

# ケアマネジメントセミナー

日時 平成26年12月27日(土)9:30～16:30

場所 宮城県歯科医師会館 5階講堂

## 『施設ケアマネジメント研修』

～他職種協働による施設ケアマネジメント実践～

特定非営利活動法人

### 宮城県ケアマネジャー協会

980-0014

宮城県仙台市青葉区本町3丁目7-4 宮城県社会福祉会館 4F

TEL 022-716-0716 FAX 022-716-0717 月～木 10:00～17:00

Eメール mcma@par.odn.ne.jp

ホームページ <http://www2.odn.ne.jp/~mcma/>

ケアマネサポートセンター 022-716-0718

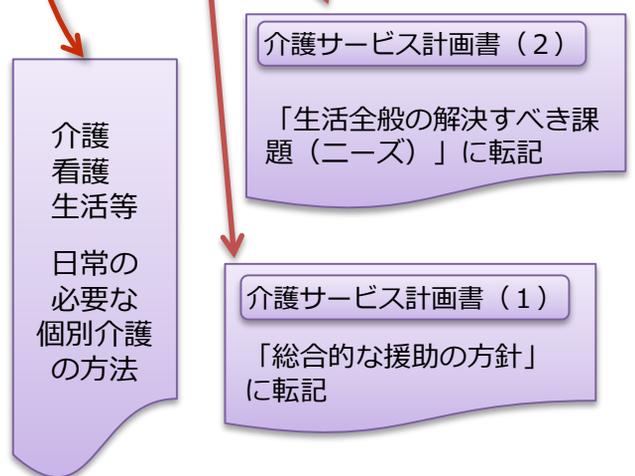
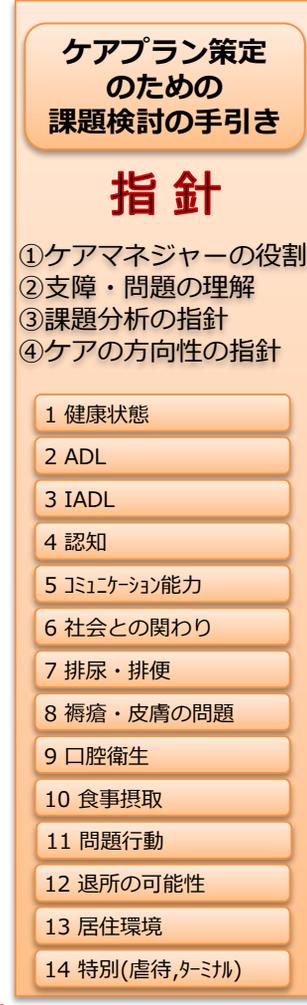
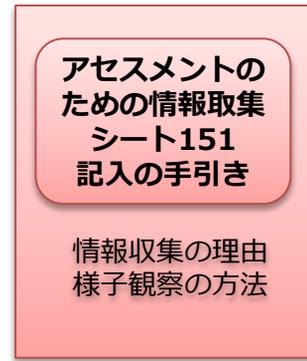
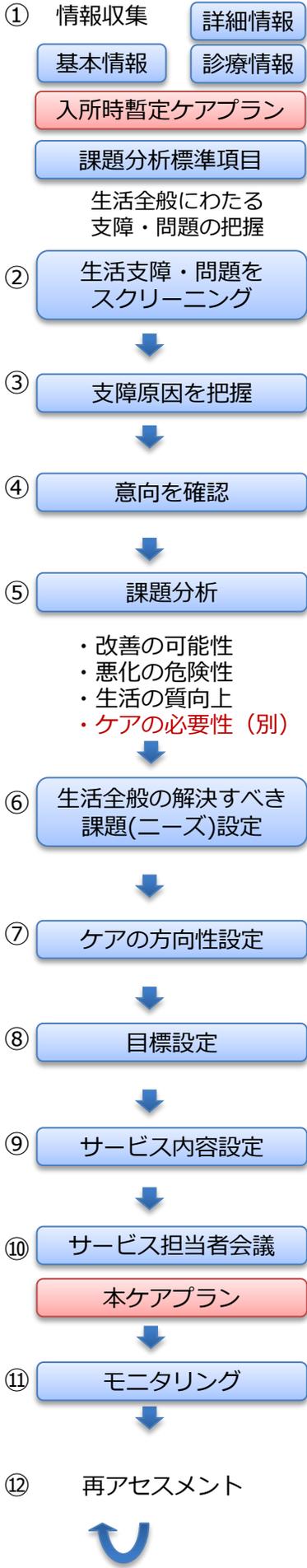
## 平成26年度 施設ケアマネジメント研修

- 1 ねらい  
他職種協働による施設ケアマネジメント実践のための基本的考え方と具体的実践方法を習得する。
- 2 対象 介護保険施設，認知症グループホームに携わる方  
(施設長，介護支援専門員，相談員，介護職員，看護職員等)
- 3 日時 平成26年12月27日(土) 9:30～16:30 (受付 9:00～)
- 4 場所 宮城県歯科医師会館 5階講堂 仙台市青葉区国分町1-5-1 ※地図参照
- 5 内容 施設ケアマネジメント(チームケア，施設ケアプラン作成等)  
講師：宮城県ケアマネジャー協会 施設研修担当者
- 6 定員 160名(先着順に受け付け。定員になり次第締め切り。)
- 7 費用 資料代 一人 1,000円 (宮城県ケアマネジャー協会会員は無料)  
※当日会場でお納め下さい。
- 8 申込方法 事前に，別紙申込書に記入の上FAXにて申し込みください。  
※ 受付が完了しましたら，FAXでお知らせいたします。
- 9 締め切り 平成26年12月17日(水)
- 10 その他 駐車場はありません。

## 目次

1	施設ケアマネジメントの過程	P 1
2	施設ケアマネジメント	P 2
3	施設介護支援の手引き	P 9
	① 施設の役割, 入所	p 11
	② アセスメントする	p 19
	③ ケアプランの原案を作る	p 24
	④ サービス担当者会議をする	p 26
	⑤ モニタリングする	p 29
	⑥ 再アセスメントする	p 30
	⑦ 振り返る (チェックする)	p 31
	⑧ 必要な介護と留意事項	p 32
	⑨ 病気と看護の留意事項	p 34
	⑩ 生活支援シート	p 36
4	アセスメントのための情報収集シート151記入の手引き	P 37
5	ケアプラン策定のための課題検討用紙	P 49
6	施設ケアプラン策定のための課題検討の手引き	P 51
	① 健康状態	p 52
	② ADL	p 56
	③ IADL	p 62
	④ 認知	p 63
	⑤ コミュニケーション能力	p 70
	⑥ 社会との関わり	p 73
	⑦ 排尿・排便	p 76
	⑧ 褥瘡・皮膚の問題	p 78
	⑨ 口腔衛生	p 80
	⑩ 食事摂取	p 81
	⑪ 問題行動	p 85
	⑫ 介護力 (退所の可能性)	p 90
	⑬ 居住環境	p 91
	⑭ 特別な状況 (身体拘束, ターミナルケア)	p 92
7	事例 (気仙沼D子さん)	P 101
	①フェイスシート	p 101
	②基本情報	p 102
	③詳細情報	p 103
	④アセスメントのための情報収集シート151	p 110
	⑤ケアプラン策定のための課題検討用紙	p 120
	⑥施設サービス計画書	p 122
	⑦必要な介護と留意事項	p 124

# 施設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

※ 施設ケアにおける、介護職員、看護職員、相談員、機能訓練担当職員、栄養士、介護支援専門員等、各職種役割が理解できていて、各職種の専門性が高いと、各職種が連携して個別ケアができる。

## I 高齢者ケアの基本理念

### 自己決定の尊重

利用者の選択可能な、個人を尊重した個別的サービスを事前に提案して知らせ、利用者自らの決定を尊重してサービスを提供します（継続や変更、中止等も含む）。

自己決定能力を評価し、必要に応じて後見人（家族等）によって決定する場合もあります。

### 残存能力の活用（能力の発揮）

利用者の残存能力に着目して個々のニーズの客観的な把握・分析を行い、自立を援助及び促進する目的でサービスを提供します。

利用者は、一度失われた能力を回復するためのリハビリテーションに努めるとともに、残存能力を維持・開発し、日常生活に活用することが求められます。

### サービス（生活）の継続性 ～継続性の尊重～

居宅サービスと施設サービスの継続性や、広く福祉保健・医療全般にわたる連携に基づく対応を積極的に進めます。

利用者の心身の機能に障害があってケアを受ける状況でも、その人の生活を維持・継続していけるよう、利用者の生活の継続性を尊重したサービスを提供します。

## II 施設ケアプラン策定の基本

### 1 ADL

- ① 自立度を最大限にするように、機能を回復すること。
- ② 身体的な援助の代りに、動作分割と言葉による誘導をすること。
- ③ より少ない援助でできるように能力を回復すること
- ④ 自分でできることを実践する場面を増やすこと。
- ⑤ 自立度の低下を防いだり、遅らせること。
- ⑥ 状態が悪化する可能性を把握し、防止すること。
- ⑦ ADLが改善する、維持できる、もしくは悪化を遅らすことのできる利用者を把握する。
- ⑧ また、その可能性が無い場合には補うケアを検討する。

## 2 IADL

- ① 出来なくなった機能を改善するケア、また、障害されたことを補うケアを把握し検討する。
- ② 出来なくなった原因を理解して、IADLが自立する可能性を探る。

## 3 健康状態

### (1) 痛みの管理

- ① 痛みが原因で機能が制限されている利用者を把握する。
- ② 痛みの直接的影響だけでなく、痛みへの恐れ、痛みによる対人関係の妨げ、鎮痛薬の副作用などといった間接的影響についても検討する。

### (2) 転倒

- ① 最近転倒した、あるいは転倒の危険性のある利用者を特定し、転倒の危険性と転倒による障害を最小限にする。

### (3) 健康

- ① 体力の向上と健康増進により、幸福感と自立性を高める。
- ② 健康増進のプログラム、疾病予防の方法を検討する。

### (4) 服薬管理

- ① 服用している薬剤を把握し、その薬剤が最大の効果を最小限の副作用であげられるようにする。

## 4 コミュニケーション

### (1) コミュニケーション

- ① コミュニケーションの障害・問題を明らかにし、専門的な検査や対処をおこなう。
- ② 利用者と家族・介護者間の効果的なコミュニケーションの方法について検討する。

### (2) 視覚・聴覚

- ① 最近視力・聴力が低下した利用者、長期にわたり回復不可能に視力・聴力を失った利用者、眼鏡・補聴器などを適切に使用していなかった利用者を把握し検討する。

## 5 認知

- ① 認知障害があるかどうか、急性か慢性か、慢性ならその障害を補うために何をすればいいか検討する。
- ② 利用者の負担やストレスとならない肯定的な経験を提供する。
- ③ 関わるスタッフそれぞれの適切な支援的役割が明らかにする。
- ④ スタッフや家族が、利用者の能力に対する現実的な期待感を持てるような基礎づくりをする。

## 6 行動障害 BPSD

- ① 自分や他者に対して問題となる行動障害のある利用者を把握して、それに対するケアを提示する。

- ② 行動障害が起こる潜在的な原因を把握し、その解決策を検討する。

## 7 社会との関わり

### (1) 社会的機能

- ① 利用者が満足のいく役割や対人関係、楽しめる活動を続けたり、新たに見つけ出すよう支援する。
- ② 社会的機能の低下を最小限に抑え、社会的活動の機会を最大限にするため、社会的活動（交流）を妨げる原因となる問題を見つけ、可能であれば改善し、出来ない場合は代償する方法を検討する。

### (2) うつと不安

- ① 不安やうつ状態にある利用者を把握し、治療やケアの可能性を検討する。

### (3) アクティビティ（日課活動）

- ① 生活する上で、日課活動は不可欠である。日課活動プランが利用者に適切でない、もしくは役立っていない場合に検討する。

## 8 排尿・排便

### (1) 尿失禁・留置カテーテル

- ① 回復可能な失禁の原因を分析し、可能な対処方法を検討する。

### (2) 排便の管理

- ① 腸の機能および消化器系の疾患の問題を評価し、関心を高める。

## 9 じょく創と皮膚の問題

### (1) じょく創

- ① 皮膚損傷の危険のある利用者を把握し、その予防と治療のためのケアを確実に提供する。

### (2) 皮膚と足

- ① 皮膚や足に問題があったり、問題が発生する危険性のある利用者を把握し、予防と治療のためのケアを検討する。

## 10 口腔衛生・食事摂取

### (1) 口腔ケア

- ① 痛みがあったり、食事摂取や発声の障害、栄養不良、自尊心や食事の楽しみを阻害する口腔問題を把握する。
- ② 歯や義歯を清潔で見た目よく保つことにより社会交流をより豊かにする。
- ③ 口腔内を健康に保つことにより口腔の不快感や感染症に危険性から守る。

### (2) 栄養

- ② 栄養不良や、栄養問題の悪化する危険性がある高齢者を把握する。

## 11 居住環境

- ① 利用者の健康状態、障害の状況から見ての危険な環境状態、自立生活を阻害する

環境状態を把握する。

## 1 2 特別な状況・その他

### (1) 身体抑制

- ① 転倒の危険，徘徊，興奮などの原因を，医療的，機能的 または心理的な側面から把握し，対処する。
- ② 抑制をしないケアの方法を工夫する。環境を安全に整える，個人に合った日課を維持する，服薬や栄養の方法をより自然な方法にする，利用者の心理的な支援の欲求に気づき対応する，状態に対応した医療を提供する，意義ある日課活動や定期的な運動を提供するなどを検討する。

### (2) 脱水

- ① 脱水が生じる危険性を最小限にする。
- ② 家族やケアスタッフに脱水の要因や脱水の危険性に結びつく要因に注意を促す。

### (3) 心肺

- ① 心肺の症状を老化現象としてとらえ，適切なケアを受けていない利用者を把握する。
- ② 心不全や結核など，医学的管理を必要とする心肺の問題への注意を促す。

### (4) 向精神薬

- ① 向精神薬を服用している利用者のなかで，処方内容の医学的な見直しが必要な人，あるいは向精神薬の作用をより厳密に様子観察する必要性がある人を把握する。
- ② 副作用による危険性を最小限にする。

### (5) 緩和ケア・ターミナルケア

- ① 施設で緩和ケア，ターミナルケアを受けたいと希望する利用者に対して，包括的なケアの必要性を評価・検討する。

## Ⅲ 施設アセスメント「具体的支障把握の視点」

### 1 健康状態

- ① 入所者の生活に影響のある，介護スタッフが観察・管理の必要な病気を把握しましたか？（治った病気，身体機能やプランに関係しない病気は除きます。）
- ② 病気への対応について，医師に相談し，対応の指示を受けましたか？
- ③ 生活に支障のある症状や痛みを把握しましたか？
- ④ 生活に影響のある体調の変動や悪化について把握しましたか？
- ⑤ 転倒の具体的状況，危険性を把握しましたか？

### 2 ADL

- ① 入所者本人のADL能力，バランス，関節可動域等を確認し，生活の支障を具体的に把握しましたか？
- ② 生活リハビリの実施状況を確認しましたか？
- ③ リハビリに関する，意欲や目標を把握しましたか？

### 3 IADL

- ① 入所者本人のIADL能力，生活の支障を具体的に把握しましたか？
- ② 自己動作に関する，意欲や目標を把握しましたか？

### 4 認知

- ① 記憶障害を具体的に把握しましたか？
- ② 見当識障害を具体的に把握しましたか？
- ③ 判断力低下について具体的に把握しましたか？
- ④ 実行機能障害を具体的に把握しましたか？
- ⑤ できるところを把握しましたか？

### 5 コミュニケーション能力

- ① 相手のことを理解できるか，自分のことを伝えることができるか，コミュニケーション能力を具体的に把握しましたか？
- ② 聴覚，視覚障害を把握しましたか？

### 6 社会との関わり

- ① 生活の質に関連する，ADL以外の活動について把握しましたか？
- ② 施設生活の適応性を把握しましたか？
- ③ 気分の落ち込み等，心理面での問題について把握しましたか？

### 7 排尿・排便

- ① 失禁の状態を把握しましたか？
- ② 排泄の状況を確認しましたか？

### 8 褥瘡・皮膚の問題

- ① 皮膚・じょく創等，皮膚，足の状態，皮膚の問題と程度を把握しましたか？

### 9 口腔衛生

- ① 食べる，話すこと等に支障のある，咀嚼や痛み，歯等，口腔の問題を明らかにしましたか？

### 10 食事摂取

- ① 栄養や水分の摂取状況，体重の増減を把握しましたか？

### 11 問題行動（行動障害）BPSD

- ① 本人の苦痛の原因となり，他の入所者やスタッフを悩ます行動を把握しましたか？
- ② 問題行動の規則性，原因，関係性，感じ方，介護の方法等を具体的に把握しまし

たか？

### 1 2 介護力（退所・在宅復帰の可能性）

- ① 入所者の心身の状況と自宅の状況，介護者の状況等からみた，退所・在宅復帰の可能性を把握しましたか？

### 1 3 居住環境

- ① 入所者本人の障害の状況から見た，居住環境の不具合，自立を阻害する原因を把握しましたか？

### 1 4 特別な状況

- ① 緩和ケア，ターミナルケア（看取り）の必要性，実現の可能性を把握しましたか？
- ② 身体拘束，高齢者虐待の兆候，危険性，緊急性を確認しましたか？

## IV 施設ケア「最低基準」

### 1 指定介護老人福祉施設の人員，設備及び運営に関する基準（抜粋）

#### （介護）

- 第十三条 介護は，入所者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう，入所者の心身の状況に応じて，適切な技術をもって行われなければならない。
- 2 指定介護老人福祉施設は，一週間に二回以上，適切な方法により，入所者を入浴させ，又は清しきししなければならない。
  - 3 指定介護老人福祉施設は，入所者に対し，その心身の状況に応じて，適切な方法により，排せつの自立について必要な援助を行わなければならない。
  - 4 指定介護老人福祉施設は，おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければならない。
  - 5 指定介護老人福祉施設は，褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに，その発生を予防するための体制を整備しなければならない。
  - 6 指定介護老人福祉施設は，入所者に対し，前各項に規定するもののほか，離床，着替え，整容等の介護を適切に行わなければならない。
  - 7 指定介護老人福祉施設は，常時一人以上の常勤の介護職員を介護に従事させなければならない。
  - 8 指定介護老人福祉施設は，入所者に対し，その負担により，当該指定介護老人福祉施設の従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。

#### （食事）

- 第十四条 指定介護老人福祉施設は，栄養並びに入所者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を，適切な時間に提供しなければならない。
- 2 指定介護老人福祉施設は，入所者が可能な限り離床して，食堂で食事を摂ることを支援しなければならない。

#### （相談及び援助）

- 第十五条 指定介護老人福祉施設は，常に入所者の心身の状況，その置かれている環境等の的確な把握に努め，入所者又はその家族に対し，その相談に適切に応じるとともに，

必要な助言その他の援助を行わなければならない。

**(社会生活上の便宜の提供等)**

第十六条 指定介護老人福祉施設は、教養娯楽設備等を備えるほか、適宜入所者のためのレクリエーション行事を行わなければならない。

2 指定介護老人福祉施設は、入所者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続について、その者又はその家族において行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行わなければならない。

3 指定介護老人福祉施設は、常に入所者の家族との連携を図るとともに、入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

4 指定介護老人福祉施設は、入所者の外出の機会を確保するよう努めなければならない。

**(機能訓練)**

第十七条 指定介護老人福祉施設は、入所者に対し、その心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行わなければならない。

**(健康管理)**

第十八条 指定介護老人福祉施設の医師又は看護職員は、常に入所者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を採らなければならない。

2014.12.27. 小湊 純一。

## アセスメント・ケアプラン

# ～施設介護支援の手引き～

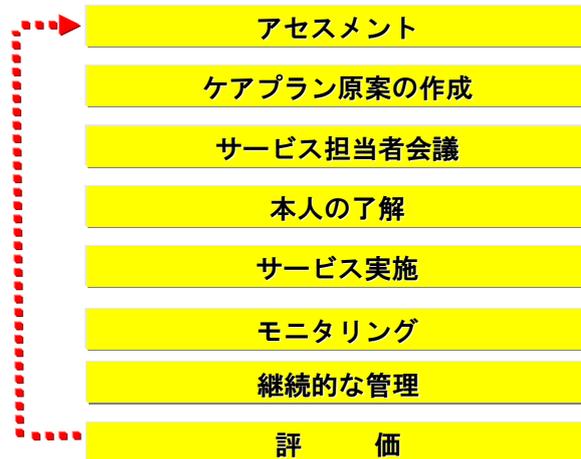
- I 施設の役割, 入所
- II アセスメントする
- III ケアプランの原案を作る
- IV サービス担当者会議をする
- V モニタリングする
- VI 再アセスメントする

振り返る（チェックする）

## アセスメント・ケアプラン（施設介護支援）

### ケアマネジメントの過程

2008/12/04



「アセスメント・ケアプラン（施設介護支援）」は、アセスメント・ケアプランが、利用者への介護の必要性和介護保険制度の趣旨に沿っているかを振り返るものであり、介護支援専門員による「自己評価」、客観的な「第三者評価」、サービスを使う側の「利用者評価」に活用できるように構成してあります。

また、「その人らしさを大切にする」とか「自立支援に資する」とか「気づきを促す」など、曖昧な言葉を使わず具体的な表現と明確な指針により、実効性のある内容にしてあります。

結果として、施設介護支援サービスの質の向上と、効果的・効率的介護保険サービスの実施、介護保険サービスの理解と利用者満足度の向上につながることを目指しています。

※「アセスメント・ケアプラン（施設介護支援）」は、「アセスメントのための情報収集シート151」及び、「ケアプラン策定のための課題検討用紙」と関連して確認する仕組みになっています。また、課題検討の考え方については、「施設ケアプラン策定のための課題検討の手引き」を参考にしてください。

※「アセスメント・ケアプラン（施設介護支援）」は、施設介護支援のすべてではなく、ケアマネジャーとしての専門性の基本と、施設介護支援の最低基準です。

## I 施設の役割, 入所

### 1 施設サービスの取扱方針

#### (1) 指定介護老人福祉施設

##### (指定介護福祉施設サービスの取扱方針)

第十一条 指定介護老人福祉施設は、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等に応じて、その者の処遇を妥当適切に行わなければならない。

2 指定介護福祉施設サービスは、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。

3 指定介護老人福祉施設の従業者は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、処遇上必要な事項について、理解しやすいように説明を行わなければならない。

4 指定介護老人福祉施設は、指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならない。

5 指定介護老人福祉施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

6 指定介護老人福祉施設は、自らその提供する指定介護福祉施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

##### (施設サービス計画の作成)

第十二条 指定介護老人福祉施設の管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

2 施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

3 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所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。

4 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

5 計画担当介護支援専門員は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、指定介護福祉施設サービスの目標及びそ

の達成時期、指定介護福祉施設サービスの内容、指定介護福祉施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。

6 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議(入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供に当たる他の担当者を召集して行う会議をいう。以下同じ。)の開催、担当者に対する照会等により、当該施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

7 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければならない。

8 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。

9 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握(入所者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。

10 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)に当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

一 定期的に入所者に面接すること。

二 定期的モニタリングの結果を記録すること。

11 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

一 入所者が要介護更新認定を受けた場合

二 入所者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

12 第二項から第八項までの規定は、第九項に規定する施設サービス計画の変更について準用する。

## (2) 介護老人保健施設

### (介護保健施設サービスの取扱方針)

第十三条 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づき、入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を踏まえて、その者の療養を妥当適切に行わなければならない。

