

分 析 表

質問1 <アセスメントの基本>

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

質問2 <情報収集>

アセスメントに必要な情報をどのような方々から得ましたか？

質問3 <基本情報>

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

質問4 <相談>

どのような相談経緯だったのでしょうか？

質問5 <生活状況>

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

質問6 <サービスの把握>

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

質問7 <日常生活自立度>

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

質問8 <主訴>

利用者・家族は主にどのようなことに困って来られたのですか。

質問9 <認定>

認定情報の内容を確認しましたか。

質問10 <理由>

今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由について教えてください。

質問11 <健康状態>

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

質問12 <ADL・IADL>

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

質問13 <認知症>

物忘れや認知症について何か気になることはありましたか。

質問14<コミュニケーション>

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

質問15<社会参加>

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

質問16<排泄>

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

質問17<食事・口腔>

食事や口腔の状態について、何か気になる点がありましたか。

質問18<問題行動>

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

質問19<家族の心身の状況>

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

質問20<家族の介護力>

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

質問21<居住環境>

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

質問22<特別な状況>

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

質問23<尊重>

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

質問1＜アセスメントの基本＞

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

■目的

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

■解説

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

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

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

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

■留意事項

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

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

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

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

■確認ポイント

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

■類似及び補足質問

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

質問2 <情報収集>

アセスメントに必要な情報をどのような方々から得ましたか？

■目的

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

■解説

- アセスメント表（課題分析表）を活用するだけでは、利用者の全てを理解することはできません。課題分析表は、あくまで最低限の情報として知っておかなくてはならないものに過ぎません。そのため利用者の状況をアセスメントの段階に応じて的確に把握するために多方面からの情報は不可欠です。
- 面接等を通じて利用者や家族から情報を得る以外にも、他の医師等の専門家やサービス事業所など幅広く情報収集することが重要になります。
- 情報を求める際には、どのような情報が必要なのか、その理由や根拠を明確にしておくことが必要です。常に何のために必要な情報なのかということ介護支援専門員は押さえておく必要があります。
- また、これらの情報を一度に収集しなくていけないというわけではなく、日頃から心がけることが大切であるということにも留意する必要があります。

■留意事項

- アセスメントが利用者のみの場合、なぜ家族や周囲の関係者や関係機関からの情報を集めていないのかを確認します。
- 他機関から引継ぐ利用者については、申し送り等を受け、基本的な情報等を利用者の了解を得た上で、紙面でもいただくなどの工夫ができているかを確認することも大切です。
- 要介護1から要支援（1・2）等を更新のたびに行き来する利用者について、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所（介護支援専門員）との間で、連携が図れているかを確認します。
- ただ情報収集するだけでなく、きちんと整理、分析しているか、個人情報の取り扱いに留意したかなどについて確認します。
- 利用者の心身の状況や生活環境等に応じた情報収集の方法がとられているかを確認します。

■確認ポイント

(どのような方々から情報を得たかを確認する)

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

■類似及び補足の質問

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

質問3 <基本情報>

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

■目的

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

■解説

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

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

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

■留意事項

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

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

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

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

■確認ポイント

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

■類似及び補足の質問

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

質問4 <相談>

どのような相談経緯だったのでしょうか？

■目的

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

■解説

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

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

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

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

■留意事項

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

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

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

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

■確認ポイント

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

■類似及び補足質問

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

質問5 <生活状況>

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

■目的

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

■解説

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

■留意事項

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

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

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

■確認ポイント

□利用者や家族に対し、不快や不信感を与えることなく、聴き取りができて
いる。

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

□利用者本人からの聴き取りができています。

□利用者以外の家族などからの聴き取りができています。

■類似及び補足質問

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

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

質問6 <サービスの把握>

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

■目的

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

■解説

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

■留意事項

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

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

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

■確認ポイント

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

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

■類似及び補足質問

○介護給付以外のサービスについても検討しましたか？

○現在利用しているサービスについて、利用者は満足しているようですか？

質問7 <日常生活自立度>

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

■目的

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

■解説

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

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

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

■留意事項

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

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

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

■確認ポイント

□最新の情報を介護支援専門員が把握し、記載している。

□認定調査表や主治医意見書等から転記している。

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

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

■類似及び補足質問

○主治医意見書や認定情報の情報と現在では、状態像に差はありましたか？

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

質問8 <主訴>

利用者・家族は主にどのようなことに困って来られたのですか。

■目的

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

■解説

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

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

■留意事項

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

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

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

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

■確認ポイント

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

■類似及び補足質問

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

質問9 <認定>

認定情報の内容を確認しましたか。

■目的

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

■解説

- 要介護高齢者の状態は日々変化するものです。したがって、認定時の情報と実際に面接した時とでは、状態が変わっている可能性もあります。
- また、認定調査表の「立ち上がり」の項目のチェックが、「一部介助」で、特記事項には「テーブルを支えに立ち上がる」と記載されていたとします。その場合、確認すべき事柄は、「習慣的にそうしているのか」・「足の力が弱く踏ん張れないので、テーブルを支えにして立ち上がっているのか」など、様々な状況が考えられます。
- したがって、認定調査表の確認に際しては、単にその内容を転記するのではなく、最新の状態を自分の目で観察・確認することが大切です。そしてもし、認定情報の内容と異なる部分があった場合は、必要に応じてサービス提供事業所・者や主治医等、関係機関に問い合わせる等の確認作業を行う必要があります。
- 認定情報では、介護度や認定日・認定有効期間や介護認定審査会等の意見を確認した上で、アセスメントの作業に入っているかを確認します。特に認定有効期間等は、サービスの導入にあたっての期間や目標設定を行うときにも押さえておくべき項目となります。

