介護支援専門員実務研修 実習指導者研修

実習支援の手引き

実習受入に関する指針 （一部略）

1 目的

・ 本指針は、「介護支援専門員資質向上事業の実施について」（平成26年7月4日付け老発0704第2号厚生労働省老健局長通知。以下「実施要綱」という。）で示された、介護支 援専門員養成研修カリキュラムについて、カリキュラムのねらいを踏まえ効果的に「実習」が 実施されるようにするため、その基本的な考え方や実習の具体的な実施方法等を示すも のである。

2 基本的な考え方

（1）介護支援専門員養成研修「新カリキュラム」における実習見直しのねらい

・ 実施要綱で示された新しい介護支援専門員養成研修カリキュラム策定の背景には、2025 年に向けて団塊の世代が 75 歳以上となっていくことに伴い、要介護発生率が高くなる 75 歳以上の高齢者の割合が急速に進むことが見込まれる中、介護保険法が目指す自立支 援の実現に向け介護支援専門員の資質向上が必要との指摘がある。

・ 平成25年1月7日に示された「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討 会議論の中間的な整理」においても、介護支援専門員の資質の向上の観点から研修の水 準の向上が必要とされた。同時に、研修の水準については、都道府県によるばらつきが大 きいことも課題として指摘されており、研修水準の平準化の観点から、平成26 年度におい て講師向けの研修実施ガイドライン（案）（以下「ガイドライン案」という。）をとりまとめたところ である。

・ この中で実習については、実務に入る前にできるだけ多くの要介護高齢者の生活を知ること が必要との考え方から、新カリキュラムにおいてはケアマネジメントプロセスの一連の流れに ついて、一つの事例に基づいてケアプラン作成を実践することに加え、様々な利用者の生 活の様子を知ることが重要であることから、複数の事例についてケアマネジメントプロセスを 経験する「見学」の内容が追加された。

・ つまり、実務研修の前期に展開されるケアマネジメントプロセスの学習を踏まえてケアプラン の作成までの一連のプロセスを実体験するとともに、多様な要介護高齢者の生活実態を知 ることにも重点が置かれており、実践に当たっての留意点や今後の学習課題等と認識する 場として実習が位置付けられている。

（2）特定事業所加算の加算算定要件に「実習の受け入れ」が追加されたことの意義

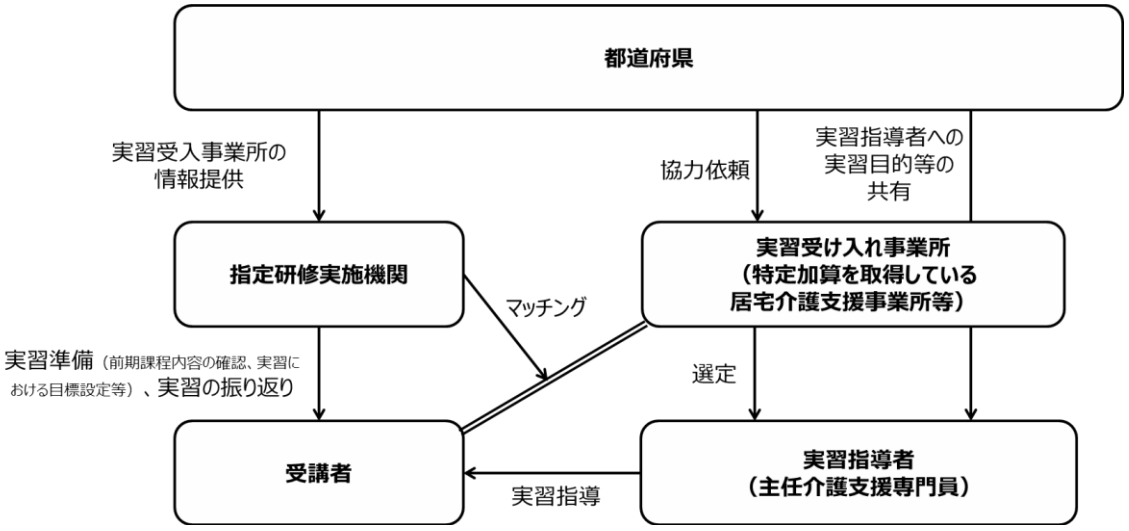
・ 平成27年介護報酬改定では、居宅介護支援事業における特定事業所加算の算定要件に「実習の受け入れ」が追加された。

・ 特定事業所加算の趣旨は、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、

専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資することを目的とするものである。

- 今般の改定で要件に追加された「実習の受け入れ」については、実務研修の質を高め、ひいては地域全体のケアマネジメントの水準を底上げしていくという、特定事業所加算取得事業所の地域への貢献が期待されて盛り込まれたものであり、こうした趣旨を理解して、積極的に実習を受け入れる必要がある。
- なお、こうした趣旨であるため、図表 1 に示す通り、実習の受け入れは事業所として取り組むべき事項であり、実習指導者が個人として実習を受け入れるわけではない。実習指導者には、経験豊富な主任介護支援専門員を選定することが望ましいが、実習の準備・運営においては実習指導者だけに任せるのではなく、事業所全体として適切な実習環境を整えられるよう取り組む必要がある。

図表 1 実習の実施における都道府県、研修実施機関、実習受け入れ事業所の主な役割（例）



（3）実習方式による研修の基本的な考え方

- 実習は、実務を行う環境に身をおいて実践的な研修を行うことで、それまでに学んできた知識・技術や基本的な考え方を、実践的に統合する方法を修得することができる。また、実務の様子を知ることにより、実務研修修了後の円滑な業務の実践に結び付けることを目指すものである。
- 実施要綱に示されている通り、新カリキュラムの実習においては、①一連のケアマネジメントプロセスを実践的に学ぶこと、②多様な要介護高齢者の生活に対応したケアマネジメントを経験すること（見学）の2つの内容が盛り込まれている。
- 第一に、一連のケアマネジメントプロセスを実践的に学ぶことについては、実習に入る前に、それまでの各科目で学んだ知識・技術、基本的な考え方等を振り返った上で、実習を通じて特にどのような学びを得たいのかという目標設定を、受講者が自ら行うことが重要である。
- 第二に、介護支援専門員となる基礎資格が多様であるため、多様な要介護高齢者の生活に応じたケアマネジメントを経験する「見学」については、受講者が、これまで携わってきた

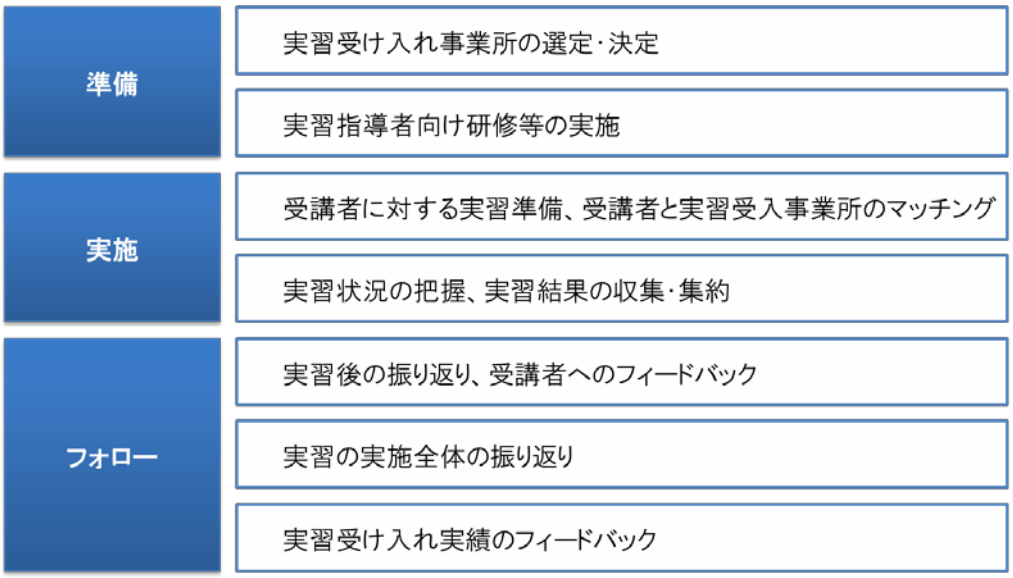
職務によって高齢者等との関わり方も異なることから、要介護高齢者等の多様な生活状況や環境について必ずしも知っているわけではないことに配慮が必要である。

・ つまり、受講者のそれまでの職務経験のばらつきも考慮しつつ、実習受け入れ事業所と協力して、できる限り多様な要介護高齢者の生活の様子を知ることが出来るようにすることが重要である。

3 都道府県及び研修実施機関における準備と実習の展開方法

・　実習を実施するために、準備・実施・フォローの各段階で都道府県及び研修実施機関が取り組むべきことの全体像は以下の通りである（各取組の具体的な内容は後述）。

図表 2 実習を実施するために都道府県及び研修実施機関が取り組むべきことの全体像



（1）実習受け入れ事業所の選定・決定（略）

（2）実習指導者向け研修等の実施

① 基本的な考え方

・　実習受け入れ事業所において受講者の実習指導を担当する実習指導者は、ケアマネジメントの実務経験が豊富であり、かつ実務研修受講者に対して、ケアマネジメントの実践を分かりやすく説明し、受講者一人ひとりの実践上の課題に応じた指導を行うことが求められるため、原則として、主任介護支援専門員とする。

・　その上で、実習指導者によって、実習における指導内容に大きなばらつきが出ないようにするため、実習指導者に対して、実習中に指導すべき内容について、事前に研修等を通じて共通認識を作っておくことが必要である。

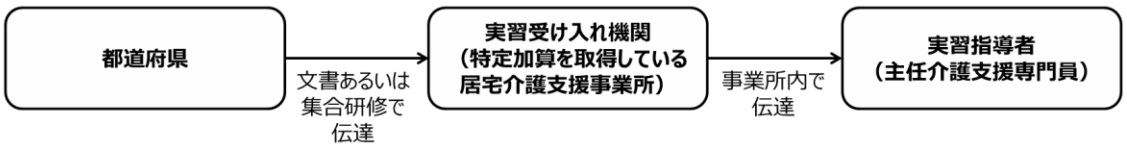
② 必ず実施すべきこと

・　実習の位置づけや目的の認識を合わせるため、実務研修ガイドライン及び本ガイドラインの記載内容について事前の研修等を通じて全ての実習指導者に共有させる。具体的には次に示すような方法が考えられる。

③ 実施が望ましいこと（略）

図表 3 実習指導者への実習の位置付け・目的の共有方法

＜ 実習の目的等の伝達方法（例） ＞



※少なくとも上記の方法による伝達は必ず実施する。これに加えて、都道府県が実習指導者を対象にした集合研修を実施するといった工夫が行われると望ましい。

＜ 伝達すべき内容 ＞

- **実務研修ガイドライン**
  - 実習の目的、修得目標、実施に当たっての留意点
- **本ガイドライン**
  - 実習の準備、実施、フォローアップにおいて実習指導者が実施すべきことや留意点

※少なくとも上記の内容の伝達は必ず実施する。これに加えて、実習の手順や考え方等を詳細化した副教材（テキスト）を作成・配布するといった工夫が行われると望ましい。

（3）受講者に対する実習準備、受講者と実習受入事業所のマッチング

① 基本的な考え方

- 実習は実践的かつ統合的な学習であるため、実習に参加する受講者が自ら研修課題を設定して目標を持って実習に臨まなければ、学習効果は高まらない。したがって、前期課程で学んだ内容を振り返るとともに、実習においてどのような課題を設定するのかについて、時間を割いて丁寧に検討することが重要である。
- したがって、「実習オリエンテーション」の科目においては、実習に関する手続きや日程の確認等の事務的な連絡のみとするのではなく、受講者が自ら前期科目の学びを振り返るとともに実習の目的を設定する時間として活用することが重要である。

② 必ず実施すべきこと

- 受講者に対して実習の目的を説明するとともに、前期課程の科目で学んだ内容（特にケアマネジメントプロセスの内容）を振り返り、実習における受講者一人ひとりの課題を、受講者自ら設定してもらうことが必要である。
- その上で、実習を円滑に進めるため、実習に参加する上での心構えや基本的な振る舞いに関する注意事項も指導することが必要である。

③ 実施が望ましいこと（略）

（4）実習状況の把握、実習結果の収集・集約

① 基本的な考え方

- 実習の実施においては、実際のケアマネジメント業務の現場（高齢者の生活の場）に入り、一連のケアマネジメントプロセスを体験するとともに、高齢者の多様な生活の実態を知る。
- 実習中は、現場でしか得られない情報の収集や受講者自身が感じとった内容の収集に注

力するとともに、後に適切なで振り返りを行えるよう、記録の作成が重要である。

② 必ず実施すべきこと

・ 実習に参加する都度、原則としてその日のうちに実習記録用紙を作成するよう、オリエンテーションで伝達する。

・ 実習中に気づいたこと、感じたことなどをどのような形でも良いので、受講者自身がその日のうちに実習記録用紙に記入するよう周知する。ここで記入した内容が、後程の振り返りの材料となるため、当日のうちにできるだけ細かく記入することが重要である。

・ 実習記録用紙は「受講者用」と「実習指導者用（受け入れ事業所用）」の 2 種類を用意し、実習受け入れ事業所に対しても、原則としてその日のうちに実習記録用紙を作成するよう、事前に依頼しておくことが必要である。

③ 実施が望ましいこと（略）

（5）実習後の振り返り、受講者へのフィードバック

① 基本的な考え方

・ 実習の学習効果は、実習中に得られる体験や学びに加えて、実習修了後に丁寧な振り返りとフォローアップを行うことで高めることができる。特に、実習を通じて体感する、言語化しにくい「迷い」「悩み」「不安」などについては、実習修了後の振り返りを通じて受講者による言語化を助ける必要がある。

・ また、前期課程で学んだ一連のケアマネジメントプロセスについて、実習の中で実践的に応用できなかった点については、その課題を明らかにし、後期課程に入る前にフォローアップ（自習、補習等）が必要である。

② 必ず実施すべきこと

・ 「実習振り返り」の科目において、（ア）ケアマネジメントプロセスの実践について課題となったことの振り返り、（イ）主観的に気づいたこと感じたことの共有、（ウ）後期課程に向けた学習課題の設定、の3点を実施すること。

③ 実施が望ましいこと（略）

（6）実習の実施全体の振り返り

① 基本的な考え方

・ 新カリキュラムにおける実習では、前述のとおり「ケアプランの作成」に加えて「見学」を実施する。いずれも、ケアマネジメントの実務に就く前段階である受講者に対し、ケアマネジメントの現場を体験（体感）してもらうことにより、介護支援専門員として必要な業務に対する姿勢や倫理観などを実感的に理解するとともに、要介護高齢者の多様な生活を知ることが目的である。

・ いわゆる知識や技術と異なり、実習で得られる業務に対する姿勢や倫理観、要介護高齢者の生活を目の当たりにして感じたことなどは、実体験に基づきそれを事後に言語化することが重要である（経験的学習）。

・ したがって、実習の学習効果を高めるためには、単に実習を実施するだけでは不足であり、実習実施後に、実習中に感じたことを振り返り、言語化することが必要不可欠であり、その言語化した内容について適切に評価することが必要である。

② 必ず実施すべきこと

・　実習で作成した実習記録用紙に基づく振り返り

…実習中に作成した実習記録用紙の内容に基づき、実習中に感じたこと、疑問に思ったこと等がどのようなものだったのか、前期課程で学んできた基本的な知識・技術に照らすとどのような解釈が可能となるのかについて振り返り、「理解が深まったこと」、「明らかになった今後の学習課題」を言語化できているかについて確認する。

・　実習指導者あるいは講師によるフィードバック

…受講者が行った振り返りの結果や実習記録用紙の記入内容、実習を通じて作成したケアプランを踏まえ、後期課程におけるその受講者の学習課題について、実習指導者あるいは研修実施機関の講師が評価・フィードバックする。

③ 実施が望ましいこと（略）

（7）実習受け入れ実績のフィードバック

① 基本的な考え方

・　特定事業所加算の新たな算定要件には実習の受け入れが追加されているため、確かに実習を受け入れた事業所として実績を証明することが必要となる。

・　また、主任介護支援専門員が実習指導者となった場合については、この実績が主任介護支援専門員更新研修の受講要件ともなることから、実習指導に当った実績の証明も必要である。

② 必ず実施すべきこと

・　実習受け入れ証明の発行

…実習先となった事業所が確かに実習を受け入れたこと、その事業所に在籍する(主任)介護支援専門員が実習指導者として実習指導に当ったことを 証明する文書を研修実施機関が発行 する。特定事業所加算の算定要件及び主任介護支援専門員の更新研修の受講

要件の証明として活用できるようにするため、文書には以下の情報を盛り込むこととする。

③ 実施が望ましいこと（略）

図表 4 実習受け入れ証明に盛り込むべき事項

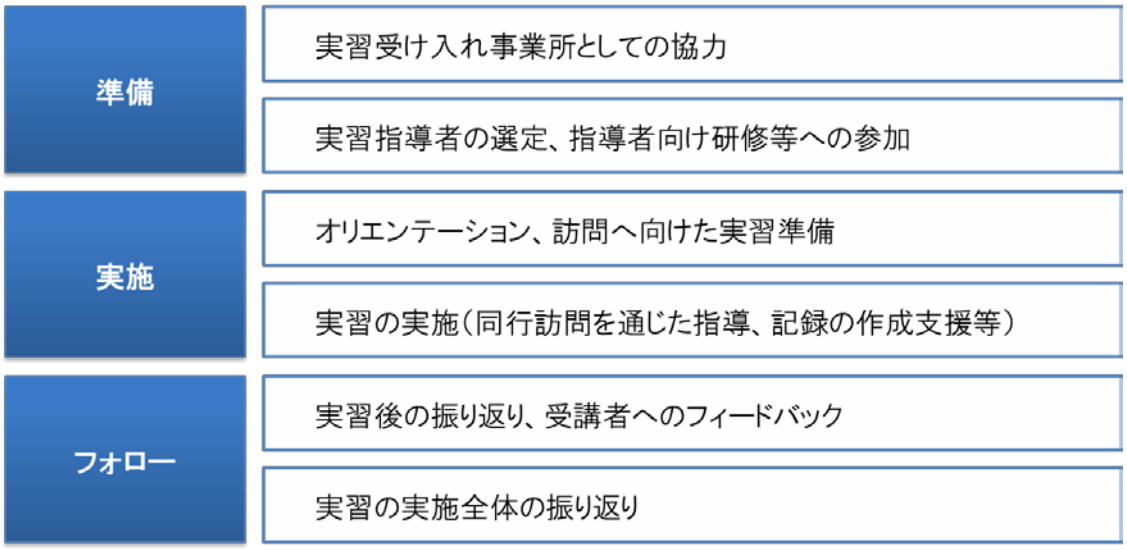
特定事業所加算の算定要件に関すること	・ 事業所名（事業所番号） ・ 実習受け入れ期間 ・ 実習受け入れ人数 ・ 管理者あるいは実習受け入れの責任者（以下、「管理者等」とする）の氏名
主任介護支援専門員更新研修の受講要件に関すること	・ 研修指導者名（及び介護支援専門員／主任介護支援専門員の別） ・ 各研修指導者が担当した実習者数 ・ 各研修指導者が実習で提供した事例数、事例概要
研修実施機関（本文書の作成者）に関すること	・ 研修実施機関名 ・ 当該研修の実施に係る研修実施機関の責任者名

※実習を通じて作成・提出された実習記録用紙に基づき、研修実施機関が作成・発行する

4 実習受け入れ事業所に求められる準備と実習の展開方法

・ 実習を実施するために、準備・実施・フォローの各段階で実習受け入れ事業所が取り組むべきことの全体像は以下の通りである（各取組の具体的な内容は後述）。

図表 5 実習を実施するために実習受け入れ事業所が取り組むべきことの全体像



（1）実習受け入れ事業所としての協力

① 基本的な考え方

・ 実習は、受講者にケアマネジメントの実践現場を体験（体感）してもらい、介護支援専門員の職業倫理や業務に対する姿勢、要介護高齢者の多様な生活の実態などを知ることが目的である。

・ したがって、これから介護支援専門員となる受講者に対し、ケアマネジメント業務に対する姿勢や職業倫理の模範を示すとともに、多様な要介護高齢者の生活実態を見せることができる環境が要求される。

・ こうした環境を提供できる事業所として、主任介護支援専門員が配置されており指導体制が整っている特定事業所加算取得事業所が適切であり、その役割を果たすことが求められることから平成27年度介護報酬改定では、特定事業所加算の算定要件に「実習の受け入れ」が追加されたところである。

・ また、地域全体のケアマネジメントの水準を底上げしていくという、地域への貢献も期待されており、特定事業所加算取得事業所は、こうした趣旨を理解して積極的な実習受け入れへの協力を求める。

・ なお、特定事業所加算取得事業所が偏在しているなどにより、地域における受講者数に比べて受入可能な事業所数が不足する地域においては、上記のような要件を満たす事業所

であれば実習受け入れ事業所として差し支えない。

② 必ず実施すべきこと

・　都道府県が実施する受入可能調査への協力

…実習実施に先立ち、居宅介護支援事業所に対し、実習の受け入れに関する調査を実施する。特定事業所加算事業所に対して、地域のケアマネジメントの質の向上への貢献が期待されているという背景も考慮し、協力を求めること。 また、特定事業所加算事業所以外の事業所に対しても、後進の育成は必要不可欠なもの であることから、積極的な対応を求めること。

・　実習の受け入れには、①実習指導ができる知識や見識を持つ職員の育成、②実習を受け入れられるための業務量の調整、③実習を受け入れた場合の服務規程等の受入体制の整備を求めること。

③ 実施が望ましいこと（略）

（2）実習指導者の選定、指導者向け研修等への参加

① 基本的な考え方

・　実習指導者には、受講者に対し、適切な知識・技術を提供するだけでなく、業務に対する姿勢や倫理観の模範となることが求められる。また、利用者訪問の際に受講者を同行させて多様な要介護高齢者の生活を「見学」することから、利用者ごとの関係性を適切に構築していることを、身を以て示すことが必要である。

・　実習指導者は、原則として主任介護支援専門員であるが、単に主任であるかどうかだけでなく、実習指導者として上記を踏まえた対応ができる人材を選定することが必要である。

② 必ず実施すべきこと（実習受入事業所に対して必ず実施すべきこととして伝達する内容）

・　実習指導者の選定

…経験や知識・技術、倫理観、利用者との関係構築の実績等を考慮して選定する。

・　実習対象事例の選定

…実習対象とする事例を選定する。実習の目的は大きく2つあり、1つはアセスメントやケアプランの作成といった業務を実行し、ケアマネジメントの実践をより具体的に理解することである。もう1つは、ケアマネジメントの実践までは行わずとも、利用者宅の訪問やサービス担当者会議等への参加を通じて、利用者の生活の多様性を理解することである。前者の場合は、ケアマネジメントプロセスの一連の流れを現場で経験することから、新規の利用者もしくはケアプランの変更が必要となった利用者を取り上げる。また、後者の場合は、後期課程、専門研修との連続性も踏まえ、「一人暮らしの事例」「認知症の人の事例」「入退院／入退所の事例」、「インフォーマルサービスによる支援を活用している事例」「ターミナルケアの事例」といった事例があれば、それらを積極的に取り上げる。さらに、今後の地域包括ケアシステムの構築に向けた動き等を踏まえれば、地域の介護保険サービス以外の多様な社会資源との連携のある事例を取り上げる。

・　実習対象事例となる高齢者への事前同意の取得

…実習の中で受講者とともに訪問することになる高齢者に対し、事前に書面による同意

を 取得する。

・ サービス担当者会議等での合意

…サービス担当者会議等に受講者が出席することについて、事前に関係機関からの同意 を取得する。

・ 実習指導者の業務量の平準化

…実習期間中は実習指導者の通常業務に係る業務量を考慮する必要があるため、実習 指導者の通常業務を他の職員でカバーするなど、業務分担の調整を行い、事業所内で共 有する。

・ 実習指導者への説明

…実習指導者に対し、介護支援専門員法定研修ガイドライン及び本指針を説明し、法定 研修における実習の目的や意義、具体的な展開方法などを共有するとともに、事業所内の 認識を共有する。

③ 実施が望ましいこと（略）

（3）オリエンテーション、訪問へ向けた実習準備

① 基本的な考え方

・ 実習の効果を高めるには、実習に入る前に実習の目的や受講者各自の課題認識を確認し た上で、ケアマネジメントの実務の全体像を理解し、実習対象となる事例について事前学習 するといった準備が重要である。

・ 単に現場体験をするだけでは気づきや学びが偏ったり不足したりするため、「事前準備」と「事後の振り返り」が極めて重要となる。中でも事前準備では、訪問日程の確認や利用者へ の接し方・マナーだけでなく、事前に実習指導者が把握している実習対象となる利用者の 情報に基づき、実際に訪問した場合に、指導者自らが高齢者にどのように対応するのかを 想定することにより、具体的に何を学んでもらいたいのか（学習のねらい）について、定めるこ とが重要である。

・ したがって、訪問に出る前に必ず事前研修の時間を取り、利用者に関する情報の共有とともに学習のねらいを設定し、その内容は研修記録シート等を活用して記録する。

② 必ず実施すべきこと（実習受入事業所に対して、必ず実施すべきこととして伝達する内容）

・ ケアマネジメントの実務の全体像の説明

…実習では、居宅介護支援事業所におけるケアマネジメントの実務の全体像を理解することも重要である。したがって、受入事業所における業務の流れ、各事業所において整備している職務上のルール等を具体的に説明し、実務に対する理解を深められるようにする。

・ 訪問時のコミュニケーションに対する留意点の確認

…各受講者は基礎資格における実務従事期間に一定程度、高齢者との接点を持っていると考えられるが、介護支援専門員としての対応姿勢について予め確認するとともに、留意点について説明する。

・ 利用者情報の共有

…訪問する利用者の情報について、実習指導者が事前に把握している情報を適切に伝達する。具体的には実習指導者から、その利用者の概略を説明するとともに、受講者が自ら

利用者に関する情報が記載された種々の資料を読み込んで理解する時間を確保する。

・ 実習を通じて学ぶべき課題（学習のねらい）の設定
…訪問に臨む前に研修時間を確保し、受講者とともに、その訪問でどのような情報を把握するのか、また実務における各場面から何を把握するのかなど、その意味も含め学ぶべき課題として設定する。特に実習の目的の2点目である多様な高齢者の生活実態を知るための訪問については、モニタリングの場面での訪問となることから、その訪問におけるモニタリングのポイントを具体的に設定し、それをどのように把握するのかなどの実習を通じて学ぼうとする課題を設定する。

③ 実施が望ましいこと（略）

（4）実習の実施（同行訪問を通じた指導、記録の作成支援等）

① 基本的な考え方

・ 実習の実施においては、実際のケアマネジメント業務の現場（高齢者の生活の場）に入り、一連のケアマネジメントプロセスを体験するとともに、高齢者の多様な生活の実態を知る。

・ 実習中は、現場でしか得られない情報の収集や受講者自身が感じることの収集に注力するとともに、後に適切な振り返りを行えるよう、記録の作成が重要である。

・ なお、実施要綱では実習期間は「３日程度」と示されているが、これは連続する3日間で実施しなければならないということではなく、例えば半日や数時間程度の訪問を複数の日にまたがって実施し、結果として合計の実習時間数が3日程度相当になればよい。

② 必ず実施すべきこと（実習受入事業所に対し、必ず実施すべきこととして伝達する内容）

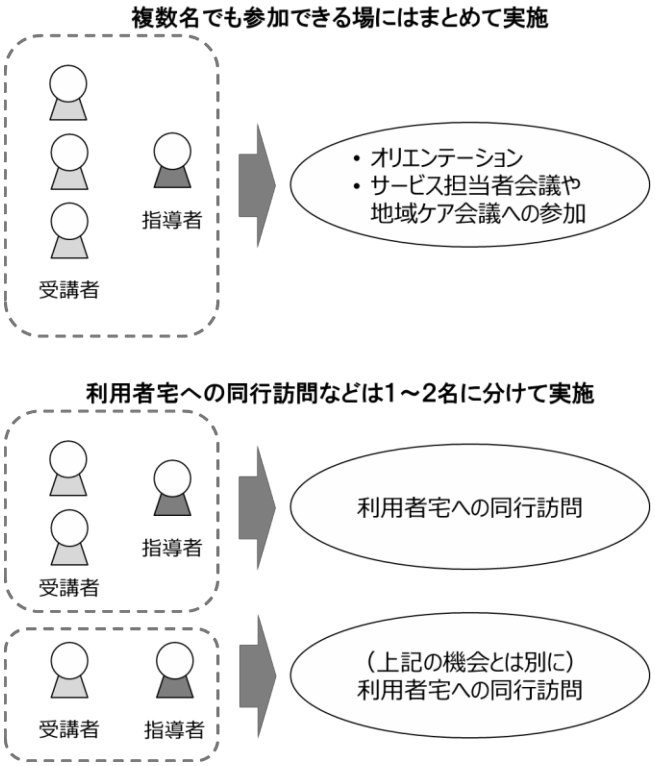
・ 高齢者の自宅への訪問やサービス担当者会議への参加の前に、その方についての情報を 事前に理解し確認しておくよう徹底する。

・ 実習記録用紙については、原則として実習実施後、その日のうちに作成する。

・ 実習指導者１人で複数の受講生を担当する場合、オリエンテーションやサービス担当者会議等への参加など複数名でまとめて実施できる環境ではまとめて実施して差し支えないが、 利用者宅への同行訪問などの場合には実習環境に配慮し、１人あるいは数名ずつの参加 いった工夫を行うこと。

③ 実施が望ましいこと（略）

図表 6 実習指導者1人が複数の受講者を担当する場合の実習実施方法（例）



図表 7 実習スケジュールの組み立て方（イメージ）

	9:00–	10:30–	13:00–	14:30–	16:00–	17:30–
1 日目	事務所でオリエンテーション		訪問	訪問	振り返り	
2 日目	訪問	担当者会議	担当者会議	訪問	振り返り	
3 日目	ケア会議	訪問	担当者会議	事務所で振り返り		

事前の 実習目標の設定

事後の 振り返り

例2

	9:00–	10:30–	13:00–	14:30–	16:00–	17:30–
1 日目	事務所でオリエンテーション		訪問	訪問	振り返り	
2 日目			担当者会議	訪問	振り返り	
3 日目					担当者会議	訪問
4 日目	ケア会議	担当者会議				
5 日目			訪問	事務所で振り返り		

- 必ずしも3日間連続で 実施しなくても良い
- 実習にかける時間の合計を、3日程度相当を目安とすること

（5）実習後の振り返り、受講者へのフィードバック

① 基本的な考え方

・　実習で学んだことを具体化するために、実習後の振り返りは必須である。特に、受講者がすぐには言葉にできないが気づいたこと、感じたことに着目し、これを言語化することが重要である。

・　一事業所で複数の受講生の実習を受け入れた場合には、複数の受講生をまとめて実習後の振り返りを実施することを基本とする。これは他の受講者が経験した実習での学びも共有することで学習効果を高めることが期待できる。

② 必ず実施すべきこと（実習受入事業所に対して、必ず実施すべきことして伝達する内容）

・　研修記録シート等の作成・まとめ

…振り返りの基本材料は研修記録シートと実習記録用紙である。したがって、実習期間中は毎日、実習記録用紙の作成を徹底することが必要である。「介護支援専門員地域同行型研修」を実施する地域においては、この研修で活用するシートを利用して研修記録を作成しても差し支えない。

・　振り返りの時間の確保

…実習を通じて感じたことや気づいたことを振り返るとともに、当初設定した学習のねらいに対してどのような成果があったかを評価する時間を確保する。受講者がうまく言語化しにくいことを少しずつ具体化するプロセスこそが重要であるため、利用者との面談と同じように、落ち着いて面談できるような環境と時間の確保が必要である。

・　振り返り結果のフィードバック

…実習指導者は、学習課題の具体化に向けた支援を行う。ここでは受講者の習熟度の判断ではなく、実務研修後期課程での学習効果が高まるよう、その受講者自らが今後さらに学んでいくべきことを具体化することが重要であることから、振り返りで確認した内容を踏まえて、受講者が自ら具体化できるよう適切に支援することが必要であり、その支援したポイントについて研修記録シートに記載する。

・　（一事業所で複数の受講者を受け入れている場合）他の受講者の学びの共有

…一事業所で複数の受講者を受け入れている場合は、前述2項の取り組みを複数の受講者について共同でまとめて実施する。実習指導者からのフィードバックも受講者一人ひとりではなく、まとめて実施することにより、他の受講者の学習内容も共有することでより幅広い視点で振り返りが行えることから、具体的には各受講者の研修記録シートを共有し、実習で得たことを共有する。

③ 実施が望ましいこと（略）

（6）実習の実施全体の振り返り

① 基本的な考え方

・　次年度以降の実習の受け入れをより効果的なものとしていくためには、個々の受講者へのフィードバックだけでなく、その期間の実習受け入れ全体について、実施体制や指導体制についてどのような成果と課題が見られたかを振り返ることが必要である。

・　特に、実習指導者が十分に実習指導を展開できるような、事業所としての業務環境整備に

関わる課題については、次年度以降の実習受け入れに向けての改善事項として具体的に整理しておくことが重要であり、研修実施機関や都道府県と共有することも必要である。

② 必ず実施すべきこと（実習受入事業所に対して、必ず実施すべきことして伝達する内容）

・ 管理者等と実習指導者での実習受け入れ全体の振り返り
…実習期間が終了した後に、事業所の管理者と実習指導者が集まり、実習受け入れ全体の振り返りを実施する。具体的には訪問に関するトラブルや課題の有無、実習指導者の業務量の調整などについて振り返り、課題を整理する。

・ 都道府県あるいは研修実施機関への実習受け入れに係る課題の報告
…前項で振り返った結果を踏まえ、整理された課題について、都道府県あるいは研修実施機関へ報告する。

③ 実施が望ましいこと（略）

前期	⑬ケアマネジマントの基礎技術に関する実習	3日程度 ※連続する必要はない

1. 目的

実習現場でのケアマネジメントプロセスの経験を通じて、実践に当たっての留意点や今後の学習課題等を認識する。

2. 概要

・実習に当たっては、利用者への居宅訪問を行い、アセスメントの実施、居宅サービス計画の作成、サービス担当者会議の準備・同席、モニタリングの実施、給付管理業務の方法など一連のケアマネジメントプロセスの実習を行う。

3. 関連科目と修得目標

（1）関連科目　研修体系において、本科目に関連性の高い科目は以下の通りである。

実務研修	⑫実習オリエンテーション ⑬ケアマネジメントの基礎技術に関する実習
専門研修課程Ⅰ	
専門研修課程Ⅱ	
主任介護支援専門員研修	
主任介護支援専門員更新研修	

（2）修得目標　本科目において修得する目標は以下の通りである。

修得目標	修得分野		
	知識	技術	態度
①ケアマネジメントプロセスの実践にあたっての留意点を踏まえ観察した結果を盛り込んだ実習報告書の作成を実施できる	●	●	●
②ケアマネジメントプロセスを実習先で指導者のもと体験した結果を盛り込んだ実習報告書の作成を実施できる。	●	●	●
③実際の生活環境を観察した結果を盛り込んだ実習報告書の作成を実施できる。	●	●	●
④実習協力者の状況に合わせて実習を実施できる。	●	●	●
⑤給付管理業務の流れを述べることができる。	●	●	●

4. 内容　修得目標を踏まえ、本科目で研修すべき主な内容は以下の通りである。

（1）実習先におけるケアマネジメントのプロセスの体験

◆ 修得目標①②③④⑤に対応 ◆

①知識・技術の基本的理解

・実習前に実習生としての姿勢についての説明を受け、目的を理解する。
・実習先の環境について実習の前準備として理解をする。
・実習協力者の住居環境に問わず、マネジメントプロセスの実践を体験し、学んだ事を一定の書式に沿って提出する

②実践的に活用する上での留意点

・実習先での指導者と同席する利用者及び家族に同意を得る。
・実習先の管理者及び経営者が実習生を受け入れる事に同意賛同を得る。
・実習先には事前に打ち合わせ、服装等社会的マナーを順守して実習を行う。
・実習先の指導者は、主任介護支援専門員研修を修了し実習内容について説明を受けていること。

（2）各プロセスの前準備と事後評価の実践の見学と、前期の講義演習の振返り、後期講義演習の研修目標の設定

◆ 修得目標①②③④⑤に対応 ◆

①知識・技術の基本的理解

・学んだ事は、研修で活用し個人情報の保護に努める。
・後期の講義演習内容を踏まえ、後期演習にける自己の研修目標を設定する。

②実践的に活用する上での留意点

・振返りにおける課題については、各プロセスについて一つ一つ行う。
・実習指導者のコメントを踏まえ振返り、不足している知識・技術を確認改善するための今後の自己目標を立案する。

（3）高齢者の環境によるマネジメントの取り組みの多様性を知る。

◆ 修得目標①②③④⑤に対応 ◆

①知識・技術の基本的理解

・在宅や施設のマネジマントの取り組みを見学し、住居環境による高齢者の生活の特徴を理解する。
・生活環境におけるマネジメントの特徴により配慮や改善点について理解する。

②実践的に活用する上での留意点

・自身が、勤務する事業所の特徴と居宅支援に関する組織の構造について理解する。

（3）利用者像の多様なプロセスと方法の実践見学

◆ 修得目標①②③④⑤に対応 ◆

①知識・技術の基本的理解

・多様な高齢者のケアマネジメントの各プロセス場面を見学する
・各プロセスは、実習先の都合等により前後してもよいが各プロセスはすべて見学を行う為に、多数の高齢者で体験する。

②実践的に活用する上での留意点

・実習指導者のもと、実習協力者及び家族の同意をとる事を前提とする。
・実習生としての社会的マナーを順守する。

5. 科目のポイント

・介護支援専門員が行う、一連のマネジメントプロセスの中で利用者に対して（インテーク場面・アセスメント場面・プランニング場面・サービス担当者会議場面・モニタリング場面・給付管理場面等）主任介護支援専門員と同席・見学等の実習。可能な限り一連のプロセス項目の準備場面から見学実施する。（3 日程度で連続しての実習でなくてもよい、実習の場面は同一の協力利用者でなくてもよい）
・主任介護支援専門員研修において、主任介護支援専門員研修受講者へのコーチング及び事例指導の部分でも実習指導者としての講義・演習を行う。
・実習場面では、主任介護支援専門員の研修を受講修了している人材に実習指導者として実践をすることを位置づける。
・実習見学は、在宅でも施設でも良い。また、介護給付・予防給付等も含め多様な利用者の住環境に於いてケアマネジメントプロセスの見学を行う。

6. 講義・演習の展開例 （3 日間程度 ※連続している必要はない）

下記の時間数は正味の時間数であり、適宜休憩を挟んで展開すること。

①実習の種類
（ア）受講生が、実習協力者（在宅に居住している要介護認定を受けた高齢者）を対象にケアプランプロセスに沿って、居宅サービス計画書を作成する実習
（イ）受講者が、実習協力事業者（現在居宅サービスを実施している事業者、居宅・施設を問わないが望ましい）を対象にケアプランプロセスの各の場面を 3 日程度※で見学する実習 ※ケアマネジメントプロセスに係る業務（給付管理を含む）の見学期間を積算した日数とし、連続していなくても構わない。

【項目のポイント】

・（ア）は従来カリュキュラムで実施している。

・（イ）は新カリュキュラムで創設された実習であり、新カリュクラムでは①②の両方を実施する事が望ましい。

②「①-（イ）」の実習開始までの環境準備の例
（ア）都道府県単位で、実習受け入れ事業者の確定を行う。 ・方法例：アンケート調査・事業者連絡協議会・保険者等の活用
（イ）実習受講者には、期間設定を設け「①-（イ）」の実習後のレポート報告書の提出を双方に設定して評価を行う。 ・方法例：3 か月等の期間設定をおこない、実務前期受講修了後レポートに実習報告書の提出を双方から確認後、新カリュキュラム後期の受講を行う。受講生は就労をしているために、受講生が主体で、期間内で実習を行う事が、望ましい）
（ウ）実習受け入れ事業者の、実習指導者は、すでに主任介護支援専門員研修受講修了者が望ましいとする。
（エ）見学実習であるが、受け入れ側の主任介護支援専門員は、利用者にへの実習協力承認を行うのは、受け入れ側の主任介護支援専門員が行う。

③実習成果物報告書の活用例
（ア）学習の振返り等の科目で活用する。
（イ）研修検証向上委員会等で活用する。
（ウ）講師等のにおけるカリュキュラム検討会で活用する。

④レポート実習報告書の提出例
（ア）都道府県単位で、実習受け入れ事業者の確定を行う。 ・方法例：アンケート調査・事業者連絡協議会・保険者等の活用
（イ）実習受講者には、期間設定を設け「①-（イ）」の実習後のレポート報告書の提出を双方に設定して評価を行う。 ・方法例：3 か月等の期間設定をおこない、実務前期受講修了後レポートに実習報告書の提出を双方から確認後、新カリュキュラム後期の受講を行う。受講生は就労をしているために、受講生が主体で、期間内で実習を行う事が、望ましい）
（ウ）実習受け入れ事業者の、実習指導者は、すでに主任介護支援専門員研修受講修了者が望ましいとする。
（エ）見学実習であるが、受け入れ側の主任介護支援専門員は、利用者にへの実習協力承認を行うのは、受け入れ側の主任介護支援専門員が行う。

■具体的な実習記録用紙(受講者側)(例)■

※実習記録用紙及び行動観察評価(例)

※網掛けの記入内容も一例です。

受講者氏名	G 番号 No. 班	実習指導者名	
	次回研修受講日	1	3
提出期限 ○/○	○/○	2	4

前期講義演習を終えて実習を行う自己目標

1.

2.

3.

日付	場所	場面と内容	理解出来た事又は見習いたいと思った事(印象深い事も可)	指導者コメント㊞
○/○	○○介護施設	インテーク場面 初回面談 アセスメント実施場面	● いつも笑顔で利用者と接しているところは見習いたい。 ● 言葉使いが丁寧であるところを見習いたい。 ● どのような課題分析シートの活用の仕方を学んだ	服装や態度等挨拶ができていた。 ○○○○㊞
○/○	○○居宅	プラン実施場面 PC 入力	● 入力までの準備についてたくさんの重要事項を入力する必要性があると理解した。	メモを活用し、質問も活発に行っていた。
		サービス担当者会議の場面 初回会議 モニタリング場面 同行訪問	● 準備段階での調整・準備に時間がかかる事を実感し、後期では、多様な疾患に関してどのような準備が必要かを学びたいと思った。 ● 会議は要点を絞って行う事の必要性を理解できた。 ● 短期目標の確認の仕方や観察点が実感できた。	サービス担当者会議場面では、アセスメント分析の必要性を実感したようだ。 ○○○○㊞
○/○	○○地域包括支援センター	相談場面	● 基本情報を活用し、アセスメントにつなげた分析の仕方を見学できた	・・・・・・ ○○○○㊞

実習の振返り感想

後期講義演習研修の目標

1.

2.

3.

