

「自立支援に向けたケアプランづくり」

2017.03.16. 宮城県ケアマネジャー協会 小湊純一。

1 自立支援

予防も介護も自立支援。支援や介護のし過ぎは依存と能力低下を招く可能性が大きい。

『してもらって介護ではなく自立支援の介護である』ということ、保険者、事業者、利用者、家族の共通理解にすることが大変重要です。

(1) 残存能力の最大限活用

- ① 専門的アセスメントによる能力評価と自立生活阻害の問題把握
- ② 自分で出来ることを自分でするための支援を徹底

(2) 提案・情報提供による自己決定尊重

- ① 改善，維持，悪化防止のための提案・情報提供による決めるための支援
- ② 情報提供のための高齢者ケアに関するスキルアップ

(3) 可能な限り住み慣れた地域で

- ① 生活意向の尊重と生活継続のための他職種による共通意識と協働
- ② 要介護でも普通に地域で自宅で生活するための支援

2 必要性優先

サービス優先ではなく，利用者の必要性を優先

(1) アセスメントの結果に基づく，根拠の明らかなケアプランとサービス提供

認定を受けたからデイサービス，家事支援ではない。心身の能力評価による生活支障へのサービス提供

(2) 利用者本人の自立を最優先

介護報酬優先による過剰サービス，能力低下にならないための，公正中立のケアマネジメント実践

3 効果効率

効果的効率的サービス提供

(1) 介護・医療系の専門職による高額サービスから地域のお互い様の安価なサービスへ必要に応じて使い分ける，効果効率を考えたケアマネジメント実践

アセスメント「具体的支障把握の視点」(居宅)

1 健康状態

- ① 本人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、主治医に相談し、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 在宅医療機器(カテーテル、点滴、酸素、嚥等)について把握しましたか？

2 ADL

- ① 利用者本人のADL能力、生活の支障を具体的に把握しましたか？
- ② 活動量について把握しましたか？
- ③ リハビリに関する、意欲や目標を把握しましたか？
- ④ 転倒の具体的状況、危険性を把握しましたか？

3 IADL

- ① 利用者本人の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 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ましたか？
- ② 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？

8 褥瘡・皮膚の問題

① 皮膚・じょく創等，皮膚の状態を把握しましたか？

9 口腔衛生

① 食べる，話すこと等に支障のある，口腔の問題を明らかにしましたか？

10 食事摂取

① 栄養・水分摂取，意図しない体重減少を明らかにしましたか？

11 問題行動（行動障害）（BPSD 認知症の行動心理症状）

① 家族等の悩みや苦痛となる行動を把握しましたか？

② 問題行動の規則性，原因，関係性，感じ方等を具体的に把握しましたか？

12 介護力

① 介護者の状況を把握しましたか？

② 介護者の負担と，介護負担の原因となっていることを具体的に把握しましたか？

13 居住環境

① 対象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？

14 特別な状況

① 緩和ケア，ターミナルケアの必要性，実現の可能性を把握しましたか？

② 高齢者虐待の兆候，危険性，緊急性を確認しましたか？

自立支援のためのケアマネジャー

要介護高齢者 介護支援の専門職

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

ケアマネジャーは自立支援

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。

ケアマネジャーの専門性

1 健康状態

(1) 痛みのある利用者への対応

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

(2) 脱水症状

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

(3) 高齢者の心臓と肺の機能

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

(4) 服薬管理と効果

- ① 服用している薬を把握し、その薬が効果的・効率的に作用するようにします。

(5) 向精神薬を服用している利用者への対応

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

(6) アルコール問題への対応

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

(7) 喫煙問題への対応

2 ADL

(1) ADLの改善と支援

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

(2) 転倒防止

- ① 最近転倒した利用者进行特定します。
- ② 転倒の危険性のある利用者进行特定します。
- ③ 転倒の危険性进行予測します。
- ④ 転倒と、転倒による障害进行できるだけ少なくします。

(3) 健康増進

体力の向上と健康増進により、幸福感と自立性を高めます。

3 IADL

(1) IADLの回復と支援

- ① IADL回復の可能性のある利用者进行把握して対応します。
- ② IADLの代行の必要性进行明らかにして支援します。

4 認知障害

- ① 認知障害があるかどうか进行把握します。
- ② 認知障害を補うために、どのような方法进行とることができるのか进行判断します。

5 コミュニケーション

(1) コミュニケーション

コミュニケーションの障害・問題を明らかにして、専門的な検査や対応をおこないません。

(2) 視覚・聴覚

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

6 社会との関わり

(1) 社会との関わり

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

(2) うつと不安

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

7 排尿・排便

(1) 尿失禁・留置カテーテル

回復可能な失禁の原因进行把握し、可能な対応方法进行検討して対応します。

(2) 排便の管理

腸の機能および消化器系の疾患の問題进行評価し、関心を高めます。

8 褥瘡と皮膚の問題

(1) 褥瘡

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

(2) 皮膚と足

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

9 口腔衛生

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

10 食事摂取

栄養不良や、栄養問題の悪化する危険性がある高齢者を把握して対応します。

11 問題行動

問題行動（行動障害）のある利用者を把握し、原因とその解決策を検討します。

また、行動障害は改善されたとしても、行動を制限してしまっている可能性のあるケアを受けている利用者を把握して対応します。

12 介護力

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

13 居住環境

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

14 特別な状況

(1) 虐待

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

(2) ターミナルケア・緩和ケア

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。

居宅ケアプラン策定のための課題検討の手引き（抜粋）

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

（1）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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

