

ケアマネジメント

第1節 ケアマネジメントの実践

1. ケアマネジメントとは

ケアマネジメントとは、利用者（高齢者）が自立した日常生活を営むために、必要な医療や介護などのサービスを受けられるように支援する手法（仕組み）のことです。ケアマネジャーが行っている業務そのものがケアマネジメントと言えるでしょう。

ケアマネジャーは、「職業として、あるいはある特定の目的をもって援助を行う」職業的な援助職者であり、対人援助の専門職です。奥川先生は著書「身体知と言語」の中で、「対人援助は、それぞれの専門性や活動目的に応じて、さまざまな領域や手法で実践されます。職業的な対人援助職者が有している専門性の高い知識や技術、またはさまざまな領域で対人援助実践をしている実践家がそれまでの人生経験や実践体験によって手に入れた知識や人間力を、最大限クライアントに活用していただくためにも、支援の目的を達成するためにも、対人援助職者とクライアントとのあいだで信頼関係に基づいた〈相互交流〉が行われることが、その結果や効果に大きく影響してきます」と書かれています。適切なケアマネジメントを行うためには、利用者とケアマネジャーのあいだに〈相互交流〉が行われる必要があります。〈相互交流〉について分かりやすく示した図があります。「身体知と言語」の中の図1の対人援助の構図になります。

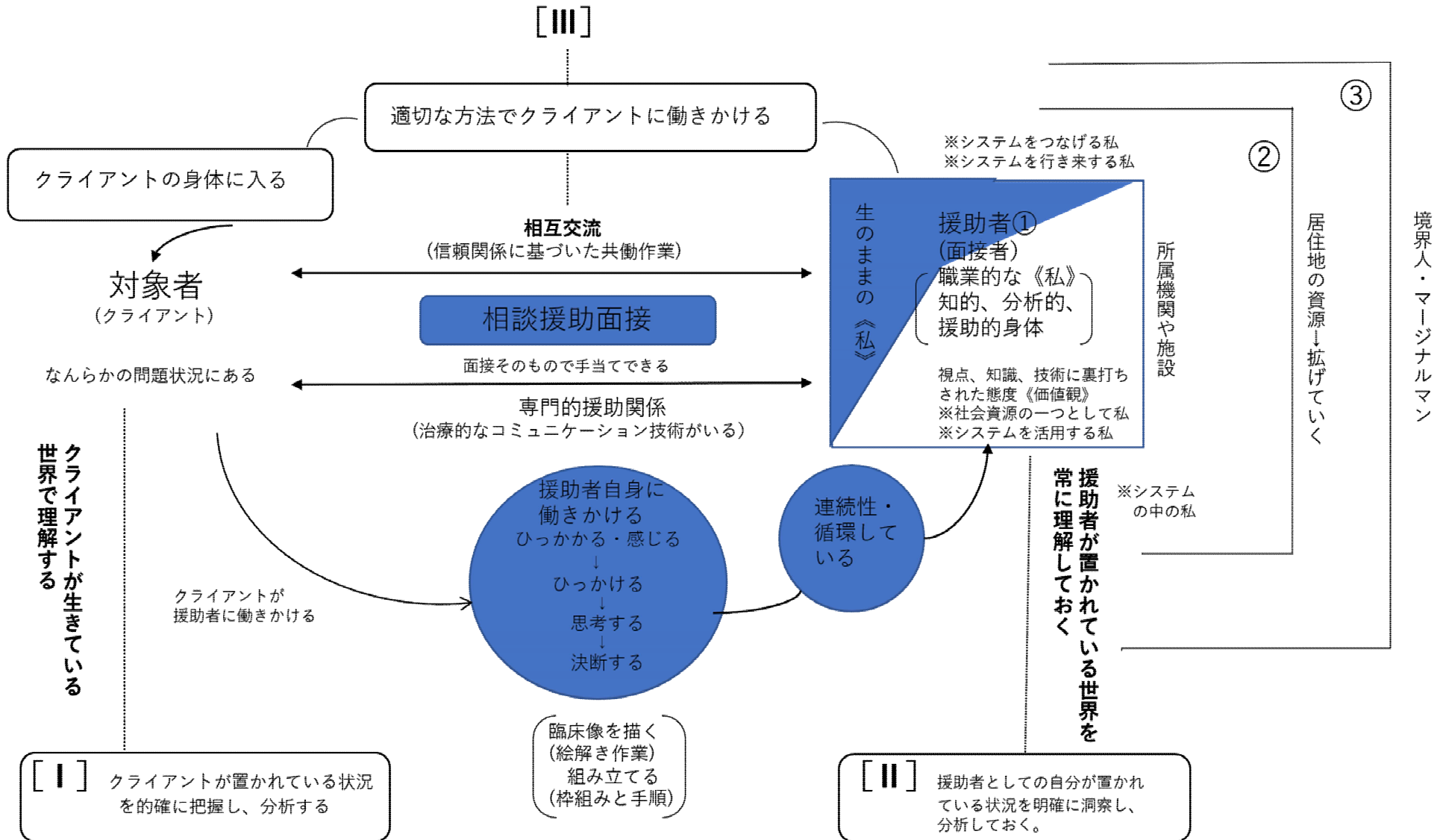
奥川幸子プロフィール

対人援助職トレーナー。1972年3月東京学芸大学豊教育科卒業。1972年4月より東京都養育院附属病院（現・東京都老人医療センター）で24年間、老人医療の場で医療ソーシャルワーカーとして勤務。金沢大学医療技術短期大学部および立教大学社会学部の非常勤講師としても教鞭もとる。作家遠藤周作氏が提唱した「病院ボランティア-患者の話を聴く-」の組織化を手伝い、研修を担当。1984年からグループスーパーヴィジョンを始め、毎月1回「奥川スーパーヴィジョン」として仲間同士が互いに支えあい高めあうグループに発展した。1997年より、さまざまな対人援助職に対するスーパーヴィジョン（個人とグループ対象）と研修会の講師（講義と演習）を中心に活動。 ※『スーパービジョンへの招待「OGSV（奥川グループスーパービジョン）モデル」の考え方と実践』より

2. 対人援助の構図

図1 対人援助の構図：援助者自身が働いている状況の理解

奥川幸子著 「身体知と言語」より引用、一部変更



3. 対人援助の基本姿勢

前述の通り、ケアマネジャーは対人援助の専門職です。ここでは、援助を必要としている人に実際に関わっていく際の、援助者としての心構えや技術などについて説明していきます。

援助関係は、利用者（援助を必要としている人）とのやりとり（相談援助面接）を通して少しずつ作られていきます。ただ話を聞くだけでなく、そこには専門職としての「相談援助技術」の知識やスキルが求められます。面接とは、専門性に裏打ちされて成り立っています。

※相談援助面接とは、相互交流（前ページの対人援助の構図を参照）を主たる手立てとして、利用者に生じている社会生活上の問題や心理的な悩みの軽減や解決をめざすための手法です。奥川先生は、「身体知と言語」の中で「相談援助面接では、面接そのもので利用者（クライアント）を手当てする事が出来る」と書かれています。私たちが対人援助職として目指すところはそこになります。

【インテーク面接】

○相談者の心理的サポートを行う。

- ・相談者の不安と緊張を解消する。
- ・相談者の思いを引き出す。
- ・適切な距離感とありのままを受け入れる準備をする。

○初回面談の留意点

- ・支援を必要としているか否かを判断する。
- ・介護保険の概要、提供サービスについて説明する。
- ・ケアマネジャーの役割と責任を説明する。
- ・地域の社会資源についての情報提供を行う。
- ・今後の方向性の目安を説明する。

○支援を一旦終了する場合

- ・緊急性を判断し、適切に他機関と連携する。→再開を視野に入れて、支援を終了する。
- ※インテーク面接でケアマネジメントの対象者と判断した場合、引き続きアセスメント面接へつながる場合もある。

○ケアマネジャーとしての価値

- ・利用者の利益を優先する。
- ・コミュニケーションが困難な利用者の権利を擁護する。
- ・自分の価値観の傾向を知る。→利用者の価値観や行動が受け入れ難い場合は、自己を客観視する。

○アセスメント面接の基本

- ・利用者の思いを想像する。

- ・聴き取った思いを整理する。
- ・利用者の語りから生活全体を見直す。
- ・ケアマネジャーの役割を説明する。
- ・今後の方向性を示す。
- ・質問の仕方を習得する。
- ・個人情報に関係者間で共有することについての同意を得る。

○利用者の全体像を理解する。

- ・利用者を様々な視点から理解するよう努める。
- ・利用者の生活史に耳を傾ける。
- ・信頼関係づくりを心がける。
- ・利用者の個別性を理解する。→「個別性」をかたちづくるものを理解する。

【相談援助面接の基本・心構え】

○面接にはすべて目的と目標（ゴール）がある。

- ・そのことを、援助者と利用者の双方が了解していること。
- ・面接は契約に始まり、契約で終わる。
- ・ゴールの目安を立てて援助する。

○面接には始めと終わりがある。

- ・面接には起承転結があり、しっかりとした組み立てと流れ、構造がある。
- ・面接の終了のしかたは特に大切である。

※1回だけの面接で終了するのか、次回の面接を設定するのか、定期的に面接を行う必要があるのか、将来予測される問題が起こった時の相談の予約をしておくかなど

○短時間でくつろいだ援助関係をつくれること

- ・人を対象としている仕事に一番大切なことでもある。
- ・初めて出会う相手との間に信頼関係を築き、継続させる技術をもつ。
- ・築いた援助関係が面接終了時および終了後も余韻として残る。
- ・専門的な援助関係を構築でき、その関係を崩さないこと、つまり、一般的な援助関係に流れない。

○面接で引き出される個人情報の意味

- ・面接で利用者、家族から引き出す情報は、利用者を理解するためのものである。
- ・誰のために、何のためにその情報を手に入れたか→利用者の利益になる。
- ・必要最小限の情報収集で問題の本質を理解する。
- ・点と点を有機的に結んで、全体像を描く。

○利用者が置かれている状況を正確にアセスメントする。

○傾聴する：豊かな情報をもらうために、利用者との信頼関係を築くために必要な技術である。

- 心理的・精神的なサポートが出来る事：共感・尊重・受容・保証
 - ・「共感」も「受容」も技術がなければ近づけない。
 - ・「共感的な理解」「受容的・非審判的な態度」だけでも利用者は「サポートされた」と実感し、自己評価を高められる。 →バイスティックの7原則を参照。
 - ・「再保証」「保証」は積極的なサポートになり、利用者の自己評価とモチベーションを高め、利用者が潜在的に持っている個人の強さや生きる力を引き出す（ストレングスを高める）。
- 利用者の持つ強さ（内的な資源）を活用する。
 - ・利用者がもっている潜在的な強さと力を見積もり、利用者が生きる力を引き出す。
 - ・利用者の対処能力を正確に見積もる。
- 情報提供・助言の時期としかたを考える。
- 自己決定の原則を守る
 - ・利用者が自己決定できるような状況を整え、それを支える。
 - ・最終的な決定は、援助者ではなく、あくまでも利用者自身である。
 - ・そのことは、援助者と利用者の責任を分担することでもあるが、問題解決や対処に際しての達成感を利用者のものである。
- 面接はプロセスも大事であるが、結果オーライでなければならない。
 - ・利用者の生きる力を引き出し、面接での癒しの機能を発揮できることが目標である。
 - ・現実が動く、あるいは具体的に何かが動かなくても、せめて「光明が見える」くらいの終了のしかたができる。つまり、面接終了時には何らかのおみやげを利用者に渡せる。
- 基本的姿勢の確保：常に腕を磨こうという姿勢。
 - ・面接技術は学習できる。→実践記録（時には逐語）を書く。考察する。
 - 事例検討：他人の事例を読める。もちろん自分の実践を他者の目にさらす。
 - スーパービジョン：ある時期、自分を仕事漬けにする。
 - ・練習を積み重ねて、自己点検し、学習していこうという態度が必要である。

