



アセスメント から
ケアプランの作成

Ver1.4

考え方編
分析シート使い方編
プラン作成編



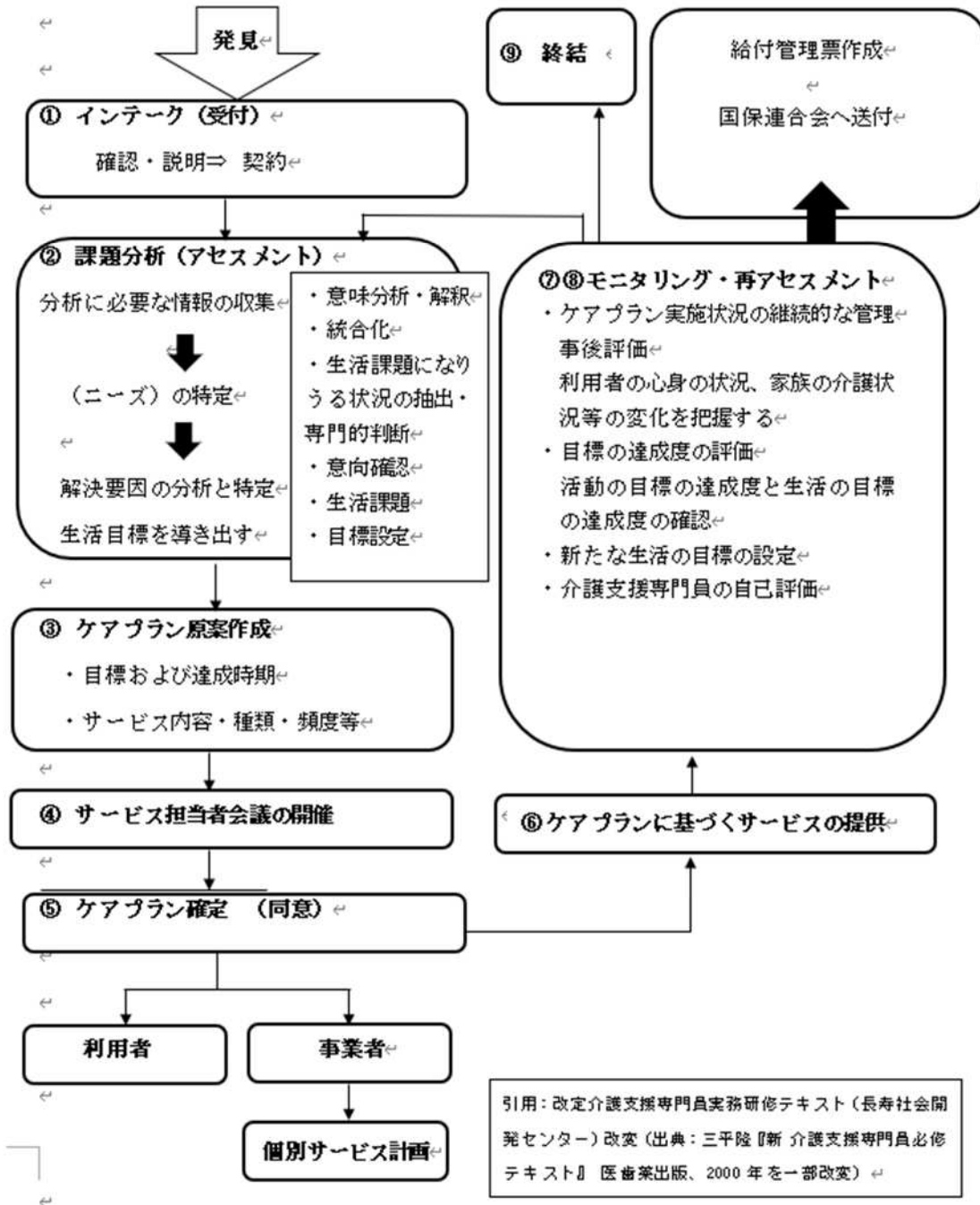
目次

ケアマネジメントプロセス	3
（課題分析）アセスメント	4
1, アセスメントとは.....	4
1, 介護保険のケアマネジメントにおける「アセスメント」とは.....	4
2, アセスメントの機能	6
①アセスメントの情報収集機能.....	6
②アセスメントの分析とは.....	6
③アセスメントの意欲的な取組への働きかけとは	7
3, アセスメント時におこなう事.....	7
4, アセスメントの為の情報収集について	8
5, アセスメントのうち情報収集を効果的に行うツールについて.....	9
6, アセスメントにおいて重要な事	9
① アセスメントは利用者と共に行うもの	9
② 利用者は「生活しづらさ」と同時に「能力」をもっている。	9
③ アセスメントは「判断」を導き出す過程です。	10
④ 「のみ」（身体のみ、精神のみ、社会関係のみ）をとらえるのではない.....	10
⑤ 専門職との連携.....	10
2, 生活ニーズの考え方.....	11
1, 生活ニーズ.....	11
2, 「生活ニーズ」が生じている背後にある「生活問題」と「その人の力」を探る	11
3, 生活ニーズの考え方（狭義のニーズ、広義のニーズ）	11
3、アセスメントのプロセスについて.....	13
1, アセスメントのプロセス.....	13
2, プロセスモデルによる進め方.....	14
1, 課題分析標準項目の把握は必須	14
2, ICF シートの活用.....	15
3, 表出された困りごと、顕在化していることをおさえる.....	15
4, 課題分析シートの活用.....	15
4-1 予測（仮説）を立てる以外の方法	16
5, この時点では予測「仮説」にすぎない	17
6, 「生活問題」は一つではない.....	17
7, 生活問題はどこからきたのか	18
8, 利用者・家族に伝える内容、方法の検討.....	19
9, 証明できない仮説の扱い	19

10、 予後予測を立てる.....	20
11、 8で検討した内容および予後予測について利用者・家族に伝える.....	20
12、 狭義の生活ニーズと長期目標.....	20
13、 専門的判断による具体的目標の提案.....	21
13、 提案した具体的目標の意向を確認する。.....	22
用語解説.....	24
その人を理解するために有効なアセスメントツール.....	26
エコマップ.....	26
ジェノグラム.....	26

ケアマネジメントプロセス

- ケアマネジメントのプロセス概念図 (給付管理・請求含)



(課題分析) アセスメント

1. アセスメントとは

1. 介護保険のケアマネジメントにおける「アセスメント」とは

アセスメントという言葉聞いてどのように思われるでしょうか？

アセスメントは直訳すると「査定」という日本語に訳すことができ、

①情報収集

②分析解釈

によりその人の持っている力や、問題状況等、生活全体を理解するための作業を言います。

※介護支援サービスでは利用者の自立を支援するために、解決すべき課題を発見するという意味合いから、「課題分析」という言葉が用いられています。

この作業は実際に介護サービスを提供する前段階において、その人のおかれている状況を把握するとともに、背景要因（原因）を含め理解し、サービス計画に展開していくという重要な作業です。

