

令和7年度 集団指導(居宅介護支援・介護予防支援)

効果的及び効率的なアセスメントについて

令和7年7月15日

鳥取市長寿社会課介護保険係

制度及びケアプラン作成に係る変遷から見えるもの
～国の動きとともに考える～

介護保険制度って…
「ころころ変わる」「どんどん厳しくなる」
といったご意見をよく受けますが

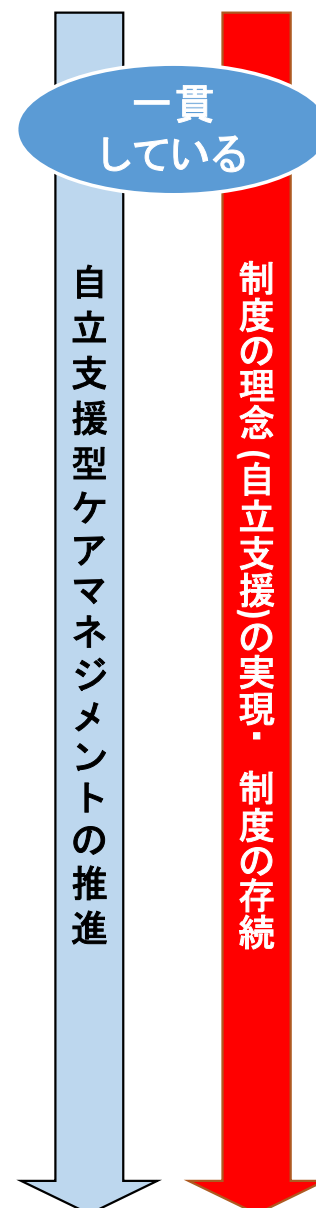
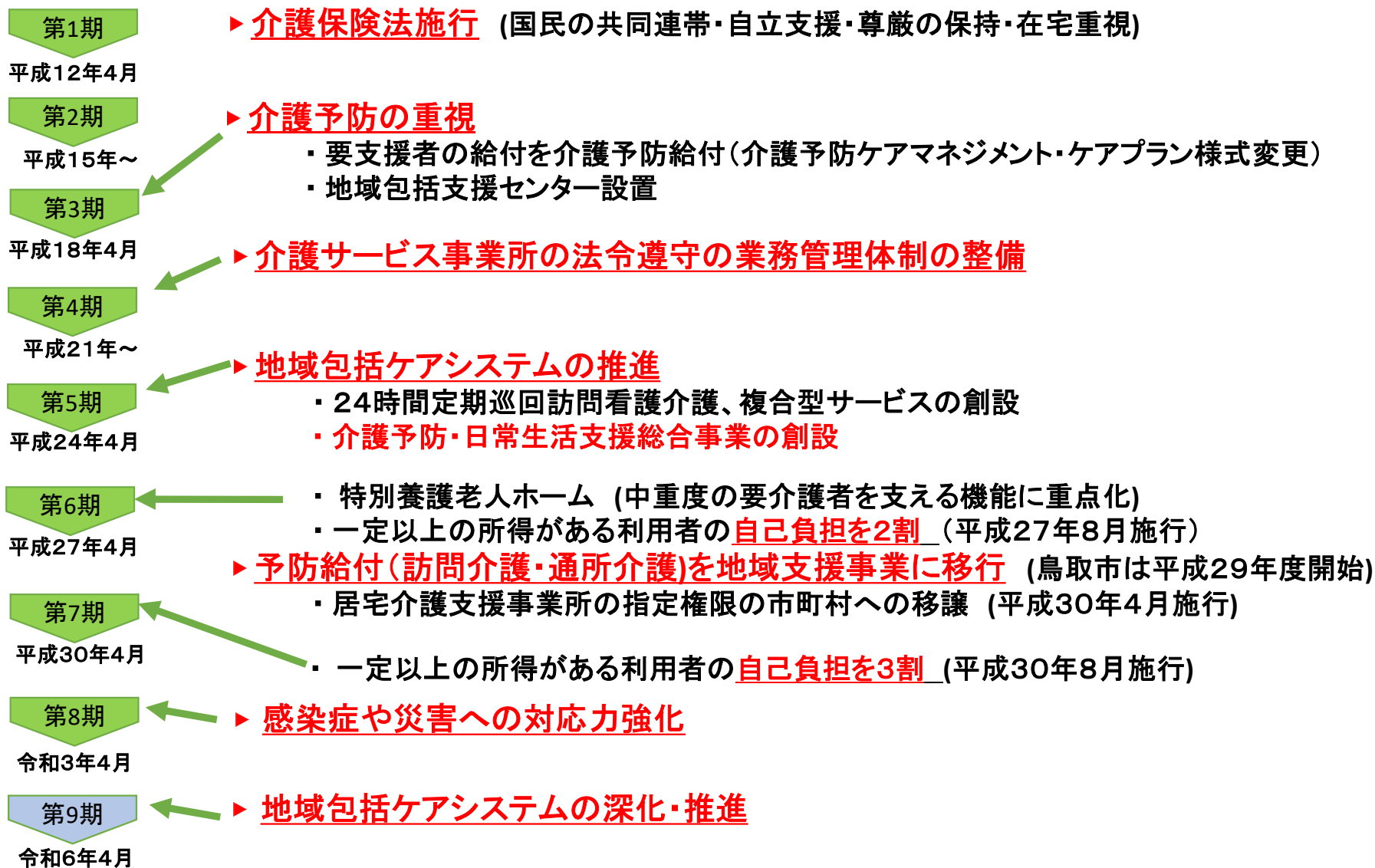
介護保険制度だけに限らず…