4. バイステックの7原則

ソーシャルワークの基本原則としての「バイステックの7原則 (Biestek.F.P.)」を紹介します。

- ① 個別化の原則 …… 一人の個人として迎えてほしい
相談者を「誰とも違う唯一の存在」として捉えることです。年齢や、疾病等過去の経験的知識で判断せず、その人の価値観を理解し支援しましょう。
- ② 意図的な感情表出の原則 …… 自分の感情を吐き出したい
肯定的な感情であれ、否定的な感情であれ、相談者が自由に感情を吐き出すことができるよう働きかけましょう。「安心して話せる」雰囲気を作ることが大切です。
- ③ 統制された情緒的関与の原則 …… 自分の気持ちに共感してほしい
相談者の感情を理解し、意図的に「反応」することです。言語だけでなく、身振りや感情などの五感を用いて相談者を支持していきます。自分自身の価値観や感情を理解しておくことが大切です。
- ④ 受容の原則 …… ありのままの自分を受け止めてほしい
相談者の「いい面も悪い面」も「不安も怒り」も全てひっくるめて受け止めることが大切です。そうすることで相談者は安心感を得て、新たな援助関係を築いていくことができます。
- ⑤ 非審判的態度の原則 …… 非難を受けたくない
自分自身の価値基準や道德規範から、相談者を疑ったり決めつけたりしないことです。
- ⑥ 自己決定の原則 …… 自分自身の問題解決は、自分で選んで決定したい
自己決定するということは、相談者が自分の選んだ行動の結果に責任を持つこととなります。相談者の自己決定する「力」を上手く引き出せるよう情報提供などの工夫をしましょう。
- ⑦ 秘密保持の原則 …… 自分の秘密をきちんと守りたい
相談者の秘密を守ることは当然であり、対人援助に携わる職種の倫理的義務でもあります。

第2節 インテーク～出会いから受理まで～

インテークは、利用者と最初に接する重要な場面です。利用者の多様な相談内容を傾聴することから始まります。常に相手の立場に立って話を聞き、困りごとや意向を明確にしていきましょう。必要に応じて、相手に介護支援専門員の役割を理解してもらうことも信頼関係を築く上で重要です。

1. 相談を受けるにあたっての心構え

(1) 誰が何のために相談したいのか把握しましょう。

- 誰が何に困っているかを把握し、相手の立場に立って考えます。

(2) 時間を有効に使いましょう。

- 十分な時間を確保することも大切ですが、長すぎると、話の焦点がぼやけてくることもあります。事前の下準備をきちんと行い対応します。

(3) 一人で抱え込まないようにしましょう。

- 一人の力で解決できる問題だけではありません。ケアマネジメントは「チームケア」と言われます。一人で抱え込むのではなく、チームとして対応に当たります。日頃から地域包括支援センターや民生委員、近隣のボランティア、他事業者や開業医と顔見知りになっておくことが重要です。

2. 相談の実際

相談に来られる方は様々な不安を抱えています。例えば…

- ・自分はこんな身体になってどうしたらいいのだろうか？
- ・このまま自宅で生活したいがなにか方法はないだろうか？
- ・自分の年金だけでこれからの生活費は足りるだろうか？
- ・これからどうやって介護していけばいいのだろうか？
- ・どんな人が自分の相談にのってくれるだろうか？

※相談しやすい雰囲気作り・相手の信頼が得られるように配慮が必要です。

実際の相談には、いろいろな場面があります。

～電話相談の場合～

電話は、相談者の表情や態度などの情報を得ることができません。声の様子等から、相談者の感情の側面を把握できるよう努めることが重要です。

電話応対時の基本

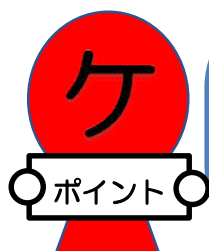
- ① 自己紹介をする（まず名乗りましょう）
- ② 相手の主訴を聞く（相手の困りごとは何かを聞きましょう）
- ③ 相手の名前、年齢、住所を聞く（基本情報・連絡先を聞きましょう）
- ④ 訪問の予約をとる（訪問は自宅とは限りません。何処へ行けば良いのかも尋ねましょう）

電話応対時のマナー

- ① 挨拶は丁寧に行います。
- ② 必ずメモをとります。（記憶は、曖昧となります）
- ③ 目の前に相手がいるつもりで話をしましょう。
- ④ 氏名・サービスの内容などの固有名詞や重要項目については、必ず復唱し確認をします。
- ⑤ 用件は簡潔に済ませましょう。（電話応対には料金が発生します）
- ⑥ 相手が高齢者の場合は、適度な速さで語尾をはっきり、声のトーンにも気を配りましょう。

日ごろから、正しい言葉使いで丁寧な言い方や声の大きさに気を配りましょう。

（高齢者は高い声より低い声の方が聞き取りやすい）



電話は相手の顔が見えず、言葉のみのやりとりとなります。メラビアンの法則※では、視覚情報が55%、聴覚情報38%、言語情報7%とされています。言語が耳から入る情報しかないため、より、言葉のセレクトやイントネーションなどを注意しておく必要があります。

※メラビアンの法則とは、アルバート・メラビアン（Mehrabian,A.）によって調査・結論された内容です。好意的もしくは敵意的なコミュニケーションを行うには、言語・顔の表情・視線・しぐさ・対人空間・外見等の「視覚・聴覚・言語」（要素）を、お互いに一致させ伝達する必要があります。しかし、この3つの要素は、伝達内容の不一致や矛盾が生じると、受け手側は、不快な思いをします。そのような場合は、言語情報より与えるメッセージより非言語的情報が伝達される確率が高いという法則です。

～来所での相談の場合～

介護の相談は個別的な問題を扱います。「相談しやすい場」を設定することが重要です。

専用の相談室はありますか？

相談者のプライバシーに配慮し、相談者が安心して話ができる「場」を確保しましょう。利用者の緊張度も、座る位置によって、対面・90度の位置・並列で違います。程よくリラックスできるのは、90度の位置と言われています。

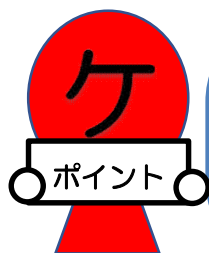
～近隣の人々からの相談～

近隣住民や民生委員など、本人・家族以外の方が相談に訪れることがあります。相談の経緯や「当事者は知っているのか？」を確認しましょう。プライバシーに配慮しながら今後の関わりを進めていくことが大切です。また、相談者が何処まで当事者の事情を知っているのかを色々な角度から検討することも必要です。

～関係機関等専門職からの相談～

関係機関等からの相談には、次のようなものが考えられます。

- ・病院や施設などから、在宅介護へ移行するための相談
- ・サービス提供事業所から、サービス提供に関する相談
- ・地域包括支援センターから、介護予防プラン・ケアプラン作成に関する相談
- ・他の居宅介護支援事業所から居宅の変更に関する相談 等



一般的なマナーを身に付けておくことも大切です。玄関からお邪魔するときの作法や上座と下座の理解なども役に立ちますし、利用者も私たち介護支援専門員をよく観察されています。様々な情報を得たいがために家の中をじろじろ見渡すのは気をつけましょう。

～家庭訪問での相談の場合～

自宅は利用者にとって「自分の城」といえます。その城に伺い、利用者とその生活に敬意をはらい、対応することが重要です。

訪問時のマナー

信頼関係の構築を図るために、基本的なマナーに留意して利用者と接していくことは重要です。

- ・訪問時間は厳守（遅れる場合は必ず連絡を入れます）
- ・ノックの仕方（相手に違和感を与えないように気を付けます、約3回）
- ・玄関先での挨拶（まず名前を名のりましょう）
- ・靴は揃えて上がり、居室では座る位置を考えましょう。
- ・お茶や茶菓子を用意された場合は失礼にならないようにお断りしましょう。

介護支援専門員の必須グッズ

相談については、短時間で、要領よく行う必要があります。訪問時は、忘れ物が無いよう準備して訪問しましょう。以下のようなものを携帯すると、スムーズに運ぶのではないのでしょうか。

- ・身分証（介護支援専門員資格者証、もしくは事業所発行の身分証）／名刺
- ・パンフレット（高齢者の暮らしを応援します、サービスや社会資源事業者一覧表等）
- ・記録用紙、筆記用具、朱肉、電卓
- ・申請書類一式（申請書類や契約書、重要事項説明書など）
- ・携帯電話
- ・メジャー（室内の段差等を測ったりするときに便利）
- ・携帯用消毒液、マスク、手袋、替えの靴下（様々な訪問環境に対応するために）

相談者を理解する上での重要なポイント

家庭訪問は、会話の中から得られる情報だけでなく、多くの情報を得ることが出来ます。

- ・住環境に関する情報（日当たり、家の間取りや移動動線の状況、段差等の危険箇所）
- ・暮らしぶりに現れる利用者の価値観（インテリアや趣味に関する物等）に関する情報
- ・実際の生活場面での状況や介護の方法に関する情報（誰がどのように介護しているか）
- ・地域社会の状況に関する情報（近所付き合いや、コミュニティー等）

このような情報は相談者を理解する上でも重要なポイントになるでしょう！介護の相談は個別的な問題を扱います。「相談しやすい場」を設定することが重要です。

2. 相談者の現状確認（スクリーニング）

インタビュー面接において、まず大切になるのが、スクリーニングをすることです。何故ならば、私たち居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、介護保険法令に準じた居宅介護支援契約に基づいて、要支援・要介護認定者のケアマネジメントを行っています。つまり、居宅介護支援事業所の介護支援専門員という立ち位置（ポジショニング）において、「目の前にいる利用者の支援を行うことができるのか」という点を確認しておくことが必要となります。介護保険サービスを導入するのか、または介護保険以外の総合事業や社会資源で対応できるのか、など「餅は餅屋に」のふるい分けをすることになります。そのために介護支援専門員は、介護保険以外のサービスの知識をもち、自分でその対応ができない場合には、保健・医療・福祉・法律の専門家等に繋ぐことも重要になります。

①要介護認定の確認

- ・介護保険の受給資格の有無や介護保険サービスで対応可能かどうかの確認をします。
- ・要介護認定が済んでいるかどうか、認定が済んでいる場合は介護度の確認をします。

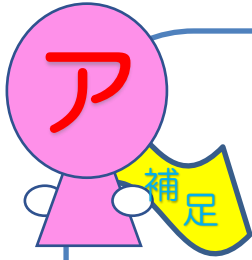


緊急度の確認

○健康上の問題から緊急に入院治療が必要な場合、あるいは深刻な虐待状況におかれている場合には、ケアマネジメントの援助を提供するよりも、まず入院・入所を考える必要があります。虐待が疑われる場合は包括支援センターへ相談しましょう。

