

苫小牧市ケアマネジャー資質向上研修会（20220215）

自立支援のための ケアマネジメント



一般社団法人
北海道介護支援専門員協会 副会長
笠松 信幸

主任介護支援専門員
災害支援ケアマネジャー
<mail> kasanob@gmail.com

研修会でお伝えしたいこと

➤ 介護支援専門員が自立支援のケアマネジメントをすすめるために、どんな視点で臨むか、介護保険法・介護報酬改定にもふれながらお話しします。



そもそも「自立支援」とは

利用者の「**尊厳**を維持し、その**有する能力**に応じ**自立した日常生活**を営むことができるよう（介護保険法第1条）」**支援**すること。

支援にあたっては「**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なければならない（介護保険法第2条）」



そのための支援計画が**ケアプラン**であり、多職種からなるケアチームを**マネジメント**する役割を担うのが**介護支援専門員**。

この法律において「**介護支援専門員**」とは、要介護者又は要支援者からの相談に応じ、要介護者等がその心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者等との**連絡調整等を行う者**であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な**援助に関する専門的知識及び技術を有する者**をいう（介護保険法第7条第5項・抄）

第7条は、介護保険法の最重要用語を定義している。9項までであるうち5番目が「介護支援専門員」。2005年法改正で追加された。

2005年は、地域包括支援センターの設置、介護予防サービス・地域密着型サービスの新設など大きな制度改正がおこなわれた。

介護保険最新情報

今回の内容

「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について
計50枚（本紙を除く）

Vol.958

令和3年3月31日

厚生労働省老健局

認知症施策・地域介護推進課



**老企第29号（平成11年11月12日）
の一部改正通知**

➤ **老企第29号には
計画書作成の基本方
針が書かれています。
今回の改正ではと
くに自立支援に資す
るケアマネジメント
の視点を持つことが
重視されています。**

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日

年 月 日

※居宅サービス計画書記載要領(一部抜粋)

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 _____ 殿 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____

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 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

要介護状態区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたと考えているのかについて意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。				
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、利用者及び家族を含むケアチームが確認、検討の上、総合的な援助の方針を記載する。あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先、また、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応の方法等について記載することが望ましい。例えば、利用者の状態が急変した場合の連携等や、将来の予測やその際の多職種との連携を含む対応方法について記載する。				
総合的な援助の方針					
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他()				

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた 課題分析の結果

(記載例)

本人：娘の家でも料理をしたり花を育てながら暮らしたい。

家族：母のことが心配で呼び寄せた。知らない土地で不便だと思うが長生きしてほしい。

長女宅に転居し不安があるが、花を育てて張りのある生活を送りたい、得意な料理を続けたいとの意欲がある。

(「七訂 居宅サービス計画書作成の手引き」P.92を改変)

課題分析の結果は、利用者が持っている能力（潜在的な能力も含め）、生活環境等の評価、解決しなければならない課題を記載します。利用者がこれから自立した生活に向かってどのようにしたいのか、利用者が前向きになるよう配慮した表現にします。

総合的な援助の方針

課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する**介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか**、利用者及び家族を含むケアチームが確認、検討の上、**総合的な援助の方針**を記載する。

第2表に登場する「サービス」を一つ一つ列記し解説するのではなく、ケアチームが利用者をどう支援するのか総合的な視点から援助方針を書きます。

サービス内容は第2表で詳述しますので、ここに再掲する必要はありません。

総合的な援助の方針

あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先、また、ケアチームが、**どのような場合を緊急事態と考えているか、緊急時を想定した対応の方法等について記載**することが望ましい。例えば、利用者の状態が急変した場合の連携等や、将来の予測やその際が多職種との連携を含む対応方法について記載する。

想定される緊急事態について、対応方法・対応機関・連絡先を記載します。主治医の記載は必須ではありません。自然災害が起きる可能性が高い地域では、避難方法や避難先を記載する場合があります。

生活援助中心型の算定理由

居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付けることが必要な場合に記載する。

家族等に障害、疾病がない場合であっても、やむをえない事情により、家事が困難な場合等については、

「3.その他」に○を付し、例えば、

- ・ 家族が高齢で筋力が低下していて、行うのが難しい家事がある
- ・ 家族が介護疲れで共倒れ等の深刻な問題が起きてしまう恐れがある
- ・ 家族が仕事で不在の時に、行わなくては日常生活に支障があるなどの理由を記載する。

第2表

居宅サービス計画書(2)

利用者名 _____ 殿

作成年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

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

「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものである。

「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合やいくつかの課題が解決されて初めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。

利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。

「長期目標」の「期間」は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を、いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載する。
 「短期目標」の「期間」は、「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載する。

「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。

※1 「保険給付の対象になるかどうかの区分」について、保険給付の対象となる場合は○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置付ける場合においては、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する。

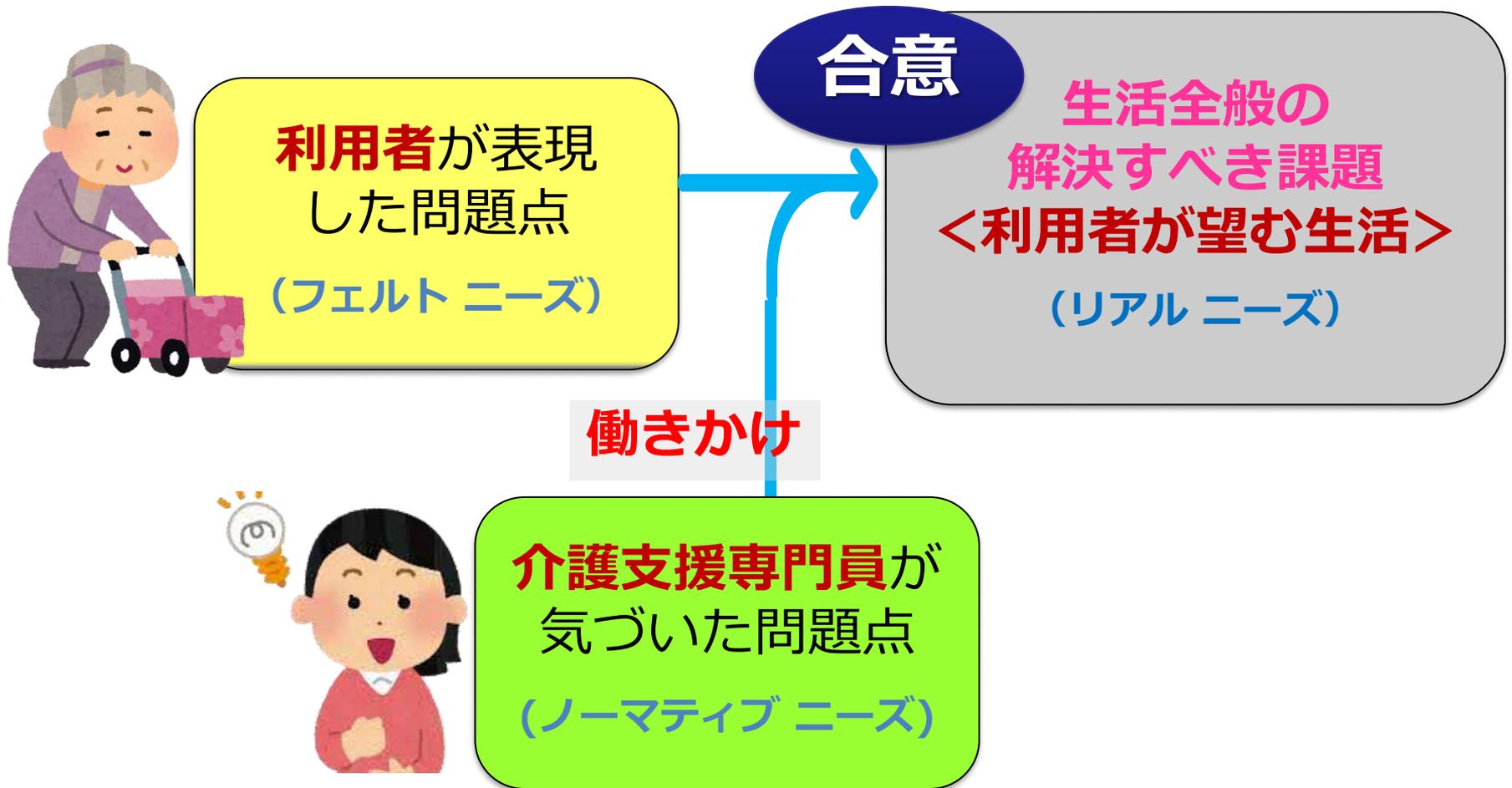
生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。

具体的には、利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の中で、解決していかなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、

- ・ 利用者自身の方で取り組めること
 - ・ 家族や地域の協力でできること
 - ・ ケアチームが支援すること
- で、できるようになることなどを整理し、具体的な方法や手段をわかりやすく記載する。

対立するニーズを「止揚」する



【止揚】対立する二者をどちらも否定せずにかき合わせて統合し一つの解として昇華させる過程。いったん立ち止まってより上の次元に持っていく。
アウフヘーベン (Aufheben)。ヘーゲル弁証法。