■留意事項

- 常に介護支援専門員自らの目で、利用者の状態を判断する意識をもっていることが大切です。
- 認定情報の確認は、これから介護保険を利用して自分らしい生活をつくっていくということを利用者にもイメージしてもらうためにも大切な作業になります。
- 利用者の心身の状態をイメージし、ケアプラン作成にどう生かしていくかを考える初期段階であることを確認します。

■確認ポイント

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

■類似及び補足質問

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

質問10<理由>

今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由について教えてください。

■目的

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

■解説

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

■留意事項

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

■確認ポイント

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

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

■ 類似及び補足質問

- 以前のニーズと大きく異なるようなニーズはありましたか？
- 今回のアセスメントを通して、特に印象に残っているニーズは何ですか？
またそれは、これまでのニーズと異なりますか？

質問11＜健康状態＞

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

■目的

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

■解説

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

■留意事項

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

■確認ポイント

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

■類似及び補足質問

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

質問12<ADL・IADL>

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

■目的

- ADL・IADLに関するアセスメントが、現状の「できない行為」だけでなく、継続している行為やなんらかの理由であきらめている行為に着目し、そのプロセスが「維持・改善・向上の方法」を利用者（家族）とともに見出すものになっているかを確認する。
- ADL・IADLに影響を及ぼしている個人に起因する要因（心身の健康、心身の機能、対人関係をとる力、意欲・動機づけ）だけでなく、環境による要因（人的環境・物理的環境・経済的環境・制度的環境）まで把握できているかどうかを確認する。
- 本人・家族からの情報収集を対話（筆談含む）、動作や環境の目視など五感を使って多面的に行っているかを確認する。

■解説

- ADL・IADLのアセスメントにおいて介護支援専門員が利用者及び家族の「できない」面だけでなく、「していること」「していないこと」「できそうなこと」（可能性）、そして本人・家族が「望む暮らし」まで把握できていることが大切です。
- アセスメントは本来本人に直接行うものですが、家族が代弁してしまうこともあり、意向が直接反映しない場合もあります。誰から（経路）とどのように（手法）、そしてどのくらいの時間（頻度含む）をかけたかの確認は重要です。

【ADL編】

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

- また介護者も介護に慣れない間や極度に心身の機能が低下した場合には、戸惑いや不安がとても大きく混乱していることが多いものです。しかし、こうした利用者及び家族の心理面を双方が表明することは気兼ねや遠慮、あきらめなどから控えてしまいがちであり、介護支援専門員は両者の声や気持ちを代弁することが必要となることもあります。
- 利用者のADLについては、体の調子が良いときと悪いときの両方をおさえておく必要があります。特に調子の悪いときには、どのような介護方法でそれを補っているかを本人・家族に確認しておくことは、サービス提供時の事故防止につながります。

【IADL編】

- 日常生活関連動作（調理、洗濯、掃除、買物等）は「暮らし」の基本です。軽度（1～2）では部分的な困難さへのサポートや福祉用具、自助具などを使うことによって本人でも行うことができますが、中重度（3～5）ではかなりむずかしくなり、介護者への負担が重くのしかかります。
- 本人なりに調理、洗濯、掃除等にどのような「こだわり」があるのかを介護支援専門員は把握し、本人に代わって家族や介護者に情報提供することも重要です。

■留意事項

- 現状の「できないこと」を把握するだけでなく、利用者が考えている原因と対策、朝夕及び深夜など日内での変化はないかなどを具体的に把握できていることが大切です。
- 本人及び家族がどのような生活を望んでいるのか、そのためにどのような支援が必要なのかが、共通認識となっているかを確認します。
- 同居の有無にかかわらず家族が利用者の現状を把握できていない場合があります。利用者が「できること」・家族で「できること」への気づきと動機づけとなる働きかけを行っているかを確認します。
- 将来へのあきらめや知識・方法がわからない、もしくは不安のために「していない」ことなどはないか、利用者や家族があえて言葉で表しきれていない困りごとや辛さ、家族間の軋轢からあえて表面化できないものはないかなど、あらゆる角度からアセスメントが行えているかを確認します。

■確認ポイント

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

■類似の質問

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

質問13<認知症>

物忘れや認知症について何か気になることはありましたか。

■目的

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

■解説

- ADL（日常生活動作）やIADL（日常生活関連動作）も物忘れや認知症の症状が始まることにより、より困難さが生まれます。やったことを忘れる、やろうとしたことを忘れるだけでなく、やり方がわからない・考えがまとまらない・言葉が出てこない、伝えたいことが伝えられない・その症状は様々なところに影響を及ぼします。また関わる家族や支援者の対応によっては、イライラしたり、猜疑的になったり、頑固になったりと人との関係にひずみが生じていくことが多くあります。
- また物忘れや認知症による「失敗の数々」は家族にとっては「受け入れがたいこと」であり、まずは「そんなはずはない」と否定をすることから始まります。

やがて「しっかりしてほしい」「どうしてよいかわからない」という焦りや不安から、対応として叱責・体罰などを繰り返してしまうことがあります。なかなか専門医に見せることもなく、何とかできる範囲で世話をしようと思うのですが、やがて無視・放置などの虐待的な兆候が現れてくる家族もあります。
- その多くの家族は、認知症についての理解が薄く、対応の仕方がわからないまま強い介護のストレスを感じながら世話をしていた結果が多いと言われています。

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

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

■留意事項

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

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

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

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

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

■確認ポイント

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

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

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

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

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

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

■類似の質問

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

質問14<コミュニケーション>

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

■目的

○家族・親族や友人、地域の知人との「意思の伝達」をどのように行っているのか、また支障になるもの（聴力・視力・会話・対人関係の弱さ・認知症やその他の疾患など）がないのかどうかを確認し、コミュニケーションに関する利用者及び家族の意向を把握しているかを確認する。

