

仙台支部研修

日時 平成24年8月26日(日)13:30～16:30
場所 宮城自治労会館 3階大会議室

「ケアプラン自己点検」

～根拠の明らかなケアプラン～

「アセスメントからケアプランに至る検討過程が分からない」

特定非営利活動法人

宮城県ケアマネジャー協会

980-0014

宮城県仙台市青葉区本町3丁目7-4 宮城県社会福祉会館 4F

TEL 022-716-0716 FAX 022-716-0717 月～木 10:00～17:00

Eメール mcma@par.odn.ne.jp

ホームページ <http://www2.odn.ne.jp/~mcma/>

ケアマネサポートセンター 022-716-0718

ケアプラン点検

～ケアプランの振り返り～

ケアプランの2表を見てください。

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）があります。

①「歩けるようになりたい」となっていたとします。

ある、見る立場の人（介護保険に詳しい家族でもいいです。）から、なぜ、「歩けるようになりたい」という課題になったのですか？と質問されました。

あなたは、どのように説明しますか？

「デイサービスでリハビリができるから」「デイサービスに行きたいという希望があったから」「歩きたいと言われたから」・・・では説明になりませんね。

3週間前、転んで膝を痛めたために安静にしていました。安静にして寝て過ごしていたら、歩けなくなり、立っているのがやっとになってしまいました。痛みも取れたし、主治医の先生からも身体を動かして大丈夫と言われました。本人も、また元のように歩けるようになりたいという希望だったため、改善の可能性が高いと判断しました。本人の言葉を借りて「歩けるようになりたい」としました。

説明の後、「では、そのことが確認できる、アセスメントの結果を見せてください。」と言われました。

対応はOKですか？ 理由が説明できますか？

②「気分転換したい」となっていました。

「気分転換したい。」ということは、気分の落ち込みや悩み等が見られたのですか？ それはアセスメント記録のどこを見れば分かりますか？ と聞かれました。

対応はOKですか？ 理由が説明できますか？

根拠を明らかにできなかった場合どうしますか？

改めて情報を整理し、課題検討をし直します。

① 情報の整理は、国の「課題分析標準項目」を基本にします。

② プロセスは「居宅介護支援の手引き」で確認します。

③ 課題検討は「ケアプラン策定のための課題検討用紙」を使います。

④ 検討の方法は「ケアプラン策定のための課題検討の手引き」を使います。

ケアプラン点検の目的

自立支援に向けたケアプラン策定に大切なことは、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示した上でケアプランの作成ができているかどうかです。

保険者（担当者）と介護支援専門員が、共に考え、気づくことができるようにします。

- ① 共に確認しあいます。
- ② 一緒にレベルアップを目指します。
- ③ ケアプランの根拠について確認を一緒におこないます。
- ④ 地域の課題を知ります。
- ⑤ 次回からのケアプラン作成に役立つようにします。

ケアプラン点検の方法

（方 法）面接　～1件60分程度～

（対 象）介護支援専門員が、振り返りたいと思う事例、点検を通してスキルアップしたい利用者の事例、対応に困っている利用者の事例等。

- ① ケアプラン表（1），（2）
- ② アセスメントシート及びアセスメントの結果がわかるもの
※「ケアプラン策定のための課題検討用紙」に整理すると確認しやすい。

（資 料）気づきの根拠を持って対応する。

※個人的主観や経験と感で対応するのではない。

- ① 「居宅介護支援の手引き」
- ② 「ケアプラン策定のための課題検討の手引き」

ケアプラン点検支援マニュアル

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。

2 ケアプラン点検に当たっての基本姿勢

保険者は、ケアプラン点検を行うに当たって、以下の点を十分に踏まえて行う必要があります。

- ①点検に際して事業所側の事務の負担を考慮し、資料などは必要最小限なものとするのが大切です。
- ②ケアプランを形式的に点検するのが目的ではないので、空欄があったからといって直ちにそれが問題となるわけではありません。
- ③点検作業は一方的ではなく双方向で行い、保険者と介護支援専門員がともに確認しあう姿勢で臨みます。
- ④介護支援専門員がどこに悩み、つまづいているのかを把握し点検を通して「気づき」を促すことが大切です。
- ⑤介護支援専門員を批判するのではなく一緒にレベルアップを図る方法であることを認識します。
- ⑥介護支援専門員が、再度点検を受けてみたいと感じることができるよう、保険者として継続的に支援していく姿勢が大切です。
- ⑦地域特性を意識しながら、保険者として地域で何が課題になっているかを考察しながら進めていくことも大切です。
- ⑧不適切なプランと思われるものがあった場合、プランの根拠について確認を一緒に行う「振り返り作業」を実施し、次回からの計画作成に役立つように適切なプラン作成の視点・気づきを促すことが重要です。
- ⑨点検を効率的に実施する為に必ずしも全てのケアプランに関して点検する必要はなく、目的をはっきりさせて行うことが必要です。

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示した上でケアプラン作成ができていくかどうかです。

このマニュアルは、それらを可能な限り理解しやすいように作成してありますが、基本的な事項を示したものにすぎません。このマニュアルを参考に、その趣旨を理解した上で、各保険者が創意工夫して、事務負担にも配慮した独自のものを作成することが望まれるところです。そしてこのマニュアルを通じ、保険者と地域の介護支援専門員が連携し一丸となって「質の高いケアマネジメント」を目指す足がかりになってくれることを期待します。

分 析 表

- 1 〈アセスメントの基本〉

介護支援専門員として、アセスメントを行う理由についてどのように理解していますか。またアセスメントを行う専門職として、その役割を十分に果たせていると感じますか？
- 2 〈情報収集〉

アセスメントに必要な情報をどのような方々から得ましたか？
- 3 〈基本情報〉

アセスメントを行う上で必要だと思われる基本情報について、どのような情報を特に重要な情報として押さえましたか？
- 4 〈相談〉

どのような相談経緯だったのでしょうか？
- 5 〈生活状況〉

利用者の「個別性・その人らしさ」を大切にするためにも、大切な情報である生活暦や生活状況をどのようにして聞き取りましたか？
- 6 〈サービスの把握〉

現在利用しているサービスについて、その利用状況・満足度等を把握していますか。またその上で介護給付以外のサービスについても把握ができていますか。
- 7 〈日常生活自立度〉

障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度について、最新の状況を把握していますか。
- 8 〈主訴〉

利用者・家族は主にどのようなことに困って来られたのですか。
- 9 〈認定〉

認定情報の内容を確認しましたか。
- 10 〈理由〉

今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由について教えてください。
- 11 〈健康状態〉

利用者の健康状態について、ケアプラン作成にあたり重要だと考えている事を教えてください。
- 12 〈ADL・IADL〉

利用者のADL・IADLの現状を把握するにあたり、何に気をつけてアセスメントしましたか。またその手法・経路について教えてください。
- 13 〈認知症〉

物忘れや認知症について何か気になることはありましたか。
- 14 〈コミュニケーション〉

友人や家族、地域の方とどのようにコミュニケーションをとっているか確認しましたか。
- 15 〈社会参加〉

利用者の友人や家族、地域の方との関わり方は良好ですか。また最近変化したこと（例：友人の入院・入所、他界等）はありませんか。利用者が自らすすんで行っている活動や趣味などはありますか。
- 16 〈排泄〉

利用者の排泄に関しての意向や困っているところは何ですか？またその原因や背景を把握していますか。
- 17 〈食事・口腔〉

食事や口腔の状態について、何か気になる点がありましたか。

- 18 〈問題行動〉
利用者が周囲を戸惑わせたり、介護者が負担に思っている行為は起こっていませんか。
- 19 〈家族の心身の状況〉
家族の方の心身の状況は把握していますか？特にどなたか心配な方はいらっしゃいますか。
- 20 〈家族の介護力〉
家族の方の介護に対する思いをどのように捉えましたか。家族の方が話した言葉で印象に残った事があれば教えてもらえますか。
- 21 〈居住環境〉
在宅生活を続ける居住環境として、気がかりな点はありませんか？利用者・家族の意向はどうですか。
- 22 〈特別な状況〉
プランを作成する上で、特別に配慮したほうがよいと思われたことがあれば教えてください。
- 23 〈尊重〉
アセスメントを通じて、利用者・介護者に現状を認識してもらえましたか。また、介護支援専門員として利用者の自己選択や自己決定などの主体性を尊重することができましたか。

居宅サービス計画書（1）

- 1 記載事項に漏れがないよう、常に確認をしていますか？
- 2 「課題」の整理はできましたか、またそれらの「課題」は「利用者及び家族の生活に対する意向」とに関連性はありますか？
- 3 家族はどのようなおもいで、利用者を支えていこうとお考えですか？
- 4 利用者及び家族の「生活に対する意向」は、アセスメントをすすめ、課題が明確になっていく過程において、面接当初と比べてどのような変化が生まれましたか？
- 5 総合的な援助方針はどのようなプロセスを踏んで決定しましたか？
- 6 生活援助中心型を算定した理由を教えてください。

居宅サービス計画書（2）

- 1 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の原因や背景を教えてください。
- 2 課題の優先順位を決める上で、大切なことはどのようなことだと思いますか？
- 3 生活全般の解決すべき課題が利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか？
- 4 利用者・家族の「困りごと」に対してどのような働きかけを行いましたか？
- 5 長期目標は、どのように設定しましたか？
利用者自身が、課題（ニーズ）ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点として、具体的にわかりやすく記載できていますか？
- 6 短期目標は長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっていますか？
- 7 課題を解決するための単なるサービス内容の記載だけではなく、どのような点に注意すべきか、どういったことを大切にすべきか等の視点も含めた具体的な記載内容になっていますか？
- 8 計画したサービス内容を適切に提供する為に、サービス種別はどのような資源を検討し、決定しましたか？
- 9 サービスの利用頻度と期間の見直しはいつ頃、どのように行いますか？

週間サービス計画

- 1 週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について、どのように考えていますか？
- 2 本人の主な日常生活について、どのように把握しましたか？またその人らしい生活がイメージされていますか？
- 3 週間サービスには、利用者・家族の状況（意向、事情等）にあった計画になりましたか？
- 4 「週単位以外のサービス」の欄には何を記載していますか？