2 介護保健施設サービスは、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。

3 介護老人保健施設の従業者は、介護保健施設サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行わなければならない。

4 介護老人保健施設は、介護保健施設サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならない。

5 介護老人保健施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その

際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

6 介護老人保健施設は、自らその提供する介護保健施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(施設サービス計画の作成)

第十四条 介護老人保健施設の管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

2 施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員(以下「計画担当介護支援専門員」という。)は、施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

3 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所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。

4 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

5 計画担当介護支援専門員は、入所者の希望、入所者についてのアセスメントの結果及び医師の治療の方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、介護保健施設サービスの目標及びその達成時期、介護保健施設サービスの内容、介護保健施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。

6 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議(入所者に対する介護保健施設サービスの提供に当たる他の担当者を召集して行う会議をいう。以下同じ。)の開催、担当者に対する照会等により、当該施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

7 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し、文書により入所者の同意を得なければならない。

8 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。

9 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握(入所者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。

10 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)に当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

一 定期的に入所者に面接すること。

二 定期的モニタリングの結果を記録すること。

11 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開

催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

一 入所者が要介護更新認定を受けた場合

二 入所者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

1 2 第二項から第八項までの規定は、第九項に規定する施設サービス計画の変更について準用する。

### (3) 介護療養型医療施設

(指定介護療養施設サービスの取扱方針)

第十四条 指定介護療養型医療施設は、施設サービス計画に基づき、入院患者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その者の心身の状況等を踏まえて、その者の療養を妥当適切に行わなければならない。

2 指定介護療養施設サービスは、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮して行われなければならない。

3 指定介護療養型医療施設の従業者は、指定介護療養施設サービスの提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入院患者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行わなければならない。

4 指定介護療養型医療施設は、指定介護療養施設サービスの提供に当たっては、当該入院患者又は他の入院患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入院患者の行動を制限する行為を行ってはならない。

5 指定介護療養型医療施設は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入院患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

6 指定介護療養型医療施設は、自らその提供する指定介護療養施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(施設サービス計画の作成)

第十五条 指定介護療養型医療施設の管理者は、介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

2 施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員(以下「計画担当介護支援専門員」という。)は、施設サービス計画の作成に当たっては、入院患者の日常生活全般を支援する観点から、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

3 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入院患者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入院患者が現に抱える問題点を明らかにし、入院患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。

4 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、入院患者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入院患者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

5 計画担当介護支援専門員は、入院患者の希望、入院患者についてのアセスメントの結

果及び医師の治療の方針に基づき、入院患者の家族の希望を勘案して、入院患者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、指定介護療養施設サービスの目標及びその達成時期、指定介護療養施設サービスの内容、指定介護療養施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。

6 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議(入院患者に対する指定介護療養施設サービスの提供に当たる他の担当者を召集して行う会議をいう。以下同じ。)の開催、担当者に対する照会等により、当該施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

7 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の原案の内容について入院患者又はその家族に対して説明し、文書により入院患者の同意を得なければならない。

8 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画を作成した際には、当該施設サービス計画を入院患者に交付しなければならない。

9 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握(入院患者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。

10 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)に当たっては、入院患者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

一 定期的に入院患者に面接すること。

二 定期的モニタリングの結果を記録すること。

11 計画担当介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、施設サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

一 入院患者が要介護更新認定を受けた場合

二 入院患者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

12 第二項から第八項までの規定は、第九項に規定する施設サービス計画の変更について準用する。

#### (4) 認知症対応型共同生活介護

(指定認知症対応型共同生活介護の取扱方針)

第九十七条 指定認知症対応型共同生活介護は、利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることができるよう、利用者の心身の状況を踏まえ、妥当適切に行われなければならない。

2 指定認知症対応型共同生活介護は、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行われなければならない。

3 指定認知症対応型共同生活介護は、認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。

4 共同生活住居における介護従業者は、指定認知症対応型共同生活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わなければならない。

5 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならない。

6 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、前項の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

7 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、自らその提供する指定認知症対応型共同生活介護の質の評価を行うとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない。

(認知症対応型共同生活介護計画の作成)

第九十八条 共同生活住居の管理者は、計画作成担当者に認知症対応型共同生活介護計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

2 認知症対応型共同生活介護計画の作成に当たっては、通所介護等の活用、地域における活動への参加の機会の提供等により、利用者の多様な活動の確保に努めなければならない。

3 計画作成担当者は、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、他の介護従業者と協議の上、援助の目標、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認知症対応型共同生活介護計画を作成しなければならない。

4 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活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。

5 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画を作成した際には、当該認知症対応型共同生活介護計画を利用者に交付しなければならない。

6 計画作成担当者は、認知症対応型共同生活介護計画の作成後においても、他の介護従業者及び利用者が認知症対応型共同生活介護計画に基づき利用する他の指定居宅サービス等を行う者との連絡を継続的に行うことにより、認知症対応型共同生活介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて認知症対応型共同生活介護計画の変更を行うものとする。

7 第二項から第五項までの規定は、前項に規定する認知症対応型共同生活介護計画の変更について準用する。

(介護等)

第九十九条 介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行われなければならない。

2 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、その利用者に対して、利用者の負担により、当該共同生活住居における介護従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。

3 利用者の食事その他の家事等は、原則として利用者と介護従業者が共同で行うよう努めるものとする。

(社会生活上の便宜の提供等)

第一百条 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者の趣味又は嗜好に応じた活動の支援に努めなければならない。

2 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続等について、その者又はその家族が行うことが困難である場合は、その者の同意を得て、代わって行わなければならない。

3 指定認知症対応型共同生活介護事業者は、常に利用者の家族との連携を図るとともに利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

## 2 介護保険サービスの仕組み・理念を説明します。

### (1) 基本理念

#### (高齢者ケアの基本理念) ~自立支援~

##### 1 自己決定の尊重

利用者の選択可能な、個人を尊重した個別的サービスを事前に提案して知らせ、利用者自らの決定を尊重してサービスを提供します(継続や変更, 中止等も含む)。自己決定能力を評価し、必要に応じて後見人(家族等)によって決定する場合があります。

##### 2 残存能力の活用(能力の発揮)

利用者の残存能力に着目して個々のニーズの客観的な把握・分析を行い、自立を援助及び促進する目的でサービスを提供します。利用者は、一度失われた能力を回復するためのリハビリテーションに努めるとともに、残存能力を維持・開発し、日常生活に活用することが求められます。

##### 3 生活(サービス)の継続性(継続性の尊重)

居宅サービスと施設サービスの継続性や、広く福祉保健・医療全般にわたる連携に基づく対応を積極的に進めます。利用者の心身の機能に障害があってもケアを受ける状況でも、その人の生活を維持・継続していけるよう、利用者の生活の継続性を尊重したサービスを提供します。

#### (高齢者ケアプラン策定の基本)

- 1 治るものは治す。(改善する可能性、維持の必要性、悪化の危険性)
- 2 治らなければ補う。
- 3 予防する。

## 3 基本情報を集めます。

(1) 氏名、年齢、連絡先、ADL、医学的留意事項等、最低限度必要な情報を得ます。

(2) 要介護認定情報を確認します(決定通知及び保険証)。

(3) 個人票（フェイスシート）を作成します。

※1 新規入所の場合は暫定ケアプラン（必要な介護）を作ってサービスを開始します。

※2 入所後、概ね1週間様子観察をして情報を集めてアセスメントし、概ね二週間後に本プラン（ケアプランの原案）を作成します。

## Ⅱ アセスメントする

(介護保険で言うアセスメント)

- 3 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所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。
- 4 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

### 1 アセスメントをするための情報を集めます。

- (1) 国の定めた標準項目が最低限の情報項目です。要介護認定の調査項目ではありません。
- (2) 身体状況や環境については、直接本人と面接して情報を得ます。
- (3) 医療情報については、主治医意見書及び診断書・診療情報提供によって得ます。

※1 アセスメントのための情報収集シート 151 (宮城版：施設) 参照。

### 2 集めた情報の中から、詳しく見る必要のある項目を選び出します。(スクリーニング)

- (1) 利用者本人の生活上の支障があることを選び出します。
  - ① 病気・症状のこと
  - ② ADLの支障のこと
  - ③ IADLの支障のこと
  - ④ 認知の障害こと
  - ⑤ コミュニケーションの支障のこと
  - ⑥ 社会との関わり低下のこと
  - ⑦ 気分の落ち込みのこと
  - ⑧ 失禁のこと
  - ⑨ 低栄養状態のこと
  - ⑩ 居住環境の不具合のこと
  - ⑪ その他の特別な状況のこと
- (2) 支障がないことも明らかにします。(確認したことを証拠だてる。)

※1 情報収集シートで、支障ありは○、支障なしは×で分けます。

※2 その支障はあくまでも本人の支障であり、スタッフの支障ではありません。

### 3 選び出した項目の生活上の支障を具体的に把握します。

(1) どのように支障があるのか、その状況を具体的に把握し、関連情報を集めます。

(転んだ→いつ→どのような場面で→何をしていた時・・・など)

(2) 動作を細かく分割するなど、どこまで出来て、どこから支障があるのかを明らかにします。

※1 情報収集シートで、○を付けた場合にコメントを記入します。

※2 ケアプラン策定のための課題検討用紙（宮城版）の「検討の必要な具体的状況」に整理します。

### 4 生活上の支障の原因を明らかにします。

(1) 病気のため

- ① 急性期の病気
- ② 持病の進行
- ③ 痛みを伴う症状
- ④ 認知症
- ⑤ 精神疾患

(2) 怪我のため

(3) 障害のため

(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

- ① 薬が合わない
- ② 向精神薬のため

※1 医療面については、主治医・嘱託医の先生に確認します。

※2 課題検討用紙の「原因」に整理します。

## 5 そのことについての意向を確認します。

(1) 実現可能なことを聞く

(2) 介護保険の理念に沿った意向を聞く

「また自分で歩けるようになりたい。」「自分で着替えができるようになりたい。」

「トイレは自分でしたい。」

★ 後ろ向きな希望は、とりあえず聞くだけにする。(プランに載せない)

「何もしないで寝ていたい。」「全てお任せします。」「何も希望がありません。」

(3) 言い換えて整理してみる

「歩けるようになればいいん ⇒ 「ということは、できればまた歩けるようにな  
だけどね。」 りたい!っていうことですね。」

(4) 意向が聞き取りにくい場合は、予測して提案してみることも重要です。

※ 課題検討用紙の「利用者(家族)の意向」に整理して記入します。

## 6 ケアプランにする必要性を把握します。(スクリーニング)

(1) 改善するのか、維持するのか、予防するのか、可能性を検討します。

① 良くなるのか、元に戻る可能性があるのか

② 今の状態を続けられるようにする必要があるのか

③ 悪化を予防、低下するのを予防する必要があるのか

(2) 必要な介護、必要な医療対応を把握する。

① 改善の可能性がなく、生活する上で必ずしなければならない介護は何かを把握する。

② 改善の可能性がある場合でも、生活する上で必ずしなければならない介護は何かを把握する。

※ 必要な介護については『必要な介護と留意事項』として整理し、  
ケアプランに基づく介護と区別する。

③ 主治医・嘱託医からの指示のある医療的管理について把握する。(病気の管理・  
観察、食事制限、薬の副作用など…)

※1 課題検討用紙の「自立に向けた可能性、必要性」に整理して記入します。

## 7 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を把握します。

(1) アセスメントの結果を反映させる。

- ① 把握した、生活上の支障・困っていること
- ② 把握した、支障、困っている原因
- ③ 把握した、希望・意向
- ④ 把握した、可能性
- ⑤ 把握した、危険性
- ⑥ 把握した、必要な医療対応
- ⑦ 把握した、必要な介護

(2) アセスメントの結果からの必要性と本人の意向が一致している場合は、その意向をそのままニーズにする。また、必要性を本人の意向に沿って言い換えて、本人の了解を得る。

- ① 歩行練習が必要である ⇒ また散歩できるようになりたい
- ② 乗り移りの際、転ぶ危険性がある ⇒ 安全に車椅子に移れるようになりたい
- ③ 部屋に一人でいる時間が長く、落ち込みが進む危険性がある ⇒ 気の合う人と楽しく過ごしたい
- ④ 病気の観察が必要である ⇒ 健康で過ごしたい

(3) 本人の意向がとれなければ、必要性をニーズにする。

- ① 床ずれの予防が必要です
- ② 転倒による怪我の予防が必要です
- ③ 麻痺足の拘縮を予防する必要があります
- ④ 誤嚥を予防する必要があります

\* 家族の想いを反映する場合

- ・楽しく過ごす時間を持ってほしい
- ・認知症ができるだけ進まないでいてほしい

※1 課題検討用紙の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に整理して記入します。

## 8 どのようなケアを提供するのか、方向性を決めます。

(1) 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を解決するために、どのようなケアを提供し、

どのような目標に沿ってケアを進めていくのかがわかるようにします。

① たとえば・・・

ア 外出，交流し，楽しく過ごす機会を作り，気分が改善出来るようにします。お風呂に入れるようにします。

イ 機能訓練により，下肢機能が改善するようにします。

ウ 出来るだけ早く，床ずれを治すようにします。・・・など。

※1 課題検討用紙の「ケアの方向性」に整理して記入します。

### Ⅲ ケアプランの原案を作る

#### 1 目標を定めます。

期間： 短期目標は概ね3ヶ月、長期目標は最も長くて認定の有効期間

(1) 実現可能でモニタリングしやすい目標にする。

- ① 5mぐらい自力で歩けるようになる
- ② 自分で布団をかけられる
- ③ ベッドサイドレールに掴まって寝返りできる
- ④ 話し相手ができる

(2) 本人の目標にする（職員の目標にしない）。

- ① 歩行介助をする ⇒ 安全に歩ける
- ② 床ずれを治す ⇒ 床ずれが治る
- ③ 楽しく過ごせる機会を作る ⇒ 楽しく過ごせる
- ④ 話しかけを多くする ⇒ 会話ができる

(3) きれいな言葉を並べるのではなく、具体的な目標にする。

- ① その人らしく暮らせる？ ⇒
- ② 安楽に過ごせる？ ⇒
- ③ 穏やかでいられる？ ⇒
- ④ 自立した生活が送れる？ ⇒

#### 2 目標を達成するための介護内容を定めます。

(1) 具体的で簡潔に、利用者が何をしてもらえるのかがわかるように書く

更衣支援、会話支援、交流支援、歩行訓練支援、下肢筋力強化訓練支援、服薬確認、体位変換、 など。

#### 3 担当者、頻度、期間設定のポイント

(1) 目標達成を意識した、回数・頻度を設定し、その理由が客観的に説明できるようにする。

(2) 期間は短期目標と同じにする。

#### 4 総合的な援助方針を設定します。

- (1) 短期目標は本人の目標だが、援助の方針はサービス提供者の方針。
- (2) 「～できるようにします。」 「～を支援します。」などと整理する。
- (3) ニーズと目標を整理して、箇条書きに整理して書く。
- (4) ニーズと目標を整理して、まとめて文章にして書く。

#### 『ケアプランの原案』

利用者本人（家族）と話し合い、担当するスタッフと調整を済ませ、双方の内諾を得ているものが『ケアプランの原案』です。

## IV サービス担当者会議をする

### 1 サービス担当者会議とは

(1) 利用者本人（家族）とケアプランの原案にあるサービス担当者の参加により行なわれます。

- ① 利用者本人・家族の参加による開催が適当であり，効率的です。
- ② 第三者は参加できません。

(2) ケプランの原案に基づいて話し合いをします。

- ① 利用者本人（家族）の意見，希望を確認します。
- ② 医学的留意事項を確認します。
- ③ サービス担当者としての意見を述べ、不足情報を補います。
- ④ ケアプランの合意とサービス役割の確認をおこないます。
- ⑤ 利用者本人（家族）の了解なしには、決定，実施はされません。
- ⑥ 規定の様式「サービス担当者会議録」に内容を記録します。

(3) ケアプラン（介護サービス計画書（1）（2）週間計画表）は、書面で本人(家族)の了解を得て渡します。

### 2 サービス担当者会議の留意点

(1) 事前にサービス調整し、内諾を得ている原案を用意します。  
会議の場で内容や回数を決めるものではありません。

(2) 理解しやすい説明のために、専門用語をできるだけ使わないように進めます。

(3) 理解しやすい説明のために、何について話しているのか理解できるよう、要点を整理して話を進めます。

(4) 本人・家族等の呼称に気をつけ、失礼のないようにします。

- ① 本人を前にして「本人」と言う。
- ② 長男を前にして「長男」と言う。
- ③ 普段呼ばないのに、「〇〇様」と言う。・・・

(5) 召集する時は、時間や余裕ある日程調整等に配慮します。

### 3 サービス担当者会議運営の留意点

(1) 意見・考えを自由に言えるような雰囲気を作ること。

(2) 本人・家族・参加者の発言を否定しないこと。

(3) 発言には理由をつけ、納得してもらえるようにすること。

(4) 話している人を見て聞くこと。

## サービス担当者会議進め方の例（施設）

只今から〇〇さんのサービス担当者会議を始めます。

挨拶・紹介

### 1 介護サービス計画書（1）について説明します。

- ① ケアプラン策定理由
- ② 本人及び家族の意向
- ③ その他

### 2 課題分析（アセスメント）の結果について説明します。

- ① 生活上の解決すべき課題及び課題の検討・分析結果
- ② ケアマネジャーとしての意見など
- ③ 出席者（サービス担当者として）との質疑応答

### 3 介護サービス計画書（2）の案について説明します。

- ① 援助方針（目標）
- ② 具体的なサービス内容・役割分担
- ③ 出席者（サービス担当者として）との質疑応答

### 4 ケアプランを確定します。

- ① サービス内容の確認
- ② 総合的な援助の方針
- ③ モニタリングの方法・時期の確認
- ④ 連絡方法の確認

以上、内容について合意が得られましたので、この介護計画に基づいて介護サービスをおこないます。実施して不都合があれば改善・変更しますので、ご意見をいただければ有り難く思います。

よろしく申し上げます。

本日はどうもありがとうございました。

※ サービス担当者（ケアマネジャー，ケアワーカー，看護婦，栄養士，相談員，施設長他）としての意見を述べます。

## V モニタリングする

### 1 ケアプランを振り返る

- (1) 課題分析が適切だったか
- (2) ニーズが適切だったか
- (3) 目標が適切だったか
- (4) サービス内容が適切だったか
- (5) サービス内容に本人家族が満足しているか

### 2 短期目標を管理する

- (1) サービスの内容・方法が適切かどうかを確認する
- (2) サービスの回数の適切かどうかを確認する

### 3 利用者本人の身体状況に合ったサービス提供がなされているか確認する

### 4 モニタリング評価・記録表を作成する（演習）

### 5 ケアプラン変更の必要性を確認する

### 6 再アセスメントし、ケアプランを更新する

モニタリング表(例)

利用者名	様	ケアマネジャー名		記録日	年 月 日
ニーズ	短期目標	サービス内容	本人(家族)の満足度	評価	以後の対応

## Ⅵ 再アセスメントする

1 改めてアセスメントし、ケアプランの原案を作成し、サービス担当者会議をして確定する。

(1) 時期

- ① 要介護更新認定を受けた時
- ② 要介護状態区分の変更の認定を受けた時
- ③ 心身の状況の変化によりケアプランを変更する時

(2) その他

- ① 改めて診療情報提供等を得る。
- ② モニタリングの結果、評価も参考にする。
- ③ 前回アセスメントとの変化を確認する。

## 振り返る（チェックする）

### 1 基本情報

- (1) 病歴、入院歴、病名・症状、服薬状況等、医療情報を得ているか
- (2) 介護が必要になった経緯をとらえているか

### 2 アセスメント

- (1) 生活上の支障や困っていることを具体的にとらえているか
- (2) 生活上の支障や困っていることの原因をとらえているか
- (3) 本人（家族）の意向をとらえているか
- (4) 改善の可能性、維持の必要性、悪化・低下の危険性を検討しているか

### 3 生活上の解決すべき課題（ニーズ）

- (1) アセスメントの結果に基づいているか
- (2) 必要性和利用者本人（家族）の意向・望む生活に即して設定しているか
- (3) 前向きな生活を支援する内容になっているか
- (4) 分かりやすく、簡潔な表現になっているか

### 4 目標

- (1) ニーズに沿った目標になっているか
- (2) 利用者本人の目標になっているか（職員の目標になっていないか）
- (3) 実現可能な具体的目標になっているか
- (4) モニタリングすることを意識した内容になっているか

### 5 サービス内容

- (1) 短期目標に沿ったサービス内容になっているか
- (2) 具体的で簡潔な内容になっているか

### 6 サービス頻度

- (1) 目標を達成するのに必要な回数や時間になっているか

## 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 移動			
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

<b>1 移動</b> 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	<b>6 排泄</b> 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
<b>2 移乗</b> ①移乗介助 ②リフト移乗介助	<b>7 体位変換</b> ①体位変換介助
<b>3 水分補給</b> ①水分補給介助	<b>8 入浴</b> ①一般浴介助 ②リフト浴介助 ③特浴介助 ④清拭介助
<b>4 食事</b> 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	<b>9 更衣</b> ①更衣介助
<b>5 口腔ケア</b> ①口腔清潔介助	<b>10 整容</b> 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. (2014. 12. 18. 改訂) 文責: 小湊 純一。

## アセスメントのための情報収集シート 151（施設）記入の手引き

利用者氏名	基準日	担当者名
様	アセスメントの基準となる日を記入します。（記録した日。1週間、3ヶ月の基準となる日。）	担当するケアマネジャー等の名を書きます。

- ※1. 「検討」の欄は、問題や支障がなければ×，問題や支障があれば○を付ける。
- ※2. 「具体的状況」の欄には，×の場合はその理由，○の場合は支障のある具体的状況と気付いたコメントを記入する。（例えば：身体を支えられれば4～5メートル歩く。2週間前までは杖を使って自力で歩いていた。・・・等）
- ※3. \*の付いた項目は，概ね3ヶ月間の状況で判断する。それ以外は1週間前後の状況で判断する。
- ※4. その領域に関する生活の意向を把握し，課題検討用紙の「本人，家族の意向」に転記します。（問題や支障がない領域に関する「意向」は，聞き取る必要はない。）
- ※5. 太字の項目のうち，○が付いた「具体的状況」を，課題検討用紙の「検討が必要な具体的状況」の欄に転記して，「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」を検討します。（細字の項目は，検討する時の参考にします。）

### 1 健康状態

No	情報項目	把握のポイント
<b>観察・管理の必要な病気</b> ※本人のADL，認知，気分，行動，治療，看護，死等に関連のある，ケアスタッフが観察・管理が必要な病気を把握します。すでに治った病気，身体機能やプランに関係しない病気は除きます。 ※主治医意見書，主治の医師からの診療情報提供により確認します。		
1	内分泌・代謝・栄養	糖尿病，甲状腺機能亢進症，甲状腺機能低下症
2	心臓・循環器	動脈硬化性心疾患，不整脈，うっ血性心不全，深部静脈血栓症，高血圧症，低血圧症，抹消循環障害，他の心血管障害
3	筋骨格	関節炎，大腿骨骨折，四肢いづれかの欠損・切断，骨粗しょう症，病的骨折
4	神経	アルツハイマー型認知症，失語症，脳性麻痺，脳血管障害，アルツハイマー型認知症以外の認知症，片側不全麻痺/片麻痺，多発性硬化症，対麻痺，パーキンソン症候群，四肢麻痺，ダウン症候群，ダウン症以外の

