

# アセスメントから ケアプランの作成

考え方編

分析シート使い方編

プラン作成編

VER 1.3

## 目次

情報収集シートの使い方.....	2
② 情報を収集しつつ、生活全般（課題分析標準項目）の評価をします。.....	3
ICF シートの使い方.....	5
（ICF について）.....	5
3-① 「生活ニーズ」ではないかと仮定して、予測（仮説）を立てます。.....	10
3-② 予測（仮説）に対して、背景にある生活問題は何か？あたりをつけて探します。 .....	11
3-③ それぞれの生活問題の背景要因を掘り下げて「それは何故起きているか」理解し ます。.....	12
「生活ニーズ」の状況にあると思われる背景にあると考えられる状況について.....	12
3-④にて説明し合意形成を図るとともに、どのようになりたいか（なれる可能性がある のか、危険性があるのか）状態を解決する目標・結果（意向）「この状態を自分はどうし たいのか」（今このような状況をどう解決、改善、維持）していくか（意向）を確認する ために説明していきます。.....	13
3-⑤ 予測（仮説）の背景にあるはずの様々な状況がみつからなければ消去します..	13
情報と（予測（仮説））を検証し、予測（仮説）を立てても、背景にあるはずの様々な状 況がみつからなければ消去します.....	13
その人に伝え、確認（伝える）することは何か？を判断します。.....	13
分析から見えてきた、「生活ニーズ」と「生活問題」とその背景要因を整理し、ケアマネ ジャーの理解に間違いがないか、間違いなければその生活ニーズをその人がどのように していきたいのかを判断していただくためにその人に説明し確認します。.....	13
その人はケアマネジャーの整理した内容を受けて自らを振り返り、ケアマネジャーに説 明します。.....	14
ケアマネジャーはその人からの説明を受けて理解度の違いに気づけば「●●ということ ですね」と確認修正します。（言語化）.....	14
2～7を繰り返して（予測（仮説））を検証します。.....	14
共有できた検証結果から、社会生活を遂行するのに困っている状態（生活ニーズ）とし ます。 <b>狭義のニーズ</b> とします⇒ 他の分析が終了したあとで優先順位を検討して「居 宅サービス計画書 2表のニーズの欄に記載します」.....	14
判断の結果相互に合意できれば（長期目標＝その人の考える望ましい生活・結果）とし ます。他の分析が終了したあとで「居宅サービス計画書 2表の <b>長期目標</b> の欄に記載し ます」.....	15
⑫ 分析をした背景要因や専門職の情報、ICF の考え方を基に専門家として提案します。 .....	16



利用者にわかりやすい言葉（理解度を見積ることも重要です）で整理して伝え、確認をとることにより、介護支援専門員の利用者理解も深まりますが、同時に利用者のご自分の生活の「現状」の再確認（わかっている様でわかっていた）ができません。

利用者がその人の言葉で今現在の「生活ニーズ」とその背後にある「生活問題」を言語化することは、利用者本位を考へること、そして今後どうしていきたいのかを考へていく上でも大切です。

また、質問する際に、なぜ質問するのか意図や内容がきちんと利用者に伝わらないと的外れの回答になることもあります。

また、歩行の状態を確認するときに「できる・できない」を聞くのでは不十分で具体的にどの様ごと（玄関の扉の上り下り、トイレまで、リビングまで・・・具体的にイメージができるように確認します）

何故かという、人は歩行して移動する際には「目的」があってその場所へ移動するからです。

そして、介護支援専門員は面接から自分の理解したこと、考へたことを「言語化」して確認していくことで利用者との理解の共有を深めていきます。

アセスメント場面だけでなく、計画作成、サービス利用等のモニタリングなども通して信頼関係の構築からさらに深いその人理解につなげていきます。

また、医療情報については、主治医意見書及び診療情報提供書、又は通院時に同行する（その人の承諾、医師への事前連絡は必要）「要件を満たせば通院時情報連携加算できます」によって得ていきます。

