

## 第6章 演習による研修の概要

### 第1節 居宅介護支援の開始（インテーク）と課題分析

居宅介護支援の開始（インテーク）時の重要な点は、まず①利用者の意向の確認と整理（スクリーニングの重要性）である。この際に、留意すべき点は、②利用者本位の視点と専門家としての判断に乖離が生じていないかである。手続き上、確認すべきことは、③介護保険被保険者証等の確認であるが、同時に④必要に応じて、例えば判断力が低下している利用者への対応として、地域福祉権利擁護事業等の利用者の人権擁護に関する公的な事業の紹介をすることがあげられる。いずれにしても、介護サービスの利用によってその利用者や家族の生活を支援するという視点にたった計画を作成しなければならないという、極めて重要な業務のため介護支援専門員が⑤自分ひとりだけで判断しない、抱え込まないということが大事である。という以上の5点を、具体例を示しながら理解してもらわなければならない。

介護保険制度実施前には、アセスメント方法の理解やその利用だけが介護支援専門員の仕事のように伝えられる傾向が強く、業界団体の研修会では、各アセスメント方法の優劣を競うような説明がなされることが多かった。このため、介護支援専門員はどのアセスメントを使用すべきか、どのアセスメント表によって行うことが一番よいのかといったことに少なからず混乱した経験もっている。

したがって、ここではいずれのアセスメント方法においても以下の①内的環境（身体・精神状況）の評価、②外的環境（環境・社会状況）の評価、③課題の抽出、④課題の体系化と評価、⑤課題の関連性と原因等の検討、⑥重点課題の選定といった評価や検討がなされることを理解してもらい、なぜこういったアセスメントが必要かを自ら考えてもらうという課題を与え、それについての意見交換をするというプロセスを経ることも効果的であると考えられる。

そして、利用者とのインテーク及び課題分析時に留意すべき点として、①課題分析の目的を忘れないこと、利用者の生活を②総合的・連続的に捉えた検討をすること、③段階別（内容の深さ・詳細さ）の検討をすること、④経年的な変化に着目した検討をすること、利用者の生活の⑤場所、場合、条件別に介護サービス提供の種類やその組み合わせの検討をすること、利用者にとっての⑥課題を整理し、解決すべき課題の優先順位を選定することについて説明する必要がある。

### 第2節 介護サービス計画書（ケアプラン）作成

#### 1. 介護サービス計画書の記載内容の構造

介護支援専門員の実務の中で最も重要と考えられ、介護支援専門員から「記入の方法が分からない」という声が多く聞かれる内容が介護サービス計画書の作成である。以下のように、介護サービス計画作成における視点やポイントを理解することよりも、どうすれば書くことができるかを中心とした演習を行う。

具体的な説明資料としては、表 6.2.1 介護サービス計画書の記載内容の構造、表 6.2.2 介護サービス計画書の記載内容の具体例、表 6.2.3 介護サービス計画書記入文例、表 6.2.4 再検討や具体的な説明が必要と思われる記載例を使用し、実際の具体例として説明する。

表 6.2.1 では、介護サービス計画書の記載内容の構造を示している。まず、「目的」の記述に含まれる情報を、現状の問題点、利用者のニーズ、介護サービスを必要とする原因、理由を分類し、「目的」の記述には、どのような情報を含めるべきかを理解してもらう。

さらに、この目的を明確にするための介護サービスの状況を示すために、②では、頻度の内容として、回数および期間の情報が必要なことを説明する。③では、「量」を示すことで、より具体性が必要なことを示し、さらに④では、「条件・判断基準」を明記し、どのような状況で⑤どのくらいできるのか、という利用者にとっての「重要度」を明らかにすることを説明する。

介護サービス計画書は、ここまでの説明でも明らかなように利用者にとってわかりやすく具体的な記述が求められることを介護支援専門員が理解するために、たとえば用具の使用を記述する際には、⑥使用する場所⑦使用する用具⑧担当者的人数、職種やこの介護サービスの⑨手順、順番、⑩スピード感などの状況説明をも含めて書くことが重要なことを示す。この例では、「⑥使用する場所：浴室で」、「⑦使用する用具：ビーズパッドを使って」、「⑧担当者および、担当者人数、職種：AさんとBさんの二人の看護婦が」、「⑨「手順、順番：先ず、声かけをして、その後」、「⑩「状況説明、スピードなど：ゆっくりと」、「⑪ケアの種類：体位変換をする」。といった例を使って、説明する。この他に、⑫実行の有無とこれを実行するための条件として禁忌、制限事項の記述や⑬ケアの方法、内容以外の「行動表現」として、「注意する」などといった記述をすること、訪問介護などの⑭サービス種類やA園デイサービスセンターといった⑮サービス事業所の名称などを書くことが必要であることを説明し、具体的に記述の演習を繰り返し行なう。

表 6.2.1 介護サービス計画書の記載内容の構造

①目的 (現状の問題点) (ニーズ) (原因) (理由)	ベッド上で動きがあり～ 転倒の危険性があるため～ じょくそうがあり～ 残存能力を活用するため～
②頻度 (回数) (期間)	2時間ごとに 5月末までに
③量	200ccを
④条件、判断	足の浮腫がある場合は～
⑤重要性	必ず～する 明確に～行う
⑥使用する場所	浴室で～
⑦使用する用具	ビーズパッドを
⑧担当者 (人数) (職種)	～さんが 2人で 看護婦が
⑨手順、順番	先ず～をして、その後～
⑩スピード等	ゆっくりと
⑪ケアの種類 (ケアの内容や詳細)	体位変換 ゴミ捨て
⑫実行の有無 禁忌、制限事項	～しない ～する
⑬ケア以外の「思い」等	注意する
⑭サービスの種類	訪問介護
⑮サービス事業所	A園デイサービスセンター