■解説

○コミュニケーションを困難にする背景には、機能的な問題（聴覚・視覚・言語・伝達・移動能力等）と気質的な問題（認知症を含む精神症状・極端な性格等）や環境的な問題（外出しにくい環境・家族・友人・近隣との軋轢等）が関係します。そうした背景にコミュニケーションの障害を招く要因がないかを確認しておく必要もあります。

○特定の人に対する強いこだわりや対人関係に関する恐怖心、強迫神経症等にて戸締りやガス栓の締め忘れが気になり、外出ができない。そのために他者とのコミュニケーションがとりにくいなど、精神疾患や極端な性格等によりコミュニケーションに弊害のある場合があります。どのような関わり方なら負担が少なくて済むのかなど、情報を多角的に得ることが必要です。

■留意事項

○コミュニケーションの障害に対して、家族などがどのように協力しているか（例：代読、代筆、代弁）、協力できるかを把握しておくことも大切です。

○息子や娘に引き寄せられ新しい土地に転入した場合など、言葉（方言）の壁により、コミュニケーションが消極的になっている場合などもあることにも注意することが大切です。

■確認ポイント

□コミュニケーションが円滑に図れない要因を機能的・気質的・環境的側面から把握し、アセスメントができています。

□負担のないコミュニケーション手段の方法等を、アセスメントを通して利用者及び家族とともに考えることができた。

□必要に応じて専門家等の意見を聴くなどして、アセスメントに活かすという視点をもっているか確認する（例：口腔機能に問題→歯科医師、歯科衛生士等）。

■類似の質問

- どのようなことが原因でコミュニケーションに困っているのですか？
- コミュニケーションに支障があるために人間関係にどのような影響がありますか？
- 友人や家族、地域の方との関係（コミュニケーション）で何か困っていることはありますか、またコミュニケーションに関する本人、家族の意向は把握していますか。
- コミュニケーションに関するエピソードがあったら教えてください。
- コミュニケーションのとり方で、この人らしいと思うことはありましたか。

質問15＜社会参加＞

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

■目的

○社会的活動（例：町内会、老人会、趣味、サークル等）にこれまでどのような関わり方（例：時期、頻度、役職等）をし、今現在はどうのような状況なのか、本人の意向を含めて把握しているかを確認する。

また、利用者の状態像に応じた社会参加の方法を介護支援専門員が理解し、情報の提供ができているかを確認する。

■解説

○地域差はありますが、地域には町内会や老人会、地域婦人会、地域ボランティア（町内美化、防犯、子育て、友愛訪問等）、施設ボランティア（高齢、障害等）、趣味、サークルなどがあり、それが本人の生きがいや人生のリハビリになっている場合もあります。高齢者が地域の役割を担うことで「感謝される」こともあり、そのことを通じて生きがいと自己肯定感を抱くことができます。

○要介護度が軽度で移動面においても、押し車や杖をついて地域に出向くことが可能な場合など、介護支援専門員が、きっかけづくりを行うなどの視点を持つことも大切です。

○しかし、要介護状態が中重度の場合や病状の悪化等により、入院・入所等を経験すると、地域や家族内での役割を担うことも難しくなり、人間関係や本人の心理面（自己肯定感の低下）にも影響が現われてくることも多々あります。また友人や大切にしていたペットが他界するなどは、喪失感を招き、うつ傾向になるなど、意欲が低下していくこともあることに注意が必要です。

○途中で障害を持った場合など、障害の受容ができないうちに今の姿を見られたくないという思いから、友人や近隣・地域との関係等を遮断してしまうことがあります。障害受容における過程を把握しながら、徐々に元の交友関係や近隣との関係を再開できるように家族や友人等の支えを視点におくことも必要です。

○中重度で地域での活動には参加が難しい場合、通所系サービス等を利用することにより、孤独感や孤立感の軽減につながる場合があることも再確認する必要があります。

■留意事項

- 社会との関わりには本人の人生の歩みが投影されています。ここ数年だけでなく、かつて盛んだった青年期の関わり（例：青年団、消防団、サークル等）、中年期の関わり（例：町内会、PTA等）、老年期の関わり（例：老人会、趣味サークル等）について把握していることも重要になります。
- 男性の場合は、定年前の社会との関わりを中心とした「職縁」（同僚、職能団体等）を通じたものが多く、地域の老人会などに入らない傾向も増えています。趣味（囲碁、将棋等）や地域活動を通じた関係などの有無を把握しておくことも大切です。
- 女性の場合は、地域との関わりも長く広い場合が多いので、町内会、PTA、趣味サークルなどの内容、役割、時期などを把握することで地域の広がりも把握できることもあります。
- ただし、こうした社会との関わりを聴くことは、聞き取りの方法によっては、利用者や家族に不快感を与えることもあるので、なぜこうしたことを聞くのかについて、しっかりとその目的を伝え理解してもらうことが大切になります。

■確認ポイント

- 介護サービスを利用する以前の生活において、利用者は地域でどのような活動を行っていたのかを把握している。
- 以前は行っていたが、現在はあきらめてしまっていることや状態が改善されれば、またやってみたいと思えることがあるかなどの意向を把握している。
- 友人、家族の入院や入所、かわいがっていたペットの死など環境の変化があったかどうかを把握している。
- 利用者は、友人や家族、地域の方々とどのようなかかわりを今も維持しているかを把握している。

■類似の質問

- 60代以降、地域とはどのような関わりをされてきましたか？
- どのようなきっかけで社会的な活動に変化があらわれてきましたか？
- 本人の心理状態と社会活動への参加はどのように影響していますか？

