

ケアマネジメント ツール

～ケアプラン確認マニュアル～

【川崎版】 第3版 (R03.01.01)

川崎市介護支援専門員連絡会
川崎市健康福祉局介護保険課

ケアマネジメント ツール

～ケアプラン確認マニュアル～

【川崎版】 第3版 (R03.01.01)

第3版の特徴と目的

- 「ケアマネジメントツール ～ケアプラン確認マニュアル～ 【川崎版】」は、川崎市介護支援専門員連絡会・川崎市健康福祉局介護保険課が共同で作成したツールです。
- このツールは、居宅サービス計画が、ケアマネジメントのプロセスを踏まえて、「自立支援」に資する適切なプランとなっているかについて、検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すために作成しました。
- このツールは、単に「項目確認」を行うことに目を向けるためのものではなく、介護保険制度の根本理念である「自立支援」の視点から、適切なケアマネジメントを行うことができるように心がけています。
- 第3版は、初版作成後に行われた介護保険制度改正、更には、これまで研修等の中で実際にツールを利用された介護支援専門員の方の「声」を新たに盛り込んでいます。
- このツールの各確認シートは、目次の順番どおりでなくても利用できますので、まずはトライしてください。
- このツールを活用することによって、介護支援専門員の皆様の居宅サービス計画作成の一助になることを願っています。

川崎市ケアマネジメントに関する基本方針

1 介護保険法の理念

- 介護保険法では次の基本理念を踏まえ実施されています。
- 高齢者等が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活（第1条）
 - 要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する保険給付、医療・介護連携に充分配慮した支援（第2条第2項）
 - 被保険者の選択に基づき、多様な事業者から総合的・効率的に支援（第2条第3項）
 - 国民は有する能力の維持向上に努める（第4条第1項）

2 ケアマネジメントの基本方針

ケアマネジメントは、介護保険法の理念である「利用者の尊厳の保持」、「能力に応じた自立した日常生活」、「利用者本位のサービスの提供」の実現を図るために導入されたもので、介護保険制度の中核をなす機能です。

実施にあたっては川崎市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等に関する条例第4条の基本方針を遵守するものとします。

【目次】

ご利用ガイド	2
[1] ケアプランの確認	4
1 ケアプラン点検の方向性	4
2 確認ツールの使い方	5
3 ケアプランの修正	6
[2] ケアマネジメントツール～ケアプラン確認マニュアル～への道	8
[3] 業務の流れと確認シートからのポイント	9
[4] 確認シート	25
1 インテーク確認シート	25
2 アセスメント確認シート	29
【アセスメント確認シートの特徴】	30
【課題分析標準項目一覧と確認シート掲載ページ】	31
【基本情報に関する項目】	32
【課題分析（アセスメント）に関する項目】	40
【その他基本事項】	68
3 ケアプラン確認シート	72
【第1表 居宅サービス計画書（1）】	73
【第2表 居宅サービス計画書（2）】	79
【第3表 週間サービス計画表】	91
[5] Q & A	96
[6] 資料編	101
■「ケアプラン点検支援マニュアル」の活用法	102
■「ケアプラン点検支援マニュアル」の指標	106
■「川崎市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等に関する条例・考え方」	111
■「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」（平成11年11月12日老企第29号）抜粋	112
■「居宅サービス計画書」（標準様式）第1表～第7表	122
■「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」	126
■「課題整理総括表（川崎版）」	135

ご利用ガイド

このツールの目的

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プランとなっているかを介護支援専門員が自ら検証し、また保険者(川崎市)と同じ土俵で確認しあうことで、健全な給付の実施をめざします。

- ① 介護支援専門員の気づきを促します
- ② 保険者(川崎市)の気づきを促します
- ③ ケアマネジメントにつまずいていないかを検証します
- ④ 「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し普遍化を図ります

このツールの4つの活用方法

その1

◆ 介護支援専門員個人で点検

- ◎まずは、自ら点検してみましょう！
- ◎利用者ごとに確認することが必要です

その2

◆ 居宅介護支援事業所内で点検

- ◎事業所内で、点検後の気づきを共有しましょう

その4

◆ 勉強会のテキストとして

- ◎ツールの使い方、ケアプラン確認のポイントなど、勉強会にも活用できます

その3

◆ 保険者(市)と一緒に確認

- ◎保険者と一緒に確認することで、気づきを共有し、共にレベルアップを図ります

実施手順(概要)

▼ツール確認対象とするケアプラン抽出

▼介護支援専門員が事前自己点検

▼場合によっては介護支援専門員と市と一緒に確認

▼気づき

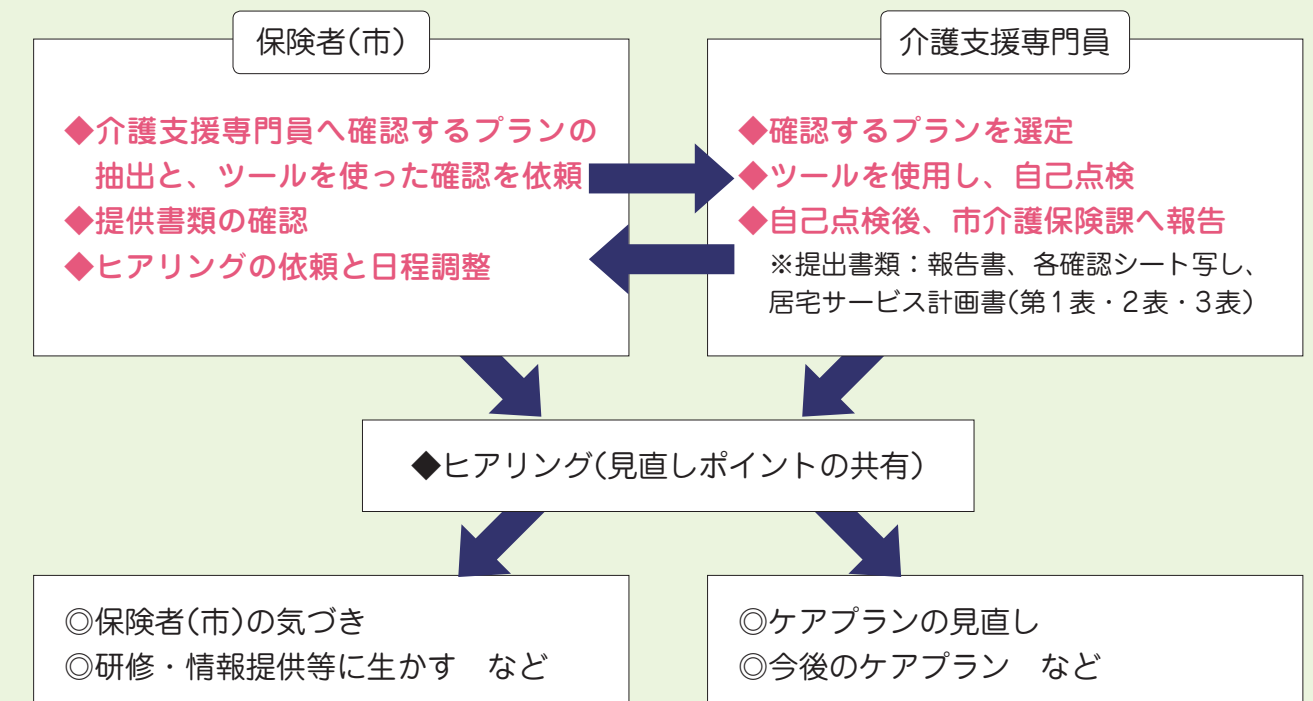
▼気づいた点をふまえ再アセスメント・ケアプラン修正

▼利用者の同意

▼得られた気づきを他のプラン作成にも生かす

自分を知ることは貴重な財産！

保険者(市)と一緒にケアプランを確認する場合の手順



[1] ケアプランの確認

1 ケアプラン点検の方向性

(1) ケアプラン点検の目的

これまで、各保険者は「ケアプランチェック」等の名の元に、居宅サービス計画のチェックを行ってきましたが、今までの「チェック」は、形(かたち)重視のものが多く、介護支援専門員の皆様にとって、保険者のチェック結果が身になるものになったとは言えないところがありました。

今回、介護支援専門員の皆様にお示しした「確認ツール(初版・第2版・第3版)」は、そのような声を踏まえ、厚生労働省から出された「ケアプラン点検支援マニュアル(以下「国マニュアル」といいます)」の精神を尊重しながら作成しています。

そこで、最初に押さえておきたいのが、その「目的」です。

ケアプラン点検を行う目的は、国マニュアルの前文にある「ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法」の中に、はっきり示されています。

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、その普遍化をはかり健全なる給付の実施を支援するために行うものです。(国マニュアル抜粋)

このように、国マニュアルでは、ケアプランの「中身」を「しっかりと見る」ことを目的としていることがわかりますが、川崎版確認ツールも、ケアプランの「中身」、つまり、「質」について考えるきっかけになることを目指すものとして、作成しています。

(2) 基本姿勢

現在、介護保険の指定居宅介護支援事業所や指定サービス提供事業所には、介護保険の指定を行っている自治体から「監査」・「指導」が入ったり、情報公表制度や各種調査が行われるなど、「また同じような……」とのご不満の声があることをお伺いしています。

特に、お示ししたツールは、ちまたでは「ケアプランチェック」という呼称が通り名になっていることから、「チェック」イコール「監査」ではないのか、と介護支援専門員の皆様は危惧されていることでしょう。

そのため、次に押さえておきたいのが、どのような姿勢で行うのかという点です。

そのことについても、国マニュアルの「ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法」の中に、はっきり示されています。

ここ(次ページ)は、保険者姿勢について述べている部分です。

このように、点検の基本姿勢は「保険者と介護支援専門員が同じ方向を向いて、お互いの意見を聞き入れ、共同作業として適切なケアプランを目指すこと」であることがわかります。

川崎版確認ツールも、決してサービスを削り、目先の給付費を削減することや、監査的な視点で行うことのないように十分注意して、作成しています。

※ 川崎版確認ツールは「ケアプランの確認」という言葉を使っています。
その理由は「チェック」や「点検」という言葉には、ニュアンスとして、保険者が一方的に行う雰囲気醸し出していますので、その呪縛から離れるために、あえて「確認」という言葉を使いました。

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ず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。これら全てを行うのではなく、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。

(国マニュアル抜粋)

2 川崎版確認ツールの使い方

(1) 自己点検に向けて

国マニュアルは、保険者が使用するためのツールとして作成されています。

そのため、行政職員が、介護支援専門員との対面方式で確認を進めるような場面を想定して、作り込まれていますが、川崎版「確認シート」は、国マニュアルを分解・再編集して、介護支援専門員の皆様が、自己点検の方法で使用できるような体裁に変更しました。

国マニュアルの目的が、介護支援専門員の「気づき」を促すことにあることは既に述べているところですが、その最終到達点は、「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図ることにあります。

このシートを利用し、介護支援専門員の皆様全員に「気づいて」いただきたいと願っています。

それを実現するためには、単に保険者が抽出・回収したケアプランの確認だけでは十分とは言えないことから、介護支援専門員全員が自主的に「確認」していただける「自己点検(確認)シート」の体裁となりました。