表 6.2.2 介護サービス計画書の記載内容の具体例

	問題・ニーズ	目標・目的	条件・場面・頻度	場所・用具等	担当者	ケアの内容	手順・条件・注意
①寝返り	～なので/～だから	褥瘡をなくすため	～の場合/～には	～を使用し	～が	～をする	なお、ただし/～に注意する
②移乗	褥瘡があるので 移乗時にふらつきがある	褥瘡をなくすため 転倒防止のため	2時間ごとに 車いす等への 移乗時には	ビーズパッド を使用し	担当療母が	体位変換をする	背中等に汗をかいていないか 確認する
③移動	段差等で つまずきやすいので	転倒防止のため	訪問時には	移動バーを 使用し	担当療母が	腰に手を添えておく	なお、状態が悪い場合は 抱きかかえて移乗介助する
④更衣	汗をかいても着替え ようとしていないので	転倒防止のため 風邪をひかない ために	汗をかいた場合は	ベッドの周囲 や廊下等で	ホームヘルパー が	転倒しやすいものを 取り除いておく	チラシ等の紙は滑りやすいの で注意する
⑤洗面	車いすでは洗面台で 顔が洗えないので	自分で洗面が できるために	朝の洗面時には	洗面器を使っ て	ホームヘルパー が	洗面介助する(洗面 器を持っておく)	なお、洋服が濡れないように、 タオルを掛けておくこと
⑥口腔 清潔	うがい できないので	口腔内の残渣を 取り除くために	食後には	楽のみで	ホームヘルパー が	お茶を飲ませる	なお、食後の義歯の洗浄も 忘れないこと
⑦食事	誤嚥しやすいので	誤嚥防止のため	食事の時には	食堂で	テール担当者 が	見守りをする	なお、食事が済むまでは、 絶対に側を離れないこと
⑧水分等	水分摂取量が 不足しやすいので	十分な水分摂取 量を確保するため	見廻りの時に	楽のみで	見廻り者が	水分を摂取させる	なお、1日の摂取量を チェックしておくこと
⑨排泄	トイレが間に合わず 尿失禁することがある	尿失禁防止のため	定期的	トイレで	担当療母が	便座に座らせる	なお、排尿があつた場合は 記録表にチェックすること
⑩入浴	汗疹があるので	汗疹をなくすため	入浴の時に	薬用入浴剤を 薄めたお湯で	入浴介助者が	かけ湯をする	なお、薬用入浴剤の濃度は 正確にすること
⑪清潔	麻痺があり手の 不潔になりやすいので	手の中を清潔に 保つために	入浴しない日には	ベッド上で	担当療母が	手指浴をする	拘縮改善のために指を伸ばす ように注意する
⑫整容	カミソリ負けをしや すいので	肌荒れ防止のため	髭を剃る時には	電気カミソリ を使用して	担当療母が	髭を剃る	ただし、電気カミソリは強く当 てないこと
⑬医療	便秘になりやすいの で	定期的な排便に なるために	排便が3日間ない 場合は	下剤を	看護婦が	飲ませる(服薬介助)	下剤の服用が習慣にならない ように注意する
⑭リハビリ	歩行が不安定なので	安定した歩行に なるために	本人が訓練希望し た場合は	リハビリ室で	リハビリ担当者が	平行棒での歩行訓練 をする	転倒の危険性が高いので、訓練 中の事故には十分注意する
⑮社会生活	精神的に不安定にな ることが多いので	精神安定のため	気分が良い時には	車いすを使用 して	担当療母が	屋外への散歩をする	ただし、無理強い絶対にしな いこと

表 6.2.3 介護サービス計画書記入文例

1. 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の記入文例	
<p>(1)基本動作等関連の記入例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 座位保持の機能低下があります</li> <li>・ 座位保持用の適切な福祉用具が必要です</li> <li>・ 自力では立ち上がりができません</li> <li>・ 自力では寝返りができず褥瘡になる危険性があります</li> <li>・ 自力では起き上がりができません</li> <li>・ 自力では体位を保つことができません</li> </ul> <p>(3)更衣・身だしなみ・口腔清潔関連の記入例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯科医師等の専門家による口腔衛生管理が必要です</li> <li>・ 歯科への受診が必要です</li> <li>・ 自力では義歯洗浄ができません</li> <li>・ 義歯の調整が必要です</li> <li>・ 口腔内に食べ残しがあり不潔になりやすいです</li> <li>・ 口臭が強いです</li> </ul> <p>(5)排泄関連の記入例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ トイレに手すりがないため、安全の確保が必要です</li> <li>・ トイレの場所が分かりません</li> <li>・ 拘縮があるため、おむつ交換時に注意が必要です</li> <li>・ 失禁があります</li> <li>・ 尿路感染症になる危険性があります</li> <li>・ 頻尿です</li> </ul> <p>(7)医療・リハビリ関連の記入例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 筋力低下があります</li> <li>・ 更衣動作の機能低下があります</li> <li>・ 適切な福祉用具の検討・選定が必要です</li> <li>・ 歩行の機能低下があります</li> <li>・ 麻痺があります</li> <li>・ 立位保持の機能低下があります</li> </ul> <p>(9)介護サービス利用希望関連の記入例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護療養型医療施設の入所希望があります</li> <li>・ 短期入所生活介護の利用希望があります</li> <li>・ 短期入所療養介護の利用希望があります</li> <li>・ 痴呆対応型共同生活介護の利用希望があります</li> <li>・ 通所介護の利用希望があります</li> </ul>	<p>(2)移乗・移動関連の記入例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自力では階段昇降ができません</li> <li>・ 自力では車椅子を動かせません</li> <li>・ 自力では歩行ができません</li> <li>・ 転倒の危険性があります</li> <li>・ 暗い所での転倒事故の危険性があります</li> <li>・ 移乗時にねじり等の事故の危険性があります</li> </ul> <p>(4)食事・水分摂取関連の記入例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 誤嚥・誤飲の危険性があります</li> <li>・ 誤嚥・誤飲の危険性があります</li> <li>・ 好き嫌いが多く栄養のバランスがとれません</li> <li>・ 脱水の危険性があります</li> <li>・ 咀嚼機能の低下があります</li> <li>・ 嚥下ができないため、経口摂取以外の栄養補給が必要です</li> </ul> <p>(6)入浴関連の記入例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自力では洗身できない部分があります</li> <li>・ 自力では洗髪ができません</li> <li>・ 入浴できず清潔が保てません</li> <li>・ 入浴用の適切な福祉用具が必要です</li> <li>・ 浴室内に手すりがなく立ち上がり困難です</li> <li>・ 入浴時の転倒事故の危険性があります</li> </ul> <p>(8)社会生活関連の記入例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自力ではゴミ捨て等ができません</li> <li>・ 自力では食事の準備・片付けができません</li> <li>・ 自力では金銭管理ができません</li> <li>・ 自力では諸手続きができません</li> <li>・ 段差がありため、段差解消の対応が必要です</li> <li>・ 独居です</li> </ul> <p>(10)問題行動関連の記入例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 幻視・幻聴があります</li> <li>・ 見当識の低下があります</li> </ul> <p>(11)家族の介護関連の記入例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 移動・移乗の介護負担が大きいです</li> <li>・ 介護者が介護に対して無関心です</li> </ul>

## 2. 「援助目標（長期目標・短期目標）」の記入文例

### (1)基本動作等関連の記入例

- ・ 安全な立ち上がりができるようにします
- ・ 安全な寝返りができるようにします
- ・ 安全な立位保持ができるようにします
- ・ 筋力低下に対する適切な対応ができるようにします
- ・ 車いすからの転倒事故が起きないようにします
- ・ 拘縮による日常生活の支障が解決できるようにします

