

本書の目的と活用

「アセスメントからケアプランに至る経過がみえない」といわれることがあります。なぜそういわれてしまうのか考えると、次のような理由があげられます。

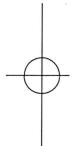
- ① アセスメントはシートを形式的に埋めるだけで、ケアプランとの関連性がない。
- ② 本人もしくは家族からのサービス利用の希望に沿ってケアプランを作成している。
- ③ ケアマネジャー個人の想いでケアプランを作成している。
- ④ 「サービスを利用するためのケアプラン」になっている。



ケアマネジャーが最低限把握すべき情報項目として、厚生労働省により「課題分析標準項目」が示されていますが、①何のために「課題分析標準項目」の情報を得るのか、②得た情報をどのように活用して「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を把握するのかという指針が示されているわけではありません。

また、要介護高齢者に多い、ADL障害、認知症などの生活障害について理解を深める機会が十分に保障されているわけでも、支援の指針、ケアマネジャー(ケアスタッフ)の役割についてガイドラインが示されているわけでもありません。

一方で、「アセスメントはケアマネジャーの専門性である」とされ、自己学習・自己研鑽にゆだねられています。

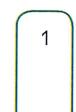


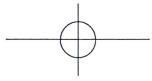
ケアマネジメント(介護支援)は、病気を治すという「医療モデル」ではなく、加齢に伴う病気や障害、環境による生活の支障に対応する「生活モデル」もしくは「社会モデル」を基盤とします。

本書では、「課題分析標準項目」を基本に、要介護高齢者に多い、生活全般に支障をきたすことになる病気や障害にかかる情報を、居宅介護支援にあたっては128項目に、施設介護支援にあたっては151項目に整理しました。

Hc

また、なぜその情報が必要なのか、その情報を収集する際のポイント、ケアプラン作成の考え方について、「情報収集シート記入の手引き」としてまとめています。ケアマネジャー(ケアスタッフ)の役割、改善(回復)・維持・低下の可能性などに関する考え方、「ケアプラン策定のための課題検討の手引き」に詳しく示しました。





1 相談支援の基本

要介護高齢者に対する支援に限らず、相談支援の基本を整理しました。サービス利用者の権利とサービス提供者の義務、対人援助関係、本人主体、意思決定支援、自立支援などの基本的姿勢について整理しています。

2 居宅（施設）介護支援の手引き

介護支援の手引き（居宅・施設）は、ケアマネジメントの一連のプロセスについて、アセスメント（評価、分析、検討）から、ケアプラン原案、サービス担当者会議の開催、モニタリングまで、その経過とそれぞれの関連性について整理しました。

3 アセスメントのための情報収集シート 128（151）

アセスメントのための情報収集シート 128（151）は、情報収集シートと情報項目を示しました。

4 アセスメントのための情報収集シート 128（151）記入の手引き

情報収集シート記入の手引きは、①何のためにその情報を得るのかという情報項目の「目的」、②どのような視点で能力評価をするのかという「アセスメント（評価）のポイント」、③集めた情報をどのように活用しケアプランにつなげるのかという「サービス計画作成にあたっての考え方」について、詳しく記載しました。

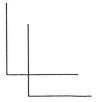
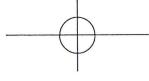
5 ケアプラン策定のための課題検討用紙（居宅・施設）

「ケアプラン策定のための課題検討用紙」は、思考過程、検討過程を「見える化」（可視化）したものです。ケアマネジャーの専門性が問われる、ケアプランの根拠となるもので、次の①～⑥で構成されています。

- ① 検討が必要な具体的状況
- ② 原因
- ③ 本人（家族）の意向
- ④ 可能性（改善回復、維持、低下）、必要性（医療管理、介護）
- ⑤ 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）
- ⑥ ケアの方向性

