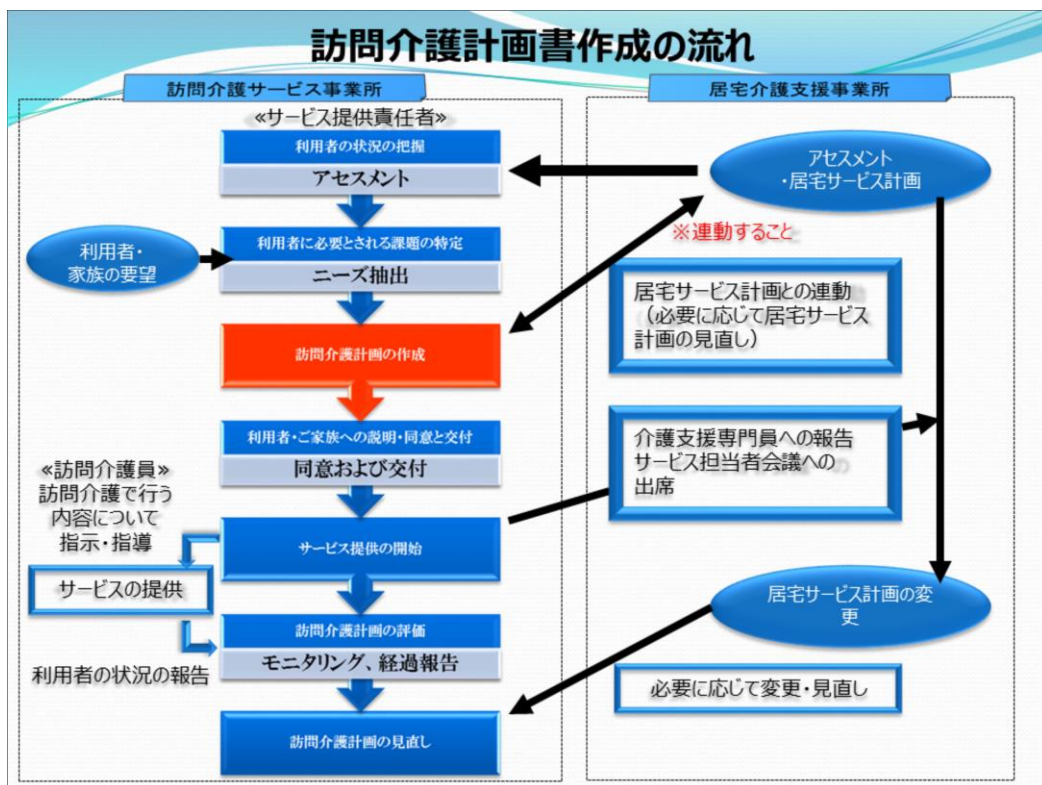


訪問介護計画の作成とポイント

堺市訪問介護事業者 サービス提供責任者基礎研修





【訪問介護計画書作成の流れ】

この表は訪問介護事業所のサービス提供責任者が、訪問介護計画に基づいてサービスを提供する一連の流れを表わしたものです。

左がサービス提供責任者、右がケアマネジャーが行う事を表しています。

新規利用者が訪問介護のサービスを利用する際は、その大半がケアマネジャーからサービス提供責任者に連絡があります。

サービスの調整を行い、ヘルパーの派遣が可能であれば、名前、年齢、住所、ADL等の情報を提供してもらいます。

これが初回アセスメントの一連の流れであり、この時点で既にアセスメントが始まっています。

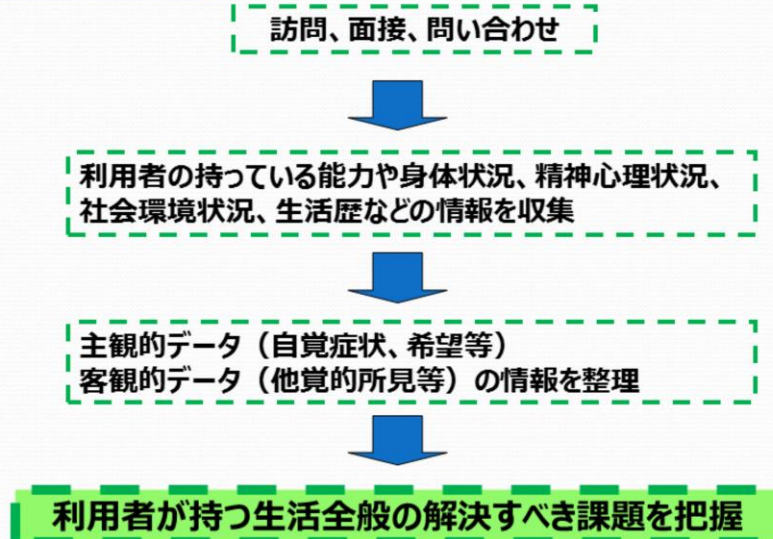
その後、サービス担当者会議でニーズを特定し、訪問介護計画書を作成します。

その訪問介護計画書を、利用者や家族に説明し同意を得て交付し、サービス提供の開始となります。実際にサービスを提供する中で、サービス提供責任者がヘルパーからの報告等を聞き、モニタリング（観察、点検と言う意味で、ケアプラン通りにサービス提供されているか、課題や問題が無いかをチェックする行為）を行い、その結果変更が必要であれば計画の見直しを行い、計画書を変更します。計画の見直しについてはケアマネジャーに伝え、ケアプランの変更が必要な場合はケアプランを変更してもらいます。

このようにサービス提供責任者が日々実践している事を、各項目ごとに一緒に考えていきたいと思います。

【アセスメント】

「アセスメントとは」



【アセスメントとは】

アセスメントの言葉の意味は「評価や査定」であり、情報収集のことを言います。

「訪問、面接、問い合わせ」というものには、ヘルパーからの報告内容も含まれます。

A D L、I A D Lはもちろんですが、その人の価値観、住環境、家族関係、経済状況、病歴、受診の状況、近隣の支援や関係など、様々な角度から必要な情報を収集します。

初めは聞けなかったこと等、関係を構築していく中で知り得た情報も、大切な情報となります。

自身の目で見て感じる事も大切です。

利用者に興味（知的好奇心・専門的好奇心）を持つことがとても重要となります。

「アセスメントの意義・目的」

- ◎ ニーズを明確化する
- ◎ 適切な訪問介護計画を策定する
- ◎ 身体状況や環境の変化などを予測し対策をたてる
- ◎ 訪問介護計画の評価をする

【アセスメントの意義・目的】

（ニーズを明確化する）

利用者の訴えが、必ずしも真の意向と一致しているとは限りません。

強い願望、欲望、遠慮も含んでいる可能性もあります。様々な情報を見極めていく必要があります。

（適切な訪問介護計画を策定する）

計画には個別性が重要となります。「〇〇さんみたい（タイプ）な人です」や、「〇〇さんと同じ調理法です」等ではなく、その人だけの情報を集めることが重要です。

（身体状況や環境の変化などを予測し対策をたてる）

例えば、ヘルパーからの情報で、「最近食欲がない」、「歩行にふらつきがある」等の情報があった場合は、アセスメントすることによって転倒等の危険を防止できる可能性があります。

定期的にあセスメントすることで、利用者の身体状況や環境の変化に合わせ、必要な支援体制を確保する事ができます。

さらに今後の変化を予測し、危険回避の対応をする事も可能となります。

（訪問介護計画の評価をする）

計画を評価し再アセスメントすることで、利用者や家族の特性に応じた支援方法が明確となり、より適切な訪問介護サービスを提供する事が出来ます。

「アセスメントの視点」

利用者の持っている残存機能

利用者の持っている潜在能力



自立した生活の実現

注意！

介護のニーズを抽出する時には単に利用者の希望をあげて、そのままサービス訪問につなげる事は避けなければなりません。

まず、アセスメントからADLやIADLなどの**本人が出来る事、出来ない事、時間をかければ出来る事**を明らかにします。

【アセスメントの視点】

利用者が保有する残存機能（残っている機能、左麻痺の方であれば右側が使える等）や潜在能力（使えるであろう機能、「昔は調理をしていたが、しばらく調理をしていない」等、思い出す可能性がある機能）を活用する。

【サービス担当者会議】

«サービス担当者会議とは»

介護支援専門員が、居宅サービス計画に位置付けられたサービス提供事業者などの関係者や利用者・家族を一同に集め、それぞれの専門的見地から意見を述べてもらい、**居宅サービス計画を検討**する場をいいます。

サービス提供責任者にとっては、基準第28条「管理者及びサービス提供責任者の責務」の中に定められているように、他職種・多機関で連携し合うためのものであり、**チームアプローチの実践の場**と言えます。積極的に参加しましょう。

【サービス担当者会議とは】

サービス担当者会議は、ケアマネジャーが居宅サービス計画（ケアプラン）を検討する場です。

サービス担当者会議までにモニタリング（再アセスメント）を行い、訪問介護事業所としてどのような考えを持っているかを整理し、会議の場で発言することが必要です。

チームアプローチの実践の場であり、それぞれの分野の専門職が、専門的な立場で積極的な発言をしていく事で個別性を重視した計画書が出来上がっていきます。

「サービス担当者会議の意義・目的」

- 1,専門職としての情報の共有化
- 2,居宅サービス計画の総合的援助方針、長期目標、短期目標を共通理解
- 3,多職種が参加し多角的な検討
- 4,サービス提供責任者が介護支援専門員にサービス担当者会議の開催を提案,調整
- 5,相互に役割分担ができ、チームワークを深める機会

【サービス担当者会議の意義・目的】

1. 多職種・多機関の関係者がそれぞれ専門職として情報を提供し共有化する事で、相互に利用者の違った面や違った援助の視点に気づくことができます。(ヘルパーには見ることができない面が、デイサービスでは見ることができる等)
2. 利用者や家族が「何に困っているのか」、「どうしたいのか」など、利用者や家族の訴えを聴く事で方向性を共通に理解します。(専門職がそれぞれ、ケアマネジャーの策定した居宅サービス計画の内容に沿って、同じ方向に向かうように再確認する。)
3. ニーズを確認し、サービス内容や提供時間帯、回数が適切であるかなど、専門職としての視点を持って意見交換を行います。多職種が参加し多角的な検討を行うことで、より良いプランの作成、実践が可能となります。(様々な角度から意見交換することで、よりよいプランが作れるということです。)
4. 身体状況や生活環境の大きな変化で、訪問介護サービス事業所だけで対応できない問題が生じた場合などは、サービス提供責任者がケアマネジャーにサービス担当者会議の開催を提案し、調整を図ります。(極度な歩行不安定等が判明したときは、サービス内容の変更等も生じるため、色々な角度から今後の対応を検討する必要があります。)
5. 利用者や家族、他職種の関係者が一同に顔を合わせることで、相互に役割分担ができチームワークを深める機会となります。(それぞれの専門職が同じ方向を向き、より良い意見交換ができるよう、顔の見える関係作りを行う場でもあります。仲良しクラブにならないように、しっかりと線引きが必要です。)

【訪問介護計画書】

＜訪問介護計画とは＞

アセスメントから導き出された課題を解決するために、訪問介護の援助の方向性や目標を明確にし、その目標を達成するために必要なサービスの内容やサービス提供の手順、留意事項、所要時間などを、具体的に明らかにしたものです。

＜訪問介護計画の意義・目的＞

訪問介護員が支援すべき課題や目標を明確にし、課題を解決するための支援方法について、利用者が確認、同意し、契約するものです。

【訪問介護計画書】

利用者・家族だけではなく、ヘルパーにも進むべき方向性を示すための書面ですので、分かりやすい表現でなければなりません。

ADL等の専門用語をつい使ってしまいがちですが、できる限り分かりやすい表現にしましょう。

「訪問介護計画の手順」

1、居宅サービス計画との連動

居宅サービス計画は「目指すべき方向性」を示すものであり、訪問介護計画はそれを「具体的に実行していくための計画」を示すものであると言えます。より良いサービス提供のためには、この2つが連動し、介護支援専門員とサービス提供責任者、訪問介護員、そして、利用者や家族など、チーム全員が、共通認識を持って取り組むことが基本となります。

