

平成 24 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

ケアマネジメント詳細検討結果に基づく
新様式(案)等の活用に関する実証事業
報 告 書

平成 24 年 12 月

株式会社 日本総合研究所

**ケアマネジメント詳細検討結果に基づく新様式(案)等の活用に関する実証事業
報告書
目次(案)**

第1章 事業の背景と目的	1
第2章 事業内容と方法	3
1. 研修テキスト作成	3
(1) カリキュラム	3
(2) 研修テキスト	5
2. 実証に向けたブロック研修講師の育成(中央研修)	6
3. 実証に向けた新様式(案)の活用研修(ブロック研修)	7
(1) 開催状況	7
(2) 参加者の状況	7
第3章 事業の評価ならびに調査結果	11
1. カリキュラムならびにテキストの妥当性に関する評価	11
2. テキストを理解するうえでの留意点(中央研修・ブロック研修における質疑)	12
第4章 事業の成果:研修テキスト	17
資料 1: 自立支援ケアマネジメントと実証に用いる課題整理表(仮称)の考え方について (研修資料 4)	17
資料 2: 実証に用いる課題整理表(仮称)と評価表の記載方法(研修資料 5)	21
資料 3: 課題整理表(仮称)フォーマット(研修資料 6)	28
資料 4: 居宅サービス計画書(評価表)(仮称)フォーマット(研修資料 7)	30
資料 5: 記入例説明用事例 関連資料(研修資料 8)	31
資料 6: 記入ワーク用事例 関連資料(研修資料 9)	35

第 1 章 事業の背景と目的

平成 22 年度、23 年度の老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業である「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」のなかで、全国の 1,864 ヲ所の事業所、3,284 人の介護支援専門員から、居宅介護支援・予防支援の 8,425 件のケース事例を収集し、集計・分析を行った。さらに、個別ケースの情報と、実際のサービス計画書とを組み合わせ、事業所や担当している介護支援専門員の属性等の要員にも配慮しながら、ケアプラン・ケアマネジメントの実態を検証するとともに、評価・分析を実施した。

この検証結果を踏まえ、平成 23 年度報告書のなかで、介護支援専門員が実施しているアセスメントの思考過程を可視化に寄与する様式として、「課題整理表(仮称)」を提案した。これは、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明らかにすることを目的として、要介護・要支援者の現状、見通し、判断根拠、予後予測、解決すべき課題(ニーズ)を整理するものである。

本事業では、上記の分析・検証結果を踏まえ、課題整理表(仮称)および評価表(案)の具体的な活用方法の実証するため、中でも課題整理表(仮称)の活用方法を伝える研修手法をとりまとめることを目標とした。

具体的には、以下に示すように、本調査研究では課題整理表(仮称)等の活用方法に関する研修会(中央研修、ブロック研修)を行い、その内容や使用したテキスト等に対する評価を実施した上で、今後の課題を整理した。

第2章 事業内容と方法

1. 研修テキスト作成

平成23年度のケアプラン詳細検討の結果明らかになったケアプランの作成に関する課題や留意点等を踏まえ、課題整理表(仮称)等の活用に関する研修カリキュラム及び研修テキストをとりまとめた。

とりまとめにあたっては、事務局にて原案を作成した上で、後述する中央研修の講師候補者による添削を経て研修カリキュラム及び研修テキストをとりまとめた。研修カリキュラムのテキストは、参考資料のとおりである。

(1) カリキュラム

① 中央研修カリキュラム

ブロック講師を養成するための研修カリキュラムは、ケアマネジメントにおける課題、新様式(案)の意図などの背景を把握したうえで、ブロック講師として受講者からの質問等に回答するに足る深い理解が必要なため、休憩を除いて9時間(第1日4時間15分、第2日4時間45分)のカリキュラムとした。全国から集まるため、移動時間に配慮し、1泊2日の研修とした。

図表1 中央研修カリキュラム詳細(タイムテーブル)

日	時間	内容	備考
第1日	13:30～14:00	介護支援専門員の資質向上と今後のあり方及び自立支援に向けたケアマネジメントについて	厚生労働省
	14:00～15:00	本実証事業の目的と進め方について	事務局
	15:15～15:30	実証に用いる課題整理表(仮称)の作成経緯と記入方法について	事務局
	15:30～16:00	課題整理表(仮称)の記載例と考え方について	中央研修講師
	16:00～18:00	課題整理表(仮称)の作成演習、質疑応答 ・事例の説明(10分) ・個人ワーク(20分) ・グループワーク、質疑応答(80分) ・全体コメント(10分)	中央研修講師
第2日	9:30～9:45	本日の進め方の説明	事務局
	9:45～10:15	サービス担当者会議(模擬カンファレンス)	各班/ロールプレイ
	10:30～12:00	(仮称)課題整理表に関する意見交換	各班
	13:00～14:30	全体を通じての質疑、意見交換	中央研修講師
	14:30～15:30	ブロック説明会の進め方及び今後の進め方について	事務局

② ブロック研修カリキュラム

各ブロックにおける研修は、6時間のカリキュラムとし、1日で実施できるように構成した。

講義だけでなく、演習やグループワークを盛り込み、受講者が実際に手を動かして、課題整理表(仮称)を使うことや、課題整理表(仮称)に基づいてグループでディスカッションする時間を確保した。

図表2 ブロック研修カリキュラム詳細(タイムテーブル)

時間	内容	備考
9:30～10:15	本日の進め方について 本事業の目的と進め方について 説明:40分 質疑:5分	事務局
10:15～11:15	自立支援ケアマネジメントと実証に用いる課題整理表(仮称)の記入方法について 自立支援ケアマネジメントと課題整理表の考え方、及び記入方法の説明:35分 質疑:5分 事例①(Y様)の説明:5分 事例①に関する資料の読み込み:15分	事務局 ブロック説明会担当講師
11:25～11:50	自立支援ケアマネジメントと実証に用いる課題整理表(仮称)の記入方法について(続き) 事例①の課題整理票の説明:15分 質疑:10分	ブロック説明会担当講師
11:50～12:30	課題整理表(仮称)の作成演習(個人ワーク) 事例②(T様)の説明:5分 事例②に関する資料の読み込み:15分 個人ワーク:20分	ブロック説明会担当講師
13:30～14:45	課題整理表(仮称)の作成演習(グループワーク) グループワーク:50分 質疑、全体コメント:25分	ブロック説明会担当講師
15:00～16:15	多職種及び個別サービス担当者との模擬打合せ 進め方の説明:10分 模擬打合せの実施:30分 全体コメント:10分 評価表の記載方法の説明:15分 質疑:10分	ブロック説明会担当講師 各班/ロールプレイ ブロック説明会担当講師
16:15～16:35	全体を通じての質疑、意見交換	ブロック説明会担当講師 事務局
16:35～17:00	今後の進め方について	事務局

(2) 研修テキスト

研修資料は、中央研修・ブロック研修とも共通である。

資料 3～10 については巻末に添付したとおりである。

なお、巻末資料は、中央研修・ブロック研修の会場において受けた質疑応答も踏まえて更新している。

図表3 研修資料一覧

資料 1. タイムテーブル

資料 2. 参加者名簿

資料 3. 本事業の目的と進め方について

資料 4. 自立支援ケアマネジメントと実証に用いる課題整理表(仮称)の考え方について

資料 5. 実証に用いる課題整理表(仮称)と評価表の記載方法

資料 6. 課題整理表(仮称)フォーマット

資料 7. 居宅サービス計画書(評価表)(仮称)フォーマット

資料 8. 記入例説明用事例 関連資料

- ・ 事例概要 Y 様
- ・ フェースシートサマリー
- ・ アセスメントサマリー
- ・ 主治医意見書
- ・ 課題整理表(仮称)

資料 9. 記入ワーク用事例 関連資料

- ・ 事例概要 T 様
- ・ フェースシートサマリー
- ・ アセスメントサマリー
- ・ 主治医意見書
- ・ 課題整理表(仮称)※演習記入用

資料 10. 今後の進め方について

2. 実証に向けたブロック研修講師の養成(中央研修)

中央研修を実施し、各ブロックにて実証に参加する介護支援専門員を指導する指導役を育成する研修カリキュラム及び研修テキストを検証した。

ブロック研修講師の選定にあたっては、日本介護支援専門員協会を通じて各ブロックに候補者の推薦を依頼し、推薦された候補者に事務局より就任依頼を行った。ブロック別の講師は下記のとおりである。

平成 24 年 9 月 1 日ならびに 2 日の 2 日間にわたり、東京都内の会場にて研修を実施した。研修には、下記のブロック講師(中央研修受講者)17 名に加え、テキスト編集に携わった中央研修講師 2 名、スーパーバイザーとして、日本介護支援専門員協会・厚生労働省老健局振興課から数名が出席した。

図表4 ブロック別 ブロック講師(中央研修受講者)一覧

北海道・東北ブロック	3 名(北海道 1 名、青森県 2 名)
関東ブロック ※	3 名(神奈川県 3 名)
中部・北陸ブロック	3 名(愛知県 1 名、石川県 2 名)
近畿ブロック	3 名(大阪府 1 名、京都府 1 名、兵庫県 1 名)
中国・四国ブロック	2 名(広島県 2 名)
九州・沖縄ブロック	3 名(福岡県 2 名、大分県 1 名)

※ 関東ブロックについては、中央研修講師がブロック研修講師を兼ねるため、実質は 5 名(東京都 2 名、神奈川県 3 名)である。

3. 実証に向けた課題整理表(仮称)等の活用研修(ブロック研修)

(1) 開催状況

中央研修の受講者が指導役となり、各ブロックにおいて課題整理表(仮称)等の実証に参加する介護支援専門員向けの研修を開催し、研修カリキュラム及び研修テキストの検証を行った。各ブロックで、可能な限り複数回開催し、参加者の利便性を高めた。なお、いずれの回も内容は同じであり、1回の受講で研修は終了する。

図表5 ブロック説明会 実施状況

	ブロック	回	開催地	日程	会場
1	北海道・東北	第1回	青森県青森市	9月29日(土)	青森県薬剤師会 研修室
2	北海道・東北	第2回	北海道札幌市	10月28日(日)	TKP カンファレンスセンター
3	関東	第1回	東京都内	10月8日(祝)	日本総合研究所 会議室
4	関東	第2回	東京都内	10月14日(日)	日本総合研究所 会議室
5	中部・北陸	第1回	石川県金沢市	10月6日(土)	地場産業振興センター
6	中部・北陸	第2回	愛知県刈谷市	10月19日(金)	刈谷市総合文化センターアイリス
7	近畿		大阪府金沢市	9月30日(日)	大阪府協会 会議室
8	中国・四国	第1回	広島県広島市	9月14日(金)	広島 YMCA 国際文化センター
9	中国・四国	第2回	広島県広島市	9月19日(水)	広島 YMCA 国際文化センター
10	九州・沖縄	第1回	福岡県広島市	9月16日(日)	飯塚市 穎田公民館
11	九州・沖縄	第2回	福岡県福岡市	9月20日(木)	TKP 博多駅南会議室

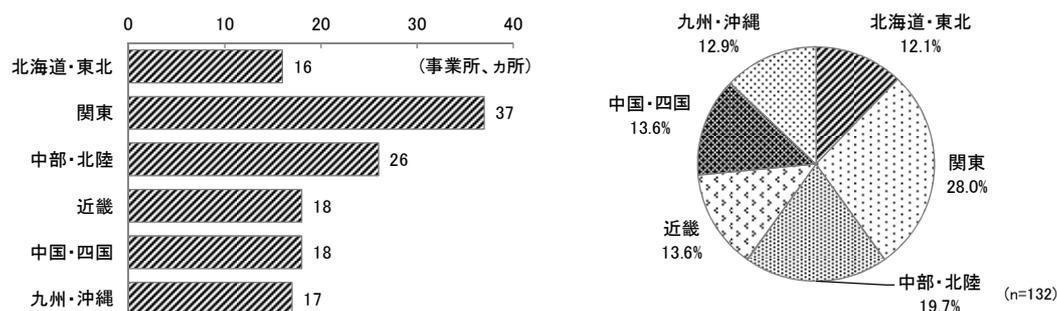
(2) 参加者の状況

受講者の募集については、日本介護支援専門員協会を通じて、各ブロックに募集を依頼した。一事業所あたりの参加者数は原則5名を上限としたが、一部希望に応じて6名参加した事業所もあった。なお、募集の途中段階において一人事業所の割合が低かったため、一人事業所を対象として日本介護専門員協会のホームページを通じて追加募集を行った。

