

目 次

はじめに	1
本書をお使いになる際の留意点	3
リ・アセスメント力を高める意義	5
第1章 リ・アセスメントの必要性	6
第2章 自立支援を目指したケアプランの作成	13
第3章 リ・アセスメント支援シートの活用事例	43
事例1 居宅	43
2 居宅	67
3 施設	91
4 予防	113
参考	138
参考文献一覧	143

リ・アセスメント力を高める意義

介護保険制度では「高齢者が要介護状態になっても尊厳を保持して、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にする」ことを目的としています。

介護支援専門員は個々の利用者が「尊厳を保持した自立した日常生活」を送れるようにするための支援を行います。介護支援専門員が行うケアマネジメントプロセスの中で最も重要と言われているのが「アセスメント」です。要介護状態となった現状を踏まえ、利用者・家族の生活上の支障とそれを乗り越えていく意向を明らかにして、利用者の希望する生活「自立した日常生活」に向かうための設計図となるものが「ケアプラン」です。この設計図の根拠となるものがアセスメントだからです。

「尊厳の保持」に配慮した支援も求められます。目の前にいる利用者にとっての「自立した日常生活」を支援するためには、利用者自身がこれまで、あるいは今、何を生活上の楽しみとし、どのようなことに生きがいを感じ、どのように家族と共に人生を送り、送ってきたのかを理解した上で、初めてその方にとっての「自立した日常生活」がイメージできるようになるのではないのでしょうか。一人ひとりの利用者は誰一人として同じではなく、個人として尊重される必要があります。

要介護（要支援）状態になり、これからの生活に不安を抱えている利用者や家族に対して、どのような手立てにより「自立した日常生活」を送れるようになるか分かりやすく説明するために利用者・家族と共に考えるツールとなるのがアセスメントです。

また、保険者である市町村により行われるケアプラン点検において、介護支援専門員によるケアマネジメントが真に自立支援に資する支援となっているかどうかの確認をする際の根拠となるのもアセスメントです。

アセスメントからケアプランまでのプロセスでは利用者の問題認識や意向と介護支援専門員の専門職としての判断や考え方が重要となります。

アセスメントは1回で終わるものではなく、初回のアセスメントからモニタリング等（サービス事業者等との情報交換も含む）による情報等を追加することでさらに理解が深まり、より自立した日常生活の支援につながります。

介護支援専門員がケアマネジメントを実施している期間は常にアセスメントを繰り返すこととなり、「アセスメント力」を高めることは必須と言えます。「リ・アセスメント」は、自分のアセスメントを「振り返り」内省するためのものです。それが介護支援専門員の力量を高めることにつながります。

事例 2 居宅 ケース概要

銀河 陽子 68歳 女性
要介護5
悪性リンパ腫末期

銀河さんは仕事を続けながら夫と2人で暮らしていました。平成10年、定期健診で高血圧を指摘され服薬を開始しました。平成19年、夫が胃癌末期の診断を受け、不安の渦中にあった夫を支え、3か月間の自宅療養の後に看取りました。一人暮らしとなった銀河さんですが、元来真面目でなんでも熱心に取り組む人柄から会社の上司に信頼され、また、相手を気遣い面倒見もよく後輩の相談にもよく乗っていたので、友人・同僚との食事会や旅行など多くの人との交流の機会がありました。

平成28年、微熱が続き下肢のしこりも気になり受診。「悪性リンパ腫」と診断され外出の機会は減りましたが、仕事は続けていました。平成30年、排尿障害・歩行障害が出現し入院。9月、退院を契機に掃除・買物等生活面の支障もあって、それまで暮らしていたT県を離れ、長女一家と急遽、同居することになりました。同時に介護保険を申請。訪問診療・訪問看護等の支援を開始し、余命数か月の告知を受けました。「せめて最期まで長女一家に迷惑をかけないで逝きたい。」と願う銀河さん。「気丈な母です。私たち家族には弱音を吐かないと思います。母が辛くないように過ごさせてあげたいです。」と願う長女とその家族を強固な支援チームが支えています。

次頁以降に掲載している各シートの解説・Q&Aの文中において、

基本情報シート1枚目・2枚目は、**基本情報1** **基本情報2**と表す。

リ・アセスメント支援シート1～4枚目は、**リ・アセス1** **リ・アセス2** **リ・アセス3** **リ・アセス4**と表す。

ケアプラン第1表～第3表は、**1表** **2表** **3表**と表す。ただし、第2表は3枚に渡るため、①～③を付している。

第3章 事例2 居宅 リ・アセスメント支援シート①

① 銀河さんの特徴として周囲の人々への気遣いや自立心の強さがある。また、その心情を理解して関わる家族との関係性を記入

② 家族への気遣い、急な同居に対する銀河さんの思いをそのまま記入

Q1 「できる」に○でも余白欄に記入するのはなぜか。

A1 銀河さんの状態を把握するための情報。「何ができる・できない」の確認は「問題」「意向」につながり、「ケアプラン第2表」の展開に活かされるため介護支援専門員が必要と判断した情報を記入。利用者の身体状況によっては短時間での情報収集になる場合もあるので、後日にしたり、家族から聞き取るなどの配慮が必要。

銀河さんの状態では「意思伝達」はできる。だが「息切れの状況」は今後の支援の展開に影響があると判断。家族が感じている「介護者の負担感」も「無」となっているが、銀河さんへの家族の介護に対する思いは大事な情報と判断し記入

Q2 「息苦しそうで見ている辛い」という「問題」を「息苦しさはなくなって楽に話ができるようにしたい。」という「意向」にしないのはなぜか。

A2 介護支援専門員の役割は本人・家族の意欲的な暮らしを支えるため、利用者・家族が自ら「これが私の困りごと・私の思い」と理解することが大事。銀河さんと長女の「問題」・「意向」は明確。性格も似ていてお互いを気遣う。母の思いを理解しているからこそ家族意向

利用者名		銀河 陽子				リ・アセス									
状態															
コミュニケーション	視力	問題無	はっきり見えない	殆ど見えない											
	眼鏡	無	有												
	聴力	問題無	はっきり聞こえない	殆ど聞こえない											
	補聴器	無	有												
	言語	問題無	問題有												
	意思伝達	できる	時々できる	困難										1～2分程度の会話でも息切れがする。	
認知と行動	認知障害	自立	軽度	中度	重度										
	意思決定	できる	特別な場合以外はできる	困難											
	指示反応	通じる	時々通じる	通じない											
	情緒・情動	問題無	抑うつ	不安	興奮										
	行動障害	無	暴言	暴行	徘徊	多動	昼夜逆転	不潔行為	介護抵抗	夜間不穏	異食行為				
	精神症状	無	妄想	幻覚	せん妄	見当識	無関心							常時ウトウトしている。	
	維持・改善の要素、利点	我慢強く意思も明確。長女家族に感謝と気遣いができる。社会情勢に関心があり話題も豊富													
家族・知人等の介護力	介護提供	常時可	日中のみ可	夜間のみ可	不定期	無							長女夫婦		
	介護者の健康	健康	高齢	病身	他										
	介護者の負担感	無	有										母が辛くないようにしてあげたいが、どうしてよいかわからない。看護師さんやヘルパーさんからいろいろと教わりたい。(長女)		
	維持・改善の要素、利点	急に状態が悪くなり不安がある中でも穏やかに過ごすことを支えてくれる長女家族がいる。本人は周りに迷惑や負担をかけずに暮らしていきたいという自立心が強い。その心情を理解し、支えようとする長女がいる。													

を「息苦しさの軽減」と機械的に反転させず「時間がないので親しい人たちとじっくり話ができるようになって欲しい。(長女)」と長女の心情を記入

Q3 「息切れしないでじっくり話をしたい。」と書くこともで

きるが、そうしないのはなぜか。

A3 本人・家族からは多くの意向が表明される。その中には目標やサービス内容に該当する内容も含まれている。介護支援専門員は「ケアプラン第2表」を意識し、意向や意見などの情報から「長期目標・短期目標・

第3章 事例2



メント支援シート

作成日	平成31年4月18日
作成者	西原 秋子

問題 (困りごと)	意向・意見・判断				生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)			優先順位
					整理前	関連	整理後	
利用者 じっくり話をしたいが息切れがして困る。	利用者意向 家族や親しい友人たちとじっくり話がしたい。在宅酸素はうっとうしいので使いたくない。	意向の度合 <input checked="" type="radio"/> 高 <input type="radio"/> 中 <input type="radio"/> 低 <input type="radio"/> 失 意向の表明 <input type="checkbox"/> 阻	Q3 ①じっくり話がしたい	① ④ ⑥	④に統合			
家族 母は親しい人達とじっくり話したいのだと思うが、すぐ「ハーハー」と息苦しそうで見ていて辛いので困る。(長女)	家族意向 時間がないので親しい人達とじっくり話ができるようになって欲しい。(長女)	意向の度合 <input checked="" type="radio"/> 高 <input type="radio"/> 中 <input type="radio"/> 低 <input type="radio"/> 失 意向の表明 <input type="checkbox"/> 阻						
Q2	医師・専門職等意見 頸部リンパ節も腫脹。低栄養状態で体力低下。在宅酸素が必要であるが、本人は拒否している。(Y医師)・本人、家族の不安や心の揺れにも寄り添いながら支援していく必要がある。楽な姿勢の保持や麻薬の使い方の工夫、肺理学療法を行う必要がある。(D看護師)	CM判断 本人が別れの挨拶をきちんとしたいと思っている。気丈なので頑張りすぎず、自分のペースを大事にしながら安楽な姿勢、薬の調整等は家族・医師・看護師と連携する必要がある。	CMの利用者・家族の意向への働きかけ <input checked="" type="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 未検討 <input type="checkbox"/> 不要 対応難度 <input type="checkbox"/> 困難	Q4				
	利用者意向 なし	意向の度合 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 失 意向の表明 <input type="checkbox"/> 阻						
	家族意向 なし	意向の度合 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 失 意向の表明 <input type="checkbox"/> 阻						
Q2	医師・専門職等意見 なし	CM判断 なし	CMの利用者・家族の意向への働きかけ <input type="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 未検討 <input type="checkbox"/> 不要 対応難度 <input type="checkbox"/> 困難	② ③ ⑦	⑦に統合			
利用者 娘が働いている時に横になっていて申し訳なく思う。娘と家族に迷惑をかけているので困る。	利用者意向 最期まで自分でできることはやり続けたい。	意向の度合 <input checked="" type="radio"/> 高 <input type="radio"/> 中 <input type="radio"/> 低 <input type="radio"/> 失 意向の表明 <input type="checkbox"/> 阻						
家族 日中一人で過ごしているのでは何かあったら不安になり困る。(長女)妻が倒れると困る。自分も週末しか休めず手伝えなくて困る。(長女の夫)	家族意向 急に状態が悪くなり分からないことが多いので、母にとって苦痛の少ない介助の方法を教えてください。(長女)	意向の度合 <input checked="" type="radio"/> 高 <input type="radio"/> 中 <input type="radio"/> 低 <input type="radio"/> 失 意向の表明 <input type="checkbox"/> 阻						
Q2	医師・専門職等意見 24時間いつでも連絡がとれる体制があることを伝え、安心してもらう必要がある。(Y医師)家族の揺れる思いも受け止めながら、苦痛の少ない介助方法等一緒に行い、長女の健康状態も観察し、細やかな支援を続けていく必要がある。(D看護師)	CM判断 ①本人の覚悟を支える必要がある。 ②不安の中にある長女家族を支えるため病状理解や今後予測される変化、困った時に相談できる専門職の介入継続が必要 ③本人・家族がお互いの思いやりの力を損なわないように介護負担の軽減をする支援について伝え続ける必要がある。	CMの利用者・家族の意向への働きかけ <input checked="" type="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 未検討 <input type="checkbox"/> 不要 対応難度 <input type="checkbox"/> 困難	②最期まで自分でできることはやり続けたい	② ③ ⑦	⑦に統合		
	利用者意向 なし	意向の度合 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 失 意向の表明 <input type="checkbox"/> 阻						
	家族意向 なし	意向の度合 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 失 意向の表明 <input type="checkbox"/> 阻						

サービス内容」と区分し、核心部分を整理前ニーズとする視点を持つことが必要。銀河さんの場合、「息切れしない」は、利用者の家族・友人・同僚との別れの挨拶をするためのプロセスと捉えた。その結果、整理前ニーズは「じっくり話がしたい」となった。

Q4 医師専門職らは「在宅酸素が必要」との意見だが、整理前ニーズとしないのはなぜか。

A4 医師は「酸素が必要なレベル」と判断したが銀河さんは拒否している。銀河さんには強い意志、家族への気遣い、価値観やこだわりがあり、そのこと

を医師を含めた支援チームが受け止めた結果である。なお、「ケアプラン第2表」では急変時の在宅酸素療法の選択も残しながら、「専門職による呼吸法の指導・緊急時に対応可能な状態を常に意識・24時間いつでも連絡が取れる体制」として記入したいと考えた。

