

「もう一度、ケアマネジメントの原点を確認しよう」

ふくし@JMI 小湊 純一。 jk@npojm.com

I ケアマネジャーの立ち位置

～ケアマネジャー本来の役割を考える～

『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。

病院にかかれぬ高齢患者があふれ、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

『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。

1 指定居宅介護支援事業の運営基準（一部抜粋）

（基本方針）

第一条 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。□

（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）

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に共有するとともに、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。□

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。□

2 特定事業所加算居宅介護支援事業所

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。

- 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□

～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もあります。

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・継続していけるよう，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。

Ⅱ ケアマネジャーの専門性

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？

1 1 問題行動（行動障害）BPSD

- 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？

1 2 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？

1 3 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？

1 4 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？

～ケアマネジメントの過程～

- I 依頼を受ける
- II アセスメントする
- III ケアプランの原案を作る
- IV サービス担当者会議をする
- V モニタリングする
- VI 再アセスメントする

振り返る（チェックする）

I 依頼を受ける

1 申し込みを受け付けます。

依頼されたことを明らかにして支援を開始します。

(1) 介護保険サービスの仕組み・理念を説明します。

*自立支援とは

- ・介護が必要になってもできるだけ自宅で暮らし続けられるようにします。
- ・一人ひとりの能力に合わせ，できないところは介助を受けても，自分でできるところは自分でできるようにします。
- ・リハビリや運動等をして，体力等が回復できるようにします。

(高齢者ケアプラン策定の基本)

- 1 治るものは治す。（改善する可能性、維持の必要性、悪化の危険性）
- 2 治らなければ補う。
- 3 予防する。

***公正中立**

- ・利用者一人ひとりを尊重し、身体のこと、病気のこと、介護力、希望等に配慮し、話し合いの上サービス計画を作り、サービスの調整をします。
- ・一部のサービスやサービス事業者の利用に偏らないようにします。

- (2) 「居宅介護サービス計画作成依頼届出書」を作成し、保険者（市町村）に提出します。
- (3) 保険者から、介護保険証に担当居宅介護支援事業者名称の記載を得ます。
- (4) 契約します。
 - ① 書面をもって重要事項を説明し、了解を得ます。
 - ② 契約書を作成し取り交わします。

2 基本情報を集めます。

- (1) 氏名、年齢、連絡先、ADL、医学的留意事項等、最低限度必要な情報を得ます。
- (2) 要介護認定情報を確認します（決定通知及び保険証）。
- (3) 個人票（フェイスシート）を作成します。

Ⅱ アセスメントする

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。
- ※1 アセスメントのための情報収集シート（宮城版：居宅）参照。

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。）
- ※1 情報収集シートで、支障ありは○，支障なしは×で分けます。
- ※2 その支障はあくまでも本人の支障であり、家族の支障ではありません。

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。
- ※1 情報収集シートで、○を付けた場合にコメントを記入します。
- ※2 ケアプラン策定のための課題検討用紙（宮城版）の「検討の必要な具体的状況」に整理します。

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
- ※1 医療面については、主治医の先生に確認します。
- ※2 課題検討用紙の「原因」に整理します。

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ね ⇒ 「ということは、できればまた歩けるようになりたい！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。

※ 課題検討用紙の「利用者（家族）の意向」に整理して記入します。

6 ケアプランにする必要性を把握します。（スクリーニング）

- (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 改善の可能性のある場合でも、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…)

※1 課題検討用紙の「自立に向けた可能性、必要性」に整理して記入します。

7 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を把握します。

(1) アセスメントの結果を反映させます。

- ① 把握した、生活上の支障・困っていること
- ② 把握した、支障、困っている原因
- ③ 把握した、希望・意向
- ④ 把握した、可能性
- ⑤ 把握した、危険性
- ⑥ 把握した、必要な医療対応
- ⑦ 把握した、必要な介護

(2) アセスメントの結果からの必要性と本人の意向が一致している場合は、その意向をそのままニーズにします。また、必要性を本人の意向に沿って言い換えて、本人の了解を得ます。

- ① お風呂に自分で入れない ⇒ お風呂に入りたい（本人の意向を反映）
- ② 歩行練習が必要である ⇒ また散歩できるようになりたい
- ③ 一人でいる時間が長く、
落ち込みが進む可能性が
ある ⇒ いろいろな人と会って楽しく過ごしたい
- ④ 膝の痛みのため掃除機が
けができない ⇒ 掃除を手伝ってほしい

(3) 本人の意向がとれなければ、必要性をニーズにします。

- ① 排泄介助が必要です
- ② 床ずれの予防が必要です
- ③ 日常動作のすべてに介助が必要です
- ④ 通院介助が必要です

(4) 必要性が明らかで、家族の想いを反映させる場合は次のようにします。

- ① お風呂に入れてあげたい
- ② 楽しく過ごす時間を持ってほしい

※1 課題検討用紙の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に整理して記入します。

8 どのようなケアを提供するのか、方向性を決めます。

(1) 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を解決するために、どのようなケアを提供し、どのような目標に沿ってケアを進めていくのかがわかるようにします。

① たとえば・・・

- ア お風呂に入れるようにします。
- イ 外出、交流し、楽しく過ごす機会を作り、気分が改善出来るようにします。
- ウ 機能訓練により、下肢機能が改善するようにします。
- エ 出来るだけ早く、床ずれを治すようにします。・・・など。

- (2) この段階では、まだサービスの種別は決まっていません。方向性だけで十分です。サービスを使うためのプランにならないようにするためにも重要です。

※1 課題検討用紙の「ケアの方向性」に整理して記入します。

Ⅲ ケアプランの原案を作る

1 目標を定めます。

期間： 短期目標は概ね3ヶ月、長期目標は最も長くて認定の有効期間

- (1) 実現可能でモニタリングしやすい目標にします。

- ① 5mぐらい自力で歩けるようになる
- ② お風呂に入れる
- ③ 食事がとれる
- ④ 話し相手ができる

- (2) 本人の目標にします（事業者や家族の目標にしない）

- ① 歩行介助をする ⇒ 安全に歩ける
- ② 床ずれを治す ⇒ 床ずれが治る
- ③ 楽しく過ごせる機会を作る ⇒ 楽しく過ごせる
- ④ 家族の介護負担が軽くなる ⇒ 入浴などの介助が受けられる

- (3) きれいな言葉を並べるのではなく、具体的な目標にします。

- ① その人らしく暮らせる？ ⇒
- ② 安楽に過ごせる？ ⇒
- ③ 穏やかでいられる？ ⇒
- ④ 自立した生活が送れる？ ⇒

2 目標を達成するための介護内容を定めます。

- (1) 具体的で簡潔に、利用者が何をしてもらえるのかがわかるように書きます。

入浴介助（リフト浴）、ポータブルトイレ介助、更衣介助、会話支援、交流支援、歩行訓練支援、下肢筋力強化訓練支援、服薬確認 など。

3 介護を実施するサービス、事業者を選定します。

- (1) 選ぶための提案をし、選んだ時のメリットとデメリットを説明します。

お風呂はどのように入りたいですか？ 自宅のお風呂で？浴槽を持ってきてもらって？出かけて？ など

4 目標達成に必要な利用頻度を定めます。

- (1) 目標達成を意識した、回数・頻度を設定し、その理由が客観的に説明できるようにします。

5 総合的な援助方針を設定します。（課題検討用紙の「ケアの方向性」です）

- (1) 短期目標は本人の目標ですが、援助の方針はサービス提供者の方針です。

- (2) 「～できるようにします。」 「～を支援します。」などと整理します。
- (3) ニーズと目標を整理して、箇条書きに整理して書きます。
- (4) ニーズと目標を整理して、まとめて文章にして書きます。