○状況により早急に介護サービス利用が必要な場合は、暫定ケアプランを作成し、サービス利用に至ることになります。

総合事業（軽度者のデイサービス・ヘルパー）で対応可能な場合	介護保険サービスでの対応が必要な場合	介護保険で対応不可能な場合
要介護認定が済んでいない場合は、利用者の身体状況や意向を確認し、包括支援センターへ相談し、基本チェックリスト実施、事業対象者に該当するか確認してもらいましょう。要支援の認定がある場合は、利用者の身体状況や意向を確認し、包括支援センターへ相談しましょう。	要介護認定が済んでいない場合、訪問面接を必ず行い、利用者の身体状況や意向を確認し、必要性に応じて、介護認定の流れの説明、又は代行申請を行います。	介護保険外のサービス情報や福祉サービス等の利用方法を説明し、つないだり、紹介したりしましょう。必要に応じて地域包括支援センターにつなぎましょう



下記のような場合は、介護サービスの全額負担となる可能性があります！

暫定ケアプランを作成し、認定結果を待たずにサービスを利用し、

- ①認定結果が「非該当」の場合
- ②認定調査前に死亡した場合
- ③要介護認定区分の給付限度額を上回った場合

利用者や家族に十分説明しておくことが大切です。

4. 契約

利用者が自立するプロセスを共に歩む中では、介護支援専門員に業務上の責任が発生する一方で、サービスに同意し契約を取り結んだ利用者にも「自己責任」が生じます。利用者と居宅介護支援に関する契約を結ぶためには、利用者がこういった援助を受けることができるのかを利用者または家族に具体的に示し、同意を得る努力が必要です。契約は介護支援専門員のみならず利用者にとっても緊張感をもたらします。適切に契約が進むよう説明を加えながら契約を行いましょう。

1. 契約内容を、利用者または家族が理解できるまで説明しましょう。

契約は本人が納得するまで説明するのが原則です。契約を急がせないように、配慮しましょう。時には待つことも必要になります。

2. 重要事項説明書、契約書は予め準備し、必ず取り交わしましょう。

重要事項説明書や契約書は、ただ説明すればよいものではありません。内容をわかりやすく、また利用者または家族が理解できているかどうか、途中で確認しながら説明を進める必要があります。

3. ケアマネジメントのプロセスを説明し、内容の同意を得ましょう。

ケアプランにおいては、利用者が望む生活の為に必要な目標を設定し、目標達成にはどのようなサービスが適しているかの理解を得ることが必要です。介護保険は利用者と介護サービス事業者との二人三脚であるということを理解してもらうことが必要です。

4. 契約には本人の自己責任が伴うこともきちんと説明しましょう。

契約とは自分の意思で相手方を選択し、自己の責任においてサービスについての契約を行うことです。

5. 認知症が顕著であったり、判断力に不安のある場合は、家族などへ同席を依頼し本人にとって望ましい契約が行えるよう配慮しましょう。家族としての同意、代理人を確認してきましょう。

場合によっては日常生活自立支援事業や成年後見人制度の利用につなぐ必要もでてきます。それらの制度についても理解しておきましょう。

(1) 契約書を取るタイミングは

初回の面接の中だけでは、利用者側も契約するか否か決められないことが多いと思われます。そのため重要事項説明書は丁寧に説明した上で利用者側に預け、次回訪問した際に

契約の意思確認を行うのが効果的でしょう。

契約とアセスメントを同時にとる場合は、時間を要します。本人・家族の使える時間等にも配慮しながら、設定してきましょう。

(2) 居宅サービス計画作成依頼届書を出すタイミングは

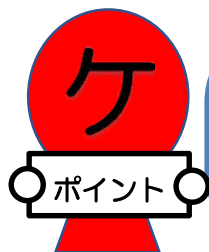
契約をされたらただちに提出してください。しかし認定結果が不明の時は、介護認定が出たあとで提出してください。大牟田市の場合、暫定利用をされている場合は、結果が出た後すぐに提出することが望ましいです。また、介護保険の一連の手続きの流れは本人等より依頼を受けて行うものです。契約を結んだので機械的に提出するのではなく、利用者に説明の上、提出しましょう。

(3) 契約を結ぶのはサービス事業者側も同様です

初回訪問時など複数の事業者が同席した際、各々が契約しようとする利用者側が混乱します。利用者側にきちんと理解が得られるよう事業者側の契約も含め、時期や順番に配慮しましょう。

(4) 本人に認知症等があり正常な判断能力があるかどうか疑わしい場合は

成年後見人制度の利用を検討する必要があります。



居宅介護支援事業所だけでなく、サービス事業者との契約書や、利用票・居宅サービス計画書など書類が多くなります。書類の取り扱い方法など管理方法について助言しましょう。

5. 成年後見制度とは

判断能力が充分ではない認知症のある高齢者、知的障害者、精神障害者が財産侵害を受けたり、人間としての尊厳が損なわれたりすることがないように法律面や生活面で支援するための仕組みです。成年後見制度は「**自己決定を尊重**」して支援する制度ですが、そのことを正しく理解して支援しなければ目的は達成できません。

軽度の認知症等で契約能力がある場合「金銭管理や通帳管理」は、社会福祉協議会が行う日常生活自立支援事業の活用も検討してみましょう。

- ・日常生活自立支援事業に関する問合せ先
大牟田市社会福祉協議会 総合生活支援担当
 〒836-0815 大牟田市瓦町9-3
 TEL 0944-57-2531
 FAX 0944-85-8382

- ・成年後見人制度に関する問合せ先
成年後見センター
 〒836-0815 大牟田市瓦町9-3（総合福祉センター3階）
 TEL 0944-57-2535
 FAX 0944-57-2560

- ・地域包括支援センターにおける、総合相談・支援事業及び権利擁護事業

	事業所住所	TEL FAX	担当校区
中央地区地域包括支援センター	有明町2丁目3 大牟田市役所内	41-2676 41-2662	上官・大牟田・大正・ 中友・白川・平原
手鎌地区地域包括支援センター	大字手鎌 1300-42 手鎌地区公民館内	59-6020 59-6021	明治・手鎌
三池地区地域包括支援センター	大字三池 629-2 三池地区公民館内	41-5506 41-5507	高取・三池・銀水・ 羽山台
駛馬・勝立地区地域包括支援センター	馬込町1丁目 20-1 駛馬地区公民館内	41-2020 41-2021	駛馬南・駛馬北・天 の原・玉川
三川地区地域包括支援センター	上屋敷町1丁目 12-3 三川地区公民館内	41-5298 41-5299	みなと・天領
吉野地区地域包括支援センター	大字白銀 781-3 吉野地区公民館内	41-6025 41-6026	上内・吉野・倉永

6. 書類の管理

契約書やケアプランなど、介護支援専門員は利用者に関する重要な個人情報を握っています。

(1) 書類は必ずファイリングしましょう。

一元管理が必要です。書類がばらばらにならないように、利用者ごとにファイリングしておくことが大切です。コンピューター管理の場合も、整理していつでも引き出せるようにしておきましょう。

(2) 書類の保管場所を確保しておきましょう。

書類を保管する場所を確保する必要があります。書類保管用のスペース・棚は十分ゆとりをもって準備しておきましょう。また、誰の書類がどこにあるかすぐにわかるように、ファイルを順序良く整列させることも大切です。保管に関しては個人名が来所者にわからないよう設置しましょう。

(3) 書類は介護支援専門員が責任を持って管理しましょう。

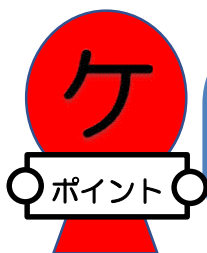
事業所内外の誰もが閲覧できるような管理では、守秘義務をきちんと守っているとはいえません。多くの事業所を併設している場合も、いつでも・誰でも自由に書類を見てよいわけではありません。介護支援専門員以外は書類を引き出せないようにすることや、事務所内外で情報を共有する際の取り決めも必要です。

- ・ 同施設にあっても違う事業者！
- ・ 書類は勝手に見ることは出来ません！！
- ・ 書類の保管に関しては、利用が完結して5年が原則です。

(記録の整備 運営基準第 32 条)

- ・ 書類の取り扱い方、管理責任など必ず事業所内で取り決め、利用者の情報の管理は厳重に！

(秘密保持 運営基準第 26 条)



外部の方が事業所のホワイトボードを見たりすることにより利用者名がばれてしまうことがあります。イニシャルにするか外部の方が見えないように配慮しておきましょう。

第3節 アセスメント

1. 主訴の聞き取りと事前説明

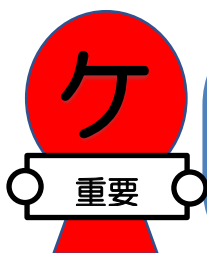
(1) 利用者とのヒアリング

①利用者が感じている困りごとや要望を把握します。

利用者の困りごとや要望を大まかに把握し、今後のサービス利用について利用者の意向や意思確認をします。趣味や生き甲斐など、何気ない会話の中からどのような暮らしを望んでいるのか、介護サービスを利用してどういう生活をしたいのかを正しく捉えましょう。しかし、矢継ぎ早の質問にならないように注意しましょう。

②明らかにしたい課題について確認します。

利用者の実態を見ながら、潜在的な課題を探ります。「〇〇（腰痛が強く）な状況で、〇〇（家事等）が難しい」という潜在する課題を利用者と介護支援専門員の間で確認することで、ケアマネジメントの過程を協働して行うのです。両者の認識に食い違いが生じた場合は、「申し訳ありません、〇〇について、もう少し詳しく教えてください。」など状況について説明してもらい、再度確認を取りましょう。



主訴とデマンドの違いについて

主訴は、利用者が生活を維持向上させるために必要な課題であるのに対し、デマンドは、なくても生活に支障がないものを含めた要求・要望全般をさします。

(2) 介護保険制度、居宅介護支援サービスに関する説明を行う

利用者が居宅介護支援サービスを利用するためには、介護保険制度や介護支援専門員の役割について、適切に理解してもらうことが重要です。誤った理解は後々のトラブルに発展する危険性があるため、トラブルを未然に防ぐためにも事前の説明は重要です。

以下に必要な項目についてご紹介いたします。

①要介護認定の確認

②介護保険の仕組みと利用方法

「要介護認定」を申請すると、訪問調査、主治医による意見書の記入、介護認定審査会での判定、認定結果の通知と進んでいきます。代行申請する際、主治医、キーパーソン、緊急連絡先を把握しておくことが必要です。また申請時には、主治医へ、意見書記載の依頼を行っておくと、後の連携がスムーズになります。

③介護保険のサービスの種類と業務の範囲、費用の目安

これらの説明を行うとき、口頭だけで説明するのではなく、「～高齢者の暮らしを応援します～」※₁を用いると、より効果的に話を進めることができます。

※₁大牟田市発行「高齢者の暮らしを応援します」のパンフレットを参照ください。



～居宅介護支援サービスについて～

利用者の望む生活実現のために、ケアプランを作成しサービスの提供を行う場合には、それぞれのサービスの必要性、提供内容の範囲、サービスを受給することで得られる効果等を事前に説明し了解を得る必要があります。また個人情報の取り扱いについて

