

日総研・執筆資料 ～モニタリング、介護計画作成・立案～

- 限られた時間を最大限に活かす！

利用者、家族への情報収集・アセスメント

- 「諦めない！」こんなときどうする？」

支援困難利用者への対応&訪問介護計画事例集

- 不適切表現・書き方から学ぶ！ケアプラン・ケア計画事例集



(株)東京シティ福祉サービス FC 加盟店

福岡シティ福祉サービス

限られた時間を最大限に活かす！

利用者。家族への情報収集・アセスメント

訪問介護サービスのサービス提供責任者は実に業務が膨大で多忙を極めています。(図 1)

集約すると以下の通りと言えるでしょう。

- 新規利用者受入に関する業務
- 担当ヘルパーの選定、指導、マニュアルの策定
- アセスメント業務・介護計画書作成
- 苦情処理、コンプライアンス対策
- スタッフのスキルアップの為の研修の策定、実施
- モニタリング、ケアマネージャーとの連絡調整

その中でアセスメント業務は新規利用者で介護計画書を作成しなければならない際に訪問して情報収集することになります。

そこで利用者の情報収集（アセスメント）についてどのようにしたら時間短縮につながるかについて考えてみたいと思います。

◆利用者・家族のホッネを短時間で無駄なく引き出す質問の仕方

新規利用者受入の際、ある程度ケアマネージャーから交付されるウケアプラン等で利用者に関する情報は入手できますが、より良い介護サービスを提供するには、直接、利用者宅を訪問して情報収集することが欠かせません。

利用者への質問の仕方では問題になってくるのが、いかに利用者と信頼関係を築けるかです。これによって今後のサービスの質を左右するといっても過言ではありません。

では利用者とより良い信頼関係を築くためにはどうすればよいのでしょうか。

そこに介護のプロとして必要不可欠な「対人援助スキル」が必要となってくるわけです。(図 2、図 3)

特にこの対人援助スキルは利用者への説明責任（＝アカウンタビリティ）に必要不可欠なものとなっています。

この対人援助スキルを身につけることが、利用者への質問をスムーズに進めることになり、利用者との信頼関係を築くことになり、ご家族から本音を聞き出すことになるのです。

また、利用者家族の方からの依頼の場合、今まで一人で介護をされてきて、もう精神的にまた身体的に限界な状況で介護サービス利用を考えておられることを常に心にとめていただきたいと思います。そういう状況の中でどういう声掛けが必要か、

それは「相手をねぎらう言葉」なのです。(図 4)

この言葉がいかに相手を安心させるか、ご自分の体験を顧みていただければよくわかると思います。

◆「知っておくべき情報」と「知らなくてもよい情報」～情報の優先順位～

知っておくべき情報とは、国際生活機能によって分類された ADL（日常生活操作）と IADL（手段的日常生活動作）に関する情報です(図 5)。この ADL と IADL 介護計画書作成の為に必要な情報なのです。

またアセスメントシートに記入する際にも必要になってきます。

アセスメントシートに必要な情報は図 6 の通りです。

利用者のご家族は世間話から始まり、介護をしている時の本音、そして介護で困っていることを話されます。

しかしこれはあくまでも利用者家族との信頼関係ができていることが前提です。

その時、介護計画書作成に必要な情報と、そうでもない情報の区別をサー責はできなければなりません。
ご家族の信頼が得られても情報の区別ができなければ、今後の介護サービスに悪影響を与えます。
特に、新人のサー責にはこの点が非常に難しいと思います。

そこで初めのうちは、ベテランのサー責と同行して利用者本人または家族のお話からどういう情報が計画書作成に必要なのか訪問後に指導を受けてみるのも一つの方法でしょう。

もしくは、アセスメント用のチェックシートとヒアリングシートを使うのもお勧めです。(図 7,8)

例えばこれらのチェックシートを箇条書きでメモ帳代わりに使えば、どういうことが必要な情報なのかが一目瞭然でわかるのではないのでしょうか。

◆限られた時間で何を「見る」「聞く」？利用者宅での情報収集

これに関しては、上記に記載しました「知っておくべき情報」と「知らなくてもよい情報」と重複しますが、利用者本人または家族の方はこの人なら信用していいかもと思うようになってきたら、介護に関する悩みとか愚痴、本音を話だしてきます。

その話の中に今後の計画書作成、ケアにつながる情報がたくさん出てきます。

この時何を聞いてみればよいのでしょうか

話し合いが始まってからいきなりアセスメントに必要な事項を聞き出してはいけません。これだと尋問みたいになり、利用者本人または家族の方が不信感を抱くようになり、なかなか話しだしてくれません。

まず利用者本人または家族が世間話をしてきたらそのことに関連した質問をしてみてくださいはいかがでしょうか。

例えばこういう例です。

利用者本人または家族：「私、昔から友人と旅行するのが好きでねえ。よくあちこち行ったものだわ」

サー責またはスタッフ：「そうですか、楽しかったのですねえ～どんなとこに行かれたんですか」

利用者本人または家族：「そーねえ～ 九州にいったわ、温泉が良かったわねえ～ できればまた行ってみたいわ」

利用者本人は歩行が困難になっています。

こういう会話の中でケアの支援内容につながる言葉は何でしょう？ 旅行に行ってみたいという言葉です。

という事はどういう事か、この方はまた元気になって自分の力で歩きたいとスタッフに訴えているのです。

この事が分かれば、今後のケアは足のリハビリにつながる支援内容を計画書に盛り込めばよいということが分かります。

いかがでしょうか。何気ない会話にもケアにつながる情報が隠されているのです。このようなことを読み取れる力を養うためには、とにかく実践しかありません。経験が浅ければベテランのサー責と同行して指導を受けることです。

◆聞き取った情報を最大限活用するためのアセスメントシートの活用

アセスメントシートでは大体記入する情報は決まっています。(図 9)

新規利用者に関してケアマネからの打診があったのち、ケアプランセンターから利用者情報が交付され、ある程度分かっているところがあります。たとえば氏名、年齢、要介護度、今までの生活歴、どのような支援を望んでいるかです。このような記載事項は交付されるケアプランを転記すればよいでしょう。

私たち、サー責が力を発揮するのが、支援内容をいかに利用者および家族の要望に近づけるかです。

ここだけは、ケアプランの転記ではサー責の力不足と言わざるを得ません。

また、このアセスメントシートは、介護計画書作成につながる重要なステップと言えます。

アセスメントシートに「家族の要望」「本人の要望」の欄がありますが、よく見られるのが「ひとりで歩けるようにな

りたい」とか「誰の手助けがなく、調理できるようになりたい」とただ漠然と書かれているものです。
これでもいいのですが、ここはサー責の力の発揮どころとしてこのように書いてみたらいかがでしょうか。

- ・「以前のように一人で旅行に行きたいから一人で歩けるようになりたい」
- ・「人様に迷惑をかけるのが申し訳なく感じるから、誰の手助けがなく、調理できるようになりたい」

つまり、利用者宅に訪問し、情報収集の際、会話で発せられた気持ちをあわらした言葉をそのまま記載してはいかがでしょうか。

介護計画書はアセスメントシートをもとに作成されます。介護計画書の「長期目標」「短期目標」にはアセスメントシートに記載された上記のような会話で発せられた気持ちをあわらした言葉を追加するようにすればよいのです。「家族の要望」「本人の要望」の欄にはぜひ利用者本人・家族から発せられた言葉をそのまま記載するようにしてください。

介護計画書は、作成したら必ず、利用者本人または家族の方に交付して同意を得なければなりません。その際に本人の気持ちを言葉にして記載していたら利用者本人または家族の方にも良い印象を与えますし、何より信頼関係がより強固となるでしょう。

◆お互いの「ロスタイム」を減らす利用者・家族との時間調整のポイント

このことに関して私がお勧めしたいのが、スタッフの方が各自ビジネス手帳を持つという事です。

ただでさえ、サー責の方は業務に追われています。事業所内カンファ、利用者の体験受入、担当者会議・・・
これらをサービス事業所に設置されているホワイトボードに書いているだけでは不十分です。

各自手帳にスタッフ自身のスケジュールを書き込むことで、業務の合間に見ることができ、空いている箇所にスケジュールを入れることができます。

手帳はプライベート用とビジネス用 2 冊づくり、ビジネス用の手帳にサー責などの業務予定を書き入れるようにします。

例えば、利用者・家族との時間調整の時、各自持っているビジネス手帳に先に決まっているスケジュールを記入しておくことで、ご家族とのスケジュールがすんなりいくのではないのでしょうか。

もちろん、スケジュール調整がうまくいかない場合もあります。利用者家族の場合、パートなどで働いていらっしゃる方もおり、どうしても訪問は夜になってしまうといったことも起こります。そこは、各自スケジュールを調整していただくしかありません。

ここに記載していることはあくまでも利用者及びその家族の方との信頼関係が構築していることが前提となります。利用者本人及びその家族の方との連絡調整も対人援助スキル（傾聴）がポイントとなることを忘れないでいただきたいと思います。

しかし、各自ビジネス手帳を持つことでスケジュール管理が容易に出来、少なくともお互いの「ロスタイム」を減らせるのではないのでしょうか。

◆介護サービスを利用するに当たってのサービス利用者家族の本音（体験談）

アセスメントの情報収集で利用者の本音を聞き出すことが対人援助スキルと大いに関係があることを述べてきました。

実は私の妻は16年間、パーキンソン病のお母様を介護していた経験があります。

その体験談を以下に載せておきますので、利用者の本音を知る為にも、アセスメントの参考にしていただきたいと思います。

.....
母が亡くなって六年になります。

私は母がパーキンソン病を発症し、看取るまで約十六年間介護生活を送りました。

大部分が、病院や施設の利用でしたが、在宅で看ていたこともありました。

母は要介護4の半寝たきり状態でした。病院の入退院の繰り返しで、妄想も併発していたこと、また食事を受け付けないことから、医師の施設への入所の勧めを断り、在宅で、とにかく「体力が人並みになる」まで、介護サービスを利用して頑張ろうと決めて、万全の態勢で臨みました。

しかし当時は親戚一同助けを求める状況ではなく、兄弟も遠方でしたので、私が24時間母を看なければいけませんでした。しかし、最初のころはなんとかなっていたのですがさすがに疲れがたまり、母のささいな言動に八つ当たりをしては、泣いて謝るような状況になってしまいました。

これでは危ないと思い、「ショートステイ」を利用しようと思って担当のケアマネさんに相談しました。

「少し休みたいので、ショートステイを利用したいんです。どこかいいところはありませんか？」

私は精一杯、HELPの気持ちを込めて言ったつもりでした。

しかしケアマネさんは

「これがリストです。実際、見てみないとわかりませんからどこか知っているところに行かれたら？」

こういって、膨大なリスト、いわゆる「施設名、電話番号、住所」が書かれたものを微笑みながらさしだしたのです。

「うちはこのような状態です。母は動けない状態です。私一人が介護をしている・・・」

ケアマネさんは言葉を遮り「個人情報ですから、こちらもこうするしかないんです。では、できるだけ早くお願いしますね」

こう言って帰って行ってしまいました。

親戚も「危篤状態」の身内を抱えていて、相談しても「お医者さんに聞いたら？」と言われるばかりです。

何のために介護サービスを利用しているのだろう・・・。カイゴサービスなんて、言葉だけではないか！

ケアマネさんに対する不信、自分に対する自責の念。

ないまぜになりついには、母と心中してしまうのではないかと、それなら私が死ねば、誰か母を助けてくれるかもしれない・・・と思い詰め、私は、自殺しようとしてましたが未遂に終わったのです。

助かった私は、当のケアマネさんの献身的な手配りのおかげで、母の施設入居がなんとかできたことなど、さんざん「お礼をいいたくないくらいだ」と言われ、逆に施設に早く入ればよかったのに、と責められました。

私が、なぜ、命を絶つまで追い詰められたのか、俗にいう「介護地獄」に陥った気持ちを問う親戚は少なかったです。個人情報とはいえ、せめて地図があり、家の周囲にどこがあるか、それくらいの手助けがあれば、母が寝ている間など、どうこうすることもできたのかもしれない。

というより、「命を絶つ」ということには、発展しなかったかもしれません。

.....

◆傾聴と対人援助スキルについて

今まで何度も対人援助スキルがアセスメントに必要なことを述べてきました。
対人援助スキルの重要性は図に示した通りです。(図 10)

ここでは介護者に求められる対人援助の基本的態度を見ていきましょう。2)

(1) 自己覚知 (自分自身を知ること)

より良い人間関係を気づくためには、相手のことをよく知るとともに自分も知ることが重要ときます。
この自分のことを知ることが自己覚知です。
相手を理解しようとするとき、介護者の目が曇っていれば、現実を正しく理解することはできません。

(2) 傾聴とは

利用者の話を聞くだけでなく、声なき声を聴く、いわゆる心の声に耳を傾けることであり、それは利用者の経験、想像、感情、物の見方を総合的に聞くことです。

(3) 共感とは

利用者の示す感情表現や、表出しない感情にも心を寄せ、その思いを共有することです。
利用者の思いを感じ、受け止めるという共感のためには、利用者がどのように感じているかを知ることが必要です。

共感によりお互いの信頼関係が生まれ仲間意識が芽生えることになるのです。また共感により要介護者の苦悩や苦痛が軽減され、要介護者の支えになることができます。

(4) 落ち着いた態度で接する

業務に追われ、あわただしく動き回っていると、周囲の人は声をかけにくくなり、話したいことがあっても我慢してしまうばかりか他の人を探し始める。業務に一生懸命になるばかりに周りに注意が向かないまましていると結果として周囲から孤立してしまうこともあります。常に心に余裕を持ち落ち着きのある態度が必要です。

(5) 自分の表情に気を付ける

笑顔は相手に安心感と信頼感を与えます。
このことはコミュニケーションにおいて自然な笑顔が基本となります。悲しい表情には悲しげな表情を、笑顔には笑顔で聴くことが大切です。

(6) 言葉づかいに気を付ける

言葉遣いは相手に不快な思いをさせない為に必要です。

ポイントは以下の通りです。

- 聴き手が聴き取りやすいように、ゆっくり明瞭に伝える
- 分かりやすく簡潔に、理解できているか確認しながら
- 語尾に注意する。省略したり、語尾を上げたり伸ばしたりしない
- 慣れ慣れし過ぎたり、逆に丁寧過ぎない
- 専門用語を極力使わない

(1) ～ (6) は説明責任 (= アカウントビリティ) にも大いに関係があります。アセスメントの情報収集の時間短縮のポイントになるだけでなく、リスクマネジメント (危機管理) にもつながるのです。

傾聴と対人援助スキルについて何をいまさら分かりきったことを、と反発される方もいらっしゃるかもしれません。しかし、この膨大な業務の中で対人援助スキルを実践させることは容易なことではないのです。

◆まとめ

いままでアセスメントでの情報収集にかかる時間をいかに短縮するかについて述べてきました。アセスメントとは一見関係ないような感じがありますが、実は一番大切なことは対人援助スキルだという事をわかっていただけたでしょうか。

高齢者の方は先の大戦をくぐり抜けてきた人生の達人なのです。人生経験が私たちよりも長い分、相手の心を見透かす力を持っています。

まして人様に迷惑をかけてはいけないと戦前の教育で叩き込まれているのです。小手先の技術のみでは到底、私たちを信頼してくれません。

私も 16 年近く介護事業所に勤め、生活相談員としてサービス担当者会議等に参加し、アセスメントを行ってききましたが、結局は対人援助スキルを身につけることが、アセスメント業務にかかる時間を短縮する唯一の方法だと分かりました。

今の世の中、何でもコンビニ思考で苦労せずに業績を上げようとする傾向が見えて仕方ありません。

（介護サービス業界に限らず）

しかし、アセスメント業務に限らず（他の業種でもそうですが）時間がかかってもいいから（お金をかけてもいいから）チキンと業務に必要なスキルを研修などで受講するなどして身につけることが、相手に信頼を得ることができ結局は業務の時間短縮につながるのではないのでしょうか。

参考・引用文献

- 1) 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（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十七号）
第四節 運営に関する基準（管理者及びサービス提供責任者の責務）
- 2) 介護スキルアップセミナー資料「傾聴とコミュニケーション」（P2、3、4、5、6、9）福岡シティ福祉サービス
- 3) バイステックの 7 原則にみる実務上での基本理念の重要性 ©2006 Chihaya-T3 Corp.
（http://kaigo.vianet.jp/michi/pdf/06_biestek.pdf#search='%E3%83%90%E3%82%A4%E3%82%B9%E3%83%86%E3%83%83%E3%82%AF%E3%81%AE7%E5%8E%9F%E5%89%87'）
- 4) 介護スキルアップセミナー資料「対人援助資料」福岡シティ福祉サービス
- 5) 「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」（日本語版）の厚生労働省ホームページ掲載について
厚生労働省社会・援護局
- 6) 「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成 11 年 11 月 12 日 老企第 29 号
厚生省老人保健福祉局企画課長通知）の別紙 4 の別添
- 7) 前川 静恵 サービス提供責任者仕事ハンドブック 三訂版 22、23 項 中央法規 2013 年