## ② 情報を収集しつつ、生活全般（課題分析標準項目）の評価をします。

標準項目で具体的な情報（起きていること）を収集しながら、その具体的な状況の何がその人の「生活ニーズ」になっている（つながっている）のか、更により詳しく（深く確認し）分析する必要が事は何かを判断する為に、収集した情報を一つひとつ評価していきます。

（情報収集シートにより情報のとりやすさは異なり、それぞれに特徴がありますので効果的なシートを組み合わせることもよいでしょう）

（例）家族が行っている支援。家族以外が行っている支援。その人が希望していること等

「一番気になっておられるのは何ですか？」

「お母さまのどんなところが心配ですか？」等と問いかけることで、自身や家族が何を問題としているかがわかります。

☞ 先ずは、その人の言葉で語る「その人の問題」に耳を傾けます。面接をしてい



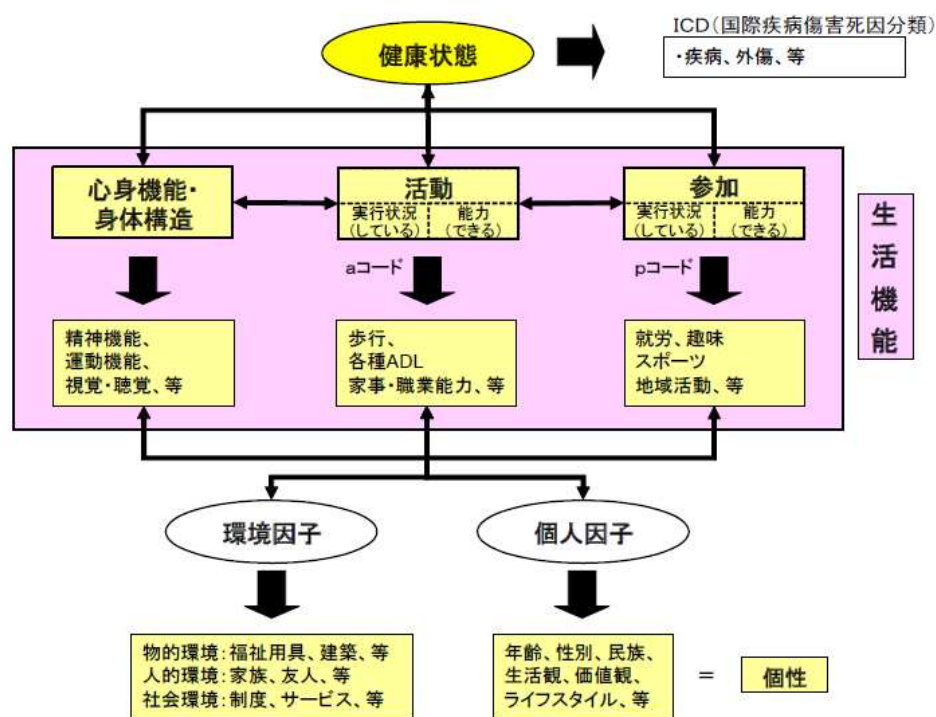
## ICF シートの使い方

収集した情報をICFシートに落としこみ、整理し相互の関連性を理解します。

(ICFシートは、具体的目標の検討時、サービス内容検討時にも活用します)

なお、課題分析のための情報収集シート(とちぎ版)を使用するとICFシートのどこへ整理すると良いのかが整理させています。

ICFシートへ整理していく事で、その人の理解だけでなく、どの部分にアプローチしていく事で「生活ニーズ」の背後にある生活問題は、どの部分に働きかけていけばよいのかを考えていきます。



(出展；厚生労働省)

## (ICFについて)

ICFで最も大事なものは基本的な「ものの考え方」が重要です。

そのことによって、利用者を全面的に把握(理解)することこそがICFの活用となります。

(以下引用：ICFの理解と活用 上田 敏 萌文社)

