

『地域における主任介護支援専門員の役割』 ～スーパービジョンの実際等～

山形県地域包括支援センター職員研修・情報交換会

2009.07.24. 小湊 純一。

Email: jk@npjmi.com HP: www.npojmi.com

地域包括支援センターの役割を振り返る

地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設とする。

地域包括支援センター運営の基本方針

1 地域包括支援センター設置の自的

- (1) 高齢者が、住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようにするためには、できるだけ要介護状態にならないような予防対策から高齢者の状態に応じた介護サービスや医療サービスまで、様々なサービスを、高齢者の状態の変化に応じ切れ目なく提供することが必要となる。
- (2) このため、地域の高齢者の心身の健康の維持、保健・福祉・医療の向上、生活の安定のために必要な援助、支援を包括的に行う中核機関として、地域包括支援センターを設置する。

2 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

3 運営に当たっての留意事項

(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) 地域包括支援センター運営協議会

- ① 地域包括支援センターの運営に当たっては、その方針について、地域包括支援センター運営協議会（以下「運営協議会」という。）の議を経ることとし、公正・中立性を確保し、その円滑かつ適正な運営を図らなければならない。また、運営協議会は、地域包括支援センターの職員を確保するため、必要に応じ、運営協議会の構成員や地域の関係団体等の間の調整を行うものとする。

(4) 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。

総合相談支援及び権利擁護業務の内容と流れ

1 基本的な視点

- (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ー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。

(4) 権利擁護業務

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。
 - ア 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。
 - イ 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
 - ア 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。
 - イ 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。
 - ウ 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。

地域包括支援センター3職種の責務

～担当責務(範囲)を明らかにする～

1 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

- ① 申込受付
- ② 契約
- ③ 情報収集・アセスメント
- ④ 介護予防ケアプラン作成
- ⑤ サービス担当者会議開催
- ⑥ サービスの実施
- ⑥ モニタリング
- ⑦ 請求事務
- ⑦ 評価

2 主任介護支援専門員 『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

3 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 共通

- (1) 包括ケア会議の開催
- (2) 地域包括支援センター運営協議会
- (3) 個人情報保護
- (4) 広報

自己覚知

1 自分のタイプを考える

① 肯定的・前向き（ポジティブ）

…快(人に快い感じを与え、自分も快さを感じる)

- ア 良いところを見つけて伝える（褒める）。
 - イ 意見や考えを認める。
 - ウ 意見を尊重する。
 - エ お礼を言う，感謝の気持ちを表す。
 - オ じっくりと話を聞く。
 - カ 挨拶をする，言葉をかける。
 - キ 名前を呼んで話しをする。
 - ク 目を見て聞く，話す。
 - ケ にこっとする。
 - コ 応援する。賞賛する。
 - サ 尊敬する。敬う。
-
- シ 頑張ったから，打ち上げしよう。
 - ス 大変な分だけ，やりがいがある。
-
- セ いいと思う。いいですよ。
 - ソ 楽しい。嬉しい。面白そう。
 - タ とにかくやってみよう。

② 否定的・後ろ向き（ネガティブ）

…不快(人に不快感を与え、自分も不快を感じる)

- ア 悪いところ，欠点を指摘して非難する。
 - イ 意見や考えを否定する。
 - ウ ないがしろにする。
 - エ 皮肉を言う。
 - オ バカにする。
 - カ 文句を言う。
 - キ 悪口を言う。
 - ク 返事をしない。反応しない。
 - ケ 嘲笑する。
 - コ 妬む（ねたむ）。嫉む（そねむ）。
 - サ 見下す。軽視する。
-
- シ やる気のない人は，嫌い。
 - ス 面倒だから，やりたくない。
-
- セ 全然だめ。無理です。
 - ソ 困った。参った。大変だ。
 - タ 全然やりたくない。

※ 快が不足すると不快で補おうとするようになる。

2 自分を考える

- ① この仕事に前向き，事務的，後ろ向き？
- ② 自分に不足していることは何？
- ③ 自分の得意なところはどこ？
- ④ 自分が周りから評価されているところはどこ？
- ⑤ 自分が伸ばしたい成長したいところはどこ？

3 自分の対象を考える（誰に認められたいか）

- ① 自分
- ② 対象者（利用者）
- ③ 社長・上司・管理者
- ④ 行政担当者
- ⑤ 世間の人
- ⑥ 友達
- ⑦ 同業者
- ⑧ その他

4 社会福祉援助の対象別に自分の立ち居地・役割を考える

- ① 利用者（サービス利用者，その家族等）への自分の役割
- ② 相談者（高齢者・障害者，その家族等）への自分の役割
- ③ 相談者（同業者，職員等）への自分の役割

5-1 支援の内容を理解し判断する（利用者）

- ① 対象者から頼まれたのか。
- ② 対象者から頼まれていないのに，何故関わるのか。

- ア 緊急性，切迫性があるのか。
- イ 職権による保護なのか。
- ウ お節介，余計なお世話なのか。

- ③ 利用者本人・家族への直接的支援なのか。
- ④ 利用者本人・家族への間接的支援なのか。

5-2 支援の内容を理解し判断する（その他）

- ① 対象者から頼まれたのか。
- ② 対象者から頼まれていないのに，何故関わるのか。

- ア 緊急性，切迫性があるのか。
- イ 職権による指導なのか。
- ウ お節介，余計なお世話なのか。

- ③ 対象者は技量を磨きたいのか。
- ④ 対象者は自分を見つめなおしたいのか。

- ⑤ 対象者は困ったり、悩んでいるのか。
- ⑥ 対象者に解決策・答えを教えるだけか。
- ⑦ 対象者に助言（アドバイス）するのか。
- ⑧ 対象者に支持・教育・管理（スーパーバイズ）するのか。