も十分な説明と個人情報の提供同意を得ておく必要があります。居宅介護支援サービス導入後のトラブル予防のためにも、事前説明の重要性を認識

(3) 利用者との出会いのいろいろな場合

- ・入院中の病院やその家族から、退院後の自宅での生活についての相談。
…入院中に病院の医師や看護師、ソーシャルワーカーとの連携を図り、在宅での生活がスムーズに始められるよう調整を図ることが重要です。
- ・家族・本人・民生委員（地域の方）などから、介護保険は未申請であるが、年齢と共に認知機能の低下・下肢の筋力低下・腰痛・膝痛等が見られ、家での生活が難しくなったことで、在宅生活継続について相談。
- ・家族や民生委員（地域の方）から、家族で介護をされていたが、家族介護が難しくなったと相談。
…本人・家族から身体状況や意向を確認し介護保険の申請から行いましょう。
民生委員(地域の方)からの相談時は、相談内容を本人家族が知っているのか確認しましょう。
- ・家族で介護認定を受け、介護サービス（デイケア・ヘルパー）を利用したいと相談。
…身体状況・本人・家族の意向を確認し、必要なサービスにつなげていくようにしましょう。
- ・事業対象者・要支援の方が、要介護認定へ変更になった場合、包括支援センター等より相談。
…全担当者からの引継ぎを受け、身体状況など確認し、必要なサービスにつなげていく。

2. アセスメントの進め方

(1) アセスメントとは

～アセスメントとは～

アセスメントとは、「クライアントとワーカーの相互関係を基盤として実施するアセスメント面接を中心として、広範な領域から根拠を伴う正確な情報を収集し、クライアントのニーズや強さなどを深く理解するために理論や既存の知識を用いて、それらの情報を分析・統合するプロセスを経て、クライアントやクライアントの置かれている状況を理解可能なものにしていく。その後、クライアントの問題解決や軽減に向けて、その時点で最適だと考えられる援助方法を提案する。そこにはワーカーの解釈・類推も含まれる。このように情報収集、情報の分析・統合、援助計画提案の文書化までをすべて含めたプロセス」
(渡部律子氏)

つまり、アセスメントとは、**情報収集→分析→統合→臨床像全体**のことを指しています。

情報収集とは・・・

単にアセスメントシートにある項目を埋めることなく、利用者の自立を支援するために解決すべき課題を発見するための情報を、利用者やその家族や関係者より聞き取ります。情報の中には、本人や家族が語った主観的事実と介護支援専門員や関係者が観察した客観的事実が含まれます。利用者 家族の困りごとが、なぜこのような状態が生じたのか、どうすれば改善できるのか、主観的事実と客観的事実を関連付けて情報収集することが必要です。

分析・統合とは・・・

得られた情報をもとに、利用者自身が、自分の置かれている状況を原因も含めて理解し、生活課題を明らかにすることです。介護支援専門員は利用者が自分の抱えている課題や問題への「気づき」を促し、明確化し、それを正面から受け止め、解決へ向けた本人の取り組みを支えるのです。

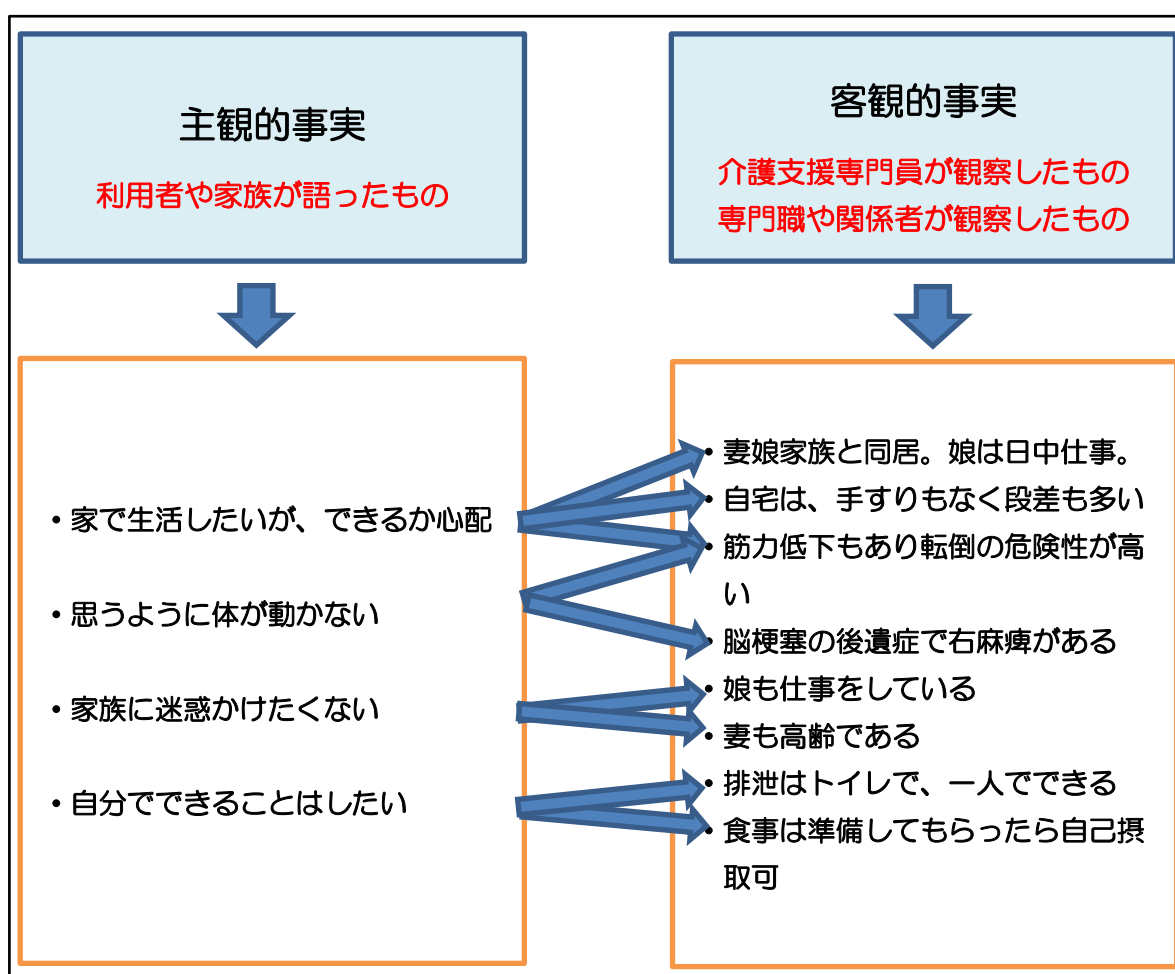
介護支援専門員は、利用者の持っている力や、利用者を取り巻く環境の中にある力＝強さ（Strengths）を意識し、引き出そうとするエンパワメントの姿勢をもって考えていきます。（自立支援の視点）また、利用者にとってどのような生活の質の向上があるかを見据えて、ケアマネジメントを行う必要があります。

臨床像を描くとは・・・

利用者自身が、「どこで、どのような生活を送るのか」ということを具体的に想像できるようにすることです。そのためには、利用者自身が、抱えている課題や問題に気づき、解決に向けた本人の取り組みを、介護支援専門員と共同で作業し、ケアプランを作成することが重要です。

(2) アセスメントのすすめ方

アセスメントの際、収集すべき情報は、主観的事実、客観的事実、の両面から得られたものでなければなりません。



(3) 課題分析で尋ねるべき標準項目

利用者のニーズを把握するため身体面・精神面・社会面の包括的情報をもとに、必要な情報を収集していきます。

厚生労働省は収集する情報の最低限の種類を「課題分析標準項目」として整理しています。

課題分析標準項

1. 基本情報に関する項目

1	基本情報 (受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、住所、電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

2. 課題分析（アセスメント）に関する項目

10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起きあがり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	褥瘡・皮膚の問題	褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

（出典：介護支援専門員基本テキスト、長寿社会開発センター、2003）

以下に、課題分析の進め方をまとめました。

1. 利用者の困っていることや要望を聴取する

利用者が困っていることや改善したいことを尋ねます。(主観的事実を把握する)

2. 利用者の困っていることや要望を明確化し確認する

利用者は「〇〇ができなくて困っている」という形で話されることがありますが、これをよく聴いていくと「〇〇をしたいのだけれど、〇〇ができないので困っている」という内容であることがわかってきます。(この困りごとについて、利用者と介護支援専門員のやりとりの中で確認をとっていきます。)

3. 利用者の自立支援の可能性を探る

利用者へ「どんなところができるのか、自分でやっているのか」を尋ねたり、専門職や関係者より動作に関する情報を得て、利用者の能力についても把握したうえで利用者へ情報提供するなど、利用者自身が自立への可能性を整理できるようにします。(ケアプランを受け入れやすくなります。)

4. 利用者が望む生活から生活課題(ニーズ)を導き出す

介護支援専門員は利用者が望む生活のありかたと、それを阻害している要因を整理して説明することで、利用者も自らの感じている悩みを整理していくことができます。この説明によって利用者から返答が得られれば、生活課題(ニーズ)に関する利用者と介護支援専門員との受け止め方の合意ができます。

5. 生活課題(ニーズ)からプランニングを協働作業で行います

生活課題(ニーズ)についての合意ができたことで、自立支援に向けた方策についても利用者と話し合うことができるようになります。利用者と介護支援専門員が共同でケアプランを作成していくことが重要です。

6. 総合的な援助の方針を考える

総合的な援助の方針はサービス提供におけるケース目標です。利用者が①どこで生活したいのか、②どのような生活がしたいのか、という情報を考慮し、利用者がみても「自分の生活をこんなふうに考え支えようとしてくれているのか。」と理解できる表現で記述される必要があります。

7. 生活課題（ニーズ）の明確化

利用者の困り事は一つの場合もあれば、複数の場合もあります。また利用者が意識していない生活課題（ニーズ）も隠れています。

介護支援専門員は、利用者の訴えに関連する事柄について話題を広げていき、本人の困りごと以外の生活課題（ニーズ）についても明らかにする必要があります。

8. 生活課題（ニーズ）に優先順位をつける

生活課題（ニーズ）の中にはすぐに解決が必要なものと、しばらく待っても支障がないもの、あるいは生活課題（ニーズ）として合意に至らなかったものがあります。サービスを結び付けるにあたりの優先順位は、以下のような考え方をしてくと良いでしょう

- ① 本人の生命の維持に関わることを優先する。
- ② 生活維持の困難に関わることを優先する。
- ③ セルフケア能力や介護力低下の原因を優先する。
- ④ 利用者を取り巻く環境の変化を優先する。

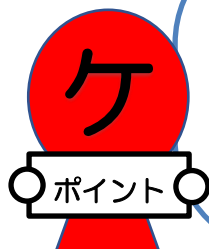
※サービス利用の優先度の判断は、利用者・介護者が危機的な状況にならないことです。

<アセスメントにおける留意点>

アセスメントの段階では、問題状況全体の把握・個々の生活課題（ニーズ）の把握と共に、今後起こりうる危険性（下記に危険因子を記載）について予測を立てることも重要です。そして、この予測した危機は、モニタリングにおいて利用者の状況を確認していく視点ともなるものです。

危険因子

- 疾病の状態の悪化
- ADL の悪化
- 意欲の低下、喪失
- 介護負担の増加
- 家族関係の悪化
- 孤立、閉じこもり



介護支援専門員はアセスメント面接を通じ、利用者を情緒的に支え、利用者との信頼関係を作っていきます。アセスメント面接自身が利用者への支援でもあるのです。

何気ない会話の中で、ポイントを押さえた聞き方などを行い、アセスメントを行いましょう。

3. 統合的アセスメント項目

クライアント理解や援助過程に不安や疑問が生じたとき、この16項目を埋めていくことによって振り返り作業が可能になり、自分自身でかなりの発見・気づきを得ることができます。

