

5) 介護サービス計画の不適切な理由

介護サービス計画の不適切となった理由は、計画自体も実施の結果も同様に「⑦アセスメントを十分にできなかった」が最も多かった。次いで「③利用者の心身の状態やADLが悪化した」あるいは「④利用者の心身の状態やADLが改善しなかった」である。

研修後に割合が増えた不適切な理由は、「アセスメントを十分にできなかった」という理由であり、研修によって、アセスメントの重要性が認識された結果と考えられる。

表 7.1.5 介護サービス計画の不適切な理由（研修前後の変化）

優先項目	研修前 (人)	%	研修後 (人)	%
1. 利用者からの不満があった	29	9.4	28	12.2
2. キャンセル回数が多かった	28	9.1	19	8.3
3. 利用者の心身の状態やADLが悪化した	47	15.3	28	12.2
4. 利用者の心身の状態やADLが改善しなかった	45	14.7	37	16.1
5. 家族からの不満があった	35	11.4	18	7.8
6. 家族の負担が軽減しなかった	31	10.1	18	7.8
7. アセスメントを十分にできなかった	66	21.5	70	30.4
8. その他の理由	26	8.5	12	5.2
合 計	307	100	230	100

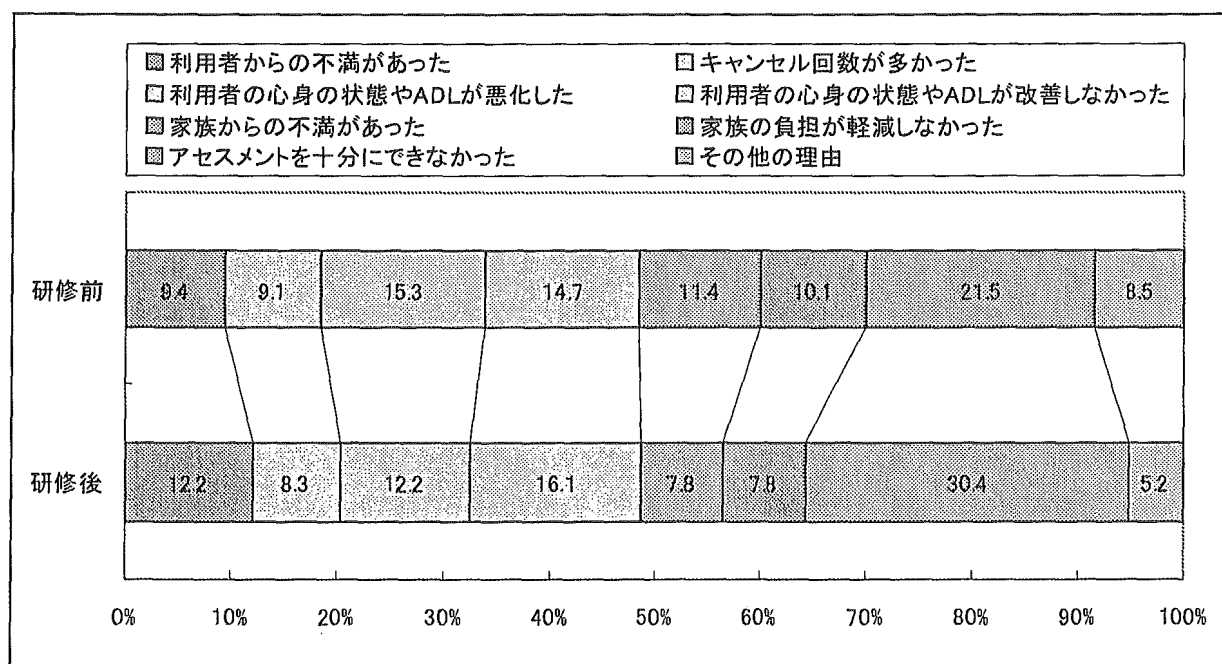


図 7.1.5 介護サービス計画の不適切な理由（研修前後の変化）

6) 今後の研修の希望 (自由記述)

今後の研修の希望は、「対人援助技術」といった基本的な内容から、「福祉用具や住宅改造等の方法」の具体的な内容にまで広範囲な意見が示された。

この結果は、介護支援専門員の業務の範囲の広さが表われていると考えられる。この自由記述の回答者数は177名であった。

表 7.1.6 介護サービス計画の不適切な理由 (研修前後の変化)