「安心の支え合い」である社会保障制度



少子高齢化の進展に伴い
社会情勢の変化や国の財政状況に応じて
時代の要請に合ったものに変えていくことが必要です

介護保険制度改正のおおまかなポイント



介護保険制度改正のおおまかなポイント

第1期

平成12年4月

▶ 介護保険法施行

軽度者がどんどん重度化している

第2期

平成15年～

▶ 介護予防の重視

第3期

平成18年4月

▶ 介護サービス事業所の法令遵守の業務管理体制の整備

半端ない不正請求をする
事業所が現れた

第4期

平成21年～

▶ 地域包括ケアシステムの推進

全国一律でやってもだめだ

地域の実情に応じて

第5期

平成24年4月

▶ 予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業に移行

こんなことが起こるなんて・・・

第6期

平成27年4月

▶ 感染症や災害への対応力強化

第7期

平成30年4月

▶ 地域包括ケアシステムの深化・推進

前に進まなくては・・・

第8期

令和3年4月

第9期

令和6年4月



ケアプラン作成等に関する改正等の変遷

	平成11年11月	▶ 「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」老企第29号発出
第1期	平成13年11月	▶ 第1表 「生活援助中心型の算定理由」の追加
第2期	平成15年3月	▶ 第1表 「利用者及び家族の介護に対する意向」を「利用者及び家族の生活に対する意向」に改正
第3期	平成18年4月	▶ 法定研修の強化、資格の更新制導入、更新研修の義務化
第4期		▶ 第2表 「援助目標」を「目標」に改正 記載要領に⑧「福祉用具貸与又は販売の必要な理由」を追加
第5期	平成25年1月	▶ 介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理
	平成26年3月	▶ 「課題分析総括表・評価表の活用の手引き」が発出
	平成26年10月	▶ 宿泊サービス(例外)の届け出 ガイドライン施行
第6期	平成27年3月	▶ 軽度者への福祉用具貸与に係る例外給付の届け出
第7期		▶ 指定権限が市町村へ移譲 (保険者機能の強化)
	平成30年10月	▶ 生活援助中心型規定回数を超えた場合の届け出
第8期	令和3年3月	▶ 第1表 「利用者及び家族の生活に対する意向」を「・・・意向を踏まえた課題分析の結果」に改正
	令和3年6月	▶ 第3表・第4表・第5表・第7表・・・追加・修正
	令和4年3月	▶ 「適切なケアマネジメント手法の手引き」(通知)
	令和5年10月	▶ 「介護サービス計画書の様式の提示について」一部改正等についての再周知
第9期	令和6年7月	▶ 「課題分析標準項目の提示について」の一部改正
		▶ 第6表・第7表「福祉用具貸与の用具名称・TAIS・届出コード」(令和7年4月施行)

自立支援型ケアマネジメントの推進

ケアプラン作成等に関する改正等の変遷

平成11年11月 ▶ 「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」老企第29号発出

- 第1期
- 第2期
- 第3期
- 第4期
- 第5期
- 第6期
- 第7期
- 第8期
- 第9期

- 平成13年11月 ▶ 「生活援助中心型の算定理由」の追加
- 平成15年3月 ▶ 「利用者及び家族の生活に対する意向」と「生活援助中心型の算定理由」に改正
- 平成18年4月 ▶ 「生活援助中心型の算定理由」の強化、資格の更新制
- ▶ 第2表「援助目標」を「目標」に改正
記載要領に⑧「福祉用具貸与又は販売」
- 平成25年1月 ▶ 介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理
- 平成26年3月 ▶ 「課題分析総括表・評価表の活用の手引き」が発出
- 平成26年10月 ▶ 宿泊サービス(例外)の届け出 ガイドライン施行
- 平成27年3月 ▶ 軽度者への福祉用具貸与に係る例外給付の届け出
- ▶ **指定権限が市町村へ移譲 (保険者機能の強化)**
- 平成30年10月 ▶ 生活援助中心型規定回数を超えた場合の届け出
- 令和3年3月 ▶ 第1表「利用者及び家族の生活に対する意向」を「・意向を踏まえた課題分析の結果」に改正
第3表・第4表・第5表・第7表・追加・修正
- 令和3年6月 ▶ 「適切なケアマネジメント手法の手引き」(情報提供)
- 令和4年3月 ▶ 「介護サービス計画書の様式の提示について」一部改正等についての再周知
- 令和5年10月 ▶ 「課題分析標準項目の提示について」の一部改正
- 令和6年7月 ▶ 第6表・第7表「福祉用具貸与の用具名称・TAIS・届出コード」(令和7年4月施行)

