

している。家族の入院や体調不良時に、また意識障害者の緊急時に対応してもらえる病院が欲しいという希望があったことから、障害者や介護者を問わず、在宅介護における緊急支援システムが必要である。本事例においても、約10年の介護の中で、介護者は意識障害者を治したいという思いから、今の状態を維持したいという考えに変わったと述べていた。

【事例6】 週間サービス予定表

(作成年月日 平成21年8月1日)

	時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
深夜	4:00							
	6:00							
早朝	8:00							
	9:00	訪問看護						
午前	10:00							
	11:00							
	12:00	訪問リハ						
	13:00							
午後	14:00					身体介護		
	15:00		身体介護			家事支援		
	16:00		家事支援	身体介護				
	17:00			家事支援				
	18:00			訪問リハ				
夜間	19:00							
	20:00							
	22:00							
深夜	0:00							
	2:00							
	4:00							
週単位以外のサービス		訪問診療 1回/月、訪問歯科診療 1回/月、短期入所 7日/月						

#### 4. 考察

##### 1) 意識障害者における社会参加への制約

本研究では、全事例においてデイケアやショートステイを利用していたが、時間や頻度が少なかった。意識障害者においては、外出やデイケア、ショートステイは貴重な社会参加の場であるが、居住地域により参加場所自体がない、つまりサービスが存在していない実態もあった。また、障害者自立支援法の介護給付における週間サービス計画書をみると、社会サービスの利用状況は市町村において支給量の決定に地域間格差があるようであった。

デイケアやショートステイは、社会参加という意味だけでなく、介護者の身体的に、また精神的に開放するという意味からも重要なサービスである。週間サービス予定表での空白箇所は、基本的に家族が介護を担っていることになる。しかも、その時間は介護に専念する時間ではなく、家事や他のことを行いながらの時間である。頻回な吸引が必要な事例3では、ホームヘルパーが来ても、痰の吸引が必要になると介護者が呼びだされるという状況だった。喀痰吸引に関しては、ALS以外にも規制緩和がなされているが、平成17～19年度の実態調査においても、いまだホームヘルパーによる吸引実施率が低い現状がある。すべてが早急に解決できないまでも、社会参加に関しては、意識障害者ならびに介護者の希望に近い形での利用が望まれる。

##### 2) 制度における問題について

事例1のみ介護保険法と障害者自立支援法を併用している事例であった。意識障害者は発症年齢や原因により利用できる制度が異なり、それがサービス利用に影響する。特に介護保険法では医療依存度が高くてもデイケアが利用でき、障害者自立支援法ではデイケアの環境整備がなされていないことは問題である。

本調査では、障害者自立支援法のサービスは、①身体介護・重度訪問介護・移動介護とセットで提供、②重度訪問介護・移動介護のセット、③身体介護と家事援助のセット、④移動介護のないもの、というパターンがみられた。それらは、身体介護と重度訪問介護の報酬ならびに、自治体における環境整備が背景にあると考えられた。障害福祉サービスが充実していく過程では、提供する事業所にも企業が継続できる配慮が必要であると考えられる。また、本調査において障害者自立支援法の重度障害者等包括支援は、大都市圏、地方都市のいずれにおいてもみられなかった。今後の制度の充実を期待するものの、過渡的に滞在型ホームヘルプの充実や積極的利用の工夫が必要ではないかと思われる。

##### 3) 今後の課題

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部による「障害者ケアガイドライン」(平成14年3月31日)では、介護を必要とする障害者自立支援法のサービス利用者には相談受付とアセスメント、そしてケア計画書の必要性について記載している。このことは、サービス支給量と家族の介護力を考慮することや、介護者の介護負担を最小限に、そして時間支給の管理という点において有効であると考えられる。しかしながら、現実問題として、専門職の存在なしにケア計画の立案は介護者にとって困難であることから、せめて障害者自立支援法の障害程度区分6の障害者にはケアマネジャーの存在が必要であると考えられる。

また、本調査は、介護歴が約10年ある介護者が対象だったため、医療・福祉サービスについての知識や情報をもっている人が多かったが、介護者の不安を最小限に、また在宅への移行をスムーズにするためにもモデル的なケアプランが必要である。そのためには、事例の分析数を増やし、利用している制度や意識障害者の年齢、地域などに応じた体系化が必要であると考えられる。

# 在宅遷延性意識障害者の居宅サービス計画書の質に関する研究

日高紀久江（筑波大学大学院人間総合科学研究科 看護科学系 准教授）

松田 陽子（筑波大学大学院人間総合科学研究科 博士課程）

## I. 研究目的

遷延性意識障害者（以後、意識障害者とする）の在宅生活の継続と QOL 向上には、意識障害者、介護者、そして両者の生活を支える医療・福祉サービスが必要不可欠である。しかしながら、意識障害者のケアマネジメントに関する研究はほとんどない。そこで、本研究では介護保険法利用者の居宅サービス計画書（以後、ケアプランとする）を分析し、ケアプランの特徴を明らかにすることを目的とした。

## II. 介護保険居宅サービス計画書について

### 1. ケアプランの位置づけと役割

介護保険法は加齢による心身の変化に伴う疾病等により、入浴、排泄、食事等の介護や機能訓練、看護及び療養上の管理等を要する人が対象である。利用者の尊厳を保持し、個人が有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスの給付（第 1 条目的）<sup>1)</sup>を行っている。介護保険法の利用時は、法第 8 条 21 項の規定により、「居宅サービス計画」(ケアプラン) が作成される。ケアプランとは、要介護者の心身の状況や環境、家族の希望等を勘案し、介護支援専門員（ケアマネジャー）が作成する。したがって、ケアマネジャーは利用者の尊厳に基づきケアマネジメントを展開する必要がある。

### 2. ケアプランを確定していく手順

ケアプランは、利用者や家族、環境についてアセスメント・ツールを用いて評価し、第 1 表から第 3 表を作成する。その手順は下記の通りである。

- ① 利用者及び家族の生活に対する意向の把握
- ② アセスメント（課題分析）
- ③ 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）
- ④ 長期目標・短期目標の設定
- ⑤ サービス内容の設定（生命維持、栄養、排泄、保清 etc.）
- ⑥ サービス種別の設定（訪問看護、訪問介護、訪問入浴、通所介護 etc.）
- ⑦ 総合的な援助の方針
- ⑧ 最終的に利用者及び家族の生活に対する意向を決定する。

### 3. ケアプランの記載内容

ケアプランは 3 種類の書式、1) 居宅サービス計画書 (1) (ケアプラン第 1 表)、2) 居宅サービス計画書(2) (ケアプラン第 2 表)、3) 週間サービス計画表 (第 3 表) から構成されている (資料参

