

ケアマネジメントを学ぶ ～ケアプランを読み解く～

野口株式会社 介護ショップハーティケア
日本ケアマネジメント学会理事
認定ケアマネジャー副会長

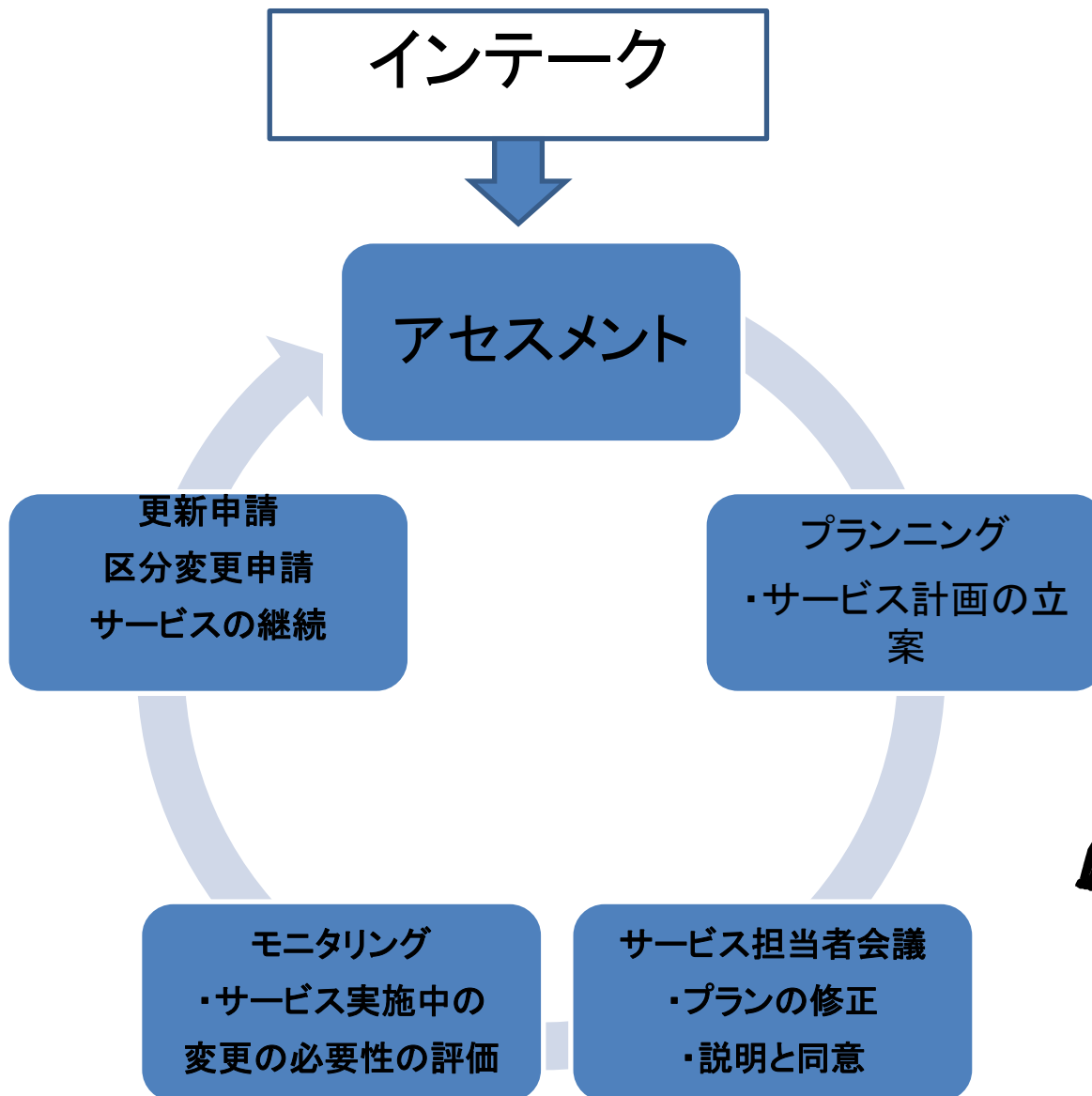
羽石 芳恵

2019. 11. 9

本日の目標

- 自立支援とは
- プラン作成の過程の理解
から利用者・家族の支援
に活かす

ケアマネジメントのプロセス



自立支援とは・・・

- ・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が営むことができるよう配慮されること。
- ・要介護状態になることを予防し医療連携を十分に行なうこと。
- ・利用者の心身の状況や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サービスが総合的、効率的に提供されること。(介護保険法第1・2条)