(参考) ○○ホーム 主任職員の心得

- 1 偉そうでない
- 2 人の話しを良く聞く
- 3 昔のやり方にこだわらない
- 4 自分の都合でものを考えない
- 5 勉強している
- 6 安心して任せられる
- 7 理由が説明できる

ケアプラン点検支援

1 ケアプラン点検

～ケアプラン点検支援マニュアルの質問項目～

分 析 表

1 〈アセスメントの基本〉

介護支援専門員として、アセスメントを行う理由についてどのように理解していますか。またアセスメントを行う専門職として、その役割を十分に果たせていると感じますか？

2 〈情報収集〉

アセスメントに必要な情報をどのような方々から得ましたか？

3 〈基本情報〉

アセスメントを行う上で必要だと思われる基本情報について、どのような情報を特に重要な情報として押さえましたか？

4 〈相談〉

どのような相談経緯だったのでしょうか？

5 〈生活状況〉

利用者の「個性・その人らしさ」を大切にするためにも、大切な情報である生活歴や生活状況をどのようにして聞き取りましたか？

6 〈サービスの把握〉

現在利用しているサービスについて、その利用状況・満足度等を把握していますか。またその上で介護給付以外のサービスについても把握ができていますか。

7 〈日常生活自立度〉

障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度について、最新の状況を把握していますか。

8 〈主訴〉

利用者・家族は主にどのようなことに困って来られたのですか。

9 〈認定〉

認定情報の内容を確認しましたか。

10 〈理由〉

今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由について教えてください。

11 〈健康状態〉

利用者の健康状態について、ケアプラン作成にあたり重要だと考えている事を教えてください。

12 〈ADL・IADL〉

利用者のADL・IADLの現状を把握するにあたり、何に気をつけてアセスメントしましたか。またその手法・経路について教えてください。

13 〈認知症〉

物忘れや認知症について何か気になることはありましたか。

14 〈コミュニケーション〉

友人や家族、地域の方とどのようにコミュニケーションをとっているか確認しましたか。

15 〈社会参加〉

利用者の友人や家族、地域の方との関わり方は良好ですか。また最近変化したこと（例：友人の入院・入所、他界等）はありませんか。利用者が自らすすんで行っている

活動や趣味などがありますか。

16 〈排泄〉

利用者の排泄に関する意向や困っているところは何ですか？またその原因や背景を把握していますか。

17 〈食事・口腔〉

食事や口腔の状態について、何か気になる点がありましたか。

18 〈問題行動〉

利用者が周囲を戸惑わせたり、介護者が負担に思っている行為は起こっていませんか。

19 〈家族の心身の状況〉

家族の方の心身の状況は把握していますか？特にどなたか心配な方はいらっしゃいますか。

20 〈家族の介護力〉

家族の方の介護に対する思いをどのように捉えましたか。家族の方が話した言葉で印象に残った事があれば教えてもらえますか。

21 〈居住環境〉

在宅生活を続ける居住環境として、気がかりな点はありませんか？利用者・家族の意向はどうですか。

22 〈特別な状況〉

プランを作成する上で、特別に配慮したほうがよいと思われたことがあれば教えてください。

23 〈尊重〉

アセスメントを通じて、利用者・介護者に現状を認識してもらえましたか。また、介護支援専門員として利用者の自己選択や自己決定などの主体性を尊重することができましたか。

居宅サービス計画書（1）

- 1 記載事項に漏れがないよう、常に確認をしていますか？
- 2 「課題」の整理はできましたか、またそれらの「課題」は「利用者及び家族の生活に対する意向」とに関連性はありますか？
- 3 家族はどのようなおもいで、利用者を支えていこうとお考えですか？
- 4 利用者及び家族の「生活に対する意向」は、アセスメントをすすめ、課題が明確になっていく過程において、面接当初と比べてどのような変化が生まれましたか？
- 5 総合的な援助方針はどのようなプロセスを踏んで決定しましたか？
- 6 生活援助中心型を算定した理由を教えてください。

居宅サービス計画書（2）

- 1 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の原因や背景を教えてください。
- 2 課題の優先順位を決める上で、大切なことはどのようなことだと思いますか？
- 3 生活全般の解決すべき課題が利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか？
- 4 利用者・家族の「困りごと」に対してどのような働きかけを行いましたか？
- 5 長期目標は、どのように設定しましたか？
利用者自身が、課題（ニーズ）ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点として、具体的にわかりやすく記載できていますか？
- 6 短期目標は長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっていますか？
- 7 課題を解決するための単なるサービス内容の記載だけではなく、どのような点に注意すべきか、どういったことを大切にすべきか等の視点も含めた具体的な記載内容

となっていますか？

8 計画したサービス内容を適切に提供する為に、サービス種別はどのような資源を検討し、決定しましたか？

9 サービスの利用頻度と期間の見直しはいつ頃、どのように行いますか？

週間サービス計画

1 週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について、どのように考えていますか？

2 本人の主な日常生活について、どのように把握しましたか？またその人らしい生活がイメージされていますか？

3 週間サービスには、利用者・家族の状況（意向、事情等）にあった計画になりましたか？

4 「週単位以外のサービス」の欄には何を記載していますか？

2 主任介護支援専門員の専門性

(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、嚥等）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) 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）