### (3)更衣・身だしなみ・口腔清潔関連の記入例

- ・ 陰部の清潔を保持し、感染症等を予防します
- ・ 定期的な着替えができるようにします
- ・ 定期的な身体の清潔保持によって、褥瘡を予防します
- ・ 適切な衣服の着脱ができるようにします
- ・ 適切な整容ができるようにします

### (5)排泄関連の記入例

- ・ 安全なおむつ交換ができるようにします
- ・ 安全な排泄ができるようにします
- ・ 残存機能を活用し、自力での排泄ができるようにします
- ・ 残存機能を活用し、自力でベッド上での排泄ができるようにします
- ・ 残存機能を活用し、自力でポータブルトイレでの排泄ができるようにします
- ・ 失禁に対する適切な対応ができるようにします

### (7)医療・リハビリ関連の記入例

- ・ 緊急時の医療体制の確保ができるようにします
- ・ 緊急連絡体制の確保ができるようにします
- ・ 主治医との連携がとれるようにします
- ・ 主治医との連携をとりながら、血圧の確認と管理ができるようにします
- ・ 主治医との連携をとりながら、適切な医学的管理ができるようにします

### (9)介護サービス利用希望関連の記入例

- ・ 介護老人福祉施設に入所できるようにします
- ・ 介護老人保健施設に入所できるようにします
- ・ 介護療養型医療施設に入所できるようにします

### (2)移乗・移動関連の記入例

- ・ 安全な車椅子での移動ができるようにします
- ・ 安全な歩行ができるようにします
- ・ 移乗や移動時の転倒事故を防止します
- ・ 移動時の転倒事故を防止します
- ・ 残存機能を活用し、自力での移乗ができるようにします
- ・ 残存機能を活用し、自力での移動ができるようにします

### (4)食事・水分摂取関連の記入例

- ・ 安全な食事摂取ができるようにします
- ・ 残存機能を活用し、自力での食事摂取ができるようにします
- ・ 残存機能を活用し、自力での水分摂取ができるようにします
- ・ 食事摂取量が増加できるようにします
- ・ 食事をする場所の環境が整備できるようにします

### (6)入浴関連の記入例

- ・ 安全な入浴ができるようにします
- ・ 確実な入浴ができるようにします
- ・ 適切な入浴ができるようにします
- ・ 入浴時の転倒事故が起きないようにします
- ・ 入浴の回数が増加できるようにします
- ・ 浴室の環境が整備できるようにします

### (8)社会生活関連の記入例

- ・ 定期的に食事の準備・片付けができるようにします
- ・ 定期的に洗濯や掃除ができるようにします
- ・ 定期的に掃除ができるようにします
- ・ 定期的に調理ができるようにします
- ・ 利用者に合った調理ができるようにします

### (10)問題行動関連の記入例

- ・ 確実な服薬によって、症状の改善や悪化を防止します
- ・ 症状の改善や悪化を防止します
- ・ 睡眠が十分にとれるようにします

- ・ 施設に入所できるようにします
- ・ 住宅改修が利用できるようにします
- ・ 短期入所サービスが利用できるようにします
- ・ 短期入所生活介護が利用できるようにします

(11)家族の介護関連の記入例

- ・ 家族の移乗介助の負担を軽減します
- ・ 介護者の不安感を軽減できるようにします
- ・ 家族間の連携の調整ができるようにします

3. 「サービス内容」の記入文例

(1)基本動作等関連の記入例

- ・ 座位保持を見守ります
- ・ 体位の保持を介助します
- ・ 立ち上がりを介助します
- ・ 立ち上がりを見守ります
- ・ 定期的な寝返りを介助します

(3)更衣・身だしなみ・口腔清潔関連の記入例

- ・ 衣服の着脱を介助します
- ・ 靴の着脱を見守ります
- ・ こまめに目やにを拭きます
- ・ 身体の清潔を介助します
- ・ ズボン等の着脱を介助します
- ・ 整容を介助します

(5)排泄関連の記入例

- ・ おむつ交換の介助をします
- ・ トイレに手すりを設置します
- ・ トイレに目印や表示をつけます
- ・ トイレへ誘導します
- ・ 排泄を介助します

(7)医療・リハビリ関連の記入例

- ・ 入浴動作訓練を行います
- ・ 排泄動作訓練を行います
- ・ 立位訓練を行います
- ・ 冷あん法を行います
- ・ 嚥下訓練を行います

(9)介護サービス利用希望関連の記入例

- ・ 介護老人福祉施設に入所できるようにします
- ・ 介護老人保健施設に入所できるようにします
- ・ 介護療養型医療施設に入所できるようにします
- ・ 施設に入所できるようにします
- ・ 住宅改修を行います
- ・ 短期入所サービスを行います
- ・ 短期入所生活介護を行います
- ・ 短期入所療養介護を行います
- ・ 痴呆対応型共同生活介護を行います
- ・ 通所介護を行います

(2)移乗・移動関連の記入例

- ・ 移乗を2人で介助します
- ・ 屋外での歩行を見守ります
- ・ 階段昇降を介助します
- ・ 階段昇降を見守ります
- ・ 車いすの移動を介助します
- ・ 車いすの移動を見守ります

(4)食事・水分摂取関連の記入例

- ・ 食事摂取を介助します
- ・ パン等は牛乳に浸します
- ・ リハビリや活動後等には水分補給をします
- ・ 栄養管理指導を行います
- ・ 栄養補助食品を検討します
- ・ 滑り止めマット等を敷いて固定します

(6)入浴関連の記入例

- ・ シャワーチェアの高さを調整します
- ・ 入浴を介助します
- ・ 入浴を見守ります
- ・ 浴槽の出入りを介助します
- ・ 浴槽の出入りを見守ります

(8)社会生活関連の記入例

- ・ ゴミ捨てを行います
- ・ 食事の準備・片付けを行います
- ・ 金銭管理を行います
- ・ 経済的負担の軽減を行います
- ・ 趣味・生き甲斐活動を行います

(10)問題行動関連の記入例

- ・ レクリエーションや運動等を行います
- ・ 音楽を聴いてもらいます
- ・ 睡眠が十分にとれるようにします
- ・ 専門医の診療を行います
- ・ 他者との会話や交流を増やします
- ・ 定期的な行動の見守り体制を確保します

