

平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

更なる地域包括ケアの推進を目指した
多職種協働のアセスメント手法の
汎用化に関する調査研究

報 告 書

平成 28 年 3 月

一般社団法人つしま医療福祉研究財団

裏表紙

目次

第1章 調査研究の概要.....	1
1 研究事業の背景と目的.....	3
(1) 研究事業のねらい.....	3
(2) アセスメント入所とは.....	3
(3) アセスメント入所の開発経過.....	4
(4) ケアマネジメントの質の向上に関する動向.....	6
2 本研究事業の流れ.....	7
3 検討項目.....	8
(1) アセスメントでの観察・分析内容の検証.....	8
(2) アセスメントによるケアプランやサービスの変化の検証.....	8
(3) アセスメントが業務に及ぼす影響の検証.....	8
(4) 調査のまとめと課題整理.....	8
(5) 新たな事業スキームの検討.....	8
4 調査手法.....	9
(1) 資料整理・法人ヒアリング.....	9
(2) アセスメント評価表の分析.....	9
(3) ケアマネジャーへのグループインタビュー.....	9
5 研究体制.....	10
(1) アセスメント研究委員会.....	10
(2) ワーキンググループ.....	10
6 研究の論点.....	12
第2章 アセスメント入所の開発.....	13
1 アセスメント入所のしくみ.....	15
(1) 趣旨・目的.....	15
(2) 利用の場面.....	15
(3) 対象者.....	15

(4) 入所期間.....	15
(5) 利用料金.....	16
(6) アセスメント入所利用の流れ.....	16
2 アセスメント評価表.....	17
(1) アセスメント総括表.....	17
(2) 個別アセスメントシート.....	19
第3章 アセスメント評価表の分析.....	21
1 調査概要.....	23
(1) ねらい.....	23
(2) 分析対象.....	23
(3) 分析内容.....	23
(4) 分析の視点.....	24
2 調査結果.....	25
(1) 基本属性 ～「インテークシート」と「医療アセスメント」から.....	25
(2) アセスメント入所の利用経過～「インテークシート」から.....	27
(3) 生活イメージ ～「アセスメント評価表Ⅰ」と「インテークシート」から.....	29
(4) アセスメントの内容 ～「アセスメント評価表1」と「アセスメント評価表2」から.....	30
(5) 提案されたサービス ～「サービス提案書」から.....	34
(6) 提案されたサービスとの関連.....	36
(7) アセスメント入所でのサービスの変化.....	45
(8) サービスが変更された要因の検討（24時間シートでの分析）.....	46
3 提案されたサービスに関するまとめ.....	53
(1) 状態像とサービスのつながり.....	53
(2) アセスメントの結果と、サービスのつながり.....	53
(3) アセスメント入所前とアセスメント入所後の変化.....	53
第4章 ケアマネジャーへのグループインタビュー.....	57
1 調査概要.....	59
(1) 目的.....	59
(2) 調査対象.....	59
(3) 調査方法.....	59

(4) 調査日	59
(5) 調査内容：	59
2 調査結果	60
(1) 「アセスメント入所」の意義	60
(2) アセスメント入所が効果的だと感じたとき	60
(3) アセスメント入所の効果	61
◆利用者本人にとっての効果	61
◆家族にとっての効果	61
◆ 専門職にとっての効果	62
(4) 「アセスメント入所」を推進するために必要なこと	62
◆ すべての段階に必要なこと	62
◆ 【場面ごとに】入口で(入所にあたって)に必要なこと	63
◆ 【場面ごとに】期間中(入所している期間)に必要なこと	66
◆ 【場面ごとに】出口で(在宅に戻るにあたって)必要なこと	67
(5) 協働することの意味・良さについて	68
(6) 地域包括ケアにおけるアセスメント入所	69

第5章 調査のまとめと課題 71

1 各調査のまとめ	73
(1) 評価表の分析結果のまとめ	73
(2) グループインタビューのまとめ	74
2 総合まとめ	76
(1) アセスメント入所の成果	76
(2) 論点ごとの調査結果・課題の整理と方向性	79

<資料>..... 81

1 アセスメント入所のあらまし(案内資料)	83
2 アセスメント評価表	85
3 ケアマネジャーグループインタビュー関連資料	96

第1章 調査研究の概要

1 研究事業の背景と目的

(1) 研究事業のねらい

本調査研究事業は、社会福祉法人ノテ福祉会が設置した「アセスメント研究会」(委員長:中村秀一氏)がめざす『地域包括ケアシステムに必須な、中・重度者の在宅復帰を可能にするケアプランの確立』に向けて、地域包括ケアシステムにおける具体的かつ新たな事業者間の連携方法を構築することを目的とするものであり、平成30年度介護保険制度改正において普遍化に向けた提案を行うことをめざすものである。

本事業は、老人保健施設で24時間の状況の観察・分析(アセスメント)を行い、これを施設の医師、看護職員、理学療法士等、介護福祉士、社会福祉士及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員等の多職種の専門職が協働で行うことにより、利用者等の実情に基づいた居宅サービス計画の原案を作成し、在宅復帰や在宅生活の継続を促進しようとするものである。

このアセスメント入所の成果について、データ分析やヒアリング等の手法により分析を行い、アセスメント評価項目やケアプラン・サービスへの効果検証、多職種連携による実施体制の実態把握を行うものである。

以上を通し、このアセスメント入所を、老人保健施設のみならず特別養護老人ホームをはじめとする介護保険施設での普及を目指し、さらにそれらが可能となった場合及びは制度化された場合、地域の介護保険施設を核とした地域包括ケア体制の構築と事業者間の連携のあり方を開発することを目指していくものである。

(2) アセスメント入所とは

アセスメント入所は、介護老人保健施設に一定期間入所し、多職種によるアセスメントチームが各々の専門職の立場から評価を行い、カンファレンスを実施した上で、一人ひとりの心身の状態やライフスタイルに合わせた具体的なケアプランを提案するものである。

中重度の要介護高齢者は、日中と夜間で状態が大きく異なる場合が多く、在宅や施設で生活を続けていくためには24時間スケールのアセスメントが必要となるからである。病院から自宅に帰る前に在宅復帰のためのトレーニングをしたい、在宅で暮らし続けるためにケアプランの作成や見直しをしたい、在宅生活維持のため、アドバイスを受けたい、どのような施設やサービスが自分に合っているのかわりたいときに利用されてきた。

在宅生活を支えるサービスシステム



(3) アセスメント入所の開発経過

アセスメント入所の開発は、平成9年2月にさかのぼる。24時間在宅ワープケア事業(後に定期巡回・随時対応型訪問介護看護)の開発にあたり、一番苦労したのが24時間のうち、どの利用者に「いつ訪問」して、「どんなサービス」を提供するかを決めることだった。

サービスの開発・実践にあたって、特別養護老人ホーム幸栄の里のショートステイを頻繁に利用してもらっている利用者10名を選考し、各利用者及び家族に協力を依頼した。ショートステイを頻繁に利用しているので心身の状況は把握しているが、どの利用者に「いつ訪問」して、「どんなサービス」を提供するかを決定するのに一週間かかった。すなわち「ケアローテーション」を作成する手法である。

併せて在宅の中・重度の高齢者を支えるためには、利用者のニーズの把握が出来なければならない。

そのため新たな手法としてケアマネジメント手法を見直すために「アセスメント入所」を開発するに至った。

アセスメント入所の必要性については次の2点である。

① 多職種によるアセスメントを行うことができる

国保連のデータを見ると、訪問介護と通所サービスの利用割合は36.8%と57.8%である(厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成25年2月審査分)より試算)。福祉先進国では訪問介護の利用割合が高いのに対し、日本だけが逆になっている。

要介護別の訪問介護の利用状況を見ても、要介護5で1日1回60分のサービスしか提供されていない。特養に入所している人達に、一日に何回サービスが提供されているかを調査してみると、一日平均8回である。かつ、これ以外でサービスが必要な時は、ベッドにあるナースコールを押してサービスを受けている。

こうした状況において、1日1回のサービスで在宅の中・重度の高齢者が、在宅で自立して生活することは困難であり、利用者のニーズが把握できていない。その理由として、ケアマネジャー1人にケアプランを委ねていることに無理があると考えられる。

福祉先進国では、一人の利用者に対し、多職種でアセスメントをし、ケアプランを作成している。一職種ではなく多職種でアセスメントをして、しっかりニーズを把握するべきであると考えたからである。

② 短期間施設に入所してアセスメントを行うことができる

現在、ケアマネジャーがアセスメントする時は、利用者宅を訪問し、利用者と家族から1時間ないし2時間の聞き取りを行うが、これでは24時間の生活状況の把握はしきれない。定期巡回・随時対応型訪問介護看護で適切なサービスを提供するためには、72時間以上利用者の生活を見て、24時間のうちどの利用者に「いつ訪問して」「どんなサービス」を提供するかを決めることが重要である。

そのために、24時間生活する上で、「何ができて」「何ができないか」を把握するしなければならないと考えたからである。

参考 時系列でみたアセスメント入所開発経過

① 調査研究の実施(1988年～)

- ・ 「アセスメント入所」構想は、ノテ福祉会が「24時間ワープ事業」の検討を始めた頃と同時期からあり、1988年に訪問したオーストラリア・バララットにあるクイーンエリザベス老人医療センター(現バララットヘルスサービス)のアセスメント入所システムがモデルとなった。
- ・ クイーンエリザベス老人医療センターでは、社会福祉士、理学療法士、作業療法士、言語療法士の多職種が評価表を使ってアセスメントを行っていた。
- ・ 多職種アセスメントはオーストラリアだけでなくデンマーク、スウェーデン、ドイツ等でも行われ一人の利用者に対して、多職種がケアマネジメントを実施してケアプランを作成している。また、ケアプランの作成責任者はソーシャルワーカーが基本となっている。

② 介護保険参入と問題認識の明確化(2000年～)

- ・ 日本の介護保険制度は「措置から選択へ」の趣旨のもと利用者が希望によりサービスを選択できるようになったが、ケアマネジャー(ソーシャルワーカーに限定されない)が単独でケアプランを作成することとなり、それゆえケアマネジャーの力量によってケアプランの質に差が生じることになった。
- ・ 現状をふまえ、協働によるアセスメント研究を継続したかったが、介護保険スタートの時期に差し掛かり、その対応に多くの時間と労力が割かれたため2007年頃まではいったん研究を休止していた。

③ アセスメント研究に着手(2009年～)

- ・ 2009年からアセスメント研究を、老人保健施設「げんきのでる里」(1995年設立)でスタートした。研究にあたってはクイーンエリザベス老人医療センターの評価表を参考に評価表を開発した。
- ・ 元の評価表がシンプルだったこともあって、当初各専門職が必要な項目を追加して作成することにしたが、その結果専門職ゆえ、多数の項目が追加され評価表が膨大になった。
- ・ 以降、現在までに休止期間も含め7年間かけて実質3年かけ6回にわたり評価表の見直しを行った。

④ アセスメント入所・研究事業版の開発(2014年～)

- ・ 「研究委員会」を立ち上げて、「老人保健施設のアセスメント入所」の制度化をめざして検討してきた。また、特養や介護療養医療施設への普遍化も検討してきた。
- ・ 2015年度からは総括表と評価後のケアプランも作成した。
- ・ 老人保健施設は在宅復帰のための中間施設であるという本来の趣旨にもとづき、その機能が在宅生活を支援するものであり、在宅と施設をつないでいくことが期待される。

<文献>

- 1988年6月第1回オーストラリア視察記録(第1部 解説)
- 「小山氏が拓いた社会福祉」(中央法規発行予定) 刈馬徳昭氏御執筆第2部介護福祉政策改革)
- 夜間対応型訪問介護が未来を拓く 財団法人老例健康科学研究財団編 (筒井書房)
- 都市の真ん中で20年 社会福祉法人ノテ福祉会 特別養護老人ホーム幸栄の里編集委員会

(4) ケアマネジメントの質の向上に関する動向

介護保険制度において、中重度の要介護者が在宅生活を継続できない問題点の1つとして、ケアマネジャーやケアプランの質が十分ではないことが指摘されていた。こうした状況を受けて、ケアマネジメントの質の向上を目指して様々な取組が進めてられてきたが、平成25年度の「介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会」の議論では、アセスメント・課題整理の必要性や多職種協働によるサービス担当者会議の重要性の共有と環境づくり、また評価指標のあり方が指摘されていた。

本研究事業の問題意識も、介護保険制度におけるケアマネジメントの質の向上に向けた動きと連動してきた。サービス担当者会議だけでなく、多職種協働によりケアプランを作成することにより、ケアマネジャーに力量に左右されず質の高いケアプランの作成が可能になるとうことであり、本調査研究はそうした前提をふまえて検討するものである。

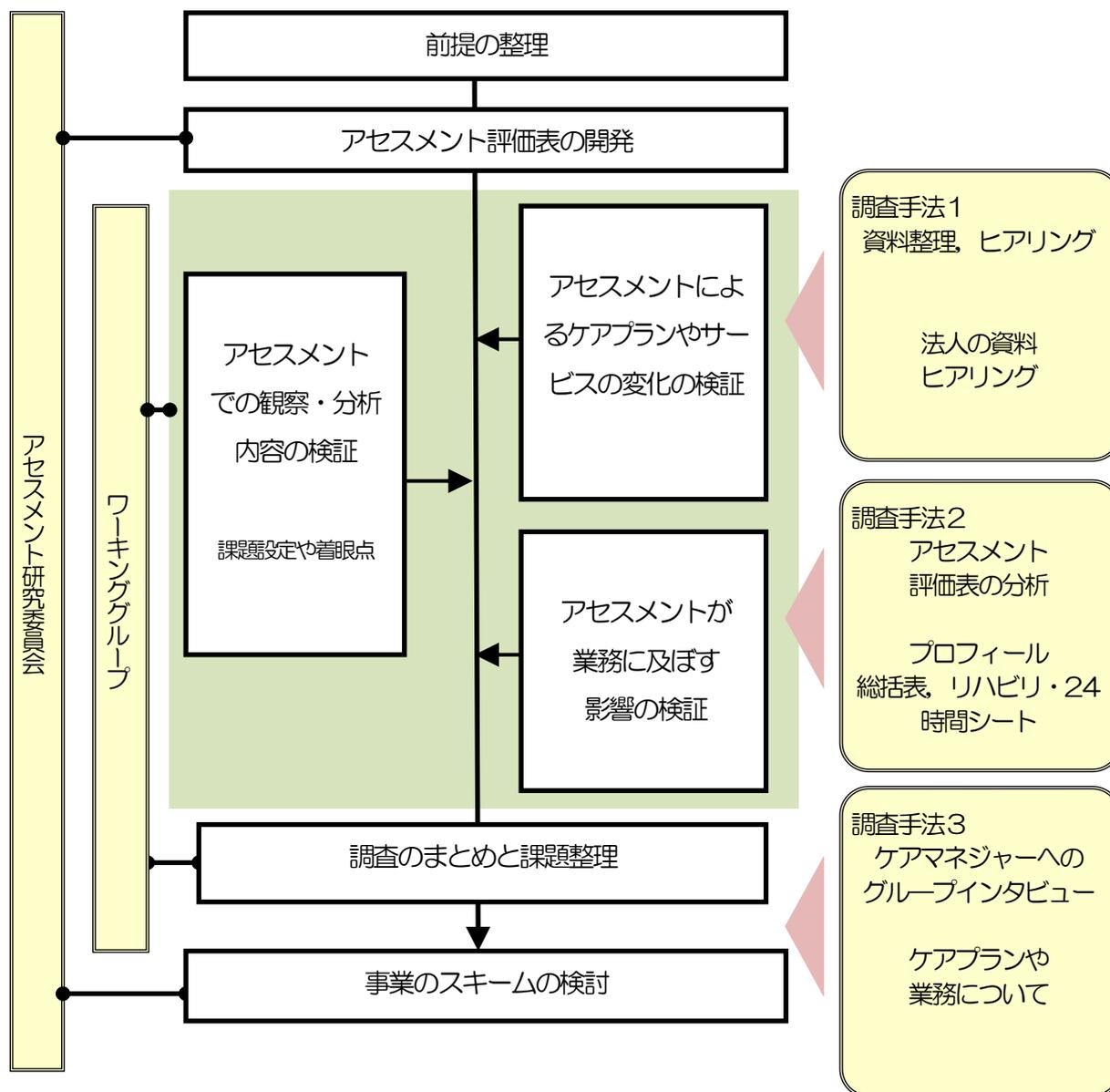


5

厚生労働省資料より

2 本研究事業の流れ

本研究では、新たに開発されたアセスメント入所について、アセスメント評価表や関係者を対象とした調査検討を行った。以下は研究事業の流れである。



3 検討項目

(1) アセスメントでの観察・分析内容の検証

アセスメント評価表から、アセスメントで観察内容や分析内容、多職種での着眼点などを整理し、ケアプランやサービスが変化する背景要因を分析した。

(2) アセスメントによるケアプランやサービスの変化の検証

アセスメント入所が、利用者のケアプランやサービスにどのような影響を及ぼしたのかの効果をケアプランの分析や、ケアマネジャーのグループインタビュー等でたずね、それらの効果を量的、質的に分析した。

(3) アセスメントが業務に及ぼす影響の検証

アセスメントやカンファレンスの多職種連携がもたらす、業務への影響や他の事業者間での連携効果などを分析した。

また、多職種連携の仕組みが専門職個人のスキルアップにどのようにつながっているかも、ケアマネジャーへのグループインタビュー等でたずねた。

(4) 調査のまとめと課題整理

以上の調査結果をまとめ、アセスメント入所の波及効果と課題を整理した。

(5) 新たな事業スキームの検討

(1)～(4)を踏まえ、新たな事業スキームを検討する。内容としては、①アセスメント入所の再定義、②アセスメントツールのブラッシュアップ、③効率化に向けた手法改良、④制度化に向けたスキーム等である。

4 調査手法

(1) 資料整理・法人ヒアリング

ノテ福祉会が実施してきたアセスメント入所の経過や検討組織である「アセスメント研究委員会」の討論の経過も整理し、検討の前提とした。

(2) アセスメント評価表の分析

「アセスメント入所のためのアセスメント評価表」一式から、アセスメントの内容(生活目標や課題の設定、着眼点、ケアの工夫等)を分析し、アセスメント入所の結果、変化があったケアプランの要因について検討する。

◆ 分析対象:

- ①アセスメント総括表1, アセスメント総括表2, ケアプラン提案書
- ②インテークシート, リハビリアセスメント, 医療アセスメント, 24時間シート
- ③利用者の属性データ
- ④カンファレンスやモニタリング関連の資料

(3) ケアマネジャーへのグループインタビュー

アセスメント入所でアセスメントを担当した施設・居宅ケアマネジャーに集ってもらい、ケアプランを作成する際の困りごとや、アセスメント入所を行った利用者のケアプランの変化やサービスについて多職種で検討していくことの良さ、課題などを話し合ってもらう。

◆ 調査対象:

アセスメント入所でアセスメントを担当した経験のある居宅・施設ケアマネジャー

◆調査方法;グループインタビュー調査

◆調査日:平成28年1月11日(月・祝)

◆ファシリテーター:日本大学文学部心理学科 助教 北村 世都氏

◆調査内容:

- ①アセスメントを担当した感想
- ②ケアプランを作成する際の困りごと
- ③アセスメント入所の効果(利用者, 家族, サービス, 事業者間の連携の変化)
- ④職種連携の良さ, 気をつけることなど

5 研究体制

(1) アセスメント研究委員会

① 設置の目的

地域包括ケアシステムに必須な中・重度者の在宅復帰を可能とするケアプランの確立に向けた「アセスメント入所」のあり方を検討するために設置された。(平成26年4月設置)

② 研究委員会メンバー

【委員長】 中村 秀一氏 (一般社団法人医療介護福祉政策研究フォーラム)

【副委員長】 今井 幸充氏 (医療法人社団翠会和光病院院長)

【委員】 田中 雅子氏 (公益社団法人日本介護福祉士会名誉会長)

川崎千鶴子氏 (社会福祉法人うらら 特別養護老人ホーム みずべの苑 施設長)

石原 美和氏 (独立行政法人地域医療機能推進機構企画経営部地域包括支援課長)

③ 開催日程

平成27年 7月26日(日) 12:30～15:30

11月14日(土) 13:00～15:00

平成28年 3月12日(土) 13:00～15:00

(2) ワーキンググループ

① 設置の目的

アセスメント入所の件数にあたり、新たなアセスメント評価表の開発とアセスメントの実施、成果の検討のために設置された。

② ワーキンググループメンバー

対馬 徳昭 社会福祉法人ノテ福祉会 理事長

対馬 輝美 つしま医療福祉研究財団 理事長

リーダー:丸山小百合 介護老人保健施設げんきのでる里 副施設長

メンバー:湊 正意 介護老人保健施設げんきのでる里 施設長

小林 孝広 特別養護老人ホームとよひらの里 施設長

荒木めぐみ 特別養護老人ホームふるさと 生活相談員

新岡 美樹 介護老人保健施設げんきのでる里 作業療法士

松永 佳子 介護老人保健施設げんきのでる里 支援相談員

皆川 真 介護老人保健施設げんきのでる里 係長

内多なつみ 居宅介護支援事業所「介護のかけ込み寺」豊平 介護支援専門員

大内 弘子 24ケアステーションノテ真栄 看護師

小林 純也 仙台市特別養護老人ホーム開設準備副委員長 介護支援専門員

③ 開催日程(ワーキングチーム委員会)

平成27年 7月21日(火)13:00～14:30, 8月24日(月)18:00～20:00
9月17日(木)18:30～19:30, 11月16日(月)17:00～20:30
11月28日(土)11:00～14:00, 12月12日(土)11:00～14:15
平成28年 1月16日(土)10:00～14:00,
2月13日(土)13:00～16:00,
3月5日(土)13:00～16:00,

(3) 研究報告会

開催日時 平成28年3月27日(日) 14:30～

【シンポジスト】

中村 秀一 氏 (一般社団法人 医療介護福祉政策研究フォーラム 理事長)
今井 幸充 氏 (医療法人社団翠会 和光病院 院長)
田中 雅子 氏 (公益社団法人 日本介護福祉士会 名誉会長)
川崎 千鶴子 氏 (社会福祉法人うらら 特別養護老人ホームみずべの苑 施設長)
石原 美和 氏 (独立行政法人 地域医療機能推進機構企画経営部地域包括支援 課長)

<調査実施・分析>(株)生活構造研究所

担当 半田 幸子(代表取締役研究主幹)

6 研究の論点

研究委員会において出された次の3つの論点を受けて課題の整理を行った。

【論点1】 アセスメント入所の枠組について

- アセスメント入所の目的(定義, コンセプト)を確認する必要があるのではないか
- アセスメント入所の流れや範囲についても制度整理する必要があるのではないか
- 地域包括ケア体制における, アセスメント入所の機能を整理することが必要ではないか

【論点2】 アセスメント入所の効果について

- ケアプランがどう変わったか. どのようなアセスメントで, 何が変わったのか
- アセスメント後, 新たにどのようなサービスを利用するようになったか
- 家族の変化(介護負担の軽減, 生活の変化)はどうか

【論点3】 アセスメント入所の運用の汎用化・標準化について

- 「アセスメント入所」は, 業務フローにどう影響したか. 業務量はどうか
- 「アセスメントツール」の標準化は可能か
- アセスメント入所を汎用化するためにどのようなことが必要か
- アセスメントを担当する専門職の連携は円滑か. 業務負担はあるか
- スキルアップ, ケアプランの質の向上は可能か

第2章 アセスメント入所の開発

今回の研究事業は、以上を受けて、地域包括ケアシステムにおける具体的かつ新たな事業者間の連携方法を構築することを目的とするものであり、平成30年度介護保険制度改正における普遍化に向けた提案を行うことをめざすものである。そのため、これまでのアセスメント入所を、介護保険制度における居宅サービスのケアプラン作成の流れに沿って評価表と合わせて開発し、調査を実施した。

以下にアセスメント入所のしくみとアセスメント評価表の概要を整理する。なお、「対象者」「入所期間」「アセスメント評価表」については、開発の際に議論され、課題として積み残ったためそのことも枠内に記載した。

1 アセスメント入所のしくみ

(1) 趣旨・目的

- ・ 利用者に短期間老人保健施設に入所してもらい24時間の生活状況や心身機能のアセスメントを行い、ご利用者や家族にとって最適と考えられる在宅サービスを検討・提案することを目的とする。
- ・ 居宅で担当するケアマネジャーと老健施設の医師・看護師・理学療法士・社会福祉士・介護福祉士・管理栄養士などの専門職が協働し、居宅サービス計画を作成する。

(2) 利用の場面

- ・ 在宅で暮らし続けるためにケアプランの作成や見直しをしたい
- ・ どのようなサービスが自分に合っているか知りたい
- ・ 在宅で暮らし続けるために医療やリハビリ、介護方法についてのアドバイスを受けたい ときなど
- ・ 介護の見通しを知りたい

(3) 対象者

要介護認定を受けている方

<検討経過で出された意見>

- ・ 老人保健施設の入所者は要介護1～5であり、短期入所療養介護や通所リハビリテーションの利用者は要支援1～要介護5である。それらをふまえ、アセスメント入所の対象者はどの要介護度を重点とするか、幅広く受け入れるか検討された。
- ・ アセスメント入所は主に要介護3以上の中重度者の生活を支えるシステムであるが、要介護1、2での機能保持、重度化防止の観点が重要とのことから、要介護1と要介護2も対象としている。

(4) 入所期間

3日間とする(サービス調整などの状況により延長可能とする)

