

平成 19 年度老人保健健康増進等事業報告書

身体疾患治療終了後の認知症高齢者の
介護保健施設における効果的なケアと
リハビリテーションのあり方に関する
調査研究報告書

平成 20 年 3 月

社会福祉法人浴風会

認知症介護研究・研修東京センター

身体疾患治療終了後の認知症高齢者の介護保険施設における
効果的なケアとリハビリテーションのあり方に関する
調査研究

事業要旨

【目的】本研究は大腿骨頸部骨折または肺炎を発症し急性期に加療後、介護老人保健施設（以下、老健）に入所した認知症高齢者のケアとリハビリテーション（以下、リハビリ）の実施状況を明らかにすることで、介護保険施設における骨折後または肺炎後の認知症高齢者への効果的なケアとリハビリのあり方の指針作成に向けた基盤的資料の作成を目的として実施した。

【方法】研究対象は、認知症介護指導者が所属し、大腿骨頸部骨折または肺炎を発症し治療終了後入所した認知症高齢者を発症前の生活機能へと回復することを目指し実践を行っている法人の老健 10 施設の看護職、介護職、理学療法士、作業療法士などである。データ収集方法は、面接ガイドに基づいた職員への半構造化面接法とした。面接内容としては、大腿骨頸部骨折または肺炎治療後の認知症高齢者に対する、それぞれの職種立場におけるケアの考え方と具体的ケア内容、リハビリの考え方と具体的リハビリ、さらに他職種間での連携状況とした。

【倫理的配慮】対象者には研究参加の同意を得た上で、さらに面接内容を録音することについても同意を得た。研究報告の際には、対象者や施設が特定されないように配慮した。

【結果および考察】いずれの老健も、骨折受傷前または肺炎発症前の状態に回復することをケアやリハビリテーションの目標としていた。その目標の達成のために、ケアでは、第一に認知症高齢者の意欲を認めてケアすることを重要視していた。具体的には、認知症高齢者が動こうとする行動を制止することはなく、あるいは興味・関心を引き出しながら、意欲にそって日常生活ができるように認知症高齢者に意向を尋ねたり、本人の生活の流れに添ったケアを行ったりしていた。回復の阻害要因となる疼痛や廃用性症候群、あるいは口腔内の状態については丁寧にアセスメントされており、介助方法の工夫が行われていた。リハビリについては、認知症高齢者では個別の訓練としてリハビリを実施することにはいずれの老健も困難を感じていた。しかし、他の入所者とともに行う集団でのリハビリには認知症高齢者も参加することが可能であり、全てのリハビリメニューを行うことは困難な認知症高齢者でも、参加することで何らかのリハビリを実施することができていた。

研究1 大腿骨頸部骨折を受傷した認知症高齢者のケアとリハビリテーション

【はじめに】

大腿骨頸部骨折の新規患者は、1997年の調査で年間92400人と推計される。とくに80歳台女性の新規患者が大幅に増加している。脳卒中、廃用性変化に次ぐ、寝たきり原因の第3位となっており、人口の高齢化に伴い、今後30年間で倍増するおそれも指摘されている。骨粗鬆症との関連が強いため女性（新規患者の8割が女性）に多い。一方、男性においては生命予後が悪く、1年生存率が75-85%と推計されている。

大腿骨頸部骨折の受傷原因の8割から9割が転倒によるものである。とくに側方に倒れたときに、股関節に直達外力が加わることで、骨折となる。骨粗鬆症によって骨密度が低下している高齢者が側方に倒れ、股関節を強く打撲することで受傷に至ることが多い。またやせている人は股関節への衝撃を吸収する脂肪・筋肉がないため、とくに骨折リスクが高いといえる。

認知症が進行してくると、歩行バランスが悪くなることが指摘されている³⁾。加えて認知症の患者は記憶障害や注意力の障害などにより、障害物を回避できなかったり、迷って疲労が強くなったりすることで足先が引っかかり転倒するなど、転倒リスクは高い。大腿骨頸部骨折も認知症も高齢になるほど有病リスクが高くなる。つまり大腿骨頸部骨折を受傷する認知症高齢者は今後、ますます増加することが予測される。

認知症高齢者は、認知機能の低下により機能回復に向けた介入への理解や継続が困難な例が多くあるとされ、回復期リハビリテーション病棟への入院適応がないと判断される場合が多く、急性期治療が終了した段階で介護老人保健施設に入所するケースが多数を占める。一方、大腿骨頸部骨折を発症した場合、低下した運動機能の回復と再発予防に向けた介入を治療（医学的介入）初期段階から継続していくことが運動機能・全身機能の回復・維持やQOLの維持のために重要であり、介護保険施設においても、引き続き運動機能の回復、転倒や再発予防、全身機能の回復維持を目的とした個別的集中的なリハビリテーションを実施する必要がある。しかし、大腿骨頸部骨折治療後の認知症高齢者の介護保険施設におけるケアやリハビリテーションに焦点をあてたエビデンスは少なく、また施設によるケアの差は大きいいため患者の予後も様々であるとされる。このような背景から、施設における骨折を発症し入院加療後に入所した認知症高齢者に焦点を置いた、効果的なケアやリハビリテーションを促進し、看護介護等

の多職種による介入の質の向上を目指した指針を打ち出していくことは急務である。

【目的】

本研究は大腿骨頸部骨折を発症し急性期において加療後、介護老人保健施設（以下、老健）に入所した認知症高齢者のケアとリハビリテーション（以下、リハビリ）の実施状況を明らかにすることで、介護保険施設における骨折後の認知症高齢者への効果的なケアとリハビリのあり方の指針作成に向けた基盤的資料の作成を目的として実施した。

【方法】

研究対象は、認知症介護指導者が所属し、大腿骨頸部骨折を発症し治療終了後入所した認知症高齢者を発症前の生活機能へと回復することを目指し実践を行っている法人の老健 10 施設の看護職、介護職、理学療法士、作業療法士などである。データ収集方法は、面接ガイドに基づいた職員への半構造化面接法とした。面接内容としては、大腿骨頸部骨折治療後の認知症高齢者に対する、それぞれの職種の立場におけるケアの考え方と具体的ケア内容、リハビリの考え方と具体的リハビリ、さらに他職種間での連携状況、介護サービス計画書、リハビリテーション実施計画書とした。

【倫理的配慮】

対象者には研究参加の同意を得た上で、さらに面接内容を録音することについても同意を得た。研究報告の際には、対象者や施設が特定されないように配慮した。

【結果および考察】

対象施設の概要については、表 1 に示した。また面接対象者の概要については、表 2 に示した。面接対象者は合計 36 名であり、そのうち 11 名が介護支援専門員を取得していた。

面接調査の具体については、特に多くの内容が語られた 3 施設について資料 1 に示した。さらに対象施設から得られた介護サービス計画書とリハビリテーション実施計画書については資料 2 に示した。

いずれの老健も、骨折受傷前の状態に回復することをケアやリハビリテーションの目標としていた。その目標の達成のために、ケアでは、第一に認知症高齢者の意欲を認めてケアすることを重要視していた。具体的には、認知症高齢者が動こうとする行

動を制止することではなく、動きたいという意欲にそって日常生活ができるように認知症高齢者に意向を尋ねたり、それに添ったケアを行ったりしていた。回復の阻害要因となる疼痛については表情や言動から丁寧にアセスメントされており、介助方法の工夫や鎮痛のための薬剤の使用が行われていた。リハビリについては、認知症高齢者では個別の訓練としてリハビリを実施することにはいずれの老健も困難を感じていた。しかし、他の入所者とともに行う集団でのリハビリには認知症高齢者も参加することが可能であり、全てのリハビリメニューを行うことは困難な認知症高齢者でも、参加することで何らかのリハビリを実施することができていた。ただし、個別・集団リハビリを重視するより、リハビリの進行段階に応じて積極的に日常生活において活動内容・範囲を拡大していき、すなわち本人の意向や本人なりの生活の流れを尊重しながら、生活の中でのリハビリを重要視していた。さらに、再転倒・再骨折防止のために、カンファレンスや記録上で専門職間が積極的に情報共有や相談を行っており、その他においても他職種間の連携状況は良いと語られていた。

このようなケアやリハビリによって受傷前の状態までの回復を実現させていたが、病院から処方されてくる抗精神病薬や睡眠薬の適切な使用・中止については、老健において課題となっていると思われた。

表 1 調査対象施設の概要

	理念	認知症介護の理念	定員	関連施設
老健 A	<ul style="list-style-type: none"> ・明るさ・さわやかさ・清潔・落ち着いた着き 		<ul style="list-style-type: none"> ・施設サービス 100名 一般棟 54名 認知症専門棟 36名 ユニット 10名 ・居宅サービス 通所リハビリテーション 32名 短期入所療養介護 対応随時 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院 (脳神経外科・神経内科・整形外科・リハビリテーション科・他) ・診療所 (脳神経外科・内科・他) ・訪問看護ステーション ・居宅介護支援事業所 ・高齢者地域支援センター
老健 B	<ul style="list-style-type: none"> ・地域に信頼される法人 ・患者に愛される法人 ・誇りと責任を持つ法人 		<ul style="list-style-type: none"> ・入所 100名 ・通所 60名 介護 40名 予防 20名 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院 (循環器科・消化器内科・腎代謝内科・消化器外科・血管外科・呼吸器科・脳神経外科・整形外科・形成外科・リハビリテーション科・他) ・クリニック (呼吸器科・循環器科・消化器科・整形外科・脳神経外科・外科・形成外科・心身内科・泌尿器科・リハビリテーション科・他) ・人工透析センター ・総合健診センター ・訪問看護ステーション ・地域包括支援センター ・居宅介護支援センター

	理念	認知症介護の理念	定員	関連施設
老健 C	・「今を生きる」を大切に		・入所 100名 一般 60名 認知症 40名	・病院 (精神科・神経科・心療内科・内科・歯科) ・病院 (精神科・神経科・歯科) ・生活訓練施設
老健 D	・愛し愛される病院	・利用者の人格や自尊心を尊重し 「その人らしい生活」を大切に したケアを目指します	・入所 150名 一般 100名 認知症専門棟 50名 ・通所 50名	・病院 (内科・循環器科・外科・消化器/肝臓科・脳神経外科・整形外科・小児科・耳鼻咽喉科・眼科・泌尿器科・他) ・病院 (内科・循環器科・消化器科・外科・整形外科・眼科・脳神経外科・婦人科・皮膚科・麻酔科・他) ・病院 (ケア専門の完全療養型)

	理念	認知症介護の理念	定員	関連施設
老健E	<ul style="list-style-type: none"> ・生命を安心して預けられる施設 ・健康と生活を守る施設 	<ul style="list-style-type: none"> ・「今を生きる」を大切に 	<ul style="list-style-type: none"> ・入所 120名 一般 79名 認知症 41名 ・通所 50名 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院（総合内科・外科・心療内科・麻酔科・消化器内科・循環器科・皮膚科・心臓血管外科・脳神経外科・リハビリテーション科・他） ・病院（内科・外科・整形外科・形成外科・産婦人科・循環器科・心臓血管外科・神経内科・麻酔科・リハビリテーション科・他） ・クリニック（内科・外科・整形外科・形成外科・消化器科・循環器科・脳神経外科・歯科口腔外科・人工透析センター・健康増進センター・他） ・訪問看護ステーション ・介護相談室 ・病院（心臓血管外科・循環器科・麻酔科・不正脈センター・UAEセンター・消化器科・専門外来） ・老人保健施設 ・グループホーム ・クリニック（内科・外科・整形外科・小児科） ・人工関節センター ・デイケアクリニック（一般内科・ルウマチ科・小児科・外科・整形外科）

	理念	認知症介護の理念	定員	関連施設
老健 F	<ul style="list-style-type: none"> 一人一人が生きがいを持って安心して暮らせる施設 	<ul style="list-style-type: none"> 自らが利用者に話しかけ、手お入れ思いやり、始めて始まる私のケア チームワークを大切にし、ゆとりを持った心あるケア 	<ul style="list-style-type: none"> 入所 80名 一般 51名 認知症 29名 通所 30名 	
老健 G		<ul style="list-style-type: none"> 個々に合わせたケアをしていきましよう 	<ul style="list-style-type: none"> 入所 96名 一般棟 64名 認知症棟 32名 	<ul style="list-style-type: none"> ホームヘルプステーション 在宅介護支援センター
老健 H	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーションを究め、実践し、普及する 	<ul style="list-style-type: none"> 老健 8 は、家族や社会との結びつきを大切にし、明るく家庭的な雰囲気の中で生活の質を高めるための総合的なケアを提供します。 	<ul style="list-style-type: none"> 入所 132名 一般棟 76名 認知症専門棟 56名 	<ul style="list-style-type: none"> 病院（内科・循環器科・外科・消化器科・脳神経外科・整形外科・リウマチ科・眼科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・他） リハビリテーション診療研究所 リハビリテーション病院 リハビリテーション学院 在宅医療支援センター

	理念	認知症介護の理念	定員	関連施設
老健I	<p>・人と人が出会う……障害者と謙譲者としてではなく、老人と若者としてではなく、性別や世代を超え、障害の垣根を越えて人が……人として出会う場所</p>		<p>・70名</p>	<p>・ 居宅介護支援事業所</p>
老健J	<p>・ 患者様のために</p>		<p>・ 入所 80名 一般棟 40名 認知症専門棟 40名 ・ 通所 20名</p>	<p>・ 病院 (精神科・内科・リハビリテーション科・泌尿器科・眼科・皮膚科・歯科) ・ 訪問看護ステーション ・ 居宅介護支援事業所 ・ 訪問介護事業所 ・ 在宅介護支援センター</p>

表2 調査対象者の概要

	職種	介護支援専門員の資格の有無	経験年数
老健1	看護師	有	34年
	理学療法士	無	7年
	介護福祉士	無	5年
老健2	看護師	有	20年
	介護福祉士	無	13年
	理学療法士	無	6年
老健3	看護師	無	40年
	作業療法士	無	3年
	介護福祉士	有	10年5ヶ月
老健4	看護師	無	15年
	理学療法士	無	6年
	介護福祉士	無	8年
	言語聴覚士	無	6年
老健5	看護師	無	10年
	作業療法士	無	2年
	介護福祉士	無	3年7ヶ月
	介護福祉士	無	7年
	介護福祉士	有	15年
老健6	看護師	無	18年
	看護師	無	33年
	理学療法士	無	4年
	介護福祉士	有	10年
老健7	介護福祉士	有	12年
	作業療法士	無	9年
	介護福祉士	無	14年
老健8	看護師	有	32年
	看護師	有	23年
	理学療法士	無	19年
老健9	看護師	有	32年
	准看護師	無	16年
	介護福祉士	無	10年
	理学療法士	無	14年
老健10	理学療法士	無	25年
	歯科衛生士	有	30年
	管理栄養士	無	10年
	看護師	有	20年
合計	看護師	11名	10年～40年
	准看護師	1名	16年
	理学療法士	7名	4年～25年
	介護福祉士	11名	3年7ヶ月～15年
	作業療法士	3名	2年～9年
	言語聴覚士	1名	6年
	歯科衛生士	1名	30年
	管理栄養士	1名	10年
合計	36名(このうち介護支援専門員を取得しているのは11名)		

資料 1

老健 1 大腿骨頸部骨折を受傷した認知症高齢者へのケアとリハビリ

* 協力者本人について

氏名	看護師 1	理学療法士 1	介護福祉士 1
取得している資格	看護師、認知症専門士、ケアマネージャー、救急救命士。	理学療法士	介護福祉士
経験年数	<p>経験年数は看護婦として 34 年ぐらい(老健に來ても含めて)</p> <p>老健以前は、A 病院の中の手術室も含めて急性期、慢性期の病棟を全部回った。その経験の中で脳卒中は病院から直接うちへ帰るときに、うちに席がなかったということがある。そのような人をたくさん見てきた。うちへ帰ったらいよいよ扱いにされたり、座る場所が変わっていたり、また働き盛りの人がもう働けなくて家庭崩壊したとか、そのような患者を見て中間施設があるといいなと思っていたところ、病院がこの老健を建てるということで、自分から希望し、この病院から異動の話があり老健にはじめから入っている。</p> <p>ケアマネージャーとしては、資格を取って 4 年である。</p>	<p>経験年数が今年 7 年目。併設の A 病院で、昨年度まで、6 年目まで病院のほうで勤務して、今年度の 4 月からこちらの老健 1 で勤務している。</p>	5 年

業務内容	看護介護の管理ということで師長業務と管理。	入所者のリハビリテーションを主に担当。通所のほうのサポートにも入っている。リハビリの管理職種として管理業務もやっている。	認知症専門病棟に勤めていて、その中で入所者の生活野ケア。
所属するチームの体制(人数、役割等)	<p>看護・介護が60人である。 60人を統括しているが、通所と、ユニットと一般棟と、認知症専門棟、この4部門が応分かれている</p> <p>その下に主任。主任は今のところ看護師がやっている。さらにその下に副主任というものも置いてある。副主任というのは、一つの療養棟を三つのユニットに分けている。ハーブ上は分けられないが、何号室、何号室という事で何人をも一つのユニットということに担当させて、そのユニット長ということに責任を持たせている。これがユニット長兼副主任という役割で置ける。</p> <p>認知症専門棟には入所者 10 人のユニットが一つある。そこにはユニット長兼副主任とというのが1人いる。ユニット長兼副主任はスタッフ6人ぐらを統括している。そして利用者を大体9人から12人ケアしている。</p> <p>看護・介護の統括の私は全体を見ているのだが、1人の人が見る限界があるので、それぞれスタッフも、もいいケアをしていないかと思ったら、そのユニット長の責任。ユニット長兼副主任がもし管理をできなかつたら、それ</p>	<p>リハビリスタッフ4名。リハビリ助手が1名。リハビリスタッフの内訳が、理学療法士が2名、作業療法士が1名、言語聴覚士が1名。PT、OT、STと共に入所者と通所者にかかわる配置になっている。主にPTの私が入所者の担当になっているのと、言語聴覚士が入所者の担当になっている。通所のフォローもしている。通所のほうを主に担当しているのが、その他のPT1名とOTだ。リハビリの助手さんが双方をカバーしてくれている。</p>	3階の認知症専門病棟のスタッフの人数がパートさんも入れて、22.5。その中で今は4チームに分かれてケアに当たっている。36人の利用者様を基本的には4チームに分けてケアしている。

	<p>は主任の責任。主任をコントロールするのは私の責任ということで、責任制と役割がある。</p> <p>その中で、あとはチームケアなので、ほかの職種も入りながら、ただ一患者さんは、あとは担当制で、その6人が1人の患者さんを担当制で持っています。1人が2人から3人持っています。</p>		
<p>ケア、リハビリテーションに関しての所属する部門の方針、理念</p>	<p>法人の理念は「愛、和、学ぶ」</p> <p>施設の理念は「明るさ、さわやかさ、清潔、落ち着き」</p> <p>看護婦は、看護介護は心あるケアということとを基本に三つの約束、「同じ目線で話す」「一声掛けて行動する」「丁寧語で話す」をしかけている。</p> <p>愛は患者さんへの思いやり、和はチームケアという意味、学ぶは、研究をしたり、自分で学ぶということ、研修にはすぐく力を入れてくれている。いろいろな研修、国内、国外、自施設、県内、何かあるごとにすべてかやりの職員を出している。そのようなもともと、愛、和、学ぶ。</p> <p>それらの理念を直接ケアにつなげられるようになるために心あるケアと言っている。その三つの約束をまず形から入りなさい。形から入れば自然に心が付いていく、丁寧な言葉で話せばそのような対応になると伝えてい</p>	<p>施設の方向とか理念に従ってリハビリテーションを実践していければということ、理で、まず施設の理念から大事にしていて、理念の中にリハビリテーションの概念も入っている。それは在宅復帰とか在宅支援ということである。老人保健施設の役割の中に、リハビリテーションの役割を担うというようになっているので、その役割の一つを担ってあげればと思っている。</p>	<p>施設の理念と、一番噛み砕いた丁寧語で話す、同じ目線で話す、一声掛けて行動する、一つ一つを必ず念頭においてケアに当たるようにしている。</p>

	<p>る。 全職員、理念は言える。 老健の役割は在宅復帰ということで、今、在宅復帰 75%、かなりの入退所、毎日 10 人から 10 人以上を在宅復帰させている。</p>		
--	---	--	--

* 大腿骨頸部骨折後の認知症高齢者への介入について

<p>平成 19 年 1 月～12 月の大腿骨頸部骨折の発生件数</p>	<p>頸部骨折の人が、急性期の治療を受けて老健 1 に来た人が 5 人。急性期治療を経て併設の回復期病棟でリハをしたり、ほかの回復期のところでリハをしたり、回復期病棟を経てきた人を含めると 8 人。経た人は 3 人 老健 1 内での大腿骨頸部骨折は 3 件。 昨年度の全部で 11 件の大腿骨頸部骨折の方を介護（すなわち、他の場所での受傷が 8 件）。全員認知症の方であった。</p>
<p>6 6 大腿骨頸部骨折後の認知症高齢者に対するケアやリハビリテーションの目的、目標について語られたこと</p>	<p>在宅復帰施設なので、在宅復帰ということが大きな目標。そのためにはより近く、入所者の元の状態により近づける。肺炎もそうだが、肺炎とか骨折を 1 回起こすたびに老化もあるので少しずつ ADL が、落ちるのではないかという予想はつく。それでもより、前の姿と同じぐらいの ADL に戻すということを目的としている。完全には戻らない方もいるが、それに近づけるということである。 それは痛みを緩和しながらということが重要。 リハビリはリハビリスタップができるリハビリだけではないではなく、ケアスタップで骨折した人をなるべく離床させて、皆さんのところに行ったり、意欲も出ること、機能訓練だけではなく、精神的にも一緒に取り組めるようにしている。たとえば、「おうちでお孫さんに会える」とか、「これをやるとおうちに帰れるよね」ということを大切にしている。するとある時回復していたという人も半分はいる。スタップが気が付いたら回復していたということ。「まだこの人は安静なのに」と言うのに、お医者さんの時期は安静の時期なのだが、入所者は歩き出して、意外と回復が予測よりも早くなっていく人もいます。いつの間にか、もう 1 週間ぐらいい痛みがなければ、じゃあ歩いてもいいよ」などと、大体急性期の病院の先生の言う。しかし一般病院の整形外科病棟では難しいだろう。そうするとオペして、本当に抜糸にすぐこの老健に来たり、オペしないけれどもそのまま来たりする。この老健では安静度がどうのこうのというよりも、かなり骨がずれている人は工夫して安静にするのだが、自分が痛みがないときは、起き上がれなくてもいいものもある。自分で起き上がり、その人が痛くないのだからということ、ただ良肢位はリハビリスタップから教わりながら保って、意欲的にケアしている。医師と相談しながらそのようなケアを進めていくことで安静指示の期間は短縮されることも多い。</p>