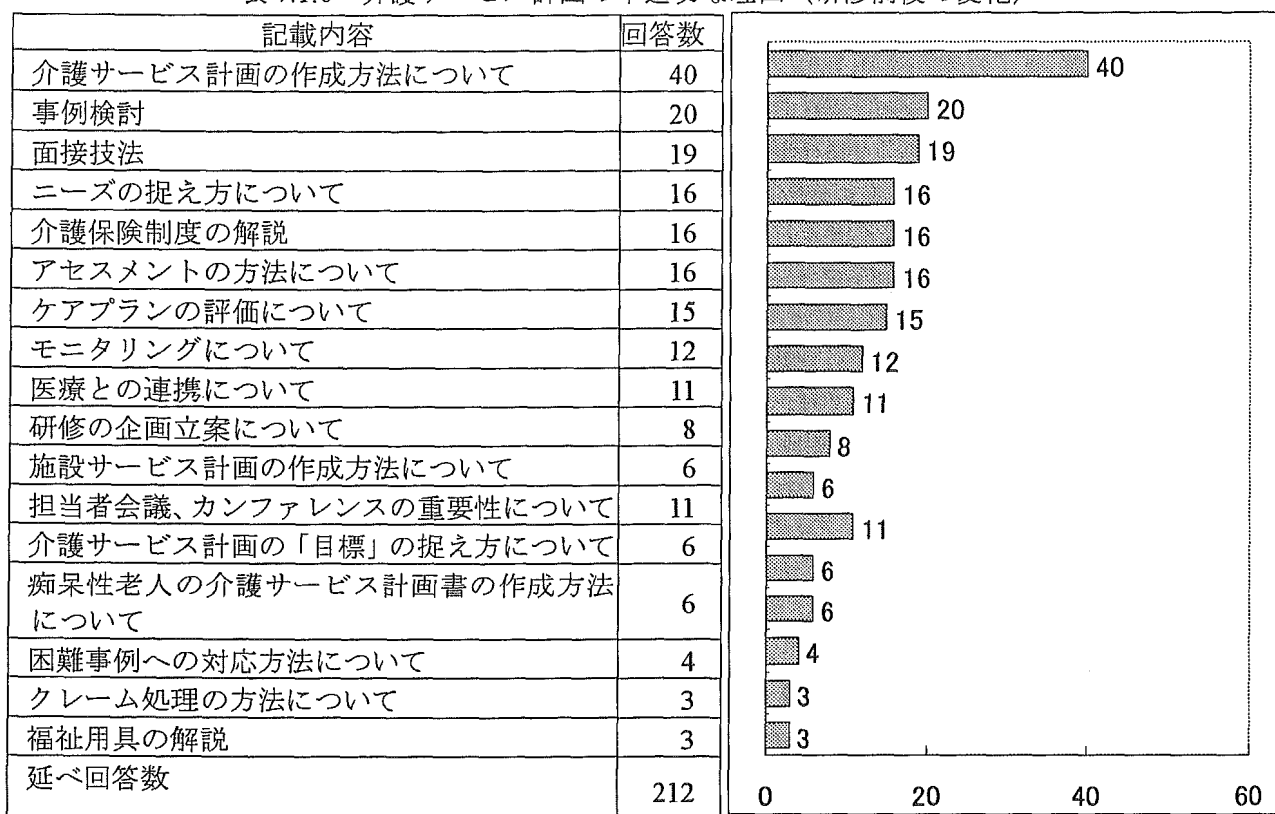


図 7.1.6 介護サービス計画の不適切

7) 研修を受けての介護サービス計画書の変更や再検討

研修を受けての介護サービス計画書の変更や再検討については、「変更しない」の12名に対して、「変更する」が30名、「再検討する」が91名と高い割合を示した。これは、自らの作成した計画の問題点が認識されたと結果と考えられる。

表 7.1.7 介護サービス計画書の変更や再検討

選択肢	人数 (%)
変更する	30 (11.6%)
再検討する	91 (35.3%)
どちらともいえない	45 (17.4%)
変更しない	12 (4.7%)
(不明)	80 (31.0%)
合計	258

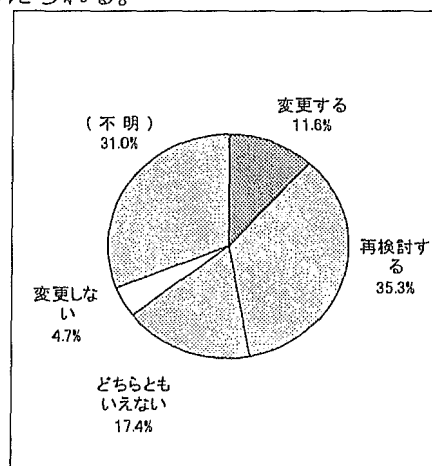


図 7.1.7 介護サービス計画書の変更や再検討

8) 介護サービス計画書の変更の理由 (自由記述)

7) において、「変更する」「再検討する」と回答した 120 名を対象に、「変更や再検討の内容とその理由」を質問した。

変更すべき内容として介護支援専門員が回答したのは、介護サービス計画書に書かれた「検討すべき課題」や「援助の目標」であった。その内容は、記述が抽象的で、しかも、その目標は達成できない目標となっていたこと。である。この他に、利用者の状況の捉え方が不十分だったとの意見が多かった。

このことは、前述のとおり、本研究により実施した研修により、第一に、援助の対象が明確になった。第二に、計画書がなぜ、作成されなければならないか、第三に、利用者にとっての援助の目標をどのように考えるべきかが明らかになったことを示している。

ただし、研修では、介護支援専門員が実際に修正した介護サービス計画を回収することができなかったため、どのように計画書を作成したかが不明である。今後の課題としては、研修を継続的に行なうことによって、計画書の評価の次の段階である、計画の実施の段階の評価が必要になると考えられる。

表 7.1.8 介護サービス計画書の変更や再検討をする内容とその理由

変更や再検討の内容	理由	回答数
計画全般における 変更や再検討	記載事項が抽象的で評価できない	12
	利用者の意向が反映されていない	10
	主治医の意見書を活用していなかった	7
	記載事項が利用者・家族には分かりにくい	5
	今までとは違う視点から考える必要がある	4
	医療的なケアが不足していた	3
	計画全体の整合性がとれていない	3
	推定シートと比較して変更点が見つかった	2
	視点が間違っていて評価できない	1
	インフォーマルサービスの検討ができていない	1
	社会資源を活用していない	1
	利用者の指導が必要である	1
	その他	7
	理由なし	7
「利用者・家族の意向」の 変更や再検討	記載内容が利用者・家族には分かりにくい	1
	どうやって利用者・家族の意向を確認すればよいのか検討する	1
「総合的な援助の方針」の 変更や再検討	記載内容が抽象的である	1
	「利用者・家族の意向」との関係が不明確である	1
	ケアマネジャーの立場が不明確である	1
「目標」の	実現可能であるか、解決可能であるかという視点がなかった	18