照). 居宅サービス計画書の主な記載内容は下記の通りである。

#### 1) 居宅サービス計画書 (1) (ケアプラン第1表)

第1表は、要介護の状態になった利用者や家族がサービスを利用しながらどのような生活をした  
いと考えているか、また利用者や家族の意向に沿ってケアチームがどのような共通意思を持って  
援助していくかという方針を記載するものであり、ケアプラン全体的な方向性を示す重要なもの  
である<sup>2)</sup>。

##### ①「利用者及び家族の生活に対する意向」:

利用者及びその家族がどのような生活を送りたいと考えているのか、希望する生活像  
について課題分析(アセスメント)を行う。ケアマネジャーが解釈した言葉ではなく、可能な限  
り利用者や家族の発した言葉を使い記載する。この過程において、ケアマネジャーと利用者がケ  
アプランの作成に向けて共同作業を行うことにより、合意や同意形成が得られやすい。

##### ②「総合的な援助の方針」:

ケアプランは、利用者の有する「原因」や「状態」、「問題」や課題分析により抽出された、「生活  
全般の解決すべき課題(ニーズ)」に対応した具体的サービス計画である。「総合的な援助の方針」  
では、利用者に対して家族や多職種、インフォーマルなサービスも含めた方針を合意し樹立した  
ものである。各種サービス担当者のチームケアに  
関する総合的な援助方針について記載する。

#### 2) 居宅サービス計画書 (2) (ケアプラン第2表)

第2表はケアプランの中核となる帳票である。

##### ①「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」:

利用者の自立を阻害する要因について、相互関係を含めて明らかにする。それぞれ課  
題(ニーズ)が導き出された原因や背景を押さえることや、優先すべき課題を整理し、  
ニーズは原則として優先度の高い順に記載する。また、阻害要因に関しては、解決す  
るための方策について分析し、波及する効果についても予測する。

##### ②「援助目標」(長期目標・短期目標):

支援の中核をなすものであり、「自立支援」に資するニーズに対応し、一定期間に達成できる実現  
可能な仮説(目標)をたてる。具体的に何を行うのが明確であること、支援のポイントやセル  
フケア、家族の役割についても記載する。また、目標がいつまでに、だれが何をいどのよう  
にするかについても記載する。

「長期目標」では、個々の解決すべき課題に対応して設定する。「短期目標」は、解決すべき課題  
や長期目標の達成に向けて、段階的な目標を作成する。それらの目標は分かりやすい具体的な内  
容で記載する。また、目標は解決可能な内容に設定する。

##### ③「サービス内容とサービス種別」:

「サービス内容」は、短期目標を達成するためにはどのようなサービスが必要であるか考える。留意点として、どのようなサービスが必要か検討した後にサービス種別へと連動させて作成する。「サービス種別」は、適切に提供可能な居宅サービス事業者等を選定し、実際にサービス提供を行う「事業所名」を記載する。インフォーマル・サービスや家族が介護を担う部分については、だれが実施するのか明記する。

③第3表は、利用者、家族、サービス事業所らが共有できる週間予定表とする。

#### 4. ケアマネジメントのプロセス (図1)<sup>3)</sup>

ケアマネジメントとは、他者の支援や介護が必要になった要介護者を対象に、アセスメントからニーズを導き、利用者の希望する生活像を明確にしつつ、自立支援のための効果的、計画的なサービスを提供するシステムである。ケアプランは利用者への説明と同意後に交付され、その後サービスが提供される。ケアプラン策定後は定期的にモニタリングを行い、適正・適切なサービス提供や利用者およびとりまく環境を評価していく。その期間はおおよそ3カ月から6カ月である。ケアプランは定期的または随時、要介護者の状態や環境の変化により再アセスメントを行い、新たなケアプランを策定するという循環するプロセスを辿る。

### Ⅲ. 研究方法

#### 1. 対象：

全国遷延性意識障害者・家族会に所属する意識障害者と介護者のなかで、介護保険法利用者のケアプラン(23件)を対象とした。

#### 2. 方法：

対象となるケアプランを、諏訪ら<sup>4)</sup>の自立支援のマネジメントを参考にICFの概念に基づき分類を行った。居宅サービス計画書(1)では、利用者及び家族の希望・意向、総合方針が記載されていること、居宅サービス計画書(2)では、生活全般の解決すべき課題(ニーズ)に対して目標を掲げ、具体的サービス内容が記載されていること、そして週間サービス計画書(第3表)が記載され、利用者への説明と同意が得られているものとした。また、介護認定期間やプラン立案責任者(ケアマネジャー)名が記載されていて、1カ月のサービス利用票について利用者の同意が得ているものとした。ケアプランは意識障害者から郵送してもらい、ケアプラン作成時のアセスメントの根拠に関して不明な箇所については電話での聞き取り、あるいは家庭訪問において把握した。

#### 3. 期間：平成22年6月1日～8月31日

#### 4. 倫理的な配慮

研究の対象者には、調査の主旨、匿名性・守秘義務の遵守、調査報告後のデータ処理方法、そしてデータは本調査のみに使用する旨を詳細に説明し書面にて同意を得た。また、不都合が生じた場

合には途中で拒否が可能であること、その際に不利益を被ることのない旨も説明した。研究は倫理委員会での審査を受けた後に実施した。なお、本研究の対象である意識障害者ならびに介護者には、本報告書への提示と記載内容について承諾を得た。

#### IV. 結果

##### 1. 居宅サービス計画書の作成年度

介護認定審査会は認定期間を24ヵ月と定めており、居宅サービス計画書は状態像に変化がなければ24ヵ月使用される。本研究における居宅サービス計画書の作成年度は平成22年度が12件、平成21年度は9件、平成20年度・19年が2件であり、指定の年度内のものであった。

##### 2. ケアプラン利用者の概要（表1, 表2）

###### 1) 意識障害者

意識障害者は、男性12人（52.2%）、女性11人（47.8%）であった。意識障害に至った主な原因は、脳血管疾患が17人（73.9%）と最も多かった。その他、手術、糖尿病、窒息等により意識障害が発症していた。年齢は60歳以下が6人、60歳代は8人、70歳代6人、80歳以上は3人であり、平均年齢は $68.2 \pm 11$ （42.5~92.4）歳だった。意識障害の持続期間は、平均 $13.1 \pm 7.6$ 年であり、最小3.5年、最長は31.8年だった。在宅療養期間は、平均 $11.5 \pm 7.5$ 年、最長は30.8年だった。要介護度は、要介護5が22人（95.7%）、要介護4が1人（4.3%）であった。

意識の状態は、呼名によりなんらかの反応がある人が13人（56.5%）いた。気管切開が14人（60.9%）、経管栄養は21人（91.3%）だった。23人全員がオムツを使用しており、膀胱留置カテーテルを使用している人はいなかった。現在褥瘡がある人は2人であり、過去に褥瘡があった人は11人（47.8%）だった。

