

高齢者ケアプランとケアマネジメントでのアセスメントの方法

——利用者と共につくるケアの展開計画——

須 加 美 明

Key word：公的介護保険，ケアプラン，ケアマネジメント，アセスメント，
介護

要 約

現在、公的介護保険の要介護認定及びケアプランの概念は、混乱している。主な原因は、制度の細部ができていないからではなく、各方面の関係者が、その意図を明らかにしないまま、ケアプラン、アセスメントなどの同じ用語を使い、それぞれの目的に合わせた主張を展開しているためである。本論は、混乱させられている高齢者ケアプランとアセスメントについて、自立を支援するケアのためには、どう考えるべきかを整理したものである。

第1章では、ケアプランを2種類に区分することによって考え方を整理する。第一は、部分と総合の区別である。看護、介護など「専門領域別の計画」と福祉と医療を総合化した「包括的ケアプラン」とが区別される。第二の区分は、個人の可能性への見通しとそのための給付を区別する。「ケアの展開計画」と「サービス提供計画（ケアスケジュール）」とが区別される。

また本来一体であるべき要介護認定とケアマネジメントが別のものとなった背景には、介護作業量に比例した支払額を老人の属性調査から導き出す日本版 MDS-RUG を目指した研究があり、これを高齢者ケアプランと呼んで要介護認定に転用した政策的意図があったことを述べる。この結果、要介護認定案は、「介護の必要度」を大きく左右する本人の意欲と環境要因を排除し、実施での混乱が予測されるため、その是正策を提起する。

第2章では、MDS-CAPsなどのアセスメントが、多職種のアセスメントチームに代わる包括的アセスメントであるかのような理解が一部で広まっていることにたいし、「単一の全人的アセスメント」という超方法は存在しないこと、「多職種による専門的アセスメントを一連の用紙に置き換える」のは不可能なことを述べる。そして、利用者の意思を軸に置くことによって始めて、視点の異なる多職種のアセスメントを一つの計画に集約していくことができることを述べる。また現在のアセスメント論議には、測定の客観性を重視するあまり、ケアの専門的視点を排除し、結果として、現場のケア実践をより効果的にするためのアセスメント表が作られていない問題を述べる。そしてアセスメント表の作り方に関して、チェック項目化の利点と欠点を整理する。

第3章では、自立支援のためには、高齢者の「できない部分」をチェックするアセスメントをやめ、可能性に焦点をあて、高齢者が主体になれるアセスメントが重要なことと、その方法を提起する。第4章では、現在提起されているケアマネジメントのアセスメント表の中では、日本介護福祉士会の提案が「誰が使っても同じ結果が出る客観性」よりも、ケアの専門性に重点をおき、在宅の臨機応変性に対応できる実践での有用性が高いこと、及び利用者参加の手段となるアセスメント用紙があり、ケアカンファレンスで高齢者が主体になれるため、多職種のアセスメントを利用者を中心に一つの計画に集約していく可能性を備えていることを述べる。

目 次

第1章 ケアプランと要介護認定についての概念整理

第1節 アセスメントの機能からみたケアプランの区別

1. アセスメントは専門職が注意を向けるための枠組み
2. 包括的ケアプランと専門領域別の計画～ケアプランの区別(その1)
3. ケアの展開計画とサービス提供計画～ケアプランの区別(その2)

第2節 要介護認定の質問表との区別

1. いまの要介護認定で「介護の必要度」を測れるか

2. 要介護認定は高齢者の意欲と環境要因を問題にしない

第2章 要介護高齢者のアセスメントの概念と方法

第1節 包括的・全人的アセスメントの考え方

1. 包括的アセスメントが必要な理由
2. 単一の全人的アセスメントは存在するか

第2節 多職種のアセスメント結果をまとめる方法

1. 包括的なアセスメントをすすめる過程
2. 利用者の意思を軸に置くことで多職種の係わりがまとまる

第3節 測定の客観性とケアの専門性

1. 客観的に測定できないことは、アセスメントに入れられないのか
2. チェック項目化（簡易なマニュアル化）の利点と欠点

第3章 ケアの展開に役立つアセスメントの方法

第1節 高齢者が主体になるケアの視点

1. 高齢者の「できない」部分より意欲と可能性に焦点をあてる
2. 機能障害より「利用者が望む生活」で培われる回復力に注目する
3. 利用者が「何をどう受けとめているのか」を重視する

第2節 戦略的な組み立てを考え、展開の鍵となるケアを見つける

1. 問題／ニーズとケアを1対1対応させるのは誤り
2. 根本原因にいきなり着手せず、成果が揚がる所から変化を生み出す

第3節 正解はひとつという発想をやめ、複数の仮説をたてる

第4節 利用者のもつ「自分の生活を切り回していく力」を重視する

1. 利用者の「サービスを使いこなす力」を評価する
2. 利用者の「問題解決に取り組んでいく力」を評価する

第4章 自立支援アセスメントの枠組みと特徴

第1節 「自立支援アセスメント」の概要

1. 生活援助を基礎とした自立支援のアセスメント
2. 「自立支援アセスメント」の枠組み

第2節 「自立支援アセスメント」の特徴

1. 利用者の側から「援助の必要性」を考える
2. アセスメント過程への利用者参加の用紙をもつ
3. 福祉と医療職のチーム活動が必要な部分を明かにする
4. 在宅の臨機応変性を重視する
5. 誰が使っても同じ結果が出る客観性より、ケアの専門性を重視する
6. 要介護者のケアのみでなく家族から見た問題を踏まえる

資料 日本介護福祉士会「生活援助を基礎とした自立支援アセスメント（在宅版）の考え方」

第1章 ケアプランと要介護認定の概念整理

現在、高齢者ケアをめぐる使われている「アセスメント」と「ケアプラン」の意味は、それぞれ使う者の意図が違いながら同じ用語を使っているため極めて分かりにくくなっている。高齢者への自立支援のアセスメントのあり方を考えるためには、この間の論議で「アセスメントとケアプラン」の使われている意味をまず整理しておく必要がある。以下ここでは、(1)包括的ケアプランと専門領域別の計画の区別、(2)ケアの展開計画とサービス提供計画の区別、(3)要介護認定のための質問表とケアプランをつくるアセスメントの区別について述べる。

第1節 アセスメントの機能から見たケアプランの区別

1. アセスメントは専門職が注意を向けるための枠組み

誰でも、何かの助けになりたいと思って人に関わろうとするときには、アセスメントをしている⁽¹⁾。ただし専門家でない人は、常識や習慣・経験にたより判断するのに対し、専門家は自己の専門的知識・技術を基礎に判断する。専門職のアセスメントとは、援助活動（介入）を実施する前に、その対象となる事象についての情報を収集し、分析、評価することである。

アセスメントが、単に「まんべんなく情報を集めて良く考えましょう」と

いう以上の意味を持つのは、アセスメントの役割に「援助者が注意を向けるための枠組み」があるからである。つまり「全ての情報をまんべんなく集めて」いたのでは、専門職の介入のために不可欠な情報が特定できない。専門職のアセスメントとは、その専門職の介入を決める上で不可欠な情報とそうでない情報とを分け、「混沌とした全体」のなかから必要な情報を切り取ってくるための枠組みである。従って、高齢者ケアにかかわる専門職が各々の専門的な治療、看護、訓練、介入のために独自のアセスメント枠組みや項目を持っていることは当然である。

問題は、一人の人間を心や身体の部分ごとに断片化して、各職種が自己の職種の枠からの「最善のこと」のみを指示していたのでは、利用者の側が混乱させられ、また効果も期待できないというところにある。

2. 包括的ケアプランと専門領域別の計画～ケアプランの区別(その1)

技術や制度が専門分化した結果、専門的サービスを受けられるようになった反面、一人の利用者に専門ごとの指示が出される等の弊害も出てきた。また長期ケアが必要な高齢者や障害者には、医療のみでなく、介護や福祉サービスも欠かせない。従って医療のなかで全人的な医療を目指すのみでなく、個々の高齢者に合わせた福祉と医療を含む包括的なケアプランをつくることになった。またリハビリテーションにおいても、老年学においても老年医学的総合評価 CGA comprehensive geriatric assessment や多次元的機能評価 multidimensional functional assessment などが追究されてきた⁽²⁾。

現在、高齢者ケアをめぐる使われている「ケアプラン」の意味で第一に整理されるべきことは、(a)福祉と医療を含む包括的（全人的）なケアプランと、そのもとになる各専門職の(b)治療計画、看護計画、リハビリテーションの計画、ホームヘルプの援助計画(介護計画)、ソーシャルワークの計画など専門領域別の計画を区別することである。竹内孝仁氏も看護・介護など個々の領域でのケアプランと、それらを含む在宅のケアマネジメントのケアプラ

ンとを区別すべきことを説いている⁽³⁾。

現在の高齢者ケアプランをめぐる論議には、MDS-RAPs Minimum Data Set, Resident Assessment Protocols や MDS-HC, CAPs Minimum Data Set-Home Care, Client Assessment Protocols⁽⁴⁾をもとにつくれば「包括的なケアプラン」であるかのような受けとめ方ができるように思われる。また反対に、個別の専門領域からたてられる方法をケアプランと呼んでいる場合も見受けられる。アセスメントについてもこの混乱が持ち込まれている。オーストラリアの老年科アセスメントチームのように多職種の専門的評価と合議のなかで「医療と福祉を含む包括的アセスメント」ができると考えるのではなく、MDS などの一連の用紙でこれが代行できるかのような理解もある。「多職種による専門的アセスメントを一連の用紙に置き換えられる」と思っている人々にとっては、その種の用紙の使い方を学べば、自分（単一の職種）だけで包括的アセスメントができるかのように受けとめているようだ。「多職種による専門的アセスメントを一連の用紙に置き換えられるか」については第2章で論じることにし、ここでは、用語の整理として、まず「福祉と医療を含む包括的なケアプラン」と「個別専門領域の治療・看護・援助計画」は区別されなくてはならないことを確認する。

3. ケアの展開計画とサービス提供計画～ケアプランの区別（その2）

つぎに高齢者ケアをめぐる現在使われている「ケアプラン」の意味で整理すべきなのは、「ケアの展開計画」と「サービス提供計画」を区別することである。「ケアの展開計画」とは、個人の可能性への見通しをたてて援助の局面を展開していく計画である。高齢者の自立に向けた取り組みは、スタッフが一方的に提供していく作業ではなく、高齢者自身の意欲が基盤となって、環境との相互作用を通じて隠れていた可能性を実現していく過程である。ケアの展開計画とは、利用者と職員との援助関係、利用者と環境との相互作用を重視し、将来への見通しの上に今のケアを位置付ける計画である。

これにたいして「サービス提供計画」とは、誰が、いつ、どこで、何を、

ケアの展開計画とサービス提供計画は、在宅でのケアプランの2側面といえる。在宅では、介助すればトイレで排泄できる高齢者でも、排泄時間に合わせたスポット訪問または巡回ヘルプがなければ、おむつに排泄せざるをえず、自尊心や社会性は急速に奪われてしまう。個々の隠れた可能性を実現しようとするケアの展開計画は、サービス提供計画に結実したとき初めて意味をもつ。従来は「サービス提供の枠」（ホームヘルプは週2回等）が「ケアの目標」を限定していた。制度に合わせて利用者を動かす（自分で排泄できなくなれば施設に入所させる）のではなく、利用者のニーズに合わせて「サービス提供計画」が決められるというケアマネジメントの理念は、極めて重要である。つまり「ニーズに応じてケアパッケージを考える」のがケアプラン作成であるという考え方は、日本の在宅福祉にとって画期的である。

老人保健福祉審議会最終報告の参考資料３で示された「ケアプランの具体例」⁽⁶⁾が、問題点・ケア項目・担当者とウィークリープランでしかなかったために、いつ・誰が・何をするかの「ケアスケジュール」がケアプランであるかのような誤解が広まった。老人保健福祉審議会資料は、「介護サービスの利

用方法」を分かり安く示したままで、ケアプランの作り方の資料ではない。従って、この資料に責任があるというよりも、ケアプランをケアスケジュール的にしか理解できなかった介護の関係者の側にも問題があると言える。

論議が分かりにくくなるのは、公的介護保険、新介護システムをどうつくるかという制度・政策論と高齢者ケアプランの方法論が、ケアマネジメントのところで重なるからである。個別ケアの実践をめぐる論議が、制度・政策論と連動するという事態は、従来にない画期的なことである。しかしその分、論議が政策サイドになったり、技術サイドからの提起が強調されたりしがちである。介護保険をめぐるっては、政策主体をはじめ関係者がそれぞれの目的をもって発言している訳だから、同じ「ケアプラン」「要介護度」という用語を使っているのに、「何を言うためにその用語を使っているのか」を区別しないと、論議は混乱する。ケアプランの「サービス提供計画」の側面は、公的介護保険の給付水準の問題と密接に関連する。今あるサービス水準でケアプランをつくるのでは、利用者を今の福祉水準で我慢させるためのケアマネジメントになってしまう。利用者のニーズを中心に置いて、必要なサービスを調達していくことを基本にすえるためにも、「ケアの展開計画」と「サービス提供計画」の区別は、重要である。