文責：宮城県ケアマネジャー協会，小湊。

アセスメント・ケアプラン

～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）

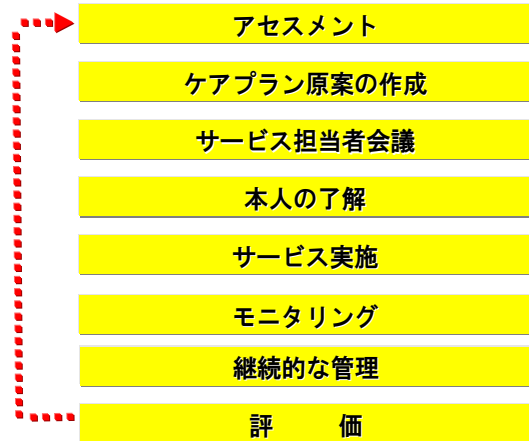
アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援）

2008/12/04

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
- 3) 介護支援専門員証の交付を受けた者

ケアマネジメントの過程



「アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援）」は、アセスメント・ケアプランが、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います。

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。

※「アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援）」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。

※「アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援）」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。

(高齢者ケアの基本理念) ~自立支援~

1 自己決定の尊重

利用者の選択可能な、個人を尊重した個別的サービスを事前に提案して知らせ、利用者自らの決定を尊重してサービスを提供します(継続や変更, 中止等も含む)。自己決定能力を評価し、必要に応じて後見人(家族等)によって決定する場合があります。

2 残存能力の活用(能力の発揮)

利用者の残存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、自立を援助及び促進する目的でサービスを提供します。利用者は、一度失われた能力を回復するためのリハビリテーションに努めるとともに、残存能力を維持・開発し、日常生活に活用することが求められます。

3 生活(サービス)の継続性(継続性の尊重)

居宅サービスと施設サービスの継続性や、広く福祉保健・医療全般にわたる連携に基づく対応を積極的に進めます。利用者の心身の機能に障害があってもケアを受ける状況でも、その人の生活を維持・継続していけるよう、利用者の生活の継続性を尊重したサービスを提供します。

(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。

※1 アセスメントのための情報収集シート（宮城版：居宅）参照。

2 集めた情報の中から、詳しく見る必要のある項目を選び出します。（スクリーニング）

- (1) 利用者本人の生活上の支障があることを選び出します。
- (2) 支障がないことも明らかにします。（確認したことを証拠だてる。）

※1 情報収集シートで、支障ありは○、支障なしは×で分けます。

※2 その支障はあくまでも本人の支障であり、家族の支障ではありません。

3 選び出した項目の生活上の支障を具体的に把握します。

- (1) どのように支障があるのか、その状況を具体的に把握し、関連情報を集めます。
（転んだ→いつ→どのような場面で→何をしていた時・・・など）
- (2) 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。

※1 情報収集シートで、○を付けた場合にコメントを記入します。

※2 ケアプラン策定のための課題検討用紙（宮城版）の「検討の必要な具体的状況」に整理します。

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

※1 医療面については、主治医の先生に確認します。

※2 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も聞きます。

「歩けるようになればいいだけ ⇒ 「ということは、できればまた歩けるようになりたい!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

じょく創や失禁、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…)

※1 課題検討用紙の「自立に向けた可能性、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 一人でのいる時間が長く、
落ち込みが進む可能性がある
ある ⇒ いろいろな人と会って楽しく過ごしたい
- ④ 膝の痛みのため掃除機が
けができない ⇒ 掃除を手伝ってほしい

(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

※1 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、「◎◎できるようにしたい」「◎◎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 背景要因を書くとき「○○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和利用者（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、楽しく過ごす機会を作り、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」に整理して記入します。

Ⅲ ケアプランの原案を作る

1 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? ⇒

2 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。

3 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

4 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。

5 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、「〇〇様」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）

只今から〇〇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。

よろしく申し上げます。

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) 必要性和利用者本人（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

