

(身体拘束に関する説明書・経過観察記録 (参考例))

(『身体拘束ゼロへの手引き』厚生労働省、2001年)

【記録1】

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書

〇〇〇〇様

- 1 あなたの状態が下記のABCをすべて満たしているため、緊急やむを得ず、下記の方法と時間等において最小限度の拘束を行います。
- 2 ただし、解除することを目標に鋭意検討を行うことを約束いたします。

記

- A 入所者(利用者)本人又は他の入所者(利用者)等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い
- B 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない
- C 身体拘束その他の行動制限が一時的である

個別の状況による拘束の必要な理由	
身体拘束の方法 (場所、行為(部位・内容))	
拘束の時間帯及び時間	
特記すべき心身の状況	
拘束開始及び解除の予定	月 日 時から 月 日 時まで

上記のとおり実施いたします。

平成 年 月 日

施設名 代表者 印
記録者 印

(利用者・家族の記入欄)

上記の件について説明を受け、確認いたしました。

平成 年 月 日

氏名 印
(本人との続柄)

(身体拘束廃止に関する基準一覧)

サービス種別		基準
居宅サービス	短期入所生活介護	<p>指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)</p> <p>(指定短期入所生活介護の取扱方針) 第128条第4項 指定短期入所生活介護事業者は、指定短期入所生活介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という。)を行ってはならない。</p> <p>第128条第5項 指定短期入所生活介護事業者は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。</p> <p>※ユニット型指定短期入所生活介護 (指定短期入所生活介護の取扱方針) 第140条の7第6項・第7項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※一部ユニット型指定短期入所生活介護 (指定短期入所生活介護の取扱方針) 第140条の19 (ユニット部分にあつては第140条の7に、それ以外の部分にあつては第128条に定めるところによる。)</p>
	短期入所療養介護	<p>指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)</p> <p>(指定短期入所療養介護の取扱方針) 第146条第4項・第5項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※ユニット型指定短期入所療養介護 (指定短期入所療養介護の取扱方針) 第155条の6第6項・第7項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※一部ユニット型指定短期入所生活介護 (指定短期入所療養介護の取扱方針) 第155条の17 (ユニット部分にあつては第155条の6に、それ以外の部分にあつては第146条に定めるところによる。)</p>
	特定施設入居者生活介護	<p>指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)</p> <p>(指定特定施設入居者生活介護の取扱方針) 第183条第4項・第5項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p>

サービス種別		基準
介護保険施設	介護老人福祉施設	<p>指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第39号)</p> <p>(指定介護福祉施設サービスの取扱方針) 第11条第4項・第5項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※ユニット型指定介護老人福祉施設 (指定介護福祉施設サービスの取扱方針) 第42条第6項・第7項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※一部ユニット型指定介護老人福祉施設 (指定介護福祉施設サービスの取扱方針) 第54条 (ユニット部分にあつては第42条に、それ以外の部分にあつては第11条に定めるところによる。)</p>
	介護老人保健施設	<p>介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号)</p> <p>(介護保健施設サービスの取扱方針) 第13条第4項・第5項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※ユニット型介護老人保健施設 (介護保健施設サービスの取扱方針) 第43条第6項・第7項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※一部ユニット型介護老人保健施設 (介護老人施設サービスの取扱方針) 第55条 (ユニット部分にあつては第43条に、それ以外の部分にあつては第13条に定めるところによる。)</p>
	介護療養型医療施設	<p>指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第41号)</p> <p>(指定介護療養施設サービスの取扱方針) 第14条第4項・第5項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※ユニット型指定介護療養型医療施設 (指定介護療養施設サービスの取扱方針) 第43条第6項・第7項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※一部ユニット型指定介護療養型医療施設 (指定介護療養施設サービスの取扱方針) 第55条 (ユニット部分にあつては第43条に、それ以外の部分にあつては第14条に定めるところによる。)</p>

身体拘束廃止未実施減算 <指定介護老人福祉施設について(介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設も同様の内容)>

別に厚生労働大臣が定める基準(平成12年厚生省告示25号38)を満たさない場合は身体拘束廃止未実施減算として、1日につき5単位を所定単位数から減算する。

<平成12年厚生省告示25号38>

介護福祉施設サービスにおける身体拘束廃止未実施減算の基準
指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成十一年厚生省令第三十九号)第十一条第五項、第四十二条第七項又は第五十四条に規定する基準に適合していないこと。

身体拘束廃止未実施減算について[第2の5(7)](介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設も同様の内容)
身体拘束廃止未実施減算については、施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、指定介護老人福祉施設等の人員、設備及び運営に関する基準第11条第5項の記録(同条第4項に規定する身体拘束等を行う場合の記録)を行っていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算することとする。

サービス種別		基準
地域密着型サービス	小規模多機能型居宅介護	指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準 (平成18年厚生労働省令第34号) (指定小規模多機能型居宅介護の具体的取扱方針) 第73条第5項・第6項 (短期入所生活介護と同様の内容)
	認知症対応型共同生活介護	指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準 (平成18年厚生労働省令第34号) (指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針) 第97条第5項・第6項 (短期入所生活介護と同様の内容)
	地域密着型特定施設入居者生活介護	指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準 (平成18年厚生労働省令第34号) (指定地域密着型特定施設入居者生活介護の取扱方針) 第118条第4項・第5項 (短期入所生活介護と同様の内容)
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準 (平成18年厚生労働省令第34号) (指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の取扱方針) 第137条第4項・第5項 (短期入所生活介護と同様の内容) ※ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設 (指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の取扱方針) 第162条第6項・第7項 (短期入所生活介護と同様の内容) ※一部ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設 (指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の取扱方針) 第174条 (ユニット部分にあつては第162条に、それ以外の部分にあつては第137条に定めるところによる。)

身体拘束廃止未実施減算（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）

別に厚生労働大臣が定める基準(平成12年厚生省告示25号26)を満たさない場合は身体拘束廃止未実施減算として、1日につき**5単位**を所定単位数から減算する。

<平成12年厚生省告示25号26>

地域密着型介護福祉施設サービスにおける身体拘束廃止未実施減算の基準
指定地域密着型サービス基準第三十七条第五項、第六十二条第七項又は第七十四条に規定する基準に適合していないこと。

身体拘束廃止未実施減算について

身体拘束廃止未実施減算については、施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、指定基準第118条第5項又は第161条第5項の記録(指定基準第118条第4項又は第161条第5項に規定する身体拘束等を行う場合の記録)を行っていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、記録を行っていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を市町村長に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を市町村長に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入所者全員について所定単位数から減算することとする。

サービス種別		基準
介護予防サービス	介護予防 短期入所介護	<p>指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 (平成18年厚生労働省令第35号)</p> <p>(身体的拘束等の禁止) 第136条第1項・第2項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※ユニット型指定介護予防短期入所生活介護 (準用) 第159条 (第136条の規定を準用する。)</p> <p>※一部ユニット型指定介護予防短期入所生活介護 (準用) 第173条 (第136条の規定を準用する。)</p>
	介護予防 短期入所療養介護	<p>指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 (平成18年厚生労働省令第35号)</p> <p>(身体的拘束等の禁止) 第191条第1項・第2項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※ユニット型指定介護予防短期入所療養介護 (準用) 第210条 (第191条の規定を準用する。)</p> <p>※一部ユニット型指定介護予防短期入所療養介護 (準用) 第223条 (第191条の規定を準用する。)</p>
	介護予防特定施設 入居者生活介護	<p>指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 (平成18年厚生労働省令第35号)</p> <p>(身体的拘束等の禁止) 第239条第1項・第2項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p> <p>※外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護 (準用) 第262条 (第239条を準用する。)</p>

サービス種別		基準
指定地域密着介護予防サービス	介護予防小規模 多機能型居宅介護	<p>指定地域密着介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 (平成18年厚生労働省令第36号)</p> <p>(身体的拘束等の禁止) 第53条第1項・第2項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p>
	介護予防認知症対応型共同生活介護	<p>指定地域密着介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 (平成18年厚生労働省令第36号)</p> <p>(身体的拘束等の禁止) 第77条第1項・第2項 (短期入所生活介護と同様の内容)</p>

③ 「一連のケアマネジメントプロセス」の理解

運営指導Ⅰ（利用者の生活実態の確認）において介護サービス従事者から説明を受けた「行動・心理症状のある利用者及び虐待や身体拘束が疑われる利用者の生活実態」を基に、施設・事業所としての考え方や方針などを確認しながら、「一連のケアマネジメントプロセス」の重要性を理解し、実践できているかを確認する。

「一連のケアマネジメントプロセス」が効果的に実施されているかを確認する方法としては、「行動・心理症状のある利用者や虐待や身体拘束が疑われる利用者」のみならず、その方と同じ居室やユニットの利用者数人についても一連のケアマネジメントプロセスに関する資料を確認することにより、実態を把握することが求められる。

（※ ケアマネジメント導入の趣旨・・・P115～P118 参照）

○ アセスメント等の取り組みが出来ていない場合には「一連のケアマネジメントプロセス」について、説明を実施。

◎ 個人情報保護の観点から、ケアプラン等の資料は、確認次第、返却する。

○ 一連のケアマネジメントプロセスが適切に実施出来ており、虐待や身体拘束が認められない施設・事業所については、他の施設・事業所の模範となるよう、取り組み状況をヒアリングし、普及促進に活用。

【参考】例：指定介護老人福祉施設：基準第 12 条、第 37 条第 2 項第 1 号
指定認知症対応型共同生活介護：基準第 98 条、第 107 条第 2 項第 1 号

(注) 以下に示す一連のケアマネジメントプロセスは、介護保険施設等に関する指定基準及び解釈通知に規定する「施設サービス計画の作成」をもとにして、「介護保険施設等の運営指導に関する検討会」において、組織として積極的に取り組んでおられる施設等のヒアリングを行い、高齢者虐待防止、身体拘束廃止について取り組む際のサービス提供のマネジメントの流れを概念整理したものである。

① 十分な個別アセスメント

○ 固定化した情報とせず、流動的な個々の利用者の詳細な情報を日常的にも収集

② 課題分析

③ 個々の利用者の特性に応じたサービス計画 (ケアプラン)の作成

○ 5つの基本的なケアについての利用者の情報をスタッフ同士が共有
① 起きる
② 食べる、水分摂取
③ 排泄する
④ 清潔にする
⑤ 活動する(アクティビティ)

④ 多職種による意見調整の場としての サービス担当者会議の開催

⑤ モニタリング

○ ①～⑤の一連の業務を行うことにより、サービス計画(ケアプラン)の見直しを行う。
※ 入所者等の解決すべき課題の変化に留意

⑥ サービス計画(ケアプラン)の変更等

◆ アセスメント（課題分析） ◆

① 情報収集

利用者の自立支援、尊厳の保持につながるサービスの提供が適切かつ効果的に行われるように、利用者が抱える生活課題（ニーズ）を明確にする必要があります。そのためには、利用者及びその人を取り巻く環境について多方向からの客観的な情報収集を、適切な方法で行うことが必要です。

健康状態、ADL、IADL、認知、コミュニケーション能力、社会との関わり、排尿・排便、褥瘡・皮膚の問題、口腔衛生、食事（1,500Kcal/1日）摂取、水分（1,300ml/1日）摂取、行動・心理症状、介護力、居住環境、特別な状況等

など、アセスメントのための課題分析標準項目23項目（P94参照）を参考にして、総合的な視点での情報収集が必要です。

◎ 情報収集の方法におけるヒアリングの視点

→ 適切な方法を用いているか等を確認します。

「誰が何を情報収集するか」について、担当のケアマネージャーだけでなく、医師や看護師などの専門職による視点からの観察情報をも加味することが必要です。また、対象として、利用者だけを観察するのではなく、利用者の生活歴や家族状況（介護力・家族背景等）など、その人を取り巻く環境全般について見ていく必要があります。

できないことだけを見るのではなく、利用者本人ができること（ストレングス）をアセスメントする視点が大切です。

◎ ヒアリングのポイント

→ 施設・事業所で作成している、アセスメント表等を確認しながら、自立支援に向けたケアプランを作成する上で、本当に必要な利用者情報が適確に引き出されているかをヒアリングします。

標準項目を網羅するだけのアセスメントではなく、収集した情報から、まず利用者の全体像を捉えることが大切です。次に、利用者が今どのような状況にあり、何故サービスを必要としているのか、自立支援に必要な本当の支援は何かを分析した上で、ニーズを引き出しているかを確認します。

単に要望とサービスを結び付けるだけにならないよう配慮する必要があります。また、一連のケアマネジメントプロセスを常に振り返りながら、ケアマネジメントに必要な知識の習得や向上を意識してアセスメントに臨んでいるかを確認することが重要です。

◆ 課題分析 ◆

② 分析

アセスメントの結果を多方面から検討し、入手した情報の分析から、生活課題（ニーズ）を把握する。

課題・分析にあたっては、次の点に十分留意することが必要です。

- 表面に現れている現象を「問題」として捉えるのではなく、問題を引き起こしている原因や背景を明らかにしていくことで、「真の課題」をつかんでいるか。
- 目に見えている問題は、相互に関連し合って、1つの現象を示しているため、その相互関連を明らかにしていく視点があるか。
- 利用者に起こりうる危険性を予測することなどにより、潜在化している課題を発見し、課題の見落としを防ぐことに配慮しているか。
- 利用者本人や家族が希望するニーズのみに対応するのではなく、専門職として知識と技術を基に分析を行う努力をしているか。
- 利用者本人の支援だけでなく、主たる介護者を支援する視点を忘れていないか。
- 緊急事態の予測、リスクマネジメントに配慮する視点をもってしているか。

◎ 課題分析におけるヒアリングの視点

→ アセスメントから得られた情報の分析により、利用者の状態を改善するための課題やニーズの把握が行われているかを確認します。

→ 利用者の状態の悪化の防止又は悪化のスピードを遅らせることへの有効策の模索が行われているかを確認します。

障害のある部分・状態に対して、サービスで補ってだけでなく、自立に向けた支援、利用者のQOLを高めるという視点で分析することが重要です。

また、単に情報収集しただけでアセスメントが終わっていないかを常に振り返る視点を持ち、専門職として判断した根拠の説明ができることが重要です。

◆ ケアプランの作成（個別性に応じた計画作成） ◆

ケアプランの作成にあたっては、アセスメントに基づき抽出された生活課題（真のニーズ）の改善をめざすために、次の点に配慮することが大切です。

- 利用者自身は、どのような生活をめざしたいと考えているか。
- 利用者の意向を踏まえた上で、どこまでの改善が可能か。
という目標設定を明確にする。

また、課題を解決し、目標を達成するための具体策・方法として具体的なサービス内容の設定（必要に応じてリハビリテーション計画などの個別計画の策定）を行います。サービス内容の設定にあたっては、次の点に留意する必要があります。

- 目標を達成する手段として適切な内容となっているか。
- 個別のサービス内容については、「誰が、いつまでに、どのような方法で、どのくらいの頻度で」サービスが提供されるのかが具体的に示されているか。
- 利用者のニーズに即した過不足のない、安全なケアが行われることに配慮されサービスになっているか。

◎ ケアプランの作成におけるヒアリングの視点

→ 課題に応じて多職種が関わりを持つケアプランとなっているか、それぞれの職種の役割分担が明確であるかを確認します。

専門性を持った多職種の関わりにより、より高い水準の個別ケアを提供できます。また、それぞれの専門職の役割分担が明確であると、計画に基づく実施が可能となると同時に、利用者の変化を早期に把握できます。

→ 利用者が日常生活の中で実行可能なものかを確認します。

本来、ケアプランの原則は「セルフケアプラン」であると考えます。利用者自身がケアプランの主人公であり、主体的に意欲を持って参加できるように個別のニーズに即した実行可能なものであることが重要です。

同時に、援助者側も同じ目標に向かって、利用者の自己実現のためにそれぞれの専門性を生かせる計画であることが大切です。

◎ 短期目標・長期目標の関連性

→ 達成すべき具体的な短期目標・長期目標がケアプランの中でつながりをもって設定されているか確認する。

個々の短期目標の積み上げの上に、長期目標の達成があり、長期目標の達成の先に、利用者のめざすその人らしい生活が見えてくるという関連性を常に意識することが大切です。

「目標を持たないケアプラン」では、利用者自身が主体的に計画に参加することができません。

また、生活課題を解決していくために必要なカンファレンスもモニタリングもできません。本来のケアマネジメントが展開されていない中では、場当たりの対応計画に過ぎず、効果的なサービスを提供することはできません。

課題を解決するための方向やサービス提供による到達点を示す上で、利用者・家族を含めたチームとしての共通目標が必要です。

◎ 利用者の安全確保の視点

→ 利用者の安全確保を念頭に置いたケアプランとして、どのような状態を見守るのか、危険な状態の時にどのような関わりをするのか、といった手順などが具体的にプランに反映されているかを確認する。

