

# 「施設ケアマネジャーの役割」

～求められるマネジメント～

宮城県ケアマネジャー協会 小湊 純一。

## I 施設と介護支援専門員等の役割

### 1 指定介護老人福祉施設

#### (基本方針)

第一条の二 指定介護老人福祉施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者が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することを目指すものでなければならない。

2 指定介護老人福祉施設は、入所者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って指定介護福祉施設サービスを提供するように努めなければならない。

3 指定介護老人福祉施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

#### (入退所)

第七条 指定介護老人福祉施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な者に対し、指定介護福祉施設サービスを提供するものとする。

2 指定介護老人福祉施設は、入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超えている場合には、介護の必要の程度及び家族等の状況を勘案し、指定介護福祉施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければならない。

3 指定介護老人福祉施設は、入所申込者の入所に際しては、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等の把握に努めなければならない。

4 指定介護老人福祉施設は、入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討しなければならない。

- 5 前項の検討に当たっては、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員等の従業者の間で協議しなければならない。
- 6 指定介護老人福祉施設は、その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができると認められる入所者に対し、その者及びその家族の希望、その者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行わなければならない。
- 7 指定介護老人福祉施設は、入所者の退所に際しては、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供に努めるほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

#### **(指定介護福祉施設サービスの取扱方針)**

第十一条 指定介護老人福祉施設は、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等に応じて、その者の処遇を妥当適切に行わなければならない。

- 2 指定介護福祉施設サービスは、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。
- 3 指定介護老人福祉施設の従業者は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、処遇上必要な事項について、理解しやすいように説明を行わなければならない。
- 4 指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という。)を行ってはならない。
- 5 指定介護老人福祉施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
- 6 指定介護老人福祉施設は、自らその提供する指定介護福祉施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

#### **(施設サービス計画の作成)**

第十二条 指定介護老人福祉施設の管理者は、介護支援専門員に施設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。

- 2 施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員(以下「計画担当介護支援専門員」という。)は、施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、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施設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。
- 3 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所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。

- 4 計画担当介護支援専門員は、前項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、入所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、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所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。
- 5 計画担当介護支援専門員は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所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、指定介護福祉施設サービスの目標及びその達成時期、指定介護福祉施設サービスの内容、指定介護福祉施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。
- 6 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議(入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供に当たる他の担当者(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、担当者に対する照会等により、当該施設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。
- 7 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければならない。
- 8 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。
- 9 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握(入所者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。
- 10 計画担当介護支援専門員は、前項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、入所者及びその家族並びに担当者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。
  - 一 定期的に入所者に面接すること。
  - 二 定期的モニタリングの結果を記録すること。
- 11 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設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。
  - 一 入所者が法第二十八条第二項に規定する要介護更新認定を受けた場合
  - 二 入所者が法第二十九条第一項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
- 12 第二項から第八項までの規定は、第九項に規定する施設サービス計画の変更について準用する。

### (介護)

第十三条 介護は、入所者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、入所者の心身の状況に応じて、適切な技術をもって行われなければならない。

- 2 指定介護老人福祉施設は、一週間に二回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきししなければならない。
- 3 指定介護老人福祉施設は、入所者に対し、その心身の状況に応じて、適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行わなければならない。
- 4 指定介護老人福祉施設は、おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければならない。
- 5 指定介護老人福祉施設は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。
- 6 指定介護老人福祉施設は、入所者に対し、前各項に規定するもののほか、離床、着替え、整容等の介護を適切に行わなければならない。
- 7 指定介護老人福祉施設は、常時一人以上の常勤の介護職員を介護に従事させなければならない。
- 8 指定介護老人福祉施設は、入所者に対し、その負担により、当該指定介護老人福祉施設の従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。

#### **(食事)**

- 第十四条 指定介護老人福祉施設は、栄養並びに入所者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を、適切な時間に提供しなければならない。
- 2 指定介護老人福祉施設は、入所者が可能な限り離床して、食堂で食事を摂ることを支援しなければならない。

#### **(相談及び援助)**

- 第十五条 指定介護老人福祉施設は、常に入所者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行わなければならない。

#### **(社会生活上の便宜の提供等)**

- 第十六条 指定介護老人福祉施設は、教養娯楽設備等を備えるほか、適宜入所者のためのレクリエーション行事を行わなければならない。
- 2 指定介護老人福祉施設は、入所者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続について、その者又はその家族において行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行わなければならない。
  - 3 指定介護老人福祉施設は、常に入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。
  - 4 指定介護老人福祉施設は、入所者の外出の機会を確保するよう努めなければならない。

#### **(機能訓練)**

- 第十七条 指定介護老人福祉施設は、入所者に対し、その心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行わなければならない。

### (健康管理)

第十八条 指定介護老人福祉施設の医師又は看護職員は、常に入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を採らなければならない。

### (入所者の入院期間中の取扱い)

第十九条 指定介護老人福祉施設は、入所者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合であって、入院後おおむね三月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定介護老人福祉施設に円滑に入所することができるようにしなければならない。

## 2 介護老人保健施設

### (基本方針)

第一条の二 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者が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することとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

2 介護老人保健施設は、入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って介護保健施設サービスの提供に努めなければならない。

3 介護老人保健施設は、明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

### (入退所)

第八条 介護老人保健施設は、その心身の状況及び病状並びにその置かれている環境に照らし看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療等が必要であると認められる者を対象に、介護保健施設サービスを提供するものとする。