※記入ポイント① プロセスごとに理解できたことを整理する

※記入ポイント② 前期研修を経て自己目標を設定してから後期講義演習研修目標を設定する。

■具体的な実習記録用紙（事業者側）（例）■

※実習記録用紙及び情意評価（例）

※網掛けの記入内容も一例です。

評価項目		定義	ウエイト	評価ポイント					計
				0	1	2	3	4	
プロセス能力	服装・身だしなみ	服装・髪型等がふさわしいか	2						8/
	挨拶・言葉づかい	挨拶・会話・声掛けは適切か	6						24/
	実習協力者対応	関係性を保ちコミュニケーションが取れたか	7						28/
	実践力	前期講義演習を理解し見学できたか	3						12/
	運営協力	実習内容以外の事業所環境にも配慮したか	1						4/
	業務関心	実習指導者の見学に興味はあったか	4						16/
	規則順守	実習報告提出及び実習内容のルールに関心があるか	2						8/

実習指導者〇〇名

全体評価 （ポイント設定の根拠等）

0＝課題なし　1＝ほぼ課題なし　2＝気になる課題が数個あり

3＝課題の無い状況が半分　4＝早急に課題を認識し改善が必要

※100 に近いほど実習先での課題が大きい。

※情意評価によって実習後の受講について検討評価を行う事も考えられる。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（抜粋）

（基本方針）

第一条の二　指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

２　指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

３　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

４　指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市町村、地域包括支援センター，老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設等との連携に努めなければならない。

（提供拒否の禁止）

第五条　指定居宅介護支援事業者は、正当な理由なく指定居宅介護支援の提供を拒んではならない。

（サービス提供困難時の対応）

第六条　指定居宅介護支援事業者は、当該事業所の通常の事業の実施地域(当該指定居宅介護支援事業所が通常時に指定居宅介護支援を提供する地域をいう。以下同じ。)等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定居宅介護支援を提供することが困難であると認めた場合は、他の指定居宅介護支援事業者の紹介その他の必要な措置を講じなければならない。

（要介護認定の申請に係る援助）

第八条　指定居宅介護支援事業者は、被保険者の要介護認定に係る申請について、利用申込者の意思を踏まえ、必要な協力を行わなければならない。

２　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。

３　指定居宅介護支援事業者は、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の三十日前には行われるよう、必要な援助を行わなければならない。

（指定居宅介護支援の基本取扱方針）

第十二条　指定居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。

２　指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第十三条　指定居宅介護支援の方針は、第一条の二に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

一　指定居宅介護支援事業所の管理者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

二　指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。

三　介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにしなければならない。

四　介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

五　介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。

六　介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

七　介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

八　介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し､利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。

九　介護支援専門員は、サービス担当者会議(介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者(以下この条において「担当者」という。)を召集して行う会議をいう。以下同じ。)の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

十　介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。

十一　介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。

十二　介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問介護計画等指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。

十三　介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握(利用者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

十四　介護支援専門員は、前号に規定する実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

イ　少なくとも一月に一回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。

ロ　少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。

十五　介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

イ　要介護認定を受けている利用者が法要介護更新認定を受けた場合

ロ　要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

十六　第三号から第十二号までの規定は、第十三号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。

十七　介護支援専門員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。

十八　介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居

宅サービス計画の作成等の援助を行うものとする。

十九　介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師(以下「主治の医師等」という。)の意見を求めなければならない。

二十　介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

二十一　介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護」を位置付ける場合にあっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。

二十二　介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を居宅サービス計画に記載しなければならない。

二十三　介護支援専門員は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

二十四　介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に、法第七十三条第二項に規定する認定審査会意見又は法第三十七条第一項の規定による指定に係る居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類についての記載がある場合には、利用者にその趣旨(同条第一項の規定による指定に係る居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類については、その変更の申請ができることを含む。)を説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成しなければならない。

二十五　介護支援専門員は、要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合には、指定介護予防支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図るものとする。

二十六　指定居宅介護支援事業者は、法第百十五条の二十三第三項の規定に基づき、指定介護予防支援事業者から指定介護予防支援の業務の委託を受けるに当たっては、その業務量等を勘案し、当該指定居宅介護支援事業者が行う指定居宅介護支援の業務が適正に実施できるよう配慮しなければならない。

二十七　指定居宅介護支援事業者は、法第百十五条の四十八第四項の規定に基づき、同条第一項に規定する会議から、同条第二項の検討を行うための資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

(利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付)

第十五条　指定居宅介護支援事業者は、利用者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合、要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合その他利用者からの申出があった場合には、当該利用者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付しなければならない。

(利用者に関する市町村への通知)

第十六条　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援を受けている利用者が次のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。

一　正当な理由なしに介護給付等対象サービスの利用に関する指示に従わないこと等により、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。

二　偽りその他不正の行為によって保険給付の支給を受け、又は受けようとしたとき。

(管理者の責務)

第十七条　指定居宅介護支援事業所の管理者は、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者の管理、指定居宅介護支援の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。

２　指定居宅介護支援事業所の管理者は、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

(運営規程)

第十八条　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程(以下「運営規程」という。)として次に掲げる事項を定めるものとする。

一　事業の目的及び運営の方針

二　職員の職種、員数及び職務内容

三　営業日及び営業時間

四　指定居宅介護支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額

五　通常の事業の実施地域

六　その他運営に関する重要事項

(勤務体制の確保)

第十九条　指定居宅介護支援事業者は、利用者に対し適切な指定居宅介護支援を提供できるよう、指定居宅介護支援事業所ごとに介護支援専門員その他の従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。

２　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に指定居宅介護支援の業務を担当させなければならない。ただし、介護支援専門員の補助の業務についてはこの限りでない。

３　指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

(設備及び備品等)

第二十条　指定居宅介護支援事業者は、事業を行うために必要な広さの区画を有するとともに、指定居宅介護支援の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。

(従業者の健康管理)

第二十一条　指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。

(掲示)

第二十二条　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、介護支援専門員の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。

(秘密保持)

第二十三条　指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

２　指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員その他の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じなければならない。

３　指定居宅介護支援事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

(広告)

第二十四条　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものであってはならない。

(居宅サービス事業者等からの利益収受の禁止等)

第二十五条　指定居宅介護支援事業者及び指定居宅介護支援事業所の管理者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを位置付けるべき旨の指示等を行ってはならない。

２　指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行ってはならない。

３　指定居宅介護支援事業者及びその従業者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償と

して、当該居宅サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

（苦情処理）

第二十六条　指定居宅介護支援事業者は、自ら提供した指定居宅介護支援又は自らが居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等(第六項において「指定居宅介護支援等」という。)に対する利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応しなければならない。

２　指定居宅介護支援事業者は、前項の苦情を受け付けた場合は、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

３　指定居宅介護支援事業者は、自ら提供した指定居宅介護支援に関し、法第二十三条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

４　指定居宅介護支援事業者は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しなければならない。

５　指定居宅介護支援事業者は、自らが居宅サービス計画に位置付けた法第四十一条第一項に規定する指定居宅サービス又は法第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービスに対する苦情の国民健康保険団体連合会への申立てに関して、利用者に対し必要な援助を行わなければならない。

６　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援等に対する利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う法第百七十六条第一項第三号の調査に協力するとともに、自ら提供した指定居宅介護支援に関して国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

７　指定居宅介護支援事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

（事故発生時の対応）

第二十七条　指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

２　指定居宅介護支援事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

３　指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行わなければならない。

（会計の区分）

第二十八条　指定居宅介護支援事業者は、事業所ごとに経理を区分するとともに、指定居宅介護支援の事業の会計とその他の事業の会計とを区分しなければならない。

（記録の整備）

第二十九条　指定居宅介護支援事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

２　指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。

一　第十三条第十三号に規定する指定居宅サービス事業者等との連絡調整に関する記録

二　個々の利用者ごとに次に掲げる事項を記載した居宅介護支援台帳

イ　居宅サービス計画

ロ　第十三条第七号に規定するアセスメントの結果の記録

ハ　第十三条第九号に規定するサービス担当者会議等の記録

ニ　第十三条第十四号に規定するモニタリングの結果の記録

三　第十六条に規定する市町村への通知に係る記録

四　第二十六条第二項に規定する苦情の内容等の記録

五　第二十七条第二項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

ケアマネジメントの過程 （考え方の指針と様式）

① 情報収集

詳細情報

基本情報

診療情報

課題分析標準項目

生活全般にわたる
支障・問題の把握

② 生活支障・問題を
スクリーニング

③ 支障原因を把握

④ 意向を確認

⑤ 課題分析

・改善の可能性
・悪化の危険性
・ケアの必要性

⑥ 生活全般の解決すべき
課題(ニーズ)設定

⑦ ケアの方向性設定

⑧ 目標設定

⑨ サービス内容設定

⑩ サービス担当者会議

⑪ モニタリング

⑫ 再アセスメント

居宅介護支援の手引き

- 基本理念
- 情報収集方法
- 生活支障の抽出方法
- 支障原因の捉え方
- 意向の捉え方
- 課題分析方法
- ニーズ設定方法
- ケアの方向性設定方法
- 目標設定方法
- サービス内容設定方法
- サービス担当者会議の意義と方法
- モニタリングの意義と方法
- モニタリング様式

アセスメントのための情報収集シート128

情報収集と
スクリーニング

アセスメントのための情報取集シート128 記入の手引き

情報収集の理由
様子観察の方法

ケアプラン策定のための課題検討用紙

検討が必要な
具体的支障

支障の原因

本人，家族の意向

改善の可能性
悪化の危険性
ケアの必要性

生活全般の
解決すべき課題
（ニーズ）

ケアの方向性

ケアプラン策定のための課題検討の手引き

指 針

①ケアマネジャーの役割
②支障・問題の理解
③課題分析の指針
④ケアの方向性の指針

- 1 健康状態
- 2 ADL
- 3 IADL
- 4 認知
- 5 ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ能力
- 6 社会との関わり
- 7 排尿・排便
- 8 褥瘡・皮膚の問題
- 9 口腔衛生
- 10 食事摂取
- 11 問題行動
- 12 介護力
- 13 居住環境
- 14 特別(虐待,ﾀｰﾐﾅﾙ)

介護サービス計画書（２）

「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に転記

介護サービス計画書（１）

「総合的な援助の方針」に転記

利用者・患者に対する介護・医療連携

医療機関 （医師，看護師，社会福祉士，OT・PT等） ～医療保険（診療報酬）～

退院支援加算１（一般600点， 療養1200点）3日以内退院困難抽出，7日以内に本人・家族と面談， 7日以内にカンファレンス実施
退院支援加算２（一般190点， 療養635点） 7日以内退院困難抽出，早急に本人・家族と面談，カンファレンス実施

退院時共同指導料１-1 1500点 **１-2** 900点
・入院中の患者に対し，在宅医療を担う医師又は指示を受けた看護師が赴いて，担当医又は看護師と共同指導（文書で提供，入院中１回）
退院時共同指導料２ 400点
・退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師 若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステー ションの看護師等（准看護師を除く。）又は**居宅介護支援事業者の介護支援専門員**のうちいずれか３者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算

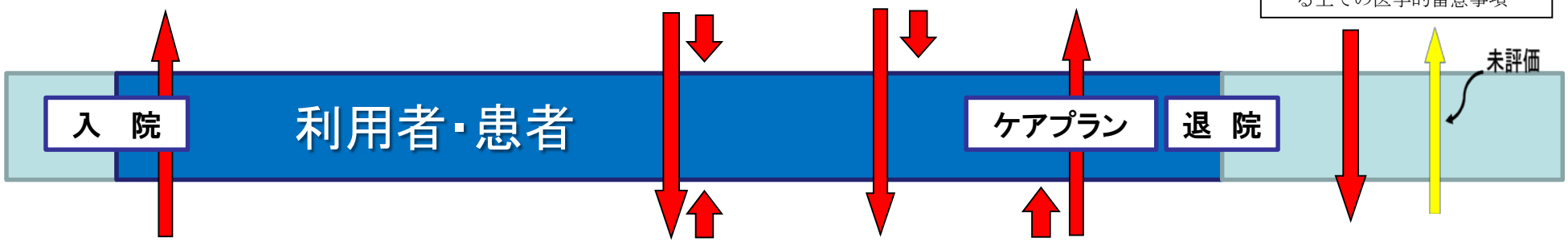
（退院支援加算の施設基準）
退院支援部門
１．専従1，専任1 （看護師，社会福祉士）
病棟配置，連携，
２．専従1 （看護師，社会福祉士）
退院支援計画
・退院困難要因
・退院の問題，課題
・退院に向けた目標，支援概要等

介護支援連携指導料：400点
・介護保険サービスを受ける上での医学的留意事項，療養上の留意点を共同指導（入院中２回まで）
・医師・看護師・社会福祉士等が**介護支援専門員**と共同
・入院中の患者からの同意必要
・患者の同意を得て，介護支援専門員からケアプランの写しを得る

・入院時スクリーニング
・退院計画

退院前訪問指導料：580点
・在宅生活指導（OT・PT）

診療情報提供料：250点
・診療情報
・介護保険サービスを受ける上での医学的留意事項



入院時・情報連携加算
訪問：200単位
訪問以外：100単位
・生活，介護情報
※参考様式

退院退所加算：300単位
（入院等期間中に３回まで算定可，内１回は医療機関でのカンファレンスに参加）
・退院後の生活支援の準備（面接）
・アセスメント情報収集
・ケアプランに反映させ，医療機関の求めによりケアプランを提出する

・ケアプラン策定・見直し

緊急時等居宅カンファレンス加算：200単位
・病院等の求めにより月２回まで

介護支援専門員 ～介護保険（介護報酬）～

アセスメント・ケアプラン

～居宅介護支援の手引き～

Ⅰ　依頼を受ける
Ⅱ　アセスメントする
Ⅲ　ケアプランの原案を作る
Ⅳ　サービス担当者会議をする
Ⅴ　モニタリングする
Ⅵ　再アセスメントする

振り返る（チェックする）

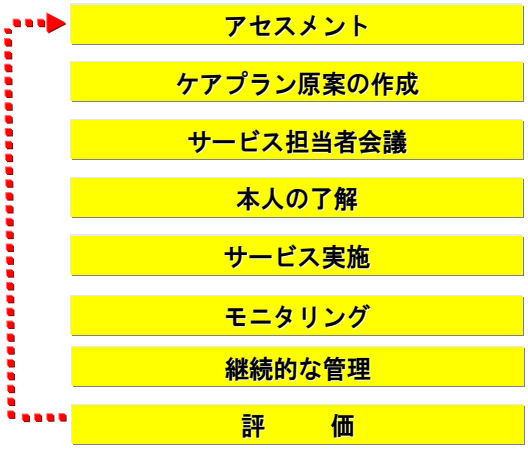
アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援の手引き）

2008/12/04（改訂 2015. 12. 25.）

介護支援専門員（ケアマネジャー）

1）要介護者等（要介護者・要支援者）からの相談に応じて，要介護者等がその心身の状況等に応じた適切な在宅（居宅）サービス，地域密着型サービス，施設サービス，介護予防サービスまたは地域密着型介護予防サービスを利用できるよう，保険者である市町村，サービス提供事業者（事業者や施設）等との連絡調整を行う者
2) 要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的な知識・技術を有する者
3）介護支援専門員証の交付を受けた者

ケアマネジメントの過程



「アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援の手引き）」は，アセスメント・ケアプランが，利用者への介護の必要性と介護保険制度の趣旨に沿っているかを振り返るものであり，介護支援専門員による「自己評価」，客観的な「第三者評価」，サービスを使う側の「利用者評価」に活用できるように構成してあります。
また，「その人らしさを大切にする」とか「自立支援に資する」とか「気づきを促す」など，曖昧な言葉を使わず具体的な表現と明確な指針により，実効性のある内容にしてあります。

結果として，居宅介護支援サービスの質の向上と，効果的・効率的介護保険サービスの実施，介護保険サービスの理解と利用者満足度の向上につながることを目指しています。

※「アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援の手引き）」は，「アセスメントのための情報収集シート１２８」及び，「ケアプラン策定のための課題検討用紙」と関連して確認する仕組みになっています。また，課題検討の考え方については，「居宅ケアプラン策定のための課題検討の手引き」を参考にしてください。

※「アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援の手引き）」は，居宅介護支援のすべてではなく，ケアマネジャーとしての専門性の基本と，居宅介護支援の最低基準です。

Ⅰ　依頼を受ける

１　申し込みを受け付けます。

依頼されたことを明らかにして支援を開始します。

（１）介護保険サービスの仕組み・理念を説明します。

＊自立支援とは
・介護が必要になってもできるだけ自宅で暮らし続けられるようにします。
・一人ひとりの能力に合わせ，できないところは介助を受けても，自分でできるところは自分でできるようにします。
・リハビリや運動等をして，体力等が回復できるようにします。

（自立支援）
指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

（高齢者ケアの基本理念）～自立支援～

１　自己決定の尊重
利用者の選択可能な，個人を尊重した個別的サービスを事前に提案して知らせ，利用者自らの決定を尊重してサービスを提供します（継続や変更，中止等も含む）。自己決定能力を評価し，必要に応じて後見人（家族等）によって決定する場合もあります。

２　残存能力の活用（能力の発揮）
利用者の残存能力に着目して個々のニーズの客観的な把握・分析を行い，自立を援助及び促進する目的でサービスを提供します。
利用者は,一度失われた能力を回復するためのリハビリテーションに努めるとともに，残存能力を維持・開発し，日常生活に活用することが求められます。

３　生活（サービス）の継続性（継続性の尊重）
居宅サービスと施設サービスの継続性や，広く福祉保健・医療全般にわたる連携に基づく対応を積極的に進めます。
利用者の心身の機能に障害があってケアを受ける状況でも，その人の生活を維持・継続していけるよう，利用者の生活の継続性を尊重したサービスを提供します。

（高齢者ケアプラン策定の基本）

１ 治るものは治す。（改善する可能性、維持の必要性、悪化の危険性）
２ 治らなければ補う。
３予防する。

＊公正中立
・利用者一人ひとりを尊重し，身体のこと，病気のこと，介護力，希望等に配慮し，話し合いの上サービス計画を作り、サービスの調整をします。
・一部のサービスやサービス事業者の利用に偏らないようにします。

（公正中立）
指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

（介護保険で言うアセスメント）
六　介護支援専門員は､居宅サービス計画の作成に当たっては､適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし､利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。
七　介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

（２）「居宅介護サービス計画作成依頼届出書」を作成し，保険者（市町村）に提出します。

（３）保険者から，介護保険証に担当居宅介護支援事業者名称の記載を得ます。

（４）契約します。
①　書面をもって重要事項を説明し、了解を得ます。
②　契約書を作成し取り交わします。

２　基本情報を集めます。

（１）氏名、年齢、連絡先、ＡＤＬ、医学的留意事項等、最低限度必要な情報を得ます。

（２）要介護認定情報を確認します（決定通知及び保険証）。

（３）個人票（フェイスシート）を作成します。

Ⅱ　アセスメントする

１　アセスメントをするための情報を集めます。

（１）国の定めた標準項目が最低限の情報項目です。要介護認定の調査項目ではありません。

（２）身体状況や環境については，直接本人と面接して情報を得ます。

（３）医療情報については，主治医意見書及び診療情報提供によって得ます。

※１　アセスメントのための情報収集シート（宮城版：居宅）参照。

２　集めた情報の中から，詳しく見る必要のある項目を選び出します。（スクリーニング）

（１）利用者本人の生活上の支障があることを選び出します。

（２）支障がないことも明らかにします。（確認したことを証拠だてる。）

※１　情報収集シートで、支障ありは○，支障なしは×で分けます。
※２　その支障はあくまでも本人の支障であり、家族の支障ではありません。

３　選び出した項目の生活上の支障を具体的に把握します。

（１）どのように支障があるのか，その状況を具体的に把握し，関連情報を集めます。
（転んだ→いつ→どのような場面で→何をしていた時･･･など）

（２）動作を細かく分割するなど、どこまで出来て、どこから支障があるのかを明らかにします。

※１　情報収集シートで，○を付けた場合にコメントを記入します。
※２　ケアプラン策定のための課題検討用紙の「検討の必要な具体的状況」に整理します。

４　生活上の支障の原因を明らかにします。

（１）病気のため
①　急性期の病気
②　持病の進行
③　痛みを伴う症状
④　認知症
⑤　精神疾患

（２）怪我のため

（３）障害のため

（４）動かない（廃用）ため

（５）生活習慣のため

（６）悩み・不安等のため

（７）環境のため

（８）薬のため
　①　薬が合わない
　②　向精神薬のため　　・・・など

※１　医療面については，主治医の先生に確認します。
※２　課題検討用紙の「原因」に整理します。

５　そのことについての意向を確認します。

（１）生活上の支障と原因を踏まえた上で，本人，家族はどうなりたい，どうしたいと思っているのか，意向を確認します。

（２）実現可能なことを聞きます。

（３）介護保険の理念に沿った意向を聞きます。
　「また自分で歩けるようになりたい。」「炊事は自分でしたい。」「トイレは自分でしたい。」
　★　後ろ向きな希望は、とりあえず聞くだけにする。（プランに載せない）
　「歩けるようになると困るので動かさないで寝かせておいてほしい。」「できるだけ介護したくない。」「早く施設に入れてしまいたい。」…

（４）言い換えて整理してみて聞きます。
　「歩けるようになればいいんだけどね。」　⇒　「ということは、できればまた歩けるようになりたい！っていうことですね。」

（５）意向が聞き取りにくい場合は，予測して提案してみることも重要です。

※　課題検討用紙の「利用者（家族）の意向」に整理して記入します。

６　ケアプランにする必要性を把握します。（スクリーニング）

（１）改善するのか，維持するのか，予防するのか，可能性を検討します。
　①　良くなるのか、元に戻る可能性があるのか
　　支障・低下が最近起こった利用者で，状態が安定している場合など。
　②　今の状態を続けられるようにする必要があるのか
　　支障が長い間変化していない場合など。
　③　悪化を予防、低下するのを予防する必要があるのか
　　じょく創や失禁，筋力低下，拘縮，転倒などの危険性がある場合など。

（２）必ず行わなければならない介護を確認します。
　①　必要な介護を把握します。
　　ア　改善の可能性がなく，生活する上で必ずしなければならない介護は何かを把握

します。

イ　改善の可能性がある場合でも，生活する上で必ずしなければならない介護は何かを把握します。

②　必要な医療対応を把握します。

ア　主治医からの指示のある医療的管理について把握します。（病気の管理・観察、食事制限、薬の副作用など…）

※１　課題検討用紙の「自立に向けた可能性、必要性」に整理して記入します。

７　生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を把握します。

（１）アセスメントの結果を反映させます。

①　把握した，生活上の支障・困っていること
②　把握した，支障、困っている原因
③　把握した，希望・意向
④　把握した，可能性
⑤　把握した，危険性
⑥　把握した，必要な医療対応
⑦　把握した，必要な介護

（２）アセスメントの結果からの必要性と本人の意向が一致している場合は、その意向をそのままニーズにします。また、必要性を本人の意向に沿って言い換えて、本人の了解を得ます。

①　お風呂に自分で入れない　⇒　お風呂に入りたい（本人の意向を反映）
②　歩行練習が必要である　⇒　また散歩できるようになりたい
③　一人でいる時間が長く，落ち込みが進む可能性がある　⇒　いろいろな人と会って楽しく過ごしたい
④　膝の痛みのため掃除機がけができない　⇒　掃除を手伝ってほしい

（３）本人の意向がとれなければ、必要性をニーズにします。

①　排泄介助が必要です
②　床ずれの予防が必要です
③　日常動作のすべてに介助が必要です
④　通院介助が必要です

（４）必要性が明らかで，家族の想いを反映させる場合は次のようにします。

①　お風呂に入れてあげたい
②　楽しく過ごす時間を持ってほしい

※１　課題検討用紙の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ）」に整理して記入し，居宅サービス計画書（２）の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ）)」に転記します。ます。

「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の設定は、介護支援専門員の専門性が必要とされる重要なポイントです。自立支援を念頭に置き、現状分析と、利用者本人（家族）との話し合いにより、出来るだけ前向きな生活ができるような課題設定をすることが必要です。

１　厚生労働省の説明

（１）記載要領（厚生労働省通知）

「利用者の自立を阻害する要因などであって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して・・・」

（２）書き方

①　自立支援を目指す計画ですから、ニーズの欄には、「◎◎できるようになりたい」「◎◎したい」というように、利用者が主体的・意欲的に取り組めるような書き方のほうがいいでしょう。

②　背景要因を書くと「〇〇のため〇〇できない」のように、ネガティブな表現になりやすいので、「〇〇したい」とできるだけ簡潔に書くほうが良いでしょう。

２　「簡潔に」「～したい」という課題設定をするための要件

（１）課題分析を充分に行い、根拠（問題、原因、可能性など）を明確にしておくこと。

（２）利用者（家族）と十分に話し合いをして、合意の得られる内容にすること。

（３）課題分析から得られた必要性と利用者（家族）の希望が一致していること。（単なる御用聞きにならないこと。意思確認が不可能な場合は必要性を優先する。）

（４）サービス担当者会議で課題設定の理由（根拠）を説明するか、課題分析の結果（要約表・領域選定表など）をサービス計画書に添付して説明し、利用者及び関係居宅サービス事業者スタッフの理解を得ること。

８　どのようなケアを提供するのか，方向性を決めます。

（１）生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を解決するために，どのようなケアを提供し、どのような目標に沿ってケアを進めていくのかがわかるようにします。

①　たとえば・・・

ア　お風呂に入れるようにします。

イ　外出，交流し，楽しく過す機会を作り，気分が改善出来るようにします。

ウ　機能訓練により，下肢機能が改善するようにします。

エ　出来るだけ早く，床ずれを治すようにします。・・・など。

（２）この段階では，まだサービスの種別は決まっていません。方向性だけで十分です。サービスを使うためのプランにならないようにするためにも重要です。

※１　課題検討用紙の「ケアの方向性」に整理して記入し，施設サービス計画書（１）の「総合的な援助の方針」に転記します。

Ⅲ　ケアプランの原案を作る

１　目標を定めます。

期間：　短期目標は概ね３ヶ月，長期目標は最も長くて認定の有効期間

（１）実現可能でモニタリングしやすい目標にします。

①　５ｍぐらい自力で歩けるようになる
②　お風呂に入れる
③　食事がとれる
④　話し相手ができる

（２）本人の目標にします（事業者や家族の目標にしない）

①　歩行介助をする　⇒　安全に歩ける
②　床ずれを治す　⇒　床ずれが治る
③　楽しく過ごせる機会を作る　⇒　楽しく過ごせる
④　家族の介護負担が軽くなる　⇒　入浴などの介助が受けられる

（３）きれいな言葉を並べるのではなく、具体的な目標にします。

①　その人らしく暮らせる？　⇒
②　安楽に過ごせる？　⇒
③　穏やかでいられる？　⇒
④　自立した生活が送れる？　⇒

２　目標を達成するための介護内容を定めます。

（１）具体的で簡潔に、利用者が何をしてもらえるのかがわかるように書きます。

入浴介助（リフト浴）、ポータブルトイレ介助、更衣介助、会話支援、交流支援、歩行訓練支援、下肢筋力強化訓練支援、服薬確認　など。

３　介護を実施するサービス，事業者を選定します。

（１）選ぶための提案をし、選んだ時のメリットとデメリットを説明します。

お風呂はどのように入りたいですか？　自宅のお風呂で？浴槽を持ってきてもらって？出かけて？　など

４　目標達成に必要な利用頻度を定めます。

（１）目標達成を意識した、回数・頻度を設定し、その理由が客観的に説明できるようにします。

５　総合的な援助方針を設定します。（課題検討用紙の「ケアの方向性」です）

（１）短期目標は本人の目標ですが、援助の方針はサービス提供者の方針です。

（２）「～できるようにします。」「～を支援します。」などと整理します。

（３）ニーズと目標を整理して、箇条書きに整理して書きます。

（４）ニーズと目標を整理して、まとめて文章にして書きます。

『ケアプランの原案』

利用者本人（家族）と話し合い，担当するサービス事業者と調整を済ませ，双方の内諾を得ているものが『ケアプランの原案』です。

Ⅳ　サービス担当者会議をする

１　サービス担当者会議とは

（１）利用者本人（家族）とケアプランの原案にあるサービス担当者の参加により行なわれます。

①　利用者本人宅など、身近なところでの開催が適当であり、効率的です。
②　第三者は参加できません。

（２）ケプランの原案に基づいて話し合いをします。

①　利用者本人（家族）の意見，希望を確認します。
②　医学的留意事項を確認します。
③　サービス担当者としての意見を述べ、不足情報を補います。
④　ケアプランの合意とサービス役割の確認をおこないます。
⑤　利用者本人（家族）の了解なしには、決定，実施はされません。
⑥　規定の様式「サービス担当者会議録」に内容を記録します。

（３）サービス担当者会議に参加できない担当者には。

①　電話や個別訪問により調整し、その過程と結果を記録に残します。
②　書面をもって情報を共有し、プランの合意とサービス役割の確認をします（フェイスシート，アセスメントの結果表，ケアプラン表一式）。

（４）ケアプラン（介護サービス計画書（１）（２）週間計画表）は、書面で本人(家族)の了解を得て渡すとともに、担当するサービス事業者にも渡します。

２　サービス担当者会議の留意点

（１）事前にサービス調整し，内諾を得ている原案を用意します。
会議の場で内容や回数を決めるものではありません。

（２）理解しやすい説明のために，専門用語をできるだけ使わないように進めます。

（３）理解しやすい説明のために，何について話しているのか理解できるよう，要点を整理して話を進めます。

（４）本人・家族等の呼称に気をつけ，失礼のないようにします。

①　本人を前にして「本人」と言う。
②　長男を前にして「長男」と言う。
③　普段呼ばないのに，「〇〇様」と言う。・・・

（５）召集する時は，時間や余裕ある日程調整等に配慮します。

（６）利用者の自宅で開催する際には，手間や面倒をかけないように配慮します。

① 時間をあまりかけない。
② 茶菓子等は遠慮する。・・・

３ サービス担当者会議運営の留意点

（１）意見・考えを自由に言えるような雰囲気を作ること。

（２）本人・家族・参加者の発言を否定しないこと。

（３）発言には理由をつけ，納得してもらえるようにすること。

（４）話している人を見て聞くこと。

サービス担当者会議進め方の例（居宅）

只今から〇〇さんのサービス担当者会議を始めます。

挨拶，紹介し，サービス担当者会議の趣旨を説明します。

１　介護サービス計画書（１）について説明します。

①　ケアプラン策定理由
②　本人及び家族の意向
③　その他

２　課題分析（アセスメント）の結果について説明します。

①　生活上の解決すべき課題及び課題の検討・分析結果
②　ケアマネジャーとしての意見など
③　出席者（サービス担当者として）との質疑応答

３　介護サービス計画書（２）の案について説明します。

①　援助方針（目標）
②　具体的なサービス内容・役割分担
③　出席者（サービス担当者として）との質疑応答

４　ケアプランを確定します。

①　サービス内容の確認
②　総合的な援助の方針
③　モニタリングの方法・時期の確認
④　連絡方法の確認

以上、内容について合意が得られましたので、この介護計画に基づいて介護サービスをおこないます。実施して不都合があれば改善・変更しますので、ご意見をいただければ有り難く思います。
よろしくお願いします。
本日はどうもありがとうございました。

Ⅴ　モニタリングする

１　ケアプランを振り返る

（１）課題分析が適切だったか
（２）ニーズが適切だったか
（３）目標が適切だったか
（４）サービス内容が適切だったか
（５）サービス内容に本人家族が満足しているか

２　短期目標を管理する

（１）サービスの内容・方法が適切かどうかを確認する
（２）サービスの回数の適切かどうかを確認する

３　利用者本人の身体状況に合ったサービス提供がなされているか確認する

４　モニタリング評価・記録表を作成する

５　ケアプラン変更の必要性を確認する

６　再アセスメントし、ケアプランを更新する

モニタリング表(例)

利用者名	様	ケアマネジャー名		記録日	年　　月　　日

ニーズ	短期目標	サービス内容	本人(家族)の満足度	評　価	以後の対応

Ⅵ　再アセスメントする

１　改めてアセスメントし，ケアプランの原案を作成し，サービス担当者会議をして確定する。

（１）時期
　①　要介護更新認定を受けた時
　②　要介護状態区分の変更の認定を受けた時
　③　心身の状況の変化によりケアプランを変更する時

（２）その他
　①　改めて診療情報提供を得る。
　②　モニタリングの結果，評価も参考にする。
　③　前回アセスメントとの変化を確認する。

振り返る（チェックする）

１　基本情報

（１）病歴、入院歴、病名・症状、服薬状況等、医療情報を得ているか
（２）介護が必要になった経緯をとらえているか

２　アセスメント

（１）生活上の支障や困っていることを具体的にとらえているか
（２）生活上の支障や困っていることの原因をとらえているか
（３）本人（家族）の意向をとらえているか
（４）改善の可能性、維持の必要性、悪化・低下の危険性を検討しているか

３　生活上の解決すべき課題（ニーズ）

（１）アセスメントの結果に基づいているか
（２）必要性と利用者本人（家族）の意向・望む生活に即して設定しているか
（３）前向きな生活を支援する内容になっているか
（４）分かりやすく、簡潔な表現になっているか

４　目標

（１）ニーズに沿った目標になっているか
（２）利用者本人の目標になっているか（介護者やサービスをする人の目標になっていないか）
（３）実現可能な具体的目標になっているか
（４）モニタリングすることを意識した内容になっているか

５　サービス内容

（１）短期目標に沿ったサービス内容になっているか
（２）具体的で簡潔な内容になっているか

６　サービス種別

（１）設定されたサービスが、適切に効率的に行えるサービス種別を選んでいるか
（２）介護保険に限らない社会資源を活用しているか

７　サービス頻度

（１）目標を達成するのに必要な回数や時間になっているか（不要に多くないか）

2008. 12. 04. 文責：小湊 純一。

（別紙４）

課題分析標準項目について

Ⅰ．基本的な考え方

介護サービス計画作成の前提となる課題分析については、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、要介護者等の有する課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならない。

この課題分析の方式については、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」（平成 11 年７月 29 日老企第 22 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知。以下「基準解釈通知」という。）第２の３（運営に関する基準）の（７）③において、別途通知するところによるものとしているところであるが、当該「基準解釈通知」の趣旨に基づき、個別の課題分析手法について「本標準課題分析項目」を具備することをもって、それに代えることとするものである。

Ⅱ．課題分析標準項目（別添）

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	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）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	痴呆性老人の日常生活自立度	痴呆性老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ＡＤＬ	ＡＤＬ（寝返り、起きあがり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	ＩＡＤＬ	ＩＡＤＬ（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

アセスメント情報収集の視点

1　健康状態
観察・管理の必要な病気
※本人に影響のある，ケアスタッフが観察・管理の必要な病気，３ヶ月の間の入院する原因となった病気も把握します。すでに治った病気，身体機能やプランに関係しない病気は除きます。
※主治の医師からの指示や，主治医意見書，診療情報提供書により確認します。
症状
※健康や健康状態に影響する症状を把握し，病気や事故の予測，機能低下の原因を探ります。
痛み
※痛みの状態や症状の頻度と強さを把握し，管理（コントロールや和らげるための対応）の評価をします。また，痛みによって行動が制限されているかどうかを確認します。
医療機器
※在宅医療機器（カテーテル，点滴，酸素，瘻等）の管理（自己管理したか，どの程度介助されたか）を把握します。
2　ＡＤＬ
ＡＤＬ
※利用者本人が，実際に何を自分で行い，何を援助されたかを把握します。
転倒
※転倒の危険性を把握します。
3　ＩＡＤＬ
ＩＡＤＬ
※自宅で自立した生活を営むために重要な機能を把握します。
※「現状」は，本人がどれだけ行ったか。どれだけ支援されたかを把握します。
※「困難度」は，自分一人で行う場合の困難度です。（問題なし，低，中，高･･･等）
4　認　知
認知
※認知障害があるかどうかを把握します。
5　コミュニケーション能力
※コミュニケーション能力の支障を把握します。
6　社会との関わり
関わり
※社会との関わりと適応，社会的活動や役割，毎日の暮らしぶりを把握して対応します。
気分
※心理面での支障は，様々な生活障害を伴うため，気分や行動の問題があることを発見把握した対応します。
7　排尿・排便
失禁
※排泄の状況ではなく，失禁（漏れている）の状態を把握します。
8　褥瘡・皮膚の問題
皮膚・じょく創
※皮膚の状態を把握します。
9　口腔衛生
口腔ケア
※口腔の問題を明らかにします。

１０　食事摂取
栄養・水分摂取
※意図しない体重減少を明らかにします。
１１　問題行動（行動障害）
行動障害
※苦痛の原因となる，同居者を悩ます行動を把握します。
１２　介護力
介護力
※インフォーマルな支援体制を評価します。家族，親戚，友人，近所の人等，定期的だったり，何かあった時に対応している人を把握します。
１３　居住環境
居住環境
※居住環境が危険か，住めなくなっているかを把握します。
１４　特別な状況
特別な状況
※虐待やターミナル等，特別な状況を把握します。

ケアプラン策定のための「課題検討用紙」活用のメリット

「課題検討用紙」と合わせて，手引き（情報収集，介護支援，課題検討）を活用することによって下記の効果が得られる。

（基本的活用）

1　介護支援専門員の役割と情報収集のポイントが理解できる。
2　要介護高齢者本人中心の心身能力評価が適切にできる。
3　要介護高齢者が抱えている生活上の問題点を明らかにできる。
4　生活上の問題に対する意向を捉えることができる。
5　必要な介護が明確にできる。
6　生活上の問題に関する改善の可能性を予測し残存能力の活用ができる。
7　生活上の問題に関する悪化の危険性を予測し予防ができる。
8　自立生活支援上の課題が明確にできる。
9　自立生活支援の方針を明確にできる。
10　課題分析の経過・結果が可視化できる。
11　アセスメントからサービス計画書に至る経緯とケアプランへの関連性を明確にできる。
12　アセスメント・ケアプランの書き方ではなく，考え方を習得できる。
13　サービス担当者会議等において，ケアプランの根拠が説明できる。
14　サービス事業所毎の個別サービス計画作成に活用できる。
15　モニタリング，継続的アセスメントの視点が明確になり，ケアの実施者と共有できる。

（応用的活用）

1　要介護高齢者の生活全般の問題を明確化し，他職種で情報の共有ができる。
2　介護支援専門員の立ち位置，役割を整理・理解できる。
3　要介護高齢者の一部の目立った問題だけに囚われることなく，生活全般を捉えて対応することができる。
4　生活問題に関する事例研究・検討に活用できる。
5　アセスメントシートの種別を問わず，共通の視点で課題分析ができる。
6　ケアプランに至る検討過程が可視化するため，ケアプラン点検に活用できる。
7　課題検討用紙に整理することにより，事例検討会やケア会議における，問題解決・専門性向上に活用できる。
8　各種研修において，使用しているアセスメントシートが違っていても，共通の課題検討用紙を使えば生活全般の問題点が共有でき，同じ視点で学ぶことができる。
9　第三者評価や実地指導時に，適正性・正当性を証明できる。
10　要介護高齢者の生活全般の危険性を整理することにより，リスクマネジメントができる。

2013.04.15.厚労省に提出　宮城県ケアマネジャー協会。

アセスメントのための情報収集シート 128（居宅）

利用者氏名	基準日	担当者名
様	平成　　年　　月　　日	

※１．「検討」の欄は，問題や支障がなければ×，問題や支障があれば○を付ける。
※２．「具体的状況」の欄には，×の場合はその理由，○の場合は支障のある具体的状況と気付いたコメントを記入する。(例えば:身体を支えられれば４～５メートル歩く。２週間前までは杖を使って自力で歩いていた。・・・等)
※３．＊の付いた項目は，概ね３ヶ月間の状況で判断する。それ以外は１週間前後の状況で判断する。
※４．その領域に関する生活の意向を把握し，課題検討用紙の「本人，家族の意向」に転記します。（問題や支障がない領域に関する「意向」は，聞き取る必要はない。）
※５．**太字の項目のうち，○が付いた「具体的状況」を，課題検討用紙の「検討が必要な具体的状況」の欄に転記して，**「自立に向けた可能性，維持の必要性，低下・悪化の危険性，ケアの必要性」を検討します。（細字の項目は，検討する時の参考にします。）

１　健康状態

No	情報項目	検討	具体的状況
観察・管理の必要な病気			
1	循環器		
2	神経・認知		
3	骨関節		
4	眼科		
5	精神科		
6	感染症		
7	糖尿病その他		
症状			
8	身体症状（下痢，排尿障害，発熱，食欲不振，嘔吐，胸痛，便秘，めまい，浮腫，息切れ）		
9	精神症状（妄想，幻覚）		
痛み			
10	痛みの頻度		
11	痛みの強さ		
12	痛みによる生活の支障		
13	痛みの箇所		
14	痛みに対する薬の効果		

病状の変化			
15	入院＊		
16	緊急受診＊		
薬			
17	医師による薬の管理		
18	薬の服用の順守		
19	服薬状況（別表）		
医療機器			
20	医療機器の取り扱い・管理		
保健予防			
21	健康診断の受診＊		
健康生活			
22	喫煙		
23	飲酒による問題		
24	健康状態が悪い		
25	生活に支障のある体調の変動や悪化		
26	慢性症状の悪化		
27	急性症状の発生		
28	新たな病気による治療の変更		
ケア計画			
29	予定されたケア・治療の順守＊		
健康状態に関する意向 （本人） （家族）			

２　ＡＤＬ

ＡＤＬ			
30	寝返り		
31	起き上がり		
32	乗り移り		
33	家の中の移動		
34	屋外の移動		
35	上半身の更衣		
36	下半身の更衣		
37	食事		
38	排泄		
39	整容		

40	入浴		
41	ＡＤＬの低下＊		
活動・健康増進			
42	移動手段		
43	階段昇り降り		
44	外出（屋外）の頻度（介護サービス利用による外出は含まない。）		
45	体を動かす活動		
自立度改善の可能性			
46	自立度改善の本人意識		
47	自立度改善の介護者意識		
48	健康状態改善の可能性		
要介護状態の変化			
49	介護状態の悪化＊		
転倒			
50	転倒の回数＊		
51	転倒の危険性		
ＡＤＬに関する意向 （本人） （家族）			

３　ＩＡＤＬ

ＩＡＤＬ				
			現　状	困難度
52	炊事			
53	家事一般（掃除・洗濯・整理等）			
54	金銭管理			
55	薬の管理			
56	電話使用			
57	買い物			
58	交通手段の利用（使う必要のない場合も×）			
ＩＡＤＬに関する意向 （本人） （家族）				

４　認　知

記憶

59	短期記憶		
60	実行機能		
61	日常生活の判断		
62	記憶・判断力の低下＊		
意識障害			
63	せん妄		
認知に関する意向 （本人） （家族）			

５　コミュニケーション能力

コミュニケーション			
64	聴覚		
65	相手に理解させること		
66	相手を理解すること		
67	コミュニケーション能力の低下＊		
視覚			
68	視力		
69	視覚障害		
70	視力低下＊		
コミュニケーションに関する意向 （本人） （家族）			

６　社会との関わり

関わり			
71	人との関わり		
72	周りの人への不満・怒り		
73	社会活動の悩み		
74	社会活動の減少＊		
75	日中一人の時間		
76	寂しさ		
気分			
77	不安心配		
78	悲しみ		
79	落ち込み		
80	怒り		
81	体調不良の訴え		

82	涙もろい		
83	興味活動の減少		
84	社会交流の減少		
85	気分の悪化＊		
社会との関わりに関する意向 （本人） （家族）			

７　排尿・排便

失禁			
86	尿失禁		
87	おむつ使用		
88	尿カテーテル使用		
89	便失禁		
排泄のコントロールに関する意向 （本人） （家族）			

８　褥瘡・皮膚の問題

皮膚・じょく創			
90	皮膚の問題		
91	じょく創		
92	じょく創の既往		
93	皮膚のケア		
じょく創・皮膚の問題に関する意向 （本人） （家族）			

９　口腔衛生

口腔ケア			
94	口腔状態の問題		
口腔衛生に関する意向 （本人） （家族）			

１０　食事摂取

栄養・水分摂取			
95	極端な体重減少		

96	栄養不良		
97	極端な体重増加		
98	食事量，回数の不足		
99	食事摂取の減少		
100	水分不足		
101	経管栄養，胃ろう		
嚥下			
102	嚥下問題		
食事摂取に関する意向 （本人） （家族）			

１１　問題行動（行動障害）

行動障害			
103	徘徊		
104	乱暴な言葉		
105	乱暴な行動		
106	混乱させる行動		
107	ケアの拒否抵抗		
108	行動障害の悪化＊		
向精神薬			
109	抗精神病薬		
110	抗不安薬		
111	抗うつ薬		
112	催眠薬		
行動障害に関する意向 （本人） （家族）			

１２　介護力

介護力			主介護者	副介護者
113	介護者（氏名・続柄）			
114	支援の分野（ADL、IADL、精神的支援等）			
115	介護者が介護量を増やすことの可能性			
116	介護者が介護を続けられる可能性			
117	介護者の周りの人に対する不満			
118	介護者のストレス・負担			
同居者				

119	同居者の増減＊		
120	施設入所についての同居者の意向		
介護力に関する意向 （本人） （家族）			

１３　居住環境

居住環境			
121	**身体状態から見た居住環境問題**		
居住環境に関する意向 （本人） （家族）			

１４　特別な状況

特別な状況			
122	**家族・介護者に対する恐れ**		
123	**劣悪な衛生状態**		
124	**不明な怪我，骨折，火傷**		
125	**放置，暴力，搾取等**		
126	**身体抑制**		
ターミナル			
127	**ターミナル期**		
特別な状況に関する意向 （本人） （家族）			

※　その他

その他			
128			
介護や自立生活に関する全般的な意向 （本人） （家族）			

（別表）服薬状況

薬剤名	量	効能

アセスメントのための情報収集シート 128（居宅）**記入の手引き**

利用者氏名	基準日	担当者名
様	アセスメントの基準となる日を記入します。（記録した日。１週間，３ヶ月の基準となる日。）	担当するケアマネジャーの名を書きます。

※１．「検討」の欄は，問題や支障がなければ×，問題や支障があれば○を付ける。

※２．「具体的状況」の欄には，×の場合はその理由，○の場合は支障のある具体的状況と気付いたコメントを記入する。(例えば:身体を支えられれば４～５メートル歩く。２週間前までは杖を使って自力で歩いていた。・・・等)

※３．＊の付いた項目は，概ね３ヶ月間の状況で判断する。それ以外は１週間前後の状況で判断する。

※４．その領域に関する生活の意向を把握し，課題検討用紙の「本人，家族の意向」に転記します。（問題や支障がない領域に関する「意向」は，聞き取る必要はない。）

※５．**太字の項目のうち，○が付いた「具体的状況」を，課題検討用紙の「検討が必要な具体的状況」の欄に転記して，**「自立に向けた可能性，維持の必要性，低下・悪化の危険性，ケアの必要性」を検討します。（細字の項目は，検討する時の参考にします。）

１　健康状態

No	情報項目	把握のポイント
観察・管理の必要な病気 ※本人に影響のある，ケアスタッフが観察・管理の必要な病気，３ヶ月の間の入院する原因となった病気も把握します。すでに治った病気，身体機能やプランに関係しない病気は除きます。 ※主治の医師からの指示や，主治医意見書，診療情報提供書により確認します。		
1	**循環器**	脳血管障害，うっ血性心不全，冠状動脈疾患，高血圧，不整脈，抹消循環障害等があるか。
2	**神経・認知**	アルツハイマー型認知症，アルツハイマー型以外の認知症，頭部外傷，片側不全麻痺，多発性硬化症等があるか。
3	**骨関節**	関節炎、大腿骨骨折，その他の骨折，骨粗しょう症等があるか。
4	**眼科**	白内障，緑内障，糖尿病性網膜症等があるか。
5	**精神科**	うつ病，不安障害，統合失調症，妄想症等があるか。
6	**感染症**	肺炎，結核，尿路感染症，ＭＲＳＡ，エイ

		ズ感染等があるか。
7	**糖尿病その他**	がん，糖尿病，肺気腫・慢性閉塞性肺疾患・喘息，腎不全，甲状腺疾患等があるか。
症状 ※健康や健康状態に影響する症状を把握し，病気や事故の予測，機能低下の原因を探ります。		
8	**身体症状（下痢，排尿障害，発熱，食欲不振，嘔吐，胸痛，便秘，めまい，浮腫，息切れ）**	健康や健康状態に影響する症状があるか。
9	**精神症状（妄想，幻覚）**	健康や健康状態に影響する症状があるか。
痛み ※痛みの状態や症状の頻度と強さを把握し，管理（コントロールや和らげるための対応）の評価をします。また，痛みによって行動が制限されているかどうかを確認します。		
10	**痛みの頻度**	毎日なのか。１日に何回位あるのか。
11	**痛みの強さ**	耐え難い痛みなのか？どのような痛みなのか。
12	**痛みによる生活の支障**	通常の生活が出来なかったり，日課を調整するような痛みか。
13	**痛みの箇所**	１ヶ所なのか。複数ヶ所なのか。
14	**痛みに対する薬の効果**	痛み止めの薬を飲んだのか。その薬は効いたのか。
病状の変化		
15	入院＊	３ヶ月間に１日以上入院したか。その回数
16	緊急受診＊	３ヶ月間に病院の緊急外来を受診したか。その回数は。
薬		
17	医師による薬の管理	管理している医師がいるか。
18	薬の服用の順守	指示された通りに服薬されたか。
19	服薬状況（別表）	薬の種類と効能を記録する。
医療機器 ※在宅医療機器（カテーテル，点滴，酸素，瘻等）の管理（自己管理したか，どの程度介助されたか）を把握します。		
20	医療機器の取り扱い・管理	酸素，点滴（中心静脈），カテーテル，瘻
保健予防		
21	健康診断の受診＊	公的健康診断，病院での検診を受けているか。
健康生活		
22	**喫煙**	毎日喫煙しているか。
23	**飲酒による問題**	迎え酒，飲酒が原因で問題を起こしたか。

