

# 介護支援専門員指導者研修

ふくし@JMI 加藤 美和子

- 1 実務研修要綱
  
- 2 介護支援専門員研修における指導者の基礎知識について
  - (1) 居宅介護支援の手引き
  - (2) アセスメントのための情報収集シート記入の手引き
  - (3) ケアプラン策定のための課題検討の手引き
  - (4) ケアプラン策定のための課題検討用紙
  
- 3 介護支援専門員研修における支援者の基本的対応について
  - (1) スーパービジョン
  
- 4 介護支援専門員への支援に関する活動について
  - (1) 事例勉強会等

2016. 08. 15.

(別添 1)

## 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	
【 前 期 】			
○介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	介護保険制度の理念等を理解するとともに、地域包括ケアシステム	・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、自立支援に資するケアマネジメントの役割、ケアマネジメントを担	講義3時間

	<p>の構築に向けた取組の現状を理解する。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	
○自立支援のためのケアマネジメントの基本	<p>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。</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	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	<p>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。</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・相談援助に係る基本的な技法を理解する。</li> </ul>	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	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	講義2時間

	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	
○利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意	<p>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。</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	講義及び演習 2時間
○ケアマネジメントのプロセス	<p>ケアマネジメントプロセスの全体像を理解する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	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	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	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	<p>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。</p> <p>また、アセスメント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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・課題整理総括表等を用いてADLやIADL等の</li> </ul>	講義及び演習 6時間

		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	<p>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。</p> <p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>	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	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>	講義及び演習 4時間
・ モニタリング及び評価	<p>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、</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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は面接することの意味を理解するための講義を行う。</li> </ul>	講義及び演習 4時間

	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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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）の検証の必要性和評価手法を修得する。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	
○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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・尊重に基づいてチームを構成し、円滑に機能させるための基本的な技術を修得する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・チームアプローチに際し、チームを構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。</li> </ul>	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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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を行う。</li> <li>・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。</li> </ul>	講義 3時間
○ケアマネジメントに必要な医療との連	医療との連携や多職種協働の意義を踏まえ、	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>	講義 3時間

携及び多職種協働の意義	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。	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。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	
○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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。）</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。）</li> </ul>	講義 1 時間
○ケアマネジメントの基礎技術に関する実習	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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	
【 後 期 】			
○実習振り返り	実習を通して得られた気づきや課題を客観	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>	講義及び演習 3 時間

	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。	<p>践事例を発表することにより、実習を通じて感じた気づきや不足している知識・技術といった課題、現場で生じる倫理的な課題を共有する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>	
○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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、留意点及び副作用について理解する。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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</li> </ul>	講義及び演習5時間

		<p>モニタリングでの視点について理解する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>	
<p>・ 筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例</p>	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>	<p>講義及び演習5時間</p>
<p>・ 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</p>	<p>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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 内臓の機能不全に係る疾患・症候群を有する方に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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>	<p>講義及び演習5時間</p>
<p>・ 看取りに関する事</p>	<p>看取りにおける留意</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看取りのケースについて支援を行う際における介</li> </ul>	<p>講義及び演</p>

例	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。	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	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	<p>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。</p> <p>また、研修受講者間でのネットワークの構築を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>	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。

## スーパービジョン

スーパービジョンとは、スーパーバイザー（指導する者）とスーパーバイジー（指導を受ける者）との関係間における対人援助法で、対人援助職者が常に専門家としての資質の向上を目指すための教育方法です。

スーパービジョンとグループ・スーパービジョンがあり、個人は1対1で、グループは数人でスーパーバイザー（指導者）につくことをいいます。

実際の面接場面や模擬面接を通して、スーパーバイジーに対して、**専門職としての方法や技法について、自己の盲点について気づかせること**です。

これらは、契約または職務によって開始します。

主な機能は下記の3つです。

### 1 管理的機能

スーパーバイジーの能力を把握し、それに見合う業務を担当させるなかで成長をはかれるように管理する。

### 2 教育的機能

すでに獲得している知識、技術の活用を促す方法を示唆したり、不足している知識を指摘し課題を示す。

### 3 支持的機能

スーパーバイジーが業務上で出来ていることを認めるとともに、出来ていないことに気づき、取り組もうとする意思を励ます。

## 主任介護支援専門員

### 1 地域包括支援センターの基本機能

(1) 地域包括支援センターは次の基本機能を担うものとする。

- ① 介護予防事業及び改正後の介護保険法に基づく新たな予防給付（以下「新予防給付」という。）に関する介護予防ケアマネジメント業務
- ② 多様なネットワークを活用した地域の高齢者の実態把握や虐待への対応などを含む総合的な相談支援業務及び権利擁護業務
- ③ 高齢者の状態の変化に対応した長期継続的なケアマネジメントの後方支援を行う包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

### 2 地域包括支援センターの主任ケアマネ『ケアマネジメント支援』

(1) ケアマネジャーの相談窓口設置

- ① ケアプラン作成技術相談への助言と支援
- ② 支援困難事例等への助言と支援

(2) ケアマネジメントのネットワークづくり

- ① ケアマネジャーのネットワーク化実践及び指導・助言
- ② 医療との連携実践
- ③ 専門職との連携実践
- ④ サービス事業所との連携実践
- ⑤ ボランティア等との連携実践
- ⑥ その他関係機関との連携実践
- ⑦ 総合的な連携実践

### 3 特定事業所加算居宅介護支援事業所の主任ケアマネ

(1) 管理者としての役割

「特定事業所加算制度は、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しています。」を実践します。

- ① 公正中立性を確保し、サービス提供主体からも実質的に独立した事業所
- ② 経験及び能力を有する主任介護支援専門員による管理監督体制
  - ・スーパービジョン
  - ・事例検討
- ③ 常勤かつ専従の介護支援専門員の配置
- ④ どのような支援困難ケースでも適切に処理できる体制

## 1 主任介護支援専門員（スーパーバイザー）としての役割

課題を整理し、相談者・職員と一緒に考え、解決方法、解決策を見つけることができるように支援し、気づきと自己解決ができるようにします。

### （1）気づきの支援

事例研究・検討に、スーパービジョンの手法が使われています。しかし、ケアマネジメントの分野で「気づいてもらう質問」をする場合には、質問すべきことが「体系的に整理されている」必要があります。体系的に整理されていなければ、単なる「思いつき、経験則」にすぎなくなるので、根拠の明らかなアドバイス・問いかけをします。

例えば、「対人援助の基本」を踏まえた上で

- ① ケアマネジャーとして何処まで介入すべきなのか
- ② 本来は誰が関わるべきなのか
- ③ 自立支援とは具体的に何をすることなのか
- ④ 利用者本人の生活支障を具体的にとらえることが出来ていたのか
- ⑤ 利用者の自己決定を尊重していたのか
- ⑥ 利用者の回復の可能性を捉えていたのか
- ⑦ 利用者の想いを受け止めていたのか
- ⑧ 認知障がいのある利用者への支援の方法を理解しているのか…等々

ただ気づけば良いのではなく、こういうことに気づいてほしいという指針を持っていないといけない。

頼まれなくても職権によって管理監督しなければならない特定事業所の主任ケアマネであれば、さらに責任が重い。上司を選べない訳だから、経験と勘だけで指導教育されたのでは指導されるケアマネジャーが迷惑してしまう。

また、主任ケアマネが、管理、教育、支持する立場にあり、事業所のケアマネジャーがそれを受ける立場であるというお互いの理解がなければ、事業所内であってもスーパービジョン関係は成り立たない。

また、ダメなところを見つけて指摘するという「説教するスーパービジョン」ではなく、いいところを見つけて褒める「育てるスーパービジョン」のような関わりが必要である。

### （2）ケアマネジャーの相談窓口

主任ケアマネはケアマネジャーの相談窓口である。ケアマネジャーをしての専門性、立ち

位置を踏まえた上で、他職種の専門性、介護保険制度以外の関連制度に熟知していなければならない。

### (3) ケアマネジャーへのメンタルケア的役割

ケアマネジャーは、ケアマネジャーとしての役割を超えて頑張り過ぎる傾向がある。介護職員等も同様だと思うが、頑張っても頑張っても終結が見えないのは辛いことである。頑張ったことを認めてくれて、「十分頑張ったと思いますよ。」という一言を言ってくれる主任ケアマネがいると良い。

また、どういうことをすると頑張ったことになるのかを具体的に示したり、ケアマネジャーと共に考える姿勢が重要である。認める、受け入れる、共感することがケアマネジャーのメンタル面を支えることになる。

### (4) 知識、技術、倫理観などの教育的役割

ケアマネジャーは、実務研修を修了してからが勉強である。ケアマネジメントの知識・技術の前に介護保険制度ができてしまったのだからしょうがないのかもしれない。

とはいっても、主任ケアマネは、課題分析力を含めた、ケアマネジメントに関する指針をもって、後輩ケアマネジャーを育てなければならない。宮城県では、実務研修、基礎研修、専門研修、主任ケアマネ研修、研修担当者研修すべて同じ指針によって勉強する仕組みを作り公開している。居宅介護支援の場合、居宅介護支援の手引き、アセスメントのための情報収集シート記入の手引き、ケアプラン策定のための課題検討用紙と手引きである。施設介護支援も同様に作ってある（宮城県ケアマネジャー協会 HP 参照）。また、研修担当者研修を毎年数回開催しているが、内容は講義を受けるだけではなく「理解して自分の言葉で説明できること」を研修担当者の要件にしている。その研修担当者は主任ケアマネであり、県内全域に散らばり、地域包括支援センターの主任ケアマネだったり、地域のリーダーとして活躍している。ケアマネジメントの基本である指針は県内全域に周知され、ぶれない対応、ぶれないアドバイスがなされている。

昨今、国の審議会等で「アセスメントからケアプランに至る検討過程が分からない」「公正性中立性が保たれていない」と指摘されている。支援の必要性を明らかにするため、課題分析の方法や利用者の自立支援のための考え方を根拠立てて示していかなければ、ケアマネジャーそのものが不要と言われてしまう。

(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があります。

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も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。

(5) 主任ケアマネの自己研鑽

主任ケアマネは, ケアマネジャーの何倍もの自己研鑽をしなければ, 相談支援をすることとは不可能である。目的を持った事例検討会を継続的に開催する等し, 地道に知識, 経験を積み重ねると良い。それが主任ケアマネである自分のためになり, 結果として周りのケアマネジャー, 利用者, 地域の利益につながる。

2 主任介護支援専門員(スーパーバイザー)としての要件

(1) 関係法令の理解

- ① 高齢者福祉・医療等関係法令
- ② 介護保険関連法令・運営基準  
(居宅介護支援、介護保険施設、居宅介護サービス、地域包括支援)

(2) 福祉・医療の基礎知識

- ① 高齢・障害者の基礎知識

② 医療の基礎知識

(3) 介護支援の基礎

① 居宅介護支援（居宅介護支援の手引き）

② 課題分析項目とスクリーニング

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。

- ③ 課題分析方法（ケアプラン策定のための課題検討の手引き）
- ④ 国際障害分類（ICIDH）と国際生活機能分類（ICF）
- ⑤ 個人ではない組織的対応

（４）理想・建前ではなく現実的な支援ができる

- ① 介護支援と問題解決の経験
- ② 介護支援と問題解決の知識

### 3 主任介護支援専門員（スーパーバイザー）としての基本的対応

（１）相談援助者としての基礎知識及び技術

- ① 対人援助技術
  - ア 受容（受けとめる）
  - イ 個別化（個人として捉える）
  - ウ 非審判的態度（一方的に非難しない）
  - エ 意図的な感情表出（感情表現を大切にする）
  - オ 統制された情緒関与（援助者は自分の感情を自覚して吟味する）
  - カ 秘密保持（秘密を保持して信頼感を醸成する）
  - キ 自己決定（自己決定を促して尊重する）

引用：F. バイステック著「ケースワークの原則」田代不二男・村越芳男訳、〔新訳版〕尾崎新・福田俊子・原田和幸訳

(対応の例)

～話の聞き方・話し方・秘密の守り方・個人を敬う方法～

**1 個人に合わせた対応**

人は、一人一人考え方や感じ方が違います。環境や習慣もそれぞれ違います。高齢だから、障害があるからということで誰にでも同じ援助を行なうのではなく、一人一人の望むことや必要としていることを理解しようと努めて、一人ひとりに合わせた援助を行なうことが大切です。

例えば、その人の生活のパターンを理解しているとすれば、「〇〇さんは、いつも14時頃が昼食の時間だから、その時間帯は避けて訪問の約束をしよう」と最初から考えて対応することができます。

あまり賑やかなことが好きではない人に、好きな人と同じように歌などを勧めたしたら、決していい気分ではありません。もしそれを理解していたら、嫌な気分になってしまうことはないはずです。

一人ひとりを理解して接することができ、その人も個人として理解されていると感じられれば良い関係ができると思います。

**2 相手の感情を上手く引き出す**

その人がどんな想いで話してくれているのかを考えながら話を聞き、共感し、感情を表現しやすい雰囲気を作ることが大切です。

ゆっくり話を聞いてもらいたい人にはゆっくり聞くなど、その人のテンポに合わせて話が聞けると、その人も話しやすくなります。もし、途中で話を遮ったり、勝手に解釈してしまったら、その人は上手く表現できません。

言葉だけで聞くのではなく、その人の表情・身振り・素振りなどから、“どういう気持ちなのだろう”と理解しようとして聞くことが大前提です。楽しいことは楽しく聞いて、悲しいことは悲しく聞いて、共感することが大切です。

自分の話を聞いてくれて、共感してくれる人には、また話を聞いてもらいたいという想いになります。

**3 自分の役割を理解する**

ただ話を聞くだけではなく、その人の感情を理解し、適切な反応をすることが必要です。

ある時、ちょっとした誤解から怒り出した人がいました。そこでもし、一緒になって怒り出したとしたら、ただエスカレートするだけです。その時、なぜその人が誤解してしまったのかを考え、落ち着いた時にもう一度話を聞き、自分の考えを再度説明することによってその人も納得し誤解は解けました。振り返ってみると、今は聞

