介護計画書作成・立案 作成事例

● 【参考】ニーズの把握

【中央法規】事例で読み解く介護過程の展開より

● 【訪問介護】介護計画書作成事例

【中央法規】サービス提供責任者仕事ハンドブックより

事例 できる限り自分の力で継続したいと望んでいる独居高齢者の支援

事例 在宅復帰を希望する医行為が必要な高齢者の支援

● 【通所介護】介護計画書作成事例

【中央法規】デイサービス業務実戦ハンドブックより

事例 退院後、できるだけ住み慣れた自宅で暮らしたいという独居女性への支援

事例 「取りこもりがち」な高齢女性への支援

● 【介護施設】介護計画書作成事例

【中央法規】事例で読み解く介護過程の展開より

生活不活発病だった A さん

● ケアプランと介護計画の関係事例

【日総研】居宅ケアプランと連動した訪問介護計画より

事例 パーキンソン病のある男性利用者 T さん 事例 リウマチによる独居女性利用者 K さん 事例 右片麻痺、失語症のある男性利用者 U さん

- 「アセスメントチェックシート」「訪問介護計画書」様式
- 通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について

老振発第0327 第2号 平成27 年 3 月27 日



福岡シティ福祉サービス

【参考】ニーズの把握

ニーズとは

その人が要介護状態になったことで具体的に「何に困っているのか」「どのような支援を求めているのか」 であり、それはサービスによって「解決」や「改善」が可能なことなのかという視点で情報を整理すること

利用者ニーズを導くための要素



事例

認知症高齢者のAさんについて「十分な清潔が確保できない」「十分な食事が摂れていない」

利用者の訴えや行動の様子

- ・拒否が強く、入浴がなかなかできない
- ・食事量に村があり、半量程度でやめることが多い
- ・落ち着かずユニット内を車椅子で動き回ることが多い
- ・誰の顔を見ても頻繁に「家に帰りたい」「家に帰って畑仕事をしないと」と訴える
- ・訴えが多いわりには、表情は比較的穏やかなことが多い

利用者の想い、意欲等

- ・家に帰ってから入浴するのでここ(施設)では入浴したくない
- ·なぜ、ここに 居なければ ならないのかわからない
- ・働きたい、人の世話になりたくない
- ・知らない場所に来てしまい、自分一人では帰れない
- ・そのうち何とかなると思っている面がある

なぜそう考えたのか(理由)

- ・約1か月前に入所してきたが、本人に十分、納得したわけではない
- ・認知症の為記憶障害や見当識障害があり、納得していないことは覚えられない
- ・食事や入浴をすべて拒否しているわけではない



総合的に考えると・・・・

解決すべき介護課題(利用者ニーズ)

- ・施設での生活に慣れ、不安の軽減を図りたい
- ・清潔の確保を図りたい
- ・必要な食事量を確保したい

事例 1

できる限り自分の力で生活を継続したいと望んでいる独居高齢者の支援

一 佐藤春子、74歳、女性、独居、要支援1

<概要>

夫は10年ほど前に他界し、現在は1人暮らしの女性。子どもはなく、弟が時々安否確認のために訪れる。8年前に脳梗塞を発症し、保存的治療を受け、軽度ではあるが右半身に軽い麻痺が残っている。

歩行は杖を使えば可能であり、公共の交通手段を利用して、通院は1人で行っている。 軽度の言語障害もあるが、他人はあまり気が付かない程度である。字を書くときに振るえ がある。調理時には包丁を落とすことがまれにあるため、危険である。

入浴・更衣・排泄・食事等の一連の行為は自立しており、1人でも暮らせるようにとベッドを購入し、ほかにも食器洗い乾燥機やレンジ、電磁調理器等を完備している。積極的な性格で、可能な限り自分のことは自分で行おうという意欲がある。

サービス提供依頼受付票

受付	目 時平原	艾 24年 7月	20目(14:00 ~15:00)	受付者 〇〇(00		要支援 1 2	
依頼手具	Ł	電話 F.	ΆX	訪問 来所	依頼者名: 〇×共	域包括支援セ	ンター 様	[
	その他()	00	(本人・家)	族・その他)	要介護 1・2・3・4・5	
利用	5氏名	佐藤	春子	様 	生年月日	〇年	○月 ○	日 74歳(男・安	
住	所	00市00円	10-0-	-0	電話番号	000-0	00-000)O ·	
	曜日	月・金			認定日	H〇年	○月	OB	
#		74 34			有効期間	H〇 年 	○月	OB	
ピス利	時間	1. 5h			初回(介護予防) ケアプラン作成日	H〇 年 	○月	OB	
用 希望	回数	2回/w	MANAGEMENT OF THE STATE OF THE		その他				
利用者	麻痺があるので転倒しないように気をつけてできるだけこのまま家で生活していきたい。 買物、 料理は少しずつできるようになっているが、 掃除が思うようにできないので、 ヘルパーさんに 手伝ってもらうと助かります。 手に力が入らないので、 料理も下ごしらえはお願いしたいです。								
家族(の意向	いし、転ん	で骨折等		• • •			びしい思いはさせたくな いながら、家で安心して	
	5支援セン 介護支援 (の意見	ら生活をされ	している	。できない音		爰のため、言	訪問介護の	高く、自分で注意しなが 利用を希望されている。	
援助方針		1				-	•	。また、生活が円滑に 注険の防止に努める。	
現疾患名高血圧 腹部大 項			1	右片麻痺。 言語障害。	家族歴(10年前に夫は 独居。・が1人(同	t他界)	公共交通手 料理の下ご	ため歩行時は杖使用。 段の利用。 しらえができない(包丁を持 、入らず落とす事がある)。	

受け入れ判断								
可・不可・保留								

理由·情報等			

サービス担当者会議録

事業者名 ○○ヘルパーステーション

利用者氏名	佐	藤春	子樣		提供責任者 〇〇〇〇
日時平成 24年	7月	25 日	(14:00 ~15:00)	会議出席者 佐藤 春子 (ご本人)
利用者の自宅					○○ ○○ (地域包括支援センター) ○○ ○○ (サービス提供責任者) ○○ ○○ (担当ヘルパー)

議題

今後、ヘルパーが入ることに対しての内容確認、地域包括支援センター担当職員との計画の確認について。

地域包括支援センターまたはケアマネジャーよりの要望、意見

在宅での生活を楽しく過ごしていきたいという希望があり、健康面も自己管理しながら生活をされている。 本人にとって充実した生活の支援をしていきたいので、ヘルパーさんには掃除、料理の下ごしらえ等本 人ができない部分の援助と、一緒にできる部分は見守りをしながら、事故につながらないように支援して もらいたい。

検討内容

①調理について

軽度の右麻痺があるため、包丁をうまく握れない時がある。そのため具材を切ったりする事ができない。

②掃除について

雑巾を絞ったりする事ができない。掃除機は重いので、 うまく使えない。テーブルの上は濡れナプキンで時々拭い たりされている。トイレ掃除等、細かいところはできない。

(3)買物について

近くで、荷物が軽ければ自分でできる。

結果

- ①について
- ・具材を切ることはヘルパーが行う。
- ・野菜を切ったりする事は協働で行う。
- ・炊事は自分でできるが、調味料の補 充はヘルパーが行う。
- ②について

雑巾がけや本人ができないところはヘ ルパーがフォローする。

③について

買物の内容次第(重い物や荷物になるような時など)ではヘルパーが支援。自分で可能な物は自分で買物に行く。通院は1人で行くことができる。

備考

- ・転倒に注意し、環境整備に心がける。
- ・本人に腹圧がかからないように、重い物は持たないようにする。
- ・ヘルパー訪問時は、異常の早期発見に努め、顔色や状態の観察を行う。

記載日 平成	24年	7月	31 日
提供責任者	0000		
事業者悉長	1234	567	

						_					
フリガナ		ルコ :子 様	男	M∙T§				要支援	①2		
利用者氏名	1在膝 苷	्री शक	金 生年月		年 (月 〇日	74歳	要介護	1-2-3	•4•5	
住 所	〇〇市〇〇町〇	-0-0				電話	番号	000	D-00	0-0	0000
	世帯状況(氏名)		続柄	年書	A	戦	業			その	他
■独居								Ī			
口夫婦	佐藤 春子		本人	74	+	無	職	ļ			-
口その他			/ Auto 1797 \	(42-5)					/#### T# 1		
緊急連絡先	(氏名)		(続柄) 弟	(住所)			目 (電話:			_	000
	疾患名	医猪	·機関(主治医))	電話		①治療	経 中②観	過 察中③そ	の他	服薬
現病歴	高血圧症	(○○医師)	(000-	-0000	1				有無	
-507MILE	腹部大動脈瘤		"			"	2				有無
											有・無
										\perp	有·無
既往歷	平成 12 年脳梗塞 平成 15 年大腸癌	住班	環境	道幅(①	(有)[住宅 20段]) 狭い)					
	6 1		8			5			車横付け		<u> </u>
				 犹					無・有		
	床 V々 食		アレルギー 無)・有(趣味 草花の鑑賞								
1日の過ごし方 生活状況	近 {		食欲 有・無()					
	近くに買物			主食	米潘通	おにき	ぎり)・パン				
	物	食		普通·軟菜							
			食生活								
	少し麻痺があるので、		1 4 11		02 EQ.1	++11 14		嫌いな物 なし 嚥下困難(無)・ 有 (
利用者の 意向	掃除をしてもらいたい。 はできる。 買物も自分	はなく、結 して円満な					<u>)</u> ・②ォータ				
70.71-3	ないので手伝ってほい		1	を築いて	•		身長	丁权	154		- 21-2
-	本人は家で生活す		ので、子供	はいた	1-0	積極的に	体重		50		
家族の意向	ヘルパーさんに家る	事を手伝ってほしい	、転外と	交流を	きつタ	イプではな	_	変化な		98° L.()	l \
	んで骨折等しない。		1	たようでは			ì	増(減(夏より 夏より	kg) kg)
原爆手帳(有	· (m)	年 月	日(適用)						年	月	日(適用)
公費負担者看	番号()	受給番号(公費負	担者看	1号()	受制	哈番号()
生活保護受料		年 月		Į		_			年	月	日(適用)
公費負担者		受給番号() 公費賃)		給番号()
	サービス	機関名(担当者)			機関	名(担当者)					00000)
	地域包括支援センター	000(00)	通所リハビリテ	トーション	*********		要支援 要介護				8定期間
サービス利用	居宅介護支援事業者 訪問介護	000(00)	短期入所				┼	1		J4U/	<u> </u>
状況	訪問看護	000(00)	+				+				~
	訪問リハビリテーション		1 .				†				~
	通所介護	000(00)	 				 				~

アセスメントチェックシート

No.1-1 記載日 平成 24年 7月 31日

		Т		····		<u>(①目立</u> アセスメント	(2) 見 守り	③協働作業	4)代行
項目	具体的内容	5	平成 24 年	7月	31日	ノベスメント			****
- And land	No.	番号		,,,	H				
	買物に行く	1	惣菜等。			ניי מוע		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
	自分で物品を選ぶ	1	1/2/12/10			***************************************			
	品物を袋やカゴに入れる	1							
買物	袋やカゴを持つ(軽い物)	1							
24,173	,	<u>(4)</u>							·····
	袋やカゴを持つ(重い物)	1			***************************************	****			
	支払い	1	 						
	おつりの確認	1							
	メニュー決め	1	 						
	材料の確認	1							
	調味料の確認	1							
	味つけ(調味料を使う)	1			***************************************			1	
	昧 見	3	 						
鵝理	野菜類を洗う		ما جا ا	101 2 45	与一141日14	+ /+v +=	F (メナフ)		
陽理	切る…やわらかいもの	4	石ナにカス	ハヘりす、		ない(落とす事	▶カ`ある)。		
	…硬いもの	4				***************************************			
	…みじん切り	4					····		
	ミキサー・フードプロセッサー	3							
	調味料の補充	4				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
	盛りつけ	1	The said Normann I	777 13					
	実施	1	電磁調理	器使用。					
	配膳	1							
	下腊	1							
†付け・配膳・	食器洗い	1	食洗機使				******		
下膳	棚理器具類	<u>4</u>	フライパン	や鍋等のプ	大きい物は不	可。			
	食器拭き	4							
	収納	3			***************************************				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	残飯整理	3	少しはでき	ている。					
	はたきかけ	4							
	バケツに水溜め	1	バケツを選	しんだりはて	きない。				
	雑巾洗い	4							
	雑巾しぼり	4							
掃除	掃除機使用	4							
11000	掃く	4							
	拭く…台、タナ	2							
	…床、たたみ	4							
	ゴミまとめ	3	小さい袋に	少量入れ	たりすること	まできる。			
	ゴミ出し	4							
	ボタンつけ	4							
被服の補修	ホックつけ	4							
以及以びノ門門	被服の補修	4							
	針の糸通し	4							
	洗濯機使用	1							
	干す	3	シーツ、オ	が団等の大	きい物はでき	ない。			
洗濯	たたむ	1						······································	
	収納	3							
	アイロン使用	4			·····				

<予防給付>

アセスメントチェックシート

No.1-2

具体的内容 広類の着脱 穴にボタンを通す ホックを留める ファスナーの上げ下げ 部分更衣()) 繋をとかす ひげそり	番号 ① ① ① ③ ③ ①	24年	7月	31日		備考			
穴にボタンを通す ホックを留める ファスナーの上げ下げ 部分更衣() 繋をとかす ひげそり	① ① ① ③ ③ ①					備考			
穴にボタンを通す ホックを留める ファスナーの上げ下げ 部分更衣() 繋をとかす ひげそり	① ① ③ ①								
穴にボタンを通す ホックを留める ファスナーの上げ下げ 部分更衣() 繋をとかす ひげそり	① ① ③ ①								
ホックを留める ファスナーの上げ下げ 部分更衣() 繋をとかす ひげそり	① ③ ①								
ファスナーの上げ下げ 部分更衣() 繋をとかす ひげそり	③ ①								***************************************
部分更衣() 髪をとかす ひげそり	1								
髪をとかす ひげそり				******************		***************************************			
ひげそり		······································		***************************************					
									
111 79 7	1		***************************************						
着衣整え	0								
福公送へ 浴槽出入り	1								
治信山八 ⁹ 洗身	ð			,					
									· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
			····						
					······				
								**	

								······································	***************************************
			·						
			·		······································				
公共料金の支払い	2								

バス			·			*******************************			
タクシー									
電車	(1)								
自家用車									
	(1)								·
	1								
摂取回数	●3 食 /	日 02食/日 01	その他()					
	〇米碗1/ 〇パン1/	'2杯 ●茶碗1杯 C 2枚 Ozで1枚 O	茶碗2杯 パン2枚						
	01品 4	2~3品	+		時々、惣	菜を買っ	てきたりして	ている。	
	1		*******************************						
	1		***************************************)					
	1		B 018975		通院も含め	て買物	等。	·	
				-					
	1								
	1				デイを利用	するよう	こなってコ	ーラス等で	されている.
					2 1 2 7 4 7 14	,		//\\\(\)	
	1						·····		
					 				
	1			ない	 			····	
	T				-				
	ſ				 		····		
	1						······································		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	●よく見る	る 〇時々見る 〇ま	まり見ない						
	洗髪 歯磨き 養歯洗浄 屋外(杖、手すり) BB内(杖、手すり) 内服 点眼 湿布貼付 軟膏塗布 預貯金の出し入れ 公共料金の支払い バス タクシー 電車 自家用車	 洗髪 歯磨き 養歯洗浄 屋内(杖、手寸)) の服 点眼 ① 小内服 点眼 ① 小内服 ① 小方座 有 かきを布 預防金の出し入れ 公共料金の支払い ① でまず (す食(普通・軟飯・湯・パン)) (特食()) (特食()) (対した) 	(1) ((1) (1) (1) (2) ((元) (洗髪 (1) (2) (3) (4) (4) (4) (5) (6) (7) (8) (8) (9) (1) (1) (2) (2) (4) (4) (5) (6) (7) (7) (8) (9) (1) (2) (2) (3) (4) (4)<td>振動</td><td> 漁働売き ① 漁働大き ② 融内(杖、手中)) ① 動設界陸(手中)) ① 内限 ① 温布貼付 ① 温布貼付 ① 資本 ② 資本 ② (1) (2) (3) (4) (4) (5) (6) (7) (7) (7) (7) (7) (8) (9) (1) (2) (2) (2) (3) (4) (4) (4) (5) (5) (6) (7) (7) (8) (8) (8) (8) (8) (9) (9) (1) (1) (1) (1) (2) (3) (4) (4) (5) (6) (7) (7) (8) (8) (8) (8) (9) (9) (9) (9) (9) (9) (1) (1) (1) (1) (2) (3) (4) (5) (4) (5) (6) (7) (7) (8) </td><td>振撃 ① ① 類</td>	振動	 漁働売き ① 漁働大き ② 融内(杖、手中)) ① 動設界陸(手中)) ① 内限 ① 温布貼付 ① 温布貼付 ① 資本 ② 資本 ② (1) (2) (3) (4) (4) (5) (6) (7) (7) (7) (7) (7) (8) (9) (1) (2) (2) (2) (3) (4) (4) (4) (5) (5) (6) (7) (7) (8) (8) (8) (8) (8) (9) (9) (1) (1) (1) (1) (2) (3) (4) (4) (5) (6) (7) (7) (8) (8) (8) (8) (9) (9) (9) (9) (9) (9) (1) (1) (1) (1) (2) (3) (4) (5) (4) (5) (6) (7) (7) (8) 	振撃 ① ① 類