24	**健康状態が悪い**	健康状態が良くないと感じているか。
25	**生活に支障のある体調の変動や悪化**	生活に支障のある体調の変動や悪化はあるか。
26	**慢性症状の悪化**	慢性症状持病の悪化があるか。
27	**急性症状の発生**	急性症状の病気があるか。
28	**新たな病気による治療の変更**	新たな病気によって，治療や治療方針に変更があったか。
ケア計画		
29	予定されたケア・治療の順守＊	約３ヶ月間でのケア・治療目標の達成状況はどうか。
健康状態に関する意向 （本人）（家族）		

２　ＡＤＬ

ＡＤＬ ※利用者本人が，実際に何を自分で行い，何を援助されたかを把握します。		
30	**寝返り**	横になった状態からどのように寝返りするか。
31	**起き上がり**	横になった状態からどのように起き上がるか。
32	**乗り移り**	ベッドからどのように椅子や車いすに移るか。その逆はどうか。
33	**家の中の移動**	どのように家の中を移動するか。（車いすなら乗り移った後に）
34	**屋外の移動**	どのように家の外を移動するか。
35	**上半身の更衣**	どのように服を着たり脱いだりするか。(ファスナーやセーターを含む)
36	**下半身の更衣**	どのようにズボンを履いたり脱いだりするか。（ベルトやスカートを含む）
37	**食事**	どのように，食べたり飲んだりするか。
38	**排泄**	トイレ（ポータブルトイレ，便器や尿器を含む）の使用，便器への移乗，排泄後の始末（おむつの交換，失禁の始末），人口肛門や尿カテーテルの後始末，衣類を整える等はどうか。
39	**整容**	髪をとかす，歯を磨く，髭を剃る，顔や手を洗う動作はどうか。
40	**入浴**	どのように入浴・シャワー・清拭をするか，体のそれぞれをどう洗うか。

41	ＡＤＬの低下＊	約３ヶ月間のうちの低下・悪化はあるか。
活動・健康増進		
42	移動手段	移動手段に使用している器具，補助具，乗り物は何か。どのように移動しているか。
43	階段昇り降り	自力で上り下りしたかどうか。（階段並みの段差のある玄関も含む。）
44	**外出（屋外）の頻度（介護サービス利用による外出は含まない。）**	家の外に出た頻度はどうか。
45	**体を動かす活動**	ＡＤＬ，歩く，掃除する等はどうか。
自立度改善の可能性（意欲があれば○）		
46	自立度改善の本人意識	本人が「もっと良くなるはずだ」と思っているか。意欲があるか。
47	自立度改善の介護者意識	介護者が「もっと良くなるはずだ」と思っているか。支援の意欲があるか。
48	健康状態改善の可能性	ケアマネジャー等ケアスタッフが「もっと良くなるはずだ」と思っているか。
要介護状態の変化		
49	介護状態の悪化＊	約３ヶ月間のうち，介護の手間が増えたか。
転倒 ※転倒の危険性を把握します。		
50	**転倒の回数＊**	３ヶ月間に転んだ回数は何回か。
51	**転倒の危険性**	歩行が不安定であるにも関わらず，転ぶことを怖がらず歩いているか。
ＡＤＬに関する意向 （本人）（家族）		

３　ＩＡＤＬ

ＩＡＤＬ
※自宅で自立した生活を営むために重要な機能を把握します。
※「現状」は，本人がどれだけ行ったか。どれだけ支援されたかを把握します。
※「困難度」は，自分一人で行う場合の困難度です。（問題なし，低，中，高･･･等）

		現　状	困難度
52	**炊事**	献立を考える，材料を準備する，調理する，配膳する等の動作はどうか。	
53	**家事一般（掃除・洗濯・整理等）**	食後の後片付け，掃除，ベッドの整理，家の中の整頓，洗濯等の動作はどうか。	
54	**金銭管理**	支払い，家計の収支は管理できる	

		か。	
55	**薬の管理**	服用の時間，袋から取り出し，処方通り服用等の動作はどうか。	
56	**電話使用**	自分で掛けたり受ける等の動作はどうか。	
57	**買い物**	必要なものを自分で選び支払うことはどうか。	
58	**交通手段の利用（使う必要のない場合も×）**	どのように乗り物に乗るか。	
ＩＡＤＬに関する意向 （本人）（家族）			

４　認　知

記憶		
59	**短期記憶**	最近，直近の出来事を覚えているか。
60	**実行機能**	段取りを踏んで行なうことを自分でできるか。（衣類を下着から上着に順番通りに着ることができるか等）
61	**日常生活の判断**	どの程度自分の判断で日課をこなすことができるか。（服を選ぶ，食事の時間が分かる，時計やカレンダーを使っている，出来ること出来ないこと，外出の仕方等が分かっているか）
62	記憶・判断力の低下＊	約３ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。
意識障害		
63	**せん妄**	一時的な意識の混乱はあるか。
認知に関する意向 （本人）（家族）		

５　コミュニケーション能力

コミュニケーション		
64	**聴覚**	補助具を調整した上での聴力はどうか。
65	**相手に理解させること**	要求，意見，日常の話題を表現して伝えることができるか。（話す，書く，手話等）
66	**相手を理解すること**	相手の言うことを理解することが出来るか。（筆談，手話，点字等を含む）
67	コミュニケーション能力の低下＊	約３ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。
視覚		
68	**視力**	普段使っている，メガネ，虫眼鏡等を使っ

		て見ることができるか。
69	**視覚障害**	病気に関連した視野障害，視覚の問題はあるか。
70	視力低下＊	約３ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。
コミュニケーションに関する意向 （本人）（家族）		

６　社会との関わり

関わり ※社会との関わりと適応，社会的活動や役割，毎日の暮らしぶりを把握して対応します。		
71	**人との関わり**	人と気軽に関わっているか。
72	**周りの人への不満・怒り**	家族や友人に対して葛藤や怒りを表すか。
73	**社会活動の悩み**	参加状況とその悩みはあるか。
74	**社会活動の減少＊**	約３ヶ月間のうちの減少はあるか。
75	**日中一人の時間**	日中一人でいる時間はどのくらいか。
76	**寂しさ**	寂しい思いをしているか。
気分 ※心理面での支障は，様々な生活障害を伴うため，気分や行動の問題があることを発見把握した対応します。		
77	**不安心配**	不安心配はあるか。
78	**悲しみ**	悲しみはあるか。
79	**落ち込み**	落ち込みはあるか。
80	**怒り**	怒りがみられるか。
81	**体調不良の訴え**	体調不良の訴えはあるか。
82	**涙もろい**	涙もろい状態か。
83	**興味活動の減少**	楽しんできた活動，家族・友人と過さなくなるようなこと等があったか。
84	**社会交流の減少**	話さなくなる，孤立するようになる等があったか。
85	気分の悪化＊	約３ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。
社会との関わりに関する意向 （本人）（家族）		

７　排尿・排便

失禁 ※排泄の状況ではなく，失禁（漏れている）の状態（コントロールの状況を含む）を把握します。		
86	**尿失禁**	尿失禁の状態はどうか。
87	**おむつ使用**	おむつ，パッド等の使用状況はどうか。

88	**尿カテーテル使用**	尿カテーテルの使用があるか。
89	**便失禁**	便失禁の状態はどうか。
排泄のコントロールに関する意向 （本人）（家族）		

８　褥瘡・皮膚の問題

皮膚・じょく創 ※皮膚の状態を把握します。		
90	**皮膚の問題**	問題があるか，変化したか。
91	**じょく創**	じょく創の状況・程度はどうか。
92	**じょく創の既往**	過去に１度でもじょく創があったか。
93	**皮膚のケア**	抗生剤，ガーゼ等の使用，手術創の手当て等医療的ケアはあるか。
じょく創・皮膚の問題に関する意向 （本人）（家族）		

９　口腔衛生

口腔ケア ※口腔の問題を明らかにします。		
94	**口腔状態の問題**	咀しゃくに問題があるか，食事中に口の中が「乾いている」と感じるか，歯磨きや入れ歯磨きに問題があるか。
口腔衛生に関する意向 （本人）（家族）		

１０　食事摂取

栄養・水分摂取 ※意図しない体重減少を明らかにします。		
95	**極端な体重減少**	１ヶ月に５％，３ヶ月に１０％の減少はあるか。
96	**栄養不良**	極端な栄養不良があるか。
97	**極端な体重増加・肥満**	通常生活に支障のある肥満，呼吸障害はあるか。
98	**食事量，回数の不足**	食事回数は１日２食以下か。２食以下の場合は十分な量が摂れているか把握する。
99	**食事摂取の減少**	間食も含めた２４時間の摂取量の減少があるか。
100	**水分不足**	２４時間の摂取量の減少があるか。

101	**経管栄養，胃ろう**	２４時間の摂取量の減少があるか。
嚥下		
102	**嚥下問題**	飲み込む能力の障害，支障があるか。
食事摂取に関する意向 （本人）（家族）		

１１　問題行動（行動障害）

行動障害 ※苦痛の原因となる，同居者を悩ます行動を把握します。		
103	**徘徊**	徘徊があるか。（目的のある行動を除く）
104	**乱暴な言葉**	乱暴な言動があるか。
105	**乱暴な行動**	乱暴な行動があるか。
106	**混乱させる行動**	音，騒々しい，自傷，ものをかき回す，繰り返す，集める等の行動があるか。
107	**ケアの拒否抵抗**	介護や支援に対する拒否・抵抗があるか。
108	行動障害の悪化＊	約３ヶ月間のうちの悪化があるか。
向精神薬		
109	抗精神病薬	服用しているか。（精神機能や行動，経験に影響する薬。神経系に作用する。）
110	抗不安薬	服用しているか。（不安を取り除いたり，軽くする薬。）
111	抗うつ薬	服用しているか。（うつの症状を軽くしたり，うつを取り除く薬。）
112	催眠薬	服用しているか。（痛みの感覚を鈍らせる薬。鎮静薬，鎮痛薬，麻酔薬、酔わせる物質）
行動障害に関する意向 （本人）（家族）		

１２　介護力

介護力 ※インフォーマルな支援体制を評価します。家族，親戚，友人，近所の人等，定期的だったり，何かあった時に対応している人を把握します。		
113	介護者（氏名・続柄）	主介護者と副介護者は誰か。同居しているか。
114	支援の分野（ADL、IADL、精神的支援等）	支援の分野と内容は何か。
115	介護者が介護量を増やすことの可能性	介護量を増やす意思があるか。可能か。
116	**介護者が介護を続けられる可能性**	介護・支援を続けることができるか。

117	**介護者の周りの人に対する不満**	家族や友人からの支援に満足しているか。
118	**介護者のストレス・負担**	ストレスや怒り，憂うつな気分を表しているか。
同居者		
119	同居者の増減＊	約３ヶ月間に増減はあるか。
120	施設入所についての同居者の意向	同居者は，居宅に住み続けるのではなく，施設に入ったほうがいいと思っているか。
介護力に関する意向 （本人）（家族）		

１３　居住環境

居住環境 ※居住環境が危険か，住めなくなっているかを把握します。		
121	**身体状態から見た居住環境問題**	本人の身体障害の状況から見ての，照明，床の状態，浴室・トイレ，台所，暖房や空調，身の安全，玄関・玄関先，部屋の出入り，動線の段差等の，生活上の支障はどうか。
居住環境に関する意向 （本人）（家族）		

１４　特別な状況

特別な状況 ※虐待やターミナル等，特別な状況を把握します。		
122	**家族・介護者に対する恐れ**	介護をしてもらっている家族やケアのスタッフを怖がっている様子が見られるか。
123	**劣悪な衛生状態**	衛生状態が“異常”に悪いか。
124	**不明な怪我，骨折，火傷**	説明のつかない傷等があるか。
125	**放置，暴力，搾取等**	介護の必要性があるが，適切に対応されていないか。
126	**身体抑制**	四肢の抑制，過度なベッド柵使用，椅子に固定等があるか。
ターミナル		
127	**ターミナル期**	ガンの末期，あるいは終末期であるか。
特別な状況に関する意向 （本人）（家族）		

※　その他

※特記すべきことがあれば把握します。

128		その他，気がついたことがあるか。
介護や自立生活に関する全般的な意向 （本人）（家族）		

（別表）服薬状況

薬剤名	量	効能

使用した課題分析手法名：

利用者名：　　様

ケアプラン策定のための課題検討用紙

アセスメント基準日：　平成　　年　　月　　日

項　目	細　目	ﾁｪｯｸ	検討が必要な具体的状況	原　因	本人，家族の意向	自立に向けた可能性，維持の必要性，低下・悪化の危険性，ケアの必要性	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	ケアの方向性
1．健康状態	① 既往歴							
	② 主傷病							
	③ 症状							
	④ 痛み							
	⑤ その他							
2．ＡＤＬ	① 寝返り							
	② 起きあがり							
	③ 移乗							
	④ 歩行							
	⑤ 着衣							
	⑥ 入浴							
	⑦ 排泄							
	⑧ その他							
3．ＩＡＤＬ	① 調理							
	② 掃除							
	③ 買物							
	④ 金銭管理							
	⑤ 服薬状況							
	⑥ その他							
4．認知	① 日常の意思決定を行うための認知能力の程度							
5．コミュニケーション能力	① 意思の伝達							
	② 視力							
	③ 聴力							
	④ その他							
6．社会との関わり	① 社会的活動への参加意欲							
	② 社会との関わりの変化							
	③ 喪失感や孤独感							
	④ その他							

項　目	細　目	ﾁｪｯｸ	検討が必要な具体的状況	原　因	本人，家族の意向	自立に向けた可能性，維持の必要性，低下・悪化の危険性，ケアの必要性	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	ケアの方向性
７. 排尿・排便	① 失禁の状況							
	② 排尿排泄後の後始末							
	③ コントロール方法							
	④ 頻度							
	⑤ その他							
８. 褥瘡・皮膚の問題	① 褥瘡の程度							
	② 皮膚の清潔状況							
	③ その他							
９. 口腔衛生	① 歯の状態							
	② 口腔内の状態							
	③ 口腔衛生							
10. 食事摂取	① 栄養							
	② 食事回数							
	③ 水分量							
	④ その他							
11. 問題行動（行動障害）	① 暴言暴行							
	② 徘徊							
	③ 介護の抵抗							
	④ 収集癖							
	⑤ 火の不始末							
	⑥ 不潔行為							
	⑦ 異食行動							
	⑧ その他							
12. 介護力	① 介護者の有無							
	② 介護者の介護意思							
	③ 介護負担							
	④ 主な介護者に関する情報							
	⑤ その他							
13. 居住環境	① 住宅改修の必要性							
	② 危険個所等							
14. 特別な状況	① 虐待							
	② ターミナルケア							
	③ その他							

居宅ケアプラン策定のための

課題検討の手引き

2010. 12. 21.（改訂 2015. 12. 25.）

１　健康状態

１－１　痛みのある利用者への対応

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

①　痛みが原因でＡＤＬなど生活に支障のある利用者を把握します。
②　痛みの直接的な影響，痛みを怖がる，痛みによる関係の減少，鎮痛薬の副作用などの影響を検討します。

（２）痛みを把握するポイント

①　痛みの訴えや様子があった

（３）痛み

痛みをもっともよく説明できるのは本人です。本人の言うことを注意深く聞き，その訴えを先入観なく検討する必要があります。
痛みは，「締め付けられる」「かじかむ」「こる」「冷たい」「重い」というように表現される場合もあります。
高齢者の多くは痛みを抱えており，痛みがあることによって，生活の質（ＱＯＬ）にも影響がでます。また，その痛みは長い間続くことが多いため，適切な評価と対応が必要です。

①　身体的，機能的，心理社会的障害
②　ＡＤＬ，睡眠，食欲，恐れ，気分の低下
③　社会活動からの引きこもりや対人関係の悪化や妨げ
④　運動を妨げることによる筋力低下や転倒の危険性

（４）痛みと痛みによる支障への対応指針

痛みが問題であることがわかったら，家族，看護師，医師等と協力して対応します。

痛みについて詳しく把握します

①　発症時期
痛みが起きた時期を把握します。
②　変化
痛みの変化と変化の状況を把握します。
③　痛みの部位
痛みを感じている部位を把握します。
④　痛みの種類と頻度
痛みが持続的か断続的か把握します。断続的ならその頻度・持続時間，どのような状況で起きるか把握します。
⑤　程度
痛みの程度，体位，歩行の困難，涙，活動の制限等痛みによる支障，何によって軽

減するか等を把握します。

⑥　性質

チクチク，脈打っている，灼熱痛，切り込まれるような痛みかなど．どのような傷みか，高齢者自身の感覚で痛みの質を評価します。

⑥　悪化

何が痛みを増し，何が痛みを軽減させているか把握します。

⑦　鎮痛薬

痛みを和らげるために使用している薬と使用方法，効き目を把握します。

対処方法

主治医に相談の上対応します

①　痛みの原因の把握
②　鎮痛薬の使用
③　痛みを和らげる方法（温める，冷やす，姿勢を変える，マッサージをするなど）
④　家具や用具類を利用者に合わせる

痛みの影響を把握し対応する

①　痛みによる影響に対応します。
②　痛みを和らげる対応をします。

１－２　脱水症状

（１）　ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

①　脱水症になる危険性を少なくします。
②　家族やケアスタッフが，脱水になる原因や脱水による症状に気をつけることができ，対応できるようにします。

（２）脱水を把握するポイント

①　発熱がある
②　食事や水分の摂取量が目立って減少
③　水分摂取の不足

（３）　脱水

摂取する水分量より，失われた水分が多い状態です。

水分は，組織の物理的支持，細胞への栄養分の輸送と老廃物の排泄，体温の調節を含む複雑な代謝機能に必要です。

脱水の種類

① 高張性脱水
塩分よりも水分が多く失われる脱水。高ナトリウム血症となります。発熱が続いたり，非常に暑いところで過ごすなど，肺や皮膚からの不感蒸泄による水分が喪失するときに起きます。

② 等張性脱水
水分と塩分の両方の喪失による脱水。ナトリウム濃度は正常ですが，循環血液量の減少がみられます。食欲が減退しているために食事や水分の摂取が減少していたり（水分・塩分摂取の低下），嘔吐や下痢の症状がみられる場合（水分・塩分の過度の喪失）などに起こります。

③ 低張性脱水
水分よりも塩分の喪失が大きい場合，等張性脱水時に水分のみの補給が行われた場合の脱水。低ナトリウム血症となります。

脱水の症状

① 脱水によって生じる症状には，体動によるめまい，口唇の乾燥，便秘などがあります。
② 重症になると，精神的な錯乱や身体機能の低下，皮膚の損傷がみられるようになり，感染や転倒をしやすくなり，腎不全に陥って死に至ることあります。
③ 高齢者の脱水は急性疾患に伴って起こることが多く，脱水が原因で入院した高齢者の死亡率は高い。

脱水の危険性

高齢者の場合，過度の水分喪失よりも不適切な水分摂取に関係することが多い。

① 高齢者の腎臓は，若年者と同じようには，尿を濃縮できない．水分摂取が不十分な場合，あるいは水分の喪失が増加した場合，高齢者は脱水を回避するだけの十分な水分量を保持できない可能性があります。
② 加齢とともに，口渇感を感じにくくなります。高齢者は失われている水分を補充するために適切な水分量を摂取する必要性を十分認識できない場合があります。
③ 薬物療法を受けている場合，水分摂取の減少を招くような食欲減退，吐き気を引き起こすことがあります。
④ 嚥下困難や尿失禁を緩和する試みとして，水分摂取を計画的に制限している場合があります。
⑤ 身体の水分量や均衡を適切に維持することを助ける多くのホルモンの量が，加齢とともに低下します。

１－３　高齢者の心臓と肺の機能

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

① 心臓や肺（呼吸）の症状を，ただの老化現象として扱い，適切な医療やケアを受けていない利用者を把握して対応します。
② 心不全や結核など，医療的対応を必要とする高齢者に多い問題に気をつけて対応できるようにします。

１－４　服薬管理と効果

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

①　服用している薬を把握し，その薬が効果的・効率的に作用するようにします。

１－５　向精神薬を服用している利用者への対応

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

①　向精神薬を服用している利用者のなかで，その作用・副作用の様子観察が必要な人を把握して対応します。

（２）向精神薬について把握するポイント

向精神薬を服用し，①せん妄がある。②意思決定，コミュニケーションに支障が出ている。③気分や行動に支障がある。④行動障害が悪化している。⑤ふらつき，移動の援助，転倒があった。⑥失禁があった。⑦妄想や幻覚が見られた。

（３）向精神薬

精神に働きかける作用を持ち，精神科などで使用される薬剤です。

催眠薬（睡眠薬）	睡眠を引き起こす
抗精神病薬（強力精神安定薬）	①不安・焦燥・興奮を鎮める，②幻覚・妄想等の異常体験を軽減する，③意欲をたかめるといった作用を持ち，いわゆる精神病に使われる
抗不安薬（精神安定薬）	不安感をとる
抗うつ薬	うつ状態を改善する
抗躁薬	躁状態を改善する
気分調整薬（気分安定薬）	気分の波を抑える
精神刺激薬（覚醒薬）	気分を持ち上げる
抗てんかん薬（抗けいれん薬）	てんかんの発作を抑える
抗パーキンソン病薬	パーキンソン症状を和らげる
抗酒薬	アルコールの分解を妨げて，アルコール依存症の治療に用いられる
認知症治療薬	認知症の治療に使われる
漢方薬	精神科領域でも様々な場合に使われる

高齢者，特に慢性疾患をもっている人では，向精神薬による副作用，あるいは他の薬剤との相互作用が起こりやすい状況にあります。

向精神薬は精神症状や行動面の症状を軽減すると同時に，ＡＤＬやＩＡＤＬ，認知機能を低下させることがあります。

（４）向精神薬副作用等へ対応指針

モニタリングの必要性

① 精神症状や行動の問題が実際に軽減されているか。
② 副作用の観察や，向精神薬の副作用の可能性が把握されているか。

ケアの方向

① 医師との連絡をとります。
医師が利用者の症状と薬剤の使用の両方に関係する情報を確実に知っているように情報を共有します。

② 観察して対応します。

ア せん妄
イ 行動や気分の問題
ウ アルコールの問題
エ 歩行の支障
オ 尿・便失禁
カ 妄想，幻覚，猜疑心
キ 体重の変化
ク 口腔乾燥

１－６ アルコール問題への対応

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

① アルコール乱用，アルコール依存症を把握します。
② 代謝の低下，持病，薬等との関連によって，大量の飲酒でなくても危険となる場合があるので検討します。

（２）アルコールによる支障を把握するポイント

① 自分が，お酒の量を減らしたほうがよいと思った。
② 家族や周りの人から減らすように言われた。
③ 家族や周りの人がお酒のことで心配している。
④ 迎え酒をした。または一日中飲酒していた。
⑤ 飲酒が原因で問題をおこした。
⑥ その他，危険な飲酒の可能性がある。

飲酒の影響を明らかにするため，飲酒の回数と量を尋ねます

① 平均的な１週間で１杯以上飲酒した日数
② 通常飲む１日当たりの量

（３）アルコール

① アルコールの乱用と依存
ア アルコール乱用
量に関わらず，身体・精神的・社会的・経済的に問題を引き起こした飲酒の仕方。
イ アルコール依存症
飲酒をコントロールできない，絶えずお酒のことを考えている，アルコールの悪影響にかかわらず飲酒を続ける，あるいは思考にゆがみ（とくに飲酒に問題があることを否認する）のある病的な状態。

～アルコール依存症～

アルコール依存症の患者は，アルコールによって自らの身体を壊してしまうのを始め，家族に迷惑をかけたり，様々な事件や事故・問題を引き起こしたりして社会的・人間的信用を失ったりすることがあります。症状が進行すると，身体とともに精神にも異常を来たす深刻な病気です。

以前は慢性アルコール中毒，略してアル中とも呼ばれていたこともありますが，現在では通常患者を侮蔑したり患者自身が自己卑下して使う差別的表現であるとみなされており，ほとんど使われることはありません。かつては，このような状態になってしまうのは本人の意志が弱く，道徳観念や人間性が欠けているからだと考えられてきましたが，最近では医学的見地から精神疾患の一つとして考えられるようになっています。飲酒が自分の意志でコントロールできなくなる症状を精神的依存，震顫妄想などの退薬症状（離脱症状，リバウンドともいう）を身体的依存と言い，アルコール依存に限らず他の様々な薬物依存症も同じような特徴を持っています。

厚生労働省が推進する「健康日本 21」の中では，アルコール依存症の発症リスクが少ない「節度ある適度な飲酒」は壮年男性の場合純アルコール量換算で１日 20g 以下であるとの数値を示しています。これは１日ビール 500ml（日本酒１合弱，25 度焼酎なら 100ml，ワイン２杯程度）に相当します。１日の飲酒量がこの３倍以上になると「飲みすぎ」となり，アルコール依存症になるリスクが高まると警告されています。単純計算すると１日にビール３本，日本酒３合弱，25 度焼酎 300ml，ワイン６杯程度を超える量にあたります。

中年男性の３割以上が適正外飲酒に相当し，その多くはほぼ毎日常習しているので，アルコール摂取のコントロールが失われており，問題視されてきています。

いったんコントロール障害を起こしてしまうと，一生もとに戻らない。するめがいかに戻れないのと同じである。だから，アルコールで問題を起こしたくないと思えば，完全にアルコールを断つ以外に方法はない。

コントロール障害を起こしているかどうかは，検査では分からない。その人のアルコールの飲み方で判断するしかない。

１ 飲酒の時間，場所，量などが住んでいる社会の基準から外れてくる。サラリーマンの場合は，週日に昼間から飲む，職場で飲むなどは常識的ではない。
２ 毎日ほとんど同じパターンの飲み方をする。初期から中期の人は一日も休むことなく，ほぼ同じ時間に同じ量のアルコールを飲んでいる。

さらに進むと，目を覚ますと酒を飲み，酔っぱらって寝てしまう，再び目を覚ますとまた

飲むということを繰り返しながら何日も飲み続ける（連続飲酒発作）。このときは，飲むことと酒を買いにいくこと以外のことはほとんど何もできない。数日から十数日すると，身体がアルコールを受けつけなくなって，飲酒が止まる。その後しばらくは全く飲まないで過ごす。アルコール依存症が進行すると，連続飲酒発作と断酒を繰り返すようになる。

３　今日は少量で切り上げようと決意して飲み始めるが，その通りに実行できない。また，何度も断酒を試みるがいつも失敗に終わる。適量で切り上げることもできないし，自分の力で止め続けることもできない。

４　「これ以上飲んだら，いのちが危ない」，「離婚する」，「解雇する」などと言われてもなおアルコールを断つことができない。

５　ふるえ，発汗，不眠，焦燥感などの離脱症状を予防したり治したりするために飲酒する。このときは，強度のアルコールでも水を飲むよりも早く飲む。

６　いつでもアルコールを飲めるように準備している。夜中でも買える所を知っている。酒を隠しておく。残りのアルコールが少量になると，次を準備しないと落ちつかない。

７　飲酒のために多くの時間とお金を使い，仕事，家庭での役割，付き合い，趣味などをおろそかにする。

いったんアルコール依存症になった人のほとんどは，二度と普通のお酒のみには戻れないこと，健康な生活を続けたければ一滴のアルコールも口にいれてはいけないことを，しっかりと覚えておいていただきたい。

次のように考えている人は，まだ断酒しようとは思っていないのであり，さらに病気が進行する可能性がある。

(1)　飲み過ぎが悪いのだから，二合以上は絶対に飲まないようにしよう。
(2)　週日には飲まないで，土曜日の晩だけ飲むことにしよう。
(3)　強いアルコールに手を出すとよくないので，ビールだけ飲むことにしよう。
(4)　意志さえしっかりしていれば，飲んでも問題は起こさないだろう。
(5)　もう３年もやめたのだから飲めるような体になったかも知れない。
(6)　ちょっとくらい飲んでも，酒を切って病院に帰ればわからないだろう。
(7)　やめようと思えばいつでもやめられるので，アルコール依存症ではない。

毎日飲まずにいられないのがアルコール依存症ではない。アルコール依存症の人は，飲まないでいることはできる。しかし，飲み始めるとほどよいところで止められなくなる。

（診断基準）

過去の１年間のある期間に，下記の６項目のうち３つ以上が同時に起こっているときにのみ，アルコール依存症と診断する。

(1)　アルコールを飲みたいという強い欲求がある。また，飲んではいけないと思いながらつい飲んでしまう。
(2)　飲酒の時間や量をコントロールすることができない。
(3)　飲むのを止めたり量を減らしたりすると，離脱症状が出る。
(4)　酔うために必要なアルコールの量が増えてきている。
(5)　飲酒に関することに多大の時間，お金，労力を使い，それ以外のことをおろそかにする。
(6)　飲酒によって問題が起きているのが明らかであるにもかかわらず，飲み続けている。

～スリップ～

アルコール依存症者が依存症から立ち直り回復するために一切のアルコールを断ち，断酒生活をしているにもかかわらず，一杯の酒に口をつけてしまうこと。

酒の量に関わらず，断酒生活中に再飲酒すると期間に個人差はあるが連続飲酒発作にまで至ると言われている。

アルコール依存症は決して完治することのない死に至る進行性の病。アルコールを断つ事で回復し寛解するが，スリップ（再飲酒）する事で簡単に再発する。スリップとは発病のことである。

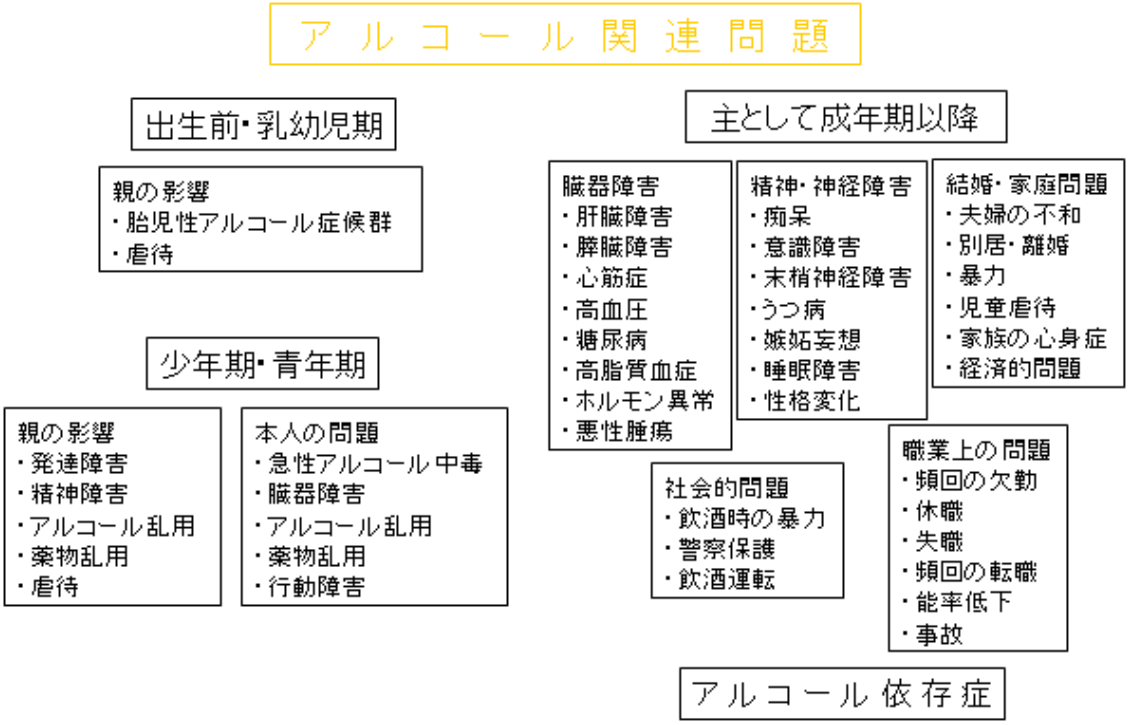
～ドライドランク～

「空酔い」と訳されているが，ドライドランクと使用されることが多い。

アルコール依存症者が飲まないでいるときに，苛立ち，絶望感，攻撃性などの徴候が認められ感情のコントロールが出来ない。それが酩酊時の徴候とよく似ていることから名付けられたもの。

単なる苛々などの不安定な感情の状態だけの事もあれば，飲んでいないのに吐く息までを酒臭く感じたり，二日酔いの気分の悪さを味わったり，手に震えが起きたり，症状は多岐に渡る。

個人差は大きいが，酒を完全に断ってからでも数ヶ月から１年間くらいは起こりうる症状だが断酒期間と共に症状はうすらぎ，発生の回数も減る。



② 問題の背景

ア 少量の飲酒は健康に良いという報告もありますが，アルコール依存症になれば，明らかに身体的，社会的，心理的な問題を引きおこします。

イ アルコール依存症者は，飲酒に問題があることを否認することが多いために発見が困難であり，多くの場合家族が飲酒で紅潮した顔や機能障害，空の酒瓶や缶を観察して問題に気付くことが多いという状況です。

ウ 高齢者の場合は，以下の３つの理由により，適正な飲酒をしている場合にも飲酒が危険になる可能性があります。

a 加齢によるさまざまな生理的な変化があるため，若者よりも飲酒に伴う危険性が高い。

b　高齢者はアルコールが悪影響する疾患を有していることが多い。
c　高齢者が使用している薬剤のなかには，アルコールとの相互作用により悪影響をもたらすものがある。

（４）アルコールについての対応指針

①　酒による生活全体への影響を把握します。
つまり，飲酒の結果生じた，身体的，精神的，社会的，経済的問題の関連を分析し，再発の危険性や依存症の有無を確認します。特に転倒や外傷は少量の飲酒でもおこる可能性があることに留意します。
②　「アルコール乱用」か「アルコール依存症」かを把握します。
飲酒の量や頻度に対するコントロールを失っていれば依存症の可能性が高くなります。つまり，今日は飲むまいと思っても飲んでしまい，一旦飲み出したら途中でやめられず，とことん飲むような状態です。専門医の診断を仰ぎます。
これに対して「乱用」では，このような飲酒行動の異常がみられない状態で問題が発生している状況です。
③　「アルコール依存症」の場合は，飲酒行動自体に対するケアプランと，飲酒による生理的心理的な影響に対するケアプランを作成します。
④　乱用や依存症が見られない場合でも，潜在的な危険性があるため，飲酒量を把握します。

追加のアセスメントをします

①　飲酒の頻度と量，飲酒のパターンを詳細に把握します。
ア　過去のアルコール乱用や依存症治療の既往
イ　アルコール乱用や依存症が，高齢者の生活に与えている影響の程度（身体的健康，精神的健康，家族や社会との関係，経済状態）
ウ　高齢者自身の問題認識
②　アルコール乱用および依存症の影響を把握します。
アルコールによる身体的，社会的，心理的，経済的な問題は相互に関連した形で発生する場合が多い。特に飲酒運転は大きな社会問題です。これを検討する際は，アルコール乱用や依存症の有無を併せて確認する必要があります。飲酒はインフォーマルな援助者や在宅サービスの提供者の対応にも影響し，支援体制がもろくなりやすい。
健康問題としては，大量の飲酒は，以下のようにほとんどすべての臓器に悪影響し，また，転倒，外傷，薬物乱用の危険性を高めます。
ア　中枢神経系の障害（短期記憶・抽象的思考・認知能力の低下）
イ　消化器系の障害
ウ　循環器系の障害
エ　心血管等の障害
オ　栄養不良，肝硬変，食道がんの有病率が高い

アルコール依存症に対するケアプラン

入院治療のほか，向精神薬の使用，行動療法，断酒会への参加など心理・社会的な介入方法が考えられます。専門医の指示に基づきます。

①　短期間の入院治療はアルコール依存症の「解毒」や離脱症状に適切に対応するた

めに必要な場合があります。

② 向精神薬も解毒の際にしばしば有効でありますが，高齢者への使用には注意を要します。

③ 多く用いられるのは断酒会など集団療法です。

集団療法に参加することにより，自己像を認識し，不安を分かちあい，対人関係を再び形成する能力を回復する機会を得ることができます。高齢者の場合は，同じ年齢層のほうが効果的であり，同性の者でグループを構成したほうが成功するという報告もあります。

④ アルコール依存症は，特に早期発症の場合，治療が困難であり長期にわたる慢性的な疾患です。

アルコール問題の専門家，特に高齢の患者を扱う専門家に紹介することが必要な場合があります。

⑤ いずれの治療の過程にも，家族などの利用者を支える支援者の関わりは欠かせません。

家族が利用者の行動によって深刻な精神問題や，ときには身体的外傷に苦しむことが多いため，最初に家族に焦点を当ててケアプランを考えなければならない場合が多くなります。

危険な飲酒

① アルコール乱用や依存症がなくても，アルコールは薬剤との相互作用により，深刻な問題を生じることがあります。

そのため，観察された問題と薬剤の服用，飲酒との間に時間的な関係があるか検討する必要があります。以下はアルコールと薬剤の相互作用の一例です。

ア 抗不安薬や睡眠薬（ジアゼパムなど），抗精神病薬（クロルプロマジンなど），バルビツール酸（フェノバルビタールなど），鎮痛薬，抗ヒスタミン薬の服用，飲酒が同時に行われる場合：判断力の低下，意識の覚醒度の低下，錯乱，認知症様の症状，などが起こり得る。また，アルコールはこれらの薬剤の代謝に影響し，その結果，薬効が強まることがある。

イ アスピリン服用と飲酒：胃腸障害が起こる危険性がある。

ウ 利尿薬服用と飲酒：血圧低下やめまいを引き起こすことがある。

エ 一般的に肝臓で代謝される薬剤：飲酒者に問題を起こす可能性がある。

危険な飲酒に対するケアプラン

飲酒行動に対する治療は普通必要ありません。むしろケアマネジャー等の支援者は，本人がアルコール依存症者ではないことを十分知っていると当人にわかってもらうように努め，健康と飲酒との相互作用についての教育を受けるための支援をする必要があるということです。

１－７ 喫煙問題への対応

禁煙の効果

① 心筋梗塞，間欠性肢行，慢性気管支炎（これら喫煙との関係が良く知られている疾病のリスクを下げます。疾病がすでに発症している場合でも当てはまります。）

② 突然の心臓死（２，３日間禁煙するだけで，血中の一酸化炭素が排泄され，突然の心臓死のリスクを非喫煙者と同等に減らすことができます。）
③ 骨粗鬆症（喫煙は骨密度を低下させ，骨の損失率を高めるため，骨粗鬆症の重要な危険因子です。）
④ 呼吸機能への影響（体力と自立度に直接的な影響を与えます。）

２　ＡＤＬ

２－１　ＡＤＬの改善と支援　日常生活動作（Activities of Daily Living）

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

①　日常生活活動（ＡＤＬ）が改善する可能性のある利用者，ＡＤＬの低下を遅らせることのできる可能性のある利用者を把握します。
②　ＡＤＬ障害の原因を理解したうえで，自立への意欲のある利用者や，障害になってからの期間が短い利用者などを把握し，目的のある運動等の機能訓練を検討します。
③　ＡＤＬの改善が難しい場合は，必ず行わなければならないケアを検討します。
　必ず行わなければならないケアは，改善のためのケアと同時に行う場合もあります。

～「可能性に対応するケア」と「必要性に対応するケア」に分類して整理します～

可能性に対応するケア

①　改善する，もしくは元に戻る可能性があるところ。
②　今の状態を続けられるようにする必要があるところ。
③　悪化を予防，低下するのを予防する必要があるところ。

必要性に対応するケア

①　ＡＤＬ障害を踏まえた上で，必ず行わなければならないケア。（介護や対応）

（２）ＡＤＬ改善・維持などの可能性を予測するポイント

改善・維持を予測するポイント

①　ＡＤＬ項目で介助を受けている。
②　相手の言うことをほぼ理解できる。
③　最近３ヶ月以内にＡＤＬが低下してきている。
④　ＡＤＬに支障をきたすような症状がある。
⑤　利用者本人，家族，ケアマネ等はＡＤＬが改善すると思っている。

悪化・低下を予測するポイント

最近３ヶ月以内にＡＤＬが低下してきているかどうかの他，以下ににについて確認します。
①　じょく創を予防
　寝返りできない，失禁による汚れがある，栄養が不足している，じょく創の既往がある，など。

② 失禁の悪化を予防
失禁（機能性，腹圧性，切迫性，溢流性，真性，反射性）がある，など。
③ 筋力低下を予防
ベッドの上で過す時間が長い，運動不足，家から外に出ない，家事をしない，など。
④ 拘縮を予防
麻痺がある，関節可動域に制限がある，身体を動かすことが少ない，など。
⑤ 転倒を予防
最近３ヶ月以内に転倒したことがある，歩行が不安定だが歩いている，認知に障害があり危険の理解が難しい，パーキンソン症候群である，せん妄がある，向精神薬を服用している，など。

（３）ＡＤＬ

ＡＤＬに障害があることは，生活に大きな影響があります。介助を受けることは，心苦しい想いをする，孤立する，自尊心を失う，などにつながることがあります。
ＡＤＬの障害が進むと，自宅での生活が続けられなくなる可能性が高くなるほか，じょく創や失禁，筋力低下，拘縮，転倒などの悪化の危険性も高まります。ＡＤＬ低下の大まかな原因がどこにあるのかを把握する時には，表１を参考にします。

表１　ＡＤＬ低下の原因

① 病気のため ア 急性期の病気 イ 持病の進行 ウ 痛みを伴う症状 エ 認知症 オ 精神疾患 ② 怪我のため ③ 障害のため	④ 動かない（廃用）ため ⑤ 生活習慣のため ⑥ 悩み・不安等のため ⑦ 環境のため ⑧ 薬のため ア 薬が合わない イ 向精神薬のため

（４）ＡＤＬの改善・維持・予防に向けての対応指針

医療的な問題に対応して解決します

ＡＤＬが最近低下した利用者で，身体の状態の悪化，ＡＤＬに支障をきたす症状がある場合などに医療的な問題に対応して解決します。
① ＡＤＬが低下・悪化した時期と，病気や症状の関連性を把握します。
表２の病気や症状がないか確認します。もし該当すれば，それに対してどのような対応がされているのかを確認します。対応されていなければ主治医に照会して解決（治療）します。

表２　ＡＤＬ障害の原因となる病気や症状

医療／身体的問題	心理社会的／環境的問題
慢性疾患の突然の進行，関節炎，脳血管障害，うっ血性心不全	事故
冠動脈疾患	問題行動
脱水	うつ
せん妄（急性の錯乱状態）	治療を守らない
進行した認知症	身体抑制
肺気腫，慢性閉塞性肺疾患（COPD）	精神科疾患
骨折	社会的孤立
感染症	薬物の副作用，とくに向精神薬や鎮痛薬
栄養障害	入院
痛み	
パーキンソン症候群	
薬物乱用	
甲状腺疾患	
不安定な状態または急性期	
視覚障害	

機能訓練，運動などの計画が合っていたか，効果的だったか確認します

①　本人が機能訓練に前向きでない，良くなると思っていない。
②　予定のとおり実施するのが苦痛。
③　家族などからの支えや励ましがない。努力や効果に対する褒め言葉，応援がない。
④　逆効果を心配している。
⑤　経済的余裕がない。

機能の改善を検討して対応します

ＡＤＬが最近の低下してきた利用者で，状態が安定している場合に，改善に向けての対応を検討します（ＡＤＬを特定します。）。

また，最近低下してきたＡＤＬを改善する具体的な方法や可能性についての情報をお知らせすることが重要です。利用者も家族も具体的に何をどのようにすれば回復できるのか，というはっきりとした情報が必要です。

①　機能訓練などによってＡＤＬ改善につながるポイント

ア　はっきりした機能訓練の目的，生活の目的を持っているかどうか。

イ　治るところ，元に戻るところを把握しているかどうか。

ＡＤＬ障害の原因の，病気，怪我，廃用など，回復する可能性がどれだけあるかを把握します。

ウ　意欲があるかどうか。

利用者本人や周りの人の「意欲」が重要です。本人や周囲の人が「もっとよく

なるはずだ！」と思っている場合，効果的な機能訓練につながる可能性があります。また，ある程度の認知障害があっても，意欲があれば機能の低下を遅くできる可能性があります。

② 訓練を行う時に気をつけること。

ア 本人が，新しいことを始めるという意識が持って取り組めるように，ＡＤＬ訓練は時間や場所などをきちんと決めて行います。

イ 訓練しているＡＤＬを，家族の助けを借りて少しずつ実践できるようにします。

ウ 継続して実施します。

エ 日常の動作や活動を広げることは，危険も伴うため，段階的にゆるやかに進めます。

オ 訓練の手順を急に変更すると，機能低下を招くことがあります。

③ どのＡＤＬについて訓練するか

ア 本人や家族にとって意味のあるＡＤＬを訓練の対象にします。

本人か家族のどちらかが訓練に対して積極的であれば良いですが，両方とも積極的でなければ，効果が出るのは難しくなります。

イ 新しく出来るようになったことや，改善したところを伸ばすようにします。

理学療法や作業療法など専門家のリハビリテーションを受けている場合，それらのリハビリテーションによる成果があったＡＤＬに着目します。リハビリテーションの成果を家族に知らせるだけでも，家族は援助をするだけでなく，本人の自立を支えようとするようになってくれるはずです。

理学療法や作業療法を受けていない場合，最近低下した機能のうち，少しでも回復しているＡＤＬに着目します。

④ 訓練方法の検討

ア 具体的な訓練をするために，着目するＡＤＬやＩＡＤＬの状況を明らかにし，次に家族がどのように支援できるかを明らかにします。

ほとんどの高齢者は，ある程度ＡＤＬの能力を残しています。ＡＤＬの障害は，まず「更衣」「整容」に表われ，次が「移乗」と「歩行」であり，最後まで能力が保たれることが多いのは「食事」と「寝返り起き上がり」です。このことは，「食事」と「更衣」の両方に援助を必要とする利用者の場合，ＡＤＬ訓練の対象は「食事」を先にしたほうが，回復しやすいことになります。

イ 本人がいくらか自立しているＡＤＬを選び，家族や本人から情報を得ながら整理します（表３）。

どこに問題があるのか，ＡＤＬが障害されている原因（身体的な問題か，認知の問題か，環境的な問題か）についてお互いに理解することができます。

ウ 着目するＡＤＬやＩＡＤＬの状況を明らかにします。

ＡＤＬを動作分割して具体的な動作を目標にすることによって，利用者も家族も目標の達成を短期間に実感することができます。（表４）

エ 家族がどのように支援するかを明らかにします。

家族が「１人でするのは大変だ」とか「時間がかかりすぎる」と思い，手をかけすぎているために，本人が自立できていないことがあります。この場合，自分でできるところは介助を受けないで，自分で最後まで行うことの重要性を利用者と家族に伝え，利用者が自分でそのＡＤＬを行う機会を増やすことが重要です。

