認知症高齢者の課題分析のコツと職員間の情報共有

2024,12,13苫小牧市

グループホーム花縁
（2005年）

グループホーム花縁ときわ館
（2008年）

小規模多機能ホーム
花縁すずらん館
（2009年）

住宅型有料老人ホーム
安心ホームときわ
（2009年）

みなさんのお悩みは

- どんなプランをどうやって立てたらいいの？
- ひとりで作るの？みんなで作るの？みんなで作ることできるの？
- ご本人の意向ってどうやって探るの？
- 認知症の状態の人、寝たきりの人、お話しできない人のニーズってどうやってくみ取るの？
- ニーズをどうやって文章化するの？
- どうやってチームで共有するの？

質問用紙をご用意しました。
聞きたいことがある方は最後の方で提出してください。

「認知症高齢者の課題分析のコツと職員間の情報共有」

＊研修の最後に質問のある方は回収しますので書いてください。

質問事項

介護保険法

◆ **第一章　総則**

（目的）

◆ **第一条**　この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、**これらの者が尊厳を保持し、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**、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

ケアマネジメント

- 介護保険制度の根底にある理念は自立支援及び利用者本位であり、それを具現化していくための手法がケアマネジメントである。これは高齢者の状態像を適切に把握し自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供する為の仕組みであり、介護保険制度の中核となるものである。

ケアマネジメントのプロセス

①要介護高齢者の状況を把握し、生活上の課題を分析（アセスメント）した上で

②総合的な援助方針、目標を設定するとともに、①に応じた介護サービスを等を組み合わせる（プランニング）

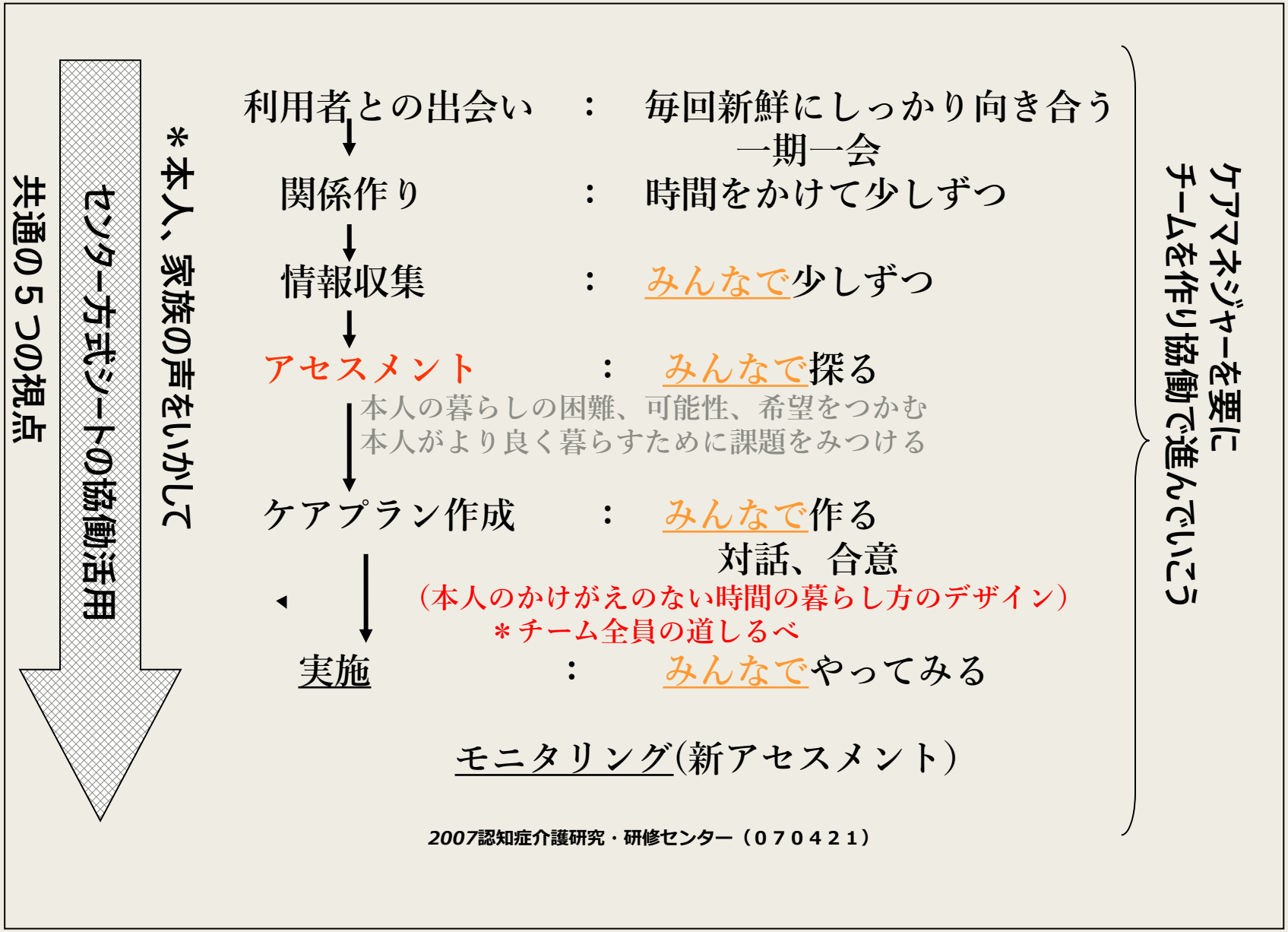
③①及び②について、ケアカンファレンス等により支援にかかわる専門職間で検証・調整し、認識を共有した上で（他職種協働）、ケアプランを策定し、

④ケアプランに基づくサービスを実施するとともに、継続的にそれぞれのサービスの実施状況や要介護高齢者の状況の変化等を把握（モニタリング）し、ケアの内容等の再評価・改善を図る。

ケアマネジメントの一連の業務

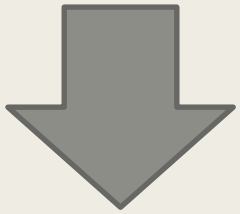
- ケアマネジメントの開始
- 課題分析　（アセスメント）
- 介護サービス計画原案作成
- ケア担当者会議
  （ケアカンファレンス）
- 利用者への説明と同意の確認
- サービス提供の実施状況把握と評価
  （モニタリング）

ケアマネジメントの流れ　～みんなで一緒に～シートパック



私たちの目標

利用者が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にするものでなければならない。



このために必要な
アセスメントと生活支援の方法

認知症の人のアセスメントとは

客観的な判断軸で評価・分析すること

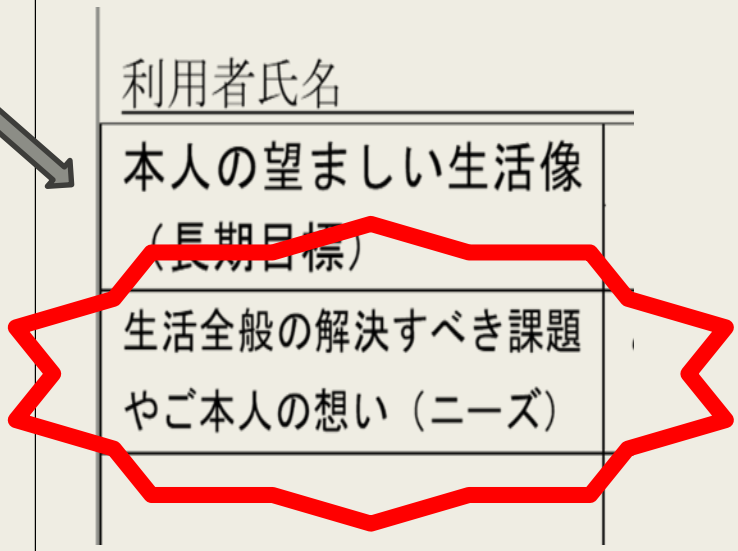
- パーソン・センタード・ケアの理念を重視したケアを目指して
- 認知症の人のアセスメントにおいては、本人の望む生活像を把握し、その実現を阻む身体的要因、心理的要因、神経学的要因などを明らかにし、本人が「これまでと変わらず、周りの人たちから大事にされている（尊重されている）」と感じられることを大切にしたケアを実践計画につなげていくことが求められる。
- 本人が、何を望んでいるか、何に困難さを感じているかを知ることからはじまり、認知症の人の視点に立ち、さまざまな行動や症状についてアセスメントを行うことで、その背景要因を導き出すことができ、根拠に基づいたケアの提供につながる。