一般アセスメントに必要なクライアントのデータ：アセスメント16項目

1. 何がクライアントの問題なのか？
2. 問題の具体的な説明
3. この問題に関するクライアントの考え、感情および行動は何か？
4. この問題がどのような発達段階や人生周期に起こっているのか？
5. この問題はクライアントが日常生活を営むのにどれほど障害になっているのか？
6. この問題を解決するためにクライアントが使える人的・物質的資源は？
7. この問題解決のためにどのような解決方法あるいは計画がすでに考えられたり、とられたりしたか？
8. なぜクライアントは援助を受けようと思ったのか？進んで援助を受けようと思っているのか？
9. 問題が起こるのに関係した人や出来事、それらの人間や出来事は問題をより悪くしているか、あるいはよくしているか？
10. クライアントのどのようなニーズや欲求が満たされないためにこの問題が起こっているのか？
11. だれが、どんなシステムがこの問題に関与しているか？
12. クライアントのもつ技術、長所、強さは何か？
13. どのような外部の資源を必要としているか？
14. クライアントの問題に関する医療・健康・精神衛生などの情報
15. クライアントの育成歴
16. クライアントの価値観、人生のゴール、思考のパターン

「身体知と言語」 奥川幸子

4. 家族支援の視点

ライフスタイル等の変化に伴い、利用者を取り巻く環境も変化しています。高齢者のみの世帯、独居世帯、家族と同居していても日中は仕事で不在等、家族が利用者を介護するという考え方が通用しなくなっています。また、8050(9060)問題、介護離職者の問題、経済的困窮など高齢者の問題だけではなく、いくつもの問題が複雑に重なっている状況です。

例えば

- ・高齢者のみの世帯で、老々介護。年金も国民年金のみで経済的困窮になっている。
- ・独居で、支援できる親族がない。または居ても自分の家族や仕事あり、支援が難しい。
- ・子供家族と同居しているが、日中は仕事で支援できる家族がない。
- ・80代の親と閉じこもりや精神新患のある50代の子の生活で、高齢化によりこれまで親が担っていた、生活全般と経済面の支援が出来なくなった。
- ・親の介護で離職され、家族が経済的困窮、社会的孤立、心身の体調不良等をきたした。
- ・三世代で同居しているが、子や孫は閉じこもりや精神疾患などの理由で、介護能力がない。経済的には親の年金に頼って生活している。

そのため、65歳以上の高齢者を支えるためには、ご利用者ご本人だけでなく、その家族の状況、家族間の関係性（力関係）、家族と社会との関係性、家族が抱えている問題もアセスメントを行い、課題を確認し支援することが必要といえます。

本人・家族に何が起
こっているのか、気
づく力が必要です。

その中で、介護支援専門員は、利用者が望む生活を実現できるようにするためには、今までの縦割りの発想から、家族全体を支えるという視点が大変重要となってきます。

1人で全てを支援することは難しい。家族の力を見極め、公的サービスだけでなく、社会資源の利用等マネジメント力を発揮しましょう。

ケアマネに必要な能力

コミュニケーション（相互理解）能力、情報収集能力、観察力、気付き力、データ分析力、問題解決能力、巻き込み力、巻き込まれ力、体力、行動力、事業所の能力+ケアマネジャーの能力+ケアチームの能力

5. 利用者の権利擁護（介護サービスに関する利用者の基本的権利）

（1）ケアマネジメントにおける権利擁護

介護支援専門員に相談するのは、相談者が何かに困っている時です。介護支援専門員には「どんなことに困っているのか」、「どう対処したら良いのか」、「対処するにはどういった方法があるのか」といった処理能力とともに、利用者の自己決定と自己実現を支えるための「利用者に対する権利擁護」に関する認識が必要です。

（利用者の権利擁護）

2. 介護支援専門員は、常に最善の方法を用いて、利用者の利益と権利を擁護していきます。

【解説】

わたしたち介護支援専門員は、利用者の置かれている環境や心身の状況等を、最善の方法を用いて的確に把握するとともに、利用者が望む自立した生活を支援するために、各種情報の収集や関係機関との連絡調整、社会資源の活用情報等を利用者に提供します。

「最善の方法を用いて」とは、利用者に対し、最良の介護支援サービスを提供することを意味し、つまり、アセスメントを行い、ケアプランを作成し、そのケアプランに基づいて提供される介護サービスが、利用者にとって、最善のものとなることを意味するものです。また、介護支援専門員としての専門的知識や技術によって、課題や原因を明らかにし、その解決方法や手段を、利用者の立場にたって提供したうえで、利用者の「自己決定」により判断することができるようにすることこそが、権利擁護の基本となるものです。

更に、介護支援専門員は自己の意思決定を表現できない利用者の場合は、利用者にとって、アドボケート（擁護者）機能を活用することが必要です。介護保険法第 81 条においても、「指定居宅介護支援事業者は、要介護者の人格を尊重するとともに、この法律又はこの法律に基づく命令を遵守し、要介護者のため忠実にその職務を遂行しなければならない。」と記載され、法の遵守が求められています。

（介護支援専門員倫理綱領 条文 2）

介護支援専門員は、次のような基本倫理が求められる。

- ① **人権擁護** （利用者の権利、尊厳を守るための配慮や代弁者として、制度や資源の活用に努める）
- ② **利用者主体** （介護支援専門員は利用者との対等な関係の中で、利用者が自己決定できるよう助言しながら、情報を提供し、支援していく）
- ③ **公平性** （利用者に共感しながらも、偏見や私的感情に陥らず、公平に専門的支援関係を築く）

- ④ **中立性** (利害関係に左右されず、利用者の代弁者としての立場を忘れずに効果的、効率的なサービスを適切に提供できるよう助言する)
- ⑤ **社会的責任** (利用者の自立支援のためにコミュニティの力を高める活動をする)
- ⑥ **秘密保持** (弱い立場にある高齢者の尊厳を守る為には、専門家同士でも必要な情報の提供は、利用者の納得と了解のもとに行う)

(2) 介護サービスに関する利用者の基本的権利

利用者には介護サービス等に関して以下の権利があります。介護支援専門員は以下の権利に配慮しながら職務の遂行にあたらなければなりません。

- ① 介護サービスを含む自分に関わる様々な社会資源の情報を知る権利
- ② 意思表示(申請)をする権利
- ③ 介護サービスを含む様々な社会資源を利用する権利
- ④ 介護サービスの利用や意志決定を強制されない権利
- ⑤ プライバシー(個人情報)を侵害されない、(守られる)権利
- ⑥ 虐待・拘束・放置されない権利
- ⑦ 個人としての人格を尊重される権利
- ⑧ 自分の財産を管理し、運用される権利
- ⑨ 自分の生活を維持・向上させる権利
- ⑩ 不服申し立て(審査請求・訴訟)を行う権利

*介護サービスに関する利用者の基本的権利を保障することは介護サービス提供者の義務です。

6. 個人情報の取り扱い

個人情報の取り扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」（平成 15 年・法律第 57 号）の第 3 条において、「個人情報が個人の人格尊重の理念の下に適正に取り扱われるべきものである」とされています。このことを踏まえて、個人情報を取り扱うすべての者は、その目的や使い方を問わずに、その重要性を十分認識し、適正に取り扱わなければなりません。

介護支援専門員は職務上、多くの利用者やその家族について、他人が容易には知り得ない様々な個人情報を詳細に知りうる立場にあります。

「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」（厚生労働省発・平成 16 年 12 月 24 日、平成 18 年 4 月 21 日改正）等を活用し、日頃から個人情報保護の取り組みには十分注意しましょう。

居宅介護支援サービスの導入時には、必ず個人情報の取り扱いについても十分な説明を行い、個人情報提供同意書を取り交わしておく必要があります。

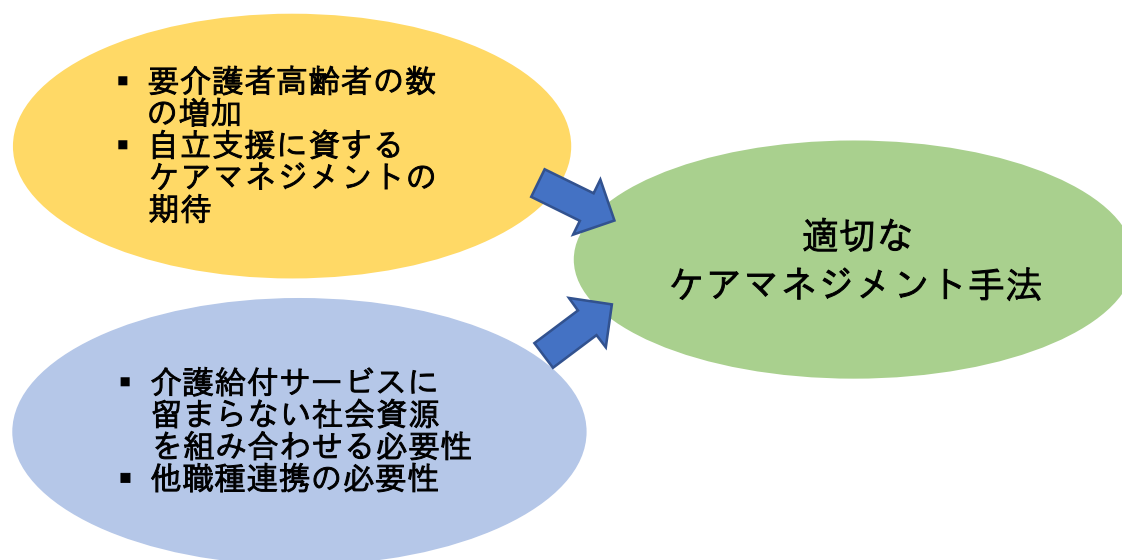
7. ケアマネジメントの標準化

(株式会社日本総合研究所 適切なケアマネジメントの手法の活用と概要 参照)

(1) 適切なケアマネジメント手法の概要

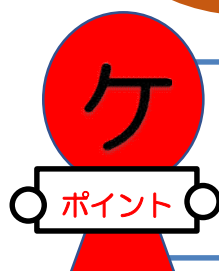
①なぜ、標準化が必要とされているのか

- 要介護高齢者の増加や、高齢者のニーズの多様性に応えることの必要性、介護給付サービスに限らないさまざまな社会資源の組み合わせが求められることなどが背景にあります。
- ケアマネジャーの職域の専門性を示し、他の職種との“共通言語”を確立するためにも、ケアマネジメントの共通的事項を体系化、言語化することが必要とされています。