ケアプランの書き方

施行前だけど
ケアプランの書き方やアセスメント
のための情報リストを伝えます

自立支援型ケアマネジメントの推進

ケアプラン作成等に関する改正等の変遷

ケアプランの 様式変更

平成11年11月

画書の様式及

使いたいサービスではなく、
サービスを利用してめざす生活像を
示すことが大事です

第1期

平成13年11月

第2期

平成15年3月

- ▶ 第1表 「利用者及び家族の介護に対する意向」を「利用者及び家族の生活に対する意向」に改正

第3期

平成18年4月

- ▶ 法定研修の強化、資格の更新制導入、更新研修の義務化

第4期

- ▶ 第2表 「援助目標」を「目標」に改正

サービス提供側の目標ではなく
利用者の目標です

第5期

平成25年1月

- ▶ 介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理

平成26年3月

- ▶ 「課題分析総括表・評価表の活用の手引き」が発出

平成26年10月

- ▶ 宿泊サービス(例外)の届け出 ガイドライン施行

第6期

平成28年10月

チームにとって、「生活に対する意向」
を示すことは大事です
単なる聞き取りで書かないで・・・

利用者や家族が問題や課題を
認識できているか
共有できているか確認して

第7期

平成30年10月

- ▶ 生活支援サービス(例外)の届け出

第8期

令和3年3月

- ▶ 第1表 「利用者及び家族の生活に対する意向」を「・・・意向を踏まえた課題分析の結果」に改正
- ▶ 第3表・第4表・第5表・第7表・・・追加・修正

令和3年6月

- ▶ 「適切なケアマネジメント手法の手引き」(情報提供)

令和4年3月

- ▶ 「介護サービス計画書の様式の提示について」一部改正等についての再周知

令和5年10月

- ▶ 「課題分析標準項目の提示について」の一部改正

第9期

令和6年7月

- ▶ 第6表・第7表「福祉用具貸与の用具名称・TAIS・届出コード」(令和6年7月)

周知徹底

自立支援型ケアマネジメントの推進

ケアプラン作成等に関する改正等の変遷

	平成11年11月	▶ 「介護サービス計画書の様式及び課題分析表」の改訂
第1期	平成13年11月	▶ 第1表 「生活援助中心型の算定理由」の追加
第2期	平成15年3月	▶ 第1表 「利用者及び家族の介護に対する意向」を「利用者及び家族の生活に対する意向」に改正
第3期	平成18年4月	▶ 法定研修の強化、資格の更新制導入、更新研修の義務化
第4期		▶ 第2表 「援助目標」を「目標」に改正 記載要領に⑧「福祉用具貸与又は販売の必要な理由」を追加
第5期	平成25年1月	▶ 介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討
	平成26年3月	▶ 「課題分析総括表・評価表の活用の手引き」が発出
	平成26年10月	▶ 宿泊サービス(例外)の届け出 ガイドライン施行
第6期	平成27年3月	▶ 軽度者への福祉用具貸与に係る例外給付の届け出
第7期		▶ 指定権限が市町村へ移譲 (保険者機能の強化)
	平成30年10月	▶ 生活援助中心型規定回数を超えた場合の届け出
第8期	令和3年3月	▶ 第1表 「利用者及び家族の生活に対する意向」を「・意向を踏まえた課題分析の結果」に改正
	令和3年6月	▶ 第3表・第4表・第5表・第7表・追加・修正
	令和4年3月	▶ 「適切なケアマネジメント手法の手引き」(情報提供)
	令和5年10月	▶ 「介護サービス計画書の様式の提示について」一部改正等についての再周知
第9期	令和6年7月	▶ 「課題分析標準項目の提示について」の一部改正 ▶ 第6表・第7表「福祉用具貸与の用具名称・TAIS・届出コード」(令和7年4月施行)

サービスの必要性

利用者の自立を阻害しないために、サービスの必要性を明確にしましょう

決して給付の制限ではないですよ

自立支援型ケアマネジメントの推進

ケアプラン作成等に関する改正等の変遷

	平成11年11月	▶ 「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」老企第29号発出
第1期	平成13年11月	▶ 第1表 「生活援助中心型の算定理由」の追加
第2期	平成15年3月	▶ 第1表 「利用者及び家族の介護に対する意向」を「利用者及び家族の生活に対する意向」に改正
第3期	平成18年4月	▶ 法定研修の強化、資格の更新制導入、更新研修の義務化
第4期	平成20年10月	▶ 第2表 「援助目標」を「目標」と改題
第5期	平成26年3月	▶ 課題分析総括表・評価表の活用
第6期	平成26年10月	▶ 宿泊サービス(例外)の届け出
第7期	平成27年3月	▶ 軽度者への福祉用具貸与
第8期	平成30年10月	▶ 生活援助中心型規定回数を超えた場合の届出
第9期	令和3年3月	▶ 第1表 「利用者及び家族の生活に対する意向」の改題
	令和3年6月	▶ 第3表・第4表・第5表・第7表・追加・修正
	令和4年3月	▶ 「適切なケアマネジメント手法の手引き」(通知)
	令和5年10月	▶ 「介護サービス計画書の様式の提示について」一部改正等についての再周知
	令和6年7月	▶ 「課題分析標準項目の提示について」の一部改正
		▶ 第6表・第7表「福祉用具貸与の用具名称・TAIS・届出コード」(令和7年4月施行)