変更や再検討	記載事項が抽象的で評価できない	7
	利用者の意向が反映されていない	5
	記載事項が利用者・家族には分かりにくい	1
「解決すべき課題」の変更 や再検討	視点が間違っていて評価できない	9
	記載内容が利用者・家族には分かりにくい	1
「ケアの優先順位」の 変更や再検討	再度検討する必要がある	2
	多方面から考えてみる必要がある	1
	今まで「優先順位」という視点がなかった	1
「利用者・家族の意向」の 変更や再検討	記載内容が利用者・家族には分かりにくい	1
	利用者・家族の意向の確認方法を検討する	1
「総合的な援助の方針」の 変更や再検討	記載内容が抽象的である	1
	「利用者・家族の意向」との関係が不明確である	1
	ケアマネジャーの立場が不明確である	1
再アセスメントの 実施	実際のサービスにつながっていない	1
	アセスメント情報が不足していた	1
	日常生活の活動から考える必要がある	1
	関連的な判断ができていなかった	1
	生活全般をとらえていない	1
	利用者の状態変化があったから	1
	医療面のアセスメントが不足していた	1
	理由なし	1
評価・モニタリングの実施	今まで行っていなかった	5
	今までのやり方を変更して行う	3
	その他	6
担当者会議・カンファレンスの実施	重要性が理解できた	1
個別の計画書における 具体的な変更・再検討	訪問介護の検討	3
	リハビリテーションの検討	3
	訪問看護の検討	2
	福祉用具の検討	1
	住宅改造の検討	1
	病院受診の検討	1
	配食サービスの検討	1
	その他	5
延べ回答数		154

9) 研修で最も参考になったこと（自由記述）

「モニタリングの必要性、目的、方法に関すること」、「介護サービス計画の評価の方法」に関すること、「介護サービス計画作成のポイント」が上位を占めた。今回の研修では、介護サービス計画書が非常に重要であること、また、この計画書の実行過程を見直すというモニタリングは、介護サービスにおいて、必須の内容であることが受講生には理解できたものと推察された。また、介護支援専門員の仕事として、介護サービス計画の作成は、最も重要な業務であり、この計画書が介護サービスの質を評価する上で必須内容であるにも関わらず、これまで介護サービス計画の評価方法や具体的な計画作成の方法を研修していないことが自由記述から明らかになった。

介護支援専門員の研修については、今後は、介護サービス計画の具体的な作成方法を演習するような形式を検討すべきと考えられる。

表 7.1.9 研修で最も参考になったこと（自由記述）

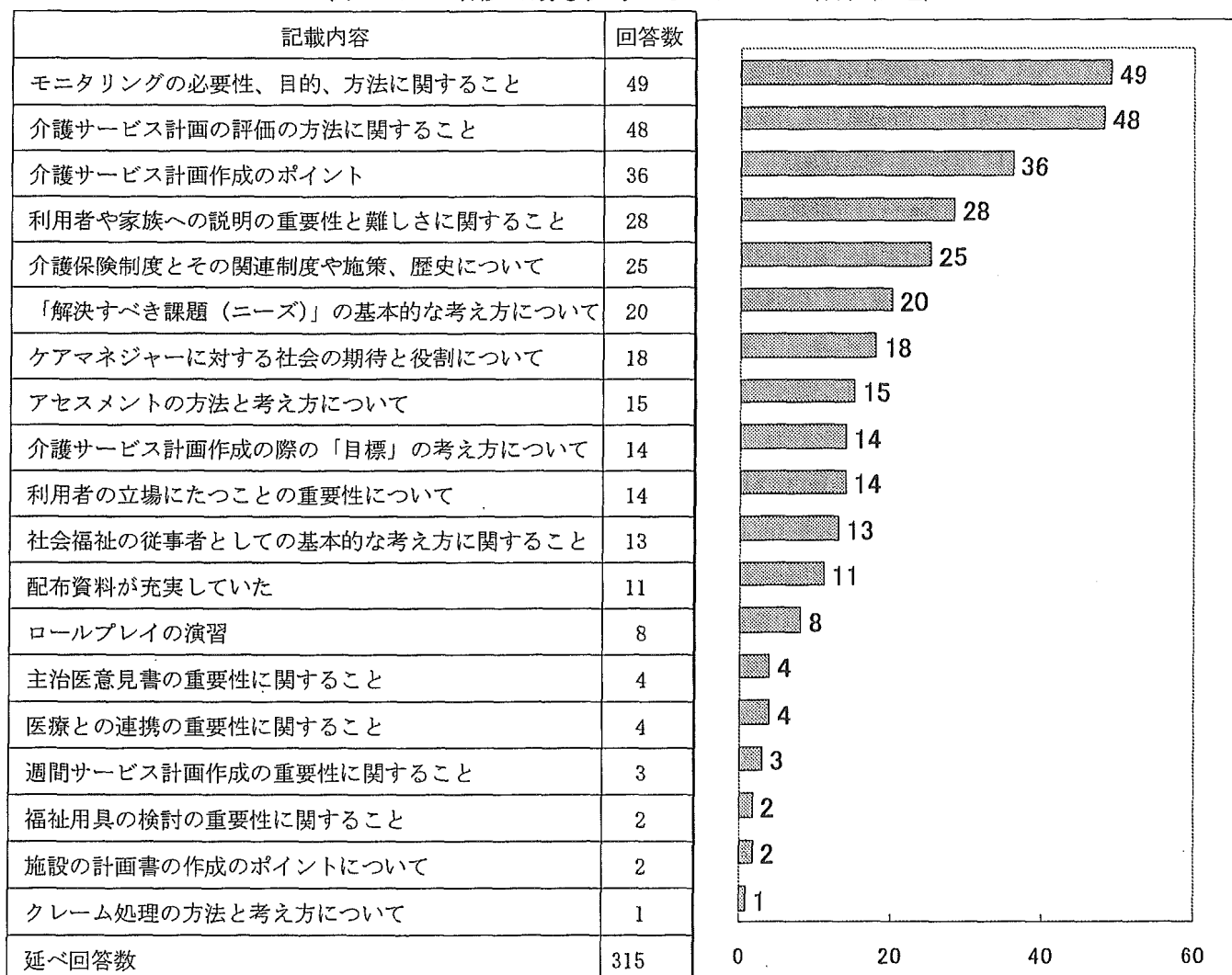


図 7.1.9 研修で最も参考になったこと（自由記述）

### 10)研修についての意見（自由記述）

この自由記述に回答した者は、合計 164 人であった。介護サービス計画書の記入方法が不明確な状況の中で、具体的な講義や演習、そして多くの資料によって記入方法やケアマネジメンの基本を再認識できたとの意見が多かった。