生活機能 ⇒ 生命・生活・人生を包括する

図の中央に「心身機能・身体構造」「活動」「参加」が並んでいます。

この3つのすべてを含む包括概念を生活機能といいます。

1, 生活機能とは、「人が生きること」の全体を示すものであり「心身機能・身体構造」「活動」「参加」は生活機能の3つのレベルを示します。

それぞれ「生命レベル」「生活レベル」「人生レベル」です。

#### ①生命レベル

生きることを捉えているのが、「心身機能・身体構造」

心身機能は（例えば手足の動き、精神の動き、視覚、聴覚等の機能）

心身構造は（例えば手足の一部、心臓の一部（弁など）の体の「部分」）

#### ②生活レベル

「活動」とは生活行為そのものです。なんらかの目的をもった具体的な生活行為を言います。日常生活動作やIADL 等、生活していく上ですべての行為が該当し、趣味等も含まれます。

活動には「できる活動」（i 能力はあるがしていない活動＝能力があるもの ii 専門家が技術や専門知識を活用することで初めて能力があることが確認できる潜在的な能力）及び「している活動」があります。

#### ③人生レベル

人生の様々な場面において役割を果たす事（社会参加）だけではなく、主婦、会社、地域の役割や地域活動などが含まれた概念です。

### 2, マイナスよりプラス面を重視する

ICIDHでは「障害」というマイナス面にのみ注目していましたが、ICFでは「生活機能」というプラス面に注目しています。マイナス面も機能障害、活動制限、参加制限としてみています。

### 3, 相互作用モデル（相互依存性）

ICFの図を見ていただくと特徴的なのが、矢印です 一方的ではなく ← → 相互方向に矢印が向いています。このことはすべての事が、すべてに影響し合っているということです。

例えば、心身機能⇔活動の関係がありますから、活動が低下すると→ 廃用性症候群になるという考え方ができます。逆に、心身機能が低下→活動が低下ということもあります。

活動の低下→廃用性症候群→さらなる活動の低下という悪循環がおこります。

また、活動と参加の相互作用は、活動制限（歩行困難）があれば、地域へ出での活動や趣味等へ参加が困難になりますし、会社員としての役割も果たせなくなる可能性があります。

逆に参加が制約された場合、活動の制限につながります。例えば高齢の女性が長女夫婦と同居して家事（調理、洗濯等）をしなくなれば、活動状況は一気に低下します。心身機能と参加も右と左端にあり関係がない様に見えますが、例えば火傷により顔に傷跡等が残ったことにより、就職や外出の機会の減少等があれば参加の制約になります。

#### 4、因子

生活機能に影響を与えるものに2つの因子があります。

「個人因子」「環境因子」です。

##### 「個人因子」

その人の特徴というのは十人十色非常に多様ですので、その人の特徴すべてをいいます。

ここでも、矢印が一方的ではなく ← → という関係ですので、相互作用があります。

ご承知のとおり、個人因子は生活機能すべてに様々な影響を与えることは想像ができることと思いますが、特に価値観や生活歴などどのような生活（活動）、人生（参加）をしていくかを決定するのに大きな影響を与えます。

##### 「環境因子」

その人の環境全てをいいます。例えば（居住環境、人的環境、制度、介護スタッフ、ケアマネジャー等）

ここでも、矢印が一方的ではなく ← → という関係ですので、相互作用があります。

生活機能と環境の間で何らかの問題が起きている（マイナス）に作用する場合も多いですが、上記の例の様に介護スタッフや効果的な制度があれば、例えば心身機能に障害があったとしても、適切な介護や福祉用具等の環境を整えたり、活動向上訓練等を行う環境を整えることで、活動制限にならない事があります。

