

## 【事例編】



## ＜事例の見方＞

この事例集は、居宅の要介護者及び要支援者が居宅外で訪問介護サービスを利用した事例を取り上げています。

掲載事例の抽出にあたり、「散歩の同行」、「院内介助」、「通所系サービスの送迎」、「買い物の同行」等、多岐にわたる事例を紹介しています。また、掲載事例では、担当ケアマネジャーの考え方やケアプラン、また、新たな視点での支援の検討の提案等を示していますが、その記述内容以外のことも考えられますし、よりよい考え方等がある場合もあるでしょう。今後、様々な関係者からご意見をいただき、より良いものとしていきたいと考えていますので、ご理解ください。

なお、一つの事例で「散歩の同行」と「院内介助」の訪問介護サービスが提供されている等、複数の外出介助等の訪問介護サービスの類型が含まれている事例もあります。

組み入れられている外出介助等の訪問介護サービスの類型から事例を探したい方は、次ページの索引をご利用ください。

**事例 1**

**散歩の同行の事例 1**

利用者(本人)の状況及び希望等が記載されています。

！ 本人と同居家族の状況をみてみましょう。

本人	<p><b>77歳 要介護5/主な病名：筋萎縮性側索硬化症(ALS)、認知症</b></p> <p>【状況】ALSにより寝たきりで、呼吸器を付けている。ヘルパーによる喀痰の吸引を実施しており、食事は胃機能による。重度認知症で、意思疎通困難、意欲低下が著しく、何もしたがない。</p> <p>【希望】ADL低下防止のため、介護サービスを利用したい。</p>	<p>【家族図】</p>
同居家族(妻)	<p><b>72歳</b></p> <p>【状況】今年になり介護量が増え、主介護者である妻が24時間行っており、介護疲れがひどい状態である。</p> <p>【希望】介護サービスや自立支援サービスしてもらい、自分の負担を減らしたい。</p>	<p>※ 息子たちは別居</p>

！ ケアマネジャーはどのように考えたか

担当ケアマネジャーの考え方

吸引が必要なため、通所系サービスの利用は困難となった。本人は外出を嫌がり、意欲低下により妻のストレスは溜まる一方である。当面、外部とのコミュニケーションを図りながら、気分転換や認知症の進行を遅らせることにも繋がる散歩の同行による支援が必要となる。現在、散歩の同行により生まれ育った地域の変化に気づき、会話量も増え、家族介護者の生活意欲の低下を防ぐ効果がみられている。

！ ケアマネジャーはどのように考えたか

担当したケアマネジャーが、外出介助等の必要性をどのように考えたかを記載しています。

散歩の同行の内容	訪問介護サービスとして、現在の週4回に加え、近隣との交流や気分転換のため週1回散歩の同行を行う。天候が不順なときや本人の体調不良の際は、居宅内で整容等を行う。
----------	---

！ 外出介助等のサービス内容が詳しく書かれています。

！ ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

**ケアプラン第1表**

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：言葉も伝わらず、身体も動かず、困ることはかたがた、介護は妻に行ってもらいたい。他人が来てほしい。</p> <p>妻：公的なサービス等の利用もあり、自分が行うとわけていきたい。</p>
------------------	---

！ ケアプラン第2表を紹介しています。

**ケアプラン第2表**

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	長期目標	短期目標	サービス内容(主なもの)	サービス種別
①よく眠れること、食事や排泄に不便なく暮らしたい	居宅での妻との生活の継続	日常生活が維持できる	日常的な介護は、家族で実施... 清潔保持のための入浴... 家庭介護困難時は訪問介護を利用... 褥瘡発生、移動用リフトの利用	家族 訪問入浴 訪問介護 用具貸与
②妻の負担軽減を図りたい	家庭と関連領域サービスとのバランスの良い在宅介護の実現	生活意欲の向上と身体能力の悪化防止	近隣への散歩の同行... 障害防止のための関節可動域、機能維持の訓練実施... 外出時の車いす(寝台型)の利用	訪問介護 訪問リハビリ 用具貸与 医療機関 管理 訪問看護
			バイス等が記載されています。参考としてみてください。	障害者自立支援法 障害者自立支援法

！ 次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

**視点 1**  
外出の機会がないと、社会性が低下し、認知症が進行するので、散歩の介助は有効です。残存機能を活用しながらコミュニケーションを取るためにも、様々な福祉機器の利用も考えましょう。

**視点 2**  
アセスメントにおいて、妻だけでなく他の家族支援者とも一緒にを行い、どの時間帯にどのようなサービスが必要かを検討し、適宜、ケアプラン(3・6・7表)の見直しをしましょう。

**視点 3**  
障害の内容から、介護関係者、医療関係者、障害ワーカー等と連携を取り、自立支援法による本人が利用できるサービス制度等の助言を受けるとともに、調整も行いましょう。

注：ケアプラン第2表のサービス種別の欄に一部略語を使用しています。

## ＜索引＞

事例	タイトル	掲載頁
1	散歩の同行の事例 1	14
2	散歩の同行の事例 2	16
3	散歩の同行の事例 3	18
4	散歩と買い物の同行を一度に行う事例 1	20
5	散歩と買い物の同行を一度に行う事例 2	22
6	院内介助の事例	24
7	院内介助と併せて通院（複数）を一度に行う事例	26
8	院内介助と併せて通院（複数）と調剤薬局への同行を一度に行う事例	28
9	院内介助と併せて通院（複数）、調剤薬局及び買い物の同行を一度に行う事例	30
10	院内介助と併せて通院、散歩及び買い物の同行を一度に行う事例	32
11	院内介助と併せて通院、調剤薬局及び買い物の同行を一度に行う事例 1	34
12	院内介助と併せて通院、調剤薬局及び買い物の同行を一度に行う事例 2	36
13	デいの送迎の際に介助を行う事例 1	38
14	デいの送迎の際に介助を行う事例 2	40
15	デいの送迎とその帰りに買い物の同行を行う事例	42
16	デいの送迎の際に 2 人で介助を行う事例 1	44
17	デいの送迎の際に 2 人で介助を行う事例 2	46
18	買い物の同行の事例	48
19	通院と買い物の同行を一度に行う事例	50
20	通院（複数）、調剤薬局及び買い物の同行を一度に行う事例	52
21	銭湯への送迎とその帰りに買い物の同行を行う事例	54
22	美容院への送迎とその帰りに買い物の同行を行う事例	56
23	理髪店への送迎の際に介助を行う事例	58
24	見舞いのために入院先への送迎の際に介助を行う事例	60
25	面会のために施設への送迎の際に介助を行う事例	62
26	要支援者の通院介助の事例	64

### 注

- ・ この索引は、掲載している各事例について、どのような外出介助等のサービスが含まれているかを一覧で示したものです。
- ・ 「一連で行うサービス行為」の欄には、当該事例において一度の外出の際に一連の行為とする複数の介助がある場合に、その内容を示しています。例えば散歩の同行介助と買物の同行介助を一度の外出の際に行う事例ならば、「散歩+買い物」と示しています。また、2箇所の医院に介助を受けて通院する場合は「通院①+通院②」と、一度の外出の際に一連の行為とする複数の介助が2種類以上ある場合は「/」で区切って表示しています。

事例	一連で行うサービス行為	散歩	通院	院内	送迎	買物	他	備考	掲載頁
1		○							14
2		○				○			16
3		○	○			○		通院介助は、 緊急介護人	18
4	散歩+買物	○				○			20
5	散歩+買物	○	○			○			22
6	通院+院内		○	○					24
7	通院①+通院②+院内		○	○					26
8	通院①+通院②+院内+調剤薬局		○	○		○			28
9	通院①+通院②+院内+調剤薬局+買物		○	○		○	美容院		30
10	通院+院内+散歩+買物	○	○	○		○			32
11	通院+院内+調剤薬局+買物		○	○		○			34
12	通院+院内+調剤薬局+買物		○	○		○			36
13			○		○				38
14	通院+院内		○	○	○				40
15	送迎+買物				○	○			42
16					○			2人介助	44
17	通院+院内		○	○	○			2人介助	46
18	買物（複数箇所）／通院+院内		○	○		○		通院及び院内介助は、 緊急介護人	48
19	通院+買物	○	○	自費		○			50
20	通院①+通院②+調剤薬局+買物		○	自費		○			52
21	銭湯+買物／送迎+買物／通院+院内		○	○	○	○	銭湯		54
22	美容院+買物／通院①+通院②+院内+調剤薬局+買物		○	○		○	美容院		56
23		○					理髪店		58
24	通院①+通院②+調剤薬局+買物		○	自費		○	見舞い		60
25						○	面会		62
26			○	自費					64

- ・ 「散歩」、「通院」、「院内」、「送迎」、「買物」の欄は、それぞれ、当該事例において「散歩の同行介助」、「通院介助」、「院内介助」、「通所系サービスの送迎の際の介助」、「買物の同行介助」がある場合に「○」で示しています。また、「院内介助」が介護保険外のサービスである場合は、「自費」と示しています。
- ・ 「他」の欄には、当該事例において外出の目的地が美容院、理髪店又は銭湯である場合と外出の目的が見舞い又は面会であるものについて、その旨を示しています。

## 事例 1

### 散歩の同行の事例 1



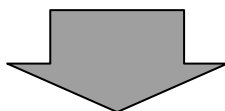
本人と同居家族の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>77歳 要介護5 / 主な病名：筋萎縮性側索硬化症（ALS）、認知症</p> <p>【状況】ALSにより寝たきりで、呼吸器を付けている。ヘルパーによる喀痰の吸引を実施しており、食事は胃瘻による。重度認知症で、意思疎通困難、意欲低下が著しく、何もしたがない。</p> <p>【希望】ADL低下防止のため、介護サービスを利用したい。</p>	<p>【家族図】</p> <pre> graph TD     subgraph Family [【家族図】]         P[本人] --- W[妻]     end     P --- S[息子]     P --- D[娘]     </pre> <p>※ 息子たちは別居</p>
<p>同居家族 (妻)</p>	<p>72歳</p> <p>【状況】今年になり介護量が増え、主介護者である妻が24時間行っており、介護疲れがひどい状態である。</p> <p>【希望】介護サービスや自立支援サービスを使って、夫を介護してもらい、自分の負担を減らしたい。</p>	



ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>吸引が必要なため、通所系サービスの利用は困難となった。本人は外出を嫌がり、意欲低下により妻のストレスは溜まる一方である。当面、外部とのコミュニケーションを図りながら、気分転換や認知症の進行を遅らせることにも繋がる散歩の同行による支援が必要となる。現在、散歩の同行により生まれ育った地域の変化に気づき、会話量も増え、家族介護者の生活意欲の低下を防ぐ効果がみられている。</p>
--------------------------------	--



<p>散歩の同行 の内容</p>	<p>訪問介護サービスとして、現在の週4回に加え、近隣との交流や気分転換のため週1回散歩の同行を行う。天候が不順なときや本人の体調不良の際は、居宅内で整容等を行う。</p>
----------------------	--



ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：言葉も伝わらず、身体も動かず、困ることばかりだが、介護は妻に行ってもらいたい。他人が来て世話をされるのは、本当は嫌です。</p> <p>妻：公的なサービス等の利用により自分の負担を減らしたい。しかし、本人の希望もあり、自分が行うことが多いため、介護サービス等と緊急一時入院と組み合わせたい。</p>
------------------	---

ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①よく眠れること、食事や排泄に不便なく暮らしたい	居宅での妻との生活の継続	日常生活が維持できる	日常的な介護は、家族で実施	家族
			清潔保持のための入浴	訪問入浴
			家庭介護困難時は訪問介護を利用 特殊寝台、移動用リフトの利用	訪問介護 用具貸与
		生活意欲の向上と身体能力の悪化防止	近隣への散歩の同行	訪問介護
			障害防止のための関節可動域、機能維持の訓練実施	訪問リハビリ
			外出時の車いす（寝台型）の利用	用具貸与
医療関係者との連携の維持	定期的な診断及び助言、服薬管理の実施	医療機関		
	医療的処置と生活に関する(排泄コントロール等)助言	訪問看護		
②妻の負担軽減を図りたい	家庭と関連領域サービスとのバランスの良い在宅介護の実現	介護負担の軽減	緊急一時入院等に、自立支援法による居宅介護を利用	障害者自立支援法
			夜間における喀痰の吸引の実施及び体位交換	障害者自立支援法



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

### 視点 1

外出の機会がないと、社会性が低下し、認知症が進行するので、散歩の介助は有効です。残存機能を活用しながらコミュニケーションを取るためにも、様々な福祉機器の利用も考慮しましょう。

### 視点 2

アセスメントにおいて、妻だけでなく他の家族支援者とも一緒に行い、どの時間帯にどのようなサービスが必要かを検討し、適宜、ケアプラン（3・6・7表）の見直しをしましょう。

### 視点 3

難病の内容から、介護関係者、医療関係者、障害ワーカー等と連携を取り、自立支援法による本人が利用できるサービス制度等の助言を受けるとともに、調整も行いましょう。

## 事例 - 2

### 散歩の同行の事例2



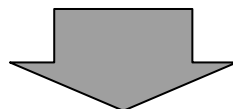
本人と同居家族の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>77歳 要介護2 / 主な病名：緑内障による両眼失明</p> <p>【状況】 医師からは、日常生活に著しく制限がある視力障害の判定を受けている。中途失明により、障害の受容に時間がかかった。伝い歩きができるようになったが、トイレや入浴以外は自室にいる。通所介護は、妻の負担軽減と割り切って通所しているが、一人でラジオを聴いていることが多く、他人との交流が苦手である。</p> <p>【希望】 不安なく、定期的に外出し、歩きたい。</p>	<p>【家族図】</p> <pre> graph TD     subgraph Family         A[本人] --- B(妻)     end     A --- C[息子]     B --- D[息子]     </pre>
<p>同居家族 (妻)</p>	<p>72歳</p> <p>【状況】 従来は妻が主介護者として、世話していた。通所介護事業所に通うようになり、一息つけるようになったが、その時間帯以外は、ほぼ付きっきりの介護を行っている。</p> <p>【希望】 デイサービスや訪問介護等の介護サービスを利用して、更に自分の負担を軽減してもらいたい。</p>	<p>※ 息子たち家族は別居、長男の車で通院している。</p>



ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>長年住み慣れた地域との交流を継続できるよう、近隣への外出支援を行い、本人の生活が活性化し、生活意欲の向上に繋がる支援を実施していくことが必要であると考え。今回、将来に向かって下肢筋力低下の防止と近隣との触れ合いの機会創出及び気分転換のために、散歩の同行を行うこととした。なお、悪天候時や体調不良のときは、居宅で清拭や整容を行う。また、妻の負担軽減も考慮したサービス提供を心掛けている。</p>
--------------------------------	---



<p>散歩の同行等の 内容</p>	<p>週1回概ね30分ほど近所を回り、声かけをしながら散歩の同行を行う。その他、以前より交流のある近隣の商店への買い物の同行も週1回行う。</p>
-----------------------	---





ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：視力障害により、室内移動は何とかできるが外出時の不安をなくしたい。</p> <p>妻：介護サービスなどの利用により歩かせる機会が欲しい。状態が悪化せずに安心して暮らしていきたい。</p>
------------------	---

ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①健康に気を付けて生活したい	異常の早期発見ができる	健康チェックの継続的な実施	バイタルチェック等による支援	訪問介護
			通院時の送迎	家族
			定期的な診療	医療機関
②自宅でゆっくり入浴したい	在宅での入浴の継続	安心して自宅で入浴できる	清拭・入浴、身体整容の介助	訪問介護
③“一人で歩く”不安を軽減したい	安心して外出し、生活の幅を広げる	近隣地域への外出機会の確保	近隣の散歩の同行	訪問介護
			近隣の商店への買い物の同行	訪問介護
④妻と安定した生活を送りたい	家族の介護負担を軽減	介護者の休息時間の確保	送迎、食事、健康チェック、各種レクリエーション活動の提供	通所介護



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

### 視点 1

週1回の通所介護において、ラジオを聴いてばかりで、動かないでいると筋力低下が起こります。通所介護事業所の担当者との協力し、施設内での歩行訓練などの運動指導も行ってもらえるようにしましょう。

### 視点 2

アセスメントにおいて、長男を含めた家族で相談し、さらなる妻の負担軽減も考慮して、障害担当のワーカーにも相談し、ガイドヘルパー等の障害者サービスの利用も検討しましょう。

### 視点 3

居宅である部屋の環境を確認し、また、総合福祉センターの成人係に相談するなどして、本人及び妻の日常の動線から必要に応じ、利用者が楽に移動できたり、介護者が介護しやすくなるような福祉用具の貸与や購入及び住宅改修（段差解消や手すりの設置）を検討しましょう。

## 事例 - 3

### 散歩の同行の事例 3



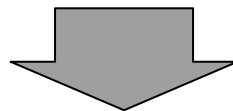
本人と同居家族の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>74 歳 要介護4 / 主な病名：脊髄性小児麻痺による四肢・体幹機能障害</p> <p>【状況】6歳より脊髄性小児麻痺となり、身体障害者1級となった。特に、移動に不自由を感じている。現在は、車いすの介助により外出を楽しんでいる。なお、通所介護や短期入所生活介護は嫌がっている。</p> <p>【希望】車いすを介助してもらい、できるだけ外出の機会をつくりたい。</p>	<p>【家族図】</p> <pre> graph TD     A[本人] --- B((故妻))     A --- C[息子]     C --- D((息子の妻))     C --- E[孫]     </pre>
<p>同居家族 (息子夫婦)</p>	<p>息子 39 歳 と 息子の妻 32 歳</p> <p>【状況】息子と息子の妻は、日中は仕事に出ており、多忙である。孫は、1歳になったばかりで、夫婦で育児に専念しており、手がかかっている。</p> <p>【希望】父の世話をいつまで、できるのか不明である。将来は、施設入所も検討したい。</p>	



ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>本人は脊髄性小児麻痺による下肢機能全廃と関節の拘縮があり、移動にはかなりの身体的負担がかかっている。また、年齢とともに負担は大きくなり、介護がないと外出などができなくなってきた。しかし、年少時からの障害でもあるため、自分の体調についての認識は十分にある。</p> <p>通所介護事業所に通うことを本人は拒否しているが、外出は好きであり、楽しみにもしている。買い物の同行や散歩の同行により、外出の機会を増やし、本人の社会性の維持と生活意欲を保っていきたい。</p>
--------------------------------	--



<p>散歩の同行等の 内容</p>	<p>週3回、車いすを介助して、商店又はスーパー、コンビニエンスストアで日用品の買い物をする。買い物では自分で商品を選び会計を行っている。散歩の同行は、近隣の公園や緑道を移動し、景色を楽しむなどにより、生活意欲の維持を図っている。</p>
-----------------------	---



ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：これからも自宅で、家族と一緒に暮らしていきたい。身体に障害があり移動が不自由なため、公的なサービスを利用して、安心した生活を送りたい。</p> <p>息子：子供が生まれ、自分たちの生活を営むだけで手一杯である。自分たちが不在の時間帯も含めて、外出などにも支援を受けたい。</p>
------------------	---

ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①できる限り居宅での生活を続けたい	在宅生活の継続	事故を防止して、安全に暮らす	屋内移動、車いすへの移乗、移動の介助	家族訪問介護
②健康管理ができる	できるだけ自立した生活を送る	体調管理しながら安心して生活できる	車いすを介助して通院する	緊急介護人
			病院での診察、服薬指導、生活指導や相談等	医療機関
③日常生活を手伝ってもらい、快適に過ごしたい	在宅生活の継続	衣食住を快適にする	更衣、整容、口腔ケア及び尿器の洗浄、洗濯	訪問介護
			居室の清掃	訪問介護
④買い物をしたり、近所へ外出したい	生活の楽しみを見つけたがる	近所へ買い物や散歩をして楽しむ	車いすを介助して、買い物や散歩の同行をする	訪問介護
			移動用リフトを利用して、車いすに移乗して楽に外出する	用具貸与
⑤毎日の排泄を安心して行いたい	快適な生活を送る	定期的におむつを交換して清潔を保つ	おむつ交換、清拭及び着替えの介助	訪問介護
⑥清潔を保ち、快適に過ごすことができる	平穏な生活を送る	身体の清潔を保つ	シャワー浴介助、更衣・整容の介助、口腔ケア、水分補給	訪問介護
			足浴、軟膏塗布の介助	訪問介護



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

### 視点 1

サービス担当者会議等で本人とともに息子夫婦とも話し合い、また、医師などの様々な専門職にも相談し、今後、どのような公的なサービス導入が適切であるかを検討していきましょう。

### 視点 2

筋力低下や認知症を防止するためにも、通所系サービスは有効です。将来通所介護や短期入所生活介護に行くことができるよう、最初は施設見学から始めてみましょう。

## 事例 - 4

### 散歩と買い物の同行を一度に行う事例 1



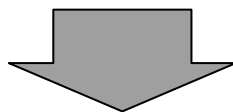
本人の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>82歳 要介護3 / 主な病名：脳梗塞による右片麻痺、認知症、高血圧症</p> <p>【状況】当初は、一切他人との関わりを断ってきたが、支援可能となり、要介護認定を受ける。妻の生存中は、妻が生活全般を行っており、家事は、ほとんどできない。元来、人との付き合いがなく、買い物は近所のコンビニ等で済ませていた。特に、最初の脳梗塞発症から外出は、買い物のみとなる。主治医からは、寝たきりにならないため、積極的に身体を動かすようにとのアドバイスを受けている（最近、再度脳梗塞があり要介護1→3）。外出時は、訪問介護にて、見守りをしながら、ゆっくりと歩行器を利用して歩いている。一人暮らしになってから夜間に不安があるようである。今月から認知症対応型通所介護の利用を開始した。</p> <p>【希望】身体が不自由なため、生活を維持する上での最低限の介護サービスをお願いしたい。</p>	<p>【家族図】</p> <pre> graph LR     A[本人] --- B((故)妻)     style A stroke-dasharray: 5 5     style B fill:#ccc     </pre>
-----------	---	--



ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>本人は、居宅での生活を望んでいるので、認知症対応型通所介護を中心に生活支援を組み立て、日常生活を続けていくための身体的機能（残存機能）の維持と認知症の悪化防止に努めていきたい。今後は、回数を増やすことも検討している。居宅の生活において、家事等はまったくできないため、通所日以外の日にも、1日に2回訪問し、食事介助、買い物及び散歩の同行等の身体介護により、居宅での生活を維持させるつもりである。特に、認知症対応型通所介護や買い物及び散歩の同行の実施により、口数も増えて、意思もはっきり表現できるようになってきており、認知症状は良くなっているように思える。</p>
--------------------------------	---



<p>散歩の同行等の内容</p>	<p>筋力低下及び認知症進行の防止のため、週1回の買い物の同行と買い物の前に遠回りをして、緑道での散歩に同行をしている（サービス担当者会議で医師からの助言による。）。本人の体調不良と雨天時の際は、居宅内で整容や家事を一緒に行う身体介護を行う。</p>
------------------	---



ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	デイサービスはそのまま続けていきたい。自分の力でできることがあまりないので、ヘルパーにいろいろ手伝ってもらいたい。
------------------	---

ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①落ち着いて居宅で生活できるようになりたい	居宅にて自立した生活を営めるようになる	自分でできることは自分で行う	朝と夕方の身体状況の確認、食事の支度や清掃	訪問介護
			認知症対応型通所介護への通所前と帰宅時の身支度等を本人中心で行い、見守りながら必要に応じて手伝う	訪問介護
			特殊寝台の利用により安全かつ楽に起き上がれるようにする	用具貸与
			夜間、ポータブルトイレの利用による排泄の自立	用具購入
②地域との交流を深めたい	外出支援により歩行の機会をつくり、社会との繋がりを構築する	地域社会と触れ合いながら、筋力低下を防止する	機能訓練の実施	認知症通所介護
			介助による入浴	認知症通所介護
③病気の再発を防ぎたい	今の身体状況を維持する	定期的な診療と栄養・服薬管理を続ける	レクリエーションプログラムへの参加	認知症通所介護
			近隣スーパーへの買い物の同行と買い物前の近隣での散歩の同行	訪問介護
			歩行器の利用による外出時の転倒防止などの安全確保	用具貸与
③病気の再発を防ぎたい	今の身体状況を維持する	定期的な診療と栄養・服薬管理を続ける	訪問診療による健康管理と居宅生活を継続するための助言や指導	医療機関
			栄養管理と服薬管理・指導	居宅療養管理指導



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

**視点1**

一人暮らしであることにより夜間に不安があるのであれば、夜間対応型訪問介護の導入もサービス担当者会議で検討してみましょう。

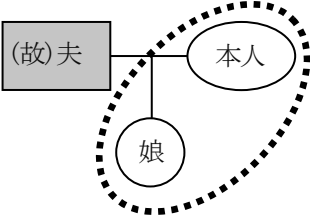
**視点2**

本人の筋力低下を防ぎ、残存機能を活かしながら身体を効率よく動かし、日常生活が楽になるように、総合福祉センターの成人係に相談するなどして、本人の生活上の動線を確認しながら、手すりの設置などの住宅改修も検討しましょう。

## 事例 - 5

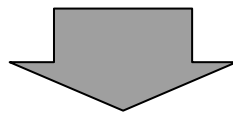
### 散歩と買い物の同行を一度に行う事例2

❗ 本人と同居家族の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>68歳 要介護3 / 主な病名: 糖尿病(インスリン注射有)、浮腫、骨粗鬆症による腰痛</p> <p>【状況】 夫が死亡し、腰痛がひどくなってからは、軽い鬱状態の時があり、家事は一切行わず、寝ていることが多い。食事の支度やインスリンの用意は、娘が行っているのので、ヘルパーには主に見守りをお願いしている。外出の際は、歩行器を使っている。現在、近隣の通所介護事業所の空きを待っている。</p> <p>【希望】 娘やヘルパーが手伝ってくれるので、このままの生活を続けていきたい。</p>	<p>【家族図】</p> 
<p>同居家族 (娘)</p>	<p>41歳</p> <p>【状況】 仕事が、看護師なので、勤務日や勤務時間が不規則である。通院は、自分の勤務先なので付き添っている。</p> <p>【希望】 家では、動かないため、特に筋力低下や褥瘡が心配です。外出も積極的に行って、筋力低下の防止と人との交流により鬱状態の改善を図ってほしい。</p>	

❗ ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャーの 考え方</p>	<p>娘の勤務が不規則であり、毎月の勤務状態に合わせて、訪問介護サービス計画を作成している。また、夜勤の時もあるので、夜間対応型訪問介護を導入している。主治医より、このまま放置すれば筋力が低下し、寝たきりになるとの指摘があり、当面、散歩の同行を導入する。現在、インスリンの注射は、自分で行っているが、時々促さないといけない。今後、自分で注射ができなくなる可能性もあるので、訪問看護の必要性も考慮しなくてはならないと思う。</p>
--------------------------------	--



<p>散歩の同行等 の内容</p>	<p>通所介護サービスが開始されるまでの間は、週2回、自宅付近の公園まで歩行器を利用して、ゆっくり歩いて行き、園内等を周遊する。帰りに途中にあるスーパーや商店等に寄り、買い物の同行を行う。</p>
-----------------------	--



ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：筋力低下を防ぐためにも、デイサービスに通いたいと思う。このままでは、寝たきりになるので、散歩などの外出をしたい。一人にいるとき、何かあったらと思うと不安になる（特に夜間）ので、支援をお願いしたい。</p> <p>娘：身の回りのことで、本人で行えることは本人にやってもらうつもりです。自分は、仕事で不在の時間が多く、その時間帯に支援をお願いしたい。</p>
------------------	---

ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①居宅で娘との暮らしを今のまま続けたい	在宅生活の安定化を図る	毎日を安心して過ごす	毎朝、身支度と服薬管理を支援する	訪問介護
		独居時の不安を解消する	随時訪問サービスの導入と緊急時の対応	夜間対応訪問介護
		本人の能力に合った家事を行う	自分で行うことを基本とし、家庭介護困難時には必要最低限の身体介護や家事援助を実施する	訪問介護
	褥瘡の発生を防止する	安全な入浴を楽しむ	安楽に入浴する	訪問入浴
起き上がり等を楽にできるようにする	特殊寝台と付属品の利用により、寝返りや起床を楽に行う	用具貸与	訪問介護	
②歩いて買い物や散歩に出かけたい	地域に出てコミュニケーションを楽しむ	定期的な歩行（外出）を続ける		近隣への散歩の同行と買い物の同行
歩行器の利用により転倒を防止し安全に歩く			家族訪問介護	
③病気が悪くならないようにしたい	今の体調を維持していく	定期的な通院により健康状態をチェックする	往復の通院を介助する（院内介助はなし）	医療機関
			定期的な受診と服薬管理及び身体状況についての相談	



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

### 視点 1

独居になる時間が多く、腰痛の一時的な悪化もあるので主治医との連絡を密に取り、緊急時には訪問介護を利用して通院を行えるようにしましょう。

### 視点 2

同居家族である娘の帰宅時間後や休みの日にできることについて、定期的に娘も交えて話し合うとともに、本人の状態の確認も行い、必要な情報の把握に努め、適切なサービスの導入を図りましょう。

## 事例 - 6

### 院内介助の事例



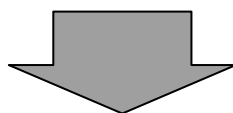
本人と同居家族の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>82 歳 要介護 5 / 主な病名：多発性脳梗塞(ラクナ)、パーキンソン症候群、高血圧症、認知症</p> <p>【状況】脳梗塞による麻痺の具合は、軽度だったが、脳血管性パーキンソン症候群を発症し、振戦により、著しく日常生活が制限されるようになった（要介護 1→5）。歩行は、今はできないが、改善の傾向にある。認知症状も、発症直後より徐々に改善している。</p> <p>【希望】デイサービスを続けていきたい。日中は独居になるので、介護をお願いしたい。排泄行為は自立したい。</p>	<p>【家族図】</p> <pre> graph TD     A[本人] --- B((故)妻)     A --- C((娘))     C --- D[孫]     subgraph FamilyDiagram [ ]         A         C         D     end             </pre>
<p>同居家族 (娘と孫)</p>	<p>娘 55 歳 と 娘の子 28 歳</p> <p>【状況】仕事で日中不在。勤務日の昼間は本人への援助に関わることができない（休みが月毎に不規則）。孫も、同様であるが、休みの日や夜間に介護を手伝っている。</p> <p>【希望】自分が不在の時は、介護をお願いしたい。</p>	



ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>パーキンソン症候群による振戦も、服薬により落ち着いてきている。認知症状も改善され、色々な面においてもやる気が出てきている。やる気を維持させながら、筋力の向上に努め、自立度を高めたく、通所リハビリテーションの回数を増やす予定である。現在、夜間はおむつを使用しているが、目標は、排泄行為の自立である。ケアプラン作成に関しては、毎月、娘さんと相談しながら決めており、訪問介護による通院介助の実施により介護者の負担軽減が図れ、精神的に余裕ができたとのことである。現在、介護者の帰宅が遅くなる傾向があるため、夜間対応型訪問介護と緊急時訪問介護の導入を検討している。</p>
--------------------------------	--



<p>通院・院内 介助の内容</p>	<p>隔週の神経内科への通院があり、娘の勤務日と重なった際には訪問介護により、車いすを介助しながら、通院介助を行っている。医院では、職員による患者の移動等を介助できる体制が整っておらず、本人の移動と排泄介助及び常時の見守りが必要なことから主治医と相談の結果（サービス担当者会議による）、院内介助を行っている。</p>
------------------------	--





ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：筋力低下を防ぎ、トイレに自分で行けるようになるためにも、デイサービスを続けていきたい。また、寝たきりや認知症にならないためにも自分のことは自分でやるつもりでいるが、不安なので見守ってほしい。</p> <p>娘：パーキンソン症候群により、うまくいかないことも多いので見守って手伝ってほしい。自分が不在の際の通院の介助をお願いします。</p>
------------------	---

ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①居宅での生活を自立させたい	自立した生活を続ける	衣食住を安定させる	通所日以外の日のお食事の支度の支援、移動、排泄等の介護	訪問介護
		日頃より身体を清潔にする	安楽な入浴	訪問入浴
			介助による安全な入浴	通所リハビリ
		咀嚼の改善と食事摂取能力を保つ	歯科診療による口腔内治療	医療機関
			口腔ケアと衛生管理	居宅療養管理指導
居宅内の移動環境を改善する	廊下やトイレなどへの手すりの設置による日常での動線の確保	住宅改修		
起き上がりを楽しもう	特殊寝台の利用により起床時の起き上がりの難しさを改善する	用具貸与		
②トイレに一人で行きたい	排泄に関する一連の動作を一人で行う	転ばないでトイレに行くことができる	リハビリテーションの実施	通所リハビリ
③身体症状を改善したい	身体症状を改善する	日常生活動作を向上し、社会参加をする	様々なプログラムへの参加と他の利用者との交流	通所リハビリ
④健康に気を付けて生活したい	病状の悪化を防止する	定期的な受診により身体状況を安定させる	体調管理と治療及び医療相談	医療機関
			通院介助と受付・移動・排泄等の院内介助、薬局への同行	訪問介護
			車いすによる外出時の安全確保	用具貸与



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

**視点 1**

本人の状態が改善するにつれ、やる気も出てきており、それに基づいたアセスメントによりプランを考察することは大切で良いことです。本来、本人のやる気を削がぬようにするべきですが、身体状態も考慮し、負担がかからぬよう、動作時はできる限り見守りによる自立支援に努めましょう。

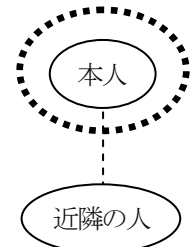
**視点 2**

今後、排泄が自立した際に、移動に時間がかかり転倒などの危険があるならば、福祉用具貸与による便器回りや居室内への手すりの設置をサービス担当者会議で検討してみましょう。

## 事例 - 7

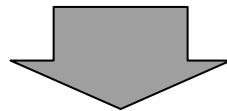
### 院内介助と併せて通院（複数）を一度に行う事例

！ 本人の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>77歳 要介護3 / 主な病名：狭心症、不整脈、高血圧症、腰痛、乾皮症性湿疹</p> <p>【状況】病気の進行により通常の動作でも続けて行くと、動悸がして苦しくなる。何かやるときは、休み々々行っている。身体上の痛みが強いときは、何もできないこともある。集合住宅の3階に暮らしており、階段の昇降は腰痛もあり、介護が必要である。家族はなく、近隣の人が、時々訪ねては、買い物の代行や食事の支度を手伝ってくれている。少しずつだが、認知症状も出始めている。</p> <p>【希望】ヘルパーの支援を受けながら、できる限り居宅での生活が続けていきたい。</p>	<p>【家族図／社会資源関係図】</p> 
-----------	--	--

！ ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>以前より特定の人のみしか付き合いがなく、他人との関わりを嫌がる傾向にある。近隣の仲の良い人（同年代同性）がほぼ毎日訪ねて来て、お喋りをしながら世話をしてくれる。当面は、頼っても良いと考え、緊急時には連絡がもらえるようにしている。入浴に関して、不安があるため、本人の希望も入れて、訪問入浴介護を導入することとした。通院介助とともに移動時等の見守りが必要なため、院内介助も実施する。福祉用具貸与事業者（福祉用具専門相談員）からの助言により、外出の際には、補助杖から歩行器へと変更し、転倒の危険性が低くなった。なお、将来は、施設入所も必要であると考えます。</p>
--------------------------------	--



<p>通院・院内 介助の内容</p>	<p>毎週の循環器科と皮膚科及び隔週の整形外科と歯科への通院介助がある。なお、循環器科と皮膚科は、近接しているため、一度の外出介助で行う。それらの医院では、職員による患者の移動等を介助できる体制が整ってなく、本人の移動には介助が必要であり、また病状から常時の見守りを要すると判断し、サービス担当者会議で検討した結果を踏まえ、院内介助を行っている（主治医からの意見及び依頼もあり、院内介助は医院了解済み）。</p>
------------------------	--



ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

### ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	現在、服薬により症状を抑えている状態です。寝たきりになりたくないで、身体を動かすように心掛けています。公的なサービスで、最低限のことを支援してもらいたい。今は、近所の友人が色々やってくれているが、ずっと甘えるわけにもいかないと思うので、将来的にどのようなサービスを受けられるのかも相談に乗って頂きたい。
------------------	---

### ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①生活のリズムを整え、このままの生活を楽しみながら過ごしていきたい	居宅での自立した生活を送る	毎日、予定を確認する	一日の予定等の確認（声かけ）を一緒にする	訪問介護
		身体に負担をかけずに不自由なく暮らす	清掃や食事の支度及び買い物などの生活援助を導入	訪問介護
			清潔保持のため、介助による入浴	訪問入浴
	居宅内を安全かつ楽に移動する	居宅内を安全に移動できる	特殊寝台により無理なく起き上がるようにする	用具貸与
			補助杖（四点杖）による室内歩行時の安全確保（転倒防止）	用具貸与
		無理なく安全に排泄できる	ポータブルトイレにより排泄の自立を保つ	用具購入
②不安なく安全に通院したい	定期的に通院することで安定した体調管理ができる	身体状況の悪化を防止する	身体状況の確認と治療及び医療的相談	医療機関
			口腔内の歯科治療と誤嚥防止のための衛生管理	医療機関
			複数箇所の通院を1回の外出介助で実施 院内での移動等の介助	訪問介護
		安全な外出を続ける（転倒防止）	歩行器による外出時の安全と安心の確保	用具貸与



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

#### 視点1

通院介助による同行時に買い物の同行も組み合わせるなどして、体調に配慮しながら身体を動かせる機会を作ることについて、サービス担当者会議で検討してみることも大切です。

#### 視点2

近隣との関係を保ちながらも、今後、食事は配食サービスなどの利用も提案しましょう。

#### 視点3

家族もなく一人暮らしとのことなので、将来、判断能力が衰えたときに備えて、成年後見制度の利用についても本人と話し合っていきましょう。

## 事例 - 8

### 院内介助と併せて通院(複数)と調剤薬局への同行を一度に行う事例



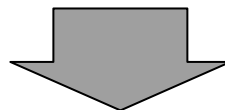
本人の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>84歳 要介護3 / 主な病名：脳梗塞後遺症（左片麻痺）、高血圧症、骨粗鬆症、認知症</p> <p>【状況】脳梗塞による麻痺の具合は、軽度だったが、骨粗鬆症を発症してから麻痺側の筋力低下が著しい。長距離は車いすを利用しているが、短距離は独歩可能である。特に、冬場は動きが緩慢になり、なかなか思うように動けないことがある。物忘れが激しく、薬の飲み忘れや、買い物もなぜ買ったのかを忘れてしまう。また、最近危険への認知力が低くなっている。日常生活は、訪問介護の利用により自立している。</p> <p>【希望】デイサービスを続けていきたい。一人では通院できないので、通院の介助もお願いしたい。</p>	<p>【家族図】</p>
-----------	---	--------------



ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>生きがいである認知症対応型通所介護の時間を減らさず、かつ、本人の身体的な負担を増やさないためにも、複数の医院への通院は一度で済ませるようにしている（医院間はバスで数分（車いすで乗車できるバスの時刻に合わせている。）。薬の受け取りは、調剤薬局を一箇所に行っているため、通院の帰りに同行して受け取りを行う。また、院内では、移動等に介助が必要であり、さらに、本人は物忘れが激しく、医師の指示を忘れることがあるため院内での介助が必要である（医師から介助の要請あり。）。</p> <p>本人ができることは、原則一緒にやりながら必要に応じて支援をしていくこととする。買い物に関しては、本人の体調を考慮し、同行できないときには、ヘルパーのみが本人の依頼を受けて行うこととし（生活援助）、在宅生活の継続を図っていく。</p>
--------------------------------	---



<p>通院・院内 介助の内容</p>	<p>週1回の整形外科と隔週1回内科に車いすを介助しながら通院しており、本人の肉体的負担を考慮して1回で済ませる。また、調剤薬局への同行も同日に行う。院内では、筋力低下による移動等の介助と診察後の医師からの説明を聞く等の支援を行うこととしている。</p>
------------------------	---



ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

### ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	デイサービスをこのまま続けていきたい。身の回りのことで、自分で行えることは自分でやりたいが、できないことを支援してもらいたい。さらに、通院することや薬を飲むことを忘れてしまうので、見守ってもらいたい。
------------------	--

### ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①自宅で安心して生活を送りたい	今までどおり、居宅内での安定した生活を続ける	筋力低下の防止に努める	認知症プログラムによる機能訓練の実施	認知症通所介護
		身体の清潔を保持する	介助による入浴	認知症通所介護
		食事摂取能力を維持する	摂食・嚥下機能訓練 昼食の提供	認知症通所介護
		居宅内の移動環境を改善する	動きに合わせた場所（廊下と居室）への手すりの設置と床材の変更や段差解消による転倒防止	住宅改修
	ポータブルトイレの利用により排泄の自立を保つ		用具購入	
	身体状況を適切に管理していく	定期的に受診をする	医院（整形外科と内科）でのバイタルチェック、診察と服薬指導	医療機関
通院介助と院内での移動・受付の介助及び診療内容の聞き取り 薬局への同行介助			訪問介護	
生活の楽しみを見つける	自分で必要な物は買えるようになる 安全に外出する	本人の生活意欲を維持するための買い物の同行	訪問介護	
		車いすによる外出時の安全確保	用具貸与	
②物忘れが多いため、必要な助言が欲しい	自分で行えることは自分でやっていく	家事能力を改善（回復）する	声かけ（確認）と支援及び買い物、掃除、洗濯等必要な家事を声かけしながら一緒に行う	訪問介護



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

#### 視点 1

身体状況の変化しやすい利用者であるため、定期的なアセスメントのみならずサービス提供事業者とも連絡を密に取り、日常生活が維持できるように、常にサービス内容の検討を図り、どの時間帯にどのようなサービスが必要かを考慮して、ケアプランを作成しましょう。

#### 視点 2

薬の管理をきちんとするためにも、薬剤師による居宅療養管理指導の導入を検討しましょう。今後、通院が困難になることが予想されるため、主治医と相談し訪問診療への移行も考慮しましょう。

## 事例 - 9

院内介助と併せて通院(複数)、調剤薬局及び買い物の同行を一度に行う事例



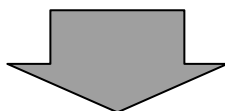
本人と同居家族の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>79歳 要介護2 / 主な病名：骨粗鬆症による下肢筋力低下、頸椎圧迫骨折</p> <p>【状況】上記病名により常に全身の痛みや痺れがあり、生活全般に介助を要する。座位を保つのが困難になっている(症状は不安定)。居宅内は、壁等を利用して伝い歩きをしているが、外出時は、車いすを利用する。</p> <p>【希望】このままデイサービスを続けることと美容院に行き身だしなみをきちんとしたい。</p>	<p>【家族図】</p> <pre> graph TD     subgraph Family         H[夫] --- W((本人))         W --- D((娘))         D --- DI[娘の夫]     end         </pre>
<p>同居家族 (夫)</p>	<p>81歳 要介護1 / 主な病名：脳梗塞後遺症(軽度約20年前)、高血圧症</p> <p>【状況】麻痺はないが、動きは緩慢である。今まで掃除、洗濯、買い物などを行ってきたが、最近加齢により体調不良(膝・腰痛が強い)の日が多く、家事全般が満足にできない(最近、要支援1→要介護1)。</p> <p>【希望】娘夫婦が色々やってくれるが、日中などの不在の際の更衣や食事の準備などの支援をお願いしたい。</p>	
<p>同居家族 (娘夫婦)</p>	<p><b>娘</b> 51歳 と <b>娘の夫</b> 54歳</p> <p>【状況】長女は、日中は仕事に出ており、仕事柄、休みは不定期である。長女の夫も同様であり、長期間不在になることもある。</p> <p>【希望】自分たちが不在の時の支援をお願いしたい。</p>	



ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>本人は、歩行時に介助が必要であり、衣服を畳む等の簡単な家事以外はできない。現在、夫が本人の介護をしているが、浴室やトイレの掃除などは訪問介護により支援している。食事は民間の配食サービスを利用することとした。転倒防止から移動時に見守りなどの介助を要するため、通院と院内介助を行う。本人は、身だしなみには気を遣う方であり、生きがいを得るため、美容院への送迎を行う。なお、ふれあいサービス事業での美容サービスは、近隣にサービス提供できる者がなく、当面、訪問介護により送迎を行うこととした。</p>
--------------------------------	--



通院・院内 介助等の内容	整形外科と内科への通院は、身体的な負担軽減の観点から、車いすを介助しながら一度で行う。院内では、患者を介助できるスタッフがおらず、転倒防止などの理由により移動等の介助のため、院内介助を行う。帰りには、調剤薬局そばのスーパーにて買い物の同行を行う。
外出介助 の内容	2月に1回程度の美容院への送迎(美容院内での介護はなし)は、自宅での更衣・整容の後に美容院まで送り、終わる頃に迎えに行き、帰宅後に居宅にて更衣等の介助を支援する。



ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

### ケアプラン第1表

利用者及び家族の 生活に対する意向	本人：筋力低下を防ぐためにも、デイサービスを続けていきたい。日常生活を営むための介護をしてもらいたい。さらに、通院や美容院への付き添いもお願いしたい。 夫：妻の介護も家族で、できる限りは行うつもりです。ただし、娘夫婦が不在の時間帯には、支援をもらいたい。
----------------------	--

### ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①筋力低下や痛みがあるため、生活全般にわたり支援して欲しい	居宅での快適な生活を営む	筋力低下を防止する	機能訓練による身体機能の維持	通所介護
		安全に入浴をする	介助による入浴の実施	通所介護
		居宅内で快適に過ごす	通所日以外の日には、整容や移動、更衣等の支援や家事援助	訪問介護
		起き上がりを楽に行う	特殊寝台（付属品含む）による起床時の安全確保と負担軽減	用具貸与
口腔の衛生状態を良好に保つ		誤嚥を防止する	口腔内の治療	医療機関
			口腔ケアと咀嚼力の維持のための指導	居宅療養管理指導
②いつも身綺麗にして、生活を楽しみたい	生活を楽しむことができる	お洒落をして外出できるようにする	美容院までの送迎の同行及び出発時と帰宅時に身支度の介助	訪問介護
		コミュニケーションを楽しむ	レクリエーションプログラムによる他の利用者との交流	通所介護
	定期的な外出の機会をつくる	通院と買い物を続ける	通院介助と院内での見守りと移動等の介助及び買い物の同行	訪問介護
			診察、服薬指導、生活相談等	医療機関
		安全に外出する	車いすを利用して移動	用具貸与



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

#### 視点 1

夫の負担の軽減については、夫自身も頑張る気であるため、その気を削がないよう無理がかからない程度とし、プランを立てる際には、夫婦として自立できるサービス提供を考慮しましょう。

#### 視点 2


症状が不安定なため一時的に悪化した際には、今後、通院が困難になることも考えられます。訪問診療も行ってもらえるよう、日頃より医師との連絡を密にし、本人の身体状態を把握しましょう。

## 事例 - 10

### 院内介助と併せて通院、散歩及び買い物の同行を一度に行う事例



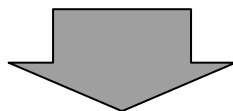
本人の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>77 歳 要介護2 / 主な病名：慢性閉塞性肺疾患（在宅酸素療法）、下肢筋力低下、浮腫</p> <p>【状況】病気のため、通常の動作もゆっくりしか行うことができない。あまり歩かないためか、下肢筋力の低下があり、浮腫も見られる。一人暮らしであるが、近所付き合いや人との交流を避ける傾向にある（テレビを観るのが好き）。外出時（通院と買い物）は、シルバーカーに携帯酸素ポンベを付けて歩いている。年齢に伴う物忘れがあり、服薬管理を心配している。</p> <p>【希望】ヘルパーの支援を受けながら、今の生活を継続したい。</p>	<p>【家族図】</p> 
-----------	--	--



ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>最近、要介護認定を受け、各種サービスを導入したばかりの利用者。本人は、在宅酸素療法を行っているが、居宅内では行動に大きな制限はない。しかし、長距離の移動には、筋力低下から不安定になりがちである。また、外出時は、携帯酸素ポンベがあるため移動に制限がある。特殊寝台の貸与により起き上がりが楽になり、気力も出てきたように思える。呼吸器内科と歯科の通院には、介助を必要とし、院内での移動も介助する（サービス担当者会議で主治医からの依頼）。通所介護を勧めるも、元来の人嫌いから拒否（当初は、介護保険サービスを受けるのもかなり躊躇していた。）。ケアプラン作成時には、外出の機会が、医院の往復しかなかった。今回、筋力低下と認知症防止に向け、散歩と買い物の同行を行うこととした。</p>
--------------------------------	--



<p>通院・院内 介助等の内容</p>	<p>呼吸器内科への通院は、シルバーカーで行っている。徒歩15分位かかるが、10分過ぎると歩行が辛くなるため、介助しながら通院している。院内（調剤薬局を含む。）では、形態酸素ポンベを抱えての移動のため介助が必要となる。歯科は、近所にあり、同様に介助を行っている。通所介護に行きたがらないため、主に筋力低下防止と認知症予防を目的に、通院の帰りに近所の公園や緑道での散歩の同行と買い物の同行を行っている。</p>
-------------------------	--





ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	長距離を歩くことが辛く、酸素ボンベを抱えているため院内での動きもままならない。通院時や院内での介護、買い物などの同行もしてもらいたい。また、通院することや薬を飲むことを忘れてしまうので、毎朝一緒に確認してもらいたい。自分のことは自分でやっていきたいが、できないことが多くなってきているので支援をお願いしたい。
------------------	--

ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①不安なく安全かつ安心した生活を送りたい	自分のペースを保って、居宅での生活を続ける	日常生活を快適に過ごす	整容や家事等の見守り支援及び清掃の援助 入浴又はシャワー浴の介助	訪問介護
			夜間における安全な排泄のため、ポータブルトイレを利用 居室内の安全な移動のため、手すりを設置	用具購入 用具貸与
		起き上がりやすくする	特殊寝台（付属品含む）による起き上がり時の支援	用具貸与
②体調管理などをきちんと行いたい	継続的な医療的管理により安定した状態を保つ	定期的に体調を確認する	バイタルチェックの補助と服薬の支援及び確認	訪問介護
			診察と服薬指導（在宅酸素の管理） 歯科診療と口腔ケア	医療機関 医療機関
			医院への送迎介助 院内（調剤薬局）における移動等の介助（携帯酸素ボンベあり）	訪問介護
③外出の機会を増やしたい	地域とのコミュニケーションをつくる	通院からの一連の流れで、外出の機会を増やす	通院の帰りに散歩の同行と買い物の同行を実施	訪問介護
			転倒に気を付け、歩行を安全に行うため、シルバーカーを利用	用具貸与



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

### 視点 1

本人の日常生活を維持するためにも、医師との連絡を密にして相談できるような体制を構築しましょう。在宅酸素療法を適切に行うためにも、将来的には訪問看護の導入を視野に入れましょう。

### 視点 2

筋力低下や認知症の防止には、通所系サービスはかなり有効です。ケアマネジャーとの信頼関係が築かれた後に提案し、最初は色々な施設見学から始めてみましょう。

## 事例 - 11

### 院内介助と併せて通院、調剤薬局及び買い物の同行を一度に行う事例 1



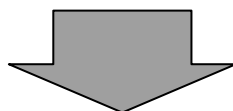
本人と同居家族の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>79歳 要介護4 / 主な病名：多発性筋炎、疼痛</p> <p>【状況】多発性筋炎による全身の倦怠感、食欲不振があり。関節痛や関節拘縮により筋力低下が著しく、増悪の傾向がある。室内は、杖（自費購入）や壁伝いに歩いている。外出時は車いすを使用している。医師からも、安静に努めるように言われている。</p> <p>【希望】デイサービスは続けたい。一人では通院できないので、通院介助もお願いしたい。</p>	<p>【家族図】</p> <pre> graph TD     Root(( )) --- Person((本人))     Root --- Sister((妹))     subgraph FamilyDiagram [ ]     Person     Sister     end             </pre>
<p>同居家族 (妹)</p>	<p>77歳</p> <p>【状況】自分の夫の死亡後、姉と同居する。持病もなく、姉の面倒をよくみている。ただ、加齢により体力が続かず、すべてをみることはできない。一方、近所付き合いや自分の子供たちとの交流等の自分の時間も大切にしており、不在にすることがある。</p> <p>【希望】家にいるときは、できることはしてあげたいと思っている。できないこと（通院等）及び自分が不在の際は支援をしてもらいたい。</p>	



ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>本人の病気が進行し、関節拘縮が原因の筋力低下によるADLの低下が著しい。認知症状はなく、生活意欲もある。現在の気力が萎えないよう、通所介護によりADLの悪化を防ぐとともに、他人との接触により生きる喜びを持続させることが大切であると考えます。</p> <p>関節痛や関節拘縮により自力での移動等が困難なことから、外出時には介助が必要となり、通院時や院内での介助を行っている。今後も、適切な体調管理と疼痛のコントロールにより居宅生活の継続を図っていきたい。</p>
--------------------------------	---



<p>通院・院内 介助等の内容</p>	<p>週1回の整形外科の通院には、車いすで送迎する。院内では、介助できる職員が不在で、本人の移動等が困難なことから、移動や排泄等の介助を行う（医院との検討による）。また、整形外科受診後の調剤薬局近くのスーパーでの買い物の同行も行っている。</p>
-------------------------	---



ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

### ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：体調を維持するためにも、デイサービスは続けていきたい。訪問介護を利用して、通院と院内の付き添いもお願いしたい。</p> <p>妹：本人には、自分で行えることは自分でさせるようにしている。私自身が不在の時や通院などの外出に関しては、介助等の支援をしてもらいたい。</p>
------------------	--

### ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別	
①このまま居宅で生活を続けたい	関節拘縮を予防する	筋力回復のための訓練を行う	機能訓練による日常生活動作の維持	通所介護	
	地域社会との交流を促進し、心の安定を保つ	他人と触れ合い、交流を続ける	レクリエーションプログラムによる他利用者との交流	通所介護	
			買い物の同行	訪問介護	
	メリハリのある生活を続ける	安全に外出を行う	車いすの利用により外出時の安全を確保する	用具貸与	
			自分一人ではできないことを支援する	通所日以外の日に移動や整容、更衣等の支援を行う	訪問介護
			身体状況に合わせて、居住環境を改善する	特殊寝台（付属品含む）の利用により起き上がりやベッド上の移動を楽にする	用具貸与
②病気の悪化を防ぎたい	適切な体調管理を続けていく	定期的な通院を続ける	診療と医療相談	医療機関	
		今の状態のまま嚥下できる	通院介助と院内での移動や排泄支援などを介助する	訪問介護	
			口腔衛生指導による咀嚼機能の維持（誤嚥の防止）	通所介護	



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

#### 視点 1

妹が在宅時にアセスメントを行い、いつどのような支援が必要なのかの確認と本人の病状を定期的に把握し、医療機関とも連携しながら必要に応じてケアプランの変更を行い、適切なサービス提供を行えるようにしましょう。

#### 視点 2

通院が困難時には、訪問診療ができるように医療機関とも調整し、また、今後、本人の生活への意欲が低下しないために、痛みのコントロールが適切にできるよう、薬の管理について、薬剤師による居宅療養管理指導の導入も検討しましょう。

## 事例 - 12

### 院内介助と併せて通院、調剤薬局及び買い物の同行を一度に行う事例 2



本人や別居家族の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>66歳 要介護2 / 主な病名：脳性麻痺による体幹機能障害（身体障害者4級）</p> <p>【状況】運動機能障害により移動に多少の介助を要する。てんかんの持病があるが、服薬にてコントロールされている。知的障害もあるが、意思疎通は可能であり、金銭管理もできる。現在、障害者施設に通所して、社会的自立に必要な指導を受けている。</p> <p>【希望】授産施設は楽しいので続けたい。一人では通所、通院できないので、介助をお願いしたい。</p>	<p>【家族図】</p> <pre> graph TD     A[本人] --- B(姉)     B --- C[姉の夫]     style A stroke-dasharray: 5 5     style B stroke-width: 2px     style C stroke-width: 1px         </pre>
<p>別居家族 (姉)</p>	<p>69歳 / 主な病名：膝関節症、左大腿骨骨折後</p> <p>【状況】近隣に住む。以前は、妹の面倒をみていたが、最近、骨折と膝関節を痛めて、介護困難になった。さらに、夫も介護が必要となり、自分の治療と家族のことがあるので、あまり関われなくなっている。</p> <p>【希望】できる限りのことはしてあげたいと思っている。しかし、外出や入浴などの支援をしてもらいたい。</p>	



ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>てんかんの発作は服薬でコントロールされており、適切な服薬管理で大丈夫と医師より言われている。通院日以外は障害者施設に通っており、本人の生きる喜びに繋がっている。安全に通うため、自費で訪問介護による送迎を行っている（障害者施設（訓練等給付費施設）への送迎に介護保険は利用できない）。居宅内では、福祉用具や住宅改修により一人での移動は可能となった。外出時の移動には、歩行が不安定なことから見守り等の支援を要し、通院（院内を含む。）や買い物の同行に訪問介護を導入している。今までは、姉が色々と家事等の世話をしてくれたが、今後は期待できないため、訪問介護の介護内容を見直す予定である。</p>
--------------------------------	---



<p>通院・院内 介助等の内容</p>	<p>隔週1回の脳神経外科の通院には、バスと一緒に乗車し介助する（特にバスの乗車降車時に転倒しないよう注意を要する。）。院内では、介助できる職員がなく、本人の移動等に支援が必要なことから、移動や排泄（一部）の介助を行う。また、帰りに自宅近所の調剤薬局で薬を受け取り、同じ商店街で買い物を行っていく。通院以外の週には、その商店街への買い物の同行を実施する。なお、買い物や医療機関での支払いは本人が行っている。</p>
-------------------------	---



ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：このまま元気に一人での生活をずっと続けていきたい。そのために、色々お手伝いをしてもらいたいと思う。</p> <p>姉：自分で行えることは自分でさせるようにしている。また、私が介護することは困難になってきているので、公的な支援をお願いしたい。</p>
------------------	--

ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①毎日を健康で元気に過ごしたい	病気の再発を防ぎ、元気になる	定期的な通院により今の体調を維持する	定期的な診察と生活指導及び相談 病院・調剤薬局への送迎介助 移動・受付等を支援するための院内介助	医療機関 訪問介護
		薬をきちんと飲む	毎朝のバイタルチェックと服薬管理を行う	訪問介護
	居宅で安心した生活を送る	落ち着いた暮らしを続ける	夕食や清掃、片付けを一緒に行う	訪問介護
		日常に必要な買い物ができる	移動の介助・見守りをしながら買い物の同行をする	訪問介護
		安全に楽しい入浴を続ける	入浴時の見守りや洗身を支援する 浴槽用手すりや浴槽台により入浴時の安全を確保する	訪問介護 用具購入
	居宅内での移動が一人でできるようになる	安全に移動する	手すりやスロープを居室やトイレに設置する	用具貸与
廊下や玄関等に手すりを設置する			住宅改修	
②障害者施設に通い続けたい	生きがいである施設への通所を続けていく	安全に通所する	自宅と障害者施設との区間を介助しながら安全に移動する	訪問介護（自費）
		一人で生活を続けられるようにする	レクリエーションや生活指導及び就労	障害者支援施設



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

**視点 1**

現在通所している障害者施設との連絡を密に保ち、一人で生活する上で必要なアドバイスを受けましょう。また、その他の障害者関係の専門職に相談したり支援を受けることも大切です。

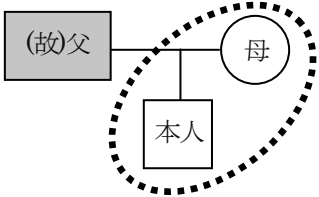
**視点 2**

今後は、姉による介護が困難になると予測されるので、アセスメントにより本人の身体状況を確認した後、必要に応じてサービス担当者会議を開催し、サービス内容の再検討を行っていきましょう。

## 事例 - 13

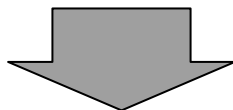
### デイの送迎の際に介助を行う事例 1

！ 本人と同居家族の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>58歳 要介護3 / 主な病名：アルツハイマー型認知症</p> <p>【状況】 中程度の認知障害があり、人の言うことを理解できるときもあるが、忘れてしまうことも多い。徐々にだが、意思疎通は困難になりつつある。元来、家事を行ったことはないが、できることはヘルパーの支援により行うようにしている。</p> <p>【希望】 訪問介護の時間数は、そのままにして、母親の負担軽減のためにもデイサービスに通いたい。</p>	<p>【家族図】</p> 
<p>同居家族 (母)</p>	<p>81歳 要支援2 / 主な病名：脳血管障害</p> <p>【状況】 脳血管障害による右麻痺がわずかにある。加齢により聴力の衰えが目立ち、意思疎通に時間がかかる。</p> <p>【希望】 加齢とともに、本人の介護を行うのが困難になりつつある。総合的に支援してもらいたい。</p>	

！ ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>本人は、アルツハイマー型認知症となり、会社も辞め実家に戻ってきた。隔週1回の精神科通院には、母親と同じ病院なので、一緒に行ってもらっているが、今後、付き添いが必要になると思われる。また現在、通院において、乗車又は降車の介助となっているが、認知症の進行状況により、身体介護で行うことも考慮している。</p> <p>アルツハイマー型認知症は、社会参加の促進と集団生活の継続により、進行を遅らせる効果があると言われている。居宅内では、声かけをしないと無気力状態のまま、じっとしているため、家事などを、声をかけながら見守りし、必要に応じ一緒に行い、意欲を途切れさせないように日々継続している。</p>
--------------------------------	---



<p>外出介助 の内容</p>	<p>認知症対応型通所介護事業所からの送迎はあるが、送迎車内は狭くパニックになることがある（以前、大騒ぎをして車を止めてしまった。）。よって、施設には徒歩20分ぐらいかけて、訪問介護の見守りによる送迎を実施している。</p>
---------------------	--



ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

### ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：デイサービスに入ることができ、母に迷惑をかけないためにもこのまま続けていきたい。身の回りのことは自分で行えることは自分でやるつもりであるが、忘れてしまうこともあるため、声かけなどの支援をしてもらおうと助かるし、見守ってもらいたい。</p> <p>母：家事が困難になりつつあり、息子の介護や家事などを一緒にやって、声かけをしてもらいたい。さらに、息子の入浴も手伝ってもらいたい。</p>
------------------	--

### ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①母親の負担軽減を図りながら、できる限り自宅で過ごしたい	介護者の負担を軽減し、居宅での生活を続ける	通所することで、生活のリズムをつくる	認知症プログラムへの参加と社会交流 認知症対応型通所介護に通うための支度と帰宅時の更衣等 見守りによる施設への送迎介助	認知症通所介護 訪問介護
		自分でできることは自分で行い、できないことを支援する	清掃や洗濯、食事作りなどを一緒に行う 日常生活上の動作の見守り（声かけ）と必要に応じた支援 入浴時の必要な介助	訪問介護
②不安なく通院を続けていきたい	認知症を適切に管理する	治療により認知症の進行を緩和させる	医学的管理と治療 服薬指導と生活相談	医療機関
			通院介助（通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合）	訪問介護



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

#### 視点 1

本人の日常生活自立度を維持することも大切ですが、今後、確実に悪化することが予想されるため、医師などの意見を参考にしたアセスメントにおいて、あらかじめどのようなサービスなどが必要となるかを予測し、様々な専門職からの支援を受けられるように準備することも大切です。

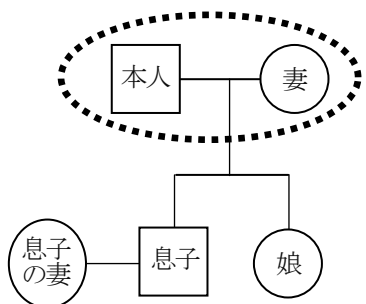
#### 視点 2

母親へのアセスメントによりケアプラン変更を考察することは大切です。さらに、身体状態を考慮し、あんしんすこやかセンターと連携して、母親への負担軽減を検討するとともに、介護保険の要介護認定の変更を行うことも検討しましょう。

## 事例 - 14

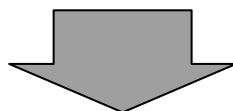
### デイの送迎の際に介助を行う事例2

！ 本人と同居家族の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>79歳 要介護4 / 主な病名：多発性脳梗塞(ラクナ)、高血圧症、認知症</p> <p>【状況】脳梗塞後の長期入院により、身体全体の筋力低下が著しい。認知症対応型通所介護で、筋力の回復に努めている。家が奥まっております、かつ、階段があるため、認知症対応型通所介護の送迎バスまで身体介助を行っている。認知症は、徐々にだが回復傾向にある。</p> <p>【希望】また一人で歩いて活動できるようになりたい。</p>	<p>【家族図】</p>  <p>※ 息子たち家族は別居、緊急時などは息子とその妻が世話をしている。</p>
<p>同居家族 (妻)</p>	<p>79歳 / 主な病名：狭心症、糖尿病、高血圧症</p> <p>【状況】現在は、服薬により症状は落ち着いている。以前は、本人の介護を担っていたが、狭心症の発作後は、無理せず、できる範囲内で行いたいと思っている。</p> <p>【希望】自分たちで介護することが困難になりつつあるので、介護サービスで夫の面倒をお願いしたい。</p>	

！ ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>本人の長期入院により体力が落ち、歩行が困難になったため、認知症も進行したようである。しかし、認知症対応型通所介護に通うようになってから、体力の回復と同時に気力も満ちてきており、何事にも積極的になっている。また、妻の負担軽減もなされており、精神的及び肉体的にも落ち着きを取り戻している。よって、現在のケアプランは、認知症対応型通所介護を中心に立てている。なお、居宅が認知症対応型通所介護のバスが停められる広い道路よりかなり奥まっております、かつ、玄関から道路に出るまで階段もあるため、バスが停められる場所までの往復を訪問介護による移動の支援を行っている。</p>
--------------------------------	---



<p>外出介助 の内容</p>	<p>訪問介護により通所介護に行くための支度をした後に移動の介助をしながら認知症対応型通所介護の送迎バスまで送迎をし、帰りは送迎バスから降りた後に移動の介助をしながら帰宅し、その後居宅内で更衣の介助等の身体介助を行う。</p>
<p>通院・院内 介助の内容</p>	<p>病院スタッフによる介護が困難であり（病院からの依頼あり）、歩行困難による移動の介助及び認知症による見守り（少し落ち着きがない）が必要であるため、院内介助の実施と自宅から病院への通院介助を行う。</p>





ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

### ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：デイサービスへの通所を続けたい。また一人で歩いて活動できるようになりたい。</p> <p>妻：自分で介護することが困難なので、支援をしてもらいたい。</p>
------------------	--

### ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①一人で歩けるようになりたい	体調を整えることにより生活意欲を向上させる	楽しみであるデイサービスを続ける	送迎時の更衣等の準備と通所介護の送迎車までの移動を安全に行う	訪問介護
		日常生活動作を改善する	認知症プログラムにより認知症状を緩和し、日常生活動作等を向上する	認知症通所介護
		筋力を取り戻す	機能訓練により日常生活をするための筋力をつける	認知症通所介護
	体力を回復するための豊かな食生活を実現する	食事を見直し、摂食障害を改善する	嚥下がきちんとできるように、咀嚼力の強化と口腔ケアを実施する 身体状況に合った食事を提供する	認知症通所介護
清潔感ある暮らしを続ける	自分で洗身できる	安全な入浴を楽しみ、洗身の訓練も行う	認知症通所介護	
②元気に自宅で生活をしたい	継続的な体調管理による異常の早期発見	適切な体調管理を行う	定期的な診療と服薬の指導をする	医療機関
			健康状態の観察・把握等を行う 定期受診への付き添い、院内の移動や排泄、受付時の支援及び診療内容の聞き取りを行う	訪問介護
③妻の負担を軽減したい	妻とともに安心して生活ができる	妻の自由時間を確保する	声かけを行いながら、食事や排泄等の身体的な介護を実施する	訪問介護



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

#### 視点 1

アセスメントにおいて、息子を含めた家族で相談し、妻の身体状況を考慮して、どの時間帯にどのようなサービスが必要かを検討し、夫婦での自立支援を目指せるようなケアプランを作成しましょう。また、妻の身体状況を気にかけて、悪化時には認定申請も考えましょう。

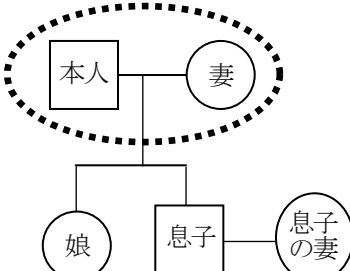
#### 視点 2

居宅である部屋の状況も確認し、利用者及びその妻の日常の動線から必要に応じ、利用者が楽に移動できたり、介護者が介護しやすくなるような福祉用具の貸与や購入及び住宅改修（段差解消や手すりの設置）を検討しましょう。

## 事例 - 15

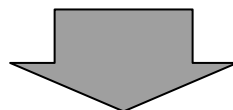
### デイの送迎とその帰りに買い物の同行を行う事例

❗ 本人と同居家族の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>70歳 要介護4 / 主な病名: 脳梗塞による重度右片麻痺、失語症、高血圧症、認知症</p> <p>【状況】 麻痺の症状は落ち着いてきている。現在、認知症対応型通所介護によりADLの回復に向け、リハビリテーションに励んでいる。移動は、歩行器（事業所内）から杖で可能となり、認知症も徐々に改善傾向にあり、頑張っている。しかし、通所介護のバス内でパニック状態となり、大騒ぎし暴れることが多いため、訪問介護により事業所まで送迎をしている。</p> <p>【希望】 デイサービスに通いながら、居宅での生活を続けたい。</p>	<p>【家族図】</p>  <p>※ 主に別居の娘が介護を担っているが、緊急時などは息子と息子の妻が世話をすることもある。</p>
<p>同居家族 (妻)</p>	<p>69歳 / 主な病名: 両膝関節症 (軽度)</p> <p>【状況】 軽度の歩行困難があるが、日常生活は自立。夫が認知症対応型通所介護に通うことにより、本人の介護から多少なりとも解放され、精神的にゆとりが出てきている。</p> <p>【希望】 家にいるときは、夫の面倒をみるが、デイサービス等により夫の介護をお願いしたい。</p>	

❗ ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>認知症対応型通所介護に通うようになってから、ADLの改善もみられ、本人もやる気を出している。しかし、閉所恐怖症から、事業所の送迎用のワンボックス車を嫌がり、暴言や暴れたりしたため、事業所からの依頼により訪問介護により送迎を行っている。送迎の前後に着替え支度を手伝い、週2回帰宅した後に入浴介助を行っている。通院は、現在妻が車いすを介助しながら同行しているため、訪問介護の導入はないが、将来必要になると思われる。</p>
--------------------------------	--



<p>外出介助 の内容</p>	<p>訪問介護により当日の確認を本人と一緒にした後、認知症対応型通所介護に行くための支度をし、車いすでの移動の介助をしながら事業所まで送る（片道約15分）。帰りは、事業所から移動の介助をしながら、途中にあるコンビニエンスストアなどで週1回買い物の同行も行い、帰宅した後、居宅内で更衣や入浴介助等の身体介護を行う。</p>
---------------------	--



ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

### ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：デイサービスにこのまま通って、自宅で日常生活の自立性の回復と認知症の改善に努めたい。</p> <p>妻：自分も夫を介護するが、介護保険でも支援をしてもらいたい。</p>
------------------	--

### ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①身体の残存機能を活かして居宅での生活をしたい	日常生活が自立できるようにする	運動機能を高め、記憶力の回復を目指し、生活意欲を向上する	認知症対応型通所介護事業所までの送迎と出発時の確認と準備及び帰宅時の更衣等の支援 認知症プログラムへの参加による社会性の維持 機能訓練の実施	訪問介護 認知症通所介護
		口からの摂食を続ける	口腔ケアの実施 食事の提供	認知症通所介護
	居宅での移動環境の改善を図る	起き上がり時の安全を確保する	特殊寝台の利用による安全な起床と移動	用具貸与
		安心して移動できる	転倒防止のための段差解消と玄関や入口等への手すりの設置	住宅改修
②自宅での入浴を続けていきたい	自宅での入浴を継続する	安心して自宅で入浴することにより身体を清潔にして精神的安定を得る	清拭・入浴、身体整容の介助 浴槽台、浴槽用手すり、シャワーチェアによる入浴時の安全の確保と介護のしやすさを改善	訪問介護 用具購入
③病気の再発を防ぎたい	病状の悪化を防止する	継続的に体調を管理する	定期的な医療機関への付き添い 診療と服薬管理	家族 医療機関
④デイサービス以外に外出の機会を増やしたい	社会との交流を増やして、生きがいを持つ	地域との交流の機会をつくる	認知症対応型通所介護事業所からの帰宅時に買い物の同行	訪問介護
			車いす利用による安全な外出	用具貸与



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

#### 視点 1

認知症対応型通所介護事業所の担当者との連携を密に行い、本人のADLの向上を図るため、居宅で自立可能な行為や自力で行う際の注意点などの必要な助言を得ましょう。

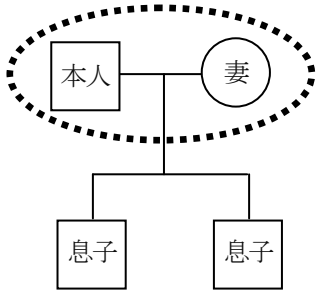
#### 視点 2

アセスメントにおいて、妻や娘、息子夫婦を含めた家族で相談し、家族が介護に関する知識・技術を高められるように助言するとともに、ストレスが溜まらないよう精神的な支援をすることも大切です。

## 事例 - 16

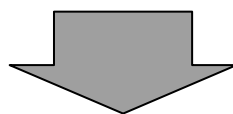
### デイの送迎の際に2人で介助を行う事例1

！ 本人と同居家族の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>62歳 要介護3/主な病名：シャイ・ドレーガー症候群（脊髄小脳変性症）</p> <p>【状況】症状は進行（発症は50代後半）しており、起立性低血圧がひどい。調子が悪い時は、立位だけで血圧が急激に下がり、失神し転倒することもある。また、排尿障害も顕著になってきており、持続的導尿も行っている。自宅は3階にあるが、エレベータはない。階段昇降に介助（2人で脇を抱える）を要し、通所施設の送迎場所まで身体介助を行っている。</p> <p>【希望】自分の力が及ぶ限り、自宅での生活を続けたい。介護保険にて自分たちの生活を支援してもらいたい。</p>	<p>【家族図】</p>  <pre> graph TD     subgraph Family [【家族図】]         A[本人] --- B(妻)     end     A --- C[息子]     B --- D[息子]     </pre> <p>※ 息子たちとは別居、交流はない。</p>
<p>同居家族（妻）</p>	<p>58歳</p> <p>【状況】日中はパートのため、不在にしている。パートが社会的な繋がりを維持する手段であり、生きがいでもある。数年来の看病により生活への相当な疲れが溜まっているように見える。</p> <p>【希望】自分の不在時などに、夫の介護をお願いしたい。</p>	

！ ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当ケアマネジャーの考え方</p>	<p>通所リハビリテーションは整形外科付属の施設で、週1回事前に診察を受けている。本人のADLの低下は著しく、日常生活の支援が欠かせないものとなっている。入浴やデイケアのバス停（アパートの入口）までの送迎に関しては、本人の身体も大きく体重もある（175cm、60kg）ため、2人介助により行っている（以前は、妻が手伝っていた。）。体調が悪く、通所リハビリを休んだ際には、緊急時の訪問介護により整容や清拭などの介助を行っている。</p>
----------------------	---



<p>外出介助等の内容</p>	<p>訪問介護により通所リハビリテーションに行くための支度をした後に、2人体制により脇を抱えながら移乗・移動（階段の昇降）の介助で送迎バスまで送りをし、帰りは送迎バスから降りた後に2人体制で同様の移動の介助をしながら帰宅し、その後、2人体制のまま居宅内で入浴等の身体介助を行う。</p>
-----------------	---



ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：自分の身体能力が徐々に落ちていることは認識している。現在、できないことが増えているが、妻にこれ以上迷惑をかけたくないので、困っていることを支援してもらいたい。</p> <p>妻：本人の症状は進行しており、将来的には居宅での介護は困難になるかもしれないが、できる限り居宅で過ごさせてあげたい。</p>
------------------	---

ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①できる限り居宅での生活を続けたい	現状の生活スタイルを維持する	居宅での生活を続ける	リハビリテーションにより身体機能を維持させる	通所リハビリ
			通所リハビリテーションへ通う際の支度を手伝う（移乗時は2人）	訪問介護
			通所リハビリの送迎バス停までの安全な送迎（階段昇降時は2人）	訪問介護
		室内を安全に移動できる	補助杖と手すりにより居室や廊下、トイレを安全に移動する	用具貸与
	安全かつ楽に起床できる	特殊寝台により起床時のふらつきを防ぎ、安全に起床をする	用具貸与	
	地域との交流を続ける	安全に外出する	車いすにより安全に移動する	用具貸与
地域との繋がりを保つ			家族と買い物に行き、商店街等の地域とのふれあいを維持する	家族
②身体状況の悪化を遅らせたい	病状の悪化を防ぐ	定期的な診療により体調を管理する	定期的な訪問診療と生活・健康に関する助言	医療機関
			通所リハビリテーション前の整形外科での診療	医療機関
			医療的処置と服薬指導や導尿等の管理	訪問看護
③妻の介護負担を軽減したい	介助者の負担を軽減する	快適な日常生活のための支援をする	通所日以外の日食の介助や洗濯や清掃時に見守りや支援をする	訪問介護
		入浴時の安全と負担の軽減を図る	通所リハビリから帰宅後に安全な入浴の実施（2人による入浴介助）	訪問介護



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

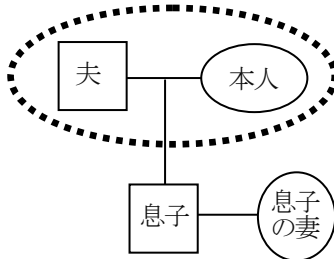
**視点 1**

今後、症状の進行に伴い、様々な支援が必要となります。本人の希望も大切ですが、主介護者である妻の負担軽減も踏まえたアセスメントにより、必要なサービスの導入をサービス担当者会議で検討することも大切です。

## 事例 - 17

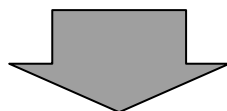
### デイの送迎の際に2人で介助を行う事例2

❗ 本人と同居家族の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>73歳 要介護4 / 主な病名：肺癌術後、骨粗鬆症、高血圧症</p> <p>【状況】退院したばかりで、体力の低下が著しく、食事以外に介助を要する。食も細くなり、やる気も失せたようで、夫に頼っている。居宅内では何とか独歩可能であるが、外出時は歩行不安定で見守りが必要である。自宅は集合住宅5階で、エレベータはなく、階段昇降に介助（2人）を要する。</p> <p>【希望】できる限り、自宅での生活を続けたい。夫がほとんどやってくれてはいるが、医療的なフォローや外出時の階段昇降の介助をお願いしたい。</p>	<p>【家族図】</p>  <p>※ 息子は別居、息子の妻が時々様子を見に来て、家事を少し行っていく</p>
<p>同居家族 (夫)</p>	<p>73歳 / 主な病名：高血圧症</p> <p>【状況】本人に対し、一日のほとんどの時間帯に付きっきりで介護をしている。今回、通所介護に通わせることができ、一息入れている。</p> <p>【希望】自分が中心となり、妻を介護するつもりであるが、できないこともあるので、手伝ってもらいたい。</p>	

❗ ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>訪問看護を中心に居宅での生活を維持できるように支援している（通院先から訪問看護を実施している）。通院は、安全を考慮してタクシーを利用して行っている。なお、5階からの階段の昇降は階段が急であり歩行困難があることから、一人がおんぶして、もう一人が支える、2人の訪問介護員等により行っている。居宅内での移動などは、福祉用具専門相談員の助言により様々な福祉用具の貸与を導入し、生活が改善された。</p>
--------------------------------	--



<p>外出介助等 の内容</p>	<p>訪問介護により通所介護に行くための支度をした後に、移乗・移動（階段の昇降等）の介助をする。その後、車いすにて通所事業所のバス停まで送りをし、帰りは迎えに行った後に移動の介助をしながら帰宅し、その後、居宅内で更衣等の身体介護を行う（階段の昇降のみ2人で行う。）。通院も、タクシーの乗降まで2人で行う（病院の入口では警備員が乗降を手伝ってくれる。）。院内では、移動や排泄に介助が必要なため院内介助を実施する。</p>
----------------------	---



ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：まず、体力を回復したい。退院して間がなく、健康状態に不安があるので、医療的な支援もお願いしたい。安全に外出できるように、階段の昇降を支援してもらいたい。</p> <p>夫：自宅での妻の生活を支援してもらいたい。</p>
------------------	---

ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①疾病の進行を防ぎたい	身体状態を維持して、在宅での生活を続けていく	健康チェックにより安定した生活を送る	定期的な診察と服薬指導及び生活に関する助言	医療機関
		体調管理を継続する	バイタルチェック、服薬管理、医療的措置及び医療的相談	訪問看護
			通院介助（階段昇降は2人） 院内の移動や排泄等の介助	訪問介護
②落ち着いて入浴をしたい	入浴を続け、清潔感を保持する	入浴を安全に行う	訪問介護と訪問看護の連携による安全な入浴と入浴時の見守りと介助	訪問介護 訪問看護
③一人で歩けるようになりたい	歩けるだけの体力を回復する	基礎体力をつけ、日常生活動作を改善する	通所介護への安全な送迎と更衣等の支度の介助（階段昇降は2人）	訪問介護
			機能訓練と様々なプログラムによる身体能力の向上	通所介護
④移動を楽に行いたい	自分で起床し、立ち上がり、移動ができるようになる	起き上がりや移乗を楽に行う	特殊寝台（付属品含む）による安全かつ楽に起床	用具貸与
		居室内での移動の改善をする	手すりの設置により居室内での安全な移動とトイレ内での立ち上がりを楽にする	用具貸与
		外出時に安全に移動する	車いすによる外出時の移動手段の確保と安全性の向上	用具貸与



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

**視点 1**

退院したばかりで気分が落ち込み気味になっていることを考慮し、以前の間人関係や地域との繋がり復活も検討してみましょう。

**視点 2**

サービス利用について、将来は夫の身体状況を確認しながら負担を軽減することも考慮し、サービス担当者会議において適宜必要となるサービスの見直しを行っていきましょう。

## 事例 - 18

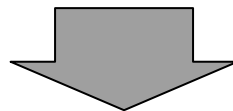
### 買い物の同行の事例

❗ 本人の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>70歳 要介護5 / 主な病名：脳性麻痺による四肢・体幹機能障害（身体障害者1級）</p> <p>【状況】生後半年で高熱により脳性麻痺となった。施設退所後、バリアフリーのアパートで一人暮らしをしている。現在、生活は、弟夫婦が面倒をみているが、近隣ではないため、介護保険や他の公的なサービスを活用し、生活全般について支援を受けている。認知症状はない。</p> <p>【希望】長年の夢であった、一人暮らしを始められた。このまま、ずっと居宅で安心した生活を送りたい。</p>	<p>【家族図】</p> <pre> graph TD     Root[ ] --- Person((本人))     Root --- Brother[弟]     Brother --- BrotherWife((弟の妻))     style Person stroke-dasharray: 5 5     </pre>
-----------	---	---

❗ ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>本人は、脳性麻痺により身体が思うように動かすことはできない。自分でできることに関しては自立しているが、介護保険では足りず、他の公的なサービスを導入し、一人暮らしを維持している。夜間に不安があるため、夜間対応型訪問介護により不安の解消も行っている。</p> <p>通所介護での週1回の他人との交流も楽しんでいる。外出が好きで、街並みの季節ごとの移り変わりや、商店やスーパー等にて自分で選んだものを購入することに、喜びと生きがいを感じている。これからも外出の機会をつくることにより生活意欲を保ち、居宅での生活を楽しんでもらいたい。</p>
--------------------------------	--



<p>外出介助等の 内容</p>	<p>週1回、商店又はスーパー、コンビニエンスストアで日用品の購入のため、車いすの介助をしながら買い物の同行をする。食事のメニューなども自分で考え、自分で商品を選んでいる。</p>
----------------------	--





ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

### ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	身体障害者の一人暮らしだが、できるだけ自立した生活を営み、このまま続けたいと考えている。そのためにも、公的サービスにより生活を支援してもらい、安心して自宅にて過ごしたい。
------------------	---

### ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①安定した体調で毎日を過ごしたい	体調管理をしながら、安定した一人暮らしを送る	体調の変化に留意し、治療や服薬を受ける	訪問診療による検査、薬の処方及び健康・生活上の相談	医療機関
			バイタルチェック、健康・生活上のアドバイスや相談	通所介護
			薬の準備と服薬の介助	訪問介護
			薬の準備と服薬の介助	障害者自立支援法
②自分らしく暮らしたい	安心して快適な生活を送ることができる	日常生活を不自由なく過ごす	車いすを介助して、通院や買い物の同行をする	訪問介護
			移動・更衣・食事・排泄の介助と調理、清掃、洗濯	訪問介護 障害者自立支援法
			病院への通院と院内介助	緊急介護人
③入浴を安全にした	安全に入浴でき、心身ともにリラックスできる	定期的に安心して入浴を楽しむ	入浴、更衣、整容、移動の介助	訪問介護
			移動用リフトにより入浴をする。	用具貸与
④生活の楽しみをみつけた	いきいきとした毎を送る	他の人々との交流や楽しみの時間をつくる	レクリエーションプログラムによる他の人々との交流	通所介護
⑤何かの際にすぐに対応して欲しい	自宅で安心して生活する	緊急時に速やかに対応する	コールセンターによる状況確認、必要に応じ関係機関への連絡、緊急対応	夜間対応 訪問介護



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

#### 視点1

歳を重ねるにつれ身体機能は落ちていきます。弟夫婦とも定期的に話し合いの機会を設け、今後の生活を続けていくために、必要なサービスの導入について、本人と一緒に検討していきましょう。

#### 視点2

身体障害者1級であることから、身体障害者担当のワーカーと連携をとり、障害者施策からのサービス利用についても相談していきましょう。

## 事例 - 19

### 通院と買い物の同行を一度に行う事例



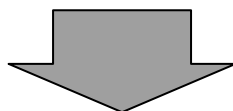
本人と同居家族等の状況をみてみましょう。

<p>本人</p>	<p>84歳 要介護4 / 主な病名：脳梗塞後遺症（重度左片麻痺）、失語症、認知症</p> <p>【状況】室内は、壁を伝って何とか独歩可能になったが、不安定で常に見守りを要する。おむつを拒否しており、妻の介護でポータブルトイレを使用している。何でも妻に頼るため、妻は疲れ気味であり、少しでも気に食わないと大声で騒ぎだす。</p> <p>【希望】できる限りこのまま、在宅生活を送ることを望む。デイサービスは、妻のためにもなるので続けたい。</p>	<p>【家族図】</p>
<p>同居家族 (妻)</p>	<p>83歳 要介護1 / 主な病名：軽度糖尿病、胃癌術後（全摘出、放射線療養中）</p> <p>【状況】術後、食欲がなく、体力の低下が著しい。精神的にも肉体的にも疲れており、家事をやっとの思いで行っている。本人の通所介護の利用で一息ついている。</p> <p>【希望】できないことも多いので、支援をお願いしたい。</p>	
<p>別居家族 (息子夫婦)</p>	<p><b>息子</b> 47歳 と <b>息子の妻</b> 52歳</p> <p>【状況】息子は、日中は仕事に出ており、かつ、身体障害を持つ身である。息子の妻は日中パートに出ている。近隣に居住しており、休日には、家事や生活支援を行っている（孫たちも、時々介護を手伝う。）。</p> <p>【希望】自分たちが、不在の際の支援をお願いしたい。</p>	



ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>夫婦ともに外出することが好きで、通院の帰りの買い物（本人や介護者の肉体的負担から一度に行う方が良いと判断）や散歩の介助による外出が楽しみでもある。外出することで、二人の筋力低下や認知症の進行を防いでいるとも思われる（院内では妻が夫をみており、妻は介助が不要のため自費扱いとしている。）。本人は、本当は通所介護があまり好きではないが、できる限りこの状態を続けていきたい。本人から妻への依存度が高く、自分の思い通りにいかないと大声を上げるなどして、妻のストレスが溜まる一方なので、ストレスを軽減するための支援も必要である。</p>
--------------------------------	--



散歩の同行の内容	通院以外の週には、外出しないと夫が不穏になるので、隔週1回、筋力低下及び認知症進行の防止を兼ねて、車いすを介助しながら近隣の公園（園内はゆっくりと歩行する。）まで散歩の同行をする（妻も同行する場合あり。）。
外出介助の内容	病院の手前がスーパーで、帰りに妻と一緒に買い物することが習慣となっている（肉体的、精神的負担から一度で済みます。）。その際は、車いすを介助しながら買い物の同行をする。

**!** ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：外出することは好きなので、妻のためにもデイサービスをこのまま続け、身体能力の回復に努めたい。今後も、自宅での生活を続けていきたい。</p> <p>妻：身の回りのことは自分がやってあげたいが、できないことも増えている。できないことを中心にお願いしたいし、買い物も不安なので同行をお願いしたい。</p>
------------------	---

ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①自宅で安心して生活を送りたい	居宅内で安定した生活を送る	身体能力を向上する	機能訓練による身体機能の向上	通所介護
		生活の活性化を図る	レクリエーションによる地域社会との交流	通所介護
			散歩の同行による気分転換と筋力低下の防止	訪問介護
		身体を衛生的かつ清潔に保つ	安全な入浴と整容	通所介護
			口腔ケアの実施による嚥下機能と口腔清潔の維持	通所介護
		残存機能を活かしながら、日常生活を快適に過ごす	通所介護日以外の日の食事の支度と介助及び洗濯や清掃等の見守りと支援	訪問介護
居宅内の生活環境を改善する	特殊寝台により自分で楽に起き上がる	用具貸与		
	ポータブルトイレにより排泄行為を安全かつ楽に行う	用具購入		
②妻の負担軽減を図りながら、外出したい	妻の介護量を減らして、外出をする	外出介助による負担軽減	通院介助（院内は自費）と買い物の同行	訪問介護
		外出時、安全に移動する	車いす及び補助杖（三点杖）による外出時の安全確保	用具貸与

**!** 次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

### 視点1

本人の筋力低下を防ぐためにも、残存機能を活かしながら身体を動かす時間を多くつくることを助言するとともに、定期的な家族との意思疎通により目標を共有しながら家族が行うことや行えることを明確にした上で、必要な介護保険サービスを選択し計画することが大切です。

## 事例 - 20

### 通院(複数)、調剤薬局及び買い物の同行を一度に行う事例



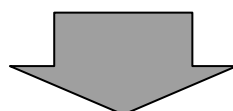
本人と同居家族の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>78歳 要介護2 / 主な病名：メニエル病、骨粗鬆症(頸椎圧迫骨折後遺症)、湿疹</p> <p>【状況】めまいがひどい時は立ち上がることすらできない(日による変動有)。骨折の後遺症で歩行は困難だが、筋力低下による寝たきりにならないためにも、医師よりなるべく歩くように言われ、頑張っている。記憶力は良く、認知症状はない。</p> <p>【希望】在宅生活を維持したいので、病状悪化の際には、買い物や食事の支度等をお願いしたい。通院や買い物を通じて外出したいので、同行もして欲しい。</p>	<p>【家族図】</p> <pre> graph TD     subgraph Family [【家族図】]         Person((本人))         Son[息子]         Person --- Son     end     Deceased["(故)夫"]     </pre>
<p>同居家族 (息子)</p>	<p>46歳</p> <p>【状況】仕事で日中不在、夜も遅い。勤務日の昼間は本人への援助に関わることができない。休みも不規則である。</p> <p>【希望】家にいるときは、なるべく介護を行うが、できないことや母の具合の悪いときには支援をお願いしたい。</p>	



ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>下肢筋力の低下防止とメニエル病による体調不安定時の支援を中心にサービス計画を立て、日常生活の維持に努めている。通院は、本人の身体への負担も考慮し、なるべく1回の外出で済ませるようにする(医院すべてが駅周辺で徒歩10分以内(本人の足では20分程度))。買い物についても、商店街にある医院、調剤薬局周辺で行うこととしている。体調不安定時は、居室や浴室の掃除及び食事の支度などができずに困っているため、必要に応じて、生活援助を入れていく。本人の趣味のために行く地区会館への送迎と院内の付き添いは、自費サービス扱いとする。今後は、加齢による筋力低下も考えられるため、老健(通所リハビリテーション)との連携を強化し、少しでも長く居宅での生活を営めるように支援します。</p>
--------------------------------	---



<p>外出介助 の内容</p>	<p>医院や調剤薬局が商店街にあるため、帰り又は行きに周辺商店やスーパーでの買い物の同行を行う。隔週1回での整形外科と内科、月1回の皮膚科と歯科への通院は、いずれも駅周辺で近接しており、本人の身体的な負担軽減の観点から一度で行う。なお、院内における介助は、移動に時間がかかるが補助杖で可能であるため自費扱いとしている。</p>
---------------------	---



ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

### ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	骨折による入院後、起き上がりが困難になった。メニエル病は、日によって変動が激しく、何もできないときがある。自分なりに工夫をして、自宅内では何とか自立生活を維持したいと思う。外出を要する通院、買い物等にも援助をお願いしたい。また、楽しみにしている週1回の地区会館への外出の際にも、付き添い（自費）をお願いしたい。
------------------	---

### ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別	
①自宅で自立した生活を送り続けたい	楽しい居宅での生活を続ける	生活するための筋力を維持する	リハビリテーションによる筋力低下の防止	通所リハビリ	
		安全に入浴する	入浴介助による安全な入浴	通所リハビリ	
		食事摂取能力を維持する	嚥下機能訓練と口腔ケア 食事の提供	通所リハビリ	
		できないことだけを支援してもらう	通所日以外の日での整容や移動、更衣等を一緒に行う 病状悪化時の買い物、食事支度などの支援	訪問介護	
	安全な外出を楽しむ	居宅内の移動環境を整える	廊下と居室一部への手すりの設置による移動時の安全の確保	住宅改修	
			症状の悪化防止に努める	医学的管理と治療、服薬指導	医療機関
				嘔み合わせを維持するための歯科治療	医療機関
②めまいがひどいときに支援が欲しい	緊急時に対応できる	悪化時の支援体制を確保する	病院（薬局）間も含んだ通院の介助（院内は自費）と買い物の同行	訪問介護	
			趣味のサークルへの参加	訪問介護（自費）	
			歩行器と補助杖の利用による外出時の安全確保（転倒防止）	用具貸与	
			緊急時における訪問看護の実施	訪問看護	



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

#### 視点1

老健担当者との連携を強化することは、良いことです。居宅での生活を長く続けるためにも、筋力低下防止に有効な通所リハビリテーションについて、将来的な回数増等も老健と検討しましょう。

#### 視点2

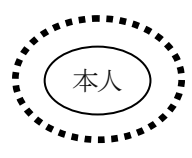
福祉用具についても、適宜見直しを行い、体調不安定を想定し、その時でも使用可能なものを選択しましょう。起き上がりに支障をきたすようであれば、特殊寝台の貸与も検討してみましょう。

## 事例 - 21

### 銭湯への送迎とその帰りに買い物の同行を行う事例



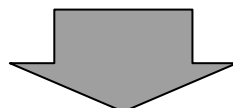
本人の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>83歳 要介護3 / 主な病名：変形性両膝関節症、認知症</p> <p>【状況】変形性両膝関節症の急激な悪化により移動が困難となった。身体的には全身の筋力低下が著しい。悪化前は、何とか自力で生活していた。その頃から、認知症状も現れ、一日中何もしないこともあった。介護認定後、早々に認知症対応型通所介護と訪問介護を導入したことにより、認知症状の進行が抑えられ、生活意欲が出てきた。室内は、杖や手すりに掴まって移動している。外出時は車いすを利用している。</p> <p>【希望】病気により、あまり身体を動かさなかったが、痛みが緩和されてきたので、今のままの状態を保ちたい。</p>	<p>【家族図】</p> 
-----------	---	--



ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャーの考え方</p>	<p>サービス開始直後は「死にたい」とつぶやいていたが、認知症対応型通所介護に通うようになってからは、体調や認知症の改善に合わせて、生活意欲も向上し、徐々に自力で行うことも増えている。買い物などの同行による外出の機会を設けることで、さらに生きがいを感じながら、生活意欲の向上に努めたい。なお、事業所の送迎バスは、巡回コースの関係上、乗車時間（30～45分）が長くなり、ひどい車酔いになることが度々あった。事業所は、自宅から車いすで5分程度であるため、今回、訪問介護による送迎を導入した。現在、服薬を適切に行わないと、激しい痛みがぶり返すため、訪問介護により服薬確認を行っている。自宅に風呂がないため、認知症対応型通所介護での入浴介助を申し込んだが、空きがない。訪問入浴介護も検討したが、居宅が狭く奥まっておき、実施できないため、近隣の銭湯の了解を得て、銭湯まで同行し、入浴介助を行っている。また、現在、服薬を適切に行わないと、激しい痛みがぶり返すため、訪問介護により服薬確認を行っている。</p>
---------------------------	--



<p>外出介助等の内容</p>	<p>認知症対応型通所介護に行くための支度をし、車いすの介助をしながら事業所まで送りをする。何度も外出することは困難であるため、週1回、帰路途中に事業所近くのスーパーや商店へ買い物の同行を行っている。また、銭湯からの帰宅の際にも買い物の同行を行っている。帰宅した後、居宅内で更衣や服薬支援等の身体介護を行う。近隣の整形外科へは、車いすによる通院及び認知症による見守り支援のため院内介助を行っている。</p>
-----------------	---



ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

### ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	デイサービスは継続したい。昔のように、買い物や入浴に行きたい。今は、痛みがコントロールできているので、このままの生活を保つため、支援をして欲しい。
------------------	---

### ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①一人で生活できるようにしたい	生活力を取り戻し、生活を楽しめるようになる	車酔いせずに通所介護に通う	認知症対応型通所介護事業所への送迎介助 通所時及び帰宅時の更衣等	訪問介護
		生活意欲を向上する	認知症プログラムの実施 他利用者との交流	認知症通所介護
		普段動かすだけの筋力を回復する	機能訓練による筋力アップ	認知症通所介護
	一人で生活できる環境をつくる	快適な一人暮らしを送る	食事の支度や更衣、整容を一緒に行う	訪問介護
			居室の清掃と洗濯を一緒に行う	訪問介護
		欲しいものを購入できる	近隣のスーパー等への買い物の同行	訪問介護
		介助により入浴し、爽快な気分になる	銭湯までの外出介助と入浴時の介助	訪問介護
		安全に外出を続ける	車いすの利用による外出時の安全な移動	用具貸与
		居宅内を一人で移動できるようにしたい	起き上がりを楽しに行う	特殊寝台及び付属品の利用により起床を安楽にする
	転倒しないで安全に移動する		補助杖（四点杖）の利用により安全かつ安定して歩く	用具貸与
②このままの生活をするためにも痛みを抑えていきたい	痛みをコントロールして、生活の質を保つ	受診により症状の悪化を防止する	定期的な診療と服薬の管理及び医療的な相談	医療機関
			通院介助及び院内の移動と排泄、受付及び薬の受け取り等の介助	訪問介護
			服薬の支援と服薬状況の確認	訪問介護



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

#### 視点1

本人の生活意欲を減衰させないためにも、日頃より認知症対応型通所介護事業所の担当者と連携を保ちつつ、本人の希望も踏まえて、居宅内でできることを確認し、自立できるようになったことなどをケアプランに記録し、サービス内容の見直しをしていきましょう。

#### 視点2

一人暮らしであるため、緊急時には連絡が取れるような体制を構築することが大切です。近隣との付き合いがあるのなら、時々様子をうかがってもらうことも良いと思われます。

## 事例 - 22

### 美容院への送迎とその帰りに買い物の同行を行う事例



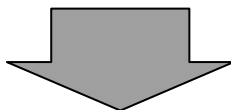
本人と同居家族の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>79歳 要介護4 / 主な病名：慢性関節リウマチ、骨粗鬆症、坐骨神経痛、認知症</p> <p>【状況】腰痛が激しく、歩行はかなり不安定である。リウマチによる重度の関節拘縮の症状があり、家事は困難である。室内は、掴まり立ちにより移動するが、外出時は、車いすを利用する。現在でも、家事などを行う気力はある。最近、軽い認知症を発症している。</p> <p>【希望】できる限り、家事は行ってほしいので、最低限のことだけヘルパーにやってもらいたい。</p>	<p>【家族図】</p> <pre> graph TD     subgraph Family [【家族図】]         H[夫] --- W(本人)         W --- D1(娘)         W --- D2(娘)         W --- S[息子]     end         </pre> <p>※ 娘や息子家族は、海外赴任や遠距離に居住。</p>
<p>同居家族 (夫)</p>	<p>75歳 要支援1 / 主な病名：狭心症、高脂血症</p> <p>【状況】連続した動作時には、不整脈が出現し、動悸が激しくなるときがある。妻ができないことは、なるべく自分が行いたいとの意向があるが、今までやったことがなく、調理等が困難な面がある。</p> <p>【希望】妻の日常生活を営むための支援をお願いしたい。</p>	



ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>本人は、歩行時に介助を必要としており、衣服を畳むなどの簡単な家事以外はまったくできない。要所々に介護サービスを導入しているが、浴室やトイレの掃除、食事の支度などができずに困っている。食事は、民間の配食サービスなども利用して補っている。本人は髪型を普段より特に気にしており、訪問理美容サービスの内容では納得できず、暴言を吐くなどにより利用困難となった。美容院の利用により本人の顔色は良くなり、生活に張り合いが出てきたようである。夫は、介護サービスの利用はなく、妻への介護意欲は高い。</p>
--------------------------------	---



<p>外出介助 の内容</p>	<p>美容院への送迎は、自宅での介助後に美容院まで送り、迎えの際には美容院の近くにある商店街に寄って日用品の買い物をした後、居宅にて着替え等の介助をする。また、通院時の帰路にも、調剤薬局付近の商店街にて日用品等の買い物の同行を行う。</p>
<p>通院・院内 介助の内容</p>	<p>週1回の整形外科と内科への通院は、両医院が近接しており、本人の身体的な負担軽減の観点から一度で行う。院内において座位保持困難であり移動の介助が必要なため院内介助を実施する（医院からの依頼あり。）。</p>





ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

### ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：デイサービスをこのまま続けていきたい。日常生活を営むための介護をしてもらいたい。さらに、通院や美容院への付き添いもお願いしたい。</p> <p>夫：妻自身で行えることは自分でやらせます。また、妻の介護も自分ができる限りは行うつもりだが、できないことについて支援を受けたい。</p>
------------------	--

### ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①夫との張り合いのある生活を続けた い	居宅で充実した生活を送る	日常生活動作の低下を防ぐ	機能訓練による身体機能の保全	通所介護
		他の利用者との交流を楽しむ	レクリエーションプログラムによる他の利用者等との交流	通所介護
		身体の清潔を保つ	施設での安全な入浴	通所介護
			居宅での安全な入浴	訪問入浴
		本人ができないことを介助する	日常的な介護は、夫が実施 通所日以外の日には整容や移動、更衣等の支援	家族 訪問介護
起床時の転倒を防ぐ	特殊寝台（付属品含む）により安全に起床し、転倒を防ぐ	用具貸与		
②安全に楽しく外出したい	外出して、生活意欲を高める	買い物を楽しむ	買い物への同行（美容院からの帰りにも行う）	訪問介護
		身だしなみを整える	美容院までの送迎同行（店内での介助はなし）	訪問介護
		安全に外出する	車いすの利用により安全に移動する	用具貸与
	症状の悪化防止に努める	継続的に体調の管理をする	定期的な診察及び助言、服薬管理の実施 通院介助と院内での受付や移動、排泄等の介助	医療機関 訪問介護



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

#### 視点 1

夫自身も頑張る気であるため、その気を削がないようにするべきですが、持病もあるため無理がかからぬよう、負担の軽減を含めてサービス担当者会議で必要なサービスを検討しましょう。

#### 視点 2

居宅である部屋の状況も確認し、利用者の日常の動線から必要に応じ、利用者が楽に移動できたり、介護者が介護しやすくなるような福祉用具購入や住宅改修を検討しましょう。

## 事例 - 23

### 理髪店への送迎の際に介助を行う事例



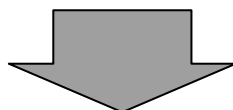
本人と同居家族の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>79歳 要介護5 / 主な病名：パーキンソン病、アルツハイマー型認知症</p> <p>【状況】幻視・幻聴あり、食欲もなく体力の低下が著しい。寝たきりに近い生活を送っている。振戦があり、歩行は不安定である。認知症がひどく、いきなり大声をあげたり、泣いたりする。</p> <p>【希望】床屋に行きたい。デイサービスにまた通いたい。</p>	<p>【家族図】</p> <pre> graph TD     A[本人] --- B(妻)     A --- C[息子]     C --- D(息子の妻)     C --- E(孫)     </pre>
<p>同居家族 (妻)</p>	<p>76歳 要介護1 / 主な病名：骨粗鬆症、頸椎圧迫骨折後</p> <p>【状況】骨折後、一時ADLは低下したが、その後持ち直した。しかし、全体的には下降気味である。自分の体調を考慮しながらも、夫を献身的に介護している。</p> <p>【希望】自分の体調が不安定になってきており、今後も支援をお願いしたいと考えている。</p>	
<p>同居家族 (息子夫婦)</p>	<p>息子 50歳 と 息子の妻 50歳</p> <p>【状況】夫婦ともに仕事で日中不在、休みの日は、両親の介護をする場合もある。母親と息子の妻とは、仲が良いとは言えず、家事の支援は行っていない。</p> <p>【希望】基本的に両親の生活を維持する上で必要なことは、介護保険のサービスでお願いしたい。</p>	



ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>本人は、以前通所介護に通っていたが、入院により中断し、現在、認知症対応型通所介護の申し込み中である。それまでは、筋力低下と認知症の進行を遅らせ、少しでも居宅での生活を続けられるケアプランをと、各事業者と検討し最善の策を心掛けている。訪問理髪を何度か行ったが、好き嫌いが激しく、居室内での散髪を嫌がり、暴言暴行により訪問を断られたため、訪問介護により理髪店への送迎を行うこととした（待ち時間は介護していないため自費扱い）。夫婦の居宅介護支援を請け負っているため、夫婦として自立支援に必要なサービス提供を中心にプラン作成も行っている。</p>
--------------------------------	--



