

各都道府県介護保険担当課（室）

各保険者介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 老健局振興課

介護保険最新情報

今回の内容

「ケアプラン点検支援マニュアル」

の送付について

計112枚（本紙を除く）

Vol.38

平成20年7月18日

厚生労働省老健局振興課

介護保険最新情報 Vol.37にてお知らせしましたとおり、「ケアプラン点検支援マニュアル」を送付致します。ケアプランの点検に当たっての参考としてご活用下さい。（介護保険最新情報 Vol.37にて一部をお送りしておりますが、今回お送りするものが全体版となりますので、こちらをご活用下さい。）

また、貴関係諸団体に速やかに送信いただきますようよろしくお願い致します。

なお、容量が大きいことから、三回に分割して送付致します。

- 「ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法」及び「ケアプラン点検支援マニュアルの指標」
- 「ケアプラン点検支援マニュアル（本論）」のうち「第1表」から「第3表」
- 「ケアプラン点検支援マニュアル（本論）」のうち「分析表」

連絡先 TEL：03-5253-1111

（人材研修係・内線 3936）

FAX：03-3503-7894

ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法

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点検作業は一方向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の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「振り返りの作業」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このマニュアルは、1表、2表、3表、分析表、全部で42問の質問項目があります。これらを全て行うのではなく、必要な項目だけを適宜活用し効率的に行うことが大切です。
- ⑩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。

3. 「ケアプラン点検支援マニュアルの指標」について

「ケアプラン点検支援マニュアル」をコンパクトにまとめた簡易版です。ケアプラン点検の事前準備として活用したり、マニュアルの全体像を把握する為に使います。

4. 「ケアプラン点検支援マニュアル（本論）」の構成について

1表	居宅サービス計画書（1）関係
2表	居宅サービス計画書（2）関係
3表	週間サービス計画書関係
分析表	課題分析項目関係

から構成されており、各表において押さえておきたい基本事項に関して解説をつけてありますので必要に応じ活用します。

各事項について、「質問」→「目的」→「解説」→「留意事項」→「確認ポイント」→「類似、補足の質問」という構成で作成しています。それぞれの事項についての説明は、以下のとおりです。

（1）質問

ケアプランを点検するにあたり、基本的に押さえておきたい事項が不十分だと思われる場合や内容に関して確認しておきたい事柄がある場合に、それらの項目を整理するときに活用します。

具体的には、マニュアルに示してある「質問」や「類似、補足の質問」等を参考にしながら、介護支援専門員に質問を投げかけ、どのような視点、考えを持って利用者に関わりケアプランを作成したのか等を聞き取りながらその経緯について把握していきます。単に記載がうまくできていなかっただけなのか？見過ごしていた事項があったのか？理解が不十分だったのか？など、質問を通したやりとりの中で確認していきます。

(2) 目的

それぞれの「質問」の目的が記載されており、押さえておきたい確認事項がまとめられています。点検作業においてその質問をする意図は何か、なぜ質問の内容を確認しなければならないのかを記載してあります。

質問の目的を理解した上で、点検作業を行うことはより効果的であり効率性を高めます。

(3) 解説

それぞれの項目ごとに押さえておきたい目的（ねらい）に対して、分析表では具体的にどのような視点でアセスメントを実施していく必要があるのか、また1～3表では、計画書を作成するにあたりアセスメントを踏まえてどのような視点・思考が必要なのか基本的な事柄を解説しています。点検する側がここを十分に理解する事により介護支援専門員が何を伝えようとしているのかが確認しやすくなります。

(4) 留意事項

目的や解説等に対する補足の説明や確認していく事項について、誤解が生じないように留意してもらいたいことを記載しています。

(5) 確認ポイント

それぞれの項目ごとの目的（ねらい）に応じた内容が、押さえられているかどうかを確認するものとして保険者が活用するほか、介護支援専門員の自己点検指標としても活用できます。但し、この項目はあくまでも指標の例示として示したものでありチェックが入った項目の多寡によりただちにそれが介護支援専門員の優劣を判断するものではありません。

(6) 類似、補足の質問

確認しておきたい事項に対して、質問は1つとは限らないため、保険者が類似する質問等も参考にしながら、自ら発案する際の参考として活用しやすいものを選んで利用してもらえるようにしています。

介護支援専門員の力量や資質によって、質問の問いかけ方も変えていく事が必要であり、どのような質問の問いかけ方をする事が、点検、支援をする上で効果的なのかを考えながら質問することが大切です。

5. ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法について

(1) 解説

あらかじめ、ケアプラン点検時の事前準備として、『ケアプラン点検支援マニュアルの指標』を参考に、提出されたケアプランが確認項目の内容を踏まえて作成しているかを確認します。確認した内容が、「曖昧な表現でわかりにくい」、「視点の押さえ方が不十分」等感じた場合には、【ケアプラン点検支援マニュアル（本論）】の各項目の該当部分の解説を参考にしながら、点検作業に移ります。

例えばケアプランの課題を見ると、ほぼ全てが「〇〇してほしい」と記載されており、ややもすれば利用者の「要望」をそのまま記載していると思慮される場合があります。その課題の一つに「腰や膝の痛みがあるため、家事ができないので、手伝ってほしい」というものがある場合、すべての家事が行えないのか、工夫すれば行えることはあるのか、実際にしている家事はあるのかなどについて把握しているのか等、アセスメントの過程を振り返る作業が必要になってきます。

(2) 手順

① 居宅介護支援事業所からケアプランの回収（ケアプラン「1～3表」及びアセスメント表）

〈回収する場合の抽出方法の例示〉

- ・ 各要介護度別に無作為に抽出
- ・ 訪問介護を利用している者を無作為に抽出
- ・ 各事業所で介護支援専門員1人に対して、プランを〇個回収
- ・ 特定のサービスのみを利用している者を抽出
- ・ 給付額いっぱいの利用者を抽出

- ・介護度が高い割には支給額が低い利用者を抽出
- ・新人の介護支援専門員のプランを抽出
- ・特定のサービスを一定以上利用している者を抽出
- ・その他地域の特性等を勘案して抽出 など

②事前準備

- I) 保険者は『ケアプラン点検支援マニュアルの指標』を参考に、提出されたケアプラン（1表～3表）の内容をアセスメント表を必要に応じて参照しながら点検します。
- II) 内容が曖昧で不十分だと思えたり疑問が生じた項目等についてチェックをしておきます。
- III) 「ケアプラン点検支援マニュアル（本論）」を参考にして、項目が不十分だと感じたり、疑問が生じた項目等に関して、確認作業を実際の面談の場面で行うことができるよう整理し準備しておきます。

（例）確認方法

- (ア) 課題が明確でない、目標とサービスが連動していない、根拠のないサービスが入っていることはないかなどをまず把握しておきます。
- (イ) アセスメントが不足している、視点が欠如しているのではないかとと思われるような項目や計画書の中身について、疑義の整理を行っておきます。
- (ウ) 質問の内容を整理しておく。
→疑問を感じるプランの場合には、単に利用者の「要望」を聞いて作成してしまったプランなのか、アセスメントの内容や視点は十分理解できているが、ケアプランに上手く記載できなかっただけなのかなどを確認する為に、アセスメントに関する項目や必要に応じ1表～3表の該当する項目に関して質問し内容を詰めておきます。
- (エ) 適正化・適切化のプランについての考え方などの助言内容等を考えておきます。
- (オ) その他

③介護支援専門員との面談

あらかじめケアプランの点検をしていた時にチェックしておいた事項について、質問を通して確認していきます。介護支援専門員の回答を聞きながら、共に利用者への理解を深め、適切なプランとしていくために、何が必要かを一緒に考えていく姿勢で臨みます。

最終的には、介護支援専門員の「気づき」の部分を活かしつつ、確認し修正が必要と思われた部分についてケアプランの修正を行い、次のケアプラン作成に活かしてもらいます。

④回答の整理・分析

点検作業を通じて介護支援専門員からの回答を聞き取り、記載しておくことにより各質問項目に対する様々な回答が集積します。それらを整理、分析することにより地域の介護支援専門員の課題が見えてきます。

⑤課題の克服

分析の結果でてきた課題に対して、その克服の為にどのようにすれば可能となるのか支援システムの構築を検討します。

フローチャート

①ケアプランの回収



②事前点検、疑義事項の整理



③「対話方式」による介護支援専門員との協働点検作業



④必要に応じてケアプランの修正



⑤回答などを集積しそれらを整理・分析
支援システムの構築

ケアプラン点検支援マニュアルの指標

課題分析表（アセスメントツール）

● アセスメント表とは

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1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。

その為には、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事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、専門職として働きかけることが重要であることを認識しなければなりません。

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、利用者及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つだということを知っ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→意欲的な取組への働きかけ」という一連の流れを適切に実施する為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。

居宅サービス計画書とは

居宅サービス計画書とは、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表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。

第1表 居宅サービス計画書(1)

●第1表とは

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示す帳票です。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1つにするための大切な計画書であり、でき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ケアチームの気持ちを一つにし、利用者と共に同じ方向に歩いていくための大切な帳票であるといえます。

■ 確認項目《1》

必要な記載事項の確認について

■目的

居宅サービス計画書(1)が漏れなく記載できており、利用者のサイン(印)があることを確認

■解説：留意事項

- 最低限必要な記載事項が書かれていることを把握したうえで、記載すべき内容を理解しているか確認する。
- 生活援助中心型の算定理由について、「その他」に当てはまる根拠について判断に迷う場合、介護支援専門員が事業所内で検討したり保険者や地域包括支援センターに相談しているか確認する。

■確認のポイント

- 利用者及び家族の意向が記載されている。
- 介護認定審査会からの意見及びサービスの種類が記載されている。
- 総合的な援助の方針が記載されている。
- 生活援助中心型の算定理由が記載されている。

■確認項目《2》

利用者及び家族の生活に対する意向の妥当性

■目的

利用者及び家族の生活に対する意向を適切に捉えているかを確認

■解説：留意事項

- 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確認します。そのためには、利用者の主訴や相談内容等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険のサービス（インフォーマルサービス含）を利用することにより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（高齢者虐待やそれに類似するもの）がある場合には居宅介護支援経過表（第6表）を活用し、記載しておく必要があります。

■確認のポイント

- 利用者及び家族の生活に対する意向とアセスメントの結果が合致している。
- 利用者・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ている。

■確認項目《3》

総合的な援助の方針の妥当性

■目的

アセスメントにより抽出された課題に対応しており、利用者の生活に対する意向の実現に向けて、ケアチームとして最終的に到達すべき方向性や状況が示されているかを確認します。

■解説：留意事項

○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捉えなおしたもので、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。

■確認のポイント

□利用者及び家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認し合える内容が記載されている。

第2表 居宅サービス計画書（2）

●第2表とは

第1表で示された「利用者の望む生活」を実現していくために、アセスメントから導き出された一つ一つの生活課題を、具体的な手段を示しながら一歩ずつ解決していくための手順を表したものです。居宅サービス計画全体の中核となる帳票です。

第2表は、利用者の生活課題（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、

- 1)利用者自身の力で取り組めること
- 2)家族や地域の協力でできること
- 3)ケアチームがお手伝いをする事

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わかりやすく示した帳票です。

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・頻度や期間を設定します。これはケアチームの目標達成期間であり、モニタリングやケアプランの見直しの指標となるものです。

■確認項目《4》

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の妥当性

■目的

アセスメントの結果をもとに問題や課題をその根拠とともに利用者の課題として導きだせているかを確認

■解説：留意事項

○介護支援専門員の業務の柱は、利用者の「自立」を支援することです。課題の設定に関しては、自立支援の観点からも「現状の維持・悪化を少しでも緩やかにする・状態の改善を図る」等の視点は欠かせないものです。目の前の利用者がどのようなことに取り組めば、現状を維持もしくは改善できるのか、また病状の悪化等により、どうしても状態の維持が困難な場合、悪化を少しでも緩やかにする方法はないかと考え、仮説（目標）をたてることが重要になります。

○利用者や家族の「要望」だけに合わせてケアプランを作成するのではなく、専門家として「自立支援」に資する内容を常に考えながら、根拠のある課題の設定を意識する必要があります。

○生活全般の解決すべき課題を、利用者及び家族が、「自分達の課題（ニーズ）」として捉えられていることが重要です。利用者及び家族が理解しやすいように、難しい専門用語を避けるようにします。利用者自身が表現した「言葉」を引用することで、意欲が高まり、自分のニーズとして捉えることが出来るようになることもあります。

■確認のポイント

□それぞれの課題（ニーズ）が導き出された原因や背景を押さえている。

□優先すべき課題の項目に応じた課題の整理が行えている。

□生活に対する意向と生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の関連付けが図られている。

■確認項目《5》

課題に対応した援助目標（長期目標・短期目標）と援助内容（サービス内容・サービス種別・頻度・期間）の妥当性

■目的

- 長期目標が、それぞれの課題を達成するために、適切な目標と期間の設定になっているかを確認する。
- 短期目標が、長期目標を達成するための段階的な目標・期間になっているかを確認する。
- 目標を達成するために必要な援助内容（サービス内容・サービス種別・頻度・期間）となっているかを確認する。

■解説：留意事項

- 援助目標（長期・短期目標）は、利用者支援の中核をなすものです。利用者及び家族とともに現状分析（アセスメント）から導きだした「自立支援」に資する課題（ニーズ）に対応し、一定期間後に達成できる実現可能な仮説（目標）をたてることが重要になります。
- 目標達成のために具体的に何を行うのかが明確であり、利用者の意欲が湧くような内容にすることが大切です。「サービス内容」の記載には、利用するサービスの内容を単に記載するというより、目標を達成するために必要な支援のポイントやセルフケア・家族の役割等を記載するという視点を持つことが大切になります。

■確認のポイント

【長期目標】

- 解決すべき課題を目指した達成可能な目標設定になっている。
 - 認定期間も考慮しながら達成可能となる目標と期間の設定になっている。
 - 誤った目標設定になっていない。
- （例）支援者側の目標設定、サービス内容を目標に設定等

【短期目標】

- 長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。
- サービス提供事業所が作成する担当者の個別サービス計画を立てる際の指標になっている。
- 抽象的な目標設定になっていない。

【サービス内容・サービス種別・頻度・期間】

- 短期目標達成に必要なサービス内容となっている。
- 医療ニーズの高い利用者には、医療系サービスも盛り込まれている。
- 主治医意見書・サービス担当者会議の意見を反映している。
- 特定のサービスによる偏りがない。
- 家族支援やインフォーマルサービスなども必要に応じて記載されている。

第3表 週間サービス計画表

● 第3表とは

第2票で計画した具体的な支援の内容を、週単位で示した帳票です。利用者の本来の日常生活リズムを把握した上で、介護保険サービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活リズムがどのように変化しているかがわかります。週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活リズムを管理することができます。

さらに、週単位、24時間の時間管理を示すことで、ケアチームとしても、他のサービスが週単位でどのように組み込まれているかを把握することができます。連携を図る上で役立ちます。

また、短期入所や住宅改修、通院状況など、週単位以外のサービスを記載することにより、サービスの全体像、中長期的なサービス計画を把握することができます。

■確認事項《6》

週間サービス計画表の確認

■目的

- 週間サービス計画表が単なるスケジュール表でなく、その意義を理解しているか確認する。

■解説

- 第2表のサービスや内容が第3表を通して、視覚により把握することができ、それぞれのサービスと利用者の生活における関連性が見えるものとなり、見落としや見誤りなどないか確認できるものとなります。
- 利用者自身も生活全般の過ごし方を具体的にイメージすることができ、自立に向けた主体的な取組みが期待できます。また週単位の生活を把握することで、それぞれの役割（利用者・家族・サービス担当者・介護支援専門員・その他）を認識することができ、円滑なチームケアを深めることができるものとなります。

■確認事項

- 介護給付以外の取り組みについても記載ができており、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見える記載となっている。
- 円滑なチームケアが実践できるような、わかりやすい記載がなされている。
- 「週単位以外のサービス」欄の目的を理解し、記載している。

第 1 表 居宅サービス計画書(1)

- 質問 1 記載事項に漏れがないよう、常に確認をしていますか？
- 質問 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？
- 質問 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？
- 質問 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？
- 質問 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？
- 質問 6 生活援助中心型を算定した理由を教えてください

質問 1

記載事項に漏れがないよう、常に確認をしていますか？

■目的

○記載すべき内容の理解及び記載漏れがないかを確認する。

■解説

- 第 1 表は、居宅サービス計画全体の方向性を示すものとなります。
- 介護認定審査会の意見については、単に転記するだけでなく、被保険者証に記載されている内容について、利用者及び家族と確認し合いながら転記を行うことが大切です。
- また介護認定審査会の意見及びサービス種類の指定に対し、利用者の拒否や資源の不足等があった場合には、その理由を第 6 表に記録しておく必要があります。