介護支援専門員にとっての研修においては、講義よりもむしろ具体的な演習のほうが、実効性が高いと考えられる。ただし、演習には、時間を要するため、都道府県や市町村が研修計画をたてる際には、こういった状況を配慮し、少なくとも 2 日間の時間をとることが必要であろう。

表 7.1.10 研修についての意見（自由記述）

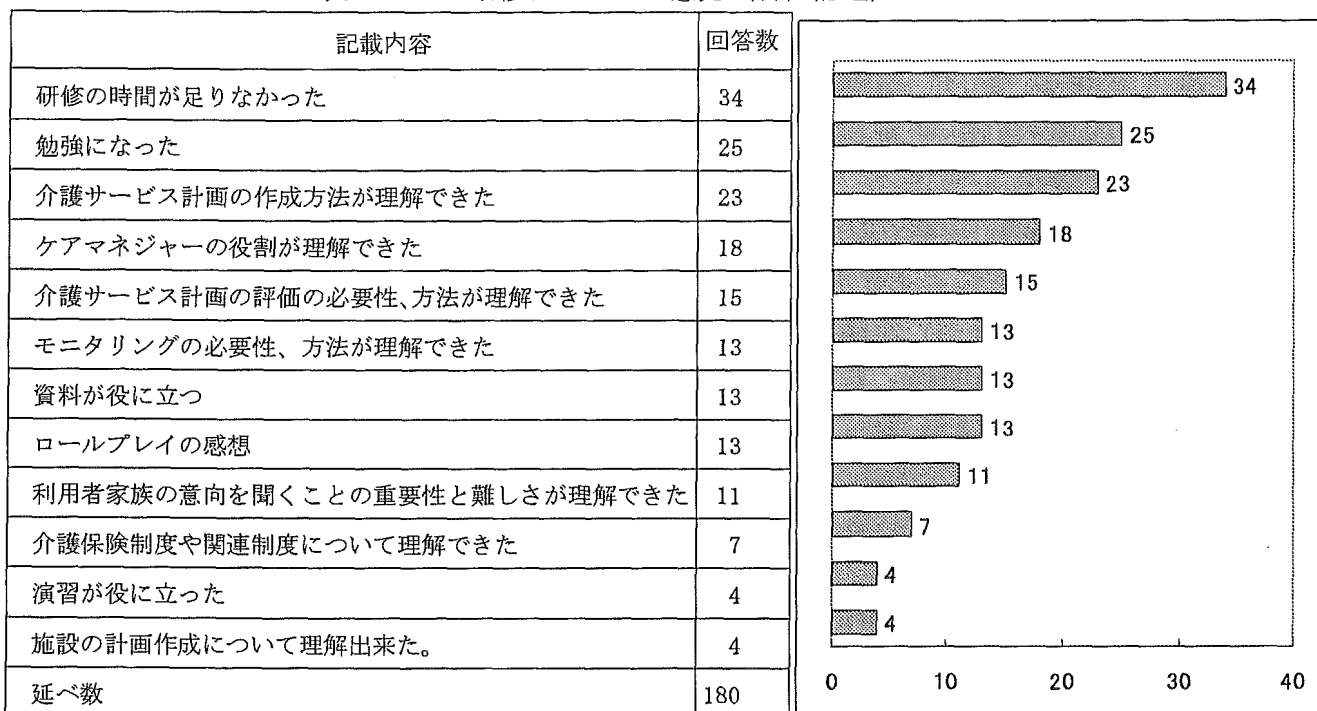


図 7.1.10 研修についての意見（自由記述）

## 第8章 まとめ

### 第1節 介護サービスの質の評価方法の基本的な考え方

介護保険制度実施から2年が経過し、介護サービスの質の評価についての議論がようやく本格化してきた。制度実施前は、質の評価よりも介護サービス量の充足に対する懸念が大きかったため、質を評価するための具体的な対応策については、ほとんど提案がなされていなかった。

さて、これまでの研究からサービスの質の評価をするためには、PLAN（計画）、PROSESS（実行）、OUTCOME（成果）の3つの階層での評価が必要で、これらの評価基準が必要であることが明らかになった。本研究では、3年間の継続研究において主にPLANおよびOUTCOMEについての検討をした。

「成果」とは、いわば介護サービスが提供された結果、要介護高齢者と介護者との変化の結果が、目標値として明らかにされたものと考えられる。また、「計画」は、現状から「成果」で示された目標値との差を充足させるための方策について、具体的に書かれたものである。つまり、「計画」は、「成果」で示される目標値に達することが可能となる道筋を書いたものであるといえる。

したがって、介護サービスの質の評価には、入口である「計画」の評価方法と出口である「成果」の評価方法を明らかにしなければ、その「process（実行）」を評価することは不可能だということになる。しかし、昨年度の研究の結果、介護サービスの提供の量や質を規定する「介護サービス計画」を作成した介護支援専門員らは、適切な計画とは何かについては、具体的に回答できず、家族とよく話し合ったという事実、あるいは、利用者が利用料に納得したという事実があれば、自らが作成した計画が適切であると判断する傾向が見られた。

