

平成 23 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する調査研究

ケアプラン詳細分析結果 報告書

平成 24 年 3 月

株式会社 日本総合研究所

目次

はじめに	1
1. 本検討の目的と基本的な考え方	3
(1) 本検討の目的	3
(2) 検討に当たっての基本的な考え方	3
2. 検討の方法	5
(1) 検討の手順	5
(2) 本検討における評価の範囲	6
(3) 本検討における事例の分類方法	6
3. 評価の視点と項目	9
(1) 評価の視点	9
(2) 評価の項目	10
4. ケアマネジメントの実態と評価結果	17
(1) 総評	17
(2) 利用者の状態像に応じた評価結果	26
(3) 今回実施した評価方法について	36
5. 今後取り組むべき課題	37
(1) ケアプランの作成に関する課題	37
(2) 情報収集とアセスメントに関する課題	39
(3) 個別サービスに関する課題	42
(4) ケアマネジメントの検証方法に関する課題	43
6. 課題解決に向けた提言	45
(1) 研修等によるケアプランの記載方法の定着促進	45
(2) ケアプランの様式の見直し	46
(3) ケアプランの運用方法の見直し	47
(4) 情報収集とアセスメントをより確実にするためのルール化	48
(5) ケアプラン点検の拡充	50
(6) ケアプランと個別サービス計画との連携強化	51
おわりに	53

参考資料1 ケアマネジメント基礎調査結果のポイント.....	55
(1) クラスター分析によって分類した各グループの状態像	55
(2) 各グループのサービス利用実態.....	61
(3) クラスター分析結果 総括表.....	65
参考資料2 居宅サービス計画書の新様式(案)	67
1. 本様式(案)の位置づけ	67
2. 記載要領.....	68
参考資料3 参考プラン(例).....	81
参考資料4 アドバイザー会合メンバー及び検討経緯	135
(1) アドバイザー会合メンバーの構成	135
(2) 検討経緯.....	136

はじめに

ケアマネジメントは介護保険制度の運用の要として重要な機能であり、介護支援専門員は、利用者一人ひとりの生活の状況を踏まえたケアマネジメントの実践において重要な役割を果たしている。今後、地域包括ケアシステムの確立に向けて、その重要性はさらに増していくであろう。

介護保険法施行11年を超え、ケアマネジメントに対する期待が大きくなっている現在、その検証が必要とされている。去る平成22年11月30日付の社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」においても、ケアマネジメントの検証の必要性が指摘されたところである。そこで、平成23年3月に「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査」を実施し、平成23年4月～平成24年2月の間、その結果の分析とケアマネジメントに関わる実務者及び有識者によるケアプランの詳細分析を行った。

介護保険制度におけるケアマネジメントの意義は、利用者の尊厳を守り、在宅で安心して生活を続けられるようにするため、限られた保険財源を有効に活用し、サービスを効果的・効率的に提供することにある。したがって、ケアマネジメントの検証においては、単に給付の適正化という視点で取り組むのではなく、利用者のニーズにあったケアマネジメントがなされているかどうかの検証が基本である。

日常生活の維持に支障がある高齢者とその家族の生活は、介護支援専門員の支援によってより安定した満足度の高いものになっていく。「自立支援型」のケアマネジメントの実現に向け、改めて実態を把握し、実現を阻害する問題点は何かを整理する検証が必要である。

以上の理由から、今回の検証では、個別事例の検討をもとに課題を整理する方法を採った。具体的には、まず基礎調査結果とそこで把握された個別事例を題材に、地域で取り組み始められている、多職種が参加してアセスメントやケアプランの作成を共に行う方法で、ケアマネジメントのあり方について検討を加えた。その上でケアマネジメントのあり方に関する課題を抽出・整理し、その課題解決に向けた提言を整理した。

今回の検証作業を以って介護支援専門員が行うケアマネジメントの全てが検証できたわけではない。しかし、ケアマネジメントの検証の方法やその際に持つべき視点の検討、今後検証を円滑に進める上で必要な課題の整理を一定程度行うことができたと考えられる。ケアマネジメントの実態に基づいて整理されたこれらの課題について、引き続き検討を進めることが必要である。本報告書が、ケアマネジメントの実践水準を高め、介護支援専門員の業務の向上に資することが出来れば幸いである。

1. 本検討の目的と基本的な考え方

(1) 本検討の目的

本検討は、介護支援専門員が担っているケアマネジメントの実態を定性的に分析・評価し、ケアマネジメント業務の向上に向けて今後取り組むべき課題を抽出し、その解決の方向性を見出すことを目的として実施した。

本検討は、統計解析(定量的分析)だけでなく、多職種の視点を踏まえた事例の分析(定性的分析)も併せて行うことにより、課題を明らかにする手法を採った点が特徴である。こうしたケアプランの分析・評価の過程を振り返ることで、今後取り組むことが求められているケアマネジメント業務の検証手法を検討することも、本検討の目的の一つとした。

(2) 検討に当たっての基本的な考え方

広い意味での自立支援に資するケアマネジメントを目指す

介護保険制度の目的は、介護保険法第2条第2項に示されているように「要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行う」ことにある。したがって、介護保険法に基づいて介護支援専門員が行うケアマネジメントも、状態の改善または悪化防止・遅延化を目指すことが求められる。

また、第1条に示されているように、「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」必要なサービスの効果的・効率的な利用を支援することが基本である。そこで本検討では、利用者のADL、IADLの改善可能性が高いかどうかの実態を併せて把握し、その状態像に応じてどのようなサービスが利用されているかを把握した。

その上で、単に要介護度の改善のみを目指すといった狭い意味の自立支援ではなく、利用者一人ひとりが安心して在宅での尊厳ある日常生活を続けられることを目指す広い意味での自立支援を基本とし、ケアマネジメント業務の分析・評価を行った。

利用しているサービスだけでなく利用者・家族等の状況に着目して検証する

ケアマネジメントの意義は、利用者の心身の状況、置かれている環境、利用者本人及び家族の意向等を勘案し適切な計画を立て、その計画に基づくサービス提供が確保されるように調整することにある。したがって、ケアマネジメントの分析・評価を行う基本は、介護支援専門員が把握している利用者・家族等の状況の把握にあると言える。利用しているサービスの内容は、アセスメントに基づき、利用者・家族等の状況を踏まえた次善の策という側面も持ちうる。したがって、サービス内容を以ってケアマネジメントの分析・評価

を行うことは妥当ではない。

しかし、現在の居宅サービス計画書(ケアプラン)だけでは、利用者・家族等の状況に関する情報の記載が少なく、ケアマネジメントの分析・評価を行うために十分な情報を得ることが難しかった。

そこで本検討では、「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査」の調査結果を併用することで、利用者・家族等の状況を重視した分析・評価を行った¹。

介護支援専門員を取り巻く環境も考慮して検討する

介護支援専門員は利用者の自立した日常生活を支援する職種であり、ケアマネジメントには専門職としての専門性が求められる。したがって、ケアマネジメントの分析・評価では、担当した介護支援専門員の業務経験年数や保有している基礎資格等についても勘案することが必要である。

また、マネジメントという言葉に示される通り、介護支援専門員には、利用可能な社会資源や給付限度額を勘案して、利用者・家族にとって優先すべき課題から順にその解決に向けたサービス利用を支援していくことが求められる。したがって、介護支援専門員の業務経験や保有している基礎資格等だけでなく、介護支援専門員が属する事業所の状況や地域にある社会資源の状況等も考慮して、ケアマネジメントの分析・評価を行う必要がある。

そこで本検討では、「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査」の調査結果を活用するとともに、介護支援専門員が属する事業所の状況や地域にある資源の状況等を考慮した分析・評価を行った。

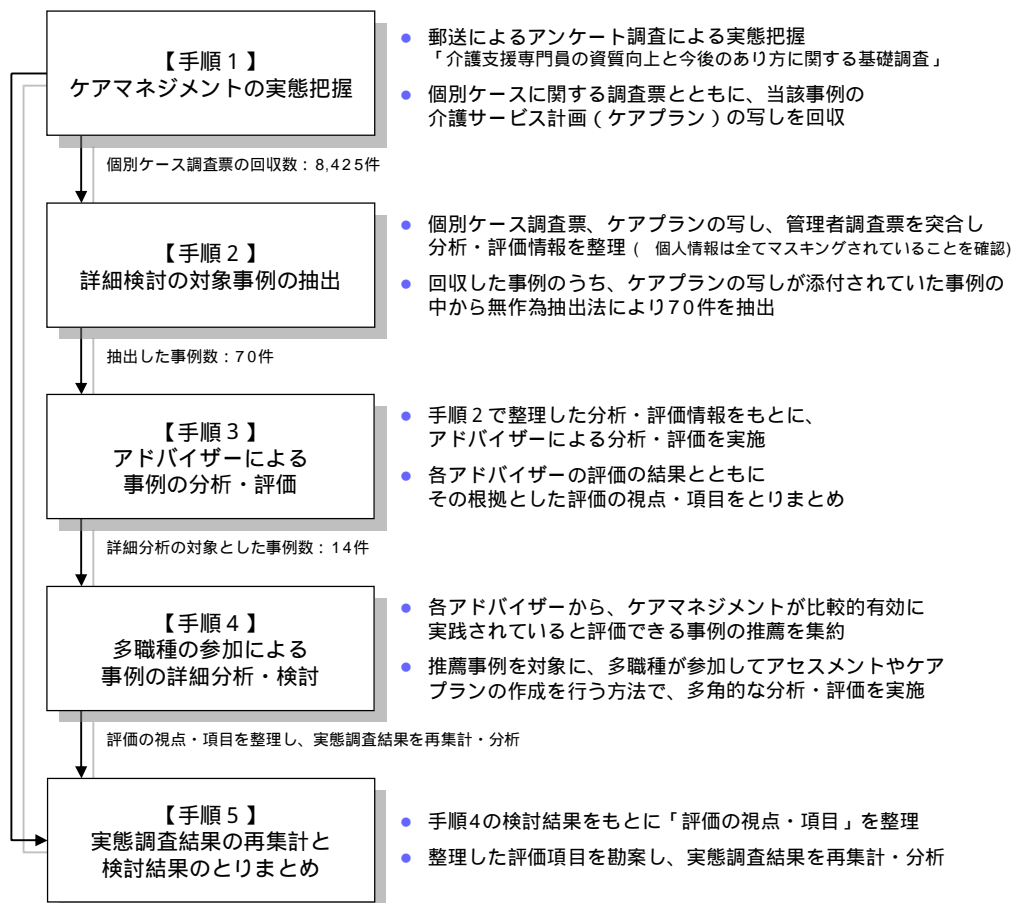
1 「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査」の概要については、次節を参照。

2. 検討の方法

(1) 検討の手順

本検討ではまず基礎調査を行い、現在行われているケアマネジメントの実態の全体像を把握した²。その上で個別事例の詳細な分析も併せて行い、ケアマネジメントの分析・評価に必要な視点を整理するため、以下の手順で検討を進めた³。

図表 1 本検討の手順



なお、手順4で推薦事例を対象に詳細分析を行ったのは、ケアマネジメントの分析・評価を行う際に持つべき視点を整理するねらいがあったためである。つまり、多職種のアドバイザーが「評価できる」とする視点・項目を集約することによって、ケアマネジメントの分析・評価で持つべき視点を抽出した。

なお、本検討では調査票とケアプランの写しを評価情報とし、事例を担当した介護支援専門員本人への聞き取りは行っていない。

² 基礎調査結果をクラスター分析により整理した結果は、参考資料1に掲載の通り。

³ 「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査」の概要及び本検討におけるアドバイザーの構成については、それぞれ参考資料1、参考資料4をご参照いただきたい。

(2) 本検討における評価の範囲

前節で挙げたように、本検討では、「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査」(以下、基礎調査)で回答のあった調査票とケアプランの写しをもとに、ケアマネジメントの分析・評価を行った。

基礎調査の調査票を併用したのは、「1.(2)検討に当たっての基本的な考え方」でも触れたように、介護サービス計画書(ケアプラン)に記載されている情報だけでは、評価情報が不足すると考えたためである。特に、利用者の状態像、家族や介護者等の状況、担当した介護支援専門員の業務経験年数等の状況、地域にある資源の状況等は、調査票の回答内容をもとに分析・評価を行った。ただし、本検討では事例を担当した介護支援専門員への聞き取り調査は行っていない。

したがって、本検討では、調査票に記入された内容(家族等介護者の状況、ADL,IADL の状況、医療の利用状況等)が妥当であるかどうかの評価は対象外とした。また、地域の資源の状況についても、調査票では事業所の管理者の判断を把握しているため、地域にある資源量が十分かどうかの客観的評価は本検討の対象外とした。

本検討の目的は、ケアマネジメントの実態の概要を把握し、今後検討すべき課題を整理することにあることから、このような評価の範囲とした。本検討で評価できなかった範囲については、今後、さらに検討を重ねる必要がある。

(3) 本検討における事例の分類方法

利用者の心身の状況や生活の環境等に応じて、評価すべき視点・項目が異なるため、ケアマネジメントの分析・評価に当たって、検討の対象となる事例を分類することが必要である。特に、基礎調査の結果を統計的に分析する上で事例の分類は必須である。

事例の分類は、まず要介護度を基本とすることが考えられる。しかし、同じ要介護度でも、利用者のADL,IADL を細かく見ると違いが大きく、要介護状態となった主な原因疾患や居住状態によっても、解決すべき生活全般の課題やケアの方向性が異なる。

したがって、本検討では、要介護度に加え、利用者・家族等の状況のうち比較的客観的な情報であって、かつ介護支援専門員が事例を大まかに捉える際の手がかりとなっているADL,IADL、要介護状態となった主な原因疾患、居住形態に着目し、事例を分類した。要介護状態となった主な原因疾患については、大きく「認知症」、「脳卒中」、「廃用症候群」の3つに分けた⁴。

以上の観点を踏まえ、データを統計的に分類する手法の一つであるクラスター分析を用いて、基礎調査の結果を分類・集計した。クラスター分析の結果整理されたグループの概要は次頁の通りである。

⁴ 要介護度の高い事例の詳細分析では、3つの原因疾患に加え、末期がん等の「医療依存度の高い」事例も分けて整理した。

図表 2 クラスタ分析において着目した項目

- 要介護度(要支援 1~2、要介護 1~5)
- ADL(6 項目: 室内移動、屋外移動、食事、入浴、着脱衣、排泄)、IADL(11 項目: 掃除、洗濯、買物、調理、整理、ごみ出し、通院、服薬、金銭管理、電話・PC の利用、社会参加)
ADL,IADL の各項目とも 6 段階(「自立かつ楽にできる」、「自立だが少し難しい」、「一部介助だが改善可能性高い」、「一部介助だが改善可能性低い」、「全介助だが改善可能性高い」、「全介助だが改善可能性低い」)
- 要介護状態となった主な原因疾患(4 分類: 認知症、脳卒中、廃用症候群、その他)
主な原因疾患の回答内容(2 つまでの複数回答)をもとに、以下のように分類。
・認知症: 認知症が挙げられている事例
・脳卒中: 認知症の事例以外で脳卒中が挙げられている事例
・廃用症候群: 認知症、脳卒中の事例以外で、呼吸器の病気、関節の病気、骨折・転倒、
脊髄損傷、高齢による衰弱のいずれか1 つでも選択されている事例
- 居住状態(2 分類: 同居、独居)

注) 上記の情報はいずれも、基礎調査の調査票を通して把握した。基礎調査の調査票は参考資料1をご参照いただきたい。

図表 3 クラスタ分析による分類の結果(概要)

番号	サンプル数 (全体に占める割合)	要介護度	原因疾患	居住状態	
1	N=877 (12.8%)	軽度	主に要支援 1~2	独居が多い	
2	N=554 (8.1%)		主に要介護 1	主に認知症	独居と同居が 半数程度ずつ
3	N=666 (9.7%)		主に要介護 1~2		
4	N=778 (11.4%)			脳卒中あるいは 廃用症候群	同居が大半
5	N=865 (12.6%)			主に廃用症候群	独居と同居が 半数程度ずつ
6	N=1,778 (26.0%)	中度	主に認知症	同居が大半	
7	N=791 (11.6%)		主に廃用症候群	同居が多い	
8	N=1,412 (20.6%)	重度	認知症あるいは 脳卒中	同居が大半	
合計	N=6,841(100.0%)				

注 1) 上記グループごとの状態像やサービス利用実態等の分析結果は参考資料1を参照いただきたい。

注 2) 本検討で実施したクラスタ分析の対象件数と分析条件は以下の通り。

・対象件数: 6,841 件 分類項目にいずれか一つでも無回答であったものを除外して集計した)

・分析条件: IBM SPSS Statistics ver.20 を使用し、Ward 法(平方ユークリッド距離による間隔測定)による分析

3 . 評価の視点と項目

(1) 評価の視点

本検討では、ケアマネジメントの各過程に応じて以下のような視点を持ち、基礎調査の調査票及びケアプランの写しを評価情報としてケアマネジメントの実態を分析・評価した。

なお、ケアマネジメントの過程を踏まえると、本来、下記に挙げた視点に加えて「利用者や家族から必要な情報を十分に得ることが出来ているか」、「収集整理した情報をもとに、どのようにアセスメント(分析・判断)し、ケアプランを作成したか」、「サービス提供の結果、利用者の生活がどのように変わったか」といった視点も必要であろう。しかし、これらの視点は、1 回の調査で調査票を通して把握することは困難であると考えられたため、本検討では下記の視点に絞った分析・評価を行った⁵。

図表 4 本検討における評価の視点



⁵ 「2. (2)本検討における評価の範囲」でも触れたように、本検討はケアマネジメントの実態を概観し、今後取り組むべき課題を整理することを目的として実施したものであり、本検討で対象外とした範囲の評価は今後検証することが必要である。

(2) 評価の項目

上記の5つの視点を踏まえた上で、「2.(1)検討の手順」に示した手順3、4を通して、個別事例を分析・評価する際に着目すべき具体的な評価項目を整理した。

なお、利用者・家族等の状況等によって着目すべき評価項目が異なることから、以下では、「すべての事例に共通する評価項目」と、共通する評価項目に加えて考慮すべき「利用者の状態像に応じた評価項目」に分け、それぞれに前項に示した5つの評価の視点を踏まえて記載している。

さらに、利用者の状態像に応じた評価項目については、「2.(3)本検討における事例の分類方法」に示した着眼点も踏まえ、要介護度が軽度、中程度、重度の3つに分けて、評価項目を記載している。

すべての事例に共通する評価項目（関連する評価の視点を各項目に記載）

●（視点1）及び（視点5）利用者及び家族等の介護者の意向の把握

ケアプランは、利用者及び家族の希望等を勘案して作成されるべきものとして規定⁶されており、介護サービス計画書の様式例⁷でも「利用者及び家族の生活に対する意向」の欄が設けられている。したがって、利用者及び家族等の介護者の意向を把握することはケアプラン作成の基礎になる。

ただし、「家族」の意向には、親族としての意向と介護者としての意向が混在している。したがって、主たる介護者が誰であるかを把握した上で、家族の中でも具体的に「誰の意向か」を明確にし、それを分かりやすくケアプラン第1表に記載することが必要である。

●（視点1）利用者が利用している医療の状況の把握

定期的な通院や服薬も含めると、高齢者の多くが何らかの医療を利用している状況にある。利用者が安心して在宅での生活を送れるようにするためには、その基礎として体調管理、通院・服薬等を継続できるようにすることが必要不可欠である。また、心身の状態や疾患の状況を把握することは、次に挙げる「課題の背景にある要因」の把握にもつながるため、非常に重要である。

なお、医療の状況を把握する情報として、本人・家族からの面談等による聞き取りだけでなく、介護認定審査会の意見や主治医意見書を参照することも重要である。特に、主治医意見書には、利用者の疾患等だけでなく、心身の状況やサービス利用による生活機能の維持・改善の見通し（＝医師の視点に立ったアセスメント）が記載されていて有用性が高いため、活用が期待される⁸。

⁶ 介護保険法第8条21項

⁷ 平成11.11.12 老企29 各都道府県介護保険主管部(局)宛厚生省老人保健福祉局企画課長通知「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」

⁸ 介護認定審査会に付される主治医意見書の取り扱いは、現在、市町村に委ねられており、完全非開示、開示請求があれば開示、担当する介護支援専門員には閲覧のみ許可、などの運用の違いがある。

- (視点1)及び(視点5) 日常生活スケジュールの把握

在宅における生活の継続を援助するに当たり、利用者の生活の尊厳を守る観点からも、生活全般の課題を分析する観点からも、その人の日常的な生活を過不足なく正確に把握することが重要である。

面談等を通して把握するだけでなく、その情報をケアプランの様式の第3表の「主な日常生活上の行動」欄に明記し、個々のサービスの担当者間で共有できるようにすることが求められる。特に、居宅サービスの場合、利用者の日常生活のスケジュールを把握することは、サービス担当者の訪問時間の決定にも関わるため重要である。

- (視点2) 課題の整理、優先順位付け

把握した利用者・家族の生活状況等に基づいてアセスメントを行い、課題を整理して優先順位付けを行うことは、介護支援専門員の職能としての専門性が最も期待される領域である。特に、把握された状況から、その背景にある要因を理解することは、課題を整理するために重要である。その際、こころとからだの仕組みの観点から優先順位を配慮することが必要である。

また、多様な課題に優先順位を付けることは、限られた資源を有効に活用して高い効果を得ようとする考え方から見ても必要である。例えば、利用者本人の状況や費用負担、地域にあるサービス資源の量及び利用可能状況などが制約となり、全ての課題を同時に解決することが難しい状況がよくある。このような場合に、どの課題の解決を優先するかを、家族を含めケアに関わる関係者で共有しておくことは、チームケアを円滑に実施するために重要である。

一方、ケアプランへの記載については、現在のケアプランの様式に関する通知⁹において「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」とされている。

つまり、ケアマネジメントの実践の観点からも、様式の観点からも、課題を整理して優先順位付けし、それをケアプランに分かりやすく記載することが強く求められている。

- (視点3)及び(視点5) 目標の具体的記述

長期目標は、アセスメントを経て整理された個々の課題に応じて設定されるものであり、短期目標は長期目標の達成に向けて段階的に設定され、解決に結びつけるべきものである。つまり、短期目標は、解決の可能性が見込まれ、かつ具体的に設定することが求められている。

また、短期目標は、計画したサービス利用状況と生活の変化の状況のモニタリングと評価・見直しを行う際の評価の視点になり、個別サービス計画を作成する際の指針となる。したがって、継続的な

⁹ 平成11.11.12 老企29 各都道府県介護保険主管部(局)宛厚生省老人保健福祉局企画課長通知「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」

ケアマネジメントの観点からも、特に短期目標を具体的に記述することが重要である。

なお、基本的な考え方でも述べた通り、「自立」とは要介護度の改善だけを指すものではなく、ADL、IADLの一部であってもそれを維持することで、安心した在宅生活を実現することを意味する。このように維持を目指す場合でも、維持された状態を出来る限り具体的に記述し短期目標に位置づけることが必要である。

- (視点4)及び(視点5) 状態像、課題、目標に応じたサービスの位置づけ

ケアプランの中で位置づけられるサービス内容は、長期目標及び短期目標の達成に必要な最適なサービスであることが求められる。また、利用するサービス種別には、目標とサービス内容を踏まえた上でそれを適切に実行できるサービスが選択される必要がある。

また、個々のサービスにどのようなサービスの提供を期待するかを、出来る限り具体的に想定し、ケアプランに記載することが重要である。ケアプランに書かれたサービス内容は、個々のサービスを提供する事業者が作成する個別サービス計画書における目標や方針に反映される。したがって、個々のサービスの効果を高めやすくするためにも、状態像、解決すべき課題、目標と整合の取れたサービス内容を、ケアプランに具体的に記載することが求められる。

- (視点4)及び(視点5) 家族による介護、インフォーマルな支援の位置づけ

本来、ケアマネジメントは、介護保険サービスだけをマネジメントの対象としているのではない。家族による介護やインフォーマルな支援も含め、利用者の生活全般の課題の解決に向けてあらゆる資源を組み合わせ、在宅での生活の継続に向けた援助を行うことが目的である。

したがって、設定した目標の達成に必要であり、利用者・家族の生活に配慮した上で適切であれば、インフォーマルな支援も計画に位置づけ、それをケアプランに記載することが必要である。

- (視点4)及び(視点5) 医師による診療の位置づけ

高齢者の多くが何らかの医療ニーズを持っている。既に医師による診療を受けていれば診療所や病院への通院、通院が不可能であれば訪問診療など、いずれかの方法で医師による診療をサービス内容に位置づけることが求められる。

また、もし医療ニーズがあるにも関わらず医師による診療を受けていない状況にあるとすれば、状態の安定や悪化防止の観点からも、医師による診療を阻害している要因を分析して受診を目標とすることが望まれる。こうした状況を踏まえ、ケアプランの解決すべき課題、目標、サービス内容といった項目において、医師による診療が触れられていることが必要である¹⁰。

¹⁰ 通院の場合、1週間に1回未満の場合も多いと考えられるが、そうした場合でも週間サービス計画表の「週単位以外のサービス」に位置づけることが必要である。

利用者の状態像に応じた評価項目（関連する評価の視点を各項目に記載）

1) 要介護度が軽度である場合に留意すべき評価項目

- （視点1）及び（視点5） 本人の意向や生活歴の把握

要介護度が軽度である場合、生活全般の課題の解決に向けて、利用者本人の意欲を引き出しやすい方法でサービスを位置づけることが重要である。したがって、利用者・家族等の状況の把握において共通して考慮すべき評価項目に加え、目標やサービス内容の設定に活用できる本人の意向や生活歴を十分に把握することが求められる。

- （視点2） 状態像の改善の観点に立った課題の整理

要介護度が軽度である場合、ADL,IADL が比較的自立である場合が多いと考えられる。また、介助が必要であっても改善可能性が高い場合も多いと考えられる。したがって、共通して考慮すべき評価項目に加えて、ADL,IADL の改善の観点に立った課題の整理が求められる。

また、生活機能向上の観点に立てば、状態像の改善が見込める場合は、該当する課題解決の優先順位を高くすることも重要である。本人の意欲向上や、家族等の介護者の負担や不安を軽減するためにも、改善可能性が見込まれる課題から取り組むといったケアプランが考えられる。

一方、ADL,IADL の改善可能性が低い場合でも、今後の在宅での生活を安心して継続できるようにする観点から、状態像の重度化防止・遅延化の観点に立った課題の整理が求められる。

さらに、現在は比較的自立状態にある分、状態像を急速に悪化させるリスクへの配慮が重要である。例えば転倒・骨折により入院すれば、筋力低下と相俟って状態像が急速に悪化することも考えられる。このようなリスクがどの程度のものか判断することが重要である。

- （視点2） 認知症の行動・心理症状の把握とそれに応じた課題の整理

認知症の場合、その程度に関係なく、中核症状と行動・心理症状(BPSD)を分けて現在の状況を把握することが特に重要である。中核症状については後述するように医師による診療を位置づけることが必要である。具体的には、どのような原因による認知症かを主治医意見書等から把握し、通院や服薬の継続に向けた課題を整理する、といったことが考えられる。

一方、行動・心理症状は利用者の健康状態や生活環境を整えることで一定程度の改善が見込まれる可能性が高い。したがって、「何が行動・心理症状の原因となっているか」を整理し、「どうしたら行動・心理症状の原因を取り除くことができるか」という視点を持って課題を整理することが必要である。

- （視点3）及び（視点5） 利用者本人の意欲を汲んだ方針と目標の設定

前項でも触れたように、要介護度が軽度である場合、状態像の改善や重度化防止・遅延化が、援助の方針となる場合が多いと考えられる。こうした場合、総合的な援助の方針にその方向性を明記

するとともに、状態像の改善の具体的な目標を設定することが求められる。

ただし、状態像の改善や重度化防止・遅延化を効果的に進めるためには、本人の意欲を汲み、総合的な方針と目標を設定することが不可欠である。特に、目標の設定については、本人の生活歴や関心・意欲等を勘案し、本人の意欲が高まるような目標を具体的に設定することが期待される。

- (視点4) 及び (視点5) 生活機能の改善の視点に立った目標の設定

要介護度が軽度である場合、ADL,IADL の改善可能性が高い割合が大きいことが多い。したがって、まずは生活機能の改善の視点に立った目標の設定が必要である。このとき、単に身体機能の改善のみに着目した目標を立てるのではなく、利用者の日常生活の中で無理なく機能向上を図ることができるような目標を設定することが重要である。

2)要介護度が中程度である場合に留意すべき評価項目

- (視点1) 必要な医療と生活上の禁忌・留意事項の把握

要介護度が中程度である利用者の中には、呼吸器不全や透析等の継続的に医療処置を必要とする事例も多い。このような事例では、主治医との連携を特に重視し、生活上の禁忌・留意事項を把握することが必要である。例えば呼吸器不全であれば、不用意にリハビリテーションを行って身体的負荷をかけることが、本人の症状を悪化させることにつながることもあるため、医師からの情報提供を受け、総合的に適切な判断ができるようにする必要がある。

- (視点2) 及び (視点5) 課題の整理と優先順位付け

要介護度が中程度である場合、総合的な援助の方向性を「状態像の改善」とすべきか、「状態像の維持あるいは重度化の予防・遅延化」とすべきかの判断が分かれるところである。したがって、共通して配慮すべき評価項目と重複するが、本人・家族の状況をよく把握して課題を整理し、優先順位を付けることが特に重要である。

なお、要介護度が中程度である場合、医療ニーズが高まっている場合も多いと考えられる。したがって、例えば食事を通して得られる栄養が十分か、医師の指示どおりの服薬が出来ているか、定期的に医師の診療を受けているか、といったように本人の体調管理や疾病管理の観点から課題を整理することも必要である。

- (視点3) 及び (視点5) 利用者及び家族の意向を踏まえた介護の方向性の共有

援助の方向性を定めにくい場合が多いことを踏まえると、課題を整理して優先順位を付けた上で、利用者・家族の意向を十分に汲んだ総合的な援助の方針を定めることが重要である。

また、援助の方向性を定めにくいということは、個別サービスの担当者との間でも方針や目標、具体的に期待するサービス内容が共有しにくいということでもある。したがって、チームケアを円滑に

するためにも、総合的な方針として状態像の改善の方向を目指すのか、それとも重度化防止・遅延化の方向を目指すのかを整理し、分かりやすくケアプランに記載することが求められる。

- (視点4) 及び (視点5) 体調管理を目的とした医療の位置づけ

前述したように、要介護度が中程度である利用者の中には、呼吸器不全や透析等の継続的に医療処置を必要とする事例も多く、医師との連携が必要である。したがって、利用者の体調管理のためにも、ケアプランに「通院」や「訪問看護」を位置づけることが期待される。

- (視点4) 及び (視点5) 生活機能の改善の視点に立った目標の設定

要介護度が中程度である利用者の場合、疾患の進行等により、ADL,IADL が低下しはじめる一方、改善可能性が高い ADL,IADL も多くある。また、本人もこれまでの日常生活を続けたいという意欲を持っていることも多い。

したがって、改善可能性が高い ADL,IADL については、利用者の日常生活のスケジュールや生活環境を踏まえ、生活機能の改善の視点に立った目標を設定し、リハビリテーションやアクティビティ等のサービスを位置づけることも重要である。

なお、リハビリテーション等の活動を伴うサービスを位置づける際は、前述した、疾患に伴う生活上の禁忌・留意事項に配慮することが必要である。

- (視点4) 及び (視点5) リスク軽減に資するサービスの位置づけ

本人・家族の状況によっては、将来の在宅での生活の継続に不安を覚える場合も多いと考えられる。例えば、独居で生活しているために、転倒に伴う骨折のリスクが大きく不安を覚える、といったことが考えられる。

この不安を改善し、在宅で安心して生活できるように援助するという観点が必要である。例えば、室内移動のADLの改善可能性が低くても筋力の維持を目的としたリハビリテーションを位置づけたり、独居でも緊急時に連絡が取れるようなインフォーマルサービスを位置づけたりといったことが考えられる。

3) 要介護度が重度である場合の評価項目

- (視点1) 本人及び家族の意向の確認

要介護度が重度になると、判断能力が低下し本人の意思確認が困難な事例も多い。したがって、本人の意思確認の状況を把握するとともに、家族の誰の意向かを具体的に把握して整理しておくことが必要である。

- (視点1) 及び(視点5) 介護者の負担感の原因の把握

家族等の介護者がいる場合、要介護度が重度になると介護者の負担も大きくなる。したがって、介護者の負担軽減の観点から、「どの程度の介護を担っているのか」、「何がどのように負担になっているのか」といった状況を具体的に把握し、介護者の負担軽減に向けた課題の整理に反映させ、短期入所生活介護等のサービスを位置づけることが求められる。

- (視点2) 及び(視点5) 生命機能の維持を重視した課題解決の優先順位付け

要介護度が重度の場合、数多くの課題が存在するため、その全てを同時に解決することが難しい場合が多い。したがって共通して配慮すべき評価項目と重複するが、特に生命機能の維持に関わる課題を優先としながら、課題解決の優先順位を付けておくことが重要である。ただし、利用者の状況が変化しやすいということも考慮すると、優先順位も適時見直すことが必要である。

- (視点3) 及び(視点5) 一部であっても状態像の維持を目指す方向性の共有

要介護度が重度であっても、ADL, IADL のいくつかの項目で一部介助である場合がある。介護保険法の目的にもあるように、「その有する能力に応じた自立した生活」の実現に向けて、状態像の維持、重度化防止・遅延化の観点に立った目標設定も必要である。

特に、食事、排泄、入浴といった ADL の状態を維持することは、本人の意欲向上や介護者負担の軽減にもつながることから重視すべきである。

- (視点3) 状態が悪化した場合の方針の確認

いずれ状態がさらに悪化した場合に、施設入所としたり入院したりするか、あるいは見取りまで在宅で行うかといった方針を確認しておくことが必要である。状態が悪化した場合の家族の意向を確認しておくことで、家族の不安感を軽減するとともにその後のケアマネジメントを行いやすくなる。

また、家族の意向の確認を含めて、状態が悪化した場合の方針を定めておき、多職種間で共有することは、チームケアを円滑に実施する上でも有効である。

- (視点4) 及び(視点5) 医療との連携

要介護度が重度の状態では、状態像の維持、あるいは悪化防止・遅延化を図る上で、体調管理や疾病管理など医療の担う役割が大きくなる。したがって、訪問診療や訪問看護などのサービスを計画に位置づけ、状態が変化した場合も迅速に対応できるような体制を整えることが必要である。

