居宅介護支援の手引き

　　　　　　　　　　Ⅰ　依頼を受ける

　　　　　　　　　　Ⅱ　アセスメントする

　　　　　　　　　　Ⅲ　ケアプランの原案を作る

　　　　　　　　　　Ⅳ　サービス担当者会議をする

　　　　　　　　　　Ⅴ　モニタリングする

　　　　　　　　　　Ⅵ　再アセスメントする

　　　　　　　　　　　　振り返る（チェックする）

宮城県ケアマネジャー協会

.

居宅介護支援の手引き

*2008/12/04（改訂2015.12.25.改訂2019.01.04.）*



1）要介護者等（要介護者・要支援者）からの相談に応じて，要介護者等がその心身の状況等に応じた適切な在宅（居宅）サービス，地域密着型サービス，施設サービス，介護予防サービスまたは地域密着型介護予防サービスを利用できるよう，保険者である市町村，サービス提供事業者（事業者や施設）等との連絡調整を行う者

2）要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的な知識・技術を有する者

3）介護支援専門員証の交付を受けた者

　介護支援専門員（ケアマネジャー）

　「居宅介護支援の手引き」は，居宅介護支援が，利用者への介護の必要性と介護保険制度の趣旨に沿っているかを振り返るものであり，介護支援専門員による「自己評価」，客観的な「第三者評価」，サービスを使う側の「利用者評価」に活用できるように構成してあります。

　また，「その人らしさを大切にする」とか「自立支援に資する」とか「気づきを促す」など，曖昧な言葉を使わず具体的な表現と明確な指針により，実効性のある内容にしてあります。

　結果として，居宅介護支援サービスの質の向上と，効果的・効率的介護保険サービスの実施，介護保険サービスの理解と利用者満足度の向上につながることを目指しています。

※「居宅介護支援の手引き」は，「アセスメントのための情報収集シート１２８」及び，「ケアプラン策定のための課題検討用紙」と関連して確認する仕組みになっています。また，課題検討の考え方については，「居宅ケアプラン策定のための課題検討の手引き」を参考にしてください。

※「居宅介護支援の手引き」は，居宅介護支援のすべてではなく，ケアマネジャーとしての専門性の基本と，居宅介護支援の最低基準です。

Ⅰ　依頼を受ける

１　申し込みを受け付けます。

　　依頼されたことを明らかにして支援を開始します。

（１）介護保険サービスの仕組み・理念を説明します。

　　＊自立支援とは

　　　・介護が必要になってもできるだけ自宅で暮らし続けられるようにします。

　　　・一人ひとりの能力に合わせ，できないところは介助を受けても，自分でできると

　　　　ころは自分でできるようにします。

　　　・リハビリや運動等をして，体力等が回復できるようにします。

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

（１）基本理念

|  |
| --- |
| 高齢者ケアの基本理念　～自立支援～  １ 残存能力活用（能力発揮）支援  本人の自己解決能力に着目して，個々のニーズの客観的な把握・分析を行い，自立を  支援及び自立を促進する目的で関わります。  できるところも代行してしまうと，その時は喜ばれるかもしれませんが，能力の発揮  を妨げ，依存性を高めてしまう場合があります。  ２ 自己決定支援  選択可能な，個人を尊重した個別的対応や方法を事前に提案してお知らせし，本人の  自らの決定を尊重して対応します。決めるのは支援者でなく本人です。  自己決定と自己責任は違います。  自分で決める能力を評価し，判断が難しければ後見人（家族等）等が変わりに決定す  る場合もあります。  ３ あたりまえの生活支援  本人の心身の機能や生活環境に障害があったとしても，その人の生活を維持・継続し  ていけるよう，相手の生活の継続性を尊重して関わります。  広く，保健・医療・福祉・介護・法律等，生活全般にわたる連携により支援します。 |

|  |
| --- |
| 高齢者ケアプラン策定の基本  　１ 治るものは治す。（改善する可能性，維持の必要性，悪化の危険性）  　２ 治らなければ補う。  　３ 予防する。 |

　　＊公正中立

　　　・利用者一人ひとりを尊重し，身体のこと，病気のこと，介護力，希望等に配慮し，

　　　　話し合いの上サービス計画を作り，サービスの調整をします。

　　　・一部のサービスやサービス事業者の利用に偏らないようにします。

|  |
| --- |
| （公正中立）  　指定居宅介護支援事業者は，指定居宅介護支援の提供に当たっては，利用者の意思及び人格を尊重し，常に利用者の立場に立って，利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう，公正中立に行われなければならない。 |

|  |
| --- |
| （介護保険で言うアセスメント）  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。  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。 |