（プラスの影響を与えるものを 促進因子、マイナスの影響を与えるものを阻害因子といえます）



## 5. 健康状態と生活機能の関係

健康を害すると言うまでもなく、生活機能や個人因子にも大きな影響を与えます。

例えば、ケガなどの時の安静第一は、活動の低下を招き、負のスパイラル（悪循環）により活動低下→心身機能低下→活動低下をおこします。

相互依存性と相対的独立性

（大川弥生）によるとICFは、心身機能・身体構造、活動、参加は各々が相互に影響を与えている相互依存性と、相互に影響を及ぼさない相対独立性の2種類の関係性があるとされています。

脳梗塞で片麻痺を呈した症例を使い見ていきます。

### ①相互依存性：左から右パターン

脳梗塞（健康状態）の影響で運動麻痺（心身機能）を呈し、歩行困難（活動）になることで、主婦としての役割が困難（参加）となる。このパターンは職場復帰するために、運動麻痺を改善し、歩行を再獲得する以外の改善策がないと運命づけられた考え方。

### ②相互依存性：右から左パターン

右から左パターンには、正と負の2つのサイクルが考えられます。

1. 負のサイクルは主婦としての役割が困難（参加）、活動する機会が減り（活動）、結果として筋力や持久力が低下（心身機能）してしまう。
2. 正のサイクルは、主婦としての役割を再開する代わりにデイサービス等を利用、施設内で皆と会い何らかの役割を得る（参加）事が出来たとすれば、歩行（活動）などの活動する機会が増え、その結果、筋力や持久力（心身機能）が向上する。

ケアマネジメントの際には、ケアマネジャーは常にサイクルが正になるよう、各要素間の両方向の矢印を有効活用して考える必要があります。

### ③相対的独立性

運動麻痺（心身機能）を後遺症であると考え、移動手段を歩行（活動）ではなく電動車いすをレンタルする（環境因子：促進因子）ことで、移動（活動）が自立し、その結果、職場復帰（参加）が可能となる。

上記のように、心身機能の改善に依存しなくても、環境因子を活用することで活動

や参加が改善するということが、相対的独立性である。病気（健康状態）に向き合い、心身機能の障害を後遺症として受け入れ、活動や参加の改善を図る事によって（障害受容）の考えが相対的独立性の考え方です。

このような考え方を理解し「ICFシート」を活用し健康状態・心身機能・活動・参加・環境因子・個人因子をそれぞれ書き込み、全体的に理解をしていきます。

特に、活動の①している活動と②できるがしていない活動（能力）の差を確認して、できる事を増やすことが大切です。

また、心身機能の状態から活動状況がどのようになってゆくのか？健康状態と生活機能の関係性、環境因子、個人因子と生活機能の関係性等相互に影響し合いますので広く検討します。

生活ニーズの背景は生活機能の活動（生活行為そのもの）に現れますし、また環境因子との関係性も含めて理解していく必要があります。

※治らないものや、できない事があっても支援を受けることにより、その部分を補えばできるようになる事は沢山あります。それは私たち専門職も同じ事です。ICF シートは全体を見る事でどの部分に支援をする事で効果的な支援につながるのかを見立てるのに効果的なツールです。能力があるが行っていない、やりたいこと等ストレングスを活用します。

