

アセスメントから ケアプランの作成

考え方編

分析シート使い方と考え方編

プラン作成編

VRE.260807

目次

目次.....	1
第1章 情報収集シートの使い方	3
1-1 基本原則.....	3
1-2 アセスメントのための情報収集	3
1-2-1 課題分析標準項目の活用	3
1-2-2 面接による確認作業	4
1-2-3 面接技術のポイント	4
1-2-4 【事例】田中さん（82歳女性）の場合	4
1-3 適切なケアマネジメント手法の活用	5
第2章 情報収集と生活全般の評価.....	6
2-1 情報の評価プロセス.....	6
2-2 問題把握のための質問技法.....	6
2-3 専門職としての「疑問」を感じる力	7
2-3-1 【事例】山田さん（75歳男性）の分析	7
第3章 ICFシートの使い方.....	7
3-1 ICFシートの活用目的	8
3-2 ICFの基本的な考え方	9
3-2-1 生活機能の3つのレベル	9
3-3 ICFの特徴	9
3-3-1 マイナス面だけでなくプラス面にも注目	9
3-3-2 相互作用モデル（相互依存性）	10
3-4 影響因子.....	10
3-5 相互依存性と相対的独立性.....	10
3-5-1 【事例】佐藤さん（78歳女性、脳梗塞後遺症）のICF分析.....	10
第4章 仮説設定と生活問題の整理.....	11
4-1 分析の全体像	11
4-2 生活ニーズ仮説の設定	12
4-2-1 仮説思考の基本.....	12
4-2-2 仮説設定時の注意点	13
4-3 背景にある生活問題の探索.....	13
4-3-1 利用者とともに課題を整理する	14
4-3-2 【事例】鈴木さんのケアマネジメント分析	14
4-3-3 情報収集の5W1Hアプローチ.....	15
4-3-4 第5章につなげる視点.....	16
第5章 背景要因分析と合意形成	16
5-1 適切なケアマネジメント手法（基本ケア）を使った考え方.....	17

5-2 背景要因の掘り下げ分析	19
5-2-1 背景要因分析の進め方	20
5-2-2 ICF の考え方による相互作用分析	20
5-3 仮説の検証と消去	22
5-3-1 仮説の消去・保留の判断基準	22
5-4 利用者への説明と確認	22
5-4-1 お返し面接の技法	23
5-5 合意形成と目標設定への接続	23
5-5-1 合意形成の共創プロセス	23
5-5-2 分析プロセスの質を高める 5 つのコツ	24
5-5-3 よくある分析の落とし穴と対策	25
第 6 章 目標設定と計画作成	25
6-1 生活ニーズの確定	25
6-2 長期目標の設定	26
6-2-1 長期目標の設定プロセス	27
6-3 短期目標の設定の考え方	28
6-3-1 短期目標設定の考え方	28
6-3-2 短期目標設定の 6 つのポイント	29
6-4 目標設定の実践事例	30
6-5 目標設定でよくある間違いと改善策	31
6-6 目標達成のモニタリングと評価	32
第 7 章 実践上の重要な留意点	33
7-1 潜在的問題への対応	34
7-1-1 【事例】権利擁護が必要だった高橋さん（85 歳女性）	34
7-1-2 権利擁護の視点	34

情報収集シートにて必要な情報（課題分析標準項目）を収集します。

- この章の**結論**：情報収集は、書式を埋める作業ではなく、利用者理解と課題分析につなげる出発点です。
- この章でわかること：情報収集シートの役割、面接で確認すべき視点、仮説を持つことの意味がわかります。
- **なぜ先に学ぶか**：情報の集め方が不十分だと、その後の分析や目標設定の根拠が弱くなるためです。
- この章で行うこと：課題分析標準項目、面接技術、適切なケアマネジメント手法の基本を確認します。
- **読み終えた後の状態**：利用者の生活を理解するために、何をどのように確認するかを説明できる状態になります。

課題分析のための情報収集シート（とちぎ版）を使用することで、ICF シートや個人の力、環境の力を把握することができます。

[illegible]

1-2-1 課題分析標準項目の活用

- p. 3

11 年 11 月 12 日 老企第 29 号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知 別紙 4 の別添) が最低限の情報項目です (運営基準減算対象)

重要な認識： 情報収集 (書式を埋める) のみをアセスメントと考えがちですが、そうではありません。**分析を一通り行うことで、「情報収集⇔課題分析」の関係が成立します。**

1-2-2 面接による確認作業

【注意点】面接時の留意点

- ・ 初回面接ではすべての情報収集は困難です
- ・ 利用者と一緒に一つひとつ確認することで、「一部介助」という情報にも個別性が反映されます
- ・ 利用者にわかりやすい言葉で整理し、確認を取ることが重要です

面接の効果：

- ・ 介護支援専門員の利用者理解が深まります
- ・ 利用者が自分の生活の「現状」を再確認できます
- ・ 利用者が自分の言葉で「生活ニーズ」とその背後にある「生活問題」を言語化できます

1-2-3 面接技術のポイント

【POINT】質問の意図を明確にする

- ・ なぜその質問をするのか、意図や内容を利用者に伝える
- ・ 「できる・できない」だけでなく具体的状況を確認
- ・ 例：歩行確認時は「玄関の框の上り下り」「トイレまで」「リビングまで」など具体的にイメージができるように確認します。

1-2-4 【事例】田中さん (82 歳女性) の場合

×「歩けますか？」→「はい、歩けます」

○「玄関の框の上り下りはいかがですか？」→「手すりがあれば大丈夫です」

○「トイレまでは？」→「夜中は壁を伝って歩いています」

○「買い物時の歩行は？」→「カートに寄りかかって歩いています」

この具体的確認により、「歩ける」という情報が実は場面によって大きく異なることが判明します。

理由： 人は歩行して移動する際に「目的」があってその場所へ移動するためです。

【注意点】 介護支援専門員は面接から自分の理解したこと、考えたことを「言語化」して確認していくことで利用者と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の理解につなげていきます。

1-3 適切なケアマネジメント手法の活用

【POINT】 広く浅く情報収集を行うと同時に、「このケースではどのような支援内容が必要になるか」を考えます。

この場合、「□□について追加で確認する必要があるかもしれない」「遠方の家族との関係性を把握しておく必要があるかもしれない」など、支援の見立てを持ちながら情報収集を進めます。仮説を持つことで、必要な情報を抜け漏れなく、効率的に確認しやすくなります。

一般的なケアマネジメントプロセスでは、先入観を持たずに包括的な情報収集を行い、収集した情報を分析します。そのうえで、多職種の意見も踏まえながら具体的な支援内容を整理していきます。この方法では、担当ケアマネジャーの知見や調整力が求められ、支援内容の決定までに一定の時間を要する場合があります。

一方、適切なケアマネジメント手法では、これまで蓄積された知見を活用し、あらかじめ「どのような支援が必要になりそうか」という仮説を立てます。

この考え方をを用いることで、初任者であっても確認すべき視点を整理しやすくなり、情報収集のばらつきや抜け漏れを防ぎやすくなります。

そのうえで、立てた仮説を検証しながら、実際に必要な支援内容を具体化していきます。

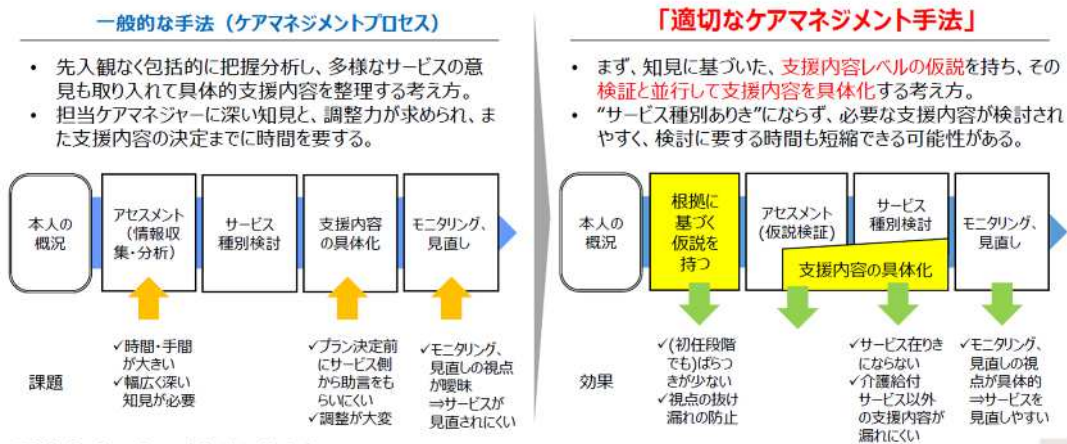
なお、この方法では、訪問介護、福祉用具貸与、通所介護などのサービス種別を最初に決めるわけではありません。

