

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 平成 年 月 日

利用者氏名 森下 葉子 殿

平成 年 月 分より *作成年月日の翌月からのサービス開始とします。

生活全般の 解決すべき課題 (一～五)	援助目標			援助内容						
	長期目標	期間 (年月)	短期目標	期間 (年月)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間 (年月)

1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」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。

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 森下 葉子 殿 生年月日 1935年 月 日 住所 ○○県○○市

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成(変更)日 2000年 〇月 〇日 初回居宅サービス計画作成日 2000年 〇月 〇日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日

要介護状態区分	要支援 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
---------	--

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：少しでも以前でできたことができようになりたい (ADL・家事・孫の世話等 母や妻としての役割は?)。</p> <p>夫：あまり高望みはしないが少しずつ良くなってほしい。お風呂には入れてあげたい。できればトイレを利用させてあげたい。</p> <p>嫁： 寝室を急遽移動したので生活リズムが不調。玄関アプローチの車いす移動が大変で、リハ通院 (2/W) が困難。仕事は止めたくないし介護休暇を取る予定なし。義父が体調を崩さないか心配。自分は家事・育児・仕事で手一杯。</p>
------------------	---

状況の分析	<p>脳梗塞による左片まひがあり、立位バランス悪く歩行も不安定。入院中は短下肢装具装着し四点杖使用で見守り歩行できていた。座位保持はつかまらずに可能。入浴も病院では介助により可能だった。リハビリには意欲的だった。退院後「すべる」「転びそう」「動く」と夫に負担」等から寝たきりになっている。身体的には改善の可能性があり痴呆もない。住宅改修の必要性随所にみられる。</p>
-------	--

総合的な援助の方針	<p>離床を回り、食事・排泄 (それらの移動を含む) に関するADL動作を自分でできるようになることで、少しずつ自信を取り戻し、家事などのIADL動作の拡大につなげる。</p> <p>加えて、介護者 (夫・嫁) の負担を軽減することで、家族関係を保ちながら自宅での生活が継続できるように支援する。</p>
-----------	--

生活援助中心型の算定理由	<p>1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ()</p>
--------------	--

居宅サービス計画書(2)

利用者名 森下 素子 様
作成日 (退院5日目)

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標			援助内容						
	長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	※1	サービス種類	※2	頻度	期間
1. 転倒不安が解消され、夫に負担をかけずトイレや食堂を利用したい。	1. 立位バランス、歩行機能の安定、転倒不安が所の改善により、トイレや食堂を安心して利用できる。	6M	1-1 四点杖見守り歩行でトイレ・食堂まで移動できる。	3M	①歩行訓練・立位訓練 ②支援チームによる転倒不安が所の確認及び改善 ・段差解消・手すり設置 ・短下肢装具で滑らない床利 ・引き戸の検討など	○	通所リハビリ 住宅改修	〇〇通所リハ 支援チーム (PT, 建築業者、ケアマネ等)	2/W	3M 3M
2. 眠りが浅く安眠できるようにしたい。	2. 日中の活動性を増すことにより、安眠ができる。	6M	2-1 日中ベッド上で過ごす時間が無くなる。	3M	①立位訓練 ②トイレ内の手すり設置 ③衣服着脱介助スペースの検討。必要時改善	○	通所リハビリ 住宅改修 //	〇〇通所リハ 支援チーム //	2/W	3M 1M 3M
2. 眠りが浅く安眠できるようにしたい。	2. 日中の活動性を増すことにより、安眠ができる。	6M	2-1 日中ベッド上で過ごす時間が無くなる。	3M	①居間で過ごせるように座面高 40cm 以上の椅子を用意する。 または立上がり介助椅子のレンタル ②居間までの移動経路確認 (寝室を2階に長ず事については次回の計画で検討)	○	家族 福祉用具貸与 住宅改修	〇〇介護シ ョップ 支援チーム		1M 3M 1M

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標			援助内容						
	長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	※1	サービス種類	※2	頻度	期間
3.夫が介護疲れにより、体調を崩さないか心配です。	3.夫の介護負担の軽減を図り、現在の体調が維持できる。	6M	3-1.サービスを利用し、夫が休養する。 3-2.負担の少ない介護方法を実践する。	3M	①日中の介護、見守り。 ②他のサービス利用の検討	○	通所リハビリ 居宅介護支援	00通所リハ 大石OM	2/W	3M 3M
4.転倒の不安なく、入浴をしたい。	4.サービス利用や浴室改善で、転倒の不安なく入浴できる。	6M	4-1.週2回以上入浴できる。	3M	①介助による入浴 ②自宅で入浴できるように浴室環境の改善及び福祉用具検討	○	通所リハビリ 住宅改修 入浴補助用具購入	00通所リハ 支援チーム 00介護ショ ップ	2/W	3M 3M
5.通院や外出の際、玄関アプローチで移動するのが大変である。	5.車椅子で移動しやすいように玄関アプローチを改善し、通院や外出機会が確保される。	6M	5-1.玄関アプローチが改善される。	3M	①玄関アプローチの改善検討及び改修		住宅改修	支援チーム		3M