<検討経過で出された意見>

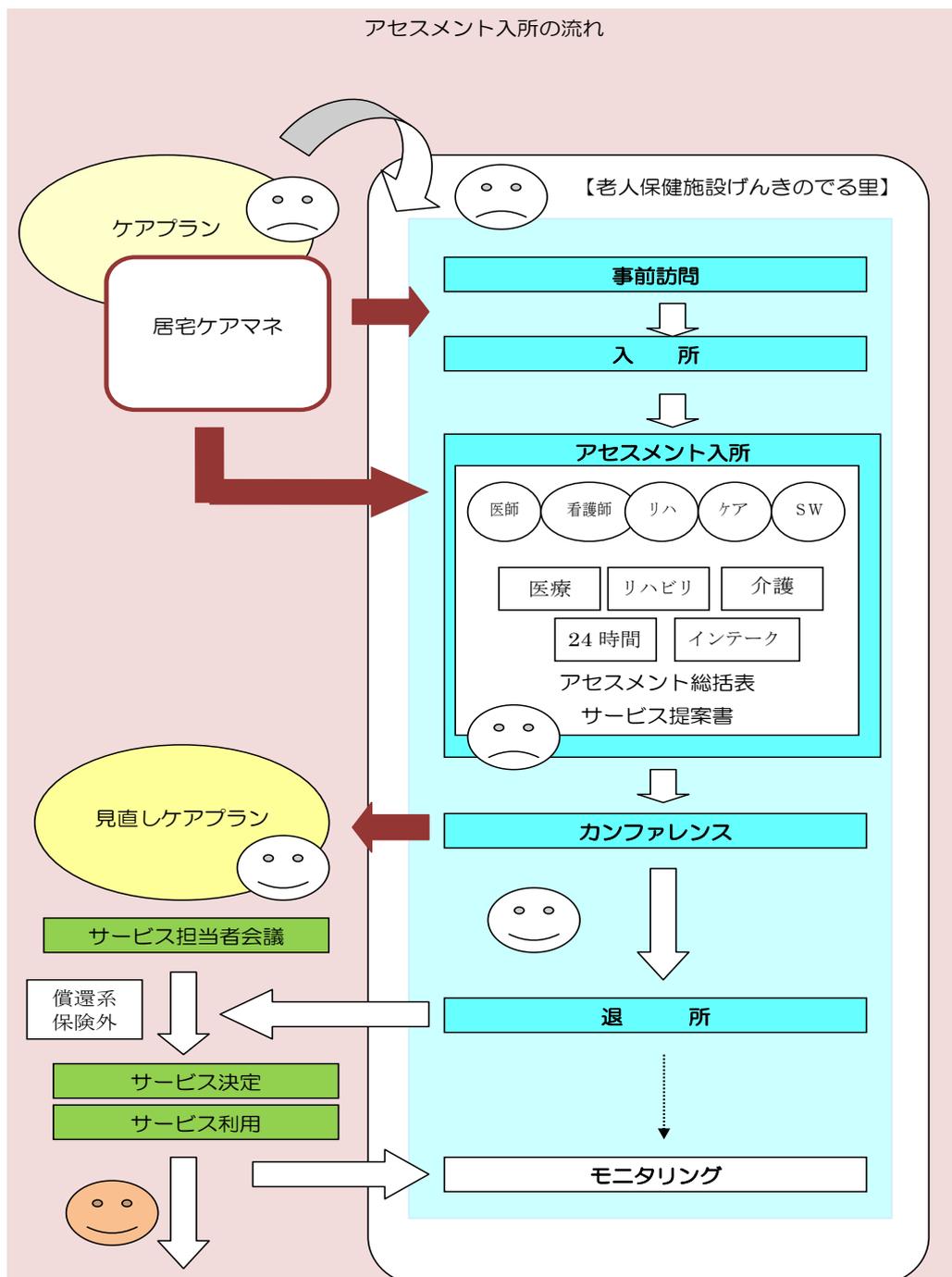
- ・ アセスメント入所の課題は、「一定期間」とはどの程度の長さを指すのか。
- ・ アセスメント入所は介護保険の居宅サービス利用者を想定すると3日程度が望ましいとの意見があった。
- ・ 他方で高齢者の生活リズムは一定ではなく、また認知症は日内変動もあるため、1週間くらいが必要であるとの意見があった。また人により幅をもたせたほうがよいとの意見もあった。
- ・ 心身機能や生活機能の改善など予後を予測するうえで、アセスメントは1回でないほうがよいとの意見もあった。

(5) 利用料金

なし

(6) アセスメント入所利用の流れ

- ・ アセスメント入所は、利用者本人や家族からの主訴や相談により、居宅ケアマネジャーが老人保健施設にアセスメント入所の利用相談し、インテークを受ける。
- ・ 利用者は居宅サービス利用のままで老人保健施設に入所し、5 職種の専門職から医療、リハビリ、ケア、24時間の生活状況などを踏まえた評価を受ける。
- ・ 退所時のカンファレンスでは心身の状態や生活状況の現状や改善の見込みの説明や見直しのケアプランが提案され、サービス調整を経て、新たな居宅サービスが利用できる。



2 アセスメント評価表

(1) アセスメント総括表

<検討経過で出された意見>

- ・ アセスメント評価表の評価項目が多いため、簡素化する必要があるとの指摘があった。
- ・ またアセスメント結果からのサービスの提案が必要として、24シートに基づいたケアの総量にもとづく介護保険サービスの提案やケアプランの作成をすることが課題であった。
- ・ アセスメント評価表の作成に際しては、厚生労働省の「ケアプラン作成にあたっての課題整理総括表・評価表」なども参考にされた

種別	大項目	小項目	
基本情報		性別、年齢、要介護度、	
アセスメント総括表 I	健康・医療	疾病、特別な医療、特別な対応 失禁への対応	
	身体の状況	利き腕、麻痺、筋力の低下等7項目 の部位と軽中重度の状況	
	日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度、認知症 高齢者の日常生活自立度	
	認知症中核症状	記憶障害、見当識障害、理解・判断力障害 の状況	
	BPSD		
	精神症状、その他		
	ADL		
	移動・歩行	屋内手段・屋外手段 移乗・寝返り起居動作の点数 転倒(頻度)	
	更衣・整容	衣類着脱、洗顔、ひげそり、洗髪、 爪切りの点数	
	入浴	入浴好むか、浴槽までの移動、浴槽出入り、 洗身	
	排泄	尿意便意、排泄動作・場所・回数、おむつの 利用等	
	IADL	調理、片付、洗濯、買物等9項目	
	食事摂取		
	口腔衛生		
	社会との関わり		
	介護力		
	居住環境		
	アセスメントの課題→生活上の留意事項(ケアプラン反映)		
		本人の意向	(自由記入)
		医療・栄養	認証のタイプ、症状の見通し (自由記入)
	認知機能	(自由記入)	
	摂食・嚥下・口腔ケア	(自由記入)	
	入浴・保清・整容	(自由記入)	
	排尿・排泄	(自由記入)	
	総合的なリハビリ所見	(自由記入)	
	本人・家族・生活・経済等の状況	(自由記入) <特別状況> 虐待・ターミナル・アルコール、 薬物依存、借金等	

種別	大項目	小項目
アセスメント総括表Ⅱ	ADL/IADLの状況→24時間観察評価にもとづく現在の状況	
	行為能力(FIM)	1～7点までの点数化
	介助を要する要因	欠損、麻痺、筋力低下、失語症じょくそう、認知症状それぞれの該当項目(複数回答)
	問題点の整理	原因の特定、(阻害要因)、改善可能性、本人と家族の意向
	心身の状態・環境要因	
	上記の改善に向けた取組の必要性	介護を要する原因や心身の状態・環境要因の改善に向けた取組の必要性を検証
	改善の可能性	改善/維持/悪化/不明の4段階
	問題点の整理	原因の特定、(阻害要因)、改善可能性、本人と家族の意向
	問題＝ニーズの整理 「のぞましい生活とは」	実現可能なのか/臨む生活像は適切か/ 優先順位は妥当か(自由記入)
	短期目標	実現可能なのか/臨む生活像は適切か/ 優先順位は妥当か(自由記入)
	概ね3ヶ月後の生活状況24時間で見込まれる状態像	
	行為能力(FIM)	1～7点までの点数化
	概ね3ヶ月後の生活状況(見込まれる状態像)	
	見込まれる状態像	見込まれる状態像と回数など
	改善の可能性	改善/維持の2段階
サービス提案書	総合的なケアの総量	
	ケア区分	1日・1時間あたりの総合的なケアの総量
	組合せ一覧	月～日までのケアの内容
	週単位以外のケアの総量	
	ケア区分	
	頻度	
	サービス	
	サービス名、利用者負担額(1ヶ月あたり)	
サービス種別・費用概算・支給限度額等		

(2) 個別アセスメントシート

シート名	内容, 評価項目など
インテークシートⅠ	<ul style="list-style-type: none"> ・生活の状況 (24 時間), 生活歴, 余暇活動・趣味・家庭内での役割など, 社会参加, 住環境 ・家族構成図, 家族状況・介護力, サービス利用状況 (サービス名, 事業所, 担当者, 利用状況など)
インテークシートⅡ	<ul style="list-style-type: none"> ・寝返り・起き上がり・座位・立ち上がり・立位保持・移乗・移動・移動手段 ・食事・排泄・入浴・更衣・整容・睡眠状況・離床時間・視力低下・高次脳機能障害 ・認知症・中核症状・BPSD・リハビリの実施・備考
リハビリアセスメント表	<ul style="list-style-type: none"> ・健康状態・ご本人の希望・ご家族の希望・心身機能 ・精神心理検査 (HDS-R/前頭葉機能評価/DBD13) ・認知症 (中核症状/行動・心理症状(B P S D)) ・ADL <ul style="list-style-type: none"> ・セルフケア (食事/整容/入浴/更衣 (上半身) /更衣 (下半身) /トイレ動作) ・移乗 (ベッド/トイレ/風呂・シャワー)・排泄 (排尿/排便)・移動 (歩行・車椅子/階段)・コミュニケーション (理解/表出)・認知 (社会的交流/問題解決/記憶) ・IADL (現状/改善の可能性) <ul style="list-style-type: none"> ・食事の用意・食事の片づけ・洗濯・清掃や整頓力仕事・買い物・外出・屋外歩行 ・趣味・交通手段の利用・旅行・庭仕事・家や車の手入れ・読書・仕事 ・生活管理 (安全管理/物品管理/金銭管理) ・障害高齢者の日常生活自立度 ・認知症者の日常生活自立度判定基準 ・作業への動機づけ ・作業パターン ・環境調整 ・アセスメントのまとめ
医療アセスメント表	<ul style="list-style-type: none"> ◆医学的所見 ・現病 (既往歴/内服・外用薬) ・認知症 (中核症状/行動・心理症状) ◆医療的評価 ・排泄・食事・栄養・服薬管理等・その他特別な医療 ・その他特記事項
24 時間シート	<ul style="list-style-type: none"> ・24 時間一覧表 ・24 時間ごとの, 日課・意向・好み・自分でできること・サポートが必要なこと・評価について

第3章 アセスメント評価表の分析

1 調査概要

(1) ねらい

- ・ ノテ福祉会が新たに設計した「アセスメント入所のためのアセスメント評価表」一式から、アセスメントの内容(生活目標や課題の設定, 着眼点, ケアの工夫等)を分析し, アセスメント入所の結果, 変化があったケアプランの要因について検討する.

(2) 分析対象

- ・ 利用者 31 名のアセスメント評価表(アセスメント総括表1, アセスメント総括表2, ケアプラン提案書, インテークシート, リハビリアセスメント, 医療アセスメント, 24 時間シート)

(3) 分析内容

- ・ アセスメント表にもとづき, 下記の項目をアフターコーディングして集計・分析した.

大項目	分析項目	出所
基本属性	問 1 性別・年齢	インテークシート 医療アセスメント (参照)
	問 2.要介護度	
	問 3.生活環境	
	問 4.医療措置	
	問 5 医療ニーズ(主疾病, 該当疾病, 該当個数)	
介護者・介護状況	問 6.介護者	インテークシート アセスメント評価表 1
	問 7.介護の状況	
利用経過	問 8.アセスメント入所利用の目的	インテークシート
	問 9.ケアマネジャーの所感	
	問 10.利用していた介護保険サービス (個数)	
	問 11.利用していた介護保険外サービス	
生活イメージ	問 12.本人が考える住まい・住まい方への希望	アセスメント評価表 1, インテークシート
	問 13.家族が考える住まい・住まい方への希望	
アセスメント	問 14.介助が必要だった理由	アセスメント評価表 1 医療アセスメント
	問 15.認知症の症状	
	問 16.心身の状態や, 家族や住まいなどの環境要因	アセスメント評価表 2 24 時間シート
	問 17.1 日に必要なケアの内容	
	問 18.その人らしさと生きがい	アセスメント評価表 2 リハビリシート
	問 19.ニーズ課題・ケアプランに反映すること	
	問 20.課題・ケアプランに反映すること	
	問 21.見込まれる状態像	
問 22.短期目標		
提案された 介護保険サービス	問 23.提案された介護保険サービス	サービス提案シート
	問 24.サービスの組み合わせ数	

(4) 分析の視点

視点として、次の3つが導き出せるような分析方法を検討した。

- ①状態像とサービスの繋がり
- ②アセスメント評価結果とサービスの繋がり
- ③アセスメント入所前とアセスメント入所後の変化

<図表の見方>

- ・ 項目を結ぶ矢印は、左側の項目を表側、右側の項目を表頭とした場合のクロス集計の結果、有意差（5%水準）がみられたもの、もしくは表頭が全体結果より7ポイント以上高い結果を示したものの同士を結んでいる。
- ・ □内の%は全体（N=31）とした場合の割合である。

<検定の内容>

- ・ 標本サンプルを基とするアンケート結果では、各属性の特性を示す指標として比率%が用いられることが多く、その比率が属性別に違うことが少なくない。この比率の差をもって母集団における属性別の有意差があるのかの検証に用いられるのが「比率の差の検定」である。
- ・ 比率の差の検定の公式は次の通りである。

	サイズ		比率	
	集団1	集団2	集団1	集団2
母集団	N1	N2	P1	P2
標本	n1	n2	$\bar{P}1$	$\bar{P}2$

帰無仮説	対立仮説	統計量 T	両側検定	片側検定(左側)	片側検定(右側)
$P1 = P2$	$P1 \neq P2$	$\frac{\bar{P}1 - \bar{P}2}{\sqrt{P(1-P)(n1^{-1} + n2^{-1})}}$	$ T > Z(\alpha/2)$	$T < -Z(\alpha)$	$T > Z(\alpha)$
$\bar{P} = (n1 \cdot \bar{P}1 + n2 \cdot \bar{P}2) \div (n1 + n2)$					

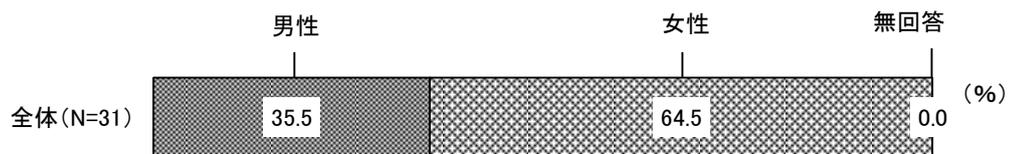
2 調査結果

(1) 基本属性 ～「インテークシート」と「医療アセスメント」から

① 男女・年齢(問1)

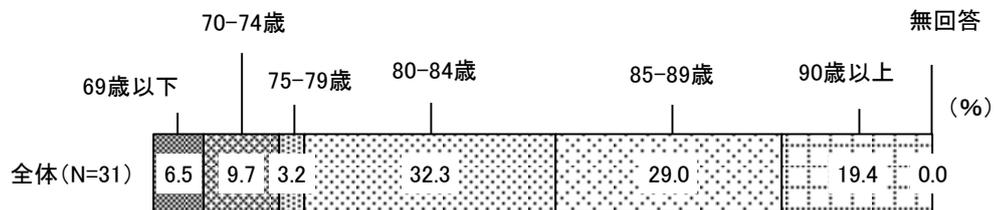
利用者の性別は、男性が35.5%(11人)、女性が64.5%(20人)であった。

図表 3-2-1 性別



利用者の年齢は、「80～84歳」が32.3%(10人)、「85～89歳」が29.0%(9人)であった。
平均年齢は、81.8歳だった。

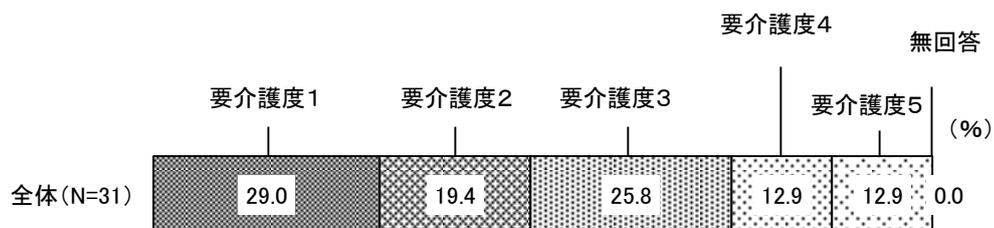
図表 3-2-2 年齢



② 要介護度(問2)

要介護度は、要介護1が29.0%(9人)、要介護3が25.8%(8人)であり、平均要介護度 2.30であった。

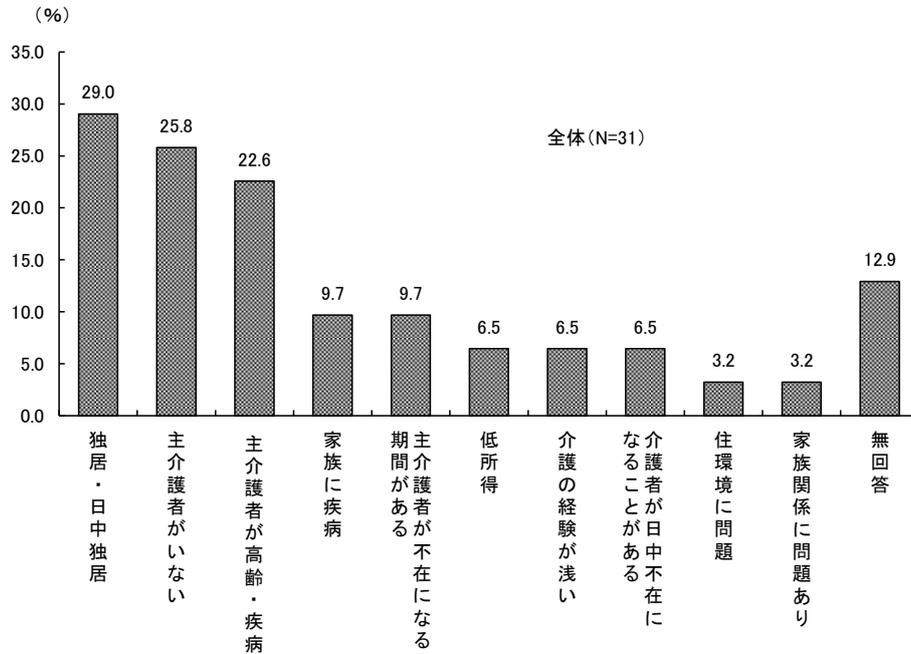
図表 3-2-1-2 要介護度



③ 生活環境(問3)

生活環境は、「独居・日中度居」が29.0%(9人)、「主介護者がいない」が25.8%(8人)、「主介護者が高齢・疾病」が22.6%(7人)の割合が高かった。

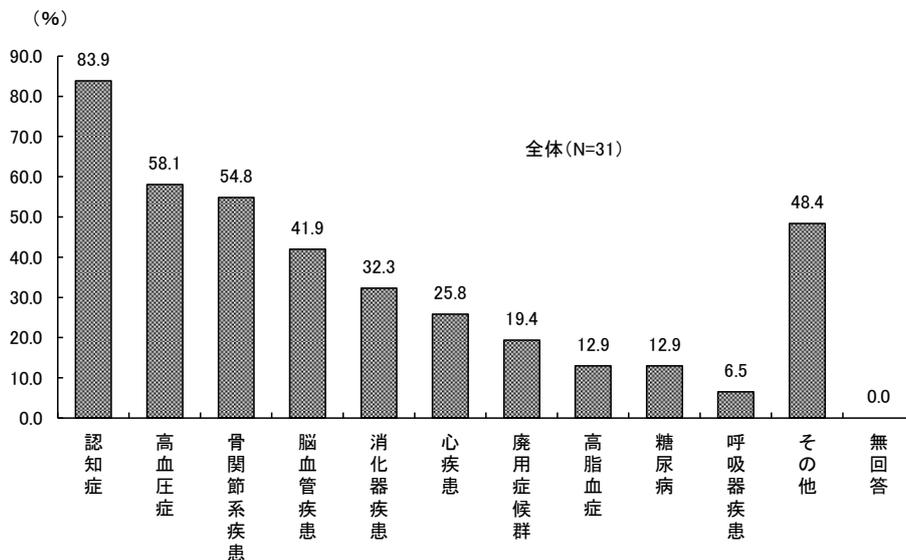
図表 3-2-1-3 生活環境(MA)



④ 医療ニーズ(主疾病, 該当疾病, 該当個数)(問5)

主な疾病としては、「認知症」が83.9%(26人)で最も多く、「高血圧症」58.1%(18人)や「脳血管疾患」41.9%(13人)が多く、また「骨関節疾患」が54.8%(17人)の割合も高かった。

図表 3-2-1-4 主な疾病

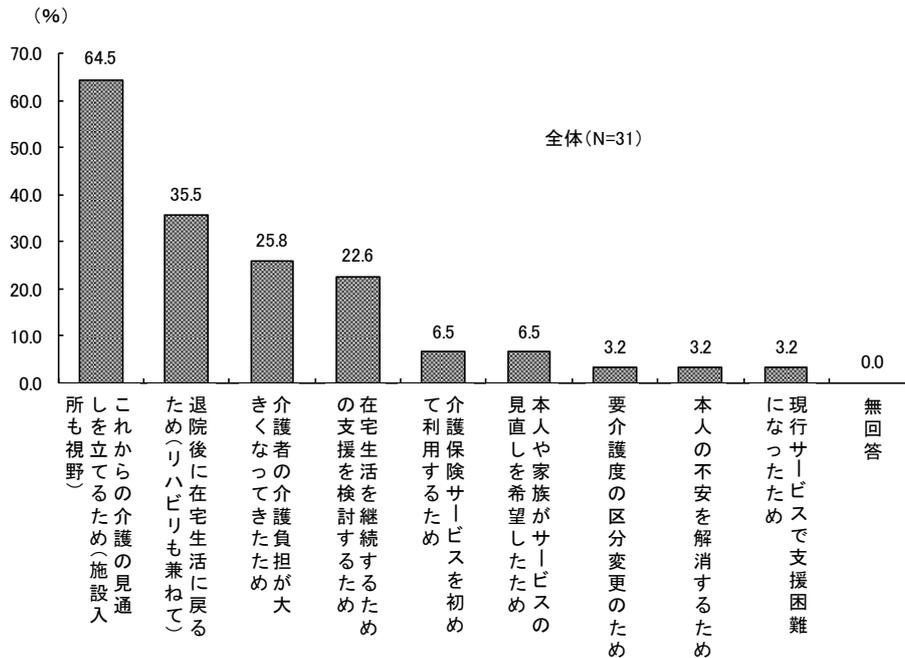


(2) アセスメント入所の利用経過～「インテークシート」から

① アセスメント入所利用の目的(問8)

利用経過に書かれた内容として最も多かったのは、「これからの介護の見通しを立てるため(施設入所も視野)」が 64.5%(20 人)と最も多く、「退院後に在宅生活に戻るため(リハビリも兼ねて)」が 35.5%(11 人),「介護者の介護負担が大きくなったため」が 25.8%(8 人)であった。

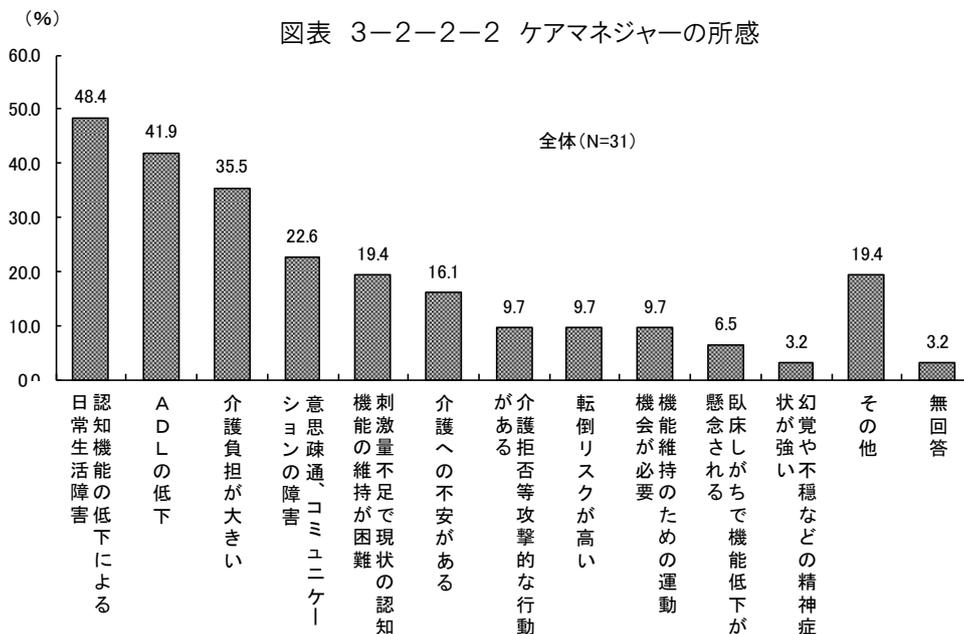
図表 3-2-2-1 利用経過(困りごと)



② ケアマネジャーの所感(問9)

ケアマネジャーの所感としては、「認知機能の低下による日常生活障害」が 48.4%(15 人),「ADL の低下」が 41.9%(13 人),「介護負担が大きい」が 35.5%(11 人)であった。

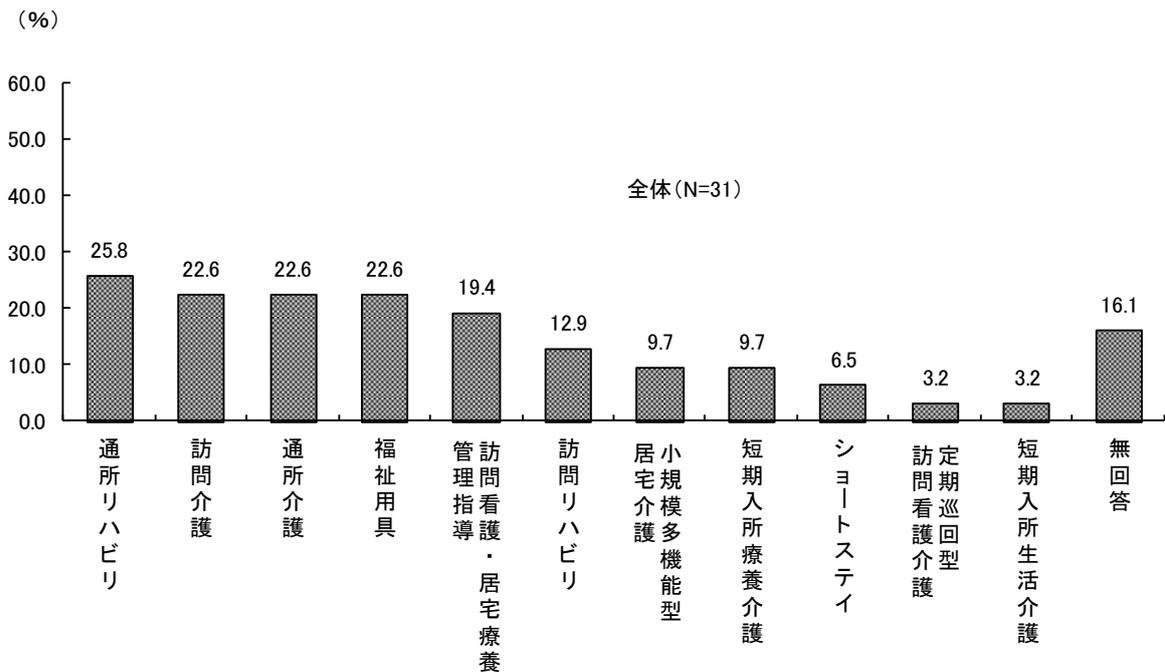
図表 3-2-2-2 ケアマネジャーの所感



③ 利用していた介護保険サービス名(問 10-1)

利用していたサービスは、「通所リハビリ」(25.8%, 8 人),「訪問介護」,「通所介護」,「福祉用具」(22.6%)などが比較的多く,「小規模多機能型居宅介護」は 9.7%,「定期巡・随時対応型訪問看護介護」は 3.2%となっている。

