃除ができなくて困っている
- ⇒身の回りのできない所を手伝ってほしい
- ⇒家族の言う通りでいいです
- ⇒今の生活を続けたい
- ⇒今までと同じでいいです
- ⇒特に何も言うことはない
- ⇒(家族)できることは自分で行ってほしい

(サービスの希望…)

- ⇒デイサービスを利用したい
- ⇒通所介護は週2回でいい
- ⇒お風呂も入れるのでデイは楽しみです
- ⇒訪問介護をもっと利用したい
- ⇒体調がもとに戻るまでヘルパーを利用したい
- ⇒家事などをヘルパーさんに手伝ってもらいたい
- ⇒(次女)今のサービスをそのまま継続したい
- ⇒(長女)週3回のデイを続けてほしい

(感謝の言葉…)

- ⇒皆さんおかげで助かっています
- ⇒支援していただき、ありがとうございます
- ⇒皆様にお世話になって申し訳ない気持ちです

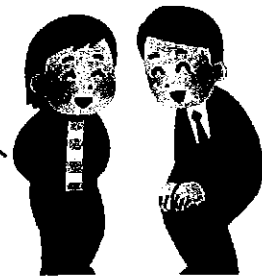
(専門用語ばかり…)

- 下肢筋力を向上し転倒なく過ごしたい
- 臀部の褥瘡が改善し痛みなく生活できる
- 服薬及び食事管理を徹底し健康を維持する

②【良い書き方への助言・ポイント・視点など】

(意向・望む暮らしの導き方)

- ⇒初回面接で、「どのような生活をしたいか」という希望を聞く前に「何に困っているか」を深く聴取することが重要。十分に困りごとに耳を傾けアセスメントすることで、「どうなりたい」、「どうしたい」、「こうなりたい」、「これはしたくない」といった具体的な思いが見えてきます。これを生活への意向へと結びつけることが必要です。



- ⇒いきなり、「どのような生活をしたいか」を問われても、利用者は、「今まで通りの暮らしをしたい」、「できることは続けたい」という曖昧で抽象的な答えになります。
- ⇒抽象的な回答に対して「具体的にどんなことを継続したいと考えていますか？」といった深掘りする質問ができないと、生活の意向が曖昧・抽象的なものとなる。
- ⇒利用者にとっての「安全」「安心」は人それぞれ。アセスメントを通して個別化することで利用者本人の具体的な意向が聞こえて来るはず。
- ⇒利用者等が認識している「困りごと」に耳を傾け、最終的には利用者の意欲やモチベーションにつながる「真の意向」を引き出すよう努めることが求められます。
- ⇒利用者の発言をそのまま記載するだけでなく、「介護や支援を受けつつどのような生活をしたいと望んでいるのか」について、明確に把握する必要があります。
- ⇒利用者が実現可能な「将来的に望んでいること」が具体的に表されている。

(サービス自体を書くことへの注意)

- ⇒「なぜ そのサービスを使いたいのか」、「そのサービスを利用することでどのような困りごとを解消して、どのような生活をしたいと考えているのか？」等、サービスに対する要望の背景にある生活に対する意向を聞きとり、記載しましょう。
- ⇒困り事だけを聞いて、サービスを組む「サービス優先アプローチ」は、思い浮かべた介護サービス以外の選択肢をケアマネ自身が無くしてしまうことになります。

(本人や家族の言葉で書く)

- ⇒利用者が「どのような生活をしたいと考えているか」について、それぞれの意向が本人の言葉でそのまま記載されているか。
- ⇒利用者・家族が発した言葉(セリフ)を、可能な限り、そのまま具体的に表記します。
- ⇒利用者の意向は、「こうなりたくない」、「これはしたくない」、といった否定的な感情も含まれるため、留意します。
- ⇒誰の意向であるかを続柄で記載します(例:長男、長女)。
- ⇒家族が、「たまには1人の時間をもちたい」と言ったことに対し、「介護負担を軽減したい」とすると、意味は似ていても齟齬があります。要約には注意しましょう。
- ⇒自分の意思を表示できない時は、非言語コミュニケーションで読み取るかかつての生活史等からアドボカシー(代弁すること)が大切です。
- ⇒認知症で意向を表明できない利用者であっても、利用者の能力を最大限に活かして意向を確認する。確認が難しい場合は、生活歴等も踏まえて利用者が望むであろうこと(思い)を、ケアマネ、家族、サービス事業者が汲み取って記載する。
- ⇒本人が認知症などで意向が聞き取れない場合でも、アセスメントを通じて、本人の望む暮らしは何なのかを考察していくことが必要です。「〇〇〇と思われる」の表現が使われることがあります。



