

事例提出（スーパービジョン／事例研究）のお願い

項 目	内 容
使用する課目	<p>事例は、スーパービジョン（演習）及び事例研究（講義・演習）の講義・演習等で使用します。</p> <p>* ご提出いただいた事例については、講師が確認された上で、修正・加筆を求める場合がありますので、ご承知おきください。</p> <p>* 研修時に各課目につき数名の方に事例発表をお願いする場合もございますので、ご承知おきください（配布した事例は、研修当日回収します）。 発表いただく場合には、事前にお知らせします。</p>
内容について	<p>* 提出事例は、1つです。次頁からの説明を必ずご確認ください。</p> <p>* 必ず A4版サイズで4枚以上にまとめてください。</p> <p>なお、当該事例の参考資料として、次の6点を添付してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 第1表 居宅サービス計画書（1）又は 施設サービス計画書（1） ・ 第2表 居宅サービス計画書（2）又は 施設サービス計画書（2） ・ 第3表 週間サービス計画表 又は 第4表 日課計画表 ・ アセスメントシート（様式任意） ・ 課題整理総括表 ・ 評価表 <p>提出する事例の検討課題との関係が必要があれば、見直し後の計画書等も添付してください。</p> <p>* 事例の1ページ目、右上隅に名前をご記入ください。</p> <p>* 「他の主任介護支援専門員に相談したい事例」ということで、事例を選択し、その事例を振り返りまとめてください。</p> <p>* 事例の書き方は、必要に応じてそのようにまとめていただきたいといった趣旨のもので、あくまでも作成例として考えてください。</p> <p>* 大切なことは、事例提供者の検討して欲しいことが、他の受講者により伝わりやすい形で事例がまとめられていることです。</p>
提出方法	<p>研修受講申込時に必ず同封してください。</p> <p>※コピーを1部ご提出ください。</p> <p>必ずコピーしてご提出いただき、原本を各自で保持ください。</p>
提出・送付先	<p>【郵送先】〒690-0011 松江市東津田町1741-3 いきいきプラザ島根2階 島根県福祉人材センター</p> <p>【メール送付先】Jinzai-kadai@fukushi-shimane.or.jp 「主任ケアマネ研修」と記入して下さい。</p> <p>電話（0852）32-5975</p>

他の主任介護支援専門員に相談したい事例の準備について

- * 次の文書を熟読した上で、「他の主任介護支援専門員に相談したい事例」を各自 1 事例準備し、ご提出ください。
- * 提出していただく事例は、次の表の項目のいずれかに該当する事例（複数該当でも可）をお願いいたします。終了事例、継続事例いずれでもよいです。

表一事例検討会に求めるもの

① 援助の経過や方法を振り返り、今後の援助の方向を見出したい。
② これまでとは違う視点で、利用者や介護者・家族などの理解を深めたい。
③ 未完了な気持ちを整理し、完了させたい。
④ 援助者として自信が持てないので自信を持てるようになりたい。
⑤ その他（求めるものを自分の言葉で記載すること）

- * なお、研修時に行う事例検討会等で、提出事例の検討をしてほしいと希望される方は、「事例提供者になることを希望」と明記したものを提出事例に添えてください。

事例提出の意味と事例のまとめ方

1. 事例をまとめることの意味

事例をまとめることには、次の意味があります。

(1) 「なぜ、その事例を選んだのか」を深めることで援助者自身の意識化されていない課題が見えてきます。その事例に対して「こだわり」や「ひっかかり」があって自分の中で未完了となっている場合には、事例検討を通じて完了することが目標となります。

(2) 事例をまとめる作業を通して、援助を客観化し、事例提出者の学びにつながります。

2. 事例提出の仕方及び書き方

(1) 留意すること

なにを検討したいのか、検討課題を自分の言葉で具体的に記載すること。

事例検討会の参加者に、①利用者のイメージ（その人となり）、②援助経過のイメージ（利用者と援助者とがどのように向き合い取り組んできたのか）、が豊かに描かれるような事例提出を心がけましょう。

(2) 提出の仕方

A 4 サイズ用紙 4 枚以上に事例の基本情報、検討して欲しい内容（援助経過含む）等を書き表します（提出例を参考にしてください）。

なお、当該事例の参考資料として、次の 6 点を添付してください。

- ・ 第 1 表 居宅サービス計画書 (1) 又は 施設サービス計画書 (1)
- ・ 第 2 表 居宅サービス計画書 (2) 又は 施設サービス計画書 (2)
- ・ 第 3 表 週間サービス計画表 又は 第 4 表 日課計画表
- ・ アセスメントシート（様式任意）
- ・ 課題整理総括表
- ・ 評価表

