

ケアマネジャーとして「介護保険施設での多職種連携を考える」

宮城県ケアマネジャー協会 理事・事務局長
ふくし@JMI 小湊 純一。

多職種が連携して入所者のケアをするために

1 それぞれの役割を理解する。

(例) 介護老人福祉施設

(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^{し好}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。

(管理者による管理)

第二十一条 指定介護老人福祉施設の管理者は、専ら当該指定介護老人福祉施設の職務に従事する常勤の者でなければならない。ただし、当該指定介護老人福祉施設の管理上支障がない場合は、同一敷地内にある他の事業所、施設等又は当該指定介護老人福祉施設のサテライト型居住施設の職務に従事することができる。

(管理者の責務)

第二十二条 指定介護老人福祉施設の管理者は、当該指定介護老人福祉施設の従業者の管理、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 指定介護老人福祉施設の管理者は、従業者にこの章の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行うものとする。

(計画担当介護支援専門員の責務)

第二十二条の二 計画担当介護支援専門員は、第十二条に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。

- 一 入所申込者の入所に際し、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握すること。
- 二 入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討すること。
- 三 その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができることと認められる入所者に対し、その者及びその家族の希望、その者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行うこと。
- 四 入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。
- 五 第十一条第五項に規定する身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。
- 六 第三十三条第二項に規定する苦情の内容等を記録すること。
- 七 第三十五条第三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記録すること。

2 それぞれの専門性を理解する。

それぞれから・・・

3 それぞれの専門性を発揮する。

- ① 介護職員は、自立と生活の質を尊重した介護をする。
- ② 相談員は、相談を受け生活支援をする。
- ③ 看護師は、健康管理と看護をする。
- ④ 栄養士は、栄養管理と食生活を支援する。
- ⑤ 調理員は、食の衛生管理と調理をする。
- ⑥ ケアマネは、ケアを調整し管理する。
- ⑦ リハ担当は、機能改善と防止のための訓練をする。
- ⑧ 事務員は、事務をとる。
- ⑨ 施設長は、施設全体を掌理する。

けあぷらん①

ケアプランとはいったいなんでしょう？

利用者のケア（看護，入浴，排泄，食事の介護）を毎日の流れのなかで、ただ業務のひとつとして、行うのではなく、利用者一人ひとりの個性を尊重したケアと質の良いケアとして提供するために計画し、実行するためのものだと思います。

それは、看護婦の看護計画とリハビリ計画、指導員、寮母の自立生活援助計画、栄養士の栄養食事援助計画等が別々のものであってはならないということが言えるでしょう。

なぜかと言うと、私達スタッフ（職員）は利用者一人ひとりに総合的なサービスを提供するために必要な種々の職種が集められているからです。みんなですから『チームケア』と最近と呼んでいます。

では、「何をどうすれば良いのだろうか？」ということになると思います。それをこれからみんなで勉強するのです。

『県からしろと言われたから』とか、『他の老人ホームでやっているから』ではなく、一、二歩先を歩いてみたいと思いますがいかがでしょうか。

1 これから、私達は何をすれば良いのでしょうか

ア 個性を尊重したケア —— 職員の『どうしたい？』アンケートの結果を見ればわかると思いますが、高齢、病気が理由で種々の障害を持つようになると、希望がだんだん少なくなってしまうようです。それは、あきらめとも言えるでしょう。寝たきりや痴呆になったらもうどうでもいいという感覚です。しかし、この利用者に目を移してみるとどうでしょう？ 生活サービス、介護サービスを良くするように職員が頑張れば頑張るほど、利用者は生き生きとしてくるということを感じませんか。

さらに、利用者一人ひとりを『一人の人間』として見ながらサービスを提供していけばもっと良くなる気がします。それが個性を尊重したケアです。

イ 質の良いケア —— 老人ホームができてから、各施設において様々なことを試みながらサービスの質を上げてきたと思います。ベテランの寮母が、経験と勘で利用者にサービスを提供することも良いことだと思います。しかし、全員ができるわけではありません。福祉や介護の教育を受けていなかったり、就職したてだったりします。質の良いケアとは、利用者が必要としているケアをスタッフ全員が同じように提供することです。