ケアマネジメントの標準化

ケアマネによるケアプランのばらつきを
最小限にするため
ケアマネジメントの標準化を図っていきます

誰が担当ケアマネになっても
利用者からみて、一定水準のマネジメントが
提供できることが目的

そして
多忙な業務負担の改善に向けた
効果的かつ効率的な業務につながります

自立支援型ケアマネジメントの

ケアプラン作成に係る変遷を見ることで
ケアプランに何を記載するのか
そのためには
ケアマネジメントをどう進めるべきかが
見えてくると思います

実践に取り入れていきましょう

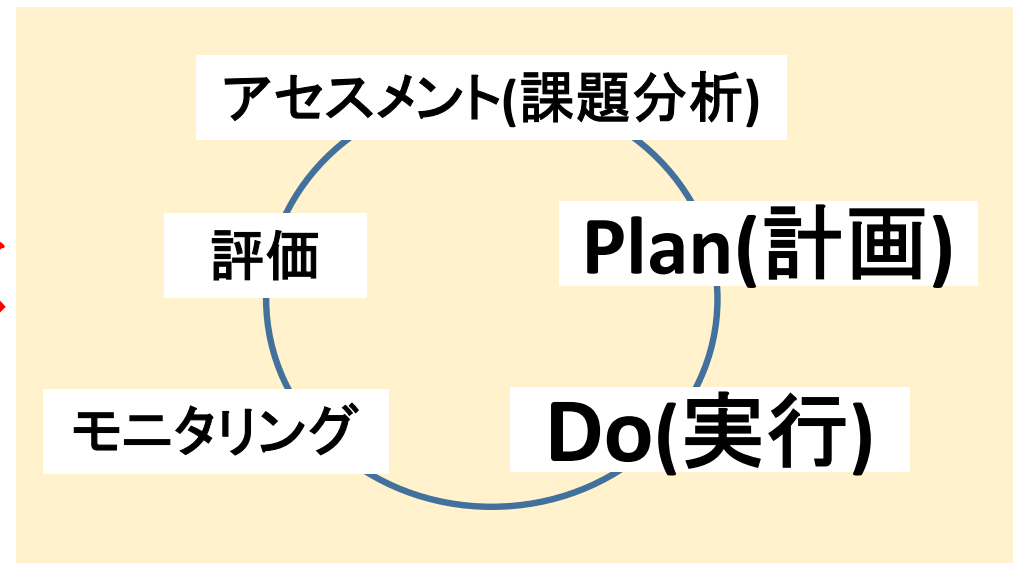


介護保険制度はマネジメント手法を取り入れている

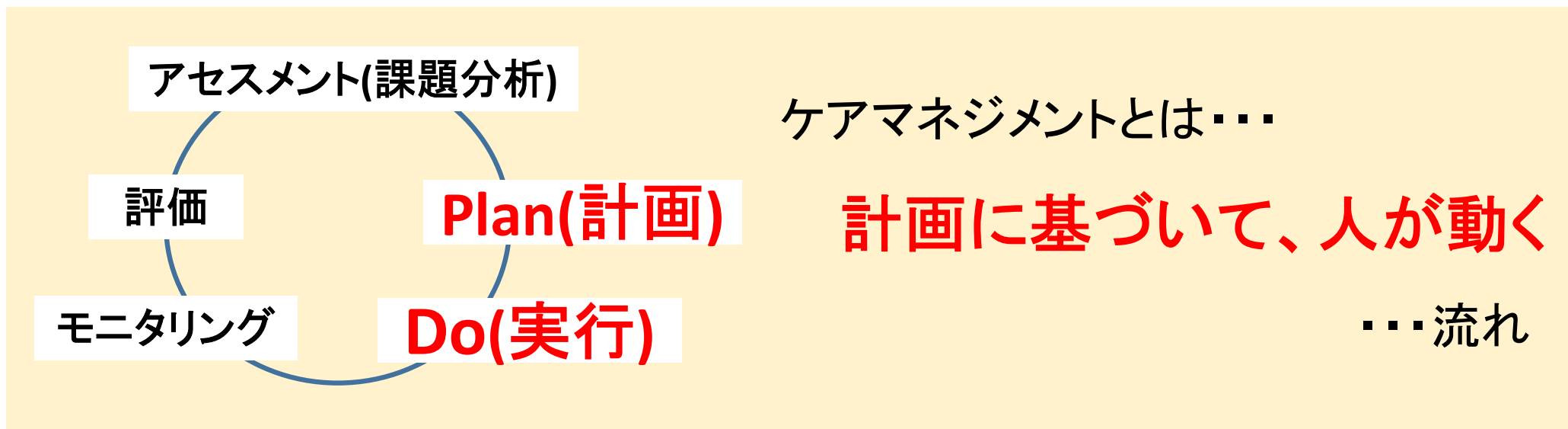
マネジメントとは「問題」解決過程

- ▶ 手当たり次第、直感的に動くのではなく、原因を探り、解決のための計画を作成する
- ▶ 計画に基づいて実行し、成功しても、失敗しても、必ず評価を行い、改善につなげていく
- ▶ 終了するまで循環する

計画的に「問題」を解決していく



居宅介護支援や介護予防支援の計画作成者はDO(実行)をしません



チーム(利用者・家族も含む)にDO(実行)をしてもらうために

Do(実行) をするために **Plan(計画)** を立てる

Do(実行) したことを 評価して次につなげる

このようにケアマネジメントは展開していきます

わかりやすいケアプランを作成する

介護サービス計画書の様式及び課題分析項目の提示について(記載要領)

(前略)

なお、介護サービス計画は、利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するために重要な計画であり、利用者が地域の中で尊厳ある自立した生活を続けるための利用者本人の計画であることを踏まえて、**わかりやすく記載するものとする。**