第2表

居宅サービス計画書(2)

第2巻 資料H-2

利用者名 森下葉子様

作成日(退院5日目) * 住宅改修と福祉機器の貸与等を活用しない場合

長期目標		期間短期		サービス内容		サービス種類 * 2		援助内容 * 2		頻度		期間	
サービス	長期目標	期間短期	サービス内容	サービス種類 * 2	援助内容 * 2	頻度	期間	サービス種類 * 2	援助内容 * 2	頻度	期間		
1. 転倒不安が解消され、夫に負担をかけずトイレや食堂を利用したい。	1. 転倒の不安が軽減し、トイレや食堂への移動やトイレでの用足しの介護が軽減される。	6M	1-1. 4点杖、見守り歩行でトイレ食堂まで移動できる 1-2. トイレでのズボンや下着の上げ下ろし介護の負担軽減	①歩行訓練、立位訓練 ②自分でズボンや下着の上げ下ろしができるよう訓練する。	通所リハビリまたは訪問リハビリ 通所リハビリまたは訪問リハビリ	2/W	3M	〇〇通所リハビリ? 訪問リハビリは〇〇病院? 〇〇通所リハビリ? 訪問リハビリは〇〇病院?	〇〇通所リハビリ? 訪問リハビリは〇〇病院? 〇〇通所リハビリ? 訪問リハビリは〇〇病院?	2/W	3M		
2. 眠りが浅いので夜間熟睡できるようになりたい。	2. 昼夜のメリハリがつき、夜熟睡できる	6M	2. 日中ベッド上で過ごす時間を減らしていく。	①日中居間で過ごせるように、イスを用意する。 ②日中の外出機会をつくる	家族 通所リハビリまたは通所介護	2/W	3M	〇〇通所リハビリまたは〇〇デイセンター 〇〇デイセンターまたは〇〇ヘルパーセッション	〇〇通所リハビリまたは〇〇デイセンター	2/W	3M		
3. 転倒の不安なく、入浴をしたい。	3. 転倒の不安なく入浴できる	6M	3. 週2回以上入浴できる	①施設での介護による入浴または、自宅浴室での介護によるシャワー浴 ①夫の介護方法を確認し、ヘルパーまたはPTが介護方法の指導をする。または、ヘルパーによる通院など外出介護	通所介護または訪問介護 訪問リハビリまたは訪問介護	2/W	3M	〇〇病院または〇〇ヘルパーセッション	〇〇病院または〇〇ヘルパーセッション	—	1M		
4. 通院や外出の際玄関アプローチの移動を容易にしたい。	4. 通院や外出の際の出入りの介護負担が軽減される。	6M	4. 通院や外出の際の出入り方法について負担の少ない方法を実践するまたは、サービス利用により外出する。	①日中の介護と見守り	通所リハビリまたは通所介護	2/W	3M	〇〇通所リハビリまたは〇〇デイセンター	〇〇通所リハビリまたは〇〇デイセンター	2/W	3M		
5. 夫が介護疲れにより体調を崩さないか心配	5. 夫の介護負担の軽減	6M	5. 疲労をためないようサービス利用により夫が休養する										

* 本人の機能向上と介護者の介護負担軽減が中心のプランにならない。

資料5

演習用ビデオ 第3巻

第3巻「自立支援のための居宅サービス計画の立案」

学習目標

- このビデオは、居宅サービス計画の立案までのケアマネジャーの検討過程を描いたものです。第2巻「居宅サービス計画の立案に向けた課題分析の実際」と同一の事例を設定して作成されたく続編ですが、第3巻だけを独立して使用できるように作成しています。
- このビデオでは、居宅サービス計画を作成するまでの作業の流れの理解と、理学療法士・作業療法士との連携による生活動作能力評価の必要性と有効性を説明しています。
- 演習では、居宅サービス計画に基づいて住宅改修の計画を立案する作業過程を討議し、ケアマネジャーによる住宅改修計画の立案を思考することを目指しています。
- このビデオは、ケアマネジャーと共に、理学療法士・作業療法士、福祉用具供給事業者、住宅改修事業者、などの多職種合同による住宅改修プランニング研修などに活用することもできます。

添付資料

- ビデオを視聴した後に、グループで討議することを想定して作成した記録用紙です。
- 全体としての討議と共に、講師が論点を提示して活発な議論を誘導してください。

A. 居宅サービス計画書記入例

第3巻のビデオの中で担当ケアマネジャーの大石さんが作成した居宅サービス計画書として作成したものです。ビデオの中で整理された住環境アセスメント、日常生活動作能力評価の結果、問題点の抽出、生活課題（ニーズ）の分析結果に添って記入されています。演習では、この居宅サービス計画書を基にして、個別サービス計画に替わる住宅改修計画の立案を行います。また、理由書の作成にも資料として用いることができます。

