

ケアマネジメントにおけるアセスメント/モニタリング標準化 検討案に関して

NPO渋谷介護サポートセンター

服部万里子

国のケアマネジメントの標準化に関して29年3月31日に日本総研からH28年度研究まとめ

- 構成
- 1. 目的と活用方法
- 2. 基本ケア
- 3の血管疾患
- 4. 大腿部頸部骨折
- 5多職種連携の重要性

1. 目的と活用方法ー1

- 1、背景：地域包括ケア
 - 生活の多様化
 - 多職種連携
 - ケアマネジメントと支援として
- 2、目的
 - ケアマネジメントの推進のため、ばらつきをなくし、支援内容の整理と情報の共有化

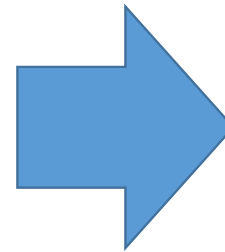
1. 目的と活用方法ー2

- 3、標準化の考え方
 - 要介護状態になった原因疾患と「退院後～在宅での生活を安定させる期間」に着目
 - 必要性が想定される支援内容のパターンを標準的な内容として整理した。・・・これは仮説であり、利用者一人一人で支援内容は異なる
 - 4、適用範囲
- 1期 退院後～3ヶ月
- Ⅱ期 退院後4ヶ月以降

2. 検討案 & 活用方法

- 介護支援専門員による活用
- 指導担当者による活用
- 地域包括支援センターによる活用
- 保険者による活用・・・
- 多職種連携で情報共有、各専門職の意見を把握する
- 入院退院を経ても切れ目ないケアの実現

疾患別・期別のケア



基本ケア

疾患別・個別ケア

基本ケア：食事


- 食事と栄養
- 食生活
- 水分補給
- 食事状態の確認
- 本人が食事を楽しむ
- 嚥下・姿勢・食事の形態

基本ケア：生活リズム

- 睡眠、食事など生活リズム
- 口腔ケア
- 口腔乾燥の予防

基本ケア：本人と家族への服薬支援

- 薬の必要の理解を進める
- ①疾患についての説明
- ②疾患の理解
- ③服薬の説明の有無
- ④服薬の理解
- 服薬支援体制・薬を管理できる支援体制を整える
- 服薬確認ができる支援体制



服薬の実態を把握する
出来ていない理由を分析する
対応方法を検討する
改善状況を確認する

基本ケア：家庭・地域での役割

1. 家庭内の役割を分担して、本人が動く機会を確保する：身体機能向上

①ADL/IADL ②疾患 ③リハビリの計画 ④介護前の本人の役割

⑤ベッド以外で過ごす機械や、場所、時間

2. 残存機能の引きだし

できること、できないこと、工夫すればできることを専門職が情報確認

3. 過度な生活支援の留意

できることは、するように、できないことは支援するスタンス

4. 外出機会の確保

外出しやすい環境の整備⇒生活圏の拡大

5. 家族以外の第三者と交流する

排泄

1. 排泄の状態の確認: 排泄は病気発見の「きっかけ」
2. 自立した排泄が可能か? 必要な支援が受けられる環境
 - ①本人のADL・IADL
 - ②疾患
 - ③トイレの環境
 - ④居室からの移動環境
 - ⑤本人の希望
 - ⑥本人と家族の生活リズム
 - ⑦排尿・排便のパターン
3. 食事・水分摂取の状況確認、適切な摂取ができる環境整備
4. 物理的な排泄環境の整備
5. 本人の状態に即した排泄補助用具の使用: 残存機能を活かす、快適に過ごせる、介護負担の軽減

コミュニケーション

- 本人・家族とのコミュニケーションが大切
- 実態把握と、困難の要因の把握
- ①疾患による ②聴力、資料く、認知障害
- ③本人のストレス
- ④要介護の前の本人の性格やコミュニケーションの取り方

生活の場における安心管理

- 機能低下を防ぐ
- リハビリ環境
- 住環境、副使用部の活用
- 動くことの痛みの軽減
- 本人・家族の心理的不安

家族支援

- 家族の受容に対する支援
- 起こる変化や症状に家族の観
- 精神的サポート