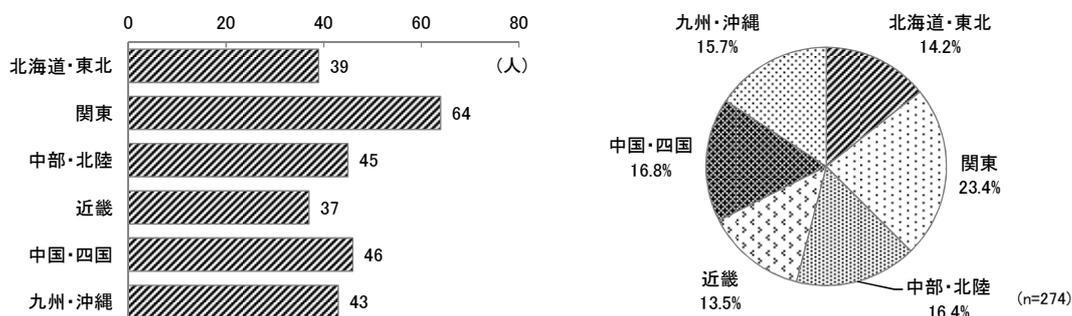
① 地域別参加状況

地域別には、関東ブロックが37事業所64人と最も多かった。関東に次いで多かったのは事業所数ベースでは中部・北陸ブロック、受講者数ベースでは中国・四国ブロックであった。

図表6 ブロック別 ブロック説明会 参加状況(事業所数)



図表7 ブロック別 ブロック説明会 参加状況(受講者数)



都道府県別に詳細を見ると、参加事業所数が多かった都道府県は、愛知県、広島県、東京都などである。受講者数が多かった都道府県は、広島県、福岡県、愛知県の順となっている。

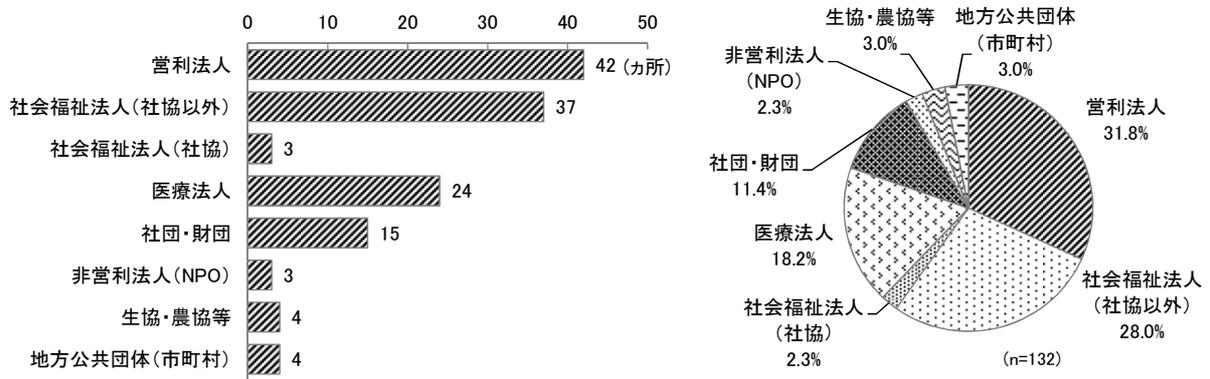
図表8 都道府県別 ブロック説明会 参加状況

		事業所数	受講者数
北海道・東北 ブロック	北海道	7	23
	青森県	8	15
	山形県	1	1
関東ブロック	神奈川県	9	23
	東京都	17	23
	千葉県	3	10
	埼玉県	7	7
	群馬県	1	1
中部・北陸 ブロック	愛知県	18	31
	岐阜県	1	1
	三重県	1	2
	静岡県	1	1
	石川県	5	10
近畿 ブロック	兵庫県	4	14
	大阪府	9	13
	京都府	2	7
	滋賀県	2	2
	和歌山県	1	1
中国・四国 ブロック	広島県	18	46
九州・沖縄 ブロック	福岡県	11	28
	大分県	4	13
	沖縄県	2	2
総計		132	274

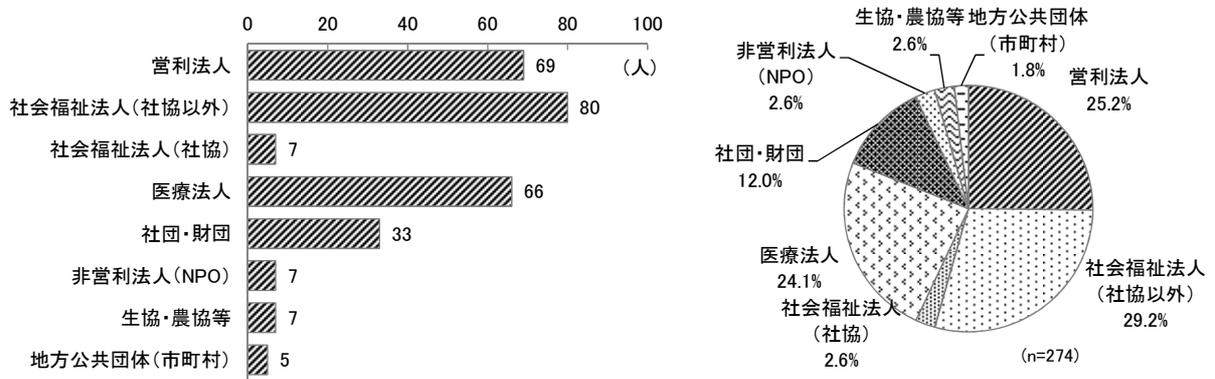
② 法人種別参加状況

WAM-NET や都道府県による介護事業者情報提供ウェブサイトなどをもとに、参加事業所の法人種別を分類した。事業所ベースでは、営利法人(株式会社・有限会社等)が最も多く42カ所、次いで、社協以外の社会福祉法人が37カ所、医療法人が24カ所であった。参加者数ベースでは、営利法人は小規模事業所が多く、一事業所あたりの参加者数が少ないこともあってか、社協以外の社会福祉法人からの参加者が最も多かった。

図表9 法人種別 ブロック説明会 参加状況(事業所数)



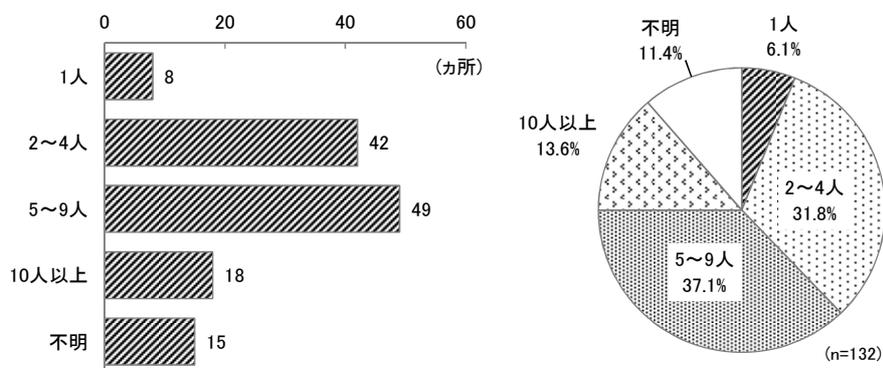
図表10 法人種別 ブロック説明会 参加状況(参加者数)



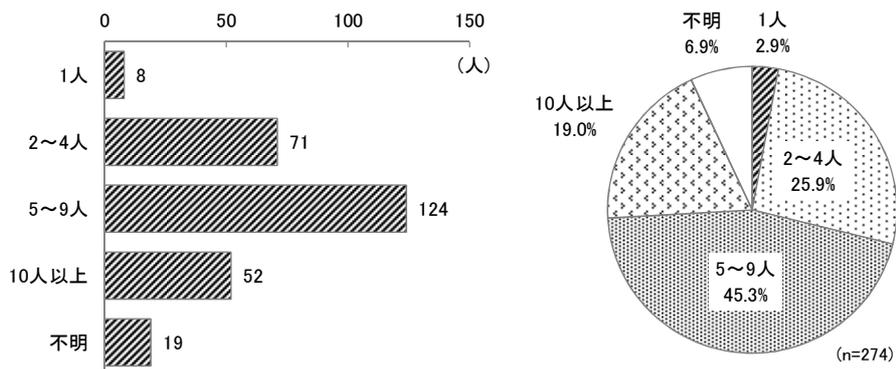
③ 事業所規模別参加状況

WAM-NET や都道府県による介護事業者情報提供ウェブサイトなどをもとに、参加事業所の事業所規模を分類した。職員(介護支援専門員、あるいは介護支援専門員以外の職種)を合計した人数をもとに集計を行った。最も多かったのは、「5～9人」の事業所であり、全国の平均的な居宅介護支援事業所よりも規模が大きい事業所からの参加が多かった。次いで、平均的な規模とみられる「2～4人」の事業所が42カ所であった。一人事業所は8事業所であったが、「不明」と分類した、ウェブサイトなどで情報が把握できなかった事業所のなかには一人事業所も含まれる。

図表11 事業所規模別 ブロック説明会 参加状況(事業所数)



図表12 事業所規模別 ブロック説明会 参加状況(参加者数)



第3章 事業の評価ならびに調査結果

1. カリキュラムならびにテキストの妥当性に関する評価

① 今、課題整理表(仮称)等の活用が必要とされている背景の理解が進んだ

研修会では、導入部分で、いま課題整理表(仮称)等の活用が必要とされている背景の説明を丁寧に行った結果、実務に携わる介護支援専門員の納得感が得られた。特に、地域包括ケアの実現に向けて、「多法人多職種間連携が必要である」という基本認識を共有し、そのためにこうした共通ツールの活用が必要であることを理解できたことは評価できる。

② 記載要領の内容は妥当

今回の研修会では、課題整理表(仮称)の作成要領を資料として配布した。この内容は、全国研修からブロック研修までの間の各回で出た質疑を反映して少しずつ改訂したものである。そのため、最終的に使用した記載要領の内容は、介護支援専門員にとって分かりやすいものとなったと評価できる。

③ 参考となる記載例の事例の蓄積が必要

今回の研修会では、参考となる記載例として2例を提示するにとどまった。しかし、さまざまな事例を見ている介護支援専門員にとっては、より豊富な記載例の事例があった方が、理解が進むと考えられる。今後、本年度実施した、現場での様式の実証的利用を踏まえ、要介護度や要介護状態となった原因疾患別等の種類ごとに、参考となる記載例を整理する必要がある。

④ 事例に関して準備すべき情報は多い方が良い

介護支援専門員一人ひとりが普段使用しているアセスメントツールは多様である。そのため、単に「アセスメント項目」と言っても、一人ひとりが想起する項目その範囲や具体的な項目および情報の細かさが大きく異なることが、改めて課題となった。

記載例および演習用の事例では、より細かく情報を取る人に合わせる形で情報を用意する方が良いことが指摘された。反対に、準備されている情報が不足すると「情報が不足している」ということで演習が止まってしまう、課題整理表(仮称)の活用の演習に進まない。

⑤ 演習時間が短い

今回のブロック研修会では、演習用の事例として1例を挙げ、個人ワークとグループワークによる研修を行った。しかし研修参加者の中には、業務経験年数が短い等の理由により、現在の状況の要因を構造的に捉えること、複数の課題を関連付けて体系的に捉えること、将来の見通しを考えること、といった検討に十分慣れていない者もいた。そのため、課題整理表(仮称)の使用方法の研修に入る前に、そもそもアセスメントをどのように考えるのか、といった内容の説明と

演習が必要とされた。

今回の実証に参加した介護支援専門員はいずれも自ら参加意思を示した意欲的な人が多いことを踏まえると、今後展開する研修では演習の時間をより長く取り、「アセスメントの考え方の確認」から進める必要があると考えられる。

⑥ 講師役の養成が進んだ

今回の研修会では、全国研修で養成したブロック講師に、各ブロックでの具体的な指導を依頼した。いずれも実務も担当している介護支援専門員であり、具体的な指導を実施できる現場レベルのリーダーが養成できたことは評価できる。

