

3-3感想各方式のアセスメント項目、方法についてお気づきになった点、または感想を記入して下さい。

日本社会福祉会方式

- 対象者・家族のニーズ、及び希望が比較しやすい点が良い。
- 細かい点(例えば服薬についてなど)についての記入欄の工夫がほしい。
- 他の2方式に比べるとプラン作成しやすい。
- 家族状況把握の面で困難があった。
- MDSに比べ、チェック項目は少ないが内容で医療・経済的な面での記入欄が細かいので苦労した。
- マニュアルがなく、分かりづらい
- 使いこなせれば、最も早く計画できるのかもしれない。
- 各方面に対し、詳細な調査ができる。
- 本人が置かれている在宅環境を把握しやすい。
- 調査項目はもと簡素化できるはず。
- 要約表はよい。
- 要約表があれば、それぞれの欄に記述部分は不必要なのではないか。
- MDS、三団体以上に作成者の能力によって差が出る
- 内容が複雑で整理が必要
- 個性が出ない
- 認定調査項目に沿っているので記入しやすい。
- やや時間がかかる。
- 比較的分かりやすい。
- プラン作成の方向付けが難しいのではないか。
- 社会資源や、在宅の状況がよく把握出来る。
- アセスメント者の主観や経験が入りやすいように思われる。
- 各項目毎に対応レベルをチェックし、アセスメント票的にまとめて表現する方法は使用しやすかった。
- 担当者の把握内容を書く項目数が多くて大変。
- 三団体と似ているように感じた。
- 全体的にアセスメントに要する時間が少なくてすんだ。
- チェックはしやすかった。
- 書式に慣れていないか、問題点等が捉えにくい。
- 問題・課題が捉えにくい。
- 書面を開いただけで頭が痛くなった。
- 慣れているせいか、大変分かりやすかった。
- マニュアルが無いため、大変分かりづらかった。
- 施設内ケアの充実を図ることを目的にするアセスメントとすれば在宅向けではないか?
- アセスメント要約表「対応項目」が選択しづらかった。
- プラン表と全体のまとめの関係が不明確。
- プラン表作成の際、戸惑いがある。
- 課題抽出に主観が入ってしまう。
- 施設版では、ニーズ抽出が難しい。
- 身体面のチェックが不十分。
- 経済や家族、知人、制度などのアセスメント量が他のアセスメントに比べ多い。
- 直接的な介護面でのアセスメント量が少ない様に感じる。
- 項目が多すぎる。
- 解説書もなく、利用しにくい。
- 内容が詳細過ぎて、情報が取れていない部分が多い。
- 要介護認定表とリンクさせているのは、三団体版と同様。
- 生活ニーズが各項目ごとに挙げられ、アセスメント時間が短かった。
- アセスメント担当者の職種や経験に差が出る。
- 家族情報、経済、保険情報の項目が、他の方式に比べ多い。
- 施設内ケアの充実を図ることを目的にするアセスメントとすれば、在宅向けであろう。
- アセスメント要約表の「対応項目」が選択しづらかった。
- 区分が広すぎて、問題を挙げにくい。
- 対応レベルが平均化するため、問題が薄れることがある。
- 本人・家族のアセスメントが中心となる様に思われる。
- 施設内ケアの充実を図ることを目的にするアセスメントとすれば、在宅向けであろう。
- アセスメント要約表の「対応項目」が選択しづらかった。
- ガイドブックが無いため、よく解らなかつた。
- プライバシーに立ち入る項目が多い。
- 配慮が必要。
- ケアマネージャーと本人の信頼関係が求められる。
- アセスメントしながら、コメントを記入してゆくのは、大変時間がかかる。
- ニーズは出やすいと思う。
- 三団体と同様に、経験・洞察力が必要であろう。