注意！

訪問介護計画は、居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならないことが、運営基準第24条第2項にも定められています。

【訪問介護計画書の作成手順】

1. 居宅サービス計画との連動

「居宅サービス計画（ケアプラン）の内容に沿って」という意味は、ケアプランの内容から逸脱した訪問介護計画は作成できないということです。

極端な例を挙げると、ケアプランに入浴介助が入っていない場合には、訪問介護計画に入浴介助を入れることはできないということです。

サービス担当者会議で、ケアマネジャーと話し合いができていれば、それほどかけ離れた内容にはならないと思います。

ケアマネジャーからケアプランをもらう前に、暫定の訪問介護計画書を利用者もしくは家族に渡す場合でも、事前にケアマネジャーに計画内容を確認し計画の整合性を保つ必要があります。

あくまでも内容に沿う・つまり同じ方向を向いているということが重要であり、ケアプランをそのまま訪問介護計画に当てはめるということではありませんので、注意が必要です。

ヘルパーからケアマネジャーに対して、「最近ちょっと下肢筋力の低下が心配」や「だいぶ足元がしつかりしてきた」ということを発信することで、ケアプランを変更してもらうことが理想だと思います。

2、利用者の合意

目標達成に向けての援助内容を、利用者や家族と共に考え、作る過程が重要です。利用者に訪問介護計画を示し、決められた時間帯の中で何をするかを話し合い、利用者自身や家族が援助の内容について合意することが、目標達成にはとても重要な事となります。

2. 利用者の合意

利用者・家族に合意を頂くためには、具体的で分かりやすい言葉を使用しないといけません。

長期目標と短期目標の設定の仕方ですが、ここが最も難しいポイントです。

長期目標や短期目標で「安心した生活がおくれる。自宅での生活が継続できる。ADL低下の防止、QOLの改善」等の表現は、いずれも綺麗な言葉に聞こえますが、具体的ではありません。

例えば、「転倒する事無く、入浴したい」というニーズがあれば、長期目標を「見守りを行うことで安全に入浴できる」、短期目標を「一部介助で安全に入浴できる」

このように、「入浴の自立」が最終目標ですが、それを長期目標とするのではなく、もう少し幅を狭くした方が考えやすくなります。

最終目標は最も幸せな人生・あるべき人生の具体像・本人の望む生活状態の実現であり、長期目標はある期間の達成目標とし、短期目標は利用者主体の受け身ではなく、少し努力する事で達成可能なごく近い目標と位置づける事で、「自分の目標」が利用者自身にも、より分かりやすくなります。

3、身体介護中心型、生活援助中心型の区分の決定

介護支援専門員が作成した居宅サービス計画の目標とサービス内容が訪問介護計画のサービス区分、類型と合致していなければなりません。訪問介護計画には、利用者に提供するサービスの区分、類型（身体介護中心型、生活援助中心型）、その組み合わせが判断できるだけの内容が盛り込まれていることが必要となります。そのためには、サービス行為ごとの所要時間を把握し、サービス区分ごとのサービス量の見積もりが明確にされていなければなりません。

3. 身体介護中心型、生活援助中心型の区分の決定

訪問介護計画書には、サービス行為ごとに所要時間を記入することとなっています。

所要時間の把握は、身体介護中心か生活援助中心かを見極めることから始まります。

4、訪問介護計画の表記について

訪問介護計画は課題解決のために、訪問介護サービスがどのように利用者の生活を支えるかをサービス提供責任者、利用者、家族共に考え、計画として文書化したものです。そのため、すべての項目において利用者や家族、訪問介護員が理解しやすいように分かりやすく表現され、記載されなければなりません。

