

## 第1回 ケアマネジメント向上会議(公開ケア会議)

### 主な意見(発言要点録)

#### 1. 事例に基づく検討について

##### 1-1. 事例1について

###### (事例概要)

基本情報	・氏名:T ・年齢:81歳 ・性別:男性 ・住所地:東京都内 ・要介護度:要介護1 ・認定の有効期限:平成24年4月1日～平成26年3月31日
検討のポイント	・認知症状および自立度の改善傾向がみられる。再アセスメントでプラン変更を行いたい。本人が自立してどこまでできるかについて、どのように判断したらよいか。
ケースの要点	・健康状態(主疾患):認知症あり(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb) ・本人の現在の状況:ADLはほぼ自立、IADLは一部介助で、訪問介護が支援 ・介護力、住環境等の環境の状況:独居で、近隣に親類縁者なし ・経過と現況(支援の内容):当初は認知症および身体機能の低下がみられたが、食事やアルコール摂取等の取り組みにより、認知症状および自立度が改善傾向 ・現時点での課題:栄養状態の継続的な維持改善、日常家事の自立、友人・知人との交流機会の増加
ケース担当者	・担当介護支援専門員の業務経験年数:2年

##### 東内委員

- ・プランの2表に向かう、「生活全般の解決すべき課題」の捉え方、ADL、IADL等についてあるべき課題が抽出されているかどうか議論してほしい。

##### 村井委員

- ・脱水症状、アルコール性の筋力低下によるADL、IADLの悪化で、失禁も増える。食事のコントロールで、IADLが確実に改善すると思われる。
- ・また、一人で寂しいという状況があるのではないか。アルコール以外で、生活の中での楽しみを作ること。メリハリの部分を掘り下げていくことが重要だと思う。

##### 水村委員

- ・通所に行くのが楽しみになっている一方、ADLが自立になっているにもかかわらず通所に頼りがちになっている。元々は銭湯に行くなど人との交流が好きなので、銭湯に行くことを目標にしてもよいのではないか。

##### 吉島委員

- ・故郷に帰ることを諦めたという記述があるが、精神的な部分を誰がどのようにサポートするのが全く書かれていない。

##### 水村委員

・H24.6頃は、食事をとれなくなっていた。改善したのは、この半年のことである。こうした状況から、改善の可能性ありと判断している。

吉島委員

・課題整理表の構造に問題があるのではないか。医師が脱水のリスク有と判断しているにも関わらず、課題整理表に書かれていない。脱水のリスクがあれば、当然、転倒のリスクも出てくる。

東内委員

・ここまでの意見を整理すると、自立を阻んでいる要因は認知症あるいはアルコール性の低栄養であり、現在の状態の多くは、この認知症もしくはアルコール性の低栄養が要因になっていると思われる。  
・一方、環境因子として、友達がいない等、精神的な自立を阻害する状況が生まれている。このような点を課題として捉えれば、ケアプランの方向性は見えてくるとと思われる。他にないか。

英委員

・今回の事例のように、熱中症によって認知症が分かるというケースも多い。  
・一般論として、要介護1程度で認知症がある場合に、自助をどう考えるべきか、診断をどうするかかの判断が課題になる。この事例で言えば、早期の段階で専門医の診断を受ける方が良いのではないか。  
・また、インフォーマルな支援が欠落していくと、施設に頼らざるを得ない。認知症の自助・互助を掘り下げて考えなければならない。

東内委員

・まさに地域的な課題だ。ソーシャルキャピタルが長けている地域は支援が出来るが、そうでない地域も多い。行政の課題として上がってくる。

福田(弘)委員

・金銭管理ができていない、交流ができていないということが課題ではないか。

唐木委員

・食事、脱水で状態が悪くなっているため、課題にその部分を入れておかなければならない。

東内委員

・いま出た意見を整理すると、認知症の実行機能障害があつて掃除洗濯ができないことと、認知症の判断能力の低下によって金銭管理ができないことが課題として挙げられるということだろう。後者については、成年後見がサービスに入る可能性が考えられる。  
・もう一つ、食事が食べられていないという状況があるから、食事の支援や口腔ケアといった課題が見えてくる。さらに長期では、人間関係の構築といった部分が入ってくる。  
・このように優先順位をつけて、段階で考えないと、何のサービスから先に入れれば良いか分からなくなる。