■留意事項

- 初めて介護保険のサービスを利用する利用者及び家族においては、被保険者証の記載事項の意味がわからないことも多々あります。必要に応じて介護保険のパンフレットなどを用いながら、わかりやすく丁寧に説明を行う工夫がなされているかも確認しておきます。
- 必要な内容に漏れがあったとしても、直ちにそのプランを否定するのではなく、必要な情報を記載することが、適正なケアプランを作成するために重要な作業の第 1 歩であることを、保険者として介護支援専門員に理解してもらうことも大切です。

■確認ポイント

- 必要事項の記載がされている。
- 利用者及び家族の意向の記載がされている。
- 介護認定審査会からの意見及びサービスの種類が記載されている。
- 総合的な援助の方針が記載されている。
- 生活援助中心型の算定理由が記載されている。

■類似及び補足質問

- 居宅サービス計画書（1）に必要な事項が漏れなく記載できていますか？
- 第 1 表を読んで、居宅サービス計画全体の方向性がイメージできるようなものになっていますか？

質問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」とに関連性がありますか？

■目的

- 「課題（ニーズ）」と「利用者及び家族の生活に対する意向」との間に関連性があるかを振り返り、アセスメントが適切に行われていたかを確認する。

■解説

- ケアプランは利用者の「要望」に沿うサービスを単に記載したものではなく、利用者がこれからの自立した生活に向けて希望が見い出せる計画書である必要があります。そのためには適切なアセスメント（客観的な指標）過程を経て、課題を抽出していくことが大切になります。
- 利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援するためには、「解決すべき課題」がきちんと押さえられているかを確認する必要があります。
- ひとつひとつの問題が整理され、課題が集約されていく背景において重要なのは、利用者と介護支援専門員がアセスメントの過程を通して信頼関係を構築していくことです。利用者が要望するサービスを単に組み込むのではなく、なぜそのサービスを要望しているかについて、掘り下げて確認していく中で、利用者に「気づき」が生まれることがあります。最終的には利用者の「望む生活」がより明確になり、利用者自らが課題解決へと積極的に望む姿勢を生み出すことにつながります。

■留意事項

- 利用者と家族の意向が異なる場合は、それぞれの意向を記載しておくことが大切です。ありのままの記載ができないとき（高齢者虐待等）には、第6表にその記録を残しておくなどの工夫も必要になります。
- 解決すべき課題を把握するには、利用者の主訴や相談内容等をもとに利用者自身が持っている力や生活環境等の評価を含めて、利用者が現に抱える問題点を明らかにしたかどうかを確認することも必要になります。
- 初回プラン作成では、望む生活が直ちに全て明らかにならない場合もありますが、その課題を経る毎によって関係性を構築し、明らかになっていくということを介護支援専門員が認識しているかどうかも重要となります。

■確認ポイント

- 標準課題分析項目等を活用し、課題の抽出が出来ている。
- 認定調査表、主治医意見書、被保険者証、サービス提供事業所・者・主治医からの情報提供等、利用者及び家族からの情報以外にも必要に応じて関係者からも意見を収集し、意向や課題が明確になるように支援している。
- 課題と「利用者及び家族の生活に対する意向」との間に関連性がある。

■類似及び補足質問

- 利用者及び家族は、これからの生活について、どのようになることが望ましいと考えていますか？
- 利用者及び家族は、どのような生活に戻りたいとお考えですか？

質問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？

■目的

- 家族がどのような思い（意識）で利用者を支えていこうと考えているかを聴き取ることで、家族の「介護力（家族の支える力）」や介護に対するおもいを確認することができる。
- 家族としての役割を果たすことは考えつつも、本人との関係に悩んでいるなど、「家族としての葛藤」を理解しているかを確認する。

■解説

- 家族が利用者の現況をどのように受け止め、またどのように本人を支えていこうとしているかを知ることは、家族の持つ力を知る上で、アセスメントには欠かせないものです。
- 同じようなADL（日常生活動作）やIADL（日常生活関連動作）の状況にある人でも、家族との関わり如何によっては、利用者の生活は異なるものです。またそのことは利用者だけの問題ではなく、介護者自身の健康や性格・価値観、時間的な余裕や経済力、介護に対するおもい、またそれまでの利用者との人間関係など、様々なものが複雑に影響しあいます。

■留意事項

- 介護に費やす時間や費用に関する考え方は、千差万別です。介護支援専門員側の価値観等を押しつけることのないように留意することが必要です。
- 単に介護サービスの利用を制限するために、家族が行うことを強要しないように留意します。
- 初めて介護に直面した・少し慣れてきた・経験が長くなった家族等、介護に関する不安や悩みは様々です。そうした介護の期間や経験なども勘案し、情報収集・アセスメントが行われていたかを確認します。
- サービスの導入には、家族の介護負担の軽減という視点もありますが、介護サービスが入ると、家族は安心して介護は専門家に任せようと、今までしていたことをしなくなる場合もあります。
- 家族や身内が行うことの意義についても、十分説明を行いながらインフォーマルな支えがどの程度可能かを把握しておくことも大切です。

■確認ポイント

- 家族が今一番困っていることを受け止めた上で、家族として「できること」「できないこと」を把握している。
- 家族が何気なくもらした「介護に対する言葉」をきちんと受け止め、意識している。
- 介護支援専門員個人が思い描く家族像を押し付けていない。

■類似及び補足質問

- ご家族は、本人にどのような介護サービスを受けてもらいたいと考えていますか？
- 介護サービスを利用し、どのような生活を送って欲しいと考えていますか？
- 家族としては、介護サービスを利用することで、本人とどのような関わりを続けたいと考えていますか？

質問 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？

■目的

○利用者及び家族からの要望をそのままサービス計画に反映させているだけでないかを確認する。

■解説

○面接当初の利用者及び家族が訴える「生活に対する意向」では、今起きている生活についての困り事やこうしてもらいたいという要望が中心に話されることがあります。その背景には、今の状況に対する「不安・悩み・焦り・介護者への気兼ね・遠慮・ストレス・介護負担」など様々な問題が利用者側・介護者側にあり、整理されないまま言葉に現してしまうことがあるからです。

○アセスメントの過程においては、そうした利用者及び介護者自身が抱える問題の背景を明らかにし、情報不足からくる不安や悩み等に対して、必要な情報（介護の工夫、サービスの利用等）を提供していくことが必要になります。

○また、「予後予測の見立て（介護サービスを利用することにより改善される生活のイメージを持つこと）」が行えたかも非常に大切な視点となります。こうした視点があると、利用者及び家族も介護の見通しが立ち、生活や介護に対するイメージも変わっていくことがあります。

■留意事項

○初回面接時からアセスメントを通じて「生活に対する意向」に大きな変化がみられないこともあります。変化がないことが、そのままアセスメント過程に問題があるとは限りません。

○利用者及び家族によっては、介護保険やサービスに関する情報を新聞・本を通じて得ている場合など、解釈が主観的であったり（誤った理解）、知識が中途半端なために「誤解」が生じていることもあります。それらについて確認し、必要に応じて正しい情報提供ができているかも把握する必要があります。

■確認ポイント

- 利用者及び家族の生活に対する意向とアセスメントの結果が合致している。
- 介護サービスを利用するためだけの課題抽出になっていない。
- 利用者・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ている。

■類似及び補足質問

- 利用者及び家族の「生活に対する意向」は、アセスメント当初からプラン原案作成までの経過の中で変化が見られましたか？

質問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？

■目的

○総合的な援助の方針は、介護支援専門員が目指す方針ではなく、ケアチーム（利用者及び家族を含む）としての総合的な援助方針であることが理解できているか、また緊急事態が想定される場合などの対応についてもケアチームで共有・調整できているかを確認する。

■解説

- 第2表の生活の課題にあがっていない内容が総合的な援助の方針に入っている場合は、アセスメントの過程を振り返る必要があります。
- 利用者や家族が「望む生活」を目指して、ケアチームが取り組む内容や支援の方向性がわかりやすい表現となっていることが大切です。
- 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。

■留意事項

- 専門用語の使用はできるだけ避け、わかりやすい表現で記載するなどの工夫が必要です。
- 表現が抽象的でなく、各個別サービス計画の方向性やサービス内容が立てやすいような内容となっているかどうかを確認します。

■確認ポイント

- 利用者及び家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認し合える内容が記載されている。
- 緊急事態が想定される場合は、対応機関やその連絡先、対応の方法等についての記載がされている。
- サービス担当者会議の開催が行われたかを確認する。
- サービス担当者会議が開催できなかった場合に、どのようにケアチームの方向性を確認し、合意形成したのかを確認する。

■類似及び補足質問

○総合的な援助の方針を立てる際、特に留意した事柄はどのようなことですか？

○総合的な援助方針を立てるにあたり苦労した点はどのようなことですか？

質問6

生活援助中心型を算定した理由を教えてください

■目的

- 居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置づける場合、その算定理由となる根拠を押さえることができているかを確認する。

■解説

- 生活援助中心型の算定理由の欄には、「一人暮らし」、「家族等が障害・疾病」、「その他」の3つに分けられています。いずれにおいても生活援助中心型を算定する理由（必要性）はアセスメントから導き出されます。
- 比較的「一人暮らし」「家族等が障害・疾病」による場合は、算定の理由が明確ですが、「その他」を理由として生活援助中心型を算定するには、理由をきちんと整理し、記載しておく必要があります。
- 算定の判断に迷う場合には、事業所内で検討したり、保険者や地域包括支援センターに相談することも大切になります。
- また、やむを得ない理由により生活援助中心型で算定したサービス内容も利用者及び家族の変化（病気が治る・虐待等が改善される等）に応じて、本人の自立支援に必要なサービスに切り替えていくことを忘れないように、モニタリングを適切に行うことが必要です。
- 算定理由については、どうしても第1表への記載が難しい事情のある場合については、第6表等にその理由を記載するなどの配慮が必要となります。

■留意事項

- 生活援助中心型の算定理由に対し、サービスの制限を示唆するような質問の仕方にならないように注意します。
- 特に専門職として判断した生活援助中心型の算定理由が「その他」の場合、十分にその内容に関して、保険者は介護支援専門員と共に検討する姿勢が大切です。

■確認ポイント

- 単に形式的な要件のみでサービス提供の有無を算定していない。
- 生活援助中心型の算定理由を、介護支援専門員が根拠をもって説明できる。
- 判断に迷う場合は、自分だけで判断せず、保険者、地域包括支援センター等に相談し、客観的な意見を求めている。

■類似及び補足質問

- 生活援助中心型の算定理由を記載するにあたり、困ったことはどのようなことですか？
- 介護保険による訪問介護サービスと家政婦さんなどによる生活援助の違いを理解し、説明できますか？

第2表 居宅サービス計画書（2）

- 質問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。
- 質問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？
- 質問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？
- 質問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？
- 質問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？
- 質問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？
- 質問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となっていますか？
- 質問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？
- 質問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？

質問 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。

■目的

- それぞれの課題（ニーズ）が導き出された経緯（原因や背景）を振り返ることで、自立支援に向けた適切なアセスメントが行われていたかを確認する。

■解説

- 第2表は、居宅サービス計画全体の中核になるものです。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めざすのかということを確認にしていくことが必要になります。
- 利用者及び家族の抱える問題点や困り事に対して安易に、即サービスで対応するというのではなく、利用者及び家族とともにその問題や困り事の本質（原因・背景）や解決するには何が必要なかを明らかにしていく過程が大切になります。
- 「できない」「できるのにしていない」「している」などの行為の現状把握だけではなく、その状況を招いている原因や背景についての整理が必要です。そのうえで、「できるようになる」「するようになる」など改善の可能性を探ります。
- サービスはニーズを解決するための一つの手段であることを理解し、利用者が自立を目指していけるような内容となっていることが大切になります。
- また、生活する上で介護サービスの利用の必要性がない課題についても、網羅されていることが大切です。利用者及び家族が取り組んでいくセルフケアや家族支援等を含む生活全体の課題について、アセスメントがなされていることが必要です。

■留意事項

- 個人的な視点やアセスメントソフト等によって、一律同じような表現や課題分析が行われていないことを確認します。
- 課題設定と表現が、本人が「できないこと」を表記するものであるとの誤解をしていないかどうかを確認します。
- 問題点の指摘ではなく、自立に向けた意欲に転換することが大切な視点であるということが理解できているかを確認します。

■確認ポイント

- 状態（状況）の改善・維持・悪化防止など、自立支援に向けたアセスメントの視点をもとにそれぞれの課題（ニーズ）が導き出されたかを確認する。
- 介護サービスを利用するための課題抽出となっていない
- 課題の中にサービスの種類が記載されていない
- それぞれの課題（ニーズ）が導き出された原因や背景を押さえている。

■類似及び補足質問

- 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）は、どのような視点から抽出されましたか？その原因や背景となるものはどのようなことでしたか？
- 生活全般の解決すべき課題は、本人・家族の意向や状態を踏まえて作成できましたか？
- 課題（ニーズ）についてどんな情報を得て分析を行いましたか？

質問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？

■目的

○優先すべき課題（例：緊急である課題、医師等の専門職からの課題等、本人の動機づけとなる課題、改善の効果が見込まれる課題、悪循環を作り出す原因となっている課題）の整理が行えているかを確認する。

■解説

- 課題の優先順位をつける作業では、様々な視点からアセスメントした結果抽出された生活課題を関連付け、まとめていきます。その中で利用者及び家族が優先的に解決したいと思う課題や取り組みたいという意欲的な課題から優先するなど、利用者及び家族の意向を組むことも必要です。
- しかし緊急性の高い課題として、例えば生命の危険が脅かされるような状況がある場合や虐待等のリスクが高い場合、また状態の悪化を防ぐために必要な医療上の課題があれば、それらを優先課題としてあげるなどの状況判断も必要になります。
- また改善の効果が見込まれる課題や悪循環を作り出す課題については、利用者及び家族に十分な説明を行い、将来的な予測や見立てを具体的に示すことが必要です。そうしたかわりの中で、利用者及び家族が捉えていた課題の優先順位が変化していくことがあります。
- 一度計画をたてた優先順位が継続して同じということではなく、利用者及び家族の状況の変化によって、その都度優先順位が異なっていくものであるため、モニタリングが重要だということを改めて押さえておく必要があります。

■留意事項

- アセスメントの途中であっても緊急時には、サービスの手配を先に行い、アセスメントした内容の記録が後になることもあり得ます。
- ケアマネジメントは、利用者本位・利用者主体が原則ですが、時には利用者本位を貫くことに配慮しながらも、家族の介護負担軽減等が優先課題として先にあがることもあります。
- 課題の整理をする過程においても、利用者・家族が積極的に参加できるような工夫や配慮が大切です。

■確認ポイント

- 優先すべき課題の項目に応じた課題の整理が行えている。
- 利用者及び家族に予後予測を立てた根拠を説明している。
- 課題の優先順位に支障や理解の違いが生じた場合、調整している。
- 利用者と家族のニーズの相違点については、第6表の「居宅介護支援経過」に書き留めるなどの工夫が行えている。
- 介護支援専門員が一方向的に提案した課題になっていない

■類似及び補足質問

- 生活全般の解決すべき課題について、利用者及び家族とともに課題の順位をどのようにして決めましたか？
- 生活全般の解決すべき課題について、優先すべき課題を、利用者や家族にどのように確認をしながら決めましたか？

質問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？

■目的

○アセスメントの結果を踏まえた内容であり、一定期間後に実際に達成できそうな課題をわかりやすい表現で記載されているかを確認する。

■解説

○生活全般の解決すべき課題を、利用者及び家族が、「自分達の課題（ニーズ）」として捉えられていることが重要です。利用者及び家族が理解しやすいように、難しい専門用語を避けるようにします。利用者自身が表現した「言葉」を引用することで、意欲が高まり、自分のニーズとして捉えることが出来るようになることもあります。

○課題は、漠然としたまとめ方ではなく、利用者が主体的な取り組みを始めようと思えるようなわかりやすい記載の方法を心がけることが大切です。

○病気や障害があっても、残された機能や能力で、できることはたくさんあります。介護支援専門員が積極的に利用者と一緒にできることを見つけていく作業を丁寧に行うことで、徐々にネガティブだった利用者自身の気持ちに変化が現れ、次第に気持ちがポジティブに変わっていくことがあります。その経過を大切にすることが利用者・家族との信頼関係をさらに構築することに繋がります。

