

ケアマネジメントの基礎知識

世 田 谷 区

【総 論】

- ケアマネジメントを正しく理解すること
- 自立支援を核に仕事をすすめること

1. ケアマネジメントの正しい理解

ケアマネジメントとは・・・

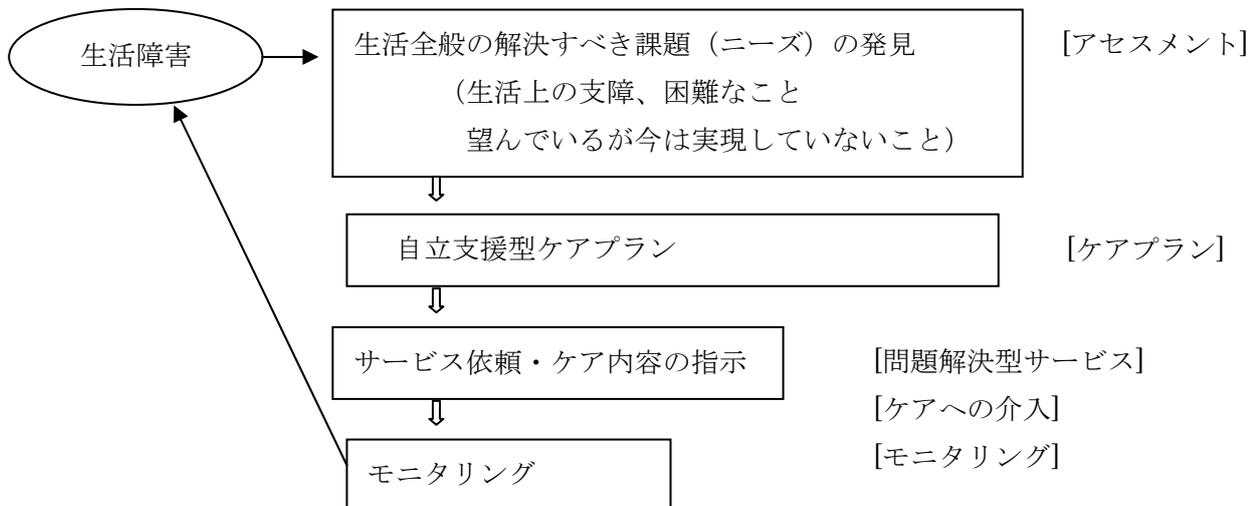
自立した日常生活を営むという目的のために、その人にとって最もふさわしいサービスが利用できるよう支援する仕組みです。

- 自立支援（ADLなどの機能のみでなく人としての自立）
- 生活の質の向上（を図ることを目指してサービスを提供）
- 利用者主体（本人の言動を表面的にとらえるだけでは利用者主体とはいえない。利用者の真の希望は何かに着目）

ケアマネジメントでは、「○さんの自立とは?」「○さんの生活の質を向上させるとは?」を常に意識して考える。

- | | | |
|----|--------------------|-------------|
| 方法 | i) 問題（ニーズ）の発見 | [アセスメント] |
| | ii) 問題を解決するサービスの提供 | [問題解決型サービス] |
| | iii) サービスのマネジメント | |

- ◎ ケアマネジメントのプロセスとケアマネジャーの役割
“ケアマネジャー＝ケアをマネジメントする者”

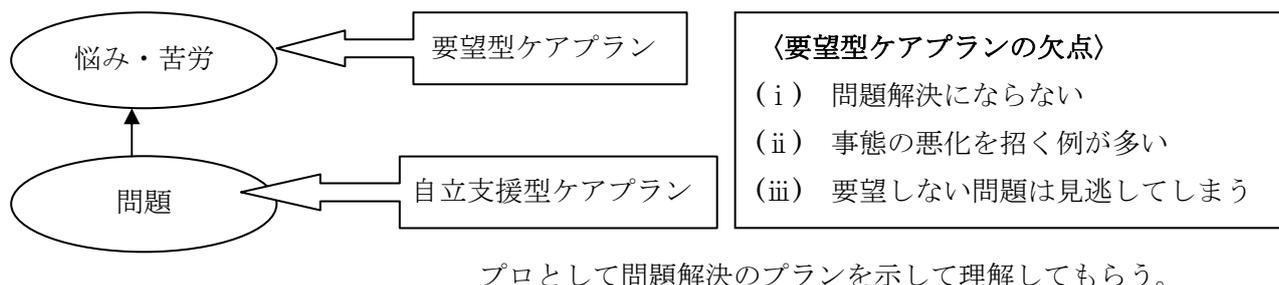


2 ケアマネジャーとしての専門性

[プロのケアマネジャーの基本原則]

- 要望型ケアプランとは決別する。
- 「ニーズの知識」を身につける。
- 「ニーズ」の有無を判定するために必要な情報は何かを習得する。
- 情報を集める「技術」を身につける。
- 他の職種の意見・評価を聞く。
- 介護の現場に足を運ぶ。

3 要望型ケアプランの問題点



※「要望」とは、意見や意向とは異なる意味で使われていることに注意

例えば、「歩きたい」ということばをそのまま鵜呑みにするのではなく、「歩きたい」と本人が話す言葉の意味を考えることが、ケアマネジャーとして大切です。「歩けるようになったら、何がしたいですか」とアセスメントを続けた結果、その人の「歩きたい」は、「トイレに一人で行きたい」という意向であったりします。

○たとえば、介護者から「おむつ交換が大変」という相談があった際に、「おむつ交換のためのヘルパーを派遣する」という「悩み・苦労」にのみ対応したプランを作成する場合（要望型ケアプラン）、ADLは低下し問題解決にはならず、事態の悪化を招いてしまいます。一方、「おむつが必要になった原因は何か。閉じこもった生活で足腰が弱ってしまった。」など、原因を探り「おむつははずしはできないか？」を考えた、ケアプランを作成（自立支援型ケアプラン）する必要があります。その際に、まずは要望への対応を行う場合もあるが、真の問題を見落とさないように注意する必要があります。

4 ケアマネジメントの流れ

(1) アセスメント

情報を収集し分析することで、自立した日常生活を営む上で解決すべき課題を明らかにする作業です。

情報を集めただけではアセスメントにならない。

- | | |
|-----------------------------------|-----------|
| ① 基礎知識を得る。 | [基礎知識] |
| ② 個々のニーズを発見するにはどのような「情報」が必要か。 | [必要情報] |
| ③ 情報を集めるため、関係者から情報収集する。 | [技術] |
| ④ ニーズを特定するための情報収集 “ニーズの枠組みを理解する”。 | [ニーズ一覧] |
| ⑤ 系統的にニーズの有無をチェックする。 | [系統的チェック] |

(2) ケアプラン作成

- ① 問題解決・自立支援のためであること。
- ② ケアプランをたてたとき、これで“何が解決できるか”を自己チェックすること。
- ③ 予後予測はできているか。(数ヵ月後の状態を予測して、期間を決める)