介護予防のケースのみを担当されている方は、「介護予防サービス・支援計画票」等

(3) 個人情報の取扱いについて

改正個人情報法が2017年5月から全面施行されました。改正法は、人種、信条、病歴など不当な差別や偏見が生じる可能性のある個人情報を「要配慮個人情報」と定義し、厳格な取り扱いルールを設けています。医療・介護分野では診療録や介護関係記録に記載された病歴、診療や調剤の過程で医療従事者が知り得た診療情報、調剤情報、健康診断の結果および保健指導の内容、障害の事実—などが該当します。要配慮個人情報の取得は原則として本人同意が必要になります。

厚生労働省は、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(2017年4月14日)を示していますので、ご参照ください。

(4) 事例のまとめ方

次の手順で事例を記載してください。

1) 事例にタイトル(表題)をつける

事例を表現するためのタイトル(表題)をつけます。例えば、「一人暮らしで認知症のある利用者への通所サービス導入までの援助」、「入所後、施設に馴染めず孤立しがちなAさんへのQOL向上に向けた取り組み」などです。

2) 事例の提出理由と検討課題を提示する(5、6行程度)

この事例を提出することにしたのはなぜか、この検討会で何を検討して欲しいのかを箇条書きで列挙します。事例検討を通じて目標達成するためには、検討事項を簡潔に、かつ明確に自分の言葉で提示するのが留意点です。

3) 機関・施設等の概要

①地域特性、②機関・施設等の特徴、③事例提出者の立場、などを必要に応じて記載します。

4) 事例の概要

①基本情報 利用者名(例えば機械的にAさんとし、イニシャルは使いません)、性別、年齢など
※場所や個人が特定されるような情報の提供はしないこと

②紹介経路 いつ、誰(どこ)から、どのような経路、経過で依頼があり、どのような内容を引き受けたのか、書きます。

③疾病・診断名、既往歴 事例検討に必要な範囲で記載します。

④現在の身体・機能的側面の状況、精神・心理的側面の状況・状態

- ・ ADL, IADLの状況、認知症の有無とその程度
- ・ 介護保険の要介護状態等区分、障害者手帳の有無とその等級
- ・ 本人の意向、障害受容の状況

⑤生活歴、職業歴

※ 利用者のイメージを豊かにする上で重要

⑥家族歴と家族状況 図(ジェノグラム、エコマップ等)で示すとわかりやすくなります。

※ ジェノグラム(genogram)とは、家族及び親族の系譜を記号を用いて図式化したものです。

【標記方法】

	記号	意味
女性	◎	本人を示す
女性	○	本人以外の女性を示す
	●	死亡している女性を示す
男性	◻	本人を示す
男性	□	本人以外の男性を示す
	■	死亡している男性を示す

婚姻関係	＝	女性と男性を二重線で結ぶ
婚姻関係解消	＝×＝	女性と男性を結んだ二重線に×をつける

※エコマップ (eco-map, ecological-map) とは、利用者や家族や様々な社会資源との関係を地図のように表し図式化することです。

記号	意味
.....	弱い結びつき
—————	普通の関係
＝＝＝＝＝	強い結びつき
××××××××××××××	ストレスや葛藤の関係
→ (矢印で示す)	資源・エネルギーの向かう方向

- ⑦経済状況 事例検討に必要な範囲で記載します。
- ⑧住環境 事例検討に必要な範囲で記載します。
- ⑨関係機関・施設 事例検討に必要な範囲で記載します。

5) 支援経過

①初回面接：いつ、どこで、だれと、どのような内容について話したのか、また、支援者が利用者から受けた印象などを書きます。

②支援経過：支援の経過を節目ごとに小見出しをつけまとめるといいです。例えば、「第1期、ホームヘルプサービス導入開始まで」(X年1月～X年2月末)、「第2期、通所サービス利用開始まで」(X年3月1日～3月末まで)、「第3期、ケアプランの修正まで」(X年4月～4月末まで)。

より詳細な情報が必要な場合は、添付資料としてまとめます。例えば、支援経過の転機となった場面について、どのようなやりとりが支援者と利用者との間であったかを逐語的に示すなどの方法も有効です。

6) 考察

事例提出者としては、振り返ってどのように感じているのか(省察的思考)、事例検討で検討し理解を深めたいと考えている点、新たな視点を得たいと考えていることを書きます。

表題

利用者からの事業者に対する要望がエスカレートし、対処に苦慮している事例

＜事例提出の理由＞

本事例を提出した理由は、今後の利用者への関わり方を見出したいと考えたからである。本事例は、利用者からの要望事項が増加し、その内容の多様化などにより、事業者としての対応が困難となっているものである。そのことをめぐり利用者と当該介護支援専門員との信頼関係が損なわれてきており、どのように対処していけばよいかわからず、悩んでいる。