4 . ケアマネジメントの実態と評価結果

本検討の対象とした個別事例(無作為抽出した 70 件)について前章で整理した評価の視点と項目に基づいた評価結果は以下の通り。

なお、「3.(2)評価の項目」の構成と同様に、全ての事例に共通の評価項目を用いて検討した結果をまとめた総評、状態像に応じて特に配慮すべき評価項目を用いて検討した結果、今回実施したケアマネジメントの分析・評価の方法自体の評価の3つに分けて記載している。さらに各節は、「3.(1)評価の視点」で示した視点に沿って、それぞれ評価結果を記載している。ただし、「ケアプランへの必要な情報の記載の視点」については、他の4つの視点と合わせて記載している。

また、評価の項目のうち、統計的に分析可能な項目については、関連する「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査」の集計分析結果も併せて記載している。

(1) 総評

1)利用者・家族等の状況の把握

- 利用者・家族等の意向は把握できているが、家族の誰の意向かが不明確な例もある

現在のケアプランの第1表「利用者及び家族の生活に対する意向」の記載状況をもとに判断すると、面談等を通じて利用者・家族の意向は把握できていると考えられた。ただし、家族の意向については、「家族の誰の意向か」が不明確に記載されてしまっている例がいくつか見られた。

介護支援専門員の多くは主に面談等を通じて家族の以降を把握していると考えられる。したがって、「家族の誰の意向か」は、記載方法を周知徹底することで解決可能であると考えられる。

- 利用者の通院・服薬の状況の把握が不十分である

本検討で対象とした評価情報のうち基礎調査の調査票をもとに判断すると、利用者の通院や服薬の状況が把握されていない事例が多く見られた。

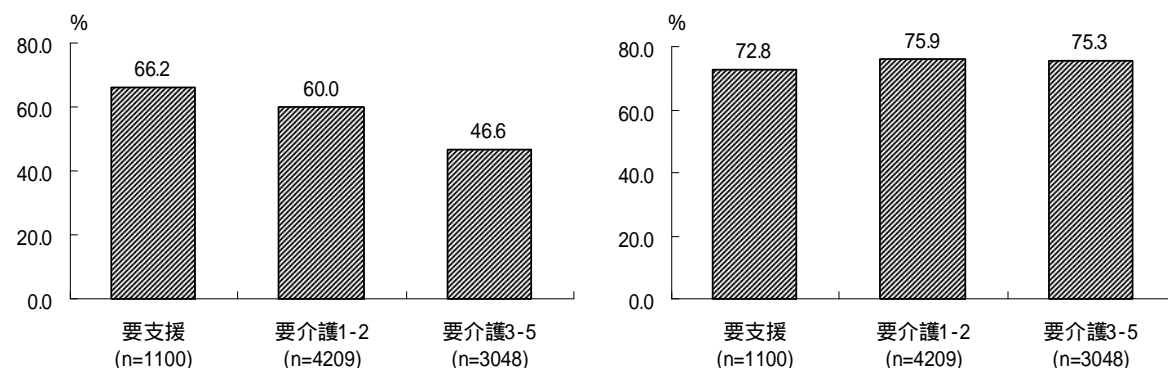
また、通院・服薬がケアプランに位置づけられていない事例も多かった。基礎調査の回答において、担当している介護支援専門員が利用者の通院・服薬の状況を把握しているにも関わらず、第2表や第3表に通院・服薬が位置づけられていない事例も多かった。

通院・服薬があるかどうかを現在の様式の第2表に記載するとともに、隔週の通院については第3表の「週単位以外のサービス」に明記するよう周知徹底することで解決可能だと考えられる。

< 要介護度別 通院及び服薬の状況 >

・ 基礎調査結果を見ると、要介護度別の通院及び服薬の状況は以下の通り。

図表 要介護度別 通院及び服薬の状況



● 日常生活のスケジュールが記載されていない事例が多い

ケアプランの第3表に記載すべき「主な日常生活上の活動」が全く記載されていない事例が多く見られた。利用者の日常生活のスケジュールは、居宅サービスの訪問時間帯を決める際の基礎情報になることから、介護支援専門員が把握していないのではなくケアプランに記載していないためと考えられる。

また、ケアプラン作成ソフトを使用している場合、多くのソフトでは第2表に位置づけたサービスの提供時間帯は第3表に自動的に転記されるが、「主な日常生活上の活動」と「週単位以外のサービス」は手動での入力となるため、記載漏れが多くなっている可能性も考えられる。ソフトの活用は、あくまでも業務を効率化するための手段である。ソフトを利用したために介護支援専門員が本来行うべき分析や文書の作成が疎かになるようなことがあってはならない。

ケアプランはチームケアにおいて多職種が共有する情報である。したがって、上述のどちらの理由によるケアプランへの記載漏れであったとしても、第3表に確実に記載するよう、記載方法の周知徹底が必要である。

2) 課題の整理と優先順位付け

- 課題の整理と解決の優先順位付けが不十分な事例が見られる

ケアプランの第2表の「生活全般の解決すべき課題」と基礎調査の調査票で把握される利用者の状態像を勘案して見ると、以下の2つのいずれかに該当する例が大半であった。

- **課題の整理が不十分で、第2表が非常に長かったり、個々の課題の間に重複があったりする**
利用者・家族等の状況から多くの課題を抽出しているものの、課題の背景にある要因の分析や課題の相互の関連性の分析が不足している例が相当数見られた。
- **課題解決の優先順位付けが不十分で、医療ニーズの優先順位が低い**
利用者本人の健康管理や疾病管理を担う医療の優先順位付けが低い例が多く見られた。また、ケアプランの作成に関しては、通院や訪問診療をケアプランに記載していない事例が多く見られた。
- **要介護となった主な原因疾患は把握できているが、それをケアプランに記載できていない**

基礎調査結果を見ると、多くの事例で要介護状態となった主な原因疾患の把握は出来ている。しかし、現在のケアプランの様式では、整理した生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の原因と結び付けて記述する欄がない。そのため、課題の欄に原因を記述していたり、要因を記載していなかったりする事例が多く見られた。

また、本検討ではケアプランを分析・評価の対象としたため、主な原因疾患だけでなくさらに踏み込んでどのような要因を把握しているのかを判断することが難しい事例もあった。これは、現在のケアプラン様式では、「主な原因疾患と課題を結びつけて整理できていない」のか、あるいは「原因疾患の把握はできているがさらに詳細な要因の分析ができていない」のかを、記載された情報だけで判断することは難しいためである。

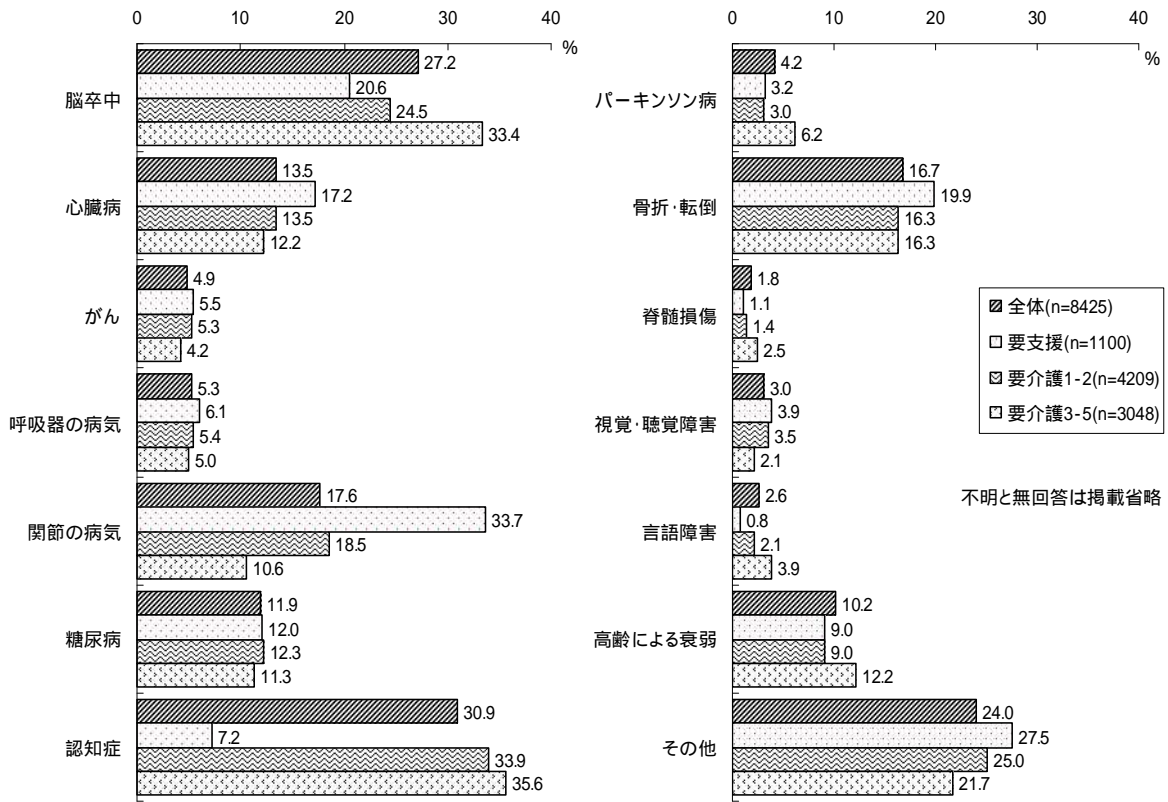
なお、原因疾患を把握し、その疾患の進行状況や疾患に対する生活上の注意事項などが把握できると、それを課題としてケアプランに表現しやすくなる。例えば認知症の行動・心理症状に伴う不穏を出来る限り低減するために、摂取水分量の不足を解決すべき課題に位置づけ、家族や訪問介護サービスによる水分量の確認を行う、といった事例も見られた。

課題とその要因をしっかりと把握・整理するとどのようなケアマネジメントが可能になるかについては、具体的な事例を示し、介護支援専門員をはじめチームケアに参加する多職種にも分かりやすく示すことも必要である。

< 要介護状態となった主な原因疾患の状況 >

・ 基礎調査結果を見ると、主な原因疾患は以下の通り。

図表 要介護度別 主な原因疾患の割合



● 医療ニーズに関する課題の整理が不足

前項の評価と関連するが、本検討で検証した事例の中には、主治医意見書に医療ニーズに関する課題の記載があるにもかかわらず、ケアプランの第2表に整理された段階では医療に関わる課題が抜け落ちてしまっている事例が多く見られた。

この原因として、アセスメントに必要な情報を収集する段階では一定程度の把握が出来ているものの、生活全般の課題を整理する段階で医療ニーズを位置づけることが出来ていないことが考えられる。

医療に関する課題を、利用者・家族の生活全般の中でどのように位置づけるかを、介護支援専門員一人で考えることは難しい場合も多いと考えられる。むしろ、医療的な課題をどのように位置づけるべきかといった点も含めて主治医から意見を聞き、整理することが望ましい。ただし、主治医の時間確保等の困難さを勘案すると、介護支援専門員が主治医の意見を直接聞き取ることは難しいと考えられる。

したがって、まずは、介護支援専門員が利用者の主治医意見書を見て、その内容を確認できるような環境を整えることが必要である。なお、医師と介護支援専門員の連携だけでなく、退院からの引継ぎであれば地域連携室等の医療ソーシャルワーカーとの連携を推進することが有効である。

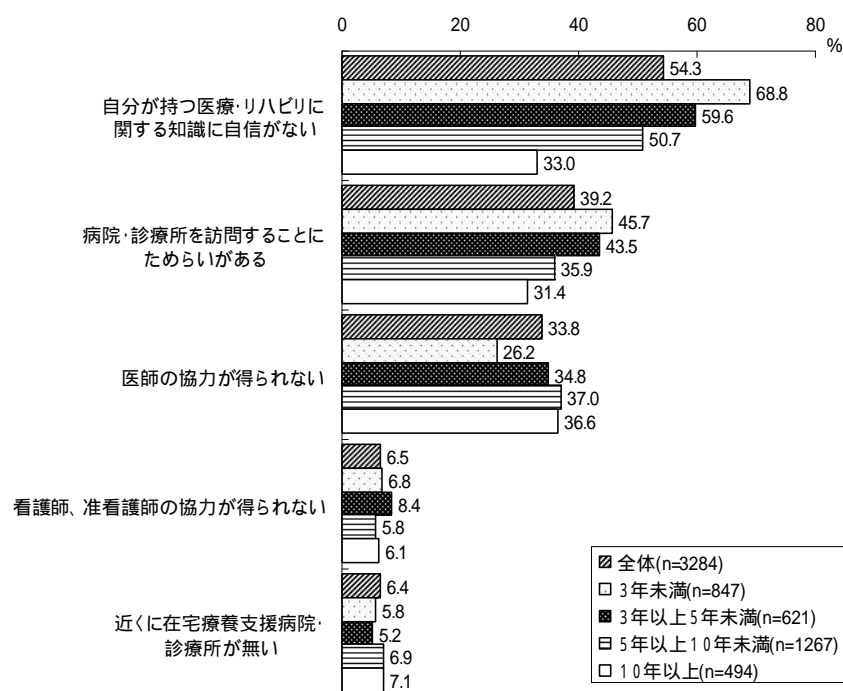
なお、基礎調査の結果を見ると、医療との連携における課題として「医学的知識の不足」を回答した介護支援専門員も多い。また、「医師にアポイントを取ることをためらう」と回答した介護支援専門員も多く、医師とのコミュニケーションに自信を持ってないという実態が伺える。

したがって、介護支援専門員が主治医意見書を確実に受け取れる環境を整備した上で、「医師とコミュニケーションが取れる」ために必要な医学的知識を身につけつつ、医療機関においても在宅介護に関わる相談に対応する体制を整備することが期待されよう。

< 医療との連携における課題 >

- ・ 基礎調査結果を見ると、介護支援専門員が感じている医療との連携における課題は以下の通り。
- ・ 「自分が持つ医療・リハビリに関する知識に自信がない」が最も多く、次いで「病院・診療所を訪問することにためらいがある」となっているが、いずれも業務経験年数が長くなるほど、課題としてあげている割合は小さくなっていく。

図表 医療との連携における課題（介護支援専門員調査結果より）



回答率5%未満の選択肢は非掲載とした。

- 「～したい」という記述方法に捉われてしまっている事例が見られる

平成15年の介護支援専門員の研修カリキュラムの見直しにおいて、ICF(国際生活機能分類)の考え方が導入された。従前のICIDHがマイナス面に視点を置く考え方が中心であったのに対し、ICFでは利用者が持つ生活機能のプラス面に視点を置くよう転換した点が特徴であった。この考え方を受け、生活全般の課題(ニーズ)についても、利用者自身の意欲を表現する記載方法が取り入れられた。具体的には、「～できない」という表現ではなく「～したい」という表現を用いて生活全般の課題を記述する方法である。

本検討で対象とした事例のうち、このような記述方法を採用している事例が多くを占めた。しかし、記述方法は「～したい」という形を採用一方で、本人のプラス面である、自立や一部介助状態であるADL,IADLや本人の意欲が課題に反映されていない事例も見られた。また、「～したい」という表現を用いることに捉われてしまったためか、利用者及び家族の意向をそのまま生活全般の解決すべき課題(ニーズ)に記載しているケアプランも多く見られた。

3) 援助の方針と具体的な目標の設定

- 短期目標が、期間終了後に評価できる程度まで具体化されていない

第2表に記載するサービスごとの短期目標は、解決が見込まれるものであって、設定した期間後に評価して見直すものである。したがって、例えば数値を盛り込むなど、評価可能な程度まで具体化されていることが望ましい。

しかしながら、本検討の対象とした事例の多くでは、長期目標と短期目標にほぼ同じことが記載されていたり、設定した期間内に達成することが困難と思われる短期目標が記載されていたりといったケアプランも多く見られた。

このような実態の背景として次の2つの要因が考えられる。第一に、現在の様式における目標の位置づけと具体的な記載方法が定着していないことが考えられる。個々のサービスの担当者は、ケアプランに記載された短期目標を踏まえて個別サービス計画を作成することから、個々のサービスの有効性を高めるためにも、短期目標の位置づけを定着させることが必要である。

第二に、様式における目標の位置づけと記載方法が分かっているにもかかわらず、利用者の状態像の将来の見通しが想定できないために具体的な目標を記述できないことも考えられる。利用者・家族等の現在の状況を踏まえ、「サービスを利用しなかった場合に見込まれる今後の見通し」を想定し、その上でサービスを利用することによって期待される見通しの変化を想定することで、具体的に目標を記述するものである。

本検討の分析・評価対象とした情報だけでは一概に判断できない部分もあったが、介護支援専門員のみならず、多職種が持つ知見も共有した上で、状態像の将来の見通しに関する理解を深める必要があると考えられる。

4) 課題と目標に応じたサービスの位置づけ

- 認知症及び廃用症候群の事例における状態像に応じたサービスの整理が不十分

要介護状態となった主な原因疾患別に利用者・家族等の状況とサービス内容を比較してみると、総じて、脳卒中以外の認知症と廃用症候群の事例において、状態像、ニーズ、目標、サービス内容の間に不整合が見られる事例が多かった。つまり、把握されている利用者・家族等の状況に対し、その要因の解決がニーズに挙げられていなかったり、ニーズに挙げられていてもその解決に資するサービス内容になっていなかったりするものが多かった。

認知症であれば、例えば独居であるにも関わらず入浴等の転倒リスクに対する見守りがニーズとして挙げられておらず、訪問介護等のサービスも利用されていないといった事例である。廃用症候群であれば、例えば要介護度が比較的 low、把握されている状態像も「改善可能性が高い」とされていて回復可能な残存機能が見込まれるにも関わらず、リハビリテーション等の生活機能の改善に向けたサービスの利用が少ないという事例である。

このような状況の要因としては、次の 3 つが考えられる。第一に、認知症や廃用症候群の事例について介護支援専門員がケアプランを考える参考となる事例が少ないことである。例えば、認知症に対して有効なリハビリテーションにどのようなものがあるか等の情報は非常に少ない。脳卒中の事例は研修教材などでも参考ケアプランが多く含まれている。一方、認知症や廃用症候群の参考例は、まだ十分に把握されていなかったり、研修での活用が進んでいなかったりすると考えられる。

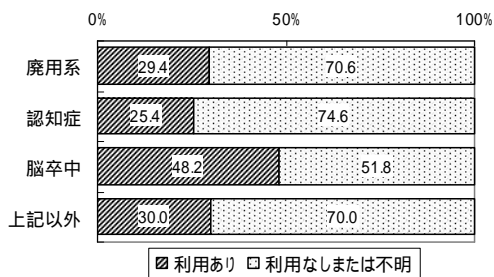
第二に、認知症や廃用症候群の事例におけるニーズに対応できるサービスが、地域の中に不足しているということである。利用できるサービスが地域にない場合、介護支援専門員は、ニーズとそれにあつたサービスを認識していても、ニーズごと記載を省略している可能性も考えられる。現在のケアプランでは、介護支援専門員がニーズを把握できていないのか、あるいはサービスが不足しているのかを、第 2 表だけから判断することが難しい。本検討の範囲のみで結論づけることはできないが、特に認知症に対応できるサービスの不足の可能性は考慮すべきであると考えられる。

< 主な原因疾患別リハビリテーションの利用状況 >

- ・ ADL の状況について「改善可能性が高い」事例の中で、リハビリテーション(訪問・通所)の利用している割合を主な原因疾患別に見ると以下の通り。
- ・ もちろん、個々の利用者・家族等の状況に応じてサービス内容を決めるのが基本である。それでもなお、廃用症候群や認知症の事例において、状態像の改善や重度化防止・遅延化を図る観点からは、リハビリテーションをさらに利用する必要性が伺える。

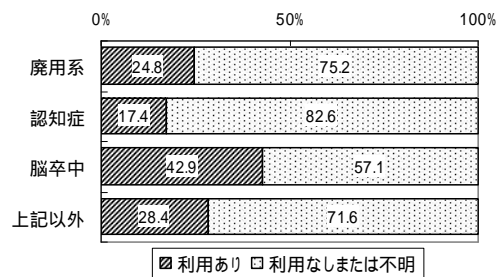
図表 主な原因疾患別 ADL の状況別 リハビリテーション(訪問・通所)の利用率

「屋内移動」の改善可能性が高い事例



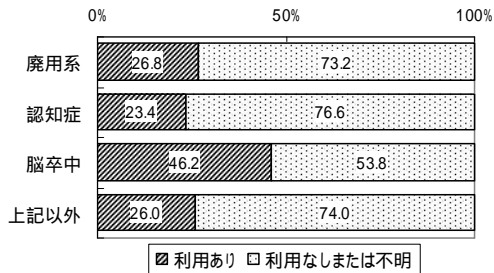
	利用あり	利用なしまたは不明	調査数
廃用系	29.4	70.6	401
認知症	25.4	74.6	205
脳卒中	48.2	51.8	282
上記以外	30.0	70.0	120

「食事」の改善可能性が高い事例



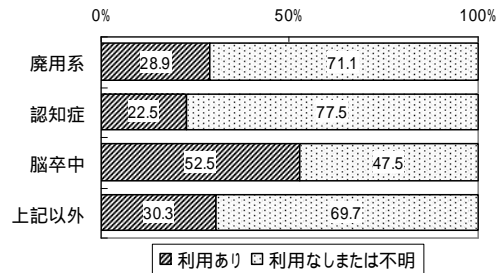
	利用あり	利用なしまたは不明	調査数
廃用系	24.8	75.2	230
認知症	17.4	82.6	172
脳卒中	42.9	57.1	156
上記以外	28.4	71.6	88

「入浴」の改善可能性が高い事例



	利用あり	利用なしまたは不明	調査数
廃用系	26.8	73.2	776
認知症	23.4	76.6	474
脳卒中	46.2	53.8	470
上記以外	26.0	74.0	277

「排泄」の改善可能性が高い事例



	利用あり	利用なしまたは不明	調査数
廃用系	28.9	71.1	439
認知症	22.5	77.5	307
脳卒中	52.5	47.5	314
上記以外	30.3	69.7	145

- 週単位以外のサービスの記載が不十分

ケアプランの第 3 表に記載すべき「週単位以外のサービス」が全く記載されていない事例が多く見られた。この第 3 表は、利用者の日常生活を捉え、利用者にふさわしいプランを作成するための基礎となる情報であり、週単位以外のサービスも含めて把握することは、個々のサービスの担当者が対応しやすくするために重要である。

また、サービス内容についても、第 2 表に記載のあるサービスが記載されていない例が見られた。特に、家族による援助やインフォーマルなサービスの記載が抜けている例が目立った。

ケアプラン作成ソフトを使用している場合、多くのソフトでは第 2 表に位置づけた介護保険給付サービスの提供時間帯は第 3 表に自動的に転記されるが、「主な日常生活上の活動」と「週単位以外のサービス」は手動での入力となるため、記載漏れが多くなっている可能性も考えられる。

ケアプランはチームケアにおいて多職種が共有する情報である。したがって、どのような理由があれ、第 3 表に週単位以外のサービスが確実に記載するよう、記載方法の周知徹底が必要である。

(2) 利用者の状態像に応じた評価結果

要介護度が軽度の事例

- 本人の意向や生活歴を把握して目標に反映できている事例が多い

詳細検討で取り上げた事例の中には、本人の意向や生活歴を把握しそれを目標やサービス内容に反映させている事例も多く見られた。例えば、関節の病気を持つ利用者について、長年農作業を趣味にして楽しみにしていることを踏まえ、農作業を安心して継続させることを長期目標に盛り込み、「座椅子を使った状態で膝の痛みが軽減される」ことを短期目標にしてその実現に向けたリハビリテーションを盛り込む、といった内容である。

このように本人の意欲の向上が見込まれる内容を盛り込むことは、状態像の維持や悪化防止に資するだけでなく、家族等の介護者の不安感を軽減することにもつながる。家族等の介護者の意識の変化は本検討の評価の範囲外であるが、ケアプランをもとに分析・評価する限り、そうした効果も期待できるような内容のものが多かった。

- 自立である ADL,IADL に対応した訪問介護サービスは適切に利用されている

自立状態にある ADL に対応する介護保険サービスの利用は、本人の状態像を悪化させてしまったり改善の余地を小さくしてしまったりする可能性もある。給付適正化の観点だけでなく、状態像の悪化防止の観点からも見直しが必要である。

しかし、本検討の範囲で見れば、「自立」であった ADL,IADL に対し、その項目に関連する訪問介護サービスが利用されている割合は、次頁に示すように約 1～13%程度であった。また、そうした利用がある事例を個別に見ると、認知症が比較的軽度であったり、障害を持っていたりする例が多く、総じて妥当なものであると言えた。

- 改善可能性の高い利用者は多いがリハビリテーション（訪問・通所）の利用は少ない

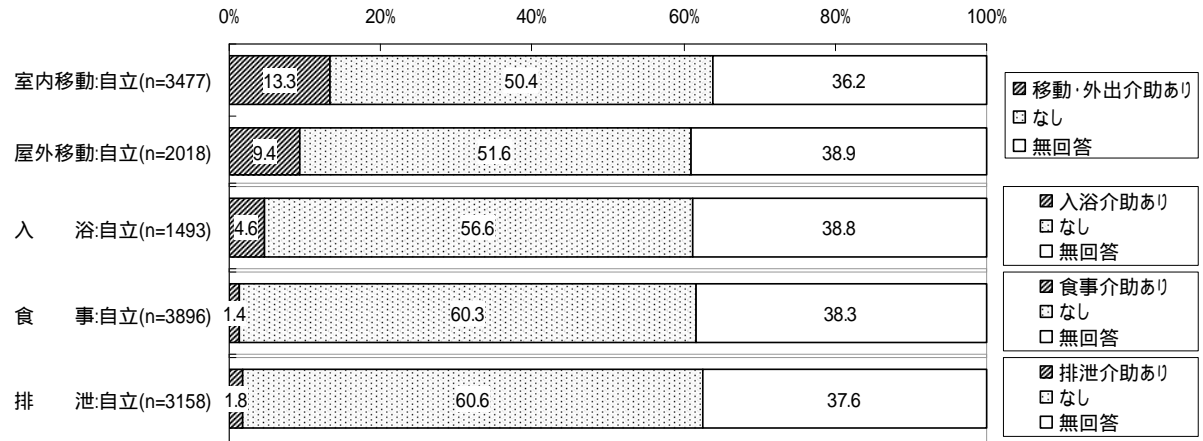
本検討における評価の視点と項目でも触れたように、介護保険法の目的である「状態の軽減又は悪化の防止」の観点から、要介護度が軽度な事例では、ADL,IADL の改善可能性を踏まえたニーズの整理とサービスの位置づけが求められる。

本検討の範囲について見れば、状態像の改善の観点に立った課題の整理、サービスの位置づけは不十分であると言える。具体的には、ADL,IADL に「改善可能性が高い」とされた項目がある場合が多い一方、「改善可能性が高い」事例におけるリハビリテーションの利用は少ない。

< ADL の状況とサービス利用の実態 >

- ・ 要介護1～2の利用者のうち、ADL が「自立かつ楽」あるいは「自立だがやや困難」であるにも関わらず、訪問介護サービスが利用されている事例の割合は以下の通りであった。

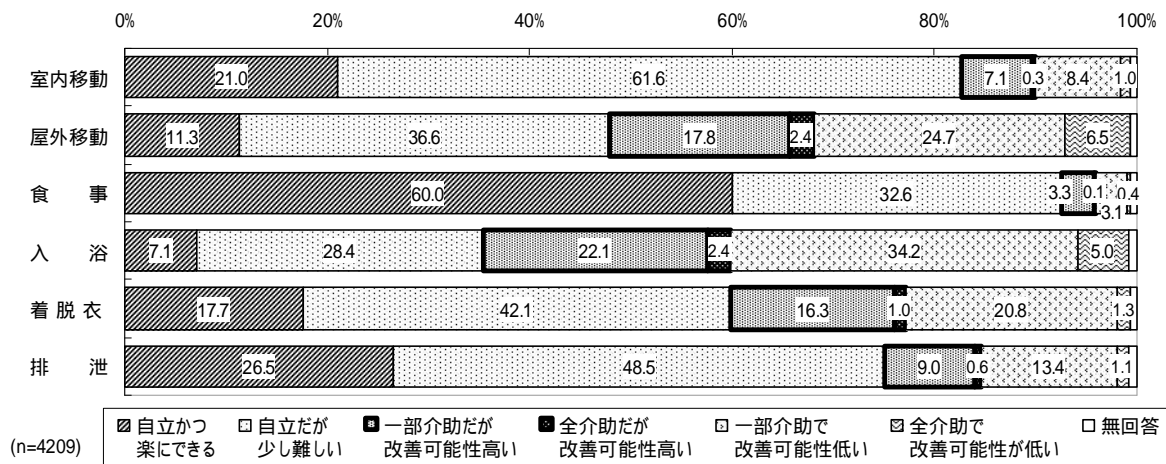
図表 ADL「自立」の事例における訪問介護サービスの利用率(要介護1～2)



< ADL の分布 >

- ・ 基礎調査結果を見ると、要介護度1～2のADL各項目の状況の分布は以下の通り。
- ・ ADLの各項目について、「改善可能性が高い」人の割合は、以下のグラフ中の太枠の通り。屋外移動、入浴、着脱衣といったADLについて、改善可能性が高い人の割合が大きい。

図表 ADLの分布(要介護1～2)



- 生活を維持するからだの機能の観点に立った利用者の状況の把握と課題の整理が不足

前述したような状態像の改善や維持を図ろうとするのであれば、体力を支える基礎として、栄養の観点に立った利用者の状況の把握と、課題の整理が必要である。

例えば、一日の摂取カロリーや水分量が十分か、日常生活を安心して送るだけの筋力や嚥下機能等が維持できるか、持病がある場合は服薬等の管理は十分か、といった視点である。

今回、詳細検討の対象としたケアプランの中には、「ケアプラン作成時に認められた心身の状態」として「食事量の低下」等が挙げられているにも関わらず、ケアプランの第2表ではこの課題が位置づけられていないプランもあった。

健康状態の維持に関する課題を介護支援専門員が確実に整理できるようにするためには、主治医意見書等も含め医師の意見を介護支援専門員が把握しやすくするとともに、サービス担当者会議等で健康状態の維持の観点に立った課題整理を行うよう、定着することが必要である。

● 通所介護はサービス内容の明確化が必要

要介護1～2の事例の約6割で通所介護の利用が盛り込まれていた。また、そこで提供されているサービス内容に回答のあったプランについて見ると、その多くが「機能向上」をサービス内容に盛り込んでいる。

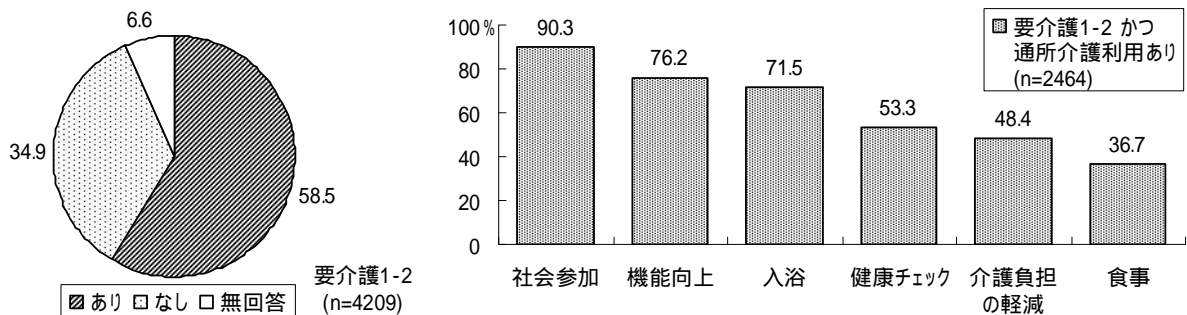
しかし、ケアプランを詳細に見ると、第2表に記載された課題と、通所介護に期待されるサービス内容の整合が取れていないプランも見られた。例えば、廃用症候群事例において「一人で自宅生活を続けられるようにしたい」というニーズが示されているにも関わらず、「入浴を楽しむ」といった目標で通所介護が位置づけられているようなプランである。

生活機能の改善は、通所介護以外にも通所リハビリテーション等を利用する方法もあるが、次項で触れるように利用が少なく、利用可能な資源が不足している地域もあると考えられる。一方、通所介護は、対応できるサービス内容が多様なサービスであり、生活機能向上もそのメニューの一つである。したがって、課題や目標を勘案し、具体的なサービス内容をケアプランに明確に位置づけるとともに、通所介護計画とも整合を図ることが必要である。

< 通所介護の利用状況 >

・ 基礎調査結果を見ると、要介護度1～2の事例における通所介護の利用率は以下の通り。

図表 通所介護の利用状況:利用率(左)と利用目的(右) (いずれも要介護1～2)



- 通所介護の利用は多いが、リハビリテーション（訪問・通所）の利用が少ない

利用者のADLの中で改善可能性が高い項目がある事例について通所介護とリハビリテーション（訪問・通所）の利用状況を見た。その結果、通所介護を利用している割合は約5割から6割程度である一方、リハビリテーション（訪問・通所）を利用している割合は約2割から3割程度であり、改善可能性が高いとされた利用者の7割以上がリハビリテーションを利用していないことが分かった。

改善可能性が高い利用者が多いにも関わらずリハビリテーションの利用が少ない原因については、資源の不足等が考えられる。そうしたリハビリテーションが選択されにくい理由の検証も含め、今後さらに調査研究が必要であろう。

要介護度が軽度の場合、ADLの改善可能性が高い割合が大きい。サービスの利用状況を踏まえると、通所介護において提供されるプログラムが生活機能の改善に資するものとなるよう推進するとともに、リハビリテーション（訪問・通所）の活用を促進する余地がある。