6 ケアプラン策定のための課題検討の手引き（居宅・施設）

「ケアプラン策定のための課題検討の手引き」は、高齢者支援の指針といえる内容で



す。ケアマネジャーだけでなく、かかわるすべてのケアスタッフがもつべき専門性の基礎を集約しました。

例えば、アセスメントのための情報を得るために、「最近のことを忘れることがありますか?」と利用者に尋ねたとき、本人や家族から「それを聞いて何をしてくれるの?」と聞き返されたとします。そのとき、私たちケアマネジャーは、認知症のある利用者に対する自身の役割を理解し、何のためにその情報が必要なのか明確に説明しなければなりません。

「ケアプラン策定のための課題検討の手引き」では、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課題の理解、④課題検討の指針とケアの方向性の4つについて解説しています。

お問い合わせ 要介護になるとどうなる。

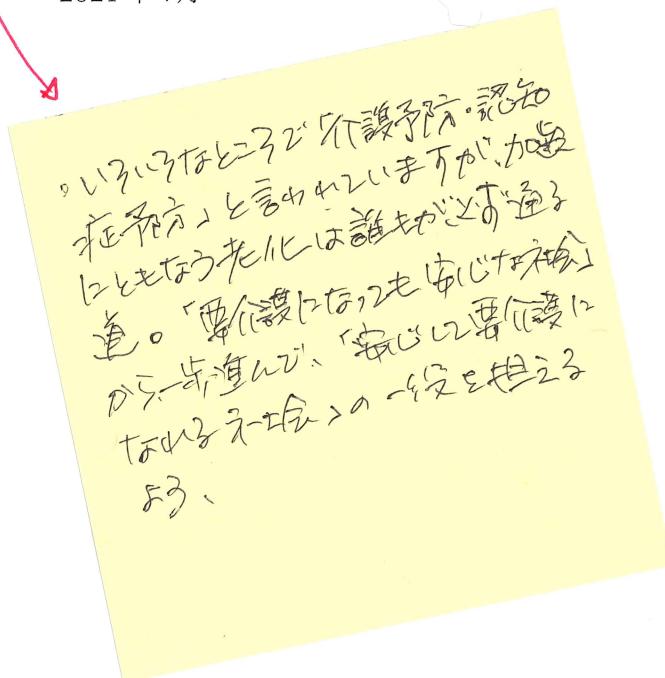
誰もが「安心して介護が必要になることができる」よう、ケアマネジャーだけでなく、介護にかかわるすべてのスタッフが、要介護高齢者支援の専門性をもち、よい関係性のなかで介護支援ができるとよいと思っています。

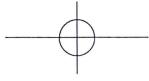
日常の介護支援はもちろん、スキルアップ、事例検討会、地域ケア会議などにも活用していただけると幸いに思います。

2021年4月

宮城県ケアマネジャー協会

小湊 純一





相談支援・介護支援の基本

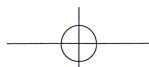
I 利用者の当たり前（権利）と支援者の当たり前（義務）

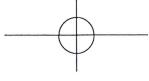
- ① 利用者は、心身の障害の有無にかかわりなく、自己決定の権利と一人ひとりが独自の人であるという基本的権利をもっています。
- ② 利用者は、地域社会のなかで独立した生活を営んでいる人がごく普通に受けている生活と、できるだけ一致した形で生活を営む権利があります。
- ③ 利用者一人ひとりの潜在的可能性、身体、認知、情緒、社会的可能性を実現することに努め、可能性を敏感に認め、はぐくみます。
- ④ 利用者一人ひとりの能力、感受性及び信念を尊重することが職員の基本的態度であるべきで、あらゆる関係において、礼儀と相手を尊重するという態度も同様に不可欠です。
- ⑤ 利用者は、利用者一人ひとりの希望が尊重される呼び方で名前を呼ばれることが大切です。
利用者は、姓名をはっきりと、または姓のみを、あるいは名のみをというように、その人が望む呼ばれ方で自分の名前を呼ばれる権利があります。名前は、ある人を他の人と区別するという意味をもつだけでなく、名前を所有する人が自由に扱うことのできる個人の所有物でもあります。
- ⑥ 高齢の利用者の名前は、特に名で呼ぶようにその人からいわれていないのであれば、正しく姓で呼ぶことが、相手をごく普通に尊重することになります。