オ 自分でどこまでできるか明らかにします。

表５の項目について確認し，本当に必要な援助方法を明らかにします。

表５の項目は，ＡＤＬ能力を本人の身体機能と精神機能，介護者の援助能力も見て確認するものです。

カ 動作を一部分しか行うことができない利用者の場合，どのような方法，またはきっかけが，その動作を最後まで自分で行うために良い援助なのかを検討します。

（言葉による促し，身体的な誘導，動作分割，訓練に合間をおくなど）

キ　このような訓練がうまくいくためには，家族が本人の自立を支えるという役割を理解して働きかけることが重要です。

この場合は，毎日一貫した援助を行う必要があります。

表３　ＡＤＬの確認

ＡＤＬ援助を行っている理由	（精神）　順番を間違える，動作を終えられない，不安による制限など （身体）　体力低下，可動域制限，協調運動の低下，視覚障害，痛みなど （環境）　間取り，居室の状況家族の支援状況（過介護か）など
更衣	
入浴	
トイレ	
移動	
移乗	
食事	

表４　ＡＤＬ改善の目標

機能訓練の具体的目標を決める	１：現在のＡＤＬを維持するための目標 ２：現在のＡＤＬを改善するための目標（現在できていないが，あと少しでできそうなことを選ぶ。）				
更衣	入浴	トイレ	移動	移乗	食事
衣服のあるところに行き，選び，手にとる	浴室・シャワー室に行く	トイレまで行く（夜間のポータブルや尿器も含む）	室内を移動する □	姿勢を整え準備する	開ける/注ぐ/ラップをとる/切るなど
上半身/下半身の衣服をつかみ/一旦身につける	水を出す，温度を調整する	チャックをおろしたり，ズボンをさげる	同一階を移動する □	椅子やベッドに近づく	箸や茶碗，コップを握る
スナップやファスナーなどをとめる	体を洗う（背中以外）	トイレに移乗し，姿勢を整える	自宅内を移動する □	椅子やベッドの準備をする（座布団を置いたり，カバーをはずす）	箸やスプーンを使う（必要なら指を使う）
正しい順に着る	体を流す	トイレに排泄する	屋外を移動する □	移乗（立つ/座る/持ち上がる/ころがる）	噛む，飲む，飲み込む
それぞれの衣類をつかむ，脱ぐ	タオルで体を拭く	トイレットペーパーをちぎり，おしりを拭く	でこぼこ道を移動する □	移乗後の姿勢を立て直す	食事が終わるまで繰り返す
元どおりに戻す	その他	トイレを流す	その他 □	その他	おしぼりを使う，口や手をきれいにする
その他		衣服を整え，手を洗う	※車椅子は□をチェック		その他

表５　　ＡＤＬ能力の確認

ＡＤＬ能力を正しく評価するため，以下のことを確認します。
１：動作を行うときに順番を間違うことはあるか。 食事の場合「食べ物を箸でつまみ，口元にもっていき，食べる」，更衣の場合「下着を上着の前に着る」など。 ※皿と箸を本人の前に置いたり，着るものを順番に並べるなどの準備をすることで，身体的な援助はなくても自分で行えるか。
２：動作を行うときに途中で気が散ることがないか。
３：単純な指示でできるか。 介護者が「お茶を飲んでください。」というと飲むだろうか。
４：動作を始めることができるか。 いつも使っているもの（箸や歯ブラシなど）を手渡されれば，適切に使い始めることができるだろうか（箸や歯ブラシを口の中にもっていくなど）。 ※始められない場合，ＯＴ・ＰＴなどの専門家の評価を受ける必要があるか。
５：動作を１度始めれば，続けることができるか。 たとえば，１度食べ始めると食べ続ける。
６：介護者の身振りを真似ることができるか。 利用者と向き合い，眼を合わせて，単純でなれた動作（そでに腕を通す，口に触れるなど）をすると，真似ることができるだろうか。
７：身体的な援助を１度すると，動作を続けることができるか。 介護者がフォークに食べ物をさし，手に持たせ，腕を誘導して口元に持っていけば，食べ続けることができるか。

②　補助具の使用を検討します。

利用者本人が自分で動作するのに非常に時間がかかったり，とても大変であれば補助具の使用を検討し対応します。

また，次のことも確認して対応します。

ア　障害を補う補助具を持っているか。

イ　障害に合っていない用具を使っていないか。

ウ　持っているが使用しない，間違った使い方をしていないか。

機能の維持を検討して対応します

ＡＤＬがしばらく変わらない場合，全身運動などによる機能の維持を検討し，対応します。

①　家族の介護は，良かれと思ってしていても不適切なことがあります。

不必要な援助や誤った方法で援助をしていると，利用者が頼りすぎるようになるばかりか，介護者にとっても身体的精神的な「燃え尽き」を引き起こす危険性があ

ります。
② 機能維持のポイントを把握します。
ア 本人が自分のことをもっと自分でする気があるか
イ 利用者にとって自立することの意味は大きいか
ウ 家族や専門家があきらめていても本人は自立することに関心があったり，やる気はある
③ ②のような場合，特定のＡＤＬに焦点をあてるのではなく，全身運動が有用です。ほとんどの高齢者にとって，これらの１つか２つは役に立ちます。
ア 持久力の不足がある場合，心拍数と呼吸数を増加させる運動（散歩，ダンス，庭仕事など）を加えます。
イ 可動域の制限がある場合,補助具を使ったり,家具を使いやすいように工夫する。ストレッチ運動により，柔軟性が増し可動域を拡大できることがあります。
ウ 筋力低下がある場合，必要な栄養補給をしながら，筋力トレーニング（ダンベル体操など）を徐々に強くします。
エ バランスや姿勢保持能力が障害されている場合,見守りの上での運動を試みます。
オ 痛みによる機能制限がある場合，現在の方法を見直す必要があります。

悪化・低下の防止を検討して対応します

機能訓練をすることによって，じょく創や失禁，筋力低下，拘縮，転倒などの危険性を予防します。
自分で行う運動や機能訓練だけでなく，他者が動かす運動や介護により悪化を予防します。
① じょく創を予防します。
② 失禁の悪化を予防します。
③ 筋力低下を予防します。
④ 拘縮を予防します。
⑤ 転倒を予防します。

２－２ 転倒防止

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

① 最近転倒した利用者を特定します。
② 転倒の危険性のある利用者を特定します。
③ 転倒の危険性を予測します。
④ 転倒と，転倒による障害をできるだけ少なくします。

（２）転倒の危険性把握のポイント

① 最近３ヶ月以内に転倒したか，何回転倒したか。
② 錯乱・混乱，めまいなどの意識の変化が見られたか。
③ アルツハイマー型認知症で治療を受けているか。
④ パーキンソン症候群で治療を受けているか。
⑤ 歩行が不安定だが，歩いているか。

（３）転倒

高齢者の転倒は非常に多く，様々な原因によっておこり，骨折などの怪我や後遺障害によるＡＤＬの低下だけでなく，死因となることがあります。
また，転倒は，まだ気づいていなかった病気を知るきっかけにもなり，対応することで機能低下を予防することができる場合があります。

① 在宅高齢者の３割が転倒し，そのうち約半数が２回以上転倒します。
加齢によって転倒の危険性は増え，その頻度や死因となる可能性も増えます。転倒は骨折につながり，最も深刻なものが大腿骨頸部骨折です。
② 転倒が「転倒を怖がる」ことになり，そのことが活動制限につながります。
③ 危険な環境や急性疾患の発病が直接のきっかけになります。
④ 転倒の原因
ア 病気や障害など
a 各種歩行障害（たとえばパーキンソン症候群，多発性脳梗塞，筋力低下）
b 起立性・食後性・薬剤誘発性の低血圧症（意識喪失も転倒の原因になる）
c 骨の痛みや変形，下肢の長さの左右非対称，骨折や関節炎などの整形外科の疾患による重心のずれ
d 視覚，内耳，平衡感覚の障害
e 判断力の低下による危険な行動をとってしまう，うつ，せん妄，認知症
イ 薬や環境など
a 低血圧症，錐体外路症状，注意力が低下する鎮静薬，神経弛緩薬，抗うつ薬，心血管系の薬剤
b 飲酒による酩酊状態，アルコールの摂りすぎによる末梢神経などの障害
c 不十分な照明，滑りやすい敷物，固定していないカーペット，階段，滑りやすい床，段差のある床

（４）転倒に関する情報を把握するポイント

① 情報を把握し，医師と連携をとります。
症状がある場合には，まず診察を受けます。
ア いつもの生活をしている時に転倒したのか。通常でない活動や動作の時に転倒したのか。
イ 転倒した時，まわりの環境はいつもと同じであったか。通常と違う環境だったのか。
ウ どの時間帯に転倒したのか。
エ 転倒したときに何か症状はあったか。
急にトイレに行きたくなったとか，めまいがあったなど。
オ 本人は，どうすると転倒を防げると考えているか。
カ 転倒は立っていた時か，立ちあがろうとした時か。
キ 本人は転倒したことを，どう思っているか。

（５）転倒防止に向けての対応指針

転倒の原因・危険性を把握します

必要に応じ医師に相談します。
① 起立性低血圧があるかどうか診察を受けます。
② 突然，意識を失ったり，失いそうになったことはあるかを確認します。

③　一部の筋肉の低下，筋肉の緊張，平衡感覚の低下をチェックします。
　実際に高齢者に歩いてもらったり，バランスを観察する。転倒した活動，転倒しやすい活動を行っている場面を観察します。
④　胸痛や息切れのような症状があるか，悪化していないかを把握します。
⑤　まっすぐ歩けるかを把握します。
　歩き出し，歩く速さ，足のあげ方，歩幅，両足の歩調の対称性，腕の振り方の特徴を観察します。歩調を速くしたり遅くしたりしてみます。
⑥　座位バランス，立ちあがりが困難ではないかを観察します。
⑦　片足で立てるか，直線を歩けるかを観察します。
　めまいやバランスを失うことがあるかどうかあれば，それが起こるときの状況を聞きます。

転倒の原因となる障害について評価します

①　感覚器・・・・・・視力障害やめまいがあるか，バランス障害があるか
②　認知・・・・・・・危険であることを理解しているか
③　感情・・・・・・・落ち込みなど，気分の低下があるか
④　補助具の必要性・・杖や歩行器等，補助具の使用の必要性があるか
⑤　急性疾患・・・・・転倒に影響のある病気の症状があるか
⑥　薬・・・・・・・・ふらつきなどの副作用があるか
⑦　アルコール・・・・アルコールによる影響があるか
⑧　環境・・・・・・・段差や障害物などの環境による支障があるか

ケアの方向性を決めます

①　原因改善
　転倒の原因になっている病気や障害，薬や環境をできるだけ改善します。
②　下肢筋力強化
　弱くなっている下肢の強化やバランス改善のためにリハビリテーションを行います。
③　補助具の使用
　適切な補助具を使用するため，専門職と連絡・連携をして対応します。
④　眼科受診
　眼科の診療を受けていない視覚障害者に眼科受診を勧めて対応します。

２－３　健康増進

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

体力の向上と健康増進により，幸福感と自立性を高めます。

（２）把握のポイント

①　日常の意思決定能力がほぼ保たれている
②　外出回数が少ない

③　活動の時間が少ない
④　自分で階段を上ることができない，しない

（３）健康増進

高齢者のＱＯＬや自立に影響のある保健行動は重要です。
運動量を少しでも増やすことによる健康上の効果は高齢者にとっても非常に大きい。

（４）対応の指針

健康増進のプログラム，疾病予防の方法を検討して対応します。

①　日頃あまり身体を動かしていない利用者の場合，その原因のうち変えることのできそうなものを検討すします。
②　意欲のある利用者の場合，暮らしの中に適度な運動を取り入れたり，テレビの体操等をその人に合わせて行うようにすること有効です。
　だだし，利用者の現在の能力を考慮し，現実的なものでなければなりません。虚弱高齢者にとっては，些細なことでも活動の向上は重要です。逆に，過度な運動計画は，続かないばかりか，健康に危険です。
③　運動は，多くの疾病（循環器疾患，骨粗素症，２型糖尿病，肥満，腰痛）の予防，や進行を遅らせるほか，機能の改善につながります。全身運動の効果としては，柔軟性と調整能力，歩行とバランス感覚の維持・改善があります。ただし，高齢者の場合は専門的な見守りが必要です。

３　ＩＡＤＬ

１－１　ＩＡＤＬの回復と支援　手段的日常生活動作(Instrumental Activity of Daily Living)

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

①　ＩＡＤＬ回復の可能性のある利用者を把握して対応します。

②　ＩＡＤＬの代行の必要性を明らかにして支援します。

（２）　ＩＡＤＬ改善，支援の必要性把握のポイント

ＩＡＤＬ改善を予測するポイント

①　認知がある程度保たれている
②　本人も周りの人も改善すると考えている
③　支援を受けているが，困難性は低い

ＩＡＤＬ支援の必要性を把握する

①　ＩＡＤＬ支援を受けており，非常に困難である
②　一人暮らしであるか，一人暮らしではないが支援を受けるのが困難である

（３）ＩＡＤＬ

生活機能の中で最初に低下するのは手段的日常生活能力であることが多く，介護サービス利用者のほとんどがなんらか障害を抱えています。

ＩＡＤＬには２種類あり，日常生活の家事動作（買い物，食事の用意，家の掃除や整理，外出時の移動など）と，精神的機能や知的能力と関係のある「知的」な動作（電話の利用や薬の管理など）があります。しかし，すべてのＩＡＤＬに身体的，知的な側面があり，ＩＡＤＬ支障の原因は様々です。

（４）ＩＡＤＬについての対応指針

①　医療的な問題に対応します
②　機能障害に対応します
③　動機づけや意欲，支援体制，能力，環境の問題に対応します

４　認　知

４－１　認知障害

（１）ケアマネジャーの役割

①　認知障害があるかどうかを把握します。
②　認知障害を補うために，どのような方法をとることができるのかを判断します。

（２）認知障害把握のポイント

①　短期記憶に問題があるか。
②　日常の判断力が弱く，支援が必要だったり，判断ができないか。

（３）認知障害

認知障害は，最近や昔の出来事を忘れる，錯乱する，言葉を探したり，話を理解するのが困難になる，社会生活に適応できなくなるなど，生活のほとんどすべてに影響します。

～認知症～

後天的な脳の器質的障害により，いったん正常に発達した知能が低下した状態をいい，「知能」の他に「記憶」「見当識」の障害や人格障害を伴った症候群として定義されます。
以前，治らない場合に使用されていましたが，近年，正常圧水頭症など治療により改善する疾患に対しても認知症の用語を用いることがあります。
単に老化に伴って物覚えが悪くなるといった現象や，統合失調症などによる判断力の低下は，認知症には含まれません。頭部の外傷により知能が低下した場合等にも認知症（高次脳機能障害：行政用語）と呼ばれます。

～認知症の分類～

１　血管性認知症

脳血管性認知症では，障害された部位によって症状は異なり，めまい，しびれ，言語障害，知的能力の低下等にはむらがあります。
症状が突然出現したり，階段状に悪化したり，変動したりすることがしばしばみられます。また，脳血管障害にかかったた経験があったり，高血圧，糖尿病，心疾患など脳血管障害の危険因子を持っていることが多いことも特徴です。更に，歩行障害，手足の麻痺，呂律が回りにくい，パーキンソン症状，転びやすい，排尿障害（頻尿，尿失禁など），抑うつ，感情失禁（感情をコントロールできず，ちょっとしたことで泣いたり，怒ったりする），夜間せん妄（夜になると意識レベルが低下して別人のような言動をする）などの症状が早期からみられることもしばしばあります。

（１）多発梗塞性認知症広範虚血型
（２）多発脳梗塞型
（３）限局性脳梗塞型
（４）遺伝性血管性認知症

２　変性性認知症

（１）アルツハイマー型認知症
　症状は，徐々に進行する認知障害（記憶障害，見当識障害，学習の障害，注意の障害，空間認知機能，問題解決能力の障害など）であり，社会的に適応できなくなる。重度になると摂食や着替え，意思疎通などもできなくなり最終的には寝たきりになる。
　階段状に進行する（ある時点を境にはっきりと症状が悪化する）脳血管性認知症と異なり，徐々に進行する点が特徴的。症状経過の途中で，被害妄想や幻覚（とくに幻視）が出現する場合もある。暴言・暴力・徘徊・不潔行為などの問題行動（周辺症状）が見られることもあり，介護上大きな困難を伴う。
※神経源線維変化型認知症

（２）前頭側頭葉変性症
①前頭側頭型認知症（ピック病）
　これらは前頭葉機能の障害による反社会的行動（不作為の法規違反など），常同行動（同じ行動を繰り返す），時刻表的生活，食嗜好の変化などがみられる。
②意味性認知症
③進行性非流暢性失語

（３）レビー小体病
　認知機能障害を必須に，具体的な幻視（子供が周りを走っている，小動物が走り回っているなど），パーキンソン症状，変動する認知機能障害などの症状が見られる。

（４）パーキンソン病

（５）ハンチントン病

３　感染

（１）クロイツフェルト・ヤコブ病
（２）ＨＩＶ関連認知症

４　治療可能なもの

（１）慢性硬膜下血腫
（２）正常圧水頭症
（３）甲状腺機能低下症

～せん妄～

急性の錯乱状態は，急激に（数時間から数日の間に）意識や行動が不安定になる状態であり，支離滅裂な思考や短期記憶の障害，睡眠覚醒周期の乱れや知覚障害を伴います。原因は通常，感染症，薬剤の副作用，脱水その他の急性期の症状です。

※　早急に専門医に紹介する必要があります。

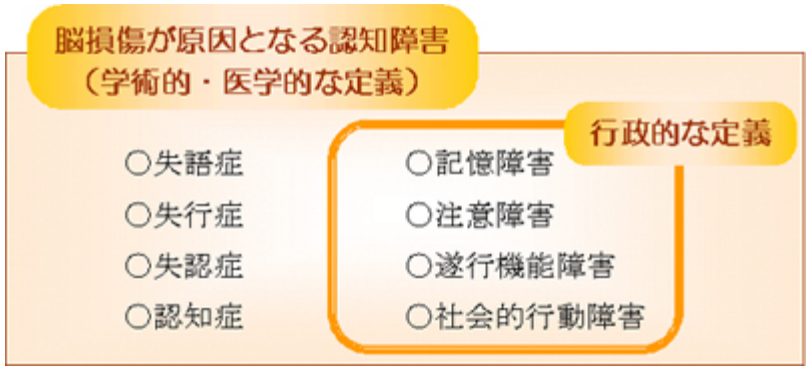
～高次脳機能障害～

交通事故や脳卒中などで脳が損傷されると，記憶能力の障害，集中力や考える力の障害，行動の異常，言葉の障害が生じることがあります。これらの障害を『高次脳機能障害』と言います。

これまで，医学的，学術的な定義では，高次脳機能障害は，脳損傷に起因する認知（記憶・注意・行動・言語・感情など）の障害全般をさしていました。例えば，言語の障害である「失語症」や道具が上手く使えなくなる「失行症」，知的な働きや記憶などの働きが低下する「認知症」のほか，「記憶障害」「注意障害」「遂行機能障害」「社会的行動障害」などが含まれます。

一方で，厚生労働省が平成 13 年から開始した「高次脳機能障害支援モデル事業」では，身体の障害がなかったり，その程度が軽いにもかかわらず，特に「記憶障害」「注意障害」「遂行機能障害」「社会的行動障害」といった認知の障害が原因となって，日常の生活や社会での生活にうまく適応できない人たちがいることが解りました。

この方々に対する，診断やリハビリテーション，社会資源サービスの不足が問題となっていることから，この方たちが示す認知の障害を『高次脳機能障害』と呼ぶ「行政的な」定義が設けられました。



□ 脳血管障害（脳梗塞，脳出血，くも膜下出血など）

もっとも多いのは脳血管障害（脳梗塞，脳出血，くも膜下出血など）です。脳の血管が詰まったり，出血を起こすことで，脳の機能を損なうものです。

□ 外傷性脳損傷

次いで多いのは，外傷性脳損傷(脳外傷，頭部外傷)です。交通事故や転落事故などの際に頭に強い衝撃が加わることで，脳が傷ついたり（脳挫傷），脳の神経線維が傷ついたり（びまん性軸索損傷）するものです。

□ その他の原因

脳炎，低酸素脳症など

高次脳機能障害の主要な症状

交通事故や脳卒中などの後で，次のような症状があり，それが原因となって，対人関係に問題があったり，生活への適応が難しくなっている場合，高次脳機能障害が疑われます。

□ 記憶障害

記憶障害とは，事故や病気の前に経験したことが思い出せなくなったり，新しい経験や情報を覚えられなくなった状態をいいます。

・今日の日付がわからない，自分のいる場所がわからない
・物の置き場所を忘れたり，新しい出来事が覚えられない
・何度も同じことを繰り返し質問する
・一日の予定を覚えられない
・自分のしたことを忘れてしまう
・作業中に声をかけられると，何をしていたか忘れてしまう
・人の名前や作業の手順が覚えられない

□ 注意障害（半側空間無視をふくむ）

注意障害とは，周囲からの刺激に対し，必要なものに意識を向けたり，重要なものに意識を集中させたりすることが，上手くできなくなった状態をいいます。

・気が散りやすい
・長時間一つのことに集中できない
・ぼんやりしていて，何かするとミスばかりする
・一度に二つ以上のことをしようとすると混乱する
・周囲の状況を判断せずに，行動を起こそうとする
・言われていることに，興味を示さない
・片側にあるものだけを見落とす

□ 遂行機能障害

遂行機能障害とは，論理的に考え，計画し，問題を解決し，推察し，そして，行動するといったことができない。また，自分のした行動を評価したり，分析したりすることができない状態をいいます。

・自分で計画を立てられない
・指示してもらわないと何もできない
・物事の優先順位をつけられない
・いきあたりばったりの行動をする
・仕事が決まったとおりに仕上がらない
・効率よく仕事ができない
・間違いを次に生かせない

□ 社会的行動障害

社会的行動障害は，行動や感情を場面や状況にあわせて，適切にコントロールすることができなくなった状態をいいます。

・すぐ怒ったり，笑ったり，感情のコントロールができない
・無制限に食べたり，お金を使ったり，欲求が抑えられない
・態度や行動が子供っぽくなる
・すぐ親や周囲の人に頼る
・場違いな行動や発言をしてしまう
・じっとしていられない

その他の症状

□ 自己認識の低下（病識欠如）

・自分が障害を持っていることに対する認識がうまくできない

・上手くいかないのは相手のせいだと考えている
・困っていることは何も無いと言う
・自分自身の障害の存在を否定する
・必要なリハビリや治療などを拒否する
□ 失行症
・道具が上手く使えない
・日常の動作がぎこちなくなる
・普段している動作であっても，指示されるとできなくなる
□ 失認症
・物の形や色，触っているものが何かわからない
・触っているものが何かわからない
・人の顔が判別できない
□ 失語症
・自分の話したいことを上手く言葉にできなかったり，滑らかに話せない
・相手の話が理解できない
・文字を読んだり，書いたりすることが出来ない
□ 身体の障害として
・片麻痺，運動失調など

高次脳機能障害への対応

高次脳機能障害の症状は，脳の損傷した場所によって，人それぞれ異なり，重症度も様々です。また，その場の環境や対応する相手によって，現れ方が異なる場合もあります。しかし，周囲の環境を整えたり，対応の仕方を工夫するなど，適切な対応を行えば，それまでうまく出来なかったことが出来るようになったり，問題行動が減ったりすることがあります。

□ 家族・周囲の人が高次脳機能障害を理解する
以前と人が変わってしまった，今まではできていたことができなくなってしまった，と様々な変化があります。まずは，その変化を理解することから対応は始まります。
□ 目に見えない障害を想像する
高次脳機能障害を持つ方の行動や反応に興味をもって，「どうしてそのような行動をとっているのか」「なぜこんな風に反応するのか」と想像力を働かせることが，その人への適切な対応を探る第一歩となります。
□ 忍耐力をもって接する
適切な対処法をくり返し実行して，その結果，毎日の生活の中で，出来る事がひとつひとつ増えていきます。くり返し行って習慣にしていくことは非常に手間がかかり，根気がいります。すぐに結果を求めて，本人を追い込んでしまうことがないよう，忍耐力をもって接することが大切です。
□ 環境を整える
高次脳機能障害を持つ方は周囲の様々な情報を受け取ることが苦手になるため，その方にあわせて生活空間を整えたり，対応する人（家族，関係するスタッフ）が適切な声かけや支援方法を統一することが大切です。
□ 代償手段を身につける
脳の失われた機能を他の方法（タイマーや手帳，作業の手順表など）で置き換えることが効果的な場合があります。

① 人の名前，出来事などを思い出せないといったことは，どの年齢層の人にもあって，特に問題はありません。しかし，認知症の初期の変化に気づくのは難しく，後になってから「あれが認知症の始まりだった。」と思い起こすことが多いのが実情です。

② 認知症の初めの時期，多くの家族は対象者の認知能力の変化を認めたがらなかったり，気がつかないことがあります。そのため，生活に支障をきたす状況になって初めて，家族は認知障害に向き合うことになります。

この時期には，専門医の診察を受けるための紹介手続き，具体的な対応方法を示すことが重要になります。

③ まずは，以下を把握します。

認知障害の程度や原因を決定することまでは，ケアマネジャーやケアスタッフができることではありません。

ア 認知障害があるか。

イ それはいつ頃からなのか。

ウ 日常生活のどのようなところに支障がでてきているのか。

④ 認知障害を把握した場合は，まず，原因を把握するために専門医の診察を受けたかを確認します。

ア 認知障害が長期（何カ月，何年）にわたり安定，あるいは徐々に進行している場合でも，最近診察を受けたか確認する。

イ 受けていなければ，悪化を防いだり，改善可能なこと（薬剤量の変更など）を把握するため，受診を勧めます。

（４）認知障害対応の指針

障害の確認

認知障害があれば，以下を順に確認します。

① せん妄ではないか確認し，せん妄の可能性が高い場合は専門医の受診を勧めます。

ア 普段と比べて急激な精神状態の変化・変動，異常な行動があったか。

イ すぐ気が散るなど集中力の問題があったか。

ウ とりとめのない話をすることがあったか。

エ ぼーっとしている，うつらうつらしている，過敏になっている，など意識に問題があったか。

オ 失見当識があったか。自宅以外にいると思っている，時間や曜日を間違える，などの混乱があったか。

カ 最近のことを思い出せなかったり，言われたことを覚えられない，などの記憶障害があったか。

キ 実際にはないものが，いたり動いていると思う，などの幻覚か錯覚，思い違いがあったか。

ク 落ち着きがない，何かをつかむ，指を鳴らす，急に動く，などの異常に活発な状態や，のろのろしている，一点を見続けている，ずっと同じ姿勢でいる，などの異常に緩慢な状態があったか。

ケ 昼間眠りすぎて夜間不眠症になるなどの睡眠リズムの障害があったか。

② せん妄ではないと判断した場合，最近，認知障害について医師の診察を受けているかどうか確認します。受けていなければ，専門医の受診を勧め，その必要性を説明します。

③ 認知障害による生活上の支障や危険性・可能性の把握し，本人や家族の負担を減らすようなケアサービスを検討して対応します。

ア　認知障害が影響しているＡＤＬなどについて把握します。表６
イ　「電話をかけること」など，もっと上手く行いたいと思っている活動を特定し，その方法を検討します。（短縮ダイヤルにする，よくかける電話番号を大きな字で書いて電話機のそばに貼っておくなど。）
ウ　利用者の動作・活動をできるだけ改善することと，介護者の身体的・精神的負担を軽くする方法を検討し対応します。

表６　ＡＤＬ能力の確認

ＡＤＬ能力を正しく評価するため，以下のことを確認します。
１：動作を行うときに順番を間違うことはあるか。 食事の場合「食べ物を箸でつまみ，口元にもっていき，食べる」，更衣の場合「下着を上着の前に着る」など。 ※皿と箸を本人の前に置いたり，着るものを順番に並べるなどの準備をすることで，身体的な援助はなくても自分で行えるか。
２：動作を行うときに途中で気が散ることがないか。
３：単純な指示でできるか。 介護者が「お茶を飲んでください。」というと飲むだろうか。
４：動作を始めることができるか。 いつも使っているもの（箸や歯ブラシなど）を手渡されれば，適切に使い始めることができるだろうか（箸や歯ブラシを口の中にもっていくなど）。 ※始められない場合，ＯＴ・ＰＴなどの専門家の評価を受ける必要があるか。
５：動作を１度始めれば，続けることができるか。 たとえば，１度食べ始めると食べ続ける。
６：介護者の身振りを真似ることができるか。 利用者と向き合い，眼を合わせて，単純でなれた動作（そでに腕を通す，口に触れるなど）をすると，真似ることができるだろうか。
７：身体的な援助を１度すると，動作を続けることができるか。 介護者がフォークに食べ物をさし，手に持たせ，腕を誘導して口元に持っていけば，食べ続けることができるか。

できることを判断します

利用者と家族に，できないことばかり尋ねるのではなく，本人が自分でできることは何か，あるいは参加できることは何かを尋ねる。軽度の短期記憶の障害のような物忘れは，安心させたり，それを補う工夫をすることによって対応できる。（たとえば，メモをする，カレンダーを使う，鍵の置き場所を一定にする，など。）

以下を確認し，援助の必要性を把握します

①　ＡＤＬやＩＡＤＬはどのように自立しているか。
利用者にとってＡＤＬ，特に食事と排泄の自立度を維持することは非常に重要なことです。食事も排泄も，その人なりの方法を思い出すような工夫によって改善することがあります。
②　認知障害のために怪我をする危険性が大きいか，あるいは徘徊や他者への暴力，

火事など問題となる行動が現われているか。
　そうであれば，適切な安全対策をとるほか，介護者に対するそれらの危険性についての情報提供，環境評価をする機関への照会，身体や家事援助サービスの導入，行動への対応（セキュリティー，見守り，指示，誘導，言葉がけの方法など）を行ないます。

必要な援助をします

①　家族が認知障害のある利用者の「世話を焼きすぎる」ことはよくみられることですが，それは依存性を増大させ，自尊心も失わせることにつながる可能性があります。
　認知症はゆっくりと進行するため，たとえば，それまでできていたスーパーでの買い物の支払いが，ある日できなくなるといった事態が起こります。
②　失行などにより，一部，行動を代行，援助，介助をする必要があるかもしれませんが，高齢者にできる限り長い間，できるだけ多くの動作・活動・参加をしてもらうことが目標です。
③　行動を制限するのは本人の安全性に関わる場合であり，ガス台やストーブの火による火傷，徘徊の末に行方不明になる危険性があるときなどです。

感情面へ対応します

①　軽度や中等度の認知症の高齢者は，自分自身認知能力の低下に対して怒ったり，落ち込んだり，不安になることがあります。
「アルツハイマー病患者が自分の能力が衰えていくのに気づかない」という昔に言われていたことは間違っています。
②　ケアの目的は，利用者のできる活動をできるだけ把握して維持し，精神的負担，ストレスを少なくすることです。
③　認知症の１０～２５％はうつ状態にあり，認知の症状より早く現れる場合があります。
　認知症のほとんどすべての高齢者に，ある時期行動の問題がみられます。認知症の人の多くは，妄想症を含めて幻覚や妄想，あるいはその両方がみられます。このため，認知障害による記憶障害などの症状，行動障害にともなう感情的な面について，家族も含め，専門医との話し合いや，カウンセリングによって十分に対応することが重要です。

家族支援を行ないます

①　情報提供
ア　まず，本人と家族とともに利用者の行動や能力，家族の役割について現実的な評価をして対応します。
イ　利用者の認知障害が重症の場合，家族は極端な選択しか残されていないと感じることがあります（たとえば，日中行動を制限したり，介護施設に入所させる，車の鍵を隠してしまう）。
　必要なことは，家族に対し，利用者の症状の経過や予後，認知症であればどの段階にあるか，などの情報を提供することです。
ウ　アルツハイマー病や血管性認知症などの進行性の認知症の場合，家族は以下の情報を必要としています。
　a　今後予想されること

b　残された記憶や判断力に対して，どのような援助をすればよいか
c　症状に関すること
d　さまざまな周辺症状に対する治療やケアの可能性
e　多発性脳梗塞性認知症の場合家族は，更なる悪化を防ぐための方法（たとえば，血圧のコントロール，運動，ストレス解消など）。

② 介護者の健康管理

家族は長期にわたる２４時間の介護を要求されます。このため介護者は自分の健康管理をしっかりしなければ，自分達も体調を崩す可能性があることを伝えます。

③ 介護者のストレスを最小限にする

認知障害の高齢者を介護することは，大きなストレスになりやすいため，認知障害に合わせた支援や介護，専門医などによるカウンセリングが必要です。短期・中期の外部サービス利用や関係する本を紹介したりするのも一つの方法です。

～認知症の基礎知識～

１　中心となる症状

認知症の症状は中心となる症状と，それに伴って起こる周辺の症状に分けられます。中心となる症状とは「記憶障害」や「判断力の低下」などで，必ずみられる症状です。

（１）記憶障害：直近のことを忘れてしまう。同じことを繰り返す。
（２）見当識障害：今がいつなのか，ここはどこなのか，わからなくなる状態。
（３）知能（理解・判断）障害：寒くても薄着のまま外に出る。真夏でもセーターを着ている。考えるスピードが遅くなる。失行・失認・失語
（４）実行機能障害：段取りが立てられない。調理の動は出来ても食べるための調理ができない。失敗したとわかっても修正できない。

２　周辺症状

周辺の症状は人によって差があり，怒りっぽくなったり，不安になったり，異常な行動がみられたりすることがあります。

（１）妄想

しまい忘れたり，置き忘れたりした財布や通帳を誰かが盗んだ，自分に嫌がらせをするために隠したという「もの盗られ妄想」の形をとることが多い。このような妄想は，最も身近な家族が対象になることが多い。この他に「嫁がごはんに毒を入れている」という被害妄想や，「主人の所に女が来ている」といった嫉妬妄想などということもあります。

（２）幻覚

認知症では幻聴よりも幻視が多い。「ほら，そこに子供たちが来ているじゃないか。」「今，男の人たちが何人か入ってきたのよ」などといったことがしばしば見られることもあります。

（３）不安

自分がアルツハイマー病であるという完全な病識を持つことはないが，今までできたことができなくなる，今までよりもの忘れがひどくなってきているという病感があることは珍しくなく，不安や焦燥などの症状が出現します。また，不安や焦燥に対して防衛的な反応として妄想がみられることもあります。

（４）依存

不安や焦燥のために，逆に依存的な傾向が強まることがあります。一時間でも一人

になると落ち着かなくなり，常に家族の後ろをついて回るといった行動があらわれることがあります。

（５）徘徊

認知症の初期には，新たに通い始めた所への道順を覚えられない程度ですが，認知症の進行に伴い，自分の家への道など熟知しているはずの場所で迷い，行方不明になったりします。重症になると，全く無目的であったり，常同的な歩行としか思えない徘徊が多くなります。アルツハイマー病に多く，脳血管障害による認知症では多くはありません。

（６）攻撃的行動

特に，行動を注意・制止する時や，着衣や入浴の介助の際におきやすい。型にはめようとすることで不満が爆発するということが少なくない。また，幻覚や妄想から二次的に生じる場合もあります。

（７）睡眠障害

認知症の進行とともに，夜間の不眠，日中のうたた寝が増加する傾向にあります。

（８）介護への抵抗

理由はわかりませんが，認知症の高齢者の多くは入浴を嫌がるようになります。「明日はいる」「風邪をひいている」などと口実をつけ，介護に抵抗したり，衣服の着脱が苦手であること，浴室の床でころぶかもしれないことなど，運動機能や条件反射が鈍くなっているための不安，水への潜在的な恐怖感などから生じると考えられます。

（９）異食・過食

食事をしても「お腹がすいた」と訴える過食がみられたり，食べられないものを口に入れる，異食がみられることがあります。口に入れるのは，ティッシュペーパー，石けん，アイスノンの中身までさまざまです。

（１０）抑うつ状態

意欲の低下（何もしたくなくなる）や，思考の障害（思考が遅くなる）といった，うつ病と似た症状があらわれることがあります。うつ病では，「気分や感情の障害（悲しさや寂しさ，自責感といったもの）を訴えることがあるが，認知症では訴えることは少ないです。

５　コミュニケーション能力

５－１　コミュニケーション

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

コミュニケーションの障害・問題を明らかにして，専門的な検査や対処をおこないます。

（２）コミュニケーション障害把握のポイント

① 聴覚に障害がある。
② 伝達能力に問題がある。
③ 理解力に問題がある。

（３）コミュニケーション

コミュニケーション能力

言語的あるいは非言語的な手段を用いて，意思，感情，思考を受け取り理解し，伝える能力です。それには，話す，聞く，読む，書く，身振りなどの能力が含まれます。

① 効果的コミュニケーション
効果的に伝達し合うことができるかどうかは，能力とは別に，身振りや指さし，抑揚をつけた口調，コミュニケーション補助具（補聴器など）の使用によって決まります。
② コミュニケーションの機会
コミュニケーションを取りたい相手がいるか，意味のある活動をしているか，コミュニケーションを取ろうとしてくれている人がいるかが重要です。
③ 老人性難聴
両側対称性の難聴で，特に高い音が聞き取りにくくなります。症状はゆっくりと進行し，音の識別と話している内容を理解することが困難になります。
④ コミュニケーション問題
コミュニケーション機会の不足，加齢や認知症等の疾患，視覚障害，うつ，その他の健康上・社会上の問題によってコミュニケーション問題が悪化します。

（４）コミュニケーションについての対応指針

利用者と家族・介護者間の効果的なコミュニケーションの方法について検討します。

① 聴力に問題がある場合
医師，言語聴覚士による正式な聴力評価をして対応します。
② 視覚や聴覚の補助具を使用している場合（眼鏡，視覚補助具，補聴器，聴覚補助具）
ア　常に簡単に利用できるか確認します。
イ　きちんと作動しているか確認します。

③　理解力に問題がある場合
　能力を評価して対応します。
④　伝達能力に問題がある場合
　言語聴覚士による評価を受けて対応します。
ア　構音(語)障害（言葉を明確に出せない）
イ　失語症（話し言葉や文字を理解できない，言葉を探す，文中に言葉を当てはめられない）
　a　軽度の場合，理解力と発語の困難をきたし，重度の場合は，話すこと，聴くこと，読むこと，書くことに著しい支障をきたします。
ウ　失行症（その言葉を知っていても，自発的に音を言葉として結びつけることが難しい）
　a　手探りで躊躇したように聞こえる発声音となります。
エ　認知症
　多くの認知症患者はコミュニケーション障害を伴います。
　a　初期段階：特定の語嚢が思いつかない，複雑な会話についていけない，熟語・ことわざ・推論のような抽象的な言葉の意味がわからない。
　b　進行段階：言葉を見つけること，理解すること，読み書き，会話ができなくなる。
　c　末期状態：意味あるコミュ三ゃーションがほとんどできなくなる。

⑤　コミュニケーションの機会に問題がある場合
　コミュニケーションの能力があっても，物理的，社会的にコミュニケーションの機会がない場合があります。
ア　コミュニケーションする場があるか。人が身近にいるか。
イ　照明が暗い，騒音がある，プライベートな会話のできる場所がない，など環境の問題はないか。
ウ　会話のなかに入り込めないような社会的な環境の問題はないか。
エ　言葉による虐待，ひやかしを受けていないか，あるいは話すことを押さえられていないか。

コミュニケーションの方法

①　話し方
ア　叫んだり大声では話さない，はっきりとした声と言葉で話す。
イ　大人としての語彙，語調で会話をする。
ウ　わかりやすい言葉を用い，専門用語は避ける。
②　話の進め方
ア　言葉にも，表情や態度にも，決していらいらを表わさないようにする。
イ　繰り返し言葉や先回りをして代わって応答しないようにする。
ウ　ゆっくりと話し，理解したか確認するために区切りを頻回に入れる。
エ　新しい話題に入るときは明確に示す。急に話題を変えないようにする。
オ　同じことを何度か言うか，言い方を変える。
カ　頻回の息つぎを必要とする場合があるので，ゆっくりと，小さく区切って話すように勧める。
キ　単語を思い出せなくても，話題について話し続けるように励ます。
ク　話が意味をなさないならば，はい／いいえ，あるいは非言語的なことで応答できる質問をする。
ケ　言葉が見つからなかったり，わかりやすい言葉が出なくて困るよりは，しばら

く話題を離れて，あとで話すようにする。

コ　家族やその他の介護者が利用者に代わって返事をすることは，利用者とのコミュニケーションを妨げることになるので，必要以外はしない。

③　話が理解しやすいように

ア　はっきりとした身振りや指さし，あるいはやって見せることで話を補う。

イ　あとで見直しができるように，話した内容について簡単に書かれたメモを用意する。

ウ　身振り，指さし，書く，措く，あるいは補助用具を使用するなど，コミュニケーションのための工夫をするように勧める。

④　会話する環境を整える

ア　利用者が理解できないという前提に立って，本人のいる場で当人についての話しを絶対にしない。

イ　介護者は自分の顔を利用者に十分に見えるようにして話す。

ウ　話しているときに，利用者が介護者の顔を見ることができる明るさかどうかを確かめる。

エ　利用者が聴くのに邪魔になる雑音を低くしたり，消すようにする。

⑤　その他の留意点

ア　コミュニケーションする機会を増やすようにする。

イ　コミュニケーションに問題があるということで利用者を責めない。

ウ　あいさつ，丁寧な言葉，ちょっとした話のような，社会的なコミュニケーションや習慣的な会話をするようにする。

５－２　視覚・聴覚

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

最近視力・聴力が低下した利用者，視力・聴力を失った利用者，眼鏡・補聴器などを適切に使用していなかった利用者を把握して対応します。

６　社会との関わり

６－１　社会との関わり

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

①　利用者が満足のいく役割や対人関係，楽しめる活動を続けたり，新たに見つけ出すように支援します。
②　社会的機能の低下を最小限に抑え，社会的活動制限の原因となる問題を見つけ，可能であれば改善し，出来ない場合は代償する方法を検討して対応します。

（２）社会的との関わりについて把握するポイント

①　社会との関わり，仕事や趣味の活動への参加が減ってきて，悩んでいる。
②　寂しい思いをしていると言ったり，そうしたそぶりをする。

（３）社会的機能

他者とどう付き合い，他者が本人にどう反応し，社会制度や社会習慣とどう対応するかです。社会的機能は，職業や家事のような通常の日課活動と，社会・文化・宗教活動，夫婦・親子関係に関連した機能に分かれます。

社会との関わり

社会的関係や社会的機能が少しでも変化すると，自尊心や生活の質（ＱＯＬ）が低下することがあります。
このため，特に生活が大きく変化している利用者にとって，地域で自立して生活していくためにはどのような資源や支援が必要かを把握することが重要になります。

（４）社会との関わりに関する対応の指針

社会との関わりの低下が最近始まったか，低下によって悩んでいる利用者を対象とします。昔からの問題は，その利用者の生活の積み重ねであるため，変えることは容易ではありません。

社会との関わりの状況把握

代わりの方法や，新しい役割や活動の機会を作るために把握します。

①　孤独感や人と気軽に関わらないことが，長年の生活習慣かどうか。
②　社会的役割や社会との関わりがある場合，それらが変化したかどうか。
③　変化の原因は何か。
　身体機能や認知機能の問題，視覚や聴覚の問題，気分の変化，精神的な問題，社会的な環境の変化など。
④　利用者が以前にもっていた役割，意欲等は何か。
　回復したり，代償できる人間関係や役割，活動を構築可能性を探ります。

ケアの方向

① 能力や可能性のある活動を勧めます。
ア 能力や可能性の確認
利用者本人の能力，意欲，家族などの協力を把握して対応します。
イ 活動の検討
a 対人関係
b 率先して行う意欲
c 精神的な活動
d 過去の役割
e 心配事
ウ ポイント
a 方法は簡単な方が良い
b 本人の関心や能力のある分野から始める
c 話す，関わる機会を増やす
d 外出する等，環境を変える

６－２ うつと不安

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

不安やうつ状態にある利用者を把握し，治療やケアの可能性を検討して対応します。
生活に重大な影響のあるうつや不安があれば，専門医に相談して対応します。

（２）不安やうつについて把握するポイント

① 悲しみやうつ状態
② 自分や他者に対する継続した怒りや悲しみ
③ 現実には起こりそうもないことに対して恐れる
④ 繰り返し体の不調を訴える
⑤ たびたび不安，心配事を訴える
⑥ 悲しみ，苦悩，心配した表情がある
⑦ 何回も泣いたり涙もろい

（３）うつ

「うつ」は一過性から急性，慢性までの，軽度の判断力の低下から自殺企図まで，広く捉えた用語です。感情や身体，認知的な症状が現れる可能性があります。

① 病気や機能低下がある高齢者はうつになりやすい。
② うつと不安は同時に現れることが多い。

③　高齢者のうつと不安を把握することは難しい。

ア　高齢者は，うつや不安を否定しがち

イ　高齢者は，うつや不安を身体的な問題と間違ってとらえがち

ウ　高齢者は，薬によってうつや不安の症状がでる場合がある

エ　認知症は，うつや不安の対応を複雑にする

～うつ病の主症状～

①　抑うつ（精神的な苦痛）

・気分が落ち込む
・ゆううつである
・気分が晴れず，すっきりしない
・悲しい，さびしい，むなしい，泣けてくる
・不安が頭から離れない
・過去や将来にとらわれて暗くなる
・朝の気分が悪い
・イライラする，あせる，いたたまれなくなる
・感情が抑えられない，または，感情がわいてこない
・死や自殺について考える，死にたくなる，自殺の方法について調べる
・実際に自殺しようとする

②　精神運動抑制（精神運動制止）

・考えがまとまらない
・アイデアが浮かばない
・何かをしようという気になれない
・決断できない
・仕事や家事に集中できない
・誰とも会いたくない
・出かける気になれない
・誰かと話すことが苦痛に感じる
・動くことがつらく感じる，家に閉じこもる，１日中寝ている

③　思考と認知のゆがみ

・何でも自分が悪い，または，他人からそう思われていると感じる
・自分の能力が劣っていると思う，劣等感が強い
・何でも悪い結果になると感じる，または決めつける
・成功してもまぐれだとしか感じない，次は失敗すると思う
・少しでも不幸なことがあると，すべて不幸だと感じる
・うまくいったか全然ダメかどちらかしか認めない
・自分は貧乏になったと思いこむ