水村委員

・担当の介護支援専門員は、個人的な因子、環境的な因子など、課題の部分はつかんでいる。ただ、どのようなサービスを導入すべきかの時点で思考が止まってしまった。

東内委員

・いま出た指摘事項は、事務局に整理してもらいたい。  
・この事例は、課題の捉え方及びどのようなサービスに落とし込んでいけば良いか考える時に、課題整理表やケア会議等でのサポートがあれば、若い介護支援専門員のOJTになるということが分かった事例といえよう。

## 1-2. 事例2について

### (事例概要)

基本情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>・氏名:M</li> <li>・年齢:76歳</li> <li>・性別:女性</li> <li>・住所地:東京都内</li> <li>・要介護度:要介護4</li> <li>・認定の有効期限:平成24年10月1日～平成26年9月30日</li> </ul>
検討のポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重度の認知症があるケースについて、どのような課題設定を行うか。病気の進行予防や日常生活の自立などの他、どのような課題が考えられるのか。</li> </ul>
ケースの要点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康状態(主疾患):アルツハイマー型認知症(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅳ)</li> <li>・本人の現在の状況:発語なし、意思疎通はできず、笑って応答するのみ。徘徊あり。</li> <li>・介護力、住環境等の環境の状況:夫と二人暮らし。夫は、友人とマージャン店を共同経営。子供は別居。自宅近くに交通量の多い道路があり。</li> <li>・経過と現況(支援の内容):徘徊を繰り返しており、失禁もあり。認知症対応型デイを週5日利用しており、夫が肺炎で入院後はショートステイも利用。</li> <li>・現時点での課題:認知症の進行予防、食事や室内移動の自立、外との交流促進</li> </ul>
ケース担当者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当介護支援専門員の業務経験年数:2年</li> </ul>

#### 東内委員

- ・2表の生活全般の解決すべき課題について抜け漏れがないかどうか、意見をいただきたい。

#### 青木委員

- ・アセスメントが不十分で、課題自体がアバウト。認知症の行動障害で、徘徊、失禁、金銭管理、発語、食事摂取、服薬等に問題がある。
- ・アルツハイマー型認知症の為自立を阻んでいるので、水・食事・運動・排せつ・入浴のきめ細かなケアを適切に行えば認知症の進行を防ぐことができると考えられる。
- ・具体的な行動障害の症状を一つ一つ挙げて、短期目標を考えるべきではないか。

#### 緒方委員

- ・ケアの方向付けが見えにくい。安全に自宅で生活できるという課題を捉えることが必要ではないか。
- ・また、自宅でどのように過ごしているかが見えないので、もう少しアセスメントが必要。

#### 水村委員

- ・最近、食事が一人で食べられていない、食事量が減ってきているという現状。認知症による症状ではなく、食事の形態を変えれば自分で食事は可能だと考えられる。
- ・また、立ち上がりが困難であり、立ち上がりの動作をデイや訪問リハ等で訓練していくことが必要ではないか。

#### 村井委員

- ・課題整理表の中で、「室内移動」に関して、椅子を置いたり声掛けをしたりといったことで、日常生活の中で安心できる環境整備ができる。こうした点を書いておいてもらいたい。また、「睡眠」の欄がないので改善した方がよい。
- ・この方は、自宅で何もすることがない、何もさせてもらえないという現状があるのではないか。夫と一緒に何かができる環境整備を考慮してほしい。

#### 北村委員

- ・「デイで米を研いで嬉しかった」という記述がある。家でも、部分的にでも自分で調理をできるようにしてはどうか。「失敗や混乱を出来るだけ減らして、安心して暮らしたい」という課題の記述をもう少し具体化する必要がある。

