

# 分 析 表

**質問1 <アセスメントの基本>**

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

**質問2 <情報収集>**

アセスメントに必要な情報をどのような方々から得ましたか？

**質問3 <基本情報>**

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

**質問4 <相談>**

どのような相談経緯だったのでしょうか？

**質問5 <生活状況>**

利用者の「個性・そのらしさ」を大切にするためにも、大切な情報である生活暦や生活状況をどのようにして聞き取りましたか。

**質問6 <サービスの把握>**

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

**質問7 <日常生活自立度>**

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

**質問8 <主訴>**

利用者・家族は主にどのようなことに困って来られたのですか。

**質問9 <認定>**

認定情報の内容を確認しましたか。

**質問10 <理由>**

今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由について教えてください。

**質問11 <健康状態>**

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

**質問12 <ADL・IADL>**

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

**質問13 <認知症>**

物忘れや認知症について何か気になることはありましたか。

**質問14<コミュニケーション>**

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

**質問15<社会参加>**

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

**質問16<排泄>**

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

**質問17<食事・口腔>**

食事や口腔の状態について、何か気になる点がありましたか。

**質問18<問題行動>**

利用者が周囲を戸惑わせたり、介護者が負担に思っている行為は起こっていませんか。

**質問19<家族の心身の状況>**

家族の方の心身の状況は把握していますか？特にどなたか心配な方はいらっしゃいますか。

**質問20<家族の介護力>**

家族の方の介護に対する思いをどのように捉えましたか。家族の方が話した言葉で印象に残った事があれば教えてもらえますか。

**質問21<居住環境>**

在宅生活を続ける居住環境として、気がかりな点はありませんか？利用者・家族の意向はどうですか。

**質問22<特別な状況>**

プランを作成する上で、特別に配慮したほうがよいと思われたことがあれば教えてください。

**質問23<尊重>**

アセスメントを通じて、利用者・介護者に現状を認識してもらえましたか。また、介護支援専門員として利用者の自己選択や自己決定などの主体性を尊重することができましたか。

## 質問1 <アセスメントの基本>

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

### ■目的

○介護支援専門員として、アセスメントを行う理由を理解し、その役割が十分果たせているかを確認する。

### ■解説

○アセスメントとは、利用者についての生活状況を理解し、利用者が在宅生活を継続していく上で、どのような生活課題（ニーズ）があるのかを明らかにしていく大切なプロセスとなります。

○その時に必要な介護支援専門員の視点としては、利用者の潜在・残存能力（可能性）を含めた身体・心理状態、生活環境などの評価を通じて利用者の現状をまず整理することです。

○そして利用者の困りごとやこうしてほしいという希望、どうしていいかわからないという混乱の原因や背景を分析していくことが大切になります。

○真のニーズを導き出すために利用者をいかに理解できるかが大切な鍵となります。そのためには一律に課題分析票を埋めるという作業ではなく、常にコミュニケーションを通して、利用者への支援の方向性を意識しながら、重点的に押えるべき項目等を整理し、現状を分析しながら、生活課題（ニーズ）を見出し、利用者に気づきを促していく関わりが重要になります

### ■留意事項

○ここでは、あくまでも専門職である介護支援専門員としての考え方を確認します。ただし、説明の中で、不明瞭な部分やあいまいな部分については十分に確認する必要があります。

○特に、利用者の抱えている課題を通して、利用者の全体像が把握できるような説明が出来るかどうかを確認します。

○基本情報や課題についてどの程度把握できたかについて自己評価を行い、アセスメント力のどの部分が弱いのかの認識をもってもらうことも大切です。

○困っていることのみを把握するのではなく、困っていることの背景や原因を分析し、少しでも良い方向に改善できる方法がないかを利用者とともに模索しながら、「予後予測」にたった視点でのアセスメントが行われているかを確認します。

■確認ポイント

- 利用者及び家族にアセスメントの必要性を理解してもらうことができた。
- 利用者及び家族に必要な情報収集を包括的に行い、主観的事実と客観的事実の両方を押さえ、アセスメントに活かすことができた。
- 利用者の生活課題（ニーズ）の内容を明らかにすることができた。
- 利用者の能力（可能性）を明らかにすることができた。
- 現状に関する予後予測とサービス導入後の予後予測を行った。
- 利用者の負担にならないよう適切な時間でアセスメントができた。

■類似及び補足質問

- 利用者の基本情報を十分把握できたと感じていますか？
- 利用者や家族が抱えている課題をある程度把握できたと感じていますか？
- アセスメントがうまくできていないと感じている部分はありますか？またそれは、どのような理由からですか？
- 利用者がどのような生活を送っているか、十分把握できたと感じていますか？

## 質問2 <情報収集>

アセスメントに必要な情報をどのような方々から得ましたか？

### ■目的

○アセスメントに必要な情報を、どのような関係者・関係機関から得ながら、アセスメントに活かすことができたかを確認する。

### ■解説

○アセスメント表（課題分析表）を活用するだけでは、利用者の全てを理解することはできません。課題分析表は、あくまで最低限の情報として知っておかなくてはならないものに過ぎません。そのため利用者の状況をアセスメントの段階に応じた的確に把握するために多方面からの情報は不可欠です。