質問16＜排泄＞

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

■目的

- 排泄で困っていることについて、その原因や背景を把握しているか、また実際の24時間の時間軸の生活において、どのような排泄（自立・尿とりパットの使用・ポータブルトイレ（PP）・和式トイレ・洋式トイレ・オムツ・リハビリパンツなど）方法をとっているか、またどの程度の介護が必要なのかを把握し、整理できているかを確認する。
- 排泄においては、日常生活自立度や認知症高齢者の自立度、健康状態なども強く影響を及ぼします。気持ちがあっても体がついていかないことや体は元気でも精神面の衰えから排泄がうまくいかない場合など、他の関連項目（家族の介護力など）との関係性を把握しているかを確認する。

■解説

- 排尿・排便の問題には、もっとも家族や他人の手を煩わせたくない事柄の1つです。それだけ排尿・排便のコントロールは、利用者の尊厳に関わる（羞恥心を含む）大切な事柄であり、単に健康管理や治療面の問題だけではなく、在宅での生活をおくる上においてとても重要なことです。しかしながら、恥ずかしさ等の理由から尿漏れや尿失禁・極端な便秘等があっても、医師の診察を受けずに過ごしたり、また認知症等で排尿・排便の後始末ができずに利用者（家族）双方が混乱してしまうこともあります。
- 排尿・排便の行為の自立には、尿意や便意を感じ、トイレやPPまで自力で移動して、しゃがむ・立ち上がる、衣類の上げ下ろし・排泄後の後始末等の複雑な動きが一人でできる能力が必要になります。例えば、つい先日までは一人で排泄の行為ができていたとしても、足の筋力が低下したために、尿意を感じてからトイレに行くまで、間に合わずに失禁してしまうこともあります。
- 車いすの生活においても、利用者が手すりに掴まって数秒、立位保持ができれば、排泄の介助を行ってくれる人がいると、PPやトイレで自然に用を足すことができるので、安易にオムツの装着をしないで済む場合も多々あります。
- 排泄と一言に言っても様々な情報（ADL・本人の意欲・食事量や水分摂取量・下剤との関係、介助者の健康や排泄に対する意識・住環境等）をもとにアセスメントが必要になります。

- 例えば、頻回に排尿の介助をお願いすることに気兼ねを感じた場合、水分を控えることで介助の回数を減らそうとする高齢者もいます。そうした結果、脱水状態を誘発することにつながることもあります。
- また家族も介護負担の軽減から安易にオムツの使用を行い、利用者の尊厳を傷つけている場合もあります。利用者の状態に合わせて、夜間のポータブルトイレの使用やリハビリパンツ・尿とりパットの使用、他、夜間だけは紙おむつを使用する、尿漏れ等が頻回にある利用者等では単なる加齢としてだけで捉えず受診勧奨や失禁体操など、どれだけの知識や手法を利用者及び家族に伝えているかが重要です。
- また排泄の関係では、食事の内容も影響することを改めて利用者や家族に伝えるなど、総合的なアセスメントが必要となります。

■留意事項

- 排尿・排便はもっとも触れてもらいたくない部分ではあるが、とても大切な部分なので利用者にはその旨伝え、自尊心を傷つけないような配慮を行うことが大切になります。
- 利用者の排尿・排便に関して、「維持・改善・向上への意向」が導き出せているかを確認します。
- 能力があるのに排泄が自立できていない場合、「どうして排尿・排便が自力でできていないか」、その原因や背景を把握し、将来、どのようなことが困っていくのかを予知予見できているかを確認します。
- 直接介助が必要でない場合においては、同居の有無にかかわらず家族であっても具体的に利用者の尿漏れや時々失敗してしまうことなどは、把握できていない場合が多いので注意する必要があります。
- こうしたことは、慣れない介護支援専門員には判断できないことも多いため、関係者からも情報を集めながら排泄に関する大切な視点を学んでいくことも大切です。

■確認ポイント

- 排泄に関する意向や困りごとについて確認し、その原因や背景を把握している。
- 尿漏れや失禁の頻度やどういった場面で起こるかなどについて把握している。
- 尿漏れや失禁に対して、利用者及び家族が工夫していること（失禁用パンツの着用やパットの利用・失禁体操の実施など）を把握している。

- 排泄に関するADLの状況（下肢筋力・ふらつき・握力「手すり」・つかまり立ちの持続時間「秒」等）を把握し、介護力等に合わせた排泄の方法を24時間の時間軸で把握ができています。（トイレ・ポータブルトイレ・リハビリパンツ・尿とりパット・おむつ・手すりや洋式トイレ等に変える等の環境整備等を含む）
- 排泄物の後始末等に関することや衣類の着脱（脱ぎ着しやすい下着やズボン）に関することを把握している。

■類似の質問

- 外出先では、排尿・排便にどのように困っておられますか？
- 日中や夜間では、排尿・排便にどのように困っておられますか？
- ご家族はどの程度把握され、どのような介助がよいかご存知ですか？
- 排泄に関して、家族・介護者はどのように考えているか確認してみましたか？

質問17<食事・口腔>

食事や口腔の状態について、何か気になる点がありましたか。

■目的

- 歯（例：義歯、むし歯）と口腔内の状態について把握できているかを確認する。
- 嚥下障害等があり、特別な食事や水分補給の方法が必要なことはないかを確認する。
- 食事の回数、内容、栄養バランス、水分量等の現状の把握とその中で問題があれば、その原因や背景を把握できているかを確認する。
- 食事の食べ方（例：盛り付け、箸・スプーン・フォークの扱い、咀嚼・嚥下、むせ等）の現状とその原因と背景、本人の意向について把握できているかを確認する。

■解説

- 食事は栄養面だけでなく、一日3回ある生活のリズムであり「楽しみ」でもあります。大好きな献立や好物があることで、生活の「ハリ」となります。食事は身体と心の健康と体力を維持し、日々の生活への励みを生みだします。また誰とどのように食べるか（例：家族団らん、孤食等）でも異なってきます。
- しかし、歯や口腔内が食事に堪えられない状況や、他には嚥下障害などがあると普通に食べたいと利用者が考えていても、誤嚥性肺炎等の危険があるために、流動食等を余儀なくされることもあります。また体力・気力の落ち込み、味覚障害などが顕著な状態では、食事摂取が苦痛と感ずることや、面倒だと思ふことにも繋がります。さらに物忘れや認知症が進むと、再三の食事の要求、異食、食べ過ぎ、偏食等の問題が生じ、介護者のストレスも高まります。
- 食事での困り事が「準備～調理～盛付～配膳～下膳」の範囲だけでなく、介護者が調理する食事形態や介助の方法の未熟さからくる「食べづらさ」、また食事をどこでとるかの環境面（例：居間、食堂、ベッド等）についてもADLの状況も踏まえてアセスメントするようにします。
- 口腔に関しては、一番後回しのチェックになりがちです。口腔の状態と嚥下機能の低下とは密接な関係があり、見逃してしまうと誤嚥性肺炎などを引き起こす原因にもつながります。また、口臭などが原因で、家族や友人などから指摘されたり、敬遠されるなど、コミュニケーションの悪化や、社会参加への気後れなどにも繋がる場合があります。

■留意事項

- 誰が、どのように食事介助に関わっているのかを具体的に把握しているか確認します。また日中独居の状態ではどうしているかがポイントとなります。
- 老々介護では、介護者の健康状態、炊事の段取り（特に男性）と今後支障がでることを予知予見できているかを確認することが大切です。
- 要介護者の認知症の進み具合や介護者の物忘れ、判断能力の低下が調理や食事介助には影響することから今後、どのような支障が生じるか把握、予知予見した上で、今後の対応策を考えているかを確認します。

■確認ポイント

- 食事を食べるうえでの困りごとについてその原因や背景について把握している。
(入れ歯が合っていない、固いものが食べられない・唾液の分泌量が減って、カステラやパンなど、ぱさつくものが食べられない・嚥下障害があり、刻み食や流動食・経管栄養等にて食事を摂取している・糖尿病や腎臓病等にて制限食を食べているなど)
- 食事に関する過度の欲求があるなど、家族が抱く困りごとを把握している。
(認知症等にて再三の食事の要求・異食・偏食・小食等、好き嫌いが多く、献立に困る等のストレスを家族が抱えているなど)
- 調理形態や味付け等の工夫が必要等、介護者のストレスになっている事柄を把握している。
- 専門家に相談した方がよいだろうと思われるものについては、受診の勧奨等必要に応じて行うなどの視点を持っている。
- 食事時の食べ方や日ごろ利用者は誰と食事を共にしているかなどの情報についても把握している。

■類似の質問

- 今後、さらに機能低下すると、どのようなことに困ると思いますか？
- 以前どのような食習慣だったか聞かれましたか？
- 食事はおいしく食べることはできていますか？
- 食事や口腔のことでどのように困っていますか？またその原因を把握していますか？
- 生活の支障が食べることや口腔のトラブルに原因があると思われることはありますか？

質問18<問題行動>

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

■目的

○利用者の問題行動が家族や近隣にどのように理解されているか、またそのときの対応をどのように行っているかを把握し、整理できているかを確認する。

■解説

○利用者の問題行動のあらわれ方は多様です。本人のこれまでの生活歴や性格、価値観、こだわりが影響するだけでなく、認知症のレベルごとに生じる問題行動や精神的疾患（例：老人性うつ症）からくる問題行動もあります。また日内での体調の変化や気分の変化も影響しますし、対応する人々の様子（表情・声のトーン・強い制止等）も問題行動には影響を及ぼします。

○これらの問題行動の背景には、家族が抱えてきた「家族間の歪み」なども影響し、複雑な様相をとめない噴出します。また家族の対応の延長線上にやむにやまれぬ「虐待的状况」が生じる危険性があり、利用者支援だけでなく、精神的に追いつめられた介護者のストレスマネジメントに留意することも大切になります。

○問題行動が、家族にとって耐え難いものである場合、医療的対応等も考慮するなど、時には必要となることがあります。

■留意事項

○「問題行動」については家族は身内の不祥事と捉え、家族が隠す、軽く言う傾向があるので、問題行動という直接的な表現は実際の面談の場面では避けます。

○問題行動が生じるタイミング、時間帯、きっかけ、特徴的な行動・言動などを把握しているかを確認します。

○問題行動によって家族、近隣が「どのような不安や迷惑」を被っているかを具体的に把握できているかを確認します。

○今後の症状の進行により、どのような事態が予知予見できるかを確認します。

○家族や周囲の支援者がどれだけ「認知症」や「精神疾患」に対する理解があるかによって対応も異なるので、正しい知識と対応について伝達していくことが大切になります。

■確認ポイント

□誰が（家族、近隣、専門職）問題行動と感じているのか把握している。

□具体的な問題行動をいつどのように起こしているか把握している。

（例）暴言（喚く、怒鳴る、ののしる、叫ぶ等）、暴行（叩く、殴る、蹴る等）徘徊（時間帯、きっかけ、エリア等）、介護の抵抗（食事、入浴、排泄、移動、着替え等）、収集癖（廃棄家具、ゴミ、新聞等）、火の不始末（調理、暖房、タバコ等）、不潔行為（弄便、唾かけ等）、異食行動（石鹸等）

□家族がどのように対応しているか（説得、会話、無視、放棄等）、近隣の対応（声がけ、無視等）はどのようにになっているか把握している。

□家族の不安（身体の危険、虐待の可能性等）、近隣の不安（暴行、暴言、徘徊失火、虐待等）について把握している。

■類似の質問

○家族、近隣にとって「迷惑」と思われる行為にどのようなものがあったと把握していますか？

○これまででの困った行為にはどのようなものがあったか把握していますか？

質問19＜家族の心身の状況＞

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

■目的

- 家族の「介護の知識や家事・介護力」の程度や介護に関わる家族の「心身の疲れや健康状態」を把握し、整理できているかを確認する。
- 同居・近距離家族に関わらず、主たる介護者やキーパーソンの有無、介護に関わる家族の人数を把握し、整理できているかを確認する。