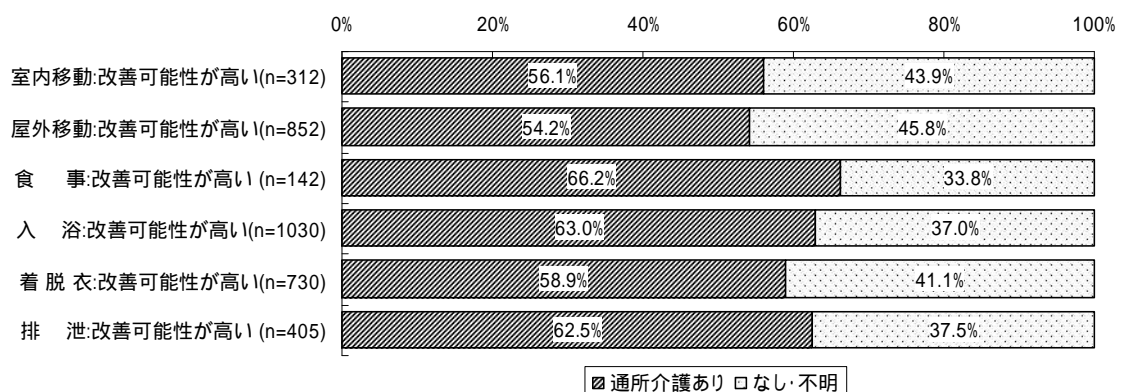
ただし、例えば有している疾患の状況によっては、すぐにリハビリテーションを利用することが不適當である場合もあると考えられる。また、介護支援専門員がリハビリテーションの必要性を感じても、地域の中に利用可能な資源が不足していることも考えられる。

したがって、地域全体でのADLの改善可能性が高い利用者の割合、すなわちリハビリテーションを利用する可能性のある利用者の規模を検証し、その上で地域における資源の状況の評価する必要がある。

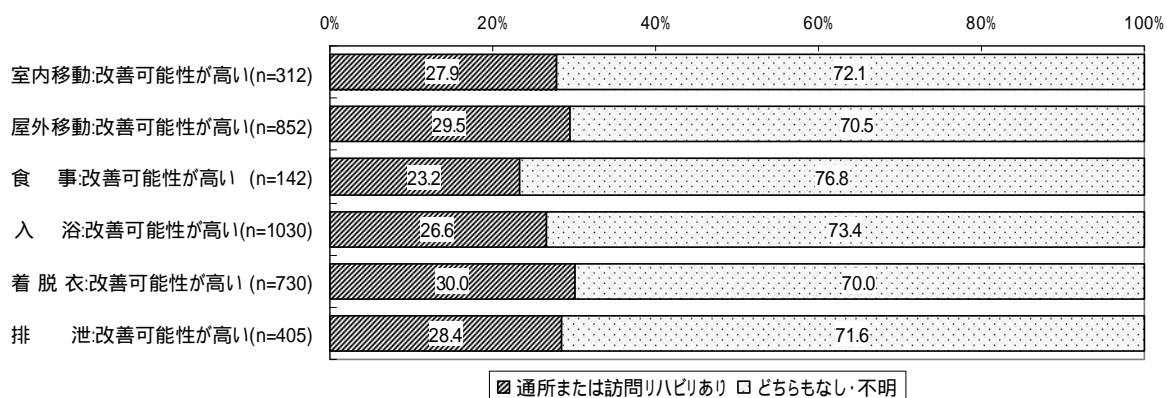
< 改善可能性が高い事例における通所介護、リハビリテーションの利用状況 >

- ・ 基礎調査結果を見ると、要介護1～2の事例のうち、ADLが「一部介助だが改善可能性が高い」あるいは「全部介助だが改善可能性が高い」事例に占める通所介護、リハビリテーションの利用率は以下の通り。

図表 改善可能性が高い事例における通所介護の利用状況(要介護1～2)



図表 改善可能性が高い事例におけるリハビリテーション(訪問・通所)の利用状況(要介護1～2)



● 軽度の認知症に対する通院は一定程度あるが、今後は鑑別診断が必要

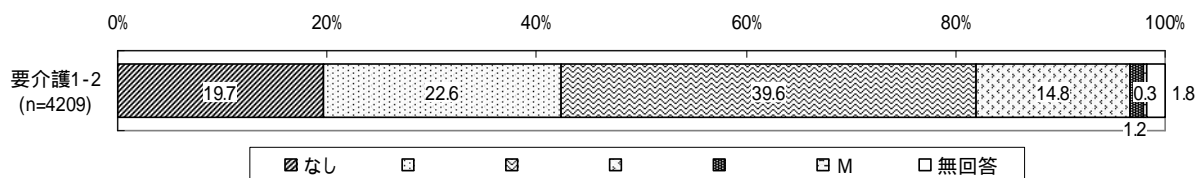
要介護度が軽度の事例の認知症程度を見ると、 が最も多く要介護度1～2の39.6%であった。軽度ではあるものの日常生活における影響が出始めるため、本人・家族の不安感の解消と状態像の維持・悪化防止のためには、日常生活の見守りだけでなく、認知症に詳しい医療機関を受診し、鑑別診断、処方等を受けることも重要である。

詳細検討で分析・評価したケアプランの中には、利用者本人に認知症に対する不安感がありながら、医療機関の受診が位置づけられていない事例も見られた。通院は介護保険サービスではないが、利用者本人が必要としているサービスとして、ケアプランに位置づけるよう定着することが必要である。

< 認知症の程度 >

・ 基礎調査結果を見ると、要介護度1～2の事例における認知症の程度の分布は以下の通り。

図表 要介護度1～2の認知症の程度



要介護度が中程度の事例

- 総合的な援助の方針があいまいになっている事例が多い

要介護度が中程度では、総合的な援助の主な方向性を「状態像の改善」とすべきか「状態像の維持あるいは重度化の予防・遅延化」とすべきかの判断が分かれやすいところである。実際、本検討で実施したケアプランの詳細な分析・評価でも、多職種による検討を行う中で、一つの事例に対して援助方針の判断が分かれることが多くあった。

しかし、詳細検討の対象としたケアプランには、そもそも総合的な援助の方針が第1表に明確に示されていないものが多く見られた。その理由としては、方針を定めるために必要な利用者の状況に関する情報(特に、「どのような生活を望んでいるか」という情報)が不足していること、収集した情報をもとに方針を決める考え方が分からないこと、介護支援専門員一人で方針を決めるには不安やためらいが大きいこと、といったことが考えられる。

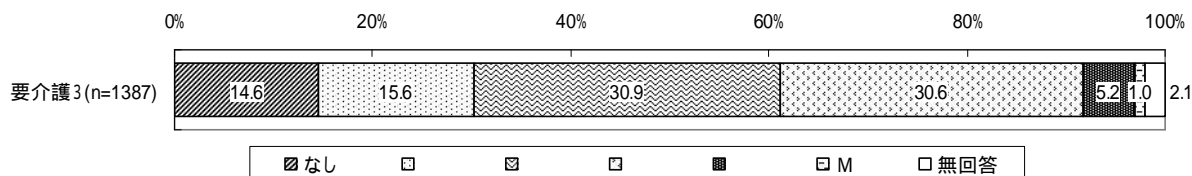
前項の1点目と2点目については、認知症があれば「状態像の維持あるいは重度化防止・遅延化」を考慮し、そうでなければ可能な範囲で「状態像の改善」を考慮しつつ、さらに各事例の利用者・家族等の状況を勘案することになる。こうした判断に資するよう、介護支援専門員の参考となる事例等で示すことが必要である。

一方、3点目については、必ずしも総合的な援助の方針を介護支援専門員一人で決める必要はないことを確認しておく必要がある。まずは情報の収集と整理を重視し、主治医や個別サービスの担当者も交え、多職種で構成されるサービス担当者会議や地域ケア会議等の場で、方針を検討・決定するよう、定着を図ることが必要である。

< 認知症の程度 >

- ・ 基礎調査結果を見ると、要介護3の事例における認知症の程度の分布は以下の通り。

図表 認知症の程度(要介護3)



● 生活上の禁忌・留意事項がある事例では、適切な専門職によるリハビリテーションが必要

要介護度が中程度の事例では、ADL,IADL の中で改善可能な項目が多い割合が大きい。一方で、呼吸器不全や透析など、継続的な治療を受け運動等に注意が必要な疾患を持つ利用者も多い。このような場合は、機能訓練を位置づける際に、疾患への配慮が非常に重要である。

例えば呼吸器不全であれば、不用意にリハビリテーションを行って身体的負荷をかけることが、本人の症状を悪化させることにつながることもある。実際、基礎調査結果を見ると、現在リハビリテーション(訪問・通所)を利用していないあるいは不明のグループの方が、現在リハビリテーションを利用しているグループよりも「呼吸器の病気」がある割合が大きい。したがって、現在未利用の利用者に、今後、リハビリテーションの利用を検討する場合、生活上の禁忌や留意事項への配慮が重要である。

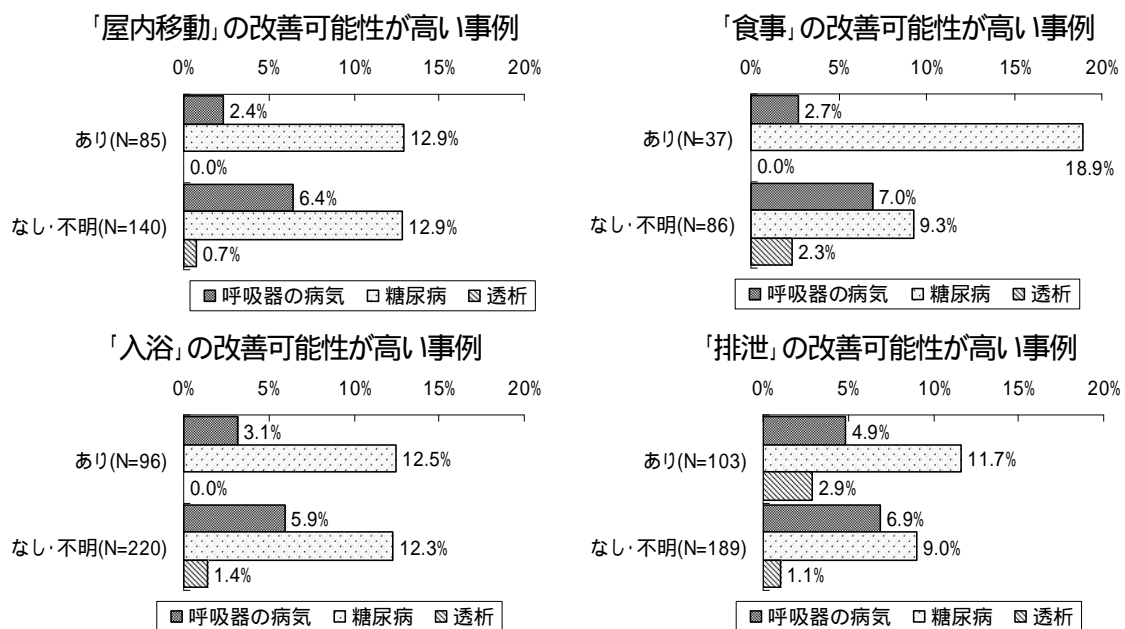
今回、詳細検討の対象とした事例の中では、ケアプランに療養の状況と日常生活上の禁忌や留意事項が明記されているものは少数であった。しかし、基礎調査結果を見ると、利用者の通院・服薬や、要介護状態となった主な原因疾患は把握できている事例が多い。

したがって、原因疾患の進行状況やその疾患に起因する生活上の禁忌・留意事項の把握を定着させる必要がある。

<リハビリテーション利用の有無と呼吸器の病気等の持病の状況>

- 生活上の禁忌や留意事項がある呼吸器の病気等の持病がある割合を、リハビリテーションの利用状況別に見ると以下の通り。

図表 リハビリテーション(訪問・通所)の利用有無別 疾患・医療処置が必要な事例の割合
(要介護3、かつADLの改善可能性が高い事例)



- 生活上のリスクの軽減を目的としたサービスの位置づけが不足

総合的な援助の方針を、「状態像の改善」よりもむしろ「状態像の維持または悪化防止・遅延化」に置く場合、利用者の生活上のリスクの軽減の観点に立った課題の整理が重要である。

今回、詳細検討の対象としたケアプランについて言えば、生活全般の課題(ニーズ)やそこから導かれる目標、サービス内容において、生活上のリスクの軽減の観点が含まれているものは少なかった。特に、訪問介護サービスの生活援助については、生活上のリスクを軽減するために環境を整えるという目的での活用が検討される必要がある。

要介護度が重度の事例

- 本人の意向はよく確認されている

要介護度 4～5 では数多くの課題が存在するため、優先順位を決めることが重要である。その際、利用者・家族の意向の把握が重要になる。認知機能が低下している場合など、本人の意思確認が困難な場合は、家族の意向を確認し、介護支援専門員が代弁して記述することになる。

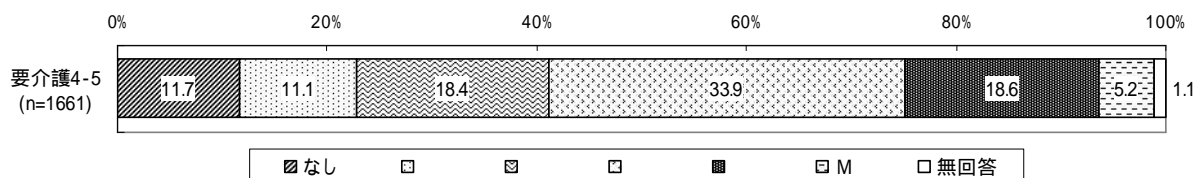
本検討で分析・評価の対象としたケアプランを見ると、本人の意向の確認(認知機能が低下している場合は家族の意向を介した把握)は十分に行われ、その情報もケアプランの第 1 表に確実に記載されていた。

なお、今回、検討対象としたケアプランでは、成年後見制度が位置づけられているケアプランはごく一部であった。本人の意向確認に関連して、成年後見制度をケアプランに位置づけていくことも必要である。

< 認知症の程度 >

- 基礎調査結果を見ると、要介護 4～5 の事例における認知症の程度の分布は以下の通り。

図表 認知症の程度(要介護4～5)



- 介護者の負担の要因に対する分析が不十分

要介護度が重度の場合、家族等の介護者の負担も大きい。実際、要介護度が高いほど、介護可能な同居人がいる割合が大きくなる。これら介護者に対して、日常生活スケジュールの中でどのような生活行為が負担の要因になっているかについて、具体的に情報収集し、分析することが必要である。

今回、検証の対象としたケアプランを見ると、介護に対する介護の不安感や負担感が課題に位置づけられている。しかし、介護を担う家族から見て、具体的に何が負担感になっているのか(例えば、排泄ケアの負担感が大きい、体位変換の負担が大きい等)を掘り下げ、その負担感を軽減する目標とサービス内容になっているプランは少数であった。

本人・家族との面談等を活用し、介護者の負担の要因を把握し、それに応じた課題解決の優先順位を付けることが必要である。また、それでもなお不安の要因が捉えきれない場合が少なくないことを踏まえれば、地域包括支援センターによる介護支援専門員向けの相談対応の機会を拡充することも必要である。

- 医療処置が必要とされる利用者に対する訪問看護の利用が少ない

課題解決の優先順位を付ける際、例えば栄養の摂取状況の管理や水分量の管理、皮膚の状態の管理など、生命機能の維持に関する課題がまず重視される。体調を管理しながら状態像の悪化の防止・遅延化を図り、症状が変化した場合に迅速に対応できるようにするためには、訪問看護を積極的に利用することが重要である。

また、要介護度が重度の事例では、生命機能の維持に関する課題がまず重視される。しかし、介護保険あるいは医療保険のどちらの訪問看護も利用していない割合は、必要とされた医療処置にもよるが、概ね3割であった。

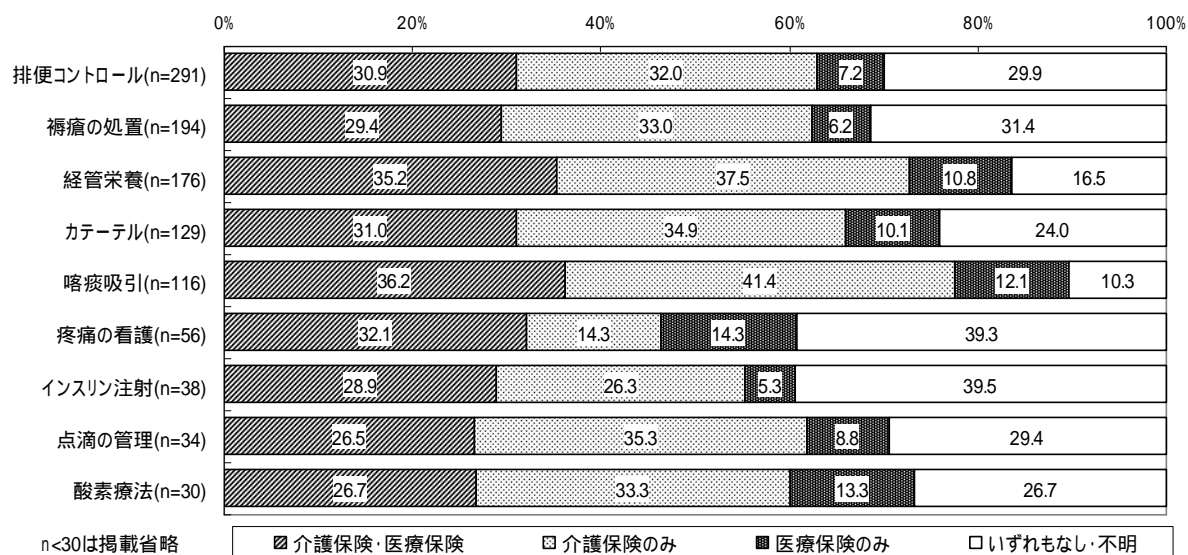
必要とされた医療ケアによって訪問看護の利用率は異なる。しかし、医療的な処置が必要と考えられる、経管栄養や在宅酸素等といった事例においても、訪問看護を利用していない事例も見られる。介護者が十分な状態管理を実施できる場合を除いて考えても、訪問看護の利用が少ないと考えられる。

訪問看護の必要性を判断するために、介護支援専門員が主治医から情報を収集する機会を確保するとともに、介護支援専門員も訪問看護の位置づけの理解を深めることが必要である。また、必要な場合に利用できるよう、地域における資源の量を検証することも必要である。

< 訪問看護の利用状況 >

- 基礎調査結果を見ると、要介護 4～5 の事例における医療の必要性和、訪問看護の利用状況は以下の通り。

図表 医療の必要性別 訪問看護の利用状況(要介護4～5)



- 利用者が持っている能力の活用については改善の余地がある

自立支援の観点に立てば、要介護度が重度であっても、一部であっても、最期までその人が持っている能力を活用したり維持したりすることが重要である。実際、ADL の項目別に見ると、少数ではあるが自立や一部自立、あるいは改善可能性が高いと判断される事例もある。

本検討で検証したケアプランについて見れば、状態像において自立や一部自立、あるいは改善可能性が高いとされていても、その状況に対応した課題と目標、サービス内容が位置づけられていないケアプランも多く見られた。

介護支援専門員が、アセスメントとその結果に基づく解決すべき課題、目標と整合した個別サービスの計画との整合性を図りやすいようにすることが必要である。例えば、介護支援専門員をはじめ多職種に分かりやすいよう参考となる事例を示すとともに、サービス担当者会議等でチームケアに参加する多職種の見解を踏まえてサービス内容を見直す等の取り組みが必要だと考えられる。

(3) 今回実施した評価方法について

今回実施した評価方法の特徴は、ケアプランに記載されている情報だけでなく利用者・家族の状態像の情報も併せて分析したこと、サービス担当者会議の方法を採り多職種視点からケアプランの詳細な分析・評価を行ったことにある。このように、定量的手法と定性的手法を組み合わせた検証の進め方は、個々の事例におけるケアマネジメントの検証に有効であったと考えられる。

ただし、「2.(2)検討の範囲」でも触れたように、本検討で検討の対象とした情報の範囲では、介護支援専門員が、どのような情報を収集し、どのような分析を行って課題を整理したかの検証を行うには、情報が不足であった。したがって、情報の収集と分析の過程の評価方法を検討する必要がある。

また、今回の分析・評価では、主に利用者の状況に着目し、要介護度を中心に大まかな分類を行って分析した。よりケアマネジメントの実践に即した検証を行うためには、さらに詳細な分類を行った上での検証や、地域で利用可能な資源の量を勘案した検証も必要である。

5 . 今後取り組むべき課題

前述したような評価結果を踏まえ、今後、ケアマネジメントの質の向上とその検証を進めるために、取り組むべき課題を整理すると以下の通りである。

(1) ケアプランの作成に関する課題

ケアプランの様式への記載方法が定着していない

家族の意向が、具体的に誰の意向なのかを明確に記載することを定着させる必要がある。また、通院や訪問診療、服薬等の医療の利用状況は、介護保険サービスではないが確実に確認すべき事項である。これらの状況を把握し、それをケアプランに明記することの定着が必要である。また、インフォーマルなサービスについては、配食サービス以外はほとんど記載されていない例が多いが、利用者生活全体を援助する計画として、ケアプランへの記載を定着することも必要である。

第3表の右欄にあたる利用者の日常生活のスケジュールを把握し、その結果をケアプランに明記することの定着が必要である。仮にケアプラン作成ソフトを使っているとしても改めて記載漏れが無いよう、確認する必要がある。

上記はいずれも現行通知にて記載するよう明記されている事項であり、実務研修等を通じて定着を図ることが必要である。

認知症や廃用症候群の事例における利用者の状態像に応じた参考となるケアプランの情報が不足している

今回、検証の対象とした70件の詳細分析の結果、脳卒中以外の事例において、改善の余地があるケアプランがいくつも見られた。背景には、脳卒中事例は研修教材などでも参考ケアプランが多くあり、また残存機能の回復・維持、自立支援といった視点でケアプランを組み立てやすいのに対し、それ以外の事例は参照が難しいといった要因もあると考えられる。

具体的には、廃用症候群に関連する疾患が原因である事例において、要介護度が比較的 low 回復可能な残存機能がありそうなにも関わらず、リハビリテーション等の利用が少ないという事例が見られた。また、独居で、認知症が原因疾患である事例であって、見守り等への対応がなされていない事例も見られた。

したがって、介護支援専門員が日常的にケアプランを作成する際に参考となる事例(特に認知症や廃用症候群の事例の事例)の情報をより多く普及する必要がある。

課題の整理の根拠となった情報の記録方法が定まっていない

現通知では標準課題分析項目が示されている一方で、ケアプラン様式には、生活全般の課題(ニーズ)の整理の根拠となった情報(利用者・家族の現在の状況とその要因、要因間の相互の関係性の分析、今後の状態像の見通し、課題解決の優先順位)を記録する欄が無い。このため、生活全般の課題(ニーズ)にどの程度の情報を記載するか分かりにくいという問題点もある。

また、課題の整理の根拠となる情報が記載されていないために、チームケアに参加する多職種間で利用者・家族等の状況等を共有しにくかったり、サービス担当者会議や地域ケア会議のためにケアプラン様式以外の資料を作成・提出したりして、介護支援専門員の事務負担を大きくなっている。

実際には、収集した情報の整理や要因の分析の経過において何らかの記録を作成していることが多い。したがって、介護支援専門員の事務負担を軽減し、かつ多職種間での情報共有を円滑にするためにも、課題の整理の根拠となった情報を記録する様式を定めることが必要である。

ケアプランの記述方法に捉われてしまい、課題分析が十分でない

評価結果でも指摘したように、記述方法は「～したい」という形を採る一方で、本人のプラス面である、自立や一部介助状態である ADL,IADL や本人の意欲が課題に反映されていない事例も見られた。

このような状況にある原因として、介護支援専門員が「～したい」という記述方法に捉われてしまい、結果として課題の分析が不十分になってしまっていると考えられる。現在普及しているケアプランの記述方法は、ICFの基本的な考え方を取り込もうとしたものであった。つまり、利用者の日常生活を把握した上で、生活機能のマイナス面だけを見るのではなく、プラス面も併せて捉えようとするものである。したがって、単に、生活全般の解決すべき課題(ニーズ)を「～したい」という表現にするというだけでは不十分である。

「生活全般の課題(ニーズ)」の記述方法は、介護支援専門員がアセスメントの結果をもとに判断し、利用者にとって分かりやすいかどうかも加味した上で、適切に選択すべきものである。大切なことは、まず課題の分析を十分に行うことであって、記述方法はその結果の表現の工夫である。画一的に「～したい」という表現にするといった指導は改める必要がある。

(2) 情報収集とアセスメントに関する課題

情報収集が十分に実施できていない

まずは、アセスメントに必要な利用者・家族の現在の状況に関する情報を十分に収集することが必要である。特に、前項で指摘した課題とも重複するが下記の観点に立った情報収集の確認が必要である。

- 通院と服薬の状況
- 利用者の日常生活のスケジュール

なお、基礎調査結果を見ると、ケアマネジメントの実践上の課題として「アセスメントに必要な情報が不足している」との回答が多くあった。ケアプラン分析でも、利用者及び家族の状況について十分な情報が記入されていない事例も見られた。これを業務経験年数別に見ると、業務経験年数の長い介護支援専門員ほどこの課題を挙げる割合が小さくなっていった。したがって、業務経験年数が短くても、ある程度は必要な情報を収集できるよう、実務研修等での指導を見直す必要がある。

主治医からの情報収集が十分に実施できていない

評価結果でも述べたように、ケアマネジメントの実践における医療との連携について以下のような課題があることが分かった。

- 利用者の症例名と現在の治療の状況、通院・訪問診療や服薬等の状況の把握
- 疾患等に伴う生活上の禁忌・留意事項の把握とサービス内容を検討する際の配慮
- 改善可能性の高い状態像に対する目標設定

基礎調査結果を見ると、医療との連携における課題として「医学的知識の不足」を回答した介護支援専門員が多い。また、「医師にアポイントを取ることをためらう」と回答した介護支援専門員も多く、介護支援専門員の多くが医師とのコミュニケーションに自信を持ってないでいる実態が分かる。

介護支援専門員に求められる医学的知識には 2 種類の知識がある。すなわち、援助の方針を立てるために必要な疾患に関する知識と、医療職と情報共有するために最低限必要な知識である。このうち、介護支援専門員の日常業務の場面においては後者の知識の必要性の方が大きいと言える。

実際、「普段からコミュニケーションを取る先」として医療機関等との接点が多い介護支援専門員ほど、医学的知識に関する課題を回答した割合が小さい傾向が見られる。医療職も含めた多職種連携が円滑に行われていれば、ケアの見通しを立てることも介護支援専門員一人が背負い込む必要がなくなり、お互いの意見交換のなかで軌道修正しながら見通しを立てることができる。

したがって、まずは医療職から円滑に情報収集するために、介護支援専門員が持つべき知識の向上を図る必要がある。なお、日常的に医療職に相談できる関係が構築されている介護支援専門員ほど、医療との連携が円滑であることを踏まえると、研修等による知識の向上だけでなく、日常的に介護支援専門員が医療職に相談できる機会を確保することも必要である。

さらに、医療職が介護支援専門員に利用者の医療に関する情報を提供する機会を確保することも必要である。具体的には医療職から介護支援専門員への情報提供が円滑に行われるような環境整備も必要である。例えば、介護認定審査会に付される主治医意見書の取り扱いを見直すことも必要である。

主治医意見書には、医学的視点から見たその利用者の状況や要介護となった原因疾患、主治医が必要と判断するサービスが記載されており、介護支援専門員にとって有効な情報である。しかし、必ずしもすべての自治体がこの情報を介護支援専門員に届けられているわけではなく、利用者あるいは介護支援専門員側からの開示請求が無い限りその情報が入手できない自治体も少なくない。

個人情報保護の考え方に則りつつも、介護支援専門員が必要な情報を入手しやすいよう、情報の運用を明確に規定することも必要である。

収集した情報の分析と課題解決の優先順位付けが不十分である

情報収集を十分にを行った上で、その分析において、利用者・家族の現在の状況の要因をより詳しく分析し、複数の状況の相互の関連性を整理できるようにすることが必要である。高齢者とその家族には、一人ひとりにそれまでの長い生活歴がある。そのため、利用者・家族の現在の状況の要因を詳しく分析することは、本来、容易ではない。

しかし、容易でないからこそ、介護支援専門員の専門性が最も求められる点でもある。要因まで掘り下げて分析し、相互の関連性に着目してまとめるには手間がかかるが、より根本的な要因を抽出できれば、結果として課題の整理や優先順位付けが行いやすくなると考えられる。

現在の通知においても、生活全般の解決すべき課題(ニーズ)には、「生活全般にわたるものであること」と「自立の阻害要因と利用者及びその家族の現状認識が明らかにされていること」が重要であるとされている。また、「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」とされている^{11 12}。

現実には、利用者・家族等の状況や費用負担、地域にあるサービス資源の量及び利用可能状況などが制約となり、全ての課題を同時に解決することが難しい場合もある。このような場合でもチームケアを円滑に進めるためには、介護支援専門員が課題の分析と優先順位付けを、今以上に確実に実施することが必要である。

¹¹ 平成 11.11.12 老企 29 各都道府県介護保険主管部(局)宛厚生省老人保健福祉局企画課長通知「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」

¹² 分析すべき課題は「生活全般にわたるものであること」とされているが、介護支援専門員があらゆる範囲の課題分析を行わなければならないということではない。高齢者の介護のケアマネジメントを越える範囲の課題については、社会福祉士等の適切な専門職やサービスにつなげるのが重要であり、アセスメントの質を高めることにもつながる。

なお、必ずしもケアプランを作成する段階で、一度に課題の分析を完了させようとする必要はない。つまり、短期間のケアプランを作成し、サービスを提供しながら詳しくアセスメントするといった方法もありうる。例えば認知症がある事例などは、現在の状況の要因がどこにあるかを判断するために、ある程度の観察期間を設けることが有効な場合も多い。

また、サービスの提供を通して課題を整理する方法を採ることで、介護支援専門員一人の視点だけでなく、個別サービスを提供する担当者の視点も含め、チームでのアセスメントを行うことが可能になる。

短期目標が曖昧である事例が多い

第2表に記載する長期目標は、個々の解決すべき課題に対応して設定される。しかし、通常、段階的に小さな成果が積み重なってはじめて長期目標が達成されるものである。設定した長期目標に対し、どのような成果の積み重ねが見込まれるかを想定し、その中でも始めに取り組むべきものが短期目標である。

したがって短期目標は、設定した期間後に評価し、見直されなくてはならない。しかしながら、今回の検証では、長期目標と短期目標にほぼ同じことが記載されていたり、設定した期間内に達成することが困難な短期目標が記載されていたりといったケアプランも多く見られた。

現通知では、目標の記述について「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」とされており、目標を具体的に記述することの定着が必要である。

短期目標の記述があいまいになってしまう一因として、介護支援専門員にとって、利用者の予後予測を捉えにくいことがあると考えられる。したがって、まずはアセスメントの際に、利用者の状態像の見通し(ケアプランに位置づけたサービスを利用することによる、利用者の心身の状況や生活機能に及ぼす影響の見通し)を想定する視点を必ず持つことを確実にするとともに、介護支援専門員の参考となるような状態像に応じた具体的な予後予測の例に関する情報を広く普及させることが必要である。

なお、予後予測は、必ずしも介護支援専門員だけが想定するものではない。個別サービスの担当者は、各サービスの範囲において、どのようなサービスを提供することでどのような状態像の変化が見込まれるかの知見を有している場合がある。したがって、地域の中に知見を持つ多職種がいる場合は、情報共有の機会を確保することも必要である。

このようにして、短期目標を具体的に記述することにより、訪問介護、通所介護等の個別サービス計画もより具体的に作成しやすくなることも期待される¹³。したがって、介護支援専門員と24時間定期巡回・随時対応型サービスとの役割分担を明確化するためにも、ケアプランにおいてより具体的な短期目標を設定することが必要である。

¹³ もちろん、短期目標を具体的にすることは、居住系サービスに限らない。例えば健康状態の悪化に伴って、状態像の観察のために短期入所生活介護等を利用する場合も、その利用期間を通してどのような状態を目指すか具体化することで、翻ってその後の状態像の維持や悪化防止・遅延化の効果が高まることが期待される。

また、要介護度が比較的重度の場合であって、ADL,IADL の維持、重度化防止・遅延化を目指す場合でも短期目標が書きやすくなると考えられる。

(3) 個別サービスに関する課題

個別サービスでのサービス内容とその結果が把握しにくい

訪問介護や通所介護など、提供しうるサービス内容が多様であるサービスについては、サービス内容をより具体的に定めないと、サービスのねらいが曖昧になり、効果が高まらない可能性が考えられる。

まずは、ケアプランにおいて短期目標をより具体的に設定することが必要である。これに加え、設定した短期目標に基づいて作成される個別サービス計画(訪問介護であれば訪問介護計画、通所介護であれば通所介護計画)を確認し、ケアプランで位置づけた目標と整合しているか、サービス提供の結果どうなったかを把握することが必要である。

しかし、ケアプランと異なり、個別サービスの提供に係る計画書の様式は事業所ごとに任意である。そのため、介護支援専門員から見て把握したい情報項目が含まれていなかったり、情報を整理する事務負担が大きかったりといった課題がある。

したがって、ケアプランにおいてより具体的な短期目標を設定することと併せて、利用者・家族等の状況を把握する際の視点を共有し、情報共有を円滑にするため、個別サービス計画の様式を一定程度定めるよう検討することも必要である。

訪問看護、リハビリテーション、認知症対応のサービスの充足度の検証が必要

今回の詳細検討の結果、利用者の状況を勘案すると、現在のケアプランに加え、訪問看護、リハビリテーション(訪問・通所)、認知症に対応したサービス(訪問介護、通所介護)を位置づける必要が認められる事例が多く見られた。また、認知症の事例については、専門科の診療を受けることの必要も大きいため、認知症外来等の医療の体制の整備も検討が必要である。

基礎調査結果を見ると、これらのサービスが不足しているという認識は介護支援専門員も管理者も共通しているところである。しかし、具体的にどの程度の充足度であるかは、次期の介護保険事業計画での基盤整備の見通しも踏まえつつ、地域ごとに、本検討のように利用者の状態像を踏まえた検証が必要である。

(4) ケアマネジメントの検証方法に関する課題

利用者・家族等の状況を把握し、ケアプランと併せて分析する今回の評価方法は、一定の有効性があると考えられた。しかし、この方法では、ケアプランとは別に調査票への記入が必要となる。それゆえ、さらに詳細なケアマネジメントの検証を行うための情報を収集するためには、介護支援専門員の負担が大きい。

一方、介護給付費分科会の審議報告でも、ケアマネジメントの検証が次期計画期間における重要な課題となっている。したがって、ケアマネジメントの実践において日常的に作成・共有している書類を活用することで、検証に必要な情報を収集できるような仕組みを構築することも必要であると考えられる。