■留意事項

○「主訴」として始まったヘルパー利用の希望も、元気だった頃のように調理ができないことが不安要素だとわかれば、その方が安心して調理に取り組んでみようと思えるものを提案していくことができます。そうなれば「調理ができないので困っている」という課題ではなく、「片手での調理に不安はあるが、調理方法を工夫することにより、徐々に料理のレパートリーを増やしていく」ということを考えていくことができます。

○「安全・安楽に過ごす」等の抽象的かつ誰にでも当てはまるようなニーズの表現は極力避けていきます。利用者ひとりひとり安全・安楽の捉え方には違いがありますし、介護支援専門員がアセスメント等を通じて専門職の視点として、その人にとっての安全・安楽とは何かを共に考え、具体的にその内容を表現できることが大切です。

- 「〇〇できない」「〇〇に困っている」など、ネガティブな表現の方が、利用者に伝わりやすい場合もあります。全てを肯定的に記載するのではなく、利用者がニーズを理解できるような記載方法になっているかを確認する事が大切です。
- その上で、原因や背景に目を向け、どうしていくのか利用者・家族にとって、最良なのかを共に考えていく姿勢を持つことができたかを確認することが大切です。

■確認ポイント

- 生活に対する意向と生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の関連付けが図られている。
- 肯定的な表現方法で、わかりやすい内容の記載ができています。
- 利用者の取り組むべき課題が明確になっている。
- 利用者の望む生活を実現する課題となっている。

■類似する質問

- 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言葉で表現できていますか？
- 利用者自身が、意欲的に取り組めるように、利用者の言葉で記載するように心がけていますか？

質問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？

■目的

- 利用者及び家族の「困りごと」に対して、原因や背景を十分に分析することなく、サービス提供のみを目的とした計画書を立てていないかを確認する。
- 困りごとの原因や背景に何があるのかを、一緒に探していく作業を通じ、利用者自身が求めている生活、大切にしたいものが何かを把握した上で、専門職として積極的な働きかけができているかを確認する。

■解説

- 介護支援専門員の業務の柱は、利用者の「自立支援」にあります。単に困りごとを聞いていたのでは「自立支援」にはつながりにくいものです。困りごとの事実・実態を把握した上で、どうしてそのような困りごとが生まれているのか、その原因や背景を利用者及び家族とともに探っていく作業が「自立支援」には欠かせないものです。
- その過程において、一方的に介護支援専門員が気付いたことを伝えていくのではなく、大切なことは利用者や家族に「どうしてこんなことが起きているのか？どうして今、このことに困っているのか？どうしたらその困りごとは解消・改善されるのか？」と考えてもらう時間を意識的にとることも必要です。
- 人は他人から指摘・示唆された内容よりも自らが気付いた事柄に対しては、主体的になれるものです。利用者及び家族の言動・表情・声色・手振り・身振り等を観察しながら、語られた言葉だけに注視せず、表現されなかった内容については、言葉を引き出すきっかけを作るなどの工夫を行うことで、気づきを促せる場合があります。
- 介護支援専門員も業務に慣れない間は、時に利用者及び家族の「困りごと」に振り回されることもあります。要望を単に受け止めることへのリスクの高さを説明することも必要です。
例えば長時間立っていることが辛いという理由で、家事全般を訪問介護で担って欲しいという要望があったとします。長時間という時間がどの程度の時間をさしているのか？痛みのコントロールの方法はないのか？その状態は今後、治療や生活上の工夫により改善できるものなのか？どの程度の家事ならできる範囲にあるのか？など、十分なアセスメントを行わず、安易にサービスを提供することで、さらに活動量が減少し、介護度が悪化する

ることにもつながる恐れがあります。またそのことは利用者が望む生活への到達時間を遅らせるだけでなく、到達そのものが難しくなる可能性を秘めていることなど、簡単に要望を受け止めることへのリスクについて、説明することはとても大切です。

■留意事項

- 利用者や家族の状況によっては、とりあえずは「困りごと」を解消するという関わりの中から徐々に介護支援専門員との信頼関係やサービス提供事業所・者との関係性を深めていくことで、本当に必要な支援が展開できるようになることがあります。
- 「困りごと」の原因や、背景の状況が分析できていないような場合は、課題分析の項目にさかのぼって、再アセスメントを促す必要があります。
- 一側面だけを捉えているような場合は、利用者や家族が話した言葉や、態度・表情など様々な角度から、必要な項目についてもう一度再アセスメントを試みるように促す必要があります。
- 介護支援専門員の個人的な感情や価値観等で判断をしているような場合は、客観的な根拠が必要であることを伝え、再アセスメントを試みるように促す必要があります。
- 介護支援専門員は、「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（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）」や「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」の記載内容を十分に把握したうえで、居宅サービス計画書を作成することが大切です。
- 介護度や身体の状態が同じだからといって、一律に同じサービスが必要というわけではありません。利用者のライフスタイルや生活環境によっても「できること」の可能性は多くあるという考え方が必要となります。

■確認ポイント

- 利用者及び家族の要望をそのまま受け止め、十分アセスメントを行うことなく、サービス提供することへのリスクについて理解し、利用者及び家族に対し説明ができています。
- 利用者及び家族の困り事を受け止め、その原因や背景に何があるのかを把握分析した上で、居宅サービス計画に反映している。

■類似及び補足質問

- 利用者及び家族の困りごとを聴いて、その要因を探る過程において「自立」に向けた働きかけを行いましたか？
- 利用者・家族が困っていることに対して、どうして困っているのか、なぜ困っているのかなどの原因・背景を分析することができましたか？
- 利用者が自立した生活を送れるように、介護支援専門員としてどのような働きかけをしましたか？取り組んだ事があれば教えてください。

質問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？

■目的

○長期目標は、短期目標が一つずつ解決できたゴール（結果）として利用者及び家族が具体的にイメージできるような表現での記載ができていますか確認する。

■解説

○「課題」とは利用者（家族）が解決したい事柄であり、自立支援にむけての最初の一步になります。目標とは課題達成に向けての具体的に取り組む内容のゴール（結果）になります。そのためには、具体的に達成すべき内容がわかりやすくイメージできる記載が大切になります。

○長期目標は、いつまでに、どのレベルまでに解決するのか（達成するのか）を記載したものです。利用者（家族）の取り組みの状況によっては、目標そのものが理解されているかを検討する必要性が生まれる場合や状況の変化に応じて目標を修正することも必要となります。

○家族、ケアチームなど利用者とともに目標を目指す支援者の考えを利用者に押し付けないよう注意が必要です。

■留意事項

○生活全般の解決すべき課題（ニーズ）とかけ離れた長期目標になっていないかどうかを確認します。

○加齢や疾患の影響により心身の状態や体調が変化し、心身機能が低下することで、目標の期間や内容の設定にも影響がでてくる場合には、モニタリングを通して修正を行っているかを確認します。

○長期目標は、課題に対して具体的に達成すべき「結果」としてイメージできる表現・記載が大切になります。

■確認ポイント

解決すべき課題を目指した達成可能な目標設定になっている。

認定期間も考慮しながら達成可能となる目標と期間の設定となっている。

目標達成時期の具体的な状態像を踏まえた記載となっている。

誤った目標設定になっていない。

（例）支援者側の目標設定、サービス内容を目標に設定等

- 目標の設定が利用者の状態像から妥当である。(高すぎる、低すぎる)
- 目標にわかりづらさ(抽象的、あいまい)はない。
- 目標が単なる努力目標になっていない。
- 単にサービスの利用が目標になっていない。

■類似及び補足質問

- 最終的に目指す目標が、利用者及び家族が理解できるよう具体的にわかりやすく記載できていますか？
- 長期目標については、それぞれの課題に対応しながら最終的に目指す方向性や到達可能な内容が記載されていますか？

質問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」になっていませんか？

■目的

○長期目標を達成するための具体的な活動（支援）の目標と期間の設定がおこなわれているかを確認する

■解説

- 「短期目標」は、「長期目標」を達成するために段階的に計画する具体的な活動（支援）の目標となります。短期目標の積み上げの先に、長期目標の達成があり、長期目標の達成が課題（ニーズ）の解決に繋がり、課題の解決の先に利用者の「望む生活」が見えてきます。
- 課題ごとに解決の要点を整理し、すぐに始められる「取り組み目標」として、的を絞った具体的な表記であることが大切です。目標ごとに番号をふるなどして、整理をした目標設定になる場合もあります。
- 現在の状況を踏まえて、1～3ヶ月後には「〇〇まで改善したい」、1～3ヶ月間は「〇〇を取り組み、〇〇までできるようになる」など、利用者・家族にとって具体的な達成目標や取り組み目標を設定します。
- 実際には取り組みを始めたことで早期に短期目標を達成することもあり、その場合は目標の前倒しも出てきます。また設定が高すぎる、早急すぎるなどもわかってくるので、短期目標の内容や目標期間の変更は随時行うこととなります。
- 利用者（家族）は心身の状態が不安定な場合もあり、将来への不安と戸惑い、後ろ向きな気分で日々を過ごすことがあります。そこに介護支援専門員の思い込みや決めつけで「高い目標」を設定し、結果として、できないことで自己否定や自信喪失にいたる場合もあります。
- 高めの目標は短期目標で「小分け」にして、利用者（家族）に「ささやかな達成感」と「小さな成功体験」を得てもらうことは、生活への意欲を引き出す効果を期待できます。
- そのため、短期目標でのポイントは、利用者（家族）に「実感のわく内容」「まずやってみようと思える内容」もしくは「あまり気が進まなかったけど、必要なことなんだな」と思える内容にすることも大切です。また、利用者自身の取り組みを促す場合においては、その内容が客観的にも妥当であり、明確であることが大切になります。

■留意事項

- 服薬や通院等の疾患・健康管理など、心身の状態に影響を及ぼしやすかつ緊急度の高い目標がある場合、ケアチーム（本人・家族・サービス提供事業所・者等）が果たす役割について、具体的にわかりやすい表現の記載を心がけているかを確認する。
- また短期目標は、サービス提供事業所・者がそれぞれに作成する個別サービス計画の目標となる場合もあるので、それらを意識した具体的な記載を心がけているか確認します。

■確認ポイント

- 長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。
- サービス提供事業所・者が作成する担当者の個別サービス計画書を立てる際の指標になっている。
- 抽象的な目標設定ではなく、利用者及び家族等が具体的に何をするのかをイメージすることができる表記となっており、取り組む内容がわかるような記載になっている。

■類似及び補足質問

- これらの短期目標が達成されれば、次にどのような目標の設定を考えていますか？
- このなかで利用者が前向きに取り組めそうな目標はどれですか？
- 利用者（家族）の合意を得るにあたり、十分な説明ができ、理解を得られましたか？
- 短期目標の積み上げが、長期目標の達成に繋がるように意識して設定できましたか？

質問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となっていますか？

■目的

- 目標を達成するために必要な援助内容(サービス内容・種別・頻度・期間)を確認する。
- サービスを利用することが目的ではなく、課題(ニーズ)を解決するための手段の一つとしてサービスがあることを理解できているかを確認する。

■解説

- 目標達成のために具体的に何を行うのかが明確であり、利用者の意欲が高まるような内容を提案したり、もしくは利用者自身にもどのような取り組みが必要かを考えてもらったうえで、合意した内容を援助内容として決定することが大切です。
- 「サービス内容」の記載には、利用するサービスの内容を単に記載するというより、目標を達成するために必要な支援のポイントやセルフケア・家族の役割等を記載するという視点を持つことが大切になります。
- 主治医意見書等から提案されている留意事項等もサービス担当者会議においてサービス内容を考える際に、勘案するなど大切なことです。
- サービス提供事業所・者が作成するそれぞれのサービス計画書を立てるのに必要なサービス項目(送迎や食事など)や、加算の対象になっているサービス項目(入浴・個別リハビリ・栄養マネジメント等)についても漏れなく記載ができていることも忘れてはなりません。
- 加算項目を記入する際にはその必要性について説明できることが大切です。サービス提供事業所・者から言われただけで、機械的に記載していないか確認が大切です。

■留意事項

- 利用者及び家族が理解できる用語で記載できているかを確認します。
- 単なるサービス内容だけの記載になっているような場合は、そのサービス内容を入れた根拠を確認します。
- セルフケアや家族を含むインフォーマルな支援を含む場合、実行性を適正にアセスメントして無理や負担のないように留意しているかを確認します。

○インフォーマルな支援が入っていない場合に、直ちに不適切というのではなく、インフォーマルな支援に関して、検討の有無や、含まれていない理由を確認します。

■確認ポイント

- 短期目標達成に必要なサービス内容となっている。
- 家族を含むインフォーマルな支援の記載がある。
- 利用者自身のセルフケアも記載がある。
- サービス提供を行う事業所・者が担う役割等についても、必要に応じた記載がある。
- 主治医等の専門家から示された留意事項等の記載がある。

■類似及び補足質問

- サービス内容を記載するときに留意していることや工夫していることはどのようなことですか？
- サービス内容を検討するときに必要な視点にはどのようなものがありますか？
- 介護サービスを検討する場合に実現可能な方法は介護サービス以外にはないか、検討してみましたか？

質問 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？

■目的

- 短期目標達成のために必要なサービス(フォーマル・インフォーマル含む)を検討されてきたかを確認する。
- 検討した結果、資源として不足しているサービス等がある場合は、介護支援専門員として状況を把握し、行政等に働きかけていく視点が求められていることを認識しているかを確認する。

■解説

- 「短期目標」の達成に必要なサービスの種類(資源)には、利用者(セルフケア)、家族支援、介護保険サービス、インフォーマルサービスで行うものなどがあります。
- サービス内容は、個別サービス計画書と連動していることから、主要なサービス項目(食事介助、清拭等)を漏れなく記載することも大切であり、本人の自立を支援するようなサービス内容でなければ目標の達成、課題の解決には繋がりません。そのためには、具体的なサービス項目を記載するとともに、そのサービスが利用者の自立支援にどのように結びついていくのかを理解し、サービス提供事業所・者と目指す方向性を共有できていることが大切です。
- サービス内容によっては通院、服薬、治療など医療サービスに関わる種別(例：医院、病院、薬局、鍼灸院等)や実費で利用されるサービス(例：タクシー送迎、配食サービス等)もあります。これらの医療サービスや実費サービスも利用者(家族)にとっては「生活を支えてくれる資源」です。サービス内容と種別は介護保険給付の有無に関わらず、必要に応じてケアプランに記載するようにします。

■留意事項

- サービス種別では、できるだけ家族による援助(すでに行っていることも含む)も記載し、家族参加の動機づけを行うなどの工夫が必要です。サービス担当者会議で専門的な見地から示された留意点や配慮については、サービス内容の「条件」として記載することも大切です。

○サービス種別は正式なサービス名称と事業所名を記載し、内容と種別に番号を付ける、線を引くなどの工夫をして関連性が利用者（家族）にわかるようにします。

■確認ポイント

- 短期目標をまず達成するためのサービス種別となっている。
- 医療ニーズの高い利用者には、医療系サービスも盛り込まれている。
- 特定のサービスによる偏りが無い。
- 主治医意見書・サービス担当者会議の意見を反映している。
- サービス導入の目的が目標と合っている。
- 家族支援やインフォーマルサービスなども必要に応じて記載されている。

■類似及び補足質問

- サービス内容を決定する際にサービス資源の有無や条件に影響され、サービス内容が決定しにくい事などがありましたか？
- サービス担当者会議ではサービス内容と資源について、関係者全員が一致できる内容でしたか？そのほかに可能性が検討されていたら教えてください。

質問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？

■目的

- サービス内容と種別ごとに、どのような根拠で利用頻度と期間を設定したのかを確認する。
- 利用期間については、モニタリングを行うことを意識して、必要な期間設定ができているかを確認する。

■解説

- サービスの利用頻度と期間については、「短期目標の期間」と連動し、短期目標の達成に必要な回数と期間設定になっているかが大切です。具体的な記載方法については、開始日と終了予定日を記入し、終了時期が特定できない場合等は、開始時期のみを記載します。
- 利用者（家族）の「生活リズム」を考慮すると、利用が始まってからサービス時間や時間帯、サービス事業所の変更の希望が出てくる場合があります。サービス導入後の利用者・家族の生活状況の変化等に留意しながら、生活リズムの中に必要なサービスが無理なく位置づけられたかをモニタリングを行い、予定と異なる進捗状況が発生すれば、頻度や期間を見直すだけでなく、プラン全体の修正が必要となることがあります。
- 利用者（家族）が十分に納得せず、居宅介護支援事業所の都合を優先し、偏ったサービスを導入することは、利用者本位の視点から逸脱した行為とも言えます。またサービスを使い慣れていない初期の段階では、まず週1回の訪問介護で「他人が家に入ることに慣れる」、週1回の通所介護で「集団に慣れ、知り合いを作る」期間とするなど、利用者（家族）にとっても「無理のない」利用方法をともに考えることが大切です。