具体的に看護婦は医療の面から見ては安静なのに、「だめじゃない、安静にしなぐちや」といことはない。本人がやっていることを維持し、質をよくしている、QOLを重視している。オペして帰ってきて入所者が横になっている時、「聞きたいことが」と呼ばれることがある。行くと「何で痛いのかしら」「わたし、何でこんなに足が痛いのかしら」ときかれたので「この間ね、転倒して、骨折したんですよ」と答えた。「ああ、そうなの」って言って少したつと、「わたし何で痛いのかしら」となるが、そのような方に無理に「座ってください」と押し付けるのもいけないので、見守りで、本人の思いを聞きながら、再度転倒がないように一緒にやりながらやっている。

どうしても今の時期治療上安静が必要な人には、ベッドにまず訪室する。だれもいないから寂しがって起き上がった、自分で歩けると思っ、トイレだけは行こうとすることもあると思う。羞恥心もあるだろう。だから排泄のところと、寂しいという孤独感、4人部屋で1人でそこに安静にしているというこの苦痛は大きいと思う。従ってなるべく訪室したり、寝たまま、お風呂に行ったり帰りにちよつとほかのいろいろなものを見たりとか、会話も大切にしていて、骨折の骨がどうだということよりも、やはり生活の質が高いということを大切にしている。廊下の途中に絵があったり、談話室があって、そこにテレビがあったり、部屋に訪室していただけないほかの入所者との会話が合間にできるという、所々にいすがあるので、それに座っている人と「しばらく顔を見なかつたね」とか、そのような話とかが老健の中心でできることが重要である。通路の間でちよつとコミュニケーションを、近所の人とお話ができるという場面が作られる。そうすると安心感があるのではないか、いつも1人で、孤独でカーテンの中にいるとか、4人部屋で、みんなは外に出ているのに自分は部屋にいるという時間が。その時はもう痛みも強いから、なんとなくじっとしているが、たまに来たスタッフに声を掛けて、でも2週間ぐらいたつと痛みはなくなるので、ただ良肢位を保つということではできないので、そのときは自分が動き出す、動き出すというときは安静はもういいという証拠・サインということで、先生には許可を出してもらっている。「何で痛いのかしら」と言う利用者さんに説明する。そのつど、そのつど、そのときは理解してくれる。たとえば「こないだ入院して帰って来ましたよね」「ああ、そうでしたっけ」、その時はそれで納得されて「じゃあ安静にしててくださいね」「はい」となるので、そのつどそのつど説明をして、「もう少し横になってくださいね」となどちやんと説明をしいている。

見守りには、具体的には、状態によっていろいろあると思う。たとえば居室での安静の方であれば訪室して、「状態どうですか」と声掛けをしてみたりとか、隣について、ちよつともどもどもぞもぞもどしたりしたら、隣に行つて、「何かありますか」と聞いてみたりしている。さらに認知症病棟で皆さん一緒にいらつしやる場面でボールを転がしたり歌を歌ったり一緒に少しかかわって活動しながら、その中で見守りをしたりしている。その時にわたしたちがかわつて転倒や姿勢の崩れなど危険性のないように見守っている。

指示が入る方はケアやリハビリの上で問題ない。けれども指示が入らない人は、やはりその骨をどうのこうのというケアよりも、やはりさっき言った生活の質を重点において、体はその人が動くところについてくるのかなというところを重視している。

基本的には疾患とか合併症だとか、併存疾患に限らずに、リハビリテーションの目標とか指針のようなものがある。QOLを考えて、まず評価を行つてから、予防、予測して、目標を立てて、それらを利用者さんとご家族と話し合いながら目標を決めてリハビリテーションを

行っていく。行いながらもその経過をまた説明だとかフリードバックしながら更に目標を利用者様とご家族の方の、希望するものと、実際にどこまでリハビリテーションでよくなるかということとの話し合い、決まっていくなか、基本的な考え方としては、大腿骨頸部骨折の方でも脳外科の障害の方でも、基本的な指針は変わりはないかと思う。その人が在宅に戻ってくるときだとか、施設でリハビリテーションを行っているときにも、ノーマライゼーションの考え方でかかわって目指すところとか、ケアとかリハビリテーションを提供しているほうの根本的な考えとしては、その人のQOLを考えている。

まず、そのような大本の目的だとか目標があって、大腿骨頸部骨折の高齢者になってくると疾患の特性だとかを考慮して、整形の疾患であれば安静度に応じてプロトコルとかも決まってくる。安静度に応じてADLを拡大させていってあげて、なおかつ痛みにも配慮しながら痛みの緩和だとか、もしくは過度に負荷をかけていたり、過度な生活とか、管理されていない日常生活を送っていると痛みが増強したりとかもすると思うので、痛みが発生しないような予防です。痛みの軽減だったり、痛みの予防だとかというところが、疾患の特性から注意していくところだと思う。

基本的に元々健常だった人が、ただ大腿骨頸部骨折を負って、オペをして、リハビリをして、であれば杖をついて、もしくは杖なしでも歩けたりします。杖をついて、またほとんど同様の生活スタイルが送れると思う。人工骨頭であれば脱臼とかに注意した生活にはなるとは思うが、ほとんどADLとIADL、また服飾だとかに関しても、ほとんど同様の生活スタイルを送れるのではないかと思う。そこに老人保健施設でかかわる大腿骨頸部骨折の方は、高齢であったり、いろいろな合併症を持っていたり、認知症であったりもあるので、基本的な大腿骨頸部骨折のリハビリというのは思うが、そこに併存疾患だとか合併症を考慮していかなければいけない。

認知症を持った大腿骨頸部骨折の方は、多くはドクターが決めることだと思いが、手術をするのであれば、人工骨頭だと脱臼も管理しなければいけないと思うので、すぐに動き出しても、そのように影響、患部に影響を及ぼさないようなCHSというオペ法が基本的には多い。認知症の程度にもよってくると思うが、安静度を理解して認識して、では一緒にリハビリをやっていこうということのほうが多いと思うので、手術した日と翌々日とかからもう歩き出してしまう。そのような場合の環境調整が重要となる。

最近手術をしないという選択肢も出てきていて、大腿骨頸部骨折だと手術をして、また歩けるといふような疾患だと思いが、手術をしないでということ家族が希望して保存的にやらせたいということ希望されている方も今は見えていく必要がある。例えば繰り返し転倒があった骨折をして、その骨折が治ったのだけども、また転倒してまた骨折をして、また同じような痛い思いをさせたくないという思いとか、きつとあると思うが、骨折して手術をしないでもいい人も、その人に対してのリハビリテーションを行っていくという機会が増えていくのかなという気がしている。

その人の場合には、またそれも大腿骨頸部骨折の重症度によってくると思うが、重症であれば歩けない。正常であればきつと手術をしてしまうと思うが、認知症を持った方で、手術をしないとなると、例えば片足で松葉杖をつけて歩くだとかということのはちよつと難しいと思う。松葉杖をうまく操作して安全に歩いたり移動したりというのが難しいと思うので、大体が車いすのレベルになる。環境がもうがらりと

変わって、環境のほうにもアプローチが必要で、あとは、ご本人様はもう、まだリハビリをすれば歩けるだとか、そのような思いもあったりするし、そのつど説明をして、説明をしてもまた忘れてしまったらまた説明をしてとか、そのつどそのつど正直に事実を伝えてあげたりといった配慮も必要だと思う。

具体的な目標のあたりというのは、元々のレベルが非常に大事で、元々のレベルが、認知症はあるがすたすた歩けるというのであれば、多分またすたすた歩けるようにというところが目標になる。転倒した原因を聞いて、どのような場面でのような時にとこののをちやんと情報を得て、それに対処させて在宅に復帰するのであれば対象に持っていくというのが、元々のレベルが、元からちよっと腰が曲がって、ひざが悪くて、でも何とか歩いていて認知症を持った方ぐらいいになると、それでもやはり手術をすればまた同じように歩けることを目標にやっていくと思う。

元々のレベルのところ、きつとおそろく何とか歩けるのだという人は、予備能力が低下していたり、元々廃用症候群があったりとか、元々リスクがあったり、しかもリスクが高い方だったりする。なるべく元通りに歩けるようにというところを目指すが、やっていく過程で、どこかで回復の曲線がなだらかになってしまったりと危なくなくなったりと分かれ道になってしまったり。また元々のところには到達できる人と、やはり一段下がって、ちよっと危なくなったりレベルの人もいらっしゃる。そのような方にはいろいろなアプローチが必要。歩行補助具を一段変えるとか、あとはまた家屋の設定を変えたりとか、環境面の調整が重要になる。それを本当に使ってもらえるかどうかということもかわってくる。あとはやっつけていきながら利用者さんの反応を見て、一番、目標のところはあるが、目標になるべく近づけるように利用者さんが納得するラインをかかわりながら決めていくというのが重要である。

機能回復に向けたケアや
リハビリテーションの実
施状況とその内容

歩けるようになることを目指してやっていくのだけれども、そこまが難しい、回復線がなだらかになってきて、またそのときのなだらかになってしまう要因のようなものとしてどのようなかを見極めるかは、元々予測できる人と予測できない人がいる。予測する時点で、例えば心疾患があつて、あまり負荷をかけられないとか、筋力を取り戻す過程で障害があるようなところで、例えばさつき言った心疾患ですとか、あとは元々やせている方で低栄養の方だとか、あと呼吸器に合併症のある方だと予測できる。目標に到達するぎりぎりのライン、すなわち到達するかしないのかというよう予測でやっている人は、認知症が到達するかしないかの非常に一つのポイントになってくると思っている。例えば、対象者の方がこの練習をやってくれたり、このようなことに気をつけてくれれば到達できるという場合があるので、認知の面でこれができないとなると難しくなる、ちよっとまた目標が変わってくるということになる。認知症というのも一つの要因だが、一番の回復を促すポイントは量だ。歩行量だとか筋力トレーニングの量とか、とにかく動かかないと筋肉はつかないので、どれだけ動けるかということによってくると思う。従って負荷をあまりかけられない内科的な疾病があると難しいというの。

認知症の方のリハビリの理解とか進捗状況とか目標とか目標との兼ね合いを見ていくときに、指示が入らない方となると、結構プランどおりに進めるといのがちよっと難しいので、どちらかというとそのような方はきつと自分から動いてしまつて歩いてしまつてしまう方なので、リハビリと

いうよりも転倒が重要になってくる。転倒に対する対策を立てていくということが大切である。その時に指示に従えるかどうかというところが一つポイントとなる。これにはいろいろ機能からかんでくると思うが、注意もそうだし、記憶もそうなので、でも総合的に指示に従えるかどうかというところで、これが一つアセスメントで重要視しているのと、あとは安全管理能力が重要である。全く危ないという認識がない方だったり、少しあるけれどもやってしまう方、トランスファーとかもそのように「危ないよ」「分かった」と言ってもやってしまう方。軽度の認知症だったりとかいう方だったり、そのような安全管理の認識がどれだけあるのかというところのアセスメントは重要である。もちろんそれらはこちらが危ないというのはしっかりと覚えてもらおう努力をした上での話である。危ないのを分かってももらう。まずはなぜ危ないかを説明して、実際に体験してもらおうこともある。こうなったら危ない。分かってもらっても、その場は分かる人もいるし、そこまで説明に乗らない人もいる。深く分かってくれる人もいる。認知症を持った方だと、深く分かった方でも夜間になると危なかったりというものもある。総合的な能力として安全管理能力はとても重要である。

目標に及ばずものとしては、例えば痛みがすごく影響を及ぼす人だとかということになってくると、精神面の配慮が必要になってくる。痛みは痛い、痛みがすごく過度に刺激となって入ってしまうと、痛みの記憶で歩けないという人もいるし、その記憶が残っていて更に周りの状況が分からなくなってくると、「歩けない、歩けない」と、機能的には歩けるが、歩けないという方もいる。そのような認知症の方などのような環境であれば穏やかでいられるのかということも一つの見ていく要素だと思う。痛みは阻害因子なので、絶対に影響を及ぼすが、例えばオペをしないで折れたままだという人もいるので、その人を見ると、人によってやはり強い痛みを覚える人と、最初はやはり痛いのので安静にしているが、痛くない時期になるとそれなりに動き出す人もいる。

使用している計画書、アセスメントツールの内容

三団体版
転倒転落の転倒アセスメント表

認証専門棟だけ使っているアセスメント表がある。これは認知症の人の対象用である。なぜかという、一般のを使うとすべてが高リスクになってしまう。70歳以上、薬を飲んでい、頻尿とか、それでもう得点が高くなってしまいうので、その中でもこの人は要注意という人をピックアップするためのアセスメント表である。その中でこの人はマンツーマンとか、この人は要注意だから、その人の居場所をみんなで見守り、声を掛けながら「そっちにいるからね」とか、「ここにいるからね」とか、そのような対応策ができるので、それでアセスメント表は使っている。

リハでは、リハビリテーション総合実施計画書。

認知機能はMMSEで測定している。

ケア・リハビリテーション介入の効果の評価方法

効果を判定するときに特別何とかスケールとかというのはいっていないので、点数では出てこない。効果は何で見ているのかというと、能力レベルでよくなった、悪くなった、変わった、変わらないというのを見る。その能力レベルの能力の中でも、理学療法士としては主に基本動作だ。

	<p>基本動作の能力を見て、生活にかかわる行為の基礎となるものなので、基本動作を見る。あとは看護介護と連絡を取り合いながら、トイレはどうなっているか、痛みがどうなっていたかなどである。</p>
<p>多職種間の連携協働の状況、実際 家族との連携状況</p>	<p>リハビリもケアも本人主体でやっているが、家族のほうがりハビリを希望し望む。なぜかというところがかかるとか、うちに行くのと今度あまり動けなくなると排泄ケアが大変だとかという理由で、前の元にしてくださいと家族は言われる。リハビリについては、もうここで限界だということよりずっと高い家族の希望がある。そのような場合どの職種もそうなのだが、家族と一緒に共同でその人をケアしましょうということなので、家族が理解していただく、われわれも理解する、この人にとって何が本当に幸せなのかということも家族と共に原点に戻っている。</p> <p>家族のように理解をしていただくときに大事にしていることは、その人にとって何が一番いいのかということである。だからリスクよりもその人の価値観を最重要視している。家族のリスクは全然うちは考えない。いろいろな方面から入所者本人にとつて何が一番いいのかということとを家族と話し合っていると、すごく法外な高い希望を言っていた家族も、だんだんそれが現実味を帯びてきて、ご本人にとつて何がいいのかというスタンスで話し合うことができようになる。元々オオベしないという人も、オオベすることになったという人の家族も同様である。「このままだと寝たきりになっちゃうけど、オオベすれば車いす程度」とか、「歩けるのだけどもオオベすると2か月で回復しますよ」とか、予測される予後を話すと、「じゃあ、してみようか」とか、年齢が80、90近くても、そのような話し合いで、かなり話し合いは、何度も何度、整形の先生はこう言うてるといふことも伝える。見取りと同じように、施設長も時間をかけて話をしたり、みんなが納得した上で、ご家族にいらしていただいて、いろいろな職種の人参加してのカンファレンスのような形で話し合っていく。ドクターとケアとケアのスタッフが入りますね。主任かユニット担当者が入っている。リハと介護のスタッフは、家族の前では話していないが、その前のミーティングのようなところでは相談されたり、相談したりしている。</p>
<p>転倒や再骨折への予防的介入の実際</p>	<p>見守りが大きくかかわってくる。環境調整も重要である。それに補足して、STのかかわりとして転倒してしまつた原因が認知による問題であれば何かを注意させるような課題をリハビリとして行って、認知機能を維持していくように、そのようなものがリスクをとどめるといふ。なかなか高めるといふのは難しいが、維持向上を目指すという。具体的には、いろいろな作業課題をやつてもらうが、その時に同じ作業課題をするにしても、「危険時などの注意の促しが聞きやすくなるよう、日常から他者の話を聞く機会を持つようになっている」。日常場面でスタッフが注意して促すことがあると思うのが、その時に人の話に注意を向けられやすくなるように会話をしている。</p>

作業課題をしながら。そこに、同じ話でもそこを考えている。

再骨折を起こしやすい人はナーサセンターの近くの居室にはしている。

よくプロテクターとか、そのような装備とかも検討したのだが、認知症の方ってオムツはしてないが、リハビリパンツをはいている。それ以上つけるともこもこになってしまったり、なかなか快適ではないのではなかったが、また検討している。

それよりもやはり人が見るといところ、スタッフが、あとは部屋を近くにして、夜勤などの人数が少ないときは見回り強化というところやっている。

床敷き板とか、低床ベッドを使うとかという工夫もしている。

普段一番かわるのって多分ケアスタッフになってくるので、指示が入らない方でも動き出すというのは、まず何か理由があるではないか、トイレに行きたいとか、お茶を飲みたいとかなど。それを一番気付かなければいけないのが、ケアスタッフになる。何を一番本人が希望して訴えて動き出しているのかを見てケアしている。その中でわたしたちはいろいろチームで相談してケアしている。指示が入らないからというが、やはり何かしたいから動き出すのであるので、それを見極めてあげることってすごく大切だと思う。

見守りは当たり前である。ホールはホール係と見守り係というのを1人は付けている。ただしスタッフ全員で結構見ている。しかも気付きの大切さを見守りの中で気付くことがすごく多い。

老健 2 大腿骨頸部骨折を受傷した認知症高齢者へのケアとリハビリ

*協力者本人について

氏名	看護師 2	介護福祉士 2	理学療法士 2
取得している資格	看護師 介護支援専門員	介護福祉士 介護支援専門員	理学療法士
経験年数	看護師としてトータル 20 年、老健ではこの老健 2 で丸 3 年である。その前は訪問看護を 6 年行っていた。	合計 13 年ぐらいの経験があり、この老健では 10 年である。	P T で経験年数は 6 年目である。 老健は今 2 年目である。 その前の 4 年間というのは、同じ法人内で病院もクリニックも行ったり来たりしながら、その後、同じ法人内のこの老健 2 で勤務している。学校を卒業しこの法人に就職してからは法人内でローテーションしながら経験を積んだということである。
業務内容	看護師長 元々の組織図には、看護は看護部、介護は介護部と、それぞれの職種ごとに分かれているという形ではある。しかし施設長がいて副施設長がいて次に課長というのが看護師長の私になるので、療養棟全体の看護部と介護部を見ている。組織図のほうも見直しをしてお	介護部の主任 基本的に何でもやる。マニュアルを作ったり、車いすを修理したりもする。おそらく介護の雑用係というのが適切である。 ルーチンで介助にはほとんど入っていないが、職員が休んだと時などに介助に入り、管理としてはスタッフの面接をしている。	管理職ではなく、一人の P T である。 業務内容は利用者のリハビリを実施することである。

	り、4月から形態を変える。		
所属するチームの体制(人数、役割等)	看護部の、所属するチームの体制、看護部は常勤、パート、夜勤専従とかも含めて14名。常勤は今5名しかいない。夜勤専従が2名。非常勤が今3名。残り4名がパート。	今の介護部の体制では、主任、部長がいないのでトップが介護福祉士2の主任である。その下にチーフ、さらにその下にリーダーが2人という体制である。 一般棟と認知症専門棟とで100床だが、私は主任として2つの棟を兼任している。ただしチーフとリーダーは各棟(フロア)にいる。	常勤でPTが4名 4名がそれぞれ入所も通所も担当も持っているような体制である。 入所担当が2人と通所担当が2人というわけではなくて、4名がそれぞれ半日ずつ入所と通所の利用者を担当している。 担当数で言うと、そのときのベッド数によっても若干変わるが、入所は100ベッドあるので、単純に割る4で25名を一人のPTが担当している。通所のほうもそのときの登録で若干は上下するが、今、人数にすると全部で140人ぐらいである。従って、その割る4で、36名を一人が担当している。
ケア、リハビリテーションに関しての所属する部門の方針、理念	看護部門の理念という形は作り上げてはいないが、毎年看護目標を立てており、それに対して年間的にどのような役割を持つかということ、委員会構成を作っている。この法人のシステムとして、それに対して各部署ごとにどのように年間活動していくかという目標計画を挙げるので、それらを総まとめしていきながら、1年たったときには総括して振り返るという形をとってはいる。 今年度(19年度)は利用者一人一人を見つめようという看護目標を立てている。質の高	介護部だけの理念や方針というのは特にない。 開設時の目標など共有されている。 一応フロアごとに年間の目標は立てている。フロアというのは認知症棟と一般棟のことである。 認知症棟のような計画というか、方針は、利用者さんに合ったケアをしようというようにものと接遇に気をつけようというものがある。	一応法人のリハビリテーション科としては、患者さん・利用者さんに何か一つでも役に立つことがあればそれをしているというものはある。それが法人全体のリハビリも病院もクリニックも理念・方針となっている。ただし、職場ごとにやはりまた別に目標を作っていく。「老健2」の年度目標もある。大まかに言うと、一応老健で在宅復帰支援というのが一つ目的としてあるので、在宅へのリレーションというか、かけ橋、という目的も果たしているというものと、あとは全体の

	<p>いケア、質の高い看護ができたのかという問いかけに対して、観察・看護計画、思いやり、他職種との連携など、一連の流れが習慣化することによって看護目標に到達するというゴールイメージを持ちながら目標を立てている。さらにいかなる加算をとるのかということについても計画を立ててこの1年間やってきました。</p>	<p>リハ科の理念に即した形というか、利用者さん第一に考えていこうという内容である。老健2リハビリテーション科の大切な目標というのは特に作っていない。ただし法人内でローテーションでやっているの、人はかわる。従ってその年度ごとに細かい目標は立てている。</p>
--	--	---

