

より質の高いサービス提供に向けて 福祉用具サービス計画 作成ガイドラインを 活用しよう

ガイドライン策定の
ねらいは
基準づくりと
プロセスの明確化

ガイドライン策定の意義は
どういったことですか。

A 今回ガイドラインを策定したのは、福祉用具サービス計画を作成する際に、どのような福祉用具専門相談員が作成しても、一定の質が担保できる基準づくりを行ったということです。こうしたガイドラインは本来、ケアマネジャーのケアプランや福祉用具以外の個別サービス計画を作成する際にも必要不可欠です。いざばん最後に制度化された福祉用具サービス計画に、最初のガイドラインができました。福祉用具サービス計画は他に先

駆けてガイドラインが策定されたので、先駆的であったと言えます。そういった大きな枠組みの中に今回のガイドラインを位置づけて考えていただければと思います。

Q 次に、ガイドラインは福祉用具サービス計画の作成プロセスを明確にするものです。福祉用具専門相談員は、福祉用具貸与や購入に関わる利用者のアセスメントをきちんとし、それに基づいてサービス計画を作成します。計画に沿ってサービスを提供し、状況の変化を把握するモニタリングを通じて、必要であれば再度アセスメントをしてサービス計画を変更します(図表1参照)。
Q モニタリングの期間について法的な規定はありませんが、たとえば3ヵ月、6ヵ月ごとにモニタリングをして、新しい福祉用具サービス

介護保険制度では、福祉用具サービスを提供する際に、福祉用具専門相談員が福祉用具サービス計画を作成することが義務付けられています。このサービス計画の作成にあたり、本年4月に「福祉用具サービス計画作成ガイドライン」が策定されました。基本的な考え方や留意点、関係機関との連携方法、モニタリングの実施方法などがわかりやすく示されています。本誌では、ガイドライン作成に携わった白澤政和さんにその活用方法についてお話を伺いました。



桜美林大学大学院老年学研究科教授
福祉用具専門相談員の質の向上に向けた調査研究事業(厚生労働省)
ガイドライン部会長
白澤 政和さん

必要とする場合には、もう一度ケアマネジャーに戻していく、そうした福祉用具サービスのプロセスを明確にすることが、ガイドラインの主な内容です。

Q プロセスの明確化とは具体的に何を指しているのでしょうか。

A 福祉用具サービスの利用が始まるパターンは大きく二つに分けられます。一つは自宅利用が始まるパターン、もう一つは病院から退院して在宅生活に戻るなかで利用が始まるパターンです。自宅でサービス利用が始まる場合はケアマネジャーが

Q 具体的なことはどういったことですか。

はじめから関わっている場合が多いので大きな問題はありません。しかし、病院から退院する場合には、在宅生活との連続性をとりにつくっていくという問題があります。

たとえば、病院からケアマネジャーを介さずに福祉用具専門相談員に連絡が来る場合もあります。そうしたときに、どのように一度、本来の介護保険制度の流れであるケアマネジャーにつなげていくのか、同時に退院時に必要な福祉用具が提供されるのか、流れを明らかにすることによって、病院を退院する方が在宅生活に軟着陸できるように努めました。

関連職の人たちとの連携方法についてもガイドラインに盛り込みました。福祉用具サービスが提供されるプロセスを一つひとつ確認し、そのプロセスの中で関連職と連携しながら適切な福祉用具を選定できるように支援することがガイドラインのねらいの一つです。