6 . 課題解決に向けた提言

ケアマネジメントの詳細検討の結果を踏まえ、前章で整理した課題の解決に向けた具体的な取り組み(案)を以下のように提言する。

(1) 研修等によるケアプランの記載方法の定着促進

参考となるプラン(例)の発信

前述の通り、ケアプランの書き方の中でも、「利用者の状態像や取り巻く状況に応じた介護の見通し」、「課題解決の優先順位付け」、「具体的な短期目標の策定」、「医療サービスの組み込み」に不十分さが見られる。

この課題を解決するためには、第一に、参考となる情報を発信し、それを活用した資質向上の取り組みが必要である。その際、本調査研究で行った分析のようにケアマネジメントの実態を踏まえて事例をある程度のグループにまとめ、そのグループごとに参考となる情報を発信することが有効である。基礎調査のクラスター分析の結果は、参考資料1に付したので、併せてご覧いただきたい。

もちろん、ケアプランは利用者・家族の状況に併せて一つひとつ個別に異なるのが前提であり、参考となるプラン(例)をそのまま適用したり、あるいは参考プラン(例)をケアプランの標準とみなして指導したりすることは不相当である。そのような点に留意した上で、ケアマネジメントの実態に基づいた参考プラン(例)を発信することで、介護支援専門員の資質向上が期待される。

なお、今回実施した検証の経過と、評価の視点・項目を踏まえ、参考プラン(例)のイメージを参考資料2に付したので、併せてご覧いただきたい。

地域包括支援センターの相談支援機能の強化

今回の検証を通して、ケアプランに十分な情報が記載されていなかったり、情報の整理が不十分であったりする例が多く見られた。これらはいずれも、適切な指導があれば改善する課題である。

一方、居宅介護支援事業所1ヵ所当たりには在籍している介護支援専門員は少数であり、経験豊富な介護支援専門員に事業所内で日常的に相談できる環境にない介護支援専門員が多い状況にある。

こうした課題を解決するためには、介護支援専門員向けの研修の見直しと合わせて、地域包括支援センターの包括的・継続的ケアマネジメント機能の強化が期待される。例えば、ケアプラン相談会といった形で、地域の居宅介護支援事業所の介護支援専門員が相談できる機会を増やすことが有効であろう。なお、主任介護支援専門員による包括的・継続的ケアマネジメントの役割が十分に機能していないとすれば、その原因と解決の方向性についても、今後改めて検討する必要がある。

なお、課題の整理において多様な専門職の視点からのコメントが得られるようにするための取り組み、具体的には地域包括支援センターにおける多職種の配置のあり方についても今後検討する必要がある。

事業所における主任介護支援専門員による指導の活用

上記の取り組みに加え、特定事業所加算を取得している事業所はもちろん、全ての居宅介護支援事業所において、日々の実践を通じた資質向上への取り組みの推進も必要である。

特に、居宅介護支援事業所に在籍している主任介護支援専門員には、日々の業務を通じて他の介護支援専門員を指導する役割を、これまで以上に積極的に担うことを期待する。

研修における演習・実習の強化

実務者研修等の研修カリキュラムや教材となる事例が、ケアマネジメントの実践で直面する利用者のニーズに照らして十分かどうか、多様な事例に対応する力を身につけるための演習あるいは実習の時間が十分かどうかを検証する必要がある。

特に、アセスメントに必要な情報収集の不十分さを補うためには、例えば初回のケアプラン作成時に、二度三度と繰り返し利用者や家族と面談しやすくする必要がある。また、業務経験年数の短い介護支援専門員が、収集すべき情報の項目や内容を理解しやすいよう、介護支援専門員の資質向上のあり方を見直すことも有効であると考えられる。

なお、現在、アセスメントにおいては多種多様なツールが利用されている。アセスメントの不十分さを解決するためにはツールを統一する方が良いという議論もある。一方で、同じツールを使っても介護支援専門員が異なれば異なる結論が導かれるものである。したがって、現段階ではツールの統一よりも、前述のような本質的な課題の解決を優先する方が妥当であろう。

(2) ケアプランの様式の見直し

課題の整理の根拠となった利用者・家族等の状況や要因等を記録する様式の追加

サービス担当者会議や地域ケア会議、ケアプラン点検等において、情報の共有に多くの時間が割かれてしまったり、利用者の状態像を踏まえたケアプランの見直しが行いにくかったりといった問題点の原因の一つとして、対象となるケアプランに記載されている情報量が少ないことが挙げられる。つまり、最も重要な「なぜそれを課題としたのか」の根拠や、総合的な援助の方針の背景にある情報が、現在のケアプランには記載されない。

したがって、アセスメントの前提となる情報の整理から、分析の過程、課題と援助の方針を判断した考え方、その結果としてのサービス計画に至るプロセスを把握できるような様式に見直す必要がある。

なお、こうした情報は、現在も各事業所の任意様式や介護支援専門員個人の任意様式によって、記録を

作成している可能性が高い。そのため、様式を統一することにより、情報共有の円滑化が図られる分、業務負担が軽減されることも期待される。

こうした考え方に基づく新様式の提案を参考資料2、新様式の利用例を参考資料3に付した。ただし、この新様式の提案と参考プラン(例)は、あくまでも原案であり、今後、これがケアマネジメント業務の水準の向上に資するものかどうか、様式は妥当なものかどうかを検証する必要がある¹⁴。

ケアプランの記述方法の見直し

本検討を通して、ケアプランの記述方法に捉われてしまい、課題分析が十分でない場合があることが分かった。しかし、最も重要なことは課題(ニーズ)をいかに書くかではなく、いかにして適切に課題を整理するかということである。

したがって、まずはアセスメントの重要性を再確認し、適切なアセスメントが確実に行われるようにすることが必要である。その上で、「生活全般の課題(ニーズ)」の記述方法については、介護支援専門員がアセスメントの結果をもとに判断して適切に選択できるよう、指導方法を見直す必要がある。特に、画一的に「～したい」という表現にするとといった指導は改める必要がある。

介護予防計画の様式との統一の検討

今後、居宅介護支援事業所への介護予防計画の委託上限が緩和されることも踏まえると、介護予防計画と居宅介護計画の様式を同じものとすることも含めて検討することも必要だと考えられる。

両計画の様式を統一することで、介護予防計画の委託を受けている居宅介護支援事業所の介護支援専門員の業務を改善させることが期待される。もちろん、要支援の利用者と要介護の利用者では、総合的な支援の方針や重視すべき課題が異なることから、同じ様式で支障が無いことを丁寧に検証することが必要である。以上の観点を踏まえた、新様式(案)を参考資料2に付したので、併せてご覧いただきたい。

(3) ケアプランの運用方法の見直し

短期間(1ヶ月程度)のケアプランの活用の促進

チームアセスメントによっても十分なアセスメントを実施できない場合は、例えば1ヶ月程度の短期のケアプランを活用することも有効である。このような運用は現在の規定でも実現可能であり、その活用の促進が必要である。

例えば、認知症がある事例において、退院直後などの生活環境の変化が激しいときに、1ヶ月程度の期間のケアプランを立て、その期間を通じて多職種が提供するサービスを通して利用者及び家族のニーズを

¹⁴ 新様式では、現通知で示されている課題分析標準項目を踏まえて作成した。したがって、新様式と併せて課題分析標準項目についても検証が必要である。

把握し、その上で改めてアセスメントを行うことが考えられる。

こうした取り組みは、介護支援専門員及び多職種にとって手間が増えるものであるとは言え、利用者本位で考えれば積極的に活用されるべきである。

利用者及び家族に開示するケアプランの取り扱いの見直し

現行の制度では、ケアプラン(案)の全てを利用者あるいは家族に提示して説明し、理解を得た上で契約することとなっている。このようなルールであるため、介護支援専門員は、ケアプランの作成に際して「利用者や家族が読んで分かりやすいプランを書く」という視点と、「集めた情報を網羅的に記録しておく」視点の間で悩むことになっている。実際は、後者の情報は自らのノートなどに記録している場合が多いと考えられるが、それゆえに多職種間で必要な情報の共有が進みにくいという問題を生んでいる。

しかし、ケアプランの様式を見直し、アセスメントの経緯に関する情報も記載することとした場合、第一に情報量が多くなって利用者や家族から見て分かりにくくなる恐れがある。また、ターミナルのケアプランの場合などに、多職種にとっては看取りに関わる情報の把握が必要であっても、それを家族等に見せることは忍びないという状況も容易に考えられる。

したがって、ケアプランには必要な情報の大半を記載できるよう見直した上で、必要に応じて利用者や家族向けには、分かりやすく要約されたプランを作成し、そのプランに基づいて契約することを可能とするよう、最低限提示すべき項目を定めた上で規定を見直すことも有効ではないか。

なお、要約されたプランを提示する場合でも、契約者としての利用者の権利を守るためには、求めがあればケアプランの全文を開示するといった条件が必要であることは言うまでもない。また、介護支援専門員にとって事務業務の負担が大きい現状を踏まえれば、要約版プランの活用は、居宅介護支援事業所においてITが有効に活用できる状況にあることを前提とすべきである。

(4) 情報収集とアセスメントをより確実にするためのルール化

介護支援専門員へ主治医意見書を提供することの明確化

利用者の状況に関する情報収集の中で、医療に関する情報の把握が不十分な状況にあることが分かった。一方、主治医意見書は、利用者の医療に関する情報が整理された資料であり、情報収集における有用性が高い。

現在でも、介護支援専門員の求めにより、主治医に意見書を求めることは可能だが、認定審査会資料としての主治医意見書と重複して作成することになり、医師の負担が大きく、介護支援専門員も意見書を求めにくい状況にある。

したがって、認定審査会の資料として利用された主治医意見書の情報が、担当することとなった介護支援

専門員に確実に提供されるような仕組みとなるよう、明確化することが必要である。

保険者（地域包括支援センター）による地域ケア会議の開催の促進

現在、各保険者（地域包括支援センター）で開催されている地域ケア会議にはいくつかの種類がある。ケアマネジメント業務の水準の向上に資するためには、多職種が参加して多角的にアセスメントを行い、援助の方針を定め、共有する目的で地域ケア会議を開催することが期待される。

このような目的で地域ケア会議を開催することにより、副次的な効果として、介護支援専門員がアセスメントの視点を実践的に獲得する OJT の場となることも期待される。しかし、介護職ばかりになってしまう等、結果的に多様な職種が揃わなかったり、多職種が集まっても検討のために必要な情報が不足したりといった問題点がある。

専門職が不足する地域においては、他地域から専門職を派遣するといった取り組みも行い、地域ケア会議の実施を推進することも必要である。なお、多職種として介護職に加えて医師や看護師が挙げられることが多いが、今後の在宅ケアに必要となる観点を踏まえると、PT/OT/ST、栄養士等の視点を加えることも必要である。

さらに、サービス担当者会議や地域ケア会議を、その実施率だけでなく、「多職種が参加できているか」という視点で評価することも必要であると考えられる。

また、個々の事例のケアマネジメントから明らかになる課題を集約し、地域の社会資源の整備（基盤整備）に反映させることが望ましい。そのためには、保険者（地域包括支援センター）が個別事例のケアマネジメント業務の水準を向上させることを目的に、地域ケア会議を積極的に開催することが必要である。

サービス担当者会議への介護保険サービス担当者以外の参加の促進

実施率は高くなっているが、多職種の参加が少なく、サービス提供内容の確認に費やされることが多いのではないかと。サービス担当者会議は本来、多角的な視点から検討を行い、ケアの方針を定め、共有することが目的である。

また、個別サービス提供者にも、ケアプラン全体に対する理解を通して、利用者の課題と総合的な援助の方針に照らして、担当するサービスの短期目標の認識を深めることが求められる。

加えて、今後は、介護保険サービスの提供者だけでなく、民生委員や見守りや家事援助等のインフォーマルなサービスの提供者も参加することが必要であろう。特に、認知症のある利用者の場合、在宅介護を継続するにはインフォーマルなサービスとの連携が不可欠である。

なお、症状等によっては、本人が不在の方がケアの方針を率直に共有できる場合もある。このようなサービス担当者会議の運用も認めることを明確にすることも検討する必要があるだろう。

(5) ケアプラン点検の拡充

ケアプラン点検を担当する行政職を対象とした研修の充実とケアプラン点検の必須化

現在のケアプラン点検は、保険者である行政の職員が実施するため、「実地指導と取り違えた指摘が多い」、「外形的な指摘に留まっていて有効性が低い」といった問題点も指摘される場所である。

前述したようにケアプランの様式を見直し、点検の対象となる情報を共有しやすくするとともに、ケアプラン点検支援マニュアルの普及・定着を図るため、行政職を対象としたケアプラン点検の研修を拡充することが必要ではないか。

さらに、このような取り組みを踏まえて、ケアマネジメントの質を全体的に向上させるためには、保険者によるケアプラン点検を必須とすることが妥当である。

特定事業所加算取得事業所の個別点検

特定事業所加算を取得している事業所は、質の高いケアマネジメントを実践し、その地域における地域包括ケアのリーダーシップを発揮することが期待されている。しかし、ケアマネジメントの質に関わる判断が困難であるため、現行の特定事業所加算の要件は事業所の外形的な要件となっている。

例えば、ケアプラン点検を行政職だけでなく専門職も交えて行う地域ケア会議のような形式とした上で、特定事業所加算を取得している事業所のみ、ケアプランの内容に踏み込んだ点検を実施することも検討することが必要だと考えられる。また、専門職として地域包括支援センターの主任介護支援専門員を活用することも検討が必要である。

(6) ケアプランと個別サービス計画との連携強化

ケアプランの理解促進と個別サービスの検証

個別サービス提供者に対しても、ケアプランを理解してサービスを提供し、その結果と課題を整理して報告することを求める必要がある。

また、地域において妥当な個別サービスが不足している可能性も考慮する必要がある。認知症の見守りや声かけ、廃用症候群を悪化させないための機能向上を目的とした訪問介護、リハビリテーション、通所介護等の役割分担と評価のあり方も検討が必要である。

個別サービスの計画書に記載すべき事項の見直しとサービス担当者会議の充実

現在、ケアプランの様式は概ね定められているものの、個別サービスの提供に係る計画書(訪問介護計画書、通所介護計画書等)は例示されているのみである。一部の自治体では、自治体が推奨様式を定めている場合もあるが、多くの地域では事業所が任意の様式を用いている。

その結果、介護支援専門員は同じサービスでも多様な様式の計画書を管理することになっており、文書管理の負担感が大きい。さらに、個別サービス提供者から得られる情報量の多寡の差が大きく、事業者によって利用者・家族等の状況の収集・分析の視点に差異がある。

したがって、チームケアに参加する多職種が、ある程度共通した視点で利用者・家族等の状況を把握でき、チームケアを円滑に進められるよう、個別サービスの計画書に記載すべき事項を見直す必要がある。その上で、サービス担当者会議をより効果的なものとするため、その運用のあり方の検討も必要である。

おわりに

制度の中にケアマネジメントが位置づけられていることは、諸外国と比較しても類がない、わが国の介護保険制度の特徴である。介護支援専門員は、介護保険制度発足からこれまで、要介護高齢者とその家族の、在宅における日常生活をより良いものにするともに、制度の要としても大きな役割を果たしてきた。

一方、本検討の結果は、介護支援専門員のケアマネジメント業務に対し、問題点を数多く指摘する内容となった。これらの問題点は、これまでの10年間の試行錯誤があり、ケアマネジメントのあり方や、より良いケアプランを作成するための知識・技術が蓄積されてきたからこそ、明らかになったとも言える。

今後、地域にある様々な社会資源を組み合わせ、高齢者の在宅生活を支援する、地域包括ケア体制の構築が推進される中で、ケアマネジメントが果たす役割への期待はこれまで以上に大きくなる。介護支援専門員には、高齢者が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を継続的に高め、それを生かして利用者一人ひとりの在宅生活をより良いものに変えていくことが求められる。

なお、ケアプランの作成やサービス担当者会議、地域ケア会議等は、その利用者に対する介護のあり方を検討する機会であるだけでなく、多職種や保険者、行政に、地域に暮らす高齢者のニーズや必要とされるサービスを伝えていく機会でもある。したがって、介護支援専門員は、担当する利用者だけでなく地域の全ての高齢者の在宅生活をより良くするために貢献できることを念頭に置き、日々のケアマネジメント業務に取り組んでいくことが重要である。

もちろん、地域包括ケアシステムの構築は、介護支援専門員だけで実現できるものではない。医療、介護、福祉の各サービスやインフォーマルな支援も含め、それぞれに携わる多職種の協力を得て、連携できる環境が必要不可欠である。また、利用者一人ひとりのケアマネジメント業務においても、各職種が持っている利用者に関する情報を受け取り、それぞれの専門的な知識・技術の助けを得ることにより、より良いアセスメントとケアプランの作成ができる。

各職種に対し、ケアマネジメント業務に対する理解と協力を期待するとともに、保険者・行政には多職種が連携・協力しやすい環境整備を進めることを求めたい。

本検討は、ケアマネジメントの中でも居宅ケアプランに着目し、かつ限られた情報をもとにした検証であった。今後、ケアマネジメントの検証方法のあり方をさらに検討する必要がある。

こうした検討の積み重ねを通して、高齢者の在宅生活を支える支援の質が継続的に向上していくことを期待する。本検討がその一助となれば幸いである。

参考資料1 ケアマネジメント基礎調査結果のポイント

(1) クラスタ分析によって分類した各グループの状態像

基礎調査の結果を基に、クラスタ分析を用いて8つのグループに整理した。各グループの状態像は以下の通り。

図表 クラスタ分析による分類の結果(概要)

番号	N数、割合	要介護度	原因疾患	居住状態
1	N=877 (12.8%)	主に要支援1~2	主に廃用症候群	独居が多い
2	N=554 (8.1%)	主に要介護1	主に認知症	独居と同居が半数程度ずつ
3	N=666 (9.7%)	主に要介護1~2		脳卒中あるいは廃用症候群
4	N=778 (11.4%)		同居が大半	
5	N=865 (12.6%)		主に廃用症候群	独居と同居が半数程度ずつ
6	N=1,778 (26.0%)	主に要介護2~3	主に認知症	同居が大半
7	N=791 (11.6%)		主に廃用症候群	同居が多い
8	N=1,412 (20.6%)	主に要介護4~5	認知症あるいは脳卒中	同居が大半
合計	N=6,841(100.0%)			

注1) 上記グループごとの状態像やサービス利用実態等の分析結果は参考資料1を参照いただきたい

注2) 本検討で実施したクラスタ分析の対象件数と分析条件は以下の通り。

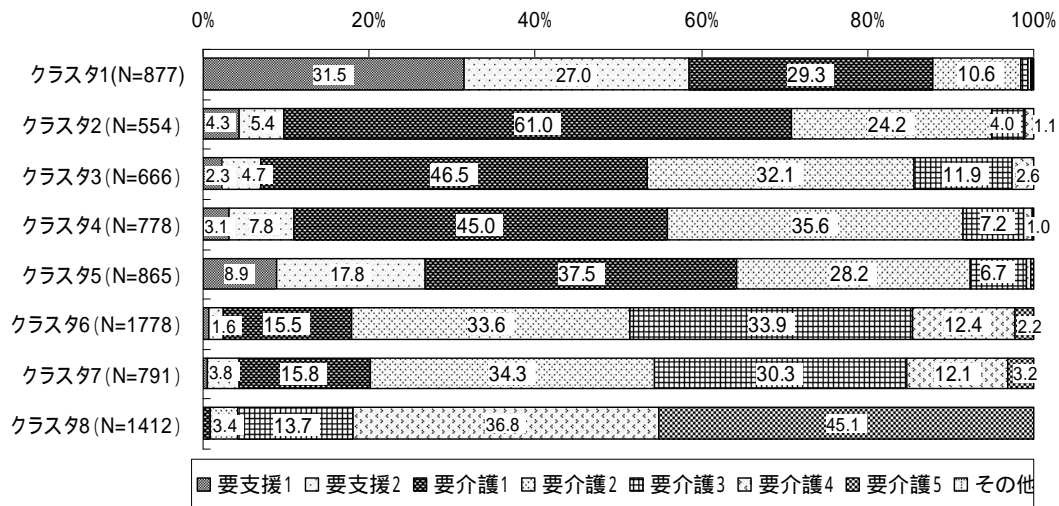
・対象件数: 6,841件 分類項目にいずれか一つでも無回答であったものを除外して集計した)

・分析条件: IBM SPSS Statistics ver.20 を使用し、Ward法(平方ユークリッド距離による間隔測定)による分析

要介護度

クラスター(以下、CL)1は、他のCLと比べて軽度者が占める割合が高い。CL2は約6割が要介護1、CL3~5は約8割が要介護1~2であり、それぞれのCLの特徴を規定していると推測される。CL6~7は要介護2~3が約6割を占めるものの、要介護1、要介護4も一定数見られる。CL8は、他のCLと比べて重度者が占める割合が高い。

図表 クラスター別 要介護度の分布



(注)1%未満は必要に応じてラベルを省略した

原因疾患

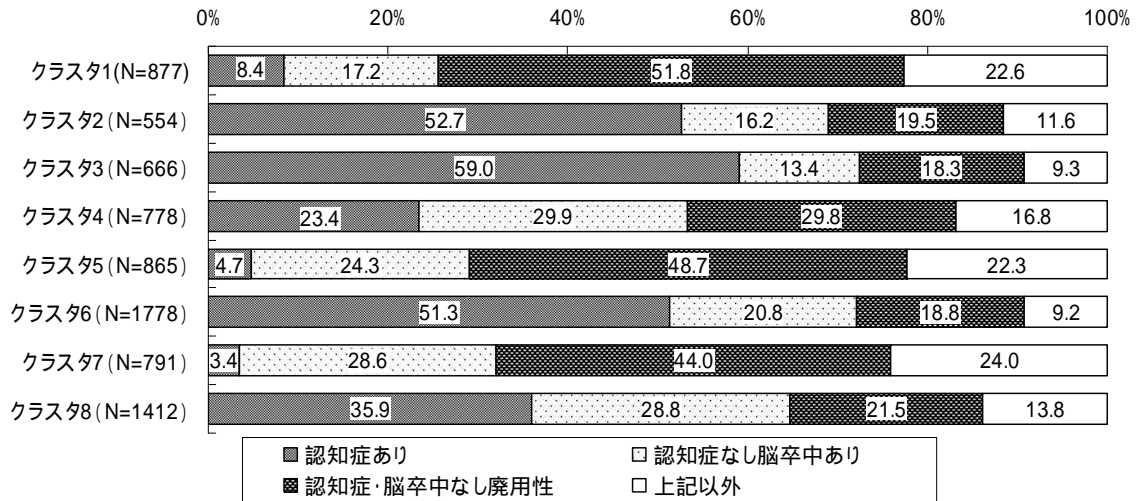
1) 要介護状態となった主な原因疾患

主な原因疾患の回答内容(2つまでの複数回答)をもとに、以下のように4つに分類した。

- ・認知症: 認知症が挙げられている事例
- ・脳卒中: 認知症の事例以外で脳卒中が挙げられている事例
- ・廃用症候群: 認知症、脳卒中の事例以外で、呼吸器の病気、関節の病気、骨折・転倒、脊髄損傷、高齢による衰弱のいずれか1つでも選択されている事例
- ・その他: 上記のいずれにも当てはまらない事例

CL2、3、6では、「認知症あり」の割合が5割以上を占める。CL1、5、7は「廃用症候群」の割合が5割弱を占める一方、「認知症あり」の割合が1割未満と低い。

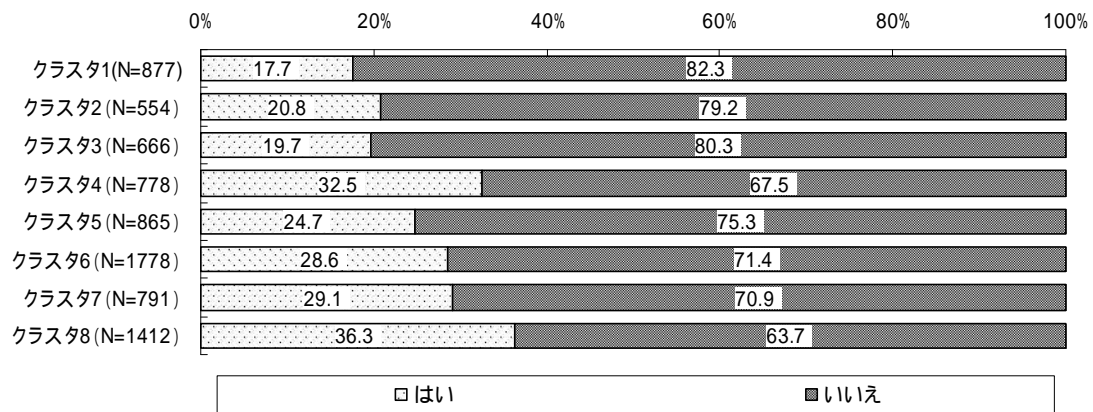
図表 クラスター別 主な原因疾患(排他的4類型)



2) 主な原因疾患として「脳卒中」が挙げられた事例

CL4 は、CL8 を除く他 CL に比べて、主な原因疾患として「脳卒中」が挙げられた割合が 32.5%と大きい。

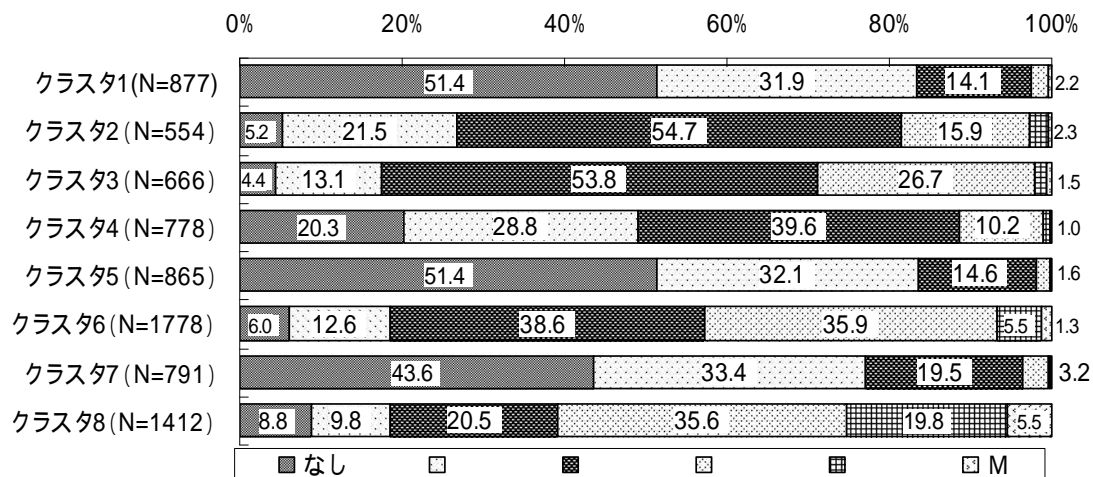
図表 クラスター別 主な原因疾患(脳卒中)



認知症の程度

CL1、5、7では、認知症「なし」が5割近くを占める。また、CL4では、認知症加算の対象となる「M」以上の割合が1割未満と小さく、認知症の程度が低い割合が大きい。一方、CL2、3では「M」が約5割を占め、中程度の割合が大きい。さらにCL6、8では、「M」以上の割合がそれぞれ4割、6割を占め、認知症の程度が高い割合が大きい。

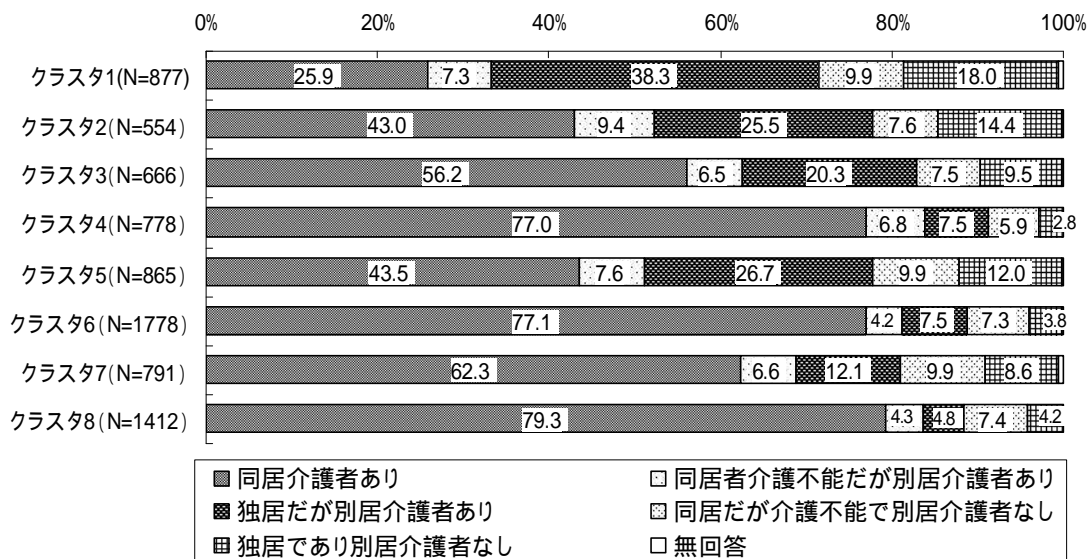
図表 クラスタ別 認知症の程度



同居者・家族等介護者のタイプ

CL1では、別居介護者の有無によらず「独居」の割合が大きく、5割以上を占める。またCL2、5も「独居」が約4割を占め、他CLに比べて割合が大きい。一方、CL4、6、8は「同居介護者あり」の割合が大きい。

図表 クラスタ別 同居者・家族等介護者のタイプ

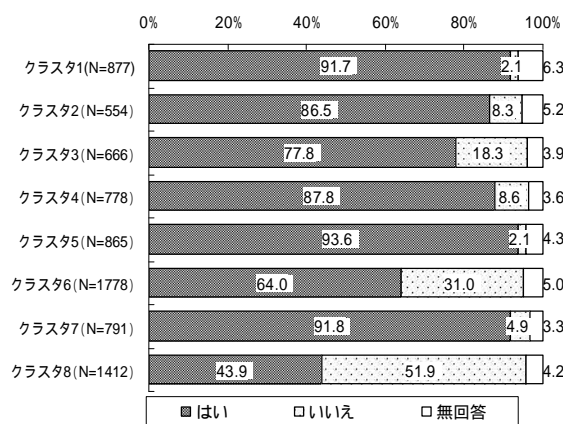


当該プラン作成時における本人・家族の意向の重視

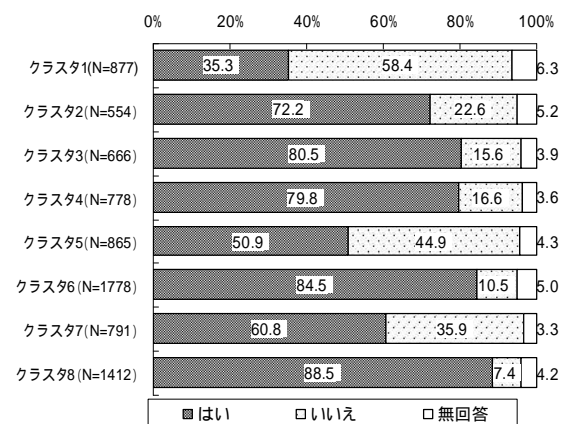
当該プラン作成時に重視した点(複数回答、3 つまで)について、CL1、5、7 では、「本人の意向」を挙げた割合が大きく、「家族の意向」を挙げた割合は小さい。これらのCLは認知症程度が低く、本人の意向を把握しやすいと推察される。

一方、CL3、6、8 では、他 CL に比べて、「本人の意向」を挙げた割合が小さく、「家族の意向」を挙げた割合が大きい。CL3、6 は認知症の程度の高さ、CL8 は要介護度の高さが影響していると推察される。

