

資料 1

「ケアマネジメント・プロセスの手引き」

- ケアマネジメント・プロセスの手引き第2版
- ケアマネジメント・プロセスの手引き調査票
- ケアマネジメント・プロセスの手引き調査結果（基本統計量）

ケアマネジメント・プロセスの手引き
第2版

2016.3.22

目次

0	手引きの使い方	- 1 -
0-1	目的	- 1 -
0-2	手引きの対象	- 1 -
0-3	手引きの使い方	- 1 -
1	ケアマネジメントの目的	- 2 -
2	ケアマネジメントにおける基本理念と倫理的な姿勢	- 4 -
2-1	ケアマネジメントにおける基本理念	- 4 -
2-2	ケアマネジメントにおける倫理的姿勢	- 4 -
3	ケアマネジメント・プロセス	- 8 -
3-1	全体の流れ	- 8 -
3-2	ケアマネジメント・プロセス	- 9 -
3-2-1	インテーク	- 10 -
3-2-2	アセスメント／再アセスメント	- 13 -
3-2-3	ケアプラン作成／ケアプラン修正	- 18 -
3-2-4	サービスの実施とモニタリング	- 24 -
3-2-5	サービス担当者会議	- 28 -
3-2-6	評価	- 33 -
4	参考文献	- 36 -

0 手引きの使い方

0-1 目的

「ケアマネジメント・プロセスの手引き」は、自立支援の理念のもとケアマネジメントのプロセスを示すことにより、質の高いケアマネジメント人材を育成することを目的としています。介護支援専門員がケアマネジメントを実践する現場で、直面する様々な課題を解決するための指針となることを目指しています。

0-2 手引きの対象

要介護高齢者に対しケアマネジメントサービスを提供する居宅の介護支援専門員を対象としています。

0-3 手引きの使い方

本手引きの前半では、介護支援専門員の基本理念と倫理的姿勢を示しています。ケアマネジメントを実践する際に、これらを折に触れて読み、自分のケアマネジメントの振り返りに用いてください。

後半では、ケアマネジメントのプロセスごとに考え方と具体的な行動を示しています。ケアマネジメントの実践において悩んだときに、介護支援専門員が自分のケアマネジメントを具体的に確認するために活用することができます。

1) ケアマネジメントの目的とケアマネジメントにおける基本理念と倫理的姿勢

在宅におけるケアマネジメントを実践するうえで基礎となるケアマネジメントの目的、基本理念、及び倫理的姿勢を示しています。

2) ケアマネジメント・プロセス

最初に、ケアマネジメントのプロセスをインテーク、アセスメント、ケアプラン作成／修正、サービスの実施とモニタリング、評価、サービス担当者会議、の6プロセスに分けて全体の流れを説明しています。

続けて、各プロセスにおいて実施するケアマネジメントの流れ、ケアマネジメントの意義と目的、介護支援専門員の役割、介護支援専門員の姿勢・観点を挙げ、さらに各姿勢・観点における介護支援専門員の実践について、より詳しく記載しています。最後の項目の「各姿勢・観点における介護支援専門員の実践」では、ケアマネジメントの現場における具体的な行動の工夫を示しています。

1 ケアマネジメントの目的

- ① ケアマネジメントの目的は利用者の在宅生活を支援することにある。
1. 在宅生活が困難になった場合に、利用者のニーズに合った社会資源と結びつけることで、在宅生活を可能にすることである。
 2. 病院や施設に入院（所）していたが、退院（所）してくる場合にも、利用者の在宅生活を想定してニーズに合った社会資源と結びつけることで、在宅生活への移行を容易にすることである。
- ② ケアマネジメントの目的は利用者の自立の支援と家族介護者¹⁾の介護負担の軽減を支援することにある。
3. 利用者の自己決定・自己選択を支援することで、利用者の有している力が発揮できるように支援することである。
 4. 家族介護者¹⁾についても、自立した生活が継続できるよう、介護負担の軽減を図るよう支援することである。
- ③ ケアマネジメントの目的は利用者の生活の質（QOL）を高めることにある。
5. 利用者の身体面・心理面・環境面での改善・維持を目指すことで、質の高い生活が得られるよう支援することにある。
 6. 利用者自らが自分の問題に打ち克っていく力をつけるよう（エンパワメント）支援することである。
- ④ ケアマネジメントの目的は、介護だけでなく、医療・住宅・所得・権利擁護等の生活全般のニーズに応えることにある。
7. ニーズについては、在宅生活を可能にする介護、医療、住宅、所得、権利擁護等といった多様なニーズを明らかにすることにある。
 8. サービスについては、利用者が実施可能なセルフケアを中心に、それを補うべく介護保険や医療保険といった公的なサービスだけでなく、家族や近隣、友人、ボランティア、自治会や民生委員といったインフォーマルサービスも活用することにある。
 9. 利用者に多様な社会資源が提供されるため、これらの社会資源間を連携していくことになる。
- ⑤ ケアマネジメントの目的は利用者のニーズの変化に合わせて継続的に支援することにある。
10. 利用者のニーズの変化に合わせて定期的にモニタリングを実施する。
 11. 利用者に急激なニーズの変化が生じた場合には、即応する。

- 12. 利用者の過去の状況や将来への思いを尊重しながら支援する。
- 13. 利用者の生活全体を構成する多様なニーズを満たすよう支援する。

⑥ ケアマネジメントの目的は利用者の権利を擁護することにある。

- 14. 利用者への虐待等の権利侵害を早期に発見して、侵害されている人を守る。
- 15. 利用者に対して提供されているサービスが適切でない場合は、利用者を擁護する。
- 16. 意思表示が十分でない人についても最大限自己決定を尊重し、利用者の意向を汲み取りながら、意思決定の支援を行う。

⑦ ケアマネジメントは利用者への支援に加えて、利用者が生活する地域社会での社会資源の開発や改善にも貢献する。

- 17. 利用者が日常生活圏域で生活が継続的にできるよう、地域の課題が解決できるよう、地域包括支援センターと一体になり、他の専門職・地域住民との協働を行う。
- 18. 他の専門職・地域住民と協働して、利用者が住みよい社会づくりを進める。

注1「家族介護者」： 本手引きでは、ヘルパーなどの専門職ではない、インフォーマルな介護者全般を「家族介護者」に含む。

2 ケアマネジメントにおける基本理念と倫理的な姿勢

2-1 ケアマネジメントにおける基本理念

① 利用者の尊厳の保持

1. すべての利用者に対して、かけがえのない存在として尊重する。
2. 自らの先入観や偏見にとらわれず、利用者があるがままに受容する。

② 自立支援

3. 利用者の自己決定・自己選択を尊重し、利用者がその権利を十分に理解し、活用していけるよう支援する。
4. 利用者が有している力を最大限に発揮できるよう支援する。

2-2 ケアマネジメントにおける倫理的姿勢

- | | | |
|--------|--------------|------------|
| ①権利擁護 | ②秘密保持 | ③プライバシーの尊重 |
| ④利益保護 | ⑤説明責任 | ⑥リスクマネジメント |
| ⑦苦情対応 | ⑧専門的知識と技術の向上 | ⑨利用者との信頼形成 |
| ⑩多職種連携 | ⑪公正・中立な立場の堅持 | ⑫社会的責任 |
| ⑬法令順守 | ⑭倫理綱領に対する誠実 | |

① 権利擁護

1. 利用者が望むサービスを適切に受けられるように権利を擁護し、代弁活動を行う。
2. 利用者の権利について十分に認識し、敏感かつ積極的に対応し、あらゆる権利侵害の発生を防止する。
3. 利用者が虐待の対象となっている可能性がある場合には、すみやかに発見できるよう心掛ける。
4. 意思決定能力の不十分な利用者に対して、常に最善の方法を用いて、利益と権利を擁護する。
5. 利用者の権利侵害を防止するよう環境を整え、啓発活動を積極的に行なう。
6. 地域の側で意思決定がなされる際には、関係する利用者の意思と参加が促進されるようにする。

② 秘密保持

7. 正当な理由なしに、その業務に関し知り得た利用者や関係者の秘密を漏らさぬことを厳守する。
8. 業務を離れた日常生活においても、また業務から退いた場合においても、利用者の秘密を保持する。
9. 記録の保持と廃棄について、利用者の秘密が漏れないように慎重に対応する。
10. サービス担当者会議等で利用者に関する情報を関係機関・関係職員と共有する場合、その秘密を保持するよう最善の方策を用いる。

③ プライバシーの尊重

11. 利用者のプライバシーを最大限に尊重し、関係者から情報を得る場合、利用者等からの同意を得る。
12. 利用者の記録を開示する場合には、かならず利用者等の了解を得る。
13. 利用者の支援という目的を超えて、個人情報収集ないし使用してはならない。
14. 利用者の個人情報の乱用・紛失等のあらゆる危険に対し、安全保護に関する措置を講じる。特に電子媒体により取り扱う場合、最新のセキュリティに配慮し厳重に管理する。
15. 問題解決を支援する目的であっても、利用者が了解しない場合は、個人情報を使用しない。

④ 利益保護

16. 利用者の利益を最優先にして支援を行う。
17. 利用者が記録の閲覧を希望した場合には、特別な理由なく、拒んではならない。

⑤ 説明責任

18. 介護保険制度の内容や動向、作成されたケアプラン、ケアプランに基づいて提供された保健・医療・福祉のサービスについて、利用者に適切な方法・わかりやすい表現を用いて、説明し、利用者の意向を確認する。
19. 利用者に対して利益の相反する関係になることが避けられない場合は、利用者を守る手段を講じ、それを利用者に説明する。

⑥ リスクマネジメント

20. 利用者に対するアセスメントにおいて、リスクを予見する。
21. 利用者へのケアプランの作成において、リスクを回避する計画を作成する。

⑦ 苦情対応

22. 利用者や関係者の意見・要望そして苦情を真摯に受け止め、適切かつ迅速に改善を図る。
23. 苦情を受けた際には、業務の改善を通して再発防止に努めなければならない。
24. 実践現場が常に自己点検と評価を行い、他者からの評価を受けるように働きかけなければならない。

⑧ 専門的知識と技術の向上

25. 専門職としての使命と職責の重要性を自覚し、常に専門的知識・技術の向上に努めることにより、専門性を高め、自らの専門的知識・技術を惜しみなく発揮する。
26. スーパービジョン、教育・研修に参加し、援助方法の改善と専門性の向上を図る。
27. 研修・情報交換・自主勉強会等の機会を活かして、常に自己研鑽に努める。
28. 他の介護支援専門員やその他専門職と知識や経験の交流を行い、支援方法の改善と専門性の向上を図る。
29. 常に専門分野や関連する情報や介護保険制度等関連知識について収集し、専門的力量を高める。

⑨ 利用者との信頼形成

30. 利用者との支援関係を大切にし、その関係についてあらかじめ利用者に説明する。
31. 支援関係において、利用者とのパートナーシップを尊重する。
32. 利用者に自分の価値観や援助観を利用者に押しつけない。
33. 利用者の意思表示をはげまし、支援する。
34. 利用者の立場に立ち支援することを伝える。
35. 専門職上の義務と利用者の権利を説明したうえで、支援する。
36. 利用者が必要な情報を十分に理解し、納得していることを確認する。
37. 利用者が目標を定めるよう支援する。
38. 利用者が選択の幅を広げられるよう、十分な情報提供をする。
39. 利用者の自己決定が重大な危険を伴う場合には、あらかじめその行動を制限することがあることを伝え、そのような制限をした場合には、その理由を説明する。
40. 自らの個人的・宗教的・政治的理由により、又は自らの利益のために、不当に利用者との支援関係を利用しない。

⑩ 多職種連携

41. ケアプランのもとで、多様なサービスや支援との有機的な連携を図るよう創意工夫を行い、ケアマネジメントを総合的に提供する。
42. 個々のサービスの専門性を尊重するために、他の専門職等と連絡・調整し、協働して

取り組んでいる。

43. 所属する機関内での意思疎通が円滑になされるよう、積極的に関わる。

⑪ 公正・中立な立場の堅持

44. 所属する事業所・施設の利益に偏ることなく、公正・中立な立場を堅持する。
45. 介護サービス事業者との関係において、自らが属する機関や関連する事業者の利益のために働くようなことがない。
46. 利用者のニーズの性質や量に応じて、適正にサービスが利用できるよう支援する。

⑫ 社会的責任

47. 利用者が地域で最期まで生活できる社会の実現を目指して活動する。
48. 地域の限りある資源が最適な形で活用されるよう努める。
49. 地域で不足している資源を把握し、開拓できるよう努める。
50. ケアマネジメントの果たす役割を自覚し、常に社会の信頼を得られるよう努める。
51. 利用者・他の専門職・市民に対して、ケアマネジメントの内容を伝え、社会的信用を高める。
52. 自覚と誇りを持ち、責任ある行動をとり、ケアマネジメントの重要性を啓発する。
53. あらゆる社会的不正行為や信用失墜行為を行わない。

⑬ 法令順守

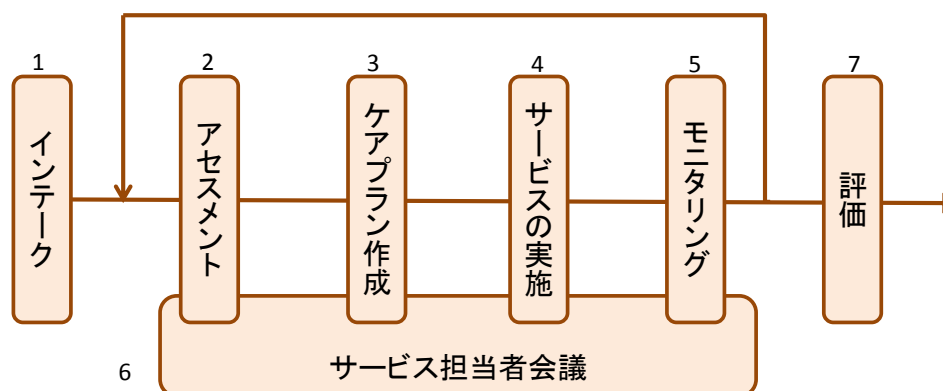
54. 介護保険法及び関係諸法令・通知を遵守する。
55. 利用者から正規の報酬以外に物品や金銭を受けとらない。

⑭ 倫理綱領に対する誠実

56. 日本介護支援専門員協会の倫理綱領に対して誠実である。
57. 倫理上のジレンマが生じた場合、倫理綱領に照らし、公正性と一貫性をもってサービス提供を行うように努める。
58. 実践現場の方針・規則・手続き等が、日本介護支援専門員協会の倫理綱領に反する場合、それを許さない。

3 ケアマネジメント・プロセス

3-1 全体の流れ



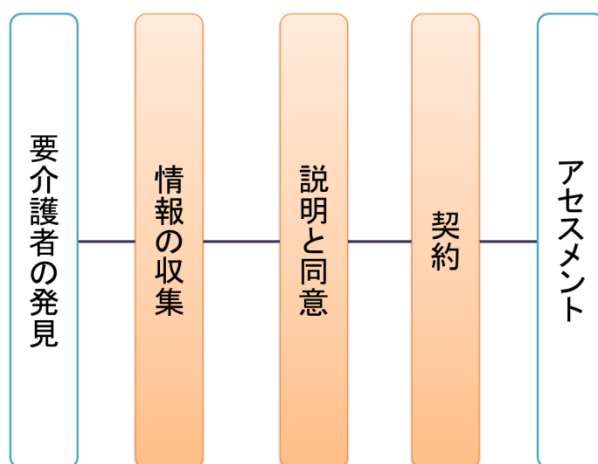
- ・ケアマネジメント・プロセスでは、インテーク、アセスメント、ケアプラン作成、サービスの実施、モニタリング、評価、サービス担当者会議のプロセスが PDCA サイクル²⁾に基づき循環している。
- ・ケアマネジメント・プロセスの各プロセスは、重なり合い、また前後しながら実施される。例えば、アセスメントからケアプラン作成に徐々に重点が移っていき、ケアプラン作成からアセスメントに戻ることもある。
- ・ケアプラン作成には、ケース目標の設定から、個々のニーズに基づきサービスや支援に結び付ける計画作成までが含まれる。
- ・モニタリングにおいて利用者の状況や環境に変化があった場合は、再アセスメントを行い、ケアプランを修正する。
- ・通常、ケアマネジメント・プロセスの開始前には利用者の要介護認定の申請が行われる。
- ・ケアマネジメント・プロセス全体を通じ、サービス担当者会議は利用者、家族介護者、サービスや支援の提供者が参加して開催される。主にケアプランが初めて作成される時や、ケアプランが修正される場合に開催される。
- ・評価はケアマネジメント・プロセス全体の改善を通じてケアマネジメントをよりよいものにしていくことである。

注2 「PDCA サイクル」： 一連の業務を1. Plan (計画)、2.Do (実施・実行)、3.Check (点検・評価)、4.Act (処置・改善) に分け、この4段階を順次行って1周したら、最後の Act を次の Plan につなげて螺旋を描くように1周ごとにサイクルを向上させて、継続的に業務改善する、という考え方。

3-2 ケアマネジメント・プロセス

本項では、ケアマネジメントの流れ、意義と目的、介護支援専門員の役割、介護支援専門員の姿勢・観点、さらに各姿勢・観点における介護支援専門員の実践について、3-1で挙げたプロセスごとに詳述していきます。

3-2-1. インテーク



1) インテークの意義と目的

インテークは、受理面接とも呼ばれ、ケアマネジメント・プロセスにおける入口部分であり、相談者からの相談受付、受理から始まる。このインテークにおける相談援助面接の意義と目的は、相談者からの主訴に基づいて相談者が抱えている課題、問題に関する概略的な情報収集と整理、相談者に対する心理的なサポート、そして緊急性の判断を含めた今後の基本的な方向づけをすることにある。相談受付の経路には、相談者本人や家族からの相談や行政や医療機関等からの紹介だけでなく、介護支援専門員からの要介護者の発見（アウトリーチ）もある。

このインテークにおいて重要なことは、相談者と介護支援専門員との援助関係の形成、課題解決に向けて協働して行くという双方合意の確認（利用契約の締結）をすることである。そのためには、専門職である介護支援専門員の役割、及び所属する機関の役割、機能の説明を踏まえたうえで信頼関係（ラポールの形成）が構築できるかどうか重要となる。

2) インテークにおける介護支援専門員の役割

インテークにおいて介護支援専門員は、相談援助への導入プロセスとして、相談受理から概略的な情報収集、スクリーニング、そして緊急性の判断を踏まえた基本的な方向性の検討、と限られた時間の中で様々な対応が求められる。その一方で重要なことは、相談者を心理的にサポートすることである。

インテーク面接にあたって、相談者は自分自身が直面する問題に対して、そしてこれから出会う援助者に対して不安を抱えている。援助者となる介護支援専門員は、そうした不安を抱え緊張状態にある相談者に対し、共感、受容、保証、尊重等の援助技法を駆使し、緊張感の緩和、不安の除去といった心理的なサポートをすることが重要である。それが相談者との援助関係の形成、そして課題解決への第一歩となる。

なおインテーク面接は、直接面接と電話での対応など面接場面の設定に違いはあっても、介護支援専門員が留意すべき基本的な視点、姿勢等は同じである。

3) インテークにおける介護支援専門員の姿勢・観点

- ① 相談者の主訴を傾聴し、相談者の置かれている状況とニーズを見極める
- ② 相談者に初めて接する時点から受容的な態度で傾聴する
- ③ 相談者に対して共感的対応を示す
- ④ 相談者が主体的に選択できるように、仕組みやサービスを説明する
- ⑤ 相談者に対して契約締結時に重要事項について説明する
- ⑥ 相談者の権利擁護の視点を踏まえた援助をする
- ⑦ 障害福祉サービスからの移行においても利用者本位の援助を行う

4) 各姿勢・観点における介護支援専門員の実践

① 相談者の主訴を傾聴し、相談者の置かれている状況とニーズを見極める

1. 相談者が自分で考えて言葉を選び、自分のペースで話せるように働きかける。
2. 相談者を一般化せず、相談者が固有の存在であることを相談者に伝える。
3. 援助者の価値観による質問を行うのではなく、オープンクエスション、クローズドクエスションを併用し、相談者自らが語れるように意図的な働き掛けを行う。
4. 相談者の現在おかれている個別の状況、性格や価値観について、深く知ろうという姿勢を示す。
5. 相談者が捉えている自分自身の問題や、それが解決した姿について語ってもらう。
6. 緊急を要する状況が無いか確認し、ある場合は適切にリファー（照会）する。

② 相談者に初めて接する時点から受容的な態度で傾聴する

7. 所属、氏名等の自己紹介を丁寧に行い、自分と援助機関の関係、立場等についての説明を行う。
8. 声の大きさ、声の質、話すスピード、適切な言葉の選択等、適切な対応ができる。
9. 専門用語、略語、外来語等の使用に注意を払い、相談者が理解しやすい言葉や用語を用いて説明を行う。
10. 必要に応じて、座る位置関係、秘密が守られる環境の確保等、相談者が安心して援助者と向き合える環境を整える。

③ 相談者に対して共感的対応を示す

11. 相談者の言動を評価したり審判したりせず、存在そのものを価値あるものとして認める。

12. 相談者の感情に波長を合わせて共感的対応を示す。
13. 相談者自身、課題、問題が明確になっていない不安と緊張を抱えていることが多い。
援助者としてその不安、緊張を緩和するに努める。
14. 言語的コミュニケーションに偏らず、非言語的コミュニケーションにも留意する。
15. 非言語的コミュニケーションに現れた相談者の感情や真意を理解しようと努める。

④ 相談者が主体的に選択できるように、仕組みやサービスを説明する

16. 相談者自身が問題解決の主体であるという認識を促し、相談者の知る権利を尊重して、介護支援専門員はそのサポートを行う。
17. 相談者が主体的に選択できるように制度等の仕組みや居宅介護支援サービスについて説明する。
18. 相談者の主訴を踏まえ、利用可能(必要)な社会資源の説明をする。
19. 各サービスでできること、できないこと、利用することのメリットとデメリットについて説明する。
20. 介護支援専門員及び所属機関がもつ専門的な役割及び機能について説明する。

⑤ 相談者に対して契約締結時に重要事項について説明する

21. 居宅介護支援事業の契約締結前に、事業所の運営規程や介護支援専門員の勤務体制、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制について説明する。
22. 認知症等相談者の判断能力が不十分な場合は、成年後見制度等の仕組みの活用を検討する。

