

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4版 (R08.04.01)

一般社団法人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4版 (R08.04.01)

第4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、一般社団法人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4版は、利用者や周りの状況の変化を受けて、国の「ケアプラン点検マニュアル」が改訂されたことを受け、利用者の尊厳の保持や自立支援、適切なケアマネジメントの手法の考え方、多職種連携の観点も取り入れています。
- 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に関する基準等を定める条例第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	6
3 ケアプランの修正	7
[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	9
【「適切なケアマネジメント手法」活用の流れ】	10
[3] 業務の流れと確認シートからのポイント	13
[4] 確認シート	29
1 インテーク確認シート	29
2 アセスメント確認シート	32
【アセスメント確認シートの特徴】	33
【課題分析標準項目一覧と確認シート掲載ページ】	34
【基本情報に関する項目】	36
【課題分析（アセスメント）に関する項目】	44
【その他基本事項】	72
3 ケアプラン確認シート	76
【第1表 居宅サービス計画書(1)】	77
【第2表 居宅サービス計画書(2)】	83
【第3表 週間サービス計画表】	95
【第4表 サービス担当者会議の要点】	101
【第5表 居宅介護支援経過(モニタリング)】	105
[5] Q & A	108
[6] 資料編	113
■ 「ケアプラン点検支援マニュアル」の活用法	114
■ 「ケアプラン点検支援マニュアル」の指標	118
■ 「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」	124
■ 「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(令和6年7月4日老企第29号)抜粋 「居宅サービス計画書」(標準様式)第1表～第7表	125
■ 介護保険における福祉用具の選定の判断基準について	129
■ 「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」	131
■ 「課題整理総括表(川崎版)」	142

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てみましょう

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

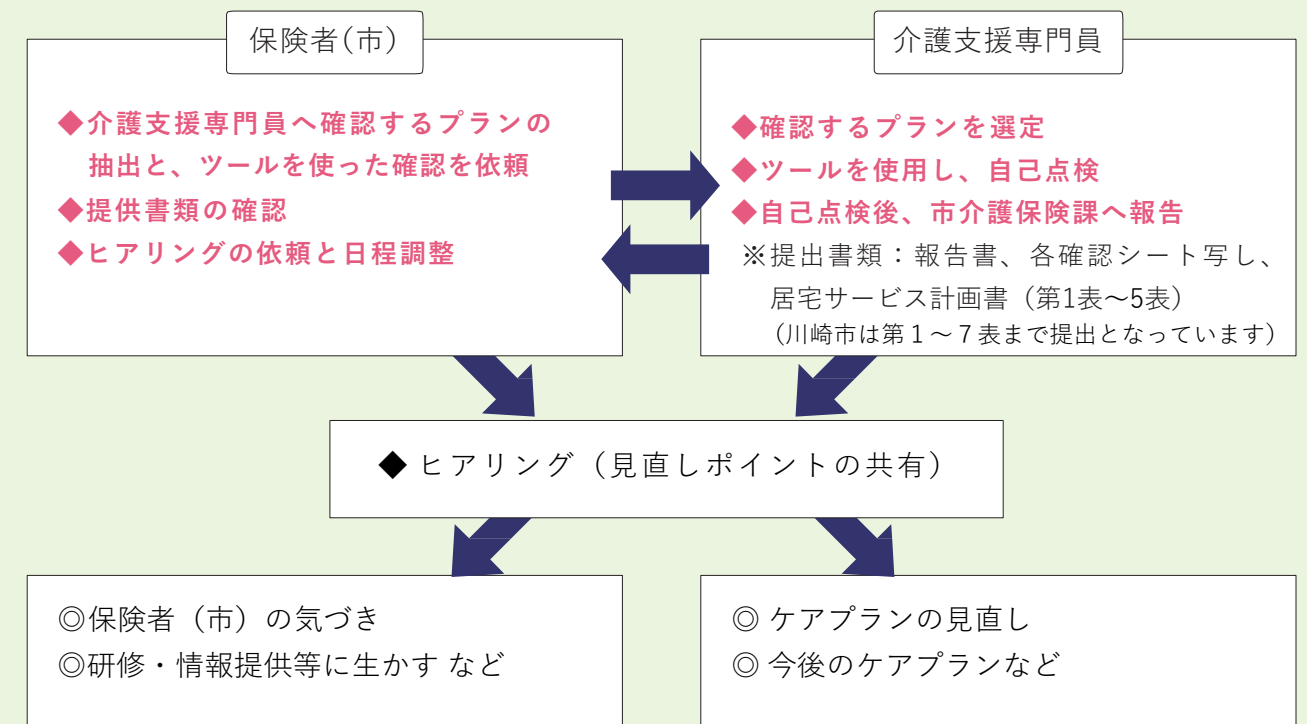
▼気づいた点をふまえ再アセスメント・ケアプラン修正

▼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た「確認ツール(初版・第2版・第3版・第4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(改定版含む)(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。

1. 目的

ケアプラン点検は、ケアマネジメントの質を高めるための取組の一環であるとともに、地域の実情への理解を深め、地域全体のケアマネジメントの質の向上を図るものです。

点検を通して、ケアマネジメントのプロセスを踏まえ利用者の「尊厳の保持」「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」を促し「学び」につなげます。「自立に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、「利用者の尊厳」を確保することが重要です。

「適切なケアマネジメント手法」の考え方

本人の尊厳を保持し、将来の生活の予測に基づいた重度化防止や自立支援を実現するためには、多職種連携をより円滑化して各職種の専門性を活かし、本人の状態の維持・改善を目指す個別支援が必要とされています。

また、将来の生活の予測に基づいた支援を組み立てるには、根拠に基づいて整理された知見に基づいた実践が求められますが、支援内容の体系が整理されていないため、属人的な経験知だけに基づく実践となっている場合もあり、ケアマネジメント(インターク～モニタリングまで)のプロセスにおけるアプローチ方法に差異が生じています。

そこで、ケアマネジメントの「差異」の要因と考えられる、個々の介護支援専門員の属人的な認識(知識)を改め「支援内容」の平準化を図るため、令和2年度老人保健健康増進等事業において、「適切なケアマネジメント手法」が作成されました。

「適切なケアマネジメント手法」とは、要介護高齢者本人と家族の生活の継続を支えるために、各職域で培われた知見に基づいて想定される支援を体系化し、その必要性や具体化を検討するためのアセスメントやモニタリングの項目を整理したものであり、介護支援専門員による活用を促進するため、国による周知が行われているところです。

このため、保険者の皆さまにおかれても、ケアプラン点検を実施するに際は、「適切なケアマネジメント手法」の基本的な内容を把握することが望ましいと言えます（ただし、「適切なケアマネジメント手法」がケアマネジメントの全てを網羅しているものではないことには、留意が必要です）。

(ケアプラン点検支援マニュアル 改定版 抜粋)

このように、国の改定後マニュアルでは、書類の形式だけでなく、利用者の思いや将来の生活を見据えた支援になっているかなど、ケアプランの「中身」を大切に見ることが示されています。川崎版確認ツールも、この考え方を踏まえ、ケアプランの内容を振り返りながら、支援の「質」について考えるきっかけとなることを目的に作成しています。

※ 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を出していますので、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) 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（下記）は、保険者姿勢について述べている部分です。

2. ケアプラン点検に当たっての基本姿勢

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

- ①点検に際して事業所側の事務の負担を考慮し、資料などは必要最小限なものとするのが大切です。
- ②ケアプランを形式的に点検するのが目的ではないので、空欄があったからといって直ちにそれが問題となるわけではありません。
- ③点検作業は一方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つた場合、プランの根拠について確認を一緒に行う「振り返りの作業」を実施し、次回からの計画作成に役立つように適切なプラン作成の視点・気づきを促すことが重要です。
- ⑨このマニュアルは、1表、2表、3表、分析表、全部で42問の質問項目があります。これらを全て行うのではなく、必要な項目だけを適宜活用し効率的に行うことが大切です。
- ⑩点検を効率的に実施する為に必ずしも全てのケアプランに関して点検する必要はなく、目的をはっきりさせて行うことが必要です。

(国マニュアル抜粋)

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。

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、作りこまれていますが、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、アセスメントシートと居宅サービス計画（第1～5表）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

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「川崎版確認ツール」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) サービス担当者会議の重要性について

「ケアプラン」が利用者や家族の希望や意向、課題が反映されているか、多職種で方向性を確認・修正し、皆で同意が得られているか確認し、記録に残してください（第4表）。

(6) 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」その先には何かあるのでしょうか。

“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」ことと、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、ありうると考えます。

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。

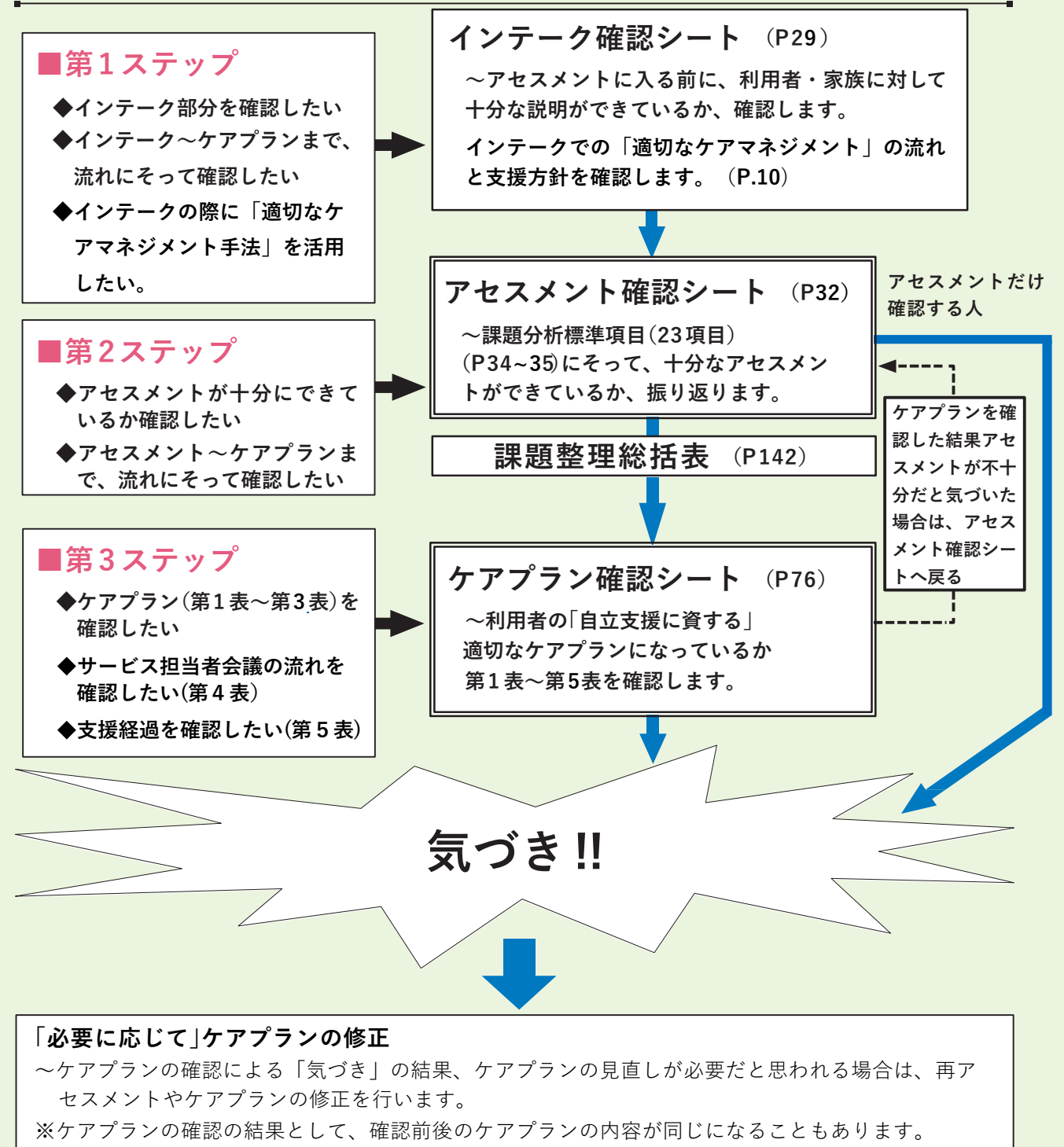
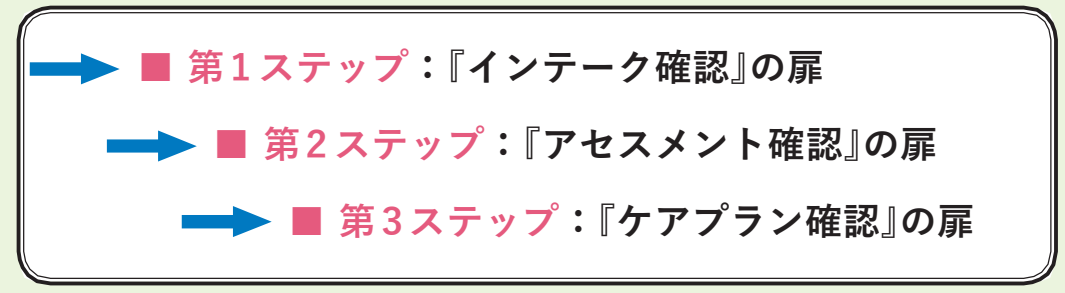
介護支援専門員の皆様には、専門職としての過去のさまざまな経験から、利用者からのある種の訴えに対してはこういったサービスを結びつけるとよい、という経験則が蓄積されています。

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。

[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】



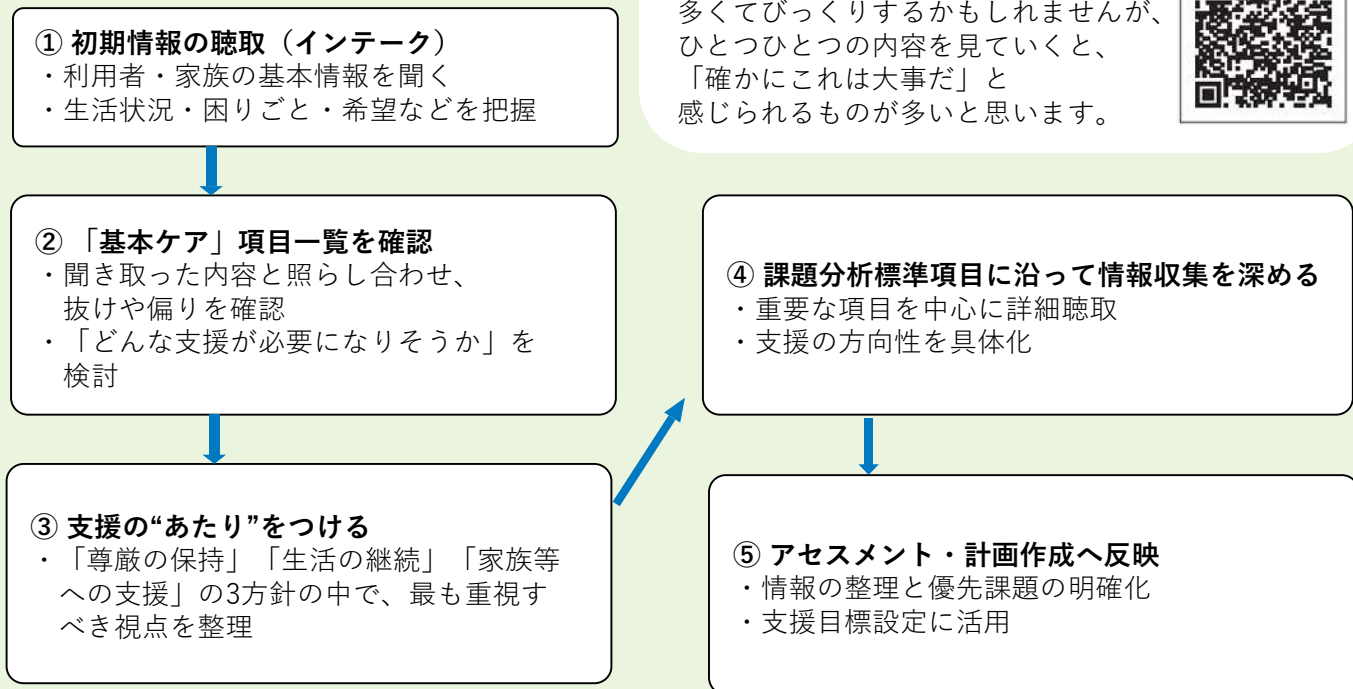
「インテークにおける「適切なケアマネジメント手法」活用の流れ」

1. 目的

インテーク時に「適切なケアマネジメント手法」の**『基本ケア』項目一覧**を活用し、利用者・家族の状況を的確に把握することで、

- ・支援の方向性を早期に見立てる
- ・情報収集の抜け漏れを防ぐ
- ・ケアマネジメントの質を高めることを目的とします。

2. 活用の流れ



以下のQRコードから「適切なケアマネジメント手法」の「基本ケア」項目一覧を見てみましょう。
https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/210414_r2kihoncare.pdf



最初に見たときは分量が多くてびっくりするかもしれませんが、ひとつひとつの内容を見ていくと、「確かにこれは大事だ」と感じられるものが多いと思います。

3. 具体的な活用ポイント

タイミング	活用方法	目的・効果
初回面接の前後	「基本ケア」項目一覧を確認し、聞くべき内容を整理	聴取の焦点を明確にする
面接中（概要を聞く段階）	利用者の話を聞きながら「この辺りを詳しく聞いてみよう」と“あたり”をつける	支援の方向性を早期に見立てる
面接後（記録・整理時）	項目一覧に照らし合わせて抜けや偏りを確認	情報収集の漏れを防ぐ
アセスメント・モニタリング	基本ケア・疾患別ケアの項目を再確認し、変化点を整理	継続的な視点の維持・再評価

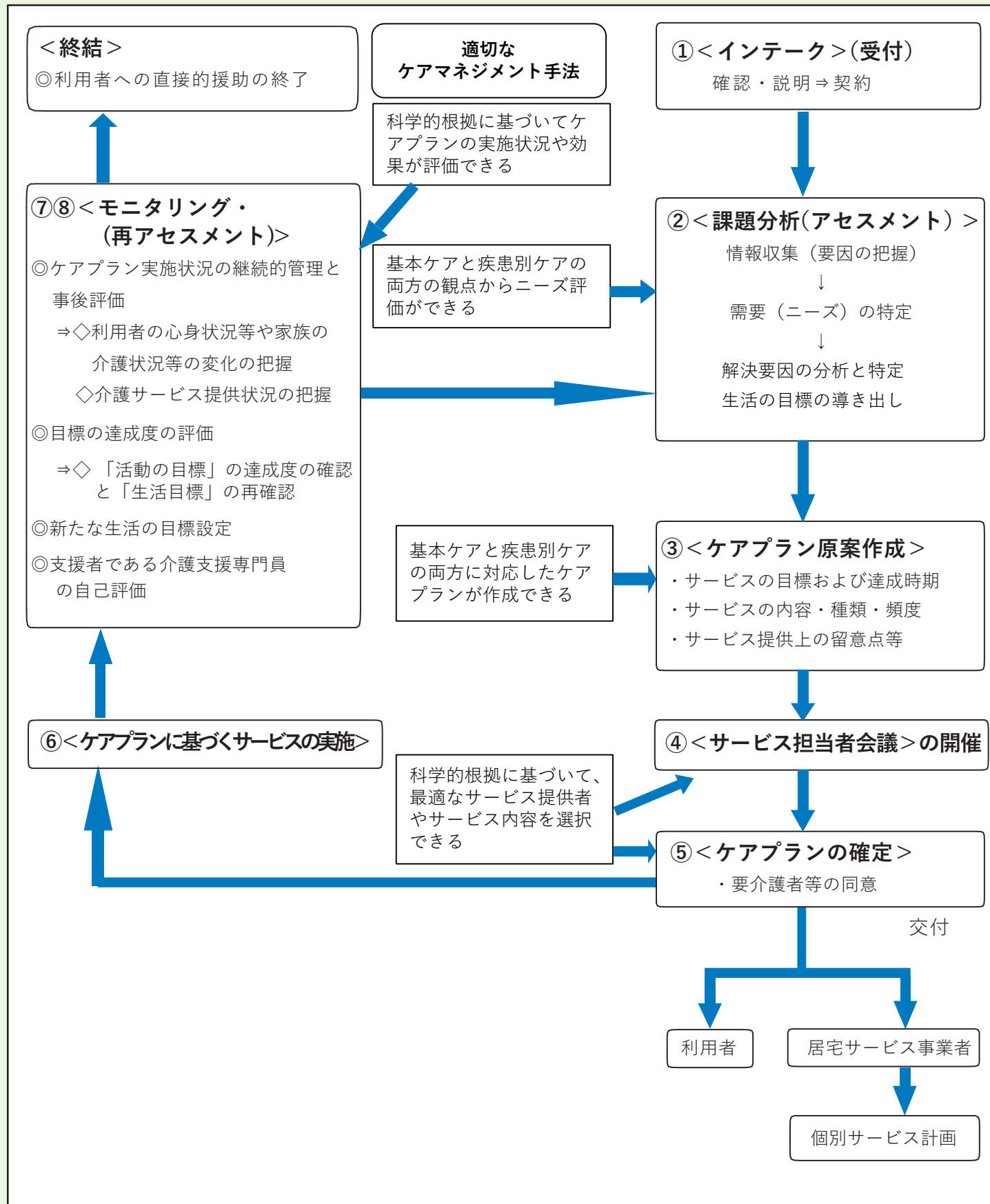
「適切なケアマネジメント手法」は、「基本ケア」と「疾患別ケア」の2階建ての構造です。まず基本ケアを押さえ、その上で必要に応じて疾患別ケアを組み合わせ活用しましょう。疾患別ケアはあくまで補助的な視点であり、ケアの全てではありません。医療との連携が必要な場面も多いため、介護支援専門員は情報収集を行い、関係職種と連携しながら適切なケアをつなぐ役割を担います。
 ※疾患別ケアは、脳血管疾患、認知症、大腿骨頸部骨折、心疾患、誤嚥性肺炎の予防の5疾患について示されています。(P.12 「適切なケアマネジメント手法」手引きその3 参照)

「適切なケアマネジメント手法」における「基本ケア」項目一覧（参考）

※以下は一部抜粋です。全体像については、原本をダウンロードのうえご参照ください。

基本方針	大項目	中項目	想定される支援内容	
I. 尊厳を重視した意思決定の支援	I-1. 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	I-1-1. 疾病や心身状態の理解	1. 疾患管理の理解の支援 2. 併存疾患の把握の支援 3. 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保 4. 転倒・骨折のリスクや経緯の確認	
		I-1-2. 現在の生活の全体像の把握	5. 望む生活・暮らしの意向の把握 6. 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援 7. 食事及び栄養の状態の確認 8. 水分摂取状況の把握の支援 9. コミュニケーション状況の把握の支援 10. 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援	
		I-1-3. 目指す生活を踏まえたリスクの予測	11. 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測 12. 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測 13. 感染症の早期発見と治療	
		I-1-4. 緊急時の対応のための備え	14. 緊急時の対応	
	I-2. 意思決定過程の支援	I-2-1. 本人の意思を捉える支援	15. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	
		I-2-2. 意思の表明の支援と尊重	16. 日常生活における意向の尊重 17. 意思決定支援の必要性の理解	
		I-2-3. 意思決定支援体制の整備	18. 意思決定支援体制の整備	
		I-2-4. 将来の生活の見通しを立てることの支援	19. 将来の生活の見通しを立てることの支援	
	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 24. 継続的な服薬管理の支援
			II-1-3. 継続的な自己管理の支援	25. 体調把握と変化を伝えることの支援 26. フレイルを予防するための活動機会の維持
			II-1-4. 心身機能の維持・向上の支援	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
		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
			II-2-2. 食事の支援	31. 口から食事を摂り続けることの支援 32. フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援
			II-2-3. 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援	33. 清潔を保つ支援 34. 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援
II-3. 家事・コミュニティ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	
		II-3-2. コミュニケーションの支援	36. 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	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	
		II-3-4. コミュニティでの役割を整えること	38. 持っている機能を発揮しやすい環境の整備 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	
III. 家族等への支援		III-1. 家族等への支援	III-1-1. 支援を必要とする家族等への対応	40. 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備 41. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援
			III-1-2. 家族等の理解者を増やす支援	42. 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援
		III-2. ケアに参画するひとへの支援	III-2-1. 本人をとりまく支援体制の整備	43. 本人を取り巻く支援体制の整備
	III-2-2. 同意してケアに参画するひとへの支援		44. 同意してケアに参画するひとへの支援	

ケアマネジメントのプロセス概念



一部引用：八訂 介護支援専門員実務研修テキスト
 発行：一般財団法人 長寿社会開発センター 令和6年3月
 (編集：介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会 中央法規出版)

※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 <small>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</small>	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。	【最初に次のことを確認しましょう】 <input type="checkbox"/> 相談者・相談方法・相談の経緯 <input type="checkbox"/> 受付日時・受付対応者・受付方法等 <input type="checkbox"/> 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	P36-イ P36-イ P36-イ
	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。	【信頼関係を築くために次のことに気をつけましょう】 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 利用者・家族の話を傾聴し、受容的態度で接している。 <input type="checkbox"/> 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。	P30-ア P30-イ P72-ヌ
	○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。	【利用者の被保険者情報等を確認しましょう】 <input type="checkbox"/> 最新の介護保険被保険者証・負担割合証を確認している。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	P38-エ P30-ウ P38-エ P38-エ
		【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】 <input type="checkbox"/> 目的について <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の「機能」と「役割」について <input type="checkbox"/> ケアマネジメントの目的、構成要素、プロセスについて <input type="checkbox"/> (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	P30-ウ P30-ウ P30-ウ P30-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 <small>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</small>	関連項目掲載ページ
1. 相談受付 (インターク)	<p>(初回訪問・契約締結続き)</p> <p>○利用者・家族に契約の意向確認、契約を行います。</p> <p>* 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。</p> <p>* 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。</p> <p>* 苦情相談窓口についての説明もを行います。</p> <p>* 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。</p> <p>* 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。</p> <p>* 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。)</p>	<p>【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】</p> <p><input type="checkbox"/> 運営規程の概要について</p> <p><input type="checkbox"/> 勤務体制について</p> <p><input type="checkbox"/> 個人情報の管理について</p> <p><input type="checkbox"/> 事故発生の防止策および事故発生時の対応方法</p> <p><input type="checkbox"/> 苦情処理の体制について</p> <p><input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項</p> <p>※最新の情報を適宜確認ください。 川崎市 令和6年度 運営状況点検書 https://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000172103.html</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p>	<p>P30-オ</p> <p>P30-オ</p> <p>P30-オ</p> <p>P30-オ</p> <p>P30-オ</p> <p>P30-オ</p> <p>P86-エ</p>

※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 <small>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</small>	関連項目掲載ページ
2. 課題分析 (アセスメント)	<p>情報収集</p> <p>○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。</p> <p>* 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。</p> <p>* 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。</p> <p>* 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。</p> <p>* 利用者本人・家族それぞれから聞き取りましょう。</p> <p>★情報収集の段階では、「適切なケアマネジメント手法」の基本ケア項目一覧を活用し、アセスメントの方向性や課題の見通し(=あたり)をつけましょう。</p> <p>※ここでいう「あたり」とは、適切なケアマネジメント手法に基づいて、今後さらに収集すべき情報や、ケアプラン作成につなげるための視点を整理・確認することを指します。</p> <p>★「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。</p>	<p>【初回面接前にもう一度確認しましょう】</p> <p><input type="checkbox"/> 相談者、相談方法、相談の経緯について明確にしている。</p> <p><input type="checkbox"/> 「課題分析標準項目」の内容について理解・整理できている。</p> <p>【次のことに配慮しながら情報収集しましょう】</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護支援専門員として個人的な価値観を持ち込まない。</p> <p><input type="checkbox"/> 主観的事実と客観的事実の両方を押さえる。</p> <p><input type="checkbox"/> 「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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p>【利用者・家族の主訴について次のことを確認しましょう】</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 主訴の背景になっている家族の介護に対する思い(関わられる度合い、負担感なども含む)</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p>【適切なケアマネジメント手法に基づく情報整理と方向性の確認】</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者・家族から聞き取った概要を整理し、「あたり」をつけて把握する(P10参照)</p> <p>【課題分析標準項目に沿って情報収集しましょう】</p> <p>⇒ 詳細はケアプラン確認マニュアル P32～P75「アセスメント確認シート」</p>	<p>P36-イ</p> <p>P36-ア</p> <p>P34(一覧)～P75</p> <p>P72-ネ</p> <p>P36-ア</p> <p>P72-ネ</p> <p>P72-ネ</p> <p>P38-ウ</p> <p>P36-ア</p> <p>P40-キ</p> <p>P40-キ</p> <p>P66-ト</p> <p>P78-ウ</p> <p>P40-キ</p>

※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 <small>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</small>	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)	【次のことについても情報収集しましょう】 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 地域や友人等のインフォーマル資源の関わり	P38-ウ P62-ツ
	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』	<input type="checkbox"/> 利用者や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。 <input type="checkbox"/> 電子申請が可能な場合もありますので確認してみましょう。	P78-ウ P44-コ P40-カ
	○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。	【医療情報を収集しましょう】 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 主治医意見書や認定調査票の記載内容	

※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 <small>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</small>	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。	【確認した情報を基に次のことを分析しましょう】 <input type="checkbox"/> 利用者のこれまでの暮らし <input type="checkbox"/> 利用者の現状への認識 <input type="checkbox"/> 利用者の望む暮らし <input type="checkbox"/> 利用者の能力(可能性) <input type="checkbox"/> 家族の介護力 <input type="checkbox"/> 疾患が及ぼすリスクや将来の予測(予後予測)	P72-ヌ P72-ヌ P72-ヌ P72-ネ P64-テ P66-ト P44-コ
	○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」P131～P142	【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】 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	P46-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 <small>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</small>	関連項目掲載ページ
3.ケアプラン原案作成	<p>ケアプラン原案作成</p> <p>○『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。</p> <p>※『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。</p> <p>○「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」P 131～P 142</p> <p>○原案作成の段階では、「適切なケアマネジメント手法」の基本ケア項目一覧を活用し、アセスメントの方向性や課題の見通し(=あたり)をつけましょう。</p> <p>*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。</p>	<p><input type="checkbox"/>利用者が理解できるわかりやすい表現で書きましょう。</p> <p>第1表</p> <p>【「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」欄は、次のことに気をつけながら記載しましょう】</p> <p><input type="checkbox"/>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。</p> <p><input type="checkbox"/>できるだけ利用者や家族が発した言葉をそのまま書く。</p> <p><input type="checkbox"/>利用者と家族の言葉や意向が異なる場合は区別して書く。</p> <p><input type="checkbox"/>主訴・相談内容や能力・生活環境を踏まえ、自立支援に向けた課題を整理・明確にする。</p> <p><input type="checkbox"/>「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記載し、なければ「なし」と記載しましょう。</p> <p>【「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】</p> <p><input type="checkbox"/>利用者及び家族を含むケアチームが目指すべき方針案</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>緊急時の対応機関や連絡先、対応方法等</p> <p><input type="checkbox"/>「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。</p> <p>第2表</p> <p>【「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】</p> <p><input type="checkbox"/>それぞれの課題(ニーズ)が導き出された原因や背景</p> <p><input type="checkbox"/>利用者がニーズを自覚していることはそのまま記載</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>ニーズは優先順位の高いものから記載</p>	<p>P86-ウ</p> <p>P90-キ</p> <p>P78-イ</p> <p>P78-ウ</p> <p>P78-ウ</p> <p>P78-ア</p> <p>P80-オ</p> <p>P80-オ</p> <p>P80-オ</p> <p>P80-オ</p> <p>P80-カ</p> <p>P84-ア</p> <p>P86-ウ</p> <p>P86-ウ</p> <p>P86-ウ</p> <p>P84-イ</p>

※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 <small>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</small>	関連項目掲載ページ
3.ケアプラン原案作成	<p>(ケアプラン原案作成続き)</p> <p>○「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」P131～P142</p> <p>○「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。</p>	<p>第2表 続き</p> <p>【「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】</p> <p><input type="checkbox"/>利用者及び家族等が具体的に何をするのかをイメージすることができ、取り組む内容がわかる。</p> <p><input type="checkbox"/>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。</p> <p><input type="checkbox"/>達成可能な目標と期間</p> <p><input type="checkbox"/>単にサービスを利用することが長期・短期目標になってない。</p> <p><input type="checkbox"/>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。</p> <p>【「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】</p> <p><input type="checkbox"/>現状に関する予後予測とサービス導入後の変化を予測</p> <p><input type="checkbox"/>特定のサービスに偏らない。</p> <p><input type="checkbox"/>利用者の生活リズム</p> <p><input type="checkbox"/>インフォーマルな資源の活用</p> <p>【「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】</p> <p><input type="checkbox"/>短期目標達成に必要な支援内容</p> <p><input type="checkbox"/>家族を含むインフォーマルな支援</p> <p><input type="checkbox"/>利用者自身のセルフケア</p> <p><input type="checkbox"/>主治医等の専門家から示された留意事項等</p> <p>【「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】</p> <p><input type="checkbox"/>短期目標達成を目指した適切な頻度、期間</p> <p>【第2表を作成したらもう一度振返りましょう】</p> <p><input type="checkbox"/>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>	<p>P90-カ</p> <p>P90-カ</p> <p>P88-オ</p> <p>P88-オ</p> <p>P90-カ</p> <p>P72-ネ</p> <p>P92-ケ</p> <p>P92-ク</p> <p>P92-ケ</p> <p>P98-ウ</p> <p>P90-キ</p> <p>P90-キ</p> <p>P90-キ</p> <p>P90-キ</p> <p>P92-ケ</p> <p>P86-ウ</p>

※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 <small>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</small>	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)	<p>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】 <input type="checkbox"/>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 <input type="checkbox"/>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</p> <p>【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】 <input type="checkbox"/>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) <input type="checkbox"/>家族の支援等 <input type="checkbox"/>利用者のセルフケア</p> <p>【「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】 <input type="checkbox"/>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 <input type="checkbox"/>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</p> <p>【第3表を作成したらもう一度振り返りましょう】 <input type="checkbox"/>夜間・土日などの支援体制もきちんと考えられている。 <input type="checkbox"/>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。</p> <p>【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】 <input type="checkbox"/>総合的な援助の方針を振り返る。 <input type="checkbox"/>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。</p>	<p>P96-イ P54-セ</p> <p>P96-ア P96-イ P54-セ</p> <p>P96-ア</p> <p>P96-ア P96-ア P54-セ</p> <p>P98-エ P98-エ</p> <p>P98-ウ</p> <p>P96-ア</p> <p>P80-オ</p>

※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 <small>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</small>	関連項目掲載ページ
3.ケアプラン原案作成	<p>原案についての話し合い <input type="checkbox"/>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。) <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>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。</p>	<p>【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】 <input type="checkbox"/>まずは、居宅サービス計画書(1)(2)、週間サービス計画書の意義と役割について説明 <input type="checkbox"/>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えるように説明 <input type="checkbox"/>利用者の自己選択・自己決定を尊重 <input type="checkbox"/>利用者自身も期間設定に参加</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>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。</p>	<p>P80-エ</p> <p>P72-ヌ P88-オ P90-カ</p> <p>P92-ク</p> <p>P78-ウ</p>

※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 <small>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</small>	関連項目掲載ページ
4. サービス担当者会議の開催	<p>サービス担当者会議開催の準備</p> <p>○会議の日程を調整します。</p> <p><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』</p> <p>○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」P131～P142</p> <p>サービス担当者会議の開催</p> <p>○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踏まえた課題分析の結果」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。</p> <p>サービス担当者会議後の作業</p> <p>○「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。</p>	<p>【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】</p> <p>□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。</p> <p>□レジュメや「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。 □利用者の状況に応じ、ICT活用の方法も検討しましょう。</p> <p>【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】</p> <p>□利用者・家族、関係者(参加できない事業者等)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者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」欄に記載する。</p> <p>【担当者会議の後の整理をしましょう】</p> <p>□会議記録を補完し、必要に応じて振り返りや見直しができるようにする。</p>	<p>P30-ウ</p> <p>P52-ス</p> <p>P80-オ P102-ア・イ</p> <p>P80-オ P102-ウ</p>
	5. ケアプランの確定	<p>ケアプランを利用者・家族に説明し、同意を得ます。</p> <p>○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、確認の署名または意思確認の記録等の後、1部を渡し、1部は事業所に保管します。</p> <p>ケアプラン確定後の作業</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>	<p>□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。</p> <p>□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。</p>
6. サービス利用開始 (モニタリングの開始)	<p>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)</p> <p>○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。</p>	<p>□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。</p> <p>□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。</p>	<p>P92-ケ P106-ア</p> <p>P84-イ P106-イ</p>

※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 <small>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</small>	関連項目掲載ページ
5. ケアプランの確定	<p>ケアプランを利用者・家族に説明し、同意を得ます。</p> <p>○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、確認の署名または意思確認の記録等の後、1部を渡し、1部は事業所に保管します。</p> <p>ケアプラン確定後の作業</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>	<p>□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。</p> <p>□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。</p>	<p>P90-カ</p>
6. サービス利用開始 (モニタリングの開始)	<p>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)</p> <p>○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。</p>	<p>□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。</p> <p>□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。</p>	<p>P92-ケ P106-ア</p> <p>P84-イ P106-イ</p>


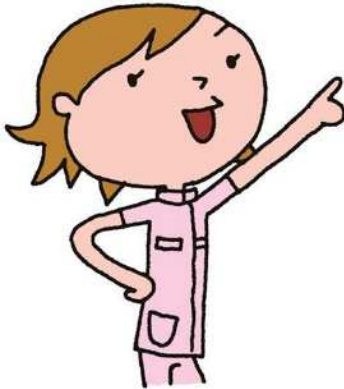
※業務として行ったことは、すべて第5表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

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 <small>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</small>	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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 利用者の状況に応じ、ICT活用の方法も検討しましょう。	P40-カ P106-ア～ウ P52-ス P44-コ～ P74-ノ P78-ア～ P80-カ P90-キ～ P92-ケ P78-ア～ P98-エ
	○次月のサービス利用票、サービス利用票別表を2部作成します。本人・家族に説明、確認し1部を渡します。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 前月分の給付管理及び保険請求 (月初め) ○前月のサービス利用実績を確認します。 ○給付管理票と居宅介護支援給付費明細書を作成し毎月10日までに国保連に提出します。(事業所単位で)		
《給付管理》			

※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 <small>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</small>	関連項目掲載ページ
8. 評価	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」P131～ 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。 再アセスメントへ  場合によっては 終結	<input type="checkbox"/> 「適切なケアマネジメント手法(基本ケア・疾患別ケア)」を参照し、基本ケア項目や疾患特性の視点を踏まえて、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。 ※「基本ケア」を押さえた上で、必要に応じて「疾患別ケア」を組み合わせましょう。疾患別ケアはあくまで補助で、ケアの全てではありません。医療との連携が必要な内容が多いため、介護支援専門員は情報を集め、関係職種と連携しながら適切なケアをつなぐ役割を担いましょう。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。	P78-ア～ P98-エ P10～12
	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。		

[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？	<input type="checkbox"/>	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？	<input type="checkbox"/>	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？	<input type="checkbox"/>	介護保険制度の目的について説明している。
		<input type="checkbox"/>	要介護等認定区分について説明している。
		<input type="checkbox"/>	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。
		<input type="checkbox"/>	介護支援専門員の「機能」と「役割」について説明している。
		<input type="checkbox"/>	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。
		<input type="checkbox"/>	アセスメントの方法について説明している。
		<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議を開く意義について説明している。
		<input type="checkbox"/>	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。
		<input type="checkbox"/>	介護保険の提供サービスについて説明している。
		<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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？	<input type="checkbox"/>	川崎市単独サービスを説明している。
		<input type="checkbox"/>	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）。
		<input type="checkbox"/>	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？	<input type="checkbox"/>	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。
		<input type="checkbox"/>	介護支援専門員の勤務体制について説明している。
		<input type="checkbox"/>	秘密保持（個人情報の管理方法）について説明している。
		<input type="checkbox"/>	苦情への対応方法について説明している。
		<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	虐待の防止のための対応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？	<input type="checkbox"/>	利用者・家族の理解を得ている。
		<input type="checkbox"/>	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。	
解説	○ 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。	
	○ 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。	

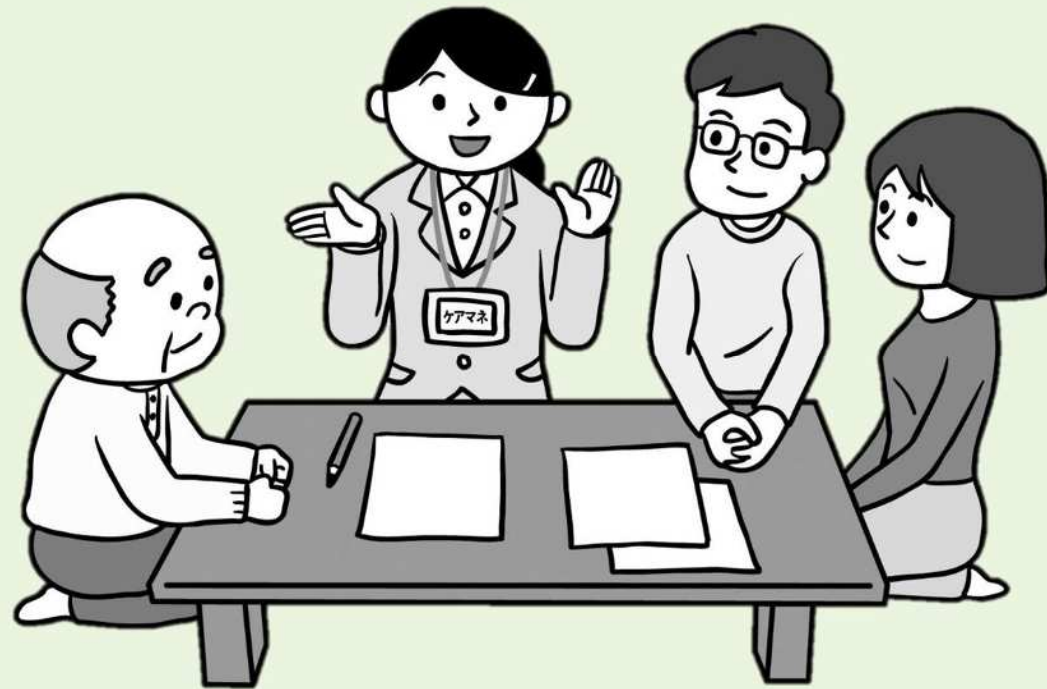
2 アセスメント確認シート

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 利用者の社会保障制度の利用情報」と「17 清潔の保持に関する状況」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。
- ⑤ 【川崎版】では、「適切なケアマネジメント手法（基本ケア）」との関連性を踏まえ、「基本ケア」項目一覧における「想定される支援内容」の中から、関連する項目を示しています。本書の項目一覧(P.11) およびダウンロード版の「基本ケア」項目一覧を照らし合わせてご活用ください。

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？ 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？	<input type="checkbox"/>	利用者の自己選択・自己決定を尊重している。
	<input type="checkbox"/>	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。
	<input type="checkbox"/>	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。
	<input type="checkbox"/>	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、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	P 36
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	P 38
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	P 38
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	P 38
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	P 40
6	日常生活自立度(認知)	「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	P 40
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	P 40
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	P 42
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	P 42

【その他基本事項】

- 尊重・アセスメントの基本…………… P 72
- 情報収集…………… P 74

【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	P 44
11	ADL	ADL（寝返り、起きあがり、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	P 46
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	P 48
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	P 50
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	P 52
15	生活のリズム	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)等)に関する項目	P 54
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	P 56
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	P 58
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	P 60
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、食事量、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、必要な食事の量(栄養、水分量等)、食事制限の有無に関する項目	P 60
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(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	P 62
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	P 64、66
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(危険個所の有無、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	P 68
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	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	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？	<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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？	<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	相談者・相談方法・相談の経緯を明確に記載している。
<input type="checkbox"/>	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ます。			

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、インタビュー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。

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	これまでの生活と現在の状況 ★適ケア「基本ケア」項目一覧に「基本方針」IIとして「これまでの生活の尊重と継続の支援」を掲げています。アセスメントの際の参照項目となります。P11参照	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	ウ	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 利用者本人からの聞き取りができています。 <input type="checkbox"/> 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	エ	<input type="checkbox"/> 利用者の被保険者情報（介護保険）を把握している。（例：要介護認定区分、有効期間、負担割合証、負担限度額認定証の有無など、介護保険に関する基礎的な情報を把握している。） <input type="checkbox"/> 利用者の他法（介護保険法以外）の情報を把握している。（例：障害者手帳、障害福祉サービス、公的年金、生活保護、医療保険制度など、介護保険以外で利用可能な制度や支援の状況を把握している。）
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	オ	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の既往歴や現病歴・服薬状況やADL・IADL等を確認することも大切ですが、利用者が暮らしてきた中で大切にしてきたことや固有の価値観等を知ることが、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」を見出ししていくことが大切であることに留意します。
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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きている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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 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	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？	<input type="checkbox"/>	最新の情報を把握し、記載している。
			<input type="checkbox"/>	認定調査票や主治医意見書等から転記している。
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		<input type="checkbox"/>	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)
7 主訴・意向	★適ケア「基本ケア」項目一覧の「想定される支援内容」のうち、参考にしたほうが良いと思われる項目番号は… 「5.15.16.17.18.19.」P11参照 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	キ <主訴・意向>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？	<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 主治医意見書や認定調査票に記載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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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載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(その理由が何か)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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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、区分支給限度額等）について記載する項目	ク <認定情報> 認定情報の内容を確認しましたか？	<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	認定の有効期間等も配慮した計画書を作成している。
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	ケ <今回のアセスメントの理由> 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？	<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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ないのかを確認します（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
健康状態 ★適ケア「基本ケア」項目一覧の「想定される支援内容」のうち、参考にしたほうが良いと思われる項目番号は… 「1.2.3.7.1 3.20.23.25. 28.30.31」 P11参照	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	<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特に重要だと考えている事は何か? (例:疾患や症状が生活にどのような影響を及ぼしているか、服薬・受診の状況、健康への意識やセルフケアの取り組み、褥瘡の有無や皮膚の状態など)	<input type="checkbox"/>	疾患名や主傷病、既往歴、症状・障害の程度、褥そうの有無や皮膚の状態を把握し、それらが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)に与える影響を理解している。
			<input type="checkbox"/>	身長・体重・BMI・血圧などの基礎的健康データを把握し、日常の体調変化と関連づけて観察している。
			<input type="checkbox"/>	利用者の普段の体調や日内変動、気候や環境の変化による体調変化を把握し、家族や関係職種と情報共有できている。(例:食事量・排泄・睡眠・血圧・疼痛の変化など)
			<input type="checkbox"/>	治療方針や治療内容(往診・通院、リハビリ、服薬、疼痛の管理・生活習慣改善等)を把握し、ケアに反映している。
			<input type="checkbox"/>	かかりつけ医・歯科医・薬局・薬剤師などの受診・服薬支援体制を把握し、受診頻度や同行の有無を含めて支援内容を検討している。
			<input type="checkbox"/>	服薬状況(薬の種類、服薬の実施状況、副作用の有無、服薬管理方法)を把握し、必要に応じて服薬支援を行っている。
			<input type="checkbox"/>	利用者及び家族が健康状態をどのように理解・認識しているか(病気や症状への受け止め方、将来への不安など)を把握している。
			<input type="checkbox"/>	疾患や症状が人間関係(家族、友人等)や社会参加への意欲・機会にどのように影響しているかを把握している。
			<input type="checkbox"/>	健康管理における本人の役割(セルフケア・体調管理など)および家族の支援の役割を整理している。
			<input type="checkbox"/>	疾患や障害が及ぼす将来的なリスクや予後の見通しについて理解に努め、必要に応じて支援方針を検討している。
<input type="checkbox"/>	痛み・苦痛・不快感の緩和、心身機能の維持・向上が、利用者の生活習慣改善・社会参加・人間関係の充実につながるよう、課題化、目標化している。			
<input type="checkbox"/>	利用者の健康に対する意識・理解・自己管理への意欲を把握し、動機づけや支援の方向性を検討している。			

考え方	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。必要に応じて体調変化の記録や情報共有の方法(メモ・連絡帳・ICT等)についても確認します。 ○ 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。疾患や症状がADL・IADLや意欲に与える影響も併せて把握します。 ○ 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。医療機関・薬局・リハ専門職等との連携方針についても整理します。 ○ 利用者及び家族の健康に対する考え方を確認します。病気の受け止め方やセルフケアへの意欲、将来への不安等も把握します。
解説・説明	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。加えて、複数疾患の併存や加齢変化による影響もみられるため、総合的な視点で捉えることが重要です。 ○ 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。また、皮膚の状態や褥そう、誤嚥の有無、栄養状態等も、生活全体への影響を踏まえて確認します。 ○ 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。これらの変化について、利用者や家族がどの程度気づいているかも確認します。 ○ 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。さらに、服薬内容・副作用・服薬管理の状況も医療連携の重要な情報となります。 ○ 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。セルフケアの実行度や家族の協力状況なども併せて確認します。 ○ 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。受容の状況を把握することで、動機づけの方法や支援の方向性を検討する際に役立ちます。

【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 ★適ケア「基本ケア」項目一覧の「想定される支援内容」のうち、参考にしたほうが良いと思われる項目番号は…「4.5.10.12.26.27.33.37~40」P11参照	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	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？	<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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
12 ★適ケア「基本ケア」項目一覧の「想定される支援内容」のうち、参考にしたほうが良いと思われる項目番号は…「4.5.10.12.26.27.33.37~40」P11参照	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	<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？	<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 認知機能や判断能力 ★適ケア「基本ケア」項目一覧の「想定される支援内容」のうち、参考にしたほうが良いと思われる項目番号は…「5.40～42」P11参照	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	<認知機能や判断能力> 物忘れや認知症について何か気になることはありましたか？	<input type="checkbox"/>	物忘れや認知症の程度を把握し、日常生活上で支障となっている事柄について、ADLやIADLの視点も踏まえて把握を行い、整理ができている。 例：移動面：目的地に行き、帰ることができる、目的地は忘れたが何とか帰ってくる事ができる、いったん出てしまうと帰ってくる事ができないなど 調理面：得意な料理は、まだ何とか作ることができる、調味料の順番や量、入れるタイミング等がわからず、味付けは既にできなくなっている、調理の手順すらわからず、台所に立つこともないなど 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
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 単なる物忘れなのか、認知症等から起こっている物忘れなのか、これらを家族やインフォーマルな支援者が整理できているかを確認します。 ○ 「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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ★適ケア「基本ケア」項目一覧の「想定される支援内容」のうち、参考にしたほうが良いと思われる項目番号は…「9.14.25.35.36」P11参照	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	ス ＜コミュニケーションにおける理解と表出の状況＞ 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？	<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	利用者の状態や負担に応じ、対面・電話・PC・スマートフォンなどの多様なコミュニケーション手段を検討し、利用者・家族と一緒に最適な方法を考えている。
			<input type="checkbox"/>	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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 生活リズム ★適ケア「基本ケア」項目一覧の「想定される支援内容」のうち、参考にしたほうが良いと思われる項目番号は…「1.5.6.7.8.12.14.20.21.23.24.26.29.30.31.38.40」P11参照	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)等)に関する項目	セ <生活リズム>利用者の1日の生活リズム(起床・就寝時間や睡眠、食事や入浴などの生活習慣)および1週間の生活リズム(平日と休日の過ごし方の違い)を把握していますか？ また、日中の活動や外出・運動の状況、体調不良時の休息の取り方を確認していますか？	<input type="checkbox"/>	1日の起床・就寝時間や睡眠の質など、日常生活リズムの安定状況を把握している。
			<input type="checkbox"/>	1週間を通じた生活リズム(平日・休日の過ごし方や活動パターン)の特徴を把握している。
			<input type="checkbox"/>	食事・入浴などの基本的な生活習慣と、日中の活動内容や活動量を把握している。
			<input type="checkbox"/>	外出や運動の状況、体調不良時や疲労時の休息の取り方、活動と休息のバランスを把握している。
			<input type="checkbox"/>	生活リズムの乱れが心身の健康や生活全体に与える影響を把握している。
			<input type="checkbox"/>	これらの情報をもとに、支援の必要性や支援計画への反映状況(第3表への反映など)を把握している。

考え方	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護支援専門員のみでなく、利用者および家族が、利用者本人の1日の生活リズムや1週間の過ごし方をどの程度把握しているかを確認します。起床・就寝、食事、入浴、休息、活動のパターンが安定しているかも併せて確認します。 ○ 生活リズムが利用者の心身の状態や生活機能(ADL・IADL)にどのように影響しているか、また望む「暮らし」との関係を含めてアセスメントに活かしているかを確認します。生活リズムの乱れによる意欲低下、睡眠不足、昼夜逆転の影響等にも着目します。 ○ 日中の活動量、外出や運動の状況、体調不良時の休息の取り方などを把握し、ケアプランの中でどのように位置づけ、チームとして支援していくかを整理します。活動と休息のバランスがとれているか、必要な支援の見立てができていないかを確認します。 ○ 利用者および家族の生活リズムに対する考え方(習慣・こだわり・負担感など)を把握し、支援の方向性に反映します。生活リズム改善への意欲や難しさ、家族の協力度合いも併せて確認します。
解説・説明	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生活リズムは、利用者の心身の健康や生活機能に大きく影響します。1日の起床・就寝、食事、入浴、排泄、休息、活動等の流れが安定していることで、体調や生活が整いやすくなります。逆に、睡眠の質の低下や昼夜逆転、活動量の不足は、疲労感や意欲低下、認知機能の変動などにつながる可能性があります。 ○ 利用者の1日の生活リズムを把握する際には、時間帯ごとの行動だけでなく、体調の変動や家族の関わり方、サービス利用の有無なども含めて確認します。食事量の変化、入浴頻度、日中の過ごし方(座位時間・昼寝の長さ等)も重要な情報です。 ○ 1週間を通じた生活パターンは、平日と休日の過ごし方の違い、家族の在宅状況、サービス利用日などに影響されます。特定の曜日に疲労が出やすい、活動量が減る、外出機会が少ないなどの特徴もアセスメントに役立ちます。 ○ 外出や運動、社会参加などの活動状況は、身体機能・認知機能の維持と深く関係します。活動量が少ない場合は、散歩やデイサービスでの運動など、無理のない範囲で活動機会を支援することが重要です。体調不良時の休息の取り方(横になる時間、休息の質、回復に要する時間など)も生活リズムの把握において重要です。 ○ 生活リズムの乱れが生じている場合、その背景(体調、環境、家族の関わり、心理状況、認知機能等)を把握し、必要に応じて多職種と連携して改善策を検討します。医師・看護師・リハビリ職・訪問介護等との情報共有により、生活リズムを整える支援がより効果的になります。 ○ 利用者それぞれの生活習慣やベース、こだわりを理解した上で、無理のない範囲で望ましいリズムを維持できるよう支援します。習慣の変更に抵抗がある場合は、本人の意向を尊重しつつ、小さな変化から取り組むなどの工夫も必要です。 ○ 生活リズムに対する本人・家族の理解度や受け止め方は、改善への意欲や実際の取り組みに影響します。アセスメントの段階で、負担感や不安、支援に対する期待などを丁寧に把握することが、個別性の高いケアプランにつながります。

【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
16 ★適ケア「基本ケア」項目一覧の「想定される支援内容」のうち、参考にしたほうが良いと思われる項目番号は… 「8.20.21.22.25.29.32.33.34」 P11参照	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	<排泄の状況> 利用者の排泄に関しての意向や困っているところは何か？ またその原因や背景を把握していますか？	<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	尿漏れや失禁の頻度や、こういった場面で起こるかなどについて把握している。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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える等の環境整備等を含む)
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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のか」、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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。
解説・説明	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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必要があります。 ○ 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 清潔の保持に関する状況 ★適ケア「基本ケア」項目一覧の「想定される支援内容」のうち、参考にしたほうが良いと思われる項目番号は…「3.11.22.2 8.33.37」P11参照	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	＜清潔の保持に関する状況＞ 利用者の日常的な入浴や整容の状況を把握していますか？ また、皮膚や爪の状態（清潔状況や異常の有無）を確認していますか？ さらに、寝具や衣類の清潔状況や交換頻度についても把握していますか？	<input type="checkbox"/>	入浴や整容の頻度・方法、日常的な清潔保持状況を把握している。
			<input type="checkbox"/>	皮膚や爪の清潔状況、汚れの有無、交換頻度を把握している。
			<input type="checkbox"/>	皮膚の状態、異常の有無を確認している（傷、湿疹、あざ等）。
			<input type="checkbox"/>	寝具や衣類の清潔状況、汚れの有無、交換頻度を把握している。
			<input type="checkbox"/>	清潔保持の状態が健康や生活全般に与える影響を把握している。
			<input type="checkbox"/>	これらの情報をもとに、必要な支援内容や支援計画への反映状況を把握している。

考え方	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護支援専門員のみでなく、利用者および家族が、入浴・整容などの日常的な清潔保持の状況をどの程度把握できているかを確認します。清潔保持に関する介助の必要性や、本人の実行力（自立度）についても確認します。 ○ 皮膚や爪の状態（清潔状況・異常の有無）が健康や生活全般にどのような影響を与えているかを理解し、アセスメントに活かしているかを確認します。皮膚トラブルや感染リスク、爪の変形が歩行や疼痛に影響していないかなども確認します。 ○ 寝具や衣類の清潔状況・交換頻度が適切に保たれているかを把握し、ケアプランにどのように位置づけ、チームケアとして支援していくかを整理します。衛生管理が困難な場合に、家族支援やサービス導入が検討されているかも確認します。 ○ 利用者および家族が清潔保持に対してどのような考え方や習慣を持っているか、その理解や負担感を把握し、支援の方向性に反映します。清潔行為に対する抵抗感や羞恥心、認知症による拒否などの背景も確認します。
解説・説明	<ul style="list-style-type: none"> ○ 清潔保持は、身体的健康だけでなく、生活の質や社会生活にも大きく影響します。入浴や整容、衣類や寝具の清潔が保たれていることで、皮膚の健康維持や感染症の予防、快適な生活にもつながります。清潔保持の不足は、皮膚炎・褥瘡・感染症・悪臭・社会的孤立などのリスクを高めるため、早期発見が重要です。 ○ 入浴や整容の状況を把握する際には、頻度だけでなく、方法（自立・部分介助・全介助）、拒否の有無、時間帯の傾向なども含めて確認します。認知症による入浴拒否や不安、抑うつによる意欲低下など、背景要因にも着目します。 ○ 皮膚や爪の状態は、清潔保持の状況だけでなく、栄養状態、循環状態、活動量などの指標にもなります。爪の伸びすぎや肥厚、足の皮膚トラブルは転倒リスクにもつながるため、早期に把握し対応することが必要です。 ○ 寝具や衣類の汚れ、交換頻度の把握は、生活環境の整い具合や家族の支援状況を見立てる際にも重要です。洗濯や交換が難しい場合には、訪問介護や家事援助サービスの導入検討も必要となります。 ○ 清潔保持の状態が乱れる背景には、身体機能の低下、痛み、疲労、認知症、精神的要因、環境の不備などさまざまな要素があります。医療職（看護師・皮膚科医・フットケア専門職等）との連携により、皮膚管理や爪切り支援を計画することも効果的です。 ○ 利用者の生活習慣や価値観を尊重しつつ、安全で衛生的に暮らせるよう、清潔保持に関する課題をアセスメントし、個別性の高いケアプランにつなげます。本人の負担感や家族の協力度、羞恥心への配慮などを踏まえ、無理のない支援方法を検討することが求められます。

【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
18	口腔内の状況		<input type="checkbox"/>	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、ぱさつくものが食べられない・嚥下障害があり、刻み食や流動食・経管栄養等にて食事を摂取している・糖尿病や腎臓病等にて制限食を食べているなど)
19	食事摂取の状況 ★適ケア「基本ケア」項目一覧の「想定される支援内容」のうち、参考にしたほうが良いと思われる項目番号は… 「1.3.7.8.1 1.16.20～ 25.29.30.3 1.34.40」 P11参照	<口腔内の状況、食事摂取の状況> 食事や口腔の状況について、何か気になる点はありませんか？	<input type="checkbox"/>	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)
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	日中独居の状態ではどうしているか把握している。

考え方	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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、面倒だと思ふ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 社会との 関わり ★適ケア 「基本ケ ア」項目一 覧の「想定 される支援 内容」のう ち、参考に したほうが 良いと思わ れる項目番 号は… 「5.6.10.14 ～19.29.35 ～44」P11 参照	家族等との関わり (家庭内での役割、 家族等との関わり の状況(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	<社会との関わり > 利用者の友人や 家族、地域の方 とのかかわり方 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 はありますか？	<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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、押し車や杖に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思いから、友人や近隣・地域との関係等を遮断してしまうことがあります。障害受容における過程を把握しながら、徐々に元の交友関係や近隣との関係を再開できるように、家族や友人等の支えを視点におくことも必要です。 ○ 中重度で地域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
21 家族等の状況① ★適ケア「基本ケア」項目一覧の「想定される支援内容」のうち、参考にしたほうが良いと思われる項目番号は…「44」P11参照	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	＜家族等の状況＞ 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？	<input type="checkbox"/>	主たる介護者（夫、妻、息子、娘、親、同居者・施設職員等）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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	必要に応じて、主たる介護者への支援・配慮や専門職との連携（介護相談、福祉サービス紹介等）を検討している。
			<input type="checkbox"/>	特に支援が困難な主たる介護者や、心配な方については、状況を明確に把握し、対応策を考えている。

考え方	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 家族等の状況② ★適ケア「基本ケア」項目一覧の「想定される支援内容」のうち、参考にしたほうが良いと思われる項目番号は…「44」P11参照	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	ト <家族等の状況> 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？	<input type="checkbox"/>	主たる介護者（夫、妻、息子、娘、親、同居者・施設職員等）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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	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。
			<input type="checkbox"/>	「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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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します。
解説・説明	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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況を未然に防ぐ、「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 ★適ケア「基本ケア」項目一覧の「想定される支援内容」のうち、参考にしたほうが良いと思われる項目番号は… 「5.6.10、12.20.23.27.29～35.37.38.39」P11参照	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(危険個所の有無、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	ナ <居住環境>在宅生活を続ける居住環境として、気がかりな点はありませんか？利用者・家族の意向はどうですか？	<input type="checkbox"/>	室内の動線確認 (家具など障害になるもの、活かせるもの)
			<input type="checkbox"/>	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)
			<input type="checkbox"/>	段差の解消 (玄関、階段、敷居等)
			<input type="checkbox"/>	移動能力に応じた工夫 (廊下、階段等)
			<input type="checkbox"/>	安心できる入浴動作の確保 (脱衣室、浴室、浴槽等)
			<input type="checkbox"/>	安定した排泄動作の確保 (トイレ、廊下、手すり等)
			<input type="checkbox"/>	寝室の工夫 (ベッド、空間、閉じこもり、臭い等)
			<input type="checkbox"/>	台所の工夫 (調理、洗い、片付け等)
			<input type="checkbox"/>	買物の工夫 (道路の距離・傾斜・幅等と移動能力の関連)
<input type="checkbox"/>	先々の機能低下まで視野にいれたアセスメントができています。			

考え方	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 要介護度や障害の特性によって、住宅改修や福祉用具の選定に関する視点は異なってきます。居住環境には、家屋内の「居住空間」や家の周囲を含めた「近隣の環境」等も考慮します。屋内では玄関や敷居の段差、トイレ・台所などの空間、ベッドを持ち込む部屋面積、炊事がしやすいキッチンなどが、要介護状態となった本人や高齢の家族にとって使い勝手がよいかどうか、自立した生活や負担の少ない介護に深く関わってきます。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 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	二 ＜その他留意すべき事項・状況＞ 利用者に関連して、虐待の有無、経済的困窮、身寄りの有無、外国籍であること、医療依存度の高さ、看取りの状況など、生活に影響を及ぼす特別な状況を把握していますか？	<input type="checkbox"/>	本人の個性
			<input type="checkbox"/>	家族の事情
			<input type="checkbox"/>	家計の事情・経済的困窮
			<input type="checkbox"/>	近隣との関係
			<input type="checkbox"/>	介護者の事情
			<input type="checkbox"/>	家族の介護力
			<input type="checkbox"/>	認知症（本人・家族）
			<input type="checkbox"/>	精神疾患（本人・家族）
			<input type="checkbox"/>	終末期（病状認識を含む）
			<input type="checkbox"/>	虐待
			<input type="checkbox"/>	介護スタイル・こだわり
			<input type="checkbox"/>	宗教
			<input type="checkbox"/>	身寄りの有無
<input type="checkbox"/>	外国籍・文化的背景			
<input type="checkbox"/>	医療依存度の高さ（医療機器使用や通院頻度など）			

考え方	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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が続いている場合など）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	<ul style="list-style-type: none"> ○ どの状態であっても、本人の個性（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。