まず「その人にとって、どのような支援が必要か」を検討します。そのため、サービスありきではなく、生活課題に対応した支援を整理しやすくなります。

その結果、検討に要する時間を短縮できる可能性があります。

- 「適切なケアマネジメント手法」を活用することで、アセスメント／モニタリングが効果的にでき、以下の3つが可能となります。

- ① 支援内容やアセスメント項目の「**抜け漏れ**」を防げる
- ② **他の職種との協働や役割分担**を進めやすくなる
- ③ **ケアプランの見直し**（状態の変化に応じた**支援の見直しや追加の判断**）がしやすくなる



この図を踏まえ、次に医療情報や関係機関から得る情報を整理します。

医療情報の収集：

- 主治医意見書および診療情報提供書の活用
- 通院時同行（本人の承諾、医師への事前連絡が必要）
- 要件を満たせば通院時情報連携加算が算定可能

第2章 情報収集と生活全般の評価

- **この章の結論：**集めた情報は、その人の生活ニーズを判断するために一つひとつ評価する必要があります。
- **この章でわかること：**本人や家族の言葉から生活上の問題を把握する視点がわかります。
- **なぜ先に学ぶか：**情報を評価できなければ、表面的な困りごとにとどまり、真の課題に近づけないためです。
- **この章で行うこと：**質問技法、主観的情報の受け止め方、専門職として疑問を持つ視点を確認します。
- **読み終えた後の状態：**利用者の発言の背景を考え、追加確認すべき情報を見立てられる状態になります。

2-1 情報の評価プロセス

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」になっているのかを判断するため、収集した情報を一つひとつ評価していきます。

【事例】活用例

- 家族が行っている支援の把握
- 家族以外が行っている支援の確認
- その人が希望していることの整理

2-2 問題把握のための質問技法

【事例】効果的な質問例

- 「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？」

これらの問いかけにより、自身や家族が何を問題としているかが把握できます。

【POINT】重要な姿勢

☞ **その人の言葉で語る「その人の問題」に耳を傾けます** 面接をしていくうちに、その人が語った「問題」が真の問題ではないことにその人が気づかれる場合もあります。

☞ **主観的情報の受け入れ** その人・家族の主観的情報は時間の経過、気持ちの整理、サービスの導入等環境の変化により容易に変化しますが、その時点でのお気持ちとして否定せず受け入れます。

2-3 専門職としての「疑問」を感じる力

利用者は、加齢、疾病、認知症など、さまざまな理由により生活上の困りごとを抱えている場合があります。利用者の一言から、現在の生活全体に目を向け、「なぜそのような感じているのか」「背景に何があるのか」を考えることが重要です。

【事例】専門的視点の例

- ・ 「なぜいつも悲観的な考え方をするのか」
- ・ 「なぜ、自宅での入浴にこだわるのか」
- ・ 「なぜ金銭的な負担を抑えたいと話されるのか」

2-3-1 【事例】山田さん（75 歳男性）の分析

発言：「風呂は面倒だから週 1 回で十分」

専門職の疑問：

- ・ なぜ入浴を面倒と感じるのか？
- ・ 身体的な理由？（浴槽の出入り、立位保持困難など）
- ・ 精神的な理由？（意欲低下、うつ状態など）
- ・ 環境的な理由？（浴室が寒い、手すりがないなど）

追加確認の結果、浴槽の縁が高くまたぎ動作が難しいこと、転倒への不安があること、一人で入浴することに恐怖を感じていることが分かりました。このように、本人の発言の背景には、心身機能、環境、心理面など複数の要因が関係している場合があります。

これらは面接者個人の価値判断ではなく、**介護支援専門員という専門職として「疑問」を感じる（引っかける）力が重要になります。**

【POINT】客観的事実の重要性 介護支援専門員が「なぜそう感じたのか、そう判断したのか」には客観的事実が必要となります。精度の高い客観的事実を得るためには、面接技術に基づくコミュニケーション能力が不可欠です。

収集した情報を ICF の考え方で整理します。

第 3 章 ICF シートの使い方

- ・ **この章の結論：**ICF は、利用者の状態を一面からではなく、生活全体の相互関係として理解するための考え方です。
- ・ **この章でわかること：**生活機能、健康状態、環境因子、個人因子の関係がわかります。
- ・ **なぜ先に学ぶか：**ICF の視点を持つことで、情報を整理し、背景要因を多面的に考えやすくなるためです。

- この章で行うこと：ICF シートの使い方、生活機能の3つのレベル、相互作用の考え方を確認します。
- 読み終えた後の状態：収集した情報をICFの視点で整理し、要因同士のつながりを説明できる状態になります。

ICFシート

健康状態

生活機能

環境因子

個人因子

ICFシート

健康状態

生活機能

環境因子

個人因子

3-1 ICF シートの活用目的

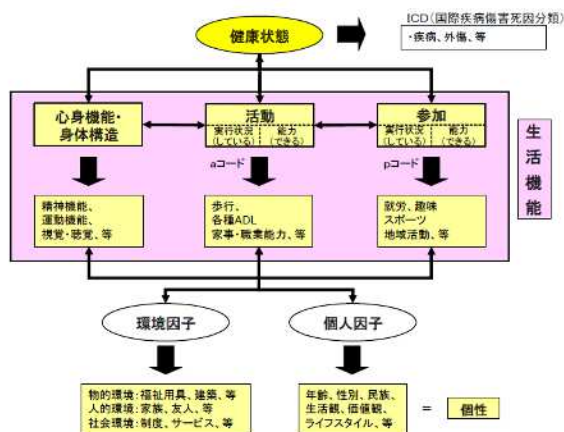
収集した情報をICFシートに整理し、相互の関連性を理解します。

【事例】活用場面

- 具体的目標の検討時
- サービス内容検討時

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よいのかが明確になります。

【図解】以下の図で、収集した情報をICFシートのどこに整理するかを確認します。



(出典 厚生労働省)

この図では、生活機能・健康状態・環境因子・個人因子の関係を確認します。

3-2 ICF の基本的な考え方

ICF で最も大事なものは基本的な「ものの考え方」です。これにより、利用者を全面的に把握（理解）することが ICF の活用となります。（引用：ICF の理解と活用 上田 敏 萌文社）

生活機能の概念

生活機能 ⇒ 生命・生活・人生を包括する概念

図の中央にある「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つすべてを含む包括概念を生活機能といいます。

3-2-1 生活機能の3つのレベル

①生命レベル（心身機能・身体構造）

- 心身機能：手足の動き、精神の動き、視覚、聴覚等の機能
- 心身構造：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）

- 何らかの目的をもった具体的な生活行為
- 日常生活動作や IADL 等、生活していく上でのすべての行為
- 趣味等も含まれます
- 「できる活動」と「している活動」に分けられます

③人生レベル（参加）

- 人生の様々な場面において役割を果たすこと（社会参加）
- 主婦、会社員、地域での役割や地域活動などが含まれます

3-3 ICF の特徴

3-3-1 マイナス面だけでなくプラス面にも注目

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。

3-3-2 相互作用モデル（相互依存性）

ICF の図の特徴的な点は、すべての矢印が双方向（ $\leftrightarrow$ ）になっていることです。これは、すべての要素がすべてに影響し合っていることを示しています。

【事例】相互作用の例

- 心身機能 $\leftrightarrow$ 活動：活動低下 $\rightarrow$ 廃用性症候群、心身機能低下 $\rightarrow$ 活動低下
- 活動 $\leftrightarrow$ 参加：歩行困難 $\rightarrow$ 地域活動参加困難、参加制約 $\rightarrow$ 活動制限

3-4 影響因子

個人因子 その人の特徴すべてを指します。価値観や生活歴などが、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 その人の環境すべてを指します（居住環境、人的環境、制度、介護スタッフ、ケアマネジャー等）。