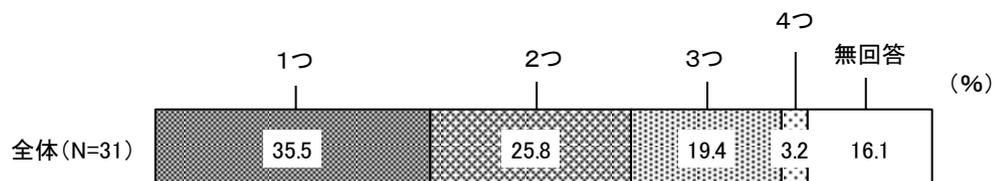
図表 3-2-2-3 利用していた介護保険サービス



④ 利用していた介護保険サービス個数(問 10-2)

利用していた介護保険サービスの数は,「1つ」が 35.5%であり,平均が 1.88 であった。

図表 3-2-2-4 利用していた介護保険サービスの数

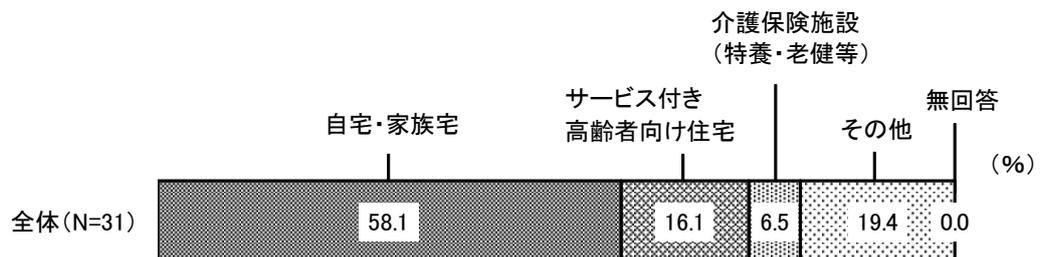


(3) 生活イメージ ～「アセスメント評価表I」と「インタビューシート」から

① 本人が考える住まい・住まい方への希望(問 12)

本人が考える住まい・住まい方への希望としては、「自宅・家族宅」(58.1%)が 18 件、「サービス付き高齢者向け住宅」(16.1%)が5件であった。「その他」の内容は、「どこでもよい」「施設入所は了解」などで具体的な場所が不明なものであった。

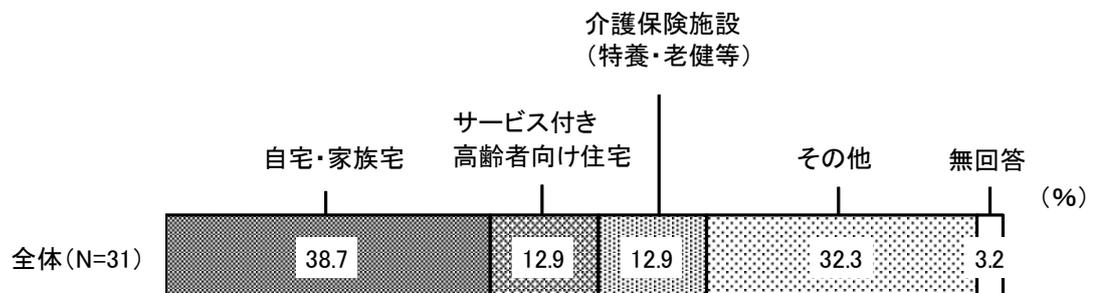
図表 3-2-3-1 本人が考える住まい・住まい方への希望



② 家族が考える住まい・住まい方への希望(問 13)

家族が考える住まい・住まい方への希望としては、「自宅・家族宅」(38.7%)が 12 件、「サービス付き高齢者向け住宅」と「介護保険施設」(12.9%)4件ずつであった。「その他」の内容は、「雪の時期の施設利用を希望」「長男と次男で意見が違う」、「介護が不安」などで具体的な場所が不明なものであった。

図表 3-2-3-2 家族が考える住まい・住まい方への希望

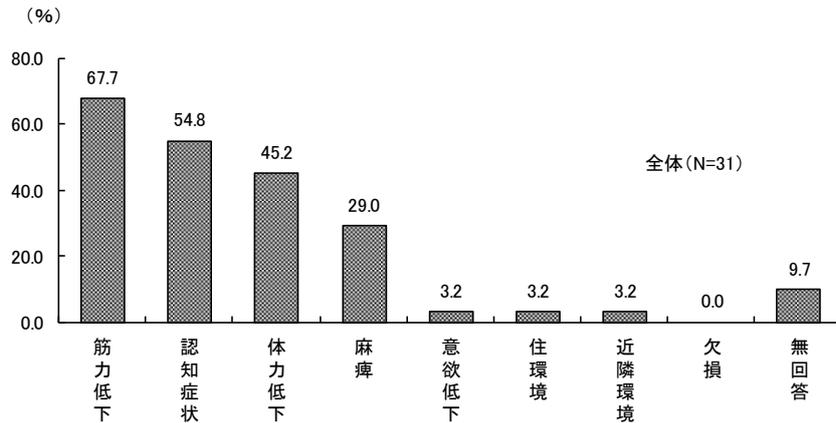


(4) アセスメントの内容 ～「アセスメント評価表1」と「アセスメント評価表2」から

① 介助が必要だった理由(問 14)

介助が必要だった理由は、「筋力低下」が 67.7%(21 人)で最も多く、「認知症状」54.8%(17 人)や「体力低下」45.2%(14 人)が多く、また「麻痺」29.0%(9 人)の割合も高かった。

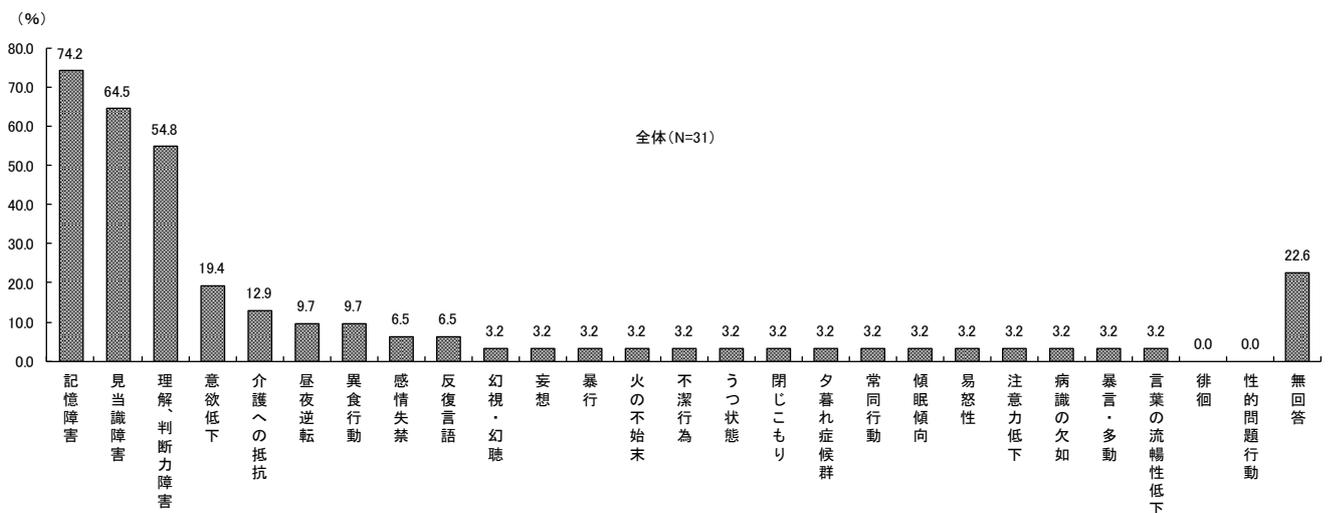
図表 3-2-4-1 介助が必要だった理由



② 認知症の症状(問 15)

認知症の症状としては、「記憶障害」が 74.2%(23 人)で最も多く、ついで「見当識障害」が 64.5%(20 人)、「理解, 判断力障害」が 54.8%(17 人)であった。

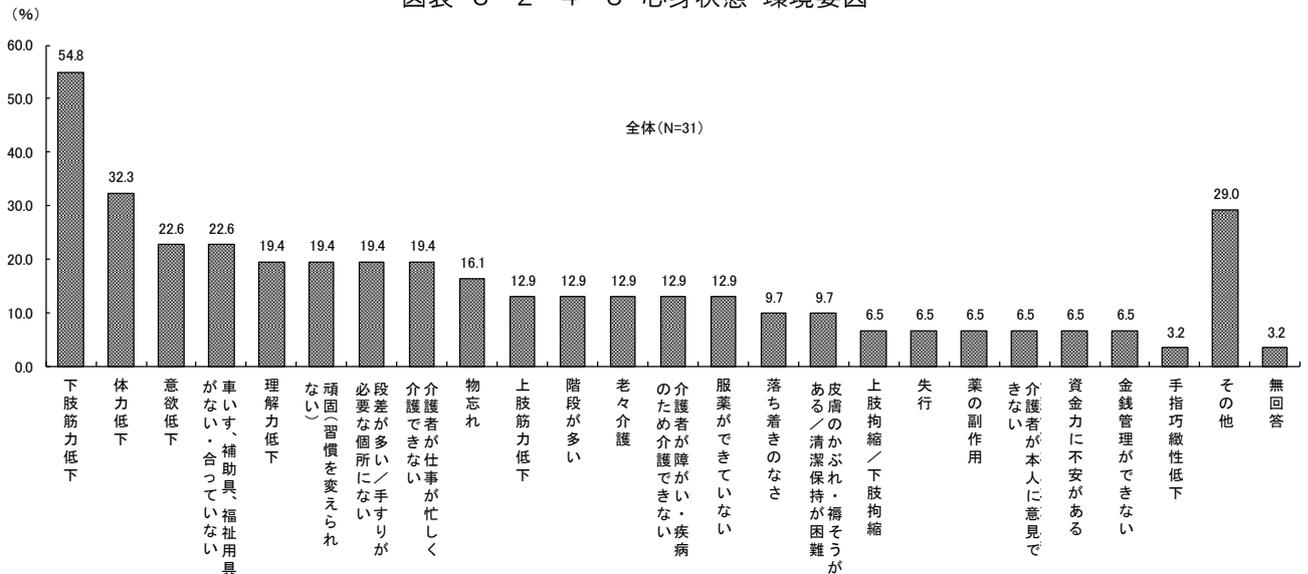
図表 3-2-4-2 認知症の症状



③心身の状態や家族や住まいなどの環境要因(問 16)

心身状態・環境要因としては、「下肢筋力低下」が 54.8%(17 人)で最も多く、「体力低下」32.3%(10 人)が多く、また「意欲低下」22.6%(7 人)「車いす、補助具、福祉用具がない・合っていない」22.6%(7 人)の割合も高かった。

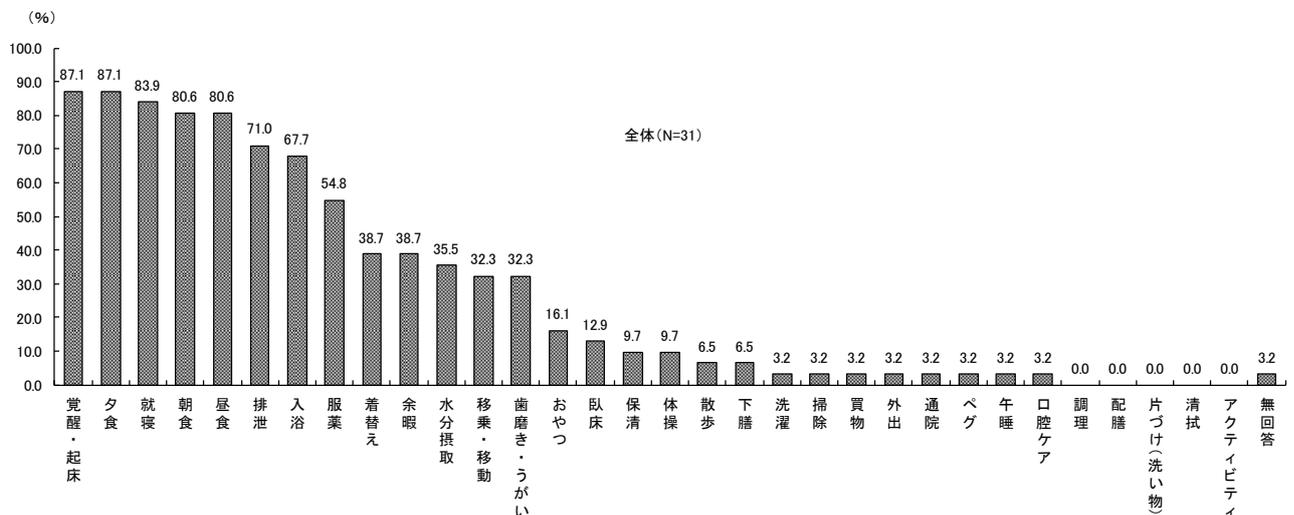
図表 3-2-4-3 心身状態・環境要因



① 1日に必要なケアの内容(問 17)

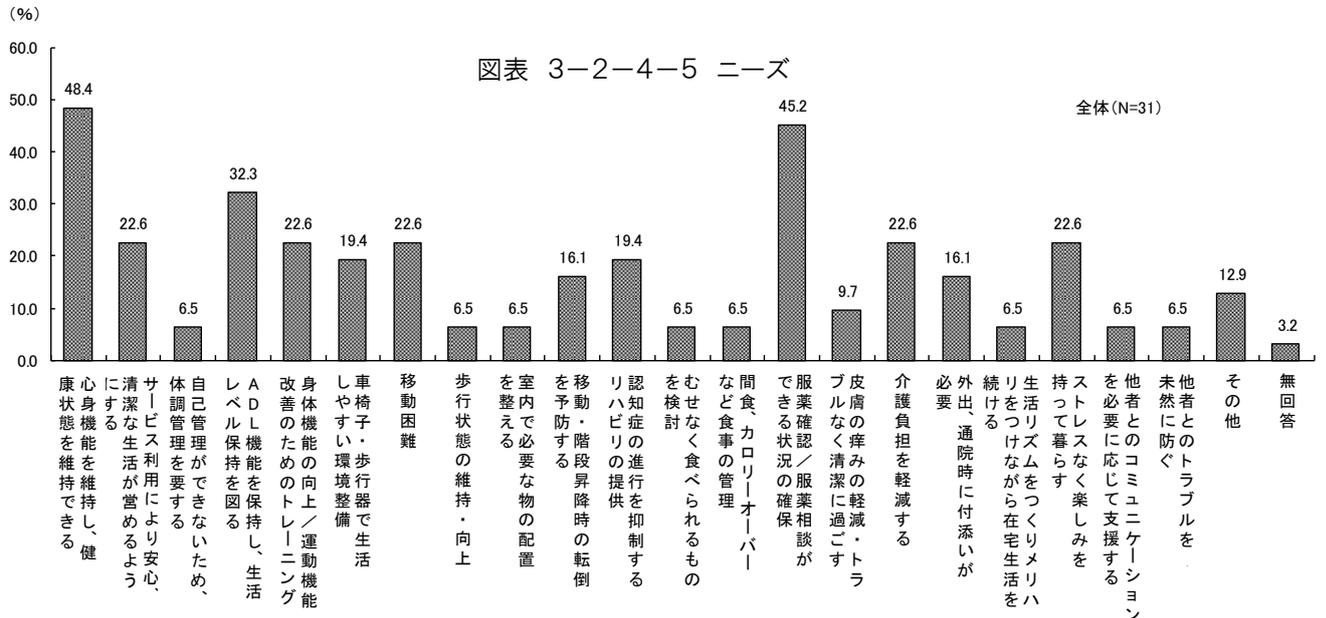
1日に必要なケア内容は、「覚醒・起床」、「夕食」87.1%(27 人)、「就寝」83.9%(26 人)、「朝食」、「昼食」80.6%(25 人)の割合が高く、一日のうちの早朝や夜間のケアに集中していた。

図表 3-2-4-4-① 1日に必要なケアの内容



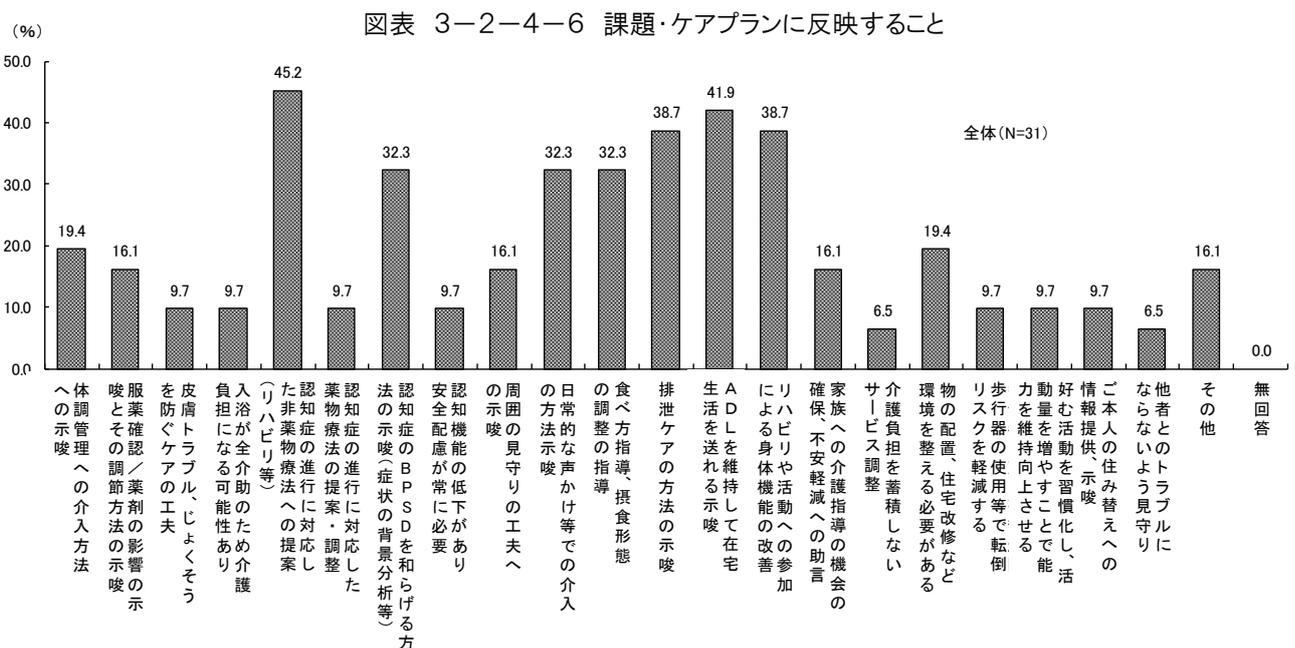
⑤ ニーズ(問 19)

ニーズとしては、「心身機能を維持し、健康状態を維持できる」が 48.4%(15 人)、「服薬確認/服薬相談が出来る状況の確保」が 45.2%(14 人)と多く、「ADL 機能を保持し、生活レベル保持を図る」32.3%(10 人)、「移動困難」22.6%(7 人)の割合も高かった。



⑥ 課題・ケアプランに反映すること(問 20)

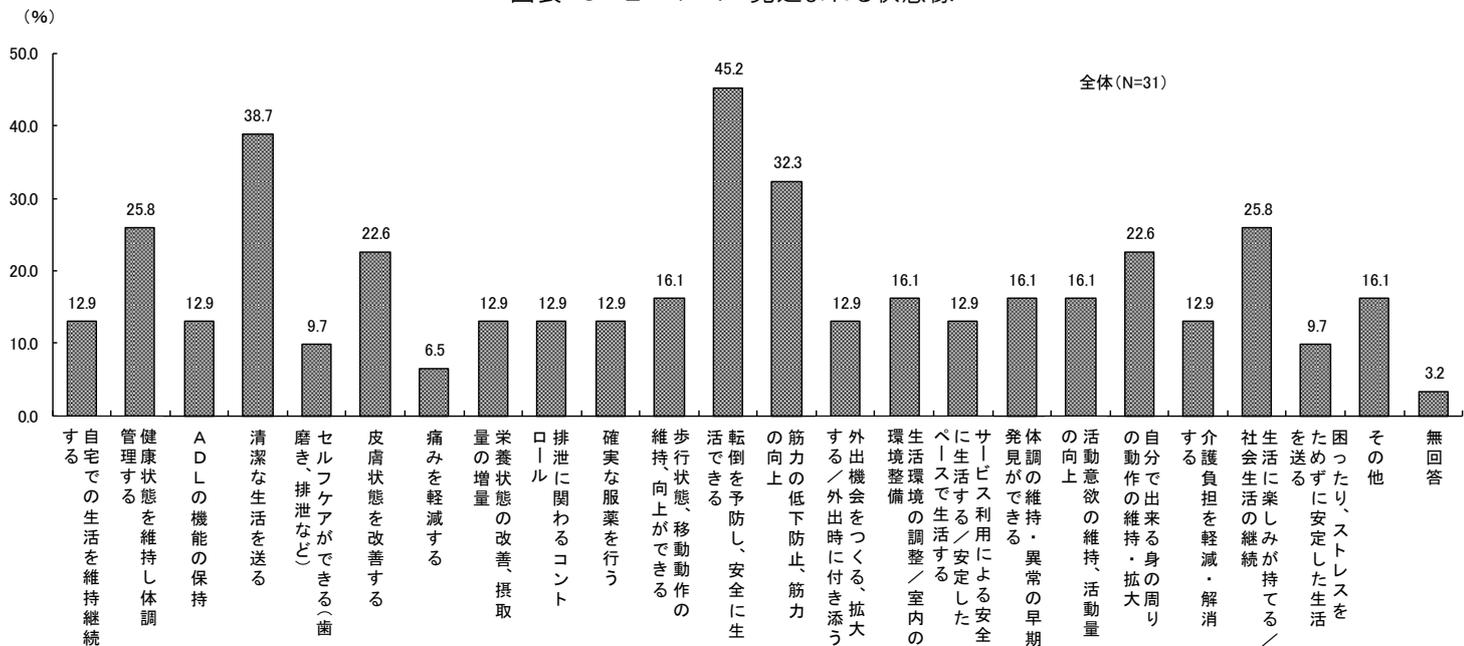
アセスメントの課題・ケアプランに反映することに記入された内容としては、「認知症の進行に対応した非薬物療法への提案(リハビリ等)」が 45.2%(14 人)で最も多く、「ADL を維持して在宅生活を送れる示唆」41.9%(13 人)、「排泄ケアの方法の示唆」「リハビリや活動への参加による身体機能の改善」38.7%(12 人)、「認知症のBPSDを和らげる方法の示唆(症状の背景分析等)」、「日常的な声かけ等での介入の方法示唆」「食べ方指導、摂食形態の調整の指導」32.3%(10 人)の割合も高かった。



⑦ 見込まれる状態像(問 21)

見込まれる状態像は、「転倒を予防し、安全に生活できる」が 45.2%(14 人)で最も多く、「清潔な生活を送る」が 38.7%(12 人)、「筋力の低下予防, 筋力の向上」32.3%(10 人)が続いている。また、「生活に楽しみが持てる/社会生活の継続」25.8%(8 人)、「自分で出来る身の回りの動作の維持・拡大」22.6%(7 人)の割合も高った。

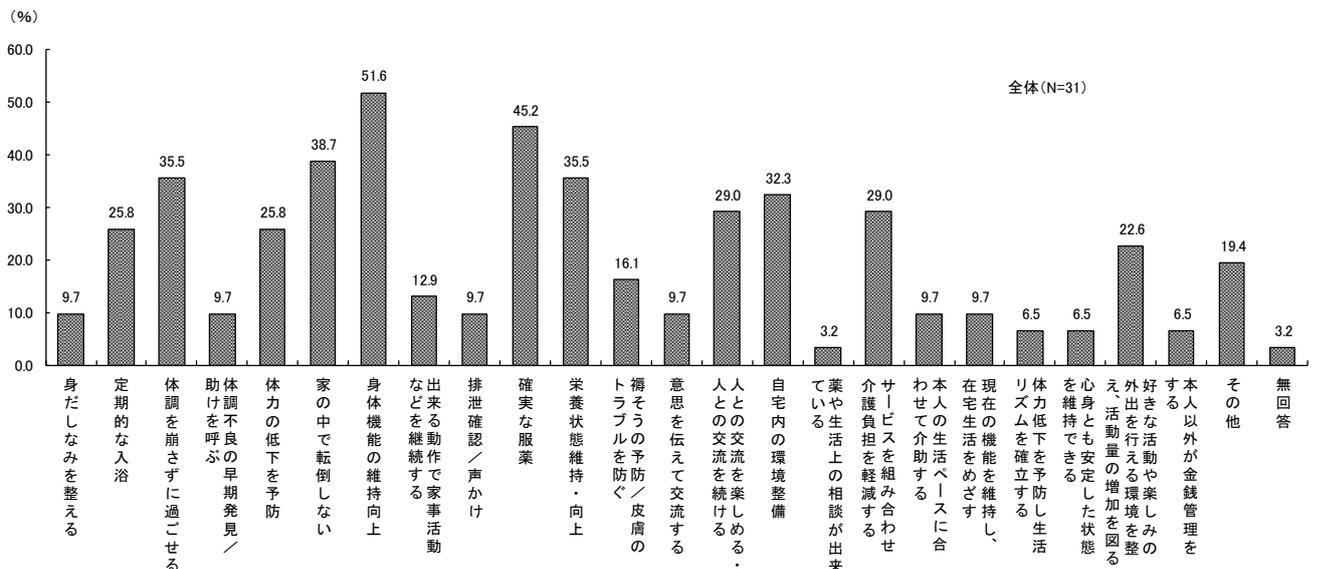
図表 3-2-4-7 見込まれる状態像



⑧ 短期目標(問 22)

短期目標としては「身体機能の維持向上」が 51.6%(16 人)と最も多く、「確実な服薬」も 45.2%(14 人)と多かった。「家のなかで転倒しない」38.7%(12 人)、「体調を崩さずに過ごせる」, 「栄養状態維持・向上」35.5%(11 人)、「自宅内の環境整備」32.3%(10 人)の割合も高かった。

図表 3-2-4-8 目標(短期目標)

