

『アセスメントの結果を答えられますか』～ケアプランの振り返り～

ケアプランの2表を見てください。

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）があります。

①「歩けるようになりたい」となっていたとします。

ある、見る立場の人（介護保険に詳しい家族でもいいです。）から、なぜ、「歩けるようになりたい」という課題になったのですかと質問されました。

あなたは、どのように説明しますか？

「デイサービスでリハビリができるから」「デイサービスに行きたいという希望があったから」「歩きたいと言われたから」・・・では説明になりませんね。

3週間前、転んで膝を痛めたために安静にしていました。安静にして寝て過ごしていたら、歩けなくなり、立っているのがやっとなってしまいました。痛みも取れたし、主治医の先生からも身体を動かして大丈夫と言われました。本人も、また元のように歩けるようになりたいという希望だったため、改善の可能性が高いと判断しました。本人の言葉を借りて「歩けるようになりたい」としました。

説明の後、「では、そのことが確認できる、アセスメントの結果を見せてください。」と言われました。

対応はOKですか？ 理由が説明できますか？

②「気分転換したい」となっていました。

「気分転換したい。」ということは、気分の落ち込みや悩み等が見られたのですか？ それはアセスメント記録のどこを見れば分かりますか？ と聞かれました。

対応はOKですか？ 理由が説明できますか？

根拠を明らかにできなかった場合どうしますか？

改めて情報を整理し、課題検討をし直します。

① 情報の整理は、国の「課題分析標準項目」を基本にします。

② プロセスは「居宅介護支援の手引き」で確認します。

③ 課題検討は「ケアプラン策定のための課題検討用紙」を使います。

④ 検討の方法は「ケアプラン策定のための課題検討の手引き」を使います。

ケアプラン点検の目的

自立支援に向けたケアプラン策定に大切なことは、介護支援専門員がケアマネジメントの視点を正しく踏まえ、専門家として判断の根拠を示した上でケアプランの作成ができているかどうかです。

保険者（担当者）と介護支援専門員が、共に考え、気づくことができるようにします。

- ① 共に確認しあいます。
- ② 一緒にレベルアップを目指します。
- ③ ケアプランの根拠について確認を一緒におこないます。
- ④ 地域の課題を知ります。
- ⑤ 次回からのケアプラン作成に役立つようにします。

ケアプラン点検の方法

（方 法）面接　～1件60分程度～

（対 象）介護支援専門員が、振り返りたいと思う事例、点検を通してスキルアップしたい利用者の事例、対応に困っている利用者の事例等。

- ① ケアプラン表（1），（2）
- ② アセスメントシート及びアセスメントの結果がわかるもの

※「ケアプラン策定のための課題検討用紙」に整理すると確認しやすい。

（資 料）気づきの根拠を持って対応する。

※個人的主観や経験と感で対応するのではない。

- ① 「居宅介護支援の手引き」
- ② 「ケアプラン策定のための課題検討の手引き」

ケアプラン点検支援マニュアル

1 目的

ケアプラン点検は、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援するために行うものです。

2 ケアプラン点検に当たっての基本姿勢

保険者は、ケアプラン点検を行うに当たって、以下の点を十分に踏まえて行う必要があります。

- ①点検に際して事業所側の事務の負担を考慮し、資料などは必要最小限なものとするのが大切です。
- ②ケアプランを形式的に点検するのが目的ではないので、空欄があったからといって直ちにそれが問題となるわけではありません。
- ③点検作業は一方的ではなく双方向で行い、保険者と介護支援専門員がともに確認しあう姿勢で臨みます。
- ④介護支援専門員がどこに悩み、つまづいているのかを把握し点検を通して「気づき」を促すことが大切です。
- ⑤介護支援専門員を批判するのではなく一緒にレベルアップを図る方法であることを認識します。
- ⑥介護支援専門員が、再度点検を受けてみたいと感じることができるよう、保険者として継続的に支援していく姿勢が大切です。
- ⑦地域特性を意識しながら、保険者として地域で何が課題になっているかを考察しながら進めていくことも大切です。
- ⑧不適切なプランと思われるものがあった場合、プランの根拠について確認を一緒に行う「振り返り作業」を実施し、次回からの計画作成に役立つように適切なプラン作成の視点・気づきを促すことが重要です。
- ⑨点検を効率的に実施する為に必ずしも全てのケアプランに関して点検する必要はなく、目的をはっきりさせて行うことが必要です。

自立支援に向けたケアプランの作成に向けて大切なことは、介護支援専門員がケアマネジメントの視点を正しく踏まえ、専門家として判断の根拠を示した上でケアプラン作成ができているかどうかです。

このマニュアルは、それらを可能な限り理解しやすいように作成してありますが、基本的な事項を示したものにすぎません。このマニュアルを参考に、その趣旨を理解した上で、各保険者が創意工夫して、事務負担にも配慮した独自のものを作成することが望まれるところです。そしてこのマニュアルを通じ、保険者と地域の介護支援専門員が連携し一丸となって「質の高いケアマネジメント」を目指す足がかりになってくれることを期待します。

分 析 表

1 〈アセスメントの基本〉

介護支援専門員として、アセスメントを行う理由についてどのように理解していますか。またアセスメントを行う専門職として、その役割を十分に果たせていると感じますか？

2 〈情報収集〉

アセスメントに必要な情報をどのような方々から得ましたか？

3 〈基本情報〉

アセスメントを行う上で必要だと思われる基本情報について、どのような情報を特に重要な情報として押さえましたか？

4 〈相談〉

どのような相談経緯だったのでしょうか？

5 〈生活状況〉

利用者の「個別性・その人らしさ」を大切にするためにも、大切な情報である生活暦や生活状況をどのようにして聞き取りましたか？

6 〈サービスの把握〉

現在利用しているサービスについて、その利用状況・満足度等を把握していますか。またその上で介護給付以外のサービスについても把握ができていますか。

7 〈日常生活自立度〉

障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度について、最新の状況を把握していますか。

8 〈主訴〉

利用者・家族は主にどのようなことに困って来られたのですか。

9 〈認定〉

認定情報の内容を確認しましたか。

10 〈理由〉

今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由について教えてください。

11 〈健康状態〉

利用者の健康状態について、ケアプラン作成にあたり重要だと考えている事を教えてください。

12 〈ADL・IADL〉

利用者のADL・IADLの現状を把握するにあたり、何に気をつけてアセスメントしましたか。またその手法・経路について教えてください。

13 〈認知症〉

物忘れや認知症について何か気になることはありましたか。

14 〈コミュニケーション〉

友人や家族、地域の方とどのようにコミュニケーションをとっているか確認しましたか。

15 〈社会参加〉

利用者の友人や家族、地域の方との関わり方は良好ですか。また最近変化したこと(例:友人の入院・入所、他界等)はありませんか。利用者が自らすすんで行っている活動や趣味などはありますか。

16 〈排泄〉

利用者の排泄に関しての意向や困っているところは何ですか？またその原因や背景を把握していますか。

17 〈食事・口腔〉

食事や口腔の状態について、何か気になる点がありましたか。

- 18 〈問題行動〉
利用者が周囲を戸惑わせたり、介護者が負担に思っている行為は起こっていませんか。
- 19 〈家族の心身の状況〉
家族の方の心身の状況は把握していますか？特にどなたか心配な方はいらっしゃいますか。
- 20 〈家族の介護力〉
家族の方の介護に対する思いをどのように捉えましたか。家族の方が話した言葉で印象に残った事があれば教えてもらえますか。
- 21 〈居住環境〉
在宅生活を続ける居住環境として、気がかりな点はありませんか？利用者・家族の意向はどうですか。
- 22 〈特別な状況〉
プランを作成する上で、特別に配慮したほうがよいと思われたことがあれば教えてください。
- 23 〈尊重〉
アセスメントを通じて、利用者・介護者に現状を認識してもらえましたか。また、介護支援専門員として利用者の自己選択や自己決定などの主体性を尊重することができましたか。

