

アセスメント ～ケアプラン点検の視点から～

ふくし@JMI 加藤 美和子。

I 指定居宅介護支援事業の運営基準（一部抜粋）

（基本方針）

第一条 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

（指定居宅介護支援の基本取扱方針）

第十二条 指定居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

六 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現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

Ⅱ 自立を支援するということ ～

1 自己決定の尊重

選択可能な、個人を尊重した個別的対応や方法を事前に提案してお知らせし、本人の自らの決定を尊重して対応します。決めるのは支援者でなく本人です。

自己決定と自己責任は違います。

自分で決める能力を評価し、判断が難しければ後見人（家族等）等が代わりに決定する場合があります。

2 能力の発揮

本人の自己解決能力に着目して、個々のニーズの客観的な把握・分析を行い、自立を支援及び自立を促進する目的で関わります。

できるところも代行してしまうと、その時は喜ばれるかもしれませんが、能力の発揮を妨げ、依存性を高めてしまう場合があります。

3 生活の継続性（継続性の尊重）

本人の心身の機能や生活環境に障害があったとしても、その人の生活を維持・継続していけるよう、相手の生活の継続性を尊重して関わります。

広く、保健・医療・福祉・介護・法律等、生活全般にわたる連携により支援します。

Ⅲ 高齢者ケアプラン策定の基本

1 治るものは治す（改善する可能性、維持の必要性、悪化の危険性）

2 治らなければ補う（ケアの必要性）

3 予防する

ケアプラン点検 ～ケアプランの振り返り～

ケアプランの2表を見てください。

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）があります。

①「歩けるようになりたい」となっていたとします。

ある、見る立場の人（介護保険に詳しい家族でもいいです。）から、なぜ、「歩けるようになりたい」という課題になったのですか？と質問されました。

あなたは、どのように説明しますか？

「デイサービスでリハビリができるから」「デイサービスに行きたいという希望があったから」「歩きたいと言われたから」・・・では説明になりませんね。

3週間前、転んで膝を痛めたために安静にしていました。安静にして寝て過ごしていたら、歩けなくなり、立っているのがやっとになってしまいました。痛みも取れたし、主治医の先生からも身体を動かして大丈夫と言われました。本人も、また元のように歩けるようになりたいという希望だったため、改善の可能性が高いと判断しました。本人の言葉を借りて「歩けるようになりたい」としました。

説明の後、「では、そのことが確認できる、アセスメントの結果を見せてください。」と言われました。

対応はOKですか？ 理由が説明できますか？

②「気分転換したい」となっていました。

「気分転換したい。」ということは、気分の落ち込みや悩み等が見られたのですか？ それはアセスメント記録のどこを見れば分かりますか？と聞かれました。

対応はOKですか？ 理由が説明できますか？

根拠を明らかにできなかった場合どうしますか？

改めて情報を整理し、課題検討をし直します。

① 情報の整理は、国の「課題分析標準項目」を基本にします。

② プロセスは「居宅介護支援の手引き」で確認します。

③ 課題検討は「ケアプラン策定のための課題検討用紙」を使います。

④ 検討の方法は「ケアプラン策定のための課題検討の手引き」を使います。

ケアプラン点検の目的

自立支援に向けたケアプラン策定に大切なことは、介護支援専門員がケアマネジメントの視点を正しく踏まえ、専門家として判断の根拠を示した上でケアプランの作成ができているかどうかです。

保険者（担当者）と介護支援専門員が、共に考え、気づくことができるようにします。

- ① 共に確認しあいます。
- ② 一緒にレベルアップを目指します。
- ③ ケアプランの根拠について確認を一緒におこないます。
- ④ 地域の課題を知ります。
- ⑤ 次回からのケアプラン作成に役立つようにします。

ケアプラン点検の方法

(方 法) 面接 ～1件60分程度～

(対 象) 介護支援専門員が、振り返りたいと思う事例，点検を通してスキルアップしたい利用者の事例，対応に困っている利用者の事例等。

- ① ケアプラン表（1），（2）
- ② アセスメントシート及びアセスメントの結果がわかるもの

※「ケアプラン策定のための課題検討用紙」に整理すると確認しやすい。

(資 料) 気づきの根拠（専門性）を持って対応する。

※個人的主観や経験と感で対応するのではない。

- ① 「居宅介護支援の手引き」
- ② 「ケアプラン策定のための課題検討の手引き」

ケアプラン点検支援マニュアル

1 目的

ケアプラン点検は、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援するために行うのもです。

2 ケアプラン点検に当たっての基本姿勢

保険者は、ケアプラン点検を行うに当たって、以下の点を十分に踏まえて行う必要があります。

- ①点検に際して事業所側の事務の負担を考慮し、資料などは必要最小限なものとするのが大切です。
- ②ケアプランを形式的に点検するのが目的ではないので、空欄があったからといって直ちにそれが問題となるわけではありません。
- ③点検作業は一方的ではなく双方向で行い、保険者と介護支援専門員がともに確認しあう姿勢で臨みます。
- ④介護支援専門員がどこに悩み、つまづいているのかを把握し点検を通して「気づき」を促すことが大切です。
- ⑤介護支援専門員を批判するのではなく一緒にレベルアップを図る方法であることを認識します。
- ⑥介護支援専門員が、再度点検を受けてみたいと感じることができるよう、保険者として継続的に支援していく姿勢が大切です。
- ⑦地域特性を意識しながら、保険者として地域で何が課題になっているかを考察しながら進めていくことも大切です。
- ⑧不適切なプランと思われるものがあつた場合、プランの根拠について確認を一緒に行う「振り返り作業」を実施し、次回からの計画作成に役立つように適切なプラン作成の視点・気づきを促すことが重要です。
- ⑨点検を効率的に実施する為に必ずしも全てのケアプランに関して点検する必要はなく、目的をはっきりさせて行うことが必要です。

自立支援に向けたケアプランの作成に向けて大切なことは、介護支援専門員がケアマネジメントの視点を正しく踏まえ、専門家として判断の根拠を示した上でケアプラン作成ができているかどうかです。

このマニュアルは、それらを可能な限り理解しやすいように作成してありますが、基本的な事項を示したものにすぎません。このマニュアルを参考に、その趣旨を理解した上で、各保険者が創意工夫して、事務負担にも配慮した独自のものを作成することが望まれるところです。そしてこのマニュアルを通じ、保険者と地域の介護支援専門員が連携し一丸となって「質の高いケアマネジメント」を目指す足がかりになってくれることを期待します。

分 析 表

- 1 〈アセスメントの基本〉

介護支援専門員として、アセスメントを行う理由についてどのように理解していますか。またアセスメントを行う専門職として、その役割を十分に果たせていると感じますか？
- 2 〈情報収集〉

アセスメントに必要な情報をどのような方々から得ましたか？
- 3 〈基本情報〉

アセスメントを行う上で必要だと思われる基本情報について、どのような情報を特に重要な情報として押さえましたか？
- 4 〈相談〉

どのような相談経緯だったのでしょうか？
- 5 〈生活状況〉

利用者の「個別性・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をどのようにして聞き取りましたか？
- 6 〈サービスの把握〉

現在利用しているサービスについて、その利用状況・満足度等を把握していますか。またその上で介護給付以外のサービスについても把握ができていますか。
- 7 〈日常生活自立度〉

障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度について、最新の状況を把握していますか。
- 8 〈主訴〉

利用者・家族は主にどのようなことに困って来られたのですか。
- 9 〈認定〉

認定情報の内容を確認しましたか。
- 10 〈理由〉

今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由について教えてください。
- 11 〈健康状態〉

利用者の健康状態について、ケアプラン作成にあたり重要だと考えている事を教えてください。
- 12 〈ADL・IADL〉

利用者のADL・IADLの現状を把握するにあたり、何に気をつけてアセスメントしましたか。またその手法・経路について教えて下さい。
- 13 〈認知症〉

物忘れや認知症について何か気になることはありましたか。
- 14 〈コミュニケーション〉

友人や家族、地域の方とどのようにコミュニケーションをとっているか確認しましたか。
- 15 〈社会参加〉

利用者の友人や家族、地域の方との関わり方は良好ですか。また最近変化したこと（例：友人の入院・入所、他界等）はありませんか。利用者が自らすすんで行っている活動や趣味などはありますか。
- 16 〈排泄〉

利用者の排泄に関しての意向や困っているところは何ですか？またその原因や背景を把握していますか。
- 17 〈食事・口腔〉

- 食事や口腔の状態について、何か気になる点がありましたか。
- 18 〈問題行動〉
利用者が周囲を戸惑わせたり、介護者が負担に思っている行為は起こっていませんか。
- 19 〈家族の心身の状況〉
家族の方の心身の状況は把握していますか？特にどなたか心配な方はいらっしゃいますか。
- 20 〈家族の介護力〉
家族の方の介護に対する思いをどのように捉えましたか。家族の方が話した言葉で印象に残った事があれば教えてもらえますか。
- 21 〈居住環境〉
在宅生活を続ける居住環境として、気がかりな点はありませんか？利用者・家族の意向はどうですか。
- 22 〈特別な状況〉
プランを作成する上で、特別に配慮したほうがよいと思われたことがあれば教えてください。
- 23 〈尊重〉
アセスメントを通じて、利用者・介護者に現状を認識してもらえましたか。また、介護支援専門員として利用者の自己選択や自己決定などの主体性を尊重することができましたか。

居宅サービス計画書（1）

- 1 記載事項に漏れがないよう、常に確認をしていますか？
- 2 「課題」の整理はできましたか、またそれらの「課題」は「利用者及び家族の生活に対する意向」とに関連性はありますか？
- 3 家族はどのようなおもいで、利用者を支えていこうとお考えですか？
- 4 利用者及び家族の「生活に対する意向」は、アセスメントをすすめ、課題が明確になっていく過程において、面接当初と比べてどのような変化が生まれましたか？
- 5 総合的な援助方針はどのようなプロセスを踏んで決定しましたか？
- 6 生活援助中心型を算定した理由を教えてください。

居宅サービス計画書（2）

- 1 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の原因や背景を教えてください。
- 2 課題の優先順位を決める上で、大切なことはどのようなことだと思いますか？
- 3 生活全般の解決すべき課題が利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか？
- 4 利用者・家族の「困りごと」に対してどのような働きかけを行いましたか？
- 5 長期目標は、どのように設定しましたか？
利用者自身が、課題（ニーズ）ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点として、具体的にわかりやすく記載できていますか？
- 6 短期目標は長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっていますか？
- 7 課題を解決するための単なるサービス内容の記載だけではなく、どのような点に注意すべきか、どういったことを大切にすべきか等の視点も含めた具体的な記載内容となっていますか？
- 8 計画したサービス内容を適切に提供する為に、サービス種別はどのような資源を検討し、決定しましたか？
- 9 サービスの利用頻度と期間の見直しはいつ頃、どのように行いますか？

週間サービス計画

- 1 週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について、どのように考えていますか？
- 2 本人の主な日常生活について、どのように把握しましたか？またその人らしい生活がイメージされていますか？
- 3 週間サービスには、利用者・家族の状況（意向、事情等）にあった計画になりましたか？
- 4 「週単位以外のサービス」の欄には何を記載していますか？

『介護保険制度改正のポイント』

人口減と高齢化が同時に進みます。医療・介護制度は、高齢者の急増、支え手世代の減少、財政難に直面します。厚生労働省によると、25年には医療給付費がいまの37兆円から54兆円に、介護給付費は10兆円から21兆円に膨らむ。

病院にかかれぬ高齢患者があふれ、介護保険料は負担の限界を超えて高騰。サービスを提供する人手の不足も深刻。

負担面では、一定の所得（年金収入なら年280万円以上）がある人の自己負担割合を1割から2割に上がり、低所得者の保険料を軽減する一方、高所得者は上乘せになりそう。高齢者にも支払い能力に応じて負担を求める方向です。

『地域包括ケアシステム』 ～厚生労働省～

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。

2015. 11. 17. M. K.

アセスメント「具体的支障把握の視点」

1 健康状態

- ① 本人の生活に影響のある，介護スタッフが観察・管理の必要な病気を把握しましたか？（治った病気，身体機能やプランに関係しない病気は除きます。）
- ② 病気への対応について，主治医に相談し，対応の指示を受けましたか？
- ③ 生活に支障のある症状や痛みを把握しましたか？
- ④ 在宅医療機器（カテーテル，点滴，酸素，瘻等）について把握しましたか？

2 ADL

- ① 利用者本人のADL能力，生活の支障を具体的に把握しましたか？
- ② 活動量について把握しましたか？
- ③ リハビリに関する，意欲や目標を把握しましたか？
- ④ 転倒の具体的状況，危険性を把握しましたか？

3 IADL

- ① 利用者本人のIADL能力，生活の支障を具体的に把握しましたか？
- ② 自己動作に関する，意欲や目標を把握しましたか？

4 認知

- ① 記憶障害を具体的に把握しましたか？
- ② 見当識障害を具体的に把握しましたか？
- ③ 判断力低下について具体的に把握しましたか？
- ④ 実行機能障害を具体的に把握しましたか？
- ⑤ できるところを把握しましたか？

5 コミュニケーション能力

- ① 相手のことを理解できるか，自分のことを伝えることができるか，コミュニケーション能力を具体的に把握しましたか？
- ② 聴覚，視覚障害を把握しましたか？

6 社会との関わり

- ① 社会との関わりと適応，社会的活動や役割，毎日の暮らしぶりを把握しましたか？
- ② 気分の落ち込み等，心理面での問題について把握しましたか？

7 排尿・排便

- ① 失禁の状態を把握しましたか？

8 褥瘡・皮膚の問題

- ① 皮膚・じょく創等，皮膚の状態を把握しましたか？

9 口腔衛生

- ① 食べる，話すこと等に支障のある，口腔の問題を明らかにしましたか？

10 食事摂取

- ① 栄養・水分摂取，意図しない体重減少を明らかにしましたか？

11 問題行動（行動障害）BPSD

- ① 家族等の悩みや苦痛となる行動を把握しましたか？
- ② 問題行動の規則性，原因，関係性，感じ方等を具体的に把握しましたか？

1 2 介護力

- ① 介護者の状況を把握しましたか？
- ② 介護者の負担と，介護負担の原因となっていることを具体的に把握しましたか？

1 3 居住環境

- ① 対象者本人の障害の状況から見た，居住環境の不具合，自立を阻害する原因を把握しましたか？

1 4 特別な状況

- ① 緩和ケア，ターミナルケアの必要性，実現の可能性を把握しましたか？
- ② 高齢者虐待の兆候，危険性，緊急性を確認しましたか？

ケアプラン策定のための「課題検討用紙」活用のメリット

「課題検討用紙」と合わせて、手引き（情報収集、介護支援、課題検討）を活用することによって下記の効果が得られる。

（基本的活用）

- 1 介護支援専門員の役割と情報収集のポイントが理解できる。
- 2 要介護高齢者本人中心の心身能力評価が適切にできる。
- 3 要介護高齢者が抱えている生活上の問題点を明らかにできる。
- 4 生活上の問題に対する意向を捉えることができる。
- 5 必要な介護が明確にできる。
- 6 生活上の問題に関する改善の可能性を予測し残存能力の活用ができる。
- 7 生活上の問題に関する悪化の危険性を予測し予防ができる。
- 8 自立生活支援上の課題が明確にできる。
- 9 自立生活支援の方針を明確にできる。
- 10 課題分析の経過・結果が可視化できる。
- 11 アセスメントからサービス計画書に至る経緯とケアプランへの関連性を明確にできる。
- 12 アセスメント・ケアプランの書き方ではなく、考え方を習得できる。
- 13 サービス担当者会議等において、ケアプランの根拠が説明できる。
- 14 サービス事業所毎の個別サービス計画作成に活用できる。
- 15 モニタリング、継続的アセスメントの視点が明確になり、ケアの実施者と共有できる。

アセスメント ～運営基準から～

六 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現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

（応用的活用）

- 1 要介護高齢者の生活全般の問題を明確化し、他職種で情報の共有ができる。
- 2 介護支援専門員の立ち位置、役割を整理・理解できる。
- 3 要介護高齢者の一部の目立った問題だけに囚われることなく、生活全般を捉えて対応することができる。
- 4 生活問題に関する事例研究・検討に活用できる。
- 5 アセスメントシートの種別を問わず、共通の視点で課題分析ができる。
- 6 ケアプランに至る検討過程が可視化するため、ケアプラン点検に活用できる。
- 7 課題検討用紙に整理することにより、事例検討会やケア会議における、問題解決・専門性向上に活用できる。
- 8 各種研修において、使用しているアセスメントシートが違っていても、共通の課題検討用紙を使えば生活全般の問題点が共有でき、同じ視点で学ぶことができる。
- 9 第三者評価や実地指導時に、適正性・正当性を証明できる。
- 10 要介護高齢者の生活全般の危険性を整理することにより、リスクマネジメントができる。

厚労省振興課担当者から・・・

アセスメント等で得られた情報などによる根拠もなく(専門職としての何の判断もなく)、(本人の意向だけとかで)課題を設定しているケアマネがいるとかいう状況があるので、アセスメントから課題抽出までの考えをペーパーに落としてみることで今よりはきちんと頭の中を整理できるようになるのではと考えております。課題整理表を記入することが大事ではなく、課題整理表を活用する意味は何か、何が求められているのかということ学んでもらうことのほうに意味があるのだと考えております。

その活用方法としては、先述しましたケアマネ自身が利用者の自立阻害要因を分析し課題を抽出する過程の考え方をしっかり身につけることに効果があると思います。

2015. 11. 17. mk。