図 1 サービスの業務一覧

《厚生省令第 37 号に基づくサービス提供責任者の業務内容》

- ① アセスメント及び訪問介護計画の作成・交付・説明・同意の取り付け
- ② 訪問介護計画の実施状況の把握・変更
- ③ 訪問介護サービスの利用に関する調整
- ④ 訪問介護員に対する技術指導
- ⑤ 提供されたサービスの管理・評価

これをもとに具体的な業務を記載すると以下ようになる。

- ケアマネジャーからのサービス提供依頼への対応
- 初回訪問時の事前調査（アセスメント）
- 利用者との契約時の手続きや重要事項の説明
- サービス申込みの受付・契約締結
- ケアプランやアセスメント結果に基づく訪問介護計画の作成
- ヘルパーに対するサービス内容・方法・手順の指示・説明
- ヘルパーのシフト管理・調整
- 利用者からのサービスの追加・変更・キャンセルの対応
- 苦情やトラブルへの対応
- カンファレンスやミーティングの運営
- ケアマネジャーとの連携・調整・交渉
- サービス実施上の管理と調整
- 他事業所との連携・調整・交渉
- サービス評価・心身や生活状況変化の把握（モニタリング）
- サービスの評価と見直し
- 利用者の状態変化に合わせたサービスの見直し
- ホームヘルパーの技術レベルの把握・技術指導
- 指導・教育
- 新任研修や定期研修の企画・運営

※ 1 厚生労働省が居宅系介護保険事業における人員・設備・運営に関する基準を定めたもので、事業者はこれに定められたルールに従って事業運営を行わなければならない。

- 1) 厚労省 「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
(平成十一年三月三十一日厚生省令第三十七号)

第四節 運営に関する基準（管理者及びサービス提供責任者の責務）」をもとに作成

図2 対人援助スキルの技法について

表情	悲しい表情には悲しげな表情で 笑顔には笑顔で聴く（ミラーリング）が大切
アイコンタクト、 目線の位置	相手と同じ高さで目線を合わせるのが原則
言葉使い	・聞き手が聞き取りやすいように、ゆっくりと明瞭に。 ・分かりやすいように完結に、理解できているか確認しながら ・専門用語は極力使用しない。
スキンシップ （タッチング）	初対面に相手の体に触れることは逆効果、ある程度面識が付いてきたら肩等のボディタッチは有効
声のトーン	高齢に従い、甲高い声はただうるさく聞こえるだけ。
イントネーション	
チューニング	相手の感情やフィーリング、価値観や思考とあわせる。 ⇒楽しい話は楽しげに聞き、悲しげな話には悲しげに聴く。
マッチング	相手の言葉や話し方と合わせる。相手と同じような言葉を使用するときなど、相手との共通点や類似点を増やしていく方法。 相手の言ったことを利用して返答する工夫をすることが好ましい。 例)「水をください」といったとき「お冷ですね」というよりも「水ですね」と答えるということ
ミラーリング （鏡像性）	コミュニケーションの最中に相手の姿勢やジェスチャー、呼吸、声の調子、話す速度、声の大きさなどをさりげなくあわせること。
リフレージング	共感を持って利用者のキーワードを彼らの口調や表現を使って繰り返す
うなずき（操作）	
相槌	うんうん なるほど ……など
繰り返し（復唱）	・相手の話やキーワードをそのまま返す
	・相手ががんばっているんだ！と言ったら頑張っているんですねと返す
	・キーワード（聞いてほしい言葉）を返すだけで、相手はよく聞いてくれていると受け止めることができる
要約（話の内容を一度整理する）	

2) 福岡シティ福祉サービス主催

介護スキルアップセミナー資料「傾聴とコミュニケーション」（P6、P9）より抜粋
一部加津

図3 バイステックの7原則（対人援助にもっとも使われる技法）

①個別化の原則

利用者を個人としてとらえ、利用者の問題状況に応じて個別的な対応をすること

②意図的な感情表出の原則

援助者が利用者の考えや感情（肯定的な感情も否定的な感情も）を自由に表現できるように働きかけなければならない。そして、その利用者の感情表現を大切に扱わなければならない

③制御された情緒関与の原則

援助者は自身の感情を自覚し吟味しながら、援助者が利用者の表出した感情を受容的・共感的に受け止めること

④非審判的態度の原則

援助者は利用者の言動や行動を、一般の価値基準や援助者自身の価値基準から良いとか悪いとか評価する態度を慎まねばならない。利用者のあるがままを受け入れるように努め、利用者を一方的に非難してはならない

⑤自己決定の原則

援助者は利用者の意思に基づく決定ができるように援助していく。

⑥秘密保持の原則

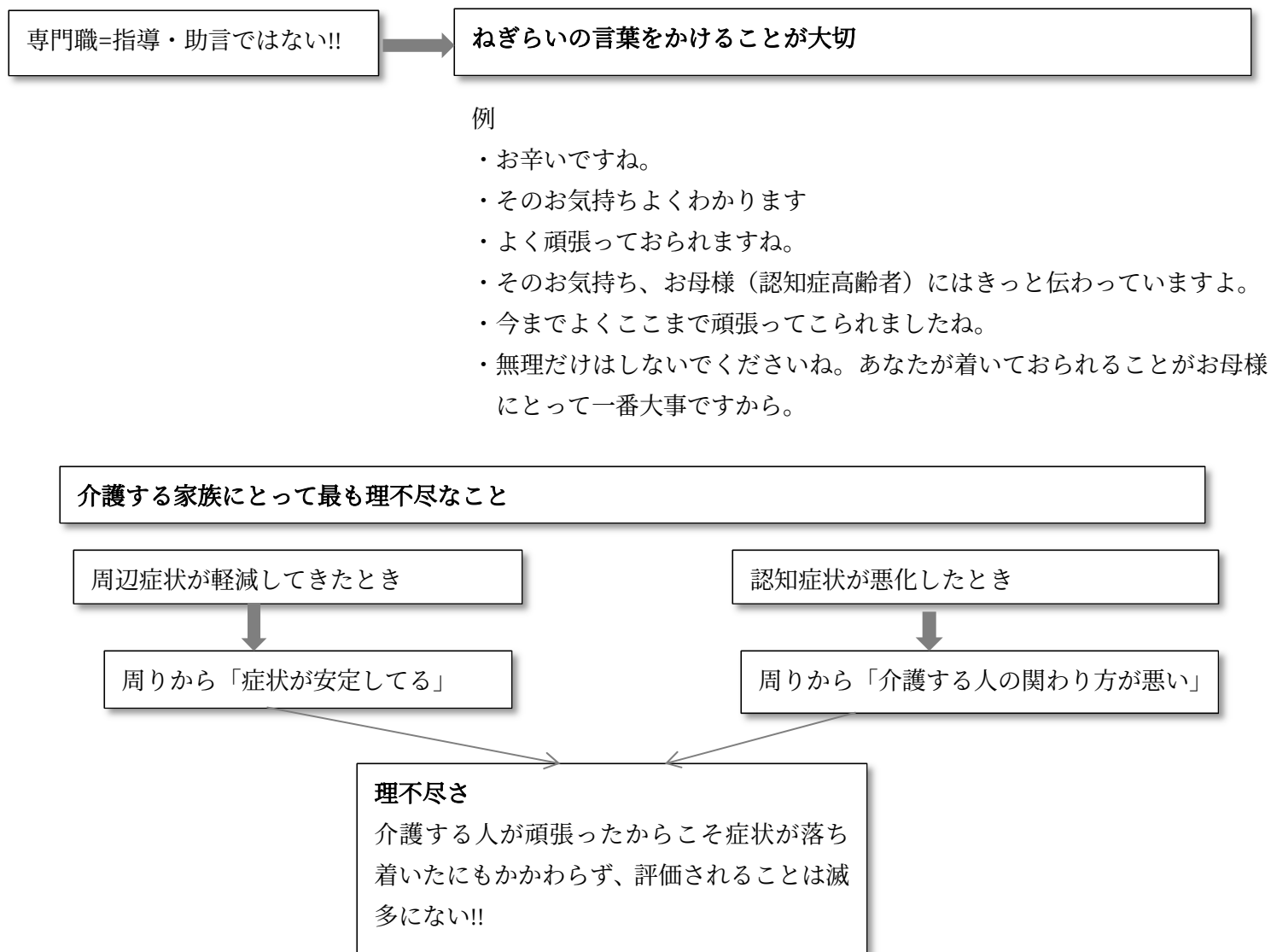
利用者から信頼を得るためには、援助関係のなかで利用者の言動や状況を秘密（プライバシー）として守らねばならない

⑦専門的援助関係の原則

援助者は、個人的な関心・興味から利用者に関わってはならない。援助者は、常に専門職としての態度で臨まなければならない

3) 「©2006 Chihaya-T3 Corp.バイステックの7原則にみる実務上での基本理念の重要性」をもとに作成

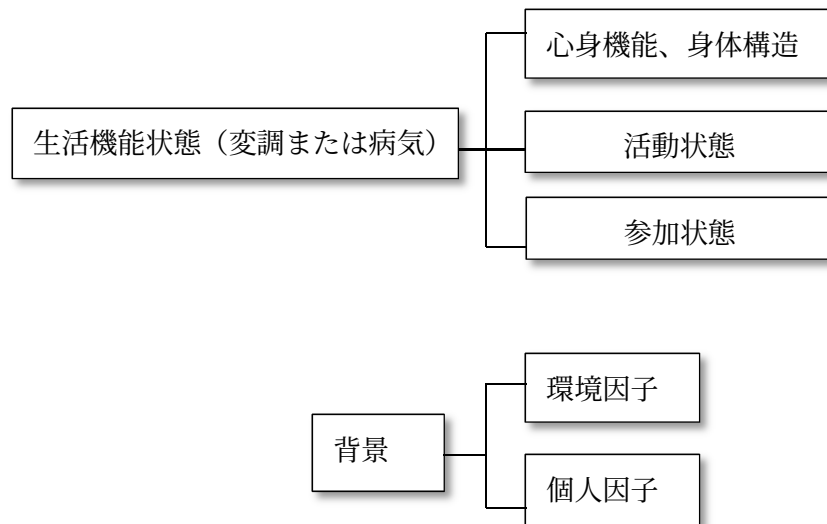
図4 労いの言葉の効果



4) 福岡シティ福祉サービス主催

介護スキルアップセミナー資料「対人援助資料」より引用

図5 国際生活機能分類



- 5) 「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」（日本語版）の厚生労働省ホームページ掲載について
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 企画課より作成

図6「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成11年11月12日 老企第29号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）の別紙4の別添

（別添）

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報 （受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日・住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	A D L	A D L（寝返り、起きあがり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	I A D L	I A D L（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

項目	詳細動作	チェック項目	特記事項
買物	買物に行く	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	自分で物品を選ぶ	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	品物を袋やカゴに入れる	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	袋やカゴを持つ(軽い物)	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	袋やカゴを持つ(重い物)	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	支払い	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
調理	おつりの確認	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	メニュー決め	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	材料の確認	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	調味料の確認	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	味つけ(調味料を使う)	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	味見	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	野菜類を洗う	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	切る…やわらかいもの	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	…硬いもの	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	…みじん切り	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	ミキサー・フードプロセッサ―	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	調味料の補充	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
片付け・配膳 下膳	盛りつけ	・チェック項目は全て記入しなく体よい。該当する箇所のみ✓を入れるようにする。 ・特記事項はスタッフが本人または家族と接した際に気づいた事、またケアする うえで特に注視しなければいけないことを記入すること。	
	実施		
	配膳		
	下膳		
	食器洗い		
掃除	調理器具類	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	食器拭き	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	収納	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	残飯整理	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	はたきかけ	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	バケツに水溜め	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	雑巾洗い	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	雑巾しぼり	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	掃除機使用	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	掃く	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
被服の補修	拭く…台、タナ	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	…床、たたみ	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	ゴミまとめ	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	ゴミ出し	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	ボタンつけ	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
洗濯	ホックつけ	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	被服の補修	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	針の糸通し	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	洗濯機使用	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	干す	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
着脱	たたむ	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	収納	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	アイロン使用	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	衣類の着脱	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	穴にボタンを通す	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
整容	ホックを留める	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	ファスナーの上げ下げ	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	部分更衣()	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	髪をとかす	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	ひげそり	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
入浴	爪切り	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	着衣整え	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	浴槽出入り	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
口腔ケア	洗身	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	洗髪	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	歯磨き	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
歩行	義歯洗浄	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	屋外()	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	屋内()	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
服薬	階段昇降()	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	内服	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	点眼	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	湿布貼付	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	軟膏塗布	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
金銭	預貯金の出し入れ	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	公共料金の支払い	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
立ち上がり		☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
移動手段	バス	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	タクシー	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	電車	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	
	自家用車	☐ できる(自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない(全介助)	

図 8 アセスメント情報収集・ヒアリングシート

サービス担当者

利用者氏名

実施日時	家族の要望・生活環境など	考えられるサービス
○月△日	・ 本人は若いころから妻と一緒に旅行に行くのが楽しみ ・ 清掃等は奥さまがされているとのこと ・ 本人は妻に迷惑かけていて申し訳ないと自分を責めている。 ・ 足腰が弱くなってきているのである程度歩けるようになりたい。	
○月△日	・ 妻の手料理を食べるのが好き ・ 余生は妻と一緒に暮らしたい ・ 妻は歩行が苦手で、車椅子で歩行している ・ 少々うつさへ ・ 今は妻に歩行介助してもらっているので、週 2 回ぐらいの訪問サービスでリハビリをして足腰を強めていきたいと本人は意欲満々	☐ 生活援助 ☐ 歩行介助

希望記入欄

利用者の状態について	・今は一人で何とか歩けるが、年々足腰が弱くなっている ・人様に迷惑をかけたくないという気持ちがある ・以前はよく旅行に出かけていたのだが、今は次第に家にふさぎ込むようになってしまった ・週 1,2 回の訪問サービスと一緒に歩行訓練を行うといったサービスが必要 ・本人と今までは話し合っていたが、今はなかなか話さず、自分の思いだけで行動している
本人の希望	ポイント 箇条書きで利用者本人・家族から発せられた言葉を記入するようにする。 ・歩行介助は必要だが、介護の負担が増えるのを避けたい
家族の希望	・本人がリハビリを受けることに意欲的なので、本人の意思の通り、訪問サービスをお願いしたい。 ・今は一部の歩行介助だけで良いが、これからますます主人の足腰が次第に弱くなってきたら、介護の負担が増えて、自分もうつぎみになってしまうと思うと怖い。 ・主人には足腰が少しでも良くなってもらいたいので介護の為に私が倒れるわけにはいけないのでそれだけは避けたい。

図9 (介護予防) 訪問介護アセスメントシート

記入日 年 月 日

記入者

1. 基本情報

ふりがな		性 別		年 齢		生 年 月 日	
本人氏名				歳	M・T・S	年	月
現 住 所	〒 (電話番号)					—	—
世 帯 類 型	1.同居 2.同居(日中独居) 3.単身 4.要介護()						
緊急連絡先	ケアプランの情報を記載する						
①	〒					—	—
②	〒					—	—

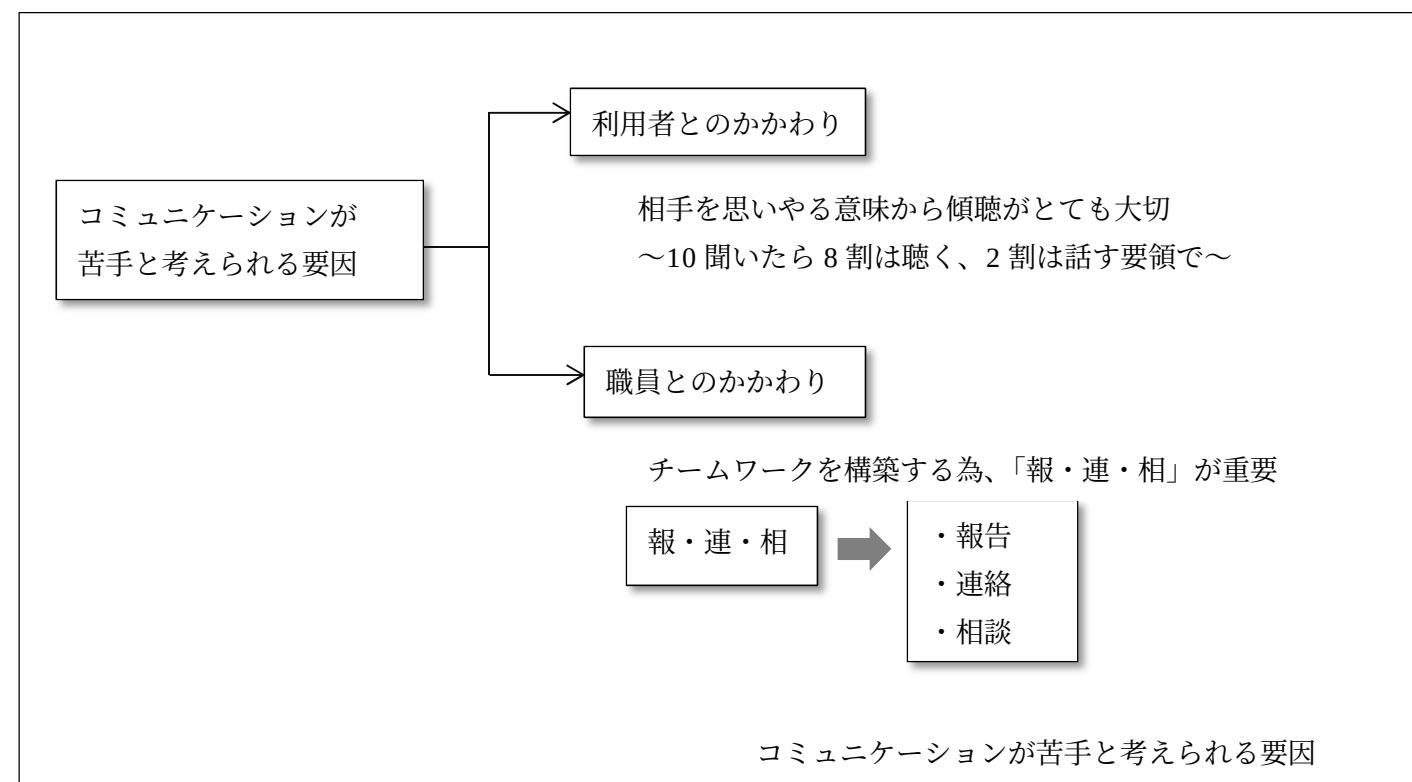
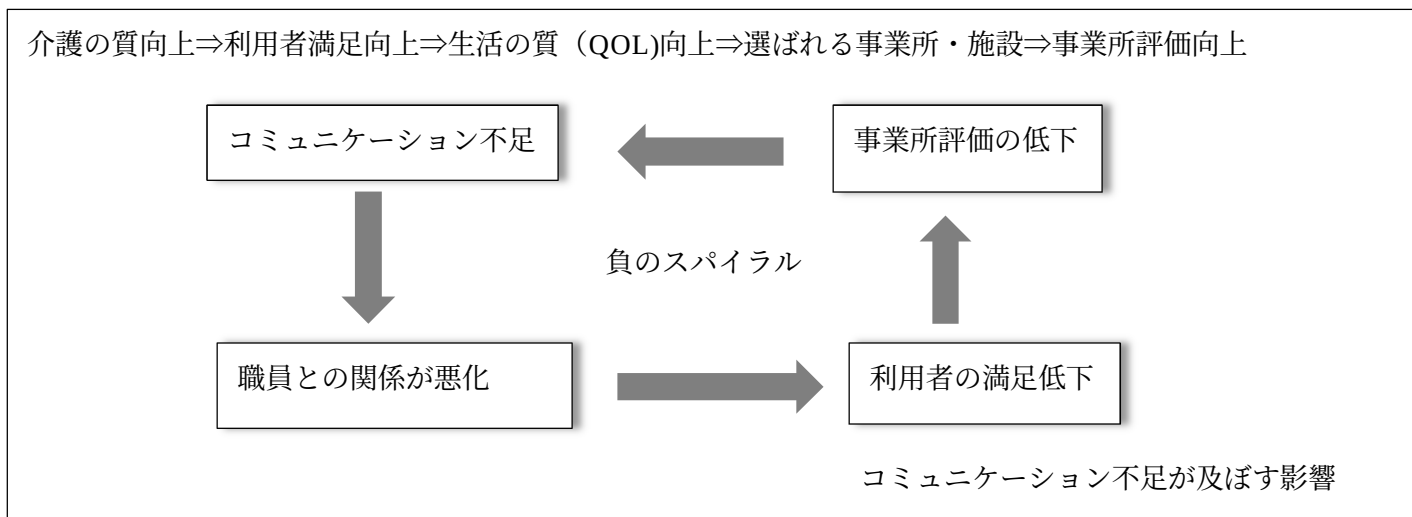
2. 身心の現状

ADLなど	現 状				備 考	
歩 行	自立 見守り 一部介助(杖, カート, 歩行器) 介助(車いす)					
動 作	起立可 つかまり立ち可 座位可 寝返り可 常臥床					
食 事	自立 声かけ 一部介助() 全介助()					
食 形 態	主食() 副食()		禁 止 食			
会 話	健常 やや難 とても難 不可 聴 力					
着 脱 衣	自立 声かけ				ケアプランの情報を記載するのが基本	
入 浴	自立 声かけ				もし、ケアプランにない項目は情報収集の際に	
排 泄	自立 声かけ				利用者・家族に聞く	
	<着用下着類> 布					
認 知 症	なし 少し有 中ぐらい有 多く有 問題行動 徘徊, 妄言, 介護拒否, 異食, ()					
主治医①	医療機関名		医師名		<TEL>	— —
主治医②	医療機関名		医師名		<TEL>	— —
既往歴・病歴			服用薬			
点眼・点鼻薬			外用薬			
特 記 事 項						

3. 趣味・希望

ご本人の趣味	旅行、昔から妻と一緒に全国の観光地を回るのが趣味	
ご本人の希望	足を直して、旅行ができるまでに回復したい。	
ご家族の希望	今はよい。気持ちの意思を尊重してあげ	
特 記 事 項	週2.3回の訪問介護が必要。また、時々奥様にもリハビリに協力してもらい、本人に生活上の必要。また、時々奥様にもリハビリに協力していき	

図 10 対人援助スキルの重要性



4) 福岡シティ福祉サービス主催 介護スキルアップセミナー資料【傾聴とコミュニケーション】（P2,3）より

昼夜を問わず支援が必要な利用者

近年、訪問介護サービスには特殊な病気（難病）を持たれた利用者を担当するということが増えてきています。介護スタッフ（ホームヘルパー）の方にとってはこのようなケースはどのようにケアや支援をしていけばいいのか悩むところではないでしょうか。

昼夜を問わず支援が必要な利用者の一つとしてパーキンソン病利用者が挙げてみたいと思います。パーキンソン病利用者の事例を通して病状の特徴や専門職としてどのようなケアをしていけばいいのか考えていきたいと思っています。

1. 昼夜を問わず支援が必要な利用者の状況紹介

昼夜を問わず支援が必要な利用者として以下の利用者を事例に挙げたいと思います。

パーキンソン病の事案について パーキンソン病発症して9年目の事案・・・在宅介護～

A 子さん（65歳 1950 年〇月●日）

：要介護4 半寝たきり状態（生活全般に、介助が必要である状態）

- ・特定疾患医療証 （ヤール4） ＊ヤール重症度に関しては図1参照。
- ・重度心身障害者手帳（一級）
- ・介護保険・・・要介護4

◆レンタルや、在宅で使用しているもの

ポータブルトイレ、スロープを自宅へ設置、手すり設置（給付金一部利用）

介護ベットレンタル、柵レンタル（転倒防止）、車いすレンタル

◆利用しているサービス

デイ・サービス

在宅リハビリサービス

訪問介護ステーションより、医療サービス

眼科より、訪問サービス（さかまつげを抜く、最近目の異常を気にしている為）

ヘルパー派遣

介護タクシー

2.事例利用者のアセスメント項目

A 子さんの心身の現在の状態メモには次のことが描かれていました。

2015 年現在の状態～

- 右足が内側にまがっており（せんそく）自力で立てない状態（介助要）
 - しばしば夜中に目が覚める・寝つきが悪い・・・（睡眠導入剤服用）
 - ジスキネア頻発（不随運動・・・くすりの効果が切れると不自然な動きが頻発に起こること）
 - オン・オフ現象・・・薬が効いている状態が短くなっている
 - 固縮・手足の震え、姿勢保持障害（座位の姿勢を保つためクッションが必要）
 - 体の筋肉の痛み
 - 慢性的な便秘・・・浣腸が必要
 - 頻尿（夜中もたびたび起きる）・・・なかなか尿がでない。
 - 声が小さくなった。やっと聞き取れる程度である
 - 食欲不振・・・食が細くなっている、うまく呑み込めないこともある
（血液検査の結果、軽い低栄養状態・・・胃ろうも将来考える時期にきているかもしれない）
 - 幻覚妄想・・・被害妄想顕著
- デイサービスを休みがち（他の利用者から苦情もでている状態・・・他の利用者が財布を盗んだ等の妄想で B 男さんが断っている）
- また、孫が誘拐された。知らない人が盗み見ているので怖い。息子が北朝鮮に拉致された。等、介護者 夫の B 男さんに常に訴えている

◆介護者・・・夫 B 男さんの状態メモ・・・現在 75 歳

高血圧で、薬を飲んでいる

腰をいため、慢性の腰痛で、整形外科に通院している（週 1 回、痛みどめを打ってもらう）

将来の漠然な不安で眠れないことがあり、軽い安定剤を内科で処方してもらっている

妻の妄想でのストレス。妄想にどうつきあったらよいのかわからない。聞くのが最近辛くなった。

将来、自分が認知症になったらどうなるのだろうか、という不安がある

孫がまだ小さいため、子供の世話にはなりたくないとしばしば口にされる。

震災などの漠然とした不安がある。地震がおこったとき、どうすればよいか、聞かれる

他人に迷惑をかけたくない、よそさまのお世話になりたくないが口癖のようである

介護計画書を立てるに当たりアセスメントを行った結果、家族の要望は以下の通りです。

B 男さんの話

「妻は、私が定年退職するまで、家事、育児、母（C 子さん）の介護をして、私が安心して仕事に打ち込めるようにしてくれました。母の介護や子供たちのあいつぐ結婚など、全て妻のおかげなのです。退職して、これから楽しく二人で老後を送ろうと話していた時に要はこんな病気になって、これから、というときに、妻の人生は、それも病院の医者の誤診でだいなしになってしまい寝たきりになりました。本当に申し訳なくてなりません。妻をできれば家につれてかえりたいのです。妻と住み慣れた家で暮らしたいのです。」

長男の話

両親には楽になってほしいです。老々介護をさせており、申し訳なく思います。自分も激務で深夜まで働き実家にも帰れない状態なので、お金は、なんとかだすので、お母さんには施設に入所してもらいたいです

長女の話

携帯に、母親から頻繁に電話がかかり、何をいっているのか分からないので、とても不安になります。

この頃、夜中でも携帯が鳴るので精神的にもストレスを感じるようになりました。

無理心中するのではないかと心配になり、毎日父親に連絡をとっている状態ですが、父親は大丈夫だと・・・
実家に帰るたび、この頃、在宅の介護は限界にきているのではないかと思うときがあります。

しかし、母親は病院や施設の食事があわないので、在宅を選んだ父親の気持ちを考えると無理強いはいできない。
自分が世話をもっとできるようになれば、なんとかできるのではないかと、思っていますが・・・

これらのアセスメントから A 子さんの支援内容は以下の通りとしました。

最重要課題・・・幻覚、妄想への対処

A 子さんはデイサービスに行けなくなるほど、支障をきたしており B 男さんも、ストレスを相当かかえている。また、娘さんへも電話をかけるなど、家族も A 子さんの症状で心理的にストレスがかかっている。まず、家族で、精神科を受診し、家族カウンセリングを受けてもらい、適切な対処の検討を行うべきである。

共依存状態の解消

B 男さんと A 子さんが、それぞれひとりで安心して自由に過ごせる環境を整える必要がある。

医療不信が強いための在宅介護の背景・・・(家族への聞き取り) 子供さんに協力を頼めないか

ショートステイ等を利用して、久しぶりに B 男さんに趣味だったゴルフ等、余暇の時間を作る。

A 子さんには、お孫さんに久しぶりに会いに来てもらうように(お孫さんの協力を親のお子さんに頼む)して、成長をみてもらうようにする。それぞれ、不安に思わないような環境を作るように努力。

痛み

A 子さんは、愚痴を言わない性格(聞き取りから)なので、痛みを訴えていることに注目。他の病気を発症していないか、検査を行い、注意すること。(痛みはがんなど発症サインの恐れ)

食欲不振

B 男さんは、妻の好みのものをヘルパーさんに作ってもらい、味見まで行って、食事には気を配っていた。

低栄養ということと、誤嚥のリスクが高まっているので、そろそろ「いろいろ」の検討を行う時期にきている。いろいろにかんする、事前の知識の提供。A 子さんは、まだ意思の疎通が可能なので、どうしたいのか、具体的に聞き取りを行い、家族の意見も聞く。いろいろになると、食事をとることへのストレスもなくなり、栄養状態もよくなるが、体力がつくぶん、寿命もかなり延びるので、介護生活が長くなるという理解をしていただく必要がある

総合的に A 子さんの事案で必要なこと

A 子さんはパーキンソン病が進行しており、子供さんたちは、現在の両親の生活では、施設への入所もやむをえないという考えも持っておられる。そろそろ今後について、考える時期にきていると思われる。

どうするのがいちばんよいのか、子供さんたちも含めて、家族全員に加わっていただき、介護スタッフ、主治医もふくめた話し合いの環境を作るのが急務である。

様々な選択肢、そしてその特性やリスク等、立ち止まって考える時期がきているのではないか。

これらを踏まえ、アセスメント・ヒアリングシート（図 2）アセスメント分析票（図 3）をもとにアセスメントシート（図 4）、出来上がった介護計画書を（図 5）に示しました。

3. 訪問介護計画立案・作成のポイント

訪問介護計画立案のポイントは以下の通りです。

- ・今回の事例は、単純に身体介護、生活援助サービスに区分できない項目がある。
その場合は備考欄を設け、今後の介護の方向性、家族がケアをする上で注意する点を記載していく。
- ・今回の事例は病気の症状が特殊性を有するのでサービス内容には簡単な症状の特徴を盛り込んだうえで、支援方法を記載するようにする。（例 この症状は〇〇だから△△します。など）
- ・あくまで利用者の為の計画書ということを念頭に置き、介護サービスの事が詳しくない方にも分かりやすい言葉で記載する。（リスクマネジメント対策の為にも）
- ・アセスメントの段階で家族から発せられた言葉をできるだけ盛り込む。そうすることでご家族との信頼関係構築が強固なものとなる。（例 家族の要望から〇〇を提供します。など）
- ・利用者が知りたいのは、症状の状況ではない、「こういう症状があるからどういうサービスを提供してくれるか」なのだ。その点を記載する上での重要ポイントとすること。
- ・介護計画書では具体的な手順については担当ヘルパー専用の「ケア手順書」を作成してもよい。

4. ホームヘルパーは、事例利用者のこういったところに「支援困難」を感じるか

ホームヘルパーはこの事例のように在宅で、昼夜介護が必要な利用者について、まず特有の症状を理解しどういう支援が考えられるか理解する必要があります。

この事例で特に支援が困難だと思われる点は以下の通りではないでしょうか

幻覚、妄想（図 6）

パーキンソン病の特有な症状に「幻覚・妄想」というのがあります。幻覚・妄想というのは現実ではありえないことで以下のようなものをいいます。

- ・私は北朝鮮から連れてこられた。
- ・この病院にいと毒を盛られて殺される。
- ・私は宇宙人と交信ができる

認知症の中にもこのような幻覚・妄想を引き起こすレビー小体型認知症というものがあります。しかし、認知症の場合直近の記憶が消されているからいいのですが、この病気で厄介なところは、いつまでも「幻覚・妄想」を覚えている事なのです。そのような点に支援困難を感じるのではないのでしょうか。

本人が何を望んでいるか分からない。

パーキンソン病利用者は、症状が進むにつれて次第に声が小さくなり、感情も乏しくなります。介護職は傾聴が大切と言いますが、声が小さいと本人が何を望んでいるか、分からなくなりがちです。

その点に支援困難を感じるのではないのでしょうか。解消するためには家族へのアセスメントが必要です。

また妄想という言動にも注目してみましょう。

妄想は本人の不安や本音の裏返しで本音の投影が現れていることが多いものです。妄想の中に本人の本音を拾う試みは一つの有効な「傾聴」となり得る場合が多いものです。

日内変動

パーキンソン病の利用者は午前中一人で座れず手足が震えているのに午後になると治まる、またある時点ではトイレに自力で行けるのに数時間後になると一人ではトイレに行けなくなる等「日内変動」が起こるのが特徴です。他の業務を抱えているヘルパーにとっては常時の見守りは不可能と言っても過言ではありません。

時間薬の困難

特にパーキンソン病が進行した利用者に言えることは、決まった時間に決まった量の薬の服用をしていただくことです。そうしないと、薬が切れて手足が震えてしまうということが頻繁に起きてしまうのです。時間に追われるヘルパーにとって決まった時間にご自宅に伺えればよいのですが、できないのが現状ではないでしょうか。

5. 支援困難な要因の問題解決に向けたアセスメントとホームヘルパーへの指導

パーキンソン病利用者は話す声が小さく、傾聴が困難なケースがほとんどです。

利用者本人の観察が特に大切になってきます。また介護する家族は心に余裕がありません。そのことを考慮し、家族へのケアが必要不可欠になってきます。

今回の事例利用者のケアを支援していく点で大切なポイントは以下の通りです。

(1) 安心してまかせてもらう環境づくりの徹底

できるだけ、同じヘルパーに担当させて、情報の共有、申し送りを怠らないことが重要です。(図7)

(人数が複数の場合でも、担当者はできる限り変えないこと)