第2節 要介護認定の質問表との区別

1. いまの要介護認定で「介護の必要度」を測れるか

高齢者へのアセスメントの目的は、自立支援のケアを効果的に展開することにある。しかし、この間の介護保険をめぐる論議のなかで、何回か示されたアセスメント表は、「ケアの効果的展開」だけを目的にはしていない。論議の混乱を整理するためには、まず「何のためにアセスメントをするのか」を明確に整理し、区別する必要がある。

- (1) 全国一律で同じ結果が出ることが求められる要介護認定のための質問表
- (2) 介護作業量に比例した支払方式を作るための老人の属性調査
- (3) 効果的ケアを組み立てるためのアセスメント

現在の時点では、この3つは、それぞれ別の調査表として理解することが高齢者ケアプランのアセスメントでの混乱を整理するために必要である。

要介護認定とは、高齢者の介護の必要度を測る認定である。この「本来の求められる要介護認定」の主旨からいえば、ケアマネジメントでケアパッケージを考えるには必ず必要なことなので、要介護認定とケアマネジメントのアセスメントは、本来切り離されるべきものではない。本来のニード・オリエンテッド need oriented のケアマネジメントから言えば、白澤政和氏も指摘しているように、本人状態だけで保険給付を決めるのではなく、個々の違いに応じたサービス給付が望まれる⁽⁷⁾。両者が一致できない隘路は、保険制度のもつ制度上の技術的制約のみではない。要介護認定のあり方は、高齢者の介護の必要度を測ることのみを目的に、つまり利用者のニーズを中心に置いて、ニーズに対応する給付の判定基準をつくるという専門的視点からだけ論じられて来た訳ではない。

要介護認定とケアマネジメントのアセスメントが切り離されることになった原因の第一は、社会福祉でのニード判定の専門性の未成熟にある。制度をつくる合意を得るためには、「全国一律の画一的判定」が必要条件の一つになった。介護保険の制度化で最大の抵抗を示した全国の市町村は、自分の「認定結果の責任」を追求されることを恐れ、「全国一律で同じ結果が出るような要介護認定」を強く求めたのが一つの例である⁽⁸⁾。

同じ保険制度でも医療では、「全国のどこの医師の診療を受けようと、同じ疾病ならば診断は同じである」という社会的承認が得られている。しかし、在宅介護では、特にホームヘルプ・サービスでは、「介護の必要な状態」が同じであっても、ある市町村は1日3回365日の派遣を認め、他の市町村では週二回の派遣しか認めない。この違いが単にサービス基盤の整備だけに起因しているのであれば、専門家としてのソーシャルワーカーまたは介護福祉士(主任ヘルパー)が行う「サービスの必要度」の判断は、全国どこでも変わらないといえる。しかし現実には、医師の診断に匹敵するようなソーシャルワーカーや介護福祉士等による「サービス必要度の判断基準」は、存在しない。

「福祉と医療を含めたケアの必要度を判定する」以前に、単独のホームヘルプ・サービスについてさえ「ニード判定基準」を作ろうとしてこなかったのである。ホームヘルプ制度発足後35年も経過し、市町村ごとに大きな派遣回数格差が生じているにもかかわらず、市町村がホームヘルプのニード判定基準を作っているか、待機者が居るかどうかの点検さえもしてこなかった⁽⁹⁾。このような福祉の現状が、①ソーシャルワーカー等のサービス判定には、医師の診断のような社会的承認が得られない状況、②市町村長の要介護認定への責任回避を生み出した。従って制度をつくるためには、厚生省高齢者介護対策本部が言うように、要介護認定とケアプランの作成は「戦略的に分離」⁽¹⁰⁾せざるを得ない結果となった。

要介護認定とケアマネジメントのアセスメントが切り離されることになってしまった原因の第二は、要介護認定では、介護作業量に比例した支払額を出すための老人の属性調査が優先されたためである。厚生省は、当初からアメリカのMDS-RUGの支払い方式を手本にして、要介護度の評価(アセスメント)とケアの支払いを連動させたいという政策を目指していた。高齢者介護対策本部事務局が出したパンフレットには「これからの介護サービスの在り方を考える際の留意点」の一つとしてアメリカのナースিংホームが、MDS Minimum Data Set で得られた情報をケアの度合いを分類する方式であるRUG Resource Utilization Groupsに活用していることをあげている⁽¹¹⁾。1992年からの研究の結果アメリカのRUG IIIをそのまま日本で適用することができなかったため、「特別養護老人ホームのサービスの質の向上に関する研究」などにより「要介護高齢者分類試案」がつくられ、これをもとに「要介護認定基準(試案) 修正案」ができた⁽¹²⁾。

施設等への支払い根拠となる介護労働の業務量分析、つまり日本版MDS-RUGを目指した政策的な研究と、個々に違う在宅でのニーズを評価するケアマネジメントのアセスメントとは、当然ながらべつの目的を持っている。同じ調査(アセスメント)項目で、2つの目的に寄与できるならばすばらしいことだが、効果的ケアをつくるアセスメント本来の目的が、政策的な別の

目的のために犠牲にされてはならない。しかしこの介護作業量に比例した支払額を出すための老人の属性調査の項目を高齢者ケアプランのアセスメントと呼び、施設職員に「ケアプラン研修」を行ってきたためにケアプランとは何のために何をすることなのかが混乱した⁽¹³⁾。さらに要介護認定のアセスメント表（質問表）は、老人保健福祉審議会最終報告資料で①在宅、施設両方の高齢者のニーズが把握可、②高齢者介護に関するさまざまな観点からニーズを把握可、③高齢者の持つ問題点と将来的に解決方策指示可、④さまざまな職種が短時間でアセスメント可と書かれ、これのみでケアマネジメントのケアプランが作れるかのような主張が1996年前半頃まではされていた。

結局、1997年3月には、要介護認定のアセスメント表とケアマネジメントのアセスメント表は、明確に分離されることに落ちついた⁽¹⁴⁾。要介護認定とは厚生省が説明していたように、労働災害保険の給付ランクを認定するのと同様の行政上の判定基準であり、ケアマネジメントとは別の概念と決めたのであるから、そのアセスメント表を別建てにするのは当然である。日本の介護保険では、サービス給付が民間介護保険と同じような障害認定・定額給付の仕組みになってしまったのであるから、同じケアマネジャーという言葉を使っている、ケアマネジャーが予算配分権をもつイギリスやアメリカのケアマネジメントではなくなっている⁽¹⁵⁾。

しかし、実際に在宅で介護のニーズを満たすためには、厚生省が、老人保健福祉審議会参考資料2の「サービスモデル」で示したように、本人状態のみでなく単身、高齢者夫婦、複数世代同居という世帯類型別にケアパッケージを考えることになる。つまり、実際に在宅の現場でニーズを満たすためには考慮しなければならないことをケアマネジメントのアセスメントでは、漏らしてはならない。この実際の場で必要となるサービスの量と要介護認定とがどのようにずれるものなのかを解明する必要がある。

2. 要介護認定は高齢者の意欲と環境要因を問題にしない

道具（アセスメント項目）は、目的によって変わる。全国一律で同じ結果が出るのが求められる要介護認定のためには、今は測定尺度がない「高齢者の意欲」の項目がないのは、やむをえない。しかし実際の介護を行う上では、「高齢者の意欲の有無」が「必要な介護の程度」を決定的に左右する。離床を勧めても「起きてもやることはない、ほっといてくれ」という高齢者と、毎朝替えて車椅子で行動しようとする高齢者とでは、どちらにより多くの働きかけ（ケア）を必要とするかは明らかだろう。同様に虚弱の「要支援」高齢者でも、家に閉じこもりきりでサービスを拒否する高齢者と、デイサービスや近所のつき合いを楽しみにしている高齢者では、ホームヘルパーが働きかけをしなくてはならない「介護の必要度」は全く違う。自立支援を目的とする新介護システムであるならば、意欲を喚起し、機能を低下させないために様々な努力を惜しまない事業者と、「起きたくないというから寝かせている」「返れと言われたので帰ってきた」という事業者に同じ介護報酬を支払うのは、不合理である。定額にせよ出来高にせよ理想の支払い制度はないというものの、このように今から予想される要介護認定（案）の不合理は、できる限り是正する方策を講じるべきであろう⁽¹⁶⁾。

要介護認定の不合理の第二点は、環境要因を一切排除して「介護の必要度」を測ろうとしていることである。虚弱の程度が同じ「要支援」であっても階段しかない公営住宅の4階に住む高齢者は、平屋に住む人と違い屋外にでるまでに介助が必要になる。環境によって自分でできる程度が変わり「介護の必要度」を軽減できるからこそ、介護保険で住宅改修や福祉用具を認めているのに要介護認定では考慮しないというのはつじつまが合わない。これも「心身機能の状態」のみで全国一律の認定にさせるという方式がもたらす不合理である。

このような現行の要介護認定案の不合理を是正する必要がある。そのためにはまず第一に、要介護認定の施行に伴い「要支援」非該当によるヘルパー打ち切り等様々な混乱が予想されるなかで、「介護の必要度」とは何か、どの

ように概念を規定し、いかに測定されるべきなのかという要介護度測定の基本設計を問い直していく必要がある。今の要介護認定案の158作業分類調査モデルは一学説であり、「介護度」を「関わり度」と「困難度」の乗数と規定する住居広士氏らの研究もあるなかで⁽¹⁷⁾、介護の現場実践に適合する、つまり利用者の置かれた状況に即してニーズ評価ができる認定の仕組みを開発する必要がある。

一方、2000年4月法施行に向けて1999年10月には要介護認定を開始するという今のスケジュールと早期実施を求める世論を考えれば、要介護認定の根本的改訂は「施行後5年を目途の見直し」(介護保険法案付則第2条)に譲り、当面の是正策の制度化を検討するのが現実的であろう。このためには、(1)全国一律で施設も在宅も同じだとする要介護認定の質問表と(2)在宅の状況に合わせてニーズを捉えるケアマネジメントのアセスメントを区別することから出発し、要介護認定から排除された「高齢者の意欲」と環境要因を重視したアセスメント表作成し、実際に必要となるサービスを算定する手順を客観的に定型化する必要がある。そしてこのケアマネジメントのアセスメントの側から要介護認定の「あきらかな不足分」を「状況の類型」等にもとづいて明確にし、一定のガイドラインにもとづく「環境要因加算」「退院時集中ケア加算」「(配偶者死亡などでの)危機介入加算」等の制度化を求めていく必要があるだろう。

第2章 要介護高齢者のアセスメントの概念と方法

第1節 包括的・全人的アセスメントの考え方

1. 包括的アセスメントが必要な理由

ケアマネジメントで、包括的アセスメントが求められる理由は2つある。第一の理由は、技術の専門分化による弊害をなくし、利用者の側の必要(ニーズ)を中心に考えて、医療、看護、介護をはじめ給食や移送サービスなど「地域で普通に暮らす」ために必要な支援を考えるためである。「サービスに利用

者を合わせるのではなく、利用者に諸サービスを合わせるべきだ」というニーズ中心のケア理念である。しかしこの「本来あるべき在宅ケア」の考え方であれば、1980年代中頃から強調されだした在宅ケアでのコーディネイトの重要性と変わりが無い。「一人の利用者にそれぞれ関わっている各専門職が良く連携をとりましょう、そのためにコーディネーターが調整します」というのが従来の考え方であった。このケアコーディネーションの考え方は正当であり必然性もあった。

現在、訪問看護、ホームヘルプなどの各サービスは、診療報酬や公費など各々のサービスごとでの支払い方式である。ケアマネジメントの支払い方式を採用すると（個人別の定額制にするか、エリア別または、一定の利用者数への一括支払い方式にするか、どちらにせよ）、一定限度の財源枠のなかで費用対効果を考えたケアパッケージをつくることからサービスが始まる。つまり今のように「それぞれ関わっている専門職が連携する」のではなく、最初からウィークリープランのなかで各職種が行うサービス回数が決まる、つまり配分される報酬が決まることになる。

ケアマネジメントとケアのコーディネイトは同じではない。「利用者に最も適したサービスを調整する」という理念では同じだが、同じ財源枠のなかで各職種が働く（政策担当者から見れば一定の財源内でおさめる）制度によって、経営（マネジメント）の要素を常に意識したサービスの管理運営が必要となる。経営の効率を考えれば、「各職種がそれぞれアセスメントをして、それぞれ必要と考える訪問や通所の回数を出し合い、会議の席で話し合って決めましょう」とはならない。後に変更することはあり得ても、まずは全体の費用対効果を一番考えているケアマネジャーに医療的ケアと福祉サービスを含むアセスメントをしてもらい、サービスを開始するのが、制度の運用から見て合理的となる。これが、ケアマネジメントでは、包括的アセスメントが必要になるもう一つの理由である。

