



## アセスメントに関する運営基準

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。

\*運営に関する基準 第13条  
(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

上巻  
P259

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[ 6時間 ]  
②アセスメント及びニーズ把握の方法

上巻  
P258

第1節 ケアマネジメントプロセスにおけるアセスメントの位置づけの理解[120分]

【アセスメント】 \*本節で学習することの概要より

- ①利用者の置かれている状況の把握
- ②生活上の支障・要望などに関する情報を収集
- ③心身機能の低下の背景・要因を分析
- ④解決すべき生活課題(ニーズ)と可能性を把握



利用者の置かれている状況を理解し、生活全般にわたった解決すべき課題(ニーズ)を把握していること

その方法は

- ①情報を収集 ②分析
- ③利用者にとどのような支援を提供すればよいかを導き出す

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[ 6時間 ]  
②アセスメント及びニーズ把握の方法

上巻P259～260

第1節 ケアマネジメントプロセスにおけるアセスメントの位置づけの理解[120分]  
【1 ケアマネジメントの中核としてのアセスメントの意義】

### 2. 課題分析標準項目に基づくアセスメント実施

○運営基準(支援)の第13条第6号で示された「適切な方法」とは、課題分析標準項目のことを指している

○「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について」(平成11年老企第22号)(解釈通知(支援))では「課題分析は、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、利用者の課題を客観的に抽出するための手法として合理的なもの認められる方法を用いなければならない」とされている

【課題分析標準項目(23項目)】

- ・基本情報に関する項目:9項目
- ・課題分析に関する項目:14項目

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[ 6時間 ]  
②アセスメント及びニーズ把握の方法

上巻  
P272

第2節 アセスメントの理解[180分] 【2 課題分析標準項目】

1. 課題分析標準項目の各項目及び各項目と適切なケアマネジメント手法との関連
- 課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	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)、利用者の基本情報(氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報、居宅サービス計画作成の状況(初回、初回以外)について記載する項目
2	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目
3	利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険等)、年金の受給状況(年金種別等)、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[ 6時間 ]  
②アセスメント及びニーズ把握の方法

上巻  
P272

第2節 アセスメントの理解[180分] 【2 課題分析標準項目】

### 1. 課題分析標準項目の各項目及び各項目と適切なケアマネジメント手法との関連

4	現在利用している支援や社会資源の状況	利用者が現在利用している社会資源(介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む)の状況について記載する項目
5	日常生活自立度(障害)	「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
6	日常生活自立度(認知症)	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[ 6時間 ]  
②アセスメント及びニーズ把握の方法

上巻  
P272

第2節 アセスメントの理解[180分] 【2 課題分析標準項目】

### 1. 課題分析標準項目の各項目及び各項目と適切なケアマネジメント手法との関連

7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、区分支給限度額等)について記載する項目
9	今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由(初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等)について記載する項目

第2節 アセスメントの理解[180分] 【2 課題分析標準項目】

1. 課題分析標準項目の各項目及び各項目と適切なケアマネジメント手法との関連

課題分析（アセスメント）に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目

第2節 アセスメントの理解[180分] 【2 課題分析標準項目】

1. 課題分析標準項目の各項目及び各項目と適切なケアマネジメント手法との関連

11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）に関する項目
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目

第2節 アセスメントの理解[180分] 【2 課題分析標準項目】

1. 課題分析標準項目の各項目及び各項目と適切なケアマネジメント手法との関連

14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等））に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目

第2節 アセスメントの理解[180分] 【2 課題分析標準項目】

1. 課題分析標準項目の各項目及び各項目と適切なケアマネジメント手法との関連

17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食分量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食分量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目

第2節 アセスメントの理解[180分] 【2 課題分析標準項目】

1. 課題分析標準項目の各項目及び各項目と適切なケアマネジメント手法との関連

20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目

第2節 アセスメントの理解[180分] 【2 課題分析標準項目】

1. 課題分析標準項目の各項目及び各項目と適切なケアマネジメント手法との関連

22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険箇所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目

例示:【具体的な情報収集】

入浴介助:一部介助

→入浴のどの部分に、どのような介助が必要なのか?

例:両下肢に軽度痺れがあり、浴槽の縁を跨ぐときに足が上がりきらないので、娘が足を持ちあげる介助をしている。



項目と内容と特記事項に具体的な情報を記載する

○ケアマネジメントは一定の流れに沿って展開される。それをケアマネジメントプロセスという  
○ケアマネジメントプロセスは、いわゆるPDCAサイクルに基づいた展開過程で、Plan(計画)  
→ Do(実行)→ Check(評価)→ Action(改善)という四つのプロセスを繰り返し、利用者  
支援の質を高めていく

○運営基準(支援)では、ケアマネジメントプロセスに基づいて業務を行うことが介護支援専門員の責務であると示されている

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について(平成11年老企第22号)  
第二 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

3 運営に関する基準

(8) 指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的取扱方針基準第13 条は、利用者の課題分析、サービス担当者会議の開催、居宅サービス計画の作成、居宅サービス計画の実施状況の把握などの居宅介護支援を構成する一連の業務のあり方及び当該業務を行う介護支援専門員の責務を明らかにしたものである。

1. 協働で行うアセスメント

○アセスメントとは、介護支援専門員が課題分析標準項目の記載項目を利用者から聞き出し一方的に埋めればよいというものではない

○利用者の現況を正しくアセスメントするためには、介護支援専門員だけでなく、利用者や家族、利用者にかかわる各々の専門職種と協働して行わなければならない

○利用者が自身の現状を理解し、どこで、誰と、どのように生活したいのか考えを纏まとめられるように、多職種とともにほたらきかける

○収集しようとする情報は、なぜ必要なのか、何のためにそれを確認するのか(理由)、どのように質問するのかなどについて、適切なケアマネジメント手法を活用して検討する

3. 適切なケアマネジメント手法を活用したアセスメント(ニーズ抽出、生活の将来予測)

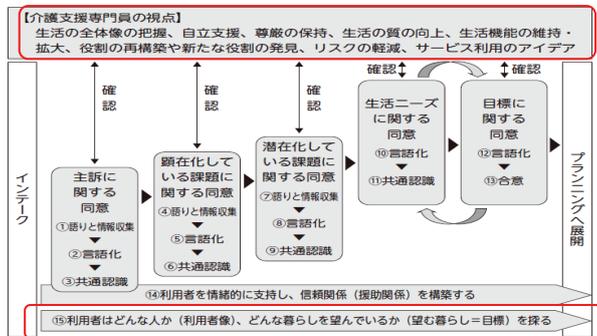
○課題分析標準項目を用いたうえでの情報収集と、それらの情報をもとにした将来予測が、アセスメントを行う介護支援専門員ごとに異なるとは、ケアマネジメントの根幹が定まらず、介護支援専門員によって異なる結果を生じさせてしまう

○適切なケアマネジメント手法を活用し、抜けや漏れのない情報収集を行うことにより、個々の利用者のこれまでの生活と、現状の生活をより具体的に知ることで、生活の将来予測の確度も高くなる

○介護支援専門員は適切なケアマネジメント手法を効果的に活用することで、常に将来の利用者像を予測しながら支援する視点と知識をもつよう心がける

2. アセスメントの思考過程

①アセスメントの全体像



2. アセスメントの思考過程

1)アセスメントの全体像

○主訴と確認の同意(例)

①介護支援専門員は、利用者・家族の主訴(要望・困りごと)を確認します。

②利用者と家族から語られた主訴(要望・困りごと)を介護支援専門員は「〇〇したいと思っていらっしゃるんですね」「〇〇の状況でお困りなのですね」というように言語化します。