<ul style="list-style-type: none"> <li>●初めて使用。</li> <li>●細かすぎるきがる。</li> <li>●施設プランには不向き。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●生活全般をアセスメントする為、かなり広い範囲で必要な情報を抽出出来る。</li> <li>●文字が小さくて見づらい。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●備考欄が多く、記入しやすかった。</li> <li>●"対応レベル"が項目によっては当てはめにくい。</li> <li>●立ち上がった家庭環境の項目が多く、ある程度の信頼関係が築けていることが求められるだろう。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●項目・方法が非常に多い。</li> <li>●家族への聞き取り調査では時間がかかる。</li> <li>●経済状況の項目では少し聞きづらい事もあった。</li> <li>●対象者に対して、細かい部分の情報収集が可能。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●項目が多い。</li> <li>●細分化しすぎて、チェックしづらい。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●項目が見にくい。</li> <li>●対応レベルを受けていくという点は良いと思う。</li> <li>●家族や本人の意見を一つの項目ごとに聞いていく欄をつくる必要はないと思う。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●細部に渡って情報収集の必要有り。</li> <li>●介護者からの協力が、利用者と同じくらい必要。</li> <li>●調査者の力量が問われる。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●チェック項目が詳細過ぎる。</li> <li>●分かりづらい。</li> <li>●調査者の力量によって差が出る。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●項目が多すぎる。</li> <li>●情報を得るのに時間がかかる。</li> <li>●施設内でのプランには不必要。</li> <li>●プラン作成までにかかなりの時間を要する。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●項目が分かりにくい。</li> <li>●見づらい。</li> <li>●よく解らなかつた。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●チェック項目が多い。</li> <li>●問題が把握し易かつた。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●見づらかつた。</li> <li>●「火の始末や火もとの確認」「無断で持ってくる」等の項目は、能力的にしないことを指すものか？身体的に不可能な事を指すものか？、チェックに戸惑つた。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●社協版と類似。</li> <li>●項目の順序が訪問調査と違っており、使いづらかつた。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●施設のケアプラン立案には不向きであろう。</li> <li>●在宅・施設の両方に使用できるだろう。</li> <li>●記入箇所が少ない様にも思える。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●他の方式に比べ、在宅へのアセスメントがより具体化していると感じた。</li> <li>●まとまりが悪く、調査しづらい。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●在宅者向き。</li> <li>●問題を書くスペースが少ない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●アセスメントが要約されすぎる。</li> <li>●理想論に終わりそう。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●立案には具体性に欠ける。</li> <li>●痴呆などに関連付けることが難しいのではないだろうか。</li> <li>●項目数は多いが在宅ケアにおいて必要な項目ばかりであると思われた。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●すでに施設入所されている利用者にとっては記入しにくい部分あり。</li> <li>●特にV VI VIIの必要性が感じられない。</li> </ul>

3-3感想各方式のアセスメント項目、方法についてお気づきになった点、または感想を記入して下さい。

その他の方式(日常使用)

- 国診協版
- 85項目に沿ったアセスメント
- 項目数は少ないが、記述部分が多い。
- あんず方式ケアプラン(アセスメント票もあんず方式)
- 問題点が抽出されにくいので現在検討、改善中。
- アセスメントあんず
- 85項目をベースに非常にコンパクトなアセスメントであろう。
- 可能性を見つけられるように出来ている。
- ある程度のトレーニングが必要
- カンファレンスも必要
- 利用者の身体状況にあわせたケア内容が初心者にも導き出せるように、現在考案中。
- 在宅に関しては未完成。
- ケア内容と、ADL状況を対比させて考えることが出来る。
- 医療面でのニーズが不明確。
- 在宅が見えない。

4-3不足項目

- 本人、家族の意見の相違が多くのケースに見られる。プラン作成上これらの相違点は重要になろう。双方の意見が見やすい書式が必要であろう。
- 1方式で対象者を把握することは難しいと思われる。アセスメント担当者がいかに選択した方式を使いこなせるか？がアセスメントのカギとなるだろう。
- ADLの状況に対して、本人や家族の希望が記入する欄が必要。それらの項目により、個別のサービス計画が作成しやすくなるように思う。
- ADLの状況だけのチェック項目以外の項目が必要ではないか。ADL状況だけのチェック項目のみだとアセスメントした者の考えでサービスが制限されたり、合わないサービスにつなげてしまうように感じる。
- 痴呆老人の心理社会的部分に関する事や日中の行動での問題が見えない。
- 在宅復帰に向け、施設生活に望む事を記入する欄。(第1希望～第3希望くらいまで)
- 介護保険導入により、在宅復帰が第1条件として出てくる為、入所前にご家族に在宅介護の認識を
- 在宅での介護者の状況把握欄
- 痴呆面での問題点記述欄
- ADLのどの面に援助が必要なのかが、明確化できるもの。
- 対象者の希望が組み入れられるような項目が必要
- 本人・家族の意向
- 精神状況把握
- 終末期の本人・家族の要求
- 生活の活性化についての項目。
- MDS:在宅復帰に関する内容が不足していると思われる。
- 社会福祉士会:アセスメント内容が多すぎて時間がかかった。
- 社会福祉士会:書式を整理する必要あり。
- 社会福祉士会:内容を再検討する必要有り。
- 三団体:在宅、住環境のアセスメントが不足しているように思われる。
- アセスメント方式の違いを知る、慣れるといった面では勉強になった。
- 現段階では答えられない。
- 全社協版:社会生活意欲の状態が把握できる項目
- 全社協版:介護者の心理状況が把握出来る項目。
- ケースだけに焦点を当てるのではなく、ケースを取り巻く環境をや人間を見て初めて在宅支援計画が作成出来るのではないだろうか。
- MDSに体重増加の項目がないのが気になった。
- どの方法も、その手法を使う側が理解していなければ、情報を落とす可能性はある。
- どんな些細な情報でもケアプラン立案に際しては必要ないとは言えないだろう。
- 社会福祉士方式:心理面・性格・気分・感情面を抽出する項目が欠けているように思う。
- ADL実行レベルを正確に評価する項目として挙げているアセスメント表はない。
- MDS方式は使用したことが有るため、使いやすかった。
- MDS方式は介護福祉士会方式より細かい問題点が抽出できた気がしている。
- 本来の業務に追われ、全く時間がない。
- 介護福祉士方式:記述が多いとじっくりあらゆる方面から観察出来て良い。
- 訪問して聞き取りが大切。
- 社会福祉士方式の中における「サービス利用・信頼されている専門職」は人によって必要。
- 在宅においては、専門職に限らず「人」とすればよいのではないかと？
- 身体状態が悪くても、時間がかかっても、一人で生活しなくてはならない人もいる。
- このようなケースに対応する項目があると良いのではないだろうか。
- MDS:トリガーであるため、生活歴を長い期間では把握しづらい。
- 生活歴に関しては、記述する部分があってもよいのではないかと？
- 権利擁護事業についての項目は、今後非常に重要項目になるだろう。
- 生活歴や、その方の趣味などもサービス計画をたてる上で重要。
- 全体に副介護力がもう少し明確になると良い。  
(子供・親類・地域資源等)
- 便秘:社会福祉士方式・三団体方式ではスムーズに挙げられたが、MDSでは向精神薬関係としか挙がらない。
- 気分:MDSは大きく取り上げられている。三団体では足りない。
- MDS:問題点、ニーズが抽出しづらい。
- 三団体・社会福祉士会:課題分析する中で、問題点・ニーズ優先目標が自然と導き出せた。
- 三方式の内容については大体同じ計画書が作成できた。
- 家族の要望・希望、本人の生活歴は詳しく記述出来る部分は必要であろう。