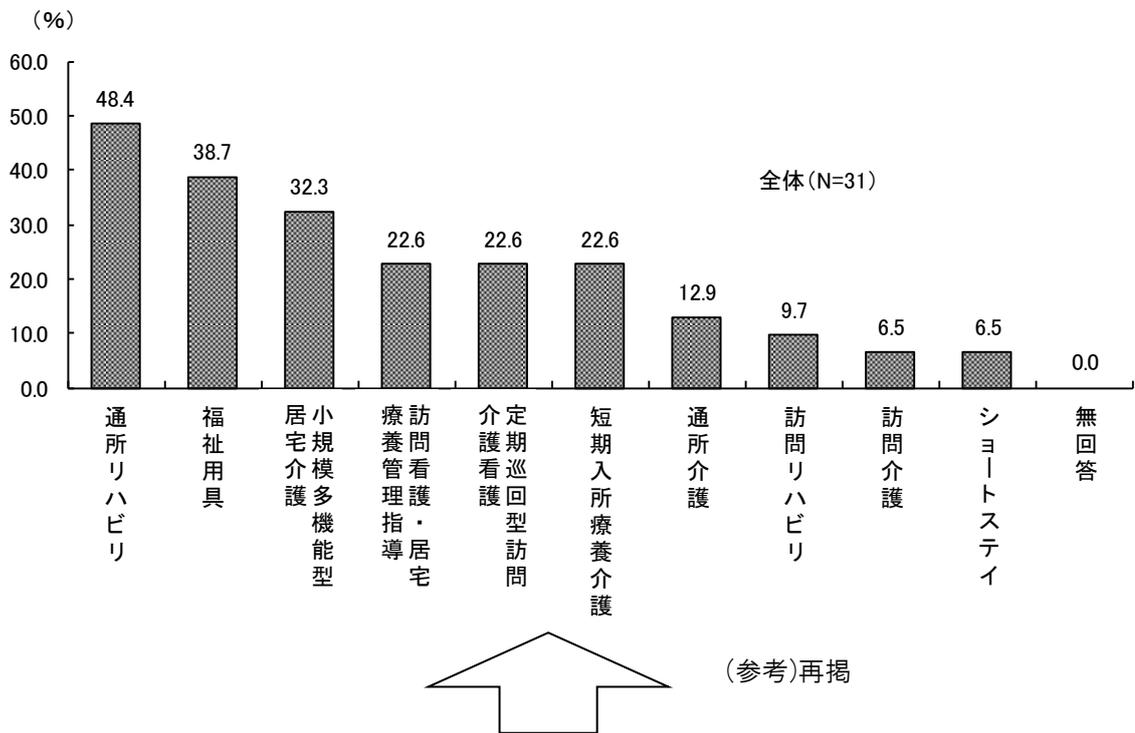


(5) 提案されたサービス ～「サービス提案書」から

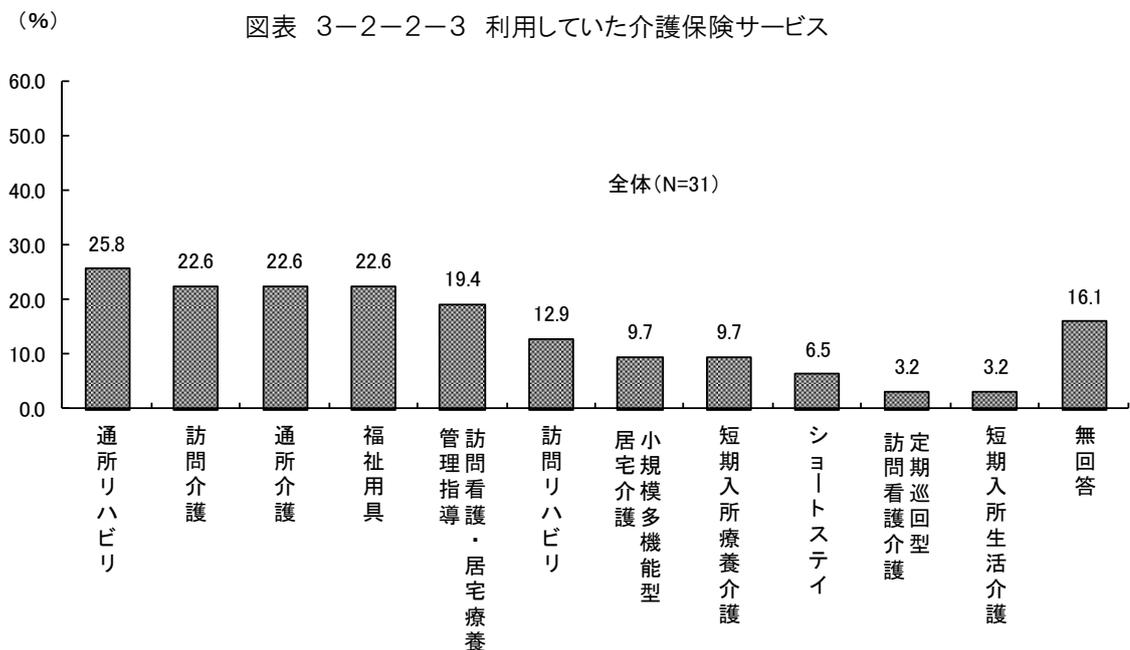
① 提案された介護保険サービス(問 23)

提案された介護保険サービスで多かったのが、「通所リハビリ」48.4%(15人)、「福祉用具」38.7%(12人)、「小規模多機能型居宅介護」32.3%(10人)が上位であった。アセスメント入所前のサービスと比較すると、「訪問看護」や「通所介護」などの単発のサービスではなく、「小規模多機能型居宅介護」や「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」などの複合的なサービスが提案されるようになった。

図表 3-2-5-1 提案された介護保険サービス



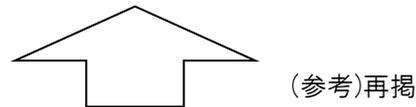
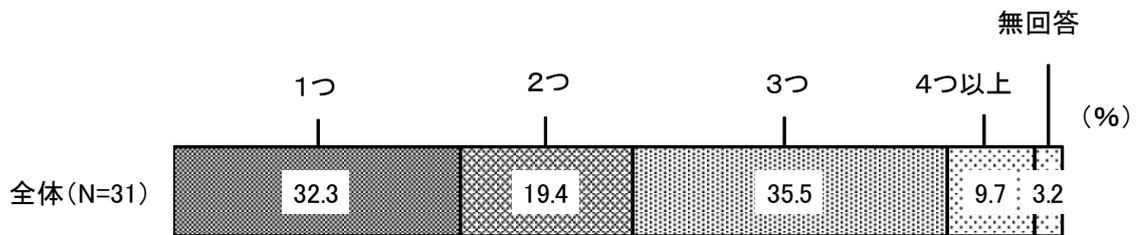
図表 3-2-2-3 利用していた介護保険サービス



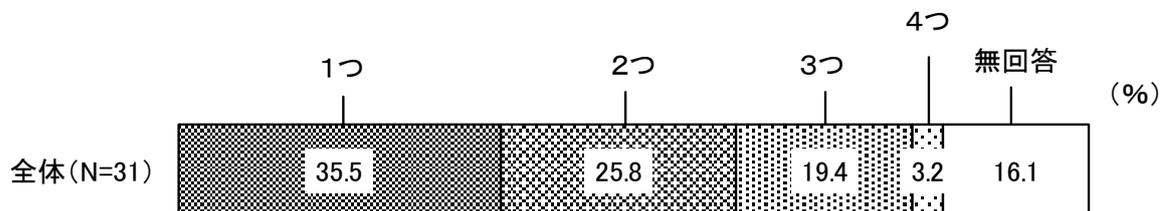
② 介護保険サービスの個数(問 24)

サービスの個数は、「3つ」が 35.5%、「4つ以上」が 9.7%、平均サービス個数は 2.20 であり、アセスメント入所前の平均サービス個数 1.88 よりも増えていた。

図表 3-2-5-2 サービスの個数



図表 3-2-2-4 利用していた介護保険サービスの数



(6) 提案されたサービスとの関連

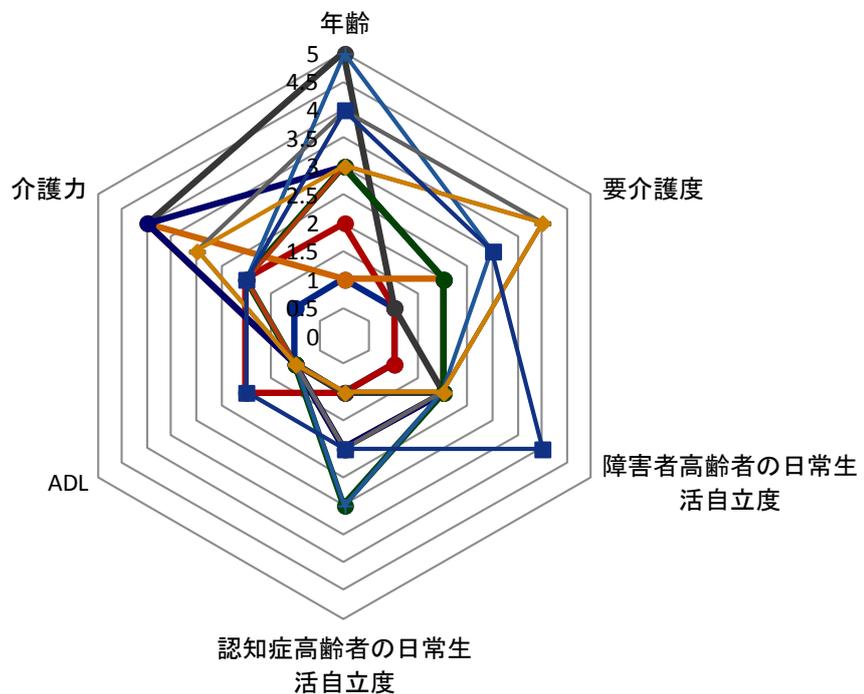
① その人の状態像や介護力との関連

31 事例が最終的に利用することになった介護保険サービス(主なサービス)ごとに、状態像(要介護度, ADL, 認知症自立度)や家族介護力から分析し、サービスの背景となる要因を探った。

ア. 通所リハビリ

通所リハビリが提案された事例は 11 事例であった。年齢は多様であるが、いずれもADLが低いが認知症は軽度の事例が多く、また介護力が比較的ある事例が多かった。

図表 3-2-6-1 その人の状態像や介護力との関連(通所リハビリ)



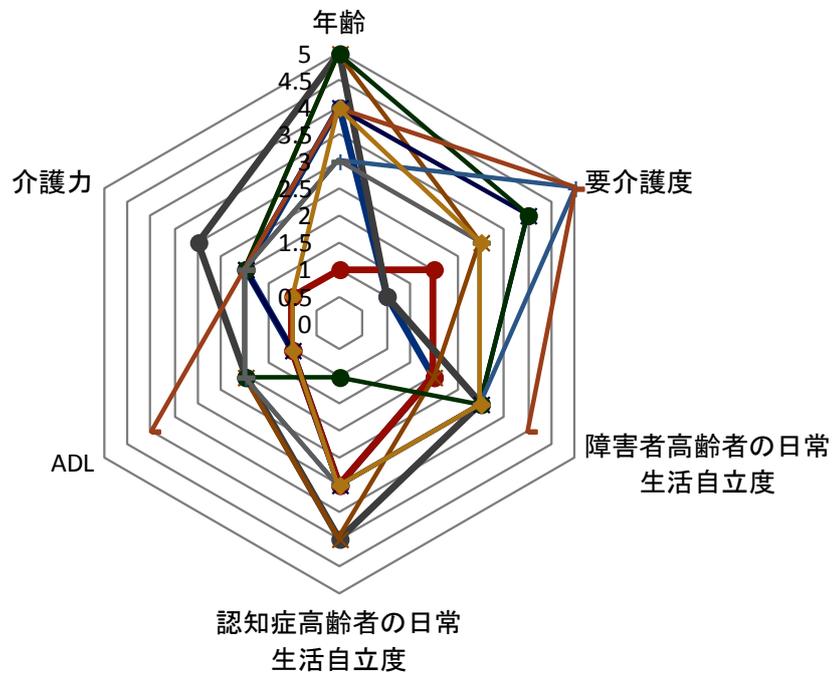
*レーダーチャートの凡例は、P39 参照

イ. 小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護が提案された事例は 10 事例であった。これらの事例は年齢や要介護度が多様であるが、認知症自立度の段階が高く、認知症が重い事例が多かった。介護力は比較的 low だった。

図表 3-2-6-2 その人の状態像や介護力との関連
(小規模多機能型居宅介護)

- 事例21
- 事例22
- 事例24
- × 事例23
- * 事例25
- 事例26
- + 事例27
- 事例28
- 事例29
- ◆ 事例30

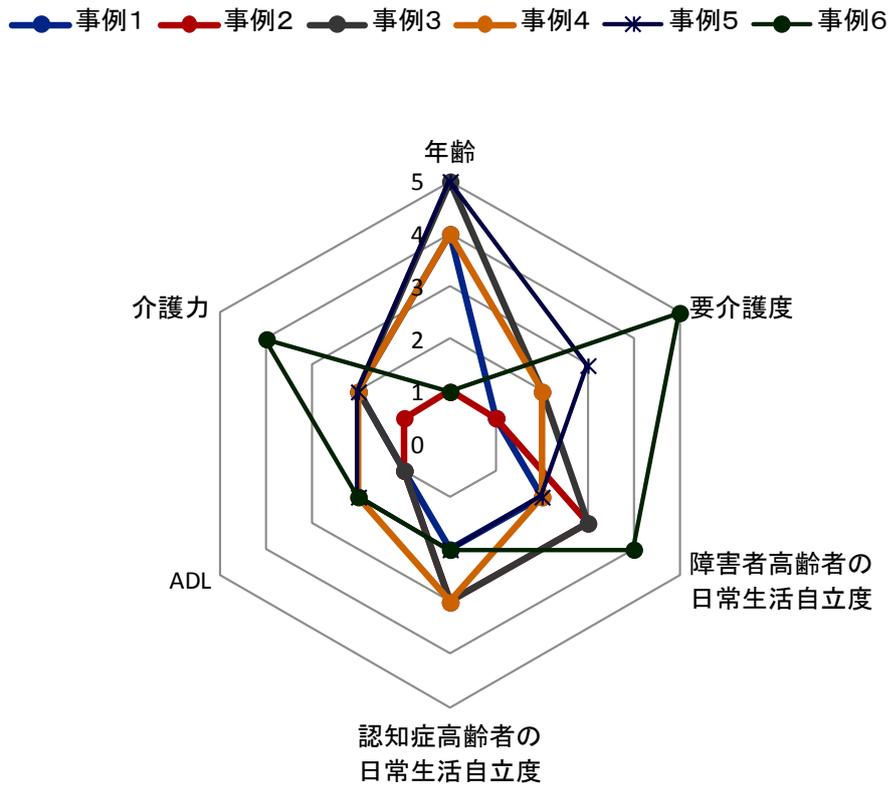


*レーダーチャートの凡例は、P39 参照

ウ. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期巡回・随時対応型訪問介護看護が提案された事例は7事例であった。要介護度が高く, ADLが低いが, 認知症自立度の段階は低く認知症が軽度の事例であった。介護力は1事例を除いて比較的良かった。(うち6事例を分析)

図表 3-2-6-3 その人の状態像や介護力との関連
(定期巡回・随時対応型訪問介護・看護)

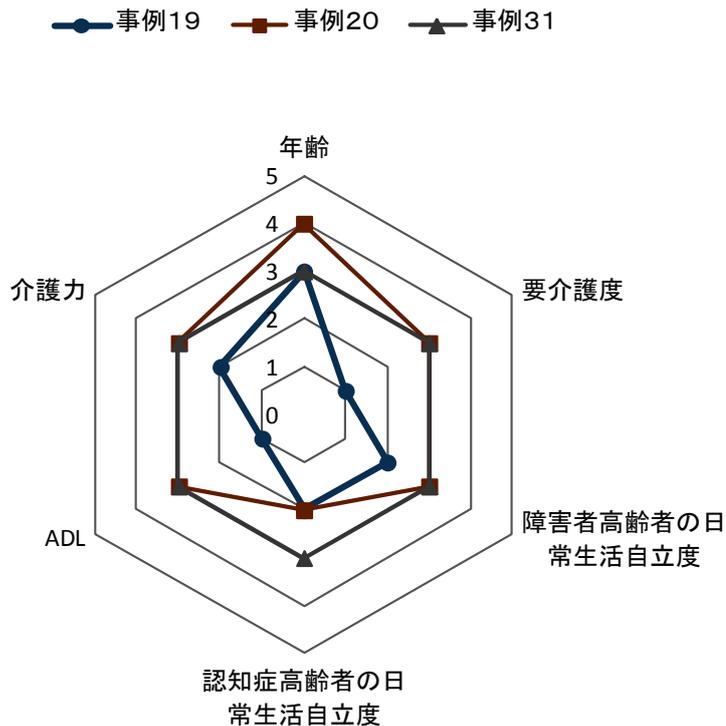


*レーダーチャートの凡例は, P39参照

エ. ショートステイ・認知症デイサービス

ショートステイ・認知症デイサービスに至った事例は、心身の状況や介護力も中庸の状況の人であった。

図表 3-2-6-4 その人の状態像や介護力との関連
(ショートステイ・認知症デイサービス)



—以上のことから、提案されたサービスと状態像や介護力とは関連がみられた。まずは、通所リハビリは比較的介護力のある人に提案され、小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護は介護力のない人にも提案されていた。また、小規模多機能は認知症が重い人、定期巡回・随時対応型訪問介護看護はADLが低い認知症が比較的軽い人に対して提案される傾向があった。

【レーダーチャートの凡例】

<年齢>	5	90歳以上	4	85-89歳	3	80-84歳	2	75-79歳	1	74歳以下
<要介護度>	5	要介護5	4	要介護4	3	要介護3	2	要介護2	1	要介護1
<寝たきり度>	4	C	3	B	2	A	1	J		
<認知症自立度>	5	M	4	IV	3	III	2	II	1	I
<ADL>	4	18~	3	12~17	2	6~11	1	5~		
<介護力>	4	介護負担低い(介護力大)	3	介護負担普通	2	介護負担大(介護力低)	1	主介護者な		

② 課題や目標、生活イメージとの関連

- ・ まずは、「ニーズ」、「見込まれる状態像(3カ月後)」、「アセスメントで出された課題・生活上の留意事項」と、「短期目標」との関係を分析した。
- ・ 短期目標としては多い順に「身体機能の維持向上」(51.6%)16件、「確実な服薬」(45.2%)14件、「体調を崩さずに過ごせる／体調不良の早期発見／助けを呼べる」(41.9%)13件などがあり、主としてADLや生活リズム、服薬管理などが掲げられていた。
- ・ これをニーズ、見込まれる状態像(3カ月後)、アセスメントで出された課題・生活上の留意事項ごとに、どのように異なるかをみた。

ア. ニーズとの関連

- ・ 『心身機能の維持、向上に関するニーズ』や、『移動ニーズ』があった事例では、「身体機能の維持向上」(61.5%*, 70.6%*)が有意に提案され、『身体介助に関するニーズ』があった事例では、「確実な服薬」(68.4%***)が有意に提案されていた。
- ・ 『家庭生活・社会生活に関するニーズ』があった事例では、「清潔な生活を送る(身だしなみを整える／定期的な入浴)」(47.1%*)が有意に提案されていた。

イ. 見込まれる状態像(3カ月後)との関連

- ・ 『自宅で安全・清潔な生活を維持する』状態像を目指した事例では「清潔な生活を送る(身だしなみを整える／定期的な入浴)」(39.1%*)が有意に提案され、『快適に過ごす』状態像を目指した事例では、「人との交流を楽しめる・人との交流を続ける／意思を伝えて交流する」(43.5%*)が有意に提案されていた。

ウ. アセスメントで出された課題・生活上の留意事項との関連

- ・ 『安心・清潔な生活に関する提案・助言』を行った事例では、「体調を崩さずに過ごせる」(64.3%*),「じょくそうの予防／皮膚のトラブル」(35.7%***)の短期目標が有意であった。
- ・ また、『認知症に関する提案・助言』を行った事例では、「心身に合った生活ペースで過ごす／心身ともに安定した状態を維持できる」(42.1%*)を目指した短期目標が有意、『介護負担軽減に関する提案・助言』を行った事例では、「栄養状態の維持・向上」(71.4%*)が有意、『環境整備に関する提案・助言』を行った事例では「好きな活動や楽しみの外出を通して活動量の増加」(42.9%*)が有意に提案されていた。

図表 3-2-6-5 ニーズ・状態像(3カ月後)・生活上の留意事項と短期目標との関連

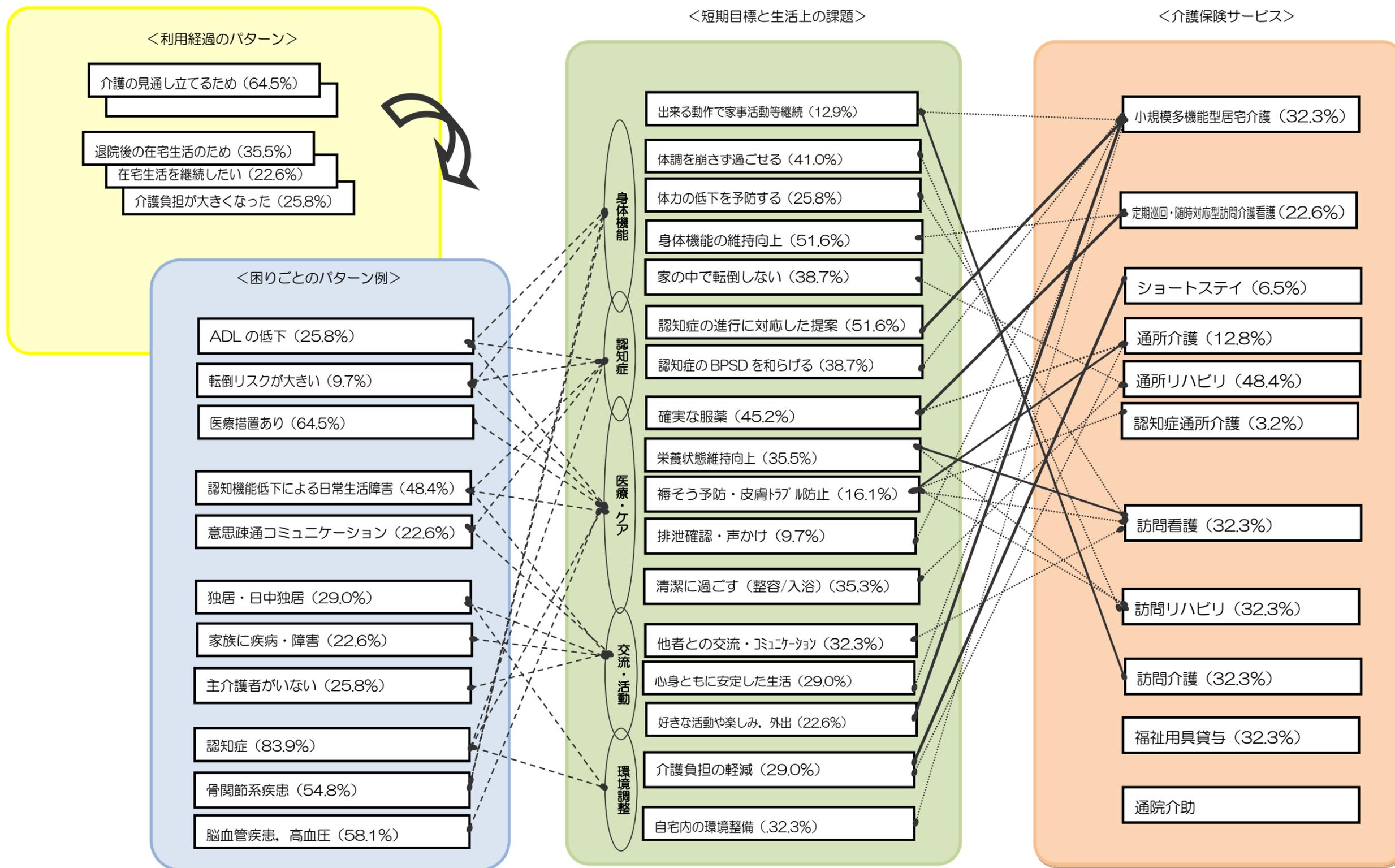
		(人、%)													
		合計	浴 な み を 整 え る ／ 定 期 的 な 身 だ し	清 潔 な 生 活 を 送 る ／ 過 ご せ る け ／ を 呼 ぶ	体 調 を 崩 さ ず に 過 ご せ る け ／ を 呼 ぶ	体 力 の 低 下 を 予 防	家 中 で 転 倒 し な い	身 体 機 能 の 維 持 向 上	出 来 る 動 作 で 家 事 活 動 な ど を 維 続 す る	排 泄 確 認 ／ 声 か け	確 実 な 服 薬	栄 養 状 態 維 持 ・ 向 上	褥 そ う の 予 防 ／ 皮 膚 の ト ラ	人 と の 交 流 を 楽 し め る ・ 人 と の 交 流 を 続 け る ／ 意 思 を 伝 え て 交 流 す る	自 宅 内 の 環 境 整 備
全体		31 100.0	9 29.0	13 41.9	8 25.8	12 38.7	16 51.6	4 12.9	3 9.7	14 45.2	11 35.5	5 16.1	10 32.3	10 32.3	
ニーズ	心身機能の維持、向上に関する項目	26 100.0	9 34.6	11 42.3	7 26.9	11 42.3	16 61.5	3 11.5	3 11.5	11 42.3	10 38.5	4 15.4	8 30.8	9 34.6	
	移動に関する項目	17 100.0	6 35.3	6 35.3	4 23.5	9 52.9	12 70.6	2 11.8	0 0.0	7 41.2	4 23.5	3 17.6	7 41.2	8 47.1	
	認知症に関する項目	6 100.0	2 33.3	2 33.3	2 50.0	3 33.3	4 66.7	1 16.7	1 16.7	4 66.7	2 33.3	0 0.0	1 16.7	1 16.7	
	身体介助に関する項目	19 100.0	5 26.3	9 47.4	4 21.1	5 26.3	9 47.4	3 15.8	2 10.5	13 68.4	6 31.6	4 21.1	6 31.6	8 42.1	
	家庭生活、社会生活に関する項目	17 100.0	8 47.1	6 35.3	5 29.4	8 47.1	11 64.7	3 17.6	2 11.8	6 35.3	5 29.4	1 5.9	6 35.3	8 47.1	
	ニーズその他	4 100.0	2 50.0	2 50.0	2 50.0	1 25.0	3 75.0	0 0.0	1 25.0	3 75.0	2 50.0	0 0.0	3 75.0	1 25.0	
	見 込 ま れ る 状 態 像	自宅で安全、清潔な生活を維持する	23 100.0	9 39.1	9 39.1	7 30.4	9 39.1	14 60.9	3 13.0	3 13.0	11 47.8	7 30.4	4 17.4	7 30.4	6 26.1
身体機能の維持向上を図る		24 100.0	8 33.3	10 41.7	5 20.8	11 45.8	14 58.3	3 12.5	1 4.2	12 50.0	10 41.7	5 20.8	7 29.2	7 29.2	
快適な生活を目指す		23 100.0	6 26.1	9 39.1	7 30.4	9 39.1	12 52.2	3 13.0	3 13.0	11 47.8	8 34.8	3 13.0	10 43.5	7 30.4	
見込まれる状態像その他		5 100.0	1 20.0	3 60.0	1 20.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 20.0	1 20.0	3 60.0	2 40.0	2 40.0	1 20.0	
留 め た ア セ ス メ ン ト ・ 生 活 上 の 注 意 事 項		安心・清潔な生活に関する提案・示唆	14 100.0	5 35.7	9 64.3	4 28.6	6 42.9	4 28.6	3 21.4	1 7.1	5 35.7	5 35.7	5 35.7	5 35.7	3 21.4
	認知症に関する提案・示唆	19 100.0	7 36.8	6 31.6	7 36.8	6 31.6	9 47.4	1 5.3	3 15.8	9 47.4	8 42.1	1 5.3	5 26.3	4 21.1	
	日常生活を円滑に行う提案・示唆	27 100.0	8 29.6	13 48.1	8 29.6	11 40.7	14 51.9	4 14.8	3 11.1	11 40.7	11 40.7	5 18.5	10 37.0	9 33.3	
	介護負担軽減に関する提案・助言	7 100.0	1 14.3	3 42.9	1 14.3	3 42.9	4 57.1	1 14.3	1 14.3	2 28.6	5 71.4	1 14.3	2 28.6	3 42.9	
	環境整備に関する提案・示唆	14 100.0	6 42.9	7 50.0	4 28.6	3 21.4	8 57.1	3 21.4	3 21.4	6 42.9	3 21.4	2 14.3	3 21.4	6 42.9	