#### 黒田委員

- ・課題整理表「判断した根拠」で、「～できる」という記述が多くなっている。こうした点について、声掛けをして一緒に行うことができれば良いのではないか。

#### 英委員

- ・サービス担当者会議で主治医がどのような方針を示しているかの資料がほしい。

#### 福田(裕)委員

- ・認知症の薬の変更が何度かあったようだが、変更の際には副作用等も考えなければならない。医療的な部分については訪問看護を入れて確認することも必要だと思う。

#### 唐木委員

- ・夫の介護負担という視点が必要ではないか。

#### 五島委員

- ・摂食嚥下機能の維持向上、口腔ケアという視点で、歯科は食と栄養のプロフェッショナルだと考えている。予後予測という点で、食べやすい形態にするなどの判断は介護支援専門員が行っているのか。アルツハイマーであれば、環境を変えれば改善する場合もある。機能が落ちているかどうかの判断を誰が行うかという点が重要。

#### 東内委員

- ・課題整理表の中で、判断した根拠をまずはしっかり書いてもらった方が良い。例えば、「認知症判断能力低下により買い物ができないことを状況および聞き取りにより判断した」と書いてほしい。判断できなければ、チームケアで専門家に判断を仰ぐことも、もちろん重要。
- ・入り口の部分で課題整理表の使い方がしっかりしてないと、若い介護支援専門員の支援にならないので、事務局はしっかり整理して欲しい。
- ・一部介助、全介助になっている個人因子をまず的確につかめるかどうか。次いで環境因子を踏まえて予後予測を書くことになる。その際、各項目について、△(一部介助)から△に維持なのか、△が○(自立)になるのか、ということが書かれていなければならない。事務局は、次回以降の会議運営に向けて改善してもらいたい。

## 2. 解決すべき課題とその改善方策について

吉島委員

- ・ケアプラン等の書式について。短期目標と長期目標との関係や、短期目標とニーズとの関係が崩れていけば、ニーズや長期目標と関係ない部分でケアプランを評価することになってしまう。ニーズ、短期目標、長期目標をきちんと理解できるような研修体系が必要ではないか。

石田委員

- ・今日やってみて、専門職の中でも、見方がこれだけ異なるということが分かった。主任介護支援専門員が指導することは大変だということを改めて感じた。現場の複数の目で課題抽出をするという訓練を仕組みの中に入れるということが重要だ。その中で、課題整理表が役割を果たせそうだということを感じた。
- ・また、単に今あるサービスだけの議論ではなく、地域に何を留意させるかという観点での議論も含めてほしい。地域にどのような資源がないかということをしっかり記載してほしい。地域に何が足りないかが見えてくる、施策の推進にはそれが重要だ。

唐木委員

- ・ケアプランを題材にして地域の課題を抽出することは、よほど意図的に作っていかないと成功しないのではないか。地域の課題を積み上げていく方法論を確立しないと、あれも足りないこれも足りないで終わってしまう。地域課題として挙げたことに、どこで誰がどのように取り組むのか、ある程度の道筋がないと難しいのではないか。

吉島委員

- ・社会福祉協議会はコミュニティ・ソーシャル・ワーカーのプロの集団のはず。ケアプラン点検はコミュニティ・ソーシャル・ワーカーの技術が活きる。そこを鍛えていくことも必要だ。

東内委員

- ・介護保険には事業計画があり、その中に一つ一つの個別ケアプランがある。地域ケア会議の事務局も地域包括支援センター、保険者が行えば、足りない地域資源が見えてくる。それらを積み上げた上で、介護保険事業計画なのか一般予算でやるのかを整理する。課題把握の方法は他にもニーズ調査などいくつかある。地域ケア会議による課題把握は、あくまで一つの方法だ。

岡島委員

- ・新任の介護支援専門員でもある程度アセスメントはできているが表現に課題がある。課題整理表の書き方の訓練をどうするか、OJTをどうするかを考えていくことが必要だと思う。

緒方委員

- ・判断した根拠をどう書くかが課題。地域にどんな社会資源が必要かは現場のケアマネジャーが一番よく認識しているので、地域ケア会議に意見を上げていく仕組みが必要。

水村委員

- ・課題整理表で、介護支援専門員の判断の背景が示されたということは意味がある。介護支援専門員が漠然と判断していたことについて、課題整理表に表すことで、何を確認しなければならないかが明確になる。サービス担当者会議や地域ケア会議で生かすことで、他の専門職が意見を言いやすくなる。とても役に立つと思う。