コミュニケーションとして、「表情の変化」「声を出す」など、なんらかの意思の表出が可能な人は13人（56.5%）であり、自動運動がある人は3人（13.0%）だった。社会参加に関しては、通所サービスの利用者は11人（47.8%）、不定期利用を含むショートステイ利用者は10人（43.5%）だった。

###### 2) 主介護者

主介護者は、女性が21人、91.3%だった。意識障害者からみた続柄は、配偶者が14人（60.9%）、娘が5人（21.7%）、その他親、姉妹などであった。主介護者の年齢は平均 $61.7 \pm 12.4$ 歳であり、最高齢は84.5歳だった。

その他、対象の全体の概要に関しては、表3を参照とする。

##### 3. ケアプランの分析（図2）

居宅サービス計画書の記載内容の分析を行った。分析の視点は図2の通りである。

1) 居宅サービス計画書 (2) 「生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)」への記載内容  
「生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)」に記載してある内容の Key Word の抽出を行った。記載内容に関して詳細不明な場合には、「援助目標 (長期目標・短期目標)」を参考に内容を分析した。計 295 個の Key Word が抽出され、ICF に基づき分類を行った (表 4)。

#### ① 「心身機能・身体構造」

意識の状態では、呼名による反応が「あり」が 13 件 (56.5%)、「なし」が 10 件 (43.5%) であった。そのなかで、プランのなかで意識障害をニーズと捉えていたのは 9 件 (39.1%)、意思疎通をニーズと捉えていたのは 6 件 (26.1%) だった。また、23 件全件に「褥瘡予防」に関する内容が記載されており、その予防をニーズとして位置付けていた。一方、栄養状態に関しては全件が問題として挙がっていたが、ニーズとして位置付けていたのは 16 件 (69.6%) だった。気管切開を施行している意識障害者 14 人には、14 件とも「気管吸引」に関する記載があり、ニーズとして捉えられていた。排泄はニーズと捉えていたのは 12 件 (52.2%) であった。

#### ② 「活動」と「参加」

「移乗」、「移動」が各 17 件 (73.9%)、「入浴」が 16 件 (69.6%)、「排泄」が 12 件 (52.2%) に記載されていた。また、「通所サービス」が 11 件 (47.8%)、「ショートステイ (不定期利用を含む)」は 10 件 (43.5%) に記載があった。

#### ③ 「環境因子」

「介護負担の軽減」、「在宅介護の継続」は 23 件全件に記載されていた。

### 2) 「援助内容、サービス種別」に関する記載内容

「心身機能・身体構造」の課題 (ニーズ) に対応して、「訪問診療」、「訪問看護」サービスの利用者は 20 件 (87.0%) だった。「整容」の内容に関しては、のべ 44 件のニーズがあったが、サービス提供は 20 件 (45.4%) のみだった。入浴や保清に対応した「訪問入浴」は 16 件 (69.6%)、「身体介護」は 15 件 (65.2%) だった。「移乗」「移動」のニーズは 17 件であり、全件に対してサービス提供されていた。リハビリテーションは 23 件のニーズがあったが、サービス提供は 8 件 (34.8%) であった。「福祉用具貸与」は 22 件 (95.7%) であり、利用頻度が高かった。一方、「通所サービス」、「ショートステイ」には計 21 件のニーズに対して、21 件が対応していた。また、「介護負担」および「在宅継続」へのニーズは 23 件全件に記載されていたが、介護負担の独立した負担軽減措置についての記載は 1 件 (4.3%) のみであった。「家族」は介護要員として 23 件全件に記載されていた。

### 3) 居宅サービス計画書 (1) 「総合的な援助指針の方針」への記載内容

「総合的援助の方針」は、課題 (ニーズ) の解決に向けて目標を達成した先にどのような生活が

実現するののかという到達すべき方向性や状況（ゴール）を明らかにするものである。本調査では、全件において「在宅生活の継続」が、また「介護負担の軽減」は17件（73.9%）、「職種間連携」は8件（34.8%）記載されていた。一方、「脳損傷」や「意識障害」など、障害の特徴に関連する内容の記載は計6件（26.1%）だった。

#### 4. 事例におけるケアプランの紹介（資料参照）

##### 【事例1】「意思疎通」をニーズの最優先に位置付けた例

40歳代女性。平成4年（26歳時）に糖尿病による低血糖により意識障害となる。

意識障害の持続期間18.2年であり、在宅での生活は16.2年だった。ADLは全介助であり、意思表示として表情の変化や追視がみられる。主介護者は母親であり、現在72歳である。

##### 1) 居宅サービス計画書（1）

【利用者及び家族の生活に対する意向】

①本人：意思疎通が図れないため不明

②家族：だんだん年を重ねるにつれ、介護が容易でなくなってきた。ほとんど母親が全面的に介護を行っている。糖尿病のカロリー食+ミキサー食を作らなければならず、またオムツ交換などもあり、長時間の外出ができずストレスになっている。もう少し公的サービスを利用して、介護負担を軽減して頂きたい。

【総合的な援助の方針】

①平成4年から低血糖で倒れてから高次脳機能障害を併発し、両親の家で介護を受けてきた。

②両親が高齢になるにつれ、介護全体（排泄や食事、入浴など全介助の他に、一日4回のインシュリン注射、糖尿病のためのカロリー食を昼と夕に作り、食事介助を行っている）に負担感を強く感じるようになり、疲労感とストレスが蓄積している。

③訪問看護を週1回、支援費によるヘルプサービス（65h）を受けてきたが、さらに、療養通所介護やショートステイなど公的サービスの利用拡大により、本人の意識の活性化や両親の介護負担の軽減を図れるように相談に応じていく。

##### 2) 居宅サービス計画書（2）

【生活上の課題（ニーズ）】

①高次脳機能障害のため、発語がなく意思疎通ができない。

②痙性が強い（特に首、右上腕、左下肢）。各関節拘縮が強い。

③朝食は胃瘻より栄養剤など注入が必要。昼・夕はカロリー食&ミキサー食を口から摂取できるが介助が必要。

④糖尿病があり一日4回のインシュリン注射が必要である。

⑤全面介助のため両親の介護負担が大きい。



### 3) 週間サービス計画書 (別紙参照)

以下、担当ケアマネジャーが居宅サービス計画書に記載している意見、総合評価を記載する。

#### 【事例1のサービス事業者の意見】

- ①外気を浴びると表情が明るくなり、声がけすると目を開いてくれる。
- ②マッサージ、ROMストレッチで身体をほぐした後、座位訓練中に指示を出して反応をみている。
- ③経口からは上手に摂取できている。時々むせるが咳が強く、自力で痰を出している。
- ④低血糖状態もなく経過している。
- ⑤今のサービスで介護負担が軽減できているが、できればデイケア利用を増やしてほしい。