以上のことを踏まえ、第三者から助言をいただきたいと考え本事例を提出した。

＜検討課題＞

検討課題は、次の3点である。

- ① 介護保険給付外のサービス行為を断るにはどうしたらいいか。
介護保険制度では認められていない（不適切事例）サービスを利用者に求められるがままに提供してしまい、それを後から断るにはどうしたらよいか検討して欲しい。
- ② 利用者と当該介護支援専門員との信頼関係を回復するにはどうしたらいいか。
不適切事例であると利用者に説明し、サービス提供を断ったことで、利用者との信頼関係が損なわれてしまい、どのように回復すればよいか検討して欲しい。
- ③ 今後、同様の事例を担当した際に、適切な対処ができるようになるため、どこで、どのように対応していればよかったのか、援助経過を振り返り、その留意点を学びたい。

＜機関・施設等の概要＞

診療所併設の居宅介護支援事業者、訪問看護ステーションあり
担当ケアマネは、経験年数7年（基礎資格は介護福祉士）。

＜事例の概要＞

- ① 基本情報
Aさん、男性、70歳代前半、Z市市街地在住、妻と2人暮らし
- ② 紹介経路
1年程前（2013年8月）、地域医療支援病院から退院するにあたって、「糖尿病による血行不良が原因で左下肢切断の手術後退院し、妻と2人暮らしとなる予定。介護保険を使って生活できるようにして欲しい。」との紹介あり。紹介を受け退院前のAさんを訪問し、契約時の説明を行う。当事業者との契約を希望されたため、そのまま担当介護支援専門員となる。
- ③ 疾病・診断名、既往歴、薬剤等
・ 糖尿病、肝機能障害の既往あり
・ インシュリン、血液循環改善剤 その他
- ④ 現在の身体・機能的側面の状況、精神・心理的側面の状況・状態
・ ADLは自立している。

- ・ 補装具使用（使い慣れず嫌がる）。外出時は車椅子を利用。
- ・ 認知症なし。
- ・ 要介護状態 1、身体障害者手帳 1 級取得

⑤ 社会環境的状况

Aさんが居住する場所は40年前にできた団地で、現在住んでいる人たちはほぼAさんと同世代。JRの最寄り駅まで徒歩30分かかる場所にある。商店街などは駅前周辺にある。若い人たちは、郊外型の大規模スーパーマーケットに買い物に行っているが、この団地に住む高齢世帯の多くは、駅前周辺の商店街などを主に利用している。

Aさん世帯と近所との付き合いは良好。

⑥ 生活歴等

Aさんは、60歳前半まで建設業に従事していた。もともと陽気で、社交的な人だったとのこと。お酒が好きで、酔うと気前がよくなり羽目を外すこともしばしばあったとのことだった。

50歳代になって、検診で肝機能障害が指摘され、要治療となり、さらに、その後糖尿病の進行に伴い、飲酒量は減っていたがやめられなかった。主治医からは食事療法などの指導もあったが、Aさんは聞き入れず好きなようにやってきた。

子どもたちは、就職、結婚で県外へ転出。16年前から夫婦二人暮らしになって現在に至る。

妻は夫の言うとおりにする人だが、小柄で力も弱く、家での介護には不安がある。術後、Aさんは無理を言うことが目立ち、妻をはじめ周囲の人を困らせている。

⑥ 家族歴と家族状況

家族構成	氏名	続柄	年齢	備考
	A	本人	70代前半	
	B	妻	60代後半	専業主婦
	C	長男	40代前半	県外在住
	D	嫁	40代前半	
	E	孫	中学生	

⑦ 経済状況

1カ月の予算は2万円まで

⑧ 住環境

持ち家一軒家

⑨ 関係機関・施設

訪問看護ステーション、訪問介護事業者、居宅介護支援事業者、主治医

ジェノグラム等は手書きも可。
黒色のペンではっきりとわかるように作成すること。

<援助経過>

1 初回面接（X年8月 某日）

2013年8月某日、地域医療支援病院から、「退院した後、介護保険を利用して在宅生活を継続したい」との意向がある利用者の紹介を受けた。Aさんが退院前に自宅へ外出をした際、Aさんの自宅でAさん夫婦と面接した。Aさんに意向をたずねると、「早く自宅で暮らせるようにして欲しい。」との希望を言われるが、妻は一人で看られるのか不安な様子。帰り際に「大丈夫でしょうか？」と言われたのが印象に残っている。

Aさんは術後、自宅での生活場面でどのような変化が予想されるか全く考えていない様子。介護保険制度

の説明と事業者の説明をし、契約手続きを行った。

2 援助経過

第1期：サービス計画作成とサービスの利用開始まで（X年8月末日まで）

Aさんは、「早く家に帰りたい」との意向が強く、それ以上の退院後の生活に対する見通しや具体的なイメージはない様子であった。妻は、一人で面倒を見ていくことに不安な様子。