* 大腿骨頸部骨折後の認知症高齢者への介入について

<p>平成19年1月～12月の大腿骨頸部骨折の発生件数</p> <p>25 大腿骨頸部骨折後の認知症高齢者に対するケアやリハビリテーションの目的、目標についてかたられたこと</p>	<p>老健2で骨折した方が4名。 ほかで骨折して入ってきた方が3名。 大腿骨頸部骨折後のリハビリテーションの目的、目標は、あくまで「受傷前のADLに戻す」ということである。認知症の方でも同じである。そこから外れていったときに、どこにゴールを設定するかというのを段階的に下げていく。すなわち理想的には元のADL、それで、何かしらの理由でそこが無理だった場合にその次の下のゴール、それも難しかったらまたその下のゴールというように、ゴール設定を上から下げていくように設定している。認知症の有無に限らず、受傷前のADLに戻すということが大目標だけれども、認知症の程度によっては、もつと言おうと、認知機能の程度によっては受傷前のADLに戻すという目標は下がっていく。しかし認知症があっても、きちんとそのADLに戻っている人もいる。 ゴールが下がる理由には、認知症なども入ってくる。病院でクリティカル・パスなどを作っているが、バリエーション、制限があり何かの制限でそのパスに載らない人たちが出てくるが、その中の大半が「認知症」である。認知症のため、元々作ってあったクリティカルパスに全然沿わない。そのため整形の医者などは認知症用のパスも作ったほうがいいのかなというようにも言うが、ただ、認知症の段階やレベルもまたさまざまなので、なかなか認知症用パス作成までは至っていない。 ADLをアップしていくということについて看護の立場から注意していることは、お恥ずかしい話かもしれないが、大腿骨の頸部骨折の方にに関して、今、指標とかは特にない。個別性のところで見えていきながら疼痛やむくみ、感染症というところで緩和・防止できるように対応している。特にむくみがあると立位のバランスが悪くなるので留意している。</p>	<p>リハ科の理念に即した形というか、利用者さん第一に考えていこうという内容である。老健2リハビリテーション科の大切な目標というのは特に作っていない。ただし法人内でローテーションでやっているの、人はかわる。従ってその年度ごとに細かい目標は立てている。</p>
--	--	---

機能回復に向けたケアや
リハビリテーションの実
施状況とその内容

手術が終わって1週間から2週間後の入所が多い。最近では病院のほうで骨折部をガードするサポーターのようなものをつけられて戻ってこられる方が多い。それをこちらの老健2でも継続してつけていただき、週に1度、整形の先生に往診していただいている。また退院1カ月後とか、次の受診日の予約をとって退院されてくるので、必ずそこは受診に行っていたらいいかとか方向性を決めていくので、それは医療のほうの判断に従い、そこで術後の経過を確認する。そして次に受診をしないかどうかなど方向性を決めていくので、それは医療のほうの判断に従った対応を老健2でもさせていたという形をとっている。安静にしなれないというような状況で老健2に入所ということはずなないので、こちらの判断での生活をしていたらいい。1カ月後のレントゲンとかで大きな支障を来していたということは今まで1度もなかった。生活を看護・介護として援助していく上では、ある程度こう動かせるぞという状況があるとよい。あとは傷、感染に注意する。むくみややすいので、循環をよくすることにも注意する。

老健という生活の場には、ある程度ADLとしては座位保持とか可能な時点での入所という形になっているので、そこを踏まえて生活支援できるように心がけている、ただし傷の治りが悪い方が30%ぐらいいる。そのため疼痛や感染に注意してケアしている。

日常生活では、治療方針やリハビリの進行具合を大切にしながらやはり最初はおトイレに誘導しましょうというところから入って、歩けるようであれば介助している。大体そのような方は定時のおむつ交換ということで入所してきて、では、トイレへ行ってみようかということとで定時のトイレ誘導になる。その定時トイレの行き・帰りで歩行介助しましょうかということで、まず一日4回ぐらいの歩行から入っていく。朝の9時と11時と午後の1時と夕方の16時。1日4回の定時誘導。リハビリの具体は利用者の日課に関連づけると介護は一番動きやすくなる。

そのトイレ誘導とか歩行介助をしているときに大事にしていることは、まず距離、再転倒の予防、バランスの良い誘導である。

老健2では申し送りを朝やった後にカンファレンスをしている。そのときに本人の行動のほうに立ち上がったりとか歩いたという行動や情報があれば、そこで、では介護でやってみようかということになってくる。そのようなきにリハビリスタッフに歩行時の注意事項や歩行距離とかを問い合わせる。そのような、「利用者さんが立ち上がろうとしてしまいました」というような情報を申し送りの後のカンファレンスがあつて、申し送りでもカンファレンスでも伝える。そしてどのようによつてケアしていこうか、リハビリしていこうかということを決めていく。

疼痛軽減や傷の回復や保護を促すために処置表や検温表の中に、この人はこのような傷があつて今このような処置をしているのだからという情報が漏れないように表示して、看護職と介護職とで共有している。

大腿骨頸部骨折後の利用者はどうしても座位の時間が長くなりがちなので、痛みがあると落ちつかなくなったりするので留意している。またどうしても骨折したほうの足だけかなりむくみかひどなくなったり、循環がまだ十分でないというところであるので、患側のむくみを確認して、臥床時間を人によつてはきちつと時間を決めて午前・午後に臥床していただくというような形をとるようにしている。循環を改善してそのむくみを取るとのことである。

痛みの緩和については、具体的には大きな痛みがあるようであれば、介護職も心配するので、医師に報告して湿布から始まるという形に対処している。湿布で緩和ができない場合や、どうしてもスキントラブルが出てしまったりとかというところではロキソニンなど一時的な内服での痛みを和らげるということもしている。整形の先生に確実に1週間に1度は診ていただいて、薬を継続するかしないかという評価もしてもらっている。来られたときには診てもらおう、診察していただくという形式である。ただし大腿骨頸部骨折の方で創部の疼痛がずっと続くということはない。

認知症の人で元のADLに戻っている人というのは、あまり痛みを感じない人だと思う。直接的なリハビリがおくれる原因というのは、認知症で理解度がどうのというよりは恐らく痛みなのだろうと思う。理解ができなからリハビリが進まない、確かに訓練だけ考えたらそうなのだが、ただ、ADLだけを見ると、訓練が進まなくても、歩いてしまう人は歩いてしまう。それは認知症の方である。歩き出して痛みがなければ、そのまま歩く。早くからそのような行動が出た人というのは、安静にしている期間が短くなり、ADLはもとに戻っていく。痛みがちゃんとわかっている軽度の認知症の方のほうで訓練が進まないかもしれない。痛がって積極的に進めたいためだ。

また一般棟の人というのはそのままの認知症ではないので、しっかりと痛みも感じるし、痛いから動かないという論理が頭の中に成り立っている。そうすると、ADLが落ちている人は多い。一般棟のほうでむしろADLは落ちている。従って疼痛の緩和、コントロールがとても大切になる。

ただし痛みを適切に表現し訴えられる人が少ない。痛みというものがものすごく主観的なもので、痛いと言える人であったり、あと、動作の中で「これは痛くてこういう動きになっているんだらう」という人に関しては、その部位に何か痛みに対するアプローチ、たとえば温熱療法などをやるが、痛みがわかる人というか、こちらから見ると何かしらのサインが読み取れる人に限る。先ほど言ったような、痛みを感じていないのではないかとこういうぐらいい動ける人に対しては、痛みに対するアプローチは特別何もやらない。

また座位が長時間になりやすいので、そこからくる苦痛をちゃんと見きわめて、適宜臥床していただいたり、また起こしたりということをしている。すなわち起こしつ放しにももちろんしないし、寝かしたままにしないということである。

だが、病院と違って、老健2ではみんな起こしてしまおうということが起こる。とにかく起こしてしまおうというところなので、逆に寝る時間を設けようねという形を意識することも大事である。すなわち、休息をちゃんととるということを大事にしている。とにかく起こすというのは、その療養棟全体で利用者さんは起きていたでいて。フロアで何か活動しましょうということになっている。

疲れてきたかなということの見きわめは、最初はもう1日、2日で足にむくみが出てくる。病院はやはり臥床する時間がほとんどであり、それが老健2では一気に起きる時間になってしまおうので、骨折するしない関係なく、高齢者はむくむ。それに骨折がある方はやはり骨折側のむくみというものは明らかに出る。でも、認知症の方はなかなか安静を保てない人もいらつしやる。ちよつとこの時間は安静にしていますよとねと言っても、できる方と、自分で起き上がったりするかともいらつしやるので、同じも術後10日めであつたとしても、転倒する前の機能の違い、すなわち元々が自分でADL自立に近いような状態の方であれば、骨折のオオペした後はやはり

それに近い生活に戻るのが早いし、立位が介助できなくても自分で車いすやベッドの移動ができない人はやはりADLも落ちる。術後はベッド臥床や、全介助に近いような状況とかの方より、自分で本当に歩かれる方のほうがかなり患側に負担はかかっている。もうちょっと安静にして、この時間をせめて1時間安静にしてみたいという時間の安静が保てない、起きてきてしまうという人もいるので、本当に個別性が出ると思う。

どうしてもむくみが取れないときはやはり定期的に先生に診ていただいて、利尿剤を使うということも1例あった。むくみがあって、少しはこう足を上げるなどして安静にしているほうがいいなと思って認知症の方は動かされてしまう。その場合やはりむくみが改善しないので、立位のバランスとかが悪くなって、転倒が一番怖い。あとは、やはりそれだけ心臓とかにも負担がかかっているという、ほかの臓器への負担のシグナルでもあると思うので、その辺を総合的に医師に診察してもらいたいという形はとっている。

リハビリについての指示が理解していただけないという困難さも感じながらも、むしろ痛みがリハビリの進行や回復に影響する。指示が入らないことだけであれば、いろいろな工夫はできる。動作を使って訓練にすることも、老健では病院でやるような、重りをつけて足を何回上げなさいとやるわけではない。例えば全く指示が入らないにしても、極端な話ですよ、全く指示が入らない人でも、全介助で立たせてしまって、そうすれば荷重はかかる。だから、そのような発想で訓練は行うことができている。

ただ、それが、拒否が強かった場合などには、その指示が入らないことによる拒否なのかもしれない。説得ができない難しさというのは確かにある。ただ、しっかり言葉で会話できたとしても、それに応じてくれない人もいらっしゃる。そこは認知症だけの問題ではないと考えている。

認知症の人は訓練そのものが難しいというよりは、予測が難しい。PTは経験上、「どこか骨折でどれくらい安静にしている、それで、この感じだどこのぐらいまではいくかな」という先を見るが、それが認知症の人では読みづらい。予測よりも悪い場合もあるが、予測を超えて良くなる場合もある。結局こちらの判断材料が少なかったとか、あとは予測が甘かったりということなのだろうが、予測を超えてくる人がいる。「あ、すごいね、歩けるようになったね」というような人がいる。ただ、ADLで比較すると、そのような利用者はやはりADLレベルの高い人、何というのだろう、自分で動く人である。何とかして自分で動こうとする人というのはADLは上がってくる。よくなってしまおうという印象を持っている。

予測に反して悪い、元々寝たきりに近いような方で、オペをしない人の場合は、オペもしなければ、病院でそれほどのリハビリもされないので、寝たきりのまま行って、寝たきりでまた帰って来るという状態となる。ADLの変化に関しては、寝たきり維持になるのか、もしかしたらちよつと落ちているのではないかと思う。

あとは本人が痛いと言わなくても、こちらの医療者や介護するほうが、足をつかないほうがいいのではないかとか、病院の先生から「荷重はかけてはいけません」などという指示があった場合はやはり荷重はかけずにトランスファーをしたりする。そうすると、足をついて1人介助でトランスでできていたものが「平行移乗になる」ので「ADLは下がった」ということになる。そういった状況もあるため訓練が進

まなかつた原因が一言で認知症というわけではない。

元々動こうとする人は大腿部頸部骨折後も自分から動く。元々動こうとしない人はやはり大腿部頸部骨折後も自分から動こうとしない。リハビリを拒否する人に対しては、拒否する原因を探っていく。なぜ拒否をしているのか。中には拒否をして取りつく島もないという人もいる。そのような人たちに関しては、さわってしまったり声をかけたばかりで怒るような人には手出しできないので、そのような人は評価のみになってしまう。そのような人でも、もし自分で歩かれる人であれば、声をかけず、手も触れず、遠くからその人の歩くところを見て、あとは周りのスタッフに「あの人は今こういう状態だから、こういうところを注意してて」というような、周りのスタッフに働きかけて環境を変える。本人を変えようと思ってもなかなか難しいので、あとは環境面を変え、スタッフにそのような情報を流して介護を工夫するということをする。さらにリハビリのPTとしてやっているのは評価である。

使用している計画書、アセスメントツールの内容

看護ではOHスケールで褥創を見ている。介護を中心というところでの10年間きいていたので、本当に介護職員が中心でケアにかかわる中で、看護の視点としてこれとこれだけ注意してほしいというところを連携していくという流れがこの施設はできている。認知症の方に対する特別なアセスメントツールはない。長谷川式認知症スケールはとるが、ほとんど0点の利用者が多い。観察式のスケールというのは特に実施していない。

ケア・リハビリテーション介入の効果の評価方法

看護ではむくみ、循環、痛み、傷の治りが主な評価の視点である。
立位や歩行のバランスがリハビリの主な評価の視点である。
介護としては本人の動きで評価できると思う。ただし「動いてよかつたではないか」というのはなかなか介護職に根づかない。動くようになったというところが、よくなつたというような評価にできるのだけれども、スタッフみんなにはそれは浸透していないということである。やっと認知症の専門棟もメンバーが固定してきたので、これからはいい方向で考えていけるとは思っている。
利用者本人の動きが出てきた、よくなつてきたということだが、認知症の人は自分でよくなつてしまう。すなわち一生懸命自分で立つ訓練を一日中やってくれたりするということである。日中おとなしくしていたのに、夜中に限って歩いてきたりとかしてくれる利用者もいる。さらに自分で動いてしまい自分で移乗してしまつたということになる。「あつ、できてしまつたね、では、どのように安全に移乗できるやうにしようか」という方向に展開しにくい。どうしても、移乗するときにはナースコールを押してくれるやうに言うとか、なぜ押さなかつたのと怒るスタッフがいるとかということ、意外と認知証のケアでいいと言われていることがちやんと認知症のない人のケアでもできなければいけないと思う。

認知症の人に限ってというわけではないが、認知症の人は特にふだんの評価もADLを中心で見ている。細かい関節可動域がどうの、筋力がどうのという評価というのはそれほど重視はしていない。ADLを中心に、リハビリの介入によってADLがこう変わりましたという

ものがそのまま効果だと思ふ。

多職種間の連携協働の状況、実際

受診時についての判別については、本当に生死をさまようところまで一分一秒をとるときは何が何でも病院に行くが、大腿骨頸部骨折を予測できるときに関しては、病院に入院しても安静にすることしか今はこの夜間帯ではできないというときであれば、老健内でまず安静に保っていたらいい、職員のわたしたちも落ちついた時点で病院に行くという判断をするときもある。

リハビリ部門と介護部門との協力とか連携、情報交換という体制、システムは、施設サービスの担当者会議というものがあるので、そこで話し合いが行われている。ただ、その頻度が、例えばAさんならAさんのその担当者会議をやって、次またAさんの会議までは恐らく半年ぐらいいあいてしまう。従ってその日にいるスタッフをつかまえて直接話をすることと、評価の内容を記録に残すこととで連携をはかっている。リハビリの記録も看護と介護が使っている記録用紙に同じように書く。すなわちリハ・カルテは別ではなくて同じ紙に書いており、さらに口頭で伝えている。その口頭で伝えたものをもとにして、朝の申し送りのときに介護職はカンファレンスを開いているので、そのカンファレンスでもう一回介護職だけで具体的な対応を検討してもらったりしている。個別リハビリでは週に1回、2回になるので、歩けるようになってきたから、毎日歩いてもらうためにはPTが直接ではなくても「10メートルぐらい手引きで歩けるから、10メートル先からトレイルまで手引きで連れていって」というようにして介護職と連携しながら歩行の時間をとれるようにしている。そのようなケアは朝のカンファレンスで検討してもらっている。

介護とリハビリが連携して勉強会をしていたが、今は行っていない。しかし、またやるといことは検討している。

疼痛の緩和については医師と連携して対応している。疼痛軽減や傷の回復や保護を促すために処置表や検温表の中に、この人はこのような傷があったら今このように処置をしているのだという情報が漏れないように表示して、看護職と介護職とで共有している。

家族との連携状況

大腿骨頸部骨折後の利用者のご家族との連携では、再転倒による再骨折の可能性だけはまず必ず伝えていく。また退院してから1カ月後の受診には必ずご家族一緒に行っていたらいい、術後の経過をご家族にも確認していただくことをしている。もちろんそれ以外に何か体調が悪かったり転倒したときとかは必ず看護師サイドでご家族に電話は入れている。ただしここに入所されている方全員、骨折している、していないに関係なく、転倒があったとか、ほかに何か体調的なことで受診が必要だとか、そのようなことは全部看護師サイドで連絡をするということにしている。理由は、やはり介護職員では体調的なところをきちっと正確に伝えられないことがあったりとか、最終的には看護職員が医療というところの視点で見えていくということの責任があるからだ。看護師はもちろん医師の指示のもとでの職種ではあるが、老健では看護職が24時間いるので、医療的な判断は統一して看護職で責任を持って行い家族の対応はするというようにしている。生活物品が足りないときなどは介護職で家族との連絡・調整を行っている。

リハビリ部門における家族との連携は、リハビリテーション実施計画書の提示である。3カ月に1回提示し、直接話をしている。直接会

えない場合は施設ケアマネにお願いをして伝えてもらっている。頻繁に来てはいる家族であれば、その都度伝えてはいる。呼ばないと来ない家族でも、3カ月に1回の提示で絶対に来てもらっている。

転倒や再骨折への予防的介入の実際

看護では全身状態を見ることが転倒や再骨折を予防する上で重要になる。特にむくむくがあって安静にしておくのが難しい認知症の方にその後、どのようなトラブルが起こっているかという点ややはり転倒である。でも、病院から来られたときに、安全ベルトのような保護ガードですか、ガードベルトのようなものをされているので、逆にそれがここはきちっと守らなければいけないのだという認識にもその人にとってはなっているのかなと最近感じたりもする。実際大腿骨頸部の保護サポーターは取らない。結構圧迫感があり、わたしだったら不快に感じて取ってしまうような気がするがそのような反応はない。だから、そんなに大きな転倒でということはないが、そのリスクがあるので、やはりその辺を見きわめて、ADLのアップしている人とかはポーターとかか介助バーとかの工夫とか種類の選択とか、それは結構介護職員もできていると思っで見ている。でもサポーターについては声はかける。例えば「これ大事だからね、骨がここね、折れたところを守るからね」というような声かけは介護の職員はよくしてくれている。ご本人には骨折したのですよということや伝えたり、ここ大事だからねということも伝えている。外していいかどうかの聞きわめは整形の先生に診てもらっている。

リハビリ部門では転倒や再骨折への予防的介入である。一つは、入所してすぐの評価としての初期評価の精度を上げることだ。主にバランスの評価が重要である。転倒のリスクの評価なので、車いすの人で立ち上がった歩いてしまう、その「歩いてしまう」の中にも、歩いて何と5メートルぐらい歩ける人もいれば、立って歩こうとした第一歩で転びそうな人もいるので、具体的に評価していくようにしている。その初期評価をもとにどれぐらいの注意をして見たほうがいいということや現場の介護職に伝えている。具体的には予防的介入というと、介護する側がどのぐらいの距離をとって見ていられるのかという点、例えば、隣に座っていないければだめだという場合と、立とうとしたその瞬間に近くに寄らないとだめなのか、それとも、立って歩き出したときに近くに寄ればいいのかという点などの評価が重要になる。すなわち、本当に、立って歩くという中の、0歩で転ぶのか、1歩で転ぶのか、2歩で転ぶのかという、そのような細かい判断なので、その辺の評価の精度を上げることができれば、予防という点、管理ができると思う。

0歩で転ぶのか、1歩で転ぶのかというのは、実際何かスケールを使ってはやっていない。決まったものはない。実際の動作で見ている。そのときのその人の状況はわかる。ただ、認知症で、昼と夜の能力が変わってしまうような人はもうちょっと期間をかけて見ていかないといけない。それがはつきりするまでは完全に要注意となる。

人工骨頭の場合は脱臼の危険があるが、その場合は外転器具という、中に足が入ってこないような器具を使用する。それを最初は使っていることが多い。手術したほうの足を「こういうふうに入れば大丈夫ですよ」と利用者に説明しているが、ご本人はそれが理解できないので、このように足が入らないようにベルトでこのような金具が入っている。けれども、外す人は外す。ただ、そこはもうしかなかったが、脱臼の予防的効果はあるので外したら、またつける。しかしそれを外せないように何かをするのではない。

0歩で転ぶ人というのは、立とうと思っただけで転ぶだけ転ぶようだったり、あるいは、立った瞬間にひざ折れして転ぶ人である。0歩では転ばないという人は、立位はとれる人である。つかまりでも、立位がとれる人は0歩では転ばない。そして、1歩めで転んでしまうという場合は、片足で立ったときに転ぶ人。そうすると、変脚立位の時間やバランスを見ていくと、その辺の予測はつく。よくバランスの能力などを見るために片足立ちなどができ、片足立ちができない。片足で立っていられる人は、確実に1歩は出る。だから、頸部骨折などの片側の障害の場合は、では、健側は立っていられるけれども、患側はどうなのだと見ていく。患側でも立てる人は何歩かは歩ける。患側でガクッと立っていられない人は、そちらの足で1歩出たら転ぶ。だから、そのような予測というのはある程度はつく。それがはつきりとした評価方法というところまではいっていない。

さらに時間で能力が変わってしまう人がやはり結構いるので、それをアセスメントすることが重要である。
理想的なことを言えば、PTなども1回でもいいから夜勤に入れて夜の評価ができたらいと思う。