○面接等を通じて利用者や家族から情報を得る以外にも、他の医師等の専門家やサービス事業所など幅広く情報収集することが重要になります。

○情報を求める際には、どのような情報が必要なのか、その理由や根拠を明確にしておくこと必要です。常に何のために必要な情報なのかということ介護支援専門員は押さえておく必要があります。

○また、これらの情報を一度に収集しなくていけないというわけではなく、日頃から心がけることが大切であるということにも留意する必要があります。

### ■留意事項

○アセスメントが利用者のみの場合、なぜ家族や周囲の関係者や関係機関からの情報を集めていないのかを確認します。

○他機関から引継ぐ利用者については、申し送り等を受け、基本的な情報等を利用者の了解を得た上で、紙面でもいただくなどの工夫ができているかを確認することも大切です。

○要介護1から要支援（1・2）等を更新のたびに行き来する利用者について、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所（介護支援専門員）との間で、連携が図れているかを確認します。

○ただ情報収集するだけでなく、きちんと整理、分析しているか、個人情報の取り扱いに留意したかなどについて確認します。

○利用者の心身の状況や生活環境等に応じた情報収集の方法がとられているかを確認します。

■確認ポイント

(どのような方々から情報を得たかを確認する)

- 利用者    同居家族    それ以外の家族    主治医
- 医療機関のスタッフ（入・退院時等）    サービス提供事業所・者
- 行政（主治医意見書・認定調査票）    地域包括支援センター等
- 民生児童委員
- インフォーマル資源（近隣・自治会長・老人クラブ会長・ボランティア等）
- その他

■類似及び補足の質問

- アセスメントの情報を得るに当たりどのような視点で収集していますか？
- 利用者のマイナス面の情報だけでなくプラス面の情報も活用していますか？
- アセスメントにおける情報はどのようなものが重要だと考えていますか？

### 質問3 <基本情報>

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

#### ■目的

○利用者の個々の特性を捉えた上で、基本情報を押さえるために必要な情報を入手し、アセスメントに活かしているかを確認する。

#### ■解説

○基本情報は、利用者の顔となるものです。その人らしさが映し出されるような視点で情報を収集する必要があります。利用者に関する生活の情報は膨大ですが、最低限、厚生労働省が示している「課題分析標準項目(23項目)」にそった情報の収集及び整理が必要となります。

○とくに主訴や生活暦・生活状況や家族暦、病歴・日常生活自立度や家屋状況等に関する情報は、課題分析標準項目のあらゆる項目に関連していくものとなります。利用者の全体像をアセスメントしていくための最も基本となる情報であり、特に主訴等は支援の方向性を探る大切なポイントが含まれていますので、より丁寧に押さえていく視点が大切になります。

○医療依存度が高い利用者においては、病歴や主治医を確認するだけでなく、病気に対する認識がどの程度なのか、主治医からどのように聞いているのかなどもあらかじめ聞いておくことも必要です。また治療の経過や生活上の工夫など利用者の了解を得て、主治医から情報を入手するなど、アセスメントに活かす視点が大切になります。

#### ■留意事項

○最低限必要な項目が把握され、整理できているかを確認します。特に、利用者の生活全般の情報を多角的に、客観的に捉えているかどうかを確認します。

○利用者、家族それぞれの意識や考え方等が異なることも多いので、場合によっては、それらをすり合わせる工夫を行ったかを確認します。

○介護支援専門員の個人的な考え方や価値観が反映されすぎていないかを確認することも大切です。

○利用者の生活の質を向上させ、自立した日常生活を営むためにどのような情報が必要かという視点が入っているかも確認します。



■確認ポイント

- 最低限必要な項目【課題分析標準項目（23項目）】に沿った情報の収集及び整理ができている。
- 必要に応じて利用者及び家族以外の関係者からも情報を入手するように努めている。
- 介護支援専門員として、個人的な価値観をアセスメントに持ち込まないよう努めている。

■類似及び補足の質問

- 基本情報に関して、特に再確認する必要があると感じている項目はありますか？また、それはなぜですか？

#### 質問4 <相談>

どのような相談経緯だったのでしょうか？

##### ■目的

○相談の経緯・内容によって、インテークの手法や対応が異なることを理解し、対応しているかを確認する。

##### ■解説

○利用者及び家族からケアプランの作成について相談があった場合、介護保険制度についてどの程度の理解があるかによって、対応も異なります。

利用者が要介護認定をまだ申請していない、または認定結果を受けていないが、緊急にサービスが必要になった場合など、さまざまなことが予測されます。介護支援専門員は、その相談の内容や経緯を的確に把握し、対応することが求められます。

○主たる相談者が利用者以外の場合、利用者が主たる相談者になり得なかった背景を把握します。(例えば認知症高齢者の場合なので、支援してくれる家族がいない場合など、利用者本人が主たる相談者になり得ないこともあります)

