

# ケアマネジメントの基礎知識

平成 23 年度版  
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、

自立支援（ADLなどの機能のみでない人としての自立）

生活の質の向上を図ることを目指してサービスを提供すること。

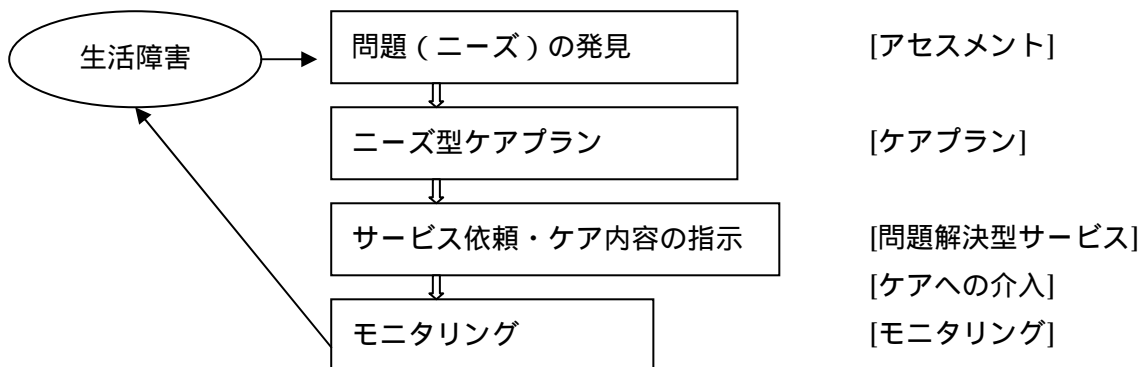
ケアマネジメントでは、「さんの自立とは?」「さんの生活の質を向上させるとは?」を常に意識して考える。その人らしい生活を支援するために、ニーズを解決するサービス提供が必要となる。