② 自分の「立ち位置」を考える ～専門性と役割～

自分はどこに、どのように立っているか…

ア どのような立場で考えて判断して行動しているのか

イ 誰を見て仕事をしているのか

ウ 地域包括支援センター主任介護支援専門員はどのような立場（専門性と役割）
なのか

アセスメント・ケアプラン

～居宅介護支援の手引き～

- 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）

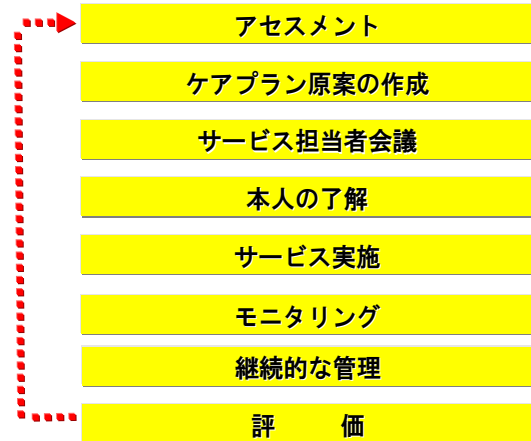
アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援）

2008/12/04

介護支援専門員（ケアマネジャー）

- 1) 要介護者等（要介護者・要支援者）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（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（事業者や施設）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
- 3) 介護支援専門員証の交付を受けた者

ケアマネジメントの過程



「アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援）」は、アセスメント・ケアプランが、利用者への介護の必要性と介護保険制度の趣旨に沿っているかを振り返るものであり、介護支援専門員による「自己評価」、客観的な「第三者評価」、サービスを使う側の「利用者評価」に活用できるように構成してあります。

また、「その人らしさを大切にする」とか「自立支援に資する」とか「気づきを促す」など、曖昧な言葉を使わず具体的な表現と明確な指針により、実効性のある内容にしています。

結果として、居宅介護支援サービスの質の向上と、効果的・効率的介護保険サービスの実施、介護保険サービスの理解と利用者満足度の向上につながることを目指しています。

※「アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援）」は、「アセスメントのための情報収集シート128」及び、「ケアプラン策定のための課題検討用紙」と関連して確認する仕組みになっています。また、課題検討の考え方については、「居宅ケアプラン策定のための課題検討の手引き」を参考にしてください。

※「アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援）」は、居宅介護支援のすべてではなく、ケアマネジャーとしての専門性の基本と、居宅介護支援の最低基準です。

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

- ・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。

(自立支援)

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。

* 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。

(公正中立)

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。

(高齢者ケアの基本理念)

- 1 残存能力の活用
- 2 自己決定
- 3 サービスの継続性
- 4 自立支援
- 5 利用者本位

(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。

(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だけ ⇒ 「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 改善の可能性がある場合でも、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 一人での時間が長く、
落ち込みが進む可能性がある
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。

「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の設定は、介護支援専門員の専門性が必要とされる重要なポイントです。自立支援を念頭に置き、現状分析と、利用者本人（家族）との話し合いにより、出来るだけ前向きな生活ができるような課題設定をすることが必要です。

1 厚生労働省の説明

(1) 記載要領（厚生労働省通知）

「利用者の自立を阻害する要因などであって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して・・・」

(2) 書き方

- ① 自立支援を目指す計画ですから、ニーズの欄には、「◎◎できるようにしたい」「◎◎したい」というように、利用者が主体的・意欲的に取り組めるような書き方のほうがいいでしょう。
- ② 背景要因を書くとき「○○のため○○できない」のように、ネガティブな表現になりやすいので、「○○したい」とできるだけ簡潔に書くほうが良いでしょう。

2 「簡潔に」「～したい」という課題設定をするための要件

- (1) 課題分析を充分に行い、根拠（問題、原因、可能性など）を明確にしておくこと。
- (2) 利用者（家族）と十分に話し合いをして、合意の得られる内容にすること。
- (3) 課題分析から得られた必要性和利用者（家族）の希望が一致していること。（単なる御用聞きにならないこと。意思確認が不可能な場合は必要性を優先する。）
- (4) サービス担当者会議で課題設定の理由（根拠）を説明するか、課題分析の結果（要約表・領域選定表など）をサービス計画書に添付して説明し、利用者及び関係居宅サービス事業者スタッフの理解を得ること。

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：短期目標は最も長くて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（フェイイスシート，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、納得してもらえるようにすること。
- (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（不要に多くないか）

事例検討／事例研究

～ 行動障害，介護力 ～

1.1 問題行動（行動障害）

認知症の行動・心理症状

「BPSD (behavioural and psychological symptoms of dementia)」

1.1-1 行動障害

行動障害は、本人、家族や周りの人にとっての悩みや問題になる場合があります。行動障害のある利用者との関わりは難しいため、過剰な抑制や向精神薬が使われることがあります。

行動障害の原因はすべて認知障害とは限りません。その他の病気や障害、心理的なこと、ケアスタッフの対応、環境や生活習慣など様々です。

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

行動障害のある入所者を把握し、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。

(2) 行動障害把握のポイント

- ① 徘徊がある。
- ② 暴言がある。
- ③ 暴行がある。
- ④ 社会的不適当な行為がある。
- ⑤ ケアに対する抵抗がある。
- ⑥ 行動障害が改善した。

(3) 行動障害対応の指針

行動障害を、重度のものと比較的容易に対処できるものとに区別することから始めます。次に、行動障害が起こる原因とその解決策に進みます。

重症度を把握します

何らかの行動障害があり、新たなケアや変更を検討する必要性のある利用者を特定しますが、行動障害のあるすべての利用者が特別なケアを必要としているわけではありません。

行動障害の中には本人や周囲にとって、危険にも悩みの種にもならないものもあります。たとえば、幻覚と妄想（精神疾患やせん妄のような急性症状でないもの）は問題にならないことが多く、そのままの環境で対処できるかもしれません（たとえば、周りが認める、受け入れられるなど）。このため、利用者の行動障害が「問題」かどうかを把握することが重要になります。行動の性質と重症度、その影響を把握する必要があるということです。