居宅サービス計画書（1）

- 1 記載事項に漏れがないよう、常に確認をしていますか？
- 2 「課題」の整理はできましたか、またそれらの「課題」は「利用者及び家族の生活に対する意向」とに関連性はありますか？
- 3 家族はどのようなおもいで、利用者を支えていこうとお考えですか？
- 4 利用者及び家族の「生活に対する意向」は、アセスメントをすすめ、課題が明確になっていく過程において、面接当初と比べてどのような変化が生まれましたか？
- 5 総合的な援助方針はどのようなプロセスを踏んで決定しましたか？
- 6 生活援助中心型を算定した理由を教えてください。

居宅サービス計画書（2）

- 1 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の原因や背景を教えてください。
- 2 課題の優先順位を決める上で、大切なことはどのようなことだと思いますか？
- 3 生活全般の解決すべき課題が利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか？
- 4 利用者・家族の「困りごと」に対してどのような働きかけを行いましたか？
- 5 長期目標は、どのように設定しましたか？
利用者自身が、課題（ニーズ）ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点として、具体的にわかりやすく記載できていますか？
- 6 短期目標は長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっていますか？
- 7 課題を解決するための単なるサービス内容の記載だけではなく、どのような点に注意すべきか、どういったことを大切にすべきか等の視点も含めた具体的な記載内容になっていますか？
- 8 計画したサービス内容を適切に提供する為に、サービス種別はどのような資源を検討し、決定しましたか？
- 9 サービスの利用頻度と期間の見直しはいつ頃、どのように行いますか？

週間サービス計画

- 1 週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について、どのように考えていますか？
- 2 本人の主な日常生活について、どのように把握しましたか？またその人らしい生活がイメージされていますか？
- 3 週間サービスには、利用者・家族の状況（意向、事情等）にあった計画になりましたか？
- 4 「週単位以外のサービス」の欄には何を記載していますか？

ケアプラン点検の進め方

- 1 趣旨と目的を説明して合意を得ます。
- 2 ケアプラン2表の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を確認します。
- 3 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）にした理由を確認します。
- 4 アセスメントの経過を振り返り，必要性を確認します。

※ 課題検討用紙に整理してあると確認しやすいです。

（確認できれば7に進みます）

- 5 必要性が確認できなければ，改めて情報の整理をします。
- 6 具体的な生活支障→原因→意向→可能性→課題→ケアの方向性

※ 手続き（プロセス）は居宅介護支援の手引き，アセスメントは課題検討の手引きを活用して，互いに考え，可能性・必要性を確認します。

- 7 課題に沿った目標かどうか確認します。
- 8 課題，目標に沿ったサービス内容になっているか確認します。

アセスメント・ケアプラン～居宅介護支援の手引き～(抜粋)

(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。

(公正中立)

指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

(介護保険で言うアセスメント)

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

七 介護支援専門員は、前号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、利用者の居宅を訪問し、利用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、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用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。

II アセスメントする

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療情報提供によって得ます。

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。

(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。)

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。

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・・・など

5 そのことについての意向を確認します。

(1) 生活上の支障と原因を踏まえた上で、本人、家族はどうなりたい、どうしたいと思っているのか、意向を確認します。

(2) 実現可能なことを聞きます。

(3) 介護保険の理念に沿った意向を聞きます。

「また自分で歩けるようになりたい。」「炊事は自分でしたい。」「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)

「歩けるようになると困るので動かさないで寝かせておいてほしい。」「できるだけ介護したくない。」「早く施設に入れてしまいたい。」…

(4) 言い換えて整理してみます。

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

(5) 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。

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

支障・低下が最近起こった利用者で、状態が安定している場合など。

- ② 今の状態を続けられるようにする必要があるのか
支障が長い間変化していない場合など。
 - ③ 悪化を予防、低下するのを予防する必要があるのか
じょく創や失禁、筋力低下、拘縮、転倒などの危険性がある場合など。
- (2) 必ず行わなければならない介護を確認します。
- ① 必要な介護を把握します。
 - ア 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します。
 - イ 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します。
 - ② 必要な医療対応を把握します。
 - ア 主治医からの指示のある医療的管理について把握します。(病気の管理・観察、食事制限、薬の副作用など…)

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ます。
- 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します。また、必要性を本人の意向に沿って言い換えて、本人の了解を得ます。
- ① お風呂に自分で入れない ⇒ お風呂に入りたい (本人の意向を反映)
 - ② 歩行練習が必要である ⇒ また散歩できるようになりたい
 - ③ 一人でいる時間が長く、
落ち込みが進む可能性がある ⇒ いろいろな人と会って楽しく過ごしたい
 - ④ 膝の痛みのため掃除機が
けができない ⇒ 掃除を手伝ってほしい
- (3) 本人の意向がとれなければ、必要性をニーズにします。
- ① 排泄介助が必要です
 - ② 床ずれの予防が必要です
 - ③ 日常動作のすべてに介助が必要です
 - ④ 通院介助が必要です
- (4) 必要性が明らかで、家族の想いを反映させる場合は次のようにします。
- ① お風呂に入れてあげたい
 - ② 楽しく過ごす時間を持ってほしい

「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の設定は、介護支援専門員の専門性が必要とされる重要なポイントです。自立支援を念頭に置き、現状分析と、利用者本人（家族）との話し合いにより、出来るだけ前向きな生活ができるような課題設定をすることが必要です。

1 厚生労働省の説明

(1) 記載要領（厚生労働省通知）

「利用者の自立を阻害する要因などであって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して・・・」

(2) 書き方

① 自立支援を目指す計画ですから、ニーズの欄には、「◎◎できるようにしたい」「◎◎したい」というように、利用者が主体的・意欲的に取り組めるような書き方のほうがいいでしょう。

② 背景要因を書くとき「○○のため○○できない」のように、ネガティブな表現になりやすいので、「○○したい」とできるだけ簡潔に書くほうが良いでしょう。

2 「簡潔に」「～したい」という課題設定をするための要件

- (1) 課題分析を充分に行い、根拠（問題、原因、可能性など）を明確にしておくこと。
- (2) 利用者（家族）と十分に話し合いをして、合意の得られる内容にすること。
- (3) 課題分析から得られた必要性和利用者（家族）の希望が一致していること。（単なる御用聞きにならないこと。意思確認が不可能な場合は必要性を優先する。）
- (4) サービス担当者会議で課題設定の理由（根拠）を説明するか、課題分析の結果（要約表・領域選定表など）をサービス計画書に添付して説明し、利用者及び関係居宅サービス事業者スタッフの理解を得ること。

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 お風呂に入れるようにします。

イ 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。

ウ 機能訓練により、下肢機能が改善するようにします。

エ 出来るだけ早く、床ずれを治すようにします。・・・など。

(2) この段階では、まだサービスの種別は決まっていません。方向性だけで十分です。サービスを使うためのプランにならないようにするためにも重要です。

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します。

① 5mぐらい自力で歩けるようになる

② お風呂に入れる

③ 食事がとれる

- ④ 話し相手ができる
- (2) 本人の目標にします (事業者や家族の目標にしない)
 - 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 家族の介護負担が軽くなる ⇒ 入浴などの介助が受けられる
- (3) きれいな言葉を並べるのではなく、具体的な目標にします。
 - 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きます。
入浴介助 (リフト浴)、ポータブルトイレ介助、更衣介助、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 など。

3 介護を実施するサービス、事業者を選定します。

- (1) 選ぶための提案をし、選んだ時のメリットとデメリットを説明します。
お風呂はどのように入りたいですか? 自宅のお風呂で? 浴槽を持ってきてもらって? 出かけて? など

4 目標達成に必要な利用頻度を定めます。

- (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します。

5 総合的な援助方針を設定します。(課題検討用紙の「ケアの方向性」です)

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

『ケアプランの原案』

利用者本人 (家族) と話し合い、担当するサービス事業者と調整を済ませ、双方の内諾を得ているものが『ケアプランの原案』です。

居宅ケアプラン策定のための課題検討の手引き（抜粋）

2010. 12. 21. 現在. jk.