③利用者や家族から「そのとおりです」など肯定的な返事があれば、表出された利用者と家族の主訴は両方で共通認識したことになります。もし、利用者や家族が主訴を言い直した場合には、介護支援専門員が言語化した内容が異なる、不足していると いった可能性があるため、①～③を繰り返します。

- ④利用者や家族によって語られた主訴は、顕在化している課題です。より具体的に確認するため「いつまでに」「どのように」になりたいのか、あるいは「何に」「どのように」困っているのかを語ってもらえるように問いかけます。
- ⑤利用者や家族が表出した具体的な主訴(要望・困りごと)を介護支援専門員は「○○したいと思っていच्छやるのですね」「○○の状況でお困りなのですね」というように言語化します。
- ⑥利用者や家族から「そのとおりです」などの肯定的な返事があれば、顕在化している課題を利用者や家族、介護支援専門員の間で共通認識したことになります。しかし、利用者や家族が具体的なことがらを言い直したり、情報を追加したりした場合には、介護支援専門員が言語化した内容が異なっていたり、不足していたりする可能性があるため、④～⑥を繰り返します。

- ⑦自分自身の課題を認識することは、利用者に限らず普通に暮らしている人にとっても容易なことではありません。課題は存在しているのに利用者・家族が認識していない場合も珍しくありません。介護支援専門員は、このような「潜在化している課題」の存在があり得ることを想定しながら確認します。
- ⑧介護支援専門員は、利用者や家族が認識していない課題があることが想定される場合、その課題に対して「○○については、いかがでしょうか」と問いかけ、利用者や家族がその課題を認識しているか確認します。
- ⑨利用者や家族から「そういうこともあります」など肯定的な返事があれば、利用者や家族と介護支援専門員の両者で共通認識され、顕在化した課題となります。

2. アセスメントの思考過程

1)アセスメントの全体像

○生活ニーズの同意(例)

介護支援専門員は、利用者・家族との協働作業を通じ「利用者や家族の語り」とそれに伴う情報収集、言語化、確認、共通認識」のプロセスを意図的に繰り返します。

⑩介護支援専門員は、利用者や家族が語ったことを生活ニーズに転換し、言語化します。

例えば「○○のような生活を送るために、○○が必要なですね」などと言語化します。

⑪利用者や家族から「そうですね」などの肯定的な返事があれば、示した生活ニーズについて利用者や家族と介護支援専門員の間で共通認識を得て、合意形成がなされたといえます。しかし、利用者や家族が言い直したり、情報を追加したりした場合には、介護支援専門員が言語化した内容が異なっていたり、不足していたりする可能性があるため、⑩⑪を繰り返します。

⑫利用者が望む生活を具体的にイメージ・想定して目標設定します。そのために介護支援専門員は、利用者や家族と協働して確認した主訴、顕在化している課題を明示しつつ、それらが解決された場合にはどのような状況や生活になるのかを推定し、説明します。

例えば介護支援専門員が「○○のような生活が送れたらよいのにとお考えなのですね」と確認したり、具体的に「○○頃までには、○○しようとお考えなのですね」と目標を示すことが有用な場合もあります。

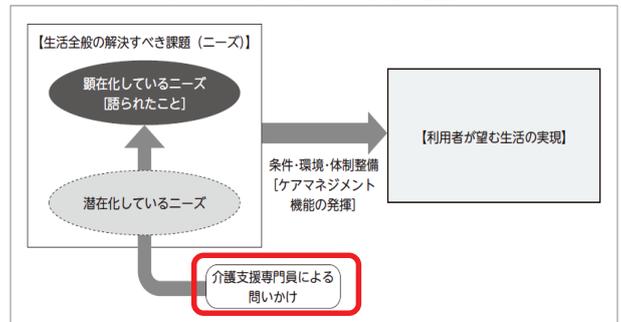
利用者が望む生活の様相は、本人や家族、介護支援専門員や多職種の間で共通の目標とならなければなりません。利用者や家族、それにかかわる各専門職の意見や意思が総括されて、居宅サービス計画書(1)の総合的な援助の方針へとつながっていきます。

⑬利用者や家族から「そうですね」などの肯定的な返事があれば、利用者や家族と介護支援専門員は目標について合意が図られたこととなります。

⑭利用者や家族は、介護支援専門員の相談に至るまでに、病気の発症と治療、生活のしづらさ、今後の生活への不安、家族関係の変化など、さまざまな経験をしています。利用者や家族からそのことについて語られなくても、どのような経過をたどって現在に至るのか確認しておくようにします。そしてその人の状況に応じて、例えば「大変でしたね」「おつらい思いをなさったことでしょう」など労ねぎらいの言葉をかけます。このような介護支援専門員の配慮は利用者や家族からみれば、自分たちの立場や心情を理解してくれる人だと認識され、信頼関係を築くことにつながります。

2. アセスメントの思考過程

(ケアマネジメントにおけるニーズと目標の関係)



### アセスメント→ケアプラン作成の思考プロセス

#### 情報収集:生活の全体像の把握

本人・家族・主治医・サービス事業者など

#### 情報整理:主観的事実・客観的事実

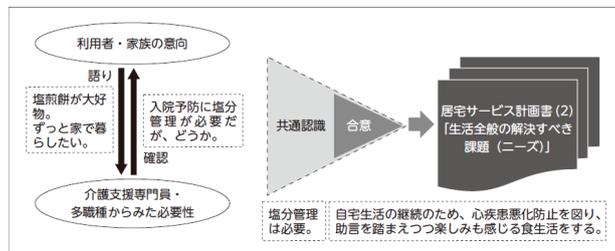
#### 原因分析:情報の意味を考える

情報を関連づけし、「なぜこうなのか」を解き明かす

#### 見立て:仮説形成・予後予測(改善可能性・リスクなど)

#### ケアプラン:ニーズ(課題)とその達成に向けた目標

### 2. アセスメントの思考過程 (ニーズのすり合わせのプロセス)



### 3. アセスメントの視点

#### 1)利用者を生活者としての総体、全体像としてとらえる

・利用者・家族から語られる主訴や要望は生活するうえでのごく一部である可能性がある

・生活上問題となっていることは、生活全体のなかの一部分の困りごとに見えるかもしれない

○要介護高齢者であっても、介護支援専門員は、医療と介護の連携を図りつつも、利用者を生活者としてとらえ、セルフマネジメントの観点から支援します。利用者の身体的側面、精神的側面、社会的側面のそれぞれの関連をとらえ、利用者の全体像を理解することが肝要

### 3. アセスメントの視点

#### 2)尊厳の保持と自立支援

○介護保険制度では、利用者の尊厳を保持し、自立の支援をすることを旨としている(介護保険法第1条)

○介護支援専門員は、ケアマネジメントプロセスのすべての過程において、多職種と協働しその実現を目指す。

○その入口はインテーク、アセスメントであり、この段階でのかかわりや視点、取り組みがその後のケアマネジメント全体に大きく影響する

### 3. アセスメントの視点

#### 3)生活の質の維持・向上

○人は加齢に伴い身体機能の低下する。また、自身の死や配偶者や友人などの死別、社会的役割の喪失など、喪失体験を繰り返す

○たとえ心身機能が低下し、ADLやIADLに問題が生じても生活環境やかかわり方を工夫し生活の質の維持・向上を図る

・何をもって生活の質が維持・向上しているといえるのかは、個人の価値観による

・その際、介護支援専門員は、その利用者のこれまでの生活習慣、価値観、現在の気持ちなど、個性の高い細やかな情報収集を行う

### 3. アセスメントの視点

#### 3)生活の質の維持・向上

○適切なケアマネジメント手法の基本ケアの基本方針の二つ目にも「これまでの生活の尊重と継続の支援」という方針で示されている

○「その人らしさとは何か」を知った気にならず、あるいは、もうこれくらいでよいだろうと決めつけず、教えていただくという気持ちで接し続ける姿勢が、生活の質の維持・向上につながる