以上からつぎのことが確認できる。「利用者に最も適したサービスを調整する」という理念を実現するためだけならば、各専門職のチームによる合同ア

セスメントでも差し支えないし、むしろその方が精度はより高くなる。長期ケアを要する人々に、福祉と医療の両方のサービスを、同じ財源の一定の枠内で賄うという政策手法の結果として、初回面接の時点で、福祉と医療を含むアセスメントが必要とされるようになったといえる。

2. 単一の全人的アセスメントは存在するか

ケアマネジメントの政策を採用することによって、初回面接の時から福祉と医療を含むアセスメントが必要になり、そのためのアセスメント表を開発する努力が行われてきた。ここで問題にすべきなのは、「ケアマネジャーが初期の面接でケアパッケージを考えるために使うアセスメント表」が、「包括的、全人的アセスメント表」なのかである。この問題はつぎのように言い換えることもできる。「多職種による専門的アセスメントを一連の用紙に置き換えられるか？」である。

第1章で述べたように、利用者に専門ごとの指示を出す弊害をなくし、福祉と医療を含む包括的、全人的なケアプランが求められている。このために各専門職の診断やアセスメントを持ち寄り、合同のケース会議でトータルな包括的ケアプランをつくる。このやり方はオーストラリアでの老年科アセスメント・チームの取り組みが紹介されているし⁽¹⁾、日本でも東京都老人医療センターでは、医師、看護、MSW 等による評価チームが老年医学的総合評価 CGA に基づき治療・ケア・退院計画の一体化を図るための合同したアセスメントを行っている⁽²⁾。また、東京都心身障害者福祉センターをはじめ身体障害者更生相談所の判定は、従来から多職種のチームによって行われている。包括的なアセスメント・チームの評価機能は、一連の用紙に置き換えることができるだろうか？。専門職の会議と同じ機能は持てないのは当然としても、「利用者に必要なケアや援助をもれなく出せる包括的アセスメント表は存在するか否か」を明確にする必要がある。

現在「ケアマネジメントのために使うアセスメント表」は、「利用者に必要なケアや援助をもれなく出せる包括的アセスメント表」でなければならない、

言い換えれば「単一の全人的アセスメント表」でなければならないかのような理解の仕方がある。具体的な例で言えば、MDS-RAPs や MDS-HC, CAPs は、「単一の全人的アセスメント表」であるかのような受けとめ方がある。このような理解のされかたがアセスメントとケアプランの論議をさらに分かりにくくしている。

MDS が、医師、OT/PT、看護、ソーシャルワーカーなど各専門から見て最低限必要なアセスメント項目を厳選して360項目のアセスメントとしてつくられたことは、学ぶべき点も多い。しかし、またここで「アセスメントの目的は何か」という主発点に立ち返る必要がある。MDS の目的は、「アメリカの恥」とまで言われたナーシングホームのケアの質を管理するためであった⁽³⁾。アメリカのなかでも質の低いナーシングホームに居る職員を前提にして、360項目をチェックすれば、18の問題領域のなかから自動的に検討すべき問題が示されるというアセスメント表が生まれた。日本の特別養護老人ホームの寮母のレベルは、「ケアの組み立てかた」が分からないほど低くはない。チェックリスト化し、自動的に問題領域を示す必要はない。ホームヘルプでも同様である⁽⁴⁾。

日本では介護職員の動きをチェック用紙から管理する必要がないとすれば、包括的アセスメントが必要となる残される理由は、医師、看護、リハビリ等医療的観点からのアセスメントが MDS に代表される「一連のアセスメント用紙」でできるのかどうかである。ここでも再度「アセスメントの目的は何か」を想起する必要がある。「ケアマネジャーが初期の面接でケアパッケージを考える」ことを目的とすれば、当然必要である。ケアマネジメントの政策を採用する限り、ケアマネジャー用のアセスメントは開発しなければならない。しかしこれはあくまで「ケアマネジャーが初期の面接でケアパッケージを考える」限りでの福祉と医療の総括化である。つまり、技術の専門分化の弊害を克服し、福祉のみでなく、在宅でも高度な医療的ケアを提供するための「包括的、全人的アセスメント」ではない。

それとも、たとえナーシングホーム改革のためや日本の介護保険の必要か

ら出発したにせよ、「包括的、全人的アセスメント表」の開発に成功したのであろうか。医師、看護、リハビリ等各専門職のアセスメントが一連の用紙で代用できるとすれば、これほど便利なものはない。多職種のアセスメント・チームに代わる「魔法の杖」があるのだろうか。この「一つの方法で全ての援助やケアを考えられるか」という問題には、ケースワークの経験が大いに参考になる。

ソーシャルワークにおいても、ケースワーク、グループワークという方法・技能別にアセスメントをするのではなく、方法論を統合化する必要が言われ、その立場からソーシャルワークのゼネリック・モデルが提起されてきた。方法論の統合化は、ケースワークなどの方法・技能を中心に置いて、ワーカーが自分の専門的に対応できる利用者のみを対象として選びがちな傾向への反省から生まれてきた。ケースワーカーが心理社会的な臨床能力を高めていった結果、言語で自分の問題を表現できるようなクライアントに中心が移っていった。

これは、ソーシャルワークにおいてもアセスメントには技術に従属している部分があり、特定のアセスメントのみでは、技術の枠内に利用者を押し込む、又は対応できる者のみを対象として、対応できない者を敬遠・排除する傾向が生まれることの現れである。ここまでは、技術の高度化、専門分化による弊害の問題で、医療の高度化で「全人的医療」が求められるようになった経緯と同様と言える。ケースワークの経験で参考となるのは、方法論統合化、ゼネリックモデルが本格化する前の段階で、「すべてのクライアントに適用できる単一の超方法はない」ことが確認されていることである。どんな状況でも通じる「超方法」を探しもとめることは、ないものを強迫的に探し続ける「聖杯の探求」として否定されている。むしろ「どんな状況でも通じる方法」という考えで一つの理論を提唱することは、クライアントを一つの枠に押し込み、違う理論を許さず、他のワーカーにもこれでやれると押しつけていたと総括されている⁽⁵⁾。

ケースワークの場合、方法論上の多様な発展を認めただうえて、方法論の統

合化、全体的（ホリスティック）モデル Holistic Models やユニタリー・アプローチ・モデル The Unitary-Approach Model が言われている。「ホリスティック・モデル」の一つの代表であるピンカスとミナハンの「4つのシステム・モデル」でも、著者たちは「実践の超方法 a supramethod of practice ではない」とわざわざ書いている⁽⁶⁾。このような誤解、つまり「単一の超方法」であるかのような理解は、ゼネリック・モデルの理論の紹介を受けた日本の現場のワーカーでも生じていたようである⁽⁷⁾。ゼネリック・モデルのアセスメントの意味するものは、「利用者を中心に方法・技能は使われるべきであり、各種ソーシャルワーク技法の共通基盤を確認し、そこから出発して、状況を評価し、技能にとらわれず必要な介入レパートリーを考えよ」という提起である。

ケースワークという一分野においてさえ「単一の超方法」は否定されているのに、ソーシャルワークをも含んだ福祉と医療の「単一の全人的アセスメント」ができたかのような理解があるとすれば、それはあまりにも「人と状況の全体関連性」person-situation configuration を無視している、つまり人間理解に欠けていると言わざるをえない。

高齢者への包括的アセスメントとしては老年医学的総合評価 CGA comprehensive geriatric assessment が有名だが、CGA もそのアセスメントの目的と機能・効果は限られているのであり、「どんな状態の高齢者へも適切な治療とケアを導き出す超方法」であるなどと宣言されてはいない。CGA の効果は放置すれば障害が悪化する虚弱老人で高く、全介助となった重介護高齢者には有用性が低くなると言われる⁽⁸⁾。また老年科アセスメント geriatric assessment の今後の研究方向としては、それぞれの高齢者がアセスメントから最大の利益を受けられるようにするために、退院計画など個々のプログラムに合わせてアセスメントの基準を調整していくこと、より効果的効率的な方法を確定していくことも提起されている⁽⁹⁾。要するにスクリーニングから、虚弱、重介護でのケアプラン作成まで、医学的、心理・社会的ケアの全てを一つで行える「単一の超方法」などは、存在しないと言うことが出来る。

第2節 多職種のアセスメント結果をまとめる方法

1. 包括的なアセスメントをすすめる過程

福祉と医療の「単一の全人的アセスメント」はないこと、つまり「ケアマネジャーが初期の面接でケアパッケージを考えるために使う福祉と医療を含んだアセスメント表」は、多職種のアセスメント・チームに代わる「魔法の杖」ではないことが確認できた。要するに「各専門職の合議によって包括的なアセスメントが実現できる」というオーソドックスな命題が再確認される。従って介護保険給付でのケアプラン作成の過程は、「本来求められている包括的なケアプラン」を目指すならば、つぎのようになると思われる。利用者は、要介護認定がすでに終了していると仮定した場合、

- ① ケアマネジャーが、訪問面接で「福祉と医療を含んだアセスメント表」を使い、その限りで明らかとなる必要なケアのパッケージ（暫定的なウィークリープラン）を考え、当面のサービス提供計画をつくる。
- ② 各専門職のサービスが始まり、各々の初回訪問は、サービス提供であると同時に、専門領域別のアセスメントが行われる。
- ③ 各専門職の初回訪問終了後直ちに、利用者を中心にしたケアカンファレンスがもたれ、包括的なアセスメントに集約し、利用者の意向と可能性への見通しをもとに、サービス提供計画をつくる。ここでケアマネジャーの当初たてた暫定的なウィークリープランが承認又は一部修正され、利用者の承諾を得て確定する。

老人保健福祉審議会報告の参考資料3「介護サービスの利用方法」では、ケアマネジャーの調査資料等にもとづいて、ケア担当者会議のケアカンファレンスが開催されている。つまり、①ケアマネジャーの訪問面接によるアセスメント、②ケア担当者会議のケアカンファレンス、ケアプラン作成、利用者の承諾、③サービス提供開始という順番が示されている。しかし、訪問リハビリの頻度を考えるためには、筋力や関節可動域などを評価しなければならず、今提示されている MDG-HC, CAPs をはじめとしたケアマネジャー用のアセスメント表からそのデータは得られない。一方、サービス提供前の各

職種によるアセスメント訪問に支払いがあるとは思えないので、審議会資料の順番では、各職種が自己の職務に忠実であれば、ケアカンファレンスの前に、無償のアセスメント訪問をしなければならないことになる。別の言い方をすれば、無償のアセスメント訪問をした職種のみが、自己の専門領域での豊富なデータをもち、ケアカンファレンスでは自分の立場を強く主張できることになる。このような弊害を避けるためには、初めの調査でケアマネジャーがつくるケアパッケージは、暫定的なものであり、包括的アセスメントは、各専門職の初回訪問後のケアカンファレンスで行われ、サービス提供計画はそこで確定するものであると整理する必要がある。

2. 利用者の意思を軸に置くことで多職種の係わりがまとまる

ケアマネジメントのケアチームでは、各職種が別制度にいて、制度別に訪問の回数が決められ、連携の仕方をさぐるという従来のやり方ではなく、合議で必要な介護、看護、リハビリ等を決められるというスタートからのチームアプローチに変わる。それぞれの専門職種から見て必要だと判断されたケアすべき内容（アセスメント）は、どのようにして一つのサービス提供計画にまとめていかれるのであろうか。いままでこれについては、「単一の全人的アセスメント」があるかのようなケアプラン論議の混乱もあって、十分論じられていない。ケアチームのまとめ方についても、仕切れる力のある人がケアマネジャーとか、各専門職が妥協して一つにまとまると受けとめている向きもあるようにも思える⁽¹⁰⁾。

従来、福祉と医療の連携のためには、①専門職どうしが、お互い他の職種を理解し合い、②利用者の状態についての認識を一致させることが必要だと言われてきた。これはその通りである。問題は、各職種の専門性が違うため「見る」部分が違い、かつ各アプローチの違いからそこから得られる利用者の反応も、それぞれ違う結果として、なかなか「②利用者の状態についての認識を一致させる」ことが困難なことにある。「利用者の状態についての認識を一致させる」というだけでは不十分である。各専門職のアセスメントは、

専門性の前提なのだから、「状態についての認識」がアセスメントごとに違うのは当然なのだ。「利用者の全体像を一致させたい」というのが主旨であろうが、認識の枠組みなくして「いきなり全体を把握する」ことなどあり得ない。