く立場、話をしてもらって何かの役に立とうとしている立場と気づく訳です。

自分の立場を理解して、何をすべきか自分の役割をきちんと考えて対処することが大切です。

#### 4 受け入れる・認める

その人は、どういう人なのか、どのような考えを持っているのか、今はどう思っているのかなどをそのまま受け入れ理解することが大切です。

足の痛みを訴える人がいたとします。痛いと言っている人に対して、「そんなに痛いはずないでしょ！気持ちの問題ですよ！」と言ったら反発するのはあたりまえです。その人の痛みは、私達にはわからない訳ですから、痛いと言う人には、「そうですか、痛いんですね」と答えることが受け入れるということです。更に、「そうですか、それでも今までこんなに頑張ってきたんですね」と言われたらいかがでしょうか。

理解し、受け入れてもらえるということは嬉しいことです。

#### 5 一方的に非難はしない 押し付けない

一人一人考え方や感じ方が違ってあたりまえなのですから、自分の考えを押し付けたり、勝手に決めたり、一方的に非難はせず、その人がなぜそう思っているかを考えて理解することが必要です。

「足が痛くて歩くのが辛いから車椅子を使いたい」と希望する人に、「前にも同じことを言って使ってみたけど結局上手く使えなかったじゃないですか！今度も同じことになるのだから止めた方がいいですよ！」と返答したらいかがですか。

一方的に非難されれば、もう話したくないし、頼みたくもないと思うでしょう。

#### 6 決めるための提案をし、結果を尊重する

その人が、どうしたいのかを自分で決めてもらう為の、必要な情報や方法などを伝えます。例えば、その人が、今居る所から、隣の部屋まで移動しようとしています。

その方法としてその人は、歩くか車椅子を使うかの手段しかないと考えています。その時、私達は、他にも、杖を使う、シルバーカーを使う、這う、手を引いてもらって歩く、おんぶしてもらうなど、いろいろな方法があることを説明します。と同時に、その方法を選ぶことによっての、良い事、悪い事の情報も伝えます。それが、自分で決めてもらうための提案です。そして、最終的にどうするかをその人に決めてもらいます。そこで、その人が車椅子を選んだとします。その時私達は、それを尊重し、今度は車椅子にもいろいろな種類があることを説明します。

決して押し付けたりしないように十分気を付けます。

#### 7 プライバシーを守る

人と関わる中で、様々なことを知ることがありますが、必要以上に詮索はせず、知ったことも本人や家族の了解なしに決して他者に話してはいけません。

ある人に、他の人のことを、「この前こういう事があったんですよ、〇〇町の△△さんがね・・・」などと何でも話したとしたら、それを聞いている人は、「この人はこうやって私のことも他の人の所で話しているのだらうな」と思うでしょう。そう思われるということは、もうその人からは信用されていないということになるのです。

秘密を守るということは、信頼関係にもつながる重要なポイントになります。

私たちの姿勢で最も重要なことは、「相手のことを理解しようと努力すること」です。その想いは必ず通じるし、私たちにとって最も大切な「利用者からの信頼」につながります。

「話の聞き方・話し方・秘密の守り方・個人を敬う方法」2003. 11. 11. 加藤美和子。

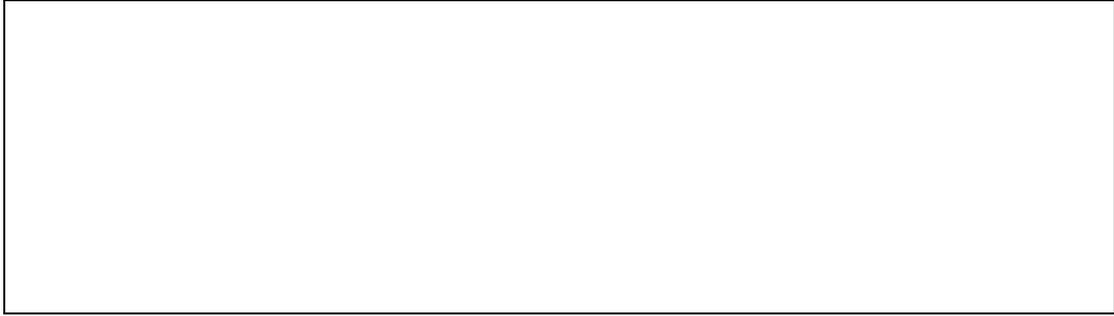
## (2) 『立ち位置』 ～専門性と役割～

自分はどこに、どのように立っているか…

① どのような立場で考えて判断して行動しているのか

② 誰を見て仕事をしているのか

③ 介護支援専門員はどのような立場（専門性と役割）なのか



### (3) 話を聞く

相談援助者は、話を聞くことから始まります。

- ① 目を合わせる
- ② 態度や体の動き、表情、姿勢、向きなどに気をつける
- ③ 言葉のテンポ、声のトーン、言い方、言葉の使い方に気をつける
- ④ 相手の話の内容に関心を持つ

### (4) 会話を始める

傾聴が大前提ですが、質問と問いかけから、より多くの情報を集め、話を整理し、相手の考え方を整理することにつながります。

- ① 「はい」「いいえ」で答えられてしまう質問  
内容が良いかどうか確認をする時等は有効ですが、聞く側が主導することになる。  
「昼ごはんは食べましたか？」  
「病院に行ってきましたか？」
- ② 考えて、自分の言葉で話す機会を作る質問  
相手に自由に話してほしい時、情報を集めようとする時等に有効で、相手に主導権を持ってもらえる。  
「身体の具合はどうですか？」  
「その時にどう思いましたか？」

### (5) 話を聞いていることを伝える

「話を聞いてくれているんだな」と思っていただけのような対応ができると、支援関係がスムーズにいくための第一歩になります。

- ① うなずく、相づちを打つ（上の空はすぐ見破られる！）
- ② 相手の言葉を繰り返す

（6）話の内容をまとめて短くする

利用者やその家族は専門職ではない場合が多いので、自分の思いや困っていることをうまく伝えられなかったり、気づいていない場合があります。

話を整理して主訴を特定すると、効果的な支援につながる場合があります。

（7）言い換えて内容を確認する

問題を整理する場合や、意向を確認する場合など、言い換えをすることが効果的な場合があります。

（8）相手の気持ちを表す言葉を返す

幸せ、喜び、楽しみ、不安、怒り、悲しみ、恐れなど、気持ちを理解して言葉にして返し、理解されているという「安心感」を持ってもらう。

**参考**

**話の聞き方, 話し方, 接し方**

人が相手の仕事です。どのような聞き方, どのような話し方, 接し方をすれば良いのかを  
考えます。

また, どのような聞き方, どのような話し方, 接し方が悪いのかも考えます。

2005. 11. 07. miwako

	良い対応	悪い対応
1	目を見て話をします。	視線を合わせない。 凝視する。
2	表情でも共感します。	無表情で話す。
3	想いに反応します。	反応しない。
4	テンポやペースを合わせます。	テンポやペースを合わせない。
5	想いに気づきます。	気づかない。 気につけない。
6	「そうですか」「そうですね」と言いま す。	否定する。 「違うでしょう」と言う。
7	「いいですよ」と言います。	拒否する。 「だめ」「何やってんの」「無理」と言う。
8	想いを尊重します。	押し付ける。 決め付ける。
9	プライバシーを守ります。	いろいろ詮索する。 いろいろ聞く。 断りなく他の人に話す。笑い話にする。
10	普通に話します。	偉そうに話す。 馴れ馴れしく話す。 よそよそしい敬語で話す。
11	普通に見ます。	「かわいそう」などと特別扱いする。

## 1 目を見て話をします。

普段、「こんにちは」などと挨拶をする時、その人の目を見て挨拶をするのが普通です。もし、全く違う方を見て挨拶をされたら誰に言っているのかわかりません。

挨拶の時だけではなく、普段話しかけられた時でも、視線を合わせて答えている時と、そっぽを向いて答えている時を想像してみてください。同じ返事をしたとしても、全く違う印象を受けるのではないのでしょうか。

どんなに優しい話し方をしたり、心では気を使っていたとしても、目を見ていないとその気持ちはその人には伝わりません。

## 2 表情でも共感します。

いくら返事をして表情が無表情だったら、話している人はただ聞き流されているのだろうと感じるでしょう。

例えば、「この前、紅葉狩りに行ってきたんです。とてもきれいでしたよ。」と嬉しそうに話した時に、「良かったですねー。」と笑顔で嬉しそうに答えてもらえたら、その人はもっと嬉しい気持ちになると思います。それが、「そうですか。」と無表情で返答されたら、(この人に話さなければよかった・・・)という気持ちになるでしょう。

楽しい話、悲しい話、面白い話・・・など、話の内容に合わせて表情で表現して話を聞くとその人は話しやすくなります。

## 3 想いに反応します。

話を聞く時、相槌を打ちながら聞きます。反応がなければ、聞いているのか聞いていないのかわかりません。話の合間、合間に頷きながら聞いて反応しますが、ただ頷くだけでは聞いてもらっているという想いにはなれません。その時はその人の目を見て、表情や仕草などで表現して話を聞きます。

さらに、それでも足りない場合があります。例えば、(自分のやったことが本当に良かったのだろうか・・・)と悩んでいる人がいて、そのことを相談されたとします。その時、その人の目を見て、その人の気持ちを考えながら表情にも表して、頷きながら聞いたとします。でも、その人はそれだけで満足できるのでしょうか。その人は、本当は何かを言ってほしいと望んでいるのかもしれない。

話の内容や、その時の気持ちによっては、聞いてもらうだけで満足することもあれば、何か言ってほしいと思う時もあります。その気持ちに気づいて、その気持ちに沿った反応することが大切です。

#### 4 テンポやペースを合わせます。

話の途中でせかしたり、遮ったりしないように注意します。

例えば、ゆっくりの口調で話す人に、早口でペラペラ喋ったり、せかすように頷かれたらいかがですか。口調を合わせることによって、その人は自分のテンポで話すことができ、伝えたいことも思うように伝えることができるのです。

それは、行動でも同じことです。もし、付き添いの介助で観光に出かけた時、その人はゆっくり見ていたいと思っているのに、「次はあっちに行ってみましょう！」などと言って自分のペースで行動したら、その人は楽しめず、気を使って言いたいことも言えないでしまうかもしれません。その時に、その人がどう思っているのだろうか・・・という気遣いができればその人は楽しめるのだと思います。

話し方などのテンポは人によって皆違います。自分のテンポではなく、その人のテンポやペースに合わせるよう心がけます。

#### 5 想いに気づきます。

気づくということは、“その人の想いをわかろうとする”ということです。

例えば、自分で解決できない悩みがあり、相談をしようと思い友人を訪ねました。ドアを開けて玄関に入ったものの、言いづらいのと、聞いてくれるかどうか不安でどうしていいかわからなくなりました。その時、もし「何ですか？どうしたの？」と言われたらいかがですか。また、すぐに「よく来てくれましたね。中へどうぞ。」と声をかけられたらいかがでしょうか。

言葉だけではなく、その人の表情や仕草をみて、その人の気持ちに気づくことが大切です。

#### 6 「そうですか」「そうですね」と言います。

例えば、「私、この花が好きなんです。」と言った時、いきなり「私はそれよりもこっちの花の方が好きです。」と言われたら、その人は否定されたという想いになります。感じ方や考え方は人それぞれです。たとえ自分は違うと思ったとしても、その人の気持ちをそのまま受け入れて、まずは「そうですか、〇〇の花が好きなんですか。」と答えます。そして、その時援助者は、その人の“好きな花”を知ることができ、その人もわかってもらえたと感じることができそうです。その後で、「私の好きな花は、〇〇なんですよ。」と話せばいい訳です。

#### 7 「いいですよ」と言います。

「△△に行きたい。」と言ったとします。その時もし、最初から「無理です」「できません」と言われたらいかがでしょうか。反対に、「いいですよ」と言われて、一緒に考えたり、やってみたりできたら嬉しいし、それでもしできなかったとしても、その人も納得できるでしょう。

何もしないで決め付けるよりは、前向きにできる方がいろいろな発見や気づきがあるのではないのでしょうか。

ただし、「いいですよ」というのは、何でも言うことを聞くという意味ではありません。それが危険なことだとしたらできないこともあるということも理解しておかなければなりません。

また、想いを理解した上で、新たな提案を試してみるのも良いことです。

## 8 想いを尊重します。

“尊重する”というのは、その人の気持ちを大事にするということです。

強引に勧められ、勝手に決められ、それが絶対いいからと決め付けられたらどうでしょうか。

決めるための提案をしてくれ、決めたことを尊重されるのは気分のいいものです。

## 9 プライバシーを守ります。

何でも根掘り葉掘り聞かないようにします。あまり詮索されると何も話したくなくなります。本当に必要で聞くのか、興味で聞くのかでは大きく違います。

また、他の人の噂話もしないように注意します。「〇〇さんが言ってたんですけど・・・」とか、「この前、△△さんの家に行った時・・・」などと何でも話してしまったら、恐らく自分のことも他の人に話しているかもしれないと感じ、その人からの信頼はなくなり、もう何も話したくないという想いになるでしょう。

どうしても、誰かに話す必要がある時には本人の了解が必要です。

## 10 普通に話します。

特別丁寧過ぎず、馴れ馴れしくもなく、偉そうでもない話し方をします。その人との関係は、友達のような親しい関係ではなく、また、会社のように上司と部下のような関係がある訳でもありません。

年下の人から、「〇〇ちゃん」と呼ばれたり、「ちょっと待っててね！」などと言われたらどうですか。また、堅苦しく「△△でございます」「かしこまりました」などと言われたらどう思うのでしょうか。