・語られたことの実現を望む意思を確認し、その意思によって決定され、介助を受けながらも望んだ生活ができていると、利用者が実感できるような支援することが大切

### 3. アセスメントの視点

#### 4)リスクマネジメント

○要介護高齢者にとってのリスクは、要介護認定を受けた際の原因疾患の再発、治療中の併存疾患の悪化、転倒に伴うけが、感染症等の身体的なことに加え、さまざまな要因に伴う意欲低下、地域にかかわらず商店の閉店などに伴う日用品購入の難度、被災の可能性、賃貸物件等住環境の確保、高齢者を狙った詐欺や事件等日常生活にかかわるリスクは多岐にわたる

○要介護高齢者にとって安定した日常生活を送ることができるよう、幅広いリスクマネジメントの観点からアセスメントし、先回りして回避できることは何か、多職種だけでなく本人の周囲に誰か協力者はいるのか、なども併せて情報収集し、その人の支援チームをどのようにつくれるか想定する

### 3. アセスメントの視点

#### 5)受付と相談場面から始まるアセスメント

○介護支援専門員が行うアセスメントは、利用者との出会いの段階である相談受付や初期面接相談(インテーク)の段階から始まる

○そのため介護支援専門員は、徹頭徹尾、相談しやすい状況をつくれるか、信頼される対応であるか、自分自身が行う電話対応や面接を客観視しながら対応を行う

○電話受付や面接での対応は、アセスメントの質や方向性を左右する

・特に受付では、初めての相談の場合、介護支援専門員の声のトーン、話のテンポ、言葉遣い、相手を気遣う言葉かけ等が相談者にとって重要な判断材料になる

・それにより、極めて個人的なことをどこまで話すかなど、相談者・利用者に判断される

### 3. アセスメントの視点

#### 5)受付と相談場面から始まるアセスメント

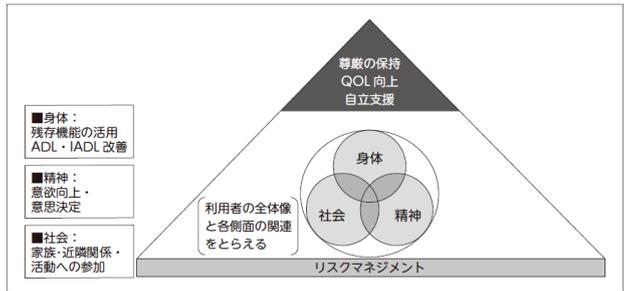
○介護支援専門員にとっては、主訴の把握を足掛かりに、話の背景に何があるか、その人をめぐる人間関係や地域との関係性等も含め動向・類推し、質問を投げかけていく

・ここから得られた情報は、初回面接に向けた予備情報として初回面接での同席者の判断につながり、アセスメントの質を左右する

・介護保険サービスの適用に関する判断、自事業所での受け入れ可否に関する判断等のスクリーニングも並行して行う

○このように、介護支援専門員のアセスメントは、出会いともいえる相談受付・初期面接相談(インテーク)から始まっており、この段階の相談者とのかわりば、その後のケアマネジメントプロセスにおいて、利用者との関係性や支援の展開に影響していく

### 2. アセスメントの思考過程 (利用者支援の目的と利用者の全体像をとらえる視点)



### 3. アセスメントの視点

#### ①全体像の理解:利用者になにが起こっているのか/その背景は何か

利用者が把握している「顕在的な問題」

利用者が気づいていない「潜在的な問題」

#### ②自立支援と尊厳の保持

→利用者が主体となって望む暮らしを実現するための方法を自ら選び積極的に生きていく事

\* 介護支援専門員が常に意識して取り組むべき課題

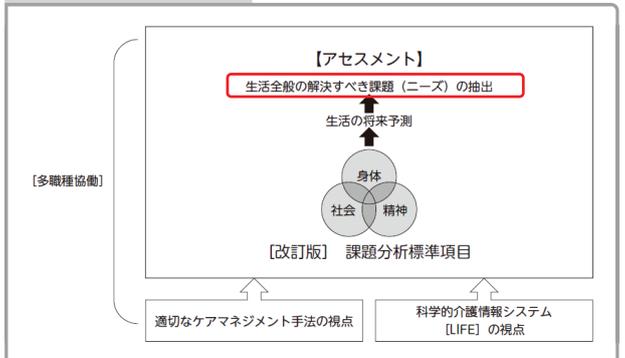
#### ③生活の質の維持・向上

\* 居宅サービス計画の目的

#### ④リスクマネジメント

介護支援専門員は、利用者の自立を阻害する要因(リスク)を軽減していく方法をアセスメントを通じて考える

### 本節で学習することの概要



第2節 アセスメントの理解[180分] 【1 アセスメントの考え方】

1. アセスメントを行う目的

○ケアマネジメントはニーズオリエンテッド(ニーズ優先主義)

・**的確なニーズ把握が適切なケアマネジメントの展開につながり、ケアマネジメントが適切に展開されることで、利用者の生活上の課題は解決の可能性が高まり、同時にQOL(生活の質)も高まる**

・ニーズはアセスメントを通じて抽出されますので、介護支援専門員はなぜアセスメントを行うのか、何のために**情報収集**を行うのかを念頭に置く

第2節 アセスメントの理解[180分] 【1 アセスメントの考え方】

2. 介護支援専門員が基本的に行う情報収集

○課題分析標準項目の利用

・**介護支援専門員が利用者の課題分析を行うにあたっては、介護支援専門員個人の感覚ではなく、規定された項目を網羅的に収集することが求められる**

○介護支援専門員のアセスメントやかかわりは、利用者の身体面・精神面・社会面など多角的側面から、満遍なく確認します。

○介護保険法には医療との連携に関する条文があるとおり、主治医意見書や、医師やその他の医療従事者からの情報も収集し、生活の将来予測に活かす

第2節 アセスメントの理解[180分] 【1 アセスメントの考え方】

4. 情報収集の方法

○介護支援専門員がアセスメント時に情報収集を行う方法には、次が考えられる

・**利用者・家族との面談**(同席面談／個別面談)

・**多職種からの情報収集**

・**近隣、知人等からの情報提供**

・**地域包括支援センター、その他の機関や事業所からの情報提供**

○介護支援専門員だけで収集する情報と、ほかの専門職や機関を介して収集する情報には、量だけでなく、情報の範囲や深さ・濃度にも違いがある

・個人情報取り扱いに十分すぎる配慮をし、情報収集を行う

第2節 各段階の機能と介護支援専門員に求められる役割[45分]

【2 アセスメント】

1. 情報収集と課題分析の機能

①情報収集

○利用者の生活全体を理解するために必要な**客観的事実**と**主観的事実**を収集する

・**客観的事実は、利用者の身体機能や健康状態を把握するために重要**

・**主観的事実は、利用者の思いや感情を共感的に扱うことで信頼関係を構築し、自立支援につなげるために重要**

○情報収集では、**事実に基づき**利用者の身体機能的状況、精神心理的状況、社会環境的状況を整理・把握するとともに、**仮説を立てながら**多角的に行い、**継続的に**情報を更新することが必要

第2節 アセスメントの理解[180分] 【1 アセスメントの考え方】

5. 今日的なアセスメントの観点

○課題分析標準項目は23 の項目から構成される

・この項目は、介護保険制度施行時には、要介護者が介護保険制度の要件に合致するかという観点からつくられていたが、**2023(令和5)年度に、次のような観点から改正された。**

