

# 介護支援専門員実務研修

8日目

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術

② アセスメント及びニーズ把握の方法

演習

神谷花子さん事例 (P294~P296)

ミニワーク

・何のためにアセスメントを行いますか？

個人ワーク (ミニワークシート記入)

発表

## アセスメントに関する運営基準

上巻 P259

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<sup>が</sup>現に抱える問題点を明らかにし、利用者<sup>が</sup>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。

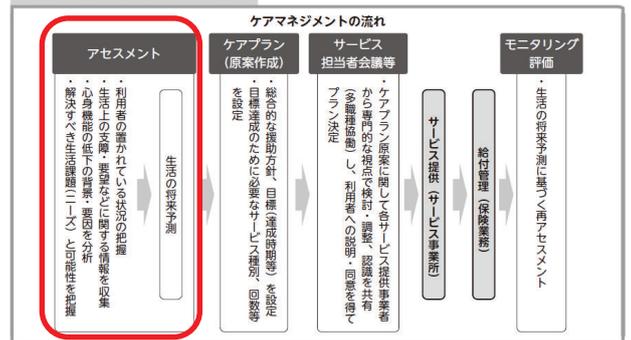
\*運営に関する基準 第13条  
(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

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]

本節で学習することの概要



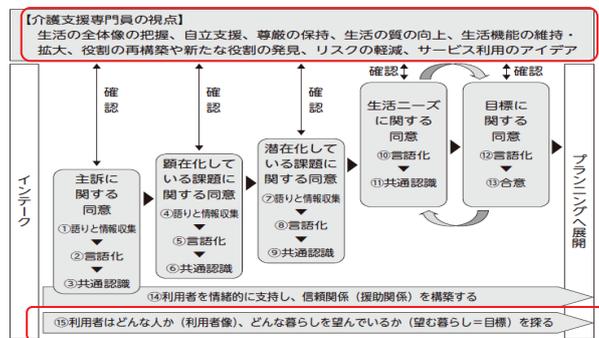
第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 [ 6時間 ]  
② アセスメント及びニーズ把握の方法

上巻 P262

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]  
【3 支援を通じたアセスメントの段階的進展】

2. アセスメントの思考過程

① アセスメントの全体像

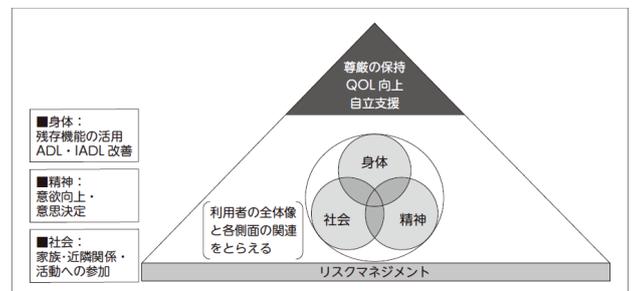


第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 [ 6時間 ]  
② アセスメント及びニーズ把握の方法

上巻 P265

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]  
【3 支援を通じたアセスメントの段階的進展】

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) 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

～標準項目名について主な変更点～ 項目数は23項目で変更なし

No	(新) 標準項目名	(旧) 標準項目名
2	これまでの生活と現在の状況	生活状況
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
4	現在利用している支援や社会資源の状況	現在利用しているサービスの状況
7	主訴・意向	主訴
9	今回のアセスメントの理由	課題分析（アセスメント）理由
13	認知機能や判断能力	認知
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能力
15	生活リズム	社会との関わり
16	排泄の状況	排尿・排便
17	清潔の保持に関する状況	褥そう・皮膚の問題
18	口腔内の状況	口腔衛生
19	食事摂取の状況	食事摂取
20	社会との関わり	問題行動
21	介護力	家族等の状況
23	その他留意すべき事項・状況	特別な状況

### 事例：思い出多いこの家で、暮らし続けたい

・テキスト P294「基本情報に関する項目」  
P295～296  
「神谷花子さんのアセスメントに関する項目記載例」

・別紙配布資料  
「事例：思い出多いこの家で、暮らし続けたい」  
P1～11【意向】までを中心に

読み込み 15分

#### 全体像シート①

##### ■利用者理解

神谷花子さんはこのように生きてきた人  
(過去から現在まで)