②標準化がねらいとしていること

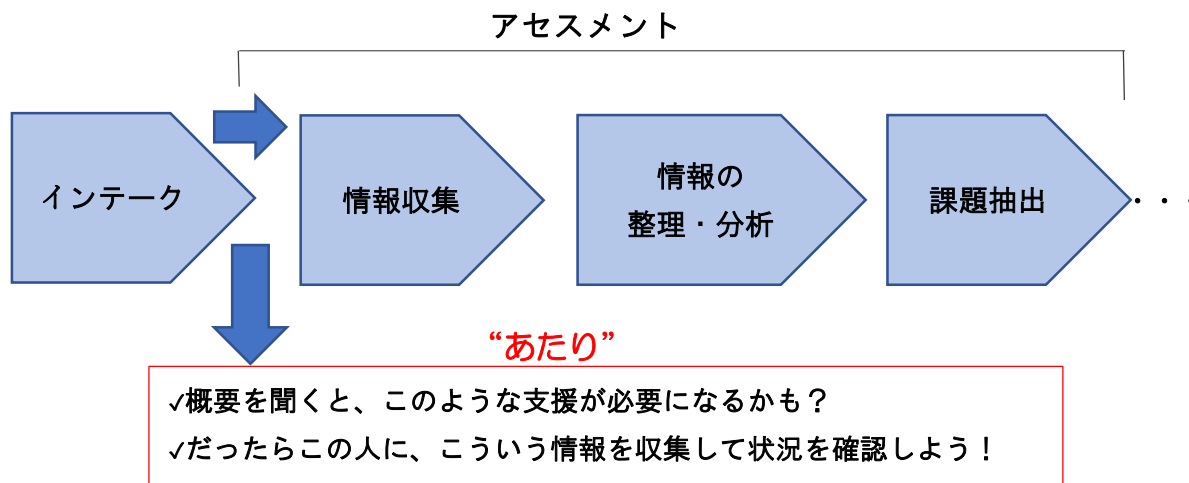
- ケアマネジメント標準化で整理した知見は、ケアマネジャーの職域が培ってきた知見を体系化し、誰もがこれを参照すれば、一定の水準のケアマネジメントが実践されるようになる「**共通化された実践知**」です。
- 体系化されているので他の職種にも示しやすく、結果的に、多職種間の連携が進むことも期待されています。



ケアマネジャー、一人ひとりが持つ知識知見にはばらつきがあるものです。ただ、ばらつきがありすぎても、多職種連携が図れません。ある程度は同じ知識知見を持ち、多職種連携を推進していきましょう。

③ベテランのケアマネジャーがやっていること

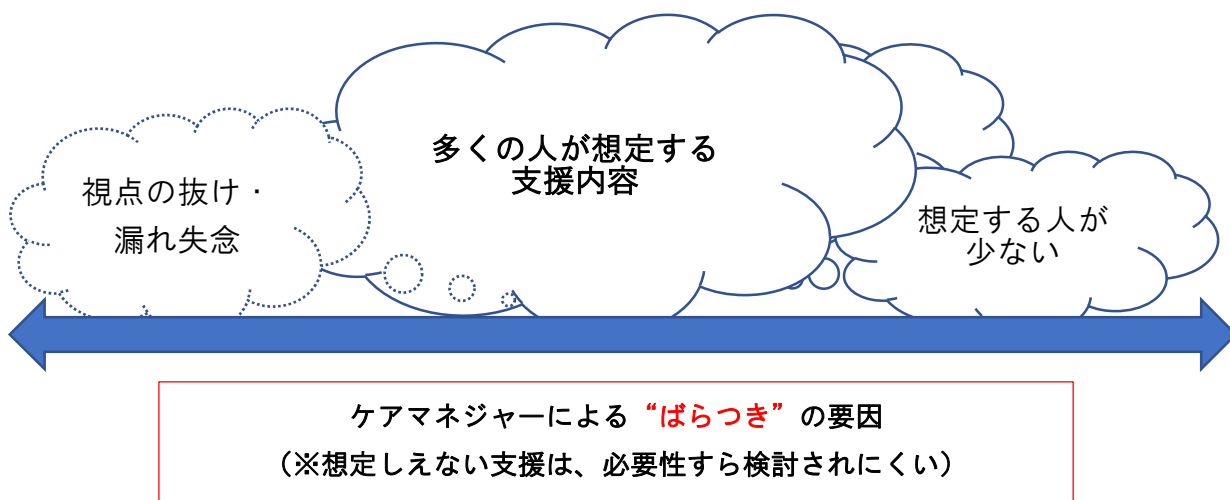
・知識と経験豊富なベテランのケアマネジャーは、網羅的な情報収集に手をつける前に、限られた概要情報から、「どのような支援が必要な可能性があるか」、「どのようなことを詳しく確認する必要があるか」について、“あたり”をつけています。



ベテランのケアマネジャーは、アセスメントの情報収集に入る前にインテークの時点である程度「こういった支援が必要かもしれない」と“あたり”を付けています。

④誰もが想定すること／想定する人が少ないこと＝ばらつき要因

・支援の視点（あたり）は、「想定される支援内容」として、ケアマネジャーの多くが想定することと、想定する人が少ないことがあります。



⑤ケアプランの標準化ではない

- ケアプランは一人ひとりに個別的であり、ニーズや具体的な支援内容など、極めて多様・多彩であり、かつ定性的な情報となるため、ケアプランの標準化は困難です。
- ケアマネジメント標準化が目指しているのは、**誰が担当ケアマネジャーとなっても、利用者から見て一定の水準のケアマネジメントを提供できるようになることです。**

× ケアプランの標準化

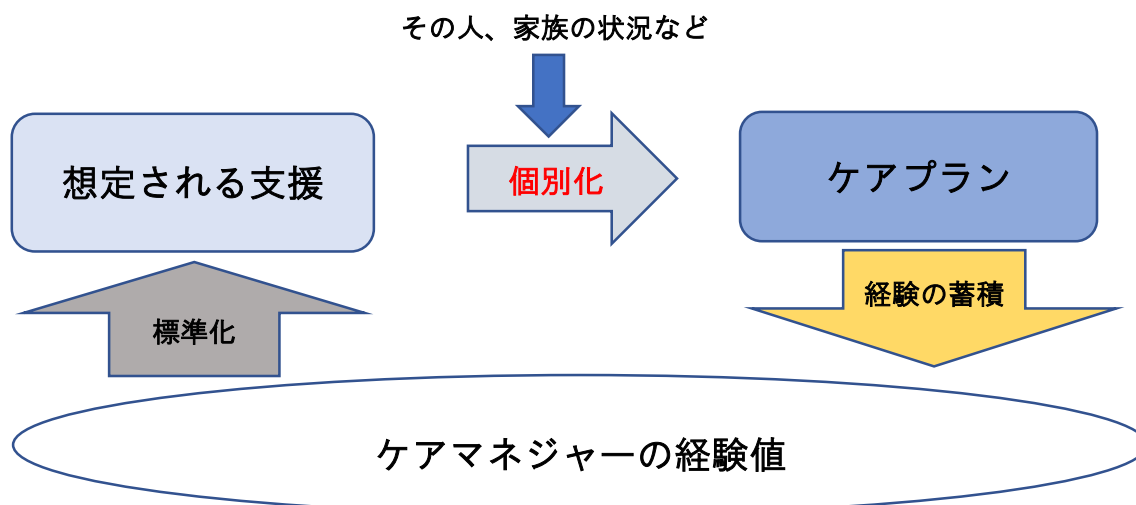
○ ケアマネジメントの標準化



ケアプランの標準化ではありません。マネジメントの標準化であり、仮説をつける・あたりをつけるところの知見の平準化です。

⑥標準化と個別化の違い

- 標準化が目指しているのは、状態に応じて必要性が高いと考えられる支援内容を押しえられるようにすること。あくまでも想定される支援である。
- あくまでも「想定される支援」なので、どの支援が、どの程度必要かの判断は要介護高齢者一人一人異なる。また、同じような支援内容でもその人に合わせたやり方に工夫する余地がある。これが**個別化**である。



(2) 適切なケアマネジメントの検討状況と活用方法について

①政策における位置付け

適切なケアマネジメントの検討は、ニッポン一億総活躍プランに位置付けられています。

《参考》ニッポン一億総活躍プランの概要

一億総活躍社会とは、
女性も男性も、お年寄りも若者も、一度失敗を経験した方も、障害や難病のある方も、家庭で、職場で、地域で、あらゆる場で、誰もが活躍できる、いわば全員参加型の社会である。

介護離職
ゼロの現実

希望する介護サービスの利用（介護基盤の供給）

① 高齢者の利用ニーズに対応した介護サービス基盤の確保

・自立支援と介護の重度化防止を推進するため、介護記録のICT化を通じた業務の分析・標準化を進める。これにより、適切なケアマネジメント手法の普及を図るとともに、要介護度の維持・改善の効果を上げた事業所への介護報酬等の対応も含め、適切な評価の在り方について検討する。

年度 政策	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019～2025 年度	2026 年度	指標
適切なケアマネジメント手法の策定	標準化に向けた分析手法の検討/ ケアマネジメントの先進事例の収集	分析、適切なケアマネジメント手法の策定	適切なケアマネジメント手法の検討・見直し、適切なケアマネジメント手法を踏まえたケアマネジメントの実施	← 2016年～2026年 →		

これまで、「適切なケアマネジメント手法とはどういうふうに考えたらいいのか」という検討に始まり、具体的にいくつかの疾患について開発が進められています。現在、脳血管疾患・大腿骨頸部骨折・心疾患・認知症についての検討案などが、示されています



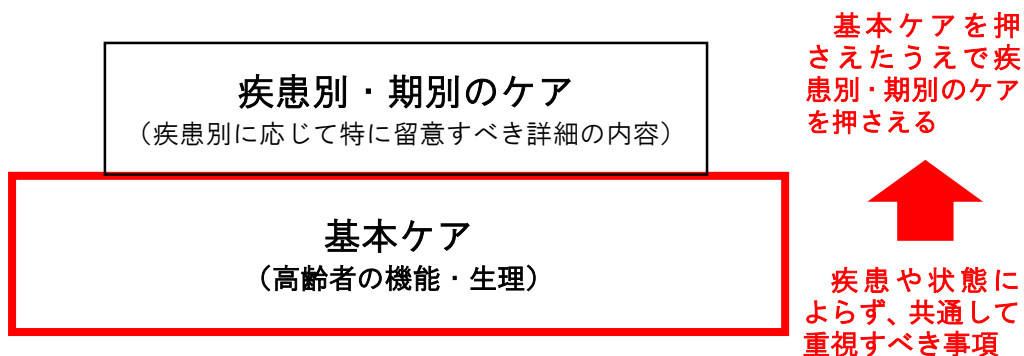
疾患別に着目している理由

疾患別にすることでその先どういったことが起こるのか？そのために何をしなくていけないのか？というエビデンスが多くあるということから取り組みやすいように疾患別になっています。

また、疾患によらずどんな状況にも関係なく共通して重視すべき事項もあります。＝基本ケア

②検討した項目の構造

- 基本ケアと疾患別・期別のケアで構成されます。
- 疾患別、期別のケアは当該疾患・期に該当する場合に特に想定すべき支援を整理。
高齢者の機能・生理にもとづく基本ケアを踏まえた上で、疾患別・期別のケアを参照する。



