

## B 指導経過記録

## 1 指導事例の主たるカテゴリー

1 脳血管疾患 2 認知症 3 大腿骨頸部骨折 4 心疾患 5 誤嚥性肺炎 6 看護サービス 7 家族支援・関係機関関連

2 主任介護支援専門員の経験年数 ① 介護支援専門員経験 10 年 ② 主任介護支援専門員実務経験 5 年

## 3 指導者(主任介護支援専門員)と相談者(事例担当介護支援専門員)の関係

① 同一事業所 2 地域包括支援センターと管轄地域の事業所 3 その他( )

4 相談者の介護支援専門員の経験年数 ① 約 2 年 ② 年代 40 歳代

## 5 指導支援していく中で、「1 指導事例の主たるカテゴリー」に対して何を意識して指導したか

チェックしたカテゴリーにおいて留意した点を記載

- 1・2 支援が経過していく間に状態の変化があるため、ケアマネと家族との間に認識の相違はないか悪化だけに偏らず改善点も評価すること。
- 5 家族の状況など再アセスメントにより新たな課題が現れていないか確認すること。

本研修において何を学びたいかを記載

## 6 提出事例として選定した理由・指導事例として検討してほしい内容

デイケアの利用回数を減らしてほしいという家族の要望に対して、再アセスメントを指導し状態の把握やリハビリの必要性、新たな課題に対する対応策を検討することを指導したが、家族からの要望が変わりがなかった。本事例において、家族支援の視点で指導に足りない点がないか検証したい。

## 7 相談内容

## (1) 相談内容

Aさんを担当して1年経ち、週3回のデイケアの効果があり、杖歩行が可能になってきていたところであったが、主介護者の夫がデイケアの利用を週3回から週1回に変更する希望があった。せっかく効果が見えてきたのに、ここでデイケアを減らすと認知症や歩行状態が悪化しそうである。しかし、このまま夫に押し切られそうで困っている。

## (2) 主任介護支援専門員からみたこの事例のケアマネジメント上(相談者含む)の課題とその根拠

## ●事例の課題

Aさんは、脳梗塞後遺症で左半身麻痺、左半側空間無視、脳血管性認知症がある。  
日常的な介護者は夫のみで、家事や金銭管理もすべて夫が担っており、子供たちは県外で居住している。  
Aさんの夫は、口調が強く人を寄せ付けにくい。

## ●担当介護支援専門員の課題とその根拠

Aさんの夫に気圧されて、うまくコミュニケーションが取れない。  
サービス利用を開始し状況の変化があると思われ、Aさんの夫と担当ケアマネとの間に、Aさんの状態像における認識の違いがあると推測される。  
医学的知識が不十分で、医療的な観点の説明やリスク管理が苦手である。

## 8 具体的な指導経過記録(指導開始以降)

### 指導内容の概要(指導を開始した理由、指導経過および指導結果の概要)

Aさん、女性、70台、脳梗塞を発症し後遺症として左半身麻痺、左半側空間無視、認知症がある。リウマチを患う夫と二人暮らしで夫が主介護者。2人の子供は県外で居住している。脳梗塞発症後、担当を開始し順調に経過していたと思っていたところ、1年経って夫よりデイケアの利用回数を減らしたいと希望があったため、どのように説得したらいいか相談があり、夫とケアマネとの間でAさんの状態像の認識の差異があると判断し指導を開始した。再アセスメントの結果新たな目標を設定したが、夫からは依然利用を減らしたいとの希望があった。

年月	カテゴリー	担当介護支援専門員による利用者への支援と主任看護支援専門員に対する相談内容	担当介護支援専門員に対して行った主任介護支援専門員の具体的な指導内容	主任介護支援専門員が行った指導内容の意図	指導に対する担当介護支援専門員の気づきや変化
X年 3月	1 2 7	<p>モニタリングの際に、夫よりデイケアを減らして家で過ごさせたいとの希望がある。理由は、杖歩行ができるようになり自宅でも一人で過ごせるようになったためとのことである。介護支援専門員として主治医の意見を確認してから、再度相談しようということとなった。</p> <p>【相談内容】 夫の希望通りデイケアを減らすと、筋力低下や認知症の症状が悪化する恐れがあるのではないかと、夫にどのように説明したらわかってもらえるだろうか。</p>	<p>脳梗塞後遺症、脳血管性認知症、家族支援について一緒に考えることで共通認識した。現在把握できていることについて確認し、再アセスメントについて指導した。</p> <p>① 本人の身体状況や認知機能についてアセスメントを基に一緒に確認する。自宅で本人が行っている日常生活動作、食事内容、口腔ケアについて確認できていなかった。また、夫の介護負担やどのように介助しているか確認できていなかったため、情報収集を促す。</p>	<p>どのような意図や目的でそれぞれの指導を行ったのか</p>	<p>それぞれの指導の結果、何に気づいたか</p> <p>① デイケアからの情報で杖歩行や入浴時の更衣の介助量が減っているのは確認しているが、自宅でのどのような生活をしているのか具体的に把握していなかったことに気づいた。実際に自宅での動作や夫の介助について確認した。</p>
	1 2		<p>② 脳梗塞における知識について、特に後遺症による左半身</p>	<p>② 後遺症において今後どのような変化が予測されるのか、改</p>	<p>② 医療に苦手意識があり、リハビリ職から</p>