#### 【事例1の総合評価】

- ①話しかけや散歩や身体を動かす事で刺激となり、表情が豊かになるので大変効果がある。継続とする。
- ②声がけと同時に多様な運動を組み入れていくことで、リラクゼーションができ、自力で痙性緩和ができているような感じがする。長い目で経過観察が必要である。
- ③時々むせて咳込んでも上手に痰喀出できているため(時に吸引することもあるが)、肺炎を併発する事もなく経過している。
- ④血糖値安定している。
- ⑤糖尿食を作れる人がいない事が問題で、療養通所介護の参加回数をなかなか増やす事ができない。

### 4) ケアプランの検討

本事例では、意識・認知機能の状態は「高次脳機能障害」と表記されていたが、アセスメント内容から患者は遷延性意識障害者と考えられた。また、利用しているサービスには時間的な制約があるものの、内容に関しては表情の変化の観察や意識障害者の残存能力を引き出して向上させようとする働きかけ(治療的アプローチ)をケアの優先順位の第一位に位置付けていた。また、意識障害者は看護者や家族による血糖コントロールにより身体的に安定した生活を送っていた。一方、課題として、主介護者の日常生活支援に関して、月に一度の療養通所介護しかないことであつた。主介護者は介護負担の軽減措置を切望していたが、サービス提供事業所が対応できない状況にあつた。

意識障害者は40歳代であり、血糖をコントロールしながら身体・認知機能の向上を目的にした治療的なアプローチが行われている。また、ケアプランでは利用者(意識障害者と主介護者)の明確なニーズとその優先順位、事業所の意見および総合評価が記載されていた。このことは、支援者間(職種間)での共通理解に役立ち、利用者サイドのモデル的なケアプランであると評価できる。意識障害の長期化により支援の在り方も一様になる傾向があるが、丹念なモニタリングと主介護者や家族を支援するための再度のアセスメント・評価、ケアプランの調整が必要であり、

本事例では適正なモニタリングが行われていた。一方、年齢的にも意識障害者の社会活動への参加が望まれる。介護者ならびに家族も希望していることから、療養通所介護等が利用できるよう支援する必要があると考える。

【事例2】「区分支給限度基準額」を満額利用している例

60歳代男性。57歳時に窒息により意識障害となる。表情の変化があり、意思疎通が図られているが、ADLは全介助である。妻63歳の介護と公的サービスを利用し在宅生活を送っている。意識障害の持続期間は4.9年、在宅生活は4.2年である。

1) 居宅サービス計画書(1)

【利用者及び家族の生活に対する意向】

本人：(意思の確認は困難であるが、表情の変化等で判断している。)

家族：訪問入浴の回数を増やし一週間に3回入浴できるようにしている。天候も良くなったので、デイケアへも通っている。毎日何かしらの予定があるので張り合いはあるが、無理をしない程度にこのまま生活を続けたい。

【総合的な援助の方針】

色々なサービスを組み合わせて、可能な限り在宅での生活が継続できるように、御本人、ご家族への支援を行う。医療面では定期的な往診を依頼する。

2) 居宅サービス計画書(2)

【生活上の課題(ニーズ)】

- ①蘇生後脳症の後遺症で身体の各機能の低下があり、生活全般に介護を必要としている。
- ②介護の長期化に伴う主介護者の介護力の低下の恐れがある。
- ③病態が急変する可能性が考えられる。

3) 週間サービス計画書(資料参照)

4) サービス利用票(兼居宅サービス計画書)(資料参照)

5) ケアプランの検討

意識障害者には表情の変化があり、意思疎通が図られている。ADLに関しては日常生活全般に支援を要しているが、訪問型サービスと社会参加型サービス(週2回)を利用し、介護保険「区分支給限度基準額」を満額利用していた。本事例では、身体機能と生活レベルの維持および悪化の防止を長期目標に掲げ、短期目標は定期的に医療、介護、リハビリなどの相談ができ継続的な評価ができると設定されていた。主介護者は、ケアマネジメントによる社会サービスに関して満

足感を得ていた。今後も積極的にサービスを利用して介護負担軽減を図るとともに、主介護者の加齢に伴う健康維持を含めた中長期的な展望をもったプランの付記が必要であった。

## V. 考察

本調査では、利用者はほぼ全員が「要介護5」であり、ケアプラン上平均12.8個人/人の生活全般の解決すべき課題・ニーズが抽出された。意識の状態として、呼名による反応がある利用者は13人だったが、意思疎通がニーズとして掲がっていたのは約半数であり、意識障害に関するニーズへの認識は少なかった。そのような状況において、「表情」等の微細なサインをニーズの筆頭に掲げた事例1は稀な例であったといえる。また、全件がオムツを使用していたが、意識障害者ではオムツでの排泄が当然であり、ポータブルトイレ等での排泄に関する配慮はプラン上みられなかった。一方、褥瘡については全件に予防的な視点が入り入れられており、それに対して福祉用具の貸与サービスを利用しているようだった。しかし、褥瘡予防には体圧分散以外に栄養状態を良好に保つ必要があることから、栄養評価もニーズとして把握する必要があると考える。

また、ケアプランでは生活全般の解決すべき課題・ニーズのなかで、「心身機能・身体構造」、「活動」、「社会参加」の全項目に家族が関与していた。利用者の支援において家族の存在は欠くことができないが、介護負担の軽減や在宅生活継続を目標にしているにもかかわらず、実質的な負担軽減措置が挙げられていたのは一件のみだった。在宅生活の継続には家族の介護負担の軽減が重要な要因であることから、具体的な支援方法について探求する必要性が高いのではないかと考える。また、「社会参加」では、通所サービスやショートステイは利用されていたが、外出時に必要と思われる移動介護の利用に関する記載はなかった。さらに、「総合的な援助方針」では、利用者が脳に起因する障害と位置付けていたのは23件中6件のみであった。

意識障害者は、日常生活行動全般に介助が必要であり、意思の表出や意思疎通が困難であること、また医療依存度が高く社会参加も制約されている<sup>5)</sup>。脳損傷後の意思疎通が困難な利用者に対して、利用者自身が望む生活像を確認することはできない。しかし、意思表示が困難な状況にあっても、本人や環境がもっている強さ(strength)に着目する必要がある<sup>6)</sup>。Strengthとは長期間生存が可能となっている生命力であり、環境面では介護を保障する介護保険法という制度の存在である。しかしながら、意識障害者の生活上のニーズに関しては明確ではなかった。その背景として、介護保険法には介護度別に規定された「区分支給限度基準額」があり、要介護5の利用者に対しては35,830単位/月と規定されている。意識障害者の身体機能から社会参加、介護負担の軽減までを考慮したケアプランを作成するとしたら基準額では対応できないのではないかとと思われる。