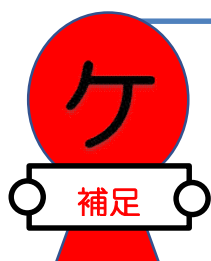
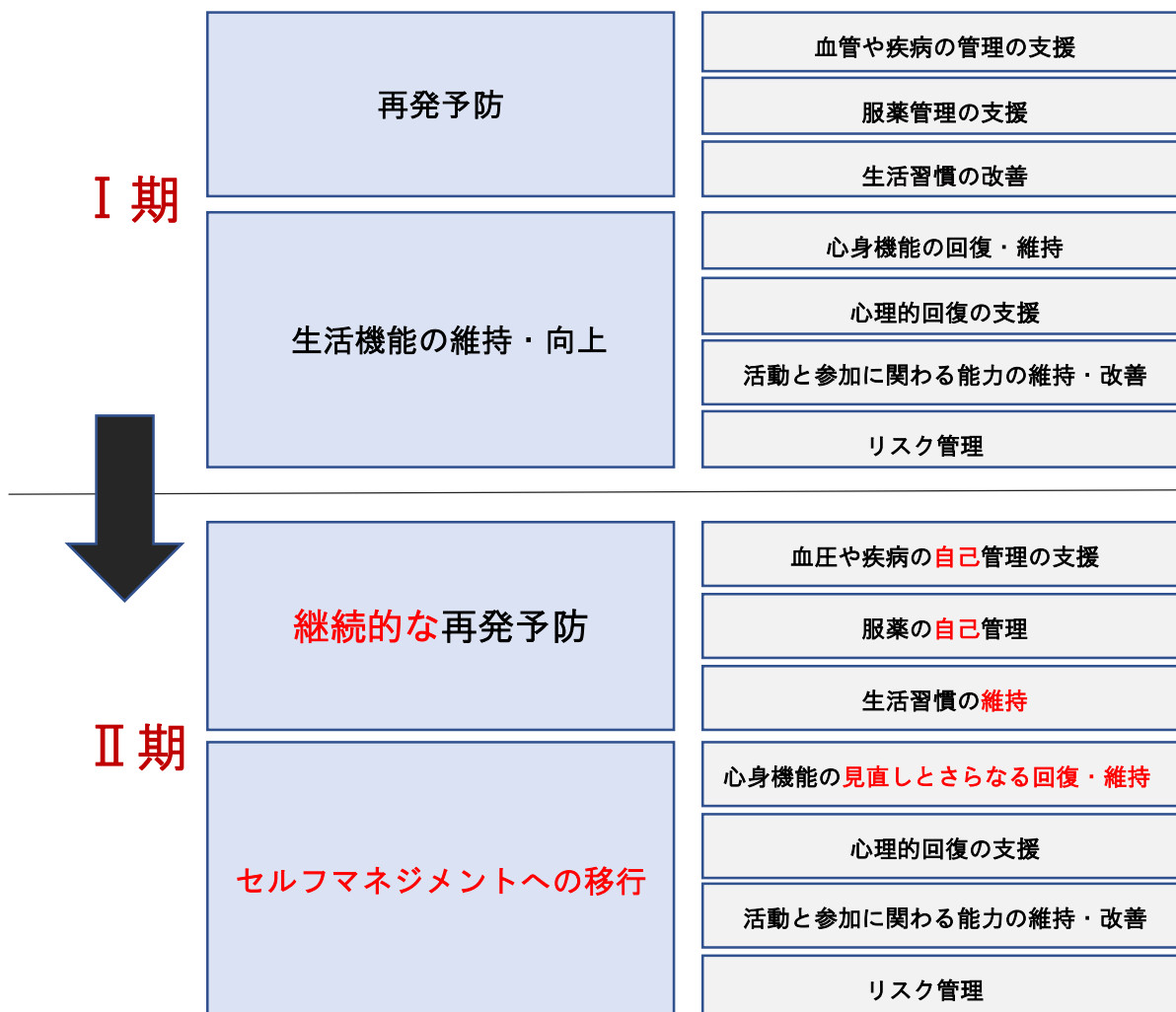
③基本ケアの概要

- 基本ケアとは、加齢とともに変化する機能や生理を踏まえ、目指す生活の実現に向けて生活の基盤を整えるとともに、状況が大きく悪化することを防ぐ観点から必要なケアである。

大項目	中項目
病状・病態予測と予防の重要性	病状・疾患予測と予防の重要性
	嚥下
	口腔ケア
	服薬管理の支援
家庭や地域での役割を見出す	身体機能の維持・向上
	排泄
	コミュニケーション
	身体機能の低下を防ぐ
生活の場における安全管理	嚥下
	口腔ケア
	感染予防
	家族の受容に対する支援
家族支援	摂食動作・認知障害
	排泄
	コミュニケーション
	コミュニケーション

④疾患別ケア（脳血管疾患）の概要

- 疾患別ケア（脳血管疾患）では、再発の予防と生活機能の回復・向上が重要。
- I期では再発予防のための支援体制の整備を重視するとともに心理的回復を含めた生活機能の維持・向上に着目。一方、II期では継続的なセルフマネジメントに着目。



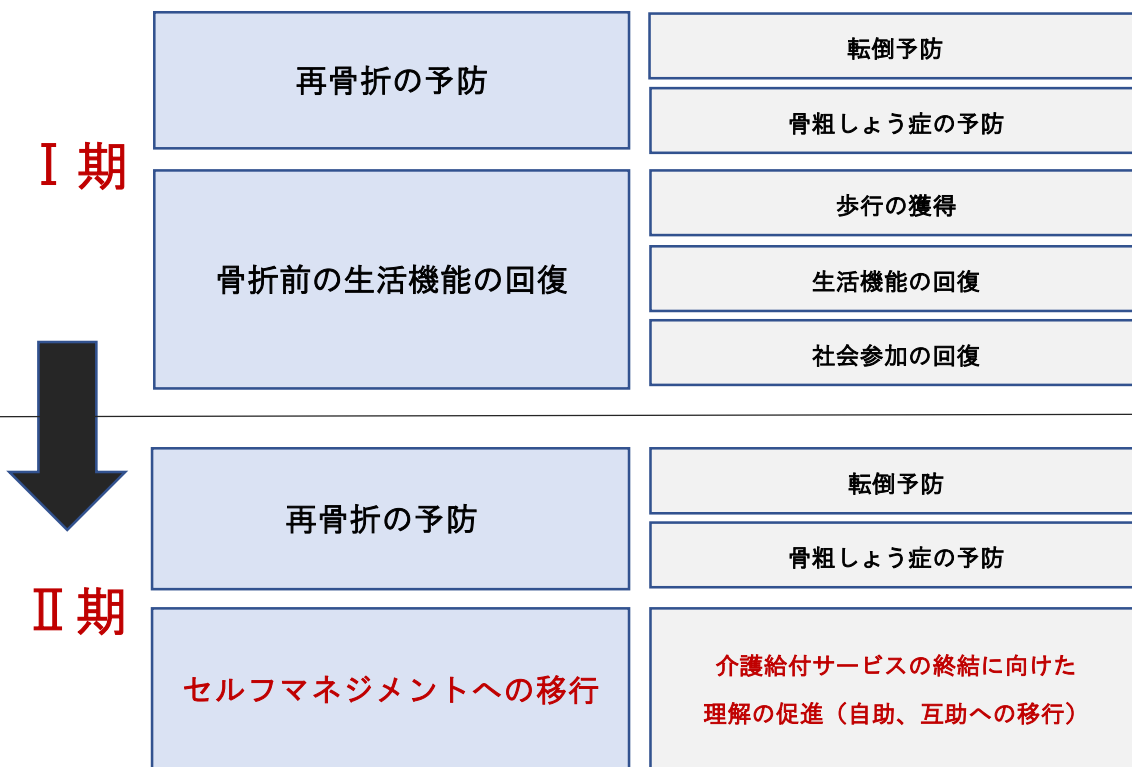
脳血管疾患の場合、退院直後の状況からできるだけ状態を安定させ改善させていくとともに、再発を予防していくことが重要です。

I期：退院直後。退院後から3か月程度。医療との関わりが少し薄れてきて安定してくる時期。再発予防や在宅に移行していく時期。

II期：医療的なケアや専門職のケアから、本人家族等のセルフマネジメントで生活していく時期。

⑤疾患別ケア（大腿骨頸部骨折）の概要

- 疾患別ケア（大腿骨頸部骨折）では、再骨折の予防と骨折前の生活の回復が重要。
- I期では再骨折予防のために必要な支援体制の整備をするとともに生活機能の回復に着目。一方、II期では支援の終結を見据えたセルフマネジメントの移行に着目。



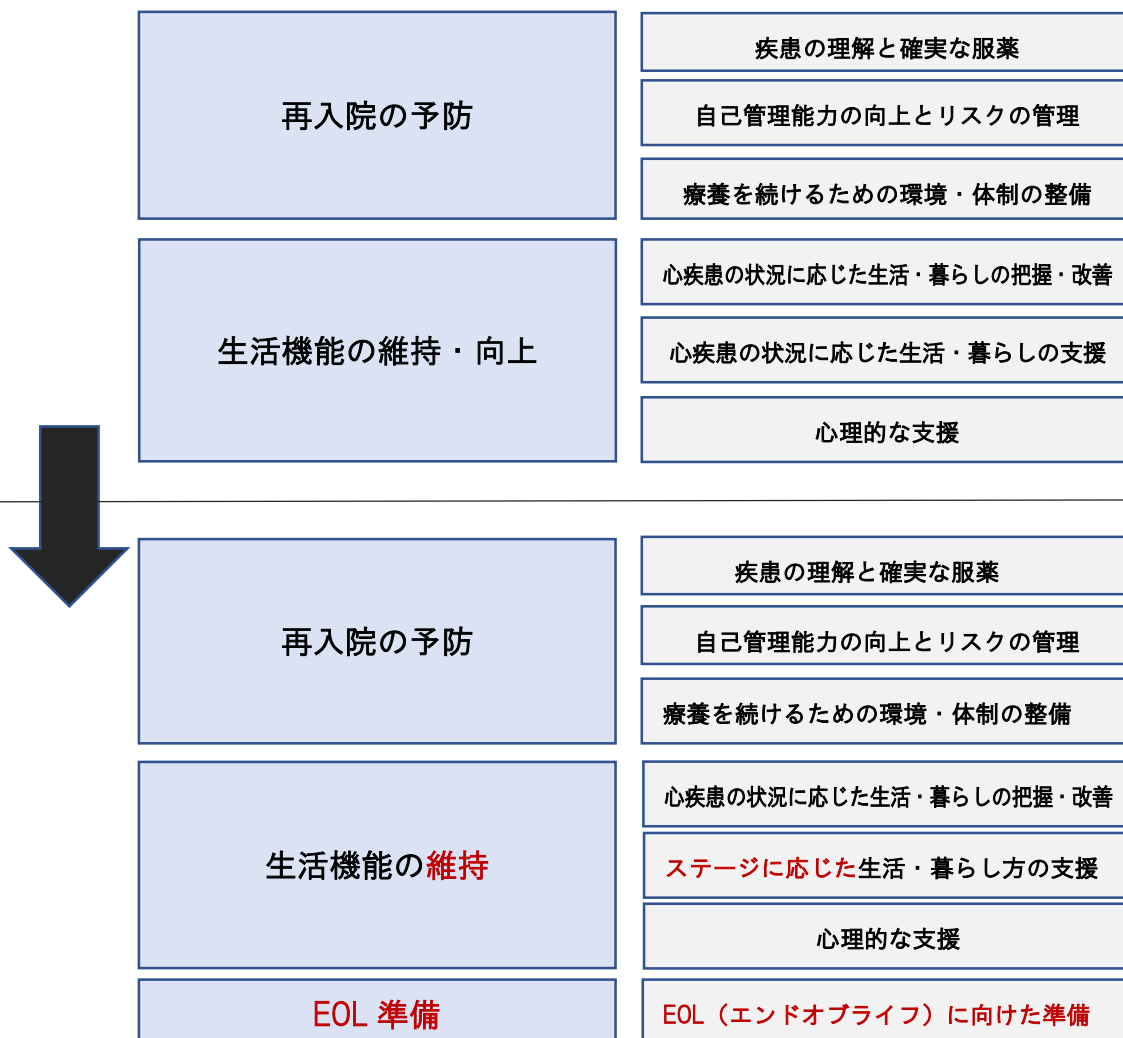
大腿骨頸部骨折は、骨折そのものは治っていきます。

I期：退院直後は、生活機能が落ちています。再骨折の予防のため転倒や骨粗しょう症予防を図ります。また退院時の状況から、骨折前の状況に戻していくことが重要です。

II期：再骨折の予防を行いながら、QOLの向上を図っていく必要があります。生活場面を見ていくことで、環境の改善を図ることも重要です。

⑥疾患別ケア（心疾患）の概要

- 疾患別ケア（心疾患）では、再入院を予防しつつ、生活機能を維持していくような支援を組み立てることが重要。
- 医療と適切に連携しつつ、心疾患の状況及びステージに応じた心理的な支援も求められる。