Aさんのリハビリと身体管理、そして妻の負担軽減を考慮し、デイケア、訪問看護の利用を位置付けた原案を提案した。Aさんと妻の了解が得られたので、サービス利用を開始した。

第2期：デイケアサービス利用と利用中止まで（X年9月～同年11月）

デイケアを利用する新たな生活が始まり、Aさんはそうした新しい生活に慣れるのに必死だったが、持ち前の負けん気の強さから、一生懸命デイケアのプログラムへも参加していた。Aさんがデイケアを利用し始めて、ようやく慣れてきた頃、他の常連の利用者と些細なことから口論となり、それを理由にデイケア利用を拒否された。トラブルの状況をデイケア施設に確認し、利用継続を説得するもAさんは応じず、結局、デイケア利用を中止することとなった。

第3期：訪問系サービスのみによる生活支援（X年12月～X+1年2月）

Aさんは、他の通所サービスを含め利用を拒否し、訪問系のサービスのみを利用希望された。そのため、新たに訪問介護の利用を提案した。Aさんと妻、いろいろやりとりしたが、結局、身体管理を中心に訪問看護を利用し、その他の身体介護・介助などを訪問介護で対応することとなった。モニタリングは最低限月1回の訪問時に行い、その様子を確認した。

第4期：Aさんの訪問介護に対する要望の広がりトラブル発生（X+1年3月～8月）

訪問介護では、庭先へ出て散歩の介助など行っていたようであるが、徐々に要望がエスカレートし、やがて、昔よく通っていた喫茶店に行きたいなど、要望するようになった。1名を除く訪問介護員は、介護保険ではできないと断っていたようであるが、ある一人の訪問介護員が、Aさんが喜んでくれるならとそれに応じていたようだ。しかし、その訪問介護員も、毎回訪問時に求められると対応が困難となってきた。そこで、その訪問介護員が要望を断ると「何で聞いてもらえんのか」と納得されない。

その後、訪問介護事業者からトラブルが起きたことについて報告・相談を受け、そこではじめて介護保険適用外の業務を行っていたことを担当介護支援専門員が把握した。

Aさんに介護支援専門員から、あらためて介護保険制度の下での訪問介護サービスについて説明するが「今までやってくれてたじゃないか。なんでできないんだ。」と聞いてもらえない。

以来、Aさんとの介護支援専門員との関係もギクシャクした感じとなり、現在に至る。

<考察>

経過を振り返り、あらためて担当介護支援専門員として適切に対応できていなかったと反省している。

それは、まず、Aさんのサービスの利用状況を十分把握していなかったことから、訪問介護事業者が介護保険適用外サービスを提供していることを知らず、対応が遅れてしまったことが挙げられる。訪問介護事業者も、特定の訪問介護員が介護保険適用外のサービスに応じていたことをある程度経過するまで把握できておらず、訪問介護事業者のなかでもその対応に苦慮したようであった。Aさんや妻からの聴き取りで、もう少し早く状況の把握ができていれば、こんなに話がこじれずに済んだのではないかと考えている。

訪問介護事業者のサービス提供責任者から話を聞き、トラブル把握後、Aさんに、あらためて介護保険制度と訪問介護サービスの利用について説明をした。しかし、Aさんからすれば、どうして今までやってくれていたものをこちら側の都合で打ち切られるのか納得いかないとのことで、Aさんの理解を得るのが難しい状況となってしまった。

その後も何度か、Aさんへの説明を試みたが、状況は変わらない。このままいくら言ってもAさんには聞

き入れてもらえないのではないかと思います。

これまでとは違う視点でAさんに対する理解を深め、Aさんへの働きかけをしていくにはどうしたらよいだろうか。場合によっては、担当の介護支援専門員を変わった方がうまくいくのかとも考えているが、Aさんの理解を得るには、今後どのように対処していけば良いだろうか。

また、Aさんとの関係を修復するにはどうしたらよいだろうか、第三者の立場から見た意見を、是非、みなさんからいただきたい。

<添付資料>

なお、当該事例の参考資料として、次の6点を添付してください。

(必要に応じては、支援経過ごとに添付してください)

- ・ 第1表 居宅サービス計画書(1) 又は 施設サービス計画書(1)
- ・ 第2表 居宅サービス計画書(2) 又は 施設サービス計画書(2)
- ・ 第3表 週間サービス計画表 又は 第4表 日課計画表
- ・ アセスメントシート(様式任意)
- ・ 課題整理総括表
- ・ 評価表

介護予防のケースのみを担当されている方は、「介護予防サービス・支援計画票」等