4. 訪問介護計画の表記について

訪問介護計画書は、利用者や家族に理解しやすい内容とするため、専門用語をなるべく使わず、全体的にわかりやすく書く必要があります。

5、説明・同意・交付

訪問介護計画は利用者に援助の目標、目標達成のためのサービス内容、サービス提供における留意点などを説明し、**同意を得なければなりません**。同意を得たら、**利用者へ訪問介護計画を交付**し、目標達成に向け訪問介護計画に沿ってサービス提供を行います。

5. 説明・同意・交付

複数名で検討を行い、実際にサービス提供を「受けた」、「受けていない」等の苦情が出ないように、また利用者・家族、ヘルパーが把握しやすいように、分かりやすく記入することも、リスク管理の一つです。

ケアマネジャーは、訪問介護・通所介護等各サービス事業所の計画書を受領し、確認・保管する必要がありますので、少しでも早くケアマネジャーに計画を交付することで信頼関係の構築にも繋がります。

6、評価

訪問介護計画の目標達成状況を要介護認定の更新時や居宅サービス計画の変更時などに確認し、訪問介護サービスの評価を行います。その評価をもとに、援助目標や目標達成のために必要なサービスなどの見直しを行います。

6. 評価

計画の更新時や変更時など、十分に評価と再アセスメントを行い、次の計画につなげていくことが重要です。

計画の短期目標が具体的な内容であれば、評価もしやすくなります。

たとえば「一部介助で入浴する」という目標に対する評価であれば、「まだ立ち上がり等は不安定であり、一部介助が必要」といった評価ができます。

要支援の方にサービス提供を行う場合は、1月に少なくとも1回以上はモニタリングや毎月の利用者情報をケアマネジャーに報告しないといけません。

【モニタリング】

《モニタリングとは》

サービス提供責任者の責務として、基準第24条5項で、「サービス提供責任者は訪問介護計画の作成後、当該訪問介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該訪問介護計画書の変更を行うものとする。」と定められています。

介護支援専門員のケアマネジメント過程と平行して、サービス提供責任者も専門職の立場から、訪問介護計画書のモニタリングを行なうことが義務付けられています。

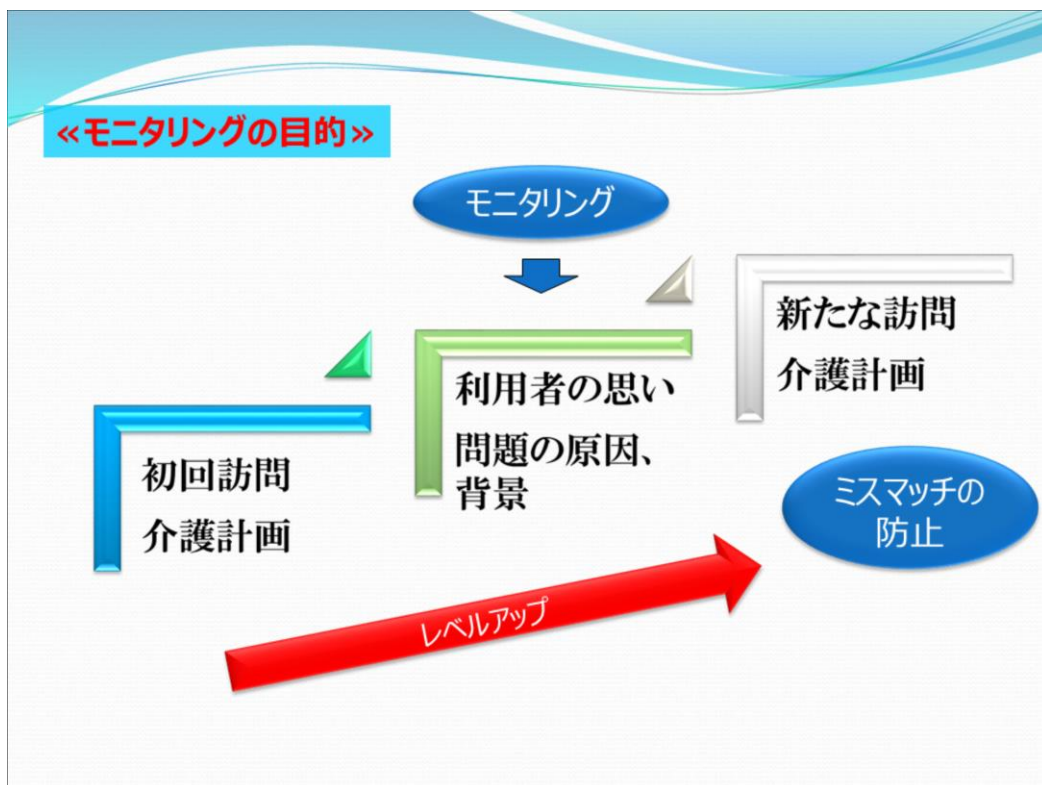
【モニタリングとは】

「モニタリング」は「評価」と似ています。

「評価」も「モニタリング」も同じカテゴリにあり、「評価」の中に「モニタリング」が含まれていると考えられます。

ヘルパーからの報告内容も大切なモニタリングの一部です。

訪問して利用者から聞き取りを行うこともモニタリングの一環となります。



【モニタリングの目的】

初回の訪問介護計画の作成時は、利用者が置かれている状況を十分に理解できるわけではありませんが、目の前の生活を支援しなければなりません。

その後、サービス提供を通じて、利用者の思いや問題状況の原因や背景が徐々に見えてくるでしょう。

利用者が「思っていたサービスと違う」という不満を持つなど、サービス提供の前とは違う状況になることもあります。

利用者、家族の状況は日々変化していきます。モニタリングの目的は「ニーズとサービスのミスマッチを早期に発見して、適切な訪問介護を提供すること」であり、ご利用者の自立を支援していくことにあります。

十分にサービス内容の説明をしても、なかなか理解して頂けないということも多々あると思います。特に新規利用者に対しては、初回訪問から数回はヘルパーに訪問時の様子を聞くことが重要です。

「モニタリングの視点」

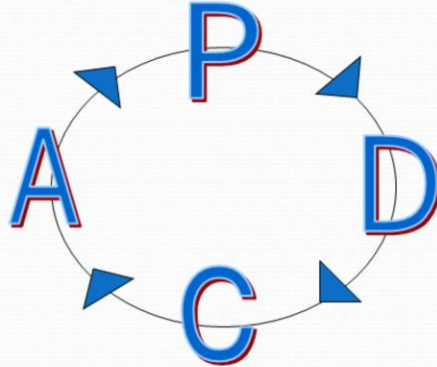
1. サービス提供責任者が作成した訪問介護計画書どおりに、サービスが提供されていますか？
2. 訪問介護計画のサービスの量や質が、適切に提供されていますか？
3. 訪問介護計画にある援助目標が達成されていますか？ （達成されていないときはその原因を把握しましょう！）
4. 援助方法が利用者や家族からの満足を得られていますか？
5. 新たに困っていることは見受けられますか？
6. 初回のアセスメント後のADL（日常生活動作）IADL（手段的日常生活動作）の把握ができていますか？
7. 病気について新たに注目する変化はありませんか？
8. 訪問介護員や訪問介護サービス事業者に対する苦情・要望を聞いていませんか？

※介護労働安定センター「サービス提供責任者のための基本テキスト」より引用

【モニタリングの視点】

1. 計画通りにサービス提供できていない場合は、すぐに正しい方向に修正しなければなりません。
2. 45分の計画なのに1時間かかっている等、ヘルパーさんの時間が延長になっているのであれば、ケア方法か計画の見直しが必要かもしれません。
3. 目標の達成度を確認し、その原因によっては目標の見直しが必要になることもあります。
4. 満足していないのであれば、その原因を確認する必要があります。
5. 他に困っている事が無いか等を確認することで、新たな課題の発見につながります。
6. サービス提供を通じて初回アセスメントとの違いに気付くなど、新たに利用者の状態に気付くこともあります。
7. 把握できていなかった疾病・服薬に気付くこともあります。
8. 苦情・要望等は、とにかく早めの対応が望ましいです。少しでも早く対応することで、誤解等が小さな段階で解消できることもあります。

(PDCAサイクル)



実行にあたっての計画：(PLAN)

計画に沿った実行：(DO)

結果を把握して評価：(CHECK)

見直し：(ACTION)

【PDCAサイクル】

P・・・(PLAN) アセスメントを行い、訪問介護計画を作成する。

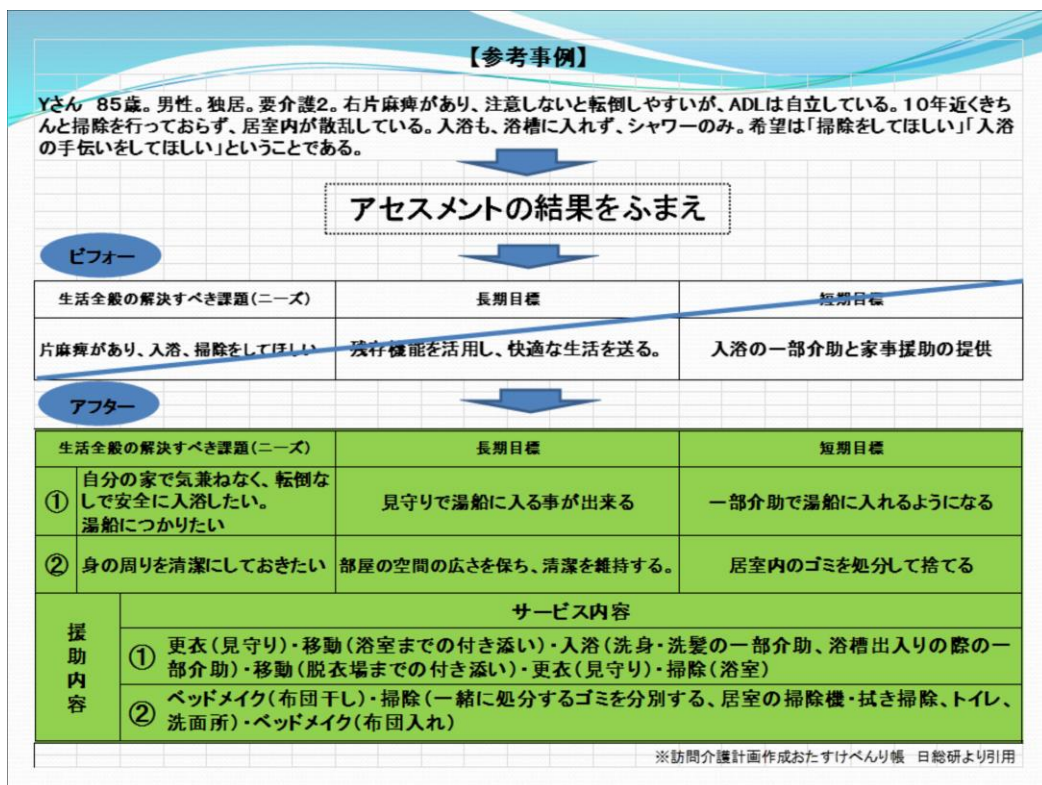
D・・・(DO) 作成した計画に基づいて、サービスを提供する。

C・・・(CHECK) 評価とモニタリングを行う。

A・・・(ACTION) モニタリングを行い、計画の変更や継続について判断する。

このように訪問介護計画作成の一連の流れは継続します。

(DO)で止まってしまうことがよくありますが、理想としてはこのサイクルの周期を早くすることが理想的です。



【参考事例】

サービス提供を優先しサービス内容を先に決めてしまい、その内容に見合うような課題や目標を設定してしまうことがあります。

利用者のニーズ・課題を優先し、その課題解決に向けた目標を立てて、その目標を達成するためにどのようなサービスが必要かという視点が重要となります。

居宅サービス計画(ケアプラン)では、「自立した生活を送ることが出来る」等の抽象的な表現であっても、訪問介護計画で具体的な表現にすると実施後の評価が行いやすくなりますので、できる限り具体的な表現で記入しましょう。