

主任ケアマネジャーが行う事例検討・勉強の方法

主任ケアマネジャーは、自分が事例検討をするのではなく、問題解決、資質向上等の目的を持って事例検討会、事例勉強会を開催し運営します。

1 事例検討・勉強の目的

- (1) 利用者の問題を解決するのか。
- (2) ケアマネジャーの問題を解決するのか。
- (3) ケアマネジャーとしての専門性・資質の向上を図るのか。
- (4) 居宅介護支援事業所としての質向上を図るのか。

2 事例検討・勉強を進める時の姿勢

- (1) 対人援助の基本やスーパービジョンの考え方を踏まえて対応します。
- (2) 介護保険の趣旨，ケアマネジャーの役割，専門性を踏まえて対応します。
 - ① 居宅介護支援及び居宅サービス事業の運営基準，介護報酬Q&Aなど
 - ② 居宅介護支援の手引き
 - ③ ケアプラン策定のための課題検討の手引き

3 事例検討・勉強を進める時の方法（例）

- (1) 居宅介護支援の過程，アセスメントを振り返り，生活全般の解決すべき課題検討の確認，課題に沿った目標・サービスになっているかどうか等，居宅介護支援の基本を習得する場合

『居宅介護支援の手引きを活用します。』

- ① 医療情報を把握しているか。
- ② 具体的支障を把握しているか。
- ③ 生活支障原因を把握しているか。
- ④ 支障について，本人・家族の意向を確認しているか。
- ⑤ 介護の必要性，改善の可能性，悪化の危険性を検討しているか。
- ⑥ アセスメントの結果に沿った課題（ニーズ）になっているか。
- ⑦ 課題（ニーズ）に沿ったケアの方向性になっているか。
- ⑧ 課題（ニーズ）に沿った目標になっているか。
- ⑨ 目標に沿った介護内容になっているか。
- ⑩ 利用者の選択によるサービス種別・事業所選定になっているか。
- ⑪ サービス担当者会議は適切か。
- ⑫ モニタリングは適切か。

(2) ケアマネジャーの専門性向上を目的として事例検討・勉強をする場合

テーマを定め、『ケアプラン策定のための課題検討の手引きを活用します。』

- ① ケアマネジャーの役割を理解して対応しているか。
- ② 高齢者にとって問題となりやすい生活支障を具体的に理解しているか。
- ③ 問題・支障把握の方法を理解して対応しているか。
- ④ 問題・支障の原因把握の方法を理解して対応しているか。
- ⑤ 課題検討をするための考え方を理解して対応しているか。
- ⑥ ケアの方向性を設定するための考え方を理解して対応しているか。

(3) 利用者本人以外の家族の問題や、ケアマネジャー側や介護サービス事業者の問題、心情的問題、関わりに関する問題、介護保険サービス利用で解決できない問題への対応について、解決やスキルアップを図る場合

- ① 問題・困難の内容を具体的に整理します。
- ② 誰にとっての問題・困難なのか整理します。(利用者、家族、ケアマネ、事業者等)
- ③ 問題の原因を明らかにします。
- ④ 問題を抱えていることを受けとめます。
- ⑤ 問題や困難だけに囚われることなく、対象者の生活全般について、解決すべき課題を把握できるように支援します。
- ⑥ 介護保険制度の理念、居宅介護支援及び居宅サービス事業の運営基準、介護サービス事業の運営基準、介護報酬Q&Aなどを踏まえて検討できるように支援します。
- ⑦ ケアマネジャー、居宅介護支援事業所、介護サービス事業者、地域包括支援センター、行政等の役割、立ち居地を整理して考えることができるように支援します。
- ⑧ ケアマネジャーとしての立ち位置を踏まえ、関わりや対応の方法など、ケアマネジャーとしての気づきと自己解決ができるように支援します。