・シート上部 左(縦線あり)

神谷花子さんのこれを年表にしてみましょう

### 生活史

《生活史》



- ・主な既往歴・職歴・生育歴・結婚・出生など家族状況の移り変わり、転居の歴史など主なエピソードを書き込む
- ・生活歴・職歴・家族の歴史を重なる
- ・どのような家族の中で生まれ育ち、どのような家庭を作り、どこに住み、どのような仕事をして、どのような人たちと関わりを持ち……、そして今
- ・施設・GHなどに入所される以前の暮らし……
- ・どのように生きて、これから先どのように生きていきたいと思っているのか
- ・その人の生き方・考え方・対処の仕方・価値観を知る  
～そこから、何がみえてくるか～

#### 全体像シート①

##### ■利用者理解

神谷花子さんはこのように生きてきた人  
(過去から現在まで)

・シート上部 左(縦線あり)

神谷花子さんのこれを年表にしてみましょう

個人ワーク

## 神谷花子さんはこのように生きてきた人

昭和21年(1946年)	0歳	誕生	
		兄・妹亡くなる	
昭和39年(1964年)	18歳頃	両親亡くなる	
昭和41年(1966年)	20歳	短大卒業	保育士として勤務
昭和45年(1970年)	24歳	大工の夫と結婚	
昭和46年(1971年)	25歳	長男誕生	離職 専業主婦
昭和48年(1973年)	27歳	長女誕生	
昭和56年(1981年)	35歳	復職	保育士として勤務
平成18年(2006年)	60歳	退職	保育士パート勤務
平成20年(2008年)	62歳	高血圧	
平成23年(2011年)	65歳	脊柱管狭窄症・変形性膝関節症	パート退職
			長女宅手伝い
令和3年(2021年)	75歳	脊柱管狭窄症・変形性膝関節症	
令和4年(2022年)	76歳	陈旧性脳梗塞・糖尿病	
令和5年(2023年)	77歳	手のしびれ 要介護2	閉じこもりがち

### 全体像シート①

#### ■利用者理解

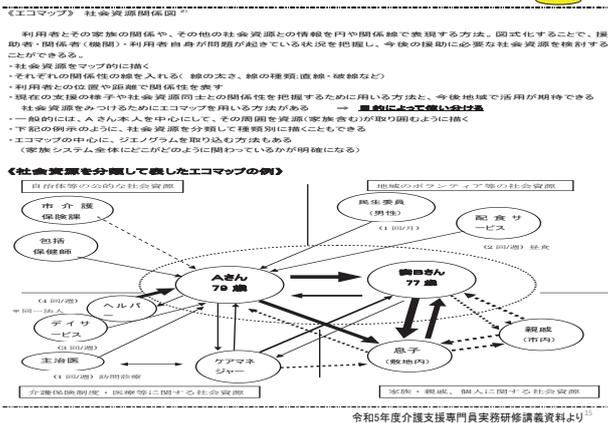
神谷花子さんはこのように生きてきた人  
(過去から現在まで)

・シート上部 右

神谷花子さんをとりにまく社会資源や関係者を  
エコマップに描いてみましょう

## エコマップ

上巻P299



### 全体像シート①

#### ■利用者理解

神谷花子さんはこのように生きてきた人  
(過去から現在まで)

・シート上部 右

神谷花子さんをとりにまく社会資源や関係者を  
エコマップに描いてみましょう

### 個人ワーク

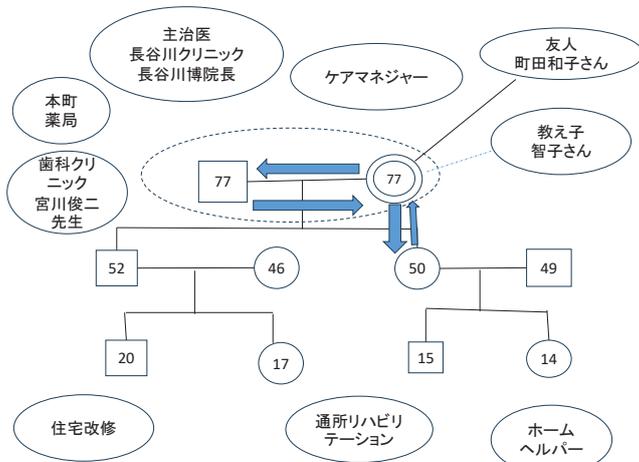
### 全体像シート①

#### ■全体像

神谷花子さんはこのように生きてきた人  
(過去から現在まで)