(3) ケアへの介入

- ① 現場へ足を運び、状況(状態)の確認をする。
- ② 個別支援計画を確認する。

(4) モニタリング

- ① 計画どおりにサービスが実行できているのか。
- ② 短期目標は達成されているか。
- ③ 本人・家族がサービスに満足をしているのか。
- ④ 新たなニーズは発生していないか。

(5) 再アセスメント

- ① モニタリングの結果、状況の変化や新たな課題は生じていないか。
- ② ケアプランの変更が必要か。
- ③ ケアプラン変更にあたり、ニーズ把握のために再アセスメントを実施する。

プロとしてケアマネジャーの仕事ができていますか？チェックしてみましょう！

- 利用者本人にとっての自立支援につながるケアプランになっていますか？
- 正しい情報収集ができていますか？
- アセスメントが情報収集だけで、終わっていませんか？
- ニーズに添った支援内容になっていますか？
- サービス利用が優先のケアプランになっていませんか？

★8領域21 ニーズとは★

アセスメントでは様々なアセスメントツールが使用されていますが、一定の形式によるアセスメントツールの各項目をチェック・確認すればニーズが発見できるわけではありません。ケアマネジャーとして「ニーズとは何か正しく知ること」「ニーズを発見するために必要な情報は何かを知ること」「情報を集める技術を身につけ、実際に用いること」「基礎知識を習得すること」などが必要となります。

(ここで使っている) ニーズとは、より良い生活(自立性とQOLの向上)を達成するために解決すべき問題のことです。

世田谷区のケアマネジャー研修では、ニーズを発見する基礎的な知識として、8領域21ニーズ方式(国際医療福祉大学大学院 竹内孝仁教授考案)を活用し、必要な情報の収集・ニーズの発見をしていきます。

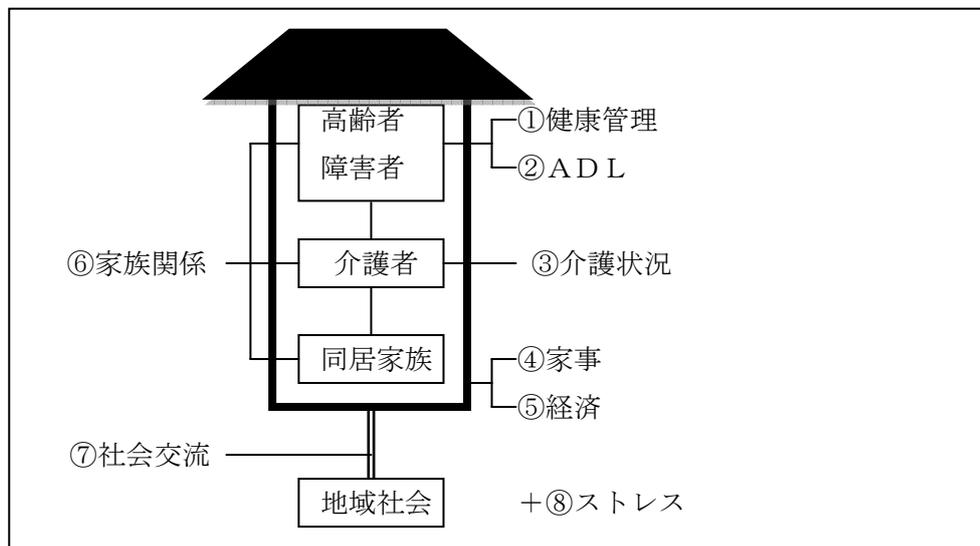
プロの職業人として、本人の有する能力を活かし、本人にとっての自立につながるケアプランを提案できるケアマネジャーを目指していきましょう。

(参考)

「8領域21ニーズは、衣食住など、いわば生活を成り立たせるための手段、つまり「手段的ニーズ」と呼ぶべきものです。これらを充足なくして実際に生活は成り立たないか、健全さを大いに失ってしまう。」と竹内先生の著書で言われております。

【ニーズの枠組み】

利用者(介護者・家族)がよりよい生活を得るために解決すべきニーズを8つの領域からとらえる(8領域の基本的な視点)



1. 健康管理

本人の健康状態ができるだけ良い状態にあること。健康だと良い生活の可能性が増します。健康はより良い生活を送るために欠かせません。

① 慢性疾患の管理（療養） ②看護処理 ③ふだんの体調 ④歯と口腔

2. ADL・日常行動。

本人のADLを含む日常生活ができるだけ自立していること。自立に近いほど介護の負担は減り、より良い生活に近づく可能性が増します。

⑤自立・重度化予防 ⑥規則的生活 ⑦認知症状の軽減

3. 介護負担

介護者の介護負担は出来るだけ少ないこと。

介護負担を軽減することにより介護者の負担は減り心身ともに自由が増えて介護者のQOLが向上します。

⑧動作負担 ⑨時間帯別負担

4. 家事

家事はこれまでどおり、健康的に行われること。普通に行われて、衣食住の家庭運営への支障が少なくなるほど、より良い生活を手にする可能性が増えます。

⑩食事・食生活 ⑪掃除・整理 ⑫洗濯 ⑬生活管理全般

5. 経済

経済的に生活が成り立つこと。家庭運営への支障がないほど、より良い生活を支えます。

⑭収入 ⑮支出 ⑯金銭管理

6. 家族関係

家族関係が円満であり、トラブルが少ないこと。平穏に保たれていることがより良い生活を支えます。

⑰家族関係

7. 社会交流

本人や家族（特に介護者）が家に閉じこもらず、他の人々との社会交流があること。

閉じこもりを防ぎ「ねたきりを予防」し、孤独感が解消され、より良い生活につながります。

⑱本人の社会交流 ⑲介護者の社会交流

8. ストレス

ストレスが少ないこと。ストレスは在宅生活の継続を脅かす恐れがあるので、軽減が必要です。

⑳本人のストレス ㉑介護者のストレス

[各 論]

I. 健康管理の領域

1. 慢性疾患の管理

ここでアセスメントする慢性疾患は、治療だけでなく生活習慣の見直しが必要で、生活を変えることで、「状態の安定」を図れる疾患。それ以外の疾患や薬についてもフェイスシートには記載が必要です。

主治医情報

- 病名を知る。 →全身状態に影響を与える治療が必要な病気があるか。
- 症状が安定しているかどうか。
- 「不全」(心不全、呼吸不全、腎不全)の有無。
- 看護師による状態観察や指導が要るかどうか。

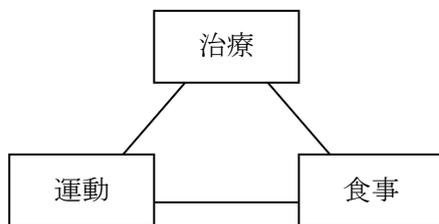
※療養上の指示の有無・定期受診・服薬管理・生活指導の遵守の確認

● 主治医情報を得ないケアマネジャーは失格

主治医情報を得るためには…「ケアマネタイム」、電話・faxでの連絡、受診に同行、「医療介護の連携シート」(区ホームページからダウンロード:福祉・健康>高齢・介護>介護保険事業者向け情報>介護事業に関する報告書・事例集>事業者の方が事務手続等に使う書式集)