ケアプラン点検 ～ケアプランの振り返り～

1 ケアプランの2表を見てください。

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）があります。

①「歩けるようになりたい」となっていたとします。

ある、見る立場の人（介護保険に詳しい家族でもいいです。）から、なぜ、「歩けるようになりたい」という課題になったのですか？と質問されました。

あなたは、どのように説明しますか？

「デイサービスでリハビリができるから」「デイサービスに行きたいという希望があったから」「歩きたいと言われたから」・・・では説明になりませんね。

3週間前、転んで膝を痛めたために安静にしていました。安静にして寝て過ごしていたら、歩けなくなり、立っているのがやっとになってしまいました。痛みも取れたし、主治医の先生からも身体を動かして大丈夫と言われました。本人も、また元のように歩けるようになりたいという希望だったため、改善の可能性が高いと判断しました。本人の言葉を借りて「歩けるようになりたい」としました。

説明の後、「では、そのことが確認できる、アセスメントの結果を見せてください。」と言われました。

対応はOKですか？ 理由が説明できますか？

2 認知障害とBPSDのある利用者ですね。

どこを見て、どのように検討してケアプランに反映させたのですか？

対応はOKですか？ 考え方や理由が説明できますか？

説明できなかった
根拠を明らかにできなかった

この場合どうしますか？

改めて情報を整理し，課題検討をし直します。

- ① 情報の整理は，国の「課題分析標準項目」を基本にします。
- ② プロセスは「居宅介護支援の手引き」で確認します。
- ③ 課題検討は「ケアプラン策定のための課題検討用紙」を使います。
- ④ 検討の方法は「ケアプラン策定のための課題検討の手引き」を使います。

「居宅介護支援の手引き」（別紙）

「ケアプラン策定のための課題検討の手引き」（別紙）

ケアプラン点検の目的

自立支援に向けたケアプラン策定に大切なことは、ケアマネジャーがケアマネジメントの視点を正しく踏まえ、専門家として判断の根拠を示した上でケアプランの作成ができていくかどうかです。

担当者とケアマネジャーが、共に考え、気づくことができるようにします。

- ① 共に確認しあいます。
- ② 一緒にレベルアップを目指します。
- ③ ケアプランの根拠について確認を一緒におこないます。
- ④ 地域の課題を知ります。
- ⑤ 次回からのケアプラン作成に役立つようにします。

ケアプラン点検の方法

(対象) ケアマネジャーが、振り返りたいと思う事例、点検を通してスキルアップしたい利用者の事例、対応に困っている利用者の事例等。

- ① ケアプラン表（１），（２）
- ② アセスメントシート及びアセスメントの結果がわかるもの

※「ケアプラン策定のための課題検討用紙」に整理すると確認しやすい。

(資料) 気づきの根拠を持って対応する。

※個人的主観や経験と感で対応するのではない。

- ① 「居宅介護支援の手引き」
- ② 「ケアプラン策定のための課題検討の手引き」

困難事例

2010. 06. 28. jk.

記入者氏名	
-------	--

基本情報

利用者名	様		性別	
			生年月日	年 月 日
住所			電話番号	
受付日時		受付対応者		受付方法
主 訴	【主訴】			
	【本人・家族の要望】 (本人) (家族)			
生活状況	【現在の生活状況, 生活歴等】		【家族の状況】	
日常生活自立度	障害高齢者		認知症高齢者	
介護保険	要介護度()		要支援度()	
医療保険				
生活保護				
身体障害者手帳				
その他手帳等				
課題分析(アセスメント)の理由	初回 認定更新 区分変更 退院 退所 状態の著変 その他()			
特記事項				

(注)利用者個人が特定できないよう、注意して記入して下さい。

困難事例

2010. 06. 28. jk.

困難の状況

困難の種類 困難の対象	病気・難病・ターミナルケア・緩和ケア・行動障害 精神障害・知的障害・介護力・虐待・アルコール 居住環境・経済問題・消費問題・必要以上のクレーム その他() 家族・親戚・隣人・知人・民生委員・ケアマネ(自分以外) サービス事業所・病院・行政・地域包括支援センター その他() *該当するものを○で囲む。複数可。
困難の状況 ・経過や対応等を具体的に書きます。	
自分が 思ったこと 感じたこと	
その他	

(注)利用者個人が特定できないよう、注意して記入して下さい。

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

利用者名： _____ 様

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							

※ 各方式のアセスメントシートから得た、検討が必要な細目は、「チェック」欄の○印を付け、何を検討するのか分かるようにしてください。

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							

※ 各方式のアセスメントシートから得た、検討が必要な細目は、「チェック」欄の○印を付け、何を検討するのか分かるようにしてください。