第２表：認知症対応型共同生活介護計画書（２）

認知症対応型共同生活介護計画書（２）　グループホーム〇〇

利用者氏名　　様　　計画作成者　　計画作成日　H　年　月　日

本人の望ましい生活像（長期目標）					期間	
生活全般の解決すべき課題やご本人の想い（ニーズ）	どうなったら良いか（短期目標）	期間	何をどうするか　（サービス内容）	担当者	頻度	期間



サービス計画書（1）（2）について説明を受けると　本人サイン

ともにこの内容に同意し交付をうけました。　平成　年　月　日　家族サイン

ニーズとは

- 本人または家族が支援してほしいと望んでいるもの、生活をするうえで困っているものという解釈。

- 今の生活状況から生じている日常生活上の支障や困難さの背景を明らかにすること

ニーズとデマンド

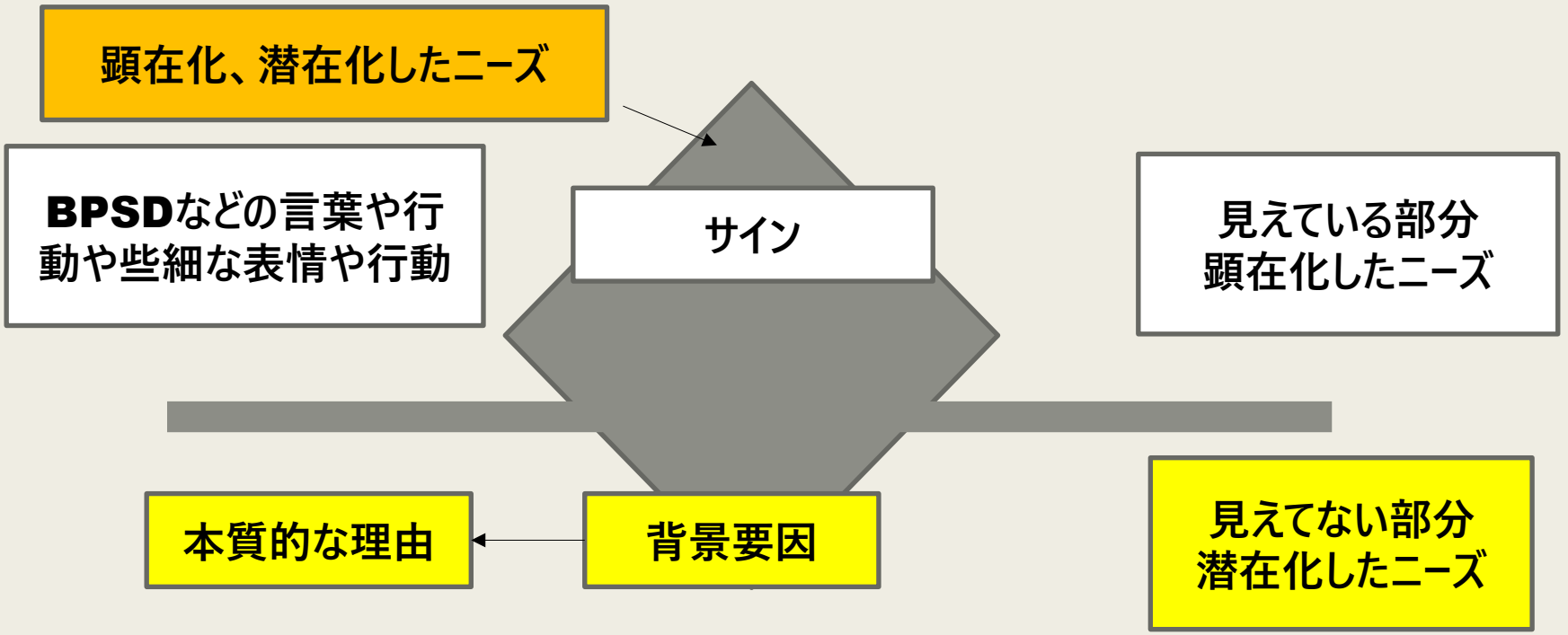
「ニーズ」とは、本人の生活を維持・向上させるために必要な要求のことです。必要性があり、それがなければ生活がどうにもならないというようなもののことをいいます。

「デマンド」とは、なくても生活に支障はないが、「こうであればいいのに」や「こうなると楽だ」というような、本人が意識する「やって欲しい」要望や希望のことをいいます。

- 「ニーズ」は、本人が意識しないものも含み「客観的に見て本人が必要な事項」もあります。
- 相談援助において、「ニーズを引き出す」ことと、「ニーズを聞き出すこと」は全く異なるものです。
- 「デマンド」は本人から聞き出すことができますが、真の「ニーズ」は、全てを本人から聞き出すことができるとは限りません。

ニーズ抽出の考え方と留意点

- 認知症の人の言葉や行動などの事実を認知症の人の「顕在化したニーズ」としてとらえ「潜在化したニーズ」を探り、認知症の人の真のニーズに気づく必要がある。



たとえば、こんなおばあちゃんがいました

「何もしたくない」「部屋で寝ていたほうがいい」

「手伝えって言われるから、早く部屋に行こう」

お掃除・買い物・調理・・・誘い方でなんでもできる。

できるのに
やらなかったらどう
なる？
→できなくなってし
まうし、衰弱してい
くし、自立生活が
なくなってしまう。

ニーズ

役に立ちたい　　？？？

やったほうがいい
のだけれど

思いを探る言葉探し
どんなことを感じているか？
できなくなってもいいのかな？
できることを続けて生活するってこと
はどういうこと？

ご本人の言葉：『あんなふうにはなりたくない』

ニーズ　寝たきりにはなりたくない⇒いつまでも健康でいたい

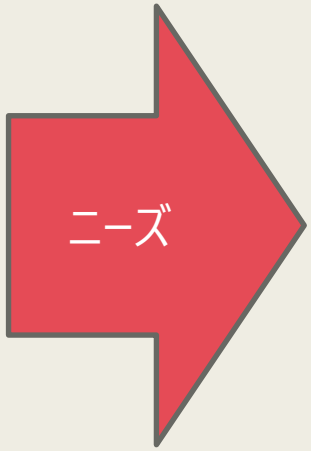
私たちは代弁者：ニーズが一番大事！

を間違えててしまうと、サービス内容も変わってしまう。

毎日のかかわりの中で耳にするご本人の言葉がキーワードになってくる。

聞き逃さず拾い集めて、ご本人の気持ちを探り、それを根拠に

ご本人の気持ちに一番適した言葉で



を考えます。

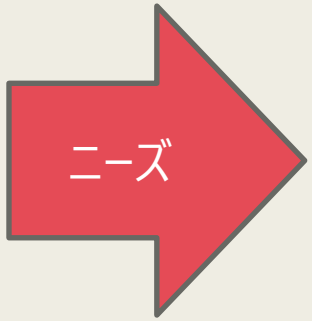
私たちは代弁者：言葉が話せない人は？

・会話ができても、自分の「ニーズ」を伝えられる人はいない。

・お元気な時はどんな方だったのか、何を大切に暮らしてこられたか、家族歴や生活歴、仕事歴などから情報収集して、その方の人となりや本来のその方の「あるべき姿」をチームで考える。

・ニーズはあくまでも、生活の必要性。

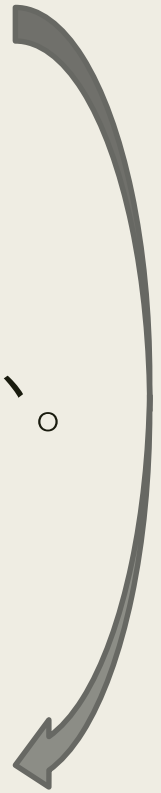
その方の生活スタイルや性格、生き方などを考慮したうえで、その方にふさわしいニーズを探し出すこと。

ご本人の気持ちに一番適した言葉で 

を考えます。

言葉や行動表情はアセスメントの重要な情報

- 「その状態」の前後の状況
- その時の言葉、行動、表情
- 何を残したいか、何を伝えたいか。
- 記録は残るが、記憶はなくなる



記録は情報共有には欠かせない

基本情報に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日・住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	痴呆性老人の日常生活自立度	痴呆性老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ＡＤＬ	ＡＤＬ（寝返り、起きあがり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	ＩＡＤＬ	ＩＡＤＬ（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿･排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡･皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯･口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

