

その人らしいケアプランの プロセスについて

名古屋市健康福祉局介護保険課
近藤明宏

ケアプランチェックで指摘が多い事項

- ▶ アセスメントと居宅サービス計画書の整合性がとれない
- ▶ 利用者の状態に変化があった際に再アセスメントを実施していない
- ▶ アセスメントの内容が不足している
- ▶ アセスメントが23項目に達していない
- ▶ アセスメントの記録が残っていない
- ▶ アセスメントの課題分析を行っていない
- ▶ アセスメントからニーズの根拠がみえない

ケアプランチェックにおける確認事項

アセスメント関連項目（1）

（1）目的

介護支援専門員として、アセスメントを行う理由を理解し、その役割が十分果たせているか

（2）確認事項

- ア 利用者の生活課題（ニーズ）の内容を明らかにしているか
- イ 利用者の能力を明らかにしているか
- ウ 利用者及び家族に必要な情報収集を包括的に行い、家族等の主張と介護支援専門員として把握した客観的事実の両方を押さえているか
- エ 利用者及び家族にアセスメントの必要性を理解してもらえたか
- オ 現状に関する予後予測とサービス導入後の予後予測を行ったか
- カ 利用者の負担とならないような時間で、アセスメントができたか

アセスメント関連項目（2）

（1）目的

利用者の「個性・その人らしさ」を大切にするためにも、大切な情報である生活歴や生活状況の聞き取りを適切に行っているか

（2）確認事項

- ア 利用者以外の家族などから生活状況等の聞き取りができたか
- イ 利用者が生活してきた中で大切にしてきたものやエピソード、価値観、趣味、得意なことなど、その人らしさを象徴する情報が簡潔に記載されているか
- ウ 利用者本人からの生活状況等の聞き取りができたか
- エ 利用者や家族に対し、不快や不信感を与えることなく、生活状況等の聞き取りができたか

アセスメント関連項目（3）

（1）目的

認定情報の内容を確認しているか

（2）確認事項

- ア 利用者の認定結果(要介護状態区分・介護認定審査会の意見・支給限度額・認定有効期間等)についての記載がされているか
- イ 認定調査票の内容も参考にするとともに、介護支援専門員自身がそれらの内容について、自分の目で観察・確認を行ったうえで、記録として残しアセスメントに活かしているか
- ウ 必要に応じて利用者の了解を得て、主治医に意見をうかがうなど、新たな情報収集を行っているか
- エ 認定の有効期間等も配慮した計画書の作成が行われているか

アセスメント関連項目（４）

（１）目的

- ア ADL(移動・立ち上がり・排泄・入浴・更衣・整容等)・IADL(調理・掃除・洗濯・金銭管理・買物等)に関するアセスメントが、現状の「できない行為」だけでなく、継続している行為やなんらかの理由であきらめている行為に着目し、そのプロセスが「維持・改善・向上の方法」を利用者(家族)とともに見出すものになっているか
- イ ADL・IADLに影響を及ぼしている個人に起因する要因(心身の健康、心身の機能、対人関係をとる力、意欲・動機づけ)だけでなく、環境による要因(人的環境・物理的環境・経済的環境・制度的環境)まで把握できているか
- ウ 本人・家族からの情報収集を対話(筆談含む)、動作や環境の目視など五感を使って多面的に行っているか

アセスメント関連項目（４）

（２）確認事項

- ア 把握したADLやIADLの状況から、どのような支援を行えば現在の状態の維持・改善・向上につながるかなど、予測を立てた「見立て」ができているか
- イ 利用者が認知症や精神疾患等で十分にADLやIADLについて意思伝達ができない場合、家族や関係者から情報を得るなどして状況を把握しているか
- ウ ADL・IADLの実態について、利用者の状態、周囲の環境の両方からアセスメントを行い、課題を導き出すことができているか
- エ ADLやIADLについて、具体的に誰がどのように行っているかを把握している
- オ 本人及び家族からの情報収集では、対話以外に筆談や環境の目視などからも情報を入手するなど、個別に応じた把握の仕方を実践できているか

アセスメント、第3表関連項目

(1) 目的

本人及び家族の日常の過ごし方を把握することで、利用者及び家族の生活全体を捉えることができ、情報収集やアセスメントの過程に課題が残っていないか

(2) 確認事項

- ア 起床時間から就寝までの「一日の生活リズム」（整容、食事、散歩、掃除、昼寝、買物、洗濯、入浴等）が具体的に記載されているか
- イ 主たる介護者の「介護への関わり」や不在の時間帯等について記載されているか
- ウ 夜間を含めた介護者の介護への関わりの内容（整容・排泄・吸引・吸入・食事・移動・入浴・清拭・体位変換・移乗等）が具体的に記載されているか
- エ 一日の生活の中で習慣化していることが記載されているか

アセスメントと課題分析

アセスメントとは

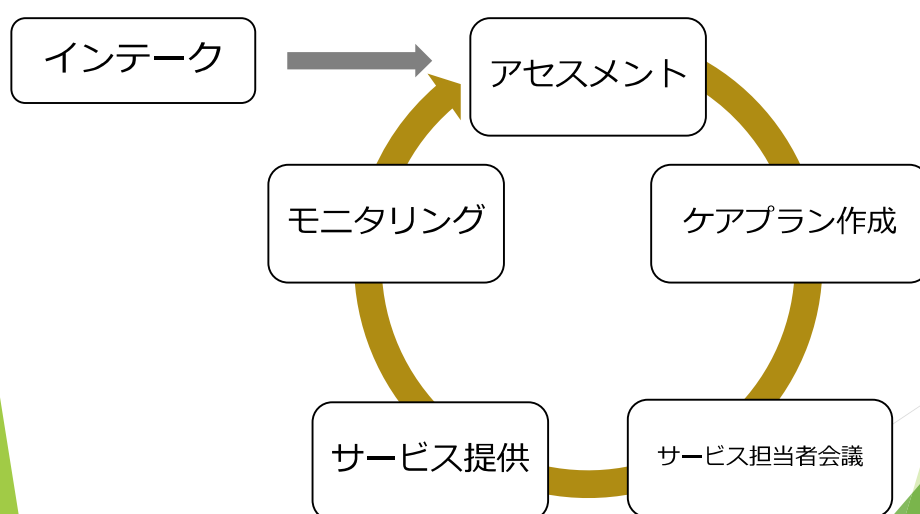
- ▶ 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅介護サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて、利用者が自立した日常生活が営めることができるように支援する上で解決すべき課題の把握をしなければならない

(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第13条6号)

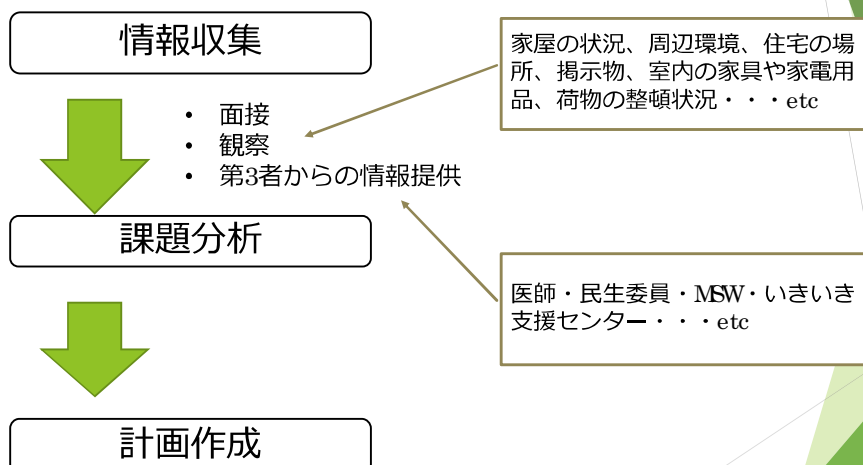
つまり・・・

利用者が自立した日常生活ができていない問題点を介護支援専門員は見つけ出しなさいということ

介護支援専門員の仕事はアセスメントが中心で回っている



アセスメントの進め方



アセスメントで欠かせないポイント

- ▶ 訪問前に事前情報を収集する
- ▶ 「一緒に考えていく」という意識をもつ
- ▶ 具体的に聞く
- ▶ 理由を考えながらアセスメントする

(WAMNET ケアマネージャーの仕事ガイド 3.アセスメントより)

「デイサービスに行かせたい」のはなぜ

利用者や家族から「デイサービスに行かせたい」と要望

- ▶ デイサービスを使うことで、どんな良い事を期待しているのか
体を動かして健康的に暮らしてもらいたい
- ▶ なぜそう思うのか
最近外出することが減り、ひきこもりがちになっている
- ▶ 困っていること、実現したいことがある
外に出なくなって動けなくなってしまうのが心配
- ▶ なぜそうなったのか

歩行能力が低下したためなのか、気分の落ち込みがあった為なのか、外出する導線に段差などの支障があるか、友達とけんかをしたのか、暑くなったからなのか、・・・etc

気が付かないうちに課題分析はしている

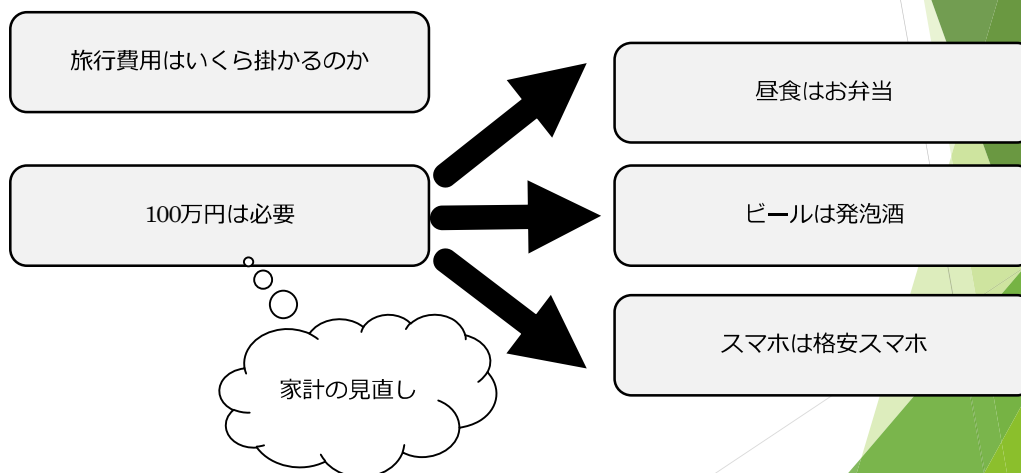
家族で夏休みにハワイ旅行に行きたい

旅行費用はいくら掛かるのか

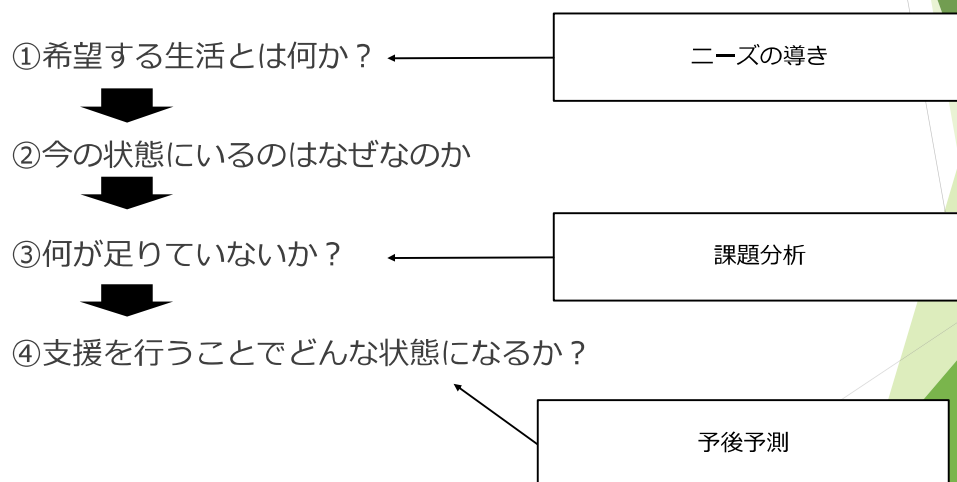
休暇を取得することができるのか

手続きは何か必要か

気が付かないうちに課題分析はしている



アセスメントの思考の流れ



課題分析のプロセス

Aさんから、タクシーで行っている近所の床屋に一人で歩いて行きたいと希望

それに向けての問題点を抽出。

①床屋までの距離はどれぐらいなのだろうか

→床屋までが300mであった場合に、300m歩行をすることが必要。

→現在の歩行能力から足りない面は何か考察する

②床屋までに道のりに支障になる所はないだろうか

→途中で信号があった場合に、信号が変わる前に渡りきることができる歩行速度が必要

→信号が変わるまでの時間の情報、横断歩道の距離の情報収集が必要

課題分析のプロセス

Aさんの現時点での能力を専門職からの見解、見通し・リスクを含めて検討する

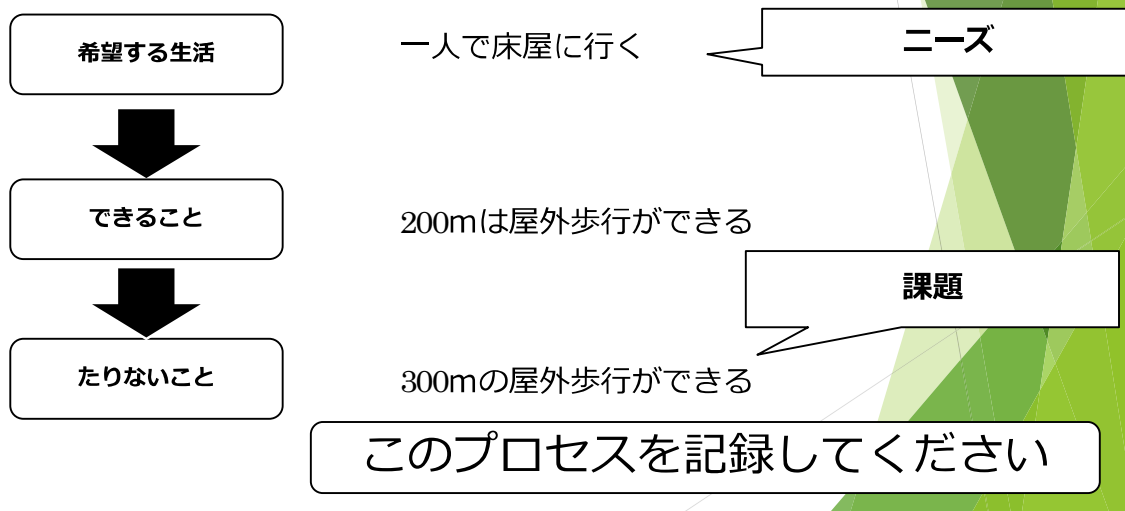
①300mの屋外歩行ができない。(200mはできる)

②信号が変わる30秒間に15m歩くことができない



この点をどうやって改善していくかを具体的にサービス担当者会議等で検討していく

課題分析のプロセス



医療情報のアセスメント

「病状を安定したい」と本人の希望があった際

- ▶ どんな病状、病気なのだろうか
- ▶ 安定とはどんな状態なのだろうか
- ▶ 病状を安定させるにはどんなことが必要なのだろうか
- ▶ 病状がどのような経過をたどっていくのか
- ▶ 本人・家族は病気についてどのように理解をしているのだろうか・・・etc

↓

病気の安定について情報収集をすることはたくさんある

医療情報のアセスメント

糖尿病を患っている利用者のアセスメント

正常値の血糖値・HbA1cの数値・I型、II型・合併症・カロリー制限・食生活・運動量・インシュリン注射・内服薬・・・etc



本人からの情報だけでは、思い違い、理解不足などの可能性がある。その為に主治医などの医療従事者との連携は必須となる。

本人からの要望が少ない人

本人からは「自宅で生活したい」としか要望が聞けない場合
この利用者が自宅で生活する為には、どんな状況になったら困難になるのか

- ・一人でトイレに行くことができなくなる
- ・食事を作ることができなくなる
- ・猫の世話ができなくなる・・・etc

などの本人の中のボーダーラインがあるはず。
その活動を続けていくにはどんな能力が必要か考察することで課題が見つかる。

本人からの要望が少ない人

例えば本人からトイレに一人で行くことができなくなったら自宅にいることは難しいと考えているのならば、

- ・ トイレまでの移動ができる
- ・ トイレ内で動作の一連ができる

などの課題が出てくるので、そこを悪化させない具体的な提案策を検討する必要がある

その人らしいケアプランとは

- ▶ アセスメントと居宅サービス計画書を第三者が読んで、利用者の置かれている状況、解決する課題、具体策が理解でき、その人のことが想像できるケアプラン。
- ▶ 安心、安全、安楽などの抽象的な表現を使ったケアプランではその人は見えてこない
- ▶ その為には具体的なアセスメントが不可欠
- ▶ その人らしさはその人しかわからない。



本人やご家族等と、一緒に具体的な目標を設定することでその人だけのその人らしいケアプランが出来る。

まとめ

- ▶ アセスメントツールを埋めることがアセスメントではない
- ▶ アセスメントでは具体的に状況を把握をする
- ▶ 課題分析のプロセスは頭の中だけで行わず、記録をして「見える化」をして考察してみる。記憶より記録。
- ▶ 初回での面談でアセスメントが完了することはできない。随時、いろいろな所から情報を集めていく必要がある。
- ▶ 多面的な視点は不可欠。五感をフルに活用して行うこと。