

2016年 全国生活協同組合連合会社会福祉事業等助成事業

認知症の人のケアプランの実態に関する研究  
報告書

社会福祉法人浴風会  
認知症介護研究・研修東京センター

平成29年12月

## はじめに

介護保険制度下において、その保険給付を用いて支援する目的は、「(利用者の) 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(に支援する)」ことであると、介護保険法第1条は明定している。

また、この目的の達成を具体化するため、支援を行う対人援助のサービスには、アセスメント・モニタリングを行い、介護サービス計画書(ケアプラン)を作成・修正して、それを基にサービスを提供することが義務化されている。

こうして、ケアプランは、要介護者に対して行われるサービスの根拠であるから、その内容によって、サービス利用者の生活の質は、大きく左右されることが明かである。

したがって、ケアプランは、利用者が、要介護状態にはありながらも、どのように生活したいと望んでいるか、その「生活への意欲」と、「望む暮らし」の具体的な表明、及びその「阻害要因」、「阻害要因を軽減・解消するための支援」に基づき作成され・実行されるのが本来である。

しかし、認知症の利用者(以下「利用者」)にあっては、生活への意欲や望む暮らしを通常のように十分表明できずらいのが特性である。この場合でも、尊厳を保持した自立支援(自立した日常生活の実現の支援)を行うためには、サービス側に高い洞察力が求められる。こうして、対人援助の専門機関は、個々の利用者について、その時々々の今の「状態」と、その状態が引き起こしている「生活上の支障」、「望む状態を実現するための意欲(あるいは環境)」を観察し、根拠のあるサービスを行わなければならない。

現状のケアプランが、こうした専門技能を発揮したものか、または不十分なものは、対人援助の専門機関が自ら日常的に点検し研鑽しなければならないが、ケアの第一線における繁忙は、それを困難にしているかもしれない。場合によっては、ケアプランが形骸化し、ケアプランとは切り離されたケアが行われている事態もあるかもしれない。こうした場合には、理想を論じても対人援助の第一線の実情を無視した空想となる。ケアプランの実態が把握され、サービス側の実情を踏まえ、実現可能な対応策が検討されなければならない。

認知症の人のケアに当たって、サービス側は、決して、利用者を「管理したり、監視したりする対象者」と捉えてはならない。認知症の人は、通常とは異なる特別で慎重な配慮を伴う支援を必要とする人ではあるが、それはあくまで、利用者を尊重するためである。この研究は、こうした視点で行われた。

研究に助成をいただいた、全国生活協同組合連合会に厚く御礼申し上げる次第である。

平成 29 年 12 月  
社会福祉法人浴風会  
認知症介護研究・研修東京センター

## 目 次

1. 目的	4
2. 方法	4
3. 結果及び考察	34
4. 残された課題	38
5. 現行アセスメント様式	40
6. 参考 東京都リ・アセスメント支援シート	49
7. 研究委員会委員	54

- ※ 「居宅サービス計画書」、「施設サービス計画書」については、各々、「居宅ケアプラン」、「施設ケアプラン」と表記する。
- ※ サービス利用者である介護保険施設入所者については、「利用者」と表記する。
- ※ 介護保険制度においては、当初のケアプランを作成する際の根拠となる情報収集・分析をアセスメントとし、サービス実行後の情報収集・分脈をモニタリングと区分しているが、モニタリングは継続したアセスメントであることから、本研究では、両者を一括して「アセスメント」と表記する。

## 1. 目的

2025年には、認知症の人の数が700万人に達すると見込まれており、その介護家族を含めると、2,000万人以上の国民が、認知症と共に生きていく時代となる。

認知症の人の介護保険制度の保険給付利用者は、ケアプランを作成し、それを根拠にサービス・サポートを利用するのが通例であるが、ケアプランの質・内容によって、認知症の人やその家族の生活の質が大きく左右される。このため、現状のケアプランが、真に認知症の人の尊厳を保持し、自立した日常生活の実現を目指したものになっているか実態を検証し、あるべきケアプランの具体的で実行可能な方向性を提示することにより、浴風会内外の自立した日常生活の実現の支援に資するためのケアマネジメントの精度が高まることに貢献することを目的とする。

## 2. 方法

### (1) 研究過程

研究過程は、次の3段階で実施した。

ア. ケアプラン第1表、第2表及び作成の根拠となったアセスメントの収集。

イ. ケアプラン第1表、第2表及び作成の根拠となったアセスメントの優れた点、改善を要する点の抽出。

ウ. 改善を要する点について、日常業務体制等の実態に則して実現可能な範囲の改善方法及び今後に残された課題を提案・提示。

### (2) 倫理的配慮

社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター倫理委員会、利益相反委員会の審査を経た。

特に、①研究に関する同意の任意性、②研究協力の途中取り消し、③匿名性の確保、④研究資料の保管と廃棄、⑤結果の公表について倫理的な配慮を行った。

### (3) 研究経過

研究の視点や方法について、次の事項・内容が確認された。

ア. 居宅ケアプランと施設ケアプランの相違を踏まえた研究

① 居宅ケアプランは、サービスの根拠となる「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）、利用者が支援を利用しつつ自らも努力して到達する「目標」、目標を達成するために必要な「サービス内容」、サービス内容を担う「サービス種別」が計画された間接援助計画であり、個別のサービス種別ごとのサービス実践内容・手順等の直接援助計画は、個別サービス計画として作成される構造となっている。

(別紙1；居宅ケアプラン第1・2表様式)

② 施設ケアプランは、サービスの根拠となる「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）、「目標」、目標を達成するために必要な「サービス内容」までは、居宅ケアプランと同様であるが、サービス内容を担う者としては、「サービス種別」では

なく「担当者」を記載することとされている。

(別紙2；施設ケアプラン第1・2表様式)

ニーズに応じて、どのようなサービスを組み合わせる提供するか、という意味では、施設ケアプランも居宅ケアプランと同様に間接援助の性格を有するが、同時にケアの実践内容・手順等も記載されるため、直接援助の性格も有する構造となっている。

この施設ケアプラン特有の、直接援助内容も記載する構造が、ケアプランと直接援助計画間の役割分担を複雑で不明瞭にしていると言える。この点は、改善策を検討する際の大きなポイントとなる。

③ 直接援助のみの計画であれば、ケアマネジメントには当たらないが、施設ケアプランも、入所(居)者の地域生活を支援していく視点を持ち、ニーズに応じて、必要な施設内外の複数のケアを組み合わせる提供する計画であるから、施設にもケアマネジメントが成立している。

④ 利用者(及び家族)の希望や様々な事情により、居宅サービスの利用と施設サービスの利用が選択されるが、生活の拠点が自宅か施設かの違いがあるのみで、尊厳を保持した自立した日常生活は、地域社会との隔絶からは得られないと前提すれば、如何に「地域生活」を志向したケアを計画するかが重要となる。この点は居宅も施設も同様である。

こうした視点で、今回は、施設ケアプランを先行して研究する。

#### イ. ケアプランとアセスメントの不可分性

① ケアプランとアセスメントは密接不可分である。このため、アセスメントと同時に実態と改善策を研究する。

② ケアプラン作成及び修正に必要な情報は、アセスメントにより得られる。このため、ケアプラン作成に活かす情報は、アセスメントシートに一括されていた方が機能的で使い勝手がよいものと前提して、実態と改善策を研究する。

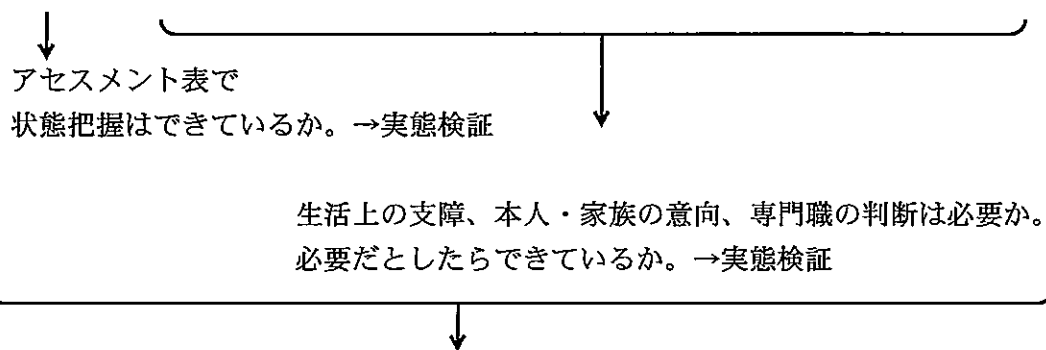
#### ウ. 研究の切り口

ケアプラン作成の前提となるアセスメントに求められる内容として、次に示す分析軸構造が望ましいことが確認された。

このため、この構造に沿って、ケアプランとアセスメントの実態を検証し、実行性のある改善策をとりまとめることとする。

## 分析軸の構造

状態		生活上の支障	意向・意見・判断	ニーズ(サービス根拠)
	本人意向	A	B	C → 反映
	家族意向	D	E	F → 反映
	専門職判断	G	H	I → 反映
	総合判断	/		J (C + F + I)