外出介助の内容	車いすを介助しながら、理髪店まで往復する。理髪店内では、落ち着いてじっとしており、店主との会話により気分転換も図られ、認知症状の改善もみられることもある。
散歩の同行の内容	近隣との接触や気分転換のため週1回自宅の回りを20分程かけて散歩の同行を行う。訪問リハビリテーションとの連携により歩ける距離と不安定さが改善している。散歩直後は興奮気味だが、感じたことや見たことを話すなど一定の認知症状の改善もみられる。



ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

### ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	本人：デイサービスにまた通いたい。床屋に行って髪を切ってもらいたい。 妻：自分ができないことも多くあるので、支援をお願いしたい。
------------------	---

### ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①妻や家族の負担軽減を図りながら居宅での生活を継続する	居宅での生活を維持する	清潔を保持し、感染症を防ぐ	整容、入浴、おむつの交換などの日常生活上の支援	訪問介護
		日常生活に必要な行為を覚える	清掃や食事の後片付け等を声かけしながら一緒に行う	訪問介護
		身だしなみを整え、生活意欲を保つ	理髪店までの送迎同行（店内の待ち時間は自費）	訪問介護
		床ずれを改善する	褥瘡の処置と医療相談	訪問看護
			居宅での安全な入浴	訪問入浴
		特殊寝台（付属品含む）の利用による起き上がり時の支援	用具貸与	
		継続的な体調管理をする	訪問診察と生活指導及び服薬管理の実施	医療機関
口から食事摂取できる	口腔ケアによる咀嚼力の向上と嚥下機能の維持	医療機関		
②デイサービスに通えるまで居宅で筋力を回復したい	生活できるだけの筋力を回復させ、認知症状の進行も抑える	日常生活動作を向上させ、筋力を付ける	リハビリテーションの実施による日常生活動作の向上	訪問リハビリ
		安全に外出する	散歩の同行による褥瘡と筋力低下の防止及び認知症状の進行緩和	訪問介護
			車いすによる長距離外出時の安全の確保	用具貸与
		四点杖による転倒の危険回避	用具貸与	



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

#### 視点1

居宅の状況も確認し、利用者の日常の動線から必要に応じて利用者が楽に移動や排泄等ができ、介護者にも負担がかからないよう、訪問リハビリテーションの担当者とも相談し、福祉用具貸与・購入や住宅改修を検討しましょう。

## 事例 - 24

### 見舞いのために入院先への送迎の際に介助を行う事例



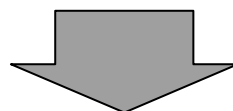
本人と同居家族の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>72歳 要介護3 / 主な病名：脳梗塞後遺症（右片麻痺） 失語症、膝関節症</p> <p>【状況】脳梗塞により身体機能が一度落ちたが、リハビリ等により麻痺側をかばいながら、回復している。歩行は、短距離なら可能であり、距離を延ばしている。意思疎通は時間がかかるが、可能である。生活全般を妻に頼っていたため、何をすべきか判らないことがある。</p> <p>【希望】妻が家事をしていたが、現在、一人になった。日常生活の支援と妻の病院への付き添いを願いたい。</p>	<p>【家族図】</p> <pre> graph TD     subgraph Family [【家族図】]         P[本人] --- W[妻]         P --- S[息子]         P --- D1[娘]         P --- D2[娘]     end         </pre> <p>※ 子供たちは、年に1～2回訪れるだけで交流はない。</p>
<p>同居家族 (妻)</p>	<p>75歳 要介護4 / 主な病名：糖尿病、高血圧、骨粗鬆症</p> <p>【状況】脊髄圧迫骨折により現在入院中（認定更新1→4）。それまでは、本人の世話をしていた。糖尿病性腎症もあり、常に身体がだるいとのこと。</p> <p>【希望】自分が入院しているので、介護保険で夫の世話を願いたい。</p>	



ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>本人の身体機能は徐々に回復し、排泄介助も不要となり、福祉用具も車いすからロフトランド・クラッチへと変更になった。歩行時には、転倒防止のため、見守りを必要とする程度である。通所リハビリの回数増は、空き待ちとなっている。元来、家事は行ったことがなく、調理や掃除などができずに困っており、家事援助を中心に訪問介護を導入している。今後、食事は配食サービスの導入などを検討している。夫婦仲は良好であり、妻の病状をあまり気にかけずに、一人暮らしの生活意欲を維持するためにも、週1回の妻の見舞いは欠かせないものとなっている。</p>
--------------------------------	--



<p>外出介助 の内容</p>	<p>週1回、タクシーを利用して妻の見舞いに行く。送迎のみ行う。妻への見舞いにより、本人の生きる気力も維持できており、支えとなっている。また、妻も同じように見える。</p>
<p>通院介助等 の内容</p>	<p>整形外科（隔週）と神経内科（毎週）と調剤薬局への通院は、両医院等が近接しており（駅前商店街の中）、本人の身体的な負担軽減の観点から一度で行い、同時に買い物の同行も行う。院内における介助は特段必要性がなくなったため、今は自費扱いとしている。</p>



ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：もっと良くなるためにデイケアは続けていきたいし、回数を増やしたい。いろいろできないこともあるので、日常生活上の支援をお願いしたい。さらに、通院や妻のお見舞いへの付き添いもお願いしたい。</p> <p>妻：夫の身の回りの世話をお願いしたい。</p>
------------------	---

ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①もっと身体機能の改善に努めたい	身体状況の悪化を防ぐ	定期的な医学的管理を続ける	整形外科（隔週）と神経内科での診療と医療相談	医療機関
	心身機能を回復する	日常生活動作を改善する	通院時の付き添いと院内の介助（院内は自費扱い） リハビリテーションの実施	訪問介護 通所リハビリ
②他利用者との交流を深めたい	社会的な交流を続けていく	コミュニケーションを保つ	レクリエーションによる仲間との交流	通所リハビリ
③居宅での自立した生活を持続したい	独居で日常生活を営めるようになる	生活意欲の低下を防ぐ	通所日以外の日に変更や調理、清掃などを一緒に行う	訪問介護
		身体の清潔を保持する	介助による安全な入浴	通所リハビリ
			介助による安全な入浴	訪問入浴
		咀嚼やく機能を改善する	摂食訓練と口腔ケアの実施	通所リハビリ
④進んで外出するようになりたい	自宅に閉じこもらない生活を送る	買い物に慣れる	通院からの帰宅途中での買い物の同行	訪問介護
		家族への不安を払拭する	妻の見舞いのため、病院までの送迎の実施	訪問介護
		転倒を防止する	ロフトランド・クラッチ（杖）の貸与により屋外を安全に移動	用具貸与



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

### 視点 1

日常生活において本人自身もやる気を出し頑張る気であるため、妻の退院後に向けて、家事援助は見守り中心とし、また、生活援助による代行を減らし、自立できる支援計画を立てましょう。

### 視点 2

通所リハビリテーション事業所と連携をとり、居宅においてもADL訓練により身体活動能力を向上できるようなサービス提供（介護保険外も含む。）も心がけましょう。

## 事例 - 25

### 面会のために施設への送迎の際に介助を行う事例



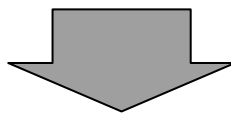
本人や別居家族（夫）の状況をみてみましょう。

<p>本人</p>	<p><b>78歳 要介護3 / 主な病名：肝硬変、浮腫</b></p> <p>【状況】重度の肝硬変で腹水も出てきている。身体がだるく、常時寝ている。歩行は、なんとか可能だが、筋力低下により動きは緩慢であり、座位も不安定である。医師からは、意識して身体を動かすようにとのアドバイスを受けている。</p> <p>【希望】体調不良のときが多いので、生活するのを手伝って欲しい。夫のことが気にかかるので時々様子を見に行きたい。</p>	<p><b>【家族図】</b></p> <p>※ 子供たちは、遠方に居住し、年に数回訪れるだけで、介護は期待できない。</p>
<p>別居家族（夫）</p>	<p><b>83歳 要介護5 / 主な病名：脳梗塞による右片麻痺（重度）、高血圧、狭心症</b></p> <p>【状況】重度の右片麻痺により特別養護老人ホームに入所となった。いつも、妻のことを気にかけている。</p> <p>【希望】自分が入所しているので、介護保険等により妻の世話をお願いしたい。</p>	



ケアマネジャーはどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>担当 ケアマネジャー の考え方</p>	<p>身体状況は、徐々に悪化しており、今後、入院も予想される。身体状況を考慮し、訪問介護の回数増により様子確認も行っている。屋外等での歩行（短距離のみ）は、杖を利用して歩いているが、転倒の危険性があり、常に見守りが必要である（過去に転倒し、骨折などの大けがをしている。）。外出介助は、本人の楽しみでもあり、買い物の同行を週2回行っている。隔週の特別養護老人ホームへの訪問後は、終始機嫌がよく、お互いの生きがいになっている。このまま、外出介助をできる限り継続し、本人の生活意欲の維持に努めたい。</p>
--------------------------------	--



<p>外出介助 の内容</p>	<p>近隣のスーパーへの買い物の同行を行う（徒歩3分）。特別養護老人ホームへの訪問は、タクシーを利用して行っており（片道約20～30分ぐらい）、2時間程滞在の後、帰りに迎えに行き、居宅では更衣などの支援をする。なお、タクシーの車内では、座位が不安定のため、常に介助を要する。</p>
---------------------	---



ケアプランではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

### ケアプラン第1表

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>本人：生活上のことは、なるべく自分で行いたい、介護保険でも、自分の生活を支えて欲しい。また、夫が入所している施設への訪問に付き添ってもらいたい。</p> <p>夫：妻が、一人で困らないように支援してもらいたい。</p>
------------------	--

### ケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容（主なもの）	サービス種別
①居宅での生活を楽しくしながら続けていきたい	今のまま、独居での生活を営んでいく	無理しない生活を送る	洗濯、清掃及び食事等の支援	訪問介護
		入浴を楽しみながら、身体の清潔を保つ	入浴の介助	訪問介護
			バスボードとシャワーチェアにより入浴や洗身を容易にする	用具購入
	居室内での移動の改善を図る	移動の円滑化のため、床材の変更と手すりの設置	住宅改修	
地域社会との繋がりを維持する	日常生活動作を保ち、社会参加を続ける	機能訓練の実施 各種プログラムによる他利用者との交流	通所介護	
②身体状況の悪化を防ぎたい	このままの健康状態を保つ	身体状況の悪化防止に努める	訪問診療による診察と治療	医療機関
			服薬管理及び生活指導や相談等	居宅療養管理指導
		食事を楽しめるようになる	訪問歯科診療による診断と治療及び口腔ケア	歯科医
			咀嚼機能維持のための食事の指導等	居宅療養管理指導
③大好きな外出を続けていきたい	楽しみがあり、メリハリのある生活を送る	気軽な外出を実現する	近隣への買い物の同行	訪問介護
			夫の入所している特別養護老人ホームへの訪問の付き添い	訪問介護
			補助杖による外出時の安全確保	用具貸与



次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

#### 視点1

身体状況の変化しやすい利用者であるため、適宜、主治医と連携して身体状況の確認に努めましょう。緊急時の対応についても、あらかじめ利用者や医師と相談し、どのようにするかを決めておくとともに、医療的な介護として訪問看護の提案をしてみましょう。

#### 視点2

今後、体調に合わせ、寝ているときも安楽になるよう、特殊寝台の福祉用具貸与を、また、移動が困難なときも想定される場合には、車いすの福祉用具貸与も検討しましょう。

## 事例 - 26

### 要支援者の通院介助の事例



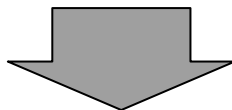
本人の状況を見てみましょう。

<p>本人</p>	<p>71歳 要支援2 / 主な病名：脳梗塞による左半身麻痺、 高血圧症</p> <p>【状況】室内の移動等は、緩慢ではあるが自立している。日常生活上のことは、現在、なんとかこなしている（リハビリを兼ねている。）。症状は安定しているが、いまだ長距離の歩行は、不安定であり、何度か転倒している（福祉用具の利用はなし。）。</p> <p>【希望】自分でできることは、自分で行うが、その他、通院など生活を維持するための最低限のサービスをお願いしたい。</p>	<p>【家族図】</p> <pre> graph LR     A[本人] --- B((故)妻)     style A stroke-dasharray: 5 5     style B fill:#ccc     </pre>
-----------	--	--



担当職員はどのように考えたのかを確認してみましょう。

<p>総合的な方針等</p>	<p>退院後、医師より通所リハビリテーション等を勧められたが、後遺症の具合が軽かったこともあり、医学的には特に実施していない。</p> <p>介護予防サービス計画書を作成する際は、身体的に無理がかからないようにしながらも、独居での自立生活を送ることができるようにするため、必要に応じての促しや一緒に行く等の支援を行うことにしている。介護予防訪問介護は、週2回通院介助と家事支援を実施している。家事支援については、元々、本人の家事の経験が少ないため、一緒に清掃や食事の支度などを中心に行い、自分でできることを増やすようにしている。</p>
----------------	--



<p>通院介助の内容</p>	<p>現在、週2回整形外科と内科に通院している（共に本人の足で片道15～20分）。徒歩で通院しているが、転倒防止などの見守りを要するため、内科の通院には社会福祉協議会のふれあいサービスを利用し、整形外科の通院には、介護予防訪問介護による通院介護を実施している（院内介助は自費）。</p>
----------------	---



**！** 介護予防サービス計画書ではどのようなサービスを提供しているのかみてみましょう。

本人・家族の意欲・意向	安心して、外出したいが、長距離は、まだ難しい。自分ができることは、自分でやっ ていこうと思うが、無理はしたくない。なるべく現状を維持したい。安全な通院（週2回） のため、付き添って欲しい。
-------------	--

総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケア や家族の支援、イン フォーマルサービス	介護保険サー ビスまたは地 域支援事業
①脳梗塞後遺症により歩行が不安定であるため、外出時等に危険が伴う	1. 機能の維持と転倒防止 (1)通院の介助 (2)機能維持のためのデイケア	1. 自宅で足踏みやトイレでの屈伸運動を行っている デイケアは今後、考えていく	1. 転倒することなく、安全に通院し、健康管理をする	安全な通院ができるよう支援する	タクシーの手配（雨天の場合）	週1回はふれあいサービス、週1回は介護予防訪問介護で安全に通院する
②左半身麻痺のため、家事に支障がある	2. 自分でできることを増やして在宅生活を維持する (1)できることは自力で行う (2)清掃、買物や洗濯、物干しなどの支援を受ける	2. 居宅での生活を続けるため、自分でできることを増やしたい	2. できない部分の支援を受け、在宅生活を維持する	本人が無理せずに今の生活を維持できるよう支援する	食事の準備と後片付けをする 洗濯をする	週1回の介護予防訪問介護による負担の大きい家事援助  配食サービス

**！** 次のような視点からも介護サービス等による支援を考えてみましょう。

**視点1**

本人の身体状態が回復傾向にあるのか、悪化しているのかを定期的に見極めて、サービスの内容や回数について検討をしていきましょう。

**視点2**

主治医とも連携を取り、身体機能を維持するために通所系サービスにおけるリハビリテーションの導入について、効果や利点などを説明し、まずは、事業所見学から始めてみましょう。

**視点3**

今後、歩行の不安定さが増すならば、転倒防止のためにも、補助杖や歩行器などの福祉用具貸与を検討しましょう。