老健3 大腿骨頸部骨折を受傷した認知症高齢者へのケアとリハビリ

*協力者本人について

氏名	看護師 3	作業療法士 3	介護福祉士 3
取得している資格	看護師 介護支援専門員	作業療法士	介護福祉士 介護支援専門員
経験年数	全体で40年である。 その中で、こちらの老健3での経験は12年6カ月である。 その前は大学病院に勤務していた。	ちょうど3年である。 はじめの2年間はすべてなのはな苑で、1年間は半分がなのはな苑、半分が母体の病院である。老健3から母体の病院に異動したということになる。	全部で10年5か月でその全てが、老健3での勤務である。
業務内容	看護・介護の統括。 統括は、看護と介護士さんの仕事の内容の全体を把握して、困らずに理念に沿った業務ができるように調整をしたり新たなルールを作ったりしている。シート作りも行う。研修はわたし自身が企画することもあるが、今は委員会活動が活発に活動できているので、それぞれが主体的にできるように支援するということをして。委員会主催で研修を企画することもある。	作業療法士なので、さまざまなかことをやる。まず、いわゆる作業といわれることだが、その中にも本当にさまざまなかことが含まれるが、おおむね、作業療法でいうところの遊び。これには手芸とかレクリエーションなどが含まれる。そのほか、次に遊びのほかにはA DLというところをリハビリの対象としている。 それから認知症においては、その人の役割ということをリハビリテーションに組み入れようかということを考えている。 そのほか身体的なリハビリテーションに	フロア主任。 スタッフへの指示、打ち合わせ、お食事を見るということ、看護部長との連携、加えて介護支援専門員の仕事もしている。

<p>所属するチームの体制（人数、役割等）</p>	<p>看護部長の下は看護主任。看護主任は1名。看護主任の下にスタッフナースがいる。介護主任は看護主任と並列である。介護主任は各フロアに1名で、看護主任は全体で1名。 看護師は看護部長も含めて全体で11名である。 介護は全体で延べ数で42～3ぐらいである。</p>	<p>も必要に応じて対応している。</p> <p>老健3では、常勤の作業療法士が2名である。 非常勤で、週2日が1名のOTである。さらに非常勤で、土曜日半日だけのOTが1名ということ成り立っている。常勤OTは、老健3での経験は2人とも1年未満である。</p>	<p>介護部の中で、フロア主任。上は次長。</p>
<p>ケア、リハビリテーションに関しての所属する部門の方針、理念</p>	<p>施設の理念は、「今を生きる」を大切にである。方針は病気を発見する勝利者にはならないこと。</p>	<p>まず、対象者を変えようというように考えるよりも、支援する側が変わることで、対象者が変わる可能性というのを追求しようとしている。2年間、3年間やっていて、やはりリハビリテーションというところ、何かをすることで対象者を変えなくてはいいかないと考えがちなのだが、特に認知症高齢者で、どれほど重度にある人でも、生きていく限りは何かを認知して、反応しているというか、生活して生きているので、それを変えようとするよりも、その人が受け入れやすいようなかわり方をすることで、それに合わせてくれるようになるということがよく見られるので、そのようなことをその人に合わせて、個人に合わせてできるようにならないかということとをリハビリテーション科では考え、行っている。</p>	<p>介護部としての理念は、老健3の理念がそのままである。</p>

* 大腿骨頸部骨折後の認知症高齢者への介入について

<p>平成19年1月～12月の大腿骨頸部骨折の発生件数</p>	<p>老健3内で骨折された方は1件。 ご自宅とかほかの施設とかで大腿骨頸部骨折されて、その後、治療後、老健3を利用されたという方はいない。 少なくなっている。以前は多いときで5件ぐらいあったことがあがある。手首などの骨折はあるが、大腿骨頸部骨折は減っている。</p>
<p>大腿骨頸部骨折後の認知症高齢者に対するケアやリハビリテーションの目的、目標について語られたこと</p>	<p>受傷前の本人の生活状況に戻すことが目標である。 しかし、多くの利用者で、認知症というファクターがないにしても、大腿骨頸部骨折をした方で、その骨折受傷前の機能や能力に戻るといのはなかなか難しいとは考えている。そのためまず、ある程度の支援がこれからは必要になるというところは考えつつ、介護するほうも、介助される側も、より日常生活が過ごしやすくなるような、移乗であるとか移動ということを再獲得できないうところを目指している。 利用者本人だけではなくて介護する側にとってもやりやすいということである。介護しやすいということは利用者のほうも、移乗、移動しやすいということになる。体もお互い移動しやすくなり、介助もしやすくなる。それに併せて安心感も出てくる。 リハビリテーションで目標としていることは、利用者は認知症高齢者だけなので、「訓練しましょう」ということはほとんど言わず、ここの日常生活の中で、なるべく必要な場面とか、場所を使って、自然に移動したり、移乗したりということが可能になるように、心掛けしている。自然な状況の中で歩けるようになることを目指している。</p>
<p>機能回復に向けたケアやリハビリテーションの実施状況とその内容</p>	<p>手術の方法によるが、例えば外旋・内旋に気をつけるということを行う、それから、それから、本人の恐怖感が出るような無理な移動などはしない。 けれども、手術をしたからといって介助することを怖がらない。すなわちあまり特別視していないということである。 また「歩けるようになることを目指すぞ」など元に戻るといことをあまり急がず、まずはアセスメントを行い、どこがポイントでつかいかとといったところや、ケアとしてどこにポイントを置いていったらいいのかということをフロアのみんなまで考える。ケアやリハビリテーションでは例えば立ちましようとか、座りましようとかかという言葉ではなく、一緒に立つ、一緒に座る。体と体を使って介護するという方法をやっている。言葉だけではなくて「さあ、立ちましよう」と言ったときに体に触れて一緒に立つということである。それから、順番に、とりあえずは立つということをして、立った後にバランスを整える。そのくらいを例えば最初1週間とか2週間近くやっていくと、立ち上がりやすくなる。それから、それから、バランスもとれるようになるので、次に1歩を進める。その1歩を進めるときも一緒に1歩を進める。このことを身体言語と言っている。 スタッフと一緒に1歩を進める時に、拒否される方やもしくは痛みがあつて怖くて動けないという方には無理をしないことを大切にして</p>

いる。例えば立ち上がりというときも、立ち上がらせ方がうまく、ぶらぶらしてしまっていてギャンと言っているのか、誘導の内容がわからなくて大声を出しているのか、その辺は介助の場面を見ると、元々認知能力を評価しているので、言葉が通じないのか、どこに問題があつてそのように叫んでいるのかということが明確にわかる。基本的には無理をしないということなので、立ち上がりをするまですごく個人差はある。早く立ててしまふ人もいるし、立つことと自分が怖くて立てない人もいるが、それは本人の反応を見ながら進めていく。また、介助のしかたを振り返りながら行っている。そのとき相手の、利用者の認知機能などを見ながら、丁寧に、無理をしないで進めていく。

職員の間にも、認知症の利用者のリハビリテーションに対して、特に大腿骨頸部骨折された方のリハビリや介護・ケアについて苦手意識は全然ない。だから、あまり認知症だからというように考えずに、本人が怖かったり嫌なことはしない。そのとき嫌だったら、とりあえずやめる。また時間を仕切り直してもう一度やるということを繰り返している。すなわち時間を置いて再アプローチしていくということである。それで、よくしたもので、利用者さんも時間をおいて再アプローチすると立ち上がったりする。やはり座ってばかりいると、本当に骨折したこととかを忘れてしまつて、実際に立ち上がりた「おっと」といって、何だろう」ということもとても多い。だから、こちら側が全部働きかけるといっただけではなく、利用者さんの自発的行動に沿つてうまく介助をつなげていくという、いわゆる「生活の中での連続的なアシスト」を生かしている。

痛みのアシストと痛みの緩和というのは、やはり加重をかける時期に重要になる。やはり術後3週間、4週間ぐらいまでは患肢に加重がかかると痛い、つらいでしょう。また、多分違和感があるのだと思う。しかし鎮痛剤とかそのようなものは全然使わない。

もちろん痛がつたときに患部を診る。外側の傷だけではなくて患部の観察もし、創部感染が起こると全身状態で炎症所見に出てくるので注意している。

ADLの歩行のレベルがもうちょっと低くて全身状態ももうちょっと悪くてという方で大腿骨の頸部骨折の経験はあまりない。大腿部頸部骨折は、やはり自力歩行の人に起こる。結構ふらふらして危なっかしい、いわゆるFIMでいう3点ぐらいの人というのは反対に、こちらにも注意している。あまり転ばないので、あまり転ばない。「え、何でこの人が？」という人のほうが転ぶ。

「気をつけて見ている」の自身は、立ち上がりをしたときは、自分の力でしっかり立ち上がりられるまでそばで見守っている。自分でバランスをとってちゃんと立てるまで見ている。手を添えることもあるけれども、見ている。それと、立ち上がる人たちは一緒に、何しろ一緒に歩くというのがプライオリティーの一番。だから、そのような日常的な歩行の機会が多いので、一緒に歩いているから、1人で独歩でふらふらしているというケースが少ないのかもしれない。

あとはポーターブレイレへの移乗時に転んでしまうことがある。

老健3では、転倒のリスクの高い人はあまり転ばないが、これは薬を使っていないということも影響しているのかもしれない。老健3では向精神薬とか入眠剤とかはほとんど使っていないが、一般的には使っている人のほうが多い。特に施設の中にいる利用者さんは多い。それは特養も同様である。したがって、薬が効き始めたときにちよつとほわんとしてバランスが崩れてしまつたり、夜中に目が覚めて、でも、体は半分眠っているのだけけれども、うまくベッドからおりられなかつたり移乗ができなかつたりということの転倒が多い。そのような

意味では、睡眠・覚醒をきちんと整えて、日中歩くときには意識がはきりした状態を整えて作っている。特養入所の認知症の方は結構薬をとっている。ドクターもすぐ薬を出す傾向がある。

あまり拒否をされたという経験が少ない。それは、どのような場面、そのような流れと、この人はより拒否しないで立てるかとか、移乗を受け入れられるかとかということを考えていて、そのような場面、そのような流れと、この人はより拒否しないで立てるかとか、移乗を受け入れられるかとか、朝の何時くらいかとかを考えると、その人に合わせてみれば、むしろより訓練的な場面が望まれる場合もある。例えばある人であれば、朝の何時くらいか、平行棒の前に連れて行って、足が痛いから、「帰るためには訓練しなきゃいけないね」という。「これにつかまって往復して、ちよつと歩いてみましよう」ということで、うまく乗る方もいれば、全くそうではない方もいらっしゃる。例えば、普通に「立ってください」とか。立つからおしりを触りますというふうなことで、リハビリを促してもだめな人でも、トイレの前に立って、「これからトイレに行くので、あそこまで歩きましょう」ということであれば、自分から腰を上げてくださる方もいる。そのようにその人が受け入れられるような状況とか、場面というのをとられて、リハビリの一つにすると、認知症の人のリハビリはうまくいくのではないかと思っっています。

作業療法士として情報を取ったり、計画したり、また実施というのは、できるだけ長い時間、フロアやユニットに入っていないと分からない。したがってユニットのいわゆる業務というか、お手洗いの時間とか、ここではある程度、個人に合わせて、お手洗いの時間はこの時間がいいということがあるので、そのようなことを作業療法士も分かるようにしている。そして「ではこの時間、今だったら、トイレに行つたほうがいいね」ということであれば、「ではこの人はお手洗いの前に」それこそ2、3メートル手前だったら、歩けるから、それをやって、往復をして、リハビリに替えようというふうなことを考えたりする。ケアワーカーや看護師との情報交換。共有は、ほとんどフロアの中で、同じような業務をしていることが多いので、自然とどのようなことをしているのか分かっていて、利用者の能力も分かるし、では、自分だったら、この一歩、次をやってみようかというふうなことを考えるので、それで実際にその場でやってみる。

さらに作業療法士であってもユニットの中で仕事をしているつもりで、他のスタッフも業務が進行していて、利用者さんたちも生活している中で、スタッフと利用者さんの生活の流れに沿ってうまくリハビリになるような方法を自分で考え採用している。すなわちできるだけユニットにおいて、利用者だけではなく、スタッフの動きとか流れと、一緒に見た中で、どの場面と、どの時間と、どのような流れの中でこのような動作をしてもらおうとか、生かそうという形でやっているといることである。

本人がどこがつらいとか、ケアのポイントを考えるところがケアのポイントになるところは、特にこのようにところがらいのではないかと考えるところか、このようなところがケアのポイントになるところは、その方の認知力によって違っているので、それに合わせていかないといけない。骨折していることは忘れてしまっていて、痛みは多分あると思うので、実際に痛みがあったり、訴えてくるといふか、伝えてくる方に対しては、痛みが和らぐということを大切にしている。痛みが和らぐように、まず最初はやはり薬を使用する。痛みがなくて立って、歩いてしまふ方も結構いる。つまり痛みがあるか、ないか、骨折したことそのものを忘れていないか、そして歩かれるかどうか、なぜどうして歩くのかということを観察し、アセスメントしている。

痛みがある認知症高齢者は、特に介助するときなどに、拒否したり嫌がったりということがある。そのような人に対して、分かる方、会

話の通じる方であれば、やはり骨折してしまっただけを伝え、さらに立位、移乗などだと、1人で介助を行うと怖がってしまったりすることがあるので、なるべくスタッフ2名で声をかけあって、認知症高齢者に納得してもらってから、移乗してもらおうようにしている。「怖くないよ」「安全だよ」ということを納得してもらってから、立っていただけ、移乗していただくということである。そのようなときにも、しつかり体を密着して、少しでも本人に恐怖感がないように、また体重がかかって痛がらないようにはしている。

骨折をしていることを忘れてしまっている人には、「〇〇さんは、骨折していますよ」ということを伝えている。すると「骨折なんかしてないわよ」と言う方が多い。ただ、本人はやはり痛い。それで骨折を無理やり押しつけるのではなく、痛いということを分かっている。では、痛いのだったらどのようなようにしていいかということのように、本人に声をかけながら介助する。向こうに行きたいと思えば、ちよつとしないといけないとか。実際に立ってもらって、「痛いから無理だね」とご自分になるかもしれないので、そのときの相手の方の反応によって、合わせていくというか、しているが。

特に「痛いんだけど、どうしたのかしら」「痛いんだけど」と、繰り返して言うてくださる方がいらっしやるが、そのような方には、一応、「骨折してしまっただけよ」ということを伝えてあげると、そのときは「ああ、骨が折れたから痛いのね」と、納得してくださる。ただしまた同じことは繰り返すが、やはりその辺のところはこちらからしつかり伝えていく。丁寧に繰り返し伝えていく、では痛いのをどうしたらよくなるだろうかというのを一緒に考えながら、本人を大事にしていくということである。

まず分かってあげること、痛いから歩けないと決めつけないで、なるべく意向に添えるようにしていくということをしている。人によっては、まだ絶対歩かせてはいけませんと診断された方もいらっしやるし、ねじる感じのものほだめですとかという指示があるので、その辺のところはみんなで共有して、「ここまではOKだけど、ここからはちよつとまだ無理だね」というラインは、統一している。

利用者さんの痛みを分かってくると、「痛い」と言ってくるときはもちろんそうなのだが、そうでない、普通にいらっしやる時、具体的には座っているときが多いが、そのようなときに「痛みはどうですか」と声をかけて職員から聞いていく。忘れていくこともあるかもしれないが、座っているときは「痛くないよ」と言うこともある。いろいろな反応があるが、「何かあったら言ってね」など、なるべくまめに声をかけてあげて、そのときの状態や表情とか言葉で、少し様子を観察している。

多分、座りっぱなしだったり、どうしても動けない部分がある。常に歩いていた人などはぼーとしていて時間が増えてしまうので、言葉かけではなくてもアイコンタクトでもいいので、なるべくして、孤立感を感じないようにかわかっている。このように絶えず声をかけることで安心でき大きな声を出す必要もなくなる。安心感がないと、やはり不安になってしまうと思う。「なんで、痛いのだろう」「わたしはどうしちやっただんどうか」から始まって、精神的な混乱を招く方が多い。そのため少しでも安心できるようにしている。

リハビリテーションの環境（人的・物理的）

リハのスタッフは2名。2人も新卒の作業療法士である。デイケアにかかわっている先輩の作業療法士が指導。

使用している計画書、アセスメントツールの内容

MMSEとFIM。全員に実施している。二つとも3カ月ごとに実施している。測定するのはケアワーカーである。ただし入所るときは相談員が実施している。

	<p>またICFの視点で見られるように、老健3独自のフォーマットを作った。リハビリテーション実施計画書にももちろん記入している。</p>
<p>ケア・リハビリテーション 介入の効果の評価方法</p>	<p>効果はADLでも見るが、認知機能でも見る。 効果の評価の方法はMMSE、FIMといった、客観的な指標で評価する。これを3カ月ごとにとっている。 今では、件数は少なくなっているのだけれども、大腿骨頸部骨折を受傷された認知症は大体もとの生活に戻っている。ほとんど歩けている。受傷前の状態で歩けていた人がほとんど歩けている。 本人が、自らの意志で体を動かそうとするかどうか、立ったり歩いたりしようとするかが評価の視点である。 もう一つは、本人がある程度介助する場合に、そのような介助を受け入れているかどうか。介助を受け入れているかどうかというのは、うまくいかないような方法では、やはり立たないとか、声を出して嫌がるとか、表情に出るといったことがあるからだ。そしてこちら側、介助者が感じる負担感というものも、また身体的な面も心の面でも、負担感が違う。特に、身体的な負担感というのは、多分、嫌がって介助をされるような場合には、介護者のほうの身体的な負担というのがあるから、介助者のほうにできるかどうかである。介助をする場合に、支援する場合に楽にできるかどうかというのは、一つの重要な評価である。ポイント。作業療法士ができるだけでは日常生活に役立たないので、だれでもができる介助が重要である。 フロアのスタッフが介助方法を指導したあと、その方法で続いているかどうかを見ている。 その介助方法が続かないで、何か変形が加わっていたりということがたまにはある場合には、よりよい介助方法を求めて、まず、その変形したものを作業療法士がやってみる。変形したもののほうが楽なのではないか、もしくは、やりやすいのではないかと、ご本人もいっているのではないかと、変わったようなことを自分でやってみる。やって介助をしてみる。それで、自分がその前に考えたのと、今、スタッフがやっていることをやってみて、さらに、ではもっといい方法がないかというのを考えていく。 ケアの効果があつた、それとも、少しとか、なかったということは、アセスメントとケアプランに挙げられた内容で評価している。</p>
<p>多職種間の連携協働の状況、実際</p>	<p>他の職種、リハの方や介護との連携がうまくいかないことがうちの課題だ。ただ、看護・介護の目から見てリハビリに関して判断が難しいことは個別にリハにお手紙のようなものを出すルールがある。「この人のリハは今どのような考えたらいいですか。加重はかけても大丈夫ですか」などというお手紙を出す。それに対してそのリハから返事ももらうことを意識的にやっている。そして情報の共有をしている。</p>
<p>家族との連携状況</p>	<p>ご家族はもとの状態、歩けるような人でしたら、やはり歩けるレベルにどうしようもないという意向が強いので、それをうかがって目標設定の参考にしている。 ご家族には、ここは生活の場なので、再骨折・再転倒のリスクというのにも生活しているのだということをやはりわかりやすく一人</p>

一人の事例を通してご家族に理解していただくようにはしている。

転倒や再骨折への予防的介入の実際

再骨折・再転倒というのをあまり強調してしまおうとやはり介護の気持ちや萎縮させてしまう。そうでないと、現場がだんだん見守りから監視状態になってしまう。

特に大腿骨頸部骨折をされた方だと、再転倒や、再骨折をしないようにするための予防策、取り組みでいることは今はできていない。どのようなことをしたら、何かをしたら、そのようなことが予防できるのかということまで、いろいろなことを勉強はしていますが、それが実際にできるようなものではない場合が少なくない。

例えば、パワー・リハビリテーションというのはやはり、それだけの設備が必要で、そのようなことができるような状況ではない。また認知症高齢者は、転倒予防のための訓練をすることがご本人の受け入れるところではないことが多い。一度骨折をしているような人の転倒を予防したりするのは、なかなか難しいと考えている。継続的にどのようなことかというところは、いろいろな情報を取るようにはしているが、実際にそのような取り組みのできている状況ではない。

見守りが必要な利用者さんに対してのケアやかかわりとして、リハの立場では、スタッフの方、看護婦さんたちにアドバイスしたり、伝えたりすることは、危なさにもレベルや違いがあるので、一概には言えないが、ある程度の危険のレベルというのを頭に置いているようにしている。さらにこの人であれば、基本的に独歩して、人に殴られたとか、押されたりしなければ、もしくはとつびなところなどで、何か障害物があってもなれば、ころばないような状況があるという人であれば、常に見守りをするのではなくて、例えば20分に1度は見回りをして、居場所を確認して、どのような行動をしていたかだけ確認して、1度はみんなのスペースの中に誘導しておこうというようなことが、有効なのではないかと思っている。すなわち一人一人の見守り方があるということである。

自分自身でまず、時間を見ては、どこにいるのかと見に行つて、ここにいたと思つたら、話をしながらユニット・スペースに戻つてきて、「しばらくここで過ごしましょう」と誘導する。そして、何かその人が少しでも集中できるものを提供するようにはしたいと思つている。

あとは、どうしてもそれでも危険な人、危険で必ずころんでしまう、2回に1回はころんでしまいそうな人がある。そのような人には、大抵はそのような人のうろろする時間は、おおむね決まっています、ではこの人にどのくらいの時間おつきあひすれば、あとはまた、一つのところゆっくり過ごせるか、その時間はどれくらいなのかというのを見て、その間はおつきあひしようということをしている。

危なさのレベルというのは、FIMのスケールに合わせて作ったことがある。危なさのレベルというのは、それほど大したものではないし、おおむね介護者というのは一人一人機能レベルをもとに危なさのレベルを持っている。そのような介護者がかわつていてる中で転ぶ人という人は中間のレベルの人が多い。つまりわれわれが認識している、この人は絶対危ないからついでという人よりも上のレベルの人が、実際は危ない。カンファレンスなどをすると、注意をするように心掛けています。

あとは身体的な変動、疾患の兆候にも注意して観察している。

そして、一つのところである人なりに集中してできることは何かということを見つけて、再転倒や再骨折の予防的介入となる。それが大腿骨頸部骨折のリハビリというのを除いても、認知症のほうのリハビリとか、ケアとかいうところで、一つ重要なことだと思つている