今後も引き続き、同じような形で地域のリーダーを養成し、地域の中で具体的な指導を展開できる体制を構築することは、介護支援専門員の資質向上のために重要である。

2. テキストを理解するうえでの留意点(中央研修・ブロック研修における質疑)

各研修会での質疑応答から引用する形で、テキストを理解するうえでの留意点をまとめると以下の通りである。

① 課題整理表(仮称)の位置づけについて

Q: 課題整理表(仮称)は介護支援専門員が判断して作成するのか。

A: 介護支援専門員が課題整理表(仮称)の素案を作成し、担当者会議などで、複数の職種で共有し、必要に応じて見直しなどを加筆修正していくことが望ましい。

Q: 記入していない項目があってもよいのか。

A: アセスメントの際に収集した情報を細かく転記することが目的ではない。アセスメントの際に介護支援専門員一人ひとりが頭の中で実施している思考過程の主な点を明らかにし、多職種と共有しながら軌道修正していくことが重要である。アセスメントをしながら、注目すべき点・気になる点を書き出すことで、課題を全体的に把握するために役立てていただきたい。例えば、外出、調理・栄養に課題があると考えられるケースであれば、その点を重点的に記入していただければよい。また、「歩けるのに買い物ができない」などの矛盾を見つけ、何が障壁になっているのかを見出すのにも役立てられる。

Q: 課題整理表(仮称)は利用者の開示するのか。

A: 認知症や終末期のケースなどでは、開示するのに差し支えがあるケースもあるだろう。一方、要支援などの場合、予後予測を利用者自身と共有し、一緒に考えていく方が有効な場合もあるだろう。活用の仕方については今後検討していく。

Q: 保険者はこの課題整理表(仮称)をどう活用しうるのか。

A: ひとつの例だが、平成 22 年度に実施した調査によると、社会参加が「自立」であって、通

所介護の利用目的が「社会参加」であるケースが少なからずあった。家族の要望が強いため通所介護をケアプランに組み込んだ、あるいは、居宅介護支援事業所に併設する通所介護事業所の利用率が低いため利用率を上げるような経営的な判断があった、など背景はいろいろあるだろう。しかし、不必要なサービスをケアプランに組み込んでいると、保険者としては介護支援専門員を指導しかねない。介護支援専門員の判断を記録しておくことが重要になる。

② 課題整理表(仮称)の考え方・書き方について

a) 現在

Q: 独居のために致し方なく自分でやっている生活動作だが、本来であれば見守りが必要な動作もある。逆に、生活動作としてはできるかもしれないが、同居介護者がいるために実施していない動作もある。どのように考えるべきか。

A: 現在については「しているADL」、見通しについては「できるADL」という考え方である。現在していなければ、「×全部介助」と同じ扱いにする。「全介助」及び「していない」は両方も×印になる。

その上で、状況・情報を踏まえて、「していないけれどできる」と考えられれば、「改善可能性が高い」ということで見通し欄に「1.改善可能」を選択することになる。現在、できていない(していない)のが、本人の意欲の問題なのか、環境の問題なのか、身体の問題なのかについては、判断の基準欄に記入すればよい。

b) 見通し

Q: 悪化のリスクがある人の維持と、悪化のリスクが低い人の維持とをどう区別すべきか。

A: 悪化のリスクが低い人の維持については、維持可能性ではなくむしろ、改善可能性があると考えられるのではないか。

Q: 見通しについてすべての項目を記入しなくてもよいのか。

A: 現在についてはすべての項目について記入すべきだが、見通しについては、すべての項目を埋めることが重要なのではない。見通しについて判断した部分のみ埋めれば、空白があってもかまわない。

Q: 見通しについては、職種によって意見が分かれるかもしれない。

A: 特に「改善可能」や「維持可能」については意見が分かれることもあるだろうが、いずれも判断の根拠がある。いずれかが正しいというわけではなく、捉え方の違いということである。担当者会議などで情報共有・意見交換する材料にすることが重要である。

Q: 見通し、予後予測について、どれくらいの期間を設定すべきか。

A: 期間を先に設定するのではなく、これができそうだとということになれば、そのためにはどれ

くらいの期間が必要になるのかを考えればよい。ただ、長くても、認定期間の終了時ぐらいが目標時期になるだろう。

c) 判断した根拠

Q: 「訪問診療利用」は通院の見通しの判断根拠にならないか。

A: 現在、訪問診療を利用していることは、見通しの判断の根拠にはならない。「外での歩行ができる」かどうかなどが判断根拠になる。

Q: 病名は健康状態の主症状の判断根拠にならないか。

A: 病名だけでは難しい。例えば、糖尿病という病名だけでなく、インシュリン注射から内服薬に変わった、ということであれば、判断材料となる客観的事実であるといえる。

Q: 「判断した根拠」の書き方が難しい。

A: 注意が必要なのは、アセスメント情報から頭に浮かぶ「現在」のイメージにとらわれてしまって、「現在の状況を判断した根拠」を書いてしまいがちである点である。しかしこの項目は、現在の状況を証明するための欄ではなく、今後の予後予測を立てた根拠を書くものである。アセスメントの情報が正確に取れているか、ということだけでなく、アセスメント情報から、どのように予後予測を立てたのかということを表示する欄である。

Q: 「判断の根拠」には本人の意向は含まれるか。

A: 本人の意向は含まず、客観的事実(専門職が判断した事実を含む)を原則とする。

d) 予後予測

Q: 予後予測については、改善可能性が見込まれる場合に詳しく書くが、悪化が予想される場合はどの程度書くべきか。

A: 悪化について長く書くのは本趣旨には合わないのので、改善・維持を中心に書いていただきたい。なお、予後予測は多職種からの意見も踏まえての予測である。

e) 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

Q: 優先順位の数字に「×」をつけるのはどのような場合か。

A: 例えば、「転倒が怖いので自宅で絶対にお風呂に入りたくない」というのであれば、×にしておく。ただし、一度×をつけたからあきらめるということではなく、次の見直し・更新のときに優先順位を見直すことはある。

Q: 「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」は、専門職が判断した「解決すべき課題」を記述すべきか、あるいは、利用者・家族の意向や思いを踏まえたものにすべきか。

A: 介護支援専門員がアセスメントの過程で把握した利用者・家族の意向や思いを踏まえて、専門職として考えるニーズ(原案)とする。利用者や家族の意向は、すでに把握しているも

のについては踏まえていただいてよい。ただし、あくまで利用者とのすり合わせをする前のものである。

③ 居宅サービス計画書(評価表)について

Q: 支援経過表を作成して毎月のモニタリングをしていることと、この評価表の位置づけの違いをどのように説明したらよいか。

A: 評価表は、課題整理表・現 2 表の短期目標の期間と対応するものであり、たとえば短期目標の期間が6ヶ月であれば、その目標の終了時期に評価するものである。モニタリングと評価(エバリュエーション)を区別して考えている。評価表は、ケアプランに対する評価であり、当初立てた目標が達せられたかを見るのが第一義である。一方でモニタリングは、ケアプランが計画どおり実施されているかという実行状況の確認が主目的である。もちろん運用では、モニタリングを通じてケアプランを見直すこともあるだろうが、そこを区別して考えている。

参考資料 事業の成果:研修テキスト

資料 1: 自立支援ケアマネジメントと実証に用いる課題整理表(仮称)の考え方について(研修資料 4)

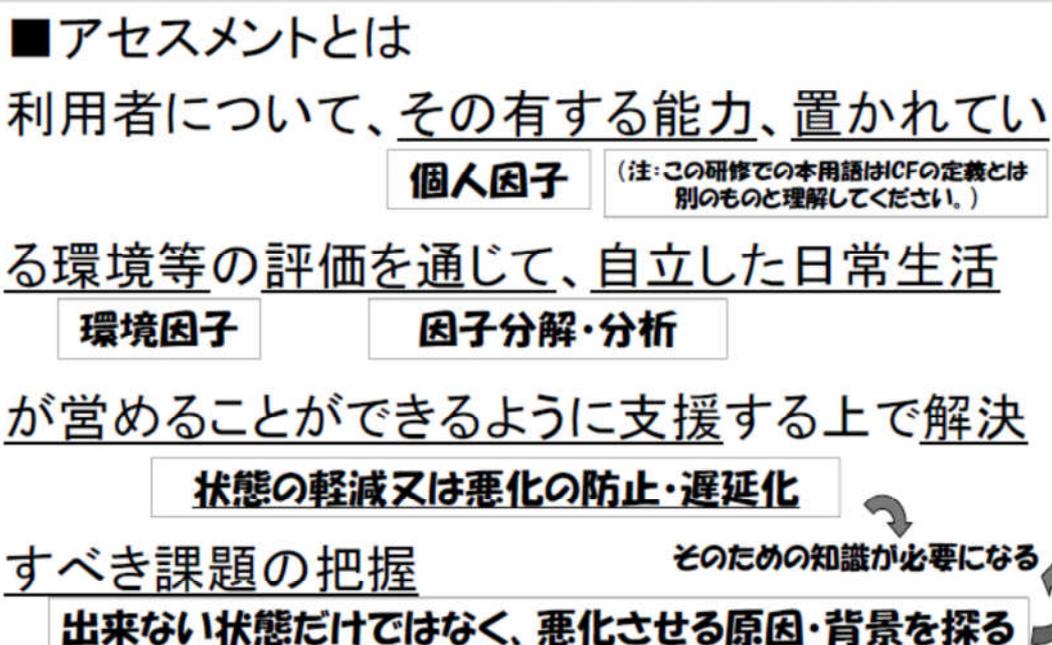
資料 4

自立支援ケアマネジメントと 課題整理表(仮称)の考え方について

課題整理表(仮称)に関する実証事業

参考:平成23年度地域包括ケア推進指導者養成研修(抄)

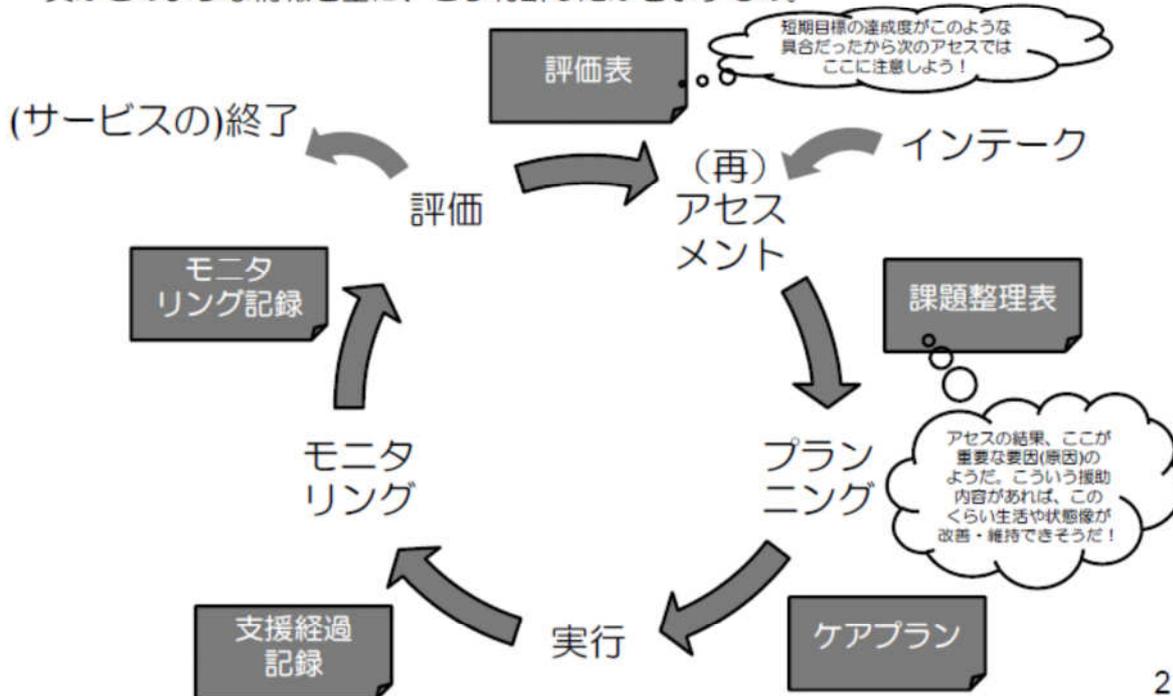
自立支援とアセスメント(専門職に必要な思考過程)



