

2015.07.23.

「在宅生活を支えるために手をつなごう」

～ ケアマネジャー ～

宮城県ケアマネジャー協会 小 湊 純 一。

高齢者ケアの基本理念～自立支援～

① 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。

② 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。

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。

1 ケアマネジャーの役割

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（一部抜粋）

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

- 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。
- 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。
- 十八 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の意見を求めなければならない。
- 十九 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つては、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つては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師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。

2 ケアマネジャーの基本

居宅介護支援の手引き（一部抜粋）

（アセスメント）

- 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。
- 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。）
- 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。
- 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
- 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も聞きます。
 - 「歩けるようになればいいんだけど ⇒ 「ということは、できればまた歩けるようにになりたい!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。

6 ケアプランにする必要性を把握します。

- (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…)

3 ケアマネジャーの指針（一部抜粋）

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。

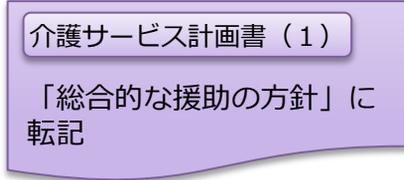
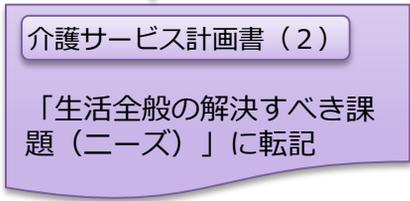
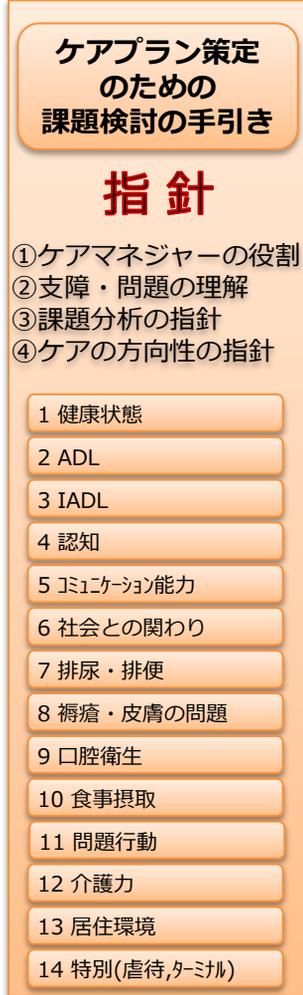
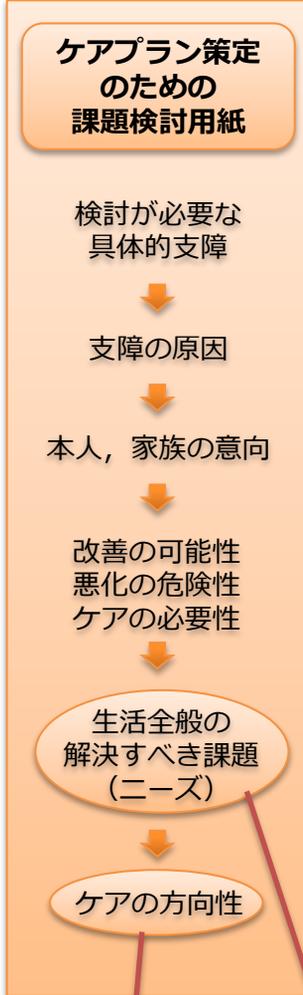
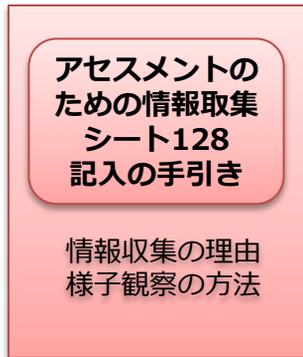
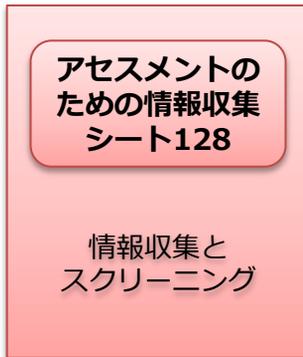
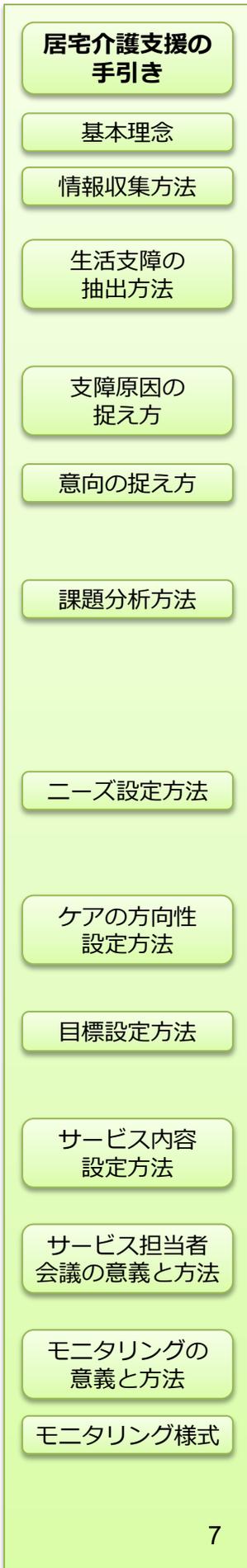
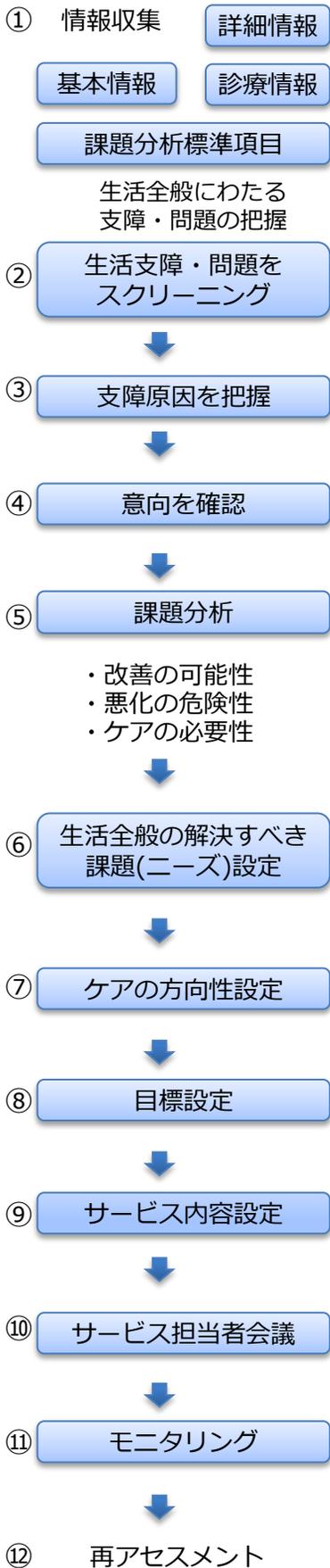
ケアの方向