2 介護老人保健施設は、入所申込者の数が入所定員から入所者の数を差し引いた数を超過している場合には、医学的管理の下における介護及び機能訓練の必要性を勘案し、介護保健施設サービスを受ける必要性が高いと認められる入所申込者を優先的に入所させるよう努めなければならない。

3 介護老人保健施設は、入所申込者の入所に際しては、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等の把握に努めなければならない。

4 介護老人保健施設は、入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討

し、その内容等を記録しなければならない。

- 5 前項の検討に当たっては、医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等の従業者の間で協議しなければならない。
- 6 介護老人保健施設は、入所者の退所に際しては、その者又はその家族に対し、適切な指導を行うとともに、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対する情報の提供に努めるほか、退所後の主治の医師に対する情報の提供その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

#### **(介護保健施設サービスの取扱方針)**

第十三条 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を踏まえて、その者の療養を妥当適切に行わなければならない。

- 2 介護保健施設サービスは、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。
- 3 介護老人保健施設の従業者は、介護保健施設サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行わなければならない。
- 4 介護老人保健施設は、介護保健施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という。)を行ってはならない。
- 5 介護老人保健施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
- 6 介護老人保健施設は、自らその提供する介護保健施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

#### **(施設サービス計画の作成)**

第十四条 介護老人保健施設の管理者は、介護支援専門員に施設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。

- 2 施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員(以下「計画担当介護支援専門員」という。)は、施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、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施設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。
- 3 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所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。

- 4 計画担当介護支援専門員は、前項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、入所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、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所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。
- 5 計画担当介護支援専門員は、入所者の希望、入所者についてのアセスメントの結果及び医師の治療の方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所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、介護保健施設サービスの目標及びその達成時期、介護保健施設サービスの内容、介護保健施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。
- 6 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議(入所者に対する介護保健施設サービスの提供に当たる他の担当者(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、担当者に対する照会等により、当該施設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。
- 7 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければならない。
- 8 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。
- 9 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握(入所者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。
- 10 計画担当介護支援専門員は、前項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、入所者及びその家族並びに担当者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。
  - 一 定期的に入所者に面接すること。
  - 二 定期的モニタリングの結果を記録すること。
- 11 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設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。
  - 一 入所者が法第二十八条第二項に規定する要介護更新認定を受けた場合
  - 二 入所者が法第二十九条第一項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合
- 12 第二項から第八項までの規定は、第九項に規定する施設サービス計画の変更について準用する。

#### **(診療の方針)**

第十五条 医師の診療の方針は、次に掲げるところによるものとする。

- 一 診療は、一般に医師として必要性があると認められる疾病又は負傷に対して、的確な診断を基とし、療養上妥当適切に行う。
- 二 診療に当たっては、常に医学の立場を堅持して、入所者の心身の状況を観察し、要介護者の心理が健康に及ぼす影響を十分配慮して、心理的な効果をもあげることができるよう適切な指導を行う。
- 三 常に入所者の病状、心身の状況及びその置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、適切な指導を行う。
- 四 検査、投薬、注射、処置等は、入所者の病状に照らして妥当適切に行う。
- 五 特殊な療法又は新しい療法等については、別に厚生労働大臣が定めるもののほか行ってはならない。
- 六 別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を入所者に施用し、又は処方してはならない。

#### **(必要な医療の提供が困難な場合等の措置等)**

第十六条 介護老人保健施設の医師は、入所者の病状からみて当該介護老人保健施設において自ら必要な医療を提供することが困難であると認めたときは、協力病院その他適当な病院若しくは診療所への入院のための措置を講じ、又は他の医師の対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない。

- 2 介護老人保健施設の医師は、不必要に入所者のために往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させてはならない。
- 3 介護老人保健施設の医師は、入所者のために往診を求め、又は入所者を病院若しくは診療所に通院させる場合には、当該病院又は診療所の医師又は歯科医師に対し、当該入所者の診療状況に関する情報の提供を行わなければならない。
- 4 介護老人保健施設の医師は、入所者が往診を受けた医師若しくは歯科医師又は入所者が通院した病院若しくは診療所の医師若しくは歯科医師から当該入所者の療養上必要な情報の提供を受けるものとし、その情報により適切な診療を行わなければならない。

#### **(機能訓練)**

第十七条 介護老人保健施設は、入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを計画的に行わなければならない。

#### **(看護及び医学的管理の下における介護)**

第十八条 看護及び医学的管理の下における介護は、入所者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な技術をもって行われなければならない。

- 2 介護老人保健施設は、一週間に二回以上、適切な方法により、入所者を入浴させ、又は清しきししなければならない。
- 3 介護老人保健施設は、入所者の病状及び心身の状況に応じ、適切な方法により、排せ

つの自立について必要な援助を行わなければならない。

- 4 介護老人保健施設は、おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければならない。
- 5 介護老人保健施設は、褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備しなければならない。
- 6 介護老人保健施設は、前各項に定めるほか、入所者に対し、離床、着替え、整容その他日常生活上の世話を適切に行わなければならない。
- 7 介護老人保健施設は、その入所者に対して、入所者の負担により、当該介護老人保健施設の従業者以外の者による看護及び介護を受けさせてはならない。

