

なぜケアプラン [ケア計画] がパターン化してしまうのか？ ～その人らしさを追求したアセスメントの視点と工夫～

福岡シティ福祉サービス 白石均

介護サービスを提供するには必ず、ケアプラン [ケア計画] を作成し、その内容に従ってサービスを提供することが介護保険法の中で定められています。

このケアプランですが、ケアマネの多忙さからどれもパターン化してしまう傾向があります。つまり個別化を重視した計画を作成するようと言われていたにもかかわらず、どれも似たり寄ったりの計画が見受けられるのです。

そこで本稿では、パターン化してしまう事がなぜ起こるのか、アセスメントをする上でのポイントを中心に解説していきたいと思います。

1.はじめに～なぜパターン化してしまうのか？～

なぜ、私たちはパターン化したケアプランを作成しがちなのでしょうか。

それを理解するうえで、ケアプラン (介護計画書) の位置づけについて私たちが誤解をしている点を以下に挙げてみましょう。

・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分からないのです。

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誤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、ただ単に介護サービスを利用する（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 1）

ケアプランというのは、今や外部に公開するものだという認識がまだまだ広まっていない、職員同士の共有物だという認識がまだまだある、ここら辺の認識がパターン化したケアプランを作りやすいという原因になっているものと思われまます。

2.これまでのアセスメントの問題点～陥りやすいポイント～

アセスメントにおいて陥りやすいポイントを挙げてみます。

①利用者および家族と十分な信頼関係が築くことができないまま、アセスメントに入っている。

これは私の体験談から言える事なのですが、利用者や家族から詳細な情報を聞き出そうとするためには、本音を話していただければなりません。そのためには利用者や家族との信頼関係構築が欠かすことが出来ないのです。

利用者や家族の方々が出来れば、自分たちで介護の問題を解決したいというのが本音なのではないでしょうか。しかし、これ以上自分たちで対応していただければ倒れてしまう、だから介護サービスを利用する。ここに葛藤を感じているのです。

また最近では精神障害を伴った利用者が増えてきました（代表的なのはパーキンソン病）。これらの病気の特徴は幻覚や妄想が出現し、特に介護を担っている家族に暴言を吐いたり暴力をふるうことがあるというのが特徴です。

中には認知症の奥様をご主人が介護しているという傾向が顕著になってきており、以前は介護問題といえば女性特有の問題として取り上げられてきましたが今や男性問題として深刻さを増しつつあります。

このような昨今の介護問題から介護を担っている家族は計り知れないストレスを感じているはずで

ですので、専門職としてまず、気遣いの言葉をかけてあげること、これが何よりも大切なのではないのでしょうか。（図 2）信頼関係を構築するには気遣いの言葉からというのを覚えていただきたいものです。

②1回の訪問ですべて聞き出そうとしている。

ケアマネの方は、ご存じのとおり多忙を極めています。ですので何とか1回の訪問で済ませようとするあまりに傾聴スキルを忘れて、尋問みたいになってしまう事が多々あるのではないのでしょうか。

本来ならば1回の訪問で信頼関係を構築して、ヒアリングして・・・などではできないと思います。

また、人間というのは後日改めて思い出すという事もあるのです。

ですので、できましたら訪問は数回に分けて行うのが理想でしょう、と言っても現実はその言った事は出来ないはずで

③独居の認知症の利用者について

これはリスクマネジメントの観点から言える事なのですが、特に初回訪問時には1人で訪問するのではなく出来るならば2人で訪問すること、または利用者だけでなく、親族（遠方に住んでいても）にアセスメントに同

席していただくことが重要です。

認知症は種類にはよりますが、記憶障害が出てきます。ともすると後々何かしらのトラブルになることが出てきてもおかしくはないのです。

またリスクマネジメントの観点から必ず書類（契約書等）に、スタッフが説明した日時を記入することと署名をもらう事を忘れずにしましょう。

3.その人らしさを追求したアセスメント

1) アセスメントの視点で重要な事とは

アセスメントはその名の通り、利用者からの情報収集ですが、良いケアプラン（ケア計画）が利用者にとって満足いくかどうかは、利用者及びその家族が本音で話をしてくれるかどうかにかかっています。

利用者への質問の仕方でも問題になってくるのが、いかに利用者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。

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2）

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。

まず、アセスメントうんぬんよりも、相手を気遣ってあげること、一見、アセスメントと関係ないような感じがしますが、実はこれがアセスメントの大前提となっていることを認識していただきたいと思います。

2) 本人、家族からの情報収集の工夫とポイント

利用者及びその家族から情報を聞き出す工夫のポイントは以下の4つに集約されると思われます。

① 相手の主訴に近いことから聞いていき、核心的な問いかけへと続ける

とにかく、相手に訴えたいこと、言いたいことを言ってもらい、これが重要です。そしてサービスで提供してほしいことを、聞き出します。大まかでいいのです。

ここで、気になる事柄があれば、どんどん箇条書きにメモしていきましょう。利用者や家族から出た言葉もどんどんメモしていきます。ニーズ分析では、このメモ帳が重要な材料になります。