参考：日本知的障害施設アライアンス議定書

II 支援を受ける私が、してほしいこと、してほしくないこと

- ① 私は、事例としてあるいは典型例として、さらにある範疇に属する者として対応されることを望まない。私は、一人の個人として迎えられ、対応してほしいと望んでいる。
- ② 私は、否定的な感情と肯定的な感情、そのどちらをも表現する必要性をもっている。これらの感情には、恐れ、不安、怒り、憎しみ、あるいは自分の権利は侵害されているという感情などが含まれる。また、これらとは逆の感情も含まれている。
- ③ 私は、依存しなければならない状態に陥ったり、弱さや欠点をもっていたり、あるいは失敗を経験しているとしても、一人の価値ある人間として、あるいは生まれながらに尊厳をもつ人間として、受けとめられたいという欲求をもっている。





- ④ 私は、私の感情表現に対して、支援者から共感的な理解と適切な反応を得たいと望んでいる。
- ⑤ 私は、私が陥っている困難に対して、支援者から一方的に非難されたり、叱責されたりしたくはないと考えている。
- ⑥ 私は、自分の人生に関する選択と決定を自ら行いたいとする欲求をもっている。私は、支援者から選択や決定を押しつけられたり、あるいは監督されたり、命令されたりすることを望まない。私は、命令されたいのではなく、援助を求めているのである。
- ⑦ 私は、自分に関する内密の情報を、できるかぎり秘密のままで守りたいという欲求をもっている。私は、自分の問題を、近隣の人や世間一般の人に知られたいとは願っていない。また、自分の評価を捨ててまで、社会福祉機関から援助を受けようとも思っていない。

参考: 日本社会工作士協会

III 対人援助の関係性 (The Casework Relationship)

対人援助は、人と人との関係性によって行われます。

支援者が支配（管理）しようとしたり、支援を受ける人が依存的になったり、互いに、もしくはどちらかが否定的になったりすれば、自立支援関係は成り立ちません。

対人援助の原則は、自立支援のための、良好な関係性を得るために基本的対応方法です。

別葉①

IV その人のことはその人と話し合う

私たちのことを私たち抜きで決めないで (Nothing About Us Without Us)

別葉②

V 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、一人ひとりのニーズについて客観的な把握・分析を行い、自立を支援及び自立を促進するためにかかわります。

できることも代行してしまうと、そのときは喜ばれるかもしれません、能力の發揮を妨げ、依存性を高めてしまう場合があります。

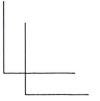
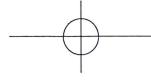
② 自己決定支援

選択可能な、個人を尊重した個別の対応や方法を事前に提案して伝え、本人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異なります。

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）等が代わりに決定

別葉③

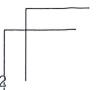
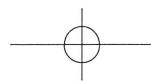


する場合もあります。

③ 当たり前の生活支援

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・継続していくよう、相手の生活の継続性を尊重してかかわります。

広く、保健・医療・福祉・介護・法律など、生活全般にわたる連携により支援します。



別様①

- ① 想いや考え、過去などをそのまま受けいれる。 ということ
- ② 「いろいろな人がいるんだなあ」と思う。 ということ
- ③ 自分のことを自分で決める手助けをして、決めたことを尊重する。 ということ
- ④ 否定しないし、押し付けない。 ということ
- ⑤ 役割を十分に理解し、自分の感情をコントロールして対応する。 ということ
- ⑥ 想いや感情を素直に出せるような状況や雰囲気が大切。 ということ
- ⑦ 秘密保持は相談支援の大前提。 ということ

別様②

1 残存能力活用（能力発揮）支援

本人の心身、環境の評価、自己解決能力に着目して、一人ひとり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、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

