

令和5年度 豊中市介護給付適正化事業 (ケアプラン点検) 研修

公益社団法人 大阪介護支援専門員協会
研修センター 村山尚紀

本日の内容

1. 令和5年度豊中市介護給付適正化事業（ケアプラン点検）の点検結果について
2. ケアプラン点検結果から今後の取り組みについて
3. 課題分析標準項目について
4. 介護予防ケアプランについて
5. 一人暮らしの方への援助について

1. 令和5年度豊中市介護給付適正化事業 (ケアプラン点検) の点検結果について

令和5年度のケアプラン点検内容

□各事業所1つのケアプランから、全143名分のケアプラン点検（居宅介護支援、介護予防支援）を行いました。

□抽出条件

- 独居等（※）のため、家族等の支援を得ることが困難な利用者のプラン
- （※）独居等には、同居家族がいても家族自身の障がい・疾病等により支援を得ることが困難、世帯全員が要介護者のみの世帯なども含む

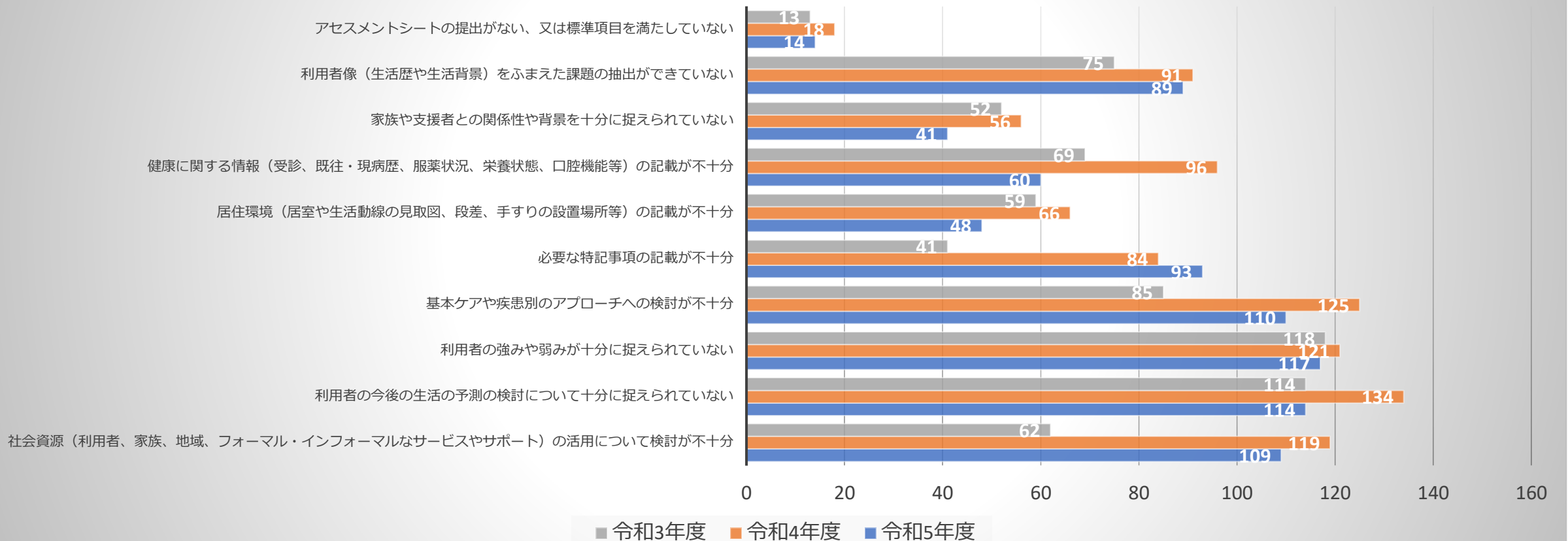
ケアプラン点検項目

1. 課題分析手法を用いたアセスメントが適切に行われているか（アセスメント）
 2. アセスメントの結果から生活課題と目標設定が行われているか、又その上でのサービス計画になっているか（プランニング）
 3. 特定のサービス・事業所に偏っていないか（公正中立・サービスの必要性の検討）
 4. サービス担当者会議が適切に行われているか（サービス担当者会議）
 5. モニタリング・評価表を適切に実施しているか、支援経過を適切に記録しているか（モニタリング）
 6. 総合評価
- 個別評価と点検事業総括を作成しています。個別評価については、各担当介護支援専門員に向けて作成をしていますので、ご確認ください。点検事業総括に基づいて、全体の傾向をお伝えいたします。

課題分析手法を用いたアセスメントが適切に行われているか（アセスメント）

ケアプラン点検結果（アセスメント）

課題分析手法を用いたアセスメントが適切に行われているか



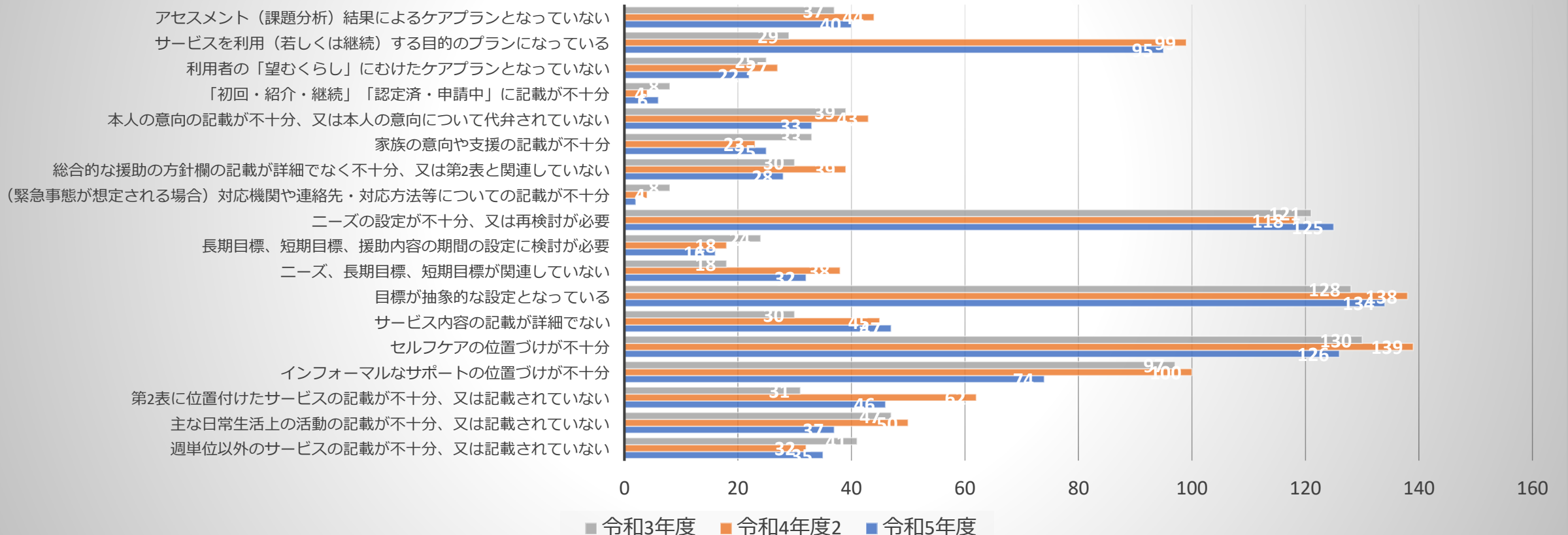
アセスメントの傾向のまとめ

- アセスメントでは、①情報収集、②課題分析、③ニーズの把握を行います。
- 今回の点検からは、情報収集については、アセスメントツールの特記事項等（自由筆記項目欄など）を活用し、利用者等の状況や状態を把握していることを、記しておきましょう。
- 昨年度多かった、健康に関する情報の記載は、大幅に改善をいただきました。
- 基本ケアや疾患別のアプローチの検討や利用者の強みを活かしたアプローチ、アプローチに係る社会資源の活用と今後の予測の検討などの課題分析と、利用者像を捉えたニーズの把握は、「2. ケアプラン点検結果から今後の取り組みについて」にて解説いたします。

アセスメントの結果から生活課題と目標設定が行われているか、又その上でのサービス計画になっているか
(プランニング)

ケアプラン点検結果（プランニング）

アセスメントの結果から生活課題と目標設定が行われているか、
又その上でのサービス計画になっているか



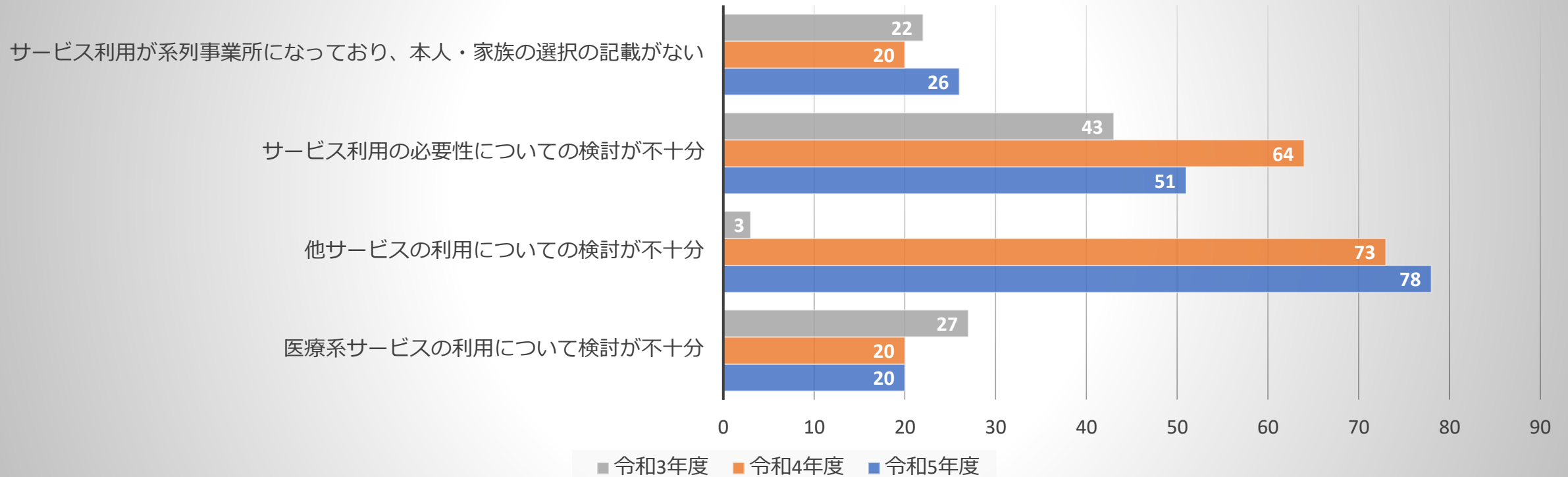
プランニングの傾向のまとめ

- ケアプラン点検からの傾向として、①ケアプランのニーズを再確認しましょう、②目標を具体化してみましょう、③サービス内容にセルフケアを位置付けてみましょう、という点の課題が多く確認されています。
- 上記の内容に関連して、サービスを利用（若しくは継続）する目的のケアプランになっているものが多く確認されています。（昨年度多かった、インフォーマルなサポートの位置づけについては、大幅に改善がされていました。）

特定のサービス・事業所に偏っていないか (公正中立・サービスの必要性の検討)

ケアプラン点検結果（中立公正・サービスの必要性の検討）

特定のサービス・事業所に偏ってないか



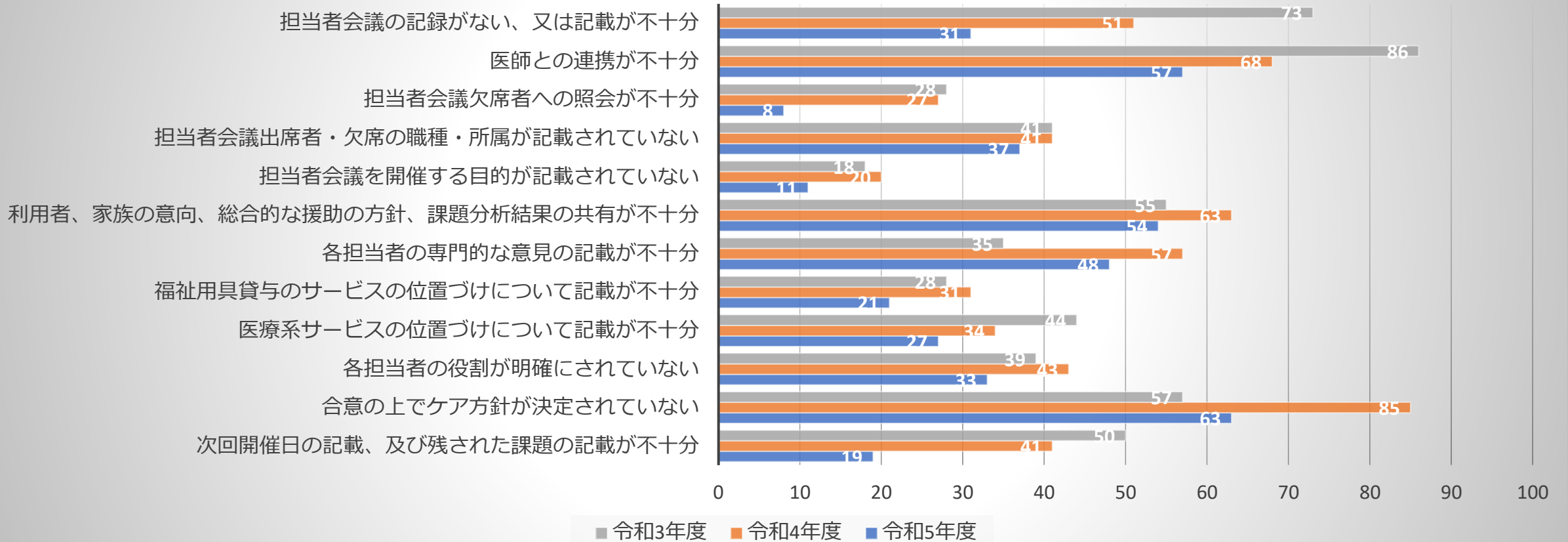
サービスの必要性の検討の傾向まとめ

- アセスメントにおける、社会資源の活用の検討、特に、介護保険サービスだけでなく、介護保険以外のサービスや、家族等のインフォーマルな資源の活用、その他、セルフケアを含む、幅広い社会資源の活用の検討との関連です。
- サービスの必要性の検討については、アセスメントの課題分析における現状に対する原因や背景の検討と、リスク予測がサービスの必要性を明らかにする検討になります。
- そこで活用するサービスについては、アセスメントの課題分析において、現状を改善するためのアプローチやリスクを回避するための回避策などを検討した結果、どのような資源を活用するかを導きます。

サービス担当者会議が適切に行われているか (サービス担当者会議)

ケアプラン点検結果（サービス担当者会議）

サービス担当者会議が適切に行われているか



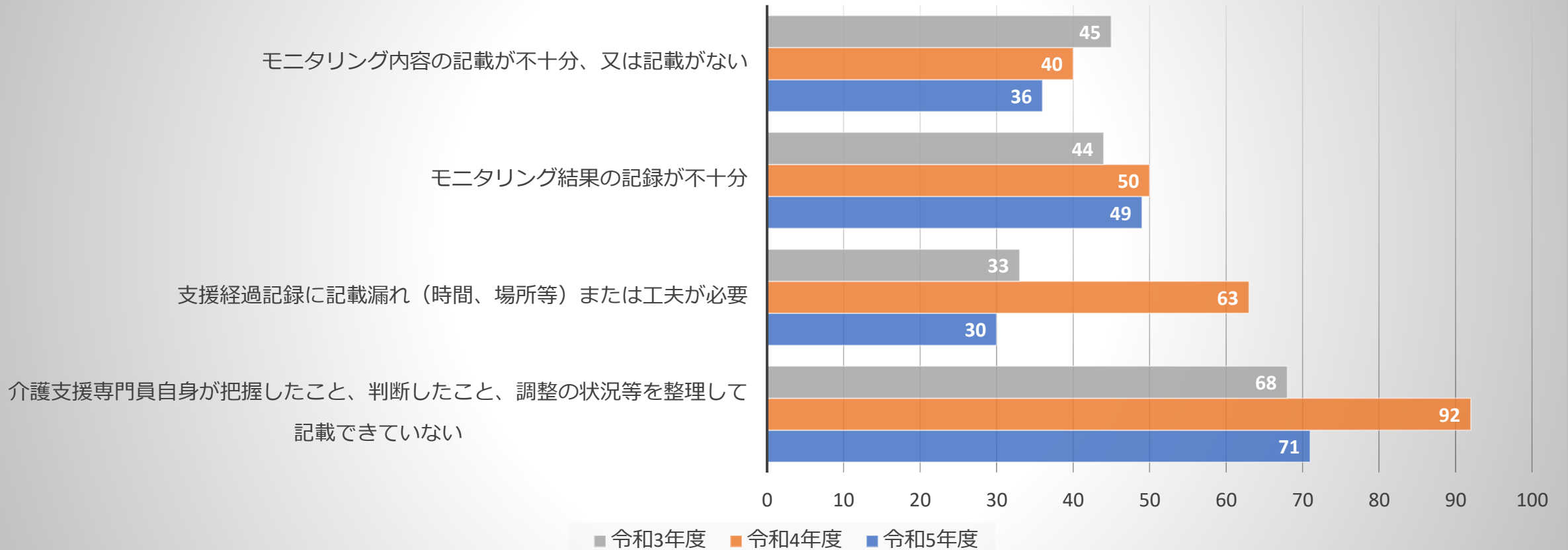
サービス担当者会議の傾向のまとめ

- 第4表サービス担当者会議の要点の記載方法の確認を行っておきましょう。（全体的によくなくなっています。引き続き、記載の確認をお願いいたします。）
- 第4表の検討内容には、各サービス担当者からの会議における発言内容や意見などを、専門的意見として要点を記録しておきましょう。
- 第4表の結論には、サービス担当者会議において、確定したことを記載しておきましょう。特に、ケアプランの原案が確定したことはケアプラン原案の同意が得られたこと、そして、それを実施することは、合意が得られたこととなりますので、忘れず記載をしておきましょう。

モニタリング・評価表を適切に実施しているか、支援経過を適切に記録しているか（モニタリング）

ケアプラン点検結果（モニタリング）

モニタリング・評価表を適切に実施しているか、支援経過を適切に記録しているか



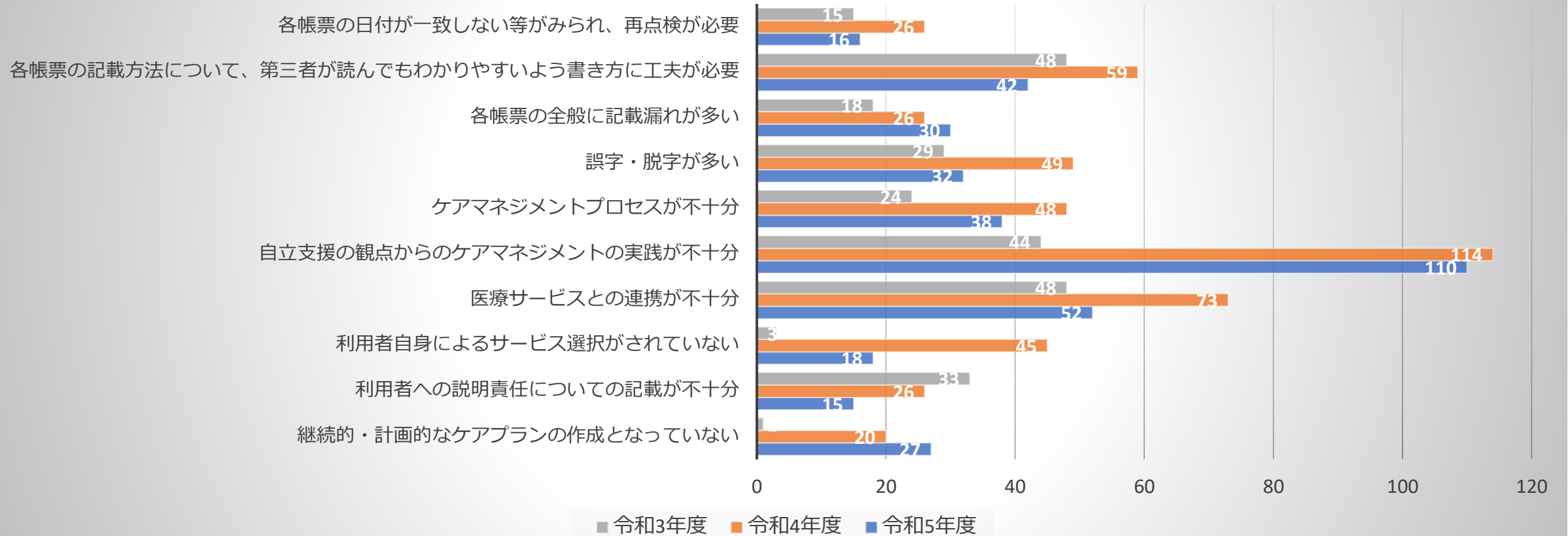
モニタリングの傾向のまとめ

- モニタリングの記録には、①運営基準にある1月に1回以上のモニタリングの結果の記録と、②介護支援専門員としての日ごらの活動の記録が必要です。
- 居宅介護支援経過を活用した、日ごらの活動の記録には、介護支援専門員の把握したこと、判断したこと、調整をしたことなどを記録することになります。介護支援専門員として対応したこと等、忘れず記載を行いましょ。う。（全体的によくになっています。引き続き、記載の確認をお願いいたします。）
- その際には、項目をつけるなどして、介護支援専門員としていつ、どこで、何を行っているのかなどが分かるように記載することを心がけましょ。う。

総合評価

ケアプラン点検結果（総合評価）

総合評価



総合評価の傾向のまとめ

□この項目は、ケアプラン点検の全体にわたっての傾向になります。
あらためて、次の項目を意識しながら実践いただくことが大切です。

1. 利用者の望む暮らしについて、自己決定ができるように支援を行いましょ
2. 自己決定を最大限尊重するため、利用者がサービス提供者などに対して適切に発言できない場合などには、利用者の意向を代弁して、サービス利用の権利の擁護を行いましょ
3. 利用者の意欲を引き出すとともに潜在能力、利用者の強み、できそうなことを見出し、それを最大限に発揮できるように支援を行いましょ
4. 介護保険法第2条第2項の規定にあるように、利用者の要介護状態等の軽減または悪化の防止に役立つような支援を行いましょ

2. ケアプラン点検結果から今後の取り組みについて

アセスメントについて

- アセスメントツールに、課題分析の内容及びニーズの把握を記載しておきましょう。
- 利用者の暮らしにある生活機能障がい（現在の暮らしの困りごと）とその原因（要因分析）について明らかにします。
- リスク予測とリスク回避策の検討、生活機能障がいの改善策の検討を行います。
- リスク回避策や改善策の検討から、利用者の変化予測をし、どのような様子になることが見込まれるかという見通しをたてます。
- 見通しを利用者や家族と共有し、意向や課題のすり合わせを行い、意向（望む暮らし）と課題（ニーズ）の把握を行います。

分析内容の例（入浴に関すること）

【特記、解決すべき課題など】

病院ではシャワー浴。身体の全面は洗えるが、それ以外は介助が必要。自宅で入浴する際には、浴槽の跨ぎ動作、浴槽内からの立ち上がりに介助が必要。

(原因)脳梗塞後遺症による左上下肢麻痺、両下肢の筋力低下のため、介助を要する。主介護者の妻は、腰痛・膝関節症があり、夫の身の回りの介護に限界がある。また、介護に関する知識がほとんどない。浴室には段差があり、手すりもないので介助が必要。

(可能性)リハビリテーションや福祉用具による環境を整えば、一人でも安全に自宅内を移動できる可能性がある。補助具や自助具を活用することで、一人で洗身できるようになる可能性がある。浴室の環境を改善することで、自立できることが増えて妻の介護負担の軽減につながる。

(リスク)住環境を改善しなければ、転倒・骨折の危険性がある。リハビリテーションを継続しなければ、筋力低下が進行する危険性がある。

(必要な援助)浴室内に手すりを設置し、シャワーチェアや浴槽台を購入することで、浴室内の動作が安全に行える。洗身の自助具の使用方法や入浴動作の手順について助言を得ることで、軽介助で入浴できる。安全に一人で入浴できるようになるまでの間、ヘルパーによる見守りや介助を受ける。

(解決すべき課題)自宅のお風呂に1人で入浴できるようになりたい。

プランニングについて

(第1表利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果)

介護保険最新情報Vol.1049より

各都道府県介護保険担当課(室)
各市町村介護保険担当課(室)
各介護保険関係団体 御中
— 厚生労働省 認知症施策・地域介護推進課

介護保険最新情報

今回の内容
「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」の一部改正等について(介護保険最新情報 Vol.958等の再周知)
計 53 枚(本紙を除く)

Vol.1049
令和4年3月24日
厚生労働省老健局
認知症施策・地域介護推進課

【貴関係諸団体に速やかに送信いたしますよう
よろしくお願いたします。】

連絡先 TEL: 03-5253-1111(内線 3936)
FAX: 03-3503-7894

「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」の一部改正について【概要】
厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知(令和3年3月31日)【介護保険最新情報Vol.958】

通知改正の経緯

- 「介護保険制度の見直しに関する意見」(社保審介護保険部会(令和元年12月27日))として、「質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備を進めることが必要」等の意見が挙がっている。一方で、介護支援専門員の業務負担の軽減については、現場からの要望の声が挙がるものの、介護保険制度創設以降に大きな見直しは行われていない。
- 「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業(令和2年度老人保健健康増進等事業)」((株)三菱総合研究所実施)において、現場の実践者を中心に委員会を設置。
- 居宅介護支援における業務負担の軽減等を通じた環境整備を図る観点や、介護支援専門員を取り巻く環境や業務の変化を前提に、質の担保を図りつつ、対応可能な具体的かつ実質的な業務負担の軽減等の議論を行った。

⇒当該事業を踏まえ、「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日老企発第29号)を一部改正し、通知を发出。

通知改正の目的・趣旨(ポイント) ※記載要領の冒頭に、ケアプランの意義や位置付けを踏まえ、わかりやすく記載する旨、追加

一連のケアマネジメントプロセスを踏まえて作成

- **居宅サービス計画書(第1表・第2表)・週間サービス計画表(第3表)**
⇒ **ケアプランの本体となる帳票**
(第1表):「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」の表現の整理や明確化、「総合的な援助の方針」の具体化や例示等
(第2表):「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の具体化、「サービス内容」の補足や欄の活用
(第3表):趣旨の追加、「主な日常生活上の活動」の例示、「週単位以外のサービス」の解説追加
- **サービス担当者会議の要点(第4表)・居宅介護支援経過(第5表)**
⇒ **介護支援専門員等がケアマネジメントを進めるための判断根拠となる帳票**
(第4表):「会議出席者」の欄の活用や補足、「検討内容」の補足や活用方法 ※当該表の趣旨を踏まえ、第三者が読んでも内容把握、理解できるように記載
(第5表):趣旨の明確化、具体的な項目や留意点の提示、モニタリングシート等との重複についての補足や留意点
- **サービス利用票(第6表)・サービス利用票別表(第7表)**
⇒ **サービスの利用状況や費用について管理するための帳票**
(第6表):「性別」の欄の男・女の記載削除 ※「利用者確認」の欄や「保険者確認印」の欄等の削除は、別通知において、他の様式とともに改正
(第7表):総合事業に係る既存の内容の追加(整理)等

モニタリング評価
・生活の改善や課題に基づき再アセスメント

公益 PDCAサイクル

「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」の一部改正について(令和3年3月31日)

(第1表)

○ 「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」の表現の整理や明確化、「総合的な援助の方針」の具体化や例示等を追加しております。

○ 「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」については、従前から記載要領において、当該欄は「課題分析の結果を記載する」旨、お示ししております。ケアプランは利用者本人の計画でありますので、本人の意向は大変重要で、意向があるのは大前提ですが、その意向を踏まえた上で(その意向を根拠に)、専門職である介護支援専門員は、課題分析として、どのような支援を検討し、提案できるのかを記載いただくことが必要です。

○ 通知改正にあたっての一つの理由として、「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業」(令和2年度)の委員会の議論において、様式や記載要領のタイトルと、内容にずれがあるのではないか等のご意見がありました。

○ ついては、「ケアプラン点検支援マニュアル」の趣旨や、委員会の議論も踏まえつつ、今回、整理、明確化の観点から見直しを行いました。

○ 実際にどのように記載すればいいのか、“意向を踏まえた”という前提のため、その根拠として、意向は意向として記載(※)いただきつつ、その意向を踏まえて、アセスメントの観点から、どのような支援が考えられるのか、あるいは望ましいのかをアセスメントにおける身体的、社会性、経済的等の視点から、総合的に勘案した結果を記載することが必要です。

(※)ケアプランが利用者本人のものであることを踏まえれば、意向を記載することは重要なことです。

○ そのため、今回、当該部分の後段で、「その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。」と具体的に補足しています。この内容もケアプラン点検支援マニュアルで記載されています。

○ 以上を踏まえ、課題分析の結果を踏まえた上で、第2表につなげていくことが必要です。

利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果の例

記載例

(介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会「七訂介護支援専門員実務研修テキスト下巻」一般財団法人長寿社会開発センター、平成30年11月 より引用 (一部改変))

<p>利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果</p>	<p>本人：夫婦で不安なく自宅で暮らしていけるようになりたい。以前のように、囲碁を仲間と一緒に楽しめる生活に戻りたい。 妻の健康を気遣いながらちゃんと生活できるようになりたい。ゆくゆくは家族でまた温泉に行きたい。</p> <p>妻：自分の健康に不安があるが、夫の介護をしながら在宅生活ができるようになりたい。</p> <p>脳梗塞の再発予防や口腔機能の低下を防ぎつつ、リハビリテーションの継続による歩行や入浴動作が自分でできることで、妻の負担や不安の軽減を目指します。碁会所での囲碁がまた出来ることや家族で温泉に行けることを目標に、自分でできることを増やしていく必要がある。</p>
-------------------------------------	---

プランニングについて（生活ニーズについて）

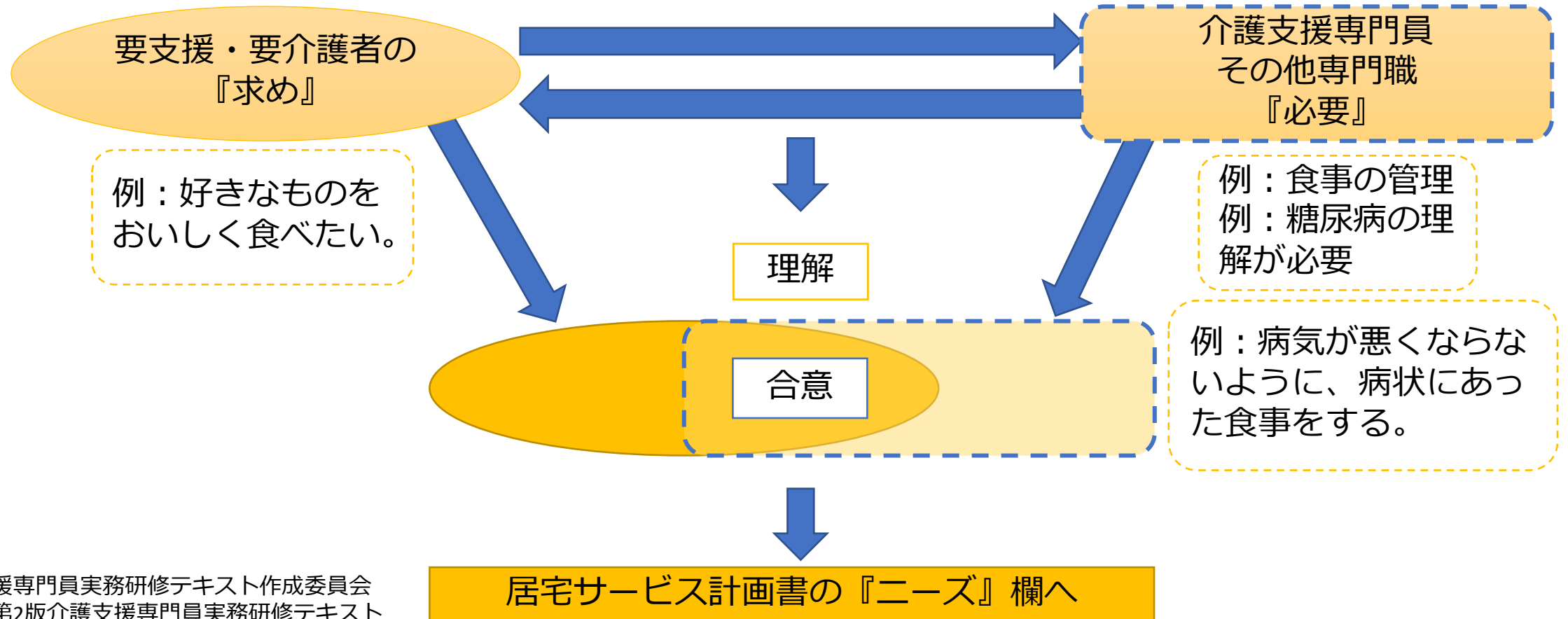
□利用者が生活を送るうえで必要な基本的要因が欠如し、その欠如した要因が相互に関連し合い、負の連鎖となりながら、利用者のおかれている、介護が必要な状況をつくりだしています。生活ニーズを解決していくことによって、利用者がより自立的で尊厳を保ち、質の高い生活が送れることになるのです。

（「七訂第2版 介護支援専門員実務研修テキスト上巻P.459」介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会、一般財団法人 長寿社会開発センター（令和3年11月））

□ニーズは、介護支援専門員をはじめ、その他の専門職が、アセスメントから見出したニーズと利用者の求めとしての自覚している、あるいは、表明しているニーズをすり合わせ、両者の合意が得られたものを、居宅（施設）サービス計画書のニーズとして扱います。

□利用者に自覚されていないニーズについては、少しでも共通認識ができるようにはたらきかけることが大切です。

ニーズのすり合わせ



プランニングについて（目標とサービスの検討）

□目標の考え方（あくまで利用者の姿です）

- 「長期目標」は一定の期間、必要な援助を行った結果の姿（ニーズを解決するレベルと期間を見積もること。）
- 「短期目標」を具体化するにはセルフケアなど利用者が行うこと（サービス内容）を、必要な期間実施した結果を考えることも有効です。まずは、利用者が身近に達成できそうなことを検討しましょう。
- 改善を目指す「目標」と、維持を考える「目標」の両面を見据えて設定を行うこと。

□アプローチの検討

- 利用者自身に取り組むこと、取り組めそうなことを検討する（環境の設定や用具の活用などの検討を行い、利用者自身が行えることを増やすアプローチ）
- 家族や支援者、その他、地域の協力でできそうなことを検討する
- ケアチームで取り組むことや支援することを検討する（利用者自身に力をつける援助（知識や能力などをつける）を行いゆくゆくは利用者自身が行えることを増やすアプローチ、利用者がすることの手助けや代わりに行うアプローチなど）

プランニングについて（第3表週間サービス計画表）

介護保険最新情報Vol.958の主なポイント②

「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」の一部改正について(令和3年3月31日)

(第3表)

○ 趣旨を追加するとともに、「主な日常生活上の活動」の例示、「週単位以外のサービス」の解説を追加しております。

○ 特に、「主な日常生活上の活動」については、例示を踏まえ、生活全体の流れが見えるように記載をお願いいたします。

○ まだまだ記載漏れなどがあり、活用されていない場合もありますが、毎日の活動が決まっていなくても「主な」ものとして記入を試みるよう促すことが必要です。

○ 今後LIFEを活用した取組(特にリハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養等の多職種連携)を見据え、毎月のモニタリングを通じて、短中長期的な視点で、これらの利用者の日常生活上の状況を把握するとともに、ケアマネジメントにおける活用をお願いいたします。

(第5表)

○ 趣旨の明確化、具体的な項目や留意点の提示、モニタリングシート等との重複についての補足や留意点を追加しております。

○ 「居宅介護支援経過」は、介護支援専門員等がケアマネジメントを推進する上での判断の根拠や介護報酬請求に係る内容等を記録するものであることから、介護支援専門員が日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、時系列で誰もが理解できるように記載することが必要です。

○ 記載の内容や方法について、例示を挙げておりますので、改めてご確認をお願いいたします。

* 今後の更なる多職種連携、多職種協働の強化・充実のために、専門的な知見や培われた経験、蓄積を持ち合わせつつ、LIFEや適切なケアマネジメント手法等の取組みの動向も踏まえ、改めてPDCAの視点に基づくケアマネジメントをお願いいたします。

サービス担当者会議について（第4表の記載）

第4表

サービス担当者会議の要点

利用者名 豊中花子 様

作成担当者 大阪 作成年月日 年 月 日

開催日 年 月 日

開催場所 開催時間 開催回数

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
利用者・家族の出席 本人:【○】 家族:【○】 (続柄:次女)	本人	豊中花子さま	次女	中央さま	福祉用具(福祉用具 専門相談員)	柴原さま
	訪問看護ステーション (看護師)	少路さま	薬局(薬剤師)	千里さま	〇〇ホーム(管理者)	緑地さま
	訪問介護(サービス提 供責任者)	服部さま	通所リハ(理学療法士)	庄内さま	介護支援専門員	大阪
検討した項目	介護認定の更新にあたり、ケアプランの見直しの検討を行う 新型コロナウイルス感染が拡大している状況を受け、各担当者と照会にて情報共有し、担当者会議とした。 ①現在の生活状況等 ②本人・家族の意向 ③サービスの実施状況・必要なサービスについて ④特殊寝台及び付属品の貸与・車いすの貸与の必要性について					
検討内容	①主治医からの情報:日常生活の留意点として、感染予防に取り組むこと、また、薬は毎回忘れず服用し、体力気力の低下予防のため、積極的なリハビリが必要。 ホームからの情報:人の手を借りながら、自分で身の回りのことは行えている。ホーム内の移動は車いすを活用して自身で移動ができている。 訪問介護からの情報:入浴は前面を自身で洗い、背中など自分でできない部分を介助している。 通所リハからの情報:訓練室での歩行訓練や立ち上がり訓練などは、積極的に行っている。 ②本人:自分でできることが増えて嬉しい。コロナがよくなれば、外出もしたい。 家族:本人も楽しそうにしている。このまま元気になってくれればうれしい。 ③訪問看護:入居後の生活が安定し、移動も自分でできるようになっている。薬も確実に飲めるようになり、健康状態も安定している。 薬剤師:毎回余りなく服用できていることを確認している。このまま継続して様子を見たい。 本人:このサービスを継続して、今の暮らしを続けるようにしたい。 家族:本人の思いを優先させたい。 ④福祉用具:起居動作を自分で行うために特殊寝台は必要である。ホーム内の移動を自分で行うためにも車いすも継続して必要である。 主治医:ベッドで寝起きするに際して、腰椎への負担軽減のため必要と考える。また、車いすについても膝の関節の痛みを軽減するには必要。					
結論	①主治医の情報含めて各担当者と共有を行った。 ②次のケアプランに向けての意向の確認ができ、引き続き、意向に基づく援助を実施する。 ③各サービスについて、継続して計画していくこととし、原案通りのサービスを実施することとする。 ④主治医の意見や担当者の意見を踏まえ、本人の意向からも、福祉用具の貸与を継続することとする。					
残された課題 (次回の開催時期)	外出については、状況をみながら実施することとする。 ホームとも連携を図ることとする。 状態の変化等が見受けられた時期や更新時期に実施することとする。					

各照会を行った意見を記載の例として掲載しました。(この内容は、あくまで例になります。)

ポイントは、サービス担当者会議を開催できなくとも、各担当者から照会を受けること。
受けた照会は、記録を残すとともに(第4表でなくともよい)他の担当者と共有を行うこと。
それに基づいて、会議の結論を見出すことが大切です。
住まいの担当者とも共有し、ともに利用者の生活支援を行っているという、関係作りのきっかけにしましょう。

居宅サービス計画(第5表) ※抜粋(赤字:改正部分)

モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載する。

漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努める。

第5表「居宅介護支援経過」は、介護支援専門員等がケアマネジメントを推進する上での判断の根拠や介護報酬請求に係る内容等を記録するものであることから、介護支援専門員が日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、記録の日付や情報収集の手段(「訪問」(自宅や事業所等の訪問先を記載)、「電話」・「FAX」・「メール」(これらは発信(送信)・受信がわかるように記載)等)とその内容について、時系列で誰もが理解できるように記載する。

そのため、具体的には、

- ・ 日時(時間)、曜日、対応者、記載者(署名)
- ・ 利用者や家族の発言内容
- ・ サービス事業者等との調整、支援内容等
- ・ 居宅サービス計画の「軽微な変更」の場合の根拠や判断等の客観的な事実や判断の根拠を、簡潔かつ適切な表現で記載する。