介護支援専門員の皆様は、この「確認シート」を使って、まずは自己点検を行ってください。

(2) インテークの重要性について

国マニュアルは、居宅サービス計画(第1～3表)と分析表(課題分析項目関係)の点検を行うことになっています。

この2つを点検(確認)することも重要ですが、忘れてはならないのは「インテーク」です。

ケアマネジメントには様々な場面がありますが、利用者及び家族と接する中で、最初期にあり、かつ、きわめて重要な意味を持つのが「インテーク」です。

特に、初めて介護保険制度を利用される場合は、各種サービスはもとより、介護支援専門員とは何か、何をしてくれるのかを、利用者及び家族に理解してもらうことは、非常に重要です。

また、「インテーク」には、契約・個人情報等の、制度の根幹に関わる部分も多いことから、川崎版「確認シート」は、国マニュアルに加えて「インテーク」シートを作成しました。

(3) アセスメントの重要性の再確認について

国マニュアルは、居宅サービス計画(第1～3表)の確認が先で、分析表(課題分析項目関係)の確認が後の順番になっています。

この点について、国マニュアル作成者の意図は、最初に計画を点検し、その後、何故そのような計画になった(作成した)のかについて、アセスメントを見直すことで明らかにするという「振り返り」を意識して、作成されているようです。ケアプランの質は、アセスメント内容によって大きく左右されますので、この「確認シート」でも、アセスメントに関する確認項目の分量が多くなっています。

アセスメントがしっかりできていなければ、適切なケアプランを作成することはできません。

介護支援専門員の皆様は、アセスメントの重要性について認識を新たにして、自己点検に取り組んでください。

(4) ケアプランの確認について

「インテーク」、「アセスメント」の後、「ケアプラン」(原案)作成となりますが、「ケアプラン」の中身が、利用者にとって「自立支援」に資する適切なものとなっているかを確認します。

せっかく「アセスメント」をしっかり行っていたとしても、それが「ケアプラン」に活かされていないければ、宝の持ち腐れになってしまいますので、自分が行った「アセスメント」の結果がケアプランにどのよう
に反映されているか(反映しているか)、客観的に検証確認してください。

(5) 確認の順番等について

川崎版「確認シート」は、マネジメントプロセスに沿った順番で作っています。

それは、実際の業務の流れに即した方が分かりやすいと考えたためです。

基本的には、この順番で確認していただければ、それぞれの場面での再確認を行なうことができますので、まずは順番に確認していただきたいと思いますが、例えば、ある利用者のケアプランについて、「アセスメント」が弱いかもしれないと思われる場合は、「アセスメント確認」から始めたり、「ケアプラン」が不安だ
という場合には「ケアプラン確認」から始めることも可能です。

3 ケアプランの修正

(1) 「気づき」の先にあるもの

国マニュアルは、介護支援専門員の皆様の「気づき」を促すものですが、皆様が「気づいた」その先には何があるのでしょうか。

“そうだった”と「気づいた」だけで終わりにしてしまうわけにはいきません。

「気づいた」とこと、現在のケアプランを客観的に比較考量するのが、次のステップです。

(2) 必要に応じてケアプランの修正を

「確認」をした結果、介護支援専門員の皆様は、様々なことに「気づかれる」ことでしょう。

その一方で、利用者に対しては介護サービスが提供され続けている訳ですから、「気づかれた」ことを、そのままにしておくことはできません。

自分で「気づいた」ことをまとめた後に、現在のケアプランの内容が適切かどうかを判断し、目標等の修正が必要と思われた部分があった場合は、ケアプランの修正を行うことになります。

このケアプラン修正には、サービス事業者の利用者に対する関わり方や、サービス提供の方法等について若干の修正から、生活ニーズや総合的な援助の方針自体を変更する大幅な修正まで、さまざまなレベルがありますが、ここで注意が必要なのは、何が何でも修正しなければならない訳では無く、「必要に応じた」ケアプランの修正を行う、ということです。

例えば、ある利用者の「アセスメント」において、特定の課題の分析が足りなかったとします。

それに介護支援専門員が「気づいた」場合でも、「気づいた」結果から作成したプランと「気づかなかった」結果から作成したプランが、偶然同じであったという事象はありえることです。

(3) 再アセスメント(再課題分析)の勧め

今回の確認をとおして介護支援専門員の皆様が「気づいた」場合は、再アセスメントをする必要があるかもしれません。

再アセスメントは、ケアプランの修正を導くものです。

そして、一連の援助過程(PDCA サイクル)を経ることで、ケアプランの内容は再アセスメントが行われる以前よりも、利用者の援助において有効なものになっていることが大切です。

サービス利用の満足度は、「ケアプランの見直し」が大きな影響を与えるものであることも指摘されていますので、ケアプランの見直しが適切になされることによって、利用者の生活ニーズの充足はもちろん、サービスを利用しての満足度も高まります。

(4) ケアプランの修正の中身

「必要に応じた」ケアプランの修正を行う場合、「チェック」「点検」の言葉にとらわれると、修正イコール⇒サービスの削減と思われるかもしれません。

しかし、「気づいた」結果、「必要に応じた」修正を行う際には、場合によってはサービスの見直し(削減)もあるかもしれませんが、サービスの組入れ(増加)も、ありうと考えます。

ケアプラン確認の目的は、あくまで「適切なケアプラン」であるかを検証確認することですので、必要に応じてサービスを追加したり、サービス提供量を増加することもあるのです。

(5) 「気づいた」ことを、次に生かすということ

(2)では、「気づいた」結果をケアプラン修正に活かさなかった(活かせなかった)場合もありうると説明しましたが、「確認シート」で「気づいた」ことは無駄な作業だったのでしょうか。

決してそうではないと思います。

介護支援専門員の皆様には、専門職としての過去のさまざまな経験から、利用者からのある種の訴えに対してはこういったサービスを結びつけるとよい、という経験則が蓄積されています。

それはそれで介護支援専門員としての財産であり、援助方法の選択に関するデータベースとして大切にされることとなりますが、裏返すと、この蓄積は、得てして自分の考え(経験)を元に一定方向にサービスを誘導する「クセ」になっていることもあります。

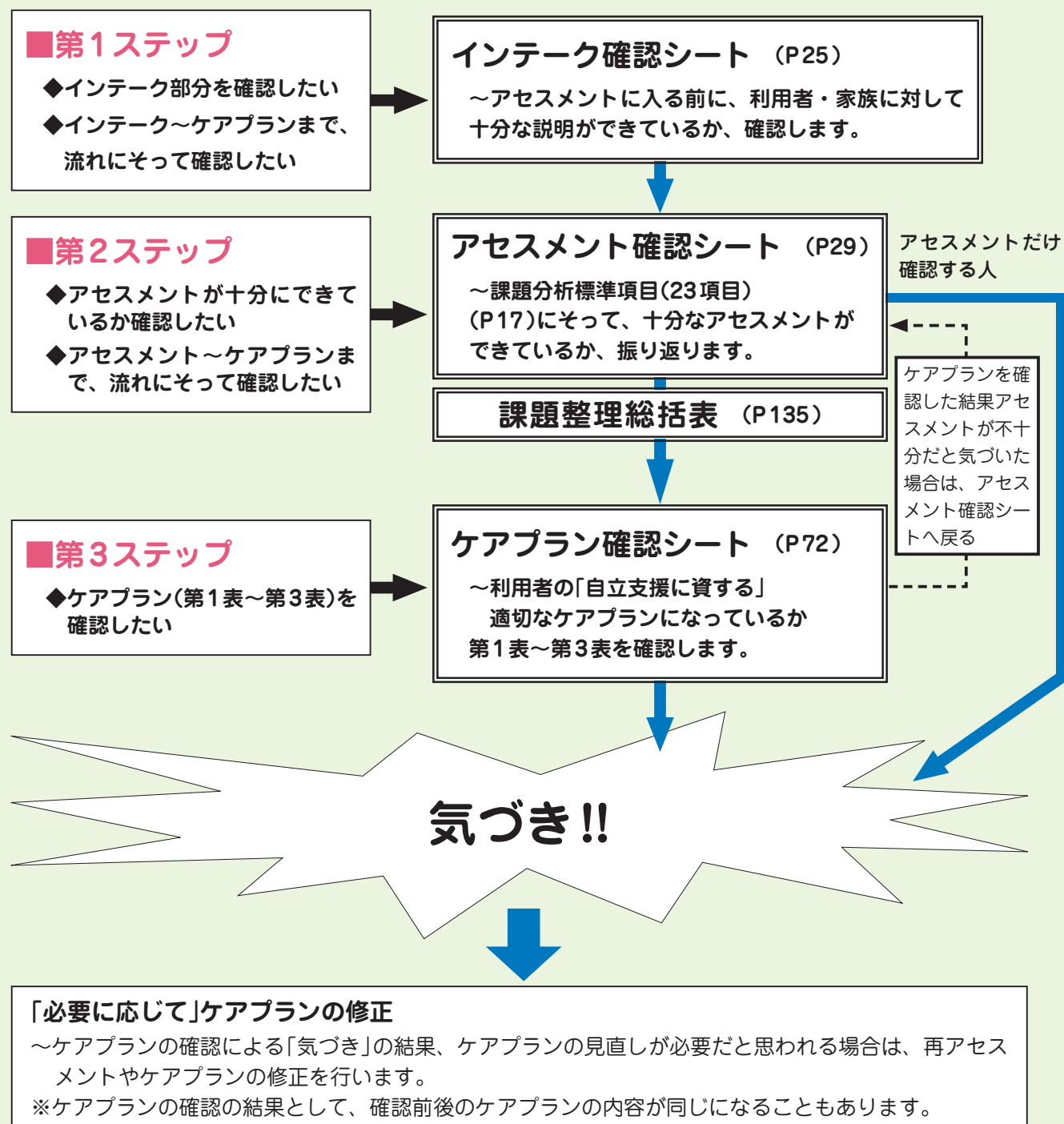
そのような「クセ」は、なかなか自分で見つけたり、意識することは難しいことですが、この「確認シート」を使用して「気づく」ことは、自らの「クセ」を発見することにつながります。「自らを知る」ことは、貴重な財産になりますので、この取組みの結果「気づいた」ことは、無駄にはなりません。

※確認マニュアルモデル事例を川崎市介護支援専門員連絡会 HP に掲載しているのでご活用ください。

〔2〕『ケアマネジメントツール～ケアプラン確認マニュアル～』への道

【3つの扉】

- ■ 第1ステップ：『インテーク確認』の扉
- ■ 第2ステップ：『アセスメント確認』の扉
- ■ 第3ステップ：『ケアプラン確認』の扉



〔3〕業務の流れと確認シートからのポイント

居宅介護支援業務の 流れと確認シート

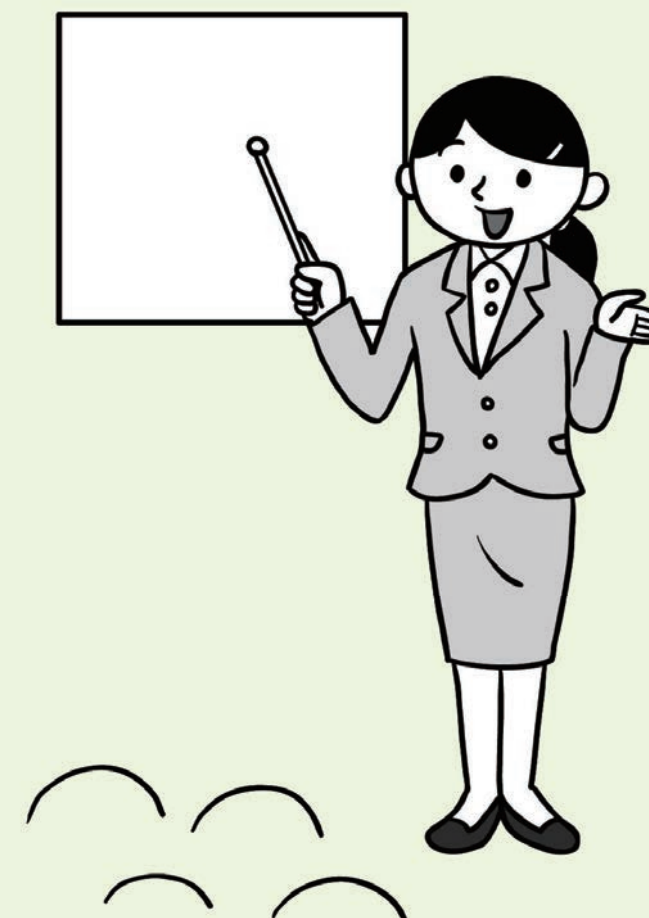
ここでは、『ケアプラン確認シート』を中心にして、『インテーク確認シート』・『アセスメント確認シート』から抜粋した『確認ポイント』を、居宅介護支援業務の流れ(目安)に沿って振り返りができるように構成しました。