また、そのような理由がある場合は、その背景も踏まえて家族や周囲の関係者から必要な情報を入手し、アセスメントを勧めていく必要があります。

##### ■留意事項

○時系列で相談の経過が把握できており、相談経緯が複雑な場合や緊急の対応を行った場合など、居宅介護支援経過表等を活用し、記録を残しているかを確認します。

○利用者基本情報で把握すべきポイントがとらえられているかを確認します。特に利用者や家族の主訴の把握や整理ができているか、また必要に応じた家族等の情報も把握できているかなどを確認します。

○主たる相談者(利用者・家族・それ以外)が誰なのかによって、同じような状態像にある利用者であっても、支援の方向性が異なってくる場合が多いことに留意する必要があります。

○また、相談者の悩みや要望を把握し、その内容を言語化して合意を得ているか、さらに困り事の原因を探っているのか、といったことについても確認することが大切です。

#### ■確認ポイント

- 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）の内容を確認している。
- 利用者の基本情報（氏名・性別・住所・電話番号等）や利用者以外の家族等の情報についても必要に応じた記載がなされている。
- 相談者・相談方法・相談の経緯が明確に記載されている。
- 主たる相談者が利用者以外の場合、利用者が主たる相談者になり得なかった理由や背景が押さえられており、全体のアセスメントに活かすことができている。

#### ■類似及び補足質問

- アセスメントの際、直接、利用者と話ができましたか。もしできなかった場合は、その理由を聞きましたか？
- 主たる相談者はどなたで、相談に至るきっかけにはどのようなものがありましたか？
- アセスメントの際の非言語的なこと（利用者・家族の表情、身なりなど）から気付いたことはありましたか？

## 質問5 <生活状況>

利用者の「個性・その人らしさ」を大切にするためにも、大切な情報である生活暦や生活状況をどのようにして聞き取りましたか。

### ■目的

○利用者を「個人」として尊重し、その人らしい生活を支援していく上で、利用者自身の人生や生活状況における過去からの歩みを知ることが「その人らしさ」を掴むヒントとなる事を認識し、同じような状況下にあっても利用者及び家族の価値観等により、支援の方向性が異なっていくことがあることを理解されているかを確認する。

### ■解説

- 利用者の既往歴や現病歴・服薬状況やADL・IADL等を確認することも大切ですが、利用者が暮らしてきた中で大切にしてきたことや固有の価値観等を知ることが、支援の方向性を見出す上で多くのヒントが得られます。
- 生活状況では、「できること」・「していること」・「できそうなこと」などを整理しながら、利用者の意欲や意向を確認していくことが重要になります。
- そのためには、現在の生活の状況を、生活機能や健康状態との関係、さらに生活環境等の面から把握することはもちろんのこと、これまでの利用者や家族の生活のあり方等にもヒントがあることを認識することが必要です。

### ■留意事項

- 現在の生活状況以外に過去の生活暦を聴き取る理由を利用者や家族に説明ができ、不快感や不信感を与えることなく、聴き取りができていることも大切なことです。
- 何気なく語られたように思える過去のエピソードから、自立支援に向けてのヒントが隠れている場合もあるので、「関連性」を意識しながら、利用者の話に耳を傾けて聴くことが大切です。
- 一度のアセスメントで全ての情報を得ようとするのではなく、支援を行う経過の中で「その人らしさ」を見出していくことが大切であることに留意します。

○利用者にとっては、出生から今までのことを聞くことよりも、直近の生活変化を重点的に把握することが大切な場合もあり、一律の聴き取りでは意味がないことに留意します。

○アセスメントがどうしても「現在」の状態把握になりがちなので、数年前の暮らしぶりなど、「これまで」を視野に入れた情報収集になっているかに着目する必要があります。

#### ■確認ポイント

□利用者や家族に対し、不快や不信感を与えることなく、聴き取りができている。

□利用者が生活してきた中で大切にしてきたものやエピソード、価値観、趣味、得意なことや苦手なことなど、その人らしさを象徴する情報が簡潔に記載されている。

□利用者本人からの聴き取りができている。

□利用者以外の家族などからの聴き取りができている。

#### ■類似及び補足質問

○アセスメントを通じて、一番印象に残ったエピソードはどのようなことでしたか？

○アセスメントを通じて、介護支援専門員として利用者や家族の思いを尊重することができましたか。またどのような思いに共感しましたか？

## 質問6 <サービスの把握>

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

### ■目的

- 毎月、行う利用状況の確認（モニタリング）以外にも改めてプランを作成するときに、現在利用しているサービスの利用状況（頻度やその内容）、目標の達成度や満足度を確認することは、適切なサービス利用ができているかの評価につながることを確認する。
- 介護支援専門員が介護給付サービスのみでなく、介護保険以外の他の福祉サービスや社会資源をどの程度把握しているかを確認し、地域のインフォーマルな社会資源などについての活用を含めたプラン作成を意識し、必要に応じて活用しているかを確認する。

### ■解説

- 利用者やご家族のニーズについては、介護保険給付のみで対応できるとは限りません。介護保険給付以外のインフォーマルな社会資源を探し、調整することも、介護支援専門員の重要な役割の一つです。
- したがって、介護支援専門員が市町村の一般福祉サービスや、その他の地域資源について把握しているのかを確認することが必要です。
- また生活環境の工夫によっては、要介護度が高くても自身でできることや家族・近隣・ボランティア等ができることはたくさんあります。地域の社会資源に働きかけることも介護支援専門員として、関心を持って取組んでみようと思えることはとても大切なことです。