(11)家族の介護関連の記入例

- ・ 介護等に関する説明を行ないます
- ・ 家族介護教室に参加してもらいます
- ・ 家族間の連絡調整を行います

## 2. 「介護サービス計画書(1)」における総合的な援助の方針の記入方法

介護支援専門員が利用者や家族への説明資料として用いることが望まれる「介護サービス計画書(1)」は、利用者が介護サービスを受けることによる①達成目標の決定と介護サービス提供の全体像を示す、②基本方針・解決方針の決定および、この決定に伴う前提条件や制約条件を明確化するための③ガイドラインの決定がなされなければならないこと。また、これらの達成目標が本当に達成されたかどうかを評価するための④評価の基準（方法）の決定が事前に行なわれるべきであることが記述されなければならない。また、達成目標に到達しなかった場合の代替案も検討し、⑤対応・解決策の決定が事前に協議される必要があることを説明する。

## 3. 「介護サービス計画書(2)」の作成方法

介護サービス計画書（2）の様式においては、第1に生活全般の解決すべき課題（ニーズ）、第2に援助目標（長期・短期）、第3にサービスの種別を決定する、第四に提供事業所と頻度及び期間を決定するという介護サービス計画における主要な内容をわかりやすく明記しなければならない。

### 1) 生活全般の解決すべき課題と目標の考え方と表現方法

利用者にとって生活全般において解決すべき課題を書く場合は、①解決や何らかの対応をしなければならない内容、②解決や対応ができる内容が記述されなければならない、③麻痺や痴呆がある等の機能低下や障害等を記述しないことを重点的に説明する。また、解決すべき課題については、④身体的側面、心理的側面、社会的側面で検討すること、介護サービスが必要である⑤要因等を機能障害、能力障害、社会的不利ごとと捉える視点をもつことが重要なこと、さらに⑥解決すべき課題は総合的に判断し、⑦原則として優先度合いが高いものから順に記入するという方法を採用することが望ましいことを伝えなければならない。介護サービスの利用者には、一人として同じ利用者はいない。この利用者の個別性を理解するために、表 6.3.2 に示したような、具体的な記入文例を示し、その文例をみることにより「利用者の個別性」を考えやすくするために使用する。

次に、長期や短期の援助目標の記入において、重要な点は、①抽象的な言葉ではなく具体的な内容で記入すること、②誰にでもわかりやすい内容で記入すること、③実際に解決が可能な内容を記入することであり、表 6.2.4 に示したように、「残存機能の低下を図る」や「ADL の向上を図る」といった抽象的でわかりにくい表現は不適切で具体的な説明が必要なことをとくに説明する必要がある。この他に、表 6.2.5 から 6.2.7 に、介護サービス計画がよく用いられる記述で再検討すべき内容を示した。

表 6.2.4 再検討・具体的な説明が必要と思われる記載例（身体・機能・健康面）

①機能の維持（継続）をはかる
②残存機能の低下を防止する
③残存機能を活用する
④ADLの低下を防止する
⑤ADLの向上をはかる
⑥健康管理に注意する
⑦健康状態を改善する
⑧栄養状態を改善する
⑨QOLの向上をはかる
⑩褥瘡を予防（改善）する
⑪定期的な状態観察を行なう

表 6.2.5 再検討・具体的な説明が必要と思われる記載例（心理・社会面）

① 快適な生活ができるように援助する
② 安定した生活をはかる
③ 楽しく過ごせるよう援助する
④ 生活に生きがいを持ってもらう
⑤ 十分な信頼関係をつくる
⑥ 不安感をなくす
⑦ 孤独感を解消する
⑧ 気分転換をはかる
⑨ 精神的安定をはかる
⑩ 生活リズムをつくる
⑪ 他者との交流をはかる
⑫ 十分な声かけや見守りを行なう
⑬ コミュニケーションをはかる
⑭ 清潔面の保持（保清）ができるようにする

表 6.2.6 再検討・具体的な説明が必要と思われる記載例（環境・家族面）

① 居宅での生活を維持できるようにする
② 家族の介護負担を軽減する
③ 安全な（移動など）をはかる
④ 転倒を防止する



表 6.2.7 再検討・具体的な説明が必要と思われる記載例 (その他)

①	本人や家族の意向を尊重する
②	適切な援助を行なう
③	自立した生活をはかる
④	生活全般の介助を行なう
⑤	離床をはかる
⑥	〇〇〇サービス
⑦	〇〇〇介助

## 2) 介護サービスの種別を決定する際の判断基準

利用者の意向を中心とし、総合的な援助方針、そして生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を特定し、援助目標を設定して、内容とそれに対して実際に提供されるサービスの種別及びサービスの内容（ケア）の整合性をはかるためには、なぜ①居宅サービスか施設サービスか、②訪問か通所か短期入所か、③福祉系サービスか医療系サービスかを決定した理由等を明確にする。

例えば、「最近、血圧の変動が多く通所介護利用時に入浴禁止の日が増えている」という利用者の場合、今までは「通所介護（迎え）利用前に訪問介護のホームヘルパーが身支度を整えていた」ということから、「通所介護利用前に血圧等の状態の確認をして通所介護の利用、及び入浴が可能か等を確認することと、今月はその血圧の変動を確認するために訪問介護から訪問看護に変更する」といったサービス選択の理由が大事だということを説明する。

このことを利用者に納得し、同意を得られる説明ができるかが重要である。その意味からも「介護サービス計画書(2)」は、介護支援専門員がサービスの選択をした「理由」あるいは「根拠」となる重要な様式であることを説明する。

サービス種別の選択により利用者の生活は、大きく異なってくる。また運営基盤によって、同様の介護サービスであっても支払う利用料に差異が生じるため、最終的には、④サービス種類を決定した理由や⑤サービス内容を決定した理由は、常に明確にする必要があることが説明されなければならない。

また、「居宅サービス計画書(2)」の「サービス種別」欄は、訪問介護や通所リハビリテーション等のサービスの種類を、そして「サービス内容」欄には「おむつ交換」等の具体的なサービスの内容（ケア）を記載することになっているが、実際に介護支援専門員が記入した「居宅サービス計画書(2)」をみると、「サービス内容」欄にもサービスの種類が記載されていることがあるため、特にこの「サービス内容」をいかに具体的に記入することが重要かを強調して説明する。

### 3) 提供事業所と頻度及び期間を決定する場合の判断基準

サービス提供事業所(法人等)の偏りについては、「介護保険法」第2条第3項において、「第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。」や「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」(厚生省令第38号/平成11年3月31日)第1条第2項、「指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。」、あるいは、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」(厚生省令第38号/平成11年3月31日にも規定)のように、多様な事業所の中から、利用者の選択に基づく、公正中立な判断を行なうことが介護支援専門員の基本姿勢であることを説明する。

ただし、上記の考え方は、同一の法人、同一の事業所、あるいは単独のサービス等では許されないといっているわけではない。なぜなら、サービスの整備状況等の地域性や、利用者の選択に基づき、結果として同一の法人等のみのサービス利用になることは十分に考えられるからである。

