

介護保険制度の理解と これからの介護

特定非営利活動法人ふくし@ J M I
理事長 小 湊 純 一
(社会福祉士/主任介護支援専門員)

1 介護保険制度

(1) 介護保険の基本理念

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする。

- 2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- 4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、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されなければならない。

居宅介護支援(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(法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。)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。

(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。
- 十三 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。
- 十四 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
- ロ 要介護認定を受けている利用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
- 十五 第三号から第十一号までの規定は、第十二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。
- 十六 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。
- 十七 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(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。
- 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。
- 二十 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。

二十一 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おいては、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。

二十二 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おいては、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。

二十三 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。

二十四 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。

二十五 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。

(2) 介護保険の介護

(指定居宅サービスの事業の一般原則)

第三条 指定居宅サービス事業者は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めなければならない。

2 指定居宅サービス事業者は、指定居宅サービスの事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市町村(特別区を含む。以下同じ。)、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めなければならない。

第二章 訪問介護

(基本方針)

第四条 指定居宅サービスに該当する訪問介護(以下「指定訪問介護」という。)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、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行うものでなければならない。

(指定訪問介護の基本取扱方針)

第二十二條 指定訪問介護は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、自らその提供する指定訪問介護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(指定訪問介護の具体的取扱方針)

第二十三條 訪問介護員等の行う指定訪問介護の方針は、次に掲げるところによるものとする。

- 一 指定訪問介護の提供に当たっては、次条第一項に規定する訪問介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な援助を行う。
- 二 指定訪問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う。
- 三 指定訪問介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。
- 四 常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行う。

第七章 通所介護

(基本方針)

第九十二条 指定居宅サービスに該当する通所介護(以下「指定通所介護」という。)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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。

(指定通所介護の基本取扱方針)

第九十七条 指定通所介護は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。

2 指定通所介護事業者は、自らその提供する指定通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(指定通所介護の具体的取扱方針)

第九十八条 指定通所介護の方針は、次に掲げるところによるものとする。

- 一 指定通所介護の提供に当たっては、次条第一項に規定する通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行う。
- 二 通所介護従業者は、指定通所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う。
- 三 指定通所介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。
- 四 指定通所介護は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。特に、認知症(法第五条の二に規定する認知症をいう。以下同じ。)である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準

(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旨とする。

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

除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。

(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^{じよくそう}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^しを考慮した食事を、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。

2 地域包括ケア

(1) 地域包括ケア

『地域包括ケアシステム』 ～厚生労働省～

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、**地域の自主性や主体性**に基づき、**地域の特性**に応じて作り上げていく必要があります。

(2) 認知症施策（オレンジプラン）

「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」

（平成25年度から29年度までの計画）

1 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- 「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成・普及
 - ・平成24～25年度 調査・研究を実施
 - ・平成25～26年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
 - ・平成27年度以降 介護保険事業計画（市町村）に反映

2 早期診断・早期対応

- かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）
平成24年度末見込35,000人 → 平成29年度末50,000人
【考え方】高齢者人口約600万人（認知症高齢者約60万人）に対して1人のかかりつけ医が受講。
※後述の「認知症の薬物治療に関するガイドライン」も活用して研修を実施
- 認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）
平成24年度末見込2,500人 → 平成29年度末4,000人
【考え方】一般診療所（約10万）25か所に対して1人のサポート医を配置。
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - ・平成24年度 モデル事業のスキームを検討

- ・平成 25 年度 全国 10 か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成 26 年度 全国 20 か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成 27 年度以降 モデル事業の実施状況等を検証し全国普及のための制度化を検討
- ※「認知症初期集中支援チーム」は、地域包括支援センター等に配置し、家庭訪問を行い、アセスメント、家族支援等を行うもの。

○早期診断等を担う医療機関の数

- ・平成 24～29 年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約 500 か所整備する。

【考え方】認知症疾患医療センターを含めて、二次医療圏に 1 か所以上。

- ※いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能（早期診断・早期支援、危機回避支援）については、平成 25 年度までに、認知症サポート医の活動状況等も含めた調査を行い、それを踏まえて検証する。

○地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着

- ・平成 24 年度「地域ケア会議運営マニュアル」作成、「地域ケア多職種協働推進等事業」による「地域ケア会議」の推進
- ・平成 27 年度以降 すべての市町村で実施