自分の人生を自分で主体的に創る。自分らしい生活を営む
生きていることに喜びを感じる。



このような生き方を支援すること＝

自立支援



国民の努力義務

- 国民は、自ら要介護状態になることを予防するために、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康保持増進に努める。
- 国民は共同連帯の理念に基づき介護保険事業に要する費用を公平に負担する。

『自立支援』とは？

「2015年の高齢者介護」（2003年6月・高齢者介護研究会）

日常生活における身体的な自立の支援だけでなく、精神的な自立を維持し、高齢者自身が尊厳を保つことができる

※尊厳の保持のためには

自己決定の保障が不可欠

自立支援のケアマネジメント

- 利用者の意思を中心に据える
- 利用者の有する力を高める
- 他職種からなる支援チームの協働
- 支援チームの合意を持って
- 効果的なサービスを円滑に利用して
ゆくための援助技術



利用者のQOL向上



自立とはなにか

佐藤信人先生作成資料より

要支援、要介護状態になっても、可能な限りできる範囲で、可能な限り自分らしい生活を営むこと。自分の生活に主体的に・積極的に参画し、自分の生活・人生を自分自身で創っていくこと。

そして、生活や人生は、自分以外の「人」とのつながりの中で成り立っていることを感じていただけること。

*** 自立の本質⇒楽しく暮らす：暮らしを諦めない。**

自分で出来ることは可能な限り自分です。

*** 自立の根幹⇒人の役に立つ：役に立つ存在として他の人から認められる。**

*** 自立支援＝その人にとっての「うれしいこと探し」**

ケアプランは誰のもの

自分の人生は自分で決めたい

- 生活についての困り事等について要求や欲求がある

専門家としての提案をしたい

- アセスメントからケアマネジャーの専門的な分析「見立てる」



ケアプランに求められること

- ニーズ抽出の過程を「見える化」する
- ケアマネジャーの思考過程がわかる
- 目標が具体的で、各サービス計画(アクションプラン)と連動している「マスタープラン」である
- 他職種との情報共有がスムーズになる
- ご本人・ご家族の意向と合致し、目標達成が身近になる
- わかりやすくシンプルな表記
- チームにとっての自己評価、自己研鑽

より良いケアプランとは・・・

- ご本人が毎日手に取って確認できる指南書の如きケアプランであること
- サービスやサポートを担当するチームが共有できるマスタープランであること
- ケアプランに書かれていることは、その根拠と見通しが明らかにしていること
- ケアマネジャーは代弁者・伴走者として、その方のことを一番わかっている存在となること
- 地域の資源や財源を効率よく利用すること

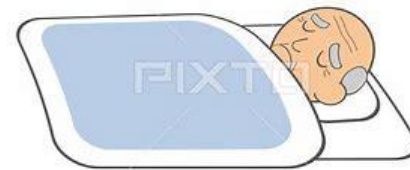
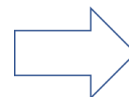
それぞれの立場から

- 本人・家族: 目指している生活に向けた意欲を高める
サービス、支援の目的の理解
同意した目標や内容を忘れず、決意が揺るがない
- チーム: 支援の方向を間違えない
メンバー同士の相互理解
役割分担の確認
実行へのガイド
- ケアマネジャー: 利用者主体を意識した取り組みの確認
利用者主体の目標や支援のタイミング
利用者へのチームアプローチの体系
支援の進行管理やモニタリング
見直しや終結への評価

●さんの今までの暮らし

現在の暮らし

チームの見通しは…



pixta.id - 5283609



私のこともっと知って欲しい……

自分でなんでもやらいと

歩けるようになるのかな

孫に逢いたいな

一人は寂しいな

食事も面倒だな

墓参りに行きたいな

故郷に行ってみたいな



居酒屋のママは元気かな

カラオケは得意なんだよ

良く旅行にいったな!

囲碁や将棋やりたいな



前のように歩けるようになって居酒屋のママや仲間に出会いたい！仲間と一緒に歌いたい！

●さんは、いままで
入院しないように…
転ばないように…
生活してこられました。
これからも●さんの
・やりたいことができる
・一人暮らしを続けられるよう
チームで支援して行きます。



基本情報シート

●さんの

過去、現在、未来への手がかりとなる
情報が整理されるシート



家族図 生活歴 病歴
主訴 趣味嗜好

ケアマネジャーに求められているのは

...