① 行動障害を観察します。

ア 一定期間、行動障害の重症度と持続する時間、その頻度と変化を把握します。

イ 行動障害に規則性があったかを把握します。（1日のうちの時間帯、周囲の環境、本人と周囲がしていたことに関連など）

行動障害の規則性を明らかにします

行動障害の規則性を把握することは、行動障害の原因を解明する手がかりになります。長期的に観察することで、利用者の行動障害が理解できる場合があります。

規則性を把握して、問題の原因に取り組むことで行動障害は軽減したり、消失する可能性があります。

ウ 行動障害はいつごろからどのように現れてきたかを把握します。

エ 最近変わったことはなかったかを把握します。

行動障害の影響を把握します

オ 行動障害は利用者本人にとって危険なものか、どのように危険なのかを把握します。

カ 周囲にとって危険なものか、どのように危険なのかを把握します。

キ 1日の中で心身の状態が変わることに行動障害は関係していないか、どのように関係しているかを把握します。

ク ケアへの抵抗は行動障害によって現れているのかを把握します。

ケ 対人関係の問題や適応の問題は、行動障害が原因なのかを把握します。

潜在的な原因を確認します

行動障害は、急性病気、精神病的な状態と関連することが多い。

向精神薬と身体抑制、環境ストレス（たとえば、騒音、慣れ親しんだ日常生活の変化など）のような反応が原因となっている

行動障害の原因を探っているうちに、回復可能な対応が見つかり、行動障害が落ち着く場合もあります。

認知障害との関係を把握します

認知症の場合の行動障害は治療やケアをしても継続する場合があります。この場合の行動障害は悩みの種になりますが、多くは対応が可能です。

気分の問題との関係を把握します

気分や対人関係の問題は、行動障害の原因になる場合がありますが、原因となる問題が解決されれば、行動障害が落ち着く場合もあります。

コ 行動障害の原因となる、不安障害と攻撃性、うつや孤立と暴言など、気分の問題はなにか把握します。

問題行動に影響する対人関係を把握します

サ 対人関係、誰かがいることによって、あるいはいないことによって問題行動が起きていることはなにか把握します。

シ 他者の考えや行動に対しての妄想があり、攻撃的な行為につながっていないか把握します。

ス 最近の身近な人の死亡等が行動障害を引き起こしていないか把握します。

環境の問題を把握します

周囲の環境は利用者の行動に深く影響することが多いため、慎重に検討します。

セ 家族は入所者の慣れ親しんだ日課を尊重しているか確認します。

ソ 騒音や混雑、あるいは部屋の暗さは行動に影響していないか確認します。

1 2 介護力

1 2 - 1 介護力

(1) ケアマネジャーの役割

- 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。

(2) 介護力を把握するポイント

- ① 定期的に介護する介護者がいない
- ② 介護者が、まわりの人に不満を感じている
- ③ 介護者が、介護することに負担を感じている
- ④ 介護者が、これからも介護を続けることができない

(3) 介護力

家庭によって環境が様々です。家庭介護が負担なくできているのか、関わっている家族のうち誰に負担がかかり、介護が続けられなくなる可能性があるかを把握するのは簡単ではありません。

家族等の介護は、高齢者の将来の見通しがたたなくなったり、死期が近づいたり、新たな病気や怪我が発症した時に、重い負担がかかることとなります。介護者の介護負担は、介護の責任が重く複雑になったときに起こります。

- ① 高齢者の現在の介護状態と、介護量の増加
- ② 介護者の現在の状態と、介護者の健康状態等の変化
- ③ 今までの高齢者と介護者の間の関係、愛情
- ④ 介護者が予測していた高齢者の変化、予測していなかった変化
- ⑤ 介護の役割を分担できる在宅サービスのがあるか

介護力問題の整理

- ① ケアを適切に提供できない家族を把握します。

この場合、在宅サービスを利用したり強化しなければ、利用者に必要な介護を行うのは難しくなります。

介護が必要な高齢者への介護は、家族でも介護保険のサービス事業者でも誰が行っても良いのです。

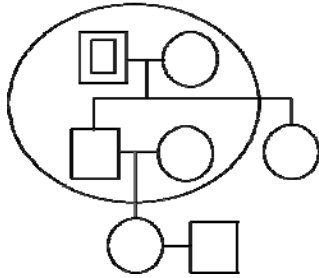
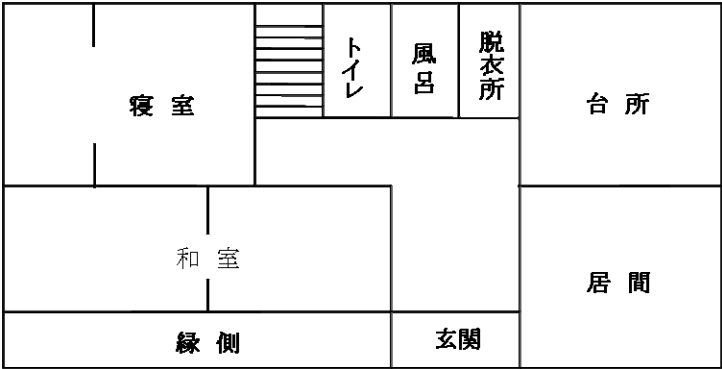
- ② なぜ家族は対応できないのか、どのADLや精神的支援・介護が負担になっているのか、また、この状況を解決するにはどのようにすればよいか手順を明らかにします。
- ③ 目標は、改善可能な介護、あるいは代りにできる介護を把握することです。

(4) 介護力対応の指針

介護負担（下記の項目を参照）が認められれば、介護の改善、家族の代替介護を検討し、どの部分の介護を補えば負担が軽くなり、在宅生活が続けられるかを把握して提案します。