一人ひとりに合わせた話し方をすることが、その人に対する“普通の話し方”なのだと思います。

## 1 1 普通に見ます。

世の中にはいろんな人がいます。一人ひとり顔も違うし、体型も違います。感じ方も考え方も違います。似ている人はいても絶対に同じ人はいません。

また、高齢者とか障害者という、何か特別のように思われることがありますが、特別なことは何もありません。障害があっても不自由なことがあっても「かわいそう」などと思ってほしくないし、特別扱いをされたいとも思っていないのです。共感は普通にできればいいですが、同情は余計なお世話だと思います。

その人はどんな人で、どんなことが好きで、どんな風にしたいと思っていて・・・などということを知ることができて、そのためにその人は何ができて、何ができないのか、何を望んでいるのか・・・そういうことをわかろうとすることが、当たり前にはできたらいいのではないのでしょうか。

自分だったらこうしてほしいということではなく、その人だったらどうしてほしいのかと考えることが大切です。

やってあげるという感覚ではなく、ごく自然に、普通にその人のために何かの役にたてたら嬉しいものです。

## グループ演習のルール

- 1 意見・考えを自由に発表すること。
- 2 メンバーの発言を否定しないこと。
- 3 発言には必ず理由をつけること。
- 4 話している人の目を見て聞くこと。

## 介護支援専門員研修担当者は・・・

- 1 居宅介護支援の手引き，課題検討の手引き等のケアマネジメントの基本を理解し，実践できている。
- 2 介護支援専門員の専門性と役割（立ち位置）を理解し，根拠を持って説明できる。
- 3 介護支援専門員（予防を含む）として現任である。
- 4 地域や事業所内でケアマネジャーへの支援や，事例検討会・事例勉強会を開催している。

## 事例勉強会の方法

事例勉強会は、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 事例勉強会の目的

- (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 事例勉強会を進める時の姿勢

- (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 事例勉強会を進める時の方法（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会・勉強会を開催する場合

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。

## 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られた場合は、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つては、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つては、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つては、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、利用者によるその趣旨(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收受の禁止等)**

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

## 事 例

## Aさん（アルツハイマー型認知症）

トイレの場所が分からないのか、部屋の隅で放尿するようになり困っている。職員が付き添い誘導しているが、うまくいくときといかないときがあり後始末が大変。

夜中にホールの隅の方で放尿することもある。

施設での生活に慣れてきたためなのか、「いい天気だから散歩に行きましょう～」と言って手を引こうとすると、払いのけて「何するの!」と言って拒否したりする等、職員に対して反抗的な態度や言動がみられるようになった。

周りの入所者は夜寝るのが早く、夕飯を食べ終わるとそれぞれ自分の部屋で休むが、Aさんはホールにいて「他の人は?」と尋ねてくるので、「みんな部屋で休みました」と説明しても納得せず、他の入所者の居室を覗きにいくなどの迷惑な行動があり困っている。

風呂敷や自分の着ている服に、本棚に置いてある本や食事の残りなどを包み持ち歩くことが多くなった。何度もやめるように注意しているけれども言うことを聞いてくれない。

帰宅願望が頻繁になってきた。夕方になると「家に帰る!」と言って落ち着きがなくなり、玄関から外に出ていこうとするようになり困っている。家族に連絡し協力を求めても、「仕事があるので…」という理由で来てくれず、非協力的である。

## アルコール依存症のMさん

氏名 M さん 男 昭和 15 年生 75 歳 住所 B 市

身障手帳 1 級(内部障害), 介護保険非該当, 国民健康保険加入, 厚生年金月額 15 万円,  
現 病: 労作性狭心症, 完全房室ブロック(ペースメーカー装着), 出血性胃潰瘍, 高血圧  
生活歴: B 市生まれ。5 人兄弟の 3 男。結婚歴なし。

平成 21 年 A 市在住時, 飲食中に友人と口論になり顔面を殴られ病院に搬送された。その際, 金銭管理が不十分であることが発覚し, 市役所や福祉関係機関からの支援を受け始めた。お金の殆どを飲酒に使うため, 市社協の日常生活自立支援事業と契約開始した。その後も毎日朝から飲酒し, 泥酔してアパートの他入居者に対し大声を出したり, 暴力的な言動があった。1 日 20 本程度の喫煙もしている。自室はゴミや土等で汚れ, ベランダの生ごみから虫が湧いている状態だった。本人から出身地である B 市への強い移住希望があり平成 25 年 4 月に現住所(サ高住)に移り住んだが, 問題行動あり, 契約違反ということで退去を通告されている。介護保険は非該当であったため, 障害者総合支援法のサービス利用を申請しているが, 居室は劣悪で訪問介護も入れない状態で, まだ利用に至っていない。

介護者: 一人暮らし。市内に兄弟がいるが疎遠状態。

自立度: 寝たきり度 J1, 認知正常

居住環境: サ高住, 洋式トイレ, 浴室あり

身体状況: 歩行-息切れするため長時間に移動は困難。バスやタクシー利用。

食事- 1 日 1 食~2 食。偏っている。

口腔-問題なし。排泄-自立。

入浴-めったに入らない。

整容-気にしない。

更衣-ほとんど着替えない。

視力-眼鏡使用。聴力-やや難聴。

意志表示-飲んでいると多弁, しらふの時は静かで気弱。

理解力-常時の飲酒のため理解が一定していない。

記憶力-常時の飲酒のため記憶が一定していない。

掃除-ゴミは捨てるがゴミ出しをしない。劣悪環境。

洗濯-洗濯機が壊れているため洗面所で洗っているが不十分。

買物-酒やつまみ, すぐ食べられる食料は自分で買っている。

調理-殆どしない。

金銭管理-計画的使用ができない。殆ど酒, 煙草に使用している。

服薬-月 1 回通院して薬をもらっているが指示通り飲んでいない。

交流-飲酒した上で 1 日の殆ど外出し, 市役所や図書館等公的な場所の職員や地域交流サロンのスタッフを相手に話しかけて過ごしている。また, その辺の人にも話をかけている。

## 生活問題の状況

### ～対人関係～

- ・酔って他入居者に対し大声を出したり、テーブル等物を叩いたり、追いかけてきて「蹴飛ばすぞ！」暴力的言動があり、他入居者からの苦情と不安の声が出ている。
- ・以前から兄弟関係が悪く、サ高住入居の保証人は受けてくれたがその他は一切関わりたくないと言っている。
- ・今年1月、泥酔して夜に田んぼで寝ているのを通行人に発見され保護された。  
(本人) 別に自分は悪いことしていない。周りが大げさなんだ。飲まないで眠れないし不安だ。市内の兄には連絡していない。その他の兄弟もどこにいるかわからない。

### ～健康状態～

- ・狭心症、完全房室ブロック(ペースメーカー)、高血圧、胃潰瘍がある。動作時に動機・息切れあり、胸痛は2日に1回程度。月1回S病院通院している。医師からは毎日服用しないと効果がないと言われているが、症状が出た時しか飲まないため残薬が多い。
- ・今年1月、図書館にいる時低体温のために倒れ緊急搬送された。CTとエコー、血液検査の結果胃潰瘍と診断され、点滴して帰宅した。
- ・今年2月、通院する度、飲酒し呂律が回らない状態で受診していたため、精神科の病院を紹介された。  
(本人) 胸痛が不安。痛みがない時服用するとふらふらするから痛いときだけ飲むことにしている。保健師からA市の病院を勧められたが、無理やり病院に連れていく権限なんて市役所にはない。

