

(別添1)

「水戸市ケアプラン適正化等事業報告書」にある事例（平成16年6月）

(例1)

利用者の要介護度：要介護1（86歳）

利用者の現疾患：脳梗塞後遺症、左変形性関節症、高血圧、高脂血症

家族の状況：高齢者夫婦世帯

利用者の意向：息子夫婦が時折訪問し、家事・受診介助などは行っているが、日常的な家事動作も負担になってきているため、介護サービスを利用しながらできるだけ長く夫婦で自立した生活を送っていきたい。

総合的な援助方針：半寝たきりの生活ではあるが、ADLは何とか自立が保たれている状態である。介護者の介護負担も大きくなってきており、訪問介護を利用しながら夫婦単位での生活が維持できるように援助していく。

目標設定：(ニーズ) 家事能力の低下が見られる。

(長期目標) 整えられた生活環境が保障される。

(短期目標) 生活スペースの環境が整えられる。

(ニーズ) 食事の準備が困難である。

(長期目標) 食事をきちんと摂ることができる。

(短期目標) 援助のもとに調理できる。

(ニーズ) 床上時間が長く、下肢能力の低下が見られる。

(長期目標) 歩行動作が安定する。

(短期目標) 安定した室内歩行ができる。

利用サービス：訪問介護による清掃、洗濯、買い物、調理、歩行練習、体操

(5回/週)

サービス担当者会議：なし（サービス担当者への照会）

ケアプランの問題点：

- 「家事能力の低下」「食事の用意ができない」等のニーズは、腰痛や下肢の機能低下による廃用症候群又は認知症の進行等が主な原因と考えられるが、生活援助の単一サービスでは、廃用症候群や認知症の悪化防止はできない。
- 歩行困難であることを認識しているながら、通所リハや訪問リハなどの専門職によるリハビリテーションを行っていない。通所リハや訪問リハなど専門職によるリハビリテーションサービスの導入が必要。
- 「本人にリハビリの意欲がない」とモニタリングで記載しているが、サービス担当者会議で検討したり、主治医から何らかのアプローチをしてもらうなど改善する方法はある。「意欲がない」「本人にやる気がない」と決めつけることは、本人への責任転嫁ではないか。
- サービス担当者会議を開催しない理由が「単独サービスのため」としているが、このような理由は不適切。

(例2)

利用者の要介護度：要介護1（90歳）

利用者の現疾患：高血圧、腰痛、下腿部痛

家族の状況：独居（身寄りあり）

利用者の意向：一人暮らしをしていたが、自宅で転倒し骨折したため、退院後一人暮らしの不安もあり、長女の近くで訪問介護サービスを利用しながら、在宅生活を続けていきたい。

総合的な援助方針：在宅で生活していきたいという本人の強い希望と、それをかなえたいと思っている家族の意思を尊重し、医学的管理、日常生活の支援を軸としたサービス利用により、在宅生活が継続できるよう支援する。

目標設定：（ニーズ）高齢で左大腿骨骨折後であり歩行時ふらつきがみられるため、転倒の危険がありADLの低下をきたす可能性がある。

（長期目標）住環境を整え、転倒の予防と左下肢の負担を軽減し、安定した生活を送れるようになる。

転倒骨折予防のため、運動の実施により体力の維持を図る。

（短期目標）居室及び住居内の整備をすることにより、起き上がり、立上がり、移動が安全に行える。
転倒しにくい身体づくりを行う。

（ニーズ）退院後で体力が低下しており、日中独居であるため日常生活に援助が必要である。

（長期目標）掃除、洗濯、食事、入浴等の援助を受けて在宅生活を継続することができる。

（短期目標）清潔が保持され、また適切な食生活が確保される。

利用サービス：訪問介護による生活リハビリ、居室の清掃、入浴介助

（3回／週）

福祉用具貸与（ベッドレンタル）、福祉用具購入（シャワーチェア）、住宅改修（手すり設置、段差解消）

家族による外出介助、洗濯、買い物、調理、後片付け

サービス担当者会議：あり（訪問介護員、本人、家族）

ケアプランの問題点：

- ・ 医学的なアセスメントが不足している。主治医意見書が添付されていないので、疾患名や合併症の有無について不明だが、内服薬が多い（14種類の内服薬、湿布等3種類）。要介護1の歩行可能な大腿骨骨折の術後になぜこれだけ内服薬が必要なのか、薬剤師との連携がどのようにされているのか不明。利用者のQOLに直接関係することなので、十分なアセスメントが必要。
- ・ 総合的な援助方針で「医学的管理・日常生活の支援を軸とした」と記載して

いるが、「訪問介護」「福祉用具貸与」の福祉系サービスのみで、どのような医学的管理を行うのか疑問。手術後の退院直後のケアプランであり、回復期リハビリや医学的管理などのニーズがあると思うが、ケアプランに反映されていない。

- ・ 「要介護1」で日中独居、さらに転居したばかりで友人・知人はいない、という条件では閉じこもりになる条件が揃っている。潜在能力を引き出し、自立した生活を送るために何らかのリハビリテーション（通所リハや短時間の訪問リハ）が必要。訪問介護+福祉用具貸与のサービスでは自立支援を目指したプランとはいえない。「転倒しにくい身体つくり」「体力の保持」も同様。
- ・ 手術後の退院直後のケアプランは、長期目標・短期目標を短めに設定して（長期目標3ヶ月、短期目標1ヶ月が目安）、モニタリングを行いながら修正する方法が現実的。手術直後は、予想を超えて回復したり、介護者の介護力が向上するなど予想外のことが起こり得る。1ヶ月の暫定的プランを作成して、様子観察した上でプランを修正するなど柔軟な対応が求められる。
- ・ 生活課題・目標・サービス内容について具体的な検討がなされるべきなのに、記載されているのは状況の確認にとどまっている。高齢であるがADLも自立しており、予備能力を備えていると推察されるので、自立支援に向けた援助方法（プラス面を活用した生活の提案など）を検討する必要がある。
- ・ 主治医への照会（依頼）がないのは問題。

(例3)

利用者の要介護度：要介護1（79歳）

利用者の現疾患：S状結腸癌、転移性肺腫瘍 身障1級

家族の状況：独居

利用者の意向：長男と二人暮らしであるが、長男は別のアパートを借りているため不在のことが多い。視覚障害があり日常生活にも支障があるが、通所介護と訪問介護を併用し、引き続き在宅生活を続けていきたい。

総合的な援助方針：視覚障害があるため、日常生活のほとんどが一部介助及び全介助である。長男と相談しながらよりよく安全な在宅生活が送れるよう援助していく。

目標設定：(ニーズ) 視覚障害のため安全な歩行機会を確保して場所の認識ができ運動量が確保できる。

(長期目標) 安全な歩行機会を確保する。

(短期目標) 日常的に利用する自宅・デイサービス等では、場所の認識ができ、運動量を確保する。

(ニーズ) 食事の温めや簡単な掃除等はできるが複雑なところができない。

(長期目標) 火元・衛生管理に注意する。

(短期目標) 細かなところの調理・掃除については、訪問介護を利用する。配食サービスを利用して火元を使う機会を減らす。

(ニーズ) 洗濯物がきちんと行われていない。

(長期目標) 衛生管理ができる。

(短期目標) 訪問介護の利用により洗濯等が実施できる。

(ニーズ) 自宅で入浴ができない。外出もできず他者との交流もない。

(長期目標) 長男の協力を得ながら安定した在宅生活を図ることができる。

(短期目標) サービスの利用により、身体の清潔・社会交流をはかる。

(ニーズ) 定期通院により健康管理ができる。

(長期目標) 健康管理ができる。

(短期目標) 家族の付き添いや訪問介護の利用により通院できる。

(ニーズ) 近隣との関係が円滑でない。

(長期目標) 担当ケアマネジャー、訪問介護員、民生委員が協力して本人の話を傾聴する。

(短期目標) 近隣に理解を求める。

利用サービス：通所介護による入浴、レクリエーション、歩行見守り

(2回／週)

訪問介護による調理、掃除、洗濯、話し相手（1回／週）

訪問介護による通院介助（1回／月）

民生委員、ケアマネジャーによる話し相手、近隣住民啓発。

サービス担当者会議：あり（家族、訪問介護員、地域ケア推進員、民生委員）

ケアプランの問題点：

- ・ 週2回デイサービスを利用しているが、それ以外の日は一人で閉じこもっている様子。インフォーマルサービスの利用を検討するなど、閉じこもりやそれに伴う精神活動の低下を防止する必要がある。
- ・ 主治医との連携や日常的な医学的管理に関する事項（S状結腸癌の転移に関連する予測される事態等）が分析されていない。
- ・ 要介護1でありADL/IADLを工夫すれば、改善の余地がある。例えば、短期目標で「ホームヘルパーを利用して細かなところの調理・掃除を行ってもらう。配食弁当を利用して火元を使う機会を減らす」と記載しているが、IADL（調理）の残存能力を低下させるような内容。
- ・ 手足の麻痺や関節拘縮など機能・形態障害のない利用者であり、サポートすれば自立度は高まると思われる。「見守りや調理器具の工夫によって安全に調理ができる」というような自立支援に向けた目標・援助を検討する必要がある。

軽度者のサービス利用・アセスメントの事例

(水戸市の「ケアプラン検討委員会」の取組より)

- 水戸市では、有識者、保健、医療、福祉の関係者からなる「水戸市ケアプラン検討委員会」を設置し（水戸市介護保険課が事務局）、居宅介護支援事業所から収集したケアプランの内容等について評価、評価結果を居宅介護支援事業所にフィードバックすることで、真に自立支援に資するケアプランの作成、サービス利用の普及推進に取り組んでいる。
- 別添は、軽度者の状態像とアセスメント、サービス利用の事例について、水戸市の「ケアプラン検討委員会」の報告書から抜粋したものである。

(参考1) 水戸市のケアプラン検討委員会の構成員

- ①学識経験者（ケアマネジメント、認知症） 2名
- ②保健行政関係者（保健所） 1名
- ③医療、看護関係者（主治医、訪問看護、病院） 3名
- ④福祉関係者（ケアマネ事業所、施設、在宅介護支援センター） 3名

(参考2) ケアプラン検討委員会における評価方法

- ①ケアマネジャーにケアプランの提出を依頼する。
↓
- ②提出されたケアプランと主治医意見書を委員に送付する。
↓
- ③検討委員会において意見交換を行い、総合評価を行う。
↓
- ④総合評価の結果を事務局からケアマネジャーに個別に説明。各自においてケアプランを再検討、見直し、その結果を検討委員会に報告する。

痴呆があり脳梗塞後遺症の妻を高齢の夫が支えている事例

利用者の状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
	自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	痴呆度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性
	年齢	86 歳
	身体状況	障害(<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無) 身障(級)
	現疾患	脳梗塞後遺症, 左変形性膝関節症, 高血圧, 高脂血症
家族の状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居(<input type="checkbox"/> 身寄りあり <input type="checkbox"/> 身寄りなし)	<input checked="" type="checkbox"/> その他(高齢夫婦世帯)
アセスメントツール	全社協	

○ 利用者及び家族の介護に対する意向

- ・息子夫婦が時折訪問し、家事・受診介助などは行っているが、日常的な家事動作も負担になってきているため、介護サービスを利用しながらできるだけ長く夫婦で自立した生活を送っていきたい。

○ 総合的な援助の方針

- ・半寝たきりの生活ではあるが、ADLは何か自立が保たれている状態である。介護者の介護負担も大きくなってきており、訪問介護を利用しながら夫婦単位での生活が維持できるように援助していく。

○ 生活課題(ニーズ)及び目標

- 1 (ニーズ) 家事能力の低下が見られる。
 (長期目標) 整えられた生活環境が確保される。
 (短期目標) 生活スペースの環境が整えられる。
- 2 (ニーズ) 食事の準備が困難である。
 (長期目標) 食事をきちんと摂る事ができる。
 (短期目標) 援助のもとに調理ができる。
- 3 (ニーズ) 床上時間が長く、下肢筋力の低下が見られる。
 (長期目標) 歩行動作が安定する。
 (短期目標) 安定した室内歩行ができる。

○ サービス利用状況

- ・訪問介護による清掃、洗濯、買い物、調理、歩行練習、体操。(5回/週)

○ サービス担当者会議の開催

- あり()
なし(サービス担当者への照会 あり なし)

●モニタリング総括表

目標 (短期目標)	時期	確認方法	目標の達成度 ○:達成 △:一部達成されず ×:達成されず	サービスの実施状況 ○:実施 △:一部実施されず ×:実施されず	サービスの満足度 ○:満足 △:一部不満足 ×:不満足	今後の対応 または新しい生活課題	ケアプラン 修正の有無 ／終了
1 生活スペースの環境が整えられる。	○/○	訪問	○:室内が清潔になってきている。	○:訪問介護	○:本人 ○:家族	サービス利用によって室内の環境が整えられている。	無
2 援助のもとに調理ができる。	○/○	訪問	○:バランスのとれた食材の調達がされている。	○:訪問介護	○:本人 ○:家族		無
3 安定した室内歩行ができる。	○/○	訪問	×:本人にリハビリの意欲がない。	×		本人にリハビリの理解を求め、室内歩行など具体的にできるよう考えていく。	有 室内歩行。

●ケアプラン総評

- ① アセスメントはチェックリストに従って一通りされていますが、特記事項がほとんど記載されていないため、利用者の全体像が分かりにくくなっています。例えば、「移動動作が不安定で閉じこもりの傾向がある」と記載されていますが、IADL（家事）や住環境に関する情報が書かれていません。
- ② 医師の意見書は丁寧に書かれていますが、残念ながらケアプランは医学的視点（特にリハビリ）に欠けた内容です。受診困難であれば、主治医と連携し、居宅療養管理指導をプランに位置付けることも一つの方法ではないでしょうか。サービス担当者会議が開催されていない（主治医に対する照会もない）ようでは、医学的視点に欠けています。腰痛や筋力低下によりIADLが低下しているのであれば、これらの症状がどのように変化しているのかを医学的視点から把握する必要があると思います。
- ③ 「家事能力の低下」、「食事の用意ができない」等のニーズは、腰痛や下肢の筋力低下による廃用症候群あるいは痴呆症の進行等が主な原因と考えられます。訪問介護（生活援助）の単一サービスでは、廃用症候群や痴呆症の悪化防止はできないと思います。また、「日常的に動く時間を作り生活リハビリとする」と全体のまとめに書かれていますが、ケアプランには位置付けられていません。
- ④ 「要介護1」であり、日常生活は緩慢ながらほぼ自立しているようですが、訪問介護だけで援助している現状では、廃用症候群の改善や痴呆の悪化防止は困難だと思います。自立支援の視点に欠けていると言わざるを得ません。通所リハなど専門職によるリハビリテーションサービスを是非導入して頂きたいと思います。
- ⑤ 「本人にリハビリの意欲がない」とモニタリングに記載されていますが、専門職として何らかのリハビリテーションサービスが必要と判断されたならば、サービス担当者会議で検討したり、主治医から何らかのアプローチをしてもらうなど、いくつか方法はあります。「意欲がない」「本人にやる気がない」と決めつけることは、本人への責任転嫁ではないかという指摘もありました。また、サービス担当者会議を開催しない理由が「単独サービスのため」と書かれていますが、このような理由は不適切と考えます。
- ⑥ 利用者の要望・願望（デマンズ）と専門職が判断したニーズの刷り合わせができない場合は、当初は利用者の要望をそのまま受け入れたとしても、モニタリングやサービス担当者会議で他の専門職の力を借りるなど、サービスのネットワークを広げていくような方向性で検討されてはと思います。
- ⑦ 高齢な夫婦二人暮らしです。緊急時の連絡体制・方法を明記して下さい。

転倒骨折により退院後の生活に不安を感じている独居高齢者

要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
痴呆度	<input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性
年齢	90 歳
身体状況	障害(□有△無) 身障(級)
現疾患	高血圧, 腰痛症, 下腿部痛
家族の状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 独居(△身寄りあり <input type="checkbox"/> 身寄りなし) <input type="checkbox"/> その他()
アセスメントツール	MDS-HC

○ 利用者及び家族の介護に対する意向

- 本人の意向：一人暮らしをしていたが、自宅で転倒し骨折したため、退院後一人暮らしの不安もあり、長女の近くで訪問介護のサービスを利用しながら在宅生活を続けていきたい。
- 長女の意向：日常生活上の援助は継続していくけど、自分の家庭があるため介護保険サービスを利用しながら本人の希望をかなえてあげたい。

○ 総合的な援助の方針

- 在宅で生活していくという本人の強い希望と、それをかなえたいと思っている家族の意思を尊重し、医学的管理、日常生活の支援を軸としたサービス利用により、在宅生活が継続できるよう支援する。

○ 生活課題(ニーズ)及び目標

- 1 (ニーズ) 高齢で、左大腿骨骨折後であり歩行時ふらつきがみられるため、転倒の危険がありADLの低下をきたす可能性がある。

(長期目標) ①住居環境を整え、転倒の予防と左下肢の負担を軽減し、安定した生活が送れるようになる。

②転倒骨折予防のため、運動の実施により体力の維持をはかる。

(短期目標) ①居室及び住居内の整備をすることにより、起きあがり、立上がり、移動が安全に行える。

②転倒しにくい身体づくりを行う。

- 2 (ニーズ) 退院後で体力が低下しており、日中独居であるため日常生活に援助が必要である。

(長期目標) 掃除、洗濯、食事、入浴等の援助を受けて在宅生活を継続する事ができる。

(短期目標) 清潔が保持され、また適切な食生活が確保される。

○ サービス利用状況

- 訪問介護による生活リハビリ、居室の清掃、入浴介助。(3回／週)
- 福祉用具貸与(ベッドレンタル)
- 福祉用具購入(シャワーチェア)
- 住宅改修(手すり設置、段差解消)
- 家族による外出介助、洗濯、買い物、調理、後片付け。

○ サービス担当者会議の開催

あり(訪問介護員、本人、家族)

なし(サービス担当者への照会 あり なし)

●モニタリング総括表

目標 (短期目標)	時期	確認方法	目標の達成度 ○:達成 △:一部達成されず ×:達成されず	サービスの 実施状況 ○:実施 △:一部実施されず ×:実施されず	サービスの 満足度 ○:満足 △:一部不満足 ×:不満足	今後の対応 または新しい生活課題	ケアプラン 修正の有無 /終了
1 ①居室及び住居内の整備をすることにより、起きあがり、立上がり、移動が安全に行える。 ②転倒しにくい身体づくりを行う。	○/○	訪問	○:住居内の環境を整えることにより、安全に移動が行える。	○:福祉用具貸与(ベッド) ○:福祉用具購入(シャワーチェア) ○:住宅改修(手すり設置、段差解消)	○:本人 ○:家族		無
2 清潔が保持され、また適切な食生活が確保される。	○/○	訪問	○:定期的に入浴ができ、清潔が保てる。	○:訪問介護	○:本人 ○:家族	高齢で状態の変化が予想されるため、充分な観察が必要となる。	有:サービス内容の再検討。

●ケアプラン総評

- ① アセスメント：MDS - HC2.0にそって丁寧にされています。退院直後のアセスメントであり、自宅でどのように過ごすのか具体的な生活内容の記載内容が書かれているともっと良いと思いました。
- ② アセスメント：医学的なアセスメントが不足しています。主治医意見書が添付されていないので、疾患名や合併症の有無については不明ですが、内服薬の多さに驚いています（14種類の内服薬+湿布等3種類）。「要介護1」で歩行可能な大腿骨骨折の術後の方に何故これだけの内服薬が必要なのか、薬剤師との連携（居宅療養管理指導含む）はどのようにされているのか不明です。薬の副作用のチェック等はどのようにされるのか、援助の方針を示して頂きたいと思います。これは利用者のQOLに直接関係することなので、十分なアセスメントが必要と思います。
- ③ 総合的な援助の方針：「在宅で生活したい、という本人の強い願望と………医学的管理・日常生活の支援を軸とした………」と記載されています。しかし、ケアプランは「訪問介護」と「福祉用具貸与」の福祉系サービスのみです。どのような手段で医学的管理を行うのか疑問です。また、日中独居であり、緊急事態も想定されるため、緊急時の対応方法を明記して下さい。
- ④ ケアプラン：福祉系サービスのみで医療系のサービスがありません。手術後の退院直後のケアプランであり、回復期リハビリや医学的管理などのニーズがあると思いますが、ケアプランに反映されていないのは残念です。
- ⑤ ケアプラン：「要介護1」で日中独居、さらに転居したばかりで友人・知人はいない、という条件では閉じこもりになる条件が揃っています。潜在能力を引き出し、自立した生活を送るためには、何らかのリハビリテーション（通所リハや短期間の訪問リハ）が必要です。訪問介護+福祉用具貸与のサービスでは自立支援を目指したプランとはいえません。また、「転倒しにくい身体つくり」「体力の保持」についても同様です。
- ⑥ ケアプラン：手術後の退院直後のケアプランは、長期目標・短期目標を短めに設定して（長期目標3ヶ月、短期目標1ヶ月が目安）、モニタリングを行いながら修正する方法が現実的と思います。手術直後は、予想を超えて回復したり、介護者の介護力が向上するなど予想外のことが起こり得ます。1ヶ月の暫定的プランを作成して、様子観察した上でプランを修正するなど柔軟な対応が求められます。
- ⑦ サービス担当者会議：本人の意向を確認するなど、適切な時期に開催されています。ただし、初回プランであり生活課題・目標・サービス内容について具体的な検討がなされるべきなのに、記載されているのは状況の確認です。高齢ですがADLもほぼ自立しており、予備能力を備えていると推察されるので、サービス担当者会議では、自立支援に向けた援助方法（プラス面を活用した生活の提案など）を検討して欲しいと思います。また、主治医への照会（依頼）がないのが気になります。

