

ケアマネジメント

【本日の授業の内容】

事例をもとに、病院を退院し自宅へ戻る際の、ケアマネジメントの実際の流れを学習します。

1. 事例を活用した講義と演習

事例研究「脳梗塞により左半身まひになったAさんの事例」

出典:太田貞司, 國光登志子編集『対人援助職をめざす人のケアマネジメントLearning10』(株)みらい, 2007, pp72～113

事例の概要①

平成25年10月，Aさん（男性・68歳）は，ゴルフの練習中，頭痛・吐き気をもよおし，救急車で自宅近くのJ病院に救急搬送された。病名は脳梗塞。左半身マヒとなった。1か月後の11月，J病院での治療後，リハビリテーション目的でFリハビリテーション病院に転院。寝たきり状態であったが，徐々に回復し，車いすでの座位保持ができるまでになった。

事例の概要②

Aさんは自宅に帰ることを希望。妻のBさんも夫の気持ちを尊重し、自宅で介護をしていきたいと考えていたが、どのような手続きをしたらよいか、どのように介護をしていったらよいかわからず、Fリハビリテーション病院のH医療ソーシャルワーカー（以下Hワーカー）が相談に応じることとなった。Hワーカーは退院が近づいた平成26年1月に、在宅介護を行うために介護保険サービスの利用をAさん、妻のBさんに勧め、要介護認定の申請手続きをした。

事例の概要③

約3週間後に要介護認定の結果通知が来ることを想定してHワーカーは、ケアプラン作成のためAさんの自宅に近いN居宅介護支援事業所を紹介した。

以下の経過は、N居宅介護支援事業所の介護支援専門員であるEケアマネジャーを中心としたやり取りである。

経過①初回面接

平成26年2月3日（居宅介護支援事業所への依頼）

リハビリテーション病院のMSWより、退院を控えたAさんの依頼あり。

●同年2月6日（ケアマネが病院を訪問し初回面接実施）

依頼を受け、病院をケアマネが訪問。Aさん、妻のBさんと面談し、意向の確認。業務内容を説明したうえで、契約にかかる説明を行った。そのまま契約を希望されたので、契約を締結した。そして、自宅へ退院予定であることを確認し、あらためて自宅の状況も見させてもらい、自宅へ戻って生活するための準備をしていくことを伝えた。

また、病院関係者からも情報を収集した。

初回面接で得た基本情報①

Aさん, 男性, 68歳

Aさんの意向: 一日も早く自宅に帰りたい。ただ歩けなくなってしまったので, なるべく不自由がないようにいろいろと考えてほしい。

妻の意向: 元気であった人が突然車いす生活になってしまったので戸惑っている。自宅で介護したいと思うが, 介護するのは私一人なので不安がある。これからのことを一緒に考えてほしい。

世帯状況: 夫婦二人暮らし。長男は海外。長女が同市内に在住。

初回面接で得たアセスメント情報①

健康状態	平成25年10月 脳梗塞を発症。左半身マヒとなる。高血圧症、心房細動は内服治療をしていた。マヒ側に痛みがあるが我慢できる範囲である。痛みが強いときは頓服薬を使用している。痛みのためか、ベッドで休んでいることが多い。身長168cm 体重55kg。
ADL	食事:声かけ～一部介助, 寝返り, 起き上がり:自立 歩行:できない。車いす自走の練習中。 排泄:排尿・排便は全介助。 入浴:器械浴で全介助。 着替:一部介助
IADL	掃除・洗濯・買い物・調理:以前からやっていなかった。 金銭管理:一部介助。 内服管理:不可 電話:不明
認知	軽度の記憶障害がある。出来事の勘違いもある。
コミュニケーション能力	言葉がすぐに出てこないことがある。その場の会話は成立するが、内容によりしばらくすると忘れていることがある。人と話すことを好み、人当たりがよい。
社会との関わり	近隣との付き合いは良好であったため、入院中のお見舞いが多い。入院中にも友人ができて、リハビリ訓練時に話をしている。