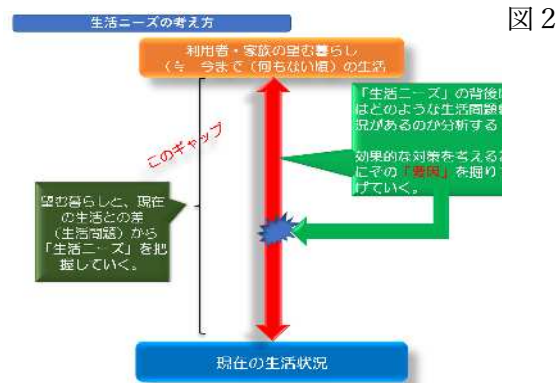
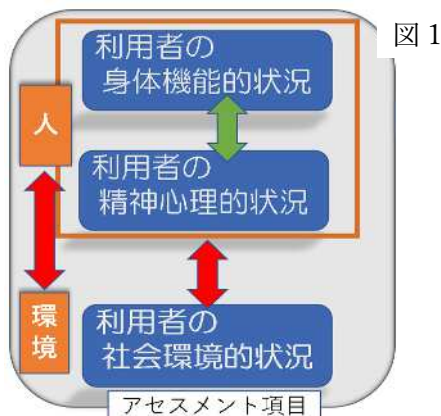
私たちケアマネジャーが行う「アセスメント」は要介護認定を受けられた方（利用者とその家族等）より利用者・家族が訴える「困りごと」主観的情報※1、専門家の把握した客観的情報※2（身体機能的状況、精神心理的状況、社会環境的状況）（図1）を収集し、そこからその人の持つ力と生活問題※3を把握します。

「利用者・家族の望む暮らし」と、「現在の生活状況」にはギャップがありますが、「利用者・家族の望む暮らし」を実現していくために解決しなければならない「課題」を明確にしていく必要があります。（図2）

※ここでいう課題とは、生活問題を解決するために行う事であり「生活ニーズ」を言います。

※1 主観的情報（利用者・家族等の訴えによるもの。思いや感情、価値観で判断した情報）

※2 客観的情報（ありのままに見た情報、データ等数値化できるもの）専門職の目と耳で情報源に確認して情報の精度を上げる必要がある。ここがあまりとアセスメント根拠となる情報の精度がおちる。



「課題の抽出」「課題とする根拠と支援の方向性を検討する」ことはアセスメントの核となる部分です。収集した情報のもっている意味の分析・解釈についての妥当性は、課題（アクション）の根拠となるものです。

課題を明確にしていくためには、「利用者・家族の望む暮らし」を設定する必要があります。（この「望む暮らし＝あるべき姿・なりたい姿」はヒアリングの中で聞き取り分析の際に設定し、分析後に再度「考え＝あるべき姿・なりたい姿」を確認していきます）「利用者・家族の望む暮らし」と、「現在の生活状況」のギャップの背後にはどのような生活問題※ が絡み合い、さらにどのような背景要因があるのかを利用者と一緒に整理・理解していく必要があります。

利用者・家族の望む暮らしを妨げている生活問題の背景にある要因への対処方法（自ら行う事、何の為に支援を受けるか）を明らかにしていく事、そのプロセス全体を「アセスメント」といいます。※（巻末）課題と問題

表出された現象はその人の一部分ではありますが、その人の生活歴や価値観、選んだ生き方があり、個別的な支援を行うためには、問題だけでなく、その人の力を把握し、その人の全体像をとらえるプロセスを踏んだ上で、支援の方向性を判断していきます。

※3 生活問題 「生活ニーズ」を形成している身体機能的状況・精神心理的状況・社会環境的状況の中で具体的な生活上の問題を言います。

これらは、情報収集をしていく過程で「一部介助」「全介助」等の状態であり、生活をしている中で、何らかの問題を既に起こしている状態として浮かび上がります。

例えば「入浴できない」という「生活ニーズ」は入浴する為に必要な（準備、歩行、脱衣、洗身等）、（入浴時に体を洗えない、失行（行為の障がい）、失認（目や耳などの感覚器に異常がないのに、まわりの状況を把握できなくなる症状）でお風呂そのものがわからなくなったり、入り方がわからなくなったりしている）等、入浴する為の動作や、それを妨げている環境、介護者等の有無等）一つひとつの生活問題が重なり合い「入浴ができない」状態（自立を阻害している）を作り出しています。

2. アセスメントの機能

アセスメントの機能には①情報収集機能 ②分析・解釈 ③意欲的な取組への働きかけがあります。

インタビューの時点ではその人情報の一部●「点」しか見えていませんが、情報収集を進めることにより点をいろいろな角度から集め、それら点（情報）と点（情報）を線で結ぶ事でその情報の意味付けしていきます。

さらに、点と点を結んで意味付けられた「線」、更にその一つひとつを結びつけていくと、線があつまり「面」になり、その人はどのような方なのか（臨床像）が浮かんできます。そこには奥行きがあり価値観等や歩んできた人生によりその深さがちがいます。