		精神遅滞や発達遅滞，てんかん発作，一過性脳虚血発作，頭部外傷
5	精神	不安障害，うつ病，そううつ病，統合失調症
6	呼吸器	喘息，肺気腫／慢性閉塞性肺疾患
7	感覚器	白内障，糖尿病性網膜症，緑内障，黄斑変性
8	感染症	抗生物質耐性菌感染，クロストリジウムデ ィフィシレ菌，結膜炎，H I V感染，肺炎， 呼吸器感染，敗血症，性感染症，結核，尿 路感染症，ウイルス性感染，創感染
9	その他	アレルギー，がん，貧血，腎不全，脱水， その他
<b>症状</b>		
※健康や健康状態に影響する症状を記録し，病気や事故，機能低下の原因を把握します。		
10	身体症状（急な体重増減，呼吸困難，脱水/過剰排出，水分不足/摂取不足，めまい，浮腫、発熱、吸引，失神，不安定な歩行，嘔吐）	健康や健康状態に影響する症状があるか。
11	精神症状（妄想，幻覚）	妄想，幻覚などの精神症状があるか。
<b>痛み</b>		
※痛みの状態や症状の頻度と強さを把握し，管理（コントロールや和らげるための対応）の評価をします。また，痛みによって行動が制限されているかどうかを確認します。		
12	痛みの頻度	毎日なのか。1日に何回あるのか。
13	痛みの強さ	耐え難い痛みなのか？どのような痛みなのか。
14	痛みの箇所	背部・腰痛，骨の痛み，活動中の胸痛，頭痛，股関節中，手術創の痛み，関節痛，軟部組織の痛み，胃痛，その他
<b>転倒</b>		
※転倒や怪我の危険性を把握します。記録だけに頼らず，本人にも確認します。		
15	1ヶ月以内の転倒	回数とその状況を記録します。
16	3ヶ月以内の転倒	回数とその状況を記録します。
17	3ヶ月以内の大腿骨骨折	その状況を記録します。
18	3ヶ月以内のその他の骨折	その状況を記録します。
<b>状態の安定性</b>		
※病気や健康状態が急性か，不安定か，悪化しているかを把握します。		

19	疾病などの原因で状態が不安定	不安定，変動，悪化しているか。
20	急性疾患、持病の悪化	急性期の病気，持病が悪化したか。
21	ターミナル	末期の病気か。
<b>特別な治療</b>		
※特別な治療やケアについて把握します。		
22	治療・ケア	抗がん剤療法，透析，点滴，水分インアウトチェック，急性期の観察，瘻のケア（胃瘻・腎瘻・人口肛門等），酸素療法，吸引，気管切開口のケア，輸血，レスピレーター，アルコールの治療，認知症にケア，緩和ケア，感染症隔離，退所のための生活訓練
23	リハビリテーション	言語療法，作業療法，理学療法，呼吸療法，精神療法について，どの程度実施したか。
<b>病状の変化</b>		
24	入院*	3ヶ月間に1日以上入院したか。その回数
25	緊急受診*	3ヶ月間に病院の緊急外来を受診したか。その回数は。
26	異常な検査結果*	3ヶ月間に異常な検査結果があったか。
27	医師の診察	医師の診察を受けたか。
<b>薬</b>		
28	新しい処方*	3ヶ月間に新しい処方を受けたか。
29	注射状況	注射を受けたか。
30	服薬状況（別表）	薬の種類と効能を記録する。
健康状態に関する意向 （本人）（家族）		

## 2 ADL

<b>ADL</b>		
※利用者本人が，実際に何を自分で言い，どのような言葉による援助や身体的援助を受けたかを把握します。		
31	寝返り	横になった状態からどのように寝返りするか。
32	起き上がり	横になった状態からどのように起き上がるか。
33	乗り移り	ベッドからどのように椅子や車いすに移るか。その逆はどうか。また，ベッドや椅子からどのように立ち上がるか。
34	歩行（室内）	どのように部屋の中を歩くか。
35	歩行（廊下）	どのように廊下を歩くか。

36	施設内の移動	どのように自分の部屋から廊下等，施設内を移動するか。（車いすなら乗り移った後に）		
37	施設外の移動	どのように自分の棟から別棟や屋外等，施設外を移動するか。（車いすなら乗り移った後に）		
38	上半身の更衣	どのように服を着たり脱いだりするか。（ファスナーやセーターを含む）		
39	下半身の更衣	どのようにズボンを履いたり脱いだりするか。（ベルトやスカートを含む）		
40	食事	どのように，食べたり飲んだりするか。経管栄養等の摂取も含む。		
41	排泄の状況	トイレ（ポータブルトイレ，便器や尿器を含む）の使用，便器への移乗，排泄後の始末（おむつの交換，失禁の始末），人口肛門や尿カテーテルの管理，衣類を整える等はどうか。		
42	排泄の際の移乗・移動	どのようにトイレ（ポータブルトイレ）に移乗するか。		
43	整容	髪をとかす，歯を磨く，髭を剃る，顔や手を洗う動作はどうか。		
44	入浴	どのように入浴・シャワー・清拭をするか，体のそれぞれをどう洗うか。		
45	バランス	装具や介助なしで立っている状態のバランス（立位バランス）と，椅子の背もたれや，肘掛に頼らないで座っている状態でのバランス（座位バランス）。		
	可動域の制限 ※関節可動域の制限，随意運動の障害について把握します		可動域制限	自発運動
			日常生活に支障のある可動域の制限。	動作をしようとした時におきる運動障害
	46	首	首の可動域	
	47	腕	肩や肘も含む	
	48	手	手首や指も含む	
	49	脚	股関節や膝も含む	
	50	足	足首やつま先も含む	
51	その他	脊椎や顎，その他の関節		
52	移動の方法	移動するために利用した器具や装具，介助等。また，通常が車椅子か。		
53	移乗の方法	ベッドから椅子等への移乗する時に利用し		

		た器具，装具，介助等
54	動作分割による自立動作	動作を細かく分けてどのように援助され，出来ているか。
<b>リハビリテーションの状況</b>		
※OT・PT等リハビリの <u>専門職以外のスタッフ</u> から，どの程度機能維持・回復の訓練を受けているかを把握します。		
55	他動可動域訓練	スタッフが，上肢や下肢等を，間接を支点にして動かす訓練。
56	自動可動域訓練	スタッフの見守りや支援のもとに自分で動かす訓練。
57	装具装着援助	装具の使い方，使ったの評価，不具合の修正等。
58	生活訓練	スタッフによる繰り返しの動作援助。寝返り起き上がりの動作，乗り移りの動作，歩行，更衣・整容，摂食・嚥下，意思疎通，自己管理等。
<b>自立度改善の可能性</b> （意欲があれば○）		
59	自立度改善の本人意識	本人が「もっと良くなるはずだ」と思っているか。意欲があるか。
60	自立度改善の介護者意識	介護者が「もっと良くなるはずだ」と思っているか。支援の意欲があるか。
61	自力動作の遅さ	自力での動作が非常にゆっくりか。
62	支援が朝夕で異なる	朝（午前）と夕方（午後）で支援の必要性の変化があるか。
<b>ADLの変化</b>		
63	ADLの変化*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化はあるか。
ADLに関する意向 （本人）（家族）		

### 3 IADL

<b>IADL</b>			
※施設内で自立した生活を営むための機能を把握します。			
※「現状」は，本人がどれだけ行ったか。どれだけ支援されたかを把握します。			
※「困難度」は，自分一人で行う場合の困難度です。（低，中，高…等）			
		現 状	困難度
64	簡単な調理	簡単なおやつを考える，準備する，調理する，配る等の動作はどうか。	
65	家事一般（掃除，洗濯，整理等）	食後の後片付け，居室の掃除，	

		ベッドまわりの整理，部屋衣類の整頓，簡単な洗濯等の動作はどうか。	
66	金銭管理	支払い，小遣い等の管理ができるか。	
67	薬の管理	服用の時間，袋から取り出し，処方通り服用等の動作はどうか。	
68	電話使用	自分で掛けたり受ける等の動作はどうか。	
69	買い物	必要なものを自分で選び支払うことはどうか。	
70	交通手段の利用（使う必要のない場合も×）	どのように乗り物に乗るか。	
71	IADLの変化*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化はあるか。	
IADLに関する意向 （本人）（家族）			

#### 4 認知

<b>記憶</b>			
※最近と遠い過去のことを覚えている能力を把握します。			
72	昏睡状態	昏睡，植物状態と診断されているか。	
73	短期記憶	最近，直近の出来事を覚えているか。	
74	長期記憶	最近，直近以外の，長期の記憶。	
75	記憶の想起（季節、自室の場所、職員の名や顔、施設にいること等）	思い出すことができる（理解している）か。	
76	日常の意思決定	どの程度自分の判断で日課をこなすことができるか。（服を選ぶ，食事の時間が分かる，時計やカレンダーを使っている，出来ること出来ないこと等が分かっているか）	
<b>意識障害</b>			
77	せん妄	一時的な意識の混乱・錯乱はあるか。	
78	認知状態の変化*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。	
認知に関する意向 （本人）（家族）			

#### 5 コミュニケーション能力

<b>コミュニケーション</b>			
※聴力，理解力，コミュニケーション能力を把握します。			

79	聴覚	補助具を調整した上での聴力はどうか。
80	コミュニケーションの方法	話す、書く、手話等
81	相手に理解させること	要求、意見、日常の話題を表現して伝えることができるか。
82	言葉の明瞭性	話し方はどうか。
83	相手を理解すること	相手の言葉等の情報を理解することができるか。(話す、書く、手話、点字等)
84	コミュニケーション能力の変化*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。
<b>視覚</b>		
85	視力	普段使っている、メガネ、虫眼鏡等を使って見ることができるか。
86	視覚障害（視野狭窄など）	病気に関連した視野障害、視覚の問題はあるか。
87	視覚補助具（眼鏡、コンタクトレンズ、拡大鏡など）	視覚補助具を使用しているか。
コミュニケーションに関する意向 (本人) (家族)		

## 6 社会との関わり

<b>活動</b>		
※生活の質に関連する、ADL以外の活動について把握します。		
88	覚醒時間	通常の生活で、起きている時間帯はいつか。午前、午後、夕方から就寝まで。
89	活動への参加時間	日課活動に参加している時間。
90	好きな活動場所	好む環境や場所。
91	好む活動	一人や複数で参加したいと思っている活動。
92	活動の希望	施設では提供していないが、行いたい、参加したい活動があるか。
<b>関わり</b>		
※施設生活の適応性を把握します。		
93	自発性・参加意識	施設生活への関わりと自発的な参加の状況。関係が落ち着いているか、落ち着いて活動に参加するか、落ち着いて活動するか、目標を定めているか、活動に積極的に参加するか、活動への誘いを受けているか等。
94	対人関係の不安定さ	対人関係の特徴。葛藤・不満、入所者とうまくいかない、家族や友人への不満、関係の少なさ、身近な人を失った、生活の変化

		への対応へ適応できない等。
95	過去の役割	過去の役割と現実を理解し、受け入れているか。
96	他入所者とのトラブル	他入所者とのトラブルがあるか。その原因。
<b>気分</b>		
※心理面での支障は、様々な生活障害を伴うため、気分や行動の問題があることを発見把握します。		
97	苦しみ	苦しんでいることを言葉で表したか。
98	悩み	悩んでいることを言葉で表したか。
99	睡眠周期の問題	睡眠障害、不機嫌等はあったか。
100	悲しみ	表情で表す、泣く、落ち着かない、歩き回る等で表したか。
101	無関心	
102	不安	
103	興味の減少	活動をしなくなったか。
104	気分低下対応の効果	うつ、不安、悲しみが変えられたか。変えられなかったか。
105	気分の変化*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。
社会との関わりに関する意向 (本人) (家族)		

## 7 排尿・排便

<b>失禁</b>		
※排泄の状況ではなく、失禁（漏れている）の状態（コントロールの状況を含む）を把握します。		
106	尿失禁	失禁の頻度。カテーテルの使用を問わない。
107	便失禁	失禁の頻度。瘻の使用を問わない。
<b>排便の状況</b>		
※排便の状況を把握します。少なくとも3日に1回を正常とします。		
108	便秘、下痢	状況、回数、詰まっているか。頻回の液状便の状況。
<b>排泄の用具等</b>		
109	誘導、膀胱訓練、カテーテル、ポータブルトイレ、尿器、おむつ、浣腸、摘便、瘻など	使用を確認する。
110	尿コントロールの変化*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。
排泄のコントロールに関する意向 (本人) (家族)		

## 8 褥瘡・皮膚の問題

じょく創・皮膚		
※皮膚の状態，皮膚の問題と程度を把握します。		
111	じょく創・潰瘍の程度（ステージ）	全身の状況，程度。
112	じょく創・潰瘍の種類・原因	じょく創，うっ血性潰瘍があるか，原因は何か。
113	じょく創・潰瘍の既往*	約3ヶ月間のうちのじょく創・潰瘍の既往があるか。
114	皮膚のその他の問題（すり傷，内出血，火傷，発疹，皮膚の鈍感，裂傷，手術創）	あるかどうか，悪化の危険性があるか。
115	皮膚のケア（除圧，体位変換，栄養補給，潰瘍のケア，手術創のケア，軟膏や薬剤の使用，その他予防的ケア）	皮膚の治療，ケアの状況。
116	足の問題とケア（うおのめ，たこ，指の折り重なり，痛み，変形，感染症，保護的な足のケア，創傷のケア）	足の問題とケアの有無。
じょく創・皮膚の問題に関する意向 （本人）（家族）		

## 9 口腔衛生

口腔衛生		
※口腔の問題を把握します。		
117	咀嚼やく問題	嚙むと痛んだり，嚙みにくい状態があるか。
118	嚙下問題（固形物嚙下対応，固形物及び液体嚙下対応，経口と経管栄養併用，経口摂取なし）	嚙下障害への対応がどのようになされているか。
119	口腔の痛み	口腔の痛みや不快感があるか。
120	口腔状態（残渣，義歯・ブリッジ，義歯をしようしていない，歯肉炎・出血・潰瘍等）	口腔・歯に問題があるか。
121	口腔問題による病気予防の必要性	虫歯，歯の腐食，腐敗等病気の原因となる状態があるか。
口腔衛生に関する意向 （本人）（家族）		

## 10 食事摂取

栄養・水分摂取		
※栄養や水分の摂取状況，体重の増減を把握します。		
122	身長	
123	体重	

124	体重減少（５～１０％）＊	１ヶ月に５％，３ヶ月に１０％
125	体重増加（５～１０％）＊	１ヶ月に５％，３ヶ月に１０％
126	栄養問題（常に文句、常に空腹，４分の１以上残す）	身体状況等に影響する問題があるか。
127	栄養摂取の状況（経静脈栄養，経管栄養，胃瘻，ミキサー食等，シリンジ経口食，治療食，特別捕食，減量中）	どのようにして栄養を摂取しているか。また，その状況。
128	経管栄養、経静脈栄養による摂取カロリーの割合	全体に対する摂取の割合は。
129	経管栄養，経静脈栄養による水分量	水分摂取量は。
食事摂取に関する意向 （本人）（家族）		

### 1.1 問題行動（行動障害）

<b>行動障害</b>		
※本人の苦痛の原因となり，他の入所者やスタッフを悩ます行動を把握します。		
130	徘徊	徘徊があるか。（目的のある行動を除く）
131	乱暴な言葉	乱暴な言動があるか。
132	乱暴な行動	暴力等，乱暴な行動があるか。
133	混乱させる行動	音，騒々しい，自傷，ものをかき回す，繰り返す，集める等の行動があるか。
134	ケアの拒否抵抗	介護や支援に対する抵抗があるか。
135	行動障害の変化＊	約３ヶ月間のうちの悪化があるか。
行動障害に関する意向 （本人）（家族）		

### 1.2 介護力

<b>退所の可能性</b>		
※退所する可能性のある入所者を明らかにします。		
136	自宅に帰りたと言う	その状況。
137	退所に積極的な介護者がいる	いるかどうか。
138	短期の利用予定である	３ヶ月以内の退所予定か。
139	介護の必要性の変化＊	約３ヶ月間のうちの改善，悪化があるか。
140	社会的支援者の存在（家族・友人）	退所後の支援者の状況はどうか。
141	社会的支援者の存在（支援内容）	退所後の支援者の支援の状況はどうか。
退所，介護力に関する意向 （本人）（家族）		

### 13 居住環境

<b>居住環境</b> ※居住環境が危険か、行動に支障、不具合があるかを把握します。	
<b>142</b>	障害の状況から見た居住環境の不具合
居住環境に関する意向 (本人) (家族)	

### 14 特別な状況

<b>身体抑制</b> ※身体抑制の状況はどうか。		
<b>143</b>	すべてにベッド柵	状況とその理由、緊急性、必要性。
<b>144</b>	片側にベッド柵	
<b>145</b>	体幹部の抑制	
<b>146</b>	四肢の抑制	
<b>147</b>	椅子への抑制	
<b>148</b>	その他の抑制	
<b>149</b>	不明な怪我、火傷、介護者に対する恐れ、搾取等	説明のつかない傷等があるか、ケアスタッフを怖がっている様子が見られるか、金銭の搾取があるか等。
<b>ターミナル</b>		
<b>150</b>	終末期の希望	終末期をどこで過したいか。どこで看取るか。
特別な状況に関する意向 (本人) (家族)		

### ※ その他

<b>その他</b> ※特記すべきことがあれば把握します。	
<b>151</b>	
介護や自立生活に関する全般的な意向 (本人) (家族)	

### (別表) 服薬状況

薬剤名	量	効能


## 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

利用者名： 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							
	② 主傷病							
	③ 症状							
	④ 痛み							
	⑤ その他							
2. ADL	① 寝返り							
	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							
	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							
	④ その他							

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							
	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							
	③ その他							

施設ケアプラン策定のための  
**課題検討の手引き**

*2010. 12. 21. 現在. jk.*

# 1 健康状態

## 1-1 病気・症状

### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

本人に影響のある、ケアスタッフが観察・管理の必要な病気、3ヶ月の間の入院する原因となった病気も把握して医療的な対応をします。

※すでに治った病気、身体機能やプランに関係しない病気は除きます。

※主治医や嘱託医からの指示（入所時の診断書）により対応します。

## 1-2 転倒

介護施設入所高齢者は、転倒と転倒による骨折の危険性が高いだけでなく、転倒することを心配して活動を控えてしまう場合があります。

転倒の原因は一つだけでなく、複数の原因によります。転倒の原因は、入所者の健康状態や身体機能などの本人によるものと、薬の副作用、用具の使用、抑制や環境などの本人以外の原因があります。

### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

入所施設の職員は、転倒したことのある入所者と転倒の危険性のある入所者を特定して、転倒と転倒による負傷を最小限にすることが役割です。また、転倒の危険性を把握して対応することは、転倒を心配することによる活動制限を解消することにもつながります。

### (2) 転倒の危険性を把握するポイント

- ① 1か月以内に転倒している
- ② 過去1か月～3か月に転倒している
- ③ 徘徊がある
- ④ めまいがある
- ⑤ 体幹部の抑制をしている
- ⑥ 抗不安薬を使用している
- ⑦ 抗うつ薬を使用している

### (3) 転倒の危険性を確認する

- ① 何度も転倒している  
入所前の状況、事故の報告記録などから転倒の既往と転倒回数を確認します。
- ② 内的原因  
転倒の原因となる医療面での状況を把握し、転倒を予防する取り組みをおこないます。  
ア 循環器

- イ 神経筋, 身体機能
- ウ 整形外科
- エ 感覚器
- オ 精神疾患, 認知状態

③ 外的原因

外的な原因を把握して対応し, 転倒の危険性を減らすよう改善します。

ア 薬剤

転倒の前に薬を服用していたかどうかを把握します。

薬には低血圧や筋硬直, ふらつき, 振戦や敏捷性の低下などの問題を引き起こし, 転倒の原因となることがあります。(抗精神病薬, 抗不安薬, 催眠薬, 抗うつ薬, 循環器薬, 利尿薬…)

イ 器具や装具

転倒した(または転倒の危険性のある)入所者が器具や装具を使用していれば, 用具やその使用に原因があるかどうかを観察します。

また, 抑制や抑制による興奮が転倒の原因になっていないかを把握します。

ウ 危険な環境や状況

暗い照明や敷物, 物の配置などは, 転倒の原因になることがあるため, 早急に改善する。

エ 転倒した時の状況を確認する

最近の転倒した状況を詳しく把握します。

- a 転倒の時間帯
- b 食後の経過時間
- c 通常の日課活動をしている時, そうでない時
- d 立っている時, 歩いている時
- e 何か取ろうとして背伸びしている時, 下を向いている時
- f 人がたくさんいた時
- g トイレに急いで行こうとしていた時
- h 床が濡れていた
- i 滑りやすくなっていた
- j 廊下に不慣れな物が置いてあった
- k 模様替えをしたばかり
- l 環境が変わった

オ 事後の対応と予防対応

- a 不具合を確認します。
- b 必要なバイタルサインをとります。
- c 転倒時大腿骨や下腿に骨折などの重大な損傷を負ったのでなければ, 臥位と立位の血圧と心拍数を測定します。
- d 転倒した状況で測定します。例えば, 食事を摂った後10分で転倒したのであれば, 食事10分後にバイタルサインを測定します。
- e 仰臥位の血圧と心拍数を測定し, 次に起立後1分と3分後に両者を再度測定します。この時体温と呼吸数も記録します。
- f 環境整備の必要性を検討します。
- g 現在の環境の中で, どのように行動しているかを注意深く観察します(ベッドから出る, 歩く, 体の向きを変える, いすに座る, 立ち上がる, トイレを使用するなど)。観察によって, 転倒を未然に防ぐ環境整備の方法を見つけることができる場合もあります。
- h ベッドから出る, 歩く, 立った状態で1回転する, 腕を前に組んだ状態でいすから立ちあがる, トイレを使用する様子を観察する。(転倒しないよう, 何時

でも身体を支えられるようにして実施，観察します。)

### 1-3 向精神薬

適切かつ慎重に使用されれば，入所者の生活の質を向上させることができます。しかし，すべての向精神薬には副作用があり，問題をさらに悪化させる可能性もあります。特に起立性低血圧は深刻な副作用です。せん妄も副作用として起きる場合があります，服用した薬剤の種類や量，他の薬剤との相互作用，入所者の年齢，健康状態によって重症化することがあります。

#### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

医師によって処方された向精神薬作用の観察により，入所者の心身の状況，生活の質を向上させます。また，向精神薬の副作用による危険性を最小限にします。

#### (2) 向精神薬

精神に働きかける作用を持ち，精神科などで使用される薬剤です。

催眠薬（睡眠薬）	睡眠を引き起こす
抗精神病薬（強力精神安定薬）	①不安・焦燥・興奮を鎮める，②幻覚・妄想等の異常体験を軽減する，③意欲をたかめるといった作用を持ち，いわゆる精神病に使われる
抗不安薬（精神安定薬）	不安感をとる
抗うつ薬	うつ状態を改善する
抗躁薬	躁状態を改善する
気分調整薬（気分安定薬）	気分の波を抑える
精神刺激薬（覚醒薬）	気分を持ち上げる
抗てんかん薬（抗けいれん薬）	てんかんの発作を抑える
抗パーキンソン病薬	パーキンソン症状を和らげる
抗酒薬	アルコールの分解を妨げて，アルコール依存症の治療に用いられる
認知症治療薬	認知症の治療に使われる
漢方薬	精神科領域でも様々な場合に使われる