- ① 家族は、自分たちで対応できるかを疑問に感じている。
- ② 介護者は、今以上の役割を担うことができない。
毎日介護のために訪問することや特別な介護に対応できない。トイレ介助のような基本的な介助ができないなど。
- ③ 介護を分担して行っていたが、これからは十分でない、対応できない。
- ④ 家族は、今後とも高齢者の状態がどんどん悪くなると思っている。
- ⑤ 周囲に迷惑をかける問題行動がある。
- ⑥ 介護者は、周りの助けが適切でないと思っている。
- ⑦ 介護者は、穏やかな環境での介護を提供できない。
- ⑧ 高齢者の介護度が重度である。
認知やコミュニケーションの障害も重度である場合、その度合いが高まります。
- ⑨ 介護者の健康状態が悪く、介護に支障がある。

基本情報

利用者名	大橋 みのる さん	性別	男	生年月日	大正05年06月07日	
住 所				電話番号		
主 訴	【相談内容】 ・母親（本人の妻）も要介護4で介護しなければならず，父親（本人）に介護してあげようと思っても，言うことを聞いてくれなくて困っている。					
	【本人・家族の意向】 （本人）何もない。皆様のお世話になって感謝している。 （家族）自分では身の回りのことができないのだから，家族の言うことも聞いて過ごしてほしい。					
生活状況	【性格・職業等】 ・飲食店を経営していた。修行して25歳には自分の店を持ち，75歳までは現役で働いていた。（現在は孫さんが経営している。） ・世話好き話し好きで，俳句等，趣味の会の世話役をしていた。 ・他人の言うことは聞かすが，家族の言うことには耳を傾けない。			【家族の状況】 		
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	A2		認知症高齢者の日常生活自立度	IV	
居住環境等						
サービスを決定する人	本人，香織さん（長男の妻），智彦さん（長男），					

フェイスシート

平成21年4月1日

フリガナ			生年月日	大正05年06月07日 (92才)	
氏名	大橋 みのる 様		性別	(男) ・ 女	
住所	〒 〇〇市〇〇1-1			電話	
				FAX	
介護保険	保険者 No.		被保険者 No.		
	介護度	要介護 2		有効期間	平成20年10月1日～21年9月30日
主治医	医療機関名	〇〇 病院		電話	
	医師名	〇〇 先生		FAX	
病名	高血圧症	H元年ごろ		備考 ※H21年1月14日～2月3日 うっ血性心不全と、 糖尿病の治療のために入院した。 ※アキレス腱断裂(幼少時)による歩行障害。	
	糖尿病	H元年ごろ			
	左大腿骨骨折(金具固定術後)	H15年			
	前立腺肥大	H15年			
	うっ血性心不全	H21年			
A D L	移動	一部介助	屋内は伝い歩きか、這って移動。屋外は車椅子。		
	食事	自立	自分で食べるが、いくらでも食べてしまう。		
	排泄	一部介助	尿器を使用しているが、失敗することが多い。後始末の介助が必要。		
	入浴	一部介助	浴槽をまたぐことが困難。背中や足先、髪等を洗うことはできない。		
	更衣	一部介助	自分でしようとするが、不十分。		
	整容	一部介助	自分でしようとするが、不十分。		
記憶	思い込みの記憶や行動が多い。				
行動	物盗られ妄想が頻繁にあり、家族と口論になる。空腹になると深夜でも食べ物を探し、大量に食べてしまう。				
介護上の	入浴 ・ 清拭	(血圧) 最高血圧170以上 100未満入浴不可	(その他)		
		(体温) 37.4℃以上入浴不可			
		(感染症) なし			
医学的 留意事項	移動	(カテーテル・酸素・ストーマ・じよく創 等)			
	食事	※転倒しないように注意が必要			
	排泄	※心不全悪化の恐れがあり、無理なリハビリは禁止する。(日常生活を維持する程度のリハビリはOK)			
	その他	※過食に注意が必要			
特記事項	妻、長男夫婦の4人家族。孫さんと娘さんが市内に住んでいる。 介護者(息子さん夫婦)が精神的に疲れきっている。 主介護者 大橋 香織 様 続柄 長男の妻				
緊急連絡先	電話	090-0000-0000	氏名	大橋 香織 様	続柄 長男の妻

〇〇居宅介護支援事業所 (担当: J)

TEL 00-1111 / FAX 00-2222

<p>1 健康状態</p> <p>(1)観察・管理の必要な病気</p> <p>(2)症状</p> <p>①身体症状</p> <p>②精神症状</p> <p>(3)痛み</p> <p>(4)病状の変化</p> <p>(5)薬</p> <p>(6)医療機器</p> <p>(7)保健予防</p> <p>(8)健康生活</p> <p>(9)予定されたケア・治療の順守</p>	<p>うっ血性心不全。悪化の危険性あり。認知症の診断はされていないが、会話が成り立たなかったり、大きい声を出したり、外出しようとしたり、物盗られ妄想が頻繁にある。過食も顕著。また、その行動に対して、家族も同じように大声で対応し喧嘩のようになっている。左大腿骨骨折(金具固定術後)等による歩行障害。糖尿病で治療を受けているが、食事のコントロールは全くできていない。主治医から、「食事制限、間食禁止が必要だが、高齢なのでなんとも・・・。」と言われている。</p> <p>少し動くとすぐ息切れし、両下肢に浮腫みがある。</p> <p>物盗られ妄想が頻繁にあり、家族と大声での口論になったり、警察に電話しようとする。現実と過去の出来事の区別がつかず、急に「人に会う約束をしていたので出かける。」等と言い、そのことを修正しようとする家族と言い争いになることが日常茶飯事であるため、家族も疲れきっている。</p> <p>痛いところはない。</p> <p>H21年1月14日、失神し受診。そのまま2月3日まで、うっ血性心不全と、糖尿病の治療のために入院した。</p> <p>主治医により管理されている。服薬はお嫁さんが管理し、順守されている。</p> <p>使用していない。</p> <p>定期的に病院で受診している。</p> <p>酒もタバコもやらない。</p> <p>健康状態が悪いという自覚はないが、少し動くとすぐ息切れし、両下肢に浮腫みがある。うっ血性心不全が悪化する危険性があると主治医から言われている。</p> <p>食事管理ができていない。あるだけ食べる。お嫁さんは、文句を言いながらも可愛そうだと言って、要望のとおり食べ物を用意してしまう。1週間前には、夜中に台所に起きてきて、なにと間違ったのか、味噌を飲んでいて。気づいて見つけたからよかったが、大変なことになるところだったと話している。</p>
--	--