すなわち、介護保険制度は、要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることへの予防に資するために介護給付を行うことを目的に発足した制度であるが、現状では、この目的は正確に理解されておらず、この目標に合致した計画を作成しなければならないという基本的なスタンスが、とられていないことが明らかになった。このことは、質の評価において必須の検討課題である出口の「成果」の認識がなされていないことを意味しており、さらに出口が明確でないだけでなく、入口への道筋も認識されていないという実態が明らかになったといえよう。

本年度の研究においては、全国の介護サービスの質の評価に関する委員会で議論されている内容を収集した結果、介護保険制度に関連する行政の担当者、学識経験者、介護の臨床現場を担う人々には、「介護サービスの質の評価が重要である」との認識があり、新たに組織された介護サービスの質の評価をすることを目的とした第三者機関もいくつかの自治体で設置されていることがわかった。

しかし、そこで行なわれている評価方法は、第1に、施設における介護サービスの評価

は、主に組織の構成員の基準や建築的な配慮、あるいは、食事時間といった内容に関する、いわば「structure（構造）」評価を主とした項目が設定されていた。在宅においてもこの傾向は、顕著であった。

また、在宅では、提供事業者の組織形態や勤務体制に関わる構造評価に加えて、介護サービスを受けている利用者や家族の苦情や顧客満足度による質の評価をするという試みがいくつかの先進的な自治体ですすめられている状況であった。

介護サービスの質の評価という観点からみた苦情の受付、相談という行為を評価するという過程は、品質管理における「著しい欠陥がある（事故を誘発するような）不良品の発見と除去」という行為に相当する。したがって、欠陥商品の除去という目的のためには、現行の第三者機関による苦情受け付けの仕組みやこれらに関わる整備が必要であることは、言うまでもないが、本来的な意味での介護サービスの質の評価とはいえない。

こういった設計品質や適合品質という考え方は、Goodsの品質評価に準じている。設計品質とは、「製造の目標としてねらった品質（JIS Z 8101）」であり、適合品質とは「設計品質をねらって製造した製品の実際の品質（JIS Z 8101）」である。したがって、設計品質とは、設計図面や仕様書などに記載されている内容をいい、適合品質は製造品質とも言われ出来上がった製品を測定することによって、設計品質にどれだけ適合しているかで評価される。このため、設計品質はばらつくことはないが適合品質は必ずばらつきを持つことになる。

すなわち、要介護高齢者に提供される介護サービスを評価するためには、まず、この設計品質が明確に示されなければ評価はできないことになる。介護サービスにおいて、ばらつきのない設計品質を示すものとは、「介護サービス計画書」であり、本来、この計画書には、設計品質を表す内容が含まれなければならない。この前提により、わが国の介護サービスの質の評価としては、適合品質の評価が要求されるべきである。

しかし、適合品質の評価は、設計品質との乖離によって示されることになることから、現状のように設計品質である介護サービス計画書に明確な品質を表示する内容が含まれていなければ、評価をすることは不可能である。

本年度の研究は、この適合品質を評価するために、必須の内容である設計品質についての介護サービス上の概念整理と、この設計品質を明らかにするための方法論について論じた。これについては、第2章で述べた通りである。次いで、第3章で、これらの問題点を是正するためには、まず、介護サービス計画を作成する介護支援専門員が介護保険サービスを受けた高齢者にとっての「成果」を要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることへの予防に資することが成果であることを強く認識し、この考え方に基づいた計画を作成するための具体的な方法論について、第4章から第6章に述べた。この方法論を利用した研修を行なうために、主任研究者が1週間にわたって本研究の内容や介護サービスの質の評価についての考え方を講義し、講師を養成した。



## 第2節 介護サービスの質の評価方法についての研修成果

本研究において、提案された研修方法を用いて介護支援専門員への研修を行なった結果について、第7章で主に研修前後の介護支援専門員の主観的な認知の変化を中心に分析を行なった。

介護支援専門員は、介護サービス計画作成においては、「援助目標」と「総合的援助の方針」の欄の記入が難しいと感じており、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いと思っていることがわかった。

とくに、要介護度の高い高齢者における目標や援助の方針は、具体的に高齢者の改善状況を考えることが難しいため、ほとんどの目標は、抽象的になってしまうという意見が多かった。これは、要介護度が高い高齢者にとっての介護サービスの「成果」とは何かが理解されていない状況を示している。このことについては、わが国の介護サービス提供の基本理念に基づいた明確な指針を今後、国として示し、いわゆる「介護の規準」についての議論をすすめていく必要がある課題と考えられる。

研修終了後、介護サービス計画書の変更や再検討については、「変更しない」の12名に対して、「変更する」が30名、「再検討する」が91名と高い割合を示した。これは、自らの作成した計画の問題点が認識されたと結果と考えられる。そして、この「変更する」「再検討する」と回答した120名に変更個所を質問したところ、それは、「検討すべき課題」や「援助の目標」であった。その理由としては、記述が抽象的で、しかも、その目標は達成できない目標となっていたことと書かれていた。このことは、介護支援専門員が、研修を受けることによって自らの計画書の問題を理解できたことを示し、重要な成果である。

なぜなら、今回の研修の目的は、第1に、「介護支援専門員が自ら作成している介護サービス計画書が計画書として不備であるということ理解すること」であり、第2に、「介護支援専門員が自らその介護サービス計画書のうち、どの部分に問題があるかを理解すること」であったといえる。そして、最終的には、「設計品質として用いることが可能な介護サービス計画書に自らが修正することができる」ということであった。

今回の研修では、介護支援専門員が実際に修正した介護サービス計画を回収することができなかつたため、どのように計画書を作成したかは、不明である。今後の課題としては、研修を継続的に行なうことによって、介護支援専門員が自ら計画書の評価を行い、修正点を明らかにし、最終段階である、設計品質を表すことができる介護サービス計画書を書くことができる段階までを継続的な研修として実行する必要があると考える。