「ニーズ」を見出す方法

- 「**困りごと**」の「**原因**」を明らかにし、どんな「**意向**」なのかをつかみます
- **5W1H** を意識して「いつから」「どこで」「誰が」「何をするとき」「どのようにしたいか」「なぜそうなったのか」を分析し、どこに課題があるのかを見出します



(ニーズの例) 利用者の個別性や、こうありたい自分像をイメージして

- ・ もう入院しなくても良いように健康状態を保ちたい。
- ・ もの忘れが進まないようにしたい。
- ・ 買物に出かけたり、孫に会いに行きたい。
- ・ 楽しみを持ちながら定期的に外出したい。
- ・ 家の風呂にゆっくりと入りたい。
- ・ 家の中をつかまりながらも一人で歩けるようになりたい。
- ・ 家族が旅行できるようにしてあげたい。



(これはどうかな?) 絶対にだめだとは言いませんが…

- ・ 安心安全に暮らしたい。
- ・ 転倒しない生活をしたい。
- ・ 他者と交流したい。
- ・ 車いすを使いたい。ヘルパーに来てほしい。



目標（長期目標・短期目標）

「目標」は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して設定される。

「長期目標」を達成するための各段階を「短期目標」として明確化し、計画的支援に結びつける。

すなわち、必要な「サービス内容」は、主として「短期目標」に対応して導き出されるものであり、明確な「短期目標」が設定されなければ必要な「援助内容」やその援助方針を明確にできないこととなる。

「短期目標」には、利用者が実践する目標を意識的に設定します。サービス提供のための短期目標（事業者の目標）が中心の計画書では、利用者のスタンスが「サービスおまかせ」になり、本来持っている力（ストレングス）を発揮できなくなります。

(短期目標の例) 利用者が実践する目標を意識して設定

- ・ 毎日、処方薬を忘れずに飲む。
- ・ バスに乗ってスーパーや図書館に行く。
- ・ ヘルパーに援助してもらい週3回入浴する。
- ・ 午前と午後に自宅でできる運動をする。
- ・ スプーンを使い自分で食事できる。
- ・ 短時間なら台所で立って調理ができる。
- ・ 自分で用意して洗顔・歯みがきをする。