これはコミュニケーション職員とのかかわり「報・連・相」と大いに関係があります。

(2) 傾聴を怠らない 家族の本音のききとり・・・SOSのサインを見逃さないこと

病気が進行するに従い、声が小さくなるのがパーキンソン病の特徴です。本人は話せない分家族の聞き取りはとても重要です、そのためには、まず家族との信頼関係を構築することが必要不可欠なのです。

そのためには傾聴が欠かせないのです。(図8、9)

また、観察力を養うことも必要不可欠となってきます。ちょっとしたことで本人がSOSを示していることもあるからです。例えば、妄想ですが本人の不安など本音の映し出しがみられる例がたくさんあります。そういうサインをケアに結び付けるようにしましょう。

(3) デイサービス、ショートステイなどの利用の提案

息抜きの時間、自分だけの自由な時間をつくっていただく(お互いに必要)

介護されている家族の方々は精神的に限界に達しています。特にB男さんはできる限り一人で介護を頑張ると言われています。そういった方は心理的に共依存状態に陥り一家心中してしまうといった最悪の結果を招いてしまいがちです。特にパーキンソン病は身体的介護にもまして幻覚・妄想にストレスを感じてしまうのです。

このような状況から家族が息抜きできるレスパイトケアが必要不可欠なのです。

具体的には体を動かすことが好きだったA子さんの場合、散歩などが気分転換を図っていただくといったケアなどです。

(4) 家族に、元気だったころの性格や趣味などの聞き取りを必ず行い、提案に結び付ける

パーキンソン病の幻覚・妄想は認知症の周辺症状に似ています。本人が慣れた状況・環境と接することによりこれらの症状が減少されることが知られています。その意味からも家族からの聞き取りからA子さんが安心して生活できる環境づくりが大切です。

具体的には体を動かすことが好きだった A 子さんの場合、散歩などで気分転換を図っていただくといったケアなどです。

6.昼夜を問わず支援が必要な利用者の支援のポイント（事例考察）

今回の事例でケアに関して必要なポイントは以下の通りです。

【身体介護について】

早朝・深夜の時間帯が特に危険・・・（トイレ介助をしている場合）

- ・事故が起こりやすい時間帯には、必ずヘルパーを派遣するようにするようにします。
- ・どうしても、ヘルパーの派遣が難しい時間帯には、オムツの併用もやむを得ないことを説明します。
- ・あくまでも「事故のリスクを減らすための」手段の一つだということの理解をしていただくことが重要です。

【介護の特性・・・心理状態について】

（1）共依存状態の回避

老々介護の場合など昼夜介護は心理学的に「共依存状態」になる危険性が高いと言えます。

人間にはパーソナルスペースという、個人として不可侵の心理領域があります。

「共依存状態」とは、ともすれば、パーソナルスペースを無意識に侵し、犠牲にしている状態を言います。極端になると、いわゆる「自己の尊厳の破壊」につながる危険を招くことが知られています。

パーソナルスペースを侵されると「うつ」などの精神疾患や「認知症」の発症利用者への「虐待」などが起こりやすくなり、ともすれば無理心中・介護者の自殺などにつながる危険性もあります。

共依存状態になりやすい家族は以下のとおりです。

- ・医療不信から、在宅介護を選んだ家族
- ・老々介護をせざるおえない家族

（2）幻覚・妄想について（図 6）

パーキンソン利用者を介護されている方は特にこの幻覚・妄想で疲れ果てるのではないのでしょうか。

人間は誰かに愚痴を吐くことでストレスが軽減するものです。

特に今回のケースでは長男、長女ともなかなか実家に戻れず介護の手伝いができない状況で介護で生じたストレスを B 男さん一人で背負っている一刻も猶予が許されない状況です。

ストレスの軽減にはやはり、ヘルパーの傾聴スキルが重要になってくるのです。（図 8）

（3）食欲不振について

パーキンソン病が進行してくると、次第に誤嚥を起こしやすくなります。食欲不振の為、食も細くなります。

そこで延命処置の為「胃ろう」の手段が考えられるわけですが、本人が胃ろうをしたいのか、具体的に聞き取ることが必要となってきます。

また「胃ろう」の手段をとった場合、延命はできますが家族の介護生活が長くなることなど、「胃ろう」によるメリット、デメリットを家族に十分説明することも必要となってくるのです。

（4）便秘について

あまり知られていないことですが、パーキンソン病が進行すると、便秘がひどくなり、結果として腸閉塞となりやすいのが特徴です。あまりひどい場合は、定期的に浣腸などの処置が必要となるので注意が必要です。

7.パーキンソン病について 1)

今回のパーキンソン病特有の症状、支援のポイントをまとめてみました。

注意すべき症状

- ◆ 体の痛みやこわばり
- ◆ 便秘
- ◆ 妄想、幻覚といった精神症状
- ◆ 誤嚥
- ◆ 日内変動による時間薬の正確な投与
- ◆ 骨そしょう症など、老化により女性にみられがちな特有な症状から併発している病気へのきくばり
- ◆ 食欲不振

しばしばパーキンソンの症状とみられるものが、他の疾病の症状と重なることがあるので、注意が必要

痛み・・・・・・・・ がんの場合がある。

妄想や幻覚・・・・ パーキンソン薬の副作用で、長年服用するとでやすいものであるがレビー小体型認知症や、他の精神疾患を引き起こしていることもあるので、必ず一度、精神科受診が必要である

便秘・・・・・・・・ 動けない為、便秘になりやすいが、重度になると、腸閉塞を引き起こす危険性がある

日常、特に、注視すべき点 ・ ・ 幻覚、妄想への対処について

幻覚や妄想がひどい場合は、場合によっては、軽減するため、向精神薬が必要なケースがある。その場合、パーキンソンの症状は多少悪化してしまうので、主治医はなかなか対処を勧めないのが実情である。

しかし、症状が強く、患者や介護者等、家族の心理的ストレスが強い場合は、やむおえない処置であることに注意（心中などの危険性）傾聴を日ごろから行うこと。

家族の負担も大きくなるため、細かなケアも必要。場合によっては、ショートステイなど介護から離れてゆっくり休息をとってもらするなど、過度の心理的な負担の軽減も必要。

8.まとめ

今回はパーキンソン病の事例を通して支援の仕方を考えてきました。

初めにも書きましたが、今後介護サービス利用者にも今回の事例のように難病利用者が増えるのではないのでしょうか。そのためには症状の理解はもちろん、ケアの仕方を慎重にする必要があります。

では今回のように困難事例に対応するケアを遂行するためにはホームヘルパーとしてどんなことに気を付けていけばよいのでしょうか。そのポイントを以下にまとめました。

家族との信頼関係の構築

ホームヘルパーにとって自分がかかわったことがない病気を持った利用者を担当することになった場合、傾聴はもちろん家族へのアセスメントは非常に重要となってきます。そのためには家族との信頼関係が構築されることが必要不可欠です。家族の会話の中にケアのヒントが隠されているので気を付けてヒントを見逃さないようにしましょう。

観察力

今回のケースでは、病気が進行するに従い声が出なくなるという症状を抱えています。コミュニケーションが、また表情が乏しくなります。困難な場合、介護記録から支援のヒントを拾う必要があります。そのためにはまず先輩ヘルパーと同行して利用者宅に伺い観察力の習得を養うことが求められるのです。

病気の理解とケアの仕方の習得

もし、医学書などで知られている病気ならば、すすんで習得することが重要になってきます。もしくはそれらに関連したセミナーがあれば、すすんで受講されることをお勧めします。これらに支援のヒントが隠されているからです。今後は介護スタッフと言えども、ある程度の医療知識（病気・症状に対する知識の習得）が必要になってきます。

介護計画書の作成・立案について

事業所に入職して新人のスタッフの方が一番苦労するのは、介護計画書の立案・作成ではないでしょうか。

これをマスターする為には、とにかく実践しかありません。この介護計画書は利用者の方に支援内容を分かっていたかどうかということを前提で作成することが求められます。事業所内での研修の機会が確保できないならば、外部研修などで介護記録の書き方等をマスターされることをお勧めいたします。

作成手順としては以下の通りです。

- ① アセスメントチェックシート（図2）・・・家族から要望を聞き出す（ヒアリング）
↓
- ② アセスメント分析票（図3）・・・・・・アセスメントチェックシートから必要なサービスを検討する
↓
- ③ アセスメントシート（図4）・・・・・・アセスメント分析票をもとにアセスメントシートを作成
↓
- ④ 介護計画書立案・作成（図5）・・・・・・アセスメント分析票、アセスメントシートをもとに作成

介護する家族への心理的ケア（図10）

専門職としてこれはとても重要なことです。

支援というと、家族への介護するうえでのアドバイスをするといいことを連想しがちですが、介護がうまくいくためには、家族へのメンタル面のケアも欠かせないのです。

利用者家族は、介護で生じたストレスを誰にも話せずに一人で抱えているケースがほとんどです。そして限界を超えると一家心中と言った最悪の事態を招いてしまうのです。また、利用者家族は介護ならではの理不尽さを感じています。

傾聴が重要だと言われるゆえんはこの理由からなのです。

今回のケースはキーパーソンであるB男さんは夜眠れない、A子さんの妄想からストレスを抱えているなどいつうつ状態に陥ってもおかしくない状況です。もし事業所内での心理的ケアの対応が不可能な場合は、思い切って精神科等のカウンセリングへの受診をお勧めすることも重要です。

参考文献

- 1) 介護スキルアップセミナー資料「パーキンソン病について」（P5、6、11）福岡シティ福祉サービス 2013
- 2) バイステックの7原則にみる実務上の基本理念の重要性 ©2006 Chihaya-T3 Corp.
(http://kaigo.vianet.jp/michi/pdf/06_biestek.pdf#search='%E3%83%90%E3%82%A4%E3%82%B9%E3%83%86%E3%83%83%E3%82%AF%E3%81%AE7%E5%8E%9F%E5%89%87')
- 3) 福岡シティ福祉サービス主催 介護スキルアップセミナー資料【傾聴とコミュニケーション】（P2,3）2014
- 4) 福岡シティ福祉サービス主催 介護スキルアップセミナー資料【対人援助事例】2014

図1 パーキンソン病の重症度について

医療費の援助を受けることができるのは「ヤール重症度Ⅲ」以上または「生活機能障害度2」度以上

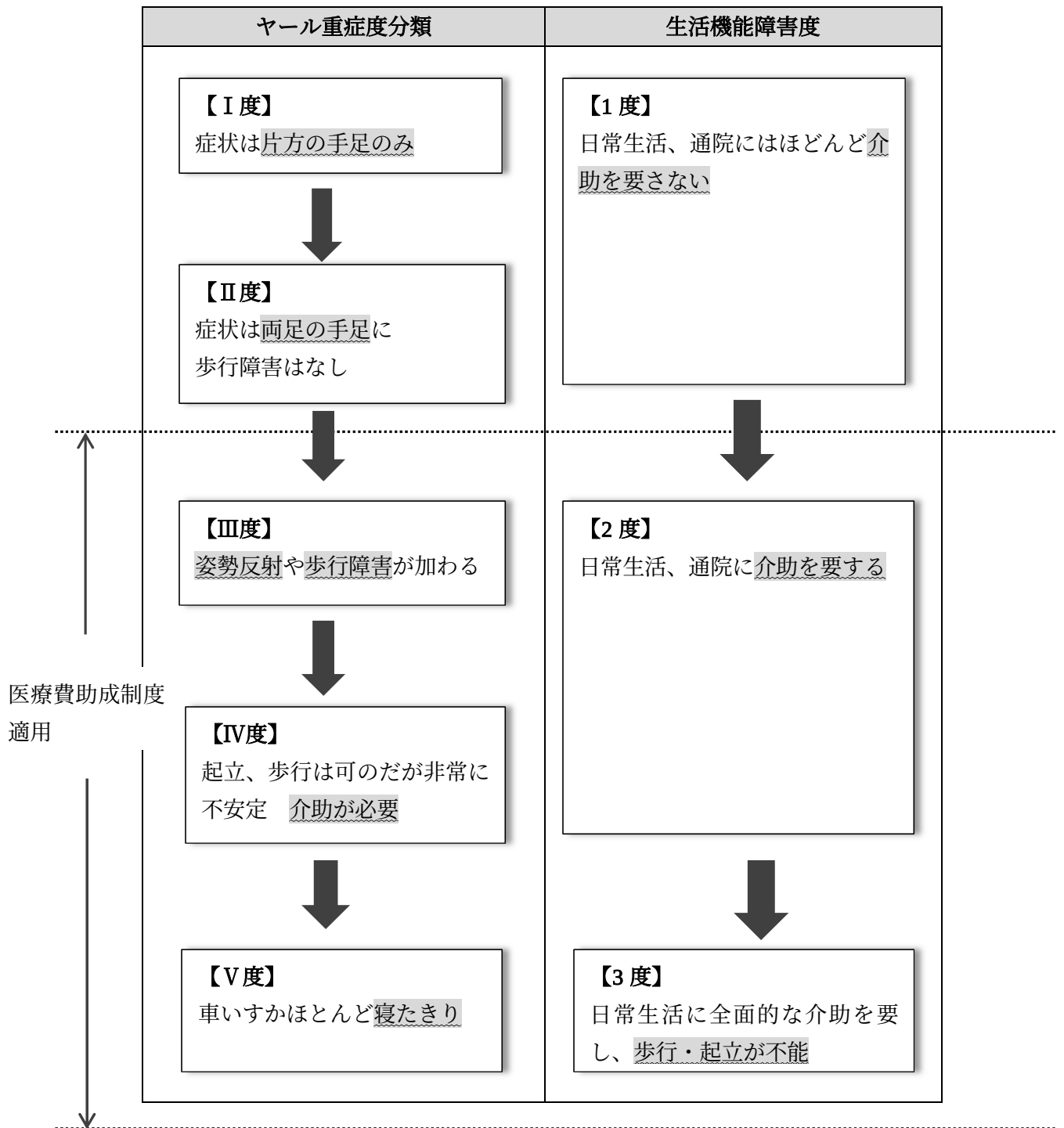


図2 アセスメント情報収集・ヒアリングシート

サービス担当者 ●● △△

利用者氏名 ○○A 子様

生活環境

【B 男さんについて】

- ・頑固で真面目、自分の気持ちを外に出さない性格。
- ・人の話の聞き役が多い、人に相談されやすい。
- ・妻の介護には献身的。定年後は、これまでの付き合いを断り（好きなゴルフもやめた）
- ・生活の中心は妻である
- ・高血圧で、薬を飲んでいる
- ・腰をいため、慢性の腰痛で、整形外科に通院している（週1回、痛みどめを打ってもらう）
- ・将来の漠然な不安で眠れないことがあり、軽い安定剤を内科で処方してもらっている

【発祥の経緯と A 子さんについて】

- ・A さんが、43 歳のとき、姑の C さんが、脳梗塞で倒れた。生還するも右側に麻痺が残る状態で退院。以後、7 年間、A さんは、姑の看病や介護に奔走する。在宅介護が中心。
- ・姑の C さんは、A さんが 50 歳のときに他界。
- ・56 歳（2006 年）、A さんは右足に異変を感じる。親指が勝手に震えるので大学病院の神経内科を受診し、パーキンソン病と診断される。
- ・B 男さんは、この年 60 歳を迎えて、定年退職。以後、年金での夫婦二人暮らしとなる。A さんは、陽気で、愚痴をほとんどきいたことがない、いわゆる「陽気な芯の強い母親」だという。
- ・子育て中は、ママさんバレーに熱中しており、スポーツが趣味でもあった。
- ・健康には人一倍気を使い、子供たちをつれて、毎朝の散歩が日課であった。

家族・本人の要望

利用者の状態について

- 右足が内側にまがっており（せんそく）自力で立てない状態（介助要）
 - しばしば夜中に目が覚める・寝つきが悪い・・・（睡眠導入剤服用）
 - ジスキネア頻繁
 - オン・オフ現象・・・薬が効いている状態が短くなっている
 - 固縮・手足の震え、姿勢保持障害（座位の姿勢を保つためクッションが必要）
 - 体の筋肉の痛み
 - 慢性的な便秘・・・浣腸が必要
 - 頻尿（夜中もたびたび起きる）・・・なかなか尿がでない。
 - 声が小さくなった。やっと聞き取れる程度である
 - 食欲不振・・・食が細くなっている、うまく呑み込めないこともある
（血液検査の結果、軽い低栄養状態・・・いろいろも将来考える時期にきているかもしれない）
 - 幻覚妄想・・・被害妄想顕著・・・
- デイサービスを休みがち（他の利用者から苦情もでている状態・・・他の利用者が財布を盗んだ等の妄想で B 男さんが断っている）また、孫が誘拐された。知らない人が盗み見ているので怖い。息子が北朝鮮に拉致された。等、介護者夫の B 男さんに常に訴えている
- A さんはスポーツが趣味で散歩が日課だったので、気分転換に外出させてあげたい