<ul style="list-style-type: none"> <li>●在宅支援を推進していくには、主介護者の状況についてのアセスメント項目が必要。</li> <li>●主介護者の協力が重要なカギ。</li> <li>●時間がかかり要する。</li> <li>●もう少し簡素化できないだろうか？</li> <li>●精神面からくる問題点の項目が必要ではないか。</li> <li>●施設版の介護サービス計画は多少の違いはあっても、大体似たようなものになりがちである。</li> <li>●社会福祉士会方式は、心理面がやや薄いと感じる。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●三団体方式：特記項目が多い。</li> <li>●三団体方式：調査者の力量に左右される。</li> <li>●三団体方式：疾患についてのチェックが少ない。</li> <li>●三団体方式：既往が予測される疾患について問題が見つけにくい。</li> <li>●アセスメントの聞き取りが重要。</li> <li>●問題だけでなく、具体的な自立支援に関する項目が必要。</li> <li>●虐待・家族関係などの項目が必要</li> <li>●三団体方式：調査者の経験と力量により、介護サービス計画の作成に差が出ると思われる。</li> <li>●ターミナルケア情報を把握出来る項目が必要。</li> <li>●在宅で終末期を希望する時に、在宅サービス支援に繋がるような項目が必要になるだろう。</li> <li>●細部に焦点を当てすぎると全体が見えなくなる恐れあり。</li> <li>●MDS-HCをメインに考えている。</li> <li>●福祉サービス利用されていない方⇒MDS-HC方式・全社共協・社会福祉士</li> <li>●すでにサービス利用者⇒介護福祉士・MDS-HC・社会福祉士</li> <li>●医療依存度の高い方⇒振興財団・MDS-HC</li> <li>●施設利用者⇒包括的・MDS</li> <li>●施設型サービスプログラム作成⇒④と同じ</li> <li>●MDS方式は在宅復帰を想定したサービス計画作成には向かない。</li> <li>●社会福祉士方式は施設には不向きであろう。</li> <li>●MDS方式以外の方式では、サービス計画作成における問題点が絞りにくい。</li> <li>●項目は全体的にADLのみに集中しているように思える。</li> <li>●痴呆のレベルなどが非常に把握しにくい。</li> <li>●包括的自立支援プログラム・日本社会福祉士会は在宅に適しているのではないか。</li> <li>●退院見込みのない方へのアセスメントとしては適さないと思う。</li> <li>●痴呆により、本人の意見が聴取しにくく、アセスメント時に不参加の家族からの情報も収集しにくい。</li> <li>●家族からの要望などが把握しにくいMDSは施設に適しているように思う。</li> <li>●対象者の一日のタイムスケジュールが欲しい。</li> <li>●家族と本人の希望を比較検討できる様式を希望。</li> <li>●介護者の健康状態把握も必要であろう。</li> <li>●現在利用している社会資源を記入する項目があると、連携がとりやすいのではないか。</li> <li>●メモ欄も必要。</li> <li>●最終的には調査者の力量が問われる。</li> <li>●調査者自身常に学ぶ姿勢が必要であろう。</li> </ul>