3 地域での生活を支える医療サービスの構築

○「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定

- ・平成 24 年度 ガイドラインの策定
- ・平成 25 年度以降 医師向けの研修等で活用

○精神科病院に入院が必要な状態像の明確化

- ・平成 24 年度～ 調査・研究を実施

○「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成

- ・平成 24 年度 クリティカルパスの作成
- ・平成 25～26 年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を護保険事業計画に反映する方法を検討
- ・平成 27 年度以降 介護保険事業計画に反映

4 地域での生活を支える介護サービスの構築

- 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、必要な介護サービスの整備を進める。（別紙参照）

5 地域での日常生活・家族の支援の強化

○認知症地域支援推進員の人数

平成 24 年度末見込 175 人 → 平成 29 年度末 700 人

【考え方】5 つの中学校区当たり 1 人配置（合計約 2,200 人）、当面 5 年間で 700 人配置。

- ※各市町村で地域の実情に応じて、認知症地域支援推進員を中心として、認知症の人やその家族を支援するための各種事業を実施

○認知症サポーターの人数（累計）

平成 24 年度末見込 350 万人 → 平成 29 年度末 60

○市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数

平成 24 年度見込 40 市町村 → 将来的にすべての市町村(約 1,700)での体制整備

○認知症の人やその家族等に対する支援

- ・平成 24 年度 調査・研究を実施
- ・平成 25 年度以降 「認知症カフェ」（認知症の人と家族，地域住民，専門職等の誰もが参加でき，集う場）の普及などにより，認知症の人やその家族等に対する支援を推進

6 若年性認知症施策の強化

○若年性認知症支援のハンドブックの作成

- ・平成 24 年度～ ハンドブックの作成。医療機関，市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配付

○若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数

平成 24 年度見込 17 都道府県 → 平成 29 年度 47 都道府県

7 医療・介護サービスを担う人材の育成

○「認知症ライフサポートモデル」（認知症ケアモデル）の策定

- ・平成 24 年度 前年度に引き続き調査・研究を実施
- ・平成 25 年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用

○認知症介護実践リーダー研修の受講者数（累計）

平成 24 年度末見込 2.6 万人 → 平成 29 年度末 4 万人

【考え方】すべての介護保険施設（約 15,000）とグループホーム（約 14,000）の職員 1 人ずつが受講。加えて，小規模多機能型居宅介護事業所，訪問介護事業所，通所介護事業所等の職員については，すべての中学校区（約 11,000）内で 1 人ずつが受講

○認知症介護指導者養成研修の受講者数（累計）

平成 24 年度末見込 1,600 人 → 平成 29 年度 2,200 人

【考え方】5 つの中学校区当たり 1 人が受講。

○一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数（累計）

新規 → 平成 29 年度末 87,000 人

【考え方】病院（約 8,700）1 か所当たり 10 人（医師 2 人，看護師 8 人）の医療従事者が受講。

3 これからの介護

(1) 介護保険制度改正のポイント

人口減と高齢化が同時に進みます。医療・介護制度は、高齢者の急増、支え手世代の減少、財政難に直面します。厚生労働省によると、25年には医療給付費がいまの37兆円から54兆円に、介護給付費は10兆円から21兆円に膨らむ。

病院にかかれない高齢患者があふれ、介護保険料は負担の限界を超えて高騰。サービスを提供する人手の不足も深刻。

負担面では、一定の所得（年金収入なら年280万円以上）がある人の自己負担割合を1割から2割に上がり、低所得者の保険料を軽減する一方、高所得者は上乘せになりそう。高齢者にも支払い能力に応じて負担を求める方向です。

- ① 要支援1・2の対象者について介護保険本体の給付（予防給付）から、訪問介護と通所介護を外し、対応するサービスについて地域支援事業を再編成する。
- ② 個別のサービスでは、通所介護の機能の改革、特に定員10人以下の小規模型については、地域密着型サービスへ移行させ、今後新たな事業所開設については保険者の管理下に置く。
- ③ 特別養護老人ホームの入所対象者を原則要介護3以上にする。

(その他)

- ① 地域包括ケアシステム
- ② 費用負担の変更

(2) 自立支援のケア

～ 自立を支援するということ ～

※支援の対象者を「本人」とします。

1 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があります。

2 能力の発揮

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。

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・継続できるように、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。

～支援者としての立ち位置～

- 1 どのような立場・役割なのか
- 2 どのように考えて行動すればよいのか

～ 本人を受け入れるということ（個別ケア） ～

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. 加藤美和子

	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・・・という気遣いの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分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ます。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。

11 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はないし、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、当たり前で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。

(3) 介護の専門性とスキルアップ

～ 個別ケア・認知症ケア ～

認知障害の理解

認知障害は、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。

～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。頭部の外傷により知能が低下した場合等にも認知症（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

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

認知障害対応の指針

障害の確認

認知障害があれば、以下を順に確認します。

- ア 普段と比べて急激な精神状態の変化・変動，異常な行動があったか。
 - イ すぐ気が散るなど集中力の問題があったか。
 - ウ とりとめのない話をするようになったか。
 - エ ぼーっとしている，うつらうつらしている，過敏になっている，など意識に問題があったか。
 - オ 失見当識があったか。自宅以外にいると思っている，時間や曜日を間違える，などの混乱があったか。
 - カ 最近のことを思い出せなかったり，言われたことを覚えられない，などの記憶障害があったか。
 - キ 実際にはないものが，いたり動いていると思う，などの幻覚か錯覚，思い違いがあったか。
 - ク 落ち着きがない，何かをつかむ，指を鳴らす，急に動く，などの異常に活発な状態や，のろのろしている，一点を見続けている，ずっと同じ姿勢でいる，などの異常に緩慢な状態があったか。
 - ケ 昼間眠りすぎて夜間不眠症になるなどの睡眠リズムの障害があったか。
- ③ 認知障害による生活上の支障や危険性・可能性の把握し，本人や家族の負担を減らすようなケアサービスを検討して対応します。
- ア 認知障害が影響しているADLなどについて把握します。

できることを判断します

利用者と家族に，できないことばかり尋ねるのではなく，本人が自分でできることは何か，あるいは参加できることは何かを尋ねる。軽度の短期記憶の障害のような忘れは，安心させたり，それを補う工夫をすることによって対応できる。（たとえば，メモをする，カレンダーを使う，鍵の置き場所を一定にする，など。）

以下を確認し，援助の必要性を把握します

- ① ADLやIADLはどのように自立しているか。
利用者にとってADL，特に食事と排泄の自立度を維持することは非常に重要なことです。食事も排泄も，その人なりの方法を思い出すような工夫によって改善することがあります。
- ② 認知障害のために怪我をする危険性が大きいか，あるいは徘徊や他者への暴力，火事など問題となる行動が現われているか。
そうであれば，適切な安全対策をとるほか，介護者に対するそれらの危険性についての情報提供，環境評価をする機関への照会，身体や家事援助サービスの導入，行動への対応（セキュリティー，見守り，指示，誘導，言葉がけの方法など）を行ないます。

必要な援助をします

- ① 家族が認知障害のある利用者の「世話を焼きすぎる」ことはよくみられることですが、それは依存性を増大させ、自尊心も失わせることにつながる可能性があります。
- ② 失行などにより、一部、行動を代行、援助、介助をする必要があるかもしれませんが、高齢者にできる限り長い間、できるだけ多くの動作・活動・参加をしてもらうことが目標です。
- ③ 行動を制限するのは本人の安全性に関わる場合であり、ガス台やストーブの火による火傷、徘徊の末に行方不明になる危険性があるときなどです。

感情面へ対応します

- ① 軽度や中等度の認知症の高齢者は、自分自身認知能力の低下に対して怒ったり、落ち込んだり、不安になることがあります。
「アルツハイマー病患者が自分の能力が衰えていくのに気づかない」という昔に言われていたことは間違っています。
- ② ケアの目的は、利用者のできる活動をできるだけ把握して維持し、精神的負担、ストレスを少なくすることです。
- ③ 認知症の10～25%はうつ状態にあり、認知の症状より早く現れる場合があります。

認知症のほとんどすべての高齢者に、ある時期行動の問題がみられます。認知症の人の多くは、妄想症を含めて幻覚や妄想、あるいはその両方がみられます。このため、認知障害による記憶障害などの症状、行動障害にともなう感情的な面について、家族も含め、専門医との話し合いや、カウンセリングによって十分に対応することが重要です。

家族支援を行ないます

- ① 情報提供
 - ア まず、本人と家族とともに利用者の行動や能力、家族の役割について現実的な評価をして対応します。
 - イ 利用者の認知障害が重症の場合、家族は極端な選択しか残されていないと感ずることがあります（たとえば、日中行動を制限したり、介護施設に入所させる、車の鍵を隠してしまう）。
必要なことは、家族に対し、利用者の症状の経過や予後、認知症であればどの段階にあるか、などの情報を提供することです。
 - ウ アルツハイマー病や血管性認知症などの進行性の認知症の場合、家族は以下の情報を必要としています。
 - a 今後予想されること
 - b 残された記憶や判断力に対して、どのような援助をすればよいか
 - c 症状に関すること
 - d さまざまな周辺症状に対する治療やケアの可能性
 - e 多発性脳梗塞性認知症の場合家族は、更なる悪化を防ぐための方法（たとえば、血圧のコントロール、運動、ストレス解消など）。