### 3. 課題分析シートを使い分析をおこないます。

TCMA版課題分析シート Ver2.1

分析	フェルトニード（価値、自覚されたニード）及びI~IIIの過程でのICFの考え方で整理し専門職として「課題」を感じた（ひっかかった）状態を「生活ニーズ」ではないかと仮定して、予測（仮説）を立て課題分析シート ①に記入します。	氏名	氏名を記載します。	機	機
①	①の「①「トイレにいけない」かも？ ②「買い物ができない」のどちらか？	それぞれの状態状況は下記の背景要因により引き起こされている			
②	②の「①「トイレにいけない」かも？ ②「買い物ができない」のどちらか？	それぞれの状態状況は下記の背景要因により引き起こされている			
生活機能	あなたは「●●●」の状況にある事が考えられます。の背後にあると考えられる「生活問題」に本人のストレングス（個人の力、環境の力）を IIIで整理した情報及び不足している状況があれば、更に情報を聞き取り（確認し）し、記入します。	あなたは「●●●」の状況にあると考えられます。の背後にある「生活問題」について（生活機能）（健康状態、環境因子、個人因子）についてその状況が起きている背景要因を分析して（掘り下げて）いきます。			
環境因子	「●●●」の状況にある事、の背後にある「生活問題」は、課題分析標準項目を踏まえて全てを把握した、生活機能（心身機能、活動・参加）や健康状態、環境因子、個人因子等の中にあります。不足している情報があれば更に情報収集します。	（それはなぜか？→それはなぜか？） （例1）歩行がでえない→膝折れがある→活動量低下→過度の安静（やることない） →転倒への恐怖心がある。 （例2）転倒した→ポータブルトイレに移乗時に転倒した→固まる所がない→固形のポータブルトイレ使用 →下肢筋力低下→活動量の低下→過度の安静			
個人因子	この時に、「生活機能」（健康状態、環境因子、個人因子）に				
悪化の危険性	（○○の状態）をしない事で～への低下、○○の減少および○○が予想される。 ■の増強で00が困難になる可能性がある。				
改善の可能性	（例）調理を行わない事で活動の機会減少による廃用性、意欲の低下が想定されます。痛みの増強で移動が困難になる可能性がある。				
維持の必要性	（例）具体的な支援内容&セルフケアサービス名ではない）をすることで、（○○のような事が）できるようになる可能性があります。				
介入の必要性	（例）膝の痛みの治療、下肢筋力の向上を図ることにより、膝の痛みが緩和し立位や移動時の膝折れが安定する可能性があります。				
③	③の「予測（仮説）」が当たったか？	③の「予測（仮説）」が当たったか？			
分析	分析から見えてきた「生活ニーズ」の背後にある「生活問題」「背景要因」及び予測後予測本人に説明し「私はこのように理解しましたが如何ですか」と整理し確認します。（言語化）→状態を整理する目標・結果（意図）「この状態を自分はどうしたいのか」（今の状況はどう解決、改善、維持）していくか（意図）を確認します。→解決できる意向か、自立支援に資するものを専門的に判断します。（ICFの考え方も活用します）判断の結果、相互に合意できれば「長期目標＝本人の考えやすい生活・結果」としていただきます。				
B	④で（掘り下げた）をした背景要因や専門職からの情報、ICFの考え方を	上記の提案について本人家族の意向を確認し記録します。			
C	基に、背景にある要因の解決（充足）していけば、④で表出された（長期目標＝本人の考えやすい生活・結果）に近づくことができるのかを専門職として検討し記録します。ICFの考え方も活用します。	自身ができれば具体的目標（短期目標）とします。 この際には、確認しやすいように具体的に記入します。			

### 3-① 「生活ニーズ」ではないかと仮定して、予測（仮説）を立てます。

フェルトニード（感得されたニード、自覚ニード）その人が自覚しているニード・欲求や、エクスプレストニード（表明ニード）、主訴（クライアントが他人にわかるように表明したニード）を十分吟味し、なぜその人は主訴として表明しているのか？ 自覚し欲求しているのか？ また、顕在化（表面に現れている）している生活上の問題、潜在化（内に潜んでいる）生活上の問題について、その中には社会生活を遂行するのに困っている状態（生活ニーズ）があると仮定して、予測（仮説）を立てます。