・悪いことの責任はすべて自分にあると思いこむ
・悪い病気にかかっていると思いこむ

④　身体症状

・朝早く目がさめる，途中で目がさめる，寝つけない，眠りが浅いなどの「睡眠障害」
・疲れがとれない，疲労感が続く，体がだるい
・食欲や性欲が低下する，体重減少がある
・頭痛，腰痛，頭重感，肩こり，首の痛み
・めまい，立ちくらみ，耳鳴り
・息苦しい，胸が圧迫される，声が出にくい，胸が苦しい，動悸，息切れ
・手足がしびれる，力が入らない
・吐き気，腹痛，便秘
・全く動けず，意識も希薄となる

～大うつ病～

以下の症状が１週間以上続いていて，どうにも治まりそうもないと感じる時は，専門医の診察を考えます。

①　生活や通常の活動に興味を失う
②　不眠，または睡眠過多
③　食欲減退，体重減少
④　罪悪感，自分に価値がない感じ
⑤　倦怠感，気分の減退
⑥　思考力や集中力の低下，決断力の低下
⑦　精神運動性の焦燥，停止
⑧　自殺念慮

～不安～

不安は，生活機能の支障となるような心配があったり，不安定な状態です。
以下の症状に苦しんでいる場合には対応します。

①　落ち着きがない，緊張している，または過敏
②　疲れやすい
③　集中できない，心が空白になる
④　易刺激性
⑤　筋肉の緊張
⑥　睡眠障害

（４）うつと不安に関する対応の指針

うつと不安の原因把握

①　身体，社会的状況を把握します
　ア　健康問題
　イ　家族問題
　ウ　経済問題
　エ　虐待問題
　オ　喪失体験
　カ　転居　など

②　病気や機能低下を把握します
　ア　症状の重さ
　イ　症状の持続時間
　ウ　症状の進行
　エ　自殺の兆候（例えたわいないように聞こえても･･･）
　　・死んだほうがまし，自殺の方法，自殺の試み
　オ　精神病的症状
　カ　身体的症状がないのに寝たきりになったり，他人との会話を避ける等の生活上の変化
　キ　アルコールの乱用
　ク　食欲低下，食事や水分量の減少
　ケ　体重減少
　コ　症状に気づいて対応しているか

ケアの方向

①　症状認識と対応の確認
　ア　治療の効果を確認します。
　イ　本人や家族，介護関係者は治療方針に沿った対応できているか確認します。
　ウ　対応がうまく出来ていない場合の教育，研修の必要性を確認します。

②　医療的対応
　ア　専門医の受診
　イ　薬剤の効果の確認と受診

③　具体的な社会環境，対応の調整
　ア　他職種が連携し，訪問回数を増やすなど

イ　うつと不安原因（身体，精神，経済問題等）解決のための対応

④　介護者の支援

ア　関り方など，家族の疑問に答えます。

イ　うつの高齢者への対応は大変で，介護者のストレスもたまりやすい。

ウ　家族全体への対応が必要な場合もあります。

7　排尿・排便

７－１　尿失禁・留置カテーテル

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

回復可能な失禁の原因を把握し，可能な対処方法を検討して対応します。

（２）排尿・排便について把握するポイント

①　失禁がある。
②　おむつを使用している
③　尿カテーテルを使用している

（３）尿失禁

適切な方法での排尿のコントロールができない状況です。
失禁は，皮膚の発疹，浸軟，褥瘡，転倒や社会的孤立などに影響があります。また，失禁は介護負担を重くするため，在宅生活を続けることが難しくなる場合があります。

一般の常識とは逆に，多くの高齢者の尿失禁は治せるものであり，大幅な改善が可能な場合があります。その方法は，薬剤の使用，運動，排尿訓練，居住環境の改善，手術などがあります。

排尿能力

①　尿路系の要因
　尿を蓄えたり放出する膀胱，適切に開閉できる尿道に問題がある場合。
②　身体，認知，意欲の要因
　間に合うようにトイレに移動し，排泄するために（家族の援助を受けて）衣服を調節する，適切な場所で排尿する必要性を認識すること，そのようにしようとすることに問題がある場合。
③　神経の要因
　脊髄や末梢神経に問題がある場合。

～尿失禁の種類～

腹圧性尿失禁	くしゃみや大笑いなどによる生理的な反射や，階段の上り下り，重いものを持ち上げたときなどの動作がきっかけとなり，お腹に圧力が加わったときに起こります。 特に女性の患者が多く，女性の 4 割を超える 2,000 万人以上が悩まされていると言われています。
切迫性尿失禁	抑えられない強い尿意が急に起こり，コントロールできずに尿が漏れてしまう尿失禁です。突然強い尿意を覚えることはあっても普通はこれを抑えることができるものですが，切迫性尿失禁の人はトイレま

	で我慢できず，尿が漏れてしまいます。尿の量は腹圧性尿失禁より多く，ときに大量に出ます。したくなると急に出てしまいますので，膀胱に少しでも尿がたまると，トイレに行くようになります。そのため，尿の回数が多くなる頻尿という症状も併発します。 切迫性尿失禁は，男女を問わず高齢者に多くみられます。
溢流性尿失禁	詰まりや，膀胱の筋肉の収縮力低下が原因で少量の尿が漏れ出てしまう尿失禁です。尿の流れが妨げられたり膀胱の筋肉が収縮できなくなったりすると，膀胱はいっぱいになってぱんぱんに拡張します。そのため膀胱内の圧力が高まり，尿が外に溢れ出てしまうのです。この溢流性尿失禁では，尿が出にくくなる排尿障害が必ず前提にあります。排尿障害とは，膀胱や尿道などの疾患のため尿の流れが阻まれるものです。 排尿障害になる疾患は男性患者が多いことから，溢流性尿失禁は男性に多くみられます。
機能性尿失禁	排尿機能は正常にもかかわらず，身体運動障害の低下や認知症が原因でおこる尿失禁です。 身体運動障害の低下のためにトイレまで間に合わない，あるいは認知症のため，時と場所と場合が判断できずにしてしまう，といったケースが多いです。

（４）失禁・留置カテーテルの対応指針

改善可能な失禁原因の把握

失禁が改善することは，機能状態や生活の質（ＱＯＬ）の向上にもつながります。

① せん妄状態
② 尿路感染症
③ 萎縮性尿道炎もしくは膣炎
④ 薬物
⑤ 心理面（うつ）
⑥ 頻尿・多尿
⑦ 活動の制限
⑧ 便秘

留置カテーテルの適応症　※参考

① 昏睡状態
② 末期状態
③ 失禁によって影響を受けそうな褥瘡
④ 処置不能の尿道閉塞
⑤ 過去にカテーテル抜去後も排尿できなかった既往

７－２　排便の管理

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

腸の機能および消化器系の疾患の問題を評価し，関心を高めます。

（２）排便に関すること

① 便失禁
便の失禁。便秘に伴う場合や尿失禁が伴う場合もあります。

② 便秘
１週間に２回以下しか排便がないか，もしくは便通時の４回に１回は力む状態です。便は硬く，また量も少ないことが特徴です。

③ 便が詰まる
重度の便秘が，腸の広い範囲にあり，摘便や浣腸などをしないと部分的にも便を排出できない状態です。

④ 下痢
形が整っていなかったり，水溶性の便の排泄です。

⑤ 排便習慣の変化
その人にとって「規則的」あるいは「普通」である習慣が変化した場合をいいます。便通が頻繁になったり，便秘や下痢がひどくなったり，下痢と便秘が交互にくるなどです。

８　褥瘡・皮膚の問題

８－１　褥瘡

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

皮膚損傷の危険のある利用者を把握し，その予防と治療のためのケアを検討して対応します。

（２）褥瘡を把握するポイント

①　寝返りに介助が必要である
②　便失禁がある
③　褥瘡がある
④　褥瘡の既往がある

（３）褥瘡

褥瘡は，短期間の強い圧迫や長期間にわたる弱い圧迫がかかることによって生じる皮膚や皮膚下の組織，骨の突出部分を覆っている筋肉の局所性の損傷および壊死です。

在宅ケアにおいて，褥瘡の予防は重要な課題です。いったん褥瘡が現われると大変な苦痛を伴い，治るのに長期間にわたる大きな努力を要し，死亡を含めて重大な合併症が発生する可能性があります。

～褥瘡のステージ～

第１度	皮膚の発赤が持続している部位があり，圧迫を取り除いても消失しない（皮膚の損傷はない）状態。
第２度	皮膚層の部分的喪失，びらん，水疱，浅いくぼみとして表われる状態。
第３度	皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ．深いくぼみとして表われ，隣接組織まで及んでいることもあれば，及んでいない状態。生命に危険が及ぶ場合がある。
第４度	皮膚層と皮下組織が失われ，筋肉や骨が露出している状態。膿瘍を伴う場合がある。骨髄膜炎や近接した関節に化膿性関節炎が起きた場合は死亡に結びつく場合がある。

（４）褥瘡の対応指針

原因を把握して，予防し，対応します。

①　動けない
　身体の位置を変えたり，調整する能力の低下したり出来なくなっている。
②　活動低下

身体的な活動が減少している。

③　失禁

尿あるいは便の失禁

④　精神状態の変化

圧迫の不快感に気づいても，それを避ける対応ができない。

⑤　栄養不良

栄養摂取量の不足。

⑥　圧迫

圧迫は組織の虚血および壊死を引き起こす最も重大な外的要因である。

⑦　摩擦

皮膚がすれると表皮細胞を失う。これは，ベッドでずり落ちたり，シーツの上をそのまま引きずられた場合に起きる。

⑧　ずらす力

２つの皮膚層がずれ，逆の方向にひっぱられるときに起こる。深い組織の損傷をもたらし，摩擦と同じ状況で起こる。

⑨　湿潤

過剰な湿度は，皮膚を柔らかくし，その抵抗力を減少させる。尿や便の失禁，発汗，あるいは創傷のドレナージをしている状況で起きやすい。

⑩　その他

末梢血管障害，浮腫，糖尿病，感覚障害，薬剤（特に，認知能力や寝返りの能力を低下させたり，痛みを感じることを阻害する薬剤），身体の抑制，貧血，低体重，喫煙など。

８－２　皮膚と足

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

皮膚や足に問題があったり，問題が発生する危険性のある利用者を把握し，予防と治療のためのケアを検討して対応します。

（２）皮膚と足の問題把握のポイント

①　問題となるような皮膚の状態や変化がある

②　潰瘍，発疹，切り傷以外の開放創

③　うおのめ，たこ，感染症，水虫，変形（足の問題）

（３）皮膚と足の問題

①　皮膚の問題

皮膚の機能である①外部環境からの防御，②体温調節，③感覚（痛みや快感）の機能に影響している問題。

②　足の問題

足の力やバランスを崩したり，足に痛みを引き起こすあらゆる問題やけが。

９　口腔衛生

９－１　口腔衛生

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

痛みがあったり，食事摂取や発声の障害，栄養不良，自尊心や食事の楽しみを阻害する口腔問題を把握して対応します。

（２）口腔問題を把握するポイント

①　咀嚼に支障がある。
②　嚥下に支障がある。
③　食事中に口の中が「かわいている」と感じる。
④　歯みがきや入れ歯みがきに問題がある。

（３）口腔衛生

口腔には３つの基本機能があります。①咀嚼と嚥下，②コミュニケーション，③外部の病原体や毒物から身体を守ることです。また，外見，対人関係にも影響するため，生活の質（ＱＯＬ）にも関係します。

口腔疾患は進行しやすく，放置すれば痛みが発生し，外科的処置が必要になるります。

全身疾患が，口腔の症状として現われることもあるため，口腔の症状は口腔以外の疾患を示していることもあります。このため口腔の不快感や障害の訴えがあれば，全身の総合的な検査を要する場合があります。

口腔問題の原因

①　歯科受診が困難である
②　経済的に余裕がない
③　視力が低下している
④　手先が不器用
⑤　口腔生理機能が低下している
⑥　口腔疾患や口腔ケアに対する関心がない
⑦　口腔疾患がある
　ア　歯周病
　イ　虫歯
　ウ　口腔（粘膜）疾患
　エ　口腔の乾燥
　オ　嗅覚・味覚の異常
　カ　咀嚼・嚥下困難
　キ　顔面痛

生活上の影響

①　食事摂取が困難になる

② 栄養状態が悪化する
③ コミュニケーションや対人関係が上手くできない
④ 防御機能が喪失する

（４）口腔衛生問題の対応指針

問題状況の把握

口腔問題は歯科医師による治療が必要である。利用者本人が，家族の援助を得ながら実行できるケアも検討する。

① 困難の内容（咀しゃくの問題，噛みきる問題，嚥下の問題など）
② 問題の範囲（顔面全部，一側だけ，口腔全部，上顎のみ，下顎のみ，１歯のみか，など）
③ 問題の原因（歯が折れている，歯がゆるい，入れ歯がゆるい，痛い，口腔粘膜の損傷，歯肉出血など）
④ 問題の発症および期間（無意識，食事中のみ，咀しゃくしている時のみ，夜間のみなど）
⑤ 問題の影響（ちょっとした不便，著しい障害，食事や喋下，あるいはしゃべれないなど）

咀嚼・嚥下の問題

① 問題
食事や水分摂取を阻害し，著しい栄養障害をもたらし，食物や水分を肺に吸い込む危険性がある。
② 対応
口腔の問題の原因が歯科医や医師，言語聴覚士によって解決するまで，栄養状態を維持します。

味覚・嗅覚の問題

① 問題
高齢者は，口腔衛生が悪いため，味覚および嗅覚の問題や，それに伴い食べることへの関心が減少することを訴えることが多い。
② 対応
食後や就寝前の歯みがきが効果的です。

口腔の乾燥

① 問題
口腔の乾燥は，多くの薬剤や疾患，頭頸部の放射線療法，脱水などさまざまな原因があります。
② 対応
歯磨き，うがい，水分摂取，唾液の代わりになるもので対応します。

歯や入れ歯みがきの困難

① 対応

持ちやすい大きな柄の歯ブラシや電動の歯ブラシ，拡大鏡の使用や洗面所の照明を明るくするなど

１０　食事摂取

１０－１　食事摂取

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

栄養不良や，栄養問題の悪化する危険性がある高齢者を把握して対応します。

（２）食事摂取問題を把握するポイント

①　体重が極端に減少した
②　食事や水分の量が目立って減少した
③　水分摂取が不足している
④　栄養不良

（３）栄養・食事摂取

良好な栄養状態は，在宅で暮らす高齢者にとって重要なことです。栄養状態に問題があると，さまざまな疾患や身体的，精神的，社会的機能低下の原因にも結果にもなります。

栄養問題

①　カロリーの摂取不足
②　蛋白質の摂取不足
③　１つ以上の栄養素の摂取不足
④　カロリーの過剰摂取

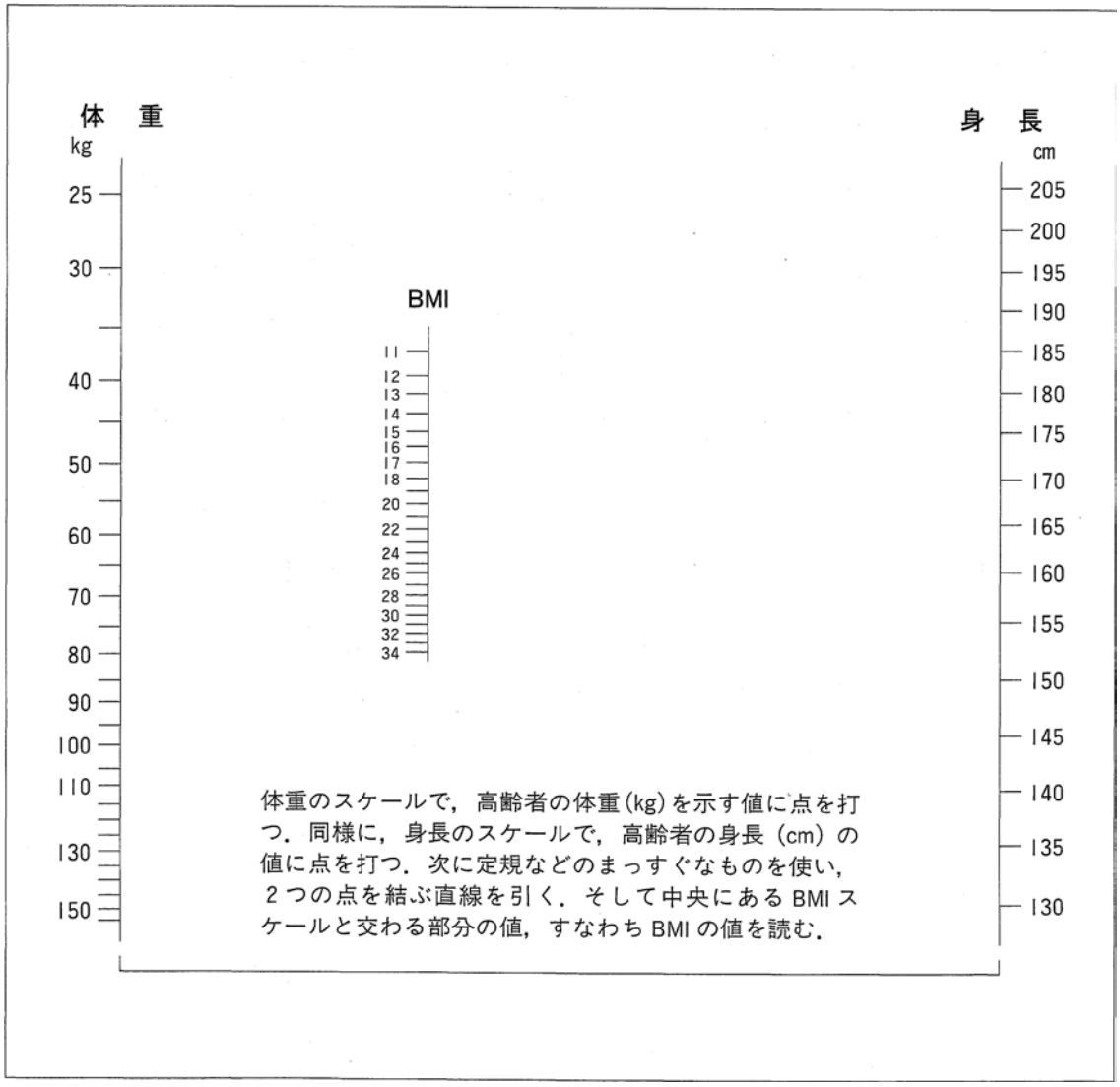
（４）栄養・食事摂取問題の対応指針

原因を把握して，原因を取り除く等の対応します。

把握の方法

①　体重の変化と体重
　ア　半年間に体重が増加したり，減少したりしたか。
　イ　利用者は太っているのか，やせているのか（図参照）
　　ａ　ＢＭＩの値が２１以下，あるいは半年の間に１０％以上の体重減少があれば，栄養不足が考えられ，医師による精査が必要である。
　　ｂ　ＢＭＩの値が３１以上は，体重過剰である。肥満はさまざまな病気の原因となる。

図　ＢＭＩの計算



②　食事内容
　ア　食事内容の確認
　イ　食事回数
　ウ　食事量

③　その他
　ア　病気
　イ　薬
　ウ　機能低下
　エ　うつ
　オ　環境

１１　問題行動（行動障害）

認知症の行動・心理症状
「ＢＰＳＤ(behagical and psychological symptoms of dementia)」

１１－１　行動障害

行動障害は，本人，家族や周りの人にとっての悩みや問題になる場合があります。行動障害のある利用者との関わりは難しいため，過剰な抑制や向精神薬が使われることがあります。
行動障害の原因はすべて認知障害とは限りません。その他の病気や障害，心理的なこと，ケアスタッフの対応，環境や生活習慣など様々です。

（１）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

行動障害のある利用者を把握し，原因とその解決策を検討します。
また，行動障害は改善されたとしても，行動を制限してしまっている可能性のあるケアを受けている利用者を把握して対応します。

（２）行動障害把握のポイント

① 徘徊がある。
② 暴言がある。
③ 暴行がある。
④ 社会的不適当な行為がある。
⑤ ケアに対する抵抗がある。
⑥ 行動障害が改善した。

（３）行動障害対応の指針

行動障害を，重度のものと比較的容易に対処できるものとに区別することから始めます。次に，行動障害が起こる原因とその解決策に進みます。

重症度を把握します

何らかの行動障害があり，新たなケアや変更を検討する必要性のある利用者を特定しますが，行動障害のあるすべての利用者が特別なケアを必要としているわけではありません。
行動障害の中には本人や周囲にとって，危険にも悩みの種にもならないものもあります。たとえば，幻覚と妄想（精神疾患やせん妄のような急性症状でないもの）は問題にならないことが多く，そのままの環境で対処できるかもしれません（たとえば，周りが認める，
受け入れられるなど)。このため，利用者の行動障害が「問題」かどうかを把握することが重要になります。行動の性質と重症度，その影響を把握する必要があるということです。

① 行動障害を観察します。

ア　一定期間，行動障害の重症度と持続する時間，その頻度と変化を把握します。
イ　行動障害に規則性があったかを把握します。（１日のうちの時間帯，周囲の環境，本人と周囲がしていたことに関連など）

行動障害の規則性を明らかにします

行動障害の規則性を把握することは，行動障害の原因を解明する手がかりになります。
長期的に観察することで，利用者の行動障害が理解できる場合があります。
規則性を把握して，問題の原因に取り組むことで行動障害は軽減したり，消失する可能性があります。

ウ　行動障害はいつごろからどのように現れてきたかを把握します。
エ　最近変わったことはなかったか把握します。

行動障害の影響を把握します

オ　行動障害は利用者本人にとって危険なものか，どのように危険なのかを把握します。
カ　周囲にとって危険なものか，どのように危険なのか把握します。
キ　１日の中での心身の状態が変わることに行動障害は関係していないか，どのように関係しているかを把握します。
ク　ケアへの抵抗は行動障害によって現れているのかを把握します。
ケ　対人関係の問題や適応の問題は，行動障害が原因なのかのかを把握します。

潜在的な原因を確認します

行動障害は，急性病気，精神病的な状態と関連することが多い。
向精神薬と身体抑制，環境ストレス（たとえば，騒音，慣れ親しんだ日常生活の変化など）のような反応が原因となっている
行動障害の原因を探っているうちに，回復可能な対応が見つかり，行動障害が落ち着く場合もあります。

認知障害との関係を把握します

認知症の場合の行動障害は治療やケアをしても継続する場合があります。この場合の行動障害は悩みの種になりますが，多くは対応が可能です。

気分の問題との関係を把握します

気分や対人関係の問題は，行動障害の原因になる場合がありますが，原因となる問題が解決されれば，行動障害が落ち着く場合もあります。

コ　行動障害の原因となる，不安障害と攻撃性，うつや孤立と暴言など，気分の問題はないか把握します。

問題行動に影響する対人関係を把握します

サ　対人関係，誰かがいることによって，あるいはいないことによって問題行動が起きていることはないか把握します。
シ　他者の考えや行動に対しての妄想があり，攻撃的な行為につながっていないか把握します。
ス　最近の身近な人の死亡等が行動障害を引き起こしていないか把握します。

環境の問題を把握します

周囲の環境は利用者の行動に深く影響することが多いため，慎重に検討します。

セ　家族は入所者の慣れ親しんだ日課を尊重しているか確認します。
ソ　騒音や混雑，あるいは部屋の暗さは行動に影響していないか確認します。

～ 参考 ～

統合失調症

（妄想型）

連合障害や自閉などの基礎症状が目立たず妄想・幻覚が症状の中心である。統合失調症はかつて早発性痴呆症と呼ばれていたように早発性（思春期から青年期）に発症することが多いが，当該亜型は 30 代以降の比較的遅い発症が特徴的であるとされる。また，薬物療法に比較的感応的とされる。

（破瓜型）

破瓜とは 16 歳のことで，思春期・青年期に好発とされる。連合弛緩等の連合障害が主要な症状で，解体した思考や行動（disorganized thinking and behavior：混乱した思考や挙動）が目立つ。幻覚妄想はあっても体系的ではない。感情の表出，自発的行動が徐々に失われ人格荒廃に至るケースもあるとされる。

（緊張病型）

筋肉の硬直症状が特異的で興奮・昏迷などの症状を呈する。陽性時には不自然な姿勢で静止したまま不動となったり，また逆に無目的の動作を繰り返したりする。近年では比較的その発症数は減少したと言われる場合がある。

（鑑別不能型）

一般的な基準を満たしているものの，妄想型，破瓜型，緊張型どの亜型にも当てはまらないか，二つ以上の亜型の特徴を示す状態

～症状～

・陽性症状

統合失調症によって表れる陽性症状は，この病気特有の症状です。そして，この陽性症状を簡単に考えれば「本来，心の中にないものが存在する」となります。

もともと心の中にはないものが，聞こえたり見えたりすることによって，幻聴や被害妄想などが表れます。脳内の神経伝達物質に異常が起こっているため，正常な人にはないものが存在するようになります。

これら陽性症状は統合失調症を発症して間もない頃や再発時に多く見られます。

陽性症状	特徴
幻覚	・誰かが自分の悪口を言っている ・奇妙なものが見える（幻視），体に変な感覚がある（体感幻視）
妄想	・非現実的なことで悩む ・誰かに見張られている，自分は偉大な人物である
他人に 支配されやすい	・自分と他人との境界線が曖昧になってしまう ・自分の行動や考えは他人によって支配されている
考えがまとまらない	・話の内容が次々に変わる ・考えがまとまらず，相手は何を言っているのか理解できない
異常な行動	・極度に緊張することで，衝動的な行動を起こす ・その逆に外からの刺激に全く反応しなくなる

・陰性症状

陽性症状に対して，陰性症状では「本来，心の中にあるはずのものが存在しない」と考えることができます。

正常な人では感情や意欲がありますが，統合失調症による陰性症状ではこれらもともと備わっているものがない状態となります。そのため，社会的引きこもりや無関心などの症状が表れてしまいます。

なお，これら陰性症状は統合失調症を発症してから少し経過した後（急性期の後）に多く見られます。統合失調症によって長期的に表れる症状として，この陰性症状があります。

陰性症状	特徴
感情の減退	・喜怒哀楽が乏しくなる ・意欲や気力，集中力が低くなって興味や関心を示さなくなる
思考能力の低下	・言葉の数が極端に少なくなる ・思考力の低下によって，会話の内容が薄くなる
コミュニケーションへの支障	・他人との係わり合いを避ける ・ぼ～っと過ごす日々が続く

・認知障害

脳で判断する認知機能としては記憶や注意，思考，判断などがあります。統合失調症は脳の神経伝達物質に異常が起こることで陽性症状や陰性症状を発症しているため，これら認知機能に対しても機能障害が起こっています。

認知機能が障害されているために，注意力が散漫になってしまったり作業能力が低くなったりします。

認知障害	特徴
選択的注意の低下	・わずかな刺激や情報に対しても反応してしまう ・相手の話よりも周りの雑音や動きに反応してしまう
過去の記憶や類似点との比較が難しい	・間違った情報を結びつけてしまう ・似た名前を並べることができない

～統合失調症の診断基準～

A　以下のうち２つ（またはそれ以上），おのおのは１ヶ月の期間ほとんどいつも存在。
　①妄想　②幻覚　③まとまりのない会話　④ひどくまとまりのないまたは緊張病性の行動　⑤陰性症状（感情の平板化，思考の貧困，意欲の欠如）

B　障害の始まり以降の期間の大部分で，仕事，対人関係，自己管理などの面で１つ以上の機能が病前に獲得していた水準より著しく低下している。

C　障害の持続的な徴候が少なくとも６ヶ月間存在する。

D　うつ病または躁病の合併がない。

E　物質または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではない。

F　自閉性障害や他の広汎性発達障害の既往歴があれば，統合失調症の追加診断は，顕著な幻覚や妄想が少なくとも１ヶ月存在する場合にのみ与えられる。

双極性障害

双極性障害は，精神疾患の中でも気分障害と分類されている疾患のひとつです。うつ状態だけが起こる病気を「うつ病」といいますが，このうつ病とほとんど同じうつ状態に加え，うつ状態とは対極の躁状態も現れ，これらをくりかえす，慢性の病気です。

A　発症は急激で４～１０日位で多弁，多動になり，睡眠時間も短縮し，遅くまで働き，朝早く目覚めて動き回る。
B　気分は爽快で自信にあふれ，つぎからつぎへと考えが浮かんでくる（観念奔逸)。しかし，着想は単なる思いつき的なことが多く，しかも途中でまた新しいことに手を出すため
中途半端で終わってしまう。
C　高価なものをたくさん買いこんで家計に破綻をきたすこともある。
D　人によっては不機嫌で興奮しやすく，刺激的で怒りっぽく乱暴をすることもある。
E　妄想が出現することもあるが内容は誇大的で超能力者，大学者，発明家であったり

うつ病

「憂うつである」「気分が落ち込んでいる」などと表現される症状を抑うつ気分といいます。抑うつ状態とは抑うつ気分が強い状態です。うつ状態という用語のほうが日常生活でよく用いられますが，精神医学では抑うつ状態という用語を用いることが多いようです。このようなうつ状態がある程度以上，重症である時，うつ病と呼んでいます。

～うつ病の分類～
うつ病の分類方法の代表的なものを示します。原因からみて外因性あるいは身体因性，内因性，心因性あるいは性格環境因性と分ける場合があります。
身体因性うつ病とは，アルツハイマー型認知症のような脳の病気，甲状腺機能低下症のような体の病気，副腎皮質ステロイドなどの薬剤がうつ状態の原因となっている場合をいいます。
内因性うつ病というのは典型的なうつ病であり，普通は抗うつ薬がよく効きますし，治療しなくても一定期間内によくなるといわれます。ただ，本人の苦しみや自殺の危険などを考えると，早く治療したほうがよいことは言うまでもありません。躁状態がある場合は，双極性障害と呼びます。
心因性うつ病とは，性格や環境がうつ状態に強く関係している場合です。抑うつ神経症（神経症性抑うつ）と呼ばれることもあり，環境の影響が強い場合は反応性うつ病という言葉もあります。

A　発病は緩徐で２～４週間かけて進み，次第に元気がなくなり抑うつ，悲哀感に包まれる。
B　思考は抑制され，興味関心が失われ活力が感じられなくなる。行動抑制も顕著で意欲も失われる。
C　一般的にはつぎのような症状が見られる。
①　集中力と注意力の減退　②　自己評価と自信の低下　③　罪責感と無価値感　④　将来に対する希望のない悲観的な見方　⑤　自傷あるいは自殺の観念や行為　⑥　睡眠障害　⑦　食欲低下
D　なかには焦燥感がきわめて強く，希死念慮で片時も目の離せない「激越うつ病」と呼

ばれるものもある。

パーソナリティー障害（人格障害）

（人格障害の種類）

人格障害には３つのグループ１０種類に分けられています。
クラスターA，B，Cという風にグループ分けられます。
その特徴は，

A　遺伝的に分裂病気質を持っていることが多く，自閉的で妄想を持ちやすく，奇妙で風変わりな傾向があり，対人関係がうまくいかないことがあります。ストレスが重大に関係することは少ないですが，対人関係のストレスには影響を受けます。
　このグループに含まれるのは「妄想性人格障害」「分裂病質人格障害」「分裂病型人格障害」の３つです。

B　感情的な混乱の激しい人格障害です。演劇的で，情緒的で，うつり気に見えることが多いです。ストレスにかなり弱い傾向があります。
　このグループに含まれるのは「反社会性人格障害」「境界性人格障害」「演技性人格障害」「自己愛性人格障害」の４つです。

C　不安や恐怖感が非常に強い人格障害です。まわりに対する評価や視線などが非常にストレスになる傾向があります。
　このグループに含まれるのは「回避性人格障害」「依存性人格障害」「強迫性人格障害」の３つです。

（全般的診断基準）

上にあげた人格障害には，それぞれに診断基準というものが存在しますが，これらの各類型ごとの診断基準にくわえて「全般的診断基準」というものを満たさないと，人格障害があるとは言えません。
つまり，この人は人格障害があるな（全般的診断）と感じると，次にどんなタイプの人格障害だろう（類型ごとの診断基準）を見ていくのです。

全般的診断基準は以下の６項目からなります。

A　次のうち二つ以上が障害されている。
　認知（自分や他人，出来事を理解し，考えたりすること）
　感情（感情の反応の広さ，強さ，不安定さ，適切さ）
　対人関係
　衝動のコントロール

B　その人格には柔軟性がなく，広範囲に見られる。

C　その人格によって自分が悩むか社会を悩ませている。

D　小児期，青年期から長期間続いている

E　精神疾患（精神分裂業，感情障害など）の症状でもない。

F　薬物や一般的身体疾患（脳器質性障害）によるものではない。

知的障害

１　知的障害の度合い

知的障害は度合いによって，重度・中度・軽度に分けられます。
知能指数(IQ) ＝精神年齢(発達年齢) ÷ 生活年齢(実年齢) × 100
上記の式により，精神年齢（発達年齢）と生活年齢（実年齢）の比率をパーセンテージで算出し，50～70％は軽度知的障害，35～50％は中度，20～35％は重度，20％以下が最重度と分類されます。
また，知能指数が 70～85％の場合はボーダーラインであり，知的障害と認定されない場合が多いです。
軽度の知的障害では，障害があることが見ただけではわかりにくいこともあるようです。

２　発達障害と知的障害の違い

発達障害は脳機能の障害が原因となっています。そのため，自閉症の場合は知的障害を伴う場合もあります。つまり，知的障害は発達障害の一つであると言えるでしょう。
知的障害の診断は，知能テストなどで測定される「知的能力」と，社会生活を営むために必要な行動をとる力「適応能力」を元にします。
また，発達障害は，「コミュニケーション能力」や「適応能力」などで診断します。知的障害と発達障害の診断では，重なる部分もあるのです。

３　自閉症と知的障害

自閉症と知的障害には，似たような症状があり，自閉症にも知的障害がある場合もあります。
自閉症の症状があり，知的障害の症状も顕著な場合，知的障害者として認定される場合が多いです。
知的障害をともなう自閉症でも，軽度の知的障害など知的障害が目立たない場合には，知的障害者として認定されません。

４　学習障害と知的障害

知的障害と学習障害にも，似ている症状がありますが，知能指数（IQ）が 70 以上で学習障害の症状がある場合には学習障害と診断され，70 以下の場合には知的障害と診断されます。
知的障害は学習面も含めた全面的な知能の発達に遅れがあり，学習障害は特定の学習に困難を生じます。

～知的障害のチェック（成人）～

１　社会的能力

（１）お金の扱い
- □郵便局や銀行などの金融機関を利用できる
- □正しく両替はできるが，貯金などはできない
- □いろいろの種類の貨幣を合わせて，５００円にできる
- □お金は使うが，正しく両替することはできない
- □お金は使えないが，大切なものであることは知っている
- □お金が大切なものであることを知らない

（２）買い物
- □自分の衣類は自分で買う
- □自分の身につけるアクセサリーなどの小物は，自分で買う

□そばについていなくても，お菓子や飲み物などの簡単な買い物をする
□ついていてやれば，買い物をする
□つきっきりで見ていてやれば，買い物をする
□買い物をしない
（３）集会への参加
□積極的に集会に参加し，規則に従って順番を守ったり，意見を適切に言うことができる
□ある程度は集会などに参加できるが，消極的であったり，引きこもったり，迷惑な行動や非協力的な行動をすることがある
□集会などには参加したがらず，参加しても適切な集団行動ができない
□話す時にとぎれたり，つっかえたり，不規則に中断したりする。（どもりなど）
□発音が不明瞭で，聞き取りにくい

２　地域資源の利用
（１）移動
□自分の住んでいる町内（地区内）ならば，迷わずに歩きまわることができる
□迷わずに施設や学校の敷地内を歩きまわったり，家から数軒離れたところへ行ける
□宿舎内，家の敷地内ならば歩きまわることができる
□同じ建物でも，いつも生活しているところをちょっとでも離れると，迷子になってしまう
（２）交通機関の利用
□一人では長距離電車や長距離バスに乗れない
□一人ではタクシーに乗れない
□知らないところへの地下鉄や路線バスや電車などに乗れない
□以前に連れていかれたような，良く知っているところへの地下鉄や路線バスや電車などにも乗れない
□この人にはあてはまらない。（移動不可能の場合など）

３　自律性（自己指南）
（１）自発性
□指示されなくても，ほとんどのことは自発的にする
□自分がやるべきことの指示を求める
□きまりきったことなら，いちいち指示されなくてもする
□指示されなければ何もしない
（２）志向性
□強制しないと何もしない
□何もやる意欲がない
□何事にも関心を示さない
□途中で遊んだりして，やるべきことを最後までしない
□人の助けを必要以上に求める
□この人にあてはまらない。（全面的な介護を必要とする場合など）
（３）中断や新たな仕事に対する耐性
□作業中の課題を中断させ，別の課題に移行させられた場合，
□不安や不満の徴候をみせず，別の課題にスムーズに移行できる
□不安や不満の徴候を示し別の課題に取りかかるのをしぶるが何とか取り組める
□かなり不満や抵抗を示し，しばらくの間は困難であるか，全く無理である
□課題への意欲や理解力が低いため，特に不安や抵抗を示さない

（4）活動意欲
□与えられた課題は不平・不満などをみせず，指示されなくとも取り組むことができる
□与えられた課題にすぐに飽きたり不平・不満の態度や表情をみせることが多い
□課題を与えられても，励ましや指示がないとやろうとしない
（5）仕事の責任感
□頼まれた仕事は，内容が不十分の場合があるが，最後までやり通す
□ほとんど途中で勝手にやめてしまうことが時々ある
□ほとんど途中で勝手にやめてしまう
（6）作業中の仲間からの影響
□他の人がすぐそばにいても，影響されることなく作業を続けることができる
□他の人がすぐそばにいると，作業に集中できなかったり，視線を回避するなどの不
□満げな 行動を示し作業効率が低下する
□他の人がすぐそばにいると，不適応行動を示し，著しく作業効率が低下する

4　健康と安全
（1）食に関する問題
□著しい偏食がある　・拒食をしばしばする　・異食をすることがある　・反芻をする
□盗食をしばしばする　・嘔吐することが多い　・過食傾向にある　・多飲がみられる
（2）排泄に関する問題
□夜尿をしばしばする　・放尿をしばしばする　・トイレなどで壁に便ぬりや便いじりをする
（3）睡眠に関する問題
□床に入っても寝つきが悪いことが多い　・朝，著しく早く起きる　・夜中に起きてウロウロと徘徊する　・一晩中起きてウロウロと徘徊することがある
（4）破壊行為，器物破損
□特別に物を壊そうとは思っていないが，もののはずみで壊してしまうことが多い
□こだわりの病状として破壊を行う
□自分の要求が通らなかったり，自分のペースで事が運ばなかった時に物を壊すことがある
□注意されたり叱られたりした後に，ストレスの発散や仕返しの意味で物を壊す
（5）自傷
□自分の要求が通らなかったり，自分のペースで事が運ばなかった時に自傷する
□指示されたことをしないで，その後に自傷をする
□周囲の人に自分の要求を伝えるために自傷をする
□こだわりとしての自傷をする
□特に理由なく自傷をする。（自己刺激行動としての自傷）
（6）奇声，大声
□何かをするように指示された時に奇声や大声を出す
□奇声や大声を出す時間や時期に波がある
□自分のしたいことができなかったり，欲しい物が手に入らなかったときに奇声や大声を出す
□仲間から干渉や攻撃を受けたり意地悪されたときに奇声や大声を出す
□よく理由が分からない場合に奇声や大声を出す
（7）固執傾向に関する問題
□特定の物にこだわる。（物をもって歩く，触りにいくなど）

□特定の人にこだわる。（その人を頻繁に見に行く，その人がいないと落ち着かないなど）
□活動や生活の時間や時刻にこだわる。（決まった時刻に食事をしないと気がすまないなど）
□特定の場所にこだわる。（その場所に頻繁に行く，その場所でないと気がすまないなど）

（８）認知症または顕著な老化現象
□老化も退行もみられず元気である
□外見上は老化徴候が見られるが，能力や行動量は落ちておらず元気である
□外見上には老化徴候は認められないが，能力や行動量は落ちている
□外見上や能力の低下などから老化・退行がみられる
□認知症の診断を医師から受けており，病状が明らかにみられる

（９）精神医学的な病状や問題行動の全般
□内に閉じ込もりがちである　□身体ゆすり　□無気力　□他傷。（暴力をふるう）
□食べ過ぎ　□独り言　□情緒的に不安定になることがある　□不衛生，不潔
□欲求不満をうまく処理できず，物にあたったりすねる　□空想的発言，虚言
□爪かみ　□嫌なことがあるとトイレによく行くなど，その場から逃避する
□指しゃぶり　□人前や適当でないところで身体を露出する　□歯ぎしり
□ヒステリー　□吃音　□被害妄想　□自傷　□暴言が多い
□決められたことに遅れたり，さぼったりする　□異食や特異な習癖がある

（１０）対人関係や性格，行動の特性の全般
□がんこである　□集団活動での一斉指示だけでは理解できない
□発音が不明瞭で聞き取りづらい　□感情の起伏が激しい　□親しい友人がいない
□特定の物や事柄にこだわる　□取りかかりが遅い　□交友関係が広がらない
□急な変化を受け入れられなかったり，気持ちの切り替えがうまくできない
□好きな友人につきまとう　□集中力，持続力に欠け，すぐに飽きてしまう
□友人に余計な世話をやく　□自己中心的で，わがままである
□時間やスケジュールにこだわる　□集団活動の流れにのれない　□友人をいじめる
□思い通りにならないときや注意されると引きこもったりふくれたりする
□友人からもいじめられる　□友人よりも職員との関わりを強く求める

５　学習

（１）読む
□多少漢字のまざった本を読む
□ひらがなで書かれた文章なら，だいたい読む
□簡単な絵本や漫画を読む
□「非常口」，「立入禁止」，「男」，「女」などのいろいろな表示を読む
□文字の見分けが多少はつく
□まったく文字の見分けがつかない。

（２）作文やハガキを書く
□身近な事柄について簡単な日記や作文を書いたり，自分から年賀状やハガキの宛名を書いて出すことができる（誤字脱字などの間違えはあっても構いません）
□職員などから日記や作文，ハガキなどに記述する内容を，口頭で言ってもらえると自分で 書くことができる
□日記や年賀状などの決まった文章（成句）などを１～２行書くことができる（「今日は作業をしました」「あけましておめでとうございます」など）
□日記やハガキなどの見本を呈示されると書き写すことはできる
□文字を書くことができない

（３）言語理解
□平仮名４６文字が全て読める
□目と耳は両方ともどんな動きをするか知っている
□わからない字があると尋ねる
□「お腹がすいたらどうする？」という質問に正しく答える
□赤，青，黄，緑の全てがわかる
□「食べ物」の名前が，９つ以上正しくわかる
□物の名前を聞いてその絵を指摘する
□「ちょうだい」と言うと，手に持っている物をくれる
□ことばによる指示に従うことがない
（４）概念
□「無駄」の意味がわかる
□「同じ，違う」の区別ができる
□「右，左」の区別ができる
□「大きい，小さい」の区別ができる
□「勝ち，負け」の区別ができる
□「高い，低い」の区別ができる
□上記した概念の理解ができない
（５）数
□３０個以上のものを数える
□「１つ」,「２つ」と言いながら，２個の物を数える
□１０個のものを数える
□「１つ」と「たくさん」の区別がつく
□必要があれば，４つくらいの数を処理する
□数についての理解がまったくない
6　余暇
（１）友人関係
□数名の特定の仲間をゲームに誘ったり，会話をするなど積極的に有効を求める
□数名の特定の仲間と交友を持とうとするが，積極的にかかわろうとせず，交流の社会的能力が低く，長くかかわれない
□特定の仲間と社会的なかかわりをもとうとすることがない
（２）室内趣味
□施設内や居室でするような趣味を３つ以上もっており，一人で自由時間に援助されずに取 り組んでいる
□施設内や居室でするような趣味や好きな行為が１つ以上あり，職員に促されたり，援助され て取り組める
□施設内や居室でするような趣味や好きな行為がなく，職員もどんな趣味や活動に誘ってよいか考慮している。(誘えばとりあえず行うが，本人の好みとは違っていることが多い)
□何に誘っても拒否的でふらふらと歩き回ったり，特に文化的で目的々な行動をとることが難 しい
（３）室外趣味
□施設外や庭，ホールなどでするような趣味・活動を３つ以上もっており，一人で自由時間に 援助されずに取り組める
□施設外や庭などでするような趣味や好きな行為が１つ以上あり，職員に促されたり，援助されて取り組める
□施設外や庭などでするような趣味や好きな行為がなく，職員もどんな趣味や活動に誘ってよいか考慮している。(誘えばとりあえず行うが，本人の好みとは違っている

ことが多い)
□何に誘っても拒否的でふらふらと歩き回ったり，特に運動や目的々な行動をとることが難しい

7　仕事
（1）物の分類
□数種類の部品などを呈示されて，間違えずに同じ物どうしを例示なしで指示されて箱に分類できる
□数種類の部品などを呈示されて，間違えずに同じ物どうしを例示されていくつかは分類できる
□同じものどうしの分類ができない
（2）分類の誤り修正
□数種類の部品などの仕分け作業の際，いくつか間違って分類された物にすべて気づき直す ことができる 数種類の部品などの仕分け作業の際，間違って分類された物に１～２個気づき直すことがで きる。(全部は修正できない)
□間違って分類された物に気づくことがない
（3）商品名のあいうえお順並べ
□数種類の商品カード名をあいうえお順にすべて正しく並べることができる。
(【あさひ】,【よみうり】,【さんけい】,【とうきょう】,【まいにち】など
のカード)
□数種類の商品カード名をあいうえお順に職員の助言により並べることができる
□商品カード名のあいうえお順に並べることを理解できないか，文字が読めない
（4）技能水準
□かなづち，ドライバー，ペンチ，ドリルなどの簡単な工具を適切に使用できるか，または経験 がなくとも１～２度教えればすぐに使えるようになる
□作業や活動で慣れた工具が１つ使える場合があるか，時々援助されると使うことができる
□工具の使用は教えても理解できなかったり，技術的に難しい
（5）仕事の程度
□道具や機械を使用しなければならない仕事ができる
□庭掃除，床拭き，チリ拾いなどの簡単な仕事ができる
□まったく仕事はできない
（6）全身の耐久性
□荷物（みかん箱大，２kg 程度）を持って，連続３０分間以上歩ける
□荷物（みかん箱大，２kg 程度）を持ち，２０～３０ｍの距離を運べる
□荷物（みかん箱大，２kg 程度）を持ち上げられない
（7）　作業の継続性
□３０分以上一人で着実に作業することができる
□少なくとも５分間一人で着実に作業に取り組める
□一人では作業に取り組めない
（8）作業効率
□熟知した作業を継続して行う際，１時間単位の作業量を比較しても，ほぼ一定した作業効率を維持することができる
□最初の１時間や３０分の作業量とその後で差がみられる
□作業が遅く，作業効率が一定しない