利用者の生活全体と介護サービスの提供は、例えば利用者の起床や食事、入浴などという生活リズム(パターン)にあわせることが基本でサービスの提供側に合わせるものではないということである。とくに、「サービス提供側の都合」でスケジュールリングされる場合も少なくないため、注意が必要であることを説明する。

また、頻度に関しては、サービスの種類や内容によって、「月に〇回」「週に〇回」「日に〇回」という違いがあるが、次で説明する「週間サービス計画書」と併せて、前述の利用者の生活のリズム(パターン)や費用面での検討が重要である。具体的には、例えば通所系のサービスような長時間のサービスにするのか、巡回型の訪問介護によって短時間で回数を増やすというにするのか等の検討が必要である。

さらに、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」と「援助目標」ということを考えると、「解決」「達成」という「ゴール」が必要であり、明確に「いつまでに解決あるいは評価、見直しをする」という「期間」設定が重要であることを説明する。

### 4) 「週間サービス計画書」におけるサービスの週間スケジュール作成

週間サービス計画書は、利用者の日常生活の状況や介護保険サービス以外の支援等も記入し、利用者に説明する場合に最も分かりやすい資料とする。また、この計画書を②サービス利用票の基本(標準的な位置付け)と考え、利用者の生活との適合性を考慮する。週間サービス計画書に加えて、日課・週間・月間・年間スケジュール表などの様々なスケジュール表が活用できるようになることが重要である。

繰り返しになるが、介護サービス計画の説明にあたっては、利用者へ説明しそれに同意

してもらわねばならない。ここでは、伝えることと伝わることが違うこと、利用者にとっては、理解できることと納得できることは違うことを前提にしなければならない。また利用者の障害の有無によっては、コミュニケーションの手段を工夫する必要がある。利用者の理解を深めるために、医療サービスと介護サービスの違いをてがかりに、介護保険制度が新しい制度であること、そのために理解が難しいことも補足すべきである。

#### 4. サービス担当者会議及び地域ケア会議の意義

現状では、サービス担当者会議は、介護支援専門員の事務量の膨大さを原因にほとんど開催されておらず、あるいは開催しても介護支援専門員とサービス提供事業者との2者間での連絡調整で精一杯という状況が少なくないと言われている。

しかし、このサービス担当者会議、そして介護保険以外のサービスも含めた包括的なネットワーク会議である地域ケア会議は、利用者のモニタリングシステムの要であり重要である。主にサービス担当者会議では、①課題分析（アセスメント）の適切さ②介護サービス計画全体の適切さ③介護サービス提供のスケジュール調整④介護サービス（ケア）内容の適切さ⑤介護サービスの種類の適切さ⑥介護サービス提供者の適切さ等を議題として会議が実施されねばならない。

これを効率的に運営していくためには、事前に資料（案）を作成し、会議前には必要な資料を配布することによって、質問事項や検討事項等をチェックし、具体的な提案、確認事項や論点等を簡潔にまとめておくことが必須条件となる。

この会議のメンバーは、職種や人数等を考慮し、内容等によってはメンバー変更や追加を行い開催頻度を変更できるよう柔軟な運営が必要である。会議の運営に際しては、事前に役割分担を決定し、開始と終了時間を厳守すること、特定の出席者に発言を集中させないといった最低限のルールを遵守すること、常に会議では「何らかの結論を出す」ということを目標にし、定期的な開催を行なうことが求められる。また検討項目と範囲・レベルを決定し、最優先課題が何であるかをメンバーが理解して会議を進めることが運営の基本である。

次に、地域ケア会議等との連携においては、まず、在宅介護支援センターとの連携があり、次に介護保険以外の保健・医療・福祉サービス等との連携やインフォーマルサービスとの連携、地域住民の主体的参加と連携が常に行なわれなければならない。これによって、地域ケアネットワークの形成（組織化）がなされることになるからである。

### 第3節 サービスの継続的な把握（モニタリング）と評価について

#### 1. モニタリングの目的

介護サービスは利用しないと、その必要性やサービスの良否の判断をすることが難しい。さらに介護サービスの利用者は高齢者であることから、何らかの事故をきっかけに、大きく状況が変化する可能性を持っている。このため、継続的な観察とその評価であるモニタリングは、介護支援専門員にとって最も重要な業務で、専門性を要するものであることを説明する。また、このことへの理解が介護サービス計画書の作成方法の習得やその評価にもつながることを説明する。

介護サービスは、病気の治癒を終わりとする医療サービスとは異なり、ある一定の状況に陥った場合、終末期も含めた生涯を通じて継続的に利用するサービスとなる。これらのサービス担当者間との連携とモニタリングが重要であることを説明する。モニタリングのためには、利用者の状況のサマリー作成やこのサマリーの他の事業所への交付が行われる。

継続的な実施状況の把握と連絡調整というモニタリングの流れには、利用者に対するモニタリングだけでなく、提供事業者に対するモニタリングがあり、このモニタリングの経過によっては、介護サービス提供の変更等が発生するため、これらの変更事項についての連絡方法の確認が事前になされる必要がある。この他に、モニタリングにより、サービス利用（提供）票／別表を再作成したり、課題分析と介護サービス計画の再検討と再作成が行なわれることになる。このことは、給付管理と請求業務にも影響することを説明する。

#### 2. モニタリングの種類と評価の過程

モニタリングには、利用者及び家族等に対するモニタリングと提供事業者に対するモニタリング、他の関係者・関係機関等に対するモニタリングがある。この評価の過程では、必要時のサービス利用（提供）票／別表の再作成や必要時の課題分析と介護サービス計画の再検討と再作成が行なわれる可能性があり、これに際して適正な給付管理と請求業務が発生することになる。

また、利用者のモニタリングの視点として、費用、スケジュール（日時等）、サービスの内容や方法等に関する満足度と要望が重要で状態や状況の変化については、健康状態や医療面での変化、身体状況、精神状況、社会面、家族等の介護面での変化を勘案し、具体的には、解決すべき課題の変更や追加、削除、修正が行なわれ、これに連動して長期・短期目標、期間（援助目標と援助内容）が変更される。この段階では、サービス種類と内容及び頻度の妥当性が検討されなければならない。

このため、サービスの提供スケジュールの評価として、曜日と時間帯の妥当性、他のサービスとの関連性・連結性が確認されなければならない。サービス提供により、利用者及び家族等の生活の変化がどのようになされるかが、モニタリングされることになる。サービスの実施と変更（実績管理）によって、サービスの種類と内容の変更が行なわれる。この場合、代替サービスの可能性も検討されなければならない。以上のように、モニタリング