■留意事項

- 利用者（家族）の「サービスの受け入れ」の度合い（心理面、体力面）も配慮します。
- 必要に応じて介護保険サービス以外の家族支援、インフォーマル支援の頻度を増やすことへの検討の視点も必要となります。
- 利用者の「生活リズム」に合わせた利用時間帯と頻度、家族の介護負担軽減に配慮した利用頻度に留意します。

- サービス導入直後のモニタリングが行われているかを確認します。行われていない場合は、サービスが効果的に機能しているかを、初期段階での確認が大切であること、サービス提供事業所・者との綿密な報告・連絡・相談が今後の信頼関係に大きく影響し、チームケアの意識向上に繋がることを理解してもらうことも大切です。
- 利用頻度や時間帯など、効果的な導入方法については、サービス提供事業所・者の専門的意見を聞くことも大切です。
- 期間については、すべてのサービス内容や種別が同時並行で導入され利用されるものとは限りません。導入する「順序」に計画性をもっているかも確認する重要なポイントです。

■確認ポイント

- モニタリングでの評価も参考にし、必要に応じた期間での援助内容（サービス内容・種別・頻度・期間）の見直しをおこなっている。
- 利用者及び家族の意向を考慮し、柔軟な対応が出来るようサービス導入にあたりサービス提供事業所・者との連携を図っている。
- サービス導入後の変化を予測できている。
- サービス時間・曜日がサービス提供事業所・者の都合が優先されていない

■類似及び補足質問

- サービスの利用頻度と利用時間帯は利用者・家族の誰の希望ですか？
- サービスへの慣れと受け入れを視野に入れて、導入の順序はどのように考えましたか？
- 利用頻度の適切さを考えるにあたり、利用するサービス提供事業所・者からどのような情報提供を求めますか？

第3表（週間サービス計画）

- 質問 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？
- 質問 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？
- 質問 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？
- 質問 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？

質問 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？

■目的

○介護保険サービスとインフォーマル、家族支援等のバランスがとれたケアプランになっているかどうか確認し、週間サービス計画表をたてる意義について理解しているか確認する。

■解説

- 第2表のサービスや内容が第3表を通して、計画書そのものの全体的なバランスを把握することができ、それぞれのサービスと利用者の生活における関連性が見えるものとなり、見落としや見誤りなどないか確認できるものとなります。
- 介護保険給付以外のセルフケアや家族介護などについても記載をしておくことで、利用者を支える生活全体が見えやすくなります。
特に利用者自身がセルフケアで継続して取組みを行っていることなどを記載し、ケアチームで共有しあうことは利用者のモチベーションを高めることにつながる場合があります。
- 週間サービス計画表は、介護サービス利用の時間を一週間単位で確認できるので、生活全般の過ごし方を具体的にイメージすることができます。またサービス提供者（例：ヘルパー等）も、曜日や時間帯ごとのサービス利用の状況を確認することにより、他のサービスとの役割分担と連携を認識することができるので、チームケアを行う上においても効果的です。
- 週間サービス計画表を作成する上においては、介護サービスの利用日と時間帯など利用者の希望や事情だけでなく、介護する家族の事情も影響します。またサービス提供事業所・者側の定員、送迎コース、受け入れ体制などもあり、すべて意向通りとはならない場合もあります。特に利用初期の1～3ヵ月間はサービスに慣れない利用者（家族）とサービス提供事業所・者間の「調整」により再三動くこともあります。
- 利用する一週間のサービス「量」を見ると、支給限度額や利用料の負担度も影響するので、「利用したい」が現実には減らさざるを得ないという利用者（家族）の事情もあれば、要望のみが先行し、ややもすれば「必要以上と思われるサービス」「支給限度額いっぱいのサービス」になっている場合もあります。

○週単位以外のサービス（居宅療養管理指導や短期入所、福祉用具、医療や保健福祉サービス、地域の活動等）についても記載しておくことが大切です。

■留意事項

○本人の心身の機能の改善・低下等で週間サービスをどのタイミングで見直すことになっているか、またそのことを利用者・家族に伝えておくなども同時に行えているかを確認します。

■確認ポイント

- 目標を達成するために取り組みが必要だと思われるサービスに偏りが無い。
- 介護給付以外の取り組みについても記載ができており、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見える記載となっている。
- 夜間を含めた介護者の介護への関わりの内容（整容・排泄・吸引・吸入・食事・移動・入浴・清拭・体位変換・移乗等）が具体的に記載されている
- 円滑なチームケアが実践できるような、わかりやすい記載がなされている。

■類似・追加の質問

- 夜間や土日のサービス等で不安なこと、手立てを打った方がよいと思われたことはありますか？
- 利用者（家族）が主体的に課題達成を目指すためにはどのような週間サービス計画表が理想的だと思いますか？

質問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？

■目的

○本人及び家族の日常の過ごし方を把握することで、利用者及び家族の生活全体を捉えることができ、情報収集やアセスメントの過程に課題が残っていないかを確認する。

■解説

- この欄には、利用者の平均的な一日の過ごし方をできるだけ具体的に記載します。記載することでその人らしい「一日の生活リズム」を基本においたサービス提供の曜日と時間の組み立て、家族を含めた関わるタイミング、配慮すべき留意点（例：夕方、不穏になる時間に訪問介護や家族の支援を入れるなど）に対応することが可能となります。
- この欄を記載することで、家族が本人の過ごし方を具体的に知る手立てにもなります。同居であっても、一日や一週間を把握しているようで案外知らない場合もあるので、把握してもらっておく必要があります。
- なお本人が認知症や意思を表せない場合は家族から情報収集します。家族から「一日の過ごし方」を情報収集することにより、家族の関わりをつくる効果も期待できます。
- 現在の生活のイメージを持つことで、今の生活課題と生活リズムとの関係性を分析することができます。1日の生活をアセスメントすることで、課題の解決にむけて、きっかけ作りに繋がる場合があることを理解しておきます。

■留意事項

- 第3表の書式では、「主な日常生活上の活動」の欄が「右端」にあるために、介護サービス中心に一週間が組み立てられる印象があり、結果的に本人の「一日の過ごし方」が軽視されてしまう危険があるので注意が必要です。
- 基本的に本人から聴き取り、その際に現在だけでなく、要介護となる以前の過ごし方、本人が今後望む過ごし方も含めて把握することが大切です。
- 一度に全部を聞き出そうとせず、利用者の心身状況や性格等も考慮しながら、相手に不快感を与えないような把握の仕方ができているかを確認します。

- 主たる介護者の介護の関わりと不在の時間帯等についても記載をします。
- 一日の生活の流れが把握できていない場合には、なぜ出来ていないのかを確認することが大切です。

■確認ポイント

- 起床時間から就寝までの「一日の生活リズム」（整容、食事、散歩、掃除、昼寝、買物、洗濯、入浴等）が具体的に記載されている。
- 夜間を含めた介護者の介護への関わりの内容（整容・排泄・吸引・吸入・食事・移動・入浴・清拭・体位変換・移乗等）が具体的に記載されている。
- 一日の生活の中で習慣化していることが記載されている。
- 主たる介護者の「介護への関わり」や不在の時間帯等について記載されている

■類似及び補足質問

- 本人はどのような過ごし方をしたいと望まれていますか？
- 一日の中で利用者（家族）が心配な時間帯、不安になる時間帯はどの辺りですか？
- 夜間、深夜の時間で不安な時間帯や心配事がありますか？それはどのような内容ですか？

質問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？

■目的

- 利用者・家族の意向と事情をくみ取った週単位の介護保険サービスになっているか、利用者・家族の同意を得られているかを確認する。
- 利用者の自立を支援するために、フォーマル・インフォーマル・家族支援等のサービスを考慮し、それらがバランス良く記載された効果的なケアプランになっているかを確認する。
- 介護サービス導入が前提と思えるようなケアプランになっていないか確認する。

■解説

- 課題（ニーズ）を解決していくためには、介護保険のサービス利用に頼るのではなく、自分でできることや家族ができることなどを整理しておくことが必要です。
- サービス内容については、介護保険のサービス内容を記載するだけでなく、利用者及び家族が取り組むもの、遠方の家族や近隣、ボランティア等を含むインフォーマルな資源が担う役割等も記載しておくことで家族を含めたチームが関わっているかを確認することができます。

■留意事項

- 利用者及び家族・近隣・地域の力量にも差がありますので、意向をくみ取ることなくインフォーマルな資源の活用についての記載を行うことがないように留意します。
- 夜間・土日は家族がいるからといって、サービスが必要でないとは限りません。介護負担の状況によっては、夜間や土日の支援体制を組む視点があるかどうかを確認します。

■確認ポイント

- 利用者及び家族が行う役割やセルフケアについて記載ができています。
- インフォーマル資源等の活用なども意識してアセスメントを行っている。
- 夜間・土日などの支援体制もきちんと考えています。

■類似・追加の質問

- 利用者・家族の方はこの介護サービスの組み立てで満足されていますか？
- 夜間や土日のサービス等で不安なこと、手立てを打った方がよいと思われたことはありますか？
- 利用者（家族）が主体的に課題達成をめざすためにはどのような週間サービス計画が求められると思いますか？

質問 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？

■目的

- 利用者の状態は変化するものであることを理解し、一時的に必要なサービスなども含めて記載する必要性や週単位以外のサービスにも介護保険サービスが含まれているため、利用している介護保険サービス全体を把握する必要性を確認する。

■解説

- この欄には、サービス開始当初に導入した福祉用具や、隔月に利用する短期入所など、週単位以外のサービスを利用する場合に記載します。
- 利用者の生活は、状態像や環境の変化で刻々と変わる場合があります。決して週単位のサービスだけで支えているわけではありません。一時的に必要な支援や、週単位ではないけれども定期的に必要な支援なども含めて、継続的に支援体制を構築していく必要があります。
- 医療機関への受診や、保健サービスの利用、ボランティアの不定期な支援や近所の方々の支援なども記入しておくことは大切な情報です。
- 週単位サービス以外の支援を記載しておくことで、期間限定で利用するサービス内容や、月単位で利用するサービスも含めて、利用者の生活を支援する体制の全体像を把握できます。

■留意事項

- 定期的な受診や、訪問診療など、医療機関との関係を記載できているか確認する事も大切です。
- 住宅改修や福祉用具購入など、一時的に利用したサービスに関しても把握しておくことで、今後のサービスのあり方の参考になります。

■確認ポイント

- 「週単位以外のサービス」欄の目的を理解し、記載している。

■類似・追加の質問

- 「週単位以外のサービス」の欄はどのように活用していますか？

分析表

質問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ていますか？

質問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？

質問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？

質問4 <相談>

どのような相談経緯だったのでしょうか？

質問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。

質問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。

質問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。

質問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。

質問9 <認定>

認定情報の内容を確認しましたか。

質問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。

質問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。

質問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。

質問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。

質問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。

質問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がありますか。

質問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。

質問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。

質問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。

質問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。

質問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。

質問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。

質問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。

質問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。

質問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ていますか？

■目的

○介護支援専門員として、アセスメントを行う理由を理解し、その役割が十分果たせているかを確認する。

■解説

○アセスメントとは、利用者についての生活状況を理解し、利用者が在宅生活を継続していく上で、どのような生活課題（ニーズ）があるのかを明らかにしていく大切なプロセスとなります。

○その時に必要な介護支援専門員の視点としては、利用者の潜在・残存能力（可能性）を含めた身体・心理状態、生活環境などの評価を通じて利用者の現状をまず整理することです。

○そして利用者の困りごとやこうしてほしいという希望、どうしていいかわからないという混乱の原因や背景を分析していくことが大切になります。

○真のニーズを導き出すために利用者をいかに理解できるかが大切な鍵となります。そのためには一律に課題分析票を埋めるという作業ではなく、常にコミュニケーションを通して、利用者への支援の方向性を意識しながら、重点的に押えるべき項目等を整理し、現状を分析しながら、生活課題（ニーズ）を見出し、利用者に気づきを促していく関わりが重要になります

■留意事項

○ここでは、あくまでも専門職である介護支援専門員としての考え方を確認します。ただし、説明の中で、不明瞭な部分やあいまいな部分については十分に確認する必要があります。

○特に、利用者の抱えている課題を通して、利用者の全体像が把握できるような説明が出来るかどうかを確認します。

○基本情報や課題についてどの程度把握できたかについて自己評価を行い、アセスメント力のどの部分が弱いのかの認識をもってもらうことも大切です。

○困っていることのみを把握するのではなく、困っていることの背景や原因を分析し、少しでも良い方向に改善できる方法がないかを利用者とともに模索しながら、「予後予測」にたった視点でのアセスメントが行われているかを確認します。

■確認ポイント

- 利用者及び家族にアセスメントの必要性を理解してもらうことができた。
- 利用者及び家族に必要な情報収集を包括的に行い、主観的事実と客観的事実の両方を押さえ、アセスメントに活かすことができた。
- 利用者の生活課題（ニーズ）の内容を明らかにすることができた。
- 利用者の能力（可能性）を明らかにすることができた。
- 現状に関する予後予測とサービス導入後の予後予測を行った。
- 利用者の負担にならないよう適切な時間でアセスメントができた。

■類似及び補足質問

- 利用者の基本情報を十分把握できたと感じていますか？
- 利用者や家族が抱えている課題をある程度把握できたと感じていますか？
- アセスメントがうまくできていないと感じている部分はありますか？またそれは、どのような理由からですか？
- 利用者がどのような生活を送っているか、十分把握できたと感じていますか？

質問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？

■目的

○アセスメントに必要な情報を、どのような関係者・関係機関から得ながら、アセスメントに活かすことができたかを確認する。

■解説

○アセスメント表（課題分析表）を活用するだけでは、利用者の全てを理解することはできません。課題分析表は、あくまで最低限の情報として知っておかなくてはならないものに過ぎません。そのため利用者の状況をアセスメントの段階に応じて的確に把握するために多方面からの情報は不可欠です。

○面接等を通じて利用者や家族から情報を得る以外にも、他の医師等の専門家やサービス事業所など幅広く情報収集することが重要になります。

○情報を求める際には、どのような情報が必要なのか、その理由や根拠を明確にしておくこと必要です。常に何のために必要な情報なのかということ介護支援専門員は押さえておく必要があります。

○また、これらの情報を一度に収集しなくていけないというわけではなく、日頃から心がけることが大切であるということにも留意する必要があります。

■留意事項

○アセスメントが利用者のみの場合、なぜ家族や周囲の関係者や関係機関からの情報を集めていないのかを確認します。

○他機関から引継ぐ利用者については、申し送り等を受け、基本的な情報等を利用者の了解を得た上で、紙面でもいただくなどの工夫ができているかを確認することも大切です。

○要介護1から要支援（1・2）等を更新のたびに行き来する利用者について、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所（介護支援専門員）との間で、連携が図れているかを確認します。

○ただ情報収集するだけでなく、きちんと整理、分析しているか、個人情報の取り扱いに留意したかなどについて確認します。

○利用者の心身の状況や生活環境等に応じた情報収集の方法がとられているかを確認します。

■確認ポイント

(どのような方々から情報を得たかを確認する)

- 利用者 同居家族 それ以外の家族 主治医
- 医療機関のスタッフ（入・退院時等） サービス提供事業所・者
- 行政（主治医意見書・認定調査票） 地域包括支援センター等
- 民生児童委員
- インフォーマル資源（近隣・自治会長・老人クラブ会長・ボランティア等）
- その他

■類似及び補足の質問

- アセスメントの情報を得るに当たりどのような視点で収集していますか？
- 利用者のマイナス面の情報だけでなくプラス面の情報も活用していますか？
- アセスメントにおける情報はどのようなものが重要だと考えていますか？

質問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、何を特に重要な情報として押さえましたか？

■目的

○利用者の個々の特性を捉えた上で、基本情報を押さえるために必要な情報を入手し、アセスメントに活かしているかを確認する。

■解説

○基本情報は、利用者の顔となるものです。その人らしさが映し出されるような視点で情報を収集する必要があります。利用者に関する生活の情報は膨大ですが、最低限、厚生労働省が示している「課題分析標準項目(23項目)」にそった情報の収集及び整理が必要となります。