ALSにおいては、利用者の意思表示が可能のため利用者自身が自立した生活を望んでいる例も多い。1986年より全国に広まったILP(Independent Living Program)では、障害者向けの自立支援プログラムには、パーソナルアシスタントの利用が可能である。当事者の生活を支えるヘルパー(パーソナルアシスタント)は、自宅に長時間滞在し、個別のニーズにしたがって介助を実施する。障害者自立支援法においても、重度訪問介護サービスは見守りや夜間の介護を含む長時間滞在型サービスを実現するために作られている。しかし、意識障害では家族支援を全面的に位置付けており、

基準額内のサービスに含んでいる。ケアマネジャーがサービスを基準額内で納めようとしているのか、あるいは積極的なリハビリやケア、外出等のサービスの必要性に関する理解の問題なのかについてまでは本調査では言及できない。しかし、佐藤<sup>2)</sup>は認知症の人を例にして、意思表示が困難な場合にはケアマネジャーは家族や関係者と相談しながら徹底したアセスメントを行うこと、そして利用者のアドボカシー (advocacy)・代弁機能を発揮し、利用計画書は積極的 (positive) な表現で表記することを提案している。意識障害という障害像は社会的にも認知度が低いと思われるが、認知症同様に積極的な視点をもったケアプランを考える必要があるのではないかと考える。

また、ケアプラン策定に際しては、わが国では統一されたアセスメント・ツールがない。一般的に在宅ケアでは MDS-HC (Minimum Data Set-Home Care)<sup>7)</sup> 等が使用されることが多い。しかし、MDS-HC 2.0 では記憶と意思決定を行うための認知能力を評価する項目はあるものの、「意識」を問う項目はない。日本訪問看護財団方式「アセスメントとケアプラン」<sup>8)</sup> では、せん妄の兆候・混乱した思考や意識の状況という項目のなかで、「集中力が落ちている」、「認知能力が一日の中で変化する」等の 5 段階評価はあるものの、意識障害の評価が可能な内容ではない。このように、アセスメント・ツール上に意識障害とその状態が位置づけられていないことが、意識障害者のニーズや目標、方針を明確にできない理由の一つではないかと思われる。意識障害者ならびに介護者の在宅支援においては、福祉領域における意識障害に対する理解が必要であり、また今後はアセスメント・ツールの開発やモデルケアプラン策定の試みが必要になるのではないかと考える。

#### 【引用文献】

- 1) 社会福祉六法：平成 23 年度版。新日本法規。2171-2276
- 2) 佐藤信人：ケアプラン作成の基本的考え方―試論ノート―。中央法規。2008。
- 3) NPO 法人神奈川県介護支援専門員協会：ケアマネジメント実践マニュアル居宅編，中央法規。2009。
- 4) 諏訪さゆり：ICF の視点に基づく施設，居宅ケアプラン事例展開集。日総研出版。2007。
- 5) 紙屋克子：遷延性意識障害分担研究報告書。平成 17～19 年厚生労働科学費研究補助金 障害保健福祉総合研究事業「在宅重度障害者に対する効果的な支援の在り方に関する研究」分担研究，2008。
- 6) 白澤政和：ケアプランの作成について。老年精神医学雑誌 2003；14 (9)：1081-1089。
- 7) 池上直己訳：日本版 MDS-HC2.0 在宅ケアアセスメントマニュアル，新訂版。医学書院。2007。
- 8) 日本版成人・高齢者用アセスメントとケアプラン：第 4 版，(財) 日本訪問看護振興財団。2007。

第1表	居宅サービス計画書（1）						作成年月日	年	月	日
						初回	継続	認定済 申請中		
利用者氏名		様	生年月日		住所					
居宅サービス計画作成者氏名						管理者名				
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地										
居宅サービス計画作成（変更）日		年	月	日	初回居宅サービス計画作成日		年	月	日	
認定日		認定の有効期間		年	月	日	～	年	月	日
要介護状態区分		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	前回の介護度		要介護（ ）	
生活に対する利用者の意向（希望）										
生活に対する家族の意向		・今後の介護（生活）に対する家族の思い（考え）								
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定										
総合的な援助の方針（〇年〇月の生活像）										
家事援助中心型の算定理由		1	一人暮らし	2	家族等が障害、疾病	3	その他（ ）			
下記の項目について介護支援専門員より説明を受けました。						説明・同意・配布日	年 月 日			
① 居宅サービス計画（1）（2）について、説明を受け、同意しました						利用者署名・捺印	印			
② 介護保険サービス等について、サービス種類や内容の説明を受けました										
③ 様々なサービス事業者から選択できることの説明を受け、自ら事業者の選択をしました										
						計画作成年月日 年 月 日				

第2表	居宅サービス計画書（2）									
利用者氏名 様										
生活上の課題（ニーズ）	実現可能な生活の目標				支援内容					
	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
					(サービス内容)  (本人や家族がしていること・できていること)					
					(サービス内容)  (本人や家族がしていること・できていること)					
					(サービス内容)  (本人や家族がしていること・できていること)					
					(サービス内容)  (本人や家族がしていること・できていること)					
上記の居宅サービス計画の内容に基づく支援実践期間					年 月 日 ～ 年 月 日					
この居宅サービス計画は、年 月に見直しの予定です。見直しの際には、居宅サービス計画書内にある「目標」に対して達成度評価をいたします										

表1 在宅遷延性意識障害者の基本属性

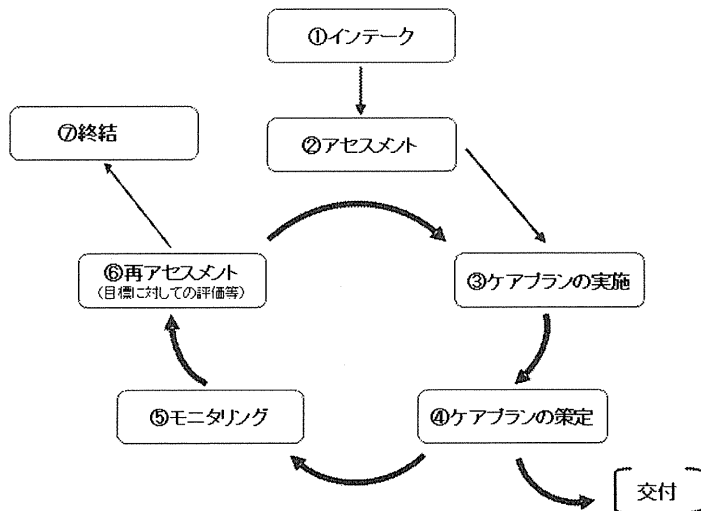
		(n=23)	
意識障害者		人数	割合(%)
性別	男性	12	52.2%
	女性	11	47.8%
原因分類	脳血管疾患	17	73.9%
	頭部外傷	1	4.3%
	その他	5	21.8%
年齢	68.2±11(42.5~92.4)歳		
意識障害の持続期間(年)	13.1±7.6(3.5~31.8)年		
在宅療養期間(年)	11.5±7.5(1.6~30.8)年		
要介護度	要介護4	1	4.3%
	要介護5	22	95.7%
主介護者			
性別	男性	2	8.7%
	女性	21	91.3%
続柄	配偶者	14	60.9%
	娘	5	21.7%
	その他	4	17.4%
年齢	61.7±12.4(30~84.5)歳		