『ケアプランの原案』

利用者本人（家族）と話し合い、担当するサービス事業者と調整を済ませ、双方の内諾を得ているものが『ケアプランの原案』です。

IV サービス担当者会議をする

1 サービス担当者会議とは

- (1) 利用者本人（家族）とケアプランの原案にあるサービス担当者の参加により行なわれます。
 - ① 利用者本人宅など、身近なところでの開催が適当であり、効率的です。
 - ② 第三者は参加できません。
- (2) ケアプランの原案に基づいて話し合いをします。
 - ① 利用者本人（家族）の意見、希望を確認します。
 - ② 医学的留意事項を確認します。
 - ③ サービス担当者としての意見を述べ、不足情報を補います。
 - ④ ケアプランの合意とサービス役割の確認をおこないます。
 - ⑤ 利用者本人（家族）の了解なしには、決定、実施はされません。
 - ⑥ 規定の様式「サービス担当者会議録」に内容を記録します。
- (3) サービス担当者会議に参加できない担当者には。
 - ① 電話や個別訪問により調整し、その過程と結果を記録に残します。
 - ② 書面をもって情報を共有し、プランの合意とサービス役割の確認をします（フェイシブシート、アセスメントの結果表、ケアプラン表一式）。
- (4) ケアプラン（介護サービス計画書（1）（2）週間計画表）は、書面で本人(家族)の了解を得て渡すとともに、担当するサービス事業者にも渡します。

2 サービス担当者会議の留意点

- (1) 事前にサービス調整し、内諾を得ている原案を用意します。
会議の場で内容や回数を決めるものではありません。
- (2) 理解しやすい説明のために、専門用語をできるだけ使わないように進めます。
- (3) 理解しやすい説明のために、何について話しているのか理解できるように、要点を整理して話を進めます。

- (4) 本人・家族等の呼称に気をつけ、失礼のないようにします。
 - ① 本人を前にして「本人」と言う。
 - ② 長男を前にして「長男」と言う。
 - ③ 普段呼ばないのに、「〇〇様」と言う。・・・
- (5) 召集する時は、時間や余裕ある日程調整等に配慮します。
- (6) 利用者の自宅で開催する際には、手間や面倒をかけないように配慮します。
 - ① 時間をあまりかけない。
 - ② 茶菓子等は遠慮する。・・・

3 サービス担当者会議運営の留意点

- (1) 意見・考えを自由に言えるような雰囲気を作ること。
- (2) 本人・家族・参加者の発言を否定しないこと。
- (3) 発言には理由をつけ、納得してもらえようにすること。
- (4) 話している人を見て聞くこと。

サービス担当者会議進め方の例（居宅）

只今から〇〇さんのサービス担当者会議を始めます。

挨拶、紹介し、サービス担当者会議の趣旨を説明します。

- 1 介護サービス計画書（1）について説明します。
 - ① ケアプラン策定理由
 - ② 本人及び家族の意向
 - ③ その他
- 2 課題分析（アセスメント）の結果について説明します。
 - ① 生活上の解決すべき課題及び課題の検討・分析結果
 - ② ケアマネジャーとしての意見など
 - ③ 出席者（サービス担当者として）との質疑応答
- 3 介護サービス計画書（2）の案について説明します。
 - ① 援助方針（目標）
 - ② 具体的なサービス内容・役割分担
 - ③ 出席者（サービス担当者として）との質疑応答
- 4 ケアプランを確定します。
 - ① サービス内容の確認
 - ② 総合的な援助の方針
 - ③ モニタリングの方法・時期の確認
 - ④ 連絡方法の確認

以上、内容について合意が得られましたので、この介護計画に基づいて介護サービスをおこないます。実施して不都合があれば改善・変更しますので、ご意見をいただければ有り難く思います。

よろしく申し上げます。

本日はどうもありがとうございました。

V モニタリングする

1 ケアプランを振り返る

- (1) 課題分析が適切だったか
- (2) ニーズが適切だったか
- (3) 目標が適切だったか
- (4) サービス内容が適切だったか
- (5) サービス内容に本人家族が満足しているか

2 短期目標を管理する

- (1) サービスの内容・方法が適切かどうかを確認する
- (2) サービスの回数の適切かどうかを確認する

3 利用者本人の身体状況に合ったサービス提供がなされているか確認する

4 モニタリング評価・記録表を作成する

5 ケアプラン変更の必要性を確認する

6 再アセスメントし、ケアプランを更新する

モニタリング表(例)

利用者名	様	ケアマネジャー名		記録日	年 月 日
ニーズ	短期目標	サービス内容	本人(家族)の満足度	評価	以後の対応

VI 再アセスメントする

1 改めてアセスメントし、ケアプランの原案を作成し、サービス担当者会議をして確定する。

(1) 時期

- ① 要介護更新認定を受けた時
- ② 要介護状態区分の変更の認定を受けた時
- ③ 心身の状況の変化によりケアプランを変更する時

(2) その他

- ① 改めて診療情報提供を得る。
- ② モニタリングの結果、評価も参考にする。
- ③ 前回アセスメントとの変化を確認する。

振り返る（チェックする）

1 基本情報

- (1) 病歴、入院歴、病名・症状、服薬状況等、医療情報を得ているか
- (2) 介護が必要になった経緯をとらえているか

2 アセスメント

- (1) 生活上の支障や困っていることを具体的にとらえているか
- (2) 生活上の支障や困っていることの原因をとらえているか
- (3) 本人（家族）の意向をとらえているか
- (4) 改善の可能性、維持の必要性、悪化・低下の危険性を検討しているか

3 生活上の解決すべき課題（ニーズ）

- (1) アセスメントの結果に基づいているか
- (2) 必要性和利用者本人（家族）の意向・望む生活に即して設定しているか
- (3) 前向きな生活を支援する内容になっているか
- (4) 分かりやすく、簡潔な表現になっているか

4 目標

- (1) ニーズに沿った目標になっているか
- (2) 利用者本人の目標になっているか（介護者やサービスをする人の目標になってい

ないか)

- (3) 実現可能な具体的目標になっているか
- (4) モニタリングすることを意識した内容になっているか

5 サービス内容

- (1) 短期目標に沿ったサービス内容になっているか
- (2) 具体的で簡潔な内容になっているか

6 サービス種別

- (1) 設定されたサービスが、適切に効率的に行えるサービス種別を選んでいるか
- (2) 介護保険に限らない社会資源を活用しているか

7 サービス頻度

- (1) 目標を達成するのに必要な回数や時間になっているか(不要に多くない)

Ⅲ 高齢者虐待対応

～虐待を見つけたらどうする？～

(迷わず市町村に通報します。)