また、今回の調査によって、介護支援専門員の仕事として、介護サービス計画の作成は、最も重要な業務であり、この計画書が介護サービスの質を評価する上で必須内容であるにも関わらず、これまで介護サービス計画の評価方法や具体的な計画作成の方法を研修していないことが自由記述から明らかになった。

介護支援専門員の研修については、今後は、介護サービス計画の具体的な作成方法を演習するような形式を検討すべきと考えられる。

### 第3節 継続的な介護サービスの質の評価と評価機関の設置

介護サービスの質を評価方法が求められる理由は、この評価方法を用いた JPRO (Japan Peer Review Organization) の設立が高齢者の権利擁護システムの一環として機能することが期待されるからである。

介護保険制度の下での擁護すべき権利を介護サービスの利用を中心に考えていくと、まず、被保険者の福祉サービスの利用手続をめぐる権利として、情報の権利がある。ここでいう情報の権利の内容とは、高齢者は利用可能なサービスについて利用手続、費用負担はもとより、処遇基準、苦情解決の窓口、権利擁護をしてくれる団体・人などまでくわしく知る権利を有している。さらに、市町村ならびにサービス提供者は、高齢者の理解できる方法でこれを周知する義務を負うと考えられ、施設・在宅サービス事業者は、第三者評価の結果についてもその情報提供につとめるべきである。

したがって、JPRO の設立は、市町村が設置すべき機関であり、保険者である市町村は、被保険者に必要とされる介護サービスの質の評価情報を提供する義務を負っているのである。本来、この評価指標は、PLAN (計画)、PROSESS (実行)、OUTCOME (成果) の3つの評価から成立すべきであるが、本研究では、入口となる PLAN に焦点をあてざるをえなかった。

なぜなら、成果を明確にした計画を作成できる専門家が地域には、いまだ養成されていなかったからである。また、2001年に1,303市町村に実施された平岡らの調査<sup>1)</sup>によれば、サービス評価システムの有無について、すでに実施しているところは、全体の2.3%であり、特に検討していないところが、74.1%、検討中が22.1%と示され、介護サービスの評価をすべきという認識をもっている市町村は、少ないと考えられる。また、介護サービス計画の内容を市町村がすべて把握している割合は、9.3%であり、1割にも満たない。ほとんど把握していないが、53.3%、一部の内容は把握しているが35.4%と示され、ほぼ半数の自治体を実施されているサービスの内容をわかっていないのである。さらに、介護サービス計画を改善するための対策としては、「介護支援事業者連絡会を通して、必要な情報を提供している」が60.2%で最も多く、次いで、「地域ケア会議や事例検討会などで協議、調整によって改善を図っている」が48.2%と示され、「ケアプランの評価システムを導入する」は、60.2%が実施は考えていないと回答していた。この結果は、市町村は、実効性の高い方策は、行なっておらず、具体的に介護サービス計画の改善に関わろうという意識が低いことが推察される。

ただし、「研修の強化等により、ケアマネージャー(介護支援専門員)の資質向上を図るについては、「すでに実施している」が41.1%、「今後実施したいが」39.6%と示されており、これらの研修を具体的な計画作成の演習まで含めた、より実効性の高いものにしていくことによって、介護サービスの評価機関の設置も基盤ができるのではないかと考える。

本研究の成果として示した、介護サービスの質の評価を行なうための基本である「介護サービス計画書」の考え方やその作成についての研修方法は、今後、類似の看護や医療といった対人サービスの評価手法として大いに期待されるものとなると考えられる。また、

このような作成方法に基づいた計画書をすべての介護支援専門員が作成できれば、介護サービスを提供される高齢者側の立場に立って検討することも可能になる。このことは、介護保険制度によって生まれた介護サービスの疑似市場化についての政策評価を行なう際にも有効であると考えられる。しかし、これらの評価は、昨年度の研究で明らかにしたように、要介護高齢者を集団として評価する方法論を適用することが中心となる。そこで、今後の課題としては、個々の高齢者に対する「計画-過程-成果」を検討するための方法論が必要となると考える。

#### 第4節 今後の課題

介護サービスの質の評価機関が最終的に求められる評価基準は、個々の高齢者にとっての「成果」をどう考えるかである。すなわち、状態の変動の激しい要介護高齢者に対する介護サービス提供のための計画は不確定な要素が極めて多く、従来は、この対応については、問題への対処療法的な取り組みしか、行なわれていない。このため、とくに痴呆症状のある高齢者に対する介護は、「常に見守りが必要」という非現実的な計画が書かれ、その実行は、ほとんど不可能であった。

このため、今後の介護サービスの評価においては、第1に、個々の高齢者についての成果設定の方法論について検討すること。今回の研究から、介護支援専門員が援助目標の立て方に苦勞をしていると回答された高い要介護の高齢者個々の成果について、どのように考えるべきかの基本的な考え方を整理すること。第2に、日々変動する高齢者の状況のそのときどきの判断について、いわゆる「走りながら考える」ための経時的変化に合致した方法論を確立すること、第3に、介護サービスの提供者や介護サービス計画の作成者らが1対1で要介護高齢者に対応し、関係を構築しながら、どのような介護サービスを提供すべきかを、刻々と判断できるような方法論を確立していくことであると考えられる。

以上の3点を勘案した方法論としては、「ベイズ推定」が有効であると考えられる。要介護高齢者の介護に際しては、まず、情報が氾濫して無駄な情報（ノイズ）が紛れ込むことが多い。この中で、どのような介護サービスをすべきかを常に判断をしなければならず、しかも、霍乱情報だけでなく、実際に、状況が刻々と変化するという状況の中で、その時宜に応じた正確な判断ができる方法論が求められる。さらに、介護では、常に当事者自身の変更がおりうる。すなわち、その時々異なる介護サービス提供者と要介護高齢者という関係が成立していくといった極めて複雑な状況を呈している。

このような不確実性の高いサービスに対する意思決定には、ベイズでの「逐次逆推定」などが有効だと考えられる。ベイズ理論を用いた試みは、すでに多くの領域で試みられている。例えば、マイクロソフト社では、パーソナル・アシスタンスの分野で、文脈依存型検索エンジン、自然言語構文解析システムなどで、社内用のヘルプデスク・アプリケーションに実用化している。

また、プロトタイプではあるが、音声でやりとりする「ベイズ受付（Bayesian

Receptionist)」なるものも生まれている。このシステムでは、顧客に、いちいちツリー状の分岐の質問（if-then）をたずねる 20 世紀型ではなく、来客が突然何を言い出そうとちやんとご案内するという A I が開発されている。

介護保険制度で用いられているシステムは、いずれも if-then 型の 20 世紀モデルである。しかし、今後は、介護サービス計画作成においては、「ベイズ型の AI」を用いた支援ツールの開発や、このツールによって作成された介護サービス計画の process の評価、および成果の評価においても「ベイズ型」の考え方が有用となると予測されることから、今後は、ベイズ推定理論の介護領域への応用を検討する必要があると考える。

1) 平岡公一、武川正悟、武智秀之、鎮目真人：厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「介護サービス供給システムの再編成の成果に関する評価研究」平成 12 年度総括・分担研究報告書、pp97-109

# 資料編

資料 1. 介護サービス計画研修会についてのアンケート

資料 2. 介護サービス計画研修会についてのアンケート集計結果（自由記述）

資料 3. 介護支援専門員研修資料一式

1. 研修参加者の属性
2. 制度創設の経緯
3. 社会資源としての介護保険制度
4. サービスコードを特定する上での確認事項
5. サービス種類内の単位数の範囲（最小と最大）
6. 条件の違いによる単位数の範囲
7. 要介護度別の居宅サービス計画（週間）の例
8. 利用者等からのクレームの例
9. 介護サービス計画書の記載内容の構造
10. 介護サービス計画書の記載内容の具体例
11. 介護サービス計画書記入文例
12. 要検討や具体的な説明が必要と思われる記載例
13. 介護サービス計画の検討項目一覧表
14. モニタリングと評価の重要ポイント
15. 事前提出資料の集計結果データ
16. 中間評価項目と必要な介護内容の推定シート（出力見本）
17. 居宅サービス計画書の評価シート
18. 研修会企画シート集
19. 研修会企画シート集（記入例）

## 資料1. 介護サービス計画研修会についてのアンケート

# 資料 1

## 介護サービス計画研修会についてのアンケート①（研修前）

市町村名		回答者番号		回答日	平成 年 月 日
------	--	-------	--	-----	----------

1. 以下の①～⑨までの項目についてお答えください。

①年齢 ( ) 歳	②性別 ( 男 ・ 女 )
③資格 (看護婦 (士) ・ 保健婦 (士) ・ 社会福祉士 ・ 介護福祉士 ・ 作業療法士 ・ 理学療法士 ・	
その他 ( )	④経験年数 ( ) 年 ( ) か月
⑤介護支援専門員として働いている期間 (前月末日現在) ( ) 年 ( ) か月	
⑥所属する事業所の種類 ( )	
⑦あなたが今現在、担当している利用者数 ( ) 人	
⑧介護支援専門員を対象とした研修会への参加の有無 (参加した ・ 参加していない)	
⑨「参加した」とお答えになった場合、回数とその主催者についてお書きください。	
( ) 回参加、主催者 (例：都道府県) ( )	

2. 介護サービス計画の作成におけるあなたの業務を振り返ってお答えください。

※なお「介護サービス計画」とは「居宅（施設）サービス計画書(1)」「居宅（施設）サービス計画書(2)」「週間サービス（日課）計画表」及び居宅における「サービス利用票／別表」の標準様式をさします。

(1) 1名分の介護サービス計画作成に平均どのくらい時間をかけていますか。

約 ( ) 分間

(2) 介護サービス計画を作成するときに、利用者とその家族との意向が合致しなかった場合にはどちらを優先することが多いですか。

(利用者 ・ 家族 ・ どちらともいえない)

(3) 介護サービス計画を作成するときに、どの欄の記入が最も難しいと思われませんが、以下にお書きください。なお、複数ある場合は全てお書きください。また、難しいと思われる理由もお書きください。

(4)介護サービス計画を作成するときに、最も重要だと考えている点は、どのようなことでしょうか。優先順位の高い上位3つを以下から選択して下さい。

優先順位 1番( ) 2番( ) 3番( )

- ①利用者と話しをする時間を十分にとること
- ②利用者の要望を全て組み入れた計画を作成すること
- ③利用者の心身状態やADLの維持と改善ができること
- 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
- ⑤利用者が利用料について理解し納得すること
- ⑥家族と話しをする時間を十分にとること
- ⑦家族の要望を全て組み入れた計画を作成すること
- ⑧家族が介護サービスの必要性を理解し納得すること
- ⑨家族が利用料について理解し納得すること
- ⑩家族の介護負担が軽減すること

(5)これまでに作成した介護サービス計画の中で、最もうまくいかなかった計画を思い出して下さい。あなたが、うまくいかなかったと判断した理由を以下の中から該当するもの全ての番号を○で囲んでください。

- 1. 利用者からの不満があった
- 2. キャンセル回数が多かった
- 3. 利用者の心身の状態やADLが悪化した
- 4. 利用者の心身の状態やADLが改善しなかった
- 5. 家族からの不満があった
- 6. 家族の負担が軽減しなかった
- 7. アセスメントを十分にできなかった
- 8. その他の理由( )

