仕事効率向上

アセスメント＆モニタリングを短時間で終わらせるための情報収集・分析術

はじめに

アセスメントを短時間で終わらせるためには，勉強して経験してケアマネジャーとしての専門性を積み重ねていくしかないでしょう。最初から「簡単に」とか「短時間で」なんて絶対無理なことです。「短時間」でアセスメントするためには「長時間」の研鑚が必要です。通常の国家資格と違い，ケアマネジャーは，ケアマネジャーになってから専門性を勉強して専門性を習得する特殊な職種です。何といっても６日間の研修を受講しただけでケアマネジャーを名乗って良い職種なのですから，そんな簡単にケアマネジメントの専門職になれるはずがありません。

しかし，勉強するにも実務研修ではアセスメントに関する指針（ガイドライン）を学ぶ機会がなく，今は亡きアセスメント団体に任されていたという経緯があります。さらに平成15年には国の指導者研修で「アセスメントはケアマネジャーの専門性ですから，自己学習自己責任でやって下さい。」ということになり，実務研修の内容に，書き方だけが残り，肝心な考え方（指針）が消え去ってしまいました。（※宮城では，実務研修の前期と後期の間にアセスメント研修を設けています。）

例えばです。「要介護３の認定を受けたＡさん。家族がデイサービスとショートステイを利用させたいということだったので，週3回のデイサービスと，月に一週間のショートステイを使えるよう調整しました。今まで布団を敷いて寝ていたので電動ベッドも借りることにしました。」ということだけでサービスを開始したとすれば，アセスメント力も専門性も必要なく，ただの御用聞きであり，ケアマネジャーでなくても良い，もしくはケアマネジャーは不要と言われてもしょうがないでしょう。

　病院で言えば，診察も検査も診断もしないで，患者が希望するとおりの治療をして薬を出して入院させてくれるようなものでしょうが，そんなことは有り得ないことです。

また，数年前，居宅介護支援の運営基準に「･･･居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し，当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに･･･」が追加されてしまいました。認定を受けたから，家族が希望したからだけで福祉用具を貸出し，保険者等がアセスメントの経過・結果を見ても，必要性を確認できなかったことが原因です。

私達ケアマネジャーが，専門的な知識と技術を持った専門職と言えるよう，どのような立ち位置で関われば良いのかを振り返り，「最低限このくらい分かっていると効果的なアセスメントができるはず！」とうことを紹介します。

１　アセスメント・モニタリングが煩雑な理由

もし，ケアプランを経験と勘と家族の希望で作っているとすると，アセスメントはパソコンに入力して印刷して，実地指導対策のためにただ揃えておくだけのものになっていることはないでしょうか？

煩雑に思う理由は，「必要もないのに揃えておかなければならないから。」なのかもしれません。仮説として，その他にもいくつか考えられる理由をあげてみます。

①本人の生活ニーズではなくサービスを使うことを前提にしていると，アセスメントの意味と目的がわからなくなっているのかも！

②「利用するサービスが決まっているのに，今さらアセスメントしても意味がない。」と思っている人がいるのかも！

③パソコンに頼り過ぎて，何のために何を聞き取りすればよいのかわからないまま情報を収集しているのかも！

④様々な情報の中から，必要な情報と不要な情報の区別（スクリーニング）が難しいのかも！

⑤聞き取った情報をどのように活用すればいいのか高齢者ケアの考え方がよくわからないのかも！

⑥高齢者ケアの考え方がよくわからないので，シートを埋めるため，サービスを使うための作文になってしまっているのかも！

２　介護保険の目的とケアマネジャーの役割と専門性

　介護保険が始まって何年も経つと，本来の目的や役割が忘れ去られてしまう危険性が出てきます。アセスメントのことを考える前に，ケアマネジャーがなぜ介護保険に位置づけられたのか，その理由について時々原点に立ち返って考える必要があります。

①自立に向けての支援をしてくれるはず。（残存能力活用，自己決定尊重，生活の継続性）

②医療と連携して対応してくれるはず。

③高齢者にとって生活に支障をきたす可能性の高いところ（課題分析標準項目）を見てくれるはず。

④利用者本人の心身の状況や環境等を評価して生活の問題点を明らかにしてくれるはず。

⑤生活上の問題点を踏まえた上で，本人・家族の意向を聞いて対応してくれるはず。

⑤改善の可能性・悪化の危険性（予後予測），介護の必要性を踏まえた上で生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を設定してくれるはず。

⑥生活全般の解決すべき課題（ニーズ）解決のための目標設定の支援と効果的効率的なサービス提供をしてくれるはず。

⑦サービス事業者の利益に偏ることなく，利用者を中心に公正中立な対応をしてくれるはず。

⑧サービス提供の管理と継続的なアセスメント（②～⑤）をしてくれるはず。

３　効率良くアセスメントするための情報収集・分析のポイント

　何のために情報が必要か，集めた情報をどのように活用して検討するのかがケアマネジャーの専門性です。情報収集のためのアセスメントシートの様式は様々ありますが，どのシートを使っても課題分析ができるように工夫をし，アセスメントからケアケアプランにいたる経緯，検討の経過が分かるようにしました。基本は国が示した課題分析標準項目です。

宮城では平成15年から「課題検討用紙」（別紙参照）を活用し，実務研修から主任ケアマネ研修まで体系的に使用しています。また，現場でアセスメントに活用され，事例検討やケアプラン点検，地域ケア会議は「課題検討用紙」を使っておこなわれています。（別紙：課題検討用紙活用のメリット参照）

その他，情報収集シートと記入の手引き，居宅介護支援の手引き，課題検討の手引きを作成し，スキルアップと根拠の明らかなケアプラン作成に活用しています。

（１）高齢者にとって問題となる可能性が高いところを見ます。

介護保険には，全国共通の課題分析標準項目（最低項目）が定められています。これらは，高齢になると生活に支障をきたしやすい項目です。ポイントを絞って普段の様子観察ができるようになります。

（２）何をするための情報なのか，目的を明確に持って情報を得ます。

情報を聞き取る時には，「なぜ聞くの？聞いて何するの？」と利用者から質問されることを前提にして説明できるように勉強しておくと便利です。（※「ケアマネジャー及びケアスタッフの役割」参照）

|  |
| --- |
| 「ケアマネジャー及びケアスタッフの役割」  痛みのある利用者への対応  ①痛みが原因でＡＤＬなど生活に支障のある利用者を把握します。  ②痛みの直接的な影響，痛みを怖がる，痛みによる関係の減少，鎮痛薬の副作用などの影響を検討します。  脱水症状  ①脱水症になる危険性を少なくします。  ②家族やケアスタッフが，脱水になる原因や脱水による症状に気をつけることができ，対応できるようにします。  心臓と肺の機能  ①心臓や肺（呼吸）の症状を，ただの老化現象として扱い，適切な医療やケアを受けていない利用者を把握して対応します。  ②心不全や結核など，医療的対応を必要とする高齢者に多い問題に気をつけて対応できるようにします。  服薬管理と効果  ①服用している薬を把握し，その薬が効果的・効率的に作用するようにします。  向精神薬の服用  ①向精神薬を服用している利用者のなかで，その作用・副作用の様子観察が必要な人を把握して対応します。  アルコール問題  ①アルコール乱用，アルコール依存症を把握します。  ②代謝の低下，持病，薬等との関連によって，大量の飲酒でなくても危険となる場合があるので検討します。  ＡＤＬの改善  ①日常生活活動（ＡＤＬ）が改善する可能性のある利用者，ＡＤＬの低下を遅らせることのできる可能性のある利用者を把握します。  ②ＡＤＬ障害の原因を理解したうえで，自立への意欲のある利用者や，障害になってからの期間が短い利用者などを把握し，目的のある運動等の機能訓練を検討します。  ③ＡＤＬの改善が難しい場合は，必ず行わなければならないケアを検討します。　必ず行わなければならないケアは，改善のためのケアと同時に行う場合もあります。  転倒防止  ①最近転倒した利用者を特定します。  ②転倒の危険性のある利用者を特定します。  ③転倒の危険性を予測します。  ④転倒と，転倒による障害をできるだけ少なくします。  健康増進  ①体力の向上と健康増進により，幸福感と自立性を高めます。  ＩＡＤＬの回復  ①ＩＡＤＬ回復の可能性のある利用者を把握して対応します。  ②ＩＡＤＬの代行の必要性を明らかにして支援します。  認知障害  ①認知障害があるかどうかを把握します。  ②認知障害を補うために，どのような方法をとることができるのかを判断します。  コミュニケーション  ①コミュニケーションの障害・問題を明らかにして，専門的な検査や対処をおこないます。  視覚・聴覚  ①最近視力・聴力が低下した利用者，視力・聴力を失った利用者，眼鏡・補聴器などを適切に使用していなかった利用者を把握して対応します。  社会との関わり  ①利用者が満足のいく役割や対人関係，楽しめる活動を続けたり，新たに見つけ出すように支援します。  ②社会的機能の低下を最小限に抑え，社会的活動制限の原因となる問題を見つけ，可能であれば改善し，出来ない場合は代償する方法を検討して対応します。  うつと不安  ①不安やうつ状態にある利用者を把握し，治療やケアの可能性を検討して対応します。生活に重大な影響のあるうつや不安があれば，専門医に相談して対応します。  尿失禁・留置カテーテル等  ①回復可能な失禁の原因を把握し，可能な対処方法を検討して対応します。  排便の管理  ②腸の機能および消化器系の疾患の問題を評価し，関心を高めます。  褥瘡  ①皮膚損傷の危険のある利用者を把握し，その予防と治療のためのケアを検討して対応します。  皮膚と足  ①皮膚や足に問題があったり，問題が発生する危険性のある利用者を把握し，予防と治療のためのケアを検討して対応します。  口腔衛生  ①痛みがあったり，食事摂取や発声の障害，栄養不良，自尊心や食事の楽しみを阻害する口腔問題を把握して対応します。  食事摂取  ①栄養不良や，栄養問題の悪化する危険性がある高齢者を把握して対応します。  問題行動（行動障害），認知症の行動・心理症状  ①行動障害のある利用者を把握し，原因とその解決策を検討します。また，行動障害は改善されたとしても，行動を制限してしまっている可能性のあるケアを受けている利用者を把握して対応します。  介護力  ①介護が必要な高齢者への対応が困難な家庭を把握します。  ②家庭で，新しい介護負担に対応できるかどうかを把握します。  ③在宅での生活が続けられるような支援を提案します。  居住環境  ①利用者の健康状態，障害の状況から見ての危険な環境状態，自立生活を阻害する環境状態を把握して対応します。  高齢者虐待  ①虐待や放置を受けている高齢者，または虐待の危険性を把握し，即時の対応が必要かどうかの状況を判断する。虐待を発見した場合には市町村・地域包括支援センターに報告する。  ターミナルケア・緩和ケア  ①在宅でのターミナルケア，緩和ケアを希望する，もしくは受ける利用者に対して包括的ケアの必要性を把握して対応します。介護保険と医療保険，その他公的・私的医療福祉制度なども活用します。  　　また，医療との連携が重要になるので，利用者本人と家族，主治医，病院，薬剤師，訪問看護ステーション，介護サービス事業所などとの綿密な打ち合わせ，話し合いによる合意と役割分担による対応をします。 |

（３）多くの情報から必要な情報をスクリーニングします。

様々雑多な情報に出会いますが，私たちが必要な情報は利用者の「生活の支障」と「支障を解決するのに必要な情報」です。（※「具体的支障把握の視点」参照）

例えば，病気も全て検討するのではなく，主治医に確認して「ケアスタッフが観察管理の必要な病気」をスクリーニングするということです。

利用者の全体状況は基本情報とフェイスシートに整理すればよいことであり，アセスメントでは問題を抽出（スクリーニング）することが重要です。

|  |
| --- |
| 「具体的支障把握の視点」  １　健康状態  ①本人の生活に影響のある，介護スタッフが観察・管理の必要な病気を把握しましたか？（治った病気，身体機能やプランに関係しない病気は除きます。）  ②病気への対応について，主治医に相談し，対応の指示を受けましたか？  ③生活に支障のある症状や痛みを把握しましたか？  ④在宅医療機器（カテーテル，点滴，酸素，瘻等）について把握しましたか？  ２　ＡＤＬ  ①利用者本人のＡＤＬ能力，生活の支障を具体的に把握しましたか？  ②活動量について把握しましたか？  ③リハビリに関する，意欲や目標を把握しましたか？  ④転倒の具体的状況，危険性を把握しましたか？  ３　ＩＡＤＬ  ①利用者本人のＩＡＤＬ能力，生活の支障を具体的に把握しましたか？  ②自己動作に関する，意欲や目標を把握しましたか？  ４　認　知  　①記憶障害を具体的に把握しましたか？  　②見当識障害を具体的に把握しましたか？  　③判断力低下について具体的に把握しましたか？  　④実行機能障害を具体的に把握しましたか？  　⑤できるところを把握しましたか？  ５　コミュニケーション能力  　①相手のことを理解できるか，自分のことを伝えることができるか，コミュニケーショ  ン能力を具体的に把握しましたか？  　②聴覚，視覚障害を把握しましたか？  ６　社会との関わり  　①社会との関わりと適応，社会的活動や役割，毎日の暮らしぶりを把握しましたか？  　②気分の落ち込み等，心理面での問題について把握しましたか？  ７　排尿・排便  　①失禁の状態を把握しましたか？  ８　褥瘡・皮膚の問題  　①皮膚・じょく創等，皮膚の状態を把握しましたか？  ９　口腔衛生  　①食べる，話すこと等に支障のある，口腔の問題を明らかにしましたか？  １０　食事摂取  　①栄養・水分摂取，意図しない体重減少を明らかにしましたか？  １１　問題行動（行動障害）BPSD  　①家族等の悩みや苦痛となる行動を把握しましたか？  　②問題行動の規則性，原因，関係性，感じ方等を具体的に把握しましたか？  １２　介護力  　①介護者の状況を把握しましたか？  　②介護者の負担と，介護負担の原因となっていることを具体的に把握しましたか？  １３　居住環境  　①対象者本人の障害の状況から見た，居住環境の不具合，自立を阻害する原因を把握しましたか？  １４　特別な状況  　①緩和ケア，ターミナルケアの必要性，実現の可能性を把握しましたか？  　②高齢者虐待の兆候，危険性，緊急性を確認しましたか？ |