<p>《意向》</p>	<p>(本人) 特になし。 (家族) もう何を言ってもだめなので諦めるしかないのだろうか…。気になるし心配だし、どうすれば良いか考えるとこちらの方が病気になってしまう。でも、できるだけ健康でいてほしいとは思っている。家族の言うことは聞かないが、他人から言われると聞くかもしれないので、ケアマネジャーさんからも話をしてほしい。</p>
-------------	---

<p>2 ADL</p> <p>(1)寝返り (2)起き上がり (3)乗り移り (4)家の中の移動 (5)屋外の移動 (6)上半身の更衣 (7)下半身の更衣 (8)食事 (9)排泄 (10)整容 (11)入浴 (12)ADLの低下 (13)活動・健康増進 (14)自立度改善の可能性</p>	<p>ベッドサイドレールにつかまって寝返りをしている。 ベッドサイドレールにつかまってやっと起き上がっている。体重が増えたためか動きが鈍くなってきている。 支えがあればできる。 伝い歩き、もしくは這って移動している。入院前は杖を使って移動できていた。 できない。車椅子を使用している。 自分でやろうとするが不十分。 腰を持ち上げることができず、上げられない。 自立。箸を使って何でも好き嫌いなく食べるが、食べ過ぎることが問題。 尿器を使用しているが、失敗することが多い。大便是洋式トイレを使用しなんとか自分で出来ている。 自分でしようとするが不十分。 昔はきれい好きでお洒落だったのに…。と、その変わりように家族が嘆いている。 浴槽をまたぐことが困難。背中や足先、髪等を洗うことはできない。 入院した時期ぐらいから、ADLの低下が早まってきている。 屋外は車椅子使用している。階段の上り下りもしていない。玄関先のちょっとした段差程度も介助を受けている。通院以外の外出はなく、ベッドの上か、居間のソファーに座って過ごしている。 自分では何でもできると思っていて、聞けば「出来る」という。 家族は、やればできるはずだと思っている。「わざと出来ないふりをしているのかもしれない。」とも言っている。 しかし、体調の悪化とADLの低下が明らか。主治医から、心不全のため無理は禁物と言われている。</p>
---	--

<p>(15)要介護状態の変化</p>	<p>失禁と排泄の後始末の失敗の頻度が増し、息子さん夫婦は、衣類、寝具の交換と掃除、保清に追われている。いくらやっても「ありがとう」とも言われない。と嘆いている。</p>
<p>(16)転倒</p>	<p>退院後の2ヶ月で、わかっているだけでも2回転倒している。 退院直後には、家族がついていない時に浴室で転倒し、脳震盪を起こして一時的に意識不明になったが、家族の声がけと刺激で意識が回復した。1週間前は、縁側で転倒。頭からサッシに突っ込んでガラスを割っている。「2回とも怪我はなかったが、ガラスが落ちてきたら大変なことになるところだった。」といい、発見し対応した家族の方がショックを受けている。 殆ど歩けないが、歩こうとし、「危ないから」という家族の助言に耳を貸さない。</p>
<p>《意向》</p>	<p>(本人) なんでも自分でできる。 (家族) 動けなくなるのも困るが、動かされても困る。おとなしく介護されてくれるのであればいいのだけど…。どうしていいかわからなくなった。</p>

<p>3 IADL</p>	
<p>(1)炊事</p>	<p>ADL低下により、IADL能力も低下。家族により行われている。自分では出来ない。</p>
<p>(2)家事一般（掃除・洗濯・整理等）</p>	<p>ADL低下により、IADL能力も低下。家族により行われている。自分では出来ない。汚れた衣類をベッドの下にしまいこんでいて、毎回息子さん夫婦から指摘されるが返事もせず、同じことを繰り返している。</p>
<p>(3)金銭管理</p>	<p>お嫁さんが管理している。計算も出来なくなっている。</p>
<p>(4)薬の管理</p>	<p>余計に飲んでしまうので、お嫁さんが管理している。</p>
<p>(5)電話使用</p>	<p>電話を掛けたようにして「もしもし警察ですか、助けて下さい。」等と話しているが、ダイヤルすることができない。</p>
<p>(6)買い物</p>	<p>選んだり、計算したりすることが出来なくなった。</p>
<p>(7)交通手段の利用</p>	<p>タクシーを呼んで出かけようとするが、電話も掛けられないし、自力での屋外移動もできない。通院等の外出時は息子さんの車で送られ付き添われている。</p>
<p>《意向》</p>	<p>(本人) なし。 (家族) なし。</p>

