居宅ケアマネジメントの過程 （考え方の指針と様式）

① 情報収集
- 詳細情報
- 基本情報
- 診療情報

課題分析標準項目

生活全般にわたる
支障・問題の把握

② 生活支障・問題をスクリーニング

③ 支障原因を把握

④ 意向を確認

⑤ 課題分析

・改善の可能性
・維持の必要性
・悪化の危険性
・ケアの必要性

⑥ 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)設定

⑦ ケアの方向性設定

⑧ 目標設定

⑨ サービス内容設定

⑩ サービス担当者会議

⑪ モニタリング

⑫ 再アセスメント

居宅介護支援の手引き

- 基本理念
- 情報収集方法
- 生活支障の抽出方法
- 支障原因の捉え方
- 意向の捉え方
- 課題分析方法
- ニーズ設定方法
- ケアの方向性設定方法
- 目標設定方法
- サービス内容設定方法
- サービス担当者会議の意義と方法
- モニタリングの意義と方法
- モニタリング様式

アセスメント情報シート

・心身と環境の評価
・支障のスクリーニング

アセスメント情報シート記入の手引き

①情報項目の目的
②アセスメント（評価）のポイント
③ケアプラン作成にあたっての考え方

課題検討用紙

検討が必要な具体的支障
↓
支障の原因
↓
本人，家族の意向
↓
改善の可能性
維持の必要性
悪化の危険性
ケアの必要性
↓
生活全般の解決すべき課題（ニーズ）
↓
ケアの方向性

課題検討の手引き

①ケアマネジャー（ケアスタッフ）の役割
②課題把握のポイントと課題検討の必要性
③生活障害の理解
④課題検討の指針とケアの方向性

1 健康状態
2 ADL
3 IADL
4 認知機能や判断能力
5 コミュニケーション
6 生活リズム
7 排泄の状況
8 清潔の保持に関する状況
9 口腔内の状況
10 食事摂取の状況
11 社会との関わり
12 家族等の状況
13 居住環境
14 留意すべき事項･状況

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）」に転記

介護サービス計画書（１）
「総合的な援助の方針」に転記

居宅介護支援の手引き

介護支援専門員（ケアマネジャー）

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

Ⅰ 依頼を受ける

1 申し込みを受けつけます。依頼されたことを明らかにして支援を開始します

① 介護保険制度のしくみ・理念を説明します。

・自立支援

残存能力（能力発揮）の活用／自己決定支援／当たり前の生活支援（ノーマライゼーション）

・公正中立

（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。

② 「居宅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、介護保険被保険者証に担当居宅介護支援事業者の名称の記載を得ます。

④ 契約します。

重要事項を説明し、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（決定通知及び介護保険被保険者証）。

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

（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。

1　アセスメントをするための情報を集めます

①　国の定めた課題分析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書によって得ます。

2　生活全般（課題分析標準項目）にわたって能力評価、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アセスメント情報シートの「具体的状況」の欄に記入します。

3　具体的状況が生活にどのような支障を与えているのか、詳しく検討する必要があるかどうか判断します。

※評価した具体的状況が、生活に支障をきたしている場合、「検討」の欄に〇を付けます（支障がない場合は×を付けます)。※34～36 は意欲があれば〇

太字の番号で、〇が付いた「具体的状況」を、課題検討用紙の「生活の支障」の欄

に転記し、「自立生活に向けた、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」を検討します。（細字の項目は、検討する時の参考にします。）

4　生活に支障をきたしている原因を明らかにします

①　病気がある ・急性期の病気 ・持病の進行 ・痛みを伴う症状 ・認知症 ・精神疾患 ②　けががある ③　障害がある	④　動かない（廃用） ⑤　生活習慣 ⑥　悩み・不安等がある ⑦　環境 ⑧　薬 ・薬が合わない ・向精神薬を服用している

5　生活の支障についての本人・家族の意向を確認します

①　生活上の支障と原因をふまえたうえで、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　介護保険制度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

・自分でトイレにいきたい

※後ろ向きな希望はとりあえず聞くだけにする（ケアプランには載せない）

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どね。→　ということは、できればまた歩けるようになりたい！　ということですか。