利用者が何をしたいか、何に価値を置いているかという「利用者を中心にしてケアを組み立てる立場」に各専門職がたつことによって、領域の違うそれぞれが一致することができる。在宅では利用者が拒むケアをすることはできない。利用者がなぜベットから起きようとしないのか、どんなことならば関心があるのか、食べることをどう考えているのか。これらの利用者の関心や意欲、考え方によって、各専門領域の関わり方が決まるので多職種が一致できる。反対に言えば「利用者を中心にしてケアを組み立てる立場」に各専門職がたたない限り、共通の出発点をもつことはできない。

「各職種から見て何が最善か」では、安全と生命を第一とする医療職の価値観と、その人らしい生き方とノーマルな生活に価値を置く福祉職とが、価値と価値をぶつけあうような場面も出てくる。特別養護老人ホームで、糖尿病だが甘いものをほしがる入居者への対応などで、このような場面が起こる。価値と価値をぶつけあう場合には、「神々の闘争」(M. ウェーバー Weber) であり「一致する正しい結論」などはでない。「専門職から見て何が最善か」という発想で、全てを決めようとするのはパターナリズム Paternalism (家父長的な温情主義) である。

何がその人にとって問題なのか、どの方向へ行くべきなのか、どんな経験が秘められているのかを知っているのは利用者自身である。また、その人の生活と人生は、その人自身のものである。このような利用者(クライアント)中心の観点に、各専門職がたつことによって、多職種のアセスメントの結果を一つのケアプラン(サービス提供計画)にすることができるのである。

第3節 測定の客観性とケアの専門性

1. 客観的に測定できないことは、アセスメントに入れられないのか
現在のアセスメント論議では、客観性、実証性が非常に重視されている。

アセスメントに客観性、科学性が求められるのは当然であるが、「何を目的にしてアセスメント表を作るのか」がだんだん曖昧になってきている。ケアプランのアセスメントと、保険給付のランクをきめる行政的基準である要介護認定が明確に区別されるべきであることは、第1章で述べたとおりである。

「誰が調査しても同じ結果が出る」という客観性を過度に重視するあまり、実証性（反証可能性）、再現性が確認できない要素（アセスメント項目）は、全て排除するのが「科学的」態度であるかのような発想がある。ケア実践のためのアセスメントは、学術的な測定尺度ではない。ケアの実践現場では当然に使われている判断の要素を「実証性が確認できない」というだけでアセスメントから排除するのは誤りである。

「表情が穏やかになった」「明るくなってきた」など「その利用者がつくりだす全体としての雰囲気や感じ」は、実践での判断要素として重要である⁽¹¹⁾。しかし「誰が調査しても同じ結果が出る」ことを重視するアセスメントでは、「何を指標に表情が穏やかと決められるか」の客観的基準が示せない限り、「非科学的」「主観的」なものとして否定される。

専門的に熟達した援助者は、利用者と接しているなかで把握できる「全体としての感じ」を分析するなかから、その人の意欲や活動レベルなどを評価することができる。脳血管障害によって寝たきりになり、言語障害や痴呆のためほとんど普通のコミュニケーションが成り立たない高齢者にたいして、「何をどこまで分かっているのか」「どういうものを好み、何が嫌なのか」「今は比較的具合が良くこちらの言うことが分かるときなのか」などを判断することは、ケアを組み立てる上で不可欠な要素である。「おだやかな表情」「これは分かっているようだ」という判断は、非科学的であろうか。もしこのようなことをアセスメント（判断）の要素として認めると、客観性＝「誰が調査しても同じ結果が出る」ことが阻害されるだろうか。統計的に処理しうる操作的な測定尺度が現時点でできていないということをもって、専門家の判断に客観性がないとは言えない。

厳密な測定尺度の観点から見れば、精神科医の診断基準でさえ、「専門家の

間だけで暗黙のうちに合意されている、いわば『影』のようなもの」と評価されている⁽¹²⁾。専門性を前提にせず「誰が調査しても同じ結果が出る」客観性を重視するのは、本末が転倒している。援助の専門性を活かしたアセスメントが求められているのであり、現状では専門的水準が高い援助者のみが行っている効果的ケアを普遍化、標準化していくための方法としてアセスメント表は考えられるべきである。

2. チェック項目化（簡易なマニュアル化）の利点と欠点

今のケアマネジメントのアセスメント表の構成には、2つの特徴がある。

(1)チェック項目をチェックすることにより、(2)検討すべき問題領域が自動的に示される点である。つまり、(1)チェック項目であるから初心者でも誤りなく記入することができ、(2)考えるべき問題が限定されかつ自動的に示されることで「何をニーズとしてとらえるべきか」「解決すべき問題をどう表すか」という考察を省略できる。MDS-RAPs、MDS-CAPsがこの代表で、日本訪問看護振興財団のアセスメントもこの構成をとっている⁽¹³⁾。同じく医療看護職が中心につくった在宅ケアのアセスメントでも、難病ケアを軸にトータルケアをめざした1980年代の記述・考察型のものとは大きく異なる⁽¹⁴⁾。難病の在宅ケアチームのアセスメントが、各職種の高い専門性を前提にしていたのにたいし、専門性をあまり問わずに「誰がやっても同じ結果になる」客観性を重視した結果が今日のMDS-RAPsタイプのアセスメントである。

マニュアル（道具）の精度は、使う者の水準に規定される。マニュアル（手引き）を作るならすべて単純化、簡略化しなければならない訳ではない。医師の使う『今日の治療指針』が簡単な訳ではない。専門性を前提にすれば、専門的考察を深めるマニュアルができ、専門性を前提にしなければ、マクドナルドのようなマニュアルになる。マクドナルドのようなマニュアルにも大きなメリットがある。先生に挨拶もできないようなアルバイト学生でも「スマイル無料」のスタッフに変えることができる。

以上からチェック項目による簡易なマニュアルでアセスメントする利点と

欠点はつぎのように言える。専門性のある者にとっては、分かり切った問題を指定する煩瑣な項目に過ぎず、専門性のないものにとっては、中くらいのレベルに行く道具になる。劣悪なナースিংホームのケアを改善するためには、挨拶できないバイト学生に笑顔をつくらせるようなマニュアルが必要であったのだろう。ケアに努力している日本の特別養護老人ホームのケア計画をつくる力量は、高く、チェック式より記述式のアセスメント用紙の方が自立支援につながるという研究発表もされている。またチェック項目ではなく、離床や食事、排泄での自立に向けた介護をどのように展開していくかを考えるための手引きも作成されている⁽¹⁵⁾。ケアマネジメントでのアセスメントをどうつくるかは、日本の看護・介護職員のレベルをどのように認識しているかの違いから出ているのかもしれない。また、ケアサービスの質の向上をめぐる方式の違いとも言える。全体を一挙に中レベルで均質化する方式を採るのか、すでに専門的な段階にある看護・介護職員の専門性をさらに向上させることで全体のレベルアップをはかる方式でいくのか、この2つの方式の違いと見ることもできる。

しかし「ケアマネジメントでのアセスメントをどうつくるか」、チェック項目型か、記述・考察型かの違いの根本は、実践の立場から整理すれば、つぎのように言える。つまり両者の違いは、「人にたいするケアとは、どのようにして質が向上していくものなのか」という援助観、ケア観の違いに起因している。決して楽な仕事とは言えない介護の職員にたいし、「いつ、どこで、誰が、何を、どのようにするかは全て決めてある、現場で勝手な判断をするな」という管理方式では、向上心をつぶす。手足としてのみ使われる職員は、軽視された地位に置かれ、自己評価（自尊心 self esteem）や自己効力感 self efficacy を高めることができず、要介護者へのケアは粗雑なものにならざるを得ない。1970年代前半までの特別養護老人ホームの寮母への世間の無理解、それによる寮母の自己評価の低さ、その後、1980年代後半からの専門性への意欲とケアの向上という日本の介護福祉の歴史を見れば、この教訓は生かされなければならない⁽¹⁶⁾。

参加型のホームヘルプ・サービスに加わるボランティアも含めて日本のホームヘルプの担い手の水準も決して低くない。ケアの最前線にいる職員にたいして「簡単にできる」「全て決めてある」という管理をしていては「全体を中レベルで均質化する」ことにも失敗するだろう。物品を生産する過程での品質管理と、「人を人が支える」というケアサービスが生み出される過程での質の管理とを混同してはならない。

議論を分かりやすくするために、「チェック項目」対「記述項目」を「非専門的」対「専門的」というように図式化したが、実際にはこの両者を組み合わせることになる。竹内孝仁氏の指摘する通り「漏らしてはならない事項」や ADL など「他職種と共有すべき」客観的な心身機能などは「チェック方式」にしておく必要がある⁽¹⁷⁾。問題は、項目でとらえた利用者の断片から出発し、その人の生活全体を見られるようにする筋道までをアセスメント用紙のなかに入れ込もうとするか否かであろう。「何が困難を生み出しているのか」「どこに可能性が秘められているのか」は、利用者との関係ができるなかで共に探索されることであり、このような見方を促進する枠組みがアセスメントに求められる。現実には効果をあげたケアでは、生活の全体をとらえた上で、このような「変革につながる要素」が発見されている。改善に向けた援助の仮説をどのような要素から組み立てたのかは、アセスメント用紙に記載されるべきである。アセスメント用紙を「チェック項目」のみにしてしまった場合には、「変革につながる要素」やそれを見つけることにつながった「利用者の状況に即した問題の表し方」が書かれないうままになってしまう。全職種が共有化するデーターのみがアセスメントの対象であり、「ケアプランが立案できる」かどうかは別の技術体系の問題であるとしてしまうことは⁽¹⁸⁾、効果的ケアのできる介護職員が持っている専門的な分析と総合化の視点を、アセスメント枠組みとして普遍化する道を失うことになるだろう。

第3章 ケアの展開に役立つアセスメントの方法

アセスメントの目的を効果的ケアの展開に置くとするならば、ケアの展開に役立つアセスメントの視点は、つぎの6点である。(1)高齢者の「できない」部分より意欲と可能性に焦点をあてる、(2)機能障害自体より「利用者が望む生活」を通じて培われる回復力に注目する、(3)利用者が「何をどう受けとめているのか」を重視する、(4)戦略的な組み立てを考え、展開の鍵となるケアを見つける、(5)正解はひとつという発想をやめ、複数の仮説をたてる、(6)利用者のもつ「自分の生活を切り回していく力」を重視する。このうち(1)(2)(3)の3つの視点は、「要介護高齢者が主体になるケア」をつくるための視点なので、第1節で合わせて述べる。

第1節 高齢者が主体になるケアの視点

1. 高齢者の「できない」部分より意欲と可能性に焦点をあてる

アセスメント用紙とは、ケアに必要な「情報の収集と分析の焦点をどこにあてるか」を示すものであるから、アセスメント項目が「何ができないか」ばかりをチェックするものだと、利用者のマイナス面に注意を奪われる。この結果、「できないところを補う」「やってあげる」だけのケアになりがちである。できない部分を補う「お世話」だけでは、自立を支援するケアとしては不十分である。「お世話させて頂く」と言い換えても同じで、これだけの見方では、利用者が秘めている隠れた可能性を見失ってしまう。

「できないところ」をチェックし、高齢者を「ケアの対象」と見るのではなく、高齢者は、「自分で自分の生活を切り回していかれる主体」なのだととらえることが自立支援のアセスメントの基礎である⁽¹⁾。利用者の意欲と隠れた可能性に注目し、それを促進する生活環境及び、医療的（ヘルスケア）環境の整備に焦点をあてるアセスメントが重要である。

2. 機能障害より「利用者が望む生活」で培われる回復力に注目する

ここで言う「機能障害より」という意味は、疾病・障害を治療、回復する医療的アプローチの重要性を減じるものではない。疾病や病理及び機能障害それ自体を治すための医師、看護職や理学療法士などの医療的アプローチは、障害をもつ高齢者にたいしても今より、より適切に提供されるべきである。高齢者の訴える痛みなどにたいして「歳だからしょうがない」というような対応がされることを要介護高齢者は残念に思っている。たとえ在宅でも最適の治療や看護、訓練が求められる。

在宅は病院のような環境ではない。「医療の環境としては制約が多い、しかし家庭は利用者の城である」というのが在宅の特徴である。この在宅ケアのデメリットを減らし、メリットを活かすには、どこに注目すべきかを示すが、在宅アセスメントの役割である。病院の機能訓練では効果がでなかった患者が、自宅に帰り、訪問リハビリをはじめとしたケアスタッフの支援で、家庭での生活動作を改善し、座位から外出・散歩ができるまで回復した例がある。もちろん病院で訓練しても家で寝かせきりにされてしまう反対の例もある。問題にすべきなのは、家か病院かではなく、心身機能と生活意欲の回復のメカニズムである。人は生活のリズムが整うなかで、排泄や睡眠も安定し、ADLも維持・向上できる。生活にリズムをつくるには、ただ食べて排泄しているだけではできない。朝起きて洗面等とともに着替え、つぎの自分の生活に移ること、つまり「着替えるだけの意味」を感じられるような日中の活動内容をもつことができれば、無気力にならず、残存能力をフル活用していくようになる。障害が重い場合やすでに意欲をなくしているときには、いきなり「日中の活動」には移れないので、利用者の困っている生活障害の解消を軸にし、「利用者がしたいと思う生活の行為」を通じて目標に近づくケアの展開が求められる。「利用者が関心をもち、やりたいと思う生活行為を通じて心身機能の回復をはかる」アプローチが在宅では効果的である。アセスメントの視点として言えば、機能障害自体より「利用者が望む生活」を通じて培われる回復力に注目することである。