(「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」第13条第6号・7号を参照)¹

ケアマネジメントプロセスと文書

- 今回の実証で対象とする課題整理表と評価表は、アセスメント～プランニングと、評価～再アセスメント（場合によってはサービスの終了）の過程で、介護支援専門員がどのような情報を基に、どう判断したかを示すもの。

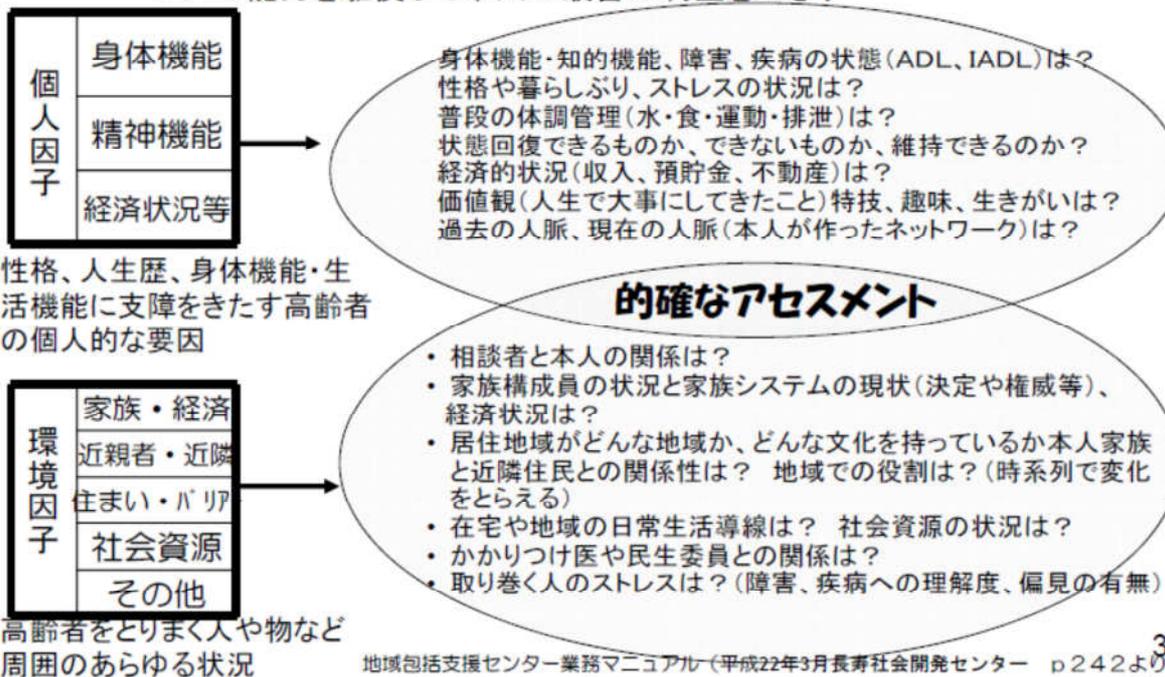


2

参考：平成23年度地域包括ケア推進指導者養成研修（抄）

自立支援型マネジメントに必要な視点①

- 自立した日常生活を阻む真の課題の解消を目指した支援方策プロの能力を駆使して本人の最善の利益をめざす



自立支援型マネジメントに必要な視点②

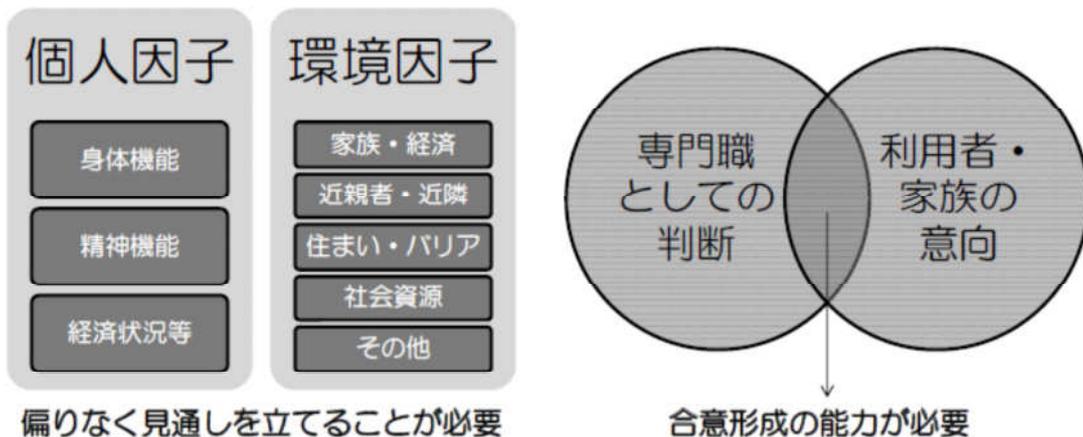
- 本人の主訴(要望)、家族の要望、近隣の要望を聞き、それぞれが困っていることへの対応策として、公的制度、サービス及びインフォーマルなサポートを考えることも大切であるが、それだけでは潜在している真の課題を抽出することはできない。
- 前述した着眼点を咀嚼して、多職種の専門職による知識の相乗効果(チームケア)を駆使して、個人因子と環境因子を洞察し、原因・背景を探ることによって、当事者たちが気づいていない、内に潜んでいる「状態の悪化に影響を及ぼしている因子」=真の課題を、当事者や家族とともに明らかにし、解決策をともに考えていく姿勢と能力が求められる。
- その上で、課題解決の主体は、当事者(本人、家族、地域の人)であり、当事者が気づき、自ら取り込もうとする課題の抽出、と解決方法を一緒に合意していく必要がある。当事者を含めた合意形成の場を持つよう工夫するとともに、そこでの合意形成能力が必要とされる。

(22年度は、ファシリテーション技術に焦点を当てた研修とした。)

4

ケアマネジメントのバランス

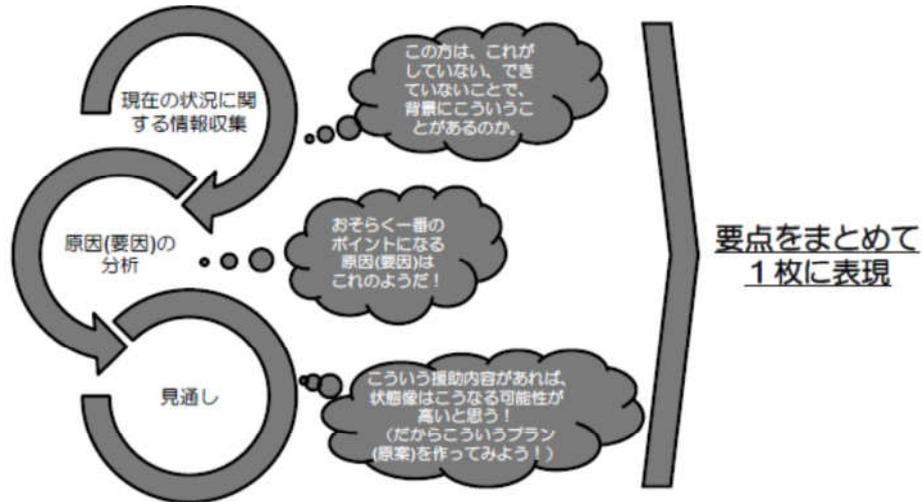
- ケアマネジメントのプロセスは、利用者の状態像や生活をより良くするために、利用者の生活を全般的に把握し、バランスよく進めるべきもの。
- 身体機能に関する問題解決のアプローチも、精神機能に関する問題解決のアプローチも、その他の個人・環境因子に関わる働きかけも、どれも必要。したがって、自分自身の分析・判断に、偏りや得手・不得手がないかのバランスを認識することが求められる。
- また、利用者の生活上の課題を見抜く(=アセスメントする)専門職としての判断も、利用者・家族の意向を尊重することも、どちらも必要。したがって、分析・判断能力に加えて合意形成の能力が求められる。



5

実証に用いる課題整理表の位置づけ

- 実証に用いる課題整理表は、アセスメントの結果に基づいて課題（生活全般の解決すべきニーズ）を整理する際の、介護支援専門員自身の思考過程・考え（仮説）＝専門職としての判断を、他の職種や個別サービス事業者にも分かるように文字化したもの。
- この表1つで、現在の状況とその要因(原因)、その利用者にサービスが提供されることによる状態像や生活の改善の見通し、具体的に優先して解決すべき要因(原因)とその解決の見通しを表現することができる。



6

実証に用いる課題整理表の実際の記入方法

- 普段使っているアセスメントツールを使い、その結果に基づいてその利用者の状況のポイントとなる要因(原因)と予後予測が想定できてから作成する。
- まず、
 - ①「状況の事実」の最もポイントだと思われる項目と「予後予測」を記入し、
 - ②「状況の事実」の残りの項目を記入し、全体を見て、分析の視点に漏れや矛盾がないかを確認する。
- ③最後に、想定されるニーズの案を記載し、ケアプラン（原案）を作成する。
 ※「判断の根拠」は、最もポイントだと思われる項目だけ記載すれば良い

状況の事実	原因(主)	見通し(主)	対応方針	子役子判	実施時期(概算) (年・月)	備考
健康	認知症、失禁、歩行不安定、栄養状態	認知症が進行し、歩行不安定が顕著化し、栄養状態が低下する		1	3	
認知	認知症、失禁、歩行不安定、栄養状態	認知症が進行し、歩行不安定が顕著化し、栄養状態が低下する				
生活	認知症、失禁、歩行不安定、栄養状態	認知症が進行し、歩行不安定が顕著化し、栄養状態が低下する				
経済	認知症、失禁、歩行不安定、栄養状態	認知症が進行し、歩行不安定が顕著化し、栄養状態が低下する				
社会	認知症、失禁、歩行不安定、栄養状態	認知症が進行し、歩行不安定が顕著化し、栄養状態が低下する				
その他	認知症、失禁、歩行不安定、栄養状態	認知症が進行し、歩行不安定が顕著化し、栄養状態が低下する				
健康	認知症、失禁、歩行不安定、栄養状態	認知症が進行し、歩行不安定が顕著化し、栄養状態が低下する				
認知	認知症、失禁、歩行不安定、栄養状態	認知症が進行し、歩行不安定が顕著化し、栄養状態が低下する				
生活	認知症、失禁、歩行不安定、栄養状態	認知症が進行し、歩行不安定が顕著化し、栄養状態が低下する				
経済	認知症、失禁、歩行不安定、栄養状態	認知症が進行し、歩行不安定が顕著化し、栄養状態が低下する				
社会	認知症、失禁、歩行不安定、栄養状態	認知症が進行し、歩行不安定が顕著化し、栄養状態が低下する				
その他	認知症、失禁、歩行不安定、栄養状態	認知症が進行し、歩行不安定が顕著化し、栄養状態が低下する				
健康	認知症、失禁、歩行不安定、栄養状態	認知症が進行し、歩行不安定が顕著化し、栄養状態が低下する				
認知	認知症、失禁、歩行不安定、栄養状態	認知症が進行し、歩行不安定が顕著化し、栄養状態が低下する				
生活	認知症、失禁、歩行不安定、栄養状態	認知症が進行し、歩行不安定が顕著化し、栄養状態が低下する				
経済	認知症、失禁、歩行不安定、栄養状態	認知症が進行し、歩行不安定が顕著化し、栄養状態が低下する				
社会	認知症、失禁、歩行不安定、栄養状態	認知症が進行し、歩行不安定が顕著化し、栄養状態が低下する				
その他	認知症、失禁、歩行不安定、栄養状態	認知症が進行し、歩行不安定が顕著化し、栄養状態が低下する				

ケアプラン（原案）を作成し、利用者とのニーズをすり合わせ

7

実証に用いる課題整理表(仮称)の記載方法

(1) 基本的な考え方

この課題整理表(仮称)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すものである。特に、利用者の状態像の改善や維持といった自立支援型のケアプランの根拠となる、「どのような状態像について、何が原因で、どのようにすれば改善あるいは維持の可能性が高いのか」を、介護支援専門員以外に説明しやすくすることを目的としている。