(6)今後の介護サービスに関する研修では、どのような内容を学びたいですか。以下にお書きください。



## 介護サービス計画研修会についてのアンケート②（研修後）

3. 本日の研修に参加して、作成した介護サービス計画書を変更や再検討をする内容がありましたか。

（変更する・再検討する・どちらともいえない・変更しない）

4. 上の質問で「変更する」「再検討する」と回答していただいた方にお伺いします。変更や再検討の内容と、その理由を以下にお書きください。

5. 本日の研修に参加して、最も参考になったことはどのような内容ですか。以下にお書きください。

6. 本日の研修に参加して、今後、介護サービス計画を作成するときに、利用者とその家族との意向が合致しなかった場合には、どちらを優先しようと思えますか。

（利用者・家族・どちらともいえない）

7. 本日の研修に参加して、今後、介護サービス計画の作成にあたって、最も気をつけなければならない点を以下の①～⑩の中から優先順位の高い上位3つを以下から選択して下さい。

優先順位 1番 ( ) 2番 ( ) 3番 ( )

- ①利用者と話しをする時間を十分にとること
- ②利用者の要望を全て組み入れた計画を作成すること
- ③利用者の心身状態やADLの維持と改善ができること
- 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
- ⑤利用者が利用料について理解し納得すること
- ⑥家族と話しをする時間を十分にとること
- ⑦家族の要望を全て組み入れた計画を作成すること
- ⑧家族が介護サービスの必要性を理解し納得すること
- ⑨家族が利用料について理解し納得すること
- ⑩家族の介護負担が軽減すること

8. これまでに作成した介護サービス計画の実施後の状況（結果）で、あなたが、うまくいかなかったと判断する理由を以下の中から該当するもの全ての番号を○で囲んでください。

- 1. 利用者からの不満があった
- 2. キャンセル回数が多かった
- 3. 利用者の心身の状態やADLが悪化した
- 4. 利用者の心身の状態やADLが改善しなかった
- 5. 家族からの不満があった
- 6. 家族の負担が軽減しなかった
- 7. アセスメントを十分にできなかった
- 8. その他の理由 ( )

9. 本日の研修について等、ご自由にご意見を以下にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

資料 2 .

介護サービス計画研修会についてのアンケート集計結果 (自由記述)

## 資料2 アンケート集計結果（自由記述）

### 1. 記入が難しい欄とその理由

（ケアマネからみて）ニーズがあっても、本人、家族が必要としていない場合。利用者負担を考えてしまう（金銭面）。
（長期・短期）目標：課題によって設定が変わってくる。考え方によって目標の立て方も大きく変わる。課題がクリアできれば次の課題や目標を立てなければならない。
「意向」。本人も家族も、どうありたいのかよくわからない時。また家族の意向がとても本人に負担を強いる内容の時。
「居宅サービス計画書(1)」の「総合的な援助の方針」に苦慮します。タイムリーに、広い視野で、あらゆる方向からのサービスのアプローチを考えて方針を！！と考えると、考えをまとめるのが困難になります。カメラのズームレンズのように、遠近を何度も繰り返して作成しています。
「生活全般の解決すべき課題」で、誰にとっての課題か？細かく課題をあげていくのか、あるいは大まかに問題をよせて課題としてあげるのか、いまだにいつも悩んでいます。
「総合的な援助の方針」を記入する際に、計画書(2)の「具体的なサービス内容」とほとんど重なってしまいます。最終的には自立支援を目的として計画をたてているので自立支援を目指すという文章が、ほとんどの利用者の欄に記入することになってしまい、自分の文章力の無さに後で見直してショックをおぼえます。
1回の面接で本人や家族のニーズを引き出すことが難しい。とりあえずのニーズを考えるのが大変である。また、目標について（特に長期目標）考えるのが大変である。家族の役割をケアプランに入れにくい。インフォーマルなもの利用まで、なかなか考えられない。
①長期及び短期目標の立て方。患者ニーズのとらえ方で、問題点の記述の仕方。②痴呆患者様の場合、リハビリ的な部分で本人が嫌がる事でADLアップを図る必要があるのか迷う場合がある。
①計画書（2）の課題、目標、サービス内容の書き方、書き方を応用したやり方にする時に時間がかかる。課題が多いときどこまでを課題として計画書の中に記入するのか、またどうまとめてやるのか。②週間サービスの調整が難しい。1時間が良いのか30分なのか2時間なのか、どの間隔で入れるべきかが難しい。
アセスメントとサービス計画の連動。
アセスメントを行なう際、ケアマネジャー側が必要と考えた総合的な援助目標を細かく、長期、短期目標に分析する手法。必要だと思われる援助目標を、利用者一部負担金の予算を兼ねそなえた結果、削除または負担金をかからないようなサービスに変更しないといけないとき。
援助計画書の中で、援助内容が家族（利用者）と、ケアマネとの間でどうしても合意していなくて、家族から強く要望された時・・・。（サービスが過剰にならないか）
援助の方針だと思います。誰に向けて書いているのかが分かりません。利用者なのか、家族、行政なのか、ということをいつも疑問に思います。
援助目標（長期）。
援助目標（長期・短期）。日々変化する。利用者、家族の話しの差異。
援助目標（長期・短期）。表現しにくく、期間も定められない。
援助目標。利用者によって長期も短期も同じ事柄になってしまい作りづらい。
援助目標の短期目標、長期目標で、自分の価値観が強くなってしまふ。総合的な援助方針は、ご本人と、ご家族がよく考えて判断できるだけの情報提供をし、その上で援助方針を立てる努力をしているか。（自分の考えのみが前へ出ていないか）
援助目標の長期・短期の決め方や期間の決定。