（ 第2巻ビデオ添付資料 A. 森下葉子さんの事例概要 ）

（ 第2巻ビデオ添付資料 B. 森下葉子宅 配置図・1階平面図・2階平面図 ）

第2巻のビデオ使用時に配布する事例資料ですが、第3巻のビデオを単独で使用する場合には、この資料を配布してください。詳しくは、第2巻添付資料を参照してください。

- ケアマネジャー向けの演習で、住宅改修計画をグループワークで立案する際に記入する用紙です。

B. 住宅改修計画の立案用ワークシート

住宅改修計画の立案は、生活課題の解決に向けた住宅改修の目的性と整備環境に求める具体的な内容を明らかにする作業です。このシートは病院での様子や生活動作能力の評価結果から、目的の動作の理想的な方法や環境条件を記述し、現状の生活での状況と比較します。これらから導き出す右側の欄に記入内容がケアマネジャーによる住宅改修計画です。

たとえば、入浴場面の希望が「浴槽に入りたい」とであると、生活動作能力評価の結果により「腰掛けてまたぐ動作とそれに適する環境であれば可能」と判断された場合、ケアマネジャーは必要に応じ居宅サービス計画の援助内容に「浴室の改修」を設定します。これに基づいて、住宅改修計画では、入浴の実現に向けて個別の事情に即した動作方法として「バスボードに腰掛けてまたぐ」「移乗台に腰掛ける」などを設定し、それに適する環境条件の整備方針を討議して「移乗台を設置する」「またぎやすい高さに浴槽を調整する」「洗い場の段差を解消する」などの事項を記載します。

ケアマネジャーが概要を示した住宅改修計画に、PT・OTは専門的な意見として具体的な指示を「手すりの高さは〇〇cm」「浴槽縁の高さ〇〇cm」「段差は1cm以下に抑える」のように付記して具体的な情報を追加することができます。これを施工業者に提示することにより、住宅改修の意図と整備したい環境が施工業者に具体性をもって伝わりやすくなり、意思疎通を図りやすくなります。

自立支援のための居宅サービス計画の立案

仮題・28分

1 ある居宅介護支援事業所	
<p>○2人のケアマネジャーがそれぞれのデスクで仕事をしている。その中に大石ケアマネの姿もある。</p> <p>○先ほどから、コンピュータに向かって、先日訪問した森下葉子さんの居宅サービス計画作成のために、聞き取りのメモを整理していた大石ケアマネが、隣の席の同僚ケアマネジャーの内田に声を掛ける。</p> <p>○二人の会話に、コーヒークップを手に通りかかった同僚の中村ケアマネが口を挟む。</p> <p>○すっかり考え込む大石ケアマネ。 その脳裏にベッドに伏している森下葉子さんの映像が浮かび上がる</p>	<p>大石「ね、工藤さん、昨日森下さんのお宅に伺ったのだけど、本人も家族も、以前のように2階に寝室を移したいと言ってるのよね」</p> <p>工藤「でも、そんなのむりじゃないですか」</p> <p>橋本「でもどうしても2階に寝室を移したいと言うのなら、本人の要望を尊重するのはすごく大切なことでしょう。ただ安易に寝室を2階に移すとそのまま寝たきりになってしまう可能性があるから、慎重に判断すべきでしょうね」</p> <p>大石「私もそれが心配なんです。緊急時の対応や、夫の介護負担を考えると、いろいろと問題が多すぎてしまって」</p> <p>工藤「夫は高齢ですし、2階で生活するというのは、辞めたほうがいいですよね」</p> <p>大石「そうなの。本人も夫のことを気遣って、出来るだけ動かないようにベッドに寝ていることが多いんですよ。」</p>
2 森下葉子さんのプロフィール	
<p>○ベッドに寝ている森下葉子さん。 スーパーで<u>森下葉子さん</u>を紹介。</p>	<p>N 森下葉子さん(68歳)は、6ヶ月前に脳梗塞で倒れ、左片マヒの後遺症が残りましたが、都内の回復期リハビリテーション病院で理学療法、作業療法、言語療法を受け、1週間ほど前に自宅に戻ってきました。</p>

<p>○介護する夫。</p> <p>○家族構成図。</p> <p>○保育園の迎えから帰った長男の妻の良子さんが挨拶している。</p> <p>○住居。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・森下家の外景。瀟洒な2階建ての家。2階からズームバック。2階の部屋の情景。 ・玄関からパーンして、葉子さんの寝室。大石ケアマネに、2階に移りたいとの希望を述べる葉子さん。 	<p>N 介護は主に夫が行っていますが、慣れない介護に疲れがたまり、葉子さんも夫を気遣い、一日の多くをベッドで寝たままの生活を続けています。</p> <p>N 森下さんは、サラリーマンの長男と公務員の妻、それに小学校と保育園に通う孫の6人暮らしです。長男は商社員で出張が多く不在がちです。長男の妻は仕事と子育てに追われ、姑の介護までは手が回りません。</p> <p>N 倒れる前の葉子さん夫婦は、2階で暮らしていましたが、退院時に病院で勧められ、急遽、玄関脇の8畳間にベッドを入れ、現在はそこを寝室として使用しています。</p> <p>しかし、2階に比べると日当たりが良くなく、又、息子の帰宅時間も遅いため、夜もよく眠れないので、できればいままでもっと2階での落ち着いた生活をしたいと、希望しています。</p>
<p>3 元の居宅介護支援事業所（身体状況の把握に悩む）</p>	
<p>3人のケアマネがテーブルを挟んで話し合っている。</p> <p>橋本「(間取り図を見ながら) トイレは、1階も2階もお部屋の前にあるのね。」</p> <p>大石「右手が利くので、本当ならご自分でトイレに行って、ズボンの上げ下ろしが自分で出来るようになれば、夫の介護負担もかなり軽くなるんですけど…」</p> <p>工藤「病院では、4点杖で歩いていたんですよね。どうして自宅ではトイレに行けないんでしょうか」</p> <p>大石「運、介護は必要だったみたいですけどね…」</p> <p>橋本「まだ発症からそんなに時間がたっていないみたいだし、もう少し練習すれば歩行能力は改善するかも知れないわよね」</p> <p>橋本「ところで、お風呂はどうしているのかしら」</p> <p>大石「退院してから、まだ一度も入っていらっしやらないみたいなんです」</p> <p>橋本「夫の介護力だけで入浴は難しいかしらね」</p> <p>大石「ええ、洗い場のところに段差があって…この段差を無くしても、浴槽を自分でまたぐことができるのか、それとも、全介助が必要なのか？」</p> <p>工藤「それなら訪問入浴をご利用されたらどうでしょうか」</p> <p>内田「どうしても入浴できないとはそういう方法もあるけれど、病院では、一般浴槽を使った入浴ができていたんじゃないかしら」</p> <p>工藤「病院で入れていたのなら、自宅でも入れるのではないのでしょうか」</p>	

橋本「自宅でしていなかったり、やろうとしてもできなかったり、いくつかそういうことがありそうですね」

工藤「病院で出来ていたのなら、本人の頑張りが足りないのではないですか」

橋本「病院と自宅では環境がちがうでしょう、いずれにしてもどれくらいの歩行能力があるのか評価の必要性がありそうですね。私たちは、入浴していないと言うと、すぐに訪問入浴とか、住宅改修で段差を無くすとか、ヘルパーさんの介助でシャワー浴にするとか、援助内容を考えがちだけど、本当はその前に、ご本人とご家族の状況を客観的に評価して、どんな問題があるのか確認する必要があるでしょう。そのためにも、動作能力の評価が必要なんじゃないかしら」

工藤そんなこと言っても、無理ですよ。私たちは専門家じゃないんですから」

橋本「そうよね、でも、専門家にきくことはできるのではまいかしら」

大石「・・・私、森下さんのポータブルトイレへの移乗を見せてもらったけれど、それが正しいやり方なのかどうか、何とも言えなかったのよね。」

工藤「専門家に聞かっていってもここには理学療法士なんていないし、どうしたらいいですか」

橋本「森下さんが入院していた病院の理学療法士に聞いてみたらどうかしら」

大石「ええ、そうだね、

画面ワイプ

受話器を手に電話をしている大石ケアマネ

大石「ケアマネジャーの大石と申します。恐れいりますが、理学療法士の伊藤さんをお願いいたします」

4 ある回復期リハビリテーション病院

○病院の外景。	
○その内部。 挨拶をする2人。	大石「始めまして、大石です」 伊藤「始めまして、伊藤と申します」
○別室で話す大石さんと 伊藤PT。	大石「何とかご主人、お手伝いしているのですが、どうも、不安定らしく、お手洗いさえポータブルを使うという状況なんです」 伊藤「病院では介助ですけれども、歩いて、トイレを使ったりしてたんですがね」 大石「そうですか」 伊藤「お風呂なんかはいかがですか」 大石「退院なさってから、まだ1度もお入りにならずに、ご家族がお体を拭いて過ごされている状況です」 伊藤「旦那さんの介助じゃあれは大変かも知れませんか」 大石「ご家族の負担を考えて、ベッドから起きられない状況なんです」 伊藤「病院では歩く練習もしっかりやられていたんですがね。家では寝たきりに近くなっているということですね」 大石「ええ、それが動かないのか、動けないのか、私のほうでは判断しかねまして、病院での様子をお伺いしたく伺いました」

<p>○歩行の様子を説明する 伊藤 PT。</p> <p>○トイレの様子を説明。</p> <p>○やがて浴室に着く二人。 入浴時の説明。 伊藤 PT の説明をじつ と聞く大石ケアマネ。</p>	
<p>5 元の居宅介護支援事業所</p>	
<p>○帰ってくる大石ケア マネ。 中村ケアマネが、待っ てましたとばかりに 声を掛ける</p> <p>○ 大石ケアマネ、電話 のダイヤルをプッシ ュする。</p>	<p>工藤「お帰りなさい。どうでした？」 大石「とっても親切にいろいろと話してくれたわ」 工藤「そう、よかったですね」 大石「それで、病院では訪問リハはできないけれど、森下さんのお宅に 訪問をしてくださる事業所を紹介してくれたの、そこで先方に電話 をして下さってね、ちょうど PT さんがいらしたので</p> <p>帰りがけによってきたの」 中村「さすが大石さん。やるのが早いですね！！」</p> <p style="text-align: center;">× × ×</p> <p>大石「森下さんのお宅ですか、先にお伺いしました大石と申します。 理学療法士の件ですが」</p>
<p>6 森下葉子さんのお宅</p>	
<p>○森下さんの家の前。 大石ケアマネと PT の吉川さんが やって来る。</p> <p>○門扉の前で、立ち止ま る吉川 PT。</p> <p>周りの状況を確認試 合ながら中に進む二 人。</p>	<p>N 今日、森下さんの承諾のもとに、病院の紹介による地域の事業所 の PT、吉川さんが同行しての訪問です。</p> <p>大石「こちらの段差ですね・・・」 吉川「なるほどね・・・」</p>

○玄関。

チャームを押す大石
ケアマネ。
森下さんの夫の啓介
が迎え入れる。

大石「こんにちは、大石でございます。先日はありがとうございました。」

○居室。

入ってくる二人を葉
子さんに紹介する啓
介。

大石「先日は長時間お邪魔しまして、ありがとうございました。今日は、
理学療法士の吉川さんをお連れしましたので」

吉川「こんにちは。理学療法士の吉川と申します。よろしくお願い致します」

葉子「こちらこそ、よろしくお願い致します」

○挨拶をする吉川PT。

吉川「今日はね、森下さんが退院なさってから10日くらいになるという
ことなのですが、トイレやお風呂に行けなくて困っているというお
話をケアマネジャーの大石さんから伺いまして、少しご相談させてい
ただきながら、お家の中で、どうしたら動けるとか、お話させていただ
こうかなと思ひましてお伺いさせていただきました」

葉子「よろしくお願い致します」

吉川「トイレにいけないということなのですが、今はこのポータブルト
イレをお使いになっていると思うんですね。トイレに行けないとい
うのは、歩いていくのが怖いのでしょうか」

葉子「そうです」

吉川「病院では歩く練習をしていると、大石さんから聞いていたん
ですけど、自宅では歩くのが難しいでしょうかね」

葉子「そうですね」

吉川「大体わかりましたので、あと、お体の状態を見せたい
と思います」

○ベッドからの起きあ
がり動作を見せる葉
子さん。

吉川「ああ、上手にできますね。病院でずいぶん、練習したのではない
ですか。では、続いて、ポータブルトイレに移るのもお願いしてもい
いですか」

○ポータブルトイレ
への移乗の様子を見
せる葉子さん。

吉川「これも、起きるのとおなじで、よく練習したみたいですね」

○吉川さんが評価して。

吉川「この跡、立ち上がってから、ズボンを下ろすようになりますかね。
それも、いつもやっていらっしゃる方法を見せたいので
けど」

○夫がズボンの上げ下
ろしの介助の方法を

<p>披露する。</p>	
<p>○その様子を見た吉川 P T。</p>	<p>吉川「今みたいだと、ご主人も腰が痛くなるのではないですか」 夫「ええ、中腰だとどうしても腰がね・・・」</p>
<p>画面ワイプ</p>	
<p>○吉川 P T の指導で歩行の様子を見せる葉子さん。 ○寝室から廊下へと歩いてくる。</p>	<p>吉川「杖、左、右 杖、左、右・・・」</p>
<p>画面ワイプ</p>	
<p>○トイレ、風呂場、2階への階段、そして2階を見て回る吉川 P T。</p>	<p>吉川「ここにも、お部屋と同じくらいの段があるのですね」 吉川「5、6センチの段ですね」 夫「どうしてもそうなりますね」 吉川「どうしても、浴槽の中に入ったり、でたりするとき、またがなくてはいけないというのが、大変かも知れないですね」</p>
<p>画面ワイプ</p>	
<p>○歩行の様子。 ○葉子さんの夫の案内で2階の元の寝室を見る吉川 P T。</p>	<p>吉川「階段は、幅と高さは、普通のご家庭にある階段と同じ感じになってますよね」 夫「元気なときは、ここで生活をしていたんですよ」 吉川「また、以前のように、奥様とここで生活ができるようになるといいですよ」 夫「2階のトイレはここなんです」 吉川「ここにも少し段がありますね」 吉川「お2階のトイレは、1階に比べると、少し奥行きが短いようですね」</p>
<p>○玄関の上がりかまちを見て、表に出る吉川 P T。 門扉の辺りを見て、庭の方に回る。</p>	<p>N P T の吉川さんは、家の中だけではなく、家の外の様子について見て回った後、最後に、これからの葉子さんの生活についての具体的なアドバイスをして、同行訪問を終えました。 ケアマネジャーの大石さんは、居宅サービス計画作成の前に、P T の同行訪問で明らかになった課題をもとに、吉川さんも交えた同僚たちとのケアカンファレンスを開くことにしました。</p>

中見出し 課題分析のためのカンファレンス

小見出し 起居・移乗・移動について

大石「ベッドからの起き上がりやポータブルトイレへの移乗はできていたように思うのですが、専門家から見て、いかがでしょうか」

吉川「まあ一般的に片マヒの方が起きあがりとかのやり方を上手にやっていたので、おそらく病院でやっていた通りだと思いますので、問題ないと思いますね」

大石「そうですか、歩行についてなのですが、いかがでしょうか」

吉川「そうですね、病院で床が歩きやすかったりとか、手すりを使ったりで、もう少し上手に歩いていたと思うんですけど、ご自宅ですと、住環境ですとか、畳の上を歩いたりとか、やはり今日ごらんになっていただいたような状態で、介助で歩くというのが最大限の歩行能力はないかと思っています。ただし、今後は、歩行練習をつんでいくことによって、少しは改善する可能性はできると思います。」

小見出し 2階での生活について

大石「ご本人もご家族も2階で生活なさりたいとおっしゃっているんですけど、それはいかがでしょうか」

吉川「それは難しいと思いますね。ですから今と同じように1階での生活を原則にすることが、いいのだと思いますけども」

大石「そうなんですか」

橋本「本人やご家族は2階での生活を希望されているのよね。」

大石「ええ」

工藤「そんなこと言ってもむりですよ」

橋本「ご本人の要望を尊重するという事は大切なことでしょう。何か2階で生活する方法はありませんか」

吉川「そうですね。森下さんのご本人の状況から見ると階段の上がり降りをするのは難しいと思うんですね。ただ何かの方法で1階と2階を安全に行き来できる方法が見つかれば、2階で生活するという事も充分、可能性が出てくるのではないかと思いますよね」

小見出し トイレでの排泄について

工藤「歩けるようになればトイレにも行けますよね」

橋本「物的な環境が整えばトイレでの可能性も出てきたはね。じゃ、トイレの中の動作はどうかしら」

大石「捕まる場所は無いですし、狭いので、中にもう独り介助者が入るとするのは、ちょっと難しいような」

工藤「それじゃ無理じゃないですか」

橋本「なるほど、検討が必要ね。トイレの排泄動作については何か方法はありますか」

吉川「トイレのドアから便器までが、少し距離があるのですね。ここの部分を歩いていく必要があるのだと思いますが、幅が狭いので、介助歩行するとき、横に並ぶスペースが取れないですね。ここのところを工夫する必要があるのと、つかまるところが無いので、考えなくてはいけないのでは無いかと思うんです。つかまるところに関しては、便座の立ちしゃがみですとか、ズボンの上げ下ろしにも必要になってきますから、工夫が必要です。ただ、お尻を拭くということに関しては、幅が狭いので、壁にもたれかかれば、何とかご自分でお尻を拭くことはできると思います」

小見出し 入浴について

大石「入浴のことなのですが、病院では腰掛けて浴槽を出入りしていたと伺ってきました。家でもそのやり方であればできますよね」

吉川「大丈夫だと思えますね。病院と同じような条件を整えば、問題なく入れると思えますね」

工藤「条件って何ですか」

吉川「例えば住環境とか、病院でお風呂に入るときに使っていた用具とか、介助の方法であるとか、病院と同じようになれば、ご自宅でも入れるのではないかということですね」

橋本「病院では、浴室までどうやって移動してたのかしら」

大石「体力のこともありますので、車いすで行ってらしたと、伺いました」

橋本「服はどこで脱いでらしたのかしら」

大石「脱衣室で、車いすから乗り移って、そこで、脱ぎ着していたと伺いました」

橋本「そのあたりのことも考えなくてははいけないはね。」

大石「はい、そうですね」

工藤「その条件がすべてそろうのは難しいですよ。やっぱり、訪問入浴なんじゃないですか」

橋本「やっぱり、それは、最後の方法ね、その前に、入浴方法について、工夫できることを考えてみましょう」

小見出し 外出について

橋本「外出ついて、どういう状況かしら」

大石「ええ、上りかまちや、玄関のアプローチの飛び石、門扉の段差で、二人係りでも車椅子はとでも大変なようなのです。」

橋本「大変そうね。PTさんから見るとどういう状況なのでしょう」

吉川「まず、上り框の段差をご本人が上がったり、降りたりするのは難しいでしょうし、外の飛び石を歩いていくというのも無理でしょうし、ましてや外を歩くというのも無理だと思いますので、車いすで出かけるというのが、現実的な所ではないかと思えます。その場合には玄関から出るだけではなくて、別な経路から出ることも考えておいたほうが、いいのではないかと、思います」

工藤「なんでそんなに大変なのに外出しなければならないのですか」

大石「リハビリのために森下さんは病院にいかなければいけないのよ」

工藤「じゃ、外出しなければまずいですね」

橋本『通院』以外にも、森下さんの今後の生活を考えると外出は、とても大切なことよね」

小見出し 介護負担について

工藤「いろいろ大変ですけど、ご主人の介護負担はどうなんですか

大石「もうすでに、ご主人は腰を痛めてしまっているのよ」

橋本「それは大変ね。会議がご主人に集中してしまっているのね。PTさんから見ても、ご主人の介護方法は適切といえるでしょうか」

吉川「そうですね、今日、ポータブルトイレから立ち上がる場所をご主人にやってみせていただいたのですが、ご本人が立ち上がる能力があるにも関わらず、ご主人が抱きかかえるようなやり方をしていらしたから、少しご本人に対する体の使い方の指導ですとか、ごしうじんに対する介助の指導ですとかをやっていく必要があるんじゃないかと思えますけどね」

大石「葉子さんもご主人を気遣って、ベッドに寝たきりでいる時間が多いのですよ」

吉川「そうですね、余り動かないような生活していると廃症候群をひきおこしてしまって、どんどん身体機能が低下していくという心配がありますよね。ですからもう少し活動的な生活をしていく必要があるのではないかと思いますね」

小見出し 活動的な生活について

工藤「活動的な生活ってどんなことですか」

大石「例えば、日中はベッドから起きていただく時間を長くして、食事は食堂で摂っていただくというようなこと、そのためにはどのようなことが、工夫できますかしら」

吉川「ベッドから食堂まで距離がありますから、この間の移動手をどうするかということですよ。それともう一つは、食堂で過ごすとき、いすが体に合っている必要がありますから、椅子を工夫するとか、座ってできる作業的なこととか趣味的なこととかを考えていく必要があるんじゃないかと思えます」

小見出し 課題の整理

橋本「問題がいろいろ見えてきたけど、整理するどうなるのかしら」

大石「通院ができないというのは問題になると思うんです。」

橋本「通院ができないことによって、どんな問題が起きるのかしら」

大石「まず、病気の管理はできませんし、リハビリを含め今の状態を維持していくのは難しくなると思うんですね。」

橋本「それは問題として取り出す必要がありそうよね」

工藤「じゃ、目標はどう考えればいいですか」

大石「長期的には健康的な生活を維持するということに考えたいと思います。短期的には定期的な通院の機会を確保すると、しょうと思っているのですが」

工藤「それができるまでに、どのくらいの機関がかかりますか」

大石「できるだけ早くと思うんだけど、住宅改修とかを考えていくと、1ヶ月くらいはかかりそう

よね

橋本「その間の入浴については、当座の援助内容に工夫が必要よね」

大石「じゃ、そういうことも含めて、居宅サービス計画を考えてみたいと思います。今日はどうもありがとうございました」

8 森下葉子さんのお宅

ケアマネジャーの大石さんがやってくる。

出来上がった居宅サービス計画書を提示して説明する大石さん。

N カンファレンスを通して明らかになった課題をもとに、ケアマネジャーの大石さんは、居宅サービス計画を作成し、その説明をするために、森下さんのお宅を訪問しました。

大石「これは、奥様が以前のような生活にできるだけ近づくための計画書です。通所リハビリテーションに通って、ご入浴をお勧めしようと思っておりますが」

大石「ええ、何もかもが一度にできるようになるのは難しいですが、色々なサービスやご自宅の環境を改善することで、一つ、ひとつ、ご自分でできることを増やしていきましょう」

葉子「(頷く)」

N 大石さんが立案した居宅サービス計画に、森下夫妻は快く同意しました。

9 もとの居宅介護支援事業所

各サービス提起機関に、サービス依頼の電話をする大石ケアマネジャー。

その様子を微笑まし気に見る橋本所長と、後輩の工藤ケアマネ。

N そして、ここに、森下葉子さんの居宅サービス計画は、その実施に向けて、具体的な調整がすすめられることになりました。

N これまで、森下葉子さんの居宅サービス計画立案にむけての課題分析の過程を見て頂きました。これからは、視聴者の皆さんが、明らかになった課題を参考に、それぞれの立場で、森下葉子さんの個別援助計画を作成して頂きたいと思います。

第3巻 資料A

居宅サービス計画書(1)

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者氏名 森下 葉子 殿 生年月日 (明治・大正・昭和) 〇 年 〇 月 〇 日 住所 (市町村名) B 市
 居宅サービス計画作成者氏名 大石
 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 □□居宅介護支援センター ××県××市××町××番地
 居宅サービス計画作成(変更)日 平成 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 平成 年 月 日
 認定日 平成 〇 年 〇 月 〇 日 認定の有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

要介護状態区分	要支援 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
---------	---

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>利用者：入院前のように2階を居室とした生活を送りたい。 多少でも家事や料理をできるようにしたい。 トイレくらいは一人でできるようにしたい。 家族(夫)：気分転換のためにもお風呂に入れてあげたい。 少しでもよくなってほしい。 家族(嫁)：入院前の生活に可能な限り近づきたい。(家事の負担を減らしたい) 今の仕事を続けたいと考えているが、今後の生活を考えると不安である。</p>
------------------	--

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	意見及びサービス種類の指定は特になし
------------------------	--------------------

総合的な援助の方針	<p>① 安全な移動方法を検討し、トイレでの排泄などご自身でできる範囲を拡大していきます。 ② 通院などの外出についての環境を整備し、ご本人及びご家族の負担が軽減できるようにします。 ③ 動作能力や家屋の状況等を検討し、安全かつ快適に入浴を行い、清潔を保てるようにします。 ④ 家事や料理などご自身で生活に参加する機会を増やすことで、生活にめりはりを持ってもらうよう図ります。 ⑤ 体力の回復や安全な移動方法の獲得状況を確認しながら、2階での生活が実現可能になるよう、長期的な支援についても検討していきます。</p> <p>緊急時の対応方法 (関係機関、連絡先)：</p>
-----------	--

生活援助中心型の算定理由	1 一人暮らし 2 家族等が障害、疾病等 3 その他 ()
--------------	--------------------------------

居宅サービス計画書(2)

平成 年 月 日
作成年月日 平成 年 月 日

利用者氏名 森下 葉子 殿

平成 年 月 日より 平成 年 月 日 まで

*作成年月日の翌月からのサービス開始とします。

生活全般の 解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標			援助内容					
	長期目標	短期目標	期間 (年月)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間 (年月)
トイレで排泄を 行いたい。	一人で安全に移動 し、トイレで排泄 できる。	ポータブルトイレ を使い見守り で排泄できる。	1ヶ月	ベッド、マットレ ス、移動用パー トイル ADL訓練 身体機能評価 トイレ等の改修 排泄介助	○ ○ ○ ○ ○	福祉用具貸与 福祉用具購入 訪問リハ 同上 住宅改修 家族	A 事業所 B 販売店 C 事業所 D 工務店	週2回 毎日 毎日 週2回 毎日	1ヶ月 1ヶ月 1ヶ月 3ヶ月 3ヶ月
食堂で家族と一緒 に食事ができるよ うになりたい。	食堂まで安全に 移動し、家族と一 緒に食事がとれ る。	食堂まで介助に より移動でき る。	3ヶ月	基本動作訓練 四角杖 介助方法指導 廊下等の改修 歩行介助	○ ○ ○ ○ ○	外来リハ 福祉用具貸与 訪問リハ 住宅改修 家族	E 病院 A 事業所 C 事業所 D 工務店	週2回 毎日 週2回 毎日	医師指示 3ヶ月 1ヶ月 3ヶ月 3ヶ月
入浴して清潔を 保ちたい。	見守りで安全に 入浴する。	介助によるシャ ワー浴ができ る。	1ヶ月	ADL訓練 身体機能評価 浴室等の改修 入浴補助用具 入浴介助	○ ○ ○ ○ ○	訪問リハ 同上 住宅改修 福祉用具購入 訪問介護	C 事業所 D 工務店 B 販売店 F 事業所	週2回 週2回 週2回	1ヶ月 3ヶ月 3ヶ月 3ヶ月
通院など容易に 外出したい。	近隣への散歩や 買い物ができる。	軽介助で安全に 外出する。	3ヶ月	基本動作訓練 ADL訓練 身体機能評価 外出用車いす 玄関等の改修 外出介助	○ ○ ○ ○ ○	外来リハ 訪問リハ 同上 福祉用具貸与 住宅改修 訪問介護	E 病院 C 事業所 A 事業所 D 工務店 F 事業所 C 事業所	週2回 週2回 週2回	医師指示 1ヶ月 1ヶ月 3ヶ月 3ヶ月
家事ができるよう になりたい。	調理を軽介助で 行える。	配膳や調理の補 助などを行える ようにする。	1ヶ月	家事動作訓練 自動具等の検討 身体機能評価 台所等の改修 配膳・調理介助	○ ○ ○ ○ ○	訪問リハ 同上 同上 住宅改修 家族	C 事業所 D 工務店	週2回 週2回 毎日	1ヶ月 1ヶ月 3ヶ月 3ヶ月
2階で生活したい。	2階で生活でき る。	安全に2階へ移 動できる。	6ヶ月	基本動作訓練 身体機能評価 階段等の改修	○ ○	外来リハ 訪問リハ 住宅改修	E 病院 C 事業所 D 工務店	週2回	医師指示 6ヶ月
廃用症候群を引き 起こさないように したい。	活動的な生活を 送る。	日中はベッドか ら離れた生活を する。	3ヶ月	基本動作訓練 身体機能評価 屋内用車いす アクティビティ	○ ○ ○	外来リハ 訪問リハ 福祉用具貸与 訪問リハ	E 病院 C 事業所 A 事業所 C 事業所	週2回 週2回 週2回	医師指示 1ヶ月 1ヶ月 1ヶ月

1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」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。

住宅改修計画の立案

第3巻 資料B

利用者氏名 森下 葉子 殿

	理想（病院での様子）		現状（自宅での状況）		解決のための対応（住宅改修計画）	
	動作の方法	環境条件	動作の方法	現状の環境（問題点）	実現に向けて設定した動作の方法	設定した動作を可能にする環境条件
入浴						
排泄						
外出						
食事						