簡潔かつ適切な表現については、誰もが理解できるように、例えば、

- ・ 文章における主語と述語を明確にする、
 - ・ 共通的でない略語や専門用語は用いない、
 - ・ 曖昧な抽象的な表現を避ける、
 - ・ 箇条書きを活用する、
- 等わかりやすく記載する。

なお、モニタリングを通じて把握した内容について、モニタリングシート等を活用している場合については、例えば、「モニタリングシート等(別紙)参照」等と記載して差し支えない。(重複記載は不要)

ただし、「(別紙)参照」については、多用することは避け、その場合、本表に概要をわかるように記載しておくことが望ましい。

※ モニタリングシート等を別途作成していない場合は本表への記載でも可。

3. 課題分析標準項目について

課題分析標準項目が一部改正されました

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）
各介護保険関係団体 御中

— 厚生労働省 認知症施策・地域介護推進課

介護保険最新情報

今回の内容

「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」の一部改正について
計5枚（本紙を除く）

Vol.1178

令和5年10月16日

厚生労働省老健局

認知症施策・地域介護推進課

【貴関係諸団体に速やかに送信いたしますよう
よろしく願いいたします。】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 3936）
FAX：03-3503-7894

老認発 1016 第1号
令和5年10月16日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局
認知症施策・地域介護推進課長
（公印省略）

「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」の一部改正について

標記について、今般別添のとおり一部改正することとしたので、各都道府県におかれては、十分御了知の上、関係者、関係団体等に対し、その周知徹底を図るとともに、その運用に遺漏なきを期されたい。

○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）（抄）

新			旧		
(別紙4) 課題分析標準項目について (別添) 課題分析標準項目			(別紙4) 課題分析標準項目について (別添) 課題分析標準項目		
基本情報に関する項目			基本情報に関する項目		
No.	標準項目名	項目の主な内容(例)	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、居宅サービス計画作成の状況（初回、初回以外）について記載する項目	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	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等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	利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険等）、年金の受給状況（年金種別等）、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況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	現在利用している支援や社会資源の状況	利用者が現在利用している社会資源（介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む）の状況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	日常生活自立度（障害）	「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度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

6	日常生活自立度 (認知症)	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、 <u>現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目</u>
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向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、 <u>区分支給限度額等</u> ）について記載する項目
9	今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由（初回、 <u>要介護認定の更新、区分変更、サービスの變更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の變更等</u> ）について記載する項目

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	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、 <u>血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等</u> ）、 <u>受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）</u> 、 <u>服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）</u> 、 <u>自身の健康に対する理解や意識の状況</u> について記載する項目
11	ADL	ADL（ <u>寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用有無等を含む）</u> 、 <u>歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等</u> ）に関する項目
12	IADL	IADL（ <u>調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等</u> ）に関する項目

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
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、 <u>支給限度額等</u> ）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、 <u>定期、退院退所時等</u> ）について記載する項目

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、 <u>症状、痛み等</u> ）について記載する項目
11	ADL	ADL（ <u>寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等</u> ）に関する項目
12	IADL	IADL（ <u>調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等</u> ）に関する項目

13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）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における理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）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	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）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	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）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	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目	17	褥そう・皮膚の問題	褥そうの程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目	18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状況、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目	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	社会との関わり	家族等との関わり（ <u>家庭内での役割、家族等との関わり</u> の状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、 <u>地域との関わり</u> （参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、 <u>仕事との関わり</u> に関する項目	20	問題行動	<u>問題行動</u> （ <u>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</u> ）に関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（ <u>本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等</u> ）、 <u>家族等による支援への参加状況</u> （参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、 <u>家族等について特に配慮すべき事項</u> に関する項目	21	介護力	利用者の介護力（ <u>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</u> ）に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境（ <u>浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等</u> ）、 <u>居住環境においてリスクになりうる状況</u> （ <u>危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等</u> ）、 <u>自宅周辺の環境やその利便性等</u> について記載する項目	22	居住環境	<u>住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境</u> について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、 <u>特に留意すべき状況</u> （ <u>虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等</u> ）、 <u>その他生活に何らかの影響を及ぼす事項</u> に関する項目	23	特別な状況	<u>特別な状況</u> （ <u>虐待、ターミナルケア等</u> ）に関する項目

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）
各介護保険関係団体 御中
← 厚生労働省 認知症施策・地域介護推進課

介護保険最新情報

今回の内容

「課題分析標準項目の改正に関するQ&A」の発出について
計10枚（本紙を除く）

Vol.1179

令和5年10月16日

厚生労働省老健局

認知症施策・地域介護推進課

【貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願いいたします。】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線3936）
FAX：03-3503-7894

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室） 御中
各介護保険関係団体

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課

「課題分析標準項目の改正に関するQ&A」の発出について

平素より介護保険行政の適正な運営にご尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

さて、先般、「「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」の一部改正について」（令和5年10月16日老認発1016第1号厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知）において、課題分析標準項目の見直しについてお示ししたところです。

その見直しの趣旨等について、今般、「課題分析標準項目の改正に関するQ&A」を送付いたしますので、御了知願います。なお、各市町村におかれましては、管内事業所等への周知を徹底し、その取扱いに当たっては遺漏なきよう、よろしくお願い申し上げます。

【担当】

厚生労働省 老健局
認知症施策・地域介護推進課 人材研修係

電 話：03-5253-1111（内線3936）

FAX：03-3503-7894

e-mail：shinkou-jinzai@hlw.go.jp

【全体に関連する内容】

問1 今回、課題分析標準項目を改正することとなった理由如何。

(答)

課題分析標準項目については、これまで大幅な改正は行ってこなかったが、項目の名称や「項目の主な内容（例）」の記載が一部現状とそぐわないものになっていることや、令和6年4月から開始される新たな法定研修カリキュラムにおいて「適切なケアマネジメント手法」が盛り込まれることを踏まえ、当該手法との整合性を図る必要がある（※）ことから、文言の適正化や記載の充実を図ったものである。なお、情報収集項目がこれまでと変わるわけでない。また、「項目の主な内容（例）」について、各項目の解釈の違いにより把握する内容に差異が生じないように、全体的に具体的な加筆を増やしているが、これらの内容についてすべての情報収集を行うことを求めるものではなく、各利用者の課題分析に必要な情報を判断するための例示であることに留意されたい。

※ 「適切なケアマネジメント手法」は、ケアマネジャーの実践知と各職域で培われてきた知見に基づいて想定される支援内容を体系化したものである。支援の必要性や具体化を検討するためのアセスメント／モニタリングにおける具体的な情報の例も整理しており、課題分析標準項目に関して情報を収集するに当たっての一つの視点として参考にできる。そこで、今般の課題分析標準項目の改正においては、おもに情報収集項目の具体例について「適切なケアマネジメント手法」で整理された内容を踏まえた検討とすることで整合性を図った。

問3 「項目の主な内容（例）」に記載されている内容について、その全てを必ず把握しないとならないものなのか。

（答）

「項目の主な内容（例）」は、「標準項目」の各項目の解釈の違いにより把握する内容に差異が生じないように、具体的な内容を例示したものであり、これらの内容についてすべての情報収集を行うことを求めるものではない。

なお、各保険者においては実地指導等において、「項目の主な内容（例）」に記載されている内容が把握されていないことのみをもって、アセスメントが適切に行われていないと判断し、基準違反とすることが無いよう留意されたい。

4. 介護予防ケアプランについて

アセスメントの確認ポイント例

□アセスメントの確認をしてみましょう。

- 利用者基本情報・基本チェックリスト・主治医意見書などから得ている情報を、介護予防サービス支援計画書の「アセスメント領域と現在の状況」に整理すること。
- 「領域における課題（原因・背景）」で分析を行うこと。分析では、「〇〇の原因（又は背景）により、〇〇（という生活行為）がしづらいが、△△することで、〇〇が出来るようになる。」というイメージです。
- 「総合的課題」については、領域における課題において、背景や原因が同じ事柄については、課題を統合している。

目標とする生活の確認ポイント例

- 1日の目標は、日々取り組む実施目標です。
現在していることも目標になります。
利用者自身が実施している事（セルフケア）をアセスメントで把握していきましょう。（利用者基本情報や基本チェックリストの活用は有効です。）
- 1年の目標は、利用者のこれからの姿です。
利用者と共にイメージを共有する事が大切です。
（過去にしていた、出来ていた活動や「興味関心シート」の活用から、やってみたいこと等を新たに見つけることも有効です。）

課題に対する目標と具体策の提案の確認 ポイント例

- 総合的課題に対する目標の設定が出来る。目標は、1日の目標を続け、1年の目標に至る段階の目標を設定してみましょう。ここは、計画作成者の提案の目標です。目指すべき姿を、利用者や家族と共有できるようにしましょう。
- 具体策は、目標に向けて取り組む事柄となります。目標に直接的に働きかけるものや間接的に働きかけるものなど、様々な可能性を提案します。
- 提案に対して、目標や具体策について、利用者や家族の意向を確認しましょう。

支援計画の確認ポイント例

- 目標は、利用者と家族と合意の得られた内容を位置づけします。
- 目標は評価が出来るよう、具体的な内容となっているか。（セルフケア、家族の支援、サービス等を利用した結果、利用者がどのようなことを出来るようになるか、どのような姿になるかなどを記載してみてください。）
- セルフケア、家族の支援等を必ず位置付けるようにしましょう。新たに取り組むことだけでなく、「今していること」も大切な事柄です。
- 介護保険サービス又は地域支援事業では、それぞれのサービス等において、何を実施するかを記載しましょう。

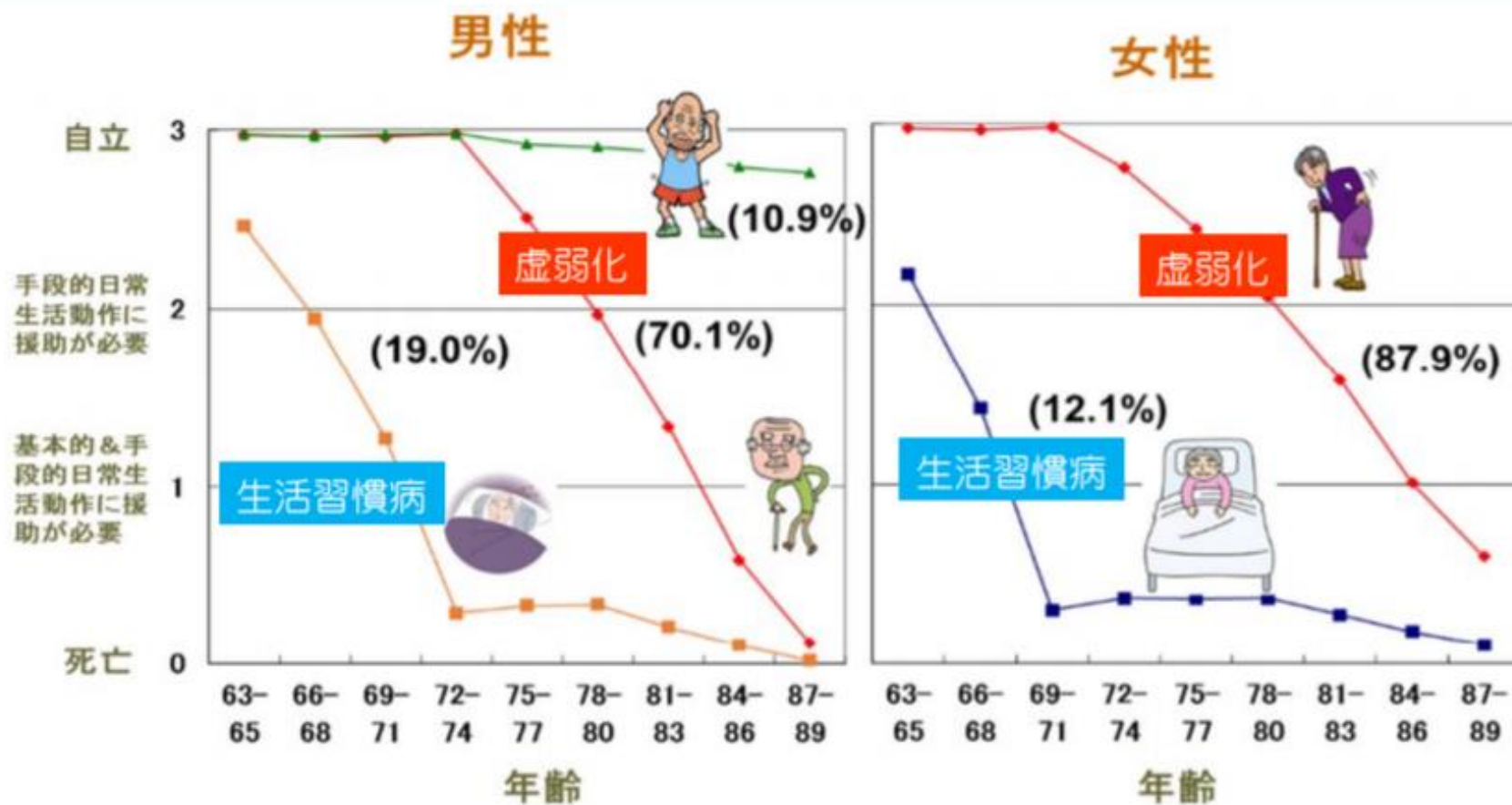
その他確認ポイント例

- 総合的な方針は、計画全体を見渡し、何を予防していくのか、何を改善していくのか、そのためにチームで何に留意して実施していくのかなどを記載しましょう。
- 計画書とアセスメントとのつながりを確認しましょう。（アセスメントの結果としての計画書となっているかどうかを確認します。）
- 目標の期間は、評価の期間として適切かどうか確認しましょう。
- 支援計画の記載は具体的かどうか確認しましょう。
- 週単位サービス及び週単位以外のサービスが適切に位置付けられているかどうか確認しましょう。

5. 一人暮らしの方への援助について

高齢者の増加と多様なパターン

— 全国高齢者20年の追跡調査 —



1987年から、日本全国の高齢者を対象に「全国高齢者パネル調査」を実施。全国の住民基本台帳から60歳以上の**住民5715人**を無作為に抽出し、3年ごとに訪問して面接調査を行い、「心身の健康」「経済」「人間関係」が加齢に伴ってどう変化するかを調べている。

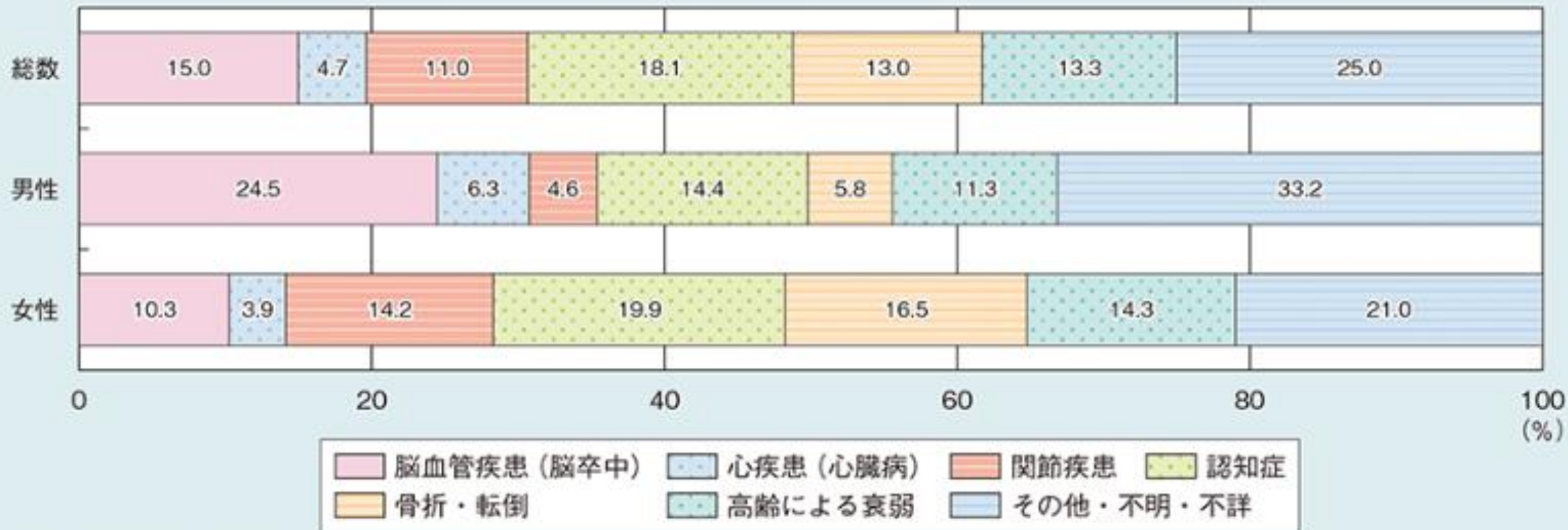
20年にわたる追跡調査のなかで、秋山特任教授は、男女ともに70歳を過ぎて緩やかに自立度が低下しはじめる“点”に着目、この“点”を少しでも先送りし、就労を含めて高齢者が自立できる期間を長くする社会づくりを目指すべきだと考えている。そのうえで、心身が弱っても、独りになっても、高いQOL（生活の質）を維持しながら、住み慣れたところで暮らし続けられる生活環境を整備すること。これが人生100年時代の新しいライフデザインの土台であるとしている。

出典) 秋山弘子 長寿時代の科学と社会の構想『科学』岩波書店, 2010

令和5年度豊中市ケアプラン点検研修資料 公益社団法人

東京大学「人生いきいき百年型社会をめざして超高齢社会に向けた大規模社会実験」https://www.u-tokyo.ac.jp/focus/ja/features/f_00048.html