<予防給付>

アセスメント分析票

記載日 利用者氏名

平成 24年 7 月 31

		高血圧症。 腹部大動脈瘤。	買物には行けるが、重い 物は持てない(少量で軽 ければ可)。	野菜が十分洗えなかったり、包丁がうまく握れない (握力がない)。 煮たり、ゆでたりはできる。	杖歩行(軽度の右麻痺)。	汝岳。	利用者の状態
		血圧は、薬を飲んでいるので安 定している。 味付けも漢くしてい ないので心配ない。 腹部大動 脈瘤のほうは無理をしないように と言われている。	杖を使っているので、本当に少量の物しか持てない。 転んだらこわい。 今までは惣菜を買っていた。 いろいろと買う物がおる時はヘルパーさんに頼みたい。	調理の下ごしらえをしてもらえれば、食事の準備は何とかれば、食事の準備は何とか自分でできる。 できないところを手伝ってもらえると助かる。	1人で外出しているが、転ばないように注意している。	話し相手がいないので家しいが、デイサービスに行き始めて話の合う人ができたので楽しい。これからヘルパーさんが来てくれるので、話し相手になってほしい。	利用者の気持ち
		脳梗塞を思ったので、無理をしないでほしい。 病院には1人ないでほしい。 病院には1人で通っているそうなので、今は大丈夫かと思う。	ヘルペーさんにお願いしたほうがいいと思っている。	包丁とかでケガをしたら大変なので、手伝っておげてほしい。 で、手伝っておげてほしい。 食べたい物を食べさせたい。以 前は惣菜を買ってくる事が多かった。	転んで骨折したら大変。外出するのはいいが、いつもその事が心配である。	ヘルパーさんに話し相手に なってもらいたい。 健康面が心配なので、様子 をみてほしい。	介護者の思い・要望
	:	ご自分で服薬はできるが、一応確認をする。 確認をする。 会話の中から様子の変化等を汲 みとっていきたい。 重い物は持って、利用者には腹 圧がかからないように見守ってい きたい。	買物が必要な時は言っていただければ対応します。 今までは想楽を買いに行かれていたそうですが、これからは案で作ることが多くなると思います。	調理の下ごしらえを接助し、 自分でおいしいものを食べて いただきたい。 電磁調理器 や食器洗い乾燥機を使われ ているので安心。	転倒しないように室内の環境整備、整理整頓を行う。 ・歩行状態をみて、異常の早期発見につなげていく。	訪問時はできるだけ会話を持つようにする。 持つようにする。 相談にのるなど、信頼関係を作っていきたい。 異常の早期発見に努める。	ヘルパーの意見
		・服薬の確認をする。 ・健康チェック(顔色、血 圧等)。	・買物の対応(品数が多い時など)。	・野菜を切ったり、包丁が必要な部分は接助する。本人ができるところは見守りながら一緒に行う。 ・調味料の補充は接助する。	・環境整備、室内の整理整 頓を心がける(危険物の 除去)。	・訪問時には話し相手にな る。 ・異常の早期発見に努める。	接
		· 眾 ※	・ 関 参 (縣 い 物少量)。 ・ツーツ等大や ・ で の の が 以外は十 ため。	盛りつけ。 ・野菜を洗う(物によってはできない)。 ・合や物を拭(。	・浴水・浴光・浴光・水水・水水・水水・水水・水水 東 選 東 選 東 京 光 光 電 第 日 東 東 東 東 あ の ち れ り た し た し た し た し た し た し た し た し た し た	・電話対応。 ・金銭管理。 ・歩行(杖度 ・公共機関度 用での移動。	利用者ができる事
 				・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	・アイロンがけ。 ・野菜を切った ・男菜を切った ・リ、包丁を強 く類る事。 ・量 い 巻 を 持 し。	・浴室の藤家。・人口藤家。・人口藤家。・人回じなべ館かい藤家。・バル出し(公次・八巻い巻叉	利用者ができる事 利用者ができない事

事業所内カンファレンス記録票

利	用者氏名 佐藤 春子	様	平成24 年 7 月 30 日 (17:00 ~ 17:30)					
検		111	サービス提供責任者 〇〇〇〇					
討	初回介護計画書作成について							
課		席者	スタッフ 000、000、0△0、0×0					
題		1						

<情報>

右片麻痺はあるが軽度のため、ある程度の家事はできる。右手の握力が弱いので包丁を落とす事がある。買物も軽い物は持てる。掃除機を持ったり雑巾を絞る事はうまくいかない。細かい所の掃除も苦手。生活に対しての意欲はみられ、頑張るという気持ちが強い。腹部大動脈瘤のため強い腹圧はかけられない。家で最期までずっと生活していきたいと希望されている。弟さんが時々様子をみに来られる。

<検討事項>

- ・生活に意欲を持たれているので、その気持ちを大事にしていく事が大切だと思う。
- ・少しずつ右手を使う事で筋力がついてくると思うので、できるだけ協働作業をしていきたい。
- ・買物等もできるだけ自分で行ってもらい、重い荷物の時は同行すればよい。
- ・転ぶのではないかという不安感がみられるので、訪問時は歩行の状態、足のあがり状態等を観察していかなければいけない。
- ・話し相手になり、楽しく生活を過ごしていただきたい。
- ・ずっと家で生活していきたいという気持ちが強いようなので、1年の目標はそれをあげるといいと思う。 地域包括支援センターのプランもそれを目標にあげているのでよいと思う。
- ・転倒に対しても、転ばないで生活していきたいという気持ちが強く感じられる。

<結果>

- 1年の目標……自分の家でのんびりと生活していきたい。
- 1日の目標……転ばないで毎日を過ごす。

<留意点>

- ・体調などの変化には注意する。
- ・転倒防止のために整理整頓し、室内の環境を整える。

_____ く共通>

介護予防訪問介護計画書(初回)NO

作成年月日 平成 24年 8 月 1 日

提供責任者	0000	
担当ヘルパー	0000	

要支援132

利	用者氏名		佐藤	春子	様	性別	男(女)	生 年月 日	M·T⑤ 〇年(0月0日	74 歳
	住所 ○○市○○町○一○一○							電話	000-000-0000		
1年の目標 自分の家でのんびりと生活していきたい。											
H2	24/8/1 ~										
H2	25/7/31										
1	日の目標	転ばない	で毎日	を過ごす	0					,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	
H2	20/8/1 ~										
H2	20/10/31										
身体介		護	生活	援助	曜日	時間帯	サービス 区分		内 容	ご本人か	パできる事
											

	身体介護	生活援助	曜日	時間帯	サービス 区分	内 容	ご本人ができる事		
					・炊事、味つけ、盛りつけ。				
17	サ ②着脱介助	・助	金	10:30~12:00	生活3	7891112	・野菜を洗う(物によってはできない)。		
E	④洗髪			~			・台を拭く。 ・買物 (荷物が少なく軽い時)。		
	⑥その他一連の声か			~			・歩行(杖使用)、入浴。		
容しけ、見守り	け、見守り介護			~			・服薬、食事摂取。 ・洗濯(干すのは物によって可)。		
				~			・食器洗い乾燥機、電磁調理器		
							使用。		

ご 家で暮らしていきたいので、自分でできることは意欲 ご 本人が健康で、ずっと生活ができるように援助して かにしていきたい。麻痺のため、包丁がうまく握れ 版 ほしい。 ない (力が入らない) 時があるので、調理の下ご の ずっと一人暮らしなので、話し相手になってほしい。 希 しらえや掃除等を手伝ってほしい。

	-	
サービス項目	具体的サービス内容・実施方法等	留意点
調理	野菜を洗ったり(本人ができる時は一緒に)、切ったり、ゆでたり、 すく調理できるように下ごしらえをする。 調味料の補充。	・自分でできる部分は生活リハビリとして意欲 的に取り組まれている。 危険性がない限り、
買物	自分で買物に行けない時や品数が多い時(依頼がある時)。	応援する姿勢で援助。
洗濯	洗濯された物を一緒に干したり、取り込んだり、たたむ、収納、 アイロンがけ等の援助。	・転倒されないように注意。 異常の早期発見に努める。
掃除	居室、台所、寝室、浴室、Hレ掃除、掃除機がけ、雑巾がけ、 整理整頓。	・話し相手になり、楽しく過ごしていただくよう 援助する。
ゴミをまとめる ゴミ出し	袋に入れる、前日に所定の場所に出す。	

介護予防訪問介護計画書について、説明を受け同意しました。又、介護予防訪問介護計画書の交付を受けました。

月

ご本人 様 印 又は ご家族 様 印

<予防給付>

事例2

在宅復帰を希望する医行為が必要な高齢者の支援

一桜井 勝、67歳、男性、夫婦二人暮らし、要介護5

<概要>

桜井勝さんは、平成 18 年頃から両手に力が入らなくなり、徐々に労作時の呼吸困難、食事の際の飲み込みにくさが出てきた。平成 20 年には歩行時の息切れがひどく、両手があがらなくなり、検査の結果「筋萎縮性側索硬化症」と診断を受ける。その後も呼吸筋麻痺が進行し、食事摂取も困難になり、平成 21 年に胃ろうを造設した。

現在は下肢の一部は動くが、進行性の難病のため、いずれは動かせなくなる。呼吸苦の訴えから、長期入院をしていたが、今年8月から状態が安定し、本人の「自宅へ戻りたい」との強い希望により9月から在宅復帰する予定である。妻も「夫の意思を尊重し、できる限り家で生活したい。頑張って面倒をみていきたい」と希望している。ADL・IADLのすべてにおいて全介助が必要である。

退院後も夫婦二人で暮らすが、キーパーソンとなる妻は、腰痛・狭心症があり、無理が できない。子どもはいない。

また、気管切開をしており、人工呼吸器(レスピレーター)を装着している。胃ろうの 処置やたんの吸引等が必要で、医療依存度が高い。

サービス担当者会議録

事業者名

ヘルパーステーション○○

日時 H24 年 8月 10日 (16:00~17:00) 会議出席者	
□	旦当看護師)、妻、
場所	居宅介護事業所 (○○)、 (○○)、訪問入浴 (○○)、

在宅復帰に向け、今後の支援の在り方について

地域包括支援センターまたはケアマネジャーよりの要望、意見

H24 年 9 月 1 日に○○病院を退院し、自宅に戻られる。 妻も狭心症や腰痛があり一人で 24 時間体制で介護を行う事 に不安を感じておられる。本人も自宅に戻る事を楽しみにされているが妻に負担をかけたくないとの気持ちが強い。

夫婦の在宅生活を継続させるために、医療面では訪問診察を中心に訪問看護等が病状の観察・胃ろう管理や緊急時の 対応や妻への指導を行ってもらい、訪問介護や訪問入浴では感染予防等の視点から保清を中心に介護を行ってほしい。 また、訪問介護でたんの吸引を行ってもらうにあたり、介護員と看護職員との間での連携体制の確保・適切な役割分担 を行いたいと考えている。

検討内容

①〇〇病院〇〇 Drより、「筋萎縮性側索硬化症」についてと、 現在の身体状況の説明

H18年ごろから両手に力が入らなくなり、徐々に労作時呼吸困難、 飲みこみにくさも出現。平成20年に歩行時の息切れがひどく、両 手があがらなくなり、検査し「ALS」と診断される。その後も呼吸 筋麻痺は進行し食事摂取も困難。H21年胃ろうを造設する。現在、 状態については安定している。また、呼吸苦の訴えはないが、唾液 量が多いため、持続吸引中。

吸引状態の観察が重要。

また、気管切開を行い人工呼吸器を装着しているので、たんの吸引 など清潔操作が必要。

ADL については、すべて全介助。何とか下肢や上肢の一部は動く が、今後まったく動かせなくなる。現在の意思疎通は両足指でパソ コンを押せるので、パソコンで行う。

難聴 (合併症)

- ②退院までのスケジュールの確認(8月19日より院内でヘルパーの 吸引指導)
- ③今後の支援体制について

結果

- ・訪問診療 (定期的に訪問)
- ・訪問看護 (月~土) 8~9時、12~13時ン リタル・ 胃ろう管理
- ・訪問リハ (月・木):作業リハビリ・理学療法
- ・訪問介護

③について

① (日·火·水·金·土) 9~11時:

全身清拭・排泄介助・見守り・吸引 等

② (日・月・火・水・金・土) 14~17時:

足浴・手浴・排泄介助・見守り・吸引・人工呼吸器の 吸引圧の確認等

·訪問入浴(木)

*日中は家族(妻)にはゆっくり休養してもらい、夜は家 族の方に対応していただく。しばらく、上記のプランで対 応してもらう(今後の視点として、妻が介護負担を感じて きたら再度プラン見直し)

*関係機関の情報交換手段とし、連絡ノートを作成、使 用し連携を強化していく。

特にたんの吸引については専用のノートを作成し、気づ きなど詳細に記入する。

備考

く共通>

サービス提供依頼受付票

受 付	日時	H24年 8月	3月(11:00~11:30)) 受付者 〇〇 (0			要支援	1 • 2	
依頼手	み その他			所 依頼者名: ケアフ)			○様 # ・その他	要介護	1 · 2 · 3 · 4 · (5)	
利用	音氏名	桜井	勝様	生年月日	昭和2	0年	8月 1	日 67	7 歳 男・女)	
住	所	00市00町0)-0	電話番号	000-	000	-0000			
				認定日	0	年	0.	₹	OB	
#	曜日			有効期間	0	年	0.	₹	ОВ	
- ビス利用	時間	係機関が集ま	-ビス担当者会議で関 り、サービス内容・明 ので、参加してほしい。	テレアプラン作成日	0	年	0.	3	○ 日	
/ 希望	回数	INNE CTI /V	7(3450(180)	その他						
利用者	住み慣れた我が家で、大好きなパソコンを使って安心して生活していきたい。 妻にあまり負担をかけたくない。								, °	
家族の	の意向	自分も腰痛や	・・・安心で安全なつ狭心症があり、無たんの吸引をヘルノ	理ができない。	つで、負	担に			↑助や	
ター又は	支援セン 介護支援 の意見	安心した生活	住み慣れた家で妻と 舌のため、保健・医 行為(たんの吸引) い。	療・福祉の多	職種が這	連携し	、 在宅生	三活を支		
援助方針		在宅復帰に ては、後日達 その会議の	に○○病院退院予 向け、関係機関が 車絡) なかで、主治医やる 意思の統一を図っ	集まり、サーヒ 各職種より現る						
	現疾患名		既往歴	家族歴		ADL-他				
		う造設		・妻と2人暮(子供なし)	らし ・ADL・IADL においてすべて全介 (四肢麻痺はあるが、両下肢膝立 可能。両足先でパソコンのボタンを せる)					

受け入れ判断
可・不可・ 保留

1			
-	理由・情報等		

 記載日
 H24
 年
 8月
 20日

 提供責任者
 〇〇〇〇

 事業者番号

フリガナ	#27 1 T	+1	9	M·T(S))			要支援	1.2		
利用者氏名	桜井 用	勝様	女 生年月	_)年	8月 11	67歳	要介護	1.2.3	4(5)	
住所	○○市○○町○-○)				1	活番号	000)-00C)-OC	00
	世帯状況(氏名)		続柄	年	鈴	1	哉業			その代	<u>t</u>
口独居							W				
■夫婦	桜井	花	妻	71	歳	Ź	無職				
口その他											
	(氏名)		(続柄)	(住所)					(電話番	号)	
緊急連絡先	桜井 7	花	妻	同上					携帯	~~~	-0000
			<u></u>	<u> </u>							-0000
	疾患名	医织	依機関(主治医			電話	10:4.		過	T 44	服薬
	数学的从测态等 化验		: 102-			200 000			察中③そ	- の他	(有)無
現病歴	筋萎縮性側索硬化症 胃ろう造設	E 000病 000病				-000-000 -000-000			<u>v</u> D	-	有無
	難聴	OCO#				-000-000			<u>)</u> 2)	\dashv	有無
	77-76	1000#	17.0				1				有・無
	糖尿病(H9 年	E HII)							使用	斜面地	
既往歷	循水物 (口7 寸						住環境 階段(無		名·集合住宅		
									佳		20段】) 狭い)
	6 1	12	18	0		5	-		車横付け		
			 				感	感染症無・有()
	起 起 食 D	昼 夕 食 T. 食	ř	ōt.		•	アレ	レギー	無・有		
 1日の過ごし方	起食り	食工食	Ĵ	觉 夏			趣		パソコン		
生活状況	DVDを見ている 食(胃ろう)	(胃ろう) (胃ろう)						食欲	有・無)()
	(胃ろう)	気管支切開のため人工呼吸			工呼吸器	主食		米(普通・おにぎり)・パン		り・パン	
))	・ (レスピレータ		一) 装着		食	食副食		普通·軟菜		
	ం			J		食生活	好物				
	住み慣れた家で大	まあまり 病気が発症		ラナフナブ 伊路ム			嫌いな物				
利用者の 意向	安心して生活して				りるより、休快会 いた。H18年ごろ		乗下困難 至 四	無 ・ (有) ()と 箸・スプーン ・ フォーク)	
	負担をかけたくない	から両手に力が入らず徐々に指						cm	73 7		
	自分も腰痛や狭心症	臣の疾患があり、無				年に〇〇年	体重・		00	kg	
家族の意向	きないので、排泄が	介助や全身清拭な	ا سد د.			断を受ける		変化な 増(夏より	ler \
	担になっている身体	介護を手伝ってほし	E .	2人暮			1 4	减(貝より 頂より	kg) kg)
原爆手帳(有	· (m))	年 月	日(適用)	障害者	手帳	(有・無))日(適用)
公費負担者看	•			l l		番号①○○)				(00000
生活保護受給	~	年 月	日(適用)	減額	8定(有·無》			年	月	日(適用)
公費負担者都		受給番号(番号()		給番号()
	サービス	機関名(担当者)			機関	名(担当者)					00000)
	地域包括支援センター	○○事業 ※ (○○)	通所リハビリテ	ーション			- 要		介證		定期間
サービス利用	居宅介護支援事業者 訪問介護						-	5		作した)~0/0 ~
状況	訪問看護	○○事業所(○○)					-				~
	訪問リハビリテーション	ļ					+		-+		~
	通所介護		†				1				~

アセスメントチェックシート

No.1-1 記載日 H24 年 8 月 20 日

提供責任者 ○○ ○○

利用者氏名 桜井 勝 様

ADL状況等

項目	評 価	特記事項
食事	○自立 ○一部介助 ●全介助	胃ろう造設。
排泄	○自立 ○一部介助 ●全介助	オムツ使用。 両下肢膝立て可能。
入浴	○自立 ○一部介助 ●全介助	 訪問入浴で対応。
着脱	○自立 ○一部介助 ●全介助	
歩行	〇自立 〇一部介助 ●全介助	
視力	● 正常 ○見えにくい ○全く見えない	
聴力	〇正常 ●大きな声なら聞こえる 〇聞こえない	
コミュニケーション (意思疎通)	●とれる 〇時々とれる ○とれない	パソコンを使用。ロや目の動き・ 表情などでも可能。

IADL状況等

項目	評 価	特記事項
電話	〇自立 〇一部介助 ●全介助	
服薬管理	○自立 ○一部介助 ●全介助	
金銭管理	〇自立 〇一部介助 ●全介助	
洗濯	〇自立 〇一部介助 ●全介助	
買物	○自立 ○一部介助 ●全介助	IADL については、すべて妻が行う。
調理	〇自立 〇一部介助 ●全介助	
掃除	○自立 ○一部介助 ●全介助	
ゴミ出し	〇自立 〇一部介助 ●全介助	
書類管理	〇自立 〇一部介助 ●全介助	

<介護給付>

アセスメントチェックシート

その他

項目			評価	特記事項
記憶障害	●なし	Оあり		
見当識	●なし	Оあり		
失行·失認	●なし	Oあり		
せん妄	●なし	Oあり		
妄想	●なし	Oあり	•	
暴言·暴力	●なし	Oあり		
不潔行為	●なし	Oあり		
不穩行為	●なし	Oあり		
徘徊	●なし	O あり		
自傷行為	●なし	Oあり		
火の不始末	●なし	Оあり		
失禁	●なし	Oあり		

日常生活自立度判定基準(ランク)

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	O自立 OJ1	OJ2	OA1	OA2	OB1	OB2	OC1	● C2
認知症高齢者の日常生活自立度	●自立 O I	OIIa	OIIb	OⅢa	ОШь	OM	ОМ	

訪問介護計画書(初回)NO

26日 H24 年 8月 作成年月日 提供責任者 00 00 担当ヘルパー 00.00.00

要介護 1・2・3・4(5)

利用者氏名	桜井 勝 様	別の	生年月日	20年8月1日 67歳			
住所	○○市○○町○-○		電話	000-000-0000			
長期目標 H24·9 / 1 ~ H25·8 / 31	病気が悪化せず在宅での生活を紹	迷続してい	<				
短期目標 H24・9 / 1 ~ H24・11 / 30	 現状のまま自分の足の指でパソコン操作をする たんを吸引してもらうことで安楽に生活を過ごしていきたい ヘルパーと意思の疎通が図れる 清拭などで清潔が保てる 						

	身体介護	生活援助	曜日	時間帯	サービス 区分	内 容	ご本人ができる事
	①入浴介助 ②着脱介助	9調理 ⑪買物	日·火· 水·金·土	9~11	身体 4	2358	足の指でパソコンを操作する
14	③清拭	⑪洗濯	日·月·火· 水·金·土	14~17	身体 6	2358	パソコンでの意思疎通 パソコンで DVD を見る
ピ	④洗髪 ⑤排泄介助	①掃除 ③食事セッティング		~			かすかに頷く
	⑥食事介助 ⑦通院介助	個その他必要 な生活援助		~			両下肢膝立て
	⑧その他必要な身体介護			~			
	rr /I ss			~			
				~			

ご本人の希望

サービス項目	具体的サービス内容・実施方法等	留意点
サービスの準備 記録 排泄介助 全身清拭 足浴・手浴 たん吸引	ご本人の体調を確認します。 換気・室温などの環境の調整を行います。 オムツ交換をします (色・量・状態などを観察し連絡ノートに記録しておきます)。 必要時は、陰部洗浄、臀部清拭を行います。 物品の準備、皮膚の観察、全身清拭、後片付け等を行います (苦痛を最小限にするために手際よく行います)。 物品の準備、皮膚の観察、足浴・手浴、後片付け等を行います (湯温を確認し支えながら実施します)。 手袋をつけ、吸引器のチューブと吸引チューブを接続、精製水を流す、吸引チューブをアルコール綿で拭く、接続部を外し気管カニューレ内の吸引を行う。 アルコール綿でチューブを拭き精製水を吸引してチューブ内を洗う。 指定の容器に入れる。 口腔内は指定のチューブで吸引(以下同様に)、呼吸器の確認など。	・ 胃ろう食 ・ 訪問時は、身体状況の観察を行い異常の早期発見に努める。 ・ たんの吸引(指導してもらった内容に沿って対応)・パソコンを使用し意思疎通を図る ・ 連絡ノートを使用し、関係機関への連携を図る(特にたんに関するノートは詳細に記録しておく)。 ・ 介護者の負担軽減につなげていく。

訪問介護計画書について、説明を受け同意しました。又、訪問介護計画書の交付を受けました。

Ħ

様 印 又は ご家族 ご本人

<介護給付>

8月 25日 † 勝 様	利用者ができない事	· ADL · IADL	,				
H24 年 桜井	利用者ができる事 利	会話 (・シノコンを使用し (まの伝達ができ る) の版森 東はある	が両下族縣立て可能。 可能。 両足でパンコンの ボタンを押せる。				
記載日 利用者氏名	米 登农	森働時は必ず妻との会話をもつ 機会を作り、不安を緩和するよう に努める。利用者の身体状況 の把握と同時に妻の身体・精神 状況にも焦点をあてる。緊急時 対応を迅速にするために事業所 内で利用者の危機管理について 意思統一を図っておく。	進行型の筋萎縮性側索硬化症なので、訪問時は必ず身体状況の確認を行います(バイタル確認・尿・便の回数・呼吸の状態等)。 異常の早期発見に努める。	身体介護 (排泄介助・全身清 域・足浴・手浴・見守り)を行う。 介護を展開する際には、リハビリ の観点より関節可動域訓練を兼 ねた介護を遂行できるように PT よリアドバスをもらう。	たんがたむ、利用者とり要愛があった際に対応 する。実施方法については、手法が第一される たんの量 様状の解析 ロートののののです。 たんの量 セ状の解析 ・ロ腔用と気管切開用のカニューレの区別をさん ・ 非液が8 割以上に立らないようにたまっていたら 神液が8	まずは、利用者が意思を伝えやすいように、気長にペッコンでの会話を行っていく。また、スタッフ間での情報交換を密に行い会話の特徴等について意思統一を図る。	連携の手段の1つとLで連絡/一 NL、その日に対応した内容や 利用者の状態などを明確に記入 する。必要時は連絡をとりおい、 情報が共有化できるように努め る。
アセスメント分析票	ヘルパーの意見	訪問時は妻の不安を緩和するために、会話をもつ機会を作り介護負担の程度等や不安を把握するように努める。利用者ともバソコン等により会話をし異常の早期発見に努める。	夜間は養が対応するという事む ので、日中は養が少しでもゆっくり と休養でさるようにそれぞれの専 門職が入り支援体制を確保する ように努める。	秦の資担軽減のために身体介護を中心 に稼働していく。夜は秦が対応しなくて はいけないので、負担にならない介護 方法の指導を行う。また、家事につい ては、しばら、様子を見て、必要であれ ばサービスを導入していく。	必ずたんの吸引研修を受けた〜 ルパーで対応している。きちんと NSの指導を受け、吸引の仕方 を十分理解・習得するように努め る。訪問時は、妻にも指導し不 安を軽減する。	まずは、信頼関係構築のためにも意思疎通が図れる事が大切。 両足先でパソコンのボタンが押せるので利用者の状態を見ながら 会話するように努める。	多数の関係機関が関わるので、 まずはチームとして同じ目標に向 かって進んで行く事が大切であ る。また、それぞれの職権の役 割分担を明確にし、顔見知りになり連携を強化していきたい。
アセス	介護者の思い・要望	自分も腰痛、狭心症があり無理ができない。 寝たきり状態の失を一人で 24 時間世話をするのは不安である。	自分一人では身体の観察や胃ろうや吸引等不安な事がたくさんあるので、毎日専門職の方に関わってもらいたい。 夜間は自分でしばらば弱いていまい。 ないがい かないがい かんぼ かんが あいかい かん あいかい かん	家事全般は何とか自分でできるので、身体介護 (排泄介助・全身清核等)の自分が一番負担になっている部分を手伝ってほしいです。	昼は休養したいので、ヘルパーさんが滞在中は、吸引を行ってほしい。また、自分も自信がない ので教えてほい。。	パソコンで意思表示をしますが、慣れてくるとロや目や表情等からも会話が できます。	看護師さんやヘルペーさんに来てもら い安心して在宅で介護ができそうで す。
	利用者の気持ち	自分は何もできないので、介護者(要)に負担を掛けたくない。 できれば、症状が悪化せずに自 宅で過ごしていきたい。	筋萎縮性側索硬化症は進行性であり、今よりも症状が悪くなるであり、今よりも症状が悪くなる事は理解しているが、できるかざり自宅で生活を継続していきたい。	現状の ADL を少しでも維持できるように、リハビリを頑張りたい。	唾液量が多い、またたんがたま り息苦しくなったら、吸引してほ しい。	パソコンで意思を伝えるので自分 の意思をきちんと聞いて対応して ほしい。	たくさんの方のお世話になり申し 訳ないが、できるだけ名前と顔 を一致させ覚えたいと思ってい る。
	利用者の状態	夫婦2人暮らし。	・筋萎縮性側索硬化症 ・胃ろ5造設 ・難聴	ADL・IADL すべてにおいて全 介助である (両下肢膝立て可能・下肢一部自力で動かせる)。	たんの吸引が必要である。 気管支切開・人工呼吸器装着。	口頭での意思疎通が図れない。	多職種と関わりがある。

【通所介護】介護計画書作成事例

事例1 退院後、できるだけ住み慣れた自宅で暮らしたいという独居女性への支援

<概要>

近藤 花子、77歳、女性、独居、要介護1

現疾患名:高血圧、骨粗鬆症、腰痛

○主な経過

近藤花子さんは平成25年4月に脳梗塞を発症した。約3か月の入院を経て平成25年8月に退院となる。脳梗塞による麻痺は残っていないが、高血圧、骨粗鬆症、腰痛等の持病があり、転倒の危険性も高いため、ひとり暮らしには問題が山積している。

本人は「退院後は、住み慣れた自宅で安心して生活していきたい。離れて暮らす息子夫婦には迷惑を掛けたくない」との思いが強い。息子は「本人の意思を尊重してほしいが、独居生活に不安がある。介護サービスや通所サービスを利用し安心して在宅生活を継続してほしい」との希望がある。

筋力低下や腰痛で歩行状態が不安定で転倒の危険性が高い。また、時々薬の飲み忘れがあり、本人も一人での生活に不安を抱え、自信を喪失している。高血圧もあるため、支援においては医療的な視点も必要である。

近藤さんが健康状態を維持し、生きがいをもって日常生活を送るために、通所介護サービスがどのような目標をたて、どのような角度からアプローチを行い、支援していくか、 退院から在宅復帰後の経過を辿っていく。

サービス提供依頼受付票

<受付日時>	>H25年 7	月 16日(14:00	~ 14:20	o)	<受付者)	> 生活相談]	00 00)		
<依頼手原 電話)		訪問	来所	·	<依頼者名> ○○○ケアブランセンター ○○ ○○ (本人 ・ 家族 ・ その他)						
要介護 ② → 非該当 ・ 要支援 1 ・ : 認定 未 (見込み)→ 非該当 ・ 要支援									5年 6月 20日		
有効	期間	H25 年	7月	1日 ~	→ H26年	6月	30 日				
利用和	5氏名	近	藤花子	様	(男・愛)	年齢	м • т •(§) 10年 〇	○月 ○日(77歳)		
住所	7 000-00	DOO CO#	i〇〇町〇一〇)		電話	番号	000	D-0000		
現疾	患名	高血圧、脳	梗塞 (麻痺	は特になし)、	骨粗鬆症、	腰痛					
既行	主歴	白内障手術	(両眼 H1	8年)、メニュ	エール病						
世帯	状況	■ 独居	口 夫婦	□ その	他(6]居)				
緊急時	連絡先	(氏名) 近期	· 太郎	(電話	番号) (()()()	D-0000		本人と	の続柄 (息子)		
	舌自立度	障害高	齢者	自立	• J1 • J	2 · 🕙	· A2 ·	B1 · B2	2 · C1 ·C2		
判定	基準	認知症	高齢者		· I · Na	• IIb	· Wa ·	Mb · W	• M		
サ l	曜日	Ø	火	水	₩	金	土	日	備考		
Ę	時間	<i>9</i> :30~16:30			9:30~16:30						
ス利用希望	サービス 内容	入浴 昼食 レクリエーション			入浴 昼食 レクリエーション						
利用者	が意向	活性化を図・体力が落った。	別りたい。 ちて、横にな	いることが多い	、今まで通り いので体力を 出する機会を	つけたい。			7維持・向上や日常の		
家族	の意向	分も仕事を	していて、週	1回くらいし	か訪問できな	ないので、・	一人の生活	に不安がある	流を図ってほい。自 る。ヘルパーさんや通 りするかと心配である。		
地域包括支援セン ターまたは介護支援 専門員の意見 ②本人や家族の意向から通所介護サービスや訪問介護サービスの内容・回数等を検討											
援助	力方針	在宅復帰を	儿、独居生	活を支える	定(脳梗塞の ため、関係。 で、援助方	機関が集ま	り、退院に向	与けてサービ	ぶ担当者会議を7月 たい。		
1	受け入れ判	断		理由·情幸	设等						

可・不可・ 保留



No. 1

その他(

)

○○社

平成 25 年 7月 20日 (土)

日便级级务会

記入者: 生活相談員 〇〇 〇〇 ふりがな こんどう はなこ 生年 明治·大正·昭和 10年 〇月 〇日 77歳 男一因 月日 氏名 近藤 花子 様 〇〇市〇〇町〇-〇 住所 電話番号 000-0000 世帯状況 氏名 続柄 生年月日 年齢 職業(連絡先) ■ 独居 口 夫婦 □ その他 氏名 続柄 住所 電話番号 (自宅) ○○○-○○○○ (携帯) ○○○-○○○○ ① 近藤 太郎 息子 ○○市○○町○-○ 緊急時 連絡先 (自宅) (携帯) 経渦 疾患名 医療機関(主治医) 電話番号 ①治療中②観察中③その他 現疾患名 高血圧、脳梗塞、メニエール病 000-0000 ○○病院 $\widehat{1}(\widehat{2})$ 腰痛、骨粗鬆症 ○○○整形外科 000-0000 1 平成18年に白内障で両眼手術。現在は、新聞の文字も読める程度に回復している。メニエール病についても現在、 既往歴 症状安定し経過観察となる。 分 → 非該当・要支援 1・2 要介護①・2・3・4・5 認定日 H25年 6月 20日 要介護 未 (見込み)→非該当・要支援 1・2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 認定 H25 年 7月 1日 ~ H26年 6月 30 日 有効期間 負担者番号 受給者番号 適用年月日 状況 原爆手帳 □有 ■無 種 級 交付番号 適用年月日 状況 障害者手帳 障害名 □有 ■無 負担者番号 受給者番号 適用年月日 状況 生活保護 □有 ■無 日常生活 自立 · J1 · J2 · 🕼 · A2 · B1 · B2 · C1 · C2 障害高齢者 自立度 fix · I · IIa · IIb · IIIa · IIIb · IV · M 認知症高齢者 判定基準 (薬剤名・服用量・回数 等)*薬の説明書を利用者・家族にもらえる場合は添付 薬物アレルギー(+一)+の場合薬品名[服薬状況 ・脳梗塞(パイアスピリン 1回/1日 (朝))、高血圧(アムロジピン 1回/1日 (朝)) ・骨粗鬆症(ホサマック 1回/1日 (朝)) 機関名 電話番号 担当者 利用日 サービス 00 居宅介護支援事業所 ○○センター 000-0000 日月火水木金 火水木金 H 月 土 地域包括支援センタ-ピ ○○サービス 000-0000 日月贝水木金田 訪問介護 00 ス 訪問看護 ○○サービス 000-0000 00 月 火水木金 土 \Box 利 用 訪問リハビリテーション 日 月 火水木金 土 状 火水分金 000-0000 00 (F) ○○サービス 日 通所介護 \Box 月 火水木金 土 短期入所

000-0000

00

No. 2

		摂取	1	自立	2	一岩	邓介即	3	全:	介助	義	歯	看· 兼	Ħ	嚥下	1難	有・	€
		形態	主:	H	•	おに	ぎり	•	次飯	・お粥	好	物	フルー	ツ、	魚			
	食事	ルンルス	副:	題	•	軟身	Ę •	-0	大	- 刻み	嫌い	な物	ゴーヤ	、新	豆			-
		手段	3	・っ	オー	ク	・ス	プー:	· /		食物アレ	ルギー	有	()	. (m
		食事内容	—	般食		糖尿	食	k	cal	口高血圧	食	g	口減塩	食	ロその			
		身長 体重		身長	15	0 0	m (本重	54	kg kg	備			-				
A				1) 自	立	2	一部分	个助	3	全介助	備	—— 考	洋式ト	ノレで	"可能			
D L	7	人浴								全介助	備		浴槽の			らつき	きあり	
_	滑	 	(1) 自	立	2	一部	个助	3	全介助	備		見守り					
		と 容								全介助	備			(· 	·		
	当	歩行	(自自	立	2	一部力	个助	3	全介助	備		室内:	<u>-</u> 手す	り使用	室夕	小:杖	(使)
	起き	上がり	(1) 自	立	2	一部分	个助	3	全介助	備	····	サイドレ					
	立ち	上がり	(1) 自	立	2	一部分	个助	3	全介助	備		時間は					
	座位	立保持	(1) 自	立	2	一部分	个助	3	全介助	備	 考						
	買	い物		1 自	立(2	一部分	个助	3	全介助	備		生協の	宅面	ユサート	ごス利	用	-
	掃除			1 自	立(2	一部	介助	3	全介助	備		1			. 1 4		
I	調理		,	1 自	立(2	一部分	个助	3	全介助	備		腰痛、下肢筋力低下のた			下のた	め	
Ā	×	先濯		1 自	立(2	一部分	个助	3	全介助	備				困業	E		
D	金釒	浅管理		① 自	立	2	一部	个助	3	全介助	備				~			
L	服薬	美管理		1 自	立(2	一部:	个助	3	全介助	備		時々、	薬の	か飲みる	忘れか	いある	
	電話	舌応対		自包	立	2	一部:	个助	3	全介助	備	考						*******
	₫ đ	み出し		1 自	立	2	一部:	介助	3	全介助	備	考	腰痛の	ため	、重い	物か	特で	かい
	被署	宇妄想		1 1	はし	2	時々	ある	3	ある	備	考			-			-
	幻視	·幻聴		1 1	はし	2	時々	ある	3	ある	備	考		*********				_
	昼夜	友逆転		① t	はし	2	時々	ある	3	ある	備	考						
	暴言	•暴行		1 1	はし	2	時々	ある	3	ある	備	考					-	
	自復	第行為		1 1	はし	2	時々	ある	3	ある	備	考						
精	感情の	の不安定		1 1	まし	2	時々	ある	3	ある	備	考						
神	火の	不始末		1 1	はし	2	時々	ある	3	ある	備							
状	有	非徊		1 1	まし	2	時々	ある	3	ある	備							
況	不清	絜行為		1 1	まし	2	時々	ある	3	ある	備							
	身	異食		① 1	まし	2	時々	ある	3	ある	備							
	記鈴	S·記憶							-	難 5不能		 考	薬の飲	みぶ	れ等			
	見当	識障害		① 1	まし	2	時々	ある	3	ある	備							
	失行	·失認		1 1	はし	2	時々	ある	3	ある	備							
	物事に関	しての関心					時々				備							
コミュニ	衣	見力		1	普	重 2	2 弱:	視 3	全	盲	聴		①普通	2	やや困	難3	困難	
アーション	意思	思疎通	(① 戸	能	2	やや	困難	3	困難	言	葉	①普通	2	やや不	自由	3 不	自
麻痺	□あ	り ()	■な	iL		拘網	盲	ロあり) (なし	
褥瘡	□あ	LI (*****					1) ■ た	- 1						