したがって、その利用者を担当する介護支援専門員自身のためというだけでなく、次に示すように、多職種間の情報共有や初任段階の介護支援専門員の人材育成、保険運営の基礎資料として活用されることを想定している。

まず、サービス担当者会議や地域ケア会議等において活用することで、チームケアに参加する多職種が、利用者の生活の状況に関する情報を共有しやすくなり、利用者の意向や生活の状況に対する理解を深めたり、ケアの内容を検証したりしやすくなることが期待される。こうして多職種が「ケアの質を高めるためにどのような情報を提供すれば良いか」を理解しやすくなることにより、情報収集にかかる介護支援専門員の負担の軽減と業務の効率化が期待される。

また、初任段階の介護支援専門員が行う情報の収集と分析、及びそこからニーズを整理するまでの過程に対するスーパービジョンを行うための資料としても活用することも想定される。

さらに、個々の利用者の状況の事実を統計的に集約しやすくなることで、保険者が地域に住む高齢者の生活上の課題を定量的に把握しやすくなる。これにより、例えば介護保険事業計画の策定・運営・評価を具体的に行いやすくなったり、整備すべき社会資源の量を算定しやすくなったりすることが期待される。

(2) 様式を作成するに当たっての前提

- 課題整理表(仮称)は、ニーズを整理する前段階のアセスメントの結果のまとめ表として、介護支援専門員自身の判断として、居宅サービス計画書とは別に作成することを想定している。したがって、必ずしもこの内容を利用者や家族に開示することを想定していない。また、アセスメントを見直す必要があった際に、随時作成することを前提とする。
- 課題整理表(仮称)はアセスメントツールではなく、情報の収集と分析の結果に基づいてニーズを整理するまでの過程の概略を示したまとめ表である。したがって、アセスメントツールについては、介護支援専門員一人ひとりが現在使用しているアセスメントツールをそのまま利用することを前提とする。
- 前述のように、本表によって、チームケアに参加する多職種間での情報共有の円滑化が期待される。したがって、サービス担当者会議や地域ケア会議等で、試行的に活用して頂きたい。

(3) 記載項目について

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利用者の生活の全体像を捉えた上で、その利用者のケアプランを立てるに当たりポイントとなる状態像とその根拠となる客観的事実を記入する。なお、サービス担当者会議や情報提供書等で把握した各種の情報に基づく、介護支援専門員自身の判断と、その根拠となった事実を記載するものであって、利用者・家族の意向は記載しない。

ただし、ここでいう客観的事実を記載する際の判断基準は、要介護認定の認定調査における判断基準とは異なる。あくまでも利用者自身の生活の状況のみを捉えて記載する。

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。

現在

○ ADL、IADL の各項目

各項目に記載している日常の動作について、それぞれ日常的にしているかどうかを判断し、以下の記号のいずれかを記入する。あくまでも「している」かどうかを判断するものであって、本欄では「できる」かどうかは考慮しない。なお、本項目の判断基準は、要介護認定の認定調査の判断基準とは異なる。

状況の事実	本欄に記入する記号
自らしている	◎:自立
見守りがあればしている	○:見守り
一部介助があればしている	△:一部介助
全部介助があればしている、 あるいは実施していない	×:全部介助

【記号の記入例(一例)】

- ・ 「屋内移動」: 多少のふらつきがあり転倒リスクはあるものの、階段昇降を含めて移動している → 「◎」
- ・ 「屋外移動」: ヘルパーが付き添いと病院まで自力で移動するが、付き添いがないと外出しない → 「○」
- ・ 「整容、口腔ケア」: デイで声掛けされれば歯磨きをするが、自室など声掛けがないとまったくしない → 「○」
- ・ 「服薬」: 飲むべき薬と水を手渡しされれば飲むが、そうでないと飲まない → 「△」
- ・ 「調理」: 日常的に妻(あるいはヘルパー)が実施しており、全く調理していない → 「×」
- ・ 「入浴」: デイで介助があれば入浴しているが、自宅では全く入浴していない → 「×」

○ 健康状態、認知、コミュニケーション能力、社会との関わり、排尿・排便、褥瘡・皮膚の問題、口腔衛生、食事摂取、問題行動、介護力、居住環境の各項目

各項目に記載している項目について、それぞれ利用者が日常の生活を送る上で問題があるかどうかを判断し、以下の記号のいずれかを記入する。あくまでも、現時点(=アセスメント時点)で問題があるかどうかを判断するのであって、サービスを利用した場合の問題解決の見通しは次の「見通し」欄に記載する。

状況の事実	本欄に記入する記号
全く問題ない	◎:問題なし
問題はあるが生活全般に支障が出るほどではない	○:支障なし
問題があり生活全般に支障が出ている	△:支障あり
問題があり生活が困難な状況である	×:生活困難

見通し

概ね今回の居宅サービス計画の短期目標の終期くらいまでの間を想定し、「現在」欄に記載した状況の改善可能性について、以下の記号のいずれかを記入する。なお、ここでいう見通しとは、必要なサービスを利用した場合の見通しを想定して記載する(介護保険サービスだけでなく、インフォーマルな支援も含む)。

状況の事実	本欄に記入する記号
改善できる可能性が大きい	1:改善可能
改善は難しいが維持できる可能性は大きい	2:維持可能
改善あるいは維持できる可能性が小さい	3:改善・維持可能性小

判断した根拠

「見通し」欄で「1:改善可能性大」あるいは「2:維持可能性大」とした項目のうち、最もポイントだと思われる項目を中心に、改善あるいは維持の可能性が大きいとした根拠となる原因(要因)となる利用者及び家族等の状態、原因疾患の状況等を簡潔かつ具体的に記載する。本欄には利用者の心身の状況あるいは生活の環境等について客観的事実を記載することとし、本人及び家族の意向や介護支援専門員の推測は記載しない。なお、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は、関連する「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、本表を用いて利用者の現在の状況の原因(要因)とその見通しを共有することで、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。

【判断した根拠の記入例(一例)】

- ・ 「排泄」: 尿・便意あり。移乗が自立となってきた。ズボンの上げ下ろしが一部介助。
- ・ 「入浴」: 室内の移動・移乗が自立。
- ・ 「洗濯」: 室内・室外の移動が自立。立位のバランスも安定している。

予後予測

「見通し」欄で「1:改善可能性大」あるいは「2:維持可能性大」とした項目のうち、最もポイントだと思われる項目を中心に、「判断した根拠」で整理した原因(要因)を勘案し、認定の有効期間の終了時点までに、現在の状況の根本的な原因(要因)が何で、どのようなケアを実施することにより改善や維持の可能性が見込まれると考えられるかを具体的かつ簡潔に記載する。

アセスメント時点において、これから実施しようとするケアによる改善や維持の可能性を記載するのであるから、本欄にはあくまでも介護支援専門員として判断した予測、仮説を記載する。

なお、現行通知に照らせば、本欄は、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。

【予後予測の記入例(一例)】

- ・ 「排泄」： つかまり立ちで、ズボンの上げ下ろしの訓練をすることで、Pトイレでの排泄ができる可能性がある。
- ・ 「入浴」： 手すりの設置を行い、浴槽をまたぐ訓練を行うことにより、自宅での入浴ができる可能性がある。
- ・ 「洗濯」： 物干し台を低くすることで、洗濯物を干すことができる可能性がある。

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

それまでに収集した利用者および家族の生活に関する意向、状況の事実および予後予測を踏まえ、介護支援専門員の考えとして、利用者や家族とすり合わせる前の、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の案を、以下の2点を踏まえて記載する。

- 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、予後予測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、本人や家族の意向と合わないなどの理由により、居宅サービス計画のサービス計画表で位置づけることが困難であったものについては、×印を記載する。

実証に用いる評価表の記載方法

本表は、居宅サービス計画表に位置づけたサービスが適切に実施され、その結果として短期目標が達せられたかどうかを、個別サービス事業者に対し、介護支援専門員が確認しやすくするために作成する。日々の支援の経過記録や、毎月のモニタリング記録とは別に、サービス計画表に記載される短期目標の終期の時点をめどに作成する。

なお、本表は、あくまでも介護支援専門員が居宅サービス計画の実施結果を評価する際の確認のための表であることから、必ずしも全てのサービス種別の評価を、まとめて記載する必要はない。したがって、短期目標の終期の時点が複数ある場合は、その時点で目標終期を迎えた短期目標(とその目標に位置づけられた援助内容、サービス種別)についてのみ評価表に記載すれば良い。

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

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情報を整理する形としている。

具体的には、居宅サービス計画書のサービス計画表の「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。

短期目標、期間

サービス計画表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

サービス計画表に記載したサービス内容を、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、援助内容ごとにサービス計画表で設定した「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。

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)

居宅サービス計画に記載された「総合的な援助の方針」及び「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を勘案し、居宅サービス計画に記載された各個別サービス提供者からの報告やサービス担当者会議での報告事項や指摘事項の要点から、介護支援専門員がとりまとめて転記する。なお、通院や訪問診療等の医療の受診がある場合は、サービス担当者会議等を通じて主治医意見書作成医師からのコメントを転記する。

また、「結果」欄に記載した短期目標の実現度合となった要因は、利用者の生活の状況の変化によるもの、当初のアセスメントの不十分さや短期目標の設定の仕方によるもの、個別サービス提供者によるサービスの実施内容によるもの、等さまざまである。したがって、これら様々な要因のいずれが短期目標の実現に影響を与えたか、またその要因(原因)にどのように対応することが想定されるかについても、「コメント」欄に記載する。

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に反映させる。

以上

資料 3: 課題整理表(仮称)フォーマット(研修資料 6)

作成日 _____ / ____ / ____
 利用者名 _____

課題整理表(仮称)

状況の事実		現在※1	見通し※2	判断した根拠
健康状態	主症状	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	痛み	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
ADL	室内移動	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	屋外移動	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	公共交通の利用	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	食事	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	排泄	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	更衣	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	整容、口腔ケア	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	入浴	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	姿勢保持	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
IADL	移乗	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	掃除	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	洗濯	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	買物	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	調理	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	整理・物品の管理	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	ごみ出し	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	通院	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	服薬	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
認知	金銭管理	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	電話・PC	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
視力・聴力	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小		
意思伝達	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小		
社会活動	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小		
喪失感・孤独感	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小		
排尿・排便	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小		
褥瘡・皮膚の問題	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小		
口腔衛生	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小		
食事摂取	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小		
問題行動	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小		
介護力	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小		
居住環境	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小		
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。以下の記号を記入。

ADL、IADL: ◎: 自らしている、○: 見守りがあればしている、△: 一部介助があればしている、

×: 全面的な介助があればしている、あるいは実施していない

上記以外の項目: ◎: 全く問題ない、○: 問題はあるが生活全般に支障が出るほどではない、

△: 問題があり生活全般に支障が出ている、×: 問題があり生活が困難な状況である

予後予測	生活全般の解決すべき課題	
	(ニーズ)※3	※4

- ※2 現在の認定有効期間における状況の改善可能性の見通しについて、次の数字を付す(1:改善できる可能性が大きい、2:改善は難しいが維持できる可能性が大きい、3:改善あるいは維持できる可能性が小さい)
- ※3 介護支援専門員の考えとして、利用者や家族とすり合わせる前の、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の案を記入。
- ※4 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。

資料4： 居宅サービス計画書(評価表)(仮称)フォーマット(研修資料7)

居宅サービス計画書(評価表)

利用者名 _____ 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	

※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)

資料 5: 記入例説明用事例 関連資料(研修資料 8)

【事例概要 Y様】

資料8

ここでは、以下の経過をたどったY様の事例について、
ケアプランの更新に伴うH24.5.23の再アセスメント時点で作成した
課題整理表(仮称)の記入例をご説明します。

【利用者の概要】
(H24.6.1時点)

- ・男性 73歳 妻71歳同居
- ・要介護2(H24.6.1～H26.5.31)
- ・既往歴:脳梗塞、糖尿病、高血圧症
現疾病症状:左不全麻痺、言語障害
- ・出身地:A県
- ・電力会社の集金業務につく。定年後も週1回の仕事をしていた
- ・H16年頃から糖尿を患いインシュリン注射を続けていた(3回/1日)
(⇒今回の入院で改善し、しばらくは服薬で様子を見ることになる)
- ・家族状況 同居妻:71歳 夫と同郷
長女:51歳 夫と子供2人の4人家族 隣の市に住んでいる 午前中就労
長男:50歳、独身海外在住 次女:47歳、両親の郷里に在住