		合計	負 サ ー ビ ス を 軽 減 す る	サ ー ビ ス を 組 み 合 わ せ 介 護	心 身 機 能 に 合 つ た 生 活 ペ ー ス で 過 ご す ／ 心 身 と も 安 定	量 の 増 加 を 図 る	好 ま し い 活 動 や 楽 し み の 外 出	そ の 他	無 回 答
全体		31 100.0	9 29.0	9 29.0	7 22.6	8 25.8	1 3.2		
ニーズ	心身機能の維持、向上に関する項目	26 100.0	9 34.6	9 34.6	7 26.9	7 26.9	0 0.0		
	移動に関する項目	17 100.0	6 35.3	4 23.5	4 23.5	4 23.5	0 0.0		
	認知症に関する項目	6 100.0	1 16.7	2 33.3	2 33.3	1 16.7	0 0.0		
	身体介助に関する項目	19 100.0	3 15.8	4 21.1	5 26.3	6 31.6	0 0.0		
	家庭生活、社会生活に関する項目	17 100.0	7 41.2	7 41.2	5 29.4	5 29.4	0 0.0		
	ニーズその他	4 100.0	0 0.0	1 25.0	0 0.0	2 50.0	0 0.0		
	見 込 ま れ る 状 態 像	自宅で安全、清潔な生活を維持する	23 100.0	8 34.8	8 34.8	5 21.7	5 21.7	0 0.0	
身体機能の維持向上を図る		24 100.0	8 33.3	8 33.3	6 25.0	6 25.0	0 0.0		
快適な生活を目指す		23 100.0	6 26.1	5 21.7	5 21.7	6 26.1	0 0.0		
見込まれる状態像その他		5 100.0	1 20.0	1 20.0	2 40.0	2 40.0	0 0.0		
留 め た ア セ ス メ ン ト ・ 生 活 上 の 注 意 事 項		安心・清潔な生活に関する提案・示唆	14 100.0	5 35.7	5 35.7	3 21.4	3 21.4	0 0.0	
	認知症に関する提案・示唆	19 100.0	7 36.8	8 42.1	6 31.6	4 21.1	1 5.3		
	日常生活を円滑に行う提案・示唆	27 100.0	8 29.6	9 33.3	5 18.5	7 25.9	1 3.7		
	介護負担軽減に関する提案・助言	7 100.0	2 28.6	2 28.6	2 28.6	1 14.3	0 0.0		
	環境整備に関する提案・示唆	14 100.0	6 42.9	6 42.9	6 42.9	5 35.7	0 0.0		

③ 短期目標と提案されたサービスとの関係

- ・ 次に、短期目標 15 項目と一部認知症に関する生活上の留意事項2項目の、計 17 項目と、提案された介護保険サービスとの関係について、項目間のつながりを概念図にした(困りごとのパターン例と短期目標との関係は概念)。
- ・ 線の流れは統計的に有意(5%水準)(太線)もしくは、クロス集計で全体結果よりも 10 ポイント以上高い場合に(破線)付与した。結果からは、短期目標の多くが、「小規模多機能型居宅介護」や「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」に対して、統計的にも有意なつながりをもっていた。以上のことから、この2つのサービスは、様々なケアの課題や目標に対応できるサービスであると考えられた。

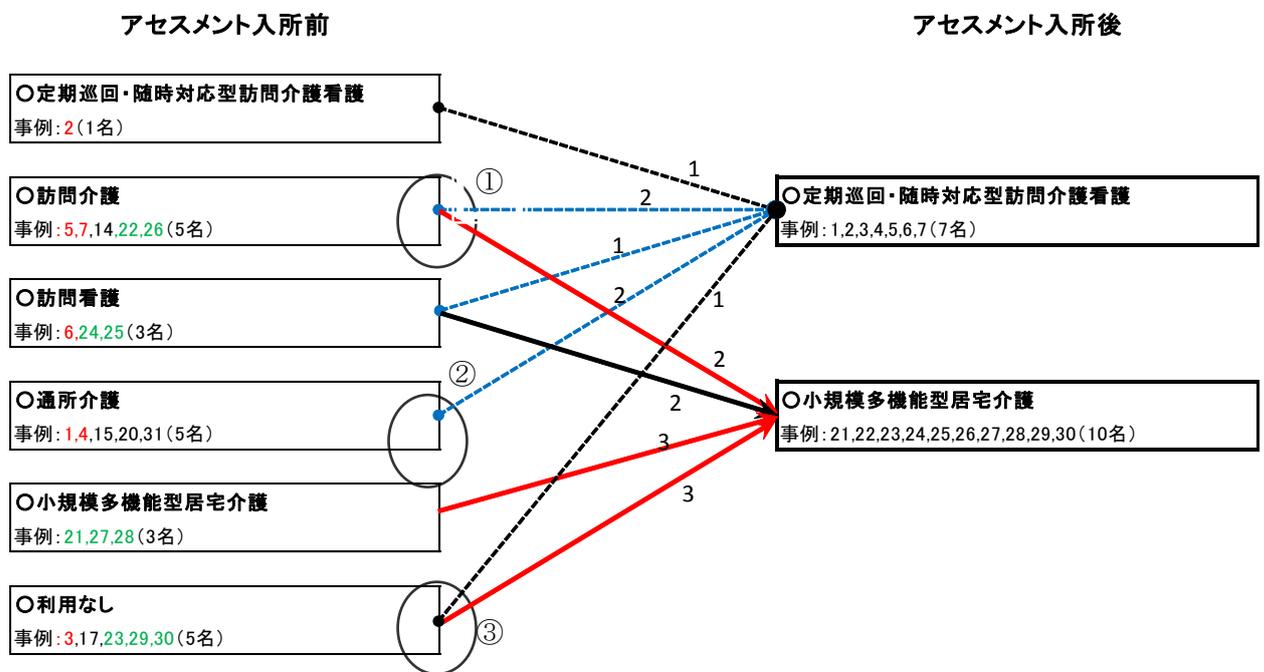
図表 3-2-6-6 困りごとのパターン、短期目標と生活上の問題、介護保険サービスの関係



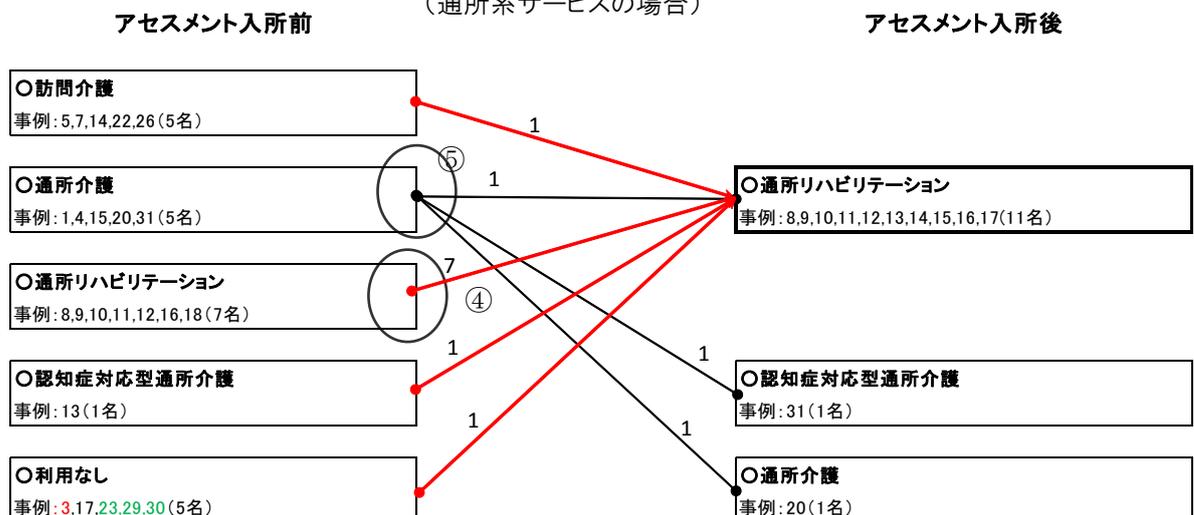
(7) アセスメント入所でのサービスの变化

- ・ アセスメント入所前後でのサービスの变化を検討した。全体ではP34・35 に挙げたような結果であったが、個別には幾つかのパターンが確認された。
- ・ 訪問介護や通所介護などの単発のサービスの多くは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護等の、複合的なサービスに変更された。(①, ②)
- ・ 初めてサービスを利用する事例も複合的なサービスが4事例で提案されていた。(③)
- ・ 通所サービスは、通所介護から定期巡回・随時対応型訪問介護看護に変更になった2事例以外では、通所リハビリのまま(④), もしくは、通所介護から他の通所サービスへと変更された(⑤)。

図表 3-2-7-1 アセスメント前後でのサービスの变化のパターン
(定期巡回・随時対応型訪問介護看護, 小規模多機能型居宅介護の場合)



図表 3-2-7-2 アセスメント前後でのサービスの变化のパターン
(通所系サービスの場合)



(8) サービスが変更された要因の検討（24時間シートでの分析）

サービスが変更された事例のうち、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」と「小規模多機能型居宅介護」に着目し、6事例について、プロフィール、本人の意向や好み、24時間の視点からどのようなケアが必要とされていたかを整理して、サービスが変更された要因を検討した。

その結果、6事例はいずれも、心身の疾病、認知症などによるADLや認知機能の低下で、早朝から夜間まで頻回な声掛けや見守り、誘導、ADL介助が必要であり、定期的な服薬や口腔ケアがアセスメントされた事例だった。

それに対して、安否確認、体調管理、服薬管理などの訪問（介護・看護）機能が重要視されている場合には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護が、訪問機能と通所機能（例えば移動、入浴、レクリエーションなど）の両方が重要視されている場合には、小規模多機能居宅介護が提案されていると考えられた。

① 訪問介護から、定期巡回・随時対応型訪問介護看護に変更

【事例7】82歳女性 要介護1, 血管性認知症		
《プロフィール(状態, 生活環境等)》 ケアハウスで独居, 骨折して入院して退院予定. 退院後の介護の見通しを立てるためにアセスメント入所を利用. 訪問介護を利用していたが, 機能低下や意欲低下が顕著で一人で生活することへの不安があった.		
《本人の意向や好み》 寝てばかりもいられないが, 横になったり自分のペースで過ごしたい. 上手に歩けると嬉しい.		
時間帯別に必要なケアの例(3時間おきにまとめ)		
時間帯	日課(例)	サポートが必要なこと(例)
0:00~	入眠	観察(起床したとき)
3:00~	(排泄)	トイレ付添, 見守り促し
6:00~	起床, 整容, 朝食	配膳下膳, 摂食時の声掛け, 水分補給, 付添歩行 食事は常食で摂取可能
9:00~	排泄, 入浴	排泄リハパン使用, 都度声掛け必要 入浴は一般浴で入浴, 都度声掛けが必要
12:00~	昼食, 口腔ケア, 排泄	配膳下膳, 摂食時の声掛け, 水分補給, 付添歩行 口腔ケア(義歯) 歯磨き時や排泄時には都度声掛けと見守り
15:00~	ホールで過ごす 夕食	移動する際には付添い 配膳下膳, 摂食時の声掛け, 水分補給, 付添歩行
18:00~	食堂で過ごす, 排泄, 臥床	パッド交換, 臥床の意向確認, 動作への声掛け, 付添, 更衣見守り等
21:00~	入眠, 覚醒	観察, 口渇への対応, 排泄確認 トイレ付添, 観察(起床したとき)
まとめ		
<p>本人はサービスを受けながらケアハウスでの生活を続けることを希望している.</p> <p>そのためにサービスを利用することで, <u>動作時の手順の説明や声掛け見守りをして, 転んだり怪我のないようにしていくことや, きちんと定期的な服薬で健康を維持していくことが必要であり, 定期巡回・随時対応型訪問介護看護が提案された</u></p>		

② 訪問介護から、小規模多機能型居宅介護に変更

【事例 26】 90 歳男性 要介護5, 肺気腫, 敗血症, 虚血性腸疾患		
《プロフィール(状態, 生活環境等)》 独居(持ち家) 老健のリフト浴で入浴したいと考えアセスメント入所の相談がある バルーンカテーテル留置 リハビリにより動けるようになって自宅に帰りたい, 認知症はない		
《本人の意向や好み》 座位保持の痛み, 皮膚の痒みなく快適に過ごす. 日中は好きなテレビやラジオを聞きながらゆっくり過ごしたい.		
時間帯別に必要なケアの例(3時間おきにまとめ)		
時間帯	日課(例)	サポートが必要なこと(例)
0:00~	入眠	睡眠状態確認, 必要時体位交換
3:00~	入眠	睡眠状態確認, 必要時体位交換
6:00~	覚醒・起床, 移乗・移動, 朝食・服薬	移乗・更衣(軽介助, 見守り), 必要に応じて誘導. 車いす自操支援 配膳下膳, 摂食支援, 水分補給, 付添歩行 食事は常食
9:00~	排泄	トイレ内での移乗・見守り, 陰部などの洗浄清拭, 消毒, 軟膏塗布等
12:00~	昼食・服薬, 入浴	スプーンやエプロン, 水分の確認提供, 配膳下膳, 配薬服薬確認 歯磨き道具のセッティング, 入浴は2名介助で移乗更衣, 更衣おむつ
15:00~	おやつ, 排泄	おやつ食支援, 好みに合わせたメニュー提供 排泄はトイレ内での移乗・見守り, 陰部などの洗浄清拭, 消毒, 軟膏塗布等
18:00~	夕食・服薬, テレビ	スプーンやエプロン, 水分の確認提供, 配膳下膳, 配薬服薬確認 テレビの好きな番組を意向にあわせて対応
21:00~	仰臥	観察, 口渇への対応, おむつやパットの確認
まとめ		
<p>本人はリハビリで動けるようになったら自宅で希望しているが, 廃用が強くADLが全介助全介助の状態であった</p> <p>そこで, <u>自宅内の環境を整備して, 転倒せずに自宅で生活できる環境をつくり, ベッドや車いすの環境調整ともあわせて, サービスを導入し, 毎日複数回の訪問を行うことで安否確認や家事負担をしてもらえるようにすることが提案された</u></p> <p><u>については, ADL全介助で自宅での入浴が難しいため, 小規模多機能を導入して, 訪問とあわせて利用し, 皮膚の状態も保清しながら健康で快適に過ごせるようにする</u></p>		

③ 訪問看護から、定期巡回・随時対応型訪問介護看護に変更

【事例6】 65 歳男性 要介護5, 脳内出血(左片麻痺と高次脳機能障害等残存), PEG 増設		
《プロフィール(状態, 生活環境等)》 在宅生活希望するが, 脳内出血後心身に障害が残り, PEG 増設等により生活機能が低下していた, 在宅で生活を継続するサービス調整のため, 本人も家族も在宅介護を続けたい		
《本人の意向や好み》 PEGをしており痛い思いをしたくない, 皮膚の痒みなく快適に過ごす. 日中は好きなテレビやラジオを聞きながらゆっくり過ごしたい.		
時間帯別に必要なケアの例(3時間おきにまとめ)		
時間帯	日課(例)	サポートが必要なこと(例)
0:00~	体位交換, 排泄	尿瓶, オムツ交換, 正式, 下衣上げ下げ等
3:00~	体位交換, 排泄	尿瓶, オムツ交換, 正式, 下衣上げ下げ等
6:00~	着替え(PEG) 起床 おやつ摂取	ペグボタンの逆流防止弁に気をつける, 観察, 清潔にする ベッドの高さ調整 食事介助, 見守り介助
9:00~	口腔ケア 移乗・移動	顔ふき, 生活の介助, 鏡の用意, 誘導, 場居た樽測定, 更衣, 移動 洗髪洗身, 皮膚観察
12:00~	移乗・移動(PEG) おやつ摂取 口腔ケア 移乗・移動	尿瓶, オムツ交換, 正式, 下衣上げ下げ等 ベッドの高さ調整, ぱっと交換等 ひげそり, 電動剃刀, ゼリー食介助, 声掛け
15:00~	(PEG) 移乗・移動 排泄	ペグボタンの逆流防止弁に気をつける, 観察, 清潔にする ベッドに移乗介助, 安楽な体制への変更 尿瓶, オムツ交換, 清拭, 下衣上げ下げ等
18:00~	口腔ケア 着替え	更衣介助
21:00~	就寝 体位交換	意向の確認と体位交換
まとめ		
<p>脳内出血後, 心身に障害が残り, ADL全介助となった. また PEG 増設によって栄養補給を行っている. 家族にとっても初めての在宅介護であり, 介護技術の機会確保や介護負担への配慮が必要になっている.</p> <p>そこで, 本人が在宅で生活しながら, 自分の思いを伝える機会を増やし徐々に体力をつける離床時間を設けたり, 血圧等の体調管理ができるよう, 定期巡回・随時対応型訪問介護看護を導入し, あわせて楽しみをもって生活ができるように車椅子座位での活動機会の拡大をめざすための通所リハビリの導入が提案された.</p> <p>また, 介護サービスの導入により家族の介護技術の指導機会を作り, また相談や傾聴ととして介護負担の軽減を図っていく.</p>		

④ 通所介護から、定期巡回・随時対応型訪問介護看護に変更

<p>【事例4】 87歳男性，要介護2，脳こうそく後遺症，高血圧，混合型認知症</p>		
<p>《プロフィール(状態，生活環境等)》 ・在宅生活を希望するが，妻の骨粗鬆症悪化で介護困難なため，本人に合った介護サービスの導入と介護負担の軽減のためアセスメント入所を希望された。通所介護を利用していたが，ADLの低下が著しく何度も転倒された</p>		
<p>《本人の意向や好み》 自分のペースで暮らしたいし好きなところで過ごしたい，ご飯は残さず食べたい(他の人が残すと気になる)，甘いものやコーヒーが好き。寝たいときに寝る</p>		
<p>時間帯別に必要なケアの例(3時間おきにまとめ)</p>		
時間帯	日課(例)	サポートが必要なこと(例)
0:00～	入眠	排泄訴え時は対応
3:00～	入眠	排泄訴え時は対応
6:00～	覚醒起床，移乗・移動，朝食(口腔ケア)	移乗・更衣(見守り，軽介助)，必要に応じて誘導。車いす自操支援 配膳下膳，摂食支援，水分補給，付添歩行 食事は常食
9:00～	余暇(本の片づけ) 水分摂取	パット汚染時の交換，口腔ケアの道具のセッティングとしあがり確認
12:00～	昼食(口腔ケア)， 排泄，余暇	おやつ準備と声掛け
15:00～	水分摂取 夕食(口腔ケア)	所在確認と移乗時のNC 促し，排泄の間隔が開いている際には声掛けと促し，パット汚染時の交換，下衣の上げ下げ 配膳下膳，摂食支援，水分補給，付添歩行 食事は常食
18:00～	排泄 就寝	大きめのパット装着，移乗見守り
21:00～	入眠	排泄訴え時は対応
<p>まとめ</p> <p><u>自宅に戻ることを強く希望され，意欲が高く活動的な反面，認知機能や身体機能が低下しており，立位動作や起居動作が不安定なため，転倒のリスクが非常に高い状態だった。</u></p> <p>在宅でも日中は常に見守りが必要で，排泄や移動時は必ず介助を必要とする状態。</p> <p><u>住環境も段差や階段などバリアが多数あり，起居動作以外の ADL では介助を無しでは行えないと判断され，定期巡回・随時対応型居宅介護が提案された。</u></p>		

⑤ 初めての利用で、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提案

【事例3】89歳女性，要介護2，心不全，不整脈，高血圧，圧迫骨折，神経因性膀胱（カテーテル導尿）		
《プロフィール(状態，生活環境等)》 独居・主介護者なし，公営住宅居住．検査入院中に転倒骨折退院予定，医療ニーズもあるため独居生活の継続が困難に．住まいも含めた支援内容を検討するためアセスメント入所を利用		
《本人の意向や好み》 自分のペースで過ごしたい，音楽の会に時折参加したい．以前はカラオケと買い物が好きで水泳なども楽しんでた		
時間帯別に必要なケアの例(3時間おきにまとめ)		
時間帯	日課(例)	サポートが必要なこと(例)
0:00～	入眠	排泄訴え時是对応
3:00～	入眠	排泄訴え時是对応
6:00～	覚醒起床，尿破棄，朝食・服薬確認	移乗・更衣(見守り，軽介助)，必要に応じて誘導．車いす自操支援 配膳下膳，摂食支援，水分補給，付添歩行 食事は常食
9:00～	入浴，体操，余暇	パット汚染時の交換，口腔ケアの道具のセッティングとしあがり確認
12:00～	昼食・服薬確認，余暇，仰臥	おやつの準備と声掛け
15:00～	おやつ，尿破棄 夕食・服薬確認	所在確認と移乗時のNC促し，排泄の間隔が開いている際には声掛けと促し，パット汚染時の交換，下衣の上げ下げ 配膳下膳，摂食支援，水分補給，付添歩行 食事は常食
18:00～	就寝・就寝薬確認	大きめのパット装着，移乗見守り
21:00～	入眠	パットの確認
まとめ		
<p>24時間の分析結果からは，この事例も早朝夜間までの時間帯でケアが必要とされていた。</p> <p>そのためサービス付き高齢者向け住宅に居住し，定期巡回・随時対応型訪問介護看護を導入してIADLの不十分な点を補いながら，かつ通所サービスで本人の楽しめる活動に参加する生活が提案された。</p>		

⑥ 初めての利用で、小規模多機能型居宅介護を提案

【事例30】 89歳男性，要介護3，脳梗塞，糖尿病，高血圧，複雑骨折，クモ膜下出血		
《プロフィール(状態，生活環境等)》 大学事務員，80歳のときに妻が他界し独居，脳梗塞発症しリハビリ入院をしていたが，自宅退院が困難との判断で，入所相談となる		
《本人の意向や好み》 一人暮らしをしていた自宅は車いすで暮らせない．自宅をなおすよりも転居したほうが現実的なのでケアハウスに入所して自由に暮らしたい 自分のペースで過ごしたい		
時間帯別に必要なケアの例(3時間おきにまとめ)		
時間帯	日課(例)	サポートが必要なこと(例)
0:00～		
3:00～		
6:00～	覚醒起床 朝食	配膳下膳，服薬確認
9:00～	入浴，水分摂取 体操	手が届かないところの洗髪洗身 リフト浴，着替えを持参するよう促す 体操への声掛け
12:00～	昼食 テレビを見る レクリエーション	歩行器にて移動する際の見守り，配膳と下膳の確認 配薬と服薬確認
15:00～	水分摂取，口腔ケア，テレビをみる	おやつと水分の準備，おやつの声掛け
17:00～	夕食	配膳と下膳 配薬と服薬確認
20:00～	就寝	口腔清拭，就寝準備
まとめ		
<p>心身の状況からは，新しい住まいでの生活を安定して続けるためにも，小規模多機能型居宅介護を導入して，訪問による生活状況の確認，服薬管理や定期的な時間の管理，食事の下膳配膳，水分量の確認，日常生活にまつわる物の準備や管理，掃除，歩行練習を行う必要があると考えられた．</p> <p>また通所サービスを利用して，歩行や移乗，車椅子での散歩を継続して現在の能力を維持し，音楽鑑賞，買い物やドライブでの外出イベントに参加できるよう声掛け・促しをしていくことが，認知機能の維持・活性化につながると考えた．</p>		

3 提案されたサービスに関するまとめ

- ・ アセスメント評価表の分析の結果、次のような結果が得られた

(1) 状態像とサービスのつながり

- ・ 通所リハビリが提案されたのは 11 事例で、年齢は多様であった。いずれもADLが低い認知症は軽度の事例が多く、また介護力が比較的ある事例が多かった(P36)。
- ・ 小規模多機能型居宅介護が提案されたのは 10 事例であり、認知症自立度が高く、認知症が重い事例が多く介護力は比較的低かった。(P37)
- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護が提案された事例は 7 事例あり、要介護度が高く、ADL低い認知症が軽度の事例であった。介護力は1事例を除いて比較的低かった。(P38)
- ・ 以上から、通所リハビリテーションは比較的介護力のある人に提案され、小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護は介護力のない人にも提案されていた。また、小規模多機能は認知症が重い人、定期巡回・随時対応型訪問介護看護はADLが低い認知症が比較的軽い人に対して提案される傾向があった。(P39)

(2) アセスメントの結果と、サービスのつながり

- ・ 短期目標の項目と、提案されたサービスとのクロス集計をみると、「認知症の進行に対応した提案」や「好きな活動や楽しみ、外出」は、「小規模多機能型居宅介護」に対して統計的に有意差がみられ、「確実な服薬」は、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」に対して統計的に有意差がみられた。
- ・ また、「低下している心身機能や生活更衣の改善がはかれる」または「生活状況や活動量が確保されず、心身機能の低下の可能性があると予測される事例では、リハビリテーション専門職が配置されている通所リハビリテーションが提案された。(P43)

(3) アセスメント入所前とアセスメント入所後の変化

- ・ アセスメント入所前とアセスメント入所後の変化では、訪問介護や通所介護、訪問看護などの単発のサービスの多くは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護等の、複合的なサービスに変更された。(P45)
- ・ 事例の分析からは、安否確認、体調管理、服薬管理などの訪問(介護・看護)機能が重要視されている場合には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護が、訪問機能と通所機能(例えば移動、入浴、レクリエーションなど)の両方が重要視されている場合には、小規模多機能居宅介護が提案されていると考えられた。(P47～P52)