3. 利用者が「何をどう受けとめているのか」を重視する

障害をもつ高齢者に離床を勧めても、「起きてもやることがない」と言われてしまうのは、ある意味では当然である。人は何かの目的のためにある活動をするのであって、身体機能それ自体を目的にできる人は極めて限られる。したがって「利用者が関心をもち、やりたいと思う生活行為を通じて心身機能の回復をはかる」ためには、「この利用者は何を望んでいるのか、どんな気持ちでいるのか」を考えることから出発しなければならない。つまり要介護高齢者を一人の人間として理解しようとする努力である。これがないといくらケアを改善しようと思っても、「起きてもやることがない」「寝ているのが一番楽です」と言われて挫折してしまう。

以上の1から3の視点は、「要介護高齢者は、自分で自分の生活を切り回す主体である」ということを意識するための視点である。この3つの視点は一体で活用されるので、その意味と使い方を事例で説明する。

栄養障害と老衰から寝たきりに近い状態になっていた88歳の高齢者で、病弱の妻との二人世帯である。老妻が世話しているが、介護力がないため毎日、朝と晩にヘルパーが訪問し、週1回デイケアを利用している。ホームヘルパーは毎朝訪問し、着替えのあとベットから居間への移動介護をしている。ヘルパーは、本人が居間のこたつで座れるように、いろいろと背もたれを工夫したが、短時間しか座位が保持できていない。デイケアの看護職を含めたケアカンファレンスで、「デイケアでは車椅子に座っているのに、なぜ家ではできないのか」が問題になった。この場合の「問題とニーズ」は、「家では座位が保持できない」、その「ケア目標」は、「座位を1時間又は30分とれるようになる」と表すことができる。この目標を実現するためのケア計画をどう組み立てるかを考えるときに、アセスメントの視点の違いが現れる。ケアの対象と見るか、生活の主人公とみるか、その違いにより収集・分析する焦点が違ってくる。

同じ座位保持を目標にした場合でも、「できない」部分に眼を奪われている場合には、「前で肘をつけるようする」など身体機能それ自体を何とかしよう

とする方法しか出てこない場合が多い。そしてこのような方法を示されたケアスタッフのなかには、「座位保持30分」を見て、「がんばってあと5分座ってましようね」「今日は20分座れて良かったですね」というような関わり方しか思い浮かばない者もいるかもしれない。

自立を支援するケア計画は、つぎのようになる。(1)座れないのか、座りたくないのか本人の意思を確かめる（声かけへの応答もほとんどなく、痴呆も入ってきているので簡単ではない）(2)ベットから居間に移動する前に、仏壇のある部屋で椅子に座り、かつて日課にしていた読経を短時間でもやってみる（本人は僧侶）

このケア計画では、①本人は僧侶だった ②元気なころは毎朝読経を欠かさなかった ③いまでも本当は読経したいと感じているのではないかと ④仏壇の前に座れば、かつての元気だった頃を思い出すのではないかと ⑤読経のためなら椅子に座っていようという気になるのではないかと、という情報の収集・分析にもとづき、「利用者が関心を持ち、やりたいと思う生活行為を通じて心身機能の回復をはかる」ケアの展開が計画されている。

この①から⑤の情報の収集と分析のなかに、1から3のアセスメントの視点が活かされている。ケアの対象としてではなく、高齢者に痴呆があっても、自分で自分の生活を切り回して主体ととらえ、できない部分より、隠れた可能性を考え（①②）、利用者にとって意味のある活動を見つけ（③）、「利用者が望む生活」を通じて培われる回復力に注目している（④⑤）。

第2節 戦略的なケアの組み立てを考え、展開の鍵となるケアを見つける

1. 問題／ニーズとケアを1対1対応させるのは誤り

ケアの組み立ては、戦略的に考えられなければならない。その理由は、二つある。第一は、生活を建て直していく過程は、一つの問題に対して一つのケアを行うことで単線的に向上していくものではなく、ある一つのことが良くなることで、それ以外の面でも好ましい変化が起こり、生活と健康の総体で効果が現れてくるからである。つまり「問題／ニーズとケアを1対1対応

させる」発想でケアの計画をつくるのでは、効果的・効率的ケアにならないからである。

特に MDS-RAPs の18問題領域、MDS-HC、CAPs の30問題領域について、そのようにケアが1対1対応するものと解釈しないことがケアプランをつくるときに重要である。また「生活7領域アセスメント」(4章)の衣食住、心、体、家族、社会の7領域から分析される問題／ニーズについての考え方も同様である。つまり問題／ニーズとケアを1対1対応させたり、一つ一つの問題が同じ比重をかけてケアする訳ではないということの理解が重要である。つまり「ケアは展開していくものだ」という生活の回復の仕組みを理解する必要がある。

ケアは単調な反復作業ではなく、利用者の生活と心身に関わる様々な要素が相互に作用しあいながらダイナミックに展開していくものである。ケアの全体が力動的に展開していく鍵となるケア、生活と心身に関わる様々な要素のなかでも、変化を生み出す「決定的に重要な要素」に働きかけるケアがある。「展開の鍵となるケア」を見つけ、成功裏に展開されたケアは、多方面で好ましい変化を作り出す。事例で述べる。

10年間寝たきりの主婦が、ヘルパーの援助で家族に自分の作った食事を与えることにより、失われた家庭内での役割を回復した事例である⁽²⁾。家庭も安定期に入った6年目から担当になったヘルパーは、Fさんは、思考もしっかりとし、言葉も通じるのに無気力なことに気づいた。「私は家の事は分かりませんので、すべておまかせします」と言い、座位はとれるのに「ベットで寝ているのが一番こち良い」と言っていた。家族のお荷物になっているという遠慮が無気力の原因と考えたヘルパーは、「家族に自分の作った料理を与えることから家庭内での役割を回復する」という長期的な見通しにたったケア計画をたてた。

まず本人に食事に関心をもってもらうために、家族が置いていく冷たくなった食事ではなく、作りたてをヘルパーの介助で食べ、食事を楽しむようにしてもらった。その後、車椅子で庭に出て緑の中で食事をする→Fさんに

指示されてから料理する→台所の材料を伝えメニューを考えるよう働きかける→Fさんの手に代わり料理作りに徹する。このようなケアの展開の結果、夫は、当初「頭がだめだから何をやっても意味ないですよ」と目の前で言うような態度であったが、途中から車椅子に乗せて庭で妻との会話をするように変わり、本人を無視していた子供たちも「ママは寝ているのに家の中のことを何でも知っていて不思議」「最近母の味が楽しみです」と言うように変わった。

この事例で、問題／ニーズとケアを1対1対応させるケア計画をとると、「座位保持可能なのに寝ている」問題に対し「離床のケア」，「家庭内で孤立し無気力」という問題に対し「外出やデイサービスのケア」となろう。食事は、家族が置いていっているのだから「暖め、摂食を見守る」ぐらいで終わり、「援助者が調理し、作りたてをおいしく食べてもらう」必要性などは認められないであろう。「食から出発し、自立性を回復し、家庭内で役割をつくる」という衣食住と心身、役割を一体的にとらえた戦略的なケアは、1つの問題／ニーズに一つのケアという単純な計画では得られない総合的な効果をあげることができる。

2. 根本原因にいきなり着手せず、成果が揚がる所から変化を生み出す

ケアの組み立てを戦略的に考えなければならない第二の理由は、ある問題が根本的な原因になっており、そこから全ての問題が起きてきていると言えるような場合でも、「根本の問題」にすぐ手を付けるのが良い（効果につながる）とは限らないからである。ソーシャルワークで「戦略」strategyという言葉を使うが、戦争用語がなぜ使われているのか、つぎのように考えると分かりやすい。敵の本陣に攻め込むだけの兵力がなければ、自分の持ち駒を考えて、攻めやすいところから攻めるのが当然である。勝てる（効果をあげる）かどうか考えずに、本陣（問題の根本）に攻め込むのでは、計画的な取り組みとは言えない。スタッフの側が現在もっているケアの力で、まずどこから援助すれば、反発を招かず、高齢者にも家族にも喜んでもらえるケアにな

るのかを考える必要がある。

介護家族がいる場合や、複雑な状況の家庭では、「戦略」的な発想なしにケアを組み立てることはできない。援助困難な事例で見てみる。

アルコール依存で無職独身の48歳の息子に、おむつ交換から水分補給まで依存している78歳の寝たきりの母親は、まともに介護してくれない息子に対し、お金（飲み代）を渡すことで関係を繋ぎ止めようとしている。息子の介護を受けたい母は、自分でやれるサブパットの交換もしようとしない。母子の密着した「共依存」の関係を断ち切らないと、本人の残存能力も活かせないし、泥酔して帰宅した息子が水さえ与えないという現状が繰り返される。「母子の密着した共依存の関係」が根本原因だとして、ここに介入して好ましい変化が起こせるだろうか？ 双方の反発を招いて「説教するならもう来なくて良い」と言われてしまうだろう。

この第二の理由からも「問題/ニーズとケアを1対1対応させる」ケアの計画は、複雑な状況で効果をあげられないことが分かる。

第3節 正解はひとつという発想をやめ複数の仮説をたてる

人への援助では、「ただ一つの正解」はない。人への援助は、一人ひとり異なる個人を相手に、「人と人との援助関係」を通じて展開していくという個別的性格をもつ。このために「Aのやり方もあれば、Bの取り組みも可能性もある、Cの方法も誤りとは言えない」という特徴が出てくる。つまり数学のように「ただ一つの正解」があると考えると、多様なアプローチへの道を閉ざす結果になる。しかし多様なアプローチがあるからと言って、それを経験だけでやる訳ではない。人への援助には、狭い意味での自然科学とは違う「科学性」がある。

どのようにすれば利用者が意欲をもってくれるか、どういう条件を整えれば、生活のリズムが回復していくか、利用者の状況を分析して、これを考える訳であるが、これらは全て仮説となる。仮説が1つしか持てないならば、1つやってみてダメだと行き詰まってしまう。

利用者の状態を見て、なぜ今そうになっているのか、なぜそのように言うのかについての原因として異なる解釈を考えた場合には、別のケア計画の仮説が出てくる。ある範囲の事柄については、多様な解釈や仮説をもってもいいのだということを踏まえれば、ケア計画のレパートリーを幅広く考えることができる。このようなケア計画の仮説の正確さは、障害の受容過程など人間の行動に関する専門的な知識と、危機介入や社会技能訓練 SST などの専門的技術の豊かさに比例する。利用者との関係を通じて、多くの要素のなかから変化を生み出す「決定的に重要な要素」を探し出していく力動的なアセスメントは、専門的な知識と技術に裏づけられた「臨床の知」⁽³⁾とも言われる別の科学性をもっている。

第4節 利用者のもつ「自分の生活を切り回していく力」を重視する

障害をもつ高齢者の「セルフケア能力」を評価し、その力を強めるような支援がケア計画で重要なのは、看護診断をはじめ各方面ですでに述べられている⁽⁴⁾。ここでは、「利用者のもつ力」のなかで「自分で自分の生活を切り回していく力」に注目することが、自立を支援するアセスメントのなかで特に重視されるべきことを提起する。

アセスメントで評価すべき利用者のもつ「自分の生活を切り回していく力」は、つぎの2つに分けて考えられる。第一は、「サービスを使いこなす力」であり、第二は「問題解決に取り組んでいく力」である。

1. 利用者の「サービスを使いこなす力」を評価する

「利用者がサービスを使いこなす力を身につける」ように支援する「キャパシティ・ビルディング」は、日本でケースマネジメントが始めて紹介された1980年代後半⁽⁵⁾では、ケースマネジメントの過程の1つのステップとして明記されていたが、いよいよ実践に移ろうとしている現在、あまり重視されていない。ケアにかかわるサービスは、ただつなげればよいのではない。

たとえケアマネジャーが、利用者の心身機能を向上させる福祉と医療を組

み合わせた望ましいケアパッケージをつくったとしても、利用者がそれを利用しようとしなない、またはうまく使えないのでは、絵に描いた餅にしかならない。現在でも、勧めてもデイサービスを拒む高齢者は多い。またベットや車椅子が給付されたけれどもうまく使えていない場合も少なくない。各専門職が入ったケアチームで対応すれば解決すると考えるのは安易だろう。PTが来て付けた手すりも、退院後使えなかったという話もある。専門職が万全な訳ではなく、「利用者がサービスを使いこなす力」を重視し、各職種がその力をより強めるよう本人を決定の中心にした支援をしているか否かが重要である。