第七条 養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

2 前項に定める場合のほか、養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。

(発見したら、「個人情報保護法が…」とかって言ってる場合ではありません。)

3 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、前二項の規定による通報をすることを妨げるものと解釈してはならない。

(誰が通報したのかわからないようにして対応してくれます。)

第八条 市町村が前条第一項若しくは第二項の規定による通報又は次条第一項に規定する届出を受けた場合においては、当該通報又は届出を受けた市町村の職員は、その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

～通報したら市町村はどうしてくれる？～

(まず、行って見て判断し、急いで対応してくれます。)

第九条 市町村は、通報又は高齢者からの養護者による高齢者虐待を受けた旨の届出を受けたときは、速やかに、当該高齢者の安全の確認その他当該通報又は届出に係る事実の確認のための措置を講ずるとともに、当該市町村と連携協力する者とその対応について協議を行うものとする。

2 市町村又は市町村長は、通報又は届出があった場合には、当該通報又は届出に係る高齢者に対する養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護が図られるよう、養護者による高齢者虐待により生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認められる高齢者を一時的に保護するため迅速に老人福祉法に規定する老人短期入所施設等に入所させる等、適切に措置を講じ、又は、適切に審判の請求をするものとする。

(安全な部屋を確保してくれます。)

第十条 市町村は、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法の規定による措置を採るために必要な居室を確保するための措置を講ずるものとする。

(立入調査をしてくれます。)

第十一条 市町村長は、養護者による高齢者虐待により高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認めるときは、介護保険法の規定により設置する地域包括支援センターの職員その他の高齢者の福祉に関する事務に従事する職員をして、当該高齢者の住所又は居所に立ち入り、必要な調査又は質問をさせることができる。

2 前項の規定による立入り及び調査又は質問を行う場合においては、当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

3 第一項の規定による立入り及び調査又は質問を行う権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(面会を制限してくれます。)

第十三条 養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法の措置が採られた場合においては、市町村長又は当該措置に係る養介護施設の長は、養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護の観点から、当該養護者による高齢者虐待を行った養護者について当該高齢者との面会を制限することができる。

～高齢者虐待の例～

『B子さん87才』

(概要)

長男の本人に対する暴言が頻回で、精神的ストレスが大きい。また、本人の年金(月7万円)で3人が生活している状況で経済的に困窮している。

長男は会社員として仕事をしていたが、50代でリストラによる解雇がきっかけで飲酒の量が増え、酒量のコントロールが出来なくなってきた。長男の妻も仕事をしておらず全く収入がなくなり、長男夫婦の貯金や保険を解約しながら、また本人も生活費の一部を払って生活をしていたが、徐々に金銭的に困窮し家を担保にして長男夫婦は銀行等からお金を借りる。

それでも長男は飲酒を続け、暴言や暴行行為あり。その為長男の妻や孫2人(長男・次男)がうつ病を発症し治療を受けるようになった。長男の妻は、生活態度を改めようとしなが長男に愛想をつかし、H20年離婚。本人の年金1月7万弱で生活費を賄う生活が始まる。その後は本人・長男の2人暮らしであったが、県外に住んでいた孫(長男の長男)が帰省し3人暮らしとなる。

長男は、相変わらず毎日時間に関係なく飲酒し続け、本人に対して昼夜問わず暴言を吐く。過度の飲酒により糖尿病が悪化し、低血糖症状が頻回にあり何度も救急車で病院へ搬送されている。また、「ババアを今から殺すところだ」と長男が直接警察に電話をしたり、酔って道路で寝ているところを保護されたりしている。長男の年金は2ヶ月で3万5千円あるが、全て酒代になっている。

また、本人は今でも、離婚した長男の妻や孫からお金の請求をされる事がある。本人は精神的なストレスが強く、ここ2年間で虚血性大腸炎や体調不良にて入退院をしている。

どうしますか…?

1 権利侵害の背景

- (1) 障がい等により自分の権利を自分で守れない。
- (2) 世話をする側とされる側の上下関係がある。
- (3) 生活支援の場が密室になる。
- (4) 認知症・高齢障害者の理解が不足している場合がある。
- (5) 権利擁護・人権感覚の理解が不足している場合がある。
- (6) 自分で情報を集めて選び判断することが難しい。
- (7) 人には「相性」がある。
- (8) 後見のシステムがまだ一般化していない。

2 高齢者虐待に関するアセスメントの目的

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迷わず市町村に通報する。

3 高齢者虐待を把握する項目

下記に1つ以上該当すれば、より詳細にアセスメントする必要がある。

- (1) 家族や現在介護をしてもらっている者に対して恐れをいんでいる
- (2) 説明がつかない怪我、骨折、火傷がある
- (3) 放置、暴力等の虐待を受けている
- (4) 身体抑制を受けている
- (5) 財産が搾取されている

4 高齢者虐待の定義

近年、高齢者の虐待について関心が高まっているが、問題は十分に理解されているとは言えない。多様な状態を包括する定義は「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」により明文化されたが、すべてを包括するものではない。高齢者の虐待には遂行（虐待）または放置（無視）があり、故意に苦痛を与えようとした場合と介護者あるいは虐待者の不十分な知識、燃え尽き、怠惰から無意識に苦痛を与えてしまう場合とがある。

高齢者に対する不当な扱いは以下に分類される。

- (1) 身体的虐待
身体的苦痛や障害（性的な虐待を含む）を与える。
- (2) 心理的（精神的）虐待
ひどい精神的苦痛（恥をかかせる、おびえさせることを含む）を与える。

- (3) 放置（ネグレクト）
介護の義務の拒否や失敗（放置するのみならず、必要な食べ物や医療等のサービス、眼鏡などを与えないことを含む）。
- (4) 経済的虐待
所持金や財産の不法、または不適切な搾取または使用。

5 高齢者虐待問題の背景

虐待が起こりやすい状況は以下のとおりである。

- (1) 高齢者の身体、認知障害
- (2) 高齢者の虐待者への依存
- (3) 虐待の高齢者への依存（特に経済的援助を受けるなど）
- (4) 虐待者の精神的状況（薬物乱用や精神疾患の既往など）
- (5) 家族の社会的孤立

「新たな適応力を必要とする新たな生活様式の変化（ストレスとなる生活上の出来事）」と「暴力の既往」の2つの要因は子供や夫婦間の虐待に関連することわかっているが、高齢者の虐待との関連は今のところ明らかでない。しかし、このことはケアプランを作成するときに考慮する必要がある。

7 高齢者虐待対応の指針（市町村の責務）

- (1) 虐待の判断
 - ① 虐待や放置、搾取を判断するためには、その頻度、継続時間、激しさ、重大性、結果を把握し検討する。
 - ② 虐待を見分けるには、利用者自身の認識、つまり本人がその行動を虐待としてとらえているか、それを改めるための対応を受け入れる用意があるか、によって左右されることが多い。
 - ③ 虐待と放置をスクリーニングするには以下を確認する必要がある。
 - ア 現時点での問題は何か。
 - イ 虐待、放置、搾取の危険性があるか。
 - ウ 問題の性質として激しいか、頻回に起こるか。
 - エ 危険性の緊急度はどうか。
 - オ 介護者が虐待者となりうるか。
 - カ 家族のケアは一貫性があるか、質が高いか。
 - キ 過去に介護者が暴力をふるったり、虐待や放置、搾取しているか。介護者は本人以外の他者に暴力をふるったことがあるか。
 - ク 在宅サービス（フォーマルサービス）は信頼できるか。
 - ケ 在宅サービスの機関のスタッフは、根底にある問題に対応する姿勢をとっているか。
 - コ 家族は問題を改めようとする用意があるか。