③【好ましい書き方】 具体例

- ⇒令和3年11月までできていた編み物や裁縫を、家族のためにやりたい。
- ⇒娘と一緒に行っていた近くの猫カフェにまた行けるようになりたい。
- ⇒裏の畑で前のように野菜をつくって、孫たちに送りたい。
- ⇒次の春には歩けるようになって、土手の桜を妻と一緒にみたい。
- ⇒妻と二人で長年暮らしてきたこの家で、最後まで生活したい。
- ⇒介護してくれる妻の身体だけは自分のことよりも大切にしたい。
- ⇒トイレは自分の力で何としてでも行きたい。
- ⇒家で暮らしたいが長男に迷惑をかけたくない。たまには休めるようにしてあげたい。
- ⇒足腰のリハビリを続けて、体力が弱くならないようにしたい。
- ⇒昔よくやっていた囲碁や将棋などを再開して楽しみをもって暮らしていきたい。
- ⇒掃除は自分で行いたいと思っているが、十分にできないので手伝ってほしい。
- ⇒(長男妻) 本人ができることには、手を出し過ぎないで見守ってあげてほしい。
- ⇒(夫) 集団で行う体操等をするのを強要しないでほしい。

利用者と一緒に「望む生活」を確認していき、「本人の言葉」で記載する!

(4)「総合的な援助の方針」

①【分かりにくい書き方】具体例

【誰にでも当てはまるような内容となっている】

⇒関係機関と連携しながら支援にあたります。

⇒自宅で暮らしていけるよう支援します。

⇒ご本人の意向を伺い速やかに関係機関で連携を図りサポートさせていただきます。

【サービス利用ばかり】

⇒日々の生活が安心して過ごせるよう、訪問介護や通所介護を利用していきます。

⇒福祉用具を活用し、立ち上がり動作や独歩の安定性を向上していきましょう。

⇒通所介護を利用し、友人との交流やリハビリ、入浴など行っていきましょう。

⇒転倒防止の観点から、外出時には車イスを活用していきます。

【抽象的で具体性がない】

⇒安心、安全に生活ができるよう支援してまいります。

⇒不安なく過ごせるように支援していきます。

⇒認知症により不安の訴えがあった場合には、丁寧に話を聞きます。

【専門用語ばかり】

⇒臀部褥瘡の悪化防止のため皮膚状態確認及び食事量など随時確認していきます。

⇒腰痛悪化を防止するため、福祉用具貸与で起居動作を補助。独歩の安定性を向上していきます。

⇒継続した機能訓練・リハビリを行い、ADLの向上を目指していきます。

【意味のない内容となっている】

⇒〇〇病院 電話番号 (長男)電話番号 (緊急性の判断なく全員に記載)

②【好ましくない書き方・考え方】

⇒サービスの羅列、サービス事業者の方針が記載されている。

⇒サービス名とサービス内容が中心にかかっている。

⇒解決すべき課題に対して、ケアマネを始め各種サービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、その方針が示されていない。

⇒利用者の経過が中心の記載になっている。

⇒入院歴や生活歴などの経過のみが記載されている。

⇒ケアマネジャーの行う支援の記載となっている。

⇒同事業所内で、一言一句同じ内容の事業所があった。

⇒誰にでも当てはまるような文章となっている

⇒利用者の言葉を介護支援専門員が要約して、専門用語(ADL・QOL)での記載や、「在宅生活の継続」「下肢機能の向上」などの表現があります。

・これを読んで利用者は理解できるでしょうか？

・理解ができないのに自分の計画として頑張ってみようかと思うでしょうか？

ケアプランは、利用者が「今後の望ましい生活」に向けて目標を立て実行していくための「本人の計画」です。

⇒緊急連絡先や主治医の情報等が特段の意味もなく明記されている

⇒発生する可能性の高い緊急事態が想定される場合の連絡先の記入がない。

③【良い書き方の助言・ポイント・視点など】

(チームケアの方針)