#### **(食事の提供)**

第十九条 入所者の食事は、栄養並びに入所者の身体の状況、病状及び嗜好を考慮したものとするとともに、適切な時間に行われなければならない。

- 2 入所者の食事は、その者の自立の支援に配慮し、できるだけ離床して食堂で行われるよう努めなければならない。

#### **(相談及び援助)**

第二十条 介護老人保健施設は、常に入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入所者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行わなければならない。

#### **(その他のサービスの提供)**

第二十一条 介護老人保健施設は、適宜入所者のためのレクリエーション行事を行うよう努めるものとする。

- 2 介護老人保健施設は、常に入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

### **3 認知症対応型共同生活介護**

#### **基本方針**

第八十九条 指定地域密着型サービスに該当する認知症対応型共同生活介護の事業は、要介護者であって認知症であるものについて、共同生活住居において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者が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するものでなければならない。

#### **(指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針)**

第九十七条 指定認知症対応型共同生活介護は、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行われなければならない。

- 2 指定認知症対応型共同生活介護は、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行われなければならない。
- 3 指定認知症対応型共同生活介護は、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。
- 4 共同生活住居における介護従業者は、指定認知症対応型共同生活介護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わなければならない。
- 5 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。
- 6 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
- 7 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、自らその提供する指定認知症対応型共同生活介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない。

#### **(認知症対応型共同生活介護計画の作成)**

第九十八条 共同生活住居の管理者は、計画作成担当者に認知症対応型共同生活介護計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

- 2 認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、通所介護等の活用、地域における活動への参加の機会の提供等により、利用者の多様な活動の確保に努めなければならない。
- 3 計画作成担当者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型共同生活介護計画を作成しなければならない。
- 4 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。
- 5 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、当該認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付しなければならない。
- 6 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成後においても、他の介護従業者及び利用者が認知症対応型共同生活介護計画に基づき利用する他の指定居宅サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画の変更を行うものとする。
- 7 第二項から第五項までの規定は、前項に規定する認知症対応型共同生活介護計画の変

更について準用する。

### (介護等)

第九十九条 介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行われなければならない。

- 2 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、その利用者に対して、利用者の負担により、当該共同生活住居における介護従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。
- 3 利用者の食事その他の家事等は、原則として利用者と介護従業者が共同で行うよう努めるものとする。

### (社会生活上の便宜の提供等)

第一百条 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者の趣味又は嗜好に応じた活動の支援に努めなければならない。

- 2 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続等について、その者又はその家族が行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行わなければならない。
- 3 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、常に利用者の家族との連携を図るとともに利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

## II アセスメント「具体的支障把握の視点」

### 1 健康状態

- ① 入所者の生活に影響のある、介護スタッフが観察・管理の必要な病気を把握しましたか？（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。）
- ② 病気への対応について、医師に相談し、対応の指示を受けましたか？
- ③ 生活に支障のある症状や痛みを把握しましたか？
- ④ 生活に影響のある体調の変動や悪化について把握しましたか？
- ⑤ 転倒の具体的状況、危険性を把握しましたか？

### 2 ADL

- ① 入所者本人のADL能力、バランス、関節可動域等を確認し、生活の支障を具体的に把握しましたか？
- ② 生活リハビリの実施状況を確認しましたか？
- ③ リハビリに関する、意欲や目標を把握しましたか？

### 3 IADL

- ① 入所者本人の IADL 能力，生活の支障を具体的に把握しましたか？
- ② 自己動作に関する，意欲や目標を把握しましたか？

### 4 認知

- ① 記憶障害を具体的に把握しましたか？
- ② 見当識障害を具体的に把握しましたか？
- ③ 判断力低下について具体的に把握しましたか？
- ④ 実行機能障害を具体的に把握しましたか？
- ⑤ できるところを把握しましたか？

### 5 コミュニケーション能力

- ① 相手のことを理解できるか，自分のことを伝えることができるか，コミュニケーション能力を具体的に把握しましたか？
- ② 聴覚，視覚障害を把握しましたか？

### 6 社会との関わり

- ① 生活の質に関連する，ADL 以外の活動について把握しましたか？
- ② 施設生活の適応性を把握しましたか？
- ③ 気分の落ち込み等，心理面での問題について把握しましたか？

### 7 排尿・排便

- ① 失禁の状態を把握しましたか？
- ② 排泄の状況を確認しましたか？

### 8 褥瘡・皮膚の問題

- ① 皮膚・じょく創等，皮膚，足の状態，皮膚の問題と程度を把握しましたか？

### 9 口腔衛生

- ① 食べる，話すこと等に支障のある，咀嚼や痛み，歯等，口腔の問題を明らかにしましたか？

### 10 食事摂取

- ① 栄養や水分の摂取状況，体重の増減を把握しましたか？

### 11 問題行動（行動障害）BPSD

- ① 本人の苦痛の原因となり，他の入所者やスタッフを悩ます行動を把握しましたか？
- ② 問題行動の規則性，原因，関係性，感じ方，介護の方法等を具体的に把握しましたか？