発達障害

（１）自閉症

自閉症とは，３歳位までに現れ，①他人との社会的関係の形成の困難さ，②言葉の発達の遅れ，③興味や関心が狭く特定のものにこだわることを特徴とする行動の障害。

（２）高機能自閉症

高機能自閉症とは，３歳位までに現れ，①他人との社会的関係の形成の困難さ，②言葉の発達の遅れ，③興味や関心が狭く特定のものにこだわることを特徴とする行動の障害である自閉症のうち，知的発達の遅れを伴わない。

（３）学習障害

学習障害とは，基本的には全般的な知的発達に遅れはないが，聞く，話す，読む，書く，計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態。

（４）注意欠陥／多動性障害（ＡＤＨＤ）

ＡＤＨＤとは，年齢あるいは発達に不釣り合いな注意力，及び／又は衝動性，多動性を特徴とする行動の障害で，社会的な活動や学業の機能に支障をきたす。

１２　介護力

１２－１　介護力

（１）　ケアマネジャーの役割

①　介護が必要な高齢者への対応が困難な家庭を把握します。
②　家庭で，新しい介護負担に対応できるかどうかを把握します。
③　在宅での生活が続けられるような支援を提案します。

（２）　介護力を把握するポイント

①　定期的に介護する介護者がいない
②　介護者が，まわりの人に不満を感じている
③　介護者が，介護することに負担を感じている
④　介護者が，これからも介護を続けることができない

（３）介護力

家庭によって環境が様々です。家庭介護が負担なくできているのか，関わっている家族のうち誰に負担がかかり，介護が続けられなくなる可能性があるかを把握するのは簡単ではありません。

家族等の介護は，高齢者の将来の見通しがたたなくなったり，死期が近づいたり，新たな病気や怪我が発症した時に，重い負担がかかることになります。介護者の介護負担は，介護の責任が重く複雑になったときに起こります。

①　高齢者の現在の介護状態と，介護量の増加
②　介護者の現在の状態と，介護者の健康状態等の変化
③　今までの高齢者と介護者の間の関係，愛情
④　介護者が予測していた高齢者の変化，予測していなかった変化
⑤　介護の役割を分担できる在宅サービスのがあるか

介護力問題の整理

①　ケアを適切に提供できない家族を把握します。
　この場合，在宅サービスを利用したり強化しなければ，利用者に必要な介護を行うのは難しくなります。
　介護が必要な高齢者への介護は，家族でも介護保険のサービス事業者でも誰が行っても良いのです。
②　なぜ家族は対応できないのか，どのＡＤＬや精神的支援・介護が負担になっているのか，また，この状況を解決するにはどのようにすればよいか手順を明らかにします。
③　目標は，改善可能な介護，あるいは代りにできる介護を把握することです。

（４）介護力対応の指針

介護負担（下記の項目を参照）が認められれば，介護の改善，家族の代替介護を検討

し，どの部分の介護を補えば負担が軽くなり，在宅生活が続けられるかを把握して提案します。

① 家族は，自分たちで対応できるかを疑問に感じている。
② 介護者は，今以上の役割を担うことができない。
　毎日介護のために訪問することや特別な介護に対応できない。トイレ介助のような基本的な介助ができないなど。
③ 介護を分担して行っていたが，これからは十分でない，対応できない。
④ 家族は，今後とも高齢者の状態がどんどん悪くなると思っている。
⑤ 周囲に迷惑をかける問題行動がある。
⑥ 介護者は，周りの助けが適切でないと思っている。
⑦ 介護者は，穏やかな環境での介護を提供できない。
⑧ 高齢者の介護度が重度である。
　認知やコミュニケーションの障害も重度である場合，その度合いが高まります。
⑨ 介護者の健康状態が悪く，介護に支障がある。

１３　居住環境

１３－１　居住環境

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

利用者の健康状態，障害の状況から見ての危険な環境状態，自立生活を阻害する環境状態を把握して対応します。

（２）居住環境の支障を把握するポイント

① 照明
② 床の状態
③ 浴室やトイレの環境
④ 台所環境
⑤ 暖房や空調
⑥ 身の安全

（３）居住環境

標準的な家屋の多くは元気な人を対象に造られ，虚弱な高齢者向けでないため，住環境そのものが危険なこともあります。

自宅での転倒の大部分は住環境に原因があり，住環境を適切に改善することにより転倒を防ぎ，転倒による障害を減らすことができます。

また，住環境を改善することにより障害を補い，ＡＤＬの自立度や生活の質（ＱＯＬ）が高まる可能性があります。

（４）居住環境問題対応の指針

環境の危険性・不具合と，利用者の身体機能や認知，健康状態を考慮した上で，判断して対応します。

居住環境の点検

① 暖房や空調
② 照明
部屋が暗いための事故を防ぎます。
③ 床
すべる床と段差解消による転倒防止と移動支障を解消します。
④ 手すり
出入り口，階段，浴槽，廊下，トイレ便座の両脇等に手すりがあると，転倒が予防され，移乗時の自立性が高まる場合が多くあります。
⑤ コンロ
火を消し忘れる危険性が高い場合，特に注意を払う必要があります。
⑥ 熱湯
高齢者は熱湯で火傷をする危険性が高く，移動に障害があったり，動作が鈍いため，熱湯からすばやく身を守ることが難しくなります。

⑦　家具や室内
　椅子が硬めで，両側にひじ掛けがあれば簡単に安全に移乗できます。
⑧　緊急通報
　1人暮らしの高齢者の場合，特に転倒の危険のある高齢者の場合，緊急通報のペンダントが有用な場合があります。

移動や移乗に困難がある場合

①　部屋や廊下を歩行器が通れるような十分な幅を確保する。
②　トイレを洋式にする，便座の高さを高くする。
③　浴槽に腰掛け部分をつくる。
④　頻繁に取り出す必要のある物は，踏み台にのぼったり，背伸びをする必要のない棚に置き換える。

１４　特別な状況

１４－１　虐待

～権利侵害の背景～

１　障がい等により自分の権利を自分で守れない。
２　世話をする側とされる側の上下関係がある。
３　生活支援の場が密室になる。
４　認知症・高齢障害者の理解が不足している場合がある。
５　権利擁護・人権感覚の理解が不足している場合がある。
６　自分で情報を集めて選び判断することが難しい。
７　人には「相性」がある。
８　後見のシステムがまだ一般化していない。

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

虐待や放置を受けている高齢者，または虐待の危険性を把握し，即時の対応が必要かどうかの状況を判断する。虐待を発見した場合には市町村・地域包括支援センターに報告する。

（２）高齢者虐待を把握するポイント

①　家族や現在介護をしてもらっている者に対して恐れをいだいている
②　説明がつかない怪我，骨折，火傷がある
③　放置，暴力等の虐待を受けている（セルフネグレクトも含む）
④　身体抑制を受けている
⑤　財産が搾取されている

～高齢者虐待とは～

近年，高齢者の虐待について関心が高まっていますが，問題は十分に理解されているとは言えません。多様な状態を包括する定義は「高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」により明文化されましたが，すべてを包括するものではありません。高齢者の虐待には遂行（虐待）または放置（無視）があり，故意に苦痛を与えようとした場合と介護者あるいは虐待者の不十分な知識，燃え尽き，怠惰から無意識に苦痛を与えてしまう場合とがあります。

高齢者に対する不当な扱いは以下に分類されます。

①　身体的虐待
　身体的苦痛や障害（性的な虐待を含む）を与える。
②　心理的（精神的）虐待
　ひどい精神的苦痛（恥をかかせる，おびえさせることを含む）を与える。
③　放置（ネグレクト）（セルフネグレクト）

介護の義務の拒否や失敗（放置するのみならず，必要な食べ物や医療等のサービス，眼鏡などを与えないことを含む)。

④　経済的虐待

所持金や財産の不法，または不適切な搾取または使用。

（３）高齢者虐待

虐待が起こりやすい状況は以下のとおりです。

①　高齢者の身体，認知障害
②　高齢者の虐待者への依存
③　虐待の高齢者への依存（特に経済的援助を受けるなど）
④　虐待者の精神的状況（薬物乱用や精神疾患の既往など）
⑤　家族の社会的孤立

「新たな適応力を必要とする新たな生活様式の変化（ストレスとなる生活上の出来事)」と「暴力の既往」の２つの要因は子供や夫婦間の虐待に関連することわかっていますが，高齢者の虐待との関連は今のところ明らかではありません。しかし，このことはケアプランを作成するときに考慮する必要があります。

（５）高齢者虐待対応の指針

虐待の判断

①　虐待や放置，搾取を判断するためには，その頻度，継続時間，激しさ，重大性，結果を把握し検討します。
②　虐待を見分けるには，利用者自身の認識，つまり本人がその行動を虐待としてとらえているか，それを改めるための対応を受け入れる用意があるか，によって左右されることが多い。
③　虐待と放置を確認するには以下を確認する必要があります。
　ア　現時点での問題は何か。
　イ　虐待，放置，搾取の危険性があるか。
　ウ　問題の性質として激しいか，頻回に起こるか。
　エ　危険性の緊急度はどうか。
　オ　介護者が虐待者となりうるか。
　カ　家族のケアは一貫性があって質が高いか。
　キ　過去に介護者が暴力をふるったり，虐待や放置，搾取しているか。介護者は本人以外の他者に暴力をふるったことがあるか。
　ク　在宅サービス（フォーマルサービス）は信頼できるか。
　ケ　在宅サービスの機関のスタッフは，根底にある問題に対応する姿勢をとっているか。
　コ　家族は問題を改めようとする用意があるか。
　サ　虐待を行なっている者，または利用者に薬物依存はあるか。
　シ　状況は緊急を要するか。
④　アセスメントの目標は，以下を把握することです。
　ア　虐待，放置，搾取が起きているか。

イ　本人が自己の利益にそって意思を決定し，同時に自分で決定したことのもたらす影響について理解する能力があるか。
ウ　本人の危険性はどのようなレベルか。
エ　福祉，医療，裁判所による法的仲裁，保護等の緊急介入の必要性はあるか。
⑤　アセスメントの最初の段階は，虐待が本当にあるのかを確かめることです。介護者が善意を持っているにもかかわらず，迫害されている錯覚苦しんでいる高齢者もいます。このような高齢者は専門家による精神科的治療を受ける必要があります。

分析の方法

①　利用者との面接
②　利用者に脅迫的と受け止められない方法で面接し，虐待の訴えやアセスメント項目によって虐待を確認します。
③　当初はできないかもしれないが，虐待しているかもしれない者は同席せず，本人と２人だけで話を聞くことが重要です。
④　本人が不当な扱いを受けていると明確に言う（助けを求める。）ことが，介入するかどうかの決め手となります。
⑤　本人が訴えを取り消す場合には，訴えの妥当性を判断します。
⑥　利用者の意思決定能力を見極めます。
ア　記憶障害や機能の問題があっても，自分の安全性に関して適切に意思決定することが可能である。ある一定期間ありのままの状態を観察し，高齢者の意思決定能力を評価すること。
イ　そのうえで，現在の環境に利用者がいることの危険性について判断します。危険であれば，裁判所が後見人をたてたり，精神科の措置入院を検討しなければならない場合もあります。
⑦　利用者の訴えや，示唆された虐待を調査します。
ア　利用者からの訴えや虐待の可能性が観察されたら，できるだけ早く，医師，被害者の親戚，在宅サービス提供者に紹介し，面接して情報を得ます。
イ　虐待をしていることが疑われる者との面接も，ケアの方向性を探るために有効である場合もあります。介護者に面接は通常高齢者と別々に行なうことになっていると伝え，評価者と２人で面接し，介護者の善意や健康状態，能力について評価します。
ウ　利用者は，評価者が虐待者と２人きりで面接することを嫌がることがあります。本人の訴えが間違っていると言われる，仕返しされる，施設に入所させられる，家族の支えをなくす，家族問題が露呈する，といったことを恐れるためです。
エ　経済的な虐待は露骨な場合把握は難しいですが，介護者が利用者に金銭を強要している場合は，同時に身体的心理的虐待も引き起こす可能性があります。

ケアの方向

①　要因を取り除く
ア　虐待や放置，搾取への適切な対応は，個々のケースにより大きく異なります。
イ　ソーシャルワーカーは，家族とともにおこる可能性のある虐待や放置に結びつく要因を取り除いて，状況を静めさせることができる場合があります。
②　介護者から利用者を引き離す
ア　訪問介護や短期入所，通所サービス，虐待をしている可能性のある，あるいは怠惰な介護者から本人を引き離す時間的余裕をつくるために導入する。

ケアを決定するための意思確認

① すべての利用者に対し，以下を確認します。
ア 緊急の身体的危険にさらされているが，そうであれば，評価者は直ちに高齢者を現在の環境から移す（離す）手段をとります。
イ 利用者は介入を受け入れるか。
ウ 在宅サービスの導入や増加は，虐待の状況を改善できるか。
エ 介護者が現在の介護負担に耐えられるよう，介護者に対するカウンセリングや支援または医学的治療が必要か。
オ 利用者の訴えに根拠がないようならば，精神科的診断や治療が必要か。

～緊急性の判断～

緊急性があると判断した場合は， 直ちに保護を行う必要があります。
生命の危険性，医療の必要性，加害者との分離の必要性，虐待の程度と高齢者の健康状態，介護者の心身の状態等から総合的に判断します。

① 本人が保護救済を強く求めている。
② 生命に危険な状態。（重度の火傷や外傷・褥そう，栄養失調，衰弱，脱水症状，肺炎等）→ 医師に判断を依頼することが有効
③ 生命に危険な行為が行われている。（頭部打撃，顔面打撃，首締め・揺さぶり，戸外放置，溺れさせる等）
④ 確認できないが，上記に該当する可能性が高い。

再アセスメント

① 定期的な再アセスメントは，虐待の証拠が決定的でない場合も含めてすべての利用者に必要です。

緊急体制を整える

① 利用者は援助を断ることもあります。断られた場合は，緊急の援助（電話番号，適切な通報・相談先）について情報を書面で知らせ，適切な相談受付と対応の体制をとる必要があります。

高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（抜粋）

（目的）
第一条 この法律は，高齢者に対する虐待が深刻な状況にあり，高齢者の尊厳の保持にとって高齢者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等にかんがみ，高齢者虐待の防止等に関する国等の責務，高齢者虐待を受けた高齢者に対する保護のための措置，養護者の負担の軽減を図ること等の養護者に対する養護者による高齢者虐待の防止に資する支援（以下「養護者に対する支援」という。）のための措置等を定めることにより，高齢者虐待の防止，養護者に対する支援等に関する施策を促進し，もって高齢者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

（定義）
第二条 この法律において「高齢者」とは，六十五歳以上の者をいう。
２ この法律において「養護者」とは，高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事者等以外のものをいう。

３　この法律において「高齢者虐待」とは，養護者による高齢者虐待及び養介護施設従事者等による高齢者虐待をいう。
４　この法律において「養護者による高齢者虐待」とは，次のいずれかに該当する行為をいう。
一　養護者がその養護する高齢者について行う次に掲げる行為
イ　高齢者の身体に外傷が生じ，又は生じるおそれのある暴行を加えること。
ロ　高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置，養護者以外の同居人によるイ，ハ又はニに掲げる行為と同様の行為の放置等養護を著しく怠ること。
ハ　高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
ニ　高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
二　養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。
５　この法律において「養介護施設従事者等による高齢者虐待」とは，次のいずれかに該当する行為をいう。
一　老人福祉法に規定する老人福祉施設若しくは有料老人ホーム又は介護保険法に規定する地域密着型介護老人福祉施設，介護老人福祉施設，介護老人保健施設，介護療養型医療施設若しくは地域包括支援センター（以下「養介護施設」という。）の業務に従事する者が，当該養介護施設に入所し，その他当該養介護施設を利用する高齢者について行う次に掲げる行為
イ　高齢者の身体に外傷が生じ，又は生じるおそれのある暴行を加えること。
ロ　高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。
ハ　高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
ニ　高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
ホ　高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。
二　老人福祉法に規定する老人居宅生活支援事業又は介護保険法に規定する居宅サービス事業，地域密着型サービス事業，居宅介護支援事業，介護予防サービス事業，地域密着型介護予防サービス事業若しくは介護予防支援事業（以下「養介護事業」という。）において業務に従事する者が，当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける高齢者について行う前号イからホまでに掲げる行為

（国及び地方公共団体の責務等）
第三条　国及び地方公共団体は，高齢者虐待の防止，高齢者虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び適切な養護者に対する支援を行うため，関係省庁相互間その他関係機関及び民間団体の間の連携の強化，民間団体の支援その他必要な体制の整備に努めなければならない。
２　国及び地方公共団体は，高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護並びに養護者に対する支援が専門的知識に基づき適切に行われるよう，これらの職務に携わる専門的な人材の確保及び資質の向上を図るため，関係機関の職員の研修等必要な措置を講ずるよう努めなければならない。
３　国及び地方公共団体は，高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護に資するため，高齢者虐待に係る通報義務，人権侵犯事件に係る救済制度等について必要な広報その他の啓発活動を行うものとする。

（国民の責務）
第四条　国民は，高齢者虐待の防止，養護者に対する支援等の重要性に関する理解を深めるとともに，国又は地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止，養護者に対する支援等のための施策に協力するよう努めなければならない。

（高齢者虐待の早期発見等）
第五条　養介護施設，病院，保健所その他高齢者の福祉に業務上関係のある団体及び養介護施設従事者等，医師，保健師，弁護士その他高齢者の福祉に職務上関係のある者は，高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し，高齢者虐待の早期発見に努めなければならない。
２　前項に規定する者は，国及び地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止のための啓発活動及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護のための施策に協力するよう努めなければならない。

第二章　養護者による高齢者虐待の防止，養護者に対する支援等

（相談，指導及び助言）
第六条　市町村は，養護者による高齢者虐待の防止及び養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護のた

め，高齢者及び養護者に対して，相談，指導及び助言を行うものとする。

（養護者による高齢者虐待に係る通報等）
第七条　養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は，当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は，速やかに，これを市町村に通報しなければならない。
２　前項に定める場合のほか，養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は，速やかに，これを市町村に通報するよう努めなければならない。
３　刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は，前二項の規定による通報をすることを妨げるものと解釈してはならない。

第八条　市町村が前条第一項若しくは第二項の規定による通報又は次条第一項に規定する届出を受けた場合においては，当該通報又は届出を受けた市町村の職員は，その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

（通報等を受けた場合の措置）
第九条　市町村は，通報又は高齢者からの養護者による高齢者虐待を受けた旨の届出を受けたときは，速やかに，当該高齢者の安全の確認その他当該通報又は届出に係る事実の確認のための措置を講ずるとともに，当該市町村と連携協力する者とその対応について協議を行うものとする。
２　市町村又は市町村長は，通報又は届出があった場合には，当該通報又は届出に係る高齢者に対する養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護が図られるよう，養護者による高齢者虐待により生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認められる高齢者を一時的に保護するため迅速に老人福祉法に規定する老人短期入所施設等に入所させる等，適切に措置を講じ，又は，適切に審判の請求をするものとする。

（居室の確保）
第十条　市町村は，養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法の規定による措置を採るために必要な居室を確保するための措置を講ずるものとする。

（立入調査）
第十一条　市町村長は，養護者による高齢者虐待により高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認めるときは，介護保険法の規定により設置する地域包括支援センターの職員その他の高齢者の福祉に関する事務に従事する職員をして，当該高齢者の住所又は居所に立ち入り，必要な調査又は質問をさせることができる。
２　前項の規定による立入り及び調査又は質問を行う場合においては，当該職員は，その身分を示す証明書を携帯し，関係者の請求があるときは，これを提示しなければならない。
３　第一項の規定による立入り及び調査又は質問を行う権限は，犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

（警察署長に対する援助要請等）
第十二条　市町村長は，前条第一項の規定による立入り及び調査又は質問をさせようとする場合において，これらの職務の執行に際し必要があると認めるときは，当該高齢者の住所又は居所の所在地を管轄する警察署長に対し援助を求めることができる。
２　市町村長は，高齢者の生命又は身体の安全の確保に万全を期する観点から，必要に応じ適切に，前項の規定により警察署長に対し援助を求めなければならない。
３　警察署長は，第一項の規定による援助の求めを受けた場合において，高齢者の生命又は身体の安全を確保するため必要と認めるときは，速やかに，所属の警察官に，同項の職務の執行を援助するために必要な警察官職務執行法その他の法令の定めるところによる措置を講じさせるよう努めなければならない。

（面会の制限）
第十三条　養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法の措置が採られた場合においては，市町村長又は当該措置に係る養介護施設の長は，養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護の観点から，当該養護者による高齢者虐待を行った養護者について当該高齢者との面会を制限することができる。

（養護者の支援）
第十四条　市町村は，第六条に規定するもののほか，養護者の負担の軽減のため，養護者に対する相談，指

導及び助言その他必要な措置を講ずるものとする。
２　市町村は，前項の措置として，養護者の心身の状態に照らしその養護の負担の軽減を図るため緊急の必要があると認める場合に高齢者が短期間養護を受けるために必要となる居室を確保するための措置を講ずるものとする。

（専門的に従事する職員の確保）
第十五条　市町村は，養護者による高齢者虐待の防止，養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するために，これらの事務に専門的に従事する職員を確保するよう努めなければならない。

（連携協力体制）
第十六条　市町村は，養護者による高齢者虐待の防止，養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するため，老人福祉法に規定する老人介護支援センター，介護保険法項の規定により設置された地域包括支援センターその他関係機関，民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。この場合において，養護者による高齢者虐待にいつでも迅速に対応することができるよう，特に配慮しなければならない。

（事務の委託）
第十七条　市町村は，高齢者虐待対応協力者のうち適当と認められるものに，相談，指導及び助言，通報又は届出の受理，高齢者の安全の確認その他通報又は届出に係る事実の確認のための措置並びに養護者の負担の軽減のための措置に関する事務の全部又は一部を委託することができる。
２　前項の規定による委託を受けた高齢者虐待対応協力者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの者であった者は，正当な理由なしに，その委託を受けた事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。
３　通報又は届出の受理に関する事務の委託を受けた高齢者虐待対応協力者が通報又は届出を受けた場合には，当該通報又は届出を受けた高齢者虐待対応協力者又はその役員若しくは職員は，その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

（周知）
第十八条　市町村は，養護者による高齢者虐待の防止，通報又は届出の受理，養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護，養護者に対する支援等に関する事務についての窓口となる部局及び高齢者虐待対応協力者の名称を明示すること等により，当該部局及び高齢者虐待対応協力者を周知させなければならない。

（都道府県の援助等）
第十九条　都道府県は，この章の規定により市町村が行う措置の実施に関し，市町村相互間の連絡調整，市町村に対する情報の提供その他必要な援助を行うものとする。
２　都道府県は，この章の規定により市町村が行う措置の適切な実施を確保するため必要があると認めるときは，市町村に対し，必要な助言を行うことができる。

第三章　養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等

（養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置）
第二十条　養介護施設の設置者又は養介護事業を行う者は，養介護施設従事者等の研修の実施，当該養介護施設に入所し，その他当該養介護施設を利用し，又は当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける高齢者及びその家族からの苦情の処理の体制の整備その他の養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置を講ずるものとする。

（養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る通報等）
第二十一条　養介護施設従事者等は，当該養介護施設従事者等がその業務に従事している養介護施設又は養介護事業において業務に従事する養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は，速やかに，これを市町村に通報しなければならない。
２　前項に定める場合のほか，養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は，当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は，速やかに，これを市町村に通報しなければならない。
３　前二項に定める場合のほか，養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は，速やかに，これを市町村に通報するよう努めなければならない。
４　養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けた高齢者は，その旨を市町村に届け出ることができる。

５　第十八条の規定は，第一項から第三項までの規定による通報又は前項の規定による届出の受理に関する事務を担当する部局の周知について準用する。
６　刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は，第一項から第三項までの規定による通報（虚偽であるもの及び過失によるものを除く。次項において同じ。）をすることを妨げるものと解釈してはならない。
７　養介護施設従事者等は，第一項から第三項までの規定による通報をしたことを理由として，解雇その他不利益な取扱いを受けない。

第二十二条　市町村は，通報又は届出を受けたときは，当該通報又は届出に係る養介護施設従事者等による高齢者虐待に関する事項を，当該養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る養介護施設又は当該養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る養介護事業の事業所の所在地の都道府県に報告しなければならない。
２　前項の規定は，地方自治法の指定都市及び中核市については，厚生労働省令で定める場合を除き，適用しない。

第二十三条　市町村が通報又は届出を受けた場合においては，当該通報又は届出を受けた市町村の職員は，その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。都道府県が報告を受けた場合における当該報告を受けた都道府県の職員についても，同様とする。

（通報等を受けた場合の措置）
第二十四条　市町村が通報若しくは届出を受け，又は都道府県が報告を受けたときは，市町村長又は都道府県知事は，養介護施設の業務又は養介護事業の適正な運営を確保することにより，当該通報又は届出に係る高齢者に対する養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護を図るため，老人福祉法又は介護保険法の規定による権限を適切に行使するものとする。

（財産上の不当取引による被害の防止等）
第二十七条　市町村は，養護者，高齢者の親族又は養介護施設従事者等以外の者が不当に財産上の利益を得る目的で高齢者と行う取引による高齢者の被害について，相談に応じ，若しくは消費生活に関する業務を担当する部局その他の関係機関を紹介し，又は高齢者虐待対応協力者に，財産上の不当取引による高齢者の被害に係る相談若しくは関係機関の紹介の実施を委託するものとする。
２　市町村長は，財産上の不当取引の被害を受け，又は受けるおそれのある高齢者について，適切に，老人福祉法第三十二条の規定により審判の請求をするものとする。

（成年後見制度の利用促進）
第二十八条　国及び地方公共団体は，高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護並びに財産上の不当取引による高齢者の被害の防止及び救済を図るため，成年後見制度の周知のための措置，成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずることにより，成年後見制度が広く利用されるようにしなければならない。

第五章　罰則

第二十九条　第十七条第二項の規定に違反した者は，一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

第三十条　正当な理由がなく，立入調査を拒み，妨げ，若しくは忌避し，又は同項の規定による質問に対して答弁をせず，若しくは虚偽の答弁をし，若しくは高齢者に答弁をさせず，若しくは虚偽の答弁をさせた者は，三十万円以下の罰金に処する。

１４－２　ターミナルケア・緩和ケア

（１）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

在宅でのターミナルケア，緩和ケアを希望する，もしくは受ける利用者に対して包括的ケアの必要性を把握して対応します。

介護保険と医療保険，その他公的・私的医療福祉制度なども活用します。

また，医療との連携が重要になるので，利用者本人と家族，主治医，病院，薬剤師，訪問看護ステーション，介護サービス事業所などとの綿密な打ち合わせ，話し合いによる合意と役割分担による対応をします。

（２）ターミナル，緩和ケアについて把握するポイント

①　末期の病気であり，余命が半年以下である
②　ターミナルケア・緩和ケアを受ける予定である（受けている）

（３）ターミナルケア・緩和ケアとは

末期状態にある人の広範囲なケアであり，回復を目的とした治療から，症状を緩和して残された日々の生活の質（ＱＯＬ）を向上や確保するためのケアに移行します。

ターミナルケア・緩和ケア

①　回復に向けた治療やケアから，ターミナルケア・緩和ケアに移行する区分は明確ではありません。
②　ターミナルケア・緩和ケアを提供するには，概ね次の要件があります。
　ア　本人・家族が希望していること
　イ　介護者がいること
　ウ　管理する医師を含めた，在宅医療体制が整っていること
　エ　いつでも入院できる受け入れ態勢があること
③　ターミナルケア・緩和ケアを提供する場合には，利用者とその家族の持つ多様なニーズ（症候・機能のこと，心理面のこと，社会的なこと，経済的なこと，環境のことなど）に配慮する必要があります。
④　緩和ケアは，単に身体的な痛みを緩和することではなく，全人的な痛みに対応することです。
　ア　身体的痛み
　イ　精神的な痛み
　ウ　社会的な痛み
　エ　霊的・宗教的な痛み
⑤　ケアの目標は利用者のＱＯＬの向上や確保，痛みの緩和，利用者及びその家族の希望などについて，身体的な限界の中で対応することです。
⑥　ターミナルケア・緩和ケアを受ける環境は，住んでいる地域の医療資源によって左右される場合があります。

（４）ターミナルケア・緩和ケア対応の指針

インフォームドコンセント

①　インフォームドコンセントの重要性

緩和ケアを提供する場合には，常に利用者や利用者本人に代わって意思決定権のある家族などからの説明の上で了解を得ているかどうかが重要です。

② インフォームドコンセントを得る

緩和ケアは，利用者本人だけでなく，関係者全員の納得と合意と明確な意思疎通のもとに行なわれることが望ましい。

ケアの方向

ケアプランが作成される前に，利用者（もしくは代理の人）は自分の病気や可能な治療，その治療の危険性や効果について知らせられているか確認します。

また，提供されるケアは，出来る限り利用者の希望に沿ったものにします。

① 一般的なケア

ア 身だしなみに配慮します。

イ 本人と介護者の清潔に気を配ります。

ウ 栄養の確保と水分補給に配慮します。病気の進行や薬の副作用で支障がでる可能性があります。

エ 失禁の管理を工夫します。

オ 下痢と便秘へ対応します。

カ 移動と転倒について，可能な場合は介助や見守りをします。

キ 皮膚のケア，褥瘡の予防をします。

ク 睡眠障害については，医師に相談して対応します。

ケ 認知障害へ，原因への対応と，気持ちの安定に配慮します。

コ 焦燥感につて，原因に対応します。

サ 末期の呼吸について，起こりうる状況を把握して対応します。

シ けいれん発作への対応を確認します。

② 医療的なケア（薬の管理）

ア 服薬状況の変化を把握し，医師，薬剤師の指示を受けて対応します。

イ 鎮痛薬の使用について，医師，薬剤師の指示を受けて対応します。

③ 家族や介護者のケア

近い未来への不安，ストレスに配慮し，家族のニーズへの気を配ります。

文責：宮城県ケアマネジャー協会　小 湊 純 一。

在宅緩和ケアのための地域連携ガイド

緩和ケアにおけるケアマネジャーの役割

１）ケアプラン作成時の留意点

在宅移行時から終末期，そして看取りまでのプロセスのなかで，“その人らしく生きる”ことを大事にしてプランを作成する。たとえ終末期にあっても，“生活者”であり，患者・家族の生活を尊重・擁護することを忘れてはならないことはいうまでもない。

ケアマネジャーは主治医や担当看護師と情報を交換しながら,その患者がどう生きていきたいのか，療養の場所（在宅を継続するのか，緩和ケア病棟などに入院するのかなど）や受ける医療など，患者と家族が“自己決定”できるように関わり，その意向に沿ったケアプランを患者・家族と協働しながら作成していくことが大切である。

進行がん患者の場合，病状が急速に変化することも少なくない。病状変化の把握と，今後起こりうる変化を予測しながら，その患者・家族が希望する生活が，可能な限り継続，または実現できるよう生活支援計画を立てることが重要となる。医師，看護師などの意見を取り入れながらケアプランの修正・追加を行っていくことが大切である。患者・家族を含む多職種で構成されるチームがうまく機能できるよう,各チームメンバーがもつ専門性や力を発揮できるようコーディネートし，患者・家族が“その人らしく生きる”ことを支えていくことが，ケアマネジャーの大事な役割である。

また，がん患者の場合，ターミナル後期に入るまで ADL が維持されているケースも少なくなく，要介護認定審査で介護度が軽度に判定され，必要な介護用ベッドなどが利用できない場合もある。ベッドや車椅子などが病状的に必要なときには，医師の医学的所見やサービス担当者会議，適切なスクリーニングなどによる判断のうえ，保険者（市町村）との協議により，軽度要介護者に対しても福祉用具の貸与などが可能になることもある。また，要介護認定審査結果が出る前に患者が亡くなってしまうこともある。この場合，暫定プランで利用していたサービスの費用は申請日に遡って支給されるが，介護保険の申請や，区分変更申請はタイミングを逃さず早めに行っていく配慮が必要となる(詳細は状況によって多少異なることがありうるため，保険者〈市町村〉に確認することが大切である)。

２）家族への配慮

在宅ケアを受ける際など，患者本人と家族の間に希望や考え方に違いがあることがある。また，家族や親戚などの間でも考え方に相違がある場合も少なくない。家族成員それぞれの思いや考えも表出できるように関わり，家族間の調整や，家族と患者本人との調整を図ることも大事な役割である。家族にとって，進行がん患者を自宅で介護するということが大きな心の負担となることを忘れずに，家族の心身の状況にも留意することが大切である。

また，近い将来に大事な家族を亡くすという悲しみをもちながら，家族は介護している。患者を亡くす前から家族の悲しみは始まっているのである（予期的悲嘆)。この予期的悲嘆の感情表出が適切にできることで,患者が亡くなったときの悲嘆をうまく乗り越える力を得ることができる。ケアチーム全体で細やかな配慮をしながら家族を支えることも重要である。

また，緩和ケアチームは，患者が亡くなった後も引き続き家族（遺族）の支援を行っていく役割がある。遺族に対する悲嘆のケアをグリーフケアという。死別後の悲嘆は約４ヶ月～１年続くといわれている。悲嘆のプロセスとは，愛する人を失った悲しみを乗り越え，自らの人生を生きていく力を少しずつ備えていく作業である。

家族が正常な悲嘆のプロセスをたどっていけるように,医療と福祉が連携して地域で支えていくことが大切であり,緩和ケアの携わったケアマネジャーにもこういった役割があることを認識しておくことも大切である。家族が自らの喪失体験を肯定的に評価できるためには,まずは患者の療養中に，質の高い介護を提供できたかどうかが影響する。「安らかな死を迎えられた」「自分たちにできることは精一杯やった」「故人の望みを叶えることができた」な

ど，介護を振り返ったときに「良いケアを提供できた」と実感できることが家族の心の支えになることが多い。ケアマネジャーは，療養中により良いケアが提供できるようケアマネジメントを行うことが重要である。

悲嘆のプロセスには感情を表現できる場や，悲しみを共有してくれる人，そっと見守ってくれる人などが必要であり，医師や訪問看護師など，多職種と連携しながら地域で支えていくことが大切である。時には悲嘆過程が長引き，生活に支障を及ぼすような病的悲嘆に陥ることもある。抑うつ状態や自殺企図などを起こすこともあり，専門家につなげる必要がある場合も起こりうる。遺族会などを実施している医療機関もあるが，今後は地域包括支援センターなどとも協働して，地域での支援をより充実させていく試みも必要となるであろう。

看取りと医師法

医師の間でさえ「死亡前 24 時間以内に診察していないと，死亡診断書を書くことはできない」という誤解がある。いつ亡くなるかを予測することは，どれだけ経験を積んだ医師でも困難なことなので，在宅での看取りを考えた場合，「毎日の往診」を想像される医師が多数おられることと思う。確かに，尿量の低下などによりあと数日の予後となれば，訪問回数が増えることもあるが，法律的には「診察後 24 時間以上経過した死」でも，診察中の患者は死後の診察で死亡診断書を書くことができるし，時間の長さについての規定もない。

したがって，在宅での看取りの一晩を家族が行い，翌朝，医師が診断書を持って家に伺うことは現在行われていることで，夜中に訪問看護師がエンゼルケアを行っているということも，看取りが予測される病状において事前に医師から指示があれば一連の流れのなかで行われていることであり，それが医師法違反となることはないのである。

さらに具体的なことでは，死亡時刻の考え方を紹介すると，死亡時刻を，ほどなく到着する医師による死亡確認時刻であるという考え方や，家族が記録した呼吸の止まった時刻とする考え方がある。「死亡診断書記入マニュアル」では「“死亡したとき”は死亡確認時刻ではなく，死亡時刻を記入します。“死亡したとき”の一部が不明の場合でも分かる範囲で記入します」と記載されており，厳格な法的規制があるわけでもないため，柔軟な対応が可能である。また，死亡確認をする医師については，複数医師体制の場合，初めて訪問診療を行った副主治医がその患者の死亡診断書を書くことに法律上の問題はない。

もちろん，診療録に関して主治医と副主治医の間でとり決めが必要なことはいうまでもない。だた，心情的には「かかりつけ医」の主治医に「看取り」に立ち会ってほしいという希望はあると思われる。本稿では，「在宅での看取り」に関して医師法第 20 条を紹介しながら，理解を深めていただきたい。

以上，よくたずねられることをまとめたが，そもそも医師法第 20 条の解釈について公にされている文書を引用して解説しておくので，確認願いたい。

医師法第 20 条

医師は，自ら診察をしないで治療をし，若しくは診断書若しくは処方せんを交付し，自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証明書を交付し，又は自ら検案しないで検案書を交付してはならない。但し，診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については，この限りでない。

ここで重要なのは，但書に関する以下の厚生省医務局長通知こそが，誤解や戸惑いの解決になるという点である。

医師法第 20 条但書に関する件：各都道府県知事あて厚生省医務局長通知（昭和 24 年 4 月 14 日医発第 385 号）

標記の件に関し若干誤解の向きもあるようであるが，左記の通り解すべきものであるので，御諒承の上貴管内の医師に対し周知徹底方持に御配慮願いたい。

記

1，死亡診断書は，診療中の患者が死亡した場合に交付されるものであるから，苟しくもその者が診療中の患者であった場合は，死亡の際に立ち会っていなかった場合でもこれを交付することができる。但し，この場合においては法第二十条の本文の規定により，原則として死亡後改めて診察をしなければならない。法第二十条但書は，右の原則に対する例外として，診療中の患者が受診後二四時間以内に死亡した場合に限り，改めて死後診察しなくても死亡診断書を交付し得ることを認めたものである。

2，診療中の患者であっても，それが他の全然別個の原因例えば交通事故等により死亡した場合は，死体検案書を交付すべきである。

3，死体検案書は，診療中の患者以外の者が死亡した場合に，死後その死体を検案して交付されるものである。

「死亡診断書」と「死体検案書」の区別は，前者は診療中の患者が死亡した場合に交付されるものであり，後者は死亡の原因が診療にかかわる疾病と全然別のものである場合や，診療中の患者でないものが死亡した場合に，死後その死体を検案して交付されるものである。また，旧国民医療法では，死亡診断書は交付の際に診察をしないでもこれを交付することが認められていたが，医師法では，たとえ診療中の患者であってもその者の死亡時が最後の受診から起算して 24 時間を越える場合には，改めて診察をしなければ死亡診断書を交付しえないこととされていた。これは，診察をしないで交付する場合をなるべく制限しようとする趣旨である。

いずれにしても在宅死の取り扱いは，病院死とまったく同様である。在宅医は，異常死論議の余地がないように配慮し，必ず遺体を確認することが求められるし，訪問診療中から死を予告し，死に向かって起こりうる症状をよく説明し，医師以外のスタッフでもよいので，頻回に訪問することが重要だろう。在宅では，医療者と患者・家族との信頼関係のもと，常識的な「看取り」への移行がなされているということである。

引用文献

「緩和ケアのための地域連携ガイド」
厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）「在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究」班　2008 年 12 月 26 日発行（非売品）
Ｐ85～87，Ｐ102～104

ターミナルケア・緩和ケアの医療

訪問看護の役割

1　訪問看護とは
看護師等が居宅を訪問し療養している利用者に看護を行うサービス。本人や家族の意思や、ライフスタイルを尊重して、生活の質が向上できるように予防的視点から看取りまでを支える。本人のみならず家族の健康状態もチェックし、一人々の健康課題を早期に発見し、医師と連携して疾病の発症や重症化を防止する。薬剤師、理学療法士等、ケアマネジャー等の多職種と連携し支援する。

2　訪問看護師の役割
～　２４時間・３６５日安心を支える訪問看護サービス　～

①　医師の指示による医療処置・治療上の看護
点滴・吸引吸入・胃瘻や経管による栄養・褥瘡予防と処置・服薬の管理観察・人工肛門・気管カニューレ・チューブ類の交換など

②　医療機器の管理
人工呼吸器・在宅酸素・輸液ポンプ等

③　病状や健康状態の管理と看護
バイタルチェック・感染症の有無・心身の健康状態・障害の状態など観察
脱水や肺炎等の早期発見、助言

④　療養生活の相談・支援
高血圧、糖尿病など慢性疾患の自己管理支援等

⑤　ターミナルケア
最後までその人らしい尊厳のある療養生活を送ることが出来るよう援助
苦痛や倦怠感など緩和のための看護や医療処置、精神的な支援を行う。
緊急時の対応や看取りにかかわる支援を行う看取り後の遺族のグリーフケア

⑥　在宅でのリハビリテーション看護
運動機能の回復、維持、低下予防・安楽な体位・嚥下機能回復、維持、低下予防・関節拘縮予防の支援助言・日常生活訓練・福祉用具利用相談や導入時は理学療法士等と連携

⑦　認知症と精神障がい者の看護
認知症の症状を理解したうえで心身の健康状態を観察し、主治医と連携し服薬を調整し周囲とのコミュニケーションがスムーズにいくよう援助　家族や訪問介護・主治医と協働してケアを行う。
精神障がいでは、コミュニケーションに障がいがある場合が多いため、自分の生活や将来などを主体的に語れる機会をつくり援助する。心身の健康状態を観察し服薬の管理、治療の継続、生活リズムの調整、必要なサービスの活用をアドバイスする。

⑧　精神的看護
気分の落ち込みやうつ状態などの精神状態を把握し、気分転換やリラックス法、コミュニケーションの取り方などを助言

⑨　介護予防など低栄養や運動機能低下を防ぐアドバイス
転倒を防止し残された能力が十分発揮できるように支援、体調維持するための栄養指導等行う。

⑩　ご家族等への介護支援･相談
安楽な介護方法を助言したり、訪問介護員など他の職種と連携することで家族の介護負担を軽減し、より良い家族関係が保たれるように支援する。

3　在宅におけるターミナルケア（医療職の役割）

①　病名・病状・予後の説明について

以前は癌であることを患者に伝えることは心に強い衝撃を与え生きる希望を失うとして病名を本人に伝えることを敬遠してきた。医学の進歩とともに早期に発見して適切な治療を行えば癌は治療が可能な疾患となり、たとえ完治できなくても痛みをはじめとする諸症状を緩和して在宅で過ごせることが可能になった。

②　病名・病状・予後を伝えることの利点

患者自身が治療法を選択し納得した上で医療を受けることが出来る。患者の自己決定権を尊重できる。

真実を知ることによって患者と家族、患者と医療従事者との良好なコミュニケーションが築かれ信頼関係が維持できる

真実を知ることで家庭内の問題を解決し仕事や財産などの社会的問題を整理し残された時間を有意義に過ごせる。

③　人生の終末期をどのように過ごしたいか確認し支援する。

本人の気持ち　家族の気持ち（病気をどう捉えてどうしたいと思っているのか、本人がわがままを言える関係）

本人と家族が残された限られた時間の過ごし方を話し合うことが出来る。

痛みや苦痛の緩和や除去され、ＱＯＬの向上が図れる

タイムリーな日常生活の支援や療養環境の整備

身体がきれいでさわやかな気分で過ごせるよう支援

④　家族介護の支援（不安なく介護できる様）

家族等の介護力を評価し、自分たちが満足できる介護ができるように支援する。

利用者家族の持つ多様なニーズが解決できるように支援する。（生活者として普段の生活が出来るように）

在宅の支援者たちのネットワークがある。（情報の共有）

⑤　医師の役割

常に患者さんや家族､医療関係者たちと連携をとりあらゆる相談役となって患者さんができるだけ快適な生活ができるように必要に応じ往診し､苦痛緩和のための治療を行い患者さんと顔を合わせ､会話をしながら患者さんの心配事や希望を聞いて療養の仕方を一緒に考えていく。

最期、医師は死亡を確認して死亡診断書を作成します。

⑥　薬剤師の役割

薬の飲み方・使い方について薬剤師の視点でアドバイス

薬の飲ませ方の指導を行い飲みやすい形の工夫をしてくれる

別の薬や特別な食品が服用中の薬に与える影響についての指導

薬の効果や不都合について、保管方法について説明

⑦　看護師の役割

病状の観察（症状のコントロールが適切にできているかどうかの確認）

日常生活の援助（必要により苦痛を緩和しながらの清潔の援助、食事指導、排泄のコントロール、環境整備等をする。）

緊急時の対応の確認や予測できる問題についての指導
困っていること、不安に思っていることへの相談
介護者への支援や精神的支援

※　ケアチームは情報を共有しそれぞれが役割を理解しサポートする意識が大切

4　ターミナル期の症状

①　終末期によくある症状

食事摂取量の減少(食事摂取量に影響を与えるトラブルが起きていないか)
排泄に対する対応（体力低下とともにトイレへ行けなくなる）
睡眠に対する対応（不眠の原因に対応したり、傾聴、就寝前の足浴マッサージ）
清潔に対する対応（身体に負担のかからない方法で　本人の希望を優先）
環境に対する対応（過ごす時間は家族のだんらんに近い場所で）

②　死期が迫った予兆

昼夜関係なく眠っていることが多くなる（就寝中の無呼吸出現）
時間や場所や愛する人の認識の混乱、幻影をみる（せん妄状態）
食欲低下　全身の倦怠感（身の置きどころがない）
苦痛を訴えることが少なくなる
尿量の減少、尿や便の失禁
手や足先の冷感　皮膚が冷たい　身体の下になっている部分にチアノーゼ
呼吸時のガラガラ、ゴロゴロという音（喘鳴）
身体の不随運動　ピクピク動く

※　以上のような兆候が現れ始めた時、介護に携っている介護者は医療チームに連携を取る（情報提供）

③　患者さんが死亡したという兆候

触ったり話しかけても反応がない
呼吸や心拍がない
眼球が動かない、瞳孔が拡大する
顎が弛緩し、口がわずかに開かれる
大小便の失禁

※　慌てず，家族・医師，医療チームに連絡
看取りの合意がある場合　心肺停止や呼吸停止が起こった時､患者の負担となる蘇生術は行わない

訪問看護の制度について

1　訪問看護サービス

かかりつけ医の｢訪問看護指示書｣が必要です。

訪問看護指示書
利用者やその家族からの申し込みにより、かかりつけの医師（主治医）が診察（訪問看護の必要性の要否の判断）に基づいて交付するもの
利用者が複数の医師にかかっている場合、利用者に対して主として診療を行う医師が訪問看護の指示を行うことが原則とされる。なお、主治医とは利用者の選定により加療している医師だが、この医師は保険医療機関の保険医か介護老人保健施設の医師でなければならない。又利用者が公費負担医療を受ける場合は指定医療機関の医師の指示書が必要