[食事評価を必要としている病気]

<糖尿病>



<腎臓病> (特に腎不全)

- ① 低蛋白
- ② 塩分制限
- ③ 高カロリー

<高血圧>

塩分制限

[アセスメントの手順]

治療食の指示(主治医)の確認・その他内容の確認

⇒2~3日分の食内容(メニュー)の把握

⇒栄養士に評価依頼

⇒家事援助、給食サービス、通所施設での昼食での配慮 = [個別援助計画]

(注意) 末期がん、慢性関節症などは、症状により日常生活にどんな影響があるかを確認します。
例えば、末期がんで食事が摂れない状況にあれば「食事・食生活」の部分で、慢性関節症や末期がんで痛みがあり、生活に影響があれば、「日常生活動作」の部分でアセスメントします。

2. 看護処置

褥瘡、カテーテル、胃ろう、気管切開(人工呼吸器装着)、在宅酸素療法など医療機関で看護師が処置や管理を行っているものが、正しい処置や管理のもとで機能していることが大切です。

- 看護師の処置・指導を必要とするものがあるかどうか。
- 必要な看護処置が家族の技術で十分か、家族にとって負担はないか。

*褥瘡・カテーテル・胃ろう・気管切開・在宅酸素など医療関係者が処置や管理するものを対象としています。

3. ふだんの体調

要支援・要介護の高齢者は体調の変化がADLに強く影響しがちであるので、体調を良い状態に保つのは大切です。

○体調の変化は「急性疾患」の兆候、ときに慢性疾患の急性増悪を招きます。

・ねたきりの場合⇒ADLの低下 ・認知症の場合⇒BPSDの激化

○気をつけること；もっとも多いのは「脱水症」、[便秘]も忘れずに。

[アセスメントの手順]

[問診] が決め手：いつも決まったことをこまめに聞く。

⇒水分摂取量の把握・便秘のチェック

→水分補給 } 本人・家族・訪問看護・ヘルパー・デイサービス・デイケア
→便秘のケア }

急性が疑われるとき→医療機関受診

問診項目…

- | | |
|-------------------|---------------------|
| ① 元気ですか。(顔色と表情) | ② 食欲はありますか。(食べた物と量) |
| ③ 気分は悪くないですか。 | ④ 夜、眠れましたか。 |
| ⑤ 熱はないですか。(平熱を知る) | ⑥ 胸は苦しくないですか。 |
| ⑦ 皮膚の状態。 | ⑧ その他の異常はないか・・・ |

● [水分チェック] をしない者は高齢者に関わる資格なし。

● 元気がない(食欲がない)、熱がある、夜間せん妄、はまず脱水を疑う。

(水分補給)

○ 1日 1,500ml 以上

水、お茶、牛乳、ジュースなど。みそ汁(食事で取っている水分)、アルコールは除く
飲水+食物=2100~2500ml / 日 必要

(注意) 腎不全、心不全等がある場合、水分制限がないか、主治医に確認すること。

糖尿病の場合:多尿になるので喉が渇く。糖尿病があると聞いたらすぐに脱水を疑うこと。

1日 1500ml は正常な人。経管栄養の方の脱水にも注意する。

糖尿病の場合は1日 1800~2000ml 位の水分摂取が必要な場合もある。

(便秘のケア)

基本ケア

規則的な生活・規則的な食事
定時の排便習慣
座位排便
繊維の多い食品・食物繊維飲料での補充
水分摂取
運動

↓
それでもだめなら
下剤 → 浣腸 → 摘便

下剤を使うと、排便リズムがつかめなくなり、介護が大変になる。

(褥瘡の予防)



4. 歯・口腔・嚥下障害

歯と口腔の問題は、食事摂取障害や肺機能等に深く関わっており、適切な義歯の装着や口腔ケアを行い、嚥下機能に問題があればその解決の必要があります。

- 高齢者には口腔に関する問題があるケースが多い。
- ⇒食生活に影響を及ぼす。⇒誤嚥による危険が高まる。⇒肺炎のリスクを高める。

[アセスメントの手順]

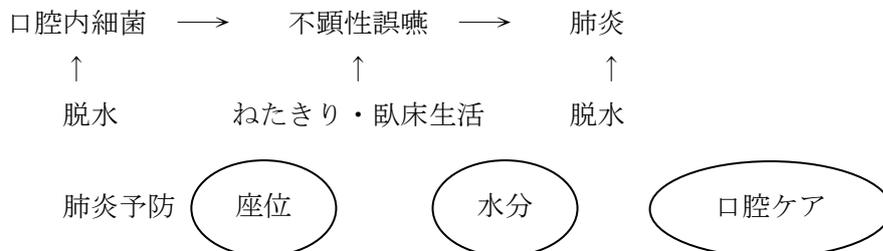
- ①食事の様子 おかゆ、軟菜、きざみ食などの常食以外か。
- ②歯磨きの習慣、特に夕食後（就寝前）
- ③口腔内の確認ポイント
 - ・歯（義歯）の状態、咀嚼できているか。
 - ・発赤や出血の有無。
 - ・歯茎や唇の腫れ、潰瘍の有無。
 - ・疼痛の訴え。
 - ・口臭や舌の汚れ、食べかすが残っていないか。
 - ・「むせ」の症状（水か固形物か）。
 - ☆「むせ」、嚥下障害が歯科治療で改善する例は多い
 - ☆おかゆ、軟菜などの摂食の障害が歯科治療で「常食可能」になる例は多い

[歯科のアプローチ]

- 歯（義歯）の治療
- 口腔清掃の指導
- 口のリハビリ

[口と肺炎]

- 肺炎から死に至るリスクはかなり高くなります。
- 肺炎後にねたきりになる例、要介護が重度になる例は多い。
- 既往歴に肺炎がある場合は必ず「口腔ケア・水分チェック」を行い、再発予防を行ないます。



●不顕性誤嚥とは、睡眠中にじわじわと唾液や食べたものが肺に入っていってしまう現象のことを言います。むせるという症状がないので気管に入ったことすら気づかない場合がほとんどです。

○誤嚥性肺炎の予防

〔誤嚥性肺炎をチームケアで予防〕

繰り返し肺炎を起こしている人には急性期の治療だけでなく、多職種協働による日ごろの予防が欠かせません。口腔内の清潔は歯科医、歯科衛生士とケアスタッフが、また誤嚥をしないための食事介助には歯科医の嚥下機能の評価や管理栄養士の食事指導、言語聴覚士による嚥下リハビリ、理学療法士などの姿勢矯正、ケアスタッフの食事介助が適切に連携しなければなりません。ケアマネジャーは各職種の役割を理解し、誤嚥を起こしやすい原因をアセスメントしてチームの情報共有と合意形成に努めます。

※ねたきり・麻痺がある方の口腔ケア：座位が取れない方は安全な体位をとり、誤嚥に注意します。麻痺がある方は、麻痺側に磨き残しがないか、確認が必要です。歯科医や歯科衛生士に全身状態に合ったアドバイスをもらいます。

