

北秋田市介護支援専門員研修

自立を支援するための適切なケアプラン作成について

Part 2

平成 28 年 2 月 18 日 (木)

小 湊 純 一。(社会福祉士・介護支援専門員) jk@npjmi.com

- ・居宅介護支援事業所 ふくし@JMI 所長 <http://www.npojmi.com/>
- ・宮城県ケアマネジャー協会 理事・事務局長 <http://www2.odn.ne.jp/~mcma/>

1 自立支援

介護保険は自立支援。支援や介護のし過ぎは依存と能力低下を招く可能性が大きい。
『してもらふ介護ではなく自立支援の介護である』ということを、保険者、事業者、施設、利用者、家族の共通理解にすることが大変重要です。

- (1) 残存能力の最大限活用
 - ① 専門的アセスメントによる能力評価と自立生活阻害の問題把握
 - ② 自分で出来ることを自分でするための支援を徹底
- (2) 提案・情報提供による自己決定尊重
 - ① 改善, 維持, 悪化防止のための提案・情報提供による決めるための支援
 - ② 情報提供のための高齢者ケアに関するスキルアップ
- (3) 可能な限り住み慣れた地域で
 - ① 生活意向の尊重と生活継続のための他職種による共通意識と協働
 - ② 要介護でも普通に地域で自宅で生活するための支援
 - ③ 施設利用の場合は在宅生活との継続性を重視

2 必要性優先

サービス優先ではなく、利用者の必要性を優先します。

- (1) アセスメントの結果に基づく、根拠の明らかなケアプランとサービス提供
認定を受けたからデイサービス, 介護, 家事支援ではありません。心身の能力評価による生活支障を明らかにした上でサービスを提供します。
- (2) 利用者本人の自立を最優先
介護報酬優先による過剰サービス, 能力低下にならないための, 公正中立のケアマネジメントを実践します。
施設ケアは入居者の自立に向けた個別サービスを徹底し, 生活の質を高めます。

3 効果効率

効果的効率的な専門性の高いサービスを提供します。

- (1) 介護・医療系の専門職による高額サービスから地域のお互い様の安価なサービスへ必要に応じて使い分ける等, 効果効率を考えたケアマネジメントを実践します。
- (2) 多職種のチームケアによる効果の明らかな専門的施設ケアを提供します。

事例勉強会の方法

問題解決、資質向上等の目的を持って事例勉強会を開催し運営します。

1 事例検討・研究の目的

- (1) 利用者の問題を解決するのか。
- (2) ケアマネジャーや介護スタッフ等の問題を解決するのか。
- (3) ケアマネジャーとしての専門性・資質の向上を図るのか。
- (4) 居宅介護支援事業所としての質向上を図るのか。

2 事例検討・研究を進める時の姿勢

- (1) 対人援助の基本やスーパービジョンの考え方を踏まえて対応します。
- (2) 介護保険の趣旨，ケアマネジャーの役割，専門性を踏まえて対応します。
 - ① 居宅（施設）介護支援及び居宅（施設）サービス事業の運営基準，介護報酬Q&Aなど
 - ② 居宅（施設）介護支援の手引き
 - ③ ケアプラン策定のための課題検討の手引き

3 事例勉強会を進める時の方法（例）

- (1) 居宅（施設）介護支援の過程，アセスメントを振り返り，生活全般の解決すべき課題の検討内容の確認，課題に沿った目標・サービスになっているかどうか等，居宅（施設）介護支援の基本を習得する場合

『居宅（施設）介護支援の手引きを活用します。』

- ① 医療情報を把握しているか。
- ② 具体的支障を把握しているか。
- ③ 生活支障原因を把握しているか。
- ④ 支障について，本人・家族の意向を確認しているか。

- ⑤ 介護の必要性，改善の可能性，悪化の危険性を検討しているか。
- ⑥ アセスメントの結果に沿った課題（ニーズ）になっているか。
- ⑦ 課題（ニーズ）に沿ったケアの方向性になっているか。
- ⑧ 課題（ニーズ）に沿った目標になっているか。
- ⑨ 目標に沿った介護内容になっているか。
- ⑩ 利用者の選択によるサービス種別・事業所選定になっているか。
- ⑪ サービス担当者会議は適切か。
- ⑫ モニタリングは適切か。

(2) ケアマネジャーの専門性向上を目的として事例検討・事例研究をする場合

テーマを定め、『ケアプラン策定のための課題検討の手引きを活用します。』

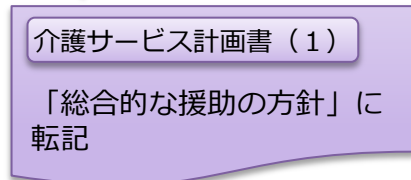
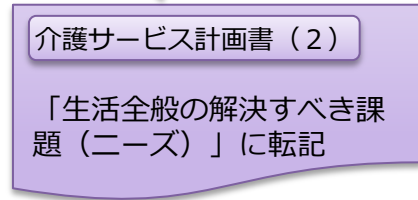
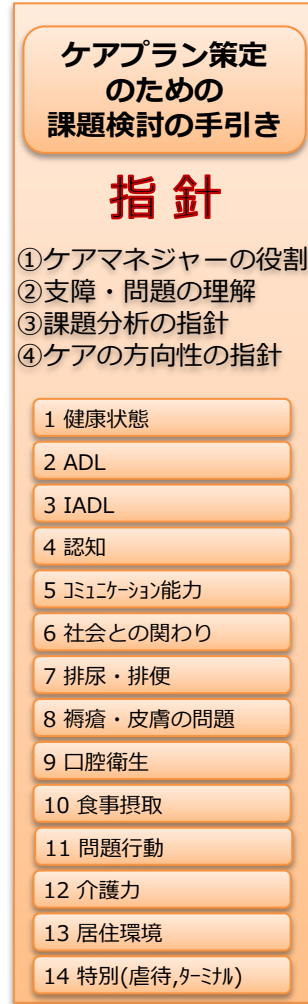
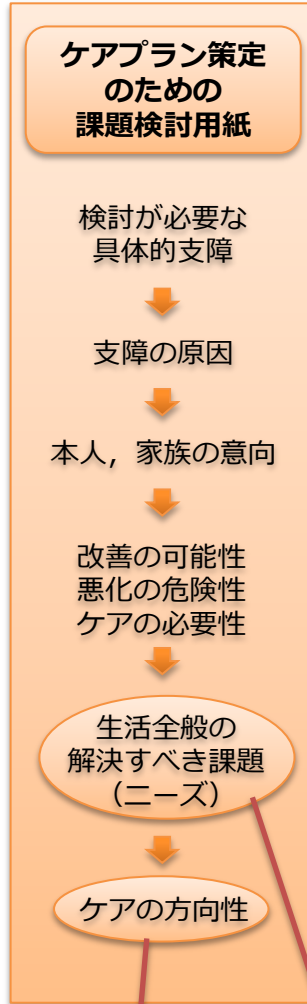
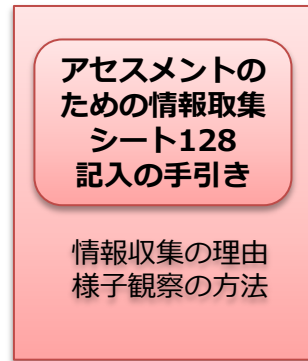
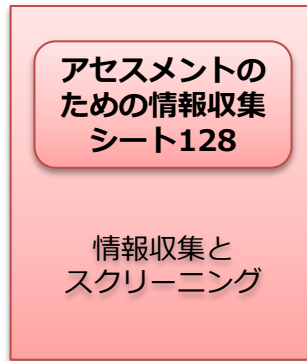
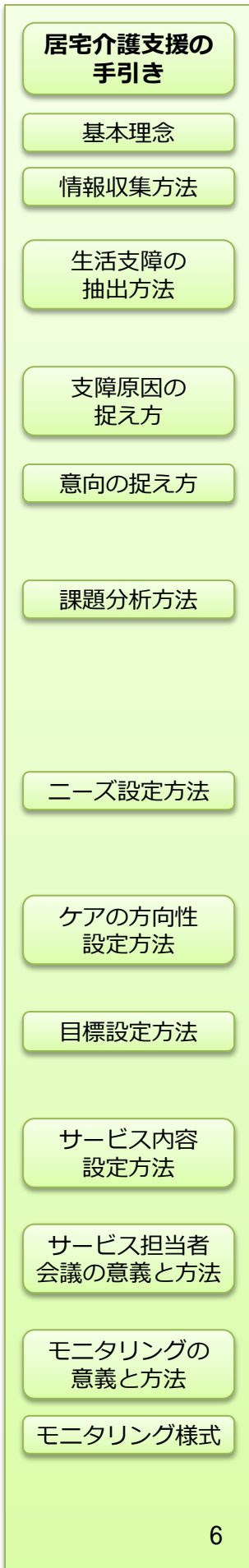
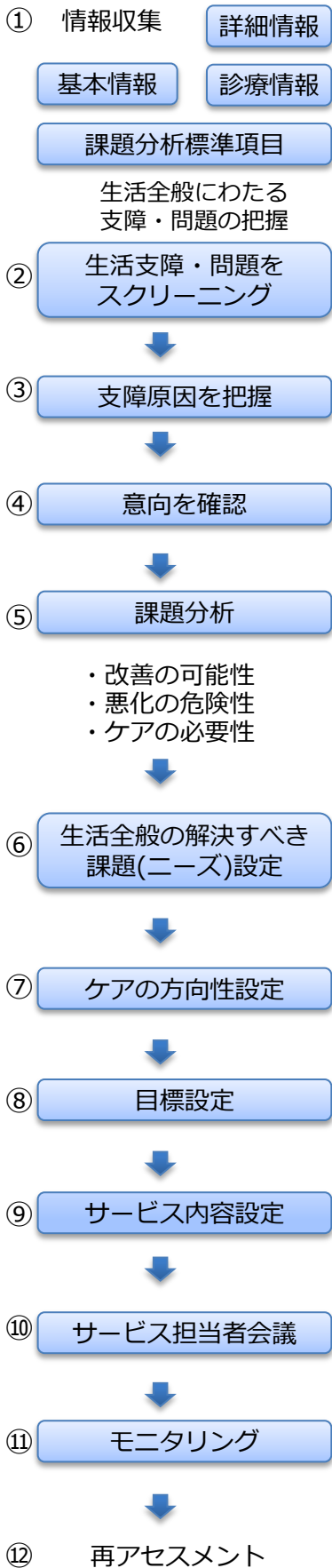
- ① ケアマネジャーの役割を理解して対応しているか。
- ② 高齢者にとって問題となりやすい生活支障を具体的に理解しているか。
- ③ 問題・支障把握の方法を理解して対応しているか。
- ④ 問題・支障の原因把握の方法を理解して対応しているか。
- ⑤ 課題検討をするための考え方を理解して対応しているか。
- ⑥ ケアの方向性を設定するための考え方を理解して対応しているか。