### ～生活環境～

- ・室内を土足で歩き、土や吸い殻、酒の空缶空瓶、食べかす等が散らばっている。フローリングはささくれ立って痛み、室内の壁やベランダが変色している。また、ゴミから虫が湧いたり、隣のベランダまでゴミを散らばしている。腐ったような異臭が漂い、同階の入居者から「我慢できない！」との苦情があった為、空気清浄器をリースで設置している。
- ・再三の指導警告のためか、本人から掃除をしてほしいと希望があったため、総合支援法による家事支援を調整しているが、訪問介護事業所より現在の部屋の状況では酷すぎて入れないということだった。業者に依頼してある程度まで掃除することを検討し、見積もり依頼中。  
(本人) 別に汚いとは思っていない。汚いと思うかは個人の価値観だ。ここの職員に会うたびに掃除しろと言われて嫌だし、追い出されてしまうから掃除したい。(と言ったり「掃除したいなんて言ってない。」とも言っている。)

### ～経済面～

- ・生活費の殆どが酒代で消えている。年金だけでは生活できず、貯金を崩しながらの生活になっている。(毎月3万円ぐらいの赤字。ガス代や電気料金、携帯電話料も増えている)

る。)

- ・平成 22 年，税金や光熱水費の未払い等収支管理が出来ていなかったため，A 市社協の日常生活自立支援事業の契約をして現在も対応しているが，度重なる追加の金銭要求に負けて少しずつ追加で渡しているため赤字になっている。転居してから B 市社協の日常生活自立支援事業に切り替えるはずだったが，「計画通りの使い方が出来ていない。」との理由で対応を断られ，契約締結審査会にもかけられていない。

(本人) 自分で管理してみても無理ならまた頼む。今住んでいるところは家賃が高く，もう少し安い所に引っ越すことも考えているが，そうすると部屋の修繕費も引っ越し費用も沢山かかるのでそれもできない。お金が無くなったらホームレスになるからいい。

#### ～その他～

- ・地域交流サロンは，飲酒している人は利用できないことになっているが，寂しいとか理由があって飲酒しているのだろうかからと，スタッフが酔っ払いの話に付き合ってくれている。

## 80代女性 Tさん アルツハイマー型認知症 独居 要介護3

### ADL 状況

歩行，食事，排泄，整容は自立

着替えは，着脱は自立，時々季節に合わない服装をしている時もあるがほぼできている。

入浴は，デイサービスで入浴している。昨年までは自宅のお風呂にも言葉かけで入っていたが，この頃は入ろうとしなくなった。

### IADL 状況

調理はできないが，食後は自分で食器を洗っている。調理と買物はヘルパーが支援している。お金や薬の管理ができない。掃除や洗濯は自分で行っている。

### 認知

少し前の事を忘れてしまう。月日や曜日がわからないが時間はわかる。

昔から関わっている人の事はわかる。

最近では，ヘルパーが声をかけても自宅でお風呂に入らなくなった。元々お洒落だったが，この頃は美容院へも行こうとしなくなった。

### コミュニケーション

言われた事にうまく合わせて答えるが，記憶は曖昧。

最近，ヘルパーが声をかけても自宅では入浴しようとしなくなった。霜焼けもひどくなっているが，本人が病院に行きたがらない為受診も難しく，デイサービスで入浴後に市販の軟膏を塗付してもらっている状況。担当ケアマネは，霜焼けの状態が悪化しない為にもデイサービスの利用回数を増やしたいと思い本人に聞いてみたが，本人は「霜焼けになるのは毎年のこと。そのうち治るから大丈夫。デイサービスは週1回でいいです。」と話すため，なかなか対応できずにいた。本人は毎週木曜日にデイサービスに行っているという事はわかっているが，今日が何曜日なのかは理解できていないので，本人には回数を増やすとは言わずに，月曜日にいつものようにデイサービスで迎えに行ってみると，「毎週デイサービスを楽しみにしているのよ。」と言いながらいつもと変わらずデイサービスに行ってきた。しかし，何度か通っているうちに，本人が毎回渡される連絡帳を見て，木曜日以外の日の記録がある事を不思議に思うようになった。担当ケアマネは，デイサービスの職員と相談し，連絡帳はデイサービスで保管する事にしたが，ゆくゆくは，本人にデイサービスの利用が週2回になった事を説明しなければならないと考えている。

## レビー小体型認知症のOさん

(生年月日) 大正13年3月 満92歳

(介護度) 要介護 4

(病 気) レビー小体型認知症 (H25年5月) 糖尿病、痛風、前立腺肥大症  
難聴、右鼓膜再生手術 右補聴器使用 (H6年)

(処方薬) プレタール錠 100mg、ユリノーム錠 50mg、ジャヌビア錠 50  
マグラックス錠 250mg、フェルガード 100mg

(生活歴)

S町出身。8人兄妹の2番目に生まれる。S25年陸上自衛隊に入り、25年間勤める。その後50歳から製造会社に11年間勤める。S60年に妻を亡くし、現在小学校教諭をしている長女との2人暮らし。H17年頃にはすでに物盗られ妄想があった。寝言で 大声で叫び興奮、亡くなったおじさんが部屋の天井あたりに飛んでいる等の幻視がみられた。戦争と自衛隊時代に身近にて大砲を撃ったことが原因で難聴、補聴器使用だが夜間は外している。夜間のおむつ交換や入浴などの着脱時に大声で騒いだり、たたいたりかみつ、つばを出すことがあった。H24年12月にトイレで転倒して以来車椅子使用。自宅では這って移動。

現在は日中独りになる為に、月曜日から金曜日にはショートステイを利用している。グループホームに入所申請中。

(ADL) 平成26年7月ショートステイ利用時

移動：車椅子使用。移動時は介助が必要。(自宅内では這って移動)

食事：箸、スプーン準備すれば、こぼしながらも自力摂取可。

排泄：日中リハビリパンツ、夜間おむつ・パッド使用。交換介護に抵抗がある。

入浴：もともとお風呂好きであるが、入浴時の介護に抵抗がある。

更衣：上衣は声がけで準備して腕通し可。下肢衣類は手すりにて支えながらどうにか立てることもあるが、立位はほぼ不可の為全介助。

整容：側に付き添いながら声がけで自分で出来る。動きが止まってしまうことがある。

(趣味) 庭いじり

### 《ショートステイ利用当初の様子》(H26年7月)

Yさんはどういう人なんだろう…。もちろん初対面で何もかもが初めまして

- ・食堂、居室、廊下… どこにいてもフロア中に響き渡る大声で、誰かの名前を呼んでいる。
- ・「バーン！と爆発したんだ！バーン！」「行けー！」「なにやってるんだ！理由を言えー！」
- ・戦争や自衛隊にいた頃にタイムスリップして、周りの人を巻き込んで興奮してしまう。日常生活のふとしたきっかけで記憶が蘇ってしまうのだろうか？興奮している時には表情硬く、大きな声でテーブルを叩き、落ち着いてもらおうと話しかけると、更に興奮し