業務の流れの中でも確認シートを活用できるように「インテーク確認シート」「アセスメント確認シート」「ケアプラン確認シート」からポイントを抜粋しました。

業務の流れは、あくまでも目安です。

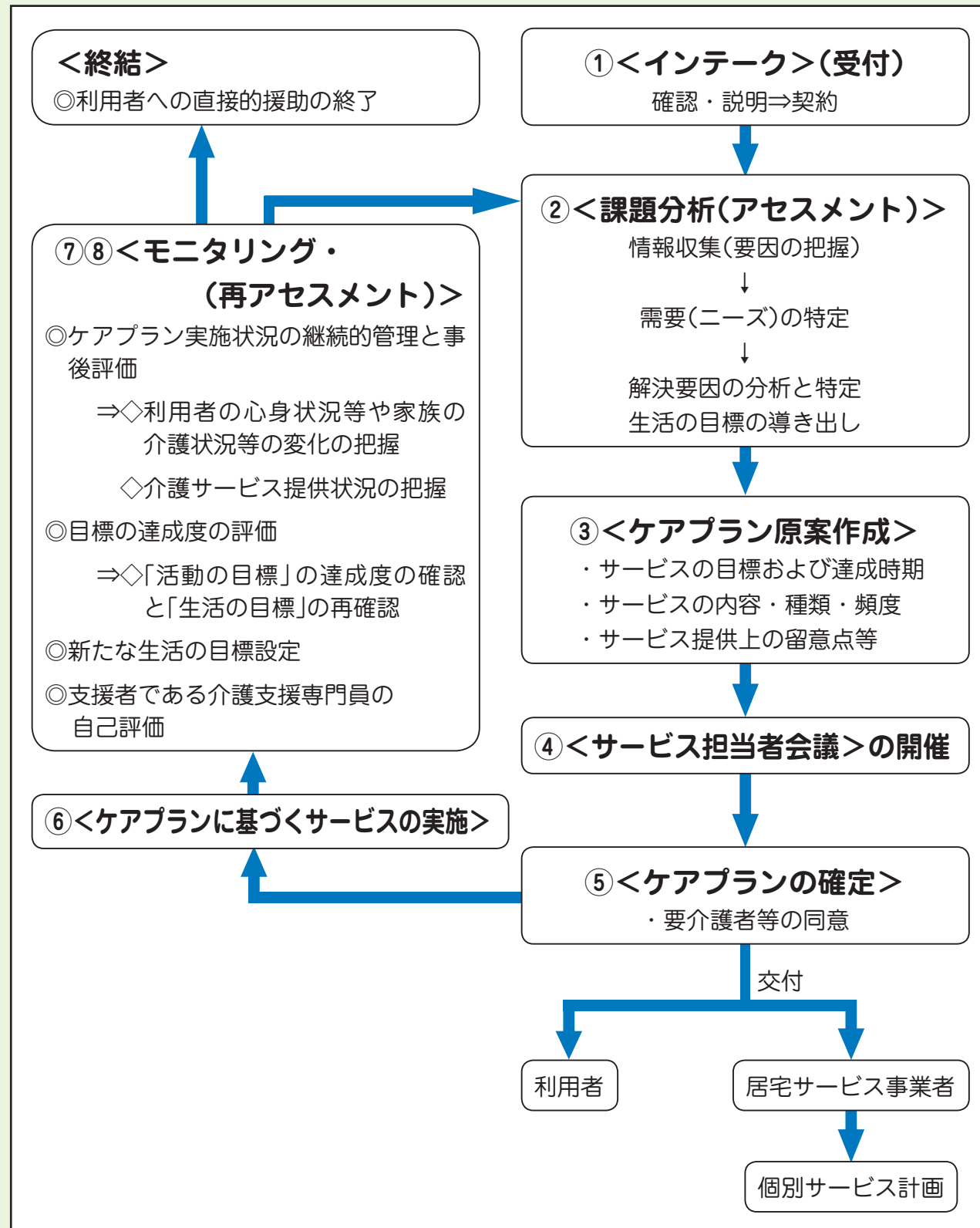
また、振り返りのポイントは、すべてを行わなくてはならないわけではありません。

利用者や家族の状況に応じて、業務の流れや振り返りのポイントは変わってきます。



(イラスト：P★G)

ケアマネジメントのプロセス概念



引用：三訂 介護支援専門員実務研修テキスト
発行：財団法人長寿社会開発センター 平成20年12月
（出典：三平隆『新 介護支援専門員必修テキスト』 医歯薬出版、2000年を一部改正）

※業務として行ったことは、すべて第5表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名：

記入年月日： 年 月 日

ケアマネ ジメント プロセス	介護支援専門員の業務の流れ (目安)	ケアプラン確認マニュアルからの 振返りのポイント (注)ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りの ポイントも記載しています	関連項目 掲載ページ
1.相談受付 (インテーク)	居宅介護支援利用申込み受付 ○事業所内で担当者を決定します。 ○利用者に連絡をして初回訪問の日程調整を行います。 初回訪問・契約締結 ○自己紹介(身分証の提示)と所属事業所について紹介します。 ○介護保険被保険者証情報の確認をします。 ○制度等の説明をします。 *「こんにちは介護保険」や「高齢者福祉のしおり」等を使って介護保険制度やサービス利用、介護支援専門員の役割等について利用者・家族に分かりやすく説明をします。 *市単独サービスやできればインフォーマルサービスについても情報提供します。	【最初に次のことを確認しましょう】 ☐相談者・相談方法・相談の経緯 ☐受付日時・受付対応者・受付方法等 ☐利用者以外の方が相談者の場合、利用者が相談者になりえなかった理由や背景 【信頼関係を築くために次のことに気をつけましょう】 ☐自分がどのような介護支援専門員か(所属・氏名・アピールポイントを含め)説明している。 ☐利用者・家族の話を傾聴し、受容的態度で接している。 ☐利用者の年齢、経歴、性差を意識した言葉づかい、態度などに配慮している。 【利用者の被保険者情報等を確認しましょう】 ☐最新の介護保険被保険者証・負担割合証を確認している。 ☐要介護等認定区分(要支援1～要介護5)について説明している。 ☐認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がないか確認している。 ☐医療保険(原爆・特定疾患など)・生活保護・障害者手帳の有無など、介護保険法以外の確認をしている。 【介護保険制度の説明を次のことを確認しながら実施しましょう】 ☐目的について ☐介護支援専門員の「機能」と「役割」について ☐ケアマネジメントの目的、構成要素、プロセスについて ☐必要に応じて介護保険外サービスについて ・川崎市単独サービス ・高齢者福祉サービス以外の公的なサービス(障害施策等) ・インフォーマルサービス	P 32-イ P 32-イ P 32-イ P 26-ア P 26-イ P 68-ヌ P 34-エ P 26-ウ P 34-エ P 34-エ P 26-ウ P 26-ウ P 26-ウ P 26-エ

※業務として行ったことは、すべて第5表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名： 記入年月日： 年 月 日

ケアマネジメント プロセス	介護支援専門員の業務の流れ (目安)	ケアプラン確認マニュアルからの 振返りのポイント 注)ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りの ポイントも記載しています	関連項目 掲載ページ
1.相談受付 (インテーク)	(初回訪問・契約締結続き) ○利用者・家族に契約の意向確認、契約を行います。 * 契約の意向確認した上で、契約書及び重要事項説明書の説明を行います。 * 個人情報保護について説明し、使用同意書に同意をもらいます。 * 苦情相談窓口についての説明もを行います。 * 契約書と重要事項説明書はそれぞれ2部作成し、1部は利用者に渡し、1部は事業所に保管します。 * 主治医の意見書等の閲覧請求について説明し、署名してもらいます。 * 居宅サービス計画作成依頼届出について説明し、介護支援専門員が区役所に提出する場合は、介護保険被保険者証も預かります。(事業所によっては被保険者証の預り証を交付する場合もあります。)	【所属事業所の運営方針について、次の項目を説明しましょう】 ☐ 運営規程の概要について ☐ 勤務体制について ☐ 秘密保持について ☐ 事故発生時の対応について ☐ 苦情処理の体制について ☐ 十分アセスメントを行うことなくサービスを提供することへのリスクについて、利用者及び家族に対して説明し理解を得ましょう。	P26-オ P26-オ P26-オ P26-オ P26-オ P81-エ

※業務として行ったことは、すべて第5表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名： 記入年月日： 年 月 日

ケアマネジメント プロセス	介護支援専門員の業務の流れ (目安)	ケアプラン確認マニュアルからの 振返りのポイント 注)ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りの ポイントも記載しています	関連項目 掲載ページ
2.課題分析 (アセスメント)	情報収集 ○利用者の基本情報、利用者や家族の意向を情報収集します。 * 利用者や家族のできること・できないこと、やっていること・やっていないこと等「課題分析標準項目」に則ってアセスメントしていきます。 * 情報収集は、訪問したときの状況により一度でできないこともあり、何度かに渡って行われることもあります。 * 1回の面接は、利用者の負担にならないような時間(1時間程度)で終わらせましょう。 * 利用者本人・家族それぞれから聞き取りましょう。 ★「アセスメント確認シート」のADL以降は、事実・現在・要因・改善/維持のチェックができるようになっているので、「課題整理総括表」作成に活かすことができます。	【初回面接前にもう一度確認しましょう】 ☐ 相談者、相談方法、相談の経緯について明確にしている。 ☐ 「課題分析標準項目」の内容について理解・整理できている。 【次のことに配慮しながら情報収集しましょう】 ☐ アセスメントを行う理由を説明し、利用者・家族に理解してもらう。 ☐ 介護支援専門員として個人的な価値観を持ち込まない。 ☐ 主観的事実と客観的事実の両方を押さえる。 ☐ 「困っていること」のみでなく、利用者の潜在・残存能力(可能性)にも視点を置く。 ☐ 利用者・家族に対し不快や不信感を与えることなく、聞き取る。 ☐ 必要に応じて利用者・家族以外の関係者から情報収集する。 【利用者・家族の主訴について次のことを確認しましょう】 ☐ 利用者の困りごとや希望、家族の困りごとや希望を整理して確認 ☐ 利用者・家族が表現したありのままの言葉を具体的に把握 ☐ 主訴の背景になっている家族の介護に対する思い(関われる度合い、負担感なども含む) ☐ サービスを利用することで利用者・家族がどのような生活を送りたいと考えているか。 【課題分析標準項目に沿って情報収集しましょう】 ⇒ 詳細はケアプラン確認マニュアル P32～P71 「アセスメント確認シート」	P32-イ P32-ア P31(一覧)～P71 P68-ネ P32-ア P68-ネ P68-ネ P34-ウ P32-ア P36-キ P36-キ P62-ト P74-ウ P36-キ