表2 在宅遷延性意識障害者の生活機能・認知機能・社会生活

		(n=23)	
【心身機能・身体構造】		人数	割合(%)
意識の状態	反応なし	10	43.5%
	反応あり	13	56.5%
呼 吸	自然呼吸	9	39.1%
	気切/吸引	14	60.9%
栄養摂取方法	経口摂取	2	8.7%
	経口+経管	6	26.1%
	経管栄養	15	65.2%
排 泄	オムツ	23	100.0%
	(表情の変化)	(2)	
褥 瘡	既往なし	10	43.5%
	既往歴あり	11	47.8%
	あり	2	8.7%
【活動】		人数	割合(%)
コミュニケーション	表出は見られない	10	43.5%
	表情の変化	9	39.1%
	声を出す	4	17.4%
運動	自動運動なし	20	87.0%
	自動運動あり	3	13.0%
【参加】		人数	割合(%)
通所サービス	利用	11	47.8%
	利用なし	12	52.2%
ショートステイ	利用 (不定期含む)	10	43.5%

表3 サービス利用者一覧表

ID	個人因子				環境因子				心身機能・身体構造					活動		参加		
	性別	年齢	原因	意識障害 持続期間 (年)	在宅 期間 (年)	要介護 度	主介護 者 性別	年齢	続柄	意識	呼吸	栄養	排泄	褥瘡	コミュニケー ション	自動 運動	通所 サービス	ショート ステイ
1	男	70代	脳血管	7.6	4.7	5	女	70代	配偶者	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
2	女	60代	脳血管	3.5	1.7	5	女	30代	娘	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	表情など	(+)	12回/月	不定期
3	女	60代	頭部外傷	30.2	28.0	5	男	70代	配偶者	反応(+)	自然	経管	オムツ	(+)	表情など	(-)	(-)	(-)
4	男	60代	脳血管	5.7	4.0	5	女	60代	配偶者	反応(+)	自然	経口	オムツ	(-)	表情など	(+)	16回/月	8日/月
5	男	70代	その他	13.4	12.0	5	女	70代	配偶者	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	8回/月	4日/月
6	女	80代	脳血管	8.5	7.5	5	女	50代	娘	反応(+)	自然	経口	オムツ	(-)	表情など	(-)	9回/月	(-)
7	女	50代	脳血管	15.9	13.3	5	女	50代	配偶者	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)	12回/月	(-)
8	男	60代	手術	7.8	5.2	5	女	50代	配偶者	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)	(-)	(-)
9	女	80代	脳血管	11.3	11.2	5	女	60代	配偶者	反応(-)	自然	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	(-)	20日/月
10	女	60代	脳血管	18.3	11.3	5	女	70代	姉妹	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
11	男	50代	脳血管	12.3	10.5	5	女	50代	配偶者	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
12	男	90代	脳血管	7.2	7.1	4	女	50代	子の妻	反応(-)	自然	経管	オムツ	(+)	(-)	(-)	8回/月	不定期
13	女	70代	脳血管	24.7	23.8	5	女	50代	娘	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
14	男	50代	脳血管	13.0	12.0	5	女	50代	配偶者	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)	8回/月	不定期
15	男	70代	脳血管	5.9	5.6	5	女	70代	配偶者	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)	4回/月	(-)
16	男	60代	窒息	4.7	4.2	5	女	60代	配偶者	反応(+)	気切	経管	表情変化	(-)	表情など	(-)	8回/月	不定期
17	男	50代	脳血管	14.1	12.9	5	女	60代	配偶者	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
18	女	70代	脳血管	9.9	7.6	5	女	50代	娘	反応(+)	気切	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)	(-)	不定期
19	女	70代	脳血管	8.8	8.3	5	男	70代	配偶者	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	表情など	(+)	(-)	16日/月
20	女	40代	糖尿病	18.1	16.2	5	女	70代	母	反応(+)	自然	経管	表情変化	(-)	表情など	(-)	1回/月	(-)
21	男	50代	脳血管	13.6	13.0	5	女	50代	配偶者	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	4回/月	不定期
22	男	60代	低酸素	16.1	13.3	5	女	60代	配偶者	反応(-)	気切	経管	オムツ	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
23	女	60代	脳血管	31.8	30.8	5	女	80代	母	反応(+)	自然	経管	オムツ	(-)	表情など	(-)	(-)	(-)