てお茶や目の前の物を投げて唾を吐いてしまう。それが1時間程続くことが毎日（昼に多く）ある。

- ・夜はお尻で這ってホールに来たり，他の利用者の部屋に行き、「この酔っ払い起きろ！」や、「おう、おう、何だかわかんねえ。」等大きな声で言い、ぐっすりと眠ることはなかった。
- ・他利用者さんから、「なに大きな声出してんの！いい加減にしろ！」「やるか！」と、その都度口論になって職員が間に入っていた。
- ・昼も夜も、いつどこで大きな声を出すかわからないので、いつもハラハラドキドキ。
- ・娘さんが持ってきたお菓子や果物を食べると落ち着くことがある。
- ・「大きな声出してますよねえ。本当に迷惑かけてすみません。」と、娘さんから利用中の様子を心配する電話を毎日いただく。

### 《現在のショートステイ利用時の様子》（平成27年3月）

- ・補聴器に頼らなくても、目を見て穏やかな表情でゆっくりはっきりしゃべりかけたら理解出来るようで、頷いていた。言葉だけでなく、握手をしたり腕や背中をさすったり、手でOKサインを作って会話をするようにした。（Oさんは落ち着いている時「オーケー」と、よく手でOKサインを出している）
- ・その時のOさんの感情に合わせて同じ気持ちを表情や態度で表す。共感していることを伝えるように伝える。
- ・いつも探して呼ぶ人は、娘さんと亡くなった奥さんだったことが分かった。  
⇒女性スタッフを娘さんと間違えることがあり、スタッフはなりきって接した。場合によってOさんを「お父さん」と呼ぶと、自然に返事をしてくれた。
- ・それでもタイムスリップした時には、落ち着くまで距離を置いて見守るようにした。
- ・殺風景な居室（簡易畳に布団だけ）を改善。ソファとテーブルを置き、カレンダーや写真を置いた。
- ・眠れない時には一緒にお茶を飲んだり、側で話を聞いたり、添い寝をしたりした。  
⇒6時間以上まとまって入眠される日が増えてきている。
- ・戦争で戦ったことや自衛隊にいたことは、Oさんにとってとても過酷な出来事だったのだと思う。「悲惨でしばらく眠れなかったんだ。」とか、「自衛隊でいろんな所に移動した。また帰ってきた。」と、涙ぐんで話されることがあった。
- ・娘さんと面会でもお会いしてお話をして、お父さんを心配する気持ちや想う気持ちが分かって、娘さんも安心できる生活になれば… と更に考えるようになっていった。

※Oさんがショートステイ利用中に気分良く過ごして頂けるために、更に私たちが出来ることは何か？

※他利用者さんやスタッフが持つOさんへの不安感や恐怖心を、良い方向へ持っていくにはどうしたらいいか？

記入者氏名	
-------	--

**基本情報**

利用者名	N 様		性 別	女性	
			生年月日	S 10年 月 日	
住 所			電話番号		
受付日時	平成 27 年	受付対応者			受付方法
主 訴	<b>【主訴】</b> 本人 : デイサービスに行ってお風呂に入ったり, お話をしたりしたい。 家族 : 介護サービスを利用してお世話をお願いしたい。				
	<b>【本人・家族の要望】</b> (本人) まだまだ自分のことはできるか, たまに外出して交流を持ちたい。 (家鉄) 元気に見えるが, できないことが増えていて心配。本人の思い違いや勘違いがあり, 説明しても分かってもらえないことが多く, 離れているので積極的なお手伝いはできない。介護サービスを利用してお世話をお願いしたい。				
生活状況	<b>【現在の生活状況, 生活歴等】</b> 釘工場に 13 年務める。畑仕事をしながら舅, 姑の介護をした。手芸, 花の世話等が趣味で, 一緒に温泉に出かける友人がいる等交流はある。人の中に入るのは苦手ではないと話す。自宅は1階が自分, 2階が長男家族と完全に別々の生活している。物を捨てられず, 不衛生な環境で生活。		<b>【家族の状況】</b> 夫は 10 年前に他界。長男家族と同居しているが関係が非常に悪く, 2世帯住宅の1階に一人で生活している。長女とも関わりがなく, キーパーソンの次女は東京在住。		
	日常生活自立度	障害高齢者	A1	認知症高齢者	Ⅲa
介護保険	要介護度( 2 )		要支援度( )		
身体状況	両下肢に筋力低下, 両膝痛, ふらつきあり, 転倒する事も増えているが自力歩行できる。				
認知症状	頑固。思い込みによる被害妄想あり。不衛生な生活環境の改善に拒否, 抵抗, 暴言。				
病気	糖尿病, 高コレステロール, 狭心症, 不眠症				
特記事項	腰痛があり, 短い距離しか歩けない。最近体力が低下し農作業をやめた。平成 26 年 6 月に転倒し, 右足と左足を痛める。友達と行く日帰り温泉が楽しみである。尿とりパットを使用しているが, 排尿・排便していても気づかないことが多く, 失禁してしまうため, ヘルパーが声掛け, 介助をしている。ゴミが多く溜まっており, 片付けようとすると暴言も見られる。捨てようとすると本人の強い拒否があり, 手出しできず, 周囲は困惑。健康食品を購入するも, 期限が切れた健康食品が棚に積み重なっている。				

## 困難の状況

困難の種類	行動障害 ・ 精神障害 ・ 介護力 ・ 居住環境 ・ 消費問題 ・ 虐待
困難の対象	本人・家族・ケアマネ
<p>困難の状況</p> <p>・経過や対応等を具体的に書きます。</p>	<p>(本人) 認知症と思われる主な症状としては、昔の話しや最近の話が混じり、会話にまとまりが無く、同じ話を繰り返すこと。物忘れもあり、思い付きで健康食品を購入するも、賞味期限が切れてしまう。必要な物と不必要な物の分別がつかないなどがある。また、頑固な性格で自分の意見を曲げない。そのために、部屋の中は物が散乱し、ごみ屋敷と化している。尿失禁があるため、部屋の中は尿臭がする。特に1階の台所は、物の置き場が無いほど物で溢れ、とても調理が出来る状況には無い。流し台、冷蔵庫などはあるものの、長年使用していない。虫が湧いて電気も入らない状況であるが、「昨日まで何とも無かった。孫が置いて行った。」と話す。</p> <p>片付けに対して強い拒否があり、最初は台所をのぞくことも許してくれなかった。ケアマネ、ヘルパーからの度重なる説得により、一度は片付けに承諾したが、(賞味期限切れの)健康食品をヘルパーに盗まれたと(実際には処分した)激昂し、「デイもヘルパーもケアマネも全てやめる」と数日対応困難な時期があった。今年の夏に脱水で体調を崩し、ケアマネの説得によりデイ、ヘルパー(部屋の片づけ、ゴミ出し、服薬確認)を再開している。</p> <p>食事はパンや惣菜、宅配の弁当をとって食べている。入浴は週1回のデイサービスとたまに友達と近くの温泉に行っている。</p> <p>家族との関係も感く、ここ数年、口も聞いていない。家族の協力はいらないと話す。家族だと思ったことも無いと話す。</p> <p>(家族)本人がこのような性格のため、同居の家族及び長女は無関心。好きなようにやらせておくといった状況で、全く関わりを持ってくれない。ケアマネ、ヘルパーが声を掛けても無視され、置き手紙をしても読んでもくれない。唯一、東京に住む次女と連絡がとれるが、頻繁な支援は難しい。(ケアマネ)緊急時に対応してくれる近親者がおらず、悩んでいる。(デイ、ヘルパーの利用について緊急時の対応者を求められている。)</p>
悩んでいること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人に住まい環境に関しての問題意識はない。</li> <li>・認知症状、精神症状に関しても自分は正常だと言っている。</li> <li>・認知症専門機関、精神科受診は必要だと思うが、誰がどのように支援すべきか。</li> <li>・家族関係を改善できるか。</li> <li>・ケアマネへの支援について。</li> </ul>

## 夜に大きな声を出して眠らないBさん

91歳 男性 要介護4

職歴：自営業（40年前より精肉店を経営）

家族構成：奥さんは20年前に他界，子供は男3人，長男夫婦と同居し長男が店を引き継いでいる。

病歴：脳梗塞後遺症，てんかん発作，痛風，難聴，前立腺肥大（H27.7），不眠症（H27.7），胆嚢炎（H27.6）

服薬：メマリー 1錠（認知症薬），ロゼムラ 1錠（抗不安薬）  
トラゾドン 1錠（抗精神病薬），ランソプラゾール 1錠（胃薬）  
ユリーフ 2錠（尿の薬），レボメプロマジン 10Bg（睡眠薬） 夕食後  
カマ 6錠（下剤）

### （入所前 自宅での様子）

精肉店を息子さんと経営していた。現在は息子さんが後を継いでいる。胆嚢炎で病院に入院してから，認知症状もすすんできており，日中傾眠強く，夜なかなか寝ず，朝方3時ごろまで起きて，何かをしゃべっていて，その後寝ていることが多い。大きな声を出し耳が遠いため声も大きくなっている様子。話をする事で納得すると笑顔になりニコニコしている。家族はお店を経営しており，夜寝てくれないことで介護に疲れている。

家族介護困難な状況になり，H27年12月9日入所となる

### （入所時からの様子）

移動：杖歩行（右で杖を持つので左脇を支える介助），ふらつきあり，歩行困難時車椅子使用

排泄：日中→トイレ 夜間→パット交換

リハパンとパット使用，便意・尿意あるがなかなか尿がでない

職員が声がけしトイレ誘導もしている

ズボンの上げ下げ介助，立ち上がりは手すりにつかまりスムーズ

食事：主食→やわらかご飯，副食→刻み，水分：トロミなし，セッティングさえ行えばスプーンを使用して食べる

※箸を使用していたが，思うように使えずスプーン使用

入浴：「お風呂ですよ」の声がけに「お風呂か」とニコニコして入浴。お風呂は好き。

一連の動作の中で声がけを行えば自分ですが，すぐに終わってしまうため。洗い残しやとどかないところは介助

更衣：協力動作はあるが，自分から着ようとはせず介助

整容：手渡せば，歯磨き，洗顔，髭剃り可能だがすぐに終わってしまうため介助

会話：難聴の為会話が困難。左耳の方が聞こえるため左側からの声がけにて会話可能  
Bさんの声が大きく，怒り口調で話すため他利用者さんから「うるさい」と怒られる時がある。

「水、水」「少便、少便」と単語。左側でゆっくり話すと理解し「ありがとな」と会話が可能。何かを訴える時は単語で怒り口調になる。

認知：水を飲んだことを忘れ、またすぐに「水」と言う。

家族が面会に来てても長男の顔はわかるが他はわからず、名前を言われると思いつす。

一連の動きは、声がけにて行えるが集中が続かずすぐに手渡したものを置いたり目を閉じてしまう。

聞こえる方の耳でゆっくり話せば理解できるが、長い会話はできない。

### （生活の様子）

日中：ホールでうたた寝していることがほとんど。手作業など声を掛けてみるが「なんだ」「うるせ～」と怒る。自分から何かをする様子もなく、目が覚めてくると「水」「便所」「鼻水」「背中」「お尻痛い」など訴え始める。うたた寝している時はベッドで休んで頂くように促しているが、目覚めの様子はホールにいる時と同じように訴える。

夜間：ホールでうたた寝していることがあり、声がけにて休んでいただく。夜間も時々大きな声を出し、何か話している。聞き取れる時もあれば、分からない時もある。夜間は不眠がち。

### （体調）

12/09 入所

12/15 熱発にて食事中止（尿路感染症）

12/21 食事再開（プリン食にて提供）、水分はトロミ対応  
その日の夕方に再度熱発あり食事中止（肺炎）

12/24 食事が再開 朝・昼プリン食（1/2量） 夕食はゼリーのみ

12/30 家族に病状説明→今後も肺炎のリスクが高い

01/12 朝・昼→食事全量（プリン食） 夕→1/2量（プリン食）

### （関わりと対策）

・夜間に大きな声を出し不眠

→大声を出している時にトイレにお誘いする。「水」「痒い」「痛い」等の訴え時にはその都度対応する。

・聞き取れず怒る

→聞こえる方の耳側でゆっくり話し、その都度対応する。

### （現在の様子）

夜間トイレ誘導することで排尿あり、パットへの失禁もなくなっている。排泄後はぐっすり眠るようになり、大きな声を出す事も少なくなっている。

しかし、日中のうたた寝は続いている。

※今後、Bさんが不安なく楽しみを持って生活していただけるには、私達はどのような関わりをしていくべきか、皆様からのご意見・助言等を頂ければと思います。

## 利用者の自立支援に資するケアマネジメント実践について

通常行なっているケアマネジメント実践書類（下記1～4）を提出してください。

- 1 利用者基本情報（基本情報書，フェイスシート等）
- 2 医療情報（主治医の指示がわかる診療情報提供書等）
- 3 アセスメント表一式（アセスメント情報収集，課題分析の経過及び結果がわかる，アセスメントシート，課題検討用紙等）
- 4 介護サービス計画書（1），（2）

※ 個人が特定できないよう，個人情報黒マジック等で塗りつぶして提出してください。

※ 指導者研修受講のために特別に作成するのではなく，通常実践しているものを提出してください。

### （参考）

#### 平成28年度主任介護支援専門員研修実施要領

##### 2 対象者

介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する介護支援専門員とする。  
具体的には、主任介護支援専門員としての役割を果たすことができる者を養成する観点から、居宅サービス計画等を提出させることにより、研修実施機関において内容を確認し、利用者の自立支援に資するケアマネジメントが実践できていると認められる者のうち、以下の①から④のいずれかに該当し、かつ「介護支援専門員専門研修（専門研修課程Ⅰ）及び（専門研修課程Ⅱ）」又は「介護支援専門員更新研修（実務経験者対象）〔専門研修課程Ⅰ相当〕及び〔専門研修課程Ⅱ相当〕」を修了した者とする。