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。

ケアマネジメントの過程（考え方の指針と様式）



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）～

退院調整加算 1 (急性期) : ～14日340点, 15日～30日150点, 31日～50点 (退院時 1回)
退院調整加算 2 (慢性期) : ～30日800点, 31日～90日600点, 91日～120日400点, 121日～200点 (退院時 1回)
 ・スクリーニング体制整備, 入院 7 日以内に退院支援計画策定着手, 連絡・退院調整, 調整内容を文書で提供

退院時共同指導料 : 300点
 ・入院中の病院の医師又は看護師等と在宅担当医と共同指導 (文書で提供, 入院中 1回)
※加算 在宅担当医と共同 : 300点
 在宅療養スタッフ 3人以上と共同 : 2,000点
 (医師, 看護師, 歯科医師, 歯科衛生士, 薬剤師, 訪問看護師, 介護支援専門員)

介護支援連携指導料 : 300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

退院前訪問指導料 : 555点
 ・在宅生活指導 (OT・PT)

・入院時スクリーニング
 ・退院計画

(退院調整加算の施設基準)

退院調整部門

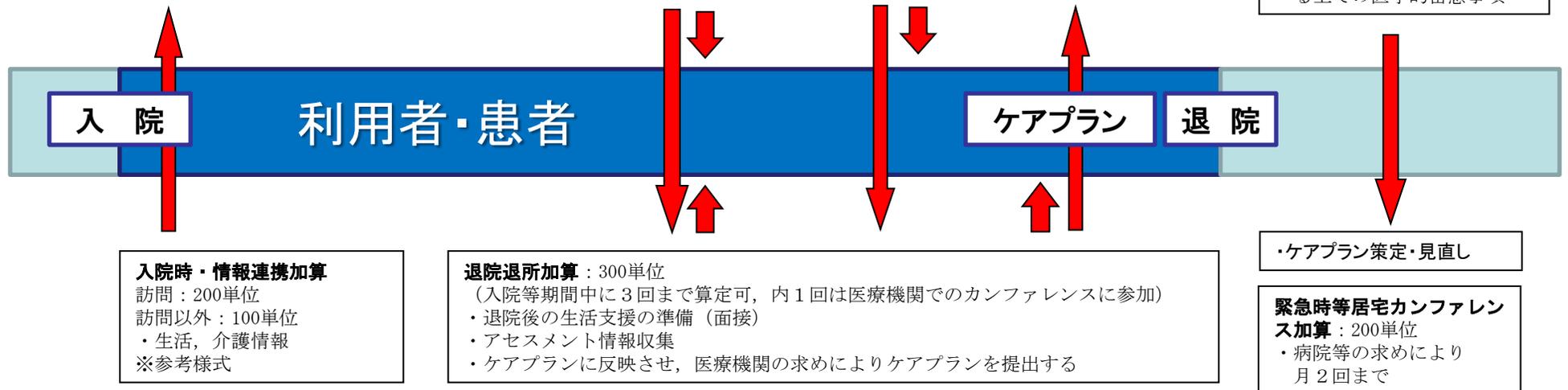
・専従看護師と専任社会福祉士 **or** 専従社会福祉士と専任看護師

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

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



介護支援専門員 ～介護保険（介護報酬）～