

「アセスメント力を身につけよう ～根拠のわかるケアマネになりませんか～」

ふくし@JMI 小 湊 純 一。

介護支援専門員がおこなうアセスメント ～ケアマネジャーの立ち位置～

(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。

1 自立支援

- (1) 介護が必要になってもできるだけ自宅で暮らし続けられるようにします。
- (2) 一人ひとりの能力に合わせ、できないところは介助を受けても、自分でできるところは自分でできるようにします。
- (3) リハビリや運動等をして、体力等が回復できるようにします。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 (抜粋)

(基本方針)

第一条 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

3 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、利用者に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。

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

(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。

(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。

2 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。

課題分析標準項目について

I. 基本的な考え方

介護サービス計画作成の前提となる課題分析については、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、要介護者等の有する課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならない。

この課題分析の方式については、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」（平成11年7月29日老企第22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知。以下「基準解釈通知」という。）第2の3（運営に関する基準）の（7）③において、別途通知するところによるものとしているところであるが、当該「基準解釈通知」の趣旨に基づき、個別の課題分析手法について「本標準課題分析項目」を具備することをもって、それに代えることとするものである。

II. 課題分析標準項目（別添）

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報(受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報(氏名、性別、生年月日、住所・電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等)について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	痴呆性老人の日常生活自立度	痴呆性老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等)について記載する項目
9	課題分析(アセスメント)理由	当該課題分析(アセスメント)の理由(初回、定期、退院退所時等)について記載する項目

課題分析(アセスメント)に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態(既往歴、主傷病、症状、痛み等)について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり(社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等)に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取(栄養、食事回数、水分量等)に関する項目
20	問題行動	問題行動(暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等)に関する項目
21	介護力	利用者の介護力(介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等)に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況(虐待、ターミナルケア等)に関する項目

1 健康状態

観察・管理の必要な病気

※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。

※主治の医師からの指示や，主治医意見書，診療情報提供書により確認します。

症状

※健康や健康状態に影響する症状を把握し，病気や事故の予測，機能低下の原因を探ります。

痛み

※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。

医療機器

※在宅医療機器（カテーテル，点滴，酸素，瘻等）の管理（自己管理したか，どの程度介助されたか）を把握します。

2 ADL

ADL

※利用者本人が，実際に何を自分で行い，何を援助されたかを把握します。

転倒

※転倒の危険性を把握します。

3 IADL

IADL

※自宅で自立した生活を営むために重要な機能を把握します。

※「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。（問題なし，低，中，高…等）

4 認知

認知

※認知障害があるかどうかを把握します。

5 コミュニケーション能力

※コミュニケーション能力の支障を把握します。

6 社会との関わり

関わり

※社会との関わりと適応，社会的活動や役割，毎日の暮らしぶりを把握して対応します。

気分

※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た対応します。

7 排尿・排便

失禁

※排泄の状況ではなく、失禁（漏れている）の状態を把握します。

8 褥瘡・皮膚の問題

皮膚・じょく創

※皮膚の状態を把握します。

9 口腔衛生

口腔ケア

※口腔の問題を明らかにします。

10 食事摂取

栄養・水分摂取

※意図しない体重減少を明らかにします。

11 問題行動（行動障害）

行動障害

※苦痛の原因となる、同居者を悩ます行動を把握します。

12 介護力

介護力

※インフォーマルな支援体制を評価します。家族、親戚、友人、近所の人等、定期的だったり、何かあった時に対応している人を把握します。

13 居住環境

居住環境

※居住環境が危険か、住めなくなっているかを把握します。

14 特別な状況

特別な状況

※虐待やターミナル等、特別な状況を把握します。

(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。

※1 アセスメントのための情報収集シート（宮城版：居宅）参照。

3 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）

(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。）

※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、家族の支障ではありません。

4 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。

5 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

※1 医療面については、主治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。

6 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ても聞きます。

「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
どね。」 うになりたい!ってことです。」

(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。

※ 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。

7 ケアプランにする必要性を把握します。(スクリーニング②)

(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 改善の可能性のある場合でも、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…)

※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。

8 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和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
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

※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。

※2 そのまま，居宅サービス計画書(2)の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に転記します。

「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，「◎◎できるようになりたい」

「◎◎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「○○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。

9 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。

※1 課題検討用紙の「ケアの方向性」に整理して記入します。

※2 そのまま、居宅サービス計画書（1）の「総合的な援助の方針」に転記します。

（参考） 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。

Ⅱ 介護支援専門員の『対人援助技術』

1 相談援助者としての対応の原則（バイスティックの7原則）

- (1) 受容（受けとめる）
- (2) 個別化（個人として捉える）
- (3) 非審判的態度（一方的に非難しない）
- (4) 意図的な感情表出（感情表現を大切にす）
- (5) 統制された情緒関与（援助者は自分の感情を自覚して吟味する）
- (6) 秘密保持（秘密を保持して信頼感を醸成する）
- (7) 自己決定（自己決定を促して尊重する）

引用：F. バイスティック著「ケースワークの原則」田代不二男・村越芳男訳、〔新訳版〕尾崎新・福田俊子・原田和幸訳

2 対応の実際

～話の聞き方・話し方・秘密の守り方・個人を敬う方法～

1 個人に合わせた対応

人は、一人一人考え方や感じ方が違います。環境や習慣もそれぞれ違います。高齢だから、障害があるからということで誰にでも同じ援助を行なうのではなく、一人一人の望むことや必要としていることを理解しようと努めて、一人ひとりに合わせた援助を行なうことが大切です。

例えば、その人の生活のパターンを理解しているとすれば、「〇〇さんは、いつも14時頃が昼食の時間だから、その時間帯は避けて訪問の約束をしよう」と最初から考えて対応することができます。

あまり賑やかなことが好きではない人に、好きな人と同じように歌などを勧めたしたら、決していい気分ではありません。もしそれを理解していたら、嫌な気分になってしまうことはないはずです。