(3) 利用者本人以外の家族の問題や，ケアマネジャー側や介護サービス事業者の問題，心情的問題，関わりに関する問題，介護保険サービス利用で解決できない問題への対応について，解決やスキルアップを図る場合

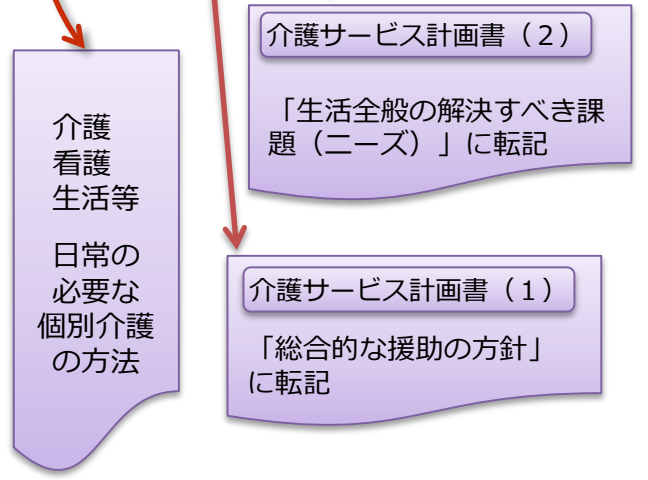
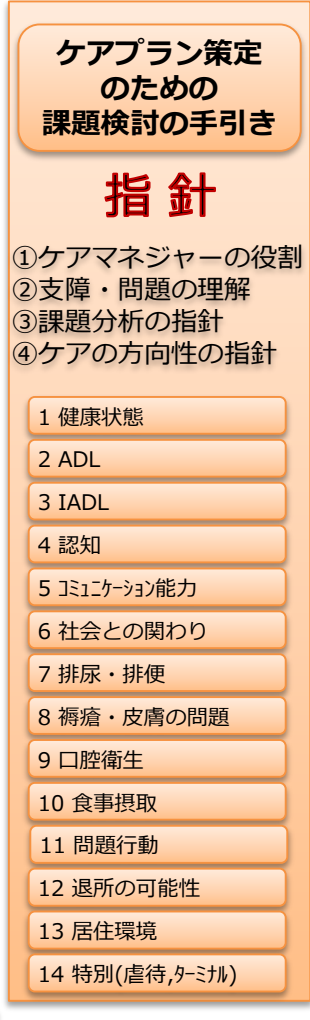
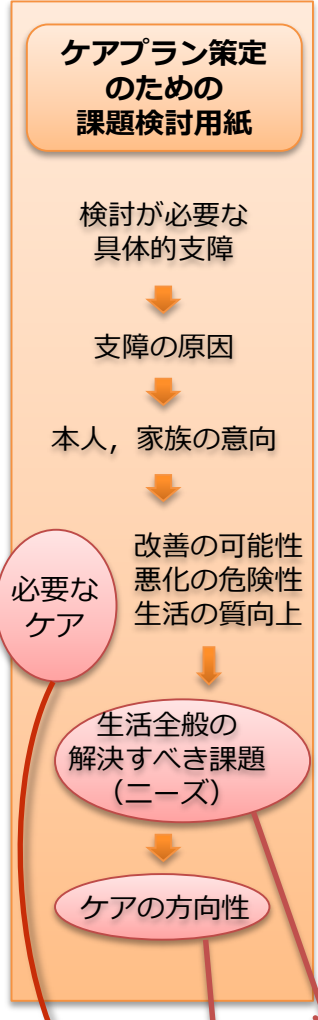
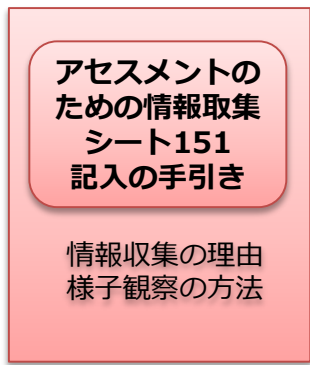
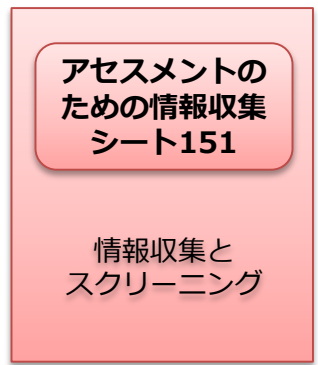
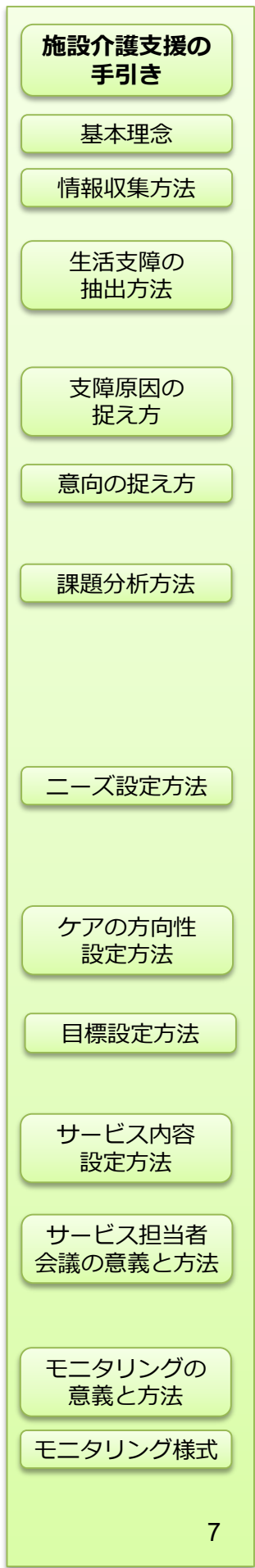
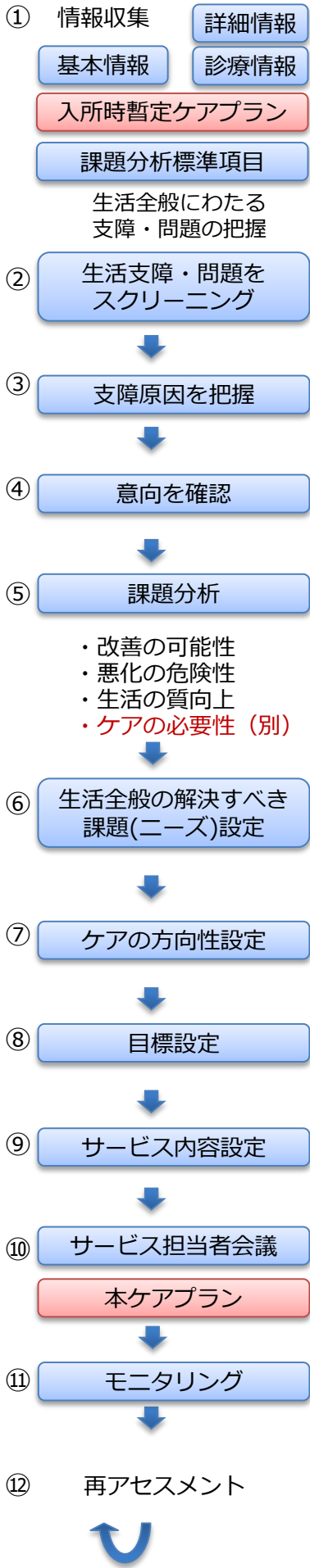
- ① 問題・困難の内容を具体的に整理します。
- ② 誰にとっての問題・困難なのか整理します。(利用者，家族，ケアマネ，事業者等)
- ③ 問題の原因を明らかにします。
- ④ 問題を抱えていることを受けとめます。