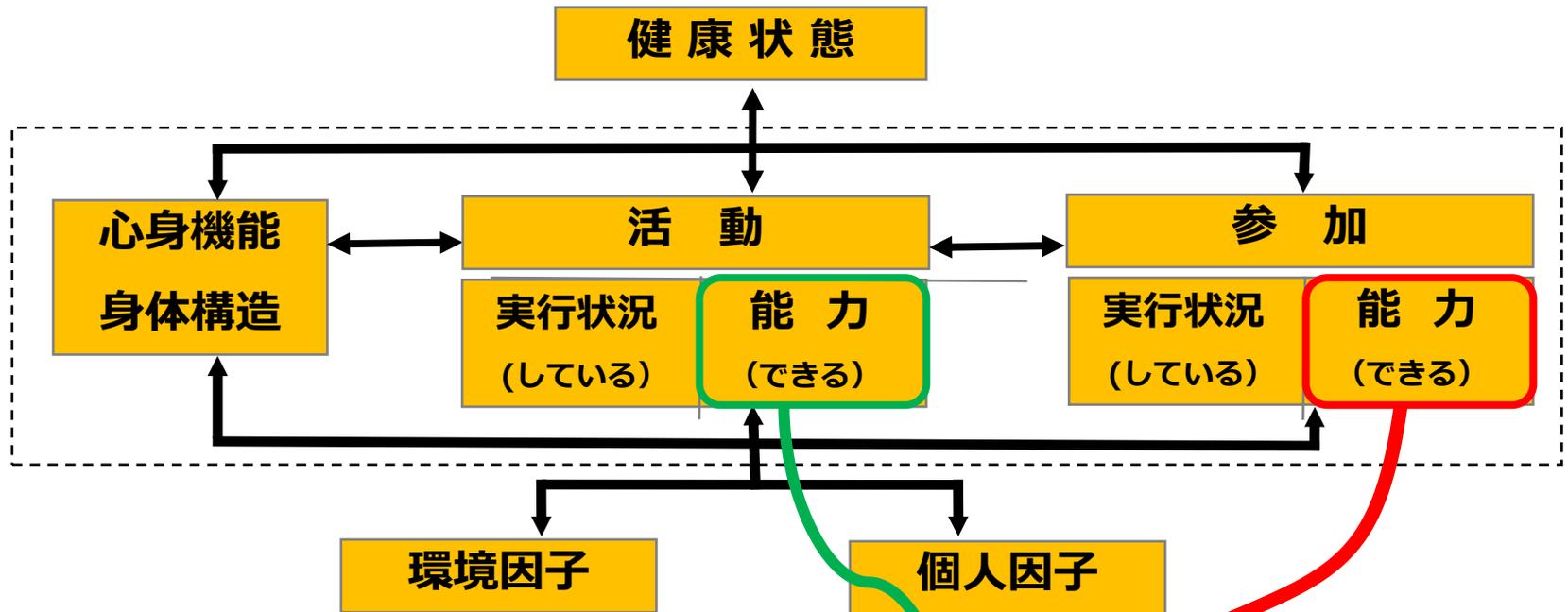


(サービス側の目標?) 重度の利用者の場合ならあり得ます

- ・ 健康管理がされ病気が悪化しない。
- ・ 定期的にはリハビリテーションする。
- ・ 立位が安定し転倒しない。座位が保てる。
- ・ 栄養バランスがとれた食事をする。



ICFとサービス計画書の関係性 （「能力」に着目した目標設定）



生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目 標		援助内容
	長期目標	短期目標	サービス内容
	生活目標 (より良い人生・QOL)	活動目標 (できる活動・ADL)	

福祉用具貸与・販売の位置づけ

利用者の心身の状況に合わない福祉用具が提供されることで自立を妨げてしまうおそれもあり、適切な福祉用具が選定され利用されるように、福祉用具を必要とする理由を把握することが重要である。

福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置付ける場合においては、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する。

「●●●●の状態のため（福祉用具）が必要である」のように、利用者の心身の状況を具体的に記載すると根拠が明確になります。

第3表

記載要領（一部抜粋）

利用者名

殿

作成年月日

年 月 日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								<p>第2表「居宅サービス計画書（2）」の「援助内容」で記載したサービスを保険給付内外を問わず、記載する。なお、その際、「援助内容」の頻度と合っているか留意する</p>
	2:00								
	4:00								
早朝	6:00	<p>利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載する。例として、入浴、清拭、洗面、口腔清掃、整容、更衣、水分補給、体位変換、家族の来訪や支援など、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見えるように記載する。</p>							
	8:00								
午前	10:00								
	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
	20:00								
夜間	22:00	<p>各月に利用する短期入所等、福祉用具、住宅改修、医療機関等への受診状況や通院状況、その他の外出や「多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス」などを記載する。</p>							
	24:00								
週単位以外のサービス									

主な日常生活上の活動

利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載する。

例えば、食事については、朝食・昼食・夕食を記載し、入浴、清拭、洗面、口腔清掃、整容、更衣、水分補給、体位変換、家族の来訪や支援、利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見えるように記載する。

利用者が自宅でどんな生活をしているのか、ケアチーム（主治医も含め）で共有する欄です。省略せずに必ず記載します。

「新聞を読む」「近所の人と世間話」「リハビリのための体操」
「庭の花をながめている」「夜間、3回くらい排泄」など

第4表

記載要領（一部抜粋）

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名

開催日 年 月 日 開催場所 開催時間 開催回数

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 (続柄：)						
※備考	<p>当該会議において検討した項目について記載する。当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者に照会（依頼）した年月日、内容及び回答を記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合には、その理由を記載するとともに、サービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日、照会（依頼）した内容及び回答を記載する。</p> <p>なお、サービス担当者会議を開催しない理由又はサービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日若しくは照会（依頼）した内容及び回答について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。</p>					
検討した項目	<p>当該会議において検討した項目について、それぞれ検討内容を記載する。その際、サービス内容だけでなく、サービスの提供方法、留意点、頻度、時間数、担当者等を具体的に記載する。</p> <p>なお、⑩「検討した項目」及び⑪「検討内容」については、一つの欄に統合し、合わせて記載しても差し支えない。</p>					
検討内容	<p>当該会議における結論について記載する。</p>					
結論	<p>必要があるにもかかわらず社会資源が地域に不足しているため未充足となった場合や、必要と考えられるが本人の希望等により利用しなかった居宅サービスや次回の開催時期、開催方針等を記載する。</p>					
残された課題 (次回の開催時期)						

検討した項目

会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者に照会（依頼）した年月日、内容及び回答を記載する。

また、サービス担当者会議を開催しない場合には、その理由を記載するとともに、サービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日、照会（依頼）した内容及び回答を記載する。

サービス担当者会議を開催しない理由又はサービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日若しくは照会（依頼）した内容及び回答について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。