本人が選択可能な、個人を尊重した個別の対応や方法を事前に提案してお知らせし、自分で決める能力を評価し、本人自らの決定を尊重して対応します。決めるのは支援者ではなく、当事者である本人です。

一人ひとり考え方や好みが違いますから、決して押し付けたりしないように気を付けてください。また、自分と考え方が違う人を「ダメな人」「言う事を聞かない人」扱いにしてはいけません。

3 あたりまえの生活支援（ノーマライゼーション）

本人の心身の機能や生活環境に障害があったとしても、人の手を借りながらでも、サービスを使いながらでも、人としてあたりまえの生活をすることができるということがその人の権利です。

また、本人と本人の生活を尊重し、できるだけ今までの生活を続けることができるよう話し合い、関わります。広く、地域・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。

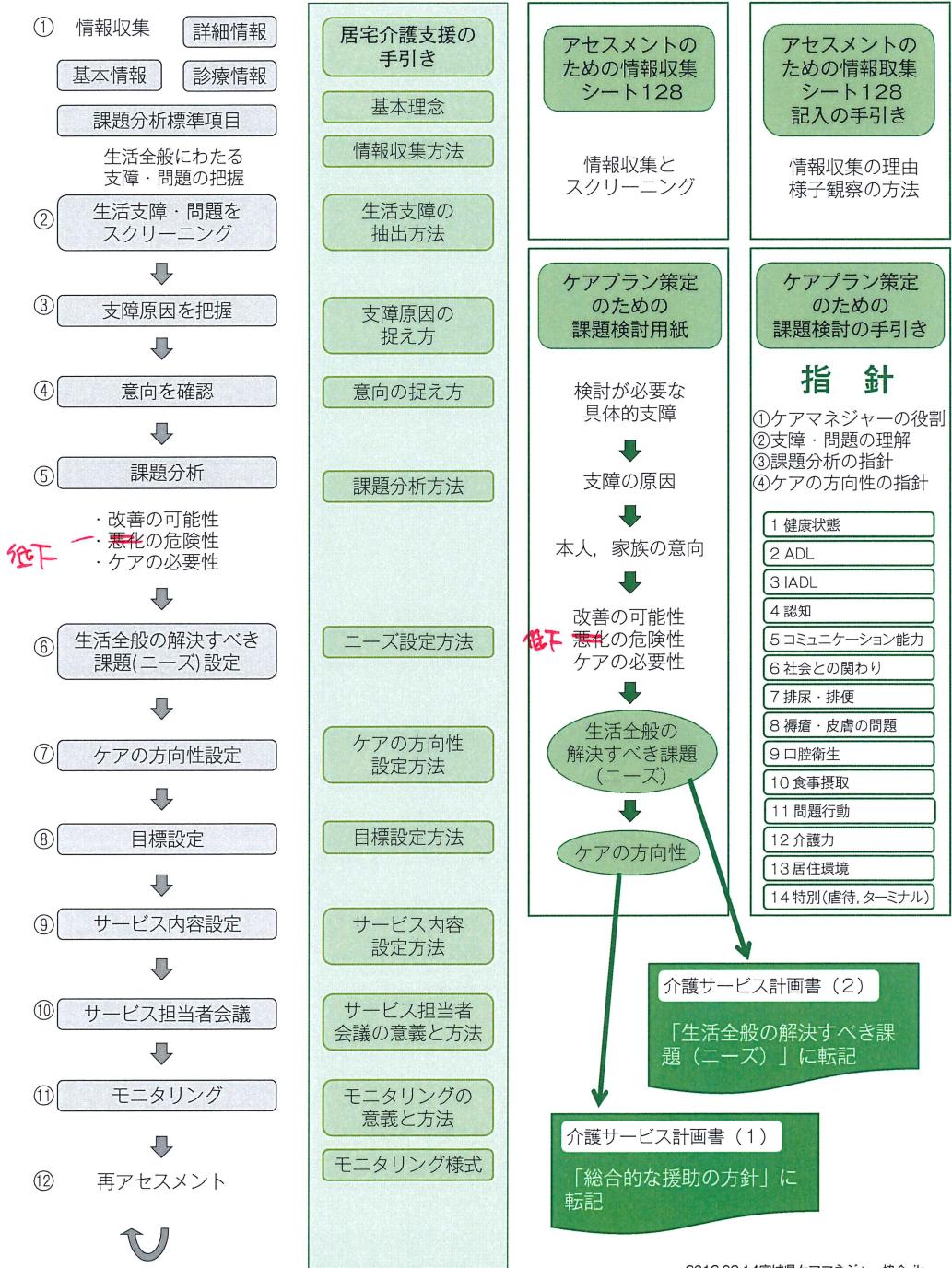
別様③

介護・福祉サービスを利用する人は、「わかりやすく説明を受ける権利」、「支援付の意思決定ができる権利」があります。居宅でも施設でも、サービス担当者会議には当事者である利用者本人の参加があたりまえになったことは大変良いことです。

しかし、すべての話し合いについて本人が参加しているとは限りません。支援者である専門職や家族だけで話し合いがおこなわれ、会議は本人に合意をしてもらう場、もしくは本人を説得する場、になっていることがあります。

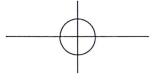
「自分のことについて話し合う時、決定する時は、そこに自分がいるのがあたりまえ」ということを改めて意識する必要があります。

居宅 ケアマネジメントの過程（考え方の指針と様式）



2012.03.14宮城県ケアマネジャー協会 jk

最初のページに移動



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 **(能の發揮)支援** **おもひの生活支援**
 - 残存能力の活用✓自己決定支援✗（マラライゼーション）
 - 公正中立
- 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。

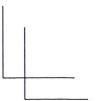
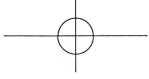
2 基本情報を集めます。

- 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

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。

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

4 生活に支障をきたしている原因を明らかにします。

病気、けが、障害、動かない（廃用）、生活習慣、悩み・不安等、環境、薬など

生活支障

5 4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。
- 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。