図表 クラスタ別 「本人の意向」の重視



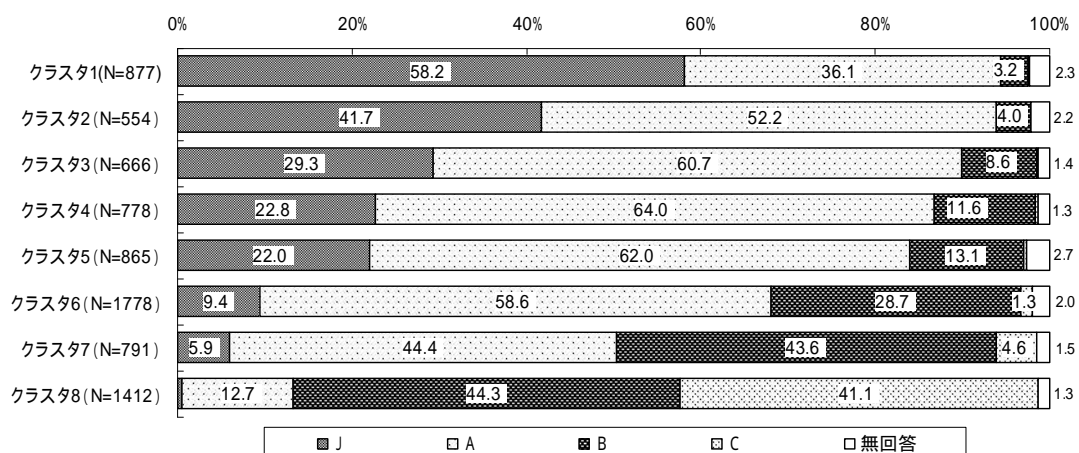
図表 クラスタ別 「家族の意向」の重視



障害高齢者の日常生活自立度

CL 番号が大きくなるほど、概して日常生活自立度が低下する傾向が見られる。特に CL5 と 6、6 と 7 の間で変化が大きい。

図表 クラスタ別 障害高齢者の日常生活自立度



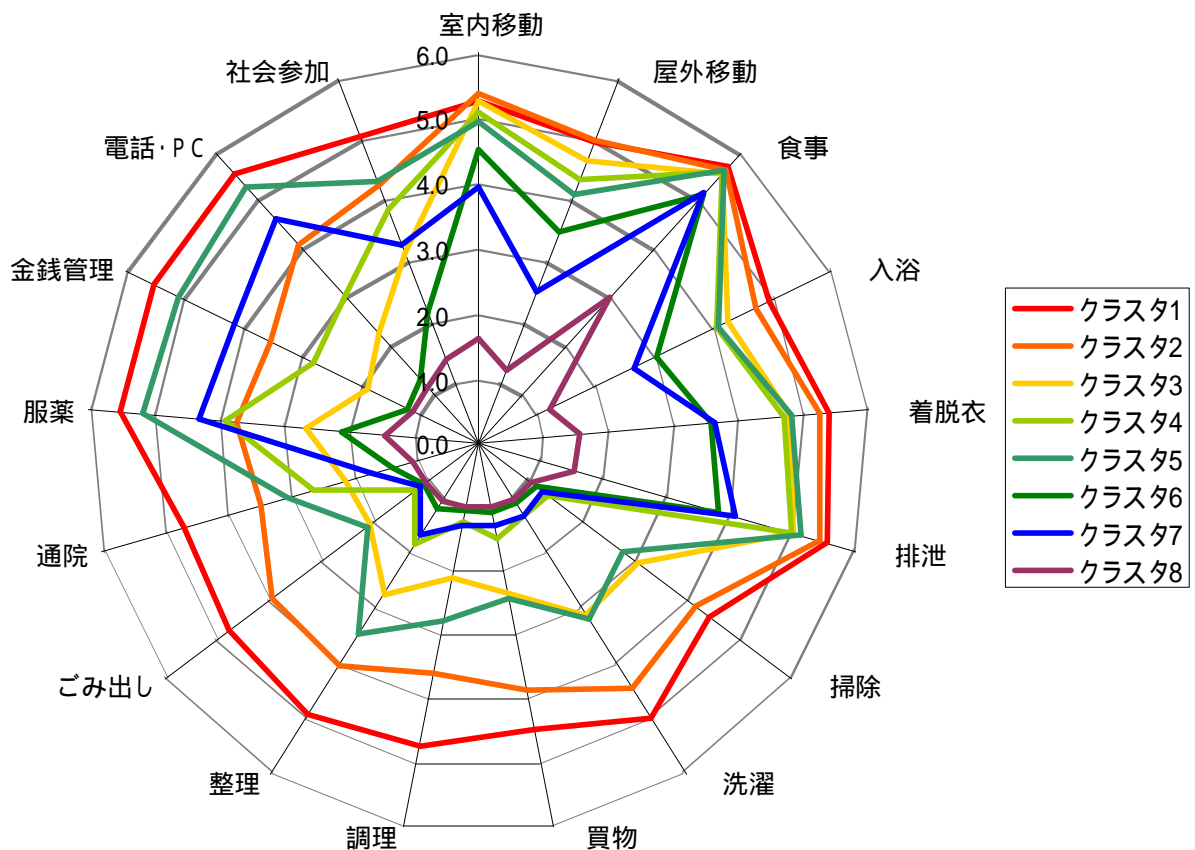
ADL,IADL

6項目の日常生活動作(ADL)と11項目の手段的日常生活動作(IADL)について6段階で尋ねた。その結果について、「自立かつ楽にできる」を6点、「自立だが少し難しい」を5点、…、「全介助で改善可能性が低い」を1点として平均点数を算出し、クラスター別にレーダーチャートで示した。

ADL項目のうち、室内移動、食事は、他項目に比べて点数が高く、かつクラスター間の差異が小さいことから、点数が低下するスピードが緩やかであることが推察される。一方、屋外移動、入浴、排泄は、CL1～5と比べて、CL6、7の落ち込みが大きい。

IADL項目のうち、掃除～通院は、CL番号が大きくなるほど、概して点数が低下する傾向が見られる。しかし、服薬～社会参加では、CL5、7の点数がCL2～4、6に比べて高いという逆転現象が見られる。これは、CL2～4、6において認知症の程度が高いためと推察される。CL4は、要介護度が同程度であるCL2、3、5に比べて、掃除～ごみ出しの点数が非常に低い。これは、主な原因疾患として「脳卒中」の割合が高いことと関連があると推察される。

図表 クラスター別 ADL,IADL



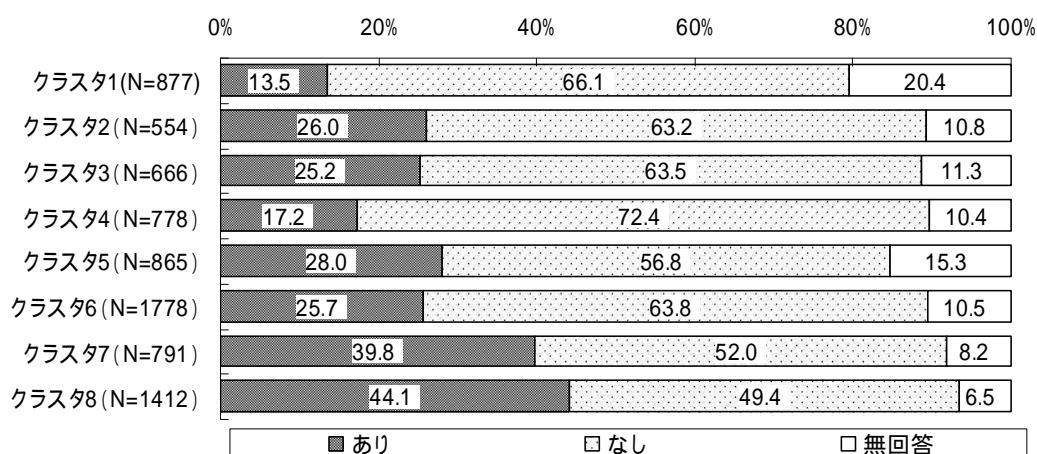
(2) 各グループのサービス利用実態

訪問介護(身体)

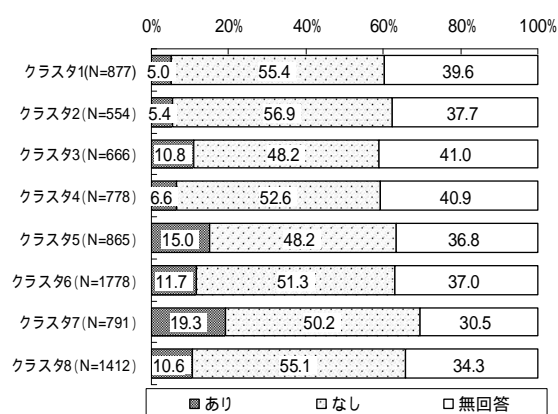
CL 番号が大きくなるほど、概して訪問介護(身体)を利用している割合が大きくなる傾向が見られる。しかし、CL4 は、要介護度が同程度である CL2、3、5 と比べて、利用している割合が小さい。このうち、CL2、3 は認知症の程度が高いためと推察される。

一方、CL7 は要介護度が同程度である CL6 と比較して、利用している割合が大きい。その理由としては、CL6 で同居が多いこと、また CL7 は ADL 項目のうち 室内移動、屋外移動、入浴の点数の減少が大きく、訪問介護(身体)の必要性が高いことが考えられる。サービス内容を見ても、CL7 では「入浴介助」、「移動・外出介助」の割合が、他 CL に比べて大きい。

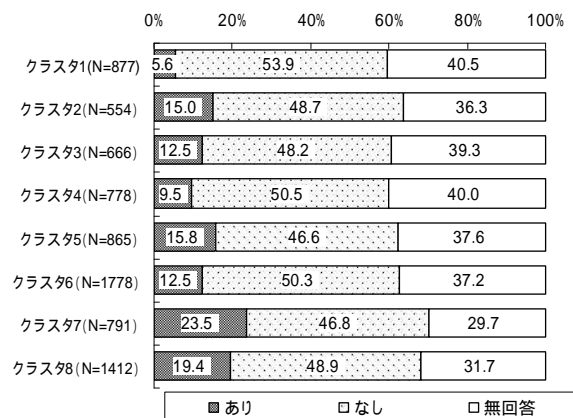
図表 クラスタ別 訪問介護(身体)の利用の有無



図表 クラスタ別 入浴介助の利用の有無



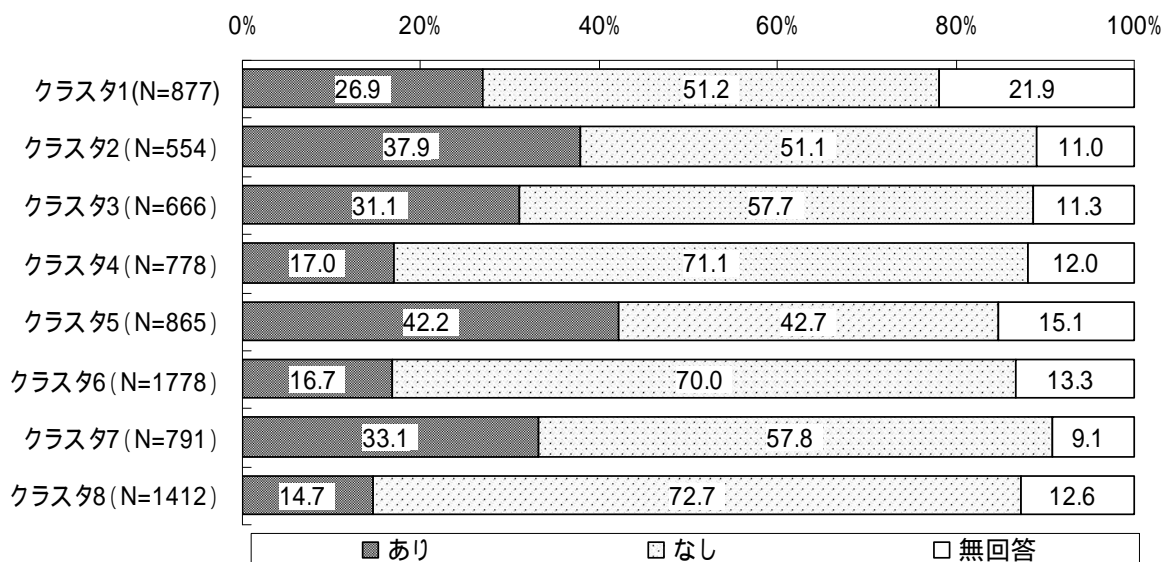
図表 クラスタ別 移動・外出介助の利用



訪問介護（生活）

訪問介護(生活)を利用している割合は、CL5の42.2%、CL2の37.9%、CL7の33.1%の順に大きい。

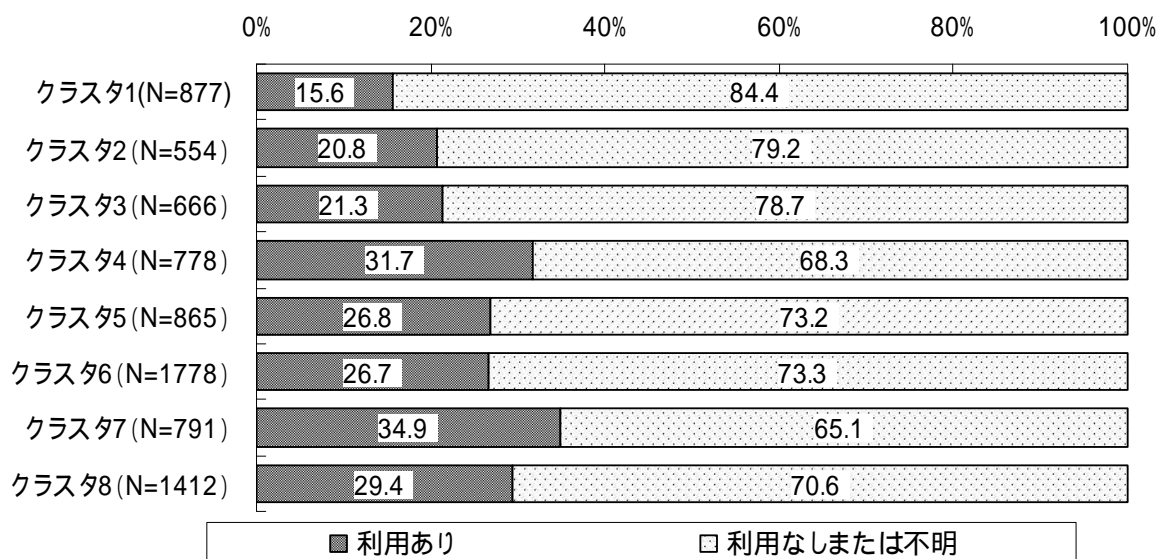
図表 クラスタ別 訪問介護(生活)の利用の有無



訪問・通所リハ

訪問・通所リハを利用している割合は、CL7の34.9%、CL4の31.7%、CL8の29.4%の順に大きい。

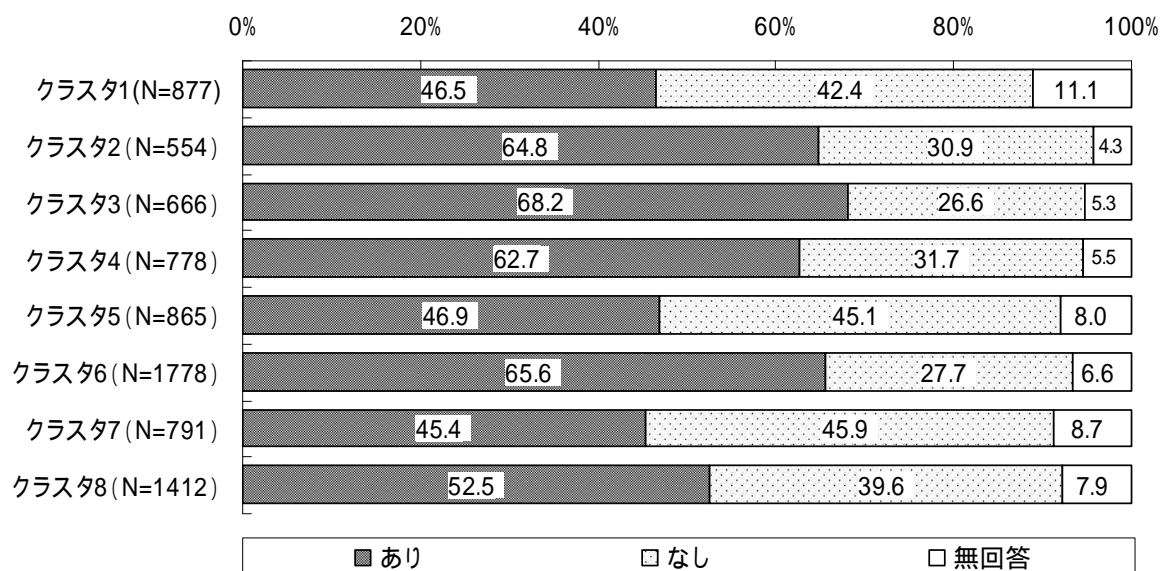
図表 クラスタ別 訪問・通所リハの利用の有無



通所介護 予防給付を含む

通所介護を利用している割合は、CL2、3、4、6において6割以上を占める。これらは、いずれもIADL項目の社会参加の点数が低い点が共通している。

図表 クラスター別 通所介護の利用の有無



(3) クラスター分析結果の活用について

本分析では、要介護度だけでなく、要介護状態となった原因疾患、ADL、IADL、認知症程度、居住状態に着目してクラスター分析を行い、利用者・家族の状況に合わせたグループ化を行った。

前述のように、分析の結果を見ると、要介護度が同程度であっても、主な原因疾患や居住状態によって、状態像や利用しているサービスの割合が異なる実態が明らかになった。

もちろん、個々のケアプランは利用者・家族の状況に応じて、一つひとつ異なることは言うまでも無い。しかしながら、この結果を活用することで、今後、要介護度以外の利用者の属性に着目したケアプランの質的な評価を行ったり、参考プラン(例)等を発信したりする際の、根拠の一つになると考えられる。

なお、この結果は基礎調査結果に基づく、全国平均値である。また、調査票による調査としたため、分析項目も限られている。したがって、このような分析の方法自体の検証と改善も必要である。その上で、適切に分析結果が活用されることで、保険者(地域包括支援センター)が各地域にあるニーズとサービス利用の実態を把握し、基盤整備等が行いやすくなることが期待される。

〔参考資料 1 別添資料〕 クラスター分析結果 総括表

要介護度(7段階)、ADL6項目(各6段階)、IADL11項目(各6段階)、要介護状態となった主な原因疾患(4分類)、居住状態(2分類)に着目し、クラスター分析により事例を分類したもの。分析対象件数は6,841件。

クラスター (N数、全体に占める割合)	概要	現在の状況						サービス利用実態	要介護度の変化
		要介護度	原因疾患(1)	居住状態	認知症程度	日常生活自立度	ADL,IADL(2)		
1 N=877 (12.8%)	廃用性で要支援1～要介護1。独居が過半数。	要支援1 31.5 要支援2 27.0 要介護1 29.3	脳卒中 17.2 廃用性 51.8 他 22.6	同居 43.1 独居 56.9	なし 51.4 31.9 14.1	J 58.2 A 36.1	訪問介護(身体) 13.5 訪問介護(生活) 26.9 訪問看護 5.2 訪問・通所リハ 15.6 通所介護 46.5	改善 10.6 同程度 70.7 悪化 10.1 不明 8.6	
2 N=554 (8.1%)	認知症の要介護1～2。独居が半数弱。IADLは一部介助が多い	要介護1 61.0 要介護2 24.2	認知症 52.7 脳卒中 16.2 廃用性 19.5	同居 59.9 独居 40.1	21.5 54.7 15.9	J 41.7 A 52.2	訪問介護(身体) 26.0 訪問介護(生活) 37.9 訪問看護 6.5 訪問・通所リハ 20.8 通所介護 64.8	66.8 悪化 18.8	
3 N=666 (9.7%)	認知症の要介護1～2。ADLは高いがIADLは全介助が多く、同居が多い。	要介護1 46.5 要介護2 32.1	認知症 59.0 脳卒中 13.4 廃用性 18.3	同居 70.1 独居 29.9	13.1 53.8 26.7	J 29.3 A 60.7 B 8.6	訪問介護(身体) 25.2 訪問介護(生活) 31.1 訪問看護 6.8 訪問・通所リハ 21.3 通所介護 68.2	61.7 悪化 24.8	
4 N=778 (11.4%)	認知症で同居の要介護1～2。ADLは高いがIADL(特に家事)は低い。	要介護1 45.0 要介護2 35.6	認知症 23.4 脳卒中 29.9 廃用性 29.8 他 16.8	同居 89.7 独居 10.3	なし 20.3 28.8 39.6 10.2	J 22.0 A 62.0 B 13.1	訪問介護(身体) 17.2 訪問介護(生活) 17.0 訪問看護 6.7 訪問・通所リハ 31.7 通所介護 62.7	改善 12.6 66.7 悪化 14.7	
5 N=865 (12.6%)	廃用性で要介護1～2。独居が多く家事は困難な場合が多い。認知症程度は軽く、歩行も可。	要介護1 37.5 要介護2 28.2	脳卒中 24.3 廃用性 48.7 他 22.3	同居 61.0 独居 39.0	なし 51.4 32.1 14.6	J 22.0 A 62.0 B 13.1	訪問介護(身体) 28.0 訪問介護(生活) 42.2 訪問看護 9.1 訪問・通所リハ 26.8 通所介護 46.9	改善 12.8 63.8 悪化 15.8	
6 N=1,778 (26.0%)	認知症が重い歩行はできる要介護2～3。同居が大半。要介護度は悪化傾向。	要介護2 33.6 要介護3 33.9	認知症 51.3 脳卒中 20.8 廃用性 18.8	同居 88.5 独居 11.5	12.6 38.6 35.9 5.5	A 58.6 B 28.7	訪問介護(身体) 25.7 訪問介護(生活) 16.7 訪問看護 10.1 訪問・通所リハ 26.7 通所介護 65.6	57.2 悪化 28.0	
7 N=791 (11.6%)	廃用性で要介護2～3。家事は困難な場合が多く、認知症程度は低い。	要介護2 34.3 要介護3 30.3	脳卒中 28.6 廃用性 44.0 他 24.0	同居 78.8 独居 21.2	なし 43.6 33.4 19.5	A 44.4 B 43.6	訪問介護(身体) 39.8 訪問介護(生活) 33.1 訪問看護 15.2 訪問・通所リハ 34.9 通所介護 45.4	改善 10.9 57.6 悪化 23.5	
8 N=1,412 (20.6%)	主に要介護4～5で家族等と同居。食事以外のADL・IADLが総じて低い。	要介護4 36.8 要介護5 45.1	認知症 31.4 脳卒中 23.0 廃用性 30.1 他 15.5	同居 91.0 独居 9.0	20.5 35.6 19.8 5.5	A 12.7 B 44.3 C 41.1	訪問介護(身体) 44.1 訪問介護(生活) 14.7 訪問看護 33.4 訪問・通所リハ 29.4 通所介護 52.5	55.0 悪化 35.6	

1原因疾患は「認知症」:認知症が原因疾患として挙げられた事例、「脳卒中」:左記の以外で脳卒中が挙げられた事例、「廃用性」:左記以外で、呼吸器の病気、関節の病気、骨折・転倒、脊髄損傷、高齢による衰弱の事例、「他」:左記のいずれにも当てはまらない事例
2 ADL,IADLは、「自立かつ楽にできる」を6点、「自立だが少し難しい」を5点、…、「全介助で改善可能性が低い」を1点として平均点数を算出。レーダーチャートには目盛りの掲載を省略したが、最外側が6点(自立かつ楽)、中心部分が1点(全介助で改善可能性低い)

参考資料2 居宅サービス計画書の新様式（案）

1. 本様式（案）の位置づけ

本様式案は、ケアプラン検証を通して明らかになった課題のうち、アセスメントとケアプランの評価・見直しに関する課題を解決するために検討したものである。具体的には現行の参考様式のうち第2表の一部を修正した上で、アセスメントとプランの評価・検証に係る様式を追加して全5表としたものである。

ケアプラン様式とその記載方法については、現在は平成11年11月12日通知「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」で示されている。そこで、本提案は、ケアプランの分析・評価結果を踏まえ、現行通知に沿って居宅サービス計画書の新様式(案)とその記載方法を例示しているものである。

なお、本検討では居宅介護支援で行われているケアマネジメントを検証対象としたため、施設サービス計画書の標準様式については言及していない。また、現在は介護支援と介護予防支援で異なる様式が用いられているが、本検討結果は「6. 課題解決に向けた提言」でも述べたように両者で同じ様式を使うとの考えに立っている。したがって、介護予防サービス・支援計画書の標準様式についても、下記の様式を利用することを想定している。

< 構成 >

- 第1表 総括表（現行の第1表を一部修正）
- 第2表 課題整理表（新規提案）
- 第3表 サービス計画表（現行の第2表と同じ）
- 第4表 週間サービス計画表（現行の第3表と同じ）
- 第5表 モニタリング表（新規提案）
- 第6表 サービス担当者会議の要点（現行の第4表と同じ）
- 第7表 支援経過表（現行の第5表と同じ）

ただし、ここに示した新様式(案)は、ケアマネジメントの検証結果を踏まえた素案である。したがって、現通知に示された標準課題分析項目に基づいて作成した「第2表 課題整理表」の項目の妥当性や、各様式がケアマネジメント業務の水準の向上に資するかどうかを、検証してから通知等に反映する必要がある。

また、検証に際しては、現在のケアプラン様式の記載方法の定着も不十分であることを踏まえ、研修等による定着が必要である。その上で、サービス担当者会議等での実証も含めチームケアに参加する多職種間での情報共有を円滑化できるかどうか、結果として介護支援専門員の事務負担の軽減に資するかどうか等を確認することが必要であると考えられる。

2. 記載要領

(1) 様式の基本的な考え方

居宅サービス計画書の様式は、介護支援専門員が課題を整理してケアプランを作成するに至った根拠となる利用者・家族等の状況に関する情報や、その要因の分析等を含め、思考の順序や要点を示したものである必要がある。

このような要件を備えた様式は、介護支援専門員に対する教育的な効果を持つとともに、サービス担当者会議や地域ケア会議等で、その思考の過程をチームケアに参加する多職種間等で共有し、より分析を深めたりその内容を検証したりすることを円滑にする効果を持つものである。

したがって、この様式を活用することにより一定水準のケアプランを作成することができるとともに、ケアマネジメントの検証可能性が高まり、チームケアの実践にかかる介護支援専門員の負担軽減が期待される。

以上の観点から、ケアプランの標準的な様式及び記入要領を示し、ケアプランの作成方法の理解及びサービス担当者間をはじめチームケアに参加する多職種間における、共通の視点での議論に資するものである。

(2) 様式を作成するに当たっての前提

- 利用者及びその家族からの開示請求がなされた場合には開示することを前提に考える。ただし、利用者及び家族に説明する際には、サービス内容等の契約に関わる第1、3、4表のみを示すことも可とする。
- サービス担当者会議や地域ケア会議に提出するものであることを前提に考える。
- 居宅サービス計画の作成の都度、別の用紙に記録する、時点主義の様式を前提に考える。ただし、計画されたサービスのモニタリングの情報を追記する場合はこの限りではない。

(3) 記載項目について

第1表「総括表」

- 利用者名、生年月日、住所

当該居宅サービス計画の利用者名、生年月日、住所を記載する。

- 居宅サービス計画作成者氏名、居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

当該居宅サービス計画作成者(介護支援専門員)の氏名及び、当該居宅サービス計画作成者の所属する居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地を記載する

- 本居宅サービス計画の有効期間

当該居宅サービス計画の計画期間として、計画の作成(変更)日及び第3表に示した短期目標の終期のうち最終の日を記載する。

- 初回居宅サービス計画作成日

当該居宅介護支援事業所において当該利用者に関する居宅サービス計画を初めて作成した日を記載する。
- 初回・紹介・継続

当該利用者が、当該居宅介護支援事業所において初めて居宅介護支援を受ける場合は「初回」に、他の居宅介護支援事業所又は介護保険施設から紹介された場合は「紹介」に、それ以外の場合は「継続」に を付す。
- 要介護等認定済・申請中

「新規申請中」、「区分変更申請中」、「更新申請中」であって前回の認定有効期間が過ぎている場合は「申請中」に、それ以外の場合は「認定済」に を付す。
- 認定日

「要介護状態区分」が認定された日を記載する。
- 認定の有効期間

被保険者証に記載された「認定の有効期間」を転記する。
- 要介護状態区分

被保険者証に記載された「要介護状態区分」を転記する。
- 利用者及び家族等の生活に対する意向

利用者及びその家族等が、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について、課題分析の結果を記載する。なお、家族等の意向については各々の意見を区別して記載する。
- 介護認定審査会の意見及びサービスの種類

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。また、主治医意見書を確認し、「医学的管理の必要性」が記載されている場合には、これを転記する。
- 総合的な援助の方針

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を作成する介護支援専門員をはじめ各種サービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、総合的な援助の方針を記載する。

その際、介護保険法第2条2項において介護保険給付の目的が「要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行わなければならない」とされていることを踏まえ、状態像の方向性を具体的に想定した上で援助の方針を記述する。

また、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、対応機関やその連絡先等について記載することが望ましい。

なお、「総合的な援助の方針」は、様式としては、第2表に掲げられている「生活全般の解決すべき課題」よりも先に掲げられているが、居宅サービス計画の作成に当たっては、まず「生活全般の解決すべき課題」を明確にすることが必要である。

- 生活援助中心型の算定理由

介護保険給付対象サービスとして居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置づけることが必要な場合に記載する(以下略)。

第2表 「課題整理表」

- 利用者名

当該居宅サービス計画の利用者名を記載する。

- 状況の事実

利用者や家族との面談等で収集した情報を集約した上で、介護支援専門員が判断した結果あるいはサービス担当者会議で共有した客観的事実を記入する。

まず利用者及び家族の現在の状況を判断し、その上で状況の改善可能性を考慮して、各項目に利用者の次の要領で記号を記入する。さらに、その状況が、本計画の計画期間の終了時点で計画策定時点での状況と異なることが見込まれる場合は、矢印を付して計画期間の終了時点での状況の見込みを併記する。

なお、本欄に挙げている項目は、通知で示されている「課題分析標準項目」のうち課題分析(アセスメント)に関する項目に準じるものである¹⁵。この項目が妥当であるかどうかも含めて、本様式案を引き続き検証することが必要である。

¹⁵ ただし、排尿・排便、じょく瘡・皮膚の問題、口腔衛生、食事摂取の各項目については、「身体機能」として一つの項目にまとめている。

(健康状態、認知・コミュニケーション能力、社会との関わり、身体機能、住環境、介護力)

状況の事実	本欄に記入する記号
良	1
良だがリスクが大きい	2
少し難しい改善可能性高い	1
少し難しく改善可能性低い	2
不良だが改善可能性高い	×1
不良で改善可能性低い	×2

(ADL、IADL)

状況の事実	本欄に記入する記号
自立かつ楽にできる	1
自立だが少し難しい	2
一部介助だが改善可能性高い	1
一部介助で改善可能性低い	2
全介助だが改善可能性高い	×1
全介助で改善可能性低い	×2

(問題行動)

状況の事実	本欄に記入する記号
問題行動は見られない	1
問題行動は見られないが今後表れる可能性がある	2
問題行動が少し見られるが改善可能性高い	1
問題行動が少し見られ改善可能性低い	2
問題行動が多く見られ改善可能性高い	×1
問題行動が多く見られ改善可能性低い	×2

- 判断した根拠

「状況の事実」の根拠となった原因(要因)となる利用者及び家族等の状態、原因疾患等を分析し、簡潔かつ具体的に記載する。一つの原因(要因)が複数の「状況の事実」の根拠となっている場合等も、「状況の事実」の各項目について原因(要因)を記載する。

サービス担当者会議や地域ケア会議において、本様式を用いて原因(要因)を検討することで、チームケアに参加する個別のサービス担当者が、利用者・家族等の状況や総合的な援助の方針を理解しやすくなることが期待される。

- 予後予測

「判断した根拠」で整理した原因(要因)を勘案し、第1表の「認定の有効期間」の終了時点までに、サービスを利用することによってどのような状態像の変化が期待されるかを、総合的に整理して記載する。

なお、本欄は、現行通知の生活全般の解決すべき課題(ニーズ)について掲げられている「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、(後略)」という視点を表現し、記録して共有しやすくなるようにしたものである。

- 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」については、次の2点が重要である。

- 生活全般にわたるものであること
- 自立の阻害要因と利用者及びその家族等の現状認識が明らかにされていること

以上の点を考慮した上で、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記載する。

さらに、「生活の見通し」の分析の結果や本人及び家族の意向等を勘案して、優先度を判断し、その優先順位の番号を記入する。このとき、当該居宅サービス計画の第3表(サービス計画表)で位置づけることが困難であったり、当該居宅サービス計画の見直しの際に留意すべく記録しておく必要があったりするものについては、×印を記載する。

第3表「サービス計画表」

- 利用者名

当該居宅サービス計画の利用者名を記載する。

- 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

第2表の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に記載した事項を、優先順位の高いものから順に転記する。

- 目標（長期目標・短期目標）

「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題(ニーズ)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(ニーズ)及び長期目標に段階的に対応するものである。また、「短期目標」は個別サービス計画のサービス提供の当面の目標になり、当該居宅サービス計画の終期に、サービス実施の効果を評価する指標となる。したがって、実際に解決が可能と見込まれるものであり、具体的で評価可能な内容を記載しなくてはならない。

「期間」については、「長期目標」、「短期目標」のそれぞれについて設定する。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っては、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。

- 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、出来るだけ家族による援助や、インフォーマルな支援や他の制度等に基づくサービスについても記載するようにする。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対応し、利用者及びその家族に効果的に活用されている場合には、これも記載する。

さらに、保険給付の対象となる居宅サービスについては、給付管理票への転記を容易にするため、「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。

「サービス種別」については、「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。家族が担う介護についても、誰が行うのかを明記する。

「頻度」は、「サービス内容」で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。また、「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。

第4表 週間予定表

- 利用者名

当該居宅サービス計画の利用者名を記載する。

- 週間予定

第3表の「サービス内容」に位置づけられたサービスについて、その提供予定を記載する。週間計画に位置づけることが難しいサービス(隔週等で提供されるサービス等)については、「週単位以外のサービス」欄に記載する。また、チームケアを円滑に行うため、家族が担う介護についても出来る限り記載する。

- 主な日常生活上の活動

利用者の日常生活における活動を明らかにし、チームケアの基礎とするため、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。

第5表 評価表

- 利用者名

当該居宅サービス計画の利用者名を記載する。

- サービス種別

第3表の「援助内容」に記載のあるサービス種別を、サービス種別ごとにまとめて並び替えて転記する。また「当該サービスを行う事業所」についても併せて転記する。本表は、個別のサービス担当者ごとに期待される短期目標及びサービス内容とその結果について、サービス担当者会議や地域ケア会議等での共有を円滑に行うことをねらいとしている。したがって、サービス種別ごとに第3表の情報を転記すること。

- 短期目標、期間

第3表の「短期目標」に記載した短期目標と期間を、サービス種別ごとに並び替えて転記する。

- サービス内容

第3表の「援助内容」に記載のあるサービス内容を、サービス種別ごとに並び替えて転記する。

- 結果

「判断の時期」には、援助内容ごとに第3表で設定した「短期目標」の終期を記載する。さらに、個別のサービス担当者からの報告を踏まえ、短期目標の実現度合いを判断し、以下の凡例に基づいて記号を記入する。

なお、本表は第1表で設定した評価基準日(短期目標の終期のうち最後の日)に作成するものであり、毎月の支援経過についてはこれまでどおり支援経過表に記録する。

短期目標の実現度合い	記号
短期目標は予想を上回って達せられた (より積極的な目標を設定できる可能性がある)	
短期目標は達せられた (再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)	
短期目標は達成可能だが期間延長を要する	
短期目標の達成は困難であり見直しを要する	× 1
短期だけでなく長期目標の達成も困難であり、 見直しを要する	× 2

- コメント（改善が認められたもの・見直しを要するもの）

「結果」に加えて、当該居宅サービス計画の第 1 表に記載した「総合的な援助の方針」及び第 2 表に記載した「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を勘案し、当該居宅サービス計画を見直す際に留意すべき事項を記載する。前項の「結果」欄が、主として短期目標に対する結果を整理することを目的としたものであるため、長期目標に対する評価は本欄に記載する。

本表は短期目標に対する結果を総括し、次期の居宅サービス計画を作成する際に踏まえるべき事実の整理を目的としている。したがって、本表に整理した事実を踏まえて改めて情報収集と分析(アセスメント)を行い、その結果を次期の居宅サービス計画の第 2 表に記載する。

第1表

居宅サービス計画書(総括表)