利用者と家族の生活を障害している問題を解決すること

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

要望型ケアプランへの決別

「ニーズ」の知識を身につける

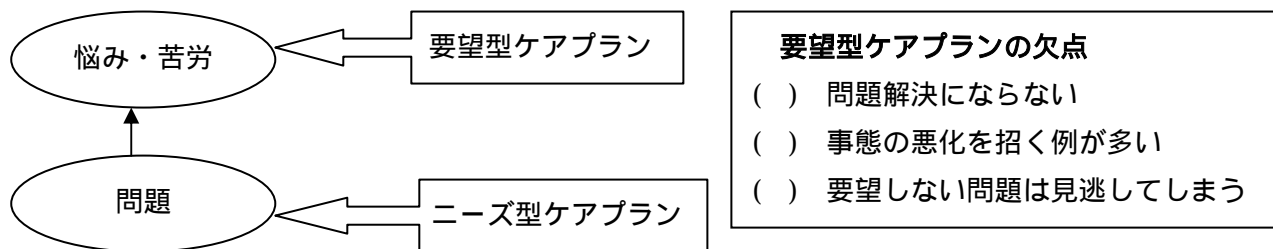
「ニーズ」の有無を判定するために必要な情報は何かを習得する

情報を集める「技術」を身につけ、手抜きをしない

他の職種の意見・評価を聞く

サービス・ケアへきちんと介入する

### 3 要望型ケアプランの問題点



- 要望型ケアプランの欠点**
- ( ) 問題解決にならない
  - ( ) 事態の悪化を招く例が多い
  - ( ) 要望しない問題は見逃してしまう

[利用者主体] \*利用者の希望を取り入れることは利用者主体ではない  
プロとして問題解決のプランを示して,理解してもらう。

### 4 ケアマネジメントの流れ

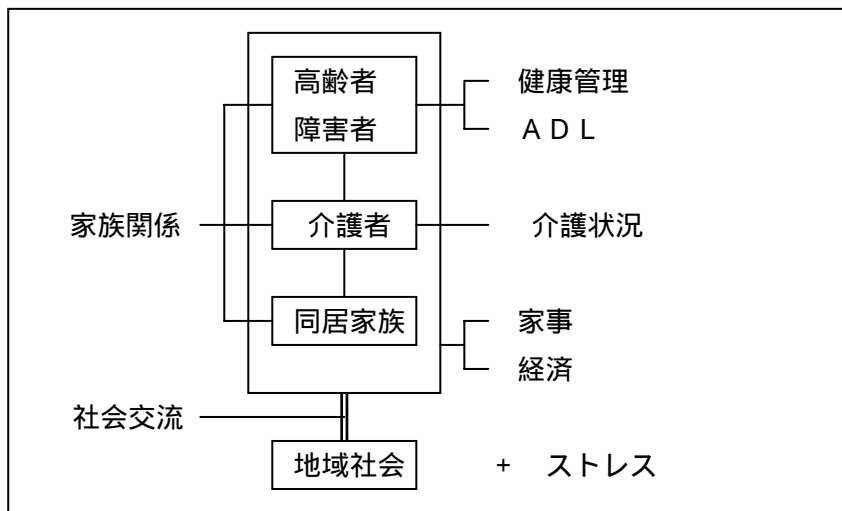
#### (1) アセスメント

その問題を発生している「原因」を明らかにする作業  
情報を集めただけではアセスメントにならない。

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]
系統的にニーズの有無をチェックする。	[系統的チェック]
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]
<b>基礎知識を得る</b>	[基礎知識]
情報を集めるため、関係者から情報収集する	[技術]

情報収集：解決すべきニーズの特定 【より良い状態を念頭に！】

#### 【ニーズの枠組み】



#### (2) ケアプラン作成

問題解決・自立支援のためであること  
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  
6ヵ月後の状態は、良くなっているか？

#### (3) ケアへの介入 ; マネジャーの立てたプランが実行されているか？ 現場へ足を運ぶ。

自立支援を目標にする。  
看護・介護その他の基礎的な知識

#### (4) モニタリング

- 計画どおりにサービスが実行できているのか。
- サービスの効果をあげているのか。
- 本人・家族がサービスに満足をしているのか。
- 新たなニーズは発生していないか。

### [各 論]

## ・健康管理の領域

### 1. 慢性疾患の管理

主治医情報

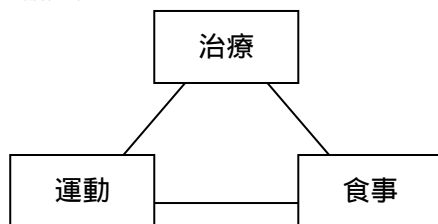
- 病名を知る。 全身状態に影響を与える治療が必要な病気があるか。
- 症状が安定しているかどうか
- 「不全」(心不全、呼吸不全、腎不全)の有無
- 看護師による状態観察や指導が要るかどうか

・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

### [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)

低蛋白

蛋白質 アミノ酸 チッ素 (尿毒症)

### [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

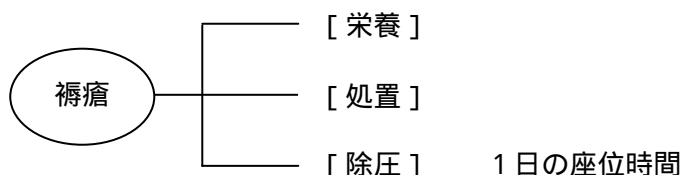
家事援助、給食サービス、通所施設での昼食での配慮 = [個別援助計画]

### 2. 看護処置

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を対象



### 3. ふだんの体調

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く  
・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

便秘のケア



本人・家族・訪看・ヘルパー・デイサービス・デイケア

急性が疑われるとき 医療機関受診

問診項目…

元気ですか（顔色と表情）。

食欲はありますか。（食べた物と量）

気分は悪くないですか。

夜、眠れましたか。

熱はないですか（平熱を知る）。

胸は苦しくありませんか。

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

（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。糖尿がある場合 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。