・**要介護者が受けている支援を制度の垣根を越えて把握し支援につなげる**

・**要介護者のみならず世帯全体をとらえ、配慮する**

・**科学的介護情報システム(LIFE)を活用した多職種との情報共有、支援の検討につなげる**

・**適切なケアマネジメント手法を活用した情報収集と多職種協働**

○介護支援専門員として、課題分析標準項目の改正の主旨を理解することは、今日的なアセスメントへの求めを理解することにつながる

・多様化する利用者像を地域社会や環境といったマクロの視点からとらえた、多職種協働を深化させるケアマネジメントへとつながる

第2節 アセスメントの理解[180分] 【1 アセスメントの考え方】

6. 適切なケアマネジメント手法との関連

○近年、利用者像は多様化し、個別のニーズも複雑化しており、介護支援専門員が一人ですべての情報をもれなくケアマネジメントすることは難しくなっている

○これまで介護支援専門員として活躍してきた先達の知識や実践してきた実践知の共通性を整理し、体系的にまとめた、**適切なケアマネジメント手法を活用することで、抜けや漏れをなくした情報収集、想定される支援内容を活かした仮説想定型のケアマネジメントを可能とする**

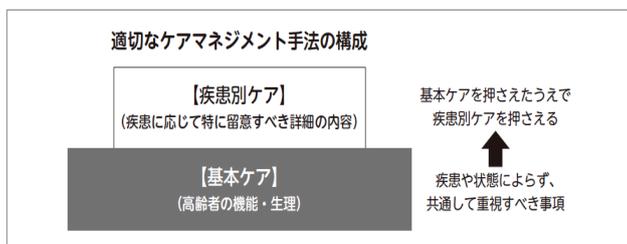
○適切なケアマネジメント手法は、**仮説に基づくケアを提示しており、アセスメントを行う前に、知識(仮説)を習得することで、初めてケアマネジメントを実践する人が、熟達者が行っている知識や視点で俯瞰し、上手くいく方向性を先達の知識に沿いながら目的に達することができるもの**

第2節 アセスメントの理解[180分] 【1 アセスメントの考え方】

6. 適切なケアマネジメント手法との関連

○適切なケアマネジメント手法は、「基本ケア」と「疾患別ケア」から構成されます。

基本ケアは、すべての要介護高齢者に対して行うもの、疾患別ケアは該当する疾患のある人に対し基本ケアとセットで行う



第2節 アセスメントの理解[180分] 【2 課題分析標準項目】

●基本ケアの基本方針Ⅱ(これまでの生活の尊重と継続の支援)

Ⅱ これまでの生活の尊重と継続の支援	Ⅱ-1 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	Ⅱ-1-1 水分と栄養を摂ることの支援	20 フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援
			21 水分の摂取の支援
			22 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援
		Ⅱ-1-2 継続的な受診と服薬の支援	23 継続的な受診・療養の支援
		Ⅱ-1-3 継続的な自己管理の支援	24 継続的な服薬管理の支援
		25 体調把握と変化を伝えることの支援	
	Ⅱ-1-4 心身機能の維持・向上の支援	26 フレイルを予防するための活動機会の維持	27 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施
	Ⅱ-1-5 感染予防の支援	28 感染症の予防と対応の支援体制の構築	

第2節 アセスメントの理解[180分] 【2 課題分析標準項目】

1. 課題分析標準項目の各項目及び各項目と適切なケアマネジメント手法との関連

●基本ケアの基本方針Ⅱ(これまでの生活の尊重と継続の支援)

Ⅱ-2 日常的な生活の継続の支援	Ⅱ-2-1 生活リズムを整える支援	29 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援
		30 休養・睡眠の支援
		31 口から食事を摂り続けることの支援
	Ⅱ-2-2 食事の支援	32 フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援
		33 清潔を保つ支援
Ⅱ-2-3 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援	34 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援	

第2節 アセスメントの理解[180分] 【2 課題分析標準項目】

1. 課題分析標準項目の各項目及び各項目と適切なケアマネジメント手法との関連

●基本ケアの基本方針Ⅱ(これまでの生活の尊重と継続の支援)

Ⅱ-3 家事・コミュニケーションでの役割の維持あるいは獲得の支援	Ⅱ-3-1 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	35 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	
		36 コミュニケーションの支援	
	Ⅱ-3-2 コミュニケーションの支援	Ⅱ-3-3 家庭内での役割を整えることの支援	37 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備
			38 持っている機能を発揮しやすい環境の整備
Ⅱ-3-4 コミュニティでの役割を整えることの支援	Ⅱ-3-4 コミュニティでの役割を整えることの支援	39 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備	

第2節 アセスメントの理解[180分] 【2 課題分析標準項目】

2. 生活課題の総合的な把握

○介護支援専門員が行うアセスメントでは、利用者・家族との面談、各専門職種からの情報等を通じて生活全般の解決すべき課題(ニーズ)を抽出していく

○収集する情報は、その利用者の生活を幅広く見渡し、総合的に把握しなければならない

○介護支援専門員の視点と情報収集の幅が狭い、情報の粒度が粗いとなれば、本来存在している課題は見落とされる可能性がある

○そのような状況を防ぐために、多職種と協働したり、抜け漏れのないよう先人の実践知を根拠をもとに体系化した適切なケアマネジメント手法を活用する

第2節 アセスメントの理解[180分] 【3 情報収集の方法】

1. 双方向のコミュニケーション

○利用者の生活に関する情報収集を行う際、課題分析標準項目に示されている項目を網羅的に確認することとされているため、つい情報収集「しなければ」と思ってしまう

・そのような姿勢になってしまうと、介護支援専門員からの一方的なかかわり方になっている可能性も否定できない

○本来、アセスメントは利用者や家族と介護支援専門員等の専門職との協働作業で、情報収集する側・される側という関係ではない

○利用者は介護支援専門員に問われることで、改めて自分の生活や置かれた立場を考えて現状を整理する機会とするため、両者が一緒に気づく機会とすべく双方向のコミュニケーションで行うことが基本となる

第2節 アセスメントの理解[180分] 【3 情報収集の方法】

2. 信頼関係の構築

○アセスメントで語られる内容は、利用者と家族にとっては極めて個人的なことである

- ・意向もどこまで本音で語られるかは、相手との信頼関係次第となる

○アセスメントの質は「信頼関係がどのように築かれているかによる」

○ケアマネジメントのすべての支援過程を通じて、利用者・家族との信頼関係が問われてきている

第2節 アセスメントの理解[180分] 【3 情報収集の方法】

3. 利用者・家族の意向・要望の把握

○相談を受け付けた段階で確認した主訴が、利用者と家族の意向やニーズとは限らない

- ・「意向」の把握には、その背景にあることやほかのことを語ってもらい、介護支援専門員やほかの専門職からの情報等と統合することで、**利用者と家族は、自分の本当の気持ち、希望、困りごと、どのようになりたいか、どのような生活を送りたいか、どこまでが実現可能かなどに気づける事が必要**

・介護支援専門員は、利用者と家族の主訴から要望・意向を引き出せるようかかわっていく

第2節 アセスメントの理解[180分] 【3 情報収集の方法】

3. 利用者・家族の意向・要望の把握

○相談を受け付けた段階で確認した主訴が、利用者と家族の意向やニーズとは限らない

- ・「意向」の把握には、その背景にあることやほかのことを語ってもらい、介護支援専門員やほかの専門職からの情報等と統合することで、**利用者**と家族は、自分の本当の気持ち、希望、困りごと、どのようになりたいか、どのような生活を送りたいか、どこまでが実現可能かなどに**気づける事が必要**

・介護支援専門員は、利用者と家族の主訴から**要望・意向**を引き出せるようかかわっていく

第2節 アセスメントの理解[180分] 【3 情報収集の方法】

3. 利用者・家族の意向・要望の把握

○ニーズをとらえる際には、次の状況が想定される

- ・**利用者が望んでいることがある**
- ・**利用者が困っていることがある**
- ・**利用者が認識していない、または認識していても表明していないが、専門職からみればニーズがあると判断される**

