

領域 22 もろい支援体制

I. 目的

高齢者の増大するニーズに対応することが困難な家族を把握し、対応策を検討すること。

II. トリガー

・主介護者がいない	[G1 (ア) c=2]
・主介護者は IADL を提供していない	[G1 (ア) f=1]
・日中ほとんど一人である	[F3a=3]

III. ガイドライン

1. 分析の視点

以下は支援体制をもろくするマイナス要因と逆に強くなるプラス要因である。マイナス要因が複数あり、プラス要因が少なければ、その支援体制はもろいと考える。

(1) 支援体制をもろくする要因を把握する (マイナス要因)

- a. 責任を感じていない：家族は、高齢者の介護ニーズが増大したときに自分たちが対応するか疑問をもっている。自分達の責任ではないと思っている。
- b. 時間的余裕がない：家族は、今以上の役割を担うことができない。たとえば、毎日高齢者の自宅を訪問できない。トイレ介助のようなもっとも基本的な ADL 介助ができないなど。
- c. キーパーソンがいない：さまざまな人々が関わっているが、責任の所在が曖昧である。
- d. 将来に対する不安が大きい：家族は、高齢者が加齢に伴い急速に衰え、介護が大変になると信じている。
- f. 他の家族等がもっと援助すべきと思っている：このような意識は、家族に大きなストレスを与え、充足感を低くするため、支援体制がもろくなりやすい。
- g. 高齢者との関係が良くない：このような状況では、家族は高齢者の生活を幸せにするといった目的意識がなく、高齢者の暮らしにおける「小さな」問題にも注意を払わない。
- e. 高齢者に問題行動がある：高齢者に、周囲に迷惑をかける気分や行動の問題がある。
- h. 高齢者の機能障害が重度である：介護負担は、高齢者の身体機能、認知機能が重度に障害されているときに起こることが多い。これにコミュニケーション障害が加わると、負担が一層増える。家族に対して心理的な負担ばかりでなく、介護をしていることによる身体的な健康上の悩みにも焦点をあてるようにする。

具体的状況

一人暮らしのため家族からは IADL の援助を受けていない。

マイナス要因)

・キーパーソンが曖昧：近所に住む長男は、介護サービス事業所の選定や契約等には登場するが、普段は様子を見に来ることもなく、日常的な IADL や精神的な援助は提供していない。

・本人は隣県に住む長女を頼りにしているが、子育てと仕事で忙しく、頻繁に訪問して援助をすることは難しい。

・近所に友人・知人はいない。通所介護施設でも他の利用者とはほとんど話さない。

(2) 支援体制を強くする要因を把握する（プラス要因）

- a. 意欲がある：高齢者に自分で自分のことをしようという意欲がある。本人からみても、周囲からみても、地域で安全に暮らすことができる。
- b. 配偶者がいる。
- c. 1人以上の子供、特に娘の援助が期待できる。
- d. 配偶者や子供と住んでいる。
- e. インフォーマルな支援体制は子供だけで構成されている。
- f. 家族は、高齢者ができる分野においても援助している（たとえば、高齢者ができるにもかかわらず、家事や食事の準備をしている）：高齢者の健康や機能状態が悪化したとき、このような家族は同様の状態の高齢者にくらべて、多くの援助を提供することが予想される。
- g. 必要な援助を実施する方法を知っている（例えばADLの援助方法）。
- h. 介護保険を利用するときはどこに申請すればよいか知っている。
- i. 介護量が増えるにつれて達成感を感じている。
- j. 介護の役割を遂行することに対して個人的な信念を持っている。
- k. 世代間の強い絆があり、高齢者に対して深い親愛の情を持っている。

2. ケアの方向

マイナス要因のなかで改善できることはないか、プラス要因を補強することはできないか、検討する。以下の視点から支援体制をサポートする。外部サービスの導入は、それまでの支援枠組を大きく変えることになるため、導入後は継続的なフォローが必要である。