1 健康状態

1-1 痛みのある利用者への対応

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- ① 痛みが原因でADLなど生活に支障のある利用者を把握します。
- ② 痛みの直接的な影響、痛みを怖がる、痛みによる関係の減少、鎮痛薬の副作用などの影響を検討します。

1-2 脱水症状

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- ① 脱水症になる危険性を少なくします。
- ② 家族やケアスタッフが、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。

1-3 高齢者の心臓と肺の機能

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- ① 心臓や肺（呼吸）の症状を、ただの老化現象として扱い、適切な医療やケアを受けていない利用者を把握して対応します。
- ② 心不全や結核など、医療的対応を必要とする高齢者に多い問題に気をつけて対応できるようにします。

1-4 服薬管理と効果

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- ① 服用している薬を把握し、その薬が効果的・効率的に作用するようにします。

1-5 向精神薬を服用している利用者への対応

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- ① 向精神薬を服用している利用者のなかで、その作用・副作用の様子観察が必要な人を把握して対応します。

1-6 アルコール問題への対応

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- ① アルコール乱用、アルコール依存症を把握します。
- ② 代謝の低下、持病、薬等との関連によって、大量の飲酒でなくても危険となる場合があるので検討します。

1-7 喫煙問題への対応

禁煙の効果

- ① 心筋梗塞、間欠性跛行、慢性気管支炎（これら喫煙との関係が良く知られている疾病のリスクを下げます。疾病がすでに発症している場合でも当てはまります。）
- ② 突然の心臓死（2，3日間禁煙するだけで、血中の一酸化炭素が排泄され、突然

の心臓死のリスクを非喫煙者と同等に減らすことができます。)

- ③ 骨粗鬆症（喫煙は骨密度を低下させ、骨の損失率を高めるため、骨粗鬆症の重要な危険因子です。）
- ④ 呼吸機能への影響（体力と自立度に直接的な影響を与えます。）

2 ADL

2-1 ADLの改善と支援 日常生活動作（Activities of Daily Living）

（1）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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

～「可能性に対応するケア」と「必要性に対応するケア」に分類して整理します～

可能性に対応するケア

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

必要性に対応するケア

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

2-2 転倒防止

（1）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- ① 最近転倒した利用者を特定します。
- ② 転倒の危険性のある利用者を特定します。
- ③ 転倒の危険性を予測します。
- ④ 転倒と，転倒による障害をできるだけ少なくします。

2-3 健康増進

（1）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

体力の向上と健康増進により，幸福感と自立性を高めます。

3 IADL

1-1 IADLの回復と支援 手段的日常生活動作（Instrumental Activity of Daily Living）

（1）ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- ① IADL回復の可能性のある利用者を把握して対応します。
- ② IADLの代行の必要性を明らかにして支援します。

4 認知

4-1 認知障害

(1) ケアマネジャーの役割

- ① 認知障害があるかどうかを把握します。
- ② 認知障害を補うために、どのような方法をとることができるのかを判断します。

5 コミュニケーション能力

5-1 コミュニケーション

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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。

5-2 視覚・聴覚

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

最近視力・聴力が低下した利用者，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て対応します。

6 社会との関わり

6-1 社会との関わり

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- 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に支援します。
- ② 社会的機能の低下を最小限に抑え，社会的活動制限の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して対応します。

6-2 うつと不安

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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して対応します。生活に重大な影響のあるうつや不安があれば，専門医に相談して対応します。

7 排尿・排便

7-1 尿失禁・留置カテーテル

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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。

7-2 排便の管理

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

腸の機能および消化器系の疾患の問題を評価し，関心を高めます

8 褥瘡・皮膚の問題

8-1 褥瘡

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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検討して対応します。

8-2 皮膚と足

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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して対応します。

9 口腔衛生

9-1 口腔衛生

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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して対応します。

10 食事摂取

10-1 食事摂取

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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して対応します。

11 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)」

11-1 行動障害

行動障害は、本人、家族や周りの人にとっての悩みや問題になる場合があります。行動障害のある利用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。

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

行動障害のある利用者を把握し、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利用者を把握して対応します。

12 介護力

12-1 介護力

(1) ケアマネジャーの役割

- ① 介護が必要な高齢者への対応が困難な家庭を把握します。
- ② 家庭で、新しい介護負担に対応できるかどうかを把握します。
- ③ 在宅での生活が続けられるような支援を提案します。

13 居住環境

13-1 居住環境

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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。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報告する。

1.4-2 ターミナルケア・緩和ケア

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

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

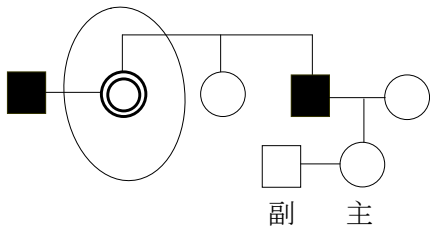
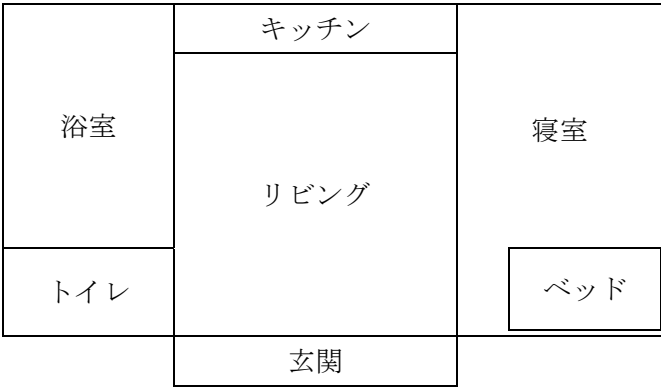
介護保険と医療保険，その他公的・私的医療福祉制度なども活用します。

また，医療との連携が重要になるので，利用者本人と家族，主治医，病院，薬剤師，訪問看護ステーション，介護サービス事業所などと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。

文責：小湊純一。

基本情報

平成23年 8月 1日

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

フェイスシート

平成23年 8月 1日

フリガナ 氏 名	ツノダ エイコ					生年月日	昭和 2年 6月10日(84才)				
	角田 栄子 様					性 別	男 ・ 女				
住 所	〒 -					電 話	()				
						F A X	()				
介護保険	保険者 No.					被保険者No.					
	介護度	要介護3				有効期間	H23年8月1日～H24年7月31日				
主治医	医療機関名	□□□病院				電 話	()				
	医師名	○○○ 先生				F A X	()				
病 名	パーキンソン病				H15年 月発症	備考 H15年頃より左手足振戦ありパーキンソン病と診断を受け現在治療中。					
	腰椎圧迫骨折				H14年 月発症						
					年 月発症						
					年 月発症						
					年 月発症						
A D L	移 動	一部介助	手引きをしてもらって何とか歩けるが、一人で歩くことは大変。普段は這って移動している。								
	食 事	自 立	箸を使用しているが、手に力が入らず食べこぼしが多い。								
	排 泄	一部介助	トイレを使用しているが思うように動けず間に合わない事がある。パットを使用している。								
	入 浴	一部介助	身体を支えてもらって浴槽の出入りをしている。洗身は前の方は自分で洗い、他は介助を受けている。								
	更 衣	一部介助	自分で行っているが時間がかかる。十分に上げたり下ろしたりができない。								
	整 容	一部介助	タオルを絞ったり歯磨きの準備をもらうと、そこからは自分で行う。								
記 憶	しまい忘れや「お金がなくなった」と言うことが時々ある。										
行 動	問題なし。										
介護上の	入 浴	(血圧) 180/100以上時入浴中止。				(その他)					
	・	(体温) 37.5℃以上時入浴中止。									
	清 拭	(感染症) なし。									
医学的 留意事項	移 動	(カテーテル・酸素・ストーマ・じょく創 等)									
	食 事	・運動は良いが、転倒に注意し、脊椎の過度な屈曲位は控えるように。									
	排 泄	・パーキンソン病の進行により、移動能力が低下しているが、幻覚症状が見られるため薬の									
	そ の 他	増量はできない。									
特記事項	◎一人暮らし。隣に姪夫婦が住んでいる。 8年前に転倒し、圧迫骨折してから腰痛がある。パーキンソン病があり、日常生活動作に時間がかかり、徐々に自力で動くことが大変になり家事全般と入浴や着替え等の支援が必要になった。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">主介護者 野田 豊子 様 続柄 姪</div>										
緊急連絡先	電 話	080-0000-0000				氏 名	野田 豊子 様		続 柄	姪	