○ニーズの抽出には、利用者と家族の意見のすり合わせという観点もある

- ・利用者とは、介護が必要な人と介護の提供者の関係性が多く、家族内での立場やパワーバランスが生じている可能性がある
- ・要望が双方合致するのは多くみられるものではない
- ・介護支援専門員は、それぞれから表明された要望や意向を互いに合意されるよう、話し合いを行う

第2節 アセスメントの理解[180分] 【3 情報収集の方法】

4. 課題が整理されず合意に至らない場合

○適切にかかわっても、利用者によっては課題の自覚がない場合もあり、利用者とは意向が一致しない場合もある

○合意に至らなくても、意向が表明される、あるいは介護支援専門員が提示した課題が認識されないという事実は、記録しておく必要がある

○**利用者**と家族の課題認識の相違がある場合には、それぞれの認識の**内容と両者の認識に相違があることを居宅介護支援経過に記載する**

- ・併せて、共通認識がもてるようはたらきかけを続ける

第2節 アセスメントの理解[180分] 【3 情報収集の方法】

5. 家族状況の理解

1) 家族状況を知る必要性

○利用者とは、意向をよりの確にとらえるためには、その家族に関する理解を深めなければならない

○利用者の家族構成、利用者からみた家族の存在、それぞれの家族構成員の生活や家族内、社会における立場、家族間のこれまでの関係性、介護が必要な状況が生じてからの家族の役割や、関係性の変化などを把握していく

5. 家族状況の理解

2)介護支援専門員から見た家族の存在

○家族は介護者であるという意識を、介護支援専門員が無意識にでも抱いている場合

・面談では、「これから介護するうえで何が不安か」「どんな介護を担えるか」を確認するような会話になる

・家族は、介護の専門家から問われるため、当然介護しなければならない立場なのだという思いを一層強め、かかわり自体が、家族にとって負担となるおそれがある

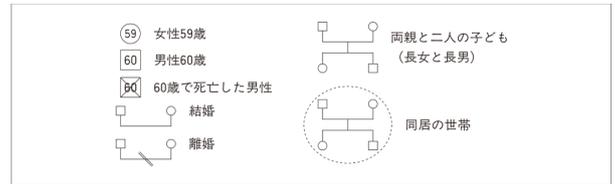
○介護支援専門員が、家族を「無償の介護力」としてとらえてしまっている場合

・家族は、家族自身の人生を歩んでおり、その家族自身の生活がある

・利用者が要介護になったことをどのように受け止めているのか、利用者の介護についてどのように考えているのか、家族の立場に立って話を聞くように留意する

5. 家族状況の理解

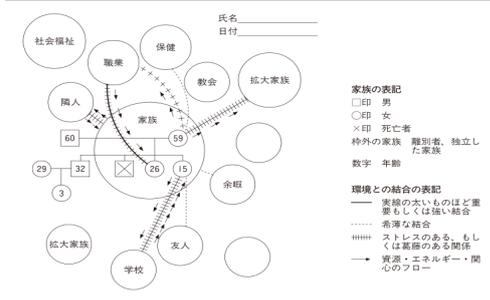
3)ジェノグラムとエコマップの活用 (ジェノグラム)



5. 家族状況の理解

3)ジェノグラムとエコマップの活用

(エコマップ)



6. その人らしさを理解する姿勢

・経験年数を積んでも、類推しわかったような気にならないという姿勢は、利用者のその人らしさを理解する前提として、大切にしなければならない姿勢

・困りごとを引き出すことは大切だが、利用者は単に困っているだけの人ではない

・現在はこれまで経験のない介護を要とする状況となり、生活を再構築していく段階

・何をしてどのような暮らしを送りたいのかを語ってもらうことはその人らしさの理解となる

・「その人らしさ」はさまざまな場面から介護支援専門員や各専門職種が自ら知ろうという気持ちで気づいていくものだということを意識して理解しておくなければならない

利用者・家族の意向確認

○利用者・家族の主訴からの展開

⇒ 傾聴し、適切なコミュニケーションを取ることで、

・「困った」「大変だ」と感じていること

・「してほしい」と考えていること

・介護支援専門員に求めていること

・「望ましい暮らし」として思い描いていること

※利用者の表現する力:語れない・語らない・表現が難しい場合も  
家族も支援の対象である場合も

\*いつから、誰と、誰がどのように、それでどうなった?

どう感じ、考えている?

どうなればよいと考えている?

主訴に関連させながら、話しを広げていく

9. ニーズオリエンテッド

○ケアマネジメントは、ニーズオリエンテッドである

○ニーズを基点にしてすべてのプロセスが展開する

○信頼関係を確にし、双方向のコミュニケーションによるアセスメントであったが、ニーズ抽出とその後の居宅サービス計画の展開に現れる

○必要な情報を、必要な精度・彩度で収集できているかも重要

○アセスメントシートを埋めることが目的とならないよう、ニーズオリエンテッドのケアマネジメントであることを意識したニーズ抽出を心がける

第2節 アセスメントの理解[180分] 【3 情報収集の方法】

10. 目標指向型アプローチ

○ケアマネジメントはニーズオリエンテッドなので、逆説的にいうとケアマネジメントの成果はニーズの解決といえる

○ニーズの解決に向けて、期間を区切り、段階的に解決に向けた目標設定をする

・目標は、利用者が「これならクリアできそうだな」と思える内容で、それが実現可能であって、利用者がモチベーションをもって取り組める期間・方法を設定する

・長期目標は実現される状態や姿を、短期目標は長期目標を実現するために一定の期間で達成できる目標を設定する

○その設定においては、予後予測や生活の将来予測が不可欠ですので、医療職や周囲の協力者などと共有し、実現可能性の高いものを設定し、希望はしているけれど実現可能性のないことは目標には設定しない

第2節 アセスメントの理解[180分] 【3 情報収集の方法】

12. 多職種からの情報

○アセスメントや課題分析は、介護支援専門員だけでなく、各専門職種からの情報や知見を得て行う

○介護支援専門員の視点だけでは抜け漏れが生じるおそれがあるため、専門職種とともに行うことで網羅的なアセスメントを行う

・専門職種からの情報には、介護支援専門員が必要とすることだけでなく、退院後、利用者を受け入れる在宅や施設の専門職種にとっても、病院の専門職種からの情報は不可欠

・退院時は、入院医療機関の医師、看護師、リハビリテーション専門職、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー等多くの職種と接する機会となる

○介護支援専門員が退院時連携を通じて行うのは、自らが活かす情報と、各専門職種に橋渡しする情報という二つの意味がある

第2節 アセスメントの理解[180分] 【3 情報収集の方法】

12. 多職種からの情報

○在宅や施設の専門職種にとっても、利用者を受け入れるにあたってそれぞれの立場で収集しなければならない情報がある（訪問看護は病院の看護師から、訪問リハビリテーションは病院のリハビリテーション専門職からといったように同職種間で共有しなければならない情報がある）

○他職種からの情報が必要な視点では、例えば、栄養とリハビリテーションは一体的に見ていく必要があるため、リハビリテーション専門職、看護師、管理栄養士が共有すべき情報がある