- **促進因子**：プラスの影響を与えるもの
- **阻害因子**：マイナスの影響を与えるもの

3-5 相互依存性と相対的独立性

脳梗塞で片麻痺を呈した症例

①**相互依存性：左から右パターン** 脳梗塞（健康状態） $\rightarrow$ 運動麻痺（心身機能） $\rightarrow$ 歩行困難（活動） $\rightarrow$ 主婦役割困難（参加）

3-5-1 【事例】佐藤さん（78 歳女性、脳梗塞後遺症）の ICF 分析

①**負のサイクル**（発症直後） 健康状態：脳梗塞 $\rightarrow$ 心身機能：左片麻痺、失語 $\rightarrow$ 活動：歩行困難、コミュニケーション困難 $\rightarrow$ 参加：家事役割放棄、社会参加困難 $\rightarrow$ さらなる心身機能低下

②**正のサイクル**（支援開始後） 環境因子：デイサービス開始、手すり設置 $\rightarrow$ 活動：歩行練習、他者交流 $\rightarrow$ 参加：デイでの調理活動参加 $\rightarrow$ 心身機能：意欲向上、筋力改善 $\rightarrow$ さらなる活動向上

②**相互依存性：右から左パターン**

- **負のサイクル**：主婦役割困難（参加） $\rightarrow$ 活動機会減少（活動） $\rightarrow$ 筋力・持久力低下（心身機能）
- **正のサイクル**：デイサービス利用で役割獲得（参加） $\rightarrow$ 活動機会増加（活動） $\rightarrow$ 筋力・持久力向上（心身機能）

③**相対的独立性** 運動麻痺（心身機能）を後遺症として受け入れ、電動車いす（環境因子：促進因子）により移動（活動）自立 $\rightarrow$ 職場復帰（参加）が可能となる

第4章 仮説設定と生活問題の整理

- この章の結論：分析の第一歩は、利用者の訴えから生活ニーズの仮説を立て、背景にある生活問題を整理することです。
- この章でわかること：仮説設定、生活問題の確認、情報の不足を見つける視点がわかります。
- なぜ先に学ぶか：背景要因を深く掘り下げる前に、何を分析対象とするのかを明確にする必要があるためです。
- この章で行うこと：主訴や観察情報から仮説を立て、課題分析シート1・2に整理します。
- 読み終えた後の状態：利用者の困りごとについて、生活ニーズの仮説と確認すべき生活問題を説明できる状態になります。

4-1 分析の全体像

ケアマネジメント分析は、利用者の「困りごと」の本質を見立てる作業です。表面に現れている問題の背後にある「真の原因」を、「なぜ？」を繰り返すことで深く掘り下げていきます。

【基本の思考パターン】 表面的な問題 → なぜ起きている？ → 背景要因1 → なぜ起きている？ → 背景要因2 → なぜ起きている？ → 背景要因3 → なぜ起きている？ → 背景要因4 → なぜ起きている？ → 真の原因

課題分析シートを使い、分析を実施します。

課題分析シート						
1. 現状：「なにが出来なくて困っているかも知らないと思われませんか？」	入浴できずに困っている					かも知れない (仮説)
2. 背後にある生活問題状況の把握 1の現状(困りごと)はなぜおきていますか？	カテゴリ	1を掘り下げていくと考えられる生活問題状況				
	身体機能	移動時(前)：立位保持が不安定、移動時に揺が揺ける				
	構・持	移動時(前)：移動への不安があり揺い揺する				
	住環境	移動時(前)：浴槽が深く80cmあり、側まる所がない				
	衣・履					
	経済状況					
	価値観・意思	(例)：「できれば自分で入りたい」				
3. 背後にある生活問題状況はなぜ起きていると考えられますか？(それとはなぜか？)	カテゴリ	生活問題状況	それはなぜか？	それはなぜか？	それはなぜか？	それはなぜか？
	構・持	移動への不安があり揺い揺する	移動時(前)：移動への不安があり揺い揺する	移動時(前)：移動への不安があり揺い揺する	移動時(前)：移動への不安があり揺い揺する	移動時(前)：移動への不安があり揺い揺する
	身体機能	立位保持が不安定、移動時に揺が揺ける	移動時(前)：移動への不安があり揺い揺する	移動時(前)：移動への不安があり揺い揺する	移動時(前)：移動への不安があり揺い揺する	移動時(前)：移動への不安があり揺い揺する
	住環境	浴槽が深く80cmあり、側まる所がない	移動時(前)：移動への不安があり揺い揺する	移動時(前)：移動への不安があり揺い揺する	移動時(前)：移動への不安があり揺い揺する	移動時(前)：移動への不安があり揺い揺する
4. 将来予測(今後、1年後にどうなると思いますか？)	改善の可能性	現状の状況を踏まえ、下肢筋力の向上を図ることにより、立位や移動時の揺が揺ける不安定さの可能性が低くなります。				
	悪化の可能性	現状の状況を踏まえ、悪化の危険性を懸念する。必要に応じて介護の必要性、必要な介護を記載する。				
5. 最終目標(半年後、1年後にできるようになりたいことはなんですか？)	本人の望み(希望)を踏まえて、ケアマネジャーの専門職として実現可能かどうか	5に対してケアマネジャーの専門職として実現可能かどうかを検討。改善可能と判断すれば改善。改善があれば記載する。				
	意見					

シート	主な目的	記載する内容	次につながる事
課題分析シート1	生活ニーズの仮説を立てる	本人の訴えや観察情報から見立てた仮説	確認すべき生活問題を明確にする

課題分析シート 2	生活問題状況を整理する	身体機能、精神、環境、家族、価値観などの情報	背景要因分析の対象を整理する
課題分析シート 3	背景要因を掘り下げる	「なぜ」を繰り返して整理した原因と問題点	手立てを打つ箇所を明確にする
課題分析シート 4	将来予測を整理する	改善の可能性、悪化の危険性、維持の必要性	第 1 表の課題分析結果につなげる
課題分析シート 5	長期目標を設定する	本人が望む生活の到達点	第 2 表の長期目標につなげる
課題分析シート 6	短期目標の提案を整理する	問題点に対する具体的な取り組み案	第 2 表の短期目標につなげる
課題分析シート 7	合意形成の結果を整理する	本人・家族との確認結果、同意、再検討事項	サービス内容の検討につなげる

4-2 生活ニーズ仮説の設定

用語メモ	意味
フェルトニード	本人が自覚している困りごとや必要性のことです。
エクスプレストニード	本人が言葉や行動で表明した困りごとや希望のことです。
生活ニーズ	社会生活を遂行するうえで困っている状態のことです。

フェルトニード（感得されたニード、自覚ニード）とエクスプレストニード（表明ニード）、主訴を十分吟味し、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を分析します。

顕在化している生活上の問題（表面に現れている問題）や、潜在化している生活上の問題（まだ表面化していない問題）の中に、社会生活を遂行するうえで困っている状態、すなわち生活ニーズがあると考えます。そのため、まずは仮説を立て、課題分析シートの 1 に記載します。

課題分析シート		
1. 現状「なにが出来なくて困っている かもしれないと思われますか」	入浴できずに困っている	かもしれない (仮説)

4-2-1 仮説思考の基本

利用者の主訴や観察された状況等から、「もしかして〇〇ではないか？」という仮説を立てます。

(例) もしかして「入浴できない」かもしれない

上記の例について、ケアマネジャーの視点で考えると、以下のように考えることもできます。

👉 もしかすると 「〇〇のような支援が必要」になるかもしれない

この考え方は、第 1 章で説明した「適切なケアマネジメント手法」につながるものです。

4-2-2 仮説設定時の注意点

- ・ 先入観を避ける：「高齢者だから〇〇」という決めつけをしない
- ・ 多角的視点：ICF の各要素（心身機能・活動・参加・環境・個人因子）から考える
- ・ 時系列で考える：「いつから」「どのように」変化したかを意識する