4-4希望する項目

- 本人、家族の意見の相違が多くケースに見られる。プラン作成上これらの相違点は重要になる。双方の意見が見やすい書式が必要であろう。
- 1方式で対象者を把握することは難しいと思われる。アセスメント担当者がいかに選択した方式を使いこなせるか？がアセスメントのカギとなるだろう。
- 家族介護可能な時間(入所前に知りたい)
- 主介護者の経済的負担可能額
- 対象者が望む(在宅での)各種サービス
- 居住地域内の各種サービスと本人または家族の希望
- 今までに利用したことのあるサービス
- 対象者の希望が組み入れられるような項目が必要
- 本人・家族の意向
- 精神状況把握
- 終末期の本人・家族の要求
- アセスメント方式の違いを知る、慣れるといった面では勉強になった。
- 現段階では答えられない。
- 難病の方が集まれるグループホームの所があればよい。
- ヘルプステーションの増加
- 施設の場合、職員数を明らかにする項目が必要。
- プランを実施するために可動可能な職種別職員数、時間などを明確にする項目が必要。
- 三団体版の「在宅復帰および在宅支援の検討」など、地域に実際にあるサービスをチェックする項目が
- 各地域ごとに制約が違うので、統一したアセスメント方式に組み込むことは困難であろう。
- 限度額(区分・種類)
- サービス単価
- 地域の在宅サービスの一覧
- 地域の在宅サービスの特徴。
- ばプランしやすい。
- 三団体:リハビリテーション項目で、痴呆のリハビリ項目
- 介護福祉士方式:現状などはチェック方式にし、検討しなければならない項目を記述にすれば良いので
- 他の地域で利用出来るサービス。
- ボランティアの項目
- 身体状態が悪くても、時間がかかっても、一人で生活しなくてはならない人もいる。
- このようなケースに対応する項目があると良いのではないだろうか。
- 家族や本人の意向が尊重され、一番必要としているものが提供出来れば良い。
- 同じ様な項目が多い。
- アセスメントに時間がかかりすぎる。
- 利用者が望む物をアンケートすれば良いのではないか。
- 権利擁護事業についての項目は、今後非常に重要項目になるだろう。
- 生活歴や、その方の趣味などもサービス計画をたてる上で重要。
- 全体に副介護力がもう少し明確になると良い。
- (子供・親類・地域資源等)
- 便秘:社会福祉士方式・三団体方式ではスムーズに挙げられたが、MDSでは向精神薬関係としか挙げられない。
- 気分:MDSは大きく取り上げられている。三団体では足りない。
- 緊急連絡設備の充実
- MDS:問題点、ニーズが抽出しづらい。
- 三団体・社会福祉士会:課題分析する中で、問題点・ニーズ優先目標が自然と導き出せた。
- 三方式の内容については大体同じ計画書が作成できた。
- 要介護度でサービス量に制限されることは、納得できない。
- 対象者に必要なサービスを利用できる物を全て利用して現実に則した計画立案が望ましいだろう。
- 在宅支援を推進していくには、主介護者の状況についてのアセスメント項目が必要。
- 主介護者の協力が重要なカギ。
- 時間がかかりすぎる。
- もう少し簡素化できないだろうか？
- 精神面からくる問題点の項目が必要ではないか。
- 施設版の介護サービス計画は多少の違いはあっても、大体似たようなものになりがちである。
- 本人・家族が利用したいサービス。
- 利用したくないサービス。
- 抵抗感の有無。
- サービス提供者への要望。
- これらの記入欄があれば、今後のサービス向上を考える上でプラスになるのではないか。
- 本人・家族に対し、求めるサービス等のアンケートを行ってはどうか？

●課題選定が明確なものを希望する。
●MDS方式：在宅復帰を想定したサービス計画作成には向かない。
●社会福祉士方式は施設には不向きであろう。
●今回の調査によって、よりよい新方式が作られることを期待する。
●介護サービスの詳細な項目の大体の単価があると、社会資源の節約を最大限に利用できる介護サービス計画が作成できると思う。
●介護保険給付サービス以外の資源を明記する欄が欲しい。
●プラン上の経費が計算しやすい。介護内容が記入できる欄が欲しい。
●サービス提供者の許容範囲や利用可能な時間帯を知りたい。