一人ひとりを理解して接することができ、その人も個人として理解されていると感じられれば良い関係ができると思います。

2 相手の感情を上手く引き出す

その人がどんな想いで話してくれているのかを考えながら話を聞き、共感し、感情を表現しやすい雰囲気を作ることが大切です。

ゆっくり話を聞いてもらいたい人にはゆっくり聞くなど、その人のテンポに合わせて話が聞けると、その人も話しやすくなります。もし、途中で話を遮ったり、勝手に解釈してしまったら、その人は上手く表現できません。

言葉だけで聞くのではなく、その人の表情・身振り・素振りなどから、“どういう気持ちなのだろう”と理解しようとして聞くことが大前提です。楽しいことは楽しく

聞いて、悲しいことは悲しく聞いて、共感することが大切です。

自分の話を聞いてくれて、共感してくれる人には、また話を聞いてもらいたいという想いになります。

3 自分の役割を理解する

ただ話を聞くだけではなく、その人の感情を理解し、適切な反応をすることが必要です。

ある時、ちょっとした誤解から怒り出した人がいました。そこでもし、一緒になって怒り出したとしたら、ただエスカレートするだけです。その時、なぜその人が誤解してしまったのかを考え、落ち着いた時にもう一度話を聞き、自分の考えを再度説明することによってその人も納得し誤解は解けました。振り返ってみると、今、私は聞く立場、話をしてもらって何かの役に立とうとしている立場と気づく訳です。

自分の立場を理解して、何をすべきか自分の役割をきちんと考えて対処することが大切です。

4 受け入れる・認める

その人は、どういう人なのか、どのような考えを持っているのか、今はどう思っているのかなどをそのまま受け入れ理解することが大切です。

足の痛みを訴える人がいたとします。痛いと言っている人に対して、「そんなに痛いはずないでしょ！気持ちの問題ですよ！」と言ったら反発するのはあたりまえです。その人の痛みは、私達にはわからない訳ですから、痛いと言う人には、「そうですか、痛いんですね」と答えることが受け入れるということです。更に、「そうですか、それでも今までこんなに頑張ってきたんですね」と言われたらいかがでしょうか。

理解し、受け入れてもらえるということは嬉しいことです。

5 一方的に非難はしない 押し付けない

一人一人考え方や感じ方が違ってあたりまえなのですから、自分の考えを押し付けたり、勝手に決めたり、一方的に非難はせず、その人がなぜそう思っているかを考えて理解することが必要です。

「足が痛くて歩くのが辛いから車椅子を使いたい」と希望する人に、「前にも同じことを言って使ってみたけど結局上手く使えなかったじゃないですか！今度も同じことになるのだから止めた方がいいですよ！」と返答したらいかがですか。

一方的に非難されれば、もう話したくないし、頼みたくもないと思うでしょう。

6 決めるための提案をし、結果を尊重する

その人が、どうしたいのかを自分で決めてもらう為の、必要な情報や方法などを伝えます。例えば、その人が、今居る所から、隣の部屋まで移動しようとしています。

その方法としてその人は、歩くか車椅子を使うかの手段しかないと考えています。その時、私達は、他にも、杖を使う、シルバーカーを使う、這う、手を引いてもらって歩く、おんぶしてもらうなど、いろいろな方法があることを説明します。と同時に、その方法を選ぶことによっての、良い事、悪い事の情報伝えます。それが、自分で決めてもらうための提案です。そして、最終的にどうするかをその人に決めてもらいます。そこで、その人が車椅子を選んだとします。その時私達は、それを尊重し、今度は車椅子にもいろいろな種類があることを説明します。

決して押し付けたりしないように十分気を付けます。

7 プライバシーを守る

人と関わる中で、様々なことを知ることがありますが、必要以上に詮索はせず、知ったことも本人や家族の了解なしに決して他者に話してはいけません。

ある人に、他の人のことを、「この前こういう事があったんですよ、〇〇町の△△さんがね・・・」などと何でも話したとしたら、それを聞いている人は、「この人はこうやって私のことも他の人の所で話しているのだらうな」と思うでしょう。そう思われるということは、もうその人からは信用されていないということになるのです。

秘密を守るということは、信頼関係にもつながる重要なポイントになります。

私たちの姿勢で最も重要なことは、「相手のことを理解しようと努力すること」です。その想いは必ず通じるし、私たちにとって最も大切な「利用者からの信頼」につながります。