・シート下部

神谷花子さん全体像を文章でまとめましょう



## アセスメントの総括(全体像のまとめ)

◆アセスメントの仕上げとして、利用者さんはどういう人なのか(利用者の理解)、今、利用者さんはどのような状況にあるのか(起きている問題の理解)、その背景には何があるのかを過去から現在までの核となる情報をつなぎ合わせ、その全体像を描き文章化(言語化)していく。

令和5年度介護支援専門員実務研修講義資料より

## 全体像を描くとは

- ①Aさんはどのような方ですか
- ②Aさんとご家族に今起きていることは何ですか
- ③Aさんとご家族は、その状況をどのように捉え、どのように対処されていますか
- ④Aさんと家族はどのように生活されていますか
- ⑤Aさんの今の状況とそれに対するAさんの思い、ご家族の状況と今の思いをどのようにケアマネジャーとして理解していますか
- ⑥課題・ニーズは...

**\* Aさんの強さとご家族の強さも捉える**

令和5年度介護支援専門員実務研修講義資料より

## 全体像シート①

### ■全体像

神谷花子さんはこのように生きてきた人  
(過去から現在まで)

・シート下部

神谷花子さん全体像を文章でまとめましょう

個人ワーク ⇒ 発表

21

## 全体像シート① 全体像参考例

・戦後すぐに当地で生まれ、兄妹を早くに亡くし高校卒業頃には両親を亡くしたが、働きながら短大を卒業し、保育士として働いた。町内で大工の夫と24歳で結婚し、子育ての為10年間は専業主婦であったが、子育てが一段落した35歳から60歳まで保育士として勤めた。定年後もパートで保育士を続けたが、脊柱管狭窄症や腰痛が出現し、立ち仕事が辛くなったため65歳で仕事を辞めた。その後は共働きの長女家族の手伝いに行っていたが、痛みが強くなり徐々に出かけにくくなり、痛みが強い時には立ち上りや歩行も難しく、一日閉じこもっていることが多くなっている。これまでは教え子や友人との交流もあったが現在は途絶えている。夫婦二人暮らしで、夫は隣町在住長男家族が経営する工務店を手伝うこともあり、長女家族との関係も良いが、それぞれに仕事が忙しく日常的に介助することは難しい。家族との思いが詰まった自宅での暮らしを続けたいと希望している。

22

## アセスメント及びニーズ把握の方法

### 演習

<休憩> 15分

～課題整理総括表を活用して～

23

24

### 課題整理総括表活用の目的

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)」を導き出すにあたり、アセスメントツールを活用して利用者の現状や有する能力を勘案しつつ、利用者の生活の質を維持・向上させていく上で、生じている課題を明らかにし、自立した日常生活を支援していくにあたって「解決すべき課題」を抽出するまでの間に、専門職としてどのように考えて課題分析を行ったのか、その過程を明らかにすることである。

25

課題整理総括表はアセスメントツールではなく、情報の収集と分析を行い、課題を抽出する上で、利用者の現在の状態と要介護状態の改善・維持等の可能性に照らして課題のとらえ方に抜け・漏れがないかどうかをまとめる総括表である。

↓ ↓ ↓ ↓  
今回の演習は情報の整理・分析を行い、ケアプラン(原案)の作成にかかる前の『まとめシート』として課題整理総括表を作成します。

演習を行い『情報の収集・分析の結果、このような課題があると考えられる』という考えを整理してみましょう。

26

### 課題整理総括表を用いて

～ 演習 ～

神谷和子さんの状況を課題整理総括表に記入してみましょう

27

### 課題整理総括表を用いて

#### ★状況の事実 ※1

①「現在※2」の記入

- ◆日常的にしているかどうかに基づいて判断する
- ◆できるかどうかは考慮しない
- ◆例えば、介助があれば出来る行為も同居者が実施していない場合は「全介助」となる
- ◆生活状況によって状況が異なる場合(デイサービスと自宅など...) **頻度の高い状況**で判断する
- ◆「褥瘡・皮膚の問題」「行動心理症状」欄は現在は症状が現われていないが、リスクが大きいと判断した場合は「支障あり」とする

### 課題整理総括表を用いて

#### ★状況の事実

「備考」欄について

- ◆「現在※2」について補足すべき情報を記入する  
例:「支障あり」→その具体的な支障の内容  
「一部介助」「全介助」→支援の内容

28

### <現在の状況※2>

- すでに記入済み
- この欄で見守り・一部介助・支障あり・全介助にチェックがつく時は備考に具体的な状況やどんな支援を受けているかを備考に記入

個人ワーク ⇒ 発表

29

神谷花子さん

備考(状況・支援内容)

< 記載例 >

- ・室内移動: 段差があり介助が必要な場合がある
- ・屋外移動: あまり外出していない

課題整理総括表を用いて

★状況の事実

②『自立した日常生活の阻害要因』の記入

- ◆現在の生活に支障をきたしている要因を分析し根本的要因を最大6つに絞り込む  
※番号①～⑥は通し番号(優先順位ではない)
- ◆要因として疾患が捉えられることが多いが、疾患名だけでなく疾患に応じた療養や健康管理等を含めて整理をする
- ◆心身の状態だけでなく、生活環境(住環境や家族関係等)も記載

課題整理総括表を用いて

『自立した日常生活の阻害要因』(他の事例記載例)

- ・脳梗塞後遺症による左半身まひ
- ・糖尿病で食事療養が出来ない
- ・インシュリン自己注射が出来ない
- ・理解力が乏しく判断が出来ない
- ・主たる介護者が不在(独居の場合)
- ・閉じこもりがちな生活
- ・自分自身の生活に対する意欲低下
- ・本人が家事の経験がない 等

神谷花子さん

自立した日常生活の阻害要因

(心身の状態・環境等) 例示

①脊柱管狭窄症等による痛みがあり、歩行不自由

病名ではなく、**どんな状態だから困っているのか、あるいはどんなことがあるからできないのか**等

・例えば、糖尿病があっても自分で食事療養・服薬・インシュリン注射等ができ、支障なく生活できているのであれば病名は阻害要因に挙げる必要はないが...

神谷花子さん

自立した日常生活の阻害要因

(心身の状態・環境等)

- ・例示以外に考えられるものを考えてみましょう

☆病名ではなく、**どんな状態だから困っているのか、あるいはどんなことがあるからできないのか**  
☆どうして介助が必要なのか、なぜ支障があるのか

個人ワーク ⇒ 発表

神谷花子さん

自立した日常生活の阻害要因

(心身の状態・環境等) 例示

- ①脊柱管狭窄症等による痛みがあり、歩行不自由
- ②物忘れがある
- ③膝の痛みと段差があり、またぐのがつらい
- ④夫が家事・介護未経験
- ⑤布団のため、寝起きが困難

### 課題整理総括表を用いて

#### ★状況の事実

③『要因』※3を記入

- ◆「現在※2」欄で「自立」あるいは「支障なし」以外を選択した項目について、その要因として考えられるものを「阻害要因欄」から選択して番号を記入する。
- ◆複数の要因が考えられる場合は複数の番号を記入する。

37

神谷花子さん

### 要因※3

<例示>

・室内移動:一部介助 ①③④⑤

その他の支障あり・一部介助・全介助の項目の要因は何か考えてみましょう

個人ワーク ⇒ 発表

38

### 課題整理総括表を用いて

#### ★状況の事実

④「改善/維持の可能性」※4を記載

- ◆「現在」の欄で「自立」あるいは「支障なし」以外を選択した項目について認定有効期間を見通して必要な援助(介護保険サービスだけではなくインフォーマルな支援を含む)を利用した場合、「現在」の状況が改善、維持する可能性の有無を検討する
- ◆ケアマネジャーとしての判断