- ⑤ 問題や困難だけに囚われることなく、対象者の生活全般について、解決すべき課題を把握できるように支援します。
- ⑥ 介護保険制度の理念、居宅（施設）介護支援及び居宅（施設）サービス事業の運営基準、介護サービス事業の運営基準、介護報酬Q&Aなどを踏まえて検討できるように支援します。
- ⑦ ケアマネジャー、居宅介護支援事業所、介護保険施設、介護サービス事業者、地域包括支援センター、行政等の役割、立ち居地を整理して考えることができるように支援します。
- ⑧ ケアマネジャーとしての立ち位置を踏まえ、関わりや対応の方法など、ケアマネジャーとしての気づきと自己解決ができるように支援します。

ケアマネジメントの過程（考え方の指針と様式）



施設ケアマネジメントの過程 (考え方の指針と様式)



利用者・患者に対する介護・医療連携

医療機関（医師，看護師，社会福祉士，OT・PT等） ～医療保険（診療報酬）～

退院調整加算 1（急性期）：～14日340点，15日～30日150点，31日～50点（退院時1回）
退院調整加算 2（慢性期）：～30日800点，31日～90日600点，91日～120日400点，121日～200点（退院時1回）
 ・スクリーニング体制整備，入院7日以内に退院支援計画策定着手，連絡・退院調整，調整内容を文書で提供

退院時共同指導料：300点
 ・入院中の病院の医師又は看護師等と在宅担当医と共同指導（文書で提供，入院中1回）
※加算 在宅担当医と共同：300点
 在宅療養スタッフ3人以上と共同：2,000点
 （医師，看護師，歯科医師，歯科衛生士，薬剤師，訪問看護師，介護支援専門員）

介護支援連携指導料：300点
 ・介護保険サービスを受ける上での医学的留意事項，療養上の留意点を共同指導（入院中2回まで）
 ・医師・看護師・社会福祉士等が**介護支援専門員**と共同
 ・入院中の患者からの同意必要
 ・患者の同意を得て，介護支援専門員からケアプランの写しを得る

退院前訪問指導料：555点
 ・在宅生活指導（OT・PT）

（退院調整加算の施設基準）

退院調整部門

・専従看護師と専任社会福祉士 **or** 専従社会福祉士と専任看護師

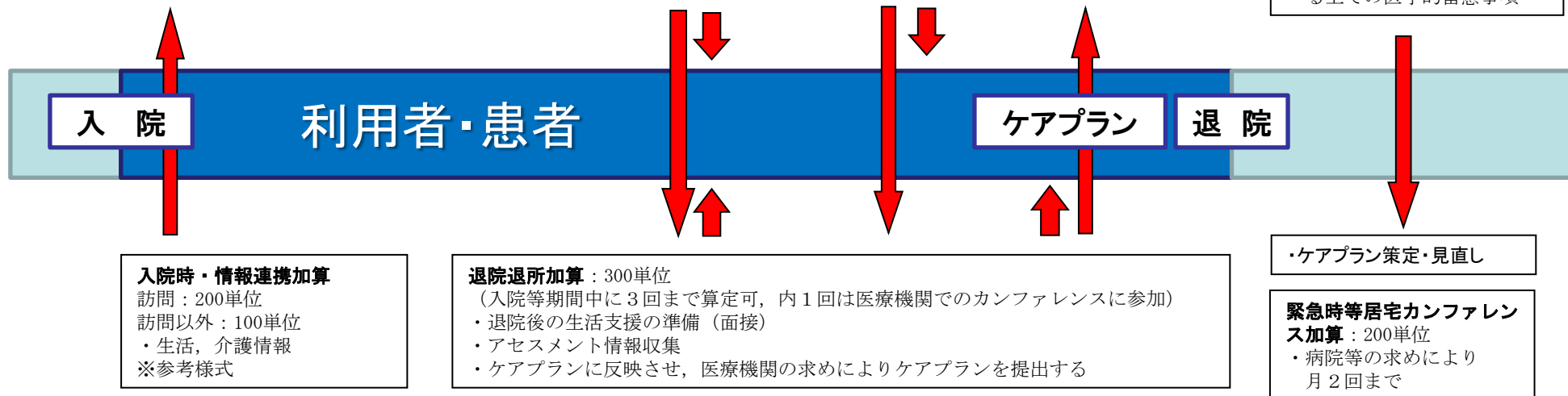
退院支援計画

・退院困難要因
 ・退院の問題，課題
 ・退院に向けた目標，支援概要

・入院時スクリーニング
 ・退院計画

診療情報提供料：250点

・診療情報
 ・介護保険サービスを受ける上での医学的留意事項



介護支援専門員 ～介護保険（介護報酬）～

ケアプラン策定のための「課題検討用紙」活用の効果

「課題検討用紙」と合わせて、手引き（情報収集、介護支援、課題検討）を活用することによって下記の効果が得られる。

（基本的活用）

- 1 介護支援専門員の役割と情報収集のポイントが理解できる。
- 2 要介護高齢者本人中心の心身能力評価が適切にできる。
- 3 要介護高齢者が抱えている生活上の問題点を明らかにできる。
- 4 生活上の問題に対する意向を捉えることができる。
- 5 必要な介護が明確にできる。
- 6 生活上の問題に関する改善の可能性を予測し残存能力の活用ができる。
- 7 生活上の問題に関する悪化の危険性を予測し予防ができる。
- 8 自立生活支援上の課題が明確にできる。
- 9 自立生活支援の方針を明確にできる。
- 10 課題分析の経過・結果が可視化できる。
- 11 アセスメントからサービス計画書に至る経緯とケアプランへの関連性を明確にできる。
- 12 アセスメント・ケアプランの書き方ではなく、考え方を習得できる。
- 13 サービス担当者会議等において、ケアプランの根拠が説明できる。
- 14 サービス事業所毎の個別サービス計画作成に活用できる。
- 15 モニタリング、継続的アセスメントの視点が明確になり、ケアの実施者と共有できる。

アセスメント ～運営基準から～

六 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

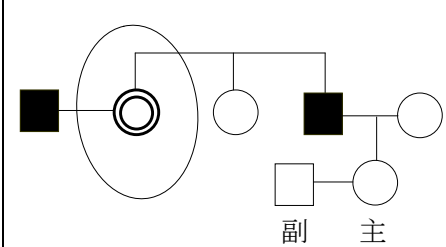
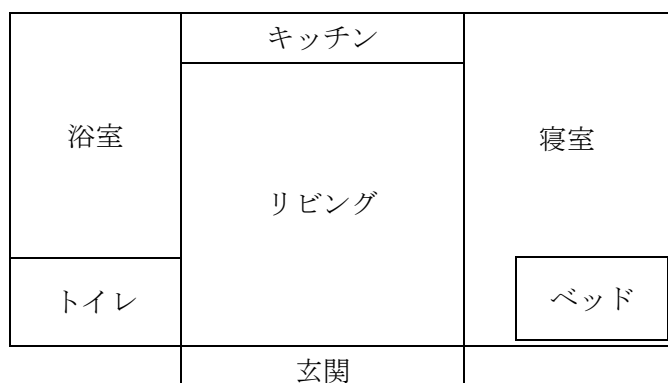
（応用的活用）

- 1 要介護高齢者の生活全般の問題を明確化し、他職種で情報の共有ができる。
- 2 介護支援専門員の立ち位置、役割を整理・理解できる。
- 3 要介護高齢者の一部の目立った問題だけに囚われることなく、生活全般を捉えて対応することができる。
- 4 生活問題に関する事例研究・検討に活用できる。
- 5 アセスメントシートの種別を問わず、共通の視点で課題分析ができる。
- 6 ケアプランに至る検討過程が可視化するため、ケアプラン点検に活用できる。
- 7 課題検討用紙に整理することにより、事例検討会やケア会議における、問題解決・専門性向上に活用できる。
- 8 各種研修において、使用しているアセスメントシートが違っていても、共通の課題検討用紙を使えば生活全般の問題点が共有でき、同じ視点で学ぶことができる。
- 9 第三者評価や実地指導時に、適正性・正当性を証明できる。
- 10 要介護高齢者の生活全般の危険性を整理することにより、リスクマネジメントができる。

2013. 04. 15. 小湊純一。

基本情報

平成24年 8月 1日

利用者名	角田 栄子 様	性別	女	生年月日	昭和 2年 6月 10日
住 所				電話番号	
主 訴	【相談内容】 ・思うように動けなくなって、家事も自分のことをするのも大変になったのでどうしたらいいか。(本人, 姪)				
	【本人・家族の意向】 本人・・・できるだけ自分でできることはやりたい。 家事が大変になったので手伝ってほしい。 親族・・・本人が望むようにしてあげたい。				
生活状況	【性格・職業等】 ・専業主婦だった。 ・性格は温厚 ・11年前に夫が死亡後は一人暮らし。(子はいない)			【家族の状況】 一人暮らし 	
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	B1		認知症高齢者の日常生活自立度	I
居住環境等					
サービスを決定する人	本人, 姪 野田豊子さん				