II. ADL・日常行動の領域

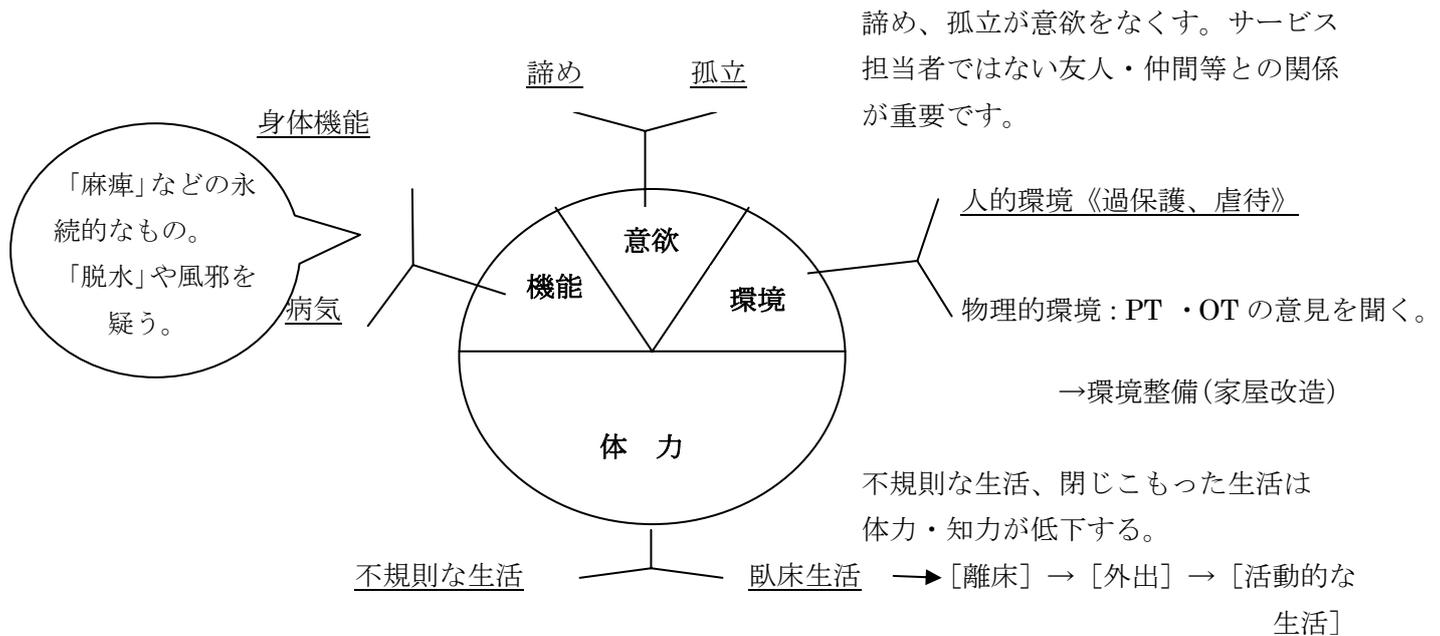
5. 自立・重度化予防

日常生活において自立度の低下や重度化が予想される場合にはニーズがあります。

ADL、IADLのレベル低下の原因が体力、機能、意欲、環境のどこにあるかをアセスメントする。

ADLと日常行動こそ介護問題の根本

→ケアマネジメント（問題解決型サービス）の目標—自立・重度化予防



[アセスメントの手順]

- ①外出先と頻度の確認
- ②要介護の原因（今後、重度化が予想される原因）を上記の各要素にしたがって分析する。

[介護に対する拒否]

自立・重度化予防のアプローチが困難に陥ることのひとつに「介護拒否」がある。それは自立に向けた意欲の低下と捉えられるが、その原因にはプライド、価値観、あるいは認知機能の低下、孤独がある。そのことは諦めや孤立を生み、閉じこもり、BPSD、セルフネグレクトといったさらなる困難につながる。

ケアマネジャーは信頼関係を築きながら、ていねいに介護拒否や意欲低下の原因をアセスメントすることが求められる。

6. 規則的生活

生活の規則性（起床・就寝のリズム、食事時間などの生活リズム）の乱れは、同居家族の負担が増します。また、不規則な生活は、つい臥床しがちになったりして活動性を低くしていくものです。寝たり起きたりの不規則な生活は体力低下をもたらす→虚弱化→家族のストレス、負担が増加します。

- ・ 同居家族とのミスマッチ、家族との関係を築けない→家族関係の希薄化。
- ・ 独居は規則的生活リズムをつけるため、メリハリのある生活が必要。

[規則性の判断]、

- ・ 睡眠覚醒
 - ・ 食事時間
- 活動的な生活へ。（外出の機会をプランに入れる。）

○元気な高齢者との違い

サロンや介護予防教室に参加する元気な高齢者は、規則的な生活ができています。

例：独居で時間感覚が乏しい場合は、ヘルパーの訪問時間をそろえて一日のメリハリをつける。

何曜日にデイサービス、何曜日にヘルパーが来るなどが理解できてくるとメリハリがつけやすく、活動的な生活を送ることで睡眠覚醒のリズムが出来てくる。基礎体力がついてくる。

7. 認知症状の軽減

認知症の高齢者では、認知症症状の軽減をはかることがもっとも大切です。

○「認知症」と判断した根拠は何か？

認知症という診断名だけで、認知症と判断するのではない。

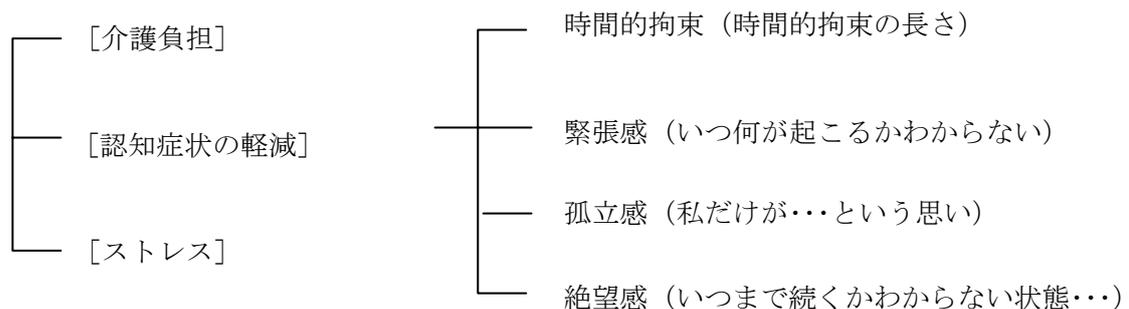
何が問題なのか？ うっかりミス、物忘れだけでは認知症とは言わない。認知症ではないのに認知症とのレッテルを貼ってしまっている可能性がある。