何故、このようなプランを作成したのか利用者や家族に、**根拠を示して**説明できますか？

このプランで利用者は意欲的に取り組みますか？



アセスメント
情報

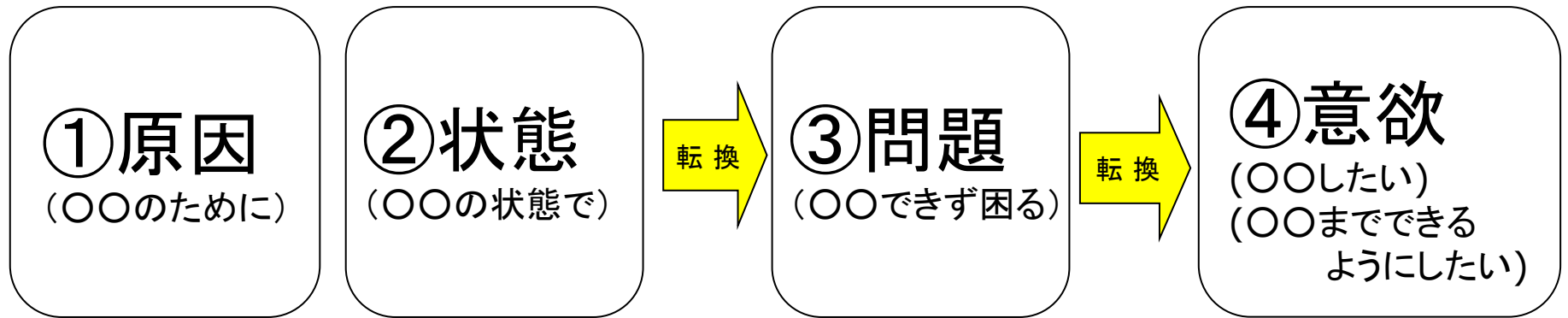
?

ケアプラン
2表

情報の整理・分析
は？

ケアマネジャーはこのように分析し、働きかけていきます。

生活上の支障は、生活上の意欲となることで
「その方らしい自立」につながる



2表では・・・

●さんの2表が下記のように記載されていた場合・・・

ニーズ	長期目標	短期目標	サービス内容
一人暮らしの不安がある	不安なく暮らせる	デイサービスに行き楽しく過ごす	デイサービスの利用

●さんの意向は？

どんな状態だと不安なく暮らせるのか？
●さんの望む暮らしとは？

デイに行く事が目標？
サービス種別ではない

短期目標を達成するためにはどうするのか？
具体的に

2表では・・・

●さんの2表が下記のように記載されていた場合・・・

ニーズ	長期目標	短期目標	サービス内容
在宅生活を続ける	安心して在宅生活が続けられる	1日2食はしっかり食べる	訪問時の食事量等の観察や声掛け

●さんの発言ではどうか？

●さんらしさがわかりますか？

●さんの「～する」がしっかり記載されています。

●さん自身の役割りが記載されていますか

●さんにとって分かりやすく…

ニーズ	長期目標	短期目標	サービス内容
お風呂に入りたい	気持ちよくなってさっぱりする	身体の状態にあった入浴をする	入浴介助

●さんにとって入浴することでどんなことが可能になるのでしょうか？

●さんに分かりやすく記載すると？

☆ニーズ・目標・援助内容

連動していることが大事

ニーズ

意向の高さに
応じて表現が
かわる

長期目標

この欄が最も
その人らしさを
表す

短期目標

長期目標を達
成するための
第一の段取り
(段階的な段
取り)

サービス 内容

短期目標を達
成するための
第二の段取り
(手段や内容)

ニーズ

- 生活全般の解決すべき課題
- ○○したい

長期目標

- Aさんはどのような暮らしを送りたいと思っているのか

短期目標

- そのためにAさんは何をするか
- どのように過ごすか

サービス内容

- そのためには具体的に何をどうしたらよいか

サービス種別
・そのために何が
必要か

アセスメントからニーズを抽出し、 ケアプランを立てると

- ☆ **よいその人らしく、具体的に目指せる短期目標が設定される**
- ☆ **アセスメント情報とニーズ、サービスの連動性がみえる**
- ☆ **根拠が明確となり、見通しが具体的となる**
- ☆ **多職種の見解が加味され、チームが形成される**
- ☆ **手元に置いていつでも確認できるものになる**

これだけは抜けてはいけない

- ご本人の意向は確認していますか
- ご本人の意欲を醸成するよう取り組んでいますか
- ご本人の生き方を認めていますか
- ご本人が発出できない気持ちに寄り添っていますか
- ご本人とご家族を支えていますか
- ご本人にとっては、人生の最終章です。毎日が(ほんの少しでも)幸せな楽しみのある生活となるよう、支援し続けていますか。