- サ 虐待を行なっている者、または利用者に薬物依存はあるか。
- シ 状況は緊急を要するか。
- ④ アセスメントの目標は、以下を把握することである
 - ア 虐待、放置、搾取が起きているか。
 - イ 本人が自己の利益にそって意思を決定し、同時に自分で決定したことのもたらす影響について理解する能力があるか。
 - ウ 本人の危険性はどのようなレベルか。
 - エ 福祉、医療、裁判所による法的仲裁、保護等の緊急介入の必要性はあるか。
- ⑤ アセスメントの最初の段階は、虐待が本当にあるのかを確かめることである。介護者が善意を持っているにもかかわらず、迫害されている錯覚苦しんでいる高齢者もいる。このような高齢者は専門家による精神科的治療を受ける必要がある。

(2) 分析の方法

- ① 利用者との面接
- ② 利用者に脅迫的と受け止められない方法で面接し、虐待の訴えやアセスメント項目によって虐待を確認する。
- ③ 当初はできないかもしれないが、虐待しているかもしれない者は同席せず、本人と2人だけで話を聞くことが重要である。
- ④ 本人が不当な扱いを受けていると明確に言うことが、介入するかどうかの決め手となる。
- ⑤ 本人が訴えを取り消す場合には、訴えの妥当性を判断する。
- ⑥ 利用者の意思決定能力を見極める
 - ア 記憶障害や機能の問題があっても、自分の安全性に関して適切に意思決定することが可能である。ある一定期間ありのままの状態を観察し、高齢者の意思決定能力を評価すること。
 - イ そのうえで、現在の環境に利用者があることの危険性について判断する。危険であれば、裁判所が後見人をたてたり、精神科の措置入院を検討しなければならない場合もある。
- ⑦ 利用者の訴えや、示唆された虐待を調査する
 - ア 利用者からの訴えや虐待の可能性が観察されたら、できるだけ早く、医師、被害者の親戚、在宅サービス提供者に紹介し、面接して情報を得る。
 - イ 虐待をしていることが疑われる者との面接も、ケアの方向性を探るために有効である場合もある。介護者に面接は通常高齢者と別々に行なうことになっていると伝え、評価者と2人で面接し、介護者の善意や健康状態、能力について評価する。
 - ウ 利用者は、評価者が虐待者と2人きりで面接することを嫌がるころがある。本人の訴えが間違っているとと言われる、仕返しされる、施設に入所させられる、家族の支えをなくす、家族問題が露呈する、といったことを恐れるためである。
 - エ 経済的な虐待は露骨な場合把握は難しいが、介護者が利用者に金銭を強要している場合は、同時に身体的心理的虐待も引き起こす可能性がある。

(3) ケアの方向

- ① 要因を取り除く
 - ア 虐待や放置、搾取への適切な対応は、個々のケースにより大きく異なる。
 - イ しばしば、ソーシャルワーカーは、家族とともにおこり得る虐待や放置に結びつく要因を取り除いて、状況を静めさせることができる。

- ② 介護者から利用者を引き離す
 - ア 訪問介護や短期入所、通所サービス、虐待をしている可能性のある、あるいは怠惰な介護者から本人を引き離す時間的余裕をつくるために導入する。

(4) ケアを決定するための意思確認

- ① すべての利用者に対し、以下を確認する。
 - ア 緊急の身体的危険にさらされているが、そうであれば、評価者は直ちに高齢者を現在の環境から移す（離す）手段をとる。
 - イ 利用者は介入を受け入れるか。
 - ウ 在宅サービスの導入や増加は、虐待の状況を改善できるか。
 - エ 介護者が現在の介護負担に耐えられるよう、介護者に対するカウンセリングや支援または医学的治療が必要か。
 - オ 利用者の訴えに根拠がないようならば、精神科的診断や治療が必要か。

(5) 再アセスメント

- ① 定期的な再アセスメントは、虐待の証拠が決定的でない場合も含めてすべての利用者が必要である。

(6) 緊急体制を整える

- ① 利用者は援助を断ることもある。断られた場合は、緊急の援助（電話番号、適切な通報・相談先）について情報を書面で知らせ、適切な相談受付と対応の体制をとる必要がある。

8 高齢者の虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、高齢者に対する虐待が深刻な状況にあり、高齢者の尊厳の保持にとって高齢者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等にかんがみ、高齢者虐待の防止等に関する国等の責務、高齢者虐待を受けた高齢者に対する保護のための措置、養護者の負担の軽減を図ること等の養護者に対する養護者による高齢者虐待の防止に資する支援（以下「養護者に対する支援」という。）のための措置等を定めることにより、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって高齢者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律において「高齢者」とは、六十五歳以上の者をいう。

2 この法律において「養護者」とは、高齢者を現に養護する者であつて養介護施設従事者等以外のものをいう。

3 この法律において「高齢者虐待」とは、養護者による高齢者虐待及び養介護施設従事者等による高齢者虐待をいう。

4 この法律において「養護者による高齢者虐待」とは、次のいずれかに該当する行為をいう。

一 養護者がその養護する高齢者について行う次に掲げる行為

イ 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。

ロ 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、養護者以外の同居人によるイ、ハ又はニに掲げる行為と同様の行為の放置等養護を著しく怠ること。

- ハ 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
- ニ 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
- 二 養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。
- 5 この法律において「養介護施設従事者等による高齢者虐待」とは、次のいずれかに該当する行為をいう。
 - 一 老人福祉法に規定する老人福祉施設若しくは有料老人ホーム又は介護保険法に規定する地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは地域包括支援センター（以下「養介護施設」という。）の業務に従事する者が、当該養介護施設に入所し、その他当該養介護施設を利用する高齢者について行う次に掲げる行為
 - イ 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
 - ロ 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。
 - ハ 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
 - ニ 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
 - ホ 高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。
 - 二 老人福祉法に規定する老人居宅生活支援事業又は介護保険法に規定する居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、居宅介護支援事業、介護予防サービス事業、地域密着型介護予防サービス事業若しくは介護予防支援事業（以下「養介護事業」という。）において業務に従事する者が、当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける高齢者について行う前号イからホまでに掲げる行為

（国及び地方公共団体の責務等）

第三条 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び適切な養護者に対する支援を行うため、関係省庁相互間その他関係機関及び民間団体の間の連携の強化、民間団体の支援その他必要な体制の整備に努めなければならない。

2 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護並びに養護者に対する支援が専門的知識に基づき適切に行われるよう、これらの職務に携わる専門的な人材の確保及び資質の向上を図るため、関係機関の職員の研修等必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

3 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護に資するため、高齢者虐待に係る通報義務、人権侵犯事件に係る救済制度等について必要な広報その他の啓発活動を行うものとする。

（国民の責務）

第四条 国民は、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等の重要性に関する理解を深めるとともに、国又は地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等のための施策に協力するよう努めなければならない。