認知症の場合、「認知症の行動・心理症状（BPSD）^{*1}の頻度」、「BPSDが起こったときの状況」を確認することが必要です。

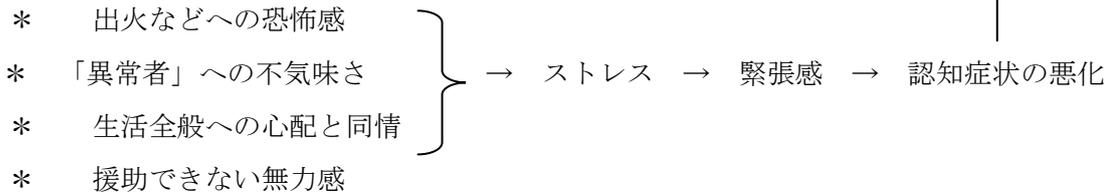
症状あれば軽減のニーズあり→ケアの本質は孤独にしない。友人・仲間を作る。

***1 BPSDとは**：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の略。認知症に伴う徘徊や妄想・攻撃的行動・不潔行為・異食などの行動・心理症状のこと。以前は介護者側の視点で「問題行動」と呼んでいた。今は認知症高齢者の「行動、心理症状」は様々な混乱要因から生ずるものであるという理解が進み、BPSD と呼ぶ。

○認知症の人と家族への支援—その考え方



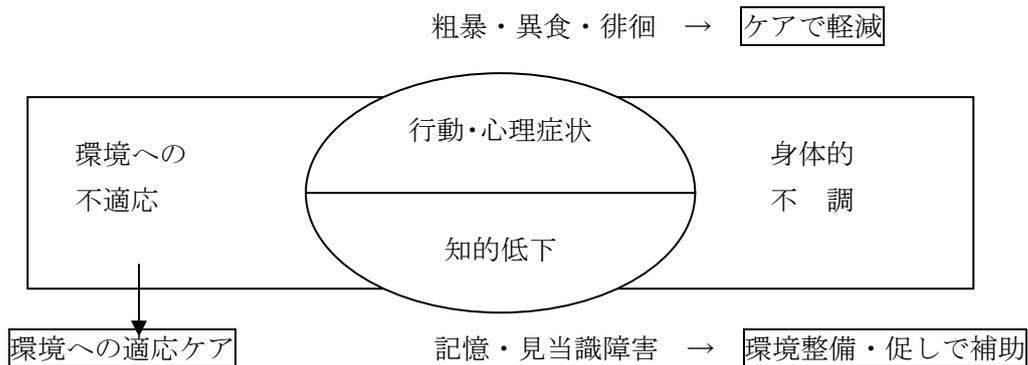
○認知症例の近隣住民のストレス



○独居・認知症の例では必ず「近隣住民」に接触する。

○ケアマネジャーが同時に「直接サービス者」であるとの自覚を持つこと。

(1) 認知症における「行動・心理症状」の種類



[アセスメントの手順]

「いつ」「どこで」「どのような状況で」「どのような言動や行動があったか」
記録の積み重ねで、問題としていることの原因が見えてくる。

① 「ADL」上の介護負担→介護負担軽減

② 行動・心理症状に対するアセスメント

⇒[不適応症状]ではないのか(通所施設利用者)

⇒[異常行動]か[知的な低下]によるものなのか

⇒[葛藤型] [遊離型] [回帰型] か

⇒社会的な孤立(孤独)はないか

→ 家族指導、ケア能力ある施設・ヘルパー、ケアへの介入

③ 身体的アセスメント

「脱水」はないか、「便秘」をしていないか、「低栄養」ではないか、その他の身体的異常はないか。

● 行動心理症状だけで認知症と思い込んでいませんか。丁寧なアセスメントを行い、よりよいケアにつなげましょう。

[行動・心理症状に対するケアプランのポイント]

① 「通所ケア」の利用

② 通所施設への定着⇒「環境への不適応」に対するケアへの介入

③ それぞれの行動・心理症状へのケアへの助言

[環境への不適応]	担当者を決めてかかわる。小グループへの移行（なじみの関係）
[知的低下]	環境整備による低下した機能の援助（目印をつける）
[BPSD]	ケアの4原則(竹内)によるケア

安定した関係
共にある
行動の了解
タイプ別ケア

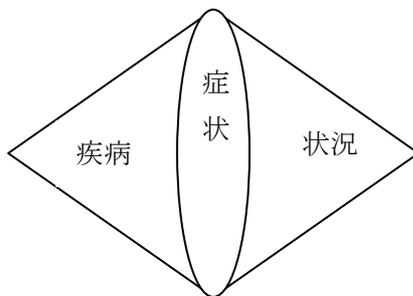
④地域・近隣住民への対応

- ストレスを軽減し・ケアのネットワークに参加してもらいます。
- ケアマネジャー(ケアスタッフ)と近隣住民とのコミュニケーションが鍵です。
 - *ケアマネジャーの存在を明らかにします。
 - *他のサービス(ケア)スタッフを含め、問題に対処することを明らかにします。
 - *問題が生じたときの、「連絡先」を伝えます。
 - *地域・近隣住民には、できる範囲での見守りを依頼します。
 - *地域・近隣住民への感謝の言葉を忘れずに伝えます。

『参考』

認知症の理解

(1) 精神障害・精神疾患の特徴とケアの立脚点



- 精神障害は「症状」がなくなれば「治癒」
- ケアは状況をつくりだすこと

(2) 認知症状の発現と症状類型(竹内)

①葛藤型：抑制、孤独な状況から現実（状況）への異常な反応

拒否、粗暴、物集め、異食等

例) 寝巻きに着替えさせようとするすると暴れる。⇒入院時に抑制されたため、寝巻きの紐を抑制帯と勘違いし暴れる。

②遊離型：現実から遊離した状態

無反応、無関心、無動等

例) 発語もなく一日中座ったまま⇒現実世界が辛く反応をしなくなります。

③回帰型：古きよき過去への回帰

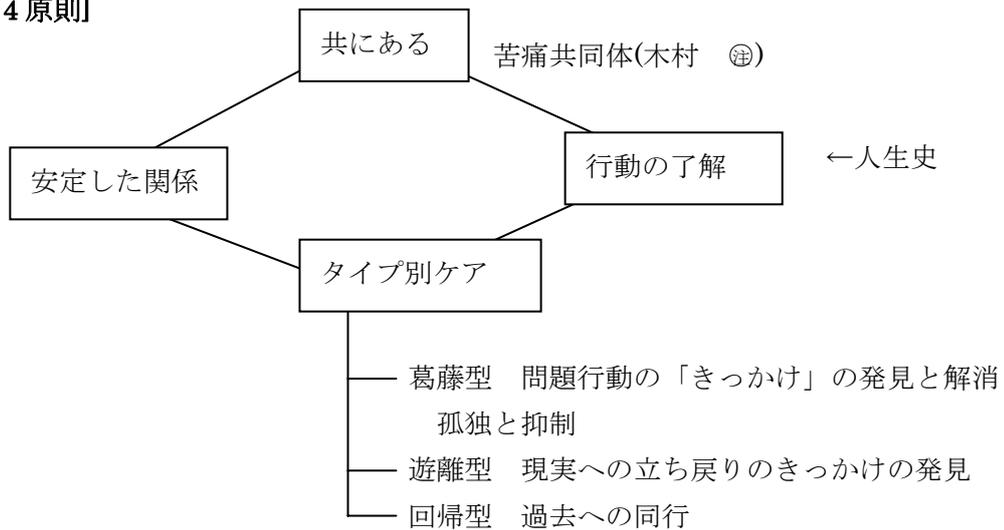
現実世界も再構成。古き良き時代の言動、徘徊（本人の目的ははっきりしている）

例1) 施設で夜間に「出発進行」と大きな声をあげ、うるさくて周りの眠りを妨げている。⇒元国鉄マン。「本日の業務は終了しました。」と職員が丁寧に対応を続けるとおさまりました。

例2) 一日中他の入所者の経歴や収入、家族関係を聞いて周りが迷惑をしている。⇒昔、保険のセールスレディだった。⇒NO1の売り上げを表彰したら益々張り切った⇒優秀なので内勤になったと職員が寄り添うことでおさまりました。

(3) 認知症のケア(竹内)

【認知症のケア 4原則】



㊟

木村敏 (きむら・びん)
 参考文献
 「介護基礎学」 竹内孝仁 医歯薬出版
 「認知症のケア」 竹内孝仁著 年友企画
 「ケアマネジメントの職人」 竹内孝仁 年友企画

Ⅲ. 介護負担の領域

介護者に目を向ける。原則は同居家族についての評価です。主介護者だけでなく副介護者にも目を向けます。

8. 動作別負担

ADLに介助を要する場合にはその介護負担を軽減する。

どの動作（介護負担が大きいのは入浴、排泄、食事）が負担になっているか確認します。

介護負担に影響する要素:介護者の状況(年齢、人数、仕事、病気や障害、体力、介護技術)

:環境(福祉用具、手すり、段差等)の確認。

おむつで便の介助は大変なので、排便リズムを見つけ、適切なプランを検討します。

介護者の負担をアセスメントし、福祉用具の利用による環境整備で負担軽減ができないか。

利用者本人の機能を上手く使えているか介護方法のアセスメントが必要。その上で介護方法の指導や、利用者本人の自立に向けたリハビリなどを含めて検討します。

9. 時間帯別負担

1日のどの時間帯に（起床時、日中、就寝時など）介護負担があるかを確認します。

家族との生活時間帯が違う場合、負担は増える。在宅介護を継続するためには介護者支援が重要となる。介護負担軽減に向けたケアプランの作成や家族会、介護者の会の利用支援を働きかける。

介護負担が大きい時間帯：起床時から朝食終了時まで。次いで就寝時。

介護が集中する時間帯と介護者の家事や仕事との関係で増大します。

⇒介護が大変な時間帯にサービスを入れないと、サービスの利用価値はなくなります。

（例）就労している場合：介護負担の大きい起床後の介護は出勤前の準備と重なり大変です。

役に立つプランでないと、「必要ないです。」と拒否されます。就学、就労、保育園の送迎時間など介護者の生活時間を把握し、支援するプランを作成します。

●10～20代で介護をしているヤングケアラーには、サービス導入により、介護者の自由時間が持てるプランを作成します。

介護と育児などを行っているダブルケアラーに対しては、それぞれのサービスのすり合わせを行う必要があります。

IV. 家事関係の領域

家事は本人らしく健康的に行われること。

介護負担を軽減した後も援助が必要か否かを確認します。

10. 食事・食生活

○必要カロリー；ADLがほぼ自立：1500Kcal
ねたきり：1300Kcal

○摂食能力

自立しているか、食事の形態はどうか、嚥下能力はどうか、食事を摂る環境や姿勢はどうか。管理栄養士の導入による指導、相談援助など

⇒歯と口腔とリンクします。

○献立、買出し、調理、衛生管理

- ・本人自身が献立を考えているか。買い物の指示が出せるか否か。
- ・一緒に買い物に出かけることができるか。買い物では適切に必要なものを選択できるか確認します。

例えば、エンドウの鞘取り、もやしのひげきりなどはやってもらうなど、料理づくりに参加できるか等確認する。

鍋釜、食器類が衛生に保たれているか、ゴミの仕分けがきちんとできているか確認し、必要な支援を行います。

11. 掃除・整理

12. 洗濯

本人が出来ていることまで取り上げない。能力を生かして支援をします。意欲の減退、能力のアセスメントが必要です。

掃除・整理に関しては、“とられ妄想”のある場合は注意が必要です。

13. 生活全般の管理

冷暖房の調整、家の戸締り、衣替え、火の始末、ごみの分別等

訪問のたびに、嗅覚・視覚をフル活用し、全身で室内を観察をします。

- ・室温が高すぎたり、低すぎたりしないか。(夏はムツとしないか)
- ・訪問時、玄関に鍵はかかっていたか、いなかったか。普段の戸締りはどうしているか。
- ・いつも同じ服を着ていないか。汚れが目立たないか。季節に合った服装か。
- ・台所に焦げたやかんやなべはないか。
- ・ごみが散乱していないか。
- ・いろいろな異臭がしないか。

V. 経済の領域

支払能力が、サービス導入に直結することもあります。

減額証の対象になるかなど検討。⇒[参考2](#)参照

14. 収入

経済的に生活が成り立つ収入があること。本人の生活にいくらまで負担できるか、確認します。

厚生年金か、国民年金か確認。会話の中で、専業主婦だったのか、仕事をしていたことがあるか、どのような仕事だったかなどでおおよそ年金の種類まで聞きだすことができます。

負担割合証の確認 (1割負担か2割負担か)

15. 支出

必要な支出ができていないか。必要な支出ができない場合、本人の認知の状況によるのか、あるいは、必要な費用を出せないなど、経済的に困窮しているのか、経済的虐待が疑われる状況なのか確認が必要です。生活困窮、経済的虐待の場合は、あんしんすこやかセンターあるいは保健福祉課に相談します。

16. 金銭管理

地域福祉権利擁護事業(あんしん事業)、成年後見制度の提案など専門職につなぎ連携します。

悪徳販売; 布団、清浄機、浄水器、健康食品、新聞、家の改修等、チェックの癖をつけます。

過去に、訪問販売やオレオレ詐欺などの被害にあった人は、特に狙われます。また被害にあったこともわかっていない場合があります。

訪問中の不審な電話や来客などについて気かけます。

VI. 家族関係の領域

17. 家族関係

家庭生活の継続に大きな問題がないことが必要です。在宅生活の継続に問題があれば必要があります。

家族を無理やり介護の現場に引き込まない。(⇒虐待、在宅生活の諦めとなる場合がある。)

同居ではない家族を介護に引っぱり込まないようにします。

[家族関係の構造]

介護生活で生じた変化
過去の生活での関係

[家族関係への援助の基本姿勢]

- ①「在宅生活」を継続しようとしている点を重視する。
- ②「悪い家族」はいないとの認識を持つ。
- ③ 家族の「ストレス」からくる関係を誤解しない。

[アセスメントの進め方]