施設・事業所がリスク管理について、継続的にバックアップする体制を持ち、組織として個別ケアに取り組むことが重要です。

どのような危険が予測されるのか、緊急事態とはどのような状況を想定するのか等、個々の利用者の状態像に応じたリスクマネジメントの視点が大切です。

◆ サービス担当者会議（ケアカンファレンス）の開催 ◆

定期的に行われるサービス担当者会議（ケアカンファレンス）において、関わっている各専門職がひとりひとりの利用者をそれぞれの立場から観察するとともに、専門的視点をもって評価を行うことにより、新たな課題の発見や、今後の目標の見直しに繋がります。また、他の専門職の意見やアドバイスをもらうことにより、一人で悩まずにケアの工夫のヒントを得ることができる。

また、ケアを担うチームの一員として、利用者の家族へのはたらきかけも重要である。利用者やその家族がケアカンファレンスに参加することができない場合でも、利用者自身や家族の意思や希望を何らかの形で確認し、それを計画に反映させることが大切である。

◎ サービス担当者会議におけるヒアリングの視点

→ 利用者に関わる多職種の合意形成のための話し合いの場としてケアカンファレンスが定期的に行われ、また、必要に応じて開催されているかを確認する。

専門性を持った多職種の関わりにより、より高い水準のケアが生まれます。また、利用者に関わる多職種の総意で行動計画が決定されることにより、効果的なサービス提供が期待できます。利用者個人の意思を反映したケアカンファレンスの開催によって、チーム全体の意識が新たになり、チームの総意があればこそ、各自の役割や責任が明確となり、成果を上げることにつながります。

※ 決定したケアプランは、利用者に対するサービス提供を行う全ての介護従事者に対して、十分な理解を求め、共通認識のもとケアにあたるのが重要。

◎ 家族へのはたらきかけ、ケアへの参加

→ 利用者の状態像を把握しその情報を共有するため、また、高齢者虐待や身体拘束のリスクについて、しっかりと説明し、納得・理解してもらうために、情報交換の場を多く持つことができているかを確認する。

まず、家族の介護に対する思いを受け止める姿勢が大切です。家族は、24時間は無理ですが、場面、場面においてケアに参加したいと思っている方もいます。しかし、施設・事業所に対して、お世話になっていて、意見するのは申し訳ないという思いから、「お任せします」という姿勢になることも多いはずで、家族の思いを支える視点を持つと同時に、家族も利用者の支援を担うチームの一員として、目標達成に向けて一緒に関わって欲しいというアプローチが大切です。

◆ モニタリング ◆

サービスの実施状況を確認した上で、ケアプランが利用者の自立支援に向けて有効的な計画であったかどうかを検証するための定期的な評価として実施する。

その上で、再アセスメントにつなげる必要があるかどうかを判断し、必要に応じてケアプランの追加・修正・変更を行う。

- 目標の達成度（PDCAサイクルの確認）
- ケアプランに基づき、サービスが適切に実施されているか
- 利用者や家族に新たなニーズが発生していないか
- サービス担当者の意見・評価・要望
- 利用者や家族のサービスに対する意向

◎ モニタリングにおけるヒアリングの視点

→ 作成したケアプランを漫然とこなすのではなく、ケアプランの有効性の検証のため、上記にあるポイントを適切に評価できているかを確認する。

モニタリングはケアマネジメントの総体を経過観察するものです。モニタリングがタイミングよく行われることにより、利用者の状態像により適したサービス提供につながります。

また、モニタリング結果がケアプランの修正・継続に的確に結びつくことによって、より具体性のある効果的なサービス提供に繋がり、その最大の効果として、利用者の望む生活の実現へとつながっていきます。

◆ ケアプランの変更等 ◆

モニタリング結果を的確に反映するために、まず再アセスメントを行い、再アセスメントの結果、利用者の実態が、明らかに計画の変更を必要とする場合には、速やかにケアプランの変更を行う必要がある。

また、緊急性を要しないが慢性的状態にありケアプランの効果がみられない場合など、目に見える状態や問題の変化がなくても、サービスの効果測定や状態の再評価の視点から、一定期間ごとにケアプランの見直しを行い、計画的なケアが展開できるようにすることが大切である。