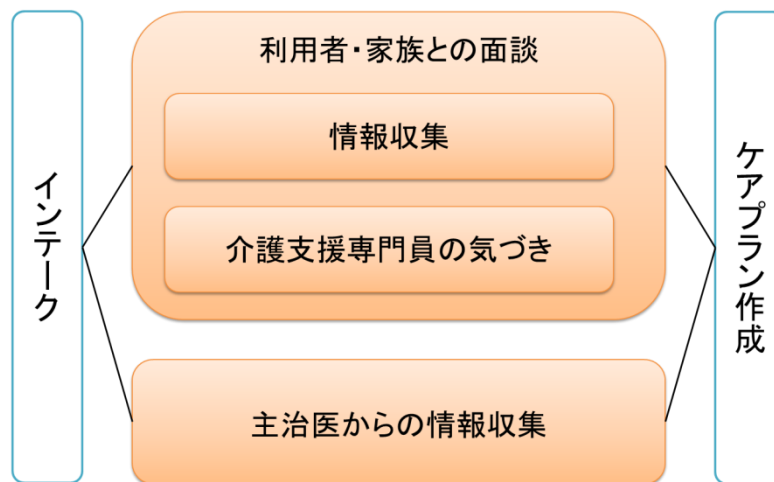
⑥ 相談者の権利擁護の視点を踏まえた援助を行う

23. インテーク面接を通して、所属機関及び自分が担当することが適当であるかを判断し、必要に応じ適切な機関をリファー（照会）する。
24. 苦情申し立ての仕組みが存在することを、相談者又は相談者の権利を代弁できる人に周知する。
25. 苦情相談窓口及び対応責任者についての説明を行う。
26. 認知症等の判断能力が不十分な人の権利が侵害されていないか見極める。
27. 虐待や資産の搾取等の権利侵害を発見した場合は、市町村等適切な機関に照会する。

⑦ 障害福祉サービスから介護保険サービスに移行する場合にも利用者本位の援助を行う

28. 障害福祉サービスから介護保険サービスに移行する利用者については、市町村や相談支援専門員と連携、協働して援助を行う。
29. 介護保険サービスが優先とされているが、利用者のニーズを見極めた上で、該当する介護保険サービスがない場合などは障害福祉サービスの利用に結びつける。

3-2-2. アセスメント/再アセスメント



1) アセスメント/再アセスメントの意義と目的

アセスメントとは、利用者やその家族との面談を通じて情報を収集し、分析し、利用者にどのような支援を提供すればよいかを導き出すためのプロセスである。収集すべき情報には、利用者の病気や障がい、家屋構造や経済状態、家族の状況等の客観的事実と、利用者の気持ちや現状に対する考え、生活観や価値観等の主観的事実がある。情報収集の第一の情報源は利用者であり、また家族介護者であるが、主治医や、サービス事業者もまた大切な情報源である。

介護支援専門員は収集した情報をもとに、利用者の現在の生活状況の全体像を把握する。つまり、本当はどのように暮らしたいか、現状がそのようにならないのはなぜか、を明らかにする。こうしたことが明らかになって初めて、状況の解決策すなわちケアプランが提案できる。

また、ケアプラン実施後には、サービス提供場面等から得られた情報をもとに再アセスメントを行い、ケアプランを修正していく。

2) アセスメント/再アセスメントにおける介護支援専門員の役割

アセスメントにおける介護支援専門員の役割は、ケアプランを導くニーズを明らかにすることである。ニーズは、生活のしづらさを含む現在の生活をより自立的で尊厳の保たれた生活の形に近づけていくために、解決しなければならない課題である。

つまり、介護支援専門員は利用者の置かれている現在の困難な状況を理解し、その状況がなぜ起こっているのかを明らかにする。そして、利用者の悩みや困り事を解決し、希望や要望が叶うような生活のあり方を利用者とともに描き出すのである。また、こうしたケ

ケアマネジメントの過程に利用者が参加できるように促していく。

3) アセスメント/再アセスメントにおける介護支援専門員の姿勢・観点

- ① 利用者や家族介護者の主訴、顕在化した問題、潜在化した問題について情報収集を行う
- ② 利用者像や利用者・家族介護者の望む暮らしを把握する
- ③ 主治医やサービス事業者等から情報収集を行う
- ④ 個人と環境の相互作用や、強さの視点から利用者を理解する
- ⑤ 収集した情報から利用者は「何」に困っているか、それは「なぜ」か、そして利用者がより自立的で尊厳が保たれた生活の形を考える
- ⑥ 利用者の生活における問題点、ニーズ、目標について平易な表現で利用者に伝え、合意を形成しながら、利用者と協働でアセスメント過程を歩む
- ⑦ 利用者や家族介護者を情緒的に支持し、信頼関係（援助関係）を構築するか
- ⑧ 在宅生活の破綻をもたらすような危機的状況の有無を見極める
- ⑨ ケアプラン実施後に、利用者や家族介護者、専門職やインフォーマルな支援者から情報を収集し、再アセスメントを行う

4) 各姿勢・観点における介護支援専門員の実践

- ① 利用者や家族介護者の主訴、顕在化した問題、潜在化した問題について情報収集を行う
 1. 利用者や家族介護者の主訴をしっかりと聴き取り、訴えの意味を考える。
 2. 客観的な事実（実際に起こっていること）と主観的な事実（利用者の考えや感情等）の両方の情報を収集する。
 3. 利用者の健康状態（疾病やその程度、生活に与える影響）について把握する。
 4. 利用者の個人因子（生活観や価値観、それが形成されてきた過程（生活歴））について把握する。
 5. 利用者を取り巻く環境因子（家族等インフォーマルな資源・諸サービスを提供する援助者といった人的環境、家屋構造等の物的環境、活用可能な制度等の制度的環境等）について把握する。
 6. 利用者の活動の状態（ADLやIADL、それが生活に与える影響）について把握する。
 7. 利用者の参加の状況（家族やその他の人との関係を通して担う役割）について把握する。
 8. 家族の介護力（介護に関する知識、技術、健康状態、介護者同士の関係性等）を把握する。

9. 利用者の日常の生活スケジュール（日課や生活習慣、受診状況等）を把握する。
10. 介護サービス利用に関する利用者の支払い能力、支出額に関する利用者の考え方について把握する。

② 利用者像や利用者・家族介護者の望む暮らしを把握する

11. 利用者自身や家族が考える「望む暮らし」を語ることを促す。
12. 利用者自身や家族が「望む暮らし」を明確に語れないときは、暮らしのあり方の可能性を例示しながら、一緒に利用者が「望む暮らし」を考える。
13. 家族介護者の困っていることや心配事、介護に対するストレス、介護者としてはどのような生活を望んでいるかを把握し、介護者が「これならできる」と思える介護生活を考える。

③ 主治医から情報収集を行う

14. 利用者の健康状態（疾病やその程度、生活に与える影響）に関する情報について、主治医から収集する。
15. 利用者の健康状態の維持や改善の可能性、その方法について、主治医の意見を聞く。
16. 利用者の健康状態の悪化の可能性、どんな要因が利用者の健康状態を悪化させるかについて、主治医の意見を聞く。
17. 利用者の「望む暮らし」について主治医に説明したうえで、その実現のために留意すべき事柄について主治医の意見を聞く。
18. ケアマネジャーから主治医に対して、食事・排泄・睡眠・清潔などの生活の様子、移動能力などの身体機能、主たる疾患の症状やその変化等に関する情報提供をする。
19. 利用者が認知症である場合、主治医から認知症の診断の種類や重症度についての情報を得る。
20. 退院や退所の場合は、医療ソーシャルワーカーや退院調整担当者、入院している病棟の医師や看護師等から、入院時の身体状況の変化や退院後も継続する必要がある医療的処置、医療に関する情報等を入手する。

④ 個人と環境の相互作用や、強さの視点から利用者を理解する

21. 利用者自身の強さの視点から、利用者の能力、意欲、希望や、疾患や療養生活に関する知識、要介護状態になったことに対してこれまでの対処状況等について把握する。
22. 利用者を取り巻く環境（家族の介護力や介護知識、住環境、制度面等）の強さについて把握する。
23. どのような事柄が利用者にとって「自分らしい」暮らしであるかを把握する。
24. 利用者が有しているけれども、日常生活において活用されていない能力があることを把握する。

- ⑤ 収集した情報から利用者は「何に」困っているか、それは「なぜ」か、そして利用者がより自立的で尊厳が保たれた生活の形とは何か、を考える
25. 現在利用者や家族が感じ取っている困り事（顕在化した問題）が、なぜ起こってくるかを考える。
26. 現在利用者や家族が気づいていない困り事（潜在化している問題）について考える。また、なぜ利用者や家族がそうした問題に気づいていないかを考える。
27. 利用者や家族が望む暮らしと現在の生活が乖離している理由を考える。
28. 現在の生活状況が続くことで起こってくるリスク（健康状態の悪化や生活機能の低下）について考える。
29. 健康状態や環境因子の変化、あるいは個人因子の理解などを通じて生活機能が改善される可能性について考える。
30. 利用者の病気／障がいやできない部分を見るだけでなく、身体・心理・社会的存在として、また、時間の経過の中の存在として利用者の全体像を把握する。
31. 利用者の認知症の症状と、家族介護者の認知症に対する理解や対処能力の関係を見きわめて、現在の介護の負担について把握する。
- ⑥ 利用者の生活における問題点、ニーズ、目標について平易な表現で利用者に伝え、合意を形成しながら、利用者と協働でアセスメント過程を歩む
32. 利用者との合意を図ろうとする際、利用者が理解できるような平易な表現を用いて説明を行う。
33. 「〇〇についてお困りなのですね」等と、利用者や家族と顕在化した問題の存在について合意を図る。
34. 「実は〇〇についてもお困りではないでしょうか」等と、利用者や家族と潜在化している問題の存在について合意を図る。
35. 「〇〇という暮らしが送れたらよいとお考えなのですね」等、利用者や家族が望む暮らしの形について合意を図る。
36. 利用者の語る望む暮らしがそのままの形では実現が難しい場合、介護支援専門員は改善の策を考え、それについて利用者と合意を図る。
37. 利用者の望む暮らしを支援目標に置いた際、そこに至るまでに段階的にケアプランを修正していく必要がある場合、介護支援専門員はそのことについて利用者と合意を図る。
- ⑦ 利用者や家族介護者を情緒的に支持し、信頼関係（援助関係）を構築する
38. 利用者や家族介護者の主訴に耳を傾け、共感的な応答をすることを通じて、信頼関係（援助関係）の構築を図る。

- 39.利用者や家族介護者から情報を得る際に、利用者が努力したり工夫してきたことについて、ねぎらいや承認の言葉をかける。
- 40.利用者や家族介護者が最も心配していること、最も大切にしたいこと、大切にしてきたことを汲み取り、それを言葉にして利用者に返す。
- 41.認知症の場合、利用者の BPSD の予防や改善のために、家族教育や家族支援を行う。

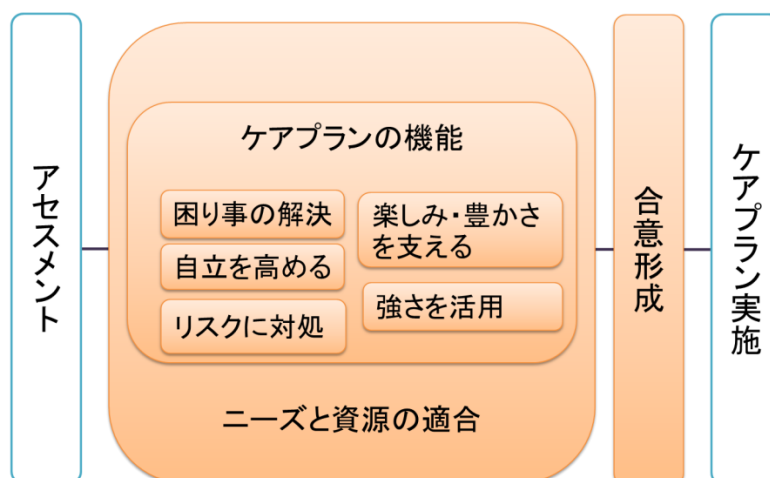
⑧ 在宅生活の破綻をもたらすような危機的状況の有無を見極める

- 42.利用者の健康状態が、在宅生活の継続を難しくさせる状態になっていないかを見極める。
- 43.利用者の BPSD の程度が家族介護者の許容量や限界を越えていないかを見極める。
- 44.家族介護者の健康状態が、在宅生活の継続を難しくさせる状態になっていないかを見極める。
- 45.緊急の入院や短期入所利用等の方法により、家族介護者と分離する必要があるかを見極める。

⑨ ケアプラン実施後に、利用者や家族介護者、専門職やインフォーマルな支援者から情報を収集し、再アセスメントを行う

- 46.ケアプラン実施後に、利用者や家族介護者の生活の変化を把握するための情報を収集する。
- 47.ケアプラン実施後に、利用者の支援に関わる専門職やインフォーマルな支援者から情報を収集し、それらの情報をもとにアセスメント内容を深め、修正する。

3-2-3. ケアプラン作成/ケアプラン修正



1) ケアプラン作成/ケアプラン修正の意義と目的

ケアマネジメントは、利用者のニーズとそのニーズを充足できる適切な社会資源の結びつけを行う。ケアプラン作成は、支援の目標（心身の機能障がいの現状を踏まえつつ、どのように暮らしたいか、暮らすことができるか）を描き出し、その暮らしに近づけていくためにはどんなニーズ（解決すべき課題）があり、それぞれのニーズを充足するための種々の社会資源の活用方法（社会資源の種類、利用回数や頻度、スケジュール等）を考え、それを文書化することである。

ケアプランは、利用者と介護支援専門員の間で交わされる、どのような社会資源を、どれだけ、どのように活用するかについての約束事であり、同時にどれくらいの費用負担をするかを含むものである。また、利用者と種々のサービス事業者や支援者との間の約束事でもある。

介護支援専門員は、利用者とともにケアプラン作成の過程を歩み、こうした社会資源の活用を通じて利用者がより自立的で尊厳が保持される生活を送れるように支援する。

さらに、ケアプランが実施された後には、モニタリング等によって収集された情報をもとに行った再アセスメントをもとに現行のケアプランを修正していく。

2) ケアプラン作成における介護支援専門員の役割

ケアプラン作成における介護支援専門員の役割のもっとも目に見える部分は①ケアプランを書く、②ケアプランに基づいてサービスが利用できるように調整を図るということである。

ケアプランを書く過程に、介護支援専門員は利用者の参加を促すことが重要である。介護支援専門員は、利用者の望む暮らしの実現のために、どのようなニーズがあり、それぞ

れのニーズを充足するために、どのような社会資源（サービス種別と、具体的にサービスを依頼する事業者）をどれくらい使うのかについて、アセスメント結果をもとに利用者に分かりやすく説明し、合意を図りながらケアプランを作成していく。

ニーズに基づきサービスを調整するために、介護支援専門員は利用者に対する適切なアセスメントを行うと同時に、ニーズ充足を図る各種の社会資源の力量についてもアセスメントしておく。社会資源のアセスメントは、日常のサービス事業者との接触や、当該サービスを活用する利用者のモニタリングで得られた情報、さらには関係機関間での情報交換等から判断していくことになる。

また、ケアプランに位置付ける社会資源は介護保険制度による各種サービスばかりではない。市町村の保健福祉サービスやその他の営利組織／非営利組織／インフォーマルサポートも必要に応じて活用する。また、利用者自身が持っている力（ストレングス）を活用することも大切である。

3) ケアプラン作成における介護支援専門員の姿勢・観点

- ① 利用者の生活上の困り事の解決を図るケアプランを作成する
- ② 利用者の自立を高め、尊厳の保持を図るケアプランを作成する
- ③ 利用者の生活の楽しみや豊さを支え、望む暮らしの実現を図るケアプランを作成する
- ④ 利用者の強さ（ストレングス）を活用したケアプランを作成する
- ⑤ 今後起こりうるリスクを想定し、それに対処しうるケアプランを作成する
- ⑥ 利用者の日常の生活のスケジュールを意識したケアプランを作成する
- ⑦ ケアプラン作成過程において利用者との間で合意形成を行う
- ⑧ ケアプランにおいて、ニーズと社会資源を適切に適合させる
- ⑨ 利用者の支払い能力に応じたケアプランを作成する
- ⑩ ケアプランに位置付けたサービス事業者／支援者に対して、サービス提供場面で利用者にもどのように関わってもらうかを明確にする
- ⑪ ケアプランに関して、ケアプラン実施以降にサービス事業者／支援者に支援の修正を図る可能性を考慮する
- ⑫ ケアプラン実施後、現行のケアプランが十分に機能していないか、新しいニーズが生起している場合、ケアプランを修正する

4) 各姿勢・観点における介護支援専門員の実践

- ① 利用者の生活上の困り事の解決を図るケアプランを作成する
 1. 利用者の生活上の困りごとを発生させる原因を明確にし、それらを緩和／解決できるような社会資源をケアプランに位置付ける。

2. ケアプランは、ニーズ中心主義の考え方で作成する。
3. 介護支援専門員が援助支援困難と感じるケースについては、一人でケースを抱え込まず、上司や同僚に相談したり、所内ケアカンファレンスを開催して事例検討を行うことでケース支援を冷静に考え直すことが望ましい。

② 利用者の自立を高め、尊厳の保持を図るケアプランを作成する

4. 利用者の活動を高め、できることに積極的に取り組んだり、機能を向上させる意欲を高めるような工夫をする。
5. 利用者の周囲の人々（家族等）や物理的環境（住環境等）が利用者の自立を高めるような工夫をする。
6. 利用者が「自分らしい暮らし」を送れると感じさせるような工夫をする。
7. 利用者が「尊厳を傷つけられている」と感じる事柄を緩和／解決できるような工夫をする。

③ 利用者の生活の楽しみや豊さを支え、望む暮らしの実現を図るケアプランを作成する

8. 利用者の楽しみや豊かさになることや、逆に楽しみや豊かさを阻害する要因を把握し、利用者の楽しみや豊かさを支える工夫をする。
9. 利用者の望む暮らしを支える工夫をする。利用者が望む暮らしをイメージできない場合、利用者の生活機能をどのように高められれば、そのイメージを抱けるかを考慮する。

④ 利用者の強さ（ストレングス）を活用したケアプランを作成する

10. 利用者の強さが活用されるように社会資源を活用する。
11. 利用者の強さが発揮できるように利用者自身及び利用者の周囲の環境面への働きかけをする。

⑤ 今後起こりうるリスクを想定し、それに対処しうるケアプランを作成する

12. 利用者の生活の現状が悪化するのを防ぐために利用者自身及び利用者の周囲の環境面への働きかけをする。
13. 利用者の生活の現状を維持／向上させるために利用者自身及び利用者の周囲の環境面への働きかけをする。

⑥ 利用者の日常の生活のスケジュールを意識したケアプランを作成する

14. 利用者の日常の生活のスケジュールや生活リズム等を考慮する。
15. 利用者の1週間のスケジュール、その他定期的なスケジュール（通院日等）を考慮する。

⑦ ケアプラン作成過程において利用者との間で合意形成を行う

16. 「利用者及び家族の生活に対する意向」欄には、利用者、家族介護者それぞれが重要と考える意向を、具体的な表現で記載する。
17. 利用者及び家族の生活に対する意向について、利用者・家族介護者に確認し、介護支援専門員との間で合意を図ったうえで記載する。
18. 利用者の被保険者証に介護認定審査会意見が付されている場合には、その意味を利用者に説明し、合意が図れた場合、その内容を反映したケアプランを作成する。
19. 「総合的な援助の方針」欄には、利用者のこのように暮らしたいという思い、利用者にとっての実現可能な目標（望む暮らし）を具体的に記述する。
20. 総合的な援助の方針欄に記載する利用者の望む暮らしや、望む暮らしを実現するために何に重点を置いて支援するかについて、利用者に説明し合意を図る。
21. 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」欄には、利用者の望む暮らし（総合的な援助の方針の中に記載した実現可能な目標（望む暮らし））が実現されるために必要な課題(ニーズ)を対応させて構成する。
22. 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）は、優先順位の高いものから順に記載する。
23. 利用者の望む暮らし、自立した生活を実現し、維持・継続していくためのニーズ（解決すべき課題）について、利用者に提案/確認し合意を図る。
24. 利用者のニーズと家族のニーズが対立するような場合には、双方が合意できる範囲でニーズを設定することを心がける。
25. 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）は、具体的な表現で記述し、利用者が主体的・意欲的に取り組めるようなものにする。
26. 個々の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を充足するために、それぞれのニーズが長期的・短期的にどのようになればよいのかについて提案し、合意を図る。
27. 「長期目標」は、支援を利用しながらも利用者も努力する到達点とする。
28. 「短期目標」は、達成度が分かりやすいように、できる限りわかりやすい具体的な内容や数値で設定する。
29. 長期及び短期目標に付する期間の設定は、利用者及びケアチームのメンバーと協議をしたうえで、開始時期と終了時期を記載する。
30. 「サービス内容」は、短期目標達成のために必要な社会資源を位置付ける。
31. サービス/支援内容について提案し、利用者の合意を図る。
32. サービス/支援の提供を依頼するサービス事業者/支援者について具体的に提案し、利用者の合意を図る。
33. サービス事業者/支援者の選定にあたっては、利用者の意思を尊重するとともに、利用者のニーズを充足できる力量を持つサービス事業者/支援者について情報提供し、利用者が自己決定・自己選択できるよう支援する。

- 34.利用者自身に認知症等があり合意形成が困難な場合、家族に十分に説明し、ケアプランについて合意を図る。
- 35.利用者や家族介護者が感じているニーズと、介護支援専門員が専門的な立場や社会規範的な立場から把握するニーズが一致しない場合、まずは利用者側の意向を尊重しながら、継続的に話し合いを続けていく中で信頼関係を確立し、両者が一致するニーズを導き出す。

⑧ ニーズと社会資源を適切に適合させる

- 36.既存のサービスに利用者を合わせたケアプランではなく、適切なアセスメントの結果導き出された利用者の解決すべき課題（ニーズ）を充足できる社会資源を位置づけるケアプランを作成する。
- 37.ニーズに対応する社会資源は、介護保険給付の枠の中だけでなく、その他のフォーマルサービス、インフォーマルサポートや利用者自身の強さ等を意識して選定する。

⑨ 利用者の支払い能力に応じたケアプランを作成する

- 38.ケアプランに位置付けたサービスを利用する際に発生する費用負担について説明し、合意を図る。
- 39.ケアプランに対する費用負担について利用者と合意が図れなかった場合、利用者が負担できる範囲内で、もっとも利用者の生命維持に関わるニーズを充足するサービスを優先してケアプランに位置付ける。

⑩ ケアプランに位置付けたサービス事業者／支援者に対して、サービス提供場面で利用者にとどのように関わってもらうかを明確にする

- 40.利用者の自立を高め、尊厳を保持するために、サービス提供場面でサービス事業者／支援者が利用者に関わる際の留意事項を検討する。
- 41.前述の留意事項についてサービス事業者／支援者に説明し、理解を得る。

⑪ ケアプランに関して、ケアプラン実施以降にサービス事業者／支援者に支援の修正を図る可能性を考慮する

- 42.初回のケアプラン作成段階で、アセスメントが十分になされていない部分がある場合には、今後追加で情報収集を行う部分／項目があることを明確にする。
- 43.その後の追加の情報収集は、介護支援専門員自身が行う場合の他、サービス事業者／支援者に対してどのような情報の提供を依頼するかを明確にし、その旨をサービス事業者／支援者に依頼する。
- 44.ケアプランについて利用者と介護支援専門員の見方が一致しないために、利用者の自立や尊厳の保持が損なわれる可能性が予測される場合、利用者と合意が図れたサービ

スについてケアプランに位置づけるとともに、ケアプラン実施後の利用者の状態変化等に関する観察/情報収集のポイントを明確にする。

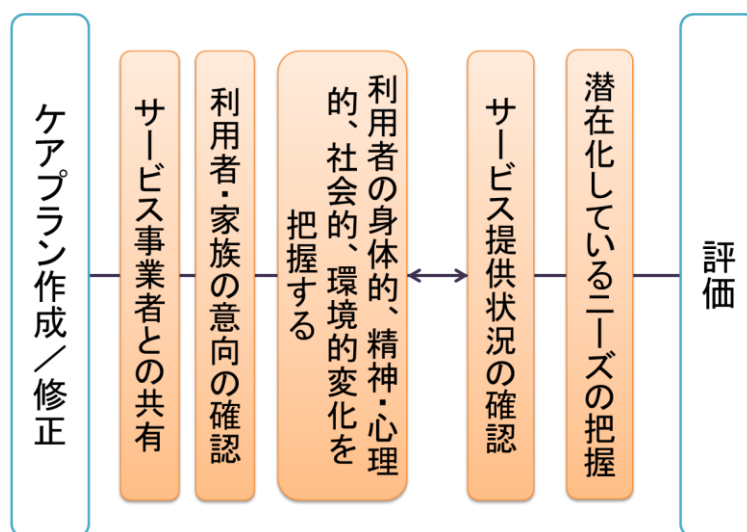
45. 上記の場合、利用者の状態変化等に関する観察/情報収集のポイントとその意図をサービス事業者/支援者に説明し、変化の発見者となるように依頼する。

⑫ ケアプラン実施後、現行のケアプランが十分に機能していないか、新しいニーズが生起している場合、ケアプランを修正する

46. ケアプラン実施後に収集された情報により、現行のケアプランが十分に機能していない場合、行った再アセスメントをもとにケアプランを修正する。

47. ケアプラン実施後に、利用者の生活の変化等から新しいニーズが生起している場合、それらの新しいニーズに対応するようにケアプランを修正する。

3-2-4. サービスの実施とモニタリング



1) サービスの実施とモニタリングの意義と目的

モニタリング（Monitoring）では、ケアプランに位置づけられた各サービスの実施状況を把握し、計画どおりに動いているか事業者等と連絡調整を行う。また利用者の生活が変化し、新たなニーズが発生していないかを把握し、利用者の自立支援、生活の質の向上につながっているかを評価する。

モニタリングの目的は、利用者の満足度、サービス内容が目標に沿って適切に提供されているかを確認することである。目標の達成状況を事業者や関係者とは個別援助計画との連動含めて連絡調整を行うこと、利用者や家族の意向を確認しケアプランの修正を行うことといえる。ケアマネジメントの開始当初は適切なケアプランが立てられていなくても、モニタリングを繰り返しながら利用者の理解や問題状況の理解を深めていくことによって、適切なケアプランへ修正していくことができる。

2) サービスの実施とモニタリングにおける介護支援専門員の役割

モニタリングはケアプランに位置づけられた各サービスが有効に機能しているか否かを評価するものである。介護支援専門員がケアプランの実施状況を確認することで、利用者との信頼関係が強まる。また、サービス実施後においては、チームケアの視点から、サービス提供場面や主治医等から得られた情報をもとに、必要に応じて再アセスメントを行う。サービス導入時は介護支援専門員がサービス事業者に情報を提供する立場だが、2回目以降はサービス事業所やインフォーマルな支援者からの情報収集の重要性が増してくる。

3) サービスの実施とモニタリングにおける介護支援専門員の姿勢・観点

- ① ケアプランどおりにサービスが提供されているかを確認する

- ② サービス内容が適切か否かを確認する
- ③ 個々の生活ニーズに対する目標が達成されているか、総合的な援助の方針どおりにケアプランの効果が上がっているかを確認する
- ④ 利用者の状態変化を把握するため主治医との連携を図る
- ⑤ ケアプランの内容を修正する必要があるかを判断する
- ⑥ 初回のケアプラン後、サービス導入後間もない期間は、特にきめ細かくモニタリングする
- ⑦ 2回目以降の継続的なモニタリングでは安定が確認できれば定期的実施してよいが、状態の変化があった場合にはすぐに対応する
- ⑧ 現行のケアプランを利用者の状況の改善により適したものへと修正するため再アセスメントを行う

4) 各姿勢・観点における介護支援専門員の実践

① ケアプランどおりにサービスが提供されているかを確認する

- 1. ケアプランの実施状況を訪問やサービス利用時の見学等で確かめる。
- 2. 日常的にサービス事業者と情報を共有できる体制をつくる。利用者や家族、サービス事業者はもっとも変化を発見しやすい立場にあるため、状況の変化や新たなニーズの発見のためには連携が必要である。
- 3. 利用者のリスクを的確に評価し状況変化の兆候を早期に発見する。
- 4. 利用者や家族、サービス事業者にはどのような状況になったら介護支援専門員に連絡するのか、ポイントを整理し事前に伝える。
- 5. サービス提供票を交付する際等、日常的にサービス事業者等、関係機関を訪問する等により、担当者と直接面談する。

② サービス内容が適切か否かを確認する

- 6. 利用者がサービス内容や方法について不満や違和感を表明していれば、その理由を明らかにするとともに、解消に努める。
- 7. サービス開始後、利用者、家族介護者の暮らしのリズムに合っているかを把握し、変化が生じた場合はその理由を確認する。
- 8. 利用者の変更や修正を繰り返している場合、その理由を利用者、家族介護者、サービス事業者を確認する。
- 9. 介護者がサービスの導入にうまく適合できているかを確認する。
- 10. サービス事業者が適切なサービスを実施していなかったり、利用者の権利を侵害している場合、利用者の代弁機能を果たしたり、時にはサービス事業者の交代や、保険者や国民健康保険団体連合会等に苦情を訴える支援を行う。
- 11. 利用者や家族介護者が、サービス事業者に対してケアプランで決められたサービス内

容以上の要求をする場合、利用者等の生活ニーズについて再検討したり、提供できるサービス内容について利用者や家族介護者に対して丁寧に説明する。

③個々の生活ニーズに対する目標が達成されているか、総合的な援助の方針どおりにケアプランの効果が上がっているかを確認する

12. 提供されているサービスによって、長期目標・短期目標が達成されているかを確認する。
13. 利用者の尊厳が保持され、より自立的な暮らしができる生活が実現しているかを確認する。

④利用者の状態変化を把握するため主治医との連携を図る

14. 利用者の状態変化については正確な医療情報を把握するため主治医に意見を求める。
15. 主治医との連携のために介護支援専門員から主治医へ訪問や意見交換の機会を作りアプローチを強化する。地域の介護支援専門員の組織と医療機関との間での協力体制を構築していくことなどにより連携の下地を作ることが望ましい。
16. 救急搬送等の事態を想定して、家族等の連絡先、主治医や訪問看護師、薬局等の緊急連絡先をあらかじめ把握しておく。
17. 急変時に備えて、療養場所が変わることによる悪影響（利用者の混乱、事故、合併症の併発、認知症の悪化等）について十分に留意し、入院等を回避することも検討する。
18. ターミナルケアの場合、生命予後の予測や今後予想される経過について、医師から情報を得るとともに、主治医や訪問看護師と密に連携し、家族介護者に対して状況に即した病状説明がなされるように配慮する。
19. ターミナルケアの場合、介護職に対しては心理的負担も配慮しつつ、家族への接し方や配慮すべき点の理解のために、医療専門職との連携調整を図る。
20. 認知症に関しては、地域における認知症医療に関する情報（認知症疾患医療センター、認知症サポート医、認知症対応力向上研修を受けた医師のいる医療機関など）を収集しておく。
21. 認知症の場合、認知症ケアパス等をもとに、利用者の状態や地域の社会資源の状況に合わせて、随時適切な医療との連携を図る。

⑤ケアプランの内容を修正する必要があるかを判断する

22. ケアプランどおりに各種のサービスが提供されているかを確認する。事業者の事情での変更が利用者にとって不利益になっている場合には、介護支援専門員は再度事業者と調整を行い、利用者にとって最も有益なプランに戻さなければならない。
23. モニタリングを通して目標は達成されたか、どの程度達成されつつあるかを考え、十分に達成されていない場合アセスメントやケアプランを再考する必要性を考える。

24. ニーズとサービスのミスマッチを発見した場合、その理由と修正点、調整すべき対象を考える。

⑥初回のケアプラン後、サービス導入後間もない期間は、特にきめ細かくモニタリングする

25. 初回の場合は、利用者のニーズが頻繁に変更することがあるので、迅速かつこまめに対応する。

26. 自分の状況を説明できない、又は意思表示が困難な利用者に対しても、初回の場合は特に個別的なきめ細かな対応をする。

⑦2回目以降の継続的なモニタリングは安定が確認できれば定期的を実施してよいが、状態の変化があった場合にはすぐに対応する

27. 利用者、家族介護者を取り巻く環境の変化、主治医等からの状態の変化に関する情報収集を行い、必要に応じサービス担当者会議の開催を検討する。

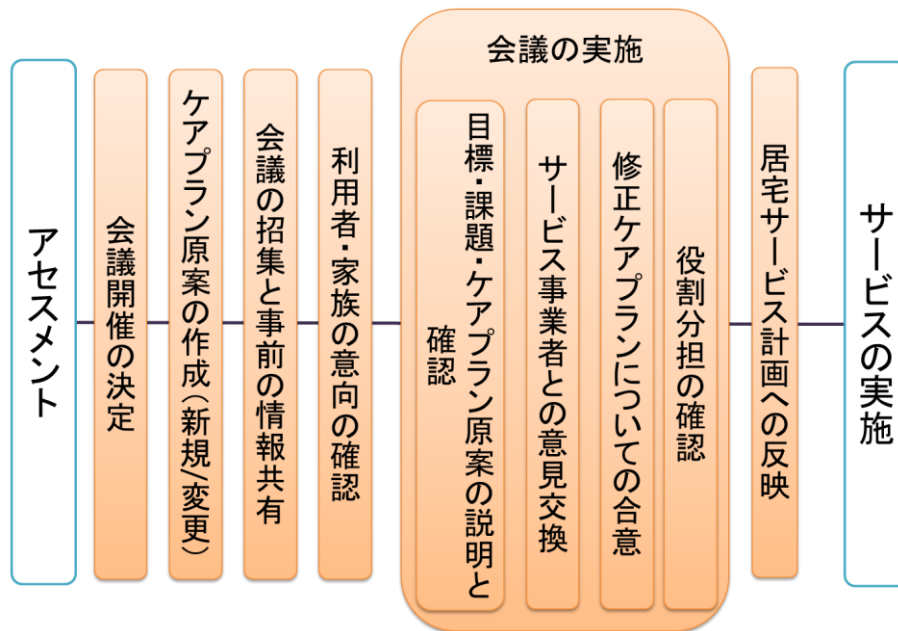
28. サービス事業者やインフォーマルな支援者からの情報収集の重要性が増すことに留意する。

⑧現行のケアプランを利用者の状況の改善により適したものへと修正するため再アセスメントを行う

29. 現行のケアプランが十分に機能していない場合や新しいニーズが生起している場合、再アセスメントを行う。

30. 再アセスメントにおいては、利用者や家族介護者の生活の変化を把握するため、利用者や家族介護者からだけでなく、利用者の支援に関わる専門職／インフォーマルな支援者から情報を収集し、それらの情報をもとに再アセスメントを行う。

3-2-5. サービス担当者会議



1) サービス担当者会議の意義と目的

サービス担当者会議は、介護支援専門員が作成したケアプラン（原案）における生活全般の課題や援助の方針などについて、利用者や家族及びサービス担当者が共通の理解を図るとともに、専門職がチームとしてアプローチを行うために必要な協議を通じて、ケアプランの内容を高めていくことを目的に開催されるケアカンファレンスである。

利用者は、自分に提供される援助が何をめざしたものか（目標）、またどの機関の誰が何をしてくれるのか等を理解することで、専門職チームの援助を積極的に活用することができる。そのため、利用者自身がチームの間で共有される目標と役割分担について納得し、合意していることが大前提になる。

利用者からみると、サービス担当者会議は、ケアプラン（原案）について実際にサービスを提供してくれる事業者との間で確認し、共有する機会としてとらえることができる。このような意味において、サービス担当者会議は、介護サービス利用における説明と同意（インフォームド・コンセント）のための仕掛けであるといえる。

2) サービス担当者会議における介護支援専門員の役割

介護支援専門員は、出席者を選定して会議を招集するとともに、限られた時間で会議の目的が着実に達成できるよう司会・進行を行う。

会議の中では、利用者や家族の生活に対する意向がサービス内容に十分に反映されるよ

う利用者等のサポートを行いながら、常に利用者中心の支援であることを確認する。また、ケアプランが実施された後も、利用者の生活ニーズの変化をいち早く発見できるよう、サービス担当者会議を活用して適切なリスク管理を行う。

3) サービス担当者会議における介護支援専門員の姿勢・観点

- ① 社会資源の中から必要なサービス等を選定し、多職種による支援チームを形成する
- ② 利用者・家族介護者が直接希望等を述べるができるよう会議への参加を働きかける
- ③ 利用者を中心に据えたチームアプローチを行う
- ④ 状況の変化に応じた関係機関との連携を行う
- ⑤ 主治医をはじめとする医療との連携を行う
- ⑥ 地域包括支援センターやインフォーマルサポートとの連携を行う
- ⑦ 効果的な連絡方法の選択や欠席者への報告など会議運営上の必要な配慮をする

4) 各姿勢・観点における介護支援専門員の実践

- ① 社会資源の中から必要なサービス等を選定し、多職種による支援チームを形成する
 1. 利用者の生活ニーズに応じて、必要な支援を効果的かつ効率的に提供することができるサービス、マンパワーを地域社会の中から選定する。
 2. ケアプランに位置づけたさまざまなサービス・支援を行うサービス事業者・支援者をチームアプローチにおけるチームの構成員とする。
 3. 各種のサービス提供機関、サービス提供者の間で援助目標を共有し、役割分担を明確にして、それぞれの業務を担えるよう調整を図り、専門職を中心に多くの人々が相互に協力し合って、利用者や家族等を支援することができるように調整を図る。
- ② 利用者・家族介護者が直接希望等を述べるができるよう会議への参加を働きかける
 4. サービス担当者会議に利用者や家族が参加して直接希望等を述べることは、支援チームが利用者等の生活に対する意向の共通理解を図るうえで大変有効であるため、介護支援専門員は、利用者・家族介護者が会議へ参加するよう働きかける。
 5. 利用者の望む暮らしのあり方について、介護支援専門員が「○○ということですね」と言語化することで、援助の目標について合意形成を図る。
 6. 会議のなかで利用者を支え、その意思が会議の内容と結果に十分反映されるようにサポートする。
 7. 利用者・家族が会議に参加しない場合は、利用者の意向を適切に代弁し、関係者にそのニュアンスも含めて伝達する。
 8. 会議場所は、利用者が安心できる場所であり、サービス事業者にとって環境面のアセ

メントが可能となる利用者宅で開催することが望ましい。

③ 利用者を中心に据えたチームアプローチを行う

9. 調整役となり、チームがアセスメント内容や援助目標を共有し、目標達成に向けた役割分担を行う。
10. ケアプランに位置づけたサービス／支援に対して、それぞれからケアプラン（原案）に対する専門的な意見を求め（運営基準第13条第9号）、それらをケアプランに反映させ、ケアプランをさらによいものにする機会となるよう調整を行う。
11. 初回のサービス担当者会議ではケアプラン（原案）に関する情報提供、2回目以降は利用者の状況変化に関する情報収集が中心となる。
12. 利用者の権利擁護に留意する。
13. 家族の状況が多様化していることに留意したアプローチを実施する。
14. サービス提供機関の担当者と直接面談する機会をできるだけつくり、情報を得るとともに、信頼関係をつくる。

④ 状況の変化に応じた関係機関との連携を行う

15. ケアプランが実施された後も、利用者の生活ニーズの変化をいち早く発見できるような体制を組んでおく。（誰がモニタリング機能を果たすか、モニタリング機能を適切に果たしてもらうためにどういった依頼をしていくかなど、適切なリスク管理を確認しておく）
16. ケアプランを作成した際にそのプランに位置づけた社会資源と目標や役割分担を共有しようとするとき、運営基準においては利用者が要介護更新認定や要介護状態区分の変更認定を受けた場合、サービス担当者会議を開催する（運営基準第13条第14号）。
17. 利用者へのサービスが現在利用しているサービスから小規模多機能型居宅介護サービスを利用する等、介護支援専門員によるケアマネジメントが切り替わる時は、適切に引き継ぎを行い、利用者の不安の軽減に努める。
18. 利用者へのサービスが現在の居宅介護支援から介護予防支援へと切り替わる時は、利用者のケアプラン作成担当機関が介護予防支援事業者に移行する場合がある。
19. 利用者が入院するときは、病院の職員に対して、利用者の心身の状況（疾病・病歴、認知機能障害の有無）、生活環境（家族構成や家族介護者に関する情報、生活歴、介護サービスの利用状況など）及びサービスの利用状況等についての情報を提供する。
20. 利用者が入院するときは、病院の職員に対して、利用者や家族の医療に対する意向や療養に関する希望等についての情報も共有する。

⑤ 主治医をはじめとする医療との連携を行う

21. ケアプランに医療系サービスを位置づけようとするときは、主治医の意見を求め、そ

の指示のもとに行われる必要があることから（運営基準第13条第18号・第19号）、主治医との連携を図るため、サービス担当者会議への主治医の出席を求める。

22. 主治医との連携にあたっては、介護支援専門員から主治医へのアプローチを強化すること、連携の地地作りとして訪問、意見交換の機会を作ること、地域の介護支援専門員の組織と医療機関との間での協力体制を構築していくことなどの努力を行うことが望ましい。
23. 忙しい主治医の参加を求める場合、ターミナルケアや医療依存の高い事例などについては往診時の時間を活用することや利用者の受診に合わせて診察室や待合室を利用させてもらうなどの工夫を行うことが望ましい。
24. 居宅介護支援から医療機関に入院する場合、あるいは退院して居宅介護支援へと切り替わるときは、医療機関と適切な連携を図るため、関係者でカンファレンスを行う。
25. 利用者が急病を生じた場合や、治療方針を大幅に変更する必要がある場合に、緊急時等居宅カンファレンスを開催する。
26. 緊急時等居宅カンファレンスでは、医師による疾病の管理や予後の見通し、看護師による医療処置やケアの必要性評価に基づき、治療方針やケアプランの変更等について話し合い、関係者間で新たな方針を設定する。

⑥ 地域包括支援センターやインフォーマルサポートとの連携を行う

27. いわゆる困難事例など、通常の対応では対処が困難な問題状況にある利用者への援助を関係者と協議していく必要があるときは、地域包括支援センターの主任介護支援専門員、社会福祉士や行政担当課等と連携を図り、会議への出席を求める。
28. インフォーマルな支援者に対して、必要な知識・技術を伝え、悩み等に対して相談にのり、継続的によい関わりを続けてもらえるようなケアプランを作成し、利用者に関わろうとする気持ちが切れないように支援する。
29. インフォーマルな支援者には職業上の守秘義務はないが、利用者の情報が必要以上に周囲に流れることがないように、配慮をお願いする。
30. いわゆる困難事例や地域で解決すべき課題については、地域包括支援センターとともに地域ケア会議において議論する。
31. さまざまな職種から専門的なアドバイスを受けてケアマネジメントの質を高めるために、地域ケア会議に積極的に協力し、参加する。

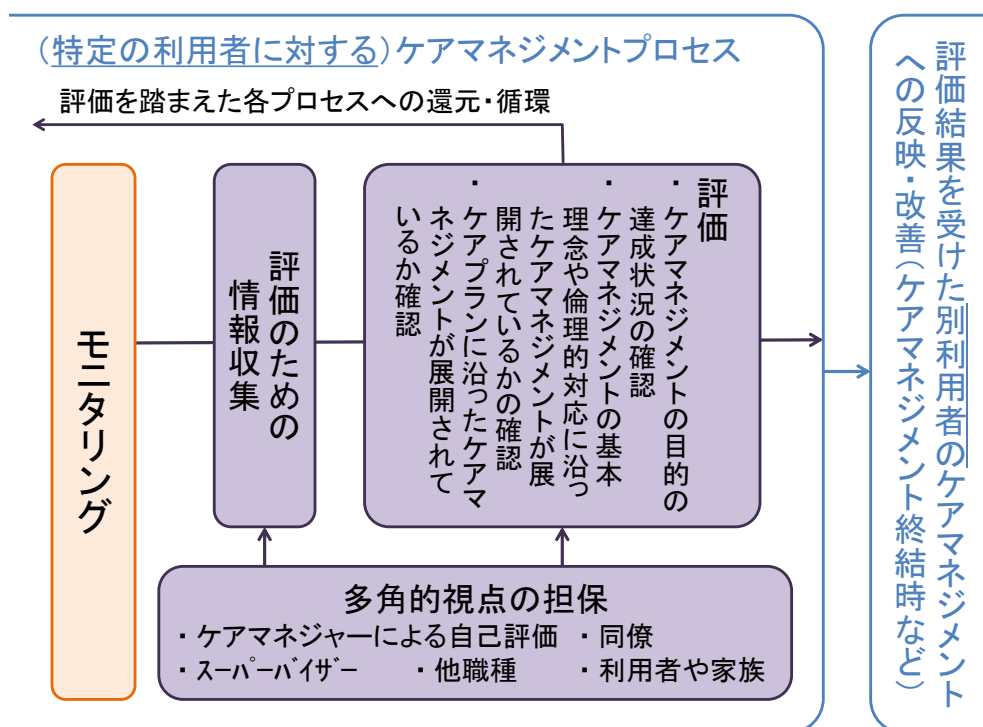
⑦ 効果的な連絡方法の選択や欠席者への報告など会議運営上の必要な配慮をする

32. 相手から情報が欲しいのか、自分から伝えたい情報や依頼したいことがあるのか、協議しなければならない事項があるのか等、会議の目的を事前に整理したうえで連絡をする。
33. 会議の目的と、誰と何についてどんなことを話すのかを利用者に示して、他機関と連

携をとるための個人情報提供の了解を得る。

34. 連携を図る相手の機関では、どの部署の誰が機関の窓口になっているのかを把握し、アプローチすることができる窓口を把握しておく。
35. 連絡手段として、文書による照会、電話、FAX、E-mail、訪問しての面談のうち、相手にとっても負担にならずに目的を果たすことができる一番有効な手段を把握しておくことが望ましい。
36. 電話の場合、伝えたい内容を明確に整理し、どの時間帯が比較的電話対応がしやすいかをあらかじめ把握しておくことが望ましい。
37. FAX や E-mail や文書による照会では、文面は相手に伝えるべき事項をわかりやすく、簡潔に記入し、個人情報の外部漏洩に十分注意する。
38. サービス担当者会議に出席できない専門職がいる場合、介護支援専門員は事前にその専門職から意見を聴取し、その情報をもってサービス担当者会議に臨む。
39. 主治医の参加が困難な場合は、介護支援専門員が担当者会議の前に主治医から必要な情報を収集しておき、担当者会議の場で利用者やサービス事業者などへ説明するなどの方法をとることが望ましい。
40. 時間的な問題から関係者すべてが集まることができない場合、状況に応じて電話や FAX、E-mail などを使った情報の照会や情報提供という方法を選択する。
41. 参加者が多忙であることを認識し、開始時間、終了時間を厳守するよう時間管理を行う。
42. 会議の内容について「いつまでに誰が〇〇をする」という具体的な書き方で結論を明記し、決定事項については、利用者や参加者に配布して、共通認識を図るようにする。

3-2-6. 評価



1) 評価の意義と目的

評価とは、ケアマネジメントの目的を達成することができたか、様々な次元から多角的に確認していく作業を指す。介護支援専門員が業務として行うケアマネジメントには、全て目的が存在するので、評価は、全てのケアマネジメント・プロセスと関連をもつ概念ということになる。

評価が行われる目的は、ケアマネジメントの目的の達成状況やそれに至るプロセスを確認することにより、その改善を通じてケアマネジメントをよりよいものにしていくことにある。この改善は、同一利用者において行われることもある（例：ケアマネジメントが継続している利用者に対するケアマネジメントを評価し、その改善につなげていく）し、利用者を越えて行われる（例：ケアマネジメントが終結した利用者に対するケアマネジメントの内容を事後的に評価し、将来の別の利用者に対するケアマネジメントの質向上につなげていく）こともある。

なお、別項に示されている「アセスメント」や「モニタリング」という概念の中にも、利用者やサービスを「評価」という観点で内包されている。それら個別プロセスにおける評価の視点については、それぞれ該当する項を参照いただきたい。

2) 評価における介護支援専門員の役割

評価を行うに際してまず必要なことは、評価を行うために必要な情報が揃っていることである。介護支援専門員は、自ら記録を整備すること、他の職種・機関が記録した利用者に関する情報を必要な範囲で収集・保管しておくことを通じて、評価に必要な情報がある程度揃えることができる。評価を通じて、文書化されていない情報の存在にも気付くことができる。

3) 評価における介護支援専門員の姿勢・観点

- ① 評価を行うために十分な情報を整備する
- ② ケアマネジメントの目的がどの程度達成されているかを確認する
- ③ ケアマネジメントの基本理念や倫理的姿勢に沿ったケアマネジメントが展開されているかを確認する
- ④ ケアプランに沿ったケアマネジメントが展開されているかを確認する

4) 各姿勢・観点における介護支援専門員の実践

① 評価を行うために十分な情報を整備する

1. 本手引きにおけるケアマネジメントの各プロセスの記載事項を参照しつつ、その視点を反映した記録が整備されているか確認する。
2. 介護支援専門員自身の記録のみならず、他職種・機関が記録した利用者に関する情報についても、多角的な評価のために整備をする。
3. 介護支援専門員やその他の評価に関わる関係者が、利用者や家族の意向をはじめとする文書記録にはない様々な情報を、言葉で表現できるようにする。

② ケアマネジメントの目的がどの程度達成されているかを確認する

4. 本手引き 1. 項に記載されているケアマネジメントの目的の各項を参照しつつ、それがどの程度達成されているか確認する。
5. できるだけ多様な見地から評価が行われるよう、介護支援専門員自身による評価だけでなく、同僚、スーパーバイザー、他職種などの他者からも意見が得られることが望ましい。
6. 利用者や家族から意見を得ることも非常に重要である。ただし、誰が／どのように意見を得るかによって利用者・家族介護者の意見が異なる形で表現されることがあるため、どこに本当の思いがあるかよく吟味する必要がある。
7. ケアマネジメントの目的がより達成されるためにはどのような方策が考えられるか、できるだけ具体的に考える。(ケアマネジメントが終結した事例の場合には、将来に

向けての指針を得る。)

③ ケアマネジメントの基本理念や倫理的姿勢に沿ったケアマネジメントが展開されているかを確認する

8. 本手引き 1. 項に記載されている「ケアマネジメントの基本理念」や「倫理的な姿勢」の各項を参照しつつ、それに沿ったケアマネジメントが展開されているか確認する。
9. 具体的な場面における基本理念や倫理的姿勢の適用や解釈のしかたが介護支援専門員によって分かれる場合があるため、同僚、スーパーバイザー、他職種などの様々な立場から確認がなされることが望ましい。
10. 基本理念や倫理的姿勢に沿ったケアマネジメントが展開されるためにはどのような方策が考えられるか、できるだけ具体的に考える。(ケアマネジメントが終結した事例の場合には、将来に向けての指針を得る。)

④ ケアプランに沿ったケアマネジメントが展開されているかを確認する

11. ケアプランにおける「利用者及び家族の生活に対する意向」や「総合的な援助の方針」に記載されている内容を参照しつつ、それに沿ったケアマネジメントが展開されているか確認する。
12. ケアプランにおける「解決すべき課題」や「目標」に記載されている内容を参照しつつ、課題の解決状況や目標の達成状況を確認する。
13. できるだけ多様な見地から評価が行われるよう、介護支援専門員自身による評価だけでなく、同僚、スーパーバイザー、他職種などの他者からも意見を得ることが望ましい。
14. 利用者や家族から意見を得ることも非常に重要である。ただし、誰が／どのように意見を得るかによって利用者・家族介護者の意見が異なる形で表現されることがあるため、どこに本当の思いがあるかよく吟味する必要がある。
15. 「利用者及び家族の生活に対する意向」や「総合的な援助の方針」に沿ったケアマネジメントが展開されるためにはどのような方策が考えられるか、できるだけ具体的に考える。(ケアマネジメントが終結した事例の場合には、将来に向けての指針を得る。)

4 参考文献

1) 基本資料

- ・一般財団法人長寿社会開発センター（2015）七訂介護支援専門員基本テキスト
- ・一般財団法人長寿社会開発センター（2012）五訂介護支援専門員実務研修テキスト

2) 省令

- ・介護保険法（平成9年12月17日法律第123号）（最終改正：平成27年5月29日法律第31号）

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H09/H09HO123.html>

- ・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）（最終改正：平成27年1月16日厚生労働省令第4号）

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H11/H11F03601000038.html>

3) 倫理綱領

- ・日本介護支援専門員協会「介護支援専門員 倫理綱領」（平成19年3月25日採択）

<http://www.jcma.or.jp/corp/morals/index.html>

- ・日本介護福祉士会「日本介護福祉士会倫理綱領」（1995年11月17日宣言）

<http://www.jaccw.or.jp/about/rinri.php>

- ・日本社会福祉士会「社会福祉士の倫理綱領」（2005年6月3日採択）

http://www.jacsw.or.jp/01_csw/05_rinrikoryo/

- ・日本医師会「医師の職業倫理指針」（平成12年4月2日採択、平成20年6月改訂）

<http://www.med.or.jp/doctor/member/000250.html>

- ・日本看護協会「看護者の倫理綱領」（2003年）

<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html>

「ケアマネジメント・プロセスの手引き」に関する調査

本調査研究事業は、平成 27 年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業「ケアマネジメントの効果的運用に関する調査研究事業」の一環として、介護支援専門員のケアマネジメント・プロセスについて、「手引き」を作成し、実務においても自己研鑽においても基準となる指針を示すことを目的としており、これまで手引きの素案を作成してまいりました。

今回は、現場の介護支援専門員の皆様を対象として、手引き（案）に示された内容に対する現場の意識や実践の現状や課題についてお伺いするものです。

設問が大変多くなり、ご多忙中恐縮に存じますが、上何卒ご協力賜りますようお願い申し上げます。

◆アンケートの回答方法

「ケアマネジメント・プロセスの手引き（案）」本体と調査票を配付しております。

このうち調査票に直接回答をご記入の上、封筒に入れてご提出ください。手引きはお手元に保管いただければと存じます。但し手引きは未定稿のため、配布者以外の方への回付はご遠慮いただきたく、ご理解・ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

なお、些少ではございますが、当調査へのご協力に対する謝礼をお渡しいたします。

◆期限： 平成 28 年 2 月 10 日（水）までにご投函ください。

*講師人材研修時に配布された方は、会場の事務局にご提出ください。

◆ご回答にあたっての留意点及び情報の取り扱いについて

本アンケートにより頂戴いたしました一切の情報は、一般社団法人 ケアマネジメント学会が厳重に管理の上、集計・分析を行います。調査票は本事業及びケアマネジメントの資質向上を目的とした研究の統計分析にのみ使用し、個別の事業者名、個人のお名前が公開されることはありません。利用目的を超えた使用はいたしません。研究成果は、本事業報告書や学会、学術誌、インターネット上において、個人が特定されない形で公表し、社会全体に還元していく予定です。

なお、本調査票の提出によって情報提供に関する同意を頂いたものとさせて頂き、同意されない場合には提出頂く必要はなく、それによりいかなる不利益をこうむることはありません。

調査票についてのお問合せ先

一般社団法人ケアマネジメント学会

担当 : ██████████

所在地 : 〒160-0003 東京都新宿区本塩町1-2 四谷ニューマンション206号

TEL : 03-5919-2245 FAX : 03-5919-2246

E-Mail : jscm@h4.dion.ne.jp

<調査事業委託先>

(株)NTTデータ経営研究所

担当 : ██████████

所在地 : 〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-9 JA 共済ビル10階

TEL : ██████████ FAX : ██████████

E-Mail : ██████████

※委託先における個人情報の保護

本調査に際して得られた回答など個人情報については秘密が守られます。あなたの個人名や個人を識別する情報は、本調査結果の報告や発表の際に使用されることはありません。個人情報に関することは、本調査の実施受託者であるNTTデータ経営研究所に集められ、適切に管理し、第三者に漏れないよう十分配慮致します。

詳細は以下HP「株式会社NTTデータ経営研究所（弊社）における個人情報のお取り扱いについて」をご覧ください。<http://www.keieiken.co.jp/information/customer.html#4>

<調査票返送先>

所在地 : 〒100-8788 東京都千代田区一ツ橋1-1-1 パレスサイドビル9階

宛先 : 株式会社マイナビサポート内『サービス担当者会議の運営に関するアンケート調査』係

I. 回答者（ケアマネジャー）ご自身について伺います（平成28年1月現在）

以下の質問について、該当する数字に○、または、（ ）内に数字や内容を記入下さい。

質問		回答欄
1)	性別	1.男性 2.女性
2)	年齢	1.20代 2.30代 3.40代 4.50代 6.60代～
3)	基礎資格 (複数回答)	1.看護師 2.准看護師 3.介護福祉士 4.訪問介護員 5.保健師 6.社会福祉士 7.精神保健福祉士 8.リハ職 9.薬剤師 10.歯科衛生士 11.管理栄養士・栄養士 12.社会福祉主事 13.その他（ ）
4)	介護支援専門員としての業務経験	1.1年未満 2.1～3年未満 3.3～5年未満 4.5～10年未満 5.10年～15年未満 6.15年以上
5)	主任介護支援専門員の資格	1.あり 2.なし
6)	日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャーの資格	1.あり 2.なし
7)	所属機関の種類	1. 居宅介護支援事業所 2. 地域包括支援センター 3. その他（ ）
8)	法人形態	1. 社会福祉法人 2. 医療法人 3. 株式会社 4. 特定非営利活動法人 5. その他（ ）
9)	雇用形態	1. 常勤・専任 2. 常勤・兼務 3. 非常勤・専任 4. 非常勤・兼務
10)	職場での職位	1. 管理者 2. 管理者以外
11)	担当利用者数	介護予防支援 () 人 ※いなかった場合は0人と記入下さい。 居宅介護支援 () 人

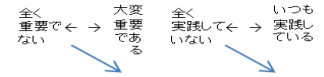
II. ケアマネジメント・プロセスについて伺います。

「ケアマネジメント・プロセスの手引き」は、自立支援の理念のもとケアマネジメントのプロセスを示すことにより、質の高いケアマネジメント人材を育成することを目的としています。

手引きに示されている以下の各項目（プロセス）について、1) どの程度重要と思うか（重要度）、2) どの程度実践しているか（実践度）、5段階評価で当てはまる数字に○をしてください。

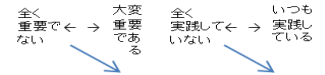
<点数の考え方>

1) 重要度		2) 実践度、	
大変重要である	5点	いつも実践している	5点
まあまあ重要である	4点	時々実践している	4点
どちらともいえない	3点	どちらともいえない	3点
あまり重要でない	2点	あまり実践していない	2点
全く重要でない	1点	全く実践していない	1点



1. ケアマネジメントの目的

	1) 重要度	2) 実践度
① ケアマネジメントの目的は利用者の在宅支援することにある。		
1 在宅生活が困難になった場合に、利用者のニーズに合った社会資源と結びつけることで、在宅生活を可能にすることである。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
2 同時に、病院や施設に入院（所）していたが、退院（所）してくる場合にも、利用者の在宅生活を想定してニーズに合った社会資源と結びつけることで、在宅生活への移行を容易にすることである。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
② ケアマネジメントの目的は利用者の自立の支援と家族介護者の介護負担の軽減を支援することにある。		
3 利用者の自己決定・自己選択を支援することで、利用者の有している力が発揮できるように支援することである。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
4 家族等の介護者についても、自立した生活が継続できるよう、介護負担の軽減を図るよう支援することである。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
③ ケアマネジメントの目的は利用者の生活の質（QOL）を高めることにある。		
5 利用者の身体面・心理面・環境面での改善・維持を目指すことで、質の高い生活が得られるよう支援することにある。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
6 利用者自らが自分の問題に打ち克っていく力をつけるよう（エンパワメント）支援することである。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
④ ケアマネジメントの目的は、介護だけでなく、医療・住宅・所得・権利擁護等の生活全般のニーズに応えることにある。		
7 ニーズについては、在宅生活を可能にする介護、医療、住宅、所得、権利擁護等といった多様なニーズを明らかにすることにある。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
8 サービスについては、利用者が実施可能なセルフケアを中心に、それを補うべく介護保険や医療保険といった公的なサービスだけでなく、家族や近隣、友人、ボランティア、自治会や民生委員といったインフォーマルサービスも活用することにある。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
9 利用者には多様な社会資源が提供されるため、これらの社会資源間を連携していくことになる。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑤ ケアマネジメントの目的は利用者のニーズの変化に合わせて継続的に支援することにある。		
10 利用者のニーズの変化に合わせて定期的にモニタリングを実施する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
11 利用者に急激なニーズの変化が生じた場合には、即応する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
12 利用者の過去の状況や将来への思いを尊重しながら支援する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
13 利用者の生活全体を構成する多様なニーズを満たすよう支援する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑥ ケアマネジメントの目的は利用者の権利を擁護することにある。		
14 利用者への虐待等の権利侵害を早期に発見して、侵害されている人を守る。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5



15 利用者に対して提供されているサービスが適切でない場合は、利用者を擁護する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

16 意思表示が十分でない人についても最大限自己決定を尊重し、利用者の意向を汲み取りながら、意思決定の支援を行う。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

⑦ ケアマネジメントは利用者への支援に加えて、利用者が生活する地域社会での社会資源の開発や改善にも貢献する。

17 利用者が日常生活圏域で生活が継続的にできるよう、地域の課題が解決できるよう、地域包括支援センターと一体になり、他の専門職・地域住民との協働を行う。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

18 他の専門職・地域住民と協働して、利用者が住みよい社会づくりを進める。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

2 ケアマネジメントにおける基本理念と倫理的姿勢

2-1 ケアマネジメントにおける基本理念

① 利用者の尊厳の保持

1 すべての利用者に対して、かけがえのない存在として尊重する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

2 自らの先入観や偏見を排し、利用者があるがままに受容する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

② 自立支援

3 利用者の自己決定・自己選択を尊重し、利用者がその権利を十分に理解し、活用していけるよう支援する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

4 利用者が有している力を最大限に発揮できるよう支援する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

2-2 ケアマネジメントにおける倫理的姿勢

① 権利擁護

1 利用者が望むサービスを適切に受けられるように権利を擁護し、代弁活動を行う。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

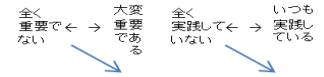
2 利用者の権利について十分に認識し、敏感かつ積極的に対応し、あらゆる権利侵害の発生を防止する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

3 利用者が虐待の対象となっている可能性がある場合には、すみやかに発見できるよう心掛ける。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

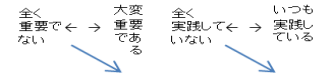
4 意思決定能力の不十分な利用者に対して、常に最善の方法を用いて、利益と権利を擁護する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

5 利用者の権利侵害を防止するよう環境を整え、啓発活動を積極的に行なう。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

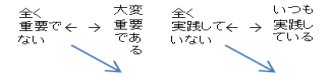
6 地域の側で意思決定がなされる際には、関係する利用者の意思と参加が促進されるようにする。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5



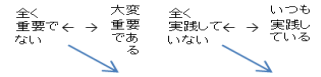
② 秘密保持			
7	正当な理由なしに、その業務に関し知り得た利用者や関係者の秘密を漏らさぬことを厳守する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
8	業務を離れた日常生活においても、また業務から退いた場合においても、利用者の秘密を保持する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
9	記録の保持と廃棄について、利用者の秘密が漏れないように慎重に対応する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
10	サービス担当者会議等で利用者に関する情報を関係機関・関係職員と共有する場合、その秘密を保持するよう最善の方策を用いる。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
③ プライバシーの尊重			
11	利用者のプライバシーを最大限に尊重し、関係者から情報を得る場合、利用者等からの同意を得る。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
12	利用者の記録を開示する場合には、かならず利用者等の了解を得る。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
13	利用者の支援という目的を超えて、個人情報を収集ないし使用してはならない。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
14	利用者の個人情報の乱用・紛失等のあらゆる危険に対し、安全保護に関する措置を講じる。特に電子媒体により取り扱う場合、最新のセキュリティに配慮し厳重に管理する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
15	問題解決を支援する目的であっても、利用者が了解しない場合は、個人情報を使用しない。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
④ 利益保護			
16	利用者の利益を最優先にして支援を行う。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
17	利用者が記録の閲覧を希望した場合には、特別な理由なく、拒んではならない。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑤ 説明責任			
18	介護保険制度の内容や動向、作成されたケアプラン、ケアプランに基づいて提供された保健・医療・福祉のサービスについて、利用者適切な方法・わかりやすい表現を用いて、説明し、利用者の意向を確認する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
19	利用者に対して利益の相反する関係になることが避けられない場合は、利用者を守る手段を講じ、それを利用者説明する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑥ リスクマネジメント			
20	利用者に対するアセスメントにおいて、リスクを予見する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
21	利用者へのケアプランの作成において、リスクを回避する計画を作成する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑦ 苦情対応			
22	利用者や関係者の意見・要望そして苦情を真摯に受け止め、適切かつ迅速に改善を図る。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5



23	苦情を受けた際には、業務の改善を通して再発防止に努めなければならない。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
24	実践現場が常に自己点検と評価を行い、他者からの評価を受けるように働きかけなければならない。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑧ 専門的知識と技術の向上			
25	専門職としての使命と職責の重要性を自覚し、常に専門的知識・技術の向上に努めることにより、専門性を高め、自らの専門的知識・技術を惜しみなく発揮する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
26	スーパービジョン、教育・研修に参加し、援助方法の改善と専門性の向上を図る。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
27	研修・情報交換・自主勉強会等の機会を活かして、常に自己研鑽に努める。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
28	他の介護支援専門員やその他専門職と知識や経験の交流を行い、支援方法の改善と専門性の向上を図る。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
29	常に専門分野や関連する情報や介護保険制度等関連知識について収集し、専門的力を高める。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑨ 利用者との信頼形成			
30	利用者との支援関係を大切にし、その関係についてあらかじめ利用者に説明する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
31	支援関係において、利用者とのパートナーシップを尊重する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
32	利用者に自分の価値観や援助観を利用者に押しつけない。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
33	利用者の意思表示をはげまし、支援する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
34	利用者の立場に立ち支援することを伝える。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
35	専門職上の義務と利用者の権利を説明したうえで、支援する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
36	利用者が必要な情報を十分に理解し、納得していることを確認する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
37	利用者が目標を定めるよう支援する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
38	利用者が選択の幅を広げられるよう、十分な情報提供をする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
39	利用者の自己決定が重大な危険を伴う場合には、あらかじめその行動を制限することがあることを伝え、そのような制限をした場合には、その理由を説明する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
40	自らの個人的・宗教的・政治的理由により、又は自らの利益のために、不当に利用者との支援関係を利用しない。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5



⑩ 多職種連携			
41	ケアプランのもとで、多様なサービスや支援との有機的な連携を図るよう創意工夫を行い、ケアマネジメントを総合的に提供する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
42	他機関の専門職と連携し協働するために、個々のサービスの専門性を尊重し、他の専門職等との連絡・調整の役割を果たす。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
43	所属する機関内での意思疎通が円滑になされるよう、積極的に関わる。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑪ 公正・中立な立場の堅持			
44	所属する事業所・施設の利益に偏ることなく、公正・中立な立場を堅持する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
45	介護サービス事業者との関係において、自らが属する機関や関連する事業者の利益のために働くようなことがない。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
46	利用者のニーズの性質や量に応じて、適正にサービスが利用できるよう支援する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑫ 社会的責任			
47	利用者が地域で最期まで生活できる社会の実現を目指して活動する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
48	地域の限りある資源が最適な形で活用されるよう努める。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
49	地域で不足している資源を把握し、開拓できるよう努める。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
50	ケアマネジメントの果たす役割を自覚し、常に社会の信頼を得られるよう努める。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
51	利用者・他の専門職・市民に対して、ケアマネジメントの内容を伝え、社会的信用を高める。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
52	自覚と誇りを持ち、責任ある行動をとり、ケアマネジメントの重要性を啓発する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
53	あらゆる社会的不正行為や信用失墜行為を行わない。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑬ 法令順守			
54	介護保険法及び関係諸法令・通知を遵守する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
55	利用者から正規の報酬以外に物品や金銭を受けとらない。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑭ 倫理綱領に対する誠実			
56	日本介護支援専門員協会の倫理綱領に対して誠実である。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
57	倫理上のジレンマが生じた場合、倫理綱領に照らし、公正性と一貫性をもってサービス提供を行うように努める。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
58	実践現場の方針・規則・手続き等が、日本介護支援専門員協会の倫理綱領に反する場合、それを許さない。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5



3 ケアマネジメント・プロセス

3-2-1. インテーク

① 相談者の主訴を傾聴し、相談者の置かれている状況とニーズを見極める

1	相談者が自分で考えて言葉を選び、自分のペースで話せるように働きかける。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
2	相談者を一般化せず、相談者が固有の存在であることを相談者に伝える。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
3	援助者の価値観による質問を行うのではなく、オープンクエスチョン、クローズドクエスチョンを併用し、相談者自らが語れるように意図的な働き掛けを行う。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
4	相談者の現在おかれている個別の状況、性格や価値観について、深く知ろうという姿勢を示す。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
5	相談者が捉えている自分自身の問題や、それが解決した姿について語ってもらう。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
6	緊急を要する状況が無いか確認し、ある場合は適切にリファーする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

② 相談者に初めて接する時点から受容的な態度で傾聴する

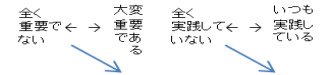
7	所属、氏名等の自己紹介を丁寧に行い、自分と援助機関の関係、立場等についての説明を行う。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
8	声の大きさ、声の質、話すスピード、適切な言葉の選択等、適切な対応ができる。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
9	相談者が理解しやすい言葉、用語を用いて説明を行う。専門用語、略語、外来語等に該当する発言は、かえって相談者の不安を助長するおそれがある。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
10	必要に応じて、座る位置関係、秘密が守られる環境の確保等、相談者が安心して援助者と向き合える環境を整える。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

③ 相談者に対して共感的対応を示す

11	相談者の言動を評価したり審判したりせず、存在そのものを価値あるものとして認める。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
12	相談者の感情に波長を合わせて共感的対応を示す。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
13	相談者自身、課題、問題が明確になっていない不安と緊張を抱えていることが多い。援助者としてその不安、緊張を緩和するに努める。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
14	言語的コミュニケーションに偏らず、非言語的コミュニケーションにも留意する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
15	非言語的コミュニケーションに現れた相談者の感情や真意を理解しようと努める。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

④ 相談者が主体的に選択できるように、仕組みやサービスを説明する

16	相談者自身が問題解決の主体であるという認識を促し、相談者の知る権利を尊重して、介護支援専門員はそのサポートを行う。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
----	---	-----------	-----------



17	相談者が主体的に選択できるように制度等の仕組みや居宅介護支援サービスについて説明する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
18	相談者の主訴を踏まえ、利用可能(必要)な社会資源の説明をする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
19	各サービスでできること、できないこと、利用することのメリットとデメリットについて説明する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
20	介護支援専門員及び所属機関がもつ専門的な役割及び機能について説明する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

⑤ 相談者に対して契約締結時に重要事項について説明する

21	居宅介護支援事業の契約締結前に、事業所の運営規程や介護支援専門員の勤務体制、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制について説明する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
22	認知症等相談者の判断能力が不十分な場合は、成年後見制度等の仕組みの活用を検討する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

⑥ 相談者の権利擁護の視点を踏まえた援助を行う

23	インテーク面接を通して、所属機関及び自分が担当することが適切であるかを判断し、必要に応じ適切な機関をリファーする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
24	苦情申し立ての仕組みが存在することを、相談者又は相談者の権利を代弁できる人に周知する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
25	苦情相談窓口及び対応責任者についての説明を行う。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
26	認知症等の判断能力が不十分な人の権利が侵害されていないか見極める。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
27	虐待等により相談者の権利侵害がされていないか見極める。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

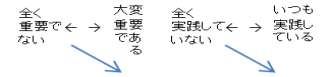
⑦ 障害福祉サービスから介護保険サービスに移行する場合にも利用者本位の援助を行う

28	障害福祉サービスから介護保険サービスに移行する利用者については、市町村や相談支援専門員と連携、協働して援助を行う。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
29	介護保険サービスが優先とされているが、利用者のニーズを見極めた上、該当する介護保険サービスがない場合などは障害福祉サービスの利用に結びつける。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

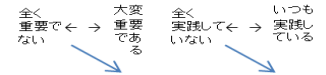
3-2-2. アセスメント/再アセスメント

① 利用者や家族介護者の主訴、顕在化した問題、潜在化した問題について情報収集を行う

1	利用者や家族介護者の主訴をしっかりと聞き取り、訴えの意味を考える。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
2	客観的な事実（実際に起こっていること）と主観的な事実（利用者の考えや感情等）の両方の情報を収集する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5



3	利用者の健康状態（疾病やその程度、生活に与える影響）について把握する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
4	利用者の個人因子（生活観や価値観、それが形成されてきた過程（生活歴））について把握する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
5	利用者を取り巻く環境因子（家族等インフォーマルな資源・諸サービスを提供する援助者といった人的環境、家屋構造等の物的環境、活用可能な制度等の制度的環境等）について把握する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
6	利用者の活動の状態（ADLやIADL、それが生活に与える影響）について把握する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
7	利用者の参加の状況（家族やその他の人との関係を通して担う役割）について把握する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
8	家族の介護力（介護に関する知識、技術、健康状態、介護者同士の関係性等）を把握する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
9	利用者の日常の生活スケジュール（日課や生活習慣、受診状況等）を把握する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
10	介護サービス利用に関する利用者の支払い能力、支出額に関する利用者の考え方について把握する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
② 利用者像や利用者、家族介護者介護者の望む暮らしを把握する			
11	利用者自身や家族が考える「望む暮らし」を語ることを促す。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
12	利用者自身や家族が「望む暮らし」を明確に語れないときは、暮らしのあり方の可能性を例示しながら、一緒に利用者が「望む暮らし」を考える。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
13	家族介護者の困っていることや心配事、介護に対するストレス、介護者としてはどのような生活を望んでいるかを把握し、介護者が「これならできる」と思える介護生活を考える。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
③ 主治医から情報収集を行う			
14	利用者の健康状態（疾病やその程度、生活に与える影響）に関する情報について、主治医から収集する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
15	利用者の健康状態の維持や改善の可能性、その方法について、主治医の意見を聞く。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
16	利用者の健康状態の悪化の可能性、どんな要因が利用者の健康状態を悪化させるかについて、主治医の意見を聞く。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
17	利用者の「望む暮らし」について主治医に説明したうえで、その実現のために留意すべき事柄について主治医の意見を聞く。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
18	ケアマネジャーから主治医に対して、食事・排泄・睡眠・清潔などの生活の様子、移動能力などの身体機能、主たる疾患の症状やその変化等に関する情報提供をする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
19	利用者が認知症である場合、主治医から認知症のタイプや程度についての情報を得る。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5



20 退院や退所の場合は、医療ソーシャルワーカーや退院調整担当者、入院している病棟の医師や看護師等から、入院時の身体状況の変化や退院後も継続する必要がある医療的処置、医療に関する情報等を入手する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

④ 個人と環境の相互作用や、強さの視点から利用者を理解する

21 利用者自身の強さの視点から、利用者の能力、意欲、希望や、疾患や療養生活に関する知識、要介護状態になったことに対してこれまでの対処状況等について把握する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

22 利用者を取り巻く環境（家族の介護力や介護知識、住環境、制度面等）の強さについて把握する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

23 利用者の生活の中のどのような事柄が利用者自身にとって「自分らしい暮らし」を感じさせるものか、逆に「尊厳を傷つけられる」と感じさせるものかを把握する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

24 利用者が有しているけれども、日常生活において活用されていない能力があることを把握する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

⑤ 収集した情報から利用者は「何に」困っているか、それは「なぜ」か、そして利用者がより自立的で尊厳が保たれた生活の形とは何か、を考える

25 現在利用者や家族が感じ取っている困り事（顕在化した問題）が、なぜ起こってくるかを考える。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

26 現在利用者や家族が気づいていない困り事（潜在化している問題）について考える。また、なぜ利用者や家族がそうした問題に気づいていないかを考える。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

27 利用者や家族が望む暮らしと現在の生活が乖離している理由を考える。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

28 現在の生活状況が続くことで起こってくるリスク（健康状態の悪化や生活機能の低下）について考える。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

29 健康状態や環境因子の変化、あるいは個人因子の理解などを通じて生活機能が改善される可能性について考える。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

30 利用者の病気／障がいやできない部分を見るだけでなく、身体・心理・社会的存在として、また、時間の経過の中での存在として利用者の全体像を把握する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

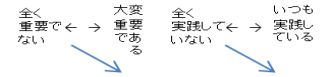
31 利用者の認知症の症状と、家族介護者の認知症に対する理解や対処能力の関係を見きわめて、現在の介護の負担について把握する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

⑥ 利用者の生活における問題点、ニーズ、目標について平易な表現で利用者に伝え、合意を形成しながら、利用者との協働でアセスメント過程を歩む

32 利用者との合意を図ろうとする際、利用者が理解できるような平易な表現を用いて説明を行う。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

33 「〇〇についてお困りなのですね」等と、利用者や家族と顕在化した問題の存在について合意を図る。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

34 「実は〇〇についてもお困りではないでしょうか」等と、利用者や家族と潜在化している問題の存在について合意を図る。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5



35	「〇〇という暮らしが送れたらよいとお考えなのですね」等、利用者や家族が望む暮らしの形について合意を図る。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
36	利用者の語る望む暮らしがそのままの形では実現が難しい場合、介護支援専門員は次善の策を考え、それについて利用者と合意を図る。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
37	利用者の望む暮らしを支援目標に置いた際、そこに至るまでに段階的にケアプランを修正していく必要がある場合、介護支援専門員はそのことについて利用者と合意を図る。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

⑦ 利用者や家族介護者を情緒的に支持し、信頼関係（援助関係）を構築する

38	利用者や家族介護者の主訴に耳を傾け、共感的な応答をすることを通じて、信頼関係（援助関係）の構築を図る。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
39	利用者や家族介護者から情報を得る際に、利用者が努力したり工夫してきたことについて、ねぎらいや承認の言葉をかける。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
40	利用者や家族介護者が最も心配していること、最も大切にしたいこと、大切にしてきたことを汲み取り、それを言葉にして利用者に返す。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
41	認知症の場合、利用者の BPSD の予防や改善のために、家族教育や家族支援を行う。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

⑧ 在宅生活の破綻をもたらすような危機的状況の有無を見極める

42	利用者の健康状態が、在宅生活の継続を難しくさせる状態になっていないかを見極める。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
43	利用者の BPSD の程度が家族介護者の耐性を越えていないかを見極める。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
44	家族介護者の健康状態が、在宅生活の継続を難しくさせる状態になっていないかを見極める。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
45	緊急の入院や短期入所利用等の方法により、家族介護者と分離する必要があるかを見極める。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

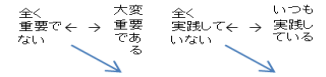
⑨ ケアプラン実施後に、利用者や家族介護者、専門職やインフォーマルな支援者から情報を収集し、再アセスメントを行う

46	ケアプラン実施後に、利用者や家族介護者の生活の変化を把握するための情報を収集する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
47	ケアプラン実施後に、利用者の支援に関わる専門職やインフォーマルな支援者から情報を収集し、それらの情報をもとにアセスメント内容を深め、修正する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

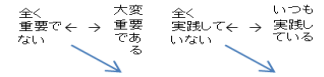
3-2-3. ケアプラン作成／ケアプラン修正

① 利用者の生活上の困り事の解決を図るアプランを作成する

1	利用者の生活上の困りごとを発生させる原因を明確にし、それらを緩和／解決できるような社会資源をケアプランに位置付ける。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
---	--	-----------	-----------

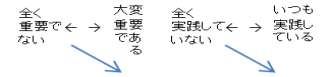


2	ケアプランは、ニーズ中心主義の考え方で作成する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
3	介護支援専門員が援助支援困難と感じるケースについては、一人でケースを抱え込まず、上司や同僚に相談したり、所内ケアカンファレンスを開催して事例検討を行うことでケース支援を冷静に考え直すことが望ましい。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
② 利用者の自立を高め、尊厳の保持を図るケアプランを作成する			
4	利用者の活動を高め、できることに積極的に取り組んだり、機能を向上させる意欲を高めるような工夫をする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
5	利用者の周囲の人々（家族等）や物理的環境（住環境等）が利用者の自立を高めるような工夫をする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
6	利用者が「自分らしい暮らし」を送れると感じさせるような工夫をする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
7	利用者が「尊厳を傷つけられている」と感じる事柄を緩和／解決できるような工夫をする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
③ 利用者の生活の楽しみや豊さを支え、望む暮らしの実現を図るケアプランを作成する			
8	利用者の楽しみや豊かさになることや、逆に楽しみや豊かさを阻害する要因を把握し、利用者の楽しみや豊かさを支える工夫をする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
9	利用者の望む暮らしを支える工夫をする。利用者が望む暮らしをイメージできない場合、利用者の生活機能をどのように高められれば、そのイメージを抱けるかを考慮する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
④ 利用者の強さ（ストレングス）を活用したケアプランを作成する			
10	利用者の強さが活用されるように社会資源を活用する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
11	利用者の強さが発揮できるように利用者自身及び利用者の周囲の環境面への働きかけをする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑤ 今後起こりうるリスクを想定し、それに対処しうるケアプランを作成する			
12	利用者の生活の現状が悪化するのを防ぐために利用者自身及び利用者の周囲の環境面への働きかけをする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
13	利用者の生活の現状を維持／向上させるために利用者自身及び利用者の周囲の環境面への働きかけをする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑥ 利用者の日常の生活のスケジュールを意識したケアプランを作成する			
14	利用者の日常の生活のスケジュールや生活リズム等を考慮する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
15	利用者の1週間のスケジュール、その他定期的なスケジュール（通院日等）を考慮する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑦ ケアプラン作成過程において利用者との間で合意形成を行う			
16	「利用者及び家族の生活に対する意向」欄には、利用者、家族介護者それぞれが重要と考える意向を、具体的な表現で記載する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
17	利用者及び家族の生活に対する意向について、利用者、家族介護者に確認し、	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5



介護支援専門員との間で合意を図ったうえで記載する。

18	利用者の被保険者証に介護認定審査会意見が付されている場合には、その意味を利用者に説明し、合意が図れた場合、その内容を反映したケアプランを作成する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
19	「総合的な援助の方針」欄には、利用者のこのように暮らしたいという思い、利用者にとっての実現可能な目標（望む暮らし）を具体的に記述する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
20	総合的な援助の方針欄に記載する利用者の望む暮らしや、望む暮らしを実現するために何に重点を置いて支援するかについて、利用者に説明し合意を図る。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
21	「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」欄には、利用者の望む暮らし（総合的な援助の方針の中に記載した実現可能な目標（望む暮らし））が実現されるために必要な課題（ニーズ）を対応させて構成する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
22	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）は、優先順位の高いものから順に記載する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
23	利用者の望む暮らし、自立した生活を実現し、維持・継続していくためのニーズ（解決すべき課題）について、利用者に提案／確認し合意を図る。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
24	利用者のニーズと家族のニーズが対立するような場合には、双方が合意できる範囲でニーズを設定することを心がける。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
25	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）は、具体的な表現で記述し、利用者が主体的・意欲的に取り組めるようなものにする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
26	個々の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を充足するために、それぞれのニーズが長期的・短期的にどのようになればよいのかについて提案し、合意を図る。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
27	「長期目標」は、支援を利用しながらも利用者も努力する到達点とする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
28	「短期目標」は、モニタリングの際に達成度がわかるように具体的な記述とする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
29	長期及び短期目標に付する期間の設定は、利用者及びケアチームのメンバーと協議をしたうえで、開始時期と終了時期を記載する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
30	「サービス内容」は、短期目標達成のために必要な社会資源を位置付ける。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
31	サービス／支援内容について提案し、利用者の合意を図る。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
32	サービス／支援の提供を依頼するサービス事業者／支援者について具体的に提案し、利用者の合意を図る。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
33	サービス事業者／支援者の選定にあたっては、利用者の意思を尊重するとともに、利用者のニーズ充足できる力量を持つサービス事業者／支援者について情報提供し、利用者が自己決定・自己選択できるよう支援する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
34	利用者自身に認知症等があり合意形成が困難な場合、家族に十分に説明し、ケアプランについて合意を図る。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5



35 利用者の判断能力が低下しているために成年後見人等が選任されている場合、成年後見人等に十分に説明し、ケアプランについて合意を図る。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

⑧ ニーズと社会資源を適切に適合させる

36 ケアプランにおいて、既存のサービスに利用者を合わせるのではなく、適切なアセスメントの結果導き出された利用者のニーズを充足できる社会資源とする。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

37 ニーズに対応する社会資源は、介護保険給付の枠の中だけでなく、その他のフォーマルサービス、インフォーマルサポートや利用者自身の強さ等を意識して選定する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

⑨ 利用者の支払い能力に応じたケアプランを作成する

38 ケアプランに位置付けたサービスを利用する際に発生する費用負担について説明し、合意を図る。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

39 ケアプランに対する費用負担について利用者と合意が図れなかった場合、利用者が負担できる範囲内で、もっとも利用者の生命維持に関わるニーズを充足するサービスを優先してケアプランに位置付ける。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

⑩ ケアプランに位置付けたサービス事業者／支援者に対して、サービス提供場面で利用者にとのように関わってもらうかを明確にする

40 利用者の自立を高め、尊厳を保持するために、サービス提供場面でサービス事業者／支援者が利用者に関わる際の留意事項を検討する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

41 前述の留意事項についてサービス事業者／支援者に説明し、理解を得る。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

⑪ ケアプランに関して、ケアプラン実施以降にサービス事業者／支援者に支援の修正を図る可能性を考慮する

42 初回のケアプラン作成段階で、アセスメントが十分になされていない部分がある場合には、今後追加で情報収集を行う部分／項目があることを明確にする。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

43 その後の追加の情報収集は、介護支援専門員自身が行う場合の他、サービス事業者／支援者に対してどのような情報の提供を依頼するかを明確にし、その旨をサービス事業者／支援者に依頼する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

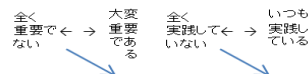
44 ケアプランについて利用者と介護支援専門員の見方が一致しないために、利用者の自立や尊厳の保持が損なわれる可能性が予測される場合、利用者と合意が図れたサービスについてケアプランに位置づけるとともに、ケアプラン実施後の利用者の状態変化等に関する観察／情報収集のポイントを明確にする。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

45 上記の場合、利用者の状態変化等に関する観察／情報収集のポイントとその意図をサービス事業者／支援者に説明し、変化の発見者となるように依頼する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

⑫ ケアプラン実施後、現行のケアプランが十分に機能していないか、新しいニーズが生起している場合、ケアプランを修正する

46 ケアプラン実施後に収集された情報により、現行のケアプランが十分に機能していない場合、行った再アセスメントをもとにケアプランを修正する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

47 ケアプラン実施後に、利用者の生活の変化等から新しいニーズが生起している場合、それらの新しいニーズに対応するようにケアプランを修正する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5



3-2-4. サービスの実施とモニタリング

① ケアプランどおりにサービスが提供されているかを確認する

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1 ケアプランの実施状況を訪問やサービス利用時の見学等で確かめる。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 2 日常的にサービス事業者と情報を共有できる体制をつくる。利用者や家族、サービス事業者はもっとも変化を発見しやすい立場にあるため、状況の変化や新たなニーズの発見のためには連携が必要である。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 3 利用者のリスクを的確に評価し状況変化の兆候を早期に発見する。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 4 利用者や家族、サービス事業者にはどのような状況になったら介護支援専門員に連絡するのか、ポイントを整理し事前に伝える。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 5 サービス提供票を交付する際等、日常的にサービス事業者等、関係機関を訪問する等により、担当者と直接面談する。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |

② サービス内容が適切か否かを確認する

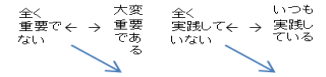
- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 6 利用者がサービス内容や方法について不満や違和感を表明していれば、その理由を明らかにするとともに、解消に努める。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 7 サービス開始後、利用者、家族介護者の暮らしのリズムに合っているかを把握し、変化が生じた場合はその理由を確認する。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 8 利用者の変更や修正を繰り返している場合、その理由を利用者、家族介護者、サービス事業者を確認する。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 9 家族介護者がサービスの導入にうまく適合できているかを確認する。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |

③ 個々の生活ニーズに対する目標が達成されているか、総合的な援助の方針どおりにケアプランの効果が上がっているかを確認する

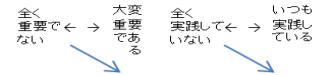
- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 10 提供されているサービスによって、長期目標・短期目標が達成されているかを確認する。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 11 利用者の尊厳が保持され、より自立的な暮らしができる生活が実現しているかを確認する。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |

④ 利用者の状態変化を把握するため主治医との連携を図る

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 12 利用者の状態変化については正確な医療情報を把握するため主治医に意見を求める。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 13 主治医との連携のために介護支援専門員から主治医へ訪問や意見交換の機会を作りアプローチを強化する。地域の介護支援専門員の組織と医療機関との間での協力体制を構築していくことなどにより連携の下地を作ることが望ましい。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 14 救急搬送等の事態を想定して、家族等の連絡先、主治医や訪問看護師、薬局等の緊急連絡先をあらかじめ把握しておく。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 15 急変時に備えて、療養場所が変わることによる悪影響（利用者の混乱、事故、合併症の併発、認知症の悪化等）について十分に留意し、入院等を回避することも検討する。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |



16	ターミナルケアの場合、生命予後の予測や今後予想される経過について、医師から情報を得るとともに、主治医や訪問看護師と密に連携し、家族介護者に対して状況に即した病状説明がなされるように配慮する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
17	ターミナルケアの場合、介護職に対しては、家族介護者への接し方や配慮すべき点などを周知するとともに、医療専門職と介護職の連携調整を図る。また、介護職の心理的負担にも配慮する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
18	認知症に関しては、地域における認知症医療に関する情報（認知症疾患医療センター、認知症サポート医、認知症対応力向上研修を受けた医師のいる医療機関など）を収集しておく。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
19	認知症の場合、認知症ケアパス等をもとに、利用者の状態や地域の社会資源の状況に合わせて、適時適切な医療との連携を図る。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑤ ケアプランの内容を修正する必要があるかを判断する			
20	ケアプランどおりに各種のサービスが提供されているかを確認する。事業者の事情での変更が利用者にとって不利益になっている場合には、介護支援専門員は再度事業者と調整を行い、利用者にとって最も有益なプランに戻さなければならない。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
21	モニタリングを通して目標は達成されたか、どの程度達成されつつあるかを考え、十分に達成されていない場合アセスメントやケアプランを再考する必要性を考える。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
22	ニーズとサービスのミスマッチを発見した場合、その理由と修正点、調整すべき対象を考える。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑥ 初回のケアプラン後、サービス導入後間もない期間は、特にきめ細かくモニタリングする			
23	初回の場合、利用者のニーズが頻繁に変更することがあるので、迅速かつこまめに対応する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
24	自分の状況を説明できない、又は意思表示が困難な利用者に対しても、初回の場合は特に個別的なきめ細かな対応をする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑦ 2回目以降の継続的なモニタリングは安定が確認できれば定期的を実施してよいが、状態の変化があった場合にはすぐに対応する			
25	利用者、家族介護者を取り巻く環境の変化、主治医等からの状態の変化に関する情報収集を行い、必要に応じサービス担当者会議の開催を検討する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
26	サービス事業者やインフォーマルな支援者からの情報収集の重要性が増すことに留意する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
⑧ 現行のケアプランを利用者の状況の改善により適したものへと修正するため再アセスメントを行う			
27	現行のケアプランが十分に機能していない場合や新しいニーズが生起している場合、再アセスメントを行う。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
28	再アセスメントにおいては、利用者や家族介護者の生活の変化を把握するため、利用者や家族介護者からだけでなく、利用者の支援に関わる専門職／インフォーマルな支援者から情報を収集し、それらの情報をもとに再アセスメントを行う。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5



3-2-5. サービス担当者会議

① 社会資源の中から必要なサービス等を選定し、多職種による支援チームを形成する

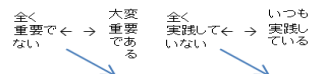
- | | | | |
|---|---|-----------|-----------|
| 1 | 利用者の生活ニーズに応じて、必要な支援を効果的かつ効率的に提供することができるサービス、マンパワーを地域社会の中から選定する。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 2 | ケアプランに位置づけたさまざまなサービス・支援を行うサービス事業者・支援者をチームアプローチにおけるチームの構成員とする。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 3 | 各種のサービス提供機関、サービス提供者の間で援助目標を共有し、役割分担を明確にして、それぞれの業務を担えるよう調整を図り、専門職を中心に多くの人々が相互に協力し合って、利用者や家族等を支援することができるように調整を図る。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |

② 利用者、家族介護者が直接希望等を述べることができるよう会議への参加を働きかける

- | | | | |
|---|--|-----------|-----------|
| 4 | サービス担当者会議に利用者や家族が参加して直接希望等を述べることは、支援チームが利用者等の生活に対する意向の共通理解を図るうえで大変有効であるため、介護支援専門員は、利用者、家族介護者が会議へ参加するよう働きかける。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 5 | 利用者の望む暮らしのあり方について、介護支援専門員が「〇〇ということですね」と言語化することで、援助の目標について合意形成を図る。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 6 | 会議のなかで利用者を支え、その意思が会議の内容と結果に十分反映されるようにサポートする。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 7 | 利用者、家族介護者が会議に参加しない場合は、利用者の意向を適切に代弁し、関係者にそのニュアンスも含めて伝達する。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 8 | 会議場所は、利用者が安心できる場所であり、サービス事業者にとって環境面のアセスメントが可能となる利用者宅で開催することが望ましい。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |

③ 利用者を中心に据えたチームアプローチを行う

- | | | | |
|----|---|-----------|-----------|
| 9 | 調整役となり、チームがアセスメント内容や援助目標を共有し、目標達成に向けた役割分担を行う。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 10 | ケアプランに位置づけたサービス／支援に対して、それぞれからケアプラン（原案）に対する専門的な意見を求め（運営基準第13条第9号）、それらをケアプランに反映させ、ケアプランをさらによいものにする機会となるよう調整を行う。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 11 | 初回のサービス担当者会議ではケアプラン（原案）に関する情報提供、2回目以降は利用者の状況変化に関する情報収集が中心となる。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 12 | 利用者の権利擁護に留意する。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 13 | 家族の状況が多様化していることに留意したアプローチを実施する。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |
| 14 | サービス提供機関の担当者と直接面談する機会をできるだけつくり、情報を得るとともに、信頼関係をつくる。 | 1・2・3・4・5 | 1・2・3・4・5 |

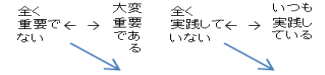


④ 状況の変化に応じた関係機関との連携を行う

15	ケアプランが実施された後も、利用者の生活ニーズの変化をいち早く発見できるような体制を組んでおく。(誰がモニタリング機能を果たすか、モニタリング機能を適切に果たしてもらうためにどういった依頼をしていくかなど、適切なリスク管理を確認しておく)	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
16	ケアプランを作成した際にそのプランに位置づけた社会資源と目標や役割分担を共有しようとするとき、運営基準においては利用者が要介護更新認定や要介護状態区分の変更認定を受けた場合、サービス担当者会議を開催する(運営基準第13条第14号)。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
17	利用者へのサービスが現在利用しているサービスから小規模多機能型居宅介護サービスを利用する等、介護支援専門員によるケアマネジメントが切り替わるときは、適切に引き継ぎを行い、利用者の不安の軽減に努める。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
18	利用者へのサービスが現在の居宅介護支援から介護予防支援へと切り替わるときは、利用者のケアプラン作成担当機関が介護予防支援事業者に移行する場合がある。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
19	利用者が入院するときは、病院の職員に対して、利用者の心身の状況(疾病・病歴、認知機能障害の有無)、生活環境(家族構成や家族介護者に関する情報、生活歴、介護サービスの利用状況など)及びサービスの利用状況等についての情報を提供する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
20	利用者が入院するときは、利用者や家族の医療に対する意向や療養に関する希望等についての情報も共有する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

⑤ 主治医をはじめとする医療との連携を行う

21	ケアプランに医療系サービスを位置づけようとするときは、主治医の意見を求め、その指示のもとに行われる必要があることから(運営基準第13条第18号・第19号)、主治医との連携を図るため、サービス担当者会議への主治医の出席を求める。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
22	主治医との連携にあたっては、介護支援専門員から主治医へのアプローチを強化すること、連携の下地作りとして訪問、意見交換の機会を作ること、地域の介護支援専門員の組織と医療機関との間での協力体制を構築していくことなどの努力を行うことが望ましい。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
23	忙しい主治医の参加を求める場合の工夫として、ターミナルケアや医療依存の高い事例などについては往診時の時間を活用することや利用者の受診に合わせて診察室や待合室を利用させてもらうなどの工夫を行うことが望ましい。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
24	居宅介護支援から医療機関に入院する場合、あるいは退院して居宅介護支援へと切り替わるときは、医療機関と適切な連携を図るため、関係者でカンファレンスを行う。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
25	利用者が急病を生じた場合や、治療方針を大幅に変更する必要がある場合に、緊急時等居宅カンファレンスを開催する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5



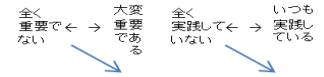
- 26 緊急時等居宅カンファレンスでは、医師による疾病の管理や予後の見通し、看護師による医療処置やケアの必要性評価に基づき、治療方針やケアプランの変更等について話し合い、関係者間で新たな方針を設定する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

⑥ 地域包括支援センターやインフォーマルサポートとの連携を行う

- 27 いわゆる困難事例など、通常の対応では対処が困難な問題状況にある利用者への援助を関係者と協議していく必要があるときは、地域包括支援センターの主任介護支援専門員、社会福祉士や行政担当課等と連携を図り、会議への出席を求める。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5
- 28 インフォーマルな支援者に対して、必要な知識・技術を伝え、悩み等に対して相談にのり、継続的によい関わりを続けてもらえるようなケアプランを作成し、利用者に関わろうとする気持ちが切れないように支援する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5
- 29 インフォーマルな支援者には職業上の守秘義務はないが、利用者の情報が必要以上に周囲に流れることがないように、配慮をお願いする。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5
- 30 いわゆる困難事例や地域で解決すべき課題については、地域包括支援センターとともに地域ケア会議において議論する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5
- 31 さまざまな職種から専門的なアドバイスを受けてケアマネジメントの質を高めるために、地域ケア会議に積極的に協力し、参加する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5

⑦ 効果的な連絡方法の選択や欠席者への報告など会議運営上の必要な配慮をする

- 32 相手から情報が欲しいのか、自分から伝えたい情報や依頼したいことがあるのか、協議しなければならない事項があるのか等、会議の目的を事前に整理したうえで連絡をする。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5
- 33 会議の目的と、誰と何についてどんなことを話すのかを利用者に示して、他機関と連携をとるための個人情報提供の了解を得る。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5
- 34 連携を図る相手の機関では、どの部署の誰が機関の窓口になっているのかを把握し、アプローチすることができる窓口を把握しておく。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5
- 35 連絡手段として、文書による照会、電話、FAX、E-mail、訪問しての面談のうち、相手にとっても負担にならずに目的を果たすことができる一番有効な手段を把握しておくことが望ましい。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5
- 36 電話の場合、伝えたい内容を明確に整理し、どの時間帯が比較的電話対応がしやすいかをあらかじめ把握しておくことが望ましい。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5
- 37 FAXやE-mailや文書による照会では、文面はわかりやすく、簡潔に、しかし、相手に伝えるべき事柄は落とすことなく記入しておく。また、Fax及びE-mail送信時には、利用者の個人情報が第三者に渡らないように十分注意する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5
- 38 サービス担当者会議に出席できない専門職がいる場合、介護支援専門員は事前にその専門職から意見を聴取し、その情報をもってサービス担当者会議に臨む。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5
- 39 主治医の参加が困難な場合は、介護支援専門員が担当者会議の前に主治医から必要な情報を収集しておき、担当者会議の場で利用者やサービス事業者などへ説明するなどの方法をとることが望ましい。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5
- 40 時間的な問題から関係者すべてが集まることのできない場合、状況に応じて電話やFAX、E-mailなどを使った情報の照会や情報提供という方法を選択する。 1・2・3・4・5 1・2・3・4・5



41	参加者が多忙であることを認識し、開始時間、終了時間を厳守するよう時間管理を行う。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
42	会議の内容について「いつまでに誰が〇〇をする」という具体的な書き方で結論を明記し、決定事項については、利用者や参加者に配布して、共通認識を図るようにする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

3-2-6. 評価

① 評価を行うために十分な情報を整備する

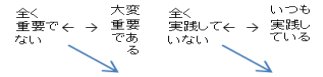
1	本手引きにおけるケアマネジメントの各プロセスの記載事項を参照しつつ、その視点を反映した記録が整備されているか確認する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
2	介護支援専門員自身の記録のみならず、他職種・機関が記録した利用者に関する情報についても、多角的な評価のために整備をする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
3	文書として記録はされていなくても、介護支援専門員やその他の評価に関わる関係者が、利用者や家族の意向をはじめとする様々な情報を、言葉で表現できるようにする。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

② ケアマネジメントの目的がどの程度達成されているかを確認する

4	本手引き 1. 項に記載されているケアマネジメントの目的の各項を参照しつつ、それらがどの程度達成されているか確認する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
5	できるだけ多様な見地から評価が行われるよう、介護支援専門員自身による評価だけでなく、同僚、スーパーバイザー、他職種などの他者からも意見が得られることが望ましい。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
6	利用者や家族から意見を得ることも非常に重要である。ただし、誰が／どのよう意見を得るかによって利用者、家族介護者の意見が異なる形で表現されることがあるため、どこに本当の思いがあるかよく吟味する必要がある。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
7	ケアマネジメントの目的がより達成されるためにはどのような方策が考えられるか、できるだけ具体的に考える。(ケアマネジメントが終了した事例の場合には、将来に向けての指針を得る。)	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

③ ケアマネジメントの基本理念や倫理的姿勢に沿ったケアマネジメントが展開されているかを確認する

8	本手引き 1. 項に記載されている「ケアマネジメントの基本理念」や「倫理的な姿勢」の各項を参照しつつ、それに沿ったケアマネジメントが展開されているか確認する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
9	具体的な場面における基本理念や倫理的姿勢の適用や解釈のしかたが介護支援専門員によって分かれる場合があるため、同僚、スーパーバイザー、他職種などの様々な立場から確認がなされることが望ましい。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
10	基本理念や倫理的姿勢に沿ったケアマネジメントが展開されるためにはどのような方策が考えられるか、できるだけ具体的に考える。(ケアマネジメントが終了した事例の場合には、将来に向けての指針を得る。)	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5



④ ケアプランに沿ったケアマネジメントが展開されているかを確認する

11	ケアプランにおける「利用者及び家族の生活に対する意向」や「総合的な援助の方針」に記載されている内容を参照しつつ、それに沿ったケアマネジメントが展開されているか確認する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
12	ケアプランにおける「解決すべき課題」や「目標」に記載されている内容を参照しつつ、課題の解決状況や目標の達成状況を確認する。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
13	できるだけ多様な見地から評価が行われるよう、介護支援専門員自身による評価だけでなく、同僚、スーパーバイザー、他職種などの他者からも意見を得ることが望ましい。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
14	利用者や家族から意見を得ることも非常に重要である。ただし、誰が／どのよう に意見を得るかによって利用者、家族介護者の意見が異なる形で表現され ることがあるため、どこに本当の思いがあるかよく吟味する必要がある。	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5
15	「利用者及び家族の生活に対する意向」や「総合的な援助の方針」に沿ったケ アマネジメントが展開されるためにはどのような方策が考えられるか、でき るだけ具体的に考える。(ケアマネジメントが終結した事例の場合には、将来に向 けての指針を得る。)	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

Ⅲ. ご自身のケアマネジメントについて伺います。

1) ケアマネジメントの基本理念と倫理的姿勢について、回答者ご自身のケアマネジメントにおける自信の程度としてあてはまる数字（1～5）に○を付けてください。

質問		回答欄
1)	基本理念	1. まったく自信が無い 2. あまり自信がない 3. どちらともいえない 4. まあ自信がある 5. 非常に自信がある
2)	倫理的姿勢	1. まったく自信が無い 2. あまり自信がない 3. どちらともいえない 4. まあ自信がある 5. 非常に自信がある

2) ケアマネジメント・プロセスについて、回答者ご自身のケアマネジメントにおける自信の程度としてあてはまる数字（1～5）に○を付けてください。

質問		回答欄
1)	インテーク	1. まったく自信が無い 2. あまり自信がない 3. どちらともいえない 4. まあ自信がある 5. 非常に自信がある
2)	アセスメント	1. まったく自信が無い 2. あまり自信がない 3. どちらともいえない 4. まあ自信がある 5. 非常に自信がある
3)	ケアプラン作成	1. まったく自信が無い 2. あまり自信がない 3. どちらともいえない 4. まあ自信がある 5. 非常に自信がある
4)	サービス実施 とモニタリング	1. まったく自信が無い 2. あまり自信がない 3. どちらともいえない 4. まあ自信がある 5. 非常に自信がある
5)	サービス 担当者会議	1. まったく自信が無い 2. あまり自信がない 3. どちらともいえない 4. まあ自信がある 5. 非常に自信がある
6)	評価	1. まったく自信が無い 2. あまり自信がない 3. どちらともいえない 4. まあ自信がある 5. 非常に自信がある

IV. ケアマネジメント・プロセスの手引きについて、ご意見を自由にお書きください。



アンケートは以上です。

お忙しい中、大変多くの項目に対するアンケートにご協力いただき、誠にありがとうございました。

記入いただいた結果は取りまとめ、介護支援専門員及びケアマネジメントの質向上に役立ててまいりたく存じます。今後ともどうぞ宜しくお願いいたします。

ケアマネジメント・プロセス手引き改訂案に関するアンケート結果
個別項目における重要度・実践度の平均値と標準偏差

1. ケアマネジメントの目的		重要度		実践度	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1	在宅生活が困難になった場合に、利用者のニーズに合った社会資源と結びつけることで、在宅生活を可能にすることである。	4.48	0.78	3.93	0.95
2	同時に、病院や施設に入院（所）していたが、退院（所）してくる場合にも、利用者の在宅生活を想定してニーズに合った社会資源と結びつけることで、在宅生活への移行を容易にすることである。	4.56	0.80	4.12	0.94
3	利用者の自己決定・自己選択を支援することで、利用者の有している力が発揮できるように支援することである。	4.58	0.78	3.92	0.82
4	家族等の介護者についても、自立した生活が継続できるよう、介護負担の軽減を図るよう支援することである。	4.56	0.79	4.10	0.77
5	利用者の身体面・心理面・環境面での改善・維持を目指すことで、質の高い生活が得られるよう支援することにある。	4.64	0.71	3.99	0.78
6	利用者自らが自分の問題に打ち克っていく力をつけるよう（エンパワメント）支援することである。	4.42	0.78	3.51	0.79
7	ニーズについては、在宅生活を可能にする介護、医療、住宅、所得、権利擁護等といった多様なニーズを明らかにすることにある。	4.54	0.79	3.76	0.86
8	サービスについては、利用者が実施可能なセルフケアを中心に、それを補うべく介護保険や医療保険といった公的なサービスだけでなく、家族や近隣、友人、ボランティア、自治会や民生委員といったインフォーマルサービスも活用することにある。	4.54	0.82	3.51	0.86
9	利用者に多様な社会資源が提供されるため、これらの社会資源間を連携していくことになる。	4.44	0.81	3.52	0.93
10	利用者のニーズの変化に合わせて定期的にモニタリングを実施する。	4.74	0.70	4.57	0.77
11	利用者に急激なニーズの変化が生じた場合には、即応する。	4.76	0.72	4.55	0.75
12	利用者の過去の状況や将来への思いを尊重しながら支援する。	4.66	0.73	4.10	0.86
13	利用者の生活全体を構成する多様なニーズを満たすよう支援する。	4.47	0.79	3.82	0.83
14	利用者への虐待等の権利侵害を早期に発見して、侵害されている人を守る。	4.70	0.79	4.08	0.94
15	利用者に対して提供されているサービスが適切でない場合は、利用者を擁護する。	4.55	0.77	4.09	0.87
16	意思表示が十分でない人についても最大限自己決定を尊重し、利用者の意向	4.58	0.80	3.93	0.89

	を汲み取りながら、意思決定の支援を行う。				
17	利用者が日常生活圏域で生活が継続的にできるよう、地域の課題が解決できるよう、地域包括支援センターと一体になり、他の専門職・地域住民との協働を行う。	4.50	0.83	3.50	0.97
18	他の専門職・地域住民と協働して、利用者が住みよい社会づくりを進める。	4.45	0.84	3.33	0.98

2-1 ケアマネジメントにおける基本理念		重要度		重要度	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1	すべての利用者に対して、かけがえのない存在として尊重する。	4.76	0.72	4.32	0.84
2	自らの先入観や偏見を排し、利用者があるがままに受容する。	4.62	0.80	3.91	0.89
3	利用者の自己決定・自己選択を尊重し、利用者がその権利を十分に理解し、活用していけるよう支援する。	4.67	0.73	3.95	0.81
4	利用者が有している力を最大限に発揮できるよう支援する。	4.73	0.73	3.89	0.83

2-2 ケアマネジメントにおける倫理的姿勢		重要度		実践度	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1	利用者が望むサービスを適切に受けられるように権利を擁護し、代弁活動を行う。	4.57	0.79	3.98	0.86
2	利用者の権利について十分に認識し、敏感かつ積極的に対応し、あらゆる権利侵害の発生を防止する。	4.48	0.80	3.72	0.89
3	利用者が虐待の対象となっている可能性がある場合には、すみやかに発見できるよう心掛ける。	4.79	0.72	4.24	0.87
4	意思決定能力の不十分な利用者に対して、常に最善の方法を用いて、利益と権利を擁護する。	4.61	0.77	3.91	0.89
5	利用者の権利侵害を防止するよう環境を整え、啓発活動を積極的に行なう。	4.39	0.86	3.36	0.92
6	地域の側で意思決定がなされる際には、関係する利用者の意思と参加が促進されるようにする。	4.32	0.86	3.42	0.91
7	正当な理由なしに、その業務に関し知り得た利用者や関係者の秘密を漏らさぬことを厳守する。	4.87	0.65	4.81	0.62
8	業務を離れた日常生活においても、また業務から退いた場合においても、利用者の秘密を保持する。	4.86	0.64	4.81	0.63
9	記録の保持と廃棄について、利用者の秘密が漏れないように慎重に対応する。	4.87	0.64	4.77	0.65

10	サービス担当者会議等で利用者に関する情報を関係機関・関係職員と共有する場合、その秘密を保持するよう最善の方策を用いる。	4.80	0.65	4.56	0.73
11	利用者のプライバシーを最大限に尊重し、関係者から情報を得る場合、利用者等からの同意を得る。	4.77	0.69	4.62	0.70
12	利用者の記録を開示する場合には、かならず利用者等の了解を得る。	4.76	0.69	4.60	0.78
13	利用者の支援という目的を超えて、個人情報を収集ないし使用してはならない。	4.82	0.67	4.73	0.68
14	利用者の個人情報の乱用・紛失等のあらゆる危険に対し、安全保護に関する措置を講じる。特に電子媒体により取り扱う場合、最新のセキュリティに配慮し厳重に管理する。	4.78	0.68	4.47	0.87
15	問題解決を支援する目的であっても、利用者が了解しない場合は、個人情報を使用しない。	4.53	0.85	4.27	0.92
16	利用者の利益を最優先にして支援を行う。	4.50	0.83	4.21	0.85
17	利用者が記録の閲覧を希望した場合には、特別な理由なく、拒んではならない。	4.73	0.74	4.56	0.86
18	介護保険制度の内容や動向、作成されたケアプラン、ケアプランに基づいて提供された保健・医療・福祉のサービスについて、利用者に適切な方法・わかりやすい表現を用いて、説明し、利用者の意向を確認する。	4.80	0.67	4.51	0.77
19	利用者に対して利益の相反する関係になることが避けられない場合は、利用者を守る手段を講じ、それを利用者に説明する。	4.65	0.75	4.28	0.83
20	利用者に対するアセスメントにおいて、リスクを予見する。	4.72	0.71	4.27	0.82
21	利用者へのケアプランの作成において、リスクを回避する計画を作成する。	4.59	0.77	4.14	0.81
22	利用者や関係者の意見・要望そして苦情を真摯に受け止め、適切かつ迅速に改善を図る。	4.78	0.68	4.46	0.74
23	苦情を受けた際には、業務の改善を通して再発防止に努めなければならない。	4.81	0.67	4.55	0.75
24	実践現場が常に自己点検と評価を行い、他者からの評価を受けるように働きかけなければならない。	4.57	0.81	3.74	0.95
25	専門職としての使命と職責の重要性を自覚し、常に専門的知識・技術の向上に努めることにより、専門性を高め、自らの専門的知識・技術を惜しみなく発揮する。	4.73	0.71	4.07	0.86
26	スーパービジョン、教育・研修に参加し、援助方法の改善と専門性の向上を図る。	4.70	0.72	4.00	0.87
27	研修・情報交換・自主勉強会等の機会を活かして、常に自己研鑽に努める。	4.74	0.69	4.09	0.89
28	他の介護支援専門員やその他専門職と知識や経験の交流を行い、支援方法の改善と専門性の向上を図る。	4.69	0.73	4.06	0.88
29	常に専門分野や関連する情報や介護保険制度等関連知識について収集し、専門	4.72	0.71	4.05	0.84