■解説

- 介護保険は利用者の「主訴」すべてに対応できるものではありません。利用者（家族）の自立を支援すること、ADL・IADLの「生活上の手間」への支援を目的とします。介護保険は家族介護を社会的に支援することをめざしており、家族ができることや家族だからこそできる「心の支え」までフォローできるものではありません。
- もともとの家族関係や実際に介護や家事に要する手間、経済的な問題やほかの支援者がいるか、主たる介護者が地域や家族の中で孤立していることはないか、介護者の健康問題はどうかなど、多角的な視点から介護力のアセスメントも必要です。あまりにストレスが高まると、介護に対する拒否感や否定的な衝動から、虐待へと向かう危険性も秘めてしまうこともあります。
- 家族の関わりも様々ですが、一般的に一部の介護者に集中してしまう傾向があり、やがて介護者が倒れてしまう、また本人も要介護状態となる事態を誘発してしまうなどが起こることもあります。
- また在宅介護を担っている家族の中には、在宅を希望する利用者の意思によりそうことを大切に日々過ごしている家族もあれば、周囲のしがらみ等で仕方なく介護している家族等様々です。介護支援専門員自身の介護家族の価値観を強要したり、もしくは誘導するような対応のないように留意することが大切です。

■留意事項

- 主たる介護者を含めた家族の「関わり方」を把握しているかどうか大切です。
- 利用者の要介護度だけでなく、認知症の有無も介護の負担感に大きく影響します。具体的にどのようなことが「介護疲れ」を引き起こしているか、介護者の個別性も視野に入れ具体的に把握し、整理することが大切です。
- 主たる介護者を含めた家族の介護力や家事力、社会的な立場等（就労の状況等）のレベルを把握しているかどうかを確認することも大切です。

■確認ポイント

- 主たる介護者（夫、妻、息子、娘、親等）の心身状況、健康状態（腰痛、膝痛、肩こり、便秘、頭痛、うつ・不眠・食欲の低下等）を把握している。
- 介護者のストレス（イライラ、落ち込む、眠れない、意欲低下、利用者に対する暴言等）を把握している。
- 介護者の介護の状況（介護の分担（移動、入浴、排泄、食事、家事・余暇・通院・内服薬の管理等）、介護技術（利用者に安心・安楽な介護ができる・おおよそできる・できない等）、家事力（炊事・調理・掃除・洗濯・買物等の家事能力）を把握している。
- 介護者の通院の有無（通院状況、禁止されている行為）を把握している。

■類似の質問

- いまの状態が続いた場合、今後困った事が起こるとしたらどのような事が想定されますか？
- 介護に関わっている主たる介護者の状況と実際に行っている介護の内容を教えてくださいませんか？

質問20＜家族の介護力＞

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

■目的

- 家族（同居・近隣・遠距離含めて）がどのような姿勢（態度）で介護に向き合っているか、介護に対してどのような意向を持っているかを把握し、整理できているか確認する。
- 家族が後ろ向き（消極的）なために起こっている状態、また将来に起こりそうな状態を予知予見できているかどうかを確認する。

■解説

- 家族といっても誰もがいつも「前向き」に介護できているわけではありません。家族（夫婦）には「歴史」があります。家族自身の生活（健康状態や経済状況、価値観等）や近隣との関係やしがらみなど影響を受けながら介護しているのが現状です。
- 仕事のストレスや介護そのものの体力的なしんどさ、介護者の精神的疾患や介護疲れから意欲や気力を失っている場合もあります。とくに経済的な負担や将来への不安や絶望（例：認知症や医療的ケアが多い場合）は介護への意欲を削ぎ、投げやりな態度や極端な手抜きを生み出す場合もあります。
- 利用者主体のケアを行うためにも時には家族に重点をおいた支援の方策を練ることで、家族の力がまた大きくなり、利用者への支援に還元されるという取り組みも状況に応じては必要なこともあります。
- また介護への「向き合う姿勢」をあらかじめ把握しておくことで「声かけ」の頻度や内容、モニタリング時のアセスメントの中味を考える事ができます。また介護の燃え尽きや虐待的状况を未然に防ぐ「予防効果」も期待されます。

■留意事項

- 前向きになれる時とともに、後ろ向きになってしまう時、その原因やきっかけ、その乗り越え方などを介護者から聴くことは「つらさ」に共感することになります。
- また介護者も第3者に自らの介護に対する気持ちや自分のいま置かれている環境等を言語化していく過程で、自らの気持ちを整理することができる場合もあります。
- 同居、近距離に関わらず家族それぞれが、どのような「介護への意欲」をもっているかをどの程度把握できているかが重要となります。
- 介護者の多くは、病気に対する知識や適切な介護技術を得るための時間的な余裕や気分的な余裕がない場合が多々あります。「適切ではない介護の方法」で介護することにより不安や体力的な負担、ストレスを生んでしまっている状況を介護支援専門員は把握しておく必要があります。そのために、初歩的な介護技術を学ぶ「介護者教室」や、ストレスを発散し思いの共感ができる場所として、「介護者家族の会」、「認知症家族の会」などを紹介することも重要です。
- 「介護への姿勢」を家族の言動だけでなく、実際の関わり方の度合い（時間帯、役割、頻度等）を、具体的に把握することも大切です。
- 直接介護に関わっていない家族でも、主たる介護者（親、息子、娘）に間接的な支援（例：電話による感謝、経済的支援等）を行っているかで精神的な負担は異なります。