このプランで … チームがどう動くのかが … わかるかどうか

わかりやすいケアプランとは…

「課題」と「目標」と「支援策」の整合

介護も予防も同様です

- ▶ 利用者の日常生活に、どんな問題があって
- ▶ 何を解決しようと、どんな課題を立てたのか

その課題を解決するために

- ▶ 当面(プランの期間)どんな目標に向かって
- ▶ 本人が何に取り組み
- ▶ 家族等がどんな協力をし
- ▶ 支援チームがどう支えるのか

ケアプラン点検でも・・・わかりにくいケアプランがあります

傾向

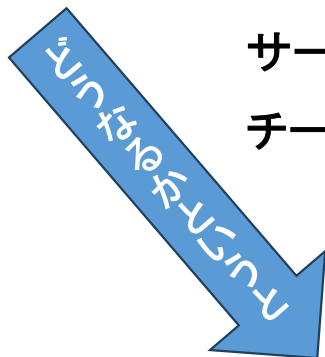
アセスメントの記録 ⇔ ケアプランの内容

現在の状況 ⇔ 課題

課題 ⇔ 目標 (長期・短期)

目標 ⇔ 支援策

整合していない



サービス利用の目的が不明瞭

チームが解決すべきことが分からない

モニタリングのつじつまが合わなくなる
漫然とコピープランが続く

アセスメント その①
～問題点を明らかにする～

アセスメントとは・・・何をすることかを確認しましょう

今一度・・・「基準」を見てみましょう

居宅介護支援第13条第1項第6号

赤本P787

六 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、**適切な方法により**、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通して**利用者が現に抱える問題点を明らかに**し、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で**解決すべき課題を把握**しなければならない。

介護予防支援第30条第1項第6号

赤本P1266

六 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、**適切な方法により**、利用者について、その有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる各領域ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、生活機能の低下の原因を含む**利用者が現に抱える問題点を明らかに**するとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき**総合的な課題を把握**しなければならない。

イ 運動及び移動

ロ 家庭生活を含む日常生活

ハ 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション

ニ 健康管理

適切な方法でアセスメントをしましょう

適切な方法とは・・・

利用者の自宅(主たる居住場所)で、自宅にいる利用者と面接して、
自宅での生活の状況を確認して、**自宅での生活における課題**を分析する

介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず
利用者の課題を客観的に抽出するための合理的なものと認められる方法
課題分析標準項目(23項目)を具備する

アセスメントシート(ツール)とは・・・

「情報収集」の領域がどのように分かれているか・・・が違うだけ
(標準項目23項目)

自分の使うアセスメントツールの特徴や留意点を理解した上で使う

全社協版は
6領域

介護予防は
4領域

標準項目のまま
23領域

7領域のもの
8領域のもの

ネットで
見つけた

自分で作成

課題の前には・・・必ず解決しなければならない問題がある

まず・・・問題は何かをつかむために情報収集をする

問題の原因や背景をつかむためにアセスメントを深める

明らかに見えている「問題」

隠れている「原因」や「背景」

- ▶ 利用者の日常生活に、どんな問題があつて
- ▶ 何を解決しようと、どんな課題を立てたのか

その課題を解決するために

- ▶ 当面(プランの期間)どんな目標に向かって
- ▶ 本人が何に取り組み
- ▶ 家族等がどんな協力をし
- ▶ 支援チームがどう支えるのか

例えば) 明らかに見えている「問題」
薬がきちんと飲めていない

隠れている「原因」や「背景」

指先がしびれていて、
薬を取り出す、口に入れる
がうまくできない

物忘れがあって、
薬の時間や薬の種類がわ
からない、飲んだか飲んで
いないかもわからない

生活リズムが整っておらず、
起床時間、食事時間が
定まっていない



健康管理意識が低く、自分
の疾病のことや、薬を飲む
必要性を感じていない

アセスメントを深める

「問題」・・・「原因」や「背景」によって課題や支援の方法は違ってくる

「問題点」を明確にしないまま、漠然と言葉を紡いでいませんか??

傾向

- ▶ 健康状態の改善
- ▶ きちんと薬を飲む
- ▶ バランスのとれた食事を摂る
- ▶ 生活リズムを整える
- ▶ 身体機能の維持・向上
- ▶ なじみの人との交流

利用者がどんな生活をしていて
何が問題で
どんな状況を
どんな状況にしようとしているのか
アセスメントできていますか

どうなるかというと

改善の方法が誰も分からない
改善されているかどうか分からない

各項目の情報収集の段階でサービスや支援策を設定していませんか??

傾向

- ▶ ふらつく・・・不安定 → 転倒リスクがある → 福祉用具
- ▶ 玄関の上がり框が高い → 据え置き手すりの設置
- ▶ 一人での入浴が不安 → デイサービスでの入浴支援
- ▶ 家事ができにくくなっている → 訪問介護で生活支援
- ▶ 家族が介護負担がある → ショートステイが使えるように

分析する前に
サービスが
決まっている

どうなるかというと

サービスのための課題や目標を考える
無意識に・・・右から左になっている

今一度・・「記載要領」を見てみましょう

①「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」

[理由]

(前略)

なお、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」については、次の2点が重要である。

○生活全般にわたるものであること。

居宅サービス計画は、その達成により、介護や支援を受けながらも家庭や地域社会において可能な限り自立した生活を営むことができることを目的として作成するものであり、利用者及びその家族の解決すべき課題は、介護の問題のみにとどまらないこともある。

介護保険給付以外の社会的な制度やその他のサービス、私的な援助などにより解決されるべき課題についても、居宅サービス計画に位置付けるよう努めることが大切である。

○自立の障害要因と利用者及びその家族の現状認識が明らかにされていること。

利用者の自立を障害する要因等を分析し、解決すべき課題を設定するとともに、利用者及び家族の現状認識を明らかにする。また、多くの場合、解決すべき課題は複数の連動した相互関係を持つため、全体の解決を図るためには緻密なプログラムが必要になる。利用者の自立を障害する要因等の相互関係を構成する個々の解決すべき課題について明らかにし、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優先順位を付した上で、解決すべき課題をとりまとめ、対応するサービスとしてどのようなサービスが、どのような方針で行われる必要があるかが思考されなければならない。ただし、この優先順位は絶対的なものではなく、必要に応じて見直しを行うべきものであることに留意する。