（高齢者虐待の早期発見等）

第五条 養介護施設、病院、保健所その他高齢者の福祉に業務上関係のある団体及び養介護施設従事者等、医師、保健師、弁護士その他高齢者の福祉に職務上関係のある者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めなければならない。

2 前項に規定する者は、国及び地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止のための啓発活動及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護のための施策に協力するよう努めなければならない。

第二章 養護者による高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等

(相談、指導及び助言)

第六条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止及び養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護のため、高齢者及び養護者に対して、相談、指導及び助言を行うものとする。

(養護者による高齢者虐待に係る通報等)

第七条 養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

2 前項に定める場合のほか、養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。

3 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、前二項の規定による通報をすることを妨げるものと解釈してはならない。

第八条 市町村が前条第一項若しくは第二項の規定による通報又は次条第一項に規定する届出を受けた場合においては、当該通報又は届出を受けた市町村の職員は、その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

(通報等を受けた場合の措置)

第九条 市町村は、通報又は高齢者からの養護者による高齢者虐待を受けた旨の届出を受けたときは、速やかに、当該高齢者の安全の確認その他当該通報又は届出に係る事実の確認のための措置を講ずるとともに、当該市町村と連携協力する者とその対応について協議を行うものとする。

2 市町村又は市町村長は、通報又は届出があった場合には、当該通報又は届出に係る高齢者に対する養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護が図られるよう、養護者による高齢者虐待により生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認められる高齢者を一時的に保護するため迅速に老人福祉法に規定する老人短期入所施設等に入所させる等、適切に措置を講じ、又は、適切に審判の請求をするものとする。

(居室の確保)

第十条 市町村は、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法の規定による措置を採るために必要な居室を確保するための措置を講ずるものとする。

(立入調査)

第十一条 市町村長は、養護者による高齢者虐待により高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認めるときは、介護保険法の規定により設置する地域包括支援センターの職員その他の高齢者の福祉に関する事務に従事する職員をして、当該高齢者の住所又は居所に立ち入り、必要な調査又は質問をさせることができる。

2 前項の規定による立入り及び調査又は質問を行う場合においては、当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

3 第一項の規定による立入り及び調査又は質問を行う権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(警察署長に対する援助要請等)

第十二条 市町村長は、前条第一項の規定による立入り及び調査又は質問をさせようとする場合において、これらの職務の執行に際し必要があると認めるときは、当該高齢者の住所又は居所の所在地を管轄する警察署長に対し援助を求めることができる。

2 市町村長は、高齢者の生命又は身体の安全の確保に万全を期する観点から、必要に応じ適切に、前項の規定により警察署長に対し援助を求めなければならない。

3 警察署長は、第一項の規定による援助の求めを受けた場合において、高齢者の生命又は身体の安全を確保するため必要と認めるときは、速やかに、所属の警察官に、同項の職務の執行を援助するために必要な警察官職務執行法その他の法令の定めるところによる措置を講じさせるよう努めなければならない。

(面会の制限)

第十三条 養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法の措置が採られた場合においては、市町村長又は当該措置に係る養介護施設の長は、養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護の観点から、当該養護者による高齢者虐待を行った養護者について当該高齢者との面会を制限することができる。

(養護者の支援)

第十四条 市町村は、第六条に規定するもののほか、養護者の負担の軽減のため、養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を講ずるものとする。

2 市町村は、前項の措置として、養護者の心身の状態に照らしその養護の負担の軽減を図るため緊急の必要があると認める場合に高齢者が短期間養護を受けるために必要となる居室を確保するための措置を講ずるものとする。

(専門的に従事する職員の確保)

第十五条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するために、これらの事務に専門的に従事する職員を確保するよう努めなければならない。

(連携協力体制)

第十六条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するため、老人福祉法に規定する老人介護支援センター、介護保険法項の規定により設置された地域包括支援センターその他関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。この場合において、養護者による高齢者虐待にいつでも迅速に対応することができるよう、特に配慮しなければならない。

(事務の委託)

第十七条 市町村は、高齢者虐待対応協力者のうち適当と認められるものに、相談、指導及び助言、通報又は届出の受理、高齢者の安全の確認その他通報又は届出に係る事実の確認のための措置並びに養護者の負担の軽減のための措置に関する事務の全部又は一部を委託することができる。

2 前項の規定による委託を受けた高齢者虐待対応協力者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの者であった者は、正当な理由なしに、その委託を受けた事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

3 通報又は届出の受理に関する事務の委託を受けた高齢者虐待対応協力者が通報又は届出を受けた場合には、当該通報又は届出を受けた高齢者虐待対応協力者又はその役員若しくは職員は、その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

(周知)

第十八条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、通報又は届出の受理、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護、養護者に対する支援等に関する事務についての窓口となる部局及び高齢者虐待対応協力者の名称を明示すること等により、当該部局及び高齢者虐待対応協力者を周知させなければならない。

(都道府県の援助等)

第十九条 都道府県は、この章の規定により市町村が行う措置の実施に関し、市町村相互間の連絡調整、市町村に対する情報の提供その他必要な援助を行うものとする。

2 都道府県は、この章の規定により市町村が行う措置の適切な実施を確保するため必要があると認めるときは、市町村に対し、必要な助言を行うことができる。

第三章 養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等

(養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置)

第二十条 養介護施設の設置者又は養介護事業を行う者は、養介護施設従事者等の研修の実施、当該養介護施設に入所し、その他当該養介護施設を利用し、又は当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける高齢者及びその家族からの苦情の処理の体制の整備その他の養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置を講ずるものとする。

(養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る通報等)

第二十一条 養介護施設従事者等は、当該養介護施設従事者等がその業務に従事している養介護施設又は養介護事業において業務に従事する養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

2 前項に定める場合のほか、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

- 3 前二項に定める場合のほか、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。
- 4 養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けた高齢者は、その旨を市町村に届け出ることができる。
- 5 第十八条の規定は、第一項から第三項までの規定による通報又は前項の規定による届出の受理に関する事務を担当する部局の周知について準用する。
- 6 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、第一項から第三項までの規定による通報（虚偽であるもの及び過失によるものを除く。次項において同じ。）をすることを妨げるものと解釈してはならない。
- 7 養介護施設従事者等は、第一項から第三項までの規定による通報をしたことを理由として、解雇その他不利益な取扱いを受けない。

第二十二條 市町村は、通報又は届出を受けたときは、当該通報又は届出に係る養介護施設従事者等による高齢者虐待に関する事項を、当該養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る養介護施設又は当該養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る養介護事業の事業所の所在地の都道府県に報告しなければならない。

- 2 前項の規定は、地方自治法の指定都市及び中核市については、厚生労働省令で定める場合を除き、適用しない。

第二十三條 市町村が通報又は届出を受けた場合においては、当該通報又は届出を受けた市町村の職員は、その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。都道府県が報告を受けた場合における当該報告を受けた都道府県の職員についても、同様とする。

(通報等を受けた場合の措置)

第二十四條 市町村が通報若しくは届出を受け、又は都道府県が報告を受けたときは、市町村長又は都道府県知事は、養介護施設の業務又は養介護事業の適正な運営を確保することにより、当該通報又は届出に係る高齢者に対する養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護を図るため、老人福祉法又は介護保険法の規定による権限を適切に行使するものとする。