<事例一覧>

	事例	プロフィール				アセスメント入所前			アセスメント入所				アセスメント入所後の状態			
		性別	年齢	家族	疾病	生活環境	利用の経過・きっかけ	当初サービス	要介護度	希望する生活	状態像	アセスメント入所期間	アセスメント結果特徴	サービス	費用	要介護度
1	事例1	女性	82	長男と同居	骨そしう症、高血圧	市営住宅の3Fに居住(EVなし)、風呂故障し住環境に問題有、介護者の係り最小限	本人の状態に対して適切な支援ができていないため支援内容を再検討するため	通所介護(月6回)	要介護1	息子と自宅での生活を希望する。デイに通い続けたい。創価学会の係わりを大切にしたい	前頭側頭型認知症の疑い 摂食自立、入浴一部介助だが排泄ケアが課題	H27/9/28~H27/10/2	交流を楽しむ(本人希望) 整容、入浴、排泄 転倒防止(安心安全) 在宅生活の継続	24時間定期巡回(毎日) 通所介護(週2回) 福祉用具	12,062円	要介護1
2	事例2	女性	66	母親と二人暮らし	脳腫瘍術後、症候性てんかん、右片まひ、失語症	・サ高住の夫婦室に母親と居住/ 主介護者なし(母も要介護4)	食事量低下、歩行困難が顕著に。歩行状態の改善有無と介護の見通しを検討するため	24時間定期巡回(毎日) 福祉用具 通所リハビリ(週1回)	要介護1	歩行ができるようになりたい	脳手術後認知機能低下と失語症、抗てんかん薬管理、活動性が低い(廃用症候群の恐れ)、生活パターンはできている、	H27/11/9~H27/12/9	環境整備の必要性 会話機会の確保の必要 頻回リハビリによる歩行状態の改善(ADLの維持)	24時間定期巡回(毎日) 通所リハ(週2回) 福祉用具、訪問診療	40,983円	要介護2
3	事例3	女性	89	独居 キーパーソンは甥	心不全、不整脈、高血圧、圧迫骨折、神経因性膀胱(カテーテル導尿)	・独居・日中独居/ 主介護者がいない/ 公営住宅居住/ 住むところを探したい	医療ニーズあり独居生活の継続が困難となった。新たに住まいも含めた支援内容を検討するため	-	要介護2	高齢者住宅に住みたい、住宅からデイケアに通いたい	AD(軽度) 独居のため低栄養、精神的不安定、服薬も曖昧、保健師訪問するも拒否でサービスにつなげていなかった。	H27/11/27~H27/12/27 (骨折入院のため中止)	【心身状態の安定】 心不全の悪化予防、確実な服薬、尿カテーテルのトラブル予防、栄養維持 生活の活動の幅の拡大	24時間定期巡回(毎日) 通所リハ(週1回) 福祉用具 (高齢者住宅への引越し)	17,842円	要介護2
4	事例4	男性	87	妻と二人暮らし	脳こうそく後遺症、高血圧、混合型認知症	・主介護者が高齢・疾病 ・バリアの多い住環境 ・長男長女が市内在住で介護には協力	在宅生活を希望するが、妻の骨粗鬆症悪化で介護困難なため、本人に合った介護サービスの導入と介護負担の軽減のため	通所介護(週2回) 訪問リハビリ(週2回) 福祉用具	要介護2	自宅で暮らしたい	混合型認知症 未診断で進行していた 活動的な反面認知機能低下転倒リスク大、ADLでは入浴排泄などで見守りが必要	H27/10/15~入所中(発熱あり退所延期)	在宅生活継続、介護負担軽減、交流と体調管理 認知症でも安全安心して暮らせるように	24時間巡回型(毎日) 通所介護(週2回) 短期入所療養介護 福祉用具	20,462円	要介護3
5	事例5	女性	91	長女、次女、次女の息子夫婦、ひ孫と同居	脳こうそく後遺症、高血圧、糖尿病、白内障	・別地で旅館経営のため主介護者が不在になる期間ある ・精神疾患のある家族が同居している、介護負担感大	在宅サービスを利用して生活していたが、今後長期的にもサービスを見直すため	訪問介護(週1回) 通所介護(週2回) 短期入所療養介護 福祉用具	要介護3	本人は家族と一緒に家族は施設入所を希望	血管性認知症、BPSDなし麻痺のためADL一部介助見守り必要 転倒リスク大、インシュリン注射	H27/9/8~H27/9/24	体調安定、ADL維持、じょそう予防、誤嚥防止、社会参加の機会	24時間巡回型(毎日) 短時間DS(週2回、入浴) 福祉用具 受診介助	21,300円	要介護3
6	事例6	男性	65	妻、長女、孫と同居	脳内出血(左片麻痺と高次脳機能障害等残存)、PEG増設	・妻、長女、孫と同居	在宅生活を希望するが、脳内出血後心身に障害が残り、PEG増設等により生活機能が低下していた、在宅で生活を継続するサービス調整のため	訪問看護 福祉用具貸与・購入他	要介護5	本人は家族と一緒に家族は施設入所を希望	ADL低下し、全般的に介助が必要である。認知症は軽度だが、脳内出血に伴う障害が残り、今後は心身状態のバランスが必要	H27/12/4~H27/12/11	体力低下の改善、疼痛軽減、清潔保持、生活環境が整う、介護負担の解消	24時間巡回型(毎日)定期巡回 訪問看護(週2) 訪問リハ(週2) 通所リハビリ(週1) 福祉用具貸与	41,100円	要介護5
7	事例7	女性	82	独居 キーパーソンは長女	左上肋骨近位骨折、認知症、	独居/ケアハウス(みやび)居住 骨折後入院し退院予定	退院後、24時間定期巡回を利用予定だが、本人の状態像の評価とサービスの内容を検討するため	訪問介護(週2回) 訪問看護(週2回) 福祉用具	要介護1	ケアハウスでの生活を続けたい	血管性認知症 BPSDあり、筋力低下等によりADL低下、日課や生活の管理が難しくなっている	H27/12/14~H27/12/21	残存機能を活かすだけでなく心身両面から脳活刺激を与えることが進行を遅らせる最大武器に。確実な服薬、体調くずさず、	24時間巡回型(毎日) 通所リハビリ(週1回) 訪問看護・リハ(週1回)	10,762円	要介護1
8	事例8	男性	71	一人暮らし	アルツハイマー型認知症、冠動脈狭窄の疑い、狭心症の疑い	・低所得(生活保護) ・元妻が近隣居住、主介護者がいない	心身の機能に不安があり、このままの1人暮らしでは在宅生活が不安であり身体状況を評価するため	通所リハビリ(週3回)	要介護1	別れた妻の支援は続けたが、在宅の一人暮らしに不安あり。老建入所を希望	ADは自立、身体的な筋力・バランスの低下	H27/10/14~H27/10/31	他者との交流等による心身の活性化、体調維持異常の早期発見、手指の円滑な動き	通所リハビリ(週3回)	11,497円	要介護1
9	事例9	男性	76	妻と二人暮らし	糖尿、硬膜下血腫、糖尿病、帯状疱疹、脱水等	・妻も要介護で介護力脆弱 ・主介護者がいない	急激な体調変化、生活リズムの崩れ等があり生活状況の把握とサービスの検討を行うため	通所リハビリ(週3回) 訪問介護(生活援助) 訪問看護(週1回)	要介護1	調子が良くなってから自宅に帰りたい	薬剤性の副作用の可能性、麻痺に加えて急激な体調変化でセルフケアに支障が出ている、	H27/11/26~H27/11/30	歩行状態の維持、身体のかゆみ軽減、生活リズムを整える、内服薬の服用で体調を整える	通所リハビリ(週3回) 訪問介護(生活援助) 訪問看護(週1回)	15,991円	要介護1
10	事例10	女性	93	独居 キーパーソンは次男嫁	変形性腰椎症、腰椎圧迫骨折、高血圧・高脂血症、骨粗鬆症	・経済的な困難 ・主介護者が不在になる期間がある	介護者が不在になる期間があり、ケアハウスで暮らせるようにするための心身状況の評価を行うため	通所リハビリ(週3回) 短期入所生活介護 福祉用具貸与	要介護1	自分のことは自分でしたい ケアハウスで暮らしたい	ADLは自立、生活リズムもあるが、身体機能が低下している	H27/11/18~H27/12/5	通所サービスで活動量の向上を図ることが必要。環境整備、他者とのトラブル防ぎ	通所リハビリ(週3回) 訪問看護 福祉用具貸与	8,683円	要介護1
11	事例11	女性	74	長男家族と同居	脳こうそく後遺症、変形性膝関節症、高血圧、心房細動、頭部打撲、右手関節骨折	長男家族と同居、長男妻は看護師、夫婦就労で日中独居 マンション居住、成形は家族支援	介護負担軽減を目的としてアセスメント入所。本人の状態像をアセスメントしながら、自宅と施設を行き来しながら生活していくため	通所リハビリ(週4回) 短期入所療養介護	要介護2	老建と在宅を行き来しながら生活してゆきたい 孫や長男夫婦と楽しく生活したい	血管性認知症、片まひ、屋内歩行は安定するも屋外歩行では見守りが必要 交流好むが発語少ない 生活スタイルが確立されている	H26/7/1~H27/7/12	介護負担の軽減、外出時のつきそい、安定した生活ベース、ADLの機能保持	通所リハビリテーション(週4回) 短期入所療養介護	18,105円	要介護2
12	事例12	女性	82	次女家族と同居	アルツハイマー型認知症、乳がん、右変形性膝関節症	次女家族と同居、一戸建て、主介護者は次女(専業主婦)	主介護者である次女が、最近の母親の認知症の進行について、評価してもらい今後の見通しを検討したいと考え利用相談となった	通所リハビリ(週3回)	要介護2	げんきのでる里の通所を利用したい、自分でできることは続けたい、できないことは手伝ってほしい	認知症中等度、通常よりこの時期を早いスピードで推移する可能性があり、生活機能の補完と生活リズムの調整が重要	H27/11/24~H27/11/30	生活ベースの補完、体力低下の予防、排泄の声かけと確認、清潔の保持	通所リハビリ(週3)	12,791円	要介護2
13	事例13	女性	92	長女夫婦と同居	十二指腸潰瘍、アルツハイマー型認知症、うつ病心不全	長女夫婦と同居するも、長女夫が末期がんで療養中で介護負担大	在宅生活の意向があるも、主介護者の介護負担大、過去にうつもあり精神的不安定、ADLの低下もみられ老建入所となった(リハビリ希望)	認知症対応型通所介護(週3回) 短期入所生活介護 福祉用具	要介護3	ゆっくり寝ていたい	アルツハイマー型認知症(重度期) BPSD有 不要薬の整理が必要 認知症集中リハビリテーションとデイのアクティビティで安定した状態を維持	H27/11/5~H27/11/18	動作は概ね自立のため通所や短期入所介護負担軽減 身体機能維持向上、食事摂取の観察等が必要	通所リハビリ(週3回) 福祉用具	17,646円	要介護3
14	事例14	女性	82	夫と長男夫婦と同居	廃用症候群、アジソン病、高血圧、骨粗鬆症、脳こうそく後遺症、急性副腎不全、圧迫骨折等	・主介護者は長男妻、夫は要支援認定。長男妻は通院介助はするが介護協力難しい(自分の母親を介護しているため)	多数の疾病があり通院や内服加療していたが圧迫骨折で入院・転院。退院後自宅での生活を希望していることから、アセスメント入所となった(リハビリ希望)	訪問介護(家事援助週2回)	要介護4	リハビリできる場所にうつりたい、自宅で暮らしたい	日常生活自立しているが、体力低下バランス力低下で転倒の危険がある、服薬管理必要、生活リズムの保持、独歩を行えるよう身体機能の維持が必要	H27/7/15~H27/8/28	・デイケアを利用したリハビリ必要、同行支援による定期的な通院の実施、デイケア時の入浴、アクティビティによる楽しみ保持	通所リハビリ(週2回) 訪問リハビリ(週1回)	13,950円	要介護4
15	事例15	男性	87	妻と長男夫婦と同居	ラクナ梗塞、本態性振戦、高血圧症、胸椎圧迫骨折	介護者の妻が骨折入院のため、ショートステイ利用 長男夫婦とは別のペースで生活	ショートステイを利用して、妻入院中利用希望。その後自宅に向けてサービスを検討するため	通所介護(週1回) 福祉用具	要介護4	妻が入院するためお世話になります。身の回りのことが一人でできないので心配、お手伝いをお願いしたい	血管性認知症、ADLでは、嚥下困難、入浴介助。発話、認知機能の維持が必要、	H27/10/22~H27/11/4	定期的な入浴、排泄支援、転倒防止など家の中で安全に生活できることをめざす	通所リハビリ(週2回) 訪問リハビリ(週2回)	14,250円	要介護4
16	事例16	男性	83	妻、次男、長男夫婦と同居	脳出血、高血圧症、認知症、くも膜下出血、脳梗塞	脳神経外科病院から退院後通所リハ利用、その後再入院して在宅復帰の予定/妻と次男、長男夫婦と同居、造園業は長男が跡を継いでいる	入院中認知機能の低下と意欲低下、介護拒否があり退院にあたって在宅での介護サービス見直しを相談したい、あるいはふさわしい施設について助言を受けたい	通所リハビリ(週3回) 福祉用具貸与	要介護4	もう年だから何もできない、何もしたくない	現在は活発な人だが現在リハビリ以外はベッド仰臥、ADL一部介助、血管性認知症(Ⅲa)、排せつ介助	H27/10/23~H27/11/22	意欲低下と歩行不安定がある、今後も身体機能の保持のためのリハビリが必要	通所リハビリ(週6回) ※支給限度額を284単位肥えている	68,717円	要介護4

	プロフィール	アセスメント入所前				アセスメント入所				アセスメント入所後の状態						
		性別	年齢	家族	疾病	生活環境	利用の経過・きっかけ	当初サービス	要介護度	希望する生活	状態像	アセスメント入所期間	アセスメント結果特徴	サービス	費用	要介護度
17	事例17	女性	80	夫、息子と3人暮らし	腰椎圧迫骨折、糖尿病、間接リウマチ、高脂血症、高血圧	夫、息子と3人暮らし。入院までは生活自立、家事や夫の薬の管理もしていた、1Fが倉庫で2Fが自宅の家屋に居住。自宅はバリアフリーだが、外階段が7段あり	腰椎圧迫骨折で在宅療養から退院、退院後老建でのリハビリを希望、退院後はデイケアとショートステイを利用しながら、自宅で暮らしたいとの希望があることから、アセスメントして、サービスを検討することにした	-	要介護4	リハビリして早く自宅に戻りたい、もう少し歩きがよくなくて今まで通りごはん支度と買物ができるようにやりたい	-	H27/12/25～H28/1/30	全般的にパワー不足、外出は歩行車の使用や付添が望ましく、IADLも同様、今まで行っていたことを同様に支援が必要。早期に生活場面に即したサービス調整も行う	通所リハビリ(週3回) 福祉用具購入 住宅改修	18,873円	要介護4
18	事例18	女性	76	長男家族と同居	糖尿病、統合失調症、右手中指骨折、胆石・胆のう炎、腰椎圧迫骨折	長男家族と同居、自営で布団店を経営している。主介護者は長男妻、通院は長男が介助	うつ状態から自宅に引きこもり、老建入所後自宅に戻ったが骨折を契機に意欲低下が進み家族の負担感が大きかった、アセスメントで在宅生活を継続するため	通所リハビリ(週2回) 福祉用具	要介護3	自分の身の回りのことは自分でしていた、自宅で暮らしたい、余り外には出たくない	H27/11/27～入所中(転倒打撲あり退所延期)	精神面での管理が望まれる。骨粗鬆症を考えると下肢筋力低下を補うための強化を行い見守り歩行や車いすでの在宅復帰が望まれる	通所リハビリ(週2回) 訪問看護(週2回) 福祉用具 多岐入所療養介護等	39,764円	要介護3	
19	事例19	女性	80	夫と二人暮らし キーパーソンは長女	アルツハイマー型認知症、高血圧症、脂質異常症、脳腫瘍等	夫と2人暮らしだが、夫が入院中長女がキーパーソン 市営住宅に居住 年金生活	ショートと自宅を往復して生活していたが、夫が倒れ意識不明(人工呼吸器対応)に。在宅生活希望だが主介護者不在のため老建等生活環境の確保が望まれている	短期入所生活介護	要介護1	家で父さん(夫)と一緒に暮らしたい	H27/8/25～H27/9/6	アルツハイマー型認知症であり中等度期にさしかかる、ADLは自立しているが、低下が予想される認知症の進行も予想される	交流が好きで好きな活動への参加が良好、認知機能の低下を遅らせるために、他者と交流する日課継続が望ましい。ADL/ADLの維持	短期入所生活介護(月27日)	16,915円	要介護1
20	事例20	女性	89	長男夫婦と同居	脳出血後遺症 高血圧症、便秘症、腰椎圧迫骨折、骨粗鬆症	長男夫婦と同居 マンション6Fに居住 家族関係は良好で手厚い支援体制	ショートステイ不定期に利用していたが、ADL介助量が増えた。ADL精神機能面の評価と生活環境の整備、サービス内容や介助法の検討を目的にアセスメント入所を希望	通所介護(週3回) 短期入所療養介護	要介護3	長男夫婦に助けってもらいたくない、身体が動いたら本当は好きなこと、やりたいことはたくさんある、トイレを何とかできるようにしたい	H27/12/14～H27/12/19	脳出血後遺症による血管性認知症、体力や意欲低下、福祉用具があっても自分に自信がもてず、痛みや寝不足、不安定な状態を維持し、清潔の保持を目標とする	認知症とADLの低下がスパイラル状態、生活環境の改善、専門医の受診、一定期間の老建への入所も考えられる	通所介護(週3回) 短期入所療養介護(月5日) 福祉用具貸与	19,368円	要介護3
21	事例21	男性	85	独居 キーパーソンは長女	慢性硬膜下水腫、急性硬膜下血腫、肋骨骨折、アルツハイマー型認知症、狭心症等 (交通事故による外傷)	元警察官・現役時代は世界の山の登山をしていた、妻死去後独居生活を送っていた。キーパーソンの長女は近隣に住んでおり支援可能。 年金月20万円	小規模多機能型居宅介護施設に転入して生活していたが、交通事故に巻き込まれ肋骨骨折、交通事故による外傷	小規模多機能型居宅介護	要介護1	自宅に戻りたい(家族は、独居が難しいので高齢者住宅で暮らしてもいいかと希望)	H27/10/3～H27/10/30	アルツハイマー型認知症ADL、セルフケアは自立だが認知機能低下しており、中等度期にさしかかる、帰宅願望あり	安定した金銭管理、服薬による体調管理、安定した排便コントロール、社会生活継続	小規模多機能型居宅介護	10,496円	要介護1
22	事例22	女性	72	次男と二人暮らし キーパーソンは長男	アルツハイマー型認知症、うつ、交通事故	統合失調症の次男と2人暮らし(長男は東京で生活、事実を伏せている)、次男はGHへの入居が決定。生活保護申請。兄と姉がいるが、疎遠気味	認知症により地域からの通報で包括介入。火の始末、被害妄想等もあり訪問介護導入するが親子での生活は困難と判断し次男はGH、本人は老建入所となった。自宅は取り壊し予定	訪問介護	要介護2	息子と家のことが心配だが老建入所後年金収入で生活できる環境を検討したい	H26/9/1～H27/9/30	前頭側頭葉型認知症、異常な常同行動が目立っている、HDS-Rは27点だがFABは7点、摂食は自立、入浴や排せつは不十分で声かけ等が必要	前頭側頭葉型認知症のため生活全般に個別の対応や介助が必要のため、施設内の保護された環境で自由に安定した生活が送れるようにすることが必要	小規模多機能型居宅介護	24,848円	要介護3
23	事例23	女性	101	三女と同居	圧迫骨折、骨そしょう症、便秘、脱臼・骨折など	三女と同居していたが、三女が小樽に行くことになり長女宅で過ごしていた	圧迫骨折のため入院、老建入所後自宅退所の意向があるため、アセスメントを行う(老建2～3か月入所)	-	要介護3	家でも施設でも暮らしは変わらないのでどこでもよい家族と過ごす時間を楽しみたい	H27/1/4～H28/1/15	アルツハイマー型認知症(重度期) ADL介助が必要自分の身体状況に応じた安全管理ができないので介助や環境調整が必要	これからの状況にも備え、最後まで本人の尊厳を失わないケアをめざす	小規模多機能型居宅介護	23,251円	要介護3
24	事例24	女性	93	独居	アルツハイマー型認知症 膀胱がん、高血圧症、心肥大、骨粗鬆症、など	独居、サービス付き高齢者向け住宅に居住	サ高住で独居生活。認知症の症状が出現。その後貧血で入院後はADLの低下が著しく訪問介護では支援困難となりアセスメント入所を利用	訪問看護(週1回) 訪問介護【毎日】 福祉用具貸与	要介護1	サ高住での暮らしを続けていきたい、週末に家族が遊びに来るのを楽しみにしている	H27/7/1～H27/8/1	アルツハイマー型認知症、ADLは入浴等介助、本人のペースを乱すと不穏傾向となる。ADLは変動が大きく、徐々に自立困難となる。	小規模多機能型居宅介護 在宅復帰、異常移動動作、立位動作などの安定	小規模多機能型居宅介護 訪問看護 福祉用具貸与	24,903円	要介護4
25	事例25	女性	87	夫と二人暮らし	高血圧症、逆流性食道炎 肺炎、骨そしょう症、認知症、狭心症、他	夫も要支援2、孫(長女)は時々支援しているが小さい子供がいるため介護には関われない	自宅で転倒、骨折で入院。介護者の夫も92歳で介護困難のため、24時間介護できる施設を希望	訪問看護 訪問介護 訪問リハビリ	要介護4	家に帰っても夫に迷惑をかけてしまう	H27/7/1～H27/7/23	アルツハイマー型認知症、ADLは立位を伴う動作が不安定で転倒の危険性あり、入浴等一部介助。認知症は周辺症状がなく落ち着いている、内向的な性格で活動量は低い	ADLの維持や定期的な服薬管理、生活の楽しみの保持が必要との助言あり	小規模多機能型居宅介護 福祉用具貸与	29,942円	要介護2
26	事例26	男性	90	独居 キーパーソンは長男	肺炎腫、敗血症、前立腺肥大、狭心症等多数	持家で独居、キーパーソンは長男、近くに長女が住んでおり日常的な支援を行っている	老建入所により、リフト浴で、入浴できるようにしたいと考え入所相談がある	訪問介護(週2回)	要介護4	リハビリにより動けるようになって自宅に帰りたい	H27/8/28～H27/9/30	認知症はなし、パルカンカテール処置を利用。長期仰臥による廃用が強くADLは全面介助だったが、一部介助に改善した	長期入院でADLが低下していることから、自宅内環境の整備や清潔保持、転倒防止を心がける	小規模多機能型居宅介護 福祉用具貸与	30,221円	要介護4
27	事例27	女性	84	長女と二人暮らし	脳梗塞、圧迫骨折、骨粗鬆症、認知症、心房細動、等	長女と二人暮らし、長女は理学療法士。市内に次女家族がおり関係は良好	脳梗塞発症、急性期病院からリハビリ病院に転院し自宅に戻る前に老建入所を希望。サービスは自宅近くの小規模多機能型居宅介護を継続希望	小規模多機能型居宅介護(月～土) 訪問リハ(月2回) 福祉用具貸与	要介護5	自宅に帰りたい	H27/11/1～H27/11/21	血管性認知症、ADLが入院により低下しており、自宅内介歩行レベルが目標である	体力アップ、転倒防止、失語症が残存することから家族での会話機会を得て自発性を促す	小規模多機能型居宅介護 福祉用具貸与	29,856円	要介護5
28	事例28	男性	87	長女家族と二世帯	前立腺がん、レビー小体型認知症、高血圧、腎臓がん	妻と、長女家族と二世帯居住 次女と長男市内居住、介護への協力はある	小規模多機能型居宅介護を利用して生活していたが、レビー小体型認知症が進行し病院内で転倒、退院後は特養に相談、アセスメント入所となる	小規模多機能型居宅介護 訪問看護 福祉用具	要介護5	不明	H27/12/7～H27/12/26	混合型認知症重度期 嚥下障害が進行誤嚥リスクが高い、特浴にて全介助入浴、排便是下剤服用	健康状態を見守ってもらい、体調が悪化せず無理なく過ごせるように	小規模多機能型居宅介護 訪問看護 福祉用具貸与 訪問診療	33,929円	要介護5
29	事例29	女性	80	夫、長男と同居	全身打撲、アルツハイマー認知症、圧迫骨折、骨粗鬆症	夫(認知症)、長男(知的障害者)と同居、次男は札幌東区に居住	ベッドから転落し左鎖骨骨折・全身打撲で安楽リハビリ目的で入院、再入院。退院後の生活状況から最終的に自宅退院は困難と判断され、施設入所希望	-	要介護3	家に帰りたい	H27/12/15～H28/1/23	前頭側頭葉型認知症(中等度～高度) 骨折の既往を繰り返してリハビリでの身体機能回復が進まないADLは変動的で介助が必要	常に介護者がいる環境が必要であり、転倒リスクへの配慮が必要、リハビリによる機能維持がどこまで可能かが課題	小規模多機能型居宅介護 福祉用具貸与	27,001円	要介護3
30	事例30	男性	89	独居 キーパーソンは次男	脳梗塞、糖尿病、高血圧、複雑骨折、クモ膜下出血	大学事務員、80歳のときに妻が他界し、独居。長男夫婦、次男夫婦、長女は障害施設入所中。キーパーソン次男でまめに訪問をしていた	脳梗塞発症しリハビリ入院をしていたが、自宅退院が困難との判断で、入所相談となる	-	要介護3	一人暮らしをしていた自宅は車いすでも暮らせない。自宅をなおすよりも転居したほうが現実的なのでケアハウスに入所して自由に暮らしたい	H26/10/16～H27/10/31	血管性認知症 認知機能低下は軽度だが自身の症状管理が困難で周囲のサポートが必要。リフト浴利用	リハビリにより能力維持が可能、イベント参加による認知機能の活性化、安定的な在宅生活に対する示唆	小規模多機能型居宅介護(2割負担) 福祉用具貸与(2割負担)	48,974円	要介護3
31	事例31	男性	81	妻、長女夫婦、次女と同居	認知症、糖尿病、高血圧症、脳こうそく後遺症、腰椎圧迫骨折、白内障、右肩腱板断裂、誤嚥性肺炎等	妻と長女夫婦、次女と同居、主介護者は妻。長女次女とも障害があり、実際の介護は妻が行っていた	徐々にADLの低下が進み、在宅介護を続けてゆくにあたり、本人の状態を理解しどのように介護していけばよいか知りたいとのことからアセスメント入所の利用相談となる	通所介護(週3回) 短期入所生活介護 必要時	要介護3	住み慣れた自宅で家族と一緒に暮らしたい、できるだけ歩ける状態を維持したい、動機に働いてきたことを誇りに思う	H28/1/8～H28/1/14	血管性認知症 認知機能低下は軽度だが、摂食嚥下機能が低下、入浴介助、リハビリパット対応、散歩や買い物日光浴等をお好み、体操やリハビリを頑張っても良い	認知症が進行していることから、食形態の調整と能力発揮できる内容の調整が在宅生活を長く継続できる鍵であると思われる	認知症通所介護 福祉用具貸与 訪問看護・リハビリ	18,487円	要介護3

第4章 ケアマネジャーへのグループインタビュー

1 調査概要

(1) 目的

- ・ アセスメント入所でアセスメントを担当した施設(居宅)ケアマネジャーに集ってもらい、ケアプランを作成する際の困りごと、アセスメント入所を行った利用者のケアプランの変化やサービスについて多職種で検討していくことの良さ、課題などを話し合ってもらった。

(2) 調査対象

- ・ アセスメント入所でアセスメントを担当した経験のあるケアマネジャー7名
居宅ケアマネジャー 法人内 5名
居宅ケアマネジャー 法人外 1名
施設ケアマネジャー 1名

(3) 調査方法

グループインタビュー

(4) 調査日

平成 28 年1月11日(月・祝)10:30～12:30, 13:30～15:30

(5) 調査内容：

- ① アセスメントを担当した感想
- ② ケアプランを作成する際の困りごと
- ③ アセスメント入所の効果(本人, 家族, サービス, 事業者間の連携の変化)
- ④ 多職種連携の良さ, 気をつけることなど

2 調査結果

- ・ グループインタビュー調査の結果、アセスメント入所に係った居宅・施設ケアマネジャーからは、「アセスメント入所」の意義や良さ、「アセスメント入所の成果」、「これからのアセスメント入所に必要なこと」、「アセスメント入所のこれからの方向」についての幅広い意見が出された。
- ・ 以下にその結果を整理する。

(1) 「アセスメント入所」の意義

アセスメント入所の意義は「根拠によるプランの提案・説明ができる」点に集約される。そうした検討のなかで、ケアマネに特化される機能が明確になり、より果たしやすくなると考えられた

