

テーマ

**「適切なケアマネジメント手法」実践するために
一部改正された課題分析標準項目(23項目)との関連を考える。③**

引き続き、「課題分析する課題分析標準項目(23項目)」を深堀します。
今後も連載でお届けいたしますので読み進めていただくことで理解が深まると嬉しいです。



アセスメントから課題分析する課題分析標準項目(23項目)は、必須ですよ。

3月号から標題にある、一部改正された課題分析標準項目(令和5年10月16日通知された介護保険最新情報 Vol.1178とVol.1179)と、適切なケアマネジメント手法基本ケア項目との関連を、一緒に考えていきましょう。
ということで、今回は3回目です。

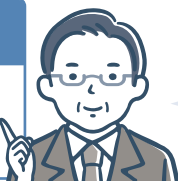
課題分析(アセスメント)に関する項目は、**No.10**から**23**です。

今回は**No.11、12標準項目名「ADL」「IADL」**と、適切なケアマネジメント手法基本ケア項目との関連を、一緒に考えます。



基本ケア -項目-

4、5、10、12、26、27、
33、37、38、39、40



No.11、12の「適ケア」基本ケア関連項目は
4、5、10、12、26、27、33、37、38、39、40
です。

コミュニティ参加については、No.20標準項目名「社会との関わり」のところで解説しますので今回は触れません。

課題分析(アセスメント)に関する項目

No.11標準項目名
ADL

ADL(寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法(杖や車椅子の利用有無等を含む)、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等)に関する項目

No.12標準項目名
IADL

IADL(調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等)に関する項目

想定される支援内容

4	転倒・骨折のリスクや経緯の確認
5	望む生活・暮らしの意向の把握
10	家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援
12	転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測

26	フレイルを予防するための活動機会の維持
27	継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施
33	清潔を保つ支援
37	本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備(家庭内)
38	持っている機能を発揮しやすい環境の整備
39	本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備(コミュニティ)
40	家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備

関連項目の捉え方

本項目4、5、10、12は、どちらかというと言現在の状況把握です。

その際、起居動作を確認します。特に2モーターのベッドを利用している場合、背上げを利用しているのか、リモコンを自分で操作しているのか、など。また、端座位からどのように移乗して歩行器につかまっているか。自分でトイレまで移動しているかなど、起居動作からトイレに行って帰ってくるまでの一連の動作を、しっかり確認しましょう。

また、退院時から使用していた歩行器などの福祉用具を1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月後、うまく使用できているか。状態が変化し、転倒、衝突、走り過ぎる等はないか。ある場合は、種類の変更を検討する必要があります。トイレ、入浴動作もどこができて、どこができないのか。調理、掃除、洗濯もどこができて、どこができないのか。生活援助〇〇を、訪問介護員と一緒にやればできるようになるのか。老計第10号を参考に、生活援助〇〇の、できることを一つでも増やしていきましょう。

下記の表を参照してください。今回は基本項目4を掲載します。この表の一番右にある「相談すべき専門職」と協働して、関連する項目のアセスメントモニタリングを実践していただければと思います。

4 転倒・骨折のリスクや経緯の確認

I-1. 尊厳を重視した意思決定の支援

I-1. 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え
― I-1-1. 疾病や心身状態の理解

支援の概要、必要性	適切な支援内容とするための関連するアセスメント/モニタリング項目			
	主なアセスメント項目 ※内容の詳細や留意点などは本編を参照	アセスメント項目	モニタリング項目	相談すべき専門職
■ 転倒やそれに伴う骨折の予防のためには、自らの身体機能(反射、平衡感覚、視覚等)の状態を理解し、それにあった生活動作を身につけるよう支援する必要がある。 ■ 自らの身体機能の状態を理解するための支援、そのための体制を整える。具体的には、本人の身体状況を定期的に測定する機会をつくったり、身体機能が低下している場合はそれを前提とした日常的な動作を行えるような機能訓練等の体制を整える。	過去の転倒歴(転倒が起きた状況など)	○	—	医師、 看護師、 PT/OT/ST、 介護職
	転倒に対する本人・家族等の理解度	○	○	
	ADL/IADLの状態(している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込みなど)	○	○	
	自宅内での本人の生活習慣(ベッド以外で過ごす機会、よくいる場所、動線、日課など)	○	○	
	自宅内の動線(日常的に過ごす場所、寝室と居室の移動、居室とトイレ・洗面所の移動など)	○	○	
	自宅の間取り(部屋の配置、階段・段差の有無、外構の状況など)	○	○	
	本人の身体能力、生活動作の確認	○	○	
	機能回復のためのリハビリテーションの実施有無	○	○	
	家族等及び専門職との情報共有(情報共有の状況、共有方法など)	○	○	

※本編:「適切なケアマネジメント手法 基本ケア及び疾患別ケア」 株式会社 日本総合研究所 発行

次回は、認知機能や判断能力について一緒に考えましょう。



執筆者
木村 隆次 きむらりゅうじ

薬剤師

介護支援専門員

介護支援専門員指導者一期生

医療・介護連携協働をライフワークに活動中。大学卒業後、製薬会社のMRとして勤務した後、青森市内で薬局を開局。薬剤師として居宅訪問をしていた際、福祉用具と住宅改修に興味をもち没頭。介護支援専門員指導者の一期生。2000年4月から13年間日本薬剤師会常務理事、2010年から2022年まで青森県薬剤師会会長を務めた。2005年11月から日本介護支援専門員協会会長(初代)として厚生労働大臣の諮問機関で介護報酬や介護保険制度を議論する分科会・部会の委員を歴任。現在は、青森県介護支援専門員協会会長として自立支援型ケアマネジメントの普及のため後進へ情報発信し育成に努めている。