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 (利用者番号) _____ 殿 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所 _____
 居宅サービス計画作成者 氏名 _____ 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____
 本居宅サービス計画の有効期間 (作成(変更)日) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ (短期目標の終期のうち最後の日(評価の基準日)) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 初回居宅サービス計画作成日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他()

第2表

居宅サービス計画書(課題整理表)

利用者名 (利用者番号) _____ 殿

状況の事実 1		判断した根拠	予後予測		生活全般の解決すべき課題	
					(ニーズ)	2
健康状態						
ADL	室内移動					
	屋外移動					
	食事					
	排泄					
	着脱衣					
	入浴					
IADL	掃除					
	洗濯					
	買物					
	調理					
	整理ごみ出し					
	通院					
	服薬					
	金銭管理					
	電話・PC					
	社会参加					
認知・コミュニケーション能力						
社会との関わり						
身体機能						
問題行動						
介護力						
居住環境						
特別な状況						

1 介護支援専門員が判断した結果、あるいはサービス担当者会議で共有した客観的事実を記載する。現在の状況について3段階で記号を記入(○:自立あるいは良、△:一部介助あるいはやや難、×:全介助あるいは不良)した上で、状況の改善可能性について2段階で数字を付す(1:改善可能性高い、2:改善可能性低い) 2 本計画における優先順位を数字で記入。ただし、本計画では解決が困難だが把握しておくべき課題には×印を記入。

第3表

居宅サービス計画書(サービス計画表)

利用者名 (利用者番号) _____ 殿

生活全般の 解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	1	サービス種別	2	頻度	期間

1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては 印を付す。 2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第4表

居宅サービス計画書(週間予定表)

利用者名 (利用者番号) _____ 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
	16:00								
午後	18:00								
	20:00								
	22:00								
夜間	24:00								
	2:00								
深夜	4:00								

週単位以外のサービス

第5表

居宅サービス計画書(評価表)

利用者名 (利用者番号) _____ 殿

援助内容		短期目標	期間	サービス内容	結果		コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
サービス種別	1				判断の時期	2	

1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 2 援助内容ごとに短期目標の終期を記入。 3 短期目標の実現度合いを5段階で記入する(:短期目標は予想を上回って達せられた、 :短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、 :短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

参考資料3 参考プラン（例）

本実態調査(クラスター分析)の結果から見て要介護度ごとに比較的多い状態像を想定し、本報告で提案しているケアプランの新様式の活用例をイメージする材料として作成したものである¹⁶。

なお、今回の新様式の提案が、ケアマネジメント業務の効率化と介護支援専門員の資質向上を企図していることから、各参考プラン(例)は、例えば介護支援専門員の初任者であっても作成することが期待される水準を想定して作成した。

また、本資料はあくまでも新様式の活用例を実践的にイメージする材料としてもらうことを目的に作成した。そこで、本調査研究で実施した評価の視点に添う範囲において、細部については現在用いられている複数の記述方法を採用している。本資料を以ってケアプランの具体的な記述方法を規定するものではない。

	氏名	年齢	性別	同居・独居	要介護	主な原因疾患	事例の概要
1	Aさん	91歳	女	独居	要支援2	関節の病気	脊柱管狭窄症による痛みが強くなり、認定を受けた独居だが隣りに息子夫婦が暮らしている
2	Bさん	73歳	男	同居	要介護1	脳卒中、糖尿病	脳梗塞の後遺症で左半身麻痺・構音障害あり 妻と2人暮らし
3	Cさん	83歳	女	同居	要介護1	認知症 廃用症候群	娘と2人暮らしだが、仕事が忙しく出張もある 高血圧と右手首骨折の後遺症による変形あり
4	Dさん	65歳	男	同居	要介護1	パーキンソン病	趣味はカラオケと温泉旅行 妻・長男との3人暮らし
5	Eさん	77歳	女	独居	要介護2	関節の病気	肥満で膝痛むくみがある 長女が近くに住んでいるがまだ一人で暮らしたい
6	Fさん	94歳	女	同居	要介護3	認知症 脳梗塞	脳梗塞の後遺症は無い 同居の長女は先月夫を癌で亡くしている
7	Gさん	86歳	男	同居	要介護3	呼吸器の病気 心臓病	肺炎腫と心不全があり、動作時の呼吸苦がある 妻と2人暮らし
8	Hさん	81歳	男	同居	要介護5	認知症、癌	食道がんのターミナル期 認知症程度で体調不良を訴えることが難しい状況

¹⁶ ここに掲載している参考プラン(例)はモデル事例に対して新たに作成した架空の内容であり、検証対象とした個別のプランの抜粋ではない。

モデル事例 1 Aさん(91歳、女性、独居)

第1表

居宅サービス計画書(総括表)

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名(利用者番号) A 殿 生年月日 1920 年 月 日 住所
 居宅サービス計画作成者 氏名 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地
 本居宅サービス計画の有効期間〔作成(変更)日〕平成23年12月30日～〔短期目標の終期のうち最後の日(評価の基準日)〕平成24年4月30日
 初回居宅サービス計画作成日 平成20年5月28日 認定日 平成23年10月8日 認定の有効期間 平成23年11月1日～平成24年4月30日

要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
---------	--

利用者及び家族の生活に対する意向	本人: 自分の身の回りのことはできる限り自分でして、息子家族(同敷地内の別棟に居住)に迷惑をかけずに生活したい。主治医から腰の痛みはとれないと言われてしまったが、せめて足腰を強くして自分の力で歩きたい。 長男: もう少し見てあげたいが忙しいので、なるべく介護保険のサービスを利用しながら自分で頑張りたい。 長女: 自分の身の回りのことができるようにリハビリを続けて欲しい。 週に1回程度訪問して掃除と買物を手伝うくらいならば続けられるが、それ以上は難しい。
------------------	---

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
------------------------	------

総合的な援助の方針	下肢筋力を向上させるとともに、腰が痛くても出来るように家事を工夫し、サービスを上手に活用して一人で日常生活を送れるようになることを支援します。 (緊急連絡先) ご長男: 090 - * * * * - * * * *
-----------	---

生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他()
--------------	-------------------------------

第2表

居宅サービス計画書(課題整理表)

利用者名 (利用者番号) A 殿

状況の事実 1			判断した根拠	予後予測	生活全般の解決すべき課題	
					(ニーズ)	2
健康状態	2		腰部脊柱管狭窄症、変形性腰椎症	・腰痛は取れなくても、腹筋、背筋、下肢筋力を向上させることにより、立ち上がった上体を前に倒すときに痛みが出にくい姿勢が取れる可能性がある。 ・家事援助サービスを利用することに慣れることで、腰痛が急に悪化しても、家で一人で生活できる。 ・リハビリを続けることで、押し車を使った散歩などを続けられる。	腰痛を和らげ、自分で身の回りのことをやり続けたい	1
ADL	室内移動	2	周囲の家具につかまり歩行			
	屋外移動	2	押し車を押して歩行			
	食事	1				
	排泄	1	早めに行っており失禁もない			
	着脱衣	1				
	入浴	1 2	浴槽椅子などがあれば入浴できる			
IADL	掃除	2	別居の娘が週1回程度する			
	洗濯	2	椅子に座って自分で干せる			
	買物	2	通常のは生協で、他は娘が購入			
	調理	2	椅子に座れば簡単な調理ができる			
	整理ごみ出し	2	長男家族がごみ出し			
	通院	2	長時間の移動が難しい。長女が付き添い			
	服薬	1				
	金銭管理	2	通帳は長男が管理			
	電話・PC	1	友人と電話で話すことが好き			
	社会参加	2	押し車で散歩し、近所と交流が好き			
認知・コミュニケーション能力	1					
社会との関わり	2	腰に負担をかけない工夫が必要				
身体機能	1	腰痛は慢性だが、腹筋、背筋、下肢筋力の向上で痛みを軽減可能				
問題行動	1	問題行動なし				
介護力	2	長男長女が週1回程度ずつ訪問				
居住環境	1	平屋1階にて生活				
特別な状況						

1 介護支援専門員が判断した結果、あるいはサービス担当者会議で共有した客観的事実を記載する。現在の状況について3段階で記号を記入(○:自立あるいは良、△:一部介助あるいはやや難、×:全介助あるいは不良)した上で、状況の改善可能性について2段階で数字を付す(1:改善可能性高い、2:改善可能性低い) 2 本計画における優先順位を数字で記入。ただし、本計画では解決が困難だが把握しておくべき課題には×印を記入。

第3表

居宅サービス計画書(サービス計画表)

利用者名 (利用者番号) A 殿

生活全般の 解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容						
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	1	サービス種別	2	頻度	期間	
腰痛を和らげ、自分で身の回りのことをやり続けたい	腰痛を和らげ、自分で身の回りのことが出来る	H23.12.30～	椅子に座って食事作り・洗濯干しなどできる家事を続ける	H23.12.30～H24.4.30	・椅子に座って家事をする		本人			H23.12.30～H24.4.30	
					・できない家事を手伝い励ます		長男、長女			H23.12.30～H24.4.30	
			つかまったり道具を使って庭の除草ができる	H23.12.30～H24.4.30	・運動範囲についての相談・指導		主治医	××医院	月1回		H23.12.30～H24.4.30
					・腹筋、背筋、下肢筋力向上のトレーニングを実施する		通所介護	ケアセンター	週2回		H23.12.30～H24.4.30
			自宅で一人で入浴できる	H23.12.30～H24.4.30	・押し車で毎日散歩する		本人				H23.12.30～H24.4.30
					・指示のあったトレーニングメニューを実施する		通所介護	ケアセンター	週2回		H23.12.30～H24.4.30

1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては 印を付す。

2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第4表

居宅サービス計画書(週間予定表)

利用者名 (利用者番号) A 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								6:00 起床 6:30 朝食・散歩
	10:00								
午前	12:00			10:00 ~ 15:00 通所介護		10:00 ~ 15:00 通所介護			12:00 昼食
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								18:00 夕飯
夜間	20:00								
	22:00								22:00 睡眠
深夜	24:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス	通院(× × 医院 月1回)
------------	-----------------

第5表

居宅サービス計画書(評価表)

利用者名 (利用者番号) A 殿

援助内容		目標		サービス内容	結果		コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
サービス種別	1	短期目標	期間		判断の時期	2	
本人		椅子に座って食事作り・洗濯干しなどできる家事を続ける	H23.12.30 ～H24.4.30	・椅子に座って家事をする	H24.4.30		座り方などを工夫し、痛みを小さくして家事が続けられている
		自宅で一人で入浴できる	H23.12.30 ～H24.4.30	・押し車で毎日散歩する	H24.4.30		今後は自宅で一人で入浴できる
長男、長女		椅子に座って食事作り・洗濯干しなどできる家事を続ける	H23.12.30 ～H24.4.30	・できない家事を手伝い励ます	H24.4.30		仕事が多忙で、家事を手伝える時間が十分に取れていない
通所介護	ケアセンター	つかまったり道具を使って庭の除草ができる	H23.12.30 ～H24.4.30	・腹筋、背筋、下肢筋力向上のトレーニングを実施する	H24.4.30		現在のトレーニングでは腰の痛みが出ることがある
		痛みの少ない姿勢で入浴できる	H23.12.30 ～H24.4.30	・指示のあったトレーニングメニューを実施する	H24.4.30		
主治医	××医院	つかまっても庭の草取りができる	H23.12.30 ～H24.4.30	・運動範囲についての相談・指導	H24.4.30		腹筋、背筋のトレーニング方法を見直してください

1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 2 援助内容ごとに短期目標の終期を記入。 3 短期目標の実現度合いを4段階で記入する(:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、 :短期目標は達成可能だが期間延長を要する、

モデル事例2 Bさん(73歳、男性、同居)

第1表

居宅サービス計画書(総括表)

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名(利用者番号) B 殿 生年月日 1938 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者 氏名 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

本居宅サービス計画の有効期間 (作成(変更)日) 平成23年11月1日 ~ (短期目標の終期のうち最後の日(評価の基準日)) 平成24年4月30日

初回居宅サービス計画作成日 平成21年6月15日 認定日 23年10月8日 認定の有効期間 平成23年10月15日 ~ 平成24年10月31日

要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人:脳梗塞の再発や糖尿病の悪化を防ぎたい。できればインシュリン注射をしなくてすむようになりたい。 妻と一緒に愛犬の散歩に行けるようになりたい。</p> <p>妻 :病気がこれ以上悪くならないようにしてほしい。</p> <p>長男:仕事が忙しいのでなかなか手伝えないが、できることはする。月に1回位は、父が可愛がっている孫を連れて会いに行きたいと思っている。</p>
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
総合的な援助の方針	<p>・脳梗塞の再発を防ぎましょう。食生活を改善し糖尿病の悪化を防ぎましょう。</p> <p>・リハビリをして歩ける時間や距離を増やしましょう。自分でできることも増やしましょう。</p> <p>・嚥下訓練やお口の体操をすることで、上手に話せるようになりましょう。他者とコミュニケーションがうまく取れるようになりましょう。</p> <p>(緊急連絡先) 妻: <u> </u> 長男: <u> </u> (主治医連絡先) 主治医: <u> </u></p>
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他(<u> </u>)

第2表

居宅サービス計画書(課題整理表)

利用者名 (利用者番号) B 殿

状況の事実		1	判断した根拠
健康状態		1	脳梗塞の後遺症による左半身麻痺、糖尿病 構音障害
ADL	室内移動	○2	
	屋外移動	1	左半身麻痺 歩けるようにはなったがバランス悪い
	食事	○1	左手麻痺、糖尿病による摂取制限はあるが自立
	排泄	1	
	着脱衣	1 2	
	入浴	2	
IADL	掃除	1	麻痺及びする習慣がないため
	洗濯	1	
	買物	1	
	調理	1	
	整理ごみ出し	1	
	通院	1	
	服薬	1	
	金銭管理	○2	
	電話・PC	○2	
	社会参加	1	
認知・コミュニケーション能力	○2	発語が悪い	
社会との関わり	1		
身体機能	2		
問題行動	○		
介護力	○	妻	
居住環境	○1		
特別な状況			

予後予測	生活全般の解決すべき課題	
	(ニーズ)	2
・定期的な受診と確実な服薬により、 脳梗塞の再発を防ぐことができる。 ・定期的な受診と確実な服薬及び栄養バランスの良い 食事に注意することで、糖尿病の悪化を防ぐことが できる。 ・脳梗塞の発症や、糖尿病になった原因を明確にし、1 つずつ改善していくことで、再発や悪化の防止を図る ことができる。 ・嚥下訓練・口の体操や食事の内容の検討・改善で 嚥下障害改善、病状悪化防止、発語の改善が 見込める。 ・立ち上がりの動作訓練・環境整備を行うことで、入浴 動作が自立できる可能性がある。その結果、介護負担 の軽減にもつながる。	脳梗塞の再発を 防ぎたい。	1
	糖尿病の合併症を 防ぎたい。	2
	上手に話したい。	3
	自分でできることを 増やしたい。	4

1 介護支援専門員が判断した結果、あるいはサービス担当者会議で共有した客観的事実を記載する。現在の状況について3段階で記号を記入(○:自立あるいは良、△:一部介助あるいはやや難、×:全介助あるいは不良)した上で、状況の改善可能性について2段階で数字を付す(1:改善可能性高い、2:改善可能性低い) 2 本計画における優先順位を数字で記入。ただし、本計画では解決が困難だが把握しておくべき課題には×印を記入。

第3表

居宅サービス計画書(サービス計画表)

利用者名 (利用者番号) B 殿

生活全般の 解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	1	サービス種別	2	頻度	期間
脳梗塞の再発を防ぎたい。	夜ふかしをしないで、規則正しい生活をする。	H23/11/1～	確実な受診と服薬	H23/11/01～H24/04/30	診察・助言		医師	病院	2回/月	H23/11/01～H24/04/30
					定期的な受診		本人		2回/月	H23/11/01～H24/04/30
					受診付き添い		妻・長男		2回/月	H23/11/01～H24/04/30
					受診確認		通所介護	ケアセンター	3回/週	H23/11/01～H24/04/30
					カレンダーを活用した服薬		本人		毎日	H23/11/01～H24/04/30
					服薬確認		通所介護	ケアセンター	3回/週	H23/11/01～H24/04/30
							妻		毎日	H23/11/01～H24/04/30
	10時には寝る	H23/11/01～H24/04/30	日課表やスケジュール表の活用		本人・妻			毎日	H23/11/01～H24/04/30	
糖尿病の合併症を防ぎたい。	インシュリン注射をしなくてもよい状態になる。	H23/11/1～	服薬・食事内容のチェック	H23/11/01～H24/04/30	服薬指導及び栄養指導		医師、栄養士	病院	2回/月	H23/11/01～H24/04/30
			むせないようになる	H23/11/01～H24/04/30	嚥下訓練、食べやすい食事の工夫	○	通所介護	ケアセンター	3回/週	H23/11/01～H24/04/30
					嚥下訓練		保健師、栄養士	保健所	1回/月	H23/11/01～H24/04/30
			バランスの良い食事が摂れる	H23/11/01～H24/04/30	バランスの良い食事の提供	○	通所介護	ケアセンター	3回/週	H23/11/01～H24/04/30
							妻		毎日	H23/11/01～H24/04/30
						配食(糖尿用)	××株式会社	3回/週	H23/11/01～H24/04/30	

上手に話したい。	コミュニケーションが 取れるよう になる。	H23/11/1～	発語の練習 をする	H23/11/01 ～H24/04/30	発語・話し方リハビリ	○	通所介護	ケアセ ンター	3回/週	H23/11/01 ～H24/04/30
					毎日お口体操をする		本人		毎日	H23/11/01 ～H24/04/30
					お口体操を一緒に覚 える		妻		毎日	H23/11/01 ～H24/04/30
		H23/11/1～	話す機会 を増やす	H23/11/01 ～H24/04/30	同世代の仲間と会っ て話をする	○	通所介護	ケアセ ンター	3回/週	H23/11/01 ～H24/04/30
							老人会	サロン	1回/月	H23/11/01 ～H24/04/30
							本人・孫・妻 長男・嫁		1回/月	H23/11/01 ～H24/04/30
自分でできることを増やした い。	麻痺が進ま ないで、安 全に動く。	H23/11/1～	安全に入 浴ができ る	H23/11/01 ～H24/04/30	入浴時の動作訓練	○	通所介護	ケアセ ンター	3回/週	H23/11/01 ～H24/04/30
					自宅の浴室改修	○	住宅改修	**工務店	なるべく 早く	H23/11/01 ～H24/04/30
					入浴時の動作訓練		本人		入浴時	H23/11/01 ～H24/04/30
					入浴用品購入、入浴 介助見守り		長男		2回/月	H23/11/01 ～H24/04/30
		H23/11/01 ～H24/04/30	妻と一緒 に犬の散 歩をする	H23/11/01 ～H24/04/30	歩行訓練	○	通所介護	ケアセ ンター	3回/週	H23/11/01 ～H24/04/30
							本人		2回位～ /週	H23/11/01 ～H24/04/30
							妻		2回位～ /週	H23/11/01 ～H24/04/30

1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては 印を付す。

2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第4表

居宅サービス計画書(週間予定表)

利用者名 (利用者番号) B 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								起床
	10:00								朝食
午前	12:00		通所介護 機能訓練 PT・ST		通所介護 機能訓練 PT・ST		通所介護 機能訓練 PT・ST		
	14:00								昼食
	16:00		入浴		入浴			入浴(長男)	
午後	18:00	配食(糖尿食)		配食(糖尿食)		配食(糖尿食)			犬の散歩 配食(糖尿食)
	20:00								夕食
夜間	22:00								就寝
	24:00								
深夜	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス | 通院 2回/月 栄養士・保健師 1回/月 福祉用具購入 住宅改修 老人会(サロン 1回/月)

第5表

居宅サービス計画書(評価表)

利用者名 (利用者番号) B 殿

援助内容		短期目標	期間	サービス内容	結果		コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
サービス種別	1				判断の時期	2	
通所介護	ケアセンター	確実な受診と服薬	H23/11/01 ~ H24/04/30	受診確認	H24/04/30	○	通所介護、家族がチームとなって確認。
				服薬確認	H24/04/30		通所介護、家族がチームとなって確認。
		むせないようになる	H23/11/01 ~ H24/04/30	嚥下訓練、食べやすい食事の工夫	H24/04/30		通所介護、自宅で共通目標にした
		バランスの良い食事が摂れる	H23/11/01 ~ H24/04/30	バランスの良い食事の提供	H24/04/30		デイで食べたものの食事・カロリーノートを持ち帰り、妻・保健師・栄養士が共有することで、栄養のバランスが良くなった。今後も定期的に体重測定を続けてもらう。
		発語の練習をする	H23/11/01 ~ H24/04/30	発語・話し方リハビリ	H24/04/30		指導を受け、家でも訓練できるように徐々になってきた
		話す機会を増やす	H23/11/01 ~ H24/04/30	同世代の仲間と会って話をする	H24/04/30		話が他者に伝わるようになり、嬉しそう
		安全に入浴ができる	H23/11/01 ~ H24/04/30	入浴時の動作訓練	H24/04/30		効果あり 継続することでさらに改善が見込まれる
		妻と一緒に犬の散歩をする	H23/11/01 ~ H24/04/30	歩行訓練	H24/04/30		長時間の歩行ではふらつきが残る継続が必要
医師	病院	確実な受診と服薬	H23/11/01 ~ H24/04/30	診察・助言	H24/04/30	○	2回/月は確実にできている 服薬もデイでも家でも確認実施
		服薬・食事内容のチェック	H23/11/01 ~ H24/04/30	服薬指導及び栄養指導	H24/04/30		効果あり、但し継続が必要
保健師、栄養士	保健所	むせないようになる	H23/11/01 ~ H24/04/30	嚥下訓練	H24/04/30		効果あり、但し継続が必要
配食	××株式会社	バランスの良い食事が摂れる	H23/11/01 ~ H24/04/30	バランスの良い食事の提供(糖尿病)	H24/04/30		妻の負担軽減と食事の工夫の見本として、3回/週(デイのある日と日曜を除き)夕食として試行中
住宅改修	**工務店	安全に入浴ができる	H23/11/01 ~ H24/04/30	自宅の浴室改修	H24/04/30	○	住宅改修、入浴用具購入とも済みであり、自宅でも入浴が可能となった

老人会	サ ロン	話す機会を増やす	H23/11/01 ~ H24/04/30	同世代の仲間と会って話を する	H24/04/30		
本人		確実な受診と服薬	H23/11/01 ~ H24/04/30	定期的な受診	H24/04/30	○	
				カレンダーを活用した服薬	H24/04/30		声掛け、介助で確実に実施
		10時には寝る	H23/11/01 ~ H24/04/30	日課表やスケジュール表の 活用	H24/04/30	×	10時までには寝られたのは50%、要継続
		発語の練習をする	H23/11/01 ~ H24/04/30	毎日お口体操をする	H24/04/30		STによる練習 継続が必要
		話す機会を増やす	H23/11/01 ~ H24/04/30	孫に絵本を読み聞かせる	H24/04/30		可愛い孫が来て、話を聞いてくれることは 効果大きいことが見えてきた
		安全に入浴ができる	H23/11/01 ~ H24/04/30	入浴時の動作訓練	H24/04/30		長男の手伝いと、環境整備で可能になっ た
		妻と一緒に犬の散歩に 行く	H23/11/01 ~ H24/04/30	転倒しないで30分位は歩く	H24/04/30		まだ1週間に1回がやっと。但し季節も関 係あり、継続する。
妻		確実な受診と服薬	H23/11/01 ~ H24/04/30	受診付き添い	H24/04/30		毎回付き添いをし、先生からの指導や助 言を聞いています。
			H23/11/01 ~ H24/04/30	服薬確認	H24/04/30		チームで服薬確認するようになった。
		10時には寝る	H23/11/01 ~ H24/04/30	日課表やスケジュール表の 活用	H24/04/30		「夜深し、遅起き」の習慣があり、デイケア に出かけるまでが大変だったが、現在は デイケアの前夜は10時前に寝床に入るよ うになった。継続すれば改善が見込める。
		バランスの良い食事が 摂れる	H23/11/01 ~ H24/04/30	バランスの良い食事の提供	H24/04/30		
		発語の練習をする	H23/11/01 ~ H24/04/30	お口体操を一緒に覚える	H24/04/30		
		話す機会を増やす	H23/11/01 ~ H24/04/30	孫に絵本を読み聞かせる	H24/04/30		
		安全に入浴ができる	H23/11/01 ~ H24/04/30	入浴用品購入、入浴介助見 守り	H24/04/30		介護技術を学んだことと、長男が手伝っ てくれるようになったことで、家の入浴が安心 して可能になった
妻と一緒に犬の散歩に 行く	H23/11/01 ~ H24/04/30	転倒しないように見守る	H24/04/30		季節的なこともあり、まだ回数は少ない		

長男(妻、孫)	確実な受診と服薬	H23/11/01 ~ H24/04/30	受診付き添い	H24/04/30		出来るだけ同行してくれた
	話す機会を増やす	H23/11/01 ~ H24/04/30	孫に絵本を読み聞かせる	H24/04/30		妻と子供を連れて、来てくれるようになった。会話をするようになった。
	安全に入浴ができる	H23/11/01 ~ H24/04/30	入浴用品購入、入浴介助見 守り	H24/04/30		長男が入浴を手伝ってくれることは、本人にも妻にも楽しみになってきた。

1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 2 援助内容ごとに短期目標の終期を記入。 3 短期目標の実現度合いを5段階で記入する(○:短期目標は予想を上回って達せられた、△:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、×1:短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×2:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×3:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×4:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×5:短期目標の達成は困難であり見直しを要する)。

モデル事例3 Cさん(83歳、女性、同居)

第1表

居宅サービス計画書(総括表)

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名(利用者番号) C 殿 生年月日 1926年 月 日 住所 _____
 居宅サービス計画作成者氏名 _____ 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____
 本居宅サービス計画の有効期間 (作成(変更)日) 平成22年10月13日 ~ (短期目標の終期のうち最後の日(評価の基準日)) 平成23年03月31日
 初回居宅サービス計画作成日 平成21年02月05日 認定日 平成22年02月26日 認定の有効期間 平成22年04月01日 ~ 平成23年03月31日

要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の介護に対する意向	本人:娘が出掛けている間も、心配なく楽しく過ごしたい。 長女:仕事で家を空ける事が多いが、本人が一人で留守番をしているのも心配。出来るだけ独りでの時間を少なくするように考えて欲しい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし
総合的な援助の方針	・生活リズムを整え栄養バランスの良い食事や適度な運動を継続しましょう。 ・生活意欲の向上を図り、認知症の進行を予防します。 ・安全に外出して、楽しい時間を過ごしましょう。 ・医療機関と連携し、病気が進まないように支援します。 緊急連絡先(主治医) 長女 090-****-**** (主治医連絡先) 090-****-****
家事援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他()

第2表

居宅サービス計画書(課題整理表)

利用者名 (利用者番号) C 殿

状況の事実 1			判断した根拠	予後予測	生活全般の解決すべき課題			
					(ニーズ)	2		
健康状態	1		食事量の低下が見られる、右手関節に変形がある、認知症が悪化傾向()、服薬管理難しく高血圧症の治療に支障	<p>・主治医と連携し、リハビリをすることや環境を整えることにより、洗濯物をたたむことができる可能性がある。</p> <p>・食事量の低下については、主治医と相談する原因を明らかにするとともに、食事がきちっと摂れるような方策を検討することで体力低下の防止を図る。</p> <p>・服薬を確実にを行うことで、病状の悪化を防止できる。</p> <p>・利き手首(右手)のリハビリをすることで、洗濯物をたたむことができる可能性がある。</p> <p>・食事を摂り、体力をつけて歩行訓練をすることで、スーパーまで買物に行ける可能性がある。</p> <p>・娘さん(同居の主介護者)の出張の時には、ショートの利用も必要であり、今から慣れておくと良い。将来的には複合型サービスや小規模多機能型の利用も検討する</p>	自分ができることを増やす。	2		
ADL	室内移動	2			<p>・食事を摂り、体力をつけて歩行訓練をすることで、スーパーまで買物に行ける可能性がある。</p>	<p>おいしく食事を食べたい。</p>	3	
	屋外移動	2	1					体力の低下、長時間移動は困難
	食事	1						
	排泄	2						
	着脱衣	2						
	入浴	1						
IADL	掃除	2	右手関節に変形あり、掃除がやりにくい		<p>・娘さん(同居の主介護者)の出張の時には、ショートの利用も必要であり、今から慣れておくと良い。将来的には複合型サービスや小規模多機能型の利用も検討する</p>	<p>病状の悪化を防ぐ</p>	4	
	洗濯	×2	×1					
	買物	2	認知症のため自立は難しい					
	調理	×2	右手関節変形があり、細かい作業が困難					
	整理ごみ出し	×2	同上、認知症					
	通院	2						
	服薬	2						
	金銭管理	×2	お金の計算は難しい					
	電話・PC	2						
	社会参加	2						
認知・コミュニケーション能力	2	思考障害がある	<p>・娘さん(同居の主介護者)の出張の時には、ショートの利用も必要であり、今から慣れておくと良い。将来的には複合型サービスや小規模多機能型の利用も検討する</p>	<p>楽しく外出できることで、家族も安心できる。</p>	1			
社会との関わり	2							
身体機能	2	右手拘縮						
問題行動	1							
介護力	2	同居長女が仕事で不在が多い						
居住環境	1	住宅改修済み						
特別な状況								

1 介護支援専門員が判断した結果、あるいはサービス担当者会議で共有した客観的事実を記載する。現在の状況について3段階で記号を記入(:自立あるいは良、 :一部介助あるいはやや難、 × :全介助あるいは不良)した上で、状況の改善可能性について2段階で数字を付す(1:改善可能性高い、2:改善可能性低い) 2 本計画における優先順位を数字で記入。ただし、本計画では解決が困難だが把握しておくべき課題には×印を記入。

第3表

居宅サービス計画書(サービス計画表)

利用者名 (利用者番号) C 殿

生活全般の 解決すべき課題 (ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	1	サービス種別	2	頻度	期間
楽しく外出できること で、家族も安心 できる。	以前のように喫茶店 へ行って、好きな コーヒーを飲む	H22.10.13 ~	近くのスーパーま で、週に3回は行 く	H22.10.13 ~ H23.3.31	家族やヘルパーと 一緒に行き食材を 選ぶ		本人 長女・次女 三女		1回/週	H22.10.13 ~ H23.3.31
					買物介助	○	訪問介護	訪問 介護	2回/週	H22.10.13 ~ H23.3.31
					同世代の人達と 会話を楽しむ	○	通所リハ	リハビ リセンター	3回/週	H22.10.13 ~ H23.3.31
			友人・隣人に来ても らう		友人・隣人		2回/月	H22.10.13 ~ H23.3.31		
	娘が必要な時に仕事 に専念できる時間を 作ることで、在宅生活 が続けられる	H22.10.13 ~	慣れたところで安 心して泊まる	H22.10.13 ~ H23.3.31	宿泊		短期入所療養 介護	老健	適宜	H22.10.13 ~ H23.3.31
自分でできること を増やす。	簡単な家事ができる	H22.10.13 ~	洗濯ものをたたむ	H22.10.13 ~ H23.3.31	家族が取り込んだ 洗濯物をたたむ		本人		3回/週	H22.10.13 ~ H23.3.31
					洗濯物を取り込む		家族		3回/週	H22.10.13 ~ H23.3.31
					専門の先生に、 機能訓練やマッ サージをしてもら うと同時に、自宅 で自分自身で出 来るリハビリもする		通所リハ	リハビ リセンター	3回/週	H22.10.13 ~ H23.3.31
							本人・家族		毎日	H22.10.13 ~ H23.3.31
おいしく食事を食 べたい	バランスの良い食事 が摂れる	H22.10.13 ~	食事が摂れない 原因を明らかに する	H22.10.13 ~ H23.3.31	受診介助・相談		家族		1回/月	H22.10.13 ~ H23.3.31
					診察・検査等		主治医	医院	1回/月	H22.10.13 ~ H23.3.31

					診察・検査等		歯科医師	××歯科 クリニック	1回/月	H22.10.13～ H23.3.31
					通所リハの評価		通所リハ	リハビリ センター	3回/週	H22.10.13～ H23.3.31
			好みの食事を作 ってもらい、おい しく食べる	H22.10.13～ H23.3.31	好きな食べ物を作 る		家族		毎日	H22.10.13～ H23.3.31
病状の悪化を防ぐ	心身の不調を軽くす る	H22.10.13～	物忘れが進まな い	H22.10.13～ H23.3.31	服薬確認(声掛け・ 服薬カレンダー)		家族		毎日	H22.10.13～ H23.3.31
					服薬確認(声掛け・ 服薬カレンダー)		通所リハ	リハビリ センター	3回/週	H22.10.13～ H23.3.31
					服薬確認(声掛け・ 服薬カレンダー)		訪問介護	訪問 介護	2回/週	H22.10.13～ H23.3.31
					診察・検査等		主治医	医院	1回/月	H22.10.13～ H23.3.31
					受診介助・相談		家族		1回/月	H22.10.13～ H23.3.31
			身体の不調を早く 見つける	H22.10.13～ H23.3.31	全身の観察(食事水 分量・排泄・入浴状 況等)	家族				H22.10.13～ H23.3.31
	通所リハ	リハビリ センター	3回/週	H22.10.13～ H23.3.31						

1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては 印を付す。

2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第4表

居宅サービス計画書(週間予定表)

利用者名 (利用者番号) C 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								起床 朝食
	10:00	09:45～16:15 リハビリセ ンター (通所リハ)	訪問介護 (配食)	09:45～16:15 リハビリセ ンター (通所リハ)	訪問介護 (配食)	09:45～16:15 リハビリセ ンター (通所リハ)			買物
12:00									昼食(配食:火・木)
午後	14:00		(三女や友人が 来訪)		(三女や友人が 来訪)				
	16:00								
	18:00								
夜間	20:00							夕食	
	22:00							就寝	
深夜	24:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス 通院(医院(月1回)、××歯科クリニック(月1回)) 短期入所生活介護(不定期) 配食(2回/週 火・木昼食 土・日曜日は家族が対応)

第5表

居宅サービス計画書(評価表)