### ■留意事項

- 利用者本人や家族が行っていることをきちんと把握しているかを確認します。
- サービス利用に関して利用者がどのような意識をもって利用しているのか、またそのサービスを必要としているのは利用者本人なのか、それとも家族なのかを改めて確認することも大切です。
- また地域の社会資源については、その存在を知っているだけでなく、どのような場合に活用できるのか、具体的な窓口や手続きの方法についても把握できているかを確認していることも大切です。

○家族の介護負担の軽減を図るための「介護者教室」等、家族への情報提供もあわせて行っていることも大切です。

○介護保険サービス以外のインフォーマルなサービスを位置づけなければならぬと誤解されないように配慮が必要になります。大切なのは、利用者の自立支援に向けて多角的な視点にたってサービスを検討し、導入できているかが重要です。地域によっては、インフォーマルな社会資源を入れたいと思っても、資源が整備されていない場合もあります。制度上、導入が難しい場合もあります。介護支援専門員としては、地域にない資源を発掘し提案していく力量も求められることを視野にいれて、一緒に現状分析をする姿勢が求められます。

■確認ポイント

□介護保険給付に限らず、利用者が現在受けているサービス全般の状況について把握している。

□利用者の居住地である市町村の福祉サービスや地域の社会資源が把握されている。

■類似及び補足質問

○介護給付以外のサービスについても検討しましたか？

○現在利用しているサービスについて、利用者は満足しているようですか？

## 質問7 <日常生活自立度>

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

### ■目的

○主治医意見書や認定調査票に記されている情報だけを元にするのではなく、常に最新の状況を確認し、その情報を元にアセスメント行うことが必要であることを確認する。

### ■解説

○要介護高齢者の状態は日々変化するため、ケアプランを作成する上で、主治医意見書や認定調査票に記されている情報が適切とは限りません。したがって、障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度に関しては、常に最新の情報をもとにアセスメントを行い、ケアプランを作成する必要があります。

○介護支援専門員が適切に判断ができるようになれば、利用者の状態の変化に関する予測もしやすくなります。慣れないときには自分の見立てた自立度と他者が見立てた自立度の違いが何か（その理由は何か）を知ることが大切なことです。

○日常生活自立度の判断が自信をもって行えるということは、利用者の全体像をおおよそ掴むポイントが押さえられるレベルに達していることを意味します。

### ■留意事項

○主治医意見書や認定情報の情報からの転記だけでなく、自らの目でみて判断した、最新の情報が記載されているかを確認する必要があります。

○毎月のモニタリングの際にも状態の変化に留意しながら、障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度の最新の状況を確認し、変化があれば、その都度記載の変更を行うことができているかを確認します。

○また要介護高齢者によっては、関わる相手（介護支援専門員・医師・介護スタッフ等）やそのときの状況によって、元気に振る舞ってみせることや逆に「つらさ」を誇張してみせるなど、変化があることにも留意する必要があります。

### ■確認ポイント

□最新の情報を介護支援専門員が把握し、記載している。

□認定調査表や主治医意見書等から転記している。



介護支援専門員が判断した日常生活自立度と情報から得た日常生活自立度に大きな差があった場合、主治医等への確認をしている。(介護支援専門員が見立てた内容と大きな差があった場合)

毎月のモニタリングの際にも状態の変化を把握し、自立度の変更がある場合などについては、最新の状況を追記し記載内容を変更している。

■類似及び補足質問

○主治医意見書や認定情報の情報と現在では、状態像に差はありましたか？

○障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度について、現在の利用者のレベルと判断のレベルについて、どのように考えましたか？

## 質問8 <主訴>

利用者・家族は主にどのようなことに困って来られたのですか。

### ■目的

○介護保険のサービスを利用しようと考えたきっかけや今一番気になっていること、困っていること、何をどうすればよいのかが全くわからない、またはこうしたいという希望があるのだが具体策がわからないなど、利用者・家族の一番の訴えをしっかりと把握し、緊急性の有無を含め判断することができたかを確認する。

### ■解説

○主訴は、利用者が現在困っていることやこうしてほしいという願いや要望など、本人や家族が抱える問題状況を理解するための「入り口」となる重要な部分です。この主訴を通して、現在の生活の送り方やその背景となる要因を把握することが大切です。

○ただし、利用者や家族が言語化した主訴だけに頼るのではなく、客観的な様子（言語化している言葉と表情との差異がないか、主訴には痛みのあることは全くふれられていないが、立ち居振る舞いに痛みを伴っているような様子があるなど）、利用者にとっては慣習的になっていて、気付いていない事柄も含めて観察を行うことが重要です。

### ■留意事項

○利用者本人の困りごとなのか、それとも家族にとっての困りごとなのかをきちんと整理されているかどうかを確認します。特に利用者以外の家族の困りごとだけを主訴と捉えていないかを確認することは重要です。

○さらに利用者の状態により本人から確認できなかった場合には、どのようにして困りごとを把握したのかを確認します。

○主訴の中には、高齢者虐待や緊急入院等における緊急性の高い関わりが必要なものも含まれることもあるため、介護支援専門員としての支援の方法を理解しているか確認します。

○利用者や家族にとっては、何をどう説明してよいかわからないことも多々あります。主訴と思って話した内容が、本当の主訴ではないこともあります。利用者にとっての「真の主訴」が何にあたるのかを察しながら、面談を進めることができたかを確認します。

■確認ポイント

- 利用者及びその家族の主訴や要望については、利用者及び家族が表現したありのままの言葉を用い、具体的な記載がされている。
- サービス利用により、利用者や家族がどのような生活を送りたいと考えているかが記載されている。
- 利用者本人から確認できなかった場合の理由と代弁者が伝えた内容を具体的に記載している
- 緊急性の高い主訴に関しては、適切な関係者・関係機関等につなぐなど、連携やその対応ができています。
- 利用者本人から確認できなかった場合の、介護支援専門員としての役割を理解できている。

■類似及び補足質問

- 緊急性の高い主訴でしたか？
- 最初の相談に来た時に、利用者（家族）はどのような様子でしたか？
- 主訴を明確に理解し、整理することができましたか？

## 質問9 <認定>

認定情報の内容を確認しましたか。

### ■目的

○認定情報については、単に転記するだけでなく、その内容について、自分の目で観察した内容と異なるところはなかったのかを確認し、異なる部分については、サービス提供事業所・者や主治医、関係機関などに問い合わせる等の確認作業を行っているかどうかを確認する。

### ■解説

○要介護高齢者の状態は日々変化するものです。したがって、認定時の情報と実際に面接した時とでは、状態が変わっている可能性もあります。

○また、認定調査表の「立ち上がり」の項目のチェックが、「一部介助」で、特記事項には「テーブルを支えに立ち上がる」と記載されていたとします。その場合、確認すべき事柄は、「習慣的にそうしているのか」・「足の力が弱く踏ん張れないので、テーブルを支えにして立ち上がっているのか」など、様々な状況が考えられます。

○したがって、認定調査表の確認に際しては、単にその内容を転記するのではなく、最新の状態を自分の目で観察・確認することが大切です。そしてもし、認定情報の内容と異なる部分があった場合は、必要に応じてサービス提供事業所・者や主治医等、関係機関に問い合わせる等の確認作業を行う必要があります。

○認定情報では、介護度や認定日・認定有効期間や介護認定審査会等の意見を確認した上で、アセスメントの作業に入っているかを確認します。特に認定有効期間等は、サービスの導入にあたっての期間や目標設定を行うときにも押さえておくべき項目となります。

### ■留意事項

○常に介護支援専門員自らの目で、利用者の状態を判断する意識をもっていることが大切です。

○認定情報の確認は、これから介護保険を利用して自分らしい生活をつくっていくということを利用者にもイメージしてもらうためにも大切な作業になります。

○利用者の心身の状態をイメージし、ケアプラン作成にどう生かしていくかを考える初期段階であることを確認します。

#### ■確認ポイント

- 利用者の認定結果（要介護状態区分・介護認定審査会の意見・支給限度額・認定有効期間等）についての記載がされている。
- 認定調査表の内容も参考にするとともに、介護支援専門員自身がそれらの内容について、自分の目で観察・確認を行ったうえで、記録として残しアセスメントに活かしている。
- 必要に応じて利用者の了解を得て、主治医に意見をうかがうなど、新たな情報収集を行っている。
- 認定の有効期間等も配慮した計画書の作成が行われている。

#### ■類似及び補足質問

- 認定調査票や主治医意見書等を入手して情報として活かしましたか？
- 介護認定審査会の意見を、ケアプラン作成時に勘案しましたか？
- 認定調査票の記載内容と自分の目で見て感じた内容とに差異はありませんでしたか？

## 質問10<理由>

今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由について教えてください。

### ■目的

- 何のためにアセスメントを行うのか、介護支援専門員自身が理解しているかどうかを確認する。
- アセスメントの理由によって、集めるべき情報の違いや集め方が異なることが理解されているかどうかを確認する。
- 退院時等のプランに関しては、その経緯・理由等が理解されたうえ、その理由について明確に記載されているのかを確認する。

### ■解説

- 初回・更新・退院退所時・区分変更等の理由により、集める必要のある情報の量や集め方が異なってくることを認識してもらう必要があります。
- 特に退院退所時・区分変更等の理由では、生活環境の変化や状態の変化等を把握するため、利用者及び家族のみならず関係機関からの情報も必要となります。
- また、利用者が複数の疾患を抱えている、また急変を要する病気を持っている、ADLやIADL等に一部介助や全介助等の項目が多いため、介護者が常にないと不便である状況があるなど、それぞれ個別の事情によって、聴き取る情報量（利用者のみならず家族の情報量も多大になる）や情報の入手先（主治医を含む医療機関のスタッフやサービス提供事業所・者・家族等）も異なってきます。