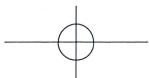
- 生活するうえで必ず行わなければならない介護は何かを把握します
- 改善の可能性がある場合でも、生活するうえで必ず行わなければならない介護は何かを把握します。

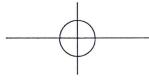
② 必要な医療対応を把握します。

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）

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

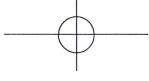
④ 必要性が明らかで、家族の想いを反映させる場合は次のようにします。

- 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定時について)
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

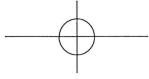
① 実現可能でモニタリングしやすい目標にします。

- ・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 | → ④ 床ずれが治る |
| ・家族の介護負担が軽くなる | → ④ 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。

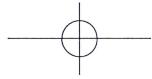
6 総合的な援助方針を設定します（「ケアプラン策定のための課題検討用紙」の「ケアの方向性」です）

- 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 ケープラン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、不足している情報を補います。
 - ④ 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。
 - ⑤ 利用者本人（家族）の了解なしに、決定・実施はされません。
 - ⑥ 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。⑥ Hレ
- 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って調整し、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、ケア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~~ ヒレ
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

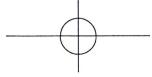
- ① ~~サービスの内容・方法が適切かどうかを確認します~~
② ~~サービスの回数の適切かどうかを確認します~~