【POINT】仮説は数を出してから検証する

- ・ できるだけたくさんの仮説を立てる
- ・ 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る

4-3 背景にある生活問題の探索

まず、仮説に対して、その背後にあると考えられる「生活問題」を確認します。

確認には、アセスメントのために収集した情報を活用します。

もし不足している情報があれば、追加で聞き取りや確認を行います。

そのうえで、課題分析シートの2に記入します。

記入する際は、身体機能、精神、住環境、家族、経済状況、価値観、意思などのカテゴリに分けて整理します。

2、背後にある生活問題状況の把握 1の現状（困りごと）はなぜおきていますか？ ※該当なしには☒を入れる（生活問題状況の記載はしない）	カテゴリ	
	身体機能	☐ 該当なし
	精 神	☐ 該当なし
	住環境	☐ 該当なし
	家 族	☒ 該当なし
	経済状況	☒ 該当なし
	価値観・意思	☐ 該当なし

※なお、該当するものがない場合には、☐該当なしに☒を入れておきます。

【図解】以下の図で、課題分析シート2の記入位置と確認する項目を確認します。

入浴できずに困っている		かも知れない （仮説）
カテゴリ	1を起こしていると考えられる生活問題状況	
身体機能	☐ 該当なし	（例：立位保持が不安定、移動時に膝が抜ける）
精 神	☐ 該当なし	（例：転倒への不安があり怖いと話す）
住環境	☐ 該当なし	（例：浴槽が深く80cmあり、掴まる所がない）
家 族	☒ 該当なし	
経済状況	☒ 該当なし	
価値観・意思	☐ 該当なし	（例：「できれば自分で入りたい」）

ワンポイント

※背景にある生活問題は利用者の主訴や観察された状況等から、「もしかして〇〇ではないか？」に対応すると考えられる「課題分析標準項目」の中から生活機能（心身機能・活動・参加）、健康状態、環境因子、個人因子に分けて整理していきますが、非常に範囲が広くケアマネジャーの負担になりやすい。また、経験や基礎資格等によりばらつきが出やすい場面でもありまた、非常に広範囲での情報から“何をどう見ていくのか”見当がつかないという悩みもあります。

そこで、国で示している「適切なケアマネジメント手法」を活用することにより、支援の必要性・概要といった考え方と、アセスメント項目（どのような情報を集めて分析していけばよいか）が示されているため効率的にかつ根拠に基づいた情報整理ができます。

※但し、適切なケアマネジメント手法を使っても課題分析標準項目は必須です。

図で確認した項目を踏まえ、次に主観的情報や不足情報を追加で確認します。

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。

利用者の訴えは、まずそのまま受け止めます。そのうえで、「なぜそのような訴えているのか」を考え、背景にある生活問題を確認します。なお、この時点で初めて情報収集を始めるのではなく、これまで収集した情報を基に確認していくことが重要です。

また、分析のために把握した情報からニーズを整理する場合は、課題分析シートの「2 生活問題」から確認し、その後「1 仮説」を整理します。そのうえで、3、4、5の順に検討を進めます。

4-3-1 利用者とともに課題を整理する

ここでは、利用者から語られた内容をケアマネジャーが受け止め、解釈し、理解を深めていきます。その内容を利用者に確認しながら共有し、利用者とともに課題を整理していくプロセスが大切です。

お話しいただいた内容や確認した情報を基に、仮説を立てます。その仮説を検証するために必要な情報を整理し、不足している情報があれば追加で収集します。

仮説に対して「なぜそれが起きているのか」を確認します。その際、言語情報と非言語情報の矛盾点、情報同士の関係性、複数の情報のつながりを繰り返し検討します。

現地確認、専門職からの情報、医師の意見書等を活用します。

4-3-2 【事例】鈴木さんのケアマネジメント分析

<主訴・表面的問題> 「料理ができなくて困っている」

<仮説設定>

- ①調理動作に支障があるのではないかな？
- ②買い物に行けないのではないかな？
- ③意欲の低下があるのではないかな？

<背後にある生活問題状況の分析>

- ・心身機能：膝の痛み、立位時のふらつき
- ・活動：長時間の立位困難、重い物の持ち上げ困難
- ・参加：近所付き合いの減少、家族からの期待プレッシャー
- ・環境因子：台所の作業台の高さ、買い物先までの距離
- ・個人因子：「家事は女性の役割」という価値観

<検証と合意形成> 本人との確認：「立っているのがつらくて、料理を作る気持ちがなくなってしまう」 →仮説

①③が検証され、真の生活ニーズが明確化

<目標設定>

長期目標：(例)「夫の好きな食事を作ってあげたい」

短期目標：(例)「立位が安定して、15 分間の調理作業ができる」

4-3-3 情報収集の 5W1H アプローチ

What (何が)：具体的な状況の把握

良い質問例：

- ・「具体的にはどのような時に困りますか？」
- ・「普段の 1 日の過ごし方を教えてください」

When (いつ)：時間的な要因の把握

良い質問例：

- ・「いつ頃からそうになりましたか？」
- ・「1 日のうちで特に困るのはいつですか？」
- ・「季節や天候によって違いはありますか？」

Where (どこで)：場所・環境要因の把握

良い質問例：

- ・「お家のどの場所で困ることが多いですか？」
- ・「外出先ではいかがですか？」

Who (誰と)：人的環境の把握

良い質問例：

- ・「普段、どなたと過ごすことが多いですか？」
- ・「困った時に頼れる方はいらっしゃいますか？」

Why (なぜ)：本人の認識・価値観の把握

良い質問例：

- ・「ご自身では、なぜそうなったと思われますか？」
- ・「以前はどうされていきましたか？」

How (どのように)：対処方法・工夫の把握

良い質問例：

- 「今はどのように対処されていますか？」
- 「何か工夫されていることはありますか？」

【事例】5W1Hによる情報収集

主訴：「入浴が困難」

What（何が）：浴槽の出入り、洗身動作、洗髪動作のどれが困難？

When（いつ）：夜間？朝？冬場に特に困難？いつから困難になった？

Where（どこで）：在宅の浴室？銭湯？温泉？

Who（だれと）：一人で？家族の見守りで？介助者と？

Why（なぜ）：本人はなぜ困難になったと考えている？

How（どのように）：現在はどうやって清潔を保っている？

- ・ TCMA 方式と適切なケアマネジメント手法は、親和性が高いと考えられます。
TCMA 方式では、「生活ニーズではないか」という仮説を立てます。
その仮説を検証する際に、適切なケアマネジメント手法のアセスメント項目を活用できます。
これにより、仮説を検証するための根拠を整理しやすくなります。
また、適切なケアマネジメント手法では、「支援内容」から情報収集の視点を持つことができます。

その視点を使って、身体・心理・環境の情報を的確に集めることができます。

そのうえで、背景要因を分析することで、短期目標の設定も行いやすくなります。

最終的には、A・B・C という生活問題状況を根拠として、「〇〇できない」という生活ニーズを抽出していきます。

4-3-4 第5章につなげる視点

ここまでで、仮説を立て、背景にある生活問題を整理する準備が整いました。次章では、整理した生活問題について「なぜ起きているのか」をさらに掘り下げ、背景要因分析と合意形成につなげます。

第5章 背景要因分析と合意形成

- **この章の結論**：生活問題の背景要因を掘り下げ、根拠をもって支援の方向性を利用者と共有することが重要です。
- **この章でわかること**：適切なケアマネジメント手法の活用、背景要因分析、仮説の検証、利用者への説明と合意形成の流れがわかります。
- **なぜ先に学ぶか**：目標設定の前に、なぜその支援が必要なのかを説明できる根拠が必要だからです。
- **この章で行うこと**：課題分析シート 3・4 を使い、背景要因を掘り下げ、将来予測と合意形成を整理します。

	Ⅱ-2-3 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援	33 清潔を保つ支援
--	-----------------------------------	-------------------

次に支援の概要、必要性を確認します。

この図では、支援の必要性を確認し、どの視点でアセスメントを行うかを整理します。

支援の概要、必要性
・清潔に対する意識は、本人や家族等の生活習慣や生活歴、家族等背景、住環境、経済状況によって異なるため、本人や家族等の特徴や背景、生活環境や要望を把握して柔軟に対応することが必要となる。 ・清潔ケアの状態を確認して、必要な清潔ケアが受けられる環境を整える。なお、本人の健康状態に応じて入浴の安全性とリスクが変化する場合もあることから、かかりつけ医や看護師等と連携して、本人の状態を把握し、必要に応じて補助用具や入浴介助等の活用を検討する。