多職種との連携

- 連携・・・

同じ目的を持つ者同士が協力し物事に取り組む

- 多職種との連携の目標は

専門的知識や技術によって効果的で質の高いケアが提供するためにはチームアプローチが重要。ケアプランはチームアプローチを仕掛ける手段

- チームワークはチーム員に関心を持ちお互いに認め合うことで生まれる

アセスメントとは・・・

- 利用者家族の抱えている「問題状況」を理解するため情報収集と分析作業を指す
 - あくまでも最低限度必要な情報収集
 - 基本情報の関する9項目
 - 課題分析に関する14項目
- 多角的かつ具体的に捉える
聞き取るだけでは意味が無い
時間軸から整理：過去、現在、未来～
- 課題分析から見えた「〇さんらしさ、強み」。
「1カ月、1年後の〇さんの姿」を一緒にイメージ化が図れる

アセスメントについて

- アセスメントは何故するの？

今、利用者、家族の生活に何が起きているのか様々な角度から分析する作業のこと

- どこに目を向けるの？

利用者に関心を持ってよく観る。「よく知りたい」主観に偏らず客観的な評価を組み合わせて行くことが重要

発した言語だけが本音ではない。相手が言いたい気持ちや欲求等共感的理解が大切

アセスメントについて

- 利用者を良く知るために
 - どんな人生であったのか。いままでの生活、仕事、過去の体験。価値観、人生観等
- 各専門職の役割をいかしながら「多面的なアセスメント」が大切。だからチームづくり
- 周辺症状に理由がある場合も多いが、障害によって起こる症状もある。だから正確な診断

アセスメントについて

- 家族の介護力、意欲を把握

発症する前の家族関係はどうだった
認知症に対する理解

介護に対するストレス

本人に対する家族の思い

意思確認が困難な利用者では家族からの情報の積み重ねが重要。意思決定権は？

アセスメントとは・・・

- 他の専門職からの情報収集と分析作業も指す
- 一緒に困っていることを探しだし、利用者の能力を引き出し実践すること。

<個人のストレングス>

- 能力 ～ができる
- 自信 ～をする自信がある
- 意欲 ～をしたい
- 嗜好 ～が好きである
- 地域の資源 ～をしてくれる人がいる

アセスメントとニーズ

- ニーズを捉えるための作業がアセスメント
- ニーズは利用者にとって「困っていること」を少しでも「暮らし方への希望」に近付けるために「転換」する時に生まれる。社会生活上必要なこと

ニーズについて

- マズローの欲求5段階
 - 1 食事がしたい: 生理的欲求
 - 2 安全な家に住む: 安全の欲求
 - 3 愛されたい: 社会的欲求
 - 4 他人からの良い評価: 尊敬欲求
 - 5 自分の夢の実現: 自己実現の欲求
- 原因、結果のシンプルな関係。例えば「購買意欲」
 - お腹が空いた ⇒ たくさん食べたい ⇒ 買物に行く
 - この循環に支障が出て「生活課題」につながる。

ニーズの捉えかた

- 利用者の希望は？（どう暮らしたい）

利用者が言葉で伝えられないので、生活史から支援者が本人の気持ちを推測する
本人が主役

心地良いと感じるケアの提供に向けて

- 家族のニーズから、家族の負担の度合いや介護に対する意向を理解する

利用者・ケアマネジャーのニーズの関係1

—白澤政和氏—

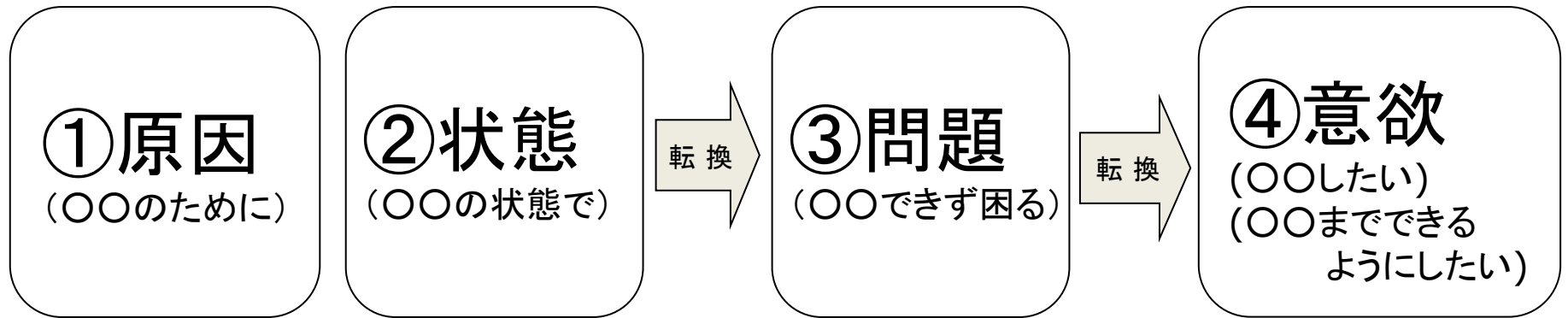
- 身体機能的な状況：病状 ADL IADL
 - 精神心理的な状況：好み 意欲
 - 社会環境的な状況：家族 親族 住民 環境
- 3つの関連性の中で状況を分析し、利用者が何を「求めているのか」導き出す。