## 5自由回答

- 手続きを利用者に対し、分かりやすくすること。
- 信用されるサービスは分かり易さも大切であろう。
- アセスメント票の情報のみでプランを作成することは難しいように感じた。
- 関わっている家族の意向を把握しにくい場合もあった。
- ただサービスへつなげる感覚にならないかという心配が残った。  
(例えば食事介助は大変だからサービスを希望するのか、大変だけど家族が行いたいのか?など)
- 本人が意志表示出来る方はプランしやすいが、意志表示出来ない方に対してはプランしにくい。
- 施設の場合は基本サービスや居住が殆ど問題ないと思われる。
- 設備についての質問項目は社会福祉士方式ほど詳細でなくてもよいのではないかと感じた。
- もう少し、簡素化したもので対応出来るのではないだろうか。
- 当施設は初期の頃からケアプラン作成に取り組んでいる。
- MDS-HCに始まり、現在は包括的プログラムに取り組んでいる。
- 方式別により、ケアプラン自体も変化する。また職種によってもプランの焦点が変化する。
- 実際の業務の中で、あれだけの量のアセスメント、プラン作成を行うことは大変困難であるというのが現状である。
- 包括的プログラムだけでも数回の追加事項や変更事項が出てきており、スタッフが追いついてゆけない。
- 施設によって方式が違くと他施設との交流や勉強会なども難しい。
- アセスメントからサービス計画作成までに時間がかかりすぎる。
- サービス計画作成に最低限必要な情報とそうでない情報が整理出来れば、時間の短縮に繋がると思
- 対象者を捉えるためには、本人の状態だけでなく、介護者の状態をつかむことも不可欠と思う。
- アセスメントに時間がかかりすぎる。
- より時間短縮し、全体像を把握できる方法を期待する。
- アセスメントシートを利用せず、ケアプランを作成できる能力が必要であろう。
- 介護保険制度下では多くのケアプランを6ヶ月毎に見直すことになり、事務量が增大することが予測される
- ニーズの把握、自立支援、QOLの向上がアセスメント可能なアセスメント票であればと考えます。
- 第二号被保険者を対象とする項目が、アセスメントの中に含まれることをも必要。
- 項目を少なくする必要があると思う。
- ケアプランについては、ある程度のパッケージを作成し、それに当てはめるようにしてゆく必要有り。
- 作成にあたって、様々な部署の考えが分かり、客観的に把握することができた。
- 介護保険が導入されることに対しては、実施してみなければ予測出来ない部分が多く批判の声が無いわけではない。
- しかし、高齢者の介護が社会の手で担おうという試みは評価すべき物であり、必要不可欠なことであろう。
- 高齢者の生活も感覚も流動的な捉え方が必要であり、受け止め認容する感覚も伴っていかなければならない。
- アセスメントに際し、本人、ご家族に対して十分な配慮が必要だと感じた。
- 本人の情報収集が大変困難。
- スタッフの意見はどこまで、どのように取り入れるべきかと疑問に思う。
- 単独でのプラン作成は大変困難。
- 他職種それぞれの領域でアセスメントできるとよい。
- 在宅の介護サービス計画は、どの程度まで掘り下げて記入すれば良いのか判断が付きにくい。
- 自施設のサービスにつなぐ場合は良いが、他機関へリファーするような場合は大変気を遣う。
- 社会福祉士方式はアセスメント項目が非常に多い。
- これほどのアセスメントがなければケアプランが作成できないのだろうか?
- 共通のアセスメントを使用し、他は個別にアセスメントを追加した方が良いと思われる。
- 方式によっては、プライバシーに関わる内容が濃い為、より慎重な扱いが求められるだろう。
- 「社会福祉士方式」はアセスメントを行う際に見にくい。
- IのEとIIのE等は、集約可能ではないか?
- MDSは問題としては現実的には挙がらず、理想的で挙がってきた。
- 社会福祉士方式の要約表はアセスメントから再度記入する形となっている点が不便。
- 時間がかかる。
- 介護サービス計画作成は担当者のアセスメント能力に影響されると感じた。
- 良いアセスメントをするためには対象者との間に信頼関係を築かなければならない。
- 介護者が行っている介護は、介護サービス計画書に盛り込まれないので、施設利用者と在宅利用者間に格差が生じると感じた。
- それぞれの職種によって、アセスメントツールがあるが、ある程度統一された方が良いのではないだろうか。



<ul style="list-style-type: none"> <li>●アセスメントにおいては、客観性をいかに確保するかが最も重要になると思う。</li> <li>●アセスメントやカンファレンス、プラン表作成の時間をどう確保すればいいものか？利用者が24時間いる現場の実状をどのように把握されているのか、ご意見を伺いたい。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●3方式を実践した過程において、主観でケアプランを立案してしまっている事に気づいた。</li> <li>●現場ではアセスメントの抽象的な表現からは具現化せず、経験のあるケアに導いてしまいがちである。</li> <li>●アセスメントはサービス提供者間で、情報を共有化するために有効なツールである。</li> <li>●しかし、ケアプランへの展開過程は客観的であるとは思えない。</li> <li>●ケアプランは、アセスメントで共有化したニーズへの対応を調整会議などで協議し、決定して行くことが</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●アセスメント票の質より、ケアマネージャーの質が問われるだろう。</li> <li>●どのアセスメント票を使用したとしても、担当者の能力によって差が出るのではないか。</li> <li>●現状では、各職種間の情報を共有化し、プラン立案に生かされていない気がしている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●計画作成者が異なることで、計画に違いが出る。</li> <li>●現状では、サービスの中での連携、限度額の管理といったことに制限されている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●ケアマネージメントとケアプランを同一に考えている場合が多い。</li> <li>●制度がとても複雑で、限度額管理や本人負担金の計算など、数字のことに神経を集中せざるを得ない。</li> <li>●現場で実際に機能させることは、現状では困難であろう。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●いずれのアセスメント方式も使いこなせるようになるには時間がかかる。</li> <li>●チェック項目の解釈の幅を広げたり、施設独自のチェック項目を増やして見ることも一つの案であろう。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●アセスメントを行ってみると、重複する項目が多々有ることに気づいた。</li> <li>●統一出来るように思う。</li> <li>●単独でプラン立案すると偏りが出る気がする。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●大部分において、要介護認定調査票とリンクさせているものが多い。</li> <li>●要介護者に同じ様な事を何度も聞かなくてすむ事と、介護支援専門員が調査を委託されることを考慮されているように思えた。</li> <li>●MDS方式以外の方式においては、理論的な裏付けに乏しい様にも感じた。</li> <li>●介護支援専門員の誰が作成しても質の変わらないサービス立案が可能な手法を開発する必要性を実感した。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●施設の場合は、今回使用したどの方式も似たような介護サービスになると考える。</li> <li>●問題は、立案者(ケアマネージャー)によってサービスに差が出ると思われる。</li> <li>●アセスメントや介護サービス計画作成過程が複雑になるほど、その差異は大きくなると思われる。</li> <li>●出来るだけ項目を少なくしていただきたい。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●寝たきりで、意志疎通の図れないケースの場合には、どの方式を使用しても結果は同様であろう。</li> <li>●他種類のチェック方式を一本化して欲しい。</li> <li>●日本社会福祉士方式は要点がつかみにくい。</li> <li>●日課計画表は不必要。</li> <li>●週間サービス計画表に日課記入できるような工夫が必要。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●アセスメントに時間がかかりすぎ、実際の業務に差し支える。</li> <li>●入院や入所、在宅などで、各自アセスメントを実施するのではなく、全てに継続して行えるアセスメントツールが必要だと考えている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●どのアセスメント方式を利用しても、プラン内容はさほど変わらないと思う。</li> <li>●日常の利用者を十分観察する。</li> <li>●家族の意向を十分情報収集する。</li> <li>●社会資源や他の豊富な知識。</li> <li>●これらがあれば、何のアセスメント様式を使おうと、又使わなくても結果は変わらないだろう。</li> <li>●ただし、プランに慣れていない場合は、アセスメント項目が有ることで、ある程度の手がかりとなり便</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●各方式の使いやすさ、分かりやすい部分を選んで、施設方式・在宅方式の共通方式を厚生省が作成</li> <li>●生活歴や家族歴など経過を追うような内容のものは、特記として記述する方が分かりやすいと感じた。</li> <li>●居宅方式と施設方式を統一出来ないものか？</li> <li>●使い慣れた方式が時間もかからなくて良い。</li> <li>●現在は三団体を使用。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●アセスメントすることで、客観的に評価が出来る。</li> <li>●アセスメントに時間をかけ過ぎず、本人・ご家族と十分コミュニケーションをとる時間が必要。</li> <li>●一つのサービスで、より幅を持たせた援助が出来ると良い。</li> <li>●少しでも、今までよりも、単価に見合ったサービスが提供出来ると良い。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●PCによる介護認定において、特記事項は非常に重要である。</li> <li>●出来るだけ詳細な記入が求められるが、時間がかかる。</li> <li>●記述部分もチェック方式でできないものか？</li> <li>●介護サービス計画作成様式は全国一律に出来ないものか？</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>●MDS:経験や職種に関係なく、同様のニーズを導き出すことができるように思う。</li> <li>●MDS:施設など、他職種が行う場合はよいと思う。</li> <li>●三団体:アセスメントする過程で、マネージャーの主観が大きく入ってくるように思う。</li> <li>●三団体:施設に置いては、カンファレンスを十分に行い、洞察力と知識を兼ね揃えた専門家であり続ける必要があるだろう。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●従来より、サービス計画はケアプランという形で作成している。</li> <li>●介護保険制度下だから特別に意識する事はない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●アセスメント方式はあくまでもツールである。</li> <li>●面接技術や、生活ニーズの引き出し方など、根本的な学習をすべきであろう。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●アセスメント記入が正確であれば、介護サービス計画作成も立てやすいことが、今回の調査で実感出来た。</li> <li>●在宅のアセスメント時には、本人・ご家族といかに信頼関係を築けているか?がポイントになる。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●介護の負担をうまく分担出来る制度になれば良いと思う。</li> <li>●サービスを利用する人の個別性を重視した計画作成が出来るようになれば良いと思う。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●介護サービス計画作成に必要なアセスメントは、必要最小限の項目を望みます。</li> <li>●ある程度信頼関係を築く事も必要。</li> <li>●施設版週間サービス計画表は、内容が同じ為に線引きが多く、“表”として無駄な気がする。</li> <li>●計画表は工夫が必要。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●社会福祉士会方式は大変手間取った。</li> <li>●様々な方式の良い部分を集結し、一本化させ、改良してゆけたら良いのではないかと思います。</li> <li>●現在の業務態勢で行えないプランは理想でしかないと思う。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●家族・本人の要望、希望、本人の状況を正確に把握できなければ、どのアセスメント方法を使用しても、ケアプランの内容は同様な結果となるだろう。</li> <li>●プラン立案者の力量による。</li> <li>●自分に合った方式を使用すればよいのではないか?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●調査者の力量に左右されないアセスメント票、及びケアプランが作成されることが望ましいと思う。</li> <li>●それぞれのアセスメントからは同様なプランが作成された。</li> <li>●要介護者にとって真に必要な介護サービス計画表に基づいた「介護」が提供出来るようにしてゆきた</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●MDS以外は初めて使用。</li> <li>●それぞれの特徴などが少しずつ把握出来た。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●三団体・社会福祉士方式:ともに項目数が多すぎる。</li> <li>●社会福祉士方式:家族との情報のやり取りに時間を要した。</li> <li>●三団体方式:施設内向け。</li> <li>●社会福祉士方式:在宅向け。</li> <li>●いずれも、もう少しコンパクトになると良いと思う。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●介護保険について、家族・利用者は漠然とした理解しか持っていない。</li> <li>●不安が先に出ている様に思われる。</li> <li>●サービスなくして計画作成は不可能である。</li> <li>●十分なサービス提供が第一に必要であろう。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●アセスメントツールは、各調査者が使用しやすいもの、良いと思う物を使うと良いのではないか。</li> <li>●ケアカンファレンスで調整出来るだろう。</li> <li>●ツールを統一して構造化するよりも、いかに本人・家族の希望に沿えるかということの方が大事だと考</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●より簡単で、分かりやすいもの。</li> <li>●ある一定基準までは、誰がアセスメントしても同様なプランが立てられる様な方式にして欲しい。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●サービス支給限度額が限定され、各地域毎にサービスも限定されている。</li> <li>●利用者に必要なサービス、利用したいサービスを的確に盛り込んだサービス計画が作成しにくいのが</li> <li>●以前の特別養護老人ホームの利用時の方法とさほど変わらない状況と考えている。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●当施設では、従来よりケアプランを作成し、それに基づいて介護を行っている。</li> <li>●介護保険制度下におけるサービス計画作成は当然の事だと考える。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●居宅・施設に関わらず、これからは他のサービス機関・職種との連携が重要なカギを握るだろう。</li> <li>●効率的に調整を行う資料として、アセスメント票は欠かせない。</li> <li>●各サービス機関が了解する、アセスメント方式の開発を願う。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●今回のインタラクティブが何を指すものかよく分からない。</li> <li>●PCに求めることは、優秀なデータベースと圧倒的な情報。</li> <li>●シンプルで検索しやすいインターフェースを中核とした記憶の代替機能である。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●調査者自身がクライアント及び、使用方式に対し理解がない場合、計画自体が画一的になりやすい。</li> <li>●調査者自身も学習しつづける必要性を感じた。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●調査者自身、そして国自体が混乱している現状では、何も意見はできない。</li> <li>●ケアを提供する側の捉え方により、調査時に受ける印象も変わってくると思われる。</li> <li>●現実的な面、目に見える面だけでは不足しているのではないだろうか。</li> <li>●痴呆状況の詳細記入を今後期待する。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●簡素化した様式を期待する。</li> <li>●より具体的、現実的なプラン作成できる様式を期待したい。</li> </ul>