- ①同居・別居家族間の関係性
- ②キーパーソンは誰か
- ③介護状況で「放置」(虐待)と「異常な過保護」⇒個別面談⇒不満の所在⇒「強弱関係」の発見
＝本人との関係性に着目する
例) 疎遠・嫌悪・無関心・疲労等→「放置」
愛情・責任・執着・義務感等→「過干渉」「過剰介護」

[家族関係に問題がある場合の援助のポイント]

- ①離れる時間を作る。(サービス導入など)
- ② 弱者への「愚痴聞きケア」、介護負担を軽減するプランの実施。

- 虐待が疑われた場合は、『世田谷区 高齢者虐待対応の手引き』参照。
- 家族に精神疾患がある場合は保健福祉課保健師に相談する。

VII. 社会交流の領域

18. 本人の社会交流

サービススタッフとの交流ではない、友人や知人との関係やデイでの人とのつながりが必要です。地域の中での人々との交流が欠かせません。

社会的な孤立は閉じこもりを生み、寝たきり・認知症の重度化を引き起こします。

- 他者との交流、交流頻度・外出頻度と外出先チェックします。
 - ・要介護状態になる前はどのような生活をしていたか。
 - ・誰とどこに、どの様な目的で、どのような手段を使って出かけていたか。
(映画を見に行っていた。喫茶店にモーニングセットを食べに行っていた。会社のOB会に出かけていた。商店街の囲碁センターに行っていた。百貨店に行っていた。パチンコ、カラオケなど何でも良い。興味があったこと、かつて楽しんでいたことなど。)
- 高齢者が外に出ることで、地域の見守りが活性化します。
 - その人の自立支援を考えると、暮らしている地域の社会資源の情報収集や生活歴を知ることが欠かせません。「その人にとっての社会での役割」を確認し、地域包括ケアシステム構築に関わる専門職として地域に働きかけてみましょう。
また、最小単位の社会である「家族」における本人の役割についても考えてみましょう。

【コミュニケーションの障害についてのアセスメント】

社会交流、社会参加を阻害する要因としてコミュニケーションの障害がある。外に出て以前のよ
うなハリのある生活が回復できるように、以下のアセスメントをしておきます。

- 視力・聴力の機能についての評価
- 意思決定、意思伝達能力の評価
- コミュニケーション障害の原因疾患の確認
- どのような機器を利用しているか（電話、携帯電話、パソコン）

19. 介護者の社会交流

介護のため、外出・自由時間がなくなれば、ストレスが高まる。外出など自由時間が確保できる
よう支援します。

●家族会の情報集めと提案

認知症家族会や難病友の会、介護者の会など地域に多数立ち上がっている

⇒世田谷区ホームページ「介護者の会・家族会」

トップページ > 暮らしのガイド > 福祉・健康 > 認知症支援 > 認知症に関する相
談・支援 > 介護者の会・家族会

⇒あんしんすこやかセンターや社会福祉協議会で情報収集

●仕事がある場合は、介護のために仕事を辞めてしまわないように提案します。

介護にかかりきりになってしまいストレスが大きくなり、家族関係が破綻してしまう可能性
があります。

●ヤングケアラー、ダブルケアラーの抱える課題についても丁寧にアセスメントし、支援します。

VIII. ストレスの領域

20. 本人のストレス

- ストレスが強いと考えられる利用者
 - ①後天的障害を負った比較的若い人
 - ②葛藤型の認知症の人。認知症の初期の人

21. 介護者のストレス

- ストレス発散の3つのポイント
 - ①自由時間の確保
 - ②人との交流
 - ③気分転換

ストレスは本人・介護者の顔つきや言動で
チェック



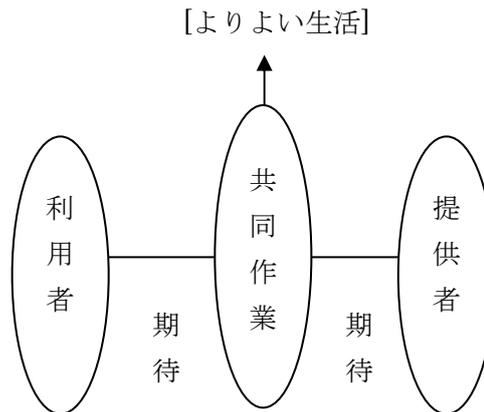
なんとなく生気がない
憔悴しているような顔つき、雰囲気
「気が重い」「気持ちが暗くなる」などと言う
「今後の不安」を口にする

【困難事例】

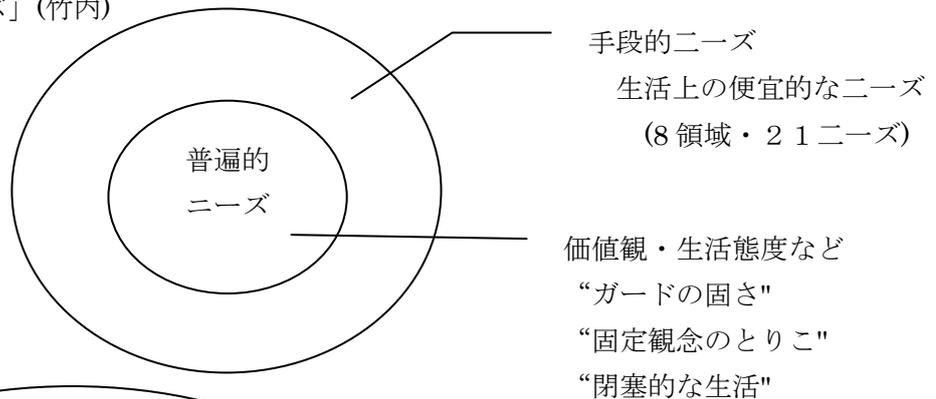
困難事例には、その「困難性」の分析とその原因に対する的確なアプローチが必要です。

1 困難事例の背景

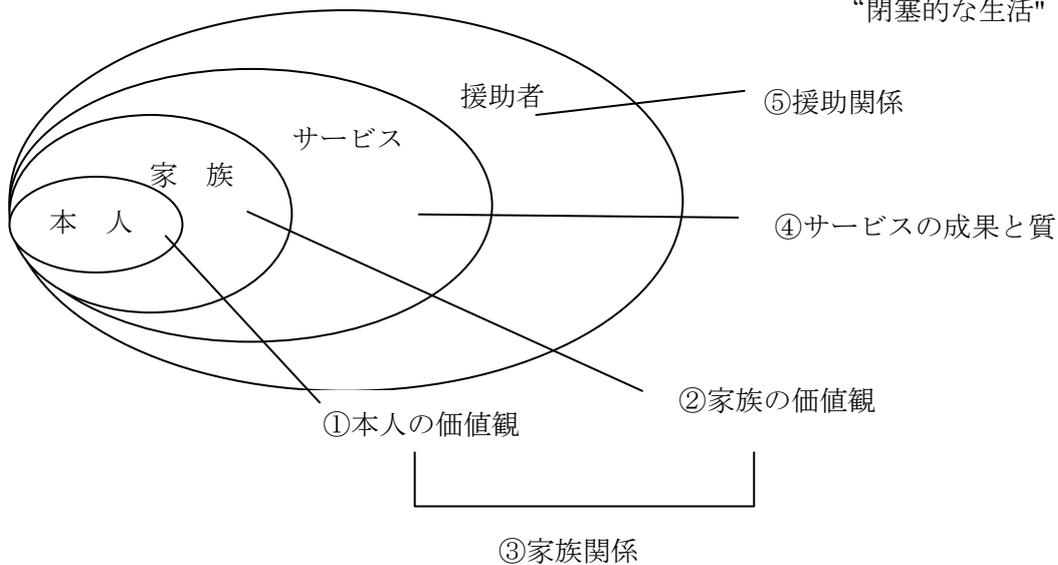
- ① 「期待」のすれちがい
(困難事例と苦情の原因)