ひもときシート

- 介護職員本位の視点の支援から認知症の人本位の支援へと思考転換させるプロセス。
- 八つの側面から認知症の人が影響を受けていることを考えることができる。
- 本人の状況だけでなく家族や友人とのつながり、住居や地域などの周辺環境、生活サイクルなども考慮することが必要。
- BPSDは、職員のかかわりによって起きていることもあるため、ケアを行う環境として職員のかかわり方も見直す必要がある。
- ひもときシートは、アセスメントの視点と焦点を定めていくための「前段階の作業」と位置付けることができます。
  事実情報の集積や分析をするアセスメントとは異なり、根拠のない対応をやみくもに繰り返す状況から、事実と根拠に基づいた適切なケアにつなげていくための「思考の整理」と考えてください。
- 認知症ケアの悩みや課題を抱える援助者は、その人の言葉や心を痛めている理由が分からず、認知症の人が表出している状態に振り回されていることがあります。
  ひもときシートは、援助者の思いこみや試行錯誤で迷路に迷い込んでいる状況から脱するために、シートのそれぞれの段階で「評価的理解」「分析的理解」「共感的理解」の考え方を学び、援助者中心になりがちな思考を本人中心の思考（すなわち本人の気持ちにそった対応）に転換し、課題解決に導こうとするツールです。

ひもときシート

A 課題の整理Ⅰ あなた（援助者）が感じている課題
事例にあげた課題に対して、あなた自身が困っていること、負担に感じていることを具体的に書いてください。

B 課題の整理Ⅱ あなた（援助者）が考える対応方法
①あなたは本人にどんな「姿」や「状態」になって欲しいですか。

②そのために、当面どのようなことに取り組んでいこうと考えていますか？あるいは、取り組んでいますか。

（1）病気の影響や、飲んでいる薬の副作用について考えてみましょう。

（2）身体的痛み、便秘・不眠・空腹などの不調による影響を考えてみましょう。

（3）悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛や性格等の心理的背景による影響を考えてみましょう。

（4）音・光・味・におい・寒暖等の五感への刺激や、苦痛を与えていそうな環境について、考えてみましょう。

C 課題に関連しそうな本人の言葉や行動を書き出してみましょう
あなたが困っている場面（Aに記載した内容）で、本人が口にしていた言葉、表情やしぐさ、行動等をありのままに書いてください。

（5）家族や援助者など、周囲の人の関わり方や態度による影響を考えてみましょう。

（6）住まい・器具・物品等の物的環境により生じる居心地の悪さや影響について考えてみましょう。

（7）要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ（活動）とのズレについて考えてみましょう。

（8）生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と、現状とのズレについて考えてみましょう。

D 課題の背景や原因を整理してみましょう
思考展開エリアに記入した内容を使って、この課題の背景や原因を本人の立場から考えてみましょう。

E 「A課題の整理Ⅰ」に書いた課題を本人の立場から考えてみましょう
「D課題の背景や原因の整理」を踏まえて、あなたが困っている場面で、本人自身の「困り事」「悩み」「求めていること」は、どのようなことだと思いますか。

F 本人にとっての課題解決に向けてできそうなことをいくつでも書いてみましょう
このワークシートを通じて気づいた本人の気持ちにそって、①今できそうなこと②試せそうなこと③専門家の客観的な助言が必要なこと等をいくつでも書いてみましょう。

STEP 1 評価的理解
援助者として感じている課題を、まずはあなたの視点で評価します。

STEP 2 分析的理解（思考展開エリア）
本人の課題解決に向けて、多面的な事実の確認や情報を整理します。

STEP 3 共感的理解
本人の視点から課題の解決を考えられるように、援助者の思考展開を行います。

©2012 認知症介護研究・研修東京センター

困りごとの背景を具体的に知る
～ひもときシートの八つの側面～

①病気や薬の副作用等の影響

②身体の痛み、便秘、不眠、空腹などの不調の影響

③悲しみ、怒り、寂しさなどの精神的苦痛、本人の性格などからの影響

④音、光、におい、寒暖などの刺激や感覚的苦痛を与える影響

⑤家族や介護職員など周りのかかわり方や態度の影響

⑥残された機能と住環境など物理的環境による影響

⑦要望・障害程度・能力の発揮と、アクティビティ（活動）の影響

⑧生活歴・習慣・なじみのある暮らし方と今の暮らしのズレの影響

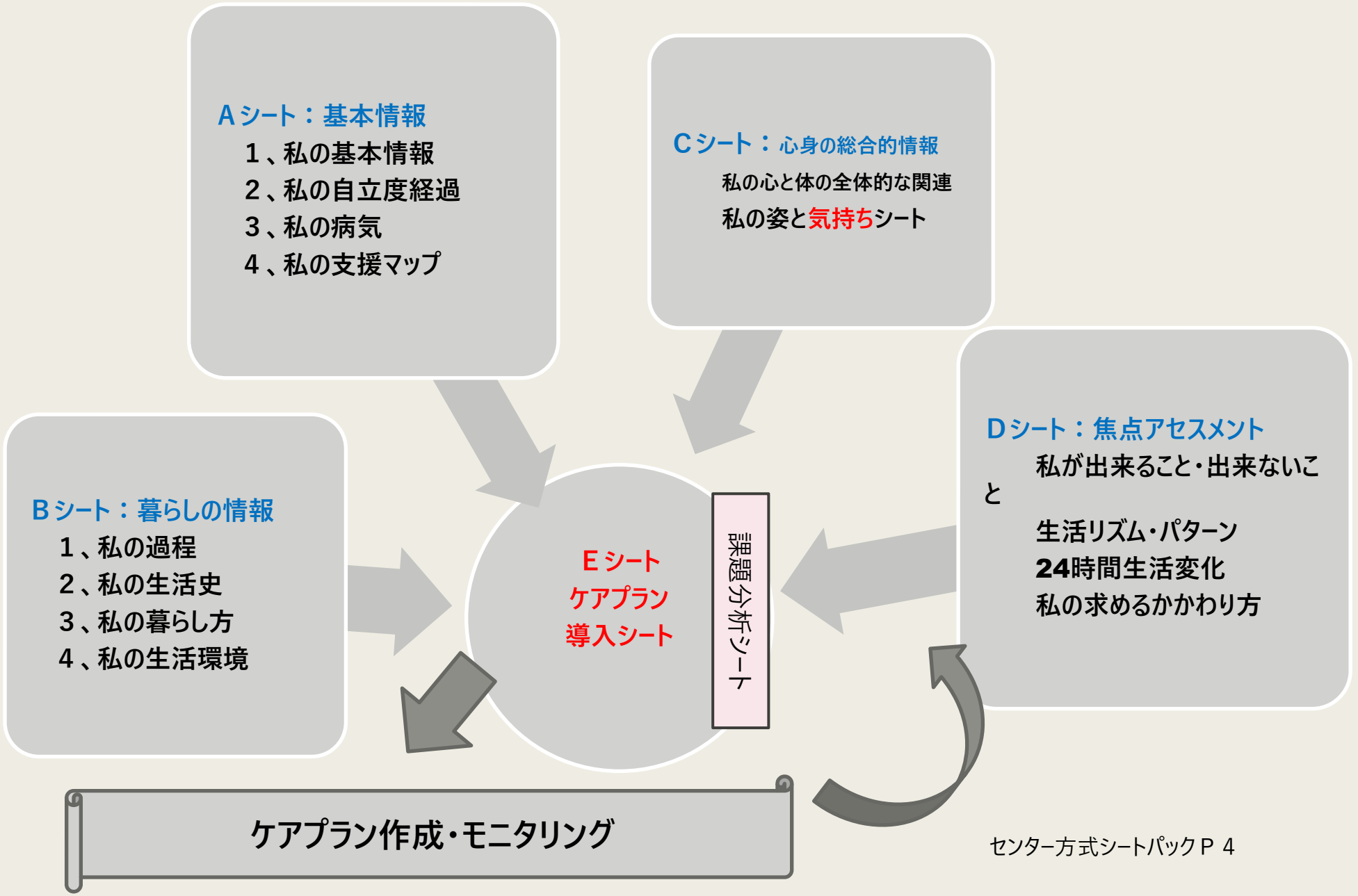
センター方式：認知症の状態にある方のためのアセスメントツール

高齢者の尊厳を支えるためのこれからの認知症ケアを、ケア関係者がともに力を合わせて実践していくことを推進するための統一的なケアマネジメントを継続的に展開していく方法である。

5つの視点

1、その人らしいあり方
2、その人の安心・快
3、暮らしのなかでの心身の力の発揮
4、その人にとっての安全・健やかさ
5、なじみの暮らしの継続
（環境・関係・生活）