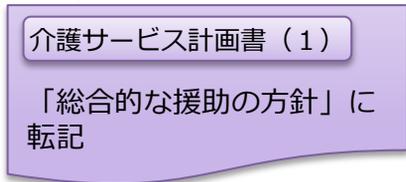
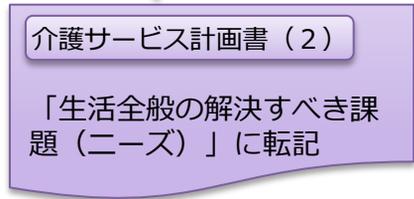
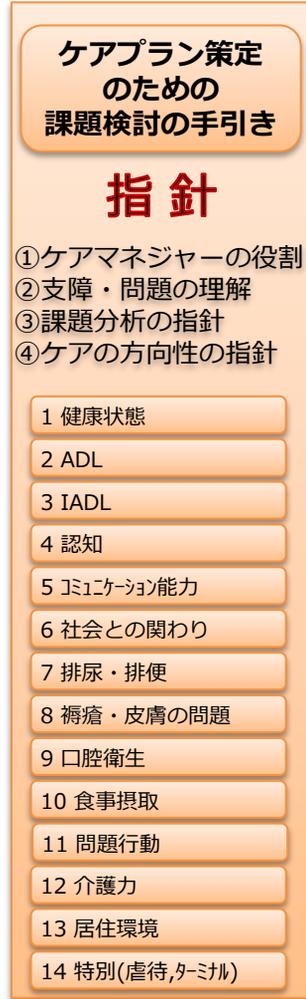
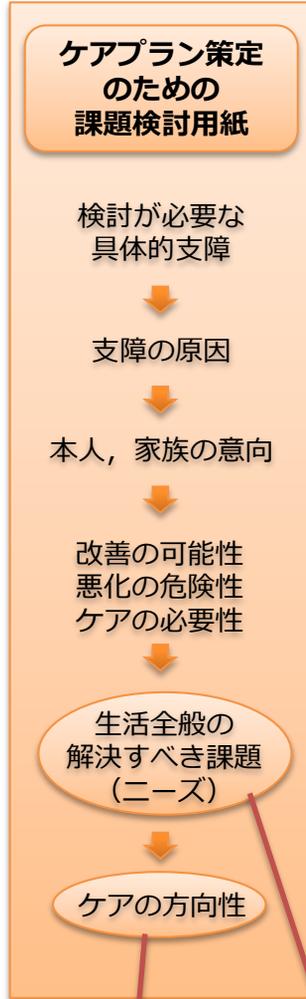
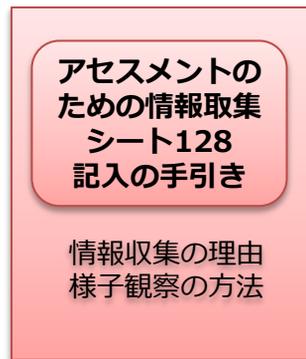
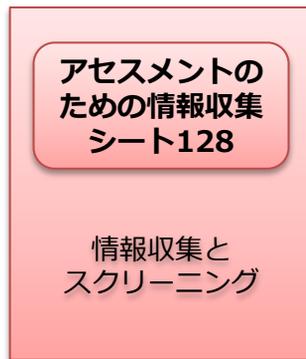
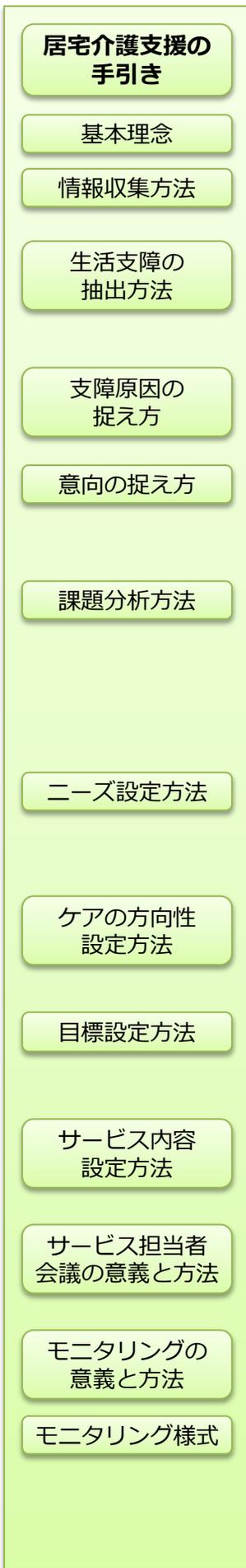
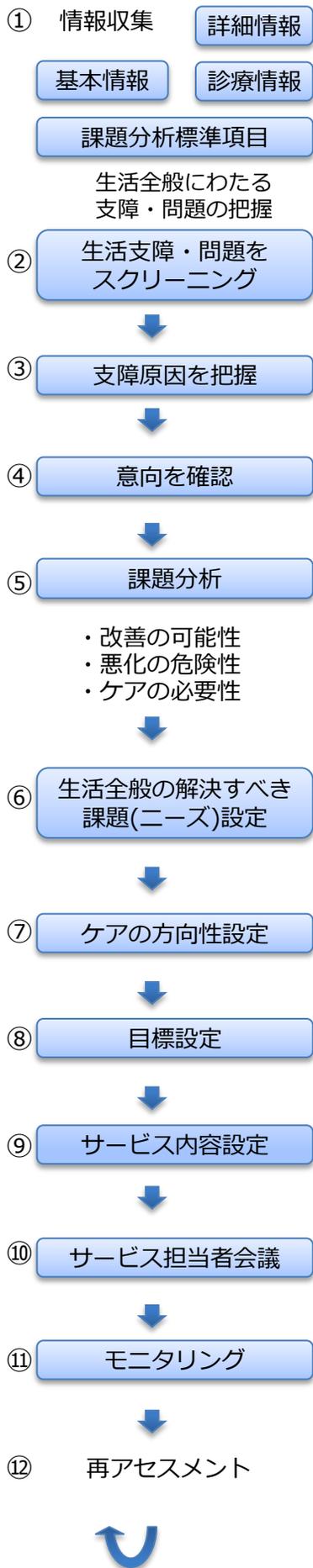
『話の聞き方・話し方・秘密の守り方・個人を敬う方法』2003. 11. 11. 加藤美和子。

3 ケアマネジャーとしての『立ち位置』 ～専門性と役割～

自分はどこに、どのように立っているか…

- (1) どのような立場で考えて判断して行動しているのか
- (2) 誰を見て仕事をしているのか
- (3) 介護支援専門員はどのような立場（専門性と役割）なのか

ケアマネジメントの過程（考え方の指針と様式）



利用者・患者に対する介護・医療連携

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

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

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

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

退院前訪問指導料 : 555点
 ・在宅生活指導 (OT・PT)

(退院調整加算の施設基準)