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。

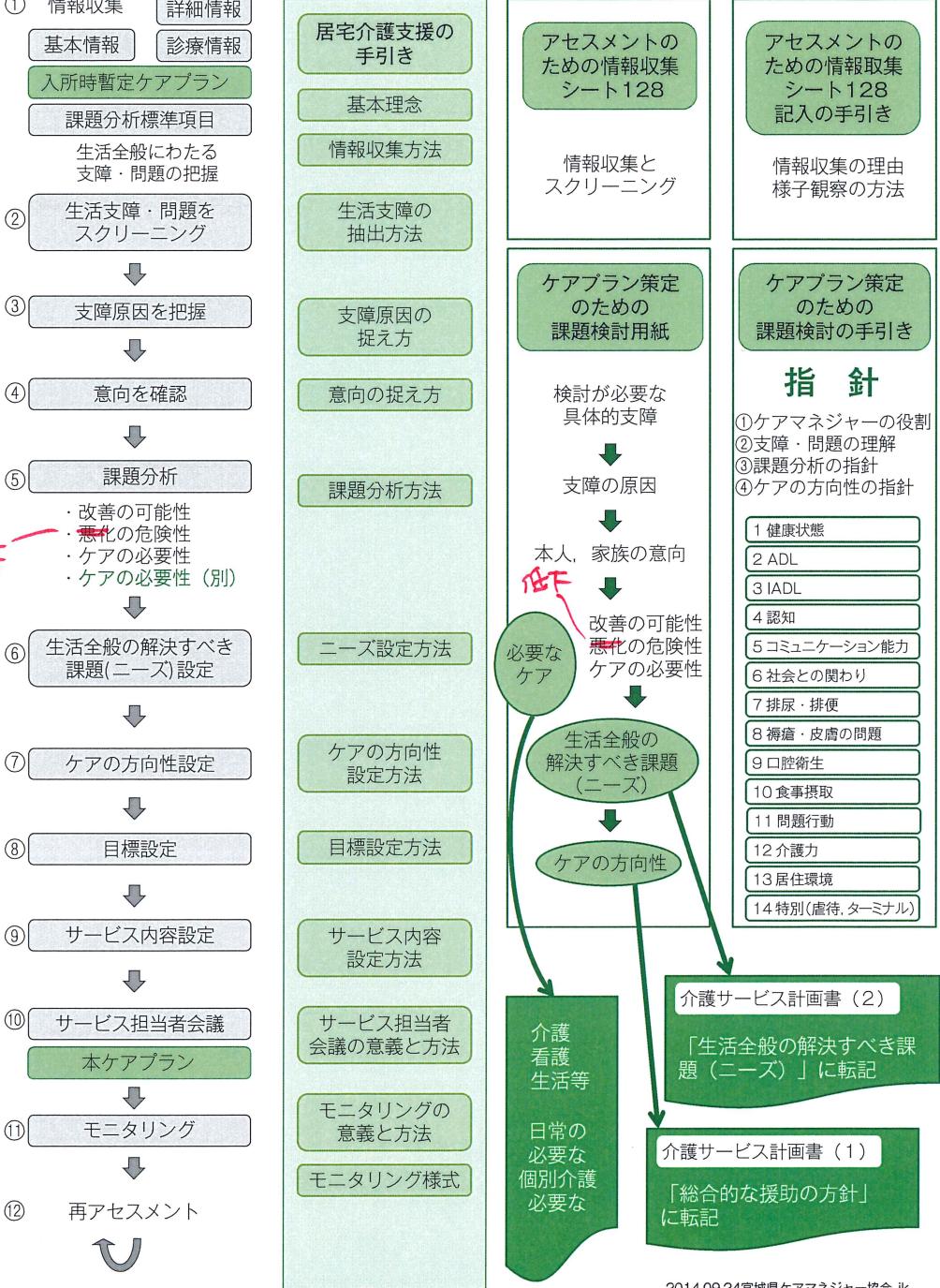
① 時期

- ・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

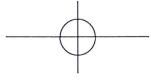
② その他

- ・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

施設ケアマネジメントの過程（考え方の指針と様式）



2014.09.24宮城県ケアマネジャー協会 jk



施設介護支援の手引き

I 基本情報

1 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。
新規入所の場合は暫定ケアプランをつくってサービスを開始します。
入所後、おおむね1週間、様子を観察し、情報を集めてアセスメントをします。その後、約2週間後に本プラン（ケアプラン原案）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断書・診療情報提供書などによって得ます。