２　要介護者等に対する訪問看護は原則介護保険

３　要介護認定で「非該当」は医療保険の訪問看護サービス
　介護の必要性が低く「非該当」と判定されると、医療的な必要性で医療保険で必要な訪問看護のサービスを受けられる

４　介護保険の認定を受けても訪問看護が医療保険が適応される場合
　厚生労働大臣が定める疾病等、癌の末期、急性増悪期（特別訪問看護指示書）

特別訪問看護指示書
　主治医は診療により利用者が急性感染症等の急性増悪時又は末期の悪性腫瘍等以外の終末期で週４日以上の頻回な訪問看護の必要性を認めた場合は特別訪問看護指示書を交付することができます。交付された日から１４日以内は毎日訪問看護を行うことができます。（気管カニューレや真皮を越える褥瘡の状態にある利用者は２回／月まで可能）

５　介護保険での訪問看護
①　６５歳以上で、要介護・要支援になった人
②　４０～６４歳で、加齢に伴う特定疾病によって要介護・要支援になった人

特定疾病
　癌末期（医師が一般に認められている知見にもとづき回復の見込みがない状態に至ったと判断した場合），関節リウマチ，筋萎縮性側索硬化症,後縦靭帯骨化症，骨折を伴う骨粗鬆症，初老期における認知症（アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体病等），進行性核上性麻痺，大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（パーキンソン病関連疾患，脊髄小脳変性症，背柱管狭窄症，早老症（ウェルナー症候群等），多系統萎縮症（線条体黒質変性症，シャイ・ドレーガー症候群，オリーブ橋小脳萎縮症），糖尿病性神経障害，糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症，脳血管疾患（脳出血，脳梗塞等），閉塞性動脈硬化症，慢性閉塞性肺疾患（肺気腫，慢性気管支炎，気管支喘息，びまん性汎細気管支炎，両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

６　医療保険の訪問看護
厚生労働大臣が定める疾病等の方、癌末期や急性増悪期の方

（１）厚生労働大臣が定める疾病等
　癌末期，多発性硬化症，重症筋無力症，スモン，筋萎縮性側索，脊髄小脳変性症，ハンチントン舞踏病，進行性筋ジストロフィー症，パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺，大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重傷度分類がステージⅢ以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る，多系統萎縮症（線条体黒質変性症，オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群），プリオン病，亜急性硬化性全脳炎，後天性免疫不全症候群，頚髄損傷，人工呼吸器を使用している状態

７　訪問看護は週に何回、可能か？

①　医療保険では通常、週３日まで
②　急性増悪期はひと月に１４日間以内であれば毎日でも可能
④　難病、癌の末期は連日でも可能

８　その他（医療保険）

（１）　２４時間連絡体制加算・２４時間対応体制加算

２４時間連絡体制加算は、電話等により看護に関する意見を求められた場合、常時対応できる体制にあるものとして、地方厚生局長に届けて受理されており、訪問看護ステーションの保健師、看護師が当該体制にある旨を説明し、同意を得た場合に算定２４時間対応体制加算は、２４時間連絡体制に加え、さらに必要に応じ緊急時訪問看護を行う体制にあるものとして地方厚生局長に届け出て受理されている場合に加算

（２）　特別管理加

訪問看護ステーションが特別な管理を必要とする利用者から看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制でその他計画的管理を実施できる体制にあるものとして地方厚生局長届け出て、指定訪問看護を受けようとする利用者に対して指定訪問看護の実施に関する計画的管理を行った場合算定

（３）　退院時共同指導

保険医療機関や介護老人保健施設に入院、入所中で退院、退所後に訪問看護を受けようとする利用者、又はその家族等に対し退院、退所時に訪問看護師等と入院、入所施設の職員が退院、退所後の在宅療養についての指導を入院、入所の施設において共同で行う（難病等や重症者管理加算を算定している利用者は２回まで算定できる）

（４）　退院支援指導

難病等や重症者管理加算を算定している利用者に対し退院当日に訪問して支援指導をおこなう。

（５）　在宅患者連携指導

訪問看護ステーションの看護師等が利用者の同意を得て訪問診療を実施している保険医療機関を含め歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と月 2 回以上文書等により情報を共有を行うとともに共有された情報を踏まえて療養上の指導を行う。

（６）　在宅患者緊急時等カンファレンス

利用者の状態の急変や診療方針の変更等に伴い保険医療機関の保険医の求めにより開催されたカンファレスに訪問看護ステーションの看護師等が参加して共同で利用者、家族に対して指導を行う。

（７）　訪問看護ターミナルケア療養費

主治医と連家の下に訪問看護師等が在宅での終末期の看護を提供した場合を評価対象となるのは在宅で死亡した利用者のほか、ターミナルケアを行った後、２４時間以内に在宅以外で死亡した利用者も含まれる。

９　その他（介護保険）

（１）　夜間・早朝加算、深夜加算

夜間（18 時～22 時）早朝（６時～８時）に計画的に基づいた訪問看護を実施した場合

（２）　複数名訪問看護長時間訪問看護加算

同時に複数の看護師等が一人の利用者に対して訪問看護を行う
30 分未満と 30～60 分未満算定あり

（３）　長時間訪問看護加算

特別管理加算の対象となる利用者に対して所要時間１時間以上１時間 30 分未満の訪問看護を行った後に引き続いて訪問看護を行った場合

（４）　初回加算
利用者が過去２月間において、当該訪問看護事業者から訪問看護の提供を受けていない場合であって（医療保険も含む）新たに訪問看護計画書を作成した場合
（５）　退院共同指導加算
医療保険と内容同様
（６）　看護・介護職員連携強化加算
訪問介護事業所の訪問介護員等に対し痰の吸引等を円滑に行うための支援を行った場合
（７）　看護体制強化加算
在宅における中重度の要介護者・要支援者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応を強化する観点から充実したサービスの提供体制の事業を評価する

支給限度基準額に含まれない加算
（１）　特別地域訪問看護加算
サービスの提供の観点から離島等一定の地域に所在する事業所が行う訪問看護については特別地域加算として算定する
（２）　緊急時訪問看護加算
医療保険の２４時間連絡体制対応加算と内容同じ
（３）　特別管理加算
医療保険と内容同じ
（４）　ターミナルケア加算
死亡日及び死亡前日 14 日以内に２回以上ターミナルケアを要介護者に対して行った場合に算定
（５）　サービス提供体制強化加算
職員の早期離職を防止して定着を促進する観点から勤続年数３年以上の職員 30%配置している場合算定　１回につき６単位

引用文献
「訪問看護活用ガイド」
財団法人在宅医療助成勇美記念財団

2015.12.25.《ターミナルケア・緩和ケアの医療》文責：内田　裕子。

第１表

居宅サービス計画書（１）

初回 ・ 紹介 ・ 継続　　認定済 ・ 申請中

利用者名　　殿　　生年月日　　年　　月　　日　　住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成（変更）日　　年　　月　　日　　初回居宅サービス計画作成日　　年　　月　　日

認定日　　年　　月　　日　　認定の有効期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

要介護状態区分	要介護１ ・ 要介護２ ・ 要介護３ ・ 要介護４ ・ 要介護５
利用者及び家族の生活に対する意向	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	
家事援助中心型の算定理由	１.一人暮らし　　２.家族等が障害、疾病等　　３.その他（　　）

第２表

居宅サービス計画書（２）

利用者名　　殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目　　標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※２	頻度	期間

※１「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※２「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第３表

週間サービス計画表

利用者名　　殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00								
午前	8:00								
	10:00								
	12:00								
午後									
	14:00								
	16:00								
	18:00								
夜間									
	20:00								
	22:00								
深夜									
	24:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス	

第４表

サービス担当者会議の要点

利用者名　　殿　　居宅サービス計画作成者（担当者）氏名

開催日　　年　月　日　開催場所　　開催時間　　開催回数

会議出席者	所　属（職種）	氏　名	所　属（職種）	氏　名	所　属（職種）	氏　名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 （次回の開催時期）						

モニタリング表

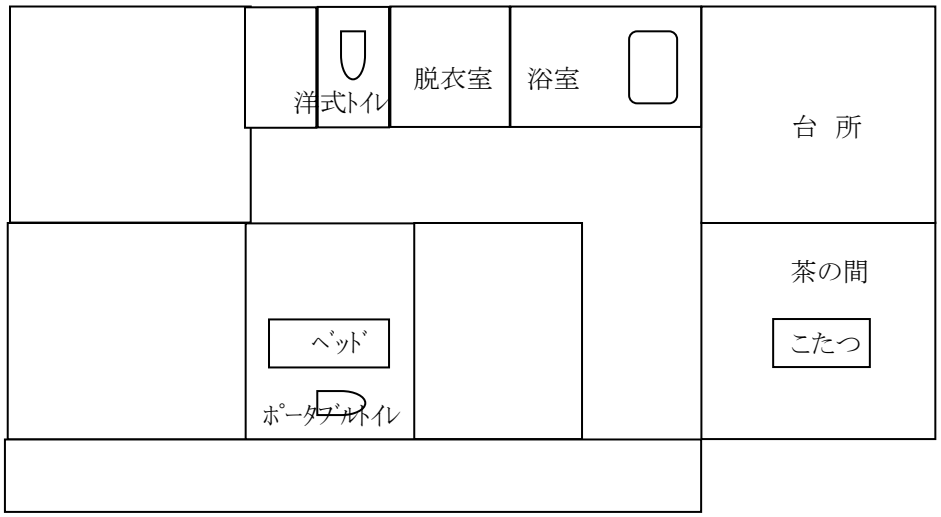
利　用　者　名	様	ケアマネジャー名		記録日	年　　月　　日

ニーズ	短期目標	サービス内容	本人(家族)の満足度	評　価	以後の対応

事　例

～基本・リハビリテーション～

基本情報

<table>
<tr><td>利用者名</td><td>宮城　花子さん</td><td>性別</td><td>女</td><td>生年月日</td><td colspan="2">昭和　　5 年　2 月　20 日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td><td>介 護 度</td><td colspan="2">要介護　2</td></tr>
<tr><td rowspan="2">主　　訴</td><td colspan="6">【相談内容】
・退院後まだ寒かったのでサービスを使わないでいた。本人が身体の痒みを訴え妻が身体を拭いてあげていたが，お風呂の介助を頼みたい。（息子さん）</td></tr>
<tr><td colspan="6">【本人・家族の意向】
本人：誰も来る人がいなくて寂しい。
家族：お風呂に入れてほしい。
　　通院の時の乗り降りの介助をお願いしたい。</td></tr>
<tr><td>生活状況</td><td colspan="3">【性格・職業等】
・農家に生まれ育つ
・農家に嫁ぎ 3 人の子供をもうける
・53 歳の時夫と死別
・趣味や特技は特になし
・社会的活動は，老人クラブの行事に参加する程度だった</td><td colspan="3">【家族の状況】
・息子さん夫婦と 3 人家族
・長女夫婦と次男夫婦がいるが他県で暮らしている</td></tr>
<tr><td>日常生活
自 立 度</td><td>障害高齢者の
日常生活自立度</td><td>B 1</td><td>認知症高齢者の
日常生活自立度</td><td colspan="4">I</td></tr>
<tr><td>居住環境等</td><td colspan="6"> 
</td></tr>
<tr><td>サービスを
決定する人</td><td colspan="6">本人の花子さん，長男の松男さん，長男の妻の竹子さん</td></tr>
</table>

紹　介　状（診療情報提供書）

仙台居宅介護支援事業所
所長　仙台　太郎　　殿

平成２８年　３月　１５日

紹介元医療機関の所在地：仙台市青葉区東照宮２丁目１番２号
名称：医療法人　草恵会　草刈内科医院
電話番号　022-271-9251　ＦＡＸ　022-271-9273

医師氏名　院長　草刈　拓　　印

患者氏名	宮城　花子　　殿　性別　男・(女)
患者住所	仙台市青葉区上杉１－５－１　電話番号０２２－１２３－４５６７
生年月日	明・大・(昭)・平　５年　２月　２０日（８６）歳　職業

傷病名
＃１．高血圧症、＃２．狭心症、＃３．骨粗鬆症、＃４．皮膚掻痒症

紹　介　目　的
病状報告

既往歴及び家族歴
薬剤アレルギーなし。ＨＢｓ抗原陰性、ＨＣＶ抗体陰性、梅毒反応陰性。
H27 年 3 月 15 日　左大腿骨頸部骨折（人工骨頭置換）。H27 年 12 月 20 日　第 1 腰椎圧迫骨折。

病状経過及び検査結果
H17 年頃から上記＃１～４の為、通院中。H27 年 3 月 15 日、自宅浴室で転倒、仙台総合病院に入院。左大腿骨頸部骨折と診断され人工骨頭置換術を受ける。リハビリ後、屋内歩行や移乗可能となり同年 7 月 1 日退院。H27 年 12 月 20 日、自宅でﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ移乗の際に転倒し、あおば整形外科病院に入院。第 1 腰椎圧迫骨折と診断される。保存的治療を受けｼﾙﾊﾞｰｶｰによる歩行が可能となり H28 年 2 月 28 日退院。

治療経過
H28 年 3 月 1 日から通院再開、血圧は 140/70 程度で安定、整脈、時に胸痛あるが心電図上虚血性変化の増悪なし。血液検査上異常ないが、今後痛みの増強に注意するように。現在は終日自宅にて過ごし、心身共に廃用症候群が進行。皮膚掻痒症については、保清・保湿で様子をみるように。

現在の処方
カルスロット 5ｍｇ 朝食後、ラックビー 2.0ｇ 朝昼夕 3 回(食後)
ニトロダーム TTS 胸痛時貼用、プルゼニド 2 錠 便秘時頓服

備　　考

宮城花子さんの詳細情報　　平成２８年３月１５日現在

１　健康状態	
(1)観察・管理の必要な病気	骨粗鬆症，老人性皮膚掻痒症，高血圧症，狭心症。高血圧症は内服で安定している。時に胸痛があり，ニトロダームを貼ると楽になる。 Ｈ２７年３月１５日左大腿骨頸部骨折し Ｈ２７年７月１日まで入院。Ｈ２７年１２月２０日第一腰椎圧迫骨折し Ｈ２８年２月２８日まで入院した。
(2)症状	
①身体症状	時々胸の表面が刺されるような痛みがあるが，締め付けられるような感じはない。「ニトロダームを貼ると楽になる」と言う。息切れはない。 身体の痒みを訴えるが特に掻き傷はない。
②精神症状	特になし
(3)痛み	時々胸の表面が刺されるような痛みがあるが，締め付けられるような感じはない。「ニトロダームを貼ると楽になる」と本人が話す。
(4)病状の変化	ポータブルトイレに移る際に転倒して Ｈ２７年１２月２０日～Ｈ２８年２月２８日まで第一腰椎圧迫骨折で入院した。
(5)医療機器	使用していない。
(6)保健予防	入院時に検査を受けている。
(7)健康生活	喫煙，飲酒もせず新たな病気もみられない。時々胸の表面が刺されるような痛みがあるが，締め付けられるような感じはない。変動や悪化はみられない。
(8)予定されたケア・治療の順守	医師からの服薬等の指示は守られている。
(9)薬	服薬状況（別表）
《意向》	（本人）ニトロダームを貼ると楽になる。元気でいたい。 （家族）元気でいてほしい。（息子さん）
２　ＡＤＬ	
(１)寝返り	自力でできる。
(２)起き上がり	普通のベッドを使用し体を自力で横にして行っている。
(３)乗り移り	ベッド等につかまって自力で乗り移りしているが，約３ヶ月前に乗り移りの際転倒して骨折している。
(４)家の中の移動	両手を支えてもらえば２～３歩は歩くことができるが，腰と下肢に力が入らなくなりしゃがみ込んでしまう。
(５)屋外の移動	退院後は屋外には出ていない。

(６)上半身の更衣	自分でできる。
(７)下半身の更衣	自分でできる。
(８)食事	自力で食べている。
(９)排泄	常時ポータブルトイレを使用し自力で行っているが，つかまってやっと行っている。
(10)整容	自分でできる。
(11)入浴	身体を抱えたり，支える介助が必要なため退院後は入浴していない。お嫁さんより身体を拭いてもらっている。
(12)ＡＤＬの低下	退院時は，シルバーカーによる歩行が１０m位まで何とか可能になったが，現在は支えてもらっても２～３歩がやっとの状態。
(13)活動・健康増進	退院してから行動範囲はベッド周辺のみ。移動するのは排泄時くらいでほとんど身体を動かすことがない。 玄関の上がり下りの際は介助が必要だが，退院後は外出も上がり下りもしていない。
(14)自立度改善の可能性	本人は「また歩けるようになりたい」と話し，家族はできることはやってほしい，歩く練習をしてもらいたいと望んでいる。
(15)要介護状態の変化	退院時はシルバーカーによる歩行が１０m位まで何とか可能になったが，現在は支えてもらっても２～３歩がやっとの状態になり移動介助が必要になった。
(16)転倒	Ｈ２７年１２月２０日にポータブルトイレに移る際に転倒して第一腰椎圧迫骨折して入院した。
《意向》	（本人）少しでも歩けるようになりたい。 お風呂に入りたい。 （家族）歩く練習をしてほしい。できることはやってほしい。 お風呂に入れてほしい。車の乗り降りを手伝ってほしい。 （息子さん）
３　ＩＡＤＬ	
(1)炊事	歩行が困難な状態であり本人が行うことはできない。家族が全て行っている。
(2)家事一般（掃除・洗濯・整理等）	歩行が困難な状態であり本人が行うことはできない。家族が全て行っている。
(3)金銭管理	金銭感覚に問題はないが息子さんが全て管理している。
(4)薬の管理	能力に問題はないが，家族が管理している。
(5)電話使用	掛けたり受けたりすることに問題はないが使用することはない。
(6)買い物	選んだり，支払ったりすることは問題ないが買い物に行くことができない。
(7)交通手段の利用	利用していない。

《意向》	（本人）家族がやってくれるから心配ない。 （家族）身の回りの世話はこれからもやっていきます。（息子さん，お嫁さん）
４　認知 (1)記憶 ①短期記憶 ②手続き記憶 ③日常生活の判断 ④記憶・判断力の低下 (2)せん妄 《意向》	 生活に支障のあるほどの物忘れはない。 問題なし。 自分で判断して行っている。 なし。 一時的な錯乱状態はない。 （本人）－－－－ （家族）－－－－
５　コミュニケーション能力 (1)聴覚 (2)相手に理解させること (3)相手を理解すること (4)コミュニケーション能力の低下 (5)視覚 《意向》	 問題なし。 問題なし。 日常生活上のことは会話により伝えられるが，ゆっくり，わかりやすく話す必要がある。 なし。 新聞等の小さい字は見えないが，日常の動作を行うには支障はない。視覚障害や視力の低下はない。 （本人）－－－－ （家族）－－－－
６　社会との関わり (1)関わり (2)気分 《意向》	 いつも自室で過ごしているので一人でいることがほとんどで，寂しいと言っていて精神的に落ち込みがちである。 １年前までは近所の茶のみ友達との会話が唯一の楽しみだったが，今は一人でいることが多く，寂しいと言っていて精神的に落ち込みがちである。 （本人）家の中にばかりいるので気分が滅入ってしまう。誰かと

	話がしたい。 （家族）楽しく過ごしてほしい。（息子さん）
7　排尿・排便 (1)尿失禁 (2)おむつ使用 (3)便失禁 《意向》	 尿意あり，失禁もない。 使用していない。 便意あり，失禁もない。 （本人）－－－－ （家族）－－－－
8　褥瘡・皮膚の問題 《意向》	身体の痒みを訴えるが特に掻き傷はない。 （本人）痒みがとれればいいと思う。 （家族）身体を拭いてあげているけど，なかなか痒みが良くならない。痒みがとれてほしい。（お嫁さん）
9　口腔衛生 《意向》	総入れ歯だが噛むことに問題はない。 （本人）－－－－ （家族）－－－－
10　食事摂取 《意向》	食欲あり。食事の時むせることがあるが，ひっかけることはない。 （本人）あまり気にしていない。 （家族）毎食全部食べているから大丈夫だろう。（息子さん）
11　問題行動（行動障害） (1)行動障害 ①徘徊 ②乱暴な言葉・行動 ③混乱させる行動 ④ケアの拒否抵抗 ⑤行動障害の悪化 (2)向精神薬 《意向》	 なし。 なし。 なし。 なし。 なし。 なし。 （本人）－－－－ （家族）－－－－

12　介護力 (1)介護者 (2)介護負担・ストレス 《意向》	 主たる介護者はお嫁さんの竹子さんで，洗濯・掃除・食事の提供・洗面や着替えの準備，身体清拭などのＩＡＤＬ，ＡＤＬの支援と精神的な支援をしている。副介護者は息子さんの松男さんで，食事の配膳・下膳，通院時の付き添いや薬取り，精神的な支援をしている。 竹子さんは平日仕事をしており，土日の休みには農作業にでている。家にいる時はできるだけ身の回りの世話はしてあげたいと思っているが、最近疲れやすくて体調に不安を感じており，これ以上介護量を増やすことはできない状況である。松男さんはＨ２１年に脳出血を発症し，後遺症のため軽い右麻痺がある。軽い農作業や車の運転はできるが身体を支えるような介護はできず，これ以上の介護量を増やすことはできない状況である。松男さんは，本人が今くらいの状態であれば自宅で世話をしてあげたいと思っている。 松男さんは妻にあまり負担をかけたくないと思っており，本人ができることはできるだけやってほしいと思っている。竹子さんは，家にいる時はできるだけ身の回りの世話はしてあげたいと思っているが，自分の体調に不安を感じている。お風呂に入れたり，車の乗り降りの介助ができない。 （本人）あまり家族に迷惑をかけたくない。 （家族）お風呂に入れてほしい。（息子さん，お嫁さん） 車の乗り降りを手伝ってほしい。（息子さん）
13　居住環境 《意向》	自宅内は段差があり，手すりもない （本人）特になし。 （家族）必要な時には改修も考えるが，今はこのままでいい。（息子さん）
14　特別な状況 《意向》	問題なし。 （本人）－－－－ （家族）－－－－
その他	長女夫婦や次男夫婦は他県で暮らしており，お盆や正月に来るぐらいで協力は得られない状況である。

《意向》	（本人）あまり家族に迷惑をかけたくない。 （家族）母の状態がこの程度なら自宅でやっていけると考えているが，おむつをして寝たきりになれば施設にお願いしたい。妻には介護の負担をあまりかけたくないので，母が自分でできることはやってほしい。（息子さん）

（別表）服薬状況

薬剤名	量	効能
カルスロット 5mｇ	朝１錠	高血圧症の薬
ラックビー2.0	１日３回１錠	整腸剤
ニトロダーム TTS	胸痛時	狭心症の薬
プルゼニド 2T	頓服	便秘時

2016.12.14.

アセスメントのための情報収集シート 128（居宅）

利用者氏名	基準日	担当者名
宮城　花子　　様	平成２８年　３月１５日	仙台　太郎

※１．「検討」の欄は，問題や支障がなければ×，問題や支障があれば○を付ける。
※２．「具体的状況」の欄には，×の場合はその理由，○の場合は支障のある具体的状況と気付いたコメントを記入する。(例えば:身体を支えられれば４～５メートル歩く。２週間前までは杖を使って自力で歩いていた。・・・等)
※３．＊の付いた項目は，概ね３ヶ月間の状況で判断する。それ以外は１週間前後の状況で判断する。
※４．その領域に関する生活の意向を把握し，課題検討用紙の「本人，家族の意向」に転記します。（問題や支障がない領域に関する「意向」は，聞き取る必要はない。）
※５．**太字の項目のうち，○が付いた「具体的状況」を，課題検討用紙の「検討が必要な具体的状況」の欄に転記して，**「自立に向けた可能性，維持の必要性，低下・悪化の危険性，ケアの必要性」を検討します。（細字の項目は，検討する時の参考にします。）

１　健康状態

No	情報項目	検討	具体的状況
観察・管理の必要な病気			
1	循環器	×	高血圧症は内服で安定している。
		○	時々胸痛があり，ニトロダームを貼ると楽になる。
2	神経・認知	×	なし
3	骨関節	○	骨粗鬆症 第一腰椎圧迫骨折(H27,12,20 転倒)
4	眼科	×	なし
5	精神科	×	なし
6	感染症	×	なし
7	糖尿病その他	○	老人性皮膚掻痒症で身体の痒みがあるが掻き傷はない。
症状			
8	身体症状（下痢，排尿障害，発熱，食欲不振，嘔吐，胸痛，便秘，めまい，浮腫，息切れ）	○	時々胸の表面が刺されるような痛みがあるが，締め付けられるような感じはない。「ニトロダームを貼ると楽になる」と言う。息切れはない。身体の痒みを訴えるが，特に掻き傷はない。
9	精神症状（妄想，幻覚）	×	なし

痛み			
10	**痛みの頻度**	○	時々胸の表面が刺されるような痛みがある。
11	**痛みの強さ**	○	胸の表面が刺されるような痛みがあるが，締め付けられるような感じはない。
12	**痛みによる生活の支障**	×	特になし
13	**痛みの箇所**	○	胸部
14	**痛みに対する薬の効果**	×	ニトロダームを貼ると楽になる。
病状の変化			
15	入院＊	○	H27 年 12 月 20 日～H28 年 2 月 28 日まで，第一腰椎圧迫骨折で入院した。
16	緊急受診＊	○	H27 年 12 月 20 日～H28 年 2 月 28 日まで，第一腰椎圧迫骨折で入院した。
薬			
17	医師による薬の管理	×	主治医により管理してもらっている。
18	薬の服用の順守	×	家族が管理して，主治医の指示通りに内服している。
19	服薬状況（別表）	○	
医療機器			
20	医療機器の取り扱い・管理	×	なし
保健予防			
21	健康診断の受診＊	×	入院時受けている。
健康生活			
22	**喫煙**	×	なし
23	**飲酒による問題**	×	なし
24	**健康状態が悪い**	×	時々胸の表面が刺されるような痛みがあるが，締め付けられるような感じはない。
25	**生活に支障のある体調の変動や悪化**	×	時々胸の表面が刺されるような痛みがあるが，締め付けられるような感じはなく，変動や悪化はみられない。
26	**慢性症状の悪化**	×	なし
27	**急性症状の発生**	×	なし
28	**新たな病気による治療の変更**	×	なし
ケア計画			
29	予定されたケア・治療の順守＊	×	守られている。
健康状態に関する意向 （本人）元気でいたい。 （家族）元気でいてほしい（息子さん）。			

２　ＡＤＬ

ＡＤＬ			
30	寝返り	×	自力でできる。
31	起き上がり	×	普通のベッドを使用し，体を自力で横にして起き上がっている。
32	乗り移り	○	ベッドの縁につかまって自力で乗り移りしているが，約3ヶ月前に乗り移りの際，うまく立ち上がれず転倒して骨折している。
33	家の中の移動	○	両手を支えてもらえば2～3歩は歩くことができるが，腰と下肢に力が入らなくなりしゃがみ込んでしまう。
34	屋外の移動	○	退院後は，屋外にはでていない。
35	上半身の更衣	×	自分でできる。
36	下半身の更衣	×	自分でできる。
37	食事	×	自力で食べている。
38	排泄	○	常時ポータブルトイレを使用し自力で行っているが，ベッドの縁につかまってやっと行っている。
39	整容	×	自力でできる。
40	入浴	○	身体を抱えたり，支える介助が必要なため退院後は入浴していない。お嫁さんより身体を拭いてもらっている。
41	ＡＤＬの低下＊	○	退院時は，シルバーカーによる歩行が10m 位まで何とか可能になったが，現在は支えてもらっても2～3歩がやっとの状態。
活動・健康増進			
42	移動手段	○	用具は使用していない。退院してからは，ほとんど移動していない。
43	階段昇り降り	○	玄関等，段差の上がり下りは介助が必要だが退院後上がり下りはしていない。
44	外出（屋外）の頻度（介護サービス利用による外出は含まない。）	○	退院してからは外出していない。
45	体を動かす活動	○	退院してからは，行動範囲はベッド周辺のみ。移動するのは排泄時くらいでほとんど身体を動かすことがない。
自立度改善の可能性			
46	自立度改善の本人意識	○	また歩けるようになりたいと話している。

47	自立度改善の介護者意識	○	できることはやってほしい，歩く練習をしてもらいたいと望んでいる。
48	健康状態改善の可能性	○	退院時までは，シルバーカーによる歩行が可能になるまで回復していた。
要介護状態の変化			
49	介護状態の悪化＊	○	退院時は，シルバーカーによる歩行が10m 位まで何とか可能になったが，現在は支えてもらっても2～3歩がやっとの状態になり移動介助が必要になった。
転倒			
50	**転倒の回数＊**	○	1 回。H27.12.20 にポータブルトイレに移る際に転倒して第一腰椎圧迫骨折して入院した。
51	**転倒の危険性**	○	自力で乗り移りしているが，足腰に力が入らない。
ADLに関する意向 （本人）少しでも歩けるようになりたい。お風呂に入りたい。 （家族）歩く練習をしてほしい。できることはやってほしい。お風呂に入れてほしい。車の乗り降りを手伝ってほしい（息子さん）。			

３　ＩＡＤＬ

ＩＡＤＬ				
			現　状	困難度
52	**炊事**	○	歩行が困難な状態であり，本人が行うことはできない。家族が全て行っている。	高
53	**家事一般（掃除・洗濯・整理等）**	○	歩行が困難な状態であり，本人が行うことはできない。家族が全て行っている。	高
54	**金銭管理**	×	金銭感覚に問題はないが，息子さんが全て管理している。	問題なし
55	**薬の管理**	×	能力に問題はないが，家族が管理している。	問題なし
56	**電話使用**	×	掛けたり受けたりすることに問題はないが使用することはない。	問題なし
57	**買い物**	○	選んだり，支払ったりすることは問題ないが買い物に行くことができない。	中

58	**交通手段の利用（使う必要のない場合も×）**	×	利用していない。	高
IADLに関する意向 （本人）特になし。 （家族）特になし。				

4　認　知

記憶			
59	**短期記憶**	×	生活に支障のあるほどの物忘れはない。
60	**手続き記憶**	×	なし
61	**日常生活の判断**	×	自分で判断して行っている。
62	記憶・判断力の低下＊	×	なし
意識障害			
63	**せん妄**	×	一時的な錯乱状態はない。
認知に関する意向 （本人）－－－－ （家族）－－－－			

5　コミュニケーション能力

コミュニケーション			
64	**聴覚**	×	問題なし。
65	**相手に理解させること**	×	問題なし。
66	**相手を理解すること**	×	日常生活上のことは会話により伝えられるが，ゆっくり，わかりやすく話す必要がある。
67	コミュニケーション能力の低下＊	×	なし
視覚			
68	**視力**	×	新聞等の小さい字は見えないが，日常の動作を行うには支障はない。
69	**視覚障害**	×	なし
70	視力低下＊	×	なし
コミュニケーションに関する意向 （本人）－－－－ （家族）－－－－			

6　社会との関わり

関わり			
71	**人との関わり**	×	問題なし

72	周りの人への不満・怒り	×	なし
73	社会活動の悩み	×	なし
74	社会活動の減少＊	×	なし
75	日中一人の時間	○	いつも自室で過ごしているので，一人でいることがほとんどである。
76	寂しさ	○	一人でいることがほとんどで，寂しいと言っていて精神的に落ち込みがちである。
気分			
77	不安心配	×	なし
78	悲しみ	×	なし
79	落ち込み	○	一人でいることがほとんどで，寂しいと言っていて精神的に落ち込みがちである。
80	怒り	×	なし
81	体調不良の訴え	×	なし
82	涙もろい	×	なし
83	興味活動の減少	×	なし
84	社会交流の減少	×	なし
85	気分の悪化＊	×	なし
社会との関わりに関する意向 （本人）誰かと話がしたい。 （家族）楽しく過ごしてほしい（息子さん）。			

7　排尿・排便

失禁			
86	尿失禁	×	尿意あり，失禁もない
87	おむつ使用	×	なし
88	尿カテーテル使用	×	なし
89	便失禁	×	便意あり，失禁もない
排泄のコントロールに関する意向 （本人）－－－－ （家族）－－－－			

8　褥瘡・皮膚の問題

皮膚・じょく創			
90	皮膚の問題	○	身体の痒みを訴えるが特に掻き傷はない。
91	じょく創	×	なし
92	じょく創の既往	×	なし

93	皮膚のケア	×	なし
じょく創・皮膚の問題に関する意向 (本人)痒みがとれればいいと思う。 (家族)痒みがとれてほしい(お嫁さん)。			

９　口腔衛生

口腔ケア			
94	口腔状態の問題	×	総入れ歯だが噛むことに問題はない。
口腔衛生に関する意向 (本人)ーーーー (家族)ーーーー			

１０　食事摂取

栄養・水分摂取			
95	極端な体重減少	×	なし
96	栄養不良	×	なし
97	極端な体重増加	×	なし
98	食事量，回数の不足	×	食欲あり
99	食事摂取の減少	×	なし
100	水分不足	×	なし
101	経管栄養，胃ろう	×	なし
嚥下			
102	嚥下問題	×	食事の時むせることがあるが，ひっかけることはない。
食事摂取に関する意向 (本人)特になし。 (家族)特になし。			

１１　問題行動（行動障害）

行動障害			
103	徘徊	×	なし
104	乱暴な言葉	×	なし
105	乱暴な行動	×	なし
106	混乱させる行動	×	なし
107	ケアの拒否抵抗	×	なし
108	行動障害の悪化＊	×	なし
向精神薬			
109	抗精神病薬	×	なし

110	抗不安薬	×	なし
111	抗うつ薬	×	なし
112	催眠薬	×	なし
行動障害に関する意向 (本人)－－－－ (家族)－－－－			

１２　介護力

介護力			主介護者	副介護者
113	介護者（氏名・続柄）		竹子さん(長男の)妻	松男さん(長男)
114	支援の分野（ADL、IADL、精神的支援等）		洗濯，掃除，食事の提供，洗面や着替えの準備，身体清拭等，精神的支援	食事の配膳・下膳，通院時の付き添いや薬取り，精神的支援
115	介護者が介護量を増やすことの可能性		平日は仕事をしている。土日の休みは農作業にでている。最近疲れやすくて，体調に不安を感じており，これ以上介護量を増やすことはできない。	H22 年に脳出血，後遺症のため軽い右麻痺あり。体調は安定している。軽い農作業や車の運転はできるが，身体を支えるような介護はできず，これ以上介護量を増やすことはできない。
116	**介護者が介護を続けられる可能性**	○	家にいる時は，できるだけ身の回りの世話はしてあげたいと思っているが，体調に不安を感じている。	本人が，今くらいの状態であれば，自宅で世話をしてあげたいと思っているが，脳出血の後遺症があり身体を支えるような介護はできない。
117	**介護者の周りの人に対する不満**	×	なし	なし
118	**介護者のストレス・負担**	○	お風呂に入れられない。 自分の体調に不安がある。	お風呂に入れられない。 車の乗り降りの介助ができない。

同居者			
119	同居者の増減＊	×	なし
120	施設入所についての同居者の意向	×	なし
介護力に関する意向 (本人)あまり家族に迷惑をかけたくない。 (家族)お風呂に入れてほしい(息子さん，お嫁さん)。車の乗り降りを手伝ってほしい(息子さん)。			

１３　居住環境

居住環境			
121	**身体状態から見た居住環境問題**	○	自宅内は段差があり，手すりもない。
居住環境に関する意向 （本人）特になし。 （家族）特になし。			

１４　特別な状況

特別な状況			
122	**家族・介護者に対する恐れ**	×	なし
123	**劣悪な衛生状態**	×	なし
124	**不明な怪我，骨折，火傷**	×	なし
125	**放置，暴力，搾取等**	×	なし
126	**身体抑制**	×	なし
ターミナル			
127	**ターミナル期**	×	なし
特別な状況に関する意向 （本人）－－－－ （家族）－－－－			

※　その他

その他			
128			長女夫婦や次男夫婦は他県で暮らしており，お盆や正月に来るぐらいで協力は得られない状況である。
介護や自立生活に関する全般的な意向 (本人)あまり家族に迷惑をかけたくない。 (家族)母の状態がこの程度なら自宅でやっていけると考えているが，おむつをして寝たきりになれば，施設にお願いしたい。妻には介護の負担をあまりかけたくないので，母のできることはやってほしい(息子さん)。			

（別表）服薬状況

薬剤名	量	効能
カルスロット 5mg	朝1錠	高血圧症の薬
ラックビー2.0	1 日 3 回 1 錠	整腸剤
ニトロダーム TTS	胸痛時	狭心症の薬
プルゼニド 2T	頓服	便秘時

使用した課題分析手法名：　１２８

利用者名：　宮城　花子　　様

ケアプラン策定のための課題検討用紙

アセスメント基準日：　平成　28年　3月　15日

項　目	細　目	ﾁｪｯｸ	検討が必要な具体的状況	原　因	本人，家族の意向	自立に向けた可能性，維持の必要性，低下・悪化の危険性，ケアの必要性	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	ケアの方向性
1．健康状態	① 既往歴	×	・狭心症。時々胸痛がありﾆﾄﾛﾀﾞｰﾑを貼ると楽になる。 ・骨粗鬆症 ・第一腰椎圧迫骨折（H27,12,20 転倒） ・老人性皮膚掻痒症で身体の痒みがあるが掻き傷はない。 ・時々胸の表面が刺されるような痛みがあるが，締め付けられるような感じはない。「ニトロダームを貼ると楽になる」と言う。息切れはない。	・転倒のため ・狭心症	（本人） ・元気でいたい。 （家族） ・元気でいてほしい（息子さん）。	・主治医より，痛みなど身体症状の増強に注意するように指示がでている。 ＊身体の痒みついては「じょく創・皮膚の問題」で検討する。	・痛みなど身体症状の観察が必要です	・症状の変化に気をつけ，必要時に主治医に報告します。
	② 主傷病	○						
	③ 症状	○						
	④ 痛み	○						
	⑤ その他	○						
2．ＡＤＬ	① 寝返り	×	・ベッドの縁につかまって自力で乗り移りしているが，約3ヶ月前に乗り移りの際，うまく立ち上がれず転倒して骨折している。 ・両手を支えてもらえば2～3歩は歩くことができるが，腰と下肢に力が入らなくなりしゃがみ込んでしまう。退院後は，屋外にはでていない。 ・身体を抱えたり，支える介助が必要なため退院後は入浴していない。お嫁さんより身体を拭いてもらっている。 ・常時ポータブルトイレを使用し，自力で行っているが，ベッドの縁につかまってやっと行っている。 ・退院してからは，行動範囲はベッド周辺のみ。移動するのは排泄時位でほとんど身体を動かすことがない。 ・H27.12.20 にポータブルトイレに移る際に転倒して第一腰椎圧迫骨折して入院した。自力で乗り移りしているが，足腰に力が入らない。	・転倒による骨折の後遺症 ・退院後ほとんど身体を動かすことがなく，廃用性が考えられる	（本人） ・少しでも歩けるようになりたい。 ・お風呂に入りたい。 （家族） ・歩く練習をしてほしい。 ・できることはやってほしい。 ・お風呂に入れてほしい。 ・車の乗り降りを手伝ってほしい（息子さん）。	・骨折後の身体の状態や病気に問題なく，一時は 10m 位歩けるまで回復していたこと，本人も家族も意欲があることから，歩行能力が改善する可能性がある ・入浴，車の乗り移り，移動については，当面補う介助が必要である ・ポータブルトイレの乗り移りの際に転倒防止の必要がある	・少しでも歩けるようになりたい ・お風呂に入りたい。 ・車の乗り降りを手伝ってほしい ・転倒防止が必要です ・移動介助が必要です	・身体を動かす機会を持ち，歩行状態が回復できるように支援します ・お風呂に入れるように支援します。 ・車の乗り降りができるように支援します。 ・転倒なく乗り移りができるように支援します。 ・介助や福祉用具の活用により移動できるように支援します。
	② 起きあがり	×						
	③ 移乗	○						
	④ 歩行	○						
	⑤ 着衣	×						
	⑥ 入浴	○						
	⑦ 排泄	○						
	⑧ その他	○						
3．ＩＡＤＬ	① 調理	○	・歩行が困難な状態であり，本人が行うことはできない。家族が全て行っている。 ・選んだり，支払ったりすることは問題ないが買い物に行くことができない。	・転倒による骨折の後遺症	（本人） ・特になし。 （家族） ・特になし。	・家族がいて，家族によりできているためプランにしない		
	② 掃除	○						
	③ 買物	○						
	④ 金銭管理	×						
	⑤ 服薬状況	×						
	⑥ その他	○						
4．認知	① 日常の意思決定を行うための認知能力の程度	×	・支障なし					
5．コミュニケーション能力	① 意思の伝達	×	・支障なし					
	② 視力	×						
	③ 聴力	×						
	④ その他	×						
6．社会との関わり	① 社会的活動への参加意欲	×	・いつも自室で過ごしているので，一人でいることがほとんどである。 ・一人でいることがほとんどで，寂しいと言っていて精神的に落ち込みがちである。	・転倒による骨折の後遺症により一人で外出ができなくなった	（本人） ・誰かと話がしたい。 （家族） ・楽しく過ごしてほしい（息子さん）。	・交流や会話をすることにより，気分が改善し楽しく過ごせる可能性がある	・誰かと話がしたい	・人と関わる機会を持てるように支援します
	② 社会との関わりの変化	×						
	③ 喪失感や孤独感	○						
	④ その他	×						

項　目	細　目	ﾁｪｯｸ	検討が必要な具体的状況	原 因	本人，家族の意向	自立に向けた可能性，維持の必要性，低下・悪化の危険性，ケアの必要性	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	ケアの方向性
７．排尿・排便	① 失禁の状況	×	・問題なし。					
	② 排尿排泄後の後始末	×						
	③ コントロール方法	×						
	④ 頻度	×						
	⑤ その他	×						
８．褥瘡・皮膚の問題	① 褥瘡の程度	×	・身体の痒みを訴えるが，特に掻き傷はない。	・老人性皮膚掻痒症	（本人） ・痒みがとれればいいと思う。 （家族） ・痒みがとれてほしい。（お嫁さん）。	・身体の痒みについては，保清・保湿により様子をみるように言われている。	・痒みがとれてほしい。	・保清と保湿により，痒みが軽減できるように支援します。
	② 皮膚の清潔状況	×						
	③ その他	○						
９．口腔衛生	① 歯の状態	×	・問題なし					
	② 口腔内の状態	×						
	③ 口腔衛生	×						
10. 食事摂取	① 栄養	×	・問題なし。					
	② 食事回数	×						
	③ 水分量	×						
	④ その他	×						
11. 問題行動（行動障害）	① 暴言暴行	×	・なし					
	② 徘徊	×						
	③ 介護の抵抗	×						
	④ 収集癖	×						
	⑤ 火の不始末	×						
	⑥ 不潔行為	×						
	⑦ 異食行動	×						
	⑧ その他	×						
12. 介護力	① 介護者の有無	×	・お嫁さんは，家にいる時はできるだけ身の回りの世話はしてあげたいと思っているが体調に不安を感じている。 ・息子さんは，本人が今くらいの状態であれば自宅で世話をしてあげたいと思っているが，脳出血の後遺症があり身体を支えるような介護はできない。 ・お風呂に入れられない。 ・車の乗り降りの介助ができない。	・お嫁さんは仕事を持っているのと自分の体調に不安がある ・息子さんに軽い障害がある	（本人） ・あまり家族に迷惑をかけたくない。 （家族） ・お風呂に入れてほしい（息子さん，お嫁さん）。車の乗り降りを手伝ってほしい（息子さん）。	・家族による介護を増やすことができないため補う介助が必要である（＊「ADL」の項目で検討する）		
	② 介護者の介護意思	○						
	③ 介護負担	○						
	④ 主な介護者に関する情報	○						
	⑤ その他	×						
13. 居住環境	① 住宅改修の必要性	○	・自宅内は段差があり，手すりもない。		（本人） ・ 特になし。 （家族） ・ 特になし。	・住宅改修は，入浴の状況や歩行の改善の状態をみた上で検討していく。 ・当面は福祉用具で対応しADLで合わせて検討する。		
	② 危険個所等	×						
14. 特別な状況	① 虐待	×	・なし					
	② ターミナルケア	×						
	③ その他	×						

第１表

居宅サービス計画書（１）

初回・紹介・継続　　認定済・申請中

利用者名　宮　城　花　子　殿　　生年月日　昭和　５年　２月２０日　　住所　宮城県宮城郡宮城町中央１―１

居宅サービス計画作成者氏名　仙　台　太　郎

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地　仙台居宅介護支援センター　宮城県宮城郡宮城町西２丁目２－２

居宅サービス計画作成（変更）日　平成２８年３月２０日　　初回居宅サービス計画作成日　平成２８年　３月２０日

認定日　平成２８年３月１日　　認定の有効期間　２８年　３月　１日　～２９年　２月２８日

要介護状態区分	要支援　・　要介護１　・　要介護２　・　要介護３　・　要介護４　・　要介護５

利用者及び家族の生活に対する意向	（本人）・少しでも歩けるようになりたい。・元気でいたい。・痒みがとれるといい。
	・お風呂に入りたい。・誰かと話がしたい。
	（家族）・自分でできるところは自分でやってほしい。元気でいてほしい。（松男さん）
	・歩く練習をお願いしたい。　・車の乗り降りの介助をしてほしい。（松男さん）
	・お風呂に入れてほしい。（松男さん、竹子さん）・痒みがとれてほしい。（竹子さん）

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし

総合的な援助の方針	・症状の変化に気をつけ必要時に主治医に報告します。・身体を動かす機会を持ち歩行状態が回復できるように支援します。
	・お風呂に入れるように支援します。・車の乗り降りができるように支援します。・転倒なく乗り移りができるように支援します。・介助や福祉用具活用により移動できるように支援します。・人と関わる機会を持てるように支援します。
	・保清と保湿により痒みが軽減できるように支援します。
	【緊急連絡先】　自宅　０００－００００　竹子さん勤務先　１１１－１１１１
	体の具合が悪くなった時　○△医院　３３３―３３３３