（２）「居宅介護サービス計画作成依頼届出書」を作成し，保険者（市町村）に提出しま

　　　す。

（３）保険者から，介護保険証に担当居宅介護支援事業者名称の記載を得ます。

（４）契約します。

　　①　書面をもって重要事項を説明し了解を得ます。

　　②　契約書を作成し取り交わします。

２　基本情報を集めます。

（１）氏名，年齢，連絡先，ＡＤＬ，医学的留意事項等，最低限度必要な情報を得ます。

（２）要介護認定情報を確認します（決定通知及び保険証）。

（３）個人票（フェイスシート）を作成します。

Ⅱ　アセスメントする

１　アセスメントをするための情報を集めます。

（１）国の定めた標準項目が最低限の情報項目です。要介護認定の調査項目ではありませ

　　ん。

（２）身体状況や環境については，直接本人と面接して情報を得ます。

（３）医療情報については，主治医意見書及び診療情報提供によって得ます。

　※　アセスメントのための情報収集シート128　参照。

２　生活全般（課題分析標準項目）の能力評価，環境の評価をします。

　　・転んだ→いつ→どのような場面で→何をしていた時　…等

・身体を支えられれば４～５メートル歩く。２週間前までは杖を使って自力で

歩いていた。…等，具体的状況を把握します。

※　動作を細かく分割するなど，どこまで出来てどこから支障があるのかを明らかにします。

※　具体的状況と気付いたコメントを情報収集シートの「具体的状況」の欄に記入します。

３　具体的状況が生活に支障があるかどうか，詳しく検討する必要があるかどうか判断します。

※　生活の支障があると判断，検討の必要があると判断をした場合は「検討」の欄に○を付けます（支障がない場合は×を付けます。）。（スクリーニング）

※　その支障はあくまでも本人の支障であり家族や周りの支障ではありません。

　※　太字の数字の項目で，○が付いた具体的状況を，課題検討用紙の「検討の必要な具

体的状況」に転記します。（細字の項目は，検討する時の参考にします。）

４　生活上の支障の原因を明らかにします。

（１）病気のため

　　①　急性期の病気

　　②　持病の進行

　　③　痛みを伴う症状

　　④　認知症

　　⑤　精神疾患

（２）怪我のため

（３）障害のため

（４）動かない（廃用）ため

（５）生活習慣のため

（６）悩み・不安等のため

（７）環境のため

（８）薬のため

　　①　薬が合わない

　　②　向精神薬のため　　　・・・など

　※　医療面については，主治医の先生に確認します。

　※　課題検討用紙の「原因」に整理します。

５　そのことについての意向を確認します。

（１）生活上の支障と原因を踏まえた上で，本人，家族はどうなりたい，どうしたいと思

　　っているのか，意向を確認します。

（２）実現可能なことを聞きます。

（３）介護保険の理念に沿った意向を聞きます。

　　　「また自分で歩けるようになりたい。」「炊事は自分でしたい。」「トイレは自分

　　でしたい。」

　　★　後ろ向きな希望はとりあえず聞くだけにする。（プランに載せない）

　　　「歩けるようになると困るので動かさないで寝かせておいてほしい。」「できるだ

　　　け介護したくない。」「早く施設に入れてしまいたい。」…

（４）言い換えて整理してみて聞きます。

　　　「歩けるようになればいいんだけ　　⇒　「ということはできればまた歩けるよ

　　　どね。」　　　　　　　　　　　　　　　うになりたい！っていうことですね。」

（５）意向が聞き取りにくい場合は，予測して提案してみることも重要です。

　※　課題検討用紙の「利用者（家族）の意向」に整理して記入します。

６　ケアプランにする必要性を把握します。（スクリーニング）

（１）改善するのか，維持するのか，予防するのか，可能性を検討します。

　　①　良くなるのか，元に戻る可能性があるのか

　　　　支障・低下が最近起こった利用者で，状態が安定している場合など。

　　②　今の状態を続けられるようにする必要があるのか

　　　　支障が長い間変化していない場合など。

　　③　悪化を予防，低下するのを予防する必要があるのか

　　　　褥瘡や失禁，筋力低下，拘縮，転倒などの危険性がある場合など。

（２）必ず行わなければならない介護を確認します。