- ① 家族や専門職も協働でケアプラン作成に取り組むことができる
 - ・ 家族もアセスメント入所に関わってもらい、「適切な介護をみんなで探っていく」、「適切な介護のためにアセスメント入所する」ことを目的にする意義はある。
- ② 複雑なケースを協働でひもとくことができる
 - ・ 専門職の全職が集まって担当者会議をすることにより、ケアマネが考えたプランをより細かくみてプランを立ててもらえる。
 - ・ 介護サービスの利用には、必要性云々の前に「使いたいものを使っている」ということがある。こうしたサービスありきの風潮を再考することができる。
 - ・ 目的を共有し、それが退所時に成果として得られる。解決できないまでも、全体像が把握でき、問題点や困難な点が見えてくる。
 - ・ 区分変更かけるとき(状態が変わっているとき)の理由づけ・根拠を示せる
- ③ 家族に対して働きかけることができる
 - ・ 家族が理解が難しいとき。家族に対する介護指導(当事者への適切な接し方や福祉用具の適切な活用方法、介護の現場や方法をみるなど)
 - ・ 家族がお金を払っているからこれ以上出せない、本人の年金で賄っているが全部は使えない、といった意識が働くことがある。必ずしも本人に望ましいサービスを使っているとは限らない。
 - ・ 夫に介護が必要な状態になった場合、今までと立場が逆転し、妻が強くなるということがあり、介護放棄になるケースがある。

(2) アセスメント入所が効果的だと感じたとき

- ・ 居宅ケアマネがこのシステムを使う時に、どういう理由で使い始めて、どういうことが得られたらいいのか。「全体として行き詰っているような時に、これからの方針を決めるためにじっくりアセスメントし

てほしい」という時もあるが、課題ベースで「こういう課題があるので、この課題を解決したい」ということで利用する、それから経験が浅かったり、『自分のやり方、本当にこれでいいのか』わからない時に、見直しのためにアセスメント入所を検討する場合もある。

- ・ 在宅生活の継続に不安があるとき(アセスメント入所で生活の改善や見直しにつなげたい)や退院時に状態が変わったとき、本人の機能がどのくらいできるかっていうことが分からないようなとき、在宅の生活が厳しくなって、これからどうしたらいいかが分からなくなったときなどが考えられる。

(3) アセスメント入所の効果

◆利用者本人にとっての効果

① QOL の向上, 安心

- ・ 生活の改善や在宅生活の継続につながる
- ・ 大勢に関わってもらえることでの安心感につながる

② 認知症の診断がつく

- ・ アセスメント入所によって、認知症の相対的な診断がなされる。

③ リロケーションダメージの解消

- ・ アセスメント入所による混乱等の発生について、「リロケーションダメージの解消策を見出せる」というプラスの視点をもつことに意義がある。

◆家族にとっての効果

① 介護のシミュレーションができる

- ・ 実際にサービスを使うことで、自分たちがどうなるか、(サービスのトライアル効果やシミュレーション)を体験してもらえた。
- ・ (サービスを使うきっかけとしての)トライアルとしての効果(介護負担の軽減の経験など)

② 期間中のレスパイト

- ・ 「私たちもちょっとは休める」というとをわかってもらうことができた。

③ 家族関係の改善(良い関係で暮らせる)

- ・ 専門職から、アセスメント結果(認知症の状態や身体状況等)を報告してもらうことで、家族に本人への関心を持ってもらえた。
- ・ アセスメント入所のメインの効果として、家族への影響ということもありそう。

- ・ ショートを使うと、険悪だった夫婦関係が良くなってくることもある。
- ・ 根拠を示すことで家族の協力がえられやすくなった。
- ・ 家族の理解が難しいときに、副次的に家族の理解を得られるという効果が見込める。
- ・ 家族からの理解を得るための手段として使う。そのことで本人が家で暮らしやすくなるかもしれない。
- ・ 家族が介護手法も含め見方が変わっていったり、受け入れがしやすくなったりする。
- ・ いろいろな人が関わることで、家族の心理的な負担が軽くなる。

◆ 専門職にとっての効果

① できる・できないの根拠，説明する根拠が得られる

- ・ 専門職からのいろいろな見解や提案があれば，その後の介護サービスの利用につながる。
- ・ アセスメント入所前には，家族から理解が得られなかったことが，その後で「認知症」という根拠をもって説明ができたことで，家族からの理解が得られた。

② 課題を協働で考えられる→心理的負担が軽減される

- ・ さまざまな状況に対するアプローチの方法を見出せる
- ・ 不穏になったときのアプローチの方法を見出すことができ，在宅に戻ったときに活用できる。
- ・ 社会(家の外)に出ていったときのフォロー対策や注意点等を見出すことができる。
- ・ より良いサービス内容の検討につながる
- ・ 同じサービスを利用するにあたって，サービス内容をより良くできないか，などを考えられる。

(4)「アセスメント入所」を推進するために必要なこと

◆ すべての段階で必要なこと

① 関係者間の情報共有

アセスメント入所入所の目的・意義の共有という観点からの情報共有，また入所後のカンファレンスにあたり，サービス事業所との間での情報共有が必要

- ・ ケアマネとして，カンファレンスに参加するのであれば，家族と利用者の前に事前に，結果について教えてもらった方が関わりやすい。情報共有をどのように進めていくのが課題。
- ・ (情報の共有化の進め方によって)家族に対し，アセスメント入所の目的・意義を共有してもらうための説明の仕方，を，もう少し改善していける可能性があるのではないか。
- ・ アセスメント入所後のカンファレンスに，在宅で利用するサービス事業所が参加することで，情報共有が図れる。
- ・ サービス事業者が一堂に会して説明を受け，在宅サービス提供方針を立てるのが理想である。
- ・ 福祉用具なども，その場で導入が必要なものや工夫の方法などを検討できる。

- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護なども、サービスに入る時間帯の相談などもその場で話し合いができる。

② 家族への目的・根拠・提案の伝え方

「自宅で長く暮らしていくために」、という観点からの説明が理解を得られるポイント。

- ・ 押しつけではなく、家族や本人が理解できるように(アセスメント入所について)説明できるか。
- ・ (説明事例として)「今はいいけど、この後も長く家で暮らせるために、ちょっとみてもらおうか」といった言い方をした。それで、本人が「ああ、じゃあちょっと私も身体をみてもらおうかな」となった。
- ・ (説明事例として)「全体的に見てもらわない?」といったようなことで、十分理解した人もいた。
- ・ 集約すると、「家で暮らしていくため」というところがポイントになると思う。
- ・ 「家族が自分の時間を大事にしないと長く自宅では看られない」ということを伝えていく必要がある。そのために、「24時間しっかり休めることは、とても大事だ」ということを知ってもらう。
- ・ 「ケアマネ変えたい」という話に対しては、たとえばこういう仕組みがあると有効なのではないか。

③ 業務と並行するための体制づくり

通常業務と並行して行うことの大変さがあるので、アセスメント入所専任の人員配置が必要。

- ・ 「24時間ずっとついてみている」ことができない。完全に見切れていない部分もある。
- ・ 施設の職員は、通常業務にプラスアルファの動きをして、いろいろなどを見て行こうと思っている。一般の入所やショートよりも細かく打ち合わせをする。その意味で確かに大変。
- ・ アセスメント入所選任の人員が配置されれば結構まわりそう。「アセスメント係」が必要。
- ・ 老人保健施設ならではの動きだと思う。もともと「在宅に戻すための施設」であり、いろんな職種がいて目標期間もある。その中でどう見ていくかということ。
- ・ アセスメント入所の経験が他にも役立てられることで、職員が成長していく。

◆ 【場面ごとに】入口で(入所にあたって)に必要なこと

① アセスメント(評価)の重要性を認識することが大切

アセスメント入所の目的・意義として、在宅での生活が厳しくなったとき、本人の状態が変わったとき、初めて介護保険サービスを使うときなどがあげられた。まずは、「きちんとした評価」が得られることで、その後の具体的なサービス提案につながる。

- ・ アセスメント入所の目的を明確にする必要がある(長く自宅で暮らせるようにするなど)。
- ・ 在宅の生活が厳しくなった時、退院時、区変も含めて本人の状態が変わったとき。
- ・ 介護認定を初めて受けて介護保険サービスを使うときにアセスメント入所を利用する。→アセスメント入所でサービスを決めていく。
- ・ 最初からきちんと評価をしておく、時系列でその人の変化をかなり詳細に把握でき、その後のこと

にも影響する。

- ・ 状態が変わる区変の時や本当に初めてという「お初サービス」の時にきちんとした評価ができる。
- ・ すぐショートステイかデイサービス、通所系に走るというのではない、きちんと「何がこうだから、こういうサービスが望ましい」と話し合える。
- ・ 通所系、訪問系の中でどういう組み合わせで、時間、回数、その中身などが大事になってくる。最初の段階できちんとアセスメントがされ、「この人には、こういう内容の通所系サービスがどのくらいあれば、状態が維持できる」などといえる。

② 利用パターンを類型化しておく必要がある

利用パターンのタイプを類型化しておく必要がある。困りごとがあってそれを解消したい、行き詰まっているときに新たな視点からの評価がほしい、白紙で一から評価してほしい、多角的な視点からの見直しが求められる、などいくつかのパターンがあるから。

- ・ 「目的があって、困ったことがあって、そこを解消するために利用する」という場合、「出口が見つからなくて行き詰っている時に、ちょっと知恵をもらって、新たな目線での評価をもらってつなげていく」という場合、「白紙な状態で、一からやってほしい」という時に使う場合、など何パターンも使い方が出てくると思う。
- ・ 課題があって利用するということもいいが、「別に何もなくて、心配だから入れました」みたいなことでも、にいいのではないか。見落としや潜在的な課題の発見も大事
- ・ ケアマネの経験のあるなしにかかわらず、「見方を変えて多角的に見ていくと、実は違うところに課題があった」ということがある。

③ アセスメント入所による効果の説明ができることが大切

アセスメント入所では、評価は人それぞれで評価後「だからどうできる」という「効果」の説明が大切。そこで、ケアマネ自身が目的をきちんと理解し、サービスの見直しまで提案できること、そのことによって家で長く暮らせるようになり、家族も楽になること、などを説明できることが重要

- ・ 「アセスメント入所の説明の仕方」(意義や主旨など)の難しさがある。
- ・ ケースによって違うから、「個々によって、こういうことが必要」という打ち合わせをしながら決めていく形になる。
- ・ 「アセスメント入所を利用して状態像がわかる」までは説明できるが、「だからどうなる」「どうできる」までを説明するのは弱い。
- ・ アセスメント入所の意義を、なかなか家族に理解してもらえないことが課題。→その原因の一つが、アセスメントをして細かい状態がわかるメリットがあるが、さらに「その後どのような変化につながっていくか」は説明しにくい。
- ・ 単に「ケアプランを見直す」だけではなく、「何かサービスを変える必要がある」などのことがないと、(アセスメント入所を)利用するきっかけにならないと思う。
- ・ 「サービスの行き詰まり」状態でなくても、アセスメント入所によってサービスを「見直す」こともできるのではないかと。

- ・ アセスメント入所することで、専門的に「これはこうだから、こうです」「これを使うことによって、本人も家族も楽に介護することができる」と説明をすることで、家族も改めて納得して「じゃあ、それでやってみようか」となったケースがある。
- ・ 独居など家族がいなければ、正しい支援の仕方を進められる。アセスメント入所も、必要ならできるだけではないか。逆に家族がいるときに、本人の意向と一致していないときに、どのような立場から(アセスメント入所の利用を)提案するか。
- ・ 理解のある家族には、本人が「これから長く暮らせるように使ってみようか」という方もいる。
- ・ 居宅のケアマネの立場からの反省点として、アセスメント入所をお願いするとき、その期間中、もう少しきちんとかかわって、情報提供などをした方が良かったと思う。
- ・ (なぜアセスメント入所が有効と思ったか)本人や家族に「こういうもの(アセスメント入所)があります」と提案したが、それが受け入れられなかった。もう少し専門的な見解が得られる等のことを説明できていれば、(アセスメント入所に)利用につながったのではと思う。
- ・ 自分自身のアセスメント入所への理解が薄かったために、うまく説明できなかった。
- ・ 「アセスメント入所が必要でしてもらおう」と思った時には、それなりの目的をケアマネは考えている。だから、それをきちんと伝えられて、うまく理解してもらえれば大丈夫だと思う。

④ ケアマネとして、アセスメント入所の目的・目標を共有化することが大切

ケアマネとして「どんな困りごとがあって、どんなことができればいいのか」を明確にし、それを家族や施設側と共有化できることが重要。

- ・ 何があれば「ああ、良かった」と思えるか。こんな困り事が起きて「アセスメント入所使おう」となって、どういう結果がもらえると、「それは良かった」「それなら、この問題解決できる」と思えるか。
- ・ 入所の前に、アセスメント入所をすることの目的や(こうなることを望んでいるという「目標」をしっかりと事前に打ち合わせをしておくことが必要。
- ・ 居宅からのケアマネの方が行き詰った、時の行き詰まりポイントを事前に共有できるということ。
- ・ たとえば「家でこういうことで困っているから、この部分をアセスメント入所で見たい」と→評価する→(次のステップとして)「その後のサービスの内容や目的が明確にできるように、後半をみていくなどの段取りができれば、退所後のしっかりしたプランニングにつながるのではないか。
- ・ アセスメント入所の目的を、居宅のケアマネの方から伝えて共有する。そうすれば、入所期間中、すべてを網羅的にアセスメントしなくてもよくなるかもしれない。
- ・ 居宅で何が困っていたかということ共有していかないと、「どこを目がけて書けばいいか」ということが、わからない。それは、ちょっとした工夫でできそうな感じ。
- ・ 居宅ケアマネから、アセスメント入所の理由を、事前にその家庭をみてもらいながら、共有できるようにする。また家族がそこにいればその状況も評価してもらいたい。

◆ 【場面ごとに】期間中(入所している期間)に必要なこと

① 利用者の「生活イメージ」を考えること

「自宅で暮らしていくため」という視点に立ち、在宅での生活をイメージすることが大切

- ・ 「在宅で暮らしていくため」の視点からのアセスメントが大切である。
- ・ 在宅での生活の視点を持つことが重要である。
- ・ 1週間という凝縮した期間で、いろいろな職種と「ここまで今できるけど、3カ月後にはこうで、こういうサービスを受けたら、こういうことができるんじゃないか」と話しあいはするが悩むところが多い。
- ・ 入所期間と在宅の境目をなだらかなものにしていくという意味で、施設が在宅のほうにおいていく、現場のほうにおいていくこと、一方で居宅のケアマネが施設の様子に関わっていくという両方がある。
- ・ 入所中から在宅の様子等の情報があれば、少し生活イメージしながら、機能の分析ができる可能性がある。そこは大切なポイントになる。

② 施設スタッフと居宅ケアマネとのコミュニケーション

居宅ケアマネと施設の間で在宅での生活の様子等の情報交換やコミュニケーションが図られていること、また本人の在宅での生活状況を把握しておくこととしておくことが大切。

- ・ ケアマネが解決したい具体的なことを、最初に施設のほうに言うておく。
- ・ 「こういうところを重点的にみてほしい」という希望があって、「じゃあ、まずこれをやってみて、これをやった結果、だめだったから次の方法」というのを、その7日間の間何でもできる。最初に目的がしっかりしているとこちらとしてもやりやすい。
- ・ どのタイミングでケアマネに関わってもらうのが一番効率がいいのかと考えている。まだわからない。(最低で3回ミーティングをしている)
- ・ 入所期間にケアマネが行かなくてはいけないと思うのは、本人が非常に不安に思っているときで、入所日もしくは翌日など。それは必ずではなく、その人、状況による。それと、退所日のカンファレンスへの参加は必要。できれば、在宅で利用しているサービス事業者にも参加してもらう。それが更新時にぶつけられると望ましい。
- ・ (アセスメント入所で)本人の不安な状態が、施設入所によって起きているのか、在宅でも起きていることなのか、の区別がつきにくいとき、居宅ケアマネと接点があれば「お家でもこうだったんですか」という話ができる。
- ・ 専門的に見てほしいと思うところを、アセスメント入所の際に「ここをみてほしい」と先に伝えておく。
- ・ その方の生活環境や何をどうすればいいかということは、ホームのケアマネジャーもよくよく分かっている。ベッドは入れたほうがいいし、できればたんすの位置もずらしたほうがいいし、入り方だって変えたほうがいいし、そもそも介助の仕方も変えたほうがいいなど。
- ・ 施設でアセスメント入所した情報と、居宅のケアマネがまだ離れているから、お互いにやりづらい感じが少しある。例えば、居宅のケアマネが入所中に足を運んで話し合う、コミュニケーションをとる、などの接点が構築されていったり、逆に施設の人がお家にとか、何かの形で入り込んでいながらアセスメントする。などの仕組みが必要ではないか。

<地域への係わり>

- ・施設も地域のほうに目を向けて、「地域で何をすべきか」ということを、専門職としていろいろ考えていかなければいけない。そこに関わっていくためには、もっと在宅のことを知らないといけない。なにより、「地域の役に立てる」ということを施設は考えなくてはいけない、と感じた。

③専門職の評価による根拠づけ

専門職による<機能評価>をもとに、<具体的かつ最適なケアの方法>を、根拠をもって提案できることが最大の利点であり、家族に受け入れられる最重要ポイントである。

- ・「身体の状態がこうだから、機能評価をもとにすればベッドに入るときはこっち側から入ったほうが入りやすいし、介護もしやすいんですよ」という説明が、たとえばリハから下りてきたりする。それを聞くことで、「じゃあ、ベッド入れようか」みたいな話になったりする。
- ・「こういう皮膚の状態ですから、これを使うことによって、今の皮膚の状態を保てます」など具体的に示せば、ある程度、ご家族も「じゃあ、使ってみようかな」という気分になるんじゃないか。そういう根拠があったら、家族としても受け入れやすいのかなと思う。
- ・ご本人に最適なケアの方法がアセスメント入所でわかる。それを根拠を持って示せるのが利点。
- ・「過介助」になり過ぎて、家族が潰れてしまうパターンにならないためにも必要。
- ・自分で寝返りを打てるためにはどうしたらいいか。福祉用具なのか、本人の筋力なのか、介護力なのか、見極めてもらえないかっていう提案の仕方になる。目的は、できれば自分で、褥瘡予防のために寝返りを打てる。それでもダメだったら、褥瘡予防のマットということになる。

◆【場面ごとに】出口で(在宅に戻るにあたって)必要なこと

①アセスメントの到達目標の設定と提案

アセスメント後の「その後どうするか」という「出」の部分が課題であり、在宅生活に戻ったときを想定して、どのような目標を達成し、どういうサービスを提案するのか大切

- ・アセスメント入所の到達目標を設定することが、アセスメント結果の活用のために重要ではないか。
- ・アセスメントが終わってから、「その後どうするか」⇒すなわち「出」の部分が課題。
- ・リハビリなど、在宅にもどったときの具体的なサービスメニュー(ケア)の提案があると、より効果的で家族にも説明しやすい。
- ・病院の退院時に、在宅に戻って現地検証をして退院までのリハビリを組むことがある。それと同じように、在宅の生活についてみんなでサービスを組めるようにすることが必要である。
- ・「生活にどうやって結び付けるか」「どうつなぐか」という課題については、いろいろパターンがある。

②関係者が集まって話合う場(退所カンファレンス)が最も重要

最後に関係者みんなが集まって話し合う場をもつことが重要であり、そこでリアルタイムのコミュニケーションをとりながら、在宅の生活に近づけたプランニングをしていく。

- ・退所時のカンファレンスに関係者がそろって参加し、一緒にプランニングすれば、本当にいいプラン

ができるのではないか。

- ・ 退所時に評価を踏まえて説明し、「じゃあ、今までこういうことをやってきたけれども、ここに対してもうちよっと手が必要だよ」「目標設定をこっちに変えたほうがいい」とか、そういうことを関わっているみんなで顔を合わせて話ができれば、サービス事業者にも具体的な話として伝わる。
- ・ 情報としては今あるものでよく、みんなが集まって話し合うことが重要。
- ・ 最後にみんなで話し合う場を、今よりももっと積極的に作っていく。リアルタイムのコミュニケーションをしていくことで、生活により近づけていけるのではないか。

(5) 協働することの意味・良さについて

① 居宅ケアマネのバックアップ機能を果たせる

アセスメント入所は、根拠を伴って説明できる重要な活用ツールのひとつであり、ケアマネの機能をバックアップしてくれるもの、という捉え方。

- ・ 自分は説得をするなり根拠を伝えてやってきたが、実際にそこをバックアップしてくれるのがアセスメント入所。そこで根拠もとに話をするすることで、自分の考えだけではなく、周りの方たちの支援もあるから、説明するにしてもなお強くなる。
- ・ ケアマネが地域でいるんな相談事ができていって、そのうちの 하나가、この「アセスメント入所」であり、きちんとした評価の根拠を持って暮らし方をプランニングできるようになることが望ましい。
- ・ アセスメント入所は一つのツール、自分がケアプランを作る時のアセスメントの道具の一つで、認定情報を取り寄せる、その内容と似たような感じで、「自分で足りない部分のアセスメントをしてもらえ」という感じ。
- ・ 活用するツールや出てきた情報を取捨選択して、ケアプランに生かしていく情報源。

② 専門職がチームの一員としてイコールの関係になる

専門職が「チーム」の一員としてイコールの関係となる、協働で進めることの意義は大きい

- ・ ケアマネジャーひとりでプランをつくり、アセスメントできてしまう人もいれば、専門職と協力しなきゃならぬケース、集団でやるケアマネジメントが必要な場合もある。
- ・ チームの一員として、「地域包括ケアシステムの中にケアマネがいる」となった時に、「居宅介護支援のアセスメント入所」ではなく、「アセスメント入所と居宅介護支援がイコールになる」ということ。その立ち位置や持っていく方が、システムとして仕組みになった時に、どういう運びになるのか、というのがイメージつかない。
- ・ 「一緒にやる」、それ自体のメリットが大きいのかもしれない。

③ アセスメントの専門職集団が、客観的視点からケアを提言できる

(①とは別に)ケアマネとアセスメント入所はチームのなかの一員であり、そのことでより客観的で必要なケアを提言できる仕組みになるという捉え方。

- ・在宅の場合だと、使っているサービスじゃない専門職の人はいない。通常の担当者会議も、デイサービスしか使ってなかったら、デイサービスの人しか来ない。それが、利用者と家族がいて、ケアマネと同じところに、アセスメント入所の専門職の人がチームで囲っているというイメージか。
- ・ケアマネの機能をバックアップというよりは、「チーム」というイメージ。チームの一員。ケアマネをシステムの中の一つとして見ていく。
- ・そもそもアセスメント入所が、ケアマネも含んだチームの中で行われていくことによって、本人にとって客観的で必要なケアというのを提言できる仕組みなのではないか。

(6) 地域包括ケアにおけるアセスメント入所

① 本来のケアマネ機能を考える契機に

アセスメント入所を機能させていくと、本来のケアマネ機能を果たしやすくなるのではないか

- ・アセスメント入所の「いい面は何か」ということを探していくと、「ケアマネの本来の機能って何だろう」というところまで行き着く。それが重要なポイントと、改めて思う。
- ・アセスメント入所を使ってよかったということの一つは、機能を分解して、根拠を持ってプランに導入できる、そこに集約されるのではないか。
- ・アセスメント入所をより機能させていくと、本来のケアマネの機能をより果たしやすくなるのではないか。本人の自立支援に向けて、権利擁護としてなどケアマネが代弁していくという機能をより果たしていくことができるのではないか。

② 施設ケアマネと居宅ケアマネが歩み寄る契機となる

施設ケアマネや居宅ケアマネが歩みよることによって新しい地域包括ケアの形を提言できる

- ・施設ケアマネも利用者のプランを立てるが、居宅のプランも担当するような。逆にアセスメント入所でリーダーシップをとるのが、「居宅も持つケアマネ」でもおかしくないと思う。
- ・施設のケアマネも、居宅としてのケアマネと完全に同じことになってくると思う。今は自分たちの立場を見定めていくのは苦しいことだが、両者が歩み寄って考えていくことで、新しい地域包括ケアの形も提言していけるのではないか。
- ・課題は、今後の理想ということも含め、施設と居宅のケアマネとの情報の共有、それをどのように行っていくかが大きな課題。現実的には、機能的にアセスメント入所とケアマネの機能というのがかなり同じ部分があるので、ケアマネの機能全般のバックアップとして頼りにもできる、あるいは力を借りることもできる、そのような仕組みではないか。

③ ケアマネ機能がシームレス化され、明確化・標準化される

アセスメント入所の意義は「根拠によるプランの提案・説明ができる」点に集約される。そうした検討のなかで、ケアマネに特化される機能が明確になり、より果たしやすくなると考えられた

- ・現状では、ケアマネが家族や本人との接点を作っていくので、根拠を示すところまではアセスメント入所が役立つような気がする。その結果を本人に伝えたり、家族に伝えたり、理解を求めたりということは、ケアマネがやっていくという感じ。
- ・ケアマネひとりでやるよりも、多角的な視点でアセスメントを行ったほうがいいケースの場合にアセスメント入所が必要。それが今のところは中重度とか、状態がガラッと変わった時などが該当する。
- ・アセスメント入所とケアマネの機能を基本は同一の軸で見えていく。その中で、ケアマネジャーが今、現実として困っていたり、行き詰った時に客観的に見ていける、分析していける、提案できる「アセスメント入所」というのは、やはり大きなメリットとっていいのではないかな。
- ・ケアマネ自体もシームレスになっていく。「ケアマネがやっている機能を施設でやる」ということも、多分シームレスな話。グレーゾーンのようなものがあり、施設でアセスメントしていく人をする必要があるケースもあれば、ケアマネだけで十分なケースある。そうした柔軟性のようなものが今、求められているのかなと思う。
- ・アセスメント入所の機能的なものは一緒にいいんじゃないか。ただ、「この人がアセスメント入所にすべきかどうかという判断は、誰がするのか」そこはわからない。それがアセスメント入所から出る出口のことにも関係してくるとは思う。やはり一人でやるか、集団でやるか、キーパーソンになる人だったり、職制だったりというのは、どうしても出てくる。

④ 入所から訪問の新しいアセスメント手法の可能性

施設の専門集団で行うアセスメントの方法について、「入所」だけでなく「訪問」もありうる、といった提案もなされた

- ・根拠をもって必要を確認してサービスを使う合理性を確保するためには、施設も居宅もあらゆる形態の多職種連帯を進めていくことが大事な視点だと思う。
- ・それを受けるとアセスメント入所以外に専門職集団の訪問アセスメントもあるかもしれない。やり方が何種類か可能になるだろう。

第5章 調査のまとめと課題

1 各調査のまとめ

(1) 評価表の分析結果のまとめ

①状態像

- ・ 平均年齢は 81 歳, 要介護度は平均 2.30 であった.
- ・ 生活環境は, 「独居・日中度居」が 29.0%, 「主介護者がいない」が 25.8%, 「主介護者が高齢・疾病」が 22.6%の割合が高かった.
- ・ 主な疾病は「認知症」が 83.9%で多く, 「高血圧症」58.1%や「脳血管疾患」41.9%が続いていた.
- ・ 認知症の症状としては, 「記憶障害」が 74.2%多く, ついで「見当識障害」が 64.5%, 「理解, 判断力障害」が 54.8%であった.

② アセスメント入所利用の目的(困りごと)

- ・ 「これからの介護の見通しを立てるため(施設入所も視野)」が 64.5%と最も多く, 「退院後に在宅生活に戻るため」が 35.5%, 「介護者の介護負担が大きくなったため」が 25.8%であった.
- ・ 本人も家族も, 「自宅・家族宅」が多く「サービス付き高齢者向け住宅」が続いていた. 本人の方が, 「自宅・家族宅」との回答が多かった.