視覚障害を持つ利用者と安全な在宅生活を支えようとする家族

利用者の状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
	自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	痴呆度	<input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性
	年齢	79歳
	身体状況	障害(<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 身障(1級)
	現疾患	S状結腸癌, 転移性肺腫瘍
家族の状況	■同居	<input type="checkbox"/> 独居(<input type="checkbox"/> 身寄りあり <input type="checkbox"/> 身寄りなし) <input type="checkbox"/> その他()
アセスメントツール	MDS-HC	

○ 利用者及び家族の介護に対する意向

- ・長男と二人暮らしであるが、長男は別にアパートを借りているため不在のことが多い。視覚障害があり日常生活にも支障があるが、通所介護と訪問介護を併用して利用し、引き続き在宅生活を続けていきたい。

○ 総合的な援助の方針

- ・視覚障害があるため、日常生活の殆どが一部介助及び全介助である。長男と相談しながらより良く安全な在宅生活が送れるよう援助していく。

○ 生活課題(ニーズ)及び目標

1 (ニーズ) 視覚障害のため、安全な歩行機会を確保して場所の認識ができ、運動量が確保できる。

(長期目標) 安全な歩行機会を確保する。

(短期目標) 日常的に利用する自宅・デイサービス等では、場所の認識ができ、運動量を確保する。

2 (ニーズ) 食事の温めや簡単な掃除等はできるが複雑なところができない。

(長期目標) 火元・衛生管理に注意する。

(短期目標) 細かなどころの調理・掃除については訪問介護を利用する。配食サービスを利用して、火元を使う機会を減らす。

3 (ニーズ) 洗濯物等がきちんと行われていない。

(長期目標) 衛生管理ができる。

(短期目標) 訪問介護の利用により洗濯等が実施できる。

4 (ニーズ) 自宅で入浴ができない。また、外出もできず他者との交流も少ない。

(長期目標) 長男の協力を得ながら、安定した在宅生活を送ることができる。

(短期目標) サービスの利用により、身体の清潔・社会交流をはかる。

5 (ニーズ) 定期通院により健康管理ができる。

(長期目標) 健康管理ができる。

(短期目標) 家族の付き添いや訪問介護の利用により通院ができる。

6 (ニーズ) 近隣との関係が円滑でない。

(長期目標) 担当ケアマネジャー、訪問介護員、民生委員が協力して本人の話を傾聴する。

(短期目標) 近隣に理解を求める。

○ サービス利用状況

・通所介護による入浴、レクリエーション、歩行見守り。(2回/週)

・訪問介護による調理、掃除、洗濯、話し相手。(1回/週)

・訪問介護による通院介助。(1回/月)

・民生委員、ケアマネジャーによる話し相手、近隣住民啓発。

○ サービス担当者会議の開催

あり(家族、訪問介護員、地域ケア推進員、民生委員)

なし(サービス担当者への照会 あり なし)

●モニタリング総括表

目標 (短期目標)	時期	確認方法	目標の達成度 ○:達成 △:一部達成されず ×:達成されず	サービスの実施状況 ○:実施 △:一部実施されず ×:実施されず	サービスの満足度 ○:満足 △:一部不満足 ×:不満足	今後の対応 または新しい生活課題	ケアプラン 修正の有無／終了
1 日常的に利用する自宅・デイサービス等では、場所の認識ができる、運動量を確保する。	○/○	通所	△:通所介護の場所は慣れているので、単独で歩行している。	○:通所介護	○:本人 ○:家族	単独での歩行は危険なので職員による見守りを行う。	無
2 細かなところの調理・掃除については訪問介護を利用する。配食サービスを利用して、火元を使う機会を減らす。	○/○	訪問	△:訪問介護による食事作りは行われているが、自炊の部分は現状維持。配食は利用していない。掃除はできない部分を行つてもらっている。	○:訪問介護 ×:配食サービス	△:本人 掃除のとき物が移動してしまう。 ○:家族	引き続き配食サービスは勧める。また、掃除のときに物が移動しないよう訪問介護員に依頼する。	無
3 訪問介護の利用により洗濯等が実施できる。	○/○	訪問	×:洗濯は本人が行っているが、衣類はあまりきれいではない。	×:訪問介護	未実施	引き続き、洗濯サービスを勧める。	無
4 サービスの利用により、身体の清潔・社会交流をはかる。	○/○	通所	○:通所介護により入浴し、また他の利用者との交流が図られている。	○:通所介護	△:本人 入浴の際、衣類等の荷物の位置が変わってしまう。 ○:家族	入浴の際、荷物の位置が変わらないよう担当職員に依頼する。	無
5 家族の付き添いや訪問介護の利用により通院ができる。	○/○	訪問	○:長男の送迎、訪問介護を利用して通院する。	○:訪問介護	○:本人 ○:家族	継続実施	無
6 近隣に理解を求める。	○/○	訪問	×:近隣との接触は少ない。	×:居宅介護支援	未実施	近隣の理解を求めていく。	無

