

⑬ ケアマネジメントに必要な
基礎知識及び技術
「アセスメント及びニーズの把握の方法」

はじめに

- 本科目は複数のチャプターに分かれています。都道府県・研修実施機関の指示・指定に従ってチャプターを順次、受講してください。
- 複数のチャプターを受講後、表示される中間テストを受けます。
- 都道府県・研修実施機関が指示・指定した全チャプターが終わった段階で、終了時の確認テストを行います。
- 確認テストが終了したら、研修記録シートに記録をして本科目の受講は終わりとなります。

※研修記録シートなど修了評価に係る事項、演習に係る事項については都道府県・研修実施機関の指示・指定に従って対応するようにしてください。

※チャプターの途中で受講をやめて再開することはできません。何らかの都合で中断する場合には、再度受講して頂く事になります。

それでは講義を始めます

【本資料の出典等に関する留意事項】

本資料は一般社団法人日本介護支援専門員協会、一般財団法人長寿社会開発センターが発行している法定研修テキスト（「二訂介護支援専門員研修テキスト」、「七訂介護支援専門員実務研修テキスト」）を参考に作成を行っています。

本科目の構成

- 本科目の構成は以下のとおりです。

Eラーニング	内容
●	(1) 本科目の目的、修得目標の確認
●	(2) ケアマネジメントにおける基本プロセスの位置づけ
	① アセスメントの定義、必要性、法令上の定義 ② アセスメントの目的
●	(3) 受付、相談場面から始まるアセスメント
●	(4) アセスメントとは①
	① アセスメントに関する基本的項目 ② 情報収集の方法
●	(6) アセスメントとは②
	① 課題分析 ② 分析した課題の説明と合意、表記
●	(8) アセスメントを経て居宅サービス計画へ
	① アセスメントに関する基本的項目

本科目の目的、修得目標の確認

本科目の目的

- 本科目の目的は以下のとおりです。

- アセスメントからニーズを導き出すための思考過程の全体像の理解を目指します
- アセスメントにおける情報収集の項目の内容、目的、主治医意見書の記載内容を理解するとともに、情報収集の方法・技術を修得を目指します
- 収集した情報を的確に分析することにより、課題の明確化、改善及び悪化の可能性などを導き出せることを理解することを目指します
- 利用者の生活全体を捉える視点の重要性を理解するとともに、利用者の生活の現況から生活機能（WHO国際生活機能分類による）と背景を把握し、理解する視点の修得を目指します
- 課題総括表等を用いてADLやIADL等の状況から利用者が捉える課題を明確化し、状態の維持改善及び悪化の可能性の判断と予測を立て、適切なニーズを導くための技術の修得を目指します

修得目標

• 本科目の修得目標は以下のとおりです。

- ① アセスメントの意義と目的について説明できる
- ② アセスメントにおける情報収集の項目や目的を説明できる
- ③ アセスメントからニーズを導き出す思考過程を説明できる
- ④ 利用者・家族の意向の確認を実施できる
- ⑤ 状態の維持・改善・悪化の可能性を予測できる
- ⑥ 利用者、家族から得た情報に基づく課題の抽出を実施できる
- ⑦ 利用者、家族の持っている力を把握できる
- ⑧ 多職種による情報を関連づけたアセスメントを実施できる
- ⑨ 利用者、家族のニーズの優先順位を判断できる
- ⑩ 再アセスメントの重要性について説明できる

修得目標



【個人ワーク】
10分

- 各目標の、現時点での自分の理解度を振り返り、本科目でどのようなことを学びたいか言葉にしてみましょう。

- ① アセスメントの意義と目的について説明できる
- ② アセスメントにおける情報収集の項目や目的を説明できる
- ③ アセスメントからニーズを導き出す思考過程を説明できる
- ④ 利用者・家族の意向の確認を実施できる
- ⑤ 状態の維持・改善・悪化の可能性を予測できる
- ⑥ 利用者、家族から得た情報に基づく課題の抽出を実施できる
- ⑦ 利用者、家族の持っている力を把握できる
- ⑧ 多職種による情報を関連づけたアセスメントを実施できる
- ⑨ 利用者、家族のニーズの優先順位を判断できる
- ⑩ 再アセスメントの重要性について説明できる

ケアマネジメントにおける 基本プロセスの位置づけ

1. アセスメントの定義、必要性、法令上の定義

- アセスメントとは、運営基準※第13条第6号に規定されているように、利用者が自立した日常生活を営むうえで解決すべき課題（ニーズ）を把握することです。
- アセスメントでは、情報を収集し、相互に関連づけ、分析・判断することにより、利用者が目指す生活の実現のために、解決すべき課題を導き出していきます。

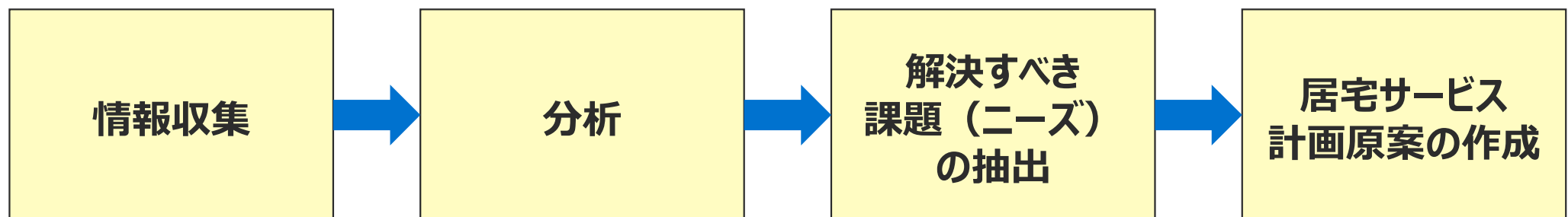
運営基準※第13条第6号（抜粋）

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

※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（平成11年3月31日 厚生省令第38号）

2. アセスメントの目的（1/2）

- インテークでは、利用者・家族、さらには、利用者・家族にかかわる人からなど、できるだけ詳細に利用者の「生活」が理解できるよう、情報の収集が行われることとなります。
- 介護支援専門員が行うアセスメントでは、これらの諸情報をもとに、利用者のおかれている状況を分析・理解し、生活全般にわたる解決すべき課題（ニーズ）を抽出することが目的となります。
- このように利用者の生活の全体像を理解することによって、居宅サービス計画を導き出していくこととなります。



2. アセスメントの目的（2 / 2）

- アセスメントは、一人ひとりの要介護者が生活を継続・向上させていくうえで生ずる解決すべき生活ニーズを把握するものであり、それには要介護者の生活全般について、その状態を十分把握することが求められます。
- 具体的には、以下のような4点を把握することがアセスメント（課題分析）の基本的なねらいとなります。

アセスメント（課題分析）のねらい

- 要介護者の生活ニーズの内容とその程度を明らかにする
- 生活ニーズに対応する要介護者の能力を明らかにする
- 生活ニーズに対応するインフォーマルサポートの力量を明らかにする
- 生活ニーズに対応するフォーマルサポートの必要性と内容を明らかにする

受付、相談場面から始まる アセスメント

1. 受付、相談場面におけるアセスメント

- ケアマネジメントプロセスは重層的に進行します。そのため、初期面接相談で、利用者・家族から情報を収集しているときから、アセスメントはスタートしています。
- しかし、十分な情報収集ができていない時点で、断定的な結論に結びつけてはいけません。また、限定的な情報を提供することも控えるべきです。
- ここでのアセスメントは、総合的な判断をするうえでポイントとなる事柄について、介護支援専門員が思考を巡らすということで、ケアプランを作成するうえでの材料を集めるという意味になります。

振り返り



【個人ワーク】
10分

- ここまで、「ケアマネジメントにおける基本プロセスの位置づけ」と「受付、相談場面から始まるアセスメント」について学んできました。

【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
 - ✓ アセスメントの目的
 - ✓ 運営基準において実施すべきとされている事項
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

アセスメントとは①

1. アセスメントに関する基本的項目

(1) アセスメントの目的 (1 / 2)

- アセスメントは、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を明らかにし、居宅サービス計画を作成するために行われるものです。
- アセスメントに必要な情報をインタビューにおいて収集しますが、アセスメントは利用者・家族と介護支援専門員だけが行うものではありません。
- 利用者の生活ニーズは複数存在します。そのため、多職種からの専門的な意見を集めることが欠かせません。

1. アセスメントに関する基本的項目

(1) アセスメントの目的 (2 / 2)

- たくさんの情報を基に、利用者が望む暮らしを実現するためには、何を目指して（目標）、どの社会資源を活用することが有効であるのかを利用者・家族と多職種が話し合い、利用者が納得し、選択していくことが必要です。

1. アセスメントに関する基本的項目

(2) 情報収集の項目 ① 課題分析標準項目

- 介護支援専門員が、利用者のアセスメントを行ううえで、収集する項目については、「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）において、課題分析標準項目として、「基本情報に関する項目」と「課題分析（アセスメント）に関する項目」が提示されています。
- 課題分析標準項目は、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによってアセスメントが行われることを防止するための規定という性格をもち、課題を客観的に抽出するために設けられたものです。

1. アセスメントに関する基本的項目

(2) 情報収集の項目 ②基本情報に関する項目 (1 / 5)

- 基本情報に関する項目は以下の9項目から構成されます。
- 基本情報に関する項目を記入する「基本情報シート」は「フェイスシート」と呼ばれることもあります。

基本情報に関する項目	
1	基本情報（受付、利用者基本情報）
2	生活状況
3	利用者の被保険者情報
4	現在利用しているサービスの状況
5	障害高齢者の日常生活自立度
6	認知症高齢者の日常生活自立度
7	主訴
8	認定情報
9	課題分析（アセスメント）の理由

※通知上の表記を一部改編

1. アセスメントに関する基本的項目

(2) 情報収集の項目 ②基本情報に関する項目 (2/5)

- 基本情報に関する9項目のうち「1 基本情報（受付、利用者基本情報）」の概要は以下のとおりです。

1 基本情報（受付、利用者基本情報）		
居宅サービス計画作成についての利用者受付情報	<ul style="list-style-type: none">受付年月日、曜日、受付時間を記載するとともに、受付経路（電話、来訪、紹介） いった分類で記載します。電話受付の場合には、介護支援専門ではなく、事務職が対応することも考えられるため、電話で対応した受付者の氏名と所属を記入します。	
利用者の基本情報	<ul style="list-style-type: none">利用者の氏名、性別、生年月日、住所、電話番号を記載します。利用者が入院中やほかの施設に入居中という場合には、その連絡先についても記載します。	
利用者以外の家族等の基本情報	家族状況	<ul style="list-style-type: none">利用者の両親・配偶者・子ども・兄弟・姉妹・おい・めいの有無、同居の有無、就労の有無、家族関係が良好かどうかといった内容を記載します。
	家族構成 (ジェノグラム)	<ul style="list-style-type: none">ジェノグラムによって、家族関係を明確に書き表すことが一般的です。これは、利用者と社会資源がどのような関係のなかで成立しているのかを知るエコマップを作成するうえで基本となる情報です。

1. アセスメントに関する基本的項目

(2) 情報収集の項目 ②基本情報に関する項目 (3/5)

- 基本情報に関する9項目のうち「2 生活状況」の概要は以下のとおりです。

2 生活状況	
生活歴	<ul style="list-style-type: none">利用者が、どのような生活を送ってきたのかを記載するものです。成育歴、学歴、職歴、結婚、出産、子育てなどの情報から、どのような人生を歩んできたのかの情報を得ます。退職して時間がたっている場合でも、仕事に対する考え方や取り組み方、また、人間関係や生活習慣など、個人の価値観などについての情報も重要です。
生活状況	<ul style="list-style-type: none">利用者が、現在どのように生活しているかを記載するものです。できるだけ具体的に記載することが必要です。
病歴・経過・ 主治医・服薬情報	<ul style="list-style-type: none">フェイスシートでは、病歴、既往歴と経過のほか、主治医や服薬情報も記載されることが一般的です。ここでは、課題分析（アセスメント）に関する項目で得た情報などを記載することになります。

1. アセスメントに関する基本的項目

(2) 情報収集の項目 ②基本情報に関する項目 (4/5)

- 基本情報に関する9項目のうち「3 利用者の被保険者情報」「4 現在利用しているサービスの状況」「5 障害高齢者の日常生活自立度」の概要は以下のとおりです。

3 利用者の被保険者情報

- 利用者の被保険者情報を記載します。介護保険（介護保険被保険者証、介護保険負担割合証）、医療保険、年金の種別、生活保護、身体障害者手帳の有無などがこれにあたります。
- 介護保険制度では、保険料や自己負担など、必要な費用があることを踏まえ、年金額や預貯金の有無、また、ほかに収入があるのか、家族の支援は期待できるのか、その場合、支払いは誰によって行われるのかを確認するようにしましょう。これは給付管理上も重要な情報です。

4 現在利用しているサービスの状況

- 初めて介護保険を利用する場合でも、何らかのサービスを受けている場合があります。また、介護保険給付であるかないかを問わず、利用者が現在利用しているサービスについて記載します。

5 障害高齢者の日常生活自立度

- 利用者の主治医意見書や認定情報から転記します。
- 判定基準は公開されていますが、介護支援専門員が判定して書き込むものではありません。

1. アセスメントに関する基本的項目

(2) 情報収集の項目 ②基本情報に関する項目 (5 / 5)

- 基本情報に関する9項目のうち「6 認知症高齢者の日常生活自立度」「7 主訴」「8 認定情報」「9 課題分析（アセスメント）の理由」の概要は以下のとおりです。

6 認知症高齢者の日常生活自立度

- 利用者の主治医意見書や認定情報から転記します。
- 判定基準は公開されていますが、介護支援専門員が判定して書き込むものではありません。

7 主訴

- 利用者・家族の要望について記載します。記載にあたっては、「本人」「家族（夫）」「娘」など発言者を分け、できるだけ各人が発言したとおりの表現で記載します。

8 認定情報

- 利用者の認定結果について記載する項目です。要介護状態区分、介護認定審査会の意見、認定日、認定の期間などを利用者の被保険者証から転記します。

9 課題分析（アセスメント）の理由

- アセスメントを行った理由を記載します。「初期ケアプラン作成のため」「ケアプラン変更のため」「要支援から要介護となったため」などと記入します。

1. アセスメントに関する基本的項目

(2) 情報収集の項目 ③課題分析に関する項目 (1 / 6)

- 課題分析に関する項目は以下の14項目から構成されます。
- 利用者の生活ニーズは、一つの項目が原因となっているのではなく、多くの項目が相互に関係し、その要因となって複雑に影響し合っていることを理解することが重要です。

課題分析に関する項目			
1	健康状態	8	じょく瘡・皮膚の問題
2	ADL	9	口腔衛生
3	IADL	10	食事摂取
4	認知（認知能力の程度、記憶力、見当識等）	11	認知症の行動・心理症状（BPSD）
5	コミュニケーション能力	12	介護力
6	社会との関り	13	居住環境
7	排尿・排便	14	特別な状況（虐待、ターミナルケア、依存症等）

※通知上の表記を一部改編

1. アセスメントに関する基本的項目

(2) 情報収集の項目 ③課題分析に関する項目 (2 / 6)

- 課題分析に関する14項目のうち「1 健康状態」「2 ADL」の概要は以下のとおりです。

1 健康状態

- 身体的な健康状態を記載する項目です。
- 健康観は主観的なものなので、利用者が考えている健康状態を把握することになります。
- 利用者・家族が疾患名を正確に覚えているとは限らないため、主治医意見書によって疾患名や医療上の注意事項を把握します。また、利用者の「病状」「医療方針」「生活上の留意点」を確認し、医師、看護師、あるいは相談員などとともに、アセスメントを行います。

2 ADL

- ADLは、基本的日常生活動作のことを指し、「動作」ができるかどうかをアセスメントする項目です。
- 認定調査結果は、調査時点の状態です。現在の状態について、利用者・家族から聞き出すようにしましょう。また、動作ができていないために、活動性が低下し、参加が制約されるという関連性を常に意識しながらアセスメントしておくことが必要です。

1. アセスメントに関する基本的項目

(2) 情報収集の項目 ③課題分析に関する項目 (3 / 6)

- 課題分析に関する14項目のうち「3 IADL」「4 認知」「5 コミュニケーション能力」の概要は以下のとおりです。

3 IADL

- IADLは、生活に関連する「行為」ができるかどうかをアセスメントする項目です。
- なお、厚生労働省の通知では、電話を使用する能力、買い物、食事の準備、家事、洗濯、移送の形式、自分の服薬管理、財産の取り扱い能力を例示しています。

4 認知

- 認知機能に関するアセスメントを行います。
- 自分で意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目です。

5 コミュニケーション能力

- コミュニケーション能力とは、言語的あるいは非言語的手段を使って意思疎通する能力のことで、その内容について確認します。コミュニケーションを行うとは、話す、聞く、書く、読む、身振り手振りによって、メッセージを送る・受け取る、意味づけができる、その内容を理解できる、対人関係において守るべきルールを理解するという要素からなるものです。

1. アセスメントに関する基本的項目

(2) 情報収集の項目 ③課題分析に関する項目 (4 / 6)

- 課題分析に関する14項目のうち「6 社会との関わり」「7 排尿・排便」「8 じょく瘡・皮膚の問題」の概要は以下のとおりです。

6 社会との関わり

- 人間関係と役割を通じた社会とのかかわり方について、主に家庭内の役割、地域とのかかわりを確認します。
- そのことを通して、意欲はあるのか、参加に制約を加えているものは何かをアセスメントしていくことになります。

7 排尿・排便

- 排泄についてアセスメントする項目です。排泄の動作や排泄に関する福祉用具などの使用については、ADLの項目で確認していますが、一連の流れの中で再確認します。

8 じょく瘡・皮膚の問題

- じょく瘡と皮膚の問題について確認します。
- 身体状態が悪化している場合、予防の観点からアセスメントしていくことが必要です。

1. アセスメントに関する基本的項目

(2) 情報収集の項目 ③課題分析に関する項目 (5 / 6)

- 課題分析に関する14項目のうち「9 口腔衛生」「10 食事摂取医」「11 認知症の行動・心理症状」の概要は以下のとおりです。

9 口腔衛生

- 口腔衛生についてアセスメントします。口腔機能が低下すると、咀嚼、嚥下、発音、呼吸が行えなくなり、栄養状態の悪化や肺炎の発症など、身体状況に影響を与えることが多く、できるだけ保持したい機能です。
- 歯科医師や歯科衛生士などとともに情報収集することが有効です。

10 食事摂取

- 利用者の栄養の摂取状況や栄養状態についてアセスメントする項目です。
- 可能であれば栄養士等とアセスメントすることが有効です。

11 認知症の行動・心理症状 (BPSD)

- 認知症の行動・心理症状 (BPSD) についてアセスメントします。アセスメントは、利用者・家族の不安を軽減し、ストレスを減らし、地域の理解を得る居宅サービス計画をつくることにつながります。
- 行動・心理症状による特徴的な行動には、暴言・暴行、徘徊、介護への抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動、昼夜逆転、幻覚、妄想、作話などがあります。

1. アセスメントに関する基本的項目

(2) 情報収集の項目 ③課題分析に関する項目 (6 / 6)

- 課題分析に関する14項目のうち「12 介護力」「13 居住環境」「14 特別な状況」の概要は以下のとおりです。

12 介護力

- 介護力についてアセスメントします。この場合、家族ばかりではなく、友人や近隣住民といった、直接の介護ではなくとも、生活上必要となる行為を代行してくれたり、精神的なサポートをしてくれたりする関係（インフォーマルサポート）があるのかを確認します。

13 居住環境

- 居住環境についてアセスメントします。単に、屋内での生活だけを考えるのではなく、利用者が段階的に、屋外に出て、地域に戻っていくための居住環境という考え方をすることが必要です。

14 特別な状況

- 虐待やターミナルケアなどについてアセスメントをします。虐待は、利用者本人からは訴えづらいという性格のものであり、緊急性についての判断と対応が求められます。

1. アセスメントに関する基本的項目

(3) アセスメントツール (1/2)

- 居宅サービス計画を作成する際にアセスメントツールを用いる法的根拠は運営基準※第13号第6条に「介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成にあたっては、適切な方法のより、・・・」との規定があることです。
- 「適切な方法」の具体的な内容については解釈通知において、以下のとおり示されています。

「適切な方法」の解釈（解釈通知第2の3の（7）の⑥）

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、（中略）**別途通知するところによるもの**である。

※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（平成11年3月31日 厚生省令第38号）

1. アセスメントに関する基本的項目

(3) アセスメントツール (2/2)

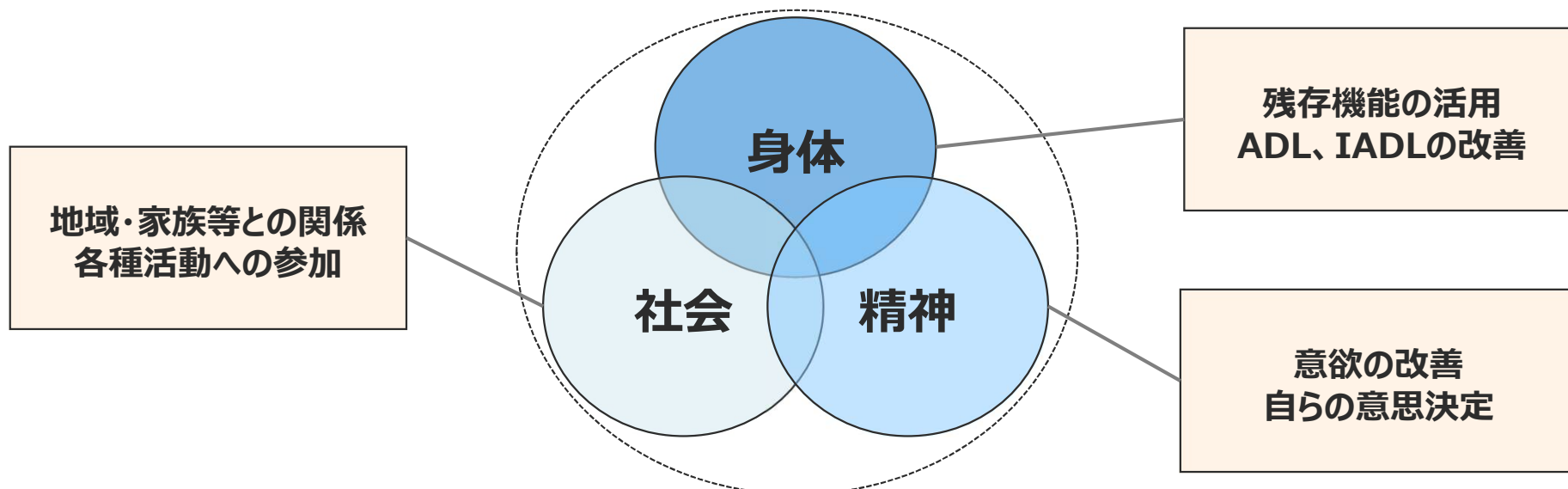
- 解釈通知に示されている「別途通知するところによるもの」に該当する通知は、『「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」(平成11年11月12日老企第29号)の別紙4 課題分析標準項目(別添)』のことを指します。
- ここでは、課題分析標準項目として、「基本情報に関する項目」と「課題分析(アセスメント)に関する項目」の計23項目が示されています。
- したがって、この項目をすべて含んでいれば、「合理的なものと認められる適切な方法」とみなされます。

1. アセスメントに関する基本的項目

(4) アセスメントの視点 ①全体像の理解

- 利用者が抱える生活上の問題は、一つの原因から発生しているだけではなく、さまざまな要素が相互に関連して起こっています
- 利用者が把握している潜在的な課題だけでなく、利用者が気づいていない潜在的な課題についても明らかにしていくことが必要であり、利用者という存在の全体像の理解が大切です。

利用者の全体像



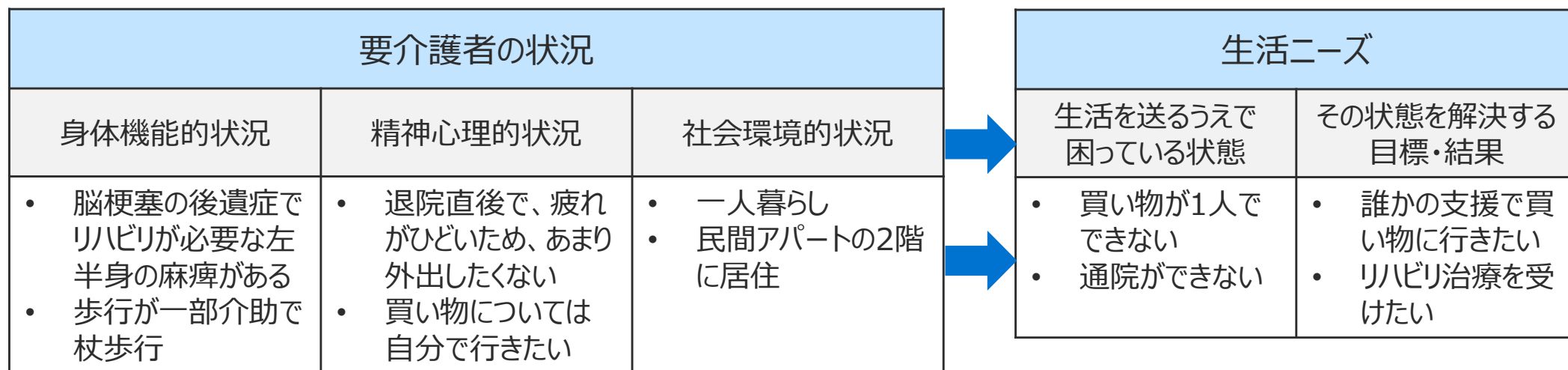
(資料) 長寿社会開発センター「介護支援専門員実務研修テキスト (上巻)」P.412

1. アセスメントに関する基本的項目

(4) アセスメントの視点 ②生活ニーズのとらえ方 (1/2)

- 生活ニーズをとらえるには、課題分析標準項目に示された利用者の身体機能的状況、精神心理的状況、社会環境的状況を整理して、「生活を送るうえで困っている状態」と「その状態を解決する（時には緩和する）目標・結果」を導きだしていきます。

生活ニーズ把握の流れ



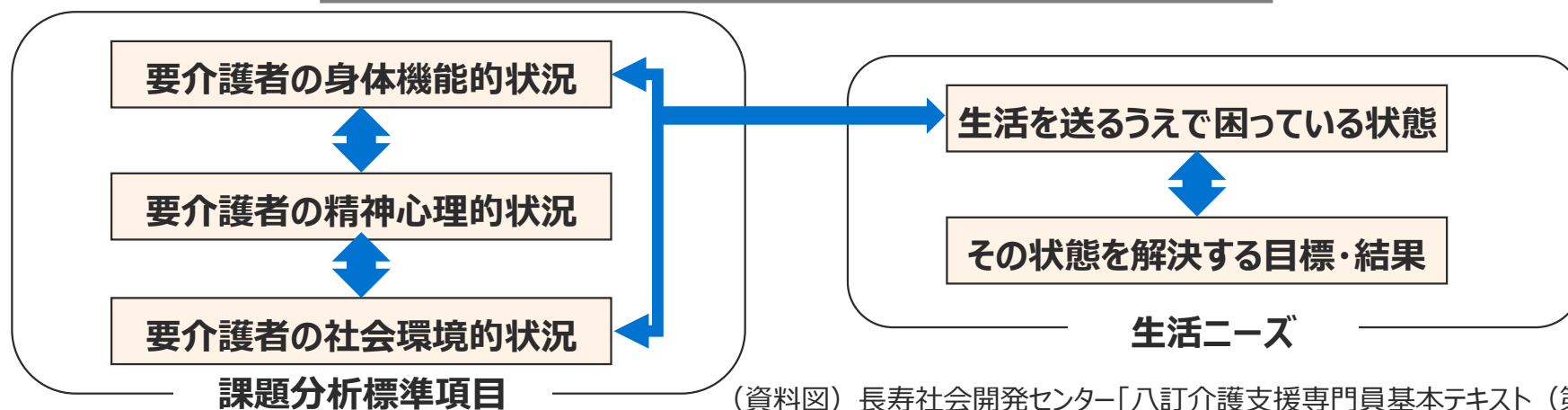
(資料図) 長寿社会開発センター「八訂介護支援専門員基本テキスト (第1巻)」P.299

1. アセスメントに関する基本的項目

(4) アセスメントの視点 ②生活ニーズのとらえ方 (2/2)

- 生活ニーズは、利用者の身体機能的状況、精神心理的状況、社会環境的状況のそれぞれの状況が関連し合って形づくられています。これは、たとえ身体機能的状況が同じ2人がいたとしても精神心理的状況と社会環境的状況が異なれば、まったく異なる生活ニーズが生じることを意味しています。
- そのため、ケアマネジメントでは、利用者ごとに生活ニーズが異なり、個別対応が求められることとなります。

課題分析標準項目からの生活ニーズの導き出し方



(資料図) 長寿社会開発センター「八訂介護支援専門員基本テキスト (第1巻)」P.299

1. アセスメントに関する基本的項目

(4) アセスメントの視点 ③ 自覚されていないニーズの取扱い

- 利用者によってはニーズを自覚されていない場合もあります。
- 状況によって以下のように書き分けを行うことが考えられます。
- また、利用者・家族のニーズの相違については、第5表の居宅介護支援経過に書き留め、少しでも共通認識ができるように働きかけましょう。

状況に応じたニーズの取扱い

- 利用者がニーズを自覚し、表明できていることは、そのまま書く
- 利用者がニーズを自覚していない場合は、利用者がわかっている範囲で書く
- 利用者・家族のニーズが一致していない場合には、利用者・家族が合意できる範囲で書く

1. アセスメントに関する基本的項目

(4) アセスメントの視点 ④ その他の重要な視点

- アセスメントにあたっては、「自立支援と尊厳の保持」「生活の質の維持・向上」「リスクマネジメント」の3点についても考慮することが重要です。

その他の重要な視点	
自立支援と尊厳の保持	<ul style="list-style-type: none">• 利用者の自立支援と尊厳の保持は、介護支援専門員が常に意識して取り組むべき課題です。利用者の望む暮らしを実現するための支援と、利用者が主体となってその方法を選び、積極的に生きていくことが尊厳の保持の原則です。
生活の質の維持・向上	<ul style="list-style-type: none">• 利用者が自立することと同時に、生活に質が保たれ、または、向上していくことが居宅サービス計画の目的です。居宅サービス計画により、生活の質が保たれ、向上していくように、居宅サービス計画自体が機能していくものでなくてはなりません。
リスクマネジメント	<ul style="list-style-type: none">• 利用者が抱える疾病による身体的な機能低下はもとより、利用者を取り巻く環境の影響により精神的なダメージを受け、意欲が低下することで利用者の生活機能が低下する危険性も考えられます。介護支援専門員は、利用者の自立を阻害する要因（リスク）を軽減していく方法についてもアセスメントを通じて考えていきます。

1. アセスメントに関する基本的項目

(5) ニーズオリエンテッド（ニーズ優先主義）（1 / 2）

- アセスメントの結果、居宅サービス計画にどのようなサービスを位置づけるのかは、利用者の「生活ニーズ」と「望む暮らしに関する考え」、さらに「現実的な制約」などから検討する必要があります。
- 利用者の生活ニーズから考えることを「ニーズオリエンテッド（ニーズ優先主義）」といいます。
- 例えば、「入浴が必要なのでデイサービスを利用」というのは、介護支援専門員が陥りやすい居宅サービス計画作成上の誤りです。これは「サービスオリエンテッド（サービス優先主義）」といわれる発想で、アセスメントをせずに居宅サービス計画を立てるという間違ったプロセスをたどることから起きるものです。

1. アセスメントに関する基本的項目

(5) ニーズオリエンテッド（ニーズ優先主義）（2/2）

- 介護支援専門員は、利用者の入浴に関して、どのようなニーズがあるのかを明らかにしなくてはなりません。利用者の身体・精神・社会面での情報を収集し、利用者が入浴に対してどのような意向をもっているかを明らかにすることが大切です。
- 同時に、利用者に関する人的・物的環境、さらには、経済的な状況など現実的な制約に関する情報を得る必要があります。
- もちろん、介護支援専門員として、どう入浴を楽しむかを考えることにより、利用者のニーズを解決するという実績を積み重ねたうえで、居宅サービス計画におけるサービスの候補として挙げられるようになることも重要な蓄積だといえます。

2. 情報収集の方法

(1) 双方向のコミュニケーション、信頼関係の構築（1 / 2）

- アセスメントは、介護支援専門員と利用者が協働で行う作業です。より正確にいうならば、利用者・家族と多職種が協働で居宅サービス計画を導き出す作業です。
- なぜならば、介護保険を利用して自立した生活を目指すのは利用者自身であり、利用自身が現状を理解し（自己覚知）、自分の望む暮らしのあり方を決定（自己決定）します。
- そして、その目標の達成に向かって問題を解決していく支援を多職種で行うことが自立支援だからです。

2. 情報収集の方法

(1) 双方向のコミュニケーション、信頼関係の構築 (2/2)

- 介護保険を利用するうえで、利用者は介護支援専門員に対して、きわめて個人的な、そして多くの情報を開示することになります。
- 介護支援専門員にとって情報を聞き出すことは、アセスメントからケアプランを作成するうえで不可欠なことです。
- 一方、どんなに介護支援専門員としての知識や技術が豊富でも、人としての信頼がなければ、利用者・家族は情報を開示したいとの気持ちが生じてきません。利用者・家族とのかかわりにおいては、専門職である前に、人として信頼されることが重要になります。

2. 情報収集の方法（2）利用者・家族の意向・要望の把握

①利用者・家族の主訴からの展開

- インテークにおいては、利用者・家族の主訴である困りごと・要望に耳を傾ける必要があります。これは、アセスメントに必要な情報を収集していくうえで重要な作業です。
- 利用者・家族からその主訴を傾聴していくことで、以下のような情報を聞き出すことにつながります。

主訴を傾聴していくことで聞き出すことができる情報

- 「困った」と感じていること
- 「大変だ」と感じていること
- 「してほしい」と考えていること
- 介護支援専門員に求めていること
- 「望ましい暮らし」として思い描いていること

2. 情報収集の方法 (2) 利用者・家族の意向・要望の把握

② 利用者の表現力

- 利用者・家族によっては、「こういうことで困っている」「こうしたいので、こんな助けがほしい」といった要望を十分に語る人が難しい人がいます。認知症の人が認知機能の問題から話すことができない場合もあります。
- また、十分に要望を伝えることができる人であっても、疾病による後遺症が残り情緒的に混乱していたり、大きなショックのために現状が理解できていなかったり、または、単なる遠慮から何も要望を出せないというケースもあります。
- そのため、利用者がうまく表現することができず、潜在化している生活上の困りごとを把握する方法を身に着けることが必要です。

2. 情報収集の方法（2）利用者・家族の意向・要望の把握

③ 家族の存在と利用者

- 居宅サービス計画の契約者の主体は利用者本人です。しかし、家族とともに暮らしている場合が多く、ケアマネジメントでは、家族を一つの単位としてとらえて援助の方法を考える必要があります。
- 家族は、利用者の介護や精神的支援の担い手であるとともに、ケアマネジメントを受ける対象者でもあるという認識が必要です。
- 利用者本人を主体としてケアマネジメントを展開していくことに変わりはありませんが、利用者の悩み・要望とともに、家族の思いや考えなども収集すべき重要な情報であり、この内容についてもアセスメントしていく必要があります。

2. 情報収集の方法（2）利用者・家族の意向・要望の把握

④その人らしさの尊重

- 利用者は「身体」をもち、「心」をもち、「社会」との関係をもって生活しています。人は、身体的、心理（精神）的、社会的な要素が一つとなった存在で、同じ人はいません。
- 利用者が歩んできた人生には、その人特有の歴史（生活史）があります。利用者の「その人らしさ」はまさに、その個別性にあるともいえます。

2. 情報収集の方法

(3) 個人情報と情報管理

- 介護支援専門員は、利用者について、医療情報はもとより、家族の経済状況に至るまで、他者が知り得ないような詳細かつ膨大な個人情報を入手できる立場にあることから、介護保険法で守秘義務が定められています。
- 守秘義務とは、職務上知り得た秘密を他人に漏らしてはいけなく、正当な理由なく個人情報を開示してはいけないということです。

介護保険法（平成9年法律第123号）

（秘密保持義務）

第69条の37 介護支援専門員は、正当な理由なしに、その業務に関して知り得た人の秘密を漏らしてはならない。介護支援専門員でなくなった後においても、同様とする。

2. 情報収集の方法

(4) 情報共有と同意

- サービス担当者会議等、利用者・家族の個人情報の提供が必要な場合もあります。その際も、目的の範囲内で必要最低限の開示にとどめ、関係者以外には決して漏れることがないように最新の注意を払います。
- 事例検討会や地域ケア会議等で個人情報を用いる場合には、個人情報から、氏名、生年月日、住所等、個人を特定する情報を取り除くことで、特定の個人を識別できないよう匿名化します。
- 匿名化等の処理と併せて、利用者・家族の同意を得るなどの対応も考慮することが必要です。十分な匿名化が難しい場合や、利用者・家族に必ず同意を取ることが求められます。

振り返り



【個人ワーク】
15分

- ここまで、「アセスメントとは①」について学んできました。

【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
 - ✓ 課題分析標準項目の内容
 - ✓ アセスメントの視点（全体像の理解、生活ニーズの捉え方等）
 - ✓ ニーズオリエンテッド（ニーズ優先主義）
 - ✓ 利用者・家族の意向・要望を把握する時の留意点
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

アセスメントとは②

1. 課題分析

(1) ストレングス (1/2)

- 介護支援専門員は、利用者を「問題を抱え、援助を必要としている弱者」と考えてはいけません。
- 利用者は様々な「強さ」をもった存在であり、こうした強さは、利用者の「内的資源」と呼ばれています。
- 個人がもつ「熱望」「能力」「自信」「自負」といった気持ちは、利用者が「このようになりたい」「こうでありたい」という自分の姿を思い起こさせる契機となるもので、利用者が自分のおかれている現実
に立ち向かう力を与えるもの（ストレングス）になります。

1. 課題分析

(1) ストレングス (2/2)

- ストレングスは、利用者を取り巻く環境のなかにもあります。利用者の生活を手助けしてくれる人の存在や、その人のもつ知識や技術かもしれませんが、使える制度やサービスかもしれません。
- 介護支援専門員は、個人と環境のストレングスを視野に入れ、利用者の生活全般を意識したアセスメントを行うことになります。
- 特に、ストレングスの認識は、それを活用したプランニングの工夫へと発展させていくものであり、非常に重要な視点です。

1. 課題分析

(2) 専門多職種の意見集約 (1 / 3)

- 多職種からの情報を集めるのは、介護支援専門員の仕事です。
- 利用者に関する情報を多面的に収集することが、利用者の生活を向上させるアセスメントには欠かせない要件だと理解しなければ、情報を収集するどころか、連携や協働が行われることはありません。
- それぞれの専門職からの利用者の状態について評価や意見を聞き出すことになりますが、知りたい内容について明確に伝えることが重要です。

1. 課題分析

(2) 専門多職種の意見集約 (2 / 3)

- 医療の方針と介護の方向性が一致することが、利用者のニーズを解決するうえで欠かせない要件です。また、利用者の状態は変化しやすいものですから、一度アセスメントした内容が永久に続くことはありませんし、支援するうえでの注意点も変化していきます。
- 利用者・家族にとって、医師やさまざまな専門職から生活上の注意点として話を聞いていても、実際にその状況になるまで、あるいは、その状況になっても理解できないこともあります。

1. 課題分析

(2) 専門多職種の意見集約 (3 / 3)

- 介護支援専門員は、専門職から得た情報を、利用者・家族がわかる表現で、丁寧に説明していくことになります。そのときに、介護支援専門員が、なぜ、そういう評価や意見が出てきているのかを確認していなければ、利用者・家族が発する「望み」を専門職が考えるニーズと一致させていくことができません。
- サービス担当者会議において打ち合わせを行い、各専門職の利用者に対する理解が深まることで、アセスメントがさらに的確になり、その後の展開によい影響をもたらすことができます。

1. 課題分析

(3) 主治医からの情報収集の重要性 (1 / 3)

- 疾病は、利用者の生活ニーズを形成する要因の一つに過ぎません。しかし、疾病が生活上の諸問題を生じさせる発端となっていることが多いものです。
- そのため、利用者の健康や疾病に関する情報がわからなければ、適切なアセスメントを行うことはできません。特に主治医からの情報は、利用者を理解するうえで不可欠です。仮に主治医といえる医師との関係が弱くても、利用者が関係をもっている医療関係者から情報を収集することが大切となってきます。

1. 課題分析

(3) 主治医からの情報収集の重要性 (2 / 3)

- アセスメントにおいては、病名を知ることではなく、利用者の病状を知ることが求められます。介護支援専門員は、「病名を知り、検査方法を知り、治療を考える」というようなことはしません。
- 利用者が、その病気によって、「どういう状態」であり、そのことによって「どういう生活上の困難」があるかを把握することが求められています。

1. 課題分析

(3) 主治医からの情報収集の重要性 (3 / 3)

- 介護支援専門員は、主治医などから利用者の疾病の進行の状況、予後、どのような対応が病気の悪化や生活機能の低下を予防したり、緩やかにしたりすることにつながるのかという情報を得ることになります。
- アセスメントでは、こうして得た情報を基に、利用者の生活ニーズを解決するために必要な社会資源と、利用者が自立に向かうと考えられる促進要因を検討することになります。
- これは同時に、利用者がこのままの生活を続けた場合にどういう状態になることが考えられるかを検討することでもあります。

1. 課題分析

(4) ICFの視点に立った分析（1/4）

- 利用者の生活全体を把握することは、介護支援専門員に欠かせない視点であり、ICF（国際生活機能分類）の考え方は、大変参考になるものです。
- ICFの特徴は、以下のように整理できます。

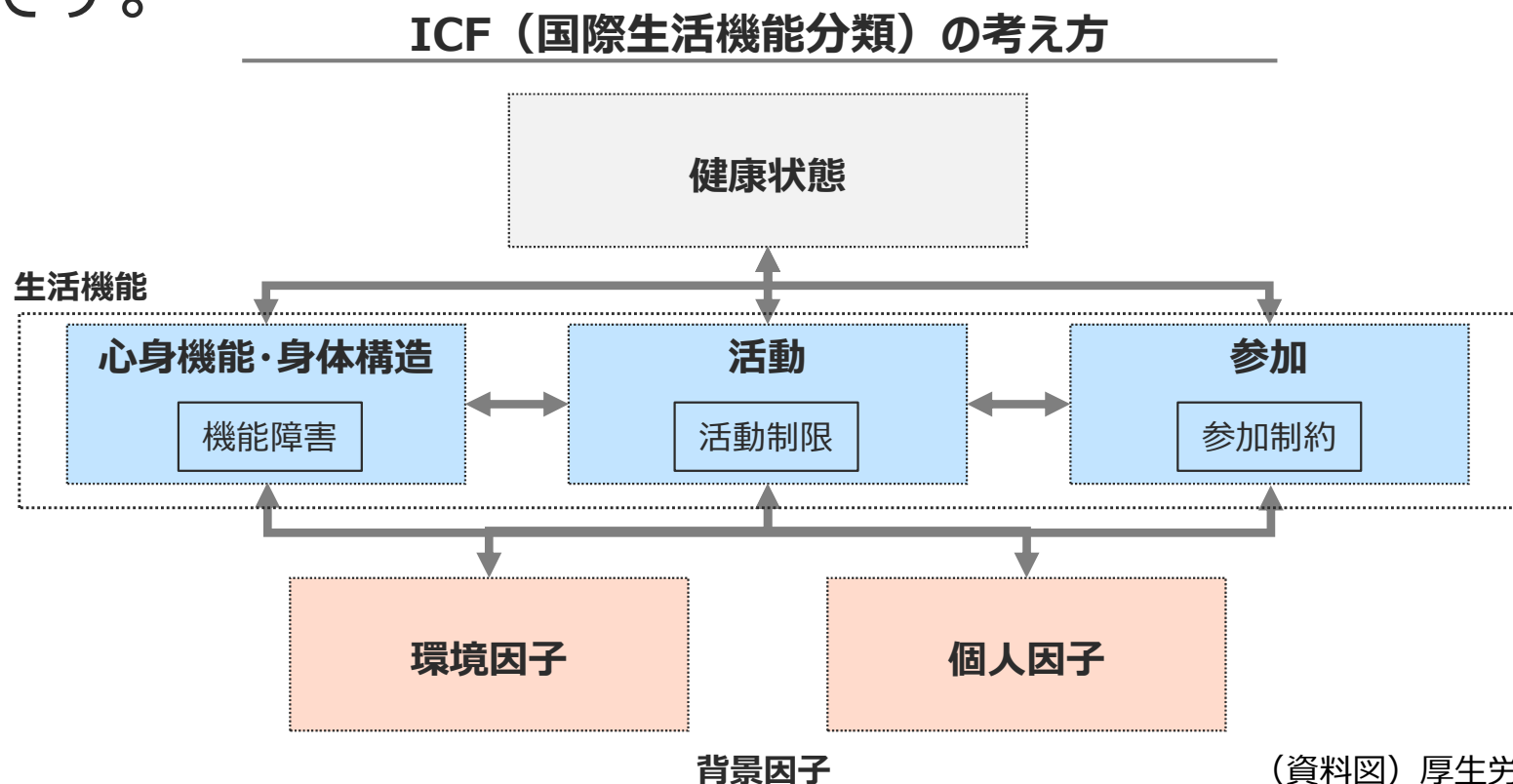
ICF（国際生活機能分類）の特徴

- 健康・病気・障害にかかわる仕事（介護、保健、医療、福祉、行政など）に従事する専門職と当事者（利用者、患者、障害者、家族など）を含めたすべての関係者の相互理解と協力のための共通言語としてつくられたものであること
- マイナス面よりもプラス面を重視する用語・考え方になっていること
- 環境面の影響も含めて生活機能をみようとすること など

1. 課題分析

(4) ICFの視点に立った分析 (2/4)

- ICFの考え方では、「個人の生活の機能は健康状態と背景因子との間の、相互作用あるいは複合的な関係」とみなされます。
- これは介護支援専門員がアセスメントのときにもつべき視点と重なるものです。



(資料図) 厚生労働省資料一部改変

1. 課題分析

(4) ICFの視点に立った分析（3 / 4）

- ICFの考え方を前提にすると、利用者が抱える生活上の問題は、病気や障害を抱えているからだけではなく、利用者が生活している環境との関係で起きていることが分かります。
- 環境とは住宅の構造のような物理的環境もあれば、家族や親族、あるいは近隣住民や介護サービスを提供する介護スタッフといった人的要因、さらに、利用者が生活している自治体独自の介護、福祉、保健、医療サービスといった制度的な環境もあります。

1. 課題分析

(4) ICFの視点に立った分析 (4/4)

- 人の生活は、個人のもつ能力と環境のもつ力が相互に作用して成り立っています。その相互作用がうまくいかないときに、生活上の「困りごと」が発生してきます。
- このような視点に立てば、環境を調整していくことによって生活上の問題を小さくしたり、利用者個人の力を高めたりすることが可能になるかもしれません。

1. 課題分析

(5) 課題整理総括表の活用 (1 / 4)

- 利用者の状態を把握し、情報の整理・分析を通じてニーズを導き出した過程について、サービス担当者会議や地域ケア会議といった多職種協働の場面等で、適切にその情報を共有するためのツールとして「課題整理総括表」があります。

課題整理総括表					作成日 / /		
利用者名		殿			利用者及び家族の生活に対する意向		
自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③			
		④	⑤	⑥			
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3	改善/維持の可能性※4	備考 (状況・支援内容等)	
見 通 し ※5		生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】		※6			
移動	室内移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
食事	食事内容		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
	食事摂取	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
	調理	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
排泄	排尿・排便		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
	排泄動作	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
口腔	口腔衛生		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
	口腔ケア	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
服薬		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
入浴		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
更衣		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
掃除		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
洗濯		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
整理・物品の管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
金銭管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
買物		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
コミュニケーション能力			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
認知			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
社会との関わり			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
褥瘡・皮膚の問題			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
行動・心理症状(BPSD)			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
介護力(家族関係含む)			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
居住環境			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		

1. 課題分析

(5) 課題整理総括表の活用 (2 / 4)

- 課題整理総括表は、「状況の事実」欄の現在の状況をマークし、これらの状況が生じた背景として「自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）」をすでに把握してきた要介護者に関する状態から、具体的に記載します。
- 次に、個々の現在の状況の事実の背景となっている阻害要因を示します。
- その結果をもとに、介護支援専門員は、個々の状況の事実について「改善/維持の可能性」に関する補足事項を検討します。

1. 課題分析

(5) 課題整理総括表の活用 (3 / 4)

- 前述の整理結果をもとに、多職種からのアドバイスを受けつつ、短期目標の期間を意識して、「どのような援助を実施することにより」「状況がどのように変化することが見込まれるのか」について「見通し」欄に記入します。
- それをもとに、「利用者及び家族の生活に対する意向」を踏まえて、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を記載します。さらに、生活ニーズについての優先順位を数字で記載します。以上が課題整理総括表の記入方法です。

1. 課題分析

(5) 課題整理総括表の活用（4 / 4）

- 課題整理総括表の活用にあたっては、基本情報と組み合わせて活用し、事前にアセスメントツール等を使って情報の収集・整理と分析をある程度実施しておく必要があります。
- 課題整理総括表はアセスメントツールではないので、アセスメントツール等を使ったアセスメントが必要です。
- また、利用者のマイナス面の評価だけでなく、利用者の意欲や能力といったプラス面の評価も加えて見通しを記述することが重要です。同時に、見通しを基に、介護支援専門員が利用者・家族とともに「短期目標」「長期目標」を決定し、共有することが、ニーズを実現していくポイントです。

2. 分析した課題の説明と合意、表記

(1) 優先順位の合意 (1 / 2)

- 介護支援専門員は、利用者の生活ニーズの見落としがないように、生活ニーズを列挙する必要があります。
- 利用者の生活ニーズに優先順位をつけるにあたっては、利用者の生活をとらえ、利用者の生活が活性化されるものを優先することになりますが、以下のような考え方が原則になります。

優先順位の考え方

- 利用者が困っていると感じていること、あるいは援助を望んでいることを優先する。
- 個々の生活ニーズのなかで、悪循環をつくり出す原因となっているものを優先する。
- 利用者の健康の維持や衣食住などの生活の基盤に関係しているものを優先する。
- サービスを結びつけることで、最も効果が見込まれるものを優先する。

2. 分析した課題の説明と合意、表記

(1) 優先順位の合意 (2 / 2)

- 優先順位の検討にあたっては、尊厳の保持、利用者本位を尊重しつつ、利用者・家族の求めと介護支援専門員をはじめ多職種による必要な支援の一致点を探ることが重要になります。
- いずれにしても、利用者と介護支援専門員の間で合意が形成されたものが生活ニーズとして取り扱われます。

2. 分析した課題の説明と合意、表記

(2) 専門的意見についての説明技術

- 介護支援専門員が目標について、「服薬の自己管理ができるようになる」「自立した生活が送れる」といった具合に専門用語や抽象的な表現を使って話しても、利用者・家族との間で目標を共有することはできません。
- 利用者・家族にわかる言葉で話すことをこころがけましょう。例えば、次のように話すと、利用者との生活の目標を共有していきやすくなります。

説明の例

Aさんがこれからもご主人と一緒にこの家でこれまでどおり暮らし続けていくには、リハビリを頑張ったり、お薬をしっかり飲んだり、ご自身でできることを頑張られることが必要ですね。

前よりは不自由なことがあるかもしれませんが、そうやっていって、ゆくゆくは趣味の園芸もできるようになればいいですね。それに、今はAさんが、ご自身でできることを頑張られて、ご主人を少しでも助けて差し上げることが大事ですよ

2. 分析した課題の説明と合意、表記

(3) 解決すべき課題（ニーズ）に対する利用者主体の表記（1/2）

- 居宅の標準様式「第2表 居宅サービス計画書（2）」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の欄には、利用者の生活ニーズのすべてが書き込まれることとなります。
- 居宅サービス計画書は、サービス担当者会議などで文書として交付されるのですから、利用者がみても納得のいくものでなければなりません。

2. 分析した課題の説明と合意、表記

(3) 解決すべき課題（ニーズ）に対する利用者主体の表記（2/2）

- 介護支援専門員の業務の柱は、利用者の自立支援です。利用者・家族が、「ニーズ」としてとらえていなければ、ニーズを自ら解決していく自立型のサービス利用はできません。
- 自立支援を目指す計画を作成するために、ニーズの欄には、「○○ができるようになりたい」、「○○をしたい」というように、利用者が主体的・意欲的に取り組めるような書き方が求められます。
- また、この欄に背景要因を書くと、「○○のために○○ができない」のように、ネガティブな表現になりやすいので、「○○をしたい」と、できるだけ簡潔に書くほうがよいと考えられます。

振り返り



【個人ワーク】
15分

- ここまで、「アセスメントとは②」について学んできました。

【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
 - ✓ スtrenグスの活用
 - ✓ 専門多職種の見集約の必要性
 - ✓ 主治医からの情報収集の必要性
 - ✓ I C F（国際生活機能分類）の視点に立った分析方法
 - ✓ 課題整理総括表の活用方法
 - ✓ 利用者の生活ニーズの優先順位付けの考え方
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

アセスメントを経て
居宅サービス計画へ

1. アセスメントに関する基本的項目

(1) 再アセスメントの重要性 ①モニタリング

- 居宅サービス計画が実施されると同時に、利用者についてのモニタリングが始まります。
- モニタリングは、計画の実施状況を継続的に監視することを意味しますが、計画内容が利用者の生活の質の向上に向けたものとして実効性をもって行われているかについて、アセスメントが繰り返されていくということを意味しています。
- これを再アセスメントといいます。

1. アセスメントに関する基本的項目

(1) 再アセスメントの重要性 ②検証 (1/2)

- 利用者からの情報収集、分析、ニーズの抽出にかかる期間は、非常に短いことが多く、その期間内では、利用者・家族の状況を十分に把握できない場合があります。
- 介護支援専門員として、十分なアセスメントを行っていないことからといったことではなく、情報の不足は常に発生してしまうものです。
- 利用者の状況をわずか1回か2回の初期面接相談で聞き出すことは不可能なことです。したがって、再アセスメントを繰り返すことで、利用者の生活が活性化される方向性を検証し直すことが必要になります。

1. アセスメントに関する基本的項目

(1) 再アセスメントの重要性 ②検証 (2/2)

- 居宅サービス計画に位置づけた社会資源は、それぞれが適切に機能することによって利用者の望む暮らしを支えるように考慮されています。
- そのため、介護支援専門員はそれぞれの社会資源が、計画したとおりにサービスや支援を提供できているかどうか、また、サービスが、計画とおりの曜日や時間に提供されているかを確認します。
- さらに、それぞれの社会資源が、長期目標・短期目標の達成のために機能しているかどうかを把握します。

1. アセスメントに関する基本的項目

(1) 再アセスメントの重要性 ③状態像の変化

- 利用者の状態像は、毎日変化していると考えられます。
- 特に、複数の疾患を抱えている利用者、または、退院直後の利用者の場合など、あらかじめとらえていた状態像が変化していくことは容易に考えられます。
- したがって、定期的な訪問ばかりではなく、必要に応じた訪問、また、サービスを提供している訪問介護員が気づいて連絡をしてきた場合など、機会を逃さず利用者を訪問する必要があります。

1. アセスメントに関する基本的項目

(1) 再アセスメントの重要性 ④入院・入所

- 一時的に状態が悪化した場合に、利用者が入院することがあります。しかし、短期間で退院する場合も多く、入院中の利用者の要素を把握しておくことは、退院後のスムーズな介護サービスの利用につながるものです。
- 利用者の身体的な状況ばかりでなく、介護サービス利用によって利用者・家族の意欲が改善された、積極的になったというような状況も再アセスメントする内容です。

1. アセスメントに関する基本的項目

(2) モニタリング機能の担い手 ①概要

- モニタリングを起点として、ケアマネジメントプロセスを展開するのは介護支援専門員の役割ですが、そのもとになる状況の変化を発見するのは、介護支援専門員ばかりではありません。
- 介護支援専門員は、さまざまな人たちに、モニタリング機能を担ってもらえるように、必要に応じてはたらきかけることが大切です。
- モニタリング機能は、大別すると、①利用者を支援する人、②利用者本人や家族が担うことができます。

1. アセスメントに関する基本的項目

(2) モニタリング機能の担い手 ②支援する人が担うモニタリング (1/2)

- 「利用者を支援する人」とは、サービス事業者や主治医です。
- サービス事業者は、それぞれのサービス提供場面で利用者とかかわります。

サービス事業者のかかわりの例	
訪問系サービス	<ul style="list-style-type: none">• 利用者宅が活動の場となるため、利用者自身の状態や様子に加えて、生活の様子についても情報を収集することができます。
通所系サービス	<ul style="list-style-type: none">• 利用者が他の利用者と関わる場面における利用者の姿をみることができます。• また、入浴サービスを利用している場合であれば身体の状況を把握することもできます。

1. アセスメントに関する基本的項目

(2) モニタリング機能の担い手 ②支援する人が担うモニタリング (2/2)

- 主治医は、利用者の健康状態や疾患の状況を把握する立場にあります。そうした情報は主治医が得ることが可能です。
- さらに、利用者の日常の様子は、近隣住民や民生委員などによって把握されていることもあります。
- 非専門職にモニタリングを担ってもらうにあたっては、個人情報保護に十分留意する必要がありますが、すでに利用者支援するネットワークにかかわってもらっている場合であれば、地域の見守りの目として、こうした人たちの力を借りることが有効です。

1. アセスメントに関する基本的項目

(2) モニタリング機能の担い手 ③利用者・家族が担うモニタリング

- 利用者の健康状態や生活機能の変化に、最も気づきやすいのは利用者自身であり、また、家族です。何らかの変化や違和感・不具合は、まず、利用者本人や家族が感じとります。
- 利用者・家族から情報発信がなされるには、介護支援専門員が以下を説明しておく必要があります。

利用者・家族に伝えておくべきこと

- どういった変化があれば知らせたいのか
- 知らせてもらうことによって、介護支援専門員はどのような行動をとることができるか
- それが利用者・家族にとってどのような利益につながるのか

- これによって、利用者・家族が、モニタリング機能を担う動機づけを高めていくことができます。

1. アセスメントに関する基本的項目

(3) 目標に対する意欲 ① 目標の共有

- 生活の目標は、利用者と介護支援専門員との間での共通の目標となります。また、居宅サービス計画に位置づけられた介護サービスの提供事業者やインフォーマルサポートを提供してくれる人々の間でも共有される目標になります。
- こうした目標の共有によって、利用者と介護支援専門員との援助関係が構築され、関係者間でのチームアプローチがなされます。

1. アセスメントに関する基本的項目

(3) 目標に対する意欲 ②利用者の望む暮らしの理解 (1 / 2)

- ケアマネジメントの目的は、「利用者の課題解決」であると理解されているかもしれませんが。
- しかし、利用者は自分の生活が「課題を含んでいる」とは考えていないことがあるため、「課題の解決」にばかり目を奪われることは、利用者の支援を考えるうえで適切ではありません。

1. アセスメントに関する基本的項目

(3) 目標に対する意欲 ②利用者の望む暮らしの理解 (2/2)

- 介護支援専門員は、健康の維持や適切な療養環境の獲得などを目標と考えがちです。
- しかし、利用者にとっては、それらは「日常生活の維持」あるいは「望む暮らし」のための条件に過ぎないものです。
- 居宅サービス計画は、利用者が望む暮らしを実現していくための手段です。利用者が「望む暮らし」を具体的にイメージできるまで、介護支援専門員は、利用者と話し合い、利用者の望む暮らしを実現することが、ケアマネジメントの目標だといえます。

振り返り



【個人ワーク】
10分

- ここまで、「アセスメントとは②」について学んできました。

【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
 - ✓ 再アセスメントの重要性
 - ✓ モニタリング機能の担い手
 - ✓ 利用者との目標共有時の留意点
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

終わりに

- 以上で本科目で予定された座学の内容は終了です。
- 科目のはじめに確認した修得目標は達成できたでしょうか。
- 理解が曖昧な部分は振り返りをして、確認テストを受けた後、演習の参加に備えてください。
- なお、研修記録シートは演習終了後に作成してください。



※研修記録シートなど修了評価に係る事項については都道府県・研修実施機関の指示・指定に従って対応するようにしてください。



受講お疲れ様でした。