○とくに主訴や生活暦・生活状況や家族暦、病歴・日常生活自立度や家屋状況等に関する情報は、課題分析標準項目のあらゆる項目に関連していくものとなります。利用者の全体像をアセスメントしていくための最も基本となる情報であり、特に主訴等は支援の方向性を探る大切なポイントが含まれていますので、より丁寧に押さえていく視点が大切になります。

○医療依存度が高い利用者においては、病歴や主治医を確認するだけではなく、病気に対する認識がどの程度なのか、主治医からどのように聞いているのかなどもあらかじめ聞いておくことも必要です。また治療の経過や生活上の工夫など利用者の了解を得て、主治医から情報を入手するなど、アセスメントに活かす視点が大切になります。

■留意事項

○最低限必要な項目が把握され、整理できているかを確認します。特に、利用者の生活全般の情報を多角的に、客観的に捉えているかどうかを確認します。

○利用者、家族それぞれの意識や考え方等が異なることも多いので、場合によっては、それらをすり合わせる工夫を行ったかを確認します。

○介護支援専門員の個人的な考え方や価値観が反映されすぎていないかを確認することも大切です。

○利用者の生活の質を向上させ、自立した日常生活を営むためにどのような情報が必要かという視点が入っているかも確認します。

■確認ポイント

- 最低限必要な項目【課題分析標準項目（23項目）】に沿った情報の収集及び整理ができている。
- 必要に応じて利用者及び家族以外の関係者からも情報を入手するように努めている。
- 介護支援専門員として、個人的な価値観をアセスメントに持ち込まないよう努めている。

■類似及び補足の質問

- 基本情報に関して、特に再確認する必要があると感じている項目はありますか？また、それはなぜですか？

質問4 <相談>

どのような相談経緯だったのでしょうか？

■目的

○相談の経緯・内容によって、インテークの手法や対応が異なることを理解し、対応しているかを確認する。

■解説

○利用者及び家族からケアプランの作成について相談があった場合、介護保険制度についてどの程度の理解があるかによって、対応も異なります。

利用者が要介護認定をまだ申請していない、または認定結果を受けていないが、緊急にサービスが必要になった場合など、さまざまなことが予測されます。介護支援専門員は、その相談の内容や経緯を的確に把握し、対応することが求められます。

○主たる相談者が利用者以外の場合、利用者が主たる相談者になり得なかった背景を把握します。（例えば認知症高齢者の場合なので、支援してくれる家族がいない場合など、利用者本人が主たる相談者になり得ないこともあります）

また、そのような理由がある場合は、その背景も踏まえて家族や周囲の関係者から必要な情報を入手し、アセスメントを勧めていく必要があります。

■留意事項

○時系列で相談の経過が把握できており、相談経緯が複雑な場合や緊急の対応を行った場合など、居宅介護支援経過表等を活用し、記録を残しているかを確認します。

○利用者基本情報で把握すべきポイントがとらえられているかを確認します。特に利用者や家族の主訴の把握や整理ができているか、また必要に応じた家族等の情報も把握できているかなどを確認します。

○主たる相談者（利用者・家族・それ以外）が誰なのかによって、同じような状態像にある利用者であっても、支援の方向性が異なってくる場合が多いことに留意する必要があります。

○また、相談者の悩みや要望を把握し、その内容を言語化して合意を得ているか、さらに困り事の原因を探っているのか、といったことについても確認することが大切です。

■確認ポイント

- 居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時・受付対応者・受付方法等）の内容を確認している。
- 利用者の基本情報（氏名・性別・住所・電話番号等）や利用者以外の家族等の情報についても必要に応じた記載がなされている。
- 相談者・相談方法・相談の経緯が明確に記載されている。
- 主たる相談者が利用者以外の場合、利用者が主たる相談者になり得なかった理由や背景が押さえられており、全体のアセスメントに活かすことができている。

■類似及び補足質問

- アセスメントの際、直接、利用者と話ができましたか。もしできなかった場合は、その理由を聞きましたか？
- 主たる相談者はどなたで、相談に至るきっかけにはどのようなものがありましたか？
- アセスメントの際の非言語的なこと（利用者・家族の表情、身なりなど）から気付いたことはありましたか？

質問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。

■目的

- 利用者を「個人」として尊重し、その人らしい生活を支援していく上で、利用者自身の人生や生活状況における過去からの歩みを知ることが「その人らしさ」を掴むヒントとなる事を認識し、同じような状況下にあっても利用者及び家族の価値観等により、支援の方向性が異なっていくことがあることを理解されているかを確認する。

■解説

- 利用者の既往歴や現病歴・服薬状況やADL・IADL等を確認することも大切ですが、利用者が暮らしてきた中で大切にしてきたことや固有の価値観等を知ることは、支援の方向性を見出す上で多くのヒントが得られます。
- 生活状況では、「できること」・「していること」・「できそうなこと」などを整理しながら、利用者の意欲や意向を確認していくことが重要になります。
- そのためには、現在の生活の状況を、生活機能や健康状態との関係、さらに生活環境等の面から把握することはもちろんのこと、これまでの利用者や家族の生活のあり方等にもヒントがあることを認識することが必要です。

■留意事項

- 現在の生活状況以外に過去の生活暦を聴き取る理由を利用者や家族に説明ができ、不快感や不信感を与えることなく、聴き取りができていることも大切なことです。
- 何気なく語られたように思える過去のエピソードから、自立支援に向けてのヒントが隠れている場合もあるので、「関連性」を意識しながら、利用者の話に耳を傾けて聴くことが大切です。
- 一度のアセスメントで全ての情報を得ようとするのではなく、支援を行う経過の中で「その人らしさ」を見出していくことが大切であることに留意します。

○利用者にとっては、出生から今までのことを聞くことよりも、直近の生活変化を重点的に把握することが大切な場合もあり、一律の聴き取りでは意味がないことに留意します。

○アセスメントがどうしても「現在」の状態把握になりがちなので、数年前の暮らしぶりなど、「これまで」を視野に入れた情報収集になっているかに着目する必要があります。

■確認ポイント

□利用者や家族に対し、不快や不信感を与えることなく、聴き取りができている。

□利用者が生活してきた中で大切にしてきたものやエピソード、価値観、趣味、得意なことや苦手なことなど、その人らしさを象徴する情報が簡潔に記載されている。

□利用者本人からの聴き取りができている。

□利用者以外の家族などからの聴き取りができている。

■類似及び補足質問

○アセスメントを通じて、一番印象に残ったエピソードはどのようなことでしたか？

○アセスメントを通じて、介護支援専門員として利用者や家族の思いを尊重することができましたか。またどのような思いに共感しましたか？

質問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。

■目的

- 毎月、行う利用状況の確認（モニタリング）以外にも改めてプランを作成するときに、現在利用しているサービスの利用状況（頻度やその内容）、目標の達成度や満足度を確認することは、適切なサービス利用ができていくかの評価につながることを確認する。
- 介護支援専門員が介護給付サービスのみでなく、介護保険以外の他の福祉サービスや社会資源をどの程度把握しているかを確認し、地域のインフォーマルな社会資源などについての活用を含めたプラン作成を意識し、必要に応じて活用しているかを確認する。

■解説

- 利用者やご家族のニーズについては、介護保険給付のみで対応できるとは限りません。介護保険給付以外のインフォーマルな社会資源を探し、調整することも、介護支援専門員の重要な役割の一つです。
- したがって、介護支援専門員が市町村の一般福祉サービスや、その他の地域資源について把握しているのかを確認することが必要です。
- また生活環境の工夫によっては、要介護度が高くても自身でできることや家族・近隣・ボランティア等ができることはたくさんあります。地域の社会資源に働きかけることも介護支援専門員として、関心を持って取り組んでみようと思えることはとても大切なことです。

■留意事項

- 利用者本人や家族が行っていることをきちんと把握しているかを確認します。
- サービス利用に関して利用者がどのような意識をもって利用しているのか、またそのサービスを必要としているのは利用者本人なのか、それとも家族なのかを改めて確認することも大切です。
- また地域の社会資源については、その存在を知っているだけでなく、どのような場合に活用できるのか、具体的な窓口や手続きの方法についても把握できているかを確認していることも大切です。

○家族の介護負担の軽減を図るための「介護者教室」等、家族への情報提供もあわせて行っていることも大切です。

○介護保険サービス以外のインフォーマルなサービスを位置づけなければならぬと誤解されないように配慮が必要になります。大切なのは、利用者の自立支援に向けて多角的な視点にたってサービスを検討し、導入できているかが重要です。地域によっては、インフォーマルな社会資源を入れたいと思っても、資源が整備されていない場合もあります。制度上、導入が難しい場合もあります。介護支援専門員としては、地域にない資源を発掘し提案していく力量も求められることを視野にいれて、一緒に現状分析をする姿勢が求められます。

■確認ポイント

□介護保険給付に限らず、利用者が現在受けているサービス全般の状況について把握している。

□利用者の居住地である市町村の福祉サービスや地域の社会資源が把握されている。

■類似及び補足質問

○介護給付以外のサービスについても検討しましたか？

○現在利用しているサービスについて、利用者は満足しているようですか？

質問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。

■目的

○主治医意見書や認定調査票に記されている情報だけを元にするのではなく、常に最新の状況を確認し、その情報を元にアセスメント行うことが必要であることを確認する。

■解説

○要介護高齢者の状態は日々変化するため、ケアプランを作成する上で、主治医意見書や認定調査票に記されている情報が適切とは限りません。したがって、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関しては、常に最新の情報をもとにアセスメントを行い、ケアプランを作成する必要があります。

○介護支援専門員が適切に判断ができるようになれば、利用者の状態の変化に関する予測もしやすくなります。慣れないときには自分の見立てた自立度と他者が見立てた自立度の違いが何か（その理由は何か）を知ることも大切なことです。

○日常生活自立度の判断が自信をもって行えるということは、利用者の全体像をおおよそ掴むポイントが押さえられるレベルに達していることを意味します。

■留意事項

○主治医意見書や認定情報の情報からの転記だけでなく、自らの目でみて判断した、最新の情報が記載されているかを確認する必要があります。

○毎月のモニタリングの際にも状態の変化に留意しながら、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の最新の状況を確認し、変化があれば、その都度記載の変更を行うことができているかを確認します。

○また要介護高齢者によっては、関わる相手（介護支援専門員・医師・介護スタッフ等）やそのときの状況によって、元気に振る舞ってみせることや逆に「つらさ」を誇張してみせるなど、変化があることにも留意する必要があります。

■確認ポイント

□最新の情報を介護支援専門員が把握し、記載している。

□認定調査表や主治医意見書等から転記している。

介護支援専門員が判断した日常生活自立度と情報から得た日常生活自立度に大きな差があった場合、主治医等への確認をしている。(介護支援専門員が見立てた内容と大きな差があった場合)

毎月のモニタリングの際にも状態の変化を把握し、自立度の変更がある場合などについては、最新の状況を追記し記載内容を変更している。

■類似及び補足質問

○主治医意見書や認定情報の情報と現在では、状態像に差はありましたか？

○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、現在の利用者のレベルと判断のレベルについて、どのように考えましたか？

質問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。

■目的

○介護保険のサービスを利用しようと考えたきっかけや今一番気になっていること、困っていること、何をどうすればよいのかが全くわからない、またはこうしたいという希望があるのだが具体策がわからないなど、利用者・家族の一番の訴えをしっかりと把握し、緊急性の有無を含め判断することができたかを確認する。

■解説

○主訴は、利用者が現在困っていることやこうしてほしいという願いや要望など、本人や家族が抱える問題状況を理解するための「入り口」となる重要な部分です。この主訴を通して、現在の生活の送り方やその背景となる要因を把握することが大切です。

○ただし、利用者や家族が言語化した主訴だけに頼るのではなく、客観的な様子（言語化している言葉と表情との差異がないか、主訴には痛みのことは全くふれられていないが、立ち居振る舞いに痛みを伴っているような様子があるなど）、利用者にとっては慣習的になっていて、気付いていない事柄も含めて観察を行うことが重要です。

■留意事項

○利用者本人の困りごとなのか、それとも家族にとっての困りごとなのかをきちんと整理されているかどうかを確認します。特に利用者以外の家族の困りごとだけを主訴と捉えていないかを確認することは重要です。

○さらに利用者の状態により本人から確認できなかった場合には、どのようにして困りごとを把握したのかを確認します。

○主訴の中には、高齢者虐待や緊急入院等における緊急性の高い関わりが必要なものも含まれることもあるため、介護支援専門員としての支援の方法を理解しているか確認します。

○利用者や家族にとっては、何をどう説明してよいかわからないことも多々あります。主訴と思って話した内容が、本当の主訴ではないこともあります。利用者にとっての「真の主訴」が何にあたるのかを察しながら、面談を進めることができたかを確認します。

■確認ポイント

- 利用者及びその家族の主訴や要望については、利用者及び家族が表現したありのままの言葉を用い、具体的な記載がされている。
- サービス利用により、利用者や家族がどのような生活を送りたいと考えているかが記載されている。
- 利用者本人から確認できなかった場合の理由と代弁者が伝えた内容を具体的に記載している
- 緊急性の高い主訴に関しては、適切な関係者・関係機関等につなぐなど、連携やその対応ができています。
- 利用者本人から確認できなかった場合の、介護支援専門員としての役割を理解できている。

■類似及び補足質問

- 緊急性の高い主訴でしたか？
- 最初の相談に来た時に、利用者（家族）はどのような様子でしたか？
- 主訴を明確に理解し、整理することができましたか？

質問9 <認定>

認定情報の内容を確認しましたか。

■目的

○認定情報については、単に転記するだけでなく、その内容について、自分の目で観察した内容と異なるところはなかったのかを確認し、異なる部分については、サービス提供事業所・者や主治医、関係機関などに問い合わせる等の確認作業を行っているかどうかを確認する。

■解説

- 要介護高齢者の状態は日々変化するものです。したがって、認定時の情報と実際に面接した時とでは、状態が変わっている可能性もあります。
- また、認定調査表の「立ち上がり」の項目のチェックが、「一部介助」で、特記事項には「テーブルを支えに立ち上がる」と記載されていたとします。その場合、確認すべき事柄は、「習慣的にそうしているのか」・「足の力が弱く踏ん張れないので、テーブルを支えにして立ち上がっているのか」など、様々な状況が考えられます。
- したがって、認定調査表の確認に際しては、単にその内容を転記するのではなく、最新の状態を自分の目で観察・確認することが大切です。そしてもし、認定情報の内容と異なる部分があった場合は、必要に応じてサービス提供事業所・者や主治医等、関係機関に問い合わせる等の確認作業を行う必要があります。
- 認定情報では、介護度や認定日・認定有効期間や介護認定審査会等の意見を確認した上で、アセスメントの作業に入っているかを確認します。特に認定有効期間等は、サービスの導入にあたっての期間や目標設定を行うときにも押さえておくべき項目となります。

■留意事項

- 常に介護支援専門員自らの目で、利用者の状態を判断する意識をもっていることが大切です。
- 認定情報の確認は、これから介護保険を利用して自分らしい生活をつくっていくということを利用者にもイメージしてもらうためにも大切な作業になります。
- 利用者の心身の状態をイメージし、ケアプラン作成にどう生かしていくかを考える初期段階であることを確認します。

■確認ポイント

- 利用者の認定結果（要介護状態区分・介護認定審査会の意見・支給限度額・認定有効期間等）についての記載がされている。
- 認定調査表の内容も参考にするとともに、介護支援専門員自身がそれらの内容について、自分の目で観察・確認を行ったうえで、記録として残しアセスメントに活かしている。
- 必要に応じて利用者の了解を得て、主治医に意見をうかがうなど、新たな情報収集を行っている。
- 認定の有効期間等も配慮した計画書の作成が行われている。

■類似及び補足質問

- 認定調査票や主治医意見書等を入手して情報として活かしましたか？
- 介護認定審査会の意見を、ケアプラン作成時に勘案しましたか？
- 認定調査票の記載内容と自分の目で見て感じた内容とに差異はありませんでしたか？

質問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。

■目的

- 何のためにアセスメントを行うのか、介護支援専門員自身が理解しているのかどうかを確認する。
- アセスメントの理由によって、集めるべき情報の違いや集め方が異なることが理解されているかどうかを確認する。
- 退院時等のプランに関しては、その経緯・理由等が理解されたうえ、その理由について明確に記載されているのかを確認する。