- ① 支援内容の素材とニーズが含まれており、ケアプラン第2表に直結する。
- ② ケアプラン作成者は、まず、理想型のケアプランを検討し、実行可能な内容で現実型ケアプランを作成することとなる。
- ③ 理想型と現実型のケアプランの差を、実際に埋めることができるか、そのためにはどのような工夫が可能かを検討することが重要であり、この過程を踏むことにより、事例を踏まえた具体的で実行可能な改善策の提案が可能となる。
- ④ 「本人の意向」、「家族の意向」については、正統な表明は良いが、利用者の心身の状況に照らして、無理難題でときには理不尽な内容が表明されることもある。しかし、忌避することなく、実際のケア体制も考慮しながら、面接時やサービス担当者会議等の場面で「折り合いを付ける」過程を重視するのが望ましい。
- ⑤ 「生活上の支障」については、認知症の人が「どのような生活を望んでいるか」を見通す洞察を必要とする。

⑥ ケアプラン第2表の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」については、分析軸C・F・Iを総合化したものとする必要がある。

⑦ 「本人の意向」、「家族の意向」については、食事内容（普通食など食事形態、好きな食べ物、飲み物等）や趣味、嗜好の情報が具体的に記載された方が、その人らしい自立した日常生活の実現の支援に役立つ。特に三大介護の中でも食事の希望については大きな比重がある。

こうした情報は、居室担当者（ケアワーカー）の日々のコミュニケーションにより得られケアに活用されているが、アセスメントシートにそれを記載する欄は設けられていない。交替で担当する居室担当者が共通理解の上で統一したケアを提供するためには、アセスメントシートを改良する必要がある。

⑧ 「専門職の判断」については、利用者の「強いところ、良いところ、魅力的なところ）ストレングス」と「生活上の支障」の両者を明確に区分してアセスメントした結果を記載する方法が望ましい。

状 態		本人がしていること、したいこと・課題	職員のかかわり
	専門職	ストレングス ○○○ ○○○	→ 維持し伸ばす支援内容
	判 断	生活上の支障 ○○○ ○○○	→ できないことを補完する支援内容

なお、この場合、前述したように居室担当者がアセスメントシートのみに基づいて、実際の直接ケアを行うことは避ける必要がある。生活上の支障を補完することは重要であるが、それを中心に行われるケアは、問題点を補完する対処療法的なものになりやすく、ストレングスを併せてケアに組み込むとしても、何のためにケアを行うのかが除外される危険があるからである。ケアの展開に当たっては、あくまで、「自立した日常生活を実現するためにサービスを提供する」という構造が必要であり、それが記載されているのは、ケアプラン第2表の長期目標、短期目標、サービス内容であるため、居室担当者にはケアプランとアセスメントシートの両者を十分に承知することが求められる。

特に、認知症の人の場合には、ストレングスを容易に発見することが困難であるが、例えば、「何か役に立つことをしてもらい承認欲求等を満たそう」とするような、よくみられる介入手法は、時として利用者本位ではない「押しつけ」となる危険がある。真の望み、ストレングスを捉えるための日頃のアセスメントによるエンパワーメントが必要となる。

(注) 研究に当たっては、フロアリーダー、サービス課長は、専門職に位置付け、総合判断者は、介護支援専門員とした。



第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 年 月 日 ( )  
 初回・紹介・継続 認定済・申請中

利用者名	生年月日	年	月	日	住所		
居宅サービス計画作成者氏名							
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地							
居宅サービス計画作成(変更)日	年	月	日	初回居宅サービス計画作成日	年	月	日
認定日	年	月	日	認定の有効期間	年	月	日
要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5						
利用者及び家族の生活に対する意向							
介護認定審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							
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ( )						

同意欄 居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意しましたので受領します。  
 説明・同意日 年 月 日  
 署名・捺印

第 2 表

居宅サービス計画書(2)

利用者名

作成年月日

年 月 日( )

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	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 「保険給付対象かどうかの区分」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。

同意欄

居宅サービス計画(2)について説明を受け、内容に同意しましたので受領します。

説明・同意日  
署名・捺印

年 月 日  
印

第1表

施設サービス計画書(1)

作成年月日 平成 年 月 日  
 初回・紹介・継続 (認定済) ・申請中

利用者名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_  
 サービス計画作成者氏名及び職種 \_\_\_\_\_  
 サービス計画介護保険施設名及び所在地 \_\_\_\_\_

サービス計画作成(変更)日 平成 年 月 日 初回サービス計画作成日 平成 年 月 日  
 認定日 平成 年 月 日 認定の有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

要介護状態区分	事業対象者・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	
介護認定審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	

同意欄

施設サービス計画について説明を受け、内容に同意しましたので受領します。

年 月 日

第 2 表

施設サービス計画書(2)

作成年月日 平成 年 月 日

様

利用者氏名

生活全般の解決すべき 課題(ニーズ)	目標			援助内容			
	長期目標 (期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	担当者	頻度	期 間

(4) ケアプラン及びアセスメントの実態検証と改善の可能性

ア. ケアプラン第1表と改善の可能性

No.	疑問点と実態の理由	改善の要・不要と改善可能性
1	<p>問； 「生活に対する意向」の本人欄に、生活に対する意向が記載されないのは何故か。</p> <p>① 記載が無い場合 例えば、認知症により意向が表明されないため記載できない場合を含め、「(意向の表明なし)」と記載することも考えられるが如何か。</p> <p>② 記載がある場合 認知症の人の意向を記載することになるが、実態は、記載内容が本人の意向か介護支援専門員の代弁かが不明瞭となっている。この場合、文末に(本人)、(介護支援専門員)と明記することが考えられるが如何か。</p> <p>理由； アセスメント様式とは別に、「施設サービス計画書作成につきましてのご意向ご希望用紙」を作成し、サービス担当者会議で使用している。(別紙3) 当該様式により、家族の意向について「生活」、「身体機能」、「食事関連」、「その他の希望・要望」に区分し表明を求めていることは、間接的ではあるが、家族のケアへの参加を促す意図であり評価される。記載がどの程度の内容となるかで家族と利用者との親疎の度合いを知ることが可能で、不足の場合には、介入することを可能とするもので専門性が高いものとも言える。</p> <p>但し、この用紙で記載された「家族の意向」は、アセスメント過程である分析軸Eの「家族の意向」に対応しているものの、分析軸Bの「本</p>	<p>(◎・不要・改善困難)</p> <p>改善困難な理由；なし</p>

人の意向」を記載する区分が設けられていない。加えて、この用紙で記載された内容を、そのまま施設サービス計画書第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向」欄に転記するため、第1表に次の2点の問題を生じているのが理由である。

- ・利用者の「生活に対する意向」が記載されない。
- ・「生活に対する意向」を記載すべきところ、「生活」のみでなく、「身体機能」、「食事関連」、「その他の希望・要望」も併せて記載することとなり、表側に合致しない。

なお、利用者の状況をよく知っている家族の意向をケアに反映させることは、その内容が適切（例；利用者軽視・理不尽・体制上困難）であれば重要なことである。このことは、アセスメント過程であることを考慮すると、現行のアセスメント表に身体機能、食事、その他を明記できるよう工夫することにより、第1表には、表側に合致させた、「生活に対する意向」のみを記載するようにする変更が考えられる。

また、現行のアセスメント表には、分析軸Bに該当する「利用者の生活に対する意向」を聞き取り記載する区分欄がないため、これを1表に記載できないこととなっているため、この点も、現行のアセスメント表に明記できるよう工夫するよう様式を変更することが考えられる。

「食事関連」は、栄養ケア計画書の「意向」欄に反映させることになっている。

身体機能については、個別機能訓練計画書の「意向」欄に反映させることになっている。

2	<p>問； 「生活に対する意向」欄であるにもかかわらず、生活に加えて、身体機能、食事関連、その他、を記載する方式としているのは何故か。生活の意向のみに限って記載するようにすることも考えられるが如何か。</p> <p>理由； 問1と同様</p>	<p>(要・不要・改善困難)</p> <p>改善困難な理由；なし</p>
---	---	--------------------------------------

イ. 施設ケアプラン第2表の実態と改善の可能性

No.	疑問点と実態の理由	改善の要・不要と改善可能性
3	<p>問； ニーズ・長期目標・短期目標は、ほとんどのケースで重複した内容の記載となっているのは何故か。また、相互の関連性が不明瞭なところが多いのは何故か。</p> <p>長期目標に具体性のある記述がないのは何故か。</p> <p>サービス内容に「BPSDの原因を探り、症状緩和に努める」旨の記載があるのは評価されるが、当該、原因を探るための様式が整備されていると認知症ケアの手法を関係者間で共有するために有効なのではないか。</p> <p>理由；</p> <p>① 重複・逆転・関連不明 利用者、家族から指摘されたことはない。考え方、書き方の理解が困難。 「目標」は、最も悩む部分情報を把握しているのに長期目標に記載しないのはもったいないが。家族や居室担当者のモチベーションが上がると思うが。</p> <p>② 施設サービス計画作成についての、居室担当と介護支援専門員の役割分担・連携 介護支援専門員専任・兼任の区分なく、マニュアルに明記されている。 (マニュアル別紙4)</p>	<p>(要・不要・改善困難)</p> <p>改善困難な理由；なし</p>



4	<p>問； ニーズ、長期目標、短期目標、サービス内容等について、本人の意向か介護支援専門員や家族の代弁かが不明瞭となっている。</p> <p>この場合、文末に（本人）、（介護支援専門員と明記することが考えられるが如何か。</p> <p>理由；そのように認識していなかった。</p>	<p>（要・不要・改善困難）</p> <p>改善困難な理由；なし。</p>
---	--	---------------------------------------

5	<p>問； 「サービス内容」とアセスメント表の「スタッフのかかわり」欄との関係は、どのように整理されて記載されているかが不明瞭な印象があるが何故か。</p> <p>① ケアプランとアセスメントの記載者が異なるのではないか。</p> <p>② アセスメント表の「スタッフのかかわり」によってケアが実践されいるとするば、ケアプランはケアの実践には機能しないものとなりはしないか。</p>	<p>（要・不要・改善困難）</p> <p>改善困難な理由；なし</p>
---	---	--------------------------------------

ウ. アセスメント表の実態と改善の可能性

No.	疑問点と実態の理由	改善の要・不要と改善可能性
6	<p>問 ケアプランよりも、アセスメントシートに具体的なケアの実践内容や手順が記載されており、直接介護従事者（以下「居室担当者」は、アセスメントシートの記載内容を基にケアを行っている（例；別紙2）。この結果、アセスメントシートに記載されたケア内容の主要な部分をケアプラン第2表に要約して転記することとなっている。</p> <p>これは、無駄な重複ではなく、ケアプランは、利用者及び家族に交付されるものであるから要点を記載し、居室担当者が行う詳細なケアの内容・手順は内部マニュアルとして活用する、という整理が可能である。</p> <p>しかし、こうした活用の考え方については、アセスメントシートを記載する居室担当者により共有されることが重要であるから、業務ガイドラインのような形で整備・普及する必要がある。</p> <p>なお、居宅サービス利用者の視点から考えると、利用者の元には、ケアプランに加えて、利用するサービスごとの個別サービス計画が交付されることとなるから、まとめれば相当量のプランを持つこととなる。</p> <p>したがって、施設ケアプランも必要な内容を備えたものであっても良いとする考え方もあり得る。</p> <p>理由；認識していなかった。</p>	<p>(要・不要・改善困難)</p> <p>改善困難な理由；なし</p>

	<p>7 問； 同一法人内で「アセスメント表及び施設サービス計画書」とされている様式と「アセスメントシート」とされている様式の2種類が使用されているが、何故か。</p> <p>アセスメント表に「施設サービス計画書」部分を記入すると混乱が生じるのではないか。例えば、直接支援を行う居室担当者の詳細なケア手順を「スタッフのかかわり」ないし、「職員の関わり」欄に記載し、大まかな方針を施設サービス計画書第2表に記載するような棲み分けを今後検討し整理することも考えられるが如何か。</p> <p>なお、この際には、施設サービス計画書は利用者・家族に交付するため、どの程度の内容を記載すべきかは十分に検討を要するものとなる。</p> <p>理由；</p> <p>認知症の人のアセスメント表として、本来は、法人内で統一されていたはず。</p>	<p>(㊟・不要・改善困難)</p> <p>改善困難な理由；なし</p>
--	---	--------------------------------------

8	<p>問； 「アセスメントシート」の「本人がしていること・したいこと」は、何を記載することとされているか。</p> <p>ストレングスを記載する意図であれば、優れているのではないか。しかし、だとしたら、ストレングスのみでなく、ネガティブな「事実関係」や「しているケア」も併せて記載されているため、混在してしまいせっかくストレングスをケアに活かそうとする様式の趣旨が不明確になってしまっているのではないか。</p> <p>理由；</p> <p>① ストレングス 本人が「していること」は維持・継続し、「したいこと」の意欲を大切にしてケアに活かす、という趣旨なのでストレングスをみている。それをスタッフ間で共有しようとする意図である。</p> <p>② 「事実関係」や「していること」が混在して記載されているのは、居室担当への周知不足かもしれない。 今は、職員がケアしていく上で「知りたい」情報を書いている。</p>	<p>(●・不要・改善困難)</p> <p>改善困難な理由；なし</p>
---	--	--------------------------------------

9	<p>問； 「アセスメント表」の様式の方に、「楽しい・嬉しい・好き」というストレングスを明らかにしようとする記載があるのは評価されるのではないか。</p> <p>但し、この内容が、ケアプラン2表のニーズや長期目標に反映されていないのは何故か。もったいないのではないか。</p> <p>「苦手なこと」について記載区分を設け、情報収集することは評価できるのではないか。但し、記載する欄が、「ご本人がお好きな（だった）こと」に分類されているのは表組上、違和感があるため工夫する必要があるのではないか。</p> <p>理由；そのような認識がなかった。</p>	<p>(◎・不要・改善困難)</p> <p>改善困難な理由；なし。</p>
---	---	---------------------------------------

10	<p>問； 「アセスメントシート及び施設サービス計画書」の様式において、「できること」の欄が設けられていることは、ストレング스에注目しているので評価される。</p> <p>但し、この内容が、ケアプラン2表のニーズや長期目標に反映されていないのは何故か。もったいないのではないか。</p> <p>なお、ストレングスであれば、ストレングスのみでなく、ネガティブな事実関係の記載と混在して記載されているのは何故か。</p> <p>理由；長期目標に反映する認識がない。 混在を防ぐマニュアルになっていない。</p>	<p>(㊟・不要・改善困難)</p> <p>改善困難な理由；なし。</p>
----	---	---------------------------------------

11	<p>問： 「アセスメント表」とする様式の方は、「スタッフのかかわり」が「計画」に該当するよう設計されていると考えられるが、ここにはスタッフが現状行っているケアを「～～している」と記載されていることが多い。</p> <p>ケアの具体的な手法をスタッフ間で共有するためには有効であるが「計画」であれば「～～する」と記載された方が良いとも考えられるが如何か。</p> <p>なお、この場合には、「施設サービス計画書（スタッフの関わり）」とケアプラン第2表の「サービス内容」との関連が疑問となってしまう。「施設サービス計画書」という様式の名称を変更し、例えば「アセスメント及びスタッフのかかわり」とすることも考えられるが如何か。</p>	<p>(●・不要・改善困難)</p> <p>改善困難な理由；なし</p>
----	---	--------------------------------------

1 2	<p>問； 「アセスメント表及び施設サービス計画書」、「アセスメント表」のいずれも、認知症状により、①どのような生活上の支障が発生していて、②その原因は何で、③対応するケアはどのようなものか、を検討する論理的な構造が様式化されていないのは何故か。</p> <p>認知症の人に特化した様式を見直して作成し使用することも考えられるが如何か。</p> <p>理由；現状もある。 問3に同じ</p>	<p>(要・不要・改善困難)</p> <p>改善困難な理由；なし</p>
-----	---	--------------------------------------

1 3	<p>問 ケアプランもサービス計画書も、外部のインフォーマル・サポートの記載が、ほとんどないのは何故か。</p> <p>理由； 喫茶のボランティアによる手芸・園芸・アートセラピー等の外部との関わり等を書くことになっているし、書いている。「担当者」欄にボランティアを明記している。</p>	<p>(要・不要・改善困難)</p> <p>改善困難な理由；なし</p>
-----	---	--------------------------------------



施設サービス計画書作成につきましての  
ご意向ご希望用紙

## 施設サービス計画書作成につきましてのご意向ご希望用紙

こちらのご希望用紙は、施設サービス計画書作成にあたり参考にさせていただくものです。ご参加・不参加に問わず、必ずご記入下さい。その際、各項目できるだけ具体的にご記入いただけますと助かります。又、特に何もなければ「なし」と記入していただけますようお願い致します。尚、利用者の方の身体の状態等を勘案いたしまして、ご希望に添えない場合もございますのでご了承下さい。

ご記入日時 平成 年 月 日

【生活について】(例)「～が好きなので、好きなことをして過ごして欲しい。」

.....

.....

【身体機能について】(例)「健康でいて欲しい」「手先を使う作業をしてもらいたい」

.....

.....

【食事関連について】(例)「楽しく食事をしたい」

.....

.....

【その他、ご希望・ご要望など】

.....

.....

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様

ご家族氏名 \_\_\_\_\_

サービス担当者会議 月 日 ( ) : ~ ( ご出席 ・ ご欠席 )

日程に関するお問い合わせにつきましては、ケアリーダー・生活相談員までお願い致します。是非ご出席の程よろしくお願い申し上げます。

お手数ですが、ご意向と合わせまして上記の欄の出欠の有無をチェックしていただき、同封の返信用封筒にてご返送下さい。

施設サービス計画について

施設サービス計画書作成マニュアル

サービス担当者会議

## 施設サービス計画について

平成 29 年 4 月 1 日改正

### 1. 施設サービス計画とは

- ケアマネジメントとは、ご利用者が生活していくうえでのニーズと、社会資源（提供するサービス）を、結びつけることである。
- 特別養護老人ホームでは、施設サービス計画の作成が介護保険法で義務付けられており、計画の立案及び、計画を実施する一連の過程をケアマネジメントという。
- アセスメントから始まる一連のケアマネジメントは、ご利用者一人一人が、質の高い生活を実現するためのものであることを、スタッフは十分に認識しなければならない。
- 施設サービス計画は、スタッフが共通認識を持ち、統一したサービスを提供するために欠かせないものである。
- 介護支援専門員は、ご利用者 100 名に対し 1 名の配置が必要とされている。

### 2. 施設におけるケアマネジメントの手順

- ①ご利用者・ご家族のご希望やご意向・状態の把握、課題分析（アセスメント）
  - ②施設サービス計画書原案の作成
  - ③サービス担当者会議の開催
  - ④ご利用者・ご家族に対する説明・文書による同意・交付
  - ⑤施設サービス計画の実施
  - ⑥モニタリングの実施
- ①へ

### 3. 施設における個別サービス計画

#### ①施設サービス計画

- アセスメントには、施設独自のアセスメントシートを使用。
- サービス担当者会議には、ご利用者・ご家族、施設スタッフ（介護支援専門員、ケアワーカー、相談員、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員等）が参加。

#### ②栄養ケア計画

- 医師、管理栄養士、看護師、ケアワーカー、介護支援専門員等多職種が協働して、ご利用者の摂食・嚥下機能及び食形態に配慮した栄養ケア計画を作成。
- 経口移行計画、経口維持計画は医師の指示に基づき、栄養ケア計画同様に多職種が協働して作成。

#### ③個別機能訓練計画

- 機能訓練指導員、看護師、ケアワーカー、介護支援専門員等多職種が協働して、ご利用者の有する能力に応じた個別機能訓練計画を作成。
- ケアワーカーが、日常生活のなかでご利用者の有する能力を活用して行う生活支援（トイレでの立位保持等）も、個別機能訓練計画である。

#### ④看取り介護計画

- 常勤の看護師を 1 名以上配置し、看取りに関する指針を定めなければならない。

- ・医師による看取りケアの開始指示を受けて、サービス担当者会議を開催し、看取りケアに携わる園長、サービス課長、相談員、介護支援専門員、看護師、管理栄養士、ケアワーカー、機能訓練指導員等が協働して作成し、必要に応じて適宜、計画内容を見直し、変更していく。

※①～④は、全てご利用者・ご家族への説明と計画書（同意書）への署名が必要。

#### 4. 施設におけるサービス計画作成の視点

- ①福祉施設（特別養護老人ホーム）においても、自立支援の視点で施設サービス計画書を作成していくことが重要。
- ②さらに、ご利用者本位のサービスの提供が挙げられる。ご利用者の立場に立った個別ケアの視点が大切である。  
「その方らしい生活」とは、その方が大切にしてきた生活習慣やこだわりが守られる生活のことである。
- ③施設には多くの専門職スタッフが勤務している。施設サービス計画は、ご利用者の個別ケアを組織的・系統的に提供するために必要である。そのためにはケアワーカー、看護師、管理栄養士、相談員、機能訓練指導員等、職種間の連携が大切であり、介護保険法でも、多職種協働の必要性を強調している。

#### 5. ICFの考えに基づく施設サービス計画

- ・介護保険制度下で、当初サービス計画は「～できない」、「～の不安がある」などのマイナス面に着目し、マイナス面を補完する計画書を作成していた。
- ・現在は「～ができる」、「～したい」などのプラス面に着目し、ご利用者の有する能力や意欲を引き出すポジティブプランを作成するようになっている。その基になっているのがICIDH（国際障害分類）に替わり、2001年にWHO（国際保健機構）が採択したICF（国際生活機能分類）である。
- ・ICIDHは「障害」を中心に捉え、機能障害、能力障害、社会的不利に分類していた。

例：脳梗塞による右片麻痺（機能障害）

言語障害により会話が不自由（能力障害）

自分の思いを職員に伝えにくい（社会的不利）

- ・ICFは、「生活機能」（プラス）の中に「障害」（マイナス）を位置づけ、ご利用者のマイナス面を補って余りあるプラス面を重視している。  
☆「している活動」と「できる活動」を区別する。「できる活動」とは潜在能力を引き出すことであり、「している活動」の向上の前提となる。
- ・生活機能や障害（生活機能低下）に対する環境因子を重視している。環境には物的環境だけでなく、ご家族・友人などの人的環境、社会的・制度的環境が含まれる。  
☆介護自体が、ご利用者にとって重要な環境因子のひとつであり、サービス内容にご利用者の主体的取組みを表現する発想が必要である。

# 施設サービス計画書作成マニュアル

平成 29 年 4 月 1 日改正

## 1 施設サービス計画書の作成

### ①施設サービス計画書の見直し及び、作成時期（新規入所者については 3 を参照）

- ・施設サービス計画書は、半年ごとに見直しを行い、最低年に一度作成する。また、ご本人の状態が変わりサービス内容の変更が必要な場合は、都度作成する。
- ・要介護認定の更新または、要介護区分変更の認定を受けた場合は、各職種に照会し、施設サービス計画変更の必要性について意見を求め、必要な場合には施設サービス計画書を見直し、作成する。

### ②ご本人・ご家族よりご希望やご意向を伺う

- ・介護支援専門員（居室担当者）が、ご本人・ご家族に、園での生活及び、サービスに対するご希望やご意向を伺う。

### ③アセスメント表を確認し、課題・目標を設定する

- ・居室担当者がアセスメントシートを基にアセスメントを行い、課題・目標を設定する。
- ・短期目標の期間は 6 ヶ月、長期目標の期間は 1 年とする。

### ④課題に対してのケアを検討する

- ・現在行っているケアを検討する。
- ・ご本人やご家族が求めているケアを検討する。
- ・やらなければならないケアはないかを検討する。

### ⑤優先順位を決定する

- ・ご利用者の生命維持に関わるケア
- ・ご利用者が強くご希望されるケア
- ・QOL の向上に大きな影響を及ぼすと考えられるケア

### ⑥施設サービス計画書の“たたき台”を作成する

- ・介護支援専門員（居室担当者）が②～⑤を基に、「ワイズマン施設ケアマネジメント支援システム」を使用して作成する。居室担当者が作成した場合は、介護支援専門員が確認をする。

### ⑦栄養ケア計画書、個別機能訓練計画書の作成を依頼する

- ・管理栄養士・機能訓練指導員に、施設サービス計画書にあわせて、栄養ケア計画書・個別機能訓練計画書の作成を依頼する。

### ⑧⑥を各職種（看護師・管理栄養士・機能訓練指導員等）へそれぞれ配布する

- ・各部署で検討し、介護支援専門員（居室担当者）に戻す。

### ⑨サービス担当者会議を開催する

- ・会議日程は、介護支援専門員がご家族と相談の上決定する。
- ・サービス担当者会議までに管理栄養士は栄養ケア計画を、機能訓練指導員は個別機能訓練計画を作成する。

- ・介護支援専門員が各部署からの意見を参考のうえ、“たたき台”を調整して原案を作成し、それを基に検討を行う。

(参加者：ご本人、ご家族、介護支援専門員、居室担当、担当看護師、管理栄養士、機能訓練指導員、フロアリーダー、相談員、サービス課長、園長)

- ⑩ご利用者とご家族に施設サービス計画、栄養ケア計画、個別機能訓練計画を説明し、ご意見を伺う。
- ・介護支援専門員が進行をし、居室担当者が説明をする。ご本人、ご家族のご意見を伺い、参加者間で討議し、必要があれば施設サービス計画案を修正する。
  - ・ご意向について、出来ない事や困難なことははっきりさせ、了解を得る。
  - ・栄養ケア計画、個別機能訓練計画は管理栄養士、機能訓練指導員が説明する。
  - ・修正がなく、ご同意を得られた場合は同意書に署名を頂き、各計画書を交付する。
- ⑪施設サービス計画書をご家族へ送付する(同意書を同封し返送して頂く)
- ・ご家族が欠席された場合及び、修正が必要な場合は、修正後の施設サービス計画書と同意書を返信用封筒と共に送付し、同意書を返送して頂く。

## 2 モニタリング

### 1) 1ヶ月に1回行う

介護支援専門員(居室担当者)が施設サービス計画の実施状況を確認し、ケース記録に記録する。

### 2) ご利用者の状態が変化した時はその都度行う

モニタリングの結果に基づき、施設サービス計画を作成し直す。

## 3 施設サービス計画半年の見直し

### 1) 半年に1回ご利用者又は、ご家族と確認し評価を行う。

介護支援専門員(居室担当者)が施設サービス計画の実施状況をご利用者又は、ご家族と確認し、評価を行ったうえでケース記録に記録する。

## 4 新規入所者の施設サービス計画書

### 1) 作成する内容

施設サービス計画書(1)、(2)、栄養ケア計画書、個別機能訓練計画書

### 2) 初回の施設サービス計画書の作成

- ①入所に先立ちご本人・ご家族からケアに対するご希望を伺う(利用者台帳参照)。
- ②解決すべき課題として施設の生活・環境に慣れて頂くことを盛り込み、ご本人・ご家族のご希望を可能な範囲で取り入れた施設サービス計画を作成する。取り入れることが困難と判断される場合は、1ヶ月様子を見ることを説明し了解を得る。
- ③栄養ケア計画は、入所に先立ち得られた情報、ご本人・ご家族のご希望を基に管理栄養士が作成する。
- ④個別機能訓練計画は、入所日にご本人の評価を行い、ご本人・ご家族のご希望を伺ったうえで、機能訓練指導員が作成する。

⑤施設サービス計画及び栄養ケア計画は、入所前の状態と変化がないかを確認し、変化が見られる場合はサービス担当者会議を開催して作成し直す。

⑥各計画書は、入所日に説明して同意書を頂く。

⑦ご本人・ご家族には2ヶ月以内に再度課題・目標に沿った施設サービス計画書を作成する旨を伝える。

⑧1ヶ月間生活全般の観察をしながら課題・目標を見つける。

### 3) 2回目の施設サービス計画の作成

①職員が知り得た情報については、ケース記録に記録しておく。

②①を参考にして、入所2ヶ月目に施設サービス計画書を作成し同意書を頂く。作成は1と同様の手順で行う。

## 5 退院者の施設サービス計画書

- 施設サービス計画書の期間が切れていた場合、状態が入院前と変化していた場合は、新入所同様に施設サービス計画書を作成する。
- 期間内であれば、再アセスメントにより施設サービス計画を継続するか見直すかを決定し、見直す場合は、新入所同様に施設サービス計画書を作成する。



# サービス担当者会議

平成 29 年 4 月 1 日改正

## サービス担当者会議とは

ご利用者・ご家族に参加して頂き、ご利用者本人の施設サービス計画を施設スタッフと共に策定していく会議である。

介護支援専門員が中心となって開催し、ご利用者についての情報交換をしながらサービス目標を共有し、施設サービス計画を策定する。

## 1 会議の召集

①介護支援専門員が各部署と調整のうえ、開催日をご利用者または、ご家族に連絡する。

例『〇月〇日にサービス担当者会議を開催しますのでご参加頂けませんか』

参加スタッフには開催日の案内を早めに行う。

参加者：ご本人、ご家族、介護支援専門員、居室担当、担当看護師、管理栄養士、機能訓練指導員、フロアリーダー、相談員、サービ課長、園長

②会議に出席できないスタッフについては、サービス担当者会議の前日までに意見を提出する。

## 2 準備しておくもの（参加人数分）

①立案した施設サービス計画書

②栄養ケア計画書

③個別機能訓練計画書

④アセスメントシート

⑤褥瘡予防計画書（ブレーデンスケール 14 点以下の場合）

## 3 会議の内容

ご利用者、ご家族の要望を含めたアセスメントの結果に基づき目標を設定し、提供していくサービスの内容の検討

①どのようなサービスを

②どのように

③どのくらい 提供していくのかを具体的に説明する。

・課題解決の為、サービスをどのように提供していくのかを説明する。

・サービスの提供に対して、どの程度のスタッフが関与し、どの程度のサービスを提供すればサービスが到達点に達するかを説明する。

・施設で提供する総サービス量がどのくらいになるのかを明示する。

ご利用者、ご家族から説明に対してのご質問やご意見を伺い、可能な範囲で施設サービス計画に取り入れ、修正していく。ご要望があっても実現が難しい場合は、納得頂ける説明を行い、了承して頂く。

#### 4 同意書

計画書の内容について検討の結果、ご本人及び、ご家族に同意が得られた場合は、同意書に署名を頂く。当日参加できないご利用者やご家族には、面会時に説明をするか郵送し、同意書を頂く。

#### 5 会議録の作成

サービス担当者会議終了後は、速やかに介護支援専門員が会議録を作成する。

### 3. 結果及び考察

#### (1) 居宅におけるケアマネジメントと施設のケアマネジメントとの共通点と相違点

ケアマネジメントのプロセスは、①アセスメント、②サービス計画書原案作成、③サービス担当者会議、④サービス計画書確定、⑤サービス・サポートの実行、⑥モニタリング、⑦モニタリングの結果を踏まえた必要なサービス計画書の修正であり、生活の拠点が居宅であるか施設であるかによって異なるものではない。

しかし、サービス計画書の性格については、大きな相違点がある。すなわち、居宅のケアマネジメントにおけるサービス計画書は、利用者の課題解決を図るに当たり利用者を直接支援するものではなく、自立支援の大きな方向性を示し、その支援に必要なサービス内容とサービス種別を示す間接援助的な性格のマスタープランと課題解決を図るための直接援助的な性格のアクションプランとしての個別サービス計画の二重構造となっている。一方、施設におけるケアマネジメントのサービス計画書は、前述した間接援助的な計画と直接援助的な計画の両者を併せ持つものになっている。

この結果、サービス計画書上、「サービス内容」については、大きな差異が生じることとなる。施設サービス計画のサービス内容は、直接支援であるため、居宅における個別サービス計画と同様に、当該施設職員の支援内容を相当程度詳細に記載したものである。

#### (2) 施設サービス計画作成上の困難と解決策

この際、施設職員による広範な支援手順を網羅すれば、施設サービス計画書の記載量は大幅なものとならざるを得ず、交代制で勤務する施設職員が詳細な支援内容を共有するためには必要であるが、利用者や家族に交付する用途には不向きであると言える。

結果として、施設職員用の詳細な支援内容と、その概要をとりまとめ利用者・家族に交付する施設ケアプラン上のサービス内容の2種類を作成しているのが実態である。

この両者をどのように書き分けるかについては相当の検討が必要である。今回検討したケースにおいても、記載内容の状況から、この書き分けに苦慮している状況が観察された。このため、明確なマニュアルを整備する必要性が確認された。

#### (3) 施設サービス計画の実態から見た改善を要する点と改善策

今回、ケースを検討した結果、次の点が明らかとなった。検討したケース数が少ないため、明らかにした改善を要する点が直ちに一般化できるものではないが、多くの施設で同様の課題が生じていることは推測できる。改善を要する点と改善策を下記のようにとりまとめた。

##### ア. 施設ケアプラン第1表の課題と改善

###### ○改善を要する点

「利用者及び家族の生活に対する意向」は、基準省令により、本人、家族に区分して記載することとされているが、実態は、「生活について」、「身体機能につい

て、「食事関連について」、「その他、ご希望・ご要望など」の4項目に区分して記載することとされていた。

その理由は、「施設サービス計画書作成につきましてのご意向ご希望用紙」が家族に配布され、当該記載内容を転記する方法が定着していたことによる。

#### ○改善策

このことは、家族のケアへの参画を促すためには有効なものであるが、表側に適合せず、認知症の利用者の生活に対する意向に対して、家族の意向が強調される危惧も懸念されるため、「利用者及び家族の生活に対する意向」欄には、本人及び家族の生活に対する意向のみを記載するよう、マニュアルに追加することを検討することとされた。

なお、「身体機能」、「食事関連」、「その他、希望・要望」の3項目については、アセスメント用紙に欄を増設するとともに、別途作成される機能訓練計画書及び栄養ケア計画書に反映させるよう、様式及びマニュアルを変更・修正することを検討することとされた。

また、「本人区分」について、認知症により意向が表明されないため記載できない場合は、「(意向の表明なし)」と記載することについて、マニュアルへの追加を検討することとされた。

加えて、「本人区分」については、認知症の人の意向を記載するのが本来であるが、認知症により意向が表明されないときは、本人の意向か介護支援専門員の代弁かが不明瞭とならないよう、文末に「(本人)、(介護支援専門員)」等と、それが誰の考えかを明記するよう、マニュアルへの追加を検討することとされた。

### イ. 施設ケアプラン第2表の課題と改善

#### ○改善を要する点1

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)・長期目標・短期目標の記載内容に多くの重複が見られ逆転も散見された。この結果、相互の関連性も不明瞭となっている。また、長期目標に、自立した日常生活が具体性をもって記載されていない。

その理由は、施設ケアプランの構造的な考え方、記載の仕方の理解が困難とされた。特に「長期目標」をどのように記載するかについては、最もわかりにくいとされた。しかし、同時に、居室担当者や介護支援専門員は、利用者・家族の生活に対する希望やストレスの把握に努めており、相当の情報を把握していることは、既に、長期目標を記載する素材を有していること、それを長期目標に記載し、その達成を目指すことは、家族や居室担当者のモチベーションの向上にもつながることが指摘された。

更に、サービス内容に、「BPSDの原因を探り、症状緩和に努める」旨の記載はあるが、その原因を探るための様式は、センター方式の一部を引用するなどして整備されているものの、十分活用され施設ケアプラン作成に反映させるレベルに達していないため、今後、有効性を確保するための方策について検討を要するものとされた。

### ○改善策1

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）・長期目標・短期目標の記載内容の重複・逆転・関連不明瞭については一見して明らかであるが、居室担当者や利用者、家族からの指摘がないことが、サービスの根拠である施設ケアプランへの関心の低さによるものとすれば問題であり、居室担当者と介護支援専門員間の連携の視点からも改善すべきであるため、平成30年度の全職員対象必修研修（3回×2時間程度実施）のテーマとし、意識変革を促すことが重要とされた。

なお、この際には、当研究委員会として研修教材を作成し、委員が講師となり説明すること、現在、東京都が法定研修に使用しているリ・アセスメント支援シート（参考別添）の考え方に準拠することが適当とされた。

更に、BPSDの原因を探り、症状緩和に努めるための様式等の作成について、認知症ケアの手法を居室担当者や介護支援専門員等の関係者間で検討ないし共有することを促すために、現状行われている内容を精査し、今後、検討することとされた。

### ○改善を要する点2

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）、長期目標、短期目標、サービス内容等について記載されているが、それが利用者の意向か介護支援専門員や家族の代弁かが不明瞭となっている。施設ケアプランはサービスの根拠であるため、そこに記載されている内容が誰の意向や代弁なのかが明快にされることが望ましいものとされた。

### ○改善策2

特に、認知症の人の施設ケアプランにあって、利用者の意向が軽んじられることを防ぐために、この場合、文末に括弧書きで、（本人）、（介護支援専門員）（家族；続柄の別を含む）などを明記することとし、マニュアルを修正したうえで、OJTで周知することを検討することとされた。

### ○改善を要する点3

施設ケアプランの「サービス内容」とアセスメント表の「スタッフのかかわり」欄との関係整理が不明瞭であり、居室担当者がアセスメント表の「スタッフのかかわり」の記載内容によってもっぱらケアを実践しているとすれば、施設ケアプランが機能しないものとなる危険性が懸念された。

### ○改善策3

ケアプラン第2表の「サービス内容」とアセスメント表の「スタッフのかかわり」欄との関係を整理し、マニュアルを修正したうえで、OJTで周知することを検討することとされた。

## ウ. アセスメント表

ケアプランとアセスメントは密接不可分であるから、アセスメントも同時に実態を研究した。

### ① 「生活に対する意向」

ケアプラン作成及び修正に必要な情報は、アセスメントにより得られる。このため、ケアプラン作成に活かす情報は、アセスメントシートに一括されていた方が機能的で使い勝手がよいものと考えられるが、実態は、例えば、「施設サービス計画書作成につきましてのご意向ご希望用紙」が別途使用されており、かつ、当該用紙が、家族の意向、希望」を記載するよう設計されていた。

利用者の意向、希望については、入所後に居室担当者等が聞き取りによりケアに反映するものであるが、アセスメント用紙に、それを記載する欄は設けられていないものもあった。

利用者、家族の意向は、アセスメントの重要な一つであり、利用者・家族のケアへの参画を示す機能を持つため、アセスメント様式を一部変更して、「意向」を記載する欄を増設することを検討することとされた。

なお、認知症の人の入所に当たっては、環境変化による症状出現や悪化もあり、入所直前及び入所当初の集中的なアセスメントが必要となるため、その際の一連の書式の統一した運用についての全職員への周知について検討することも重要とされた。

### a. 区 分

アセスメントに、「していること」、「したいこと」、「スタッフのかかわり」の区分が設けられている。居室担当者と介護支援専門員による利用者の詳細な観察により、ストレングスを記載することとした表の設計思想は高く評価される。

但し、現実には、ストレングス以外に「利用者に起きている事実」が記載されることが多いことは、改善を要するものと考えられた。

具体的な改善は、マニュアルに、ストレングスを把握しケアに活かすことの趣旨・重要性を明記し、職場研修等の機会に普及することによって図られるものと考えられる。

なお、この際には、「起きている事実」と、それに対応した「個別ケアの手法」が検討され、職員間で共有される構造は、認知症ケアに限らず重要で高く評価される点であるため、例えば、「ストレングス」、「起きている事実」、「スタッフの関わり」という趣旨（表現は別途検討）の3区分とすることが考えられる。

### b. アセスメントと施設ケアプラン第2表「サービス内容」との関係

現状のアセスメントは、上記 a に示したように、「ストレングス」、「起きている事実」、「スタッフの関わり」の三重構造となっている。

「起きている事実」と「個別ケアの手法」が対応することは極めて重要であり、交替制によりケアする居室担当者等の関係者が、事実を根拠に、対応する相当程

度詳細な支援内容を共有することに資することにつながるものと考えられる。

かつ、こうした具体的なケア手法をアセスメント表に組み込み、日常的に使用することは、モニタリングにより、起きている事実の変化を発見し、スタッフの関わりを修正し、適切なケアを継続するするためにも有効であると考えられる。

しかし、上記（１）で指摘したように、施設ケアプランは、間接援助的な計画と直接援助的な計画の両者を併せ持つものとなっているため、「スタッフの関わり」部分と施設ケアプラン第２表の「サービス内容」との記載内容の棲み分けの整理が必要となる。この点については、国の基準省令においても規定されておらず、全国の介護保険施設においても課題であると考えられ、スタッフの関わりと、施設ケアプランの「サービス内容」との関係を整理し、いかに棲み分けることが有効に機能するために必要かの検討は、今後の課題として残された。

c. アセスメント表における、「本人がしていること・したいこと」と「職員のかかわり」をつなぐ構造の追加

既述したように、利用者には、「起きている事実」と「ケアの手法」が対応することが極めて重要である。特に、認知症の人の場合には、「起きている事実」を理解する困難性が高く、事実を根拠に、対応する相当程度詳細なケア手順を検討をすることが求められる。

しかし、現状のアセスメント表には、「本人がしていること・したいこと」の中の「本人がしていること」の部分と「職員のかかわり」をつなぐ構造がないものとなっている。

d. 同一法人内のアセスメント様式は統一する。

介護保険施設入所者のほとんどに認知症の症状がみられるため、アセスメント様式は、認知症対応型のベーシックなもの（浴風会モデル）に統一し、BPSDが顕著な人に特化したアセスメント表については、別途の検討が課題とされた。

#### 4. 残された課題

##### (1) 認知症の人のアセスメント及びマニュアル・OJT

アセスメントについては、見直す必要性が指摘されていた。今般の研究を契機に、認知症の人へのケアに特化し、実態を踏まえて使用可能な、アセスメント様式（項目・内容・個別ケアの手法）及びマニュアルを検討する必要がある。併せて施設ケアプランのマニュアルを検討し、新様式とマニュアルを全職員に対して研修する必要がある（悉皆研修）。

このため、当委員会としては、研修に必要なテキストを作成する必要がある。研修は、委員が講師となつて行う。

また、当該新様式とマニュアルについては、実際に使用した結果を評価し、必要な修正を経た後に、確定版としていく必要がある。

## (2) 間接援助計画と直接援助計画の整理と普及

施設ケアプランは、間接援助的な計画と直接援助的な計画の両者を併せ持つものとなっているため、「スタッフの関わり」部分と施設ケアプラン第2表の「サービス内容」との記載内容の棲み分けの整理が必要となるが、この点については国の基準省令において規定されておらず、全国の介護保険施設においても課題であると考えられるため、当該、スタッフの関わりと、施設ケアプランの「サービス内容」との関係を実行性を踏まえて整理・検討し、今後、マニュアル化していく必要がある。

執筆

研究担当者 佐藤信人



## 5. 現行アセスメント様式

現行アセスメント様式

# アセスメントシート

【作成日】 平成 年 月 日

氏名	様	年	月	日生	記載者
要介護度	障害高齢者の日常生活自立度			認知症高齢者の日常生活自立度	

身 体 状 況 ・ 健 康 状 態	麻痺	既 往 歴  使 用 薬				
	拘縮					
	皮膚疾患					
	アレルギー					
	リハビリ					
	服薬		禁止薬	( )		
	視力		眼鏡	義歯	補装具 ( )	
	聴力		補聴器			
	感染症		<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 陳旧性肺結核 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	特別な医療		<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
特記事項						

生活歴					
ご本人がお好きな(だった)こと	好きなこと				
	得意なこと				
	苦手なこと				
ご本人・ご家族が希望する生活	【ご本人】				
	【ご家族】				
キーパーソン	第一連絡先	様	第二連絡先	様	

項目	内 容	本人がしていること・したいこと	職員の関わり	立案
認 知 と 行 動	記憶			
	記 銘			
	行 動			

項目	内容	本人がしていること・したいこと	職員の関わり	立案	
コミュニケーション	言語				
	意思疎通				
	他者との関わり	他利用者との会話			
		クラブ活動等への参加 参加意欲			
参加活動					
基本動作	寝返り				
	起き上がり				
	座位保持				
	立位保持				
	立ち上がり				
	歩行				
	移動手段				
	移動 移乗				
食事	形態・主食				
	形態・副食				
	水分				
	嚥下				
	摂取能力				
	摂取状況				
	制限食 ( )				
	禁食 ( )				
経管栄養					
排泄	尿便意				
	排便習慣	／1回			
	座薬				
	屯用下剤				
	日中	形態			
		場所			
	夜間	能力			
形態					
	場所				
	能力				
入浴	形態				
	入浴日	曜日 曜日			
	能力				
保清	更衣				
	洗面				
	整髪				
	口腔清潔				
その他	身体拘束 ( )				
	褥瘡 ( )				
	吸引 1日( ~ 回 )				
確認事項	<input type="checkbox"/> 売店 <input type="checkbox"/> 理美容室 <input type="checkbox"/> 喫茶 <input type="checkbox"/> 出前 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> 写真掲載				

2014.1.1

アセスメント表

初 回	更 新	他	平成	年	月	日	ふりがな 氏名	アセスメント者:
生年月日 :			年齢 :		歳	要介護度:	居室	
			できること			スタッフのかかわり		
食 事	摂取動作							
	咀嚼							
	嚥下							
	摂取量							
	食事形態				必要摂取kcal			
	治療食				必要水分量			
	目標				身長・体重			
	その他							
移 動 ・ 移 乗	寝返り							
	起き上がり							
	立ち上がり							
	座り動作							
	歩行など							
機 能 訓 練	リハビリ							
排 泄	尿便意							
	トイレの場所の認識							
	排泄の後始末							
整 容 ・ 入 浴	洗面 口腔ケア							
	身だしなみ							
	洗髪・洗身							
	衣類の 着脱							

アセスメント表

		できること				スタッフのかかわり						
コミュニケーション	会話のレベル											
	意思疎通											
	中核症状											
	BPSD (行動心理症状)											
心理・精神	楽しい 嬉しい 好き				悲しい 嫌い 苦手							
医療・健康	睡眠状況											
	健康状態											
	皮膚状態											
	内服状況		朝	昼	夕	就		朝	昼	夕	就	屯
			朝	昼	夕	就		朝	昼	夕	就	屯
			朝	昼	夕	就		朝	昼	夕	就	屯
			朝	昼	夕	就		朝	昼	夕	就	屯
			朝	昼	夕	就		朝	昼	夕	就	屯
既往歴												
その他												
社会との かかわり												
写真掲載	可	不可	売店購入	可	不可							
障害高齢者の日常生活自立度					J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症高齢者の日常生活自立度					自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M

B-3 暮らしの情報(私の暮らし方シート) 名前 \_\_\_\_\_

記入日:20 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日/記入者 \_\_\_\_\_

◎私なりに築いてきたなじみの暮らし方があります。私が大事にしたいなじみの暮らし方を継続できるように支援してください。

暮らしの様子	私が長年なじんだ習慣や好み	私の現在の状態・状況	私の願いや 支援してほしいこと ●私が言ったこと △家族が言ったこと ○支援者が気づいたこと、 支援のヒントやアイデア
毎日の習慣となっていること			
食事の習慣			
飲酒・喫煙の習慣			
排泄の習慣・トイレ様式			
お風呂・みだしなみ (湯の温度、歯磨き、ひげそり、 髪をとかすなど)			
おしゃれ・色の好み・履き物			
好きな音楽・テレビ・ラジオ			
家事 (洗濯、掃除、買い物、料理、 食事のしたく)			
仕事 (生活の糧として、 社会的な役割として)			
興味・関心・遊びなど			
なじみのものや道具			
得意な事/苦手な事			
性格・特徴など			
信仰について			
私の健康法 (例:乾布摩擦など)			
その他			

※支援者とは、本人を支える人(介護職、医療職、福祉職、法律関係者、地域で支える人、家族・親戚等)であり、立場や職種を問わない

D-1 焦点情報(私ができること・私ができないことシート)

名前 \_\_\_\_\_ 記入日: 20\_\_年\_\_月\_\_日 / 記入者 \_\_\_\_\_

◎私ができそうなことを見つけて、機会を作って力を引き出してください。

◎できる可能性があることは、私ができるように支援してください。

もうできなくなったことは、無理にさせたり放置せずに、代行したり、安全・健康のための支援をしっかりと行ってください。

※今、している・していないを把握するだけでなく、できる可能性があるか、もうできないのかを見極めて、該当する欄に✓を付けよう。

※単に動作のチェックではなく、24時間の暮らしのどの場面(時間や朝、昼、夕、夜など)か、どんな状況かを具体的に記入しよう。

暮らしの場面	私がしていること		私がしていないこと		私の具体的な言動や場面	できるために必要な支援、できないことへの代行、安全や健康のための支援	私ができるように支援してほしいこと ●私が言ったこと △家族が言ったこと ○支援者が気づいたこと、支援のヒントやアイデア
	常時している(自立)	場合によってはしている	場合によってはできそう	もうできない			
起きる							
移動・移乗							
寝床の片づけなど							
整容 (洗顔や整髪など)							
着替え (寝まきや洋服)							
食事準備 (献立づくり・調理・配膳等)							
食事							
食事の片付け							
服薬							
排泄							
掃除・ゴミ出し							
洗濯 (洗い→たたみ)							
買い物 (支払いも含む)							
金銭管理 (貯金の管理、手持ち現金の管理、通帳の管理・出し入れ、計画的に使えるか)							
手続き (書類の記入・保管・提出等)							
電話をかける・受ける							
入浴の準備							
入浴時の着脱							
入浴							
寝る前の準備 (歯磨、寝床の準備)							
就寝							
人への気づかい							
その他							

