

ケアマネジャーのお仕事サポート

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。④

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4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.13標準項目名「認知機能や判断能力」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-

5、40、41、42



No.13の「適ケア」基本ケア関連項目は5、40、41、42です。
さらにこの項目は、基本ケア関連項目と共に疾患別ケアの「認知症」に着目してください。

項目の主な内容(例)

日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況(症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等)に関する項目

想定される支援内容

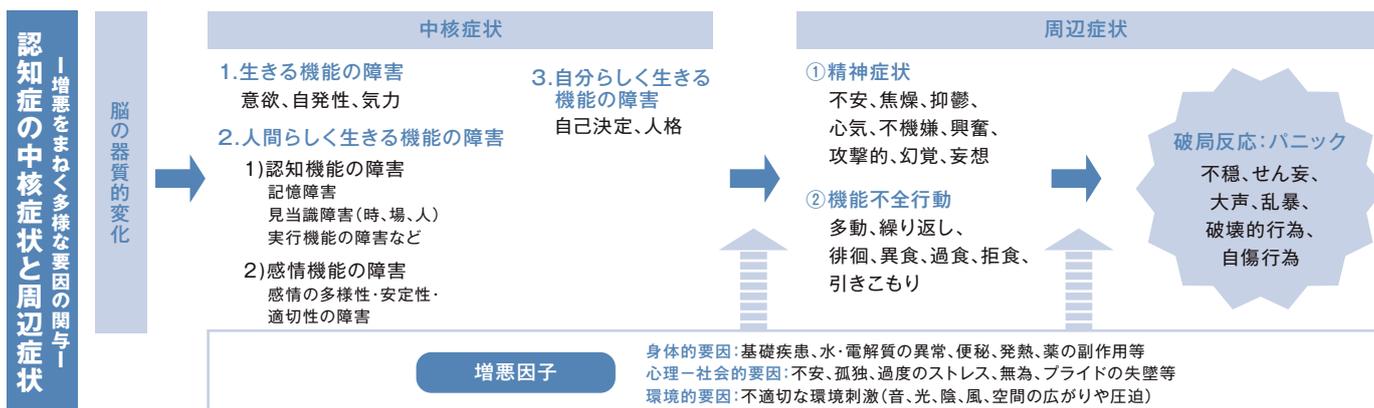
5	望む生活・暮らしの意向の把握	41	将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援
40	家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備	42	本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援

関連項目の捉え方

基本項目5で本人の望む生活・暮らしの意向を把握する

さらに認知症に対する家族等の受け止めの状況、認知症に対して家族等が感じている不安、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況(症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等)の把握をしましょう。

下図の増悪因子を確認して、これらの身体的要因、社会的要因、環境因子の課題分析してください。



さらに基本ケア関連項目と重複している項目もありますが疾患別ケアの「認知症」の項目(下図・抜粋)に着目。

適切なケアマネジメント手法 【概要版(項目一覧)】 疾患別ケア:認知症	大項目	中項目	小項目	想定される支援内容	
本検討案は以下のような状態の方を想定した上で支援内容等を検討・整理したものである。 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)	0.ここまでの経緯の確認	0-1.ここまでの経緯の確認	0-1-1.認知症と診断されるに至った経緯の把握	1.支援の前提としての認知症と診断されるに至った経緯の把握	
			0-1-2.これまでの医療及び他の専門職の関わりの把握	2.支援の前提としての医療及び他の専門職の関わりの把握	
	1.本人及び家族・支援者の認識の理解	1-1.本人と家族・支援者の認識の理解	1-1-1.本人と家族・支援者の認識の理解	1-1-1-1.本人や家族・支援者の疾患に対する受けとめと認識	3.本人や家族・支援者が抱く感情や想いを継続的に捉えることの支援
				4.本人に対する受けとめや理解を深める支援	
		1-2.本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解	1-2-1.変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施	6.変化していくことを念頭に置いた認知症の総合アセスメントの実施	7.本人を取り巻く人との関係性とその変化の把握
				8.意思決定支援の重要性への本人及び家族等の理解をうながす支援体制を整える	9.意思決定支援に向けて、本人及び家族等に適切な情報が提供される支援体制を整える
	2.将来の準備としての意思決定の支援	2-1.本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援	2-1-1.意思決定支援の必要性の理解	2-1-1-1.意思決定支援の必要性の理解	10.本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握
				2-1-2.本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	11.意思決定支援体制を整える
	2-2.意思決定支援体制の整備	2-2-1.意思決定支援体制の整備	2-2-1-1.意思決定支援体制の整備	12.かかりつけ医との連携 (※必要に応じて専門医や認知症サポート医等とも連携)	13.かかりつけ医以外の専門職等との連携
				14.サービス事業者や地域の関係する人との連携体制を整える	
	3.必要に応じた連携体制の構築	3-1.必要に応じた連携体制の構築	3-1-1.かかりつけ医や専門職等との連携	14.サービス事業者や地域の関係する人との連携体制を整える	15.日常生活における意向の表明の支援
				3-1-2.その他の関係する人との連携	
	4.基本的な生活の支援	4-1.日常生活における本人の意向の尊重	4-1-1.日常生活における意向の尊重	15.日常生活における意向の表明の支援	

適切なケアマネジメント手法 疾患別ケア:認知症 項目一覧(株式会社日本総合研究所)令和6年12月版をダウンロードして、基本項目の表の一番右「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。

5 望む生活・暮らしの意向の把握

I. 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.現在の生活の全体像の把握

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
<ul style="list-style-type: none"> ■本人の尊厳を尊重した本人が望む暮らしの実現には、暮らしやすくするための環境の改善を、本人の活動能力を踏まえて支援することが重要である。 ■暮らしの中で特に継続したいことや重視したいこと等を本人から把握したり、家族等から本人のこれまでの嗜好や暮らしぶり、これらについて本人が家族等に表明している意思を把握したりする。また、サービス事業者とも連携し、サービス利用中の利用者の様子も把握する。 	本人・家族等が望む生活・暮らし(1日/1週間の過ごし方、月単位・年単位のイベント)	○	○	医師、 看護師、 薬剤師、 PT/OT/ST、 社会福祉士・ MSW、 介護職
	望む生活・暮らしにおいて本人が希望する活動(現在できること、現在できないが実現したいこと、がまん・あきらめの有無、内容など)	○	○	
	望む生活と生活制限との間で本人・家族等が感じているジレンマ	○	○	
	認知機能の程度、日常生活における障害の有無	○	○	
	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)	○	○	
	本人の日次(24時間)の生活リズム・過ごし方	○	○	
	自宅内での本人の生活習慣(よくいる場所、動線、日課など)	○	○	
	日常的な運動の状況(日常的な運動(体操、散歩など)の機会の有無、頻度、内容、運動の時間など)	○	○	
	日常の活動の中で本人が感じる違和感(自覚症状の有無、程度、内容など)	○	○	
	疾患発症後の日常生活における地域・社会(家庭外)での本人の役割	○	○	
(同居者がいる場合)同居者による本人の生活リズムの把握状況	○	—		

※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

今回は、「コミュニケーションにおける理解と表出の状況」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。