② 介護者の健康管理

家族は長期にわたる24時間の介護を要求されます。このため介護者は自分の健康管理をしっかりしなければ、自分達も体調を崩す可能性があることを伝えます。

③ 介護者のストレスを最小限にする

認知障害の高齢者を介護することは、大きなストレスになりやすいため、認知障害に合わせた支援や介護、専門医などによるカウンセリングが必要です。短期・中期の外部サービス利用や関係する本を紹介したりするのも一つの方法です。

～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いても修正できない。

2 周辺症状（BPSD：行動・心理症状）

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（悲しさや寂しさ、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。

その人の認知障害の理解

- 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？

認知症の人を理解しようと努力します

- 1 話しをしていても伝わっていない時がある。
- 2 料理をしなくなり、惣菜を買ってくるようになった。
- 3 身だしなみを気にしなくなってきた。
- 4 着替えをしなくて何日も同じ服を着ているようになってきた。
- 5 事実でないことを本当のことに平気で話すようになった。
- 6 調理はしていないのだけれど台所をウロウロしている。
- 7 隣の席の人のご飯のおかずを食べてしまって喧嘩になった。
- 8 「お風呂に入りましょう」と言ったら「家で入ってきたから入らない」と断られた。
- 9 「体位変換しますね」と言ったら「後で自分でするからいいよ」と言われた。
- 10 ずっとテレビを見ていたので、「散歩に行きましょう！」と言って手を引こうとしたら急に怒りだした。

認知症の人との関わり方の基本

- 1 「ダメ！」とか言わない。否定しない。
- 2 そのまま受けとめて「そうなんだ」と思う。質問攻めにしない。
- 3 「ああして、こうして」と押し付けない。
- 4 おだやかに、楽しそうな雰囲気に関わる。
- 5 自分でない人は違う人、一人ひとり違うと考える。
- 6 認知症の人「本人」が混乱して一番大変だと理解する。

認知症の人に対しても自立支援

- 1 できるところを見つけて能力活用（やってあげ過ぎに気を付けます）
- 2 わかりやすい言葉で提案して決める手伝い（支援者の想いだけで決めません）
- 3 慣れ親しんだ生活をできるだけ尊重（支援者でなく本人の都合で考えます）

2014.07.03. 文責：小 湊 純 一。jk@npojmi.com

必要な介護と留意事項

平成 24年 4月14日

氏名	気仙沼 D子 様	意思疎通の方法	・問題なし
----	----------	---------	-------

	必要な介護	介護方法・留意事項	自立状況等
移動 移乗			・介助バーを使用して自分で移乗している
			・通常は、自操用車椅子を使用して自分で移動している
水分補給 食事 口腔ケア	・麺類食事介助	・麺類全介助	・通常は、スプーンを使用して自力摂取
			・歯磨きは自分でやっている
排泄 体位変換	・トイレ介助	・排泄後にズボン上げる介助 (留意事項) ・排便は、下剤でコントロールし、薬は本人が管理している ・排便状況の確認を行う	・昼夜トイレ使用 ・常時紙パンツ、パット使用し、失禁時は自分で交換している
入浴	・一般浴	・移動は、脱衣室→浴室、浴室→脱衣室は手引き歩行介助 ・浴槽の出入りは支える介助 ・洗身は膝下、背中、髪を介助 ・更衣はズボン上げる介助 (留意事項) ・歩行が不安定で転倒の危険性があり、必ず手引き、支える介助をする	
更衣	・更衣介助	・ズボン上げる介助	・他は時間がかかるが自分でやっている
整容	・爪きり	・全介助	・整髪、洗顔は自立
備考			

介 護 項 目

1 移動 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	6 排泄 ①トイレ介助 ②ポータブルトイレ介助 ③おむつ交換 ④尿カテーテルの後始末 ⑤ストマの後始末
2 移乗 ①移乗介助 ②リフト移乗介助	7 体位変換 ①体位変換介助
3 水分補給 ①水分補給介助	8 入浴 ①一般浴介助 ②リフト浴介助 ③特浴介助 ④清拭介助
4 食事 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	9 更衣 ①更衣介助
5 口腔ケア ①口腔清潔介助	10 整容 ①整髪介助 ②洗顔介助 ③洗髪介助 ④爪きり介助