　　①　必要な介護を把握します。

　　　ア　改善の可能性がなく，生活する上で必ずしなければならない介護は何かを把握

　　　　します。

　　　イ　改善の可能性がある場合でも，生活する上で必ずしなければならない介護は何

　　　　かを把握します。

　　②　必要な医療対応を把握します。

　　　ア　主治医からの指示のある医療的管理について把握します。（病気の管理・観察

　　　　食事制限薬の副作用など…）

　※　課題検討用紙の「自立に向けた，改善（回復）の可能性，維持の必要性，低下・悪化の危険性，ケアの必要性」に整理して記入します。

７　生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を把握します。

（１）アセスメントの結果を反映させます。

　　①　把握した，生活上の支障・困っていること

　　②　把握した，支障，困っている原因

　　③　把握した，希望・意向

　　④　把握した，可能性

　　⑤　把握した，危険性

　　⑥　把握した，必要な医療対応

　　⑦　把握した，必要な介護

（２）アセスメントの結果からの必要性と本人の意向が一致している場合は,その意向を

　　そのままニーズにします。また，必要性を本人の意向に沿って言い換えて本人の了

　　解を得ます。

　　①　お風呂に自分で入れない　　⇒　　お風呂に入りたい（本人の意向を反映）

　　②　歩行練習が必要である　　　⇒　　また散歩できるようになりたい

　　③　一人でいる時間が長く，　　⇒　　いろいろな人と会って楽しく過ごしたい

　　　落ち込みが進む可能性が

　　　ある

　　④　膝の痛みのため掃除機が　　⇒　　掃除を手伝ってほしい

　　　けができない

（３）本人の意向がとれなければ，必要性をニーズにします。

　　①　排泄介助が必要です

　　②　床ずれの予防が必要です

　　③　日常動作のすべてに介助が必要です

　　④　通院介助が必要です

（４）必要性が明らかで，家族の想いを反映させる場合は次のようにします。

　　①　お風呂に入れてあげたい

　　②　楽しく過ごす時間を持ってほしい

　※　課題検討用紙の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ）」に整理して記入し，居宅

　　　サービス計画書（２）の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ）)」に転記します。

|  |
| --- |
| 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の設定は介護支援専門員の専門性が必要とされる重要なポイントです。自立支援を念頭に置き，現状分析と利用者本人（家族）との話し合いにより，出来るだけ前向きな生活ができるような課題設定をすることが必要です。  １　厚生労働省の説明  （１）記載要領（厚生労働省通知）  　　　「利用者の自立を阻害する要因など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・・・」  （２）書き方  　　①　自立支援を目指す計画ですからニーズの欄には「◎◎できるようになりたい」  　　　「◎◎したい」というように，利用者が主体的・意欲的に取り組めるような書き  　　　方のほうがいいでしょう。  　　②　背景要因を書くと「○○のため○○できない」のように，ネガティブな表現に  　　　なりやすいので，「○○したい」とできるだけ簡潔に書くほうが良いでしょう。  ２　「簡潔に」「～したい」という課題設定をするための要件  （１）課題分析を充分に行い根拠（問題原因可能性など）を明確にしておくこと。  （２）利用者（家族）と十分に話し合いをして合意の得られる内容にすること。  （３）課題分析から得られた必要性と利用者（家族）の希望が一致していること。（単  　　なる御用聞きにならないこと。意思確認が不可能な場合は必要性を優先する。）  （４）サービス担当者会議で課題設定の理由（根拠）を説明するか課題分析の結果（要  　　約表・領域選定表など）をサービス計画書に添付して説明し利用者及び関係居宅サ  　　ービス事業者スタッフの理解を得ること。 |