居宅介護支援事業所 (担当: m)

TEL 00-0000 / FAX △△-△△△△

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

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

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

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

	(家族) -----
6 社会との関わり	
(1)関わり	10年前に夫を亡くしてから一人暮らしだが、親戚との関係は良好で、姪に時々近くの妹の所へ茶飲みに連れて行ってもらうことを楽しみにしている。以前からお洒落で、デパートへ行ってショッピングするのが楽しみだったが、ここ半年位は歩行状態も低下してきて出かけていない。妹の所へは、通院の後に寄ったりしているのので、月1回は茶飲みに行っている。
(2)気分	普段は、朝夕姪が来てくれる時以外は一人で過ごすことがほとんどだが、夫が亡くなってから一人で過ごす時間がほとんどだったので特に寂しいとは思っていない。
《意向》	徐々に身体が思うように動けなくなっていることに不安を感じている。このままだと、姪に負担をかけてしまうのではないかと心配している。特に、ここ数ヶ月は介助してもらうことが多くなっているので更に心配している様子がみられる。
	(本人) 今まで一人で頑張ってきたが、ここ最近思うように動けなくなってしまった。これから先のことを考えると心配。今の楽しみは時々出かけて妹たちと話をすること。話をすると少しは気持ちが楽になるので、たまに誰かと話がしたい。
	(家族) できることはやってあげたいと思っている。妹は唯一の姉妹なので、時々連れて行ってあげようと思う。たまに出かけて楽しめたらいいと思う。(姪)
7 排尿・排便	
(1)尿失禁	尿意はあり常時トイレを使用しているが、動作がゆっくりで間に合わず失禁することが一日に2～3回ある。常時パットを使用し、自分で交換するが、調子の悪い時は姪に手伝ってもらっている。
(2)おむつ使用	尿とりパット使用。
(3)便失禁	2～3日に1回排便がある。便意はあり、トイレを使用している。
《意向》	(本人) 思うように動けないのでどうしても間に合わない時がある。せめて後始末は自分でやろうと思うが、それも上手く出来ない時がある。本当は自分でやりたいけど、どうしてもできない時は手伝ってほしい。

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

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

<p>《意向》</p>	<p>一人暮らし。夫は10年前に亡くなり、その後は一人で生活していた。子供はいない。近くに妹がいるが、妹も足が悪くて自分で会いに来ることはできない。お互い月に1回会えるのを楽しみにしている。</p> <p>姪夫婦が隣に住んでいるので、毎朝夕顔を出して必要な支援をしてくれている。</p> <p>(本人) 妹には時々会いに行きたい。姪夫婦には本当に感謝している。</p> <p>(家族) できることはやってあげたいと思っている。妹は唯一の姉妹なので、時々連れて行って話ができればいいと思う。</p> <p>(姪)</p>
-------------	---

(別表) 服薬状況

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

2011.08.10.mk

アセスメント（生活全般の解決すべき課題の把握）

項目	細目	課題分析
1.健康状態	<ul style="list-style-type: none"> ① 既往歴 ② 主傷病 ③ 症状 ④ 痛み ⑤ その他 	
2.ADL	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> ① 意思の伝達 ② 視力 ③ 聴力 ④ その他 	
6.社会との関わり	<ul style="list-style-type: none"> 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	課題分析
7.排尿・排便	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> ① 褥瘡の程度 ② 皮膚の清潔状況 ③ その他 	
9.口腔衛生	<ul style="list-style-type: none"> ① 歯の状態 ② 口腔内の状態 ③ 口腔衛生 	
10.食事摂取	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> ① 住宅改修の必要性 ② 危険個所等 	
14.特別な状況	<ul style="list-style-type: none"> ① 虐待 ② ターミナルケア ③ その他 	

第1表

居宅サービス計画書（1）

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 _____ 殿 生年月日 年 月 日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____

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

認定日 _____ 年 月 日 認定の有効期間 _____ 年 月 日 ～ _____ 年 月 日

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

居宅サービス計画書（2）

利用者名 _____ 殿

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

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

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

主任ケアマネの立ち位置

「主任介護支援専門員に必要なスーパーバイザーのあるべき姿」

1 はじめに （※主任介護支援専門員を主任ケアマネと表記します。）

そもそも、主任ケアマネ研修で3日間スーパービジョンの話を聞いて少し体験しただけで、主任ケアマネがスーパーバイザーであると言えるはずがない。10日間の主任ケアマネ研修が終わってすぐ、スーパーバイザーになったと勘違いしたりされたりすることがあってはならない。主任ケアマネ研修は自己研鑽開始のきっかけにすぎない。

ケアマネジャーのスーパーバイザーであるためには、介護保険や医療・福祉に関する豊富な知識や専門的技術に加え、アセスメント力や指導力が求められる。ケアマネジャーは、ソーシャルワーカーではなくケアマネジャーである。ところが、主任ケアマネ研修のスーパービジョンのコマは、「ケアマネジャーのスーパービジョン」ではなく「ソーシャルワーカーのスーパービジョン」になっている。結果として、「質問力」とか「気づきの提供」とか、言葉遊びになってしまっている。グループスーパービジョンで事例提供などしたものなら、質問攻めにされ、参加者からの心無い発言を受け、もう二度と事例など出すものかということになってしまう。ケアマネジャーとしての専門性を持って、ケアマネジャーとしての立ち位置を踏まえた上で、根拠のある気づきができるような支援ができると良い。

2 ケアマネジャーとどのように関わるべきか

主任ケアマネがケアマネジャーにどのように関わるべきかと悩んでも、ケアマネジャーがスーパーバイザーであるという認識も契約もなければスーパービジョン関係が成り立つはずがない。

主任ケアマネといっても、地域包括支援センターと特定事業所ではその役割が違う。

	地域包括支援センター	特定事業所加算事業所
役割	ケアマネジメント後方支援 1 ケアマネジャーの相談窓口設置 ①ケアプラン作成技術相談への助言と支援 ②支援困難事例等への助言と支援 2 ケアマネジメントのネットワークづくり ①ケアマネジャーのネットワーク化実践及び指導・助言 ②医療との連携実践 ③専門職との連携実践 ④サービス事業所との連携実践 ⑤ボランティア等との連携実践 ⑥その他関係機関との連携実践 ⑦総合的な連携実践	管理・教育・支持 1 専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資する。 ①公正中立性の確保 ②経験及び能力を有する主任介護支援専門員による管理監督 ③常勤かつ専従の介護支援専門員の配置 ④どのような支援困難ケースでも適切に処理できる体制

権限	管理監督権限なし 1 地域のケアマネジャーからの依頼により相談支援，支持が開始される 2 担当地域のケアマネジャーの実状に即した研修会，事例検討会を開催し，スキルアップを支援	管理監督権限あり 1 管理者として，質を確保するための管理，教育を職権で，支持を職責で実施
----	---	--

地域包括支援センターの主任ケアマネの役割は，ケアマネジャーの後方支援であり，指導ではない。ケアマネジャーからの依頼があってスーパービジョン関係が開始されるのであり，頼まれもしないのに強制的に始まるものではない。地域包括支援センターの主任ケアマネが「偉そう」に指導しようとしていたのでは相談してもらえない。