高齢者，特に慢性疾患をもっている人では，向精神薬による副作用，あるいは他の薬剤との相互作用が起りやすい状況にあります。

向精神薬は精神症状や行動面の症状を軽減すると同時に，ADLやIADL，認知機能を低下させることがあります。

#### (3) 向精神薬副作用を把握するポイント

- ① 低血圧やふらつきがあるか確認します。
  - ア 身体的な動きの繰り返し
  - イ 座位バランス不良
  - ウ 低血圧
  - エ めまい
  - オ 意識喪失（失神）
  - カ 不安定な歩行
  - キ 転倒
  - ク 大腿骨骨折
  - ケ 嚥下問題
- ② 認知や行動の問題を確認します。
  - ア せん妄，混乱した思考・意識
    - ・注意がそらされやすい
    - ・周囲の環境に対する認識が変化する
    - ・支離滅裂な会話が時々ある
    - ・落ち着きがない
    - ・無気力
    - ・認知能力が1日の中で変動する
  - イ 認知状態の悪化
  - ウ 聴覚・コミュニケーションの悪化
  - エ 気分の悪化
  - オ 行動障害の悪化
  - カ うつ状態
  - キ 幻覚
- ③ 不快な状態があるかどうか確認します。
  - ア 便秘
  - イ 便は詰まる
  - イ 吸引

#### （4）向精神薬副作用対応の考え方（指針）

- ① 薬を確認します。
  - ア 問題が起こった日と薬剤の開始日との間隔
  - イ 服用量と服用顔度
  - ウ 向精神薬の種類
  - エ 処方された理由
- ② 薬剤の代謝や排泄を妨げる状態を確認します。
  - ア 肝・腎不全
  - イ 急性症状
  - ウ 脱水
- ③ 気分と行動の問題を確認します。
  - ア 問題の現状
  - イ 気分や行動における最近の変化
  - ウ 問題行動に対応するケア
  - エ 精神状態
- ④ 副作用への対応を検討します。
 

副作用による支障の可能性が認められた場合，医師に報告して指示を受け，対応します。

## 2 ADL

### 1 ADLの改善と支援

#### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

ADLの改善、予防、適切な介護を考えるには、現場の介護スタッフの知識、観察力、予測力による日々の利用者情報が重要です。

- ① ADLが改善する可能性のある利用者、ADLの低下を遅らすことのでき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、障害になって間もない利用者に、目的を持った運動等の機能訓練を検討します。
- ③ ADLの改善などが難しい場合は、必ず行わなければならないケアを検討します。また、改善のためのケアと平行して行う場合もあります。

ADLが自立することの長所と同時に発生する危険性との間のバランスをとった現実的な目標を設定します。自立を勧める際にはある程度安全を損なう危険性があることを理解し、目標を設定する場合には十分な説明と利用者の積極的参加を得る必要があります。

#### ～ADL改善の目的として検討すること～

- ① 利用者の自立度を最大限にするように、機能を回復すること。
- ② 身体介護の代わりに、動作分割と言葉による誘導をすること。
- ③ より少ない介護・援助でできるように、能力を回復すること。
- ④ 介護・援助時間を短くすること。
- ⑤ 自分でできることを実践する場面を増やすこと。
- ⑥ 自立度の低下を防いだり、遅らせること。
- ⑦ 状態の悪化が避けられない場合は、弊害を防止すること。(じょく創、拘縮など。)

#### ～「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～

##### 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改善把握のポイント

- ① ADLの介助を受けている。
- 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、ケアスタッフはADLが改善すると思っている。

## (3) ADLに関する問題

ADLの自立は生活の質に大きな影響があります。ADLの介助を受けることは心理的に苦しい想いをしたり、孤立感や自尊心の低下をまねくことがあります。

ADLの障害が進むと、生活が困難に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、転倒などの危険性も高まります。

### ～機能訓練等によりADLが改善するためのポイント～

- ① 援助者が、利用者に対する明確な機能訓練の目的を持っているかどうか。
- ② 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、廃用等うち、回復する可能性がどれだけあるか把握します。
- ③ 意欲の有無を理解しているかどうか。  
利用者本人の「意欲」が重要である。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、訓練に積極的に参加します。また、利用者に認知障害があっても、意欲があれば、機能が低下するペースを遅くすることが可能な場合があります。

## (4) ADLの改善・維持・防止に向けての考え方（指針）

### 医療的問題に対応します

- ① 病気や怪我など医療的な問題を検討します。  
ADLの低下が最近起こった利用者の場合で、身体の状態が不安定あるいはなんらかの症状がある場合など。
- ② ADLが低下の原因、低下した時期、悪化した時期と、病気や症状の関連性を把握します。  
病気や症状がないか確認します。もしあれば、どのような対応をすればよいか主治医（嘱託医）に聞いて確認します。

～ADL低下の原因～

<ul style="list-style-type: none"> <li>① 病気のため             <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 急性期の病気</li> <li>イ 持病の進行</li> <li>ウ 痛みを伴う症状</li> <li>エ 認知症</li> <li>オ 精神疾患</li> </ul> </li> <li>② 怪我のため</li> <li>③ 障害のため</li> <li>④ 動かない（廃用）ため</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑤ 生活習慣のため</li> <li>⑥ 悩み・不安等のため</li> <li>⑦ 身体抑制のため</li> <li>⑧ 環境のため</li> <li>⑨ 薬のため             <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 薬が合わない</li> <li>イ 向精神薬のため</li> </ul> </li> <li>⑩ その他</li> </ul>
--	--

- ③ 機能訓練，運動などの計画が合っていたか，効果的であったか確認します。
  - ア 本人が機能訓練に前向きでない。効果を信じていない。
  - イ 予定のとおり実施するのが苦痛に感じている。
  - ウ 支えや励まし，応援，努力や効果に対する褒め言葉がない。
  - エ 逆効果を心配している。

**ADLの改善を検討します**

- ADLの低下が最近起こり，状態が安定している場合など。
- ① 最近障害となった機能を改善する具体的な方法や可能性についての情報を提供する。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を必要としています。
  - ② ADL訓練の計画を作成するには，まず訓練を行う際の留意点を話し合い，次にとどのADLについて訓練するのかを決めます。

～機能訓練を行う際の留意点～

<ul style="list-style-type: none"> <li>① 利用者本人が取り組みやすいように，ADL訓練は時間や場所などをきちんと決めて行います。</li> <li>② 機能訓練やそれぞれの動作要素の合間に休憩を入れます。</li> <li>③ 訓練しているADLを，介護スタッフの助けを借りて少しずつさまざまな場面で実践します。</li> <li>④ 機能訓練は継続的に実施します。</li> <li>⑤ 日常の動作や活動の拡大は，危険も伴うため，段階的にゆるやかに進めます。</li> <li>⑥ 機能訓練の内容を急に変更すると，機能低下を招くことがあります。</li> </ul>
--

- ③ 訓練するADL領域
  - ア 本人にとって意味のあるADLを訓練の対象にします。
  - イ 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。
  - ウ ほんの些細な動作にも着目します。（タオルを受け取れば顔を拭く，自分で布団

をかける，一口でも自分で食べる，ボタンを一つでも掛けるなど。)

#### ADLの維持を検討します

ADLが長い間変化していない場合

- ① 全身運動による機能の維持を検討します。
  - ア 散歩，ダンス，庭仕事など。
  - 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。

#### 悪化・低下の防止を検討します

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。

- ① 自分で行う運動や機能訓練だけでなく，他動的な運動により悪化を予防します。

～ A D L 能力の確認～

A D L 能力を正しく評価するため、以下のことを確認します。
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。
2：動作を行うときに途中で気が散ることがないか。
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。」というと飲むだろうか。
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、O T ・ P T などの専門家の評価を受ける必要があるか。
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。
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。
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。

～ADL目標の例～

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・シャワ一室に行く	トイレまで行く(夜間のポータブルや尿器も含む)	室内や近くを移動する <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	棟(ユニット)内を移動する <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	施設内を移動する(エレベーターを使う) <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	戸外を移動する <input type="checkbox"/>	移乗(立つ/座る/持ち上がる/ころがる)	嘔む、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

## 3 IADL

### 1 IADLの改善と支援

#### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

IADLの能力，IADL障害の原因を明らかにし，より自立できる可能性，回復できる可能性を検討して対応します。

#### (2) IADL改善，支援の必要性把握のポイント

##### IADL改善を予測するポイント

- ① 認知がある程度保たれている
- ② 本人も周りの人も改善と考えている
- ③ 支援を受けているが，困難性は低い

##### IADL改善の必要性を把握する

- ① IADLの改善または，自分で行うことが，本人のQOL向上に関係する。

#### (3) IADL

生活機能の中で最初に低下するのは手段的日常生活能力であることが多く，介護サービス利用者のほとんどがなんらか障害を抱えています。

IADLには2種類あり，日常生活の家事動作（買い物，食事の用意，家の掃除や整理，外出時の移動など）と，精神的機能や知的能力と関係のある「知的」な動作（電話の利用や薬の管理など）があります。しかし，すべてのIADLに身体的，知的な側面があり，IADL支障の原因は様々です。

#### (4) IADLについての対応指針

自己動作が可能であっても，施設の都合ですべて支援してしまい，本人の能力を活用する機会を奪ってしまう場合があります。また，家庭では出来なかったことが施設では可能な場合がありますので，入所者本人の能力と意向を尊重して対応します。

- ① 医療的な問題に対応します
- ② 機能障害に対応します
- ③ 動機づけや意欲，支援体制，能力，環境の問題に対応します

## 4 認知

### 1 認知障害

#### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

- ① 認知障害があるかどうか、急性か慢性か、慢性なら、その障害を補い、生活の質を高めるためにどのような方法をとることができるのかを判断します。
- ② 認知障害のある入所者に、負担やストレスとならない活動を提供します。
- ③ 関わる職員の適切な支援的役割を明らかにします。

#### (2) 認知障害把握のポイント

- ① 短期記憶、長期記憶に問題がある。
- ② 日常の判断力が弱く、支援が必要だったり、判断ができない。
- ③ 他者に伝えること、理解することが不十分、もしくはできない。

#### (3) 認知障害に関する問題

認知機能における障害は、最近や昔の出来事を忘れる、錯乱する、言葉を探したり話を理解するのが困難になる、社会生活に適応できなくなるなど、生活のほとんどすべてに影響します。

ほとんどの認知能力の低下あるいは認知症は慢性に進行するものです。このため、認知能力の低下した高齢者へのケアは、治療というよりも、生活の質を向上すること、機能状態を維持すること、機能低下を最小限にすること、尊厳を保持すること、に焦点を当てることとなります。

せん妄や行動障害は、認知能力の低下した入所者へのケアを複雑にする原因です。

#### ～認知症～

後天的な脳の器質的障害により、いったん正常に発達した知能が低下した状態をいい、「知能」の他に「記憶」「見当識」の障害や人格障害を伴った症候群として定義されます。

以前、治らない場合に使用されていましたが、近年、正常圧水頭症など治療により改善する疾患に対しても認知症の用語を用いることがあります。

単に老化に伴って物覚えが悪くなるといった現象や、統合失調症などによる判断力の低下は、認知症には含まれません。逆に、頭部の外傷により知能が低下した場合などは認知症（高次脳機能障害）と呼ばれます。

#### ～認知症の分類～

##### 1 血管性認知症

脳血管性認知症では、障害された部位によって症状は異なり、めまい、しびれ、言語障害、知的能力の低下等にはむらがあります。

症状が突然出現したり、階段状に悪化したり、変動したりすることがしばしばみら

れます。また、脳血管障害にかかった経験があったり、高血圧、糖尿病、心疾患など脳血管障害の危険因子を持っていることが多いことも特徴です。更に、歩行障害、手足の麻痺、呂律が回りにくい、パーキンソン症状、転びやすい、排尿障害（頻尿、尿失禁など）、抑うつ、感情失禁（感情をコントロールできず、ちょっとしたことで泣いたり、怒ったりする）、夜間せん妄（夜になると意識レベルが低下して別人のような言動をする）などの症状が早期からみられることもしばしばあります。

- (1) 多発梗塞性認知症広範虚血型
- (2) 多発脳梗塞型
- (3) 限局性脳梗塞型
- (4) 遺伝性血管性認知症

## 2 変性性認知症

- (1) アルツハイマー型認知症

症状は、徐々に進行する認知障害（記憶障害、見当識障害、学習の障害、注意の障害、空間認知機能、問題解決能力の障害など）であり、社会的に適応できなくなる。重度になると摂食や着替え、意思疎通などもできなくなり最終的には寝たきりになる。

階段状に進行する（ある時点を境にはっきりと症状が悪化する）脳血管性認知症と異なり、徐々に進行する点が特徴的。症状経過の途中で、被害妄想や幻覚（とくに幻視）が出現する場合もある。暴言・暴力・徘徊・不潔行為などの問題行動（周辺症状）が見られることもあり、介護上大きな困難を伴う。

- (2) 前頭側頭型認知症（ピック病）

これらは前頭葉機能の障害による反社会的行動（不作為の法規違反など）、常同行動（同じ行動を繰り返す）、時刻表的生活、食嗜好の変化などがみられる。

- (3) レビー小体病

認知機能障害を必須に、具体的な幻視（子供が周りを走っている、小動物が走り回っているなど）、パーキンソン症状、変動する認知機能障害などの症状が見られる。

- (4) パーキンソン病
- (5) ハンチントン病

## 3 感染

- (1) クロイツフェルト・ヤコブ病
- (2) HIV関連認知症

## 4 治療可能なもの

- (1) 慢性硬膜下血腫
- (2) 正常圧水頭症
- (3) 甲状腺機能低下症

### ～せん妄～

急性の錯乱状態は、急激に（数時間から数日の間に）意識や行動が不安定になる状態であり、支離滅裂な思考や短期記憶の障害、睡眠覚醒周期の乱れや知覚障害を伴います。原因は通常、感染症、薬剤の副作用、脱水その他の急性期の症状です。

※ 早急に専門医に紹介する必要があります。

#### (4) 認知問題改善に向けての考え方・ケアの方向（指針）

支障のある状態について、認知能力の低下とどのように関係しているのか、生活の質にどのような影響を及ぼしているのかを把握することにより、ケアの方向性と可能性を検討します。

##### 認知能力の低下との関係を確認します

- ① せん妄  
せん妄状態では、認知能力を正しく判定することができません。せん妄が回復するか、治療ができるだけの効果があった場合のみ、正しく認知能力を判定することができます。
- ② 認知症の進行  
最近認知能力が悪化していないか、認知症の進行に変化がないかを明らかにすることで、入所者の認知能力と身体機能が現時点でどの程度障害されているかを理解することができます。その結果入所者のもっている現実的な可能性が把握され、QOLを拡大するケアプランに役立てることができます。また、認知能力の変化の状況を知ることにより、回復可能な原因を調べ、悪化を防止することができるようになります。
- ③ 精神遅滞、アルツハイマー病、その他の成人発症の認知症  
認知能力が低下した入所者に最もよくみられる神経疾患は、アルツハイマー病です。  
しかし、知的障害者は介護保険施設で増加の傾向にあり、特にダウン症候群は比較的早期より認知症になりやすい。認知能力が低下している場合、これらの神経疾患を区別することにより、スタッフは入所者が長期にわたって保持する知的能力の相違を理解することができます。

##### 改善の必要性、可能性がある問題を確認します

- ① 気分の状態と問題行動  
せん妄と同様に、問題行動も特別な治療やケアにより軽減したり、完治することがあります。しかし、中には改善不可能なものもあり、スタッフは入所者の一部として問題行動を受け入れ、付き合っていくべきです。また、継続する問題行動に対しては慣れが生じるため、問題行動による本人や周囲の身の安全や健康、日課活動への影響は特にないと感ずることもあるので注意が必要です。  
認知能力が低下し問題行動のある入所者には、以下のことを検討します。

- ア 問題行動へのケアを開始した後に認知能力が悪化することはなかったか？
- イ 認知能力の悪化はケアや治療が原因であったか？（たとえば、ケアを嫌がる反応など）
- ウ 問題行動へのケアや治療を開始した後に認知能力は改善したか？
- エ スタッフの援助によって身体的な自立度は改善したか？

- ② 医学的な問題  
医学的な問題を明らかにし治療することは、認知能力とQOLにプラスの影響を与

えることがあります。たとえば、うっ血性心不全、慢性閉塞性肺疾患、便秘を効果的に治療することにより、身体機能と認知能力の両方を改善することがあります。

快適な状態（痛みのない状態）は、慢性、急性の疾患を問わず認知能力が低下した入所者を治療する際に、最も優先される目標です。この場合本人の訴えを把握することが重要ですが、痛みを十分に伝えられないこともあるので注意します。

③ 一般状態の低下

認知能力が低下し、その期間が長く続いている入所者は、合併症（たとえば、褥瘡など）を起こしたり、生命の危険性のある段階にまで到達することがあります。

④ 身体機能の障害

認知能力の低下は、まず最初に身体機能の変化に表れることがあり、回復可能な原因を明らかにするため、以下のことを検討します。

ア 移動、更衣、摂食においてどの程度介助が必要か？

イ より自立できる可能性はないか？

ウ 認知能力だけでなく、状態が全般的に悪化しているのか？（たとえば、尿コントロール、移動、更衣、視覚、日課活動への参加時間の低下も起こっているなど）

⑤ 感覚障害

ア 識別が困難な状況があるか確認します。

認知能力が低下すると、小さい物体を識別したり、食事中に皿を置いたり、いすに座るために体を調整することが難しくなる。このために毎日の日課行動をしなくなることがあります。視覚に問題があるかどうかを確認する必要があります。

イ コミュニケーション能力を確認します。

認知能力が低下している人は、意味のあるコミュニケーションができないものと思われている場合があります。しかし、一見理解しがたい行動（叫ぶ、攻撃的な行動をとるなど。）でも、それが独自のコミュニケーション方法であることがあります。このような行動とその出現パターンを観察することによって、認知障害の入所者のニーズをある程度理解できるようになることがあります。（トイレに行きたいため、不快なために騒ぎ始めるなど。）

ア コミュニケーションがとれるのか？ しようとしているのではないか？

イ スタッフは、入所者の反応を促すために言葉によらないコミュニケーションの方法（触れる、ジェスチャーなど）を使っているか？

⑥ 薬剤

向精神薬やその他の薬剤は認知能力の低下の一因となることがあります。必要に応じて確認します。

⑦ 関わり方の要因

ア 自立した活動をする機会は考慮されているか確認します。

スタッフは、入所者ができるだけ多くの活動に参加するよう配慮すると同時に、過保護にならないように注意します。ある1つの機能が低下していても、その領域すべてを全面援助する必要はないし、また他の機能低下につながるかもしれないことを頭に入れておきます。

- イ より自立できるかもしれないと考える根拠はあるかどうか確認します。(実際にやっているところを見た、もっと自分でやりたいという希望がある、体幹や四肢、手をコントロールする能力があるなど。)
- ウ 日常生活において自分で判断する場面がもっとあるかどうかを確認します。
- エ 自分で判断するための認知能力が少しでも残っているか確認します。
- オ 受身的になっていないか確認します。
- カ ケアを拒否していないか確認します。
- キ 自分でできるように動作分割はされているか確認します。
- ク スタッフの対応の不適切さが、支障、混乱の原因になっていないか確認します。

～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>

## ⑧ 日常生活、活動

入所者の生活に焦点を当てたケアは、認知能力の低下による問題を軽くすることがあります。

- ア ある程度認知能力があり問題行動のない入所者は、施設での生活や周囲の出来事に関わりをもって暮らしているか確認します。
- イ 負担を軽くしたり、環境を改善することによって効果が得られないかどうか確認します。
- ウ 小グループでの活動が推し進められているかどうか確認します。
- エ 個別の環境的配慮がされているかどうか確認します。(方向の指示や個別の照明など)
- オ スタッフは、入所者の残存機能が最大限活用されるようにケアをしたいか確認します。(全面援助ではなく、言葉をかけたり、手を引いたり、見守ったりすること、動作を分割し次の動作への合図に反応する時間を十分にとっているか、入

所者にとって快適で、支えられているという安心感をもてる関係を築くことなど。)

カ 最近親しい人を失っていないかどうか確認します。(配偶者の死、好きなケアスタッフの配置換え、入所して間もない、家族や知人の訪問回数が減るなど。)

ADL目標の例					
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・シャワールームに行く	トイレまで行く(夜間のポータブルや尿器も含む)	室内や近くを移動する □	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	棟(ユニット)内を移動する □	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	施設内を移動する(エレベーターを使う) □	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	戸外を移動する □	移乗(立つ/座る/持ち上げる/ころがる)	嘔む、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 □	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 □	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□をチェック		その他

### ～認知症の基礎知識～

#### 1 中心となる症状

認知症の症状は中心となる症状と、それに伴って起こる周辺の症状に分けられます。

中心となる症状とは「記憶障害」や「判断力の低下」などで、必ずみられる症状です。

- (1) 記憶障害：直近のことを忘れてしまう。同じことを繰り返す。
- (2) 見当識障害：今がいつなのか、ここはどこなのか、わからなくなる状態。
- (3) 知能(理解・判断)障害：寒くても薄着のまま外に出る。真夏でもセーターを着ている。考えるスピードが遅くなる。失行・失認・失語
- (4) 実行機能障害：段取りが立てられない。調理の動は出来ても食べるための調理ができない。失敗したとわかって修正できない。

#### 2 周辺症状

周辺の症状は人によって差があり、怒りっぽくなったり、不安になったり、異常な行

動がみられたりすることがあります。

(1) 妄想

しまい忘れたり、置き忘れたりした財布や通帳を誰かが盗んだ、自分に嫌がらせをするために隠したという「もの盗られ妄想」の形をとることが多い。このような妄想は、最も身近な家族が対象になることが多い。この他に「嫁がごはんに毒を入れている」という被害妄想や、「主人の所に女が来ている」といった嫉妬妄想などということもあります。

(2) 幻覚

認知症では幻聴よりも幻視が多い。「ほら、そこに子供たちが来ているじゃないか。」「今、男の人たちが何人か入ってきたのよ」などといったことがしばしば見られることもあります。

(3) 不安

自分がアルツハイマー病であるという完全な病識を持つことはないが、今までできたことができなくなる、今までよりも忘れがひどくなってきているという病感があることは珍しくなく、不安や焦燥などの症状が出現します。また、不安や焦燥に対して防衛的な反応として妄想がみられることもあります。

(4) 依存

不安や焦燥のために、逆に依存的な傾向が強まることがあります。一時間でも一人になると落ち着かなくなり、常に家族の後ろをついて回るといった行動があらわれることがあります。

(5) 徘徊

認知症の初期には、新たに通い始めた所への道順を覚えられない程度ですが、認知症の進行に伴い、自分の家への道など熟知しているはずの場所で迷い、行方不明になったりします。重症になると、全く無目的であったり、常同的な歩行としか思えない徘徊が多くなります。アルツハイマー病に多く、脳血管障害による認知症では多くはありません。

(6) 攻撃的行動

特に、行動を注意・制止する時や、着衣や入浴の介助の際におきやすい。型にはめようとすることで不満が爆発するということが少なくない。また、幻覚や妄想から二次的に生じる場合もあります。

(7) 睡眠障害

認知症の進行とともに、夜間の不眠、日中のうたた寝が増加する傾向にあります。

(8) 介護への抵抗

理由はわかりませんが、認知症の高齢者の多くは入浴を嫌がるようになります。「明日はいる」「風邪をひいている」などと口実をつけ、介護に抵抗したり、衣服の着脱が苦手であること、浴室の床でころぶかもしれないことなど、運動機能や条件反射が鈍くなっているための不安、水への潜在的な恐怖感などから生じると考えられます。

(9) 異食・過食

食事をしても「お腹がすいた」と訴える過食がみられたり、食べられないものを口に入れる、異食がみられることがあります。口に入れるのは、ティッシュペーパー、石けん、アイスノンの中身までさまざまです。

(10) 抑うつ状態

意欲の低下（何もしたくなくなる）や、思考の障害（思考が遅くなる）といった、うつ病と似た症状があらわれることがあります。うつ病では、「気分や感情の障害（悲しさや寂しさ、自責感といったもの）を訴えることがあるが、認知症では訴えることは少ないです。

## 5 コミュニケーション能力

### 5-1 コミュニケーション

コミュニケーションによって自分の感情や想いを表現し、人の話を聞くなどして互いの情報を共有します。コミュニケーションがうまくとれれば、環境への適応や、孤独やうつ等を軽くすることも可能です。

#### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

コミュニケーションの障害・問題を明らかにして、専門的な検査や対処をおこないます。

#### (2) コミュニケーション障害把握のポイント

- ① 聴覚に障害がある。
- ② 伝達能力に問題がある。
- ③ 理解力に問題がある。

#### (3) コミュニケーション

#### コミュニケーション能力

言語的あるいは非言語的な手段を用いて、意思、感情、思考を受け取り理解し、伝える能力です。それには、話す、聞く、読む、書く、身振りなどの能力が含まれます。

- ① 効果的コミュニケーション  
効果的に伝達し合うことができるかどうかは、能力とは別に、身振りや指さし、抑揚をつけた口調、コミュニケーション補助具（補聴器など）の使用によって決まります。
- ② コミュニケーションの機会  
コミュニケーションを取りたい相手がいるか、意味のある活動をしているか、コミュニケーションを取ろうとしてくれている人がいるかが重要です。
- ③ 老人性難聴  
両側対称性の難聴で、特に高い音が聞き取りにくくなります。症状はゆっくりと進行し、音の識別と話している内容を理解することが困難になります。
- ④ コミュニケーション問題  
コミュニケーション機会の不足、加齢や認知症等の疾患、視覚障害、うつ、その他の健康上・社会上の問題によってコミュニケーション問題が悪化します。

#### (4) コミュニケーションについての対応指針

入所者と施設スタッフ間の効果的なコミュニケーションの方法について検討します。  
また、認知症の入所者等とコミュニケーションをとる場合、スタッフが非言語的コミュニケーション能力を高める必要があります。人として基本的で自然に身につけている能力（身体に触れる、表情、アイコンタクト、声の抑揚、姿勢等）が、入所者との効果

的なコミュニケーションを可能にします。

- ① 聴力に問題がある場合  
医師，言語聴覚士による正式な聴力評価をして対応します。
- ② 視覚や聴覚の補助具を使用している場合（眼鏡，視覚補助具，補聴器，聴覚補助具）
  - ア 常に簡単に利用できるか確認します。
  - イ きちんと作動しているか確認します。
- ③ 理解力に問題がある場合  
能力を評価して対応します。
- ④ 伝達能力に問題がある場合  
言語聴覚士による評価を受けて対応します。
  - ア 構音(語)障害（言葉を明確に出せない）
  - イ 失語症（話し言葉や文字を理解できない，言葉を探す，文中に言葉を当てはめられない）
    - a 軽度の場合，理解力と発語の困難をきたし，重度の場合は，話すこと，聴くこと，読むこと，書くことに著しい支障をきたします。
  - ウ 失行症（その言葉を知っていても，自発的に音を言葉として結びつけることが難しい）
    - a 手探りで躊躇したように聞こえる発声音となります。
  - エ 認知症  
多くの認知症患者はコミュニケーション障害を伴います。
    - a 初期段階：特定の語彙が思いつかない，複雑な会話についていけない，熟語・ことわざ・推論のような抽象的な言葉の意味がわからない。
    - b 進行段階：言葉を見つけること，理解すること，読み書き，会話ができなくなる。
    - c 末期状態：意味あるコミュニケーションがほとんどできなくなる。
- ⑤ コミュニケーションの機会に問題がある場合  
コミュニケーションの能力があっても，物理的，社会的にコミュニケーションの機会がない場合があります。
  - ア コミュニケーションする場があるか。人が身近にいるか。
  - イ 照明が暗い，騒音がある，プライベートな会話のできる場所がない，など環境の問題はないか。
  - ウ 会話のなかに入り込めないような社会的な環境の問題はないか。
  - エ 言葉による虐待，ひやかしを受けていないか，あるいは話すことを押しえられていないか。

## コミュニケーションの方法

- ① 話し方
  - ア 叫んだり大声では話さない，はっきりとした声と言葉で話す。
  - イ 大人としての語彙，語調で会話をする。
  - ウ わかりやすい言葉を用い，専門用語は避ける。
- ② 話の進め方
  - ア 言葉にも，表情や態度にも，決していらいらを表わさないようにする。
  - イ 繰り返し言葉や先回りをして代わって応答しないようにする。
  - ウ ゆっくりと話し，理解したか確認するために区切りを頻回に入れる。

- エ 新しい話題に入るときは明確に示す。急に話題を変えないようにする。
- オ 同じことを何度も言うか、言い方を変える。
- カ 頻回の息つきを必要とする場合があるので、ゆっくりと、小さく区切って話すように勧める。
- キ 単語を思い出せなくても、話題について話し続けるように励ます。
- ク 話が意味をなさないならば、はい/いいえ、あるいは非言語的なことで応答できる質問をする。
- ケ 言葉が見つからなかったり、わかりやすい言葉が出なくて困るよりは、しばらく話題を離れて、あとで話すようにする。
- コ 介護スタッフ等が入所者に代わって返事をする場合は、入所者とのコミュニケーションを妨げることになるので、必要以外はしない。
- ③ 話が理解しやすいように
  - ア はっきりとした身振りや指さし、あるいはやって見せることで話を補う。
  - イ あとで見直しができるように、話した内容について簡単に書かれたメモを用意する。
  - ウ 身振り、指さし、書く、措く、あるいは補助用具を使用するなど、コミュニケーションのための工夫をするように勧める。
- ④ 会話する環境を整える
  - ア 入所者が理解できないという前提に立って、本人のいる場で本人についての話しを絶対にしない。
  - イ 介護者は自分の顔を利用者に十分に見えるようにして話す。
  - ウ 話しているときに、入所者が介護者の顔を見ることが出来る明るさかどうかを確かめる。
  - エ 入所者が聴くのに邪魔になる雑音を低くしたり、消すようにする。
- ⑤ その他の留意点
  - ア コミュニケーションする機会を増やすようにする。
  - イ コミュニケーションに問題があるということで入所者を責めない。
  - ウ あいさつ、丁寧な言葉、ちょっとした話のような、社会的なコミュニケーションや習慣的な会話をするようにする。

## 5-2 視覚・聴覚

### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

最近視力・聴力が低下した入所者、視力・聴力を失った入所者、眼鏡・補聴器などを適切に使用していなかった入所者を把握して対応します。

## 6 社会との関わり

### 6-1 活動

入所者が消極的であっても、活動に参加することは重要です。

活動や訓練への期待や意欲がなくなり、病気が進み、活動への機会が減ることで、社会交流をしなくなると、生活や身体機能等の改善や回復の可能性が減少します。

#### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

活動していないことが、生活上の支障となっている入所者、活動内容を見直す必要のある入所者を把握して対応します。

#### (2) 活動把握のポイント

- ① ほとんど活動していない
- ② ほとんどの時間起きている

#### (3) 活動対応の考え方（指針）

- ① 活動していない状態は、入所者の身体や認知能力を考えると相応か。
- ② 負担の少ない施設生活で、生活に張りがなくなったり無関心になっていないか。
- ③ 普段の生活で意欲を感じることもあるか。
- ④ 施設生活に積極的に関わっているか、参加しているか。
- ⑤ 日課活動への参加を支援する方法はないか。
- ⑥ 活動への参加に、病気や症状が影響していないか。
- ⑦ 認知、身体機能、コミュニケーション、気分等が活動に影響していないか。
- ⑧ 環境の変化が影響していないか。
- ⑨ 対人関係が影響していないか。

#### 活動プラン作成時に留意すべきこと

- ① 活動は入所者の想いや期待に沿っているか。
- ② レクリエーションを時間の無駄だと思っていないか。
- ③ 介護スタッフは、入所者の希望や慣習を尊重しているか。
- ④ 介護スタッフは、活動量の低い活動が入所者の興味関心をひくかどうかを考えているか。
- ⑤ 認知や身体能力の低下のために興味を持っていた活動ができなくなっていないか。
- ⑥ 認知や身体能力の低下のために、活動の選択肢が減っていないか。
- ⑦ 介護スタッフが過保護になっていないか。
- ⑧ 入所者にとって、活動が負担になっていないか。
- ⑨ 新しい活動への意欲を持っているか。

### 6-2 対人関係

幸福感は、自分と周りの環境や人間関係に左右されます。肯定的な想いや感情は生活への

積極性と充実感につながり、否定的な想いや感情は対人関係の苦痛や喪失感を含みます。

#### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

施設内での対人関係の問題と、対人関係の能力を把握して、対人関係の苦痛へ対応します。

#### (2) 対人関係把握のポイント

- ① 興味を持っていた活動をしなくなった。
- ② 施設スタッフとの葛藤や批判を繰り返す。
- ③ 同室者等とうまくいかない。
- ④ 家族等との葛藤や批判を繰り返す。
- ⑤ 失った役割等を悲しんだり、怒ったりする。
- ⑥ 家庭での生活と施設での生活の違いを感じている。

#### (3) 対人関係対応の考え方（指針）

- ① 対人関係以外のことを改善して対応します。  
気分や行動障害を把握します。
- ② 対人関係の支障を把握して対応します。  
入所者にとって重要な人間関係の変化や、環境の変化を把握します。
- ③ 対人関係の支障となる能力を把握して対応します。  
施設スタッフの関わりによって補います。
- ④ 生活習慣や今までの生き方、想いを把握して対応します。
- ⑤ 施設スタッフの問題意識、過去の対応、改善の可能性を検討して対応します。

### 6-3 気分

#### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

悲しみや虚しさ、不安、落ち着きのなさなどの気分の悪化に対応します。  
気分の悪化は、体重低下、興奮、痛み等の機能障害として表れる場合があります。

#### (2) 気分状態把握のポイント

- ① 否定
- ② 同じことを繰り返し言う
- ③ 心気症状
- ④ 不満
- ⑤ 不安
- ⑥ 不眠
- ⑦ 不機嫌
- ⑧ 活動・交流の低下

#### (3) 気分対応の考え方（指針）

- ① 回復可能な原因を検討する。

- ア 対人関係
- イ コミュニケーション
- ウ 治療
- エ 薬の副作用
- オ 病気や症状

## 7 排尿・排便

### 1 失禁

適切な方法での排尿のコントロールができない状況です。

失禁は、皮膚の発疹、浸軟、褥瘡、転倒や社会的孤立などに影響があります。

一般の常識とは逆に、多くの高齢者の尿失禁は治せるものであり、大幅な改善が可能な場合があります。その方法は、薬剤の使用、運動、排尿訓練、居住環境の改善、手術などがあります。

#### 排尿能力

- ① 尿路系の要因  
尿を蓄えたり放出する膀胱、適切に開閉できる尿道に問題がある場合。
- ② 身体、認知、意欲の要因  
間に合うようにトイレに移動し、排泄するために衣服を調節する、適切な場所で排尿する必要性を認識すること、そのようにしようとすることに問題がある場合。
- ③ 神経の要因  
脊髄や末梢神経に問題がある場合。

#### ～尿失禁の種類～

腹圧性尿失禁	くしゃみや大笑いなどによる生理的な反射や、階段の上り下り、重いものを持ち上げたときなどの動作がきっかけとなり、お腹に圧力が加わったときに起こります。 特に女性の患者が多く、女性の4割を超える2,000万人以上が悩まされていると言われています。
切迫性尿失禁	抑えられない強い尿意が急に起こり、コントロールできずに尿が漏れてしまう尿失禁です。突然強い尿意を覚えることはあっても普通はこれを抑えることができるものですが、切迫性尿失禁の人はトイレまで我慢できず、尿が漏れてしまいます。尿の量は腹圧性尿失禁より多く、ときに大量に出ます。したくなると急に出てしまいますので、膀胱に少しでも尿がたまると、トイレに行くようになります。そのため、尿の回数が多くなる頻尿という症状も併発します。 切迫性尿失禁は、男女を問わず高齢者に多くみられます。
溢流性尿失禁	詰まりや、膀胱の筋肉の収縮力低下が原因で少量の尿が漏れ出てしまう尿失禁です。尿の流れが妨げられたり膀胱の筋肉が収縮できなくなったりすると、膀胱はいっぱいになってばんばんに拡張します。そのため膀胱内の圧力が高まり、尿が外に溢れ出てしまうのです。この溢流性尿失禁では、尿が出にくくなる排尿障害が必ず前提にあります。排尿障害とは、膀胱や尿道などの疾患のため尿の流れが阻まれるものです。 排尿障害になる疾患は男性患者が多いことから、溢流性尿失禁は男性に多くみられます。
機能性尿失禁	排尿機能は正常にもかかわらず、身体運動障害の低下や痴呆が原因でおこる尿失禁です。

	身体運動障害の低下のためにトイレまで間に合わない、あるいは認知症のため、時と場所と場合が判断できずにしてしまう、といったケースが多いです。
--	---

### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

回復可能な失禁の原因を把握し、可能な対処方法を検討して対応します。

### (2) 失禁把握のポイント

- ① 失禁がある。
- ② おむつを使用している
- ③ 尿カテーテルを使用している

### (3) 失禁対応の考え方（指針）

#### 改善可能な失禁原因の把握

失禁が改善することは、機能状態や生活の質（QOL）の向上にもつながります。

- ① せん妄状態
- ② 尿路感染症
- ③ 萎縮性尿道炎もしくは膣炎
- ④ 薬物
- ⑤ 心理面（うつ）
- ⑥ 頻尿・多尿
- ⑦ 活動の制限

トイレに行くことができない、移動できない場合等については、『ADLの改善と支援』で検討します。

- ⑧ 便秘

#### 留置カテーテルの適応症

※参考

- ① 昏睡状態
- ② 末期状態
- ③ 失禁によって影響を受けそうな褥瘡
- ④ 処置不能の尿道閉塞
- ⑤ 過去にカテーテル抜去後も排尿できなかった

## 8 褥瘡・皮膚の問題

### 8-1 褥瘡

褥瘡は入所者に深刻な影響を与え、治療には費用と時間がかかるが、身体機能に障害のある入所者に最も多くみられる状態となっている。褥瘡は予防することができ、仮にできてしまっても改善することができます。

#### ～褥瘡のステージ～（IAET の分類）

- ステージⅠ 圧迫除去後 30 分以内に消退しない発赤（紅斑）。表皮は損なわれていない。いわゆる可逆的な段階。
- ステージⅡ 表皮あるいは真皮に至るが、皮下組織に至らない皮膚の部分欠損。発赤（紅斑）を伴う水疱や硬結も含む。創傷底は湿潤で、ピンク色。痛みを伴う。壊死物はない。
- ステージⅢ 真皮全層を超え、皮下組織に至る全層欠損。痂皮で被われていない限り、浅い潰瘍がある。壊死組織、ポケット形成、皮下交通、滲出液、感染の可能性ある。創傷底は通常痛みを伴わない。
- ステージⅣ 皮下組織を超え、筋膜、筋層、関節、骨に達する深い組織欠損。壊死組織、ポケット形成、皮下交通、滲出液、感染の可能性ある。創傷底は通常痛みを伴わない。

#### （1）ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

褥瘡のある入所者に治療やケアを確実に提供することと、褥瘡になる危険性があるにもかかわらず予防的なケアを受けていない入所者を把握します。

#### （2）褥瘡とその危険性を把握するポイント

- ① 褥瘡や潰瘍があるか。
- ② 寝返り等、ベッド上で身体を動かすことができるか。
- ③ 寝たきり状態か。
- ④ 便失禁はあるか。
- ⑤ 末梢循環障害があるか。
- ⑥ 褥瘡・潰瘍ができたことがあるか。
- ⑦ 痛みや圧迫に対して鈍感になっているか。

- ⑧ 毎日体幹部を抑制しているか。

### (3) 褥瘡対応の考え方（指針）

- ① 原因を検討して対応します。
  - ア 糖尿病
  - イ アルツハイマー病やその他の認知症
  - ウ 浮腫
  - エ 抗うつ薬と抗不安薬，催眠薬
- ② ケアや治療内容を見直し検討します。
  - ア ケアや治療は褥瘡の原因に対応しているか。
  - イ ケアは計画どおり確実に実施されているか。
- ③ 褥瘡の危険性があるにもかかわらず，予防的なケアが行われていない場合その状況を把握して対応します。

## 8-2 皮膚の問題

### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

褥瘡や潰瘍以外の皮膚の問題を把握して対応します。

### (2) 皮膚問題把握のポイント

- ① すり傷，内出血
- ② 火傷
- ③ 発疹
- ④ 皮膚の鈍感さ
- ⑤ 裂傷，切り傷
- ⑥ 手術創
- ⑦ 足（うおのめ，たこ，まめ，つち指，指の重なり，痛み，変形等）

### (3) 皮膚問題対応の考え方（指針）

医師の指示のもと，治療と，看護師による処置，介護の方法を検討して対応します。

## 9 口腔衛生

### 1 口腔衛生

機能する歯や義歯は、十分な栄養摂取に重要です。また、清潔に見た目も良く保つことは、自分でも他者にもイメージを高めることにつながり、他者との交流を豊かにすることができます。

さらに、口腔内を健康に保つことは、不快感や感染症等の危険性から守ることになります。

#### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

口腔ケアの必要性を把握して対応します。

#### (2) 口腔衛生問題把握のポイント

- ① 就寝前、口腔内に残渣がある。
- ② 毎日、歯、義歯を洗っていない、または口腔ケアをしていない。
- ③ 口腔が痛む。
- ④ 歯の一部または全部がなく、義歯を使っていない。
- ⑤ 虫歯がある。
- ⑥ 歯肉炎、腫れ、出血、潰瘍、発疹がある。

#### (3) 口腔衛生対応の考え方（指針）

歯・口腔内の残渣を取り除き、口腔内の腐食や不潔な臭い、感染症を予防します。また、入所者自身でできない原因を把握して対応します。

- ① 入所者が自分で歯磨きや義歯洗浄をする方法を考えて対応し、できなければ補います。
- ② 脱水や薬等による口腔内の乾燥に対応します。
- ③ 痛みや炎症、不快感等、認知能力の低下や自分のことを伝えられない入所者に対応します。

# 10 食事摂取

## 10—1 栄養

### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

栄養状態が悪化する危険性を把握して早期に予防的な対応をします。

### (2) 栄養問題把握のポイント

- ① 体重減少
- ② 食べ物についての文句が多い
- ③ 半分近く食べ残すことが多い
- ④ 経静脈栄養
- ⑤ ミキサー食
- ⑥ 褥瘡がある

### (3) 栄養問題対応の考え方（指針）

#### 食事摂取の障害

- ① 自分で食事摂取ができない。
- ② 咀嚼に問題がある。
- ③ 嚥下に問題がある。

#### 栄養摂取の問題

- ① 下痢等による栄養分の損失
- ② 病気による栄養摂取必要性の増加
- ③ 病気による栄養吸収能力の低下
- ④ 病気による過度の栄養消耗

#### その他の要因

- ① 慢性閉塞性疾患：カロリーの必要性，むせることへの恐れ
- ② 呼吸困難：飲食への恐れ
- ③ 便秘，消化管閉塞：食欲低下
- ④ 薬：食欲低下，嗅覚味覚の低下

#### 栄養プログラムの例

- ① 手で食物をつかむ
- ② 一口を小さくする
- ③ 食べる時に舌を使う
- ④ 一口ごとに嚙んでから飲み込む
- ⑤ 口腔が痛まない食べ物の摂取
- ⑥ 補助具，自助具の活用
- ⑦ 食事時間の調整
- ⑧ 食事環境，雰囲気配慮

## 10—2 経管栄養

(1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割，対応の考え方（指針）

#### 経管栄養の弊害

興奮やうつ状態，気分低下，自己抜去，感染症，吸引，気管や肺への誤挿入，チューブの抜け，痛み，チューブの詰まり等に対応します。

## 10—3 脱水

摂取する水分量より，失われた水分が多い状態です。

水分は，組織の物理的支持，細胞への栄養分の輸送と老廃物の排泄，体温の調節を含む複雑な代謝機能に必要です。

#### 脱水の種類

##### ① 高張性脱水

塩分よりも水分が多く失われる脱水。高ナトリウム血症となります。発熱が続い

たり、非常に暑いところで過ごすなど、肺や皮膚からの不感蒸泄による水分が喪失するときに起きます。

#### ② 等張性脱水

水分と塩分の両方の喪失による脱水。ナトリウム濃度は正常ですが、循環血液量の減少がみられます。食欲が減退しているために食事や水分の摂取が減少していたり（水分・塩分摂取の低下）、嘔吐や下痢の症状がみられる場合（水分・塩分の過度の喪失）などに起こります。

#### ③ 低張性脱水

水分よりも塩分の喪失が大きい場合、等張性脱水時に水分のみの補給が行われた場合の脱水。低ナトリウム血症となります。

### 脱水の症状

- ① 脱水によって生じる症状には、体動によるめまい、口唇の乾燥、便秘などがあります。
- ② 重症になると、精神的な錯乱や身体機能の低下、皮膚の損傷がみられるようになり、感染や転倒をしやすくなり、腎不全に陥って死に至ることがあります。
- ③ 高齢者の脱水は急性疾患に伴って起こることが多く、脱水が原因で入院した高齢者の死亡率は高い。

### 脱水の危険性

高齢者の場合、過度の水分喪失よりも不適切な水分摂取に関係することが多い。

- ① 高齢者の腎臓は、若年者と同じようには、尿を濃縮できない。水分摂取が不十分な場合、あるいは水分の喪失が増加した場合、高齢者は脱水を回避するだけの十分な水分量を保持できない可能性があります。
- ② 加齢とともに、口渇感を感じにくくなります。高齢者は失われている水分を補充するために適切な水分量を摂取する必要性を十分認識できない場合があります。
- ③ 薬物療法を受けている場合、水分摂取の減少を招くような食欲減退、吐き気を引き起こすことがあります。
- ④ 嚥下困難や尿失禁を緩和する試みとして、水分摂取を計画的に制限している場合があります。
- ⑤ 身体の水分量や均衡を適切に維持することを助ける多くのホルモンの量が、加齢とともに低下します。

### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

- ① 脱水症になる危険性の高い入所者を把握し、脱水を未然に防ぎます。
- ② 介護スタッフが、脱水になる原因や脱水による症状に気をつけることができ、対応できるようにします。

### (2) 脱水把握のポイント

- ① 座位時や起立時のめまいがある。
- ② 精神状態の変化がある。
- ③ 尿量が減少している。
- ④ 皮膚に張りがない、粘膜が乾燥している。
- ⑤ 便秘がある。
- ⑥ 発熱がある
- ⑦ 食事や水分の摂取量が目立って減少
- ⑧ 尿路感染症
- ⑨ 利尿薬

### (3) 脱水対応の考え方（指針）

脱水の要因を把握して対応します。

- ① 意思決定能力に障害があるか。
- ② 理解力に障害があるか。
- ③ 身体のバランスの障害があるか。
- ④ 身体能力に問題があるか。
- ⑤ 便秘があるか。
- ⑥ 嚥下に問題があるか。
- ⑦ 水分摂取を制限していないか。
- ⑧ 症状（感染，発熱，嘔吐，下痢，吐気，異常発汗）はあるか。
- ⑨ 下剤，利尿薬の服用はあるか。
- ⑩ 多尿ではないか。

# 1 1 問題行動（行動障害）

## 認知症の行動・心理症状

「BPSD (behavioural and psychological symptoms of dementia)」

### 1 行動障害

行動障害は、入所者本人、他の入所者、さらにスタッフにとっての悩みや問題になる場合があります。行動障害のある入所者との関わりは難しいため、過剰な抑制や向精神薬が使われることがあります。しかし、行動障害に対して、それ以外の介護や対応に取り組む傾向が高まっています。

行動障害の原因はすべて認知障害とは限りません。その他の病気や障害、心理的なこと、ケアスタッフの対応、環境や生活習慣など様々です。

#### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

行動障害のある入所者を把握し、原因とその解決策を検討します。

また、行動障害は改善されたとしても、行動を制限してしまっている可能性のあるケアを受けている入所者を把握して対応します。

#### (2) 行動障害把握のポイント

- ① 徘徊がある。
- ② 暴言がある。
- ③ 暴行がある。
- ④ 社会的不適当な行為がある。
- ⑤ ケアに対する抵抗がある。
- ⑥ 行動障害が改善した。

#### (3) 行動障害対応の考え方（指針）

行動障害を、重度のものと比較的容易に対処できるものとの間に区別することから始めます。次に、行動障害が起こる原因とその解決策に進みます。

**重症度を把握します**

何らかの行動障害があり、新たなケアや変更を検討する必要性のある入所者を特定しますが、行動障害のあるすべての入所者が特別なケアを必要としているわけではありません。

行動障害の中には本人や周囲にとって、危険にも悩みの種にもならないものもあります。たとえば、幻覚と妄想（精神疾患やせん妄のような急性症状でないもの）は問題にならないことが多く、そのままの環境で対処できるかもしれません（たとえば、周りが認める、受け入れられるなど）。このため、入所者個々の行動障害が「問題」かどうかを把握することが重要になります。行動の性質と重症度、その影響を把握する必要があるということです。

① 問題行動を観察します。

ア 一定期間、行動障害の重症度と持続する時間、その頻度と変化を把握します。

イ 行動障害に規則性があったかを把握します。（1日のうちの時間帯、周囲の環境、本人と周囲がしていたことに関連など）

**行動障害の規則性を明らかにします**

行動障害の規則性を把握することは、行動障害の原因を解明する手がかりになります。

長期的に観察することで、入所者の行動障害は、例えば、歌の時間であれば集団の中にいられるが、食事の時は耐えられないといった場合や、行動障害がある出来事と関連していること（たとえば、好きなテレビ番組を変えられると大声で叫んだり、トイレに行きたくなると徘徊するなど）が理解できる場合があります。

規則性を把握して、問題の原因に取り組むことで行動障害は軽減したり、消失する可能性があります。

ウ 行動障害はいつごろからどのように現れてきたかを把握します。

エ 最近変わったことはなかったかを把握します。（たとえば、新しい棟、新しいスタッフ、薬の変更、治療の中止、認知状態の悪化など）

**行動障害の影響を把握します**

オ 行動障害は入所者本人にとって危険なものか、どのように危険なのかを把握します。

カ 周囲にとって危険なものか、どのように危険なのかを把握します。

キ 1日の中での心身の状態が変わることに行動障害は関係していないか、どのように関係しているかを把握します。

ク ケアへの抵抗は行動障害によって現れているのかを把握します。

ケ 対人関係の問題や適応の問題は、行動障害が原因なのかのかを把握します。

#### 潜在的な原因を確認します

行動障害は、急性病気、精神病的な状態と関連することが多い。

向精神薬と身体抑制、環境ストレス（たとえば、騒音、慣れ親しんだ日常生活の変化など）のような反応が原因となっている。

行動障害の原因を探っているうちに、回復可能な対応が見つかり、行動障害が落ち着く場合もあります。

#### 認知障害との関係を把握します

認知症の場合の行動障害は治療やケアをしても継続する場合があります。この場合の行動障害は悩みの種になるが、多くは対応が可能です。たとえば、危険のない環境であれば徘徊する入所者を抑制せずに対応できます。同様に、手がかかる入所者や、叫び声をあげている入所者のニーズや行動のパターンは、予測でき対応が可能であることがあります。

#### 気分の問題との関係を把握します

気分や対人関係の問題は、行動障害の原因になる場合がありますが、原因となる問題が解決されれば、行動障害が落ち着く場合もあります。

コ 行動障害の原因となる、不安障害と攻撃性、うつや孤立と暴言など、気分の問題はないか把握します。

#### 問題行動に影響する対人関係を把握します

サ 対人関係（入所者、職員、家族など）、誰かがいることによって、あるいはいないことによって問題行動が起きていることはないか把握します。

シ 他者の考えや行動に対しての妄想があり、攻撃的な行為につながっていないか把握します。

ス 最近の身近な人の死亡、スタッフの交替、あるいはコミュニケーションのとれない同室者と一緒になったこと等が行動障害を引き起こしていないか把握します。

#### 環境の問題を把握します

周囲の環境は入所者の行動に深く影響することが多いため、慎重に検討します。

セ スタッフは十分に対応し、入所者のストレスの原因と早期に表れる兆候に気付くことができるか確認します。

ソ スタッフは入所者の慣れ親しんだ日課を尊重しているか確認します。

タ 騒音や混雑、あるいは部屋の暗さは行動に影響していないか確認します。

チ 他の入所者の中に攻撃的な人はいないか把握します。

### 病気と症状を把握します

急性の病気や慢性疾患の悪化が行動に影響することがある。病気の診断と治療が問題行動を解決することがあります。慢性的な症状があるが、自分のことを十分に伝えられなかったり、周りを十分に理解することができない場合、行動障害が起きる場合がある。その場合には、スタッフや家族が効果的なコミュニケーション方法をとることで行動が落ち着く場合があります。

感覚障害（視覚、聴覚など）も行動障害の原因となることがあるため、感覚障害への対応が解決につながる場合があります。

ツ 行動障害と同時に、慢性的な身体症状があるか把握します。（関節炎や便秘、頭痛などの疼痛や不快感など）

テ 行動障害が急性疾患と関係があるか把握します。（尿路感染症、その他の感染症、発熱、幻覚や妄想、睡眠障害、身体的外傷を伴った転倒、栄養障害、体重減少、脱水や水分の不足、電解質の異常、急性低血圧など）

ト 行動障害は慢性疾患の悪化と関係があるか把握します。（心不全、糖尿病、精神病、アルツハイマー病、他の認知症、脳血管障害、糖尿病の低血糖発作など）

ナ 聴覚や視覚、コミュニケーション能力の障害はどのように影響しているか把握します。

### 現在行っているケアや治療の影響を把握します

行動障害に対応するためのケアは、行動障害を改善することもあれば逆に悪化させたり、別の行動障害を引き起こすこともあります。これらはどのような結果であっても重要な情報です。（入所者の興味、利用、参加意欲など。）

行動障害への対応を継続実施することが重要な場合があります。しかし、その対応がQOLの低下につながっている場合には、別の方法を検討します。（薬や身体抑制による対応は、ADLや気分、全体のQOLを低下させている可能性がある。反対に、入所者が理解できるように日課を分割し自分でできるように導くというケアは、入所者のストレスを減らし、問題行動を防ぐことになるために継続するなど。）

- ニ 精神科医を受診したことがあるかどうか確認します。
- ヌ 行動障害への対応が効果的だったことがあるかどうか、その内容も確認します。
- ネ 行動が軽減した場合、薬剤やその他の行っているケアや治療を止めることができるか把握します。
- ノ 薬剤の開始（または処方の変更）と行動障害の始まりや変化に関係はあるか把握します。
- ハ 身体抑制と問題行動は関係あるか把握します。（興奮や怒りが増したなど。）
- ヒ 専門的な治療棟でケアを受けたことがあるか確認します。
- フ 行動障害への対応についてのスタッフ教育の状況・効果を把握します。
- ヘ 教育にはどのような職種が関わっているか、教育はどのくらいの頻度で行われているか、継続して行われているか把握します。
- ホ 入所者の自立度を拡大するために動作分割をしているかどうか把握します。

## 12 介護力

### 1 退所の可能性

#### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

退所の可能性のある入所者を明らかにし、退所に向けて計画的に対応します。

#### (2) 退所の可能性把握のポイント

- ① 他の施設に移る予定がある。
- ② 家族等が受け入れる準備がある。

#### (3) 退所へ向けた対応の考え方（指針）

- ① 全体的な自立の状況、介護の必要性とその変化を把握して対応します。
- ② 家族支援の状況（介護力）を把握して対応します。

## 1.3 居住環境

### 1 居住環境

#### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

入所者の健康状態，障害の状況から見ての危険な環境状態，自立生活を阻害する環境状態を把握して対応します。

#### (2) 居住環境問題把握のポイント

- ① 照明
- ② 床の状態
- ③ 浴室やトイレの環境
- ④ 暖房や空調

#### (3) 居住環境対応の考え方（指針）

環境の危険性・不具合と，入所者の身体機能や認知，健康状態を考慮した上で，判断して対応します。

## 1 4 特別な状況

### 1 4 - 1 虐待

#### (1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

虐待や放置を受けている高齢者，または虐待の危険性を把握し，即時の対応が必要かどうかの状況を判断する。職員による虐待を発見した場合には市町村・地域包括支援センターに通報する。

#### (2) 高齢者虐待を把握する時のポイント

- ① 施設職員に対して恐れをいただいている
- ② 説明がつかない怪我，骨折，火傷がある
- ③ 放置，暴力等の虐待を受けている（※身体拘束は別項目で取り上げる。）
- ④ 財産が搾取されている

#### (3) 高齢者虐待とは

近年，高齢者の虐待について関心が高まっていますが，問題は十分に理解されているとは言えません。多様な状態を包括する定義は「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」により明文化されましたが，すべてを包括するものではありません。高齢者の虐待には遂行（虐待）または放置（無視）があり，故意に苦痛を与えようとした場合と職員の不十分な知識，燃え尽き，怠惰から無意識に苦痛を与えてしまう場合があります。

高齢者に対する不当な扱いは以下に分類されます。

- ① 身体的虐待  
身体的苦痛や障害（性的な虐待を含む）を与える。
- ② 心理的（精神的）虐待  
ひどい精神的苦痛（恥をかかせる，おびえさせることを含む）を与える。
- ③ 放置（ネグレクト）  
介護の義務の拒否や失敗（放置するのみならず，必要な食べ物や医療等のサービス，眼鏡などを与えないことを含む）。

④ 経済的虐待

所持金や財産の不法、または不適切な搾取または使用。

(4) 高齢者虐待問題の背景

- 1 障がい等により自分の権利を自分で守れない。
- 2 世話をする側とされる側の上下関係がある。
- 3 生活支援の場が密室になる。
- 4 認知症・高齢障害者の理解が不足している場合がある。
- 5 権利擁護・人権感覚の理解が不足している場合がある。
- 6 自分で情報を集めて選び判断することが難しい。
- 7 人には「相性」がある。
- 8 後見のシステムがまだ一般化していない。

(5) 高齢者虐待対応の指針

虐待や放置を受けている高齢者、または虐待の危険性を把握し、即時の対応が必要かどうかの状況を判断する。職員による虐待を発見した場合には市町村・地域包括支援センターに通報します。

## 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律

### (目的)

第一条 この法律は、高齢者に対する虐待が深刻な状況にあり、高齢者の尊厳の保持にとって高齢者に対する虐待を防止することが極めて重要であること等にかんがみ、高齢者虐待の防止等に関する国等の責務、高齢者虐待を受けた高齢者に対する保護のための措置、養護者の負担の軽減を図ること等の養護者に対する養護者による高齢者虐待の防止に資する支援（以下「養護者に対する支援」という。）のための措置等を定めることにより、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって高齢者の権利利益の擁護に資することを目的とする。

### (定義)

第二条 この法律において「高齢者」とは、六十五歳以上の者をいう。

2 この法律において「養護者」とは、高齢者を現に養護する者であつて養介護施設従事者等以外のものをいう。

3 この法律において「高齢者虐待」とは、養護者による高齢者虐待及び養介護施設従事者等による高齢者虐待をいう。

4 この法律において「養護者による高齢者虐待」とは、次のいずれかに該当する行為をいう。

- 一 養護者がその養護する高齢者について行う次に掲げる行為
  - イ 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
  - ロ 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、養護者以外の同居人によるイ、ハ又はニに掲げる行為と同様の行為の放置等養護を著しく怠ること。
  - ハ 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

ニ 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。

- 二 養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

5 この法律において「養介護施設従事者等による高齢者虐待」とは、次のいずれかに該当する行為をいう。

- 一 老人福祉法に規定する老人福祉施設若しくは有料老人ホーム又は介護保険法に規定する地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは地域包括支援センター（以下「養介護施設」という。）の業務に従事する者が、当該養介護施設に入所し、その他当該養介護施設を利用する高齢者について行う次に掲げる行為

イ 高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。

ロ 高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること。

ハ 高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

ニ 高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。

ホ 高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

- 二 老人福祉法に規定する老人居宅生活支援事業又は介護保険法に規定する居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、居宅介護支援事業、介護予防サービス事業、地域密着型介護予防サービス事業若しくは介護予防支援事業（以下「養介護事業」という。）において業務に従事する者が、当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける高齢者について行う前号イからホまでに掲げる行為

### (国及び地方公共団体の責務等)

第三条 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止、高齢者虐待を受けた高齢者の迅速かつ適切な保護及び適切な養護者に対する支援を行うため、関係省庁相互間その他関係機関及び民間団体の間の連携の強化、民間団体の支援その他必要な体制の整備に努めなければならない。

2 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護並びに養護者に対する支援が専門的知識に基づき適切に行われるよう、これらの職務に携わる専門的な人材の確保及び資質の向上を図るため、関係機関の職員の研修等必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

3 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護に資するため、高齢者虐待に係る通報義務、人権侵害事件に係る救済制度等について必要な広報その他の啓発活動を行うものとする。

### (国民の責務)

第四条 国民は、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等の重要性に関する理解を深めるとともに、国又は地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等のための施策に協力するよう努めなければならない。

### (高齢者虐待の早期発見等)

第五条 養介護施設、病院、保健所その他高齢者の福祉に業務上関係のある団体及び養介護施設従事者等、医師、保健師、弁護士その他高齢者の福祉に職務上関係のある者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めなければならない。

2 前項に規定する者は、国及び地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止のための啓発活動及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護のための施策に協力するよう努めなければならない。

## 第二章 養護者による高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等

### (相談、指導及び助言)

第六条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止及び養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護のため、高齢者及び養護者に対して、相談、指導及び助言を行うものとする。

(養護者による高齢者虐待に係る通報等)

第七条 養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

2 前項に定める場合のほか、養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。

3 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、前二項の規定による通報をすることを妨げるものと解釈してはならない。

第八条 市町村が前条第一項若しくは第二項の規定による通報又は次条第一項に規定する届出を受けた場合においては、当該通報又は届出を受けた市町村の職員は、その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

(通報等を受けた場合の措置)

第九条 市町村は、通報又は高齢者からの養護者による高齢者虐待を受けた旨の届出を受けたときは、速やかに、当該高齢者の安全の確認その他当該通報又は届出に係る事実の確認のための措置を講ずるとともに、当該市町村と連携協力する者とその対応について協議を行うものとする。

2 市町村又は市町村長は、通報又は届出があった場合には、当該通報又は届出に係る高齢者に対する養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護が図られるよう、養護者による高齢者虐待により生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認められる高齢者を一時的に保護するため迅速に老人福祉法に規定する老人短期入所施設等に入所させる等、適切に措置を講じ、又は、適切に審判の請求をするものとする。

(居室の確保)

第十条 市町村は、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法の規定による措置を採るために必要な居室を確保するための措置を講ずるものとする。

(立入調査)

第十一条 市町村長は、養護者による高齢者虐待により高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認めるときは、介護保険法の規定により設置する地域包括支援センターの職員その他の高齢者の福祉に関する事務に従事する職員をして、当該高齢者の住所又は居所に立ち入り、必要な調査又は質問をさせることができる。

2 前項の規定による立入り及び調査又は質問を行う場合においては、当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

3 第一項の規定による立入り及び調査又は質問を行う権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(警察署長に対する援助要請等)

第十二条 市町村長は、前条第一項の規定による立入り及び調査又は質問をさせようとする場合において、これらの職務の執行に際し必要があると認めるときは、当該高齢者の住所又は居所の所在地を管轄する警察署長に対し援助を求めることができる。

2 市町村長は、高齢者の生命又は身体の安全の確保に万全を期する観点から、必要に応じ適切に、前項の規定により警察署長に対し援助を求めなければならない。

3 警察署長は、第一項の規定による援助の求めを受けた場合において、高齢者の生命又は身体の安全を確保するため必要と認めるときは、速やかに、所属の警察官に、同項の職務の執行を援助するために必要な警察官職務執行法その他の法令の定めるところによる措置を講じさせるよう努めなければならない。

(面会の制限)

第十三条 養護者による高齢者虐待を受けた高齢者について老人福祉法の措置が採られた場合においては、市町村長又は当該措置に係る養介護施設の長は、養護者による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護の観点から、当該養護者による高齢者虐待を行った養護者について当該高齢者との面会を制限することができる。

(養護者の支援)

第十四条 市町村は、第六条に規定するもののほか、養護者の負担の軽減のため、養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を講ずるものとする。

2 市町村は、前項の措置として、養護者の心身の状態に照らしその養護の負担の軽減を図るため緊急の必要があると認める場合に高齢者が短期間養護を受けるために必要となる居室を確保するための措置を講ずるものとする。

(専門的に従事する職員の確保)

第十五条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するために、これらの事務に専門的に従事する職員を確保するよう努めなければならない。

(連携協力体制)

第十六条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護及び養護者に対する支援を適切に実施するため、老人福祉法に規定する老人介護支援センター、介護保険法項の規定により設置された地域

包括支援センターその他関係機関、民間団体等との連携協力体制を整備しなければならない。この場合において、養護者による高齢者虐待にいつでも迅速に対応することができるよう、特に配慮しなければならない。

(事務の委託)

第十七条 市町村は、高齢者虐待対応協力者のうち適当と認められるものに、相談、指導及び助言、通報又は届出の受理、高齢者の安全の確認その他通報又は届出に係る事実の確認のための措置並びに養護者の負担の軽減のための措置に関する事務の全部又は一部を委託することができる。

2 前項の規定による委託を受けた高齢者虐待対応協力者若しくはその役員若しくは職員又はこれらの者であった者は、正当な理由なしに、その委託を受けた事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

3 通報又は届出の受理に関する事務の委託を受けた高齢者虐待対応協力者が通報又は届出を受けた場合には、当該通報又は届出を受けた高齢者虐待対応協力者又はその役員若しくは職員は、その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

(周知)

第十八条 市町村は、養護者による高齢者虐待の防止、通報又は届出の受理、養護者による高齢者虐待を受けた高齢者の保護、養護者に対する支援等に関する事務についての窓口となる部局及び高齢者虐待対応協力者の名称を明示すること等により、当該部局及び高齢者虐待対応協力者を周知させなければならない。

(都道府県の援助等)

第十九条 都道府県は、この章の規定により市町村が行う措置の実施に関し、市町村相互間の連絡調整、市町村に対する情報の提供その他必要な援助を行うものとする。

2 都道府県は、この章の規定により市町村が行う措置の適切な実施を確保するため必要があると認めるときは、市町村に対し、必要な助言を行うことができる。

### 第三章 養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等

(養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置)

第二十条 養介護施設の設置者又は養介護事業を行う者は、養介護施設従事者等の研修の実施、当該養介護施設に入所し、その他当該養介護施設を利用し、又は当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける高齢者及びその家族からの苦情の処理の体制の整備その他の養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止等のための措置を講ずるものとする。

(養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る通報等)

第二十一条 養介護施設従事者等は、当該養介護施設従事者等がその業務に従事している養介護施設又は養介護事業において業務に従事する養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

2 前項に定める場合のほか、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。

3 前二項に定める場合のほか、養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。

4 養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けた高齢者は、その旨を市町村に届け出ることができる。

5 第十八条の規定は、第一項から第三項までの規定による通報又は前項の規定による届出の受理に関する事務を担当する部局の周知について準用する。

6 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、第一項から第三項までの規定による通報（虚偽であるもの及び過失によるものを除く。次項において同じ。）をすることを妨げるものと解釈してはならない。

7 養介護施設従事者等は、第一項から第三項までの規定による通報をしたことを理由として、解雇その他不利益な取扱いを受けない。

第二十二条 市町村は、通報又は届出を受けたときは、当該通報又は届出に係る養介護施設従事者等による高齢者虐待に関する事項を、当該養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る養介護施設又は当該養介護施設従事者等による高齢者虐待に係る養介護事業の事業所の所在地の都道府県に報告しなければならない。

2 前項の規定は、地方自治法の指定都市及び中核市については、厚生労働省令で定める場合を除き、適用しない。

第二十三条 市町村が通報又は届出を受けた場合においては、当該通報又は届出を受けた市町村の職員は、その職務上知り得た事項であって当該通報又は届出をした者を特定させるものを漏らしてはならない。都道府県が報告を受けた場合における当該報告を受けた都道府県の職員についても、同様とする。

(通報等を受けた場合の措置)

第二十四条 市町村が通報若しくは届出を受け、又は都道府県が報告を受けたときは、市町村長又は都道府県知事は、養介護施設の業務又は養介護事業の適正な運営を確保することにより、当該通報又は届出に係る高齢者に対する養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護を図るため、老人福祉法又は介護保険法の規定による権限を適切に行使するものとする。

(財産上の不当取引による被害の防止等)

第二十七条 市町村は、養護者、高齢者の親族又は養介護施設従事者等以外の者が不当に財産上の利益を得る目的で高齢者を行う取引による高齢者の被害について、相談に応じ、若しくは消費生活に関する業務を担当する部局その他の関係機

関を紹介し、又は高齢者虐待対応協力者に、財産上の不当取引による高齢者の被害に係る相談若しくは関係機関の紹介の実施を委託するものとする。

2 市町村長は、財産上の不当取引の被害を受け、又は受けるおそれのある高齢者について、適切に、老人福祉法第三十二条の規定により審判の請求をするものとする。

(成年後見制度の利用促進)

第二十八条 国及び地方公共団体は、高齢者虐待の防止及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護並びに財産上の不当取引による高齢者の被害の防止及び救済を図るため、成年後見制度の周知のための措置、成年後見制度の利用に係る経済的負担の軽減のための措置等を講ずることにより、成年後見制度が広く利用されるようにしなければならない。

## 第五章 罰則

第二十九条 第十七条第二項の規定に違反した者は、一年以下の懲役又は百万円以下の罰金に処する。

第三十条 正当な理由がなく、立入調査を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は同項の規定による質問に対して答弁をせず、若しくは虚偽の答弁をし、若しくは高齢者に答弁をさせず、若しくは虚偽の答弁をさせた者は、三十万円以下の罰金に処する。

(検討)

2 高齢者以外の者であって精神上又は身体上の理由により養護を必要とするものに対する虐待の防止等のための制度については、速やかに検討が加えられ、その結果に基づいて必要な措置が講ぜられるものとする。

3 高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等のための制度については、この法律の施行後三年を目途として、この法律の施行状況等を勘案し、検討が加えられ、その結果に基づいて必要な措置が講ぜられるものとする。

## 14-2 身体拘束

身体拘束は、入所者の自主性を奪い、人間として最も重要な自己の尊厳を奪います。また、このことは、「入所者の機能とQOLを最大限にすること。」という施設ケアの目的から大きく外れた行為です。

### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

拘束せずに、ケアの目標を達成する方法を検討して対応します。

### (2) 身体拘束廃止に向けた対応の考え方（指針）

拘束することではなく、入所者の生活上の支障（転倒、行動障害等）をそれぞれの領域で明らかにして領域ごとの指針に沿って検討して対応します。

## 14-3 ターミナルケア

末期状態にある人の広範囲なケアであり、回復を目的とした治療から、症状を緩和して残された日々の生活の質（QOL）を向上や確保するためのケアに移行します。

### (1) ケアマネジャー及びケアスタッフの役割

施設でのターミナルケア，緩和ケアを希望する，もしくは受ける住所者に対して包括的ケアの必要性を把握して対応します。

また，医療との連携が重要になるので，入所者本人と家族，主治医（嘱託医），施設スタッフ間の綿密な打ち合わせ，話し合いによる合意と役割分担による対応をします。

### (2) ターミナルケアのポイント

- ① 末期の病気であり，余命が半年以下である
- ② 施設での終末（ターミナルケア・緩和ケアを受ける）を迎える予定である。

### (3) ターミナルケアの考え方（指針）

#### ターミナルケア・緩和ケア

- ① 回復に向けた治療やケアから，ターミナルケア・緩和ケアに移行する区分は明確ではありません。
- ② ターミナルケア・緩和ケアを提供するには，概ね次の要件があります。
  - ア 本人・家族が希望していること
  - イ 介護者がいること
  - ウ 管理する医師を含めた，在宅医療体制が整っていること
  - エ いつでも入院できる受け入れ態勢があること
- ③ ターミナルケア・緩和ケアを提供する場合には，利用者とその家族の持つ多様なニーズ（症候・機能のこと，心理面のこと，社会的なこと，経済的なこと，環境のことなど）に配慮する必要があります。
- ④ 緩和ケアは，単に身体的な痛みを緩和することではなく，全人的な痛みに対応することです。
  - ア 身体的痛み
  - イ 精神的な痛み
  - ウ 社会的な痛み
  - エ 霊的・宗教的な痛み
- ⑤ ケアの目標は利用者のQOLの向上や確保，痛みの緩和，利用者及びその家族の希望などについて，身体的な限界の中で対応することです。
- ⑥ ターミナルケア・緩和ケアを受ける環境は，住んでいる地域の医療資源によって

左右される場合があります。

#### (4) ターミナルケア・緩和ケア対応の指針

##### インフォームドコンセント

- ① インフォームドコンセントの重要性  
緩和ケアを提供する場合には、常に入所者や入所者本人に代わって意思決定権のある家族などからの説明の上で了解を得ているかどうか重要です。
- ② インフォームドコンセントを得る  
緩和ケアは、入所者本人だけでなく、関係者全員の納得と合意と明確な意思疎通のもとに行なわれることが望ましい。

##### ケアの方向

ケアプランが作成される前に、入所者（もしくは代理の人）は自分の病気や可能な治療、その治療の危険性や効果について知らせているか確認します。

また、提供されるケアは、出来る限り入所者の希望に沿ったものにします。

- ① 一般的なケア
  - ア 身だしなみに配慮します。
  - イ 清潔に気を配ります。
  - ウ 栄養の確保と水分補給に配慮します。病気の進行や薬の副作用で支障がでる可能性があります。
  - エ 失禁の管理を工夫します。
  - オ 下痢と便秘へ対応します。
  - カ 移動と転倒について、可能な場合は介助や見守りをします。
  - キ 皮膚のケア、褥瘡の予防をします。
  - ク 睡眠障害については、医師に相談して対応します。
  - ケ 認知障害へ、原因への対応と、気持ちの安定に配慮します。
  - コ 焦燥感につて、原因に対応します。
  - サ 末期の呼吸について、起こりうる状況を把握して対応します。
  - シ けいれん発作への対応を確認します。
- ② 医療的なケア（薬の管理）
  - ア 服薬状況の変化を把握し、医師の指示を受けて対応します。

イ 鎮痛薬の使用について、医師の指示を受けて対応します。

③ 家族へのケア

近い未来への不安，ストレスに配慮し，家族のニーズへの気を配ります。

文責：小湊 純一.

# フェイスシート

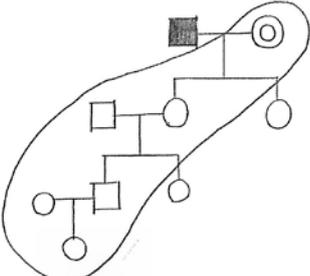
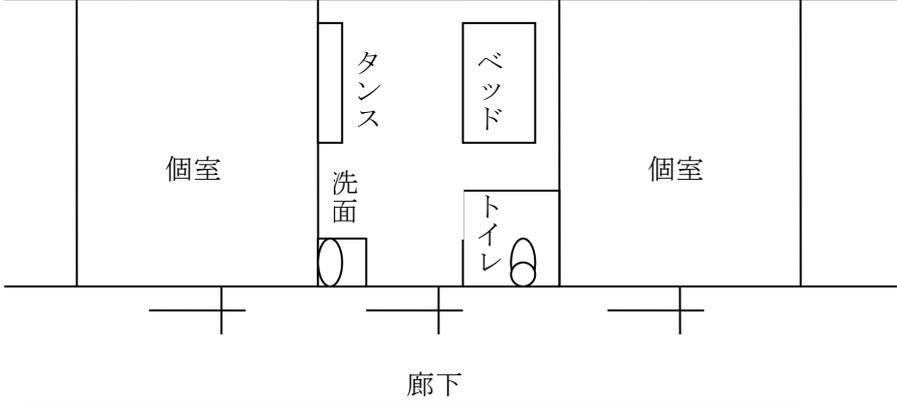
平成25年 4月 1日

フリガナ 氏 名	-----				生年月日	昭和12年 1月 11日(76才)				
	気仙沼 D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	H25年 4月 1日～H26年3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	頸椎症性脊髄症			H20年 月発症	備考 H22年6月、頸椎症脊髄症の為手術を行った。 H25年2月23日～3月11日まで腸閉塞の為入院した。					
	骨粗鬆症			H21年 5月発症						
	腰部脊柱管狭窄症			H20年 月発症						
	多系統萎縮症オリブ橋小脳萎縮症			H23年10月発症						
				年 月発症						
A  D  L	移 動	一部介助	思うように足が運べず歩幅が狭い。手引き歩行で何とか短距離歩くのがやっと。							
	食 事	自 立	手に力が入らず食べこぼしが多い。							
	排 泄	自 立	トイレ使用。間に合わず失禁するのでリハビリパンツとパットを使用。自分で交換している。							
	入 浴	一部介助	自宅での入浴が困難でデイサービスやショートステイ利用時に手引き歩行で入浴。洗身は力が入らず一部介助。							
	更 衣	一部介助	思うように力が入らず時間がかかる。スポンが十分に上げられず後から介助が必要。							
	整 容	自 立								
記 憶	特になし。									
行 動	特になし。									
介護上の	入 浴 ・ 清 拭	(血圧) 160/90以上の時は中止	(その他)							
		(体温) 37.0℃以上の時は中止								
		(感染症) なし。								
医学的	移 動	(カテーテル・酸素・ストーマ・じょく創 等)								
留意事項	食 事	・消化の良い物を食べるように。								
	排 泄	・排尿障害を起こす可能性あり。現在は内服薬で様子をみている。								
	そ の 他	・症状については徐々に進行していくので症状にうまく付き合っていく事を考える必要がある。								
特記事項	◎娘夫婦、孫夫婦、曾孫の6人家族。日中は、孫嫁、曾孫と過ごす。 多系統萎縮症オリブ橋小脳萎縮症のため現在通院中。手足に力が入らず自力歩行が困難になってきている。 筋力維持の為に運動をした方がいいが、転倒に注意が必要。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">主介護者 E子 様 続柄 娘</div>									
緊急連絡先	電話	090-			氏 名	E子 様		続 柄	娘	

〇〇〇〇ホーム (担当: )

TEL / FAX

## 基本情報

利用者名	気仙沼 D子さん	性別	女	生年月日	昭和12年 1月11日
住 所				電話番号	
主 訴	<b>【相談内容】</b> ・徐々に日常生活の動作が低下してきて、日中一人にしておくのが心配になったので施設を利用したい。 ・寝たきりになるのではないかと心配。				
	<b>【本人・家族の意向】</b> ・本人・・・今の状態がこれ以上悪くならないようにしたい ・家族・・・できるだけ自分でできる状態でいてほしい				
生活状況	<b>【性格・職業等】</b> ・働き者で農業（田、蚕）をしていた			<b>【家族の状況】</b> <div style="text-align: right;">6人家族</div> 	
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	BI	認知症高齢者の日常生活自立度	自立	
居住環境等					
サービスを決定する人	D子さん（本人）、E子さん（娘）				

(施設) 気仙沼D子さんの詳細情報  
入所後2週間を経過した2013.04.14現在

<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 style="padding-left: 20px;">① 身体症状</p> <p style="padding-left: 20px;">② 精神症状</p> <p>(3) 痛み</p> <p>(4) 転倒</p> <p>(5) 治療・ケア</p> <p>(6) 病状</p> <p>(7) 薬</p> <p>(8) 医師からの指示</p> <p>《意向》</p>	<p>H20年から頸椎症性脊髄症と腰部脊柱管狭窄症のため2度手術を受けた。H21年には骨粗鬆症と診断を受ける。H23年には多系統萎縮症オリーブ橋小脳萎縮症と診断を受けて定期的に受診している。徐々に手足に力が入りにくくなってきている。多系統萎縮症により排尿障害(神経因性膀胱)がでている。平成25年2月23日～3月11日までは腸閉塞のため入院した。</p> <p>急な体重増減, 呼吸困難, 脱水/過剰排出, 水分不足/摂取不足, めまい, 浮腫, 発熱, 吸引, 失神, 嘔吐の身体症状はみられなかった。歩行は不安定だが, 筋力低下によるものである。</p> <p>妄想, 幻覚等の精神症状はない。</p> <p>身体が痛いという訴えはない。</p> <p>腸閉塞で入院する前まで(約2ヶ月前)は, シルバーカーを使用して歩いており, 時々転ぶことがあったが怪我はしていない。現在は自力歩行が困難で一人で歩くことがないので転倒することはない。</p> <p>特別な治療は特になく, 入所してから専門家によるリハビリも行っていない。</p> <p>平成25年2月23日～3月11日まで, 腸閉塞の為に入院した。その後症状は落ち着いている。</p> <p>多系統萎縮症による排尿障害(神経因性膀胱)がでており, 徐々に手足に力が入りにくくなってきている。</p> <p>(別表) 服薬状況。</p> <p>現在の治療法はなく, 徐々に進行してくると思われるので, その都度症状に合わせた対応が必要。ADLの改善は難しいが, 筋力を維持する為の運動はしても構わない。毎日少しずつでも歩く練習をした方が良い。</p> <p>(本人) 大変な病気になってしまった…。でも, できるだけ自分で行える状態でいたい。</p> <p>(家族) できる限り自分でやれる状態でいて, 寝たきりにならないでほしい。(娘さん)</p>
---	--

<p>2 ADL</p> <p>(1) 寝返り</p> <p>(2) 起き上がり</p> <p>(3) 乗り移り</p> <p>(4) 歩行</p> <p>(5) 移動</p> <p>(6) 上半身の更衣</p> <p>(7) 下半身の更衣</p> <p>(8) 食事</p> <p>(9) 排泄</p> <p>(10)整容</p> <p>(11)入浴</p> <p>(12)ADL の変化</p> <p>(13)その他</p>	<p>ベッドサイドレール等につかまらないと自分でできない。</p> <p>ベッドサイドレール等につかまらないと自分でできない。</p> <p>介助バーを使用して自力でできる。</p> <p>自力歩行は困難。手引きの介助で10m位なら歩くことができるが、入所してからは歩く機会がほとんどない。</p> <p>普段は室内、廊下、屋内は車椅子を使用して自分で操作して移動している。入所してからは屋外に出ていない。</p> <p>時間はかかるが自分で行っている。</p> <p>時間はかかるが自分で行っているが、ズボンを十分に上げられず、後から上げる介助を受けている。</p> <p>食べこぼしが多いがスプーンを使用して自分で食べている。麺類は自力で食べられず、介助を受けている。</p> <p>昼夜トイレを使用しているが、間に合わず失禁するため常時紙パンツとパットを使用している。濡れたら自分で交換している。ズボンが十分に上げられず介助を受けている。トイレまでは車椅子を自分で操作して移動し、便座への乗り移りも自力で行っている。</p> <p>車椅子で洗面所まで行って自分で行っている。</p> <p>一般浴で手引きの介助を受けて入浴している。洗身は前の方は自分で洗えるが、膝下、背中、髪を自分で洗うことができず介助を受けている。</p> <p>2月末の入院以来自力歩行が困難になり、徐々に手足に力が入りにくくなってきている。日常の動作は時間がかかるが、できるだけ自分で行うように頑張っている。入所2週間での変化は特にならない。</p> <p>立位バランスについては、支えの介助や掴まらない状態での立位は困難。座位バランスについては、椅子に背もたれなしで10秒座っていることができた。</p> <p>可動域の制限はなく、自発運動も可能である。ケアスタッフによる可動域訓練や生活訓練は受けていない。</p> <p>自立度改善について、本人はできれば今の状態を維持できればいいと思っている。介護者は少しでも長く今の状態を維持してほしいと思っている。</p> <p>ADLや支援の状況が時間帯で異なることはない。</p>
--	--

<p>《意向》</p>	<p>(本人) 少しでも今の状態を維持したい。 (家族) 自分でやれる状態でいてほしいけど、少しずつできなくなってしまうと困った。(娘さん)</p>
<p>3 IADL</p> <p>(1) 家事</p> <p>(2) 金銭管理</p> <p>(3) 薬の管理</p> <p>(4) 電話使用</p> <p>(5) 買い物</p> <p>(6) 交通手段の利用</p> <p>(7) IADL の変化</p> <p>《意向》</p>	<p>手に力が入らず、支えなしでの立位も困難なため調理や掃除洗濯はできないが、ベッド周りの整理位は自分でできる。</p> <p>小遣い程度は自分で管理している。</p> <p>処方された通りに自分で管理して飲んでいる。</p> <p>時々自宅に電話を掛けている。</p> <p>売店に行っておやつを自分で選び、自分で支払っている。</p> <p>できない。利用の必要なし。</p> <p>変化はない。</p> <p>(本人) できることはできるだけ自分で行いたい。 (家族) できることはやらせてほしい。(娘さん)</p>
<p>4 認知</p> <p>(1) 記憶</p> <p>①短期記憶</p> <p>②長期記憶</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>会話の中の受け答えもしっかりしていて特に問題ない。</p> <p>問題ない。</p> <p>問題ない。</p> <p>問題ない。</p> <p>ない。</p> <p>ない。</p> <p>(本人) —— (家族) ——</p>
<p>5 コミュニケーション能力</p> <p>(1) 聴力</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>会話の声の大きさも普通で、テレビも普通の音量でみており問題はない。聴覚補助具等は使用していない。</p> <p>問題ない。</p> <p>問題ない。</p>

<p>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>ない。</p> <p>新聞や本は老眼鏡を使用して読んでいる。</p> <p>(本人) 眼鏡を使えば見えるので不自由は感じていない。 (家族) 本人に支障はないようなのでこのままでいい。(娘さん)</p>
<p>6 社会との関わり</p> <p>(1) 活動・関わり</p> <p>(2) 気分</p> <p>《意向》</p>	<p>誰とでも仲良くなり、周りの利用者や職員と楽しく会話したりして過ごしている。日中は、長時間睡眠することもなく過ごしている。好きなテレビを見たり、施設内の活動（作品作りやゲームなど）にも積極的に参加したり、時には読書もしている。主な活動場所は自分の部屋、ダイルーム、娯楽室。施設での生活も、家庭の状況を思うと仕方がないと思って受け入れて、何か新しい活動を探そうとしている。</p> <p>元々話し好きで、明るい性格で、病気になったことを嘆くこともなく、施設での生活も、家庭の状況を思うと仕方がないと思って受け入れている。不安や悲しみ、落ち込み等気分の変化はみられない。</p> <p>(本人) 本当は家にいたかったが仕方がない・・・。早く施設の生活に慣れて、いろんな人と仲良くなりたい。 (家族) 一日でも早く慣れて、楽しく過ごしてほしい。(娘さん)</p>
<p>7 排尿・排便</p> <p>(1) 尿便失禁</p> <p>(2) 排泄の用具等</p> <p>(3) 便秘・下痢</p> <p>(4) 尿コントロールの変化</p>	<p>排尿の回数が頻繁で、内服薬にて回数を減らしている。動作がゆっくりでトイレに行くまでに間に合わないのと、思った時には失禁してしまう。便失禁はない。</p> <p>常時トイレを使用しているが、紙パンツとパットを併用している。濡れたら自分で交換している。</p> <p>便秘の為下剤でコントロールしている。下痢はない。</p> <p>尿のコントロールの変化は特にない。</p>

《意向》	(本人) 何度もトイレに行くのは大変だが、薬も飲んでいるのでこのまま様子をみたい。 (家族) 薬を飲んでいるので様子を見てほしい。(娘さん)
8 じょく創・皮膚の問題  《意向》	じょく創, 皮膚疾患はない。  (本人) —— (家族) ——
9 口腔衛生  《意向》	咀嚼・嚥下に問題はなく, 口腔の痛みもない。自分で歯磨きを行っており問題はない。  (本人) —— (家族) ——
10 食事摂取  《意向》	体重増減はない。食事は一日三食ほぼ全量食べている。常食。好き嫌いもない。  (本人) 特になし。 (家族) 特になし。
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行動障害の変化 (2) 向精神薬  《意向》	特になし。          (本人) —— (家族) ——
12 退所、介護力	

<p>(1) 退所の可能性</p> <p>(2) 介護負担・ストレス</p> <p>《意向》</p>	<p>娘さん夫婦は仕事をしており、孫嫁も小さい子供の面倒をみているので、本人もあまり家族には迷惑をかけたくないと思っている。家族もできる限りの介護をしてきたが、限界を感じて入所をお願いしたので、今のところ退所は難しく、長期入所の予定。退所するとしたら、娘さん、孫嫁による精神的な支援、毎日だが常時ではない ADL 支援, IADL 支援を受けることはできる。面会は、同居していた娘さんと、もう一人の娘さんが交互に週に 2～3 回は来てくれている。</p> <p>娘さんは、仕事と介護を両立させるため一生懸命だったが、本人のゆっくりしかできない動作や徐々にできなくなっていく状況をみて複雑な心境と同時にイライラすることもあった。現在は精神的に余裕がでてきて、本人も娘さんが来るのを楽しみにしている。</p> <p>(本人) 家にもいろいろ事情があるから仕方がない。  (家族) できるだけ面会には来るようにしたいし、外出もさせたいと思っているので、これからもホームでお願いしたい。(娘さん)</p>
<p>1 3 居住環境</p> <p>《意向》</p>	<p>施設内での不具合はない。</p> <p>(本人) ——  (家族) ——</p>
<p>1 4 特別な状況</p> <p>《意向》</p>	<p>特にない。</p> <p>(本人) ——  (家族) ——</p>
<p>その他</p> <p>《意向》</p>	<p>同居していた娘さんと、もう一人の娘さんが交互に週 2～3 回面会に来てくれている。</p> <p>(本人) 娘たちに会えるのが楽しみ。  (家族) できるだけ面会に来たいと思う。(娘さん)</p>

(別表) 服薬状況

薬剤名	量	効能
バップフォー錠 10	隔日朝 2 錠	トイレの回数が多い時服用
アクトネル錠 2.5 mg	起床時 1 錠	骨粗鬆症の治療薬
カルトロールパセル 0.5	朝,夕各 1 錠	ビタミン D の薬, 骨の病気の治療薬
オパールモン錠 5 mg	朝昼夕各 1 錠	血栓ができるのを抑える薬
プルゼニド錠 12 mg	就寝前	便秘の薬
ベシケア錠 5 mg	隔日朝 2 錠	トイレの回数が多い時服用

2013.10.11mk

## アセスメントのための情報収集シート 151（施設）

利用者氏名	基準日	担当者名
気仙沼D子 様	平成25年 4月 14日	M

- ※1. 「検討」の欄は、問題や支障がなければ×、問題や支障があれば○を付ける。
- ※2. 「具体的状況」の欄には、×の場合はその理由、○の場合は支障のある具体的状況と気付いたコメントを記入する。(例えば:身体を支えられれば4～5メートル歩く。2週間前までは杖を使って自力で歩いていた。・・・等)
- ※3. \*の付いた項目は、概ね3ヶ月間の状況で判断する。それ以外は1週間前後の状況で判断する。
- ※4. その領域に関する生活の意向を把握し、課題検討用紙の「本人、家族の意向」に転記します。(問題や支障がない領域に関する「意向」は、聞き取る必要はない。)
- ※5. 太字の項目のうち、○が付いた「具体的状況」を、課題検討用紙の「検討が必要な具体的状況」の欄に転記して、「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」を検討します。(細字の項目は、検討する時の参考にします。)

### 1 健康状態

No	情報項目	検討	具体的状況
<b>観察・管理の必要な病気</b>			
1	内分泌・代謝・栄養	×	なし。
2	心臓・循環器	×	なし。
3	筋骨格	○	骨粗鬆症で内服中。
4	神経	○	多系統萎縮症のため徐々に手足に力が入りにくくなってきている。
5	精神	×	なし。
6	呼吸器	×	なし。
7	感覚器	×	なし。
8	感染症	×	なし。
9	その他	○	多系統萎縮症により排尿障害(神経因性膀胱)がでている。2月23日～3月11日まで腸閉塞のため入院した。
<b>症状</b>			
10	身体症状(急な体重増減, 呼吸困難, 脱水/過剰排出, 水分不足/摂取不足, めまい, 浮腫, 発熱, 吸引, 失神, 不安定な歩行, 嘔吐)	○	神経因性膀胱(頻尿)。

11	精神症状（妄想，幻覚）	×	なし。
<b>痛み</b>			
12	痛みの頻度	×	なし。
13	痛みの強さ	×	なし。
14	痛みの箇所	×	なし。
<b>転倒</b>			
15	1ヶ月以内の転倒	×	現在は自力歩行が困難で一人で歩くことがないので転倒していない。
16	3ヶ月以内の転倒	○	2月の入院前まではシルバーカーを使用して歩いており時々転ぶことがあったが怪我はしていない。
17	3ヶ月以内の大腿骨骨折	×	なし。
18	3ヶ月以内のその他の骨折	×	なし。
<b>状態の安定性</b>			
19	疾病などの原因で状態が不安定	×	なし。
20	急性疾患、持病の悪化	×	なし。
21	ターミナル	×	なし。
<b>特別な治療</b>			
22	治療・ケア	×	なし。
23	リハビリテーション	×	受けていない。
<b>病状の変化</b>			
24	入院*	○	2月23日～3月11日まで腸閉塞のため入院した。
25	緊急受診*	○	腸閉塞のため緊急受診した。
26	異常な検査結果*	×	なし。
27	医師の診察	×	なし。
<b>薬</b>			
28	新しい処方*	×	なし。
29	注射状況	×	なし。
30	服薬状況（別表）	○	
健康状態に関する意向 （本人）できることはできるだけ自分で行える状態でいたい。 （家族）できる限り自分でやれる状態でいてほしい。（娘さん）			

## 2 ADL

<b>ADL</b>			
31	寝返り	×	ベッドサイドレールに掴まれば自力でできる。
32	起き上がり	×	ベッドサイドレールに掴まれば自力

			でできる。	
33	乗り移り	×	介助バーを使用して自力でできる。	
34	歩行（室内）	○	自力歩行は困難。手引きの介助で10m位なら歩くことができる。	
35	歩行（廊下）	○	自力歩行は困難。	
36	施設内の移動	×	車椅子を使用して自分で操作して移動している。	
37	施設外の移動	○	入所してから屋外に出していない。	
38	上半身の更衣	×	時間はかかるが自分でやっている。	
39	下半身の更衣	○	時間はかかるが自分でやっている。ズボンが十分に上げられず、後から上げる介助を受けている。	
40	食事	○	食べこぼしが多いがスプーンを使用して自分で食べている。麺類は自力で食べられず介助してもらっている	
41	排泄の状況	○	昼夜トイレを使用しているが間に合わず失禁するため常時紙パンツとパットを使用している。濡れたら自分で交換しているが、ズボンが十分に上げられず介助を受けている。	
42	排泄の際の移乗・移動	×	トイレまでは車椅子を自分で操作して行き便座への移乗も自力で行っている。	
43	整容	×	車椅子で洗面所まで行って自分でやっている。	
44	入浴	○	一般浴で手引きの介助を受けて入浴している。洗身は前の方は自分で洗えるが、膝下、背中、髪は自分で洗うことができず介助を受けている。	
45	バランス	○	立位バランスについては支えの介助や掴まらない状態での立位は困難。座位バランスについては椅子に背もたれなしで10秒座っていることができた。	
	可動域の制限		可動域制限	自発運動
46	首	×	なし	可
47	腕	×	なし	可
48	手	×	なし	可
49	脚	×	なし	可

	50	足	×	なし	可
	51	その他	×	なし	可
52	移動の方法		/	常に車椅子を使用して自分で操作して移動している。	
53	移乗の方法		/	介助バーを使用している。	
54	動作分割による自立動作		×	なし。	
<b>リハビリテーションの状況</b>					
55	他動可動域訓練		×	なし。	
56	自動可動域訓練		×	なし。	
57	装具装着援助		×	なし。	
58	生活訓練		×	なし。	
<b>自立度改善の可能性</b>					
59	自立度改善の本人意識		○	できるだけ今の状態を維持できればいいと思っている。	
60	自立度改善の介護者意識		○	少しでも長く今の状態を維持してほしいと思っている。	
61	自力動作の遅さ		×	日常の動作は時間がかかるが、できるだけ自分で行うように頑張っている。	
62	支援が朝夕で異なる		×	変わりなし。	
<b>ADLの変化</b>					
63	ADLの変化*		○	2月末の入院以来自力歩行が困難になり徐々に手足に力が入りにくくなってきている。入所2週間での変化は特にない。	
ADLに関する意向 (本人) 少しでも今の状態を維持したい (家族) できる限り自分でやれる状態でいてほしい (娘さん)					

### 3 IADL

IADL					
			現 状	困難度	
64	簡単な調理		○	手に力が入らず支えなしでの立位も困難ためできない。	高
65	家事一般 (掃除, 洗濯, 整理等)		○	手に力が入らず支えなしでの立位も困難ため掃除や洗濯はできないが, ベッド周りの整理位はできる。	高
66	金銭管理		×	小遣い程度は自分で管理し	

			ている。	
67	薬の管理	×	処方された通りに自分で管理して飲んでいる。	
68	電話使用	×	時々自宅に電話を掛けている。	
69	買い物	×	売店に行っておやつ自分で選び自分で支払っている。	
70	交通手段の利用（使う必要のない場合も×）	×	できない。利用の必要なし。	
71	IADLの変化*	×	変わりなし	
IADLに関する意向 （本人）できることはできるだけ自分で行いたい （家族）できることはやらせてほしい（娘さん）				

#### 4 認知

記憶				
72	昏睡状態	×	なし。	
73	短期記憶	×	なし。	
74	長期記憶	×	なし。	
75	記憶の想起（季節、自室の場所、職員の名や顔、施設にいること等）	×	なし。	
76	日常の意思決定	×	なし。	
意識障害				
77	せん妄	×	なし。	
78	認知状態の変化*	×	なし。	
認知に関する意向 （本人）----- （家族）-----				

#### 5 コミュニケーション能力

コミュニケーション				
79	聴覚	×	問題なし。	
80	コミュニケーションの方法	×	聴覚補助具等は使用していない。	
81	相手に理解させること	×	問題なし。	
82	言葉の明瞭性	×	問題なし。	
83	相手を理解すること	×	問題なし。	
84	コミュニケーション能力の変化*	×	なし。	
視覚				

85	視力	×	問題なし。
86	視覚障害（視野狭窄など）	×	問題なし。
87	視覚補助具（眼鏡，コンタクトレンズ，拡大鏡など）	×	新聞や本は老眼鏡を使用して読んでいる。
コミュニケーションに関する意向 （本人）----- （家族）-----			

## 6 社会との関わり

<b>活動</b>			
88	覚醒時間	×	日中長時間睡眠することはなく過ごしている。
89	活動への参加時間	×	施設内の活動には積極的に参加している。
90	好きな活動場所	/	自分の部屋，ダイルーム，娛樂室。
91	好む活動	/	日中は好きなテレビを見たり，他の利用者や職員と楽しく会話したりして過ごしている。施設内の活動（作品作りやゲームなど）にも積極的に参加したり，時には読書もしている。
92	活動の希望	/	今の生活に満足している
<b>関わり</b>			
93	自発性・参加意識	×	施設内の活動にも積極的に参加している。
94	対人関係の不安定さ	×	元々話し好きで明るい性格で，誰とでも仲良くなり周りの利用者や職員と楽しく会話したりして過ごしている。
95	過去の役割	×	施設での生活も家庭の状況を思うと仕方がないと思って受け入れ何か新しい活動を探そうとしている。
96	他入所者とのトラブル	×	なし。
<b>気分</b>			
97	苦しみ	×	なし。
98	悩み	×	なし。
99	睡眠周期の問題	×	なし。
100	悲しみ	×	なし。
101	無関心	×	なし。
102	不安	×	なし。
103	興味の減少	×	なし。

104	気分低下対応の効果	×	なし。
105	気分の変化*	×	なし。
社会との関わりに関する意向 (本人) 早く施設の生活に慣れていろんな人と仲良くなりたい (家族) 楽しく過ごしてほしい (娘さん)			

## 7 排尿・排便

失禁			
106	尿失禁	○	排尿の回数が頻繁で内服薬にて回数を減らしている。動作がゆっくりでトイレに行くまでに間に合わないのと、思った時には失禁してしまう。
107	便失禁	×	失禁はない。
排便の状況			
108	便秘, 下痢	○	便秘の為下剤でコントロールしている。下痢はない。
排泄の用具等			
109	誘導, 膀胱訓練, カテーテル, ポータブルトイレ, 尿器, おむつ, 浣腸, 摘便, 瘻など	○	常時トイレを使用しているが失禁するので紙パンツとパットを併用している。濡れたら自分で交換している
110	尿コントロールの変化*	×	変化なし。
排泄のコントロールに関する意向 (本人) 薬も飲んでるのでこのまま様子を見たい。 (家族) 本人と同様。(娘さん)			

## 8 褥瘡・皮膚の問題

じょく創・皮膚			
111	じょく創・潰瘍の程度(ステージ)	×	じょく創はない。
112	じょく創・潰瘍の種類・原因	×	なし。
113	じょく創・潰瘍の既往*	×	なし。
114	皮膚のその他の問題(すり傷, 内出血, 火傷, 発疹, 皮膚の鈍感, 裂傷, 手術創)	×	皮膚疾患はない。
115	皮膚のケア(除圧, 体位変換, 栄養補給, 潰瘍のケア, 手術創のケア, 軟膏や薬剤の使用, その他予防的ケア)	×	なし。
116	足の問題とケア(うおのめ, たこ, 指の折り重なり, 痛み, 変形, 感染症, 保護的な足のケア, 創傷のケア)	×	なし。
じょく創・皮膚の問題に関する意向			

(本人) -----
(家族) -----

## 9 口腔衛生

口腔衛生			
117	咀嚼問題	×	問題なし。
118	嚥下問題（固形物嚥下対応、固形物及び液体嚥下対応，経口と経管栄養併用，経口摂取なし）	×	問題なし。
119	口腔の痛み	×	なし。
120	口腔状態（残渣，義歯・ブリッジ，義歯をしようしていない，歯肉炎・出血・潰瘍等）	×	自分で歯磨きをし清潔が保たれている。
121	口腔問題による病気予防の必要性	×	なし。
口腔衛生に関する意向 (本人) ----- (家族) -----			

## 10 食事摂取

栄養・水分摂取			
122	身長	×	
123	体重	×	
124	体重減少（5～10%）*	×	体重増減なし
125	体重増加（5～10%）*	×	
126	栄養問題（常に文句，常に空腹，4分の1以上残す）	×	一日三食ほぼ全量食べている
127	栄養摂取の状況（経静脈栄養、経管栄養，胃瘻，ミキサー食等，シリンジ経口食，治療食，特別捕食，減量中）	×	常食，好き嫌いなし 嘱託医より，消化の良いものを食べるよう指示がでている
128	経管栄養、経静脈栄養による摂取カロリーの割合	×	なし。
129	経管栄養，経静脈栄養による水分量	×	なし。
食事摂取に関する意向 (本人) ----- (家族) -----			

## 11 問題行動（行動障害）

行動障害			
130	徘徊	×	なし。

131	乱暴な言葉	×	なし。
132	乱暴な行動	×	なし。
133	混乱させる行動	×	なし。
134	ケアの拒否抵抗	×	なし。
135	行動障害の変化*	×	なし。
行動障害に関する意向 (本人) ----- (家族) -----			

## 1 2 介護力

退所の可能性			
136	自宅に帰りたと言う	×	なし。
137	退所に積極的な介護者がいる	×	娘さん夫婦は仕事をしており、孫嫁も小さい子供の面倒をみていて介護の限界を感じて入所したので長期の予定。
138	短期の利用予定である	×	介護の限界を感じて入所したので退所は考えていない。
139	介護の必要性の変化*	○	入所して2週間での変化はない。
140	社会的支援者の存在 (家族・友人)	○	娘さん、孫嫁。
141	社会的支援者の存在 (支援内容)	○	精神的な支援、毎日だが常時ではないADL支援, IADL支援を受けることはできる。
退所、介護力に関する意向 (本人) 家にもいろいろ事情があるから仕方がない。 (家族) できるだけ面会に来るようにしたいし外出もさせたいと思っているのでこれからもホームでお願いしたい。(娘さん)			

## 1 3 居住環境

居住環境			
142	障害の状況から見た居住環境の不具合	×	施設内での不具合はない。
居住環境に関する意向 (本人) ----- (家族) -----			

## 1 4 特別な状況

身体抑制			
143	すべてにベッド柵	×	なし。
144	片側にベッド柵	×	なし。

145	体幹部の抑制	×	なし。
146	四肢の抑制	×	なし。
147	椅子への抑制	×	なし。
148	その他の抑制	×	なし。
149	不明な怪我, 火傷, 介護者に対する恐れ, 搾取等	×	なし。
ターミナル			
150	終末期の希望	×	ターミナルではない。
特別な状況に関する意向 (本人) ----- (家族) -----			

### ※ その他

その他			
151		/	同居していた娘さんと、もう一人の娘さんが交互に週2～3回面会に来てくれている
介護や自立生活に関する全般的な意向 (本人) 娘たちに会えるのが楽しみ (家族) できるだけ面会に来たいと思う (娘さん)			

### (別表) 服薬状況

薬剤名	量	効能
バップフォー錠 10	隔日朝 2 錠	トイレの回数が多い時服用
アクトルネル錠 2.5 mg	起床時 1 錠	骨粗鬆症の治療薬
ロカルトロールカプセル 0.5	朝,夕各 1 錠	ビタミン D の薬, 骨の病気の治療薬
オパールモン錠 5mg	朝昼夕各 1 錠	血栓ができるのを抑える薬
プルゼニド錠 12 mg	就寝前	便秘の薬
ベシケア錠	隔日朝 2 錠	トイレの回数が多い時服用

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 25年 4月 14日

利用者名： 気仙沼D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>骨粗鬆症で内服中。</li> <li>多系統萎縮症の為徐々に手足に力が入りにくくなってきている。</li> <li>腸閉塞の為2/23~3/11まで入院した。</li> <li>多系統萎縮症の為排尿障害（神経因性膀胱）がでている。</li> <li>2月の入院前まではシルバーカーを使用して歩いており、時々転ぶことがあったが怪我はしていない。</li> </ul>	多系統萎縮症の為ため手足に力が入らない。	(本人) ・できることはできるだけ自分で行える状態をしたい。 (家族) ・できる限り自分でやれる状態を希望している。(娘さん)	・主治医により病気の管理はされている。現在の治療法はなく、徐々に進行してくると思われるので、その都度症状に合わせた対応が必要であり、継続して状態観察していく必要があると言われている。  ・腸閉塞については、主治医より消化の良い物を食べるようにとの指示がでている。	・多系統萎縮症等の状態観察が必要です。  ・消化と整腸に配慮した食事の提供が必要です。	・状態観察を行い、状態に合わせた対応ができるようにします。  ・本人に合った食事の提供をします。
	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>自力歩行は困難。手引きの介助で10m位なら歩く事ができる。入所してから屋外に出していない。</li> <li>更衣は時間がかかるが自分でやっている。スポンが十分に上げられず後から上げる介助をしている。</li> <li>食事は食べこぼしが多いがスプーンを使用して自分で食べている。麺類は自力で食べられず介助を受けている。</li> <li>排泄は、昼夜トイレを使用しているが間に合わず失禁する為常時紙パンツとパットを使用している。濡れたら自分で交換している。</li> <li>入浴は一般浴で手引きの介助を受けて入浴している。</li> <li>洗身は前の方は自分で洗えるが、膝下、背中、髪は介助を受けている。</li> <li>立位バランスは支えの介助や掴まらない状態での立位は困難。座位バランスは椅子に背もたれなしで10秒座っていることができた。</li> </ul>	・多系統萎縮症により、手足に力が入らないため。 ・入院中歩かないでいたため。	(本人) ・少しでも今の身体状態を維持したい。 (家族) ・できる限り自分でやれる状態を希望している。(娘さん)	・移動は、歩くということにこだわらず車椅子の生活とするが、現状の下肢筋力が低下しないように支援する必要がある。本人もそう望んでいるし、主治医からも運動した方がいいと言われている。	・少しでも今の身体状態を維持したい。	・リハビリにより下肢の筋力の維持ができるようにします。
	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>調理や掃除、洗濯は、手に力が入らず支えなしでの立位も困難なためできないがベッド周りの整理は自分でできる。</li> </ul>	・多系統萎縮症により、手足に力が入らないため	(本人) ・できることはできるだけ自分で行いたい (家族) ・できることはやらせてほしい。(娘さん)	・調理や掃除、洗濯は自分で行う事は難しく施設で対応する。  ・ベッド周りの整理をしたいという意向を尊重して見守る。		
	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	×	・問題なし。					
5. コミュニケーション能力	① 意思の伝達	×	・問題なし。					
	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>施設内の活動に積極的に参加している。</li> <li>施設での生活も、家庭の状況を思うと仕方がないと思って受け入れ、何か新しい活動を探そうとしている。</li> </ul>		(本人) ・早く施設の生活に慣れて、いろんな人と仲良くなりたい。 (家族) ・楽しく過ごしてほしい。(娘さん)	・生活上に支障はないが、前向きに楽しく過ごせることを支援する。	・いろんな人と仲良くなりたい。	・本人に合った活動を見つけて楽しく過ごせるようにします。
	② 社会との関わりの変化	×						
	③ 喪失感や孤独感	×						
	④ その他	×						

項目	細目	チェック	検討が必要な具体的状況	原因	利用者（家族）の意向	自立に向けた可能性、必要性	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	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排尿の回数が頻繁で、内服薬にて回数を減らしている。動作がゆっくりで、トイレに行くまでに間に合わないのと思った時には失禁してしまう。</li> <li>・排便は便秘の為下剤でコントロールしている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多系統萎縮症による排尿障害（神経因性膀胱）。</li> <li>・腸閉塞のため。</li> </ul>	（本人） <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬も飲んでいるのでこのまま様子をみたい。</li> </ul> （家族） <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人と同様。（娘さん）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・排便については入所前から薬でコントロールしているが、運動と食事内容によって改善する可能性がある。（健康状態の項目で検討する）</li> </ul>		
	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	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題なし。</li> </ul>					
	② 皮膚の清潔状況	×						
	③ その他	×						
9. 口腔衛生	① 歯の状態	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題なし。</li> </ul>					
	② 口腔内の状態	×						
	③ 口腔衛生	×						
10. 食事摂取	① 栄養	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題なし。</li> </ul>					
	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	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題なし。</li> </ul>					
	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	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退所するとしたら、娘さんと孫嫁が精神的な支援、毎日だが常時ではない ADL 支援、IADL 支援を受けることはできる。</li> <li>・入所して2週間での変化はない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主たる介護者の娘さんが仕事をしている。</li> <li>・孫嫁は小さい子供の面倒をみている。</li> </ul>	（本人） <ul style="list-style-type: none"> <li>・家にもいろいろ事情があるから仕方がない。</li> </ul> （家族） <ul style="list-style-type: none"> <li>できるだけ面会に来るようにしたいし外泊もさせたいと思っているので、これからはホームでお願いしたい。（娘さん）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退所の可能性は今のところない。</li> <li>・外出を希望する際は、その都度配慮していく。</li> </ul>		
	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 危険箇所等	×						
14. 特別な状況	① 虐待	×						
	② ターミナルケア							
	③ その他							

## 施設サービス計画書（1）

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 気仙沼 D子 殿 生年月日 昭和12年 1月11日 住所 \_\_\_\_\_

施設サービス計画作成者氏名及び職種 \_\_\_\_\_

施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地 \_\_\_\_\_

施設サービス計画作成（変更）日 2013年 4月14日 初回施設サービス計画作成日 2013年 4月14日

認定日 2013年 4月 1日 認定の有効期間 2013年 4月 1日 ~ 2013年 3月31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： _____）
利用者及び家族の介護に対する意向	<p>【本人の希望】 できることはできるだけ自分で行える状態で行いたい。          少しでも今の身体状態を維持したい。          早く施設の生活に慣れていろんな人と仲良くなりたい。</p> <p>【家族の希望】 できる限り自分でやれる状態で行ってほしい。          楽しく過ごしてほしい。</p>
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	<p>状態観察を行い、状態に合わせた対応ができるようにします。          リハビリにより、下肢の筋力の維持ができるようにします。          本人に合った活動を見つけ、楽しく過ごせるようにします。          本人に合った食事の提供をします。</p>

## 施設サービス計画書（2）

利用者名 気仙沼 D子 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				援助内容			
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	担当者	頻度	期間
多系統萎縮症等の状態観察が必要です	病状をみて対応してもらえる	4/14 ～ 3/31	病状をみて対応してもらえる	4/14 ～ 7/13	病状の観察と報告	看護スタッフ 介護スタッフ	随時 随時	4/14～7/13
少しでも今の身体状態を維持したい	日常生活の動作が維持できる	4/14 ～ 3/31	手引きを受けて歩くことができる	4/14 ～ 7/13	歩行練習  廊下を手引き歩行（20m）	リハビリスタッフ  介護スタッフ	週3回  1日1回	4/14～7/13  〃
いろいろな人と仲良くなりたい	楽しく過ごせる	4/14 ～ 3/31	活動や交流ができる	4/14 ～ 7/13	活動支援 趣味の会 レクリエーション クラブ活動	介護スタッフ,相 談員 〃 〃	月2回 週1回 月2回	4/14～7/13
消化と整腸に配慮した食事の提供が必要です	体調良く過ごせる	4/14 ～ 3/31	快調に過ごせる  便秘が解消できる	4/14 ～ 7/13  4/14 ～ 7/13	腸閉塞に対応した食事の提供  食物繊維の多い食事の提供	栄養士  栄養士	毎食  毎食	4/14～7/13  4/14～7/13

# 必要な介護と留意事項

平成 25年 4月14日

氏名	気仙沼 D子 様	意思疎通の方法	・問題なし
----	----------	---------	-------

	必要な介護	介護方法・留意事項	自立状況等
移動 移乗			・介助バーを使用して自分で移乗している
			・通常は、自操用車椅子を使用して自分で移動している
水分補給 食事 口腔ケア	・麺類食事介助	・麺類全介助	・通常は、スプーンを使用して自力摂取
			・歯磨きは自分で行っている
排泄 体位変換	・トイレ介助	・排泄後にズボン上げる介助 (留意事項) ・排便は、下剤でコントロールし、薬は本人が管理している ・排便状況の確認を行う	・昼夜トイレ使用 ・常時紙パンツ、パット使用し、失禁時は自分で交換している
入浴	・一般浴	・移動は、脱衣室→浴室、浴室→脱衣室は手引き歩行介助 ・浴槽の出入りは支える介助 ・洗身は膝下、背中、髪を介助 ・更衣はズボン上げる介助 (留意事項) ・歩行が不安定で転倒の危険性があり、必ず手引き、支える介助をする	
更衣	・更衣介助	・ズボン上げる介助	・他は時間がかかるが自分で行っている
整容	・爪きり	・全介助	・整髪、洗顔は自立
備考			

## 介 護 項 目

<b>1 移動</b> 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	<b>6 排泄</b> ①トイレ介助 ②ポータブルトイレ介助 ③おむつ交換 ④尿カテーテルの後始末 ⑤ストマの後始末
<b>2 移乗</b> ①移乗介助 ②リフト移乗介助	<b>7 体位変換</b> ①体位変換介助
<b>3 水分補給</b> ①水分補給介助	<b>8 入浴</b> ①一般浴介助 ②リフト浴介助 ③特浴介助 ④清拭介助
<b>4 食事</b> 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	<b>9 更衣</b> ①更衣介助
<b>5 口腔ケア</b> ①口腔清潔介助	<b>10 整容</b> ①整髪介助 ②洗顔介助 ③洗髪介助 ④爪きり介助