予測（仮説）

（例）①「トイレにいけない」かも？ ②「買い物ができない」のだろうか？

※予測（仮説） 実験・観察などで検証をしていきます。ここでは、生活ニーズの背後にあるいくつかの生活問題を整理し、更にその背景要因を掘り下げていきます。

（できるだけ たくさんの予測（仮説）を立てていきます）

（何が起きているのかではなく →その問題はなぜ起きているのか？を探していく）

その人と環境の間においてそれはなぜ起きているのかを（予測（仮説））を立ててそれを検証する作業をこれ以後していきます。

※仮説を立てての分析は特に、初回から信頼関係の構築を行う時期に特に有効です。何故ならば、その人（要介護者）の主訴、要望について（私が困っていること）に対してきちんと話を聞く（主観的情報）を丁寧にききとり、先ずは受け止めるところにより信頼関係を構築していきます。

ただし、利用者の「主観的情報」は変化しますので注意が必要です。

あるがままを受け入れつつ、なぜ「そのような事を訴えているのか？」その背景にある様々な生活問題について確認します。（この時、初めて情報収集をするのではないことに注意が必要です）

また、分析の為に把握した情報からニーズを把握していく方法を用いこの書式を活用する場合には ②生活問題⇒①仮説の順に進めていき③④⑤と検討していきます。

収集した情報を整理し生活全体の理解、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です。

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。

（例1）もしかして、立ち上る時に不安はありませんか？

（例2）私がお邪魔した際にお時間がかかっておられたようですがいかがですか？

(例3) トイレ際に立ち上りの介助を娘さんをお願いしているようですが、どう思われていますか？差し支えなければお気持ちをお聞かせください

(例4) 私からみて家事がつかうようですが、誰かが助けてくれるとしたら貴方はお願いしたいと思いますか？

何れの方法でもその人のセルフ能力、生活問題状況が絡み合ってニーズが形成されていること、その背景要因がある事を理解して分析していきます。

### 3-② 予測（仮説）に対して、背景にある生活問題は何か？あたりをつけて探します。

予測（仮説）に対してその背後にあると考えられる「生活問題」をアセスメントの為に収集した情報及び、不足している状況があれば、更に情報を聞き取り（確認し）して課題分析シートの② に記入します。

予測（仮説）に対しての背後にある「生活問題」は、課題分析標準項目を落とし込んで全体を把握した、生活機能（心身機能・活動・参加）や健康状態・環境因子・個人因子等の中にあります。

さらに不足している情報があれば更に情報収集し記載します。

この時に、（生活機能）（健康状態、環境因子、個人因子）に分けておきます。

#### POINT

（ここでは、その人から語られた事をケアマネジャーが受け止め、解釈し、理解し、それを深める為にその人に投げかけ、共有していきながら共に作り上げるプロセスを行っていきます）

話して頂いた、確認した情報から、（予測（仮説））を立て、予測（仮説）を検証するために標準項目とその他の情報の収集をしていきます。

予測（予測（仮説））に合わせてなぜそれは起きているのかを質問し言語、非言語の情報の矛盾点、情報と情報の比較検討、つなぎ合わせを繰り返し行います。

現地確認、専門職からの情報等、医師の意見書等の情報を活用します。

先の説明の様に収集した情報を整理し生活全体の理解、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と、仮説を立てていく方法を併用する事により、顕在化している生活ニーズだけでなく、潜在化している生活ニーズについても把握していきます。

### 3-③ それぞれの生活問題の背景要因を掘り下げて「それは何故起きているか」理解します。

「生活ニーズ」の状況にあると思われる背景にあると考えられる状況について（生活機能）（健康状態、環境因子、個人因子）について、その状況が起きている背景要因をロジカルに分析して（掘り下げて）いきます。

あなたは「●●●」の状況にあると考えられます。の背後にある「生活問題」について（生活機能）（健康状態、環境因子、個人因子）についてその状況が起きている背景要因を分析して（掘り下げて）いきます。