### 4. 歯・口腔・嚥下障害

高齢者に問題の多いケースが極めて多い。

食生活に影響を及ぼす。肺炎のリスクを高める。誤嚥による危険が高まる。

#### [ アセスメントの手順 ]

食事の様子 おかゆ、軟菜、きざみ食などの常食以外  
歯磨きの習慣、特に夕食後（就寝前）



痛み、腫れ、出血などの異常 「むせ」の有無

歯科受診・訪問歯科

歯（義歯）と歯ぐきの状態

口の中の汚れ、舌の汚れ、

「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 ]

高齢者の死因第1位は「肺炎」

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う。

口腔内細菌

不顕性誤嚥

肺炎

脱水

ねたきり・臥床生活

脱水

肺炎予防

座位

水

口腔ケア

ねたきりの口腔ケア [ イソジンうがい ][ イソジン清拭 ]

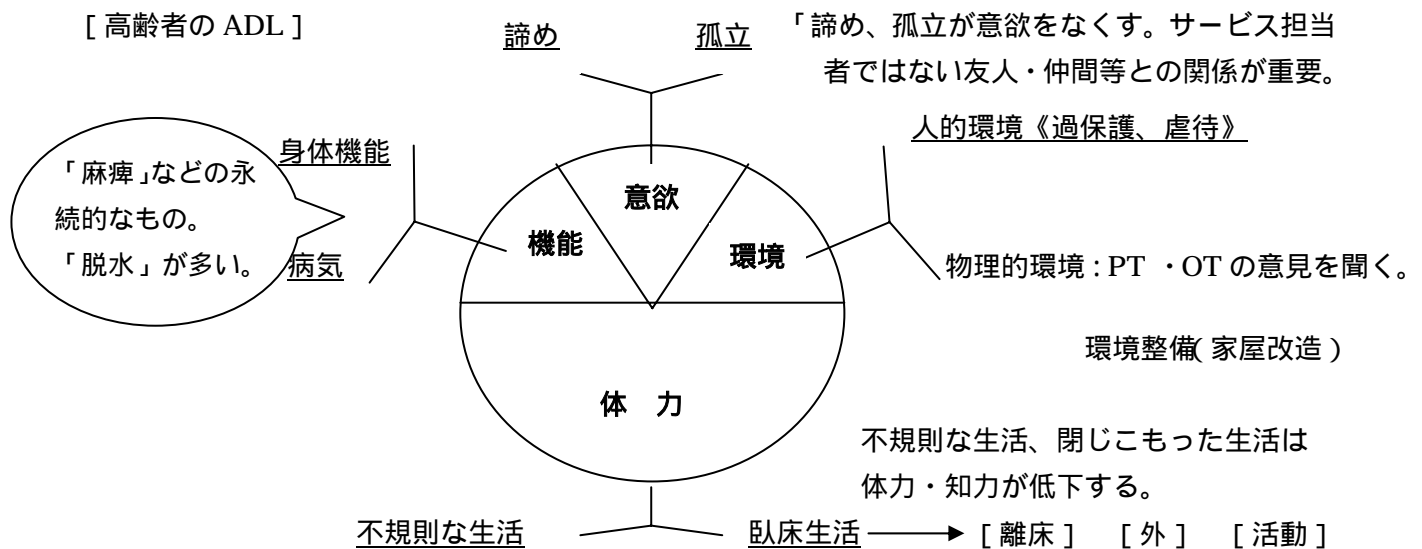
## . ADL・日常行動の領域

### 5 . 自立・重度化防止

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

[ 高齢者の ADL ]



[ アセスメントの手順 ]

外出先と頻度の確認

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。

**6 . 規則的生活**

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)

**7 . 認知症状の軽減**

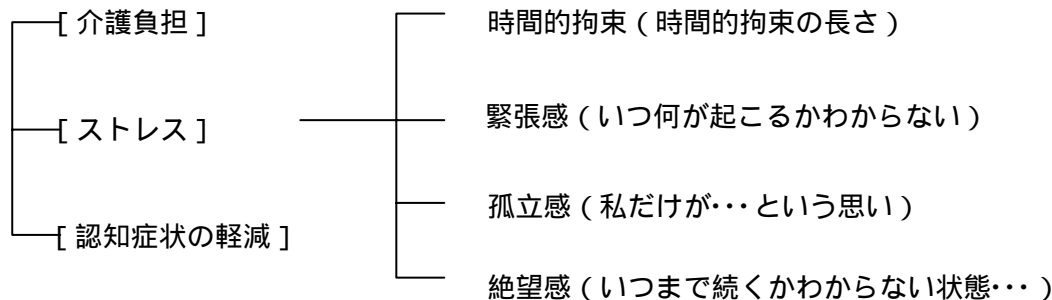
「認知症」と判断した根拠は何か？認知症という診断名だけで、認知症と判断するのではない。何が問題なのか？うっかりミス、物忘れだけでは認知症とは言わない。認知症ではないのに認知症とのレッテルを貼ってしまっている可能性がある。

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。

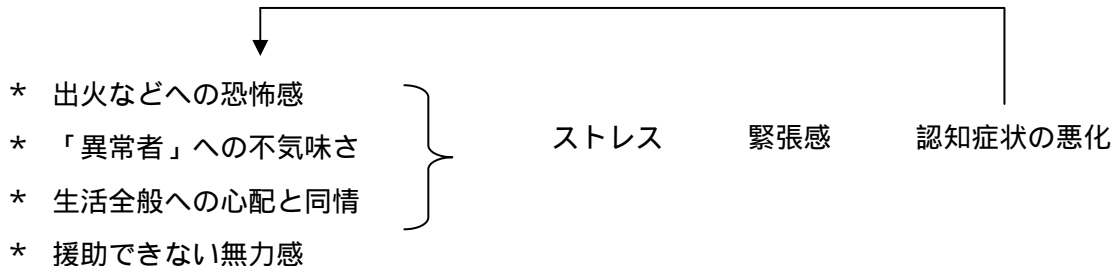
症状あれば軽減のニーズあり ケアの本質は孤独にしない。友人・仲間を作る。

\*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、最近ではBPSDと呼ぶようになった。

認知症高齢者と家族への支援 その考え方



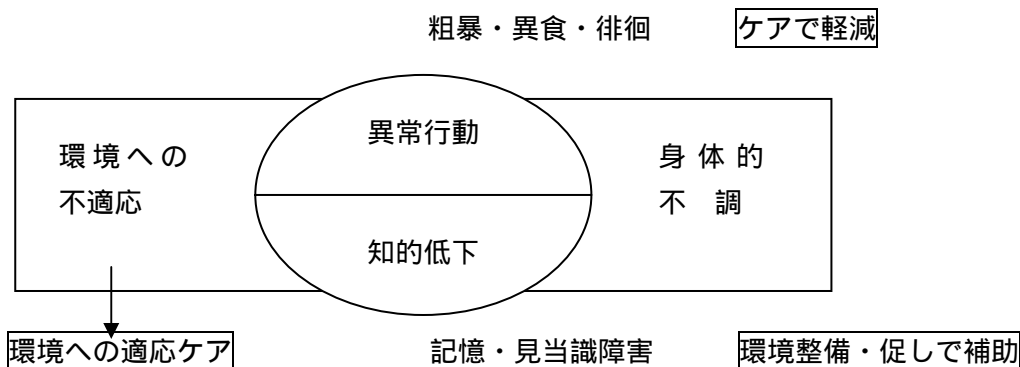
独居・認知症例の近隣住民のストレス



○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「行動の異常」の種類



[アセスメントの手順]

「ADL」上の介護負担 介護負担軽減

行動の異常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

身体的アセスメント

- 「脱水」はないか
- 「便秘」をしていないか
- その他の身体的異常はないか

[行動の異常に対するケアプランのポイント]