Q ガイドライン策定の中で出てきた新たな論点はありますか。

A まず、福祉用具サービス計画の作成を通じて、福祉用具を利用することで生じるリスクをどう管理するかが論点となりました。利用者

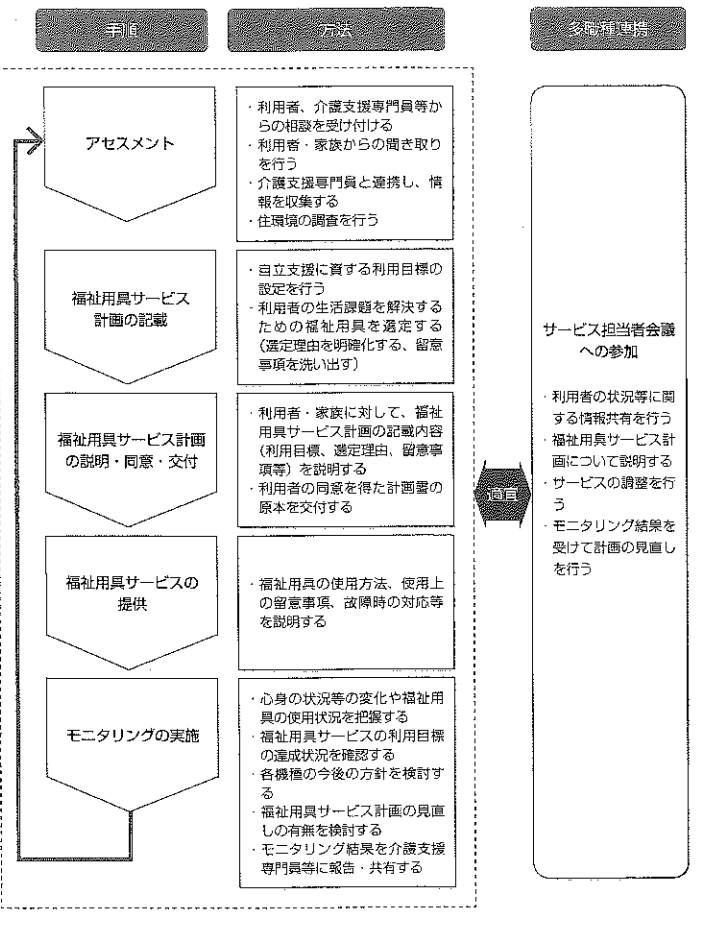
の方のニーズに合わせて福祉用具を使うというのには大事なポイントですが、そのときに利用者の方に個別的に留意しなければならぬ点をお伝えすることも、同じくらい大事です。個別的な留意事項について、ぜひ議論しました。

たとえば認知症で独り暮らしの場合、本人の意欲が高い場合といったように、利用者の方の状況はさまざまです。その方の個別的なリスクをアセスメントにより見直し、サービス計画書に留意点として書くことで、事故の回避につなげることを考えました。これは、今回のガイドラインの中でも大きな意味をもつと思います。

Q サービス担当者会議への参加

利用者の状況等に関する情報共有を行う
福祉用具サービス計画について説明する
サービスの調整を行う
モニタリング結果を受けて計画の見直しを行う

図表1 福祉用具サービス計画の作成の基本的な手順と方法



*福祉用具サービス計画作成ガイドラインP4より

また今後、技術開発が進んで新しい福祉用具が出てくると思います。介護ロボットといった福祉用具も出てくるでしょうから、そういう用具も活用できる人材を育成することも今後、考え

※ガイドラインおよび様式は全国福祉用具専門相談員協会(ふくせん)ホームページ(<http://www.ztsks.com/>)から無料でダウンロードできます。

2 アセスメントや計画作成の方法をガイドラインで具体的に

Q サービス計画作成の最初にでてくるアセスメントのポイントを教えてください。

A ケアマネジャーがアセスメントをして専門相談員は福祉用具を選ぶだけということではなく、福祉用具専門相談員も自分でアセスメントを通じて利用者の状況をきちんと把握することから仕事が始まります。このことをガイドラインに明記しました。

Q アセスメントでは本人のADLや身体状況だけでなく、介護者の状態や住環境などをきちんと把握しなければなりません。本人の意欲も含めて全体的に人をとらえるアセスメントをしておかないと、サービス計画も作成できませんし、適切な福祉用具を選ぶこともできません。アセスメントの基本的な項目と情報収集の方法をガイドラインでまとめましたので、参考にしてください(図表2参照)。

また、専門相談員は将来その方がどのように変化していくか、ほかの関連職から情報を収集して理解して

なくてはならない課題です。

おく必要があります。自分が得る情報だけでなく、そういうものも参考にしながらサービス計画を作成していかなければなりません(図表3参照)。サービス担当者会議などで、ケアマネジャー、作業療法士や理学療法士と連携しながら仕事をしていくのが非常に大事です。

福祉用具専門相談員がサービス計画を作成するようになり、サービス担当者会議の一員としての位置を確保できたと思います。自分のアセスメントとほかの関連職のアセスメントとの違いも含めて、議論ができるベースができ上がってきたと言えます。

Q ケアプランと福祉用具サービス計画は、どのように連動するのですか。

A ケアプランでは、大きな目標として生活全般の解決課題があり、次に長期および短期目標を決めて、その目標実現に向けた個別サービスを定めます。個別サービスの1つに福祉用具サービスが位置づけられます。