	的力を高める。				
30	利用者との支援関係を大切にし、その関係についてあらかじめ利用者に説明する。	4.64	0.76	4.34	0.79
31	支援関係において、利用者とのパートナーシップを尊重する。	4.48	0.81	4.13	0.83
32	利用者に自分の価値観や援助観を利用者に押しつけない。	4.74	0.69	4.30	0.81
33	利用者の意思表示をはげまし、支援する。	4.57	0.82	4.19	0.81
34	利用者の立場に立ち支援することを伝える。	4.67	0.76	4.37	0.77
35	専門職上の義務と利用者の権利を説明したうえで、支援する。	4.64	0.75	4.21	0.83
36	利用者が必要な情報を十分に理解し、納得していることを確認する。	4.66	0.72	4.10	0.81
37	利用者が目標を定めるよう支援する。	4.58	0.74	3.97	0.84
38	利用者が選択の幅を広げられるよう、十分な情報提供をする。	4.71	0.70	4.23	0.81
39	利用者の自己決定が重大な危険を伴う場合には、あらかじめその行動を制限することがあることを伝え、そのような制限をした場合には、その理由を説明する。	4.64	0.75	4.16	0.86
40	自らの個人的・宗教的・政治的理由により、又は自らの利益のために、不当に利用者との支援関係を利用しない。	4.76	0.73	4.71	0.67
41	ケアプランのもとで、多様なサービスや支援との有機的な連携を図るよう創意工夫を行い、ケアマネジメントを総合的に提供する。	4.60	0.74	4.00	0.87
42	他機関の専門職と連携し協働するために、個々のサービスの専門性を尊重し、他の専門職等との連絡・調整の役割を果たす。	4.69	0.73	4.34	0.76
43	所属する機関内での意思疎通が円滑になされるよう、積極的に関わる。	4.62	0.75	4.30	0.83
44	所属する事業所・施設の利益に偏ることなく、公正・中立な立場を堅持する。	4.79	0.69	4.43	0.83
45	介護サービス事業者との関係において、自らが属する機関や関連する事業者の利益のために働くようなことがない。	4.71	0.75	4.33	0.93
46	利用者のニーズの性質や量に応じて、適正にサービスが利用できるよう支援する。	4.78	0.67	4.45	0.80
47	利用者が地域で最期まで生活できる社会の実現を目指して活動する。	4.55	0.75	3.90	0.95
48	地域の限りある資源が最適な形で活用されるよう努める。	4.54	0.78	3.80	0.94
49	地域で不足している資源を把握し、開拓できるよう努める。	4.47	0.76	3.21	0.99
50	ケアマネジメントの果たす役割を自覚し、常に社会の信頼を得られるよう努める。	4.60	0.72	3.92	0.93
51	利用者・他の専門職・市民に対して、ケアマネジメントの内容を伝え、社会的信用を高める。	4.47	0.80	3.57	1.01
52	自覚と誇りを持ち、責任ある行動をとり、ケアマネジメントの重要性を啓発する。	4.51	0.81	3.77	1.02

53	あらゆる社会的不正行為や信用失墜行為を行わない。	4.77	0.71	4.67	0.70
54	介護保険法及び関係諸法令・通知を遵守する。	4.81	0.65	4.65	0.71
55	利用者から正規の報酬以外に物品や金銭を受けとらない。	4.76	0.70	4.54	0.85
56	日本介護支援専門員協会の倫理綱領に対して誠実である。	4.68	0.76	4.38	0.89
57	倫理上のジレンマが生じた場合、倫理綱領に照らし、公正性と一貫性をもってサービス提供を行うように努める。	4.64	0.76	4.22	0.89
58	実践現場の方針・規則・手続き等が、日本介護支援専門員協会の倫理綱領に反する場合、それを許さない。	4.47	0.87	4.05	0.97

3-2-1. インテーク		重要度		実践度	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1	相談者が自分で考えて言葉を選び、自分のペースで話せるように働きかける。	4.73	0.68	4.33	0.76
2	相談者を一般化せず、相談者が固有の存在であることを相談者に伝える。	4.64	0.75	4.15	0.88
3	援助者の価値観による質問を行うのではなく、オープンクエスチョン、クローズドクエスチョンを併用し、相談者自らが語れるように意図的な働き掛けを行う。	4.70	0.68	4.15	0.82
4	相談者の現在おかれている個別の状況、性格や価値観について、深く知ろうという姿勢を示す。	4.68	0.72	4.30	0.81
5	相談者が捉えている自分自身の問題や、それが解決した姿について語ってもらう。	4.55	0.76	3.84	0.89
6	緊急を要する状況が無いか確認し、ある場合は適切にリファーする。	4.67	0.71	4.25	0.88
7	所属、氏名等の自己紹介を丁寧に行い、自分と援助機関の関係、立場等についての説明を行う。	4.73	0.68	4.53	0.77
8	声の大きさ、声の質、話すスピード、適切な言葉の選択等、適切な対応ができる。	4.72	0.71	4.33	0.76
9	相談者が理解しやすい言葉、用語を用いて説明を行う。専門用語、略語、外来語等に該当する発言は、かえって相談者の不安を助長するおそれがある。	4.73	0.70	4.39	0.76
10	必要に応じて、座る位置関係、秘密が守られる環境の確保等、相談者が安心して援助者と向き合える環境を整える。	4.74	0.68	4.42	0.80
11	相談者の言動を評価したり審判したりせず、存在そのものを価値あるものとして認める。	4.75	0.66	4.39	0.78
12	相談者の感情に波長を合わせて共感的対応を示す。	4.70	0.70	4.35	0.80
13	相談者自身、課題、問題が明確になっていない不安と緊張を抱えていることが多い。援助者としてその不安、緊張を緩和するに努める。	4.71	0.69	4.39	0.80

14	言語的コミュニケーションに偏らず、非言語的コミュニケーションにも留意する。	4.73	0.66	4.41	0.80
15	非言語的コミュニケーションに現れた相談者の感情や真意を理解しようと努める。	4.72	0.68	4.39	0.80
16	相談者自身が問題解決の主体であるという認識を促し、相談者の知る権利を尊重して、介護支援専門員はそのサポートを行う。	4.67	0.68	4.23	0.85
17	相談者が主体的に選択できるように制度等の仕組みや居宅介護支援サービスについて説明する。	4.72	0.69	4.38	0.85
18	相談者の主訴を踏まえ、利用可能(必要)な社会資源の説明をする。	4.69	0.71	4.32	0.87
19	各サービスでできること、できないこと、利用することのメリットとデメリットについて説明する。	4.70	0.72	4.39	0.77
20	介護支援専門員及び所属機関がもつ専門的な役割及び機能について説明する。	4.59	0.74	4.23	0.84
21	居宅介護支援事業の契約締結前に、事業所の運営規程や介護支援専門員の勤務体制、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制について説明する。	4.73	0.76	4.61	0.80
22	認知症等相談者の判断能力が不十分な場合は、成年後見制度等の仕組みの活用を検討する。	4.62	0.79	4.18	0.90
23	インテーク面接を通して、所属機関及び自分が担当することが適当であるかを判断し、必要に応じ適切な機関をリファーする。	4.61	0.75	4.14	0.94
24	苦情申し立ての仕組みが存在することを、相談者又は相談者の権利を代弁できる人に周知する。	4.69	0.73	4.39	0.90
25	苦情相談窓口及び対応責任者についての説明を行う。	4.70	0.73	4.57	0.83
26	認知症等の判断能力が不十分な人の権利が侵害されていないか見極める。	4.74	0.70	4.30	0.85
27	虐待等により相談者の権利侵害がされていないか見極める。	4.75	0.70	4.35	0.83
28	障害福祉サービスから介護保険サービスに移行する利用者については、市町村や相談支援専門員と連携、協働して援助を行う。	4.73	0.70	4.10	1.11
29	介護保険サービスが優先とされているが、利用者のニーズを見極めた上、該当する介護保険サービスがない場合などは障害福祉サービスの利用に結びつける。	4.68	0.79	4.06	1.12

3-2-2. アセスメント/再アセスメント		重要度		実践度	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1	利用者や家族介護者の主訴をしっかりと聴き取り、訴えの意味を考える。	4.82	0.64	4.48	0.78
2	客観的な事実(実際に起こっていること)と主観的な事実(利用者の考えや感情等)の両方の情報を収集する。	4.80	0.63	4.35	0.83

3	利用者の健康状態（疾病やその程度、生活に与える影響）について把握する。	4.82	0.64	4.55	0.75
4	利用者の個人因子（生活観や価値観、それが形成されてきた過程（生活歴））について把握する。	4.76	0.68	4.27	0.79
5	利用者を取り巻く環境因子（家族等インフォーマルな資源・諸サービスを提供する援助者といった人的環境、家屋構造等の物的環境、活用可能な制度等の制度的環境等）について把握する。	4.76	0.66	4.27	0.78
6	利用者の活動の状態（ADL や IADL、それが生活に与える影響）について把握する。	4.82	0.63	4.51	0.76
7	利用者の参加の状況（家族やその他の人との関係を通して担う役割）について把握する。	4.74	0.68	4.30	0.79
8	家族の介護力（介護に関する知識、技術、健康状態、介護者同士の関係性等）を把握する。	4.80	0.65	4.41	0.78
9	利用者の日常の生活スケジュール（日課や生活習慣、受診状況等）を把握する。	4.73	0.72	4.33	0.82
10	介護サービス利用に関する利用者の支払い能力、支出額に関する利用者の考え方について把握する。	4.72	0.72	4.25	0.83
11	利用者自身や家族が考える「望む暮らし」を語ることを促す。	4.68	0.72	4.12	0.84
12	利用者自身や家族が「望む暮らし」を明確に語れないときは、暮らしのあり方の可能性を例示しながら、一緒に利用者が「望む暮らし」を考える。	4.61	0.76	4.08	0.89
13	家族介護者の困っていることや心配事、介護に対するストレス、介護者としてはどのような生活を望んでいるかを把握し、介護者が「これならできる」と思える介護生活を考える。	4.66	0.75	4.16	0.86
14	利用者の健康状態（疾病やその程度、生活に与える影響）に関する情報について、主治医から収集する。	4.71	0.71	4.00	0.92
15	利用者の健康状態の維持や改善の可能性、その方法について、主治医の意見を聞く。	4.69	0.73	3.94	0.92
16	利用者の健康状態の悪化の可能性、どんな要因が利用者の健康状態を悪化させるかについて、主治医の意見を聞く。	4.68	0.73	3.92	0.94
17	利用者の「望む暮らし」について主治医に説明したうえで、その実現のために留意すべき事柄について主治医の意見を聞く。	4.55	0.82	3.63	0.98
18	ケアマネジャーから主治医に対して、食事・排泄・睡眠・清潔などの生活の様子、移動能力などの身体機能、主たる疾患の症状やその変化等に関する情報提供をする。	4.64	0.74	3.81	0.94
19	利用者が認知症である場合、主治医から認知症のタイプや程度についての情報を得る。	4.64	0.77	3.80	0.97

20	退院や退所の場合は、医療ソーシャルワーカーや退院調整担当者、入院している病棟の医師や看護師等から、入院時の身体状況の変化や退院後も継続する必要がある医療的処置、医療に関する情報等を入手する。	4.79	0.67	4.49	0.77
21	利用者自身の強さの視点から、利用者の能力、意欲、希望や、疾患や療養生活に関する知識、要介護状態になったことに対してこれまでの対処状況等について把握する。	4.64	0.74	4.07	0.84
22	利用者を取り巻く環境（家族の介護力や介護知識、住環境、制度面等）の強さについて把握する。	4.69	0.72	4.14	0.82
23	利用者の生活の中のどのような事柄が利用者自身にとって「自分らしい暮らし」を感じさせるものか、逆に「尊厳を傷つけられる」と感じさせるものかを把握する。	4.60	0.75	3.92	0.89
24	利用者が有しているけれども、日常生活において活用されていない能力があることを把握する。	4.59	0.75	3.78	0.88
25	現在利用者や家族が感じ取っている困り事（顕在化した問題）が、なぜ起こってくるかを考える。	4.71	0.70	4.20	0.84
26	現在利用者や家族が気づいていない困り事（潜在化している問題）について考える。また、なぜ利用者や家族がそうした問題に気づいていないかを考える。	4.65	0.73	3.87	0.85
27	利用者や家族が望む暮らしと現在の生活が乖離している理由を考える。	4.60	0.77	3.98	0.89
28	現在の生活状況が続くことで起こってくるリスク（健康状態の悪化や生活機能の低下）について考える。	4.71	0.70	4.29	0.86
29	健康状態や環境因子の変化、あるいは個人因子の理解などを通じて生活機能が改善される可能性について考える。	4.63	0.75	4.15	0.86
30	利用者の病気／障がいやできない部分を見るだけでなく、身体・心理・社会的存在として、また、時間の経過の中の存在として利用者の全体像を把握する。	4.67	0.74	4.05	0.91
31	利用者の認知症の症状と、家族介護者の認知症に対する理解や対処能力の関係を見きわめて、現在の介護の負担について把握する。	4.70	0.71	4.23	0.83
32	利用者との合意を図ろうとする際、利用者が理解できるような平易な表現を用いて説明を行う。	4.75	0.68	4.37	0.78
33	「〇〇についてお困りなのですね」等と、利用者や家族と顕在化した問題の存在について合意を図る。	4.73	0.66	4.34	0.83
34	「実は〇〇についてもお困りではないでしょうか」等と、利用者や家族と潜在化している問題の存在について合意を図る。	4.64	0.76	4.02	0.87
35	「〇〇という暮らしが送れたらよいとお考えなのですね」等、利用者や家族が望む暮らしの形について合意を図る。	4.66	0.73	4.17	0.85
36	利用者の語る望む暮らしがそのままの形では実現が難しい場合、介護支援専門員は次善の策を考え、それについて利用者との合意を図る。	4.62	0.74	4.12	0.85

37	利用者の望む暮らしを支援目標に置いた際、そこに至るまでに段階的にケアプランを修正していく必要がある場合、介護支援専門員はそのことについて利用者と合意を図る。	4.66	0.77	4.20	0.87
38	利用者や家族介護者の主訴に耳を傾け、共感的な応答をすることを通じて、信頼関係（援助関係）の構築を図る。	4.79	0.66	4.47	0.78
39	利用者や家族介護者から情報を得る際に、利用者が努力したり工夫してきたことについて、ねぎらいや承認の言葉をかける。	4.76	0.68	4.53	0.72
40	利用者や家族介護者が最も心配していること、最も大切にしたいこと、大切にしてきたことを汲み取り、それを言葉にして利用者に戻す。	4.73	0.67	4.32	0.80
41	認知症の場合、利用者のBPSDの予防や改善のために、家族教育や家族支援を行う。	4.69	0.72	4.05	0.85
42	利用者の健康状態が、在宅生活の継続を難しくさせる状態になっていないかを見極める。	4.70	0.73	4.33	0.83
43	利用者のBPSDの程度が家族介護者の耐性を越えていないかを見極める。	4.70	0.75	4.33	0.83
44	家族介護者の健康状態が、在宅生活の継続を難しくさせる状態になっていないかを見極める。	4.71	0.72	4.34	0.83
45	緊急の入院や短期入所利用等の方法により、家族介護者と分離する必要があるかを見極める。	4.70	0.72	4.31	0.88
46	ケアプラン実施後に、利用者や家族介護者の生活の変化を把握するための情報を収集する。	4.75	0.72	4.42	0.80
47	ケアプラン実施後に、利用者の支援に関わる専門職やインフォーマルな支援者から情報を収集し、それらの情報をもとにアセスメント内容を深め、修正する。	4.71	0.75	4.21	0.83

3-2-3. ケアプラン作成/ケアプラン修正		重要度		実践度	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1	利用者の生活上の困りごとを発生させる原因を明確にし、それらを緩和/解決できるような社会資源をケアプランに位置付ける。	4.62	0.76	3.93	0.87
2	ケアプランは、ニーズ中心主義の考え方で作成する。	4.09	0.90	3.76	0.83
3	介護支援専門員が援助支援困難と感じるケースについては、一人でケースを抱え込まず、上司や同僚に相談したり、所内ケアカンファレンスを開催して事例検討を行うことでケース支援を冷静に考え直すことが望ましい。	4.74	0.69	4.29	0.87
4	利用者の活動を高め、できることに積極的に取り組んだり、機能を向上させる意欲を高めるような工夫をする。	4.71	0.72	4.09	0.85
5	利用者の周囲の人々（家族等）や物理的環境（住環境等）が利用者の自立を高	4.65	0.75	4.01	0.84

	めるような工夫をする。				
6	利用者が「自分らしい暮らし」を送れると感じさせるような工夫をする。	4.69	0.71	3.92	0.85
7	利用者が「尊厳を傷つけられている」と感じる事柄を緩和／解決できるような工夫をする。	4.67	0.74	4.04	0.88
8	利用者の楽しみや豊かさになることや、逆に楽しみや豊かさを阻害する要因を把握し、利用者の楽しみや豊かさを支える工夫をする。	4.63	0.73	3.95	0.84
9	利用者の望む暮らしを支える工夫をする。利用者が望む暮らしをイメージできない場合、利用者の生活機能をどのように高められれば、そのイメージを抱けるかを考慮する。	4.61	0.72	3.83	0.86
10	利用者の強さが活用されるように社会資源を活用する。	4.62	0.73	3.71	0.91
11	利用者の強さが発揮できるように利用者自身及び利用者の周囲の環境面への働きかけをする。	4.59	0.74	3.72	0.86
12	利用者の生活の現状が悪化するのを防ぐために利用者自身及び利用者の周囲の環境面への働きかけをする。	4.61	0.73	3.97	0.88
13	利用者の生活の現状を維持／向上させるために利用者自身及び利用者の周囲の環境面への働きかけをする。	4.60	0.74	3.93	0.89
14	利用者の日常生活のスケジュールや生活リズム等を考慮する。	4.63	0.72	4.21	0.82
15	利用者の1週間のスケジュール、その他定期的なスケジュール（通院日等）を考慮する。	4.63	0.75	4.29	0.86
16	「利用者及び家族の生活に対する意向」欄には、利用者、家族介護者それぞれが重要と考える意向を、具体的な表現で記載する。	4.70	0.77	4.31	0.89
17	利用者及び家族の生活に対する意向について、利用者、家族介護者に確認し、介護支援専門員との間で合意を図ったうえで記載する。	4.71	0.72	4.40	0.81
18	利用者の被保険者証に介護認定審査会意見が付されている場合には、その意味を利用者に説明し、合意が図れた場合、その内容を反映したケアプランを作成する。	4.62	0.86	4.10	1.20
19	「総合的な援助の方針」欄には、利用者のこのように暮らしたいという思い、利用者にとっての実現可能な目標（望む暮らし）を具体的に記述する。	4.66	0.78	4.17	0.87
20	総合的な援助の方針欄に記載する利用者の望む暮らしや、望む暮らしを実現するために何に重点を置いて支援するかについて、利用者に説明し合意を図る。	4.70	0.72	4.26	0.85
21	「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」欄には、利用者の望む暮らし（総合的な援助の方針の中に記載した実現可能な目標（望む暮らし））が実現されるために必要な課題（ニーズ）を対応させて構成する。	4.69	0.72	4.25	0.86
22	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）は、優先順位の高いものから順に記載する。	4.71	0.72	4.44	0.83

23	利用者の望む暮らし、自立した生活を実現し、維持・継続していくためのニーズ（解決すべき課題）について、利用者に提案／確認し合意を図る。	4.71	0.69	4.43	0.79
24	利用者のニーズと家族のニーズが対立するような場合には、双方が合意できる範囲でニーズを設定することを心がける。	4.62	0.77	4.16	0.86
25	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）は、具体的な表現で記述し、利用者が主体的・意欲的に取り組めるようなものにする。	4.68	0.73	4.18	0.83
26	個々の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を充足するために、それぞれのニーズが長期的・短期的にどのようになればよいのかについて提案し、合意を図る。	4.68	0.73	4.18	0.85
27	「長期目標」は、支援を利用しながらも利用者も努力する到達点とする。	4.63	0.78	4.11	0.87
28	「短期目標」は、モニタリングの際に達成度がわかるように具体的な記述とする。	4.68	0.72	4.08	0.88
29	長期及び短期目標に付する期間の設定は、利用者及びケアチームのメンバーと協議をしたうえで、開始時期と終了時期を記載する。	4.50	0.85	3.79	1.01
30	「サービス内容」は、短期目標達成のために必要な社会資源を位置付ける。	4.57	0.78	4.13	0.93
31	サービス／支援内容について提案し、利用者の合意を図る。	4.71	0.70	4.55	0.77
32	サービス／支援の提供を依頼するサービス事業者／支援者について具体的に提案し、利用者の合意を図る。	4.72	0.71	4.54	0.79
33	サービス事業者／支援者の選定にあたっては、利用者の意思を尊重するとともに、利用者のニーズ充足できる力量を持つサービス事業者／支援者について情報提供し、利用者が自己決定・自己選択できるよう支援する。	4.70	0.72	4.33	0.82
34	利用者自身に認知症等があり合意形成が困難な場合、家族に十分に説明し、ケアプランについて合意を図る。	4.73	0.72	4.59	0.75
35	利用者の判断能力が低下しているために成年後見人等が選任されている場合、成年後見人等に十分に説明し、ケアプランについて合意を図る。	4.71	0.76	4.05	1.23
36	ケアプランにおいて、既存のサービスに利用者をお合わせるのではなく、適切なアセスメントの結果導き出された利用者のニーズを充足できる社会資源とする。	4.64	0.75	3.89	0.87
37	ニーズに対応する社会資源は、介護保険給付の枠の中だけでなく、その他のフォーマルサービス、インフォーマルサポートや利用者自身の強さ等を意識して選定する。	4.64	0.75	3.97	0.87
38	ケアプランに位置付けたサービスを利用する際に発生する費用負担について説明し、合意を図る。	4.80	0.67	4.71	0.72
39	ケアプランに対する費用負担について利用者と合意が図れなかった場合、利用者が負担できる範囲内で、もっとも利用者の生命維持に関わるニーズを充足す	4.72	0.74	4.48	0.86