(財産上の不当取引による被害の防止等)

第二十七條 市町村は、養護者、高齢者の親族又は養介護施設従事者等以外の者が不当に財産上の利益を得る目的で高齢者で行う取引による高齢者の被害について、相談に応じ、若しくは消費生活に関する業務を担当する部局その他の関係機関を紹介し、又は高齢者虐待対応協力者に、財産上の不当取引による高齢者の被害に係る相談若しくは関係機関の紹介の実施を委託するものとする。

- 2 市町村長は、財産上の不当取引の被害を受け、又は受けるおそれのある高齢者について、適切に、老人福祉法第三十二条の規定により審判の請求をするものとする。

(成年後見制度の利用促進)

第二十八條 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護並びに財産上の不当取引による高齢者の被害の防止及び救済を図るため、成年後見制度の周知のための措置、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずることにより、成年後見制度が広く利用されるようにしなければならない。

第五章 罰則

第二十九條 第十七条第二項の規定に違反した者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

第三十條 正当な理由がなく、立入調査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は同項の規定による質問に対して答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をし、若しくは高齢者に答弁をさせず、若しくは虚偽の答弁をさせた者は、三十万円以下の罰金に処する。

(検討)

- 2 高齢者以外の者であって精神上又は身体上の理由により養護を必要とするものに対する虐待の防止等のための制度については、速やかに検討が加えられ、その結果に基づいて必要な措置が講ぜられるものとする。
- 3 高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等のための制度については、この法律の施行後三年を目途として、この法律の施行状況等を勘案し、検討が加えられ、その結果に基づいて必要な措置が講ぜられるものとする。

IV 相談支援の専門職

『相談支援の基本』～本人の想いを聴く～

～ 本人を受け入れるということ ～

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。 気にかけない。
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見ましょう！」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。一人ひとり顔も違えば、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と、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」などと思ってしまうのは、特別扱いをされたいとも思っていないのです。共感はずっと普通ででき

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考えるのではなく、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。

V 主任介護支援専門員や管理者

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。

(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。

(参考)

『相談支援をする人』等

(民生委員)

第一条 民生委員は、社会奉仕の精神をもつて、常に住民の立場に立つて相談に応じ、及び必要な援助を行い、もつて社会福祉の増進に努めるものとする。

第二条 民生委員は、常に、人格識見の向上と、その職務を行う上に必要な知識及び技術の修得に努めなければならない。

第十四条 民生委員の職務は、次のとおりとする。

- 一 住民の生活状態を必要に応じ適切に把握しておくこと。
- 二 援助を必要とする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生活に関する相談に応じ、助言その他の援助を行うこと。
- 三 援助を必要とする者が福祉サービスを適切に利用するために必要な情報の提供その他の援助を行うこと。
- 四 社会福祉を目的とする事業を経営する者又は社会福祉に関する活動を行う者と密接に連携し、その事業又は活動を支援すること。
- 五 福祉事務所その他の関係行政機関の業務に協力すること。

2 民生委員は、前項の職務を行うほか、必要に応じて、住民の福祉の増進を図るための活動を行う。

(児童委員)

第十七条 児童委員は、次に掲げる職務を行う。

- 一 児童及び妊産婦につき、その生活及び取り巻く環境の状況を適切に把握しておくこと。
- 二 児童及び妊産婦につき、その保護、保健その他福祉に関し、サービスを適切に利用するために必要な情報の提供その他の援助及び指導を行うこと。
- 三 児童及び妊産婦に係る社会福祉を目的とする事業を経営する者又は児童の健やかな育成に関する活動を行う者と密接に連携し、その事業又は活動を支援すること。
- 四 児童福祉司又は福祉事務所の社会福祉主事の行う職務に協力すること。
- 五 児童の健やかな育成に関する気運の醸成に努めること。
- 六 前各号に掲げるもののほか、必要に応じて、児童及び妊産婦の福祉の増進を図るための活動を行うこと。

- 2 主任児童委員は、前項各号に掲げる児童委員の職務について、児童の福祉に関する機関と児童委員（主任児童委員である者を除く。以下この項において同じ。）との連絡調整を行うとともに、児童委員の活動に対する援助及び協力を行う。
 - 3 前項の規定は、主任児童委員が第一項各号に掲げる児童委員の職務を行うことを妨げるものではない。
 - 4 児童委員は、その職務に関し、都道府県知事の指揮監督を受ける。
- 第十八条 市町村長は、前条第一項又は第二項に規定する事項に関し、児童委員に必要な状況の通報及び資料の提供を求め、並びに必要な指示をすることができる。
- 2 児童委員は、その担当区域内における児童又は妊産婦に関し、必要な事項につき、その担当区域を管轄する児童相談所長又は市町村長にその状況を通知し、併せて意見を述べなければならない。
 - 3 児童委員が、児童相談所長に前項の通知をするときは、緊急の必要があると認める場合を除き、市町村長を経由するものとする。
 - 4 児童相談所長は、その管轄区域内の児童委員に必要な調査を委嘱することができる。

（地域包括支援センター）

- 1 地域包括支援センターは次の基本機能を担う
 - 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
 - ④ 介護保険における予防給付の対象となる要支援者の介護予防支援
- (1) チームアプローチによる運営
- 地域包括支援センターの業務は、上記①については保健師等、②については社会福祉士等、③については主任ケアマネジャー等が主として担当することになるが、いずれの業務についても、主たる担当職種のみで行うのではなく、各職種が地土或包括支援センターの業務全体を十分に理解し、相互に連携・協働しながら、チームとして実施できるよう、情報の共有や業務の実施体制に特に配慮するものとする。
- (2) 地域における様々な資源の活用
- ① 地域包括支援センターの運営に当たっては、保健・福祉・医療の専門職やボランティアなどさまざまな関係者がそれぞれの能力を生かしながら相互に連携することにより、介護サービス、医療サービス、ボランティア活動、近隣住民同士の助け合いまで、地域の様々な社会資源を活用した継続的かつ包括的なケアが行われるよう

総合的なケアマネジメントを行うことが不可欠である。

- ② このため、地域包括支援センターが中心となり、こうした地域の様々な関係者と連携を図る場を設けるほか、同一市町村内の他の地域包括支援センターとの連携を図り、情報の共有化、事例の分析を行うなど、地域包括支援センターの担当圏域を越えたネットワーク形成に努める。

(3) 個人情報の取扱いについて

地域包括支援センターの運営上、多くの個人情報を取り扱うこととなるため、次に掲げる事項に留意しなければならない。

- ① 地域包括支援センターにおける各事業の実施に当たり、各業務の担当者が互いに情報を共有し、その活用を図ることが重要であることにかんがみ、予め本人から個人情報を目的の範囲内で利用する旨の了解を得ておくこと。
- ② 個人情報の取り扱いについては、関係法令（ガイドライン等を含む。）を遵守し、厳重に取り扱うこととし、その保護に遺漏のないよう十分に留意すること。

2 地域包括支援センター3職種の責務

保健師 『介護予防ケアマネジメント』

(1) 予防ケアマネジメントの実施

二次予防事業の対象者（主として要介護状態等となるおそれの高い状態にあると認められる65歳以上の者）が要介護状態等になることを予防するため、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行う。

主任ケアマネジャー 『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指導の相談・助言
- ② 支援困難事例等への指導・助言

(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

社会福祉士 『総合相談や支援』『権利擁護』

(1) 地域の総合的な福祉相談窓口設置

(2) 地域生活支援のための関係者ネットワーク化実践

(3) ネットワークを通じた高齢者の心身状況や家庭環境等の実態把握

(4) 高齢者虐待・権利侵害への対応

- ① 成年後見制度の活用
 - ア 利用アドバイス
 - イ 市町村長申立
 - ウ 成年後見推薦団体との調整・紹介
- ② 老人福祉施設等への措置
- ③ 虐待への対応
- ④ 対応拒否者等への対応
- ⑤ 立ち入り調査
- ⑥ 加害養護者への対応
- ⑦ 消費者被害への対応

3 権利擁護・虐待対応

権利擁護事業は、地域の住民や民生委員、介護支援専門員などの支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において、安心して尊厳のある生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点からの支援を行うものである。

事業の内容としては、成年後見制度の活用促進、老人福祉施設等への措置の支援、高齢者虐待への対応、困難事例への対応、消費者被害の防止に関する諸制度を活用し、高齢者の生活の維持を図るものである。

～権利擁護～

実態把握や総合相談の過程で、特に権利擁護の観点からの支援が必要と判断した場合には、次のような諸制度を活用する。

(1) 成年後見制度の活用

高齢者の判断能力の状況等を把握し、成年後見制度の利用が必要なケースであれば、以下の業務を行う。

- ① 高齢者に親族がいる場合には、当該親族に成年後見制度を説明し、親族からの申立てが行われるよう支援する。
- ② 申立てを行える親族がないと思われる場合や、親族があっても申立てを行う意思がない場合で、成年後見制度の利用が必要と認めるときは、速やかに市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、市町村申立てにつなげる。

(2) 成年後見制度の円滑な利用

- ① 市町村や地方法務局と連携し、成年後見制度を幅広く普及させるための広報等の取組を行う。

② 鑑定又は診断書の作成手続きに速やかに取り組めるよう、地域の医療機関との連携を確保する。

③ 高齢者にとって適切な成年後見人を選任できるよう、地域で成年後見人となるべき者を推薦する団体等を、高齢者又はその親族に対して紹介する。なお、地域包括支援センターの業務として、担当職員自身が成年後見人となることは想定していない。

(3) 老人福祉施設等への措置

虐待等の場合で、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、措置入所の実施を求める。また、措置入所後も当該高齢者の状況を把握し、できる限り速やかに、成年後見制度の利用など必要なサービス等の利用を支援する。

(4) 虐待への対応

虐待の事例を把握した場合には、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認し、事例に即した適切な対応をとる。

(5) 困難事例への対応

高齢者やその家庭に重層的に課題が存在している場合、高齢者自身が支援を拒否している場合等の困難事例を把握した場合には、他の職種と連携し、地域包括支援センター全体で対応を検討する。

(6) 消費者被害の防止

訪問販売によるリフォーム業者などによる消費者被害を未然に防止するため、消費生活センター（又は市町村の消費者行政担当部局）と定期的な情報交換を行うとともに、民生委員、介護支援専門員、訪問介護員等に情報提供を行う。

～総合相談支援～

総合相談支援事業は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関及び制度の利用につなげる等の支援を行うものである。

事業の内容としては、初期段階での相談対応及び専門的・継続的な相談支援、その実施に当たって必要となるネットワークの構築、地域の高齢者の状況の実態の把握を行うものである。

1 総合相談支援の基本的視点

(1) 総合相談・支援及び権利擁護の業務（以下「総合相談支援等業務」という。）は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするために、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行うものである。

(2) 本業務は、社会福祉士が中心となって実施することとなるが、地域包括支援センタ

一の他の職種をはじめ、地域の関係機関等との連携にも留意しなければならない。

2 業務内容

(1) 地域におけるネットワーク構築業務

- ① 効率的・効果的に実態把握業務を行い、支援を必要とする高齢者を見出し、総合相談につなげるとともに、適切な支援、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するため、地域における様々な関係者のネットワークの構築を図る。そのため、サービス提供機関や専門相談機関等のマップの作成等により活用可能な機関、団体等の把握などを行う。地域に必要な社会資源がない場合は、その開発に取り組む。
- ② 地域の様々なニーズに応じ、これらのネットワークを有効活用していくこととなるが、特に、高齢者の虐待防止については、「高齢者虐待防止ネットワーク」を早急に構築することが必要である。

(2) 実態把握業務

- ① 総合相談支援業務を適切に行う前提として、(1)のネットワークを活用するほか、様々な社会資源との連携、高齢者への戸別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者の心身の状況や家族の状況等についての実態把握を行う。

(3) 総合相談業務

総合相談業務として、次の業務を行う。

① 初期段階での相談対応

- ア 本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的又は緊急の対応が必要かどうかを判断する。
- イ 適切な情報提供を行えば相談者自身により解決が可能と判断した場合には、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行う。

② 継続的・専門的な相談支援

- ア 初期段階の相談対応で、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、当事者への訪問、当事者に関わる様々な関係者からのより詳細な情報収集を行い、当事者に関する課題を明確にし、個別の支援計画を策定する。
- イ 支援計画に基づき、適切なサービスや制度につなぐとともに、当事者や当該関係機関から、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認する。

～包括的・継続的ケアマネジメント支援～

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業は、地域の高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、主治医と介護支援専門員との連携はもとより他の様々な職種との多職種協働や地域の関係機関との連携を図るとともに、介護予防ケアマネジメント、指定介護予防支援及び介護給付におけるケアマネジメントとの相互の連携を図ることにより、個々の高

高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的なケアマネジメントを実現するため、介護支援専門員に対する後方支援を行うものである。

事業の内容としては、包括的・継続的なケア体制の構築、地域における介護支援専門員のネットワークの構築・活用、介護支援専門員に対する日常的個別指導・相談、地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等への指導・助言を行うものである。

(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指導の相談・助言
- ② 支援困難事例等への指導・助言

(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

(市町村社会福祉協議会)

市町村社会福祉協議会は、次に掲げる事業を行うことにより地域福祉の推進を図ることを目的とする団体であつて、その区域内における社会福祉を目的とする事業を経営する者及び社会福祉に関する活動を行う者が参加するもの。

- 一 社会福祉を目的とする事業の企画及び実施
- 二 社会福祉に関する活動への住民の参加のための援助
- 三 社会福祉を目的とする事業に関する調査、普及、宣伝、連絡、調整及び助成
- 四 ほか、社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図るために必要な事業

社会福祉協議会は、それぞれの都道府県、市区町村で、地域に暮らす皆様のほか、民生委員・児童委員、社会福祉施設・社会福祉法人等の社会福祉関係者、保健・医療・教育など関係機関の参加・協力のもと、地域の人びとが住み慣れたまちで安心して生活することのできる「福祉のまちづくり」の実現をめざしたさまざまな活動をおこなっています。