と評価の内容は広範囲である。そのため、段階（レベル）に沿って検討することの重要性を説明する。

### 3. モニタリングと評価の段階（レベル）

モニタリングによる評価には、第1段階として、利用者は満足しているかという段階、状態や状況に変化があったかという第2段階、サービスやケアの変更はあったかという第3段階の評価がある。これらの段階の評価には、健康面や医療面での指示や注意事項等は何かという点、利用者や家族の望みは何かという点、最優先でなされなければならないことは何かという3点に留意して評価すべきである。

ここでは、表 6.3.1 に示した介護サービス計画の検討項目一覧表を用いて、さまざまな課題分析（アセスメント）手法に限らず共通的に検討が必要な項目であり、それは同時にモニタリングと評価の検討項目にも共通することで全般的な内容を理解するために使用する。

表 6.3.1 介護サービス計画の検討項目一覧表

検討課題項目		検討課題項目		
本人や家族等の希望	1	在宅生活継続の希望	37	生活習慣や性格
	2	在宅生活復帰の希望	38	嗜好品（飲酒や喫煙等）
	3	施設への入所希望	39	生活意欲
	4	病院等への入院希望	40	趣味・関心・興味
	5	介護サービスの種類に関する希望	41	活動への参加意欲
	6	提供機関・担当者に関する希望	42	外出、車輛等の交通機関の利用
	7	介護内容に関する希望	43	来客・近隣との関係
	8	介護サービス負担額に関する希望	44	友人・知人等との交流
	9	介護サービスの日時に関する希望	45	安否確認の必要性
	10	その他の希望	46	居室の掃除
利用者サービス	11	介護サービスの種類	47	身の周りの整理整頓
	12	介護サービスの頻度	48	ごみ出し
	13	介護サービスの日程	49	洗濯
	14	提供機関と担当者	50	買物
	15	介護サービスの負担額	51	郵便物の確認と発送
	16	介護サービスの利用意向	52	冷暖房の調整
家族等の介護	17	家族等の介護時間	53	その他の家電製品等の操作
	18	家族等の健康状態	54	金銭の管理
	19	家族等の就業状況	55	麻痺
	20	家族等の介護負担感	56	関節可動域制限
	21	家族等の介護意欲	57	機能・能力障害
	22	家族等の介護知識と技術	58	リハビリの必要性和改善の可能性
	23	家族との連絡調整・指導	59	リハビリへの参加意欲
	24	虐待の可能性	60	在宅生活継続の可能性
生活環境	25	住宅の構造等の環境	61	在宅生活復帰の可能性
	26	生活の利便性	62	施設入所の可能性
	27	段差や移動時の安全性	63	受診の場所（医療機関）
	28	住宅改修の必要性和可能性	64	診断名
	29	日照と風通し	65	症状と経過・治療状況
	30	住居の快適さ	66	病歴・既往歴
	31	寝室の環境	67	医学的管理・指示の内容
	32	トイレの環境	68	通院の回数と付き添い
	33	浴室の環境	69	診察・処置時の姿勢保持
	34	玄関の環境		
	35	居室の清潔さと快適さ		
	36	車輛の進入		
		日常生活・人間関係		
		機能障害等とリハビリ		
		疾病・医学的管		

検討課題項目	
自覚症状等	70 体温
	71 血圧
	72 脈拍
	73 不整脈
	74 呼吸
	75 睡眠
	76 動悸
	77 痛み
	78 浮腫
	79 出血
	80 めまい
	81 下痢
	82 嘔吐
	83 喀痰
	84 手足のしびれ
	85 疲労感
	86 意識障害
	87 その他の症状
	薬剤
89 内服等の介助	
90 薬剤のアレルギー	
91 薬剤の副作用の可能性	
92 薬剤使用の管理と指導の必要性	
特別な医療・処置	93 じょくそう等の処置と予防
	94 その他の皮膚疾患の処置と予防
	95 点滴の管理
	96 中心静脈栄養
	97 透析
	98 ストーマの処置
	99 酸素療法
	100 レスピレーター
	101 気管切開の処置
	102 疼痛の看護
	103 経管栄養
	104 モニター測定
105 カテーテル	
106 その他の処置等	

検討課題項目		
認知・シヨムニケイ	107 コミュニケーションの方法と福祉用具	
	108 視力	
	109 聴力	
	110 会話	
	111 電話の利用	
	112 理解力	
	113 意思伝達	
	114 記憶力	
	115 季節、場所、人物、時間等の認知	
	問題行動等	116 周囲への関心
		117 被害的
		118 作話
		119 幻視・幻聴
		120 感情不安定
		121 昼夜逆転
122 暴言・暴行		
123 同じ話・不快音		
124 大声を出す		
125 介護への抵抗		
126 徘徊		
127 落ち着きなし		
128 1人で戻れない		
129 目が離せない		
130 収集癖		
131 火の不始末		
132 物や衣類を壊す		
133 不潔行為		
134 異食行動		
135 迷惑な性的行為		
136 迷惑行為		
137 せん妄の兆候		
138 うつ状態等の兆候		
139 不安		

検討課題項目	
起居・移乗	140 寝返り
	141 起き上がり
	142 座位保持
	143 立ち上がり
	144 立位保持
	145 移乗
移動	146 起居・移乗関連の福祉用具
	147 移動方法
	148 屋内移動
	149 屋外移動
	150 転倒の危険性
更衣	151 移動関連の福祉用具
	152 上衣の着脱
	153 スポン等の着脱
	154 ボタンのかけはずし
	155 靴や靴下の着脱
洗面等	156 更衣関連の福祉用具
	157 洗面・口腔清潔の場所と方法
食事・水分等	158 洗面時の姿勢保持
	159 洗面・口腔清潔関連の福祉用具
	160 自菌、菌肉の状態
	161 義歯の状態
	162 咀嚼
	163 嚥下
	164 食事摂取動作
	165 食事時の姿勢保持
	166 食事の場所
	167 食材の購入・調達
	168 調理
	169 食事の種類（主食・副食）
	170 食事療法や食事の制限（禁忌食品）
	171 食事摂取量と回数
	172 水分摂取量と回数
	173 食事の準備・片付（配膳・下膳等）
	174 栄養不良、脱水の危険性
175 食欲不振、拒食、過食	
176 体重の変化	
177 食事関連の福祉用具	

検討課題項目	
排泄	178 尿意
	179 便意
	180 尿失禁
	181 便失禁
	182 排泄の場所
	183 排泄の方法
	184 排泄時の姿勢保持
	185 排尿後の後始末
	186 排便後の後始末
	187 頻尿や排尿困難
入浴	188 便秘
	189 排泄関連福祉用具
	190 入浴の種類（方法）
	191 入浴回数、入浴の意思（好き、嫌い）
	192 洗身
	193 洗髪
	194 浴槽の出入り
	195 入浴時の姿勢保持
	196 入浴関連の福祉用具
	清潔・整容
198 部分浴等の必要性	
199 散髪等の場所と方法	
200 整髪	
201 化粧、髭剃り	
202 鼻毛切り、耳掃除、爪切り	
203 清潔・整容関連の福祉用具	