利用者名 (利用者番号) C 殿

援助内容		目標		サービス内容	結果		コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
サービス種別	1	短期目標	期間		判断の時期 2	3	
本人		近くのスーパーまで、週に3回は行く	H22.10.13 ~ H23.3.31	家族やヘルパーと一緒に行き食材を選ぶ	H23.3.31		効果が認められたが、もう少々継続が必要
		洗濯ものをたたむ	H22.10.13 ~ H23.3.31	家族が取りこんだ洗濯物をたたむ	H23.3.31		最近、自分のものだけでなく、娘さんの物もたためるようになってきた。娘さんの役に立つことで、嬉しそう。
		専門の先生に、機能訓練やマッサージをしてもらうと同時に、自宅で自分自身で出来るリハビリもする	H22.10.13 ~ H23.3.31	リハビリメニューに沿って自宅でリハビリをする	H23.3.31		自分や家族と一緒に出来る、右手の体操毎日続けている。メニューが分かり易く、絵になっているので、続くようだ。
		慣れたところで安心して泊まる	H22.10.13 ~ H23.3.31	宿泊	H23.3.31		通っている通所リハと同じ敷地内の老健で、短い期間から試行中。今後も継続。
家族		近くのスーパーまで、週に3回は行く	H22.10.13 ~ H23.3.31	家族やヘルパーと一緒に行き食材を選ぶ	H23.3.31		
		洗濯ものをたたむ	H22.10.13 ~ H23.3.31	洗濯物を取り込む	H23.3.31		
友人・隣人		同世代の人達と会話を楽しむ	H22.10.13 ~ H23.3.31	友人・隣人来てもらう	H23.3.31		ご近所の友達の妹さんが、月2回来ってくれるようになった。
医師	医院	食事が摂れない原因を明らかにする	H22.10.13 ~ H23.3.31	診察・検査等	H23.3.31		原因が明確にならないが、誰かが一緒に食べると、以前より食べられるようになってきた
		物忘れが進まない	H22.10.13 ~ H23.3.31	診察・検査等	H23.3.31		
歯科医師	××歯科クリニック	食事の取れない原因を明らかにする	H22.10.13 ~ H23.3.31	診察・検査等	H23.3.31		入れ歯の調整中
訪問介護	訪問介護	近くのスーパーまで、週に3回は行く	H22.12 ~ H24.05.31	家族やヘルパーと一緒に行き食材を選ぶ	H23.3.31		ヘルパーにも慣れ、一緒に出掛けるのは大丈夫だが、途中で面倒になるようだ

		物忘れが進まない	H22.12 ~ H24.05.31	服薬確認(声掛け・服薬カレンダー)	H23.3.31		順調に活用できている。継続が必要。
通所リハ	リハビリセンター	同世代の人たちと会話を楽しむ	H22.10.13 ~ H23.3.31	通所仲間との会話	H23.3.31	1	朝の出がけが、気が進まない時もあるが、行ってしまえば楽しそう。
		専門の先生に、機能訓練やマッサージをしてもらおうと同時に、自宅で自分自身で出来るリハビリもする	H22.10.13 ~ H23.3.31	右手のリハビリを行う、自宅で作るリハビリメニューを作る	H23.3.31		
		食事が摂れない原因を明らかにする	H22.10.13 ~ H23.3.31	通所リハの評価	H23.3.31		
		身体の不調を早く見つける	H22.12 ~ H24.05.31	全身の観察(食事水分量・排泄・入浴状況等)	H23.3.31		体重測定を定期的に行い、減少した時は早急に報告をもらう。
短期入所療養介護	老健(リハビリセンターと同敷地内)	慣れたところで安心して泊まる	H22.10.13 ~ H23.3.31	宿泊	H23.3.31		まだ2回短い期間で実施、夜間が不安になる 今後は、小規模多機能や複合型の利用も視野に入れる

1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 2 援助内容ごとに短期目標の終期を記入。 3 短期目標の実現度合いを4段階で記入する(:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、 :短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

モデル事例4 Dさん(65歳、男性、同居)

第1表

居宅サービス計画書(総括表)

初回 ・ 紹介 ・ 継続 認定済 ・ 申請中

利用者名(利用者番号) D 殿 生年月日 1946 年 月 日 住所
 居宅サービス計画作成者氏名 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 × ×
 本居宅サービス計画の有効期間 (作成(変更)日) 平成23年7月15日 ~ (短期目標の終期のうち最後の日(評価の基準日)) 平成23年10月14日
 初回居宅サービス計画作成日 平成19年1月20日 認定日 平成23年5月6日 認定の有効期間 平成23年6月1日 ~ 平成24年5月30日

要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	本人:病状を安定させて、以前のようにカラオケや温泉旅行を楽しみたい。 妻:病状が安定して、身の回りのことができるようになってほしい。 息子:仕事があるのであまり手伝えませんが、通院は手伝います。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	訪問看護(主治医意見書)
総合的な援助の方針	・受診や服薬により、病気の日内変動を少なくしましょう。 ・体調のよい時に適切なりハビリを行いましょう。 ・趣味のカラオケや温泉旅行が再開できるように支援します。 (緊急連絡先) 妻(主介護者):XXXX-XXXX(携帯)、 訪問看護ステーション:XXXX-XXXX × × (主治医連絡先):XXXX-XXXX
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他()

第2表

居宅サービス計画書(課題整理表)

利用者名 (利用者番号) D 殿

状況の事実 1			判断した根拠	予後予測	生活全般の解決すべき課題		
	2	1			(ニーズ)	2	
健康状態	2	1	パーキンソン症、日内変動が激しい 難聴気味	・パーキンソン症による日内変動があり、服薬症状により体調変化が大きいため、適切な受診と服薬により、安定した身体状況が維持できる。 ・体調のよい時に適切なりハビリを行うことで、排泄動作が自立できる可能性がある。 ・本人の趣味であるカラオケを自宅ですることから始めることで、生活意欲の向上を図ることができる。	病気の日内変動を少なくし、体調のよい時間を多くしたい。	1	
ADL	室内移動	2	〃		・自分で出来ることを増やしたい。	2	
	屋外移動	2	〃				
	食事	2	〃				
	排泄	2	1				〃
	着脱衣	1	〃				
	入浴	1	〃				
IADL	掃除	×	1		妻が行っているため、今までしていない	趣味活動を続ける。	3
	洗濯	×	1				
	買物	×	1				
	調理	×	1				
	整理ごみ出し	×	1				
	通院	2					
	服薬	2					
	金銭管理	2		難聴気味			
	電話・PC	1					
	社会参加	2					
認知・コミュニケーション能力	1						
社会との関わり	2	1	カラオケをする仲間がいる				
身体機能	2						
問題行動	2						
介護力	1		配偶者・息子ともに介護力ある				
居住環境	1		住宅改修済み				
特別な状況							

1 介護支援専門員が判断した結果、あるいはサービス担当者会議で共有した客観的事実を記載する。現在の状況について3段階で記号を記入(:自立あるいは良、 :一部介助あるいはやや難、 ×:全介助あるいは不良)した上で、状況の改善可能性について2段階で数字を付す(1:改善可能性高い、2:改善可能性低い) 2 本計画における優先順位を数字で記入。ただし、本計画では解決が困難だが把握しておくべき課題には×印を記入。

第3表

居宅サービス計画書(サービス計画表)

利用者名 (利用者番号) D 殿

生活全般の 解決すべき 課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	1	サービス種別	2	頻度	期間
病気の日内変動を少なくし、体調のよい時間を多くしたい。	病状が安定する。	H23.7.15~	日中の活動時間は問題なく動ける。	H23.7.15 ~ H23.10.14	定期的な受診と相談		医師	クリニック	月1回	H23.7.15 ~ H23.10.14
					受診介助		妻・息子		月1回	H23.7.15 ~ H23.10.14
					薬の調整、排便コントロール		医師	クリニック	月1回	H23.7.15 ~ H23.10.14
						○	訪問看護	××訪問看護ステーション	週3回	H23.7.15 ~ H23.10.14
							薬剤師	薬局	月1回	H23.7.15 ~ H23.10.14
					状況観察		妻・息子		毎日	H23.7.15 ~ H23.10.14
							通所介護	通所介護	週3回	H23.7.15 ~ H23.10.14
自分で出来ることを増やしたい。	適切なリハビリを行うことで、身体状況を維持・改善する。	H23.7.15~	体調に左右されず、排泄ができる。	H23.7.15 ~ H23.10.14	ベッド、Pトイレ貸与		福祉用具貸与 福祉用具購入	**ショップ	随時	H23.7.15 ~ H23.10.14
					機能訓練		通所介護	通所介護	週3回	H23.7.15 ~ H23.10.14
							訪問看護	××訪問看護ステーション	週3回	H23.7.15 ~ H23.10.14
							通所介護	通所介護	週3回	H23.7.15 ~ H23.10.14
趣味活動を続ける。	カラオケ仲間と温泉に行く。	H23.7.15~	自宅でカラオケを楽しむ(カラオケ仲間と交流を続ける)。	H23.7.15 ~ H23.10.14	カラオケ仲間自宅に来てもらう		本人・友人		月2回	H23.7.15 ~ H23.10.14

1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては 印を付す。

2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第4表

居宅サービス計画書(週間予定表)

利用者名 (利用者番号) D 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動					
深夜	4:00													
	6:00													
早朝	8:00								7:00 起床 8:00 朝食、家族と会話					
	10:00	10:00～16:00 通所介護 (機能訓練、食事、入浴介助)		10:00～16:00 通所介護 (機能訓練、食事、入浴介助)		10:00～16:00 通所介護 (機能訓練、食事、入浴介助)			12:00 昼食					
12:00														
14:00														14:00 カラオケの曲やラジオを聴く
16:00	15:00～16:00 訪問看護									15:00～16:00 訪問看護	15:00～16:00 訪問看護			
午後	18:00								18:00 夕食					
	20:00								20:00 TV の旅行、音楽番組を見る					
夜間	22:00								22:00 就寝					
	24:00													
深夜	2:00													
	4:00													

週単位以外のサービス 通院(月1回)、訪問薬剤(月1回、火曜 10:30～11:00)、福祉用具貸与(ベッド、トイレ)

第5表

居宅サービス計画書(評価表)

利用者名 (利用者番号) D 殿

援助内容		目標		サービス内容	結果		コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
サービス種別	1	短期目標	期間		判断の時期 2	3	
医師	クリニック	日中の活動時間は問題なく動ける。	H23.7.15 ~ H23.10.14	定期的な受診と相談	H23.10.14		病状が若干悪化しつつあり、通院回数が見直しが必要
				薬の調整、排便コントロール	H23.10.14		
訪問看護	× × 訪問看護ステーション	日中の活動時間は問題なく動ける。	H23.7.15 ~ H23.10.14	薬の調整、排便コントロール	H23.10.14		
		体調に左右されず、排泄ができる。	H23.7.15 ~ H23.10.14	機能訓練	H23.10.14		
薬剤師	薬局	日中の活動時間は問題なく動ける。	H23.7.15 ~ H23.10.14	薬の調整、排便コントロール	H23.10.14		
通所介護	通所介護	日中の活動時間は問題なく動ける。	H23.7.15 ~ H23.10.14	状況観察	H23.10.14		
		体調に左右されず、排泄ができる。	H23.7.15 ~ H23.10.14	機能訓練 送迎、食事、機能訓練、アクティビティの提供、入浴介助	H23.10.14		仲間とのコミュニケーションが増え、通所に対して意欲的になってきた
本人		自宅でカラオケを楽しむ(カラオケ仲間と交流を続ける)。	H23.7.15 ~ H23.10.14	カラオケ仲間自宅に来てもらう	H23.10.14		カラオケ仲間が定期的に自宅に訪れることがとても楽しみである
妻・子		日中の活動時間は問題なく動ける。	H23.7.15 ~ H23.10.14	受診介助	H23.10.14		
				状況観察	H23.10.14		気になったことはケアマネジャーなどに相談している

1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 2 援助内容ごとに短期目標の終期を記入。 3 短期目標の実現度合いを4段階で記入する(:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、 :短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

モデル事例 5 Eさん(77歳、女性、独居)

第1表

居宅サービス計画書(総括表)

初回 ・ 紹介 ・ 継続 認定済 ・ 申請中

利用者名(利用者番号) E 殿 生年月日 1932年 月 日 住所 _____
 居宅サービス計画作成者 氏名 _____ 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____
 本居宅サービス計画の有効期間 (作成(変更)日) 平成22年12月1日 ~ (短期目標の終期のうち最後の日(評価の基準日)) 平成23年5月31日
 初回居宅サービス計画作成日 平成21年10月1日 認定日 平成22年5月12日 認定の有効期間 平成22年6月1日 ~ 平成24年5月31日

要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	本人:リハビリをすることで、何とか一人暮らしを続けていきたい。子供たちにあまり迷惑をかけたくない。趣味の絵手紙が再開できるとうれしい。 家族:住み慣れた自宅で過ごしたいという母の思いをかなえてあげられるように支援して欲しい。週に1回程度しか来られないが、手伝えることは手伝います。弟も頻繁には来られないが、母の思いを大切にしたいと思っています。一番の困りごとは、自宅でお風呂に入れない事なので、お風呂に入れるように考えてもらいたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	身体上、精神上的の障害の程度が長期にわたり変更しないと考えられるので、認定有効期間を24ヶ月に延長する。 訪問看護
総合的な援助の方針	・以前のようにハリのある生活が送れるよう、浮腫みと痛みをコントロールできることを目指した支援を行います。 ・糖尿病が悪化しないように、適正な体重に近づくよう、食事に気をつけて、出来る範囲で運動もしましょう。 ・入浴や家事が支障なくできるようにリハビリを行いましょ。 (緊急連絡先) 長女(主介護者):XXXX-XXXX、 長男:XXXX-XXXX ××(主治医連絡先):XXXX-XXXX
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他()

第2表

居宅サービス計画書(課題整理表)

利用者名 (利用者番号) E 殿

状況の事実 1			判断した根拠	予後予測	生活全般の解決すべき課題	
					(ニーズ)	2
健康状態	2	1	循環不良に伴う浮腫みと痛み、糖尿病(関節)肥り過ぎ、膝等に支障	<p>適切な健康管理を行って下肢循環不良の悪化防止を図るとともに、起居・起き上がり・立ち上がり時の浮腫みと痛みをコントロールできるようになることで、家事や外出の意欲を保つことができる。</p> <p>医療と連携し、主治医の指示のもと、適切な運動と食事療法を行うことで、体重を減らし、血糖値の安定を図ることができる。</p> <p>マッサージやリハビリを行うことで浮腫みを軽減し、食事にも気をつけて体重を減らし、膝関節への負担を軽くすることで、家事ができる可能性がある。</p> <p>適切な福祉用具を使用することで、家事や入浴が支障なくできる。</p> <p>家族や友人との交流を図ることで、生活にメリハリをつけ、生活意欲を向上させることができる。</p> <p>家族に進んで協力をあおぐことで、一人暮らしが継続できる。</p>	浮腫みと痛みを少なくして、気持ちよく生活したい。	1
ADL	室内移動	2	短距離・短時間の移動のみ可		糖尿病の悪化を防ぐ。	4
	屋外移動	2	1			
	食事	1	下肢循環不良に伴う痛みが強い		出来ない家事を手伝ってもらいたい。	3
	排泄	2	1			
	着脱衣	2	1			
	入浴	2	立位保持での痛みが強い		外出を楽しみたい。	2
IADL	掃除	2	1		起居、立ち上がりに伴う痛みが強い	
	洗濯	2	1		下肢循環不良に伴う痛みが強く、困難	
	買物	2				
	調理	2	1			
	整理ごみ出し	2				
	通院	2				
	服薬	2				
	金銭管理	2				
	電話・PC	2				
	社会参加	2				
認知・コミュニケーション能力	1					
社会との関わり	2					
身体機能	2					
問題行動	1		問題行動なし			
介護力	×1		独居のため、介護力に不安がある			
居住環境	1					
特別な状況						

1 介護支援専門員が判断した結果、あるいはサービス担当者会議で共有した客観的事実を記載する。現在の状況について3段階で記号を記入(○:自立あるいは良、△:一部介助あるいはやや難、×:全介助あるいは不良)した上で、状況の改善可能性について2段階で数字を付す(1:改善可能性高い、2:改善可能性低い) 2 本計画における優先順位を数字で記入。ただし、本計画では解決が困難だが把握しておくべき課題には×印を記入。

第3表

居宅サービス計画書(サービス計画表)

利用者名 (利用者番号) E 殿

生活全般の 解決すべき 課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	1	サービス種別	2	頻度	期間
浮腫みと痛みを少なくして、気持ちよく生活したい。	以前のように家事や外出ができる。	H22.12.1～	下肢の浮腫みと痛みを少なくできる。	H22.12.1～ H23.5.31	・主治医に状態確認をしてもらい、痛みを抑える。 ・体重を確認する。		医師	クリニック	隔週	H22.12.1～ H23.5.31
					病院への送迎、付き添い		家族			H22.12.1～ H23.5.31
					浮腫みの状態を確認し、下肢を動かすことや足浴等を行う。		本人		随時	H22.12.1～ H23.5.31
						○	訪問介護	訪問介護ステーション	週4回	H22.12.1～ H23.5.31
						○	訪問看護	××訪問看護ステーション	隔週	H22.12.1～ H23.5.31
					通所介護	デイサービスセンター	週2回	H22.12.1～ H23.5.31		
			10m程度歩くことができる。	H22.12.1～ H23.5.31	・歩行時に本人の安全を確保するため、四点杖を貸与する。 ・歩行状況にあわせて福祉用具の提案をしていく。		福祉用具貸与	**ショップ	随時	H22.12.1～ H23.5.31
			日常生活の導線の確認と移動範囲の整理整頓をする。				本人		随時	H22.12.1～ H23.5.31
							訪問介護	訪問介護ステーション	週4回	H22.12.1～ H23.5.31
							通所介護	デイサービスセンター	週2回	H22.12.1～ H23.5.31
手伝ってもらいながら食事の準備ができる。	H22.12.1～ H23.5.31	一緒に食事を作る。		家族(長女)		随時	H22.12.1～ H23.5.31			
				訪問介護	訪問介護ステーション	週4回	H22.12.1～ H23.5.31			

外出を楽しみたい。	定期的に外出をする機会が作れ、意欲向上が図られる。	H22.12.1～		バランスのとれた食事を提供する。		配食サービス	(株)	週3回	H22.12.1～ H23.5.31			
				栄養指導を行う。		訪問看護	××訪問看護ステーション	月1回	H22.12.1～ H23.5.31			
				地域の食事会に参加する。		老人会		月1回	H22.12.1～ H23.5.31			
						友人		随時	H22.12.1～ H23.5.31			
			週に2回は入浴する。	H22.12.1～ H23.5.31		・安全な入浴方法、入浴動作を検討する。 ・本人の出来ない部分の介助を行う。 ・皮膚観察とケアの方法をアドバイスする。		通所介護	デイサービスセンター	週2回	H22.12.1～ H23.5.31	
			近くの公園で花見をする。	H22.12.1～ H23.5.31		起居動作、立ち上がり動作が安全・安楽に行えるようにベッド、サイドレール、昇降座椅子を貸与する。		福祉用具貸与	**ショップ	随時	H22.12.1～ H23.5.31	
					家族で外出する機会を作る。		本人		随時	H22.12.1～ H23.5.31		
				食事会に参加する。	H22.12.1～ H23.5.31		・バランスのとれた食事を楽しくとる。 ・友人と交流する時間をつくる。		老人会		月1回	H22.12.1～ H23.5.31
									友人		随時	H22.12.1～ H23.5.31
			好きな絵手紙を描く。	H22.12.1～ H23.5.31		・他人と交流する機会をつくる。 ・アクティビティを提供する。	○	通所介護	デイサービスセンター	週2回	H22.12.1～ H23.5.31	
出来ない家事を手伝ってほしい。	手伝ってもらうことにより、一人での生活を続けられる。	H22.12～ H24.5.31	家事を一緒に行う。	H22.12.1～ H23.5.31		一緒に掃除、洗濯、買物などを行う。		家族		随時	H22.12.1～ H23.5.31	
							○	訪問介護	訪問介護ステーション	週4回	H22.12.1～ H23.5.31	
糖尿病の悪化を防ぐ。	糖尿病による合併症を防ぐ。	H22.12～ H24.5.31	血糖値を安定させる。	H22.12.1～ H23.5.31	定期的を受診する。		医師	クリニック	月1回	H22.12.1～ H23.5.31		
					栄養指導を行う。		訪問看護	××訪問看護ステーション	月1回	H22.12.1～ H23.5.31		

				調理 運動の指導を行う。		訪問介護	訪問介護ステーション	週4回	H22.12.1 ~ H23.5.31
						家族		随時	H22.12.1 ~ H23.5.31
				定期的な運動を行う。		本人		毎日	H22.12.1 ~ H23.5.31

1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては 印を付す。 2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第4表

居宅サービス計画書(週間予定表)

利用者名 (利用者番号) E 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00		通所介護 9:00～15:00 ・入浴介助 ・個別リハ	通院(隔週) 9:00～12:00		通所介護 9:00～15:00 ・入浴介助 ・個別リハ	訪問介護 身2 9:00～10:00		8:00 起床 9:30 朝食
午前	12:00			訪問看護(隔週) 11:00～12:00				家族訪問 11:00～18:00	TV体操をイスに座って 行う。 12:30 昼食
	14:00								
午後	16:00			訪問介護 生2 15:00～16:00	訪問介護 身2 15:00～16:00				
	18:00		配食			配食	配食		
夜間	20:00								18:30 夕食
	22:00								TVを見る
深夜	24:00								23:00 就寝
	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス 福祉用具貸与(ベッド貸与、サイドレール貸与、昇降座椅子貸与、四点杖貸与) 通院:家族、介護タクシー

第5表

居宅サービス計画書(評価表)

利用者名 (利用者番号) E 殿

援助内容		目標		サービス内容	結果		コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
サービス種別	1	短期目標	期間		判断の時期 2	3	
医師	クリニック	下肢の浮腫みと痛みを軽減させることができる。	H22.12～ H23.5.31	・主治医に状態確認をしてもらい、痛みを抑える。 ・体重を確認する。 定期的な受診する。	H23.5.31		体重は2kg減少しました。運動と食事の管理をして、続けて体重を減らす努力をして下さい。中性脂肪はまだ高いです。
		血糖値を安定させる。	H22.12～ H23.5.31		H23.5.31		
訪問看護	××訪問看護ステーション	下肢の浮腫みと痛みを少なくできる。	H22.12～ H23.5.31	浮腫みの状態を確認し、下肢を動かすことや足浴等を行う。	H23.5.31		浮腫みはやや軽減した。
		手伝ってもらいながら食事の準備ができる。	H22.12～ H23.5.31	栄養指導を行う。	H23.5.31		栄養指導を受け、食事内容は改善しつつある。
		血糖値を安定させる。	H22.12～ H23.5.31	栄養指導を行う。	H23.5.31		
訪問介護	訪問介護ステーション	下肢の浮腫みと痛みを少なくできる。	H22.12～ H23.5.31	浮腫みの状態を確認し、下肢を動かすことや足浴等を行う。	H23.5.31		浮腫みはやや軽減した。
		10m程度歩くことができる。	H22.12～ H23.5.31	日常生活の導線の確認と移動範囲の整理整頓をする。	H23.5.31		もう少し距離を伸ばして、ポストまで歩けるようにしましょう。
		手伝ってもらいながら食事の準備ができる。	H22.12～ H23.5.31	一緒に食事を作る。	H23.5.31		今後も継続しましょう。
		家事を一緒に行う。		一緒に掃除、洗濯、買物などを行う。	H23.5.31		買い物にも行けるようになりましょう。
通所介護	デイサービスセンター	下肢の浮腫みと痛みを少なくできる。	H22.12～ H23.5.31	マッサージ・機能訓練で両下肢の状態を観察していく。	H23.5.31		浮腫みはやや軽減した。
		10m程度歩くことができる。	H22.12～ H23.5.31	膝にサポーターを使用し、四点杖で歩行訓練をする。	H23.5.31		室内で10m程度は歩けるが、不安定なため、訓練は継続する。同時に、大腿部の筋力をつけていく。
		週に2日は入浴する。	H22.12～ H23.5.31	・安全な入浴方法、入浴動作を検討する。 ・本人の出来ない部分の介助を行う。 ・皮膚観察とケアの方法をアドバイスする。	H23.5.31		安全に入浴できるようになった。安全な入浴動作を継続して行う。フットケアの継続は必要。

		好きな絵手紙を描く。	H22.12～ H23.5.31	・他人と交流する機会をつくる。 ・アクティビティを提供する。	H23.5.31	×1	公園の花を見て、月に1回程度 絵手紙を郷里の妹に出せた。
本人		下肢の浮腫みと痛みを少なくできる。	H22.12～ H23.5.31	浮腫みの状態を確認し、下肢を動かすこと や足浴等を行う。	H23.5.31		浮腫みを軽減するための運動は 出来るようになった。
		10m程度歩くことができる。	H22.12～ H23.5.31	日常生活の導線の確認と移動範囲の整理 整頓をする。	H23.5.31		15m程度歩けるようにしましょ う。
		近くの公園で花見をする。	H22.12～ H23.5.31	家族で外出する機会を作る。	H23.5.31		梅と水仙、桜の花を見に行っ た。
家族		下肢の浮腫みと痛みを少なくできる。	H22.12～ H23.5.31	病院への送迎、付き添い。	H23.5.31		病院への付き添いは今後も続け てほしい。
		手伝ってもらいながら食事の準備ができる。	H22.12～ H23.5.31	一緒に食事を作る。	H23.5.31		一人暮らしを継続するためには、 家族の支援が必要。
		近くの公園で花見をする。	H22.12～ H23.5.31	家族で外出する機会を作る。	H23.5.31		楽しむことができています。
		家事を一緒に行う。	H22.12～ H23.5.31	一緒に掃除、洗濯、買物などを行う。	H23.5.31		一人暮らしを継続するためには、 家族の支援が必要。

1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 2 援助内容ごとに短期目標の終期を記入。 3 短期目標の実現度合いを4段階で記入する(:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、 :短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

モデル事例6 Fさん(94歳、女性、同居)

第1表

居宅サービス計画書(総括表)

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名(利用者番号) F 殿 生年月日 1917 年 月 日 住所 _____
 居宅サービス計画作成者氏名 _____ 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____
 本居宅サービス計画の有効期間 (作成(変更)日) 平成23年3月1日 ~ (短期目標の終期のうち最後の日(評価の基準日)) 平成23年5月31日
 初回居宅サービス計画作成日 平成20年8月20日 認定日 平成23年2月15日 認定の有効期間 平成23年3月1日 ~ 平成25年2月28日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	本人:娘たちの世話になるが、自宅で安心して過ごしたい 長女:腰痛が良くなり、体調が落ち着いています。私たちでできることはやりますが、できない部分は手伝って欲しい。 長い付き合いのお医者さんが来てくださるので安心です。同世代や若い人と接する機会を週1回位作りたと思っています。 次女:仕事が忙しいので、なかなか手伝えず姉に負担がかかり申し訳ないが、できることはします。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
総合的な援助の方針	転倒しないように注意して、住み慣れたご自宅で安全に安心して過ごせるように支援しましょう。 ・在宅診療と訪問看護を利用して日常の体調管理をしていきましょう。 ・転倒骨折をしないように、本人も注意し、周囲の者もチームで支援しましょう。 ・同世代や若い人と関わる楽しみを持つ機会を作りましょう。 ・「一部の手助けがあれば、トイレで排泄ができ、自宅で入浴できる」ので、この状態が続けられるように支援しましょう。 (緊急連絡先) 長女:XXXX-XXXX、次女:XXXX-XXXX XX × × (主治医連絡先):XXXX-XXXX
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他()

第2表

居宅サービス計画書(課題整理表)

利用者名 (利用者番号) F 殿

状況の事実 1			生活全般の解決すべき課題		
			(二一ス)	2	
健康状態	2	腰痛圧迫骨折をし、変形性腰痛症がある。加齢に伴う機能低下があり、認知症が進行。	<p>予後予測</p> <ul style="list-style-type: none"> ・加齢に伴う体力筋力低下あり、転倒骨折の危険があるが、環境整備や機能訓練により防止できる。(リハビリ・環境整備により生活機能の維持・改善の見通し期待できる。 主治医意見書より) ・尿意便意あり、本人のトイレで排泄したい意向を大事にしつつ、歩行訓練を続けたり、トイレまでの距離を短縮するよう工夫することで、維持は可能。 ・本人が自宅で入浴したいが、転倒の危険性は大きい。手すりの追加等、浴室改修と入浴方法の工夫と、浴槽に出入りする動作の訓練で、自宅での入浴が見込める ・在宅診療・通院とも同じ医師であり、本人・家族からの信用が厚いため、医師の指導・助言による改善が可能。(内服薬の介助も、最近主介護者が忘れてしまうこともあるので、主治医と検討することで、服薬が確実にできることが見込める。) ・いろいろな世代の人と話すことで、本人の意欲が向上すると思える。 ・主介護者の長女が先月夫を亡くし、気落ちし不安定な状態なので、主介護者の様子の観察し、介護負担の軽減をすることで在宅生活を長くすることができる。 	1	
ADL	1	何かにつかまればできる(ただし短時間、短距離であり、転倒に要注意)		今までのように娘と一緒に自宅で生活を続けたい。	
	×1	転倒の危険があるので車いす介助		トイレで排泄を続けたい。	2
	2	自分で食べられるが、飲水は要見守り		自宅で安心して気分よく入浴したい	3
	1	尿意便意あり、但しトイレへの移動、衣服の上げ下ろしには介助が必要		いろいろな世代の人と話をして元気をもらう。	4
	1	要介助(右上肢の動き悪く、介助がいる)		お世話をかけますが、家事全般を世話して欲しい。	5
	1	浴槽のまたぎが難しくなってきた			
ADL	×2	していない、全介助			
	×2	していない、全介助			
	×2	していない、全介助			
	×2	していない、全介助			
	×2	していない、全介助			
	2	車いす介助で			
	2	声かけ、確認が必要			
	×2				
	×1				
	1				
認知コミュニケーション能力	1	少々			
社会との関わり	1	意欲あり			
身体機能	2				
問題行動	2	現在はない			
介護力	2	同居の長女が主介護者。同敷地内に次女も在住。			
居住環境	1	専用室あり。寝室にトイレあり。			
特別な状況		主介護者が先月夫を亡くしたばかり			

1 介護支援専門員が判断した結果、あるいはサービス担当者会議で共有した客観的事実を記載する。現在の状況について3段階で記号を記入(: 自立あるいは良、 : 一部介助あるいはやや難、× : 全介助あるいは不良)した上で、状況の改善可能性について2段階で数字を付す(1:改善可能性高い、2:改善可能性低い) 2 本計画における優先順位を数字で記入。ただし、本計画では解決が困難だが把握しておくべき課題には×印を記入。

第3表

居宅サービス計画書(サービス計画表)

利用者名 (利用者番号) F 殿

生活全般の 解決すべき 課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	1	サービス種別	2	頻度	期間
今までのように娘と一緒に自宅で生活を続けたい。	転ばないようにしたい。	H23.3.1~	転ばないような体力をつける。	H23.3.1~ H23.5.31	定期的なりハビリ	○	通所介護	デイホーム	1回/週	H23.3.1~ H23.5.31
					栄養バランスのとれた食事の提供	○	通所介護	デイホーム	1回/週	H23.3.1~ H23.5.31
							私費ワーカー	××訪問介護事業所	1回/週	H23.3.1~ H23.5.31
							配食	亭	2回/週	H23.3.1~ H23.5.31
							長女 次女		毎日 隔週土曜	H23.3.1~ H23.5.31
	体調を安定させる。	H23.3.1~	体調の変化に早期対応できる。	H23.3.1~ H23.5.31	診察・治療・薬処方 検査		訪問診療 病院(通院)	病院	2回/月	H23.3.1~ H23.5.31
					バイタルチェック 生活指導、助言 住宅改修への助言 通院介助	○	訪問看護	訪問 看護ステーション	1回/週	H23.3.1~ H23.5.31
							長女、次女		通院時	H23.3.1~ H23.5.31
							私費ワーカー	××訪問介護事業所	通院時	H23.3.1~ H23.5.31
	長女に無理をさせない。	H23.3.1~	長女が自分の時間を取れる。	H23.3.1~ H23.5.31	見守り、トイレ介助		次女		隔週土曜	H23.3.1~ H23.5.31
					家事全般の支援		私費ワーカー	××訪問介護事業所	1回/週	H23.3.1~ H23.5.31
	最後までトイレでしたい。	トイレでできる。	H23.3.1~	便意尿意がある時にトイレに行ける。	H23.3.1~ H23.5.31	トイレ・ポータブルトイレ介助		長女、次女		毎日 隔週土曜
ベッドの位置移動 トイレのドア改修							住宅改修	(株)**	直近で	直近で
定期的にトイレ誘導する。				H23.3.1~ H23.5.31	トイレ誘導・介助		通所介護	デイホーム	1回/週	H23.3.1~ H23.5.31

安心して気分よく入浴したい。	いつもきれいにしている。	H23.3.1~	週に2回は入浴できる。	H23.3.1~ H23.5.31	浴室の改修		住宅改修	(株)* *	直近で	直近で
					福祉用具購入		福祉用具貸与	(株)* *	直近で	直近で
					入浴介助・全身の観察		訪問看護	訪問看護ステーション	1回/週	H23.3.1~ H23.5.31
						通所介護	デイホーム	1回/週	H23.3.1~ H23.5.31	
いろいろな世代の人と話を して元気をもら う。	若い人と話を楽 しむ。	H23.3.1~	気分転換でき る。	H23.3.1~ H23.5.31	アクティビティ参加 デイの仲間・若い職 員との会話 送迎		通所介護	デイホ ーム	1回/週	H23.3.1~ H23.5.31
					車椅子レンタル		福祉用具貸与	(株)* *	3ヶ月	H23.3.1~ H23.5.31
お世話をかけ ますが、家事 全般を世話し て欲しい。	快適な生活が維 持できる。	H23.3.1~	生活環境全般を 整える。	H23.3.1~ H23.5.31	家事全般の支援		長女 次女		毎日 隔週土曜	H23.3.1~ H23.5.31
							私費ワーカー	× × 訪問 介護事業所	1回/週	H23.3.1~ H23.5.31

1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては 印を付す。

2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第4表

居宅サービス計画書(週間予定表)