(1) 本人の機能維持、向上を目指す

マイナス要因である高齢者の機能低下を最小限にし、可能なら改善を目指す（「健康増進」と「ADL/リハビリテーションの可能性」、「健康増進」を参照）。

(2) 通所サービスを利用する

高齢者が日中過ごせる場所として自立支援デイサービスや老人センター等の活用、外出支援サービスの活用を検討する。

(3) 家族に対する支援、情報提供をする

- a. 家族支援：話し相手、疲れをとる効果的な方法を教えるなど。
- b. 介護方法の直接指導：多くの人は病人を介護した経験がないため、効果的な介護方法や腰痛防止の方法を直接指導する。
- c. 情報提供：市町村で実施している在宅の高齢者のためのサービス、在宅介護支援センターの窓口、介護保険の制度、窓口での具体的な相談の仕方等を情報提供する。
- d. 精神保健サービス：家族がうつ状態であり、少なくとも部分的な原因が高齢者にあることが明らかな場合、精神保健センターでの相談や精神科受診を勧める。
- e. 参考図書等の紹介：高齢者や介護に関して参考になる雑誌や本、講演、映画などを紹介する。
- f. 家族会の紹介：同じような高齢者をかかえている人と話合う機会を設けたり、家族会などのグループを紹介する。

プラス要因)

- ・長男、長女とも、ご本人との仲は悪いようにはみえない。
- ・長女宅には月に1回泊まりに行き、その時に足の痛みについての不安を話したり雑談をすることによって気持ちが落ち着いている様子。

ケアの方向性

→キーパーソンを明らかにするために、長男と今後の支援に対する意向を話し合う。

→長女は、これ以上の生活支援は困難であるので、電話で本人の話聞く等、精神的な支援を中心に行ってもらう。

→外部サービスを継続し、身近な環境に支援体制を作る。

→訪問介護で生活援助と共に、心理面の把握と必要時フォローを行う。

本人との会話を楽しみながら、相談しやすい雰囲気を作る。

→通所介護で、職員や他の利用者と話しやすいよう配慮する。

→近所で挨拶や会話を交わし、人間関係を作る。

(CAP12 社会的機能と関連)

CAP 検討用紙

対象者名 W さん計画作成日 平成 18 年 4 月 1 日

CAPs その具体的状況	ガイドライン	
	ガイドラインに沿って問題の要因や危険性・可能性を検討（課題を設定する）	ケアの方向性およびケア内容を設定する
<p>CAP18 痛み</p> <p>右大腿～足先にかけてジンジンするような痛みが常にあり、日中よりも夜間が痛む。痛みのため眠れないことがある。痛みのため、かがむ姿勢がとれない。</p>	<p>痛みの原因：一昨年から左膝関節痛があり、それをかばう姿勢が原因で右足に痛みが生じた。現在、痛みは右足のみで左足にはない。</p> <p>痛みの悪化：かがんで掃除機をかけると痛みが悪化する。ヘルパー利用を始めてから夜の痛みが毎日ではなくなった。</p> <p><u>通所介護での理学療法士による評価では姿勢矯正が必要であり、実施している。</u></p> <p>医師の判断：X線では問題はみられない、と言われた。激しい痛みへの対応方法は、特にない。</p> <p>家具の工夫：床からの立ち上がりが困難なため、こたつの横に置いてある簡易ベッドに腰かけていることが多い。狭いので補助いすは入れられない。</p> <p>【本人・家族の意向】 （本人）とにかく痛みをなくしたい。夜よく眠りたい。</p> <p>【課題】 右足の痛みがあり、かがむ姿勢により痛みが悪化する危険性がある。</p>	<p>(介護予防訪問介護)</p> <p>→ヘルパーの援助により痛みは良くなっているため、ヘルパーによる掃除機がけは継続する。そのほかの家事は無理のないように自分で継続する。(本人)</p> <p>→継続して様子を見る。(介護予防通所介護)</p> <p>→普段から姿勢に気をつける。(本人)</p> <p>→激しい痛みのおきに服用する薬を医師に相談する。(本人)</p> <p>→よく使うものは、ひざを曲げなくて良い位置に置き換える。PT の訪問により環境改善策があるか検討する。(訪問指導)</p> <p>【目標】 正しい歩行姿勢を保ち、痛みが軽くなる。</p>
<p>CAP2 IADL</p> <p>週 2 回ヘルパーによる生活支援を受けている。そのほかの家事は自立。</p>	<p>自分で掃除をしたいという意欲はなくしていない。痛みのために掃除機をかけることができない。</p> <p>【本人・家族の意向】 （本人）これまでどおりヘルパーに来てもらい掃除をしてもらいたい。</p> <p>【課題】 右足の痛みのために掃除機をかけることができない (→CAP18 痛みの管理で検討)</p>	