—大阪市立大学大学院教授 白澤政和 月刊ケアマネジメント「質の高いケアマネジメントを行うために—

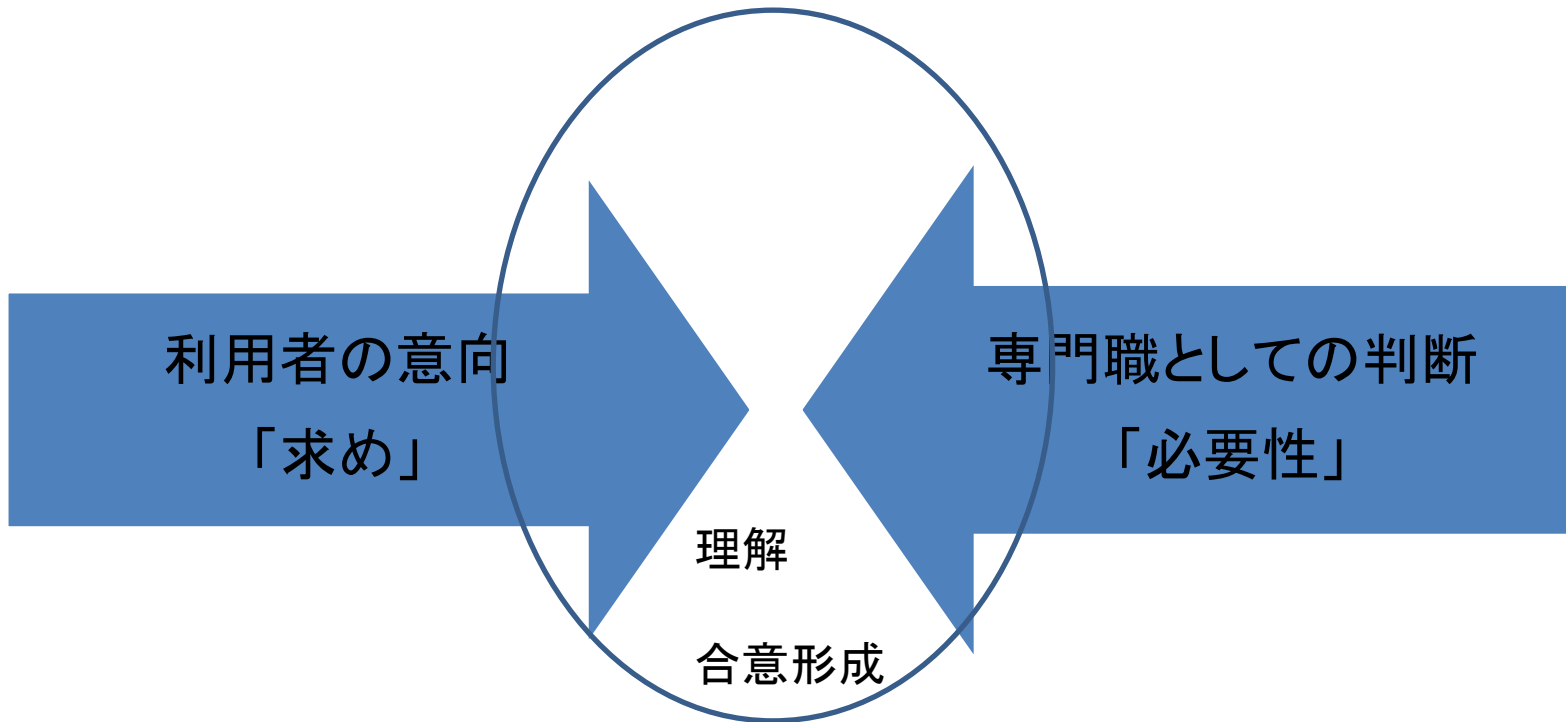
利用者・ケアマネジャーのニーズの関係2

- 利用者側:「～したい」という要求がある
「～をしたいができないので在宅生活に困っている。」
- ケアマネジャー側:専門的視点、社会のルールや一般的な常識から「～が必要」と考える。
その人らしい自立した生き方や過ごし方ができるより望ましい状態を目指す。
「～が必要であるが、できないので在宅生活に困っている。」