北村委員

- ・今回の事例では、ICF の考え方に基づいて「～したい」という書き方になっていたために、ニーズとデマンドが一緒になって、訳のわからない課題になってしまっていたのではないかと。近くて小さい目標を挙げていき、それを次々と変えていくというアプローチが必要。
- ・予防プランでは、インフォーマルな支援とセルフケアを書かなければならないようになっており、そのほうが分かりやすい。一緒に考え直してはどうか。

#### 五島委員

- ・課題整理表の予後予測欄を見ると、介護支援専門員が驚くほど医療的な関与をしていることが分かった。状態像や、維持改善のために何が必要なのかについて、介護支援専門員が「判断させられている」という現状があるということだ。地域でアドバイザーのような人がいないと、勝手に判断せざるを得ないし、その判断結果に対してだれも文句を言えないという状況になるのはとても怖い。

#### 吉島委員

- ・文句を言える仕組みを作ればよい。サービス担当者会議か地域ケア会議で反証すればよい。

#### 東内委員

- ・サービス担当者会議で反論できれば問題ないが、そのような環境が難しいから地域ケア会議を開いて議論の場を作るとのことだ。

#### 五島委員

- ・在宅歯科は少なく、プロに会いにくいという現状がある。例えば病院の中の歯科や栄養士など、相談する場所があれば良いと思う。

#### 吉島委員

- ・今指摘のあった相談の場所を明らかにすること自体が、地域課題だろう。

#### 村井委員

- ・人数が少ない職種としては、地域ケア会議の場などに出て来いと言われても、なかなか地域にいない場合が多い。チームをどのように作っていくかが課題だと思う。例えば、課題整理表に、「多職種に相談したい」というチェック表のようなものがあったとしても良いのではないかと。
- ・また、地域包括支援センターのすべき機能と、介護支援専門員のすべき機能の範囲が明確でない。地域の課題抽出まで介護支援専門員が行うというのは、負担が大きい。もし地域の課題抽出も行うのであれば研修などが必要だが、そもそも別の役割機能ではないかという印象だ。

#### 東内委員

- ・保険者機能として、介護支援専門員に対して地域にある福祉サービスやインフォーマルな支援等をレクチャーする機会があれば、介護支援専門員も発想を膨らませやすくなる。そうすれば、地域の課題も出やすくなるだろう。そのような場として、地域ケア会議を活用してはどうか。

#### 英委員

- ・今回、ケアマネジャーが大変だということがよく分かった。今回は業務経験年数2～3年の介護支援専門員ということだが、これだけ事例のサマライズをできる3年目の医師はいないだろう。
- ・また、2例目の事例については、施設なのか在宅なのかの結論が出ていない。その点に関しては、地域としてもう少し理念的な部分の検討も必要ではないか。つまり、徘徊を予防する街を目指すのか、徘徊しても大丈夫な街つまり安心して徘徊できる街を目指すのか、理念的な議論も必要ではないか。

#### 福田(裕)委員

- ・医療的な判断など訪問看護師とケアマネジャーとの連携は非常に重要になる。今回のように課題整理

表を使って同じ目線で議論できるようになるのは大変良いことだが、これができるケアマネジャーは、現時点ではなかなかいない状況。それだけに協働の重要性が強調されたと思う。

吉島委員

- 例えば、アセスメントをしながら暫定的にサービスを始めやすい仕組みがあればよい。サービスを提供しながらアセスメントを行うということだ。その中で、ニーズの優先順位を考察し、改善可能性が低い部分もリスクとして捉え、その根拠を明確にしておくことが必要だと思う。

東内委員

- 何でも介護支援専門員が判断を行うということではなく、根拠となる情報の収集と判断をチームで支援すること、つまり介護支援専門員の支援を行うことが地域ケア会議の一つの目的だ。

村井委員

- インフォーマルな支援については、この人がどういう生活をしたいのかということに大きく関わる。QOL の観点から見れば、インフォーマルな支援の部分についても、地域の課題が見えるようになっていくのではないか。

田中委員長

- いわゆるスーパーケアマネでなくても一定水準のケアマネジメントが出来るように支援するために、地域ケア会議の仕組みを作ることを目指すということだと思う。事務局には、今日の意見を整理して次回以降の会議運営に反映してもらいたい。

以上