●ケアプラン総評

- ① アセスメントはMDS・HCにしたがって丁寧にされていますが、ADL／IADLなど身体面が中心で、心理・社会面のアセスメントが不足しています。本事例はS状結腸癌の転移があり、終末期に近い状態であると思われる所以、より心理・社会面のアセスメントが重要になります。
- ② 本人・家族の意向や考え方の記載が不十分で、今後どのような生活を送りたいのかわかりません。また、「総合的な援助の方針」も抽象的な内容で、具体的な生活イメージがつきません。
- ③ 家族（長男）の介護に対する意向と役割が伝わってきません。ケアプランには本人・家族の役割を明記して下さい。日中独居となる事例です。週2回デイサービスを利用しているようですが、それ以外の日は一人で閉じこもっている様子。インフォーマルサービスの利用を検討するなど、閉じこもりやそれに伴う精神活動の低下を防止する必要があると思います。
- ④ アセスメントでは「緩和ケア」にチェックされていますが、ケアプランには記載されていません。また、主治医との連携や日常的な医学的管理に関する事項（S状結腸癌の転移に関する予測される事態等）が分析されていません。
- ⑤ 全盲による生活支援をクローズアップしたケアプランです。「要介護1」であり、ADL／IADLも工夫をすれば、改善の余地はあると思います。たとえば、短期目標2「ホームヘルパーを利用して、細かなところの調理・掃除を行ってもらう。配食弁当を利用して、火元を使う機会を減らす」と記載されています。これはIADL（調理）の残存機能を低下させるような内容です。手足の麻痺や関節拘縮など機能・形態障害のない利用者です。サポートをすれば自立度は高まると思います⇒⇒「見守りや調理器具の工夫によって安全に調理ができる」というような自立支援に向けた目標・援助を検討して下さい。
- ⑥ 「サービス担当者会議」の検討内容では、行動上の障害・精神症状（自宅に誰かが侵入する、盗聴器がある等の妄想、トタンをたたく等）の事実を確認していますが、課題分析されておらず、ケアプランにも記載されていません。このことは、痴呆症や何らかの精神領域における問題があると考えられます。主治医に相談しているようですが、ケアプランの修正までには至っていないようです。

医学的管理の必要性が高い独居高齢者

利用者の状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
	自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	痴呆度	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性
	年齢	83 歳
	身体状況	障害(□有 <input checked="" type="checkbox"/> 無) 身障(級)
	現疾患	慢性腎不全, 高血圧, 変形性腰椎症
家族の状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 独居(<input checked="" type="checkbox"/> 身寄りあり <input type="checkbox"/> 身寄りなし) <input type="checkbox"/> その他()	
アセスメントツール	包括的自立支援プログラム	

○ 利用者及び家族の介護に対する意向

- ・ 独居ではあるが、他市に住む長男夫婦が日曜日に必ず来訪し様子を見に来てくれる所以、利用者も安心している。あと5年経ち長男が定年になったら、同敷地内にある長男の自宅に帰ってくる予定。それまで元気でいたいという。

○ 総合的な援助の方針

- ・ 慢性腎不全あり、ペースメーカー留置、病状が不安定であるため日常的に医学管理が必要である。在宅での療養生活を継続するために訪問介護、訪問看護、家族間の連携を密にし、利用者の身体的精神的な安定を図る。

○ 生活課題(ニーズ)及び目標

1 (ニーズ) 慢性腎不全、心臓ペースメーカー留置、過度の労作や感染により重篤となりやすい。

(長期目標) 身体状況及び病状が安定し健康状態を維持できる。

(短期目標) 定期的な医療管理を受ける。

2 (ニーズ) 慢性腎不全の憎悪を防ぐために食事療法の指示があるが、独居生活であり調理が難しい。

(長期目標) 食事療法が実践できる。

(短期目標) 治療食の利用、嗜好をとり入れた献立作りができる。

3 (ニーズ) 自力での入浴に不安がある。

(長期目標) 安全に入浴し、清潔の保持ができる。

(短期目標) 週2回の入浴が快適な時間にできる。

4 (ニーズ) 身体的負担により家事ができない。

(長期目標) 訪問介護の利用により生活が維持できる。

(短期目標) 清潔な衣住環境の提供。

○ サービス利用状況

- ・ 管理栄養士による居宅療養管理指導(食事内容の把握、献立管理等) (1回/月)
- ・ 訪問看護による健康管理、療養指導、入浴介助。(1回/週)
- ・ 訪問介護による宅配の食材の確認、献立に添った食材の用意、洗濯、掃除、健康観察、入浴介助。(13回/週)
- ・ 家族による定期的な通院介助。(1回/月)

○ サービス担当者会議の開催

あり()

なし(サービス担当者への照会 あり なし)

●モニタリング総括表

目標 (短期目標)	時期	確認方法	目標の達成度 ○:達成 △:一部達成されず ×:達成されず	サービスの実施状況 ○:実施 △:一部実施されず ×:実施されず	サービスの満足度 ○:満足 △:一部不満足 ×:不満足	今後の対応 または新しい生活課題	ケアプラン 修正の有無 /終了
1 定期的な医療管理を受ける。	○/○	訪問	○:定期受診され状態安定している。	○:家族による受診介助 ○:訪問介護 ○:訪問看護	○:本人 ○:家族	継続	無
2 治療食の利用、嗜好をとり入れた献立作りができる。	○/○	訪問	○:管理栄養士の指導により、訪問介護員、家族が調理し、本人の血液データも良好に管理できている。	○:居宅療養管理指導 ○:訪問介護 ○:家族による調理	○:本人 ○:家族	継続	無
3 週2回の入浴が快適な時間にできる。	○/○	訪問	○:訪問看護による入浴介助 ○:訪問介護による入浴介助	○:訪問看護 ○:訪問介護	○:本人	継続	無
4 清潔な衣住環境の提供。	○/○	訪問	○:毎日生活援助として訪問介護を利用しているので達成できている。	○:訪問介護	△:本人 サービス提供内容については満足しているが、限度額オーバーしているため経済的負担となっている。	継続	無