問題を解決するために・・・課題を立てて、支援につなげる

利用者や家族に、自分たちの課題を理解してもらう
そのための働きかけが必要

問題を明らかにして
問題解決過程に乗せる

- ▶ 利用者の日常生活に、どんな問題があって
- ▶ 何を解決しようと、どんな課題を立てたのか

その課題を解決するために

- ▶ 当面(プランの期間)どんな目標に向かって
- ▶ 本人が何に取り組み
- ▶ 家族等がどんな協力をし
- ▶ 支援チームがどう支えるのか

どんなアセスメントシートを使っても・・・アセスメントのまとめをする

様々な問題点・・・それぞれの原因・背景・・・共通する部分を整理する
解決すべき課題を列挙
解決すべき優先順位

「課題」と「目標」と「支援策」の整合

介護も予防も同様です

- ▶ 利用者の日常生活に、どんな問題があって
- ▶ 何を解決しようと、どんな課題を立てたのか

その課題を解決するために

- ▶ 当面(プランの期間)どんな目標に向かって
- ▶ 本人が何に取り組み
- ▶ 家族等がどんな協力をし
- ▶ 支援チームがどう支えるのか

介護保険最新情報

今回の内容

「介護サービス計画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

Vol.1178

令和5年10月16日

厚生労働省老健局

課題分析標準項目の一部改正

ケアマネジメントの標準化

「問題点」を明らかにするための
情報収集とは・・・

改正前

基本情報に関する項目	
No.	標準項目名
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)
2	生活状況
3	利用者の被保険者情報
4	現在利用しているサービスの状況
5	障害老人の日常生活自立度
6	認知症である老人の日常生活自立度
7	主訴
8	認定情報
9	課題分析(アセスメント)理由
課題分析(アセスメント)に関する項目	
No.	
10	健康状態
11	ADL
12	IADL
13	認知
14	コミュニケーション能力
15	社会との関わり
16	排尿・排便
17	じょく瘡・皮膚の問題
18	口腔衛生
19	食事摂取
20	問題行動
21	介護力
22	居住環境
23	特別な状況

あくまでも・・・
改正前も、改正後も

例示

解釈の違いにより
把握する内容に
差異が生じないように

改正後

基本情報に関する項目	
No.	標準項目名
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)
2	これまでの生活と現在の状況
3	利用者の社会保障制度の利用状況
4	現在利用している社会資源の状況
5	日常生活自立度(障害)
6	日常生活自立度(認知症)
7	主訴・意向
8	認定情報
9	今回のアセスメントの理由
課題分析(アセスメント)に関する項目	
No.	
10	健康状態
11	ADL
12	IADL
13	認知機能や判断能力
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況
15	生活リズム
16	排泄の状況
17	清潔の保持に関する状況
18	口腔内の状況
19	食事摂取の状況
20	社会との関わり
21	家族等の状況
22	居住環境
23	その他留意すべき事項・状況

いままでの情報収集で「問題点」を明確にできていましたか??

改正前

No	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

その項目にどんな「問題」があるのかを明らかにするため 問題の「原因・背景・阻害要因」を把握するための情報収集

改正後

No	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況 (身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥瘡の有無等) 受診に関する状況 (かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等) 服薬に関する状況 (かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等) 自身の健康に対する理解や意識の状況 について記載する項目

命に係わる重要な項目

危険性の確認をしましょう

ADL (動作) と混同してしまうことのないように

改正後

No	標準項目名	項目の主な内容(例)
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム(日中・夜間の頻度、タイミング等)、排泄内容(便秘や下痢の有無等)に関する項目

尿路感染・便秘

No	標準項目名	項目の主な内容(例)
18	口腔内の状況	歯の状態(歯の本数、欠損している歯の有無等)、義歯の状況(義歯の有無、汚れ・破損の有無等)、噛み合わせの状態、口腔内の状態(歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等)、口腔ケアの状況に関する項目

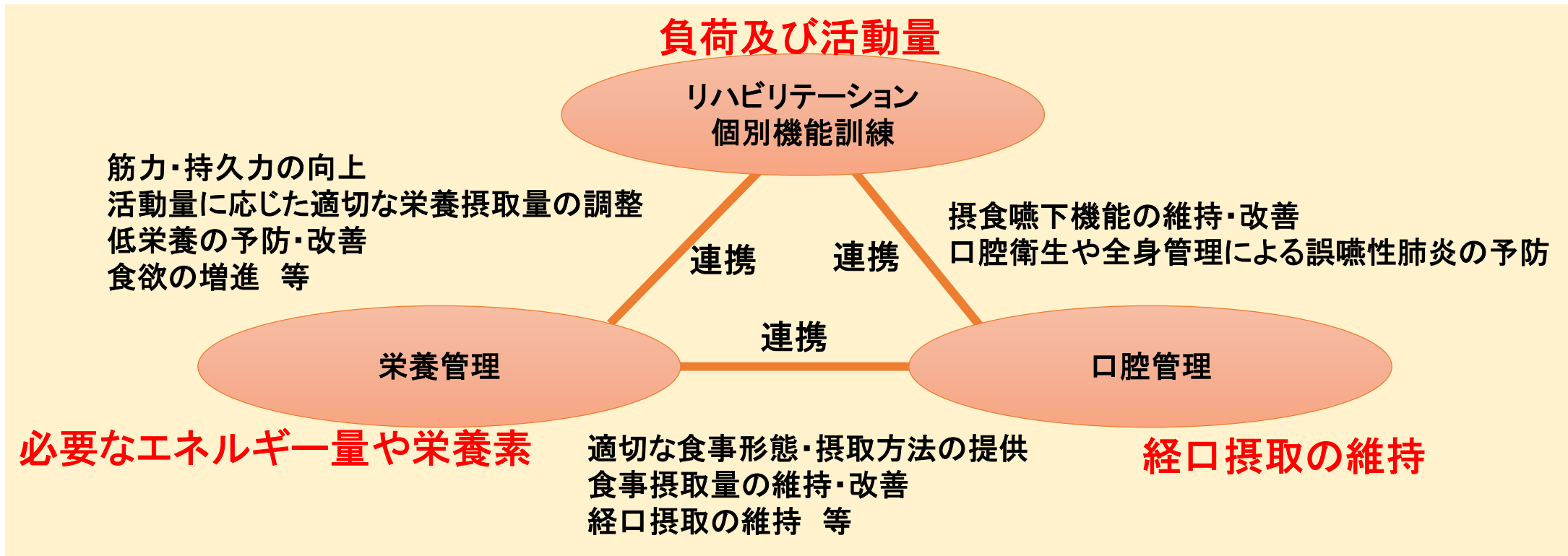
食思・誤嚥性肺炎

No	標準項目名	項目の主な内容(例)
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況(食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等) 摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量(栄養・水分量等)、食事制限の有無に関する項目

低栄養・脱水

一体的取り組みについて

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施



「運動機能」の改善を求めるなら「口腔機能」と「栄養状況」はセットでアセスメント

第1表を効果的に示す

「主訴」と「意向」を区別して把握するように

No	標準項目名	項目の主な内容(例)
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目

参考:「課題分析標準項目の改正に関するQ&A」の発出について

No7 主訴・意向

問8 これまでの項目名に「意向」を追加したのはなぜか。

「主訴」とは、利用者及び家族等との面談の中で最初に発せられた“訴え”を指すことが多いが、この“訴え”は利用者や家族等にとってどの程度本人の真意を具体的に表現できているかが異なることが多く、単なる訴えから、今後の生活等に対する「要望」や「意向」を含むものまでありうる。

また、居宅サービス計画(第1表)を、「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」を記載するものとしている。

上記を考慮し、本項目においては、主訴と意向を記載する表現へと修正した。

アセスメント その②
～あたりをつけて効率的に～



23項目すべてをみんな同じエネルギー
で確認していたら・・・
とても時間と労力がかかります



いろいろ聞かれて
くたびれちゃった・・・

どうなるかというと

情報収集だけでアセスメントを終わって

ケアマネは
事業所に帰って
独自に
課題分析をして
ケアプランを作成する



サービス担当者会議で
ケアプラン発表

利用者や家族に「問題」や「課題」の認識を促すための「やり取り」が必要

誰でも・・・どんな時でも・・・
同じやり方でアセスメントするのではなく

人によって・・・場合によって・・・アセスメント方法を変える

当たりをつけてアセスメント



どのあたりに問題がありそうか・・・を
インテークの段階で得られる限られた情報から
当たりをつけるためには
ある程度の学びが必要です

「今回のアセスメントの理由」を明確に意識する

No	標準項目名	項目の主な内容(例)
9	今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由(初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等)について記載する項目

何のためにアセスメントをするのかを明確に意識する

誰から

どこから

どんな情報

を得ることが効果的なのか

介護保険最新情報

今回の内容

「適切なケアマネジメント手法の普及推進
に向けた調査研究事業」の
「手引きについて(情報提供)【その1】

Vol.992

令和3年6月23日

厚生労働省老健局

「適切なケアマネジメント手法」

あくまでも

ケアマネジメントの標準化
ケアプランの標準化ではない

【基本ケア】

すべてのケースに
持つべき視点

基本方針	大項目	中項目
尊厳を重視した 意思決定の支援	現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	疾病や心身状態の理解 現在の生活の全体像の把握 目指す生活を踏まえたリスクの予測 緊急時の対応のための備え
	意思決定過程の支援	本人の意思を捉える支援 意思の表明の支援と尊重 意思決定支援体制の整備 将来の生活の見通しを立てることへの支援
これまでの生活の尊重と継続 の支援	予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	水分と栄養を摂ることの支援 継続的な受診と服薬の支援 継続的な自己管理の支援 心身機能の維持・向上の支援 感染予防の支援
	日常的な生活の継続の支援	生活リズムを整える支援 食事の支援 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援
	家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援 コミュニケーションの支援 家庭内での役割を整えることの支援 コミュニティでの役割を整えることの支援
家族等 への支援	家族等への支援	支援を必要とする家族等への対応 家族等の理解者を増やす支援
	ケアに参画する人への支援	本人をとりまく支援体制の整備 同意してケアに参画するひとへの支援