センター方式ケアマネジメント：シートの構成

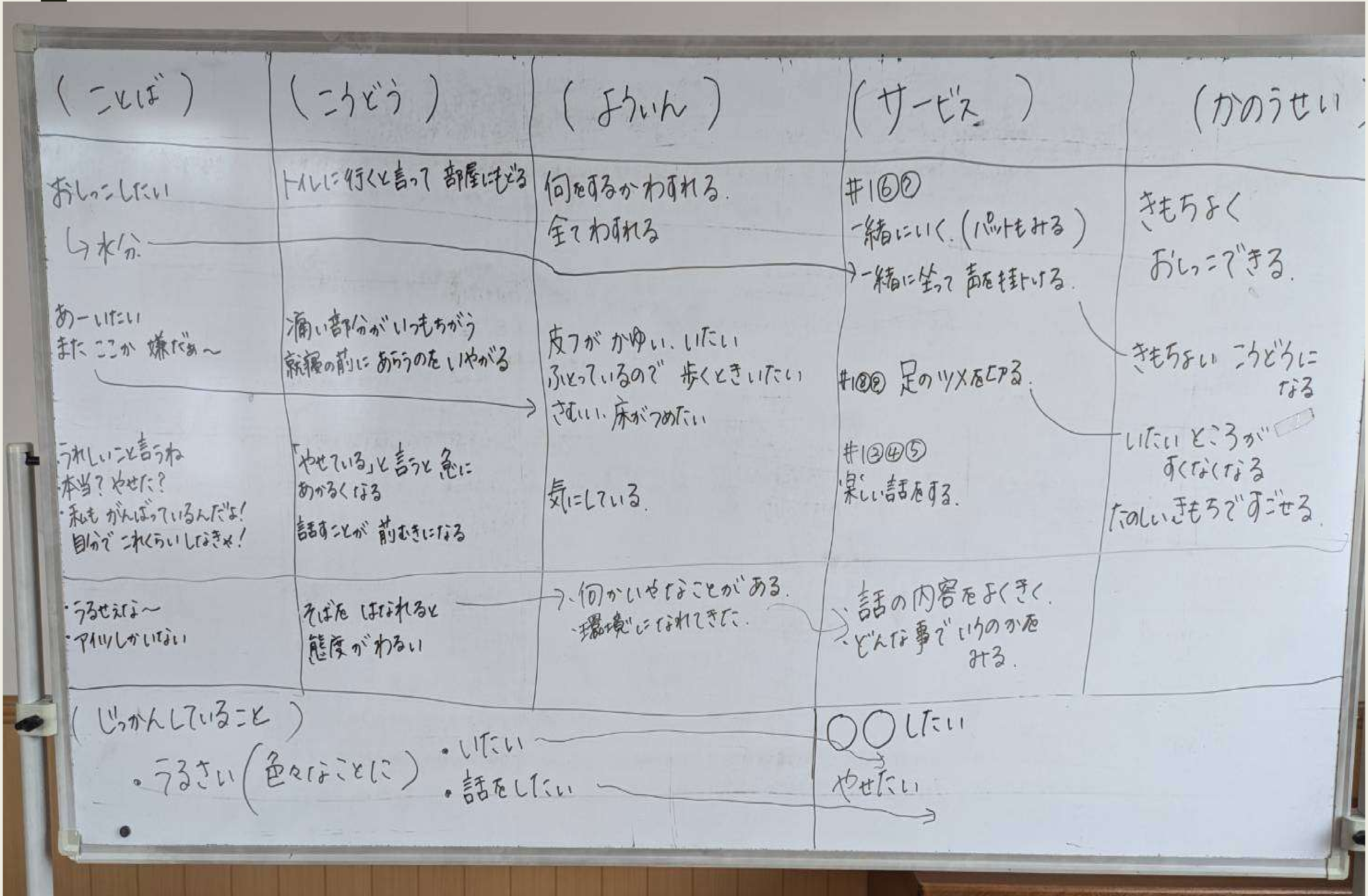


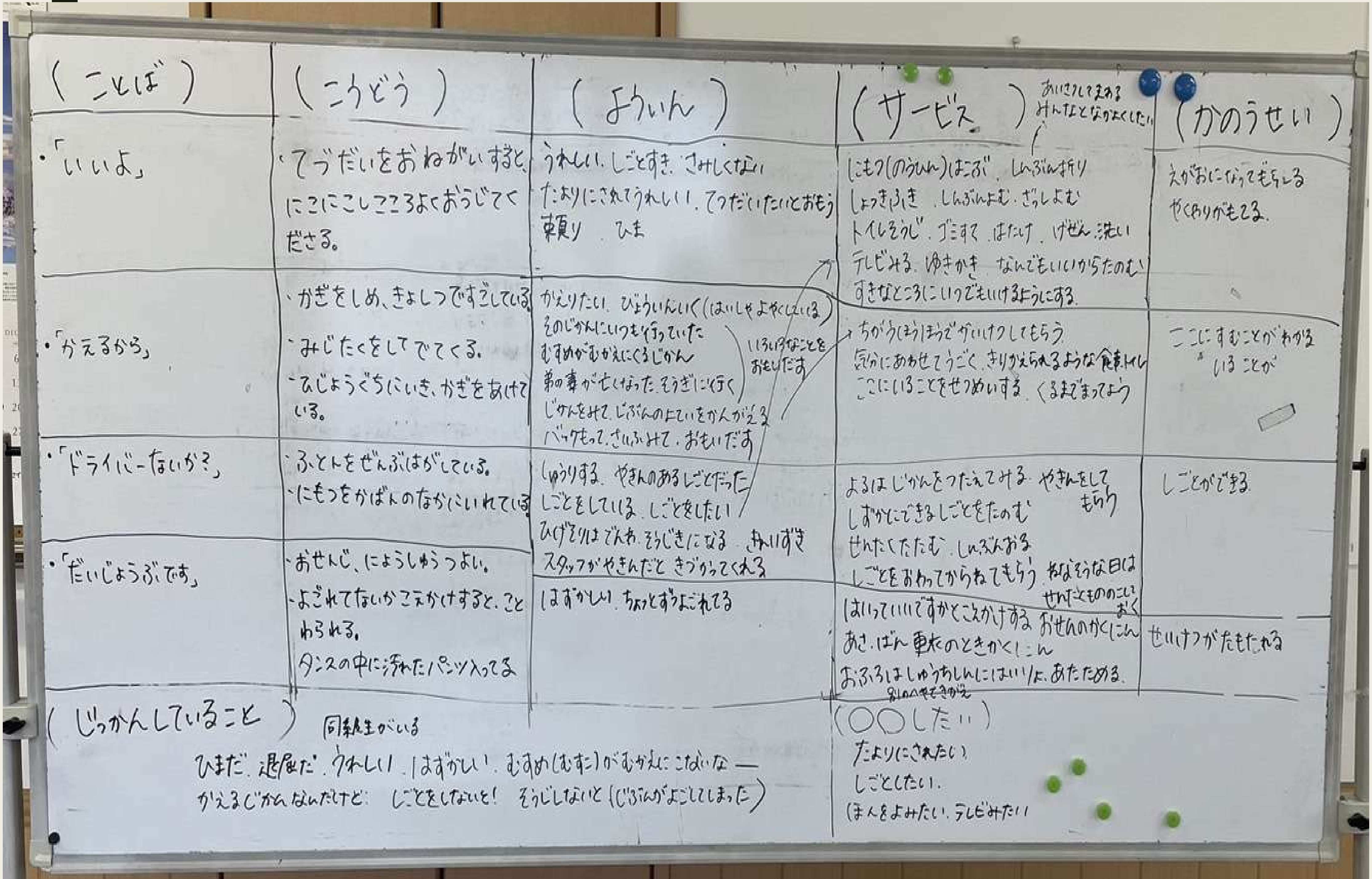
課題分析シート

Eシート【氏名】	【担当者】	平成　　年　　月　　日
【ご本人像】(性格・行動や考えの特徴・他者との係わり方等)	【あるべき姿】(現在の状態でどんな姿で暮らすのが望ましいと思いますか？)	

事実		要因と背景	サービス内容	可能性
言葉（言っていること）	行動（動き・表情・仕草）	なぜそういうことを言っているのか？ なぜそういうことをしているのか？	どんな支援をしたらいいですか？ 私がより良く暮らせるためのケアのｱｲﾃﾞｨｱと工夫	この支援をしたらどんな状態になりますか？
Cシートの吹き出しに書いた言葉の中から、注目すべき言葉を選んで記入する	その言葉を言っている時の表情や行動を記入する	そういう言動はなぜなのか？理由を記入	サービス内容を記入	実施した後の様子を想像すると？