#### 第4節 介護サービス計画書作成の演習

##### 1. 提供されるケアの妥当性を評価する演習

ここでは、介護サービス計画書作成の演習について説明する。介護サービス計画の作成に関しては多くの視点が必要になるが、ここでは介護サービス計画書に記載したケアが、利用者の状況の改善を促す妥当な内容であるかを介護支援自ら評価することができることを目的とした演習プログラムを紹介する。

##### 2. 準備する資料

この演習では、以下の4種類の書式に記入された計画書を使用する。これらの資料については、研修会の実施前に講師が収集し、事前評価を行なう。これにより、演習に出席する受講生の計画書作成能力は、評価されるため、グループ演習のメンバーを事前に通知できることになる。

- ①「推定シート」：これは高齢者の属性から導き出される「標準的なケア内容」を示したものである。
- ②「居宅サービス計画書(1)」
- ③「居宅サービス計画書(2)」
- ④「週間サービス計画表」

##### 3. 演習プログラム

演習の方法は、以下の手順に従って行なう。

###### 1) 手順1

推定シートにあるケア項目と、計画書(2)のケア内容欄のケア項目、週間サービス計画表のケア内容との比較を行う。違いがある箇所に印をつけておく。

###### 2) 手順2

違いがある箇所について、以下の点について検討をする。

- ① 推定シートにあって、居宅サービス計画書(2)と週間サービス計画表にないケアについては、「そのケアは不足しているのではないか」という評価基準を示し、自らの計画書をチェックする
- ② 推定シートにはないが、居宅サービス計画書(2)と週間サービス計画表にはあるケアについて「そのケアは過剰ではないか」、「そのケアは介護者の負担になっていないか」について、同様にチェックする



### 3) 手順3

居宅サービス計画書(1)(2)と週間サービス計画表の修正が必要かどうかを検討する。  
もし、不足するケアがあった場合には、

- ③ 時点の利用者の状態を考慮した上で、そのケアは必要であるか→「主な日常生活上の活動」欄に追加する
- ④ それは介護者による提供が可能であるか→「主な日常生活上の活動」欄に追加
- ⑤ 介護保険サービスによって提供が可能であるか→可能であれば居宅サービス計画書
- ⑥ 週間サービス計画表を修正する場合は、過剰なケアがあった場合には、そのケアを提供する理由があるか。その理由は何かを計画書(1)に追加
- ⑦ ケアはいつまで提供するのか、そのことは了解がとれているかを評価し、もし、とれていなければ計画書(2)の課題、目標の設定を修正する
- ⑧ 介護者の負担になっているケアがあった場合は、介護保険サービスによって提供が可能であるかを評価、可能であれば居宅サービス計画書(2)、週間サービス計画表の修正を行なう

### 4) 手順4

計画書(1)・計画書(2)・週間サービス計画表の修正をする。

#### ①サービス計画書(1)について

まず、「利用者及び家族の介護に対する意向」欄には、家族の負担になっているケアがあれば、その内容と理由を記載する。次に、「総合的な援助の方針」欄には、①不足するケアがあるのにそれを提供しない理由②過剰に提供しているが今後も提供を続けること③経済的な理由によって利用を控えている場合にはその理由、以上の3点を記載する。

#### ②サービス計画書(2)、週間サービス計画書について

まず、週間サービス計画書の「主な日常生活上の活動」欄を修正。次に月から日までの週間サービス欄の修正、そのあとに居宅サービス計画書(2)の修正。

以上の手順に沿って、演習する。しかし、実務においては、この後、修正された計画書について、①高齢者本人の意向を再確認する点を整理する。②家族の意向を再確認する点を確認する。③計画修正後の利用料の増減について確認する。(具体的な金額を算出する)、以上のことが必要である。これについては、別に演習プログラムを実施しなければならない。

## 第7章 研修の成果

研修の成果については、第5章および6章でのべた内容を受講した介護支援専門員258名に対して、研修前と研修後に「介護サービス計画研修会についてのアンケート」を行い、この研修前後の受講生の主観的認知の変化について分析を行なった。

### 1) 介護サービス計画作成の所要時間

介護サービス計画作成の所要時間の状況は、最も多いのは「31分～60分」であり、次いで「91分～120分」、「181分以上」の順となっている。

表 7.1 介護サービス計画作成の所要時間

作成時間(分)	人数
30分以下	20
31～60分	60
61～90分	13
91分～120分	31
121分～150分	1
151分～180分	13
181分以上	26
(不明)	94
合計	258

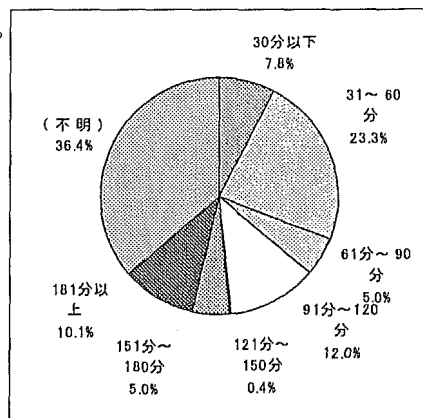


図 7.1 介護サービス計画作成の所要時間

### 2) 介護サービス計画作成時の優先

介護サービス計画作成時に利用者と家族のどちらを優先するかということについて、研修前も研修後も、最も多いのは「どちらとも言えない」となっているが、研修後は「家族」を優先すると回答した者が「22名」から「2名」へと減少した。これは、研修において介護保険制度の目的や主旨の認知が行なわれた結果であると推察される。

表 7.1.2 介護サービス作成時に優先する者(研修前と研修後)

優先する者	研修前(人)	研修後(人数)
利用者	56	62
家族	22	2
どちらとも言えない	117	98
(不明)	63	96
合計	258	258

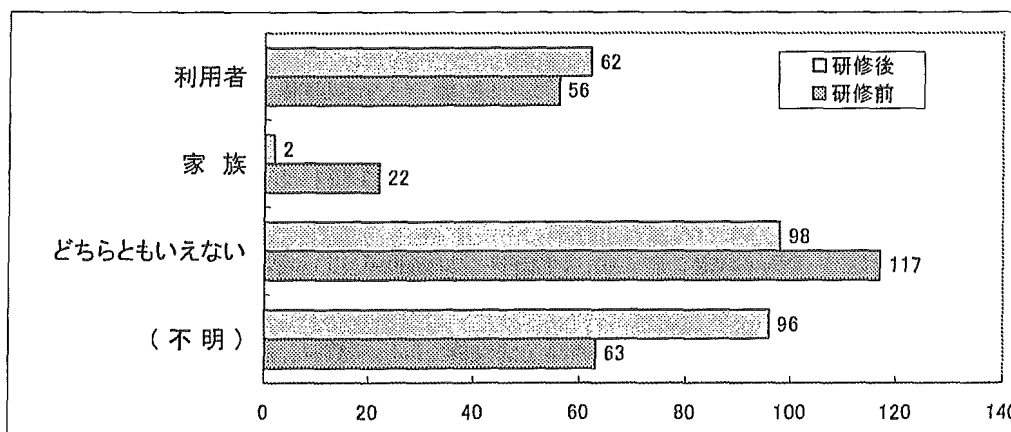


図 7.1.2 介護サービス計画作成時に優先する者(研修前と研修後)