■解説

- 初回・更新・退院退所時・区分変更等の理由により、集める必要のある情報の量や集め方が異なってくることを認識してもらう必要があります。
- 特に退院退所時・区分変更等の理由では、生活環境の変化や状態の変化等を把握するため、利用者及び家族のみならず関係機関からの情報も必要となります。
- また、利用者が複数の疾患を抱えている、また急変を要する病気を持っている、ADLやIADL等に一部介助や全介助等の項目が多いため、介護者が常にいないと不便である状況があるなど、それぞれ個別の事情によって、聴き取る情報量（利用者のみならず家族の情報量も多大になる）や情報の入手先（主治医を含む医療機関のスタッフやサービス提供事業所・者・家族等）も異なってきます。

■留意事項

- アセスメントの理由（初回・更新・退院退所時・区分変更等）を踏まえた情報収集を意識しているのか、また十分な情報収集ができているのかを確認します。
- アセスメントに至った経緯等を通して、利用者やご家族の生活環境にどのような変化が生じているのかを十分に認識しているのかを確認します。

■確認ポイント

- どのような経緯でアセスメントに至ったのか、申し込みの経路などについて記載されている。
- アセスメントの理由（初回・更新・退院退所時・区分変更等）について具体的に記載されている。

アセスメントの理由によっては、聴き取る情報量や情報の入手先にも差がでてくることを押さえられている。

■ 類似及び補足質問

- 以前のニーズと大きく異なるようなニーズはありましたか？
- 今回のアセスメントを通して、特に印象に残っているニーズは何ですか？
またそれは、これまでのニーズと異なりますか？

質問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。

■目的

- 介護支援専門員のみでなく、利用者及び家族も利用者本人の普段の体調の把握に努めているかを確認する。
- 利用者が望む「暮らし」に健康状態がどのように影響をおよぼしているか、また生活機能や生活行為等、他の関連項目とも照らし合わせたうえで、アセスメントに活かしているかを確認する。
- 健康状態をケアプランの中にどのように位置づけ、チームケアの中で支援していこうと考えているかを確認する。

■解説

- 要介護状態の高齢者は複数の疾患や障害を抱えています。それらは手術や服薬などの治療や看護により「治癒」や「軽快」するものから、服薬やリハビリ、生活管理などで今の状態が悪化しないように病気と「うまくつきあう」ものなど実に様々です。
- 健康状態の把握では、各疾患の特徴的な症状が自覚症状（痛み・しびれ・むくみ・熱っぽさ・めまい・息苦しさ・尿量の低下）として現れることで、日常生活動作（ADL）や日常生活関連動作（IADL）・精神面（意欲の低下等）にどのように影響を与えているかを把握することが大切です。
- 普段の健康状態を把握しておくことは、健康管理を行う上での大切な情報となります。例えば季節や天候、日内変動等が生活にどのように影響するかも大切な視点です。認知症や老人性うつでは朝夕に不穏な行動をとりやすい、関節リウマチ等では冬場や雨天では極端な痛みとなりやすいなど、利用者固有の特徴的な様子を知っておくことはアセスメントの上で役立ちます。
- また、医療ニーズの高い疾患（呼吸器疾患や難病等で在宅酸素や吸引・吸入等が必要・胃ろうの設置者・嚥下障害・ガン等における終末期等）や認知症・精神疾患・精神症状のある利用者等においては、周囲の支援者（家族・医療機関・サービス提供事業所・者等）からの情報を収集・活用しながら、ケアプランに反映させる視点をもっているかも大切です。
それぞれの症状によっては、専門家（医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・歯科医師・歯科衛生士等）の意見を聞きながら、予後予測の見立てを行いつつアセスメントを行う視点が必要です。

■留意事項

- その人なりの症状や暮らし方で疾患や障害とのつきあい方があります。それらの個別性をアセスメントの過程において、十分把握できているかどうか、より個別性の高いケアプランを作成する上で重要になります。
- 利用者が疾患や障害受容をどのレベルまでできているか。その受容度が日々の生活への姿勢にも影響するので丁寧に把握しておく必要があります。
- 治療や緩和のための往診・通院のサイクルを把握し、ケアプランの中にどのように位置づけているかどうかを具体的に把握しているかを確認します。
- 注意が必要なのはケアプランに疾患の症状と対応ばかりが記載され、生活の状態像が浮かび上がってこないものです。このような場合、支援内容が処方薬や看護処置などの記載中心で、介護サービスや生活習慣の見直し、環境の調整や家族介護など総合的な支援内容にならないので注意が必要です。
- 痛みやつらさの「緩和」や心身機能の維持・向上が、どのような生活習慣や人間関係の改善、社会参加を可能とするかを把握し、それを課題化、目標化することで利用者（家族）の「生活への意欲」を導き出すことが可能となります。

■確認ポイント

- 疾患名と症状・障害とその程度が、ADL（入浴・食事、排泄、移動等）やIADL（買物・調理・掃除・金銭管理・コミュニケーション手段等）に与える影響について把握している。
- 介護支援専門員が普段の体調を把握し家族と共有することができている。
（一日の生活リズム・天候等の変化に伴う体調の変化、またそれに伴うADLやIADLの日内変動・血圧・食事の量・排泄等）
- 治療方針や内容を把握している。（往診・通院、服薬、疼痛の管理、生活改善・管理等）
- 利用者及び家族が健康状態をどのように捉えているかを把握している。
- 人間関係（家族、友人等）や社会参加への影響について把握している。
- 健康面についての本人の役割（セルフケア等）・家族の役割について把握している。
- 疾患が及ぼすリスクや将来の予測の理解に努めている。

■類似及び補足質問

- 利用者の方の疾患や障害がADLやIADLにどのような「困難さ」を生んでいますか？
- ケアプランには疾患や障害の治癒・改善をどのように「課題化」していますか？
- 疾患や障害がこれまでの暮らしにどのような困りごととなっているか、利用者（家族）にどのように尋ねましたか？

質問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。

■目的

- ADL・IADLに関するアセスメントが、現状の「できない行為」だけでなく、継続している行為やなんらかの理由であきらめている行為に着目し、そのプロセスが「維持・改善・向上の方法」を利用者（家族）とともに見出すものになっているかを確認する。
- ADL・IADLに影響を及ぼしている個人に起因する要因（心身の健康、心身の機能、対人関係をとる力、意欲・動機づけ）だけでなく、環境による要因（人的環境・物理的環境・経済的環境・制度的環境）まで把握できているかどうかを確認する。
- 本人・家族からの情報収集を対話（筆談含む）、動作や環境の目視など五感を使って多面的に行っているかを確認する。

■解説

- ADL・IADLのアセスメントにおいて介護支援専門員が利用者及び家族の「できない」面だけでなく、「していること」「していないこと」「できそうなこと」（可能性）、そして本人・家族が「望む暮らし」まで把握できていることが大切です。
- アセスメントは本来本人に直接行うものですが、家族が代弁してしまうこともあり、意向が直接反映しない場合もあります。誰から（経路）とどのように（手法）、そしてどのくらいの時間（頻度含む）をかけたかの確認は重要です。

【ADL編】

- 日常生活動作（移動、食事、排泄、入浴、整容等）は、利用者の生活の基本です。軽度（1～2）では部分的な困難さへのサポートが必要な場合が多く、福祉用具、自助具などを上手く活用することで、自身で行えることも増えていきます。しかし中重度（3～5）では日常生活動作全般にわたる介護が必要となります。こうしたことから中重度の利用者では、介護者への気兼ねや介護の負担を増やさないう自分の欲求を抑える傾向にあり、日常生活動作と意欲面の低下を起しやすいついわれています。

- また介護者も介護に慣れない間や極度に心身の機能が低下した場合には、戸惑いや不安がとても大きく混乱していることが多いものです。しかし、こうした利用者及び家族の心理面を双方が表明することは気兼ねや遠慮、あきらめなどから控えてしまいがちであり、介護支援専門員は両者の声や気持ちを代弁することが必要となることもあります。
- 利用者のADLについては、体の調子が良いときと悪いときの両方をおさえておく必要があります。特に調子の悪いときには、どのような介護方法でそれを補っているかを本人・家族に確認しておくことは、サービス提供時の事故防止につながります。

【IADL編】

- 日常生活関連動作（調理、洗濯、掃除、買物等）は「暮らし」の基本です。軽度（1～2）では部分的な困難さへのサポートや福祉用具、自助具などを使うことによって本人でも行うことができますが、中重度（3～5）ではかなりむずかしくなり、介護者への負担が重くのしかかります。
- 本人なりに調理、洗濯、掃除等にどのような「こだわり」があるのかを介護支援専門員は把握し、本人に代わって家族や介護者に情報提供することも重要です。

■留意事項

- 現状の「できないこと」を把握するだけでなく、利用者が考えている原因と対策、朝夕及び深夜など日内での変化はないかなどを具体的に把握できていることが大切です。
- 本人及び家族がどのような生活を望んでいるのか、そのためにどのような支援が必要なのかが、共通認識となっているかを確認します。
- 同居の有無にかかわらず家族が利用者の現状を把握できていない場合があります。利用者が「できること」・家族で「できること」への気づきと動機づけとなる働きかけを行っているかを確認します。
- 将来へのあきらめや知識・方法がわからない、もしくは不安のために「していない」ことなどはないか、利用者や家族があえて言葉で表しきれていない困りごとや辛さ、家族間の軋轢からあえて表面化できないものはないかなど、あらゆる角度からアセスメントが行えているかを確認します。

■確認ポイント

- ADL（移動・立ち上がり・排泄・入浴・更衣・整容等）やIADL（調理・掃除・洗濯・金銭管理・買物等）について、具体的に誰がどのように行っているかを把握している。
- 把握したADLやIADLの状況から、どのような支援を行えば現在の状態の維持・改善・向上につながるかなど、予測をたてた「見立て」ができている。
- ADL・IADLの実態について、利用者の状態、周囲の環境の両方からアセスメントを行い、課題を導き出すことができている。
- 利用者が認知症や精神疾患等で十分にADLやIADLについて意思伝達ができない場合、家族や関係者から情報を得るなどして状況を把握している。
- 本人及び家族からの情報収集では、対話以外に筆談や環境の目視などからも情報を入手するなど、個別に応じた把握の仕方を実践できている。

■類似の質問

- 本人及び家族等に実際の日常生活動作を行ってもらうなどして観察をされましたか？
- 要介護状態になる前のADL（日常生活動作）やIADL（日常生活関連動作）について聞き取りをしましたか？
- 家族はどの程度現状と原因を把握され、今後どのようになれば良いと望まれていますか？

質問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。

■目的

- 単なる物忘れなのか、認知症等から起こっている物忘れなのか、これらを家族やインフォーマルな支援者が整理できているかを確認する。
- 「物忘れ」や「認知症等」によって生じる生活の支障（例：ガスの消し忘れ、服薬の飲み忘れ、財布を置き忘れる）が、どの程度日々の暮らしの障害となっているかを確認する。
- 家族を含む支援者が認知症という病気をどの程度理解しているか、また家族においては、認知症という病気を受容するまでに至っているかなどを把握・整理できているかを確認する。
- 認知症がさらに進んだ場合、利用者や家族がどのように暮らしていきたいと考えているのか、また介護支援専門員として認知症の進行によって、今後どのようなことが生活上の支障として現れるかについて予測し、先の対応を含めて考えているかを確認する。

■解説

- ADL（日常生活動作）やIADL（日常生活関連動作）も物忘れや認知症の症状が始まることにより、より困難さが生まれます。やったことを忘れる、やろうとしたことを忘れるだけでなく、やり方がわからない・考えがまとまらない・言葉が出てこない、伝えたいことが伝えられない・その症状は様々なところに影響を及ぼします。また関わる家族や支援者の対応によっては、イライラしたり、猜疑的になったり、頑固になったりと人との関係にひずみが生じていくことが多くあります。
- また物忘れや認知症による「失敗の数々」は家族にとっては「受け入れがたいこと」であり、まずは「そんなはずはない」と否定をすることから始まります。

やがて「しっかりしてほしい」「どうしてよいかわからない」という焦りや不安から、対応として叱責・体罰などを繰り返してしまうことがあります。なかなか専門医に見せることもなく、何とかできる範囲で世話をしようと思うのですが、やがて無視・放置などの虐待的な兆候が現れてくる家族もあります。
- その多くの家族は、認知症についての理解が薄く、対応の仕方がわからないまま強い介護のストレスを感じながら世話をしていた結果が多いと言われています。

○したがって利用者の体や心に起きている様々な変化について、家族への理解を促すことと同時に家族の介護負担を軽減する方法も考える必要があります。

○場合によっては、物忘れ外来や認知症の専門病院等の紹介、認知症家族の会などを紹介するなど、地域の情報提供も必要になります。

■留意事項

○認知症の初期であれば、本人が困っていること（例：調理、洗濯、掃除、金銭管理、服薬管理等）やその気持ち（例：不安・悲しみ・落ち込み・いらつき、腹立ち等）を打ち明けてくれる場合があるので、聞き取れる範囲で情報を得ることが大切です。

ただし物忘れ等があることは、本人も認めたくないこともあり、なかなか本音を聞きとることは難しいことを理解し、無理な情報収集を行うことがないように注意が必要です。

○「認知症」が進行していく場合、どのように利用者及び家族が困っているか（例：排泄、移動、入浴、食事等）とその時の利用者及び家族の気持ち（例：落胆・怒り等）、利用者及び家族の反応（例：戸惑い、悲しみ・叫ぶ、殴りかかる等）について把握できているかを確認します。

○家族が認知症について十分理解できているか、また従前の家族関係がどうであったかを理解することで、虐待的な対応（暴言、叱責、強制、叩く、つねる、無視、放置等）を家族が始めるきっかけを予見できる場合があります。そのような危険性があると予知予見される場合は、未然に予防できるような関わりの視点を持つことが大切です。

○アセスメントの段階で、利用者・家族がそれぞれにどのような思いを抱えているのかを理解するために、介護支援専門員がきちんと向き合ったかどうか必要に応じて確認します。

■確認ポイント

□物忘れや認知症の程度を把握し、日常生活上で支障となっている事柄についてADLやIADLの視点も踏まえて把握を行い、整理ができている

例：移動面（目的地に行って、帰ってくるができる、目的地は忘れたが何とか帰ってくるができる、いったん出てしまうと帰ってくるできないなど）

調理面（得意な料理は、まだ何とか作ることができる。調味料の順番や量、入れるタイミング等がわからず、味付けは既にできなくなっている。調理の手順すらわからず、台所に立つこともない）

食事面（出されたものをきちんと食べることができる、食べたことを忘れて何度も食事を欲しがるとは勧めても食べないなど）

その他（排泄・入浴・整容・更衣・健康管理・金銭管理・買物・コミュニケーション・火の不始末・他人への認識・言語理解等）

- 本人が問題行動を起こす時のくせやその傾向を家族や支援者から情報を得て把握している。
- 家族の認知症についての理解度や利用者の認知症に関する病気の受容がどの程度できているかを把握している。
- 利用者個人の尊厳の保持や介護負担の軽減という視点を持ち、今後さらに症状が悪化した場合の起こり得る生活障害について把握し先の対応も含めて考えられている。
- 認知症について、利用者及び家族の混乱がひどい場合には、専門家受診や認知症を支える家族の会などを紹介するなどの情報提供を行っている。

■類似の質問

- 物忘れ（認知症）について、本人（家族）はどのような不安をお持ちですか？
- 認知症について本人（家族）はどれくらいの理解をされていますか？
- 今後物忘れや認知症が進むと、どのようなことに支障がでてくると思われますか？

質問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。

■目的

○家族・親族や友人、地域の知人との「意思の伝達」をどのように行っているのか、また支障になるもの（聴力・視力・会話・対人関係の弱さ・認知症やその他の疾患など）がないのかどうかを確認し、コミュニケーションに関する利用者及び家族の意向を把握しているかを確認する。

■解説

○コミュニケーションを困難にする背景には、機能的な問題（聴覚・視覚・言語・伝達・移動能力等）と気質的な問題（認知症を含む精神症状・極端な性格等）や環境的な問題（外出しにくい環境・家族・友人・近隣との軋轢等）が関係します。そうした背景にコミュニケーションの障害を招く要因がないかを確認しておく必要もあります。

○特定の人に対する強いこだわりや対人関係に関する恐怖心、強迫神経症等にて戸締りやガス栓の締め忘れが気になり、外出ができない。そのために他者とのコミュニケーションがとりにくいなど、精神疾患や極端な性格等によりコミュニケーションに弊害のある場合があります。どのような関わり方なら負担が少なくて済むのかなど、情報を多角的に得ることが必要です。