（４）生活の支障を具体的に明らかにします。

①どのように支障があるのか，その状況を具体的に把握し，関連情報を集めます。

　　（転んだ→いつ→どのような場面で→何をしていた時･･･など）

②動作を細かく分割するなど、どこまで出来て、どこから支障があるのかを明らかにしま

す。

（５）生活支障の原因を把握します。

①病気のため

　　・急性期の病気，持病の進行，痛みを伴う症状，認知症，精神疾患

②怪我のため

③障害のため

④動かない（廃用）ため

⑤生活習慣のため

⑥悩み・不安等のため

⑦環境のため

⑧薬のため

・薬が合わない，向精神薬のため･･･等

（６）生活支障に関する意向を確認した上で可能性・必要性を予測します。

①生活上の支障と原因を踏まえた上で，本人，家族はどうなりたい，どうしたいと思って

いるのか，意向を確認します。

②実現可能なことを聞きます。

③介護保険の理念に沿った意向を聞きます。

　　「また自分で歩けるようになりたい。」「炊事は自分でしたい。」「トイレは自分でし

たい。」

　　★後ろ向きな希望は、とりあえず聞くだけにする。（プランに載せない）

　　　「歩けるようになると困るので動かさないで寝かせておいてほしい。」「できるだ

　　　け介護したくない。」「早く施設に入れてしまいたい。」…

④言い換えて整理してみて聞きます。

　　　「歩けるようになればいいんだけ　　⇒　「ということは、できればまた歩けるよ

　　　どね。」　　　　　　　　　　　　　　　うになりたい！っていうことですね。」

⑤意向が聞き取りにくい場合は，予測して提案してみることも重要です。

（７）生活支障の原因と意向を踏まえた上で可能性・必要性を予測します。

　①改善するのか，維持するのか，予防するのか，可能性を検討します。

　　・良くなるのか、元に戻る可能性があるのか

　　　　支障・低下が最近起こった利用者で，状態が安定している場合など。

　　・今の状態を続けられるようにする必要があるのか

　　　　支障が長い間変化していない場合など。

　　・悪化を予防、低下するのを予防する必要があるのか

　　　　じょく創や失禁，筋力低下，拘縮，転倒などの危険性がある場合など。

②必ず行わなければならない介護を確認します。

　　・必要な介護を把握します。

　　　　生活する上で必ずしなければならない介護は何かを把握します。

　　・必要な医療対応を把握します。

　　　　主治医からの指示のある医療的管理について把握します。（病気の管理・観察、食

事制限、薬の副作用など…）

（８）自立生活を送る上での生活全般の解決すべき課題を設定します。

①アセスメントの結果を反映させます。

②アセスメントの結果からの必要性と本人の意向が一致している場合は、その意向を

　　そのままニーズにします。また、必要性を本人の意向に沿って言い換えて、本人の了

　　解を得ます。

　　・　お風呂に自分で入れない　　⇒　　お風呂に入りたい（本人の意向を反映）

　　・　歩行練習が必要である　　　⇒　　また散歩できるようになりたい

　　・　一人でいる時間が長く，　　⇒　　いろいろな人と会って楽しく過ごしたい

　　　　落ち込みが進む可能性がある

　　・　膝の痛みのため掃除機が　　⇒　　掃除を手伝ってほしい

　　　　けができない

③本人の意向がとれなければ、必要性をニーズにします。

　　・排泄介助が必要です

　　・床ずれの予防が必要です

　　・日常動作のすべてに介助が必要です

　　・通院介助が必要です

④必要性が明らかで，家族の想いを反映させる場合は次のようにします。

　　・お風呂に入れてあげたい

　　・楽しく過ごす時間を持ってほしい

（９）ケアの方向性を明確にします。

①生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を解決するために，どのようなケアを提供し、ど

のような目標に沿ってケアを進めていくのかがわかるようにします。例えば･･･

　　・お風呂に入れるようにします。

　　・外出，交流し，楽しく過す機会を作り，気分が改善出来るようにします。

　　・機能訓練により，下肢機能が改善するようにします。

　　・出来るだけ早く，床ずれを治すようにします。・・・など。

②この段階では，まだサービスの種別は決まっていません。方向性だけで十分です。

　　サービスを使うためのプランにならないようにするためにも重要です。

４　効率良くモニタリングするためのポイント

（１）サービス実施状況の把握

　ポイントは，具体的で評価しやすい短期目標を設定していることです。

①　ケアプランを振り返る

・課題分析が適切だったか

・ニーズが適切だったか

・目標が適切だったか

・サービス内容が適切だったか

・サービス内容に本人家族が満足しているか

②　短期目標を管理する

・サービスの内容・方法が適切かどうかを確認する

・サービスの回数の適切かどうかを確認する

③利用者本人の身体状況に合ったサービス提供がなされているか確認する

④評価し記録する（参考：モニタリング評価・記録表

⑤ケアプラン変更の必要性を確認する

（２）継続的アセスメント

通常の心身状態を把握して変化に気づくこと。アセスメントのための情報を収集して予後予測をします。通常のアセスメント項目が様子観察のポイントです。

　おわりに

ケアマネジャーとしての最低限の知識として，今回紹介させていただいた指針（考え方）を理解して対応すれば，情報収集・分析のポイントが理解でき，「アセスメント＆モニタリングを短時間で終わらせる」ということができるはずです。

アセスメントもケアプランもモニタリングも，書き方ではなく考え方が重要です。ケアマネジャーの役割と立ち位置を理解して考えると，必要な情報を捉えることができ，不要な情報に惑わされることがなくなると思います。

どの専門職も同じだと思いますが簡単に短時間で専門性が身に着くはずがありません。アセスメント，モニタリングを短時間で終わらせるための近道は，ケアマネジャーの専門性を高めるために地道に勉強することです。

介護保険の制度上も，利用者からも，ケアマネジャーがいて良かったと言われるようになりたいものです。

2013.06.07.小湊純一。