⇒利用者及び家族が「望む生活」を目指して、利用者および家族を含むケアチームが協働して目指す共通の方針(支援や目標など)を記載することが必要です。

⇒第2表のニーズに対して、ケアチームが利用者の自立を援助するために、どのようなチームケアを行うのかを記載する。

⇒支援者の共通事項として、観察・配慮・対応が必要なことは何かを記載します。

⇒共通方針とは、利用者等の複数のニーズに共通している支援チーム全員が、共有しておくべき「支援ポイント」です。

⇒「チーム方針」を記載する。

①チームとして、全員が理解し、共有し、観察し、配慮し、サポートする内容。

②課題の中核を記載する。

(例)頭痛や歩行時ふらつき、家事意欲の低下が見られ食事をたべない、洋服を着替えないことがある。

課題の中核(根本要因)…服薬を忘れることによる影響

③『服薬を忘れることがあります、その影響から頭痛や足元がふらつくことがありますので服薬(残薬)の確認と声かけを行っていきます。』



(緊急連絡や対応等)

⇒緊急連絡先は、利用者の状況等に応じ記載の必要可否を検討、判断します。

⇒現在は利用予定がないサービスであるが、将来的に利用す可能性がある場合にその旨を記載しておくことも可能。例えば、「今は必要ないが、介護者に急な出張等が想定される場合に、短期入所を利用します」などがあります。

④【好ましい書き方】 具体例

⇒変形性膝関節症があり、膝に負担がかかると痛みが伴う状況です。自分の役割としてできる家事(調理や掃除)を継続するためにも、(歩行状態)転倒に対して最も気を付けることとし、移動時・歩行時の足の運びの状態により、声掛け等のサポートをします。

⇒水分摂取量が少ないため、脱水症状が心配されています。支援時には飲水量について、随時確認・声かけを行って行きます。

⇒食事の量が2月より低下しており、体重も減っています。「食事の有無・食事の量・内容等」の摂食状況と、それに伴う歩行状態の観察を行います。

⇒左半身の痺れの影響から、朝方の立ち座り動作の際ふらつくという話が聞かれています。支援時には心身状況や転倒有無など随時確認していきます。

⇒前回の目標であった「昼食は自分でスーパーまで買いに行く」は達成されました。一方、「杖を持つ」「歩幅を広く」を頭において歩くことを忘れてしまうこともありますので、支援スタッフも継続して声かけ等のサポートをします。

⇒今後について、ご家族や家庭の状況変化に対して泊まり等の相談をしていきます。

③四訂 居宅サービス計画書作成の手引き

⇒法定研修の教科書(2010年版) 【長寿社会開発センター】

第1表から第3表の基本的性格

居宅サービス計画書の第1～3表は、先に行われる課題分析(アセスメント)の結果を踏まえて、利用者と家族及び介護支援専門員と一緒に(共同作業)作るものです。

できあがったものは、利用者と居宅サービス計画に組み込んだ居宅サービス事業者に渡します。第4表は、介護支援サービス(ケアマネジメント)の進行に合わせてケアチーム全体の意志を確認し、共有し、第5表は、介護支援専門員がその時々判断を行っていくための根拠になる情報を責任を持って記録していくものです。

(1) ケアプラン第1表

第1表は、居宅サービス計画全体の方向性を示すものです。第2表の目標やサービス内容も、第1表の利用者及び家族の生活に対する意向や総合的な援助方針に添ったものとする必要があります。

① 利用者及び家族の介護に対する意向

●意義

利用者と家族が介護サービスを受けながらどのような生活をしたいか確認していきます。利用者や家族がそれぞれ現在の状況を認識し、利用できるサービスの内容や料金などを知ることが前提条件となります。

●「意向」の確認方法

① 意向は、申込み時点の最初の要望をそのまま書けば良いというものではありません。また、意向がはっきりと表明されていない場合もあります。むしろ、一緒に課題分析(アセスメント)を行い、サービス等の情報提供もする中で信頼関係が構築され、徐々に意向が明確になってくるものです。

ケアマネジャーは、こうして意向を明確化していく過程の支援を大事にするよう努める必要があります。なお意向が表明されない場合や消極的な時は、意欲的になるように援助することが重要です。

⇒課題分析は共同作業
⇒「望む生活」を、一緒に考え・働きかける!