欠席者からの意見が会議の中で報告され、その内容も含めて全体で承認された（あるいは修正された）結果、ケアプランができあがったことが分かるように記載します。

検討内容

会議において検討した項目について、それぞれ検討内容を記載する。その際、サービス内容だけでなく、サービスの提供方法、留意点、頻度、時間数、担当者等を具体的に記載する。

なお、「検討した項目」及び「検討内容」については、一つの欄に統合し、合わせて記載しても差し支えない。

これらの項目の記載については、当該会議の要点を記載するものであることから、第三者が読んでも内容を把握、理解できるように記載する。

残された課題（次回の開催時期等）

必要があるにもかかわらず社会資源が地域に不足しているため未充足となった場合や、必要と考えられるが**本人の希望等**により利用しなかった**居宅サービス**や**次回の開催時期**、**開催方針**等を記載する。

今回の計画には盛り込めなかった方策（介護保険サービスやインフォーマルサービスを含め）、引き続き状態把握が必要な事項などを記載します。

第5表

記載要領（一部抜粋）

第5表

居宅介護支援経過

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

居宅サービス計画作成者氏名

年 月 日	項 目	内 容	年 月 日	項 目	内 容
<p>漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努める。</p> <p>第5表「居宅介護支援経過」は、介護支援専門員等がケアマネジメントを推進する上での判断の根拠や介護報酬請求に係る内容等を記録するものであることから、介護支援専門員が日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、記録の日付や情報収集の手段（「訪問」（自宅や事業所等の訪問先を記載）、「電話」・「FAX」・「メール」（これらは発信（送信）・受信がわかるように記載）等）とその内容について、時系列で誰もが理解できるように記載する。</p> <p>そのため、具体的には、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日時（時間）、曜日、対応者、記載者（署名） ・ 利用者や家族の発言内容 ・ サービス事業者等との調整、支援内容等 ・ 居宅サービス計画の「軽微な変更」の場合の根拠や判断 <p>等の客観的な事実や判断の根拠を、簡潔かつ適切な表現で記載する。</p> <p>簡潔かつ適切な表現については、誰もが理解できるように、例えば、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 文章における主語と述語を明確にする、 ・ 共通的でない略語や専門用語は用いない、 ・ 曖昧な抽象的な表現を避ける、 ・ 箇条書きを活用する、 <p>等わかりやすく記載する。</p> <p>なお、モニタリングを通じて把握した内容について、モニタリングシート等を活用している場合については、例えば、「モニタリングシート等（別紙）参照」等と記載して差し支えない。（重複記載は不要）</p> <p>ただし、「（別紙）参照」については、多用することは避け、その場合、本表に概要をわかるように記載しておくことが望ましい。</p> <p>※ モニタリングシート等を別途作成していない場合は本表への記載でも可。</p>					

居宅介護支援経過

モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載する。

漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努める。

居宅介護支援経過は、介護支援専門員等がケアマネジメントを推進する上での判断の根拠や介護報酬請求に係る内容等を記録するものであることから、介護支援専門員が日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、記録の日付や情報収集の手段（「訪問」・「電話」・「FAX」・「メール」（これらは発信（送信）・受信がわかるように記載）等）とその内容について、時系列で誰もが理解できるように記載する。

居宅介護支援経過

そのため、具体的には、

- ・ 日時（時間）、曜日、対応者、記載者（署名）
- ・ 利用者や家族の発言内容
- ・ サービス事業者等との調整、支援内容等
- ・ 居宅サービス計画の「軽微な変更」の場合の根拠や判断等の客観的な事実や判断の根拠

を、簡潔かつ適切な表現で記載する。

誰もが理解できるように、

- ・ 文章における**主語と述語を明確にする**、
- ・ **共通的でない略語や専門用語は用いない**、
- ・ **曖昧な抽象的な表現を避ける**、
- ・ **箇条書きを活用する**、等わかりやすく記載する。

居宅介護支援経過

なお、**モニタリング**を通じて把握した内容について、モニタリングシート等を活用している場合については、例えば、「モニタリングシート等（別紙）参照」等と記載して差し支えない。（重複記載は不要）

ただし、「（別紙）参照」については、多用することは避け、その場合、本表に**概要をわかるように記載しておく**ことが望ましい。

※ モニタリングシート等を別途作成していない場合は本表への記載でも可。

参考文献

- 「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について
（令和3年3月31日）厚生労働省老健局 介護保険最新情報Vol958
- 「介護報酬の解釈」（令和3年6月30日）社会保険研究所
- 「七訂 居宅サービス計画書作成の手引き」（令和3年12月）一般財団法人長寿社会開発センター