### 3) 介護サービス計画作成時の記入が難しい欄と理由（自由記述）

介護サービス計画作成で介護支援専門員が難しいと認知しているのは、「援助目標」と「総合的援助の方針」の欄の記入であった。特に「援助目標」は、長期目標と短期目標の違いが分かりにくく、要介護度の高い高齢者における目標や援助の方針が立てづらく、抽象的になってしまうという意見が多い。回答者数は172名であった。

表 7.1.3 介護サービス計画作成時の記入が難しい欄と理由（件）

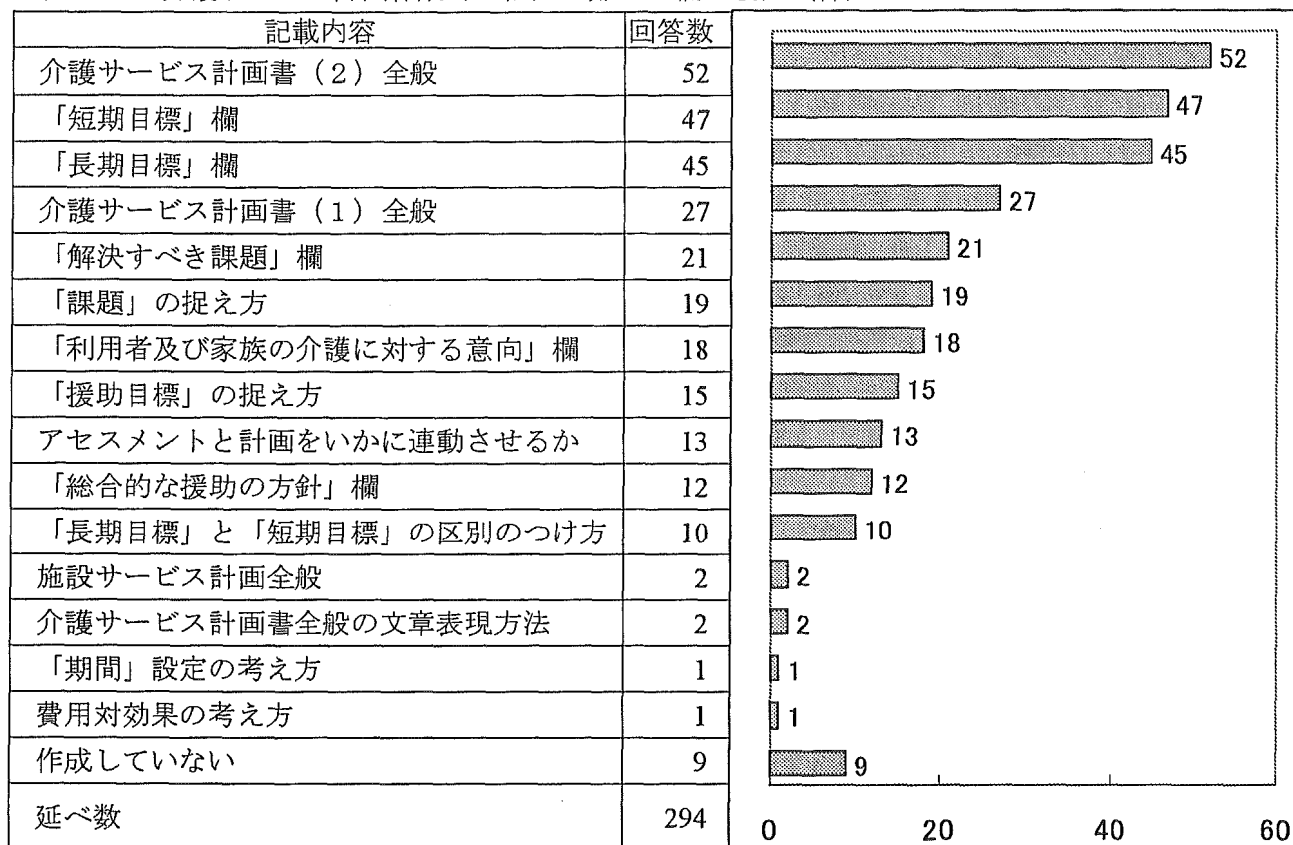


図 7.1.3 介護サービス計画作成時の記入が難しい欄と理由（件）

#### 4) 介護サービス計画作成時に重要なこと

介護サービス計画作成時に最も重要なことについては、研修前後とも「①利用者と話しをする時間を十分にとること」が最も多く、次いで「③利用者の心身状態やADLの維持と改善ができること」である。この回答傾向には、研修前後で顕著な差は見られないが「利用者が介護サービスの必要性を理解し、納得すること」という回答は、研修後、増加している。これは、介護サービスの利用については、まず本人の意思が重要であることを強調した結果であると思われる。

表 7.1.4 介護サービス計画作成時に重要なこと（研修前と研修後）

優先項目	研修前（人）				研修後（人）			
	1番	2番	3番	合計	1番	2番	3番	合計
①利用者と話しをする時間を十分にとること	136	25	32	193	129	24	28	181
②利用者の要望を全て組み入れた計画作成すること	5	4	6	15	4	5	6	15
③利用者の心身状態やADLの維持と改善ができること	62	50	52	164	56	34	44	134
④利用者が介護サービスの必要性を理解し納得すること	28	43	32	103	29	70	27	126
⑤利用者が利用料について理解し納得すること	0	8	9	17	1	4	11	16
⑥家族と話しをする時間を十分にとること	4	65	27	96	5	54	31	90
⑦家族の要望を全て組み入れた計画作成すること	0	2	3	5	1	1	2	4
⑧家族が介護サービスの必要性を理解し納得すること	3	24	34	61	1	26	42	69
⑨家族が利用料について理解し納得すること	0	1	11	12	1	1	2	4
⑩家族の介護負担が軽減すること	1	17	29	47	0	6	23	29
（不明）	19	19	23	61	31	33	42	106
合計	258	258	258	774	258	258	258	774