「通所ケア」の利用

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

それぞれの行動異常へのケアへの助言

- [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原則によるケア

地域・近隣住民への対応

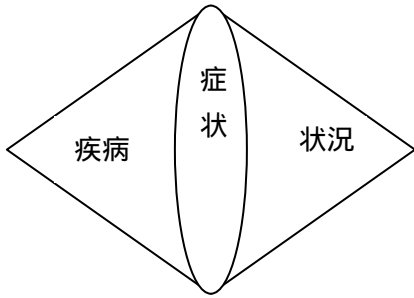
ストレスを軽減し・ケアのネットワークに参加してもらう。

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。

- \* ケアマネジャーの存在を明らかにする。
- \* 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する。
- \* 問題が生じたときの、「連絡先」を伝える。
- \* 地域・近隣住民には、できる範囲での見守りを依頼する。
- \* 地域・近隣住民への感謝の言葉を忘れずに伝える。

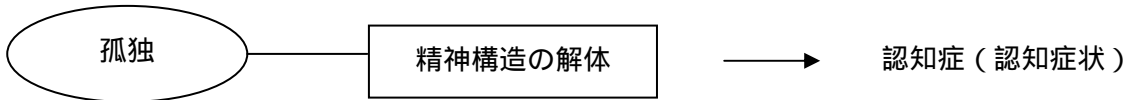
「参考資料」 認知症の理解

(1) 精神障書・精神疾患の特徴とケアの立脚点

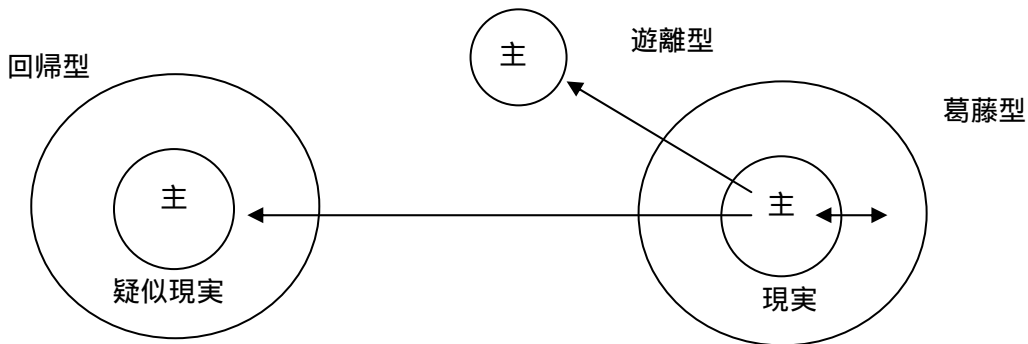


精神障害は「症状」がなくなれば「治癒」  
ケアは状況をつくりだすこと

(2) 認知症状の発現と症状類型(竹内)

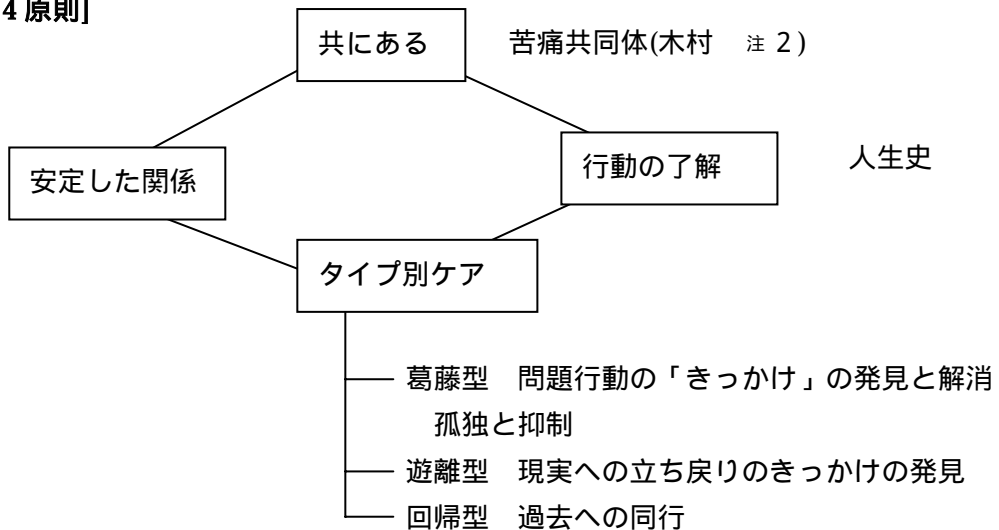


(新福 注1)



(3) 認知症のケア

[認知症のケア 4 原則]



注 1...新福尚武(しんぷく・なおたけ)

注 2...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

## ．介護負担の領域

### 8．動作別負担

入浴、排泄、食事

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る。

### 9．時間帯別負担

家族との生活時間帯と違う場合、負担は増える。

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する。

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る。

(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。

役に立つプランでないと、「必要ないです。」と言われてしまう。

介護負担の領域では、介護者に目を向ける。

原則同居の家族について評価をする。

介護の必要性はADLの状態で評価する。

## ．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する。

### 10．食 事

必要カロリー；ADLがほぼ自立：1500Kcal

ねたきり：1300Kcal

摂食能力

献立、買出し、調理、衛生

### 11．掃除・整理

意欲がなくなった、能力が落ちた。介護者がどんどん作業のみ行うのはだめ。

### 12．洗 濯

一緒に行う必要がある。

### 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

## ．経済の領域

### 14．収 入

認

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

経済的に生活が成り立つこと

### 15．支 出

必要な支出ができるか。

### 16．金銭管理

地域福祉権利擁護事業、成年後見制度

・ 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る。

## ． 家族関係の領域

### 17． 家族関係

家庭生活継続に大きな問題がないことが必要。在宅生活の継続に問題があればニーズあり。  
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。)

[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]

「在宅生活」を継続しようとしている点を重視する。

「悪い家族」はいないとの認識を持つ。

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]

家族関係の問題は、2世代同居にほぼ限られる。

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

#### [援助のポイント]

両者の引き離し(通所サービスなど)

仲裁

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

## ． 社会交流の領域

### 18． 本人の社会交流

他者との交流、交流頻度・外出頻度と外出先チェック

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。

地域の中での人々との交流が欠かせない。

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す。

### 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。

# ．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  
 後天的障害を負った比較的若い人  
 葛藤型の認知症の人

## 21．介護者のストレス

ストレス発散の3つのポイント  
 自由時間の確保  
 人との交流  
 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

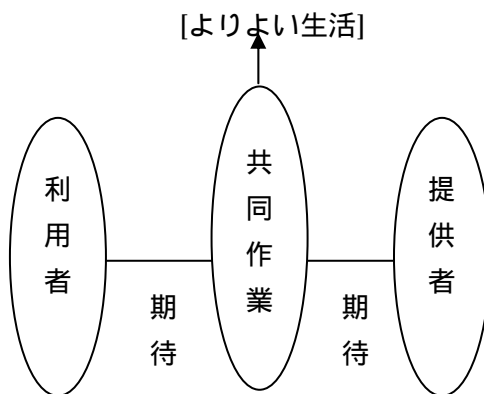
なんとなく生気がない  
 憔悴しているような顔つき、雰囲気  
 「気が重い」「気持ちが暗くなる」などと言う  
 「今後の不安」を口にする

### [困難事例]

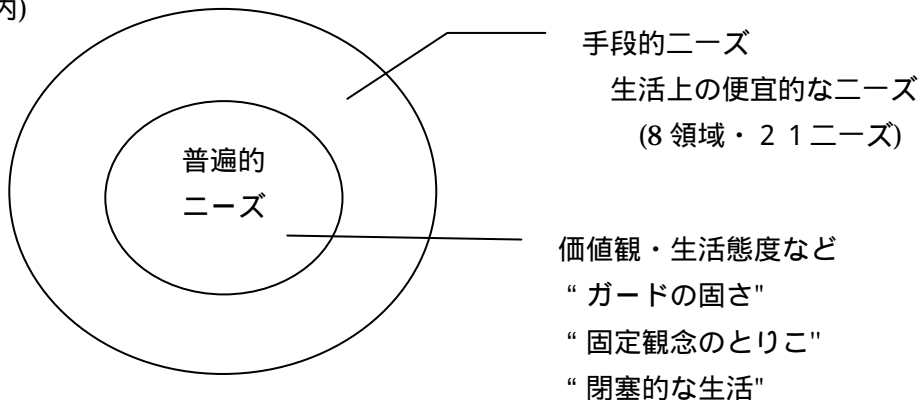
困難事例には、その「困難性」の分析とその原因に対する的確なアプローチが必要。

#### 1 困難事例の背景

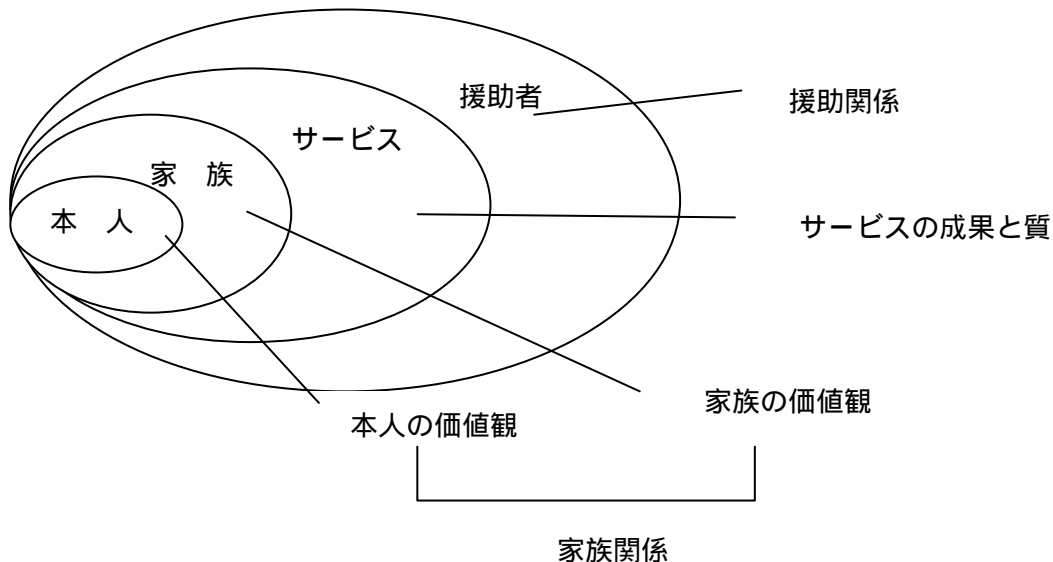
「期待」のすれちがい  
 (困難事例と苦情の原因)



#### 「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]

Face-To-Face の関係 [頻繁な接触]  
「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)  
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。うつ病;食欲が落ちる。うつ病の症状の軽減(改善)のためには、依存できる人を作る。信頼関係を構築し、「あなたが言うなら…」という関係を作る。

#### [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」こなせることが必要

#### [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する。

#### [虐待]

介護負担が虐待につながる。介護負担軽減のプランを。介護者のストレスを軽減するプランを!

## 参考

### 【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。社会的孤立から寝たきり・認知症が起きる。

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る。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る。そのあと、食事など通常のアセスメントを行う。

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。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らない。

### 【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。

多尿・頻尿が合併かを確認する。夜間の多尿・頻尿は特に介護負担が大きい。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。自宅ではんやりしていると多尿になる。

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する。前頭葉では状況を認知することにより、排泄か抑制か判断する。(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。高齢者は一般に意識レベルが低くなっている。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る。脳の意識レベルをきめるのに姿勢が重要。

立位は全身の筋肉を使い、脳幹が刺激を受ける。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する。意識レベルの低下の原因は圧倒的に脱水、次が低栄養。

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。

### 【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る。

年を取ると心臓の力が衰え、筋肉(特に下半身)が失われる。末端に行った血液を戻せなくなる。血液めぐりが不活発になると腎臓をめぐる血液量が減る。その為に尿量が減る。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る。夜間尿量を減らすには日中の血液循環の効率を上げる。ウォーキングやパワーリハビリが効果がある。

### 【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る。

時間配分も大切。便秘対策には起きぬけの水が実際に効果ある。「お通じにいいわよ。」と言って、勧める。食前、食中、おやつなど機会をとらえて飲んでもらう。習慣をつければ飲めるようになる。