No. 3

	63歳頃より高血圧の治療を行っている。10年前に夫を亡くし、ひとり暮らしとなった。
利	脳梗塞発症のため、平成25年4月8日より平成25年7月31日まで入院予定。8月より自宅へ復帰し、
用	独居生活となる。脳梗塞により入院したが、麻痺はない。 血圧は、入院中150mmHg~160mmHg。
まっ	現在もアムロジピン1回 / 1日を内服している。腰痛、骨粗鬆症があるため、重い物を持ったり、腰に
での	負担のかかる家事は困難である。転倒の危険性は高い。長時間の立位での作業は困難。また、定
経	期的な病院への受診も一人では困難と思われる。3か月の入院生活のため、体力や下肢筋力が低
過	下している。
	1000
	○○市○○町の7人兄弟の長女として生まれる。22歳で結婚し一人の子を出産する。亡
生	くなった夫は公務員で、本人は一度も外で働いたことはなく、専業主婦として家事や育児を
活歴	行ってきた。夫ががんになり5年の間自宅で寝たきりの夫の介護を行った。10年前に夫を亡
,,,,,	くし、それからひとり暮らしとなる。脳梗塞を発症するまでは、家事等は一人で行ってきた。
性	<性格> 穏やかで、協調性もある。
格	くこだわり> とても綺麗好きである。 階段(有【 段】・ ●) と称は> 手芸 野菜づけ 生けな 庭 いじ カラオケ等 住 道幅(成り・ 神())
趣	「大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大
味	く好きな物> 花 境 車横付け(句・ 不可) く好きな歌> 演歌なら何でも好き。 車酔い (有・ 無)
等	く好きな活動 > 片付け その他()
	時 6 12 18 0 5
生	7時8時 12時 17時 21時
生活状況	起朝 手庭 昼 鑑テ タ 入テ 就 床食 芸い 食 賞レ 食 浴レ 寝 動 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・
況	
	内
1	
	①退院後は、住み慣れた自宅で訪問介護サービスや通所サービスを利用して、ひとり暮らしを継続していきたい。
利	②退院後は、筋力維持・向上や日常生活の活性化を図りたい(体力を維持して、息子夫婦に迷惑を掛けないように
用者	生活していきたい)。
りの	③ひとり暮らして、他者との交流がほとんどないので、人と交流して気持ちが明るくなるようにしたい。また、人と話す
意	ことで刺激をもらい、もの忘れがひどくならないようにしたい。
向	④脳梗塞を発症したので、今後も健康管理には十分に気を付けていきたい。一人での入浴には不安がある。
	⑤家事については、できない部分だけお手伝いしてほしい。
家	①母が強く在宅で一人の生活を望んでいるので、その気持ちを尊重したい。
族	②健康状態や、一人での入浴、家事全般に不安があるので、母が困難な部分を支援してほしい。
意	自分は日曜日は仕事が休みなので、買い物や相談相手等にはなれる。
向	(3)もの忘れ等がこれ以上進行しないようにしてほしい。
	①筋力低下や腰痛で歩行が不安定なため、転倒には注意が必要である。
	②ひとり暮らしに不安がある。緊急時体制の確保。
特記	③疾患に配慮した入浴介助が必要である(高血圧、脳梗塞、骨粗鬆症、腰痛)。
事	(金属状態の把握が必要。
項	
	⑤時々、薬の飲み忘れがある。
	⑥孤立感の解消。

サービス担当者会議録

利用者氏	名 近藤 花子 様 生活相談員 〇〇 〇〇								
日時H25	年 7月 25日(14:00~15:00)会議出席者:								
場所	近藤花子 (本人)、近藤太郎 (長男)、○○病院 (○○医師、○○看護師)、○○病院 (○○所院 (○○居護師)、○○お問介護事業所 (○○サービス提供責任者)、○○通所介護事業所 (○○生活相談員)								
議題	①退院に向けて関係機関の役割分担と支援内容について、意思統一を図る。 ②退院に向けて本人・家族の意向の確認。								
地域包括	支援センターまたは介護支援専門員よりの要望、意見								
	H 25年4月8日から H 25年7月31日まで入院する。麻痺は残っていない。 H25年8月より自宅に戻り、ひとり暮								
	。腰痛や高血圧、脳梗塞、骨粗鬆症の疾患や転倒の危険性が高いため、一人での生活には問題が山積している。 宅での生活を強く希望されているので、 体調が安定し、 生きがいを持って日常生活を送ることができるように関係機								
	していて、日本語では、これでは、神論が女をし、エミッ・でもいっては中王治を込むことができるように関係機								
	•								
	1 本人、家族の意向の確認。								
	2 各課題に対しての役割分担と支援内容。								
۸.	2-1 筋力低下や腰痛で歩行状態が不安定なので、転倒の危険性が高い。								
検 討	2-2 ひとり暮らしに不安がある。								
内容	2-3 疾患に配慮した入浴介助が必要。また、浴室内での転倒の危険性や浴槽の出入りが困難。								
	2-4 定期的な健康状態の把握が必要。								
	2-5 もの忘れが今以上にひどくならないようにしたい (時々、薬の飲み忘れがある)。								
	2-6 自宅での掃除や買い物、調理などが負担になる。								
	1 本人→退院後は住み慣れた自宅で息子夫婦に迷惑を掛けないように生活したい。また、筋力の維持・向上を図り、他者								
	との交流をもちたい。家事全般や一人での入浴に不安がある。								
	家族 (息子) →母の在宅復帰の気持ちを尊重したいが、一人での生活に不安があるので、訪問サービスや通所サービスで								
	在宅での生活を支援してほしい。								
	2-1 筋力の維持・向上・転倒予防に努めるため、通所介護に通いリハビリ等を行う。また、自宅でもできる生活のなかのリハ								
	ビリを訪問看護から指導してもらう。								
結	2-2 できるだけ毎日、誰かがかかわる支援体制を検討する。⇒結果は「週間サービス計画表」参照。								
	2-3 週2回、通所介護で入浴。また、自宅では週1回、バイタル確認後、訪問看護による入浴介助を行う。								
果	2-4 通所介護での健康管理、訪問介護は訪問時に自動血圧計により測定し、連絡ノートに数値を記入する。								
	また、訪問看護によるバイタルの確認、服薬管理等を行う。								
	2-5 通所介護の利用により他者との交流の場を設ける。個別レクや脳トレ等レクリエーションの充実を図る。								
	薬の管理については、関係機関が連携して確認し、声かけを行う。								
	2-6 週2回・1時間・訪問介護の生活接助で、主に困難となっている掃除や買い物を行う。夕食については、月~土まで								
	毎日、安否確認も含めて配食サービスを利用し、食事の確保を図る。朝食はパン食なので、自分で準備する。								
	昼食は腰に負担がかからないようにいすに座り自分で作る。今後負担になるようなら再度検討する。								
備考	*日曜日は息子夫婦の仕事が休みのため、本人の自宅を訪問する。								

記録者 〇〇 〇〇

浴介助が必要である。 高血圧のため、疾患に配慮した入 い。脳梗無による麻痺は残ってい 安定なため、転倒の危険性が高 筋力低下や腰痛で参行状態が不 利用者の状態 る。これまでの生活を維持していき 自宅での1人の入浴に不安があ たいので、筋力の維持・向上に努 今は自宅では横になってばかりい めたい。 利用者の気持ち | り集らしができなくなるので、筋力 今以上に機能が低下すると、ひと デイサービスで、安心・安全な入浴介助を行ってほい。 そして、清 腰痛があるので無理はできないが、 煮を維持してほい、 の維持・向上を図ってほいい。また、 裁倒しないか、心配である。 介護者の思い・要望 アセスメント分析票 血圧の変動に注意し、入浴介助を行 るが、移動時は必ず見守りや一部 合は入浴を中止し清拭を行う(主治 う。入浴前に必ずバタルの確認を 必ず見守Uを行う。腰痛がひどいとさ は腕を支える拳の介助を行う。室外 の手すりを使用し歩行していただくか、 維持・向上に努める。移動は、デイ に、デイサービス利用時は、筋力の 利用者や家族の不安が解消するよう 介助が必要である。 設定する。着脱更衣等は自立してい さける。湯温は本人が好むぬるめに 医の指示)。また、長時間の入浴は 手引き歩行を実施する。 リや浴室内の移動は必ず、見守りや は手引き歩行が必要。浴槽の出入 作い、 有圧145mm H g以上の場 介護職の意見 デイサービスで通2回で入浴介助を 宅では訪問看護による入浴介助を 行い、潸潔を維持する。また、自 |ビリを訪問番載により指導してもら 自宅での生活のなかでもできるリハ 少ないリハビリを実施する。また、 めるため、デイサービスでは負担が 筋力の維持・向上・転倒予防に努 被分束 ,金銭管理 · 眷既 (見守)) · 入浴 (一 傳 个 罗) 、臨路尽处 ·壓位保持 ·食事(箸を使用L可能) 利用者氏名 ·歩行 (室内→手す!) ・立ち上が) ・排油(洋式アフにて 起き上がり 使用、室外⇒杖使用) 利用者ができること H25 東江 ·播除 調理 · 服薬管理 これをごう ・蹶湍のたる、 の立位困難 利用者ができないこと 花斗 長時間 25

0	Е
	. `

時々、葉の飲み忘れがある。

ひとり暮らしに不安がある。

きたい。また、息子夫婦に迷惑を

るので、その気持ちを尊重しておげたい。でも、緊急時の対応などの不安もある。

母が在宅での生活を強く望んでい

数立感を解消するために、できるだけ

ディサービス以外にも、できるだけ

毎日誰かがかかわる支援体制を整

にできる環境作りに努め、信頼関係 利用者やスタッフとの会話がスムーズ

の方法も検討する。

える。訪問介護・訪問者護・配食 サービスを導入する。緊急時対応

掛けないように自分ができることは 誰に気を使うこともなく、生活してい が、住みなれた家で今までどおり 自宅でのひとり基らしに不安はある

多職権との連携が必要である。

訳ないが、できるだけみなさんの

たくさんの方のお世語になって申し

顔と名前を覚えるように頑張ります。 | 携帯に電話してください。 自分もで

仕事に専念できます。何かあったら

専門職の方の支えがあり、安心して

書を行ってほしい。

方に健康管理についての指導や助 しか訪問できないので、専門職の

管理の把握に努める(バイタルや

訪問介護は自動血圧計で血圧測定

デイサービスでは健康管理を行う。

デイサービス利用時は、必ず健康

忘れが進行しないように支援する。 レクリエーションを通して、今以上もの

腰痛の程度の確認等)。

きる限り、母が在宅でひとり集らしを | す役割を認識し、役割分担を行って

いくことが大切である。情報交換を 進み、それぞれのサービスが果た で、まずはチームとして同じ目標に 多数のサードスのかかわりがあるの

はデイサービス利用時の様子などを ケアマネには最低でも1か月に1回 い、情報が共有でなるように努める。 連携の手段として連絡ノートの活用

をする。また必要時は連絡をとりあ

服薬管理等行う

た、訪問者護によるバタルの確認 し連絡メートに数値を記入する。

密にし、利用者を支援していきたい。

続けられるように協力しているます。

定期的な健康状態の把握が必要 | 自分では健康状態を維持すること

自分も仕事をしており、通1回くらい

のない日常生活を送ってほしい。

る。また、年間行事への参加や個別 い気持ちになってもらえるように支援す まず人との交流を通し、明るく、楽し

流の場を設ける。個別レク、脳トレ

デイサービスの利用により他者との交

薬の管理については、関係機関が

連携を図り確認し、声かけを行う。 等のレタリエーションの充実を図る。 ていただくように働きかける。 だけ、るころな行事に楽しんで参加し もてるよう、またデイサービスではてきる を構築する。自宅での生活に自信が

に自信がない。

(介護予防)通所介護計画書

作成日: H25年 7月 26日

作成者: 生活相談員〇〇 〇〇

氏名	近藤 花子	様	男安	生年月日	昭和 10年	○月○日77歳

住所 ○○市(3	要介護度等	要介護 1				
電話番号〇〇	00-0000	有効期間	H25 年	7月 1日~H20	6年 6月 30日			
長期目標 H 25/8/1 体調を安定させ、生きがいをもって日常生活を送りたい。 H 26/7/31								
短期目標 H 25/8/1 ~ H 25/10/31	①健康状態、身体機能を維持 ②筋力の維持・向上を図り、 ③デイサービスに楽しんで参加	転倒しないで生	活したい。		:			
利用者および 家族の意向	本人:体力や筋力をつけ、子 家族:症状を悪化させず健康			うに自立したい。				
留意点	転倒予防、腰の痛みの程度を	転倒予防、腰の痛みの程度観察、最大血圧145mmHg以上の場合入浴中止。						
利用日		土 報	酬算定区分	5-7時間	7—9時間			

【援助内容<日課>】

版明内谷へ口は	·/1					
予定時間	サービス提供内容	援助項目: 具体的な支援計画内容				
9:30~	看護師による健康チェック	入浴: 血圧の変動に注意する。主治医の指示により血圧145				
10:00~	入浴・整容	ーmmHg以上の場合入浴中止。浴槽の出入りや歩行が不安定なため、 浴室内では見守り必要。着脱更衣は自立。 ぬるめの湯を好まれる。				
11:00~	リハビリ体操	排泄:洋式トイレで自立。昼食前後、おやつ、送迎時、声かけで誘				
12:00~	昼食	導行う。 				
12:40~	口腔ケア等	食事・おやつ:自力で摂取可。 普通食。				
13:00~	食後休憩、ホットパック	(カロリー制限・食物アレルギーもない。)				
13:30~	機能訓練・レクリエーション	移動:室内は、手すりを使用し自立歩行。腰痛があるため、痛みを				
15:00~	おやつ	抑えながら歩行する。室外は手引き歩行介助必要。				
16:15~	1日の振り返り	趣味・生きがい活動:個別レク→生け花、手芸等への参加。				
16:45~	サービス終了	- 集団レク→年間行事への参加、カラオケ、体操等の参加。				

1. リハビリを行い、運動機能、生活機能の向上に取り組みます(個別機能訓練、生活機能向上グループ活動、運動器機能向上) 個別サービス 2. 栄養相談等を行い、栄養の改善に取り組みます(栄養改善) 3. 口腔機能訓練を行い、口腔機能の改善に取り組みます(口腔機能向上)

通所介護計画書(介護予防通所介護計画書)について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

平成 年 月 日

ご本人

 \bigcirc

ご家族等

Ð

個別レクリエーション計画書

作成日:

平成25年 7 月 26 日

作成者:

00 00

利用者	氏名		近藤 花子		様 (77	歳)	男	・愛	
	要介護度等	等	要介護 1	有効期間	H25年	7月	1日~	H26年	6月 30日	
本人	人の要望、	意向	りが好きなので、	固別レクリエーションでは、趣味の手芸や生け花を行いたい。また、野菜づく)が好きなので、野菜づくりについてもっと勉強したい。早くデイサービスで友人 を作り楽しく過ごしたい。体調がよければ、年間行事にも参加したい。						
家族の要望、意向			(長男) 体調に気 やってほしい。ま ような個別レクリエ	た、最近もの忘:	れが出てきて	いと思っ ているの	うことをl つで、 認	ンクリエ・ 公知症の	ーションでは)予防になる	
長期目標 (H25/8/1~H26/7/31)			①人と交流して気 ②楽しみが増え、 ③日常生活の不安	孤立感を解消し	、意欲をも	って暮ら	らしたい。	.		
(H25/8	短期目標 / 1 ~ H2	(5/10/31)	②個別レクリエー: 送りたい。	①他者との交流を定期的に行うことで気分転換を図り、気の合う友人を作りたい。 ②個別レクリエーションや集団レクリエーションに参加することで楽しみのある生活を 送りたい。 ③レクリエーションで行う物づくりで、達成感を得て、意欲をもって暮らしたい。						
	健康状態	į.	現疾患名・・・高血圧、脳梗塞 (麻痺はなし)、腰痛、骨粗鬆症 既往歴・・・白内障、メニエール病							
口带件	 活自立度 [:]	如宁甘淮	障害高齢者	自立・J1・、	J2 · 🕣 · /	42 · E	31 · B2	. · C1 ·	· C2	
上帝口	沿 日 工 及 ・	刊化益华	認知症高齢者	東・1・1	· Ia · II t	· IIIa	· Шь •	w·M		
趣味		手芸·生	け花・野菜づくり等	特技	支	:	生け花、	カラオケ	r	
	個別レクリエーションに 取り組むにあたっての方針		個別レクリエーションを行うにあたり、目的や効果等を説明し、理解してもらった 上で取り組んでいただく。集団レクリエーションを行う場合は「活動マニュアル」 に沿った対応を行う。							
レクリエ	レクリエーションを行う際の 留意事項		②腰痛の痛みの ③移動時は転倒	①健康状態の把握(バイタルサインのチェック前・後等)。 ②腰痛の痛みの観察。 ③移動時は転倒予防に努める。 ④安全を確保し、本人ができることは行ってもらう。						

上記の個別レクリエーション計画書に基づき、サービス提供を行います。

平成	年	月	E

ご本人

(FI)

ご家族等

(EI)

事例2 「閉じこもりがち」な高齢女性への支援

<概要>

前田陽子、89歳、夫婦2入暮らし、要支援2

使用しているサービス:福祉用具(ベッドサイドのポール)、訪問介護(週1回(生活援助2))

既往歴:腰椎圧迫骨折(平成15年)、白内障(20年前に手術)

現疾患名:糖尿病、狭心症、変形性膝関節症

○主な経過

前田陽子さんはいくつかの持病をかかえながら、夫と2人暮らしをしている。

糖尿病については、月1回通院をしている。食事、薬物療法を行い、カロリー制限は自分でコントロールできている。食事制限については経過観察中である。狭心症は、時々胸痛があるが、手持ちのニトロペンを服用し、特に問題なく過ごしている。

膝関節症のため、膝痛がひどく膝を曲げることが困難で椅子で生活している。また、下肢、足背部の浮腫が強度で、下肢筋力も低下し、日によっては歩行が困難である。歩き方も不安定でいつ転倒してもおかしくない。

外出時は杖を使用し、ベッドからの起き上がりはポールを使う。最近は、入浴時の浴槽からの立ち上がりが難しく、夫が介助している。浴槽内には滑り止めマットを使用している。

日中はほとんど居室で過ごし、趣味のレース編みを1日中しながら、テレビを観ている。 外出はたまに夫とタクシーで食材を買いに行く程度である。また、室内の掃除は訪問介護 のヘルパーが生活援助として週1回行っている。

下肢筋力の低下が著しいことと、他者との交流が少ないため、夫が週1回のWデイサービス利用を希望している。本人はあまり気乗りしてないが、夫の意向もありデイサービスの利用を希望している。

サービス提供依頼受付票

受付	3 時	H24年	8月	3 🖪	(11:00	~11:30)	受付者 〇〇	00	·····		······································	要支援	1 • 2		
依頼手幕	ŧ	電話	FA	X	訪問	来所	依頼者名: ケア	ブランセンター	· 00	禄	村	1			
	その他の	()		(本人	家族	• €	の他	要介護	1.2.	3 • 4	·(5)
利用者	針氏名		桜井	勝	様		生年月日	昭和2	0年	8月	1	B 67	*	・女)	
住	所	00市(OPTO	-0			電話番号	000-	000	-00	00				
	曜日						認定日	0	年		01	₹	() B	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
#	1 1		有効期間	0	年		01	3	○ B						
ピス利	時間	1	退院前のサービス担当者会議で関 板機関が集まり、サービス内容・時			初回(介護予防 ケアプラン作成		年		01	7	○ B			
利用希望		間調整	-												
望	回数						その他								
					- Andrews										
				•			ソペソコンをイ	使って安心	こして	生活	してい	きたい	۰,		
利用者	の意向	妻にあ	より貝す	旦をガ	17725	Z' '0									

		-, ,			- •		自宅生活を	-				-	ト日み とう		
家族の	D意向	自分も腰痛や狭心症があり、無理ができないので、負担になっている排泄介助や 全身清拭、たんの吸引をヘルパーさんに手伝ってほしい。													
地域包括	支援セン		退院後は、住み慣れた家で妻と一緒に安心して生活する事を望んでいる。 安心した生活のため、保健・医療・福祉の多職種が連携し、在宅生活を支援していく。												
ター又は							が必要にな	•							-1=
		対応し													
		1		_		退院予機関が	定。 集まり、サー	ビフ切出:	去人主	滋之則	月/建一	ナス子は	> (D:	はにへ	
援助	方針	ては、	-		KI'IK'	成内グラ	たまり、サー	しへ担コ	H Z :	REC IT	TITE '	1016	C0 (A)	41C >	
		1					職種より現	在の身体	状況	の報	告が	あり関	係機関で	*援助	方
		針を検	:討し、 -	意思	:の統一 	-を図っ -	ていきたい。 		 -						
	現疾患名			既往歴			家族歴		}	DL·他					
特記事	·筋萎 化症	縮性側	索硬	・糖原	尿病		・妻と2人暮(子供なし)	rbl.	al market and a second				らいてすへ が、両丁		- 1
導項	・胃ろ)造設					(1 Mac)			可能	。両		ペソコンの		1
	・難聴									せる)					

受け入れ判断	理由・情報等
可・不可・保留	

理由•情報等		

記載日 H24 年 8 月 20日 提供責任者 〇〇 〇〇

									-	7. 214 PI				
フリガナ 利用者氏名	*/? 1	*#·i 勝	様	男・女	生年月	vi·T (§ ⊟ 2) 0年	8月 1	18	67 歳	要支援		3 4 (5)	
住所	○○市○○町○-○)							電話				0-00	000
	世帯状況(氏名)			続	柄	年	鈴		職				その	也
□独居 ■夫婦 □その他	桜井	 花		. Afrik	妻	71	歳		無耳	職				
緊急連絡先	(氏名) 桜井 :	花		(続柄)	妻	(住所) 同上						(電話者 携帯 ○○○-		>-0000
	疾患名		医療	機関(主治医)			電話		①治療	経中②観	過 察中③-	その他	服薬
現病歴	筋萎縮性側索硬化症	Ē.	OOO病				COO-	-000-00	cor		G			有無
	胃ろう造設 ○○○病院							-000-00				D		有無
	難聴		OOO病	院			000-	-000-00			(2	<u>) </u>		有無有・無
既往歴	糖尿病(H9年									住现		独立住 階段(集 道幅((运D·	住宅 20段】) 狭い)
1日の過ごし方生活状況	│ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓	12 + 昼食 (買ろう) - TV・DVDをみる		1 1 1 ·		•	- ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	工呼吸器		アレル	レギー 味 食欲 主食	無・: 無・: パソコ: 有・(有 (ン 無)(重・おにき	不可)))))) だり)-パン
利用者の 意向	住み慣れた家で大 安心して生活して 負担をかけたくない	<u></u> 好きな/ いきたい			病気が社に勤	が発症 が務して	いた。	で、保険 H18年 らず徐々に	ごろ		嫌いな物 味下困難 手段	無・(著・ス) ・フォーク
家族の意向	自分も腰痛や狭心症 きないので、排泄が 担になっている身体	介助や全	身清拭な	ど、負	状がは院で	進行し、 「ALS	H20 」と記	らり 様々に) 年に○○ 診断を受け)病	体重		00 :L	kg 頃より 頃より	kg) kg)
原爆手帳(有		年		日((有・無)			H2	20年()月()日(適用)
公費負担者		受給者						番号(00)	00		受			00000)
生活保護受給公費負担者者	_	受給者	年 月 ⊧号((適用)			月 (無) 番号()	会 4	年 給番号	月 (日(適用)
	サービス		<u>·</u>	Τ.	サービス			名(担当者	ř)					20000
	地域包括支援センター				ハビリテー	ーション					援優	介證	認	定期間
サービス利用	居宅介護支援事業者			短期入	所			·····			5		0年0,7	0~0/0
状況	訪問介護 計開系業		所(OO)	 										~
	訪問看護		所(00)			·								~
	訪問リハビリテーション 通所介護	○○季素	所(00)	-		*								~
L	ML/기기 (5X	L					<u> </u>							

No. 2

		摂取	① 自立 2 -	·部介助:	3 全介	` 助	義歯	看· 無	嚥下困難	有	· •
1		علم با و	主:管通・お	にぎり・	軟飯	·お粥	好物	肉、魚、	果物		
		形態	副:普通・軟	·	口大	- 刻み	嫌いな物	特になし			
	食事	手段	②・フォーク	・スプ-	ン		食物アレルギー	有() •	(#)
		食事内容	■一般食 口糖	 尿食	kcal	口高血圧:	食 g	口減塩食	口その他	3()
		身長 体重	身長150	cm 体重	重 52	kg	備考				
A	<u>+</u>		(1) 自立 2	一部介即	助 3	全介助	備考				
D L		··· ·································	① 自立 2				備考	浴室から立	 ち上がりが困難	針かとさ	・がある
-		···-	① 自立 2				備考		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		
			① 自立 2				備考				
		 歩行	① 自立 2				備考	室外杖使	: 田		
		上がり	① 自立 2				備考		が 星っている		
		上がり	① 自立 2				備考		屋っている		
		立保持	① 自立 2				備考	肘置きい			
		い物	① 自立 2		· -		備考	夫と同伴			
		帚除 —————	1 自立 ②	<u> </u>			備考	夫、ヘル	パー援助 		
I	Ī	調理	① 自立 2	一部介	助 3	全介助	備考				
Α	洗濯		① 自立 2	一部介	助 3	全介助	備考				
D	金銭管理		① 自立 2	一部介目	助 3	全介助	備考				
L	服	薬管理	① 自立 2	一部介具	助 3	全介助	備考				
	電話応対		① 自立 2	一部介	助 3	全介助	備考				
		み出し	1 自立 2	一部介	助③	全介助	備考	夫が対応	3		
	被	害妄想	① なし :	2 時々あ	る 3	ある	備考				
	幻礼	見•幻聴	① なし :	2 時々あ	る 3	ある	備考				
	昼	夜逆転	① なし :	2 時々あ	る 3	ある	備考				
	暴言	書•暴行	① なし 2	2 時々あ	る 3	ある	備考				
		傷行為	① なし :				備考				
精		の不安定	① なし :				備考				
神)不始末 	①なし:				備考	ļ			,,
状		排徊	① なし :			···	備考		***************************************		
況		潔行為	① なし				備考				
		異食	①なし:				備考				
		名•記憶	①E常 2時々忘				備考		*		
		議障害 生認	① なし 2 ① なし 2				備考				
	失行・失認 物事に関しての関心			<u>- 时々の</u> 2 時々あ			備考備考				
コミュニ	<u> </u>	視力	 	2 弱視			聴力	(1)普通	2 やや困難	3 🗷	難
ケーション	<u> </u>	思疎通	① 可能				言葉	1	2 やや不自		
麻痺	口あ)■な(句縮	ロ あり	1	<u> </u>		7	
											

第

アセスメント票

No. 3



サービス担当者会議録

利用者氏	名 前田 陽子 株 生活相談員 〇〇 〇〇						
日時H25	5年 8月 9日(10:00 ~ 11:00) 会議出席者:						
場所	前田陽子(本人)、前田大(夫)、○○ケアマネ、○○通所介護事業所(○ 前田氏自宅 ○看護師、○○生活相談員)						
議題	デイサービスを利用するにあたり本人や家族の希望について						
地域包括	支援センターまたは介護支援専門員よりの要望、意見						
本人けむ	になしい性格だが、家に閉じこもりがちなので、外との交流を図ることや、夫の負担軽減のため、デイサー						
	になら、1年16720、彖に同じこもりからなのと、外との文派を図ることが、天の貞担程域のだめ、ディサー しく利用していただきたい。 また、 高齢だが意見をはっきりともたれているので、 本人の意向をしっかりと						
	て支援していきたい。						
	1 本人、家族の意向の確認。						
•	2 各課題に対しての役割分担および支援内容。						
مد	2-1 下肢筋力の低下と下肢の浮腫がある。特に足背部の浮腫が強く、歩行時転倒しやすい。						
検 討	2-2 デイサービス利用が初めてで不安がある。明るい性格だが、おとなしくあまり社交的でないので集団生活に慣れていない。						
内	2-3 浴槽からの立ち上がりは自力でできない。浴室内での転倒の危険性がある。						
容	2-4 配下膳は夫が行っているが、調理中も転倒の危険性がある。						
	2-5 1日中レース編みをしている等、手芸が好きなのでそれを尊重していく必要がある。						
	2-6 糖尿病、狭心症、膝関節症などの疾患に対して観察、把握をしていく必要がある。						
	1 本人は不安感があるが、夫の勧めもありデイサービス利用に同意。夫は他者との交流を願っている。						
	下肢筋力が弱っているので転倒予防のためにも、外出をして少しでも足に力がつけばいいと思う。						
	2-1 いすでの座位時には足置き台を利用して挙上する。また、浮腫の状態把握を行い、歩行状態の観察をしていく。						
	2-2 職員は声かけに努め、本人にも協力してもらいながら1日も早く慣れていただけるようにする。						
	2-3 入浴時は必ず見守りをし、浴槽からの立ち上がり時には介助を行い、不安感の軽減に努める。						
	また、浴室は滑りやすいので注意をする。						
結	2-4 自宅での調理時はいすを用意しておく。						
	2-5 個別レクリエーションには、本人が興味あるものを取り入れ、楽しんでいただくようにする。						
果	2-6 毎日のバイタルチェックや様子観察で変化を素早く察知する。						
1							
	·						
備考							

記録者 〇〇 〇〇

前田 陽子 権	こ 利用者ができないこと	入浴時の背部、足先、 洗髮 (介助) 立ち上が似ば何かに翻ま	名 (国人だ)する姿勢 (国人だ)する姿勢							
利用替氏名	利用者ができること	学出 タへる 教む	レース編み 歩行(手寸)・状使用) 会部 会配殊通 歳思殊通	禁治 TVをみる 発団を残む						
	紙侵衣	・ホル・ジグを使用。 ・痛みの程度などの観察。	・選1回(金曜日)9:00~16:30 デイサービス利用。 ・気かやう説し相手を見っける。 ・デイサービスでの楽しみをむっていただ。	・食事量の複素をする。 ・家との連携を図り食事の情報交換を 行う。 ・低血糖や高血糖の観察をし、状態 変化の早期発見につなげ、医師との 連携を図る。	・デイサービスではカロリーオーバーなく 昼食を食べていがが。 ・デイサービスでの献立表、カロリー表 をご自宅におお渡し、参考にしておう。	・胸痛時は素平く行いこれでくンの服用で様子をみる。 で様子をみる。 ・急変時は主治医との連携を図りすぐ 対応する。	・室内歩行時は手中/使用。 ・ふらつきが強いとさは枚使用。 ・歩行時の足の上が1を観察する。 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	·ホルペクの使用。 ·姿勢の観察。 ·痛みの程度の観察。	自分かでさる範囲のことをしていたが注、 様子をみる。	・デイサービス中むレース編みを行ってむり う。 ・レース編みのIまかに本人が興味あるも のは探してい、。
アセヘメノアがが来	介護職の意見	まずは様子を見ながら、膝に負担がか、 からないようにする。	テイサービスで他者との交流をし、気分転換むてむら。	食事の摂取状態や、おやつの際の飲み物に注意する。 ■好品の把握むて美味し食べて かただけれこい さたいい いっぱいしい さたいい	食事に関じてはディサービスでも問題は ないと思ふ おやっに関しても問題ない が、常に配慮しておく。	勝浦に関いての観察を行い、大事に至 らないようご対応することを伝え安心して もらいたい。 薬は必ず持ってきておいてもら。痛み があると创は遠慮なく教えてもう。	歩行時は手中に揺むっておう。 ふらっきかおおびと、 とざまれながないといってもずかけする。 歩くときの状態を観察し、 とこかく転ばない ように対応する。	痛みの様子を見て、無理な姿勢はし ないよれた気を付けてかかかる。	デイサーヒス中も置いものをもたせない。	ディサービスでもレース編み名していかざ き、他の利用者にも教えてもよえるような 働きかけをする。
74	介護者の思い要望	歩くとき痛そうにしている。どうにもしてや れないので可衰想たと思う。	昔からおどない、性格で外出するタイプ ではなく、編み物むとり家にいることが 多かった。でも、外に出ないと足はます ます弱ると思う。	時々自分で「少し食べ過ぎた」などと言っているので、自分でなんとか審理しているようです。果物を食べ過ぎたどうによびです。	自分の食事と分れて作ってむっています。自分は甘口で砂糖を含えん使ってむい、実は力ロリーかない砂糖を使って料理しています。たぶん大丈夫ではっ。	急に締の痛みがなると礼は治まるまでい 配です。 かったいかいですが、 続け ておるときおります。 ただ・病院にかかっ ているので大丈夫とは思っています。	よっしたと歩くので転ばないかどご配するとさかもりはす。たいぶ足が弱っているようです。 るようです。 足の値れがあるので実るとも足元を 高化て実ています。	限や膝がひと、痛むと対し風色に入って 温めると少し楽になるようです。	危ないから自分ができるところは手伝っています。自分と課や足が痛いので業理はできせんが…。	という人毎日ノース編み投しています。
	利用者の気持ち	膝の痛みがわ)辛い。たぶんごれは治 らないと思います。	まどもどかに出ているのか好き。 東でゆる(儿でいるのか好き。	今のどころさいっている。薬も飲んでいる。ロの中かりい苦くなるとさかなり、その時は少し食べ過ぎて離が出てるのかもと自分で感じ、自分で気を付けています。通際時に検査もしいます。	甘いものはおが食べきせん。果物の 糖分はおるでしがが、自分で何とかっ はっていると思います。	めったに勝痛はおりませんが、たまに急 に胸の痛みがあるときがおり、その場合はエドロベンを服用しています。また、診察時に先生にそのことを話しています。すなす。今のところい配ないそうです。	いちつきがあったり、膝の痛みがなるの で足に力がく入りにく、歩きづい、ときが おります。足が憧れてるとさは特にひと く、歩きにくいです。座っているときは 足元に台を置いて戻をのせて商くしています。	腰痛があり、日こよってはひどくて辛い です。	買い物に行ったどきも荷物は主人が 持ってくれます。タッシーを利用しています。主人も廃棄や足の痛みがおり、 無理しているところもあるので申し訳ないと思っています。	毎日議士ないと落ち着かない。日々の 楽しみです。
	利用者の状態	膝の痛みがある(変形性膝関節症)。	外由をお赴しない、(案に開こむ)がち)。	発尿液で、低血器・高血器になる恐れかなる。 れかなる。	食事制限 (1200kcal) がおる (食事は糖尿病食ではなく普通食で構わない)。	茶の茶	下肢筋力低下や足非節の浮腫のた め歩行時のふらつきがなられる。	腰椎圧迫骨折の既往蜃がおり、腰 痛がある。	重いものが特です、ゴミ出い配勝下 勝などは夫がしている。	趣味でレース編みむなる。

(介護予防)通所介護計画書

作成日: H25年 8月 13日

作成者:

生活相談員〇〇 〇〇

氏名	前田 陽子	 男安	生年月日	大正12年 〇月 〇日89歳

住所())市	○ □ 町○ ─ ○		要介護原	要支援 2		
電話番号()	0000	有効期間	H25 年 4月	1日~H26	5年 3月 31日	
長期目標 H 25/8/16 H 26/8/15	骨折することなく、在宅でのな	生活を継続する。				
短期目標 H 25/8/16 H 25/11/15	転倒しないで過ごす。 下肢、足背の浮腫軽減のため、座位のときは足を挙上させる。					
利用者および 家族の意向	家から出ることがあまりないの をもてるようにしたい。 今以上			でも外に出て	、他の人との交流	
留意点	下肢の浮腫の状態観察、低 支援する。	血糖発作や胸痛、	膝痛の観察。1E	日も早くデイサ	ービスに慣れるよう	
利用日	月火水木金) 土 報酬算	定区分	5-7時間	2 —9時間	

【援助内容<日課>】

予定時間	サービス提供内容	援助項目:具体的な支援計画内容
9:00~	看護師による健康チェック	入浴: 背部分は介助。また、浴槽内での立ち上がり時、下肢に力が
9:40~	入浴・整容	入りにくいので支援が必要。
11:00~	リハビリ体操	
12:00~	昼食	→排泄:自力歩行で自立。歩行時の転倒に注意。
12:40~	口腔ケア等	
13:00~	食後休憩	食事: 食事量の確認、おやつ摂取量の確認を行い把握。
14:00~	機能訓練・レクリエーション	- 40名1・内中市(1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-
15:00~	おやつ	移動:自立歩行だがふらつきがあるときは杖使用。 見守りが必要。
16:00~	1日の振り返り	趣味・生きがい活動:得意な手芸を取り入れる。
16:30~	サービス終了	一世が、エミル、治典、何念はす云を取り入れる。

個別サービス	1. リハビリを行い、運動機能、生活機能の向上に取り組みます(個別機能訓練、生活機能向上グループ活動、運動器機能向上) 2. 栄養相談等を行い、栄養の改善に取り組みます(栄養改善) 3. 口腔機能訓練を行い、口腔機能の改善に取り組みます(口腔機能向上)

通所介護計画書(介護予防通所介護計画書)について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

平成 月 日

ご本人

 \bigcirc

ご家族等

(FI)

個別レクリエーション計画書

作成日: 平成25年 8 月 14 日

作成者:

利用者氏名		前田	陽子		7		89	歳)	男・囡
要介護度等	等	要支持	爰2	有効期	間	H25 年	4月	日~	H26年 3月31日
本人の要望、	意向			、レクリエ・)は好きでに					±1 1°
家族の要望、	意向	本人はあいいと思い	, ,	的ではない	っので、	本人が	望むよう	な取り	組みをしてもらえれば
長期目標 (H25 / 8 /16~H2		趣味や特	技を活か	して、楽し	く毎日	を過ごす。	0		
短期目標 (H25/8/16~H2	 5/11/15)	デイサーヒ	ごス利用田	持は手芸を	して、作	也の利用	者にも教	えてあり	ずられるようにしたい。
健康状態	Ž.	狭心症からの胸痛や膝痛を観察していく。また、糖尿 おやつの管理もしていく。				尿病も	あるので、食事、		
日常生活自立度	州宁其淮	障害高齢者 自立 J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					2 · C1 · C2		
口市工石日立及	·····································	認知症	高齢者	(国立)	• п •	Ia· I	b• Ⅲa	• Шь •	IV • M
趣味 レース編	み、刺繍、	押し花、き	めこみパッ	ッチワーク	特技		以前は	セーター	ーなどの編み物
個別レクリエーシャルの場合を表現り組むにあたっ				取り入れ、 tうに注意で		その日し	たいこと	を聞い	ておくようにする。
レクリエーションを 留意事項		集団レクリ 都度声か			こよって	は、参加	加される	ことがま	らると思うので、その

上記の個別レクリエーション計画書に基づき、サービス提供を行います。

平成 年 月 日

ご本人	(P)	ご家族等	(F)

生活不活発病だったAさん

●事例の概要

A さん(92 歳、女性、要介護 4)は、約1か月前に養護老人ホームから B 特別養護老人ホームに入所してきました。A さんは夫が亡くなった後、脳梗塞で倒れて右半身に軽度の麻痺が残ったことから、田舎の家での一人暮らしは困難になり 7 年前に養護老人ホームに入所しました。しばらくは落ち着いた生活を送っていましたが、 2 年ほど前から体調がすぐれず、転倒も多くなり、ベッド上で過ごすことが増え、 1 年半ほど前からはほぼ寝たきりの状態となっていました。生活機能が著しく低下したため、B 特別養護老人ホーム(4 人部屋の旧来型施設)に移ることになりました。

Aさんは、養護老人ホームでは「何もできない人」と思われ、「過剰介護」の状態となっていた様子です。また、転倒による骨折が危惧されたこともあり、歩くことは歓迎されず、ベッド上での生活が中心となっていました。B特別養護老人ホームでは、約1か月間Aさんの生活の様子を観察した後、家族の話も情報源としながら、介護計画を立案することになりました。

② ● 生活歴と当初(入所から2週間)のアセスメントの状況

発病歴

C市で4人きょうだいの3番目として生まれる。15歳の頃、紡績工場に奉公に出る。この頃、住み込み先の旦那さんから「歌が好きだね」と言われるほど1人でよく歌っていた。

22 歳のときに地元 C 市に戻って結婚したが、相手が病気がちであったため離婚。29 歳で再婚し、3 人の子どもに恵まれ、60 歳代半ばまで夫と共に漁業を営む。海に関係する仕事で足腰が冷えることが多く、膝が悪くなった。次男も共に働いていたが、機械の修理作業中に右手を巻き込まれてしまい、それをきっかけに一家で漁業をやめた。その後数年間は、夫と2 人で自宅で花や野菜を育てて暮らしていた。

12年前に夫が他界し、一人暮らしとなって2年後に脳梗塞で倒れる。軽度ではあるが右半身に麻痺が残り、しばらくは住み慣れた家にいたが、その後一人暮らしが困難になったため、養護老人ホームに入所。そこで7年間過ごした。収入は、国民年金のみである。

身元引受人となっている次男によれば、外面はよいが身勝手なところもあり、昔は近所の人とちょっとしたトラブルを起こすようなこともあったようだ。長男や長女は離れて暮らしていることもあるが、Aさんの身勝手な面を嫌うところもあって、多少、疎遠になっている。ただし、次男のことはとても頼りにしていて関係も良好。また、次男のお嫁さんとの関係もよいという。

既病歷。病気

* 胆石、脳梗塞(10 年前)、白内障の手術(5 年前)、腰椎圧迫骨折、変形性膝関節 症 (4 年前)

身体機能

- * 脳梗塞の後遺症で、軽度の右片麻痺がある。
- 両 上 肢とも肩まで上げることができる。左手は口元まで持っていくことができる。
- 下肢は、筋力低下はあるものの、支えれば何とか踏ん張れる。
- 腰部可動域制限がある。
- ☆ 立位時に両膝関節に痛みがある。
- *車いす、ポータブルトイレでは座位保持ができる。
- ◆体幹はしっかりとしている。
- ◆ 難聴(左が聞こえやすい。やや大きな声で)
- ♥ 視覚は良好。
- * 発語は、小声だが十分に聞き取ることができる。

知的機能

- また漁業を営んでいた頃のことをよく覚えている。
- * 施設間の引き継ぎでは、認知症の症状があるとの話だったが、診断されているわけではない。
- ⋄訪ねてくる家族の顔はよくわかる。
- * 時々、以前に暮らしていた養護老人ホームと混乱することがある。
- * つい先ほどのことでも忘れて思い出せないことが多い。
- *日時や曜日はわからないことが多いが、依頼したことや質問は理解でき、日常生活で困る

様子はない。

* 感情面でのムラはあまりなく、穏やか。

生活機能

食事

- 約5年前に利き手交換を行い、左手でスプーン・フォークを用いて摂取。前の施設ではベッド上で摂取していた。
- * 米飯、刻み食。
- * 義歯の調整が必要だが、嚥下や咀嚼の状態は良好で、何でも「おいしい」と言って食べる。

身じたく

- •約1年半ベッド上での生活だったので、パジャマ姿で入所してきた。
- * 着替えを勧めると「今さらおしゃれしてどうする」と言っていたが、 次男に洋服を持ってきてもらい、着用すると笑顔になる。いくつか差 し出したなかから好きな衣類を選ぶことができる。
- * 指にクリームをつけると顔に塗ることができる。
- 着替えの際、左腕を伸ばすことができる。
- * 自 ら着替え、整髪、整容、義歯の洗浄等を行うことはない。

排泄

- 1日中おむつを使用しているが、日中は排尿を訴えることができる。
- *本当は、おむつよりもポータブルトイレの使用を希望しているらしく、最近「ここ(おむつ)にしたら悪いね」と言って、ポータブルトイレに座り排尿した。
- * 排泄後にコールを押して職員を呼ぶことができる。
- ◎便がゆるくて間に合わないことがある。

清潔の保持

- ⋄入浴は好きで、入浴後に腹部をタオルで拭くことができる。
- ∘ 洗髪や洗身は自分では困難。
- ∞声をかけて促すと手洗いやうがいができる。
- 自分で痰を出し、ティッシュペーパーで拭き取って丸めておくことができる。

睡眠

● 眠前薬を使用しているが、服薬前に眠っていることも多い。

性格。人付き合い -

- 昔から世話好きで、人から「してもらう」ことは好きではなかったという。
- *本来は話好きだが、難聴のため「どうせ聞こえない」と他者とのかかわりをあきらめている様子がみられる。
- * 自ら話をすることは少ないが、職員が間に入ると他の利用者と話をすることができる。
- 面会に来る次男との会話を楽しみにしている。
- ◎用事があれば手招きをして職員を呼び、自分の思いを伝えることができる。
- * 職員が声をかけると「あんたはこの町の人?」と尋ね返してくる。

趣味・生きがい 一

- カラオケが好きだった。
- * 昔は習字が趣味だった。
- * テレビでは、時代劇を観るのが好き。
- ◆次男への思いや戦争で亡くなった弟に対する思いが強い。

本人・家族の思い

- * A さん自身からは「十分してもらっているので、何もありません」という言葉しか返って こない。
- * 次男には、「年も年なので無理もいえないが、もう少し元気になってもらいたい」という 思いがあるという。

服薬

- 便秘薬 2 種類
- * 血圧の薬1種類
- 脂質異常症の薬 1 種類
- *眠前薬1種類

① 総合的な援助の方針(「施設サービス計画書 1 1より)

以前の施設で転倒することが多くなり、1年半近く寝たきりの状態となっていた。現在は不活発な生活を送っているが、活用できる身体機能はたくさんあるため、「している活動」と「できる活動」を評価しながら、「している活動」を増やしていくかかわりが重要である。A さんの体力面、精神面に配慮しつつ、徐々に活動性を向上させるために多職種での連携を図り、生活リズムの構築と社会性の再獲得を目指し、「A さんらしさ」を引き出す支援に努める。また、関節の痛みによる身体の動かしにくさがあるため、職員間で情報を共有し、統一した介護を実施する。

② 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)(「施設サービス計画書②」より)

- 1) ベッド上で安静に過ごす生活が1年半近く続いている。今の姿が当たり前ではなく、ベッドを離れ、できるだけ普通の生活のリズムに戻りたい。
- 2) できることは自分で行うような生活をしたい。
- 3) 難聴であるが他の人とかかわりをもち、メリハリのある暮らしをしたい。
- 4) 関節の痛みに配慮した介助をしてほしい。
- 5) 下剤や眠剤について再検討をしてほしい。

A さんの介護展開モデルとしては、「生活不活発病(廃用症候群)モデル」が参考になる と説明しましたが、このモデルの介護方針で最も重要なのは、要介護状態が進行してしまっ た原因は病気の問題以上に介護のあり方が不適切であったということを理解することです。 つまり、介護のあり方を見直すことで、A さんの心身の状況が改善する可能性が高いという

*2

介護保険制度のスタートにあたり当時の厚生省から出された通知(平成 11 年 11 月 12 日老企第 29 号)において、居宅および施設それぞれの「介護サービス計画書標準様式」が示されている。この様式はケアマネジメントによるサービス提供のあり方を前提として作成されており、第 1 表において「総合的な援助の方針」を定め、第 2 表で「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」「目標」「援助内容」を整理していくこととされている。現在、多くの介護保険サービスの事業所や施設においては、この標準様式を前提としてケアプランが作成されている。簡単に整理すれば、ケアマネジメントを前提とする全体的なケアプランが多職種連携によるサービスを基本としているのに対して、介護過程の介護計画は介護職を中心としたサービスが基本となっている。ケアマネジメントと介護過程の関係については、30 頁参照。

ことでもあります。

実際に、全体的なケアプランにおける「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に関しても、「5)下剤や眠剤について再検討をしてほしい」以外の4項目は、リハビリテーション職等の協力を得ながら、介護職が取り組むべき課題であるといえます。このようなAさんの介護計画作成にあたっては、「できること」と「できないこと」を整理することから始めます。

Aさんのできること・できないこと

Υ			የሃሳታቸው የተል ነጻ አስመው የተመቀመው የ
	できること (入所 1 か月後の経過)	できると思われること	介護上の留意点等
食事	 ご飯と刻み食を利き手交換した左手でスプーン・フォークを用いて摂取。 むせはない。 何でもおいしいと食べる。 他の利用者と同じテーブルで、いすに変りして食事をする。 	もっと、好きなものや 食べたいものを伝えて もらえるのではない か。	 ◆義歯が合っていない面があるが、本人は不便を感じていない様子を感じていない様子の本人、家族と相談して、対応を検討する)。
排泄	■昼も夜もおむつ交換を 行っている。ポータブルトイレで排 尿ができた。	● 尿意、便意が全くない というわけではないよ うなので、声かけ・誘 導でトイレでの排泄が 可能になるのではない か。	あった際にトイレ誘導 を行う。
<u></u> 座位・立	●筋力低下はあるが、支き えれば立つことがでは る。ながではない、全体的にり、 なが硬になって が砂にで がでしることがある。 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	*より長く座ることや立ち上がりの動作を繰り返すことで、体幹や足の筋力が回復してくるのではないか。	* 脳梗塞の後遺症による 右片麻痺があり、膝の 痛みもあるため、本人 まかせの立位では、危 険が生じる。

Particular to Local design of the second of	できること (入所 1 か月後の経過)	できると思われること	介護上の留意点等
移動	* 車いすに安定して座る ことができる。	ゆっくりであれば、車いすを手で漕ぐことができるのではないか。しっかりと支えれば手引き歩行も可能ではないか。	* 寝たきりの生活が長かったので、本人の不安が強い。無理強いするのではなく、できることを促す。
コミュニケーション	難聴であるが、左耳のほうが聞こえやすい。発語は小声だが、十分に聞き取ることができる。他人の話をきちんと理解できる。	その場その場でのやり 取りは問題なくできる ので、言語でのコミュ ニケーションが可能で はないか。	*大きな声で、ゆっくりと左側から話しかける。*言いっぱなしではなく、理解できているかどうかを確認する。
居場所	* ベッド上だけではなく、徐々にリビング等で過ごす時間が増えてきた。 * 同室者(4人部屋)との関係も問題ない。	®周囲の利用者ともかか わりながら、自分なり の居場所をつくってい くことが可能ではない か。	お互いに耳が遠いので、利用者同士の関係で、利用者同士の関係でくりは仲介役が必要。時代劇が好きということなので、放送の際に声をかける。
整容等	 ・促すと、洗顔や歯みがきる。 きを行うことができる。 ・顔にクリームを塗るなどがある。 ・好きな衣類を選ぶことができる。 ・洗髪は全介助で行っている。 	 整容や服装など、Aさんの たらしい身だしなではです。 整えることが可能ではないか。 両上肢を肩まで上げることもできることがもっともできることがいか。 とあるのではないか。 	ら」といった言葉を口 にする。無理強いはせ ず、楽しみとしてのお しゃれを促す。
服薬	2種類の薬が処方されているが、軟便のことが多い。既剤が処方されているが、服薬前に眠ることも多く、睡眠状態も良好。	▼下剤の調整が必要ではないか。◆ 眠剤がなくても眠ることができるのではないか。	服薬のコントロールの 検討を依頼する。

介護計画の目標設定

出来ること、できないこと、介護上の留意点等を踏まえ、Aさんの介護計画における目標を次のように定めました。

長期目標

ほぼ寝たきりの生活が1年半 続いたことにより、様々な生活能力の低下がみられるので、利用を習慣化することを軸として生活リズムを再構築していく。

長期目標

自分でできることやより少ない介助によってできる機能がたくさんあるので、その維持・向上を図っていく その際、右半身麻痺や関節に痛みがあることに十分配慮し、職員間で情報を共有し、統一した介護を実施することで安全に安心して暮らせるように努める

長期目標

おしゃれについて関心が低下しているが、生活場面を増やすことで A さんなりの選択や決定ができる生活に向めた支援に勤める

A さんに介護計画

課題	短期目標	支援内容	方法
			筋力、機能面の評価
		 リハ職、看護職との連携により、離床	座位の状況を報告する。
		可能な状態を見極める。	体調の確認
		可能な小感と光極のも。	表情、顔色などの報告
			睡眠状態の確認
			離床について、本人にわかりすいように説明し了解を
			得る。
	 離床時間が増える。		車いすで移動する。
		 離床時間の調整	食事時間を中心にリビングで過ごす
			食前、食後30分は食堂で過す。
 離床時間を増やし、日中活動を通してメ			10 時、15 時のおやつの時間利用して、リビングで過
MIKING 10 10 11 12 12 13 14 15 15 15 15 15 15 15			ごす
り入りののも主角り入口が確立しさる。			体調や表情を観察し、無理をさせない
			大きな声でゆっくりと左側 から話しかける
		難聴に配慮したかかわりをもつ。	理解できているかどうかをききんと確認する。
			他の利用者との会話の仲介をとる。
		 居心地のよい場所を提供する。	リビングで定位置に座る。
			食堂では、同じメンバーで食事を摂る。
	 離床時の楽しみがで		テレビの時代劇を観る。
	を できる。		他の利用者との会話を促す。・職員が仲介する。
	C 50.	楽しめる活動を見つける。	行事への参加を促す。
			車いすで戸外の散歩を勧める。
			趣味だったカラオケを勧める。

課題	短期目標	支援内容	方法		
			職員間で情報を共有する。		
	 痛みに配慮した介助		・関節可動域を把握		
	を受けることができ	 統一した介助の提供	・痛みのある姿勢の把握		
	る。		いきなり関節を動かさず、声をかけ了解を得てから動		
 関節の痛みに配慮しながら、自分ででき	.		かす。		
ることは自分で行うなど、残存機能を活			本人の力を利用する。		
かした生活が維持できる。			表情を見ながら、肘かけ付きのいすに移ることを説明		
13 OTCITION MENTICE SO		 食事のときは、食堂のいすに移る。	する。納得が得られないときは、無理強いしない。		
	食堂で食事を磁力摂	とすってこは、 反主のバッに与る。	その席で大丈夫か確認する。		
	取できる		食前に手拭きを勧める		
		 自力摂取を見守る	献立を紹介し食事を勧める。		
		H/31/14/12/2019	滑り止めシートを使い食器が動かないようにする。		
			着たい衣類を自分で選んでもらう		
			・着替えやすい衣類を提供する。		
		タオルに石けんをつけて、手渡し、見	・職員も一緒に選ぶ。		
	 好みの服を着ること	守る。	無理強いはせず、本人のタイミングに合わせて更衣を		
	ができる。	自分で洗うことができる部分は、自力	促す。		
	<i>1</i> , <i>1</i> = 3,	で洗うよう促す。	ズボンの着脱時は転倒に注意する。		
│ │清潔に気持ちよく過ごせるように、自分		できないところを介助する。	できないところは介助する。		
の思うように、身の回りのことがで			本人の好みの衣類を持ってきてもらうよう家族に依		
きるようになる。			頼する。		
			① 顔拭きは温かいタオルを手渡す。		
		 整容の介助	整髪はブラシを手渡す。		
		E107/33	・鏡を用意する。		
	清潔に過ごせる。		顔用のクリームはふたをはずして手渡す。		
			そけい部の清拭をこまめに行う 温かいタオルの使		
		オムツ交換時の清潔	用 排便時は微温湯で行う		

事例1

利用者: T様, 男性, 76歳, 要介護5

介護の状況:パーキンソン病により、日常生活動作(ADL・IADL)全般において、介護が必要な状態。介護者は72歳の妻。8年前の利用当初、訪問介護は週2回から始まったが、病気・障害の進行により、今日では、毎日の利用に至っている。

訪問介護計画の作成にかかるポイント

- ◆ ここまで、要介護認定の更新時をベースに、モニタリングの際に把握した心身の 状態や利用者・家族の希望などを受け、必要時にケアプランと共に、訪問介護計 画を作成し直してきた。
- ●上記のような介護過程にかかることを経過記録に残し、振り返ることで、病気の 進行状況とそれに伴って変わりゆくニーズやサービス内容など、訪問介護計画に 盛り込む事柄について、ある程度予測を立てることができた。
- ●「(総合的な)援助の方針」については、「生活全般に介護が必要なご本人において、必要な介助を行い、一日でも無事に自宅で暮らせるように支援する。また、ご家族の負担軽減にも配慮する」とのケアプランの記載に、訪問介護として、目標などを踏まえて加筆した。「長期目標・短期目標」についても、訪問介護として、心して臨むことを加筆した。
- ●「サービス内容および留意点」に、アセスメントの時に使用物品やシーツ交換について、利用者・家族と打ち合わせした具体的な内容を記した。また、利用者・家族に対して、柔らかい印象をもっていただけるよう、計画全体を、です・ます調に統一した。

第2表

居宅サービス計画書(2)

利用者名 T 股

生活全般の		E		an de la company			援助内容			
解決すべき課題 (ニーズ)	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
生活全般に手助け	心身機能の悪化防	~△年	褥瘡・拘縮を防止	~◇年	おむつ交換,更衣の介助,	0	訪問介護	◇◇事業所	毎日	~△年
が必要である	止を図る	◇月	する	△月	清潔保持、体位変換など		*			◇ F
寝たきりにより通		~△年		~◇年			訪問診療	□□診療所	月2回	~ △年
院が困難である		◇月		△月						◇ 月
口から食べること	.,	~△年		~◇年			訪問看護	□□事業所	通2回	~ △年
ができない		◇月		△月	ス交換、口腔ケア、家族へ		妻			◇月
					の指導など					***********
家族等介護者の負	自宅での生活を1	~△年	家族等介護者の負	~◇年	妻のお話を傾聴し、相談に	0	居宅介護支援	△△事業所	随時	~△年
担が増している	日でも継続する	◇月	担を軽減する	△月	乗る。短期入所療養介護な		****		*************	◇月
					ど,必要な情報を提供し,					
				******	利用を促す					~~~~~~~
同上	同上	~ △年	同上	~◇年	介護者の腰痛防止などに必	0	福祉用具貸与	△△事業所	毎月	~ △年
		◇月		△月	要な高さ調節や背上げ・足			*********		◇月
					上げ機能を付けたベッド、			***********		*****
					および離床のための介助用		***************************************	************************		
					車いす		,,			

^{※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〇印を付す。

^{※2「}当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

訪問介護計画書

作成者:○○

作成日: ◇年 ▽月 △日

〇氏名:

T

様

○性別:男性

○年齢:76歳

○住所:□□市

○要介護度:要介護5

●利用者本人の意向:家に居たい。

●家族の意向: (妻) できる限り自宅で夫を介護していきたい。

●(総合的な)援助の方針:生活全般に介護が必要なご本人において、ご家族と協力しながら、必要な

介助を行うと共に, 心身の機能維持, 悪化防止, さらには褥瘡・拘縮防止 に努め、一日でも無事にご自宅で暮らしていただけるように支援します。

また、ご家族の負担軽減にも配慮します。

◎訪問日時:毎日 9時~10時30分(介護保険適用。自己負担○○円)

◎担当サービス提供責任者:○○

◎担当ホームヘルパー:▽○他

解決すべき課題 (ニーズ)	長期目標 (期間)	短期目標(期間)	サービス内容および留意点
生活全般に手助	必要な介助を行い,	清潔保持に努め,	●おむつ交換:訪問し,ご本人の様子・
けが必要です。	心身機能の悪化防	関節を動かし、褥	体調を伺った後,対応します。交換時,
	止を図ります。	瘡,拘縮を防止し	陰部について,清拭・洗浄します。
	(◇年▽月~△年	ます。	(所要時間:約 20 分)
	◇月)	(◇年▽月~△年	
		◇月)	●着替えの介助等:就寝時に着ていた衣
			類を着替えます。脱いだ衣類は洗濯か
			ごに入れます。着替えの際に洗顔し,
			手足などを拭きます。お湯は台所でい
			ただき、タオルなどは所定の棚から使
			用します。 (所要時間:約 40 分)
		The state of the s	●寝返りの介助:ご本人にとって安楽な
			姿勢に配慮します。
			(所要時間:約5分)
			●寝室の掃除・整理、シーツ交換:シー
			ツ交換は,週1回を目安に行います。
			(所要時間:約 15 分)
			●記録:対応させていただいた内容など
		n	を記録し,ご家族,訪問看護師などに
			申し送ります。(所要時間:約 5 分)

上記の内容について説明を受け同意し、交付を受けました。

年 月 日

本人・代理人

事例2

利用者: K様, 女性, 79歳, 要介護1

介護の状況: 独居で, 支援してくれる家族はいない。関節リウマチにより, 家事面において手助けが必要な状態。リウマチの進行や, 日内変動に伴う痛みや不安定な症状に向き合いながら, 自分のことは自分でしたいという思いが強い。訪問介護としても, 本人の意思を尊重したサービス提供を心がけている。

訪問介護計画の作成にかかるポイント

- ●自分のことは自分で行うという本人の意思を踏まえて作成。そのことを「(総合的な)援助の方針」や「目標」に明記した。
- ◆洗濯物のたたみと夕食の調理は、身体介護における「自立生活支援のための見守り的援助」として、利用者とホームヘルパーが「共に(一緒に)」行い、利用者の自立を支援することを利用者にも担当ホームヘルパーにも理解してもらうために、「サービス内容および留意点」に、「一緒に」という文言を意識して盛り込んだ。
- ●上記の一方で、アセスメントにより把握した、日内変動などを伴う関節リウマチの症状を踏まえ、利用者とケアマネジャーに了解を得た上で、痛みが強い時の対応についても記載した。
- ●買い物に際して扱う金銭において、利用者との齟齬・誤解などを避けるために、利用者本人と打ち合わせした金銭ルールについて明文化した。
- ◆本人が「なぜ(訪問)記録を書くのか」と気にしていたので、職員間の引き継ぎや税金・保険料から補助をもらう条件になるなど、記録もサービス・業務の一環であることを説明し、同意してもらうためにも「サービス内容および留意点」に記した。

第2表

居宅サービス計画書(2)

利用者名 K 殿

生活全般の	An a Mai						援助内容			
解決すべき課題 (ニーズ)	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
関節リウマチによ	できることを増や	~△年	生活の中で、でき	~◇年	・洗濯物の取り込み、たた	0	訪問介護	◇◇事業所	週2回	~△年
り,難しくなって	すことも見据えな	◇月	ることは自分で行	△月	み, 収納					◇月
いる家事を手助け	がら,現在の生活		3		買い物				1	
してもらいたい	の維持・向上を図			1	• 調理				*	
	శ									
痛みが強い時に起	無理なく自力で起	~△年	ベッドの操作に慣	~◇年	日内変動に伴う痛みが強い	0	福祉用具貸与	▽▽事業所	毎月	~△年
き上がれず、立ち	き上がり、立ち上	◇月	れる	△月	時に困難となる動作を助け					◇月
上がれない	がる		***************************************		る,高さ調節・背上げ機能					
					を付けた電動ベッド					
関節リウマチによ	痛みが軽減し,安	~△年	痛みの軽減を図る	~◇年	薬物療法		通院による受	□□診療所	月1回	~△年
る痛みがつらい	楽に生活できる	◇月	***	△月			B			◇月
自宅での生活を続	自宅での生活を継	~ △年	病気や心身の状態	~◇年	話を伺い,生活状況や心身	0	居宅介護支援	△△事業所	随時	~△年
けたいので相談に	続する	◇月	に合った支援を受	△月	の状態を把握。必要な支援		*****			◇月
乗ってほしい			ける		を提案					
話し相手がほしい	寂しい思いをせず	~△年	話をして楽しい気	~◇年	話し相手		傾聴ボランティ	□□市社会	週1回	~△年
	に過ごす	◇月	分になる	△月			ア	福祉協議会		◇月

^{**} 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 \bigcirc 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。 51

訪問介護計画書

作成者:〇〇

作成日: ◇年 ▽月 △日

○氏名:

K

様

○性別:女性

○年齢:79歳

○住所:□□市

○要介護度:要介護1

●利用者本人の意向:できることは何とか自分で行いながら、今の暮らしを続けていきたい。

●家族の意向:

●(総合的な) 援助の方針:関節リウマチと長く向き合いながら暮らしているK様の買い物, 調理など

において、ご本人の意思を尊重しながら、必要な手助けをさせていただき、

ご自宅での生活を継続していただけるよう支援します。

◎訪問日時:毎週月曜日,木曜日 15時30分から17時まで(介護保険適用:自己負担○○円)

◎担当サービス提供責任者:○○

◎担当ホームヘルパー: ◇△ ▽○

解決すべき課題 (ニーズ)	長期目標 (期間)	短期目標(期間)	サービス内容および留意点
関節リウマチに	できることを増や	生活の中で、でき	●訪問し,体調を伺った後,洗濯物を取
より, 難しくなっ	すことも見据えな	ることは自分で行	り込み、ご本人と一緒に、たたみ、収
ている家事を手	がら,現在の生活	います。	納します。 (所要時間:約20分)
助けしてもらい	の維持・向上を図	(◇年△月~◇年	
たい。	ります。	△月)	●夕食の献立を伺い、必要な食材の買い
	(◇年▽月~△年		物に赴きます。お金をご本人より預か
	◇月)		り,帰宅後すぐに,お釣りとレシート
		-	をご本人に確認していただきます。
			(所要時間:約 30 分)
			●ご本人と一緒に、夕食の調理を行いま
			す。野菜切りや盛り付けなど,できる
			ことはご自身で行っていただきます
			が,関節リウマチによる痛みが強い場
			合は、無理をせず、ホームヘルパーが
			必要な手助けを行います。
		Apple managed to	(所要時間:約 35 分)
			●必要なことを、記録に残します。
			(所要時間:約 5 分)

上記の内容について説明を受け同意し、交付を受けました。

年 月 日

本人・代理人

事例3

利用者: U様、男性、83歳、要介護2

介護の状況:住宅型有料老人ホーム(以下,老人ホーム)で独居。近隣に妹家族が住んでおり、週1回くらい面会に訪れる。脳梗塞の右片麻痺により、外出時の移動(四点杖による歩行)に見守りや介助が必要な状態。また、失語症により、目的の構音を発することに時間がかかる。

訪問介護計画の作成にかかるポイント

- 通院に際し、病院内の介助には介護保険が適用されないので、その旨を「訪問日時」欄に記した。
- 訪問日時は、病院が開いている時間に加え、老人ホーム内の入浴や食事、クラブ活動などのスケジュールを、ケアマネジャーのもとで確認してもらい、調整した。
- ●利用者本人の意向であり、解決すべき課題(ニーズ)である「転倒防止」を、意識して明記した。なお、今回の通院介助は、「脳梗塞の再発を防ぐ必要がある」というニーズにもかかわるが、こちらはホームの看護職員の方で評価をしてもらうことを、サービス担当者会議で確認した。
- 身だしなみの方法や、忘れ物がないように確認する持ち物、病院までの道順、ホームへルパーは麻痺側を付き添い、自動車の往来にも気をつけること、帰り道は疲れ具合を伺いながら支援すること、歩行中の声かけは、歩行への集中を妨げないよう配慮することなど、具体的な見守り・介助方法や留意点については手順書に記し、担当のホームへルパーに指示を出した。
- ◆ケアプランには明示されていなかったが、ケアマネジャーと相談の上、利用者本人の意向を踏まえ、訪問介護として、通院とはいえ外出に「楽しい」という色を加えさせてもらった。

第2表

居宅サービス計画書(2)

利用者名 U 殿

生活全般の	A TAX CONTRACTOR				Andrew Property Control of the Contr	Milde.	提助内容	Transfer of the		
解決すべき課題(ニーズ)	長期目標	(MM)	短期目標	(期間)	サービス内容	*1	サービス種別	Ж 2	頻度	期間
ホームで楽しく過	ホームでの生活に	~△年	一日一日を楽しい	~◇年	• アクティビティ(毎日)		◇◇ホーム介	◇◇ホーム	毎日	~△年
こしたい	生きがいを感じる	◇月	と思える	△月	クラス活動 (毎週)		護職員	3		◇月
					•季節行事(毎月)					
脳梗塞の再発を防	再発せずに、健康	~△年	血圧などを安定さ	~◇年	ホーム内および通院による	0	◇◇ホーム看	◇◇ホーム	毎日	~△年
ぐ必要がある	に生活する	◇月	せる	△月	健康管理・病状管理		護職員			◇月
			***************************************				訪問介護によ	◇◇訪問介	月2回	~△年
					,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		る受診	護事業所		◇月
								□□病院		
外出時の転倒が怖	転倒せず,安心し	~△年	転倒を防止する	~◇年	通院介助	0	訪問介護	◇◇事業所	月2回	~ △年
く,一人では通院	て通院する	◇月		△月						◇月
できない										
もっとスムーズに	自分の話が聞き取	~ △年	はっきりと発語で	~◇年	 	0	通所リハビリ	□□事業所	週2回	~△年
話したい	りやすくなる	◇月	きる単語を増やす	△月			テーション			◇月
									**********	,

^{※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〇印を付す。

^{※2「}当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

作成者:〇〇

◇年 ▽月 △日 作成日:

訪問介護計画書

〇氏名: 様 ○性別:男性 ○年齢:83歳 ○要介護度:要介護2 ○住所:□□市

●利用者本人の意向:転ばないように気をつけながら、ホームでの生活を楽しみたい。

●家族の意向: (妹いわく) 本人がしたいことをさせてほしい。

●(総合的な) 援助の方針: U様にとって、転倒の危険が伴う、外出(通院) 時の移動面を支援しま

す。また、外の景色を眺め、楽しんでいただきたいと思います。

◎訪問日時:毎月第2.第4水曜日 10時00分から11時45分まで

(介護保険適用〈病院内の時間を除く〉:自己負担○○円)

◎担当サービス提供責任者:○○

◎担当ホームヘルパー:▽○

解決すべき課題 (ニーズ)	長期目標 (期間)	対 短期目標 (期間)	サービス内容および留意点
外出時の転倒が	転倒せず、安心し	転倒を防止する。	●入室し、体調を伺った後、衣服や髪な
怖く,一人では	て、外出を楽しみ	(◇年△月~◇年	どの身だしなみ、持ち物の確認を支援
通院できない。	ながら通院し,ホー	△月)	します。 (所要時間:約 10 分)
	ムに帰ってくる。	- American de la companya de la comp	
	(◇年▽月 ~ △年		●転倒に気をつけながらホーム内の歩行
	◇月)		を見守り、ホーム外でも一層の注意を
			払いながら、病院までの往復を付きる
			います。また、季節を感じていただけ
			るような声かけをさせていただきます。
			(所要時間:約 45 分)
			●病院内での手続きなどは,ご自身で
			行っていただきます。一方、病院職員
			との会話に際して, 必要に応じて補い
		Communication of the Communica	ます。 (所要時間:約45分)
			●必要なことを記録に残し、ホームの 取
			員等に申し送ります。
			(所要時間:約5分

上記の内容について説明を受け同意し、交付を受けました。

月 本人・代理人

 記載日
 年
 月
 日

 提供責任者
 様

項目	詳細動作		 チェック項目		特記事項
<u> </u>	買物に行く	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	104-0-2
	自分で物品を選ぶ	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
買物	品物を袋やカゴに入れる 袋やカゴを持つ(軽い物)	□できる(自立) □できる(自立)	□介助があればできる□介助があればできる	□全くできない(全介助) □全くできない(全介助)	
A 100	袋やカゴを持つ(重い物)	口できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	支払い	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	おつりの確認メニュー決め	□できる(自立) □できる(自立)	□介助があればできる□介助があればできる	□全くできない(全介助) □全くできない(全介助)	
	材料の確認	口できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	調味料の確認	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	味つけ(調味料を使う) 味見	□できる(自立) □できる(自立)	□介助があればできる□介助があればできる	□全くできない(全介助) □全くできない(全介助)	
	野菜類を洗う	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
調理	切る…やわらかいもの	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
		□できる(自立) □できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助) □全くできない(全介助)	
	ミキサー・フードプロセッサー	口できる(自立)	□介助があればできる□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	調味料の補充	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	盛りつけ	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	実施 実施配膳	□できる(自立) □できる(自立)	□介助があればできる□介助があればできる	□全くできない(全介助) □全くできない(全介助)	
	下膳	口できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
片付け・配膳	食器洗い	口できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
下膳	調理器具類食器拭き	□できる(自立) □できる(自立)	□介助があればできる□介助があればできる	□全くできない(全介助) □全くできない(全介助)	
	収納	口できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	残飯整理	口できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	はたきかけ バケツに水溜め	□できる(自立) □できる(自立)	□介助があればできる□介助があればできる	□全くできない(全介助) □全くできない(全介助)	
	雑巾洗い	口できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
掃除	雑巾しぼり	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	掃除機使用掃ぐ	□できる(自立) □できる(自立)	□介助があればできる□介助があればできる	□全くできない(全介助) □全くできない(全介助)	
	<u>押</u> 、 拭く…台、タナ	口できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	…床、たたみ	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	ゴミまとめ ゴミ出し	□できる(自立) □できる(自立)	□介助があればできる□介助があればできる	□全くできない(全介助) □全くできない(全介助)	
	ボタンつけ	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
被服の補修	ホックつけ	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	被服の補修 針の糸通し	□できる(自立) □できる(自立)	□介助があればできる□介助があればできる	□全くできない(全介助) □全くできない(全介助)	
	洗濯機使用	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	干す	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
洗濯	たたむ 収納	□できる(自立) □できる(自立)	□介助があればできる□介助があればできる	□全くできない(全介助) □全くできない(全介助)	
	アイロン使用	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	衣類の着脱	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
着脱	<u>穴にボタンを通す</u> ホックを留める	□できる(自立) □できる(自立)	□介助があればできる□介助があればできる	□全くできない(全介助) □全くできない(全介助)	
有加	ファスナーの上げ下げ	口できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	部分更衣()	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	髪をとかす ひげそり	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
整容	爪切り	□できる(自立) □できる(自立)	□介助があればできる□介助があればできる	□全くできない(全介助) □全くできない(全介助)	
	着衣整え	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
入浴	浴槽出入り	□できる(自立) □できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助) □全くできない(全介助)	
八石	<u>洗身</u> 洗髮	□できる(自立)	□介助があればできる□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
口腔ケア	歯磨き	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
T/L//	養歯洗浄	□できる(自立)	□介助があればできる□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
歩行	<u>屋外(</u>) 屋内()	□できる(自立) □できる(自立)	<u>□介助があればできる</u> □介助があればできる	□全くできない(全介助) □全くできない(全介助)	
	階段昇降()	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
服薬	内服	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助) □全くできない(全介助)	
	点眼 湿布貼付	□できる(自立) □できる(自立)	□介助があればできる□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	軟膏塗布	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
金銭	預貯金の出し入れ	口できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
立ち上がり	公共料金の支払い	□できる(自立) □できる(自立)	□介助があればできる□介助があればできる	□全くできない(全介助) □全くできない(全介助)	
	バス	□できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
移動手段	タクシー	口できる(自立)	□介助があればできる	□全くできない(全介助)	
	電車 自家用車	□できる(自立) □できる(自立)	□介助があればできる□介助があればできる	□全くできない(全介助) □全くできない(全介助)	
				\/1'/4/	

訪問介護計画書 様云

利フリガナ			性別	更新日 平成(O○年 △ 月	×
用者氏名		様	女	計画作成者(担当サービス提供	共責任者)
【長期目標】			<u> </u>			
【短期目標】						
【家族の要望】						
身体・家事 に関する事						
曜日	時間帯	週間子	定表	訪問介護	負	
		1				
【サービス内容】 【身体介護】						
サービス項目			サービ	、ス内容		
-						
【生活援助】						
サービス項目			サービ	、ス内容		
【備考】						
₹:佛令』						
私は上記の訪問介護語	計画書に基づきサービスを提	:供するこ	—— とに同意し			
〈指定訪問介護事業	所:0000000000>			平成	年 月	E
◆○○ケアステージ	ション					
東京都中央区東日本	体橋○-○-○ △△ビル5F	र	<u>~</u>	利用者		
TEL:00-0000-0000 代表取締役:介護	// FAX:00-0000-0000 太郎 管理責任者: ○○ (20	印 57	代理人		
		,				

老振発第 0327 第 2 号 平成 27 年 3 月 27 日

都道府県 各 指定都市 介護保険主管部(局)長 殿 中 核 市

厚生労働省老健局振興課長 (公印省略)

通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する 事務処理手順例及び様式例の提示について

通所介護における個別機能訓練加算を算定する利用者については、住み慣れた地域での 在宅生活を継続することができるように、生活機能の維持又は向上を目指し機能訓練を実 施することが求められる。

個別機能訓練加算の算定要件については、より効果的に機能訓練を実施する観点から、平成27年度介護報酬改定において、利用者の居宅を訪問した上で利用者の居宅での生活状況を確認することを新たに加算の要件に加えたところであり、この算定要件については、別に通知する「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成12年老企第36号)及び「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成12年老企第40号)において示しているところであるが、今般、あらためて、個別機能訓練加算の目的、趣旨の徹底を図るとともに、加算の実行性を担保するため、個別機能訓練加算の事務処理手順例及び様式例を下記のとおりお示しするので、御了知の上、管内市町村、関係団体、関係機関にその周知を図られたい。

記

- 1 通所介護における個別機能訓練加算の目的、趣旨等について
 - (1) 個別機能訓練加算(I)について

個別機能訓練加算(I)は、常勤専従の機能訓練指導員を配置し、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう複数メニューから選択できるプログラムの実施が求められ、座る・立つ・歩く等ができるようになるといった身体機能の向上を目指すことを中心に行われるものである。

(2) 個別機能訓練加算(Ⅱ)について

- ア 個別機能訓練加算(Ⅱ)は、専従の機能訓練指導員を配置し、利用者が居宅や住み慣れた地域において可能な限り自立して暮らし続けることができるよう、身体機能の向上を目的として実施するのではなく、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」といった生活機能の維持・向上を図るために、機能訓練指導員が訓練を利用者に対して直接実施するものである。
- イ 生活機能の維持・向上のための訓練を効果的に実施するためには、実践的な訓練を反復して行うことが中心となるため、身体機能を向上とすることを目的とした機能訓練とは異なるものである。実際の生活上の様々な行為を構成する実際的な行動そのものや、それを模した行動を反復して行うことにより、段階的に目標の行動ができるようになることを目指すことになることから、事業所内であれば実践的訓練に必要な浴室設備、調理設備・備品等を備えるなど、事業所内外の実地的な環境下で訓練を行うことが望ましい。

従って、例えば、単に「関節可動域訓練」「筋力増強訓練」といった身体機能向上を中心とした目標ではなく、「週に1回、囲碁教室に行く」といった具体的な生活上の行為の達成が目標となる。また、居宅における生活行為(トイレに行く、自宅の風呂に一人で入る、料理を作る、掃除・洗濯をする等)、地域における社会的関係の維持に関する行為(商店街に買い物に行く、孫とメールの交換をする、インターネットで手続きをする等)も目標となり得るものである。

(3) 個別機能訓練加算(I)と個別機能訓練加算(II)の関係性

個別機能訓練加算(I)については、身体機能の向上を目指すことを中心として行われるものであるが、個別機能訓練加算(I)のみを算定する場合であっても、並行して生活機能の向上を目的とした訓練を実施することを妨げるものではない。

なお、個別機能訓練加算(I)と個別機能訓練加算(I)をそれぞれ算定する場合は、それぞれの加算の目的・趣旨が異なることから、別々の目標を明確に立てて訓練を実施する必要がある。

2 個別機能訓練の実務等について

(1) 個別機能訓練の体制

- ア 個別機能訓練は、機能訓練指導員(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師。以下同じ。)、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職の者(以下「機能訓練指導員等」という。)が共同して、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し行うものである。
- イ 管理者は、個別機能訓練計画に関する手順(ニーズ把握・情報収集、アセスメント・評価、計画の作成、説明・同意等)をあらかじめ定める。

(2) 個別機能訓練の実務

ア 個別機能訓練開始時におけるニーズ把握・情報収集

機能訓練指導員等は、個別機能訓練を行う場合は、利用者の日常生活や人生の過ごし方についてのニーズを把握するとともに、利用者の居宅での生活状況(ADL、IADL等)を居宅訪問の上で確認するものとする。また、医師からは利用者のこれまでの医療提供の状況について、介護支援専門員からは、居宅サービス計画に基づいて利用者本人や家族の意向、総合的な支援方針、解決すべき課題、長期目標、短期目標、サービス内容などについて情報を得る。

なお、ニーズ把握には、別紙様式1の興味・関心チェックシートを参考にすると ともに、居宅訪問の際のアセスメント項目は、別紙様式2の居宅訪問チェックシー トを参考に確認する。

イ 個別機能訓練開始時におけるアセスメント・評価、計画の作成、説明・同意等 アで把握した利用者のニーズと居宅での生活状況を参考に、多職種協働でアセス メントとそれに基づく評価を行い、個別機能訓練計画を作成する。個別機能訓練計 画は別紙様式3の様式を参考に作成する。なお、通所介護においては、個別機能訓 練計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個 別機能訓練計画の作成に代えることができる。

また、居宅サービス計画、通所介護計画及び短期入所生活介護計画と連動し、これらの計画と整合性が保たれるように個別機能訓練計画を作成することが重要である。通所介護計画書は、別紙様式4を参考に作成する。

ウ 利用者又は家族への説明と同意

個別機能訓練計画の内容については、利用者又はその家族に分かりやすく説明を 行い、同意を得る。その際、個別機能訓練計画の写しを交付することとする。

エ 個別機能訓練の実施

機能訓練指導員等は、個別機能訓練計画に沿った機能訓練を実施する。

- オ アから工までの課程は3か月ごとに1回以上、個別機能訓練計画の進捗状況等に 応じ、利用者やその家族の同意を得た上で、訓練内容の見直し等を行う。なお、利 用者の心身の状態変化等により、必要と認められる場合は速やかに見直すこととす る。
- 3 短期入所生活介護の個別機能訓練加算について

個別機能訓練の実務等については、2のとおり実施するものであるが、短期入所生活介護の個別機能訓練加算は、通所介護における個別機能訓練加算(II)と同趣旨なので、当該加算と同様の対応を行うこと。

興味・関心チェックシート

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操·運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他 ()				その他(
その他 ()				その他 ()			

居宅訪問チェックシート

利用者氏名				生年	三月日	年		月 日		男・女	
訪問日	平成	年	月	日()	:	\sim	:	要	介護度	
訪問スタッフ					聑	战種					

	項目	レベル	課題	環境 (実施場所・補助具等)	状況・生活課題
	食事	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	排泄	・自立・見守り・一部介助・全介助	有・無		
ADL	入浴	・自立・見守り・一部介助・全介助	有・無		
ADL	更衣	・自立・見守り・一部介助・全介助	有・無		
	整容	・自立・見守り・一部介助・全介助	有・無		
	移乗	・自立・見守り・一部介助・全介助	有・無		
	屋内移動	・自立・見守り・一部介助・全介助	有・無		
	屋外移動	・自立・見守り・一部介助・全介助	有・無		
IADL	階段昇降	・自立・見守り・一部介助・全介助	有・無		
TADL	調理	・自立・見守り・一部介助・全介助	有・無		
	洗濯	・自立・見守り・一部介助・全介助	有・無		
	掃除	・自立・見守り・一部介助・全介助	有・無		
	項目	レベル	課題	状況·	生活課題
	起き上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
起居動作	座位	・自立・見守り・一部介助・全介助	有・無		
(PE/ID 男儿子	立ち上がり	・自立・見守り・一部介助・全介助	有・無		
	立位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		

【個別機能訓練計画書】

作成日:平成 年	月 日	前回作	作成日:平	成 年	月 日	計画作品	成者:			
ふりがな	性別	J	大正 /	昭和	介護認定	管理者	看護	介護	機能訓練	相談員
氏名		年	月	日生 (
本人の希望	<u> </u>	<u> </u>	家族の希	望		ļ	障:	害老人の	日常生活	自立度
										B2 C1 C2 活自立度
										IIIb IV M
病名、合併症(心疾患、吸器疾	患等)		生活課題			在名課題	芒環境(生i	活課題に関	関連する	生宅環境
運動時のリスク(血圧、不	救脈 応吸笙)		 				s <i>)</i>			
(単)時のグラハブ (皿/工、/下)	金州、 <u>叶</u> 双 寺)									
個別機能訓練加算 I			ļ			<u> </u>				
長期目標: 年 月								目標 達成度	達成 ・	一部 • 未達
								目標		
短期目標: 年 月								達成度	達成・	一部 • 未達
プ	゜ログラム内容				留意点		頻度	時間	主	な実施者
①										
				+						
2										
3										
(用即機能到海點兩事 II						プロ	<u>_</u> ュグラム <u>Σ</u>			
個別機能訓練計画書Ⅱ								目標		
長期目標: 年 月								達成度	達成・	一部 • 未達
短期目標: 年 月								目標 達成度	達成 ・	一部 • 未達
プログラム内容	(何を目的に(~のた	めに)~す	ろ)		留意点		頻度	時間		な実施者
7 7 7 7 1 1	(115 H 11)				Д /8.///			3 1/3		0.74%2 1
1										
				+						
2										
3										
4										
(注)目的を達成するための具体的内容	容を記載する。(例:買い	物に行ける。	ようになるため	かに、屋外歩行を	と練習するなどを記載	は。)プロ	ュグラムユ	立案者:	ļ	
特記事項					ラム実施後の変) 再評価	日:平成	年	月
上記計画の内容について	説明を受けました	L-			十画書に基づき	ナード	スの説明	を行い		
工吧川岡の川小でライ	平成		月	日内容は	に同意頂きまし	たので、	、ご報告	申し上げ		
ご本人氏名:							平成	を 年	月	日
ご家族氏名:				7			介護	支援専門	員様/	事業所様
)OO =	000-0000) 住所:	」 	市○○ 00-00			管理者	:	
	美所No.000000000				-0000/Fax. 000		000	説明者		

【通所介護計画書】

日報 接級庁 定日 年 月 接級度 上級額 表級額 接級度 接級度 接級度 接級度 接級度 接級度 接級度 接級 接級	作成	7日:平成	年	月	目	前回作品	戈日:	平成	年		月 日	計画作用	成者:			
本人の希望 京舎老人の日常生活白立度 京舎老人の日常生活白立度 京家の希望 京家の春望 京家の春望 京家の春望 京家の春望 下の上での区学的リスク(血圧、柿田・麻 下降音学)・包含 事項 日度 京家の変元 京家の変元	ふりが	な			性別	大正	E .	/	昭和		介護認定	管理者	看護	介護	機能訓練	相談員
正常 JI JE AI AND BI B2 CI CI CI 認知症を入の口常生活自立度	氏	名				年	月	日生	生	歳						
家族の希望 認知症老人の日常生活自立度 下来	通所介記	獲利用までの 紹	E緯(活動)	歴や病歴	至)	本人の希望	1				L	ß	章害老り	人の日常	生活自立	度
正常 1 19 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10												正常 J	1 J2	A1 A2	B1 B2	C1 C2
使康状態(病々、合併症(小臭虫・吸器疾患等)・服素(気に等)						家族の希望	1					認	知症老	人の日常	生活自立	上度
日本での活動・参加の状況 (後割など) 日本																
対用目標 技定日 年 月 日標 達成度 上記計画の内容について説明を受けました。 中日 平成 年 月 日本 上記計画の内容について説明を受けました。 平成 年 月 日 上記計画の内容について説明を受けました。 平成 年 月 日 上記計画の内容について説明を受けました。 平成 年 月 日 上記計画の内容について説明を受けました。 下水 下水 下水 下水 下水 下水 下水 下	健康状	態(病名、合併症	匡(心疾患、)	吸器疾患	等)、服薬	枣状況等)			ケアの.	上で	の医学的リ	リスク(血	圧、転倒	、嚥下障害等	等)・留意	事項
長期 改定日 年 月 日標 速成下定日 年 月 日標 速成で定日 年 月 日標 速成で定日 年 月 日標 速成で定日 年 月 日標 速成で定日 年 月 日前 とケアの提供方針・内容 サービス提供内容 ① 日かとケアの提供方針・内容	自宅で	の活動・参加	『の状況	(役割	など)			•								
長期 改定日 年 月 目標 達成下定日 年 月 目標 達成度 年 月 目標 達成下定日 年 月 目標 達成方定日 年 月 目標 達成子定口 年 月 目標 達成度 本								利田	日煙							
日標 造成ア定日 年 月	長期言		年 月					ן נדענייף	口 /示					日相	5	
###	20//1		年 月													一部 • 未達
目的とケアの提供方針・内容 実施 達成 効果、満足度など 迎え(有・無) 実施 達成 カ果、海足度など ブログラム(1日の流れ) 子定時間)(サービス内容) 子定時間)(サービス内容) 子定時間)(サービス内容) 子定時間)(サービス内容) 子定時間)(サービス内容) 子に 連成 一部 一部 一部 一部 一部 一部 一部 一部	\m^\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\													目標達成	変 達成・	一部 ・ 未達
東施 達成 効果、満足度など 対え (有・無) フログラム (1日の流れ) (予定時間) (サービス内容) 東施 達成 一部 一部 一部 一部 一部 一部 一部 一							サー	·ビス打	是供内	容			T			
① 月日~月日~月日		目的	」とケアの	提供方象	針・内容	<u> </u>		実施	達成			足度なる	Li'	迎え	: (有・舞	無)
月日~月日末実施 表実施 (予定時間) (サービス内容) ② 実施 達成 月日~月日末実施未実施 実施 達成 一部 一														プログラ	ム (1日	の流れ)
② 月日~月日~月日末実施末実施 ③ 月日~月日末実施末実施 ④ 月日~月日末実施末実施 毎 月日~月日末実施末実施 毎 上記計画の内容について説明を受けました。 平成年月日 ご本人氏名:	(1)		月	E	~	月	В							(予定時間	引)(サーヒ	゛ス内容)
月日~月日末実施末実施 実施 達成 —部 —部 未実施 実施 達成 —部 —部 未実施 達成 —部 —部 未実施 達成 —部 —部 未実施 表実施 1 月日~月日末実施末実施 5 月日~月日末実施末実施 特記事項 実施後の変化(総括) 再評価日: 平成 年 月日 上記計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 中郊 年 月日 ご本人氏名: 平成 年 月日							,,									
(3) 月日~月日本 (4) 月日~月日本 (5) 月日~月日本 (6) 月日~月日本 (7) 一部 一部 未実施 未実施 達成 一部 一部 未実施 未実施 達成 一部 一部 上来実施 未実施 接成 一部 一部 上来実施 未実施 上部計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 平成 年 月日 ご本人氏名:	2									1			F			
③ 月日~月日末実施未実施 実施 達成 一部 一			月	E	~	月	日									
月日~月日末実施未実施 東施 達成 一部 一部 上来実施 未実施 実施 達成 一部 一部 上来実施 未実施 財物に対す 上記計画の内容について説明を受けました。 平成 年 月日 ご本人氏名: - 市 一部 上記計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 - 平成 年 月 日 - 小袋 工程 専用 日母 一部	(3)															
(4) 実施 達成 一部 一部 未実施 未実施 (5) 月 日 ~ 月 日 未実施 未実施 (6) 月 日 ~ 月 日 未実施 未実施 (7) 上記計画の内容について説明を受けました。 (8) 平成 年 月 日 (8) 上記計画書に基づきサービスの説明を行い内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 (7) 平成 年 月 日 (7) 平成 年 月 日 (8) (2) (4) (2) (4) (2) (4) (4) (5) (2) (4) (4) (5) (4) (6) (4) (7) (4) (5) (5) (6) (6) (7) (6) (7) (7) (8) (8) (8) (8) (8) (8) (8) (8) (8) (8) (9) (8) (10) (8) (11) (8) (12) (8) (13) (8) (14) (8) (15) (8) (17) (8) (18) (8) (18) (8) (18) (8) (18) (8) (18) (8) <t< td=""><td></td><td></td><td>月</td><td>В</td><td>~</td><td>月</td><td>日</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></t<>			月	В	~	月	日									
月日~月日 日本実施 未実施 ま実施 達成						,,,	, .	Ì								
(5) 月日~月日~月日日本 実施 達成 一部 十実施 未実施 送り (有・無) 特記事項 実施後の変化(総括) 再評価日: 平成 年 月 日 上記計画の内容について説明を受けました。 平成 年 月 日ご本人氏名: 上記計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 平成 年 月 日	4							一部	一部	1			ŀ			
(5) 月日~月日~月日本実施未実施 送り(有・無) 特記事項 実施後の変化(総括) 再評価日:平成年月日 上記計画の内容について説明を受けました。 平成年月日 で本人氏名: 上記計画書に基づきサービスの説明を行い内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 で本人氏名: 中域年月日日			月	E	~	月	日	未実施	未実施							
特記事項	<u>(5)</u>							実施	達成							
実施後の変化(総括) 再評価日: 平成 年 月 日 上記計画の内容について説明を受けました。			且	F	~	目	Я							送り	(有・舞	無)
平成 年 月 日 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 ご本人氏名: 平成 年 月 日	特記事	 項					Н	7147676			変化(総括)) 再割	<u></u>	平成	年	月 日
平成 年 月 日 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 で本人氏名: 平成 年 月 日 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・																
平成 年 月 日 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 ご本人氏名: 平成 年 月 日																
平成 年 月 日 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 ご本人氏名: 平成 年 月 日				> -												
で本人氏名: 平成 年 月 日	上記計	画の内容につ	ついて説明]								げます。	
	ご本人	氏名:		1 /-/		<u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>	·			. ,			. 1841			月日
ご家族氏名:													介	護支援専	門員様/	事業所様
		通所介											000			
事業所No.000000000 Tel.000-000/Fax.000-000-0000 説明者:			争業別	TNo. 00	0000000	U		1e1. 0	100-000)-UC	00/Fax. 00	U-000-0	UUU	説明	有:	