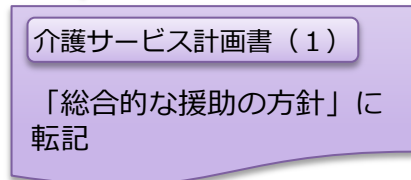
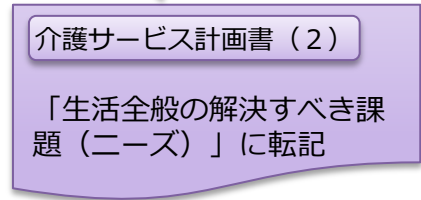
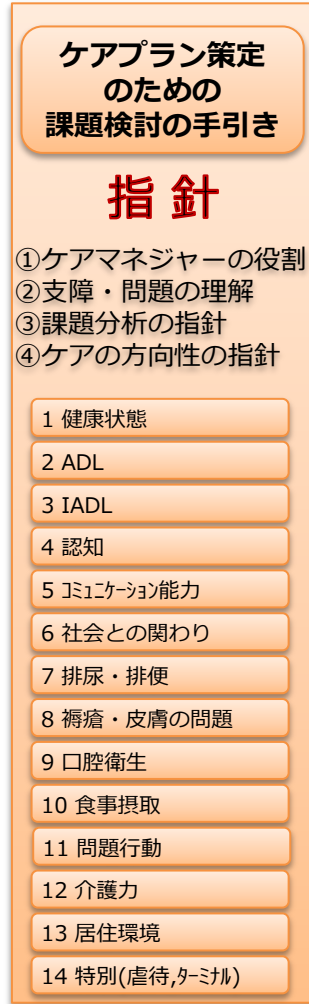
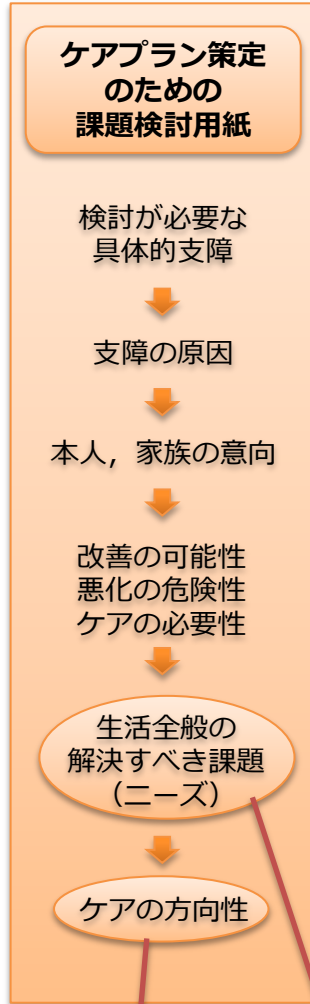
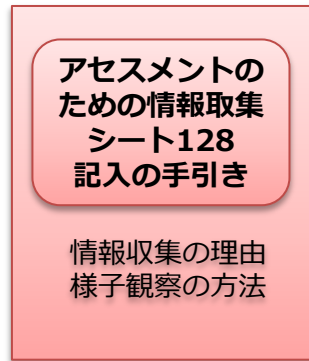
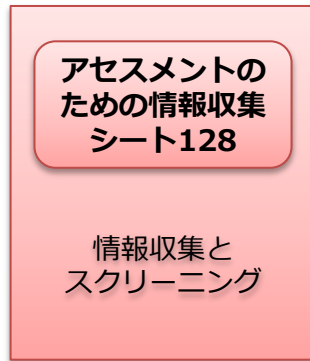
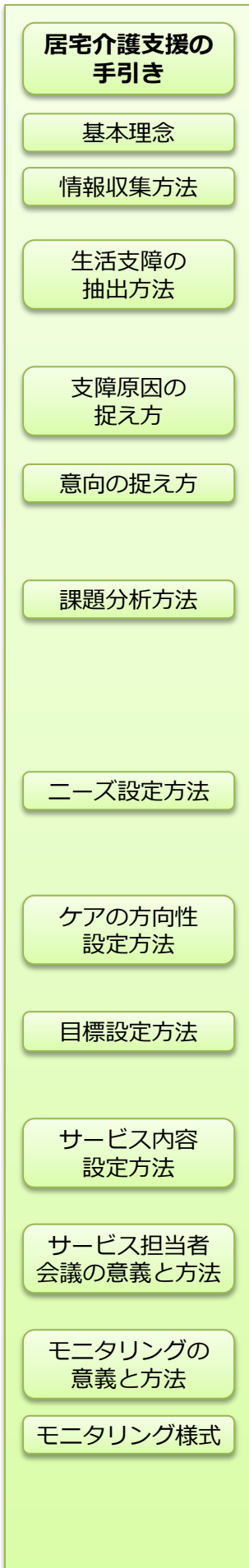
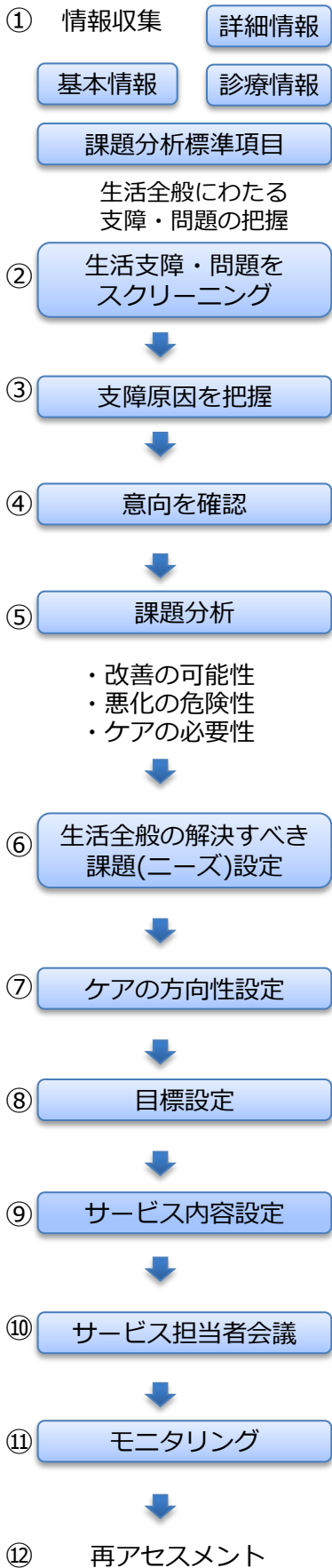
6 サービス種別