また，ケアマネジャーとしての役割，立ち位置を踏まえた上でのアドバイス，気づきの提供が求められる。ケアマネジャーのスーパービジョンにおいて，ケアマネジメントの分野について「気づいてもらう質問」をする場合には，質問すべきことが「体系的に整理されている」必要がある。体系的に整理されていなければ，単なる「思いつき，経験則」にすぎなくなるので，根拠の明らかなアドバイス・問いかけが必要である。例えば，①ケアマネジャーとして何処まで介入すべきなのか，②本来は誰が関わるべきなのか，③自立支援とは具体的に何をすることなのか，④利用者本人の生活支障を具体的にとらえることが出来ていたのか，⑤利用者の自己決定を尊重していたのか，⑥利用者の回復の可能性を捉えていたのか，⑦利用者の想いを受け止めていたのか，⑧認知障がいのある利用者への支援の方法を理解しているのか…等々，ただ気づけば良いのではなく，こういうことに気づいてほしいという指針を持っていなければならない。

頼まれなくても職権によって管理監督しなければならない特定事業所の主任ケアマネであれば，さらに責任が重い。上司を選べない訳だから，経験と勘だけで指導教育されたのでは指導されるケアマネジャーが迷惑してしまう。また，主任ケアマネが，管理，教育，支持する立場にあり，事業所のケアマネジャーがそれを受ける立場であるというお互いの理解がなければ，事業所内であってもスーパービジョン関係は成り立たない。

また，ダメなところを見つけて指摘するという「説教するスーパービジョン」ではなく，いいところを見つけて褒める「育てるスーパービジョン」のような関わりが良いと思う。

3 相談窓口としての主任介護支援専門員

主任ケアマネは，ケアマネジャーをしての立ち位置を踏まえた上で，他職種，他制度等に熟知していなければならない。

主任介護支援専門員（スーパーバイザー）としての要件 (1) 関係法令の理解，理念の理解 ① 高齢者福祉・医療等関係法令 ② 介護保険関連法令・運営基準 (居宅介護支援、介護保険施設、居宅介護サービス、地域包括支援) (2) 福祉・医療の基礎知識 ① 高齢・障害者の基礎知識
--

- ② 医療の基礎知識
- (3) 介護支援の基礎
 - ① 居宅介護支援のプロセスと理由
 - ② 課題分析項目とスクリーニング技術
 - ③ 課題分析方法の具体的理解
 - ④ 国際障害分類 (ICIDH) と国際生活機能分類 (ICF) の理解
 - ⑤ 個人ではない組織的対応の理解
- (4) 理想・建前ではなく現実的な支援ができる
 - ① 介護支援と問題解決の経験
 - ② 介護支援と問題解決の知識

4 ケアマネジャーへのメンタルケア的側面

ケアマネジャーは、ケアマネジャーとしての役割を超えて頑張り過ぎる傾向がある。介護職員等も同様だと思うが、頑張っても頑張っても終結が見えないのは辛いことである。頑張ったことを認めてくれて、「十分頑張ったと思いますよ。」という一言を言ってくれる主任ケアマネがいると良い。

また、どういうことをすると頑張ったことになるのかを具体的に示したり、ケアマネジャーと共に考える姿勢が重要である。認める、受け入れる、共感することがケアマネジャーのメンタル面を支えることになる。

5 知識、技術、倫理観などの教育的側面

ケアマネジャーは、実務研修を修了してからが勉強である。主任ケアマネは、課題分析力を含めた、ケアマネジメントに関する指針をもって、後輩ケアマネジャーを育てるべきである。宮城県では、実務研修、基礎研修、専門研修、主任ケアマネ研修、研修担当者研修すべて同じ指針によって勉強する仕組みを作り公開している。居宅介護支援の場合、居宅介護支援の手引き、アセスメントのための情報収集シート記入の手引き、ケアプラン策定のための課題検討用紙と手引きである。施設介護支援も同様に作ってある（宮城県ケアマネジャー協会 HP 参照）。また、研修担当者研修を毎年数回開催しているが、内容は講義を受けるだけではなく「理解して自分の言葉で説明できること」を研修担当者の要件にしている。その研修担当者は主任ケアマネであり、県内全域に散らばり、地域包括支援センターの主任ケアマネだったり、地域のリーダーとして活躍している。ケアマネジメントの基本である指針は県内全域に周知され、ぶれない対応、ぶれないアドバイスがなされている。

昨今、国の審議会等で「アセスメントからケアプランに至る検討過程が分からない」「公正性中立性が保たれていない」と指摘されている。支援の必要性を明らかにするため、課題分析の方法や利用者の自立支援のための考え方を根拠立てて示していかなければ、ケアマネジャーそのものが不要と言われてしまう。

(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もあります。

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。

6 まとめ（主任介護支援専門員に必要な自己研鑽など）

（1）ケアマネジャーとしての専門性向上

主任ケアマネは，ケアマネジャーの何倍もの自己研鑽をしなければ，相談支援をするということは不可能である。目的を持った事例検討会を継続的に開催する等し，地道に知識，経験を積み重ねると良い。それが主任ケアマネである自分のためになり，結果として周りのケアマネジャー，利用者，地域の利益につながる。

宮城県の主任ケアマネ研修等で使っている，事例検討の進め方考え方を紹介する。

事例検討の方法

1 事例検討の目的を整理する。

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

2 事例検討を進める時の主任介護支援専門員の姿勢

- （1）問題と問題を抱えていることを受け止める。
- （2）一部の目立った問題に囚われることなく，全体を見る。
- （3）対人援助の基本を踏まえて対応する。
- （4）介護保険の趣旨，ケアマネジャーの役割を整理した上で対応する。
 - ① 居宅介護支援及び居宅サービス事業の運営基準，介護報酬Q&Aなど
 - ② 居宅介護支援の手引き
 - ③ ケアプラン策定のための課題検討の手引き

3 事例検討の進め方の例

- （1）居宅介護支援の過程，アセスメントを振り返り，生活全般の解決すべき課題検討の確認，課題に沿った目標・サービスになっているかどうかを確認検討する。
 - ① 居宅介護支援の手引きを活用する。

② ケアプラン策定のための課題検討の手引きを活用する。

(2) 利用者本人以外の家族の問題や、ケアマネジャー側や介護サービス事業者の問題、心情的問題、関わりに関する問題、介護保険サービス利用で解決できない問題などについて対応する。

① 問題の具体的状況、問題の対象、問題の原因を明らかにする。

② 介護保険制度の理念、居宅介護支援及び居宅サービス事業の運営基準、介護サービス事業の運営基準、介護報酬Q&Aなどを踏まえて検討する。

③ ケアマネジャー、居宅介護支援事業所、介護サービス事業者、地域包括支援センター、行政等の役割、立ち居地を整理して検討する。

④ 関わりの方法を検討する。

(2) 対人援助職者としてのスキルアップ

対人援助について、本職のスーパーバイザーについて習うのは現実的に不可能なので、主任ケアマネ同士で「ケースワーク関係」についてのピアスーパービジョンができると良い。かといって一朝一夕に身に着くものではないので、普段から意識して関係し、数年の時間をかける必要がある。

(3) 主任ケアマネの心得

詳しい説明は割愛するが、数年前に作った主任の心得7を紹介する。

- 1 偉そうでない
- 2 人の話を良く聞く
- 3 昔のやり方にこだわらない
- 4 自分の都合でものを考えない
- 5 勉強している
- 6 安心して任せられる
- 7 理由が説明できる

地域包括支援センター及び主任ケアマネの役割は大きいです。自己研鑽によりケアマネジャーの後方支援をよろしくお願いします。

2012.05.28.