39

神谷花子さん

### 改善/維持の可能性※4

<例示>

・室内移動:一部介助 ①③④⑤ 改善

その他の支障あり・一部介助・全介助の項目について改善/維持/悪化をチェックしましょう

個人ワーク

40

### 課題整理総括表を用いて

#### ★状況の事実

⑤「備考(状況・支援内容等)欄について

- ◆「改善/維持の可能性※4」の欄において「維持」や「悪化」が見込まれる項目に関して、現在利用しているサービス内容や必要な生活環境を補足記入するといった活用も考えられる

41

### 課題整理総括表を用いて

⑥「見通し※5」欄を記入

- ◆阻害要因の解決に向けてケアプランの短期目標の期間を見据えて「どのような援助を実施することにより」「状況がどのように変化することが見込まれるか」(援助を利用した場合に到達が見込まれる状態)を記入
- ◆具体的なサービス名はあげない
- ◆ケアマネジャーが判断した仮説を記載

42

神谷花子さん

## 見通し ※5

- ◆ 阻害要因に対してどうすれば、どのようになれば改善又は維持できる可能性があるか
- ◆ 悪化が予測されるときはリスクに対する対応について検討

自分が考えた阻害要因に対して見通しを考えましょう

43

## 見通し※5

<記載例>

- 痛みを軽減することで、以前のような移動や家事動作に戻る可能性がある

44

神谷花子さん

## 見通し ※5

- ◆ 阻害要因に対してどうすれば、どのようになれば改善又は維持できる可能性があるか
- ◆ 悪化が予測されるときはリスクに対する対応について検討

自分が考えた阻害要因に対して見通しを考えましょう

個人ワーク ⇒ 発表

45

## 課題整理総括表を用いて

### ⑦「利用者及び家族の生活に対する意向」記入

- ◆ ケアプラン第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向」欄に記載する内容と同一である必要はない
- ◆ 基本情報やその他の情報から本人や家族が語る言葉やそれらを分析・統合し言語化したものを記載する

46

## 利用者及び家族の生活に対する意向

<記載例1>

- **本人**: 夫とこの家で暮らしていきたい。家族や教え子たちとお菓子を作ったり、友人と過ごしたい。
- **夫**: 妻が望む暮らしをかなえてあげたい。自分は大工なので、妻が暮らしやすくなるように、住宅を改修したりして工夫したい。

47

## 利用者及び家族の生活に対する意向

<記載例2>

- **本人**: 痛みや痺れなどがあり、歩行に不安があるが、夫婦二人で家で穏やかに暮らしたい。好きな料理をまたできるようになりたい。
- **夫**: 妻が望むようにしたい。家事等は自信がないが、長女に手伝ってもらいながらできることをしたいと思う。

48

## 課題整理総括表を用いて

### ⑧「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)【案】」

### ⑨「優先順位※6」を記入

- ◆ ニーズは見通し欄の内容を踏まえて記入する
- ◆ プランに反映できていないニーズには「-」を記入する

49

神谷花子さん

## 生活全般の解決すべき課題ニーズ【案】 ※6(優先順位)

基本情報やその他の情報から本人や家族が語る言葉やそれらを分析・統合し言語化したものを記載してみましよう

個人ワーク ⇒ 発表

50

神谷花子さん

## 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)【案】

例えば・・・

- 病状が安定し、健康に生活できる
- 転倒の心配がなく歩けるようになりたい
- 好きなお菓子を作ったり、友人と散歩に行ったりして楽しみのある生活がしたい

51

アセスメント 利用者の置かれている状況を把握し、分析し、統合する

- 生活上の支障・要望などに関する情報の収集
- 心身機能の低下の背景・要因の分析
- 解決すべき生活課題(ニーズ)と生活の将来予測

↓

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

～そのニーズが導き出された根拠を伝える～

52

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  
P318

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

アセスメントを行うときに必要な視点は？

- 利用者を生活者としての総体、全体像をとらえる
- 尊厳の保持と自立支援
- 生活の質の維持・向上
- リスクマネジメント

54

### 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

・何をもちて生活の質が維持・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、個別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

#### 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

#### (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