### 1 2 介護力（退所・在宅復帰の可能性）

- ① 入所者の心身の状況と自宅の状況，介護者の状況等からみた，退所・在宅復帰の可能性を把握しましたか？

### 1 3 居住環境

- ① 入所者本人の障害の状況から見た，居住環境の不具合，自立を阻害する原因を把握しましたか？

### 1 4 特別な状況

- ① 緩和ケア，ターミナルケア（看取り）の必要性，実現の可能性を把握しましたか？
- ② 身体拘束，高齢者虐待の兆候，危険性，緊急性を確認しましたか？

## Ⅲ 高齢者ケアの指針（一部抜粋）

### 1 ADLの改善と支援

#### （1）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

ADLの改善，予防，適切な介護を考えるには，現場の介護スタッフの知識，観察力，予測力による日々の利用者情報が重要です。

- ① ADLが改善する可能性のある利用者，ADLの低下を遅らすことのでき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，障害になってもない利用者に，目的を持った運動等の機能訓練を検討します。
- ③ ADLの改善などが難しい場合は，必ず行わなければならないケアを検討します。また，改善のためのケアと平行して行う場合もあります。

ADLが自立することの長所と同時に発生する危険性との間のバランスをとった現実的な目標を設定します。自立を勧める際にはある程度安全を損なう危険性があることを理解し，目標を設定する場合には十分な説明と利用者の積極的参加を得る必要があります。

～ADL改善の目的として検討すること～

- ① 利用者の自立度を最大限にするように、機能を回復すること。
- ② 身体介護の代わりに、動作分割と言葉による誘導をすること。
- ③ より少ない介護・援助でできるように、能力を回復すること。
- ④ 介護・援助時間を短くすること。
- ⑤ 自分でできることを実践する場面を増やすこと。
- ⑥ 自立度の低下を防いだり、遅らせること。
- ⑦ 状態の悪化が避けられない場合は、弊害を防止すること。(じょく創、拘縮など。)

#### 4 認知障害

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

- ① 認知障害があるかどうか、急性か慢性か、慢性なら、その障害を補い、生活の質を高める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 認知障害のある入所者に、負担やストレスとならない活動を提供します。
- ③ 関わる職員の適切な支援的役割を明らかにします。

(2) 認知障害把握のポイント

- ① 短期記憶、長期記憶に問題がある。
- 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。
- ③ 他者に伝えること、理解することが不十分、もしくはできない。

(3) 認知障害に関する問題

認知機能における障害は、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。

ほとんどの認知能力の低下あるいは認知症は慢性に進行するものです。このため、認知能力の低下した高齢者へのケアは、治療というよりも、生活の質を向上すること、機能状態を維持すること、機能低下を最小限にすること、尊厳を保持すること、に焦点を当てることとなります。

せん妄や行動障害は、認知能力の低下した入所者へのケアを複雑にする原因です。

～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。逆に、頭部の外傷により知能が低下した場合などは認知症（高次脳機能障害）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。

- (2) 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。

- (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。

### (4) 認知問題改善に向けての考え方・ケアの方向（指針）

支障のある状態について、認知能力の低下とどのように関係しているのか、生活の質にどのような影響を及ぼしているのかを把握することにより、ケアの方向性と可能性を検討します。

#### 認知能力の低下との関係を確認します

##### ① せん妄

せん妄状態では、認知能力を正しく判定することができません。せん妄が回復するか、治療ができるだけの効果があった場合のみ、正しく認知能力を判定することができます。

##### ② 認知症の進行

最近認知能力が悪化していないか、認知症の進行に変化がないかを明らかにすることで、入所者の認知能力と身体機能が現時点でどの程度障害されているかを理解することができます。その結果入所者のもっている現実的な可能性が把握され、QOLを拡大するケアプランに役立てることが出来ます。また、認知能力の変化の状況を知ることにより、回復可能な原因を調べ、悪化を防止することができるようになります。

③ 精神遅滞，アルツハイマー病，その他の成人発症の認知症

認知能力が低下した入所者に最もよくみられる神経疾患は，アルツハイマー病です。

しかし，知的障害者は介護保険施設で増加の傾向にあり，特にダウン症候群は比較的早期より認知症になりやすい。認知能力が低下している場合，これらの神経疾患を区別することにより，スタッフは入所者が長期にわたって保持する知的能力の相違を理解することができます。

改善の必要性，可能性がある問題を確認します

① 気分の状態と問題行動

せん妄と同様に，問題行動も特別な治療やケアにより軽減したり，完治することがあります。しかし，中には改善不可能なものもあり，スタッフは入所者の一部として問題行動を受け入れ，付き合っていくべきです。また，継続する問題行動に対しては慣れが生じるため，問題行動による本人や周囲の身の安全や健康，日課活動への影響は特にないと感ずることもあるので注意が必要です。

認知能力が低下し問題行動のある入所者には，以下のことを検討します。

- ア 問題行動へのケアを開始した後に認知能力が悪化することはなかったか？
- イ 認知能力の悪化はケアや治療が原因であったか？（たとえば，ケアを嫌がる反応など）
- ウ 問題行動へのケアや治療を開始した後に認知能力は改善したか？
- エ スタッフの援助によって身体的な自立度は改善したか？

② 医学的な問題

医学的な問題を明らかにし治療することは，認知能力と QOL にプラスの影響を与えることがあります。たとえば，うっ血性心不全，慢性閉塞性肺疾患，便秘を効果的に治療することにより，身体機能と認知能力の両方を改善することができます。

快適な状態（痛みのない状態）は，慢性，急性の疾患を問わず認知能力が低下した入所者を治療する際に，最も優先される目標です。この場合本人の訴えを把握することが重要ですが，痛みを十分に伝えられないこともあるので注意します。

③ 一般状態の低下

認知能力が低下し，その期間が長く続いている入所者は，合併症（たとえば，褥瘡など）を起こしたり，生命の危険性のある段階にまで到達することがあります。

④ 身体機能の障害

認知能力の低下は，まず最初に身体機能の変化に表れることがあり，回復可能な原因を明らかにするため，以下のことを検討します。

- ア 移動，更衣，摂食においてどの程度介助が必要か？
- イ より自立できる可能性はないか？
- ウ 認知能力だけでなく，状態が全般的に悪化しているのか？（たとえば，尿コントロール，移動，更衣，視覚，日課活動への参加時間の低下も起こっているなど）

#### ⑤ 感覚障害

ア 識別が困難な状況があるか確認します。

認知能力が低下すると，小さい物体を識別したり，食事中に皿を置いたり，いすに座るために体を調整することが難しくなる。このために毎日の日課行動をしなくなることがあります。視覚に問題があるかどうかを確認する必要があります。

イ コミュニケーション能力を確認します。

認知能力が低下している人は，意味のあるコミュニケーションができないものと思われている場合があります。しかし，一見理解しがたい行動（叫ぶ，攻撃的な行動をとるなど。）でも，それが独自のコミュニケーション方法であることがあります。このような行動とその出現パターンを観察することによって，認知障害の入所者のニーズをある程度理解できるようになることがあります。（トイレに行きたいため，不快なために騒ぎ始めるなど。）

ア コミュニケーションがとれるのか？ しようとしているのではないか？

イ スタッフは，入所者の反応を促すために言葉によらないコミュニケーションの方法（触れる，ジェスチャーなど）を使っているか？

#### ⑥ 薬剤

向精神薬やその他の薬剤は認知能力の低下の一因となることがあります。必要に応じて確認します。

#### ⑦ 関わり方の要因

ア 自立した活動をする機会は考慮されているか確認します。

スタッフは，入所者ができるだけ多くの活動に参加するよう配慮すると同時に，過保護にならないように注意します。ある1つの機能が低下していても，その領域すべてを全面援助する必要はないし，また他の機能低下につながるかもしれないことを頭に入れておきます。

イ より自立できるかもしれないと考える根拠はあるかどうか確認します。（実際にやっているところを見た，もっと自分でやりたいという希望がある，体幹や四肢，手をコントロールする能力があるなど。）

ウ 日常生活において自分で判断する場面がもっとあるかどうかを確認します。

エ 自分で判断するための認知能力が少しでも残っているか確認します。

オ 受身的になっていないか確認します。

カ ケアを拒否していないか確認します。

キ 自分でできるように動作分割はされているか確認します。

ク スタッフの対応の不適切さが、支障、混乱の原因になっていないか確認します。

～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えることはあるか。 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。」というとき飲むだろうか。
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。

#### ⑧ 日常生活、活動

入所者の生活に焦点を当てたケアは、認知能力の低下による問題を軽くすることがあります。

ア ある程度認知能力があり問題行動のない入所者は、施設での生活や周囲の出来事に関わりをもって暮らしているか確認します。

イ 負担を軽くしたり、環境を改善することによって効果が得られないかどうか確認します。

ウ 小グループでの活動が推し進められているかどうか確認します。

エ 個別の環境的配慮がされているかどうか確認します。（方向の指示や個別の照明など）

オ スタッフは、入所者の残存機能が最大限活用されるようにケアをしたいか確認

認めます。(全面援助ではなく、言葉をかけたり、手を引いたり、見守ったりすること、動作を分割し次の動作への合図に反応する時間を十分にとっているか、入所者にとって快適で、支えられているという安心感をもてる関係を築くことなど。)

カ 最近親しい人を失っていないかどうか確認します。(配偶者の死、好きなケアスタッフの配置換え、入所して間もない、家族や知人の訪問回数が減るなど。)

ADL目標の例					
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・シャワ一室に行く	トイレまで行く(夜間のポータブルや尿器も含む)	室内や近くを移動する <input type="checkbox"/>	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	棟 (ユニット)内を移動する <input type="checkbox"/>	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	施設内を移動する(エレベーターを使う) <input type="checkbox"/>	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	戸外を移動する <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> をチェック		その他

### ～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「嫁がごはんには毒を入れている」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（悲しきや寂しさ、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

コミュニケーションによって自分の感情や想いを表現し、人の話を聞くなどして互いの情報を共有します。コミュニケーションがうまくとれれば、環境への適応や、孤独やうつ等を軽くすることも可能です。

### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

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

入所者と施設スタッフ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。

また，認知症の入所者等とコミュニケーションをとる場合，スタッフが非言語的コミュニケーション能力を高める必要があります。人として基本的で自然に身につけている能力（身体に触れる，表情，アイコンタクト，声の抑揚，姿勢等）が，入所者との効果的なコミュニケーションを可能にします。

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：特定の語彙が思いつかない，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：意味あるコミュニケ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しえられていないか。

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 介護スタッフ等が入所者に代わって返事することは，入所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 入所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、入所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 入所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入所者を責めない。
  - 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。

## IV 自立を支援するということ

### 1 能力の発揮（残存能力の活用）

本人の自己解決能力に着目して、個々のニーズの客観的な把握・分析を行い、自立を支援及び自立を促進する目的で関わります。

できるところも代行してしまうと、その時は喜ばれるかもしれませんが、能力の発揮を妨げ、依存性を高めてしまう場合があります。

### 2 自己決定の尊重

選択可能な、個人を尊重した個別的対応や方法を事前に提案してお知らせし、本人の自らの決定を尊重して対応します。決めるのは支援者でなく本人です。

自己決定と自己責任は違います。

自分で決める能力を評価し、判断が難しければ後見人（家族等）等が変わりに決定する場合もあります。

### 3 生活の継続性（継続性の尊重）

本人の心身の機能や生活環境に障害があったとしても、その人の生活を維持・継続していけるよう、相手の生活の継続性を尊重して関わります。

広く、保健・医療・福祉・介護・法律等、生活全般にわたる連携により支援します。

## V 本人の意思能力、自己決定能力を理解しようと努力して対応する

様々な障がいがあるが、自己決定を阻害する要因となります。

記憶、理解、判断等に障がいがあるということはある程度理解していても、支援に活かさなければ意味がありません。

自己決定能力があっても「支援者が決めてしまう」、自己決定能力がなくても「本人がそう言っているから…」とならないよう、適切な自立支援、自己決定支援ができるように努力することが高齢者・障がい者の権利擁護につながります。

2015.06.28. jk

## アセスメント・ケアプラン

# ～施設介護支援の手引き～

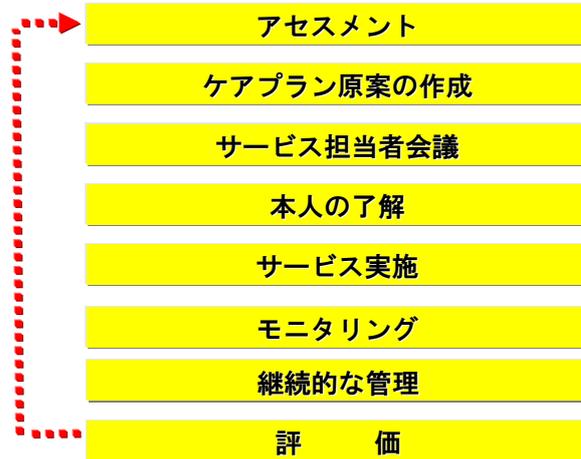
- I 施設の役割, 入所
- II アセスメントする
- III ケアプランの原案を作る
- IV サービス担当者会議をする
- V モニタリングする
- VI 再アセスメントする

振り返る（チェックする）

## アセスメント・ケアプラン（施設介護支援）

### ケアマネジメントの過程

2008/12/04



「アセスメント・ケアプラン（施設介護支援）」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、施設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（施設介護支援）」は、「アセスメントのための情報収集シート151」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、「施設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（施設介護支援）」は、施設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、施設介護支援の最低基準です。

## I 施設の役割, 入所

### 1 施設サービスの取扱方針

#### (1) 指定介護老人福祉施設

##### (指定介護福祉施設サービスの取扱方針)

第十一条 指定介護老人福祉施設は、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等に応じて、その者の処遇を妥当適切に行わなければならない。

2 指定介護福祉施設サービスは、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。

3 指定介護老人福祉施設の従業者は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、処遇上必要な事項について、理解しやすいように説明を行わなければならない。

4 指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならない。

5 指定介護老人福祉施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

6 指定介護老人福祉施設は、自らその提供する指定介護福祉施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

##### (施設サービス計画の作成)

第十二条 指定介護老人福祉施設の管理者は、介護支援専門員に施設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。

2 施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、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施設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。

3 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所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。

4 計画担当介護支援専門員は、前項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、入所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、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所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。

5 計画担当介護支援専門員は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所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、指定介護福祉施設サービスの目標及びそ

の達成時期、指定介護福祉施設サービスの内容、指定介護福祉施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。

6 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議(入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供に当たる他の担当者を召集して行う会議をいう。以下同じ。)の開催、担当者に対する照会等により、当該施設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。

7 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければならない。

8 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。

9 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握(入所者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。

10 計画担当介護支援専門員は、前項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、入所者及びその家族並びに担当者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。

一 定期的に入所者に面接すること。

二 定期的モニタリングの結果を記録すること。

11 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設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。

一 入所者が要介護更新認定を受けた場合

二 入所者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

12 第二項から第八項までの規定は、第九項に規定する施設サービス計画の変更について準用する。

## (2) 介護老人保健施設

### (介護保健施設サービスの取扱方針)

第十三条 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を踏まえて、その者の療養を妥当適切に行わなければならない。

2 介護保健施設サービスは、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。

3 介護老人保健施設の従業者は、介護保健施設サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行わなければならない。

4 介護老人保健施設は、介護保健施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならない。

5 介護老人保健施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その

際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

6 介護老人保健施設は、自らその提供する介護保健施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(施設サービス計画の作成)

第十四条 介護老人保健施設の管理者は、介護支援専門員に施設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。

2 施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員(以下「計画担当介護支援専門員」という。)は、施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、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施設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。

3 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所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。

4 計画担当介護支援専門員は、前項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、入所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、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所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。

5 計画担当介護支援専門員は、入所者の希望、入所者についてのアセスメントの結果及び医師の治療の方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所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、介護保健施設サービスの目標及びその達成時期、介護保健施設サービスの内容、介護保健施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。

6 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議(入所者に対する介護保健施設サービスの提供に当たる他の担当者を召集して行う会議をいう。以下同じ。)の開催、担当者に対する照会等により、当該施設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。

7 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければならない。

8 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。

9 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握(入所者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。

10 計画担当介護支援専門員は、前項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、入所者及びその家族並びに担当者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。

一 定期的に入所者に面接すること。

二 定期的モニタリングの結果を記録すること。

11 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開

催、担当者に対する照会等により、施設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。

一 入所者が要介護更新認定を受けた場合

二 入所者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

1 2 第二項から第八項までの規定は、第九項に規定する施設サービス計画の変更について準用する。

### (3) 介護療養型医療施設

(指定介護療養施設サービスの取扱方針)

第十四条 指定介護療養型医療施設は、施設サービス計画に基づき、入院患者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を踏まえて、その者の療養を妥当適切に行わなければならない。

2 指定介護療養施設サービスは、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮して行われなければならない。

3 指定介護療養型医療施設の従業者は、指定介護療養施設サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入院患者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行わなければならない。

4 指定介護療養型医療施設は、指定介護療養施設サービスの提供に当たっては、当該入院患者又は他の入院患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入院患者の行動を制限する行為を行ってはならない。

5 指定介護療養型医療施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入院患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

6 指定介護療養型医療施設は、自らその提供する指定介護療養施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(施設サービス計画の作成)

第十五条 指定介護療養型医療施設の管理者は、介護支援専門員に施設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。

2 施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員(以下「計画担当介護支援専門員」という。)は、施設サービス計画の作成に当たっては、入院患者の日常生活全般を支援する観点から、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施設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。

3 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入院患者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入院患者が現に抱える問題点を明らかにし、入院患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。

4 計画担当介護支援専門員は、前項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、入院患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、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入院患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。

5 計画担当介護支援専門員は、入院患者の希望、入院患者についてのアセスメントの結

果及び医師の治療の方針に基づき、入院患者の家族の希望を勘案して、入院患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、指定介護療養施設サービスの目標及びその達成時期、指定介護療養施設サービスの内容、指定介護療養施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。

6 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議(入院患者に対する指定介護療養施設サービスの提供に当たる他の担当者を召集して行う会議をいう。以下同じ。)の開催、担当者に対する照会等により、当該施設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。

7 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入院患者又はその家族に対して説明し、文書により入院患者の同意を得なければならない。

8 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入院患者に交付しなければならない。

9 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握(入院患者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。

10 計画担当介護支援専門員は、前項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、入院患者及びその家族並びに担当者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。

一 定期的に入院患者に面接すること。

二 定期的モニタリングの結果を記録すること。

11 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設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。

一 入院患者が要介護更新認定を受けた場合

二 入院患者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

12 第二項から第八項までの規定は、第九項に規定する施設サービス計画の変更について準用する。

#### (4) 認知症対応型共同生活介護

(指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針)

第九十七条 指定認知症対応型共同生活介護は、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行われなければならない。

2 指定認知症対応型共同生活介護は、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行われなければならない。

3 指定認知症対応型共同生活介護は、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。

4 共同生活住居における介護従業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たっ

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わなければならない。

5 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。

6 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

7 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、自らその提供する指定認知症対応型共同生活介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない。

(認知症対応型共同生活介護計画の作成)

第九十八条 共同生活住居の管理者は、計画作成担当者に認知症対応型共同生活介護計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

2 認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、通所介護等の活用、地域における活動への参加の機会の提供等により、利用者の多様な活動の確保に努めなければならない。

3 計画作成担当者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従業者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した認知症対応型共同生活介護計画を作成しなければならない。

4 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

5 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、当該認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付しなければならない。

6 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成後においても、他の介護従業者及び利用者が認知症対応型共同生活介護計画に基づき利用する他の指定居宅サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画の変更を行うものとする。

7 第二項から第五項までの規定は、前項に規定する認知症対応型共同生活介護計画の変更について準用する。

(介護等)

第九十九条 介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行われなければならない。

2 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、その利用者に対して、利用者の負担により、当該共同生活住居における介護従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。

3 利用者の食事その他の家事等は、原則として利用者と介護従業者が共同で行うよう努めるものとする。

(社会生活上の便宜の提供等)

第一百条 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者の趣味又は嗜好に応じた活動の支援に努めなければならない。

2 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続等について、その者又はその家族が行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行わなければならない。

3 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、常に利用者の家族との連携を図るとともに利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

## 2 介護保険サービスの仕組み・理念を説明します。

### (1) 基本理念

(高齢者ケアの基本理念)

- 1 残存能力の活用
- 2 自己決定
- 3 サービスの継続性

(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。

## 3 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。

※1 新規入所の場合は暫定ケアプランを作ってサービスを開始します。

※2 入所後、概ね1週間様子観察をして情報を集めてアセスメントし、概ね二週間後に本プラン(ケアプランの原案)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断書・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 151（宮城版：施設）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。

- ① 病気・症状のこと
- ② ADLの支障のこと
- ③ IADLの支障のこと
- ④ 認知の障害こと
- ⑤ コミュニケーションの支障のこと
- ⑥ 社会との関わり低下のこと
- ⑦ 気分の落ち込みのこと
- ⑧ 失禁のこと
- ⑨ 低栄養状態のこと
- ⑩ 居住環境の不具合のこと
- ⑪ その他の特別な状況のこと

- (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、スタッフ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（宮城版）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

※1 医療面については、主治医・嘱託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) 実現可能なことを聞く
- (2) 介護保険の理念に沿った意向を聞く
  - 「また自分で歩けるようになりたい。」「自分で着替えができるようになりたい。」
  - 「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）
  - 「何もしないで寝ていたい。」「全てお任せします。」「何も希望がありません。」
- (3) 言い換えて整理してみる
  - 「歩けるようになればいいん ⇒ 「ということは、できればまた歩けるようにな  
だけどね。」 りたい！っていうことですね。」

(4) 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
- ② 今の状態を続けられるようにする必要があるのか
- ③ 悪化を予防、低下するのを予防する必要があるのか

(2) 必要な介護、必要な医療対応を把握する。

- ① 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する。
- ② 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する。

**※ 必要な介護については『必要な介護と留意事項』として整理し、  
ケアプランに基づく介護と区別する。**

- ③ 主治医・嘱託医からの指示のある医療的管理について把握する。（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る。

- 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する。また、必要性を本人の意向に沿って言い換えて、本人の了解を得る。

- ① 歩行練習が必要である ⇒ また散歩できるようになりたい
- ② 乗り移りの際、転ぶ危険性がある ⇒ 安全に車椅子に移れるようになりたい
- ③ 部屋に一人でいる時間が長く、落ち込みが進む危険性がある ⇒ 気の合う人と楽しく過ごしたい
- ④ 病気の観察が必要である ⇒ 健康で過ごしたい

(3) 本人の意向がとれなければ、必要性をニーズにする。

- ① 床ずれの予防が必要です
- ② 転倒による怪我の予防が必要です
- ③ 麻痺足の拘縮を予防する必要があります
- ④ 誤嚥を予防する必要があります

\* 家族の想いを反映する場合

- ・ 楽しく過ごす時間を持ってほしい
- ・ 認知症ができるだけ進まないでほしい

※1 課題検討用紙の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に整理して記入します。

## 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 外出、交流し、楽しく過ごす機会を作り、気分が改善出来るようにします。お風呂に入れるようにします。

イ 機能訓練により、下肢機能が改善するようにします。

ウ 出来るだけ早く、床ずれを治すようにします。・・・など。

※1 課題検討用紙の「ケアの方向性」に整理して記入します。

### 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する。

- ① 5mぐらい自力で歩けるようになる
- ② 自分で布団をかけられる
- ③ ベッドサイドレールに掴まって寝返りできる
- ④ 話し相手ができる

(2) 本人の目標にする（職員の目標にしない）。

- 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 話しかけを多くする ⇒ 会話ができる

(3) きれいな言葉を並べるのではなく、具体的な目標にする。

- 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く

更衣支援、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、体位変換、 など。

#### 3 担当者、頻度、期間設定のポイント

(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する。

(2) 期間は短期目標と同じにする。

#### 4 総合的な援助方針を設定します。

- (1) 短期目標は本人の目標だが、援助の方針はサービス提供者の方針。
- (2) 「～できるようにします。」 「～を支援します。」などと整理する。
- (3) ニーズと目標を整理して、箇条書きに整理して書く。
- (4) ニーズと目標を整理して、まとめて文章にして書く。

#### 『ケアプランの原案』

利用者本人（家族）と話し合い、担当するスタッフと調整を済ませ、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・家族の参加による開催が適当であり，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) 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に、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。

### 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（施設）

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

### 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。

よろしく申し上げます。

本日はどうもありがとうございました。

※ サービス担当者（ケアマネジャー，ケアワーカー，看護婦，栄養士，相談員，施設長他）としての意見を述べます。

## 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（演習）

### 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等を得る。
- 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) 必要性和利用者本人（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（職員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

## 必要な介護と留意事項

平成 年 月 日

氏名		様	意思疎通の方法	
----	--	---	---------	--

	必要な介護	介護方法・留意事項	自立状況等
移動 移乗			
水分補給 食事 口腔ケア			
排泄 体位変換			
入浴			
更衣			
整容			
備考			

## 介 護 項 目

<b>1 移動</b> ①車椅子介助 ②リクライニング車椅子介助 ③歩行器介助 ④杖歩行介助 ⑤歩行介助	<b>6 排泄</b> ①トイレ介助 ②ポータブルトイレ介助 ③尿器介助 ④おむつ交換 ⑤尿カテーテルの後始末 ⑥ストマの後始末
<b>2 移乗</b> ①移乗介助 ②リフト移乗介助	<b>7 体位変換</b> ①体位変換介助
<b>3 水分補給</b> ①水分補給介助	<b>8 入浴</b> ①一般浴介助 ②リフト浴介助 ③特浴介助 ④清拭介助
<b>4 食事</b> ①食事介助 ②麺類食事介助 *経管栄養 *胃ろう *中心静脈栄養	<b>9 更衣</b> ①更衣介助
<b>5 口腔ケア</b> ①口腔清潔介助	<b>10 整容</b> ①整髪介助 ②洗顔介助 ③洗髪介助 ④爪きり介助

病気と看護の留意事項

平成 年 月 日

ユニット名		氏名		担当者	
-------	--	----	--	-----	--

病名	
嘱託医の指示	
看護内容	
介護する上での留意事項	

## 服薬状況

薬剤名	量	効能

# 生活支援シート

平成 年 月 日

ユニット名		氏名		担当者	
-------	--	----	--	-----	--

生活する上での 希望, 要望, 心配事, 問題, その他	
生活する上での 支援の必要性	
対応の方針	
対応の具体的方法	

2008/12/04. 文責: 小湊 純一。

# 施設ケアマネジメントの過程 (考え方の指針と様式)