ガイドラインにも示していますが、福祉用具の利用目標は、ケアプラン第2表に記載された目標(主に短期目標)を福祉用具で実現するための方針といえます。アセスメントで明確になった利用者の方の生活課題(二)

3 ガイドラインに沿って様式を改善

Q ガイドラインで特に工夫した点はありますか

A たとえば前述のように、病院から明日、退院するから福祉用具を入れてくれ、といわれたけれどケアマネジャーは決まっていたくないなどとき、ガイドラインで対応方法をわかりやすく説明しています。なお、ガイドラインは、福祉用具

サービス計画を作成する上で、どういうことをやるべきか、明確にしたものです。全国福祉用具専門相談員協会の福祉用具サービス計画書やモニタリングシートなどの様式は先にできていましたが、今回、ガイドラインを策定したことで、「ふくせん様式」も見直しました(様式1・2・3参照)。ガイドラインの中で、これらの様式の書き方も具体的に説明しています。

Q 最後に、FJCの皆さんにお伝えしたいことがありますか。

A 介護保険制度の中で、福祉用具は単なるモノではなくなり

福祉用具を介して、専門相談員がサービスを提供していくことです。そのため、専門相談員は利用者の方とのコミュニケーションが非常に大事です。利用者の方の立場に立って話しを聞き、受け止めて、それを記録する方が問われます。

そのようないいいなコミュニケーションを通じて、適切な福祉用具が選ばれていくというサービスが変わってきました。できるだけ多くの方にこのガイドラインを読んでいただき、ぜひ、活用していただきたいと思います。

図表3 主な情報収集の方法と実施内容・留意点

| 情報収集の方法 | 実施内容・留意点 |
|--------------------|---|
| 利用者・家族からの聞き取り | <ul style="list-style-type: none"> 利用者・家族と面談を行い、利用目標の設定や福祉用具の選定に必要な情報収集を行う。面談の場所は本人の自宅を基本とするが、入院中等の場合は施設待合室等で行う。 介護支援専門員と同行して行うことが望ましい。 既に想定される福祉用具の候補が取り込められている場合には、候補となる福祉用具を持参し、利用者・家族に試用してもらったり、福祉用具を用いた生活行動のイメージを持ってもらえるようにする。 認知症等によって、意欲が明確に表明できない利用者であっても、家族への聞き取りで、できる限りの情報収集を行うことが望ましい。 |
| 介護支援専門員との連携による情報収集 | <ul style="list-style-type: none"> 利用者の基本情報(氏名、住所、電話番号、要介護歴、相談の経緯等)について電話等で聞き取りを行う。 ケアプランを受領する。 介護支援専門員が保有するアセスメントシート等には利用者の心身の状況等についての情報が記載されており、その後を受領することは有効である。 |
| 住環境の調査 | <ul style="list-style-type: none"> 利用者の自宅を訪問し、住環境の調査を行う。 利用者が自宅にいない場合は、利用者・家族との面談と同時に実施することが望ましい。 住宅改修が必要な場合には、住宅改修の担当者への関係調整を検討する。 |
| サービス担当者会議 | <ul style="list-style-type: none"> サービス担当者会議に出席し、利用者の希望や心身の状況等の情報について、同じ利用者支援を担う他職種から情報収集を行う。(サービス担当者会議の位置づけと内容については、第2章5節を参照) 医療機関の医師と介護支援専門員等が出席するカンファレンスが開催される場合があり、福祉用具専門相談員が出席を求められるケースも増えている。 医療機関でのリハビリテーション状況を踏まえた福祉用具の選定や調整等について、医療機関の作業療法士や理学療法士等から情報収集を行うことは有効である。 |
| 医療機関におけるカンファレンス等 | <ul style="list-style-type: none"> 利用者の周りには、介護支援専門員以外にも多岐の専門職が関わることが多く、その専門職から情報を得ることは、福祉用具による支援を考えるうえで有用であるため、随時情報収集を行うことが望ましい。 また地域包括支援センター(または市町村)が開催する地域ケア会議においてサービス内容等に関する助言を得ることが望ましい場合もある。 |
| その他 | |