次に、主なアセスメント項目を見ます。（ここには清潔を保つ支援は、どのような視点で確認する必要があるか？アセスメントする項目が書かれています）

【図解】以下の図で、清潔保持に関する主なアセスメント項目を確認します。

・清潔の必要性に対する本人・家族等の理解度 ・入浴に対する本人・家族等の理解度及び不安の程度 ・入浴に対する本人・家族等の希望・意向 ・経済状況（福祉用具の設置や日用品の購入が可能か） ・皮膚の状態（異常の有無など） ・本人の当日の健康状態（特に血圧、脈拍の状態など） ・ADL/IADLの状態（している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど） ・自宅における入浴の状況（浴室の環境、入浴の方法（半身浴・シャワー浴など）、頻度、タイミング、時間、入浴時の際の支援の必要性、支援者の有無、支援者がいる場合それは誰か） ・自宅の浴室以外における入浴（例：デイサービス、訪問入浴など）の状況 ・入浴の判断基準に関する医師からの指示・指導の有無、指導の内容（入浴を控える/中止する必要がある場合の判断基準など） ・入浴を控えたり中止したりする必要性、その経緯や理由、留意すべき状況 ・日常的な清潔の状況の把握及び支援の体制（本人を含む状況の把握体制、支援の必要性、支援者は誰かなど） ・着替え、整容、口腔ケア、入浴等の行為に関するリハビリテーションや支援の実施状況 ・サービス事業者から医師への情報提供の状況（有無、共有内容）
--

ここで確認したアセスメント項目を、本人の状況に合わせて情報収集と要因分析に活用します。

上記の項目を参考に、その人に「清潔を保つ支援」が必要かを確認します。必要と考えられる場合は、関係する要因を整理します。これにより、効率的で抜け漏れの少ない情報収集につながります。

【注意点】従来の全体のアセスメントから要因特定する方法もあります。

そして、収集した情報から分析が必要と考えられるものを、身体機能、精神、住環境、家族、経済状況、価値観、意思などのカテゴリに分けて整理します。

5-2 背景要因の掘り下げ分析

次に、「生活ニーズ」の状況にあると思われる背景要因を分析します。

分析では、生活機能、健康状態、環境因子、個人因子の視点から確認します。身体機能、精神面、住環境、家族関係、経済状況、価値観、意思などに分けて整理します。そのうえで、生活問題状況がなぜ起きているのかを掘り下げます。

掘り下げた内容は、課題分析シート 3 に記載します。

記載する際は、一つずつ、左から右へ整理していきます。

(それはなぜか→それはなぜか→それはなぜか→それはなぜか→)

(例) 歩行できない→膝折れがある→活動量低下→過度の安静→転倒への恐怖心

【図解】以下の図で、背景要因を左から右へ掘り下げる流れを確認します。

3、背後にある生活問題状況はなぜ起きていると考えられますか※それはなぜ※それはなぜと掘り下げて（横つ子分析の考え方を使い）考えてみます。 ※：手立てを考えられる所（問題点）に☑を入れる。	カテゴリ	生活問題状況	それはなぜか①	それはなぜか②	それはなぜか③	それはなぜか④	左記の“問題点”に対してどのような事をすればその問題点は解決に向かうのか
	精神	転倒への不安があり怖いと話す	☒ ここが問題点 過去に脱衣室で転倒した経験がある	☐ ここが問題点	☐ ここが問題点	☐ ここが問題点	なぜ転倒が起きたのかを検証して対応を検討し、不安感を払拭する。
	身体機能	立位保持が不安定、移動時に膝が抜ける	☐ ここが問題点 活動量の低下がみられる	☐ ここが問題点 転倒経験（脱衣室）がある。	☐ ここが問題点 転倒への不安	☒ ここが問題点 下肢筋力低下	膝折れの原因を医療職と連携して評価して、必要な対応を行う。
	環境	浴槽が深く80cmあり、掴まる所がない	☐ ここが問題点 動作が不安定になりやすい	☒ ここが問題点 適度な暖の住宅環境で現状に合わない	☐ ここが問題点 入浴への不安感過	☐ ここが問題点	生活環境の再評価を行い適応させる事が必要
			☐ ここが問題点	☐ ここが問題点	☐ ここが問題点	☐ ここが問題点	

図の確認後、課題分析シート 2 と 3 で同じ文言が入る箇所に注意しながら記載します。

なお、課題分析シート 2 の 2、背後にある生活問題状況の把握② 1 の現状（困りごと）はなぜ起きていますか？のカテゴリ（緑色）および 1 を起こしていると考えられる生活問題状況（オレンジ）

3 の背後にある生活問題状況はなぜ起きていると考えられますかのカテゴリ(緑色)および右側の生活問題状況(オレンジ)は同文言が入る点には注意が必要です。

5-2-1 背景要因分析の進め方

① 課題分析シート3では、カテゴリの右側に記載した生活問題状況について、「それはなぜ起きているのか」を順に掘り下げます。原因にある程度さかのぼることができたら、次に「手立てを打つことができる箇所」を【問題点】として見つけ、☑を付けます。

立位保持が不安定、 移動時に膝が抜ける	☐ ここが問題点	☐ ここが問題点	☐ ここが問題点	☒ ここが問題点
	活動量の低下がみられる	転倒経験（脱衣室）がある。	転倒への不安	下肢筋力低下

② 次に、☑がついた【問題点】に対してどのようなことをしていくとその【問題点】は解決するか？を考えて3の右端にある「左記の”問題点”に対してどのようなことをすればその問題点は解決に向かうのか」の欄に記載します。

ここでは、具体的に何をすれば解決に向かうのかを検討します。ただし、サービス名を決める段階ではありません。「どのような支援が必要か」「本人がどのように取り組めるか」を考える段階です。この整理は、ケアプラン作成時の短期目標やサービス内容を検討するうえで重要です。

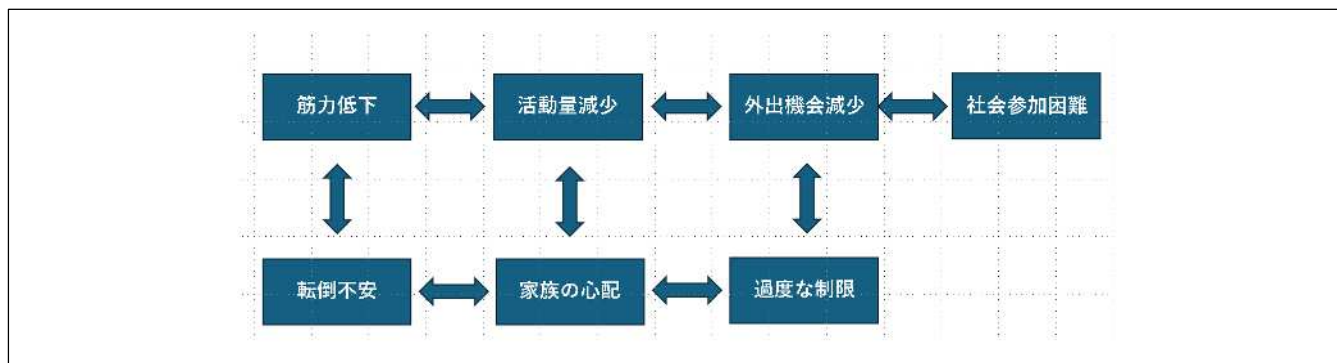
それはなぜか	それはなぜか	それはなぜか	それはなぜか	左記の”問題点”に対してどのような事をすればその問題点は解決に向かうのか
☒ ここが問題点 過去に脱衣室で転倒した経験がある	☐ ここが問題点	☐ ここが問題点	☐ ここが問題点	なぜ転倒が起きたのかを検証して対応を検討し、不安感を払拭する。
☐ ここが問題点 活動量の低下がみられる	☐ ここが問題点 転倒経験（脱衣室）がある。	☐ ここが問題点 転倒への不安	☒ ここが問題点 下肢筋力低下	膝折れの原因を医療職と連携して評価し、必要な対応を行う。
☐ ここが問題点 動作が不安定になりやすい	☒ ここが問題点 健康な頃の住宅環境で現状に合わない	☐ ここが問題点 入浴への不安回避	☐ ここが問題点	生活環境の再評価を行い適応させる事が必要