一見同じように見えている状態でも奥行きが違う。そこが何らかの原因でその奥行きが薄くなったり、そのものがなくなったりしている状態が「生活ニーズ」となります。

それは時間軸（過去、現在、未来）で捉えることで「その人全体」が見えてきます。

①アセスメントの情報収集機能

情報収集は先に述べた様に、必要な情報を収集することを言いますが、この情報を収集する事がアセスメントと理解している誤解も生じています。

また、情報も多ければ良いのではなく、多すぎた情報は利用者理解や援助時に混乱する事もあります。

介護保険では課題分析標準項目（P23 参照）を一通り網羅する事は最低限必須となりますので必ず情報収集し、必要と判断した情報はより深く確認する事が必要です。

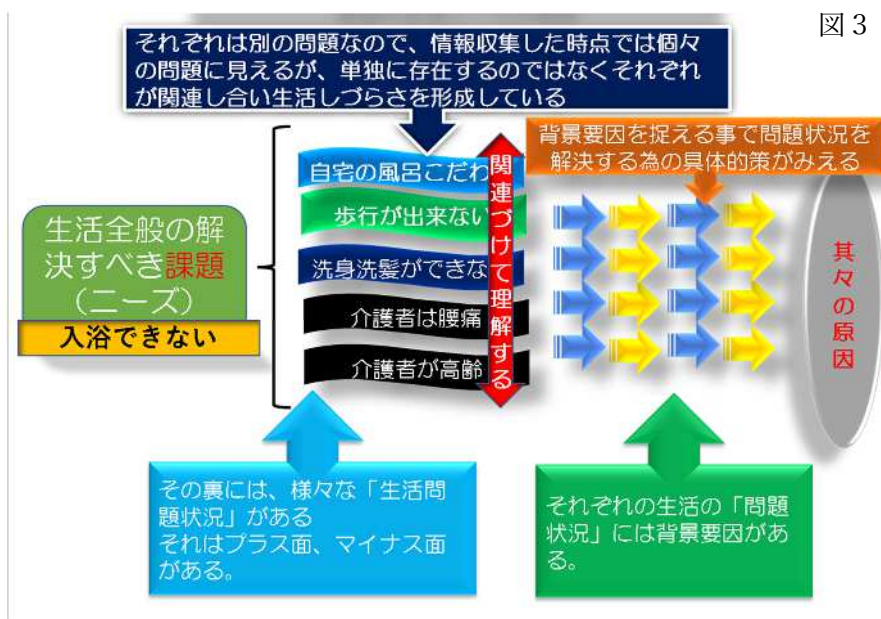
②アセスメントの分析とは

木を見て森を見ずということわざがあります。これは物事の一部や細部に気を取られて、全体を見失うことを言いますが、生活問題の所で述べたように、一つの情報だけを見るのではなく、他の情報と結び付けていく事によりその情報の意味付け（〇〇という情報と▽△という事が関連づいて◆◆◆が起きている）を行う事をいいます。（図3）

分析を伴わない要望への対応、できない事への直接の対応（サービスを当てがい、目の前の対応をしてしまう 例：入浴できない⇒デイサービス）を考えてしまい、直接的に課題充足だけであれば自立支援にはつながりません。

その方の生活問題のみならず、生き方や価値観等も含めてその人を構成している情報（情報収集で細分化して理解した）を意味づけていく事が大切です。

（現状を踏まえた上でどうしたいか＝意向）を、統合した結果を踏まえて対応します。



③アセスメントの意欲的な取組への働きかけとは

今まで元気に暮らしていた方が、介護を受ける状態になった時というのは、喪失や混乱そして不安の中にあります。

初回面接時に介護支援専門員が「サービスを利用しながらどんな生活をしたいですか？」と意向を問いかけても具体的な意向がきけるわけ也没有せん。

そこで、介護支援専門員はアセスメントに必要な情報を収集し課題分析を通じ、自分の置かれている状況とそれをどこまで介護サービス等を活用し、自分でも努力することで到達できる可能性があるのか？費用負担はどれくらいか等介護支援専門員と一緒にイメージでき課題が解決した先の具体的な生活のイメージ「意向」が表出されるように支援していく事が大切です。

そのためには、利用者及び家族が持つ強さ、可能性に着目し、意欲的な取組を行えるように専門職として働きかけます。

3. アセスメント時におこなう事

- 最初になぜ面接するのかの趣旨を説明しましょう。
- 不安に感じている、困っている（要望や悩み）「主観的情報」をしっかりと聞きましょう。（課題分析標準項目の主訴にあたる部分です）
- 顕在化（実態として現れている）している問題を把握しましょう。
健康状態、環境（住まい、地域等も）等「客観的情報」を収集していく中で、ケアマネジャーが面接で居宅を訪問した時に、住環境や利用者の状態から明らかに転倒のリスクがある（段差があちこちにある+片麻痺）（足を引きずって

歩く＋ 床に荷物、袋等散乱)等の状況があります。ケアマネジャーからすると問題が顕在化しており「転倒の危険」と、認識する事ができます。利用者・家族等は普段の生活の場であり「危険」と認識していない場合も多々あります（長年している事イコール安全ではない）

- ・収集した情報から潜在化（内に潜んでいる）情報を導きだしましょう。「氷山の一角」という言葉のように、表面に現れている部分は一部分で、見えないうところに様々な問題がある事があります。

そのためには面接技術や、情報収集過程での引っ掛かり等から「かもしれない」と仮説を立ててみる事が必要になります。

いわゆる、御用聞きで希望するサービスのみ、または目の前の出来事に対して対処的なサービスを導入した結果、潜在的な生活上の問題に気づかず様々な問題が表面化してくる事があります。

4. アセスメントの為の情報収集について

先に、情報収集の重要性を述べました。

ケアマネジメントは、アセスメントに始まりアセスメントに終わると言われアセスメントは大変重要なものです。

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（運営基準）第13条6号、および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について（平成11年7月29日老企第22号）基準第13条6項に以下のように示されています。

居宅サービス計画は、個々の利用者の特性に応じて作成されることが重要である。

このため介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に先立ち利用者の課題分析を行うこととなる。

課題分析とは、利用者の有する日常生活上の能力や利用者が既に提供を受けている指定居宅サービスや介護者の状況等の利用者を取り巻く環境等の評価を通じて利用者が 生活の質を維持・向上させていく上で生じてい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することであり、利用者の生活全般についてその状態を十分把握することが重要である。

なお、当該課題分析は、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手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならないものであるが、この課題分析の方法については、別途通知※するところによるものである。

5. アセスメントのうち情報収集を効果的に行うツールについて

生活全般の解決すべき課題を把握する為には、その生活問題を明らかにしなければなりません。生活問題を効率よく把握する為に様々なアセスメントツールが開発されています。

アセスメントのプロセス（後述）を理解していれば基本的にどれを使っても問題はありませんが、ツールにより特徴があります。

但し、シート活用による以下のような弊害がある事を意識する必要があります。

- 1、生活スキルの査定になり、事実関係の確認や利用者の抱える問題の抽出に力点を置いた面接になりがちとなる。
- 2、情報収集に追われると、クローズドクエスチョンの多用が起こりやすい。

以下にアセスメントツールの例を示します。どの方式が優れているというものではなくそれぞれに特徴があります。（最低限の情報が含まれれば自ら作成することも可能です。）

- ・居宅サービス計画ガイドライン ・MDS-HC ・R4
- ・日本介護福祉士会方式 ・包括的自立支援プログラム ・情報収集シート128等

6. アセスメントにおいて重要な事

① アセスメントは利用者と共に行うもの

援助のプロセスで重要な事は、「問題を解決していくのは利用者その人」です。その上で「その人が問題を解決する力」にも着目することが大切です。

- ・ストレングス※の視点を持つ（人柄、特徴、価値、その人の持ち味はすべてであり、狭義の褒められる部分だけではなく、栃木弁が話せる、しぶとい、地域の関係性が良い等もストレングスと言えます。※本来有するちから、強さ
- ・課題分析（アセスメント）は、私たち介護支援専門員が利用者その人を理解する作業であると同時に、利用者その人が「自分自身を知る作業」でもあります。

※（関連ワード）エンパワメント 能力を引き出す。利用者本位の原則のもとで、その人の生活史や個性経験、資格、技術、資源等に注目することにより、もてる能力を引き出して自己実現を果たせるようにします。