### ■留意事項

- アセスメントの理由（初回・更新・退院退所時・区分変更等）を踏まえた情報収集を意識しているのか、また十分な情報収集ができているのかを確認します。
- アセスメントに至った経緯等を通して、利用者やご家族の生活環境にどのような変化が生じているのかを十分に認識しているのかを確認します。

### ■確認ポイント

- どのような経緯でアセスメントに至ったのか、申し込みの経路などについて記載されている。
- アセスメントの理由（初回・更新・退院退所時・区分変更等）について具体的に記載されている。

□アセスメントの理由によっては、聴き取る情報量や情報の入手先にも差がでてくることを押さえられている。

■類似及び補足質問

○以前のニーズと大きく異なるようなニーズはありましたか？

○今回のアセスメントを通して、特に印象に残っているニーズは何ですか？  
またそれは、これまでのニーズと異なりますか？

## 質問11<健康状態>

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

### ■目的

- 介護支援専門員のみでなく、利用者及び家族も利用者本人の普段の体調の把握に努めているかを確認する。
- 利用者が望む「暮らし」に健康状態がどのように影響をおよぼしているか、また生活機能や生活行為等、他の関連項目とも照らし合わせたうえで、アセスメントに活かしているかを確認する。
- 健康状態をケアプランの中にどのように位置づけ、チームケアの中で支援していこうと考えているかを確認する。

### ■解説

- 要介護状態の高齢者は複数の疾患や障害を抱えています。それらは手術や服薬などの治療や看護により「治癒」や「軽快」するものから、服薬やリハビリ、生活管理などで今の状態が悪化しないように病気と「うまくつきあう」ものなど実に様々です。
- 健康状態の把握では、各疾患の特徴的な症状が自覚症状（痛み・しびれ・むくみ・熱っぽさ・めまい・息苦しさ・尿量の低下）として現れることで、日常生活動作（ADL）や日常生活関連動作（IADL）・精神面（意欲の低下等）にどのように影響を与えているかを把握することが大切です。
- 普段の健康状態を把握しておくことは、健康管理を行う上での大切な情報となります。例えば季節や天候、日内変動等が生活にどのように影響するかも大切な視点です。認知症や老人性うつでは朝夕に不穏な行動をとりやすい、関節リウマチ等では冬場や雨天では極端な痛みとなりやすいなど、利用者固有の特徴的な様子を知っておくことはアセスメントの上で役立ちます。
- また、医療ニーズの高い疾患（呼吸器疾患や難病等で在宅酸素や吸引・吸入等が必要・胃ろうの設置者・嚥下障害・ガン等における終末期等）や認知症・精神疾患・精神症状のある利用者等においては、周囲の支援者（家族・医療機関・サービス提供事業所・者等）からの情報を収集・活用しながら、ケアプランに反映させる視点をもっているかも大切です。  
それぞれの症状によっては、専門家（医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・歯科医師・歯科衛生士等）の意見を聞きながら、予後予測の見立てを行いつつアセスメントを行う視点が必要です。



## ■留意事項

- その人なりの症状や暮らし方で疾患や障害とのつきあい方があります。それらの個別性をアセスメントの過程において、十分把握できているかどうか、より個別性の高いケアプランを作成する上で重要になります。
- 利用者が疾患や障害受容をどのレベルまでできているか。その受容度が日々の生活への姿勢にも影響するので丁寧に把握しておく必要があります。
- 治療や緩和のための往診・通院のサイクルを把握し、ケアプランの中にどのように位置づけているかどうかを具体的に把握しているかを確認します。
- 注意が必要なのはケアプランに疾患の症状と対応ばかりが記載され、生活の状態像が浮かび上がってこないものです。このような場合、支援内容が処方薬や看護処置などの記載中心で、介護サービスや生活習慣の見直し、環境の調整や家族介護など総合的な支援内容にならないので注意が必要です。
- 痛みやつらさの「緩和」や心身機能の維持・向上が、どのような生活習慣や人間関係の改善、社会参加を可能とするかを把握し、それを課題化、目標化することで利用者（家族）の「生活への意欲」を導き出すことが可能となります。

## ■確認ポイント

- 疾患名と症状・障害とその程度が、ADL（入浴・食事、排泄、移動等）やIADL（買物・調理・掃除・金銭管理・コミュニケーション手段等）に与える影響について把握している。
- 介護支援専門員が普段の体調を把握し家族と共有することができている。  
（一日の生活リズム・天候等の変化に伴う体調の変化、またそれに伴うADLやIADLの日内変動・血圧・食事の量・排泄等）
- 治療方針や内容を把握している。（往診・通院、服薬、疼痛の管理、生活改善・管理等）
- 利用者及び家族が健康状態をどのように捉えているかを把握している。
- 人間関係（家族、友人等）や社会参加への影響について把握している。
- 健康面についての本人の役割（セルフケア等）・家族の役割について把握している。
- 疾患が及ぼすリスクや将来の予測の理解に努めている。

■類似及び補足質問

- 利用者の方の疾患や障害がADLやIADLにどのような「困難さ」を生んでいますか？
- ケアプランには疾患や障害の治癒・改善をどのように「課題化」していますか？
- 疾患や障害がこれまでの暮らしにどのような困りごととなっているか、利用者（家族）にどのように尋ねましたか？