８　どのようなケアを提供するのか，方向性を決めます。

（１）生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を解決するために，どのようなケアを提供し，

　　どのような目標に沿ってケアを進めていくのかがわかるようにします。

　　①　たとえば・・・

　　　ア　お風呂に入れるようにします。

　　　イ　外出，交流し，楽しく過す機会を作り，気分が改善出来るようにします。

　　　ウ　機能訓練により，下肢機能が改善するようにします。

　　　エ　出来るだけ早く，床ずれを治すようにします。・・・など。

（２）この段階では，まだサービスの種別は決まっていません。方向性だけで十分です。

　　　サービスを使うためのプランにならないようにするためにも重要です。

　※１　課題検討用紙の「ケアの方向性」に整理して記入し，居宅サービス計画書（１）

　　　の「総合的な援助の方針」に，箇条書きに（または整理して）転記します。

Ⅲ　ケアプランの原案を作る

１　生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

　※　課題検討用紙の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」と一致します。

２　目標を定めます。

期間： 短期目標は概ね３ヶ月，長期目標は最も長くて認定の有効期間

（１）実現可能でモニタリングしやすい目標にします。

　　①　５ｍぐらい自力で歩けるようになる

　　②　お風呂に入れる

　　③　食事がとれる

　　④　話し相手ができる

（２）本人の目標にします（事業者や家族の目標にしない）

　　①　歩行介助をする　⇒　安全に歩ける

　　②　床ずれを治す　⇒　床ずれが治る

　　③　楽しく過ごせる機会を作る　⇒　楽しく過ごせる

　　④　家族の介護負担が軽くなる　⇒　入浴などの介助が受けられる

（３）きれいな言葉を並べるのではなく，具体的な目標にします。

　　①　×その人らしく暮らせる？　⇒

　　②　×安楽に過ごせる？　⇒

　　③　×穏やかでいられる？　⇒

　　④　×自立した生活が送れる？　⇒

３　目標を達成するための介護内容を定めます。

（１）具体的で簡潔に，利用者が何をしてもらえるのかがわかるように書きます。

　　　入浴介助（リフト浴），ポータブルトイレ介助，更衣介助，会話支援，交流支援

　　歩行訓練支援，下肢筋力強化訓練支援，服薬確認　など。

４　介護を実施するサービス，事業者を選定します。

（１）選ぶための提案をし，選んだ時のメリットとデメリットを説明します。

　　　お風呂はどのように入りたいですか？　自宅のお風呂で？浴槽を持ってきてもらっ

　　て？出かけて？　など

５　目標達成に必要な利用頻度を定めます。

（１）目標達成を意識した，回数・頻度を設定し，その理由が客観的に説明できるように

　　します。

６　総合的な援助方針を設定します。（課題検討用紙の「ケアの方向性」です）

（１）短期目標は本人の目標ですが，援助の方針はサービス提供者の方針です。

（２）「～できるようにします。」「～を支援します。」などと整理します。

（３）ニーズと目標を整理して，箇条書きに整理して書きます。

（４）ニーズと目標を整理して，まとめて文章にして書きます。

『ケアプランの原案』

|  |
| --- |
| 利用者本人（家族）と話し合い，担当するサービス事業者と調整を済ませ，双方の内諾  を得ているものが『ケアプランの原案』です。 |

Ⅳ　サービス担当者会議をする

１　サービス担当者会議とは

（１）利用者本人（家族）とケアプランの原案にあるサービス担当者の参加により行な

　　われます。

　　①　利用者本人宅など，身近なところでの開催が適当であり，効率的です。

　　②　第三者は参加できません。

（２）ケプランの原案に基づいて話し合いをします。

　　①　利用者本人（家族）の意見，希望を確認します。

　　②　医学的留意事項を確認します。

　　③　サービス担当者としての意見を述べ，不足情報を補います。

　　④　ケアプランの合意と，サービス役割の確認をおこないます。

　　⑤　利用者本人（家族）の了解なしには，決定・実施はされません。

　　⑥　規定の様式「サービス担当者会議録」に内容を記録します。

（３）サービス担当者会議に参加できない担当者には。

　　①　電話や個別訪問により調整しその過程と結果を記録に残します。

　　②　書面をもって情報を共有しプランの合意とサービス役割の確認をします（フェ

　　　イスシート，アセスメントの結果表，ケアプラン表一式）。

（４）ケアプラン（介護サービス計画書（１）（２）週間計画表）は，書面で本人(家族)