【脳血管疾患のある方のケア】

【Ⅰ期（病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期）】

ケアプランの標準化ではない

ケアプラン第2表の課題に「再発防止」と記載することではない

大項目	中項目
再発予防	血圧や疾病の管理の支援 服薬管理の支援 生活習慣の改善
生活機能の維持・向上	心身機能の回復・維持 心理的回復の支援 活動と参加に関わる能力の維持・改善 リスク管理

【Ⅱ期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期）】

どこに問題があるのか
それは改善されているのか
アセスメントやモニタリングのための視点

大項目	中項目
継続的な再発予防	血圧や疾病の自己管理の支援 服薬の自己管理 生活習慣の維持
セルフマネジメントへの移行	心身機能の見直しとさらなる回復・維持 心理的回復の支援 活動と参加に関わる能力の維持・向上 リスク管理

【大腿骨頸部骨折のある方のケア】

【Ⅰ期（病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期）】

大項目	中項目
再骨折の予防	転倒予防 骨粗しょう症の予防
骨折前の生活機能の回復	歩行の獲得 生活機能の回復 社会参加の回復

【Ⅱ期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解と促進を図る時期）】

大項目	中項目
再骨折の予防	転倒予防 骨粗しょう症の予防
セルフマネジメントへの移行	介護給付サービスの終結に向けた理解の促進 (自助・互助への移行)

【心疾患のある方のケア】

【Ⅰ期 (退院後の期間が短く、医療との関わりが強い状況にある時期)】

大項目	中項目
再骨折の予防	転倒予防 骨粗しょう症の予防
骨折前の生活機能の回復	歩行の獲得 生活機能の回復 社会参加の回復

【Ⅱ期 (状態が安定から不安定な状況にある時期)】

大項目	中項目
再入院の予防	疾患の理解と確実な服薬 自己管理能力の向上とリスクの管理 療養を続けるための環境・体制の整備
生活機能の維持	ステージに応じた生活・暮らし方の支援 心理的な支援
EOL準備	EOL(エンドオブライフ)に向けた支援

脳血管疾患や骨折と違い
安定は可能でも
よくなっていくものではない

「当たりをつける」ためのインタビューが大切



「あたりをつける」ためのインタビューが大切



何の情報もなく「あたり」をつけることはできない

23項目全部聞いた後だと効率的とは言えない

どんな情報があれば「あたり」がつけられると思いますか??

その他 最近気になること

- ▶福祉用具の必要な理由の記載について
- ▶自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助について

「福祉用具の必要な理由の記載」について

居宅介護支援第13条第22号

二十二 介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置づける場合にあっては、その**利用の妥当性を検討**し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける**必要性について検証**した上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には**その理由を居宅サービス計画に記載**しなければならない。

- ▶アセスメントで必要性を検討
- ▶ケアプランに必要な理由を記載
- ▶サービス担当者会議でしっかり検証

その必要性を十分に検討せずに選定した場合

利用者の自立支援は大きく阻害されるおそれがある

安全に生活するために
●●、●●
(福祉用具全部記載)

歩行ができないため
車いすが必要

安全に移動するため
歩行器が必要

具体性がない理由やあたりまえの理由
ではなく

それを使用することで解決される
利用者の生活機能を検討する

歩行器を利用することで介助を受け
ずにトイレに行くことができる

特殊寝台があれば妻が腰痛が悪化
することなくおむつ交換ができる

モニタリングにつながる理由

介護保険最新情報

今回の内容

介護保険における福祉用具の選定の判断基準について

Vol.1296

令和6年8月2日

厚生労働省老健局高齢者支援課

これまで判断基準は示されていた

(平成16年6月17日発出)

- ▶ 給付対象として新たに追加された福祉用具への対応
- ▶ 軽度とされている者の利用も踏まえた検討
- ▶ 多職種連携の促進等の観点

見直しが行われた

「自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助」について

事業所やケアマネの理解と・・給付の状況にばらつきがあるようです



一緒にやっていたら
身体ですね

役割を分けて、分担して同じことを
やっていたら身体だと思っています

ずっと見てなくても、
声かけてもらって動けば
身体ですね

よくわからないので
事業所の実績で
給付管理していました



「生活援助中心型・・・届け出」が始まって多くのケースが「身体介護」に変わっています

「身体介護」とは・・・

- ▶利用者の身体に直接接触して行う介助
- ▶これを行うために必要な準備及び後始末
- ▶利用者の日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介助及び専門的な助言

1-6 自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等



よくわかりませんよね

安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員がともに日常生活に関する動作を行うことが、ADL・IADL・QOL向上の観点から、利用者の自立支援目重度化防止に資するものとしてケアプランに位置付けられたもの

1-6 自立支援、ADL・IADL・QOL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等

▶利用者**が主体**となって生活行為を行う

利用者が主体となって行為を遂行させるための支援(専門的な助言・見守り)
遂行の際の危険回避のための見守り

▶計画に基づいて実施**・・結果**で判断ではない

支援の必要性和期待される身体機能上の効果
本人をはじめチーム全体で共有されていること
本人が「自分で行いたい」と要望していること

▶利用者**の同意**があること**・・費用対効果**

金額の負担よりももたらされるであろう希望する自立の効果に対する同意
十分な説明と納得

「自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助」について

何らかの疾病や原因で
できなくなったことを改善へ
「また、できるようになりたい」



生活援助から身体介護へ
(見守りの援助)

逆に・・・
認知症や疾病の進行によって
できていたことができなくなる
「できる限り、自分でしたい」



身体介護から生活援助へ
(見守りの援助)

あくまでも・・・計画的に、目的をもってケアプランに位置付けること

お疲れさまでした