- |   |
|---|
| ●報酬基準が早期に出ない。                               |
| ●アセスメント方式が多すぎる。                             |
| ●サービス先行になりやすい。                              |
| ●今後の課題:ソフトをどれほど使いこなせるか、対象者の精神面の把握があげられるだろう。 |
| ●ソフトによる作業の軽減を期待します。                         |
| ●十分なアセスメントができなかった。                          |

## 分 担 研 究 報 告 資 料 3

介護サービス計画エキスパートプロセス調査プリサーベイ調査案

- 1 次頁の事例を読んで、ご自分の市町村で実際に使用している具体的なサービス種別を使って、介護サービス計画を作成して下さい。
- 2 今回作成した介護サービス計画で使用したサービス種別は、どのデータからそのサービスが必要だと思いましたか。下記の表のあてはまる部分にデータ NO.を記入して下さい。

介護サービス計画に使用したサービス種別	データ NO.				
訪問介護・家事援助型					
訪問介護・身体介護型					
訪問介護・複合型					
訪問入浴介護					
訪問看護					
訪問リハビリテーション					
居宅療養管理指導					
通所介護					
通所リハビリテーション					
短期入所生活介護					
短期入所療養介護					
痴呆対応型共同生活介護					
福祉用具貸与					

- 3 事例では判断できなかったため、ご自分でケアマネジメントを実施する場合に、もっとほしいと思う情報、こんなことを自分だったら聞くという情報を下記の箇条書きで記入して下さい。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

研修用事例

データNO	項目	内容
1	氏名	A. B
2	年齢	82歳 女性
3	要介護度	3
4	病名	老人性痴呆
5	生活歴1	養子夫婦、孫1人の家族
6	生活歴2	本人は同一敷地内の別棟に独居
7	生活歴3	食事は運んでもらっている
8	生活歴4	痴呆は三年前位から出現
9	生活歴5	現在、記銘力障害著明
10	生活歴6	本人は独居でも、一人でなんでも行なえると思っている
11	生活歴7	入浴、掃除、着替え等の介助は拒否
12	生活歴8	失禁あり
13	生活歴9	室内に異臭あり
14	生活歴10	盗害妄想あり
15	生活歴11	さまざまな物を隠す
16	生活歴12	敷地内にいることが多い
17	生活歴13	一人で外出することもある
18	生活歴14	一人で外出すると戻れなくなる
19	現在の状況1	主な介護者は養子夫婦の嫁
20	現在の状況2	嫁は自営で美容院を営んでおり、一人で店と介護を担っている
21	現在の状況3	嫁は自分の介護量が増えることは希望していない
22	現在の状況4	本人は人見知りはあるが慣れた人であれば受け入れる場合もある
23	現在の状況5	他者との交流はここ数年間もっていない
24	現在の状況6	もともとの性格は社交的
25	アセスメント1	片足での立位は支えが必要
26	アセスメント2	爪切り、居室の掃除、薬の内服、金銭の管理は全介助
27	アセスメント3	ひどい物忘れあり
28	アセスメント4	視力は1m先が見える
29	アセスメント5	聴力はやっと聞こえる程度
30	アセスメント6	意思の伝達はほとんど不可能だが、時々可能となる場合もある
31	アセスメント7	指示への反応も通じない
32	アセスメント8	毎日の日課理解できない
33	アセスメント9	短期記憶なし
34	アセスメント10	幻視幻聴あり
35	アセスメント11	昼夜逆転
36	アセスメント12	暴言暴行あり
37	アセスメント13	同じ話をする
38	アセスメント14	大声を出す
39	アセスメント15	介護に抵抗あり
40	アセスメント16	常時の徘徊
41	アセスメント17	落ち着きなし
42	アセスメント18	外出して戻れない
43	アセスメント19	収集癖あり
44	アセスメント20	異食行動あり
45	アセスメント21	腰椎変形あり
46	アセスメント22	大腿部に手を置き、支えて歩いている
47	アセスメント23	立ち上がりは手をついてから立ち上がる
48	アセスメント24	入浴は、本人は毎日していると言っているが、実際は1年くらい入っていない
49	アセスメント25	清拭は、姪が月に1回くらい行なっている
50	アセスメント26	便、尿失禁が時々ある
51	アセスメント27	衣服が汚れている
52	アセスメント28	排便、排尿後の後始末できない
53	アセスメント29	トイレ内にビニール袋や新聞紙等を入れてしまう
54	アセスメント30	満腹感がないため、食べ物はあるだけ全部食べてしまう
55	アセスメント31	養子夫婦が1回の食事で食べられる分量だけ運んでいる
56	アセスメント32	口腔清潔、洗顔は行なっていない
57	主訴1	本人に介護サービス利用の意思はあまりみられない
58	主訴2	本人も養子夫婦も施設入所は考えていない
59	主訴3	養子夫婦はどんなサービスでもよいから使いたいと言っている
60	主訴4	養子夫婦は支給限度額を超えてもよいと言っている

第1表

# 居宅サービス計画書(1)

初回・紹介・継続 認定済・申請中

利用者名 B. A 殿 生年月日 ×年×月×日 (82歳) 住所 茨城県〇〇市××町三丁目4

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 \_\_\_\_\_

居宅サービス計画作成(変更)日 △年▲月▼日 初回居宅サービス計画作成日 △年▲月▼日

認定日 ×年〇月▼日 認定の有効期間 ×年×月×日 ~ 〇年〇月〇日

介護状態区分	要支援・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	-----
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	-----
統合的な援助の方針	-----

居宅サービス計画書(2)

利用者名

殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標		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。



# 週間サービス計画表

利用者名 殿

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

週単位以外のサービス