

利用者の思いを反映したケアプラン作成に必要なスキルとは？

- 利用者が言った「感情用語」を受け入れるスキル
- モニタリングで利用者情報を深めていくスキル
- サービス担当者会議等でケアプランを評価し修正するスキル

上記の3つのポイントを意識しながら、利用者様の目線で関わるのが重要です

スキル①

利用者が言った「感情用語」を受け入れるスキル

ケアプランを見ていて、何だか似通ったプランが多いなあと感じることがあります。例えば、下肢筋力が低下した利用者さんのケアプランというと、「転倒せず、在宅で安心、安楽に暮らしたい」というニーズをよく見かけます。

これは、名前を入れ替えれば誰にでも使える普遍的なニーズ。これでは利用者さんの心には響きません。

では、どうすればよいかといえば、「在宅で暮らしたい」という思いをもっと掘り下げて、それをプランに書き込んでいくのです。これからもずっと暮らし続けたい「この家」は、例えば、夫と苦勞してお金を貯めてやっと手に入れた家だから、という思いがあるのかもしれない。子供たちを育てた思い出がたくさん詰まっている家だからなのかもしれない。利用者さんのそうした思いが表れた「感情用語」を聞きもらさず、その言葉を使ってプランを書くのです。

「亡き夫と苦勞して建ててずっと一緒に暮らしてきたこの家で、この先も暮らし続けたい」というニーズと「在宅で暮らし続けたい」というニーズは、似ているようでまったく違います。利用者さんの思いが伝わるプランを書ければ、利用者さんも「この人は自分の気持ちをわかってくれている」「何かあったら相談しよう」と、ケアマネジャーへの信頼にもつながっていくものです。

ケアプランでは、専門用語を多用しているプランが多いのも気になります。「QOLの向上」や「ADLの拡大」などと書かれていても、利用者さんご家族もピンときません。ケアプランは利用者ご本人のためのもの。ご本人やご家族が理解できなくては意味がありません。QOLのどこを高めたいのか、ADLをどう拡大したいのか。「バスに乗って孫に会いに行けるよう歩行のリハビリを頑張りたい」など、読んだときに自分の姿がイメージできる、実行可能な目標設定が大切です。

スキル② モニタリングで利用者情報を深めていくスキル

ケアプランは作成後、モニタリングを重ねて必要に応じて修正していきますよね。せつかく月1回モニタリングに行くのですから、何か変わりはないか、短期目標はクリアできているかどうかを確認するだけでなく、ぜひ利用者さんについての情報を深めていく機会として活用してほしいと思います。お勧めしたいのは、今月はここを聞こうというテーマを持って訪問すること。前編でアセスメントは1回では終わらないという話をしたと思います。聞き足りなかった情報を、世間話をしながら確認をしていく場としてモニタリングは最適なのです。

例えば、女性の利用者さんに子ども時代のことをもう少し聞きたいと思っているなら、2月末、あるいは3月に訪問した際、ひな祭りの話から子どもの頃のひな祭りはどうだったかを尋ねてみるのです。すると、「子どもの頃は貧しくておひな様を買ってもらえず、持っている友だちがとてもうらやましかった」というような話がスッと出てくるかもしれません。

そこから話が拡がり、「だから、娘ができたときには絶対におひな様を買ってあげようと思っていた」とか、「私がパートで稼いだお金で買ってあげた」とか、新たな情報が得られることもあります。そこで、「どんなパートをしていらっしゃるんですか」と尋ねていけば、その方の生活史の情報はさらに膨らんでいくのです。

例えば8月なら終戦記念日等の話題を通じて戦時中の話を聞くなど、意識して季節の話題から尋ねていけばいろいろな話を聞きやすいのではないのでしょうか。そうやって1年かけて様々な話を聞いていくと、その利用者さんの生活史や考え方、大切にしているものなど、その方を支援する上で必要な情報はほぼ把握できます。思いを反映したケアプランはそうした情報があってこそ作れるのです。

スキル③

サービス担当者会議等でプランを評価し修正するスキル

ケアプランは必要に応じて見直すだけでなく、利用者さんのニーズを解決できるプランになっていたかどうかを評価することも大切です。本来、更新の際のサービス担当者会議はケアプランの検証の場でもあるはず。ケアプランに組み込んだサービスを提供する事業者と、ケアプランとの連動性を持ってサービスが提供されたのか、実際にサービス提供をしてみてどうだったのか、きちんと成果は上がったのかを評価してほしいのです。

しかし現状では、減算を免れるためにサービス担当者会議を開催すること自体が目的化しているのではないのでしょうか。ケアマネジャー1人が話し、「…というニーズで…というプランにしました。これでいいですか」と、まるでケアプランの承認を得る場のようになっていることが多いのは残念なことです。ぜひ意識を変えて、サービス担当者会議の場で自分のケアプランを振り返ってみてほしいと思います。

サービス担当者会議だけでなく、事例検討会で発表をして参加者から意見をもらうことも、自分のケアプランや支援について振り返るいい機会になります。自分自身の経験則だけで利用者さんの問題を解決できたと思っただけでは、ケアマネジャーとしての実力はつきません。第三者の視点からケアプランを評価してもらう機会を持つのは、とても大切なことです。ぜひこうした場に積極的に参加し、新しいスキルを身につけ、自分が持っていない視点を得てほしいと思います。

担当講師からのアドバイス

ケアプランを困ったことの羅列にしないために

ケアプランのニーズの欄に、「…で困っている」という表現が多いケアマネジャーはいませんか。これはアセスメントが不十分なために使われる表現です。例えば入浴できずに困っているのであれば、なぜ困っているのか、前はどのようにしていたのか、本当はどうしたいのか、風呂場のつくりはどうなのか、介助できる人はいるのか、身体レベルはどうなのかということをきちんと聞き取れていれば、ニーズの書き方は、例えば「一人で自宅で入浴したい」というように変わってくるはずですよ。

だからといって、「一人で自宅で入浴したい」と表現できればいいということではありません。入浴について言えば、入浴動作のどこができてどこができないのかを医師やリハビリ職に確認することが必要です。それを怠り、ヘルパーの見守りで入浴してもらうケアプランを立てたとしたら、転倒事故が起きる可能性もあります。その場合、ケアマネジャーとして何を根拠にヘルパーの見守りで一人で入れるという判断をしたのかを問われることになるでしょう。ケアプランの書き方だけを学んでも意味はありません。利用者さんの背景をきちんと押さえてプランを立てないと、リスクにつながってしまうことを忘れないでほしいと思います。