退院調整部門

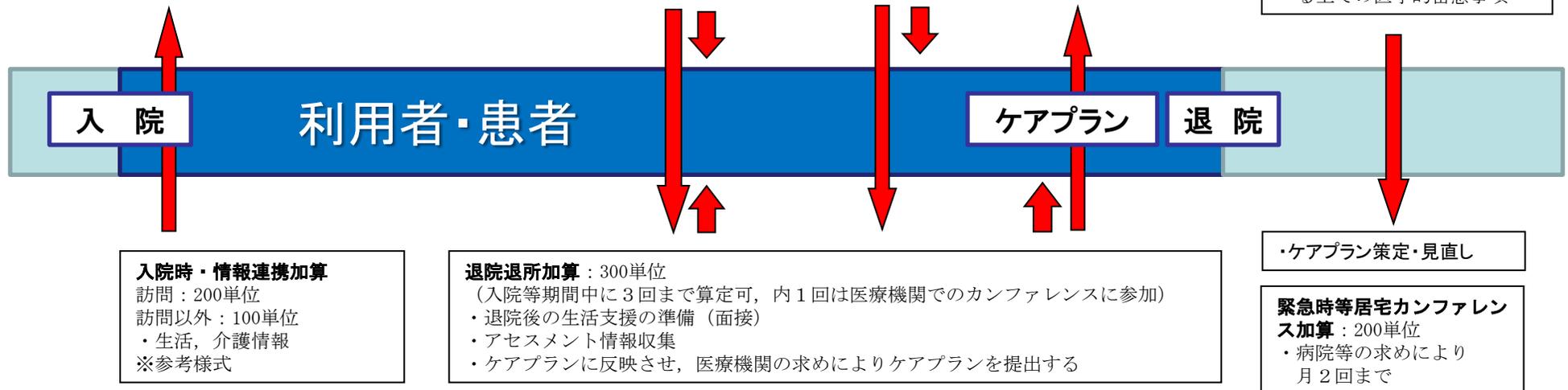
- ・専従看護師と専任社会福祉士 **or** 専従社会福祉士と専任看護師

退院支援計画

- ・退院困難要因
- ・退院の問題, 課題
- ・退院に向けた目標, 支援概要

- ・入院時スクリーニング
- ・退院計画

診療情報提供料 : 250点
 ・診療情報
 ・介護保険サービスを受ける上での医学的留意事項



介護支援専門員 ～介護保険（介護報酬）～

アセスメントのための情報収集シート 128（居宅） 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
観察・管理の必要な病気		
※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。		
※主治の医師からの指示や、主治医意見書、診療情報提供書により確認します。		
1	循環器	脳血管障害、うっ血性心不全、冠状動脈疾患、高血圧、不整脈、抹消循環障害等があるか。
2	神経・認知	アルツハイマー型認知症、アルツハイマー型以外の認知症、頭部外傷、片側不全麻痺、多発性硬化症等があるか。
3	骨関節	関節炎、大腿骨骨折、その他の骨折、骨粗しょう症等があるか。
4	眼科	白内障、緑内障、糖尿病性網膜症等があるか。
5	精神科	うつ病、不安障害、統合失調症、妄想症等があるか。
6	感染症	肺炎、結核、尿路感染症、MRSA、エイ

		ズ感染等があるか。
7	糖尿病その他	がん，糖尿病，肺気腫・慢性閉塞性肺疾患・喘息，腎不全，甲状腺疾患等があるか。
症状		
※健康や健康状態に影響する症状を把握し，病気や事故の予測，機能低下の原因を探ります。		
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）	健康や健康状態に影響する症状があるか。
9	精神症状（妄想，幻覚）	健康や健康状態に影響する症状があるか。
痛み		
※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。		
10	痛みの頻度	毎日なのか。1日に何回位あるのか。
11	痛みの強さ	耐え難い痛みなのか？どのような痛みなのか。
12	痛みによる生活の支障	通常的生活が出来なかったり，日課を調整するような痛みか。
13	痛みの箇所	1ヶ所なのか。複数ヶ所なのか。
14	痛みに対する薬の効果	痛み止めの薬を飲んだのか。その薬は効いたのか。
病状の変化		
15	入院*	3ヶ月間に1日以上入院したか。その回数
16	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。
薬		
17	医師による薬の管理	管理している医師がいるか。
18	薬の服用の順守	指示された通りに服薬されたか。
19	服薬状況（別表）	薬の種類と効能を記録する。
医療機器		
※在宅医療機器（カテーテル，点滴，酸素，瘻等）の管理（自己管理したか，どの程度介助されたか）を把握します。		
20	医療機器の取り扱い・管理	酸素，点滴（中心静脈），カテーテル，瘻
保健予防		
21	健康診断の受診*	公的健康診断，病院での検診を受けているか。
健康生活		
22	喫煙	毎日喫煙しているか。
23	飲酒による問題	迎え酒，飲酒が原因で問題を起こしたか。

24	健康状態が悪い	健康状態が良くないと感じているか。
25	生活に支障のある体調の変動や悪化	生活に支障のある体調の変動や悪化はあるか。
26	慢性症状の悪化	慢性症状持病の悪化があるか。
27	急性症状の発生	急性症状の病気があるか。
28	新たな病気による治療の変更	新たな病気によって、治療や治療方針に変更があったか。
ケア計画		
29	予定されたケア・治療の順守*	約3ヶ月間でのケア・治療目標の達成状況はどうか。
健康状態に関する意向 (本人) (家族)		

2 ADL

ADL		
※利用者本人が、実際に何を自分で行い、何を援助されたかを把握します。		
30	寝返り	横になった状態からどのように寝返りするか。
31	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。
32	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。
33	家の中の移動	どのように家の中を移動するか。(車いすなら乗り移った後に)
34	屋外の移動	どのように家の外を移動するか。
35	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)
36	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)
37	食事	どのように、食べたり飲んだりするか。
38	排泄	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後始末、衣類を整える等はどうか。
39	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。
40	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。

41	ADLの低下*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化はあるか。
活動・健康増進		
42	移動手段	移動手段に使用している器具，補助具，乗り物は何か。どのように移動しているか。
43	階段昇り降り	自力で上り下りしたかどうか。（階段並みの段差のある玄関も含む。）
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。）	家の外に出た頻度はどうか。
45	体を動かす活動	ADL，歩く，掃除する等はどうか。
自立度改善の可能性（意欲があれば○）		
46	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。
47	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。
48	健康状態改善の可能性	ケアマネジャー等ケアスタッフが「もっと良くなるはずだ」と思っているか。
要介護状態の変化		
49	介護状態の悪化*	約3ヶ月間のうち，介護の手間が増えたか。
転倒		
※転倒の危険性を把握します。		
50	転倒の回数*	3ヶ月間に転んだ回数は何回か。
51	転倒の危険性	歩行が不安定であるにも関わらず，転ぶことを怖がらず歩いているか。
ADLに関する意向 (本人) (家族)		

3 IADL

IADL			
※自宅で自立した生活を営むために重要な機能を把握します。			
※「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。（問題なし，低，中，高…等）			
		現 状	困難度
52	炊事	献立を考える，材料を準備する，調理する，配膳する等の動作はどうか。	
53	家事一般（掃除・洗濯・整理等）	食後の後片付け，掃除，ベッドの整理，家の中の整頓，洗濯等の動作はどうか。	
54	金銭管理	支払い，家計の収支は管理できる	

		か。	
55	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。	
56	電話使用	自分で掛けたり受ける等の動作はどうか。	
57	買い物	必要なものを自分で選び支払うことはどうか。	
58	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。	
IADLに関する意向 (本人) (家族)			

4 認知

記憶			
59	短期記憶	最近，直近の出来事を覚えているか。	
60	手続き記憶	段取りを踏んで行なうことを自分でできるか。(衣類を下着から上着に順番通りに着ることができるか等)	
61	日常生活の判断	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，外出の仕方等が分かっているか)	
62	記憶・判断力の低下*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。	
意識障害			
63	せん妄	一時的な意識の混乱はあるか。	
認知に関する意向 (本人) (家族)			

5 コミュニケーション能力

コミュニケーション			
64	聴覚	補助具を調整した上での聴力はどうか。	
65	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。(話す，書く，手話等)	
66	相手を理解すること	相手の言うことを理解することが出来るか。(筆談，手話，点字等を含む)	
67	コミュニケーション能力の低下*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。	
視覚			
68	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。
69	視覚障害	病気に関連した視野障害，視覚の問題はあるか。
70	視力低下*	約3ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。
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

関わり		
※社会との関わりと適応，社会的活動や役割，毎日の暮らしぶりを把握して対応します。		
71	人との関わり	人と気軽に関わっているか。
72	周りの人への不満・怒り	家族や友人に対して葛藤や怒りを表すか。
73	社会活動の悩み	参加状況とその悩みはあるか。
74	社会活動の減少*	約3ヶ月間のうちの減少はあるか。
75	日中一人の時間	日中一人でいる時間はどのくらいか。
76	寂しさ	寂しい思いをしているか。
気分		
※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た対応します。		
77	不安心配	不安心配はあるか。
78	悲しみ	悲しみはあるか。
79	落ち込み	落ち込みはあるか。
80	怒り	怒りがみられるか。
81	体調不良の訴え	体調不良の訴えはあるか。
82	涙もろい	涙もろい状態か。
83	興味活動の減少	楽しんできた活動，家族・友人と過さなくなるようなこと等があったか。
84	社会交流の減少	話さなくなる，孤立するようになる等があったか。
85	気分の悪化*	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

失禁		
※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。		
86	尿失禁	尿失禁の状態はどうか。
87	おむつ使用	おむつ，パッド等の使用状況はどうか。

88	尿カテーテル使用	尿カテーテルの使用があるか。
89	便失禁	便失禁の状態はどうか。
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

皮膚・じょく創 ※皮膚の状態を把握します。		
90	皮膚の問題	問題があるか，変化したか。
91	じょく創	じょく創の状況・程度はどうか。
92	じょく創の既往	過去に1度でもじょく創があったか。
93	皮膚のケア	抗生剤，ガーゼ等の使用，手術創の手当て，その他のケアはあるか。
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 ※口腔の問題を明らかにします。		
94	口腔状態の問題	咀嚼くに問題があるか，食事中に口の中が「乾いている」と感じるか，歯磨きや入れ歯磨きに問題があるか。
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 ※意図しない体重減少を明らかにします。		
95	極端な体重減少	1ヶ月に5%，3ヶ月に10%の減少はあるか。
96	栄養不良	極端な栄養不良があるか。
97	極端な体重増加・肥満	通常生活に支障のある肥満，呼吸障害はあるか。
98	食事量，回数不足	食事回数は1日2食以下か。2食以下の場合には十分な量が摂れているか把握する。
99	食事摂取の減少	間食も含めた24時間の摂取量の減少があるか。
100	水分不足	24時間の摂取量の減少があるか。

101	経管栄養，胃ろう	24時間の摂取量の減少があるか。
嚥下		
102	嚥下問題	飲み込む能力の障害，支障があるか。
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		
※苦痛の原因となる，同居者を悩ます行動を把握します。		
103	徘徊	徘徊があるか。（目的のある行動を除く）
104	乱暴な言葉	乱暴な言動があるか。
105	乱暴な行動	乱暴な行動があるか。
106	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。
107	ケアの拒否抵抗	介護や支援に対する拒否・抵抗があるか。
108	行動障害の悪化*	約3ヶ月間のうちの悪化があるか。
向精神薬		
109	抗精神病薬	服用しているか。（精神機能や行動，経験に影響する薬。神経系に作用する。）
110	抗不安薬	服用しているか。（不安を取り除いたり，軽くする薬。）
111	抗うつ薬	服用しているか。（うつの症状を軽くしたり，うつを取り除く薬。）
112	催眠薬	服用しているか。（痛みの感覚を鈍らせる薬。鎮静薬，鎮痛薬，麻酔薬，酔わせる物質）
行動障害に関する意向 (本人) (家族)		

1.2 介護力

介護力		
※インフォーマルな支援体制を評価します。家族，親戚，友人，近所の人等，定期的だったり，何かあった時に対応している人を把握します。		
113	介護者（氏名・続柄）	主介護者と副介護者は誰か。同居しているか。
114	支援の分野（ADL、IADL、精神的支援等）	支援の分野と内容は何か。
115	介護者が介護量を増やすことの可能性	介護量を増やす意思があるか。可能か。
116	介護者が介護を続けられる可能性	介護・支援を続けることができるか。

117	介護者の周りの人に対する不満	家族や友人からの支援に満足しているか。
118	介護者のストレス・負担	ストレスや怒り，憂うつな気分を表しているか。
同居者		
119	同居者の増減*	約3ヶ月間に増減はあるか。
120	施設入所についての同居者の意向	同居者は，居宅に住み続けるのではなく，施設に入ったほうが良いと思っているか。
介護力に関する意向 (本人) (家族)		

1 3 居住環境

居住環境		
※居住環境が危険か，住めなくなっているかを把握します。		
121	身体状態から見た居住環境問題	本人の身体障害の状況から見ての，照明，床の状態，浴室・トイレ，台所，暖房や空調，身の安全，玄関・玄関先，部屋の出入り，動線の段差等の，生活上の支障はどうか。
居住環境に関する意向 (本人) (家族)		

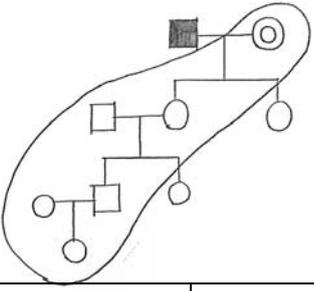
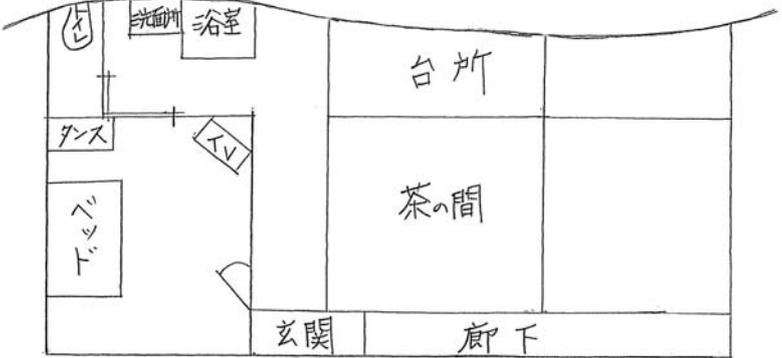
1 4 特別な状況

特別な状況		
※虐待やターミナル等，特別な状況を把握します。		
122	家族・介護者に対する恐れ	介護をしてもらっている家族やケアのスタッフを怖がっている様子が見られるか。
123	劣悪な衛生状態	衛生状態が“異常”に悪いか。
124	不明な怪我，骨折，火傷	説明のつかない傷等があるか。
125	放置，暴力，搾取等	介護の必要性があるが，適切に対応されていないか。
126	身体抑制	四肢の抑制，過度なベッド柵使用，椅子に固定等があるか。
ターミナル		
127	ターミナル期	ガンの末期，あるいは終末期であるか。
特別な状況に関する意向 (本人) (家族)		

※ その他

※特記すべきことがあれば把握します。

基本情報

利用者名	気仙沼 D子さん	性別	女	生年月日	昭和 2年 1月11日
住 所				電話番号	
主 訴	【相談内容】 ・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。 ・寝たきりになるのではないかと心配。				
	【本人・家族の意向】 ・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・・・一人で出かけられなくなったので、出かける機会を作ってあげたい ・できるだけ自分でできる状態でいてほしい				
生活状況	【性格・職業等】 ・働き者で農業（田、蚕）をしていた			【家族の状況】 6人家族 	
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	B I	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）				

<p>1 健康状態</p> <p>(1)観察・管理の必要な病気</p> <p>(2)症状</p> <p>①身体症状</p> <p>②精神症状</p> <p>(3)痛み</p> <p>(4)病状の変化</p> <p>(5)薬</p> <p>(6)医療機器</p> <p>(7)保健予防</p> <p>(8)健康生活</p> <p>(9)予定されたケア・治療の順守</p> <p>《意向》</p>	<p>H18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。H19年には骨粗鬆症と診断を受ける。H21年には多系統萎縮症オリ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）がでており、内服にてコントロールしている。</p> <p>平成23年2月23日～3月11日までは腸閉塞のため入院した。</p> <p>神経因性膀胱があり服薬中。下痢，発熱，食欲不振，嘔吐，胸痛，便秘，めまい，浮腫，息切れの身体症状はみられなかった。</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>平成23年2月23日～3月11日まで，腸閉塞の為に入院した。その後腸閉塞の症状は落ち着いている。多系統萎縮症による排尿障害（神経因性膀胱）がでている。多系統萎縮症の症状が進行し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>主治医により管理され，決められた通りに服薬している。</p> <p>（別表）服薬状況。</p> <p>使用していない。</p> <p>家族の付き添いで定期的に受診し管理されている。</p> <p>喫煙，飲酒もなく，特に問題ない。</p> <p>食事や運動等，主治医の指示に沿って生活している。</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>ベッドの手すり等につかまらないと自分でできない。</p> <p>ベッドの手すり等につかまらないと自分でできない。</p> <p>何かにつかまる所などの支えがあれば自力でできる。</p>

(4)家の中の移動	自力歩行は困難なため一人でいる時は車椅子を使用している。手引きの介助で数m位なら歩くことができる。
(5)屋外の移動	通院時には手引きの介助で車まで移動している。
(6)上半身の更衣	準備をしてもらえば時間はかかるが自分で行っている。
(7)下半身の更衣	準備をしてもらえば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。
(8)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。
(9)排泄	昼夜トイレを使用しているが間に合わず失禁することがあるため、常時紙パンツを使用している。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ない。
(10)整容	車椅子で洗面所まで行って自分で行っている。
(11)入浴	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、髪・背中、足先を自分で洗うことができず介助を受けている。
(12)ADLの低下	徐々に手足に力が入らなくなっている。2月末の入院以来自力歩行が困難になった。
(13)活動・健康増進	通院以外で外出することはなく普段は家事や運動などで身体を動かすことはない。階段の昇り降りもしていない。
(14)自立度改善の可能性	本人も家族もできるだけ今の身体の状態を維持したい、維持してほしいと思っている。主治医からは、改善は難しいが維持するための運動は良いと言われている。
(15)要介護状態の変化	2月末の入院以来自力歩行が困難になり歩行時は手引きの介助が必要になった。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。
(16)転倒	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。現在は一人で歩くことがないので転倒することはない。
《意向》	(本人) 少しでも今の身体の状態を維持したい。 できるだけ自分で動きたい。 (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って困った。これからは一人にするのも心配。 お風呂に入れてあげたい。(娘さん)
3 IADL	
(1)炊事	手に力が十分に入らず支えなしでの立位も困難なことにより、自分で行うことができない。全て娘さんと孫嫁さんが行っている。
(2)家事一般(掃除・洗濯・整理等)	手足に力が十分に入らず立って活動することができないため自分で行うことはできない。全て娘さんと孫嫁さんが行っている。

<p>(3)金銭管理 (4)薬の管理 (5)電話使用 (6)買い物 (7)交通手段の利用</p> <p>《意向》</p>	<p>小遣い程度は自分で管理している。 処方された通りに自分で管理して飲んでいる。 手元に子機を置き使用している。 選ぶ・支払うことには問題はないが、買物に行くことができない。 交通手段を利用することがない。通院時は家族が送り迎えをしている。</p> <p>(本人) これからもできることはできるだけ自分でやっていきたい。 (家族) できないことは手伝いたい、これからもできることは自分でして欲しい。(娘さん)</p>
<p>4 認知</p> <p>(1)記憶 ①短期記憶 ②手続き記憶 ③日常生活の判断 ④記憶・判断力の低下 (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問題ない。 問題ない。 問題ない。 問題ない。 ない。 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)聴覚 (2)相手に理解させること (3)相手を理解すること (4)コミュニケーション能力の低下 (5)視覚</p> <p>《意向》</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。 問題ない。 問題ない。 ない。 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。</p>

	(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)
6 社会との関わり	
(1)関わり	H18年頃から歩くのが大変になり一人で外出ができなくなり人と会う機会が少なくなった。明るい性格で、誰とでも仲良くなる。普段は孫嫁とひ孫がおり近所の昔からの友人も月に2回位は会いに来てくれる。
(2)気分	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い。不安や悲しみ、落ち込み等気分の変化はみられない。
《意向》	(本人) ----- (家族) -----
7 排尿・排便	
(1)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間に合わない。思った時には失禁してしまう。
(2)おむつ使用	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。
(3)便失禁	失禁はない。下剤でコントロールしている。
《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みたい。(娘さん)
8 褥瘡・皮膚の問題	
	じょく創、皮膚疾患はない。
《意向》	(本人) ----- (家族) -----
9 口腔衛生	
	自分で歯磨きもしており、清潔が保たれている。
《意向》	(本人) ----- (家族) -----
10 食事摂取	

<p>《意向》</p>	<p>体重増減はない。食事は一日三食ほぼ全量食べている。嚥下にも問題はない。好き嫌いもない。</p> <p>(本人) 特になし。 (家族) 特になし。</p>
<p>1 1 問題行動（行動障害）</p> <p>(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</p> <p>(2)向精神薬</p> <p>《意向》</p>	<p>ない。</p> <p>服用していない。</p> <p>(本人) ----- (家族) -----</p>
<p>1 2 介護力</p> <p>(1)介護者</p> <p>(2)介護負担・ストレス</p> <p>《意向》</p>	<p>娘（E子さん）や孫嫁（F子さん）が家事全てを支援している。娘さんは仕事をしており平日の日中の支援は困難だが、朝夕や休みの日は歩行時の手引きやズボンを上げる介助をしている。孫嫁さんは小さい子供の世話で忙しく家事以外の支援は難しくこれ以上増やすことも難しい。</p> <p>通院については、同居の娘さんか近くに住む娘さんが対応している。</p> <p>自宅でお風呂に入れることができない。</p> <p>娘さんは、これからも大変な所はサービスを受けながら仕事と介護を両立させていきたいと考えているが、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見て複雑な心境と同時にイライラすることもある。時々休める時もほしいと思っている。</p> <p>(本人) できるだけ家族に迷惑をかけないようにしたいので、できることはできるだけ自分で行いたい。 (家族) 少しずつできなくなっていく母の姿を見るのは本当に辛</p>

	い。今仕事を辞める訳にもいかないで、これからも仕事と介護を両立させていきたい。 お風呂に入れてあげたい。（娘さん）
13 居住環境 《意向》	必要な手すりはついており、特に問題はない。 (本人) 特にない。 (家族) 特にない。
14 特別な状況 《意向》	ない。 (本人) ----- (家族) -----
その他 《意向》	ない。 (本人) ----- (家族) -----

(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

2011.12.28.mk

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							

※ 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							
	② 排尿排泄後の後始末							
	③ コントロール方法							
	④ 頻度							
	⑤ その他							
8. 褥瘡・皮膚の問題	① 褥瘡の程度							
	② 皮膚の清潔状況							
	③ その他							
9. 口腔衛生	① 歯の状態							
	② 口腔内の状態							
	③ 口腔衛生							
10. 食事摂取	① 栄養							
	② 食事回数							
	③ 水分量							
	④ その他							
11. 問題行動（行動障害）	① 暴言暴行							
	② 徘徊							
	③ 介護の抵抗							
	④ 収集癖							
	⑤ 火の不始末							
	⑥ 不潔行為							
	⑦ 異食行動							
	⑧ その他							
12. 介護力	① 介護者の有無							
	② 介護者の介護意思							
	③ 介護負担							
	④ 主な介護者に関する情報							
	⑤ その他							
13. 居住環境	① 住宅改修の必要性							
	② 危険個所等							
14. 特別な状況	① 虐待							
	② ターミナルケア							
	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。

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 4月 1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"> 多系統萎縮症+橋小脳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。 骨粗鬆症で服薬中。 多系統萎縮症により排尿障害（神経因性膀胱）がでており服薬中。 2/23～3/11 まで腸閉塞のため入院した。 症状が進行し、徐々に手足に力が入りにくくなってきている。 	<ul style="list-style-type: none"> 多系統萎縮症 	(本人) ・できることはできるだけ自分でできる状態をいたい。 (家族) ・できる限り自分でやれる状態をいてほしい。	・主治医からは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と言われている（*ADLの項目で検討） ・神経因性膀胱、腸閉塞については内服にてコントロールできている		
	② 主傷病	○						
	③ 症状	○						
	④ 痛み	×						
	⑤ その他	○						
2 ADL	① 寝返り	○	①②ベッドの手すり等につかまらなると自分でできない。 ③何かつかまる所などの支えがあれば自力でできる ④自力歩行は困難なため一人では椅子を使用している。手引きでの介助で数m位なら歩くことができる。通院時には手引きの介助で車まで移動している。 ⑤準備をしてもらえば時間はかかるが自分でやっているがズボン十分に上げられず後から上げる介助を受けている。 ⑥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、髪・背中、足先を自分で洗うことができず介助を受けている。 ⑦昼夜トイレを使用しているが間に合わず失禁する事があるため常時紙パンツを使用している。濡れたら自分で交換しているがズボン十分に上げられない。 ⑧通院以外は外出していない。普段は家事や運動などで身体を動かすことはない。腸閉塞で入院する前(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。現在は一人で歩くことがないので転倒することはない。	<ul style="list-style-type: none"> 多系統萎縮症により、手足に力が入らないため 入院中動かないため 	(本人) ・できるだけ自分で動きたい。 ・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いてほしい ・お風呂に入れてあげたい	・福祉用具を活用することにより寝起きや移動の動作が自分でできる可能性がある。 ・多系統萎縮症のため ADL の改善は難しいが、主治医より筋力を維持するための運動は可と言われており、本人も家族もできるだけ今の状態を維持していきたいと望んでいるので運動により身体の状態を少しでも維持していく必要がある。 ・ADL の改善は難しく更衣の部分的な介助や自宅での入浴は困難なため補う介助が必要である。 ・排泄については更衣の項目と一緒に検討する。 ・活動や運動の機会がないことについては歩行の項目と一緒に検討する。 ・転倒については現在一人で歩くことがないのでプランにはしない。	<ul style="list-style-type: none"> できるだけ自分で動きたい 少しでも今の身体の状態を維持したい お風呂に入れてあげたい 更衣の一部介助が必要です 	<ul style="list-style-type: none"> 自分で寝起きや移動の動作が行えるようにします。 歩行や運動の機会を持ち、筋力が少しでも維持できるようにします。 入浴できるようにします。 更衣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"> 調理、掃除は手に力が十分に入らず、支えなしでの立位が困難なことから自分で行うことができない。全て娘さんと孫嫁さんが行っている。 買物は、選ぶ、支払うことには問題はないが、買物に行くことができない 	<ul style="list-style-type: none"> 多系統萎縮症により、手足に力が入らないため 	(本人) ・特になし。 (家族) ・特になし。	・今以上にできるようになることは難しいことと、家事の代行については家族と同居しているためプランにはしない。		
	② 掃除	○						
	③ 買物	○						
	④ 金銭管理	×						
	⑤ 服薬状況	×						
	⑥ その他	×						
4 認知	① 日常の意思決定を行うための認知能力の程度	×	・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	×	・問題なし					
	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"> ・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間に合わない。思った時には失禁してしまう。 ・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。 ・排便は下剤でコントロールしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・多系統萎縮症による排尿障害（神経因性膀胱） ・腸閉塞 	(本人) ・薬も飲んでるので、このまま様子をみたい。 (家族) ・本人と同様。(娘さん)	<ul style="list-style-type: none"> ・神経因性膀胱及び排便については、内服にてコントロールできているのでプランにはしない。 		
	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"> ・娘さんは、これからも大変な所はサービスを受けながら仕事と介護を両立させたいと考えている。 ・自宅ではお風呂には入れることができない。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見て、複雑な心境と同時にイライラする事もある。時々休める時がほしいと思っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・主たる介護者の娘さんが仕事をしている ・孫嫁は小さい子供がおり、その世話で忙しくて家事以外の援助はできない 	(本人) ・できることはできるだけ自分で行いたい。 (家族) ・これからも仕事と介護を両立させていきたい。 ・お風呂に入れてあげたい	<ul style="list-style-type: none"> ・家族による介護を増やすことができないため補う介護が必要である(*ADLの項目で検討) 		
	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"> ・問題なし 					
	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。

居宅サービス計画書(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)	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
できるだけ自分で動きたい	スムーズに寝起きや乗り移りの動作ができる	22/4/1 ～9/30	自分で寝起きや乗り移りの動作ができる	22/4/1 ～ 6/30	特殊寝台, 移動バーのレンタル	○	福祉用具貸与	〇〇の森		22/4/1 ～ 6/30
	自分で移動できる	22/4/1 ～9/30	自分で移動できる	22/4/1 ～ 6/30	車椅子レンタル	○	福祉用具貸与	〇〇の森		22/4/1 ～ 6/30
少しでも今の身体の状態を維持したい	筋力ができるだけ維持できる	22/4/1 ～ 9/30	手引きを受けて歩くことができる	22/4/1 ～ 6/30	運動支援(ストレッチなど) 移動時の歩行介助	○	通所介護	〇〇デイサービスセンター	3回/週	22/4/1 ～ 6/30
					歩行介助	○	短期入所生活介護	〇〇苑	2回/月	22/4/1 ～ 6/30
お風呂に入れてあげたい	お風呂に入れる	22/4/1 ～ 9/30	お風呂に入れる	22/4/1 ～ 6/30	入浴介助(一般浴), 洗身一部介助(髪, 背中, 足先)	○	通所介護	〇〇デイサービスセンター	3回/週	22/4/1 ～ 6/30
						○	短期入所生活介護	〇〇苑	2回/月	22/4/1 ～ 6/30
更衣の一部介助が必要です	更衣ができる	22/4/1 ～ 9/30	更衣ができる	22/4/1 ～ 6/30	更衣一部介助(ズボンを上げる)	○	通所介護	〇〇デイサービスセンター	3回/週	22/4/1 ～ 6/30
						○	短期入所生活介護	〇〇苑	2回/月	22/4/1 ～ 6/30

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

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。