たとえば、各種の福祉サービスや相談活動、ボランティアや市民活動の支援、共同募金運動への協力など、全国的な取り組みから地域の特性に応じた活動まで、さまざまな場面で地域の福祉増進に取り組んでいます。

(福祉活動専門員)

市区町村社会福祉協議会に設置される職員で、民間社会福祉活動の推進方策の調査、企画、連絡調整、広報、指導、その他実践活動の推進に従事します。

(コミュニティソーシャルワーカー (CSW))

コミュニティソーシャルワークとは、コミュニティに焦点をあてた社会福祉活動・業務の進め方で、地域において、支援を必要とする人々の生活圏や人間関係等環境面を重視した援助を行うとともに、地域を基盤とする支援活動を発見して支援を必要とする人に結びつけたり、新たなサービスを開発したり、公的制度との関係を調整したりすることをめざすものです。コミュニティソーシャルワーカーとは、このコミュニティソーシャルワークを行う者のことです。

(都道府県社会福祉協議会)

第百十条 都道府県社会福祉協議会は、都道府県の区域内において次に掲げる事業を行うことにより地域福祉の推進を図ることを目的とする団体であつて、その区域内における市町村社会福祉協議会の過半数及び社会福祉事業又は更生保護事業を経営する者の過半数が参加するものとする。

- 一 前条第一項各号に掲げる事業であつて各市町村を通ずる広域的な見地から行うことが適切なもの
- 二 社会福祉を目的とする事業に従事する者の養成及び研修
- 三 社会福祉を目的とする事業の経営に関する指導及び助言
- 四 市町村社会福祉協議会の相互の連絡及び事業の調整

(公的扶助 (生活保護))

生活保護制度は、生活に困窮する方に対し、その困窮の程度に応じて必要な保護を行い、健康で文化的な最低限度の生活を保障するとともに、自立を助長することを目的としています。

(保健師)

市町村保健師は乳幼児や妊婦、成人、高齢者、障害者など幅広い年齢層を対象とし、市町村保健センターなどで住民に身近な保健・福祉・サービスを担っている。虐待や男女共同参画、職員へのメンタルヘルス教育など幅広い活動が行われており、保健・医療・福祉の橋渡しの役割を担う。

(介護支援専門員 (ケアマネジャー))

- 1 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。

(成年後見制度)

1 成年後見制度とは

成年後見制度とは、痴呆症や知的障害、精神障害などで判断能力が不十分になった人の社会生活を支援する仕組みです（平成12年度～）。

従前から禁治産制度というものがりましたが、この制度は100年も前に作られたもので、本人の権利をすべて剥奪するという内容のものでした。

判断能力が衰えてきても、そのことで人間の尊厳が損なわれるわけではありません。そこで、本人に残っている能力を最大限に活かし、不足している部分を補うという形で、本人を保護・支援していくべきとの思想の下で作られたのが、新しい成年後見制度です。

2 成年後見制度の基本的な考え方

人は、社会生活を営むとき、意識するとしなにかかわらず、様々な契約をしています。買い物をするときの売買契約、お金を借りるときの金銭消費貸借契約、銀行に預金するときの契約、介護サービスをうけるときの契約、施設入所するときの契約などなど。そのとき、判断能力が衰えたことで不利な契約を結んでしまわないように、その人に合った安全な契約ができるように、その手伝いをする者を付ける。これが成年後見制度の基本的な考え方です。その手伝いをする人を後見人といい、本人と一緒に契約に問題がないかを判断したり、間違っで結んでしまった契約を取り消したり、本人の代わりに契約を行ったりします。

今注目されている介護保険制度が、身体的能力が不十分になった場合の社会的支援の仕組みであるのに対し、成年後見制度は精神的能力が衰えた場合に、これを支えるというもので、両者は車の両輪のように互いに必要なものされています。

3 成年後見制度に関する諸外国の取り組み

社会の高齢化現象が早くからはじまっていた欧米諸国では以前から、成年後見制度の研究と採用が進められてきました。遅くとも1990年代前半には、ある程度の法改正を終えています。イギリスの持続的代理権授与法、ドイツの成年者世話法、カナダの代行決定法、アメリカの統一後見手続法などが有名で、システムなどは国により異なりますが、基本理念はノーマライゼーション（ハンデイキャップのある人を社会から隔離したり、特別扱いしたりするのではなく、人間らしく普通の生活ができるように支援すること）を目指し、自己決定権（自分のことは自分で決めるという人間の尊厳にかかわる権利）を尊重し、残存能力を最大限活かして、判断能力が不足している人々を支えていこうとするものである点で共通しています。

イギリスでは判断能力がなくなる前に、あらかじめ契約で財産の管理を任せる権限を与えることができるという仕組みを作り、現在の任意後見制度の基になりました。またドイツでは、裁判手続きの中に本人の意思や能力を確認、見直す仕組みを取り入れて、また身寄りがなく親類や身近な人の中に後見人となる人がいない場合に、後見人を紹介する世話人協会というシステムを作り出しました。

わが国では、遅れて高齢化時代を迎えたものの、現在では、世界のどの国も体験したことのない速さで超高齢社会へ移行しつつあります。制度や仕組みが、現実の社会の変化に対応しきれないという状況下で、より良い未来を築くために国民一人一人の取り組みも待望されています。

（認知症の人への支援） ～大変さの理解と行動の理解～

1 支援者の役割

認知障害がどの程度か、いつごろからか、生活への支障は何か、具体的に把握します。認知症だと安易に決めつけません。

認知障害があってもできるだけ困らないで生活する方法を考えて対応します。

自分でできることを見つけます。

自分でできないことを援助します。

混乱して困っているという気持ちを理解します。

家族へ認知症に関する情報を提供します。

2 支援者の関わり

そうですか

いいですよ

そうしましょう

どちらにしますか
気楽に
穏やかに
知り得た情報を守ります（口外しません）

3 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）

（セルフネグレクト）

セルフネグレクト（自分自身への虐待）

病気・障害による判断力の低下や不足により、自身の健康や安全を損なう行為をしてしまうこと。（自分で自分を守れない、構うことができない。）

また、その行為が他人に迷惑をかけてしまう状態。

2012. 03. 09. 宮城福祉オンブズネット「エール」

※ 精神的に健全で正常な判断力を有する者が、行為の結果を分かっただけ自身の健康や安全を損なう行為をすることはセルフネグレクトではない。

（発達障害）

（1）自閉症

自閉症とは、3歳位までに現れ、①他人との社会的関係の形成の困難さ、②言葉の発達の遅れ、③興味や関心が狭く特定のものにこだわることを特徴とする行動の障害。

（2）高機能自閉症

高機能自閉症とは、3歳位までに現れ、①他人との社会的関係の形成の困難さ、②言葉の発達の遅れ、③興味や関心が狭く特定のものにこだわることを特徴とする行動の障害である自閉症のうち、知的発達の遅れを伴わない。

（3）学習障害

学習障害とは、基本的には全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態。

（4）注意欠陥／多動性障害（ADHD）

ADHDとは、年齢あるいは発達に不釣り合いな注意力、及び／又は衝動性、多動性を特徴とする行動の障害で、社会的な活動や学業の機能に支障をきたす。

2014.08.11. 文責：小湊。