- (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）

ケアマネジメントの過程（考え方の指針と様式）



アセスメントのための情報収集シート 128（居宅） 記入の手引き

利用者氏名	基準日	担当者名
様	アセスメントの基準となる日を記入します。（記録した日。1週間、3ヶ月の基準となる日。）	担当するケアマネジャーの名を書きます。

- ※1. 「検討」の欄は、問題や支障がなければ×、問題や支障があれば○を付ける。
- ※2. 「具体的状況」の欄には、×の場合はその理由、○の場合は支障のある具体的状況と気付いたコメントを記入する。（例えば：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）
- ※3. *の付いた項目は、概ね3ヶ月間の状況で判断する。それ以外は1週間前後の状況で判断する。
- ※4. その領域に関する生活の意向を把握し、課題検討用紙の「本人、家族の意向」に転記します。（問題や支障がない領域に関する「意向」は、聞き取る必要はない。）
- ※5. 太字の項目のうち、○が付いた「**具体的状況**」を、課題検討用紙の「**検討が必要な具体的状況**」の欄に転記して、「自立に向けた可能性、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。）

1 健康状態

No	情報項目	把握のポイント
観察・管理の必要な病気		
※本人に影響のある、ケアスタッフが観察・管理の必要な病気、3ヶ月の間の入院する原因となった病気も把握します。すでに治った病気、身体機能やプランに関係しない病気は除きます。		
※主治の医師からの指示や、主治医意見書、診療情報提供書により確認します。		
1	循環器	脳血管障害、うっ血性心不全、冠状動脈疾患、高血圧、不整脈、抹消循環障害等があるか。
2	神経・認知	アルツハイマー型認知症、アルツハイマー型以外の認知症、頭部外傷、片側不全麻痺、多発性硬化症等があるか。
3	骨関節	関節炎、大腿骨骨折、その他の骨折、骨粗しょう症等があるか。
4	眼科	白内障、緑内障、糖尿病性網膜症等があるか。
5	精神科	うつ病、不安障害、統合失調症、妄想症等があるか。
6	感染症	肺炎、結核、尿路感染症、MRSA、エイ

		ズ感染等があるか。
7	糖尿病その他	がん，糖尿病，肺気腫・慢性閉塞性肺疾患・喘息，腎不全，甲状腺疾患等があるか。
症状		
※健康や健康状態に影響する症状を把握し，病気や事故の予測，機能低下の原因を探ります。		
8	身体症状（下痢，排尿障害，発熱，食欲不振，嘔吐，胸痛，便秘，めまい，浮腫，息切れ）	健康や健康状態に影響する症状があるか。
9	精神症状（妄想，幻覚）	健康や健康状態に影響する症状があるか。
痛み		
※痛みの状態や症状の頻度と強さを把握し，管理（コントロールや和らげるための対応）の評価をします。また，痛みによって行動が制限されているかどうかを確認します。		
10	痛みの頻度	毎日なのか。1日に何回位あるのか。
11	痛みの強さ	耐え難い痛みなのか？どのような痛みなのか。
12	痛みによる生活の支障	通常的生活が出来なかったり，日課を調整するような痛みか。
13	痛みの箇所	1ヶ所なのか。複数ヶ所なのか。
14	痛みに対する薬の効果	痛み止めの薬を飲んだのか。その薬は効いたのか。
病状の変化		
15	入院*	3ヶ月間に1日以上入院したか。その回数
16	緊急受診*	3ヶ月間に病院の緊急外来を受診したか。その回数は。
薬		
17	医師による薬の管理	管理している医師がいるか。
18	薬の服用の順守	指示された通りに服薬されたか。
19	服薬状況（別表）	薬の種類と効能を記録する。
医療機器		
※在宅医療機器（カテーテル，点滴，酸素，瘻等）の管理（自己管理したか，どの程度介助されたか）を把握します。		
20	医療機器の取り扱い・管理	酸素，点滴（中心静脈），カテーテル，瘻
保健予防		
21	健康診断の受診*	公的健康診断，病院での検診を受けているか。
健康生活		
22	喫煙	毎日喫煙しているか。
23	飲酒による問題	迎え酒，飲酒が原因で問題を起こしたか。

24	健康状態が悪い	健康状態が良くないと感じているか。
25	生活に支障のある体調の変動や悪化	生活に支障のある体調の変動や悪化はあるか。
26	慢性症状の悪化	慢性症状持病の悪化があるか。
27	急性症状の発生	急性症状の病気があるか。
28	新たな病気による治療の変更	新たな病気によって、治療や治療方針に変更があったか。
ケア計画		
29	予定されたケア・治療の順守*	約3ヶ月間でのケア・治療目標の達成状況はどうか。
健康状態に関する意向 (本人) (家族)		

