施設のケアと
ケアマネージャーについて

～自立支援介護からわかったこと～

社会福祉法人いつつ星会
特別養護老人ホーム白梅荘
施設長　中田　勇司

今日お話しすること・・・

・ケアマネジメントの理念について

・施設ケアマネと相談員の役割りについて

・施設ケアマネの課題について

・自立支援の取組からわかったこと！
　白梅荘の取組から～

ケアマネジメントの理念

介護保険制度は、我が国に初めて本格的な介護支援サービスの仕組みを制度的に位置づけるものであり、適切な介護サービス計画（ケアマネジメント）の策定等を通じ～【中略】～

被保険者本人の**自己決定を最大限尊重し、その選択**に基づき、個々人に適した保険・医療・福祉にわたるサービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

（「介護保険法の施行について」平成9年12月26日厚生省発老第103号）

なぜ施設でケアマネジメントが必要なのか？

☆一人一人の個性を大切にする
「利用者本位」の　サービスの提供

☆「自立⇒利用者の自己実現⇒QOLの向上」

☆このことを実現するために一人一人の状態
に着目した個別的ケアの実現を図るため

☆つまり自己実現を支援する観点より
「ケアマネジメント」が必要

施設のケアマネジメント

☆ケアマネジメントが無ければ3大介護中心の画一的なサービスとなる。

☆施設の業務はそれでなくても定型化されたサービスになりがち

☆ケアマネージャーは、利用者・家族の立場で利用者の意向を十分に引き出す必要がある

☆その意向をもとに自立とQOLの向上を目標としたケアプランが必要となる

人員基準に着目！

★日本介護支援専門員協会のアンケートから
施設ケアマネ一人で担当できる人数＝36.8

★協会では、各専門職の知識や技術の高度化
専門化が進んできているためケアマネの兼
務は困難として、常勤専従を求める。

★人員基準は50：1とする。

★次期介護報酬改定に向けて
【施設ケアマネジメント機能強化加算】を提案

ケアマネと相談員の役割り

【両方が重なる業務】

⇒入退所関連会議への出席

（召集者は施設長・管理者）

⇒利用者よりケアマネ・相談員双方情報収集

≪相談員≫生活情報・家族など

≪ケアマネ≫ケア関連情報・医師看護師など

⇒両者が協働で行う必要あり

ケアマネと相談員の役割り

【サービス担当者会議】

⇒専門的意見を聴取する場としてケアマネが
開催する立場

⇒相談員は、一専門職種として会議に出席し
専門的意見を述べる立場

ケアマネ・相談員が相談援助技術を使う場面

≪ケアマネ≫

①アセスメント・モニタリング

≪相談員≫

①入所生活での不安や孤独等に対する相談

②医療や福祉等の各種制度に関する相談

③経済的な問題に関する相談

④家族関係調整の相談

⑤在宅で生活する家族についての相談

ケアマネ・相談員が相談援助技術を使う場面

≪相談員≫

⑥入所者同士や職員との人間関係に関する相談

⑦難病やターミナル期に関する相談

⑧受診や受療に関する相談

⑨苦情に関する相談

⑩各種希望に関する相談

⑪地域との相談

・・・・・・etc

計画担当介護支援専門員の責務（第２２条の２）

１．入所申込者の入所に際し、～中略～その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況を把握すること

２．入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討すること

計画担当介護支援専門員の責務（第２２条の２）

３．その心身状況～中略～その者が退所後置かれることとなる環境等を勘案しその者の円滑な退所のために必要な援助を行うこと

４．入所者の退所に際し、～中略～保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること

５．第１１条第５項に規定する身体拘束等の態様及び時間～中略～理由を記録すること

６．苦情の記録　７．事故に関する記録

ケアマネと相談員の職域

・これまでも施設における相談員自体の職域が曖昧だった・・・
・それにケアマネの職域が重なり・・・

施設の中でケアマネと相談員の業務や職域を含めてマニュアルやシステムを作る必要あり！

施設ケアマネの課題

1．インテークが適切に行われていない
→インテークについての認識不足
→インテークの重要度を理解していない
→インテークの活かし方を理解していない
→インテーク時に収集すべき情報の不足
→相談援助技術の欠如
・主訴がつかめない
・利用者・介護者が語らないことにはもっとつかめない

施設ケアマネの課題

２．アセスメント

→アセスメントについて認識不足

・アセスメント票をチェックしたり記入することがアセスメントだと理解していないか？

・利用者・介護者の要援護性を洗い出すことで満足していないか？

→相談面接技術の欠如

・利用者・介護者の思いが聞き出せない

施設ケアマネの課題

3. プランニング

利用者の自立支援に資するプランニングが立てられていないのではないか？

→ケアプランの立案方法や手順についての混乱や誤解（多職種が関っていない）

→アセスメント情報がケアプランに活かされていない

→ケアプランが現場の後追いになっている

施設ケアマネの課題

→ケアプランと職種別の個別計画等の関係性や構造についての理解不足

例）栄養ケアマネジメント、リハビリ計画など

→ニーズや目標設定等についての未熟さ

・入所時やプランニングの段階でのゴール設定があいまい

・ニーズや目標に「安全」「安心」「活発」「生きがい」等の抽象的な内容が含まれるため評価しづらい

施設ケアマネの課題

4. プランの実行
ケアプランがプラン通りに実行されていないのではないか？
→ケアプランの周知不足
→ケアの実行方法が統一できない
→ケアプランの内容と現場のケアが別物
→ケアプランは実行するものであるという意識が低い
→実行した結果を監視する方法や仕組みを定めない

施設ケアマネの課題

5. モニタリング

モニタリングが適切に行われていないのではないか？

→モニタリングについての理解不足

→モニタリングにはケアの実行状況の監視と結果を評価する二つの機能があることが理解されていない。

→定期的な評価が重視され、日々の実行状況の監視が軽視されている

施設ケアマネの課題

６．その他

→ケアマネになる前の基礎となる職種がさまざまである

→介護保険3施設の施設ごとのケアマネージャーの機能もそれぞれあるはずである

→組織上、役職者をも指導しなければならない立場になることも考えられるが・・・

ケアマネのあり方検討会より

「ケアマネジメントの質の問題はケアマネージャーだけの責任ではない！」

→地域ケア会議等でケアプランの内容についてのチェックが行われるはずであるが実際は行われていない（筒井孝子氏）

→地域連携の仕組みについて本来保険者が取り組まなければならないが、行われていない（筒井）

→厚労省が医師を評価指導することができないように厚労省がケアマネを評価指導するのは無理だ（野中猛氏）

介護老人福祉施設の運営に関する基準

（介護老人福祉施設の基本方針）

施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活を念頭に置いて、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入居者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指すものでなければならない。

２　指定介護老人福祉施設は、入所者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って指定介護福祉施設サービスを提供するように努めなければならない。

特養ホーム白梅荘の紹介

☆昭和55年5月　二戸広域行政事務組合が創設
☆平成19年4月　二戸市より施設無償譲渡運営移管
☆運営法人　社会福祉法人いつつ星会
☆施設概要　長期50床（4人部屋・2人部屋）／短期6床
☆介護職員　20名（今は16名、産休2名退職2名）
☆看 護 師　正看2名／准看2名
☆ケアマネ、生活相談員、管理栄養士　各1名
☆北棟・南棟に分かれてのグループケア
☆同法人経営　　特養、養護、GH、DAY、居宅、訪問

白梅荘の自立支援の取組

☆「介護力向上講習会」を受講（平成20年より）
（主催：全国老人福祉施設協議会）

☆指導者：　Dr　竹内　孝仁
（国際医療福祉大学大学院教授）

☆30年に渡る老人福祉施設での臨床に基づき
「水」「栄養」「排便」「運動」の視点のケアを確立！

☆2ヶ月おきに年6回（5月～翌年3月）東京にて100施設限定の研修会にて実践力を養う。

白梅荘の実践から～

1. 施設ごとのケアの方針が必要ではないか！
【白梅荘では自立支援】
2. 入居者のQOLの向上を目指す！
3. 寝たきりを作らない！
4. 最期の時までPPK！
5. 人が生きるとは活動が欠かせないのでは？
6. 日中の覚醒レベルを高める工夫努力！
7. チームで実践できるかどうか！

実践のためのケアの方針

特別養護老人ホーム白梅荘
特別養護老人ホームわくわく荘
の自立支援介護について

画　ゲオルグ・シュトルム

社会福祉法人いつつ星会

「寝たきりをつくらない介護」

いつつ星会の介護施設である「白梅荘」「わくわく荘」では、人間の尊厳を守るための介護として、オムツ外しの取り組みを行っています。

これまでは、介護が必要な状態であればオムツをすることはやむを得ないことと考え、オムツのまま施設入所した方はオムツのままでした。しかし、オムツをしている状態は人間の尊厳を奪い、その方の人生の継続を妨げる行為ではないかと考え、常にオムツをつけた状態ではなくトイレでの排泄をすすめ、生活の中である程度の介助が必要であっても、できるだけ自らの意思で自由な生活や活動ができるように支援することが必要だと考えています。

私たちは、法人の理念にある「尊厳を守る」を実践するため、できるだけオムツをはずし「寝たきりをつくらない介護」を行っていきたいと考えます。

最終的な目標として、ご本人、ご家族の意向により自宅での生活を希望する場合は、施設と自宅の相互利用を可能とさせ、自宅での生活も可能とします。

☆「寝たきりをつくらない介護」４つの実践☆

☆「水分」 脱水の状態は意識レベルを低下させ体に力が入らない状態をつくります。
☞水分を 1500ml 程度取っていただき意識レベル、体調の改善をはかります。

☆「排便」 寝たままでの自然排便は困難なことから定期の下剤服用となります。
その為、常にオムツが必要な状態となり、寝たきりの原因をつくります。
☞常時下剤を使用せずオムツからトイレで自然な排便が出来るようにします。

☆「栄養」 低栄養の状態は体力と気力を低下させ、病気の原因をつくります。
☞出来る限り常食で栄養を摂って頂き、低栄養にならないようにします。

☆「運動」 活動の無い状態は体力や認知機能を低下させ無気力な状態をつくります。
☞状態に応じた身体の活動を生活に取り入れ、機能の維持・回復をはかります。

私たちは、自立の維持・回復をはかるため、上記４つの視点を介護に取り入れ「寝たきりをつくらない介護」を実践いたします。

※この介護の方針は基本的な考えであり、個々の病気やその都度の状態により変わるものです

平成 22 年 10 月 1 日

社会福祉法人いつつ星会
特別養護老人ホーム白梅荘
特別養護老人ホームわくわく荘

竹内理論の実践～

１．水分　１５００ml～
　　（覚醒レベルが向上）
２．栄養　１５００kcal
　　（できるだけ経口から常食で）
３．排便　トイレで
　　（下剤によらない排便）
４．歩行　一日の生活の中で
　　（昼食後部屋まで歩行器で移動とか）

ケアマネの関わり～

1. 実践者は介護職員
2. ケアマネは自立支援の理論に基づきプランの中にこの4つの視点を織り込む
3. アセスメント時～プランニング時～モニタリング時～
4. 本人の意向、家族の意向をお聞きしながら
5. 介護～看護～栄養～相談員～　チームでの連携が不可欠！

何が変わったか！

1. 日中ほとんどの方がベッド外ですごす
   （リクライニング車いすはダメ！）
2. 元気になっていくのがわかる
   （発語が見られ、様々な訴えも出るように）
3. 認知症が治る
   （BPSDの症状が消え生活に支障がなくなる）
4. 自然排便が可能に、下剤が不要になる
   （トイレでの排便が可能に、皮膚トラブルも減る）

何が変わったか！

5. 長期間の入院者が減った
（ベッドの利用率が格段に上昇昨年平均97％）
6. 介護職員の専門性が向上
（感と経験の介護から専門的理論に基づくケアへ）
7. 専門的なケアを学びたい学生が積極的に応募
（介護の人材を得やすくなった）
8. 事故が減った
（歩行中の転倒などの事故はここ3年ゼロ）

QOLを高めるケアプランへ

☆自立が進むことで、その方のニーズがはっきりしてくる。

☆QOLを高めるプランの立案が可能に
（家に帰る、墓参りをする、旅行をする、家族とお寿司を食べに行くなど～）

☆最期の時まで、自分らしく生きれれば・・・

☆コミュニケーションが取れることで介護者も楽しくなる！

おむつゼロの意味！

★老人ホームは、オムツは当たり前でいいのか？
★死を前提とするケアではなく
生きることを前提としたケアへ
★ターミナルケアからターミナルライフへ
「最後まで生き切るケアの実践！」
★QOLへの意識
「どのような状態でも楽しいと思えるように・・・・」
★現状の感覚の打破・・・
「寝たきりで、おむつはしょうがない」
★誰かが取り組まなければ・・・（全国の仲間）
★病気の治療は医療で・・・（急性期・回復期）
★寝たきりにしないケアは介護で・・（維持期）

例えば食事
食べられなくなってきたとき

【理論】＝**水分1500ml＝覚醒レベルを上げる**

理論知らないと

常食から～お粥～刻み～ミキサー食へ

この流れでは、咀嚼嚥下能力が低下！

理論から

水分チェック～不十分～水分量上げる工夫～

好きな飲み物～飲む量やタイミングの工夫～

覚醒レベルアップ～食べるリハビリ開始～

胃瘻の方が常食まで

３ヶ月後・・・

９ヶ月後・・・

例えば歩行
車いすの方が歩くまで

【理論】＝歩けないのは歩くことを忘れたから！

座位⇒立位⇒歩行練習

基本水分1500mlは必要

理論から

座位がとれるまで少しずつ～座位が取れたら～立位～5秒間つかまり立ちできたら～歩行器での歩行練習を始める～歩行器での歩行ができるようになる～シルバーカーの歩行ができれば外出が可能に！

例えば歩行

6ヵ月後

寝たきりから生還のHKさん

☆年齢　84歳

☆入所日　2010年2月

☆入所時の状態

（要介護度5・ADL自立度C2、認知度Ⅲa）

☆入所までの経緯

2009年9月に転倒により右大腿骨骨折

回復期病院でリハビリするも体位交換中に鎖

骨骨折依頼寝たきり状態。食欲不振、意識朦朧

☆主な病気　骨粗しょう症

途中こんなでしたが！

こんなになりました！

も一つおまけに！

まとめ

1. 施設ケアマネを、居宅のケアマネと置き換えれば、介護はヘルパー、看護は訪問看護、栄養士は居宅療養管理指導と解釈でき、ご利用者のケアについての総合的な指揮者（コンダクター）と言えるのです。
2. 施設にケアマネが居なくなったら・・・どうなりますか？
3. 施設のケアマネージャーは実は、施設で最も大事な仕事であり、技術と調整力を求められる仕事である。
4. 施設ケアを施設ケアマネを軸にシステムを作る必要があるのではないか！
5. 施設ケアマネに対してある一定の組織上の責任と職権を与える必要があるかもしれません！

ご清聴ありがとうございました。

紅葉の十和田湖