

よりよいケアプランをめざして

—ケアプランの作成・変更を考える—

高齢者のみなさんが、住み慣れた地域で生きがいを持ちながら自分らしく暮らし続けるためには、ご自身の持つ能力に応じて自立した生活を送ることができるよう、支援することが大切です。

そこで、ケアプランを作成する専門職である介護支援専門員がよりよいケアプランを立てることができるよう、居宅介護計画書の第1表から第3表の項目ごとに、ケアプラン作成の問題点や、多くの介護支援専門員が迷っている留意点についてまとめました。

施設も在宅もその人のあるべき機能を生かすことで自立を促し、尊厳のある生活を送っていただくことには変わりはありませんので、施設の方は居宅サービス計画費を施設サービス計画書に置き換えてください。

このマニュアルを通して、今後のケアプラン作成の参考にしていただき、地域に元気な高齢者が増えていくことを期待しています。

令和5年9月改定

かほく市役所 健康福祉部長寿介護課・かほく市高齢者支援センター
協力：石川県介護支援専門員協会河北支部・かほく市介護支援専門員協会管理者連絡会

もくじ

第1表

1. 利用者及び家族の生活に対する意向	2
2. 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	2
3. 総合的な援助の方針	2
4. 生活援助中心型の算定理由の項目について	3

第2表

1. 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	4
2. 目標	5
(1)〔長期目標・短期目標〕	
(2)〔「長期目標」及び「短期目標」に付する期間〕	
3. 援助内容	7
(1)〔サービス内容〕	
(2)〔保険給付かどうかの区分〕	10
(3)〔サービス種別〕	
(4)〔頻度〕〔期間〕	
(5)福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のサービスを必要とする理由	11

第3表

1. 〔週間サービス計画表〕
2. 〔主な日常生活上の活動〕
3. 〔週単位以外のサービス〕

その他 13

1. より適切な記載をめざして
2. ケアプランの「軽微な変更」の場合の手続き
3. ケアプランの軽微な変更の内容について（サービス担当者会議）

事例を見て考えてみよう 14

※文中の、「記載要領 厚生労働省通知」と表記されている文章は、関係法令「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）：居宅サービス計画書記載要領」を引用したものです。

第1表

1. 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

(記載要領 厚生労働省通知)

利用者及び家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのか意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。なお、利用者及びその家族の介護に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区分して記載する。

★ここに気をつけましょう

利用者や家族が発した言葉で大事なことはそのまま書くことは大切ですが、最初の主訴や要望をそのまま書けば足りるものではありません。なぜそのような訴えをしているのか、なぜそのサービスを要望しているのかなどについて確認しながら、アセスメントをすすめ、望む生活を聞き出すことが大切です。介護給付等対象サービスだけでなく、保健医療サービスや福祉サービス（介護給付等対象外サービス）の利用も含めて説明し、意向を明確化していきます。

★振り返ってみましょう

【望む生活を十分引き出せていますか？】

利用者や家族が望む自立した生活を目指した計画書を作成するためには、利用者や家族の意見、認定調査票、主治医意見書、主治医、サービス提供事業所等、あらゆる情報の収集が必要です。適切なアセスメント過程を経て、課題（ニーズ）を明確にし、「意向」として具体的に表現してください。

2. 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

(記載要領 厚生労働省通知)

被保険者証を確認し、「認定審査会意見及びサービスの種類の指定」が記載されている場合には、これを転記する。

3. 総合的な援助の方針

(記載要領 厚生労働省通知)

課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、当該居宅サービス計画書を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、利用者及び家族を含むケアチームが確認、検討の上、総合的な援助の方針を記載する。あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応期間やその連絡先、また、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応の方法等について記載することが望ましい。例えば、利用者の状態が急変した場合の連携等や、将来の予測やその際が多職種との連携を含む対応方法について記載する。

★ここに気をつけましょう

総合的な援助の方針は、利用者や家族を含むケアチームが目指す方向性を確認するために記載するもので、介護支援専門員の目指す方針やサービス利用等について記載するだけで足りるものではありません。

★振り返ってみましょう

【ケアチームが、方向性を確認し合える内容になっていますか？】

アセスメントにより抽出された課題（ニーズ）に対応し、最終的に到達すべき方向性や状況を示すことが大切です。計画書の中に安全安心という表現について、利用者や家族にとっての安全安心とは何かを共に考え、方向性を確認し合いましょう。専門的な言葉ではなく解りやすい言葉で表現し、具体的な方法や手段を示します。

緊急時の対応方法や関係機関の連絡先等についてはサービス担当者会議で話合うことにより具体的な支援体制を整えていく必要があります。また、特別な申し合わせ事項（アレルギーの有無、低血糖時の対応等）があれば記載します。

4. 生活援助中心型の算定理由

(記載要領 厚生労働省通知)

介護保険給付対象サービスとして、居宅サービス計画書に生活援助中心型の訪問介護を位置付けることが必要な場合に記載する。「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成12年2月10日厚生省告示第19号)別表の1の注3に規定する「単身の世帯に属する利用者」の場合は「1. 一人暮らし」に、「家族若しくは親族(以下「家族等」という。)と同居している利用者であつて、当該家族等の障害、疾病等の理由により、該当利用者または当該家族等が家事を行うことが困難であるもの」の場合は、「2. 家族等が障害、疾病等」に○を付けます。また、家族等に障害、疾病がない場合であっても、同様にやむをえない事情により、家事が困難な場合等については「3. その他」に○を付し、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。

事情の内容については、例えば、

- ・ 家族が高齢で筋力が低下していて、行うのが難しい家事がある場合
 - ・ 家族が介護疲れで共倒れ等の深刻な問題が起きてしまう恐れがある場合
 - ・ 家族が仕事で不在の時に、行わなくては日常生活に支障がある場合
- などがある。(「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取扱いについて」(平成21年12月25日老振発1224第1号)参照)

★ここに気をつけましょう

「生活援助中心型の算定理由」の該当番号に必ず○を付けましょう。

「1. 一人暮らし」「2. 家族等が障害、疾病等」に該当しないが、同様のやむを得ない事情で家族による家事が困難な場合は「3. その他」による理由を明記します。

平成30年10月1日より、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、訪問介護における生活援助中心型サービスの利用回数が厚生労働大臣の定める基準回数を超える居宅サービス計画について、保険者への届出が必要となります。

(必要に応じて、地域ケア会議等にご参加頂く場合があります)

	訪問介護(生活援助中心型サービス)の回数(1月あたり)				
要介護状態区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基準回数	27回	34回	43回	38回	31回

★振り返ってみましょう

【やむを得ない理由について十分検討できていますか?】

算定理由が、「3. その他」の場合、個々の判断が重要になります。介護支援専門員が計画書に位置づけ、サービス担当者会議でその理由について検討することが大切です。

「3. その他(日中独居)」と記載し、掃除が計画されている場合、日中独居だけでは、やむを得ない理由とはなりません。家族の支援の状況や家族のいない時間帯に行く必要性もアセスメントしていくことが必要です。

算定理由の判断に迷う場合は、保険者に相談し適切な位置づけとなるか確認をとってください。算定理由について記載が難しい事情がある場合は、支援経過記録等にその理由を記載するよう配慮してください。

第2表

1. 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

（記載要領 厚生労働省通知）

利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。

具体的には、利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の中で、解決していかねなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、

- ・ 利用者自身の力で取り組めること
- ・ 家族や地域の協力でできること
- ・ ケアチームが支援することで、できるようになることなどを整理し、具体的な方法や手段をわかりやすく記載する。

目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようになるのか」という目標達成に向けた取り組みの内容やサービスの種別・頻度や期間を設定する。

★ここに気をつけましょう

問題点や困りごとの原因や背景を整理し、その上で「できるようになる」「するようになる」等改善について一緒に考えて行きます。利用者が意欲的に取り組めるようわかりやすい言葉で記載します。利用者が課題（ニーズ）を理解できるように記載する事が大切で、全てが肯定的な記載方法でなくてもかまいません。

★振り返ってみましょう

【再アセスメントの必要はありませんか？】

漠然とした課題（ニーズ）を1項目のみ記載しているものや、利用者や家族の要望を1項目のみ記載し、サービス提供が目的になっていませんか？適切なアセスメントが実施されなかったためと思われます。

アセスメントはケアマネジメントにおいて介護支援専門員が行う重要な専門的作業です。利用者の心身の状態、生活環境、介護力等を的確にかつ総合的に把握し、さらに、利用者や家族が訴える困り事や、自覚していない事も整理し、原因・背景を分析していくことが大切です。

セルフケアや既に家族支援を得ている生活全体についてもアセスメントがなされていることが大切です。介護保険サービスを利用するものばかりでなく、すべての課題（ニーズ）を位置付けます。

= 参照 =

厚生省令第 38 号（平成 11 年 3 月 31 日）「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」第 13 条第 3 号

「介護支援専門員は居宅サービス計画書の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握していかなければならない」

2. 目標

(1) [長期目標・短期目標]

(記載要領 厚生労働省通知)

「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合や、いくつかの課題が解決されて初めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。

「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものである。緊急対応が必要になった場合には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記録する。なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやすい具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

★ここに気をつけましょう

抽象的な言葉ではなく、利用者や家族を含むケアチームの誰もがわかるように具体的な内容を記載していきます。解決が見込まれる目標に設定することが大切です。

★振り返ってみましょう

【利用者がどうなるか、実現可能な目標を設定していますか？】

支援者側のみの視点で目標が設定されていませんか？目標全体が抽象的ではありませんか？

目標は利用者支援の中心となるものです。問題をどのように解決していくかを利用者や家族と共に考え、導きだした課題（ニーズ）に対応した実現可能な目標を立てることが重要です。

= 参照 =

厚生労働省ケアプラン点検支援マニュアル

確認ポイント

<input type="checkbox"/> 解決すべき課題を目指した達成可能な目標設定となっている。
<input type="checkbox"/> 認定の有効期間も考慮しながら、達成可能な目標と期間の設定になっている。
<input type="checkbox"/> 誤った目標設定になっていない。 (例) 支援者側の目標設定、サービス内容を目標に設定等
<input type="checkbox"/> 目標設定が利用者の状態像から見て妥当である。(高すぎる、低すぎる)。
<input type="checkbox"/> 目標にわかりづらさ(抽象的、あいまい)はない。
<input type="checkbox"/> 目標が単なる努力目標になっていない。
<input type="checkbox"/> 単にサービス利用が目標になっていない。

より適切な「目標設定」と記載方法

1) ニーズと長期目標の関係

- ① 第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向」と、アセスメントを基に導き出された「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の関連づけが図られている。
- ② ニーズに対して具体的に達成すべき「結果」としてイメージできる記載が大切である。
- ③ ニーズとかけ離れた目標になっていない。
- ④ モニタリングを通して、利用者の状況変化(加齢や疾患の影響による心身の状態や体調変化や身体機能低下)が出てくる場合は、ニーズや長期目標も変更となることが考えられ修正を随時かける。

2) 長期目標と短期目標の関係

- ① 短期目標が、長期目標を達成するための段階的に計画する具体的な活動(支援)の目標となっている。
- ② 短期目標は、課題ごとに解決の要点を整理し、すぐに始められる「取り組み目標として」的を絞った具体的な記載をする。
- ③ 短期目標のポイントは、利用者及び家族に「実感のわく内容」「まずやってみようと思える内容」等にする事も大切である。
- ④ 介護支援専門員の思い込みや決めつけで、「高い目標」を設定し、結果としてできないことで自己否定や自己喪失に至る場合もある。
- ⑤ 高めの目標は「短期目標」で小分けにして、利用者及び家族に「ささやかな達成感」と「小さな成功体験」を得てもらうことは、生活への意欲を引き出す効果が期待できる。

(2) [「長期目標」及び「短期目標」に付する期間]

(記載要領 厚生労働省通知)

「長期目標」の「期間」は「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を、いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載する。「短期目標」の「期間」は「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期間を記載する。また、原則として開始時期と終了時期を記入することとし、終了時期が特定できない場合等にあつては、開始時期のみ記載する等として取り扱って差し支えないものとする。なお、期間の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

★ここに気をつけましょう

利用者が目標達成のために取り組む期間です。モニタリングを行う目安となるので、ケアチームで協議して期間を決めましょう。

= 参照 =

厚生労働省ケアプラン点検支援マニュアル

より適切な「短期目標期間」設定と見直し手続き

1) 「短期目標期間」の設定

「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記満する。

2) 「短期目標期間」の見直し手続き

設定の短期目標期間より早期に「短期目標」が達成した場合、変化の著しい事例で「短期目標」が変更になる場合などにおいては、随時、短期目標期間の見直しを行う。また、新たな「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」が追加される場合などにおいても、その都度、以前に設定した目標や期間を評価し進めることが望ましい。

3. 援助内容

(1) [サービス内容]

(記載要領 厚生労働省通知)

「短期目標」の達成に必要であつて最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。この際、家族等による援助や必要に応じて保険給付対象外サービスも明記し、また、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及び家族に定着している場合には、これも記載する。なお、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合にあつては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載する必要があるが、その理由を当該欄に記載しても差し支えない。

★ここに気をつけましょう

サービス内容は、適切なアセスメントから導き出された課題（ニーズ）について、利用者や家族を含む関係者が共通認識を持って取組みができるように具体的に記載していきます。

サービス内容は、個別サービス計画書と連動していることから、主要なサービス項目（食事介助、清拭等）を漏れなく記載することが大切であり、本人の自立を支援するようなサービス内容でなければ、目標の達成、課題の解決には繋がりません。そのためには、具体的なサービス項目を記載するとともに、そのサービスが利用者の自立支援にどのように結びついていくのかを理解し、サービス提供事業所（者）と目指す方向性を共有できることが大切です。

★振り返ってみましょう

【利用者の取組が書けているでしょうか？】

「サービス内容」に事業所が行う支援内容を詳しく記載しているものは多かったですですが、本人の取組についても記載します。課題（ニーズ）の解決には利用者本人の取組が重要です。

加算の対象となっているサービス項目（入浴介助・個別リハビリテーション）についても記載し、併せてサービス提供上の配慮についても記載します。

また、サービス提供事業所が作成する個別サービス計画書は居宅サービス計画書で計画された課題（ニーズ）や目標、サービス内容に沿って作成されるため、具体的な内容が必要です。

= 参照 =

厚生労働省ケアプラン点検支援マニュアル

確認ポイント

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 短期目標達成のために必要な「サービス内容」となっている。 |
| <input type="checkbox"/> 家族の支援等を含むインフォーマルな支援についての記載がある。 |
| <input type="checkbox"/> 利用者自身のセルフケアについても記載がある。 |
| <input type="checkbox"/> サービス提供を行う事業所（者）が担う役割等についても、必要に応じた記載がある。 |
| <input type="checkbox"/> 主治医等の専門職から示された留意事項等の記載がある。 |

基準省令・通知での「サービス内容」の記載

「サービス内容」

「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。

この際、できるだけ家族による援助も明記し、また、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。

「頻度」・「期間」

「頻度」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するかを記載する。

「期間」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する。

なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

(2) [保険給付かどうかの区分]

(記載要領 厚生労働省通知)

「サービス内容」中、保険給付対象内サービスについて○印を付す。

(3) [サービス種別]

(記載要領 厚生労働省通知)

「サービス内容」及びその提供方針を適切に実行することができる居宅サービス事業者等を選定し、具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。家族が行う部分についても、誰が行うのかを明記する。

★ここに気をつけましょう

家族による援助やセルフケア、医療や保健福祉サービスや地域住民が行う自発的な活動等（保険給付等以外のサービス）も記載します。

サービス種別は正式なサービス名称と事業所名を記載し、内容と種別に番号を付けるなどの工夫をして関連性がわかるように記載します。

(4) [頻度] [期間]

(記載要領 厚生労働省通知)

「頻度」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するかを記載する。「期間」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する。なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

★ここに気をつけましょう

「頻度」は、短期目標を達成するために必要な回数を設定します。利用者や家族の生活時間や体力等に配慮した頻度を設定します。「期間」は、短期目標の期間と連動し、短期目標の達成に必要な期間設定となっていることが大切です。原則として開始日と終了予定日を記載します。

(5) 福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のサービスを必要とする理由

福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置付ける場合においては、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する。なお、理由については、別の用紙（別葉）に記載しても差し支えない。

第3表

1. [週間サービス計画表]

第2表「居宅サービス計画書（2）」の「援助内容」で記載したサービスを保険給付内外を問わず、記載する。なお、その際、「援助内容」の頻度と合っているか留意する。

★ここに気をつけましょう

週間サービス計画表には、基本的に第2表に掲げられた全てのサービスを記載します。介護保険給付等対象サービス以外のセルフケアや家族介護などについても忘れず記載します。

第3表をとおして、計画書そのものの全体的なバランスを把握することができ、それぞれのサービスと利用者の生活における関連性が見えるものとなります。サービス提供者としても、曜日や時間帯ごとのサービス利用の状況を確認することにより、他のサービスとの役割分担と連携を認識することができ、チームケアを行う上でも効果的です。

2. [主な日常生活上の活動]

(記載要領 厚生労働省通知)

利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載する。例えば、食事については、朝食・昼食・夕食を記載し、その他の例として、入浴、清拭、洗面、口腔清掃、整容、更衣、水分補給、体位変換、家族の来訪や支援など、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見えるように記載する。

なお当該様式については、時間軸、曜日軸の縦横をどちらにとってもかまわない。

★ここに気をつけましょう

「主な日常生活上の活動」の欄には、利用者の平均的な一日の過ごし方をできるだけ具体的に記載します。また、主な介護者の介護の関わりと不在の時間帯についても記載します。

一日の流れを記載し、利用者の生活がイメージできるようにしましょう。利用者の生活のリズムや介護者による支援の内容を記載することで、生活リズムと生活課題の関係が整理されてきます。ケアチームで共有することで、課題解決のきっかけに繋がっていくと考えられます。

3. [週単位以外のサービス]

各月に利用する短期入所等、福祉用具、住宅改修、医療機関等への受診状況や通院状況、その他の外出や「多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス」などを記載する。

★ここに気をつけましょう

利用している福祉用具や各月に利用する短期入所など、週単位以外のサービスを記載します。医療機関への受診、ボランティアの不定期な支援や近所の方々の支援なども記載します。

その他

1. より適切な記載をめざして

(記載例)

◎通所介護

- ・入浴：見守りでの入浴。洗髪・洗身は、届かないところは介助する。
- ・個別機能訓練：日常生活動作における機能訓練を行う。

例えば、起居動作訓練 歩行訓練 着脱動作訓練

★その他の加算（口腔機能向上、栄養改善）についても、ニーズや目標に位置づけている場合は、記載する必要があります。

◎訪問看護

- ・緊急時訪問看護：病状確認・観察、緊急状態を主治医に報告相談、主治医の指示のもと、必要に応じて処置等を行う。
- ・特別管理：主治医の指示のもと、在宅酸素・カテーテル類・人工肛門バック等の管理指導を行う。

★訪問看護に関する加算については、訪問看護師等に確認しておくことが必要です。

2. ケアプランの「軽微な変更」の場合の手続き

① サービス提供者の曜日変更

- ・サービス提供の臨時的・一時的な曜日・日付の変更

② サービス提供の回数変更

- ・同一事業所のサービス提供回数の週1回程度の増減

③ 利用者の住所変更

④ 事業所の名称変更

⑤ 単なる目標設定期間の延長

⑥ 福祉用具で同等の用具に変更する際の単位数のみが異なる

⑦ 目標もサービス内容も変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所変更

⑧ 目標を達成するためのサービス内容が変るだけの場合

⑨ 担当介護支援専門員の変更

3. ケアプランの軽微な変更の内容について（サービス担当者会議）

軽微な変更該当するものであれば「サービス担当者会議の開催は必ずしも実施しなければならないものではない」とされ、サービス担当者会議を開催する必要がある場合でも、ケアプランに関わるすべての事業所を召集する必要はなく、照会等により意見を求めることが想定されます。

事例を見て考えてみよう

事例 1. 利用者及び家族の生活に対する意向

- (1) 住み慣れた家で暮らしたい。家族以外と話をすることがないので、同世代の人と話をしたい。
- (2) 自分でできることはできるだけするので、できないところはヘルパーさんに手伝ってもらいたい。週3回家事を手伝ってもらいたい。
- (3) 一人暮らしなので生活に不安がある。いろいろと相談に乗ってほしい。
- (4) ○月○日に退院の予定です。退院後もリハビリを続けて元気に暮らしたい。
- (5) 仕事が忙しいので、なかなか家に訪問することができない。本人が困っていることを手伝ってほしい。
- (6) できるだけ家で介護したいと思っているが、ちゃんと介護できるか不安に感じている。
- (7) ベッド、車椅子は、便利なので利用したい。通所リハビリも週3回は利用したい。
- (8) 右手でつかまり立ちができるようになったので、これからはトイレで排泄したい。トイレでの排泄介助には不安がある。
- (9) 食事は、食堂で家族と一緒に食べたい。食堂までは自分で歩いていきたいが、転ばないか不安だ。食事の際、むせるので心配している。
- (10) 夜型の生活が続いていて、生活のリズムが崩れていると心配している。生活のリズムを整えて、日課だった自宅付近の散歩ができるようになってほしい。

★事例について考えましょう

- (1) (2) (3) (4) は、申込み時点の最初の主訴や要望をそのまま記載しており、利用者の抱えている課題（ニーズ）が具体的に表現されていません。
- (5) (6) は、家族とした不安や困りごとの訴えがそのまま記載されています。家族が介護できないと思っているところはどこの部分でしょうか。家族ができることはどんなことでしょうか。家族が不安に思っていること困っていることを受け止めた上で、不安の内容を整理し、必要な情報を提供しながら、家族の生活や介護に対する思いを引き出していきます。
- (7) は、利用者や家族が要望した介護保険サービス利用をそのまま記載しています。介護保険サービスだけでなく、保健、福祉のサービスや地域の団体や組織等が行う活動、インフィオーマルなサービスについても説明し、自立した生活に向けた支援について一緒に考えることが必要です。
- (8) は、家族の意向も聞きながら、利用者のできることに目も向けたことで、利用者の取り組む課題（ニーズ）が明確になっています。
- (9) (10) は、利用者や家族の望む自立した生活がより具体的に記載され、また同時に家族の介護に対する不安も記載されています。関係者が課題を認識し、共有しやすい内容です。

事例 2. 総合的な援助の方針

- (1) ○○通所リハビリを週 3 回安全に利用できるようにします。
- (2) ヘルパーさんにできない家事を手伝って貰いながら、家での生活が続けられるように支援していきます。
- (3) 自宅で安心した生活ができるように、相談や情報提供に努めながら、必要に応じたサービスを提供していきます。
- (4) 本人、家族の望むサービスが利用できるように、サービス調整することで、安心して生活できるよう支援していきます。
- (5) 住み慣れた家での生活が安定して続けられるように環境を整えていきます。再発防止のための健康管理やバランスの取れた食事の提供ができるように支援していきます。杖を使っての歩行が安定してできるように、リハビリや住宅改修で支援します。日常生活の場面で意識して積極的に体を動かしましょう。
緊急時の連絡先 主治医○○○ 長男○○○

★事例について考えましょう

- (1) (2) のように利用するサービスについてのみの記載では、ケアチームが共有でき具体的な支援方針が表現できていません。
- (3) (4) は、抽象的で誰にでも当てはまる表現で記載されています。生活全般の解決すべき課題（ニーズ）に対応したケアチームの取組や支援の方法が読み取れません。
- (5) は、利用者や家族を含むケアチームの取組が解りやすい言葉で表現されています。あらかじめ発生する可能性の高い緊急事態が想定される場合の連絡先等について記載されています。

事例 3. 生活援助中心型の算定理由

- (1) 日中独居
- (2) 高齢者二人暮らし
- (3) 高齢者の介護者は腰痛があり掃除機の利用が困難。(屈む姿勢をとることで腰痛が悪化する可能性がある。)
- (4) 日中独居のため昼食の準備が困難 (早朝からの勤務のため、朝食の調理・セッティングはできるが昼食の準備は困難なため)

★事例について考えましょう

- (1) のように「日中独居」だけでは、やむを得ない事情とはなりません。
- (2) のように「高齢者のため」だけでは、やむを得ない事情とはなりません。
- (3) (4) は、家族の支援が困難な理由が具体的に記載されています。関係者が支援の必要性について共通認識しやすい内容となっています。

事例 4. 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

- (1) 独居での生活に不安が大きい。
- (2) 住み慣れた家で安全に生活したい。
- (3) 高齢者夫婦二人暮らしなので、生活に不安がある。
- (4) 家事が困難なため、手伝ってほしい。
- (5) 外出の機会がないので、デイサービスを利用したい。
- (6) 介護負担が大きいので、ショートステイを利用したい。
- (7) 日常生活全体に援助が必要な状態なので、介護負担が大きい。
- (8) 骨折後、腰の痛みが続き歩きにくくなったが、杖をついて家の中を移動できるようになった。これからも一人で移動できる状態を維持したい。
- (9) 足の上がりが悪くなり、一人で浴槽に入れなくなった。リハビリをして、自宅の風呂に一人で入れるようになりたい。

★事例について考えましょう

- (1)～(7)は、抽象的な内容となっています。利用者の身体・心理状態、生活環境や意欲等を情報として収集し、アセスメントをすすめましょう。専門職として働きかけ、その人にとっての「不安となは何か」「安全に生活するとは何か」を明らかにし、具体的に記載する必要があります。
- (4)は、利用者や家族の要望がそのまま記載されています。困難な部分は何でしょうか、その原因や背景、潜在・残存能力も考慮しながら、その解決策を利用者と共に考えましょう。
- (5)(6)は、課題（ニーズ）の中にサービス種別を記載しています。アセスメントから導き出された課題（ニーズ）は何でしょうか。
- (7)は、単に家族が表現した「困りごと」のみを記載しています。家族が表現した「困りごと」の原因や背景を探っていく作業を行い、語られなかった内容や利用者が援助を受けながらどうしたいのかについても聞き取ります。
- (8)(9)は、アセスメントの結果が踏まえられ、利用者にもわかりやすい記載となっています。

事例 5. 目標

- 〔長期目標〕
- (1) 在宅生活の継続
 - (2) 穏やかに夫婦二人暮らしができる。
 - (3) 介護負担軽減
 - (4) 一人でトイレで排泄できる。
 - (5) 食事がきちんと摂れ、糖尿病が悪化しない。
- 〔短期目標〕
- (6) 日中の生活全般の見守り
 - (7) 関係機関との連絡調整をする。
 - (8) 不安なく過ごす。
 - (9) 手すりにつかまり、立ち上がりができるようになる。

★事例について考えましょう

〔長期目標〕

- (1) (2) は、抽象的で曖昧な表現で、誰にでも当てはまる内容です。
 (3) は、利用者がどうなるかではなく、支援者側の視点となっています。目標達成時の利用者の状態像を踏まえた記載をします。
 (4) (5) は、利用者が取り組みやすい具体的な目標を設定しています。

〔短期目標〕

- (6) (7) は、サービス内容を記載しています。利用者の達成目標や取り組み目標を記載します。
 (8) は、抽象的な記載です。短期目標は、長期目標を達成するために、段階的に計画する目標です。
 (9) は、利用者が具体的に何をするのかをイメージしやすい内容です。

事例 6. 「長期目標」及び「短期目標」に付する期間

- (1) 「短期目標」の期間が 2 年間に設定されている。
 (2) 「目標」の期間が過ぎても見直しが行われていない。

★事例について考えましょう

- (1) について、「短期目標」は「長期目標」を達成するために段階的に計画する具体的な取組目標です。それを踏まえた期間を設定して下さい。
 (2) について、目標の期間が終了した場合、モニタリングの結果を基に、目標が妥当かどうかや計画変更の必要性がないかなどの検討をしてください。

事例 7. サービス内容

事例	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
(1)	専門家によるリハビリ実施	○	通所リハビリ	△△通所リハビリ	週 2 回	H 28.1.1 ~ H28.6.30
(2)	掃除	○	訪問介護	○○ヘルパーセンター	週 2 回	H 28.1.1 ~ H28.6.30
(3)	車椅子 特殊寝台・付属品 スロープ	○	福祉用具貸与	○○事業所	毎日	H 28.1.1 ~ H28.6.30
(4)	a 運動療法 (体操に参加、筋力をつける、関節の動きをスムーズに)	○	通所介護 (a)	△デイサービス	週 2 回	H 28.1.1 ~ H28.6.30
	b 4 点杖を利用して室内を歩く (定期点検)	○	福祉用具 (b)	○事業所	毎日	
	c 家の周囲をシルバーカーで歩く d 今できていることは続ける (洗濯物の取り込み、炊飯)		本人 (b c d e)		毎日	
	e 歩行介助 (買い物・散歩同行)		家族 (e)	次女	週 1 回	

★事例について考えましょう

- (1) は、目標を達成するためのリハビリの内容（必要な支援のポイント）や、利用者の取組が記載されていません。
- (2) 「掃除」だけの記載では、どのような援助を行うのか読み取れません。個別に何を行うか、利用者や家族を含むケアチームが共通認識できるよう記載します。利用者の取組も記載しましょう。
- (3) は、品目のみが記載されています。福祉用具の特性と利用者の心身の状況等をふまえ利用時の配慮すべき内容を記載します。
- (4) のように、目標を達成するためにサービス提供事業所が提供する内容や、利用者や家族が取り組む内容を具体的に記載しましょう。

全体を通して

日頃、介護保険事業の運営につきましてご理解、ご協力をいただきお礼申し上げます。

平成29年3月にこのマニュアルを作成しましたが、このマニュアルを通して、自らのケアプランを「振り返る」ことで、ケアプラン作成の際に必要な視点を理解するきっかけとなればと考えております。

介護保険サービスを優先してのケアプランが作成される場合もある中、介護支援専門員の皆様には、十分なアセスメントを行い、課題（ニーズ）から抽出された目標に対して、介護保険サービスを位置づけるケアプランを作成していただくことをお願いします。

そして、ケアプランは利用者自身に対して作成・提示するものですので、本人が理解しにくい専門用語や利用者本人に対して提示すること（利用者本人が目にする）が好ましくないと判断できる場合は、配慮した記載内容にさせていただくようお願いします。

さらに、利用者や家族に課題（ニーズ）解決のための計画書であることを十分に説明し、交付するようお願いします。