	るサービスを優先してケアプランに位置付ける。				
40	利用者の自立を高め、尊厳を保持するために、サービス提供場面でサービス事業者／支援者が利用者に関わる際の留意事項を検討する。	4.66	0.73	4.28	0.84
41	前述の留意事項についてサービス事業者／支援者に説明し、理解を得る。	4.67	0.73	4.36	0.84
42	初回のケアプラン作成段階で、アセスメントが十分になされていない部分がある場合には、今後追加で情報収集を行う部分／項目があることを明確にする。	4.69	0.73	4.25	0.84
43	その後の追加の情報収集は、介護支援専門員自身が行う場合の他、サービス事業者／支援者に対してどのような情報の提供を依頼するかを明確にし、その旨をサービス事業者／支援者に依頼する。	4.69	0.73	4.26	0.87
44	ケアプランについて利用者と介護支援専門員の見方が一致しないために、利用者の自立や尊厳の保持が損なわれる可能性が予測される場合、利用者と合意が図れたサービスについてケアプランに位置づけるとともに、ケアプラン実施後の利用者の状態変化等に関する観察／情報収集のポイントを明確にする。	4.67	0.75	4.13	0.87
45	上記の場合、利用者の状態変化等に関する観察／情報収集のポイントとその意図をサービス事業者／支援者に説明し、変化の発見者となるように依頼する。	4.67	0.74	4.25	0.89
46	ケアプラン実施後に収集された情報により、現行のケアプランが十分に機能していない場合、行った再アセスメントをもとにケアプランを修正する。	4.76	0.70	4.43	0.85
47	ケアプラン実施後に、利用者の生活の変化等から新しいニーズが生起している場合、それらの新しいニーズに対応するようにケアプランを修正する。	4.75	0.69	4.45	0.88

3-2-4. サービスの実施とモニタリング		重要度		実践度	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1	ケアプランの実施状況を訪問やサービス利用時の見学等で確かめる。	4.69	0.70	4.41	0.81
2	日常的にサービス事業者と情報を共有できる体制をつくる。利用者や家族、サービス事業者はもっとも変化を発見しやすい立場にあるため、状況の変化や新たなニーズの発見のためには連携が必要である。	4.77	0.68	4.50	0.83
3	利用者のリスクを的確に評価し状況変化の兆候を早期に発見する。	4.73	0.67	4.20	0.84
4	利用者や家族、サービス事業者にはどのような状況になったら介護支援専門員に連絡するのか、ポイントを整理し事前に伝える。	4.63	0.71	4.03	0.88
5	サービス提供票を交付する際等、日常的にサービス事業者等、関係機関を訪問する等により、担当者と直接面談する。	4.48	0.83	3.96	0.99
6	利用者がサービス内容や方法について不満や違和感を表明していれば、その理由を明らかにするとともに、解消に努める。	4.72	0.70	4.40	0.82
7	サービス開始後、利用者、家族介護者の暮らしのリズムに合っているかを把握	4.68	0.72	4.36	0.82

	し、変化が生じた場合はその理由を確認する。				
8	利用者が変更や修正を繰り返している場合、その理由を利用者、家族介護者、サービス事業者を確認する。	4.71	0.69	4.45	0.81
9	家族介護者がサービスの導入にうまく適合できているかを確認する。	4.70	0.68	4.43	0.79
10	提供されているサービスによって、長期目標・短期目標が達成されているかを確認する。	4.72	0.71	4.33	0.83
11	利用者の尊厳が保持され、より自立的な暮らしができる生活が実現しているかを確認する。	4.68	0.71	4.19	0.85
12	利用者の状態変化については正確な医療情報を把握するため主治医に意見を求める。	4.70	0.73	3.96	0.94
13	主治医との連携のために介護支援専門員から主治医へ訪問や意見交換の機会を作りアプローチを強化する。地域の介護支援専門員の組織と医療機関との間の協力体制を構築していくことなどにより連携の地地を作ることが望ましい。	4.68	0.74	3.68	1.02
14	救急搬送等の事態を想定して、家族等の連絡先、主治医や訪問看護師、薬局等の緊急連絡先をあらかじめ把握しておく。	4.77	0.70	4.46	0.85
15	急変時に備えて、療養場所が変わることによる悪影響（利用者の混乱、事故、合併症の併発、認知症の悪化等）について十分に留意し、入院等を回避することも検討する。	4.54	0.83	3.88	0.99
16	ターミナルケアの場合、生命予後の予測や今後予想される経過について、医師から情報を得るとともに、主治医や訪問看護師と密に連携し、家族介護者に対して状況に即した病状説明がなされるように配慮する。	4.76	0.72	4.38	0.93
17	ターミナルケアの場合、介護職に対しては、家族介護者への接し方や配慮すべき点などを周知するとともに、医療専門職と介護職の連携調整を図る。また、介護職の心理的負担にも配慮する。	4.76	0.70	4.28	0.91
18	認知症に関しては、地域における認知症医療に関する情報（認知症疾患医療センター、認知症サポート医、認知症対応力向上研修を受けた医師のいる医療機関など）を収集しておく。	4.71	0.67	4.04	1.00
19	認知症の場合、認知症ケアパス等をもとに、利用者の状態や地域の社会資源の状況に合わせて、適時適切な医療との連携を図る。	4.66	0.72	3.68	1.02
20	ケアプランどおりに各種のサービスが提供されているかを確認する。事業者の事情での変更が利用者にとって不利益になっている場合には、介護支援専門員は再度事業者と調整を行い、利用者にとって最も有益なプランに戻さなければならない。	4.72	0.70	4.31	0.82
21	モニタリングを通して目標は達成されたか、どの程度達成されつつあるかを考え、十分に達成されていない場合アセスメントやケアプランを再考する必要性を考える。	4.74	0.68	4.22	0.86

22	ニーズとサービスのミスマッチを発見した場合、その理由と修正点、調整すべき対象を考える。	4.69	0.75	4.32	0.90
23	初回の場合は、利用者のニーズが頻繁に変更することがあるので、迅速かつこまめに対応する。	4.70	0.74	4.37	0.85
24	自分の状況を説明できない、又は意思表示が困難な利用者に対しても、初回の場合は特に個別的なきめ細かな対応をする。	4.67	0.74	4.33	0.84
25	利用者、家族介護者を取り巻く環境の変化、主治医等からの状態の変化に関する情報収集を行い、必要に応じサービス担当者会議の開催を検討する。	4.72	0.71	4.35	0.80
26	サービス事業者やインフォーマルな支援者からの情報収集の重要性が増すことに留意する。	4.65	0.74	4.16	0.83
27	現行のケアプランが十分に機能していない場合や新しいニーズが生起している場合、再アセスメントを行う。	4.75	0.71	4.41	0.80
28	再アセスメントにおいては、利用者や家族介護者の生活の変化を把握するため、利用者や家族介護者からだけでなく、利用者の支援に関わる専門職／インフォーマルな支援者から情報を収集し、それらの情報をもとに再アセスメントを行う。	4.73	0.70	4.31	0.82

3-2-5. サービス担当者会議		重要度		実践度	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1	利用者の生活ニーズに応じて、必要な支援を効果的かつ効率的に提供することができるサービス、マンパワーを地域社会の中から選定する。	4.52	0.79	3.76	0.92
2	ケアプランに位置づけたさまざまなサービス・支援を行うサービス事業者・支援者をチームアプローチにおけるチームの構成員とする。	4.62	0.74	4.17	0.93
3	各種のサービス提供機関、サービス提供者の間で援助目標を共有し、役割分担を明確にして、それぞれの業務を担えるよう調整を図り、専門職を中心に多くの人々が相互に協力し合って、利用者や家族等を支援することができるように調整を図る。	4.64	0.75	4.16	0.92
4	サービス担当者会議に利用者や家族が参加して直接希望等を述べることは、支援チームが利用者等の生活に対する意向の共通理解を図るうえで大変有効であるため、介護支援専門員は、利用者、家族介護者が会議へ参加するよう働きかける。	4.74	0.72	4.55	0.81
5	利用者の望む暮らしのあり方について、介護支援専門員が「〇〇ということですね」と言語化することで、援助の目標について合意形成を図る。	4.67	0.73	4.34	0.85
6	会議のなかで利用者を支え、その意思が会議の内容と結果に十分反映されるようにサポートする。	4.73	0.67	4.35	0.83

7	利用者、家族介護者が会議に参加しない場合は、利用者の意向を適切に代弁し、関係者にそのニュアンスも含めて伝達する。	4.71	0.71	4.38	0.82
8	会議場所は、利用者が安心できる場所であり、サービス事業者にとって環境面のアセスメントが可能となる利用者宅で開催することが望ましい。	4.63	0.76	4.36	0.85
9	調整役となり、チームがアセスメント内容や援助目標を共有し、目標達成に向けた役割分担を行う。	4.70	0.71	4.35	0.80
10	ケアプランに位置づけたサービス／支援に対して、それぞれからケアプラン（原案）に対する専門的な意見を求め（運営基準第13条第9号）、それらをケアプランに反映させ、ケアプランをさらによいものにする機会となるよう調整を行う。	4.69	0.73	4.25	0.85
11	初回のサービス担当者会議ではケアプラン（原案）に関する情報提供、2回目以降は利用者の状況変化に関する情報収集が中心となる。	4.45	0.87	4.13	0.84
12	利用者の権利擁護に留意する。	4.69	0.70	4.39	0.82
13	家族の状況が多様化していることに留意したアプローチを実施する。	4.65	0.74	4.19	0.88
14	サービス提供機関の担当者と直接面談する機会をできるだけつくり、情報を得るとともに、信頼関係をつくる。	4.68	0.72	4.34	0.86
15	ケアプランが実施された後も、利用者の生活ニーズの変化をいち早く発見できるような体制を組んでおく。（誰がモニタリング機能を果たすか、モニタリング機能を適切に果たしてもらうためにどういった依頼をしていくかなど、適切なリスク管理を確認しておく）	4.66	0.76	4.11	0.87
16	ケアプランを作成した際にそのプランに位置づけた社会資源と目標や役割分担を共有しようとするとき、運営基準においては利用者が要介護更新認定や要介護状態区分の変更認定を受けた場合、サービス担当者会議を開催する（運営基準第13条第14号）。	4.76	0.71	4.58	0.81
17	利用者へのサービスが現在利用しているサービスから小規模多機能型居宅介護サービスを利用する等、介護支援専門員によるケアマネジメントが切り替わるときは、適切に引き継ぎを行い、利用者の不安の軽減に努める。	4.74	0.73	4.42	1.05
18	利用者へのサービスが現在の居宅介護支援から介護予防支援へと切り替わる時は、利用者のケアプラン作成担当機関が介護予防支援事業者に移行する場合がある。	4.52	0.97	4.21	1.12
19	利用者が入院するときは、病院の職員に対して、利用者の心身の状況（疾病・病歴、認知機能障害の有無）、生活環境（家族構成や家族介護者に関する情報、生活歴、介護サービスの利用状況など）及びサービスの利用状況等についての情報を提供する。	4.72	0.72	4.41	0.86
20	利用者が入院するときは、利用者や家族の医療に対する意向や療養に関する希望等についての情報も共有する。	4.58	0.81	4.11	0.96

21	ケアプランに医療系サービスを位置づけようとするときは、主治医の意見を求め、その指示のもとに行われる必要があることから（運営基準第13条第18号・第19号）、主治医との連携を図るため、サービス担当者会議への主治医の出席を求める。	4.54	0.84	3.53	1.12
22	主治医との連携にあたっては、介護支援専門員から主治医へのアプローチを強化すること、連携の下地作りとして訪問、意見交換の機会を作ること、地域の介護支援専門員の組織と医療機関との間での協力体制を構築していくことなどの努力を行うことが望ましい。	4.63	0.79	3.73	1.04
23	忙しい主治医の参加を求める場合の工夫として、ターミナルケアや医療依存の高い事例などについては往診時の時間を活用することや利用者の受診に合わせて診察室や待合室を利用させてもらうなどの工夫を行うことが望ましい。	4.65	0.76	4.18	1.00
24	居宅介護支援から医療機関に入院する場合、あるいは退院して居宅介護支援へと切り替わるときは、医療機関と適切な連携を図るため、関係者でカンファレンスを行う。	4.70	0.74	4.18	0.94
25	利用者が急病を生じた場合や、治療方針を大幅に変更する必要がある場合に、緊急時等居宅カンファレンスを開催する。	4.60	0.81	3.61	1.24
26	緊急時等居宅カンファレンスでは、医師による疾病の管理や予後の見通し、看護師による医療処置やケアの必要性評価に基づき、治療方針やケアプランの変更等について話し合い、関係者間で新たな方針を設定する。	4.62	0.79	3.63	1.22
27	いわゆる困難事例など、通常対応では対処が困難な問題状況にある利用者への援助を関係者と協議していく必要があるときは、地域包括支援センターの主任介護支援専門員、社会福祉士や行政担当課等と連携を図り、会議への出席を求める。	4.64	0.79	3.98	1.14
28	インフォーマルな支援者に対して、必要な知識・技術を伝え、悩み等に対して相談にのり、継続的によい関わりを続けてもらえるようなケアプランを作成し、利用者に関わろうとする気持ちが切れないように支援する。	4.51	0.81	3.84	0.96
29	インフォーマルな支援者には職業上の守秘義務はないが、利用者の情報が必要以上に周囲に流れることがないように、配慮をお願いする。	4.64	0.76	4.21	0.96
30	いわゆる困難事例や地域で解決すべき課題については、地域包括支援センターとともに地域ケア会議において議論する。	4.59	0.79	3.60	1.25
31	さまざまな職種から専門的なアドバイスを受けてケアマネジメントの質を高めるために、地域ケア会議に積極的に協力し、参加する。	4.62	0.78	3.69	1.25
32	相手から情報が欲しいのか、自分から伝えたい情報や依頼したいことがあるのか、協議しなければならない事項があるのか等、会議の目的を事前に整理したうえで連絡をする。	4.59	0.76	4.12	0.92

33	会議の目的と、誰と何についてどんなことを話すのかを利用者に示して、他機関と連携をとるための個人情報提供の了解を得る。	4.66	0.75	4.28	0.90
34	連携を図る相手の機関では、どの部署の誰が機関の窓口になっているのかを把握し、アプローチすることができる窓口を把握しておく。	4.63	0.76	4.26	0.87
35	連絡手段として、文書による照会、電話、FAX、E-mail、訪問しての面談のうち、相手にとっても負担にならずに目的を果たすことができる一番有効な手段を把握しておくことが望ましい。	4.61	0.78	4.19	0.89
36	電話の場合、伝えたい内容を明確に整理し、どの時間帯が比較的電話対応がしやすいかをあらかじめ把握しておくことが望ましい。	4.63	0.77	4.23	0.86
37	FAX や E-mail や文書による照会では、文面はわかりやすく、簡潔に、しかし、相手に伝えるべき事柄は落とすことなく記入しておく。また、Fax 及び E-mail 送信時には、利用者の個人情報が第三者に渡らないように十分注意する。	4.70	0.72	4.35	0.91
38	サービス担当者会議に出席できない専門職がいる場合、介護支援専門員は事前にその専門職から意見を聴取し、その情報をもってサービス担当者会議に臨む。	4.70	0.74	4.40	0.86
39	主治医の参加が困難な場合は、介護支援専門員が担当者会議の前に主治医から必要な情報を収集しておき、担当者会議の場で利用者やサービス事業者などへ説明するなどの方法をとることが望ましい。	4.67	0.73	4.07	1.05
40	時間的な問題から関係者すべてが集まることができない場合、状況に応じて電話や FAX、E-mail などを使った情報の照会や情報提供という方法を選択する。	4.65	0.72	4.35	0.89
41	参加者が多忙であることを認識し、開始時間、終了時間を厳守するよう時間管理を行う。	4.70	0.71	4.36	0.79
42	会議の内容について「いつまでに誰が〇〇をする」という具体的な書き方で結論を明記し、決定事項については、利用者や参加者に配布して、共通認識を図るようにする。	4.55	0.76	3.82	0.99

3-2-6. 評価		重要度		実践度	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
1	本手引きにおけるケアマネジメントの各プロセスの記載事項を参照しつつ、その視点を反映した記録が整備されているか確認する。	4.57	0.82	3.78	1.03
2	介護支援専門員自身の記録のみならず、他職種・機関が記録した利用者に関する情報についても、多角的な評価のために整備をする。	4.60	0.79	3.93	0.98
3	文書として記録はされていなくても、介護支援専門員やその他の評価に関わる関係者が、利用者や家族の意向をはじめとする様々な情報を、言葉で表現できるようにする。	4.55	0.81	3.95	0.95

4	本手引き 1. 項に記載されているケアマネジメントの目的の各項を参照しつつ、それらがどの程度達成されているか確認する。	4.56	0.84	3.81	1.04
5	できるだけ多様な見地から評価が行われるよう、介護支援専門員自身による評価だけでなく、同僚、スーパーバイザー、他職種などの他者からも意見が得られることが望ましい。	4.59	0.78	3.73	0.98
6	利用者や家族から意見を得ることも非常に重要である。ただし、誰が／どのよう に意見を得るかによって利用者、家族介護者の意見が異なる形で表現されることがあるため、どこに本当の思いがあるかよく吟味する必要がある。	4.65	0.75	3.95	0.91
7	ケアマネジメントの目的がより達成されるためにはどのような方策が考えられるか、できるだけ具体的に考える。(ケアマネジメントが終結した事例の場合には、将来に向けての指針を得る。)	4.63	0.75	3.82	0.96
8	本手引き 1. 項に記載されている「ケアマネジメントの基本理念」や「倫理的な姿勢」の各項を参照しつつ、それに沿ったケアマネジメントが展開されているか確認する。	4.60	0.79	3.71	1.07
9	具体的な場面における基本理念や倫理的姿勢の適用や解釈のしかたが介護支援専門員によって分かれる場合があるため、同僚、スーパーバイザー、他職種などの様々な立場から確認がなされることが望ましい。	4.61	0.75	3.65	1.02
10	基本理念や倫理的姿勢に沿ったケアマネジメントが展開されるためにはどのような方策が考えられるか、できるだけ具体的に考える。(ケアマネジメントが終結した事例の場合には、将来に向けての指針を得る。)	4.58	0.77	3.63	1.01
11	ケアプランにおける「利用者及び家族の生活に対する意向」や「総合的な援助の方針」に記載されている内容を参照しつつ、それに沿ったケアマネジメントが展開されているか確認する。	4.65	0.77	4.13	0.86
12	ケアプランにおける「解決すべき課題」や「目標」に記載されている内容を参照しつつ、課題の解決状況や目標の達成状況を確認する。	4.66	0.77	4.22	0.86
13	できるだけ多様な見地から評価が行われるよう、介護支援専門員自身による評価だけでなく、同僚、スーパーバイザー、他職種などの他者からも意見を得ることが望ましい。	4.62	0.77	3.74	0.99
14	利用者や家族から意見を得ることも非常に重要である。ただし、誰が／どのよう に意見を得るかによって利用者、家族介護者の意見が異なる形で表現されることがあるため、どこに本当の思いがあるかよく吟味する必要がある。	4.67	0.73	3.98	0.92
15	「利用者及び家族の生活に対する意向」や「総合的な援助の方針」に沿ったケアマネジメントが展開されるためにはどのような方策が考えられるか、できるだけ具体的に考える。(ケアマネジメントが終結した事例の場合には、将来に向けての指針を得る。)	4.62	0.74	3.98	0.93

資料2

「地域同行型研修講師人材養成研修」

1) アンケート調査票

- 事前アンケート調査票
- 事後アンケート調査票

2) 教材

- 研修プログラム
- a) スライド資料「地域同行型研修の概要」
- c) ①スライド資料「スーパービジョン」
- d) 地域同行型研修企画立案ワークシート
- e) 地域同行型研修の運営における工夫事例・Q&A

※b) 運営事務局マニュアル、主任ケアマネジャー等テキスト、初任者テキスト、c) スーパービジョン支援ツール、スーパービジョン支援ツール用事例については、「地域同行型研修」の教材として日本ケアマネジメント学会のホームページに掲載予定です。

1. 事前アンケート

本研修にお申込みされる方は、以下のアンケートにご協力下さい。

1) 地域同行型研修に参加したことがありますか？	
<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
(1)で「ある」と回答された方へ)年度、地域、参加時の区分を伺います。	
年度	(西暦) 年
地域	県 市 / 区 / 町 / 村
参加区分	ファシリテーター(サポーター) / アドバイザー / 受講者
2) 本研修受講後、地域同行型研修の講師を務める自信はありますか？	
<input type="checkbox"/> とてもある / <input type="checkbox"/> まあある / <input type="checkbox"/> どちらともいえない / <input type="checkbox"/> あまりない / <input type="checkbox"/> まったくない	

2. 課題設定

1. 地域における人材育成について 介護支援専門員の人材育成における課題と、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員が今後担うべき役割について、地域の実情をふまえてお書きください
2. 講師としての目標 講師(一般的な意味で)として必要だと思う能力、ご自分が身に付けたいと思う能力についてお書きください。

※本紙の「課題設定」は、講師人材養成研修における「目標設定用紙」にあたります。研修後の振り返りの際に参照していただくため、研修当日は本紙をご持参ください。

地域同行型研修講師人材育成研修 事後アンケート

2日間の研修、たいへんお疲れ様でした。最後にアンケートにご協力下さい。

1. 研修全般について

1) お名前	
2) 地域同行型研修の内容について、どの程度理解できましたか。	
<input type="checkbox"/> 理解できた <input type="checkbox"/> まあ理解できた <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> あまり理解できなかった <input type="checkbox"/> まったく理解できなかった	
3) 地域同行型研修の講師を務める自信はありますか？	
<input type="checkbox"/> とてもある <input type="checkbox"/> まあある <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> まったくない	
3)-S1 そのように考える理由をお書きください	
3)-S2 今後地域同行型研修の講師を務める上での課題がありましたらお書きください。	
4) スーパービジョン支援ツールの内容と使用方法について、どの程度理解できましたか。	
<input type="checkbox"/> 理解できた <input type="checkbox"/> まあ理解できた <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> あまり理解できなかった <input type="checkbox"/> まったく理解できなかった	
5) スーパービジョン支援ツールの内容と使用方法について、講義できる自信はありますか？	
<input type="checkbox"/> とてもある <input type="checkbox"/> まあある <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> まったくない	
6) 地域同行型研修の企画立案、および調整の方法について、どの程度理解できましたか。	
<input type="checkbox"/> 理解できた <input type="checkbox"/> まあ理解できた <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> あまり理解できなかった <input type="checkbox"/> まったく理解できなかった	
7) 自治体や運営事務局による地域同行型研修の企画・運営を支援する自信はありますか？	
<input type="checkbox"/> とてもある <input type="checkbox"/> まあある <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> まったくない	
7)-S1 そのように考える理由をお書きください	
7)-S2 今後地域同行型研修の企画立案や調整を行う上での課題がありましたらお書きください。	

裏面に続きます



2. 申し込み時に設定した課題について伺います

1) 地域同行型研修は、ご自身の地域における人材育成に資する研修だと思いますか？

- とてもそう思う まあそう思う どちらともいえない
 あまりそう思わない まったくそう思わない

1)-S そのように考える理由をお書きください

2) 申し込み時に提出した「講師としての目標」をどの程度達成できたと思いますか？

- 達成した まあ達成した どちらともいえない
 あまり達成しなかった まったく達成しなかった

2)-S そのように感じる理由をお書きください

3. その他

その他、ご意見やご感想を自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。気をつけてお帰りください。