さらに、サービスを提供していく過程で発生するさまざまな問題により、ケアの内容について、利用者や家族、ケアに携わるチームの考え方にズレが生じることもあるため、サービス計画の変更にあたり、チームとしての共通認識が得られるよう、再度調整することも大切である。

◎ ケアプランの変更等におけるヒアリングの視点

→ どのような経過をたどってケアプランを変更しているのか、まず変更につなげた根拠を確認し、そこから次の課題を見いだした上で、連続したケアを行っているかを確認する。

利用者自身やその人を取り巻く環境などの変化を把握し、一連のケアマネジメントプロセスの再評価を行い、ケアプランの見直しを図ることにより、ケアの質を高めていくという視点も重要です。

◎ 情報の連携のあり方

→ 利用者へのケアの一連のケアマネジメントプロセスについて、ケアを担うチームによる多角的な視点を集約できているかを確認する。

利用者やその家族、利用者のケアに関わる人から意見や要望、問題の提起がなされている場合の対応は、各々の意見に対応するだけでなく、ケアプランに立ち戻り、どこに問題があるのかを検討することが重要です。情報の共有、連携を図る際には、個人情報保護に十分留意する必要があります。利用者・家族に対し、何の目的で情報共有をする必要があるかを、きちんと説明し同意を得ることが大切です。

「一連のケアマネジメントプロセス」の理解に関する質問

(参考例)

- 当日、施設・事業所から提出されたリスト（行動・心理症状等のある利用者）から、数名の利用者を抽出し、各種記録を参考にしながら、施設・事業所における一連のケアマネジメントプロセスに関する考え方を確認する。
- 実地指導は、利用者のサービスの質の向上を図る観点から、施設・事業所の取組みをさらによりよいものとするため、次頁以降の質問例を参考に、介護支援専門員等の気づきを促すように実施する。
- その際、質問に対する回答が十分に得られなかった場合であっても、施設・事業者側に対し、何故できていなかったのか、今後、どのように取り組むことが望まれるのか等について、資料（P83～P89 参照）を参考に、組織的な取組みを促すよう指導することが大切である。
- また、次頁以降の質問例はあくまで例示であり、それぞれの施設・事業所の状況に応じて適宜対応すること。

◆アセスメント（情報収集）◆

- 利用者や家族等の情報収集の方法は、具体的にどのような行っていますか。（P83）
- 利用者にとって必要な情報を引き出すため、アセスメントにおいて特に、留意していることはどのようなことですか。（P83 参照）
- 生活感、価値観、人生観などを含めた全体像のアセスメントを行っていますか。（その人らしさを掴むヒントになる）（P83 参照）

◆アセスメント◆（課題分析）

- 利用者の状態を改善するための課題やニーズの把握について、アセスメントから得られた情報の分析をどのように行っていますか。（P84 参照）
- 利用者の状態の悪化の防止又は悪化のスピードを遅らせるためにどのような対応をされていますか。（P84 参照）

◆ケアプランの作成◆

- 課題に応じて多職種が関わりを持つケアプランとなっていますか。
また、それぞれの職種の役割分担は、どうなっていますか。(P85 参照)
- ケアプランの目標を設定する際には、どのような配慮をしていますか。(P85 参照)
- 短期・長期目標を設定する場合、特に留意していることは何ですか。
(ケアプランに短期・長期目標が設定されているか確認)(P86 参照)
- 利用者の安全確保を念頭においたケアプランとして、どのような状態を見守るのか、危険な状態の時にどのような関わりをするのか、といった手順などについて事前に話し合い、意志決定を行っていますか。(P86 参照)

◆サービス担当者会議（ケアカンファレンス）の開催◆

- ケアカンファレンスの開催頻度や出席者はどのようになっていますか。また、話し合われる内容は、どのようなものですか。(P87 参照)
- 利用者の状態の変化に即応し、高齢者虐待や身体拘束のリスクについて、ご家族への説明を行っていますか。(P87 参照)

◆モニタリング◆

- モニタリングは、具体的にどのように行っていますか。(P88 参照)
また、その際、特に、重視していることはどのようなことですか。
(P88 参照)

◆ケアプランの変更等◆

- 利用者の状態の変化をどのようにとらえていますか。また、次の課題を見出すための再アセスメントをどのように行っていますか。(P89 参照)
- 利用者への一連のケアマネジメントプロセスの中で、ケアを担うチームの意見等をどのように集約していますか。(P89 参照)