【経過】

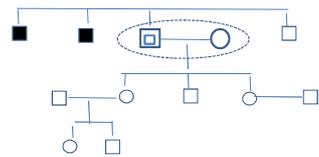
- H23.10.11 脳梗塞を発症
左不全麻痺、言語障害
- H23.11.1 リハビリテーション病院へ転院(在宅復帰を目指してリハビリテーション継続)
- H23.11.18 要介護認定申請⇒要介護5(H23.11.18～H24.5.31)
- H24.3.5 カンファレンスを病院にて実施(退院についての打合せ)
(家族の意向についての話し合い)
奥様:介護にあまり自信がない
長女:自分も午前中働いているので限界があるが、できる限り支援はする
介護サービスを上手に使いたい
両親の家には、車だと15分ぐらいで行けるので、週2・3回は訪問するつもりだ
- H24.3.12 在宅復帰のための家屋調査実施:リハビリテーション病院のPT、OTによる調査
(本人・家族、ケアマネジャーが立ち会う)
- H24.4 退院時カンファレンス実施
- H24.4.28 退院
10:00
- H24.5.10 介護保険サービス利用開始:通所介護、福祉用具購入(ポータブルトイレ)
- H24.5.16 リハビリを開始し、室内歩行訓練中
- H24.5.23 要介護更新認定⇒要介護2(H24.6.1～H26.5.31)
再アセスメントをする
- (現在に至る)

フェースシートサマリー

受付日:
受付方法:

受付者:

記入日: H24/05/23
担当者:
アセスメントNo:

利用者名	Y様		性別:	男	生年月日	(73歳)		
住所					緊急連絡先	長女		
電話番号						TEL:		
携帯電話						携帯:		
主訴	相談内容	介護方法がわからず不安である(妻、長女)						
	本人の要望	・自宅で生活を続けていきたい。 ・いつかは友人と外出できるようになりたい。						
	家族の要望	妻:夫婦2人暮らしで、自分も通院中なので介護できるか不安がある。相談にのって欲しい。 リハビリを続けて、自分でできることは自分でできるようにしてほしい。必要な時に、お泊りをお願いしたいです。 長女:自宅を訪問してできる限りは手伝います。 母も体調が良くないので、負担が大きくなるように、サービスを上手に使いたいです。デイサービスに通ってもらいたいです。 長男・次女:交流が全くなし						
生活歴 生活状況	<ul style="list-style-type: none"> ・A県生まれ。中学校卒業後上京し50年程八百屋を経営。 ・店を閉めた後は現住所に移転し、企業に勤め、定年後もパートで働いた。 ・平成23年10月11日脳梗塞発症。 朝から下痢嘔吐が続いていたが、本人も妻も気づくのが遅くなり15時救急車で緊急入院。脳梗塞と診断される。時間が経っていたため手術はせず薬で経過を見ることとなった。 11月1日 リハビリテーション病院へ転院し、4月28日に退院した。 ・左不全麻痺と軽度の言語障害が残った。 ・妻の介護のもと介護保険サービス(通所介護、福祉用具)を使い在宅生活を続けている。 				家族状況	<ul style="list-style-type: none"> ・夫婦2人世帯 妻:同居、71歳、主介護者 長女:別居、51歳、副介護者、午前中就労 訪問してできる限りの支援をしている 隣の市に在住(車で15分ぐらい)、子供2人の4人家族 長男:別居、50歳、独身、海外在住、交流なし 次女:別居、47歳、夫と2人家族、両親の郷里に在住、交流なし 		
病歴等	既往症:脳梗塞・糖尿病 脳梗塞入院加療後、リハビリテーション病院へ転院、4月28日退院在宅生活復帰 ・平成16年頃から糖尿病を患いインシュリン注射を3回/1日自己で行っていたが、今回の入院で改善され、インシュリン注射は中止し服薬での対応となった。				主治医	病名:脳梗塞後遺症 発症時期:平成23年10月11日 受診:2回/月 訪問診療(居宅療養管理指導) 医療機関:○総合内科クリニック 診療科:内科 主治医:II医師 TEL:		
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	B2		判定日:	H24/05/15	判定者:	機関名:	
	認知症高齢者の日常生活自立度	I		判定日:	H24/05/15	判定者:	機関名:	
要介護認定	要介護5	保険者:		認定日:	H23/12/12	認定有効期間:	H23/11/18	
		被保険者番号:					H24/05/31	
	要介護2	保険者:		認定日:	H24/05/16	認定有効期間:	H24/06/01	
		被保険者番号:					H26/05/31	
課題分析理由	更新のため							
その他の被保険者情報								
現在利用しているサービス	通所介護(月16回) 福祉用具貸与:ベッド脇置き手すり				福祉用具: 福祉用具購入:ポータブルトイレ			
					住宅改修: 特になし			

アセスメントサマリー

利用者名: Y 殿

アセスメント日: 3
アセスメントNo:

記入日:
担当者:

No	課題分析項目	状態
1	健康状態	<p>現症その他:2011年10月11日に脳梗塞発症。入院加療を行い、5か月間のリハビリ病院を経て在宅復帰。 左不全麻痺、言語障害の後遺症あり。 糖尿病については食事療法とインシュリン注射を行っていたが、入院中に改善され、注射ではなく服薬対応となった。 身長:157.0cm 体重:58.6kg 薬の内服:以前はインシュリンを自己注射していたが今回の入院で改善し、現在は内服薬対応となっている。 ◎現在内服している薬名:グリメピリド、マグミット、プラビックス、タムシロン、ガスター 平成24年4月退院時カンファレンスにて、PTより「リハビリにより下肢機能低下の防止や、言語障害の改善の可能性がある」と報告あり。</p>
2	ADL	<ul style="list-style-type: none"> 立ち上がり:何かにつかまれば可だが、時間がかかる。 室内歩行:T字杖使用して自分で行が、転倒の可能性があり見守り。 屋外移動:長時間の歩行は疲れてしまうため、麻痺側を支える必要あり。退院時カンファレンスでは、PTより「T字杖使用し見守りであれば、100m前後は歩いてた」とのこと。現在は、左後方へふらつきあり、左足は摺り足状態でひっきりあり。 公共機関利用:なし 食事:セットしてもらえば自分で食べる。 排泄:ポータブルトイレ使用。ポータブルに座るのは妻に手伝ってもらっている。 更衣:上着の着脱:左側は介助され、右側は自分でする。妻は着脱介助困難であり、デイでの入浴時に着替えている。 スポンの着脱:自分でしている。 洗顔:妻がタオルで拭いている。口腔ケア:自分でではない。妻がしている。 整髪:頭髪も少なく自分でする意欲なし。 入浴・洗身:現在はデイサービスで週4回入浴し、洗身は全介助。 座位保持:支えがあれば可。両足での立位:何か支えがあれば可。 移乗:手すり等つかまる物が必要だが自立。転倒リスクあり。
3	IADL	<ul style="list-style-type: none"> 掃除・洗濯・買物・調理・整理・ごみ出し:全部してもらっている。 通院:検査が必要などときのみ妻に介助されて行く。 服薬:妻が本人に手渡すと自分で飲む。 金銭の管理:かつては本人がしていたが現在は妻がしている。 電話の利用:言語障害があり難しい。
4	認知	<ul style="list-style-type: none"> 氏名・誕生日・住所等答えられる。 短期記憶:上手に答えられないことがある。(上手にしゃべれないことが原因でもあるようで、ゆっくり丁寧に聞くと答えられることもある。)
5	コミュニケーション能力	<ul style="list-style-type: none"> 視力:普通に見えるが、テレビもあまり見えていない。聴力:普通に聞こえている。 意思の伝達:できない時もある。(言語障害があり、時間がかかってつかえるが、ゆっくりと区切って話せば会話は可能。聞き取りづらさはある。) 日常の意思決定:時間がかかるが決定は可能。
6	社会との関わり	<ul style="list-style-type: none"> 日中の活動状況:居間の椅子に座っていることが多い。トイレや寝室に近いところに椅子をおいている。 外出の頻度:デイサービスに週4回行く。 長女は週2~3回通ってくるが、長男次女は全く交流なしのようす。
7	排尿・排便	<ul style="list-style-type: none"> 尿意:ある 便意:ある 間に合わないことによる尿失禁、便失禁がある。リハビリパンツを使用している。 夜間ポータブルトイレ使用するが、3回ほど利用するので、介護者の妻が睡眠不足がみ。 日中もトイレ回数多く頻尿がみ。
8	褥瘡・皮膚の問題	<ul style="list-style-type: none"> 褥瘡・皮膚に関して問題はない。
9	口腔衛生	<ul style="list-style-type: none"> 口腔清潔:一部義歯あり。 歯磨:自分でやる気なく、妻に行ってもらっている。 嚥下・咀嚼:現時点で問題ないが、左側に麻痺があり嚥下低下に注意を要すると主治医意見書で指摘されている。
10	食事摂取	<ul style="list-style-type: none"> 食事摂取:用意すれば自分で食べる。 食事の内容:糖尿病食事療法やカロリー制限があったが、入院中に改善され、現在は普通食となっている。
11	問題行動	<ul style="list-style-type: none"> 特になし
12	介護力	<p>妻:主介護者ではあるが腰痛があり、無理はできない。 長女:車だと15分で来れる近所に住んでいて、大事な話し合いには必ず参加してくれる。 日用品や重いもの買い物や、掃除等、家事を手伝っている。午前中就労しており、訪問は週2~3回程度。 長男・次女:没交流であり、支援は望めない。(理由はわからない)</p>
13	居住環境	<p>集合住宅、所有 居室等の状況:専用室、エレベータ有、ベッド使用、ベッド形態 固定式、陽あたり良、暖房、冷房:あり トイレの状況:トイレ形態 洋式、トイレ 手すりあり、トイレまでの段差あり 浴室の状況:自宅浴室、浴室 手すりあり、浴室までの段差あり 移動用福祉機器:室内では杖・歩行器を使用、室外での杖 使用 諸設備:洗濯機、湯沸し器、冷蔵庫 トイレ・浴室の段差が大きく手すりが必要。タンスやテーブルなど伝うところは多いが、転倒のリスクは大きい。 築40年のマンションで一階部分に10程度の階段があり上がったところにエレベーターが付いている。各階が全てエレベーターまでに7段の階段がある。 団地敷地内にコンビニ、薬局等あり。</p>
14	特別な状況	<p>(見取り図) 2LK</p>

主治医意見書

記入日: 平成24年5月10日

申請者	(ふりがな)	男 T	連絡先 ()
	Y さん		
	明・大・昭 14 年 月 日生 (73) 歳	女	

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに 同意する。 同意しない。

医師氏名 _____
 医療機関名 _____ 電話 () _____
 医療機関所在地 _____ FAX () _____

(1) 最終診察日 平成 年 月 日

(2) 意見書作成回数 初回 2回以上

(3) 他科受診の有無 有 無
 (有の場合) → 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科
 皮膚科 泌尿器科 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科
 リハビリテーション科 歯科 その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1に記入) 及び発症年月日

1 アテローム血栓性脳梗塞	発症年月日 (昭和・平成) 23年 10月 11日頃
2 糖尿病	発症年月日 (昭和・平成) 不詳 頃
3	発症年月日 (昭和・平成) 年 月 日頃

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明
 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 脳梗塞急性期のため

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
 [最近(概ね6か月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入]
 2011年10月脳梗塞発症。リハビリテーション病院を経て4月28日退院。
 糖尿病についてはインシュリン注射を行っていたが、今回の入院で改善があり、入院中にインシュリンから内服薬に変わっている。食事療法も現在は普通食になっている。内服薬: グリメピリド、マグミット、プラビックス、タムシロン、ガスター

2. 特別な医療(過去14日間に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法
 レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の管理 経管栄養

特別な対応 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡の処置

失禁への対応 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2
 B1 B2 C1 C2

・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa
 IIIb IV M

(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

・短期記憶 問題なし 問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない

・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる
 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てでチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

無 有

幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ()

(4) その他の精神・神経症状 無 有 (症状名: _____ 専門医受診の有無 有 無)

(5) 身体の状態
 利き腕(右 左) 身長= cm 体重= kg (過去6か月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: _____)