宮城県ケアマネジャー協会 理事・事務局長

宮城県社会福祉士会 副会長

ふくし@JMI 理事長 小湊純一。

アセスメントのための情報収集シート 128（居宅）

利用者氏名	基準日	担当者名
角田 栄子 様	平成23年 8月 1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
観察・管理の必要な病気			
1	循環器	×	なし。
2	神経・認知	○	パーキンソン病で左手足に振戦がある。徐々に移動能力が低下してきている。
3	骨関節	○	H14年に腰椎圧迫骨折をしており、腰痛がある。
4	眼科	×	なし。
5	精神科	×	なし。
6	感染症	×	なし。
7	糖尿病その他	×	なし。
症状			
8	身体症状（下痢，排尿障害，発熱，食欲不振，嘔吐，胸痛，便秘，めまい，浮腫，息切れ）	×	なし。
9	精神症状（妄想，幻覚）	○	週2～3日は夜間に幻覚症状がみられ、「寝ていると知らない人が家に入って来る」「3～4人来ることもある」と話す。
痛み			
10	痛みの頻度	○	動くたびに痛い。

11	痛みの強さ	○	コルセットを使用し、何とか立ち座りの動作は行える位。
12	痛みによる生活の支障	○	立ち座りの動作がやっも行える状態。
13	痛みの箇所	○	腰
14	痛みに対する薬の効果	×	コルセット使用と軟膏を塗布している。軟膏を塗った時はいいような気がする。
病状の変化			
15	入院*	×	なし。
16	緊急受診*	×	なし。
薬			
17	医師による薬の管理	×	主治医により管理してもらっている。
18	薬の服用の順守	×	姪が管理して、主治医の指示通りに内服している。
19	服薬状況 (別表)	○	
医療機器			
20	医療機器の取り扱い・管理	×	なし。
保健予防			
21	健康診断の受診*	×	定期的に受診している。
健康生活			
22	喫煙	×	なし。
23	飲酒による問題	×	なし。
24	健康状態が悪い	×	身体状況が徐々に低下してきていると感じているが、今急に状態が悪化していると思っていないわけではない。
25	生活に支障のある体調の変動や悪化	×	徐々に歩行状態も低下しているが、ここ数日での悪化や変動はない。
26	慢性症状の悪化	×	なし。
27	急性症状の発生	×	なし。
28	新たな病気による治療の変更	×	なし。
ケア計画			
29	予定されたケア・治療の順守*	×	守られている。
健康状態に関する意向 (本人)少しでも自分でできることをやれる状態でいたい。 (家族)主治医に相談しながらみていきたい。(姪)			

2 ADL

ADL			
30	寝返り	×	低床の家庭用ベッドで、縁につかまって

			何とか行っている。
31	起き上がり	×	左側を向いて足を下ろしながら手をついてゆっくり起き上がっている。調子のいい時とそうでない時では動きが大きく違い、スムーズに動ける時と、かなり時間がかかる時がある。
32	乗り移り	○	何かにつかまらないと自分ではできない。低い所からの立ち上がりも何かにつかまらないとできず、調子が悪い時はなかなか立ち上がれず時間をかけてやっとなっていることもある。
33	家の中の移動	○	つかまれば数秒なら自力で立っていることはできるが、長くは立ってられない。手引きの介助を受ければ10m位は歩けるが、自力では困難。調子が悪い時はなかなか足が前にでないこともある。自宅内はほとんど這って移動している。這って移動する時も、調子が悪い時はなかなか足が出ないこともあるので、移動にも時間がかかる。
34	屋外の移動	○	通院などで外に出る時（玄関から車まで）は、手引きの介助を受けて歩いているが、買物や通院（院内の移動）など長い距離の時は車椅子を使用している
35	上半身の更衣	○	何とか自分で行っているが時間がかかる。上衣を十分に下げることができず、姪が来た時に直してもらっている。
36	下半身の更衣	○	腰掛けながら何とか自分で行っているが時間がかかる。ズボンを上げることが思うようにできず、姪が来た時に直してもらっている。
37	食事	×	箸を使用し自分で食べているが、手に力が入らず食べこぼしが多い。
38	排泄	○	常時トイレを使用しているが、動作がゆっくりで間に合わず失禁することがある。常時パットを使用し、調子の

			<p>いい時は自分で交換することもあるが、姪に手伝ってもらうこともある。特に朝は動くのが大変で手伝ってもらうことがほとんど。</p> <p>ズボンを十分に上げられず姪が来た時に直してもらっている。</p> <p>トイレまで移動してからの立ち上がりが大変で、つかまる所がないと自分ではできない。</p>
39	整容	○	<p>整髪は自分で行っている。洗顔や歯磨きは、洗面所に立つことやタオルを絞ることが大変で毎朝姪が来てくれる。タオルや歯磨きの準備をしてもらい、自分で洗ったり磨いたりしている。</p>
40	入浴	○	<p>浴槽の出入りは、身体を支えてもらって行っている。洗身は前の方は自分で洗い、足元や背部等は手伝ってもらっている。</p>
41	ADLの低下*	○	<p>徐々に歩行能力が低下し、3ヶ月前に比べると介助してもらって歩いている時も足の運びが悪くなっている。這って移動する時もなかなか足が前に出ないことがある。</p>
活動・健康増進			
42	移動手段	○	<p>屋内はほとんど這って移動している。屋外は手引き歩行か車椅子を使用している。</p>
43	階段昇り降り	○	<p>介助を受けている。</p>
44	外出（屋外）の頻度（介護サービス利用による外出は含まない。）	○	<p>1ヶ月に1回の受診時に妹の所へ行く位。</p>
45	体を動かす活動	○	<p>自宅内では、トイレに行く以外はほとんど茶の間で寝たり起きたりして過ごし、身体を動かすことが少ない。自力歩行が困難なため、一人で外出することもできない。</p>
自立度改善の可能性			
46	自立度改善の本人意識	○	<p>できることは自分で行えるように頑張りたいと思っている。</p>
47	自立度改善の介護者意識	○	<p>できることはやってほしいと思っている。</p>

48	健康状態改善の可能性	○	主治医からは、動かないことで廃用障害が併発する危険性があるので、脊椎の過度な屈曲位は控えるようにすれば、運動はしても良いと言われている。
要介護状態の変化			
49	介護状態の悪化*	○	徐々に手足に力が入りにくくなってきており、着替えや排泄に介助が必要になってきた。 歩行状態も以前より低下しており、自力歩行は困難になり、手引きの介助が必要になった。
転倒			
50	転倒の回数*	×	なし。
51	転倒の危険性	×	パーキンソン病があり、手足に力が入らない状態で、最近歩行状態も低下しており自力歩行は困難となった。自宅内は一人の時は這って移動している。外出時は手引きの歩行又は車椅子を使用している。
ADLに関する意向 (本人)自分でできることは頑張りたい。 自分の家のお風呂に入りたい。 (家族)着替えや排泄の介助を手伝ってほしい。 お風呂に入れてほしい。(姪)			

3 IADL

IADL		現 状		困難度
52	炊事	○	手足に力が入らず、自力で長く立っていることも難しい為、自分ではできない。	高
53	家事一般（掃除・洗濯・整理等）	○	手足に力が入らず、自力で長く立っていることも難しい為、自分ではできない。	高
54	金銭管理	×	金銭感覚に問題はないが、通帳は姪に預け、小遣いを自分で管理している。	問題なし
55	薬の管理	○	能力的には問題ないが、手	中

			に力が入らず袋の取出しができないため介助を受けている。	
56	電話使用	×	掛けたり受けたりはできる。	問題なし
57	買い物	○	自分で選んだり支払ったりできるが、自分で買物に行くことができない。普段は姪夫婦が行ってくれている。	中
58	交通手段の利用(使う必要のない場合も×)	×	外出時は、姪夫婦が車で連れて行ってくれるので、交通手段を利用することはない。	高
<p>IADLに関する意向</p> <p>(本人) 掃除や調理, 洗濯を手伝ってほしい。 薬が飲めないので手伝ってほしい。</p> <p>(家族) 掃除や調理, 洗濯を手伝ってほしい。 昼夕の薬の介助をお願いしたい。(姪)</p>				

4 認知

記憶				
59	短期記憶	○	普段は問題ないが、月2～3回位財布のしまい忘れや「お金がなくなった(財布の中身)」と話す事がある。	
60	手続き記憶	×	なし。	
61	日常生活の判断	×	なし。	
62	記憶・判断力の低下*	○	最近、忘れる頻度が多くなった。	
意識障害				
63	せん妄	×	ない。	
<p>認知に関する意向</p> <p>(本人) 特になし。</p> <p>(家族) 特になし。</p>				