アセスメントで明らかにすることは・・・



ニーズの場所



佐藤信人氏資料より

インタビュー

信頼関係づくりの「はじめの一歩」

利用者情報
の収集

主訴
現状把握

面接訪問
契約説明

つづき

原因

脳出血で右片麻痺。失語症もある

状態

歩行がスムーズにできない。失語症にて時々意思疎通が図れない

問題

転倒の不安がある。長女、次女は仕事を辞め介護に専念。経済的な不安もある

意欲

下肢筋力低下を予防したい。安心して歩きたい

望む暮らし

住みなれた自宅で暮らしたい。

友人に会いたい

杖を使って買物に行きたい

望む暮らしの実現

現状

右半身麻痺のため

不適切義歯のため

原因

歩行が不安定で

痛みがある

望む暮らしの実現

困りごと

トイレに間に
合わないで
困っている

美味しく食べ
られない

意向

下着を汚した
くない

美味しく食べ
たい

居宅サービス計画書第一表

- 本人、家族の介護に対する意向を捉え
本人、家族が発した言葉で記載
- 援助方針は、自立に向けた個別性のある具体的な援助内容。全体の方向性
- 緊急時の対応や医療との連携の記載
- 本人、家族に分かりやすい表現
- 総合的援助の方針はADL、IADLの向上を目指したプラン
- 認定審査会の意見は

第二表 -生活全般の解決すべき課題-

- 利用者、家族と共に考える
- 長期目標を積み上げ、実現を目指すのが「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」である
- 利用者の生活の活性化を図り「自立への意欲」を表している。
- 実現不可能なニーズの記載もある
 - 洗濯ものを増やして家族に迷惑かけたくない
 - 体重が減ると体力が落ちるので、低下しないようにしたい

長期・短期目標

- 長期目標

自分らしい生活の姿として実現可能なもの
短期目標の積重ね

- 短期目標

長期目標を達成するためのステップ

目標を考える時は①いつまでに②誰が③どこで
④何を⑤どのようにするのかを意識し、具体的に分かりやすく表現する。

第二表—目標—

- 長期目標
 - 実現可能なもの
 - 達成時期の明記
 - 短期目標達成を積み上げたもの
 - 自分が目指す生活をイメージできる
 - その人らしさがわかる
 - 暮らしぶりがみえる

第二表

- 短期目標

「原因・状態」に対応

長期目標を達成するための階段

本人ができること・やれること

- ・安全に移動ができるように歩行器を使いこなす
- ・下肢筋力回復のため運動が続ける
- ・歯科受診を計画し、早期に治療が受ける
- ・食べやすくなるように食事内容を工夫をする

第三表 一週間計画一

- 利用者の一日の過ごし方の把握
継続的に関わっている家族の支援も明記する
- 週単位以外のサービスの明記
- 家族の介護量や負担が偏っていないか情報収集。

ケアプラン確認シート

リ・アセスメント支援シート

そのまま記載する。

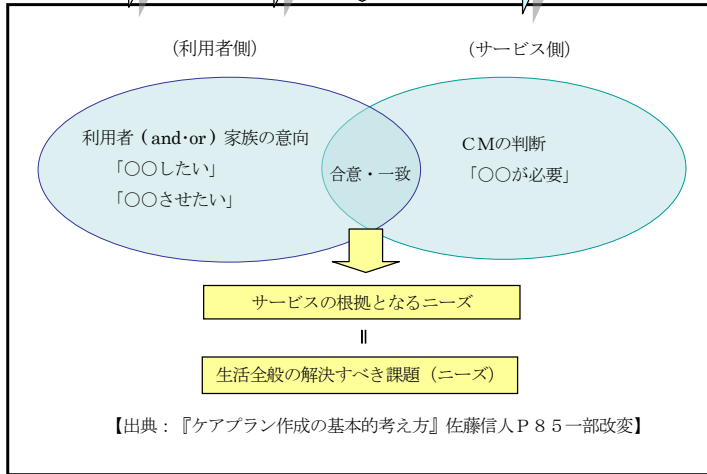
利用者・家族と共に検討するケアプラン第2表

状態	問題 (困りごと)	意向・意見・判断		生活全般の解決すべき課題(ニーズ)			優先順位
				整理前	関連	整理後	
コミュニケーション・認知と行動・家族・知人等の介護力・健康状態・ADL・IADL・社会交流・特別な状態	利用者	利用者	〇〇したい。するようになる。	サービスの根拠となるニーズ			
	家族	家族	〇〇させたい。してほしい。				
		医師・専門職等意見	〇〇が必要。〇〇したほうがよいのではないかな。				
		CM判断	〇〇が必要。				