生活全般の解決すべき課題や ご本人の想い（ニーズ）	【ご本人が実感している事】	ニーズ	「○○したい」という想い（「○○したい」と置き換えて表現する）
本人の望ましい生活像 (長期目標)	どうなったらいいか？		


（ことば）
（こうどう）
（よういん）
（サービス）
（かのうせい）
おしっこしたい
↳水分
トイレに行くと言って部屋にもどる
何をするかわすれる.
全てわすれる
#1⑥⑦
一緒にいく.（パットもみる）
一緒に笑って声を掛ける.
きもちよく
おしっこできる.
あーいたい
またここか 嫌だぁ〜
痛い部分がいつもちがう
就寝の前にあらうのをいやがる
皮フがかゆい、いたい
ふとっているので歩くときいたい
さむい、床がつめたい
#1⑱⑫ 足のツメを切る.
きもちよい こうどうになる
うれしいこと言うね
本当？やせた？
・私もがんばっているんだよ！
自分でこれくらいしなきゃ！
「やせている」と言うと急にあかるくなる
話すことが前むきになる
気にしている.
#1②④⑤
楽しい話をする.
いたいところがすくなくなる
たのしいきもちですごせる
・うるせえな〜
・アイツしかいない
そばをはなれると態度がわるい
・何かいやなことがある.
・環境になれてきた.
・話の内容をよくきく.
・どんな事でいうのかをみる.
（じっかんしていること）
・うるさい（色々なことに）
・いたい
・話をしたい
〇〇したい
やせたい



（ことば）
（こうどう）
（よういん）
（サービス）
あいさつしてまわる
みんなとなかよくしたい
（かのうせい）
・「いいよ」
・てつだいをおねがいすると、
にこにこしこころよくおうじてくださる。
うれしい。しごとすき。さみしくない
たよりにされてうれしい。てつだいたいとおもう
頼り　ひま
にもつ（のうひん）はこぶ。しんぶん折り
しょっきふき。しんぶんよむ。ざっしよむ
トイレそうじ。ゴミすて。はたけ。げぜん洗い
テレビみる。ゆきかき　なんでもいいからたのむ
すきなところにいつでもいけるようにする。
えがおになってもらえる
やくわりがもてる。
・「かえるから」
・かぎをしめ、きょしつですごしている。
・みじたくをしてでてくる。
・ひじょうぐちにいき、かぎをあけている。
かえりたい。びょういんいく（はいしゃよやくしている）
そのじかんにいつも行っていた
むすめがむかえにくるじかん
弟の妻が亡くなった。そうぎに行く
じかんをみて、じぶんのよていをかんがえる
バックもって、さいふみて。おもいだす
いろいろなことをおもいだす
ちがうほうほうでかいけつしてもらう
気分にあわせてうごく。きりかえられるような食事トイレ
ここにいることをせつめいする。くるまでまってよう
ここにすむことがわかる
いることが
・「ドライバーないか？」
・ふとんをぜんぶはがしている。
・にもつをかばんのなかにいれている。
しゅうりする。やきんのあるしごとだった
しごとをしている。しごとをしたい
ひげそりはでんわ。そうじきになる。きれいずき
スタッフがやきんだときづかってくれる
よるはじかんをつたえてみる。やきんをしてもらう
しずかにできるしごとをたのむ
せんたくたたむ。しんぶんおる
しごとをおわってからねてもらう
おなそうな日はせんたくもののこしておく
しごとができる
・「だいじょうぶです」
・おせんじ、にょうしゅうつよい。
・よごれてないかこえかけすると、ことわられる。
タンスの中に汚れたパンツ入ってる
はずかしい。ちょっとずつよごれてる
はいっていいですかとこえかけする
おせんのかくにん
あさ・ばん更衣のときかくにん
おふろはしゅうちしんにはいりよ。あたためる。
おふろのきがえ
せいけつがたもたれる
（じっかんしていること）
同級生がいる
ひまだ。退屈だ。うれしい。はずかしい。むすめ（むすこ）がむかえにこないな――
かえるじかんなんだけど。しごとをしないと！　そうじしないと（じぶんがよごしてしまった）
（〇〇したい）
たよりにされたい。
しごとしたい。
ほんをよみたい。テレビみたい

課題分析シート

課題分析シート

1，　現状の（事実）把握：利用者の訴えや会話の内容、自分で行っていること（活動や行為）、受けている支援等

《行っていることや状態、受けている支援等》

《訴えや会話》

1，　支援が必要となった要因や背景、改善の可能性及び（又は）悪化の危険性

《支援が必要となった要因や背景》

《改善の可能性・悪化の危険性》

2，　ケアマネジャーとしての判断・利用者の意向

《ケアアマネジャーとしての判断》

《利用者の意向》

課題（分析結果）

ニーズ

課題分析シート

1，　現状の（事実）把握：利用者の訴えや会話の内容、自分で行っていること（活動や行為）、受けている支援等

《行っていることや状態、受けている支援等》

・毎日入浴のお誘いをする。

・着替えの声掛けをして居室に用意しておく。

《訴えや会話》

●「大儀だ・・」「風呂に入らなくても死にはしない」

●「入りたくないの」

●入浴や清拭の後は「ありがとうね、幸せだー」と仰る。

1，　支援が必要となった要因や背景、改善の可能性及び（又は）悪化の危険性

《支援が必要となった要因や背景》

・入浴を拒むことが多くなかなか入浴できないだけでなく、最近は失禁も増えていてズボンまで汚れていることがあっても衣服の交換も拒むため、体や部屋の清潔が保てない。

《改善の可能性・悪化の危険性》

・関わりの時間を多く持つことで、気分よい時が増え、入浴や清拭がスムーズに行えるようになる。

・尿失禁による汚染が続き清潔が保てず、感染症や皮膚疾患など発症していく可能性がある。

2，　ケアマネジャーとしての判断・利用者の意向

《ケアアマネジャーとしての判断》

・リビングで過ごすことが増え周りを見ていることから、さみしさや困りごとがあるのではないかと考えられるため、声掛けを多く工夫した内容で気分が良くなるようなかかわりをすることで、抵抗なくスムーズに更衣や入浴できるのではないか。

《利用者の意向》

・さり気なく助けてほしい。

・声をかけてもらうことで人と関われたり、気分よく過ごしたい。

課題（分析結果）

・寂しさや困りごとがあるが、自分で何でもできると思っており、ストレートに介助されても応じない。周りが積極的に声掛けすることで、うれしくなったり楽しくなったりと気分が良くなることで、さり気なく気分よくスムーズに更衣や入浴ができるようになるのではないか。

ニーズ

・寂しい時があったり、誰かと話したい気持ちの時はさりげなく一緒に過ごしてほしい。

・疲れていたり、大儀で入浴や着替えはしたくないけれど、気分が良くなることでできるときもあるので、清潔でいられるようにしてほしい。

家族に対するイライラ・怒り・憤り・・・でも！！

それまでのケア

- いつも自分の通帳のことが気になるので
  気になったときはいつでも見れるようにする。
- 部屋の出入りを繰り返すなど、落ち着きない
  様子が見られたら、こちらから声をかける。

変化がみられるようになる

- 何度も何度も、繰り返し訴え続ける
- 娘様に対する怒り・憤りをスタッフにぶつける
- 誇大妄想へと発展
- スタッフはそんな彼を受け入れられない（無意識に）
- 台所のスタッフへ何度も聞きに来る

家族に対するイライラ・怒り・憤り・・・でも！！

「ひもときシート」をみんなで行う

ニーズ：困り[illegible]を回避する

- 台所で忙しくしているスタッフに聞きに行く
- スタッフは自分の対応で外に出て行ってしまったらどうしようという思いがある
- そのため、スタッフの方から自然と距離を置いているのではないか？

■ 自分の通帳のことが気になる、知りたいが、誰に聞きに行ったらいいのだろう。という思いがいつもある。いつも教えてくれる担当のスタッフは緊張していて距離をおかれている。だからあの人に聞いてみよう。と台所スタッフのところへ行くのではないか？？

サービス内容

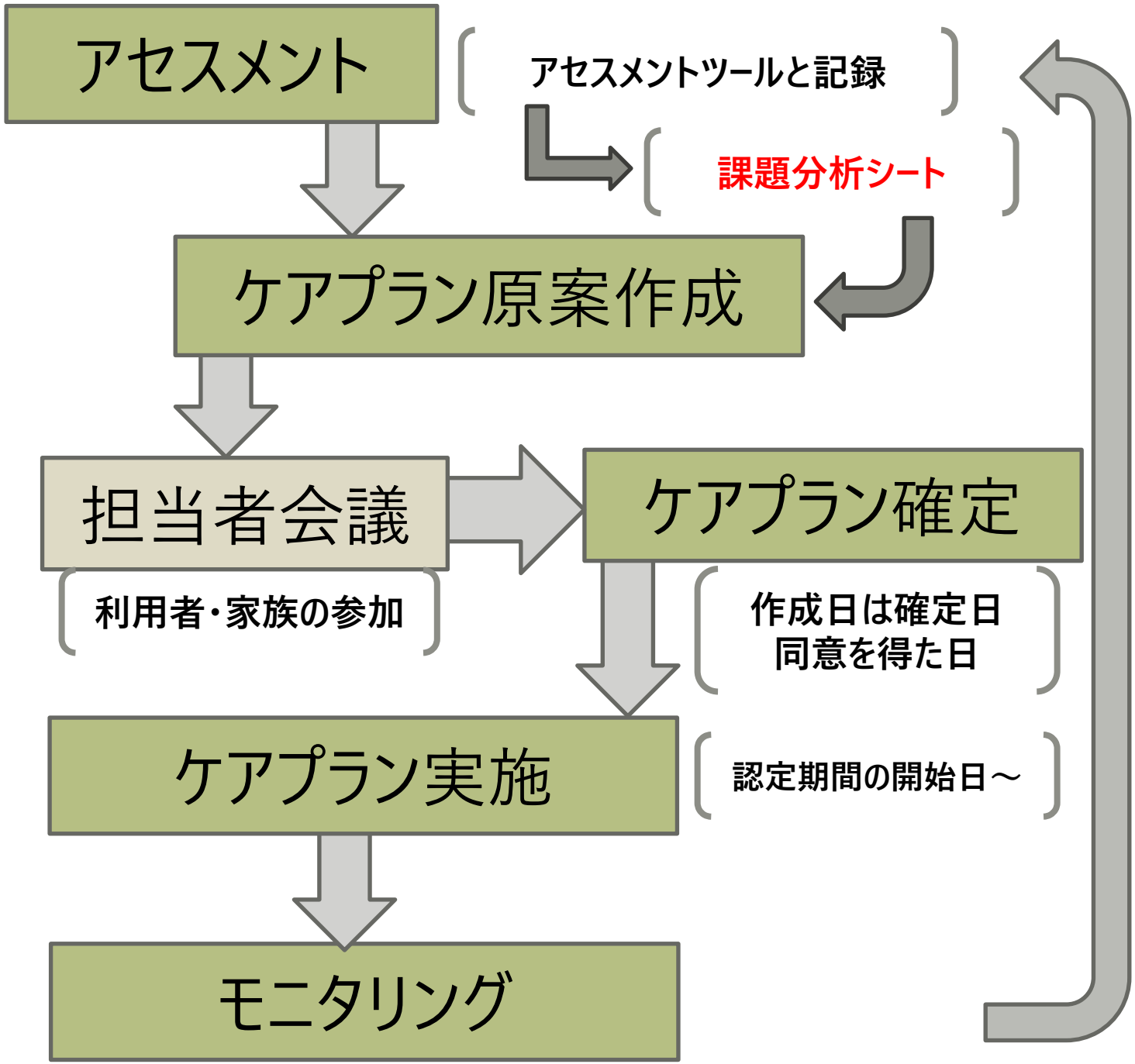
- 対応：食後、隣に座る
- 結果：聞きに来なくなる

ニーズ：
いつでも誰かに聞くことができることで安心したい

このように
アセスメントして
ニーズを
導き出した
ことを
わかりやすく
書き出す

課題分析シート

1，　現状の（事実）把握：利用者の訴えや会話の内容、自分で行っていること（活動や行為）、受けている支援等 《行っていることや状態、受けている支援等》 ・落ち着きなくなりはじめたら、こちらから声をかける。 ・その際、ご本人が通帳のことをお話しされたら、こちらで保管していることをお伝えし、必要があればお見せする。 《訴えや会話》 ●「すみませんけど・・・ぼくの通帳は・・・」 ●「娘が僕のお金を使っているんだ・・・」
1，　支援が必要となった要因や背景、改善の可能性及び（又は）悪化の危険性 《支援が必要となった要因や背景》 ・落ち着きなく居室の出入りが頻回になる。焦燥感が強く、不安な表情がいつも続く。 ・何度も台所のスタッフのところにきて、通帳のことを確認しに来る。何度聞いても納得できないのか、また同じ思いが止まらない。 ・落ち着かない時声をかけるスタッフのところには聞きに行かず忙しくしている台所スタッフのところに行くのはスタッフの心理状態を見極めているからではないか。 ・気軽に相談できるスタッフがほしいのではないか。 《改善の可能性・悪化の危険性》 ・不安な気持ちや焦燥感が軽減し、落ち着いた気持ちで過ごせる。 ・不安や焦燥感が強くなり、食欲低下や夜間不眠などにつながるか可能性がある。
2，　ケアマネジャーとしての判断・利用者の意向 《ケアアマネジャーとしての判断》 ・担当のスタッフではなく、台所のスタッフに聞きに行くということは、警戒しているように見えて近寄れないと思ったのではないか、聞きたいことを気軽に相談できるスタッフがほしいのではないか。 《利用者の意向》 ・気がかりなことをすぐに聞きたい。 ・いつでも誰かに聞きたい。安心したい
課題（分析結果） ・通帳（お金や年金）のことがいつも気になっているが、誰に聞いたらいいかわからない。自分に対して警戒しているような雰囲気のスタッフがいて、その人には聞きに行けないから、忙しそうだけど台所のスタッフに何度も聞きに行くのではないか。 ・いつでも私に聞いてくださいという意味も込めて、何気ないときから隣に座り一緒に過ごすことで、いつでもこの人に聞くことが出来ると感じ安心につながる。
ニーズ ・いつでも誰かに聞くことができることで安心したい


アセスメント
アセスメントツールと記録
課題分析シート
ケアプラン原案作成
担当者会議
利用者・家族の参加
ケアプラン確定
作成日は確定日
同意を得た日
ケアプラン実施
認定期間の開始日～
モニタリング

第１表：認知症対応型共同生活介護計画書（１）

- サービス計画全体の方向性を示すものです。
- 『利用者及びその家族の生活に対する意向』

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いと考えているのかについて課題分析の結果を記載する。

【例】ご本人･･･散歩を続けたい。退屈しないで暮らしたい。
安心できて楽しく暮らしたい。
ご家族･･･楽しく笑って過ごしてほしい。

- 『総合的な援助の方針』

課題分析により抽出された、「生活全般のニーズ』に対して、どのようなチームケアを行おうとするのか、総合的な援助の方針を記載する。

【例】ご本人の好きな趣味活動を継続し、その日の体調や気持ちの変化に気づき対応することで、安心できて楽しい生活を送れるよう支援します。

第１表：認知症対応型共同生活介護計画書（１）

初回・紹介・継続　　認定済・申請中　　認知症対応型共同生活介護サービス計画書（１）　作成年月日　H　年　月　日

利用者氏名　　様　　生年月日　年　月　日　住所

認知症対応型共同生活介護サービス計画作成者氏名及び職種　　介護支援専門員

認知症対応型共同生活介護サービス計画作成介護保険施設名及び所在地　　認知症対応型共同生活介護

認知症対応型共同生活介護サービス計画作成（変更）日　年　月　日　初回認知症対応型共同生活介護サービス計画作成日　年　月　日

認定日　年　月　日　　認定の有効期限　年　月　日～　年　月　日

要介護認定区分	要支援２　・　要介護１　・　要介護２　・　要介護３　・　要介護４　・　要介護５　（その他　）

利用者及び家族の生活に対する意向	

介護認定調査会の意見及びサービスの種類の指定	

総合的な援助の方針	

第２表：認知症対応型共同生活介護計画書（２）

- サービス計画全体の中核になるものです。
- 『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。

- 『長期目標』『短期目標』

「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。「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。

- 『期間』

期間の認定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

- 『サービス内容』
- 『頻度』
- 『担当者』

第２表：認知症対応型共同生活介護計画書（２）

第2表

認知症対応型共同生活介護計画書（２）

利用者名

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

※1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第２表：認知症対応型共同生活介護計画書（２）

認知症対応型共同生活介護計画書（2）　グループホーム○○

利用者氏名　　様　　計画作成者　　計画作成日　H　年　月　日

本人の望ましい生活像（長期目標）					期間	
生活全般の解決すべき課題やご本人の想い（ニーズ）	どうなったら良いか（短期目標）	期間	何をどうするか　（サービス内容）	担当者	頻度	期間

サービス計画書（1）（2）について説明を受けると　本人サイン

ともにこの内容に同意し交付をうけました。　平成　年　月　日　家族サイン

第４表：サービス担当者会議の要点

- サービス担当者会議は、利用者・家族、介護支援専門員、主治医、関係するサービス事業所等が一堂に会して、サービス計画書の第１表・第２表・第３表を確認し、協議し、調整をするための会議です。
- 『会議出席者』
- 『検討した事項』
- 『検討内容』
- 『結論』
- 『残された課題』

第４表：サービス担当者会議の要点

サービス担当者会議の要点

利用者氏名　　様　　認知症対応型共同生活介護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
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 （次回の開催時期）						

認知症対応型共同生活介護　　グループホーム　　○○

サービス担当者会議の機能

- サービス担当者会議は、ケアプラン（原案）の内容について、サービス担当者から、専門的な見地から意見を求めることを通じて、ケアプランの内容を高めていくこと。
- すでに利用者と計画作成担当者の間でアセスメント、プランニングが行われ、ある程度できあがったケアプランの原案をもとに、利用者を含めた関係者の間でどういった協力体制が組めるかを検討する会議、つまり情報共有型のケアカンファレンスだと言える。
- 要介護者等および利用者本人あるいは家族を主体として開催されるものであり、各下位語サービス担当者および利用者本人あるいは家族の参加による意見交換を行う場だと考えられる。

モニタリング【モニタリングが果たす機能】

①ケアプランどおりにサービスが提供されているかどかを確認する

②サービス内容が適切か否かを確認する

③個々の生活ニーズに対する目標が達成されているかどうか確認する

④総合的な援助の方針どおりにケアプランの効果が上がっているかを確認する

⑤ケアプランの内容を修正する必要があるかどうかを判断する

この確認よって

1）ケアマネジメントの援助過程の展開や援助内容が適切かを「監視する」こと

2）実施されている援助の有効性を「評価する」こと

3）援助が有効に機能しているかどうかを見定めて、計画を微調整しながら関係者の役割を「調整する」こと

ケアプラン評価表

《グループホーム　花縁》

出席者					
				記載者	

（　　ヶ月　・　最終　）　　評価日　平成　　年　　月　　日

利用者名　　様　　サービス計画作成者　　（　　）　　サービス計画作成日　平成　　年　　月　　日

実　　績 （サービス記録）	評　　価		
	結果	本人の状態･変化	短期目標（　　ヶ月　）
			（1ヶ月評価の時は近付いているか？2ヶ月の時は達成できたか？またどのような状態がそれに当たるかを記載）
			長期目標（　最終　）
（項目ごとにどのように行ったかを記載し、行わなかった場合はその理由を記載）		（このプランを行っていて、現在のご本人の状態を記載）	（目標が達成できたか？またどのような状態がそれに当たるかを記載）

第５表：認知症対応型共同生活介護経過

- 利用者･家族、サービス担当者、関係機関との専門的な関わりを通じて把握したこと、判断したこと、調整が難航し持ち越したことなど整理してわかりやすく記載しましょう。

- 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、援助目標の達成度、事業所･スタッフとの調整内容、サービス計画の変更の必要性等について記載する。

第５表：認知症対応型共同生活介護経過

認知症対応型共同生活介護経過

利用者氏名　　　　　　　　　　様　　　　　　計画作成者　（　　　　　　）

年月日	内　　容	年月日	内　　容

ＧＨのケアプラン立案の流れ

：プラン開始年月日 ★

有効期限	1月	2月	3月	4月	5月
Ａ氏 Ｈ27年2月1日～ Ｈ28年1月31日	立案 サービス 担当者会議 開催し発表	1か月評価 ★	2か月評価	最終評価 （アセスメント開始）	立案 サービス 担当者会議 開催し発表
Ｂ氏 Ｈ27年3月1日～ Ｈ28年2月29日	最終評価 （アセスメント開始）	立案 サービス 担当者会議 開催し発表	1か月評価 ★	2か月評価	最終評価 （アセスメント開始）
Ｃ氏 Ｈ27年5月1日～ Ｈ28年4月30日	1か月評価	2か月評価	最終評価 （アセスメント開始）	立案 サービス 担当者会議 開催し発表	1か月評価 ★

その他

Ｑ：「作成年月日」とは、何の日付を記載するのか

Ａ：利用者（家族）と介護支援専門員等（援助者）との間で、介護サービス計画原案について説明・同意（共通認識）がなされた日である。

【全国高齢者保健福祉・介護保険関係主管課長会議（Ｈ．１６．２．１９）】

★サービス計画書（２）の期間の認定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

認知症対応型共同生活介護計画書（2）　グループホーム花縁　ときわ館

利用者様 [redacted] 様　　計画作成者 [redacted]　　計画作成日　R5年　5月　1日

本人の望ましい生活像（長期目標）	痛みや苦痛に配慮されて、できるだけ快適に安全な暮らしを送る。				期間 5/1～10/31	
生活全般の解決すべき課題やご本人の想い（ニーズ）	どうなったら良いか（短期目標）	期間	何をどうするか　（サービス内容）	担当者	頻度	期間
#1 痛みや苦痛が少なく安全に快適に過ごしたい。 誰かと接することで安心できたり、嬉しいと感じるので、思いをくみ取って欲しい。	＃１ 痛みや苦痛が少なくなり、できるだけ快適に安全に過ごすことが出来るようになる。	5/1 ～ 10/31	＃１ ①　体位交換は２時間毎にバランスよく行う事で褥瘡を悪化させないようにする。 例：右側→左側→仰臥位→右半側→左半側など同一体勢をとらない。 ②　全身に異変がないか確認し発生時や、又は苦痛そうな表情がある場合はすぐに必要な対応をする。 ③　ご本人の体調に応じシャワー浴を行う。右足は臭いが強い時は足浴を行う。 ④　シーティングについて A 顎を引いて、口が閉じるように首周辺に隙間ができず、自然で安楽な姿勢になるようにタオルを使用する。（枕は使用しない） B 仰臥位の時には首が曲がっていないか確認する。 C ギャッジアップする時は頭をベッド上部まで上げてから行う。 ⑤　食事について A 無理なく行い動作が鈍い時には中止する。又は水分のみ勧める。 B 顎周辺のマッサージを行いスムーズな食事動作を促す。 C 水分はヨーグルト程度の硬さにする。 ⑥　介助の時には身体に優しく触れ、声掛けを行い交流を持ち掛けながら関りを持つ。 ⑥　居室のドアを開けておく事で食卓の皆さんの雰囲気を感じられるようにする。	全員 全員 全員 全員 全員 全員 全員 全員 全員 全員	随時 随時 随時 随時 随時 随時 随時 随時 随時	5/1 ～ 10/31

認知症対応型共同生活介護計画書（2）

グループホーム　花縁

利用者氏名 [redacted] 様　　計画作成者 [redacted]　　計画作成日　R　5年　月　日

本人の望ましい生活像（長期目標）	・その時々の想いを聴いてもらえたと実感し、安心感を得ながら安全な生活を送る。 ・作業や人との関わり、楽しみを通じて充実感や満足感のある生活を送る。				期間 12/1～3/31	
生活全般の解決すべき課題やご本人の想い（ニーズ）	どうなったら良いか（短期目標）	期間	何をどうするか　（サービス内容）	担当者	頻度	期間
＃1 「わからなくなった」 「何したらいいんだ？」 「母さん呼んでくれ」 「調子悪い」 ・困っている時はゆっくり話を聴いたり、助けてほしい。 ・体調の変化に気付いてほしい。	＃1 ・不安や心配事が都度解消され安心できる。 ・自分のペースで食事が摂れ、体調の変化にすぐに気づいてもらえる。 ・転倒が予防され、安全に過ごせる。	12/1～1/31 12/1～1/31 12/1～1/31	＃1 ① 訴えがあった際スタッフはほかのことをせず、真剣に話を聴いている姿勢が伝わるようにまずご本人のもとで話を聴く。話を傾聴中はこちらから「何が？」「誰が？」等を尋ねない。また、ご本人の想い（「わかんない」など）に共感していることが伝わるように大きくリアクションしたり、言葉を反復したり、スキンシップを交える。伝えたいことをうまく伝えられないことが増えているため、話を聴く中で困っていることを大まかに想像する。 ② ご本人がイライラしている時、焦っている時、落ち着かない時（何度も同じことを聞きに来る、色々考えすぎて食事が食べられない等）はソファ等で隣に座り、ゆっくりと時間をかけて話を聴く。 ③ 歩きながら独り言のように何かを話されている時にはさり気なく声をかけ、ご本人の反応をみて離れたり、ゆっくりと話を聴くなどする。 ④ 他者とのやり取りを見守り、必要に応じて介入する。 ⑤ 体調不良時、食事が進まなくなることがあるため食事の際のご本人の様子を観察する。 ⑥ 朝食前に温めたラコールを提供し、その後食事摂取量によって再度ラコールを提供したり補食を提供する。	全員 全員 全員 全員 全員 全員	随時 随時 随時 随時 随時 食事時	12/1～3/31
＃2 「何かすることあるか？」 ・仕事をしたり、楽しく過ごしたい。	＃2 ・作業や人との交流、楽しみごとを通して充実感が得られる。	12/1～1/31	＃2 ① 積極的に色々な作業をお願いし、一緒に楽しく行えるよう工夫する。作業後は感謝の気持ちと頼りにしていることを伝える。 ② 一緒に過ごす時間を意識して作り、王子の話等ご本人が楽しい、嬉しいと思える話をゆっくりする。 ③ 一緒に新聞を読んだり、パズル等の楽しみごとを行う。	全員 全員 全員	随時 随時 随時	12/1～3/31
＃3 「酔っぱらったみたいだ」 ・痛い想いはしたくない。	＃3 ・転倒・転落を予防する。	12/1～1/31	＃3 ① 立ち上がり等、どの場面でいつ転倒してもおかしくないことをスタッフは認識し、可能な限り一緒に過ごしたり、動きに対してすぐに対応できる位置で見守りを行う。 ② ご本人の様子（具合が悪そう、顔色が優れない、動きがほとんどない、訴えが全くない、イライラしている　等）をみて臥床を促す。 ③ ふらつく様子（素振り含め）が見られる場合はソファや居室等でスタッフと一緒に過ごす	全員 全員 全員	随時 随時 随時	12/1～3/31

認知症対応型共同生活介護計画書（2）

グループホーム　花縁

利用者氏名 [redacted] 様　　計画作成者 [redacted]　　計画作成日　R　5年　月　日

本人の望ましい生活像（長期目標）	他者と交流したり、できることを通して充実感を感じイキイキ生活する。 さり気ないサポートや想いをしっかりきいてもらうことで困りごとが少ない生活を送る。				期間 11/1～2/29	
生活全般の解決すべき課題やご本人の想い（ニーズ）	どうなったら良いか（短期目標）	期間	何をどうするか　（サービス内容）	担当者	頻度	期間
＃1 「元気ですか？」 「いい顔してますね！」 「こうでいいですか？」 ・仕事をすると気持ちいい。 ・気分よく過ごしたい。	＃1 ・他者やスタッフと交流したり、できることを通じて満足感が得られる。	11/1 ～ 12/31	＃1 ① たくさん話しかけ、ご本人の隣に座ってゆっくり話を聴く時間を作る。 ② 何でもない時でもアイコンタクトを取ったり、微笑む等、一つ一つのやり取りを大切に関わる。 ③ 退屈そうにしているとき、トイレの帰り道など、ご本人の気分のよさそうなタイミングで簡単な運動を促し一緒に行う。 ④ 他者とのやり取りをさり気なく見守る。必要に応じてすぐに介入し橋渡しするなど楽しく過ごせるようフォローする。 ⑤ 目の前で仕事や作業（荷物を運ぶ、物を動かして片付けをする　など）をしたり、興味を持ちそうなもの（乾いた洗濯物、本・チラシ・新聞など）を見える所に置いておく。	全員 全員 全員 全員 全員	随時 随時 随時 随時 随時	11/1 ～ 2/29
＃2 「どうなった？」 「いい？」 「ごちゃごちゃ言われても」 ・わからない時は助けてほしい。しっかり話を聴いてほしい。うまく行動に移せないことがあるので待ってほしい。	＃2 ・さり気ないサポートにより困りごとや気になることをその都度解消できる。	11/1 ～ 12/31	＃2 ① 何かを聞きに来たり、確認しに来た時はスタッフは他のことをせず手を止めて話を聴く。ソファーに座ってゆっくり話を聴くなど、ご本人が聴いてもらえたと思える工夫をする。最後には「大丈夫です」「いいんですよ」等安心を促す。 ② 介助を行う場面では言葉かけは少なく、ジェスチャー等を活用する。することを次々に言わない。 ③ トイレ誘導時、ご本人に排泄の意識が感じられない場合は一度やめてみる。	全員 全員 全員	随時 随時 トイレ誘導時	11/1 ～ 2/29
＃3 「痛ぇー」 ・痛い想いはしたくない。	＃3 ・環境を整え、さり気ないサポートにより転倒が予防される。		＃3 ① 臥床中、居室のドアを少し開けさせてもらう。また、布団には足元側に鈴をつける。（紐で縛るように固定） ② 方向転換時にフラつくことを意識して見守りを行う。特に、体調不良時は動きの悪さやふらつきが顕著なためすぐに対応できる位置で見守りを行う。 ③ 夜間、他者の介助に入る際は直前にご本人の様子を確認する。動きがあるときは直後に起きて来られることが多いため5分待つ。	全員 全員 夜勤者	随時 随時 夜間	11/1 ～ 2/29

[redacted]	担が減ったり、状態の	[redacted]	・右、左の半側臥位と仰臥位の3方向で行う。(仰臥位の際はギャッチアップ)		
来るだけ痛みや苦し	変化に合わせたサポ	[redacted]	日中は2~3時間毎に行う。		
思いをせずに安楽に	ートが受けられる事で		・夜間は3~4時間毎に行う。		
ごしたい。	苦痛なく過ごす事が				
	出来る。		B)体位交換の際に同時にパット交換も行う。	全員	食後
……」					
膚の状態が悪化す			C)口腔ケアについて	全員	食後
			・AM、PM一回ずつ(口腔内が乾燥していたり、汚れていた場合はその時に行う)		
			・夜間は覚醒状態をみて体位交換時に行う。		
える事は出来ないが					
寸いてほしい。			D)覚醒されていて調子が良さそうな時はリビングへお連れして水分を提供してみる。	全員	随時

認知症対応型共同生活介護計画書（２）　グループホーム花縁　ときわ館

利用者氏名 [redacted] 様　　計画作成者 [redacted]　　計画作成日　R 5年　9月　19日

本人の望ましい生活像（長期目標）	体調不良に早期に気付いて貰え、少しでも安心できる時間がある。				期間 9/19～12/31	
生活全般の解決すべき課題やご本人の想い（ニーズ）	どうなったら良いか（短期目標）	期間	何をどうするか　（サービス内容）	担当者	頻度	期間
＃１ 「息ができないんです。」 「寝ててもいいですか。」 「初枝さん・・・」 体調が悪く、どんなふうに過ごしたらいいか分からず、不安な気持ちをわかって欲しい。 心配な事や困り事があるので、その都度聴いて欲しい。	＃１ 不安な気持ちを理解して貰えたと感じられる。	9/19 ～ 11/ 30	#1 ①　痰の排出状況を観察する。仰臥位より側臥位の方が排痰しやすいため、呼吸が苦しそうや苦しいと訴えある時は側臥位を促し、タッピングをする。夜間は枕元に洗面器をセットして排痰促す。 ②　排痰がうまくいかずに呼吸苦が改善されず、Spo2 が低下している時は看護師に報告する。 ③　誤嚥性肺炎予防のため、水分にはトロミを付けて提供する。食事形態についても摂取状況をみてその都度工夫する。 ④　顔を合わせる度に（ホールや廊下をのぞいているときや、トイレの帰りなど）積極的に声を掛けたり、手を振るなどのコミュニケーションを図る。 ⑤　不安そうな時や困っている様子の時は、下記の対応をする。 ・　「どうしましたか？」などと、こちらから声を掛けて尋ねる。 ・　話を聴く時には、目線や表情、声のトーンを合わせたり、たくさん頷き、よく聴いているという事が伝わるような姿勢で接する。 ・　ご本人のうまく言葉が出てこなかったり、こちらが聞き取りにくい時は、「ゆっくりでいいですよ」など伝え、最後までお話を聴く。 ・　こちらからの質問や長文は避けて、簡単な文章で伝える。 ・　ご本人が納得できるまで話を聴いたり質問に答える。 ⑥　熱がある、仕事ができないなど不調を訴えるときは、無理せず休んでほしいことや心配している事を伝える。 ⑦　便を見て欲しいなどの要望には可能な限りすぐに対応する。	全員 全員 全員 全員 全員 全員 全員	随時 随時 随時 随時 随時 随時 随時	9/19 ～ 12/31