③アセスメント評価の内容

- ・ 心身状態・環境要因は, 「下肢筋力低下」が 54.8%最も多く, 「体力低下」32.3%が多かった.
- ・ 1日に必要な介助内容は, 「覚醒・起床」, 「夕食」87.1%, 「就寝」83.9%, 「朝食」, 「昼食」80.6%の割合が高かった.
- ・ ニーズについては, 「心身機能を維持し, 健康状態を維持できる」が 48.4%, 「服薬確認/服薬相談が出来る状況の確保」が 45.2%と多かった.
- ・ アセスメントの課題・ケアプランに反映することは, 「認知症の進行に対応した非薬物療法への提案(リハビリ等)」が 45.2%で最も多く, 「ADLを維持して在宅生活を送れる示唆」41.9%, 「排泄ケアの方法の示唆」「リハビリや活動への参加による身体機能の改善」38.7%等が多かった.
- ・ 見込まれる状態像も, 「転倒を予防し, 安全に生活できる」が 45.2%で最も多く, 「清潔な生活を送る」が 38.7%, 「筋力の低下予防, 筋力の向上」が 32.3%, 「生活に楽しみが持てる/社会生活の継続」が 25.8%であった.
- ・ 短期目標としては「身体機能の維持向上」が 51.6%と最も多く「確実な服薬」も 45.2%と多かった. 「家のなかで転倒しない」38.7%, 「体調を崩さずに過ごせる」, 「栄養状態維持・向上」35.5%, 「自宅内の環境整備」32.3%の割合も高かった.
- ・ 介護保険サービスの個数は平均は 2.2 で, 入所前のサービス数 1.88 よりも増えていた.

④アセスメントと提案されたサービスの関連

- ・ 提案されたサービスは, 本人の状態像や介護力と関連があった. 通所リハビリは, 年齢は多様であり, 比較的介護力はあるがADLが低く, 認知症自立度も低く認知症が軽度の事例が多かった.,
- ・ 定期巡回型・随時対応型訪問介護看護は要介護度が高く, ADLが低く, 認知症自立度が低く認知症が軽度の事例であった. 小規模多機能型居宅介護は, 年齢や要介護度が多様であるが, 認知症自立度が高く認知症が重い事例が多かった.

⑤アセスメント入所後のサービスの変化

- ・アセスメント入所前とアセスメント入所後の変化では、訪問介護や通所介護、訪問看護などの単発のサービスの多くは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護等の、複合的なサービスに変更され、訪問・通所各々の機能を活かした提案がなされた。
- ・通所サービスは、通所介護から定期巡回・随時対応型訪問介護看護に変更になった2事例以外では、通所リハビリのままもしくは、通所介護から他の通所サービスへと変更された。

(2) グループインタビューのまとめ

①アセスメント入所の意義

- ・「根拠によるプランの提案・説明ができる」点に集約される。
- ・家族や専門職も協働でケアプラン作成に取り組むことができる。
- ・複雑なケースを協働でひもとくことができて専門職が安心できる。

②効果的だと感じたとき

- ・在宅生活の継続に不安があるときや退院時に状態が変わったとき
- ・本人の機能がどの程度か、認知症の状態が分からないようなとき。

③実際の効果

- ・利用者本人に：QOLの向上，安心，認知症の診断がつく，リロケーションダメージの解消
- ・家族にとって：介護のシミュレーション，レスパイト，家族関係の改善（良い関係で暮らせる）
- ・専門職にとって：できる・できないの根拠，説明する根拠の確保，心理的負担の軽減

④「アセスメント入所」を推進するために必要なこと

◆ 全体として

- 家族への目的・根拠・提案の伝え方（自宅で長く暮らしていくために），という観点からの説明が理解を得られること）
- 関係者間の情報共有（アセスメント入所入所の目的・意義の共有という観点からの情報共有，また入所後のカンファレンスにあたり，サービス事業所との間での情報共有が必要）
- 業務と並行するための体制づくり（人員配置）

◆ 入口で（入所にあたって）

- アセスメントの重要性**を認識することが大切：（まずは、「きちんとした評価」が得られることで、その後の具体的なサービス提案につながる）
- 利用パターンを類型化**することが大切；困りごとがあってそれを解消したい，行き詰まっているときに新たな視点からの評価がほしい，白紙で一から評価してほしい，多角的な視点からの見直しが求められる，などいくつかのパターンがあるから。
- アセスメント入所による**効果の説明**ができることが大切
- アセスメント入所の**目標を共有化**することが大切

「どんな困りごとがあって、どんなことができればいいのか」を明確に

◆ 期間中（入所している期間）に必要なこと

- 利用者の「生活イメージ」を考えること（自宅でくらししていくための視点からのイメージづくり）

- b 施設スタッフと居宅ケアマネとのコミュニケーション図られていること,
 - c 専門職による機能評価をもとに具体的かつ最適なケアの方法を, 根拠をもって提案できること
- ◆ 出口で(在宅に戻るにあたって)必要なこと
- a 在宅生活に戻ったときを想定して, どのような目標を達成し, どのようなサービスを提案するのか
 - b 関係者が集まって話合う場が最も重要, 在宅の生活に近づけたプランニングをしていく.
- ⑤ 協働することの意味・良さ
- a 居宅ケアマネのバックアップ機能を果たせる重要な活用ツール
 - b 専門職がチームの一員としてイコールの関係になる
 - c アセスメントの専門職集団が, 客観的視点からケアを提言できる
- ⑥ 地域包括ケアにおけるアセスメント入所
- a 本来のケアマネ機能を考える契機に
 - b 施設ケアマネと居宅ケアマネが歩み寄る契機となる
 - c 居宅ケアマネの機能が明確になっていく
 - d 入所から訪問の新しいアセスメント手法の可能性

(1) アセスメント入所の成果

- ・ 調査結果から、アセスメント入所の成果は次の2点に集約された。

① 要介護者のニーズ把握ができ、適切なケアプランの作成ができるようになった

多職種でアセスメントすることにより、利用者の生活状況や多様化するニーズの把握ができるようになり、かつ多職種協働でアセスメントすることで専門的な領域が広がった。

そのため、サービスの多くが、単発的なサービスから複合的なサービス(小規模多機能型居宅介護と定期巡回・随時対応型訪問介護看護)に変更された。

- ・ アセスメント入所は、多職種協働でアセスメントを行う仕組みであり、主に、在宅生活の継続や退院にあたっての「これからの介護の見通し」(P27)を立てるために利用されている。今回の 31 事例の多くで(P55～56)をみると、アセスメント入所を利用することで、たとえば訪問介護や通所介護などの単発サービスでなく、小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの複合型の介護保険サービスが多く提案され(P34, 45)、24 時間の生活にサービスが組み込まれ提供されるようになった。
- ・ 評価表からニーズ、課題、短期目標に関する分析結果をみると、多職種によるアセスメントの結果、1 人の利用者からの多くのニーズが引き出され(P32)、多数の課題・短期目標が設定される結果となった(P33)。また、集計結果からは課題、目標が望ましいサービスにつながっていることも確認された。(P43)
- ・ グループインタビューの結果では、多職種でアセスメントすることで、根拠をもってケアプランを作成できるとの意見があり、複雑なケースを協働でひもとくことができ、家族に対しても働きかけができるとの意見があった。(P60)
- ・ また、本人に対する効果としては、QOL の向上や安心の確保、家族に対しては介護のシミュレーション、期間中のレスパイト、家族関係の改善の効果があつた。そして専門職に対しても、説明の根拠がえられ、協働でケアプランを作成すること心理的な負担が軽減されるとのメリットも確認された。(P61)
- ・ 以上のことから、多職種によるアセスメント入所は、その人のニーズを確実に収集でき、専門職の専門性を高め、適切なケアプランの作成につながっていく点で有効である。

② タイムリーなサービスを提供するための計画ができるようになった

短期間施設に入所することにより、72 時間以上の生活を観察できるので、24 時間生活するで「何ができて」「何ができない」を明確にすることができた。

一日のうちで、「どの利用者」に「いつ訪問」して「どんなサービス」が必要かを把握でき、タイムリーなサービスが提供できるようになった

- ・ アセスメント入所は、医療、看護、介護、リハビリ等の職種が、3日間以上施設に入所して 24 時間その人の生活を観察して分析し、ケアプランを作成する仕組みである。
- ・ また、施設機能を活かして在宅支援をする新しい仕組みであり、家族やサービスありきではなく、24 時間のアセスメントを行いその人に必要なケアを明らかにしてから、サービスを検討する。
- ・ アセスメント評価表の分析をみると、多くの事例で早朝夜間での頻回なケアを必要としていて (P31)、ケア内容も、体調管理、服薬、医療、声掛け・誘導から手引き、入浴介助、外出、廃用防止まで多種多様な内容が必要とされ、そこから、定期巡回、小規模多機能のサービスの可能性が検討されていた(P47～P52)。
- ・ グループインタビューでは、アセスメント入所を、アセスメント入所前とアセスメント期間中、アセスメント入所後の3つに分けて意見がだされた。入所前に、困りごとや目的の共有、類型化などを行うこと(P63～65)、入所期間中に「利用者の生活イメージを考えること」、コミュニケーション、情報共有を行うこと(P66～67)、入所後に在宅生活に戻ったときを想定して、どのような目標を達成し、どういうサービスを提案するのか、関係者が集まって話合う場とプランニングが重要との意見があった(P67～P68)。このように場面ごとに本人家族とも関わりながら、協働で考えていくことが、タイムリーなサービスにつながっていくことの重要性が示唆された。
- ・ 以上のことから、アセスメント入所は、専門職が協働で、その人にふさわしいサービスを 24 時間の観点から提案できる仕組みとしても有効である。

多職種による専門職のアセスメントによって、高齢者の多様化したニーズに対応することができ、単独のケアマネジャーが作成したケアプランよりも、幅広く専門的な視点からのケアプラン及びサービス計画の作成ができるようになった、

以上のことから、アセスメント入所を制度化することが必要である。

(2) 論点ごとの調査結果・課題の整理と方向性



<資料>

1 アセスメント入所のあらまし（案内資料）



アセスメント入所のご案内

介護老人保健施設げんきのでる里

アセスメント入所とは・・・？

アセスメント入所は、ご利用者に短期間入所していただき、24時間の生活状況や心身機能の評価(アセスメント)を行い、ご利用者やご家族にとって、最適と考えられる在宅介護サービスを検討・提案することを目的とした入所サービスです。

居宅で担当するケアマネジャーと老健施設の医師・看護師・理学療法士・作業療法士・社会福祉士・介護福祉士・管理栄養士などの専門職が協働し、居宅サービス計画を作成する新しい取り組みです。

※この事業は、厚生労働省の「平成27年度老人保健健康増進等事業」及び北海道の「地域医療介護総合確保基金」による研究事業です。この事業で作成した居宅サービス計画については、実際に使用する義務はありません。参考資料としてご活用ください。なお、効果検証を行うにあたり、必要に応じて聞き取り調査等へのご協力をお願いいたします。

このような方におすすめです！

- 在宅で暮らし続けるためにケアプランの作成や見直しをしたい
- どのような施設やサービスが自分に合っているか知りたい
- 在宅で暮らし続けるために医療やリハビリ、介護方法についてのアドバイスを受けたい

対象者	要介護認定を受けている方
入所期間	3日間（サービス調整などの状況により延長可能です）
利用料金	アセスメント入所に係る 利用者負担はありません
持ち物	上靴、薬（内服薬・外用薬）、着替え、パジャマなど

※洗面道具や入浴用品はご用意しています。

お申込み・お問い合わせは・・・

介護老人保健施設げんきのでる里（丸山・松永・山田・阿部）

札幌市清田区真栄434番地6 **TEL 011-885-1616**



アセスメント入所 ご利用の流れ

うちのおばあさん、
最近足腰が弱って
きたみたい…



介護のサービスは
利用しているけれ
ども、他にも方法
はあるのかしら？

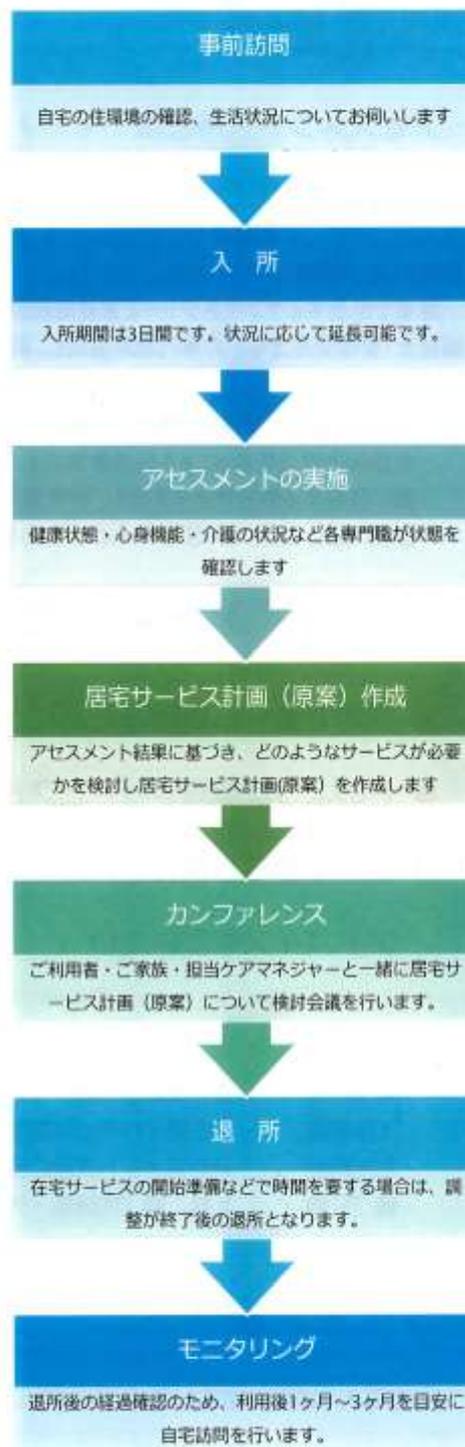
そうだ！「アセス
メント入所」を利用
してみよう♪



たしかお医者さんや
リハビリの方とか
が、24時間の状況
を見てプランを作っ
てくれるのよね



いろいろな職種の方の
アドバイスも聞けて、状態
がよく判ったわ。提案さ
れたサービス計画でやっ
てみようかな。



生活の状況			
時間	日課	できること・支援状況・課題など	生活歴
5:00			
6:00			
7:00			
8:00			
9:00			
10:00			余暇活動・趣味・家庭内での役割など
11:00			地域への社会参加
12:00			住環境
13:00			経済状況
14:00			家族構成図
15:00			
16:00			
17:00			
18:00			
19:00			家族状況・介護力
20:00			
21:00			
22:00			
23:00			
0:00			備考
1:00			
2:00			
3:00			
4:00			

サービス利用状況			
サービス種別	事業所名	担当者	利用状況など

アンケートⅠ

作成日:

作成者:

性別	RT		EP		F		加齢		身長		体重	
職業	業	<input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> その他					身長	cm	体重	kg		
年齢	業						職業					
住居												
職業												
収入												
支出												
貯蓄												
家族構成		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 核家族 () <input type="checkbox"/> 単身世帯 () <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可										
食生活		主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全麦 <input type="checkbox"/> その他 () 副食 ()										
		副食 <input type="checkbox"/> 肉類 <input type="checkbox"/> 魚類 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> 豆類 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 水分・汁類 ()										
睡眠		起床 <input type="checkbox"/> 遅 <input type="checkbox"/> 早 () 就寝 <input type="checkbox"/> 遅 <input type="checkbox"/> 早 ()										
		オムツの使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他 ()										
		起床 日 回 (夜間 回) 就寝 日 回 起床後 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()										
入浴												
更衣												
食事												
排便状況		<input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 同調あり ()										
		排便時間 : ~ 排便時間 : () 排便回数 ()										
起床時間		時間 / 日										
起床後			起床後			排便時						
起床後						起床後	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> いくら程度 <input type="checkbox"/> 具数的程度のみ <input type="checkbox"/> 程度					
起床後						起床後	H2O-R 点 排便 点					
起床後		<input type="checkbox"/> 排便時 <input type="checkbox"/> 昼間時 <input type="checkbox"/> 夜間・朝晩時 <input type="checkbox"/> 実行困難時										
その他		<input type="checkbox"/> 知覚 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不安・焦燥										
		<input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 不潔行為										
排便の回数		日 / 回					起床後		起床後		起床後	
備考												

24時間シート

記入日 平成26年 月 日

記入者：

時間	日課	意向・好み	自分でできること	サポートが必要なこと	評価
5:00					
6:00					
7:00					
8:00					
9:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					
0:00					
1:00					
2:00					
3:00					
4:00					
食事 移動・移乗 排泄 更衣 入浴 口腔ケア その他					

IADL											
		現状	改善の可能性	備考				現状	改善の可能性	備考	
食事の用意						趣味					
食事の片づけ						交通手段の利用					
洗濯						旅行					
清掃や整頓						庭仕事					
力仕事						家や車の手入れ					
買い物						読書					
外出						仕事					
屋外歩行						合計					
生活管理	安全管理			物品管理				金銭管理			
障害高齢者の日常生活自立度				認知症者の日常生活自立度判定基準				*IADL評価点数 0：未実施 1：まれに 2：時々(週に1~2回) 3：週3回以上			
作業への動機づけ											
作業パターン											
環境調整											
アセスメントのまとめ											

医療アセスメント

利用者氏名

様 (歳)

要介護 ()

平成 年 月 日

記入者:

医 学 的 所 見	【現病（プロブレムリスト）】 _____ _____ _____ _____ _____ _____	【既往歴】 【内服・外用薬】
	【認知症】 診断名 _____ <中核症状> <今後の見通しと留意事項>	<行動・心理症状>
医 療 的 評 価	【排泄】	
	【食事・栄養】	
	【服薬管理等】	
	【その他特別な医療】	
そ の 他 特 記 事 項		

アセスメント総括表1

アセスメント総括表①

アセスメント総括表②

ケアプラン提案書

利用者氏名

様(要介護) 作成者氏名

説明日 年 月 日

健康・医療		アセスメント課題⇒生活上の留意事項(ケアプランへ反映)	
《傷病名》 1. 完全年月日 年 月 日 2. 完全年月日 年 月 日 3. 完全年月日 年 月 日 4. 完全年月日 年 月 日 (その他)	身体の状態 四肢欠損(部位:) 麻痺 右上肢(程度: 軽 中 重) 左上肢(程度: 軽 中 重) 右下肢(程度: 軽 中 重) 左下肢(程度: 軽 中 重) その他(部位: 程度: 軽 中 重) 筋力の低下(部位: 程度: 軽 中 重) 関節の拘縮(部位: 程度: 軽 中 重) 関節の痛み(部位: 程度: 軽 中 重) 失調・不随意運動(上肢: 右 左 下肢: 右 左 体幹: 右 左) 褥瘡(部位: 程度: 軽 中 重)	(暮らしへの意向、心の支え、大切にしていること・もの等)	
日常生活 ・障害者高齢者の日常生活自立度 ・認知症高齢者の日常生活自立度	認知症の 中核症状 ・記憶障害 ・見当識障害 ・理解、判断力障害 (その他)	(認知症のタイプ・対応の留意点) (症状の見直し)	
BPSD (その他特記事項) *不穏な言動等	その他 ・専門医の受診 ・医師診断 (症状)	摂食・嚥下・ 口腔ケア	
ADL 移動・歩行 ・室内手袋 ・屋外手袋 ・移乗 ・容服 ・起居動作 ・危険認知低下 ・転倒 (頻度 回/)	更衣・整容 ・上衣の着脱 ・洗面 ・髪物 ・下衣の着脱 ・洗髪 ・爪切 (その他特記事項)	入浴・保潔・ 排泄	
IADL ・調理 ・洗濯 ・掃除 ・片付け ・買い物 ・電話 ・交通機関の利用 (頻度 回/) ・家電の取り扱い ・安全管理	コミュニケーション ・言葉伝達 ・視力 ・聴力 (その他特記事項)	排尿・排便	
食事摂取 ・摂取動作 ・食器 ・主食形態 ・副食形態 ・食事内容 kcal 水分摂取 cc/日 ・食事摂取量、状況 ・食べ残し ・食事療法や監食の必要性 ・体重の増減 BMI 痩身 ・好きな物 ・きらいな物 ・アレルギー (具体的に)	口腔衛生 ・口臭 ・嚥下合わせ ・虫歯 ・義歯使用状況 ・歯茎の状況 ・口腔内の状態 ・食事摂取への影響 ・家族交流 ・近所づきあい ・友人や趣味仲間との交流 ・老人会など地域活動への参加 ・近所への外出 ・車を必要とするような場所への外出 (その他特記事項)	リハビリ的 総合的な 見直し	
介護力 ・キーパーソン ・主介護者 ・主介護者の状況・健康状態 ・代替者 ・仕事 ・介護 ・介護知識・技術 (介護に関わる特記事項)	居住環境 ・自宅 ・階段 ・本人の居室 ・階 ・エレベーター ・通車の手配、移乗及び生活行為モビリティとなる場所 (住宅に係る特記事項)	本人・家族・生活 状況 <特別な状況> 虐待、ターミナル、アルコール・薬物への依存、借金等	

3 ケアマネジャーグループインタビュー関連資料

グループインタビュー計画案

1. 目的

アセスメント入所でアセスメントを担当したケアマネジャーに集ってもらい、ケアプランを作成する際の困りごとや、アセスメント入所を行った利用者のケアプランの変化やサービスについて多職種で検討していくことの良さ、課題などを話し合ってもらおう。

2. 方法

(1) 対象

アセスメント入所を経験したケアマネジャー 1グループ8名

(2) 実施日

平成28年1月11日(月) 10:30~12:30, 13:30~16:00 (実際は 15:30)

(3) 会場

老人保健施設 げんきのでる里 会議室

3. 概要, 実施方法等

① タイムテーブル

10:30~10:40 挨拶, 趣旨説明, (その他必要な手続き)

10:40~12:30 前半) アセスメント入所が必要なとき, 係った感想 (事例など)
まとめ

(休憩, 昼食)

13:30~15:30 後半) アセスメント入所の良かったこと, 効果 (事例など)
アセスメント入所の課題とこれから
地域包括ケアシステムの中の「アセスメント入所」の役割
総括

15:30~ 事務連絡, 解散

② ファシリテーター 日本大学文理学部助教 北村世都氏 (記録: 生活構造研究所 半田)

③ 実施方法: 各テーマについて参加者へのインタビュー及び参加者間の意見交換を行う

④ 記録方法: 口述筆記, その後図表やチャート等で整理

4. 質問内容 (討論テーマ)

「アセスメント入所の成果と方向に関するグループインタビュー」(仮)

ア (導入・ふりかえり) かかわる前のイメージ

イ アセスメントをやってみての感想, 困ったこと

ウ アセスメント入所を行ってよかったこと (メリット), 課題 (デメリット)

エ (まとめ) 地域包括ケアシステムの中でのアセスメント入所の役割 など

地域包括ケア体制のための アセスメント入所の成果の検証に関する調査研究

ケアマネジャーへのグループインタビュー

平成28年1月11日(月)
於 げんきのでる里

本日のタイムテーブル

開会
ご挨拶、趣旨説明 10:30~10:40

1 グループインタビュー前半 10:40~12:30

- ① 自己紹介・アセスメントに係る前のイメージ 10:40~11:30
- ② アセスメントに係った感想・困ったこと 11:30~12:30

－休憩・昼食－

2 グループインタビュー後半 13:30~15:30

- ③ アセスメントに係って良かったこと・課題と思うこと 13:30~14:30
- ④ 地域包括ケアシステムの中の「アセスメント入所」 14:30~15:10

3 総評 15:10~15:30

事務連絡
閉会



インタビューのねらい

★目的★

利用者が地域でできるだけ長く生活してゆくための
ケアプランを作成する際の困りごとや
アセスメント入所を行った利用者のケアプランの変化やサービスについて
多職種で検討することの良さや課題など、普段気づかない点も含めた
ご意見を収集するものです

★気をつけること★

ケアプランが地域包括ケアに向けたものであることが必要なので、
そのためのケアプラン作成において、と限定！
話し合うのではなく、たくさんの意見を出すことが目的！
普段は気にしていないことも含め意見を出すことを意識しましょう！

1

アセスメント入所とは

アセスメント入所は、ご利用者に短期間入所いただき、
24時間の生活状況や心身機能の評価(アセスメント)を行い、
ご利用者やご家族にとって、最適と考えられる在宅サービスを
検討・提案することを目的とした入所サービス

居宅で担当するケアアネジャーと、
老健施設の医師・看護師・理学療法士・作業療法士・
社会福祉士・介護福祉士・管理栄養士等の専門職が協働して
居宅サービス計画(ケアプラン)を作成する試み です

ノテ福祉会パンフレットより

4

アセスメント入所の評価表(構成)

インタビューシートⅠ	医療アセスメント表
インタビューシートⅡ	24時間シート
リハビリアセスメント表	カンファレンス結果表(新)

アセスメント総括表Ⅰ
 健康・医療、身体の状態、日常生活自立度、認知症の中核症状、BPSD、ADL、IADL、コミュニケーション、食事摂取、口腔衛生、社会との関わり、介護力、居住環境、アセスメント課題(本人意向、医療・栄養、認知機能、摂食・嚥下・口腔ケア、排泄・排泄、「リハビ」所見、本人・家族・生活経済等の状況)

アセスメント総括表Ⅱ
 ADL/IADL・FIM・介助要因、心身状況・環境要因・改善可能性 →問題整理 →課題-ニーズ整理
 短期目標 → 概ね3カ月後の生活状況・見込まれる状態像

サービス提案書
 総合的ケアの総量(週単位、24時間)、「週単位以外」の総合的ケアの総量(頻度や組合せ)
 利用者負担額、サービス種別(介護保険サービス)

3

グループインタビュー前半

自己紹介・アセスメントに係る前のイメージ

10:40~11:30

アセスメントに係った感想・困ったこと

11:30~12:30

6

－ 休 憩 －

12:30～13:30

7

グループインタビュー後半

アセスメントに係って良かったこと・課題と思うこと
13:30～14:30

地域包括ケアシステムの中の「アセスメント入所」
14:30～15:10

8

グループインタビュー後半

総 評

15:10~15:30



9

★★ お疲れさまでした ★★



10



更なる地域包括ケアの推進を目指した
多職種協働のアセスメント手法の汎用化に
関する調査

報 告 会

【日 時】平成28年3月27日（日）14：30～

【会 場】つしま記念ホール
札幌市清田区真栄434-1 アンデルセン福祉村

【シンポジスト】 中 村 秀 一 氏
（一般社団法人 医療介護福祉政策研究フォーラム 理事長）

今 井 幸 充 氏
（医療法人社団翠会 和光病院 院長）

田 中 雅 子 氏
（公益社団法人 日本介護福祉士会 名誉会長）

川 崎 千 鶴 子 氏
（社会福祉法人うらら 特別養護老人ホームみずべの苑 施設長）

石 原 美 和 氏
（独立行政法人 地域医療機能推進機構企画経営部地域包括支援 課長）

【主 催】一般財団法人 つしま医療福祉研究財団

更なる地域包括ケアの推進を目指した
多職種協働のアセスメント手法の
汎用化に関する調査研究

平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

報告書

平成 28 年 3 月