本人の希望	・今まで２人の子供を育て上げて家庭を守ってきた。 ・こんなことで子供たちに迷惑をかけてはいけない。 ・早く治って夫を支えなくてはならない。
家族の希望	・両親には楽になってほしい。 ・老々介護をさせており、申し訳ない ・孫がまだ小さいので子供の世話にはなりたくない ・【長男】 実家にも帰れない状態なので、お金は、なんとかだすので、施設に入所してもらいたい ・【長女】 父親のことが心配。しかし両親の生活を考えると施設入所以外の方法はないか検討を考えている。 ・今まで３人の子供を育てて迷惑ばかりかけてきた。申し訳ない。妻と住み慣れた家で暮らしたい

図3 アセスメント分析票

記載日 〇〇年 △△月 〇〇日

利用者氏名 〇〇 A 子様

介護者の思い・要望	ヘルパーの意見	対応策	備考
【B 男さん】 今迄妻に迷惑ばかりかけてきたので家で出来る限り介護をしてあげたい	足腰が弱ってきたので、夜中転倒の危険性がある	ポータブルトイレの使用のほか夜中には転倒の恐れがあるので、本人に説明をしてオムツの着用をしてもらうように徐々に慣れていただく	
		訪問リハを使い、足腰の可動域の維持に努める	
	料理の味が、施設や病院の味が合わないので、本人に聞くことで食事の提供していくことが必要ではないか	本人に味を聞きながら、簡単にできるレシピを B 男さんに伝えていく	食事の楽しみを維持するために「胃ろう」のことも視野に入れていく
	B 男さんが腰を痛めるのではないか	楽に移乗できる技術を B 男さんに伝えていく 訪問介護の身体介護（入浴介助）を 2 人で入浴介助を行う	
	共依存状態になってしまうのではないか	出来るだけ B 男さんには気分転換を図るために、外出を促す	息抜きの時間を作ってもらうようにデイ、ショートステイの利用の提案をしていく
		子供たちに、介護の手伝いに来てもらう	
	服用管理が B 男さんが容易にできるようにしなくてはいけないのではないか	毎日決まった時間の服用が大切なことを B 男さんに伝えるときに管理しやすいようにアドバイスする	
	声が小さくなり、コミュニケーションがとりにくくなる	しぐさ等の観察をするとともに、変化があった時は B 男さんに報告する	

	幻覚・妄想に対して B 男さんへのストレス負担軽減が必要ではないか	部屋の環境を整える等の事が必要。また A 子さんに対するコミュニケーションの方法を家族にアドバイスする。	
	・慢性的な便秘が頻度になってきた ・頻尿（夜中もたびたび起きる） なかなか尿がでない。	ヘルパーが伺ったときは、浣腸が必要。また自分からトイレに行く為に起き上がるのに転倒の恐れから夜中に限りオムツの着用をしていただくように勧めていく	
【長男】 父親を楽をさせてあげたいので施設の入所を勧めたい	B 男さんの介護負担軽減を図らないと共依存状態に陥り、最悪な結果を招いてしまう	将来的には、施設入所も視野に入れ、看護師、医師、ケアマネ、家族とも頻度に連絡を取っていく。B 男さんが介護の限界に近づいたときは、速やかに入所手続きが行える体制に準備を整える	あくまでも B 男さんの意見を尊重しつつ、長男の意見も取り入れていく。
【長女】 父親の介護負担軽減を図り、かつ施設入所以外の見守りがないか	キーパーソンである B 男さんの移行を優先しつつ、長女の意見も取り入れていくことが大切ではないか	現時点では、できるだけ B 男さんに介護負担の軽減を図る為、ヘルパーが工夫を行う。	転倒予防を含め 24 時間見守れるようにネットワークを構築していく。

記入日 ○○ 年 △月 ×日

記入者 ◎◎

1. 基本情報

ふりがな		性 別	年 齢	生 年 月 日
本人氏名	○○A子様	女	65 歳	M T <u>S</u> 24年 7月 21日
現 住 所	〒 (電話番号)			— —
世 帯 類 型	1.同居 2.同居(日中独居) 3.高齢者夫婦 4.独居	要介護認定	申請中・要支援()・ <u>要介護</u> (4)	
緊急連絡先	住 所	本人との続柄	電 話 番 号	
① ○○	〒	長男	××× — ××× — ×××	
② △△	〒	長女	○○○ — ○○○ — ○○○	

2. 身心の現状

ADLなど	現 状		備 考
歩 行	自立 見守り 一部介助(杖, カート, 歩行器) 介助(車いす)		
動 作	起立可 <u>つかまり立ち可</u> 座位可 寝返り可 常臥床		
食 事	自立 声かけ <u>一部介助</u>) 全介助()		
食 形 態	<u>主食</u> (とろみ) <u>副食</u> (きざみ) 禁 止 食		
会 話	健常 <u>やや難</u> とても難 不可 聴 力		
着 脱 衣	自立 声かけ <u>一部介助</u> () 全介助()		
入 浴	自立 声かけ 一部介助() <u>全介助</u> ()		
排 泄	自立 声かけ <u>一部介助</u> () 全介助() <着用下着類> <u>布パンツ</u> パッド リハビリパンツ おむつ		
認 知 症	<u>なし</u> 少し有 中ぐらい有 多く有 問題行動	徘徊, <u>妄想</u> , 介護拒否, 異食, (幻覚)	
主治医①	医療機関名 ○○病院神経内 医師名	<TEL>	— —
主治医②	医療機関名 △△眼科 医師名	<TEL>	— —
既往歴・病歴	・緑内障の疑い ・軽度の骨粗しょう症 ・パーキンソン病不眠症	服用薬	睡眠導入剤、抗パーキンソン病薬 下剤
点眼・点鼻薬	点眼薬	外用薬	痛みどめ塗り薬 (パーキンソン病に伴う処置)
特 記 事 項			

3. 趣味・希望

ご本人の趣味	ママさんバレーに熱中しており、スポーツが趣味 健康には人一倍気を使い、子供たちをつれて、毎朝の散歩が日課
ご本人の希望	今迄、2人の子供を育て上げ、夫にも安心して働いてもらえるように家庭を守ってきた。こんな病気でみんなに迷惑をかけてしまっている。申し訳ない。早く病気を治してみんなに迷惑をかけないようにしたい。
ご家族の希望	[子供たち] 両親には楽になってほしい老々介護をさせており、申し訳なく思う。長女の要望はとにかく父親には楽になってもらいたい。長男の要望としては母親を早く施設に入所できないものだろうか。 [B男さん] 今迄迷惑ばかりかけてきて申し訳ない、これから妻と住み慣れた一緒に暮らしていきたい
解決すべき課題	A子さんはパーキンソン病が進行しており、現在夫のB男さんがキーパーソンとなっている。そろそろ限界に近づいており、施設の入所を検討しなければ、共倒れになる可能性がでてきた。また骨粗しょう症も出現し、緑内障の疑いも出てきており、医療の依存度が増してきている。ますます在宅ケアが厳しい状態になりつつある。今後は子供たちにも話し合いに加わってもらい施設に入所という方向性も含め、様々な選択肢を検討しなければならない。また筋力低下を防止する為、理学療法士による在宅リハを検討しなければならない。

図5 訪問介護計画書

利用者	フリガナ		性 別	更 新 日	平成	〇〇	年	△	月	×	日
	氏 名	〇〇A子様	様	女	計画作成者（担当サービス提供責任者）						
					〇〇 〇〇						

【長期目標】
・B男さんの介護負担を軽減するようにし、共依存状態が少しでも抜け出すことができますようにします。 ・B男さんのご希望からできるだけ在宅で介護ができるようにします。 ・A子さんの筋力維持を図ります。

【短期目標】
・B男さんの介護負担軽減の為、息抜きの時間を作っていただきます。 ・B男さんが一人で介護できるようにヘルパーがサービス提供できる部分は積極的に提供していきます。 ・可能な限り長女の方に介護に参加していただけるようにします。 ・理学療法士による在宅リハビリサービスを利用しA子さんの筋力維持を図ります。

【家族の要望】	
身体・家事に関する事	【B男さん】今まで奥様に迷惑ばかりかけてきたからせめて家で出来る限り介護をしてあげたい。 【長男】両親には楽になってもらいたため、母親には施設に入所してもらいたい。 【長女】病院や施設の食事が合わないので介護をできるようにして、施設入所以外の選択肢がないか探したい。

			週 間 予 定 表	
曜 日	時 間 帯		訪問介護員	
月、木	10：10	～ 11：10	〇〇	〇〇
火、金	13：00	～ 14：30	〇〇	〇〇
土	18：00	～ 19：00	〇〇	〇〇
	：	～ ：		

【サービス内容】	
【身体介護】	
サービス項目	サービス内容
トイレ介助	ヘルパーが伺った際は、ポータブルトイレにお連れします。
	深夜についてはA子さんのリスクを減らすためオムツの着用徐々に慣れていただくようにします。
	B男さんが腰を痛めないように、楽にポータブルトイレに移乗できる技術をお伝えします。
	慢性的な便秘なので注意深く見守りながら介助を行います。
足の筋力維持	骨折、転倒のリスクを減らすため理学療法士を派遣し、在宅によるリハビリサービスを毎週土曜日に行います。
	時間帯によっては立てるときもあるので筋力維持の為、その時間帯はヘルパーの介助により車いすへの移乗を自力で行っていただきます。
入浴介助	B男さんの介護負担を減らすため、毎週水曜日に入浴介助を行います。
	A子さんの安全を考え、2人体制で行います。入浴介助の際、関節の硬直を少しでも防ぐため手足のマッサージを行います。

【生活援助】	
サービス項目	サービス内容
共依存状態への解消	伺った際には、B男さんに外に出て行ってもらい、気分転換を図っていただきます。
	また、同時にB男さんへのストレス解消の為、ヘルパーがメンタルケアを行います。
幻覚・妄想の解消	A子さんが安心して暮らせるように環境を整えます。
食事介助	誤嚥がしやすくなってきているので、とろみ食等の誤嚥しにくい料理の提供をします。
	A子さんに好みの味を聞いた上でB男さんに簡単にできる料理のレシピをお教えます。
服薬管理	毎日、決まった時間の投薬が必要なので、ヘルパーが投薬を行った時間を記録し、B男さんに報告します。また同時に決まった時間に薬を飲んでいただくように、薬の管理をしやすいように工夫し、B男さんにアドバイスします。
コミュニケーション	A子さん本人は声が小さく、聞き取りにくいところがあるので、また愚痴を言わない性格なのでわずかなSOSを見逃さずに注視し、随時B男さん他ご家族に報告します。
見守り	パーキンソン病は進行すると痛みを伴います。常に見守りをして痛みを訴えているようでしたらすぐにご家族と主治医に報告します。また他の病気を発症していないか見守りを行います。
	常に主治医と連絡を取りながら見守りとケアを行っていきます。

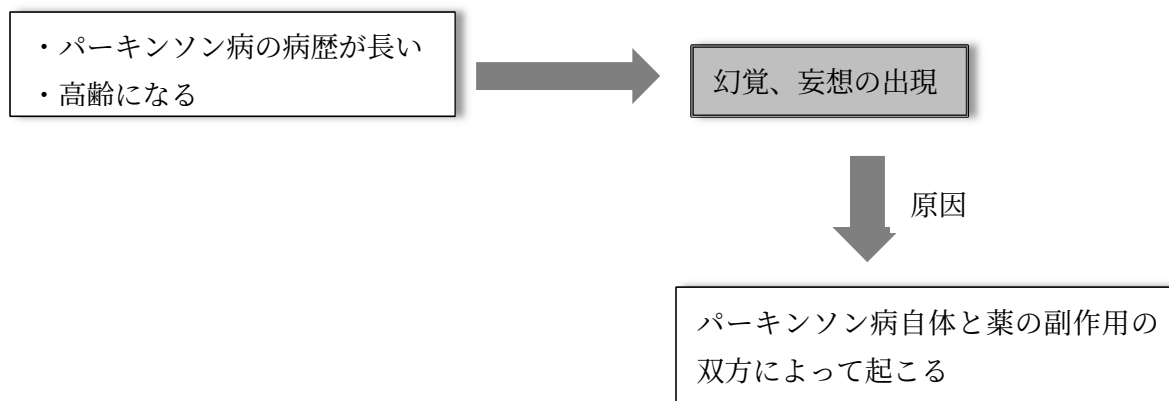
【備考】
◆今のサービスはあくまでもB男さんのご希望により、できるだけ介護負担が軽減するようにする手段にすぎません。子供さんの希望から今後は施設への入所も検討に入れなければならない時期にきています。症状が進み、いよいよB男さんが精神的・身体的に限界を感じた際に速やかに入所手続きができるように、家族・ケアマネジャー・介護スタッフ・主治医も含め、話し合いの機会を頻度にとっていきましょう。 ◆また昼夜介護はお互い「共依存状態」つまりお互いがお互いを頼っている状態になりがちです。これがひどくなるとB男さんがうつ状態になり、利用者への虐待につながり、最悪自殺してしまう危険性をはらんでいますので十分気を付けましょう。 ◆食事に関して、誤嚥のリスクが高まっています。A子さんにとって食事は唯一の楽しみだと思いますので「胃ろう」の検討も含め、スタッフ、家族も含め話し合ってください。 ◆B男さんの息抜きの時間を作っていただくためショートステイ、デイサービスの提案をしていきましょう。 ◆A子さんの転倒のリスクを減らすため24時間対応のネットワークを作っていきます。