## 質問12<ADL・IADL>

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

### ■目的

○ADL・IADLに関するアセスメントが、現状の「できない行為」だけでなく、継続している行為やなんらかの理由であきらめている行為に着目し、そのプロセスが「維持・改善・向上の方法」を利用者（家族）とともに見出すものになっているかを確認する。

○ADL・IADLに影響を及ぼしている個人に起因する要因（心身の健康、心身の機能、対人関係をとる力、意欲・動機づけ）だけでなく、環境による要因（人的環境・物理的環境・経済的環境・制度的環境）まで把握できているかどうかを確認する。

○本人・家族からの情報収集を対話（筆談含む）、動作や環境の目視など五感を使って多面的に行っているかを確認する。

### ■解説

○ADL・IADLのアセスメントにおいて介護支援専門員が利用者及び家族の「できない」面だけでなく、「していること」「していないこと」「できそうなこと」（可能性）、そして本人・家族が「望む暮らし」まで把握できていることが大切です。

○アセスメントは本来本人に直接行うものですが、家族が代弁してしまうこともあり、意向が直接反映しない場合もあります。誰から（経路）とどのように（手法）、そしてどのくらいの時間（頻度含む）をかけたかの確認は重要です。

### 【ADL編】

○日常生活動作（移動、食事、排泄、入浴、整容等）は、利用者の生活の基本です。軽度（1～2）では部分的な困難さへのサポートが必要な場合が多く、福祉用具、自助具などを上手く活用することで、自身で行えることも増えていきます。しかし中重度（3～5）では日常生活動作全般にわたる介護が必要となります。こうしたことから中重度の利用者では、介護者への気兼ねや介護の負担を増やさないう自分の欲求を抑える傾向にあり、日常生活動作と意欲面の低下を起ししやすいといわれています。

○また介護者も介護に慣れない間や極度に心身の機能が低下した場合には、戸惑いや不安がとても大きく混乱していることが多いものです。しかし、こうした利用者及び家族の心理面を双方が表明することは気兼ねや遠慮、あきらめなどから控えてしまいがちであり、介護支援専門員は両者の声や気持ちを代弁することが必要となることもあります。

○利用者のADLについては、体の調子が良いときと悪いときの両方をおさえておく必要があります。特に調子の悪いときには、どのような介護方法でそれを補っているかを本人・家族に確認しておくことは、サービス提供時の事故防止につながります。

#### 【IADL編】

○日常生活関連動作（調理、洗濯、掃除、買物等）は「暮らし」の基本です。軽度（1～2）では部分的な困難さへのサポートや福祉用具、自助具などを使うことによって本人でも行うことがあります。中重度（3～5）ではかなりむずかしくなり、介護者への負担が重くのしかかります。

○本人なりに調理、洗濯、掃除等にどのような「こだわり」があるのかを介護支援専門員は把握し、本人に代わって家族や介護者に情報提供することも重要です。

#### ■留意事項

○現状の「できないこと」を把握するだけでなく、利用者が考えている原因と対策、朝夕及び深夜など日内での変化はないかなどを具体的に把握できていることが大切です。

○本人及び家族がどのような生活を望んでいるのか、そのためにどのような支援が必要なのかが、共通認識となっているかを確認します。

○同居の有無にかかわらず家族が利用者の現状を把握できていない場合があります。利用者が「できること」・家族で「できること」への気づきと動機づけとなる働きかけを行っているかを確認します。

○将来へのあきらめや知識・方法がわからない、もしくは不安のために「していない」ことなどはないか、利用者や家族があえて言葉で表しきれない困りごとや辛さ、家族間の軋轢からあえて表面化できないものはないかなど、あらゆる角度からアセスメントが行えているかを確認します。

#### ■確認ポイント

- ADL（移動・立ち上がり・排泄・入浴・更衣・整容等）やIADL（調理・掃除・洗濯・金銭管理・買物等）について、具体的に誰がどのように行っているかを把握している。
- 把握したADLやIADLの状況から、どのような支援を行えば現在の状態の維持・改善・向上につながるかなど、予測をたてた「見立て」ができている。
- ADL・IADLの実態について、利用者の状態、周囲の環境の両方からアセスメントを行い、課題を導き出すことができている。
- 利用者が認知症や精神疾患等で十分にADLやIADLについて意思伝達ができない場合、家族や関係者から情報を得るなどして状況を把握している。
- 本人及び家族からの情報収集では、対話以外に筆談や環境の目視などからも情報を入手するなど、個別に応じた把握の仕方を実践できている。

#### ■類似の質問

- 本人及び家族等に実際の日常生活動作を行ってもらうなどして観察をされましたか？
- 要介護状態になる前のADL（日常生活動作）やIADL（日常生活関連動作）について聞き取りをしましたか？
- 家族はどの程度現状と原因を把握され、今後どのようになれば良いと望まれていますか？

