

# 課題整理総括表・評価表の活用について

(熊本バージョンについての説明を含む)

熊本県介護支援専門員協会

平成29年12月1日

# はじめに

- 介護保険最新情報

「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について

Vol.379（平成26年6月17日）

熊本バージョンは、上記、厚労省資料を基本とし、研修・演習用に内容を一部変更したものです。

# はじめに

- 熊本バージョンは、使用を義務づけるものではありません。
- 研修等、各人の判断で使用してください。
- ただし、以下の通り、熊本県独自の解釈・活用法が含まれますので、ご注意ください。
- この資料は、熊本県介護支援専門員協会ホームページに掲載します。
- (内容は、今後変更される可能性があります)

# 使用するにあたっての注意

- 課題整理総括表は、今までのアセスメントツールに代わるものではないこと。
- 課題整理総括表の作業に入る際には通常のアセスメント(情報の収集・分析)を経て、ニーズ・目標が把握できている状態であること。
- 「どのような思考過程をたどって、ニーズ・目標に行きついたのか」ということを表現するものであること。

# 課題整理総括表の記入手順 (熊本バージョン)

- ①状況の事実の現在 ※2
- ② ※2 の状況、支障内容等
- ③自立した日常生活の阻害要因
- ④要因
- ⑤改善・維持の可能性 ※4
- ⑥ ※4 の判断根拠
- ⑦見通し
- ⑧利用者及び家族の生活に対する意向
- ⑨ニーズ(案)

# ①状況の事実 「**現在※2**」 欄

能力ではなく、**実行状況**で判断する。

日常生活で頻度の高い状況に基づいて判断

できるかどうかではなく、**やっているかどうか**、ということ

例) 調理する能力はある。しかし、通常、家族やサービスで調理してもらっている。⇒ 全介助

※アセスメントした時点で**能力**も把握していることが前提

※項目は必要に応じて、追加して構わない(経済問題等)

# ①状況の事実 「**現在※2**」 欄

「手引き」によると、**自立・支障なし**と判断した項目については、以降の作業対象から外すことになっている。

課題整理総括表は、プラン作成の思考過程を表現するものである。

よって、サービスを計画する項目については、程度に応じ、その項目は、**見守り以下・支障あり**とする。

(問題なく自立していることと区別する必要があるため)

(入浴:デイサービスを利用した時のみ入浴している。⇒全介助)

(室内移動:歩行器を使用して、転倒なくすごしている。⇒見守り)

(服薬:飲み忘れがあり、ケアの検討が必要。⇒見守り)

# 状況の事実 現在※2 判断目安

項目	状況	記入例
屋内移動	多少のふらつきがあり転倒リスクはあるものの、階段昇降を含めて移動している(プラン検討なし)	自立
屋外移動	ヘルパーが付き添うと病院まで自力で移動するが、付き添いがないと外出しない	見守り
口腔ケア	デイサービスで声掛けされれば歯磨きをするが、自室などにおいて声掛けがないと全くしない	見守り
服薬	飲むべき薬の判断と飲むための準備ができない 薬とコップに入れた水を手渡すと飲むことはできる	一部介助
調理	自身では全く調理していない (ヘルパーが準備したものを食べている)	全介助(日常的にしていない)
入浴	週2回のデイサービスで立位保持と洗身の介助があれば入浴しているが、自宅では全く入浴していない	全介助

## ②「※2の状況・支障内容」欄

状況の事実 の「現在」欄で、

- 「自立・支障なし」以外の項目について、困りごと、**支障・支援**の内容を記載する。

- 但し、見守り以下・支障ありであっても、ケアプランにつながらない(ニーズが見いだせない)項目については、検討不要とする。

(※アセスメントを十分に行った上で、決定すること。決して安易に除外してはならない。)

### ③「自立した日常生活の阻害要因」欄

- 利用者の「自立した日常生活」を阻害していると思われる「**阻害要因**」を考える(困っている状況の原因)
- **心身の状態、環境等**で、より重要で根本的な原因を6つまで(番号に優先順なし)に絞り込む。
- 疾患名を記載しても問題ないが、できるだけ疾患から展開した療養状況や環境問題を検討の上、記載することが望ましい。

### ③「自立した日常生活の阻害要因」欄

- ○**客観的事実**であり、見通し欄において、対策が検討できるものに限る。

#### 記載例:「手引き」より

- 糖尿病であるが、食事管理ができない。
- インシュリン自己注ができない
- 前立腺肥大術後頻尿
- 記憶力・理解力低下
- 本人は家事をしたことがない
- 偏った食生活・肥満
- 住環境（階段・坂道） 等

## ④「要因」欄

- 「**要因**欄」に「自立した日常生活の阻害要因」欄から整合性を考えながら番号を入れる。
- 1枠に1個～6個。
- (この作業をすると、阻害要因欄の修正がでてくると思われる。)
  
- 入れる要因がない場合は、アセスメントが不足している場合がある。
- (再アセスメントし、阻害要因の再検討。)

## ⑤「改善・維持の可能性※4」欄

- 「自立・支障なし」以外、あるいは②で、除外した項目以外を検討。
- 自助・互助を含む社会資源を活用し、必要な援助を実行した場合に、1年後を見通して判断する。
- 現在の状況が改善・維持する可能性を検討する。
- どうしても悪化が見込まれる場合においても維持の可能性と、リスク管理の検討を行う。

## ⑥「※4の判断根拠」欄

⑤「改善・維持・悪化」を判断した**根拠**を関係者に説明する。

改善・維持に向けた様々な社会資源（自助・互助・共助・公助の順）の活用と、その効果について、説明する。

やむなく悪化を選択した場合を含み、専門職等の意見を取り入れると説得力が増す。

## ⑦「見通し」欄

- 「ケアマネとしての仮説」
- **障害要因**を解決に導くための見通し。
- 短期目標の設定期間を見据える。

## ⑦「見通し」欄 の書き方(例)

**要因** (一つ～、複数まとめても可)

→ 要因の解決のために必要と考えられる  
援助内容(サービス内容)

→ 援助を利用した場合に到達が見込まれる状態 (短期目標)

## ⑦「見通し」欄 の記載例

### 脳梗塞による歩行障害

- 環境整備や福祉用具の利用
- 自分でトイレまで移動できるようになる

## ⑦「見通し」欄

- 「改善」の項目を優先
- 「維持」のための取組の視点（重度者）  
例：誤嚥性肺炎→ 口腔ケアの援助の実施等
- 悪化・重度化防止のため「リスク軽減」の視点

## ⑧利用者及び家族の 生活に対する意向

- 課題を抽出する上で、もっとも重要と思われる内容を記載する。
- 課題の抽出にかかわりが大きいと思われる内容のみでよい。
- 簡潔に記す。

## ⑨ニーズ(案)

- 見通し欄の記入内容を踏まえて記入。
- 利用者の望む生活が捉えられていることが前提。
- 専門職としての判断で利用者に提案する、合意前の案で構わない。
- 優先順を右枠に記載する
- 実際にプランに掲載できなかった(合意できなかった)内容でも、必要と考えるものについては、記載して右枠に(一)等記入しておく。

# ケアプランの評価？

- 皆さん、ケアプランの評価をされていると思いますが、どのような指標をもって、評価されていますか？
- 満足度？ サービス実績？ ニーズが満たされた？ ソフトに入っているシートで作成？
- ※今回、課題整理総括表と一緒に示された評価表は、あくまでも短期目標が達成されたかどうかを評価していきます。

# 評価表を使用する意味

- たとえ、どのように詳細なアセスメントを経て妥当なニーズを導き出し、完成度の高い(と思われる)ケアプランを作成したとしても、
- それが効果的に実行されず、利用者の日常生活が改善されないということであれば、意味がありません。
- 評価表をもとに、サービス実行後の効果測定を行ってみましょう。

# 評価表を使用する意味

- 評価表の検討を行うことで、課題整理総括表を活用した意義が増します。
- もっとも、短期目標とサービス内容に連動性（サービス内容を実行したときに、短期目標が達成できることがイメージできること。）がなければ、評価自体が難しくなってしまいます。