そして、サービス提供してほしい内容がある程度分かったところで、ケアマネが主訴に関連した質問をどんどんしていきます。

② 一度ですべてを聞いてしまおうとしない

一度で聞き取ってしまおうとしないで、数回の訪問に分けて質問をしていくことも重要です。

ケアマネは多忙を極めています。従ってできれば1回でアセスメントを終了したいというのが本音ではないでしょうか。

しかし人間は、当日より後々冷静になって考えることができるのです。その利点を生かし、場合によっては数回に分けて情報収集することがよいサービスが提供できることを忘れずにしたいものです。

もし1回しか利用者宅を訪問する時間がないということでしたら後日電話で確認してもよいのではないのでしょうか。

③ 本人の強みも聞くこと

例えば本人が、入浴を手伝ってほしいという要望があるとします。その際に本人の強み（つまり今現在できている事）を聞くことも重要です。

入浴介助といっても、体全体が洗えないのか、それとも背中だけ洗えないから（前は洗えることが本人の強み）背中だけ洗うことを支援してほしいのかで支援内容はずいぶん違ってきます。

ケアプラン（ケア計画）を立てる上で重要なことは、できない事だけに注目するのではなくて、できること（本人の強み）も盛り込みなさい、と介護保険などで規定されています。（図 3）

そして利用者から本人の強みが出てきたら、すかさず褒めてあげる、これが重要なのです。

3) 家族から生活歴と本人の性格を聞く際に必要な事とは

先にも申し上げましたが、利用者及び家族との信頼関係を構築する事、これがアセスメント成功の可否を握っていると言っても過言ではありません。特に利用者を昼夜介護している家族のストレスは計り知れないものです。そこで私たちが利用者や家族との信頼関係を構築するために大切なことはまず温かい言葉をかけてあげることではないでしょうか。

そのためには、対人援助としてのスキルを身に付けとかなければなりません。

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。（図 4、5）

（Ⅰ）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。

（Ⅱ）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。

（Ⅲ）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るのです。

（Ⅳ）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。

（Ⅴ）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。

(VI) 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

(I)～(VI)は家族から生活歴と本人の性格を聞く際の大前提となります。つまり、これらのスキルを身に付けることによって利用者や家族との信頼関係が構築でき、生活歴や本人の性格をスムーズに聞き出すことにつながるのです。また説明責任(＝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)にもつながります。

4) 的確なニーズを踏むためのポイントと工夫

では、的確なニーズ分析ができるために踏むべきポイントとは何でしょうか。

それは、①アセスメントチェックシートの活用②観察力を身に付けることの2つではないでしょうか。

① チェックシートの活用

ベテランのケアマネがアセスメントをするのであれば、このような書類は必要ないとは思いますが、とかく新人のケアマネが利用者宅に伺った場合、何を質問すればよいのか、途方に暮れるのではないのでしょうか。そこでケアプラン(ケア計画)を作成するワンクッションとしてこのシートの活用をお勧めします。

チェックシートの利点

- ・該当箇所を✓するだけで済む
- ・業務の時間短縮につながる
- ・チェックにない項目に関してのみ箇条書きにして記録を残す(図6,7)

このシートを活用することでニーズ分析の際の重要な材料になります。

②ICFをアセスメント情報整理シートとして使用する(図8)

これは①のチェックシートの代用としてICFをアセスメントチェックシートとして使用するものです。

このICFにはあらかじめ、Ⅰ心身機能・身体状態(生命レベル)、Ⅱ活動(生活レベル)、Ⅲ参加という項目に利用者や家族から聞き取った情報を当てはめていくものです。

これだと、散乱した情報をICFに当てはめることにより、情報が整理できるのではないのでしょうか。

ケア提供の最終目標は、Ⅰ心身機能・身体状態(生命レベル)とⅡ活動(生活レベル)をⅢ参加に持っていくことです。(図9)

③観察力を身に付ける

最近では難病を持った利用者も見受けられ、介護保険サービスを利用するようになってきました。

今年の介護保険改正で共生型サービスが新設されたほどです。

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です。もしくはそれらに関連したセミナーがあれば、すすんで受講することが必要になってくるでしょう。

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）が必要になってくるのではないかと思います。

もし、今後、担当する利用者が難病（パーキンソン病、ALS など）でしたら、症状のことが分かっているならそれなりの支援の計画も立てやすいのではないのでしょうか。

④ とにかく実践を繰り返すこと!!

ケアプランがうまく作成できる為の、前段階アセスメントがうまくいくためには、とにかく実践を繰り返すしか方法はありません。いくらアセスメントシート作成のワンクッションとしてチェックシートやICFをアセスメント情報シートとして利用しても結局はベテランスタッフのやり方をまねるしか上達する近道はないように思われます。

4.現場のケアマネージャー（計画作成担当者）へのアセスメントのアドバイス

それでは、より良くアセスメントを進めるために、今までの繰り返しになりますが、いくつかアドバイスをしたいと思います。

①ケアプランに盛り込んでほしい事柄

介護する家族への心理的ケアを計画書に盛り込むことを忘れずに、このためにはアセスメントの段階から意識していただきたいと思います。

特に認知症、精神疾患の利用者を抱えた家族は昼夜昼夜問わず徘徊する等家族のストレス（精神的、肉体的）は限界を超えているはずです。

- ・利用者家族は、介護で生じたストレスを誰にも話せず一人で抱えているケースがほとんど
- ・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
- ・利用者家族は介護ならではの理不尽さ

以上の3つに集約されるのではないのでしょうか。

そのためには、アセスメントの段階で、家族の心理的ケアを計画書に盛り込むことを意識してアセスメントをすすめてみましょう。

②自分からすすんでスキルアップを図る

ケアマネになる方は、前職が看護師や介護職などさまざまな方が多いので、それぞれ介護に強いケアマネや医療に強いケアマネに必然と別れてくる傾向があります。逆に言うと医療に弱いケアマネと福祉に弱いケアマネに分かれます。利用者や家族にとっては、ケアマネにはサービスの均一化を図ってもらいたいと思われているはずですが。また最近パーキンソン病など障害者総合支援法で定められた難病の方が介護保険サービスを利用する機会が増えてきました。

そこで的確なニーズ分析をするために、今後、介護分野はもちろん、医療に関する事や難病に対してもある程度の知識が必要となってくるのではないのでしょうか。

③傾聴スキルを忘れずに

利用者や家族は、ケアマネの方に何とかこの窮地を救ってほしいと藁をもすがる思いでケアマネに伝えるはずですが。そのためには、話しやすい環境（傾聴スキル）を進んで作ることが必要不可欠になってきます。

どんなに忙しかろうとも、尋問になる事だけは避けたいものです。そして笑顔も忘れずに。

5.まとめと今後の課題

これまでアセスメントについてアドバイスさせていただきましたがいかがでしたでしょうか。介護計画を作成知る上で大切なポイントを図 10 に示しました。これはアセスメントを有効に進めるうえでも大いに参考になると思われます。

本稿に記載したことは、あくまでも私の勤務体験に基づくことなので、これが絶対といったことはありません。ご自身が実践されているアセスメントの技法があるならそれを実践していただきたいと思います。

先にも申し上げましたがケアマネはとにかく多忙を極めています。ケア会議出席、アセスメント、相談業務、事務作業・・・特に一人でケアマネをされている方は、計り知れないものがあると思います。

私が、20 年位前に精神科病院が母体となっている居宅介護支援事業所にパートとして入職しました。その時、女性のケアマネの方は 1 人で 100 人の利用者を担当していたのです。(現在は 40 人と規定。当時は居宅のケアマネに関しては 1 人のケアマネに対して 100 人の利用者を担当できるとの規定がありました)。ファイルの整理はおろか、サービス担当者会議の要点を記載する時間がないほど、多忙を極めていました。そして私にポツリ「本当はもっと利用者と面と向かって話したいんですよ。白石さん、院長に言ってくださいよぉ～、もう一人ケアマネを雇ってくれって」

今は、居宅のケアマネに関しては 1 人のケアマネは 40 人と決まっていますが、20 年前に比べると、さらに時間がないというのが、現状ではないでしょうか。

加えて、今年の介護保険改正で医療機関との連携の義務化がさらに強まりました。これによりさらに時間が削られるという悪循環が生まれてくるのではないのでしょうか。

このような事を踏まえ今も昔も今後も時間の確保が課題になってきます。

国は積極的に介護の現場に IT を取り込もうとしています。(図 11)

また、人工知能 (AI) にケアプランを作成させようと厚労省は今年度の介護報酬改定から着々と準備を進めています。

このような動きから、若干、ケアマネにも時間の余裕が生まれることを期待したいものです。

最後にアセスメント [計画作成] で最も基本的で大切なことを述べたいと思います。

それは時間をかけることではないでしょうか。

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。

よく介護の現場ではケアプラン (ケア計画) を作成・立案する為のアセスメントに費やす時間がないといわれています。

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出席し、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勞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。

引用・参考文献

【福岡シティ福祉サービス】介護計画書作成について 2017 P2、 P7～12

【福岡シティ福祉サービス】H30年介護保険制度改正のポイント 2018 P11

白石均 白石佳代【日総研】不適切表現・書き方から学ぶ! ケアプラン・ケア計画事例集ケアプラン・ケア計画事例集 2016 P2、3

【日総研】二宮 佐和子 サ責ダンドリ仕事術 2012 P108,109

図1 介護計画書と利用者家族との信頼関係

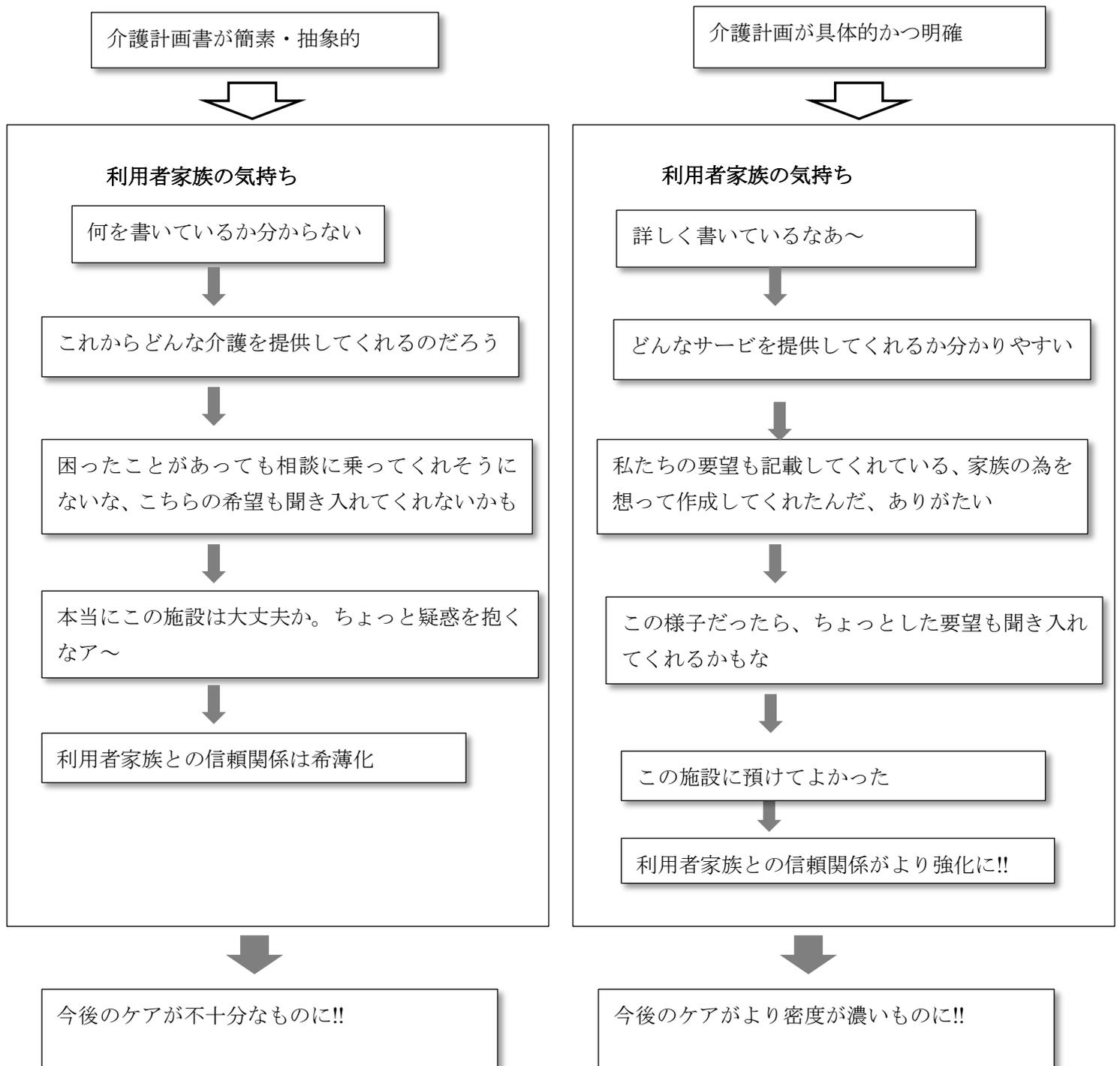
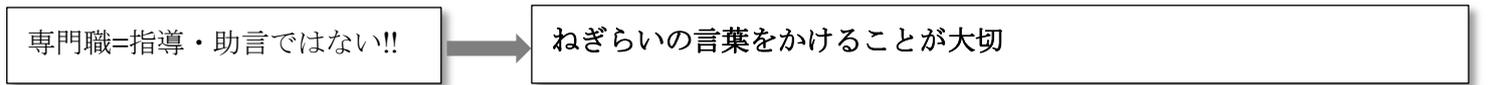
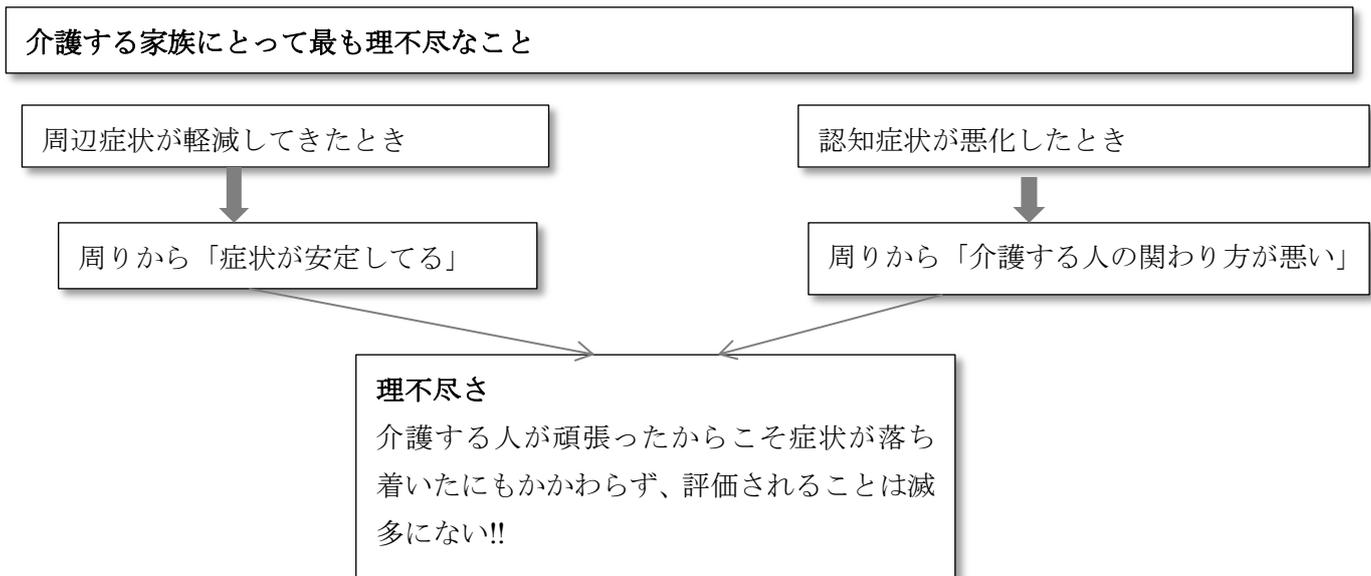