<p>4 認知</p> <p>(1)記憶</p> <p>①短期記憶</p> <p>②手続き記憶</p> <p>③日常生活の判断</p> <p>④記憶・判断力の低下</p> <p>(2)せん妄</p> <p>《意向》</p>	<p>家族の話かけに無反応だったり、つじつまが合わなかったりするが、家族以外の人の場合に普通に話しが通じ、最近の出来事を分かっていることもある。</p> <p>上手にはできないが、服を着る順番や、出かける時に何を準備するか等は分かっている。</p> <p>食事の時間や年月日や曜日、危険なのかどうかの判断ができない。息子さんは、「何でも自分中心で考えて行動しているようだ。」という。知人や親戚に人が来ると、どこの誰かが分かり、普通に話しをすることがある。</p> <p>入院したころから低下が著しい。</p> <p>夜間に何やら話していたり、ずっと大きい声を出していることが毎日のようにある。「ウーウー」と唸り、一緒に寝ている妻や、2階で寝ている息子さん夫婦から、「眠れない」と怒られるが、意に介さない。</p> <p>(本人) —————</p> <p>(家族) 何度も説明したり指摘したり、しまいには大声で口論になったりして、精神的に参ってしまう。なんとか落ち着いてくれるといい。</p>
---	--

<p>5 コミュニケーション能力</p> <p>(1)聴覚</p> <p>(2)相手に理解させること</p> <p>(3)相手を理解すること</p> <p>(4)コミュニケーション能力の低下</p>	<p>聞こえる時と、聞こえない時(返事しない?)がある。</p> <p>家族に対して一方的に自分の意向は伝える傾向にあるが、通常は問題ない。</p> <p>理解できる時と出来ない時(無視)がある。家族以外からの話しは素直に聞いて、わかっているように思えるときもあるが、家族の話には返事もしない。お嫁さんは、「認知症なのか、わざとなのか分からなくなる。」と言っている。</p> <p>入院後さらに悪化した。</p>
---	--

(5)視覚	支障なし。悪化もない。
《意向》	(本人) ————— (家族) どういう風に話せば聞いてくれるのか分からない。話し方がわるいのだろうか…。なんとか話しが通じるといい。

6 社会との関わり	
(1)関わり	すぐ口論となり、息子さん夫婦からの助言を聞かず、いろいろ言われると話をしなくなってしまう。息子さん夫婦、妻以外との関係は良好で、感謝の言葉もたまに出る。このような状況になって5年ほど経ち、愚痴をこぼすことはない。
(2)気分	目をつぶって苦しそうにしていることがある。そういう時は「なにも出来なくなって困った。」と言う。元気だと言われるのを嫌がる。
《意向》	(本人) 話しをするのが昔から好きだ。 (家族) 普通に返答してほしいが、諦めている。昔のように趣味の活動ができるような状況でもないし…。

7 排尿・排便	
(1)尿失禁	尿器を使用しているが、失敗することが多くなった。失禁もあり、大量に水分をとるためか尿量が多い。1日20ぐらいジュースを飲む。
(2)おむつ使用	失禁してしまうが、オムツを嫌っている。無理やりはかせると、自分ではずしてベッドの下にしまいこんでしまう。
(3)便失禁	通常はしない。なんとかトイレに行けている。
《意向》	(本人) ————— (家族) 飲み物の量を何とか減らしてほしいが、どうしても飲みたいというし、困っている。失禁した時に介護する家族のことも考えて、なんとか言うことを聞いてほしい。ケアマネジャーさんからも説得してください。

8 褥瘡・皮膚の問題	床ずれも湿疹等もない。
-------------------	-------------

《意向》	(本人) _____ (家族) _____
------	-----------------------

9 口腔衛生 《意向》	<p>問題なし。清潔が保たれているし、腫れや痛みもない。総入れ歯だが、お嫁さんが入れ歯洗浄剤できれいにしている。</p> <p>(本人) _____ (家族) _____</p>
---------------------------	---

10 食事摂取 《意向》	<p>20年も前から糖尿病で治療を受けているが、食事療法が全くうまくいっていない。食べたいだけ、あるだけ食べている。 退院後は体重が12kg増加している。(50→62kg)</p> <p>(本人) _____ (家族) 食べることについては昔からのことでもあるし、もう諦めている。制約しないで、自由にさせようと思っている。</p>
----------------------------	---

11 問題行動（行動障害） (1)行動障害 ①徘徊 ②乱暴な言葉・行動 ③混乱させる行動	<p>夜中や早朝に関わらず、食べ物を探したり、カーテンを開けたり家族にとっての迷惑な徘徊と行動が毎日のようにある。</p> <p>話しが通じないと、妻に対して大声で怒る。 妻に対して、言うことを聞かなかったり、話が通じないと、テレビのリモコンを投げつけたり、手をつねったりする。喧嘩になることが頻繁にある。お嫁さんが仲裁に入るが、さらにエスカレートする。 気に入らないことがあると、茶碗を投げつけて壊してしまう。</p> <p>夜中にテレビの音量を大きくして見ているため、家族が困っている。 思いついた人に意味不明の手紙を書き郵便配達人に渡すことがある。 昼夜とも、うなり声が大きく、同室の妻が眠れない。 大きい声を出したり、歩けないのに外出しようとしたり、物盗られ妄想が頻繁にあり、家族と大声での口論になったり、警察に電話しようとする。現実と過去の出来事の違いがつかず、急に「人に会う約束をしていたので出かける。」等と言い、そのことを修正しようとする家族と言い争いになることが日常茶飯事であるため、家族も疲れきっている。</p>
---	---

<p>④ケアの拒否抵抗 ⑤行動障害の悪化 (2)向精神薬</p> <p>《意向》</p>	<p>家族が、本人の行動や言動に対して大きい声で過剰に反応し、指示し、お互い混乱、興奮してしまっている。</p> <p>妻や息子さん夫婦の指示・助言には一切耳をかさず、従わない。混乱させる行動が、入院後さらに悪化した。</p> <p>服用していない。</p> <p>(本人) _____</p> <p>(家族) なんとかしてほしい。ほとんど困っている。何で話しを聞いてくれないのでしょうか？誰か家族の話聞くように説得してほしい。</p>
--	--