5-2-2 ICF の考え方による相互作用分析

各要因がどのように影響し合っているかを矢印で示します。

（相互作用の例）

【図解】以下の図で、ICF の各要因がどのように影響し合っているかを確認します。



この相互作用を踏まえて、将来予測を課題分析シート 4 に整理します。

将来予測を課題分析シートの 4 に記載します。

利用者・家族の生活ニーズと背景要因を整理します。あわせて、改善の可能性、悪化の危険性、維持の必要性、必要な介護を分けて記載します。すべてを記載しなくてもよいですが、判断の記録は残します。

課題分析シート 4 の内容は、生活ニーズ確定後に、ケアプラン第 1 表の「意向を踏まえた課題分析の結果」欄へ反映します。複数の将来予測がある場合は、必要に応じて統合して記載します。

〇〇の状態に対応しないことで～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。

（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、（〇〇のようなことが）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。

4、将来予測（今のままだとどうなると思いますか？） ※改善の可能性、悪化の危険性を記載する。必要に応じて維持の必要性、必要な介護を記載する。

将来予測の記入例：

- 悪化の危険性：「調理を行わないこと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」
- 改善の可能性：「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」

将来予測の 3 つのシナリオ

①現状維持シナリオ（何もしない場合）

悪化予測の例：「調理を行わないことで活動機会が減少し、廃用性症候群や意欲低下が進行する可能性があります」

②部分改善シナリオ（一部支援を行う場合）

改善予測の例：「訪問介護による調理支援で栄養状態は改善するが、本人の調理能力は維持困難な可能性があります」

③積極的改善シナリオ（包括的支援を行う場合）

改善予測の例：「膝痛の治療と下肢筋力向上、環境整備により、安全な調理動作の獲得が期待できます」

5-3 仮説の検証と消去

情報と仮説を検証し、仮説を立てても背景にあるはずの様々な状況が見つからない場合は、その仮説を保留または消去します。

検証に必要な情報：

1. 課題分析のために収集した情報
2. 仮説を裏付けるため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

【POINT】重要な原則 根拠が十分に見つからない仮説は、あくまで仮説にすぎないため、追加の情報収集を行うか保留とします（検証した記録は保存しておきます）。

5-3-1 仮説の消去・保留の判断基準

消去する場合

- 複数の方法で検証しても根拠が見つからない
- 利用者が明確に否定している
- 客観的事実と矛盾している

保留する場合

- 一部の根拠はあるが、まだ不十分
- 時間の経過で変化する可能性がある
- 追加の情報収集が必要

5-4 利用者への説明と確認

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確認するため、その人に説明し確認します。

説明の目的：

- ケアマネジャーが理解したことの確認
- 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」および背景要因について認識していただく

【POINT】重要な認識 課題分析（アセスメント）は、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。

5-4-1 お返し面接の技法

分析結果を利用者に 「お返し」 して、理解の確認を行います。

説明の3段階プロセス

Step1: 情報の整理と要約

話法例： 「お話を伺った結果を整理させていただくと…」 「〇〇さんの現在の状況を私なりに理解すると…」

Step2: 背景要因の説明

話法例： 「この問題の背景には、いくつかの要因が関わっているようです」 「特に〇〇が大きな影響を与えているのではないのでしょうか」

Step3: 確認と修正

話法例： 「私の理解で間違っているところはありませんか？」 「〇〇については、どのようにお感じになりますか？」

【事例】お返し面接の実際

ケアマネジャー： 「田中さん、お話を伺って私なりに整理させていただきました。田中さんが一番困っておられるのは、お料理をするのがつらくなったということですね。そしてその背景には、膝の痛みで長時間立っているのが困難ということと、お一人ですべてをやろうとして疲れてしまうということがあるのではないのでしょうか。私の理解は合っていますでしょうか？」

利用者： 「そうです。でも、本当は家族に手料理を食べさせてあげたいんです」

ケアマネジャー： 「そうですか。手料理を作ってあげたいというお気持ちが強いんですね。そのお気持ちを大切にしながら、膝に負担をかけずに調理できる方法を一緒に考えてみませんか？」

5-5 合意形成と目標設定への接続

プロセス：

1. 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
2. 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「〇〇ということですね」と確認修正します（言語化）
3. 繰り返して仮説を検証します

合意形成の確認： 「そうです」となれば共有できたということとなります。

【注意点】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ことがありますので注意しましょう。

5-5-1 合意形成の共創プロセス

利用者とケアマネジャーが**一緒に**解決策を考える協働作業です。

共創プロセスの5つのステップ

Step1: 問題の共有

「同じ認識を持てているか確認する」

Step2: 価値観の確認

「何を一番大切にしたいか確認する」

Step3: 選択肢の提示

「いくつかの解決策を提案する」

Step4: 利用者の選択

「利用者を選んでもらう」

Step5: 合意の確認

「この方向で進めることに同意いただけるか確認する」

【事例】共創プロセス

Step1: 問題の共有 ケアマネジャー: 「膝の痛みで調理が困難になっているが、家族に手料理を作りたい気持ちが強い、ということですね」

利用者: 「はい、その通りです」

Step2: 価値観の確認 ケアマネジャー: 「手料理を作ることと、膝への負担を減らすこと、どちらも大切ですね」

利用者: 「両方でできればいいのですが...」

Step3: 選択肢の提示 ケアマネジャー: 「いくつか方法があります。座って調理できる環境を整える方法、簡単な調理法を覚える方法、時には家族と一緒に作る方法などです」

Step4: 利用者の選択 利用者: 「座って作れるなら、今まで通り料理ができそうです」

Step5: 合意の確認 ケアマネジャー: 「では、座って調理できる環境を整えることから始めてみませんか？」 利用者: 「はい、お願いします」

5-5-2 分析プロセスの質を高める5つのコツ

コツ1: 「なぜ？」を恐れない

表面的な理由に満足せず、「なぜそうなのか？」を繰り返し問い続ける

コツ2: 時系列で考える

「いつから」「どのような経過で」変化したかを意識する

コツ3: システム思考を使う

問題を孤立して捉えず、相互関係の中で理解する

コツ4: 仮説思考を活用する

情報収集の前に仮説を立て、効率的に検証する

コツ5: 利用者の言葉を大切にする

専門用語ではなく、利用者の言葉で問題を理解し、表現する

5-5-3 よくある分析の落とし穴と対策

①落とし穴 1: 情報収集で満足してしまう

対策: 収集した情報を必ず「なぜ？」の視点で分析する

②落とし穴 2: 一つの原因に決めつける

対策: 複数の要因の相互作用として捉える

③落とし穴 3: 専門職の価値観を押し付ける

対策: 利用者の価値観と選択を最優先する

④落とし穴 4: 完璧な分析を求めすぎる

対策: 仮説として保留し、支援しながら検証する

⑤落とし穴 5: 分析で終わってしまう

対策: 必ず利用者との合意形成まで行う

第 6 章 目標設定と計画作成

- この章の結論: 目標設定は、分析結果を基に、利用者が望む生活へ近づくための具体的な道筋を示す作業です。
- この章でわかること: 生活ニーズ、長期目標、短期目標、サービス内容のつながりがわかります。
- なぜ先に学ぶか: 分析結果をケアプランへ反映するには、目標として整理する力が必要になるためです。
- この章で行うこと: 生活ニーズの確定、長期目標・短期目標の設定、目標の評価方法を確認します。
- 読み終えた後の状態: 利用者の意向と分析結果を結びつけ、根拠ある目標を設定できる状態になります。

6-1 生活ニーズの確定

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「狭義のニーズ」とします。これを**アセスメントで把握されたニーズ**とし、他の分析が終了した後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。

【注意点】ニーズ表現の注意点

- 「入浴したい」ではなく「入浴できない」と表現します。
- 社会生活を遂行するのに困っている状態として記載

6-1-1 【POINT】ニーズ表現の考え方

※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「家族に叩かれないになりたい」となるのでしょうか？

※「生活上困っている状態としては『入浴できない』、本人の望む生活としては長期目標で表現する」

「入浴したい」と表現する条件・・・

・先に生活ニーズは「入浴できない」と記載すると説明しましたが、「入浴したい」とするにはどのように考えるとよいのでしょうか？ それはこの後の作業である「長期目標の設定」にかかってきます。長期目標（到達点）としてご本人がどのように考えるか（入浴をしたいか/したくないが家族や専門職に促されてか）により、例えば「家では無理だけどサービスを使い、週3回は入浴したい」と話されれば、生活ニーズではなく、長期目標として「週3回は入浴したい」と整理することになります。

6-2 長期目標の設定

長期目標とは

定義：その人が望む「理想的な生活状態」「ありたい姿」を表現したもの 期間：おおむね6か月から1年程度で達成可能な目標がよいが、期間の定めはありません。

視点：利用者本人の価値観や希望を最優先に設定します。

（長期目標設定の5つのポイント）

①本人の価値観・希望の尊重

利用者が大切にしている価値観や人生観を反映した目標を設定します。

【事例】価値観の違いによる目標設定

● 同じ「調理困難」の状況でも、価値観により目標が変わります。

- ・ Aさん（料理好きの元主婦）：「家族に手作りの料理を提供することを継続してできるようになる」
- ・ Bさん（簡単派の独居男性）：「簡単な調理が自分で継続してでき栄養バランスの取れた食事ができる」
- ・ Cさん（社交的な女性）：「友人を招いて一緒に食事を継続して楽しめる」

②具体的に測定可能な表現

抽象的ではなく、達成できたかどうか判断できる具体的な表現にします。

良い例：

- ・ 「週3回、30分程度の散歩を一人で継続して転倒の不安がないようにできる」
- ・ 「毎日自宅で入浴を継続し、清潔で快適な生活ができる」
- ・ 「月2回、続けて友人との外出を楽しみたい」

避けるべき例：

- ・ 「元気に過ごせる」（抽象的）
- ・ 「健康になる」（測定困難）
- ・ 「幸せに暮らせる」（主観的すぎる）

③自立支援の視点

できるだけ本人の能力を活用し、依存を最小限に抑えた目標を設定します。

【事例】自立支援の視点 利用者：田中さん（75 歳、膝痛のため買い物困難）

×依存的な目標：「家族に買い物をしてもらい、必要な食材を継続的に確保できる」

○自立支援の目標：「ネットスーパーや移動販売を活用し、継続して自分で食材を選んで購入できる」

④ICF の生活機能の視点

心身機能・活動・参加の各レベルを考慮した包括的な目標を設定します。

【事例】ICF の視点による目標設定 利用者：山田さん（78 歳男性、脳梗塞後遺症）

心身機能レベル：「左上肢の筋力を維持し、日常動作に支障がない」

活動レベル：「杖を使用して、家の中を安全に移動できる」

参加レベル：「地域のサロンに月 2 回参加し、仲間との交流を楽しめる」

6-2-1 長期目標の設定プロセス

長期目標は、利用者が望む生活の到達点です。現在の状態を理解したうえで、本人がどうしたいのかを確認します。本人・家族と合意できた内容を、課題分析シート 5 に記載します。修正がなければ、他の分析後に居宅サービス計画書第 2 表の長期目標欄へ反映します。

5、長期目標（半年後、1 年後にできるようになりたいことはなんですか？） ※本人の望む姿を聴きとり、ケアマネジャー他の専門職として実現可能検討	家のお風呂に週 3 回は入り続けたい
---	---------------------------

Step1: 利用者の「理想の生活」を聞き取る 「どのような生活ができればよいと思いますか？」 「一番大切にしたいことは何ですか？」

Step2: 現実性を検討する 医学的予後・身体機能・環境条件等を考慮

Step3: 本人・家族と合意形成 「このような目標で進めさせていただいてよろしいでしょうか？」

Step4: 専門的助言の提供 必要に応じて、よりよい目標設定のための提案

専門的判断の要素：

- ・ 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・中立性の確保
- ・ 医療との連携

上記の課題分析シート 5 の長期目標に対して、専門職として実現可能なのか、他の専門職の意見も勘案して検討します。その際に実現可能・特に意見なしであれば、☒を入れます。
意見その他がある場合には右側に記載し、対応していきます。

5 に対してケアマネジャー他の専門職として実現可能かの検討 改善可能と判断すれば ☒ 意見があれば記載する。 ☒ 実現可能 意見なし	意見	
--	----	--

6-3 短期目標の設定の考え方

短期目標とは

定義： 長期目標達成のための「ステップ」「通過点」 **期間：** 短期間で達成可能な目標 **視点：** 長期目標に向けた具体的な行動や改善点となる。

課題分析シート 5 には、長期目標を記載しました。
長期目標は、利用者が目指す到達点です。
次に、その長期目標にどう近づけるのかを検討します。

検討には、課題分析シート 2 及び 3 で整理した内容を活用します。
具体的には、背後にある生活問題状況と背景要因を確認します。
また、「それはなぜ」を繰り返して導き出した「問題点」を確認します。
さらに、課題分析シート 3 の右端に記載した「その問題点に対して、どのようなことをすれば解決に向かうのか」を確認します。
これらを基に、生活問題状況の解決に向けた“具体的な目標”を立てます。
この“具体的な目標”が、短期目標につながります。

それを課題分析シート 6に記載します。

6-3-1 短期目標設定の考え方

① 課題分析シート 3 から ☒のついた問題点を転記し、同じく課題分析シート 3 の右端にある「どうすると長期目標に近づくことができるかを、専門職の考えとして簡潔に書く」を転記します。

☒ のついた問題点 (転記する)	どうすると長期目標に近づくことができるかを専門職の考えを簡潔に書く。
過去に脱衣室で転倒した経験がある	なぜ転倒が起きたのかを検証して対応を検討することで不安感が払拭できる。
下肢筋力低下	膝折れの原因を医療職と連携して評価して、必要な対応を行い、必要に応じてリハビリ等を実施する。
健康な頃の住宅環境で現状に合わない	生活環境を今の状態に合わせて改修や、福祉用具等を活用していく。

② 各問題点について、「どうすれば長期目標に近づけるか」を考えます。その内容を基に、介護支援専門員として具体的な提案を整理します。評価しやすい表現にすることが重要です。

【注意点】 この時点では提案であることに注意します。

提案	※具体的に長期目標にむけて目指すことはなんですか（短期目標の設定） ※より具体的に評価できるように目標を記載します。
1	（不安感を払拭するために）見守りを受け、不安なく入浴できる体験を積み重ねる。
2	膝折れの評価をうける
3	（身体状況に合わせて）浴槽の浅型、段差解消をおこなう 掴まれる場所ができる。
4	

③ ②の「提案」について、これらを目標として行うことで徐々にステップアップし、将来的（長期目標の達成期間）になりたい自分に近づくことが予想されることを説明します。

④ 合意形成の結果を課題分析シート7に記載します。合意が得られた場合、課題分析シート6で提案した内容が短期目標になります。その具体的な取り組みや支援内容が、ケアプラン第2表のサービス内容につながります。

※その際に各提案番号に同意があれば 事務負担軽減の観点から転記はせず、提案同意に☑を入れておきます。同意が取れない場合はその考えを記載し、再度検討します。

7、利用者、家族の考え	提案番号	提案に対しての考え（同意なら☑をいれる）同意以外は考えを記載する。
	1	☒ 提案同意
	2	☒ 提案同意
	3	☒ 提案同意
		☐ 提案同意

①長期目標との論理的つながり

短期目標は長期目標達成のための必要な要素であることが明確でなければなりません。

【事例】目標の論理的つながり

長期目標：「週3回、継続して近所のスーパーまで歩いて買い物に行ける」

短期目標：

1. 「平地を杖なしで10m歩行できる」（基礎体力）
2. 「段差や坂道で転ばないように移動できる」（応用動作）
3. 「買い物した荷物を持って歩行できる」（実用的動作）