### 質問13<認知症>

物忘れや認知症について何か気になることはありましたか。

#### ■目的

- 単なる物忘れなのか、認知症等から起こっている物忘れなのか、これらを家族やインフォーマルな支援者が整理できているかを確認する。
- 「物忘れ」や「認知症等」によって生じる生活の支障（例：ガスの消し忘れ、服薬の飲み忘れ、財布を置き忘れる）が、どの程度日々の暮らしの障害となっているかを確認する。
- 家族を含む支援者が認知症という病気をどの程度理解しているか、また家族においては、認知症という病気を受容するまでに至っているかなどを把握・整理できているかを確認する。
- 認知症がさらに進んだ場合、利用者や家族がどのように暮らしていきたいと考えているのか、また介護支援専門員として認知症の進行によって、今後どのようなことが生活上の支障として現れるかについて予測し、先の対応を含めて考えているかを確認する。

#### ■解説

- ADL（日常生活動作）やIADL（日常生活関連動作）も物忘れや認知症の症状が始まることにより、より困難さが生まれます。やったことを忘れる、やろうとしたことを忘れるだけでなく、やり方がわからない・考えがまとまらない・言葉が出てこない、伝えたいことが伝えられない・その症状は様々なところに影響を及ぼします。また関わる家族や支援者の対応によっては、イライラしたり、猜疑的になったり、頑固になったりと人との関係にひずみが生じていくことが多くあります。
- また物忘れや認知症による「失敗の数々」は家族にとっては「受け入れがたいこと」であり、まずは「そんなはずはない」と否定をすることから始まります。
- やがて「しっかりしてほしい」「どうしてよいかわからない」という焦りや不安から、対応として叱責・体罰などを繰り返してしまうことがあります。なかなか専門医に見せることもなく、何とかできる範囲で世話をしようと思うのですが、やがて無視・放置などの虐待的な兆候が現れてくる家族もあります。
- その多くの家族は、認知症についての理解が薄く、対応の仕方がわからないまま強い介護のストレスを感じながら世話をしていた結果が多いと言われています。

○したがって利用者の体や心に起きている様々な変化について、家族への理解を促すことと同時に家族の介護負担を軽減する方法も考える必要があります。

○場合によっては、物忘れ外来や認知症の専門病院等の紹介、認知症家族の会などを紹介するなど、地域の情報提供も必要になります。

#### ■留意事項

○認知症の初期であれば、本人が困っていること（例：調理、洗濯、掃除、金銭管理、服薬管理等）やその気持ち（例：不安・悲しみ・落ち込み・いらつき、腹立ち等）を打ち明けてくれる場合があるので、聞き取れる範囲で情報を得ることが大切です。

ただし物忘れ等があることは、本人も認めたくないこともあり、なかなか本音を聞きとることは難しいことを理解し、無理な情報収集を行うことがないように注意が必要です。

○「認知症」が進行していく場合、どのように利用者及び家族が困っているか（例：排泄、移動、入浴、食事等）とその時の利用者及び家族の気持ち（例：落胆・怒り等）、利用者及び家族の反応（例：戸惑い、悲しみ・叫ぶ、殴りかかる等）について把握できているかを確認します。

○家族が認知症について十分理解できているか、また従前の家族関係がどうであったかを理解することで、虐待的な対応（暴言、叱責、強制、叩く、つねる、無視、放置等）を家族が始めるきっかけを予見できる場合があります。そのような危険性があると予知予見される場合は、未然に予防できるような関わりの視点を持つことが大切です。

○アセスメントの段階で、利用者・家族がそれぞれにどのような思いを抱えているのかを理解するために、介護支援専門員がきちんと向き合ったかどうか必要に応じて確認します。

#### ■確認ポイント

□物忘れや認知症の程度を把握し、日常生活上で支障となっている事柄についてADLやIADLの視点も踏まえて把握を行い、整理ができている

例：移動面（目的地に行って、帰ってくるができる、目的地は忘れたが何とか帰ってくるができる、いったん出してしまうと帰ってくるができないなど）

調理面（得意な料理は、まだ何とか作ることができる。調味料の順番や量、入れるタイミング等がわからず、味付けは既にできなくなっている。調理の手順すらわからず、台所に立つこともない）

食事面（出されたものをきちんと食べることができる、食べたことを忘れて何度も食事を欲しがるとは勧めても食べないなど）

その他（排泄・入浴・整容・更衣・健康管理・金銭管理・買物・コミュニケーション・火の不始末・他人への認識・言語理解等）

- 本人が問題行動を起こす時のくせやその傾向を家族や支援者から情報を得て把握している。
- 家族の認知症についての理解度や利用者の認知症に関する病気の受容がどの程度できているかを把握している。
- 利用者個人の尊厳の保持や介護負担の軽減という視点を持ち、今後さらに症状が悪化した場合の起こり得る生活障害について把握し先の対応も含めて考えられている。
- 認知症について、利用者及び家族の混乱がひどい場合には、専門家受診や認知症を支える家族の会などを紹介するなどの情報提供を行っている。

#### ■類似の質問

- 物忘れ（認知症）について、本人（家族）はどのような不安をお持ちですか？
- 認知症について本人（家族）はどれくらいの理解をされていますか？
- 今後物忘れや認知症が進むと、どのようなことに支障がでてくると思われますか？