　　　の了解を得て渡すとともに，担当するサービス事業者にも渡します。

２　サービス担当者会議の留意点

（１）事前にサービス調整し，内諾を得ている原案を用意します。

　　　会議の場で内容や回数を決めるものではありません。

（２）理解しやすい説明のために，専門用語をできるだけ使わないように進めます。

（３）理解しやすい説明のために，何について話しているのか理解できるよう，要点を整

　　理して話を進めます。

（４）本人・家族等の呼称に気をつけ，失礼のないようにします。

　　①　本人を前にして「本人」と言う。

　　②　長男を前にして「長男」と言う。

　　③　普段呼ばないのに，「○○様」と言う。・・・

（５）召集する時は，時間や余裕ある日程調整等に配慮します。

（６）利用者の自宅で開催する際には，手間や面倒をかけないように配慮します。

　　①　時間をあまりかけない。

　　②　茶菓子等は遠慮する。・・・

３　サービス担当者会議運営の留意点

（１）意見・考えを自由に言えるような雰囲気を作ること。

（２）本人・家族・参加者の発言を否定しないこと。

（３）発言には理由をつけ，納得してもらえるようにすること。

（４）話している人を見て聞くこと。

サービス担当者会議進め方の例（居宅）

只今から○○さんのサービス担当者会議を始めます。

　挨拶，紹介し，サービス担当者会議の趣旨を説明します。

１　介護サービス計画書（１）について説明します。

　①　ケアプラン策定理由

　②　本人及び家族の意向

　③　その他

２　課題分析（アセスメント）の結果について説明します。

　①　生活上の解決すべき課題及び課題の検討・分析結果

　②　ケアマネジャーとしての意見など

　③　出席者（サービス担当者として）との質疑応答

３　介護サービス計画書（２）の案について説明します。

　①　援助方針（目標）

　②　具体的なサービス内容・役割分担

　③　出席者（サービス担当者として）との質疑応答

４　ケアプランを確定します。

　①　サービス内容の確認

　②　総合的な援助の方針

　③　モニタリングの方法・時期の確認

　④　連絡方法の確認

　以上内容について合意が得られましたので，この介護計画に基づいて介護サービスをおこないます。実施して不都合があれば改善・変更しますので，ご意見をいただければ有り難く思います。

　よろしくお願いします。

　本日はどうもありがとうございました。

Ⅴ　モニタリングする

１　ケアプランを振り返る

（１）課題分析が適切だったか

（２）ニーズが適切だったか

（３）目標が適切だったか

（４）サービス内容が適切だったか

（５）サービス内容に本人家族が満足しているか

２　短期目標を管理する

（１）サービスの内容・方法が適切かどうかを確認する

（２）サービスの回数の適切かどうかを確認する

３　利用者本人の身体状況に合ったサービス提供がなされているか確認する

４　モニタリング評価・記録表を作成する

５　ケアプラン変更の必要性を確認する

６　再アセスメントし，ケアプランを更新する

モニタリング表(例）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者名 | 様 | ケアマネ  ジャー名 |  | 記録日 | 年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ニーズ | 短期目標 | サービス内容 | 本人(家族)の満足度 | 評　価 | 以後の対応 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Ⅵ　再アセスメントする

１　改めてアセスメントし，ケアプランの原案を作成し，サービス担当者会議をして確定する。

（１）時期

　　①　要介護更新認定を受けた時

　　②　要介護状態区分の変更の認定を受けた時

　　③　心身の状況の変化によりケアプランを変更する時

（２）その他

　　①　改めて診療情報提供を得る。

　　②　モニタリングの結果，評価も参考にする。

　　③　前回アセスメントとの変化を確認する。

振り返る（チェックする）

１　基本情報

（１）病歴入院歴病名・症状服薬状況等医療情報を得ているか

（２）介護が必要になった経緯をとらえているか

２　アセスメント

（１）生活上の支障や困っていることを具体的にとらえているか

（２）生活上の支障や困っていることの原因をとらえているか

（３）本人（家族）の意向をとらえているか

（４）改善の可能性維持の必要性悪化・低下の危険性を検討しているか

３　生活上の解決すべき課題（ニーズ）

（１）アセスメントの結果に基づいているか

（２）必要性と利用者本人（家族）の意向・望む生活に即して設定しているか

（３）前向きな生活を支援する内容になっているか

（４）分かりやすく簡潔な表現になっているか

４　目標

（１）ニーズに沿った目標になっているか

（２）利用者本人の目標になっているか（介護者やサービスをする人の目標になってい

　　　ないか）

（３）実現可能な具体的目標になっているか

（４）モニタリングすることを意識した内容になっているか

５　サービス内容

（１）短期目標に沿ったサービス内容になっているか

（２）具体的で簡潔な内容になっているか

６　サービス種別

（１）設定されたサービスが適切に効率的に行えるサービス種別を選んでいるか

（２）介護保険に限らない社会資源を活用しているか

７　サービス頻度

（１）目標を達成するのに必要な回数や時間になっているか（不要に多くないか）

*2019.01.04. 文責：小 湊 純 一。*