2 ADL

ADL		
※利用者本人が、実際に何を自分で行い、何を援助されたかを把握します。		
30	寝返り	横になった状態からどのように寝返りするか。
31	起き上がり	横になった状態からどのように起き上がるか。
32	乗り移り	ベッドからどのように椅子や車いすに移るか。その逆はどうか。
33	家の中の移動	どのように家の中を移動するか。(車いすなら乗り移った後に)
34	屋外の移動	どのように家の外を移動するか。
35	上半身の更衣	どのように服を着たり脱いだりするか。(ファスナーやセーターを含む)
36	下半身の更衣	どのようにズボンを履いたり脱いだりするか。(ベルトやスカートを含む)
37	食事	どのように、食べたり飲んだりするか。
38	排泄	トイレ(ポータブルトイレ、便器や尿器を含む)の使用、便器への移乗、排泄後の始末(おむつの交換、失禁の始末)、人口肛門や尿カテーテルの後始末、衣類を整える等はどうか。
39	整容	髪をとかす、歯を磨く、髭を剃る、顔や手を洗う動作はどうか。
40	入浴	どのように入浴・シャワー・清拭をするか、体のそれぞれをどう洗うか。

41	ADLの低下*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化はあるか。
活動・健康増進		
42	移動手段	移動手段に使用している器具，補助具，乗り物は何か。どのように移動しているか。
43	階段昇り降り	自力で上り下りしたかどうか。（階段並みの段差のある玄関も含む。）
44	外出（屋外）の頻度（介護サービス利用による外出は含まない。）	家の外に出た頻度はどうか。
45	体を動かす活動	ADL，歩く，掃除する等はどうか。
自立度改善の可能性（意欲があれば○）		
46	自立度改善の本人意識	本人が「もっと良くなるはずだ」と思っているか。意欲があるか。
47	自立度改善の介護者意識	介護者が「もっと良くなるはずだ」と思っているか。支援の意欲があるか。
48	健康状態改善の可能性	ケアマネジャー等ケアスタッフが「もっと良くなるはずだ」と思っているか。
要介護状態の変化		
49	介護状態の悪化*	約3ヶ月間のうち，介護の手間が増えたか。
転倒		
※転倒の危険性を把握します。		
50	転倒の回数*	3ヶ月間に転んだ回数は何回か。
51	転倒の危険性	歩行が不安定であるにも関わらず，転ぶことを怖がらず歩いているか。
ADLに関する意向 (本人) (家族)		

3 IADL

IADL			
※自宅で自立した生活を営むために重要な機能を把握します。			
※「現状」は，本人がどれだけ行ったか。どれだけ支援されたかを把握します。			
※「困難度」は，自分一人で行う場合の困難度です。（問題なし，低，中，高…等）			
		現 状	困難度
52	炊事	献立を考える，材料を準備する，調理する，配膳する等の動作はどうか。	
53	家事一般（掃除・洗濯・整理等）	食後の後片付け，掃除，ベッドの整理，家の中の整頓，洗濯等の動作はどうか。	
54	金銭管理	支払い，家計の収支は管理できる	

		か。	
55	薬の管理	服用の時間，袋から取り出し，処方通り服用等の動作はどうか。	
56	電話使用	自分で掛けたり受ける等の動作はどうか。	
57	買い物	必要なものを自分で選び支払うことはどうか。	
58	交通手段の利用(使う必要のない場合も×)	どのように乗り物に乗るか。	
IADLに関する意向 (本人) (家族)			

4 認知

記憶			
59	短期記憶	最近，直近の出来事を覚えているか。	
60	手続き記憶	段取りを踏んで行なうことを自分でできるか。(衣類を下着から上着に順番通りに着ることができるか等)	
61	日常生活の判断	どの程度自分の判断で日課をこなすことができるか。(服を選ぶ，食事の時間が分かる，時計やカレンダーを使っている，出来ること出来ないこと，外出の仕方等が分かっているか)	
62	記憶・判断力の低下*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。	
意識障害			
63	せん妄	一時的な意識の混乱はあるか。	
認知に関する意向 (本人) (家族)			

5 コミュニケーション能力

コミュニケーション			
64	聴覚	補助具を調整した上での聴力はどうか。	
65	相手に理解させること	要求，意見，日常の話題を表現して伝えることができるか。(話す，書く，手話等)	
66	相手を理解すること	相手の言うことを理解することが出来るか。(筆談，手話，点字等を含む)	
67	コミュニケーション能力の低下*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。	
視覚			
68	視力	普段使っている，メガネ，虫眼鏡等を使っ	

		て見ることができるか。
69	視覚障害	病気に関連した視野障害，視覚の問題はあるか。
70	視力低下*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。
コミュニケーションに関する意向 (本人) (家族)		

6 社会との関わり

関わり		
※社会との関わりと適応，社会的活動や役割，毎日の暮らしぶりを把握して対応します。		
71	人との関わり	人と気軽に関わっているか。
72	周りの人への不満・怒り	家族や友人に対して葛藤や怒りを表すか。
73	社会活動の悩み	参加状況とその悩みはあるか。
74	社会活動の減少*	約3ヶ月間のうちの減少はあるか。
75	日中一人の時間	日中一人でいる時間はどのくらいか。
76	寂しさ	寂しい思いをしているか。
気分		
※心理面での支障は，様々な生活障害を伴うため，気分や行動の問題があることを発見把握した対応します。		
77	不安心配	不安心配はあるか。
78	悲しみ	悲しみはあるか。
79	落ち込み	落ち込みはあるか。
80	怒り	怒りがみられるか。
81	体調不良の訴え	体調不良の訴えはあるか。
82	涙もろい	涙もろい状態か。
83	興味活動の減少	楽しんできた活動，家族・友人と過さなくなるようなこと等があったか。
84	社会交流の減少	話さなくなる，孤立するようになる等があったか。
85	気分の悪化*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。
社会との関わりに関する意向 (本人) (家族)		