※ガイドラインP9より

図表2 アセスメントの基本的な項目と情報収集の方法の例

| 情報の種類 | 項目 | 情報収集の方法 |
|----------|--|--|
| 利用者の基本情報 | <ul style="list-style-type: none"> 氏名、性別、年齢 要介護度 認知日、認知時間 住所、電話番号 居宅介護支援事業所名、担当介護支援専門員名 等 | <ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員からの情報収集(ケアプラン、アセスメントシート等) |
| 身体状況 ADL | <ul style="list-style-type: none"> 身長、体重 関節痛及び嚥下歴、合併症 褥瘡の状況 褥瘡褥創予防自立生活自立度(認知症高齢者日常生活自立度) 認知症の程度(認知症高齢者日常生活自立度) 日常生活動作の状況(できること、できそうなこと、介助が必要なこと等) | <ul style="list-style-type: none"> 利用者・家族からの聞き取り 介護支援専門員からの情報収集(ケアプラン、アセスメントシート等) サービス担当者会議 医療機関におけるカンファレンス等 |
| 意欲・意向 | <ul style="list-style-type: none"> ご本人の気持ち、望む生活について 現在困っていること 過去の生活状況(生き立ち、仕事、趣味等) 等 | <ul style="list-style-type: none"> 利用者・家族からの聞き取り 介護支援専門員からの情報収集(ケアプラン、アセスメントシート等) サービス担当者会議 医療機関におけるカンファレンス等 |
| 介護環境 | <ul style="list-style-type: none"> 他のサービスの利用状況(介護保険サービス、保険外サービス) 家族構成、主たる介護者(氏名、年齢、性別、利用者の関係、介護力、日中の介護状況) 利用している福祉用具(既に納入済みのもの) 健康状況 等 | <ul style="list-style-type: none"> 利用者・家族からの聞き取り 介護支援専門員からの情報収集(ケアプラン、アセスメントシート等) サービス担当者会議 医療機関におけるカンファレンス等 |
| 住環境 | <ul style="list-style-type: none"> 特設または構築(住宅改修等が可能な) エレベーターの有無(併合住宅の場合) 室内の段差の有無 居室室内での転倒 トイレの状況(広さ、形式、洋式) 浴室の状況(段差の有無、浴室の広さ、浴槽のまたは浴高) 通路及び各部屋出入口の有効幅、家具等の設置状況 等 | <ul style="list-style-type: none"> 住環境の訪問調査 利用者・家族からの聞き取り 介護支援専門員からの情報収集(ケアプラン、アセスメントシート等) |

※ガイドラインP7より

様式3

ふくせん モニタリングシート (訪問確認書)

| | | |
|-----------------------|------------|------|
| 利用者氏名 | 住所 | 電話番号 |
| 要介護度 | 認知日 | 認知時間 |
| 居宅介護支援事業所名 | 担当介護支援専門員名 | |
| 訪問日時 | 訪問場所 | 訪問者 |
| 確認項目 | 確認結果 | 備考 |
| 1. 利用者・家族からの聞き取り | | |
| 2. 介護支援専門員との連携による情報収集 | | |
| 3. 住環境の調査 | | |
| 4. サービス担当者会議 | | |
| 5. 医療機関におけるカンファレンス等 | | |
| 6. その他 | | |

様式2

ふくせん 福祉用具サービス計画書(利用計画)

| | | |
|-----------------------|------------|------|
| 利用者氏名 | 住所 | 電話番号 |
| 要介護度 | 認知日 | 認知時間 |
| 居宅介護支援事業所名 | 担当介護支援専門員名 | |
| 訪問日時 | 訪問場所 | 訪問者 |
| 確認項目 | 確認結果 | 備考 |
| 1. 利用者・家族からの聞き取り | | |
| 2. 介護支援専門員との連携による情報収集 | | |
| 3. 住環境の調査 | | |
| 4. サービス担当者会議 | | |
| 5. 医療機関におけるカンファレンス等 | | |
| 6. その他 | | |

様式1

ふくせん 福祉用具サービス計画書 (基本情報)

| | | |
|-----------------------|------------|------|
| 利用者氏名 | 住所 | 電話番号 |
| 要介護度 | 認知日 | 認知時間 |
| 居宅介護支援事業所名 | 担当介護支援専門員名 | |
| 訪問日時 | 訪問場所 | 訪問者 |
| 確認項目 | 確認結果 | 備考 |
| 1. 利用者・家族からの聞き取り | | |
| 2. 介護支援専門員との連携による情報収集 | | |
| 3. 住環境の調査 | | |
| 4. サービス担当者会議 | | |
| 5. 医療機関におけるカンファレンス等 | | |
| 6. その他 | | |