私は上記の訪問介護計画書に基づきサービスを提供することに同意します。
＜指定訪問介護事業所：0000000000＞ 平成 〇〇 年 △ 月 × 日

図6 幻覚と妄想について

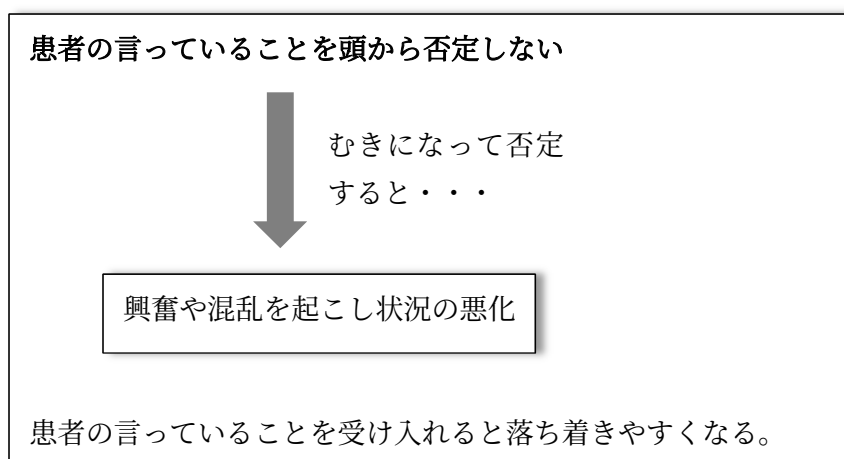
・人によっては出現しない人もいる（ケースバイケース）

・必ずしもすべての人に出現するわけではない



幻覚とわかっていて生活に不自由なければ様子を見ていればよいが、妄想になると治療が必要な場合がある

家族の接し方



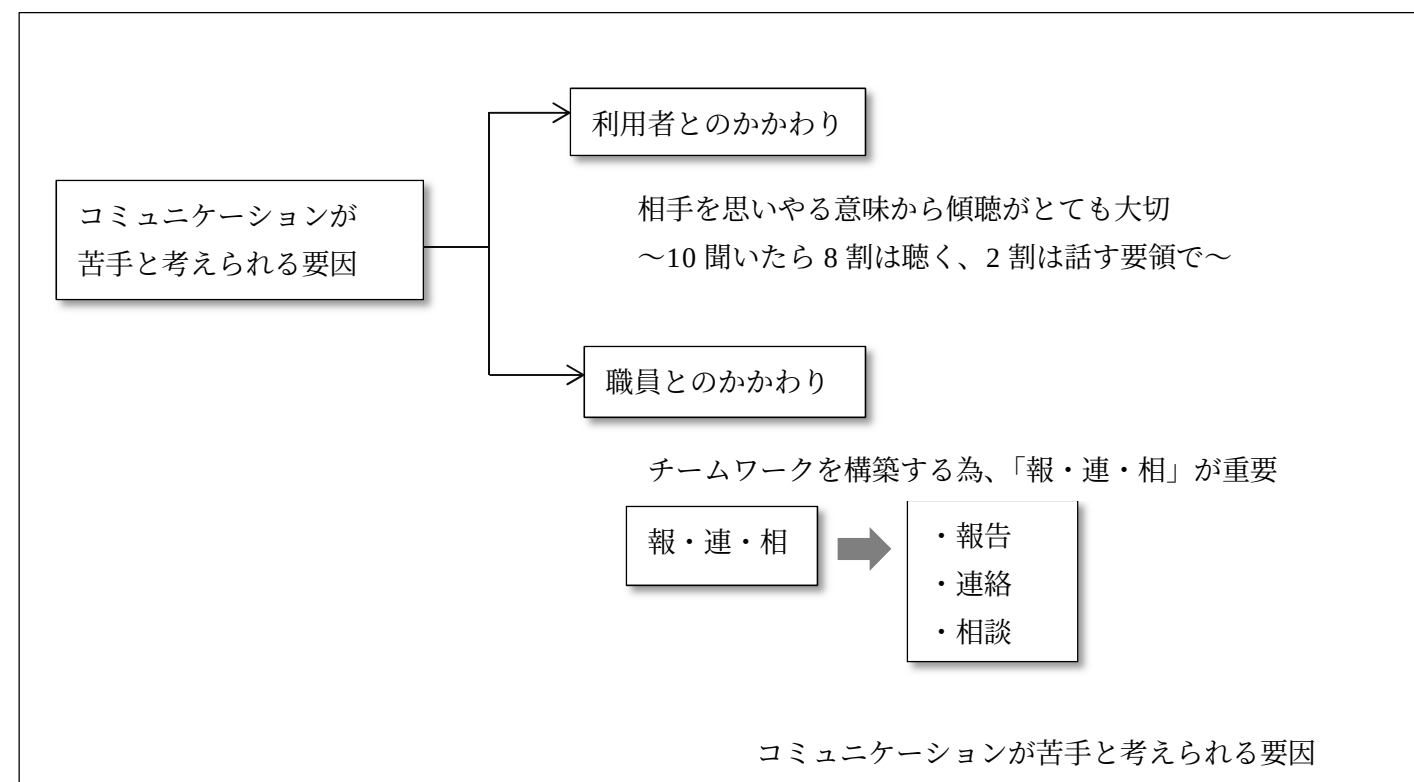
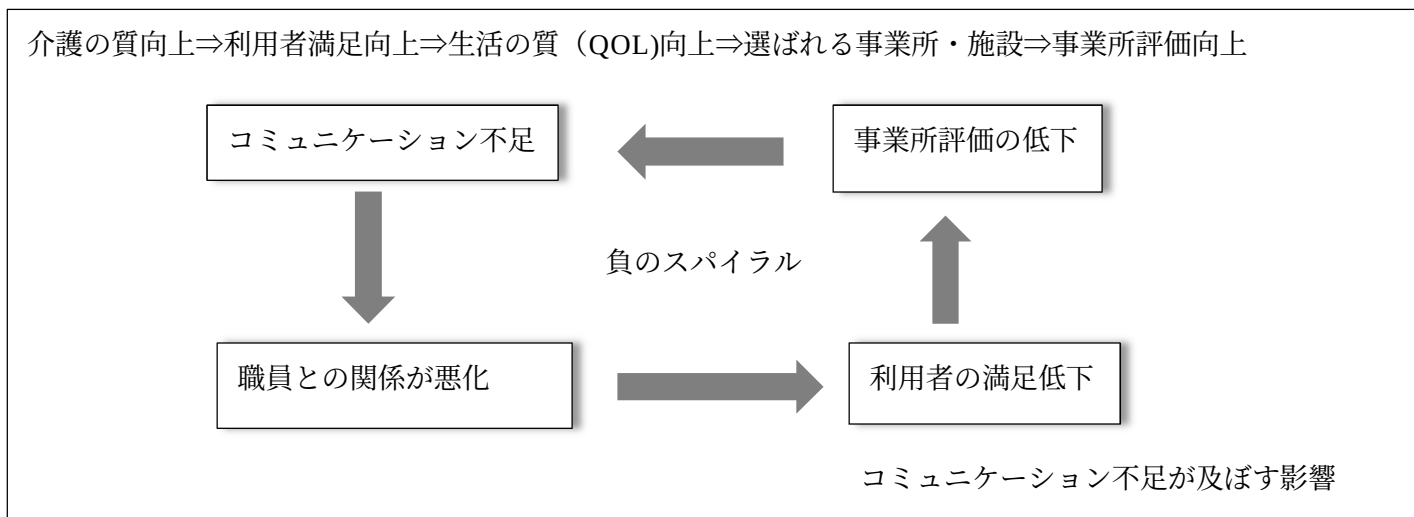
妄想は治療が遅れると悪化することがあるので、なるべく早く主治医に相談することが大切!!

しかし「日常生活に支障がない」場合は多くの医師が、薬による妄想の軽減を見送っているのが現状。

（妄想を軽減する薬（向精神薬）などが運動機能を低下させるため）

1) 介護スキルアップセミナー資料「パーキンソン病について」（P5,6）福岡シティ福祉サービス 2013

図7 対人援助スキルの重要性



4) 福岡シティ福祉サービス主催 介護スキルアップセミナー資料【傾聴とコミュニケーション】（P2,3）より

図 8 対人援助スキルの技法について

表情	悲しい表情には悲しげな表情で 笑顔には笑顔で聴く（ミラーリング）が大切
アイコンタクト、 目線の位置	相手と同じ高さで目線を合わせるのが原則
言葉使い	・聞き手が聞き取りやすいように、ゆっくりと明瞭に。 ・分かりやすいように完結に、理解できているか確認しながら ・専門用語は極力使用しない。
スキンシップ （タッチング）	初対面に相手の体に触れることは逆効果、ある程度面識が付いてきたら肩等のボディタッチは有効
声のトーン	高齢に従い、甲高い声はただうるさく聞こえるだけ。
イントネーション	
チューニング	相手の感情やフィーリング、価値観や思考とあわせる。 ⇒楽しい話は楽しげに聞き、悲しげな話には悲しげに聴く。
マッチング	相手の言葉や話し方と合わせる。相手と同じような言葉を使用するときなど、相手との共通点や類似点を増やしていく方法。 相手の言ったことを利用して返答する工夫をすることが好ましい。 例)「水をください」といったとき「お冷ですね」というよりも「水ですね」と答えるということ
ミラーリング （鏡像性）	コミュニケーションの最中に相手の姿勢やジェスチャー、呼吸、声の調子、話す速度、声の大きさなどをさりげなくあわせること。
リフレージング	共感を持って利用者のキーワードを彼らの口調や表現を使って繰り返す
うなずき（操作）	
相槌	うんうん なるほど ……など
繰り返し（復唱）	・相手の話やキーワードをそのまま返す
	・相手ががんばっているんだ！と言ったら頑張っているんですねと返す
	・キーワード（聞いてほしい言葉）を返すだけで、相手はよく聞いてくれていると受け止めることができる
要約（話の内容を一度整理する）	

2) 福岡シティ福祉サービス主催

介護スキルアップセミナー資料「傾聴とコミュニケーション」（P6、P9）より抜粋
一部加津

図 9 バイステックの 7 原則（対人援助にもっとも使われる技法）

①個別化の原則

利用者を個人としてとらえ、利用者の問題状況に応じて個別的な対応をすること

②意図的な感情表出の原則

援助者が利用者の考えや感情（肯定的な感情も否定的な感情も）を自由に表現できるように働きかけなければならない。そして、その利用者の感情表現を大切に扱わなければならない

③制御された情緒関与の原則

援助者は自身の感情を自覚し吟味しながら、援助者が利用者の表出した感情を受容的・共感的に受け止めること

④非審判的態度の原則

援助者は利用者の言動や行動を、一般の価値基準や援助者自身の価値基準から良いとか悪いとか評価する態度を慎まねばならない。利用者のあるがままを受け入れるように努め、利用者を一方的に非難してはならない

⑤自己決定の原則

援助者は利用者の意思に基づく決定ができるように援助していく。

⑥秘密保持の原則

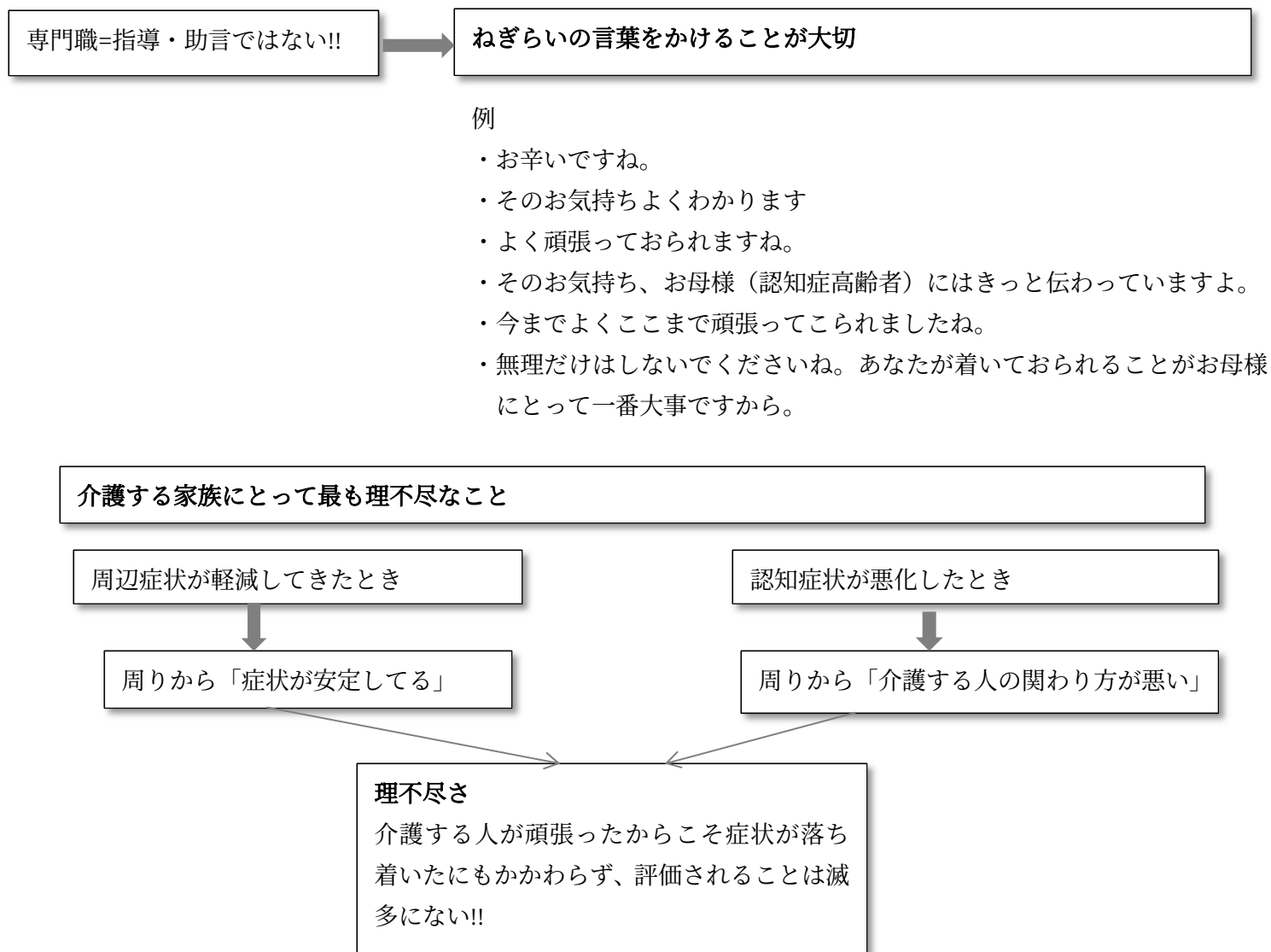
利用者から信頼を得るためには、援助関係のなかで利用者の言動や状況を秘密（プライバシー）として守らねばならない

⑦専門的援助関係の原則

援助者は、個人的な関心・興味から利用者に関わってはならない。援助者は、常に専門職としての態度で臨まなければならない

3) 「©2006 Chihaya-T3 Corp.バイステックの 7 原則にみる実務上での基本理念の重要性」をもとに作成

図 10 労いの言葉の効果



4) 福岡シティ福祉サービス主催

介護スキルアップセミナー資料「対人援助資料」より引用

不適切表現・書き方から学ぶ！ケアプラン・ケア計画事例集

不適切表現・書き方から学ぶ！ケアプラン・ケア計画事例集

介護記録と関連して、介護計画書の重要性が増しています。昨年の介護保険改正で居宅支援事業所に個別計画書の提出を求めることが出来るとの規定がなされました。(図 1)

また、地域密着サービスでは運営推進会議で第三者にケアの報告が義務づけられており、この際に介護計画書を提示する可能性もあるなど、第三者に掲示する広がりを見せており、介護計画書はますます重要性を増しています。

しかしながら介護計画書の作成・立案が分からないという声を耳にします。

そこで本稿では、通所介護計画書における適切な表現例について解説を進めていきます。

介護計画書作成の利点とは

介護計画書作成の利点とはどんなものなのでしょうか。またどういう働きがあるのでしょうか。以下の 5 点に絞れると言えます。

・家族に安心感を与える

介護計画書を家族へ提示、スタッフの説明によりどういうケアを提供していくかを知ることにより利用者家族は詳しい内容を知ることが出来、安心感を得ることが出来ます。

・あらかじめ計画を立てることにより、介護が質的に改善される

例えば、介護提供当初自力で歩けなかった利用者が、介護計画書を立て、随時見直すことにより、最終的に可動域が広まり、散歩までできるようになったというケースです。このように介護計画書は既存の機能を改善する材料ともいえるのです。

・スタッフにとっては効率的なケアができる。

あらかじめ計画が示されていることにより、余計な労力を使わなくて済み、介護スタッフの負担軽減につながります。また利用者にとってもあらかじめ希望どおりのケア計画を提示されている事でサービスの内容が把握でき、安心して介護を受けることが出来るのです。

・介護スタッフの研修資料になる

利用者ごとの計画書から利用者ごとに違う介護（個別ケア）を提供することが出来ます。そのことを新人職員にマスターしてもらうことにより、介護技術を養う教材となるのです。また介護計画の立案・作成例として更には事例検討会の材料になり、より良い介護を行う材料となるのです。

・万が一の時の材料にもなる。

もし万が一、訴訟に持ち込まれた場合適切なケアを行っていたという唯一の証拠となります。この際に大事なことは、介護計画が作成されていないという事は適切な介護を行っていないとみなされ、ケアをしていたとしてもどのような介護を提供しているのか詳細を第三者に伝えることはできないのです。その結果、最悪の場合莫大な損害賠償を命じられることになります。

なぜ不適切な表現をしてしまうのか。

ではなぜ、私たち専門職は、介護計画書が先に挙げた利点があるにもかかわらず、不適切な表現をしてしまうのでしょうか。それは大まかに分けて以下の通りとなります。

- ・計画書を作成・立案する時間がない。

頭では、分かりやすい表現で作成しないといけないことは分かっていますが、通所介護のみならず他の介護事業所でも、介護計画作成担当者がいればいいのですが、一人何役もしなければいけないというのが実情です。つまり人手が足りず、計画書を作成する時間がないというのが実情なのです。

- ・計画書をどのように立てて良いか分からない。

もともと計画書の作成経験がないので、どのように表現して良いのか、どのようにサービスを組み立ててよいかわからないのです。

その場合はとにかく実践しかありません。先輩職員にならって指導を受けるなどして慣れていくしかありません。

- ・利用者・家族に掲示した際に家族がどのように思うか考える余裕がない。

計画書を作成することを仕事上の目標と思ってしまいがちになり、業務の繁忙から利用者家族の思いを考える余裕がなくなってくるのです。

- ・万が一の際に事業所・スタッフ個人が救ってくれる唯一の証拠になるといった認識が薄い

最近はリスクマネジメント対策として介護計画書の重要性が増しています。また訴訟に持ち込まれた場合最悪の事態を避けることが出来るのです。そういった認識が薄いことから不適切な表現で計画書を作成することが多いのです。

- ・第三者に公開する資料としている認識がない。

介護計画書というのは実地指導の際、行政職員に見せるほか、各種会議で提示するケースが往々してあるなど社会にケアの様子を知ってもらう必要性を持っています。そのことを知らずに施設内で使用する書類と捉えてしまうことが不適切な表現をしてしまう傾向にあるのではないのでしょうか。

もしこれらの理由から、不適切な表現で介護計画書を作成し、利用者家族に見せた場合どういう結果を生むのでしょうか。簡素化・抽象化された記載内容であれば、個別化された計画書とは言えず、ただ単にデイサービスに通う（時間を潰す）ことが目的となってしまう、本来の目的（出来ないことをできるようにする、残存機能の回復）の為の介護サービスではなくなってくるのです。

また内容が簡素・抽象的であれば、利用者家族の信頼関係構築に障害を生み、今後の十分なケアができなくなってしまう恐れもあるのです。(図 2)

介護計画書作成において大切な事

介護計画書作成において重要な点は4つです。(図 3)

このうち記載に関係するのは以下の3つです。

このうちのどれが不足しても、内容が充実した介護計画書を作成することはできません。

- ・アセスメント

アセスメントは、介護計画書を作成する際に利用者のニーズは何かを探るものです。

このアセスメントは料理でいえば材料に当たります。材料が良質なものでなければおいしい料理を作ることはできません。

介護計画も同じことです。つまり、この時点で利用者家族から十分なニーズがくみ取れなければ、充実した内容の介護計画書を作成することはできないのです。

・長期目標、短期目標の設定 (図 4)

具体的に分かりやすく記載することが重要です。

よく、長期目標と短期目標の違いが分からず、どのように組み立ててよいか分からないという声を聴きますが以下の通り考えてはいかがでしょうか。

《長期目標》・・・長いスパン（6 か月もしくは 1 年）で達成できる事柄を記載します。

記載例・・・自宅の階段を介助なく上り下りできるようにします。

《短期目標》・・・長期目標を受けて具体的な目標（1 か月から 3 か月程度）を記載します。

記載例・・・段差の上り下りを〇〇分で△△できるようにします。

・目標に基づくサービス内容の設定 (図 5)