のが、その人が今の認知のレベルで、楽しみながら、熱心になって、やることのできることもある。そういうことを少しでも、一つ、一つ増やしていけるということが重要である。特にリハビリなどという、なかなか頻度としては、1人の対象者に対してかかわる機会が少な分、リハビリスタッフが単に1週間に何回することが、何かの向上になるのではなく、われわれが何かを発見することが、他のスタッフも共有できて、他のスタッフも提供することができると、その人の生活の支援が現実的になるということが重要だと思っている。したがってそのような利用者さんの活動とかということの発見に努めるようにしている。その人がどのようなものであれば、自分から身乗り出すようなことがあるかというのは、本当に個別的で、その人に合ったものでなければ、本当に熱心になってもええない。まず、そもそもここに入職して、ほかのスタッフが言っていたことが「発見」だった。「今日はこんなことを発見しました」というのをよく言っている。本当に何ができるかというところ、かかわること、発見したちよつと小さな変化とささいないようにすると、そのような積み重ねが次の生活に役立ちそうなことが多い。

そのためこの人が、より楽しめることを自分たちで作るといふのを重要視している。例えば、どここの生まれで、どのようなことに興味があって、過ごしてきた人で、今はこのように熱中すること、過去のことを今の認知で生かしながら、今できる新しいことにするというところである。過去にご本人が続けてきたことが、その人にとって価値があったり、興味があったり、自分にとってはすごく自信のあることだったことがあるが、ただ、そのままのことをやっつては、今の認知や行動能力ではできないことがあって、しかも過去にやっつてきたことというのは、すでにマスターしていることだ。マスターしていることを今やるといふことは、結構もう嫌がる方がいる。「もうそのようなことは自分は、よくやっつてきたよ」とか、「もうマスターしちゃってるよ」ということを今の能力でやるなどというのは、あまりうまくいくことがない。そうではない。過去やっつてきたことのエッセンス、その人はどのようなところに魅力を感じてやっつてきたのか、そのようなその人の生活とか、人生の態度のようところが生かされるように、今でもこのように、今でもこのように、続けてくれるのではないかといいようを見つけていっている。

つい無理して立ってもらわないでというように考えがちだが、そうではなくて、再転倒しないためには歩けるようになるのか、今までどおりに歩けるように、ご本人の意向に添った動きができるような状態になるのが一番いいと思う。もう、先生が「いいよ」と言った時点で、「歩きたい」と言ったら、痛みがあっても少し歩いてもらったりという生活のリハビリの中で、少しでも早く、回復を促すようにしている。そこがしっかりしていくことで、再転倒につながらないと思う。先生から「ゴー」が出て、本人の状態も確認した上で、やっつていたらいいということで生活リハビリ、リハビリとは別で、やっつていくことであつたり。「体重を足にかけていいですよ」というOKが医師から出されたら、早速生活の中で立つから始まって、徐々にだがやっつていくという形をとっている。

見守りをすするときに、利用者さん一人一人について、見守り方は違ふが、やはりその人が必要としている動きがあつて理由があるので、多分、動きたいと思つたときに再転倒が起こる可能性が高いと思うが、時間帯であつたり、精神的な状態によつて対応して、何もべつたり見守りをしなくても、その状況さえ把握ができていれば、そのときに手を貸すことで防げる。もちろん、それもスタッフで共有して、やっつていかなければいけないことなのだが、あまり「座つてて、座つてて」としてしまふと、逆にお年寄りほだんだん精神的にもいらいらしく、やはり「立とう」という気持ちがあつてもつと強くなるので、ある程度は立つてもらつたり、そこで「痛い」とご本人が気がつくと、「今

日はこれでいいわ」となる場合もあるし。本当に、じっと座っていてということとはかなり負担だと思う。少し横になって、休んでいただいたり、苦痛がないようにと考えていかなければいけないと思っている。

ご本人の動きプラス時間帯とか、どのような動きをされるのか。どのような状況の中でされるのかということをやんと見極めながら、近くにいたり遠くにいながら見守っていく。

本人はこのようなことをしたくて動かれているのだから、そのために、何かこのような支援をしましょうというようにしていくということが重要である。例えば家事なども一生懸命にやっていた方などだと、やりたくてしかたなくて動く。まだ動けないときとかは、座ってできる家事を一緒にやるとか、一つ、一つ、少しでも、ご本人の意向に添えるというか、とにかくシヤットアウトはしないようにしている。

施設サービス計画書(1)

初回・紹介・継続
認定済・申請中

患者番号：
利用者名：
施設サービス計画作成者氏名：
施設サービス計画作成介護保険施設名：
施設サービス計画作成(変更)日 19年 7月 19日 初回施設サービス計画作成日 19年 7月 19日
認定日 17年 7月 6日 認定の有効期間 17年 8月 1日 ~ 19年 7月 31日

住所：
職種：介護支援専門員
所在地：

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・その他()
利用者及び家族の介護に関する意向	<p>本人：慣れ親しんだ苑生活がまた出来て嬉しいです。体操や音楽などまた参加していきたいです</p> <p>家族：入院中は での生活を楽しみにしていました。レクリエーション等に参加し気が晴れるようにお願いします。</p> <p>外出等出来るだけさせてあげたいが、トイレへ連れて行くのが大変で男の手がないとなかなか困難です。トイレなどへ移ったりする時の介助の仕方など教えてもらえたいと思っています。： の施設なども教えてください</p>
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的援助の方針	<p>苑生活を楽しみを持って送っていただけたらよいよう援助していきます</p> <p>体調の変化に気がけ心身の悪化防止に努めます</p> <p>安全安楽な苑生活を送れるよう援助していきます</p>
施設サービス計画書の内容の説明を受けて了承し、受領しました。	年 月 日 印

施設サービス計画書(2)

NO.1

患者番号:

利用者氏名:

作成日: 19年 7月 19日

生活全般の解決すべき課題ニーズ		援助目標		援助目標		援助内容		担当者	頻度	期間
長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容						
#1心身ともに落ち着いた毎日を送りたい	7月19日	すぎな療法に参加できる	7月19日	・料理、喫茶活動(お客)など参加をしてもらい 充実した時間を過ごせる。	OT	週1回	7月19日			
ついて穏やかな毎日を送りたい				・リハビリテーション実施計画書		毎日				
				・朝の集い、レクリエーションなど参加を呼びかける	OT・介護					
		不安を取り除く		・他の入苑者と話す機会を作りなじみの関係を築いて いけるよう援助を行う	介護・看護	随時				
				・声掛けを多くし、孤独間を感じさせないような関わり 方を行う						
		今の能力を低下させることなく過ごしたい		・自分でできることは積極的に行ってもらう ・移動は車椅子を使用、自力で操作を行う 移動時、ずり落ちなどないよう見守りを行う ・移乗動作は骨折後ではあるが骨折が麻痺側であった ため手すりやベッド柵をしっかり握り健側の足 で立位を保持し、下肢筋力低下を防ぐ。 動作時は側に付き添い、腰を抱えて介助を行う ・麻痺側の左下肢は膝を曲げ座位を行い正しい姿勢を保つ ・尿意、便意はあり、排泄は昼夜ともポタブルトイレ を使用、NCコールにて対応(骨折前は日中は居室 トイレを使用していた)頻尿の時はハットを使用 移乗介助、スポン、パンツの上げ下げは介助にて行う ・入浴はリフト浴、洗身、洗髪は介助にて行う ・更衣は殆んど介助だが上着を最後に引っ張って		毎日				
									週3回	

作成者

患者番号：
利用者氏名：

作成日： 19年 7月 19日

生活全般の解決すべき課題	援助目標		援助内容		担当者	頻度	期間
	長期目標	短期目標	サービス内容	期間			
				脱いでもらう	→		
	食事を美味しく取りたい	適量の食事摂取が出来る		・栄養ケア計画 常食C米飯、7分菜	栄養士	毎日	
	良好な体調を維持し 快適な毎日を送りたい	体調の変化に気付く		・主治医による定期診察 ・一般状態の観察 ・異常時は医師に報告し指示を得る ・異常時は家族に連絡を入れる ・定期検査を受ける	主治医 看護・介護	週1回 毎日 随時	
				・バイタルチェックを行う	看護	3ヵ月毎	
		確実な服薬		・薬の管理は看護師が行い毎回封を切り口の中 に入れ飲み込みの確認を行う	看護・介護 看護	毎日	
				・拒薬の場合、時間を置き再度行うか、介助者を替え行う	→		
	家族との間がうまくいく	関係が疎遠にならない		・家族の協力を得、面会に来てもらう ・家族の協力を得、外泊、が行える (実姉が面倒を見ておられているが、姪の休みの時 車で来れる。トイレが近く帰宅途中何回も訴えがあり 大変であると家族は言われ、外出前に介助方法 等指導を行う)	看護・介護	随時	
				・帰宅要求があった時はその旨を電話で家族に知らせ 状況では本人に電話に出てもらいたい対応する			
				・退所後は かの施設を考慮しておられ	→		
		7月31日	7月31日	近辺の施設の紹介をしていく	支援相談員・ケアマネ		7月31日

作成者

週間サービス計画表

患者番号:

利用者名:

作成年月日: 19年 7月 19日

深夜	早朝	午前		午後	夜間	深夜	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00	6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	巡回							
							起床・洗面・検温 排泄誘導							
							朝食							
							排泄誘導							
							朝の集い・環境整備 水分補給・排泄誘導			リネン交換				
							昼食							
							排泄誘導 レク・療法							
							おやつ							
								入浴		入浴				
							排泄誘導							
							夕食							
							排泄誘導 就寝準備							
							巡回・排泄誘導							
							巡回・排泄誘導							
							巡回・排泄誘導							
週単位以外														体重測定、誕生会、バスレク、運動会
のサービス														

作成者

日課計画表

患者番号：
利用者名：

作成日：19年 7月 19日

深夜	4:00	共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動	サービス担当者
早朝	6:00	排泄誘導・巡回	看護・介護	巡回	介護・看護		
午前	8:00	起床・洗面・検温 排泄誘導 朝食	看護・介護 看護・介護 栄養士・看護・介護	声掛け 介助 誘導			
	10:00	排尿誘導 朝の集い	看護・介護 OT, 介護	介助 声掛け			
午後	12:00	水分補給・排尿誘導 昼食	介護・看護 栄養士・看護・介護	声掛け 誘導			
	14:00	排泄誘導 レクリエーション	看護・介護 看護・介護	介助 声掛け			
	16:00	おやつ 排泄誘導	栄養士・看護・介護 看護・介護	声掛け 介助			
	18:00	入浴 夕食	介護・看護 栄養士・看護・介護	介助 誘導			
夜間	20:00	就寝準備・着替え	介護	一部介助			
深夜	22:00	排泄誘導・巡回	介護・看護	巡回			
	0:00	排泄誘導・巡回	介護・看護	巡回			
	2:00	排泄誘導・巡回	介護・看護	巡回			
	4:00						
随時実施するサービス							
その他のサービス							

作成者

施設サービス計画書(1)

初回・紹介・**継続** 認定済・申請中

患者番号:

利用者名:

生年月日

住所

施設サービス計画作成者氏名:

職種: 介護支援専門員

施設サービス計画作成介護保険施設名:

所在地:

施設サービス計画作成(変更)日 19年 8月 1日 初回施設サービス計画作成日 19年 7月 19日

認定日 19年 8月 22日 認定の有効期間 19年 8月 1日 ~ 21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・その他()

利用者及び家族の介護に関する意向
 本人: 慣れ親しんだ苑生活がまた出来て嬉しいです。体操や音楽などまた参加していきたいです
 家族: 入院中は での生活を楽しみにしていました。レクリエーション等に参加し気が晴れるようにお願いします。
 外出等出来るだけさせてあげたいが、トイレへ連れて行くのが大変で男の手がないとなかなか困難です。トイレなどへ移ったりする時の介助の仕方など教えてもらえた受けたいと思っています。 の施設なども教えてください

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的援助の方針
 苑生活を楽しみを持って送っていただけたよう援助していきます
 体調の変化に気がけ心身の悪化防止に努めます
 安全安楽な苑生活を送れるよう援助していきます

施設サービス計画書の内容の説明を受けて了承し、受領しました。 年 月 日 印

施設サービス計画書(2)

NO.1

患者番号：
利用者氏名：

作成日： 19年 8月 1日

生活全般の解決すべき課題ニーズ	援助		目標		援助内容			担当者	頻度	期間
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容					
#1心身ともに落ち着いて穏やかな毎日を送りたい	充実した時間を過ごし落ち着いた毎日を送りたい	8月1日	すぎな療法に参加できる	8月1日	・料理、喫茶活動(お客)など参加をしてもらい 充実した時間を過ごせる。 ・リハビリテーション実施計画書	OT	週1回	8月1日		
を送りたい			不安を取り除く		・朝の集い、レクリエーションなど参加を呼びかける ・他の入苑者と話す機会を作りなじみの関係を築いて いけるよう援助を行う ・声掛けを多くし、孤独間を感じさせないような関わり方を行う	OT・介護 介護・看護	毎日 → 随時			
			能力の維持		・自分でできることは積極的に行ってもらう ・移動は車椅子を使用、自力で操作を行う 移動時、ずり落ちなどないよう見守りを行う 移動の妨げにならないよう居室、廊下の環境整備を行う ・移動動作は骨折後ではあるが、手すりやベッド柵をしっかり握り立位を保持し、下肢筋力低下を防ぐ。 動作時は側に付き添い、腰を抱えて介助を行う ・麻痺側の左下肢は膝を曲げ座位を行い正しい姿勢を保つ ・尿意、便意はあり、排泄は昼夜ともポータブルトイレを使用、NCコールにて対応 頻尿の時はパットを使用 移乗介助、ズボン、パンツの上げ下げは介助にて行う ・入浴はリフト浴、洗身、洗髪は介助にて行う ・更衣は殆んど介助だが上着を最後に引っ張って		毎日 → 週3回 毎日			

作成者

患者番号：

利用者氏名：

作成日： 19年 8月 1日

生活全般の解決すべき課題ニーズ	援助目標		援助目標		援助内容			
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	担当者	頻度	期間
	食事を美味しく取りたい		適量の食事摂取が出来る		脱いでもらう	→		
	良好な体調を維持し		体調の変化に気付く		・栄養ケア計画 ・常食C米飯、7分菜	栄養士	毎日	
	快適な毎日を送りたい				・主治医による定期診察 ・一般状態の観察	主治医	週1回	
					・異常時は医師に報告し指示を得る ・異常時は家族に連絡を入れる	看護・介護	毎日	
					・定期検査を受ける	→	随時	
					・バイタルチェックを行う	看護	3カ月毎	
			確実な服薬		・薬の管理は看護師が行い毎回封を切り口の中 に入れ飲み込みの確認を行う	看護・介護	毎日	
					・拒薬の場合、時間を置き再度行うか、介助者を替え行う	看護		
	家族との間がうまくいく		関係が疎遠にならない		・家族の協力を得、面会に来てもらう ・家族の協力を得、外泊、が行える (実姉が面倒を見ておられているが、煙の休みの時 車で来れる。トイレが近く帰宅途中何回も訴えがあり 大変であると家族は言われ、外出前に介助方法 等指導を行う)	看護・介護	随時	
					・帰宅後は 本人に電話に出てもらい対応する	→		
					・退所後は の施設を考慮しておられ	→		
		1月31日		10月31日	近辺の施設の紹介をしていく	支援相談員・ケアマネ	→	10月31日

作成者

日 課 計 画 表

患者番号：

利用者名：

作成日：19年 8月 1日

深夜	早期	午前	午後	夜間	深夜	随時実施するサービス	その他のサービス										
4:00	6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00	0:00	2:00	4:00					
共通サービス 排泄誘導・巡回	起床・洗面・検温 排泄誘導	朝食 排尿誘導	朝の集い	水分補給・排尿誘導	昼食 排泄誘導	レクリエーション おやつ	排泄誘導 入浴	夕食 就寝準備・着替え	排泄誘導・巡回	排泄誘導・巡回	排泄誘導・巡回						
担当サービス	巡回	声掛け 介助 誘導	声掛け 声掛け 誘導	介助	声掛け 声掛け 介助	介助	介助 誘導	一部介助	巡回	巡回	巡回						
担当者	看護・介護	看護・介護 看護・介護 栄養士・看護・介護	看護・介護 OT, 介護	介護・看護 栄養士・看護・介護	看護・介護 看護・介護	看護・介護 看護・介護	看護・介護 介助・看護 栄養士・看護・介護	介助	介護・看護	介護・看護	介護・看護						
主な日常生活上の活動																	
サ-ビス担当者																	
A) 看護職員																	
B) 介護職員																	
C) 主治医																	
D) その他医師																	
E) 理学療法士																	
F) 栄養士																	
G) 薬剤師																	
H) ソーシャルワ-カー																	
I) 家族																	
J) その他																	

週間サービス計画表

患者番号：

利用者名：

作成年月日： 19 年 8 月 1 日

深夜	早朝	午前	午後	夜間	深夜	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00	巡回											↑	
6:00	起床・洗面・検温 排泄誘導											↑	
8:00	朝食											↑	
10:00	排泄誘導											↑	
12:00	朝の集い・環境整備 水分補給・排泄誘導								リネン交換			↑	
14:00	昼食 排泄誘導 レク・療法											↑	
16:00	おやつ						入浴		入浴				
18:00	排泄誘導											↑	
20:00	夕食 排泄誘導 就寝準備											↑	
22:00	巡回・排泄誘導											↑	
0:00	巡回・排泄誘導											↑	
2:00	巡回・排泄誘導											↑	
4:00													

週単位以外
のサービス
体重測定、誕生会、バスレク、運動会

作成者

施設サービス計画書(1)

初回・紹介・**継続**・**認定**・済・申請中

患者番号： _____

利用者名： _____

施設サービス計画作成者氏名： _____

施設サービス計画作成介護保険施設名： _____

施設サービス計画作成(変更)日 19年 11月 1日 初回施設サービス計画作成日 19年 7月 19日

認定日 19年 8月 22日 認定の有効期間 19年 8月 1日 ~ 21年 7月 31日

住所： _____

職種： 介護支援専門員

所在地： _____

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・その他()

利用者及び家族の介護に関する意向

本人：慣れ親しんだ苑生活がまた出来て嬉しいです。体操や音楽などまた参加していきたいです

家族：入院中は での生活を楽しまにしています。レクリエーション等に参加し気が晴れるようにお願いします。

外出等出来るだけさせてあげたいが、トイレへ連れて行くのが大変で男の手がないとかなかなか困難です。トイレなどへ移ったりする時の介助の仕方など教えてもらえたいと思っています。 の施設なども教えてください

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的援助の方針

苑生活を楽しみを持って送っていただけるよう援助していきます

体調の変化に気がけ心身の悪化防止に努めます

安全安楽な苑生活を送れるよう援助していきます

施設サービス計画書の内容の説明を受けて了承し、受領しました。 _____ 年 月 日 印

施設サービス計画書(2)

NO.1

患者番号：
利用者氏名：

作成日： 19年 11月 1日

生活全般の解決 すべき課題二ーズ	援助目標		援助内容		担当者	頻度	期間
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	サービス内容	OT			
#1心身ともに落ち着いて穏やかな毎日をを送りたい	充実した時間を過ごし落ち着いた毎日をを送りたい (11月1日)	すぎな療法に参加できる (11月1日)	・料理、喫茶活動(お客)など参加してもらい充実した時間を過ごせる。 ・リハビリテーション実施計画書 ・朝の集い、レクリエーションなど参加を呼びかける ・他の入苑者と話す機会を作りなじみの関係を築いていけるよう援助を行う ・声掛けを多くし、孤独間を感じさせないような関わり方を行う	OT	週1回	11月1日	
今の能力を低下させることなく過ごしたい		不安を取り除く (能力の維持)		OT・介護 介護・看護	毎日 → → → →		
			・移動は車椅子を使用、自力で操作を行う ・移動時、ずり落ちなどないよう見守りを行う ・移動の妨げにならないよう居室、廊下の環境整備を行う ・移乗動作は骨折後ではあるが、手すりやベッド柵をしっかり握り立位を保持し、下肢筋力低下を防ぐ。 ・動作時は側に付き添い、腰を抱えて介助を行う ・麻痺側の左下肢は膝を曲げ座位を行い正しい姿勢を保つ ・尿意、便意はあり、排泄は昼夜ともポタポルトイレ、節で知らせてもらう ・2階では施設トイレ使用、終わるまで側に付き添う ・頻尿の時はパットを使用 ・移乗介助、ズボン、パンツの上げ下げは介助にて行う ・入浴はリフト浴、洗身、洗髪は介助にて行う ・更衣は殆んど介助だが上着を最後に引っ張って			→ → → → → → → → → → → → →	毎日

作成者

患者番号：
利用者氏名：

作成日： 19年 11月 1日

生活全般の解決すべき課題ニーズ	援助目標		援助内容		担当者	頻度	期間
	長期目標	短期目標	サービス内容	担当			
				脱いでもらう			
食事を美味しく取りたい		適量の食事摂取が出来る		・栄養ケア計画 常食C米飯、7分菜	栄養士	毎日	
良好な体調を維持し 快適な毎日を送りたい		体調の変化に気付く		・主治医による定期診察 ・一般状態の観察 ・異常時は医師に報告し指示を得る ・異常時は家族に連絡を入れる ・定期検査を受ける	主治医 看護・介護	週1回 毎日 随時	
				・バイタルチェックを行う	看護	3カ月毎	
		確実な服薬		・薬の管理は看護師が行い毎回封を切り口の中 に入れ飲み込みの確認を行う ・拒薬の場合、時間を置き再度行うか、介助者を替え行う	看護・介護 看護	毎日	
家族との間がうまくいく		関係が疎遠にならない		・家族の協力を得、面会に来てもらう ・家族の協力を得、外泊、が行える (実姉が面倒を見ておられているが、姪の休みの時 車で来れる。トイレが近く帰宅途中何回も訴えがあり 大変であると家族は言われ、外出前に介助方法 等指導を行う)	看護・介護	随時	
				・帰宅後は 施設の紹介をしておく			
	4月30日	1月31日		近辺の施設の紹介をしていく	支援相談員・ケアマネ		1月31日