高齢者のケアサービスの評価は比較的簡単にできます。やがて迎える死や、なかなか改善しない身体状況を考えればそうではないようにも見えますが、適切なサービスを提供しなければ、すぐに悪くなるからです。たとえば、体位変換を怠ればすぐ褥瘡ができます。なんとか歩いていた利用者を、ベットから離さずに寝かせたままにしておけば、たちまち歩けなくなってしまいます。また、話しかけもせず一人にしておけば精神活動が低下しせん妄状態になってしまいます。そう

ということです。

もうひとつ大事なことは、いくらいいケアプランを立てたとしても、最終的には人対人によるものであるため、サービスを提供するスタッフの質が重要になるということです。みんなのいるところではいいこと言っているけど、他人の目がなくなったとたん人格が変貌してしまうなどということはありますか？『老人ホームの職員として』で確認した基本的な言葉づかいを忘れないようにしたいものです。また、利用者の話を良く聞く（受容）、その場ですぐに批判しない（被審判的態度）、プライバシーを尊重する（秘密保持）など、常日頃から訓練する必要があります。スタッフ同志でも同じですか？

2 ケアプランの考え方、取り組み方

- ア 利用者一人ひとりが『その人らしく』生きることができるように援助することが大切です。
- イ 精神状態・身体状況・日常生活の面等、幅広く評価します。MDSを利用することによって、みんな同じ目で判断することができます。
- ウ 細かな目標設定し、計画的に実行します。方針は立てたがうまく実行出来なかったのが、平成7年度までの反省点です。
- エ 病気や心的悩み等、何かあった場合にすぐ適切に対処しないとすぐ悪化してしまうのが、老人ホーム利用者の特徴です。心と身体の変化をできるだけ早く、もしくは事前に把握して予防し、ケアすることが大切です。
- オ たとえば老人保健施設から、入所してくるなど、生活環境に変化があっても継続的なケアを提供するという目標があります。すべての高齢者ケア施設に共通するケアプランです。
- カ ケアプランが、利用者の状況の改善につながっているか、職員が逐次見直し、評価する必要があります。
- キ 生活指導員、看護婦、寮母、栄養士等、それぞれの役割が何であるかを理解し、専門性を発揮しながら、利用者が抱えている問題やケアの目標を共有することが大切です。また、利用者本人及び家族もその一員だと考えましょう。

その他

- ア 不明なことは、いつでも問い合わせして下さい。わからないことをわからないままにしないようにしましょう。
- イ しばらく、みなさんの話題の中心にしてください。
- ウ 勤務時間外であっても勉強したいという人は言って下さい。

ケースカンファレンス（司会：担当寮母）

1 担当ケースについて説明します。

- ① 氏名
- ② 居室
- ③ ケアプラン策定理由
- ④ 前回のケアプランに対する評価
- ⑤ 身体状況
- ⑥ ADL状況（動作等を細分化した詳しい評価）
- ⑦ 精神状況
- ⑧ その他の状況

2 アセスメントの結果を報告します（担当者の意見）。

- ① 適切な援助をすると良くなる可能性があること
- ② 適切な援助をしないと悪くなる可能性があること
- ③ 問題となること
- ④ その他利用者さん本人やご家族が望むこと等

3 各問題領域ごとに各職種からの意見を述べてもらいます。
また、関連がある項目はまとめて検討します。

- ① ケアマネジャーとしての意見
- ② 寮母（主任）としての意見
- ③ 看護婦（主任）としての意見
- ④ 栄養士としての意見
- ⑤ 施設長からの意見
- ⑥ 利用者さん本人及びご家族の意見
- ⑥ 自由な意見発表

個別のニーズを理
理解します。

4 ケアプランの原案を説明します。

最終的に高い目標を考えていたとしても、実現可能なもの、又は少し頑張れば出来そうなところに目標を定めて計画を立てます。
また、『生活の質の向上』も頭に入れて考えましょう。

5 ケア計画を立てます。

6 援助方針（目標）に基づいたケア計画を、計画的に実行するために、『誰がどのように実行するのか』細かい留意事項等を定めます。

また、ケア計画が適切であったかどうかを確認するために、比較的短い期間を定めて評価する時期を決めます。

7 以上の結果により、利用者（必要に応じて家族）との話し合いを行い、充分説明し納得の上で実施します。