家事援助中心型の算定理由	１.一人暮らし　２.家族等が障害、疾病等　３.その他（　　）

第２表

居宅サービス計画書（２）

平成　２８年　３月２０日

利用者名　宮城　花子　殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目　標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※２	頻度	期間
痛みなど身体症状の観察が必要です	症状の観察をしてもらえる。	3/20～29/ 2/28	症状の変化に対応してもらえる	3/20～6/30	・症状観察及び変化時の対応	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林ﾃﾞｲｹｱ 青葉老人ﾎｰﾑ	２／週 随時	3/20～6/30
少しでも歩けるようになりたい	茶の間まで歩くことができる	3/20～29/ 2/28	介助で５ｍ歩くことができる	3/20～6/30	・下肢の筋力をつけるためのリハビリテーション	○	通所リハ	若林ﾃﾞｲｹｱ	２／週	3/20～6/30
お風呂に入りたい	お風呂に入れる	3/20～29/ 2/28	お風呂に入れる	3/20～6/30	・入浴，洗身介助	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林ﾃﾞｲｹｱ 青葉老人ﾎｰﾑ	２／週 随時	3/20～6/30
車の乗り移りを手伝ってほしい	車の乗り降りができる	3/20～29/ 2/28	車の乗り降りができる	3/20～6/30	・車の乗り降りの介助	○	訪問介護（介護ﾀｸｼｰ）	太白ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟ	１／月	3/20～6/30
転倒防止が必要です	転倒防止ができる	3/20～29/ 2/28	転倒なく乗り移りができる	3/20～6/30	・移動用バーのレンタル	○	福祉用具貸与	みやぎの杜		3/20～6/30
移動介助が必要です	移動できる	3/20～29/ 2/28	移動できる	3/20～6/30	・移動介助	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林ﾃﾞｲｹｱ 青葉老人ﾎｰﾑ	２／週 随時	3/20～6/30
					・車いす，スロープレンタル（屋内外）	○	福祉用具貸与	みやぎの杜		3/20～6/30
誰かと話がしたい	楽しく過ごすことができる	3/20～29/ 2/28	いろんな人と話ができる	3/20～6/30	・交流支援	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林ﾃﾞｲｹｱ 青葉老人ﾎｰﾑ	２／週 随時	3/20～6/30
痒みがとれてほしい	痒みが良くなる	3/20～29/ 2/28	痒みが少しでも和らぐ	3/20～6/30	・保清，保湿	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林ﾃﾞｲｹｱ 青葉老人ﾎｰﾑ	２／週 随時	3/20～6/30

※１「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。
※２「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

モニタリング表（記載例）

利　用　者　名	宮城　花子　　様	ケアマネジャー名	仙台　太郎	記録日	Ｈ２８年　　４月　２０日

ニーズ	短期目標	サービス内容	本人(家族)の満足度	評　価	以後の対応
１　痛みなど身体症状の観察が必要です	症状の変化に対応してもらえる	症状観察及び変化時の対応	・様子を見てもらえて安心（本人） ・痛がる様子はないようだし，様子を見てもらえて有難い（息子さん）	・特に変わりなく過ごしており，痛みについては落ち着いている様子	今後も継続して症状観察を行っていく
２　少しでも歩けるようになりたい	介助を受けで５m歩くことができる	下肢の筋力をつけるためのリハビリテーション	・少しは力がついたような気がする（本人） ・いくらか良くなっているようだ（息子さん）	・意欲的にリハビリに取り組んでおり，手引きの介助で少しの距離は歩けるようになってきている	今後もリハビリを継続していく
３　お風呂に入りたい	お風呂に入れる	入浴，洗身介助	・気持ちいい（本人） ・助かっている（息子さん）	・リフト浴で安全に入浴できており，本人，家族も満足している	今後も継続していく
４　車の乗り降りを手伝ってほしい	車の乗り降りができる	車の乗り降りの介助	・手伝ってもらえて安心（本人） ・とても助かっている（息子さん）	・介助により安全に車の乗り降りができている	今後も継続していく
５　転倒防止が必要です	転倒なく乗り移りができる	移動用バーのレンタル	・つかまる所があって安心（本人） ・本人も安心して動けているようだ（息子さん）	・転倒なく乗り移りができている	今後も継続していく
６　移動介助が必要です	移動できる	移動介助 車いす，スロープレンタル	・少しは自分でも動かせるようになった。できない時は手伝ってもらえるので安心できる（本人） ・本人が安心しているので良かった（息子さん）	・移動の際は車椅子を使用し，短距離であれば自分で操作することもできるようになった ・少し距離が長い時は介助して移動している ・自宅では介助で移動できている。	歩行状態の回復状況を見ながら当面は車椅子での移動（自操または介助）を継続していく
７　誰かと話がしたい	いろんな人と話ができる	交流支援	・友達もできて楽しい（本人） ・本人も喜んでいるのでこれからもお願いしたい（息子さん）	・いろんな人と話す機会が持てており本人も喜んでいる	今後も継続していく
８　痒みがとれてほしい	痒みが少しでも和らぐ	保清，保湿	・いくらか痒みも良くなってきた（本人） ・本人が，あまり痒いと言わなくなったから良くなっているのだろう（息子さん）	・痒みが軽減されてきている	今後も保清・保湿に努める

介護支援専門員実務研修　サービス担当者会議演習シナリオ

役割を決めます。

＜登場人物＞　本　　人　　宮城　花子
お嫁さん　　宮城　竹子
ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ　　泉居宅介護支援事業所　　仙台　太郎（さくら）
通所ﾘﾊﾋﾞﾘ　　老人保健施設若林デイケア　若葉
短期生活介護　青葉老人ホーム　　雨宮
訪問介護　　太白ホームヘルプ　　茂庭
福祉用具　福祉用具貸与事業所みやぎの杜　長町

＜場面＞　　宮城花子さんの自宅で初回のサービス担当者会議を開催する場面です。

＜準備するもの＞　宮城花子さんの課題分析の結果・介護計画書１～３表

＜シナリオ＞

ケアマネジャー　皆さん，こんにちは。私は泉居宅介護支援事業所の仙台です。今回，花子さんを担当させていただくことになりました。どうぞ宜しくお願いします。

今日はお忙しい中，集まっていただきましてありがとうございます。

事前に花子さん，息子さんの松男さん，お嫁さんの竹子さんから花子さんの身体の状況や希望などをお伺いしてサービス計画を作りました。この内容について，これから花子さんに関わっていただく事業所の方にも連絡と調整をさせていただいておりましたので，今日はその内容について確認をさせていただきたいと思います。

今回は主治医の草刈先生が所用で参加できませんでしたが，ご意見をいただいておりますので，その内容もお伝えしたいと思います。何か気付いたことや確認したいことなどがありましたらお話ししてください。

あまり長くならないように２０分位で話し合いを進めていきたいと思います。

それでは，まず初めてお会いするので，事業所の皆さんから自己紹介をお願いします。

通所リハビリ　若林デイケアセンターの若葉です。リハビリテーションを行って，皆さんの身体の状態が回復できるようお手伝いさせていただいています。どう

ぞ宜しくお願いします。

短期生活介護　青葉老人ホームでショートステイの担当をしています雨宮です。できるだけお家での生活と同じように過ごしていただけるようにお手伝いさせていただきたいと思います。宜しくお願いします。

福祉用具　株式会社みやぎの杜福祉用具レンタルの長町です。車椅子やベッドなどのレンタルやその他福祉用具の販売などをしております。宜しくお願いします。

訪問介護　太白ホームヘルプサービスの茂庭です。家事支援や身体の介護など，自宅での介護の他，介護タクシーの事業もやっております。車の乗り降りの大変な方のお手伝いをさせていただきます。宜しくお願いします。

ケアマネジャー　ありがとうございます。花子さんとお嫁さんの竹子さんです。

花子さん　花子です。今日はわざわざ来ていただいてありがとうございます。これから宜しくお願いします。

お嫁さん　嫁の竹子です。今日は主人が留守をしていますが，皆さんに宜しくと言っていました。私も普段は仕事をしているので，皆さんに助けてもらいながらおばあちゃんのお世話をしていきたいと思います。宜しくお願いします。

ケアマネジャー　それでは早速始めたいと思います。

お手元にある介護サービス計画書に基づいて進めさせていただきますのでご覧下さい。

まず，介護計画書（1）について説明させていただきます。今回は初めての利用ということで皆さんに集まっていただきました。

花子さんの意向は，少しでも歩けるようになりたい，元気でいたい，痒みがとれるといい，お風呂に入りたい，誰かと話がしたいということでよろしいですか？

花子さん　そうだね。家にばっかりいて寂しくて寂しくて・・。でも歩けなくなって茶の間までも行けないし，お風呂にも入れなくなってしまって困ったね。できるならまた歩けるようになりたいね・・。

ケアマネジャー　そうですね・・。そのために私達が何かお手伝いできたらと思います。

それからご家族の意向ですが，自分でできることはやってほしい，歩く練習をしてほしい，車の乗り降りの介助をお願いしたいというのが息子さんの松男さんの意向です。それからお二人の意向がお風呂に入れてほしい，竹子さんの意向は痒みがとれてほしい，ということでよろしいですか？

お嫁さん　はい。私も主人も自分達の体調が心配で・・。今は仕事を辞める訳にもいかないので宜しくお願いします。

ケアマネジャー　はい。ではこれから花子さんの状況をお話させていただいて，花子さん

の大変なところの具体的な支援について確認をさせていただきたいと思います。

花子さんは昨年の３月に転んで左の大腿骨骨頭骨折，１２月にはポータブルトイレに乗り移る時に転んで腰椎の圧迫骨折をして入院しました。入院中はシルバーカーを使って１０m位は歩けていましたが，退院してからはベッドから離れる事がほとんどなくて，２～３歩歩くとしゃがみ込んでしまう状況です。

花子さんはまた歩けるようになりたいと望んでいて，草刈先生からは，血圧は安定していますし，時々起こる胸痛についても検査上は異常がないので，痛みの増強に気をつけて過ごすことと転ばないように注意して身体を動かしてもいいと言われています。

それから，転んで圧迫骨折をしているので，今後また転ぶことがないようにしていきたいと思います。

お風呂については，今自分で歩くことが難しく，松男さんや竹子さんも自宅のお風呂に入れることは大変で，竹子さんが身体を拭いてあげている状況ですが，花子さんはお風呂に入りたいと希望しています。

身体に痒みもあって拭いてあげてもなかなか良くならず，先生からは保清と保湿で様子を見るよう指示がでています。

それから，通院の際は，松男さんが付き添うようになりますが，松男さんは力の入るような介護をすることは大変なので，車の乗り降りの介助が必要になります。また，移動についても介助が必要です。

退院してから花子さんは，日中話し相手がいなくて寂しいとおっしゃっているので，何か楽しみを見つけて過ごせたらいいかと思っています。

以上が花子さんの状況です。皆さんの方から何か確認したいことなどありませんか？

通所リハビリ　今は，骨折したところの痛みはいかがですか？

花子さん　はい。痛みはなくなったからいいんだけど，力が入らなくてね。困ったもんだんね。また歩けるようになれるかねぇ・・。

通所リハビリ　今度来ていただいた時に，リハビリの専門の先生に見てもらってどのように訓練したらいいか相談してみましょう。

ケアマネジャー　そうですね。宜しくお願いします。その他に確認したいことはありませんか？

なければ，介護サービス計画書（２）の案について説明させていただきます。

『痛みなど身体症状の観察が必要です』については，長期目標は“症状の観察をしてもらえる”短期目標は“症状の変化に対応してもらえる”と

いうことで，サービス内容は「症状観察及び変化時の対応」を若林デイケアと青葉老人ホームでお願いします。このことについて，若葉さん，雨宮さんからご意見をお願いします。

通所リハビリ　デイケア利用時に，胸痛の症状に気をつけて観察し，変化があった時にはご家族と草刈医院に連絡をして指示に従って対応したいと思います。

短期生活介護　ショートステイ利用時にも同じように対応していきたいと思います。

ケアマネジャー　宜しくお願いします。では次の課題の『身体の痒みがとれてほしい』ことについては，長期目標は“痒みが良くなる”短期目標は“痒みが少しでも和らぐ”ということで「保清・保湿」を若林デイケアと青葉ホームでお願いします。このことについてご意見をお願いします。

通所リハビリ　痒みについては，週２回デイケアを利用しますので，その都度お風呂に入っていただいて保清・保湿を行い，痒みの軽減ができるように努めたいと思います。また，掻き傷はないようですが，症状が悪化していないかどうかなど，皮膚の状態観察も行っていきます。

短期生活介護　ショートステイ利用時にも同じように対応していきます。お風呂の頻度については，利用時に花子さんに聞いて対応し，お風呂に入らない日にも清拭で対応できるようにしたいと思います。

ケアマネジャー　宜しくお願いします。次に花子さんの希望でもある『少しでも歩けるようになりたい』ということについては，入院していた病院のリハビリの先生にも確認し，花子さんと話し合って目標を設定しました。ゆくゆくは「茶の間まで歩くことができる」ことを長期目標とし，そのために３ヶ月でまずは「介助で５m歩くことができる」を目標にリハビリを行えたらと思います。若葉さんより意見をお願いします。

通所リハビリ　病院より診断書もいただいておりますので，うちのリハビリの担当とも話をして，花子さんの目標が達成できるよう実施したいと思います。まずは足の筋力をつけることから始めて，無理なくできるように行っていきたいと思いますので宜しくお願いします。

ケアマネジャー　宜しくお願いします。次に『お風呂に入りたい』についてですが，長期目標と短期目標を「お風呂に入れる」とし，お風呂の介助を若林デイケアと青葉ホームでお願いします。このことについてご意見をお願いします。

通所リハビリ　デイケア利用時には，まずは腰掛けながら入るお風呂で対応していきたいと思います。歩く状態の回復状況を見ながら徐々に一般浴での対応も検討して行きたいと思います。

短期生活介護　ショートステイ利用時にも，腰掛けながらのお風呂で対応し，身体を洗うことについては，届かないところをお手伝いしていきたいと思います。

ケアマネジャー　では宜しくお願いします。『車の乗り降りを手伝ってほしい』については，

長期目標と短期目標を「車の乗り降りができる」とし，援助内容は通院時に介護タクシーを利用し，その際「車の乗り降りの介助」を太白ホームヘルプにお願いしたいと思います。茂庭さんご意見をお願いします。

訪問介護　花子さんが通院の時には，安全に車の乗り降りができるようにお手伝いいたします。現在は，足に力が入りにくい状態ということでしたので，車椅子に腰かけた状態で車の乗り降りができる車で対応させていただきたいと思います。病院の待合室まで介助しますので，帰りの時も待合室で待っていただければお迎えに行きますので，松男さんに話していただけますようお願いします。

お嫁さん　助かります。宜しくお願いします。

ケアマネジャー　では宜しくお願いします。それから『転倒防止が必要です』については，ポータブルトイレに乗り移る際に転んでいるので，つかまる所があることで転倒防止ができるよう「移動バーのレンタル」をお願いし，長期目標は“転倒防止ができる”短期目標は“転倒なく乗り移りができる”としました。このことについて長町さんご意見をお願いします。

福祉用具　移動バーは安定性があるので安心して使っていただけると思います。先日設置させていただき，花子さんと竹子さんに使い方の説明をさせていただきました。もし不具合等があれば，できるだけ早く対応させていただきますので気軽に連絡をください。

ケアマネジャー　宜しくお願いします。次に『移動介助が必要です』についてですが，現在は一人で歩くことは難しいので，当面は「移動介助」が必要になります。長期目標と短期目標を「移動できる」とし，若林デイケアと青葉ホームを利用した際に介助をお願いします。また，ご自宅では自分で操作できるタイプの車椅子と屋内と屋外用のスロープをレンタルし移動できるようにしたいと思います。それぞれからご意見をお願いします。

通所リハビリ　デイケア利用時には，しばらくは車椅子での対応で様子をみていきたいと思います。花子さんいかがですか？

花子さん　そうだね。今の状態では歩けないから車椅子でお願いします。早く歩けるようになって，車椅子がなくてもいいようになるといいんだけどね。

短期生活介護　ショートステイ利用の時も同じように，歩けるようになるまでは車椅子を使うようにしたいと思います。ご自分で車椅子を操作してみることも可能だと思いますが花子さんいかがですか？。

花子さん　自分で動けたらいいね。練習してみるからね。

福祉用具　自宅内や玄関は段差があるので，ご自分で移動することが難しいと思いますが，スロープを設置することで介助しやすくなり外出時の玄関の出入りや屋内の移動が可能になります。車椅子については，自分でも操作でき

るタイプの物を準備させていただきました。操作方法については先日花子さんに説明させていただきましたが，慣れてくれば，寝室や茶の間等をご自分で移動することが可能になるかと思います。

ケアマネジャー　花子さん，使ってみて何か不具合等がありましたら言ってください。

花子さん　ありがとう。そうするね。

ケアマネジャー　では次の課題ですが，花子さんが最近一人でいることが寂しいとおっしゃっていて,『誰かと話がしたい』と希望しています。このことについては，デイケアやショートステイを利用した時に，他の利用者の人と交流ができたら楽しみが持てるのではないかと思います。長期目標「楽しく過ごすことができる」短期目標「いろんな人と話ができる」とし，「交流支援」をお願いしたいと思います。若葉さん，雨宮さんご意見をお願いします。

通所リハビリ　若林デイケアは，定員３０名で皆さん賑やかにお喋りをしながら楽しく過ごしています。花子さんにも一日でも早く友達を作って楽しく過ごしていただけるよう，いろんな活動などを行っていきます。私達も楽しみにお待ちしていますので，宜しくお願いします。

花子さん　こちらこそ宜しくお願いします。私も話をするのが好きだから楽しみにしてるからね。

短期生活介護　青葉老人ホームは，長期５０名，ショートステイ２０名の施設で，定期的にクラブ活動や行事などを行っています。利用した時は是非参加していただけたらと思います。その他何か希望などがありましたら遠慮なく言ってください。宜しくお願いします。

花子さん　何だか楽しそうだね。私でもできることがあったらやってみたいので宜しくお願いします。

ケアマネジャー　その他何か皆さんから確認したいことなどありませんか？

お嫁さん　持ち物や送迎の時間など，後から教えてください。

通所リハビリ　はい。後ほど説明させていただきます。

短期生活介護　私の方からも後ほどお話させていただきます。

ケアマネジャー　宜しくお願いします。では，ケアプランの内容ついては，今のお話し合いの通りでよろしいでしょうか。

全員　はい。いいです。

ケアマネジャー　では改めてサービス内容の確認をさせていただきたいと思います。

まず，若林デイケアでは「リハビリ・お風呂の介助・痒みを軽減する為の保清保湿・痛み等の症状観察・移動介助・交流支援」，青葉老人ホームでは「お風呂の介助・痒みを軽減する為の保清保湿・痛み等の症状観察・移動介助・交流支援」，太白ホームヘルプでは「通院時の車の乗り降りの介助」，みやぎの杜は「移動バー，車椅子，スロープのレンタル」，以上のサービス

内容で宜しくお願いします。

総合的な援助の方針は，介護計画書（１）の一番下をご覧下さい。

①症状の変化に気をつけ必要時に応じて主治医に報告します。

②保清と保湿により痒みが軽減できるように支援します。

③身体を動かす機会を持ち歩行状態が回復できるように支援します。

④お風呂に入れるように支援します。

⑤車の乗り降りができるように支援します。

⑥介助や福祉用具の活用により移動できるように支援します。

⑦転倒なく乗り移りができるように支援します。

⑧人と関わる機会を持てるように支援します。

以上の内容で支援させていただきたいと思います。

尚，私の方では，定期的に花子さんのお宅を訪問させていただいて，花子さんの状況やサービスの利用状況などを教えていただいて，変更など必要な時には対応できるようにしたいと思います。また，若林デイケアや青葉老人ホーム，太白ホームヘルプ，みやぎの杜の方とも連絡を取り合って，花子さんの状況を教えていただいたり，必要な時には報告させていただきます。

今後の連絡の方法については，電話や訪問など，必要に応じて対応させていただきますので，何かあったら連絡をいただけますようお願いします。

何か他に確認したいことなどありませんか？

全員　（うなずく）

ケアマネジャー　では，この介護サービス計画書の内容で支援させていただきたいと思います。

これで１回目のサービス担当者会議を終了します。次の開催予定は，来年の２月になりますが，経過をみながら必要な時には今回のように集まっていただくことがあるかもしれません。その時は事前に皆さんに相談させていただきます。

今日参加できなかった草刈先生には，今日のことを報告しておきます。

花子さん，竹子さん，皆さん，今日はありがとうございました。

全員　ありがとうございました。

介護支援専門員実務研修

○介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント
○自立支援のためのケアマネジメントの基本
○相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎
○人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理
○利用者，多くの種類の専門職等への説明及び合意
○ケアマネジメントのプロセス
○ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 ・受付及び相談並びに契約 ・アセスメント及びニーズの把握の方法 ・居宅サービス計画等の作成 ・サービス担当者会議の意義及び進め方 ・モニタリング及び評価
○介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）
○地域包括ケアシステム及び社会資源
○ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義
○ケアマネジメントに係る法令等の理解
○実習オリエンテーション
○ケアマネジメントの基礎技術に関する実習
○実習振り返り
○ケアマネジメントの展開 ・基礎理解 ・脳血管疾患に関する事例 ・認知症に関する事例 ・筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例 ・内臓の機能不全（糖尿病，高血圧，脂質異常症，心疾患，呼吸器疾患，腎臓病，肝臓病等）に関する事例 ・看取りに関する事例
○アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習
○研修全体を振り返っての意見交換，講評及びネットワーク作り

介護支援専門員実務研修実施要綱

１　目的

介護支援専門員として利用者の自立支援に資するケアマネジメントに関する必要な知識及び技能を修得し、地域包括ケアシステムの中で医療との連携をはじめとする多職種協働を実践できる介護支援専門員の養成を図ることを目的とする。

２　対象者

法第６９条の２第１項に規定する介護支援専門員実務研修受講試験に合格した者とする。

３　実施方法及び研修課程

（１）基本的な考え方

介護支援専門員は、法第７条第５項において、「要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第６９条の７第１項の介護支援専門員証の交付を受けたもの」とされ、その養成課程である介護支援専門員実務研修（以下「実務研修」という。）は、施行規則第１１３条の４第１項において、「介護支援専門員として必要な専門的知識及び技術を修得させることを目的とし」て、同条第２項において、「居宅サービス計画、施設サービス計画及び介護予防サービス計画に関する専門的知識及び技術の修得に係るものをその主たる内容」とすると定められているところである。

したがって、実務研修の内容は、利用者の自立支援を図るために、アセスメントの重要性を認識し、居宅サービス計画、施設サービス計画及び介護予防サービス計画の作成、サービスの利用、モニタリングの実施等のいわゆる「ケアマネジメント」の過程に沿った各段階で必要な視点や手法を修得するとともに、地域包括ケアシステムの中で医療との連携をはじめとする多職種協働の手法を修得できるものでなければならない。

（２）研修内容

実務研修で行うべき科目については、「厚生労働大臣が定める介護支援専門員等に係る研修の基準」（平成１８年厚生労働省告示第２１８号）第１号に規定されているところであるが、科目、目的、内容及び時間数については以下のとおりであり、合計８７時間以上とする。

科　　目	目　　的	内　　容	時間数
【　前　期　】			
○介護保険制度の理念・現状及びケアマ	介護保険制度の理念等を理解するととも	・介護保険制度の基本理念を理解し、介護保険制度における利用者の尊厳の保持、自立支援に資する	講義３時間

ネジメント	に、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の現状を理解する。 　また、介護保険制度における利用者の尊厳の保持及び自立支援に資するケアマネジメントの役割を理解し、地域包括ケアシステムにおける介護支援専門員の役割を認識する。	ケアマネジメントの役割、ケアマネジメントを担う介護支援専門員に求められる機能や役割に関する講義を行う。 ・介護保険制度の現状と地域包括ケアシステムが求められる背景とその考え方、構築に向けた取組状況に関する講義を行う。 ・介護サービスの利用手続き（要介護認定等に関する基本的な視点と概要）、居宅サービス計画等の作成、保険給付及び給付管理等の仕組みといった一連の関係性についての講義を行う。	
○自立支援のためのケアマネジメントの基本	利用者の尊厳の保持及び自立支援に資するケアマネジメントの視点を理解する。 　また、利用者が住み慣れた地域で主体的な生活を送ることができるように支援することの重要性を理解するとともに、在宅生活を支援する上で、家族に対する支援の重要性を理解する。	・ケアマネジメントの成り立ちや機能について理解するとともに、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準に基づいて、介護支援専門員としての責務及び業務を理解し、ケアマネジメントの中心的な役割を担う立場であることを認識するための講義を行う。 ・利用者が住み慣れた地域で、最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができるよう、自立支援のためのケアマネジメントを実践する上で必要な視点を理解する。 ・インフォーマルサービスも活用したケアマネジメントを理解する。 ・利用者を支援する上で、家族を取り巻く環境に留意し、家族に対する支援の重要性や目的を理解する。 ・介護予防支援や、介護予防・日常生活支援総合事業におけるケアマネジメントにおいても、基本的な考え方やプロセスは同様であることから、これらも含めた形での講義を行う。	講義及び演習６時間
○相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎	ケアマネジメントにおける相談援助の専門性を理解し、直接援助職から相談援助職への視座の転換を行う。 　また、利用者のニーズを把握する上で、利用者を多面的に捉える視点の必要性を理解し、利用者の自立支援に向けた相談援助技術を修得する。	・直接援助を行う職種と相談援助を行う職種の各々の役割や視点の違いを認識することにより、相談援助の職種における専門性を理解する為の講義を行う。 ・相談援助を行う上での留意点として、感情移入することなく自己を客観視することの重要性とそのための方法等に関する講義を行う。 ・利用者のニーズを把握する上で、利用者を多面的に捉える視点（身体的・心理的状況、生活環境、社会参加状況等）について理解する。 ・相談援助に係る基本的な技法を理解する。	講義及び演習４時間

○人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理	人権と尊厳を支える専門職に求められる姿勢を認識する。 また、介護支援専門員としての職業倫理を理解するとともに、日常業務で直面する倫理的課題等を認識する。	・介護支援専門員が備えるべき、利用者本位、自立支援、公正中立、権利擁護、守秘義務、利用者のニーズの代弁等の倫理に関する講義を行う。 ・人権の概念、利用者の尊厳の保持、介護支援専門員の倫理綱領、倫理原則、成年後見制度等に関する講義を行う。 ・ケアマネジメントの実践において直面しやすい倫理的な課題とその課題に向き合うことの重要性を理解するための講義を行う。	講義２時間
○利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意	利用者及びその家族に対する適切な説明と合意形成の手法を修得する。 また、サービス担当者会議、地域ケア会議等様々な場面においても説明と合意が得られる技術を修得する。	・利用者及びその家族、利用者を支援するサービスの担当者等の多職種に対する説明の意義・目的を理解するための講義を行う。 ・サービス担当者会議や地域ケア会議等における場面ごとに求められる説明の意味・目的を理解するとともに説明の技法（話の構成、姿勢、スピード、言葉の選択等）を修得する。 ・説明から利用者の合意に向かうまでのプロセスの重要性とポイントを理解するとともに、多職種協働における説明責任を理解する。	講義及び演習２時間
○ケアマネジメントのプロセス	ケアマネジメントプロセスの全体像を理解する。	・ケアマネジメントプロセスの構成と流れを理解するとともに、各プロセスにおける意義・目的に関する講義を行う。 ・ケアマネジメントプロセスにおける各プロセスの相互の関係についての講義を行う。	講義２時間
○ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術 ・受付及び相談並びに契約	受付及び初期面接相談（インテーク）、契約の各場面で求められる実践的な技術を修得する。	・受付及び初期面接相談（インテーク）の場面における相談援助の視点と技術を修得するとともに、利用者及びその家族との信頼関係の構築の重要性について講義を行う。 ・契約は重要事項の説明を経た法律行為であることから、利用者が主体となる契約の意義とそれを保障するための仕組み（苦情申し立て、権利擁護等）についての講義を行う。 ・契約に関する制度上の位置付けや留意事項に関する講義を行う。	講義及び演習１時間
・アセスメント及びニーズの把握の方法	利用者及びその家族並びに多職種からの情報収集とその分析を通じて、介護支援専門員としての専門的な判断の根拠を説明できる技術を修得する。 また、アセスメント	・アセスメントからニーズを導き出すまでの思考過程の全体像に関する講義を行う。 ・アセスメントにおける情報収集の項目の内容、目的、主治医意見書の記載内容を理解するとともに、情報収集の方法・技術を修得する。 ・収集した情報を的確に分析することにより、課題の明確化、改善及び悪化の可能性などを導き出せることを理解する。	講義及び演習６時間

	において収集した情報から、専門職としてニーズを導くための技術を修得する。	・利用者の生活全体を捉える視点の重要性を理解するとともに、利用者の生活の現況から生活機能（ＷＨＯ国際生活機能分類による）と背景を把握し、理解する視点を修得する。 ・課題整理総括表等を用いてＡＤＬやＩＡＤＬ等の状況から利用者が抱える課題を明確化し、状態の維持改善及び悪化の可能性の判断と予測を立て、適切なニーズを導くための技術を修得する。	
・居宅サービス計画等の作成	ニーズを踏まえた目標の設定と目標を実現するための居宅サービス計画等の作成技術を修得する。 また、居宅サービス計画等と訪問介護計画等の個別のサービス計画との連動の重要性を理解する。	・利用者及び家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針を記載するに当たっての留意点に関する講義を行う。 ・アセスメントから導いたニーズを解決するための視点と達成するための目標の関係についての講義を行う。 ・インフォーマルサービスも含めた社会資源の種類及び内容を理解するとともに、インフォーマルサービスの活用も含めた居宅サービス計画等を作成する方法を理解する。 ・保健医療サービス利用時の主治医等からの意見収集、リハビリテーション専門職からの意見収集など、多職種との連携に当たっての留意点に関する講義を行う。 ・訪問介護計画等の個別サービスの計画は、居宅サービス計画に記載したニーズや目標に基づいて作成され、利用者を支援するサービス提供につながっていくものであることから、居宅サービス計画との連動の重要性を理解するとともに、個別サービスの計画につながる目標の立て方等を修得する。	講義及び演習４時間
・サービス担当者会議の意義及び進め方	多職種とのアセスメント結果の共有や、居宅サービス計画等の原案に対する専門的見地からの意見収集の意義を理解し、会議の開催に係る具体的な方法を修得する。	・会議を開催するに当たり、事前の準備や開催当日の準備など、必要な業務を理解するとともに、会議の進行の手法等に関する講義を行う。 ・サービス担当者会議は、利用者及び家族並びにサービス担当者も含めて、利用者を支援していくための方向性を定める場であることから、介護支援専門員によるアセスメントの結果を共有することの重要性を理解する。 ・会議での意識の共有に当たり、居宅サービス計画と訪問介護計画等の個別サービス計画との内容の整合性を確認することの重要性を理解する。 ・複数のサービスを利用する場合には、各サービスの個別サービス計画ごとの内容を確認することの重要性を理解する。	講義及び演習４時間

		・新規ケース、更新ケース、要介護状態等の区分変更ケースごとのサービス担当者会議における検討の留意点についての講義を行う。	
・モニタリング及び評価	ケアマネジメントプロセスにおけるモニタリングの意義･目的や、多職種との連携によるサービス実施の効果を検証することの重要性を理解する。	・利用者及びその家族、サービス担当者等との継続的な連絡や、居宅を訪問し利用者と面接することの意味を理解するための講義を行う。 ・モニタリングにおける視点や手法、状況の変化への対応を理解する。 ・評価表等を活用し目標に対する各サービスの達成度（効果）の検証の必要性と評価手法を修得する。 ・居宅サービス計画の再作成を行う方法と技術についての講義を行う。 ・モニタリングにおける多職種との役割分担と連携の重要性を理解する。 ・モニタリング結果の記録作成の意味と、記録に当たっての留意点を理解するための講義を行う。	講義及び演習４時間
○介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）	多職種に対する理解・尊重に基づいてチームを組成し、円滑に機能させるための基本的な技術を修得する。	・利用者及びその家族の支援に際し、チームアプローチの意義を理解するとともに、介護支援専門員には、ケアのマネジメントだけでなく、チームのマネジメントも求められることを認識するための講義を行う。 ・チームアプローチに際し、チームを組成する各職種の専門性と各々に求められる役割を理解するとともに、チームにおける介護支援専門員の役割を理解し、チーム運営において想定される課題や対応策を含め、チームを円滑に機能させるために必要な知識・技術を修得する。	講義及び演習２時間
○地域包括ケアシステム及び社会資源	地域包括ケアの理念を踏まえ、地域包括ケアを推進していくに当たり介護支援専門員に求められる役割を理解する。 また、利用者を支援する上で知っておくべき各種制度や地域の社会資源の重要性を理解する。	・地域包括ケアシステムの構築が求められる背景及び地域包括ケアシステムが目指す姿についての講義を行う。 ・地域包括ケアシステムを構築していく中で介護支援専門員に求められる役割（自立支援に資するケアマネジメント、インフォーマルサービスを含めた社会資源の活用、多職種や地域包括支援センター等との連携、不足している地域資源の提案等）に関する講義を行う。 ・地域包括ケアを実現していくためのケアマネジメントを行う上で、必要な保健・医療・福祉サービスに関する講義を行う。 ・地域包括ケアシステムの構築に関して、地域の現状、課題、目指す方向性、社会資源の整備状況等を把握する事が大切であることから介護保険事業計画、地域ケア会議の重要性や内容に関する講義	講義３時間

		を行う。 ・生活保護制度、障害施策、老人福祉施策、地域ケア会議などの概要について理解するとともに、関連する機関やボランティア等との連携・協力・ネットワークの構築についての講義を行う。	
○ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義	医療との連携や多職種協働の意義を踏まえ、具体的な連携の場面で必要となる基本的な知識や連携の手法を修得する。	・医療との連携に当たって早い段階から連携の重要性を理解し、利用者の医療に係る情報や状態の改善可能性に係る意見等を把握しておく必要があることから、医療機関や医療職からの情報収集の方法等についての講義を行う。 ・医療との連携に当たっての留意点を理解するとともに、介護支援専門員から医療機関や医療職への情報提供の方法及び内容（生活状況、サービスの利用状況等）に関する講義を行う。 ・地域における、在宅医療・介護の連携を推進する役割を担っている機関の概要に関する講義を行う。 ・多職種協働の意義を理解するとともに、多職種間で情報を共有することの重要性を理解し、情報共有に当たり個人情報を取り扱う上での利用者やその家族の同意の必要性についての講義を行う。	講義３時間
○ケアマネジメントに係る法令等の理解	法令を遵守し、介護支援専門員の業務を適切に遂行できるよう、介護保険制度に係る法令等を正しく理解する。	・介護保険法、介護保険法施行令、介護保険法施行規則、厚生労働省告示、居宅サービス等の運営基準、居宅介護支援等の運営基準に関しその位置付けや業務との関連を俯瞰する講義を行う。（特に、介護支援専門員及びケアマネジメントに関する部分の規定について、業務と関連づけて理解する。） ・事業所の指定取消や介護支援専門員の登録消除などの不適切事例を参考に、ケアマネジメントを実践する上での法令遵守（コンプライアンス）の重要性を認識するための講義を行う。 ・介護報酬に係る関係告示や通知等の概要についての講義を行う。	講義２時間
○実習オリエンテーション	研修における実習の位置付けと目的、実施方法を理解し、効果的な実習に結びつける。	・実習は、ケアマネジメントの実践現場を通して様々なことを学ぶことができる機会であるとともに、これまでの講義や演習を通じて身につけた知識・技術を試行する機会でもあり、効果的な実習となるよう、実習の目的についての講義を行う。 ・実習の流れや実習時の心構えなどに関する講義を行う。（実習を通じて、地域ごとの社会資源等の状況や現場での倫理的課題などについても意識を向けるよう認識する。）	講義１時間
○ケアマネジメント	実習現場でのケアマ	・実習に当たっては、利用者への居宅訪問を行い、	

の基礎技術に関する実習	ネジメントプロセスの経験を通じて、実践に当たっての留意点や今後の学習課題等を認識する。	アセスメントの実施、居宅サービス計画の作成、サービス担当者会議の準備・同席、モニタリングの実施、給付管理業務の方法など一連のケアマネジメントプロセスの実習を行う。	
【　後　期　】			
○実習振り返り	実習を通して得られた気付きや課題を客観的に振り返り、発表することを通じて今後の学習課題を認識する。	・実習で行ったアセスメントや居宅サービス計画の作成など、一連のケアマネジメントプロセスの実践事例を発表することにより、実習を通じて感じた気付きや不足している知識・技術といった課題、現場で生じうる倫理的な課題を共有する。 ・受講者間で共有した課題や実習に関する講師からの総評を踏まえて、今後、専門職として身につけていくべき知識・技術についての学習課題を認識する講義を行う。	講義及び演習３時間
○ケアマネジメントの展開 ・基礎理解	ケアマネジメントは高齢者の生理、心理、生活環境などの構造的な理解に基づいて行われる必要があることを理解する。	・ケアマネジメントを実践する上で必要な高齢者の生理、高齢者やその家族の心理、住環境や同居者の有無などそれぞれの要素と要素の関係性の重要性に関する講義を行う。 ・それらの関係性を踏まえたアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等への具体的な展開方法など、支援に当たってのポイントを理解する。 ・高齢者本人が望む生活の実現のための意思決定の支援方法について修得する。 ・高齢者の代表的な疾患や症候群別のケアマネジメントを学ぶことの有効性について理解する。	講義及び演習３時間
・脳血管疾患に関する事例	脳血管疾患の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。	・脳血管疾患の分類、症状、後遺症、生活障害の程度と身体機能の関係、廃用症候群との関係性についての講義を行う。 ・脳血管疾患における療養上の留意点や起こりやすい課題についての講義を行う。 ・脳血管疾患の要介護者等に対するリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用に関する講義を行う。 ・リハビリテーションや福祉用具等、それらを活用する際の医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。 ・脳血管疾患の事例におけるアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点、モニタリングでの視点を理解する。	講義及び演習５時間
・認知症に関する事例	認知症の特性や療養上の留意点、起こりや	・認知症の器質的障害種類別の原因、症状、改善可能性、症状の進行並びに薬物療法の有効性、留意	講義及び演習５時間

	すい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。	点及び副作用について理解する。 ・認知症における療養上の留意点、倫理的な対応及び起こりやすい課題に関する講義を行う。 ・認知症ケアにおける医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。 ・認知症の事例におけるアセスメントや課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。 ・独居で認知症の要介護者等に対するアプローチの視点や方法を理解する。 ・認知症の要介護者と同居している家族に対する支援や地域への配慮と協働の視点を持ったケアマネジメントの具体的な方法を修得する。 ・認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）に対するアプローチの視点及びケアの手法を理解する。	
・筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例	筋骨格系疾患及び廃用症候群の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。	・筋骨格系疾患の種類、原因、症状、生活をする上での障害及び予防・改善方法や、廃用症候群の原因、生活をする上での障害及び予防・改善方法に関する講義を行う。 ・筋骨格系疾患や廃用症候群における療養上の留意点や起こりやすい課題に関する講義を行う。 ・筋骨格系疾患や廃用症候群の要介護者等に対するリハビリテーションや福祉用具、住宅改修の効果的な活用方法等についての講義を行う。 ・リハビリテーション、福祉用具などを活用する際の医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。 ・筋骨格系疾患や廃用症候群の事例におけるアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。	講義及び演習５時間
・内臓の機能不全（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）に関する事例	内臓の機能不全に係る各疾患・症候群（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。	・内臓の機能不全に係る各疾患・症候群（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）の原因や症状、症状の進行、生活障害の程度と身体機能の関係についての講義を行う。 ・疾患相互の影響、高齢者の生理（生活上の留意点）との関係、療養上の留意点及び起こりやすい課題に関する講義を行う。 ・医療職をはじめとする多職種との連携・協働に当たってのポイントを理解する。 ・内臓の機能不全に係る疾患・症候群を有する方に	講義及び演習５時間

		対するアセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点を理解する。 ・各疾患・症候群における生活習慣を改善する為のアプローチの方法（本人の動機付け、家族の理解の促進等）を修得する。	
・看取りに関する事例	看取りにおける留意点や起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。	・看取りのケースについて支援を行う際における介護支援専門員の役割や適切な姿勢についての講義を行う。 ・看取りに関連する各種サービス等の活用方法や、医療職をはじめとする多職種との連携・協働を効果的に行うためのポイントを理解する。 ・看取りに向けた利用者及びその家族との段階的な関わりの変化（生活動作の負担や痛みの軽減、主治医との連携や多職種協働、急変時の基本的な対応等）を認識する。 ・看取りのケースにおいて、在宅生活の支援を行う際の起こりやすい課題を理解し、アセスメント、課題分析の視点、居宅サービス計画等の作成、サービス担当者会議における情報共有に当たっての留意点及びモニタリングでの視点について理解する。	講義及び演習５時間
○アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習	研修全体での学びを踏まえ、アセスメントから居宅サービス計画等の作成からモニタリングまでを一貫して行い、ケアマネジメントプロセスについて更なる理解を深める。	・これまでの研修の中で修得した知識・技術を確認するため、事例に即したアセスメント、ニーズの把握、居宅サービス計画等の作成及びモニタリングを一貫して行うことにより、ケアマネジメントプロセスの理解を深めるとともに、理解が不足しているものがないか自己評価を行う。 ・作成した居宅サービス計画等を原案として、サービス担当者会議の演習を行う。	講義及び演習５時間
○研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り	研修全体を通じた振り返りを行うことで、今後の学習課題を認識し、自己研鑽の意欲を高める。 また、研修受講者間でのネットワークの構築を図る。	・研修全体の振り返りを行うに当たって、グループ又は全体で意見交換を行い、専門的助言を含めて、研修における学習の成果や今後の学習課題への意識付けのための講義を行う。 ・現場で生じうる課題への対応や共同で研修する機会を作るため、研修受講者間においてネットワークの構築を図る。	講義及び演習２時間

４　研修実施上の留意点

（１）研修実施方法

ア　研修の全体構成

ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術における「アセスメント及びニーズの把握の方法」、「モニタリング及び評価」、ケアマネジメントの展開における「脳血管疾患に関する事例」、「認知症に関する事例」、「筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例」、「内臓の機能不全（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）に関する事例」、「看取りに関する事例」及び「アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習」について、アセスメントからニーズを把握する過程及びモニタリングでの評価に関する知識・技術についての講義・演習を行うに当たっては、別途通知する「課題整理総括表」及び「評価表」等を活用し行うものとする。

なお、演習を行うに当たっては、受講者が積極的に演習に参加するよう小規模な班編制により実施することとし、班編制に当たっては保健、医療、福祉の各職種の均衡に配慮すること。

イ　実習における留意点

実習先としては、特定事業所加算を取得している事業所のような指導体制が整っている事業所で行うことが適切であり、主任介護支援専門員が配置されている事業所に協力してもらうことが適当である。

実習に当たっては、一つの事例だけではなく、複数の事例についてケアマネジメントプロセスを経験することが効果的であり、アセスメントからモニタリングまでの一連のケアマネジメントプロセス（同行等による利用者の居宅訪問、サービス担当者会議開催のための準備や当該会議への同席も含む）を経験することが適当である。なお、実習期間中にサービス担当者会議が開催される機会がなく、会議に同席できなかった場合には、実習先の指導者によって、サービス担当者会議の準備や会議当日の議事進行の方法等を説明することにより理解を促すこと。

実習においては、事前に実習に係る対象者等の同意を得るとともに、特に対象者の安全の確保や知り得た秘密の厳守について万全を期すよう受講者に周知徹底すること。

（２）講師

講師については、原則アからキまでのとおりとする。

なお、相当の知見を有する者とは、

①　施行規則第１１３条の２第１項第１号に規定する資格を有する実務経験が長い主任介護支援専門員

②　地域包括支援センターにおいて介護支援専門員に対し相談・支援に従事している者

③　大学教員又は法人内において研修の責任者として指導に従事している者

④　その他上記に準ずる者

とする。

ア　「介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント」及び「ケアマネジメントに係る法令等の理解」の講師については、原則として、介護保険制度について相当の知見を有する者又は都道府県職員を充てること。

イ　「自立支援のためのケアマネジメントの基本」、「相談援助の専門職として基本姿勢及び相談援助技術の基礎」、「ケアマネジメントのプロセス」、ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術における「受付及び相談並びに契約」、「アセスメント及びニーズの把握の方法」、「居宅サービス計画等の作成」、「サービス担当

者会議の意義及び進め方」及び「モニタリング及び評価」並びにケアマネジメントの展開における「基礎理解」及び「アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習」の講師については、ケアマネジメントについて相当の知見を有する者を充てること。

ウ　「人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理」、「利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意」及び「実習振り返り」の講師については、原則として、相当の実務経験のある現任の介護支援専門員を充てること。

エ　「介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）」の講師については、介護支援専門員に関するチームマネジメントについて相当の知見を有する者を充てること。

オ　「地域包括ケアシステム及び社会資源」の講師については、地域包括ケアシステムについて相当の知見を有する者又は都道府県職員を充てること。

カ　「ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義」の講師については、在宅介護に知見のある医療関係者又は病院等において医療連携業務に従事している者を充てること。

キ　ケアマネジメントの展開における「脳血管疾患に関する事例」、「認知症に関する事例」、「筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例」、「内臓の機能不全（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）に関する事例」及び「看取りに関する事例」の講師については、医師又は医療関係職種の基礎資格を有する介護支援専門員又は各事例に関し相当の知見を有する者を充てること。

（３）修了評価

研修の実施に当たっては、各科目における到達目標を達成しているかについて修了評価を実施すること。

（４）その他留意点

ア　介護支援専門員実務研修修了者とは､実務研修の全科目を受講した受講者とする。

なお、受講者がやむを得ない事情により、実務研修の一部又は全部を受講できなかった場合には、別途実施する実務研修の際に当該未受講の科目を受講することとして差し支えない。この場合、当該受講者から試験受験地の都道府県に申し出ることにより、他の都道府県で受講することを認めるなど、都道府県間で連携の上、受講者の便宜を図るものとする。

イ　実務研修の研修受講地については、当該試験受験地の都道府県であるが、当該試験合格後の勤務地等の異動に伴い、必ずしも試験受験地と研修受講地を同一とする考え方では合理的でない場合が想定される。このような場合には、当該受講者から試験受験地の都道府県宛て「研修受講地変更願」を提出させ、やむを得ないと認められるときは、希望する研修受講地の都道府県と連携の上、受講者の便宜を図るものとする。

介護支援専門員実務研修
ケアマネジメントの基礎技術に関する実習支援資料

2017.12.14.　宮城県ケアマネジャー協会