NPO法人神奈川県介護支援専門員協会編;ケアマネジメント実践マニュアル、P4、中央法規、2009、より引用、一部改変

図1 ケアマネジメントのプロセス

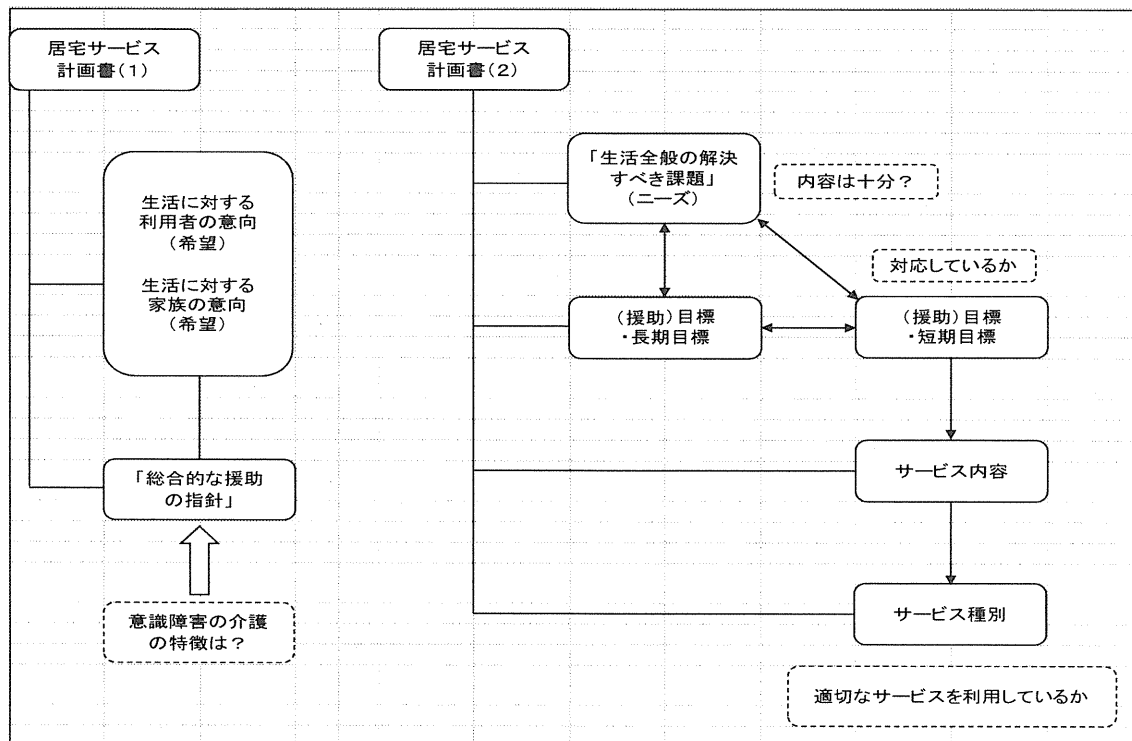


図2 ケアプラン分析の視点

表4 在宅遷延性意識障害者の介護保険法居宅サービス計画書実態調査(n=23)

【生活全般の解決すべき課題・ニーズ】			【制約されている活動を支援するサービス内容】			【総合的な援助の方針・キーワード】		
<b>【心身機能・身体構造】</b>	件数	割合	<b>【心身機能・身体構造】</b>	件数	割合		件数	割合
意識	9	39.1%	訪問診療	20	87.0%	遷延性意識障害	3	13.0%
意思疎通	6	26.1%	訪問看護	20	87.0%	蘇生後脳症	1	4.3%
運動機能	0	0.0%	訪問歯科	4	17.4%	高次脳機能障害	2	8.7%
気切・吸引	14	60.9%	訪問リハ	8	34.8%	意思疎通困難	5	21.7%
人工呼吸器	1	4.3%	福祉用具貸与	22	95.7%	医療的管理	4	17.4%
胃瘻/経鼻	17	73.9%	日常生活用具	2	8.7%	身体機能維持向上	2	8.7%
栄養	16	69.6%	家族	23	100%	保清	2	8.7%
血糖値管理	2	8.7%				感染予防	2	8.7%
口腔ケア	10	43.5%				観察/異常の早期発見	4	17.4%
身体機能	11	47.8%				コミュニケーション/表情の変化	3	13.0%
拘縮・予防	13	56.5%				福祉用具	1	4.3%
皮膚トラブル	13	56.5%				在宅生活の継続	23	100%
褥瘡予防	23	100%				介護負担の軽減	17	73.9%
感染予防	11	47.8%				職種間連携	8	34.8%
<b>【活動】</b>	件数	割合	<b>【活動を支援する環境】</b>					
排泄	12	52.2%	居宅介護支援	23	100%			
入浴	16	69.6%	訪問入浴	16	69.6%			
保清	11	47.8%	生活援助	1	4.3%			
更衣	7	30.4%	身体介護	15	65.2%			
移乗	17	73.9%	自立支援介護	2	8.7%			
移動	17	73.9%	民生委員	1	4.3%			
			知人友人	1	4.3%			
			家族	23	100%			
			知人友人	1	4.3%			
			ボランティア	1	4.3%			
<b>【参加】</b>	件数	割合	<b>【参加】</b>	件数	割合			
通所サービス	11	47.8%	通所サービス	11	47.8%			
ショートステイ	10	43.5%	ショートステイ	10	43.5%			
<b>【環境】</b>								
介護負担	23	100%						
在宅継続	23	100%						
救急体制	2	8.7%						
計	295		計	204		計	77	



第1表

居宅サービス計画書（1）

利用者氏名 事例 1 様 生年月日 40歳代 住所 〇市  
 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 平成 20年 4月 1日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日  
 認定日 \_\_\_\_\_ 認定の有効期間 平成20年 10月 1日 ~ 22年 9月 30日

要介護状態区分 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 ○要介護5

生活に対する利用者の意向（希望） 本人：意思疎通図れないため不明

生活に対する家族の意向（希望） ・今後の介護(生活)に対する家族の思い（考え）  
 両親：だんだん年を重ねるにつれ、介護が容易でなくなってきた。父親がまだ時々仕事（住職）があるため、ほとんど母親が全面的に介護を行っている。糖尿病のカロリー食+ミキサー食を作らなければならず、またオムツ交換などもあり、長時間の外出ができずストレスになってしまう。もう少し公的サービスを利用して、介護負担を軽減して頂きたい

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 \_\_\_\_\_

総合的な援助の方針生活像 平成4年に低血糖で倒れてから高次脳機能障害を併発し、両親の家で介護を受けてきた。両親が高齢になるにつれ、介護全体（排泄や食事入浴など全介助の他に、一日4回のインシュリン注射、糖尿病のためにカロリー食を昼と夕に作り、食事介助を行っている）に負担を強く感じるようになり、疲労感とストレスが蓄積している。これまでも、訪問看護を週1回、支援費によるヘルプサービス（65h）受けてきたが、さらに療養通所介護やショートステイなど公的サービスの利用拡大により、本人の意識の活性化や両親の介護負担の軽減を図れるように相談に応じていく

家事援助中心型の算定理由 1 一人暮らし 2 家族等が障害、疾病 3 その他（ ）  
 下記の項目について介護支援専門員より説明を受けました。  
 ① 居宅サービス計画（1）（2）について、説明を受け、同意しました  
 ② 介護保険サービス等について、サービス種類や内容の説明を受けました  
 ③ 様々なサービス事業者から選択できることの説明を受け、自ら事業者の選択をしました  
 説明・同意・配布日 \_\_\_\_\_  
 利用者署名・捺印 \_\_\_\_\_

計画作成年月日 平成20年4月1日

第2表

居宅サービス計画書（2）

利用者氏名 事例 1 様

生活上の課題（ニーズ）	実現可能な生活の目標			支援内容			
	長期目標	（期間）	短期目標	サービス内容	*1	サービス種別	頻度
#1.高次脳機能障害の為、発語がなく意思疎通ができない	まばたき、うなずきや表情の変化からコミュニケーションを図る			（サービス内容） 会話や身体を動かす。（車椅子移乗、散歩など）ことなどで刺激を与えていく		両親、 訪問看護、 訪問介護	
#2.痙性が強い（特に首、右上腕、左下肢）各関節拘縮が強い	筋緊張の緩和、関節拘縮の進行防止			（サービス内容） リハビリ（マッサージ、ROM、ストレッチ、座位訓練）		訪問看護	
#3.朝食は胃ろうより栄養剤など注入が必要。昼・夕食はカロリー+ミキサー食を経口から摂取できるが介助が必要	安全に経管栄養や経口摂取できる			（サービス内容） ・朝食は胃瘻から200Cal注入他は水分と与薬 ・昼、夜は食事介助（水分、与薬は注入する）		両親、 訪問看護、 訪問介護	
#4.糖尿病があり一日4回のインシュリン注射が必要である	安全なインシュリン注射と血糖値の安定			（サービス内容） ・朝・昼・夕・夜にインシュリン注射を行う。 ・血糖チェック（毎日または適宜）		両親、 訪問看護	
#5.全面介助の為、両親の介護負担が大きい	両親の介護負担軽減、ストレス解消			（サービス内容） ・食事作り（カロリー+ミキサー食） 排泄介助、移動介助、口腔ケア、陰部洗浄など長時間介護の利用 ・デイサービスの利用 ・訪問入浴、更衣、爪切りなど		訪問介護、 療養通所介護、 訪問入浴	