フェイスシート

平成24年 8月 1日

フリガナ	ツノダ エイコ				生年月日	昭和 2年 6月10日(85才)				
	氏 名 角田 栄子 様					性 別	男 ・ 女			
住 所	〒 -				電 話		()			
						F A X	()			
介護保険	保険者 No.				被保険者No.					
	介 護 度	要介護3			有 効 期 間	H24年8月1日～H25年7月31日				
主 治 医	医療機関名	□□□病院			電 話	()				
	医 師 名	〇〇〇 先生				F A X	()			
病 名	パーキンソン病				H15年 月発症		備考 H15年頃より左手足振戦ありパーキンソン病と診断を受け現在治療中。			
	腰椎圧迫骨折				H14年 月発症					
					年 月発症					
					年 月発症					
					年 月発症					
A D L	移 動	一部介助	手引きをしてもらって何とか歩けるが、一人で歩くことは大変。普段は這って移動している。							
	食 事	自 立	箸を使用しているが、手に力が入らず食べこぼしが多い。							
	排 泄	一部介助	トイレを使用しているが思うように動けず間に合わない事がある。パットを使用している。							
	入 浴	一部介助	身体を支えてもらって浴槽の出入りをしている。洗身は前の方は自分で洗い、他は介助を受けている。							
	更 衣	一部介助	自分で行っているが時間がかかる。十分に上げたり下ろしたりができない。							
	整 容	一部介助	タオルを絞ったり歯磨きの準備をしてもらうと、そこからは自分で行う。							
記 憶	しまい忘れや「お金がなくなった」と言うことが時々ある。									
行 動	問題なし。									
介護上の 医学的 留意事項	入 浴	(血圧) 180/100以上時入浴中止。				(その他)				
	・	(体温) 37.5℃以上時入浴中止。								
	清 拭	(感染症) なし。								
移 動	(カテーテル・酸素・ストーマ・じょく創 等)									
食 事	・運動は良いが転倒に注意し、脊椎の過度な屈曲位は控えるように。									
排 泄	・パーキンソン病の進行により移動能力が低下しているが、幻覚症状が見られるため薬の									
そ の 他	増量はできない。									
特記事項	◎一人暮らし。隣に姪夫婦が住んでいる。 10年前に転倒し圧迫骨折してから腰痛がある。パーキンソン病があり日常生活動作に時間がかかり、徐々に自力で動くことが大変になり家事全般と入浴や着替え等の支援が必要になった。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">主介護者 野田 豊子 様 続柄 姪</div>									
緊急連絡先	電 話	080-〇〇〇〇-〇〇〇〇			氏 名	野田 豊子 様		続 柄	姪	

居宅介護支援事業所 (担当: m)

TEL 〇〇-〇〇〇〇 / FAX △△-△△△△

<p>1 健康状態</p> <p>(1)観察・管理の必要な病気</p> <p>(2)症状</p> <p>①身体症状</p> <p>②精神症状</p> <p>(3)痛み</p> <p>(4)病状の変化</p> <p>(5)薬</p> <p>(6)医療機器</p> <p>(7)保健予防</p> <p>(8)健康生活</p> <p>(9)予定されたケア・治療の順守</p> <p>《意向》</p>	<p>H14年自宅で布団を干そうとした時に尻餅をついて転倒し、腰椎圧迫骨折をした。それから腰痛があり現在も通院中。日中はコルセットを使用している。H15年左手足振戦あり、パーキンソン病と診断受け治療を受けている。徐々に移動能力が低下しているが、幻覚症状がみられるため、これ以上薬を増やすことはできないと主治医より言われている。</p> <p>下痢・排尿障害・発熱・食欲不振・嘔吐・胸痛・便秘・めまい・浮腫・息切れはない。</p> <p>週2～3日は夜間に幻覚症状がみられ、「寝ていると知らない人が家に入って来る。」「3～4人来る時もある。」と話す。</p> <p>H14年に転倒して圧迫骨折をしてから腰痛がある。立ち座りの動作など、動くたびに痛いコルセットを使用して何とかつきまわりながら立ち座りの動作は行っている。毎日痛みを和らげる軟膏を塗っており、その時はいいような気がする。</p> <p>ここ3ヶ月で緊急受診や入院はしていない。</p> <p>決められた通りに服薬している。</p> <p>(別表)服薬状況。</p> <p>使用していない。</p> <p>親族の付き添いで定期的に受診している。</p> <p>喫煙、飲酒はない。</p> <p>徐々に歩行状態も低下しており、日常のことを行うのもやっとの状態になっているがここ数日での悪化や変動はない。本人も、徐々に低下してきていることは感じているが、急に状態が悪化していると思っていないわけではない。</p> <p>定期的に受診し、治療は守られている。</p> <p>(本人) 病気になってみんなに迷惑をかけるのが申し訳ない。治療を受けながら、少しでも自分でできることをやれる状態でいたい。</p> <p>(家族) 幻覚があったり、動くことが大変になったり、どうしていいかわからないこともあるので、主治医に相談しながら見ていきたい。(姪)</p>
2 ADL	

(1)寝返り	低床の家庭用ベッドに寝ているが、左右に向くことは何かにつかまらないと自分ではできず、ベッドの縁につかまって何とか行っている。
(2)起き上がり	左側を向いて足を下ろしながら手をついてゆっくり起き上がっている。調子のいい時とそうでない時では動きが大きく違い、スムーズに動ける時と、かなり時間がかかる時がある。
(3)乗り移り	何かにつかまらないと自分ではできない。低い所からの立ち上がりも何かにつかまらないとできず、調子が悪い時はなかなか立ち上がれず時間をかけてやっとなっていることもある。
(4)家の中の移動	つかまれば数秒なら自力で立っていることはできるが、長くは立ってられない。手引きの介助を受ければ10m位は歩けるが、自力では困難。調子が悪い時はなかなか足が前にでないこともある。自宅内はほとんど這って移動している。這って移動する時も、調子が悪い時はなかなか足が出ないこともあるので、移動にも時間がかかる。
(5)屋外の移動	通院などで外に出る時（玄関から車まで）は、手引きの介助を受けて歩いているが、買物や通院（院内の移動）など長い距離の時は車椅子を使用している。
(6)上半身の更衣	何とか自分で行っているが時間がかかる。上衣を十分に下げることができず、姪が来た時に直してもらっている。
(7)下半身の更衣	腰掛けながら何とか自分で行っているが時間がかかる。ズボンを上げることが思うようにできず、姪が来た時に直してもらっている。
(8)食事	箸を使用し自分で食べているが、手に力が入らず食べこぼしが多い。
(9)排泄	常時トイレを使用しているが、動作がゆっくりで間に合わず失禁することがある。常時パットを使用し、調子のいい時は自分で交換することもあるが、姪に手伝ってもらうこともある。特に朝は動くのが大変で手伝ってもらうことがほとんど。 ズボンを十分に上げられず姪が来た時に直してもらっている。 トイレまで移動してからの立ち上がりが大変で、つかまる所がないと自分ではできない。
(10)整容	整髪は自分で行っている。洗顔や歯磨きは、洗面所に立つことやタオルを絞ることが大変で毎朝姪が来てくれる。タオルや歯磨きの準備をしてもらい、自分で洗ったり磨いたりしている。
(11)入浴	浴槽の出入りは、身体を支えてもらって行っている。洗身は前の方は自分で洗い、足元や背部等は手伝ってもらっている。
(12)ADLの低下	徐々に歩行能力が低下し、3ヶ月前に比べると介助してもらって歩いている時も足の運びが悪くなっている。這って移動する時も

<p>(13)活動・健康増進</p> <p>(14)自立度改善の可能性</p> <p>(15)要介護状態の変化</p> <p>(16)転倒</p> <p>《意向》</p>	<p>なかなか足が前に出ないことがある。</p> <p>自宅内では、トイレに行く以外はほとんど茶の間で寝たり起きたりして過ごし、身体を動かすことが少ない。自力歩行が困難なため、一人で外出することもできない。</p> <p>病気が徐々に進行しており、自力歩行が困難になってきている。本人はできることは自分で行えるように頑張りたいと思っており、家族もできるだけそうしてほしいと思っている。主治医からは、動かないことで廃用障害が併発する危険性があるので、脊椎の過度な屈曲位は控えるようにすれば、運動はしても良いと言われている。</p> <p>徐々に手足に力が入りにくくなってきており、着替えや排泄に介助が必要になってきた。</p> <p>歩行状態も以前より低下しており、自力歩行は困難になり、手引きの介助が必要になった。</p> <p>パーキンソン病があり、手足に力が入らない状態で、最近歩行状態も低下しており自力歩行は困難となった。自宅内は一人の時は這って移動している。外出時は手引きの歩行又は車椅子を使用している。ここ3ヶ月で転倒はしていない。</p> <p>(本人) 自分でできることは頑張りたい。 お風呂に入れてほしい。できるなら自分の家のお風呂に入りたい。</p> <p>(家族) 朝夕の着替えや排泄については面倒をみたいと思っているが、日中は何度も来れないので、大変なところを手伝ってほしい。 お風呂に入れてほしい。(姪)</p>
<p>3 IADL</p> <p>(1)炊事</p> <p>(2)家事一般(掃除・洗濯・整理等)</p> <p>(3)金銭管理</p> <p>(4)薬の管理</p> <p>(5)電話使用</p> <p>(6)買い物</p>	<p>手足に力が入らず、自力で長く立っていることも難しい為、自分ではできない。</p> <p>手足に力が入らず、自力で長く立っていることも難しい為、自分ではできない。</p> <p>金銭感覚に問題はないが、通帳は姪に預け、小遣いを自分で管理している。</p> <p>能力的には問題ないが、手に力が入らず袋の取出しができないため介助を受けている。</p> <p>掛けたり受けたりはできる。</p> <p>自分で選んだり支払ったりできるが、自分で買物に行くことができない。普段は姪夫婦が行ってくれている。</p>

<p>(7)交通手段の利用</p> <p>《意向》</p>	<p>外出時は、姪夫婦が車で連れて行ってってくれるので、交通手段を利用することはない。</p> <p>(本人) 掃除も調理も洗濯もできなくなってしまったので手伝ってほしい。 自分で薬が飲めないので、手伝ってほしい。</p> <p>(家族) 掃除や調理、洗濯をお願いしたい。 朝は薬を飲ませてあげられるが、昼夕までやるのは大変なのでお願いしたい。(姪)</p>
<p>4 認知</p> <p>(1)記憶</p> <p>①短期記憶</p> <p>②手続き記憶</p> <p>③日常生活の判断</p> <p>④記憶・判断力の低下</p> <p>(2)せん妄</p> <p>《意向》</p>	<p>普段は問題ないが、月2～3回位財布のしまい忘れや「お金がなくなった(財布の中身)」と話す事がある。</p> <p>問題なし。</p> <p>問題なし。</p> <p>最近、忘れる頻度が多くなった。</p> <p>ない。</p> <p>(本人) 特になし。 (家族) 誰が盗ったと言う訳ではないので、ないと言う時は一緒に探すようにしているが、お金のことを言われると困ってしまう。(姪)</p>
<p>5 コミュニケーション能力</p> <p>(1)聴覚</p> <p>(2)相手に理解させること</p> <p>(3)相手を理解すること</p> <p>(4)コミュニケーション能力の低下</p> <p>(5)視覚</p> <p>《意向》</p>	<p>会話の声の大きさも普通で問題はない。</p> <p>問題なし。</p> <p>問題なし。</p> <p>ない。</p> <p>問題なし。</p> <p>(本人) -----</p>

	(家族) -----
6 社会との関わり	
(1)関わり	11年前に夫を亡くしてから一人暮らしだが、親戚との関係は良好で、姪に時々近くの妹の所へ茶飲みに連れて行ってもらうことを楽しみにしている。以前からお洒落で、デパートへ行ってショッピングするのが楽しみだったが、ここ半年位は歩行状態も低下してきて出かけていない。妹の所へは、通院の後に寄ったりしているのので、月1回は茶飲みに行っている。
(2)気分	普段は、朝夕姪が来てくれる時以外は一人で過ごすことがほとんどだが、夫が亡くなってから一人で過ごす時間がほとんどだったので特に寂しいとは思っていない。
《意向》	徐々に身体が思うように動けなくなっていることに不安を感じている。このままだと、姪に負担をかけてしまうのではないかと心配している。特に、ここ数ヶ月は介助してもらうことが多くなっているので更に心配している様子がみられる。
	(本人) 今まで一人で頑張ってきたが、ここ最近思うように動けなくなってしまった。これから先のことを考えると心配。今の楽しみは時々出かけて妹たちと話をすること。話をすると少しは気持ちが楽になるので、たまに誰かと話がしたい。
	(家族) できることはやってあげたいと思っている。妹は唯一の姉妹なので、時々連れて行ってあげようと思う。たまに出かけて楽しめたらいいと思う。(姪)
7 排尿・排便	
(1)尿失禁	尿意はあり常時トイレを使用しているが、動作がゆっくりで間に合わず失禁することが一日に2～3回ある。常時パットを使用し、自分で交換するが、調子の悪い時は姪に手伝ってもらっている。
(2)おむつ使用	尿とりパット使用。
(3)便失禁	2～3日に1回排便がある。便意はあり、トイレを使用している。
《意向》	(本人) 思うように動けないのでどうしても間に合わない時がある。せめて後始末は自分でやろうと思うが、それも上手く出来ない時がある。本当は自分でやりたいけど、どうしてもできない時は手伝ってほしい。

	(家族) 仕方がないと思う。自分ができる時は手伝うし、できない時はお願いしたい。(姪)
8 褥瘡・皮膚の問題 <<意向>>	問題なし。 (本人) ----- (家族) -----
9 口腔衛生 <<意向>>	入歯は毎日洗浄し、うがいも行っており問題ない。 (本人) ----- (家族) -----
10 食事摂取 <<意向>>	問題なし。 (本人) ----- (家族) -----
11 問題行動(行動障害) (1)行動障害 ①徘徊 ②乱暴な言葉・行動 ③混乱させる行動 ④ケアの拒否抵抗 ⑤行動障害の悪化 (2)向精神薬 <<意向>>	ない。 服用していない。 (本人) ----- (家族) -----
12 介護力 (1)介護者	主たる介護者は姪の豊子さんで、毎日朝夕、起床と就寝時の介護(着替え・排泄介助・整容・服薬の確認)をしている。日常の買

<p>(2)介護負担・ストレス</p> <p>《意向》</p>	<p>物や金銭管理，通院介助，精神的支援を行っている。</p> <p>副介護者は姪の夫の旭さんで，通院介助や買物を姪と一緒にしたり，精神的支援をしている。</p> <p>姪の豊子さんは，自分の家のことや趣味活動もあり，毎朝夕通うことは可能だが，これ以上介護を増やすことは姪も精神的にも身体的にも大変と話している。副介護者の旭さんは，仕事をしており，土日の休みの時くらいしか顔をだせずこれ以上介護量を増やすことは難しい。</p> <p>姪の豊子さんは，今の状態くらいなら，サービスを受けながらであれば面倒をみたいと思っているが，時々幻覚症状がみられたり，少しずつ身体の動きが大変になってきていることで，これ以上ひどくなったらどうしたらいいかと心配をしている。</p> <p>副介護者の旭さんは，毎日朝夕通う姪の身体のこと，精神的なことを心配している。これ以上，介護量が増えた時は施設への入所も考えている。</p> <p>(本人) 自分でできるうちはよかったけど，今のように動けなくなってくると周りに迷惑をかけてしまうので申し訳ない。少しでも迷惑にならないように自分でも頑張りたい。</p> <p>(家族) これからどのようにしていくのが全く想像できない。自分でもどこまでできるのかもわからない。とにかく，変化した時にその都度考えていくしかないと思っている。</p> <p>お風呂には入れられないので，入れてほしい。(姪)</p>
<p>13 居住環境</p> <p>《意向》</p>	<p>浴室には手すりがついている。</p> <p>トイレの便座の所につかまる所がなく，立ち上がりが大変。</p> <p>(本人) 便座の所にもつかまる所があるといい。</p> <p>(家族) 本人が動きやすいようにしてほしい。(姪)</p>
<p>14 特別な状況</p> <p>《意向》</p>	<p>特になし。</p> <p>(本人) ----</p> <p>(家族) ----</p>
<p>その他</p>	

<p>《意向》</p>	<p>一人暮らし。夫は11年前に亡くなり、その後は一人で生活していた。子供はいない。近くに妹がいるが、妹も足が悪くて自分で会いに来ることはできない。お互い月に1回会えるのを楽しみにしている。</p> <p>姪夫婦が隣に住んでいるので、毎朝夕顔を出して必要な支援をしてくれている。</p> <p>(本人) 妹には時々会いに行きたい。姪夫婦には本当に感謝している。</p> <p>(家族) できることはやってあげたいと思っている。妹は唯一の姉妹なので、時々連れて行って話ができればいいと思う。</p> <p>(姪)</p>
-------------	---

(別表) 服薬状況

薬剤名	量	効能
アルファロールカプセル 0.5ug	朝1カプセル	ビタミンDを補給して、カルシウムの吸収を高めて骨が脆くなる等を改善します。(ビタミン剤)
タケプロン OD15 mg	夕1錠	胃酸の出すぎを強く抑え、胃や十二指腸・食道炎の炎症を沈めます。(消化器官用薬)
リボトナール錠 0.5 mg	就寝前1錠	けいれん、意識がない等の症状を鎮めます。(中枢神経用薬)
ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用) 7.5 g	1日3回食前	神経が高ぶる・怒りやすい・イライラする・眠れない・臉のけいれん、手足の振るえ等の症状を改善します。(漢方薬)
マトパー 100 mg	1日3回食後各1.5錠	手の振るえ、筋肉の強張りや動作が遅くなるのを改善します。(パーキンソン治療剤)
ヘルマックス 250ug	朝昼就寝前食後各1錠	手の振るえ、筋肉の強張りや動作が遅くなるのを改善します。(抗パーキンソン剤)
ホルタルンゲル 1%		炎症や腫れ、筋肉や関節の痛みを軽くします。(外用薬)
アリセプトD 5 mg	朝1錠	脳内の神経を活性化して症状の進み方を抑えます。(中枢神経用薬)

2012.08.17.mk

利用者名： 様

居宅ケアプラン策定のための課題検討用紙

アセスメント基準日： 平成 年 月

日

項目	細目	チェック	検討が必要な具体的状況	原因	本人、家族の意向	自立に向けた可能性、維持の必要性、低下・悪化の危険性、ケアの必要性	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	ケアの方向性
1.健康状態	① 既往歴							
	② 主傷病							
	③ 症状							
	④ 痛み							
	⑤ その他							
2. ADL	① 寝返り							
	② 起き上がり							
	③ 移乗							
	④ 歩行							
	⑤ 着衣							
	⑥ 入浴							
	⑦ 排泄							
	⑧ その他							
3. IADL	① 調理							
	② 掃除							
	③ 買物							
	④ 金銭管理							
	⑤ 服薬状況							
	⑥ その他							
4. 認知	① 日常の意思決定を行うための認知能力の程度							
5. コミュニケーション能力	① 意思の伝達							
	② 視力							
	③ 聴力							
	④ その他							
6. 社会との関わり	① 社会的活動への参加意欲							
	② 社会との関わりの変化							
	③ 喪失感や孤独感							

※ 各方式のアセスメントシートから得た、検討が必要な細目は、「チェック」欄の○印を付け、何を検討するのか分かるようにしてください。

項目	細目	チェック	検討が必要な具体的状況	原因	本人、家族の意向	自立に向けた可能性、維持の必要性、低下・悪化の危険性、ケアの必要性	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	ケアの方向性
	④ その他							
7. 排尿・排便	① 失禁の状況							
	② 排尿排泄後の後始末							
	③ コントロール方法							
	④ 頻度							
	⑤ その他							
8. 褥瘡・皮膚の問題	① 褥瘡の程度							
	② 皮膚の清潔状況							
	③ その他							
9. 口腔衛生	① 歯の状態							
	② 口腔内の状態							
	③ 口腔衛生							
10. 食事摂取	① 栄養							
	② 食事回数							
	③ 水分量							
	④ その他							
11. 問題行動 (行動障害)	① 暴言暴行							
	② 徘徊							
	③ 介護の抵抗							
	④ 収集癖							
	⑤ 火の不始末							
	⑥ 不潔行為							
	⑦ 異食行動							
	⑧ その他							
12. 介護力	① 介護者の有無							
	② 介護者の介護意思							
	③ 介護負担							
	④ 主な介護者に関する情報							
	⑤ その他							
13. 居住環境	① 住宅改修の必要性							
	② 危険個所等							
14. 特別な状況	① 虐待							
	② ターミナルケア							

※ 各方式のアセスメントシートから得た、検討が必要な細目は、「チェック」欄の○印を付け、何を検討するのか分かるようにしてください。

③ その他						
-------	--	--	--	--	--	--

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 _____ 殿 生年月日 年 月 日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____

居宅サービス計画作成（変更）日 _____ 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 _____ 年 月 日

認定日 _____ 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	
家事援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他（ _____ ）

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

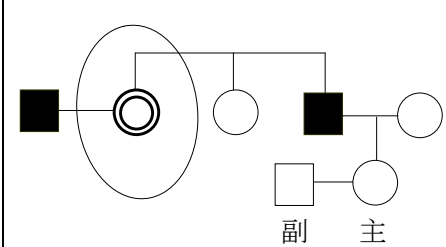
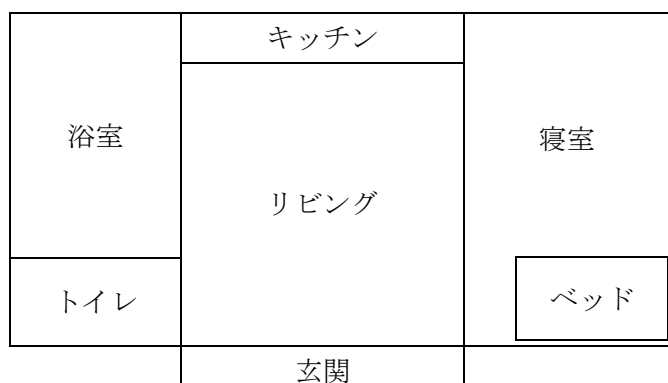
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目 標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間

※1 「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

基本情報

平成24年 8月 1日

利用者名	角田 栄子 様	性別	女	生年月日	昭和 2年 6月 10日
住 所				電話番号	
主 訴	【相談内容】 ・思うように動けなくなって、家事も自分のことをするのも大変になったのでどうしたらいいか。(本人, 姪)				
	【本人・家族の意向】 本人・・・できるだけ自分でできることはやりたい。 家事が大変になったので手伝ってほしい。 親族・・・本人が望むようにしてあげたい。				
生活状況	【性格・職業等】 ・専業主婦だった。 ・性格は温厚 ・11年前に夫が死亡後は一人暮らし。(子はいない)			【家族の状況】 一人暮らし 	
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	B1		認知症高齢者の日常生活自立度	I
居住環境等					
サービスを決定する人	本人, 姪 野田豊子さん				

フェイスシート

平成24年 8月 1日

フリガナ	ツノダ エイコ				生年月日	昭和 2年 6月10日(85才)			
	氏 名 角田 栄子 様					性 別	男 ・ 女		
住 所	〒 -				電 話		()		
						F A X	()		
介護保険	保険者 No.				被保険者No.				
	介護度	要介護3			有効期間	H24年8月1日～H25年7月31日			
主治医	医療機関名	□□□病院			電 話	()			
	医師名	○○○ 先生				F A X	()		
病 名	パーキンソン病				H15年 月発症		備考 H15年頃より左手足振戦ありパーキンソン病と診断を受け現在治療中。		
	腰椎圧迫骨折				H14年 月発症				
					年 月発症				
					年 月発症				
					年 月発症				
A D L	移 動	一部介助	手引きをしてもらって何とか歩けるが、一人で歩くことは大変。普段は這って移動している。						
	食 事	自 立	箸を使用しているが、手に力が入らず食べこぼしが多い。						
	排 泄	一部介助	トイレを使用しているが思うように動けず間に合わない事がある。パットを使用している。						
	入 浴	一部介助	身体を支えてもらって浴槽の出入りをしている。洗身は前の方は自分で洗い、他は介助を受けている。						
	更 衣	一部介助	自分で行っているが時間がかかる。十分に上げたり下ろしたりができない。						
	整 容	一部介助	タオルを絞ったり歯磨きの準備をもらうと、そこからは自分で行う。						
記 憶	しまい忘れや「お金がなくなった」と言うことが時々ある。								
行 動	問題なし。								
介護上の	入 浴	(血圧) 180/100以上時入浴中止。				(その他)			
	・	(体温) 37.5℃以上時入浴中止。							
	清 拭	(感染症) なし。							
医学的 留意事項	移 動	(カテーテル・酸素・ストーマ・じょく創 等)							
	食 事	・運動は良いが転倒に注意し、脊椎の過度な屈曲位は控えるように。							
	排 泄	・パーキンソン病の進行により移動能力が低下しているが、幻覚症状が見られるため薬の							
	そ の 他	増量はできない。							
特記事項	◎一人暮らし。隣に姪夫婦が住んでいる。 10年前に転倒し圧迫骨折してから腰痛がある。パーキンソン病があり日常生活動作に時間がかかり、徐々に自力で動くことが大変になり家事全般と入浴や着替え等の支援が必要になった。 <div style="text-align: right;">主介護者 野田 豊子 様 続柄 姪</div>								
緊急連絡先	電 話	080-0000-0000			氏 名	野田 豊子 様		続 柄	姪

居宅介護支援事業所 (担当: m)

TEL 00-0000 / FAX △△-△△△△

角田栄子さんの詳細情報（入所して2週間が経過）2012. 8. 14 現在

<p>1 健康状態</p>	<p>(1)観察・管理の必要な病気 H14年自宅で布団を干そうとした時に尻餅をついて転倒し、腰椎圧迫骨折をした。それから腰痛があり現在も診てもらっている。日中はコルセットを使用している。H15年左手足振戦あり、パーキンソン病と診断受け治療を受けている。徐々に移動能力が低下しているが、幻覚症状がみられるため、これ以上薬を増やすことはできないと主治医より言われている。</p> <p>(2)症状 ①身体症状 歩行が不安定で、自力歩行は困難になり、手引きで何とか歩いているが、調子によってなかなか足が出ないことがある。 ②精神症状 いつもではないが、夜間に幻覚症状がみられ、「寝ていると知らない人が家に入って来る。」「3～4人来る時もある。」と話す。</p> <p>(3)痛み H14年に転倒して圧迫骨折をしてから腰痛がある。立ち座りの動作など、動くたびに痛いコルセットを使用して何とかつかりながら立ち座りの動作は行っている。毎日痛みを和らげる軟膏を塗っており、その時はいいような気がする。</p> <p>(4)転倒 パーキンソン病があり、手足に力が入らない状態で、最近歩行状態も低下しており自力歩行は困難になった。入所後の様子を見てみると、自分一人で無理に歩こうとすることはなく、ここ3ヶ月で転倒や骨折はしていない。</p> <p>(5)状態の安定性 徐々に歩行状態も低下しており、日常のこを行うのもやつの状態になっているがここ数日での悪化や変動はない。本人も、徐々に低下してきていることは感じているが、急に状態が悪化していると思っていないわけではない。</p> <p>(6)特別な治療 特別な治療はしていない。専門職によるリハビリテーションは、現在行っておらず、入所後の様子を見て検討する予定。</p> <p>(7)病状の変化 ここ3ヶ月で緊急受診や入院はしていない。医師の診察は定期的に受けている。</p> <p>(8)薬 決められた通りに服薬している。（別表）服薬状況。</p> <p>《意向》 （本人）動けなくなって困った。これからも治療を受けながら、少しでも自分でできることをやれる状態でいたい。 （家族）幻覚があつたり動くことが大変になってどうしたらいいかわからなくなった。これからもよくみてほしい。（姪）</p>
<p>2 ADL</p>	

(1)寝返り	ベッドに寝ているが、左右に向くことは何かにつかまらないと自分ではできず、ベッドサイドレールにつかまって何とか行っている。
(2)起き上がり	左側を向いて足を下ろしながらサイドレールにつかまってゆっくり起き上がっている。調子のいい時とそうでない時では動きが大きく違い、スムーズに動ける時と、かなり時間がかかる時がある。
(3)乗り移り	何かにつかまらないと自分ではできない。低い所からの立ち上がりも何かにつかまらないとできず、調子が悪い時はなかなか立ち上がれず時間をかけてやっとなっていることもある。
(4)室内の歩行	つかまれば数秒なら自力で立っていることはできるが、長くは立ってられない。手引きの介助を受ければ10m位は歩けるが、自力では困難。調子が悪い時はなかなか足が前にでないこともある。歩く場合は、手引きの介助を受けて歩行している。
(5)廊下の歩行	10m位の場所なら手引きの介助を受けて歩いている。
(6)施設内の移動	10m位の所であれば、手引きの介助を受けて移動しているが、それ以上の場合は車椅子を自分で操作するか介助を受けて移動している。
(7)施設外の移動	自力歩行は困難で、介助を受けても長く歩くことはできないため、車椅子を使用している。手に力が入らず、長く動かすことは困難な為、距離が長い時は介助してもらっている。
(8)上半身の更衣	何とか自分で行っているが時間がかかる。上衣を十分に下げることができず直してもらっている。
(9)下半身の更衣	腰掛けながら何とか自分で行っているが時間がかかる。ズボンを上げることが思うようにでき中途半端になっているので直してもらっている。
(10)食事	箸を使用し自分で食べているが、手に力が入らず食べこぼしが多い。
(11)排泄	常時居室内のトイレを使用しているが、動作がゆっくりで間に合わず失禁することがある。常時パットを使用し、調子のいい時は自分で交換することもあるが、手伝ってもらうこともある。特に朝は動くのが大変で手伝ってもらうことがほとんど。ズボンを十分に上げられず直してもらっている。トイレまで移動してから、手すりにつかまって何とか自分で乗り移りしているが、調子の悪い時は手伝ってもらっている。
(12)整容	整髪は自分で行っている。洗顔や歯磨きは、洗面所に立つことやタオルを絞ることが大変で、タオルや歯磨きの準備をしてもらい自分で洗ったり磨いたりしている。
(13)入浴	浴槽の出入りは、リフト浴で介助を受けている。洗身は前の方は自分で洗い、足元や背部等は手伝ってもらっている。

<p>(14)バランス</p> <p>(15)可動域等</p> <p>(16)自立度改善の可能性</p> <p>(17)ADLの変化</p> <p>《意向》</p>	<p>つかまらずに立っている事はできない。つかまれば20秒位は立っていられる。座位保持は、前にかがむような姿勢でならばよく腰掛けていることはできる。</p> <p>可動域の制限はない。</p> <p>整容については、準備をしてもらえれば自分で行える。調子のいい時とそうでない時で動きが違うので、介助の必要な時と自分で何とか行える時がある。</p> <p>入所してからは、専門職以外の訓練も特に行っていない。</p> <p>病気が徐々に進行しており、自力歩行が困難になってきている。本人はできることは自分で行えるように頑張りたいと思っており、家族もできるだけそうしてほしいと思っている。主治医からは、動かないことで廃用障害が併発する危険性があるので、脊椎の過度な屈曲位を控えるようにすれば、運動はしても良いと言われている。動作はかなりゆっくりだが、できる限り自分で行いたいと思っている。ただ、朝の着替えや排泄時はどうしても思うように動けず介助してもらおうことがほとんど。</p> <p>徐々に歩行能力が低下し、3ヶ月前に比べると介助してもらって歩いている時も足の運びが悪くなっている。</p> <p>(本人) 自分でできることは頑張りたい。 (家族) 少しでも動いて、元気でいてほしい。(姪)</p>
<p>3 IADL</p> <p>(1)炊事</p> <p>(2)家事一般(掃除・洗濯・整理等)</p> <p>(3)金銭管理</p> <p>(4)薬の管理</p> <p>(5)電話使用</p> <p>(6)買い物</p> <p>(7)交通手段の利用</p> <p>《意向》</p>	<p>手足に力が入らず、自力で長く立っていることも難しい為、自分ではできない。</p> <p>手足に力が入らず、自力で長く立っていることも難しい為、自分ではできない。</p> <p>金銭感覚に問題はないが、通帳は姪に預け、小遣いを自分で管理している。</p> <p>能力的には問題ないが、手に力が入らず袋の取出しができないため介助を受けている。</p> <p>掛けたり受けたりはできる。</p> <p>自分で選んだり支払ったりできるが、自分で買物に行くことができない。</p> <p>外出時は、姪夫婦が車で連れて行ってくれるので、交通手段を利用することはない。</p> <p>(本人) 動けなくなったので、自分ではできない。お世話になるしかない・・・。</p>

	(家族) お世話になれるので安心している。(姪)
4 認知 (1)記憶 ①短期記憶 ②長期記憶 ③記憶の想起 ④日常の意思決定 ④記憶・判断力の低下 (2)せん妄 <<意向>>	普段は問題ないが、月2～3回位財布のしまい忘れや「お金がなくなった(財布の中身)」と話す事がある。 問題なし。 問題なし。 問題なし。 最近、忘れる頻度が多くなった。 ない。 (本人) 特になし。 (家族) 誰が盗ったと言う訳ではないので、ないと言う時は一緒に探すようにしているが、お金のことを言われると困ってしまう。(姪)
5 コミュニケーション能力 (1)聴覚 (2)コミュニケーションの方法 (3)相手に理解させること (4)言葉の明瞭性 (3)相手を理解すること (4)コミュニケーション能力の低下 (5)視覚 <<意向>>	会話の声の大きさも普通で問題はない。 話しをしてコミュニケーションを図っている。 問題なし。 問題なし。 問題なし。 ない。 問題ない。 (本人) ---- (家族) ----
6 社会との関わり	

<p>(1)活動</p> <p>(1)関わり</p> <p>(2)気分</p> <p>《意向》</p>	<p>日中は午前と午後に少しベッドに横になる。何もすることがないとベッドに横になっていることが多い。</p> <p>行事やクラブ活動へは、興味のあるものには参加している。特に書道や俳句教室が好きで、書くことは大変だが、職員に手伝ってもらいながら行っており、本人も楽しく参加している。書道や俳句クラブへはこれからも参加したいと思っている。</p> <p>11年前に夫を亡くしてから一人暮らしだったが、親戚との関係は良好。2週間前に入所してからは、行事やクラブ活動へ参加するなど興味のあるものには積極的に参加している。温厚な性格で、他の人とも関係も良好である。</p> <p>徐々に身体が思うように動けなくなっていることに不安を感じている。このままだと、姪に負担をかけてしまうのではないかと心配し、特にここ数ヶ月は介助してもらうことが多くなっている。更に心配している様子がみられていたが、入所してからは姪への負担に対する心配がなくなり少しほっとした様子。</p> <p>(本人) 今まで一人で頑張ってきたが、ここ最近は思うように動けなくなっていい、これから先のことを考えると心配だったが、今は施設で過ごせるようになって安心していている。少しでも楽しみながら過ごしたい。</p> <p>(家族) 早く友達を作って楽しく過ごしてほしい。(姪)</p>
<p>7 排尿・排便</p> <p>(1)尿失禁</p> <p>(2)おむつ使用</p> <p>(3)便失禁</p> <p>《意向》</p>	<p>尿意はあり、常時居室内のトイレを使用しているが、動作がゆっくりで間に合わず失禁することが一日に2～3回ある。常時パットを使用し、自分で交換するが、調子の悪い時は手伝ってもらっている。</p> <p>尿とりパット使用。</p> <p>2～3日に1回排便がある。便意はあり、トイレを使用している。</p> <p>(本人) 思うように動けないのでどうしても間に合わない時がある。せめて後始末は自分でやろうと思うが、それも上手く出来ない時がある。本当は自分でやりたいけど・・・。</p> <p>(家族) できないところは手伝ってほしい。(姪)</p>
<p>8 褥瘡・皮膚の問題</p>	<p>問題なし。</p>

≪意向≫	(本人) ----- (家族) -----
9 口腔衛生 ≪意向≫	入歯は毎日洗浄し，うがいも行っており問題ない。 噛むことや嚥下にも問題はない。 (本人) ----- (家族) -----
10 食事摂取 ≪意向≫	問題なし。 (本人) ----- (家族) -----
11 問題行動（行動障害） (1)行動障害 ①徘徊 ②乱暴な言葉・行動 ③混乱させる行動 ④ケアの拒否抵抗 ⑤行動障害の悪化 ≪意向≫	ない。 (本人) ----- (家族) -----
12 介護力 (1)退所の可能性	主たる介護者は姪の豊子さんで，毎日朝夕，起床と就寝時の介護（着替え・排泄介助・整容・服薬の確認）をしていた。日常の買物や金銭管理，通院介助，精神的支援を行っていた。副介護者は姪の夫の旭さんで，通院介助や買物を姪と一緒にいたり，精神的支援をしていた。 姪の豊子さんは，自分の家のことや趣味活動もあり，毎朝夕通うことは可能だが，これ以上介護を増やすことは姪も精神的にも身

<p>《意向》</p>	<p>体的にも大変と話している。副介護者の旭さんは、仕事をしており、土日の休みの時くらいしか顔をだせずこれ以上介護量を増やすことは難しい。本人は姪夫婦に負担をかけたくないと思っており、施設利用は長期での利用を望んでいる。</p> <p>(本人) 自分でできるうちはよかったけど、今のように動けなくなってくると周りに迷惑をかけてしまうので申し訳ない。ここでお世話になりたい。</p> <p>(家族) 時々会いに来たいと思っているので、これからも施設でお願いしたい。(姪)</p>
<p>13 居住環境</p> <p>《意向》</p>	<p>問題なし。</p> <p>(本人) -----</p> <p>(家族) -----</p>
<p>14 特別な状況</p> <p>《意向》</p>	<p>特になし。</p> <p>(本人) -----</p> <p>(家族) -----</p>
<p>その他</p>	<p>一人暮らし。夫は11年前に亡くなり、その後は一人で生活していた。子供はいない。近くに妹がいるが、妹も足が悪くて自分で会いに来ることはできない。入所してからは、姪夫婦が週に1回は会いに来てくれている。</p>

(別表) 服薬状況

薬剤名	量	効能
アルファロールカプセル 0.5ug	朝 1 カプセル	ビタミンDを補給して、カルシウムの吸収を高めて骨が脆くなる等を改善します。(ビタミン剤)
タケプロン OD15 mg	夕 1 錠	胃酸の出すぎを強く抑え、胃や十二指腸・食道炎の炎症を沈めます。(消化器官用薬)
リボトナル錠 0.5 mg	就寝前 1 錠	けいれん、意識がない等の症状を鎮めます。(中枢神経用薬)
ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用) 7.5 g	1 日 3 回食前	神経が高ぶる・怒りやすい・イライラする・眠れない・臉のけいれん、手足の振るえ等の症状を改善します。(漢方薬)
マトパー 100 mg	1 日 3 回食後各 1.5 錠	手の振るえ、筋肉の強張りや動作が遅くなるのを改善します。(パーキンソン治療剤)
ヘルマックス 250ug	朝昼就寝前食後各 1 錠	手の振るえ、筋肉の強張りや動作が遅くなるのを改善します。(抗パーキンソン剤)
ホルタルンゲル 1%		炎症や腫れ、筋肉や関節の痛みを軽くします。(外皮用薬)
アリセプトD 5 mg	朝 1 錠	脳内の神経を活性化して症状の進み方を抑えます。(中枢神経用薬)

2012.08.17.mk

利用者名： 様

施設ケアプラン策定のための課題検討用紙

アセスメント基準日： 平成 年 月

日

項目	細目	チェック	検討が必要な具体的状況	原因	本人、家族の意向	自立に向けた可能性、維持の必要性、低下・悪化の危険性、ケアの必要性	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	ケアの方向性
1.健康状態	① 既往歴							
	② 主傷病							
	③ 症状							
	④ 痛み							
	⑤ その他							
2. ADL	① 寝返り							
	② 起き上がり							
	③ 移乗							
	④ 歩行							
	⑤ 着衣							
	⑥ 入浴							
	⑦ 排泄							
	⑧ その他							
3. IADL	① 調理							
	② 掃除							
	③ 買物							
	④ 金銭管理							
	⑤ 服薬状況							
	⑥ その他							
4. 認知	① 日常の意思決定を行うための認知能力の程度							
5. コミュニケーション能力	① 意思の伝達							
	② 視力							
	③ 聴力							
	④ その他							
6. 社会との関わり	① 社会的活動への参加意欲							
	② 社会との関わりの変化							
	③ 喪失感や孤独感							

※ 各方式のアセスメントシートから得た、検討が必要な細目は、「チェック」欄の○印を付け、何を検討するのか分かるようにしてください。

項目	細目	チェック	検討が必要な具体的状況	原因	本人、家族の意向	自立に向けた可能性、維持の必要性、低下・悪化の危険性、ケアの必要性	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	ケアの方向性
	④ その他							
7. 排尿・排便	① 失禁の状況							
	② 排尿排泄後の後始末							
	③ コントロール方法							
	④ 頻度							
	⑤ その他							
8. 褥瘡・皮膚の問題	① 褥瘡の程度							
	② 皮膚の清潔状況							
	③ その他							
9. 口腔衛生	① 歯の状態							
	② 口腔内の状態							
	③ 口腔衛生							
10. 食事摂取	① 栄養							
	② 食事回数							
	③ 水分量							
	④ その他							
11. 問題行動 (行動障害)	① 暴言暴行							
	② 徘徊							
	③ 介護の抵抗							
	④ 収集癖							
	⑤ 火の不始末							
	⑥ 不潔行為							
	⑦ 異食行動							
	⑧ その他							
12. 介護力(退所の可能性)	① 介護者の有無							
	② 介護者の介護意思							
	③ 介護負担							
	④ 主な介護者に関する情報							
	⑤ その他							
13. 居住環境	① 住宅改修の必要性							
	② 危険個所等							
14. 特別な状況	① 虐待							
	② ターミナルケア							

※ 各方式のアセスメントシートから得た、検討が必要な細目は、「チェック」欄の○印を付け、何を検討するのか分かるようにしてください。

③ その他							
-------	--	--	--	--	--	--	--

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 _____ 殿 生年月日 年 月 日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____

居宅サービス計画作成（変更）日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 （その他： _____）
利用者及び家族の生活に対する意向	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	

必要な介護と留意事項

平成 年 月 日

氏名		様	意思疎通の方法
----	--	---	---------

	必要な介護	介護方法・留意事項	自立状況等
移動 移乗			
水分補給 食事 口腔ケア			
排泄 体位変換			
入浴			
更衣			
整容			
備考			

介 護 項 目

1 移動 ①車椅子介助 ②リクライニング車椅子介助 ③歩行器介助 ④杖歩行介助 ⑤歩行介助	6 排泄 ①トイレ介助 ②ポータブルトイレ介助 ③尿器介助 ④おむつ交換 ⑤尿カテーテルの後始末 ⑥ストマの後始末
2 移乗 ①移乗介助 ②リフト移乗介助	7 体位変換 ①体位変換介助
3 水分補給 ①水分補給介助	8 入浴 ①一般浴介助 ②リフト浴介助 ③特浴介助 ④清拭介助
4 食事 ①食事介助 ②麺類食事介助 *経管栄養 *胃ろう *中心静脈栄養	9 更衣 ①更衣介助
5 口腔ケア ①口腔清潔介助	10 整容 ①整髪介助 ②洗顔介助 ③洗髪介助 ④爪きり介助

病気と看護の留意事項

平成 年 月 日

ユニット名		氏名		担当者	
-------	--	----	--	-----	--

病名	
嘱託医の指示	
看護内容	
介護する上での留意事項	

服薬状況

薬剤名	量	効能

生活支援シート

平成 年 月 日

ユニット名		氏名		担当者	
-------	--	----	--	-----	--

生活する上での 希望, 要望, 心配事, 問題, その他	
生活する上での 支援の必要性	
対応の方針	
対応の具体的方法	

2008/12/04. 文責: 小湊 純一。