心疾患は、医療との関わりが強く再発を繰り返すことが特徴です。

I 期：医療との関わりが強く、病状の管理・服薬や生活習慣の管理が重要となってきます。

II 期：再入院を予防しつつ生活機能を維持し、活動の参加の場面を維持していくことが重要です。

⑦疾患別ケア（認知症）の概要

- ・アルツハイマー型認知症の診断があって、比較的初期～中期
（目安：ADLが自立あるいは一部介助程度までであって、認知症高齢者生活自立度でⅡb程度までの時期）

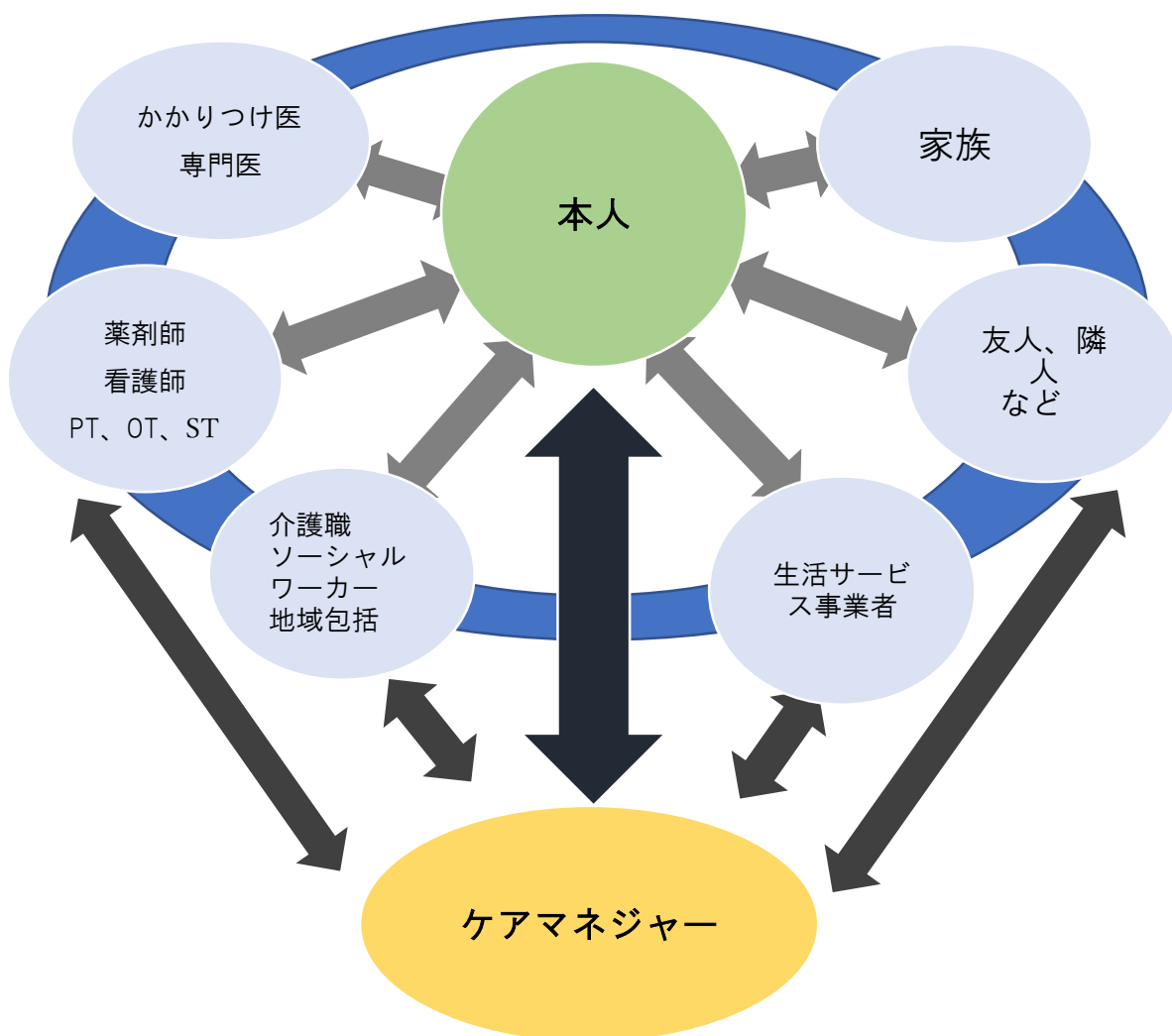
本人及び家族・支援者の認識の理解	ここまでの経緯の確認
	本人と家族・支援者の認識の理解
将来の準備としての意思決定の支援	本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解
	本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援
必要に応じた連携体制の構築	意思決定支援体制整備の構築
	必要に応じた連携体制の構築
基本的な生活の支援	日常生活における本人の意向の尊重
	一週間の生活リズムを支えることの支援
	日常的に参加する役割を整えることの支援
	体調管理や服薬管理の支援
これまでの生活の尊重と重度化の予防	基本的なセルフケアを継続することの支援
	本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備
行動・心理症状の予防・重度化防止	行動・心理症状の状況と背景要因の把握
	背景要因に対する取り組みの支援
家族等への対応	家族支援に必要なサービスの調整支援
	将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援



認知症は、他の疾患別のケアマネジメントとは、大きく違っています。改善させるのではなく、進行をできるだけ遅らせる。支援には、状態を受け入れ、その方の尊厳ややりたいことをできるだけ尊重し支えていくことが重要となります。

③多職種連携を円滑にする体制の構築

- モニタリングや見直しまで一貫して取り組めるよう、利用者・家族の状況を把握し、適時・適切に必要な専門職に情報が共有される体制を作ることもケアマネジャーの役割。
- 特に、認知症のケアマネジメントでは、利用者・家族の生活の状況やその変化を把握する体制を構築することが肝要。ケアマネジャーにはこうした体制構築が求められている。



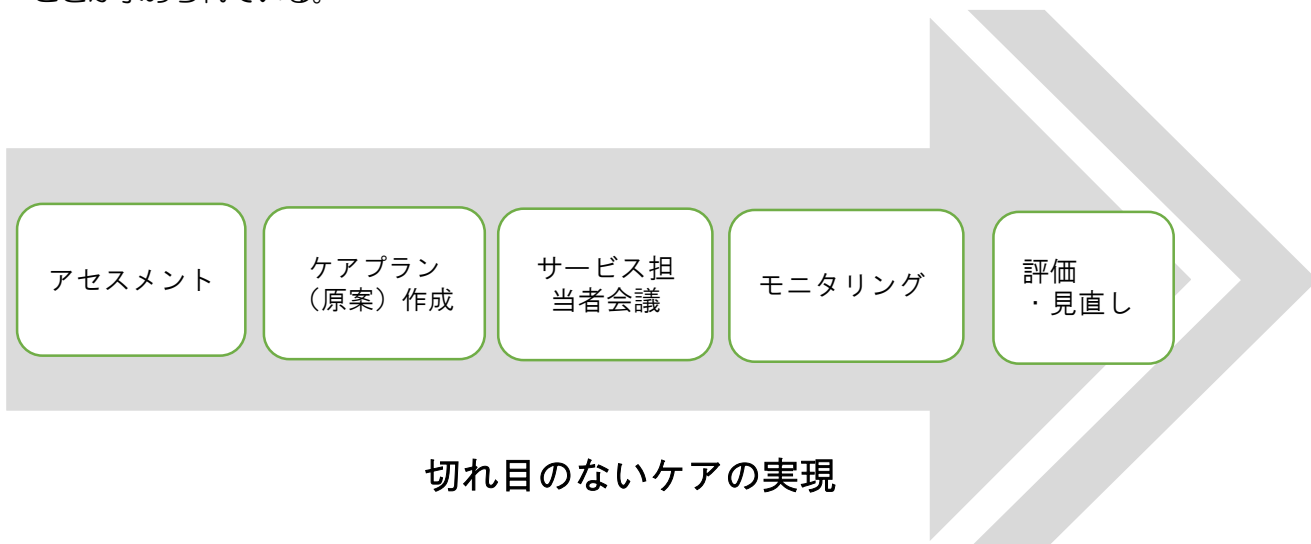
ケ

重要

ケアマネジャーが、「疾患別に何をやるべきか」、「想定される支援としてどんなことが考えられるのか」について整理していくと、何をすべきかがはっきりしてきます。専門職だけでなく、多職種で連携を図りながらサポート体制の構築を行きましょう。

◎モニタリング・見直しまで一連の取り組み

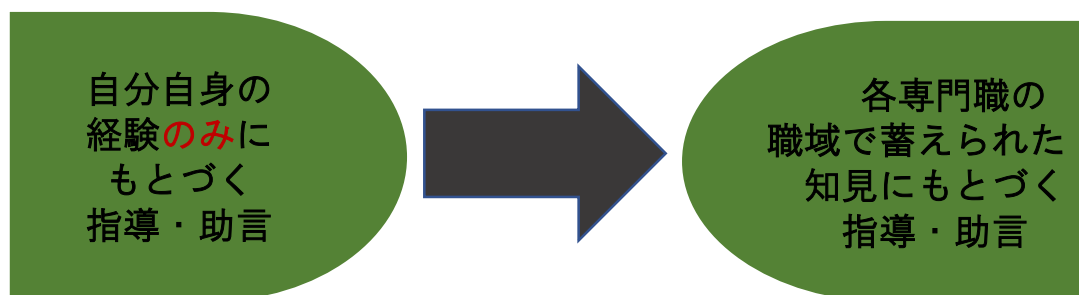
- ・ケアマネジメントはケアプランを作って終わりではない。ケアの提供による利用者・家族の生活の状況をモニタリングし、ケアの提供を通じて得られる新たな情報を踏まえて、よりその人にフィットしたケアへと見直していく連続的な取り組みが重要。
- ・日常の生活だけでなく、入退院・入退所を経ても切れ目のないケアを提供する観点を持つことが求められている。



連携体制の構築は、何が大事で何の状況を見ていくのか、どう変化してきたのか、次は何を取り組んだらいいのか、などのモニタリングの視点が多職種で共有できます。結果として切れ目のないケアが繋がっていきます。

⑩指導や助言の標準化

- ケアマネジメント標準化で整理した項目の活用場面は、個別事例を担当するケアマネジャーの知識向上や業務効率化だけに留まらない。
- 地域ケア会議（個別ケア会議）やケアプラン点検などの場で、ケアマネジャーに対して提供される指導・助言の内容のばらつきを防ぎ、多職種間での連携体制が構築されやすいよう、地域づくりの視点で活用してもらうことも想定される。



適切なケアマネジメント手法は、「各職種領域におけるエビデンスに基づき整備されてきた知見の体系」の為、これを踏まえて助言や指導を実施すると、根拠に基づいた指導を実施できます。