- ② 「普遍的ニーズ」(竹内)



2. 困難性の原因



3. 困難事例への対応

- ◎ しっかりしたケアプラン
- ◎ 困難性の分析
- ◎ 信頼関係の構築
- ◎ ときに「暫定ケアプラン」(要望による)
- ◎ ピアカウンセリング効果の利用

【信頼関係づくり】

- ①Face-To-Face の関係 【頻繁な接触】
- ②「話し」をよく聞く 【傾聴】
 - *愚痴聞きをいとわない。
 - *昔話の効用(回想による自己、自己と利用者本人との関係の再発見)
- ③立場や状況への理解 【共感】
 - *追いつめられていることが現状の原因との理解
 - *自分の身に置き換え
 - *相手の役割の評価
 - *苦勞へのねぎらい

【意欲ある生活の確立】

老年期は一般に「うつ」状態。特に、脳血管性うつ;脳梗塞の既往のある人は注意をします。うつ病;食欲が落ちます。うつ病の症状の軽減(改善)のためには、依存できる人を作ります。信頼関係を構築し、「あなたが言うなら・・・」という関係を作ります。

【リハビリ】

医療機関でのリハビリは、機能を回復させるため。例;歩く機能の回復

◎ 生活は、歩く機能の回復だけでなく、「量」をこなせることが必要です。

【ケアマネジメントとは？】

ケアをマネジメントすること。ただプランを作るのは、ケアプランナー。マネジメントするためには、介護の現場へ足を運び、ケアの内容が依頼どおり行われているか確認します。

【虐待】

介護負担が虐待につながります。介護負担軽減のプラン・介護者のストレスを軽減するプランを作成します。

参考1

【介護予防】

特定高齢者にしても、要支援1の人にもケアの核心は、閉じこもり解消と社会交流の復活です。社会的孤立から寝たきり・認知症が起きます。

予防給付のケースは、閉じこもり解消と社会交流のアセスメントが中心となります。ニーズ一覧で言うと重度化予防と社会交流が重要:外出先と頻度、「誰と」の付き合いが「どのくらい(頻度)」をチェックする必要があります。そのあと、食事など通常のアセスメントを行いません。

認知症はなく虚弱の場合の対応の順序は、予防給付としては運動器の機能の改善が必要です。それを通して閉じこもり予防と社会的交流の確保をしていかなければなりません。

【失禁】

どんな場合に失禁があるのか。朝から晩まで変わらないのかを観察することが改善へのドアです。多尿・頻尿が合併かを確認します。夜間の多尿・頻尿は特に介護負担が大きいです。日中の活動量を増やすと夜間の尿量が減る。楽しんでいる時・外出時は尿量が減る。理由は意識レベルの問題です。自宅でぼんやりしていると多尿になります。

失禁がどういう時に起きるか(観察)⇒原因究明⇒対策⇒「必要なケア」を現場に指示を出します。

【排尿のメカニズム】

脳幹に排泄中枢があり、脳幹から前頭葉に信号を送ると尿意を感じて膀胱に投影します。前頭葉では状況を認知することにより、排泄か抑制か判断します。(今は授業中なのでトイレには行けない…ここはトイレではないので排泄はできない等)。状況認知、抑制が働くには意識レベルが高くなければだめです。高齢者は一般に意識レベルが低くなっています。楽しいことや外出で脳の働きが活発になると意識レベルが高くなります。脳の意識レベルをきめるのに姿勢が重要です。

立位は全身の筋肉を使い、脳幹が刺激を受けます。寝てばかりいると脳幹への刺激が少なく意識レベルは低下します。意識レベルの低下の原因は圧倒的に脱水、次が低栄養です。

大脳生理学からのアプローチが理論的・科学的ケアのアセスメントのポイントです。

【夜間の多尿・頻尿】

夜間の尿量の減少のためには日中の活動量を上げる必要があります。

年を取ると心臓の力が衰え、筋肉(特に下半身)が失われます。⇒末端に行った血液を戻せなくなります。血液めぐりが不活発になると腎臓をめぐる血液量が減ります。その為に尿量が減ります。

夜、体を横にすると縦の動きの制限がなくなるので血液が沢山回るようになります。夜間尿量を減らすには日中の血液循環の効率を上げることです。ウォーキングやパワーリハビリが効果あります。

【水分摂取の技術】

コーヒーでもジュースでもよい、好きなものを見つけて勧めます。

時間配分も大切です。便秘対策には起きぬけの水が実際に効果があります。「お通じにいいわよ。」と言って、勧めます。食前、食中、おやつなど機会をとらえて飲んでもらいます。習慣をつければ飲むようになります。

参考2

【介護保険制度に関する利用者負担軽減制度】

○高額介護（介護予防）サービス費の支給

在宅サービスや施設サービスの1ヶ月あたりの世帯の利用者負担額の合計額が一定の上限額を超えた場合、超えた額を高額介護サービス費として支給する。

○高額医療合算介護（介護予防）サービス費の支給

介護保険と医療保険の両方を利用し、年間（8月分～翌年7月分）の自己負担額の合計が世帯の上限額を超えた場合に超えた額を申請により支給する。

○特定入所者介護（介護予防）サービス費の支給

申請により交付された負担限度額認定証を介護保険施設（ショートステイも含む）に提示することにより、食事・居住（滞在）費が軽減される。住民税非課税世帯で、資産要件を満たした方が対象となる。

○所得が低い方の利用者負担軽減

所得の低い方を対象に「生計困難者等に対する利用者負担額軽減確認（さくら証）」を発行し、介護サービスを利用した際に、本人負担分の一部を軽減する。

ただし、あらかじめ世田谷区に申し出のあった事業者のサービスを利用した場合に限る。

詳細は、区のホームページ、せたがやシルバー情報にて確認してください。

【その他】

※○国民健康保険・●後期高齢者医療

○「限度額適用認定証」（69歳まで）

○「限度額適用・標準負担額減額認定証」（70～74歳）

●「限度額適用・標準負担額減額認定証」（75歳～）

詳細は、区のホームページ、せたがやシルバー情報にて確認してください。

※確定申告について

○要介護等高齢者の方に対する税法上の障害者控除

○介護保険の利用に伴う医療費控除の取扱について

詳細は、区のホームページ、国税庁ホームページにて確認してください。