7 排尿・排便

失禁		
※排泄の状況ではなく，失禁（漏れている）の状態（コントロールの状況を含む）を把握します。		
86	尿失禁	尿失禁の状態はどうか。
87	おむつ使用	おむつ，パッド等の使用状況はどうか。

88	尿カテーテル使用	尿カテーテルの使用があるか。
89	便失禁	便失禁の状態はどうか。
排泄のコントロールに関する意向 (本人) (家族)		

8 褥瘡・皮膚の問題

皮膚・じょく創 ※皮膚の状態を把握します。		
90	皮膚の問題	問題があるか，変化したか。
91	じょく創	じょく創の状況・程度はどうか。
92	じょく創の既往	過去に1度でもじょく創があったか。
93	皮膚のケア	抗生剤，ガーゼ等の使用，手術創の手当て，その他のケアはあるか。
じょく創・皮膚の問題に関する意向 (本人) (家族)		

9 口腔衛生

口腔ケア ※口腔の問題を明らかにします。		
94	口腔状態の問題	咀嚼くに問題があるか，食事中に口の中が「乾いている」と感じるか，歯磨きや入れ歯磨きに問題があるか。
口腔衛生に関する意向 (本人) (家族)		

10 食事摂取

栄養・水分摂取 ※意図しない体重減少を明らかにします。		
95	極端な体重減少	1ヶ月に5%，3ヶ月に10%の減少はあるか。
96	栄養不良	極端な栄養不良があるか。
97	極端な体重増加・肥満	通常生活に支障のある肥満，呼吸障害はあるか。
98	食事量，回数の不足	食事回数は1日2食以下か。2食以下の場合には十分な量が摂れているか把握する。
99	食事摂取の減少	間食も含めた24時間の摂取量の減少があるか。
100	水分不足	24時間の摂取量の減少があるか。

101	経管栄養，胃ろう	24時間の摂取量の減少があるか。
嚥下		
102	嚥下問題	飲み込む能力の障害，支障があるか。
食事摂取に関する意向 (本人) (家族)		

1.1 問題行動（行動障害）

行動障害		
※苦痛の原因となる，同居者を悩ます行動を把握します。		
103	徘徊	徘徊があるか。（目的のある行動を除く）
104	乱暴な言葉	乱暴な言動があるか。
105	乱暴な行動	乱暴な行動があるか。
106	混乱させる行動	音，騒々しい，自傷，ものをかき回す，繰り返す，集める等の行動があるか。
107	ケアの拒否抵抗	介護や支援に対する拒否・抵抗があるか。
108	行動障害の悪化*	約3ヶ月間のうちの悪化があるか。
向精神薬		
109	抗精神病薬	服用しているか。（精神機能や行動，経験に影響する薬。神経系に作用する。）
110	抗不安薬	服用しているか。（不安を取り除いたり，軽くする薬。）
111	抗うつ薬	服用しているか。（うつの症状を軽くしたり，うつを取り除く薬。）
112	催眠薬	服用しているか。（痛みの感覚を鈍らせる薬。鎮静薬，鎮痛薬，麻酔薬，酔わせる物質）
行動障害に関する意向 (本人) (家族)		

1.2 介護力

介護力		
※インフォーマルな支援体制を評価します。家族，親戚，友人，近所の人等，定期的だったり，何かあった時に対応している人を把握します。		
113	介護者（氏名・続柄）	主介護者と副介護者は誰か。同居しているか。
114	支援の分野（ADL、IADL、精神的支援等）	支援の分野と内容は何か。
115	介護者が介護量を増やすことの可能性	介護量を増やす意思があるか。可能か。
116	介護者が介護を続けられる可能性	介護・支援を続けることができるか。

117	介護者の周りの人に対する不満	家族や友人からの支援に満足しているか。
118	介護者のストレス・負担	ストレスや怒り，憂うつな気分を表しているか。
同居者		
119	同居者の増減*	約3ヶ月間に増減はあるか。
120	施設入所についての同居者の意向	同居者は，居宅に住み続けるのではなく，施設に入ったほうが良いと思っているか。
介護力に関する意向 (本人) (家族)		

1 3 居住環境

居住環境		
※居住環境が危険か，住めなくなっているかを把握します。		
121	身体状態から見た居住環境問題	本人の身体障害の状況から見ての，照明，床の状態，浴室・トイレ，台所，暖房や空調，身の安全，玄関・玄関先，部屋の出入り，動線の段差等の，生活上の支障はどうか。
居住環境に関する意向 (本人) (家族)		