上記の居宅サービス計画の内容に基づく支援実践期間 年 月 日 ~ 年 月 日

この居宅サービス計画は、年 月に見直しの予定です。見直しの際には、居宅サービス計画書内にある「目標」に対して達成度評価をいたします

週間サービス計画表

利用者名 事例 1 様

作成年月日 平成 20年 4月 1日

	時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
深夜	4:00							
	6:00							
早朝	8:00							
午前	9:00							
	10:00							
	11:00				訪問看護			
午後	12:00	訪問入浴		訪問介護 (4時間30分) ・食事介助 ・歯磨き ・移動介助 ・おむつ交換 ・夕食作り ・見守り		訪問介護 (4時間) ・食事介助 ・歯磨き ・移動介助 ・おむつ交換 ・夕食作り ・見守り		訪問介護 (5時間) ・食事介助 ・歯磨き ・移動介助 ・おむつ交換 ・夕食作り ・見守り
	13:00							
	14:00							
	15:00							
	16:00							
	17:00							
夜間	18:00							
	19:00							
	20:00							
深夜	22:00							
	0:00							
	2:00							
	4:00							

週単位以外のサービス	療養通所介護 1回/月	在宅診療 2回/月
------------	-------------	-----------

第1表

作成年月日 22年 7月 24日

居宅サービス計画書(1)

初回 継続 認定済 申請中

利用者氏名 事例 2 様 生年月日 60歳代 住所 ○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 \_\_\_\_\_ 管理者名 \_\_\_\_\_  
 居宅サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日  
 認定日 \_\_\_\_\_ 認定の有効期間 22年 8月 1日 ~ 24年 7月 31日

要介護状態区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	○要介護5	前回の介護度	要介護( 5 )
---------	------	------	------	------	-------	--------	----------

生活に対する利用者の意向(希望) 本人：(意思確認は困難な状況であるが、表情の変化があるので判断している)

生活に対する家族の意向 家族：訪問入浴の回数を増やし1週間に3回は入浴できるようにしている。天候も良くなったので、デイケアへも通っている。毎日何かしらの予定があるので張り合いがあるが、無理をしない程度に、このままの生活を続けたい。  
 ・今後の介護(生活)に対する家族の思い(考え)

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的な援助の方針 色々なサービスを組み合わせて、可能な限り在宅での生活が継続できるように御本人、御家族への支援を行います。医療面では、定期的な往診を依頼します。

家事援助中心型の算定理由 1 一人暮らし 2 家族等が障害、疾病 3 その他 ( )  
 下記の項目について介護支援専門員より説明を受けました。  
 ① 居宅サービス計画(1)(2)について、説明を受け、同意しました  
 ② 介護保険サービス等について、サービス種類や内容の説明を受けました  
 ③ 様々なサービス事業者から選択できることの説明を受け、自ら事業者の選択をしました

計画作成年月日 22年 7月 24日

第2表

居宅サービス計画書(2)

利用者氏名 事例 2 様

生活上の課題(ニーズ)	実現可能な生活の目標				支援内容					
	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
蘇生後脳症の後遺症での身体各機能の低下があり生活全般に介護を必要としている	身体、生活レベルの維持および悪化の防止。医療管理のもと家族と生活を送る事ができる。保清が保てる	H22.8.1 ~ H23.7.31	・定期的な訪問で医療、介護面、リハビリなどの相談ができ継続的な評価を受ける事ができる ・手浴、足浴を行いながら手指や腕、下肢の拘縮予防ができる	H22.8.1 ~ H23.7.31	(サービス内容) ・排便コントロール、清拭、部分清拭、皮膚の状態観察確認、リハビリ、吸引、経管栄養時の指導、介護相談、主治医との連絡など ・手浴、足浴、部分、全身清拭、介護相談など ・全身状態のチェック、オムツ交換、入浴介助、利用時の経管栄養の施行、管理必要時吸痰、寝衣交換、口腔ケア、介護に関する相談など ・個別に合わせた機能訓練 ・上下肢ROM、腰臥位保持での挙上、端座位保持練習、摂食嚥下練習、アイン ・ベッド、車椅子、スロープなどを借り ・診察、カンニューレ交換、胃ろう部の皮膚の状態観察、医療相談など ・バイタルチェック、皮膚状態の状態チェック、更衣、洗身など (本人や家族がしていること・できていること)	○	訪問看護		週3回	H22.8.1~H23.7.31
介護の長期化に伴う主介護者の介護力低下の恐れがある	在宅での介護が継続できる	H22.8.1 ~ H23.7.31	・介護疲労の蓄積を防げる	H22.8.1 ~ H23.7.31	(サービス内容) ・各種サービスの円滑な利用の為の調整と利用状況の定期確認 ・訪問時の介護者との会話による精神的な支援 ・往診 ・リハビリ ・自宅と変わらない生活・介護の提供 (本人や家族がしていること・できていること)	○	居宅介護支援		適時	H22.8.1~H23.7.31
状態急変の可能性が考えられる	予測される急変事態への適切な対応ができる	H22.8.1 ~ H23.7.31	・急変の予防と早期発見ができる。急変時の対応	H22.8.1 ~ H23.7.31	(サービス内容) ・バイタルサインチェック、全身状態および経管栄養の適切な実施の確認、急変時の連絡体制の確立 (本人や家族がしていること・できていること)	○	訪問看護		週3回	H22.8.1~H23.7.31
							往診		随時	H22.8.1~H23.7.31

上記の居宅サービス計画の内容に基づく支援実践期間 年 月 日 ~ 年 月 日  
 この居宅サービス計画は、年 月に見直しの予定です。見直しの際には、居宅サービス計画書内にある「目標」に対して達成度評価をいたします

第3表

週間サービス計画表

利用者名 事例 2 様

作成年月日 22年 7月 24日

	時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日	
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	9:00	デイサービス	訪問看護		訪問看護	訪問看護	デイサービス		
午前	10:00								
	11:00			ホームヘルプ					
	12:00								
午後	13:00							通所リハ	
	14:00								
	15:00								
	16:00								
	17:00								
	18:00								
夜間	19:00								
	20:00								
	22:00								
深夜	0:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス