

第8章

個別介護計画



桔 梗 (ききょう)

花ことば 気品、変わらぬ心、やさしい温かさ

オリエンテーション

介護は、その人が疾病や老化によって、これまでの自立した生活に何んらかの支障が生じた人への、安全・安楽が得られるような日常生活上への具体的な援助行為である。人は、生理的欲求を基盤として、さまざまなニーズをもって生きている。そうした日常生活への関わりをもつ介護行為は、単に支障のある部分に手を貸せばよいというものではない。全人的のその人を理解するためには、情報を収集し、解決のための援助方法を計画し、実施し、評価するという、一連の意識化された系統的な取り組みをもった活動が必要である。

対象者との介護関係を維持していくには、介護記録に基づく情報の共有化が不可欠である。

第1節 個別介護計画（ケアプラン）

学習のポイント

- ケアマネジメントの意義・重要性を理解し、ケアプランの立て方をしっかりと身につける。
- 「高齢者ケアプラン策定方針」をもとに、個別介護計画の立て方を理解する。
- 「高齢者ケアプランガイド」により、「高齢者アセスメント表」や「ケアプラン策定評価レポート」を作成できるように学習する。

日常生活の維持を円滑にするためには、多様なサービスメニューの提供とともに利用者や家族の状態が同じであっても、必要度は個々に異なるため、必要としている援助を的確に行うことが大切になる。したがって、介護利用者やその家族にとって本当に必要なサービスがされているか否かについて、一つひとつ検討していくことになる。

そのために、「ニーズに基づくサービス」を提供し、在宅福祉サービスの効果と効率を上げる方法としてケアマネジメントの技術が取り入れられた。

高齢者と最も多く過ごすことになるのは、施設では介護職であり、在宅ではホームヘルパーである。段階ごとに問題を整理したり、他職種との連携を図り情報を共有し援助過程に応じた業務を実施することで、効果的なサービスの提供が可能になる。

施設における介護職やホームヘルパーの日常業務の向上を図るためには、専門職としての本来業務の実践にケアマネジメントの視点は欠かすことはできない。

1 ケアマネジメント

介護対象者に状態によっては他職種との協力が不可欠な場合も少なくない。職種ごとの計画で対応するだけでなく、情報を共有化し、共通の目標、専門の技術や役割を担い総合的にケアを行うことが必要である。

介護利用者やその家族に関わる専門職は、単独職種で対応できないケースについて、ケアマネージャー中心にケアマネジメントを実施し、自分だけの経験だけで判断したり憶測せず、利用者が常に一定のレベルの生活が送れるようにケアの「包括性と継続性」のあるサービスの提供を行うことが重要になる。

具体的なケアプランを立てるには、専門性とケアを実践している人々がチームアプローチし、ケアプランの質の向上や効果を高めるようにすることが大切である。

ケアプランを立てるために必要なことは、

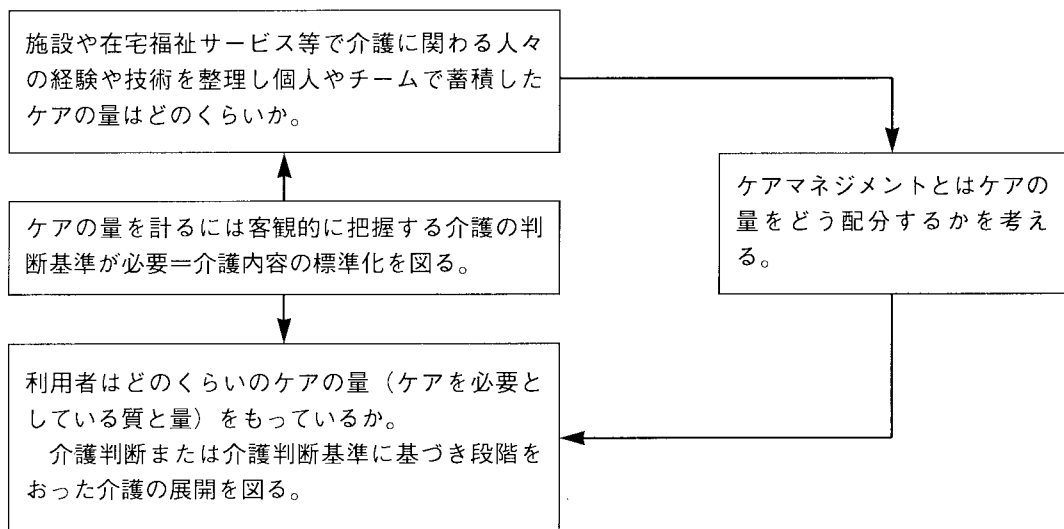
- ① どのような状態の利用者に介護するか……………介護診断の基準
- ② どんな内容（複数のニーズ）の介護をするか……………介護の質
- ③ どのくらいサービスを提供するか……………介護の量があげられる。

これらについて、すでに介護の場では長年の現場経験のなかから、介護者個人として蓄積したり、各々の施設や在宅福祉サービスの現場で蓄積されたものを有効に活用しながら、ケアが提供されてきている。

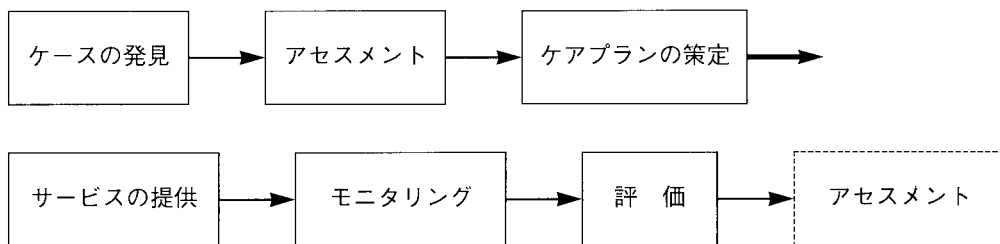
ケアマネジメントが在宅福祉サービスにも導入されたことから、なお一層明確にケアの視点を利用者個人にあてたケアプランを立てることが求められてきている。

効果的なケアの方法を確立していくためには、図8-1に示すように個々のケースに応じ考え、そして介護サービスの判断基準（介護診断）に基づき介護実践につなげていくことになる。後述の「高齢者ケアプラン策定の指針」の内容はこれからの高齢者ケアプランを策定する場合の一つのガイドラインが示されたといえる。

図8-1 ケア方法の確立の仕方



ケアマネジメントは、次の課程が何度か繰り返され、実施される。



2 ケアプラン（介護サービス計画）

ケアプランには、居宅（在宅ともいう。以下同じ。）介護サービス計画と施設介護サービス計画がある。ケアプランは高齢者等の自立を支援し適切なサービスを確保するために作成する。ケアプランとは、サービス事業者と連絡調整し、介護サービス利用者の心身の状況、環境、本人の希望を把握し、具体的なサービスの種類や内容をどのくらい提供するかを定める計画のことである。この計画を作成することを「ケアプランの作成」といい、ケアプランを作成する担当者を「ケアマネージャー」という。

(1) ケアプランとケアカンファレンス

ケアプラン策定には、ケアに関わる職種とカンファレンスが前提でなければならない。

カンファレンスは、すでに看護カンファレンス・リハビリカンファレンス等のように各職種で必ず実施されているが、ケアプランでのケアカンファレンスはチームとして目標を定め、具体的なケアを実施していくことになるためカンファレンスの意義を十分理解することが必要になる。

ケアカンファレンスでは、次のことがらについて関係職種と検討・協議することが大切である。

① 利用者の目標を明確にする

そのことで職員の目標をより明確にできる。

② 具体的なケア項目を選ぶ

カンファレンスで次の点がチェックされていることが重要である。

※ ケア項目が具体的か

※ 具体的なケア項目が職員の目標になっているか

③ 実行は可能か

計画、手順、注意事項、行動計画が簡単で具体的であるか。

「ケアカンファレンスとは、高齢者ケアの質の向上のために、一人の対象者に対して一つの実行可能な計画を、対象者のケアに関わる人々で協議し、決定した内容を文書化したものである。」(国立医療・病院管理研究所内プロジェクト)と述べられている。

表8-1は、安全で有効かつ効果的なケアプラン作成の条件を具体的に示したものである。

表8-1 ケアプラン作成10条件

① 一人に一つの計画であること
② 実行可能であること
③ ケアカンファレンスを経ていること
④ 方針が決定されていること
⑤ ケアに関わる全員が理解していること
⑥ 具体的でわかりやすいこと
⑦ 簡潔に文書化されていること
⑧ 利用者や家族の権利として意見が反映されていること
⑨ ケア実施後の予測が示されていること
⑩ 評価の基準が明確に示されていること

資料：全国社会福祉協議会「月間福祉」1995. 5 P. 21

(2) ケアプラン（介護サービス計画）作成の手順

介護保険制度の導入を視野に入れて、社会福祉、老人福祉の今までの実績を踏まえ、新介護システムをつくっていくことがなされている。そこでは、ケアプランは高齢者の問題点の把握、一人ひとりのケアの計画の作成、実行していくことの大切さが基本になっている。

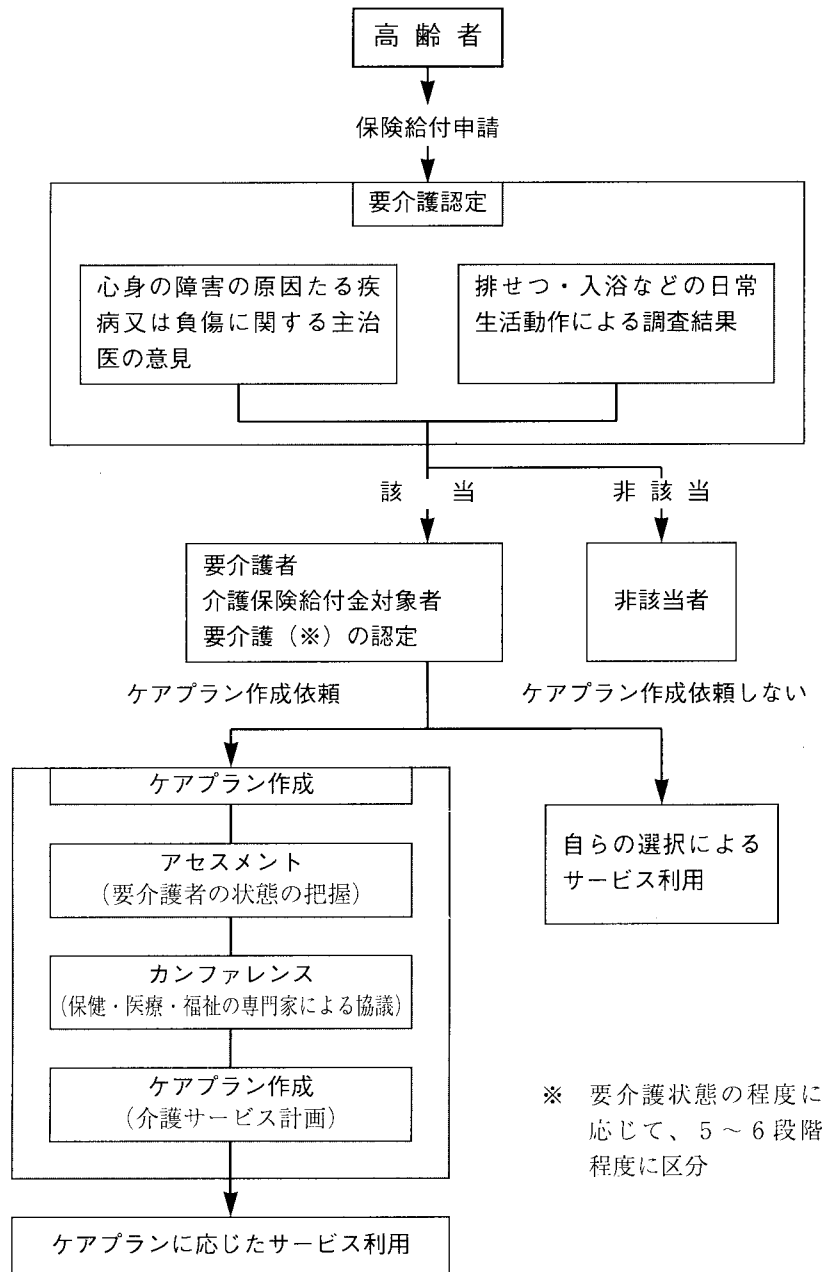
ケアプランの作成にあたっては、次の点を視野に入れながら作成することが必要である。

- ※ 居宅サービス計画は：生活全般を支援するように
- ※ 施設サービス計画は：在宅生活への復帰の可能性と退所後も継続的なサービスが提供されるように

また、居宅サービス計画については、在宅利用者が自ら作成する「セルフケアプラン」という考え方を含めたケアプランの作成も考えられる。

介護保険制度では、老人福祉の基本になっている「^{おのうのみたん}応能負担」から「^{おうえきふたん}応益負担」のしくみに変わることになるが、その認定行為とケアプランの経済的評価がなされるか否かは別として、高齢者の状態を必要な介護量から何段階科に分類してみていくことが必要になる。図8-2は介護保険制度におけるケアプラン作成の手順である。

図8-2 介護保険制度における要介護認定とケアプラン



(3) ケアプランと「高齢者ケアプラン策定指針」

「高齢者ケアプラン策定指針」(厚生省老人保健福祉局老人保健課・老人福祉計画課監修：厚生化学研究所編)に基づくケアプラン策定プロセスは、次のとおりである(図8-3)。

- ① アセスメントは「高齢者アセスメント表」でチェックする。
- ② 「問題領域選定表」で問題点を絞り込み詳細検討する。
例えば、何が原因なのかをさぐりながら問題点を絞り込む。

実際に生じている問題や発生するおそれのある問題を明確にさせる。

- ③ 計画は優先順位の決定、ケア目標選定(長期、短期の目標)、ケア項目、ケア行動計画を策定する。
- ④ 実施は計画されたケアの実施、情報の収集の継続と記録を行う。
- ⑤ 評価は目標の達成度の評価、ケアプランの見直しをする。

図8-3 高齢者ケアプラン策定プロセス

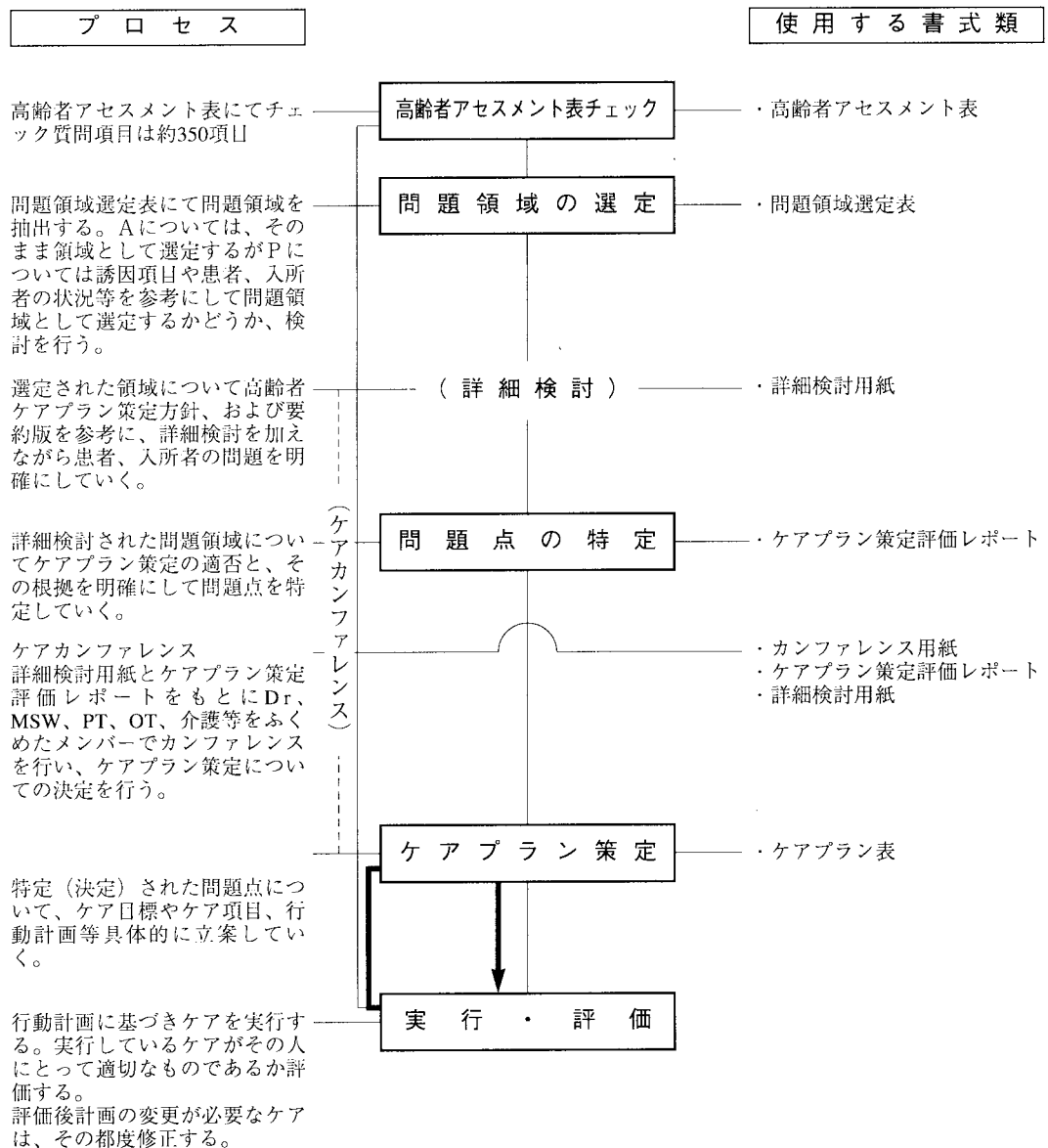


表8-2 ケアプラン策定の概要

	ケア計画の策定	利用者
①	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントにより明らかになったニーズの優先順位をつける 	<ul style="list-style-type: none"> ・ニーズについて述べる機会や優先順位に意思が反映できる ・アセスメントに関わる専門職が選べる
②	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアの目標を立てる 長期目標 短期目標 ・予測する いつまでに予測した結果が得られるか、どの状況で中止するか等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケア方針が決定される会議に参加できる ・サービスチームの専門職と信頼関係を保ち、共同作業ができる ・利用者の自己決定の原則 ・利用者の目標 (ケースの目標)
③	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアの実施 ・手段、作業、日程を決める 	
④	<ul style="list-style-type: none"> ・評価とは計画どおり実行されたか否か(モニタリング) ・計画実行中のチェック体制と評価の判断基準をあらかじめ作成 ・再アセスメントが必要か否か 	

3 介護計画

他職種と連携を図りながら業務を進めていく場合、ケアマネージャーを中心にケアプランが立てられる。

介護計画は、ホームヘルパー等介護職が介護を実行するための計画である。ケアプランが立てられたケースについては、ケアプランに添った介護計画を立てることになる。ケアプランの実行が介護の実践の場合もある。

介護計画は介護者が仕事をしやすくする業務計画ではない。介護利用者の個別の問題を解決に導き、本人の望む生活のしかたの実現に向けた過程といえる。

介護はチームで行うことが多い。施設でも在宅でもチームによる総意で実施することが大切で、カンファレンスにより介護計画を立てることで各自の役割や責任が明確になり、決められた介護計画は各自の責任で実行されていく。

介護対象者の生活状態、知的・心理的状态、健康状態、家族関係、生活歴、住環境や経済状態等の情報を収集し、介護の視点で観察し、アセスメントしたり、他職種でアセスメントされ

たものも含まれる。

また、それと同時に一人ひとりの状態の異なる対象者に必要とする援助を提供するためには、そのケースに介護を適用させる標準化された基準が設けられることで同じ状態の利用者であれば、アセスメントをする人の能力によって差がでることが少なくなり、計画的で客観性のある介護を展開していくことが可能になる。

介護利用者やその家族などに提供するケアの量と質や水準を実際に提供する人々によって、一人の対象者に対し（個別の計画が前提）ケアカンファレンスが行われ、そこでケア方針や具体的で実行可能な計画を立てることである。

その場合、ケアに関わる人々で協議・調整するだけでなく、利用者が自分の計画に意見が言えたり、サービスが選べることが大切になる。利用者が納得していなければ実行可能な計画とはいえない。

介護職だけでは対応できないケースは他職種との連携を図りながら業務を進めていくことになるが、それぞれの職種で計画を立てるのではなく、一人の介護サービス利用者について、関わる職種のケアプランが策定され、それに添って各職種は計画を立てることになる。

各職種が計画を立てるにあたって、大切なことは多くの情報を集めることではなく、その人にとって本当に必要な情報が正確に得られることが重要である。

専門職としての介護行為であるためには、その人の状態に合った援助を計画的に実施する責任がある。

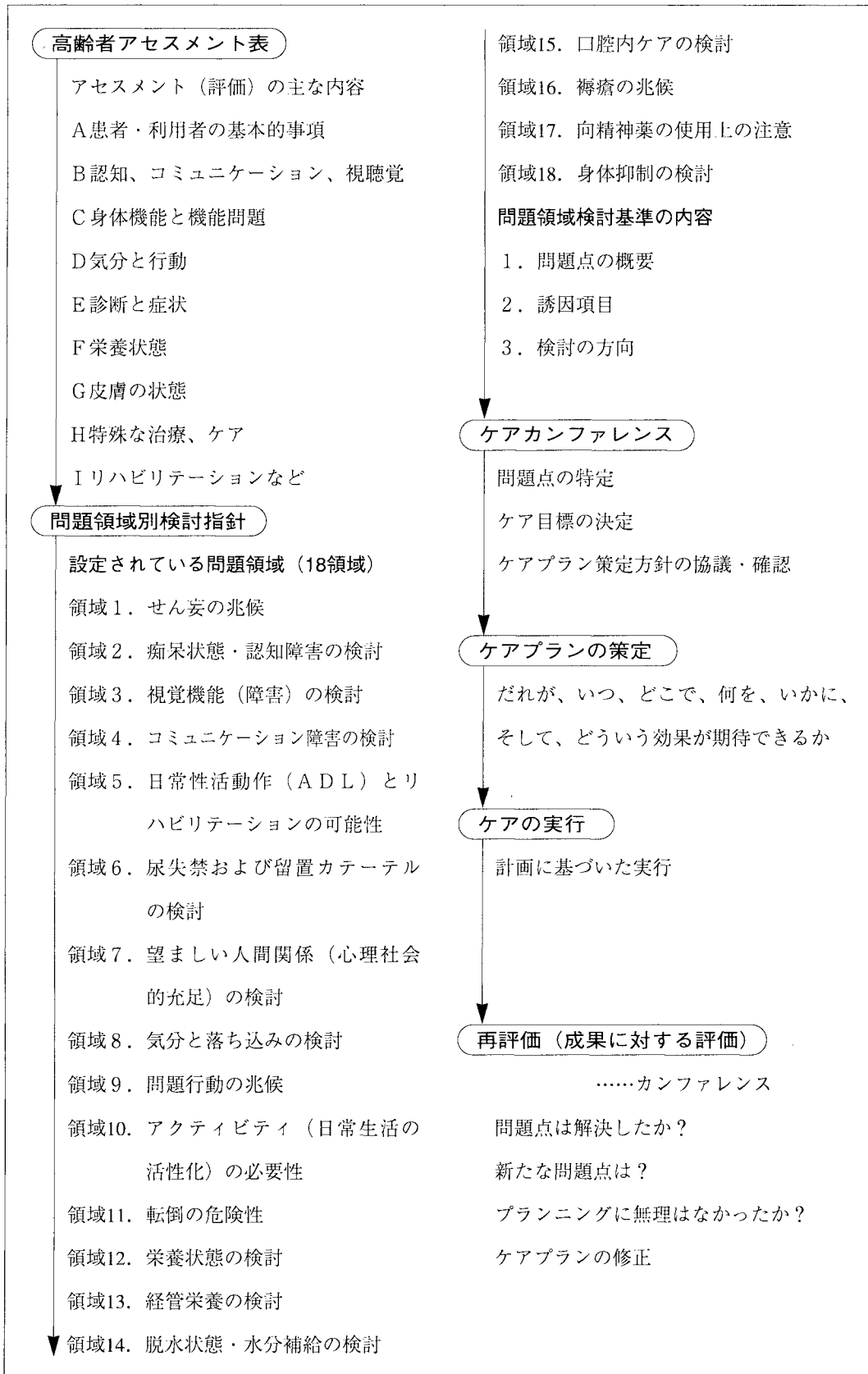
個別介護計画には次の特徴が考えられる。

- ① 目的・目標がはっきり示されている
- ② 誰（本人、家族）が見てもわかる
- ③ 容易に利用できる
- ④ ケアの経過が示されている
- ⑤ やってはいけないケア＝禁忌事項が示されている

4 高齢者ケアプラン策定指針による関係図と表

現在、日本にはいくつかのケアプラン作成シートがある。ここでは、「高齢者ケアガイドプラン」を利用してのケアプランの流れ（図8-4）の図と「高齢者ケアプラン策定指針」による高齢者アセスメント表「A. 患者・入所者の基本的事項」「C. 身体機能と機能問題」等を例としてあげておく（「B. 患者・利用者の基本的事項」「D. 気分と行動」は省略）。

図8-4 「高齢者ケアガイドライン」を利用してのケアプランの流れ



整理番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

高齢者アセスメント表

A. 患者・入所者の基本的事項

ID 番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. 氏名	フリガナ	
	姓	名
2. 生年月日	明・大・昭	年 月 日
3. 性別	1. 男	2. 女 <input type="checkbox"/>
4. 入院日・入所日	昭・平	年 月 日
5. アセスメントの理由	1. 新入院・新入所 2. 再入院・再入所 3. 退院・退所 4. 定時 5. 状態の著変 <input type="checkbox"/>	

6. 入院・入所前の状況	1. 自宅またはアパート 2. 病院・診療所 3. 老人保健施設 4. 特別養護老人ホーム 5. ケア付き住宅、有料老人ホーム 6. 1～5以外 <input type="checkbox"/>
7. 配偶者の有無	1. 未婚 2. 既婚 3. 死別 4. 離婚 5. その他 <input type="checkbox"/>
8. 世帯類型	1. 一人暮らし 2. 高齢者夫婦のみ 3. その他 <input type="checkbox"/>
9. 3カ月以内の退院退所計画の有無	1. あり 2. なし 3. 不明 <input type="checkbox"/>
10. 在宅ケアの可能性	1. ほぼつきっきりのケアを受けられる 2. 1日2～3時間のケアを受けられる 3. 夜間のみケアを受けられる 4. 週に1～2日のケアを受けられる 5. ほとんどケアは受けられない 6. その他 () 7. 不明 <input type="checkbox"/>
11. 面会の頻度	1. ほぼ毎日 2. 週に1～2回 3. 月に1～2回 4. 年に数回 5. ほとんどない <input type="checkbox"/>

該当する番号を1つ選ぶ

C. 身体機能と機能問題

<p>1. 日常生活における自己動作 (過去7日間の全勤務帯における患者・入所者の状況を選ぶ。ただし準備を除く)</p> <p>0. 自立：自分でできて、手助けまたは見守りは不要。または過去7日間のうち1～2回のみ手助けまたは見守りを行った。</p> <p>1. 観察・誘導：見守り、励ましたり誘導を過去7日間で3回以上行った。または、見守りおよび身体的援助を7日間のうち1～2回のみ行った。</p> <p>2. 部分的な援助：患者入所者は動作のかなりの部分を行っている。過去7日間のうちで四肢の動きを助けてあげるような身体的援助、または体重を支える必要のない他の援助を3回以上、またはそれ以上の援助を1～2回のみ行った。</p> <p>3. 広範な援助：患者・入所者は動作の一部を行う一方、過去7日間のうちで、以下の援助を3回以上行った。 ・体重を支える援助 ・毎日ではないが職員が全面介助を行った。</p> <p>4. 全面依存：まる7日間すべての面で職員が動作の援助を行った。</p> <p>8. 本動作は7日間の間に1回もなかった。</p>	<p>2. 日常生活動作支援の提供 (過去7日間のうち全勤務帯において提供された最大の支援を選ぶ。患者・入所者の自己動作分類とは無関係に選ぶ)</p> <p>0. 職員による準備も身体的援助もない</p> <p>1. 準備のみ援助</p> <p>2. 1人で身体的援助を行う</p> <p>3. 2人以上で身体的援助を行う</p> <p>8. 本動作は7日間に1回もなかった</p>	
	<p>自己動作 0～4, 8 ADL支援 0～3, 8</p>	
a. ベッド上の可動性	患者・入所者は、ベッド上でどのように横になったり、また起き上がったり、寝返りをうったり、身を横たえるか。	<p>a <input type="checkbox"/></p>
b. 移行	患者・入所者は、次のような場所間をどのようにして移動するか；ベッドから、椅子から、車いす、立位（浴槽と便器は除く）	<p>b <input type="checkbox"/></p>
c. 移動	患者・入所者は、どのように自室から廊下に移動するか。車いすなら、一旦移行した後に自分でどれほどできるか。	<p>c <input type="checkbox"/></p>
d. 着衣	患者・入所者は、どのように外出衣（衣服）を着脱するか。（ボタンをかけたたり、補助具の装脱を含む）	<p>d <input type="checkbox"/></p>
e. 食事	患者・入所者は、どのように食べたり、飲んだりするのか。（上手、下手には関係なく）（配膳は準備に該当しない）	<p>e <input type="checkbox"/></p>
f. トイレの使用	患者・入所者は、どのようにトイレ（またはポータブルトイレ、便器、採尿器）を使用するか；便器への移行、排泄後の始末、おむつ替え、人工肛門またはカーテルの管理、衣類を整える	<p>f <input type="checkbox"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ

		自己動作 0～4, 8	ADL支援 0～3, 8
g. 個人衛生	患者・入所者は、どのように個人衛生を保か。(髪をとかす、歯をみがく、ひげを剃る、化粧する、洗顔する、手や陰部を洗う、ただし、入浴とシャワーは除く)	g <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 歩行	a. 患者・入所者は、運動として歩く場合にはどのように歩くか	ha <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. 患者・入所者は、自分の部屋の中はどのように歩くか	hb <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. 患者・入所者は、自分の棟の廊下をどのように歩くか	hc <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. 患者・入所者は、自分の棟外をどのように歩くか	hd <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 入浴	患者・入所者は、どのようにして全身の入浴、シャワー、清拭を行い、そして浴槽から出入りするか(頭髪と背中を洗うことを除く)。自己動作に最大の援助を要する状況に対して選ぶ。入浴の自己動作に関するコードは以下のとおりである。 ADL支援については0～3、8で回答。		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 0. 自立：援助を必要としない 1. 観察や誘導：見守りのみ必要 2. 身体的な援助は移行に限られる 3. 入浴し際して身体的な援助が一部必要 4. 全面依存 </div>	i <input type="checkbox"/>	ADL支援 0～3, 8 <input type="checkbox"/>

- 該当する番号を1つ選ぶ
- 該当するものをすべてチェック✓

<p>3. 身体コントロールの問題</p>	<p>過去7日間において該当する項目をすべてチェックする</p> <p>a. バランス障害—立位において一部または全面的な障害</p> <p>b. 常にあるいはほとんど寝たきり</p> <p>c. 拘縮（上肢、下肢、肩、手）</p> <p>d. 片麻痺、不完全麻痺</p> <p>e. 四肢麻痺、不完全麻痺</p> <p>f. 上肢—随意運動の一部ないし全面的な障害</p> <p>g. 手—不器用である（歯ブラシの使用や補聴器の調整に問題）</p> <p>h. 下肢—随意運動の一部ないし全面的な障害</p> <p>i. 不安定な歩行、ふらつき</p> <p>j. 体幹—体を保つ、バランスを保つ、ひねることが部分的、全面的にできない</p> <p>k. 上肢または下肢の切断</p> <p>l. 脳性麻痺 (この項のみ成人に達する以前から発症したものに限り)</p> <p>m. 上記に該当なし</p>
<p>4. 運動補助具</p>	<p>過去7日間に使用したもの全てをチェック</p> <p>a. つえ、歩行器</p> <p>b. 革帯、膝・足関節の体重負荷軽減具、義足</p> <p>c. 車いすを自分で操作</p> <p>d. 車いすを他者に押しってもらう</p> <p>e. 人や機械で持ち上げ</p> <p>f. 上記に該当なし</p>
<p>5. 動作分割</p>	<p>ADL活動の全部または一部を一連の動作要素に分割しないとできない</p> <p>0. 動作分割を必要としていない</p> <p>1. 動作分割を必要としている</p>
<p>6. リハビリテーションによる潜在能力</p>	<p>a. 患者・入所者は、少なくともいくつかのADLにおいてより自立できると信じている。</p> <p>b. 直接ケア職員は患者・入所者が少なくともいくつかのADLにおいてより自立できると信じている</p> <p>c. 患者・入所者は日課や活動をこなせるが、非常に遅い</p> <p>d. ADLや支援の状態が朝夕で大きく異なる（自己動作ないしADL支援において、少なくとも1項目に変化）</p> <p>e. 上記に該当なし</p>
<p>7. ADL自己動作の変化</p>	<p>過去90日間におけるADL自己動作の変化</p> <p>0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化</p>

- 該当する番号を1つ選ぶ
- 該当するものをすべてチェック✓

<p>8. 排泄過去14日間</p>	<p>尿、便のコントロールについてそれぞれ、下記にしたがって分類する（午前、午後、夜間の全ての状態を考慮）</p>
<p>0. 完全にコントロールできる 1. 通常は失禁しない—尿は週1回以下、便は週1回未満 2. 時々失禁する—尿は週2回以上だが毎日ではない、便は週1回 3. しばしば失禁する—尿は毎日失禁の傾向だが、いくらかコントロールが保たれている（例えば日勤帯）、便は週2～3回 4. 失禁状態—膀胱のコントロール不十分、毎日頻回に失禁便は常に（あるいはほとんど常に）</p>	
<p>a. 便のコントロール 腸の運動に対するコントロールの状況（用具の使用やプログラムによるコントロールを含む） a <input type="text"/></p> <p>b. 尿のコントロール 膀胱機能のコントロールの状況：漏尿があってもパンツの外まで濡れるほどの量でなければコントロールする（フォリー等の用具の使用やプログラムによるコントロールを含む） b <input type="text"/></p>	
<p>9. 失禁状態に関する検査</p>	<p>全項目C8が0、1でであって、しかもカテーテルが使用されていないならばC10へとぶ。失禁があるか、カテーテルが使用されている場合のみ回答</p> <p>a. 患者・入所者は尿路感染についての検査を受けた a <input type="checkbox"/></p> <p>b. 摘便が必要であるか否かの確認を受けた b <input type="checkbox"/></p> <p>c. 便の排泄が十分かどうかの確認を受けた c <input type="checkbox"/></p> <p>d. <u>上記に該当なし</u> d <input type="checkbox"/></p>
<p>10. 尿、便のコントロール</p>	<p>過去14日間に使用された用具やプログラム</p> <p>a. 定時排尿計画（種類を問わず） a <input type="checkbox"/></p> <p>b. コンドームカテーテル b <input type="checkbox"/></p> <p>c. 留置カテーテル c <input type="checkbox"/></p> <p>d. 間歇的カテーテル d <input type="checkbox"/></p> <p>e. トイレ、ポータブルトイレ、尿器を使用していない e <input type="checkbox"/></p> <p>f. オムツ（パッド、ブリーフを含む） f <input type="checkbox"/></p> <p>g. 浣腸・灌注（瘻のためを含む） g <input type="checkbox"/></p> <p>h. 瘻（腸管、性尿路系を問わず） h <input type="checkbox"/></p> <p>i. <u>上記に該当なし</u> i <input type="checkbox"/></p>
<p>11. 尿のコントロールの変化</p>	<p>過去90日間における尿コントロールや器具の使用状況、ケア計画の変化</p> <p>0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化 <input type="text"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ、または実数値を記入

該当するものをすべてチェック ✓

<p>12. 視覚コミュニケーションの変化</p>	<p>過去90日間において、患者・入所者の表現、理解、あるいは情報を聞く能力の変化 0. 変化なし 1. 改善 2. 悪化</p>	<input type="text"/>
<p>13. 視覚</p>	<p>もし使用していれば、眼鏡等を用いて 0. 十分…新聞・本の細字を含めて細かい部分までみえる。 1. 障害…大きい活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない 2. 高度障害…新聞の見出しも見えないが、目で動体を追っているようである 3. 最高度障害…見えない、あるいは明暗、色、形、を識別できるだけ</p>	<input type="text"/>
<p>14. 視覚、視野障害</p>	<p>a. 視野の問題—視野が狭くなっている 例えば、食物を盆の片側に残す、移動する際に人や物にぶつかる、座ろうとした場合にいすの位置を間違えるなど b. 次のような経験がある：光のまわりにかさや輪が見える、閃光が見える、目にかすみがかかったように見える c. 上記に該当なし</p>	<p>a <input type="text"/> b <input type="text"/> c <input type="text"/></p>
<p>15. 視覚補助具</p>	<p>コンタクト、眼鏡、レンズ移植、拡大鏡など 0. 使用していない 1. 使用している</p>	<input type="text"/>

該当する番号を1つ選ぶ、または実数値を記入

該当するものをすべてチェック ✓

高齢者アセスメント表

問題領域選定表 (No.1)

患者・入所者名

		問題領域																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
		せん妄の兆候	痴呆状態・認知障害の検討	視覚機能(障害)の検討	コミュニケーション障害の検討	日常生活動作(ADL)とリハビリテーションの可能性	尿失禁および留置カテーテルの検討	望ましい人間関係(心理状態)の検討	気分と落ち込みの検討	問題行動の兆候	アクティビティ(日課活動)の必要性	転倒の危険性	栄養状態の検討	経管状態の検討	脱水状態・水分補給の検討	口腔ケアの検討	褥瘡の兆候	向精神薬の使用上の注意	身体抑制の検討	
高齢者アセスメント表	コード	各項目のチェック欄																		
B2 a又はb	1		P																	
B3 a,b,c,d	3つ未満チェック		P																	
B4	0,1,2			P																
B4	1,2,3		P																	
B5 a,b,c,d,e	いずれかチェック	A																		
B6	2	A													P					
B10	2,3			P																
B11	1,2,3		P																	
B11	2,3			P	P															
B12	2	A																		
B13	1,2,3			A																
B14 a	チェック			A																
C1 a,b,c,d,e,f	3,4					P														
C1 i	3,4					P														
C3 a,b,d,e,h,j	いずれかチェック											P								
C6 a,b	いずれかチェック					P														
C7	2														P					
C8 b	2,③,4						P													
C10 b,c,d,f	いずれかチェック						P													
D1 a,b,c,d,e,f,g	いずれかチェック								A											
D1 d	チェック														P					
D2	1								A											
D3 a,b,c,d	1,2									A										
D6	2	P																		
D7	2	A																		
D9 a,b,c,d	いずれかチェック							A												
D10 b	チェック							A												

※B. 患者・利用者の基本的事項 C. 身体機能と機能問題 D. 気分と行動

さらに詳細な検討が必要な場合は、事情に対応したアセスメント表を利用する。例えば、尿失禁について詳細に検討するときは失禁アセスメント表を使用する。

次にケアプラン策定の優先順位に従い、「どのようなケアを」「どのように」行うかといった具体的な内容について、個々の老人に合わせたケアプラン(表8-3)(表8-4)を立て、実行する。

ケアプラン策定評価レポート

患者・入院者名

調査開始年月日

カルテ番号/ID番号

記入者氏名

問題領域	ケアプランの決定	
	策	定
1. せん妄の兆候		
2. 痴呆状態・認知障害の検討		
3. 視覚機能（障害）の検討		
4. コミュニケーション障害の検討		
5. 日常生活活動（ADL）とりハビリテーションの可能性		
6. 尿失禁および留置カテーテルの検討	○	尿意、便意あり移動も可能なレベルである。①⑨⑩
7. 望ましい人間関係（心理社会的充足）の検討		
8. 気分と落ち込みの検討		
9. 問題行動の兆候		
10. アクティビティ（日常生活の活性化）の必要性		
11. 転倒の危険性		
12. 栄養状態の検討		
13. 経管栄養の検討		
14. 脱水状態、水分補給の検討		
15. 口腔ケアの検討		
16. 褥瘡の兆候		
17. 向精神薬の使用上の注意		
18. 精神抑制の検討		

▼失禁アセスメント表による

※6以外についても検討し、ケアプランを策定するか否かを検討する。

失禁アセスメント表（例）

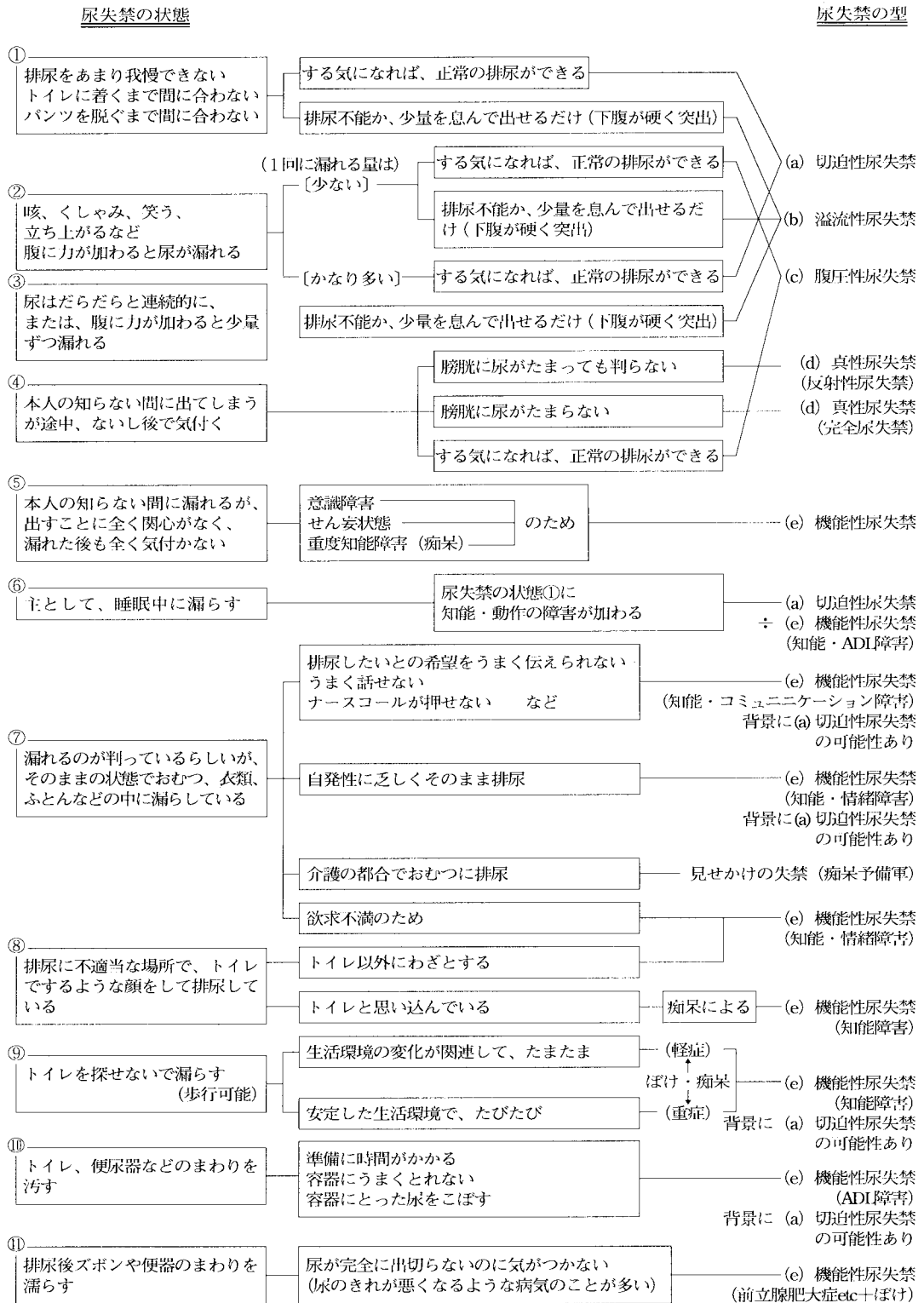


表8-3 ケアプラン表(案1)

患者・入所者名 _____

策 定 日 _____

策 定 者 _____

問題点：

ケア項目	職員の行動計画	実施者

表8-4 ケアプラン表(案2)

患者・入所者名 _____

策 定 者 _____

策 定 日 _____

ケアの項目と目標	1. _____		
	2. _____		
	3. _____		
	4. _____		
週間	日課	いつ、何を、誰が、どのように (午後)	
月	(午前)		
火			
水			
木			
金			
土			(夜間)
日			

第2節 介護計画の実際

学習のポイント

- 介護を展開するにあたって、情報収集の意味と重要性を理解し、どんなことについて情報を収集すればよいか学習する。
- アセスメントとは何か。事前評価としてどんなことに視点をおけばよいかを身につける。
- 介護目標の長期目標と短期目標の違いを理解し、その目標の立て方と具体的な解決策の立て方を学習する。
- 介護記録はなぜ必要か。介護記録の目標を理解し、記録にはどんな方法が適するか。また、記録の留意事項をしっかりと学ぶ。