麻痺
 右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)
 右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)
 その他 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
 関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動 上肢 右 左 下肢 右 左 体幹 右 左
 褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
 その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動
 屋外歩行 自立 介助があればしている していない
 車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活
 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助
 現在の栄養状態 良好 不良
 → 栄養・食生活上の留意点(_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生可能性の高い状態とその対処方針
 尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり
 意欲低下 徘徊 低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染症
 がん等による疼痛 その他 (_____)
 → 対処方針(_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
 期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)
 訪問診療 訪問看護 看護職員の訪問による相談・支援 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導
 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導
 通所リハビリテーション その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項
 ・血圧 特になし あり (高血圧症)
 ・摂食 特になし あり (糖尿病)
 ・嚥下 特になし あり (_____)
 ・移動 特になし あり (左不全麻痺)
 ・運搬 特になし あり (左不全麻痺)
 ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入してください)
 無 有 (_____) 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的など意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めたい場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

課題整理表(仮称) ※記入例説明用(検討用)

利用者名 Y殿

状況の事実	現在※1		見通し※2	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)※3 ※4	
	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
健康状態	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	脳梗塞、糖尿病、高血圧症。	①日中の活動を増やして、筋力をつけることで、歩いてトイレに行ける可能性がある。 ②日中の活動を増やすことで、身体の循環が良くなり、夜間の頻尿が改善できる可能性がある。	トイレまでの移動が間に合わない。	1
ADL	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	ふらつきはあるがT字杖を使い自力で歩いている。			
室内移動	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	病院のリハ(4月)で、外を歩いていた。			
屋外移動	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	妻に手伝ってもらっている。			
公共交通の利用	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	妻にやってもらっており、自分ではしたくない。			
食事	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
排泄	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
更衣	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
整容、口腔ケア	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
入浴	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
姿勢保持	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	支えがあれば可能。			
移乗	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
IADL	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
掃除	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
洗濯	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
買物	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
調理	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
整理・物品の管理	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
ごみ出し	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
通院	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	検査等必要時に妻の介助を受けて通院。			
服薬	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	渡されれば飲む。			
金銭管理	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
電話・PC	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
認知	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
コミュニケーション能力	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
社会との関わり	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	呂律が回らない時があるが、ゆっくり区切って話せば可能。			
社会活動	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	仲間と外出したい意欲を示している。			
喪失感・孤独感	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
排尿・排便	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	間に合わないことによる尿失禁、便失禁あり。			
褥瘡・皮膚の問題	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
口腔衛生	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	自宅ではない。デイで介助される間はする。			
食事摂取	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
問題行動	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
介護力	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
居住環境	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
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。以下の記号を記入。
 ○ADL、IADL: ◎: 自らがあはれている、○: 見守りがあはれている、△: 一部介助があはれている、×: 全面的な介助があはれている、あるいは実施していない
 ○上記以外の項目: ◎: 全く問題ない、○: 問題はあはるが生活全般に支障が出るほどではない、△: 問題があはるが生活全般に支障が出ている、×: 問題があはるが生活が困難な状況である
 ※2 現在の認定有効期間における状況の改善可能性の見通しについて、次の数字を付す(1: 改善できる可能性が大い、2: 改善は難しいが維持できる可能性が大い、3: 改善あるいは維持できる可能性が小さい)
 ※3 介護支援専門員の考えとして、利用者や家族とすり合わせる前の、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の案を記入。
 ※4 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。

課題整理表(仮称) ※記入例 (訂正後)

利用者名 Y殿

状況の事実		現在※1	見通し※2	判断した根拠
健康状態	主症状	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	糖尿病治療がインシュリン注射から内服薬に変わった。血糖値が安定している。
	痛み	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
ADL	室内移動	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	ふらつきはあるが「T」字杖を使い自力で歩いている。
	屋外移動	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	4月には100m程度歩いていた。
	公共交通の利用	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	食事	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	排泄	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	室内が歩け、更衣の際のスポンの上げ下げは自分でできている。
	更衣	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	整容、口腔ケア	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	右上肢は麻痺がないため、自ら行える機能もある。
	入浴	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	移乗ができ、室内を歩いている。
	姿勢保持	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	移乗	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
IADL	掃除	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	洗濯	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	買物	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	認知機能には問題がない。屋外移動と関連。
	調理	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	整理・物品の管理	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	ごみ出し	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	通院	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	屋外移動に関連。
	服薬	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	金銭管理	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	認知機能には問題がない。
	電話・PC	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
認知	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小		
コミュニケーション能力	視力・聴力	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
	意思伝達	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	呂律が回らない時があるが、ゆづり区切って話せば可能。
社会との関わり	社会活動	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	屋外移動に関連。
	喪失感・孤独感	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	
排尿・排便	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	室内移動に関連。	
褥瘡・皮膚の問題	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小		
口腔衛生	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小	自宅ではない。デイで介助される間はする。右手は動く。	
食事摂取	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小		
問題行動	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小		
介護力	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小		
居住環境	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小		
特別な状況				

予後予測	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)※3	※4
①室内が歩け、ズボンの上げ下げができていて、家のトイレに行ける可能性がある。	屋内移動やトイレ、入浴など身の回りのことは自分でできるようにになりたい。	1
②室内が歩け、移乗が出来るので、リハビリを継続することにより、自宅でのシャワー浴が出来る可能性がある。	友人とともに近隣の外出ができるようになりたい。	2
③屋外の歩行、金銭管理の改善可能性が大きいので、リハビリの継続により散歩や近所までの買い物に行けるようになる可能性がある。		

※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。以下の記号を記入。

○ADL、IADL: ◎: 自らしている、○: 見守りがあれている、△: 一部介助があればよい、×: 全面的な介助があればよい、あるいは実施していない

○上記以外の項目: ◎: 全く問題ない、○: 問題はあるが生活全般に支障が出るほどではない、△: 問題があり生活全般に支障が出ている、×: 問題があり生活が困難な状況である

※2 現在の認定有効期間における状況の改善可能性の見通しについて、次の数字を付す(1: 改善できる可能性が大きい、2: 改善は難しいが維持できる可能性が大きい、3 改善あるいは維持できる可能性が小さい)

※3 介護支援専門員の考えとして、利用者や家族とすり合わせる前の、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の案を記入。

※4 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。

資料 6: 記入ワーク用事例 関連資料(研修資料 9)

資料9

【事例概要 T様】

<p>利用者の概要 (H24.3.1時点)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・男性、80歳、独居、結婚歴なし、子供いない ・身長:152cm、体重:49kg ・出身地: B県、 ・家族・親戚: 両親・兄・妹・弟は全部亡くなり、郷里に義姉と甥がいる。 いつかは郷里に戻りたいと話している。 ・職業は仏壇関係の会社に勤務していた。厚生年金あり ※詳細は基本情報参照 ・住環境: 公営住宅4階建の4階(エレベーターあり) 住居の広さは2DK 部屋には何もなくさっぱりと暮らしている。 家賃は9万弱(減免で2万弱支払) 1階にコンビニや飲食店が入っている。 ・この現在地には16年程住んでいる。
<p>H23.9.20(火) H23.9.22(木) H23.10.3(金)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・多発性脳梗塞発生 緊急入院 ・要介護認定申請 ・退院 軽度の左不全麻痺が残ったが2週間ほどで退院する。 ・退院に当たり地域の包括支援センターが支援することとなる。
<p>退院後の経過</p>	
<p>H23年10月</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中に要介護認定申請 要支援2と認定される(H23.9.22申請 10月22日認定) ・買物、掃除、洗濯、調理等日常生活に必要なことは、自分ですると本人が言い、まずはサービスは使わず在宅生活が始まった。 ・ご飯を炊き・みそ汁をつくり、おかずは買ってきて電子レンジで温めるような以前とあまり変化のない生活が始まった。
<p>H23年11月末 H23年12月</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・寒いと言って布団に入っていることが多くなった。(暖房器具なし) ・食事づくりをしなくなり、コンビニ弁当やパン等買ってきたもので暮らすようになる。 ・1日1食の日も出てきた。 ・食事の代わりに、ビールを飲んですませる日もあるようだ(飲んでも1日2缶位までだが) ・敷きばなしの布団に入っていることが多くなってきた。 ・タバコは1日10本ぐらいだが、布団に入っていることが多いので、 寝たばこもあるようで、布団周りに焼け焦げが見られる。 ・電気ストーブの購入をすすめるが、頑として要らないと言う。 ・12月ガス代使用量は0円だった。
<p>H24年1月</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・郷里の義姉と甥から届いた年賀状を大事に枕元に置き、毎日読んでいる。 (年賀状には「寒いので身体に注意してお過ごし下さい。今年は是非来て下さい。待ってます」と書かれている)
<p>1月10日</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が自分から電気ストーブと洗濯機の購入を言い出す→すぐに購入した。 ・訪問介護の説明も再度し、ヘルパー週1回から試すことになる。→2月から週3回に変更決定 ・ごみ出しで近隣とトラブルがあり、以後ごみ置き場への持ち出しはヘルパー。
<p>3月1日現在</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパー週3回利用(1回60分) サービス内容: 買物・調理・掃除・洗濯・ごみ出し、必要に応じて通院や外出の付添
<p>要介護認定 更新</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護1(H24.4.1～H25.3.31)と認定される(認定日: H24.3.1)

<p>脳梗塞発症前 の日常生活 について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・長年の独り暮らしで、掃除・買物・少々の調理は自分でしていた。 毎日タバコ10本位すい、ビールを1・2缶楽しんでいた。 ・年金暮らしで、年金が入るとおろしに行き、夜に階下1階の飲み屋に行き、持ち金はほとんど使ってしまうが、後の日はつましく暮らすを繰り返していたようだ。 ・帽子が好きで、いろいろ持っている。かつてはコンビニに行くのも、夜飲みに行くのにも帽子をかぶって出かけていたそう。ジャケットも好きで、出掛ける時は必ず着て出かけた。 ・財布・預金通帳・保険証等々、大事なものを入れているバッグは身辺から離さず寝ているときは布団の中、起きているときは一時も身辺から離さない。 ・2DKの家には、物がほとんど出ていない状態で、さっぱりとかがたずいていた。 大好きな帽子とジャケットなどの衣類は押し入れに、整理されて入っている。 ・布団は敷きばなしだが、毎日起きると整えている。 木箱の書類入れが枕元にあり、重要書類は皆入れてあるが、最近は入れるだけで良く読んでいないようで、期限切れなど事務手続きが滞り始めている。
----------------------------------	---

《演習について》

これから、**H24.3.1 時点における再アセスメント**を想定して、更新で認定された要介護1の課題整理表(案)を作成いたします。資料として以下のものを配布しています。

- ・概要
- ・基本情報(フェースサマリー・アセスメントサマリー)
- ・主治医の意見書
- ・課題整理表(案)

演習

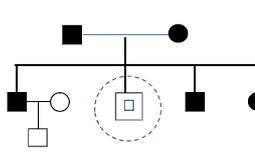
- ①個人ワーク :個人で課題整理表(案)を作成
- ②グループワーク:グループで課題整理表(案)を1枚にまとめる

フェースシートサマリー

受付日:
受付方法:

受付者:

記入日: H24/03/01
担当者:
アセスメントNo: 3

利用者名	T様		性別:	男	生年月日	(80歳)
住所					緊急連絡先	甥
電話番号					TEL:	
携帯電話					携帯:	
主訴	相談内容	<ul style="list-style-type: none"> ・近くに知り合いがないので困っている ・家事ができず困っている ・緊急時が不安 				
	本人の要望	<ul style="list-style-type: none"> ・近くに知り合いがないので困ることがある。 ・自分の兄弟は皆亡くなってしまったが、義姉と甥が郷里に住んでいる。 ・いつかは郷里の戻りたいと思ってきたが、なかなか受け入れも難しいようなので、ここで一生暮らせたいかと思いついて始めている。 				
	家族の要望	<ul style="list-style-type: none"> ・郷里の義姉と甥:相談にはのるが、面倒見るのは難しい 				
生活歴 生活状況	<ul style="list-style-type: none"> ・B県で生まれる。 ・結婚歴なく子供もいない。 ・学歴やいつごろ郷里を出てきたかは不明。 ・仏壇関係の企業に勤務していた。厚生年金あり。自宅に立派な仏壇がある。 ・現在地では16年以上暮らしている。 ・本人は郷里へ戻りたいと希望も持っていたが、最近受け入れが難しいことが分かったようだ。 ・帽子が好きでいろいろな種類を持っている。コンビニへも、夜飲みに行くのにもかぶって出かけていた。 <p>・経済状態 平成24年度現在の国民年金・厚生年金・老齢基礎年金 合計額1695500円 2ヶ月に一度258783円、高期医療10200円 毎月12万弱入る。家賃は減免を受けて2万程度(本来だと9万弱) 預金等については不明。</p>				家族状況	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の介護状況:近くには親類縁者はいない。 ・以前は隣人と交流あったがゴミ捨てのトラブルで現在交流ない。 ・親族:両親・兄弟・妹皆亡くなった。 ・義姉と甥(兄の息子)が遠方に住んでいるが相談にはのってくれる。 
病歴等	<ul style="list-style-type: none"> ・既往歴:多発性脳梗塞 ・現症その他:軽度の左不全麻痺 ・医師の意見: 屋外歩行:自立 食事行為:自立 ・現在または今後発生の高い状態:閉じこもり・昼夜逆転 ・医学管理の必要性:看護職員による相談・支援 				主治医	<ul style="list-style-type: none"> ・病名:多発性脳梗塞 ・発症時期:H23年9月20日 ・医療機関:××病院 ・主治医:○○医師 TEL:
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度 : J2		判定日: H24/03/01		判定者: 機関名:	
	認知症高齢者の日常生活自立度 : I		判定日: H24/03/01		判定者: 機関名:	
要介護認定	要介護度1	保険者: 被保険者番号:	認定日: H24/03/01	認定有効期間: H24/04/01 H25/03/31		
	要支援2	保険者: 被保険者番号:	認定日: H23/10/22	認定有効期間: H23/09/22 H24/03/31		
課題分析 理由	更新申請のため					
その他の被 保険者情報						
現在利用し ているサー ビス	緊急通報システム 訪問介護(3回/週)			福祉用具: 住宅改修:		

アセスメントサマリー
アセスメント日:
アセスメントNo.: 3

利用者名: Tさん

記入日: H24/03/01
担当者:

No	課題分析項目	状態
1	健康状態	<ul style="list-style-type: none"> 身長:152.0cm 体重:49.0kg 小柄だががっちりしている 多発性脳梗塞により軽い左不全麻痺があるが、生活に支障が出るほどではない。 最近では食事や水分の摂取が十分でない。 布団に入っていることが多くなり、活動量が減っている。
2	ADL	<ul style="list-style-type: none"> 屋内移動:布団からの立ち上がりや歩行に多少のふらつきが出始めているが、トイレまで行けている。 屋外移動:自立だが、遠くへの外出は疲れてしまうとのこと。 公共交通の利用:現在は利用していない。 食事:配膳されれば自分で食べられる。 排泄:自立 更衣:いつまでも同じ服を着ている。声掛けすると「後です」と言うが、していない。 整容口腔ケア:声掛けするとその時はする。 入浴:一人で自宅の浴槽に入っているというが、入っている様子はない。手や爪が汚れているし、臭いもある。 姿勢保持:立位、座位ともに自力で保持できる。・移乗:以前より少々時間がかかるとはなったが、できるようになった。
3	IADL	<ul style="list-style-type: none"> 掃除:きれい好きで、以前はまめにしていたが、現在はしていない。 洗濯:洗濯機がなく、以前はコインランドリーを使っていたが、1月に購入した(提案をやっと聞き入れた)。現時点ではヘルパーがすべて実施。 買物:ほとんど外出しなくなったが、弁当、ビールやタバコを買いに週1回位、階下のコンビニに行っている。重たくて持てないものは届けてもらう。 調理:退院後はご飯を炊いたり味噌汁を作ったりしていたが、最近は全くなくなった。12月のガス代使用量0円だった。週3回ヘルパー訪問がある日はヘルパーが実施しているが、訪問がない日は調理している様子はない。 整理・物品の管理:もともと室内にはものが出ていない生活をしてきたが、最近は布団の中に入ることが多くなり、布団のまわりが物がおかかっている。枕元に書類入れ木箱があり、重要書類はそこに置いているが、内容確認などをしなくなり、期限切れのものも出ている。 ごみ出し:袋にまとめることはするが、収集場所への持ち出しはヘルパーがやっている。 通院:定期的な通院はしていない。要介護認定の時だけ受診する。 服薬:薬は飲んでいない。 金銭管理:買物もできている。以前より使う機会は減ってきている(以前は年金が入ると、飲みに行き持っているだけ使っていたようだ)。 電話:かかってくるのは取るが、聞き間違いがある。かけることはしない。
4	認知	<ul style="list-style-type: none"> 記憶については、時々勘違いや聞き間違いはあるが、大きな問題はない。 理解力があり、会話はつながる。 急に怒り出すことがある。特に、男性には大きい声で怒鳴ったりする。
5	コミュニケーション能力	<ul style="list-style-type: none"> 視力:普通 聴力:会話は大きい声で話せば普通にしている。(電話は聞き間違いが時々ある) 意思の伝達:自分の思いは言える。
6	社会との関わり	<ul style="list-style-type: none"> 外出頻度:3ヶ月前には、毎日のように階下のコンビニへは行っていたが、最近は月1回近くにある銀行へ行くこと、タバコとビールを買うために週1回出掛けるくらい(ビールは重たいので、届けてもらっている)。 友人知人:話すのはコンビニや飲食店の店員くらい。退院直後は隣人と交流があったが、今年1月頃、ごみ出しの場所のことでトラブルになり、最近は付き合いがない。
7	排尿・排便	<ul style="list-style-type: none"> 排尿:1か月に数回程度、ズボンが汚れているときがある(ヘルパーが洗濯)。 排便:1か月に1~2回程度、下着に便が付いていることがある。 ※尿意便意はあるが、昨年末頃から動作が遅くなり、間に合わないことが多くなった。
8	褥瘡・皮膚の問題	<ul style="list-style-type: none"> 現時点で問題はない。
9	口腔衛生	<ul style="list-style-type: none"> 菌あり 局部菌 口腔清潔:自分では気が向いた時しかしない。 以前から虫歯があり歯科治療を行うが、完治しないうちに通院をやめてしまったので、虫歯が時々痛み食事がとれなくなる。
10	食事摂取	<ul style="list-style-type: none"> 11月末ごろから、自分で調理しなくなったようで、毎日コンビニ弁当やパンで済ますようになる。 12月になると1日1食の日も出てきて、食事の代わりにビールを飲んで済ますことも出てきた。 ヘルパーが作る食事はすべて食べているが、ゴミの量を見ると、ヘルパーの訪問が無い日はコンビニの弁当やビールだけで済ませている様子である。部屋から1歩も出ない日も増えている。 毎日夕方ビールを2缶くらい飲むのは以前からの習慣(2缶以上は飲まない) 栄養の摂取にかかわるような胃腸の問題はない。
11	行動障害	<ul style="list-style-type: none"> 女性にはやさしいが男性には警戒心が強く、怒り出すこともある。 布団の周りに煙草の焼け焦げがある。
12	介護力	<ul style="list-style-type: none"> 近くには親族が誰もいない。 友人知人もいない。 甥も電話等で相談にのってはくれるが来てはくれない。
13	居住環境	<p>(見取り図)</p> <p>2DK (6畳×2+DK)</p>
14	特記事項	<ul style="list-style-type: none"> H23.10.14:退院後、緊急通報システム導入。 タバコの喫煙一日10本程度。布団の周りに焼け焦げあり。 布団は敷きばなし。 部屋はわりと片づけている。 物は全て押し入れにしまい外に出ていない。 物が少ない。 書類は全て枕元の木箱にいれている。 最近をよく読まないで、ただしまっただけになり、期限が切れたり等事務手続きが滞ることが出始めている。 財布・預金通帳・保険証等々大事なものを入れたバッグは身辺から離さない。いつもそばに置いている。

主治医意見書

記入日： 平成24年2月10日

申請者	(ふりがな)	男 T	〒
	T さん		
	明・大・昭 6 年 9 月 日生(80)歳	女	連絡先 ()

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに 同意する。 同意しない。

医師氏名 _____
 医療機関名 _____ 電話 () _____
 医療機関所在地 _____ FAX () _____

(1) 最終診察日 平成 年 月 日

(2) 意見書作成回数 初回 2回以上

(3) 他科受診の有無 有 無
 (有の場合) → 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科
 皮膚科 泌尿器科 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科
 リハビリテーション科 歯科 その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1に記入)及び発症年月日

1 多発性脳梗塞	発症年月日 (昭和・平成) 23年 9月 20日(頃)
2	発症年月日 (昭和・平成) 不詳 (頃)
3	発症年月日 (昭和・平成) 年 月 日(頃)

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明
 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
 [最近(概ね6か月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入]
 特記すべき治療はしていない。

2. 特別な医療(過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法
 レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の管理 経管栄養

特別な対応 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡の処置

失禁への対応 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(衰たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2
 B1 B2 C1 C2

・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa
 IIIb IV M

(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

・短期記憶 問題なし 問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない

・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる
 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てでチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

無 有

幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ()

(4) その他の精神・神経症状 無 有 (症状名: _____ 専門医受診の有無 有 無)

(5) 身体の状態
 利き腕(右 左) 身長= cm 体重= kg (過去6か月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: _____)
 麻痺 右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)
 右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)
 その他 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
 関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
 失調・不随意運動 上肢 右 左 下肢 右 左 体幹 右 左
 褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
 その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動
 屋外歩行 自立 介助があればいる していない
 車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活
 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助
 現在の栄養状態 良好 不良
 → 栄養・食生活上の留意点(_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生可能性の高い状態とその対処方針
 尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり
 意欲低下 徘徊 低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染症
 がん等による疼痛 その他 (_____)
 → 対処方針(_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
 期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)
 訪問診療 訪問看護 看護職員の訪問による相談・支援 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導
 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導
 通所リハビリテーション その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項
 ・血圧 特になし あり (_____) ・移動 特になし あり (_____)
 ・寝食 特になし あり (_____) ・選搬 特になし あり (_____)
 ・嚥下 特になし あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入してください)
 無 有 (_____) 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めたい場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

最近では食事でも自分では作らず、近所のコンビニ弁当を買って食べるだけである。不潔も気にしていない状態である。ほぼヘルパーまかせの日常である。十分な介護・介助が必要と考える。

課題整理表(仮称) ※演習記入用

利用者名 T殿

状況の事実		現在※1	見通し※2	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)※3	
						※4	
健康状態	主症状	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	痛み	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
ADL	室内移動	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	屋外移動	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	公共交通の利用	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	食事	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	排泄	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	更衣	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	整容、口腔ケア	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	入浴	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	姿勢保持	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	移乗	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	IADL	掃除	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
洗濯		◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
買物		◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
調理		◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
整理・物品の管理		◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
ごみ出し		◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
通院		◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
服薬		◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
金銭管理		◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
電話・PC		◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
認知		◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
コミュニケーション能力	視力・聴力	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	意思伝達	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
社会との関わり	社会活動	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	喪失感・孤独感	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
排尿・排便	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小					
褥瘡・皮膚の問題	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小					
口腔衛生	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小					
食事摂取	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小					
問題行動	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小					
介護力	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小					
居住環境	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小					
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。以下の記号を記入。
 OADL、IADL：◎：自らしている、○：見守りがあればしている、△：一部介助があればしている、×：全般的な介助があればしている、あるいは実施していない
 ○上記以外の項目：◎：全く問題ない、○：問題はありますが生活全般に支障が出るほどではない、△：問題があり生活全般に支障が出ている、×：問題があり生活全般に支障が出ている
 ※2 現在の認定有効期間における状況の改善可能性の見通しについて、次の数字を付す(1：改善できる可能性が大きい、2：改善は難しいが維持できる可能性が大きい、3：改善あるいは維持できる可能性が小さい)
 ※3 介護支援専門員の考えとして、利用者や家族とすり合わせる前の、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の案を記入。
 ※4 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。

※本調査研究は、平成 24 年度厚生労働省老人健康保険増進等事業補助事業として実施したものです。

平成 24 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

ケアマネジメント詳細検討結果に基づく新様式(案)等の活用に関する実証事業
報告書

平成 24 年 12 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