<p>12 介護力</p> <p>(1)介護者</p> <p>(2)介護負担・ストレス</p> <p>《意向》</p>	<p>主介護者:大橋香織(長男の妻)</p> <p>身体的にも精神的にも疲れきっており、これ以上の負担は不可能。</p> <p>息子さんの店に手伝いに行くこともあるが、ほとんど主婦。</p> <p>夫の兄弟から、口は出されるが、実際の介護支援がない事を不満に思っている。</p> <p>副介護者:大橋智彦(長男)</p> <p>精神的に疲れており、これ以上の負担は不可能。</p> <p>数年前定年退職し、家にいることが多い。</p> <p>お嫁さんは、本人(みのるさん)の精神的支援になっている義理の妹さんに対し、口は出されるが、実際の介護支援がない事を不満に思っている。</p> <p>不眠と精神的な負担のためか、体調を崩し(不眠症、うつ傾向、糖尿病)、通院治療を受けている。</p> <p>長男の智彦さんも、混乱した毎日にストレスを感じている。</p> <p>施設入所申し込みの手続きをしている。</p> <p>(本人) なし。</p> <p>(家族) このままでは介護する方が倒れてしまうので、施設を利用しようと思っている。</p>
---	--

<p>13 居住環境</p>	<p>住宅改修済み。</p> <p>(浴室、トイレ、廊下の手すり設置、屋内の段差解消)</p>
----------------	---

《意向》	(本人) _____ (家族) _____
------	-----------------------

14 特別な状況	なし。
《意向》	(本人) _____ (家族) _____

その他	なし。
《意向》	(本人) _____ (家族) _____

(別表) 服薬状況

薬剤名	量	効能
ハルナール (0.2)	1T×1(朝)	前立腺肥大に伴う排尿障害を改善する。
アマリール (3)	1T×1(朝)	血糖値を下げる。
ドルナー (20)	3T×2	手足の血管を広げ血流をよくする。
タナトリル (5)	2T×2	血圧を下げる。
アダラートCR (20)	2T×1	血圧を下げる。
ディオバン (40)	2T×2	血圧を下げる。
アーチスト (10)	2T×1	血圧を下げる。狭心症や心不全の治療。
カルデナリン (1)	1 T × 1 (眠前)	血圧を下げる。

2009.05.22.jk

文責:小湊純一。

主任介護支援専門員がおこなう支援（スーパービジョン）

※記載要領を良く読んで記載してください。

記入者氏名

記入年月日 平成 年 月 日

1 題 名			
2 対 象 者	相談者 ・ 部下 ・ 同僚 ・ その他（ ）		
3 支援の方法	a 教える b 助言する c 気づいてもらう d その他（ ）	4 対象者の求め	a 答え b 助言(スキルアップ) c 振り返り・確認 d 精神的支援 e その他（ ）
5 支援の状況（具体的に）			
6 自分が思ったこと，感じたこと			

記 載 要 領

「地域包括支援センターの主任介護支援専門員，特定事業所加算を算定する居宅介護支援事業所の管理者」ということを意識して，支援の実際でうまくいかなかったこと等を整理してください。

主任介護支援専門員として，どのように考えて対応すれば良いのかを整理しますので，支援の場面を思い出し，できるだけ具体的に書いてください。

- 1 題 名 提出事例の内容がイメージできるような題名を付けます。
- 2 対 象 者 支援した対象者を○で囲みます。
- 3 支援の方法 あてはまる方法を○で囲みます。(重複可)

地域包括支援センター主任介護支援専門員及び居宅介護支援事業所管理者の役割

- ① 相談 主任介護支援専門員として，介護支援専門員やサービス事業所等からの専門的な相談に応じて，支援・助言・指導をする。
- ② 管理 主任介護支援専門員として，居宅介護支援の目的・機能に沿った仕事内容の理解，適切な遂行に関して指導・助言をする。
- ③ 教育 主任介護支援専門員として，介護支援専門員としての専門的な知識や技術，価値観及びその実践に関して指導・助言をする。
- ④ 支持 主任介護支援専門員として，介護支援専門員の仕事をする上での，悩みや問題，ストレス等を受け止めながら精神的な支援をする。

- 4 対象者の求め あてはまる求めを○で囲みます。(重複可)
- 5 支援の状況 相談を受けた時や，後輩・部下等を教育する際に，うまくいかなかったこと，悩んだこと，困ったこと等を出来るだけ具体的に詳しく書きます。
※ 実際の会話のやりとり「○○○○。」を入れ，気持ちや心情，葛藤の状況が分かるように，自由に書いてください。
- 6 自分が思ったこと，感じたこと

振り返って思うこと，感じたことをありのまま書きます。

- ※ 長くなる場合は，適宜追加・延長して記載してください。
但し，A4サイズ2ページを限度とします。

困 難 事 例 の 状 況

記入者氏名 _____

1 基本情報

記入年月日 平成 年 月 日

氏名（イニシャル）	さん	性別		年齢	才
主訴・意向					
生活状況					
家族の状況					
医療情報					
介護度等	要介護度：	障害高齢者自立度：	認知症高齢者自立度：		
その他					

2 困難の状況

<p>困難の種類 困難の対象</p> <p>・該当するものを○で囲む。 複数可。</p>	<p>病気・難病・ターミナルケア・緩和ケア・行動障害 精神障害・知的障害・介護力・虐待・アルコール 居住環境・経済問題・消費問題・必要以上のクレーム 家族・親戚・隣人・知人・民生委員 自分(ケアマネ)・自分(管理者)・サービス事業所・病院 行政・地域包括支援センター その他()</p>
<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>自分が 思ったこと 感じたこと</p>	
<p>その他</p>	