■留意事項

○コミュニケーションの障害に対して、家族などがどのように協力しているか（例：代読、代筆、代弁）、協力できるかを把握しておくことも大切です。

○息子や娘に引き寄せられ新しい土地に転入した場合など、言葉（方言）の壁により、コミュニケーションが消極的になっている場合などもあることにも注意することが大切です。

■確認ポイント

□コミュニケーションが円滑に図れない要因を機能的・気質的・環境的側面から把握し、アセスメントができています。

□負担のないコミュニケーション手段の方法等を、アセスメントを通して利用者及び家族とともに考えることができた。

□必要に応じて専門家等の意見を聴くなどして、アセスメントに活かすという視点をもっているか確認する（例：口腔機能に問題→歯科医師、歯科衛生士等）。

■類似の質問

- どのようなことが原因でコミュニケーションに困っているのですか？
- コミュニケーションに支障があるために人間関係にどのような影響がありますか？
- 友人や家族、地域の方との関係（コミュニケーション）で何か困っていることはありますか、またコミュニケーションに関する本人、家族の意向は把握していますか。
- コミュニケーションに関するエピソードがあったら教えてください。
- コミュニケーションのとり方で、この人らしいと思うことはありましたか。

質問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がありますか。

■目的

○社会的活動（例：町内会、老人会、趣味、サークル等）にこれまでどのような関わり方（例：時期、頻度、役職等）をし、今現在はどうのような状況なのか、本人の意向を含めて把握しているかを確認する。

また、利用者の状態像に応じた社会参加の方法を介護支援専門員が理解し、情報の提供ができているかを確認する。

■解説

○地域差はありますが、地域には町内会や老人会、地域婦人会、地域ボランティア（町内美化、防犯、子育て、友愛訪問等）、施設ボランティア（高齢、障害等）、趣味、サークルなどがあり、それが本人の生きがいや人生のリハビリになっている場合もあります。高齢者が地域の役割を担うことで「感謝される」こともあり、そのことを通じて生きがいと自己肯定感を抱くことができます。

○要介護度が軽度で移動面においても、押し車や杖をついて地域に出向くことが可能な場合など、介護支援専門員が、きっかけづくりを行うなどの視点を持つことも大切です。

○しかし、要介護状態が中重度の場合や病状の悪化等により、入院・入所等を経験すると、地域や家族内での役割を担うことも難しくなり、人間関係や本人の心理面（自己肯定感の低下）にも影響が現われてくることも多々あります。また友人や大切にしていたペットが他界するなどは、喪失感を招き、うつ傾向になるなど、意欲が低下していくこともあることに注意が必要です。

○途中で障害を持った場合など、障害の受容ができないうちに今の姿を見られたくないという思いから、友人や近隣・地域との関係等を遮断してしまうことがあります。障害受容における過程を把握しながら、徐々に元の交友関係や近隣との関係を再開できるように家族や友人等の支えを視点におくことも必要です。

○中重度で地域での活動には参加が難しい場合、通所系サービス等を利用することにより、孤独感や孤立感の軽減につながる場合があることも再確認することが必要です。

■留意事項

- 社会との関わりには本人の人生の歩みが投影されています。ここ数年だけでなく、かつて盛んだった青年期の関わり（例：青年団、消防団、サークル等）、中年期の関わり（例：町内会、PTA等）、老年期の関わり（例：老人会、趣味サークル等）について把握していることも重要になります。
- 男性の場合は、定年前の社会との関わりを中心とした「職縁」（同僚、職能団体等）を通じたものが多く、地域の老人会などに入らない傾向も増えています。趣味（囲碁、将棋等）や地域活動を通じた関係などの有無を把握しておくことも大切です。
- 女性の場合は、地域との関わりも長く広い場合が多いので、町内会、PTA、趣味サークルなどの内容、役割、時期などを把握することで地域の広がりも把握できることもあります。
- ただし、こうした社会との関わりを聴くことは、聞き取りの方法によっては、利用者や家族に不快感を与えることもあるので、なぜこうしたことを聞くのかについて、しっかりとその目的を伝え理解してもらうことが大切になります。

■確認ポイント

- 介護サービスを利用する以前の生活において、利用者は地域でどのような活動を行っていたのかを把握している。
- 以前は行っていたが、現在はあきらめてしまっていることや状態が改善されれば、またやってみたいと思えることがあるかなどの意向を把握している。
- 友人、家族の入院や入所、かわいがっていたペットの死など環境の変化があったかどうかを把握している。
- 利用者は、友人や家族、地域の方々とどのようなかかわりを今も維持しているかを把握している。

■類似の質問

- 60代以降、地域とはどのような関わりをされてきましたか？
- どのようなきっかけで社会的な活動に変化があらわれてきましたか？
- 本人の心理状態と社会活動への参加はどのように影響していますか？

質問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。

■目的

- 排泄で困っていることについて、その原因や背景を把握しているか、また実際の24時間の時間軸の生活において、どのような排泄（自立・尿とりパットの使用・ポータブルトイレ（PP）・和式トイレ・洋式トイレ・オムツ・リハビリパンツなど）方法をとっているか、またどの程度の介護が必要なのかを把握し、整理できているかを確認する。
- 排泄においては、日常生活自立度や認知症高齢者の自立度、健康状態なども強く影響を及ぼします。気持ちがあっても体がついていかないことや体は元気でも精神面の衰えから排泄がうまくいかない場合など、他の関連項目（家族の介護力など）との関係性を把握しているかを確認する。

■解説

- 排尿・排便の問題には、もっとも家族や他人の手を煩わせたくない事柄の1つです。それだけ排尿・排便のコントロールは、利用者の尊厳に関わる（羞恥心を含む）大切な事柄であり、単に健康管理や治療面の問題だけではなく、在宅での生活をおくる上においてとても重要なことです。しかしながら、恥ずかしさ等の理由から尿漏れや尿失禁・極端な便秘等があっても、医師の診察を受けずに過ごしたり、また認知症等で排尿・排便の後始末ができずに利用者（家族）双方が混乱してしまうこともあります。
- 排尿・排便の行為の自立には、尿意や便意を感じ、トイレやPPまで自力で移動して、しゃがむ・立ち上がる、衣類の上げ下ろし・排泄後の後始末等の複雑な動きが一人でできる能力が必要になります。例えば、つい先日までは一人で排泄の行為ができていたとしても、足の筋力が低下したために、尿意を感じてからトイレに行くまで、間に合わずに失禁してしまうこともあります。
- 車いすの生活においても、利用者が手すりに掴まって数秒、立位保持ができれば、排泄の介助を行ってくれる人がいると、PPやトイレで自然に用を足すことができるので、安易にオムツの装着をしないで済む場合も多々あります。
- 排泄と一言に言っても様々な情報（ADL・本人の意欲・食事量や水分摂取量・下剤との関係、介助者の健康や排泄に対する意識・住環境等）をもとにアセスメントが必要になります。

- 例えば、頻回に排尿の介助をお願いすることに気兼ねを感じた場合、水分を控えることで介助の回数を減らそうとする高齢者もいます。そうした結果、脱水状態を誘発することにつながることもあります。
- また家族も介護負担の軽減から安易にオムツの使用を行い、利用者の尊厳を傷つけている場合もあります。利用者の状態に合わせて、夜間のポータブルトイレの使用やリハビリパンツ・尿とりパットの使用、他、夜間だけは紙おむつを使用する、尿漏れ等が頻回にある利用者等では単なる加齢としてだけで捉えず受診勧奨や失禁体操など、どれだけの知識や手法を利用者及び家族に伝えているかが重要です。
- また排泄の関係では、食事の内容も影響することを改めて利用者や家族に伝えるなど、総合的なアセスメントが必要となります。

■留意事項

- 排尿・排便はもっとも触れてもらいたくない部分ではあるが、とても大切な部分なので利用者にはその旨伝え、自尊心を傷つけないような配慮を行うことが大切になります。
- 利用者の排尿・排便に関して、「維持・改善・向上への意向」が導き出せているかを確認します。
- 能力があるのに排泄が自立できていない場合、「どうして排尿・排便が自力でできていないか」、その原因や背景を把握し、将来、どのようなことが困っていくのかを予知予見できているかを確認します。
- 直接介助が必要でない場合においては、同居の有無にかかわらず家族であっても具体的に利用者の尿漏れや時々失敗してしまうことなどは、把握できていない場合が多いので注意する必要があります。
- こうしたことは、慣れない介護支援専門員には判断できないことも多いため、関係者からも情報を集めながら排泄に関する大切な視点を学んでいくことも大切です。

■確認ポイント

- 排泄に関する意向や困りごとについて確認し、その原因や背景を把握している。
- 尿漏れや失禁の頻度やどういった場面で起こるかなどについて把握している。
- 尿漏れや失禁に対して、利用者及び家族が工夫していること（失禁用パンツの着用やパットの利用・失禁体操の実施など）を把握している。

- 排泄に関するADLの状況（下肢筋力・ふらつき・握力「手すり」・つかまり立ちの持続時間「秒」等）を把握し、介護力等に合わせた排泄の方法を24時間の時間軸で把握ができています。（トイレ・ポータブルトイレ・リハビリパンツ・尿とりパット・おむつ・手すりや洋式トイレ等に変える等の環境整備等を含む）
- 排泄物の後始末等に関することや衣類の着脱（脱ぎ着しやすい下着やズボン）に関することを把握している。

■類似の質問

- 外出先では、排尿・排便にどのように困っておられますか？
- 日中や夜間では、排尿・排便にどのように困っておられますか？
- ご家族はどの程度把握され、どのような介助がよいかご存知ですか？
- 排泄に関して、家族・介護者はどのように考えているか確認してみましたか？

質問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。

■目的

- 歯（例：義歯、むし歯）と口腔内の状態について把握できているかを確認する。
- 嚥下障害等があり、特別な食事や水分補給の方法が必要なことはないかを確認する。
- 食事の回数、内容、栄養バランス、水分量等の現状の把握とその中で問題があれば、その原因や背景を把握できているかを確認する。
- 食事の食べ方（例：盛り付け、箸・スプーン・フォークの扱い、咀嚼・嚥下、むせ等）の現状とその原因と背景、本人の意向について把握できているかを確認する。

■解説

- 食事は栄養面だけでなく、一日3回ある生活のリズムであり「楽しみ」でもあります。大好きな献立や好物があることで、生活の「ハリ」となります。食事は身体と心の健康と体力を維持し、日々の生活への励みを生みだします。また誰とどのように食べるか（例：家族団らん、孤食等）でも異なってきます。
- しかし、歯や口腔内が食事に堪えられない状況や、他には嚥下障害などがあると普通に食べたいと利用者が考えていても、誤嚥性肺炎等の危険があるために、流動食等を余儀なくされることもあります。また体力・気力の落ち込み、味覚障害などが顕著な状態では、食事摂取が苦痛と感ずることや、面倒だと思ふことにも繋がります。さらに物忘れや認知症が進むと、再三の食事の要求、異食、食べ過ぎ、偏食等の問題が生じ、介護者のストレスも高まります。
- 食事での困り事が「準備～調理～盛付～配膳～下膳」の範囲だけでなく、介護者が調理する食事形態や介助の方法の未熟さからくる「食べづらさ」、また食事をどこでとるかの環境面（例：居間、食堂、ベッド等）についてもADLの状況も踏まえてアセスメントするようにします。
- 口腔に関しては、一番後回しのチェックになりがちです。口腔の状態と嚥下機能の低下とは密接な関係があり、見逃してしまうと誤嚥性肺炎などを引き起こす原因にもつながります。また、口臭などが原因で、家族や友人などから指摘されたり、敬遠されるなど、コミュニケーションの悪化や、社会参加への気後れなどにも繋がる場合があります。

■留意事項

- 誰が、どのように食事介助に関わっているのかを具体的に把握しているか確認します。また日中独居の状態ではどうしているかがポイントとなります。
- 老々介護では、介護者の健康状態、炊事の段取り（特に男性）と今後支障がでることを予知予見できているかを確認することが大切です。
- 要介護者の認知症の進み具合や介護者の物忘れ、判断能力の低下が調理や食事介助には影響することから今後、どのような支障が生じるか把握、予知予見した上で、今後の対応策を考えているかを確認します。

■確認ポイント

- 食事を食べるうえでの困りごとについてその原因や背景について把握している。
(入れ歯が合っていない、固いものが食べられない・唾液の分泌量が減って、カステラやパンなど、ぱさつくものが食べられない・嚥下障害があり、刻み食や流動食・経管栄養等にて食事を摂取している・糖尿病や腎臓病等にて制限食を食べているなど)
- 食事に関する過度の欲求があるなど、家族が抱く困りごとを把握している。
(認知症等にて再三の食事の要求・異食・偏食・小食等、好き嫌いが多く、献立に困る等のストレスを家族が抱えているなど)
- 調理形態や味付け等の工夫が必要等、介護者のストレスになっている事柄を把握している。
- 専門家に相談した方がよいだろうと思われるものについては、受診の勧奨等必要に応じて行うなどの視点を持っている。
- 食事時の食べ方や日ごろ利用者は誰と食事を共にしているかなどの情報についても把握している。

■類似の質問

- 今後、さらに機能低下すると、どのようなことに困ると思いますか？
- 以前どのような食習慣だったか聞かれましたか？
- 食事はおいしく食べることはできていますか？
- 食事や口腔のことでどのように困っていますか？またその原因を把握していますか？
- 生活の支障が食べることや口腔のトラブルに原因があると思われることはありますか？

質問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。

■目的

○利用者の問題行動が家族や近隣にどのように理解されているか、またそのときの対応をどのように行っているかを把握し、整理できているかを確認する。

■解説

○利用者の問題行動のあらわれ方は多様です。本人のこれまでの生活歴や性格、価値観、こだわりが影響するだけでなく、認知症のレベルごとに生じる問題行動や精神的疾患（例：老人性うつ症）からくる問題行動もあります。また日内での体調の変化や気分の変化も影響しますし、対応する人々の様子（表情・声のトーン・強い制止等）も問題行動には影響を及ぼします。

○これらの問題行動の背景には、家族が抱えてきた「家族間の歪み」なども影響し、複雑な様相をとめない噴出します。また家族の対応の延長線上にやむにやまれぬ「虐待的状況」が生じる危険性があり、利用者支援だけでなく、精神的に追いつめられた介護者のストレスマネジメントに留意することも大切になります。

○問題行動が、家族にとって耐え難いものである場合、医療的対応等も考慮するなども、時には必要となることがあります。

■留意事項

○「問題行動」については家族は身内の不祥事と捉え、家族が隠す、軽く言う傾向があるので、問題行動という直接的な表現は実際の面談の場面では避けます。

○問題行動が生じるタイミング、時間帯、きっかけ、特徴的な行動・言動などを把握しているかを確認します。

○問題行動によって家族、近隣が「どのような不安や迷惑」を被っているかを具体的に把握できているかを確認します。

○今後の症状の進行により、どのような事態が予知予見できるかを確認します。

○家族や周囲の支援者がどれだけ「認知症」や「精神疾患」に対する理解があるかによって対応も異なるので、正しい知識と対応について伝達していくことが大切になります。

■確認ポイント

□誰が（家族、近隣、専門職）問題行動と感じているのか把握している。

□具体的な問題行動をいつどのように起こしているか把握している。

（例）暴言（喚く、怒鳴る、ののしる、叫ぶ等）、暴行（叩く、殴る、蹴る等）徘徊（時間帯、きっかけ、エリア等）、介護の抵抗（食事、入浴、排泄、移動、着替え等）、収集癖（廃棄家具、ゴミ、新聞等）、火の不始末（調理、暖房、タバコ等）、不潔行為（弄便、唾かけ等）、異食行動（石鹸等）

□家族がどのように対応しているか（説得、会話、無視、放棄等）、近隣の対応（声がけ、無視等）はどのようになっているか把握している。

□家族の不安（身体の危険、虐待の可能性等）、近隣の不安（暴行、暴言、徘徊失火、虐待等）について把握している。

■類似の質問

○家族、近隣にとって「迷惑」と思われる行為にどのようなものがあったと把握していますか？

○これまででの困った行為にはどのようなものがあったか把握していますか？

質問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。

■目的

- 家族の「介護の知識や家事・介護力」の程度や介護に関わる家族の「心身の疲れや健康状態」を把握し、整理できているかを確認する。
- 同居・近距離家族に関わらず、主たる介護者やキーパーソンの有無、介護に関わる家族の人数を把握し、整理できているかを確認する。

■解説

- 介護保険は利用者の「主訴」すべてに対応できるものではありません。利用者（家族）の自立を支援すること、ADL・IADLの「生活上の手間」への支援を目的とします。介護保険は家族介護を社会的に支援することをめざしており、家族ができることや家族だからこそできる「心の支え」までフォローできるものではありません。
- もともとの家族関係や実際に介護や家事に要する手間、経済的な問題やほかの支援者がいるか、主たる介護者が地域や家族の中で孤立していることはいないか、介護者の健康問題はどうかなど、多角的な視点から介護力のアセスメントも必要です。あまりにストレスが高まると、介護に対する拒否感や否定的な衝動から、虐待へと向かう危険性も秘めてしまうこともあります。
- 家族の関わりも様々ですが、一般的に一部の介護者に集中してしまう傾向があり、やがて介護者が倒れてしまう、また本人も要介護状態となる事態を誘発してしまうなどが起こることもあります。
- また在宅介護を担っている家族の中には、在宅を希望する利用者の意思によりそうことを大切に日々過ごしている家族もあれば、周囲のしがらみ等で仕方なく介護している家族等様々です。介護支援専門員自身の介護家族の価値観を強要したり、もしくは誘導するような対応のないように留意することが大切です。

■留意事項

- 主たる介護者を含めた家族の「関わり方」を把握しているかどうか大切です。
- 利用者の要介護度だけでなく、認知症の有無も介護の負担感に大きく影響します。具体的にどのようなことが「介護疲れ」を引き起こしているか、介護者の個別性も視野に入れ具体的に把握し、整理することが大切です。
- 主たる介護者を含めた家族の介護力や家事力、社会的な立場等（就労の状況等）のレベルを把握しているかどうかを確認することも大切です。

■確認ポイント

- 主たる介護者（夫、妻、息子、娘、親等）の心身状況、健康状態（腰痛、膝痛、肩こり、便秘、頭痛、うつ・不眠・食欲の低下等）を把握している。
- 介護者のストレス（イライラ、落ち込む、眠れない、意欲低下、利用者に対する暴言等）を把握している。
- 介護者の介護の状況（介護の分担（移動、入浴、排泄、食事、家事・余暇・通院・内服薬の管理等）、介護技術（利用者に安心・安楽な介護ができる・おおよそできる・できない等）、家事力（炊事・調理・掃除・洗濯・買物等の家事能力）を把握している。
- 介護者の通院の有無（通院状況、禁止されている行為）を把握している。

■類似の質問

- いまの状態が続いた場合、今後困った事が起こるとしたらどのような事が想定されますか？
- 介護に関わっている主たる介護者の状況と実際に行っている介護の内容を教えてくださいませんか？

質問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ください。

■目的

- 家族（同居・近隣・遠距離含めて）がどのような姿勢（態度）で介護に向き合っているか、介護に対してどのような意向を持っているかを把握し、整理できているか確認する。
- 家族が後ろ向き（消極的）なために起こっている状態、また将来に起こりそうな状態を予知予見できているかどうかを確認する。

■解説

- 家族といっても誰もがいつも「前向き」に介護できているわけではありません。家族（夫婦）には「歴史」があります。家族自身の生活（健康状態や経済状況、価値観等）や近隣との関係やしがらみなど影響を受けながら介護しているのが現状です。
- 仕事のストレスや介護そのものの体力的なしんどさ、介護者の精神的疾患や介護疲れから意欲や気力を失っている場合もあります。とくに経済的な負担や将来への不安や絶望（例：認知症や医療的ケアが多い場合）は介護への意欲を削ぎ、投げやりな態度や極端な手抜きを生み出す場合もあります。
- 利用者主体のケアを行うためにも時には家族に重点をおいた支援の方策を練ることで、家族の力がまた大きくなり、利用者への支援に還元されるという取り組みも状況に応じては必要なこともあります。
- また介護への「向き合う姿勢」をあらかじめ把握しておくことで「声かけ」の頻度や内容、モニタリング時のアセスメントの中味を考える事ができます。また介護の燃え尽きや虐待的状况を未然に防ぐ「予防効果」も期待されます。

■留意事項

- 前向きになれる時とともに、後ろ向きになってしまう時、その原因やきっかけ、その乗り越え方などを介護者から聴くことは「つらさ」に共感することになります。
- また介護者も第3者に自らの介護に対する気持ちや自分のいま置かれている環境等を言語化していく過程で、自らの気持ちを整理することができる場合もあります。
- 同居、近距離に関わらず家族それぞれが、どのような「介護への意欲」をもっているかをどの程度把握できているかが重要となります。
- 介護者の多くは、病気に対する知識や適切な介護技術を得るための時間的な余裕や気分的な余裕がない場合が多々あります。「適切ではない介護の方法」で介護することにより不安や体力的な負担、ストレスを生んでしまっている状況を介護支援専門員は把握しておく必要があります。そのために、初歩的な介護技術を学ぶ「介護者教室」や、ストレスを発散し思いの共感ができる場所として、「介護者家族の会」、「認知症家族の会」などを紹介することも重要です。
- 「介護への姿勢」を家族の言動だけでなく、実際の関わり方の度合い（時間帯、役割、頻度等）を、具体的に把握することも大切です。
- 直接介護に関わっていない家族でも、主たる介護者（親、息子、娘）に間接的な支援（例：電話による感謝、経済的支援等）を行っているかで精神的な負担は異なります。

■確認ポイント

- 主たる介護者（夫、妻、息子、娘、親等）の心身の状況や介護に対する意向などを踏まえ、介護力を把握している。
- 近距離家族（息子、娘、親、孫等）や遠距離家族（息子、娘、親、孫等）などの介護力を把握している。
- 介護のストレス（イライラ、落ち込む、眠れない、食欲低下等）の状況を把握している。

■類似の質問

- 介護にどの家族がどのように具体的に関わっていますか？
- 家族の方はどのようなことがきっかけで介護への姿勢に変化がありましたか？

質問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。

■目的

○利用者がより自立した生活を送り、機能の維持向上や介護者の負担軽減のために、住環境の上で工夫出来る点がないか、将来の利用者自身の心身状況や家族介護者の生活を踏まえて、自らの判断のみならず関係機関や関係者にも相談しながら検討されたか確認する。

■解説

- 要介護度や障害の特性によって、住宅改修や福祉用具の選定に関する視点は異なってきます。居住環境には家屋内の「居住空間」や家の周囲を含めた「近隣の環境」等も考慮します。屋内では玄関や敷居の段差、トイレ・台所などの空間、ベッドを持ち込む部屋面積、炊事がしやすいキッチンなどが、要介護状態となった本人や高齢の家族にとって使い勝手がよいかどうか自立した生活や負担の少ない介護に深く関わってきます。他には利用者自身のADLを評価した時に室内の細かな環境を整備するだけで、できることがたくさん増えていくこともあります。
- 自らの判断のみならず病院関係者（理学療法士・作業療法士・看護師等）や訪問介護・通所系スタッフ等の意見も伺いながら、アセスメントに活かす視点が大切になります。
- 「在宅生活」とは寝室や居間での生活ではなく、「住み慣れた地域での暮らし」を総合的にとらえたものです。地域で続けてきた自立した暮らしぶりは、現在でなく以前の元気だった頃の暮らしを聞くことで把握することができ、そのアセスメントの流れの中で、望む暮らしや取り戻したい生活や習慣を「課題」や「目標」にすることができます。
- また居住環境を把握することで、たとえば移動に活用できる福祉用具（例：杖、シルバーカー、車いす等）や起き上がりや立位を補助（ベッドサイドの移動バーなど）の介護を軽減出来るものや住宅改修（例：玄関・階段・廊下・浴室・トイレの手すり設置等）などの必要性がわかり、計画的なアセスメントがおこなえ、プランに導入することができます。

■留意事項

- 利用者（家族）が実際に困る場所、危険と思われる場所については、実際の動作を行ってもらい、動線を確認する、必要に応じてイラスト・デジカメで記録することも大切になります。
- 敷居のわずかな段差も足腰の機能低下で「つまづき」の原因になります。さきざきの機能低下まで視野にいれたアセスメントができているかを確認します。
- 身体機能のレベルによっては、すべてのバリアをなくすことで逆に機能低下をもたらす場合もあることに注意する必要があります。
- 利用者や家族が、それまで暮らしてきた歴史が居住環境にはたくさん詰まっています。危険だからといって、やみくもに排除したり、単に機能的にするだけでは利用者との信頼関係を失うことにも繋がりがねません。居住環境に対する利用者・家族の思いをきちんと受け止める姿勢が必要です。その上で、専門的なアドバイスができていのかどうか確認することも大切なことです。

■確認ポイント

- 室内の環境の微調整（物の配置を変えることでできることを増やす視点）
- 段差の解消（玄関、階段、敷居等）
- 移動能力に応じた工夫（廊下、階段等）
- 安心できる入浴動作の確保（脱衣室、浴室、浴槽等）
- 安定した排泄動作の確保（トイレ、廊下、手すり等）
- 寝室の工夫（ベッド、空間、閉じこもり、臭い等）
- 台所の工夫（調理、洗い、片付け等）
- 買物の工夫（道路の距離・傾斜・幅等と移動能力の関連）
- 室内の動線確認（家具など障害になるもの、活かせるもの）

■類似の質問

- 利用者の方がもっとも困っている（将来困る）場所はどこですか？
- 家族が介護をするにあたり困っている（将来困る）場所はどこですか？
- 利用者の残存能力を最大限に生かす環境整備を行うとしたら、どんなところに視点を置いて考えていきますか？

質問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。

■目的

- 利用者の「特別に配慮すべきこと」（例：医療ニーズの高さや緊急性が高い要素、徘徊、虐待、家族不和、利用者が限界を超えて頑張り続けている場合等）で把握している内容と今後どのようなことが予測されるかを確認する。
- 介護者等の「特別に配慮すべきこと」（例：健康、疾患、ストレス、介護力、経済的負担、介護知識の不十分さや従前の関係性の悪さからくる虐待、また限界を超えた在宅介護を続けている場合など）で把握している内容と今後どのようなことが予測されるかを確認する。
- 「特別に配慮すべきこと」がケアチームとして共有され、サービス担当者会議でその方向性などが一致しているかどうかを確認し、必要に応じて保険者および地域包括支援センターが関わるべき内容であるかの検討を行うことができているかを確認する。

■解説

- 要介護1～5のどの状態であっても、本人の個別性（年齢、性差、性格、生活歴・価値観・疾患の種類と進行の度合い等）、家族の事情（家庭内不和、離婚、断絶等）、家計の事情（困窮、生活保護等）によって援助方針における「支援の内容とポイント」は異なってきます。また介護者の事情（同居・近距離・遠距離介護、性差、介護力、介護への思い、疾患、判断能力等）は支援内容にも大きく影響し、それらに応じて「特別に配慮すべきこと」が出てきます。
- たとえば要介護3の夫の認知症が進行し、妻が聴覚障害と下肢筋力の低下、もの忘れが生じた場合には会話、服薬管理、失火、消費者被害などにも配慮した支援方針と支援内容が必要となります。このほかにも虐待的状況やターミナル期、重度化、夫婦ともに要介護状態、精神疾患による近隣からの孤立などの「特別な事情」を配慮しなければいけないケースは急増してきます。

○ケアプランは利用者個々への支援ですが、これらの状況を把握し、全体的な配慮がなされた支援方針と支援内容が明記されていることが大切です。また担当者会議等を通して、支援内容を提示し、他にも方法がないかを議論しあうことによって、支援者の共通理解がなされ、個別性と特別な事情に配慮したチームケアがめざせることにつながります。

■留意事項

- 本人・家族の「特別な事情」（例：虐待）をケアプランに記載できない場合には、ケアチームに対して居宅介護支援経過記録を使って情報共有をしていることが大切です。
- 「特別に配慮すべきこと」を一人の判断だけで支援方針を立てるのは、判断の見誤りなどのリスクがある為、サービス担当者会議等の場で検討し、ケアチームでそのことを共有しているかを確認する。
- 虐待や精神疾患などによる困難事例、家族不和と介護放棄、消費者被害などの事例、また逆に責任感の強さや世間・身内のしがらみに押しつぶされそうになりながら、限界を超えた介護を行っている場合など、介護による共倒れも起こりうる可能性は高いものです。このような「特別な事情」では、行政・地域包括支援センターなどとチームで動くことが必要な場合もあるので、必要に応じてサービス担当者会議などへの誘いかけをすることが大切になります。
- 終末期の場合、利用者・家族の気持ちは揺れ動いていることが多々あることから刻々と変化する状態を冷静に観察し、場面に応じたチームケアの体制をつくる作業が継続できているかを確認します。

■確認ポイント

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 本人の事情 | <input type="checkbox"/> 家族の事情 | <input type="checkbox"/> 家計の事情 | <input type="checkbox"/> 近隣との関係 |
| <input type="checkbox"/> 介護者の事情 | <input type="checkbox"/> 家族の介護力 | <input type="checkbox"/> 認知症 | <input type="checkbox"/> 精神疾患 |
| <input type="checkbox"/> 終末期 | <input type="checkbox"/> 虐待 | <input type="checkbox"/> 介護スタイル | <input type="checkbox"/> 宗教 |

■類似の質問

- 特別に配慮すべきことで、利用者、家族への説明で困ったことはありませんか？
- このプラン作成にあたり、「特別に配慮すべきこと」として記載するかどうか迷ったことはありませんか？
- 特別に配慮すべきことで、表現に困ったことはありませんか？

質問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。

■目的

- アセスメントの過程において、利用者・介護者に、できないこと「不可能な要因」、できること「能力」、していること「行為・実践」、できそうなこと「可能性」、望む暮らし「目指すべき方向」、この視点で現状を認識してもらえたかを確認する。
- 介護する側の「可能性」(ADLへの介護、IADLの実践)とさらに「実践してみようという意欲」(挑戦)や「できるようになる」ための知識、方法、心身機能の維持を認識してもらえたかを確認する。
- アセスメントを通じて現在だけでなく、数ヵ月後から数年先まで見通した「本人・家族の暮らし方」への意向を尊重する「やりとり」ができているかを確認する。

■解説

- アセスメントとは利用者・介護者との協働作業です。そのプロセスを通じて、利用者・介護者が現在の暮らしへの困り事や不安、戸惑いを振り返り、その原因を把握し、「望む暮らし」を主体的描けるために支援していくのが、介護支援専門員の大切な役割です。
- そのためには介護支援専門員は非審判的な態度で臨み、利用者及び家族の意思意向について把握し、「尊重」することが大切です。
- また排泄などに関わることは本人にとっては家族にも知られたくないことでもあり、何気なく発した言葉や専門用語で尊厳が著しく傷つけられる場合もあります。また生活歴や家族歴も、本人にとっては他に知られたくない、知られると家族関係上困る事も多く、慎重に対応することで利用者及び家族の尊厳を保持することにつながります。

■留意事項

- なれなれしさと親しさを混同し、言葉づかいで利用者・家族の心を傷つけ、関係を壊している場合があります。「どのように尊重しているか」を具体的に確認することが大切です。
- しかしながら現状の把握が「できるか、できないか」という表面的な質問ばかりになりがちでは、利用者・介護者にとってはただの「詰問」あるいは「チェック」にしか感じられません。戸惑いや不安が大きい退院・退所したばかりの段階では、「どう思うか、なぜそう思うか」の理由を語ってもらい、プラス面（できていることやしていること）を含めた必要な分析と助言で正しい現状認識を持ってもらいます。そして「どうやればよいか」の手立て（対策）をセルフケアや家族支援、インフォーマル資源やフォーマル資源からともに考えていく姿勢を介護支援専門員が持っているかが重要となります。
- 生活の主役は「利用者」ですが、その介護者も支援の対象となります。援助側の一方的な判断や思い込みの姿勢は利用者と介護者の意向をないがしろにするものです。しかし利用者・介護者の要求に従うことが尊重することだと誤解し、結果として「言いなりプラン」になってしまいます。これも利用者本位の誤った理解です。

■確認ポイント

- 利用者の自己選択・自己決定を尊重している。
- 利用者・家族のプライバシーに配慮した言葉づかい等を行っている。
- 利用者の年齢、経歴、性差を意識した言葉づかい、態度などを行っている。
- アセスメントのやり取りで、排泄や入浴、清潔の維持など、本人にとって答えづらい質問に配慮している。
- 現状への認識、望む暮らし（ADL、IADL、生きがい）を把握している。
- これまでの暮らし（生活習慣、生きがい、役割等）を把握している。

■類似の質問

- アセスメントを通じて利用者・介護者の方の現状への見方は変わりましたか？
- アセスメントを通じて利用者・介護者の方は何をやればよいか明らかになりましたか？