②SMART原則の活用

- Specific（具体的）
- Measurable（測定可能）

- Achievable（達成可能）
- Relevant（関連性がある）
- Time-bound（期限が明確）

【事例】SMART 原則による短期目標

悪い例：「歩行が改善する」

良い例：「3 ヶ月後に、平地 100m を休憩なしで歩行できる」

③段階的なステップ設定

一度に大きな変化を求めず、着実に進歩できる段階を設定します。

【事例】段階的な短期目標設定

長期目標：「一人で入浴し、清潔で快適な生活ができる」

第 1 段階（1-3 ヶ月）：「浴槽の出入りを手すりを使って見守りや時には介助を受ける」

第 2 段階（4-6 ヶ月）：「洗身動作が立ち上がりやすい高さの座位で行える」

第 3 段階（7-9 ヶ月）：「見守りのもとで一連の入浴動作ができる」

④多角的アプローチ

心身機能・活動・参加・環境の各面から短期目標を設定します。

【事例】多角的な短期目標

長期目標：「友人と外出し、趣味や買い物を楽しめる」

心身機能面：「歩行時のふらつきが軽減し、転倒リスクが低下する」

活動面：「公共交通機関を安全に利用できる」

参加面：「月 1 回、友人との外出計画を立てることができる」

環境面：「外出時の介助体制を整備できる」

短期目標設定の具体的手順

Step1: 長期目標を要素分解する 「この長期目標を達成するには、何ができる必要があるか？」

Step2: 優先順位を決定する 「どの要素から取り組むのが最も効果的か？」

Step3: 現在の能力レベルを確認する 「今、どこまでできているか？」

Step4: 3 ヶ月後の到達点を設定する 「3 ヶ月でどこまで改善が期待できるか？」

Step5: 本人・家族と合意形成する 「この目標で取り組んでみませんか？」

6-4 目標設定の実践事例

【事例】統合事例：鈴木さん（80 歳女性）

基本情報：独居、変形性膝関節症、軽度認知症の疑い

主訴：「料理ができなくて困っている」

分析結果

- **心身機能**：膝痛、立位時のふらつき、軽度の記憶障害
- **活動**：長時間立位困難、複雑な調理工程の混乱
- **参加**：近所付き合いの減少、家族への遠慮
- **環境**：台所の使い勝手の悪さ、買い物先までの距離

目標設定

生活ニーズ：「転ぶ心配や痛みがあり調理することができない」

長期目標（6ヶ月後）：「膝の痛みに配慮しながら、簡単な料理を作って食事を楽しむことができる」

短期目標（3ヶ月後）：

1. **心身機能面**：「膝の痛みをコントロールし、台所で15分間立位を保持できる」
2. **活動面**：「座ってできる調理方法を覚え、3品程度のメニューを作ることができる」
3. **環境面**：「台所環境を整備し、安全に調理作業ができる」

サービス内容例

- **通所介護**：立位訓練、調理レクリエーション参加
- **訪問介護**：調理指導、環境整備の助言
- **福祉用具**：台所用椅子、滑り止めマットの導入等

【事例】比較事例：異なる価値観による目標設定

同じ「調理困難」でも、利用者の価値観により目標設定が変わります。

パターンA：料理への強いこだわりがある場合

長期目標：「以前のように手の込んだ料理を作り、家族に喜んでもらえる」

短期目標：「立位時間を延長し、複雑な調理工程を段階的にマスターする」

パターンB：簡便性を重視する場合

長期目標：「簡単に栄養バランスの良い食事を安全に準備できる」

短期目標：「座位でできる調理法を習得し、時短レシピを活用できる」

パターンC：社交性を重視する場合

長期目標：「友人を招いて一緒に料理や食事を楽しめる」

短期目標：「他者と協働して調理作業ができ、おもてなしの準備ができる」

6-5 目標設定でよくある間違いと改善策

よくある間違い

①：専門職の価値観の押し付け

間違い例：「リハビリを頑張って、杖なしで歩けるようになる」

利用者の本音：「杖を使ってでも安全に歩ければ十分」

改善策：利用者の価値観を十分に聞き取り、本人が望む生活レベルを目標とする

よくある間違い②：非現実的な目標設定

間違い例：「以前のように山登りができるようになる」（重度心疾患の方）

現実： 医学的に不可能なレベルの回復を期待

改善策： 医学的予後や身体機能を踏まえた現実的な目標設定

よくある間違い③：抽象的すぎる目標

間違い例： 「生きがいを持って暮らす」

問題： 達成できたかどうかの判断が困難

改善策： 具体的な行動や状態で表現する

よくある間違い④：短期目標と長期目標の論理的つながりの欠如

間違い例：

- 長期目標：「友人との交流を楽しめる」
- 短期目標：「下肢筋力を向上させる」

問題： 筋力向上と友人交流の関連性が不明確

改善策： 長期目標達成に必要な要素を明確にし、論理的につながる短期目標を設定

6-6 目標達成のモニタリングと評価

用語メモ	意味
SMART 原則	目標を具体的、測定可能、達成可能、関連性がある、期限が明確な形にする考え方です。
源流	問題の背景にある根本的な要因のことです。
介入点	実際に手立てを打ちやすい問題点のことです。
認知バイアス	経験や思い込みにより、事実を偏って解釈してしまうことです。

評価の観点

1. **達成度：** 目標がどの程度達成できたか
2. **満足度：** 利用者・家族の満足度
3. **生活の質：** QOL の向上度
4. **継続性：** 目標達成後の状態維持

評価の方法

- 定期的な面接： 月 1 回程度の状況確認
- サービス事業者からの報告： 日常の様子 of 把握
- 家族からの情報： 在宅での変化の確認
- 客観的指標： 歩行距離、回数等の測定可能な項目

目標修正のタイミング

- 身体状況の変化： 疾病の悪化・改善
- 環境の変化： 家族構成の変化、住環境の変化
- 価値観の変化： 利用者の希望や優先順位の変化
- 予想を超える改善・悪化： 当初の予測と大きく異なる経過

•

【POINT】 どの部分に手が打てるか

その人の状況により変化します。例えば転倒の恐怖から、過度の安静になり、筋力が低下した。そのため、廃用性症候群になったとします。源流（原因）に近いのは転倒の恐怖ですが、下肢筋力の低下に手を打つことで、自信が回復し、意欲が高まり、過度の安静から外出機会の確保へと進めることもできます。

【POINT】 介入点を考える際のポイント

1. 源流と介入点の使い分け

- 源流：転倒への恐怖（根本原因の理解）
- 介入点：下肢筋力の低下（手立てを打ちやすい部分）

2. 戦略的な介入順序 下肢筋力向上 → 自信回復 → 意欲向上 → 活動範囲拡大 この流れは**成功体験の積み重ね**による正のスパイラルを狙っています。

この考え方の利点としては

実現可能性の高さ 筋力向上は比較的客観的で、成果が見えやすい

波及効果の期待 身体機能の改善が心理面・社会面にも好影響を与える

本人の納得感 「体が楽になった」という実感から意欲向上につながりやすい

個別性への配慮

まさに「その人の状況により変化」します。

- 認知面に課題がある方：環境整備から入る
- 意欲が高い方：心理的サポートから入る
- 家族の協力が得られる方：社会的支援から入る

源流を理解しつつ、最も手立てが打ちやすく、波及効果の高い問題点を選択する

課題分析の真髄ともいえる考え方であり、実践的で非常に理にかなったアプローチとなります。

そして誰のための目標か？を常に自問自答していきましょう。

第 7 章 実践上の重要な留意点

- **この章の結論**：顕在化していない問題にも注意し、権利擁護やリスクへの気づきを支援につなげることが重要です。
- **この章でわかること**：潜在的な問題の見つけ方、言語化して確認する必要性、権利擁護の視点がわかります。
- **なぜ先に学ぶか**：見えている困りごとだけに対応すると、利用者の安全や権利を守れない場合があるためです。
- **この章で行うこと**：潜在的な問題への対応、家族関係や金銭管理に関する注意点、関係機関との連携を確認します。
- **読み終えた後の状態**：表面化していないリスクに気づき、必要に応じて関係機関につなげる視点を持てる状態になります。

7-1 潜在的問題への対応

専門職には顕在化している問題（例：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する客観的な問題）が見える場合があります。

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ことも多いので、一度言語化して確認しておきます。

7-1-1 【事例】権利擁護が必要だった高橋さん（85 歳女性）

表面的な相談：「息子が心配してくれて、毎日様子を見に来てくれる」

専門職が感じた疑問：

- ・なぜ息子さんは毎日来るのか？
- ・生活費の管理はどうしているか？
- ・本人の意思決定は尊重されているか？

詳細確認の結果： →息子による年金の無断使用が判明 →本人は「息子に迷惑をかけたくない」と言えずにいた
→地域包括支援センターと連携し、成年後見制度の利用を検討

7-1-2 権利擁護の視点

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。

最終確認事項： ここで確認された目標等をケアプラン第 1 表・第 2 表に記載していきます。