② 利用者は「生活しづらさ」と同時に「能力」をもっている。

両側面を持ち合わせている利用者は「能力を持っている人」とであると同時に、何らかの一人では解決しがたい生活上の困りごとの両面を持つ人である。（能力と生活ニーズ、あるいはプラス面とマイナス面など、両面をもつ存在である。

両面ともに目を向ける必要がありますが、マイナス面から生活課題（ニーズ）をとらえがちです。できる事は勿論、やっていないができることにも着目します。）

③ アセスメントは「判断」を導き出す過程です。

利用者の要望等（主観的情報）と健康状態や取り巻く環境等に関する客観的情報について裏付けをしながら整理、分析検討し、課題や支援の方向性の判断をしていきます。判断の信頼妥当性を高めるには

- ①アセスメントの思考過程が妥当であること。
- ②根拠に基づくものであることが大切です。

※ここでいう根拠（明証性）はいわゆる究極のエビデンス（何度やっても（見ても）そうである）（誰がやっても（みても）そうである）というものでない。

- セルフケア能力を見立てる事も大切です。

自分で必要なサービスを選ぶ事も自己決定として重要ですが、自分の力でどのような生活上の問題に対応できる「力」（ストレングス）を持っているかをきちんと見立てる事で、もっている能力を引き出す（エンパワメント）支援が大切です。ここはICFの考え方で「している」「能力があるがしていない」等で検討していくと良いでしょう。

④ 「のみ」（身体のみ、精神のみ、社会関係のみ）をとらえるのではないそれぞれの関係性を理解しながら「身体機能・精神心理、社会環境的存在」として全人的に捉える事が大切です。（ICFシートの活用が有効です）

⑤ 専門職との連携

初回の面接については、ケアマネジャーの情報収集だけで終わる事もありますが、既に医療を受けている等何らかの専門的なサービスを利用している場合があります。また、サービスが導入され介護の専門家、看護職、リハ職等様々な専門的な視点によるアセスメントは重要です。

2、生活ニーズの考え方

1、生活ニーズ

ケアマネジメントは生活ニーズを把握して、そのニーズに対応する社会資源に結び付けることです。

居宅サービス計画書（2）は左から右に書いていく様式ですが、一番左に生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を記載し、長期目標・短期目標と続きます。

このニーズから短期目標までを生活ニーズといい、それが解決できれば、希望とする生活や活動が可能になる」という課題のことです。

生活ニーズは、その人がこれまで歩んできた人生の歴史や家族との関係性、社会的立場、経済的な環境等によっても大きな影響をうけています。

また、利用者・家族の力、その時の心理状況等により容易に変化します。（生活ニーズは身体機能的状況、精神心理的状況、社会環境的状況が関連しあって起きており、それぞれの関係性の中で原因があり結果がある（因果関係）というものではなく、それぞれが関連し合って生活を遂行していく上での困った状態が形成されています）（図2）

このことは、例えば身体機能的状況な状態が同じであっても、精神心理的状況・社会環境的状況がわずかでも（全く同じケースはありませんが、同一人物でも）変われば生活ニーズは変わることを意味します。

2、「生活ニーズ」が生じている背後にある「生活問題」と「その人の力」を探る

利用者の要望（主観的情報）と健康状態や取り巻く環境等に関する客観的情報について背景を確認しながら専門的見地をもって整理、分析して検討をしていきます。

利用者や家族が抱える生活問題は、一見似たような問題であっても

①その人を取り巻く環境

②その人の性格や問題への対応能力などによってその背景要因は様々です。

情報を収集する際は生活問題の表面を見るだけでなく、その背景にある見えない部分を探る視点、その人の力（ストレングス）を把握することが重要です。

3、生活ニーズの考え方（狭義のニーズ、広義のニーズ）

（以下 2018 ケアマネジメントの本質 白澤政和 中央法規出版より引用）

① 生活ニーズとはソーシャルワークで捉えられてきた「福祉ニーズ」と類似してい

るとされます。

福祉ニーズを三浦文夫は「人間が社会生活を営むために欠かすことのできない基本的要件を欠く状態」としています。



具体的には「生活全般の解決すべき課題」は狭義の生活ニーズであり、これに「長期目標・短期目標」を合わせて広義のニーズと呼びます。（図4 図5）

② ケアマネジメントがとらえる生活ニーズ

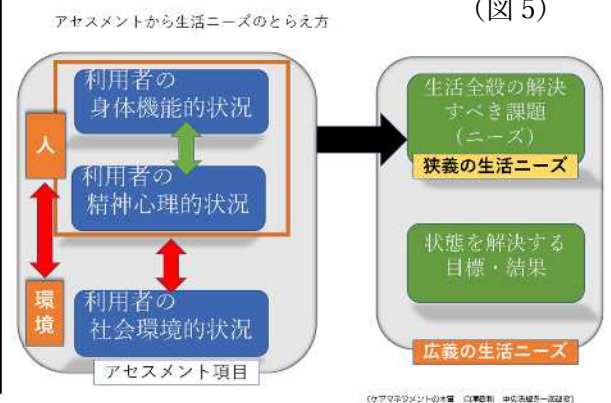
アセスメントでの個人の身体機能的状況・精神心理的状況、社会環境的状況について利用者と一緒に理解し、そして整理していく事によって

- ・「生活を遂行するのに困っている状態」
- ・その状態を解決する（維持する）目標・結果」を共有していくことです。

(図4)



(図5)



こうしたケアマネジャーの行う生活ニーズの捉え方を相談援助職のためのケースマネジメント入門の著者「バーバラ.J. ホルト」(監訳：白澤政和)は「クライアントとその環境との全体像を把握し、クライアントがより効果的に機能できるように適切に変化させることがケアマネジャーの技能である」とし、「ケアマネジャーは単に“木”を見るのではなく“森”を見るのが重要としています。

事例 Cさん 81歳男性 80歳の妻と2人暮らし

(身体機能的状況) 洗髪・洗身に一部介助が必要

(精神心理的状況) 自分で建てた家に誇りがあるので自宅で入浴したい

(社会環境的状況) 介護者Bさんは高齢であり腰痛がある。

この事例の場合には「洗髪・洗身が一部介助である」という身体機能状況そのものはニーズにはなりません。

捉えるべき狭義のニーズ→ Cさんは「洗髪・洗身に一部介助を必要であり自分で建てた家のお風呂に入りたいが、介護者が高齢で腰痛があるために、入浴できない」

このように考えると、Cさんの狭義の生活ニーズは「人」(Cさん)と環境(高齢の腰痛のある介護者)との関係の中で生じています。

これは、利用者の身体機能的状況・精神心理的状況と社会環境的状況との関係において生活ニーズが生じていると理解できます。

利用者その人のADL(身体機能面)だけをとらえるのではなく、それに加えて精神心理的側面(その人の力)と、介護者の状況(社会環境的側面)迄を関連づける事により初めて「Cさんが入浴できない状況」が理解できます。

Cさんの入浴は、ADLが向上、介護者の十分な協力があれば、あるいはどちらかが可能になれば、狭義の生活ニーズは生じることはありません。

次に、「入浴できないで困る」という狭義の生活ニーズについて(今このような状況をどう解決、改善、維持)していくかの目標・結果についてケアマネジャーはCさんの意向の下で決定するが、これについての目標・結果は「今までどおりに自宅で週3日は入浴したい」という意向が示されれば、結果として「入浴できない」「今までどおりに自宅で週3日は入浴したい」という広義のニーズが共有できます。

(引用ここまで)

3. アセスメントのプロセスについて

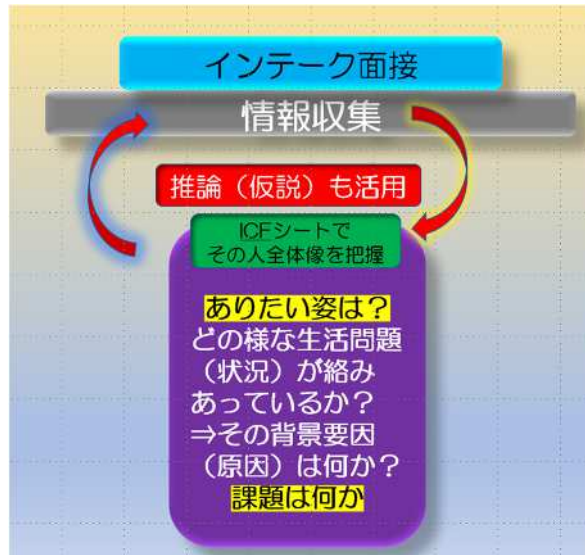
これから、アセスメントのプロセスを考えていきます。

1. アセスメントのプロセス

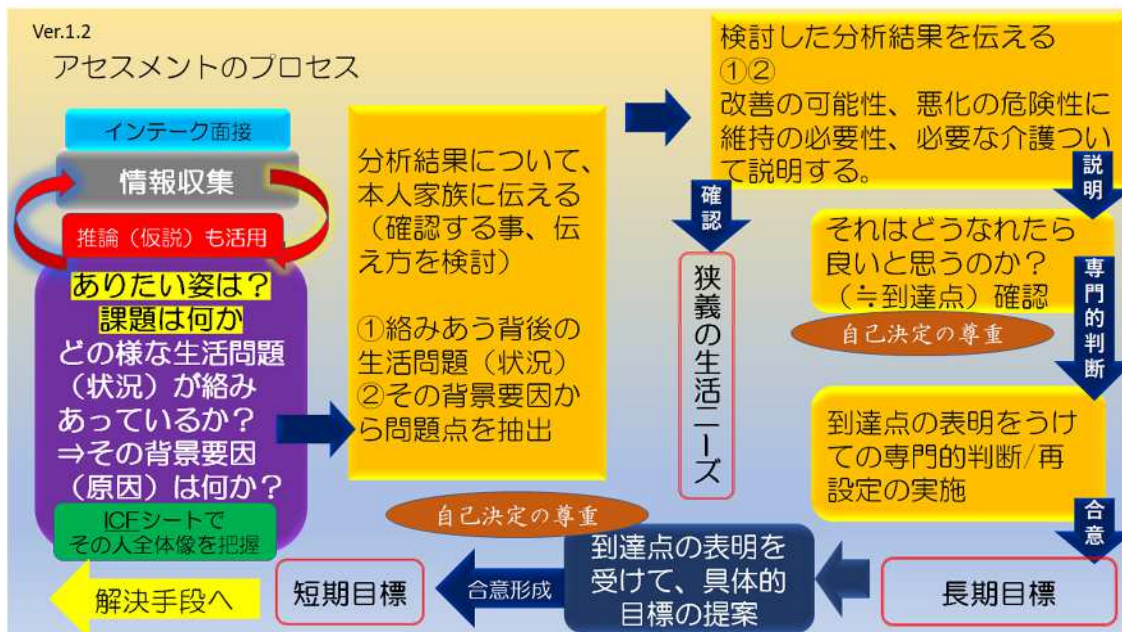
(図6-1)のように、情報収集～その人全体の理解～課題分析そして、分析の結果等までの段階(生活ニーズの特定と背景要因の理解)および分析の結果も含めて利用者と共に進める部分と、分析の結果を基に個々の解決すべき課題に対応して設定される課題達成に向けて取り組む内容のゴール(結果)の設定、そのゴール(結果)を

達成するために必要な事（問題点の解決）を具体的に目標立てていく場面の2つがあるといえます。（図6-2）

情報収集～その人全体の理解～課題分析（図6-1）



アセスメントプロセスモデル（図6-2）



2. プロセスモデルによる進め方

1. 課題分析標準項目の把握は必須

介護保険では課題分析標準項目（P23 参照）を一通り網羅する事は最低限必須となります

ので必ず情報収集し、必要な情報はより深く確認する事が必要です。

(なお、課題分析標準項目の情報は最低限の情報です。必要に応じて情報収集します。)

2, ICF シートの活用

利用者・家族が訴える「困りごと」主観的情報※1、専門家の把握した顕在化している状況客観的情報※2（身体機能的状況、精神心理的状況、社会環境的状況）等の情報が集まったら、ICF シートに落とし込み、生活機能、健康、環境因子、個人因子の整理し理解を深めます。（出来ない事のみ情報ばかり集めずに、その人の持つ力（個人因子、環境因子）なども収集します）

- i 何が利用者にとっての問題なのか？ 生活にいつ頃（**現在**）から、何が起こって（生活問題）困っているのか？
- ii 以前はどうしていたのか？（**過去**）
- iii この問題をどうしたいのか？（**未来**）
- iv 課題（問題を解決するアクション）は何か

現在 過去 未来の視点で情報収集していきます。

※情報量が多ければ、なんでも聞けば良いというわけではありません。

3, 表出された困りごと、顕在化していることをおさえる

主訴で表出された困りごとや、情報収集時に既に見えてきた顕在化している問題に視点をおきます。

- (例) ①一人でトイレくらいはいけるとよいと話していた。
 ②お風呂は入れてあげたいけど不安があります。と家族は話した。
 ③膝が痛くて買い物に外へ出るのもおっくうで、今は家の中でもつかまりながら歩くの。外へ出るのが怖いです
 ④3日前に退院して先生はリハビリを続けると良いというけど病院へ行くのが大変なんです
 ⑤（訪問したら）部屋の中は足の踏み場もない状態であり、Aさんは壁や椅子につかまりトイレに行っていた。

4, 課題分析シートの活用

3で視点をおいた「困りごと」や顕在化してきた問題について課題分析シートを活用します。（使い方は書式の使い方編参照）これは「生活ニーズ」ではないか？と予測「仮説」を立てシートの流れに沿い分析及び判断、説明、提案を進めます。

(課題分析シートは予測「仮説」1つについて1枚を使用します)
 (このシートは生活ニーズ、その背後にある「生活問題」、長期目標、短期目標までを整理していくものです)

※この予測(仮説)は支援者側の「主観」です。例えば、情報収集していく中で見えてきた「客観的事実+客観的事実」であったとしても支援者の主観が入り込むので主観です。

その後の「検証」により得られた確証が客観であり、そのためには観察事実(ここでは背後の生活問題)だけを提示しただけでは十分ではなく、その観察事実が生じた理由(背景要因、原因)を言明する必要があります。

その手続きをこの書式により行いプラン作成後に、観察事実の真偽および言明されている事実が生じた理由(背景要因、原因)についてサービス担当者会議により検証をしていきます。(アブダクション)

- (例)
- ①一人でトイレくらいはいけるとよいと話していた。
 (仮説) ⇒ 「トイレにいけない」のではないか
 - ②お風呂は入れてあげたいけど不安がありますと家族は話した。
 (仮説) ⇒ 「入浴できない」のではないか
 - ③膝が痛くて買い物に外へ出るのもおっくうで、今は家の中でもつかまりながら歩くの。外へ出るのが怖いです
 (仮説) ⇒ 「買い物ができない」かもしれない
 - ④3日前に退院して先生はリハビリを続けると良いというけど病院へ行くのが大変なんです
 (仮説) ⇒ 「必要なリハビリが続けられない」かもしれない
 - ⑤(訪問したら)部屋の中は足の踏み場もない状態であり、Aさんは壁や椅子につかまりトイレに行っていた。
 (仮説) ⇒ 「転倒の危険性がある」

4-1 予測(仮説)を立てる以外の方法

生活全体の理解、利用者の(身体機能的状況、精神心理的状況、社会環境的状況)から生活ニーズの候補を把握する方法があります。

この「候補」は専門職の視点で把握したものです。

それを利用者と言語化してお伝えします。

- ・立ち上がりに不安はありませんか？
- ・玄関までの来客対応にお時間がかかるようだが、いかがですか？

- トイレの介助を娘さんをお願いしているようですが、娘さんに負担感はないでしょうか？
- 私からみて家事がおつらそうですが、誰かが助けてくれるとしたら貴方はお願いしたいとお思いですか？

5, この時点では予測「仮説」にすぎない

例えば、お風呂に入れないという予測「仮説」を立てても、この時点ではあくまでも仮説にすぎませんので、収集した情報から「お風呂に入れない」事を証明できる収集した（身体機能的状況、精神心理的状況、社会環境的状況）と証明する為に不足している情報（生活問題といいます）があれば追加をして、実際に確認する・聞き取りをする・情報収集シート以外のツール等を活用します。

（アセスメントのプロセス図の情報収集と分析/統合、仮説を立てての分析の矢印の部分。

6, 「生活問題」は一つではない

予測「仮説」を証明できる「生活問題」は一つではありません。いくつかの「生活問題」が（身体機能的状況、精神心理的状況、社会環境的状況）等の中に散らばっていることが多く、このことは、その重なり方によっては別の「困りごと」を引き起こしている可能性があります。

例えば、「お風呂に入れない」という生活ニーズはその背後に（身体機能的状況、精神心理的状況、社会環境的状況）の様々な状況に点在している「生活問題」が重なりあっています。

このように、背後にどのような「生活問題」が重なりあって生活ニーズが起きているか、その背景要因は何か？を見つけていく事を「分析」といいます。

分析して見えてきた背景要因は、問題の背景ですからどの時点で改善可能なのか（手立てを打てるのか→問題点）から望ましいと考えている生活を妨げている「問題」の解決の為に行動、タスクを検討し（課題）ます。

仮説に対して分析をしていく作業がこの段階です。（図3分析/統合 予測（仮説）を立てての分析）

※いくつかの仮説に対して背後にある「生活問題」が重なっている事があります。そのような「生活問題」は解決できれば、各生活ニーズへの改善効果は広範囲に及びますが「解決に時間がかかる」事が多いと考えられます。

(例) ②お風呂は入れてあげたいけど不安がありますと家族は話した。

(仮説) ⇒ 「入浴できない」のではないか

背後にある「生活問題」

- a、歩行は手引きでやっと
- b、洗身が十分できない
- c、介護者は80歳
- d、介護者には腰痛がある
- e、脱衣室が狭くつかまる所がない
- f、浴室は段差がある
- g、大工をしていた。自ら建てた自慢の風呂とのこと

7、生活問題はどこからきたのか

6で分析をした背後にある「生活問題」は急に沸いてきたものではありません。その背景には様々要因があり、それは家族史等過去にさかのぼるものもあります。

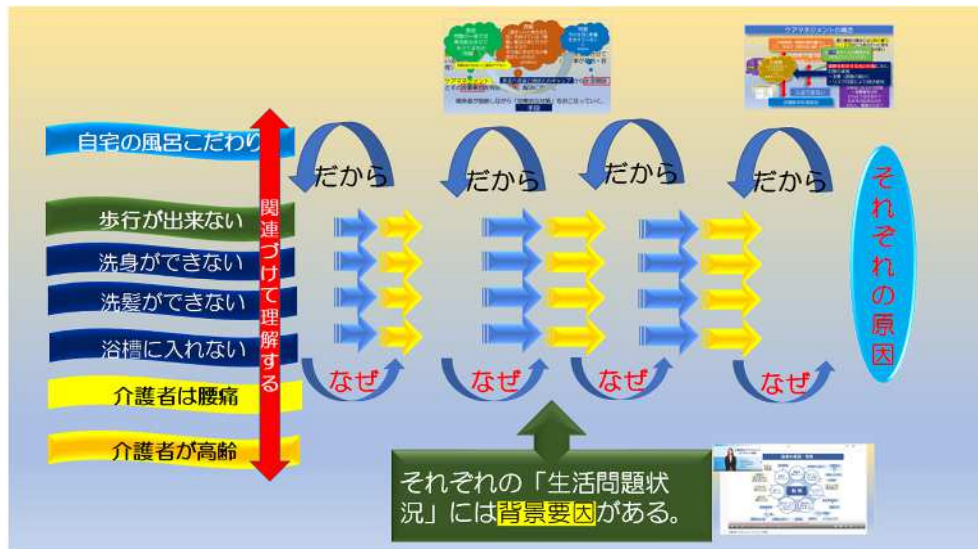
これら「生活問題」の背景要因をロジカルに(それはなぜか?⇒それはなぜか?)と掘り下げて理解します。

(例) ②お風呂は入れてあげたいけど不安がありますと家族は話した。

(仮説) ⇒ 「入浴できない」のではないか

背後にある「生活問題」

- a、歩行は手引き歩行でやっと⇒退院時は10m自力歩行できたが最近はずかず(下肢筋力低下)⇒ベッドで横になっている事が多い(活動量低下)⇒廃用症候群⇒下肢筋力の向上
- b、洗身が十分できない ⇒利き手である右手が胸の高さの少し下までしか上がらない⇒単麻痺⇒脳梗塞の後遺症⇒現状を維持できる
- c、介護者は80歳⇒
- d、介護者には腰痛がある ⇒慢性の痛みあり⇒骨粗しょう症で通院している⇒痛みの軽減



8. 利用者・家族に伝える内容、方法の検討

6の作業により予測（仮説）を立てた生活ニーズと思われる内容がいくつかの「生活問題」が把握できましたが、これについて利用者・家族にどのように伝えるか判断していきます。（利用者・家族の状態や理解能力）により判断します。

9. 証明できない仮説の扱い

5で立てた予測（仮説）も6で証明できるだけの「生活問題」の情報が集まらなければ予測（仮説）は証明できないので見え消しておきます（検討した証拠として保存します）

10、将来予測を立てる

具体的な目標を解決するための援助内容と、それが提供されることによって今後見込まれる、事後の状況を将来予測として記載します

現時点での将来予測（改善の可能性・悪化の危険性・維持の必要性・必要な介護）

11、8で検討した内容および将来予測について利用者・家族に伝える

仮説の背後にある生活問題（図3右上）について 6で「分析」した「生活問題」の重なり状況と7で掘り下げた「生活問題」のそれぞれの背景要因の内容及び生活問題状況及び背景要因と共に、現時点での将来予測（改善の可能性・悪化の危険性・維持の必要性・必要な介護）を伝え、利用者・家族（状況により利用者のみ）に説明をします。

12、狭義の生活ニーズと長期目標

利用者・家族から 10で説明をした「生活問題」の重なり状況と7で掘り下げた「生活問題」のそれぞれの背景要因の内容及び、現時点での将来予測について説明します。

だから、このような困りごとが起きていたのかと合意形成を図ることができれば合意形成を図ることができればその時点で、4で設定した予測「仮説」に対して6、7で分析した「生活問題」とその背景要因により検証ができたので、予測「仮説」から生活全般の解決すべき課題⇒「狭義の生活ニーズ」とします。

次にその生活全般の解決すべき課題⇒「狭義の生活ニーズ」をどのようにしていきたいのか「考え＝あるべき姿・なりたい姿」（到達点）を語っていただきます。

ここでは介護支援専門員が背景も含めて判断することが大切です。

なぜなら混乱している状況であったり、様々な疾病等から現在の状況を十分に理解しないままに現状とかけ離れた「考え＝あるべき姿・なりたい姿」（到達点）を語られることもあるからです。

そのような場合には時間をとり十分に説明をする等、より適切な到達点を設定していく事が重要です。

介護支援専門員の専門的見地からの判断を経て自立支援に資すると判断できれば「状態を解決する目標・結果」＝長期目標とします。

（ここには最も個別性が現れますので、利用者のイメージしやすい様に語られた言葉で記載するとよいでしょう）

※意向が聞き取りにくい場合は、予測して提案してみることも重要です。

- 排泄介助が必要です
- 通院介助が必要です

認知症の人の特性を踏まえた意思決定支援の基本原則

1 本人の意思の尊重

○意思決定支援者は、認知症の人が、一見すると意思決定が困難と思われる場合であっても、意思決定しながら尊厳をもって暮らしていくことの重要性について認識することが必要である。

○本人への支援は、本人の意思の尊重、つまり、自己決定の尊重に基づき行う。したがって、自己決定に必要な情報を、認知症の人が有する認知能力に応じて、理解できるように説明しなければならない。

○意思決定支援は、本人の意思（意向・選好あるいは好み）（脚注vi）の内容を支援者の視点で評価し、支援すべきだと判断した場合にだけ支援するのではなく、まずは、本人の表明した意思・選好、あるいは、その確認が難しい場合には推定意思・選好（脚注vii）を確認し、それを尊重することから始まる。

○認知症の人は、言語による意思表示が上手くできないことが多く想定されることから、意思決定支援者は、認知症の人の身振り手振り、表情の変化も意思表示として読み取る努力を最大限に行うことが求められる。

○本人の示した意思は、それが他者を害する場合や、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合（脚注viii）でない限り、尊重される。

※認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインより(厚生労働省 H30)

※必要性が明らかで、家族の想いを反映させる場合は次のようにします。

- ・週3回はお風呂に入れてあげたい
- ・楽しく過ごす時間を持ってほしい

1.3. 専門的判断による具体的目標の提案

生活ニーズからその背後にある「生活問題」とその背景要因を把握しました。

背景要因があり「生活問題」として表れ、その「生活問題」がいくつか重なり合い「狭義の生活ニーズ」になります。

それぞれの「生活問題」の背景要因について何れかの状態においてその要因を解決（充足）する事ができれば「生活問題」は発生しないと考えられます。

そのことから、それぞれの背景要因に対して、或いは統合して、背景にある要因をどのようにしていく事が 11 (B) で合意された「状態を解決する目標・結果」＝**長期目標**を段階的に解決していくためには「**具体的目標**」としてどのような事を目標立てていく事が効果的であるか介護支援専門員が専門的見地から(他の専門職と連携し) 利用者に提案していきます。

13. 提案した具体的目標の意向を確認する。

12で提案した具体的な目標について利用者・家族の意向を確認します。

合意が形成されれば具体的な目標＝短期目標とします。

自立支援を意識する。(介護保険最新情報 vol685 多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引きより)

加齢に伴い、地域での生活を維持していくことが難しくなるのは当然のことです。このような高齢者が何らかの援助を受けながらも、尊厳を保持して、その人らしい生活を主体的に継続していくことが自立と言えます。

自立とは身体的自立のみではなく、心理的、経済的、社会関係的等の複合的な概念であることを今一度確認する必要があります。

このような自立に向けて支援するためのケアプランにおいては、高齢者本人の自己決定を尊重することが最も重要になります。そのため、「本人はどのような生活を望んでいるのか」といった意向をふまえて、「それを阻害している個人要因や環境要因は何なのか」といった包括的アセスメントに基づき、本人の意思を確認しながら、ケアプランを作成します。

その際、本人の自己決定だからとすべてを受け入れることが、自立に向けたケアプランではないことに注意が必要です。自立に向けて現実的で明確な意向を持っている高齢者の場合には、その実現に向けた具体的な方法を本人とともに検討してケアプランを作成しましょう。

しかしながら、実際の状態と乖離した意向がある場合には、その理由を解明し、本人の現状認識を深める働きかけ等を行いながら、意思決定支援を行う必要があります。

中でも、自立において本人の意欲が重要な要因であることを考えると、消極的・拒否的な意向の場合は特に留意する必要があります。「できる能力があるのに、していないことは何か」「かつてはしていたのに、しなくなったことは何か」「それはどうしてなのか」等の視点から、自立に向けての意欲が喪失している理由を解明し、本人の想いを引き出し、意欲を高める方法等を検討することが必要になります。

そして、自立は一度で為し得ることではなく、環境との継続的な交互作用を通して可能になります。そのため、将来を見越してケアプランを作成するとともに、高齢者の自立を可能にする家族や地域にしていくための働きかけについても検討する必要があります。

課題分析標準項目

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No.	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	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である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

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
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、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、危険箇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

「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」（平成11年11月12日 老企第29号 厚生労働省老人保健福祉局企画課長通知）の別紙4の別添 より

用語解説

問題とは：

問題には、大きく分けて「発生したもの」「設定型」「潜在化しているもの」の3種類があります。

①発生したものには、(心身機能的状況・精神心理的状況)・社会環境的状況の関係から既に起きているものです。

②設定型は、理想の生活を設定すると現状とのギャップ(課題)を埋めるには計画を作成する必要があります。逆に考えると「目標」を設定しなければ「問題」は発生しません。

③潜在化しているものには、表面化していないが、今後表面化してくるもの、発生してくる可能性があるものです。利用者の主訴には含まれてくる事は少なく、専門的視点、多職種共同でのアプローチによる見えてくる問題です。

課題とは：問題(あるべき姿を妨げている要因)を解決するためにやることを言います。課題とは、問題を解決するためのアクションであり、課題というアクションを行う事により問題を解決していきます。

具体的には、目標としている生活活動と現状の生活活動との「ズレ=問題」を解消あるいは軽減するにあたり、背後にある「生活問題」は何か？その背景要因及び具体的な行動①を含め利用者にプレゼンテーションをし、利用者が自ら選択し決定した方法論に沿った取り組みをしていくこと②により、叶えようとしているもの(手に入れようとしているもの)が課題と定義されます。上記の下線①は介護支援専門員がアセスメントにより解釈、分析し提案も含めたアクション ②はそのプレゼンを受けて自ら選び行動するというアクションです。

「利用者の望む生活の実現、または継続する」という「生活の目的=ICFの参加」を利用者としっかりと話し合っイメージでき、利用者がプレゼンを受けて生活問題やその背景要因等を確認した上で、何がどのように活動された結果、そのことで何を手にしている姿なのか」を明確にし、合意形成をしていく。

そして具体的なアクションとして「どこを・どのように・どのくらい」改善すれば良いのか③をプレゼンテーションし、合意形成します。

上記下線③について、短期目標を具体的な目標とありますが、具体的に「何処を、どのように・どのくらい」改善するのかという具体的目標に対して、どうすれば解決できるかがサービス内容です。このサービス内容は「利用者自身の力で取り組むこと」「家族や地域のできること」「ケアチームが支援すること」を整理していくことが必要です。

原因とは：物事の基を起こすものをいいます。

例えば、交通事故の原因が居眠り運転だった場合、居眠り運転こそが運転手が交通事故を引き起こした元となるものなので「原因」を使います。

要因とは：原因がいくつか集まったものをいいます。

風邪を引いた「要因」には、「体を冷やしたこと」「睡眠不足」「人から移された」など、たくさんの原因があります。また、入浴できない方の背景には例えば「歩けない」「介護が必要だが、介護者不在」「浴室が滑りやすい」「脱衣ができない」「洗身ができない」等その背景にはいくつかの原因が複雑に絡んでいます。(背景要因)

ストレングスとは：強さ、力、能力、勇気、長所等の意味等がある。

・性格、気質

やさしい、がんこ、器用、不器用、自由、新しもの好き、お人よし、気が利く

・趣味、特技、才能・・・

音楽、旅行、運動、野菜作り、生け花、飲酒、パソコン・・・

・生活する力

自分で決める、家事をする、人と交流する、老いを受け入れる、「●●したい」と思う、「望む暮らしを語る力」・・・

・利用者を取りまいている環境

家族関係、友人、知人等の人的資源、近所との関係、家屋の環境、専門職との関係・・・

★問いかけの方法

- ・大切にしている人や、行っている事はなんですか？
- ・趣味はなんですか？
- ・やってみると楽しい、楽しかったものはなんですか？
- ・これは実現したいという思いはなんですか？
- ・得意な事はなんですか？
- ・これだけは負けないと思う事はありますか？
- ・ご自分の支えとなっている事（人）をおしえてください。
- ・いままでに成し遂げてきたことはなんですか？
- ・友人やクラブの方と楽しんできたことはありますか？
- ・以前から行っていて、これからも行いたいことはありますか？

その人を理解するために有効なアセスメントツール

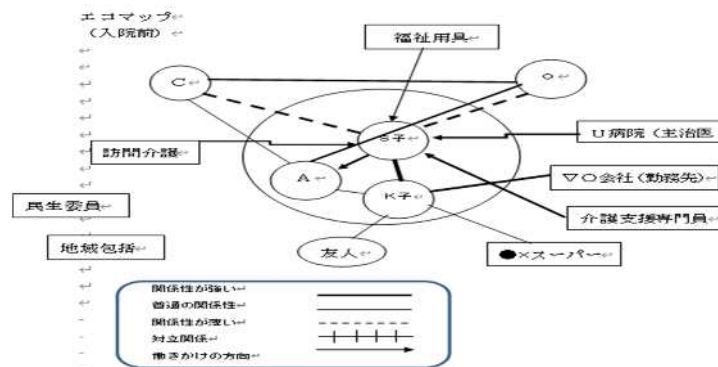
エコマップ

エコマップは、その人を中心として家族や、社会とのつながり、各種社会資源とのつながりを可視化できるツールです。下記の様にエコマップは線の太さや破線、働きかけの方向等によりつながりの状況を表しています。

アセスメントをする中で、社会から孤立していないか？または利用者その人の社会とのつながり（力）を見立てる事ができます。

作成作業は、利用者と共にを行います。そうすることでその人も改めて自分の発見につながります。

また、ICFの環境因子（促進因子、阻害因子）の理解や、ケアマネジャーの引継ぎ等の際にも大変有効です。



ジェノグラム

ジェノグラム (genogram) は、世代関係図、家族関係図と呼ばれ、時間的経過のなかで、家族関係を図式化し、利用者・家族の関係を明らかにしようとするものです。多世代（3世代以上）にわたる家族関係を図式化します。