初回面接で得たアセスメント情報②

排尿・排便	尿意があり自分で尿瓶をあてることができるが尿瓶をはずすこと、後始末をすることはできない。便意はある。下着を下ろし便器に移乗する、排泄後お尻を拭く、下着を上げて車いすに移乗する介助が必要。
褥瘡等	ときどき背部が赤くなることがある程度。
口腔衛生	義歯(上下 部分義歯)を使用。義歯は合っていて咀嚼に問題はない。声かけにより歯磨きをするが、十分でないため、手伝いをしている。義歯洗浄は全介助。
食事摂取	左半側マヒがあるため、声かけをする、お皿の位置をずらすなどの介助が必要。味覚障害があるため、食欲低下がある。 塩分7gの食事制限がある。
問題行動	特になし
介護力	妻(62歳)と2人暮らし。妻は専業主婦。腰痛があり、定期受診をしている。自宅で介護をしていきたいと考えているが、支援が必要。妻の介護力を見極めることが必要。近所に住む長女Dさん(38歳)の協力が得られるか要確認。
居住環境	公団住宅(賃貸・3DK)の4階に居住。エレペーターはない。車いすの生活になったため1階への転居を申請中。1階に転居ができて段差のある箇所がある。浴室に手すりをつけることはできる。自宅の状況を確認する必要がある。福祉用具め利用についても要検討。団地の商店街までは歩いて4～5分。
特別な状況	特になし

経過②自宅訪問とその後の対応

平成26年2月10日(ケアマネが自宅を訪問)

自宅は何棟も立っている公団住宅の一角にある。4階建てでエレベーターはない。妻の対応で、自宅内の様子など確認した。以上により、退院するにあたって、1階への転居(申請中で2月申旬には転居できる予定)や住宅改修、福祉用具の利用について、早急に対応する必要がある。

退院前に理学療法士(以下、PTとする)などによるアドバイスを受けて対応することとした。

同年2月21日(本人一時帰宅し、PT、ケアマネが確認)

経過③PTの所見

平成26年2月22日（PTによる連絡あり）

- 立ち上がり: 本人は手すりを持ち、介助者はベルト位置で支えれば、立ち上がりができる。
- 180度の回転: 本人は手すりにつかまり、右足でケンケンをするようにして少しずつ回ることができる。ただし、大変不安定である。
- 浴室の12cmの段差: 本人は手すりにつかまり、介助者がPTであれば移動できたが、妻が介助をするのは難しい。自宅でシャワーを使用することを考えるのであればヘルパー等の専門職にお願いした方が良い。

以上のことから、ベッド、ベッド付属品のレンタルの他、室内の手すりの取り付け、入浴介助のための訪問介護、シャワーチェアーなどの手配をすることとした。

経過③

退院, そしてサービス担当者会議開催までの経過

平成26年2月24日(関係者にサービス担当者会議出席の依頼)

退院予定日(2月28日)の前日にサービス担当者会議を開催したい旨, 関係者へ依頼した。

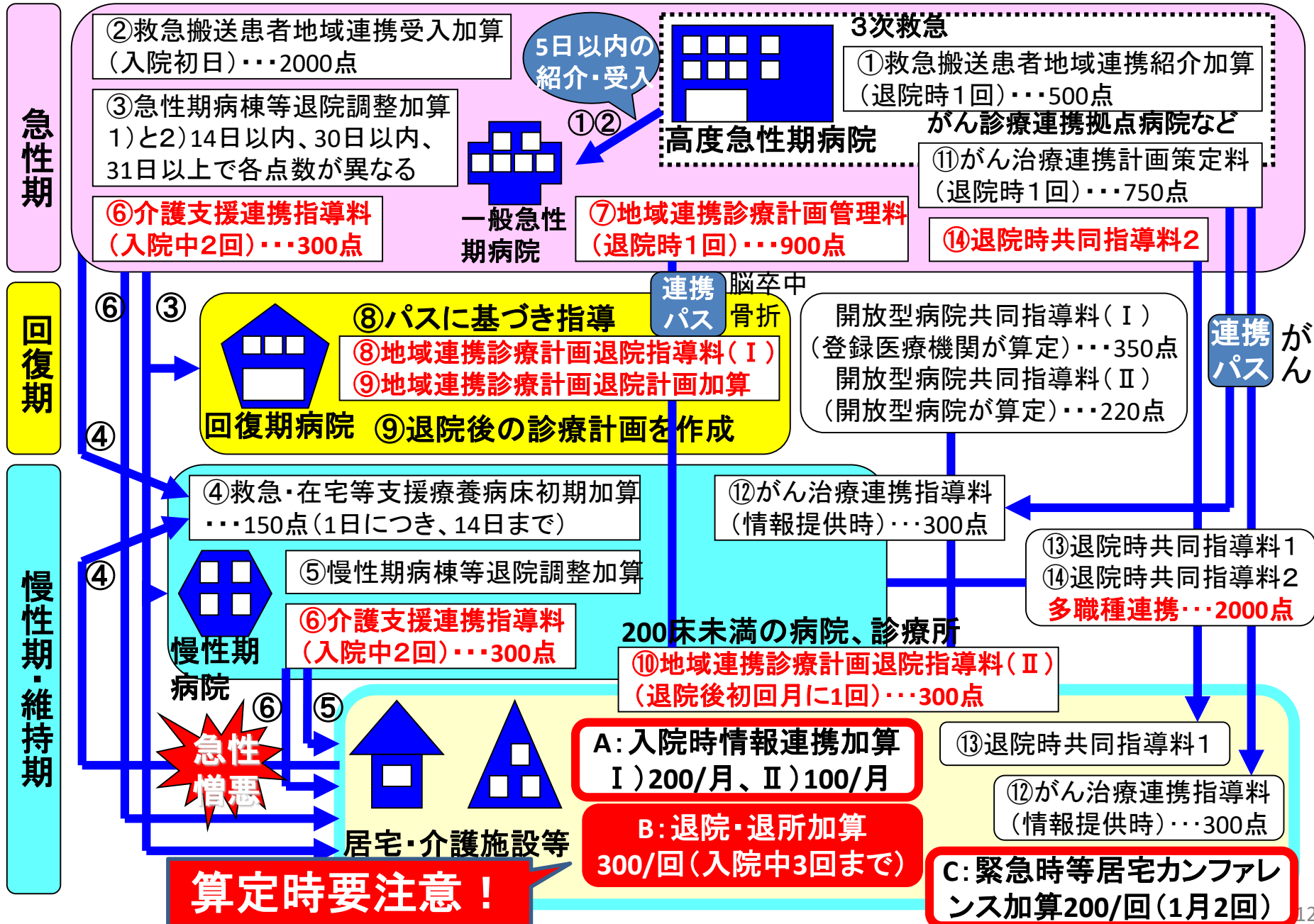
同年2月27日 リハビリテーション病院へAさんを訪問

妻から, 介護認定結果が要介護3であったことを確認。

同日, サービス担当者会議を開催し, ケアプラン原案を確定した。

退院前に関係者間で情報を共有し, ケアプランを作成することができた。

連携に関する主な診療報酬・介護報酬



医療と介護の連携 診療報酬と介護報酬の相対評価

介護支援連携指導料 300点（入院中2回）

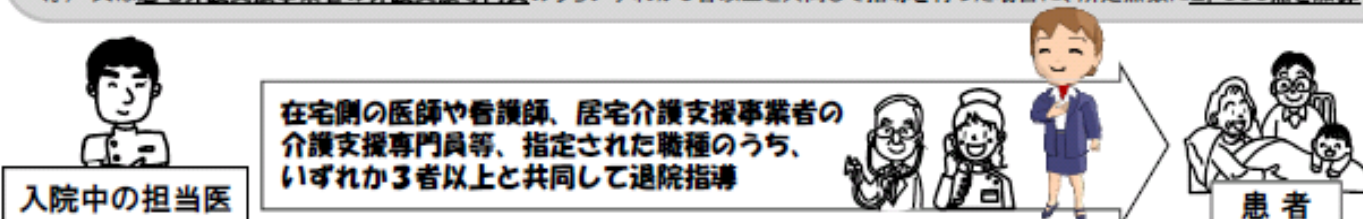
当該入院機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。ただし、この場合において同一日に8005の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。（※介護保険施設等の介護支援専門員と連携をとった場合でも算定可。）



退院時共同指導料2 300点 注3加算 2000点（入院中1回）

注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が入院中の患者に対して、患者の同意を得て退院後の在宅での療養に必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。（中略）

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に2,000点を加算する。



退院・退所加算

300単位

（入院中3回算定可能）

※算定要件は要確認

事例を通して受付時の役割を検証する①

- 1) 受付に至った経過から利用者の状態像を予測する。
- 2) 相談に至るまでの経過から、関係機関の果たした役割を理解する。
- 3) 相談(来談)者と本人の関係を把握する。
- 4) 来談者の制度に対する理解度や相談の趣旨が明確であるか、今後の協力者として期待できるのかを確認する。

事例を通して受付の役割を検証する②

Q1: 退院相談の場合には、その後のアセスメントに向けてどういった点を把握しておく
とよいでしょうか。

ニーズアセスメントの視点と留意点

1. ニーズの把握は、本人の生活の場で。
2. 利用者の意向を受け止め、原因や背景を考える。
3. 生活実態を総合的に把握する。
4. アセスメントの様式
5. ニーズの明確化
6. ニーズアセスメントは1回では終わらない。
7. ニーズのポジティブ転換
8. 目標、支援内容の検討へと継続

ケアプランの作成

1. 居宅サービス計画書(第1表)
2. 居宅サービス計画書(第2表)
3. 週間サービス計画表(第3表)
4. ケアプラン原案から確定に

サービス担当者会議

【開催時の留意点】

- 1) 会議開催の目的を明確に提示すること。
- 2) やむを得ない理由により欠席するメンバーがある場合には、「照会」に対して「回答」をもらい、会議の場で共有すること。
- 3) 検討した内容は、「サービス担当者会議の要点」に記載する。検討を予定していたにもかかわらず結論に達しなかった事項を「残された課題」として記録し、次回開催予定日などを決めておくこと。

ケアプラン実施のプロセス

- 1) ケアプランに沿った個別サービス計画の作成
- 2) 個別サービス計画に基づいたサービス提供と記録
- 3) モニタリング
- 4) 再アセスメント
- 5) 終結

演習課題

Aさんのこれまでの支援経過を振り返り、利用者の立場に立って、以下の点についてケアマネジャーのケアマネジメントについて評価してみよう！

☐ 目標の設定は、具体的で希望に叶ったものだったか？

☐ 利用するサービスは、在宅の自立した生活を支えるのに十分な種類、回数が確保されていたか？

☐ 他にどんな資源の活用が考えられたか？

演習課題

□目標の設定は、具体的で希望に叶ったものだったか？

演習課題

□利用するサービスは、在宅の自立した生活を支えるのに十分な種類、回数が確保されていたか？

□他にどんな資源の活用が考えられたか？

演習課題

□退院後1か月の自宅での生活の様子と
Aさん、妻、長女の意向を踏まえ、初回ケア
プラン(第1表、第2表)の見直しを行ってく
ださい。

退院から1か月後

初回ケアプラン	1か月後
A: 車いすの生活になってしまったけれど、妻の助けを借りながら、自宅で生活したい	
妻: 本人が家で暮らしたいというので、できるかどうか不安ですが、在宅介護をしていこうと思っています。わからないことばかりなので、皆さんにも協力してもらいながらがんばっていききたい	
長女: 仕事と子育てで、日常的な介護の協力は難しい。休日や緊急時にはできるだけ協力したい。母が「無理するのではと心配」	

目標: