

# 通所介護・通所介護計画

～機能訓練及び日常生活の必要な援助～

宮城県ケアマネジャー協会／ふくし@JMI 小 湊 純 一。

## 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あります。『してもらう介護ではなく自立支援の介護である』ということ、保険者、事業者、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

## ADLの改善と支援 日常生活動作(Activities of Daily Living)

### (1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- ① 日常生活活動（ADL）が改善する可能性のある利用者，ADLの低下を遅らせることのできる可能性のある利用者を把握します。
- ② ADL障害の原因を理解したうえで，自立への意欲のある利用者や，障害になってからの期間が短い利用者などを把握し，目的のある運動等の機能訓練を検討します。
- ③ ADLの改善が難しい場合は，必ず行わなければならないケアを検討します。  
必ず行わなければならないケアは，改善のためのケアと同時に行う場合もあります。

～「可能性に対応するケア」と「必要性に対応するケア」に分類して整理します～

#### 可能性に対応するケア

- ① 改善する，もしくは元に戻る可能性があるところ。
- ② 今の状態を続けられるようにする必要があるところ。
- ③ 悪化を予防，低下するのを予防する必要があるところ。

#### 必要性に対応するケア

- ① ADL障害を踏まえた上で，必ず行わなければならないケア。（介護や対応）

### (2) ADL改善・維持などの可能性を予測するポイント

#### 改善・維持を予測するポイント

- ① ADL項目で介助を受けている。
- ② 相手の言うことをほぼ理解できる。
- ③ 最近3ヶ月以内にADLが低下してきている。
- ④ ADLに支障をきたすような症状がある。
- ⑤ 利用者本人，家族，ケアマネ等はADLが改善すると思っている。

#### 悪化・低下を予測するポイント

最近3ヶ月以内にADLが低下してきているかどうかの他，以下について確認しま

す。

- ① じょく創を予防  
寝返りできない、失禁による汚れがある、栄養が不足している、じょく創の既往がある、など。
- ② 失禁の悪化を予防  
失禁（機能性、腹圧性、切迫性、溢流性、真性、反射性）がある、など。
- ③ 筋力低下を予防  
ベッドの上で過ごす時間が長い、運動不足、家から外に出ない、家事をしない、など。
- ④ 拘縮を予防  
麻痺がある、関節可動域に制限がある、身体を動かすことが少ない、など。
- ⑤ 転倒を予防  
最近3ヶ月以内に転倒したことがある、歩行が不安定だが歩いている、認知に障害があり危険の理解が難しい、パーキンソン症候群である、せん妄がある、向精神薬を服用している、など。

### （3）ADL

ADLに障害があることは、生活に大きな影響があります。介助を受けることは、心苦しい思いをする、孤立する、自尊心を失う、などにつながる可能性があります。

ADLの障害が進むと、自宅での生活が続けられなくなる可能性が高くなるほか、じょく創や失禁、筋力低下、拘縮、転倒などの悪化の危険性も高まります。ADL低下の大まかな原因がどこにあるのかを把握する時には、表1を参考にします。

表1 ADL低下の原因

① 病気のため ア 急性期の病気 イ 持病の進行 ウ 痛みを伴う症状 エ 認知症 オ 精神疾患	④ 動かない（廃用）ため ⑤ 生活習慣のため ⑥ 悩み・不安等のため ⑦ 環境のため ⑧ 薬のため ア 薬が合わない イ 向精神薬のため
② 怪我のため	
③ 障害のため	

### （4）ADLの改善・維持・予防に向けての対応指針

#### 医療的な問題に対応して解決します

ADLが最近低下した利用者で、身体の状態の悪化、ADLに支障をきたす症状がある場合などに医療的な問題に対応して解決します。

- ① ADLが低下・悪化した時期と、病気や症状の関連性を把握します。  
 表2の病気や症状がないか確認します。もし該当すれば、それに対してどのような対応がされているのかを確認します。対応されていなければ主治医に照会して解決（治療）します。

表2 ADL障害の原因となる病気や症状

医療／身体的問題	心理社会的／環境的問題
慢性疾患の突然の進行，関節炎，脳血管障害，うっ血性心不全	事故
冠動脈疾患	問題行動
脱水	うつ
せん妄（急性の錯乱状態）	治療を守らない
進行した認知症	身体抑制
肺気腫，慢性閉塞性肺疾患（COPD）	精神科疾患
骨折	社会的孤立
感染症	薬物の副作用，とくに向精神薬や鎮痛薬入院
栄養障害	
痛み	
パーキンソン症候群	
薬物乱用	
甲状腺疾患	
不安定な状態または急性期	
視覚障害	

**機能訓練，運動などの計画が合っていたか，効果的だったか確認します**

- ① 本人が機能訓練に前向きでない，良くなると思っていない。
- ② 予定のとおり実施するのが苦痛。
- ③ 家族などからの支えや励ましが無い。努力や効果に対する褒め言葉，応援がない。
- ④ 逆効果を心配している。
- ⑤ 経済的余裕がない。

**機能の改善を検討して対応します**

ADLが最近の低下してきた利用者で，状態が安定している場合に，改善に向けての対応を検討します（ADLを特定します。）。

また，最近低下してきたADLを改善する具体的な方法や可能性についての情報をお知らせすることが重要です。利用者も家族も具体的に何をどのようにすれば回復できるのか，というはっきりとした情報が必要です。

- ① 機能訓練などによってADL改善につながるポイント

ア はっきりした機能訓練の目的，生活の目的を持っているかどうか。

イ 治るところ，元に戻るところを把握しているかどうか。

ADL障害の原因の，病気，怪我，廃用など，回復する可能性がどれだけあるかを把握します。

ウ 意欲があるかどうか。

利用者本人や周りの人の「意欲」が重要です。本人や周囲の人が「もっとよくなるはずだ！」と思っている場合，効果的な機能訓練につながる可能性があります。また，ある程度の認知障害があっても，意欲があれば機能の低下を遅くできる可能性があります。

#### ② 訓練を行う時に気をつけること。

ア 本人が，新しいことを始めるという意識が持って取り組めるように，ADL訓練は時間や場所などをきちんと決めて行います。

イ 訓練しているADLを，家族の助けを借りて少しずつ実践できるようにします。

ウ 継続して実施します。

エ 日常の動作や活動を広げることは，危険も伴うため，段階的にゆるやかに進めます。

オ 訓練の手順を急に変更すると，機能低下を招くことがあります。

#### ③ どのADLについて訓練するか

ア 本人や家族にとって意味のあるADLを訓練の対象にします。

本人か家族のどちらかが訓練に対して積極的であれば良いですが，両方とも積極的でなければ，効果が出るのは難しくなります。

イ 新しく出来るようになったことや，改善したところを伸ばすようにします。

理学療法や作業療法など専門家のリハビリテーションを受けている場合，それらのリハビリテーションによる成果があったADLに着目します。リハビリテーションの成果を家族に知らせるだけでも，家族は援助をするだけでなく，本人の自立を支えようとするようになってくれるはずです。

理学療法や作業療法を受けていない場合，最近低下した機能のうち，少しでも回復しているADLに着目します。

#### ④ 訓練方法の検討

ア 具体的な訓練をするために，着目するADLやIADLの状況を明らかにし，次に家族がどのように支援できるかを明らかにします。

ほとんどの高齢者は，ある程度ADLの能力を残しています。ADLの障害は，まず「更衣」「整容」に表われ，次が「移乗」と「歩行」であり，最後まで能力が保たれることが多いのは「食事」と「寝返り起き上がり」です。このことは，「食事」と「更衣」の両方に援助を必要とする利用者の場合，ADL訓練の対象は「食事」を先にしたほうが，回復しやすいこととなります。

イ 本人がいくらか自立しているADLを選び，家族や本人から情報を得ながら整理します（表3）。

どこに問題があるのか，ADLが障害されている原因（身体的な問題か，認知の問題か，環境的な問題か）についてお互いに理解することができます。

ウ 着目するADLやIADLの状況を明らかにします。

ADLを動作分割して具体的な動作を目標にすることによって、利用者も家族も目標の達成を短期間に実感することができます。(表4)

エ 家族がどのように支援するかを明らかにします。

家族が「1人でするのは大変だ」とか「時間がかかりすぎる」と思い、手をかけすぎているために、本人が自立できていないことがあります。この場合、自分でできるところは介助を受けないで、自分で最後まで行うことの重要性を利用者と家族に伝え、利用者が自分でそのADLを行う機会を増やすことが重要です。

オ 自分でどこまでできるか明らかにします。

表5の項目について確認し、本当に必要な援助方法を明らかにします。

表5の項目は、ADL能力を本人の身体機能と精神機能、介護者の援助能力も見て確認するものです。

カ 動作を一部分しか行うことができない利用者の場合、どのような方法、またはきっかけが、その動作を最後まで自分で行うために良い援助なのかを検討します。

(言葉による促し、身体的な誘導、動作分割、訓練に合間をおくなど)

キ このような訓練がうまくいくためには、家族が本人の自立を支えるという役割を理解して働きかけることが重要です。

この場合は、毎日一貫した援助を行う必要があります。

表3 ADLの確認

ADL援助を行っている理由	(精神) 順番を間違える, 動作を終えられない, 不安による制限など (身体) 体力低下, 可動域制限, 協調運動の低下, 視覚障害, 痛みなど (環境) 間取り, 居室の状況家族の支援状況(過介護か)など
更衣	
入浴	
トイレ	
移動	
移乗	
食事	

表4 ADL改善の目標

機能訓練の 具体的目標 を決める	1：現在のADLを維持するための目標 2：現在のADLを改善するための目標（現在できていないが、あと少し できそうなことを選ぶ。）				
更衣	入浴	トイレ	移動	移乗	食事
衣服のある ところに行き、 選び、手に とる	浴室・シャワ ー室に行く	トイレまで 行く（夜間の ポータブル や尿器も含 む）	室内を移動 する  <input type="checkbox"/>	姿勢を整え 準備する	開ける/注ぐ /ラップを とる/切るな ど
上半身/下半 身の衣服をつ かみ/一旦身 につける	水を出す、温 度を調整す る	チャックを おろしたり、 ズボンをさ げる	同一階を移 動する  <input type="checkbox"/>	椅子やベッ ドに近づく	箸や茶碗、コ ップを握る
スナップや ファスナー などをとめ る	体を洗う（背 中以外）	トイレに移 乗し、姿勢を 整える	自宅内を移 動する  <input type="checkbox"/>	椅子やベッ ドの準備を する（座布団 を置いたり、 カバーをは ずす）	箸やスプー ンを使う（必 要なら指を 使う）
正しい順に 着る	体を流す	トイレに排 泄する	屋外を移動 する  <input type="checkbox"/>	移乗（立つ/ 座る/持ち上 がる/ころが る）	噛む、飲む、 飲み込む
それぞれの 衣類をつか む、脱ぐ	タオルで体 を拭く	トイレット ペーパーを ちぎり、おし りを拭く	でこぼこ道 を移動する  <input type="checkbox"/>	移乗後の姿 勢を立て直 す	食事が終わ るまで繰り返 す
元どおりに 戻す	その他	トイレを流 す	その他  <input type="checkbox"/>	その他	おしぼり を使う、口や 手をきれいに する
その他		衣服を整え、 手を洗う	※車椅子は <input type="checkbox"/> をチェッ ク		その他

表5 ADL能力の確認

ADL能力を正しく評価するため、以下のことを確認します。
<p>1：動作を行うときに順番を間違えることはあるか。          食事の場合「食べ物を箸でつまみ、口元にもっていき、食べる」、更衣の場合「下着を上着の前に着る」など。          ※皿と箸を本人の前に置いたり、着るものを順番に並べるなどの準備をすることで、身体的な援助はなくても自分で行えるか</p>
<p>2：動作を行うときに途中で気が散ることがないか。</p>
<p>3：単純な指示でできるか。          介護者が「お茶を飲んでください。」というとき飲むだろうか。</p>
<p>4：動作を始めることができるか。          いつも使っているもの（箸や歯ブラシなど）を手渡されれば、適切に使い始めることができるだろうか（箸や歯ブラシを口の中にもっていくなど）。          ※始められない場合、OT・PTなどの専門家の評価を受ける必要があるか。</p>
<p>5：動作を1度始めれば、続けることができるか。          たとえば、1度食べ始めると食べ続ける。</p>
<p>6：介護者の身振りを真似ることができるか。          利用者と向き合い、眼を合わせて、単純でなれた動作（そでに腕を通す、口に触れるなど）をすると、真似ることができるだろうか。</p>
<p>7：身体的な援助を1度すると、動作を続けることができるか。          介護者がフォークに食べ物をさし、手に持たせ、腕を誘導して口元に持っていけば、食べ続けることができるか。</p>

② 補助具の使用を検討します。

利用者本人が自分で動作するのに非常に時間がかかったり、とても大変であれば補助具の使用を検討し対応します。

また、次のことも確認して対応します。

- ア 障害を補う補助具を持っているか。
- イ 障害に合っていない用具を使っていないか。
- ウ 持っているが使用しない、間違った使い方をしていないか。

**機能の維持を検討して対応します**

ADLがしばらく変わらない場合、全身運動などによる機能の維持を検討し、対応します。

① 家族の介護は、良かれと思ってしていても不適切なことがあります。

不必要な援助や誤った方法で援助をしていると、利用者が頼りすぎるようになる

ばかりか、介護者にとっても身体的精神的な「燃え尽き」を引き起こす危険性があります。

② 機能維持のポイントを把握します。

ア 本人が自分のことをもっと自分である気がするか

イ 利用者にとって自立することの意味は大きいか

ウ 家族や専門家があきらめていても本人は自立することに関心があったり、やる気はある

③ ②のような場合、特定のADLに焦点をあてるのではなく、全身運動が有効です。

ほとんどの高齢者にとって、これらの1つか2つは役に立ちます。

ア 持久力の不足がある場合、心拍数と呼吸数を増加させる運動（散歩、ダンス、庭仕事など）を加えます。

イ 可動域の制限がある場合、補助具を使ったり、家具を使いやすいように工夫する。

ストレッチ運動により、柔軟性が増し可動域を拡大できることがあります。

ウ 筋力低下がある場合、必要な栄養補給をしながら、筋力トレーニング（ダンベル体操など）を徐々に強くします。

エ バランスや姿勢保持能力が障害されている場合、見守りの上での運動を試みます。

オ 痛みによる機能制限がある場合、現在の方法を見直す必要があります。

### 悪化・低下の防止を検討して対応します

機能訓練をすることによって、じょく創や失禁、筋力低下、拘縮、転倒などの危険性を予防します。

自分で行う運動や機能訓練だけでなく、他者が動かす運動や介護により悪化を予防します。

① じょく創を予防します。

② 失禁の悪化を予防します。

③ 筋力低下を予防します。

④ 拘縮を予防します。

⑤ 転倒を予防します。

## 2-2 転倒防止

### (1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

① 最近転倒した利用者を特定します。

② 転倒の危険性のある利用者を特定します。

- ③ 転倒の危険性を予測します。
- ④ 転倒と、転倒による障害をできるだけ少なくします。

## (2) 転倒の危険性把握のポイント

- ① 最近3ヶ月以内に転倒したか、何回転倒したか。
- ② 錯乱・混乱、めまいなどの意識の変化が見られたか。
- ③ アルツハイマー型認知症で治療を受けているか。
- ④ パーキンソン症候群で治療を受けているか。
- ⑤ 歩行が不安定だが、歩いているか。

## (3) 転倒

高齢者の転倒は非常に多く、様々な原因によっておこり、骨折などの怪我や後遺障害によるADLの低下だけでなく、死因となることがあります。

また、転倒は、まだ気づいていなかった病気を知るきっかけにもなり、対応することで機能低下を予防することができる場合があります。

- ① 在宅高齢者の3割が転倒し、そのうち約半数が2回以上転倒します。  
加齢によって転倒の危険性は増え、その頻度や死因となる可能性も増えます。転倒は骨折につながり、最も深刻なものが大腿骨頸部骨折です。
- ② 転倒が「転倒を怖がる」ことになり、そのことが活動制限につながります。
- ③ 危険な環境や急性疾患の発病が直接のきっかけになります。
- ④ 転倒の原因
  - ア 病気や障害など
    - a 各種歩行障害（たとえばパーキンソン症候群、多発性脳梗塞、筋力低下）
    - b 起立性・食後性・薬剤誘発性の低血圧症（意識喪失も転倒の原因になる）
    - c 骨の痛みや変形、下肢の長さの左右非対称、骨折や関節炎などの整形外科の疾患による重心のずれ
    - d 視覚、内耳、平衡感覚の障害
    - e 判断力の低下による危険な行動をとってしまう、うつ、せん妄、認知症
  - イ 薬や環境など
    - a 低血圧症、錐体外路症状、注意力が低下する鎮静薬、神経弛緩薬、抗うつ薬、心血管系の薬剤
    - b 飲酒による酩酊状態、アルコールの摂りすぎによる末梢神経などの障害
    - c 不十分な照明、滑りやすい敷物、固定していないカーペット、階段、滑りやすい床、段差のある床

## (4) 転倒に関する情報を把握するポイント

- ① 情報を把握し、医師と連携をとります。  
症状がある場合には、まず診察を受けます。
- ア いつもの生活をしている時に転倒したのか。通常でない活動や動作の時に転倒したのか。
- イ 転倒した時、まわりの環境はいつもと同じであったか。通常と違う環境だったのか。
- ウ どの時間帯に転倒したのか。
- エ 転倒したときに何か症状はあったか。  
急にトイレに行きたくなったとか、めまいがあったなど。
- オ 本人は、どうすると転倒を防げると考えているか。
- カ 転倒は立っていた時か、立ちあがろうとした時か。
- キ 本人は転倒したことを、どう思っているか。

#### (5) 転倒防止に向けての対応指針

##### 転倒の原因・危険性を把握します

必要に応じ医師に相談します。

- ① 起立性低血圧があるかどうか診察を受けます。
- ② 突然、意識を失ったり、失いそうになったことはあるかを確認します。
- ③ 一部の筋肉の低下、筋肉の緊張、平衡感覚の低下をチェックします。  
実際に高齢者に歩いてもらったり、バランスを観察する。転倒した活動、転倒しやすい活動を行っている場面を観察します。
- ④ 胸痛や息切れのような症状があるか、悪化していないかを把握します。
- ⑤ まっすぐ歩けるかを把握します。  
歩き出し、歩く速さ、足のあげ方、歩幅、両足の歩調の対称性、腕の振り方の特徴を観察します。歩調を速くしたり遅くしたりしてみます。
- ⑥ 座位バランス、立ちあがり困難ではないかを観察します。
- ⑦ 片足で立てるか、直線を歩けるかを観察します。  
めまいやバランスを失うことがあるかどうかあれば、それが起こるときの状況を聞きます。

##### 転倒の原因となる障害について評価します

- ① 感覚器・・・視力障害やめまいがあるか、バランス障害があるか
- ② 認知・・・危険であることを理解しているか
- ③ 感情・・・落ち込みなど、気分の低下があるか
- ④ 補助具の必要性・・・杖や歩行器等、補助具の使用の必要性があるか
- ⑤ 急性疾患・・・転倒に影響のある病気の症状があるか
- ⑥ 薬・・・ふらつきなどの副作用があるか

- ⑦ アルコール・・・・・・・・アルコールによる影響があるか
- ⑧ 環境・・・・・・・・段差や障害物などの環境による支障があるか

#### ケアの方向性を決めます

- ① 原因改善  
転倒の原因になっている病気や障害，薬や環境をできるだけ改善します。
- ② 下肢筋力強化  
弱くなっている下肢の強化やバランス改善のためにリハビリテーションを行います。
- ③ 補助具の使用  
適切な補助具を使用するため，専門職と連絡・連携をして対応します。
- ④ 眼科受診  
眼科の診療を受けていない視覚障害者に眼科受診を勧めて対応します。

## 通所介護（運営基準一部抜粋）

（基本方針）

第九十二条 指定居宅サービスに該当する通所介護の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。

（従業者の員数）

- 一 生活相談員
- 二 看護師又は准看護師
- 三 介護職員
- 四 機能訓練指導員

（心身の状況等の把握）

第十三条 指定通所介護事業者は、指定通所介護の提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

（居宅介護支援事業者等との連携）

第十四条 指定通所介護事業者は、指定通所介護を提供するに当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

（居宅サービス計画に沿ったサービスの提供）

第十六条 指定通所介護事業者は、居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画に沿った指定通所介護を提供しなければならない。

（居宅サービス計画等の変更の援助）

第十七条 指定通所介護事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助を行わなければならない。

（指定通所介護の基本取扱方針）

第九十七条 指定通所介護は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。

- 2 指定通所介護事業者は、自らその提供する指定通所介護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

（指定通所介護の具体的取扱方針）

第九十八条 指定通所介護の方針は、次に掲げるところによるものとする。

- 一 指定通所介護の提供に当たっては、次条第一項に規定する通所介護計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行う。

- 二 通所介護従業者は、指定通所介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- 三 指定通所介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。
- 四 指定通所介護は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。特に、認知症である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。

(通所介護計画の作成)

- 第九十九条 指定通所介護事業所の管理者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成しなければならない。
- 2 通所介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。
  - 3 指定通所介護事業所の管理者は、通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。
  - 4 指定通所介護事業所の管理者は、通所介護計画を作成した際には、当該通所介護計画を利用者に交付しなければならない。
  - 5 通所介護従業者は、それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行う。

(定員の遵守)

第一百条 指定通所介護事業者は、利用定員を超えて指定通所介護の提供を行ってはならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りではない。

(事故発生時の対応)

第一百四条の二 指定通所介護事業者は、利用者に対する指定通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

2017.03.06. jk

## 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 28年 3月 15日

利用者名： 宮城 花子 様									
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	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・狭心症。時々胸痛がありニトログームを貼ると楽になる。</li> <li>・骨粗鬆症</li> <li>・第一腰椎圧迫骨折(H27,12,20 転倒)</li> <li>・老人性皮膚掻痒症で身体の痒みがあるが掻き傷はない。</li> <li>・時々胸の表面が刺されるような痛みがあるが、締め付けられるような感じはない。「ニトログームを貼ると楽になる」と言う。息切れはない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒のため</li> <li>・狭心症</li> </ul>	(本人) ・元気でいたい。  (家族) ・元気でいてほしい(息子さん)。	・主治医より、痛みなど身体症状の増強に注意するように指示がでている。  *身体の痒みについては「じよく創・皮膚の問題」で検討する。	・痛みなど身体症状の観察が必要です	・症状の変化に気をつけ、必要時に主治医に報告します。	
	② 主傷病	○							
	③ 症状	○							
	④ 痛み	○							
	⑤ その他	○							
2. ADL	① 寝返り	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ベッドの縁につかまって自力で乗り移りしているが、約3ヶ月前に乗り移りの際、うまく立ち上がれず転倒して骨折している。</li> <li>・両手を支えてもらえば2～3歩は歩くことができるが、腰と下肢に力が入らなくなりしゃがみ込んでしまう。退院後は、屋外にはでていない。</li> <li>・身体を抱えたり、支える介助が必要なため退院後は入浴していない。お嫁さんより身体を拭いてもらっている。</li> <li>・常時ポータブルトイレを使用し、自力で行っているが、ベッドの縁につかまってやっと行っている。</li> <li>・退院してからは、行動範囲はベッド周辺のみ。移動するのは排泄時位でほとんど身体を動かすことがない。</li> <li>・H27.12.20 にポータブルトイレに移る際に転倒して第一腰椎圧迫骨折して入院した。自力で乗り移りしているが、足腰に力が入らない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒による骨折の後遺症</li> <li>・退院後ほとんど身体を動かすことができなく、廃用性が考えられる</li> </ul>	(本人) ・少しでも歩けるようになりたい。 ・お風呂に入りたい。  (家族) ・歩く練習をしてほしい。 ・できることはやってほしい。 ・お風呂に入れてほしい。 ・車の乗り降りを手伝ってほしい(息子さん)。	・骨折後の身体の状態や病気に問題なく、一時は10m位歩けるまで回復していたこと、本人も家族も意欲があることから、歩行能力が改善する可能性がある  ・入浴、車の乗り移り、移動については、当面補う介助が必要である  ・ポータブルトイレの乗り移りの際に転倒防止の必要がある	・少しでも歩けるようになりたい  ・お風呂に入りたい。  ・車の乗り降りを手伝ってほしい  ・転倒防止が必要です  ・移動介助が必要です	・身体を動かす機会を持ち、歩行状態が回復できるように支援します  ・お風呂に入れるように支援します。  ・車の乗り降りができるように支援します。  ・転倒なく乗り移りができるように支援します。  ・介助や福祉用具の活用により移動できるように支援します。	
	② 起きあがり	×							
	③ 移乗	○							
	④ 歩行	○							
	⑤ 着衣	×							
	⑥ 入浴	○							
	⑦ 排泄	○							
	⑧ その他	○							
3. IADL	① 調理	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歩行が困難な状態であり、本人が行うことはできない。家族が全て行っている。</li> <li>・選んだり、支払ったりすることは問題ないが買い物に行くことができない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒による骨折の後遺症</li> </ul>	(本人) ・特になし。  (家族) ・特になし。	・家族がいて、家族によりできているためプランにしない			
	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	×	・支障なし						
5. コミュニケーション能力	① 意思の伝達	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支障なし</li> </ul>						
	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	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いつも自室で過ごしているもので、一人であることがほとんどである。</li> <li>・一人であることがほとんどで、寂しいと言っていて精神的に落ち込みがちである。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒による骨折の後遺症により一人で外出ができなくなった</li> </ul>	(本人) ・誰かと話がしたい。  (家族) ・楽しく過ごしてほしい(息子さん)。	・交流や会話をすることにより、気分が改善し楽しく過ごせる可能性がある	・誰かと話がしたい	・人と関わる機会を持てるように支援します	
	② 社会との関わりの変化	×							
	③ 喪失感や孤独感	○							
	④ その他	×							

※ 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
7. 排尿・排便	① 失禁の状況	×	・問題なし。					
	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	×	・身体の痒みを訴えるが, 特に掻き傷はない。	・老人性皮膚掻痒症	(本人) ・痒みがとれればよいと思う。  (家族) ・痒みがとれてほしい。(お嫁さん)。	・身体の痒みについては, 保清・保湿により様子を見るように言われている。	・痒みがとれてほしい。	・保清と保湿により, 痒みが軽減できるように支援します。
	② 皮膚の清潔状況	×						
	③ その他	○						
9. 口腔衛生	① 歯の状態	×	・問題なし					
	② 口腔内の状態	×						
	③ 口腔衛生	×						
10. 食事摂取	① 栄養	×	・問題なし。					
	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	×	・なし					
	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	×	・お嫁さんは, 家にいる時はできるだけ身の回りの世話はしてあげたいと思っているが体調に不安を感じている。 ・息子さんは, 本人が今くらいの状態であれば自宅で世話をしてあげたいと思っているが, 脳出血の後遺症があり身体を支えるような介護はできない。 ・お風呂に入れられない。 ・車の乗り降りの介助ができない。	・お嫁さんは仕事を持っているのと自分の体調に不安がある ・息子さんに軽い障害がある	(本人) ・あまり家族に迷惑をかけたくない。  (家族) ・お風呂に入れてほしい(息子さん, お嫁さん)。車の乗り降りを手伝ってほしい(息子さん)。	・家族による介護を増やすことができないため補う介助が必要である(*「ADL」の項目で検討する)		
	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	○	・自宅内は段差があり, 手すりもない。		(本人) ・特になし。  (家族) ・特になし。	・住宅改修は, 入浴の状況や歩行の改善の状態をみた上で検討していく。 ・当面は福祉用具で対応しADLに合わせて検討する。		
	② 危険個所等	×						
14. 特別な状況	① 虐待	×	・なし					
	② ターミナルケア	×						
	③ その他	×						

※ 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。

第1表

## 居宅サービス計画書（1）

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 宮城花子 殿 生年月日 昭和 5年 2月 20日 住所 宮城県宮城郡宮城町中央1-1

居宅サービス計画作成者氏名 仙台太郎

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 仙台居宅介護支援センター 宮城県宮城郡宮城町西2丁目2-2

居宅サービス計画作成（変更）日 平成28年3月20日 初回居宅サービス計画作成日 平成28年 3月20日

認定日 平成28年3月1日 認定の有効期間 28年 3月 1日 ~ 29年 2月28日

要介護状態区分	要支援 ・ 要介護1 ・ <b>要介護2</b> ・ 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	<p>(本人) ・少しでも歩けるようになりたい。 ・元気でいたい。 ・痒みがとれるといい。</p> <p>・お風呂に入りたい。 ・誰かと話がしたい。</p> <p>(家族) ・自分でできるところは自分でやってほしい。元気でいてほしい。(松男さん)</p> <p>・歩く練習をお願いしたい。 ・車の乗り降りの介助をしてほしい。(松男さん)</p> <p>・お風呂に入れてほしい。(松男さん、竹子さん) ・痒みがとれてほしい。(竹子さん)</p>
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし
総合的な援助の方針	<p>・症状の変化に気をつけ必要時に主治医に報告します。 ・身体を動かす機会を持ち歩行状態が回復できるように支援します。</p> <p>・お風呂に入れるように支援します。 ・車の乗り降りができるように支援します。 ・転倒なく乗り移りができるように支援します。 ・介助や福祉用具活用により移動できるように支援します。 ・人と関わる機会を持てるように支援します。</p> <p>・保清と保湿により痒みが軽減できるように支援します。</p> <p>【緊急連絡先】 自宅 000-0000 竹子さん勤務先 111-1111</p> <p>体の具合が悪くなった時 ○△医院 333-3333</p>
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）

平成 28年 3月20日

利用者名 宮城 花子 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
痛みなど身体症状の観察が必要です	症状の観察をしてもらえる。	3/20～ 29/ 2/28	症状の変化に対応してもらえる	3/20～ 6/30	・症状観察及び変化時の対応	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テイクア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/20～ 6/30
少しでも歩けるようになりたい	茶の間まで歩くことができる	3/20～ 29/ 2/28	介助で5m歩くことができる	3/20～ 6/30	・下肢の筋力をつけるためのリハビリテーション	○	通所リハ	若林テイクア	2/週	3/20～ 6/30
お風呂に入りたい	お風呂に入れる	3/20～ 29/ 2/28	お風呂に入れる	3/20～ 6/30	・入浴, 洗身介助	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テイクア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/20～ 6/30
車の乗り移りを手伝ってほしい	車の乗り降りができる	3/20～ 29/ 2/28	車の乗り降りができる	3/20～ 6/30	・車の乗り降りの介助	○	訪問介護(介護タクシー)	太白ホームヘルプ	1/月	3/20～ 6/30
転倒防止が必要です	転倒防止ができる	3/20～ 29/ 2/28	転倒なく乗り移りができる	3/20～ 6/30	・移動用バーのレンタル	○	福祉用具貸与	みやぎの杜		3/20～ 6/30
移動介助が必要です	移動できる	3/20～ 29/ 2/28	移動できる	3/20～ 6/30	・移動介助	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テイクア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/20～ 6/30
					・車いす, スロープレンタル(屋内外)	○	福祉用具貸与	みやぎの杜		3/20～ 6/30
誰かと話がしたい	楽しく過ごすことができる	3/20～ 29/ 2/28	いろんな人と話ができる	3/20～ 6/30	・交流支援	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テイクア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/20～ 6/30
痒みがとれてほしい	痒みが良くなる	3/20～ 29/ 2/28	痒みが少しでも和らぐ	3/20～ 6/30	・保清, 保湿	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テイクア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/20～ 6/30

※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。