施設という言葉への拒否感をもっている高齢者が、デイサービスやショートステイを拒否している場合、ただ「いいところですよ」等の説明をするだけでは、一方的に説得していることとかわらない。本人が何を心配しているのか、これからどういう暮らし方をしたいと思っているのかを話してもらえよう。関係をつくるなかで、どのようなサービスをいつ使うかを一緒に考えていくような支援が求められる。

ケアマネジメントが効果を発揮できるかどうかは、利用者に合わせて調整された福祉と医療の諸サービスがねらいどおりに機能するか否かにかかっている。サービスが機能するか否かは、利用者がねらいどおりに使ってくれるかという問題と同じである。したがってケアマネジメントが効果を発揮できるかどうかは、利用者の「サービスを使いこなす力」を的確に評価することから出発すると言えよう。

2. 利用者の「問題解決に取り組んでいく力」を評価する

利用者が自分の生活を維持していくために、いつどのようなサービスが必要かについての判断ができること、つまり自分で自分に必要なサービスの調整ができるようになるのが最も望ましい。障害者の自立生活プログラムは、自分が自分のケアマネジャーになるために自立生活技術訓練 ILST をはじめ様々な支援が準備されている⁽⁶⁾。

高齢者をケアの対象にするのではなく、自分の生活の主体になるようなケアを提供するためには、ケアマネジャーを始めとした専門家が「制度が複雑で利用者には分からないだろうから」とか、「本人にとって良いことなのだから」という考えから、利用者の判断を代行してしまうパターンリズムを克服しなければならない。

弱者保護的な福祉、衣食住から趣味までまる抱えで世話してきたニーディ・オリエンテド・アプローチ needy oriented approach（要援護者対策）をやめ、ニード・オリエンテド・アプローチ need oriented approach（要援護性対策）に移行するものとして介護保険は期待されている。しかしケアマネジャーを始めとした専門家が旧態依然たる代行主義では、形の違うパターンリズムでしかない。重要なのは、高齢者が全てのサービスを理解し、判断できるかではなく、利用者のもつ力を強めようとするエンパワメント empowerment の視点を持つことである⁽⁷⁾。

利用者が「自分で自分の生活を切り回していく」までにならないにしても、あるいはそれは困難と分かっていたとしても、利用者が自分の問題について、自分で考え判断を下す権利があり、その過程を支えるのが自立と自己決定の支援である。このような考え方は、知的障害者への支援で重視されてきているが⁽⁸⁾一部では高齢者ケアでも取り組まれている。

脊椎疾患による下肢障害の70歳の妻を虚弱な夫が介護している事例である⁽⁹⁾。尿意があるのでおむつはせず、妻が残存能力を使って椅子状のポータブルトイレの肘掛けを両手で支え、わずかにできる椅子と臀部の側面から夫が介助しているが、無理な姿勢で夫の負担は大きく、間に合わないで服を濡らしてしまうことが多い。夜間だけでもおむつを使ったらという看護婦の勧めで、試してみたが、うまくできなかった。夫妻は、いままでは夜もトイレで排泄するのを当然と考えていたが、専門職からの勧めを聞いて、妻は夫の負担を想い、迷っていた。ホームヘルパーは、ショートステイを利用しておむつでの排泄を試行し、どうするのが一番良いかを自分たちで決める方法を伝えた。この結果、妻の意思は「やはりおむつはしたくない」と明確になり、

夫婦で結論を出すことができた。この経験によって、夫は、自分たちの生活は自分たちで決めるのが一番良いということを学び、これ以降も、新たに生じた事態には、一つひとつ自分たちで確かめて進めていくようになった。

この事例のように、利用者の問題を援助者が代わりに解決してしまうのではなく、利用者が自ら解決していく力を強めるのが、本来の自立支援である。従来からケースワークでは、利用者がワーカーの援助や社会資源を活用する力を「ワーカビリティ」workability と呼んで重視してきた⁽¹⁰⁾。そして援助の初期に利用者の「問題解決に取り組んでいく力」、ワーカビリティをアセスメントし、その条件に合わせて、利用者が行う問題解決の過程を援助してきた。高齢者のケアでも、排泄方法を自分たちで決めた事例のように、「問題解決に取り組んでいく力」を強めるケアの展開が望まれる。そのためには、「利用者の強さを活かす」視点をもとに、「問題解決に取り組んでいく力」を、適切にアセスメントすることが重要である。

第4章 自立支援のアセスメントの枠組みと特徴

第1節 「自立支援アセスメント」の概要

1. 生活援助を基礎とした自立支援のアセスメント

第1章から3章ではアセスメントの考え方を述べると共に、現在提起されているアセスメント表の問題点を指摘したが、不十分な点を批判するのみでなく、要介護高齢者が主体になるケアを生み出すアセスメント表を提起する必要がある。

日本介護福祉士会が1997年3月に提案した「生活援助を基礎とした自立支援のアセスメント」（略称「自立支援アセスメント」）は、まだ完全とは言えず、今後の部分的な改訂も考えられるが、本論で述べてきた基本的な視点を満たすアセスメントであると評価できる。すでに提起されている他のアセスメント表のように研究者集団による学術的検討や統計的検証を経たものではないが、現場の介護実践を通じて抽出されてきたアセスメントの枠組みと項

目であり、専門的なケアマネジャーの道具になる可能性をもっている。

この「自立支援アセスメント」は、本論で否定した「単一の超方法」である全人的アセスメント表ではなく、サービス開始後直ちに各専門職の合議で包括的アセスメントを行うことを前提として、「ケアマネジャーが初回面接で暫定ケアパッケージを考えるためのアセスメント表」である。以下では、「自立支援アセスメント」の枠組みの概要と、他のアセスメント表との違いと特徴を述べる。なお本論でつかう「生活援助」とはつぎのように規定する。「起床、着替え、食事、排泄など、毎日の生活のリズムを整え、利用者が自分の生活を自分で決められるような条件整備を衣食住や排泄入浴等の生活行為へのケアをつうじて実現する過程」

この「生活援助」の規定でわかるように「生活援助を基礎とした自立支援のアセスメント」は、生活を全体として把握することを中心に行っているのみであり、使用する職種を限定しているアセスメント表ではない。アセスメントとは、分析、把握、評価の機能である。「自立支援アセスメント」が求めているのは、①利用者を中心にして問題を把握する機能、②生活全体を把握する機能である。「自立支援アセスメント」を使えるか否かは、把握機能の問題であり、職能の問題ではない。介護福祉士であるからと言って、この①と②の把握機能を必ずしも持っている訳ではない。在宅ケアで生活を把握する力は、ケアの知識・技術を基盤としながらも、それ自体として訓練、修得されるべき技術である。①利用者を中心にして問題を把握する ②生活全体を把握する、という2つは、在宅ケアのアセスメントを行う各専門職全てに求められる機能である。

2. 「自立支援アセスメント」の枠組み

「自立支援アセスメント」は、8種類（15枚）のアセスメント用紙と3種類のケアプラン用紙で構成される。各用紙の名称と全体の流れは、資料の通りである。各用紙の意義や記入すべき内容等については、近々解説の手引きが出されるので、ここでは、考え方の大枠を示すにとどめる。以下(1)(2)…は、

アセスメント用紙及びケアプラン用紙の種類を表す。

(1)まず、家族構成、生計、生活歴、援助経過とサービスの利用状況など「全体状況」をとらえる。そのうえで(2)衣食住、心身の健康など生活の7領域について、ニーズを把握し、連携が必要な専門職・機関を考える。生活7領域の43項目が、生活と健康を見る縦軸だとすると、横軸にはつぎの5列が並び、このクロスを分析の視点とする(43×5に記入するという意味ではない)。5列とは、①現状・状態、本人の対処、②関心・意欲、③本人が行う際の困難度予想、④連携が必要な関係機関、⑤援助者が援助を組み立てる際の困難性である。このアセスメントの特徴は、利用者が主体となれるケアの組み立てを考えるために、①現状で本人が対処している状態をもとに、②関心と意欲を踏まえ、③本人が行う際にはどのような困難がどの程度あるかを予想するという順番で考えていく。つまり利用者の側から問題を見ようとする訳だが、利用者は問題と感じていない場合も多いので、専門職の側から見た現状の評価は、「①現状の本人が対処している状態」に記載する。(3)要介護者にとって必要なケアのみでなく、家族から見た問題を踏まえる、また近隣などが大きな影響を及ぼしている場合には、それぞれの利害や感じている問題点を分析する。(4)病歴・障害歴を把握するなかから医療やヘルスケアでの問題や可能性を見る。(5)介護の必要度や危険性は、住宅環境に大きく左右されるので、住宅の見取り図から環境改善の必要性和福祉用具の活用の可能性を検討する。(6)利用者が現在、1日及び1週間をどう過ごしているかを教えてもらいながら、どこでどのようなサービスを使うかの生活スケジュールを共に考える。以上の(1)から(6)の分析の上で、(7)問題／ニーズを特定し、ケア目標を設定する。ケア目標をより具体化した当面の目標には、緊急度及び、ケアを組み立てる戦略を踏まえて優先順位を付ける。そして、これらの問題／ニーズのなかでも(8)チームケアで取り組むものを調整項目として整理し、どの機関のどの職種が何をするかを考える。(1)から(8)のアセスメントをしていく過程には、利用者が軸となって加わり、また必要な職種の入ったケアカンファレンスを行う。その結果、つぎの3つのケアプランができていく。

(1)どの機関のどういうサービスを1週（または1日）に何回、何時間利用するか、(2)その週間計画（ウィークリープラン）では、誰がいつどこで何をするのか等を決め、利用者の承諾を得て確認する。全体のケアスケジュールとしてのケアプランが決まると並行して、(3)専門領域別のケア計画をつくる。つまり看護計画、リハビリの計画、ソーシャルワークの計画、ホームヘルプの援助計画などである。なおこの専門領域別の計画は、問題の全体を整理し、原因を総合的に分析（用紙7問題／ニーズの特定と目標の設定）し、全体としてのケアについて、ケアチームでイメージができていることが前提となる。

第2節 「自立支援アセスメント」の特徴

1. 利用者の側から「援助の必要性」を考える

専門職の側から見て「何ができないか」をとらえることに中心を置くのではなく、利用者が自分の望む生活をしようとする上で「どのようなところで困難に直面するか（するであろうか）」を軸にして、「援助の必要性」つまりニーズを把握しようとする（アセスメント用紙2）。

ニーズとは、「専門職が客観的な基準に照らして、判断した援助の必要性」のことであり、利用者が自覚し、意識して求める「利用者の要求」とは、区別される。一方、ケアが効果をもつためには利用者の側も「やりたい」「必要だ」と思える部分から出発していくことが求められる。よく「ケアの目標とは、利用者の目標か、援助者の目標か」という疑問を聞くが、「専門職がとらえた問題と利用者から見た問題を区別した上で、両者の共通の部分から取り組む」のが、利用者が主体となれるアプローチである⁽¹⁾。家庭は「利用者の城」であり⁽²⁾、たとえ虐待の一種にも入る「自己放任」self-neglect が著しい高齢者であっても「出ていけ」と言われてしまえば、家に入ることはできない。在宅では、専門職からみて必要なだけのケアを押しつけることはできない。従ってアセスメントとしては、高齢者の「できない」部分にのみ焦点をあてるのではなく、高齢者の関心や意欲に焦点をあて、利用者が自分でやろうと

する時の困難をとらえ、又は予測することで、専門職がとらえた問題と利用者から見た問題の共通の部分から取り組むケアを見つけることができる。

2. アセスメント過程への利用者参加の用紙を持つ

現在提起されている各団体のアセスメントでは、アセスメント過程への利用者参加がうたわれてはいるものの、会議の場に参加するというのみであり、具体的に参加を保障するための用紙は考えられていないように見受けられる。「利用者とともに作る生活スケジュール」（アセスメント用紙6）は、実際に在宅ケアの現場で、利用者とともにウィークリープランを考えるために考案、活用されていた用紙をもとにしている。毎日他人が家に入出入りすることでかえって負担が増してしまう利用者も少なくない。1週間のなかでどこをどのように使いたいかは、生活者が決めるのが当然であり、専門職の側だけで「一番良い」ものをつくれるという発想は誤りである。「自立支援アセスメント」では、「利用者とともに作る生活スケジュール」用紙を使うことによって利用者参加の手順を保障するのみでなく、消極的、依存的になりがちな利用者の自立性を促進していく働きかけとしても活用できる。

3. 福祉と医療職のチーム活動が必要な部分を明らかにする

アセスメント項目ごとに捉えられた断片を「問題／ニーズの特定と目標の設定」で総合化するが、ニーズのなかには、単一のサービスで充足できるニーズもあれば、チームケアで取り組まなければならないニーズもある。単一の職種のケアでは解決しないようなニーズ、他の専門職が調べればより可能性が広がると思えるような事項などを別にとりあげ、一覧にするのが、「チームケアでの調整項目」（アセスメント用紙8）である。

利用者が困っている具体的な内容に即して、「調整が必要なこと」を記述する方法にポイントがある。例えば、痴呆のため受診時に痛みを訴えられない事例では、「腰部、下肢の痛みを軽減できる治療」「腰部、下肢の痛みによる排泄の失敗をなくす」が「チームケアでの調整項目」になり、その「具体的

な内容」欄には、「痛みのためトイレに間に合わない、受診時に訴えができず、付き添いが代弁しても、歳だからしょうがないですよと自ら遠慮してしまうため医師に理解されない」と書く。この利用者が困っている状況に対し、保健婦、看護婦なら本人を医師に十分理解してもらえるよう受診時に同行して説明する、医療ソーシャルワーカーなら、痴呆に対応できる整形外科を探す等、各職種が可能な取り組みを考える。

このような手順を踏むことによって、各専門職がそれぞれの領域からたてた方針を折衷するのではなく、利用者の望む問題解決を中心にして各方針を位置付けることができる。またこのような組み立て方をするによって、専門職ばかりのケアカンファレンスのなかでも利用者が軸になって発言をしていくことができる。

4. 在宅の臨機応変性を重視する

RAPsの18問題領域やCAPsの30問題領域のように、検討すべき問題領域が類型化されていることには大きな利点がある。しかし、状況が変われば長所は同時に短所にもなる。

在宅では、様々な要素が働くため、訪問したときの状況に応じて、その時々に必要な問題に対処することが求められる。在宅では、変化したニーズへの即応性、つまり臨機応変性が極めて重要になる⁽³⁾。重度の障害をもち介護力も不足しているような家庭では、食事、排泄、清潔、健康、本人の意欲、介護者の負担など多くの問題をかかえ、なおかつそれらが複雑に絡み合っている場合が多い。このように多くの問題が複雑に絡み合っている場合には、固定的な問題類型はあまり有効でない。状況により前面にでてくる問題が変わったり、対処すべき優先順位がすぐ変わるからである。一つの問題に一つの方針という発想ではなく、問題全体の構造を把握し、原因の解決に向けた臨機応変のケアが求められる。さまざまな要素の影響を受ける在宅においては、固定的な問題領域をつくらず、利用者の状況に即して問題を把握し、解決に役立つ要素を見つけられるような専門性を促すアセスメント用紙の構成が求

められる。「自立支援アセスメント」では、生活7領域の各々から問題を出し、「問題・ニーズの特定と目標の設定」（アセスメント用紙7）によって、問題の全体を整理し直し、その原因を総合的に分析することができる。またこの用紙に記載する「当面の目標」には、緊急度及び「組み立ての戦略」を考えて①②…の優先順位をつけることによって、ケアチームとして「ケアの全体像」を統一することができる。

5. 誰が使っても同じ結果が出る客観性より、ケアの専門性を重視するアセスメントでは、必要に応じて、必要な情報が詳しく分析できれば良い。必要もないのに全項目の記入が求められるのは、無駄である。専門的援助者は、表情や受け答えから、要介護高齢者のもつ力を把握できるし、室内の臭気や汚れから介護の状況を分析できる。利用者の状況に応じて、把握すべきところを詳しく分析し、自由に記載できるアセスメント用紙の方が、専門的援助者には、使い勝手が良い。

「自立支援アセスメント」は、アセスメント用紙のみで8種類15枚あり、複雑なように見えるが、必要でない部分は略することができる。また「利用者の城」である家庭に入れてもらう在宅ケアは、信頼関係もできていない初期の段階で、「本来知っておきたい全ての情報を把握する」ことは、不可能である。病院の医師が各種検査をしてから診断を下すのと同じように、「全ての情報を把握してからアセスメントする」ことは、ありえない。利用者は、「この人には、いくら自分の情報を教えても、決して私に不利なようには使わない」という信頼感がある場合にのみ、何でも話してくれるのであり、家庭内の事情や個人史、その人の思いなどの情報は、病院の検査のように事前に必要なだけ収集できるものではない。ここでもアセスメントする援助者の専門性が重要になる。いつの段階で、どのような情報をより詳しく収集、分析する必要があるのかを、個々の違いをもつ利用者の家庭や介護の状況に応じて、考え見直しをもつ必要がある。「自立支援アセスメント」の8種類のアセスメント用紙は、この判断を助け、必要が出てきた段階で詳しく記載していくこと

ができる。

6. 要介護者のケアのみでなく家族から見た問題を踏まえる

要介護者にとって一番望ましいケアのみを追求すると、介護している家族の生活を犠牲にしてしまう場合がある。2時間おきの体位交換を指示して介護家族の負担を増やし、入院入所を早めてしまえば、意味がない。また介護家族が要介護高齢者に、「暖かくない」態度で世話している場合に、一番負担をかぶっている介護者を「虐待者」と見てしまえば、その介護者との関係をつくっていくことはできない。介護者との関係ができなければ、「家庭内孤立」や「必要なケアがされていない状況」「不適切なケア」を改善する糸口を失ってしまう。在宅ケアにおいては、家庭という「介護の場」のなかでケアの展開を考えなければならない。このためには、要介護高齢者のニーズを把握するのみでなく、家族の各々のメンバーのもつニーズも無視できない。専門職の側から見た問題／ニーズのみでなく、本人の側から「生活の困難」を考え（アセスメント用紙2）さらに、家族の側では、「何をどうしたい」と考えているのかを把握する（アセスメント用紙3）ことによって、家庭という場で働く複雑な要素を整理していくことができる。

第1章の註

- (1) Helen H. Perlman, *Social Casework : A Problem solving Process*, 1957（松本武子訳『ソーシャル・ケースワーク』全国社会福祉協議会, 1967, p.203）
- (2) 「座談会 老年者の総合的機能評価」『GERONTOLOGY ジェロントロジー』Vol.8, No.2, 1996, pp.8-24。
Gerda G. Fillenbaum., *Multidimensional Functional Assessment*.
George L. Maddox (eds.) *The Encyclopedia of Aging*. Springer Publishing Company Inc., 1987（浜口晴彦他監訳『エイジング大事典』早稲田大学出版部, 1990, p.408）。

- RosaLie A. Kane., Assessing the Elderly Client. Abraham Monk (ed.) Handbook of Gerontological Services. Columbia University Press, 1990, pp.63-82.
- (3) 竹内孝仁「ケアマネジメント, アセスメント, ケアプランの混乱を整理する」『月刊総合ケア』Vol.7, No.4, 1997, p.54。
 - (4) 厚生省監修『高齢者ケアプラン策定指針』厚生科学研究所, 1994。ジョンN.モリス, 池上直巳他編『在宅ケアアセスメントマニュアル』厚生科学研究所, 1996。
 - (5) ウィークリープランについては, 各種の書式や考え方が示されているが, 在宅サービスモデル研究会(代表田端光美)『在宅サービス提供モデル策定に関する報告書』東京都福祉局, 1996に示された方式が, 利用者類型から緻密に分析した「サービス提供計画」モデルを策定している。
 - (6) 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修『高齢者介護保険制度の創設について』ぎょうせい, 1996, p.85。
 - (7) 白澤政和「公的介護保険は地域福祉を促進するか ケアマネジメントを鍵概念として」日本地域福祉学会第10回大会報告要旨集, 1996, p.144。
 - (8) 市町村が介護保険に財政問題を理由に反対したのは口実で, 要介護認定での責任を恐れたという指摘は, 介護保険をめぐる政治過程に詳しい池田省三氏の分析である。「要介護認定は市町村ではなく都道府県が責任を持つべきだ」という福岡市長の発言(毎日新聞1996/8/25)は, これを裏づけている。池田省三「介護保険つぶしたのは誰か」『RONZA』Vol.2, No.8, 朝日新聞社, 1996。
 - (9) ニード判定基準については, 平成8年度から開始された在宅福祉サービス評価事業のなかで, 全国社会福祉協議会の示したサービス評価基準の項目に含まれた。現状では, 派遣回数を決めるニード判定基準のない市町村が大部分である。まれに担当係で指針を作成している区市

町村があっても内部の非公式資料と言われ外部に出ることはなかった。筆者の知る限りで公表されている基準は、大橋佳子氏が作成し、田中典子氏が東京都葛飾区の通常業務と東京在宅福祉研究会会員による事例研究で検証した「ホームヘルパー派遣回数基準表」のみである。田中典子・大橋佳子「ホームヘルパー派遣回数基準表の開発と実践効果」日本地域福祉学会第11回大会報告要旨集1997, P.70。日本介護福祉士会編『介護福祉のための事例研究テキスト'97』中央法規出版, 1997, p.23, p.36。

- (10) 『週刊社会保障』 Vol.51, No.1944, p.21, 1997/ 6 /30。
- (11) 厚生省高齢者介護対策本部事務局『高齢者介護問題を考える』長寿社会開発センター1996, p.22。
- (12) 小山秀夫「要介護認定方式と費用設定に関する一考察」『社会保障研究』第32巻3号, 1996, p.270。

筒井孝子「特別養護老人ホームにおけるケアの定量的分析からみた高齢者タイプに関する研究」『社会保障研究』第31巻1号, 1995, p.63。筒井孝子「高齢者に必要な『ケアプラン』とは」『社会福祉研究』第63号, 1995, p.38。筒井孝子「特別養護老人ホームの介護職員における介護負担感の数量化に関する研究」『社会福祉学』第34巻2号, 1993, pp.43-82。『特別養護老人ホームのサービスの質の向上に関する調査研究報告書』全国社会福祉協議会, 1994。『在宅福祉サービスの効果に関する基礎的調査研究報告書』全国社会福祉協議会, 1994。

- (13) 小山秀夫氏は、講習を受けても寮母がケアプランが作れないのは、診断学と治療学との間の計画学ができてないからで、アセスメントは、ケア内容の量と質を決定する道具、評価の基礎データーとして有用であるが、「有用イコール策定できる」ではないとする。これは介護業務158分類を基礎にした高齢者ケアプランのアセスメントが、ニーズを見つける手段にはなっていないことを「アセスメントが正確にできててもケアプランができる訳ではない」という言い方で認めているとも言え

る。小山秀夫『高齢者ケアのマネジメント論』厚生科学研究所，1997，p.40，pp.96-97。

- (14) 厚生省高齢者介護対策本部事務局「平成8年度高齢者ケアサービス体制整備支援事業 介護支援専門員指導者研修（ケアマネジメント論資料）」1997，p.10。
- (15) 谷口政隆氏は，ケアマネジャーに予算執行権を含めた裁量権を付与しない画一的な介護保険の運用がされるならば，ケアマネジメントの存在理由は消失すると警告している。谷口政隆「公的介護保険とケアマネジメント」『福祉展望』No.19，東京都社会福祉協議会，1995，p.33。
広井良典氏は，介護を「保険」とする問題とケアマネジメント方式の導入は，全く別次元の問題であり，介護保険とケアマネジメントを結びつける世界初の日本の試みに齟齬が生じるのではないかと懸念を表明している。広井良典「ケアマネジメントとはなにか～介護システムの中核をなるもの」からだの科学臨時増刊『論争 高齢者福祉 公的介護保険でなにが変わるか』日本評論社，1996，p.91。
- (16) 栃本一三郎氏も，病院内の介護と違い生活を支える介護では「当人の意思」が極めて重要であり，自立への「積極的介護」のためには，心身機能レベルで画一的せず，ある程度柔軟な要介護度の測定が必要と述べている。栃本一三郎「介護保険制度の創設とこれからの課題」『地域福祉研究』No.25，1997，p.7。
- (17) 住居広士氏は158分類を基礎にした要介護度の調査方法に関して，作業回数を主要因としている，介護すること自体を全て負担と捉え負担度としているなど調査仮説の基本から疑問を提起している。また介護，看護，福祉職の業務について統計的手法から「介護度」を算出し，比較検討する研究を提起している。住居広士『高齢者障害者保健福祉分野における日常生活介護業務に関する調査』1997。住居広士他「介護支援分析による保健福祉専門職の介護度の数量分析」日本介護福祉学

会『介護福祉学』Vol.3, No.1, 1996, pp.78-84。

第2章の註

- (1) 小林良二「高齢者ケアサービスの判定について」『人文学報』No.211, 東京都立大学人文学部, 1989, pp.169-188。小林良二「地域福祉サービスの調整組織」針生誠吉・小林良二編『高齢社会と在宅福祉』日本評論社, 1994, pp.126-134。小林良二「公的介護保険の範囲と水準〜オーストラリアのアセスメントに基づくサービス提供から学ぶ〜」『月刊福祉』第78巻13号, 1995, pp.42-47。小林良二『オーストラリアにおける老人福祉・医療の現状』I〜IV, 1991〜1994, 長寿社会開発センター。西村淳「注目されるオーストラリアのケア・アセスメント・システム」『社会保険旬報』No.1923 ('96.9.21), pp.11-15。
- (2) 高橋龍太郎「総合的機能評価の意図するもの」『GERONTOLOGY ジェロントロジー』Vol.8, No.2, 1996, p.25。
- (3) 和気純子「アメリカにおけるナーシング・ホーム改革 入所者アセスメントの導入と支払い方式への応用」『海外社会保障情報』No.97, 1991, pp.40-49。和気純子「ナーシング・ホーム改革の動向 アメリカ」浅野仁他編『日本の施設ケア』中央法規, 1993, p.297。厚生省監修『高齢者ケアプラン策定指針』厚生科学研究所 1994, p.206。
- (4) 1980年代後半からは、「褥創をつくるのが老人病院, 治すのが特養ホーム」と言われるようになり, 寝食分離やおむつ外し, 痴呆ケアの方法を開発普及していった場も特別養護老人ホームである。また介護福祉士法制定10年になる現在, ケアに努力している特別養護老人ホームでは, 寮母の介護福祉士保有率は, 7から8割に近い。また, ホームヘルパーが実践現場で援助計画をつくり活用している例は, 田中典子「ホームヘルパーが次々に替わり, 行く人がなくなった世帯に対し, アセスメントをして援助計画を立て直した結果, 利用者より合意を得

- られ援助計画書を取り交わした事例」日本介護福祉士会平成8年度全国研修会報告要旨集, 1996, pp.54-57. 日本介護福祉士会編『介護福祉士のための事例研究テキスト'97』中央法規出版, 1997, p.22。
- (5) 小松源助『ケースワーク論』有斐閣, 1975, p.8。
- (6) a. Allen Pincus and Ann Minahan, *Social Work Practice : Model and Method*, F.E. Peacock Publishers, Inc., 1973, p.xiii.
 b. A. Pincus and A. Minahan, "A Model for Social Work Practice," Harry Spect and Anne Vickery (eds.), *Integrating Social Work Method*, George Allen & Unwin Ltd., 1977. (岡村重夫・小松源助監訳『社会福祉実践方法の統合化』ミネルヴァ書房, 1980年, p.136)。
- (7) 日本に紹介されたソーシャルワークのゼネリックモデルを、現場のケースワーカー等が、実践に適用しようとして、うまく行かず悩むという事態を取り上げて、岡本民夫氏は、ゼネリックモデルは、理論上の統合モデルであり、個々の現場での実践は、スペシフィック（個別専門的）な実践になると説明していた。新理論が紹介される際に留意すべき「理論と実践の関係のあり方」として参考になる。
- (8) 小澤利男「老年者の生活機能障害の総合評価概説」日本老年医学会編『老年医学テキスト』メジカルビュー社, 1997, p.94。
- (9) Laurence Z. Rubenstein., Geriatric Assessment : Physical. James E. Birren (eds.), *ENCYCLOPEDIA of GERONTOLOGY age, Aging, and the Aged*. Academic Press, 1996, pp.587-592.
- (10) ケアマネジャーは資格を限定しないという為の説明に、チームを仕切れる人になれるという説明がされたことがある。『月刊地域保健』地域保健研究会, 1995年, 12月号, p.69。
- (11) ケアの違いによる利用者の表情の違いの推移は、写真でも「客観的に」十分わかる。人間の全体的把握力では、誰の眼にも明らかと言える。木村松夫『母は恋人 ある痴呆性老人の素顔』雲母書房, 1989。また

精神科の臨床でも、精神分裂病の患者がもつ雰囲気、プレコックス感 *praecox feeling* が、DSM IVなどの診断基準以上に重要な役割を果たす場合も報告されている。大平健「偽患者の経歴」『顔をなくした女』岩波書店、1997、p.212。

- (12) 三宅由子『臨床データのまとめかた』杏林書店、1992、p.164。
- (13) (財)日本訪問看護振興財団『日本版在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン 成人・高齢者用』日本看護協会出版会、1996。
- (14) 島内節「在宅ケアにおけるアセスメントと評価」島内節、川村佐和子編『在宅ケア』文光堂、1984、pp.259-272。
- (15) 小泉早苗「アセスメントシート記入のためのガイドラインと処遇計画について」日本介護福祉士会編『介護福祉士のための事例研究テキスト'97』中央法規出版、1997、pp.8-15。
全国社会福祉協議会『特別養護老人ホームにおける自立に向けた介護展開手順引き書』全国社会福祉協議会、1996。
- (16) 拙稿「介護福祉の歴史的展開」古川孝順、佐藤豊道他編『介護福祉』有斐閣、1996、pp.55-57。
- (17) 竹内孝仁『ケアマネジャー アセスメントとケアパッケージその組みかた』医歯薬出版、1997、p.12。
- (18) 小山秀夫『高齢者ケアのマネジメント論』厚生科学研究所、1997、p.40、pp.96-97。

第3章の註

- (1) 「お世話だけでは不十分」「自分の生活を切り回す主体である」という表現は、岡本祐三氏による。岡本祐三『医療と福祉の新時代』日本評論社、1993、pp.49-48。また栃本一三郎氏も「消極的介護」「機能的介護」「保護的介護」にたいして「積極的介護」を提起している。栃本一三郎「ドイツ介護保険システムの現状と課題③～ドイツ現地検をふまえて」『月刊福祉』第78巻14号、1995、p.103。

なお援助方法論として言うならば「お世話」という保護的なかわり方も重要な援助関係の持ち方（方法）である。尾崎新氏は援助関係におけるかわり方を「指導」「お世話」「主体性の保障」に3区分し、それぞれのメリットとデメリットを論じている。尾崎新『ケースワークの臨床技法』誠信書房、1994、pp.18-21、pp.127-136。

- (2) 西山真沙子「10年間寝たきりの患者が主婦の座を取り戻すための援助」川村佐和子編『在宅介護福祉論』誠信書房、1994、pp.174-179。拙稿「介護の展開」一番ヶ瀬康子他編『介護概論』ミネルヴァ書房、1991、pp.46-55、pp.66-68。
- (3) 中村雄二郎『臨床の知とは何か』岩波書店、1992。
- (4) 石川稔生他監訳『看護診断 診断分類の理論的背景と診断名一覧』医学書院、1991、pp.126-137。
- (5) 東京都社会福祉審議会『東京都におけるこれからの社会福祉の総合的な展開について（中間報告）』東京都福祉局、1984、p.19。同審議会『東京都におけるこれからの社会福祉の総合的な展開について（答申）』東京都社会福祉協議会、1986、p.26、p.94。
前田信雄『老人長期ケアにおける看護の役割』1987、p.93。
- (6) 自立生活プログラムでは、自分の介助要求の把握や介助者への指示の仕方、獲得と訓練法も含まれている。安積純子『自立生活プログラムマニュアル』ヒューマンケア協会、1989。安積純子、立岩真也他『生の技法 家と施設を出て暮らす障害者の社会学 増補改訂版』1995、p.292。

現在のケアマネジメントをめぐる論議では、ケアプランの科学性及びケアマネジャーの専門性を重視するあまり、利用者を主体とするケアマネジメントの発想が欠落している。障害者の自立生活運動の提起に学ぶ点が多い。高橋修他監修『当事者主体のケアマネジメント 立川市における身体障害者ケアガイドライン試行事業を実施して』自立生

活センター・立川, 1997。

- (7) ソーシャルワークでは、以前から「弱さ、病理」を見るのではなく、利用者の「強さを活かす視点」strengths perspective が強調され、近年ではエンパワメント・アプローチが各方面で重視されている。スーザン・ケンプ「直接処遇におけるアセスメント～強さを活かす」第2回テルウエル社会福祉セミナー報告集『社会福祉援助技術の現状と展望』電気通信共済会, 1995, pp.61-74。

小松源助「ソーシャルワーク実践におけるエンパワメント・アプローチの動向と課題」『ソーシャルワーク研究』Vol.21, No.2, 1995, pp.4-10。

渡辺洋一「エンパワメントを志向したソーシャルワークに関する一考察 社会福祉の固有性の視点から」『ソーシャルワーク研究』Vol.21, No.2, 1995, pp.28-35。

- (8) 柴田洋弥, 尾添和子『知的障害をもつ人の自己決定を支える スウェーデン・ノーマリゼーションのあゆみ』大揚社, 1994。Bill Worrell, *People First : advice for advisors*. People First of Canada, 1988。
(河東田博訳編『ピープル・ファースト：支援者のための手引き』現代書館, 1996)。

- (9) 拙稿「サービスの調整困難」厚生省監修『ホームヘルパー養成研修テキスト 1 級課程第 2 巻 介護技術の展開と実際』1996, p.237。

- (10) Perman, Helem H., *Social Casework : A Problem-Solving Process*, The University of Chicago Press, 1975. (松本武子訳『ソーシャル・ケースワーク 問題解決の過程』全国社会福祉協議会, 1966, p.225。)ワーカビリティを「問題解決に取り組んでいく力」と用語化したのは、これを重視している小松源助氏である。小松源助『面接のすすめ方』全国社会福祉協議会, 1989, p.16。

ワーカビリティのアセスメントは動機づけ Motivation, 能力 Capacity, 機会 Opportunity の 3 つの要素 (MCO モデル) で行われ、初期に簡易に行えるアセスメントである。能力をどう分析するかは、パー

ルマンも後期には新たな知見を入れており、生活障害の要素を加味することによって高齢者ケアの場にも応用することができる。

第4章の註

- (1) ケアプランで「目標とは利用者の目標なのか、援助者の目標なのか」という言い方があるが、これは、ニーズ（専門職が判断した援助の必要性）評価をもとにした援助目標と、利用者の要求、願望とを、同じ「目標」という言葉を使うことで分かりにくくしている。ケアプランでの目標とは、意識的な Plan-Do-See の過程をとる働きかけの目標であり、われわれ生活者は、日々の生活行為について目標を設定し、事後評価するようなことはありえない。意識的な Plan-Do-See の過程を踏まない「生活者の望み」は、「利用者の要求」であり、専門職が判断したニーズとは区別される。拙稿「ホームヘルプサービスの判断基準とニーズ評価の基本」『社会福祉研究所報』第24号、熊本学園大学付属社会福祉研究所、1996、p.5。

ニーズと問題とは違う。ニーズは、専門職が判断した援助の必要性についてのみ言うことができる。問題とは「そのままにはしておけない解決すべきこと」と規定するならば、①利用者がとらえている問題と、②専門職がとらえている問題とは、それぞれ解決されるべき別の問題である。しかし利用者の問題と無関係に援助者から見た問題を解決しようとすれば、押しつけや代わりに解決する代行にしかないのでは、当面共通して取り組むことができる問題から出発する。これが自己決定を支援する過程である。このアセスメント枠組みは、コンプトンとギャラウェイの問題解決アプローチによる。Compton, Beulah Roberts. and Galaway, Burt, *Social Work Processes* (Fourth Edition). Wadsworth Publishing Company, 1989, p.389.

- (2) 「家庭は利用者の城」の命題は、ホームヘルプでは、古典的原則である。西沢秀夫「日常業務の改善のために」『ホームヘルプ実務 職業倫理と

リーダーシップ』長寿社会開発センター1990, p.31。

- (3) 拙稿「介護専門職としての責任と原則」川村佐和子編『在宅介護福祉論』誠信書房, 1994, p.17。拙稿「ホームヘルプサービスの機能と専門性」『月刊福祉』第71巻5号, 1988, p.18。

資料 日本介護福祉士会「生活援助を基礎とした自立支援
アセスメント（在宅版）」の考え方

アセスメント1-1,2	⇒ ⇐	アセスメント2-1～7 生活7領域からとらえた援助の必要性と連携機関			
全体状況		衣・食・住・体の健康・心の健康・家族関係・社会関係=43項目			
住所、氏名		現状・状態	本人の望み	本人が行う際の	連携が必要
生計、ADL		本人の対処	意欲・関心	困難度予想	な関係機関
痴呆、生活歴					援助を組
サービス利用状況					立てる際
					の困難性

他機関・他専門職



アセスメント7	問題／ニーズの特定と目標の設定
アセスメント8	チームケアでの調整項目
生活7領域アセスメントより抽出した問題・ニーズとチームケアでの調整項目	



アセスメント3	家族・関係者がとらえている問題
アセスメント4	病歴・障害歴などの経過
アセスメント5	住宅改善と福祉用具活用の必要性
アセスメント6	利用者と共につくる生活スケジュール



ケアプラン1	提供者別サービス一覧と連携方法
ケアプラン2	ウィークリープランと関連サービス
ケアプラン3	各専門領域別ケアプラン <ul style="list-style-type: none"> ・治療計画 ・看護計画 ・リハビリ計画 ・ソーシャルワーク計画 ・ホームヘルプ援助計画 ・住宅改善計画
	etc...

出典 日本介護福祉士会ニュース Vol.19
平成9年4月15日号