65歳以上の要介護者等の性別にみた介護が必要となった主な原因

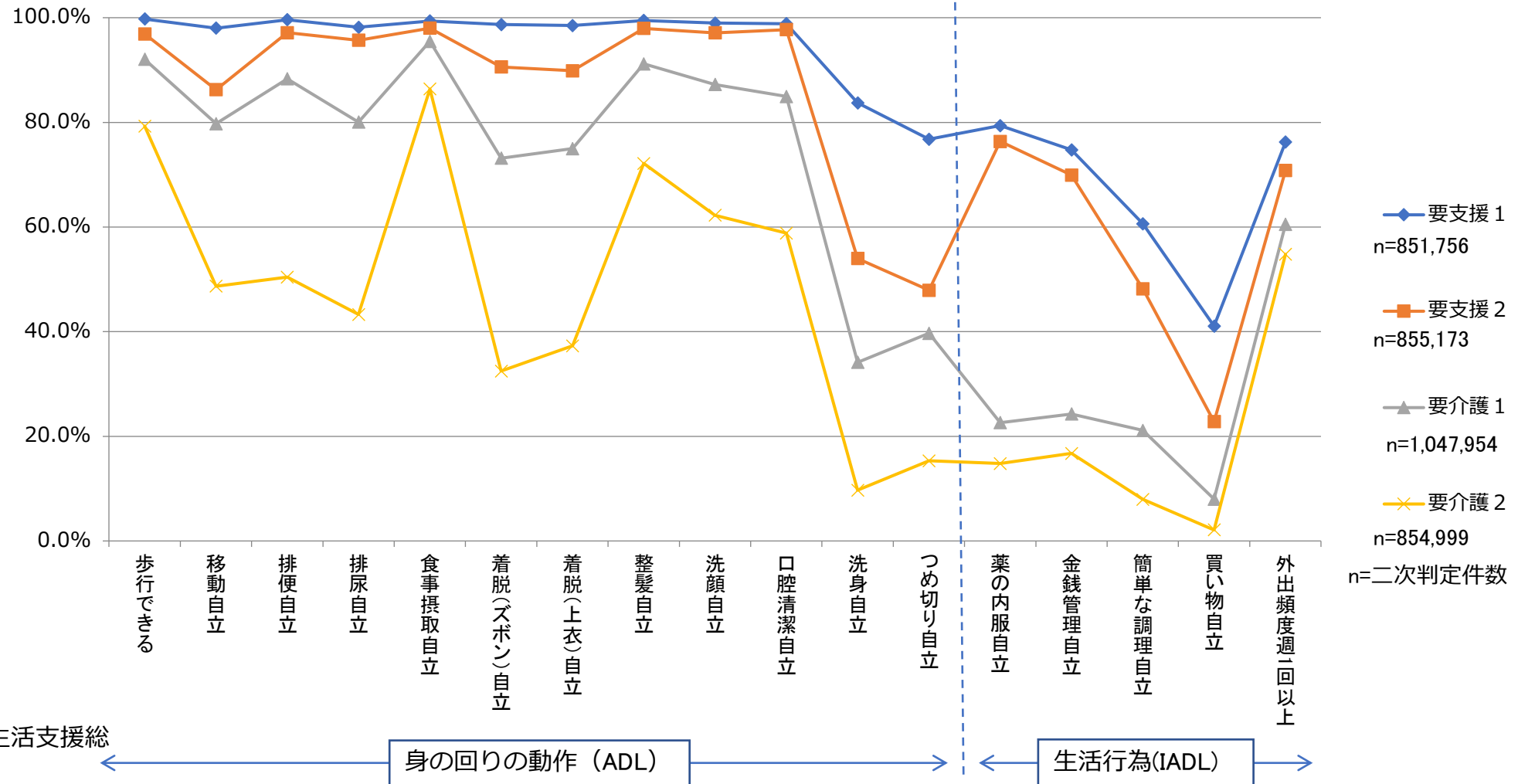


資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」（令和元年）

（注）四捨五入の関係で、足し合わせても100%にならない場合がある。

(参考) 要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。

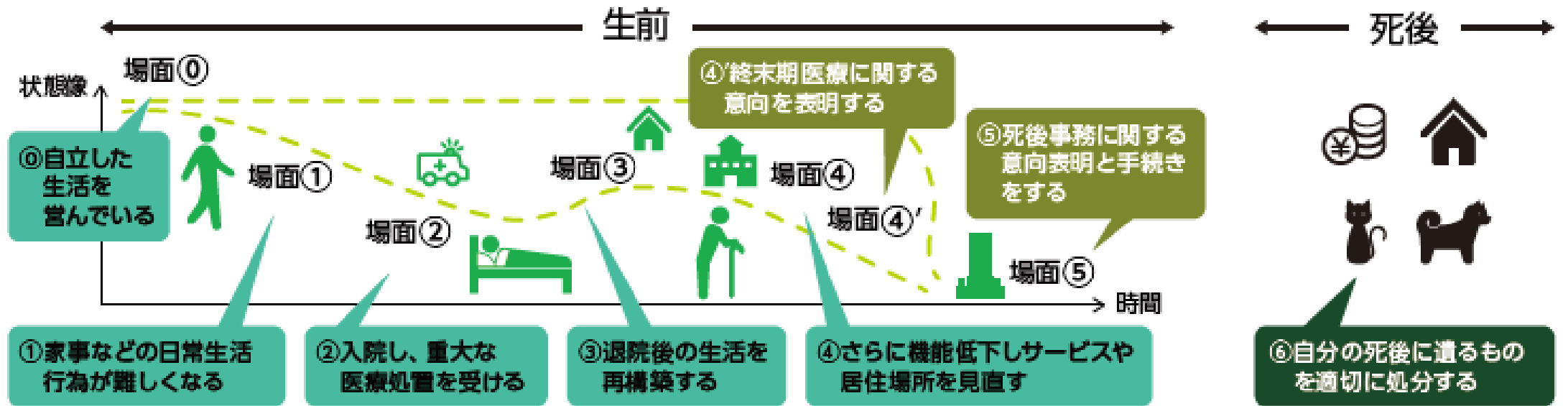


介護予防・日常生活支援総合事業の推進に向けて
平成28年9月-10月
厚生労働省老健局振興課

※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果（出典：認定支援ネットワーク（平成24年2月15日集計時点））

高齢期から死後のプロセスに起こること



「おひとりさま」が最期を迎えるまでのプロセス「SOLO Map」



出典: 日本総研作成

【SOLO Map からわかること】

- ・心身の状態の変化にとまらぬ、医療機関や長期療養施設への入院入所、あるいは心身の状態に合わせた住宅への転居、などの場所の移動(移行)が生じる【SOLO Map 横軸】
- ・常に何らかの意思決定・金銭管理・人手が発生する【SOLO Map 縦軸】
- ・移行期を中心に、多くのタスク(支払い、手伝いなど)が発生する【SOLO Map 内部】

場面①で私たちが気を付けること

1. 健康状態の悪化の防止

➤体調を崩して自ら対応できないことがあります。慢性疾患が悪化しても、熱が出ても、下痢になっても、自ら受診することができない場合もあります。そのため、病状が悪化する可能性が高くなります。体調の変化の発見と定期受診以外の方法の検討も必要です。

2. 服薬管理

➤服薬が適切にできていないこともあります。飲み忘れや飲みすぎ、薬の数はあっているが、飲み方が間違っていたりなど、どのように服薬を支援するのか、発見と方法の検討も必要です。

場面①で私たちが気を付けること

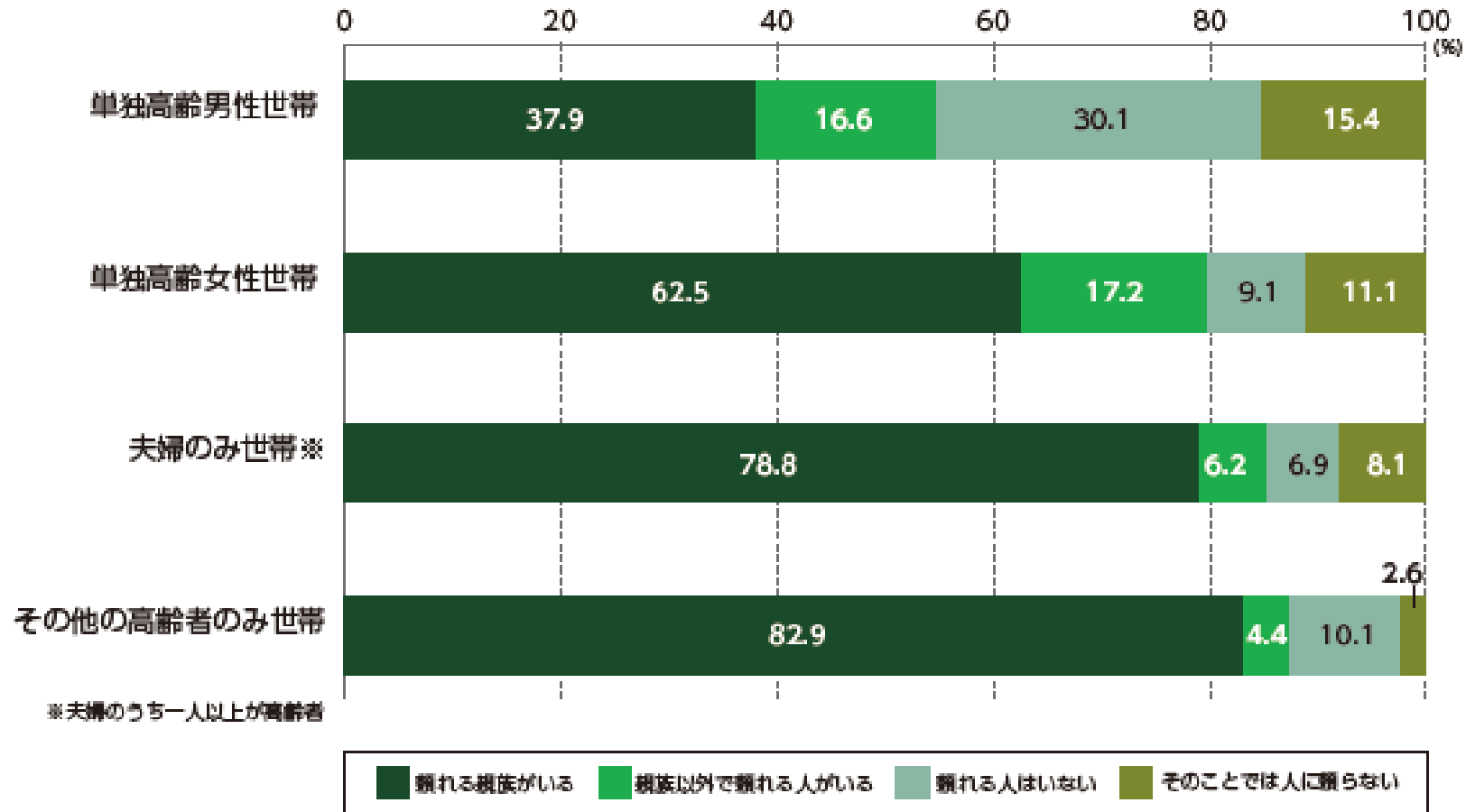
4. 脱水の予防

- 脱水は覚醒度が下がる原因ともなります。認知機能や日頃の活動にも影響します。服薬管理の支援と併せて、水分摂取状況の確認と方法の検討も必要です。

5. 栄養状態の悪化の防止

- 食事については偏りが出たり、摂取しない（食事を抜く）など栄養状態の悪化を招きやすくなります。低栄養状態は、体調を崩したり健康管理ができない、日ごろの活動など様々な事柄に影響します。食事の摂取機会や方法などの検討は重要です。
- 食を支えるために、口腔状態を知ることが重要です。痛みやむせる、食べにくい状況の把握。その他本人の訴えがなくとも、食事摂取量の減少や体重減少等などの把握は大切です。

高齢者世帯 日頃の手助けで頼れる人

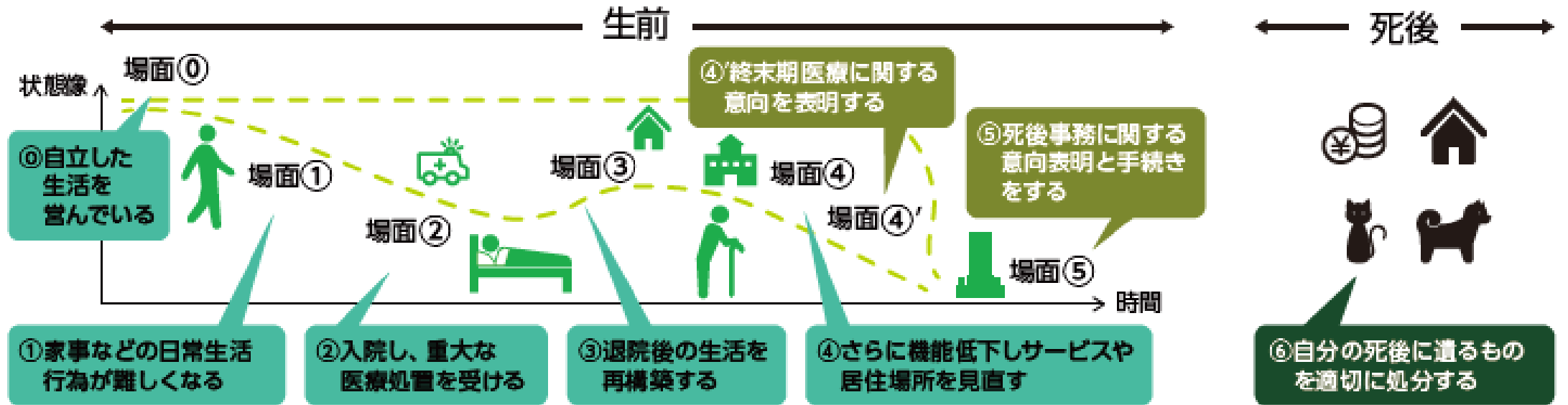


出典：国立社会保障・人口問題研究所『生活と支え合いに関する調査』2019年4月26日

手助けが得られない場合

- どうやって情報の収集ができるか、その上で介入が可能か、タイミングを計り関わる方とともに連携を図りながら援助を行っていきましょう。
- 利用者自身とは、「信頼関係の構築」と「コミュニケーション（本人の思い（意思）を丁寧に確認していく）」を継続して実施しましょう。
- 家族（家族がいる場合）や近隣の住民、医療機関などかかわりのある方を探していきましょう。周囲の関りのある方がわかれば一緒に方法の検討ができます。

高齢期から死後のプロセスに起こること



「おひとりさま」が最期を迎えるまでのプロセス「SOLO Map」



出典: 日本総研作成

【SOLO Map からわかること】

- ・心身の状態の変化にとまらぬ、医療機関や長期療養施設への入院入所、あるいは心身の状態に合わせた住宅への転居、などの場所の移動(移行)が生じる【SOLO Map 横軸】
- ・常に何らかの意思決定・金銭管理・人手が発生する【SOLO Map 縦軸】
- ・移行期を中心に、多くのタスク(支払い、手伝いなど)が発生する【SOLO Map 内部】

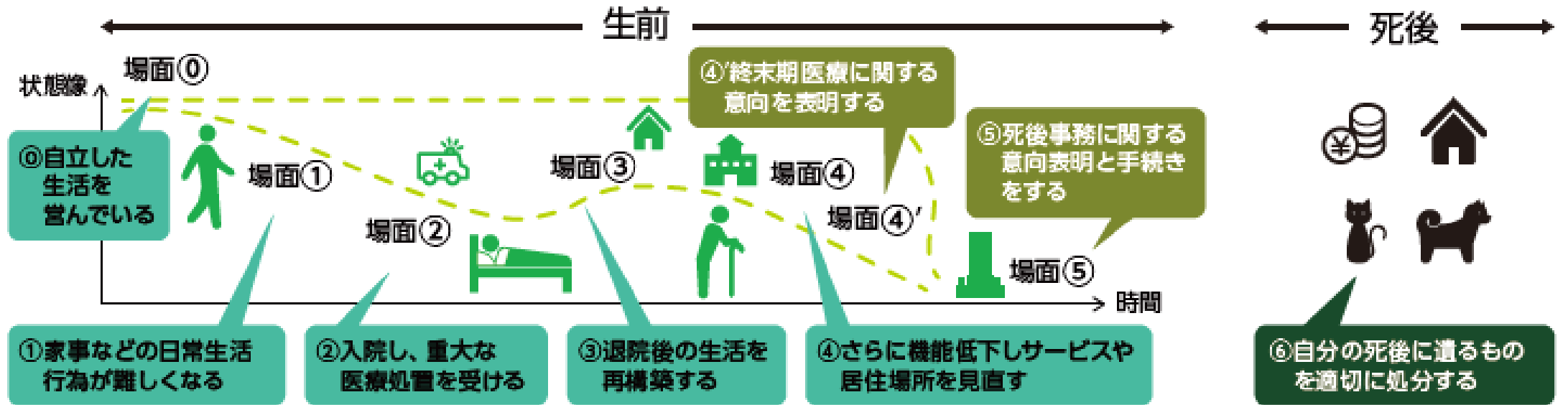
場面②で私たちができること

- 入院はとても大きなイベントです。イベントは介入のタイミングの一つです。入院前の困りごとの情報を病院と共有しておくことで退院に向けて、病院とともに取り組めることができます。
- 例えば、家族等の連絡先がわからなかった場合、そのような状況も病院と共有し、入院中にわかれば、本人の同意の上、共有してもらえるように働きかけを行っておきましょう。
- そのほか、入院の際の着替えなどの対応や身元保証なども本人はもとより、病院と相談を行いながら対応を検討していきましょう。
(身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン
<https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf>は、参考になりますので、是非、ご覧ください。)

手助けが得られない場合

- この辺りから、「意思決定」のみならず、実質的に「金銭管理」や「人手」にかかわる部分の課題が大きくなります。活動してもらえるご家族がいれば、その方が担う部分です。
- 手助けが得られない場合は、MSWさんや介護支援専門員が本来の役割を超えて担いがちです。本人の意思に基づき、成年後見制度や日常生活自立支援事業、その他民間事業者（身元保証サービス）等の活用に関して、検討を進めることが必要になります。
- 治療に関する部分や退院後の生活に関する部分などは、利用者自身の意思とリスク管理が医師や介護支援専門員等含め、在宅チームで担えるものかを吟味する必要があります。院内チームと在宅チームの連携が大きな課題になります。

高齢期から死後のプロセスに起こること



「おひとりさま」が最期を迎えるまでのプロセス「SOLO Map」



出典：日本総研作成

【SOLO Map からわかること】

- ・心身の状態の変化にとまらぬ、医療機関や長期療養施設への入院入所、あるいは心身の状態に合わせた住宅への転居、などの場所の移動(移行)が生じる【SOLO Map 横軸】
- ・常に何らかの意思決定・金銭管理・人手が発生する【SOLO Map 縦軸】
- ・移行期を中心に、多くのタスク(支払い、手伝いなど)が発生する【SOLO Map 内部】

場面③又は場面④で私たちができること

- 退院後の生活について、自宅で継続ができるかどうか、本人や家族の思いも含めて検討していきましょう。
- 退院後の介護サービスや医療サービスなどの検討はもとより、借家等であれば家主さんへ、その他、近隣の方などにも退院の連絡やリスク共有を行っておき、無理強いはできませんが、協力していただだけそうなことなどを確認しておきましょう。
- 自宅での生活以外に、利用者に合った暮らしの場を一緒に見出していく（入院中であれば、MSWさんとも連携しながら取り組みましょう。）ことも利用者らしい暮らしの援助につながります。

手助けが得られない場合

- 支援の内容と支援の担い手を整理しておきましょう。「何をどこまでどのように行うのか」と「誰が何をおこなうのか」です。
- 下記は手続きが必要になることの例です。この部分は誰がどのような役割を果たせそうでしょうか。整理しておきましょう。

心身に関すること	<ul style="list-style-type: none">● 健康を保ち、必要に応じて医療・介護を受ける● 火葬・葬儀をする
住まい・環境に関すること	<ul style="list-style-type: none">● 住まいの安全・快適を保ち、必要に応じて修繕・改修する● 必要に応じて転居する
金銭・財産に関すること	<ul style="list-style-type: none">● 財産を失わずに、必要に応じて利用する● 相続する
役割に関すること	<ul style="list-style-type: none">● 役割を果たす● 必要に応じて移譲する

“そのとき”が来たら考えられない

だから今、人生会議

人生会議とは

希望する医療やケアについて、前もって話し合い、家族や医師などと共有しておくことです。

- 命の危険が迫った状態になると、約70%の人が、医療やケアなどを自分で決めたり、望みを人に伝えたりすることができなくなると言われています。
- “そのとき”に備えて、前もって受ける医療・ケアに対する希望を家族や医師に伝えておくことが重要です。



どんなことを考えたらいいの？

もし病気になったら…

- ◆ どんな治療・ケアを受けたいか
- ◆ どんな所で療養したいか

- 希望や思いは、時間の経過や健康状態によっても変化していくものです。
- 何度も、繰り返し考えていきましょう。

どうやって話し合い、共有したらいいの？

Step 1 治療する際に、大切にしたいことを**考えて**みましょう

Step 2 もしものとき、あなたの思いを伝えてくれる人を**選び**ましょう

Step 3 かかりつけ医に**質問**してみましょう

Step 5 **書き留めて**おきましょう

Step 4 希望する医療やケアについて**話し合**いましょう



あなたも「人生会議」をはじめてみませんか？

大阪府 人生会議

検索



お問い合わせ先 大阪府健康医療部保健医療室保健医療企画課 ☎ 06(6944)6025

令和5年度豊中市ケアプラン点検研修資料 公益社団法人

大阪府ホームページ人生会議（ACP）啓発資材を配布しています（令和6年1月21日閲覧）

大阪介護支援専門員協会

<https://www.pref.osaka.lg.jp/attach/45483/00452324/ACP2020PosterY.pdf>

本日の振り返り

1. ケアプラン点検結果から事例の担当者及び事業所内で内容の共有や今後への取り組みなど話し合ってみてください。
2. 課題分析標準項目が一部改正されました、適切なケアマネジメントの手法に対応するための改正ともされています。今後のアセスメントから反映をさせていってください。
3. 介護予防のケアプランの作成については、現在実施していることの振り返りとして各自で確認をしてみてください。
4. 一人暮らしの方への援助については、介護支援専門員一人で出来ることばかりではありません。豊中市や豊中市社会福祉協議会などとも一緒に検討していってください。

ご清聴ありがとうございました。

引用参考文献

- 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」平成30年3月
- 厚生労働省「介護保険最新情報Vol.1049」令和4年3月24日
- 介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会「七訂第2版介護支援専門員実務研修テキスト上巻」令和3年11月、一般財団法人長寿社会開発センター
- 「東大がつくった高齢社会の教科書 長寿時代の人生設計と社会創造」東京大学高齢社会総合研究機構編著2018.4東京大学出版会
- 東京大学「人生いきいき百年型社会をめざして超高齢社会に向けた大規模社会実験」
https://www.utokyo.ac.jp/focus/ja/features/f_00048.html
- 内閣府令和3年版高齢社会白書（全体版）より抜粋 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/html/zenbun/s1_2_2.html
（令和5年12月25日閲覧）
- 介護予防・日常生活支援総合事業の推進に向けて平成28年9月-10月厚生労働省老健局振興課
- 日本総合研究所「whitepaper「個・孤の時代の高齢期」誰もがおひとりさまになる社会」202210
https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/221027_SOLO_Whitepaper2022.pdf
- 大阪府ホームページ人生会議（ACP）啓発資材を配布しています（令和6年1月21日閲覧）
<https://www.pref.osaka.lg.jp/attach/45483/00452324/ACP2020PosterY.pdf>