転換

転換

合致・一致



	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
		長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
利用者の回答	1 ＜意向が高い時＞ 例：〇〇したい。 ＜意向が低い時＞ 例：〇〇する。	3 (ニーズが実現したら) 私は、〇〇して暮らすんだ。それが私の望みだ。	5 そのために、私は、〇〇するよう にやってみる。		7 こうすればうまくいくのではないかな。 〇〇が必要ではないかな。	9 自分でやる。 家族がしてくれる。 友人がしてくれる。 外の力を利用する。その場合は、サービスはこれを活用するのが一番良いのではないかな。 ＜施設の場合＞ 施設専門職がしてくれる (各機能)					
家族等による代弁	認知症のケース等で利用者の発した言葉などをそのまま書くことができない場合										
	＜意向が高い時＞ 例：〇〇したいのではないかな。(長女代弁) ＜意向が低い時＞ 例：〇〇するのではないかな。(長女代弁)	(ニーズが実現したら) 本人は、〇〇などして暮らすことができるのではないかな。本人はそれを望んでいるのではないかな。	そのために、本人は〇〇するよう にやってみてはどうかな。								
ケアプラン記入の留意点	※意向の高さに応じて表現が変わる。 ※家族等が代弁する場合、誰の意見かを末尾に括弧書きで明記。	※この欄が最もその人らしさを表す。	※ニーズに基づく長期目標を達成するための段取り。 ※必要に応じて、段階的に目標を設定する。		※短期目標を達成するための段取り。						※介護保険のサービスにとらわれない。

CMによる働きかけ

Why? なぜ?

2

・それは何故ですか?
・ニーズが実現したら、あなた(本人)にはどんな生活が広がっているのですか?
・あなた(本人)はどんな生活がしたくて、そう思うのですか?

What? 何を?

4

・ニーズに基づく長期目標を達成するために、あなた(本人)はどうするのですか?

How? どうする?

6

・短期目標を達成するために、あなた(本人)には具体的には、何が必要だと思いますか?

Who? 誰が?

8

・誰がするのですか?

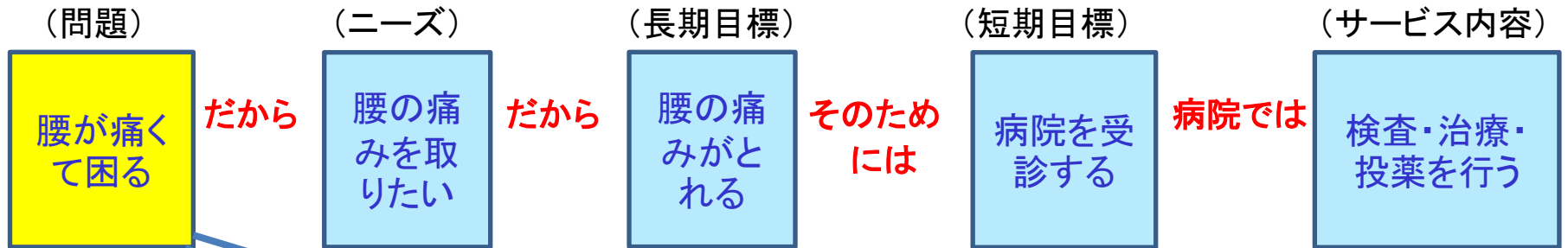
注意) 利用者を誘導しよう、管理しようとすることは厳禁。利用者・家族と共に検討する。認知症の人のときも、ニーズ、長期目標、短期目標は利用者本人の視点・立場で検討し記載する。