※支援者とは、本人を支える人(介護職、医療職、福祉職、法律関係者、地域で支える人、家族・親戚等)であり、立場や職種を問わない。

D-2 焦点情報(私ができること・私ができないことシート) 名前 \_\_\_\_\_ 記入日:20 年 月 日/記入者 \_\_\_\_\_

◎私ができる可能性があることを見つけて機会をつくり、力を引き出してください。

◎私ができる可能性があることを見つけて支援してください。

もうわからなくなったことは放置しないで、代行したり、安全や健康のための支援をしっかりと行ってください。

※外見上のわかること・わからないことを把握するだけでなく、わかる可能性があるのか、もうわからないことを見極めて、該当する欄に✓を付けよう。

※単に動作のチェックではなく、24時間の暮らしのどの場面(時間や朝、昼、夕、夜など)か、その時どんな状況なのかを具体的に記入しよう。

暮らしの場面	私ができること		私ができないこと		私の具体的な言動や場面	わかるために必要な支援、わからないことへの代行、安全や健康のための支援	私ができるように支援してほしいこと ●私が言ったこと △家族が言ったこと ○支援者が気づいたこと、支援のヒントやアイデア
	常時わかる	場合によってはわかる	場合によってはわかる可能性がある	わからない			
会話の理解							
私の意思やしたいことを伝える							
毎日を暮らすための意思決定(服を選んだり、やりたいことを決める)							
時間がわかる							
場所がわかる							
家族や知人がわかる							
直前の記憶							
最近の記憶(1~2週間程度の記憶)							
昔の記憶							
文字の理解(ことば、文字)							
その他							

支援者とは、本人を支える人(介護職、医療職、福祉職、法律関係者、地域で支える人、家族・親戚等)であり、立場や職種を問わない。



E. 24時間アクセスメントまとめシート(ケアプラン導入シート) \*このシートでまとめられたことを介護計画表に活かし、本人本位の介護計画表を原稿しよう！

名前 \_\_\_\_\_ 記入日 20\_\_年\_\_月\_\_日 / 記入者 \_\_\_\_\_

○今の私の暮らしの中で課題になっていることを整理して、私らしく暮らさるための工夫を考えてください。  
※A→Dシートで把握した(私の願いや支援してほしいこと)から、今の暮らしで課題に分かっていることを選び、1日の流れにそって記入しよう。(様からの情報を明確にするために、文頭に「●」マーク、「△」マーク、「○」支援者のマークを入れて記入しよう。)

私の願いや支援してほしいこと(本人が記入)

私の注目してほしい行動/状態

原因/背景

私がよりよく暮らせるための支援のアイデアと工夫

4				
6				
8				
10				
12				
14				
16				
18				
20				
22				
0				
2				
24	24時間の生活リズムに合わせたケアプランや			

※支援者は、本人を支える人(介護者、医師、看護師、福祉士、法律関係者、地域で支える人、家族・関係者)であり、立場や職種を問わない。

\* プライバシー・個人情報の取扱いを徹底してください。

6. 参考 東京都リ・アセスメント支援シート

東京都リ・アセスメント支援シート

# リ・アセスメント支援シート

利用者名	状態										問題 (困りごと)	意向・意見・判断										優先順位				
	問題無	はつきり見えない	殆ど見えない	問題無	有	はつきり聞こえない	殆ど聞こえない	問題無	有	問題無	時々できる	困難		利用者意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻		整理前	整理後	優先順位	
コミュニケーション	視力	問題無	はつきり見えない	殆ど見えない	問題無	有	はつきり聞こえない	殆ど聞こえない	問題無	有	問題無	時々できる	困難		利用者意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻				
	眼鏡	問題無	有		問題無	有			問題無	有					家族意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻				
	聴力	問題無	はつきり聞こえない	殆ど聞こえない	問題無	有	はつきり聞こえない	殆ど聞こえない	問題無	有	問題無	時々できる	困難		医師・専門職等意見	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻				
	補聴器	問題無	有		問題無	有			問題無	有					CM判断											
言語	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無														
意思伝達	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無														
維持・改善の要 素、利点																										
認知と行動	認知障害	自立	軽度	中度	重度										CMの利用者・家族の意向への働きかけ	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難					
	意思決定	できる	特別の場合以外	できる	困難										利用者意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻				
	指示反応	通じる	時々通じる	通じない											家族意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻				
	情緒・情動	問題無	抑うつ	不安	興奮																					
家族・知人等の介護力	行動障害	無	異常	徘徊	徘徊	多動	昼夜逆転	不潔行為	不潔行為	夜間騒音	異常行為	異常行為			CM判断											
	精神症状	無	妄想	幻覚	せん妄	見当識	無関心								医師・専門職等意見	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻				
	維持・改善の要 素、利点																									
	介護提供	常時可	日中のみ可	夜間のみ可	不定期	無									利用者意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻				
介護者の健康	健康	高齢	病身	他										家族意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻					
介護者の負担感	無	有												医師・専門職等意見	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻					
維持・改善の要 素、利点														CM判断												
														CMの利用者・家族の意向への働きかけ	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難						



# リ・アセスメント支援シート

利用者名	状態										問題 (困りごと)	意向・意見・判断					優先順位
	自立	見守り	一部介助	全介助							利用者意向	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難
食事	自立	見守り	一部介助	全介助							利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	阻
食事場所	食堂	ベッド脇	ベッド上	他( )													
排泄 (排便)	自立	見守り	一部介助	全介助							利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	阻
排泄 (排尿)	自立	見守り	一部介助	全介助													
排泄 (日中)	トイレ	PT	原器	バット	リハビリパンツ	オムツ	留カチ				利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	阻
排泄 (夜間)	トイレ	PT	原器	バット	リハビリパンツ	オムツ	留カチ										
排泄 (失禁)	無	有							利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	阻		
入浴	自立	一部介助	全介助														
更衣・整容	自立	一部介助	全介助							利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	阻	
嚥下	自立	一部介助	全介助														
起上がり	自立	一部介助	全介助							利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	阻	
座位	自立	一部介助	全介助														
立位	自立	一部介助	全介助							利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	阻	
移乗	自立	一部介助	全介助														
歩行	自立	一部介助	全介助							利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	阻	
使用機器	杖	歩行器	車椅子	ベッド	その他												
維持・改善の要素、利点																	
買物	自立	一部介助	全介助							利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	阻	
金銭管理	自立	一部介助	全介助														
献立	自立	一部介助	全介助							利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	阻	
ゴミ出し	自立	一部介助	全介助														
調理と片付け	自立	一部介助	全介助							利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	阻	
掃除・洗濯	自立	一部介助	全介助														
火気管理	自立	一部介助	全介助							利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	阻	
外出	自立	一部介助	全介助														
服薬状況	自立	一部介助	全介助							利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	阻	
住環境	問題無	問題有															
維持・改善の要素、利点																	
A D L																	
I A D L																	



## 7. 研究委員会委員

### 2017年 全国生活協同組合連合会社会福祉事業等助成事業 認知症の人のケアプランの実態に関する研究

#### 委員一覧

◎	南陽園	園長	百瀬 律子
	南陽園	サービス課長	丸山 寿量
	南陽園	介護支援専門員	佐野 奈月
	第二南陽園	サービス課長	山崎 かおり
	第二南陽園	介護支援専門員	松村 多栄子
	第三南陽園	サービス課長	谷口 幸子
	第三南陽園	介護支援専門員	樽松 幸代
○	認知症介護研究・研修東京センター	副センター長	佐藤 信人
○	認知症介護研究・研修東京センター	研修企画主幹	中村 考一

◎研究委員長 ○研究担当者

事務局：認知症介護研究・研修東京センター 翠川 沙織

報告書名

2016 年度 全国生活協同組合連合会社会福祉事業等助成事業  
認知症の人のケアプランの実態に関する研究報告書

発行元

社会福祉法人 浴風会  
認知症介護研究・研修東京センター  
〒168-0071  
東京都杉並区高井戸西1-12-1  
TEL:03-3334-2173 FAX:03-3334-2156

発行年月

平成 29 (2017) 年 12 月