それぞれの指導内容はどのカテゴリーを指導したものか

<p>X年 4月</p>	<p>Aさんと夫との面接で、排泄や食事、更衣、移動についてどのように行っているのか、その際どのように介助しているのか確認した。</p> <p>1 2 【相談内容】 7 以下の情報収集ができたので、分析に活用したい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・更衣や排泄時に乱れを直す介助をすれば一人でできる。</li> <li>・食事のセッティングをすれば自分で摂取できるようになっている。</li> <li>・食事中の水分量が少ない。</li> </ul> <p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・夫がタオルと歯ブラシを用意しておき自分で洗面や歯磨きをしているが、不十分であった。</li> <li>・移動や排泄は一人でできている。</li> </ul> <p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・夫は朝夕のデイケアの準備が苦痛になっている。</li> <li>・新たなことは覚えられないが、食事の配膳など日常的な判断はできている。</li> </ul>	<p>麻痺及び左半側空間無視について書籍やインターネットなどを活用して、知識を身につける。</p> <p>再アセスメントした情報を一緒に分析し、今後のリスク管理や生活の改善に向けた計画の変更を検討した。</p> <p>① 新たな情報で気づいた内容を改善と再発のリスクについて整理してみる。</p> <p>② 改善点をもとに、本人が行える活動や参加について考える。</p> <p>③ 転倒のリスクや生活の変化はないか。どのようにしたらリスクの評価の把握ができるか。更にどのような情報が必要か、適切なケアマネジメント手法を確認する。</p>	<p>善・悪化の両方の視点でマネジメントできるようにし、医療機関との連携がスムーズになるようにする。</p> <p>① 1年間でできるようになっている点とリスクが潜んでいる点を把握する。</p> <p>② ストレngthsを活用し、Aさんの役割を見直す計画にする。</p> <p>③ 転倒、左半側空間無視に対するリスクの評価をするためには、主治医とデイケアのリハビリ職との連携が必要なことに気づく。</p>	<p>んな情報を収集したらいいのかわからなかった。左半側空間無視における生活上の注意点や脳血管性認知症の症状について学べた。</p> <p>① 身体機能が改善している点がたくさんあった。半面、きちんとできていると思っていた整容ができていなかったため、計画書を見直し、リスク管理の視点を加えた。</p> <p>② Aさんのできることをサービス内容にセルフケアとして記載した。</p> <p>③ 適切なケアマネジメント手法を活用して、リハビリ職に確認する項目を考えたい。その情報を主治医とも共有する必要がある。</p>
------------------	--	--	---	---

<p>X年 4月 末</p>	<p>7</p>	<p>再アセスメントをもとに、新たな計画書を作成した。</p> <p>1 【相談内容】 新たに以下の変更点で計画書を作成した。担当者会議を行いので確認してほしい。</p> <p>1</p> <p>2 ・デイケアにて左半側空間無視に対して注意をするリハビリと看護師による血圧や水分量の確認を追加する。</p> <p>7</p> <p>7 ・朝のデイケアの準備にヘルパーを導入する。 ・食事の配膳と洗濯物の片づけをAさんが毎日行う。</p>	<p>④ 夫の負担軽減について検討する。</p> <p>担当者会議における注意点を確認する。</p> <p>① 主治医とデイケアの評価の共有方法をどうするか確認する。</p> <p>② モニタリングで目標に対する効果測定をするために、必要な情報を事業所からどのように収集するか。</p> <p>③ Aさんのモチベーションや夫の介護負担の変化をどのように把握するか。</p>	<p>④ 夫の生活にも目を向ける。</p> <p>① それぞれの評価を共有することで相乗効果があることに気づく。</p> <p>② 各事業所からどんな情報を収集するか項目を明確にする。</p> <p>③ 計画が、Aさんや夫に対して効果的になっているか確認する。</p>	<p>④ デイケアに行った方が夫の負担軽減になると思っていたが、逆に準備が苦になっていた。</p> <p>再アセスメントの結果、週3回のデイケアの利用は必要と考えた。 夫の負担軽減のための訪問介護を位置付けた。 担当者会議で具体的に話し合わなければいけないことを整理した。</p>
------------------------	----------	--	--	--	--

## 9 指導の効果と指導後に残された課題（ケース・相談者・主任介護支援専門員）の課題

### ●指導後の事例の変化

- ・計画書に本人のストレングスをサービス内容に挙げたことで、生活の意欲が高まるようになった。
- ・脳梗塞再発の危険性があることに気づき、予防のためのリスク管理につなげることができた。
- ・夫の介護負担軽減のため、朝の準備に訪問介護を導入した。

### ●指導による担当介護支援専門員への効果

- ・できない事ばかりに着目せず、できるようになったことも計画書に記載することで、本人のモチベーションアップになることがわかった。
- ・見逃しがちな点を落とさないためにも、医療知識は必要で、知識があることで適切なケアマネジメント手法も活用できる。
- ・状態の変化を確認するためには、再アセスメントが効果的であることがわかった。
- ・Aさんのできることやできないことを夫も一緒に確認することで共通認識ができ、夫とも会話がしやすくなった。

### ●指導後に残された担当介護支援専門員の課題

- ・本人のできることや今後のリスクについて夫と共有でき、ヘルパーの導入もしたが、それでもデイケアの利用回数を1回にする希望がある理由を把握できていない。
- ・主治医との情報交換において、取り決めができていない。

### ●指導において工夫した点

- ・把握している情報や必要と思われる情報を一緒に確認する際に、自分で考えることができるよう質問形式で進めていった。
- ・自己学習できるよう、書籍や適切なケアマネジメント手法を紹介した。

### ●主任介護支援専門員として指導における自分自身の課題と今後の目標

- ・夫の気持ちに変化が無かった点において、必要なアセスメントや着目点の指導ができていないのではないかと思った。
- ・担当者会議の指導の際に、担当ケアマネが気付く前に、テーチャングで指導をしてしまっていた。
- ・質問ばかりを重ねて指導をしても詰問をしているように聞こえ、回答を教えるのは気づきが無いと思われるため、指導力不足を感じた。
- ・自分のマネジメント力と指導力の向上のため、家族支援のアセスメントについて学習する。