介護を展開する過程には、①情報収集、②分析（問題把握）、③計画、④実施、⑤評価に区別される。

1 情報の収集

情報収集は対象者の状況に応じた意識的な収集が必要である。それには計測による観察、五感を働かせての観察などの観察方法がある。専門知識に基づいた観察は、他職種との連携時に適切な情報を提供できる。客観的な事実を把握することは、介護の展開に役立つものである。

情報収集の項目としては「本人に関する項目」と「家族に関する項目」がある。

a 本人に関する項目

- ① プロフィール（氏名・性別・生年月日・住所・連絡先・世帯主・家族構成・住居までの地図と周辺の環境etc.）
- ② 個人の特性に関すること（生活歴、生活習慣、価値観、ものの考え方の特徴等）
- ③ 経済状態（年金の有無、家族からの援助の有無等）
- ④ 健康状態
- ⑤ 日常生活動作と基本的ニーズの充足状況
- ⑥ 精神・心理的な状況
- ⑦ 住宅環境
- ⑧ 家事の充足度
- ⑨ 福祉・保健医療サービスの利用状況

b 家族に関する項目

- ① 家族構成（同居・別居）
- ② 本人の家計を支える人と収入の程度
- ③ 主に介護に当たる人・発言力や決定力のあるキーパーソンになる人
- ④ 日常介護の状況・実施している介護や家事の内容とかかる時間
- ⑤ 家族の地域の中での役割、子供の養育など

- ⑥ 介護に関する知識や技術の習得度・介護の関する考え方や価値観
- ⑦ 福祉サービスに希望している内容・不安や悩み
- ⑧ 家族と主な介護者の健康状態：既往歴とそれによる日常生活上の不自由さ、注意事項、通院の有無など
- ⑨ 基本的ニーズの充足度・精神、情緒的な側面の状態
- ⑩ 家族関係

2 事前評価=アセスメント (Assessment) とは

介護過程として初めて行われることは、事前評価である。ここでいう事前評価とは、①生活の質（クオリティ・オブ・ライフ=QOL）を理解するうえでの情報を集め、②分析し、③対象者がどのような問題をもっているかを把握し専門職として判断し、④これからの介護の計画や援助の方向を示すということである。

事前評価としては、日常生活動作・身体的健康・精神的健康・社会的背景・経済的資源・環境問題・家族の介護負担状況などに視点がおかれる。

3 援助計画と介護目標

アセスメントの結果、介護を必要としている問題状況の解決のために援助計画を組み立てることになる。援助計画には以下のように介護目標を設定し、介護上の問題の解決策を決める。それによって介護を実施し、実施後はその事後評価を行う。

(1) 介護目標

アセスメントを行って発見した対象者の問題のうち、個別的な状況を捉え最も早急に対策が必要とされるものや、そのままにしておくと悪影響を引き起こすことが予測されるものを優先させて取り上げ、ある期間までにどの程度まで解決するかを見定めて、示すことが目標である。

利用者が生きるための基本的ニーズや、生活環境へ着目しながら生活の場の拡大を図ることや、介護力を強化するために関連職種との連携を図るなど介護に関わる人が同じ目標に向かって援助することが大切になる。

介護目標は、解決するための長期目標（到達の目標）と、短期目標（当面の目標）を設定する。

この際には、受け持ちの介護者のみで決めないで、対象者に対して適確な援助を行うために、その活動過程で関与してきた介護従事者を中心に、関連職種の参加や、スーパーバイザーあるいはコンサルタントの参加の得られるケースカンファレンス（ケース検討会議）をもち期待できる成果を予測して決めることが望まれる。また、対象者にも参加してもらうことは、その人の主体性を重んじることとなり、無理のない問題の早期解決のいとぐちとなる。

(2) 介護上の問題とその解決策

介護目標が決まると、それに対する具体的な解決策（対策・介護方法）を決める。解決策は一つの目標に対して一つとは限らない。

【事例】A氏は食事が進まず体重が減少し、次第に元気がなくなった。本人に聞くと「近ごろ気力が出ないし、便の出もよくない」と、答えた場合。

目標を立て、優先順位ごとに「問題とする根拠」をあげる。

- ① 適切な食事摂取量を図る
- ② 栄養バランスを考える
- ③ 平均体重に近づける

次に具体的な援助策を立て、実際の行動に結びつけて記録する（表8-5）。

表8-5 介護目標と記録

	問題とする根拠	長期目標	短期目標（具体的解決策）
①	1 食事が進まない状態が続いている	1 適正な食事摂取量を確保する	1 食べやすい工夫をする 1) 食事にかかる時間をみて、ゆとりをつくる 2) 一度の食べられないようなら食事回数を増やす 3) 嗜好を調べ、好みのものを取り入れる 4) 消化しやすい食べ物に変えてみる 2 通便をよくする 1) 排便の回数・量・性状を1週間チェックする 2) 便秘によるものか、他の疾患はないかDrに診察を依頼する 3) 水分出納をチェックして、不足なら水分の補給と、10時と3時には乳製品や果物を食べて貰う 4) 入浴や散歩昼の温かい時間帯で、午前と午後の15分位から2回ほど一緒に行き気分転換を図る
②	2 食事摂取量が低下していることで栄養のバランスが崩れているのではないか	2 適切な栄養所要量を確保する	A氏の栄養摂取状態を検討する 1) 食事摂取量を食事後チェック表に記録する 2) 栄養士に栄養必要量と摂取状況を判断してもらい、適切な各栄養の算定と、調理の工夫を依頼 3) Drに、食事摂取への配慮でよいか相談し、医療的な援助があるときは協力する 4) 食欲が出るような食器や盛り付けの工夫をする
③	3 平均体重より4kgも減っている	3 平均体重に近づける	1 体重チェックを毎朝6時に行う 2 身体的機能評価を行う 1) ADLに評価をチェックリストにそって、この1週間10時に散歩や入浴介助のときに記録する 2) 低下しているところが見られたら、Aさんが自覚することや、その時の気分・意欲などについて注意してみる

(3) 実施（実践）

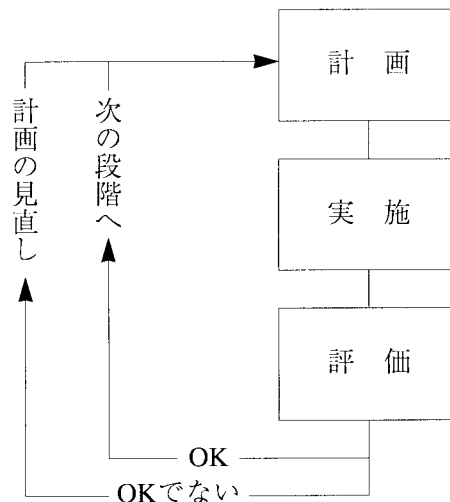
計画は行動として実施されて、初めて介護行為となる。介護者が積極的に行動し、指導したりリーダーシップを発揮して援助するが、実際の行動はその人自身の意思によるものである。そこに、介護の実践に必要な知識と適切な技術を選択できる判断力をもって、巧みに働きかける技能が必要である。介護計画にそって実践し、目標に対し利用者の生活の変化をみていく。

(4) 事後評価

事後評価は、問題解決のための援助活動がされた後に行われる一連の過程である。援助の計画に照らして、実施したことの効果を客観的かつ正確に観察し、それが対象者に効果が表れているかどうかを判断する。そして、それが効果的に行われていれば問題はないが、もし目標とした健康状態や日常生活動作や精神活動に達していない場合は、実施計画の段階もしくは事前評価の段階まで戻って、なにが問題であったかを再検討する（図8-5）。

対象者に望ましい介護を実施することができたかは、対象者の全ての状態、ようすから判断する。そのとき、対象者自身がどのように感じているか、その程度を聞いたり観察し、ときにはチェックリストを用いて、介護以前より状態がよくなっているかなどと判断する。そして、さらに改善の必要性やその対策、方向づけをするために、常に介護の実施の評価を繰り返し行うことが大切である。

図8-5 介護の展開過程



(5) 評価と記録

援助が行われる前の生活、その過程、その後の生活と生活の変化を具体的に評価するには、各々の状態が記録されていることが大切である。

さらに、介護計画や経過記録では、5W1H（When：いつ、Where：どこで、Who：誰が、Why：なぜ、What：何を、How：どのように）の要素が確認されていることが必要である。

各過程ごとに利用者の状況、考え方変化等と具体的に書いておく。

客観的な評価をするためには

- ① 集められた情報は適切であったか
- ② 情報の整理分析、判断は適切であったか
- ③ その結果引き出した問題点に間違いはなかったか
- ④ 目標の設定は実状にそった妥当なものであったか
- ⑤ 目標にそった実践は、対象者に必要で満足した結果をみたか
- ⑥ 具体的援助方法が、記録に十分書かれていたか。他人がこれを読み、理解し評価を共にすることができたか
- ⑦ 援助過程で行う評価は、その後にフォローアップされ援助の効果につなげることができたか

などのポイントをあて、常に介護活動の評価を重ねながら、介護の内容を高める努力が必要である。

4 介護記録

介護従事者と対象者との介護関係を維持していくうえで、記録はなくてはならないものである。それは、介護者がどのような対象者に対して、何に着目して介護を計画し、実施し結果を評価したか、その経過を記録することによって、今後の介護方針を決定する資料となる。また、他のチームメンバーとの情報の共有化ともなり、対象者をとりまくチームの共同作業の効果をあげることができる。

(1) 介護記録の目的

介護記録の目的として下記があげられる。

- ① 対象者のニーズを明確にし、個別理解を深めこれに対する介護内容の質を向上させる
- ② 必要な介護の継続性・統一性を維持し、よりよい介護を提供する
- ③ 介護内容の質と量が適正なものかどうかのチェックがされ、不測の事態が起きたときの証拠資料となり、施設・機関の運営管理に役立てる
- ④ 介護職種のみでなく、他の関連職種の教育や現任教育や研究の資料となり、それぞれの活動効果の相互作用や質を高める
- ⑤ 介護に関わる統計や、社会福祉全般の向上に役立てる

(2) 記録の文体

記録の文体には、事実を記述するじよじゆつたひ叙述体と要約体とがあり、事実を説明するようやくたひ説明体とがある。

a 叙述体

叙述体は主な出来事や事実を、物語りふうに書き、新聞、雑誌、手紙、日記、日常会話などに使われていることが多い。

この叙述体には、圧縮叙述体と過程叙述体がある。圧縮叙述体は、できごとなど

の全体の流れを圧縮して、できごとそのものをありのままに書き、書き手の解釈は入れない書き方である。直接見たり聞いていない情報の記録には便利である。標準化されていないフェースシートや事前評価時の記録等に多く使用されている（表8-6、表8-7）。

過程叙述体は、介護過程や集団での相互作用を記述する場合に使われ、介護者や対象者の感情や考え方などの情動的・主観的な事実を記述する際に使われる文体である。両者の言葉のやりとりが具体的にわかる直接話法を用い、話された言葉をそのまま引用して、逐語的に記録に残す場合に用いられる。

b 要約体

要約体は、要点を整理してできごとや状態をまとめるときに用いる文体である。要約体を用いた記録には、「事実要約記録」「事前評価要約記録」「定期的要約記録」「事後評価要約記録」「移管要約記録」「終結要約記録」などがある。

c 説明体

説明体は、起きたできごとに対して、介護者が解釈して説明を加えるときに用いる文体である。事実の意味を介護者がどのように解釈し分析しているかがすぐ分かり、個々の力量で間違った解釈や分析もわかるので、最も介護者の力が問われるところであるが、それだけに実践行為の根拠性が表出する重要な記録である。

(3) 記録時の留意事項

a 読みやすく、わかりやすいこと

楷書で書く。字体は大きすぎず小さすぎず、にする。文の書き始めは1字開ける。句読点、かぎ括弧、括弧などを使い分ける。行替えや段落、標題や小見出し、箇条書き、図表・イラストの挿入など用いる。

文体は専門用語や外来語、流行語、自己流の言葉や俗語は避ける。入れた方がその場の状況や人柄、感情・背景が明らかにされてよい場合は、カッコ内に書き込むと臨場感がでる。

b 内容によって記録の形式を変える

記録は介護者の思考を通して記録するのが原則であるが、対象者と介護者の応答は逐語的に記録するとよい。対象者の訴えや援助に対する反応などは、直接話法を用いると、より鮮明にその心情が理解できることがある。

表8-6 老人ホームにおけるフェイスシート

フェイスシート										整理番号			
ふりがな 氏名						性	入所年月日・満年齢				障害者手帳		
						男 女	昭 平	年 満	月 歳	日 歳	有 無		
生年月日	明・大・昭 年 月 日					前住所							
実施 機関						入所 依頼書	昭・平 年 月 日				第 号		
本籍 (筆頭者)						本人 負担金	円		義務者 負担金	円			
入所時 写真						持 参 品	金 品						
						物 品							
身元引受人													
続柄	氏名	年齢	職業	住	所	電	話	確	認				
扶養義務者・縁故者													
遺骨引取人													
退所 関係	年月日					死亡 関係	年月日						
	理由						死因						
	退所先						葬祭						

表8-7 事前評価記録

事前評価記録					記録	年	月	日
ふりがな 氏名		性別	生年	明大昭年	入所 年月日	昭平 年月日	年	日
		男女	月日	月 日				
入所 (通所) 理由								
生活史				家族構成図				
出生地				一均 日的 の日 平課				
最終学歴								
最長職歴								
婚姻歴								
利用者自 身のニー ズ				住状 居態 の				
手段的日 常生活動 作能力				自 理 己 能 管 力	障害の受容	回復の意欲	自己管理	

性格の 特性		容姿・ 癖等の 特徴	
感情表 現・気 分		服装・ 身嗜み の特徴	
信仰・ 宗教		髪形・ 化粧等 の特徴	
趣味・ 生きが い		置かれ ている 状況と 利用者 の意味 づけ	
行動の 特性			
価値信 念・人 生観		経済的 状況・ 諸資源	
家族関 係の質		社会的 支援網	
人と環 境の事 前評価			
予見さ れる問 題			
要 約			
ワーカ ーの課 題			

c 事実を書く

記録は言語的側面の事実ばかりでなく、非言語的事実の記録も大切である。その時々表情・仕ぐさなどについても注意する。介護者が解釈や推測を下す場合には、常に客観的事実の裏づけが基となる。判断されたことの記述も、それが誰によって、何に基づいたものか、情報はそれがどこから出されたものかを明記する。対象者に関する情報は、介護者の客観的な観察の基づくものと、対象者の主観による事実がある。これは、援助活動の際には非常に重要なので、記録に残すことが必要である。

d 介護者の意図的な働きかけと、それに対する対象者の反応を書く

実施した事実は記録に残しやすいが、介護者の意図したことがらが出ていないことがある。それに対する反応、結果があいまいにされてしまうことのないように、判断・実施・結果が明瞭にされた記録をする。

e 必要なもののみ記録する

なにを記録に残すか否かを判断する。

f 社会的責任を自覚して書く

社会福祉機関や施設は、社会からの付託によって機能している。したがって社会的責任もある。介護記録などには、必ず署名か捺印をして、記録者の責任を明らかにする。

以上一般に注意することとされていることである。初めから“上手に書こう”と考えると、つい手が出なくなる。まずは、見たこと、あったこと、感じたこと、行ったこと、その結果などを書きだしてみることである。こうしたことを重ねていくうちに、いつしか記録することを恐れずに、前向きに意欲がわいてくる。