1 4 特別な状況

特別な状況		
※虐待やターミナル等，特別な状況を把握します。		
122	家族・介護者に対する恐れ	介護をしてもらっている家族やケアのスタッフを怖がっている様子が見られるか。
123	劣悪な衛生状態	衛生状態が“異常”に悪いか。
124	不明な怪我，骨折，火傷	説明のつかない傷等があるか。
125	放置，暴力，搾取等	介護の必要性があるが，適切に対応されていないか。
126	身体抑制	四肢の抑制，過度なベッド柵使用，椅子に固定等があるか。
ターミナル		
127	ターミナル期	ガンの末期，あるいは終末期であるか。
特別な状況に関する意向 (本人) (家族)		

※ その他

※特記すべきことがあれば把握します。

利用者・患者に対する介護・医療連携

医療機関（医師，看護師，社会福祉士，OT・PT等） ～医療保険（診療報酬）～

退院調整加算 1 (急性期) : ～14日340点, 15日～30日150点, 31日～50点 (退院時 1回)
退院調整加算 2 (慢性期) : ～30日800点, 31日～90日600点, 91日～120日400点, 121日～200点 (退院時 1回)
 ・スクリーニング体制整備, 入院 7 日以内に退院支援計画策定着手, 連絡・退院調整, 調整内容を文書で提供

退院時共同指導料 : 300点
 ・入院中の病院の医師又は看護師等と在宅担当医と共同指導 (文書で提供, 入院中 1回)
※加算 在宅担当医と共同 : 300点
 在宅療養スタッフ 3人以上と共同 : 2,000点
 (医師, 看護師, 歯科医師, 歯科衛生士, 薬剤師, 訪問看護師, 介護支援専門員)

介護支援連携指導料 : 300点
 ・介護保険サービスを受ける上での医学的留意事項, 療養上の留意点を共同指導 (入院中 2回まで)
 ・医師・看護師・社会福祉士等が**介護支援専門員**と共同
 ・入院中の患者からの同意必要
 ・患者の同意を得て, 介護支援専門員からケアプランの写しを得る

退院前訪問指導料 : 555点
 ・在宅生活指導 (OT・PT)

・入院時スクリーニング
 ・退院計画

(退院調整加算の施設基準)

退院調整部門

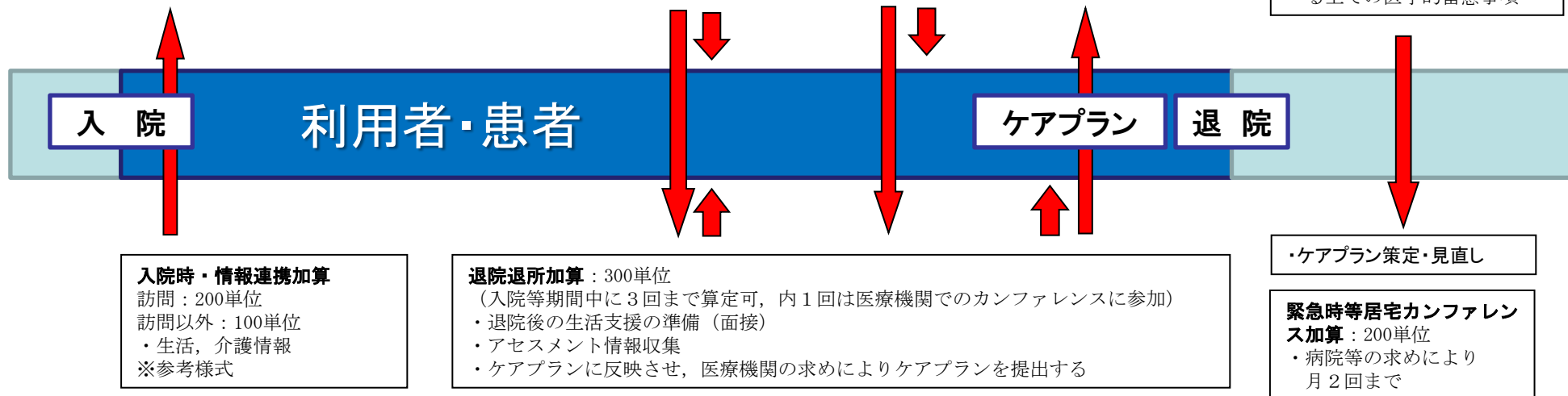
・専従看護師と専任社会福祉士 **or** 専従社会福祉士と専任看護師

退院支援計画

・退院困難要因
 ・退院の問題, 課題
 ・退院に向けた目標, 支援概要

診療情報提供料 : 250点

・診療情報
 ・介護保険サービスを受ける上での医学的留意事項



入院時・情報連携加算
 訪問 : 200単位
 訪問以外 : 100単位
 ・生活, 介護情報
 ※参考様式

退院退所加算 : 300単位
 (入院等期間中に 3 回まで算定可, 内 1 回は医療機関でのカンファレンスに参加)
 ・退院後の生活支援の準備 (面接)
 ・アセスメント情報収集
 ・ケアプランに反映させ, 医療機関の求めによりケアプランを提出する

・ケアプラン策定・見直し

緊急時等居宅カンファレンス加算 : 200単位
 ・病院等の求めにより月 2 回まで

介護支援専門員 ～介護保険（介護報酬）～