目標が定められなければ、サービス内容の設定は決まりません。

ここでは、短期目標に基づき、目標を達成するためには事業所で出来るサービスは何かを考えながら記載していきます。

《記載例》

- ・レクリエーションの時間になったらご本人にレクリエーションに参加したいかどうかをお聞きします。
- ・その際に参加したくないとおっしゃれば、スタッフがそばに付き添います。

・どういうサービスを提供するかを明確に分かりやすく

私の妻が母親を有料老人ホームに入所させ、介護計画書に目を通していたところ、このように言っていたのを覚えています。

「症状は分かっているのよ！こういう症状だから、じゃあどんなことを提供してくれるかが知りたいのよ！だけど提示された計画書にはそのことは書いてなかったの！」

私も生活相談員として働いていた頃、数ある介護計画書に目を通してると病気に対する症状は詳しく記載されていますがサービス内容が明確に明記されていない計画書が多いような気がします。

介護計画書というのは文字どおりどのようにサービスを計画していくかを記載するものなのです。その中にどのようなサービスを提供するかを記載していくかがカギとなるのです。

利用者が知りたいのは、症状の状況ではない、「こういう症状があるからどういうサービスを提供してくれるか」なのだ。

その点を記載する上での重要ポイントとすることが重要です。

不適切な表現例で学ぶ！適切な表現

それでは以上のことを踏まえてどのような記載が良いのか具体的に見ていきたいと思います。

I. 目標について（長期、短期を含む）

大原則は「分かりやすく、しかも具体的に」記載することです。

また利用者家族に分かりやすく、箇条書き、「〇〇します」「△△しましょう」など丁寧語で書くことが一般的となっています。

【悪い例①】

QOL の向上

↓
QOL（専門用語）の記載では、家族には分かりません。また漠然過ぎて何をどのように向上するのか見えてきません。

【良い例①】

- ・ 自宅近くの散歩ができるようにします
- ・ 一人で料理ができるようにします。

また「出来るだけ」とか「随時」とかのあいまいな表現は避けましょう

【悪い例②】

出来るだけトイレに行けるようにする

↓
これではどの程度、トイレに行けるようにするのが分かりません。

【良い例②】

時間を決めてトイレで排泄できるようにします。
自力で自宅のトイレに行けるように足腰の筋肉を強くしていきます。

目標設定の際、数値を入れるとより具体性が伝わります。

【良い例③】

脱水にならないように適量水分が取れるようにする

↓
適量とはどの程度なのか分かりません。具体的に数値を入れてください。

脱水にならないように 1 日 1,200cc 摂取できるようにします。

移動が目標とする場合、行き先の名称分かれば記載するようにしましょう。

【良い例④】

近所まで買い物できるようにする

【悪い例④】

近所の〇〇スーパーまで買い物できるようにします

こういった部分をどのようにできるようにするのか明確にすることも大切です。

【悪い例⑤】

可動域を広める

↓
可動域とは専門用語です。利用者家族には分かりません。また体のどこの筋肉を広めてどのようにするのが明確でありません。

【良い例⑤】

太もも部分の筋肉を回復し、自力で歩けるようにします。

また間違った例ではありませんが、原因と結果を関連付けて記載することで具体的な目標が出来上がります。

記載例 ○○なので△△できるようにします。

- ・ 一人で散歩できるようにして生きがいを取り戻すようにします。
- ・ 孫に迷惑を掛けたくないのので、料理ができるようにします。
- ・ 家族に迷惑を掛けたくないのので、一人で入浴出来るにします。

このように、目標を記載する際に、利用者本人の気持ちを記載することでより個別性が生まれ、利用者家族との信頼関係がより強固なものになるのではないのでしょうか

さらには目標に至る原因を記載することも個別性を表すものとなります。

目標の設定は、個別性を表すことがとても重要になってきます。

個別性を表すことで、利用者家族から信頼を得ることが出来、より信頼関係が強固なものとなり、今後のケアがうまくいくのです。

以上の目標の記載例を踏まえて、家族の要望と組み合わせた目標設定は以下のようになります。

【利用者・家族の希望】

腰が弱くなり、以前は散歩が趣味でよく外出していたが、最近は外出がなくなり会話がめっきり減ってしまい、生きがいをなくしてしまった。以前のように外出して散歩が楽しめるようにしたい。



- | | |
|--------|---|
| 【長期目標】 | <ul style="list-style-type: none">・ 自宅周辺あたりを短時間散歩できるようにします。・ 介護職員とのコミュニケーションを図るほか近所の住民とも会話ができるようにして生きがいを取り戻すようにします。 |
| 【短期目標】 | <ul style="list-style-type: none">・ 週2日デイサービスを利用し、足腰の筋力がつくようにします。そのために足のリハビリの為踏み台昇降運動を○分で○回できるようにします。・ なるべく福祉用具（車いす）を使わなくても歩けるようにします。そのために車いす→杖に次第に移行できるようにします。・ レクリエーション時に介護職員とコミュニケーションを取れるようにします。・ 積極的にデイサービスのレクリエーションへの参加するようにします。 |

Ⅱ.サービス内容

この部分も「分かりやすく、具体的に」が大原則です。

「出来るだけ」「随時」とかのあいまいな表現はできるだけ避けるべきです

【悪い例①】

○○の場合はできるだけ手伝う

↓
○○とはどういった場合でしょうか。また出来るだけとはありますが、どの程度、手伝うという事でしょうか。

【良い例①】

職員がお声掛けをしてトイレに行こうとして自力で歩行できないときは、横についてトイレまで歩行介助をします。

【悪い例②】

本人の調子が悪い時は声掛けを行う

↓ 本人の調子の悪い時とはどういう時でしょうか。また職員によっても「調子が悪い」という判断は違うはずです。その場合は「血圧が〇〇以下の時は」と記載するようにします

【良い例②】

バイタルの結果血圧が、〇〇以下の時は、あいた職員が声掛けを行い、本人がきついと訴えたときは、看護師に報告とするとともにご家族にも報告を行います。

【悪い例③】

随時、排泄の声掛けを行う

↓ 随時というのはどういった場合でしょうか。どういうケースの場合に声掛けを行うのでしょうか。その点が記載されていません。
この場合は、「食事の際」「お帰りの際」とか具体的に記載するようにします。

【良い例③】

お帰りの際、あいた職員が必ず声掛けを行い、ご本人がトイレに行きたいと訴えたら、トイレまでお連れします。

具田的な数値を記載ことも重要です。

【悪い例④】

歩行ができるようにリハビリを行う

↓ リハビリとはどういうもののでしょうか。どういう運動訓練を行うのでしょうか。読む側は全く伝わってきません。この場合は、訓練の種類と〇〇回行いますという数値を入れることがポイントです。

【良い例④】

一人で歩行できるように踏み台昇降を行い、最終的には 1 分間で〇〇回出来るように機能訓練士が歩行介助を行います。

また、職員による気遣いの言葉を入れるとより、家族との信頼関係が強固なものとなります

- ・レクレーションの時は本人に参加したいかをお聞きします。
- ・参加したくないとおっしゃった時には手の空いたスタッフが傍に寄り添ってコミュニケーションを図ります。

- ・突然、情緒不安定となることがあるので、常にスタッフが見守りをを行います。
- ・突然泣き出したときは手の空いたスタッフがそばに寄り添ってお話をお聞きして不安を軽減するように配慮を行います。

目標設定と同様にサービス内容にもこのように職員による気遣いを記載することで、利用者家族から見ると事業所の評価が挙げて高まります。またこのような表現は個別性を表しており、信頼関係がより強固なものになるのではないのでしょうか。

以上を踏まえたうえで、適切でない介護計画書作成例（図 6）と適切な介護計画書作成例（図 7）を挙げます。

厚労省は、昨年介護計画書の一般的な様式を公表しました。しかし今回の公表はこの様式を使いなさいという事ではなく、この様式を参考にして計画書に必要最小限の項目を入れなさい、という事です。

図 6 と図 7 では少々様式が違うことにご注目ください。

国は介護計画書様式の統一性を図っていません。つまり様式に決まりはないのです。

そこで利用者家族への伝達事項、今後のケアの検討内容など、ケアを進めていくうえで特記すべき内容は備考欄を設けてその欄に記載することでより個別ケアに沿った計画書が出来上がります。

今迄の事をまとめると良い表現のポイントは以下の通りです。

- ・ 計画書の書く項目ができるだけ空欄なく記載されている事
- ・ 分かりやすい言葉で書かれている事（専門用語は使わない）
- ・ サービス内容などは具体的に（数値などを使うことが効果的）
- ・ あいまいな表現を使わない事

介護計画書記載に入れてほしい表現について

いかがでしたでしょうか。

もちろんこれが一番正しいという記載はありません。要は利用者家族が分かりやすく、かつ抽象的ではなく具体的に記載することが重要なのです。

ここでは、介護計画作成においてぜひ、記載に加えてほしい点について話を進めていきます。

それは以下の 2 点です。

● 介護する家族の心理的ケアの記載

デイサービスというのは、朝 10 時から夕方 5 時まで等と限られた利用になります。その間家族は息抜きの時間を作ることが出来るわけです。このことを含め、家族の心理的ケアを記載する欄を設けることが重要です。支援というと、家族への介護するうえでのアドバイスをするといったことを連想しがちですが、介護がうまくいくためには、家族へのメンタル面のケアも欠かせないのです。

利用者家族は、介護で生じたストレスを誰にも話せずに一人で抱えているケースがほとんどです。そして限界を超えると一家心中と言った最悪の事態を招いてしまうのです。また、利用者家族は介護ならではの理不尽さを感じています。傾聴が重要だと言われるゆえんはこの理由からなのです。

図 7 ではキーパーソンである B 男さんは夜眠れない、A 子さんの妄想からストレスを抱えているなどいつうつ状態に陥ってもおかしくない状況を踏まえて作成されています。もし事業所内での心理的ケアの対応が不可能な場合は、思い切って精神科等のカウンセリングへの受診をお勧めすることも重要です。

● 職員の気遣いに関する記述を入れること

先の表現例でも挙げましたが、例えば「そばに寄り添う」とか「最後まで一緒に同じペースで食事する」等職員として素晴らしい姿勢を記載することは重要です。こういう記載を入れることでその後の利用者家族との信頼関係がより強固となり、今後のケアがうまくいくことを暗示しているからです。

良い介護計画書を作成するために・・・

今迄介護計画に記載する表現例について解説を進めていましたが、その点も含め良い介護記録を作成するためにこういったことに気を付けていけばよいのでしょうか。

・家族との信頼関係の構築

介護職員にとって自分がかかわったことがない病気を持った利用者と接することになった場合、傾聴はもちろん家族へのアセスメントは非常に重要となってきます。そのためには家族との信頼関係が構築されることが必要不可欠です。家族の会話の中にケアのヒントが隠されているので気を付けてヒントを見逃さないようにしましょう。

・観察力

図 7 では、病気が進行するに従い声が出なくなるという症状を踏まえて作成されています。コミュニケーションが、また表情が乏しくなります。困難な場合、介護記録から支援のヒントを拾う必要があります。そのためにはまず先輩職員と同行して利用者宅に伺い観察力の習得を養うことが求められるのです。

・病気の理解とケアの仕方の習得

最近パーキンソン病利用者の方等の難病の方も通所介護を利用するようになってきました。

もし、医学書などで知られている病気ならば、すすんで習得することが重要になってきます。もしくはそれらに関連したセミナーがあれば、すすんで受講されることをお勧めします。これらに支援のヒントが隠されているからです。今後は介護スタッフと雖も、ある程度の医療知識（病気・症状に対する知識の習得）が必要になってきます。

まとめと今後の傾向

現在は介護計画書が実地指導のほか地域ケア会議でも活用されることが十分あり得ることが考えられます。

昨年の介護保険改正で、個別機能訓練加算ⅠとⅡの区分が明確化され、必要に応じ見直すという規定がなされました。これは逆に言うと区分が明確化されていなければ、言い換えれば個別機能訓練計画書が適切に作成されていないと加算が取れない、取り消されるとも解釈できるのです。（図 8）

これは何を意味しているのでしょうか。

ますます介護計画書の記載の習得が重要になってくるという事です。

今回の改正の傾向から今後は、今後は介護計画書、個別訓練計画書等の計画書の記載が簡素・抽象的だと加算自体取れないケースも出てくるのではないのでしょうか。それだけ国も介護計画書をますます重要視しているのです。

最近介護記録作成・立案に関するセミナーが主要都市を中心にちらほら出てきました。生活相談員などの方で計画書作成・立案が不得手な方は是非、受講していただき記載法をマスターしてください。

そして利用者から喜ばれる施設を目指していただきたいものです。

参考文献

平成 27 年度介護報酬改定の概要（案）第 119 回（H27.2.6）社保審一介護給付費分科会

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（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十七号）

【福岡シティ福祉サービス】介護計画書作成・立案セミナー資料 P3、17～20

通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について（老振発第 0327 第 2 号 平成 27 年 3 月 27 日）

白石 均 【訪問介護サービス】「諦めない！」こんなときどうする？」支援困難利用者への対応&訪問介護計画事例集 医療依存度が高い利用者編「ケース 6 昼夜を問わず支援が必要な利用者」

図 1 個別介護サービス計画の提出努力規定

Ⅲ 各サービスの報酬・基準に係る見直しの内容

1.居宅介護支援

(省略)

⑤ 居宅介護支援事業所とサービス事業所の連携

居宅介護支援事業所と指定居宅サービス等の事業所の意識の共有を図る観点から、介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等の担当者から個別サービス計画の提出を求めることとする。

平成 27 年度介護報酬改定の概要（案）第 119 回（H27.2.6）社保審一介護給付費分科会

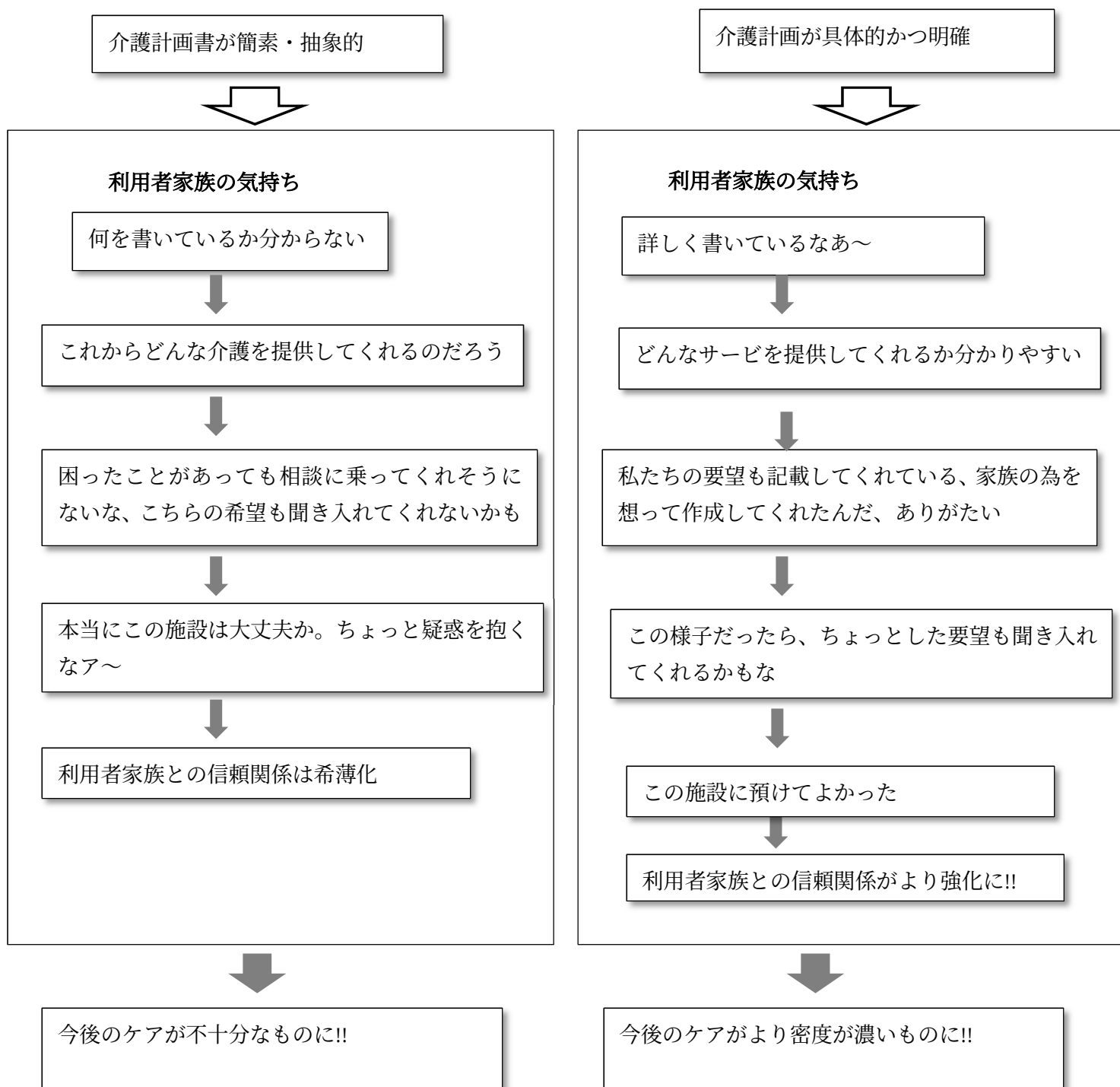
この規定から言える事

介護個別サービス計画書の提供努力義務規定



介護計画書等はますます第三者に公開しなければならない、社会の発信材料に

図2 介護計画書と利用者家族との信頼関係



介護計画作成において必要なこと

第四節 運営に関する基準（通所介護計画の作成）

第九十九条 指定通所介護事業所の管理者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成しなければならない。

2 通所介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。

3 指定通所介護事業所の管理者は、通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

4 指定通所介護事業所の管理者は、通所介護計画を作成した際には、当該通所介護計画を利用者に交付しなければならない。

5 通所介護従業者は、それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行う。

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
(平成十一年三月三十一日厚生省令第三十七号)



要約すると・・・

- ① 作成に当たっては、利用者の状況を把握・分析し、訪問介護の提供によって解決すべき問題状況を明らかに（アセスメント）し、これに基づき、援助の方向性や目標を明確にし、担当する訪問介護員等の氏名、訪問介護員等が提供するサービスの具体的内容、所要時間、日程等を明らかにすること。
- ② サービス提供責任者は、訪問介護計画の目標や内容等について、利用者及びその家族に、理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うこと。

アセスメント

情報収集

ニーズ分析

- ・アセスメント
- ・長期目標、短期目標の設定
- ・目標に基づくサービス内容の設定
- ・説明責任（アカウンタービリティ）

介護計画書立案作成のポイント
サービスによっては単純に本来の介護サービス提供欄で整理できない項目がある。 その場合は備考欄を設け、今後の介護の方向性、家族がケアをする上で注意する点を記載していく。
病気の症状が特殊性を有するのでサービス内容には簡単な症状の特徴を盛り込んだうえで、支援方法を記載するようにする。(例 この症状は〇〇だから△△します。など)
あくまで利用者の為の計画書ということを念頭に置き、介護サービスの事が詳しくない方にも分かりやすい言葉で記載する。(リスクマネジメント対策の為にも)
アセスメントの段階で家族から発せられた言葉をできるだけ盛り込む。そうすることでご家族との信頼関係構築が強固なものとなる。(例 家族の要望から〇〇を提供します。など)
利用者が知りたいのは、症状の状況ではない、「こういう症状があるからどういうサービスを提供してくれるか」なのだ。その点を記載する上での重要ポイントとすること。
介護計画書では具体的な手順については「ケア手順書」を作成してもよい。

【福岡シティ福祉サービス】介護計画書作成・立案セミナー資料 P3。20 一部加筆

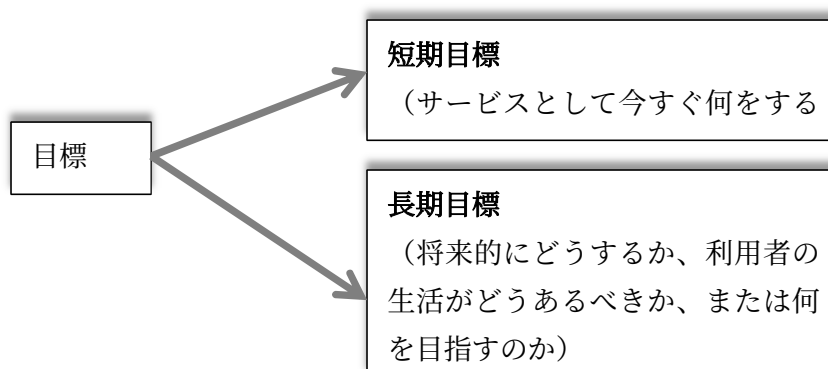
図 4 長期目標、短期目標の設定

短期目標について

- | |
|--|
| ①短期目標は、 <u>モニタリングの際に達成度がわかるよう、具体的に書く</u> |
| ②短期目標は、ニーズごとに解決の要点に対応して <u>段階的な計画</u> を決めて的を絞り書く
ただし、ニーズによっては、段階的ではなく、一挙に達成しなければならない場合もある |
| ③短期目標は、サービス事業者がそれぞれのサービス計画を作成する際に、その目標になるもの |

長期目標について

- | |
|---|
| ①長期目標は、ニーズごとに支援を受けながら利用者也努力する到達点として書くこと |
| ②目標設定は具体的にイメージを持ちながら、利用者・家族と共に立てること |
| ④利用者が目標設定できない場合などには、専門家の意見を聞き利用者・家族と介護支援専門員とで一緒に考えること |

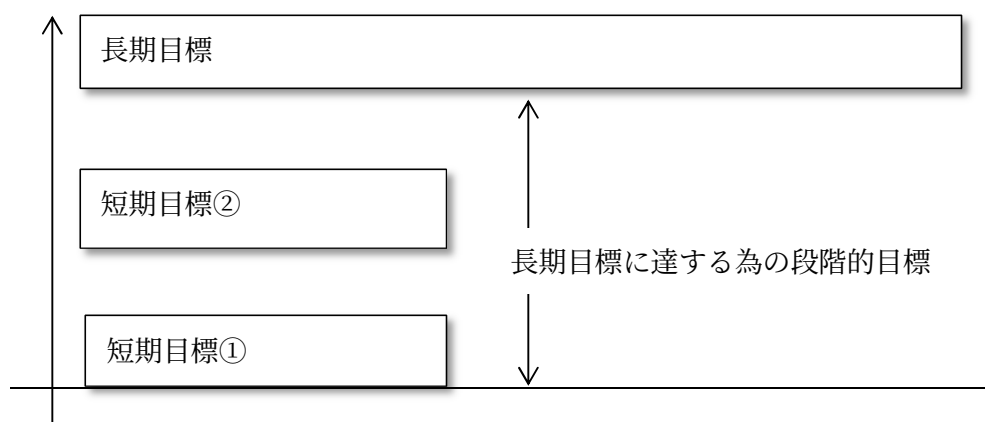


ケアサービスにおいては利用者と介護職の間で明らかに知識と情報量の差がある、したがって計画書はお互いの差が生まれないようにしなければならない

短期目標⇒大方 3 か月で達成できる介護目標を記載

長期目標⇒大方 6 か月で達成される介護目標を記載

どちらも利用者の QOL 向上につながるような目標を記載すること



《具体的なケース》

利用者・家族の希望	腰が弱くなり、以前は散歩が趣味でよく外出していたが、最近外出がなくなり会話がめっきり減ってしまい、生きがいをなくしてしまった。 以前のように外出して散歩が楽しめるようにしたい。
-----------	--



長期目標	・自宅周辺あたりを短時間散歩できるようにします。 ・介護職員とのコミュニケーションを図るほか近所の住民とも会話ができるようにして生きがいを取り戻すようにします。
短期目標	・週2日デイサービスを利用し、足腰の筋力がつくようにします。そのために足のリハビリの為踏み台昇降運動を○分で○回できるようにします。 ・機能訓練士による歩行訓練を進めていき、最終的には福祉用具（車いす）を使わなくても歩けるようにします。 ・そのために車いす→杖に次第に移行できるようにします。 ・レクレーション実施時、送迎時に介護職員とコミュニケーションを取れるようにします。 ・積極的にレクレーションへの参加ができるようにして、生きがいを取り戻していただきます。

【福岡シティ福祉サービス】介護計画書作成・立案資料P17～19 一部加筆

図5 目標に基づくサービス内容の設定

大原則は“ 分かりやすく ”が基本

素人でも分かりやすいように

専門職が読んでわかってもしようもない、介護計画書というのは、利用者家族（専門職でないもの）向けに作成しているのだという事を常に意識して記載するように

あいまいな表現を使うな!!

「時々（随時）見守りを行う」では、いざ職員が見守りを行うとき、どんな時にどんな見守りをおこなえばいいか分からない。また利用者家族にもうまく説明できない

専門用語を使うな!!

QOL/ADL/IADL などと、専門用語、略語を使ってはいけない、常に介護計画書というのは利用者本人の為の計画書だという事を忘れずに。

職員が気遣う言葉を盛り込むこと

寄り添う、お話を聞くなど気遣いの言葉をできるだけ入れること。そうすることで利用者家族との信頼関係がより強固となる

介護する家族（介護者）の気持ちを取り入れること

もし、介護する家族がいるなら、心理的負担軽減につながるような表現を取り入れること。この表現を取り入れることでより個別的な計画書が出来上がる

具体的数値を入れるように

「踏み台を 1 回の訓練で〇〇回出来るように～」などと数値が使える内容であるならば、記載してより具体的に内容とすること

事業所名

〇〇事業所

計画作成氏名

〇〇

作成 平成27年 〇月 ×日

氏名	〇〇 A子様	男・女	生年月日	昭和2年 3月 5日
住所	△△県 〇〇市△△町 ××-×-×	有効期間	要介護度 要支援度	要介護3
電話	〇〇-〇〇-〇〇〇〇	サービスの提供を 行う期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
居宅（介護予防）サービス計画		（介護予防）通所介護計画（長期・短期目標等）		
長期	介護者の負担を減らす	パーキンソン病の進行を遅らせるようにする		
短期	進行を遅らせる			
利用者および 家族の意向	パーキンソン病の悪化や脳梗塞の再発などをすることがないようにして、家での生活を続けていきたい。			
サービス利用上の 留意事項	送迎時に転倒しやすいので気を付けて見守る			

援助内容

個別援助内容

迎え	自宅発	:	項目	留意事項						
	事業所着	:	送迎時	送迎車両への乗降の際、不安定にならないようにする						
プログラム（日課）			安全に配慮した環境整備	・安心・安全に乗降できるよう支援する。 ・職員の見守りや転倒しないように気をつける ・必要時は声かけを行う。						
(予定時間)	(サービス提供内容)	各プログラムの 所要予定時間								
9:00 ~	送迎	程度								
~		程度								
12:00 ~	昼食	程度								
~		程度								
13:00 ~	レクリエーション	程度								
~		程度								
16:00 ~	送り	程度								
~		程度								
(サービス提供終了)			レクリエーション	本人が生きがいを持てるように出来るだけ参加できるようにする						
	合計所要時間	6 時間								
送り	事業所発	16:00	利用日	月	火	水	木	金	土	日
	自宅着	16:20								

報酬算定区分

3-5時間 ・ 5-7時間 ・ 7-9時間

通所介護計画（介護予防通所介護計画）について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

27年 〇月 △日

利用者同意欄 氏名

説明者 氏名

図7 適切な通所介護計画書記載例

		事業所名		〇〇事業所	
計画作成氏名		〇〇		平成27年〇月〇日	
氏名	〇〇 A子様		男・ 女	生年月日	昭和2年3月5日
住所	△△県 〇〇市△△町 ××-×-×		有効期間	要介護度 要支援度	要介護3
電話	〇〇-〇〇-〇〇〇〇			サービスの提供を行う期間	年 月 日 ~ 年 月 日
居宅（介護予防）サービス計画					
長期	・B男さんの介護負担を軽減するようにし、共依存状態が少しでも抜け出すことができるようにします。 ・B男さんのご希望からできるだけ在宅で介護ができるようにします。 ・A子さんの筋力維持を図ります。				
短期	・A子さんの症状進行を少しでも遅らせる為歩行訓練をして筋肉をほぐしていきます。 ・B男さんが一人で介護できるように介護職員が在宅での介護サービス提供における注意点をお伝えしていきます。 ・A子さん自身家族に迷惑をかけているという想いもあり、少々うつぎみですので、生きがいを取り戻していただく為、レクリエーションに参加できるようにして、生きがいを取り戻していただきます。 ・B男さんの負担軽減の為、介護御職員が在宅における注意点をお伝えしていきます。				
利用者および 家族の意向	【B男さん】今まで奥様に迷惑ばかりかけてきたからせめて家で出来る限り介護をしてあげたい。 【長男】両親には楽になってもらいたため、母親には施設に入所してもらいたい。 【長女】病院や施設の食事が合わないので介護をできるようにして、施設入所以外の選択肢がないか探したい。				

援助内容			個別援助内容							
迎え	自宅発	〇〇：△△	項目		留意事項					
	事業所着	××：××	送迎時		・自宅に到着したら、介護職員が車いすに移乗します。 ・身支度などはB男さんに、デイサービスに通う準備を手伝ってもらいます。 ・特に車いすへの移乗時は右側に転倒しやすいので注意します。 ・ご本人が混乱されているときはこれからデイサービスに行くという事をお伝えします。					
プログラム（日課）										
（予定時間）	（サービス提供内容）	各プログラムの所要予定時間	入浴		・入浴前に血圧が〇〇以上の時は入浴を見合わせます。 ・声が出にくくなっているので入浴前は介護職員が代わるなど通常と違う際は事前にその旨をご本人にお伝えします。 ・着替えを介護職員が用意をして浴室までお連れします。 ・ご自分で洗える部分は洗っていただきますが、背中などは介護職員がお手伝いします。					
9:00 ～	送迎									
到着 ～	血圧、体温測定	程度								
10:00 ～	入浴、レクリエーション	2時間 程度								
12:00 ～	昼食	1時間 程度								
13:00 ～	レクリエーション	時間30分程度								
14:30 ～	リハビリ	30分 程度	レクリエーション 【集団プログラム】		・開始時に声掛けを行い、集団プログラムに参加したくないと言われたときは、あいた職員がそばに寄り添いお話をお聞きします。 ・参加した場合でも常にそばに寄り添う体制をとります					
15:00 ～	おやつ	30分 程度								
15:30 ～	帰りの会	30分 程度								
16:00 ～	送り									
（サービス提供終了）			リハビリ 【個別機能訓練】		・進行を少しでも遅らせる為、また足腰の筋肉をほぐすため、歩行訓練を行います。 ・車いすから降りていただき、平行棒を使って理学療法士のもと歩行訓練を行っていただきます。 ・ご本人がつらいと言われたときは無理強いをせず〇〇回だけ行っていただくように声掛けを行います。					
合計所要時間		6 時間								
送り	事業所発	16:00	利用日	月	火	水	木	金	土	日
	自宅着	16:20								

報酬算定区分	適用加算
3-5時間 ・ 5-7時間 ・ 7-9時間	個別機能訓練加算Ⅱ

備考

◆今のサービスはあくまでもB男さんのご希望により、できるだけ介護負担が軽減するようにする手段にすぎません。子供さんの希望からいずれば施設への入所も検討に入れなければならない時期が来ます。症状が進み、いよいよB男さんが精神的・身体的に限界を感じた際に速やかに入所手続きができるように、家族・ケアマネジャー・介護スタッフ・主治医も含め、送迎時、もしくは介護職員が何うなどして話し合いの機会を頻度にとっていきましょう。

◆昼夜介護はお互い「共依存状態」つまりお互いがお互いを頼っている状態になりがちです。これがひどくなると B男さんがうつ状態になり、利用者への虐待につながる、最悪自殺してしまう危険性ははらんでいますので十分気を付けましょう。

◆B男さんの介護負担軽減の為、介護のコツをお伝えしていきますので、よろしくお願ひします。

◆A子さんの転倒のリスクを減らすため関係事業とも連絡を取り合っており、24時間対応のネットワークを作っていきましょう。

◆サービス利用中の様子を観察しながら各種会議でネットワークづくりの検討を行っていきます。

◆常にB男さんにデイサービス利用中の様子をお伝えしていき、介護によるストレス不安が軽減するように話し合っていくましよう

27 年 ○ 月 △ 日

利用者同意欄 氏名 (印)

説明者 氏名 ①

図 8 個別機能訓練加算の明確化について

1 通所介護における個別機能訓練加算の目的、趣旨等について

(3)個別機能訓練加算(Ⅰ)と個別機能訓練加算(Ⅱ)の関係性

個別機能訓練加算(Ⅰ)については、身体機能の向上を目指すことを中心として行われるものであるが、個別機能訓練加算(Ⅰ)のみを算定する場合であっても、並行して生活機能の向上を目的とした訓練を実施することを妨げるものではない。

なお、個別機能訓練加算(Ⅰ)と個別機能訓練加算(Ⅱ)をそれぞれ算定する場合は、それぞれの加算の目的・趣旨が異なることから、別々の目標を明確に立てて訓練を実施する必要がある。

2 個別機能訓練の実務等について

(2)個別機能訓練の実務

(省略)

オ アからエまでの課程は3か月ごとに1回以上、個別機能訓練計画の進捗状況等に応じ、利用者やその家族の同意を得た上で、訓練内容の見直し等を行う。なお、利用者の心身の状態変化等により、必要と認められる場合は速やかに見直すこととする。

通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について(老振発第0327第2号 平成27年3月27日)

- ・ 個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ)の区分明確化
- ・ 居宅に訪問した上で訓練内容の見直し等を行う事



今後は個別機能訓練計画書が簡素・抽象的だと加算が取れない、取り消しという事も!!