② このため、面接の時間を十分に取りサービス利用のための各サービス事業所や市町村の発行するパンフレットの活用、保険給付以外の利用できる保健・福祉等のサービスや地域のインフォーマルサービスの紹介をしましょう。

③ なお居宅サービス計画見直し後の継続計画では、その後の利用者や家族の変化の影響を受けて意向が変わることがあります。必要に応じてモニタリングを実施し意向に変更があった場合は、書き直しましょう。

●書き方

① 利用者や家族が発した言葉で、大事なことはそのまま書くことが大切です。ケアマネジャーが独自に翻訳せずに書くことは、利用者や家族の理解と信頼を得ることにつながります。

② 利用者と家族の言葉は、区別して書きましょう。また、家族間で意向に違いがある時も、それぞれ区別し、例えば「妻」「長女」等と書きましょう。

③ 一人暮らし等の時は、関わりの強い別居家族などにも連絡をとり意向を確認しましょう。

●利用者と家族の意向が異なる場合の注意点

- ① 双方が意向の違いを互いに認識しており、ケアマネジャーにも発言している場合は、そのまま計画表に書きましょう。
- ② 双方が意向の違いを認識しながらも一緒にいる時は、ケアマネジャーに一致した意向を発言するが、個別には「実は〇〇と考えている。」と発言するような場合、当面一致した発言を書きましょう。さまざまな事情で表面化できない双方の**意向の違い**については、**重要な事項として第5表の「居宅介護支援経過」に明記しておきます。**
- ③ 利用者や家族が「居宅サービス事業者には知らせないでほしい」と表明する事柄で**重要なことは第5表の「居宅介護支援経過」に明記しておきます。**

② 総合的な援助の方針

●意義

利用者を含むチームケアが目指す共通の方針を記載する為の欄です。
第1表の「利用者・家族の生活に対する意向」に対応して第2表の「長期目標」を総合化した内容となるように書きましょう。具体的には第2表の「長期目標」を設定した後に、この欄に記載した仮案を確定します。

●書き方

- ① 「ケアチームとしての総合的方針」を書きます。
- ② 利用者・家族が望む生活を目指し、自ら積極的に取り組むことが出来るように、**分かりやすく**書きましょう。
- ③ あらかじめ居宅サービス計画原案で記載した内容を、サービス担当者会議で話し合ったうえで確定して下さい。利用者及び家族の意向を反映させるためには、サービス担当者会議に利用者及び家族が参加することが原則です。
- ② サービス担当者会議で話し合った上で書きましょう。利用者及び家族の意向を反映させるためには、サービス担当者会議に利用者及び家族が参加することが原則です。
- ④ 認定審査会の意見以外に、サービス担当者会議等で「サービスを提供する上での**専門的な視点からの様々な留意事項**」が示される場合があります。
その時には、この欄を活用し、「サービス提供上の留意事項」として特記し、利用者や家族に説明する必要があります。

留意事項などは
ここを活用して！

●緊急事態が想定される場合！

- ① 例えば、利用者の病状の急変や主な介護者が何らかの事情で介護ができなくなること等緊急事態が予測される場合には、あらかじめ利用者や家族と相談をしておきましょう。
- ② 対応の方法や関係機関・連絡先等については「緊急時の対応方法」として明記しておきましょう。
- ③ ここに書くことによって、関係者が共通認識し、円滑に適切な対応をする事ができるようになります。

てきせいか定期便

令和 3年 4・5月

日頃は本市介護保険事業の運営にご理解ご協力いただくとともに、利用者の方々の介護・支援にご尽力いただきありがとうございます。また、介護給付適正化事業におきましても、お忙しい中ご協力いただきありがとうございます。

さて、現在も新型コロナウイルスの感染拡大等、大変困難な状況が続いております。皆様の業務が少しでもスムーズに進むよう、新しい情報についてできるだけ早く、わかりやすくお伝えできるよう努めてまいりますので、よろしく願いいたします。

今回は、「居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」「ケアプランの軽微な変更の内容について」「令和3年度報酬改定・基準改正に係る事業所からの質問」についてお知らせします。