※業務として行ったことは、すべて第5表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名： 記入年月日： 年 月 日

ケアマネジメント プロセス	介護支援専門員の業務の流れ (目安)	ケアプラン確認マニュアルからの 振返りのポイント 注)ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りの ポイントも記載しています	関連項目 掲載ページ
2.課題分析 (アセスメント)	(情報収集続き) 初回訪問後の事務作業 ○「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」、「介護保険被保険者証」、「川崎市介護保険制度における閲覧等請求書」を区へ提出します。 ○数日後に閲覧請求した認定調査票や主治医意見書を区へ受け取りに行きます。 *介護支援専門員証・雇用関係証明書を提示します。 ○担当ケアマネジャーになったことを主治医へ報告します。 〈参考書式〉 川崎市介護支援専門員連絡会作成『ケアマネジャーから主治医への連絡表』 ※『医師との連携【Q＆A】』は川崎市介護支援専門員連絡会ホームページよりダウンロードすることができます。 ○後日新たに交付された介護保険被保険者証が届いているかどうか利用者または家族に確認します。	【次のことについても情報収集しましょう】 ☐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 ☐地域や友人等のインフォーマル資源の関わり ☐利用者と家族の意向が異なる場合や、利用者等らの要望により居宅サービス事業所に知らせない事項については、第5表(居宅介護支援経過表)に記載しましょう。 【医療情報を収集しましょう】 ☐主治医へ連絡を取ることは事前に本人・家族に了解を得る。 ☐主治医に連絡をとる時は、聞きたい内容を事前に整理しておき簡潔に質問する。 ☐疾患が及ぼすリスクや予後について直接主治医から聞く。 ☐主治医意見書や認定調査票の記載内容 【主治医との連絡方法については、『医師との連携【Q＆A】』を参照しましょう】	P34-ウ P50-セ P74-ウ P40-コ P36-カ

※業務として行ったことは、すべて第5表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名： 記入年月日： 年 月 日

ケアマネジメント プロセス	介護支援専門員の業務の流れ (目安)	ケアプラン確認マニュアルからの 振返りのポイント 注)ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りの ポイントも記載しています	関連項目 掲載ページ
2.課題分析 (アセスメント)	分析・課題抽出 *分析・課題抽出は、利用者・家族と介護支援専門員が協働して行います。 ○介護支援専門員として、さまざまな情報の収集・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記載する用紙として「課題整理総括表」があります。 ⇒「資料編」P126～P137	【確認した情報を基に次のことを分析しましょう】 ☐利用者のこれまでの暮らし ☐利用者の現状への認識 ☐利用者の望む暮らし ☐利用者の能力(可能性) ☐家族の介護力 ☐疾患が及ぼすリスクや将来の予測(予後予測) 【分析結果を基に課題(生活全般の解決すべき課題(ニーズ))抽出を行いましょう】 ☐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を見立てる。 ☐分析の結果や抽出した課題について言語化し、利用者・家族にわかりやすく伝え、ニーズについて合意を得ましょう。	P68-ヌ P68-ヌ P68-ヌ P68-ネ P60-テ P62-ト P40-コ P42-サ

※業務として行ったことは、すべて第5表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名： _____ 記入年月日： ____ 年 ____ 月 ____ 日

ケアマネジメントプロセス	介護支援専門員の業務の流れ (目安)	ケアプラン確認マニュアルからの 振返りのポイント 注)ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りの ポイントも記載しています	関連項目 掲載ページ
3.ケアプラン 原案作成	ケアプラン原案作成 ○『居宅サービス計画書(1) (2)、週間サービス計画表』 を作成します。 ※『訪問介護・ケアマネジメント ツール～生活援助の考え方～ 【川崎版】』は川崎市介護支援専 門員連絡会ホームページより ダウンロードすることができ ます。 ○「課題整理総括表」を使う と根拠のあるニーズを導 き出すことができます。 ⇒「資料編」P126～P137 *介護保険被保険者証に認定審査 会の意見等が記載されている 場合は参考にしましょう。	☐利用者が理解できるわかりやすい表現で書 きましょう。 第1表 【「利用者及び家族の生活に対する意向」欄は、 次のことに気をつけながら記載しましょう】 ☐生活に対する意向とアセスメントの結果に 関連性がある。 ☐できるだけ利用者や家族が発した言葉をそ のまま書く。 ☐利用者と家族の言葉を区別して書く。 ☐「介護認定審査会の意見及びサービスの種類 の指定」欄は、被保険者証に記載があれば転 記し、なければ「なし」と記載しましょう。 【「総合的な援助の方針」欄は、次のようなこと を記載しましょう】 ☐利用者及び家族を含むケアチームが目指す べき方針案 ☐主治医意見書や主治医等の専門家から収集 したことで特記が必要なこと ☐緊急時の対応機関や連絡先、対応方法等 ☐「生活援助中心型の算定理由」欄は、『訪問介 護・ケアマネジメントツール～生活援助の考え 方～【川崎版】』を活用して判断しましょう。 第2表 【「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」欄は、 次のことに気をつけながら記載しましょう】 ☐それぞれの課題(ニーズ)が導き出された原 因や背景 ☐利用者がニーズを自覚していることはその まま記載 ☐利用者がニーズを自覚していない場合は、 利用者が分かっている範囲で記載 ☐利用者と家族のニーズが一致していない場合 は、利用者と家族が合意できる範囲で記載 ☐ニーズは優先順位の高いものから記載	P82-ウ P86-キ P74-イ P74-ウ P74-ウ P74-ア P76-オ P76-オ P76-オ P76-カ P80-ア P82-ウ P82-ウ P82-ウ P82-ウ P80-イ

※業務として行ったことは、すべて第5表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名： 記入年月日： 年 月 日

ケアマネジメントプロセス	介護支援専門員の業務の流れ (目安)	ケアプラン確認マニュアルからの 振返りのポイント 注)ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りの ポイントも記載しています	関連項目 掲載ページ
3.ケアプラン 原案作成	(ケアプラン原案作成続き) ○「課題整理総括表」の「改善／維持の可能性」「見通し」欄を確認しましょう ⇒「資料編」P 126～P 137 ○「ケアマネジメントツール～地域資源のつなぎ方～[川崎版](28,04,01)」は、川崎市介護支援専門員連絡会ホームページよりダウンロードすることができます。	第2表 続き 【「長期目標(期間)」「短期目標・(期間)」欄は、次のことに気をつけながら記載しましょう】 ☐利用者及び家族等が具体的に何をすることができるかをイメージすることができ、取り組む内容がわかる。 ☐長期目標を達成するための段階的な短期目標になっている。 ☐達成可能な目標と期間 ☐単にサービスを利用することが長期・短期目標になっていない。 ☐サービス提供事業所の作成する個別サービス計画書の指標になるような短期目標になっている。 【「サービス内容」と「サービス種別」欄は、次のことに気をつけながら考えましょう】 ☐現状に関する予後予測とサービス導入後の変化を予測 ☐特定のサービスに偏らない。 ☐利用者の生活リズム ☐インフォーマルな資源の活用 【「サービス内容」と「サービス種別」欄は、次のようなことを記載しましょう】 ☐短期目標達成に必要な支援内容 ☐家族を含むインフォーマルな支援 ☐利用者自身のセルフケア ☐主治医等の専門家から示された留意事項等 【「頻度」、「期間」欄は、次のことに気をつけながら記載しましょう】 ☐短期目標達成を目指した適切な頻度、期間 【第2表を作成したらもう一度振り返りましょう】 ☐利用者の望む生活を実現する課題・目標・援助内容になっている。	P 86-カ P 86-カ P 84-オ P 84-オ P 86-カ P 68-ネ P 88-ケ P 88-ク P 88-ケ P 94-ウ P 86-キ P 86-キ P 86-キ P 86-キ P 88-ケ P 82-ウ

※業務として行ったことは、すべて第5表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名： 記入年月日： 年 月 日

ケアマネジメント プロセス	介護支援専門員の業務の流れ (目安)	ケアプラン確認マニュアルからの 振返りのポイント (注)ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りの ポイントも記載しています	関連項目 掲載ページ
3.ケアプラン 原案作成	(ケアプラン原案作成続き)	第3表 週間サービス計画表 【「主な日常生活上の活動」欄には、次のことを記載しましょう】 ☐ 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)を具体的に ☐ 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)を具体的に 【月～日曜日欄には、生活全般の流れが見えるように次のことも記載するようにしましょう】 ☐ 介護保険サービス以外の取組み(医療、市単サービス、インフォーマルサービス等) ☐ 家族の支援等 ☐ 利用者のセルフケア 【「週単位以外のサービス」欄には、次のようなことを記載しましょう】 ☐ 居宅療養管理指導、短期入所、福祉用具、その他隔週や月単位で提供されるサービス ☐ 医療や保健サービス、ボランティアなサービスや近隣の訪問等週単位以外の周期のもの 【第3表を作成したらもう一度振り返りましょう】 ☐ 夜間・土日などの支援体制もきちんと考えられている。 ☐ 利用者に視力低下などがある場合は、サービスごとに色分けするなど工夫する。 【ケアプラン原案(第1～3表)を作成したらもう一度振り返りましょう】 ☐ 総合的な援助の方針を振返る。 ☐ ケアプラン原案(第1～3表)に関連性があり、本人の望む生活を目指した計画書になっている。	P92-イ P92-ア P92-イ P92-ア P92-ア P92-ア P94-エ P94-エ P94-ウ P92-ア P76-オ

※業務として行ったことは、すべて第5表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名： _____ 記入年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ケアマネジメントプロセス	介護支援専門員の業務の流れ (目安)	ケアプラン確認マニュアルからの 振返りのポイント (注)ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りの ポイントも記載しています	関連項目 掲載ページ
3.ケアプラン 原案作成	原案についての話し合い ○ケアプラン原案について説明をします。 ＊利用者・家族と話しながら、目標や具体策について検討します。 ＊本人や家族が行うこと、サービス等を利用して支援してもらうことを明確にします。 (支援の内容を明らかにします。) ○利用サービスについて説明します。 ＊介護保険の対象となるサービスと対象とはならないサービスについて説明します。 ○支給限度額の確認・利用者負担額を計算し、利用者に説明します。 ○利用者・家族に合意を得られた内容をもとに、ケアプラン原案(居宅サービス計画書(1)(2)、週間サービス計画表)を仕上げます。 ○サービス事業所へ、サービス提供と個別サービス計画書の作成を依頼します。	【サービス担当者会議の前に利用者及び家族とケアプラン原案について話し合いをしましょう】 ☐まずは、居宅サービス計画書(1)(2)、週間サービス計画表の意義と役割について説明 ☐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してもらるように説明 ☐利用者の自己選択・自己決定を尊重 ☐利用者自身も期間設定に参加 ☐個別サービス計画書(訪問介護計画書や通所介護計画書等)の意義と役割について説明 ☐サービス内容を担えるもっともふさわしい事業者を利用者・家族が選べるよう、公平な立場で情報提供 ☐利用者と家族の意向が異なる場合や、利用者等らの要望により居宅サービス事業所に知らせない事項については、第5表(居宅介護支援経過表)に記載しましょう。	P76-エ P66-ヌ P84-オ P86-カ P88-ク P74-ウ

※業務として行ったことは、すべて第5表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名： 記入年月日： 年 月 日

ケアマネジメント プロセス	介護支援専門員の業務の流れ (目安)	ケアプラン確認マニュアルからの 振返りのポイント 注)ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りの ポイントも記載しています	関連項目 掲載ページ
4. サービス 担当者会議 の開催	サービス担当者会議開催の準備 ○会議の日程を調整します。 ＜参考書式＞ 川崎市介護支援専門員連絡会作成『サービス担当者会議日程調整のお願い』 ○サービス担当者会議の資料準備をします。 ※会議資料として「課題整理総括表」を活用すると、多職種間での情報共有やケアプランへの理解が進みやすくなります。 ⇒「資料編」P178～P183 サービス担当者会議の開催 ○会議の進行と記録を行います。 *「利用者及び家族の生活に対する意向」を共有します。 *居宅サービス計画書第2表、週間サービス計画表の内容を確定させます。 *「総合的な援助の方針」について全員で合意します。 サービス担当者会議後の作業 ○「サービス担当者会議の要点」を使って会議結果を記録し、各担当者に配布します。 ○居宅サービス計画書(1)(2)、週間サービス計画表を完成させます。 ○サービス利用票、サービス利用票別表を作成します。	【次のことに気をつけながらサービス担当者会議の準備をしましょう】 ☐ サービス担当者会議で検討する議題を整理しておく。 ☐ 事業所間で連携、統一したサポートが行えるよう情報共有が必要な事項(リハビリの目標や実施内容、認知症の周辺症状に対する対応方法、褥瘡等の処置方法、食事等の介助方法など)を洗い出しておく。 ☐ 何故サービス担当者会議を開催するのかを、わかりやすく利用者・家族に説明をし、都合を確認する。 ☐ 可能な限りすべての関係者が出席できるよう日程調整する。 ☐ 日程調整がつかずに会議に参加できない事業者等にはあらかじめ連絡を取り、議題に対しての専門的な意見を聴取しておく。 ☐ 必要に応じて、インフォーマルな支援者(民生委員、ボランティア、近隣住民等)にも出席を依頼する。その際には利用者の個人情報の取り扱いについての十分な配慮をお願いする。 ☐ レジューメや「サービス担当者会議の要点」に参加者や議題を記載するなど工夫する。 ☐ ケアプラン原案などを事前に事業者等に送付する。 【次のことに気をつけながらサービス担当者会議を開催しましょう】 ☐ 利用者・家族、関係者(参加できない事業所等)の意見を反映させ、ケアプラン原案を修正する。 ☐ 利用者・家族、関係者と目標の合意をし、それぞれの役割分担を確認し共有する。参加できなかった事業所には後日検討内容を伝える。 ☐ 利用者中心のチームであることを確認する。(事業所間で連携、統一したサポートが行えるよう情報共有が必要な事項について話し合う。) ☐ サービス種別が異なるサービス事業所であっても提供するサービス内容が同様な場合があることに留意し、情報共有に努め連携を図る。(例えば褥瘡処置方法について訪問看護やデイ、訪問入浴の間で情報共有を行うなど。) ☐ 緊急事態が想定される場合は、対応機関やその連絡先、対応方法について話し合う。 ☐ 居宅サービス計画書(1)(2)、週間サービス計画表を最終決定する。 ☐ 「専門的な視点からの留意事項」がある場合は、「総合的な援助の方針」欄に記載	P26-ウ P76-オ

※業務として行ったことは、すべて第5表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名： 記入年月日： 年 月 日

ケアマネジメント プロセス	介護支援専門員の業務の流れ (目安)	ケアプラン確認マニュアルからの 振返りのポイント 注)ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りの ポイントも記載しています	関連項目 掲載ページ
5. ケアプラン の確定	ケアプランを利用者・家族に説明し、同意を得ます。 ○居宅サービス計画書(1)(2)、週間サービス計画表、サービス利用票、サービス利用票別表をそれぞれ2部用意します。 ○訪問して、利用者・家族に説明、確認の押印後、1部を渡し、1部は事業所に保管します。 ケアプラン確定後の作業 ○医師やサービス事業所等へ居宅サービス計画書(1)(2)、週間サービス計画表の写しを送付します。 ○サービス提供票・サービス提供票別表を作成し、サービス事業所へ送付します。 ○サービス提供事業所から送られてきた個別サービス計画書の内容を確認します。	☐ サービス担当者会議で変更、確定したことについて、必要に応じて本人・家族に再度説明し、同意を得ましょう。 ☐ サービス事業所の個別サービス計画書がケアプランに沿った内容になっているか確認しましょう。	P86-カ
6. サービス 利用開始 (モニタリング の開始)	ケアプランに則ったサービス提供開始(モニタリングの開始) ○ケアプランの実施状況把握と必要時には連絡調整を行います。	☐ サービス導入にあたり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提供事業所との連携を図りましょう。 ☐ 課題の優先順位に支障や理解の違いが生じた場合、調整をするようにしましょう。	P88-ケ P80-イ

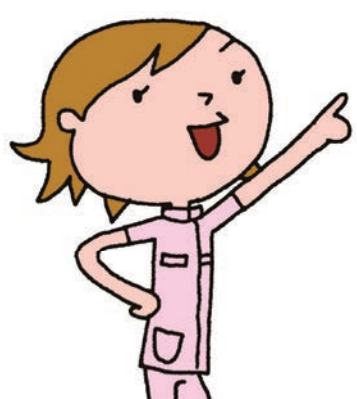
※業務として行ったことは、すべて第5表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名： _____ 記入年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ケアマネジメントプロセス	介護支援専門員の業務の流れ (目安)	ケアプラン確認マニュアルからの 振返りのポイント 注)ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りの ポイントも記載しています	関連項目 掲載ページ
7.モニタリングの実施 (継続的な管理・事後評価)	モニタリングの実施 ○訪問日を調整します。 ○少なくとも月に1回は利用者宅を訪問して本人・家族に会って、モニタリングを実施し記録に残します。 * 本人等の生活状況の把握 * 援助目標の達成度 * サービス実施状況の把握 * ケアプランの変更の必要性の有無等 ○次月のサービス利用票、サービス利用票別表をそれぞれ2部作成します。本人・家族に説明、確認の押印後、1部を渡し、1部は事業所に保管します。 ○サービス提供票、サービス提供票別表を作成し、サービス事業所へ送付します。	☐ モニタリングをおこなう意義・目的について本人、家族に説明し理解を得ましょう。 ☐ 本人や環境等の変化を把握し、アセスメント情報に変更がある場合などについては、最新の状況を追記するようにしましょう。 ☐ サービス事業所がおこなったモニタリングの結果も把握しましょう。	P36-カ <

※業務として行ったことは、すべて第5表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名： _____ 記入年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ケアマネジメントプロセス	介護支援専門員の業務の流れ （目安）	ケアプラン確認マニュアルからの 振返りのポイント 注）ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りの ポイントも記載しています	関連項目 掲載ページ
8. 評価  再アセスメントへ 場合によっては 終結	ケアプランの評価 ○居宅サービス計画書(1) (2)で設定された目標が達成されたかどうか評価し、今後のプランの見直しを行います。 ★短期目標に対して、その達成状況とその要因をケアチーム全体で振り返る際に、「評価表」を使うことができます。⇒「資料編」P126～ この後は『2.アセスメント(再)～3.ケアプラン原案作成…～8.評価』の繰り返しになります。 評価の結果により、課題が解決され、サービス提供は終了となる場合もあります。 本人・家族からの申出により契約の終了 *施設等への入所、居宅介護支援事業所の変更、転居、死亡、認定結果が要支援か非該当となった場合、介護保険サービス利用が全て不要になった場合等。 *施設等へ入所した場合、サービス利用が不要になった場合、ケアプランを自己作成する場合は居宅サービス計画作成依頼終了届を区役所へ提出します。 *関係の書類は終了から5年間保管します。	-----> ☐モニタリングの結果を再アセスメントし、必要に応じてケアプランの見直しをしましょう。 ☐評価結果を本人、家族及びサービス事業者等と共有し、次のケアプラン作成に活かしていきましょう。 ☐介護支援専門員としての一連の関わりを振り返ってみましょう。 	P74-ア～ P94-エ

[4] 確認シート

1 インテーク確認シート

ケアマネジメントの入口にあたるインテーク面接は、利用者の多様な相談内容を傾聴し、ニーズを整理することからスタートします。

その結果、介護保険制度が適応されるべき人なのかどうかというスクリーニングを行い、必要であれば、契約行為に発展します。

この初期段階で介護支援専門員にまず求められるのは、徹底して利用者の話を傾聴し、その話の中から利用者の主訴を聞き取る(読み取る)姿勢です。

特に、初めて介護支援専門員と会った時に「きちんと向き合って聴いてくれた」と利用者を感じていただくことは、その後の援助を円滑に進める第一歩となります。

また、受容的な態度も不可欠で、これは、きわめて重要な対人援助の原則であり、援助関係の形成のみならず、援助の深まりという意味でも大切です。

この「インテーク確認シート」は、介護支援専門員として実践しなければならない業務の確認ができるだけでなく、相談援助職者としてどのような実践が必要かというところまで確認できるよう構成しています。

初任者の方も、ベテランの方も、新規ケースの依頼があったら、まずはこのシートに目を通してから訪問に伺ってみてはいかがでしょうか。



(イラスト：P★G)

	質 問	チェック	確認ポイント
ア	自分のことを十分に説明し、理解を得ていますか？	☐	アセスメントに入る前に、利用者・家族に対して、自分がどのような介護支援専門員(所属・氏名・アピールポイント等)か説明している。
イ	利用者・家族の話をきちんと受け止めていますか？	☐	利用者・家族の話を傾聴し、信頼関係を築くことを優先的に考え、受容的態度で接している。
ウ	介護保険制度について、きちんと説明し、理解を得ていますか？	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	介護保険制度の目的について説明している。 要介護等認定区分について説明している。 介護サービス計画(居宅サービス計画・訪問介護計画等)の意義と役割について説明している。 介護支援専門員の「機能」と「役割」について説明している。 ケアマネジメントの目的・構成要素・プロセスを説明している。 アセスメントの方法について説明している。 サービス担当者会議を開く意義について説明している。 利用者や家族の情報管理の重要性について説明している。 介護保険の提供サービスについて説明している。 介護支援専門員の費用(居宅介護支援費・各種加算)について説明している。 介護支援専門員の業務について、その全体の流れを説明している。
エ	必要に応じて介護保険制度以外のサービスについて説明していますか？	☐ ☐ ☐	川崎市単独サービスを説明している。 高齢者福祉サービス以外の公的なサービスについて説明している(障害施策等)。 インフォーマルサービスについて説明している。
オ	契約に必要な事項等を説明していますか？	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	自らの居宅介護支援事業所の運営規程の概要を説明している。 介護支援専門員の勤務体制について説明している。 秘密保持(個人情報の管理方法)について説明している。 苦情への対応方法について説明している。 事故発生の防止策・事故発生時の対応方法について説明している。
カ	説明内容を、利用者・家族は理解されていますか？またきちんと同意を得ていますか？	☐ ☐	利用者・家族の理解を得ている。 利用者・家族の同意を得ている。

考え方	
目的	○ 利用者・家族と信頼関係を築きます。
解説	○ 自分が何者であって、利用者のためにどのように役立つことができる存在なのかを、まずは説明、理解してもらう必要があります。
目的	○ 対人援助や相談面接の基本原則を確認します。
解説	○ 介護支援専門員には、徹底して利用者・家族の話を傾聴する姿勢や、受容的態度が必要です。そこから、利用者自身が価値ある存在として受け止められ、利用者自らが問題解決の過程を歩むためのスタートが切られます。
目的	○ 介護保険制度の理念や介護支援専門員の役割について、やさしくかつ丁寧に説明します。
解説	○ 初めて介護保険制度を利用される方には、制度内容について説明し、理解を求めることが大切です。 ○ 介護支援専門員の役割は、介護保険の目的に沿って、自立した生活を継続すること、また、要介護状態の軽減または悪化の予防に資することをめざして、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供されるよう、利用者を支援することです。 ○ 介護支援専門員が持つべき機能は、プランニング機能、マネジメント機能、調整機能、相談機能、権利擁護機能等です。 ○ 介護保険制度における介護支援専門員の業務については、「川崎市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等に関する条例」をよく読み、理解しておきましょう。 ○ 説明の際には、川崎市発行の「こんにちは介護保険です」や「高齢者福祉のしおり」、川崎市介護支援専門員連絡会発行の「市民向け広報誌 よくわかる介護保険」等を利用して、利用者・家族にわかりやすく伝える工夫をしましょう。 ○ 介護保険制度におけるケアマネジメント機能について説明し、理解を求めることが大切です。 ○ 最初に、ケアマネジメントの過程を説明することにより、例えばモニタリングの重要性等について利用者・家族に認識してもらうことができます。
目的	○ 利用者の生活全般のニーズを総合的に把握し、対応するサービスを一体的に提供します。
解説	○ 利用者は、多様で重複したニーズを有する場合があります。そのため、保健・医療・福祉等の各種公的なサービスはもとより、地域のインフォーマルなサービス(ボランティアを含む)を統合した総合的なサービスの提供が行われる必要がありますので、それらの情報も提供することが大切です。
目的	○ 利用者と契約を締結するにあたって、自らの事業所の情報を説明します。
解説	○ 契約を締結するにあたっては、「契約」というものを介護支援専門員自らが十分理解している必要があります。 ○ 契約条項の意味について、介護支援専門員自らが十分理解していることが大切です。 ○ 契約書だけではなく、重要事項説明書や個人情報使用同意書等についても、十分理解し、利用者及び家族にきちんと説明し、理解してもらうことが大切です。
目的	○ 利用者・家族の理解度について確認します。
解説	○ 単に一方的な説明に終わらせるのではなく、利用者・家族の理解を得ることが重要です。

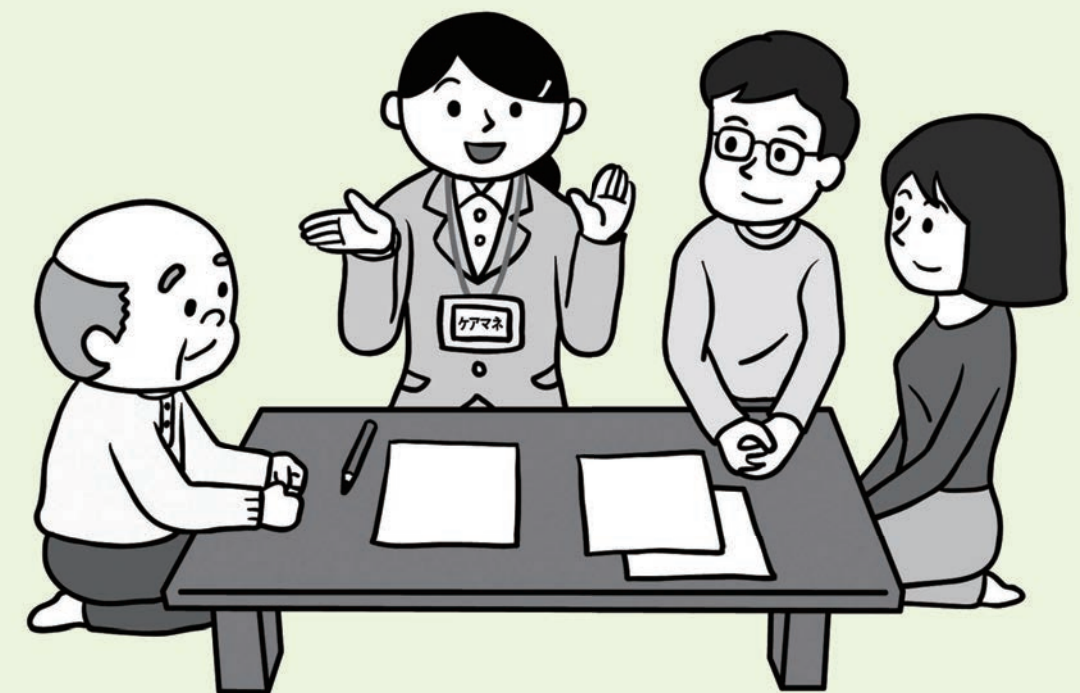
2 アセスメント確認シート

アセスメントは、利用者・家族に対しプライベートな事をお伺いする場面です。

介護支援専門員が、いかに介護保険制度上で位置付けられた存在であっても、最初から、何でも話し合える関係を築けるとは限りません。

いきなり、課題分析標準項目に沿って機械的にアセスメントを行ったりすると、利用者や家族の気分を害することもあります。

そのため、介護支援専門員は、対人援助における相談面接技術を身に付けることが大切です。



(イラスト：P★G)

川崎版アセスメント確認シートの特徴

アセスメント確認シートは、厚生労働省が出した「ケアプラン点検支援マニュアル」をベースにしていますが、【川崎版】には次の特徴があります。

- ① 【川崎版】は、「課題分析標準項目(23項目)」に対応した形で作り直しました。本ツールの見開き左側ページの左点線部分は、「課題分析標準項目」、実践部分は、国マニュアルの項目です。
- ② 国マニュアルでは、「課題分析標準項目」のうち、「3 利用者の被保険者情報」と「17 じょく瘡・皮膚の問題」に対応する質問がありません。【川崎版】では、その項目に対応する質問シートを追加しました。
- ③ 国マニュアルでは、「課題分析標準項目」に無い質問が3つ「＜尊重＞＜アセスメントの基本＞＜情報収集＞」あります。【川崎版】では、その3つの質問について、「課題分析標準項目」の23項目の最後(→シート名：その他基本事項)にまとめました。
- ④ 【川崎版】の質問番号は、「課題分析標準項目」の項目番号と分けるため、カタカナ連番(ア～ノ)にしました。

アセスメント確認シート：その他

質問	チェック	確認ポイント
＜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？	☐	利用者の自己選択・自己決定を尊重している。
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？	☐	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。

課題分析標準項目に無い質問

課題分析標準項目一覧と確認シート掲載ページ

【基本情報に関する項目】

No	標準項目名	項目の主な内容(例)	掲載ページ
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について記載する項目	P 32
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目	P 34
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等)について記載する項目	P 34
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目	P 34
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目	P 36
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目	P 36
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目	P 36
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、支給限度額等)について記載する項目	P 38
9	課題分析(アセスメント)理由	当該課題分析(アセスメント)の理由(初回、定期、退院退所時等)について記載する項目	P 38

【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)	掲載ページ
10	健康状態	利用者の健康状態(既往歴、主傷病、症状、痛み等)について記載する項目	P 40
11	ADL	ADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等)に関する項目	P 42
12	IADL	IADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する項目	P 44
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目	P 46
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目	P 48
15	社会との関わり	社会との関わり(社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等)に関する項目	P 50
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目	P 52
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目	P 54
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目	P 56
19	食事摂取	食事摂取(栄養、食事回数、水分量等)に関する項目	P 56
20	行動・心理症状(BPSD)	行動・心理症状(BPSD)(暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、收拾癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等)に関する項目	P 58
21	介護力	利用者護力(介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等)に関する項目	P 60
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目	P 64
23	特別な状況	特別な状況(虐待、ターミナルケア等)に関する項目	P 66

【その他基本事項】

尊重・アセスメントの基本	P 68
情報収集	P 70

【基本情報に関する項目】

	標準項目名	項目の主な内容(例)		質 問	チェック	確認ポイント
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)、 利用者以外の家族 等の基本情報につ いて記載する項目	ア	<基本情報> アセスメントを 行ううえで必要 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？	☐	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ます。
					☐	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に努めている。
			イ	<相談> どのような相談 経緯だったの でしょうか？	☐	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、必要に応じて記載している。
					☐	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えなかった理由や背景を押さえ、全体のアセスメントに活かすことができている。

考え方	
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します。
解説・説明	○ 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、「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。 ○ 特に、主訴や生活歴・生活状況や家族歴、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。 治療の経過や生活上の工夫などについては、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。 ○ 利用者と家族で、意識や考え方等が異なる場合もあるので、すり合わせる工夫も必要です。 ○ 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。
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します。
解説・説明	○ 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、アセスメントを進めていく必要があります。 ○ 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について、居宅介護支援経過等を活用し、記録を残しているかを確認します。 ○ 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、困りごとの原因を探っているか等について確認することが大切です。

【基本情報に関する項目】

	標準項目名	項目の主な内容(例)		質 問	チェック	確認ポイント
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目	ウ	＜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歴や生活状況をどのようにして聞き取りましたか？	☐ 利用者や家族に対し、不快や不信感を与えることなく、聞き取りができています。 ☐ 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を簡潔に記載している。 ☐ 利用者本人からの聞き取りができています。 ☐ 利用者以外の家族などからの聞き取りができています。	
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目	エ	＜被保険者情報の把握＞ 利用者の被保険者情報等を把握していますか？	☐ 利用者の被保険者情報（介護保険）を把握している。 ☐ 利用者の他法（介護保険法以外）の情報を把握している。	
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目	オ	＜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？	☐ 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について把握している。	

考え方	
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」を掴むヒントとなります。 同じような状況下であっても、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しているかを確認します。
解説・説明	○ 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することは、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。 ○ 一度のアセスメントですべての情報を得ようとするのではなく、支援を行う経過のなかで「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。
目的	○ 利用者の被保険者情報（介護保険）及び他法の情報を確認します。
解説	○ 利用者の被保険者情報は、利用可能な社会資源を考えるうえで、大切な情報です。 ○ 特に、介護保険以外の情報を把握することは、今後作成する計画に広がりを与えます。
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ないかの評価につながることを確認します。 ○ 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します。
解説・説明	○ 利用者や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。 ○ そのため、介護支援専門員は、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ことが必要です。 ○ 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とても大切なことです。 ○ 利用者本人や家族が行っていること（行ってきたこと）を把握しているか確認します。 ○ 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、家族なのかを改めて確認することも大切です。 ○ 家族の介護負担の軽減を図るため、介護者教室等、家族への情報提供も行っていることが大切です。

【基本情報に関する項目】

	標準項目名	項目の主な内容(例)		質 問	チェック	確認ポイント
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目	カ	<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？	☐	最新の情報を把握し、記載している。
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目			☐	認定調査票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。
7	主訴	利用者及び家族の主訴や要望について記載する項目	キ	<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？	☐	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、具体的に記載している。
					☐	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を記載している。
					☐	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。
					☐	利用者の困りごとなのか、家族の困りごとなのかをきちんと整理している。
					☐	利用者本人から確認できなかった場合、他の方法で確認している。

考え方	
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を行なうことが必要であることを確認します。
解説・説明	○ 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。 ○ 毎月のモニタリングの際にも、状態の変化に留意し、日常生活自立度の最新状況を確認し、変化があれば、その都度、記載の変更及びモニタリングの結果の記録に記載することが必要です。 ○ 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、元気にふるまってみせたり、逆に「つらさ」を誇張してみせたりするなど、変化があることにも留意します。
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します。
解説・説明	○ 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。 ○ 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、気づいていない事柄も含めて観察を行うことが重要です。 ○ 利用者本人の困りごとなのか、家族にとっての困りごとなのか、きちんと整理されているかを確認します。 特に、利用者以外の方の困りごとだけを主訴として捉えていないかを確認することは重要です。 利用者の状態により、本人から直接確認できなかった場合は、どのようにして困りごとを把握したのかを確認します。 ○ 利用者にとっての「真の主訴」が何にあたるのか、考察しながら面談を進めることができたかを確認します。

【基本情報に関する項目】

標準項目名		項目の主な内容(例)		質 問	チェック	確認ポイント
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、支給限度額等）について記載する項目	ク	<認定> 認定情報の内容を確認しましたか？	☐	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）について記載している。
					☐	認定調査票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・確認を行な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、主治医に意見を伺うなど、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を作成している。
9	課題分析（アセスメント）理由	課題分析（アセスメント）の理由（初回、更新、区分変更等必要時）について記載する項目	ケ	<理由> 今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由は何ですか？	☐	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している。
					☐	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している。
					☐	アセスメントの理由によっては、聞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ている。
					☐	アセスメントに至った経緯等を通して、利用者や家族の生活環境にどのような変化が生じているかを十分に認識している。

考え方	
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します。
解説・説明	○ 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後では、状態が変わっている可能性もあります。 ○ 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持っていることが大切です。 ○ 認定調査票の「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、確認すべきなのは、「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」などの事柄で、様々な状況が考えられます。 ○ したがって、認定調査票の確認に際しては、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です。
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します。 ○ 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を理解しているのかどうかを確認します。 ○ 退院時等のプランに関しては、その経緯・理由等を理解したうえで、その理由について明確に記載しているかを確認します。
解説・説明	○ アセスメントの理由（初回、更新、区分変更等必要時）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（利用者・家族の生活環境の変化を十分に認識しているか）。 ○ 初回・定期・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する必要があります。 ○ 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。 ○ 利用者が複数の疾患を抱えている、また急変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、聞き取る情報量（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・家族等）も異なってきます。

【課題分析(アセスメント)に関する項目】

標準項目名		項目の主な内容(例)	質 問	チェック	確認ポイント
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目	コ ＜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は何ですか？	☐	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。
				☐	利用者の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。
				☐	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、目標化している。

考え方	
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します。 ○ 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します。 ○ 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します。 ○ 利用者及び家族の健康に対する考え方を確認します。
解説・説明	○ 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」ものまで、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、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。 ○ 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・胃ろうの造設者・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ことも大切です。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・薬剤師等)の意見をききながら、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。 ○ 症状や暮らし方により、その人なりの疾患や障害との付き合い方があります。アセスメントの過程で、それらを十分把握できているかが、個別性の高いプランを作成する上で重要です。 ○ 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します。

【課題分析(アセスメント)に関する項目】

	標準項目名	項目の主な内容(例)		質 問	チェック	確認ポイント
11	ADL	ADL (寝返り、起きあがり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等)に関する項目	サ	< ADL > 利用者のADLの現状を把握するにあたり、どのような経路で情報収集を行いましたか？ また、どのような手法で、何に気をつけてアセスメントをしましたか？	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	ADL(移動・立ち上がり・排泄・入浴・更衣・整容等)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。 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、1日内での変化はないかなどを具体的に把握できている。 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。 利用者が認知症や精神疾患等で十分にADL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。 ADL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。 把握したADL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。

考え方	
目的	○ ADL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となっているかを確認します。 ○ ADL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、対人関係を図る力、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します。 ○ 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します。
解説・説明	○ ADLのアセスメントにおいては、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。 ○ 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、利用者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よ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こしやすいといわれています。 ○ 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。 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、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、体調の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。 ○ 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、朝及び深夜など日内での変化はないか、などを把握することが大切です。 ○ 利用者・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について、共通認識となっていることが大切です。

【課題分析(アセスメント)に関する項目】

	標準項目名	項目の主な内容(例)		質 問	チェック	確認ポイント
12	IADL	IADL (調理、掃除、買物、 金銭管理、服薬状 況等)に関する項 目	サ	< IADL > 利用者のIADLの現 状を把握するにあ たり、どのような経 路で情報収集を行 いましたか？ また、どのような 手法で何に気をつ けてアセスメント を行いましたか？	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	IADL(調理・掃除・洗濯・金銭管理・買物等)について、具体的に誰(本人以外)がどのように行っているかを把握している。 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、1日以内での変化はないかなどを具体的に把握できている。 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。 利用者が認知症や精神疾患等で十分に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。 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。 把握した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。

考え方	
目的	○ 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となっているかを確認します。 ○ 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します。 ○ 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します。
解説・説明	○ IADLのアセスメントにおいては、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。 ○ 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。 ○ 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、朝及び深夜など日以内での変化はないか、などを把握することが大切です。 ○ 利用者・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について、共通認識となっていることが大切です。

【課題分析(アセスメント)に関する項目】

標準項目名		項目の主な内容(例)	質 問	チェック	確認ポイント
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目	シ ＜認知症＞ 物忘れや認知症について何か気になったか？	☐	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、整理ができています。 例：移動面：目的地に行き、帰ることができる、目的地は忘れたが何とか帰ることができる、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など 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なくても食べないなど 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
				☐	行動障害を起す要因、疾病、体調管理（例：水分補給、排便）、環境や支援者のかかわり等について、家族から情報を得ている。
				☐	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確認している
				☐	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に起こり得る生活障害について予測し、先の対応も含めて考えている。
				☐	認知症について、利用者及び家族に対して、専門医受診や認知症を支える家族の会を紹介するなど、情報提供を行っている。
				☐	アセスメントの段階で、利用者・家族がそれぞれどのような思いを抱えているのかを理解しようと努めている。

考え方	
目的	○ 単なる物忘れなのか、認知症等から起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します。 ○ 「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します。 ○ 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いたっているかなどを把握・整理できているかを確認します。 ○ 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します。
解説・説明	○ アセスメントの段階で、まずは、利用者本人の戸惑いや不安を理解することが重要です。 ○ 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はじまることにより、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。 ○ 物忘れや認知症による「失敗の数々」は、介護者にとっては「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行おう、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 ○ 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ることが多いと言われています。 したがって、利用者の体や心にお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。 ○ 物忘れ外来や認知症の専門病院等の早期受診をすすめたり、認知症家族の会を紹介するなど、地域の情報提供も必要になります。 ○ 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ります。 ただし、無理な情報収集を行うことがないように配慮しましょう。 ○ 認知症の進行に伴う利用者・家族の変化(困っていること…例：排泄、移動、入浴、食事等、その時の気持ち…例：落胆、怒り等、反応…例：とまどい、悲しみ、叫ぶ、殴りかかる等)に注意します。 ○ 利用者・家族が、どのような思いを抱えているかについて、相談援助職者として、きちんと向き合うことが必要です。

【課題分析(アセスメント)に関する項目】

	標準項目名	項目の主な内容(例)		質 問	チェック	確認ポイント
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目	ス	＜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？	☐ ☐ ☐	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・環境的な側面から把握し、アセスメントを行っている。 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ように努めた。 必要に応じて専門家等の意見を聞くなどして、アセスメントに活かす視点をもっている (例：口腔機能に問題→歯科医師、歯科衛生士等)。

考え方	
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します。
解説・説明	○ 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があります。 ○ 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閉め忘れが気になり、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済むのかなど、情報を多角的に得ることが必要です。 ○ コミュニケーション能力の障害に対して、家族等が、どのように協力しているか(例：代読、代筆、代弁)、また、どのように協力できるかを把握しておくことも大切です。 ○ 子供等と同居するために、新しい土地(川崎市)に転入した場合などは、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ります。 ○ 利用者によっては、耳が遠い等で、コミュニケーションが困難であったり、消極的になっている場合があります。

【課題分析(アセスメント)に関する項目】

	標準項目名	項目の主な内容(例)		質 問	チェック	確認ポイント
15	社会との関わり	社会との関わり(社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等)に関する項目	セ	<社会参加> 利用者の友人や家族、地域の方とのかわり方は良好ですか？ また最近変化したこと(例：家族、友人の入院・入所、他界等)はありませんか？ 利用者が自ら進んで行っている活動や趣味などがありますか？	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	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。 家族や友人の他界、入院、入所、引越し、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、どのような関わりを今も維持しているかを把握している。 就労していた方は、定年前の社会との関わりを中心として「職縁」(同僚、職能集団等)を通じたものが多いが、趣味や地域活動を通じた関係などの有無を把握している。 地域との関わりがある場合も多いので、町内会、趣味サークル等の内容、役割、時期などを把握している。

考え方	
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します。
解説・説明	○ 利用者の、社会(地域)との関わりを聞くことは、とても大切なことですが、聞き取り方によっては、利用者・家族に不快感を与えることもあります。 なぜ、聞く必要があるのか、しっかりと、その目的を伝えて理解してもらうことが大切です。 ○ 社会とのかかわりには、本人の人生の歩みが投影されています。 ここ数年のことだけではなく、青年期・中年期・老年期についても把握することが重要です。 ○ 生活環境により、地域との関わり方が違うことを理解します。 ○ 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。 ○ 要介護状態が中重度の場合や症状の悪化等により、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)にも影響が現れてくることも多々あります。 家族や友人の他界、さらにはペットの死などは、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ために、今の姿を見られたくないという想いから、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。

【課題分析(アセスメント)に関する項目】

	標準項目名	項目の主な内容(例)		質 問	チェック	確認ポイント
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿 排泄後の後始末、 コントロール方 法、頻度などに関 する項目	ソ	<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？	☐	排泄に関する意向や困り事につ 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る。(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 に変わ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。
					☐	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。
					☐	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。

考え方	
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、どのような排泄方法(自立・尿とりパットの使用・ポータブルトイレ・和式トイレ・洋式トイレ・オムツ・リハビリパンツなど)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します。 ○ 排泄には、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します。
	○ 排尿・排便は、利用者にとって、最も触れてもらいたくない部分ですが、とても大切です。利用者には、その旨を伝えて、自尊心を傷つけないように配慮することが必要です ○ 排尿・排便の問題は、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、トイレやポータブルトイレ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、ポータブルトイレやトイレで自然に用を足すことができるので、安易にオムツを装着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、アセスメントを行うことが必要になります。 ○ 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ので、水分摂取量に注意します。 ○ 家族が、介護負担軽減のためにオムツを使用させ、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、また、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、受診や失禁体操などの奨励、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。 ○ 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。 ○ 能力があるのに排せつが自立できていない場合があります。どうして「排尿・排便が自力でできていないのか」について、原因や背景を把握し、将来、どのようなことで困っていくのかを、予知予見します。 ○ 直接の介助が必要ない場合、尿モレや時々失敗してしまうことなどについて、家族(同居の有無に関わらず)も把握していない場合が多いので、注意します。

【課題分析(アセスメント)に関する項目】

	標準項目名	項目の主な内容(例)		質 問	チェック	確認ポイント
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目	タ	<じょく瘡の有無や皮膚の清潔状況> じょく瘡の有無や皮膚の清潔状況を把握していますか？	☐ ☐ ☐ ☐	じょく瘡の有無を把握している。 皮膚の清潔状況を把握している。 皮膚の状態、異常の有無を確認している(傷、湿疹、あざ等)。 将来のじょく瘡発生のリスクや発生の原因を予測している。

考え方	
目的	○ 利用者のじょく瘡の有無や皮膚の清潔状況を確認することで、利用者の身体状況や利用者を取りまくさまざまな環境要因を把握します。
解説・説明	○ 利用者の移動能力、活動性、尿失禁、栄養状態、ズレ、皮膚の状態(傷つきやすさ、皮膚疾患、薄い)、発熱、入浴などを確認し、じょく瘡発生の予測を行うことが大切です。 ○ じょく瘡の発生は、家族の介護力に寄るところも大きいことから、退院時等には、おのおのの家庭の状況に合わせた家族指導等も必要になる場合があります。 ○ 夜間の介護者の安眠確保は、在宅生活を継続させるための重要な要素です。そのために、除圧用具を活用することも有用ですので、日頃から福祉用具に関する情報を収集して、活用を図れるようにすることが大切です。

【課題分析(アセスメント)に関する項目】

	標準項目名	項目の主な内容(例)		質 問	チェック	確認ポイント
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態 や口腔衛生に関する項目	チ		☐	食事を食べるうえでの困り事について、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、ば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要求があるなど、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。
					☐	専門家に相談したほう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。
					☐	誰が、どのように食事介助にかかわっているかを具体的に把握している。
					☐	日中独居の状態ではどうしているか把握している。
19	食事摂取	食事摂取(栄養、食事回数、水分量等)に関する項目		<食事・口腔> 食事や口腔の状態について、何か気になる点はありませんか？		

考え方	
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します。 ○ 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します。 ○ 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します。 ○ 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します。
解説・説明	○ 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出します。また、誰とどのように食べるのか(例：家族団らん、孤食等)でも異なってきます。 ○ 歯や口腔内が食事に耐えられない状況や、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。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、面倒だと思うことにもつながります。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。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。 ○ 誰が、どのように食事介助に関わっているかを具体的に把握します。日中独居の状態では、どうしているかも確認します。 ○ 老老介護の場合、介護者の健康状態、炊事の段取り(特に男性)と、今後、支障が出ることを予知予見することも大切です。

【課題分析(アセスメント)に関する項目】

	標準項目名	項目の主な内容(例)		質 問	チェック	確認ポイント
20	行動・心理症状(BPSD)	〈行動・心理症状(BPSD)〉(暴言、暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等)に関する項目	ツ	<行動・心理症状(BPSD)>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？	☐	誰が(家族、近隣、専門職)行動・心理症状と感じているのか把握している。
					☐	具体的な行動・心理状況(BPSD)を、いつ、どのように起こしているのか把握している。 例：暴言：喚く、怒鳴る、ののしる、叫ぶ等 暴行：叩く、殴る、ける等 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。
					☐	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ている。
					☐	家族や周囲の支援者に、「認知症」や「精神疾患」に対して正しい知識と対応を伝達している。

考え方	
目的	○ 利用者の行動・心理症状(BPSD)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します。
解説・説明	○ 利用者の行動・心理症状(BPSD)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行動・心理症状(BPSD)や精神的疾患(例：老人性うつ症)からくる行動・心理症状(BPSD)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、行動・心理症状(BPSD)には影響を及ぼします。 ○ これらの行動・心理症状(BPSD)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、精神的に追い詰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です。 ○ 行動・心理症状(BPSD)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、時には必要となることがあります。 ○ 家族等に対して、直接的な表現を用いるのは控えましょう。 ○ 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、対応も異なります。 正しい知識と対応について、きちんと伝達することが大切です。

【課題分析(アセスメント)に関する項目】

	標準項目名	項目の主な内容(例)		質 問	チェック	確認ポイント
21	介護力①	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目	テ	<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？	☐ ☐ ☐ ☐	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、うつ・不眠・食欲低下等）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 例：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・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。

考え方	
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、整理ができているかを確認します。 ○ 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します。
解説・説明	○ 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のか、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を行うことも必要です。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。 ○ 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寄り添うことを大切に、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無いように留意することが大切です。 ○ 利用者の要介護度だけではなく、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て、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)のレベルを把握することも大切です。

【課題分析(アセスメント)に関する項目】

標準項目名		項目の主な内容(例)	質 問	チェック	確認ポイント
21	介護力②	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目	ト ＜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言葉はありましたか？	☐	主たる介護者（夫、妻、息子、娘、親等）の心身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。
				☐	主たる介護者も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。
				☐	「介護への姿勢」を家族の言動だけでなく、実際のかかわり方の度合い（時間帯、役割、頻度等）を、具体的に把握している。

考え方	
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します。 ○ 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いたします。
解説・説明	○ 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・しがらみなどの影響を受けながら、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だす場合もあります。 ○ 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。 ○ 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。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。 ○ 家族が、介護に前向きになれる時とともに、後ろ向きになってしまう時にも、その原因やきっかけ、その乗り越え方などを介護者から聞くことも大切です。「つらさ」に共感する姿勢が必要です。 ○ 同居、近距離にかかわらず、家族それぞれが、どのような「介護への意欲」を持っているかを把握します。 ○ 介護者は、病気に対する知識や家族技術を得るための時間的・気分的な余裕がない場合があります。そのような不安や体力的な負担、ストレスを生んでいる状況を把握することが必要です。そのため、「介護者教室」や、「介護者家族の会」「認知症家族の会」等を紹介することも重要です。

【課題分析(アセスメント)に関する項目】

	標準項目名	項目の主な内容(例)		質 問	チェック	確認ポイント
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目	ナ	<居住環境> 在宅生活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？	☐ 室内の動線確認(家具など障害になるもの、活かせるもの) ☐ 室内の環境の微調整(もの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) ☐ 先々の機能低下まで視野に入れたアセスメントができています。	

考え方	
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します。
解説・説明	○ 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が、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。利用者自身のADLを評価したとき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、医療スタッフ(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。 ○ 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。 ○ 住宅改修を行う場合、介護支援専門員は、「住宅改修が必要な理由書」を作成します。2006年度の介護保険制度の見直しによって、住宅改修においては事前申請制が導入され、「理由書」が必要となりましたが、この書類は、単に給付を受けるための書類ではなく、住宅改修のアセスメントツールとしての役割と、改修後のモニタリングシートの役割を併せ持っています。介護支援専門員は、現在の状況改善はもとより、長期的な目標も視野に検討を行うとともに、必要に応じて専門職の意見を求めるなど、自立支援に資する住宅改修を行うことが必要です。 ○ 利用者及び家族が実際に困る場所、危険と思われる場所については、実際の動作を確認する、必要に応じてイラストや写真などで記録することも大切です。 ○ 敷居のわずかな段差であっても、足腰の機能低下により「つまずき」の原因になります。将来的な機能低下まで視野に入れたアセスメントが必要です。(身体機能レベルにより、すべてのバリアをなくすことで、かえって機能低下をもたらす場合もあることにも注意します。

【課題分析(アセスメント)に関する項目】

	標準項目名	項目の主な内容(例)		質 問	チェック	確認ポイント
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目	二	<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はありましたか？	☐ 本人の個別性 ☐ 家族の事情 ☐ 家計の事情 ☐ 近隣との関係 ☐ 介護者の事情 ☐ 家族の介護力 ☐ 認知症(本人・家族) ☐ 精神疾患(本人・家族) ☐ 終末期(病状認識を含む) ☐ 虐待 ☐ 介護スタイル・こだわり ☐ 宗教	

考え方	
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想定されるのかを確認します。 ○ 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します。 ○ 「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及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します。
解説・説明	○ 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。 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)も支援内容に大きく影響し、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、物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。 ○ 本人や家族の「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。 ○ 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は、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、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です。 ○ 川崎市高齢者虐待対応マニュアルを参照しましょう

【その他基本事項】

	質 問	チェック	確認ポイント
又	<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？	☐	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、態度等で行っている。
		☐	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。
ネ	<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？	☐	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、必要な援助が提供されることによって見込まれる事後の状況が予測できた。
		☐	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。

考え方	
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します。
	○ 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します。
解説・説明	○ アセスメントを通じて、現在だけでなく、数ヶ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します。
	○ アセスメントとは、利用者・介護者との協働作業です。 そのプロセスを通し、利用者・介護者が現在の暮らしの困り事や不安、戸惑いを振り返り、その原因を把握し、「望む暮らし」を主体的に描くために支援するのが、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。 ○ 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。 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。 ○ 「なれなれしさ」と「親しさ」を混同し、言葉遣いによって利用者や家族の心を傷つけ、関係を壊してしまう場合があります。「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。 ○ 生活の主役は「利用者」ですが、介護者も支援対象です。 援助する側の一方的な判断や思い込みは、利用者・家族の意向をないがしろにするものです。 また、利用者・家族の要求に従うことが尊重することではありません。 結果的に「言いなりプラン」となってしまう、これも「利用者本位」の誤った理解です。
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します。
解説・説明	○ 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、一律に課題分析表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じて、利用者への支援の方向性を意識しながら、重点的に押さ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。 ○ 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を認識することが大切です。 ○ 「困っていること」のみを把握するのではなく、そ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・家族とともに模索しながら、「予後予測」に立った視点でアセスメントを行えたかを確認します。

【その他基本事項】

	質 問	チェック	確認ポイント
ノ	<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？	☐	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
		☐	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・老人クラブ会等・ボランティア等)
		☐	要介護1から要支援(1・2)等の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の間で連携が図れている。
		☐	その他 ----- ----- ----- ----- -----

考え方	
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します。
解説・説明	○ 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、あくまでも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依拠し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が必要です。 介護支援専門員は、常に何のために必要な情報なのかということを押さえておく必要があります。 ○ これらの情報を一度に収集しなくては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。 ○ 居宅サービス計画作成後、計画に位置付けた指定居宅サービス事業所等が作成した計画(訪問介護計画・通所介護計画・福祉用具貸与の個別援助計画等)を、入手しましょう。 各サービス提供事業所は、居宅サービス計画に沿ったサービスを提供しなければなりませんので、介護支援専門員が作成した計画と、サービス提供事業所が作成した計画がリンクしたのになっているか確認し、リンクしていない場合は、連絡調整を行います。 特に、居宅サービス計画に位置付けられていないサービスは、実際のサービス提供の有無に関わらず、サービス提供事業所は介護報酬請求ができませんので、注意しましょう(例：訪問介護のサービス内容＝居宅サービス計画：身体介護→訪問介護計画：生活援助)。 ○ サービスによっては、介護支援専門員に、毎月、サービスの利用状況の報告を義務付けています。(例：医師・歯科医師・薬剤師・看護職員が行う居宅療養管理指導) これらのサービスは、単に、報酬算定で必要としているのではなく、情報を送ることで、介護支援専門員がアセスメント情報として有益に使うことを想定していますので、介護支援専門員は、情報を活かすよう、毎月、確認してください。 ○ 他機関から引き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、書面で受け取るなどの工夫ができていないかを確認することも大切です。 ○ 要介護1と要支援2、要支援1を認定更新のたびに行き来している利用者については、地域包括支援センターとの間で、連携が図られているかを確認します。 ○ 情報を整理・分析しているか、個人情報の取り扱いについて留意しているかを確認します。 ○ 利用者の心身の状況や生活環境等に応じて、情報収集の方法を変えることも大切です。