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。

6　ケアプランに位置づける必要性を把握します

①　改善（回復）、維持、低下について可能性を検討します。

❶　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。

❷　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。

❸　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。

❶　必要な介護を把握します。

・生活するうえで必ず行わなければならない介護は何かを把握します

・　改善の可能性がある場合でも、生活するうえで必ず行わなければならない介護は何かを把握します。

❷　必要な医療対応を把握します。

　主治医から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）

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。

把握した　・生活上の支障とその原因
　　・利用者の希望・意向
　　・改善（回復）、維持、低下の可能性
　　・必要な医療対応と必要な介護

②　アセスメントの結果をふまえ、その必要性と本人の意向が一致している場合は、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。

・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）
・一人でいる時間が長く落ち込みが進む可能性がある	→	・いろいろな人と会って楽しく過ごしたい

③　本人の意向が確認できなければ、必要性をニーズにします。

・排泄介助が必要です

・床ずれの予防が必要です

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。

・お風呂に入れてあげたい

※「ケアプラン策定のための課題検討用紙」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に記入し、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。

表▶ 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

①　記載要領（介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について） 利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。 ②　書き方 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よいでしょう。 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よいでしょう。 ③　「簡潔に」「～したい」という課題設定をするための要件 ・課題分析を十分に行い根拠（問題、原因、可能性など）を明確にしておくこと ・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 ・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。意思確認が不可能な場合は必要性を優先する） ・サービス担当者会議で課題設定の理由（根拠）を説明する、もしくは課題分析の結果（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、利用者及び関係する居宅サービス事業者のスタッフの理解を得る

「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。自立支援を念頭におき、現状の分析と利用者本人（家族）との話し合いにより、可能な限り前向きな生活ができるような課題設定が必要です。

8　どのようなケアを提供するのか、方向性を決めます

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。

・お風呂に入れるようにします
・外出、交流し、楽しく過ごす機会をつくり、気分が改善できるようにします
・機能訓練により、下肢機能が改善するようにします　　など

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。

※「ケアプラン策定のための課題検討用紙」の「ケアの方向性」に記入し、居宅サービス計画書（１）の「総合的な援助の方針」に転記します。

Ⅲ ケアプランの原案をつくる

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「ケアプラン原案」です。

１　生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

「ケアプラン策定のための課題検討用紙」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

短期目標はおおむね３か月、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。

・５ｍ程度、自力で歩けるようになる

・お風呂に入れる

②　本人の目標にします（事業者や家族の目標にしない）

・床ずれを治す	→	・床ずれが治る
・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　「その人らしく暮らせる」「穏やかでいられる」「自宅で暮らせる」など、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。

３　目標を達成するための介護内容を定めます

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）	・交流支援
・ポータブルトイレ介助	・歩行訓練支援
・更衣介助	・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

選ぶための提案をし、メリットとデメリットを説明します。

5　目標達成に必要な利用頻度を定めます

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　総合的な援助の方針を設定します（「ケアプラン策定のための課題検討用紙」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　「～できるように支援します」「～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。

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）とケアプラン原案に位置づけたサービスのサービス担当者の参加により行われます。
・利用者の自宅など、身近な場所での開催が適当であり、効率的です
・第三者は参加できません
②　ケプラン原案に基づいて話し合いをします。
❶　利用者本人（家族）の意見、希望を確認します。
❷　医学的留意事項を確認します。
❸　サービス担当者としての意見を述べ、不足している情報を補います。
❹　ケアプランの合意と、サービス担当者の役割を確認します。
❺　利用者本人（家族）の了解なしに、決定・実施はされません。
❻　あらかじめ定められた「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、❶電話や個別訪問によって調整し、その過程と結果を記録に残します、❷書面をもって情報を共有し、ケアプランの合意とその役割を確認します（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（居宅サービス計画書（１）（２)、週間サービス計画表）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における留意点

①　事前に調整し、内諾を得ている原案を用意します。
サービス担当者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 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。
⑤ 召集するときは、時間に余裕をもって日程の調整を行うなどの配慮をします。
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。

3 サービス担当者会議運営における留意点
① 意見・考えを自由にいえるような雰囲気をつくること
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 話している人をみて聞くこと

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します。
② サービスの回数の適切かどうかを確認します。

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します

4 モニタリング評価・記録表を作成します

5 ケアプラン変更の必要性を確認します

6 再アセスメントし、ケアプランを更新します

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

改めてアセスメントし、ケアプラン原案を作成したうえ、サービス担当者会議を開催して確定します。

①　時期

・要介護更新認定を受けたとき

・要介護状態区分の変更の認定を受けたとき

・心身の状況の変化によりケアプランを変更するとき

②　その他

・改めて診療情報提供書を得る

・モニタリングの結果、評価も参考にする

・前回アセスメントとの変化を確認する