摂津市高齢介護課 介護保険係

《居宅サービス計画書標準様式及び記載要領》

(※介護保険最新情報 Vol.958 を参照してください。)

今回の改正で居宅サービス計画の様式と記載要領の内容が一部変更・追加されましたのでお知らせします。

《追記された項目》

①「介護サービス計画は、利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するために重要な計画であり、利用者が地域の中で尊厳ある自立した生活を続けるための利用者本人の計画であることを踏まえ、わかりやすく記載するものとする」

■介護保険制度の3つの基本理念に「自己決定の尊重」「自立支援」「生活の継続性の支援」があります。居宅サービス計画は「本人の望む生活」を実現させるための重要な計画です。本人にわかりやすく記載することはもちろん、介護者や居宅サービス事業者のための計画ではなく、「利用者本人の計画」であることを念頭において作成していただくよう、お願いします。

②【第1表】「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」

「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、どのような生活したいと考えているのか意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。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。」

★(意向を踏まえた課題分析の結果の考え方)

■「利用者及び家族の生活に対する意向」の欄については、単に利用者やその家族からの「要望」を載せるのではなく、課題が明確になっていく過程において、本人・家族の意向にどのような変化が生まれたのか、利用者及び家族が改善可能であろうと思う生活を具体的にイメージできたうえで示した意向を記載していただくよう、お願いします。

③【第1表】「総合的な援助の方針」

「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、利用者及び家族を含むケアチームが確認、検討の上、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、また、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応の方法等について記載することが望ましい。例えば、利用者の状態が急変した場合の連絡等や、将来の予測やその際の多職種との連携を含む対応方法について記載する。」

★(総合的な援助方針の考え方)

■現在のヒアリング（ケアプラン点検）でも「総合的な援助の方針」欄には、緊急時の連絡先や対応方法を記載するようお願いしています。緊急事態が予測される場合（認知症や医療依存度の高い方など）には、利用者及び家族と相談したうえで、緊急時の対応機関やその連絡先等についても把握し記載してください。あらかじめ支援者のなかでも、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応について、利用者・家族・関係者といったケアチームのなかでの共通認識を図り、その内容を記載するようお願いします。

④【第1表】「生活援助中心型の算定理由」※追加部分のみ

「…事情の内容については、例えば、

- ・家族が高齢で筋力が低下していて、行うのが難しい家事がある場合
- ・家族が介護疲れで共倒れ等の深刻な問題が起きてしまう恐れがある場合
- ・家族が仕事で不在の時に、行わなくては日常生活に支障がある場合

などがある。（「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取扱いについて」（平成21年12月25日老振発1224第1号）参照）」

■「生活援助中心型の算定理由」にあたっては、まず介護支援専門員がアセスメントを通じて利用者の自立支援のためにこのサービスが必要であるということを明確に導き出し、次に「なぜこの援助を家族（その他のインフォーマルサービスも含む）は行うことができないのか」という理由を分析、整理し検討して記載してください。

⑤【第2表】「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」※追加部分のみ

「…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
- ・家族や地域の協力でできること
- ・ケアチームが支援すること

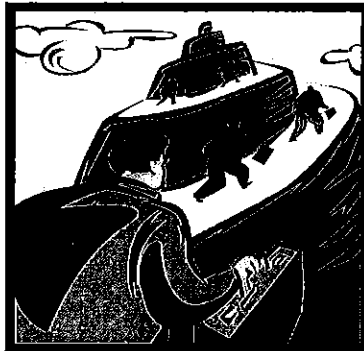
で、できるようになることなどを整理し、具体的な方法や手段を分かりやすく記載する。

目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようになるのか」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。」

■第2表は、居宅サービス計画書全体の中核となるものです。どのような課題（ニーズ）があり、それを解決するために何を指すのかということを明確にしていくことが必要となります。

利用者及び家族の抱える問題点や困りごとに対して、安易に即サービスで対応するというのではなく、

居宅サービス計画書 第1表
「意向」の導き方と書き方



ケアマネジャー実務支援サイト「ケアフリー」

ケアマネジャー業務に不安や迷いを感じている方に向けて、さまざまな情報を発信しています。ぜひ一度、ホームページやyoutubeに遊びに来てください。

⇒ホームページ <http://carefee-28.la.coccan.jp/>

⇒youtube ケアフリーちゃんねる