○介護支援専門員は、どの職種がどのような情報を必要として、どの職種といつまでにどう連携すべきなのか理解し、円滑に進むような橋渡しも必要となる

第2節 アセスメントの理解[180分] 【3 情報収集の方法】

11. 個人情報と情報管理

○介護支援専門員が行うアセスメントでは、極めて個人的な情報を取り扱う

○そのため、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)(個人情報保護法)に基づき情報管理を行う

・印刷した用紙、データ、多職種との情報共有等、事業所内外で情報を取扱うため、介護支援専門員の行動には、極めて精緻な情報管理の方法が求められる

・訪問時の紛失や盗難は、移動手段が自転車なのか自動車なのかによって留意点が異なる

・介護保険被保険者証を預かってコピーする際には、コンビニエンスストア等、事業所以外の場所では行わないなど、一つひとつの行動を定形化しておく

○近年、特殊詐欺や犯罪等に高齢者が巻き込まれる事件も増えているため、介護支援専門員は、あらゆる観点から情報管理を徹底し、利用者と家族を守らなければならない

第2節 アセスメントの理解[180分] 【4 課題分析】

1. 要支援・要介護となった経緯や背景

○要介護者には、要介護となった原因疾患と、併存疾患や生活習慣病など生活上の背景がある

・脳血管疾患の場合…ある日突然発症し、後遺症として麻痺や失語症などが生じたりする。

しかし、それ以前から、糖尿病や高血圧などがあり、その人が継続してきた生活習慣がある

好きな食事、味付け、家族で好んで食したものの、長年の仕事の影響していることもある

・認知症の場合…在宅生活を継続するなかで少しずつ変化が生じ、その変化に本人も気づいていた時期があったとしても、周囲に相談できないまま症状が進んでしまい社会生活や日常生活に支障が及んでしまうことがある。周囲からの心配や苦情によって地域包括支援センターへの相談に至る場合もある

第2節 アセスメントの理解[180分] 【4 課題分析】

2. 残存機能およびストレングス

○利用者は日常生活に支援や介護が必要な状態になっても、何もできないのではない

○自分の人生のさまざまな場面を乗り越えて生きてきた「強さ」をもっている

○利用者個人のストレングスとは、その人の長所や持ち味、潜在的にもっている能力、利用者が有している個人の資源(家族、親族、友人、知人、近所とのつながり等)のこと

## 2. 残存機能およびストレングス

・「かくありたい」という自負や矜持、「〇〇のようになりたい」という願望、それを実現しようとする能力は強さの一つであり「内的資源」といえる

・過去のつらい出来事をどのように乗り越えてきたのかというエピソードから、その利用者の困難を乗り越える力や、乗り越える方法を推察することもできる

○介護支援専門員や専門職種等が、その利用者のストレングスを知ることで、現在生じている生活課題(ニーズ)の解決につながる可能性もある

## 3. 重度化防止・改善可能性

○要介護になったら、その症状や要介護状態は悪化の一途をたどるだけとは限らない

・生活を見直し、リハビリテーションを行うことで重度化予防を行い、併せて改善可能性について検討する必要がある

○介護支援専門員がこの二つの視点をもたなければ、重度化防止や改善可能性があるケースが見逃され、その人の可能性を損ねることになりかねない

・そのような状況が生じれば、高齢者の尊厳と権利を踏みとじるおそれがある

## 4. 生活の将来予測

○予測には「予後予測」という言葉がある

・これは、介護支援専門員が行う予測とは、生活全般に対する予測であるため

・その人の心身状態と予後予測、生活習慣と現在の生活、家族のかかわりとその後の状態、生活環境の継続と変化、地域の環境(気候・地域資源等)、経済状況、意欲、性格等さまざまなことを総合的にみて、今後どのようなことが起き得るか、どのように推移していきそうかを予測する

○これらすべてを踏まえて生活の将来予測という

・極めて広い範囲に対する総合的な予測のため、介護支援専門員だけで行うのではなく、本人と家族のほか関係する各専門職種を交えた話し合いを行いながら予測する

## 5. 多職種連携による意見集約

○介護支援専門員には、アセスメントにおける情報収集、生活の将来予測に基づく課題分析、そのプロセスにおける本人と家族の合意、それらに基づいた居宅サービス計画作成の過程においては、多職種連携を継続しつつ、意見集約するのが役割がある

○サービス担当者会議では、居宅サービス計画は単に説明して終わるのではなく、ニーズオリエンテッドの原則から、ニーズが適切であるか専門職種の確認を経て確定していく必要がある。これは、ニーズが的確でなければ、その後の目標設定やサービス内容の設定が異なった方向に行われてしまうためである

## 2. 専門的意見の説明

### 1) 医療との連携

○介護保険法では、医療との連携に関する条文があるとおり、介護支援専門員は医療介護連携に務めることが求められており、医療その他、利用者と家族が意思決定するために必要な専門的な見識をわかりやすく説明することが求められる

・特に要介護高齢者には、何らかの疾病やけが等がありますので、特にかかりつけ医の指導や主治医意見書の記載内容を確認する

## 2. 専門的意見の説明 (高齢者の疾病の特徴)

- ① 一人で多くの疾患を併せもっている。多臓器疾患が多い。
- ② 加齢に伴い、個人差が大きくなる。
- ③ 症状が非定型的である。
- ④ 慢性の疾患が多い(慢性的である)。
- ⑤ 高齢者に特有な病態である老年症候群(認知症、転倒、失禁など)がある。
- ⑥ 薬剤に対する反応が特徴的であり、成人と異なる。
- ⑦ 生体防御力・免疫機能が低下しており、疾患が治りにくい。
- ⑧ 高齢者の予後やQOL が医療のみならず社会的要因により大きく影響される。
- ⑨ 水・電解質の代謝異常を起こしやすい。
- ⑩ 負荷時にみられる潜在的機能低下がある。

第2節 アセスメントの理解[180分] 【5 分析した課題の説明と合意】

2. 専門的意見の説明

3) 医師との連携

○介護支援専門員は医師との連携は必須であるが、最も工夫が求められる連携先でもある

・連絡の手段(病院への訪問、電話、FAX、メール、ICT連携等)、時間帯は、医師ごとに確認する(所属する医療機関、診療の曜日や時間は医師ごとに異なるため)

・医師によっては診療時間内の連絡を求めるともあれば、診療時間外の連絡を望む場合もある

・地域によっては、介護支援専門員のための相談時間を設けることを定型化しているところもあるため、所属事業所の管理者に確認する

・利用者の診療に同席する場合には、必ずあらかじめ利用者と家族、医師の了解を得ておく

## 主治医との連携方法

1)連絡方法・連絡時間

・医療機関情報等を活用し連携方法・窓口・連絡先などを確認する

※おかもやま医療介護多職種連携支援ブック 岡山県介護支援専門員協会

2)面談前にポイントを絞る

・主治医との関係を作ることから始め、何を聞きたいのか、ポイントを絞ることが重要

3)必要とする情報を押さえる

①病状と留意点 ②予後に関する情報

③支援目標に対する医学的な指導・助言

\*主治医意見書の活用

第2節 アセスメントの理解[180分] 【5 分析した課題の説明と合意】

2. 専門的意見の説明

■医師への質問例：心疾患で退院する利用者  
介護支援専門員：退院後は、病院ほどの塩分管理は難しいため状態が不安定になりがちだと思います。Aさんの再入院の予防<sup>①</sup>のために、退院後は体重測定をして体重の確認<sup>②</sup>を行えればと思いませんか？いかがでしょうか。  
医師：可能なら行ってください。  
介護支援専門員：本人と家族が体重測定を正しく行えるよう、訪問看護の指導を受けることができればと思いますが、いかがでしょうか。  
医師：では、訪問看護指示書を発行します。  
介護支援専門員：体重測定を行いながら、変化が生じたとき先生にご連絡すべきタイミングをご指示いただけないでしょうか。  
医師：退院時から2kg増えた時点で連絡をください。  
介護支援専門員：先生にご連絡のつかない曜日や時間帯はいつでしょうか。  
医師：平日の19時以降と土日は連絡がつかませんから、特に金曜日は注意してみてください。  
介護支援専門員：承知いたしました。訪問看護、訪問介護と連携して行います。引き続きご指導よろしくお願いたします。

① 心疾患 1期  
大項目1「再入院の予防」

② 心疾患 1期  
想定される支援内容4「体重管理の重要性を理解し、継続的に日々の体重管理ができる体制を整える」

第2節 アセスメントの理解[180分] 【5 分析した課題の説明と合意】

2. 専門的意見の説明

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第13条

十三の二 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師等又は薬剤師に提供するものとする。

## 参照 多職種との連携方法

◆専門職から利用者の状態について評価や意見を聞く場合

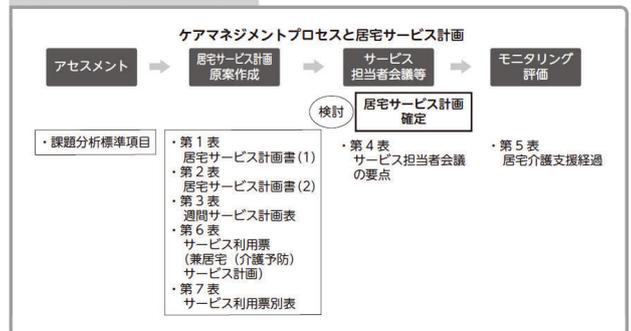
- ・知りたい内容を明確に伝えること
- ・聞くことの目的をしっかりと持つこと

- 1) 医師・看護師
- 2) 歯科医師
- 3) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
- 4) 薬剤師
- 5) 栄養士

\* 利用者の暮らしを支援するという視点

第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]

本節で学習することの概要



第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
【1 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント】

1. 解決すべき課題に対する利用者・家族の理解

○介護保険では、**生活全般の解決すべき課題をニーズ**と称する

・**居宅サービス計画書の第2表に記載するニーズ**は、専門職からの必要性だけでなく、利用者・家族の必要性、あるいは困っているので何とかしたいという考えに基づき、**合意が得られたもの**となる

○課題分析を行うことについての利用者や家族の思いの表出と理解は、情報収集の段階から始まっており、介護支援専門員から利用者や家族への問いかけにより自分の置かれた状況を考え、問いに答えるといったかかわりを繰り返し利用者の理解を深める

○介護支援専門員や専門職種が行った生活の将来予測に関する情報提供を受けることで、利用者や家族は自分たちの将来を思い描けるようになる

第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
【1 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント】

2. 優先順位の合意

○利用者や専門職の合意により抽出されるニーズは、複数ある事が多い

・どれが最も優先されるニーズなのか、優先順位を検討する

・介護支援専門員や専門職種からみた優先順位をケアプランに位置づけるのではなく、利用者・家族とともに検討する

○利用者にとって何が最も優先度が高いか、利用者がモチベーションを高く保てるような配慮も不可欠

・**居宅サービス計画書第2表の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の欄には、上から優先度の高い順番に記載します。**

第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
【1 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント】

【生活ニーズの優先順位】

①利用者が困っていると感じていること

②悪循環をつくりだす原因となっているもの

③健康に維持や衣食住などの生活の基盤に関するもの

④サービスを結びつけることで、最も効果が見込まれること

\*インテークは分かりやすい言葉で

・インテークにおける利用者・家族の負担

・一度聞き取るのではなく、必要な項目から順に聞き取る

第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
【1 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント】

3. 目指す生活の目標に対する意欲

○**居宅サービス計画書第2表の目標設定は、利用者の意欲を左右する**

○**長期目標は、利用者が実現する将来の生活の姿**

○**短期目標は、長期目標の達成に向けて、一つずつステップを踏んでいく過程**

○高齢者一般に当てはまるような目標を掲げるのではなく、その利用者個人にとってやる気を促し実施する意味を感じられる短期目標とは何かを考える

第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
【1 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント】

**生活の目標に対する意欲**

○例:次のような目標設定を心がける

【長期目標】 今度の春には近所の美術館に行く ※元気だった頃に妻と行っていた場所

【短期目標①】 たんぱく質を含め栄養バランスのとれた食事を1日3食摂り続ける (妻)

【短期目標②】 立位時間、歩行距離を今の2倍に延伸する (通所リハ・自主リハビリ)

【短期目標③】 左手でパソコンを操作し、美術展の情報収集をする (通所リハ・自主リハビリ)

・困りごとだけでなく、利用者の楽しみにも着目し、本人が関心をもてる目標設定をする

○生活ニーズの記述方法

・利用者が主体的・意欲的に取り組めるような表現

・ポジティブに取り組めるような表現

\*単に「○○ができるようになる」「○○がしたい」と書くことではない。

**利用者自身が意欲的になることが重要**

第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
【1 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント】

## 1 モニタリングとは何か

「介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の**実施状況の把握**(利用者についての**継続的なアセスメント**を含む)を行ない必要に応じて**居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整**その他の便宜の提供を行なうものとする。

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 第13条十二

第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
【1 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント】

4. 継続的なモニタリングの視点

1) モニタリング

○居宅サービス計画が作成された時点から、利用者の状態と生活状況は日々刻々と変化し、リアルタイムの状態とは少しずつ乖離が生じてくる

・常に新しい情報を集め、その乖離は小さいのか、それとも居宅サービス計画を見直す必要があるほど大きいのかを見極めなければならない

・見極めるための情報は、介護支援専門員が定期訪問で確認する場合と、サービス事業所の訪問介護員等が把握した情報を共有する場合とがある(運営基準(支援)第13条)

・そのほかには、利用者、家族から発信される場合などもある

○変化は突然予想外のことが起きることもあれば、想定し得る変化もあるため、想定できる変化には、いつどのような変化が起きるかを多職種と予測し、事前に、誰がどのような情報を収集するのか、誰に対してどのような情報を報告するのかを関係者間で決めておく

第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
【1 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント】

4. 継続的なモニタリングの視点

1) モニタリング

・そのほかには、利用者、家族から発信される場合などもある

○変化は突然予想外のことが起きることもあれば、想定し得る変化もあるため、想定できる変化には、いつどのような変化が起きるかを多職種と予測し、事前に、誰がどのような情報を収集するのか、誰に対してどのような情報を報告するのかを関係者間で決めておく

第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
【1 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント】

4. 継続的なモニタリングの視点

2) 再アセスメント

○モニタリングを行い、検証した結果、以下のような場合には再アセスメントを行う

- ・介護保険被保険者証の新規・更新・区分変更申請を行うとき
- ・利用者の心身状態に変化が生じたとき
- ・利用者の居住環境に変化が生じたとき
- ・利用者の家族にならぬかの変化が生じたとき
- ・短期目標の期限を迎えたとき 等

○ケアマネジメントプロセスは、改善や悪化の度に何度も繰り返すが、繰り返すほど利用者を深く知ることができ、よりよいケアマネジメントにつなげられる可能性がある

○再アセスメントの実施にあたっては、最新の状態・状況を正確で詳細な情報としてアセスメントに取り入れられるよう各専門職種へも情報提供を求める

第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
【1 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント】

5. セルフマネジメント

○各専門職種からの情報提供を受け、今後どのような生活を送るかの決定は利用者や家族が行う。

・それは医師や専門職種から受けた療養上の留意点等の説明や生活の将来予測を理解し、判断したうえで決定していることが前提

・介護支援専門員は、利用者や家族が専門職から受けた説明をどのように理解し、受けとめているのか、自分の生活を運営するために具体的に考えることができているか、日常生活での実行可能性はどうか、といった観点で確認する

・○利用者が可能な範囲でセルフマネジメントを行えるようサポートするのが専門職としての介護支援専門員の役割です。

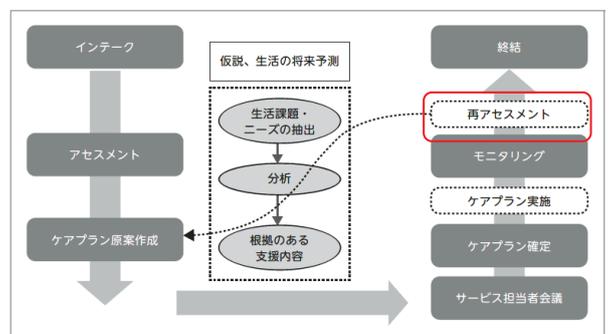
第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
【1 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント】

【モニタリングの視点】

1. 計画が適切に実施されているかの確認:計画実施状況の評価
2. 目標がどこまで達成されたかの確認:目標に対する評価
3. 個別のサービスや支援の内容が適切かの確認:サービスの量と質の評価
4. 新たなニーズが生じていないかの確認:ニーズの変化の把握
5. 各種社会資源が有効に機能しているのか:サービス全体の管理

第1節 ケアマネジメントのプロセスの全体像と各過程の関連[45分]  
【1 ケアマネジメントプロセスの全体像】

(ケアマネジメントプロセスの全体像)



第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[ 6時間 ]  
 ②アセスメント及びニーズ把握の方法 上巻 P321  
 第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
 【1 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント】

- 【再アセスメントの必要性】
- 継続的な関わりの中で利用者理解を深める
  - ケアプラン修正を導くもの
  - プラン修正により利用者満足度を高めていく  
 モニタリング ⇒ 再アセスメント ⇒  
 プラン修正 ⇒ プランの実施

Plan Do Check Action  
 ⇒PDCAサイクル  
 より有効なものに変えていくことが大切

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[ 6時間 ]  
 ②アセスメント及びニーズ把握の方法 上巻 P321  
 第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
 【1 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント】

6. 適切なケアマネジメント手法の視点

- 適切なケアマネジメント手法はセルフマネジメントを基本とし、可能な範囲でそれを行えるよう、介護支援専門員と各々の専門職種が連携して支援する際のツール
- 適切なケアマネジメント手法は、アセスメントからモニタリングまでのケアマネジメント実践上の抜けや漏れを確認することができるよう作成されている
- 情報収集、課題分析、居宅サービス計画書の第2表に位置づける可能性のある支援内容、それぞれに不足がないかを適切なケアマネジメント手法を活用して確認することが求められる

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[ 6時間 ]  
 ②アセスメント及びニーズ把握の方法 上巻 P322  
 第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
 【1 居宅サービス計画等の作成に向けたアセスメント】

7. 課題整理総括表の活用

- サービス担当者会議や地域ケア会議で、的確に情報共有するためのツールとして、課題整理総括表がある
- 利用者のマイナス面にだけとられるのではなく、利用者の意欲、能力などのプラス面の評価も加味したうえで生活の将来予測をする視点が不可欠
- 課題整理総括表は有効だが情報を網羅しているとは言い難いため、適切なケアマネジメント手法も併せて確認することが望まれる

→介護支援専門員としての考えを可視化する  
 ケアチームの目的を確認し合うことができる

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[ 6時間 ]  
 ②アセスメント及びニーズ把握の方法 上巻 P322  
 第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
 【2 居宅サービス計画原案作成の意義と目的】

1. 居宅サービス計画原案作成の意義

- 居宅サービス計画には、二つの役割がある
- ①利用者の自立支援に向けた計画として
- ②介護保険サービスの給付の根拠として
  - ・介護支援専門員はこの二つの観点を理解し、それに足る計画を作成する
- 介護支援専門員は、利用者に代わって居宅サービス計画(原案)を作成する
  - ・アセスメントを通じ、利用者と家族、専門職との綿密な話し合いにより合意して抽出したニーズを解決すべく、利用者・家族が望む生活を実現することを目指す

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[ 6時間 ]  
 ②アセスメント及びニーズ把握の方法 上巻 P322  
 第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
 【2 居宅サービス計画原案作成の意義と目的】

1. 居宅サービス計画原案作成の意義

- 居宅サービス計画(原案)は、計画のたたき台である
  - ・サービス担当者会議で、利用者と家族、多職種等関係者の検討に付される
  - ・検討し、利用者や家族が同意したものが居宅サービス計画
  - ・居宅サービス計画は、利用者だけでなく、主治医意見書を発行した医師、かかりつけ医、サービス事業所等ケアプランに位置づけた専門職(担当者)にも交付する
- 居宅サービス計画を作成する際は、利用者と家族の心理や感情に配慮することが重要

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[ 6時間 ]  
 ②アセスメント及びニーズ把握の方法 上巻 P323  
 第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
 【2 居宅サービス計画原案作成の意義と目的】

2. 計画に用いられる様式  
 (第1表)

表 1 表		居宅サービス計画書(1)		作成年月日 年 月 日	
				初回・紹介・継続	
				認定済・申請中	
利用者の氏名	姓	生年月日	年 月 日	住所	
居宅サービス計画作成者氏名					
居宅介護支援事業者・事務所名及び所在地					
居宅サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回原案サービス計画作成日 年 月 日					
実施日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日					
要介護状態区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果					
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定					
総合的な援助の方針					
生活援助中心型の要 理由					
1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ( )					



**参照** 居宅サービス計画書(第1表から第7表)

名称	内容
第1表 居宅サービス計画書(1)	アセスメントをもとにまとめた、利用者や家族の意向や、総合的な援助の方針など
第2表 居宅サービス計画書(2)	利用者の生活課題とそれに伴う長期と短期の目標、具体的な介護サービスの内容など
第3表 週間サービス計画書	介護サービスを組み合わせた1週間の具体的なタイムスケジュール表
第4表 サービス担当者会議の要点	サービス担当者会議の出席者、話し合った内容、結論、残された課題など
第5表 居宅介護支援経過	日付と、介護サービスを行った内容などの経過をまとめる
第6表 サービス利用票	介護サービスを提供する各事業者の情報と、実施計画の月間表
第7表 サービス利用票別表	1カ月の介護サービスを行う事業者ごとの利用数と費用一覧

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[6時間]  
②アセスメント及びニーズ把握の方法

上巻  
P323

第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
【2 居宅サービス計画原案作成の意義と目的】

3. 居宅サービス計画原案作成の目的

- |   |   |
|---|---|
| ① | 個々の利用者の望む生活、尊厳の保持と自立した日常生活を実現するための総合的な援助の方針を提案し関係者と確認、共有する。                                 |
| ② | 利用者の望む生活、尊厳の保持と自立した日常生活を実現するにあたって、生活全般の解決すべき課題(ニーズ)と、ニーズの解決する目標・具体的な対応策・対応期間・担当を提案・確認・共有する。 |
| ③ | 支援を担当する事業所・期間、担当者を明確にし、事業者間の調整を行う。  |

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[6時間]  
②アセスメント及びニーズ把握の方法

上巻  
P323・  
326

第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
【2 居宅サービス計画原案作成の意義と目的】

4. 各過程が重なり合いつつ進むケアマネジメントプロセス

○ケアマネジメントプロセスの項目である情報収集、課題分析、計画作成などは、それぞれが独立して行われるのではなく、相互に重なり合いながら進行する

○ある情報から想定される複数の事柄の、何がこの利用者にあてはまるのか思い浮かべ、確認するといったことを繰り返し、ニーズにつながる情報整理を行い、課題分析していく(図7-②-10(326頁))

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[6時間]  
②アセスメント及びニーズ把握の方法

上巻  
P323・  
326

第3節 アセスメントを踏まえた居宅サービス計画等の作成への展開[60分]  
【2 居宅サービス計画原案作成の意義と目的】

(図7-②-10 主訴/希望からニーズ抽出するまでの思考プロセス)