利用者名 (利用者番号) F 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								起床 朝食
	10:00			10:00 ~ 13:00 私費ワーカー		10:00 ~ 17:00 通所介護	次女		テレビ
午前	12:00								昼食
	14:00								短歌を作る
	16:00		訪問看護						入浴(火)
午後	18:00		配食			配食			夕食
	20:00							就寝	
夜間	22:00								
	24:00								
深夜	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス	訪問診療(病院2回/月)、福祉用具貸与(手すり、車椅子) 私費ヘルパー(1回/週 家事援助) 配食(火・木):長女も一緒に取っている 次女:隔週土曜(10:00 ~ 19:00) 介護
------------	--

第5表

居宅サービス計画書(評価表)

利用者名 (利用者番号) F 殿

援助内容		目標		サービス内容	結果		コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
サービス種別	1	短期目標	期間		判断の 時期 2	3	
訪問診療	病院	体調の変化に早期対応できる。	H23.3.1～ H23.5.31	訪問診療、治療、薬処方、検査(通院)	H23.5.31		体調は安定している。医師とは長い付き合いで信頼している 薬の回数を朝夕に変更して順調
訪問看護	訪問看護ステーション	体調の変化に早期対応できる。	H23.3.1～ H23.5.31	バイタルチェック、生活指導アドバイス	H23.5.31		定期的な体重測定も行ってもらう
		週に2回は入浴できる。	H23.3.1～ H23.5.31	入浴介助、状態の観察	H23.5.31		
訪問介護	××訪問介護事業所	体調の変化に早期対応できる。	H23.3.1～ H23.5.31	検査等必要に応じて、通院を介助する(車椅子介助)	H23.5.31		
通所介護	デイホーム	転ばないような体力をつける。	H23.3.1～ H23.5.31	定期的なりハピリ移動・移乗、歩行の見守り、必要に応じて介助する バランスのとれた食事の提供	H23.5.31		以前より休みが少なくなった。この調子を続けたい。
		週に2回は入浴できる。	H23.3.1～ H23.5.31	入浴介助	H23.5.31		入浴は好きで、不安がなければ機嫌が良い。自宅以外で入ることにやっと慣れてきた。
福祉用具貸与	(株)* *	気分転換できる。	H23.3.1～ H23.5.31	車椅子、手すりレンタル	H23.5.31		手すりの利用で安全に移動 車椅子は通院などの外出用に使用
住宅改修	(株)* *	便意尿意がある時にトイレに行ける。	H23.3.1～ H23.5.31	ベッドの位置をできる限りトイレに近づける、手すり設置、トイレのドアを引き戸に改修。	H23.5.31	○	ベッドの位置を移動することで距離が短くなり、引き戸になったことで、かなり時間も短縮 動きが楽になった)
		週に2回は入浴できる。	H23.3.1～ H23.5.31	浴室の改修・手すり設置	H23.5.31	○	改修すみ(縦の手すり追加)
私費ワーカー	××訪問介護事業所	体調の変化に早期対応できる。	H23.3.1～ H23.5.31	通院を介助する、院内付き添い	H23.5.31		
家族 介護者	長女(本人と同居、退職)、	転ばないような体力をつける。	H23.3.1～ H23.5.31	栄養バランスのとれた食事の提供	H23.5.31	○	長女が夫を亡くしたばかりで、長女の様子観察や支援も必要。私費ワーカーや、次女の定期的手伝いでだいぶ楽になった様子。
	次女(同敷地内に居住 就労中)				H23.5.31	○	

モデル事例7 Gさん(86歳、男性、同居)

第1表

居宅サービス計画書(総括表)

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名(利用者番号) G 殿 生年月日 1924年 月 日 住所 _____
 居宅サービス計画作成者氏名 _____ 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____
 本居宅サービス計画の有効期間 (作成(変更)日) 平成23年2月10日 ~ (短期目標の終期のうち最後の日(評価の基準日)) 平成23年4月30日
 初回居宅サービス計画作成日 平成22年5月10日 日 認定日 平成22年10月22日 認定の有効期間 平成22年11月1日 ~ 平成23年4月30日

要介護状態区分	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の介護に対する意向	本人:動く息切れがし、苦しくなる。肺気腫と心不全があることはわかっている。 昨年2月に自宅前で転倒し腰椎を圧迫骨折して自宅で療養していたが、8月と今年1月には体調を崩して入院した。 リハビリを頑張るので、自宅で生活を続けたい。 妻:入退院を繰り返しているため、入院しないようにしたい。1階部分で生活できるようにして、長く家で暮らせるようにしたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	身体上または精神上の生活機能低下の程度が短期間に変動しやすい状態にあると考えられるため認定の有効期間を6ヶ月とした。
総合的な援助の方針	・心不全、呼吸不全により、食事量も減り、体力低下がみられます。主治医・訪問看護と在宅酸素の導入も含め、体調の管理を行っていきます。本プランの期間を通して、負担が小さく、かつしっかりと食事できるような工夫を考えましょう。 ・2階での生活による活動量の低下を改善するために、住宅改修を行い、1階での在宅生活が継続できるようにします。 ・ご本人の体調を確認しつつ、リハビリを実施できるように支援していきます。 (緊急連絡先) 妻(自宅) : _____ 長女(自宅) : _____ (主治医連絡先): _____
家事援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他()

第2表

居宅サービス計画書(課題整理表)

利用者名 (利用者番号) G 殿

状況の事実 1		判断した根拠	
健康状態	×1	心不全、呼吸器不全による体調悪化、褥瘡がある	
ADL	室内移動	2	肺気腫と心不全の既往、長時間運動は不可
	屋外移動	2	
	食事	2	食欲不振がある
	排泄	2	トイレが階下にある、移動に難あり
	着脱衣	2	
	入浴	2	
IADL	掃除	×2	これまでに家事経験が少ない
	洗濯	×2	
	買物	×2	
	調理	×2	
	整理ごみ出し	×2	
	通院	2	肺気腫と心不全のため長時間移動難
	服薬	1	
	金銭管理	2	
	電話・PC	2	
	社会参加	×2	
認知・コミュニケーション能力	2		
社会との関わり	2	1	体調不良から自宅内で過ごすことが多い
身体機能	2		
問題行動	1		問題行動なし
介護力	2		
居住環境	×1		2階が生活の中心になっていて、本人の活動に制限が出ている
特別な状況			

予後予測	生活全般の解決すべき課題	
	(ニーズ)	2
・住宅環境を変える(寝室を2F 1F移す)ことで本人の活動量を増すことができると考える。 ・食事の工夫により食欲の不振を解消できる。 ・「活動量の減少」と「食欲不振」の対策をすることで、悪循環を防止し、体力の回復が見込める。 ・訪問看護の手当と寝ていることを少なくすることと栄養を取ることで「褥瘡を治す」ことが見込める ・心不全、呼吸不全の体調管理を行い、病状に合った運動を行うことで、外出できる可能性がある。	食事をしっかり摂れるようになりたい。	1
	活動時の身体の負担が大きい。	2

1 介護支援専門員が判断した結果、あるいはサービス担当者会議で共有した客観的事実を記載する。現在の状況について3段階で記号を記入(:自立あるいは良 :一部介助あるいはやや難 ×:全介助あるいは不良)した上で、状況の改善可能性について2段階で数字を付す(1:改善可能性高い、2:改善可能性低い) 2 本計画における優先順位を数字で記入。ただし、本計画では解決が困難だが把握しておくべき課題には×印を記入。

第3表

居宅サービス計画書(サービス計画表)

利用者名 (利用者番号) G 殿

生活全般の 解決すべき課 題 (ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	1	サービス種別	2	頻度	期間
食事をしっかり 摂れるようにな りたい。	体力をつけて、入 院をせずに、自宅 で過ごす	H23/2/10 ~ 7/31	病気を悪化させない	H23/2/10 ~ 4/30	定期的な通院、診察、助言		医師	病院	2回/月	H23/2/15 ~
			必要な食事が摂れ る	H23/2/10 ~ 4/30	・調理の工夫の指導 ・栄養管理の支援 ・食事を食べやすく工夫		訪問看護	× × 訪問 看護	1 回 / 週	H23/2/15 ~
			むせることなく薬が飲 める	H23/2/10 ~ 4/30	・服薬確認 ・嚥下確認 ・嚥下指導		妻		毎日	H23/2/15 ~
			褥瘡を治す	H23/2/10 ~ 4/30	・医療処置 ・栄養状況の改善		訪問介護	× × 訪問 介護	1 回 / 週	H23/2/15 ~
					・褥瘡予防具(マットレス)		家族	妻	必要時	H23/2/15 ~
					・全身の皮膚の観察(入浴 時)		訪問看護	× × 訪問 看護	1 回 / 週	H23/2/15 ~
				福祉用具貸与 (株) **			H23/2/15 ~			
				通所リハビリテ ーション	リハビ リセンター	2 回 / 週	H23/2/10 ~			
活動時の身体 の負担が大きい	呼吸苦をなくして生 活できる	H23/2/10 ~ 7/31	1 階部分を改修し、階 下で安全に生活する	直ちに	・住宅改修床材変更 ・段差解消 ・外部スロープ設置等		住宅改修	株式 会社		直ちに
			起き上がり時や移動時 の負担を軽減し、 転倒を防止する	H23/2/10 ~ 4/30	・特殊寝台及び付属品 ・ポータブルトイレ		福祉用具貸与 福祉用具購入	レンタル * **	使用時	H23/2/10 ~
					・医師、訪問看護との情報 共有 ・個別機能訓練 ・杖歩行練習 ・下肢筋力維持、向上訓練	○	通所リハビリテ ーション	リハビ リセンター	2 回 / 週	H23/2/10 ~
					○	訪問看護	× × 訪問 看護	1 回 / 週	H23/2/15 ~	

				・在宅酸素の導入と管理	○	訪問看護	× × 訪問看護	1 回 / 週	H23/2/15 ~
						医師	病院	2回/月	H23/2/15 ~
心臓への負担なく安全に入浴できる	H23/2/10 ~ 7/31	見守りのなかで湯船に浸かり入浴できる	H23/2/10 ~ 4/30	・バイタルチェック ・皮膚状態観察 ・移動見守り、介助 ・更衣見守り、介助 ・洗体見守り、介助		通所リハビリテーション	リハビリセンター	2 回 / 週	H23/2/10 ~
				・バイタルチェック、入浴介助 ・全身(特に呼吸・心臓・皮膚)の観察		訪問看護	× × 訪問看護	1 回 / 週	H23/2/15 ~

1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては 印を付す。

2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第4表

居宅サービス計画書(週間予定表)

利用者名 (利用者番号) G 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00			09:30 ~ 16:30 リハビリセ ンター		09:30 ~ 16:30 リハビリセ ンター			起床、朝食 テレビや新聞
午前	12:00								
	14:00		13:30 ~ 14:15 × × 訪問介護						昼食 テレビ、新聞
	16:00	15:00 ~ 15:30 × × 訪問看護							
午後	18:00								
	20:00								夕食
	22:00								就寝
夜間	24:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス | 福祉用具購入:ポータブルトイレ(レンタル***)、福祉用具貸与:床ずれ防止マット、手すり(レンタル***)、住宅改修 通院(2回/月)

第5表

居宅サービス計画書(評価表)

利用者名 (利用者番号) G 殿

援助内容		目標		結果			コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
サービス種別	1	短期目標	期間	サービス内容	判断の時期 2	3	
本人妻		必要な食事が摂れる	H23/2/10 ~4/30	・食事を食べやすく工夫	H23/4/30		好きなものは、食べるようになってきた。今後、通所リハで定期的に体重測定をしてもらう。
医師	病院	病気を悪化させない	H23/2/10 ~4/30	定期的な通院、診察、助言	H23/4/30	○	落ち着いている
訪問看護	× × 訪問看護	褥瘡を治す	H23/2/10 ~4/30	・医療処置 ・栄養状況の改善	H23/4/30	○	3か月でほとんど完治 プラン卒業 楽になったそうだ 継続して担当している看護師さん なので安心している
		活動時の呼吸苦をなくす	H23/2/10 ~4/30	在宅酸素の導入と管理	H23/4/30		
		安心して入浴できる	H23/2/10 ~4/30	バイタルチェック、入浴介助 全身(特に呼吸・心臓・皮膚)の観察	H23/4/30	○	
訪問介護	× × 訪問介護	むせることなく薬が飲める	H23/2/10 ~ 4/30	服薬確認、嚥下確認、嚥下指導	H23/4/30		服薬確認は継続の必要あり
住宅改修	株式会社	1階部分を改修し、階下で安全に生活する	直ちに	住宅改修床材変更、段差解消、外部スロープ設置等	H23/4/30		3月改修し、生活がしやすくなった
福祉用具購入	レンタル** *	褥瘡を治す	H23/2/10 ~ 4/30	・褥瘡予防具(マットレス)	H23/4/30		今のところ必要なくなった
		起き上がり時の負担を軽減し転倒を防止する	H23/2/10 ~ 4/30	・特殊寝台及び付属品 ・ポータブルトイレ	H23/4/30		手すりにつかまって起き上げる要継続
通所リハビリテーション	リハビリセンター	褥瘡を治す	H23/2/10 ~ 4/30	・全身の皮膚の観察(入浴時)	H23/4/30		
		起き上がり時や移動時の負担を軽減し、転倒を防止する	H23/2/10 ~ 4/30	・医師、訪問看護との情報共有 ・個別機能訓練 ・杖歩行練習 ・下肢筋力維持、向上訓練	H23/4/30		
		見守りのなかで湯船に浸かり入浴できる	H23/2/10 ~ 4/30	・バイタルチェック ・皮膚状態観察 ・移動見守り、介助 ・更衣見守り、介助 ・洗体見守り、介助	H23/4/30		見守りの中での入浴は良いので、次は一人での入浴に向けた取り組みが要検討。今後も、入浴時に全身の皮膚状態の観察を続け、早期発見していく。

1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 2 援助内容ごとに短期目標の終期を記入。 3 短期目標の実現度合いを4段階で記入する(:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、 :短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

モデル事例 8 Hさん(81歳、男性、同居)

第1表

居宅サービス計画書(総括表)

初回・紹介・継続 認定済・申請中

利用者名(利用者番号) H 殿 生年月日 1931年 月 日 住所 _____
 居宅サービス計画作成者氏名 _____ 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____
 本居宅サービス計画の有効期間 (作成(変更)日) 平成23年9月1日 ~ (短期目標の終期のうち最後の日(評価の基準日)) 平成23年11月30日
 初回居宅サービス計画作成日 平成17年3月14日 認定日 平成23年8月15日 認定の有効期間 平成23年9月1日 ~ 平成25年8月31日

要介護状態区分	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	本人: 今の生活がいいなあ。 奥様: 自分も病気があるので娘にあまり世話をかけたくない。 娘様: 両親とも身体が弱くて大変だが、父には私も子供たちもかわいがってもらった。今後も家族仲良く暮らしたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
総合的な援助の方針	・ご本人自身では体調の不良の訴えが難しいので、周囲で注意して、現在の身体状態を維持していきましょう。 ・なじみの場所や、知り合いと過ごすことで心身ともに安定した状態を継続しましょう。 ・長年利用してきた通所介護や短期入所生活介護を利用することで、ご家族が、自分の用事や受診などができるように支援します。 ・24時間の定期巡回・随時サービスの検討もしていきます (緊急連絡先) 娘様携帯電話:090-0000-0000 訪問看護 ステーション:00-0000-0000 主治医 医師: 00-0000-0000
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他()

第2表

居宅サービス計画書(課題整理表)

利用者名 (利用者番号) H 殿

状況の事実 1			判断した根拠		予後予測		生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	
							2	1
健康状態	×	2	食道がん、咽頭部転移、ステージ認知症。嚥下が難しくなっている		1. 本人は認知症で、体調不良の訴えができないため、周囲が発熱等、全身状態を今まで以上にチェックしていくことで、疾病の進行による、食欲低下、嚥下困難等の諸症状を少しでも緩和し、肺炎等を予防する。	病気を悪化させずに苦痛のない生活を送ることができる	2	なじみの人たちや家族と暮らしてもらいたい(娘様)
ADL	室内移動	2	筋力低下著明、疾病の進行					
	屋外移動	2						
	食事	2	食事量の低下、誤嚥の可能性大					
	排泄	2	活動量低下による便秘 筋力低下		2. 長年通所した施設で過ごすことで、心身ともに安定した状態となる。	なじみの人たちや家族と暮らしてもらいたい(娘様)	1	終末期の対応の話し合いを検討し始める
	着脱衣	2						
	入浴	2			3. 今まで利用していた通所やショートを継続して利用することで、主介護者の娘の負担が心身ともに減り、妻の精神状態の安定につなげる。			
IADL	掃除	×						
	洗濯	×			4. 現在の病院に通院が難しくなった場合や、急変が予想される状態となったときなどに備え、タイミングを見て、現在の主治医に、在宅医療に対応できる医師を紹介してもらおう。また、家族・看護師と入院先などの打ち合わせを開始する。			
	買物	×						
	調理	×			2			
	整理ごみ出し	×	歩行が不安定					
	通院	×	車いす介助		2			
	服薬	2	嚥下状態悪く、要注意					
	金銭管理	×			2			
	電話・PC	×	発語不明瞭					
	社会参加	2	なじみのデイサービスで知り合い多い		2			
認知コミュニケーション能力	2	なじみのデイサービスで知り合い多い						
社会との関わり	2	なじみのデイサービスで知り合い多い		2				
身体機能	2							
問題行動・BPSD	2	妻への攻撃あり		1				
介護力	1	妻は期待できない。娘が両親とも見ている。孫も祖父に対しては支援をしたいと思っている。						
居住環境	○	1		2				
特別な状況	○	1						
		ターミナル状態とDr から言われた						

1 介護支援専門員が判断した結果、あるいはサービス担当者会議で共有した客観的事実を記載する。現在の状況について3段階で記号を記入(:自立あるいは良、 :一部介助あるいはやや難、 x :全介助あるいは不良)した上で、状況の改善可能性について2段階で数字を付す(1:改善可能性高い、2:改善可能性低い) 2 本計画における優先順位を数字で記入。ただし、本計画では解決が困難だが把握しておくべき課題には×印を記入。

第3表

居宅サービス計画書(サービス計画表)

利用者名 (利用者番号) H 殿

生活全般の 解決すべき 課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	1	サービス種別	2	頻度	期間
なじみの人 たちや家族 と仲良く 暮らしたい	通い慣れ た場所で 過ごす	H23.9.1 ~ H24.8.31	本人が好ん だ場所や仲 間と過ごす	H23.9.1 ~ H23.11.30	環境設定、アクティビティの提 供、送迎(軽介助)		通所介護	デイサービス	週4回	H23.9.1 ~ H23.11.30
					デイへの送り出し		家族			H23.9.1 ~ H23.11.30
					本人の好みの部屋の利用、環境 設定、送迎		短期入所生活介護	の家	利用毎	H23.9.1 ~ H23.11.30
	家族と楽し い時間が 持てる	H23.9.1 ~ H24.8.31	帰省した孫と イベントを 楽しむ	H23.9.1 ~ H23.11.30	デイのイベントの参加		通所介護	デイサービス	週4回	H23.9.1 ~ H23.11.30
						娘・孫		適宜	H23.9.1 ~ H23.11.30	
病気を 悪化させず 苦痛のない 生活を送る ことができる	おいしく 食事を 摂れ、 必要な 栄養量を 確保でき る	H23.9.1 ~ H24.8.31	飲み込みや すい食事を 工夫する	H23.9.1 ~ H23.11.30	ソフト食の配食		配食会社	配食(株)	毎日	H23.9.1 ~ H23.11.30
					栄養補助食処方、食形態の助 言、嚥下の状態の確認		医師・栄養士・ 看護師	病院	月1回	H23.9.1 ~ H23.11.30
					嚥下しやすい食事の提供、食事 量の確認		通所介護	デイサービス	週4回	H23.9.1 ~ H23.11.30
							短期入所生活介護	の家	利用毎	H23.9.1 ~ H23.11.30
							家族	毎日	毎日	H23.9.1 ~ H23.11.30
	誤嚥しない ようにする	H23.9.1 ~ H23.11.30	食事の姿勢の注意、摂食時の見 守り、食形態の確認	H23.9.1 ~ H23.11.30			通所介護	デイサービス	利用毎	H23.9.1 ~ H23.11.30
						短期入所生活介護	の家	利用毎	H23.9.1 ~ H23.11.30	

						家族(娘夫婦)		毎日	H23.9.1 ~ H23.11.30
身体状態 を安定さ せる	H23.9.1 ~ H24.8.31	体調の変化 に早期に対 応できる	H23.9.1 ~ H23.11.30	治療の継続、療養上の助言・指 導、訪問看護との連携		主治医	病院	月1回	H23.9.1 ~ H23.11.30
				受診介助、医療的な不安の相談		家族(娘夫婦)		月1回	H23.9.1 ~ H23.11.30
				全身状態のチェック、排便コン ロール、療養上の助言指導、緊 急時の対応		訪問看護	訪問看護ス テーション	週1回	H23.9.1 ~ H23.11.30
				全身状態のチェック 清潔への支援、入浴介助		通所介護 短期入所生活介護	デイサービス	利用毎	H23.9.1 ~ H23.11.30
	H23.9.1 ~ H23.11.30	起き上がり や立ち上が りが無理なく できる	生活上の身体機能評価、家族へ の助言・指導、機能訓練		訪問看護	訪問看護ス テーション	週1回	H23.9.1 ~ H23.11.30	
			特殊寝台(付属品を含む)貸与、 車いすの貸与、使用状況の定期 的確認		福祉用具貸与	(株)××レンタル	常時	H23.9.1 ~ H23.11.30	

1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては 印を付す。

2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第4表

居宅サービス計画書(週間予定表)

利用者名 (利用者番号) H 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								起床
	10:00								歯磨き
午前	10:00								朝食、服薬
	12:00	10:00~18:00 通所介護 (併設・介重)	10:00~18:00 通所介護 (併設・介重)		10:00~18:00 通所介護 (併設・介重)	10:00~18:00 通所介護 (併設・介重)	通院 月1回		
午後	14:00		入浴	13:00~14:00 訪問看護	入浴	入浴	孫と散歩		
	16:00						1~2ヵ月に1回		
	18:00								昼食、服薬
	20:00								昼寝 1時間
夜間	22:00								夕食、服薬
	24:00								眠剤服用
深夜	2:00								就寝
	4:00								夜間ホ-タルトイレ使用

週単位以外のサービス	レンタル:介護用ベッド・付属品 車いす、(株)××レンタル 通院: 病院、月1回(土曜日)、娘夫婦で介助 ポータブルトイレ購入済み、住宅改修済み(トイレ・居室・玄関・手すり取り付け、玄関の段差解消)	短期入所生活介護:1回あたり3日間×月2回	の家 事業所
------------	---	-----------------------	-----------

第5表

居宅サービス計画書(評価表)

利用者名 (利用者番号) H 殿

援助内容		短期目標	期間	サービス内容	結果		コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
サービス種別	1				判断の時期 2	3	
訪問看護	訪問看護ステーション	飲み込みやすい食事を工夫する	H23.9.1 H23.11.30	栄養補助食処方、食形態の助言、嚥下の状態の確認	H23.11.30		ソフト食で今のところ誤嚥はない。家族全員で食卓が囲めるとよい。誤嚥を起こしにくい姿勢等、病状に合った状態での工夫をしてもらい、家族やサービス関係者に指導をしていってもらおう。
		体調の変化に早期に対応できる	H23.9.1 H23.11.30	全身状態のチェック、排便コントロール、療養上の助言指導、緊急時の対応	H23.11.30		便秘がちなため定期的に浣腸・摘便実施、病状の変化は軽度。
		起き上がりや立ち上がりが無理なくできる	H23.9.1 H23.11.30	生活上の身体機能評価、家族への助言指導、機能訓練	H23.11.30	×1	少しずつADLの低下あり、車椅子の検討を開始
通所介護	デイサービス	本人が好んだ場所や仲間と過ごす	H23.9.1 H23.11.30	環境設定、アクティビティの提供、送迎(軽介助)	H23.11.30		少しずつADLの低下はあるが、デイ提供時間内は穏やかに過ごせている
		帰省した孫とイベントを楽しむ	H23.9.1 H23.11.30	デイのイベントの参加	H23.11.30		お孫さんが2人参加し、にこやかに過ごしていた
		飲み込みやすい食事を工夫する	H23.9.1 H23.11.30	嚥下しやすい食事の提供、食事量の確認	H23.11.30		デイの栄養士が献立作成、日によってムラはあるが3分の2程度食べられている
		誤嚥しないようにする	H23.9.1 H23.11.30	食事の姿勢の注意、摂食時の見守り、食形態の確認	H23.11.30		むせることが多くなってきた
		体調の変化に早期に対応できる	H23.9.1 H23.11.30	全身状態のチェック、清潔への支援、入浴介助	H23.11.30		入浴時の介助が軽介助よりも重くなってきている
短期入所	の家(デイサービスと併設)	本人が好んだ場所や仲間と過ごす	H23.9.1 H23.11.30	本人の好みの部屋の利用、環境の設定、送迎	H23.11.30		なるべく東の角部屋を利用。他の利用者とのトラブルも今のところはない。
		飲み込みやすい食事を工夫する	H23.9.1 H23.11.30	嚥下しやすい食事の提供、食事量の確認	H23.11.30		
		誤嚥しないようにする	H23.9.1 H23.11.30	食事の姿勢の注意、摂食時の見守り、食形態の確認	H23.11.30		むせることが多くなってきた

		体調の変化に早期に対応できる	H23.9.1 H23.11.30	全身状態のチェック、清潔への支援、入浴介助	H23.11.30		体力の低下により褥瘡等の対応も要検討
福祉用具貸与	(株) × × レンタル	起き上がりや立ち上がりが無理なくできる	H23.9.1 H23.11.30	特殊寝台(付属品含む)貸与、車いすの貸与、使用状態の定期的確認	H23.11.30	× 1	車椅子や床ずれ防止用具も検討
主治医	病院	飲み込みやすい食事の工夫	H23.9.1 H23.11.30	栄養補助食処方、食形態の助言、嚥下の状態の確認	H23.11.30		
		体調の変化に早期に対応できる	H23.9.1 H23.11.30	治療の継続、療養上の助言・指導、訪問看護との連携	H23.11.30	× 1	訪問診療はできないので、訪問診療が可能な医師を紹介されたい
家族		本人が好んだ場所や仲間と過ごす	H23.9.1 H23.11.30	デイへの送り出し	H23.11.30		
		飲み込みやすい食事を工夫する	H23.9.1 H23.11.30	嚥下しやすい食事の提供、食事量の確認	H23.11.30		ムラがあるが何とか食べられている
		誤嚥しないようにする	H23.9.1 H23.11.30	食事の姿勢の注意、摂食時の見守り、食形態の確認	H23.11.30		
		体調の変化に早期に対応できる	H23.9.1 H23.11.30	受診介助、医療的な不安の相談	H23.11.30	× 1	医師より、通院から訪問診療に切り替えるように助言あり
		帰省した孫とイベントを楽しむ	H23.9.1 H23.11.30	デイのイベントの参加	H23.11.30		お孫さんが2人参加し、にこやかに過ごしていた

1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 2 援助内容ごとに短期目標の終期を記入。 3 短期目標の実現度合いを4段階で記入する(:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、 :短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

参考資料4 アドバイザー会合メンバー及び検討経緯

(1) アドバイザー会合メンバーの構成

(敬称略、五十音順)

氏名	所属	備考
井形 昭弘	名古屋学芸大学学長	
岡島 潤子	株式会社やさしい手経営企画室 参与 (東京都)	主任介護支援専門員 社会福祉士 東京都介護支援専門員研究協議会副理事長
緒方 有為子	(株)北九州福祉サービス統括部長 (福岡県)	主任介護支援専門員 保健師
唐木 美代子	北杜市介護支援課長 (北杜市地域包括支援センター長) (山梨県)	主任介護支援専門員 看護師 保健師
北村 三千代	(株)シルバーホクソン (川口市安行地域包括支援センター長) (埼玉県)	主任介護支援専門員 福祉用具プランナー
木村 隆次	日本介護支援専門員協会 会長	
田中 滋	慶応大学大学院経営管理研究科 教授	日本介護経営学会会長
東内 京一	和光市保健福祉部長寿安心課 課長	
橋本 泰子	大正大学名誉教授	日本ケアマネジメント学会理事長
英 裕雄	医療法人社団 三育会 新宿ヒロクリニック (東京都)	医師
水村 美穂子	青梅市 地域包括支援センターすえひろ センター長 (東京都)	主任介護支援専門員 看護師
村井 千賀	石川県立高松病院 (石川県)	介護支援専門員 作業療法士
吉島 豊録	梅光学院大学准教授 (山口県)	介護支援専門員 社会福祉士

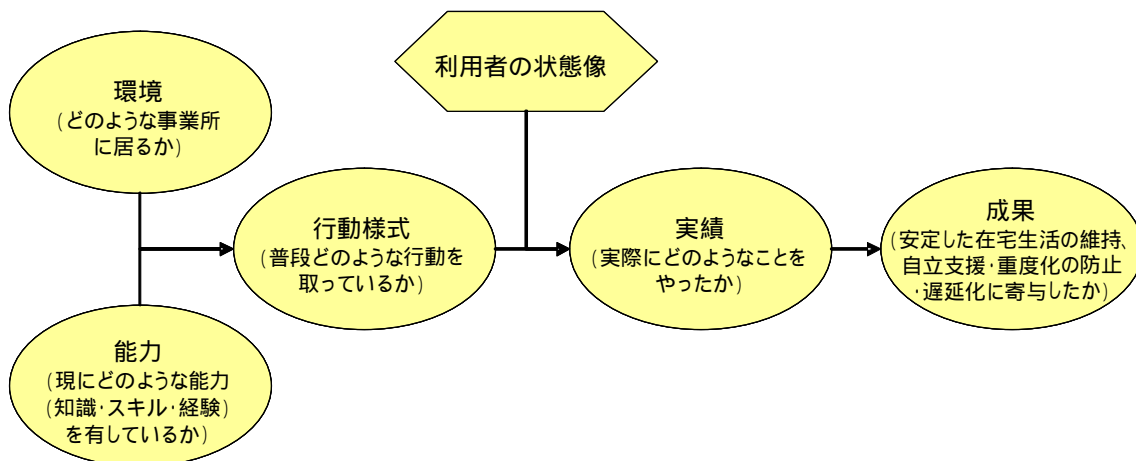
(2) 検討経緯

介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査

1) 調査の目的

現在行われているケアマネジメントの現状を明らかにするとともに、ケアマネジメントの質と介護支援専門員の資質を比較・分析できる基礎データを収集することを目的に実施した。なお、調査を実施するに当たり、下記のようなメカニズムを仮説として設定し、調査票を設計した。

図表 ケアマネジメントの成果が発現されるメカニズム(仮説)



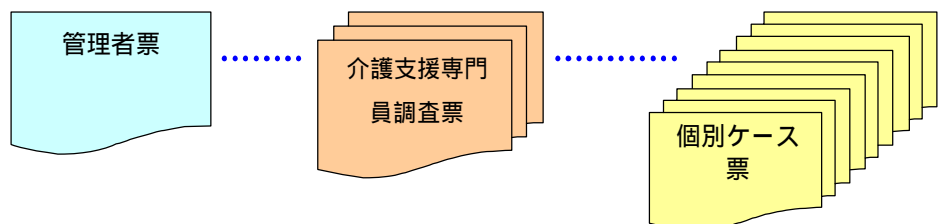
2) 調査対象地域・事業所

全国の居宅介護支援事業所・予防支援事業所のうち、災害救助法適用市町村(平成23年3月14日17:30現在、東京都を除く)を除外して調査対象とした。平成23年1月時点でWAM-NETに掲載された指定居宅介護支援事業所32,571カ所、指定介護予防支援事業所1,101カ所のうち約25%を抽出した。

3) 調査対象者

下記の通り、1事業所あたり、管理者1名、介護支援専門員3名を対象とした。

図表 調査票の構成及び調査対象者



1事業所あたり1部……………1事業所あたり3人……………ケアマネジャー1人あたり3票
 実際は介護支援専門員票のなかに、個別ケース票3票を綴じこんだものを配布

4)調査方法

郵送配布・郵送回収

5)調査期間

平成 23 年 3 月 22 日～3 月 31 日 5 月 6 日(金)到着分まで集計

6)有効回答数および回収率

- 配布数： 10,028 事業所
 - 指定居宅介護支援事業所 8,927 カ所、指定介護予防支援事業所 1,101 カ所
 - 管理者票 10,028 票、介護支援専門員票 30,084 票、個別事例票 90,252 票
 - 事業所移転等による未着・回答拒否(平成 23 年 3 月 31 日までに確認できたもの)： 16 事業所
- 有効回収数
 - 管理者票 1,864 件、介護支援専門員票 3,284 件、個別事例票 8,425 件
- 有効回収率
 - 管理者票 18.6%、介護支援専門員票 10.9%、個別事例票 9.3%

詳細分析に係るアドバイザー会合

「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査」について、ケアマネジメントの評価・分析に必要な視点の整理、分析・評価の実施、検討結果のとりまとめを行うため、アドバイザー会合を計4回開催した。各回の開催日時、場所、議事は次頁の通りである。

会議	開催日時・場所	議事
第1回	平成23年8月12日(金) 18~20時 イーストワン品川 ミーティングルーム	1.本チームの目的と位置づけ、検討成果の活用方法について 2.介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査集計結果について 3.個別事例分析について 4.次回会合での検討項目について
第2回	平成23年8月22日(月) 18~20時 イーストワン品川 小会議室	1.前回出されたご意見について 2.介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査追加集計結果について 3.個別事例の分析について 4.今後のスケジュールについて
第3回	第1部:平成23年10月29日(土) 14~18時 第2部:平成23年10月30日(日) 9~12時 (株)日本総合研究所 101 会議室	1.前回までに出されたご意見について 2.ケアマネジメント実態調査結果の追加分析結果について 3.アドバイザーからの推薦事例とそのポイントについて 4.アドバイザー会合での検討結果の発信について 5.今後の進め方について
第4回	平成24年2月27日(月) 19~21時 イーストワン品川 小会議室	1.とりまとめ素案に対するご意見について 2.報告書案について 3.今後の展開について

本調査研究は、平成 23 年度老人保健健康増進等事業として実施したものです。

平成 23 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する調査研究

ケアプラン詳細分析結果報告書

平成 24 年 3 月

株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-18-1 大崎フォレストビルディング

TEL: 03-6833-5204 FAX: 03-6833-9480