

公益財団法人 さわやか福祉財団報告資料

第2回介護支援専門員（ケアマネジャー）
の資質向上と今後のあり方に関する検討会
（2012年5月9日）

政策提言プロジェクトリーダー

加藤昌之

【目 次】

1	報告書概要	1
2	さわやか愛知（事例 1－1）	2
3	資料 1	3
4	さわやか愛知（事例 1－2）	4
5	さわやか愛知（事業所の特色）	4
6	資料 2	5
7	資料 3、資料 4－1	6
8	資料 4－2、資料 4－3	7
9	在宅介護事業所 やまびこ（事例 2－1）	8
10	資料 5	9
11	在宅介護事業所 やまびこ（事例 2－2）、 事業所の特色	10
12	資料 6	11
13	資料 7	12

《報告書概要》

1. ケアマネジャーがフォーマルおよびインフォーマルサービスの双方を有している事業所に所属している場合とフォーマルサービスのみの事業所に所属している場合では、要介護状態の方に対する個別ネットワーク構築のかかわり方が異なる。
2. 要介護状態となっても在宅生活が可能となるためには、アセスメントの段階で、ご本人が外出を好むタイプか人を招き入れるタイプかを見極める必要がある。
それによってケアプランのバリエーションが異なる。
3. 要介護状態となった方の成育歴、趣味などの情報がケアマネジメントには重要となる。
4. インフォーマルサービスは、要介護状態の方々のセーフティーネットとしての役割を担っている場合（特にターミナル期）がある。

さわやか愛知（事例１－１）愛知県大府市

1. 事例１－１	【K氏の事例概要】 ・交通事故（1988年）後、2年間入院、その後14年間の施設生活し、現在は在宅生活を継続中 （入院時より助け合い活動による生活支援を受ける） ・脊椎損傷⇒下半身麻痺（要介護5）・70歳代 ・ご本人が在宅生活を希望 ・一人暮らしであり、冬になると風邪を引きやすいなど体調の自己管理が難しい状態。 ・趣味は旅行
2. 活動依頼書	資料1 参照
3. インフォーマルサービスの役割	(1) 海外旅行説明会へは、有償ボランティアが付き添う。 (2) 海外旅行には、ご本人と常に関わっているヘルパーと妹の三人で参加する。 （ヘルパーは、助け合い活動のボランティアスタッフとして旅行に同行） 海外⇒ヨーロッパ、アメリカ、カナダ 国内⇒九州、群馬 二人付き添いによって緊急対応が可能となる。 (3) いつもご本人は、これが最後と言いながらその後も海外旅行へ出かけている。 (4) その他、在宅生活に必要なインフォーマルサービスを組み合わせている。
4. 成果	(1) ケアマネジャーのプランによって旅行に出かけられるようになった。 (2) 旅行に出かけるようになってから、体調のコントロールが可能となり風邪を引かなくなった。 (3) パソコンを使えるようになった。現在は旅行の写真を整理し、メールを活用して家族とのコミュニケーションを図れるようになった。 (4) 2011年から現在まで入院することはない。
5. 評価	(1) ご本人の生活歴、趣味といった情報を把握し、それを前提とし生活上の目標と希望を生きがいに結びつける介護計画の作成が重要である。 (2) 生きがいを持つことにより体調の自己管理が可能となる。さらにご本人の生きることに対する意欲が増した。 (3) インフォーマルサービスがプランに加わることにより、介護保険法第1条にある「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」ことへつながる。これはその人の尊厳の保持を基本にすることにある。



活動依頼書（手順書）

資料 1

本紙は利用者情報となります。取扱いにご注意下さい。

返却期限

年 月 日 担当（ ）

返却期限までに右記担当者に返却して下さい。

利用者	K 様	住所	〒
-----	-----	----	---

63-S 生年+H 年

担当者		介護保険	要支援	要介護 5
サービス開始	H18年10月 5日	障がい福祉	身体障害	
利用サービス	たすけあい・緊急対応・介保・障福	距離	16km（事務所⇄自宅 往復）	
		緊急連絡先		
ケアマネジャー		緊急連絡先		

総合的な目標 （目標及びケア方針）	日常生活全般の援助を行い、時々外出する楽しみを持ちながら、安心して生活できるように援助していきます。
----------------------	--

項目	内容
(介) 身体3生活2 2.5時間 (支) 身体介護 1.5時間 (支) 家事援助 1～1.5時間	7:30～13:00 日・月・火・木・土 7:30～11:00 水・金 全身清拭、洗面介助着替え介助 ベットから車椅子へ移乗介助（リフト使用） 洗濯、食事作り、掃除等家事全般
(介) 身体2生活1 1.5時間 (支) 身体介護 1.5時間 (支) 家事援助 1～1.5時間	16:00～20:00 入浴介助（週2／回） 着替え介助 ベットから風呂、車椅子へ移乗介助（リフト使用） 夕食作り 洗濯物片付け等家事全般
(支) 身体介護	10:00～ 4週/1回 病院通院介助
地域支援事業 移動介護	13:00～16:00 随時 買物、コンサート、ドライブ等
たすけあいの会	国内外の旅行付添い 自宅周り草取り、庭の手入れ 季節変わり時期、網戸、窓ガラス掃除、カーテン洗濯、物の入れ替え
特記事項	・移乗介助はリフトを使用 ・補助具を使用して自分で食事ができます ・電動車いす使用 《既往症》頸椎損傷 ※ 障がい福祉サービス 身体介護90H・家事援助180H・移動支援30H

さわやか愛知（事例１－２）：愛知県大府市

1. 事例１－２	【Ｙ氏の事例概要】 ・要介護５ ・既往症：老人性認知症 ・一人暮らし
2. 活動依頼書	資料２参照
3. インフォーマルサービスの役割	(1) 24 時間の見守り体制（有償ボランティア） ・食事作り ・洗濯、掃除 ・買い物 ・体位変換、おむつ交換 ・入浴介助 (2) 自立歩行不可のためＡＤＬ全般に介助が必要 (3) 18 時から翌日 10 時までの見守り ・体位変換、おむつ交換
4. 成果	認知症が悪化しているにもかかわらず、在宅生活が可能となっている。
5. 評価	ケアマネジャーが、有償ボランティア活動の内容を理解し、Ｙ氏の状態に応じたサービスのあり方を理解していることによってインフォーマルとフォーマルサービスの有機的連携が可能となっている。

さわやか愛知（事業所の特色）：愛知県大府市

1. 特色	(1) さわやか愛知では、フォーマルとインフォーマルの双方の事業所を持っている。 (2) さわやか愛知で育ったケアマネジャーがインフォーマル活動の種類と内容を理解している。 (3) 事業所には養成養育部もあり、そこではＮＰＯ活動経験者が介護福祉士、ケアマネジャー、ホームヘルパーに対してインフォーマルサービスに関する講師をしている。 (4) ケアマネジャーは、上記(3)の講習終了後に各部署に配属され、ヘルパーの活動およびボランティア活動も実際に体験をする。 (5) 上記(4)の体験を通じて、尊厳の保持に必要なサービス情報の共有化が図られている。 (6) さわやか愛知に所属するケアマネジャーは、地域資源情報を知っていることが前提であり、さらに助け合い活動の内容と質、量（マンパワー等）を知っていることが重要（資料３～資料４参照）
-------	--



個別援助計画表 / 活動依頼書

12/04/12作成

平素はお世話になります。よろしくお願いいたします。

本紙は利用者情報となります。取扱いにご注意ください。

自立
要支援
要介護5

資料 2

利用者	Y 様	住所	〒467- 名古屋市
-----	-----	----	---------------

63-S 生年+H 年

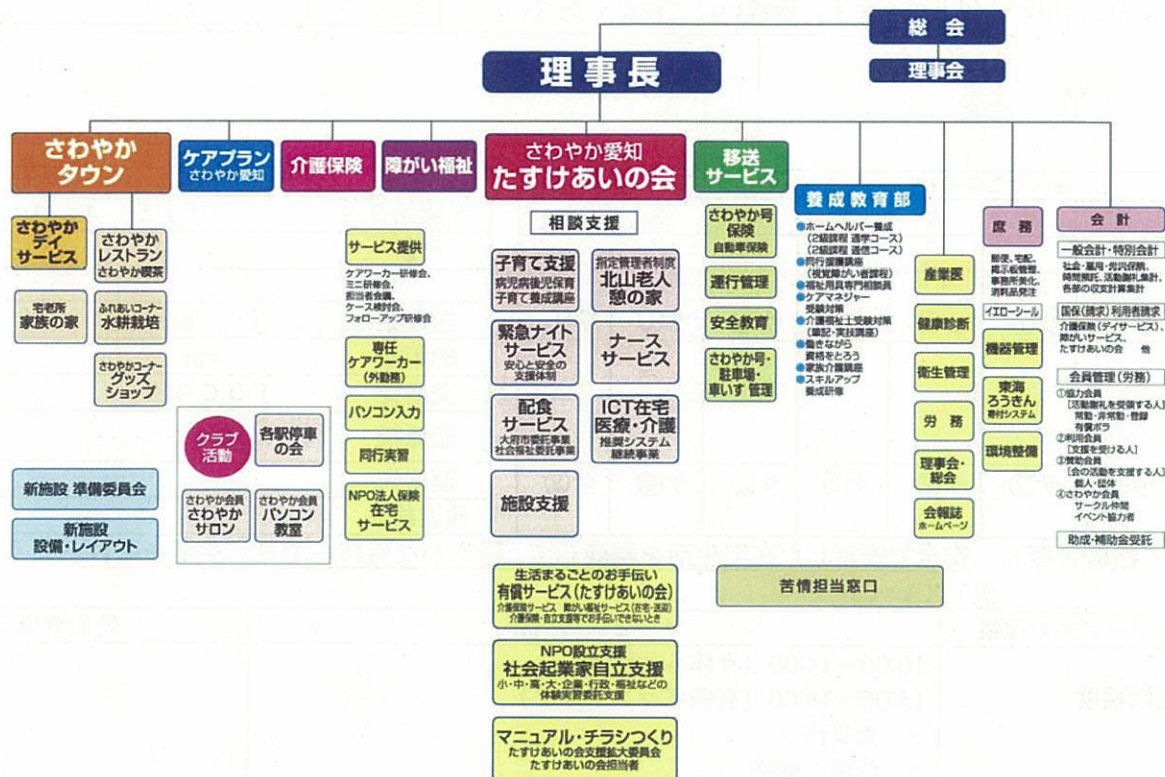
	日	月	火	水	木	金	土	サ開始日	H 1 5 . 4 . 1	
8:00								更新		
12:00	サ①	サ①	サ①	サ①	サ①	サ①	サ①	送迎券	(km)	(km)
								総距離	km	km
18:00								交通費	1 0 0 0 円	
	サ②	サ②	サ②	サ②	サ②	サ②	サ②	記録紙		
								連絡先		
								他連絡先		

《援助目標》 安全で安定した在宅生活を継続して、穏やかな気持ちで日常生活を送れるように支援していく。

	サービスの種類	サービスの内容	特記事項
サービス①	生活援助 身体介護	10:00～14:00 (身体6生活2) 14:00～18:00 (有償ボランティア) ・ 食事作り ・ 洗濯、掃除 ・ 買い物 ・ 体位変換、オムツ交換 ・ 入浴介助 自力歩行不可 ADL全般に介助が必要	《既往症》 老人性認知症
サービス②	有償ボランティア	18:00～翌 10:00 昼夜逆転有 体位変換、オムツ交換等	

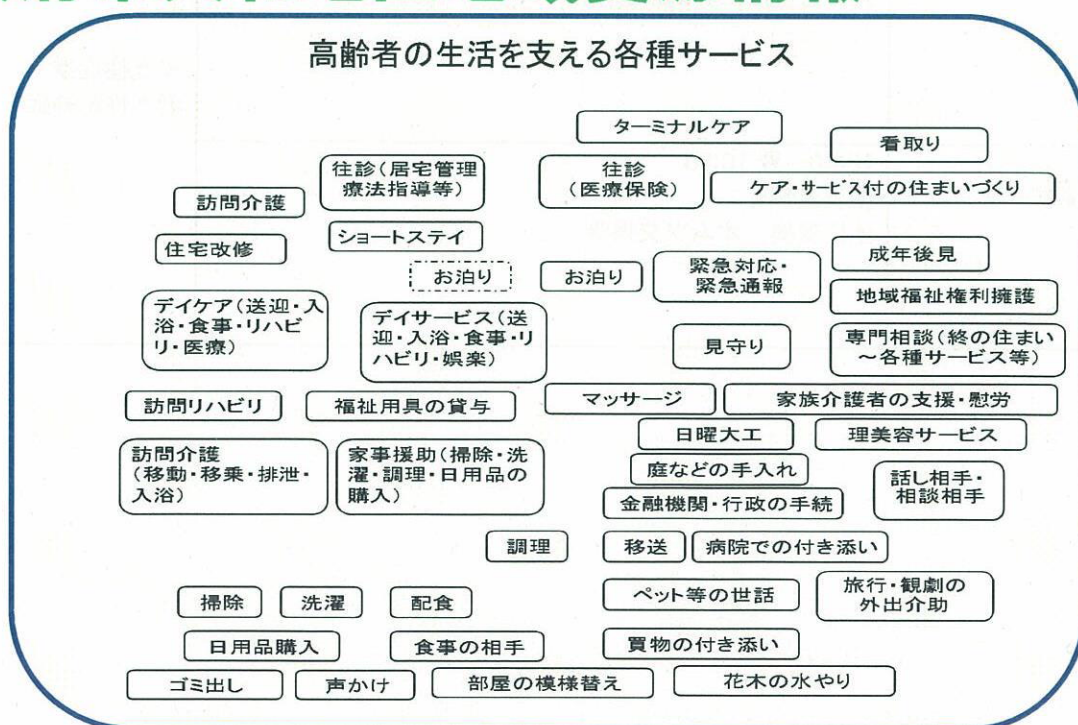


(平成24年4月1日～平成25年3月31日)

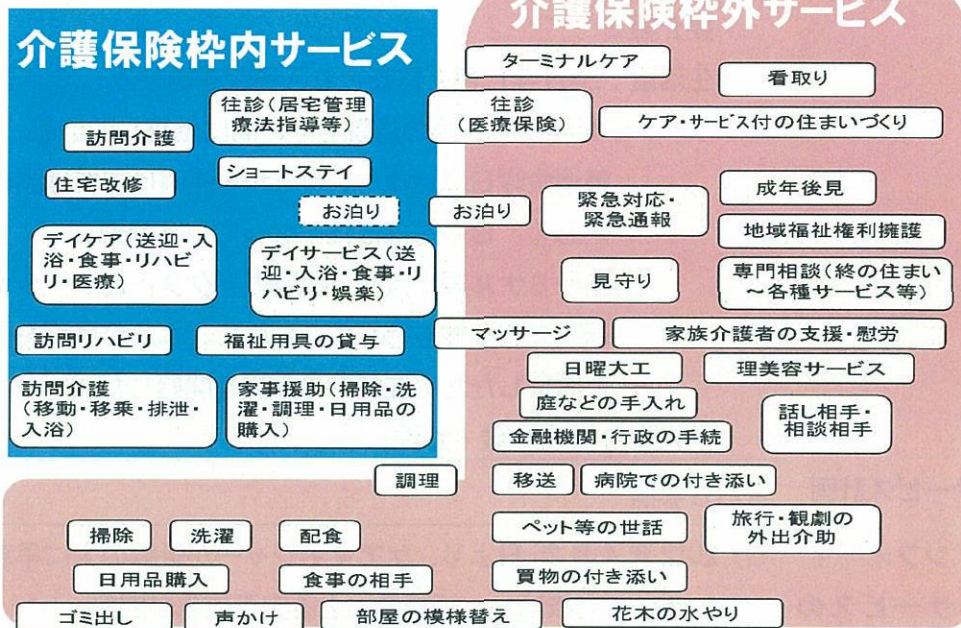


大府市共和地区地域資源情報

資料 4-1



高齢者の生活を支える各種サービスの 資料4-2 性格と制度との関係



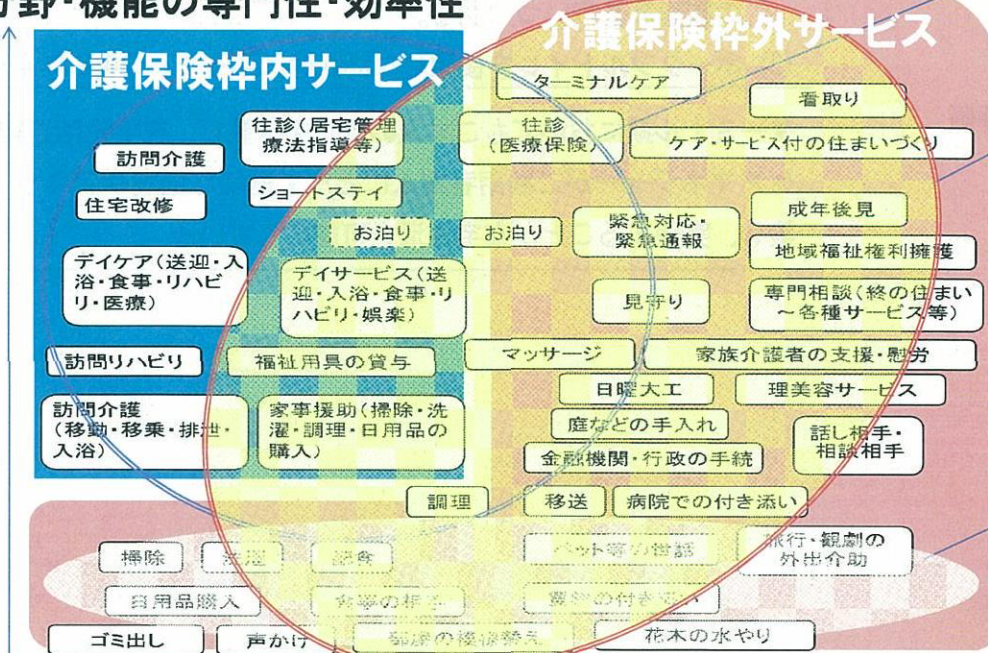
介護保険制度

高齢者の生活を支える
各種サービスの性格と制度との関係

資料4-3

分野・機能の専門性・効率性

一定以上の高度な技術・
専門的に支えるサービス



企業

NPO

近隣

(KK)関西総合
研究所

生活基盤・身体能力(IADL)
を支え、基本的な生活力を
強化するサービス

めざす生活の多様性・高質性(QOL)

豊かな生活の質(QOL)と「その人らしさ」を支えるサービス

居宅介護事業所 やまびこ（事例２－１）：徳島県鳴門市

1. 事例２－１	【S氏の事例概要】 ・要介護２ ・生活暦：2009年に癌と診断され入退院を繰り返している。 化学療法の為の通院もその間に継続している。 毎週金曜日に治療し、週末から週明けまでは副作用のため体調が悪く、日中もほぼ横になっている状態。 ターミナル期に入り、病院のドクターとソーシャルワーカーが転院の必要性を感じた。しかしご本人が最期を在宅で迎えたいと希望したため在宅での療養を開始した。 ・一人暮らし（72歳・女性）
2. サービス計画	資料５参照
3. インフォーマルサービスの役割	(1) 2012年４月25日より、ケアマネジャーが近隣の人に早朝の見守りボランティアを依頼し、近隣者による安否確認が開始。 (2) 訪問看護が週２回なので、朝の安否確認に看護師が無償ボランティアとして安否確認を行う。 (3) その他、金曜を除く毎日の早朝から午前、及び夜間と深夜は毎日資料５の通り近隣ボランティア等によるインフォーマルサービスが入っている。
4. 成果	(1) ボランティア等の各種サービスの継続的な支援によって、ご本人の意思を尊重した在宅生活が可能となった。 (2) 人生の最期を迎えるため、自己決定によって在宅生活を送りながら生活の整理等を行いつつある。 (3) ポータブルトイレを使用しない状態に至った。（2012年４月25日現在）
5. 評価	ターミナル期においてもご本人の意思を尊重し、在宅生活を継続するため、ケアマネジャーがご利用者本人にとって適切な個別ケアネットワークを構築し、実践することが在宅生活を可能にしている。

週刊サービス計画書

※4月22日退院 23日(月)よりサービス開始

利用者氏名 S 様

深夜	4:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
	6:00	月・水・土	火・木・日						日中のほとんどもを横になって過ごす
早朝	8:00	調理(30) 買い物代行(20)	調理(30) 掃除・寝具・洗濯たたみ(20)						起床・朝食
	10:00	ポータブル掃除(5) 記録(5)	ポータブル掃除(5) 記録(5)			介護タクシー 鳴門病院 抗癌剤治療			
午前	12:00	生3 11:30～12:30 訪問介護 こだま 【山田】	11:00～ 訪問看護 生3 12:00～13:00 訪問介護 やまびこへるぶ 【山本】	生3 11:30～12:30 訪問介護 こだま 【山田】	生3 11:30～12:30 訪問介護 やまびこへるぶ 【森岡】		生3 11:00～12:00 訪問介護 こだま 【山田】	生3 11:30～12:30 訪問介護 やまびこへるぶ 【藤本】	昼食
	14:00				15:00～ 訪問看護	介護タクシー			週2～回 入浴または清拭
午後	16:00	生3 16:00～16:50 訪問介護 やまびこへるぶ 【森岡】	生3 16:00～16:50 訪問介護 やまびこへるぶ 【尾崎】	生3 16:00～16:50 訪問介護 やまびこへるぶ 【小谷】	生3 16:00～16:50 訪問介護 やまびこへるぶ 【藤本】	生3 16:00～16:50 訪問介護 やまびこへるぶ 【小谷】	生3 16:00～16:50 訪問介護 やまびこへるぶ 【尾崎】	生3 16:00～16:50 訪問介護 やまびこへるぶ 【 】	夕食
	18:00								
夜間	20:00	月～日 昼食の片付け(5) 調理(20)							就寝
	22:00	ゴミ出し(月・木) 洗濯(火・木・土) 掃除等	(20)						寝付きも悪く夜中に何度も目覚める
深夜	24:00	記録(5)							
	2:00								
深夜	4:00								

週単位以外
のサービス

福祉用具貸与(毎日): 歩行器・手摺
退院時福祉用具購入: ポータブルトイレ購入

ベストポジションバーのレンタル検討

居宅介護事業所 やまびこ（事例２－２）：徳島県鳴門市

1. 事例２－２	【Ｔ氏の事例概要】 ・要介護１ ・認知症（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa：認定日 2011 年 2 月 17 日） ・集合住宅での一人暮らし。 ・生来の聴覚障害と右眼視力を失っている。 ・生活歴 人との使いが苦手であり、親しく付き合っている人はいない。 社会交流に関しては、聴覚障害者であることによって騙された経験を持っており、顔なじみのホームヘルパーなど限られた人以外との交流がない。 ご本人は人との交流を希望している。
2. サービス計画	資料 6～7 参照
3. インフォーマルサービスの役割	地域交流と社会参加への支援活動 ・近所にある居場所に聴覚障害者同士が集まる日があり、そこへの参加をケアマネジャーが勧めた。 ・居場所で行われている「野菜農園」、「料理教室」、「いきいきサロン」への参加を居場所を活用している者から勧められて参加するようになる。
4. 成果	(1) 自分の役割と残存能力を認識し、自ら積極的に社会活動に参加するようになった。 (2) 新たな役割を楽しむようになった⇒小学校からの手話講師依頼に応じる。
5. 評価	(1) 自らの能力に気づくことから、社会参加が始まる。 (2) ケアマネジャーが、利用者の能力を見極め地域資源へつなぎ、さらに地域住民がご利用者を理解することによって、ご利用者も地域を理解するという相互理解関係とそれによる相乗効果によって、介護保険法第 4 条 1 項で示されている「心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、・・・その有する能力の維持向上に努める」ことにつながる。

居宅介護事業所 やまびこ（事業所の特色）：徳島県鳴門市

1. 特色	ケアマネジャーが、ご利用者一人ひとりに適切な個別ケアネットワークを構築している。 近隣住民の活動および地域助け合い活動等がご利用者の精神的負担、さらに近隣住民が無理な負担とならないようにサービス提供時間と人との調整を行っている。
-------	--

利用者名

T

殿

作成年月日 平成24年02月01日

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
腎不全等に不安あり継続して健康管理が必要である ①簡単な調理はできるようになったが、一人では偏りのあるものしか作れない ・蛋白制限等あり ②一人で過ごす時間帯が長い、たまには出かけたい ・相談事ではないが話がしたい	異常の早期発見と悪化防止を図る	H24/2/1 ～ H25/3/1	定期受診し、医師へ体調の変化など相談ができる	H24/2/1 ～	受診等 通院時付き添い通訳者		医療 手話通訳者	鳴門市福祉課	月1回	H24/2/1 ～
	栄養バランスのよい食事が摂れる ・自分でできる献立を増やしていく		栄養やカロリーに配慮した食事がきちんと摂れる ・朝食は自分で作る		「共に行う調理」支援 ・手話を通しての支援 調理（昼食・夕食）準備 台所等の後片付け 火元確認 食事管理ノートの記録等	○	訪問介護 「手話のできるヘルパーステーション」	ライフサポートコロボ	週6回	
	自分の意志がきちんと伝えられる ・手話通訳を介して十分話す 医師との連携を図る		行事への参加でリーダーの役割をする ・行事の準備から参加する 住宅内の近所の方々との関係を築いていく		社会交流への参加 「各小学校等の手話交流」 地域の居場所への参加 「野菜農園、料理教室等」 「いきいきサロン」参加 他との連携・調整		インフォーマル支援	手話サークル NPO法人 あたたかい手	月1回程度 週1回程度	
						○	居宅介護支援	やまびこ	随時	

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について、保険給付対象内サービスについて記入する。

利用者氏名

T 殿

作成年月日 平成24年2月1日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								起床 散歩等
	10:00	■ 9:00~10:00 訪問介護 ライフサポート	■ 9:00~10:00 訪問介護 ライフサポート	■ 9:00~10:00 訪問介護 ライフサポート	■ 9:00~10:00 訪問介護 ライフサポート	■ 9:00~10:00 訪問介護 ライフサポート	■ 9:00~10:00 訪問介護 ライフサポート		朝食
午前	12:00								昼食
	14:00								外出等
午後	16:00								
	18:00								夕食
夜間	20:00								
	22:00								就寝
深夜	24:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外
のサービス

手話通訳支援（随時）

地域の居場所（いきいきサロン）等参加：月に2.3回