■確認ポイント

- 主たる介護者（夫、妻、息子、娘、親等）の心身の状況や介護に対する意向などを踏まえ、介護力を把握している。
- 近距離家族（息子、娘、親、孫等）や遠距離家族（息子、娘、親、孫等）などの介護力を把握している。
- 介護のストレス（イライラ、落ち込む、眠れない、食欲低下等）の状況を把握している。

■類似の質問

- 介護にどの家族がどのように具体的に関わっていますか？
- 家族の方はどのようなことがきっかけで介護への姿勢に変化がありましたか？

質問21<居住環境>

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

■目的

○利用者がより自立した生活を送り、機能の維持向上や介護者の負担軽減のために、住環境の上で工夫出来る点がないか、将来の利用者自身の心身状況や家族介護者の生活を踏まえて、自らの判断のみならず関係機関や関係者にも相談しながら検討されたか確認する。

■解説

- 要介護度や障害の特性によって、住宅改修や福祉用具の選定に関する視点は異なってきます。居住環境には家屋内の「居住空間」や家の周囲を含めた「近隣の環境」等も考慮します。屋内では玄関や敷居の段差、トイレ・台所などの空間、ベッドを持ち込む部屋面積、炊事がしやすいキッチンなどが、要介護状態となった本人や高齢の家族にとって使い勝手がよいかどうか自立した生活や負担の少ない介護に深く関わってきます。他には利用者自身のADLを評価した時に室内の細かな環境を整備するだけで、できることがたくさん増えていくこともあります。
- 自らの判断のみならず病院関係者（理学療法士・作業療法士・看護師等）や訪問介護・通所系スタッフ等の意見も伺いながら、アセスメントに活かす視点が大切になります。
- 「在宅生活」とは寝室や居間での生活ではなく、「住み慣れた地域での暮らし」を総合的にとらえたものです。地域で続けてきた自立した暮らしぶりは、現在でなく以前の元気だった頃の暮らしを聞くことで把握することができ、そのアセスメントの流れの中で、望む暮らしや取り戻したい生活や習慣を「課題」や「目標」にすることができます。
- また居住環境を把握することで、たとえば移動に活用できる福祉用具（例：杖、シルバーカー、車いす等）や起き上がりや立位を補助（ベッドサイドの移動バーなど）の介護を軽減出来るものや住宅改修（例：玄関・階段・廊下・浴室・トイレの手すり設置等）などの必要性がわかり、計画的なアセスメントがおこなえ、プランに導入することができます。

■留意事項

- 利用者（家族）が実際に困る場所、危険と思われる場所については、実際の動作を行ってもらい、動線を確認する、必要に応じてイラスト・デジカメで記録することも大切になります。
- 敷居のわずかな段差も足腰の機能低下で「つまづき」の原因になります。さきざきの機能低下まで視野にいれたアセスメントができているかを確認します。
- 身体機能のレベルによっては、すべてのバリアをなくすことで逆に機能低下をもたらす場合もあることに注意する必要があります。
- 利用者や家族が、それまで暮らしてきた歴史が居住環境にはたくさん詰まっています。危険だからといって、やみくもに排除したり、単に機能的にするだけでは利用者との信頼関係を失うことにも繋がりがねません。居住環境に対する利用者・家族の思いをきちんと受け止める姿勢が必要です。その上で、専門的なアドバイスができているかどうか確認することも大切なことです。

■確認ポイント

- 室内の環境の微調整（物の配置を変えることでできることを増やす視点）
- 段差の解消（玄関、階段、敷居等）
- 移動能力に応じた工夫（廊下、階段等）
- 安心できる入浴動作の確保（脱衣室、浴室、浴槽等）
- 安定した排泄動作の確保（トイレ、廊下、手すり等）
- 寝室の工夫（ベッド、空間、閉じこもり、臭い等）
- 台所の工夫（調理、洗い、片付け等）
- 買物の工夫（道路の距離・傾斜・幅等と移動能力の関連）
- 室内の動線確認（家具など障害になるもの、活かせるもの）

■類似の質問

- 利用者の方がもっとも困っている（将来困る）場所はどこですか？
- 家族が介護をするにあたり困っている（将来困る）場所はどこですか？
- 利用者の残存能力を最大限に生かす環境整備を行うとしたら、どんなところに視点を置いて考えていきますか？

質問22<特別な状況>

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

■目的

- 利用者の「特別に配慮すべきこと」（例：医療ニーズの高さや緊急性が高い要素、徘徊、虐待、家族不和、利用者が限界を超えて頑張り続けている場合等）で把握している内容と今後どのようなことが予測されるかを確認する。
- 介護者等の「特別に配慮すべきこと」（例：健康、疾患、ストレス、介護力、経済的負担、介護知識の不十分さや従前の関係性の悪さからくる虐待、また限界を超えた在宅介護を続けている場合など）で把握している内容と今後どのようなことが予測されるかを確認する。
- 「特別に配慮すべきこと」がケアチームとして共有され、サービス担当者会議でその方向性などが一致しているかどうかを確認し、必要に応じて保険者および地域包括支援センターが関わるべき内容であるかの検討を行うことができているかを確認する。

■解説

- 要介護1～5のどの状態であっても、本人の個別性（年齢、性差、性格、生活歴・価値観・疾患の種類と進行の度合い等）、家族の事情（家庭内不和、離婚、断絶等）、家計の事情（困窮、生活保護等）によって援助方針における「支援の内容とポイント」は異なってきます。また介護者の事情（同居・近距離・遠距離介護、性差、介護力、介護への思い、疾患、判断能力等）は支援内容にも大きく影響し、それらに応じて「特別に配慮すべきこと」が出てきます。
- たとえば要介護3の夫の認知症が進行し、妻が聴覚障害と下肢筋力の低下、もの忘れが生じた場合には会話、服薬管理、失火、消費者被害などにも配慮した支援方針と支援内容が必要となります。このほかにも虐待的状況やターミナル期、重度化、夫婦ともに要介護状態、精神疾患による近隣からの孤立などの「特別な事情」を配慮しなければいけないケースは急増してきます。

○ケアプランは利用者個々への支援ですが、これらの状況を把握し、全体的な配慮がなされた支援方針と支援内容が明記されていることが大切です。また担当者会議等を通して、支援内容を提示し、他にも方法がないかを議論しあうことによって、支援者の共通理解がなされ、個別性と特別な事情に配慮したチームケアがめざせることにつながります。

■留意事項

- 本人・家族の「特別な事情」（例：虐待）をケアプランに記載できない場合には、ケアチームに対して居宅介護支援経過記録を使って情報共有をしていることが大切です。
- 「特別に配慮すべきこと」を一人の判断だけで支援方針を立てるのは、判断の見誤りなどのリスクがある為、サービス担当者会議等の場で検討し、ケアチームでそのことを共有しているかを確認する。
- 虐待や精神疾患などによる困難事例、家族不和と介護放棄、消費者被害などの事例、また逆に責任感の強さや世間・身内のしがらみに押しつぶされそうになりながら、限界を超えた介護を行っている場合など、介護による共倒れも起こりうる可能性は高いものです。このような「特別な事情」では、行政・地域包括支援センターなどとチームで動くことが必要な場合もあるので、必要に応じてサービス担当者会議などへの誘いかけをすることが大切になります。
- 終末期の場合、利用者・家族の気持ちは揺れ動いていることが多々あることから刻々と変化する状態を冷静に観察し、場面に応じたチームケアの体制をつくる作業が継続できているかを確認します。

■確認ポイント

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 本人の事情 | <input type="checkbox"/> 家族の事情 | <input type="checkbox"/> 家計の事情 | <input type="checkbox"/> 近隣との関係 |
| <input type="checkbox"/> 介護者の事情 | <input type="checkbox"/> 家族の介護力 | <input type="checkbox"/> 認知症 | <input type="checkbox"/> 精神疾患 |
| <input type="checkbox"/> 終末期 | <input type="checkbox"/> 虐待 | <input type="checkbox"/> 介護スタイル | <input type="checkbox"/> 宗教 |

■類似の質問

- 特別に配慮すべきことで、利用者、家族への説明で困ったことはありませんか？
- このプラン作成にあたり、「特別に配慮すべきこと」として記載するかどうか迷ったことはありませんか？
- 特別に配慮すべきことで、表現に困ったことはありませんか？

質問23<尊重>

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

■目的

- アセスメントの過程において、利用者・介護者に、できないこと「不可能な要因」、できること「能力」、していること「行為・実践」、できそうなこと「可能性」、望む暮らし「目指すべき方向」、この視点で現状を認識してもらえたかを確認する。
- 介護する側の「可能性」(ADLへの介護、IADLの実践)とさらに「実践してみようという意欲」(挑戦)や「できるようになる」ための知識、方法、心身機能の維持を認識してもらえたかを確認する。
- アセスメントを通じて現在だけでなく、数ヵ月後から数年先まで見通した「本人・家族の暮らし方」への意向を尊重する「やりとり」ができているかを確認する。

■解説

- アセスメントとは利用者・介護者との協働作業です。そのプロセスを通じて、利用者・介護者が現在の暮らしへの困り事や不安、戸惑いを振り返り、その原因を把握し、「望む暮らし」を主体的描けるために支援していくのが、介護支援専門員の大切な役割です。
- そのためには介護支援専門員は非審判的な態度で臨み、利用者及び家族の意思意向について把握し、「尊重」することが大切です。
- また排泄などに関わることは本人にとっては家族にも知られたくないことでもあり、何気なく発した言葉や専門用語で尊厳が著しく傷つけられる場合もあります。また生活歴や家族歴も、本人にとっては他に知られたくない、知られると家族関係上困る事も多く、慎重に対応することで利用者及び家族の尊厳を保持することにつながります。

■留意事項

- なれなれしさと親しさを混同し、言葉づかいで利用者・家族の心を傷つけ、関係を壊している場合があります。「どのように尊重しているか」を具体的に確認することが大切です。
- しかしながら現状の把握が「できるか、できないか」という表面的な質問ばかりになりがちでは、利用者・介護者にとってはただの「詰問」あるいは「チェック」にしか感じられません。戸惑いや不安が大きい退院・退所したばかりの段階では、「どう思うか、なぜそう思うか」の理由を語ってもらい、プラス面（できていることやしていること）を含めた必要な分析と助言で正しい現状認識を持ってもらいます。そして「どうやればよいか」の手立て（対策）をセルフケアや家族支援、インフォーマル資源やフォーマル資源からともに考えていく姿勢を介護支援専門員が持っているかが重要となります。
- 生活の主役は「利用者」ですが、その介護者も支援の対象となります。援助側の一方的な判断や思い込みの姿勢は利用者と介護者の意向をないがしろにするものです。しかし利用者・介護者の要求に従うことが尊重することだと誤解し、結果として「言いなりプラン」になってしまいます。これも利用者本位の誤った理解です。

■確認ポイント

- 利用者の自己選択・自己決定を尊重している。
- 利用者・家族のプライバシーに配慮した言葉づかい等を行っている。
- 利用者の年齢、経歴、性差を意識した言葉づかい、態度などを行っている。
- アセスメントのやり取りで、排泄や入浴、清潔の維持など、本人にとって答えづらい質問に配慮している。
- 現状への認識、望む暮らし（ADL、IADL、生きがい）を把握している。
- これまでの暮らし（生活習慣、生きがい、役割等）を把握している。

■類似の質問

- アセスメントを通じて利用者・介護者の方の現状への見方は変わりましたか？
- アセスメントを通じて利用者・介護者の方は何をやればよいか明らかになりましたか？