●ケアプラン総評

- ① アセスメントはチェック表に従って一通りされています。ただし、慢性腎不全や洞不全症候群でペースメーカーが挿入されているなど、医学的ニーズが高い方ですが、血圧、脈拍、体重、水分出納など基本的なアセスメントがされていません（主治医の意見書にも水分出納のアンバランスなどで腎不全は容易に憎悪し得る、と記載されています）。
- ② 廃用筋萎縮のため「下肢の運動機能低下があり、転倒・骨折の危険性があると」主治医意見書等で指摘されていますが、アセスメント・ケアプランにおいて検討が不十分です。生活課題1～3は、主治医意見書に忠実に沿ったものですが、結果としてADLを規制する作用が必要以上に強調されてしまった、という意見もありました。
- ③ 「要介護1」であり、麻痺や運動障害などではなく、ADLの自立度は高い方です（天気の良い日は庭の掃除もできる能力がある、と記載されています）。医学的配慮をしながら、ADL/IADLのレベルアップを図る視点が必要です。そのためには本人の役割をケアプランに位置付けて下さい。「現状維持プラン」になっており、「自立支援プラン」ではありません。訪問介護のみの生活リハは限界があると思いますので、何らかのリハビリテーションサービスを検討して下さい。
- ④ ③と関連して、訪問介護が毎日1日2回提供されています。「夕食は配食サービスを利用しているため、自分で温めることができる」とアセスメント用紙に記載されているのにもかかわらず、毎夕食時に訪問介護が提供されている点が不可解です。本人の同意を得ていますが、支給限度基準額のオーバー分は貯金を取り崩して支払っている点も気がかりです。
- ⑤ サービス担当者会議やモニタリングにおける主治医との連携が不十分です。医学的管理を生活課題に挙げながら、サービス担当者会議での主治医の参加がない（照会もない）、受診時の医師の診断や意見をモニタリング等に反映させないのは、ケアマネジメントの実行性に乏しいので、再度検討して下さい。モニタリング（居宅介護支援経過）の内容がメモレベルで、何をどのようにモニタリングしているのか読み取れません。
- ⑥ 家族（長男）の意向が記載されておらず、家族の役割や連携をどのように構築していくのか、提案がされていません。長男が戻ってくることを生きがいにしているので、どのような役割を担っていただかを検討して下さい。
- ⑦ 一人暮らしで、医学的配慮の必要な方です。緊急時の連絡体制・方法を明記して下さい。

呼吸器障害があり今後の在宅生活に不安を持つ独居高齢者

利用者の状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5			
	自立度	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input checked="" type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
	痴呆度	<input checked="" type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	
	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input checked="" type="checkbox"/> 女性							
	年齢	79歳								
	身体状況	障害(<input checked="" type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 無	身障(1級)							
	現疾患	肺性心、結核後遺症								
家族の状況	<input type="checkbox"/> 同居	<input checked="" type="checkbox"/> 独居	<input checked="" type="checkbox"/> 身寄りあり	<input type="checkbox"/> 身寄りなし	<input type="checkbox"/> その他()					
アセスメントツール	全社協									

○ 利用者及び家族の介護に対する意向

- 呼吸器障害があり在宅酸素療法を行っているが、入院が必要になることもあるのでそのようなときの援助を希望している。一人暮しは不安もあるが、自分なりの生活スタイルは可能な限りは続けていきたい。身体的に負担の大きい家事などについて手伝ってもらえばと思う。姉が二人いるが、高齢でもありあまり頼ることはできないので、自分自身は介護保険のサービスの援助が不可欠と思っている。

○ 総合的な援助の方針

- 利用者の力や希望を尊重しつつ、現在利用中の訪問看護、訪問介護やボランティア訪問で不自由な面のサービス提供を行うとともに、それぞれの関係者全体で、情報収集、安全確認に努め予防的対応ができるようにする。また、現在は利用していない施設サービスなどについて情報提供し、安心感を持って在宅生活が継続されるよう支援する。

○ 生活課題(ニーズ)及び目標

- 1 (ニーズ) 呼吸器障害のため、掃除、買い物等の家事をすることが難しい。

(長期目標) 家事がきちんと行われ、在宅生活が滞りなく継続できる。

(短期目標) 本人にとって大変な家事について援助を受け、負担を軽減できる。

- 2 (ニーズ) 呼吸器障害1級で、在宅酸素療法を行っていることや、体調が変調しやすいなどのリスクがあり日常の医療的管理が必要である。

(長期目標) 病状の悪化を防ぎ早期対応できるようにする。

(短期目標) 訪問看護の利用で定期的な状態把握が行われ、適切な助言や対応ができる。

- 3 (ニーズ) 身体状況の変化など緊急時の対応が必要。

(長期目標) 安心感を持ち暮らせる。

(短期目標) 各関係者が連携・協力し、状態の変化に即応できる。

- 4 (ニーズ) 一人での通院や外出は、身体的にも精神的にも辛い。

(長期目標) 安全に通院や外出できる。

(短期目標) 介助により通院できる。

- 5 (ニーズ) 身体的に弱ってきており、不安が強くなってきていて自分なりにできるリハビリを工夫しているが実行が難しい。

(長期目標) 身体機能維持し、不安が軽減される。

(短期目標) 訪問看護や保健センターの機能訓練の利用により、リハビリが実施できる。

- 6 (ニーズ) 買い物は自分で行けず調理も大変なので、毎日の食事が単調になりがちである。

(長期目標) 本人の身体的負担少なく、本人にあった食生活が維持できる。

(短期目標) 配食サービスや訪問介護の調理援助などを活用する。

○ サービス利用状況

- 訪問介護による掃除、買い物、調理、通院介助、外出介助、安否確認。(2回/週)

- 訪問看護による定期的な状態把握、リハビリテーション、安否確認。(1回/2週)

- ボランティア訪問。

- 配食サービスの利用。

- 緊急通報システム導入。

○ サービス担当者会議の開催

あり()

なし(サービス担当者への照会 あり なし)

●モニタリング総括表

目標 (短期目標)	時期	確認方法	目標の達成度	サービスの実施状況	サービスの満足度	今後の対応または新しい生活課題	ケアプラン修正の有無 /終了
1 本人にとって大変な家事について援助を受け、負担を軽減できる。	○/○	訪問	○:生活上必要な家事は概ね達成されている。	○:訪問介護	△:本人は、自分の意向を察して行動してほしいという期待感のようなものがある。	本人には、率直に希望を話してもらうよう働きかけるとともに、担当者間の情報交換を密にし必要な援助を提供できるよう努める。	無
2 訪問看護の利用で定期的な状態把握が行われ、適切な助言や対応ができる。	○/○	訪問照会	○	○:訪問看護	○:本人	心身の状態不安定でリスクの高い状況から、訪問回数の調整等が必要。	有:訪問回数の内容の再検討
3 各関係者が連携・協力し、状態の変化に即応できる。	○/○	訪問	△:最近は大きな状態変化や緊急対応はないが、本人の不安感の軽減は充分か?	○:訪問看護 ○:訪問介護 ○:ボランティア、近隣協力者、配食サービス担当者等	△:本人各関係者ともなじみ心強い支援者となっている。近隣協力者が転居するとのことで不安が募っている。	各関係者間で連絡体制を見直す。	無
4 介助により通院できる。	○/○	訪問照会	△:4週に一度の通院は達成されているが、その他の外出はなかなか実現できない。	○:訪問介護	○:本人外出については体調による所があり、通院以外の外出の希望はありません。	移動手段等の検討をして、気軽に外出できる環境を整える。	有
5 訪問看護や保健センターの機能訓練の利用により、リハビリが実施できる。	○/○	訪問照会	×:本人に躊躇するところがあり、情報提供、提案のみになっていて実現されない。	×:訪問看護 呼吸器リハなどの誘導は本人の体調に左右され実施困難。 ×:保健センター機能訓練	×:本人に無理はしないという気持ちがあり、なかなか実現できず。	訪問回数等を調整し本人に無理のないリハビリ誘導や介助を行う。	有:主治医に相談する。また保健センターの訪問指導等も検討する。
6 配食サービスや訪問介護の調理援助などを活用する。	○/○	訪問	○	○:配食サービス ○:訪問介護	△:飽きる、好みが合わないということはあるが概ね満足。		無

●ケアプラン総評

- ① アセスメントは継続プランにも関わらず、丁寧に記載されています。
- ② アセスメントされているのに、生活課題に挙げられていないものがあります。
例えば、入浴時（洗身時）に息苦しくなったり、入浴による疲労で風邪を引きやすく、本来は見守りや一部介助が望ましいと思われる。…………と書かれていますが、ケアプランには記載されていません。呼吸不全で在宅酸素療養を実施している場合、入浴は一番負荷がかかり、リスクの高い動作です。本人が拒否するからといって訪問看護の介入を嫌うことは、安全面から考えて好ましいとはいえない。身体の洗浄や洗髪を一度に行うのが無理な場合は、何回かに分けて別の日に洗うなど工夫が必要です。入浴動作時は、口すぼめ呼吸、腹式呼吸、深呼吸などの呼吸調整を動作の前後で行うと負荷が少なくなります。このように専門職によるきめこまかなる助言によって、安全かつ快適に入浴できることを専門的視点に沿って説明した上で、サービスの利用を勧めてはと思います。
- ③ アセスメントで、「体調が変調しやすいなどリスクがあり」と、記載されていますが、どのようなリスクがあるのかを、具体的に提示して下さい。本事例は頻回に呼吸器感染症や呼吸不全（肺性心）を起こしているため、どのようなリスク（呼吸不全を起こす原因・要因）があるのか、何をどう気をつけなければよいのかを、本人だけではなく、すべてのサービス従事者が共有することが重要と思います。
- ④ 「要介護1」の独居なので、もう少し自立支援を強調したケアプランでも良いのではと思います。呼吸不全を考慮されたため、大事にし過ぎている印象を受けます。そのため、筋力低下など廃用症候群を引き起こしているようです。また、ケアプランに本人の役割が記載されていないので、本人がどの程度の日常生活を行っているのか不明です（本人も可能な限り自分でしたいと希望している）。息苦しくならない家事動作の修得など、主治医や理学療法士と連携して、残存機能を活用していく必要があると思います。
- ⑤ 筋力低下など廃用症候群を予防するためには、適度な運動療法が必要です。在宅酸素療法を実施している高齢者では、歩行（散歩）が最も安全な運動療法と言われています。閉じこもり予防対策も兼ねた通所サービスの利用も視野に入れた提案をされでは、と思います。
- ⑥ 緊急時の対応や閉じこもり予防については、ボランティア等のインフォーマルサービスを積極的に活用し、フォーマルサービスとの役割分担を行うなど、24時間安心できる対策をケアプランに位置付けており、大変評価できます。
- ⑦ 肺結核後遺症などの慢性閉塞性肺疾患患者の急激な体重減少は、予後を悪化させるため、十分な栄養管理が必要です。また、呼吸不全で利尿剤を服用している場合は、塩分チェックとカリウム摂取についても心がけるなど、定期的な栄養指導も必要と思われます。