5 コミュニケーション能力

コミュニケーション				
64	聴覚	×	問題なし。	
65	相手に理解させること	×	問題なし。	

66	相手を理解すること	×	問題なし。
67	コミュニケーション能力の低下*	×	なし。
視覚			
68	視力	×	問題なし。
69	視覚障害	×	なし。
70	視力低下*	×	なし。
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

関わり			
71	人との関わり	×	問題なし。
72	周りの人への不満・怒り	×	なし。
73	社会活動の悩み	×	なし。
74	社会活動の減少*	×	なし。
75	日中一人の時間	○	いつも一人で過ごすことがほとんどである。
76	寂しさ	×	一人でいることがほとんどだったので特に寂しいとは思っていない。
気分			
77	不安心配	○	徐々に身体が思うように動けなくなってきたことに不安を感じている。このままだと、姪に負担をかけてしまうのではないかと心配している。特に、ここ数ヶ月は介助してもらっているが多くなっているので更に心配している様子がみられる。
78	悲しみ	×	なし。
79	落ち込み	×	なし。
80	怒り	×	なし。
81	体調不良の訴え	×	なし。
82	涙もろい	×	なし。
83	興味活動の減少	×	なし。
84	社会交流の減少	×	なし。
85	気分の悪化*	×	なし。
社会との関わりに関する意向 (本人)誰かと話がしたい。 (家族)たまに出かけて楽しめたらいいと思う。(姪)			

7 排尿・排便

失禁			
86	尿失禁	○	尿意はあり常時トイレを使用しているが、動作がゆっくりで間に合わず失禁することが一日に2～3回ある。
87	おむつ使用	○	常時パットを使用し、自分で交換するが、調子の悪い時は姪に手伝ってもらっている。
88	尿カテーテル使用	×	なし
89	便失禁	×	2～3日に1回排便がある。便意はあり、トイレを使用している。
排泄のコントロールに関する意向 (本人) 後始末がどうしてもできない時は手伝ってほしい。 (家族) 手伝えない時はお願いしたい。(姪)			

8 褥瘡・皮膚の問題

皮膚・じょく創			
90	皮膚の問題	×	問題なし。
91	じょく創	×	なし
92	じょく創の既往	×	なし
93	皮膚のケア	×	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

口腔ケア			
94	口腔状態の問題	×	入歯は毎日洗浄し、うがいも行っており問題ない。
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			
95	極端な体重減少	×	なし。
96	栄養不良	×	なし。

97	極端な体重増加	×	なし。
98	食事量, 回数の不足	×	なし。
99	食事摂取の減少	×	なし。
100	水分不足	×	なし。
101	経管栄養, 胃ろう	×	なし。
嚥下			
102	嚥下問題	×	なし。
食事摂取に関する意向 (本人)----- (家族)-----			

1 1 問題行動 (行動障害)

行動障害			
103	徘徊	×	なし。
104	乱暴な言葉	×	なし。
105	乱暴な行動	×	なし。
106	混乱させる行動	×	なし。
107	ケアの拒否抵抗	×	なし。
108	行動障害の悪化*	×	なし。
向精神薬			
109	抗精神病薬	×	なし。
110	抗不安薬	×	なし。
111	抗うつ薬	×	なし。
112	催眠薬	×	なし。
行動障害に関する意向 (本人)----- (家族)-----			

1 2 介護力

介護力		主介護者	副介護者
113	介護者 (氏名・続柄)	豊子さん(姪)	旭さん(姪の夫)
114	支援の分野 (ADL、IADL、精神的支援等)	毎日朝夕, 起床と就寝時の介護(着替え・排泄介助・整容・服薬の確認)をしている。日常の買物や金銭管理, 通院介助, 精神的支援を	通院介助や買物を姪と一緒にしたり, 精神的支援をしている。

			行っている。	
115	介護者が介護量を増やすことの可能性		自分の家のことや趣味活動もあり、毎朝夕通うことは可能だが、これ以上介護を増やすことは姪も精神的にも身体的にも大変と話している。	仕事をしており、土日の休みの時くらいしか顔をだせずこれ以上介護量を増やすことは難しい。
116	介護者が介護を続けられる可能性	○	今の状態くらいなら、サービスを受けながらであれば面倒をみると思っているが、時々幻覚症状がみられたり、少しずつ身体の動きが大変になってきていることで、これ以上ひどくなったらどうしたらいいかと心配をしている。	毎日朝夕通う姪の身体のこと、精神的なことを心配している。これ以上、介護量が増えた時は施設への入所も考えている。
117	介護者の周りの人に対する不満	×	なし	なし
118	介護者のストレス・負担	○	お風呂に入れられない。 掃除や調理、洗濯、薬の介助、着替えや排泄の介助が大変。	主たる介護者と同じ。
同居者				
119	同居者の増減*	×	なし	
120	施設入所についての同居者の意向	×	なし	
介護力に関する意向 (本人)あまり家族に迷惑をかけたくない。 (家族)お風呂に入れてほしい(息子さん、お嫁さん)。				

1 3 居住環境

居住環境			
121	身体状態から見た居住環境問題	○	トイレの便座の所につかまる所がなく、立ち上がりが大変。
居住環境に関する意向 (本人) 便座の所にもつかまる所があるといい。 (家族) 本人が動きやすいようにしてほしい。(姪)			

14 特別な状況

特別な状況			
122	家族・介護者に対する恐れ	×	なし。
123	劣悪な衛生状態	×	なし。
124	不明な怪我，骨折，火傷	×	なし。
125	放置，暴力，搾取等	×	なし。
126	身体抑制	×	なし。
ターミナル			
127	ターミナル期	×	なし。
特別な状況に関する意向 (本人) ----- (家族) -----			

※ その他

その他			
128			一人暮らし。夫は10年前に亡くなり、その後は一人で生活していた。子供はいない。近くに妹がいるが、妹も足が悪くて自分で会いに来ることはできない。お互い月に1回会えるのを楽しみにしている。 姪夫婦が隣に住んでいるので、毎朝夕顔を出して必要な支援をしてくれている。
介護や自立生活に関する全般的な意向 (本人) 妹には時々会いに行きたい。 (家族) できることはやってあげたい。妹の所へは時々連れて行ってあげたい。(姪)			