図2 労いの言葉の効果



例

- ・お辛いですね。
- ・そのお気持ちよくわかります
- ・よく頑張っておられますね。
- ・そのお気持ち、お母様（認知症高齢者）にはきっと伝わっていますよ。
- ・今までよくここまで頑張ってくださいね。
- ・無理だけはしないでくださいね。あなたが着いておられることがお母様にとって一番大事ですから。



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

介護計画作成の上で重視するポイント

社会福祉法 [第3条 基本理念]

福祉サービスは個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービス利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じた日常生活を営むことができるように支援するものとして良質かつ適切な者でなければならない

介護保険法 第一章 総則 第一条

(目的)

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。



「～その有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう～」

⇒介護計画書には出来ること（本人の強み）も盛り込み事

図 4 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5 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	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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7 アセスメントチェックシート

記載日 年 月 日
 提供責任者
 利用者氏名 様

項目	詳細動作	チェック項目	特記事項
買物	買物に行く	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	<p>・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。</p>
	自分で物品を選ぶ	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	品物を袋やカゴに入れる	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	袋やカゴを持つ(軽い物)	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	袋やカゴを持つ(重い物)	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	支払い	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
調理	おつりの確認	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	メニュー決め	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	材料の確認	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	調味料の確認	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	味つけ(調味料を使う)	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	味見	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	野菜類を洗う	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	切る…やわらかいもの	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	…硬いもの	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	…みじん切り	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	ミキサー・フードプロセッサ	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	調味料の補充	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
片付け・配膳 下膳	盛りつけ		
	実施		
	配膳		
	下膳		
	食器洗い		
掃除	調理器具類	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	食器拭き	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	収納	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	残飯整理	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	はたきかけ	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	バケツに水溜め	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	雑巾洗い	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	雑巾しぼり	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	掃除機使用	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	掃く	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
被服の補修	拭く…台、タナ	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	…床、たたみ	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	ゴミまとめ	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	ゴミ出し	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
洗濯	ボタンつけ	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	ホックつけ	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	被服の補修	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
着脱	針の糸通し	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	洗濯機使用	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	干す	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	たたむ	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	収納	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	アイロン使用	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
整容	衣類の着脱	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	穴にボタンを通す	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	ホックを留める	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	ファスナーの上げ下げ	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
入浴	部分更衣()	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	髪をとかす	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	ひげそり	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
口腔ケア	爪切り	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	着衣整え	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	浴槽出入り	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
歩行	洗身	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	洗髪	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	歯磨き	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
服薬	義歯洗浄	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	屋外()	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	屋内()	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
金銭	階段昇降()	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	内服	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	点眼	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
立ち上がり	湿布貼付	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	軟膏塗布	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
移動手段	預貯金の出し入れ	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	公共料金の支払い	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	バス	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	タクシー	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	電車	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	
	自家用車	<input type="checkbox"/> できる(自立) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 全くできない(全介助)	