CAPs その具体的状況	ガイドライン	
	ガイドラインに沿って問題の要因や危険性・可能性を検討（課題を設定する）	ケアの方向性およびケア内容を設定する
<p>CAP22 もろい支援体制</p> <p>一人暮らしのため家族からはIADLの援助を受けていない。</p>	<p>近所に住む長男は、介護サービス事業所の選定や契約等には登場するが、普段は様子を見に来ることもなく、日常的なIADLや精神的な援助は提供していない。</p> <p>本人は隣県に住む長女を頼りにしているが、子育てと仕事で忙しく、頻りに訪問して援助をすることは難しい。</p> <p>長女宅には月に1回泊まりに行くが、その時に足の痛みについての不安を話したり雑談をすることによって気持ちが落ち着く。</p> <p>近所に友人・知人はいない。通所介護施設でも他の利用者とはほとんど話さない。</p> <p>【本人・家族の意向】 (本人) 一人暮らしで不安なことは多いが、娘に迷惑はかけられない。 (家族) 長男の意向は今のところ不明。長女は母親のことを心配しており、できる限りの援助をしたいが、物理的・時間的に訪問しての援助は難しいと考えている。</p> <p>【課題】 足の痛みや日常生活に不安があるが、家族による生活援助は困難である。</p>	<p>→長男と今後の支援に対する意向を話し合う。</p> <p>→これ以上の生活支援は困難であるので、電話で本人の話を聞く等、精神的な支援を中心に行ってもらう。(家族)</p> <p>→身近な環境に支援体制を作る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護で生活援助と共に、心理面の把握と必要時フォローを行う。本人との会話を楽しみながら、相談しやすい雰囲気を作る。(介護予防訪問介護) ・通所介護で、職員や他の利用者と話しやすいよう配慮する。(介護予防訪問介護) ・近所で挨拶や会話を交わし、人間関係を作る。(本人) <p>【目標】 身近な支援体制の環境が整う。</p>
<p>CAP12 社会的機能</p> <p>2年前に関西から息子を頼って上京し、近隣に友人・知人等はいない。一人暮らしであり、通所介護施設で他者と会う以外、人と会うことはない</p>	<p>関西にいた頃は近隣との交流があったようだが、現在は近所に友人・知人はいない。通所介護施設でも他の利用者とはほとんど話さない。</p> <p>【本人・家族の意向】 (本人) この年になって新しい友達をみつけるのも面倒。特に困っていない。</p> <p>【課題】 近所に友人のいない一人暮らしなので、あまり会話をする機会がない。 (→CAP22 もろい支援体制で検討)</p>	

CAPs その具体的状況	ガイドライン	
	ガイドラインに沿って問題の要因や危険性・可能性を検討（課題を設定する）	ケアの方向性およびケア内容を設定する
<p>CAP10 うつと不安</p> <p>足の痛みが悪化して日常生活に支障をきたすことを心配し、不安を訴えている。</p>	<p>不安により精神的に落ち込み、家に閉じこもりがちな生活になっている。</p> <p>現在のところ日常生活へ影響をきたすほどのうつ症状はないが、精神的な支援を行っていく必要がある。</p> <p>【本人・家族の意向】 （本人）足の痛みが良くなれば、外出したい。</p> <p>【課題】 足の痛みや日常生活に対し不安があり、精神的に落ち込んでいる。</p> <p>（→CAP22 もろい支援体制で検討）</p>	

利用者氏名

W

殿

計画者作成氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
1. 正しい姿勢を保ち、痛みを軽くする。	平成18年4月1日～7月31日(3ヶ月)	ヘルパーによる掃除の代行により一時右足の痛みは軽減したが、その後掃除機かけを自分でやろうと無理をしてしまい、痛みが再発している。	X	足の痛みが良くなってきたので、自分でできるところはやろうとつい無理をしてしまった。	自立心から無理をしてしまい、足に負担のかかる姿勢をとってしまっただけに、痛みが再発した。	痛みが良くなっても無理をしないように本人に伝え、訪問介護による支援を継続する。生活する上で注意する姿勢に關して、再度PTより指導を行う。その他のプランも継続。
2. 身近な支援体制の環境が整う。	平成18年4月1日～7月31日(3ヶ月)	長女と週に3～4回電話で会話をすること、精神的な落ち込みは改善している。通所介護では他の利用者とは会話するようになり、笑顔も戻られる。近所の人の人間関係ができて、時折様子を見ようになつた。	O			人間関係や生活に対する積極性が出てきているが、サービスの中止により再び家に閉じこもってしまいう危険性が高いため、引き続きプランを継続し支援していく。

総合的な方針

現在導入しているサービスは有効であり、サービスの中止は状態悪化を引き起こすと考えられるため、引き続きサービスを継続し支援を行っていく。

地域包括支援センター意見

プランの実施により、対象者の状態は改善傾向といえる。

プラン継続
 プラン変更
 終了

介護給付
 予防給付
 介護予防特定高齢者施策
 介護予防一般高齢者施策
 終了

3. 簡易版 支援計画表の作成

これまで紹介してきたプロセスでの支援計画表作成に慣れ、CAP を使いこなせるようになってきたら、選定された CAP を一つひとつ丁寧に検討する必要はなくなってきます。このような検討のプロセスを、自然に頭の中で行えるようになる、つまり、アセスメント能力が高まるからです。

そこで、予防版 MDS-HC の活用に慣れた人のための支援計画の作成方法を 2 つ紹介します。

(1) 中心課題の CAP のみ CAP 検討用紙を用いる方法

STEP1 予防版 MDS-HC によりアセスメントを行う

STEP2 CAP の選定

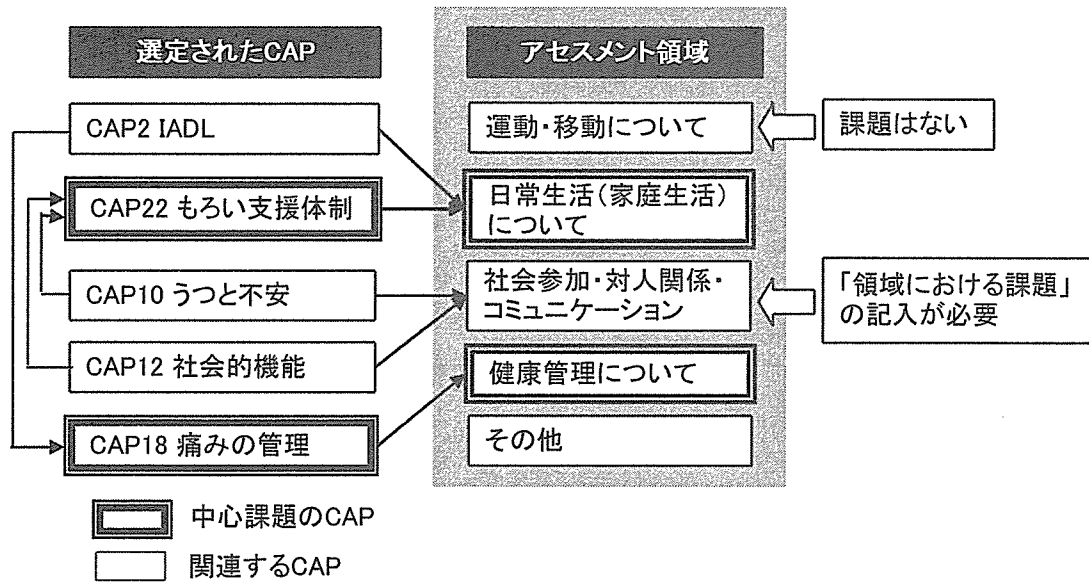
STEP3・4 CAP の検討と検討用紙の記入

- 1) トリガーされた CAP の中から、中心課題とする CAP (パターン①) のみを選択する。
- 2) 中心課題の CAP について、ガイドラインを読み進めながら利用者の状況を分析し、CAP 検討用紙に記入する (その際、関連する CAP のガイドラインも参考にする)。