～「可能性に対応するケア」と「必要性に対応するケア」に分類して整理します～

可能性に対応するケア

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

必要性に対応するケア

- ① ADL障害を踏まえた上で、必ず行わなければならないケア。（介護や対応）

（2）ADL改善・維持などの可能性を予測するポイント

改善・維持を予測するポイント

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

悪化・低下を予測するポイント

最近3ヶ月以内にADLが低下してきているかどうかの他，以下について確認します。

- ① じょく創を予防
寝返りできない，失禁による汚れがある，栄養が不足している，じょく創の既往がある，など。
- ② 失禁の悪化を予防
失禁（機能性，腹圧性，切迫性，溢流性，真性，反射性）がある，など。
- ③ 筋力低下を予防
ベッドの上で過す時間が長い，運動不足，家から外に出ない，家事をしない，など。
- ④ 拘縮を予防
麻痺がある，関節可動域に制限がある，身体を動かすことが少ない，など。
- ⑤ 転倒を予防
最近3ヶ月以内に転倒したことがある，歩行が不安定だが歩いている，認知に障害があり危険の理解が難しい，パーキンソン症候群である，せん妄がある，向精神薬を服用している，など。

(3) ADL

ADLに障害があることは，生活に大きな影響があります。介助を受けることは，心苦しい思いをする，孤立する，自尊心を失う，などにつながる場合があります。

ADLの障害が進むと，自宅での生活が続けられなくなる可能性が高くなるほか，じょく創や失禁，筋力低下，拘縮，転倒などの悪化の危険性も高まります。ADL低下の大まかな原因がどこにあるのかを把握する時には，表1を参考にします。

表1 ADL低下の原因

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

(4) ADLの改善・維持・予防に向けての対応指針

医療的な問題に対応して解決します

ADLが最近低下した利用者で、身体の状態の悪化、ADLに支障をきたす症状がある場合などに医療的な問題に対応して解決します。

① ADLが低下・悪化した時期と、病気や症状の関連性を把握します。

表2の病気や症状がないか確認します。もし該当すれば、それに対してどのような対応がされているのかを確認します。対応されていない場合は主治医に照会して解決（治療）します。

表2 ADL障害の原因となる病気や症状

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

機能訓練、運動などの計画が合っていたか、効果的だったか確認します

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

機能の改善を検討して対応します

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

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

① 機能訓練などによってADL改善につながるポイント

ア はっきりした機能訓練の目的、生活の目的を持っているかどうか。

イ 治るところ、元に戻るところを把握しているかどうか。

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

エ 意欲があるかどうか。

利用者本人や周りの人の「意欲」が重要です。本人や周囲の人が「もっとよくなるはずだ！」と思っている場合、効果的な機能訓練につながる可能性があります。また、ある程度の認知障害があっても、意欲があれば機能の低下を遅くできる可能性があります。

表3 ADLの確認

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

表4 ADL改善の目標

機能訓練の 具体的目標 を決める	1：現在のADLを維持するための目標 2：現在のADLを改善するための目標（現在できていないが、あと少し できそうなことを選ぶ。）				
更衣	入浴	トイレ	移動	移乗	食事
衣服のある ところに行 き、選び、手 にとる	浴室・シャワ ー室に行く	トイレまで 行く（夜間の ポータブル や尿器も含 む）	室内を移動 する <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	同一階を移 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	自宅内を移 動する <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	屋外を移動 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	トイレット ペーパーを ちぎり、おし りを拭く	でこぼこ道 を移動する <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

表5 ADL能力の確認

ADL能力を正しく評価するため、以下のことを確認します。
<p>1：動作を行うときに順番を間違えることはあるか。</p> <p>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。</p> <p>※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。</p>
<p>2：動作を行うときに途中で気が散ることがないか。</p>
<p>3：単純な指示でできるか。</p> <p>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。</p>
<p>4：動作を始めることができるか。</p> <p>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）。</p> <p>※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。</p>
<p>5：動作を1度始めれば、続けることができるか。</p> <p>たとえば、1度食べ始めると食べ続ける。</p>
<p>6：介護者の身振りを真似ることができるか。</p> <p>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。</p>
<p>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。</p> <p>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。</p>

② 補助具の使用を検討します。

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

また、次のことも確認して対応します。

ア 障害を補う補助具を持っているか。

イ 障害に合っていない用具を使っていないか。

ウ 持っているが使用しない、間違った使い方をしていないか。

機能の維持を検討して対応します

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

- ① 家族の介護は、良かれと思ってしていても不適切なことがあります。
不必要な援助や誤った方法で援助をしていると、利用者が頼りすぎるようになるばかりか、介護者にとっても身体的精神的な「燃え尽き」を引き起こす危険性があります。
- ② 機能維持のポイントを把握します。
 - ア 本人が自分のことをもっと自分でする気があるか
 - イ 利用者にとって自立することの意味は大きいのか
 - ウ 家族や専門家があきらめていても本人は自立することに関心があったり、やる気はあるのか

悪化・低下の防止を検討して対応します

機能訓練をすることによって、じょく創や失禁、筋力低下、拘縮、転倒などの危険性を予防します。

自分で行う運動や機能訓練だけでなく、他者が動かす運動や介護により悪化を予防します。

- ① じょく創を予防します。
- ② 失禁の悪化を予防します。
- ③ 筋力低下を予防します。
- ④ 拘縮を予防します。
- ⑤ 転倒を予防します。