2 生活全般（課題分析標準項目）にわたっての能力評価、環境の評価をします。

動作を細かく分割するなど、どこまでできて、どこから支障があるのかを明らかにします。

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

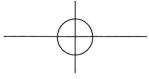
4 生活に支障をきたしている原因を明らかにします。

病気、けが、障害、動かない（廃用）、生活習慣、悩み・不安等、環境、薬など

5 4に関する意向を確認します。

- 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

生活の支障



- 自分で着替えができるようになりたい

後ろ向きの希望は、とりあえず聞くだけにする（ケアプランに載せない）。

- 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。

- 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。

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。

必要な介護については「個別介護と留意事項」として整理し、ケアプランに基づく介護と区別します。ケアプランに記載する必要はありません。

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。

- ② 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…）

- ③ 楽しむこと、生活の質を高めることを反映させます。

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。

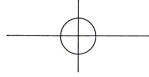
把握した

- 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 ~~必要な介護~~ ハレ

- 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。

- 歩行練習が必要である
- 部屋に一人でいる時間が長く、落ち込みが進む危険性がある

- また散歩できるようになりたい（本人の意向を反映）
- 気の合う人と楽しく過ごしたい



③ 本人の確認できなければ、必要性をニーズにします。

例

- ・床ずれの予防が必要です
- ・麻痺足の拘縮を予防する必要があります

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

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。

例

- ・外出、交流し、楽しく過ごす機会をつくり、気分の改善につながるようにします
- ・お風呂に入れるようにします
- ・機能訓練により、下肢機能が改善するようにします
- ・できるだけ早く、床ずれを治すようにします など

「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、施設サービス計画書（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

入所者本人（家族）と話し合い、担当するスタッフと調整を済ませ、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。

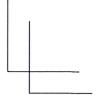
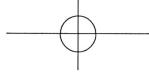
短期目標はおおむね3か月、長期目標は最も長くて認定の有効期間

① 実現可能でモニタリングしやすい目標にします。

例

- ・5m程度、自力で歩けるようになる
↑
- ・ベットサイドレールに~~ま~~まって寝返りできる

② 本人の目標にする（職員の目標にしない）。



・歩行介助をする	→	・安全に歩ける
・楽しく過ごせる機会をつくる	→	・楽しく過ごせる

- ③ 「その人らしく暮らせる」「楽しく過ごせる」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、入所者が何をしてもらえるのかがわかるように書きます。

・更衣支援	・歩行訓練支援
・会話支援	・下肢筋力強化訓練支援
・交流支援	・服薬確認 ・体位変換 など

4 担当者、頻度、期間設定のポイント

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。

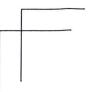
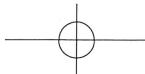
5 総合的な援助方針を設定します。

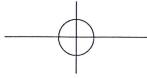
- ① 短期目標は本人の目標ですが、援助の方針はサービス提供者の方針です。
- ② 「～できるようにします」「～を支援します」などと整理します。
- ③ ニーズと目標を整理して、箇条書きに整理して書きます。
- ④ ニーズと目標を整理して、まとめて文章にして書きます。

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 入所者本人（家族）とケアプラン原案に位置づけたサービスの担当者の参加により行われます。
入所者本人・家族の参加による開催が適当であり、効率的です。
- ② ケープランの原案に基づいて話し合いをします。
 - ① 入所者本人（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、不足している情報を補います。
 - ④ 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。
 - ⑤ 入所者本人（家族）の了解なしに、決定、実施はされません。
 - ⑥ 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 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調整を行うなど配慮します。

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 話している人を見て聞くこと。

V モニタリングする

1 ケアプランを振り返る

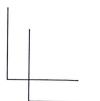
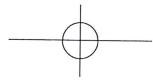
- ① 課題分析が適切だったか
- ② ニーズが適切だったか
- ③ 目標が適切だったか
- ④ サービス内容が適切だったか
- ⑤ サービス内容に本人家族が満足しているか

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(演習)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、サービス担当者会議を開催して確定する。

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などを得る
- ・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。