（それはなぜか？→それはなぜか？）

（例1）歩行ができない→膝折れがある→活動量低下→過度の安静（やることない）

→転倒への恐怖心がある。

（例2）転倒した→ポータブルトイレに移乗時に転倒した→掴まる所がない→旧式のポータブルトイレ使用→活動量の低下→下肢筋力低下→過度の安静

### 3-④ 予後予測を検討し記載します。

利用者家族の「生活ニーズ」とその背景要因とそれに対して示された意向（今このような状況をどう解決、改善、維持）していくか

そして具体的な目標を提案した後の意向を踏まえて、どうなっていくのか（予後予測）として悪化の危険性、改善の可能性、維持の必要性、必要な介護に分けて記入します。

（〇〇の状態）をしない事で～～の低下、〇〇の減少および@@が予想される。 ■の増強で〇〇が困難になる可能性がある。

（例）調理を行わない事で活動の機会減少による廃用性、意欲の低下が想定されます。痛みの増強で移動が困難になる可能性がある。

（具体的な支援内容&セルフケア←サービス名ではない）をすることで、（〇〇のような事が）できるようになる可能性があります。

（例）膝の痛みの治療、下肢筋力の向上を図ることにより、膝の痛みが緩和し立位や移

動時の膝折れが安定する可能性があります。

3-⑥にて説明し合意形成を図るとともに、どのようになりたいか（なれる可能性があるのか、危険性があるのか）状態を解決する目標・結果（意向）「この状態を自分はどうしたいのか」（今このような状況をどう解決、改善、維持）していくか（意向）を確認するために説明していきます。

### 3-⑤ 予測（仮説）の背景にあるはずの様々な状況がみつからなければ消去します

情報と（予測（仮説））を検証し、予測（仮説）を立てても、背景にあるはずの様々な状況がみつからなければ消去します

（根拠のない予測（仮説）は妄想にすぎません）

- ①課題分析の為に収集した情報
  - ②予測（仮説）を裏付ける為に新たに収集した情報
  - ③現地で確認した情報
  - ④専門職から得た情報
- ①～④の情報から予測（予測（仮説））の状態が起きているという状態を確認できるだけの情報を集め、根拠だてます。

その人が表明されたり、介護支援専門員が予測（仮説）としたが根拠が見つからない（無いという事を証明するのは難しいので、あること）のであれば、その予測（予測（仮説））は根拠がないのであくまで予測（仮説）にすぎないので消去していく（検証した証拠になるので保存はしておきます）

### 3-⑥ 本人に説明し「私はこのように理解しましたが如何ですか」と整理し確認します。

その人に伝え、確認（伝える）することは何か？を判断します。

更に必要な情報はなにか？を考えながら、その人に伝え、確認（伝える）することは何か？を判断します。

分析から見えてきた、「生活ニーズ」と「生活問題」とその背景要因を整理し、ケアマネジャーの理解に間違いがないか、間違いなければその生活ニーズをその人がどのようにしていきたいのかを判断していただくためにその人に説明し確認します。社会生活を遂行するのに困っている状態（生活ニーズ）と、その背景要因について「私



はこのように理解しましたが如何ですか」と整理し確認します。(言語化)

この作業は、ケアマネジャーが理解したことを確認すると同時に、その人家族が今起きている「生活ニーズ」とその背後にある「生活問題」及び背景要因について認識していただく作業になります。

※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。

その人はケアマネジャーの整理した内容を受けて自らを振り返り、ケアマネジャーに説明します。

ケアマネジャーはその人からの説明を受けて理解度の違いに気づけば「●●ということですね」と確認修正します。(言語化)

2～7を繰り返して（予測（仮説））を検証します。

「そうです」となれば共有できたということとなります。(似たようなケースであると認知バイアスがかかって勝手に解釈してしまう事がありますので注意しましょう)

共有できた検証結果から、社会生活を遂行するのに困っている状態（生活ニーズ）とします。**狭義のニーズ** とします⇒ 他の分析が終了したあとで優先順位を検討して「居宅サービス計画書 2表のニーズの欄に記載します」

※ニーズとは「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」、「社会生活を遂行するのに困っている状態とされていますから「入浴したい」という表現ではなく「入浴できない」と表現します。

また、介護保険は社会保険ですから保険事故です。

※虐待を持ち出すまでもありませんが、虐待されている方のニーズが「虐待されたくない」とか「家族に叩かれたいようになりたい」となるのでしょうか？

3-⑦ 「この状態を自分はどうしたいのか」（今このような状況をどう解決、改善、維持）していくか→状態を解決する目標・結果（到達点）を確認します。

※（到達点）を確認します。⇒この時、解決できる意向か、自立支援に資するものかを専門的に判断します。

判断の結果、相互に合意できれば（長期目標＝本人の考える望ましい生活・結果）としていきます。課題分析シート④ に記入します。

※到達点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。

※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

どのようにしたいか前向きな取組がなされるように支援します。

できない背景からでは前向きな意向が示されづらいので、「自身の力で取り組むこと」「家族や地域の協力できること」「ケアチームが支援すること」等を整理して助言し、到達点として話していただくとよいでしょう。「

これらいくつかの到達点（長期目標）と具体的な援助内容（自分でも努力し、●●なサービスを受けて）いくつかの到達点（長期目標）をクリアした先に「望む暮らしがあるので、結果としてどのように暮らしたいか」「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」が示されてきます。

**確認ができたら、その際には解決できる到達点（長期目標）か、自立支援に資するものかを専門的に判断します。**

判断の結果相互に合意できれば（長期目標＝その人の考える望ましい生活・結果）とします。他の分析が終了したあとで「居宅サービス計画書 2表の長期目標の欄に記載します」

※ここで示された到達点（長期目標）をケアマネジャーの専門的見地から検討し、自立に向けた且つ、現実と余りに乖離していないものであること。利用者・家族とケアマネジャーが相互に合意できれば、**（長期目標＝その人の考える望ましい生活・結果）**となります。

生活ニーズに対してのゴール その人の考える望ましい生活・結果です。

ケアマネジャーとその人の判断は重要な要素であり、判断は価値と知識、そしてクライアントの意思で規定される(山辺 2011). とされています。

ここでの判断とは、選択をするプロセスであり、どのようにしていくかを選択するために決定状況について熟考することを言います。



この部分には最も、その人らしさ（個別性が表現されます）が現れてきます。

※ケアマネジャーの専門的見地から（専門的見地は、自立支援の考え方を十分に共有する。課題の把握を十分に行う。公平・中立、医療との連携）です。

中でも利用者本位が介護保険の基本となっているので、利用者の望むサービス利用につなげる事は重要ですが、それだけでは本当の望む暮らしにならない事があります。

知識や技術、経験による裏付けをもって真の自立支援に向けた支援を行います。

### 3-⑧ 生活問題の背景にある様々な要因や専門職等からの情報、ICF の考え方を根拠に何を目標立てていけば良いのか、専門職として検討します。

⑫ 分析をした背景要因や専門職の情報、ICF の考え方を基に専門家として提案します。

分析をした背景要因や専門職の情報、ICF の考え方を基に、個人因子、環境因子を加味して背景にある要因の何を解決（充足）していけば、Ⅸで表出された（長期目標＝その人の考える望ましい生活・結果）に近づくことができるのかを専門家として提案します。

その際に解決に向けての Step として目標立てていきます。

合意が形成され、れば **具体的な目標 短期目標** とします。

#### POINT

上記からの語られた「問題」以外にも専門職には顕在化（見えている）している問題（例えば、歩行が不安定な方にもかかわらず、物が散乱していたり、段差があったり客観的に判断しての問題が見えている（顕在化）している場合があります。このような場面ではその人、家族は転倒のリスクを感じていない事も多いので、一度言語化して確認しておきます。

また、金銭搾取や権利侵害、訪問販売等その人や家族が問題とっていない場合等、潜在化している問題にも注意が必要です。

ここで確認された目標などをケアプラン2表に記載していきます。