N. SATOモデル一部改変

Aさんらしさがみえるのは？

佐藤信人先生作成資料

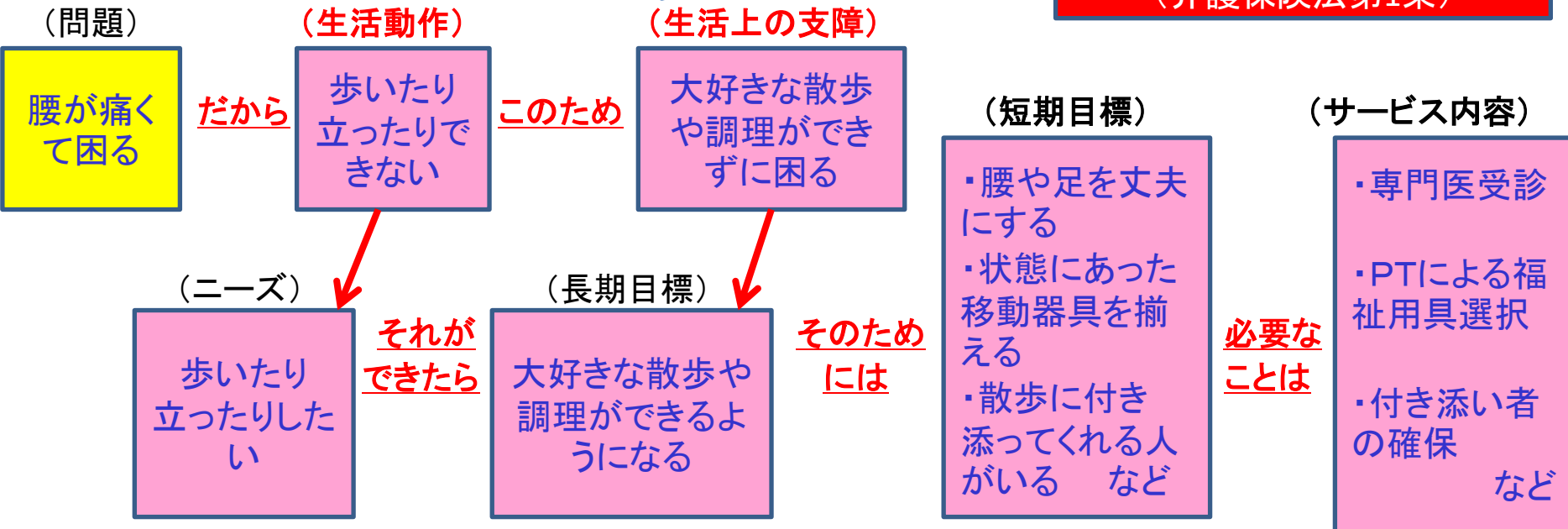
【パターンA】



※生活上の支障への転換「私は〇〇の状態だけれども、〇〇な生活がしたいのだ」

【パターンB】

= 自立した日常生活の支援
(介護保険法第1条)



在宅での看取りを希望するBさん

- Bさん 男性 75歳 仲卸業 妻(72歳)と長女(50歳)夫婦と孫(19歳)の5人暮らし
- 肝臓がん(原発)末期 10cm大。黄疸 全身転移 下肢浮腫著明でリンパ液溢流状態。
- 経過:

毎年健康診断を受け、健康には自信があった。頑固、我慢強い性格。H26年元旦胃の具合悪くなって近医に受診。「胃のポリープ」指摘。1カ月後全身倦怠感、食欲減退、体重低下し黄疸が出始め総合病院受診。肝臓がんの診断で緊急入院。余命1カ月の宣告。告知済み。入院後疼痛増しMSコンチン、オプソ使用。寝たきり状態だが自宅に帰る事を強く希望。面会時涙を流し懇願。

介護力の脆弱

- 主介護者の妻は胆石術後3年目。最近は腰、膝関節痛も増している。毎日、夫の好物を持参。面会時間終了まで夫の世話をしている。夫の退院後の支援に不安がある。「夫を観ていることが辛い。看取りに自信がない。」と入院継続の意向が強いが迷ってもいた。
- 長女夫婦は就労で8～19時頃まで不在。大学生の孫は祖父が大好き。長女の夫は養子。義父から大事にされ関係は良い。長女はAさんに対して、幼少期より母を大事にせず頑固な父親が嫌いだった。父親の退院を受け容れたくないが余命宣告を受け迷っていた。

事例つづき

- 主治医：全身転移で退院は難しい。急変もある。退院後状態が悪化しても当院での受容れは無理。
足腰の痛みがある妻に介護は無理と判断
- * 退院を迫るAさんは病院から脱出しようとして行動。病室で転倒しているところを看護師が発見。主治医からも注意を受けた。
- ホスピス専門医：
24時間いつでも対応可。かかりつけ医は妻から事前に相談を受け、ホスピス専門医と情報交換していた。訪問看護ST併設。PT、OT、傾聴ボランティア訪問も可能なクリニックだった。

みんなで考えてみよう

- 退院を選択したAさんと家族に対してあなたはどのようなプランをつくり、チームケアを展開しますか？

おわりに

- ケアプランあらためて見直してみてください。
- 個別性のあるプランになっているか
利用者がイメージ化できるか
- 緊急性への視点
- 利用者、家族の思いを尊重している

☆ありがとうございました。

引用・参考資料

- 佐藤信人氏講義資料引用 認知症介護研究・研修 東京センター
- 小峰良子氏研修資料引用 東京都福祉保健局介護保険課
- 東京都介護支援専門員研修資料 参考
- 「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」より 資料引用
- けあサポ 事例検討とSV 吉田光子氏 閲覧と引用
- 私達の介護 2017, 10, 12ブログより引用
- 日本看護研究学会雑誌Vol40 No.2 2017 黒田寿美江氏等研究報告より引用
- 月刊ケアマネジャ 高室成幸氏2014年5月連載より引用
- 白澤政和著及び月刊誌等 「ケアマネジメントの本質」等引用
- 國光登志子氏 研修資料等から引用