# 評価表

短期目標の達成状況	記号
短期目標は予想を上回って達せられた (より積極的な目標を設定できる可能性がある)	◎
短期目標は達せられた (再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)	○
期間延長を要するが、短期目標の達成見込みはある	△
短期目標の達成は困難であり見直しを要する	×1
短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する	×2

# 評価表 記載要領

- 短期目標に対して、その達成状況とその要因をケアチーム全体で振り返る際に利用することを想定している。
- 個別サービスを提供している事業者からの報告、利用者・関係者から得た情報に基づき、ケアマネの判断として取りまとめて作成。

# 評価表 記載要領

- 生活を**維持**するために**必要な援助を使い続ける**ことを見込んでいる場合
- 「～の状態を維持できる」等の場合は、状況が維持されていれば ○「短期目標は達せられた」とし、
- 再アセスメントの結果、同様の必要性があれば次のケアプランでも再設定する。

# 評価表 記載要領

- 手引きでは、サービス内容(事業所)ごとに評価する形になっている。
- まずは、計画通りにサービスが実行されたかどうかを検証する。
- 短期目標に対して、そのサービスの実行状況がどのような影響を与えたかを検証し、○×・・・の判断をすること。

# コメント欄の記載要領

- モニタリング、事業所からの報告事項、主治医意見書等での指摘事項等、結果(○×・・・)の根拠や次のケアプランの留意事項を書く。
- 計画通りに実行できなかった要因等。
- 効果があった要因(意欲の変化やそのきっかけとなった出来事、かかわりの工夫等)を書くことでよりよいケアの実現に向けた基本情報となる。
- 特に×の場合は、次回アセスメントでの留意事項(心身の状況・生活環境の変化等)を書く。

# 活用する意味

- 評価表を作成するには各事業所からの報告をもとに判断しなければならない。  
(多職種連携)
- 実行状況・達成状況が可視化できる
- 評価表を作成する過程で、サービス実行状況、ケアプランの妥当性を検証できる。

# 活用する意味

- 「前回のアセスメントは十分だったか？」
  - 「〇〇事業所で、この短期目標を解決するためのサービスが実行できるだろうか？」
  - 「短期目標は生活機能の問題を解決できるものになっているか？」
  - 等、次回のアセスメント・プランへ反映できる。
- より効果的なサービス提供へ。

# ケアプランの効果測定

- 短期目標は自立した日常生活の阻害要因や困りごとに対しての改善策といえる。
- 評価表で短期目標がほぼ達成された場合は、おそらく介護度が維持・改善するはず。
- 短期目標は介護事業所が作成する介護計画書の基になるものである。

# ケアプランの効果測定

- 評価表を作成することで、介護事業所の計画書とサービスの実施状況を評価することにつながる。
- **介護認定の更新時期に、評価表の成績と、介護度や日常生活自立度との相関関係をチェックすると、プラン(ケアマネ・介護事業所)の効果測定ができる。**

# 使用法(例)

## 課題整理総括表

- 初回プランを検討する場合に使用する。
- 経験の浅いCMが作ったケアプランを主任CM等が指導する場合に使用する。

## 評価表

- サービス実施後より、短期目標設定期間もしくは1年程度、あるいは更新時期を迎えた事例を検討する場合に使用する。

# ケアプラン(自己)点検 例

- 初回プランを作成した際、**課題整理総括表**を作成(添付して保険者・主治医へ提出。)
- 介護保険更新(区分変更)申請時(もしくは1年後)に**評価表**を作成(添付して保険者・主治医へ提出。)
- 介護認定が悪化した場合は、再度課題整理総括表を作成(プランに添付して再提出。)

# 質問受付について

- 熊本県介護支援専門員協会**正会員**に限り受け付けます。
- 質問・意見のある方は、下記メールアドレスに、氏名・所属支部名・質問事項を明記の上、送信してください。
- [kumacare@h-aisei.or.jp](mailto:kumacare@h-aisei.or.jp)
- 担当者：町田美治（人吉・球磨支部）