(別表) 服薬状況

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

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 23年 8月 1日

利用者名： 角田 栄子 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"> ・パーキンソン病で左手足に振戦がある。徐々に移動能力が低下してきている。 ・H14年に腰椎圧迫骨折をしており腰痛がある。 ・週2～3回は夜間に幻覚症状がみられ「寝ていると知らない人が家に入って来る」「3～4人来る事もある」と話す。 ・腰痛があり動いたびに痛い。コルセットを使用し何とか立ち座りの動作は行える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・パーキンソン病の進行。 ・パーキンソン病の薬の副作用。 ・腰椎圧迫骨折。 	(本人) ・少しでも自分でできる事をやれる状態をいたい。 (家族) ・主治医に相談しながらみていきたい。(姪)	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医からは移動能力は低下してきているが幻覚症状がみられるためこれ以上薬を増やす事はできないと言われており、状態に合わせての対応が必要な為ADLの項目と一緒に検討する。 ・腰痛については定期的な受診はしており、軟膏も塗布しているので、痛みによる支障を最小限にできるようADLの項目と一緒に検討する。 	/	/
	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"> ③何かにか掴まらないとできない。低い所からの立ち上がりも何かにか掴まらないとできず調子が悪い時はなかなか立ち上がれず時間をかけてやっと行っている事もある。 ④掴まれば数秒なら自力で立っている事はできるが長く立ってられない。手引きの介助を受ければ 10m位歩けるが自力では困難。調子が悪い時はなかなか足が前にでない事もある。自宅内は殆んど這って移動。這って移動する時も調子が悪い時はなかなか足が出ない事があるので時間がかかる。外出時(玄関から車まで)は手引きの介助を受けて歩いているが長距離の時は車椅子使用。 ⑤何とか自分で行っているが時間がかかる。上衣やズボンを十分に下げる事ができず姪が来た時に直してもらっている。 ⑥浴槽の出入りは身体を支えてもらって行っている。洗身は前の方は自分で洗い足元や背部等は手伝ってもらっている。 ⑦常時トイレを使用しているが動作がゆっくりで間に合わず失禁する事がある。常時パットを使用し調子のいい時は自分で交換する事が姪に手伝ってもらう事もある。特に朝は動くのが大変で手伝ってもらう事が殆んど。ズボンを十分に上げられず姪が来た時に直してもらっている。トイレでの立ち上がりは掴まる所がないとできない。 ⑧洗顔や歯磨きは洗面所に立つ事やタオルを絞る事が大変で毎朝姪が来てくれタオルや歯磨きの準備をしてもらい自分で行っている。 ⑧外出は1ヶ月に1回の受診時に妹の所へ行く位。自宅内ではトイレに行く以外は茶の間で寝たり起きたりして過ごし身体を動かす事が少ない。自力歩行が困難な為一人で外出する事もできない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・パーキンソン病により手足に力が入らない。 ・腰椎圧迫骨折による腰痛がある。 	(本人) ・自分でできることは頑張りたい。 ・自分の家のお風呂に入りたい。 (家族) ・着替えや排泄の後始末の介助を手伝ってほしい。 ・お風呂に入れてほしい。(姪)	<ul style="list-style-type: none"> ・立ち上がりについては、福祉用具を活用する事でトイレでの立ち上がりが自分で行える可能性がある。 ・主治医からは運動は良いと言われており、本人もできる事は自分でできるよう頑張りたいと思っているので、身体を動かす事により現在の状態を少しでも維持できる可能性がある。 ・着替え、入浴、整容、排泄の後始末については部分的介助が必要だが、これ以上の改善は難しいので補う必要がある。 ・移動については、本人の調子に合わせた対応(這う・手引き・車椅子使用)を行う必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分でできる事は頑張りたい。 ・自分の家のお風呂に入りたい。 ・着替えや排泄の後始末の介助を手伝ってほしい。 ・移動介助が必要です。 	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具を使用しトイレでの立ち上がりの動作が行えるようにします。 ・身体を動かす事により、今の身体状態を維持できるようにします。 ・お風呂に入れるようにします。 ・着替えや整容、排泄の後始末が行えるようにします。 ・本人の調子に合わせた移動介助が行えるようにします。
	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. I ADL	① 調理	○	<ul style="list-style-type: none"> ・調理や掃除等は手足に力が入らず自力で長く立っている事も難しい為自分ではできない。 ・服薬については管理能力的には問題ないが手に力が入らず袋の取出しができない為介助を受けている。 ・買物は自分で選んだり支払ったりはできるが買物に行く事ができない。普段は姪夫婦が行ってくれている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・同上。 	(本人)・掃除や調理・洗濯を手伝ってほしい。 ・薬が飲めないので手伝ってほしい。 (家族)・掃除や調理・洗濯を手伝ってほしい。 ・昼夕の薬の介助をお願いしたい。(姪)	<ul style="list-style-type: none"> ・一人暮らしであり本人が今よりできるようになる事は難しい為、調理・掃除・洗濯全面を補う必要がある。 ・服薬については取出しができない為補う必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・掃除や調理・洗濯を手伝ってほしい。 ・薬が飲めるように手伝ってほしい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・掃除や調理・洗濯の支援を行い、安心して過ごせるようにします。 ・服薬の準備の支援を行い、確実に内服できるようにします。
	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	○	<ul style="list-style-type: none"> ・普段は問題ないが月2～3回位財布のしまい忘れや「お金がなくなった(財布の中身)」と話す事がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・物忘れ。 	(本人)・特になし。 (家族)・特になし。	<ul style="list-style-type: none"> ・物忘れについては今の所それ程生活に支障がでていないので様子を見ていく。 	/	/
5. コミュニケーション能力	① 意思の伝達	×	<ul style="list-style-type: none"> ・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"> ・いつも一人で過ごすことがほとんどである。 ・徐々に身体が思うように動けなくなってきている事に不安を感じている。このままだと姪に負担をかけてしまうのではないかと心配している。特にここ数ヶ月は介助してもらおう事が多くなっている為更に心配している様子がみられる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・独居 ・徐々に動けなくなってきている事で負担をかけてしまう事に対する不安。 	(本人) ・誰かと話したい。 (家族) ・たまに出かけて楽しめたらいいと思う。(姪)	<ul style="list-style-type: none"> ・動けなくなってきている事への不安や心配があるが、今は時々出かけて話をすると気持ちが楽になると本人が話している為、誰かと話をする事で気分転換できる可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・誰かと話したい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・他の人と話す機会を持ち、気分転換できるようにします。
	② 社会との関わりの変化	×						
	③ 喪失感や孤独感	×						
	④ その他	○						

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

項目	細目	チェック	検討が必要な具体的状況	原因	本人、家族の意向	自立に向けた可能性、維持の必要性、低下・悪化の危険性、ケアの必要性	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	ケアの方向性
7. 排尿・排便	① 失禁の状況	○	<ul style="list-style-type: none"> 尿意はあり常時トイレを使用しているが動作がゆっくりで間に合わず失禁する事が一日に2~3回ある。 常時パットを使用し自分で交換するが調子の悪い時は姪に手伝ってもらっている。 	<ul style="list-style-type: none"> パーキンソン病により思うように動けなくなってきており間に合わない。 	(本人) ・後始末がどうしてもできない時は手伝ってほしい。 (家族) ・手伝えない時はお願いしたい。(姪)	<ul style="list-style-type: none"> 思うように動けなくなった事での失禁なのでADLの項目と一緒に検討する。 		
	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"> 問題なし。 					
	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"> 問題なし。 					
	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"> 問題なし。 					
	② 食事回数	×						
	③ 水分量	×						
	④ その他	×						
11. 問題行動 (行動障害)	① 暴言暴行	×	<ul style="list-style-type: none"> 問題なし。 					
	② 徘徊	×						
	③ 介護の抵抗	×						
	④ 収集癖	×						
	⑤ 火の不始末	×						
	⑥ 不潔行為	×						
	⑦ 異食行動	×						
	⑧ その他	×						
12. 介護力	① 介護者の有無	×	<ul style="list-style-type: none"> 主たる介護者の豊子さんは今の状態位ならサービスを受けながらであれば面倒をみたいと思っているが時々幻覚症状がみられたり少しずつ身体の動きが大変になってきている事でこれ以上ひどくなったらどうしたらいいかと心配をしている。副介護者の旭さんは毎日朝夕通う姪の身体の事、精神的な事を心配している。これ以上介護量が増えた時は施設への入所も考えている。 お風呂に入れられない。掃除や調理、洗濯、薬の介助、着替えや排泄の介助が大変。 	<ul style="list-style-type: none"> 徐々に病気が進行してきている事で介護への不安。 主たる介護者は自分の家の事と趣味活動、介護の両立が大変。 	(本人) ・あまり家族に迷惑をかけたくない。 (家族) ・お風呂に入れてほしい。	<ul style="list-style-type: none"> 介護者はこれ以上介護量を増やす事は難しい為補う必要がある。(ADL・IADLの項目と一緒に検討する) 		
	② 介護者の介護意思	×						
	③ 介護負担	○						
	④ 主な介護者に関する情報	○						
	⑤ その他	×						
13. 居住環境	① 住宅改修の必要性	○	<ul style="list-style-type: none"> トイレの便座の所につかまる所がなく立ち上がりが大変。 	<ul style="list-style-type: none"> 掴まる所がない。 	(本人)・便座の所にも掴まる所があるといい。 (家族)・本人が動きやすいようにしてほしい。(姪)	<ul style="list-style-type: none"> 福祉用具を使用する事によりトイレでの立ち上がりが自分でできる可能性がある。(ADLの項目と一緒に検討する) 		
	② 危険個所等	×						
14. 特別な状況	① 虐待	×	<ul style="list-style-type: none"> 問題なし。 					
	② ターミナルケア	×						
	③ その他	×						

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