図8 アセスメント情報整理シート (ICFに情報を当てはめた事例)

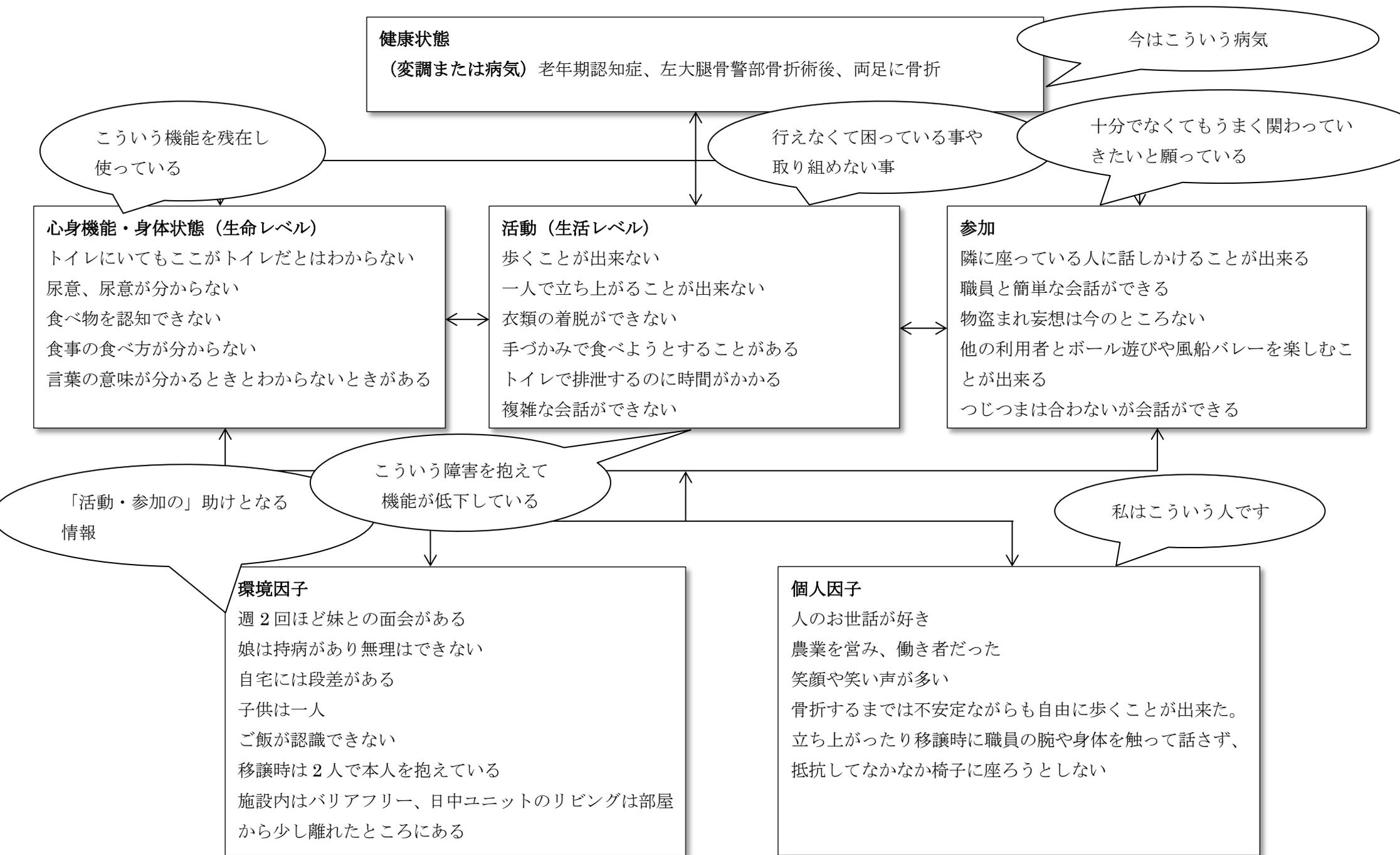
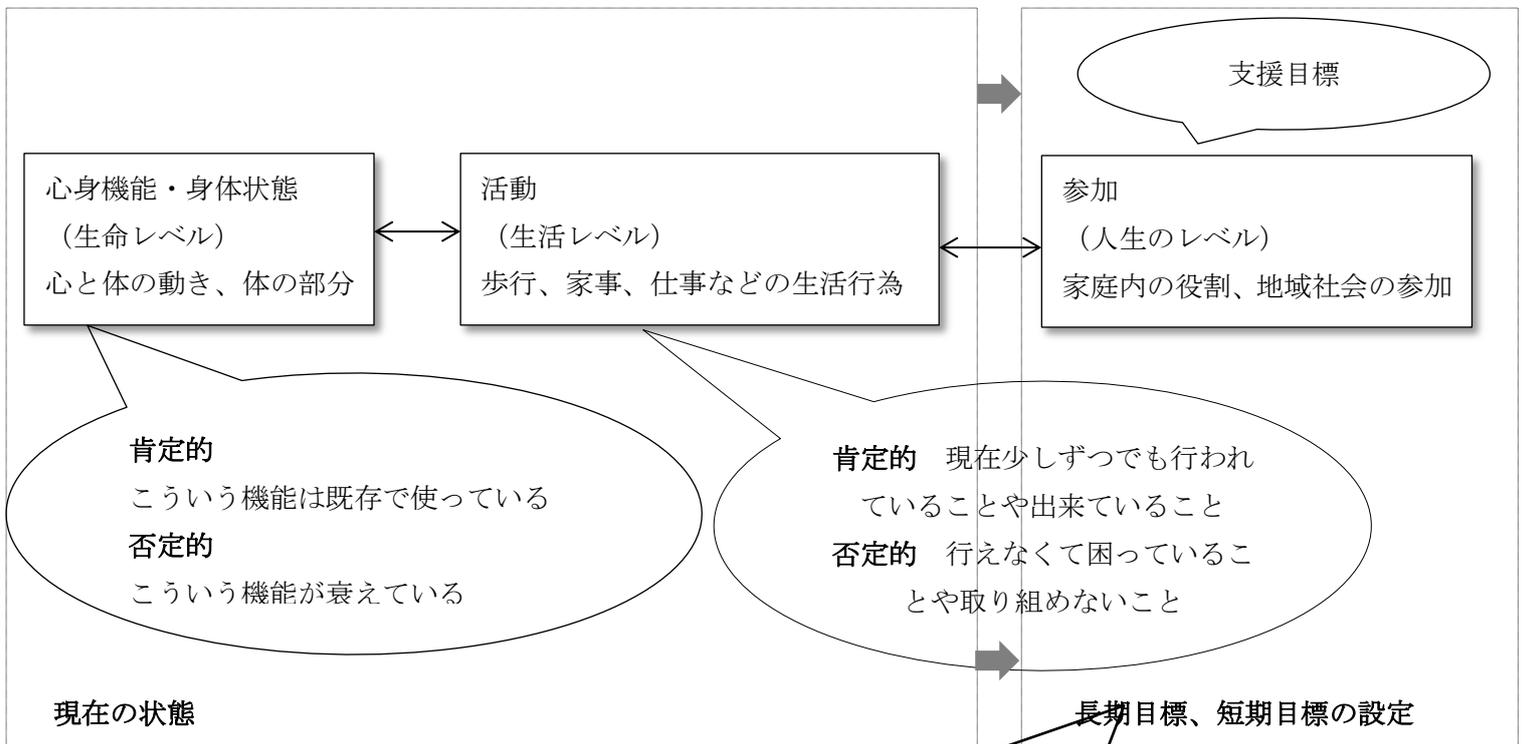
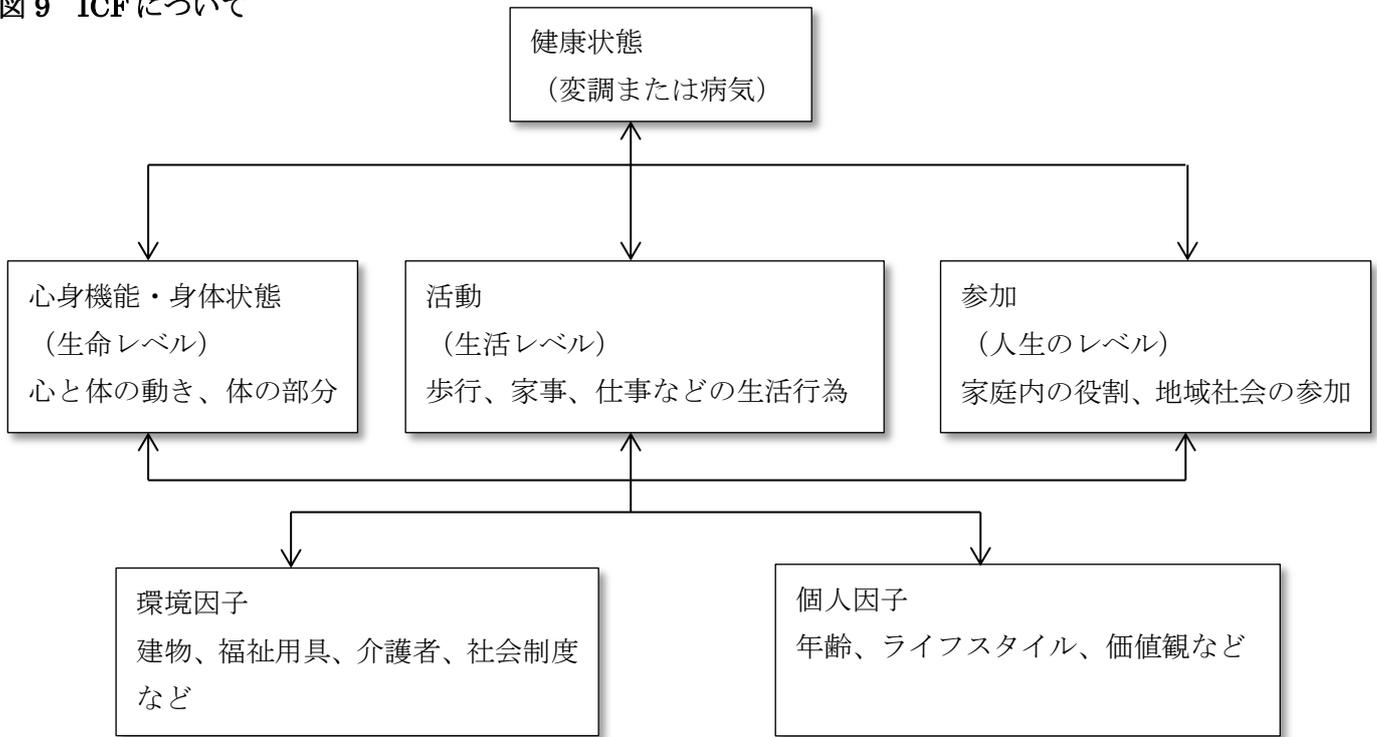
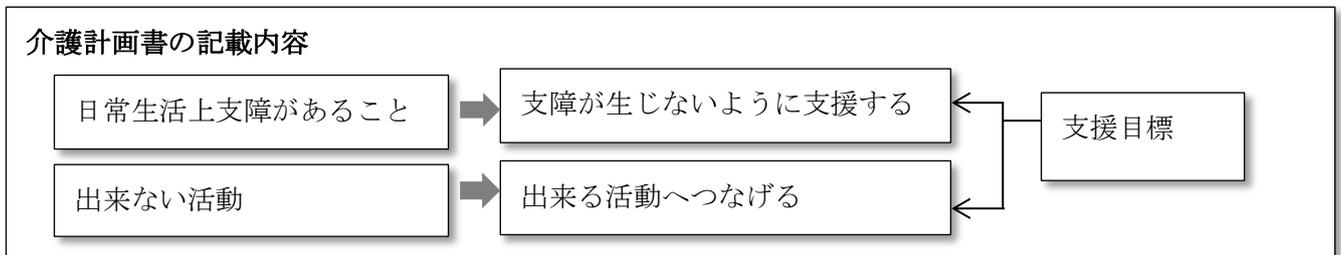


図9 ICFについて



料理ができるようになる
 家の周りが散歩できるようになる
 生きがいを持って生活できるようになる等



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なる。(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)

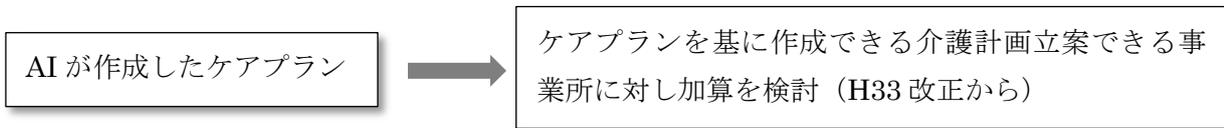
アセスメントの段階で家族から発せられた言葉をできるだけ盛り込む。そうすることでご家族との信頼関係構築が強固なものとなる。(例 家族の要望から〇〇を提供します。など)

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。

図 11 標準化ケアプランと IT

科学的介護の促進

科学的介護・・・介護に関する過去のビッグデータを AI（人工知能）に学習させ、AI がケアプランを作成するというもの



今後はケアマネに人工知能（AI）が作成したケアプランのチェック能力が求められるのか

文書の ICT 化、文書量の半減に向けた取組の推進

介護職員の負担軽減を行う観点から

- ・行政が求める文書の整理を行う事と併せて ICT 化による効率的なサービス提供のモデル実証を行う
- ・その成果を踏まえ ICT 化等を活用している事業所に対する人員・設備基準の緩和等の見直しを H30 年度の介護報酬改定に合わせて検討するものとする
- ・日々のサービス提供に係る 記録等の ICT の活用による事務の効率化を図り、生産性の向上を推進する



現場でのサービス提供+その場での記録を推奨

居宅サービスにおいて各スタッフ(介護職員、看護師等)にタブレット端末を配布し、現場で介護記録に活かすことを推奨

実際に現場でタブレットを導入している事業所に関しては基本報酬をあげる、もしくは加算という形で報酬上の評価を図るのか？