

水戸市 ケアプラン適正化推進事業 2021

よい良い 機能的な 施設ケアマネジメントへのヒント

施設ケアマネジメント実務の手引き
～その進め方とポイント～



一般社団法人 日本介護支援専門員協会
介護保険施設部会

JCMA 施設部会実務の手引きをもとに

茨城県介護支援専門員協会 副会長 浅野有子

① 施設ケアマネジメントと介護支援専門員

入所者が理想とする生活、自立支援を実現するために、定められたプロセスに従い課題解決を目指す手法です。このプロセスを中心に進め、施設に勤務する専門職が提供するサービスはもちろん、施設外の社会資源も含めコーディネートする役割を果たすのが計画担当介護支援専門員です。



② ケアマネジメントと施設サービス計画

ケアマネジメントを展開する際、施設サービス計画が欠かせません。例えば、施設サービス計画とは、自立支援という作戦を成功させるための手順書、あるいは、自立支援という登山で無事登頂を果たすための登山地図であり登山計画書です。



③ 施設における施設サービス計画

施設サービス計画とは、入所者が、理想とする生活を実現するための解決すべき課題を見つけ出し、その課題の解決に向けた具体的な目標を立て、それに従い、どのような支援を、誰から、いつ、どこで、どの程度利用（提供）するかを、入所者本人や家族の意向と計画担当介護支援専門員を中心とした各専門職の専門的な判断も反映させた計画です。



④ ケアマネジメントの目的

1) 自立支援を目指す

一人の入所者を、各職員・各職種と入所者自身・家族・地域・住民やボランティア等が役割分担を行い、過不足なく確実にケアすることで、利用者が持っている能力を損なうことなく、最終的には入所者がより自立的な生活を送ることを目指すことです。

2) 施設内のケアの仕組みの構築

ケアマネジメントを実践することで、施設内にケアのチームとケアの仕組みが形づくられることで多職種協働が実現し、それが他の入所者をケアする際にも応用できることです。

野中猛：著「図説ケアマネジメント」中央法規出版 参照

【3】 計画担当介護支援専門員の機能

① 計画担当介護支援専門員の役割

ケアマネジメントは、施設サービス計画に基づいてケアを提供することが基本です。そのためには、施設サービス計画を立てなければなりません。

そのためのアセスメントと各専門職のコーディネート、そして、そのケアプランを周知し、実行・モニタリングしていくケアマネジメントサイクルをマネジメントするのが計画担当介護支援専門員です。

運営基準の中で、業務内容が最も具体的に定められているのが計画担当介護支援専門員です。

② 運営基準による責務

入退所に関して

- 1 入所申込者の入所に際し、その者に係る居宅介護支援事業者等に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握すること
- 2 入退所継続判定への出席
- 3 退所時に退所後の主治の医師及び居宅介護支援事業者等並びに市町村と十分連携を図る（介護支援専門員及び相談員が中心となって）

施設サービス計画に関して

- 1 主要な過程は介護支援専門員が担当する
- 2 介護保険サービス以外のサービスも取り入れた総合的計画を立てる
- 3 施設サービス計画を立てるために入所者の生活全般について十分把握し課題分析を行う
- 4 課題分析に際しては入所者・家族に面接をしなければならない
- 5 施設サービス計画原案の作成
- 6 サービス担当者会議を開催し出席者から専門的意見を求め調整する

施設サービス計画に関して

- 7 入所者に施設サービス計画原案の説明を行い、同意を得る
- 8 入所者に施設サービス計画を交付する
- 9 施設サービス計画の実施状況と評価を行う
- 10 定期的に入所者に面接しモニタリングを行う
- 11 施設サービス計画変更は②～⑧の手順で行う

その他

- 1 身体拘束等の態様・時間、利用者の心身の状況、やむを得ない理由の記録(介護老人福祉施設の場合)
- 2 苦情の内容等の記録
- 3 事故の状況、その際にとった処置の記録

【4】施設ケアマネジメントの課題と今後の方向性

① 施設ケアマネジメントの課題

職員が、交代勤務であり多人数であるため、施設サービス計画が周知や共有されていない、あるいはされにくいという現状がみられます。

周知や共有がされていない結果として、ニーズや目標も共有されず、多職種協働はおろか、同職種協働さえ実現できない状況もあるのではないのでしょうか。

計画担当介護支援専門員は、そのような課題を解決するためにも、ケアプランに関する事に限らず、必要な情報を施設内で発信する力を備えましょう。

ただし、計画担当介護支援専門員個人の能力だけに頼るのではなく、情報の周知や共有化のための仕組みを構築し、マネジメントする能力も必要です。

施設の場合、計画担当介護支援専門員とその他の職種が同じ施設に所属していることから、計画担当介護支援専門員が施設・職員側の立場に立ってしまう危険性があります。

そのような事態を防ぎ、同じ施設に所属していることがデメリットとならないように、

入所者のアドボカシー（代弁）機能をより重視しましょう。

入居者の
声が大切



② 計画担当介護支援専門員に求められる能力

計画担当介護支援専門員は、単に施設サービス計画を立てる担当者ではありません。対人援助技術を用いて入所者や家族をエンパワメントすることや、施設サービス計画を軸に多職種をコーディネートする存在であり、そのために多職種の専門的な知識や技術を入所者の課題に集約させるためのコーディネート力やマネジメント力が求められます。

担当介護支援専門員自身が自らの役割に対する認識を高めましょう。

入所者や家族のセルフケア、施設外のボランティア等の社会資源をコーディネートし、マネジメントすることへの理解も深め、その能力も磨きましょう。

計画担当介護支援専門員は自身のアセスメント能力の向上を常に意識しましょう。さらに、自分だけでなく、施設の全ての職員のアセスメント能力を向上させる技術や能力も身に付ける必要があるでしょう。

③ 施設ケアマネジメントの今後の方向性

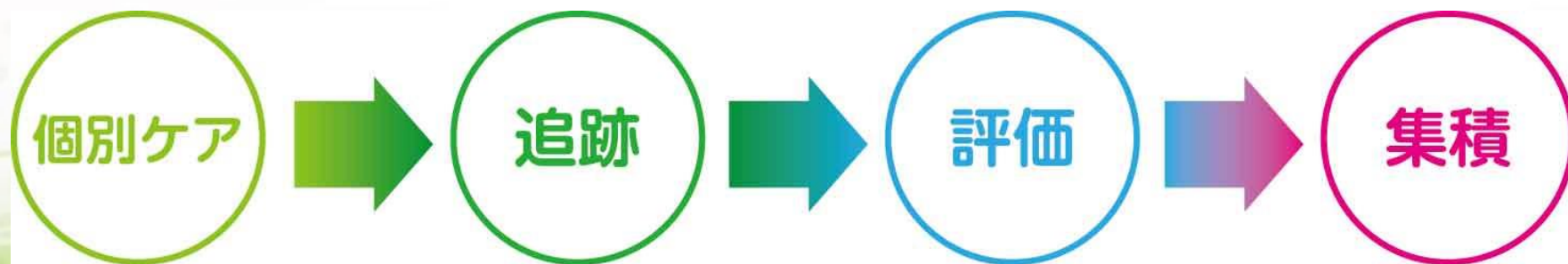
施設ケアマネジメントにおいては、介護報酬の加算要件に係る栄養やリハビリテーションに関する計画以外は施設サービス計画に包括されていることがほとんどです。

多くの施設で、施設ケアマネジメントの弱点として認識されている施設サービス計画の周知と実行は、早急に解決すべき課題です。

この課題を解決するための手段のひとつとして、居宅ケアマネジメント同様に施設サービス計画を明確にマスタープランとして位置づけ、その上で、多職種はそのマスター計画に基づき個別援助計画（居宅ケアマネジメントの個別サービス計画に該当する）を作成することで、各専門職の責任と役割の明確化を行うことを進める時期に来ています。

モニタリングに関しては、各専門職が提供する個別のケアに対する実行状況の追跡とその都度の評価と、それらを集積した形で介護支援専門員が行う追跡と評価については、それぞれを分担し整理することで機能を明確化する必要があります。

あなたの施設のケアの品質の責任者であり 施設が選ばれるようなものとなるかどうかの鍵を握っている専門性を大切に 利用者個々の声と願いに耳を澄ませましょう。 ケアの支援の質に目を凝らし、より適切なケアへと・・・



④ 地域包括ケアへの対応

地域包括ケアシステムが推進されている状況下で、各施設に対してこれまで以上に在宅復帰・在宅支援やターミナルケア、中重度者への対応等が期待され、求められています。

これらの機能をスムーズに発揮するには、ケアマネジメントの質の向上が欠かせません。



⑤ 地域包括ケアでの施設のあり方を認識する

施設は、地域包括ケアの重要な資源として位置付けられています。特に在宅復帰・在宅支援やターミナルケア、中重度者への対応といった機能にこれまで以上の期待がされています。

このことを言い換えれば、施設は、地域包括ケアのバックアップ機能を担う自覚を持たなければなりません。さらに、これらの機能をスムーズに発揮するには、ケアマネジメントの質の向上が欠かせません。

計画担当介護支援専門員は、施設のあり方や機能が変化していくことを認識しましょう。自分が勤務する施設が、その地域においてどのような機能が期待され、いかなる機能を果たすべきなのかといったことに対して常に敏感でいましょう。

地区会 地域ケア会議へ参加をして 地域を知り 地域につながりを深め 仲間たちから学び 仲間たちに頼りにされていきましょう

第2章 インテーク

施設ケアマネジメント実務の手引き ～その進め方とポイント～

① 全体像の把握を行う

インテークにおいて、現時点で相談に訪れる人がどのような悩みを持ち、困りごとがあり、またどのような意向を持たれ、施設利用をどのようにとらえておられるのか など生活全般について情報収集することが必要になります。

医療的ケアや課題・機能改善の可能性・生活上の注意点
緊急性の有無など事前に把握できる情報があれば、
自分なりにポイントをまとめておくといいでしょう。

② 主訴と支援提供体制の適正確認を行う

相談の対象となっている人に対して、自施設のサービス提供が可能か否か 適切なのか の判断をする必要があります。この時点で相談に訪れている人はどうしたら良いのか判らないという場合がほとんどです。

施設でのサービス提供が可能であれば、介護保険の仕組みや自施設のサービス内容・特徴 等の説明をする必要があります。

また、不可能な場合であっても、すぐに面談を終了するのではなく、利用可能な社会資源などを紹介することも大切なことです。



③ 良好な援助関係を構築する

自分の悩みを相談するうえで、あなたならどのような人に相談をしますか。悩みが大きければ大きいほど、きっと自分にとって信頼の厚い方を選択するはずです。

信頼関係は一日にしてならずですが、相手が自分に何を求めているのかを理解しておくことは必要なことです。

ケアマネジメントを展開するうえでも、入所者・家族との良好な援助関係を継続的に構築していくことが求められます。



④ 支援の緊急性や必要性を判断する

相談に来る入所者やその家族は、心身の状況や置かれた環境もそれぞれ異なります。

当然、施設では入所開始に至る前に入所判定の会議を開催して、入所の緊急性や必要性を吟味して入所の可否を決定します。

またそれに留まらず、入所の順番や時期・適切なユニットやフロアを判断しなければなりません。インテークは、それらの判断に必要な情報収集も大切な目的となります。

初動期のケアの見通しを立てることにつながり 施設内多職種への信頼の情報提供ができると ケアマネの存在意義は大きいです

① 計画担当介護支援専門員の役割の明確化

「入所者・家族にとって計画担当介護支援専門員が何をしてくれる人なのか良く判らない。」

多職種が関わりを持ち、計画担当介護支援専門員が兼務して業務に就いていることも少なくないため、このような現状が見受けられます。

計画担当介護支援専門員は施設内での自分たちの役割を明確にして、入所者・家族に対して説明をすることが求められます。

1) ケアマネジメントにおける中心的存在（コーディネーター）

自立支援や望む暮らしへの道筋をケアプランにします

2) 入所者・家族の代弁者としての機能

希望や不安・気になることを伺い 希望をかなえ不安が解消される
ようにお手伝いします



② インテークにおける多職種協働

インテークは、計画担当介護支援専門員一人によって行われるだけではなく、入所者の状況・状態など場面に応じて看護師やリハビリスタッフなど関係する職種とともに行われる場合もあります。

普段から多職種間でインテークの理解を互いに深めたり、情報収集をするうえで必要なポイントの確認や収集した情報の共有が図れるよう、同じ目的に向けて取り組むことが必要になります。

インテークは多職種協働の大切な第一歩であることを理解しておきましょう。
状況を教えてください どうしたらよい方向に向かうか一緒に考えていきましょう
大切なことは私からも本人や家族に伝えていきますね とか

③ 自施設の力量・今の限界・課題を把握

「どのような介護サービスを提供できるか」「医療的なサポートはどこまで提供できるのか」など。当然、自施設について入所者・家族から説明を求められます。だからこそ、単に自施設の介護保険上の位置づけを把握するだけではなく、介護・医療・リハビリ・栄養など多職種と協働するうえでの提供可能な範囲を理解し説明できるように準備しておくことが必要になります。入所後に、事前の説明と違うといったトラブル防止にも繋がることも理解しておきましょう。



④ 地域の社会資源の把握

「私たちの地域ではこのような町内活動に参加できますよ」「地域には他にこのようなサービスを実施する事業所がありますよ」など自施設の地域にどのようなフォーマル・インフォーマルな資源があるのかを知っておくことは、入所者にとって活動の選択肢を広げることにもつながります。積極的に情報収集に努めるようにしましょう。



⑤ 事前に情報を整理する。

インテーク時には、入所者や家族への気遣いや相談内容への対応で精一杯になり、お伝えすべき内容を伝え忘れたり、伺うべき内容を聞き漏らしてしまうということがあります。

事前にインテーク用シートなどを作成し情報を整理しておくことが必要です。

ポイント

初回面接前に相談者の状況が少しでも判る場合は、必要に応じて関係する多職種とポイントなどをまとめておくとい良いでしょう。



⑥ インテーク前までのポイントの整理

- ☐ インテークの目的について理解できているか。
- ☐ 自施設において計画担当介護支援専門員の役割の明確化が図れているか。
- ☐ 情報収集するうえで必要なポイントを多職種と共有できているか。
- ☐ 自施設の力量を把握できているか。
- ☐ 地域の社会資源について把握できているか。
- ☐ インテークシート等を作成し、情報の整理はできているか。

⑦ 受理面接時の確認ポイント

確認ポイント	具体的内容	☑
計画担当介護支援専門員の役割	入所者・家族に対し自分の役割を明確に説明	☐
支援の有無	ケアマネジメントの必要性の判断	☐
制度の説明	介護保険制度についての説明	☐
自施設の説明	多職種協働により提供できるサービスや契約書等の説明	☐
施設利用の意思確認	入所者・家族に対し自施設を利用されるか の意思を確認	☐

⑧ 不安を安心に

最後に。入所者や家族の置かれている状況や困難、それらから生じている悩みや不安などを伺い共有していくインテークの過程を通して、次のケアマネジメントプロセスであるアセスメントにつなげていくことになります。

インテーク終了時において当初抱いていた不安な気持ちが少しでも軽減され安心につなげることが、入所者・家族との信頼関係構築にもつながり次のプロセスへもスムーズに展開できることになるのです。



第3章 アセスメント

施設ケアマネジメント実務の手引き ～その進め方とポイント～

① アセスメント

- ケアマネジメントプロセスの2番目の過程です。
- 介護保険のケアマネジメントでは課題分析と訳されることが一般的です。
- 課題分析以外にも評価や査定といわれることもありますが、「評価」を使う場合はモニタリングの際の「評価」と混同しないように注意しましょう。

種々の情報を整理 統合して
望む暮らしや 本人の可能性を見据え
解決すべき生活の課題を取りまとめ
目標を言語化し
それへ向けたチームでの取り組みの計画
7を策定していくまでの過程

課題分析



① アセスメントの意義・目的

アセスメントとは、ケアを開始する前に、情報収集・訪問・面接・調査などで多様な情報を収集し分析することです。



そこから、現在おかれている問題状況を把握し、それらを解決し、理想とする生活を実現するための解決すべき課題とその解決に向けた具体的な目標を導き出すことです。

収集される情報は主観的事実と客観的事実の2種類に分類されます。
客観的事実には、入所者・家族が把握できていない事実が含まれていることも少なくありません。また、主観的事実には、専門職から見れば不合理なことが含まれていることもあります。

これらの点も解決すべき課題を洗い出す際には重要なポイントとなります。



② アセスメントの意義・目的

＜アセスメントの4つのステップ＞

①訪問・面接・調査などで多様な情報を収集する
（客観的事実・主観的事実→共有）



②入所者・家族が抱えている問題状況（問題が生じる悪循環）を把握する



③収集した情報を分析する（今起きている状況の原因は何か）



④問題状況を解決し、理想とする生活を実現するために解決すべき課題とその解決に向けた具体的な目標を導き出す。

① アセスメントの標準的な方法・手順

＜アセスメント＞

アセスメントについては、国が指定した「課題分析標準項目」を網羅しているアセスメントツールを活用して情報収集、分析を行うことが定められています。

自施設で開発したアセスメントツールを用いることも認められていますが、それは「課題分析標準項目」を満たしていることが前提です。

「課題分析標準項目」を満たしていない個人的な考えや手法で行ってもアセスメントとは認められません。

課題分析標準項目

(参考)

基本情報に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日・住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目（※ 次ページ参照）
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目（※ 次ページ参照）
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」(平成11年11月12日 老企第29号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知)の別紙4の別添 より引用

課題分析（アセスメント）に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	A D L	A D L（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	I A D L	I A D L（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

3. 精神面・心理面のアセスメントの実施（客観的事実）

- ① 認知機能の状態、認知症有無や程度、うつ等の精神疾患の有無を確認しましょう。認知症の場合は、認知や意志伝達の程度、行動・心理症状の有無を確認しましょう。また、記憶障害は、どこまで覚えることができ、思い出すことが出来るのかななどをより細かく確認する必要があります。



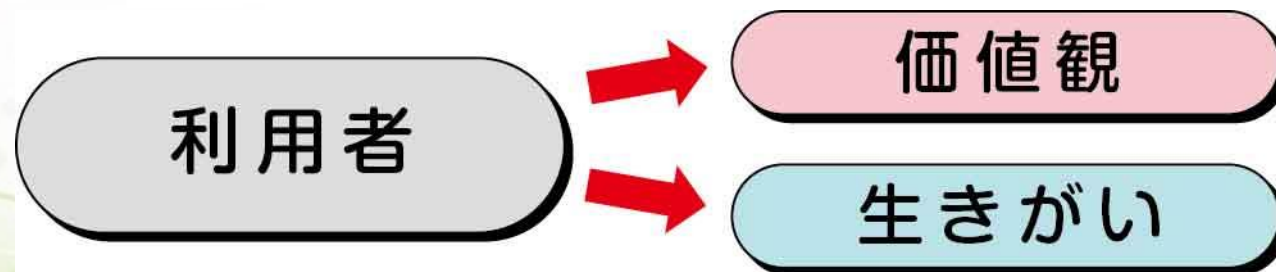
行動や行為のみの確認だけでなく、入所者、家族が疾患や障がいをどのように理解し対応しようとしているのかの確認も大切です。

④ アセスメントの標準的な方法・手順

②生きがい、価値観、性格等に関する情報を確認しましょう。

人生においてのこだわり、大切にしてきたことなど、人それぞれ違いがあります。また、問題解決方法も、今までの生き方によって方法が異なります。アセスメントにおいてニーズを導き出す際に、利用者の価値観、

生きがい等が大きく関わっていることを理解して情報を収集するようにしましょう。



⑤ アセスメントの標準的な方法・手順

4. 社会面のアセスメントの実施

- ① 家族関係、介護・家事に関する情報を確認しましょう。家族関係は人数だけでなく、人間関係も確認しましょう。誰が中心となって関わっていただけるのか、それぞれの関係の良しあしなども確認しましょう。
- ② 経済状況、住環境に関する情報を確認する。
年金の種類、金額から経済的な負担能力の確認を行いましょう。
生活の継続性から自宅等の住環境の確認は重要です。
- ③ 社会参加や地域との関係等、社会面に関する情報を確認しましょう。
利用者や家族が、地域とこれまでどのような関係性の中で生活をしてきたのかは大切です。地域の方々に対しどのような感情を持っているのかなどを確認する必要があります。

⑥ アセスメントの標準的な方法・手順

5. 関係機関・関係者からの情報を確認する。

- ①居宅介護支援専門員、居宅サービス事業所から情報提供を受けましょう。
- ②主治医との連携、主治医意見書の内容を確認しましょう。
- ③地域包括支援センター、民生委員、市町村、保健所、病院等からの情報を確認しましょう。

① アセスメントのポイント

＜収集した情報を分析・統合をする＞

アセスメントは、情報を収集するのみではなく、それぞれの情報がどのように相互に作用し、生活に影響を及ぼしているのかなど、収集した情報を分析し繋ぎ合わせ、入所者の1日の生活を理解する必要があります。

フェースシートやアセスメントツールでの情報収集は、比較的、身体状況や医療、経済面の情報は網羅されていますが、現在の生活に対する思いや考え、

また、入所者の強み、希望などの情報は不十分な場合もあるため、客観的事実、主観的事実の両側面から情報を得ることを意識しましょう。

② 施設におけるアセスメントの留意点

＜入所者の視点を忘れない＞

私たちは、往々にして職員の視点からアセスメントを行う傾向にあります。

（食事量は？ 嚥下は大丈夫？ 排便は毎日あるの？ 夜間の状態は？ 認知症の状況は？ など）

これらの情報は、支援をしていくためにとても大切な必要不可欠な情報です。しかし、職員の視点中心で入所者を観ていくと、施設サービス計画は「お世話のための計画」となりがちです。

また、入所者を部分、部分で見る捉えがちとなり、「それぞれが関係しあって現状が在る」という、入所者を全体的にとらえる視点を見失う危険性が高まります。

③ 施設におけるアセスメントの留意点

＜入所者の「暮らし」に焦点を当てる＞

入所者は施設において（自宅に帰って）どのような生活を送りたいと考えているのでしょうか。日々の生活の中ではどのような力を持ち、何が出来て、何が出来ないのでしょうか。また、その要因は何かを把握することが大切です。

そこから、自立に向けてはどのような援助が必要で、入所者が施設や自宅で豊かに生活していくためには、私たちが何をすべきなのかを考えましょう。

「利用者の住まいである」場所で「利用者が生活をする」という意識を持ち続けることが大切です。

第4章 施設サービス計画

施設ケアマネジメント実務の手引き ～その進め方とポイント～

① 介護保険法による定義

介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設に入所している要介護者について、これらの施設が提供するサービスの内容、これを担当する者その他厚生省令で定める事項を定めた計画

(介護保険法第8条第2 3項)



② 入所直後のケアマネジメントの重要性

施設サービス計画は、インテークとアセスメントを経て施設サービス計画の原案が作成され、サービス担当者会議を経て確定されます。

ただし、多くの施設では、入所直後の施設サービス計画は暫定ケアプラン等と呼ばれ、初動期の計画として運用されることがあります。また、施設の場合、施設サービス計画の原案も多職種が関わって立案されていることも少なくないとの指摘もあります。

初動期（暫定）の計画は、通常、入所後数日から2週間程度運用され、その間に、入所者の意向や生活をより詳しく把握し、その状況を踏まえた検討によって確定版の施設サービス計画が完成します。

入所直後（初動期）の施設サービス計画は、急激な環境の変化等によって入所者が不安定な時期ですからリスク管理も含め特に重要となります。

① 入所者の望む暮らしの実現

施設サービス計画の目的は利用者の望む暮らし、理想とする暮らしの実現。

施設サービス計画は、いわば、望む暮らし実現するための作戦を遂行するための段階や手段を具体的に記した手順書であり、例えるなら望む暮らしという山頂までの登山道を間違いなく進むための登山地図と登山計画書です。

同時に、施設サービス計画は入所者本人の行動計画書でもあります。入所者の主体的な取り組み、家族の応援や支援は作戦遂行の為の大切な資源です。**施設サービス計画を手にして進むのは入所者本人であることも忘れないようにしましょう。**

② 入所者の自立支援の道筋を示す

ケアマネジメントの目的の一つは自立支援です。その目的を確実に効率的に安全に実現していくための道筋を明らかにすることも施設サービス計画の目的です。

自立支援には、入所者が主体的に自分の生活を考え、自分のできることを自分で行うことや、必要なケアを受ける事で日々の生活を自律的に過ごすこと等の多様な要素が含まれています。

重度の入所者は、A D L や認知機能が改善するという身体的自立が困難な例も多くあります。しかし身体機能を維持する支援を実施しながら、自己決定やQ O L 等の精神的・社会的自立の支援を検討するという事も重要です。

③ 入所者の権利擁護と契約書

施設サービス計画は入所者（とその家族）のものであります。同時に、ケアプランの言葉通り、施設職員が適切なケアを提供するためのものでもあります。

さらに、施設が入所者にどのようなケアを提供するかを記した入所者と施設の契約書という重要な意味もあります。その契約が内容通りに履行されれば入所者の人権がおろそかにされることはないはずです。

一方、施設サービス計画を契約書と考えれば、確実に実行できるサービスしか記載できません。記載できるサービスだけでケアが行き届かない場合は、施設内のサービス資源のレベルアップや開発が必要です。

④ 生活全般の解決すべき課題の解決・改善に向けて利用者・家族、多職種の役割分担を示す

施設サービス計画には、課題を解決するために各専門職がどのような役割を果たすのか、そして、それは専門職だけでなく、課題を抱えた当事者である入所者自身や家族の役割も含めて明示されています。

これによって、関係者は自分の果たすべき役割はもちろん、入所者・家族を含めた他の関係者が果たす役割も理解できます。

利用者本人が、自分の果たす役割と他の支援者がサポートしてくれる内容の総力で目標を目指すことが理解でき、単なる役割分担以上の協働・共生の実現につながります。

⑤ 入所者本人を主体に家族や地域資源との連携を明示する

家族は重要な支援資源です。洗濯や買い物、散歩や気分転換、受診時の付き添いや入所者の相談相手として施設ケアプランに位置付け、課題を共有して取り組んでいただくことはリスクマネジメントの面からも有効です。

また、施設に地域資源を取り込むことは有益です。

在宅復帰を支援する場合には、必ず地域資源を利用することになりますが、そうでない場合でも、友人・近隣・ボランティア等の地域の社会資源を積極的に利用しましょう。

これによって、生活の場は施設であっても、地域の人たちと交流しながら生活することは実現できます。在宅復帰は不可能でも地域復帰や地域生活の可能性を追求する意識を持ちましょう。

⑥ 生活のリスクを明示し、共有する

どれほど綿密な計画を立ててもリスクをゼロにすることはできません。

また、積極的に自立支援を進めれば、それに伴い転倒等のリスクが高まる場合もあります。

ケアプランには契約書の側面があることは前述した通りですが、そうであれば、どのようなリスクがあるのか明示することですべての関係者がそれらを理解し共有できます。

① 第 1 表 施設サービス計画表（１）

「利用者・家族の生活に対する意向」欄

- 入所者の発言を尊重し、困りごとや嫌なこと、心配事等は、しっかり理解しつつポジティブで解決へ向けた意思・意向を引き出していくようにしましょう アセスメントの結果の意向や希望を確認するような表現が望めます。
- 入所者が困りごとを解決し、「～になりたい」「～でありたい」と思えるようになることが重要です。そのためには、計画担当介護支援専門員が相談面接技術を用いて意欲を引き出せるように関わる意識が大切。
- 意思表示の難しい入所者の意向は、入所者に寄り添い、より良い生き方・望ましい暮らしの像を推測し、チームのみんなもそこに心を寄せることができれば 良い支援チームになっていけるのではないのでしょうか。

- 家族の意向は、「施設で穏やかに暮らして欲しい」ではなく、「～が大変で自宅での暮らしが難しい」「～を大切にケアしてほしい」「本人に～はできるようになってほしい」等の課題解決につながるような意向を引き出しましょう。

（参考）施設サービス計画書標準様式及び記載要領
(老企第29号：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)

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたと考えているのかについて課題分析の結果を記載する。

なお、利用者及びその家族の介護に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。

「介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」欄

- この欄に意見が記載されている場合には転記し、それを勘案し、施設サービス計画に反映できるように留意しましょう。

「総合的援助の方針」欄

- 「利用者・家族の生活に対する意向」というリクエストに対する施設の応えです。
- 入所者・家族を含めた支援チームに向けて、自立支援の方向性を示す大切なメッセージでもあります。
- 入所者・家族と共により良い暮らしへ向かう姿を示せるように工夫しましょう。
- 緊急連絡先は支援チームにとっても重要な情報です

(参考) 施設サービス計画書標準様式及び記載要領

(老企第29号：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)

「介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」

被保険者証を確認し、「認定審査会意見及びサービスの種類の指定」が記載されている場合には、これを転記する。

「総合的援助の方針」

課題分析により抽出された、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）に対応して、当該施設サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、総合的な援助の方針を記載する。

あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先等について記載することが望ましい。

③ 第2表施設サービス計画表(2)

「生活全般の解決すべき課題」

- 解決すべき生活全般の課題は、ポジティブに本人の課題として表現することが基本ですが、ただ「～したい」と書けば良いというものではありません。利用者が課題にポジティブに取り組めるようになることが肝心です。

例1

歩行が不安定で
トイレで排泄できない

ポジティブに
変換!!

日中はトイレで排泄したい

例2

利き手が麻痺しているために
食事がうまく食べられないので困る

ポジティブに
変換!!

人に手伝ってもらわなくても
食事ができるようになりたい

(参考) 施設サービス計画書標準様式及び記載要領

(老企第29号：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)

「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」

利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。

ニーズや目標に安易な表現は避ける

ニーズや目標に、以下に示すような安易な表現を用いると、客観的な観察もできず、モニタリングの際にも抽象的であいまいな評価しかできなくなってしまう。明確で客観的な評価のために、ニーズや目標はできる限り具体的に表現しましょう。

使わないほうがよい表現		具体的な表現をするには
5 安	安心・安全・安楽・安定・不安のない	5 安 4 K やこれに似た表現は使わない 「安心」と書く代わりに利用者にとって、どの状態が「安心」な状態なのかをイメージし具体的に書く工夫をしましょう
4 K	快適・継続・活発・活性化	
5 安 4 K 以外	穏やか・元気・意欲的・楽しく・なるべく・できるだけ健康に・病気にならない	

④ 第2表施設サービス計画表（2）

「目標」

目標を設定するには以下の点を踏まえて設定しましょう。

①特に短期目標の場合に過重な設定にしない。

頑張ればできると思える手が届く目標を設定する。具体的な表現を工夫

②なぜ頑張るのかがわかりやすい どんな希望に向けて取り組んでいるのか

③達成した時の状態が具体的にイメージできる

④達成すれば自分のためになる、得をすると思えるような わかりやすい表現

⑤入所者や家族が理解できる言葉で書く

※短期目標は長期目標を達成するために必要な条件となります。

長期目標達成に何が必要かを考えていきます。

(参考) 施設サービス計画書標準様式及び記載要領

(老企第29号：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)

「目標（長期目標・短期目標）」

「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合やいくつかの課題が解決されて初めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。

「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものである。緊急対応が必要になった場合には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度、「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記載する。

なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやすい具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

(参考) 施設サービス計画書標準様式及び記載要領

(老企第29号：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)

「長期目標」の「期間」は、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を、いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載する。

「短期目標」の「期間」は、長期目標の達成のために踏むべき段階として設定した短期目標の達成期限を記載する。

また、原則として開始時期と終了時期を記入することとし、終了時期が特定できない場合等にあっては、開始時期のみ記載する等として取り扱って差し支えないものとする。

なお、期間の設定においては認定の有効期間も考慮するものとする。

長期目標は1年～6か月程度で達成できる程度で設定する事が一般的です。

短期目標は長期目標の期間範囲の中で設定します。

「最終的に〇〇(長期目標)を達成する。そのために、まずは△△(短期目標)を達成する」と考えてみましょう。

下記は記載例です。必ずこのように書かなければならないということではありません。

生活全般の解決すべき 課題（ニーズ）	目 標			
	長期目標	期間	短期目標	期間
デイルームに自分で 行けるようになりたい。	1人でベッドから車い すに移り、デイルー ムと自分の部屋を自 由に移動できる。	H28年4月1日～ H28年9月30日	ベッドから車いすへの移動が 円滑にできる	H28年4月1日～ H28年6月30日
			臀部の褥創の再発を防止する	H28年4月1日～ H28年4月30日
			安定した姿勢で30分程度の 作業ができる体力をつける	H28年4月1日～ H28年9月30日
			車いすを操作して居室とデイ ルームを往復できる	H28年4月1日～ H28年6月30日
			デイルームで趣味のフラワー アレンジができる	H28年6月1日～ H28年9月30日

具体的な目標を立てる



具体的な目標を立てるために以下の点に留意しましょう
目標は単なる「希望」ではなく「宣言」です
決定事項を誰にでもわかるように文章化しましょう



達成可能であることが肝心です  **達成感や自信をつける**
小さな達成をたくさん体験出来るように配慮しましょう



意欲的に目標に取り組めるかも大切です



定量化された目標が基本です  **「安全に歩行できる」では評価できない**
定量化することでモニタリングができます



記録可能であることも重要です

⑥ 第2表施設サービス計画表(2)のポイント

援助内容

援助内容を設定する際には以下の点を踏まえて設定しましょう。

- ①いつ・誰が・どこで・何を（使って）・どのように・どの程度するのかをできる限り具体的に記載し、責任の所在を明確にしましょう。誰かがする、いつかするでは実行されません。
- ②援助内容が短期目標達成につながることをイメージして記載しましょう。
- ③援助内容には入所者や家族の取り組むことも記載しましょう。

(参考) 施設サービス計画書標準様式及び記載要領

(老企第29号：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)

「サービス内容」

「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。

この際、できるだけ家族による援助も明記し、また、当該施設サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。

なお、理美容サービスや特別の食事など保険給付対象外のサービスについて○印を付すと管理しやすい。

(参考) 施設サービス計画書標準様式及び記載要領

(老企第29号：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)

「担当者」

記載したサービス内容に基づきサービスを提供する担当者を記載する。

「頻度」・「期間」

頻度は、サービス内容に掲げたサービスをどの程度の頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）で実施するかを記載する。

期間は、サービス内容に掲げたサービスをどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。なお、期間の設定においては認定の有効期間も考慮するものとする。

下記は援助内容の記載例です。必ずこのように書かなければならないということではありません。

目 標		援助内容			
短期目標	期間	サービス内容	担当者	頻度	期間
ベッドから車いすへの移動が円滑にできる	H28年4月1日 ～ H28年6月30日	ベッドと車いす間の乗り移りのために起き上がり、立ち上がり、筋力強化等の訓練を行う (詳細はリハ計画参照)。	担当理学療法士 担当介護職員	火・木個別訓練時 車いす着座時	H28年4月1日 ～ H28年6月30日
臀部の褥創の再発を防止する	H28年4月1日 ～ H28年7月30日	①臀部の状況を定期的に確認する。 ②必要なクッション等の準備をする ③食事量を確保するために食べやすい食事形態で提供する	①看護職員 担当介護職員 ②家族 ③管理栄養士	①回診時 ②家族面会時	H28年4月1日 ～ H28年7月30日
安定した姿勢で30分程度の作業ができる体力をつける	H28年4月1日 ～ H28年9月30日	①個別訓練や集団体操で持久力や体幹の筋力、座位保持の訓練を行う。 ②ふらつきなどの状況を観察して、レクの参加時間を確保する ③必要なクッション等の準備をする	①担当理学療法士 ②看護職員 担当介護職員 ③家族	①訓練時 月・水の集団体操時 及び平日のレクリエーション実施時	H28年4月1日 ～ H28年9月30日
車いすを操作して居室とデイルームを往復できる	H28年4月1日 ～ H28年6月30日	①可能な限り自走を促し、疲労の状況を確認する。 ②常に所在確認しながら、自走が困難な場合には、本人の意向を確認して介助を行う	①担当理学療法士・看護職員 ②介護職員	食事の際の移動時やレクリエーション参加などの移動時	H28年4月1日 ～ H28年6月30日
デイルームで趣味のフラワーアレンジができる	H28年6月1日 ～ H28年9月30日	①使用する花を発注する ②細かい部分を手伝ったり、作り方の相談に応じる	①担当介護職員 ②家族 担当介護職員	①毎週火曜日朝 ②毎週火曜日14:00	H28年6月1日 ～ H28年9月30日

⑦ 第3表週間サービス計画表・第4表日課計画表

入所者の日常の過ごし方・活動状況を描き表すことができます。

- 週間サービス計画表か日課計画表のどちらかを作成しましょう。
- 排泄支援のタイミングや入浴の曜日、個別機能訓練の提供時間、クラブ活動や交流支援等の施設サービス計画に位置付けられた支援が適切に配置されているかを調整、確認、合意の際に役立ちます。
- 家族の面会や洗濯物の対応、病院受診等の目安にもなります。
- 施設内の支援資源が乏しいと活動がまばらになります。施設内の資源開発のきっかけとしても利用しましょう。

(参考)施設サービス計画書標準様式及び記載要領

(老企第29号：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)

・ 第3表 週間サービス計画表

利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載する。

なお、当該様式については、時間軸、曜日軸の縦横をどちらにとってもかまわない。

また、第4表「日課計画表」との選定による使用を可能とする。

・ 第4表 日課計画表

「共通サービス」及び「担当者」には、日常の業務として他の利用者と共通して実施するサービス（右欄「共通サービスの例」参照）とその担当者を記載する。

「個別サービス」及び「担当者」には、当該利用者に個別に実施するサービスとその担当者を記載する。

【4】 施設サービス計画の実施に関する課題

① 周知されなければ実行されない

完璧な施設サービス計画が立てられたとしても、どれほど利用者にやる気があって職員が優秀でも、施設サービス計画が周知されなければ実行されるはずがありません。

しかし、どのような種別の施設であれ、施設は交代勤務です。また、規模が大きな施設は職員数も多くなります。

さらに、仮にケアプランが無くても、施設に入所すれば、衣食住は確保されるため、職員によっては施設サービス計画を重視しないということもあり得ます。

そのため、施設サービス計画の周知には、それらの要因を超えて現場にプランを確実に浸透し、現場で実践されるような工夫が必要です。

① 方法・ルールを定める

唯一絶対の周知の方法はありません。施設の種別・形態、職員構成等によって自らの施設に適した方法を工夫しましょう。申し送り、ミーティング等で口頭による周知、カードックスを用いたり、ケアプランの内容を抜粋した表を利用するなど様々な場面・書式を利用した周知、パソコンや携帯型端末等を利用する周知など様々な方法が考えられます。施設に適したいくつかの方法を組み合わせる周知を行いましょう。



② 職員の意識と理解

施設は入所すれば衣食住が確保されます。施設サービス計画がないと食事が食べられない、入浴もできないということはありません。

反面、そのことが影響し、施設サービス計画に記載されるような個別的な課題について軽視されやすい傾向があります。

施設サービス計画とそれに基づいたケアマネジメントは重要であり、施設サービス計画は実行するためにあるといったことを職員に徹底しましょう。

そのためには、計画担当介護支援専門員だけの取り組みではなく、同職種内での指導・教育が重要です。また、介護職のキャリアアップとリンクした研修会やOJT等の職場内人材育成の機会を活用してケアプランやモニタリングの意義や目的等を伝える工夫なども必要です。

さらに、モニタリングを通して実行状況や利用者・家族の満足度を把握し、関わる多職種にフィードバックすることで、多職種が自らの役割の意味や重要性を認識できるため、周知に対する意識づけの機会になります。

① 施設職員を施設サービス計画の作成に積極的に参画してもらうように

作成された施設サービス計画が、一部のスタッフのみで作成された場合、他の関係職員は、その施設サービス計画は、計画担当介護支援専門員や管理者から押し付けられたという印象を持ちかねません。

施設サービス計画は、実施可能なものを取り組んでいくという基本原則があるにも関わらず、現場の意見を取り上げなければ、職員間には無理を押し付けられているという不満が募り、結果として施設サービス計画を軽視（または無視）する風潮が広がる要因でもあります。

利用者の計画作成時に、関係する職員全員が参画する仕組み作りは、施設サービス計画の周知を促進させるための環境作りとも言えます。

② 施設サービス計画が利用者との約束事であり実施する義務を周知する

施設サービス契約は入所者やその家族との契約でもあります。

施設サービス計画書の説明及び同意をいただく際、施設職員に同席してもらったり、担当するサービス内容について補足説明をしてもらう等の機会を作ることは、入所者と施設の約束であることを、施設職員が意識することはとても重要なことです。

また、実施できなかった場合に施設は、その原因を放置するのではなく、責務として原因究明と計画の見直しを行わなければならない姿勢を示すことが重要です。

③ 施設サービス計画の根拠を説明する

施設の職員は、どのようなプロセスを経て施設サービス計画が作成されたのかを理解できていなければ、自分の援助内容の効果も予測できません。

課題や目標がどのような理由で設定され、なぜそこを目指すのかを理解できると、自身の援助にも目的意識が生まれてきます。

これは結果的に専門的な意見が活発に出され、チームケアが活性化していくきっかけにもなります。

その為にも計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の根拠をしっかりスタッフに伝達する仕組みを作ることが大切です。

④ 実施可能な施設サービス計画を作る

どんなに素晴らしい計画でも実施できなければ、その計画は遂行できず、結果として施設職員は疲弊し意欲も減退していきます。

逆に実施して成果が出れば、入所者だけでなく施設職員も成功体験を積み、より高いレベルを目指すためのモチベーションも生まれてきます。

また成果を生み出す施設サービス計画は、入所者及び家族、施設職員の信頼を得て、結果として計画担当介護支援専門員に対する信頼にもつながっていきます。

実現困難な大きな目標より、実現できる目標を一步ずつ設定しましょう。

① 実行してこそその計画

そもそも、施設サービス計画は実行するために立てるものです。

どれほど優れた施設サービス計画を立案しても、実行をされなければ意味がありません。

積極的な自立支援を進めれば、転倒等のリスクを高める場合もありますが、施設サービス計画を忠実に実行することでリスク管理も可能になります。



① 責任の所在を明確にする

知らないことは実行できません。実行の第一歩は関係者への確実な周知です。

そのために、周知方法の工夫と周知範囲（ケアの提供にあたる職員の人数配置・単位）の工夫が必要です。

さらに、実行の責任を明確化する必要もあるでしょう。「いつか」「誰かがやる」では実行される可能性は極めて低くなります。「いつ」「誰が」「どこで」等をできる限り明確にしておくことが肝心でしょう。

② 効果的なモニタリングを意図する

ケアが確実に実行されているかをチェック表等を用いて追跡していくことで実行が担保されます。実行状況を追跡できる仕組みを作りましょう。

実行状況を追跡するために効果的にモニタリングを実施することが必要です。

そのためには長期目標及び短期目標の達成期間を明確にする事が重要で、ど

の程度の期間でどのレベルまで達成していくかを予測できるように施設サービス計画を具体性をもって作りましょう。

実行状況の追跡はケアマネジメントの成果を測るために欠かすことができません。

第5章 サービス担当者会議

施設ケアマネジメント実務の手引き ～その進め方とポイント～

① 利用者や家族の生活全体を共通理解する

施設には専門職が配置されています。それぞれの専門職は、その専門性を活かした視点で利用者や家族の生活を捉えることができます。サービス担当者会議では、計画担当介護支援専門員が中心となって、多職種で情報や課題を共有し、利用者・家族も含めて共通理解しましょう。

これが多職種協働の起点となります。



②「本人や家族の生活や介護に対する意向」や「総合的な援助方針」について共通理解する

「本人や家族の生活や介護に対する意向」や「総合的な援助方針」について共通理解がされていなければ、支援の方向性が定まりません。適切な生活全般の解決すべき課題や目標を設定するためには、これらの共通理解が欠かせません。



③ 生活全般の解決すべき課題や目標を共有化する

どれほど適切で具体的な生活全般の解決すべき課題や目標が設定されていても、利用者・家族と各専門職が共有していなければ課題解決や目標の達成は困難です。そのため、生活全般の解決すべき課題と目標の共有化は欠かせません。



④ 施設サービス計画の内容を相互に確認し深める

施設サービス計画の内容を、利用者・家族と各専門職で確認し合いましょう。

そうすることで、施設サービス計画を、より利用者や家族の意向に沿った、また、具体的で実現可能なものに深めることが



⑤ 作成された施設サービス計画でのサービス 担当者の相互の役割分担を理解する

生活全般の解決すべき課題や目標、サービス内容が適切でも、それを担当する担当者が明確にされていなければ計画が実行される可能性は低くなります。

また、自分の分担されたことだけではなく、他の担当者がどのようなサービスを提供するのも理解し合うことで施設サービス計画が有機的に機能するようになり、多職種協働が実現できるでしょう。

① 目標共有型の会議

- 定期的に開催されるサービス担当者会議は、通常、目標共有型の意味合いが強いはずです。
- 対象者は各入所者です。
- 開催の頻度は「必要に応じて」と定められていますが、サービス計画の評価・見直しの際と要介護認定の有効期間ごとに開催することが一般的です。

② 問題解決型の会議

- 特定の課題について、その原因を探り、解決を図るために開催します。
例えば、「認知症のある入所者が、他の入所者の居室に入って物を持ち帰ってしまう」といった状況への対応を話し合うために会議を開催する場合などです。
- 対象者は解決を図る必要がある問題に直面した利用者です。
- 課題が生じたときに必要に応じて開催されます。

③ その他

- 看取りのための対応や計画を検討するためにも会議を開く必要があります。
- このような会議では、施設で看取りに際して行うことが可能な医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制などについて確認した上で、療養及び介護に関する方針について協議、決定しましょう。

⑥ 開催時期

運営基準には、以下のような場合にサービス担当者会議を開催し、計画変更の必要性について、サービス担当者から、専門的な見地からの意見を求めると定められています。

- ・ 初回の施設サービス計画を作成するとき、及び施設サービス計画の内容を変更するとき
- ・ 要介護更新認定を受けたとき
- ・ 要介護状態区分の変更の認定を受けたとき
- ・ 入所者・家族の状況が変化（改善・悪化）したときは必要に応じ随時開催

運営基準にはありませんが、リスクマネジメントの必要性がある場合には会議を開催しましょう。

⑦ サービス担当者会議の進め方の例と留意点

各担当者(専門職)より入所者の状況報告

- ・ネガティブな表現は避け、ポジティブに伝える……出来ないこと、弱みの部分より、していること、できること、強みの部分を強調する
- ・本人にとってマイナス部分を家族に伝えないといけない時には利用者のいない場所で伝える等の工夫
- ・行動・心理症状を家族に伝えるときにはその原因や背景を併せて説明すること
- ・入所者・家族へは専門用語は使わず、わかりやすい言葉で行う

7) 入所者・家族の生活に対する意向の確認

- ・イメージが湧くように具体的な確認の仕方を工夫する
- ・普段からの関わりが重要

⑦

サービス担当者会議の進め方の例と留意点

8) 施設サービス計画書（1表・2表）の説明・確認

「総合的な援助の方針」「生活課題」「目標・サービス内容・頻度等」の確認

残された課題の確認→常に人権尊重・ストレングスの視点を念頭に置く
例）徘徊行為があり近隣（他入所者）に迷惑をかけ困っている……寂しいときには散歩がしたい

9) 内容の追加・修正

出席者（特に入所者・家族）から出された意見により、随時追加・修正を行う

10) 入所中のリスク、及び緊急時の対応方法についての説明・確認

- ・ 転倒・転落、骨折、身体拘束、表皮剥離、誤嚥・誤飲・窒息、急変等のリスクについての説明
- ・ 急変時や介護事故発生時の対応についての説明

⑧ サービス担当者会議の進め方の例と留意点

- 11) 出席者全員から意見を話してない人はいないか？
- 12) 決定事項の確認
参加メンバーの共通した認識を確認すること
- 13) 閉会のあいさつ
参加メンバーへ感謝の意を表す（特に利用者・家族へ）
- 14) 欠席したサービス担当者へ文書・口頭にて結果報告



サービス担当者会議確認リスト

【目標設定】

- ☐ 自分の中で開催目的は明確になっているか
- ☐ 検討項目は適切か
- ☐ 検討項目と参加メンバーは合致しているか

【開催準備】

- ☐ 事前に開催目的を伝え確認したか
- ☐ 必要な配付資料を準備したか
- ☐ レジюме等の記載内容は簡潔にまとめられているか

【会議開催】

- ☐ 会議の時間設定は適切であったか
- ☐ 会議の場所は適切だったか
- ☐ 全員が発言したか
- ☐ 決定事項、残された課題は明確になったか
- ☐ 入所者・家族は本当に納得されているか

第6章 モニタリング

施設ケアマネジメント実務の手引き ～その進め方とポイント～

モニタリング

モニタリングはケアマネジメントプロセスの重要な一過程であり、利用者を継続的にサポートし、変化する生活全般の解決すべき課題に常に対応していく上での重要なプロセスです。

モニタリングには、サービスが施設サービス計画どおりに提供されているかを追跡していくことと、目標が達成され生活全般の解決すべき課題が充足されているかどうかを評価すること、また利用者に対応すべき変化がないかどうかを継続的に見守ることが必要とされます。

① 実行状況の追跡

モニタリングの重要な目的に、施設サービス計画が計画通りに実施されているかを確認することがあげられます。計画通りに実行されていない場合は、その後の評価は成り立ちません。

- ケアの内容・頻度・タイミング等は計画通りか
- 目標達成に向けた途中経過の評価
- チェック表等を利用して確認



② 実行した結果の評価

施設サービス計画を計画通りに実行した結果を評価することもモニタリングの重要な目的です。利用者の状態やプラン実行の成果がポイントになります。

- 利用者の状態の変化
状態が改善しているか、維持しているか、悪化していないか、リスクは発生していないか
- 期待されている成果は得られているか
施設サービス計画の各目標はどの程度達成できたか
各ニーズは解決できたか

③ 施設サービス計画の有効性の評価

施設サービス計画が計画されたとおりに実行されていても、的外れな計画だったら成果は上がりません。計画自体の妥当性・有効性を評価することもモニタリングの重要な目的です。また、そこから、援助の質も評価することが可能となります。

- 入所者・家族の満足度
- サービス担当者の意見・評価・要望
- 修正すべき改善点
- 生活全般の解決すべき課題の充足および拡大から新たな生活上の可能性と課題について検討 状態の変化（リスクを含む）を予測
入所者の健康・A D L や Q O L の維持・向上という視点から施設サービス計画のあり方を見直す

① 実施頻度

施設のモニタリングの実施頻度は以下のように定められています。以下の基準を参考に、モニタリングを行いましょう。なお、ここでのモニタリングの意味は、実行結果や施設サービス計画の有効性の評価と考えて差し支えないでしょう。

- 運営基準 第12条第10項 解釈通知

施設サービス計画の作成後のモニタリングについては、定期的に入所者と面接して行う必要がある。また、モニタリングの結果についても定期的に記録することが必要である。

「定期的に」の頻度については、入所者の心身の状況等に応じて適切に判断するものとする。

② モニタリングの方法

方 法	特 徴
面談	入所者がサービス利用体験を経て感じていると考えていること（主観的事実）の収集ができる
在宅訪問 （退所前・後）	- 実際の生活の様子（客観的事実）を目の当たりにすることができる - 利用者の最も落ち着ける場所での面接となるため、さまざまな思いを口にしやすい
サービス提供場 面で観察	サービス提供場面での利用者の様子を実際に把握することができる（介護支援専門員、専門職によるチーム）
電話連絡	- 家族との面談の十分な時間がとれない場合、時間的な面での利点がある - 家族の表情等の非言語的コミュニケーション面での情報を十分に得られず真意がうまくつかめないことがある
サービス担当者 会議	サービスを提供する専門職や関係機関が集まる又は口頭や書類による照会を行なうことにより、それぞれが把握している情報を共有し、または現状の評価を行なう
記録	- それぞれの時点で収集された重要と思われる情報を記録として残す ⇒ 「第5表 施設介護支援経過」へ記載 - モニタリング表を作成し、定期的に行なう - 実施状況表（標準ケア及び個別ケア）によるチェック - リスク管理に関する記録（事故報告・ひやりはっと・苦情報告）

【1】 計画担当介護支援専門員の業務

① 運営基準で定められた計画担当介護専門員の業務

計画担当介護支援専門員の責務としては施設ケアマネジメントに係る業務が主体です。

しかし施設毎に勤務形態や専従兼務の関係でも他の業務を担う事もあり、どこまでが計画担当介護支援専門員の責務を理解することも大切です。

以下は運営基準で計画担当介護支援専門員の責務として示された事項です。

1. 施設におけるケアマネジメントプロセスにおける業務を実施する。
2. 入所に際し、居宅介護支援事業者に対する照会等により、心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握する。
3. 入所者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討する。
4. 退所に際し、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、他の関係機関と連携する。
5. 苦情の内容等を記録する。
6. 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録する。

② 在宅復帰への検討

介護老人保健施設の運営基準では、「入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討し、その内容等を記録すること」となっています。

また介護老人福祉施設（地域密着型を含む）においても記録の義務はなくても検討する事は求められています。

入所者にとって、どこでの生活が望ましいのかを考えていくのも、計画担当介護支援専門員の大切な役目です。

施設入所が完結ではなく、新しい生活の再構築のスタートとして考えていきましょう。

③ 退所時の情報提供等

介護保険施設からの退所といっても、在宅復帰だけではなく他施設への入所や、医療機関への入院まで様々です。

そうした中で計画担当介護支援専門員には運営基準において、「居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること」が義務付けられています。

退所については準備をできる場合と、緊急で対応する場合があります。緊急時でも速やかな対応ができるように、常に情報を整理しておく事が円滑な連携を促進するポイントです。

④ 事故や苦情の記録

介護保険施設では、常にリスクが付きまといます。事故は不可避な場合もあれば、職員の過失やリスクマネジメントの欠陥により起きる場合もあります。

計画担当介護支援専門員は施設で起きた事故の記録を考慮しながら、施設サービス計画を作成実施することで、リスク管理を行います。これは入所者が安心して生活できる環境づくりにもなります。

また苦情の記録は、施設サービスが上手くいっていないか、入所者との信頼関係が不十分な信号でもあります。

事故や苦情の記録はただ残すだけではなく、事故が多く発生している場所や時間帯、苦情の原因などを分析し、そこに必要な手当てをすることで、施設サービスの向上につなげていく事が目的です。

【2】 課題整理総括表や評価表等の活用

課題整理総括表や評価表等の考え方

ケアマネジメントとはひとつの技術であり、利用者によって様々な支援を必要とする中では、多様な支援ツールの活用が有効な場合もあります。

「課題整理総括表」や「評価表」もそのひとつで、義務化された標準様式というものではありません。これらは介護支援専門員自身が必要性に応じて活用していくというものです。

義務でないので使わないという考え方ではなく、ケアマネジメントを行なう上で、利用者支援に有効と判断された場合には、活用方法について前向きに検討していくべきでしょう。



詳細は、
「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」
を参照して下さい。

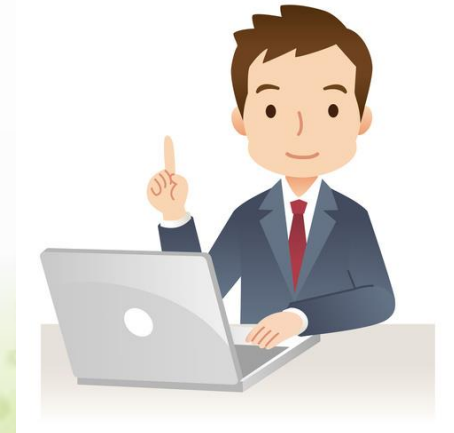
※本手引きでは介護保険最新情報Vol379「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」より抜粋して説明しています。

① 課題整理総括表の位置づけと作成のタイミング

課題整理総括表はアセスメントツールではなく、情報の収集と分析を行い、課題を抽出する上で、利用者の現状と要介護状態等の改善・維持等の可能性に照らして課題の捉え方に抜けや漏れがないかどうかをまとめる総括表である。

したがって、本様式のみでアセスメントを終えることは妥当ではなく、基本的には利用者・家族あるいはその他の関係職種等から情報収集を終え、アセスメントツール等を用いて情報の整理・分析を行なう事が必須である。そのうえで、ケアプラン（原案）の作成にかかる前のタイミングで、本様式を作成することが望ましい。

「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」より



② 課題整理総括表の様式

課題整理総括表

利用者名

殿

作成日

/

/

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)
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
						改善	維持 悪化

利用者及び家族の生活に対する意向	
------------------	--

見 通 し ※5	生活全般の解決すべき課題（ニーズ） 【案】	※6

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。

※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。

※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号（丸数字）を記入する（複数の番号を記入可）。

※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況（目標）を記載する。

※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「－」印を記入。

※① 本計画期間における優先順位と数値と記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には、「」中と記入。

③ 課題整理総括表の具体的な活用場面

ア. サービス担当者会議等において、利用者の客観的に状況や、それを踏まえた介護支援専門員の見通しなどを利用者の生活を支える**多職種間で情報共有**する資料として活用。

イ. 介護支援専門員として業務に従事する者を対象に、OJTや研修にて、**課題を導いた考え方**などが明確にする資料として活用

ウ. アセスメントにおける情報収集や分析の漏れがないかの**自己点検**としての資料として活用

エ. 利用者を支援していく上で、不足しているサービスや社会資源の**提案・創出**する際の資料として活用

③ 評価表の位置づけと作成のタイミング

評価表は、ケアプラン第2表に位置づけた短期目標に対して、その達成状況とその要因をケアチーム全体で振り返る際に利用することを想定している。

したがって、ケアプランの第2表に位置づけた短期目標の終期の時点を目途に、個別サービスを提供している事業者からの報告を踏まえて作成することを想定している。なお、複数の短期目標が位置づけられており、かつその終期がことなる場合は、その時点で目標の終期を迎えた短期目標についてのみ記載すれば良い。

「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」より

③ 評価表の目的と様式

評 価 表

利用者名 _____ 殿

作成日 _____ / _____ / _____

短期目標	(期 間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス種 別	※1		
						
						
						
						
						
						
						
						

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現度合いを5段階で記入する（◎：短期目標は予想を上回って達せられた、○：短期目標は達せられた（再度アセスメントして新たに短期目標を設定する）、△：短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1：短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2：短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する）

④ 課題表の具体的な活用場面



④課題表の具体的な活用場面

ア. 施設サービス計画書を見直す際に開催するサービス担当者会議等において、多職種間で評価する際の資料

- ・これにより改めて各職種に求められていた役割を振り返り、チームの情報共有が進むことが考えられる。

イ. 介護支援専門員として業務に従事する者を対象に、OJTや研修にて、**目標に対して適切なサービス内容であったかも含めて評価する資料として活用**

今回作成した「施設ケアマネジメント実務の手引き」は、介護保険施設に勤務する計画担当介護支援専門員の業務支援のため作成しています。

各章では、具体的な方法や考え方を提起しており、これを参考に自分の日頃の業務と対比させながら自己点検を行なう事で、より現実的な課題が発見できます。そして課題の中で実現可能なものから着実に改善を図ることが必要です。このプロセスを積み重ねることで自己研鑽になり、介護支援専門員としての資質向上につながるものと考えています。

この手引きは、「介護支援専門員の専門性はケアマネジメントにある」という事を根幹に、介護保険施設の計画担当介護支援専門員の業務プロセス毎に作成していますので、

仕事の参考書として活用してください。

一般社団法人 日本介護支援専門員協会 施設部会



施設介護支援専門員の個別課題 と 組織課題 と 地域課題

- * あなたはなぜ介護支援専門員を目指したのか
- * あなたの介護支援専門員の専門性は
- * 個々の利用者や家族との協働 連携が何より大事
- * あなたがさらに身に着け 力を増したいことは
- * あなたの施設でのあなたの業務は
- * 相談員との役割分担・協働は
- * 施設内の多職種協働
- * 地域における 自施設の立ち位置は
- * 地域における介護支援専門員同職種ない連携は

施設ケアマネジメントのチェックリスト

一般社団法人日本介護支援専門員協会
介護保険施設等部会作成中
無断コピーや流用をしないでください

施設ケアマネジメント チェックリストの活用について

本編「施設ケアマネジメント実務の手引き～その進め方とポイント～」は、その巻末に記した通り、計画担当介護支援専門員の業務を支援することを目的として作成されています。

施設ケアマネジメントの実践課程においては、これを手引書として傍らに置き、業務の手順を確認しながら、その方向性を見定め、一方では、切れ間無い業務の中にあっても、遂行した業務については、しっかりとそれを省みる作業に活用頂けるものと期待します。

本チェックリストは、本編「実務の手引き」を活用頂く皆さんが、日々連続し、重複しながら進行するケアマネジメント業務において、実践的かつ効率的に活用頂けるよう、ケアマネジメントプロセス毎に本編の内容を簡略化し、ポイントを整理して作成しました。各担当職員の自己評価のみに留まらず、介護保険施設での研修時に使用頂くことで、計画担当介護支援専門員の客観的評価に資するものとして大いにご活用下さい。

1. インテーク

【1】 インテークとは

- ☐ インテークはケアマネジメントプロセスにおける最初の過程であるということを理解していますか

【2】 インテークの目的

- ☐ 相談に訪れる人がどのような悩みや意向を持たれているかなど緊急性の有無も含めて、全体像の把握を行っていますか
- ☐ 主訴を確認し、自施設のサービス提供の可否を判断していますか
- ☐ 入所者・家族との良好な援助関係を構築するために傾聴・受容・共感ができていますか
- ☐ 支援の緊急性や必要性を判断するために必要な情報収集を行っていますか

【3】 インテークを始める前に

- ☐ 入所前に利用されていた他機関との連携は意識（想定）できていますか
- ☐ 自施設において計画担当介護支援専門員の役割の明確化が図れていますか
- ☐ 情報収集するうえで必要なポイントを多職種と共有できていますか
- ☐ 自施設の力量を把握できていますか
- ☐ 地域の社会資源を含め、入所者にとって活動の選択肢を広げる為の情報を積極的に収集していますか
- ☐ インテークシート等を作成し、情報の整理はできていますか

【4】 インテーク面接のポイント

- ☐ 受理面接の日時を決める際に、明るい笑顔と挨拶、清潔感のある身だしなみ、礼儀正しい受け答え、落ち着いたある応対ができていますか
- ☐ インテークの心構えとして、時間厳守ができていますか
- ☐ インテークの姿勢として、相談者の価値観を尊重し、想いに共感し理解を示し、相談者を否定することなく、あいづちや場面に合わせた表情で傾聴していますか
- ☐ 受理面接では専門用語は使わず、分かりやすく説明していますか
- ☐ 受理面接時の確認ポイントを念頭に置いていますか
- ☐ インテーク終了時において当初抱いていた不安な気持ちが少しでも軽減され、安心に繋げることができていますか

2. アセスメント

【1】アセスメントの意義・目的

- ☐ アセスメントの意義・目的・分析結果を、利用者、家族に説明していますか
- ☐ アセスメントの4つのステップ（①面接にて客観的事実・主観的事実を共有②問題が生じている悪循環の把握③今起きている状況の原因の把握④問題状況を解決し、理想とする生活を実現するために解決すべき課題と、解決に向けた具体的な目標を導き出す）を実践していますか

【2】アセスメントの標準的な方法・手順

- ☐ 「課題分析標準項目」を満たしたツールを使用し、情報収集・分析を行っていますか
- ☐ （主観的な事実）利用者・家族の主訴（困っている事や希望）を確認していますか
- ☐ （客観的な事実）身体面（麻痺等の有無・ADL・IADL・コミュニケーション等）の情報収集時には出来ない点だけでなく、ストレングスに焦点を当てた確認をしていますか
- ☐ （客観的な事実）疾病、合併症、既往歴、通院、服薬状況等の医療情報を確認していますか
- ☐ （客観的な事実）精神面・心理面（認知機能・うつ等の精神疾患の有無や程度等）の情報収集時には、行動や行為のみの確認だけでなく、入所者、家族が疾病や障がいをもどのように理解し、克服していきたいと考え、対応しようとしているのか等、ストレングスに焦点を当てた確認ができていますか
- ☐ 生きがい、価値観、性格等に関する情報を確認していますか
- ☐ 社会面（家族関係・経済状況・住環境・地域との関係性等）に関する情報を確認していますか
- ☐ 関係機関・関係者（居宅介護支援事業所・居宅サービス事業所・主治医・医療機関・地域包括支援センター・民生委員等）からの情報を確認していますか
- ☐ 真の生活全般の解決すべき課題を導きだし、解決後にどのような生活が広がるのか見立てることが出来ますか
- ☐ ICFを活用した視点にて、情報収集・分析を行っていますか

【3】アセスメントのポイント

- ☐ 収集した情報がどのように相互に作用し、生活に影響を及ぼしているか分析していますか
- ☐ 入所者の視点に立った情報収集と、入所者の「暮らし」に焦点を当てたアセスメントを行っていますか
- ☐ 多職種協働にて情報収集を行い、分析結果を多職種にて共有していますか

3. 施設サービス計画①

【1】施設サービス計画とは

- ☐ 入所1か月以内、概ね1年に1回程度は施設介護計画を策定、見直ししていますか
- ☐ 計画担当介護支援専門員が施設計画策定プロセスの責任を担っていますか

【2】アセスメントの標準的な方法・手順

- ☐ 入所者や家族の望む暮らし、入所での不安や不満を具体的に把握していますか
- ☐ 入所者の健康の向上、自立支援・生活機能の維持を意識して策定していますか
- ☐ 入所者の健康の向上、自立支援・生活機能の維持を意識して策定していますか
- ☐ 自施設の特徴・強みや不足している面を認識し、実現可能な計画ですか
- ☐ 入所者の家族との交流・社会とのつながりを計画に意識していますか
- ☐ 入所者の生活上のリスクを意識し、その軽減を計画に盛り込めていますか
- ☐ アセスメントから課題を整理総括し、入所者や家族と話をしながら、チームスタッフの意見も聞きながら計画を策定していますか
- ☐ 施設サービス計画は、ケアの指針、個別支援のより所として活用されますか

3. 施設サービス計画②

【3】計画プランニングのポイント

① 第1表

- ☐ 入所者・家族の望み、改善したい点を具体的に表現できていますか
- ☐ 総合的援助方針は利用者・家族・支援チームへの具体的なメッセージとなっていますか
- ☐ 必要なひとには、入所中に起こり得る緊急事態やその対応について表現しますか
- ☐ 緊急連絡先は緊急時に対応いただくことを共通認識して記載していますか

② 第2表

- ☐ 望む暮らしへ向け、具体的な解決すべき課題をわかりやすく表現できていますか
- ☐ 健康を護る課題・生活行為維持、向上への課題・暮らしの彩りや個性を生かす課題が表現できていますか
- ☐ 長期・短期目標は計画策定の手引き等に沿い、具体的で達成可能な表現ですか
- ☐ モニタリングのしやすさ、具体的な目標へ向かって経過の確認ができそうですか
- ☐ 援助内容には担当者が明記され、いつ・誰が・どんな目標へ向けて・何をするのか組み立てがわかりやすく示されていますか
- ☐ 入所者本人や家族がすること、取り組むことの記載も意識していますか
- ☐ 目標期間・達成確認時期が明記され、〇年〇月〇日～という標準的な表記ですか

③ 第3表

- ☐ 週間サービス計画表か日課表のどちらかを、意味あるように策定していますか
- ☐ 食事・入浴・個別機能訓練・クラブ活動のみではなく、フロアでの過ごし方や
- ☐ 自分で取り組む運動活動・家族との時間・他利用者との交流なども記載しますか
- ☐ 受診や外出、特別な医療処置など 週単位以外の対応や取り組みを記載しますか

④施設サービス計画の周知と実行

- ☐ 施設職員は施設サービス計画の作成に積極的に参加していますか
- ☐ 施設サービス計画書はいつでも確認できるように工夫されていますか

4. サービス担当者会議①

【1】担当者会議の意義と目的（目標の確認と役割の明確化）

- ☐ 会議の目的や位置づけを利用者及び家族に分かりやすく伝えられていますか
- ☐ 会議の方向性として検討する項目は、明確になっていますか
- ☐ アセスメントで抽出された生活ニーズが利用者、家族及びケアチームで理解共有されていますか
- ☐ 事前にケアプラン原案はケアチーム全員に配布されていますか
- ☐ ケアチームのスタッフがそれぞれの専門的立場で、利用者の望む方向へつながる意見交換ができましたか。
- ☐ 意見交換によって利用者の共通認識のもとで、必要に応じ変更修正ができましたか
- ☐ 当日参加できないスタッフには、事前照会ができていますか

【2】説明と同意

- ☐ 利用者本人や家族が会議において、自らの思いや意見を主張できる場面が作られてましたか。
また、必要に応じては利用者によって代弁することはできましたか
- ☐ ケアチームへの説明と同意を前提に、アセスメント内容がケアプランに具体的なサービス提供内容として連動を意識した形となっていますか
- ☐ ケアチームに対して特に医学的なリスク管理、また日常療養で起こりうるリスクについて説明を求めることはできましたか
- ☐ その際、利用者及び家族が理解できるよう専門用語を用いない説明となっていましたか。もし専門用語が含まれている場合は、具体的に利用者目線に合う言葉で置き換えるよう伝えられていますか
- ☐ 会議で利用者や家族の同意が得られなかったニーズについて、今後の展開でケアチーム内において意識してもらう機会になっていますか
- ☐ 利用者自らの力（セルフケア力）を奮い立たせる説明や声かけが、ケアチームから行なわれていますか

4. サービス担当者会議②

【3】開催準備及び会議の進行（サービス担当者会議開催から記録までの流れ）

（1）開催前の準備

- ☐ 個人情報の観点から利用者、家族に事前に同意が得られていますか
- ☐ 利用者、家族が参会し易い日時調整が行なわれていますか
- ☐ リハビリ職、栄養科職員など時間が限られてしまう職種は、意向を聞いた上でできるだけ参加しやすい配慮ができていますか
- ☐ おおよその所要時間を参加するケアチームスタッフに伝えられていますか

（2）会議の進め方

- ☐ 特定の人に集中すること無くケアチーム全員からの発言が行なわれましたか
- ☐ ケアチームからの発言内容を整理しつつ会議を進めるためにも、予め会議のゴールをイメージしておくことはできていますか
- ☐ 予め会議の進め方、終了時間をケアチームに伝え協力を求めることができましたか
- ☐ 終了時、検討された内容の確認ができていますか
- ☐ 次回、どのような時期に開催するか利用者、家族に伝えられていますか

（3）記録の整理

- ☐ 検討した項目、検討内容や結論が分かりやすく記載されていますか
- ☐ 結論や今後の課題は、ケアチーム全体で共有できる内容になっていますか
- ☐ やむを得ず会議に参加できないケアチームスタッフから事前に照会による回答を受けていますか

5. 施設サービス計画モニタリング（確認）①

【1】担当者会議の意義と目的（目標の確認と役割の明確化）

- ☐ サービスが施設サービス計画通りに提供されていますか
- ☐ 目標が達成され、生活全般の解決すべき課題が充足されていますか
- ☐ 入所者に対応すべき新たな課題がないか確認していますか

【2】説明と同意

①実行状況の追跡

- ☐ チェック表等を利用して確認していますか

②実行した結果の評価

- ☐ 入所者の状態の変化（改善・維持・悪化・リスク等）を評価していますか
- ☐ 各目標はどの程度達成できたか評価していますか

③施設サービス計画の有効性の評価

- ☐ 入所者・家族の満足度の評価がなされていますか
- ☐ サービス担当者の意見・評価・要望が確認されていますか
- ☐ 修正すべき改善点がないか確認していますか
- ☐ 生活全般の解決すべき課題の充足及び拡大から新たな生活上の可能性と課題について検討がなされていますか
- ☐ リスクが予測されていますか

【3】モニタリングの方法

①実施頻度

- ☐ 定期的に入所者と面接を行っていますか
- ☐ 入所間もない時は、生活環境に適応しているか確認していますか
- ☐ 定期的な面接は入所者の心身の状況等に応じて適切に判断していますか
- ☐ 結果についても、定期的に記録していますか

②モニタリングの方法

- ☐ 入退所前後在宅訪問において、生活の様子、客観的事実を確認していますか
- ☐ 実際のサービス提供場面において入所者の状況を確認していますか
- ☐ 家族との面接が困難な場合、電話等で連絡をとり家族状況の変化等を把握していますか
- ☐ サービス担当者会議等において専門的意見の聴取並びに情報共有を行い、現状の評価を行っていますか（ひやりはっと、事故報告、個別ケア等）
- ☐ 定期的にモニタリングの記録を残していますか

5. 施設サービス計画モニタリング（確認）②

【4】モニタリングのポイント

①なぜモニタリングが難しいのか

i) スタッフのモニタリングに対する認識

- ☐ モニタリングが業務の一環として位置づけられていますか
- ☐ 何をどのような形でモニタリングするのか明確になっていますか
- ☐ スタッフはモニタリングの意味と方法を十分理解していますか
- ☐ サービス内容の質の評価方法は明確になっていますか

ii) モニタリングに関する入所者や家族の意向確認

- ☐ 入所者・家族に直接話を聞いていますか
- ☐ 入所者・家族に提供されたケアに対する感想が聞けていますか
- ☐ 入所者・家族は施設サービス計画を理解できていますか
- ☐ 施設サービス計画に入所者・家族の意向が反映できていますか

iii) スタッフとの連携

- ☐ 利用者の状況・状態の変化等について報告・連絡・相談がありますか
- ☐ 報告・連絡・相談のポイントは明確になっていますか
- ☐ 計画担当介護支援専門員とスタッフの役割や責任の分担は明確になっていますか
- ☐ 計画担当介護支援専門員の役割や責任が理解されていますか

iv) モニタリングから再アセスメント、ケアプラン見直しへの展開方法

- ☐ 施設内でケアマネジメントのサイクルが浸透していますか
- ☐ モニタリング表からケアプラン修正への手順が明確になっていますか

v) ニーズと目標の設定

- ☐ ニーズや目標は抽象的・曖昧な表現ではなく、評価可能なものとなっていますか
- ☐ ニーズや目標は達成可能なものに設定されていますか
- ☐ 目標の設定期間は適切ですか
- ☐ 施設サービス計画の見直しを行い、計画の精度やケアの質を高めていますか

5. 施設サービス計画モニタリング（確認）③

【4】モニタリングのポイント

②モニタリングのポイント

- ☐ 積極的に入所者とコミュニケーションをとっていますか
- ☐ ケアチーム内で円滑にコミュニケーションが取れる体制を整備していますか
- ☐ 施設サービスの質の評価を行っていますか
- ☐ 在宅復帰の可能性を検討していますか
- ☐ 介護支援専門員自身がアセスメントや援助の質の見直しを行っていますか
- ☐ 入所者の状態に応じて看取り介護の検討を行っていますか

③モニタリングを促進するための技術

- ☐ 何をモニターするのか他職種へ具体的に伝えていますか
- ☐ 起こるかもしれない危険の予測をし、多職種へ伝達していますか
- ☐ 状態・状況の変化（病状の悪化ADLの低下、改善、生活範囲の拡大）で新たなニーズの発生の有無を確認していますか

④モニタリングと再アセスメント

- ☐ 提供されているサービス内容、頻度、時間等のマッチングができていますか
- ☐ 入所者の要望の変更がないかを確認していますか
- ☐ 短期目標の達成度はどのくらいか確認していますか

⑤サービス計画の変更

- ☐ ケアチームの多角的な視点を集約し、次の課題を抽出していますか
- ☐ 変化がある時には施設サービス計画を再作成していますか
- ☐ 施設サービス計画の見直しを行い、計画の精度やケアの質を高めていますか