STEP5 支援計画表の記入

- 1) 中心課題の CAP に対応するアセスメント領域に CAP 検討用紙の内容を転記する。
この領域の「領域における課題」はそのまま「総合的課題」とする。
- 2) 「アセスメント領域と現在の状況」欄が空欄になっている領域の中で、トリガーされた CAP がひとつもない領域は、課題がないと判断して、「アセスメント領域と現在の状況」と「本人・家族の意欲・意向」の欄のみ簡単に記入する。
- 3) ひとつでもトリガーされている CAP がある領域については、そのほかに「領域における課題 (背景・原因)」も簡単に記入する。その際、なぜトリガーされたのかを念頭におくと記入しやすい。

以降同じ



この例で、中心課題のCAPに対応しなかったために空欄になったアセスメント領域がふたつある。

このうち、アセスメント領域「社会参加・対人関係・コミュニケーション」は、検討しなかったが、選定されたCAP (CAP10とCAP12)があるので、「領域における課題」を記入する。その際、なぜこれらのCAPがトリガーされたかを念頭におくと記入しやすい。

一方、アセスメント領域「運動・移動について」は、ひとつもCAPが選定されていないので、この領域の課題はなしとする。

選定されたCAPに対応するアセスメント領域の確認

介護予防サービス・支援計画表

アセスメント領域と課題の状況	本人・家族の認知・理解	領域における課題(課題・目標)	総合的課題	課題に対する目標と実施策の提案	具体策についての意向(本人・家族)	目標	実施計画
運動・移動について	本人外出は習慣化できず、	目標	総合的課題	目標達成に向けた実行計画を提案し、本人・家族の認知・理解を促す。必要に応じて、地域資源を活用し、課題の解決を図る。	本人・家族の意向を踏まえ、実施策を提案する。	本人の外出頻度を増やすこと。	実施計画
日常生活(家庭生活)について	本人の認知・理解が不十分で、課題の解決を図ることができない。	目標	総合的課題	目標達成に向けた実行計画を提案し、本人・家族の認知・理解を促す。必要に応じて、地域資源を活用し、課題の解決を図る。	本人・家族の意向を踏まえ、実施策を提案する。	本人の日常生活の質を向上させること。	実施計画
社会参加・対人関係・コミュニケーション	本人の認知・理解が不十分で、課題の解決を図ることができない。	目標	総合的課題	目標達成に向けた実行計画を提案し、本人・家族の認知・理解を促す。必要に応じて、地域資源を活用し、課題の解決を図る。	本人・家族の意向を踏まえ、実施策を提案する。	本人の社会参加・対人関係を促進すること。	実施計画
健康管理について	本人の認知・理解が不十分で、課題の解決を図ることができない。	目標	総合的課題	目標達成に向けた実行計画を提案し、本人・家族の認知・理解を促す。必要に応じて、地域資源を活用し、課題の解決を図る。	本人・家族の意向を踏まえ、実施策を提案する。	本人の健康管理を向上させること。	実施計画
その他	本人の認知・理解が不十分で、課題の解決を図ることができない。	目標	総合的課題	目標達成に向けた実行計画を提案し、本人・家族の認知・理解を促す。必要に応じて、地域資源を活用し、課題の解決を図る。	本人・家族の意向を踏まえ、実施策を提案する。	本人の生活を向上させること。	実施計画

中心課題のCAP

CAP検討用紙 CAP22 もろい支援体制

CAP検討用紙 CAP18 痛み

転記

4)と同様のプロセスで記載

中心課題のCAPが該当しない領域で関連するCAPが該当する場合には、関連するCAPについて記載する

(2) 支援計画表に直接記入する方法

STEP1 予防版 MDS-HC によりアセスメントを行う

STEP2 CAP の選定 (省略)

STEP3 CAP の検討 (STEP5 と一緒に行う)

STEP4 CAP 検討用紙の記入 (省略)

STEP5 支援計画表の記入

- 1) 中心課題となるだろう CAP を選択する
- 2) 選択した CAP のガイドラインを参照しながら、対応するアセスメント領域の「アセスメント領域と現在の状況～領域における課題」を直接記入する。
- 3) 「領域における課題」を「総合的課題」に転記する
- 4) 「アセスメント領域と現在の状況」欄が空欄になっている領域は、「アセスメント領域と現在の状況～領域における課題」を頭の中で整理して記載する。目標や支援方法を検討するのに重要な総合的課題は、すでに 2) と 3) で導かれているので、この部分の記載は簡単にする。それぞれについて、課題があるかどうか判断する。

以降同じ