作成者

日課計画表

患者番号：
利用者名：

作成日：19年11月1日

共通サービス		担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動	サービス担当者	
深夜	4:00	排泄誘導・巡回	看護・介護	巡回		A) 看護職員 B) 介護職員 C) 主治医 D) その他医師 E) 理学療法士 F) 栄養士 G) 薬剤師 H) ソーシャルワーカー I) 家族 J) その他	
早朝	6:00	起床・洗面・検温	看護・介護	声掛け			
	8:00	排泄誘導 朝食	看護・介護 栄養士・看護・介護	介助 誘導			
午前	10:00	排尿誘導 朝の集い	看護・介護 OT, 介護	介助 声掛け			
	12:00	水分補給・排尿誘導 昼食	介護・看護 栄養士・看護・介護	声掛け 誘導			
午後	14:00	排泄誘導 レクリエーション	看護・介護 看護・介護	介助 声掛け			
	16:00	おやつ	栄養士・看護・介護	声掛け			
	18:00	排泄誘導 入浴	看護・介護 介護・看護	介助 介助			
夜間	20:00	夕食 就寝準備・着替え	栄養士・看護・介護 介護	誘導 一部介助			
	22:00	排泄誘導・巡回	介護・看護	巡回			
深夜	0:00	排泄誘導・巡回	介護・看護	巡回			
	2:00	排泄誘導・巡回	介護・看護	巡回			
	4:00						
随時実施するサービス							
その他のサービス							

週間サービス計画表

作成年月日： 19年 11月 1日

患者番号：
利用者名：

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00	巡回						↑	
早朝	6:00	起床・洗面・検温						↑	
	8:00	排泄誘導 朝食						↑	
午前	10:00	排泄誘導						↑	
	12:00	朝の集い・環境整備 水分補給・排泄誘導			リネン交換			↑	
午後	14:00	昼食 排泄誘導 レク・療法						↑	
	16:00	おやつ	入浴						
	18:00	排泄誘導 夕食			入浴			↑	
夜間	20:00	排泄誘導 就寝準備						↑	
	22:00	巡回・排泄誘導						↑	
深夜	0:00	巡回・排泄誘導						↑	
	2:00	巡回・排泄誘導						↑	
	4:00	巡回・排泄誘導						↑	
週単位以外 のサービス		体重測定、誕生会、バスレク、運動会							

作成者

施設サービス計画書(1)

認定済・申請中

初回・紹介・継続

患者番号:

利用者名:

生年月日

住所

施設サービス計画作成者氏名:

職種: 介護支援専門員

施設サービス計画作成介護保険施設名:

所在地:

施設サービス計画作成(変更)日 20年 2月 1日 初回施設サービス計画作成日 19年 7月 19日

認定日 19年 8月 22日 認定の有効期間 19年 8月 1日 ~ 21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・その他()

本人:慣れ親しんだ苑生活がまた出来て嬉しいです。体操や音楽などまた参加していきたいです

利用者及び家族の介護に関する意向

家族:入院中は での生活を楽しみにしていました。レクリエーション等に参加し気が晴れるようにお願いします。

外出等出来るだけさせてあげたいが、トイレへ連れて行くのが大変で男の手がないとなかなか困難です。トイレなどへ移ったりする時の介助の仕方など教えてもらえたいと思います。大村か大浦の施設なども教えてください

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的援助の方針
苑生活を楽しみを持って送っていただけるよう援助していきます
体調の変化に気がかけ心身の悪化防止に努めます
安全安楽な苑生活を送れるよう援助していきます

施設サービス計画書の内容の説明を受けて了承し、受領しました。

年 月 日

印

施設サービス計画書(2)

NO.1

患者番号:

利用者氏名:

作成日: 20年 2月 1日

援助目標		援助内容			担当者	頻度	期間	
長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容				
生活全般の解決 すべき課題ニーズ								
#1心身ともに落ち着いて穏やかな毎日を送りたい	2月1日	①好きな療法に参加出来る	2月1日	・料理、喫茶活動(お客)など参加をしてもらい 充実した時間を過ごしてもらおう ・リハビリテーション実施計画書 ・朝の集い、レクリエーションなど参加を呼びかける ・他の入苑者と話す機会を作りなじみの関係を築いて いけるよう援助を行う ・声掛けを多くし、孤独間を感じさせないような関わり方を行う	OT	週1回	2月1日	
		②不安を取り除く			OT・介護 介護・看護	毎日		
		①能力の維持				毎日		
		2)今の能力を低下させることなく過ごしたい		・自分でできることは積極的に行ってもらう ・移動は車椅子を使用、自力で操作を行う 移動時、ずり落ちなどないよう見守りを行う 移動の妨げにならないよう居室、廊下の環境整備を行う ・移乗動作は手すりやベッド柵をしっかり握り立位を保持し、下肢筋力低下を防ぐ。 動作時は側に付き添い、腰を抱えて介助を行う ・麻痺側の左下肢は膝を曲げ座位を行い正しい姿勢を保つ ・尿意、便意はあり、排泄は昼夜ともポータブルトイレ、 鈴で知らせてもらおう。2階では施設トイレ使用、 終わるまで側付き添う。頻尿の時はパットを使用 移乗、ズボン、パンツの上げ下げは介助にて行う ・入浴はリフト浴、洗身、洗髪は介助にて行う ・更衣は出来る所まで行ってもらうその後介助する			週3回	

作成者

患者番号：

利用者氏名：

作成日： 20年 2月 1日

生活全般の解決すべき課題ニーズ	援助目標		援助内容		担当者	頻度	期間
	長期目標	短期目標	(期間)	サービス内容			
				汚染時はリフト移動時脱衣しズボン脱衣は1人が体を支え1人が脱がせる			
3)食事を美味しく取りたい		①適量の食事摂取が出来る		・栄養ケア計画	栄養士	3カ月毎	
4)良好な体調を維持し 快適な毎日を送りたい		①体調の変化に気付く		常食C米飯、7分菜、魚のみ普通菜で提供 ・主治医による定期診察 ・一般状態の観察 ・異常時は医師に報告し指示を得、家族に連絡を入れる ・体重測定・定期検査を受ける	主治医 主治医 看護・介護	毎日 週1回 毎日 随時	
				・バイタルチェックを行う	看護	3カ月毎	
				・薬の管理は看護師が行い毎回封を切り口に入れ 飲み込みの確認を行う(錠剤はつぶして提供) ・拒薬の場合、時間を置き再度行うか、介助者を替え行う	看護 看護	毎日 随時	
5)家族との間がうまくいく		①関係が疎遠にならない		・家族の協力を得、面会に来てもらう ・家族の協力を得、外泊、が行える (実姉が面倒を見ておられれているが、姪の休みの時車で来れる。トイレが近く帰宅途中何回も訴えがあり大変であると家族は言われ、外出前に介助方法等指導を行う)	看護・介護	随時	
				・帰宅要求があった時はその旨を電話で家族に知らせ 状況では本人に電話に出てもらいたい対応する ・退所後は、 の施設を考えておられ			
	7月31日	4月30日	4月30日	近辺の施設の紹介をしていく	支援相談員・ケアマネ		4月30日

作成者

週間サービス計画表

患者番号：
利用者名：

作成年月日： 20 年 2 月 1 日

深夜	早朝	午前	午後	夜間	深夜	4:00	6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00	0:00	2:00	4:00	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動	
						巡回	巡回																			
						起床・洗面・検温	起床・洗面・検温																			
						排泄誘導	排泄誘導																			
						朝食	朝食																			
						排泄誘導	排泄誘導																			
						朝の集い・環境整備	朝の集い・環境整備																			
						水分補給・排泄誘導	水分補給・排泄誘導																			
						屋食	屋食																			
						排泄誘導	排泄誘導																			
						レク・療法	レク・療法																			
						おやつ	おやつ																			
												入浴														
													入浴													
						排泄誘導	排泄誘導																			
						夕食	夕食																			
						排泄誘導	排泄誘導																			
						就寝準備	就寝準備																			
						巡回・排泄誘導	巡回・排泄誘導																			
						巡回・排泄誘導	巡回・排泄誘導																			

体重測定、誕生会、バスレク、運動会

週単位以外
のサービス

作成者

日課計画表

患者番号：

利用者名：

殿

作成日：20年2月1日

		共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動	サービス担当者
深夜	4:00	排泄誘導・巡回	看護・介護	巡回	介護・看護		A) 看護職員
早朝	6:00	起床・洗面・検温 排泄誘導	看護・介護	声掛け			B) 介護職員
午前	8:00	朝食	看護・介護 栄養士・看護・介護	介助			C) 主治医
	10:00	排尿誘導	看護・介護	誘導			D) その他医師
午後	12:00	朝の集い	OT, 介護	介助			E) 理学療法士
	14:00	水分補給・排尿誘導	介護・看護	声掛け			F) 栄養士
	16:00	屋食	栄養士・看護・介護	声掛け			G) 薬剤師
夜間	18:00	レクリエーション おやつ	看護・介護	誘導			H) ソーシャルワーカー
	20:00	排泄誘導	看護・介護 栄養士・看護・介護	介助			I) 家族
深夜	22:00	入浴	看護・介護	介助			J) その他
	0:00	夕食	介護・看護	誘導			
	2:00	就寝準備・着替え	介護	一部介助			
	4:00	排泄誘導・巡回	看護・介護	巡回			
	6:00	排泄誘導・巡回	看護・介護	巡回			
	8:00	排泄誘導・巡回	看護・介護	巡回			
随時実施するサービス							
その他のサービス							

リハビリテーション実施計画書(1)

(事業所控え)

計画評価実施日 平成19年7月19日

利用者氏名: _____ 性別 女

70 歳 要介護度: 要介護3

健康状態(原因疾患、発症・受傷日等) #1. 脳血管性認知症 H13年 4月 19日 () #2. 左大腿骨内側骨折(骨接合術施行後) H19年 7月 19日 () #3. _____ 年 月 日 ()	合併疾患・コントロール状態 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等) 高血圧 生活不活発病(廃用症候群) 発生原因が分かる場合はその内容 〔 麻痺側上下肢の拘縮、筋力低下 〕	心身機能 <input checked="" type="checkbox"/> 運動機能障害: 麻痺側上下肢の随意性低下 <input checked="" type="checkbox"/> 感覚機能障害: 麻痺側感覚鈍麻、痺れ感あり <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: なし <input checked="" type="checkbox"/> 拘縮(部位): 麻痺側の上下肢 <input type="checkbox"/> 関節痛(部位): 特になし <input checked="" type="checkbox"/> その他: 頻尿であるが精神面に左右される 認知症に関する評価: IIIa
---	---	--

参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入。)

入院・入所中の場合の退院先 自宅 その他: 退院未定

家庭内役割(家事への参加、等) 身の回りのことが車椅子上でできる(精神的な安定が図れる)

社会活動: 他者との交流の中で馴染みの関係作りができる

外出(内容・頻度等): 家族との散歩や外出ができ、バスレク等に参加できる

余暇活動(内容・頻度等): 歌を歌う、テレビ鑑賞、談笑等楽しみながら過ごすことができる

退院後利用資源:

自立・介護状況	現在の評価及び目標					具体的なアプローチ							
	項目	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・器具・歩行器・車椅子など	介護内容 つたいもたれ等	到達時期	重点項目	PT, OT, STが実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動	トイレへの移動			A B C			車椅子、手すり	立ち上がり時、立位保持、座り時に腰部の支持			・移乗動作の動作指導、実施	・トイレへの移乗介助行なう ・車椅子駆動の促しを行なう、介助	
	階段昇降				A B C								
	屋内移動	A B C					車椅子、手すり	非麻痺側上下肢での駆動、手すりを把持しての駆動					
	屋外移動			A B C			車椅子	段差や坂道等は介助が必要					
	食事	A B C									・朝の集いや体操等への参加促し、実施	・食事のセッティング実施 ・排泄促しは精神面を考慮して促し、あるいは抑制をかけながら援助する	・精神面への配慮を行なう ・活動への参加により排尿時間延長している ・拒薬があり工夫必要
	排泄(昼)			A B C			手すり	ズボンの着脱に介助			・料理教室への参加促し、実施		
	排泄(夜)			A B C			手すり	ズボンの着脱に介助					
	整容			A B C				洗顔や整髪、口腔内洗浄を促しで可能				・整容のセッティング行なう ・毎朝晩の更衣を促し、実施していく	
	更衣			A B C				上着衣は協力見られ、下衣はほぼ介助必要				・レクリエーションへの促し、実施 ・頻尿の際にはパット装着にて対応	
	入浴			A B C				浴室内移動、浴槽出入り、洗体に介助					
	コミュニケーション	A B C											
	家事					A B C							
外出			A B C				バスレクや外食会への参加				・帰宅を要求される際は家族の方へ電話する対応をとることも考え		

自立・介護状況	現在の評価及び目標					具体的なアプローチ							
	項目	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・器具・歩行器・車椅子など	介護内容 つたいもたれ等	到達時期	重点項目	PT, OT, STが実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り	A C	B				手すり	何とか手すり使用して可能だが確実ではない				・起居動作への介助、自己にて行なう動作の促し	
	起きあがり		A C	B			手すり	頸部と膝窩部への介助で動作可能				・麻痺側下肢をしっかりとフットレストへ置く	
	座位	A C	B				手すり					・立ち上がりの際はしっかりと床に足底をつける	
	立ち上がり			A B C			手すり、アームレスト	手すり把持して腰部支持の介助にて可能					
	立位			A B C			手すり、アームレスト	手すり把持、腰部支持でバランスを保持					
摂食・嚥下	A B C						七分菜						

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例

A 目標

B 実行状況

C 能力

リハビリテーション実施計画書(2)

(事業所控え)

利用者氏名

性別 女

70 必要介護度: 要介護3

ご本人の希望 (H # 年 7 月 # 日)

・よろしくお願ひします

ご家族の希望 (H # 年 7 月 # 日)

- ・在宅での長期の受け入れは困難
- ・気候が良くなれば、姪がいる時であれば外出や外泊も考えています
- ・現在の移乗の能力を出来るだけ維持して欲しい、介助量の軽減が出来ればして欲しい

生活目標 その人らしく生活するためのポイント

- ・現在の身体機能及び精神機能の維持・向上を図る
- ・本人の能力を活かして動作を行ない、ADL能力の維持あるいは向上に努める(移乗動作の介助量軽減を図る)
- ・安心して安全な生活を過ごせるよう援助していく

リハビリテーションプログラム ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみへの支援に向けての取り組み

- ・現在の身体機能及び精神機能の維持・向上を図る
 - ①レクリエーションや活動等への参加促しを行なう
 - ②基本動作への介助時(立位保持、立ち上がり動作、寝返り等)は本人への声掛けにて動作を促す
- ・本人の能力を活かして動作を行ない、ADL能力の維持あるいは向上に努める
 - ①ADL介助場面で本人の能力を活かして動作を行なう(トイレ動作、食事、整容、入浴の洗体等)
 - ②料理教室やクラフト活動等への参加促し、残存機能を活かした活動参加を促していく
 - ③麻痺側下肢の足底をしっかりと接地させ、手すり把持の促し、立ち上がり及び立位保持介助量の軽減を図る
- ・安心して安全な生活を過ごせるよう援助していく
 - ①朝の集いや喫茶活動、料理教室、レクリエーション等への積極的な参加にて馴染みの関係作りを行なう
 - ②安心できる場や関係の構築により、尿意へのアプローチ(膀胱蓄尿機能の維持)

ご本人に行ってもらいたいこと

- ・日常生活の中でできる動作は自己にておこなうようにしてください

ご家族にお願いしたいこと

- ・面会や面会時の外出を時々お願いします
- ・外出時のトイレ介助方法をお教えますので、お気軽にお尋ねください

病気との関係で気をつけること

- ・再発予防のため、薬物のコントロールは確実に実施していきます

前回計画書作成時からの改善・変化等 (H 19 年 7 月 19 日)

左大腿骨頸部内側骨折後で骨接合術施行されています。術後の経過は良好との情報が入っておりますし、個別的なリハビリテーションの訓練も経過良好であったということです。出来るだけ本人の能力を活かした動作の指導を職員が統一して行なえるような状況にて身体機能の現状維持を図っていきたくと考えています。

備考

担当チーム

ご本人・ご家族への説明と同意 (年 月 日)

ご本人サイン:

ご家族サイン:

説明者サイン:

リハビリテーション実施計画書(1)

(事業所控え)

画評価実施日 平成19年10月15日

利用者氏名: 性別 女

70 歳 要介護度: 要介護3

健康状態(原因疾患、発症・受傷日等) #1. 脳血管性認知症 H13年 4月 19日 () #2. 左大腿骨内側骨折(骨接合術施行後) H19年 7月 19日 () #3. 年 月 日 ()	合併疾患・コントロール状態 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等) 高血圧 生活不活発病(廃用症候群) 発生原因が分かる場合はその内容 (麻痺側上下肢の拘縮、筋力低下)	心身機能 □ 運動機能障害: 麻痺側上下肢の随意性低下 □ 感覚機能障害: 麻痺側感覚鈍麻、痺れ感あり □ 高次脳機能障害: なし □ 拘縮(部位): 麻痺側の上下肢 □ 関節痛(部位): 特になし □ その他: 頻尿であるが精神面に左右される 認知症に関する評価: IIIa
---	--	---

参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入。) 入院・入所中の場合の退院先 □ 自宅 □ その他: □ 退院未定 家庭内役割(家事への参加、等) 身の回りのことが車椅子上でできる(精神的な安定が図れる) 社会活動: 他者との交流の中で馴染みの関係作りができる 外出(内容・頻度等): 家族との散歩や外出ができ、バスレク等に参加できる 余暇活動(内容・頻度等): 歌を歌う、テレビ鑑賞、談笑等楽しみながら過ごすことができる 退院後利用資源:

自立・介護状況	現在の評価及び目標					具体的なアプローチ							
	項目	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩行器・車椅子など	介護内容 つたい・もたれ等	到達時期	重点項目	PT, OT, STが実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動	トイレへの移動			A B C			車椅子、手すり	立ち上がり時、立位保持、座り時に腰部の支持			・移乗動作の動作指導、実施	・トイレへの移乗介助行なう ・車椅子駆動の促しを行なう、介助	
	階段昇降					A B C							
	屋内移動	A B C					車椅子、手すり	非麻痺側上下肢での駆動、手すりを把持しての駆動					
	屋外移動			A B C			車椅子	段差や坂道等は介助が必要					
	食事	A B C									・朝の集いや体操等への参加促し、実施	・食事のセッティング実施 ・排泄促しは精神面を考慮して促し、あるいは抑制をかけながら援助する	・精神面への配慮を行なう ・活動への参加により排尿時間延長している ・拒薬があり工夫必要
	排泄(昼)			A B C			手すり	ズボンの着脱に介助			・料理教室への参加促し、実施		
	排泄(夜)			A B C			手すり	ズボンの着脱に介助					
	整容		A B C					洗顔や整髪、口腔内洗浄を促して可能				・整容のセッティング行なう ・毎朝晩の更衣を促し、実施していく	
	更衣			A B C				上衣着衣は協力見られ、下衣はほぼ介助必要				・レクリエーションへの促し、実施	
	入浴			A B C				浴室内移動、浴槽出入り、洗体に介助				・頻尿の際にはパット装着にて対応	
コミュニケーション	A B C												
家事					A B C								
外出			A B C					バスレクや外食会への参加				・帰宅を要求される際は家族の方へ電話する対応をとることも考え	

自立・介護状況	現在の評価及び目標					具体的なアプローチ							
	項目	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩行器・車椅子など	介護内容 つたい・もたれ等	到達時期	重点項目	PT, OT, STが実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り	A C	B				手すり	何とか手すり使用して可能だが確実ではない				・起居動作への介助、自己にて行なう動作の促し	
	起き上がり		A C	B			手すり	頸部と膝窩部への介助で動作可能				・麻痺側下肢をしっかりとフットレストへ置く	
	座位	A C	B				手すり					・立ち上がりの際はしっかりと床に足底をつける	
	立ち上がり			A B C			手すり、アームレスト	手すり把持して腰部支持の介助にて可能					
	立位			A B C			手すり、アームレスト	手すり把持、腰部支持でバランスを保持					
摂食・嚥下	A B C						七分菜						

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例

A 目標

B 実行状況

C 能力

リハビリテーション実施計画書(2)

(事業所控え)

利用者氏名:

性別 女

70 歳 要介護度: 要介護3

ご本人の希望 (H # 年 7 月 # 日)

・よろしくお願ひします

ご家族の希望 (H # 年 7 月 # 日)

- ・在宅での長期の受け入れは困難
- ・気候が良くなれば、姪がいる時であれば外出や外泊も考えています
- ・現在の移乗の能力を出来るだけ維持して欲しい、介助量の軽減が出来れば欲しい

その人らしく生活するためのポイント

生活目標

- ・現在の身体機能及び精神機能の維持・向上を図る
- ・本人の能力を活かして動作を行ない、ADL能力の維持あるいは向上に努める(移乗動作の介助量軽減を図る)
- ・安心して安全な生活を過ごせるよう援助していく

ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみへの支援に向けての取り組み

リハビリテーションプログラム

- ・現在の身体機能及び精神機能の維持・向上を図る
 - ①レクリエーションや活動等への参加促しを行なう
 - ②基本動作への介助時(立位保持、立ち上がり動作、寝返り等)は本人への声掛けにて動作を促す
- ・本人の能力を活かして動作を行ない、ADL能力の維持あるいは向上に努める
 - ①ADL介助場面で本人の能力を活かして動作を行なう(トイレ動作、食事、整容、入浴の洗体等)
 - ②料理教室やクラフト活動等への参加促し、残存機能を活かした活動参加を促していく
 - ③麻痺側下肢の足底をしっかりと接地させ、手すり把持の促し、立ち上がり及び立位保持介助量の軽減を図る
- ・安心して安全な生活を過ごせるよう援助していく
 - ①朝の集いや喫茶活動、料理教室、レクリエーション等への積極的な参加にて馴染みの関係作りを行なう
 - ②安心できる場や関係の構築により、尿意へのアプローチ(膀胱蓄尿機能の維持)

ご本人に行ってもらいたいこと

- ・日常生活の中でできる動作は自己にておこなうようにしてください

ご家族にお願いしたいこと

- ・面会や面会時の外出を時々お願いします
- ・外出時のトイレ介助方法をお教えしますので、お気軽にお尋ねください

病気との関係で気をつけること

- ・再発予防のため、薬物のコントロールは確実に実施していきます

前回計画書作成時からの改善・変化等 (H 19 年 10 月 15 日)

現在身体機能の著名な変化はあっておらず、精神状態も比較的穏やかに経過されています。排泄は自室のポータブルトイレにてされており、終われば本人様専用の鈴を鳴らしていただき、職員を呼んでいただくようになっております。レクリエーションや朝の集い等の参加時は笑顔多く、関心を持って参加されていることが多く、今後も継続して行っていきたいと考えています。

備考

担当チーム

ご本人・ご家族への説明と同意 (年 月 日)

ご本人サイン:

ご家族サイン:

説明者サイン:

リハビリテーション実施計画書(1)

(事業所控え)

計画評価実施日 平成20年1月18日

利用者氏名:

性別 女

72 歳 要介護度: 要介護3

健康状態(原因疾患、発症・受傷日等)

#1. 脳血管性認知症

H13年 4月 19日 ()

#2. 左大腿骨頸部内側骨折(骨接合術施行後)

H19年 7月 19日 ()

#3.

年 月 日 ()

合併疾患・コントロール状態

(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)

高血圧

生活不活発病(廃用症候群)

発生原因が分かる場合はその内容

〔麻痺側(左)上下肢の拘縮、筋力低下〕

心身機能

☑ 運動機能障害:麻痺側上下肢の随意性低下

☑ 感覚機能障害:麻痺側感覚鈍麻、痺れ感あり

☐ 高次脳機能障害:なし

☑ 拘縮(部位):麻痺側の上下肢

☐ 関節痛(部位):特になし

☑ その他:頻尿であるが精神面に左右される

認知症に関する評価: IIIa

参加 主目標 (コロンの後に具体的な内容を記入。)

入院・入所中の場合の退院先 ☐ 自宅 ☐ その他: ☐ 退院未定
 家庭内役割(家事への参加、等):身の回りのことが車椅子上でできる(精神的な安定が図れる)
 社会活動:他者との交流の中で馴染みの関係作りができる
 外出(内容・頻度等):家族との散歩や外出ができ、バスレク等に参加できる
 余暇活動(内容・頻度等):歌を歌う、テレビ鑑賞、談笑等楽しみながら過ごすことができる
 退院後利用資源:

自立・介護 状況 項目	現在の評価及び目標					具体的なアプローチ							
	自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・杖具・歩行器・ 車椅子など	介護内容 つたいもたれ等	到達 時期	重 点 項 目	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点	
日常生活・ 社会活動		A	B	C		車椅子、手すり	立ち上がり時、立位保持、座り時に腰部の支持	4月	○	・移乗動作の動作指導、実施	・トイレへの移乗介助行なう ・車椅子駆動の促しを行なう、介助	・転倒事故防止に努め、再骨折を予防する	
	階段昇降				A	B	C						
	屋内移動	A	B	C		車椅子、手すり	非麻痺側上下肢での駆動、手すりを把持しての駆動	4月	○				
	屋外移動			A	B	C	車椅子	段差や坂道等は介助が必要					
	食事	A	B	C						・朝の集いや体操等への参加促し、実施	・食事のセッティング実施 ・排泄促しは精神面を考慮して促し、あるいは抑制をかけながら援助する ・整容のセッティング行なう ・毎朝晩の更衣を促し、実施していく ・レクリエーションへの促し、実施 ・頻尿の際にはパット装着にて対応	・精神面への配慮を行なう ・活動への参加により排尿時間延長している ・拒薬があり工夫必要	
	排泄(昼)		A	B	C		手すり	スポンの着脱に介助			・料理教室への参加促し、実施		
	排泄(夜)		A	B	C		手すり	スポンの着脱に介助					
	整容		A	B	C			洗顔や整髪、口腔内洗浄を促しで可能					
	更衣			A	B	C		上衣着衣は協力見られ、下衣はほぼ介助必要					
	入浴			A	B	C		浴室内移動、浴槽出入り、洗体に介助					
コミュニケーション	A	B	C										
家事				A	B	C							
外出			A	B	C		バスレクや外食会への参加						

自立・介護 状況 項目	現在の評価及び目標					具体的なアプローチ						
	自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・杖具・歩行器・ 車椅子など	介護内容 つたいもたれ等	到達 時期	重 点 項 目	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り	A	B			手すり	何とか手すり使用して可能だが確実ではない	4月	○	・起居動作能力の定期的な確認と指導	・起居動作への介助、自己にて行なう動作の促し ・麻痺側下肢をしっかりとフットレストへ置く ・立ち上がりの際はしっかりと床に足底をつける	・起居動作実施前に本人へ動作ポイントを確認し、動作場面では同じ内容を反復し練習することも重要である
	起き上がり		A	C	B	手すり	頸部と膝窩部への介助で動作可能	4月	○			
	座位	A	B	C								
	立ち上がり			A	B	C	手すり、アームレスト	手すり把持して腰部支持の介助にて可能				
	立位			A	B	C	手すり、アームレスト	手すり把持、腰部支持でバランスを保持	4月	○		
摂食・嚥下	A	B	C			七分菜						

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例

A 目標

B 実行状況

C 能力

リハビリテーション実施計画書(2)

(事業所控え)

利用者氏名:

性別 女

72 歳 要介護度: 要介護3

ご本人の希望 (H # 年 7 月 # 日)

・よろしく願います

ご家族の希望 (H # 年 7 月 # 日)

- ・在宅での長期の受け入れは困難
- ・気候が良くなれば、姪がいる時であれば外出や外泊も考えています
- ・現在の移乗の能力を出来るだけ維持して欲しい、介助量の軽減が出来ればして欲しい

生活目標

その人らしく生活するためのポイント

- ・現在の身体機能及び精神機能の維持・向上を図る
- ・本人の能力を活かして動作を行ない、ADL能力の維持あるいは向上に努める(移乗動作の介助量軽減を図る)
- ・安心して安全な生活を過ごせるよう援助していく

リハビリテーションプログラム

ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみの支援に向けての取り組み

- ・現在の身体機能及び精神機能の維持・向上を図る
 - ①レクリエーションや活動等への参加促しを行なう
 - ②基本動作への介助時(立位保持、立ち上がり動作、寝返り等)は本人への声掛けにて動作を促す
- ・本人の能力を活かして動作を行ない、ADL能力の維持あるいは向上に努める
 - ①ADL介助場面で本人の能力を活かして動作を行なう(トイレ動作、食事、整容、入浴の洗体等)
 - ②料理教室やクラフト活動等への参加促し、残存機能を活かした活動参加を促していく
 - ③麻痺側下肢の足底をしっかりと接地させ、手すり把持の促し、立ち上がり
- ・転倒等の事故及び再骨折の防止に努める
 - ①日常生活動作時のリスク管理に努め、危険性の無い方法を指導する。

ご本人に行ってもらいたいこと

- ・日常生活の中でできる動作は自己にておこなうようにしてください

ご家族にお願いしたいこと

- ・面会や面会時の外出を時々お願いします(気分転換等により精神面へのフォローアップになります)
- ・外出時のトイレ介助方法をお教えしますので、お気軽にお尋ねください

病気との関係で気をつけること

- ・再発予防のため、薬物のコントロールは確実に実施していきます
- ・転倒等の危険性に配慮し、再骨折の防止に努めます

前回計画書作成時からの改善・変化等 (H 20 年 1 月 18 日)

前回計画書作成時と比べ心身の状況に大きな変化はあっていません。また骨折後の強い後遺症も発生していません。比較的良好的経過と考えています。精神状態も穏やかに経過されています。何か分からないことがあった場合は、職員を呼んでいただき対応しています。レクリエーションや朝の集い等の参加時は笑顔多く、関心を持って参加されていることが多く、今後も継続して行っていきたいと考えています。

備考

担当チーム

ご本人・ご家族への説明と同意 (年 月 日)

ご本人サイン:

ご家族サイン:

説明者サイン:

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

研究2 肺炎に罹患した認知症高齢者のケアとリハビリテーション

【はじめに】

肺炎はわが国の高齢者の死因の第一位であり、肺炎への罹患により呼吸機能の低下のみならず、全身機能の低下、抗生剤投与による耐性の形成、長期臥床による廃用性症候群やじょく創等様々な身体や QOL への影響を与える。高齢者の肺炎発症の大きな要因として加齢に伴う臓器合併症や呼吸器、運動器の老化等による易感染性の増加、耐性の低下、誤嚥等多くがあげられ、市中肺炎、施設内肺炎、誤嚥性肺炎と肺炎の分類は多岐にわたるが、介護保険施設の入居者においてはそのどれもに罹患する可能性があり、医療、看護、介護、機能訓練等による多角的な予防や回復・維持に向けたケアが重要となる。

認知症高齢者は、認知機能の低下により機能回復に向けた介入への理解や継続が困難な例が多くあるとされる。しかし、肺炎に罹患した患者においては、低下した機能の回復と再発予防に向けた介入を肺炎の治療（医学的介入）終了後においても継続していくことが全身機能の回復・維持や QOL の維持のために重要であり、介護保険施設においても、引き続き再発予防や全身機能の回復維持を目的としたリハビリテーションを実施する必要がある。しかし、肺炎治療後の認知症高齢者の介護保険施設におけるケアやリハビリテーションの実態に関するエビデンスは少なく、また施設によるケアの差は大きいため患者の予後も様々であるとされる。このような背景から、施設における肺炎発症後の認知症高齢者に焦点を置いた、効果的なケアやリハビリテーションを促進し、看護介護等の多職種による介入の質の向上を目指した指針を打ち出していくことは急務である。

【目的】

本研究は肺炎を発症し病院等において入院治療後、介護老人保健施設（以下、老健）に入所した認知症高齢者のケアとリハビリテーション（以下、リハビリ）の実施状況を明らかにすることで、介護保険施設における肺炎後の認知症高齢者への効果的なケアとリハビリのあり方の指針作成に向けた基盤的資料の作成を目的とした。

【方法】

対象は、認知症介護指導者が所属し、肺炎を発症し治療終了後入所した認知症高齢者に対して、認知症高齢者本位のケアを目指し実践に取り組んでいる法人の老健 10

施設の看護職、介護職、理学療法士、作業療法士などである。データ収集は、半構造化面接法とし、面接内容は肺炎治療後の認知症高齢者に対する、それぞれの職種の立場におけるケアの考え方と具体的ケア内容、リハビリの考え方と具体的リハビリ、さらに他職種間での連携状況、介護サービス計画書、リハビリテーション実施計画書とした。

【倫理的配慮】

対象者には研究参加の同意を得た上で、面接内容を録音することにも同意を得た。報告では、対象者や施設が特定されないよう配慮した。

【結果および考察】

対象施設の概要については、表1（前掲）に示した。また面接対象者の概要については、表2（全掲）に示した。面接対象者は合計36名であり、そのうち11名が介護支援専門員を取得していた。

面接調査の具体については、特に多くの内容が語られた3施設について資料3に示した。さらに対象施設から得られた介護サービス計画書とリハビリテーション実施計画書については資料4に示した。

いずれの老健でも、肺炎前の状態に心身ともに回復すること、肺炎を再発しないことをケアやリハビリの目標としていた。その目標達成のために、第一に治療中の安静によって起こった廃用症候群を改善するために、認知症高齢者が生活の中で楽しみや他者との関係を大切にしながら離床して、有意義な時間を過ごせるようケアしていた。具体的には、居室内で過ごすのではなく、リビングなど他者が過ごしている場で共に過ごす、本人が楽しめる活動を提供し促す、職員が気にかけて回復を望んでいることを積極的に伝えるなどしていた。ただし体力低下しているため、そのような過ごし方によって過度に疲労していないか、特に抗生剤終了直後は再度発熱していないかなどに留意し観察していた。

口腔ケアも1日3回食後、状態によっては食事の前後に実施されており、口腔ケア方法は多職種で連携をとり個別に検討していた。ただし、個別の口腔ケア方法を介護・看護職員が統一して行えるようになるまでに困難を感じており、介護記録に写真や図を提示する、勉強会を開催するなど、周知するための取り組みを行っていた。

誤嚥しないためには、まず食べる時の姿勢や食事形態を認知症高齢者ごとに個別に

検討し、最も適切な姿勢やソフト食などの食事形態を選定していた。さらに、認知症高齢者が十分な空腹感を感じた上で自ら食事に集中することで最もスムーズに嚥下できると考えられており、過ごし方全般や食事間隔、メニューを個別に工夫していた。むせながら自らかき込んで食べ続けるなど食事ペースの調整困難な認知症高齢者には、職員がゆっくり食べることを言葉で促すとともに、周囲を静かで落ち着いた環境へと改善していた。以上より、老健におけるこれらのケアやリハビリによって、肺炎後の認知症高齢者の回復が促されることが示唆された。

老健 1 肺炎に罹患した認知症高齢者へのケアとリハビリ

*肺炎後の認知症高齢者への介入について

平成 19 年 1 月～12 月の肺炎の発生件数	述べ数の回数でいうと 28 回。人でいうと 18 名。 多くて 5 回。5 回は 1 名。 5 回と 2 回と 3 回。 3 人が 5 回と 2 回と 3 回肺炎を繰り返している。ただしその 1 年間で在宅に 1 回戻ってからのものもある。
肺炎の認知症高齢者に対するケアやリハビリテーションの目的、目標について語られたこと	肺炎の再発を予防することが目標である。肺炎を起こした方はまた肺炎のリスクがあって、その予防のために離床を行ったり、口腔ケアを行っている。ST が結構口腔ケアの難しい人などは方法を家族だとか、ケアの人に伝えて。離床の時間の拡大だとかというところに主に理学療法士がかかわって、車いすの選定ですとか、あとは座らせ方だとかというところで主に現場のところが話し合っている。 一度肺炎を起こされた方は廃用症候群に対して、また体力を付けていただくというところも目標である。食事のほうとの兼ね合いもあるが、理学療法のほうだと、寝たきりの方が肺炎を起こされてという方もいるが、なかなか個別で多く 1 時間とかはかけられないので、いわゆる呼吸に重度の方だと、寝たきりの方が肺炎をあまりしていない。それよりも何よりも改善というのでやはり、まずは起こして離床させることだと思う理学療法だとかという摂食手技はあまりしていない。あとに排痰閉して呼吸理学療法は実施していないが、体位排痰法も取り入れていかなければいけないのかなと思っっているところ、離床を主にアプローチしているが、体位排痰法も今後ちよつとやっつていったほうがいいかなということを考えている。
機能回復に向けたケアやリハビリテーションの実施状況とその内容	看護・介護は第 1 に口腔ケアと次に食事摂取の時に誤嚥しないように姿勢に特に気をつけている。 やはり口腔ケアはかなり気を遣って毎食後実施している。 ST がかなりかかわってくれるので、手技は個別であり、写真を撮ったりして手技を共有している。そのため口腔ケアで 1 時間もかかる人がある。毎日、口腔ケア専門の係りがナースも介護職もいる。そのため ST の指導のもと、看護・介護のスタッフは皆口腔ケアができる。また口腔ケア専門の係りが PEG の利用者のケアを担当している。

<p>STはオーラルバランス、ガーゼ、吸引など、いろいろな口腔ケアのやり方を指導している。口腔ケア時の体位や寝ている臥床状態のときも、唾液が流れ込まない体位をSTの指導のもと、写真で情報を共有している。ほとんどの認知症の人にはスタッフが歯ブラシを持って行って口腔ケアをするとか、本人を洗面台に連れてきて口腔ケアをやることをしている。しかも朝昼晩、徹底できている。認知症のない人では「おれ、歯磨いたからいいよ」と断わる人もいるが認知症のほうにスタッフがやるわけなので、徹底的にやっている。</p> <p>具体的に認知症の人で相当歯磨きが嫌で、興奮していらっしやる方でしたら、「じゃあ、ちょっと今回は、少し、ごめんね、すいませんでした」と言って、ちょっと空いて、違うスタッフが言ってみたりとか、ちょっと時間を空いて対応してみたり、それでもだめでしたら、お昼はちょっとしようがないので、お茶を勧め、お茶を口の中をちよっときれいにしてみたりするが、夜は必ずやらしてもらおう。認知症なので、その状況、状況で対応が違ってくる。ただ押さえつけてまでというのはいない。</p> <p>口腔ケアを行っている時反射的にブラシをかじる人がいるが、その場合も認知症の人はわざとかじっているわけではないことを理解した上でその状況に応じて対応している。だからそのようなのがしよちゅう、得意ですから。わざとではないので、しようがないかなと思う。</p> <p>老健1では、よほど熱がない限りは離床している。離床してホールで皆さんと一緒に過ごしている。</p> <p>肺炎の状況では利用者はだんだんレベルが落ちていく、ドクターの説明が重要になる。老健でできる治療はするが、それ以上の肺炎を繰り返して、これは何度も繰り返しますかと、病院も肺炎ぐらいいと専門病院でいっばいですから、肺炎を取るといことはなかなか難しい。取ることは取るが、ここでできる限りの抗生剤1週間ぐらいいとか点滴はするが、それ以上望むようだったら、何回か繰り返すと、どちらかというと専門の病院とかに行くケースと、見取りのほうに行くケースと、治療してまたそれを何回か繰り返す、家族の期待度、希望度によって様々である。基本的には肺炎はこちらの老健1内で治療する。</p> <p>この老健を創立したときは、肺炎はみんな病院で治療していた。しかし今はもう病院もいっばいだし、在宅方向に行っているし、病院も入院期間は短くなっているしということと、何年か前からはもうこちらで簡単な治療をしましようということと、肺炎はほとんどこの老健内で治療している。ただし重症でよほどの治療をしなければという人は病院です。熱が出だしたなと思ったら、もうレントゲンを撮って抗生剤はこちらでしている。それでだんだん落ちてくということも、そのつど先生がインフォームド・コンセントをして、戻らない人もいますし、だんだん、1、2年の間で、本当に階段を一段一段下りるように状態は悪くなっていく。そのような話を家族にもしながら。家族と共にケアしている。</p>	
	<p>リハビリテーションの環境（人的・物理的）</p> <p>使用している計画書、アセスメントツールの内容</p>

<p>ケア・リハビリテーション 介入の効果の評価方法</p>	<p>肺炎を再発しないということ</p>
<p>多職種間の連携協働の状況、実際</p>	<p>医師も含めて多職種間の連携はとてもよい。開所から何年かは、リハはリハ、介護は介護、自分の専門性を生かして、その人にかかわるということをやっていたが、職種間の連携がなかった。だからリハビリもやる気もなく、介護の中でいくらかこれを伝えようとしても理解してもらえない、やれといても忙しいからやれないとか、リハはリハで悩み、われわれは相談・連絡するところのチャームケアがつかめないう時期が何年かはあった。でも、ここ、4、5年は連携というところは教育でも入れている。多職種間のチームケアを促進するために看護も介護も栄養科も入り、ST、PT、OTも入り、相談室も入り行っている。朝のオリエンテーションは「走ってタベ転倒した」とか、「どういう状態だったのですか」とか、「ご家族に連絡しましたか」「では、それではあといつ帰りますか」「この人、熱が出てるんだけど3日後には帰れますか」などスタッフはそこで相談しやすく、情報も入る。従ってお互いの職種の専門性の相互理解が自然にできてきているし、そのような雰囲気を作っているので連携しやすい。この背景にはリハビリ部会というのに各部署のスタッフが必ず入っている。その部会でリハビリをどうしようかという話し合いをやっている。それでだんだん作り上げてきたものが、今このチームケアだと思っ一挙にできたものではなくて、一つ一つの積み重ねである。そして、この施設内外また法人全体をも含めて、内外で研修を一生懸命やって、学びを続けているということをしている。</p>
<p>家族との連携状況</p>	<p>老健でできる治療はするが、それ以上の肺炎を繰り返して、これは何度も繰り返しますかと、病院も肺炎ぐらいいだと専門病院でいっぱいですから、肺炎を取るということはなかなか難しい。取ることは取るが、ここでできる限りの抗生剤1週間ぐらいいとか点滴はするが、それ以上望むようだったら、何回か繰り返すと、どちらかという専門の病院とかに行くケースと、見取りのほうに行くケースと、治療してまたそれを何回か繰り返す、家族の期待度、希望度によって様々である。</p>
<p>肺炎発生への予防的介入 の実際</p>	<p>看護・介護は第1に口腔ケアと次に食事摂取の時に誤嚥しないように姿勢に特に気をつけている。 やはり口腔ケアはかなり気を遣って毎食後実施している。</p>

老健2 肺炎に罹患した認知症高齢者へのケアとリハビリ

*肺炎後の認知症高齢者への介入について

平成19年1月～12月の肺炎の発生件数	11名
肺炎の認知症高齢者に対するケアやリハビリテーションの目的、目標について語られたこと	肺炎になる前の状態にもどすこと。 誤嚥の防止。 口腔内の清潔を保つこと。 肺炎の原因を明らかにして肺炎を予防すること。
機能回復に向けたケアやリハビリテーションの実施状況とその内容	肺炎後の方は老健に戻ってきた時点でやはり誤嚥のリスクがすごく高い。そのため食事形態をミキサー食、刻み食はやめた。嚥下食とソフト食に変えたところである。 同じ法人内の病院に認定看護師（口腔ケア専門）がいる。その認定看護師に利用者の方の姿勢などを見てもらいケア方法の情報共有のための資料も作成してもらっている。 また肺炎のリスクが高いというすごい危機感があったので、病院へ職員全員を順番に見学実習に行ってもらい、口腔ケアについて勉強してもらっている。そして病院から入所された方に関してはやはり呼吸音の確認をしながら、食事前後も吸引をして食事をとっていただく利用者が何例か続いた。口腔ケアは1日3回やっているから自分のお部屋で、自分で口腔ケアしてもらいますと利用者が対しては、そのままやらせっ放しになっていて、体調を崩しても、あの人は自分で口腔ケアするからというのがつい起こりがちなので注意が必要である。あの人は自分でいってもできないからケアしようという見きわめが、看護も介護も日々の業務が忙しいと流されてしまうところがあるので十分でない時がある。 看護師によってはスクージングによって臥床時の排たんを促し、吸引もして食事をとるといふかかわりをしている。 特に大事にしたり気をつけているのは、姿勢であったり、一口の量である。それらに気をつけるために職員がすすわって食事介助することを重視している。 食事介助ではよりスムーズに食べてもらえるように姿勢や舌に食べ物をのせる位置、言葉かけなどを介助しながら工夫している。 沈下性肺炎など寝ている時間が長い人のほうが肺炎になりやすい。老健でのリハビリでは離床することを最も重要視している。 最近では内科でも呼吸器科でも、入院して早期からのリハビリというのは結構、医師の意識が高くなくてきたのか、きちんとリハビリが介

	<p>入しているので、入院して寝かせ放しになっていない。元々ADLレベルだった人が入院して車いすに座って点滴で加療してという形であれば、それほどADLは落ちない。従ってADLが落ちて戻ってきた人というのは、完全に廃用である。しかも入院によっての廃用である。在宅の人でもそのような人は多い。肺炎で入院して、そこに廃用性症候群になって戻ってきた。廃用なので、使っていけば戻るのだが、廃用で体力が落ちたところからリハビリで負荷をかけていかねばいけない状態なので、難しい部分もある。中には退院して老健に入所し、抗生剤が終了したらそのとたん発熱して再入院という利用者もいる。</p> <p>すなわちここから肺炎で入院して戻ってきた人という、廃用でADLが落ちているか、治り切らずに抗生剤をやめたらまた病院に戻ってしまいう利用者が多いということだ。</p>
<p>使用している計画書、アセスメントツールの内容</p>	<p>長谷川式認知症スケール</p>
<p>ケア・リハビリテーション介入の効果の評価方法</p>	<p>リハビリの介入の効果を評価するというのは、ADLが肺炎での入院前を100%と考えたとき、100%に対してどこまで近づけられたかということで行っている。入院して戻ってきてリハビリをやったから入院前よりよくなったなどというものは、なかなかない。入院して戻ってリハビリをやったら120%ぐらいまで上がりましたなどということもほとんどない。</p> <p>また、肺炎を再発しないということと、次に肺炎を再発するまでの期間でも評価している。</p> <p>誤嚥性の肺炎の人では、食事の形態と摂食状況、すなわち摂食状況とは誤嚥している可能性が高いのか、低いのかとか、その評価が重要である。口の中に食物残渣があるなども大切である。これらの評価・情報を法人内の認定看護師からもらい共有している。</p> <p>誤嚥性肺炎の場合は特にPTは利用者の姿勢の評価をする。さらに車いすが合っているかとか、テーブルの高さはどうかとか、他にはスプーンの大きさや自器具の選定などである。</p>
<p>多職種間の連携協働の状況、実際</p>	<p>他職種の意見やアドバイスはよくいっている。また朝のカンファレンスで、「あの人ケアがうまくできないね」とかという話が出てくれば多職種で検討する。</p>
<p>家族との連携状況</p>	<p>また肺炎を繰り返す可能性があるということは伝えてもらう。医師からも伝えてもらう。また肺炎の症状が出始めたときにご家族に、「もしかしたら病院に行くかもしれません」ということは連絡を取っている。</p> <p>肺炎を何度も何度も繰り返す利用者については、老健でみていくのか、療養型にするのか、胃ろうやそのようなものも含めて、家族がど</p>

	<p>これまでの希望を持っているのか、その辺を病院で確認をしてもらっている。胃ろうを作ることでもリスクが少しでも解除されることによって、特養に入れるといふまた別の道も開ける方もいらっしゃる。ご家族の希望、こだわりは大切になっている。</p> <p>リハビリとしてはリハビリテーション実施計画書を使って3ヶ月に1回は家族と連携をとっている。</p>
<p>肺炎発生への予防的介入 の実際</p>	<p>予防は、どんだん離床を促すということと、姿勢を見直したりすることが予防的介入の基本である。</p> <p>ただ体を起こしておけば肺炎の予防にはなるが、車いすに乗せたものの、30分して見てみたら車いすの上で寝てしまうということになりやすく、車いすの上で寝ているような状態がリハビリなのかどうかという疑問もある。したがって急には戻せないが、徐々に徐々に起きている時間を長くしていく。</p>
<p>肺炎発生への予防活動の 実際</p>	<p>実際に介護していると誤嚥を防ぐ座位のとおり方については、もっと効果を明らかにしていけないと感じている。たとえば、90度座位と他の角度の座位では誤嚥性肺炎予防効果はどのくらい異なるのかなどである。そして効果的な座位をとってもらえるように工夫していきたい。</p>

老健3 肺炎に罹患した認知症高齢者へのケアとリハビリ

*肺炎後の認知症高齢者への介入について

<p>平成19年1月～12月の肺炎の発生件数</p>	<p>肺炎は施設の中で抗生剤などの点滴をして治療している。室内で治療をしている。 肺炎は主に誤飲性の肺炎。</p>
<p>肺炎の認知症高齢者に対するケアやリハビリテーションの目的、目標について語られたこと</p>	<p>肺炎が早期に治り、普通に生活が送れるようになることである。普通に生活できるようなことになることというのは、口から食べて、みんなと触れ合いながら、その人が生活しているということが実感できるという意味だ。その人自身で実感できるということを重要視している。誤嚥性肺炎が多いのだが、やはり、同じことが起こらないようにということを目標としている。</p> <p>食事の時間、食事の量、それから種類を個別に検討する。時間というのは、食べる時間とかける時間である。極端に言えば、1日2食の方もしゃや。だから、1回に小さな手巻きの手巻きを2個ぐらしか食べない人もいる。そのように、介護者側の食に対する価値判断というか、それでケアを進めないということだ。</p> <p>種類というのは、常食にするかとか、刻み食にするとかトロメリンを使うとかということなのだが、それはできるだけ避けるようにしている。普通の形態に近いか、時間とか量を考えながら、できるだけ一般的な食事が食べられるという工夫にこだわっている。なるべく普通の食事形態にこだわるといのは、今まではどちらかというと、安全に食べるといことを重要視してきた。誤飲をさせない、安全に食べるということを優先して考えると、認知症高齢者には急にぐちゃぐちゃなご飯が出てきて、何を食べているのかわからない。食事を見て楽しむとか味わうなどということからだんだんかけ離れていってしまう。すなわち、少ない量でも人として満足して食べられるということが重用だ。</p> <p>普通の食事を楽しんで味わって満足して食べられるということと大事にすることを大事にするのと、特に肺炎をされた方なので、体力や疲労の度合いなどというものをきわめるといことがとても大事になってくるが、それらのアセスメントは、個人の年齢や、そこそ生活機能は十分アセスメントしなければいけない。さらに80とか90とかを超えた人が70代の人と同じだけの量を食べる必要があるかどうかということもやはり見きわめる必要がある。運動量も活動量も違ってくる。無理してたくさん食べさせようと思えば、無理が高くて誤飲になったりする。それから、本人の食べる、食欲がわく前にこちらが介助してしまったり誤嚥するということも起こる。無理して食べさせることがかえってむせたり誤飲をするので、本人が食べる必要性に合わせて介助するという、主を本当に利用者さんの生活を見ながらそばでサポートするという、そのような関係性を作っていくということをとって大切にしていく。このようにすることができるといっている。このようにならなから、誤嚥が減った。</p>

お熱が出ていたり、食欲が落ちているときは一時、口からそれほど頑張って食べさせるといふことをしない。一時点滴を使うこともあるし、水分だけで少し休ませて、また本人が元気が出たときに口からの介助をする。そのほうがかえってケアもやりやすい。何とか無理無理これだけの決まった量を食べさせようと思うとすぐ利用者さんに負荷がかかるし、トロメリンは入れると量がふえてしまう。あれを入れただけで大変な量になってしまい、食べるのが嫌になってしまふと考えている。

もう一つは、嚥下機能としゃく機能をきちんと見きわめてアセスメントすることだと思ふ。どうしても嚥下機能のほうを優先して見て「あら、むせた」だのと言うが、実は認知症の人はしゃくすることを忘れてしまつたりする。だから、きちんとかむように、誘導していき。「ちやんとかみかみしてごつくくんで飲むかな」ということもアセスメントする必要があり、それをしないと、本当はかみかみできずる能力があるにもかかわらず、どんどんトロメリンにして飲み込ませてしまふと、かえって誤嚥性の肺炎になってしまう、どうもそういうことが他の施設もあるように感じている。

かむことを忘れてしまふような人に対して、しっかりとんでもらうように具体的は、言葉とか、一緒にご飯を食べている。要するにかむ姿を見てもいいながらとか、「かもうね」と言つたりしている。

このようなケアで認知症高齢者はだんだん復活していく。医療職の悪いところは、病気が病気でないかということの判断がすぐくはつきりし過ぎてしまつていて、経過を追つて見ていくということが結構苦手で、病気になるまでには本当にプロセスがあつて、食べられない時期があつても、本人がだんだん復活してくると食べられるようになる。そのプロセスを大切にしている。

下がった人がもとの7にまで回復していくのには、5日から1週間。食欲は出てくる。それまでも無理無理食べさせてしまふので、おなかやすくところまでいかない。でも、そこまでは食べられるときに食べられる量だけということの様子を見ながら見ていると、本当におなかやすいたというようになると自分で食べていく。だから現場では、空腹にしてももらえない。食べさせられてしまふ。あまり活動をする必要も、年をとればなくなってくるから、生活の状況から見ても、おなかやす機会はなくなつていくし、時間がたてばおなかやすのだけけれども、その前に食べさせられてしまつていく。3食あつて、おやつがあつてなど。ということとは、食べる喜びとか、本当においしい、味わうということがない。

それまで職員の強迫観念をコントロールしないと、本当に本人の意欲というところまで見ることができない。

肺炎後の方のリハビリテーションは、発声をするとか、歌を歌うとか、うちのOTさんはやつている。何か発声訓練のようなのをやつている。看護・介護では特別リハビリなどというものはしていない。

誤嚥性の肺炎を繰り返す人には食前には口腔ケアをする。食前の口腔ケアと、やはり無症候性の誤嚥なのだ。症状がない。だから、体位を整えたりというレベルではない。本当にプレ・ターミナル時期ぐらいの人も多くなつてきているので、体位もなかなかとるのも難しくなつてきている。座れるが、やはりどうしようも上向きかげん。前屈させようと思つてもなかなか難しい。そのときに、先ほど言つた意欲を持つてということに非常にわたしたちはこだわっている。だから、本人が本当に自分でごつくくくしよと思わなければ、幾ら姿勢を整えても、介助されているうちはタイミングなどが違ふので、やはり誤嚥のリスクというのは高いと思ふ。だから、多分うちが減つてきたといふのは、本人が食べるからと思ふ。食べようと思つて飲み込む。

特に、嚥下訓練などということはしていない。

もちろん食べて、なってしまうという食べ方があるが、そしゃくであったり。でも、そのほかに例えば介助をしている、自分で食べる方もいらっしゃるが、そのペースがそのままにしているというのだったのか。よかつたのか、悪かつたのかとかを検討する。

あとはこちらで介助する側の方法がよかつたのか、悪かつたのか。食後すぐに寝かせてしまっていないかとか。いろいろな介助のほうのことも少し振り返ったりできないかと思ったりする。

食べ方というのは、一人いらつしゃつたのでだが、前に。ご自分ですごく食欲があつて、食べる。その方は多分ミキサー食だったり、おかし食だったりしたと思うが、食欲があるので、ばんばんご飯を詰めていく状態で、それが結局、ちゃんときちんと飲み込んでいないいうちからどんどん入れてしまうので、口の中で、ためながらどんどん飲み込んでいく状態だったので、そこから誤嚥性肺炎になつたという方が一人いらつしゃつた。その辺がもうちよつとうまうま対応できたらよかつたと思う。

食後すぐに寝かせることはあまりないのだが、たまたま例えば、ちよつと具合が悪いから早く寝かせてあげるとか。そのようなことなどは気をつけてやつていこうねということ、だいぶ前に気づいて、食後には1時間、2時間、少しそのまま様子を見てあげてということ、今はしている。

例えば、嚥下するスピードよりも早く入れてしまつて、口の中にいっぱいため込まれた状態になつてしまうという方については、きちんと分かつていらつしゃる方だったので、スタップが必ずご飯のときに横について、手は出さないが、口で横から「ゆっくり食べましょうね」ということは言い続けている。すると、ご本人もちよつと手を休めたりだとか。あとは、大きなスプーンでどんどんいってしまうので、「少し、小さなと替えますか？」と言うと本人は納得するので、それで少し食べてもらつたりだとか。「ゆっくり食べましょうね」ということは常に、横について声をかけてもらつていた。

職員は、食事介助をするときには、一緒に座っている。立つてではないので、横に座つて、同じ目線で食事介助をする。必ずだれかそばに、横に座るということはしている。

立つて介助をしていた時代はあつた。最初のころ、ユニットケアになる前は、立つて介助をしていた。介助の方が多かつたので、渡り歩いて、介助をするという感じがあつたが、ユニットケアになつて、スタップが増えたとかというようなことでは全然ないが、やはり座つて介助することで、だいぶ違つたことがたくさん見えてきたので、その辺が多分、ゆっくり観察するということができる。

利用者さんも横に立っている、ポケットとかおなかしか見えないけれども、やはり座れば顔が合うので、そうすると、食べて、飲み込んだというの、のどを見られる。立っているで見えないものが、口の中の状態とか、そしゃくの状態とか、「あ、今飲み込んだな」とか。あとは1回「ごくん」とやつても、まだまだまってる人があるので。2、3回にわけて飲み込ませる人もいますから、そのような癖とか、そのようなものは発見はできるかと思つて。座るのはすごいことなのだなと感じた。

それまではあまり気がつかなかつたし、このような感じ、食事介助していたので、口が開いている順番に入れていくような介助もしていた。ここでごくんと動いたというのは見えない。

口腔ケアは、まず食べる前に一度、口腔ケアを食前にさせていただく。ばんばん食べてしまつ方は、食前に口の体操というのを、リハビリ

り教えていただく。「パンダの宝物」だったか、「パンダの宝物」というのを繰り返していくといいということで、口の開きとか、飲み込みのこの辺の状態がよくなるということを知っていて、それを食前にその方は特にやっていた。

口腔ケアのほうは、食後は、人によるのですけれども、もちろん歯ブラシを使ったりとか、ガーゼでふき取る方もいらっしゃるが、必ず口の中をのぞき込む。端っこだけだと奥がたまっていたりする。水分をとろめつけている方などは、とろめの部分だけが奥のほうにたまっていることがあるので、そのようなことは徹底してやっています。

口腔ケアが一通り終わったあと、口の中をのぞかせていただくというときに、口を開かない方とか、嫌がる方とかというやはりいらっしゃる。そのようなときは無理しないで、しばらくすると、あとから出てきたりとか。だーっと流れてきたりとか、しゃべっているときに流れ出てきたりする。そのようなときに無理しないで、しばらくして、もう一回させてください。時間を置いて、またお願いして開けてもらったりとかしている。もしくは、開いたタイミングを見計らって、見せていただいたり、きれいにさせていただくということをしている。そのようなことで、1日の中では、口腔内はきれいに保つようになっている。

肺炎の方は、安静の期間があったりとかすると、どうしても体力的に落ちていて、食べることも、なかなか疲れてしまっでできないとかある。

肺炎後の方の疲労と、よくしていくの兼ね合いということについては難しい。最初は多分、食べることを忘れてしまっている方などもある。うまくしゃべることができなかつたりする人もいる。その辺もアセスメントをちゃんとしていくことが大切かと思っている。とりあえずは、食べるということを伝えたり、食事ということをなるべく認識してもらおうように、声をかけたり、隣に一緒に座ってはもちろんなのだが、一口ずつ、ゆっくり介助する中で、ご自分で食べられていた人は、なるべくお茶わんをちよつと小さめ、少しずつよそつてあげて、スプーンなり、おはしなり、自分が使っていたもので、ゆっくりゆっくりは食べていただくようにしている。しかし、やはり食べている途中で疲れてきてしまう。それで、本人が「食べたい」というのであれば、そこで介助を新たにするというか、していくようにしている。それを毎日少しずつやっていると、ゆっくりゆっくり食べられたり、そして、「飲み込むよ」とか「飲み込んでね」とかと声をかけてあげれば、少しずつ復活はできる。ただし、急には無理である。

疲れてしまっで、なかなか自分ではしを運ぶとか、そのようなことができなくなってきたということが観察され、でも本人は「食べたいんだ」とおっしゃったら、介助をしていく。

そして介助の量とか、ご自分でしていたただく時間を調整している。トータルでは、よくなるように持っていくことである。うちのフロアは今、介助の方がすごく多くて、やはり時間をかけてゆっくり食べたい方がいらっしゃるので、例えば12時のお昼ご飯だからと全員起こすことは全然してなくて、やはりその方が今寝ていたら、誤嚥性の方なども寝ていて、無理に起こして食べたところで、ご本人は食べる気にもなっていないし、眠いわけだし。なので、遅食という形で時間をずらして、ご本人が開眼されていたり、ベストなときに起きていただいて、初めて食べていただくようにしている。

しつかり意識が、はつきりして目が開いて、食べたい、おなかもすいたというときに、食べていただく。だから時間差で、ご飯を食べてもらっているのです、夕飯だからといって、全員がそろって食事をするわけではない。時間がずれてあとで食べる方は、またスタッフが1対

1でゆっくり食事を食べるというか、様子を見ながら食べてもらっている。そのようなところでは無理に全員がそろってご飯を食べるという事はしていない。

しっかり覚せいした人たちが本当に食べられる。口の開きによって、「今、食べたくないんだな」と分かる。そのようなのを実際にやっていると、食べたいときに食べてもらいたいという気持ちがあれば、時間がずれても、みんな全然、普通に当たり前のようにはできると思う。最初はやらされ感があったのかもしれないが、でも、やっていくうちに、「本当にこの人が食べたいときなのだ、今」というのが分かる、食事介助していて。本当に要らないときは何が何でも口を閉じますし、がんとして受けつけないというのも見られる。でも、時間を空けて、また違ったものをあげたりとかすると、本当においしそうに口を開けたりする。口を開けて待っていたりするというのが分かっている。その人に合った、好きなものだったり、嫌いなものを無理やり口に入られるのは多分嫌だろう。そのようなことを考えて、それを上手にやっていくと、もちろん誤嚥にもつながらない。無理やり食べさせられたりとかしてしまっているのではないか。もしかしたら、しいたげが嫌いなのに口に入れられて、「嫌だな」と思って、ごくっと思ってしまったりとか、あるのかなと思っている。その辺はやっていく中で、みんなスタツプが、「これはやっぱいいんだ」と思って、納得してやっている。だから、運食はちよっと言いが変わってしまうですね、運食というのは。その人にとって、「今は寝ているから、やめて、あとでしよう」とか。これはどうも好きではなさそうだから、ちよっとならぬ違うのを持ってきてあげて、食べてもらおうと、本当にいつも嚥下がなかなか、ご飯などもそもそもうまくいかない方なども、例えばちよっとならぬ違うのを持ってきてあげたものを食べると、ちよっとならぬ違うのを持ってきてあげたものが、当たり前のように普通にスムーズにご飯が入ったりする。好きなものとか、おいしいものはやはり上手に食べられるので。そのようなことを目の当たりにすると、そのようにやってあげるのがいいのかなと思う。

本当に点滴で最期まで迎えられるのかという方に対して、あきらめない。そのことの大事さを経験した。だから、今は点滴しないで、食事を3回、食べられているのすごい。出なかったおしっこも出るようになって、便も出るようになってというふうな方である。そのような状態にいくのを、やはりスタツプも目の当たりにすると、「ああ、やってよかったんだ」という。やはり、ケアの成果を主任がスタツプにちやんと戻しているから、だから頑張れる。

失敗もあるが。すごくいいように食べていったのだが、形態を少し、形態を上げてみようと思って、上げたところで、詰まってしまうとかかというのがある。だから、やはり判断が難しいと思う。一場面だけで判断してはいけないというの、反省できた。

先ほどの、点滴だけで最期までいくのかなという方に対して、蒸しパンを作った、その蒸しパンはユニットのスタツプで作った。以前好きだった、蒸しパンが。それで、もしかしたら食べられるかなとか、そのような発想だったのだが、ちよっとならぬ違うの、すごくいい状態だったりしている。その辺のところ「ああ、いけるかもしれない」というきっかけにはなった。

以前何が好きだったかとか、あと、ご家族が持ってきてくださる。この点滴の方もそうだし、肺炎のほかの方もご家族が、昔、好きだったものを作ってきてくださる。それをこちらでお預かりして、この食事の進まないとき、「嫌だな」というのが見えたときに食べると、やはり口の開きが、おうちの味なので分かって、ちやんと口を開いてくれたりとかかする。その辺はご協力を得ている。

ご家族に、「ご本人が好きなものを持ってきてください」と直接ではないが、会ったときに、「どのような物がお好きでしたか」とか、聞

	<p>いていくうちに、よく面会に来てくださる方が多いので、「作ってきましようか」と言ってきました。「ぜひ、お願いします」という形で作っていただいている。</p> <p>あとはやはり、食事がなかなかいかない方は、誤嚥ももちろん、そうなのだが、ご家族に、面会来たときに、「ちょっと一緒に食事をしてあげるといいかもしれないね」というようなアドバイスは、入所するときか、判定会議やサービス担当者会議のときとかに出し、ご家族とそこで話し合ったりしている。ご家族も遠慮して、持ってきてはいけないと思っている方が多い。パックに入れて持ってきてくださる方が多いので、すごく助かっている。やはり、おうちの味にはかなわない。そうしていくと、そしゃくも嚥下も、本当にびっくりするくらいスムーズだったりする。分らないにも、味は分かるのだからとすごく感じた。</p> <p>好き嫌いも介助していくと分かるので、「ああ、これは口の開きがいいから、きつとおいしいんだな」とか、「これはすぐ流れ出てくるから嫌いなのかな」とか。何回か試していくうちに分かるので。スタッフは無理しないで、おうちの人が持ってきたものとか、代用で1日トータルどのくらい食べられたらいいくらいの目標は持つが、あとは状態を見ながら、復活ができればいいという感じだ。</p>
<p>使用している計画書、アセスメントツールの内容</p> <p>ケア・リハビリテーション 88 1</p> <p>入の効果の評価方法</p>	<p>効果を評価するときには、次回、次の誤飲性肺炎の期間がどのくらいかということのも指標になる。</p> <p>すごく繰り返している人もいるが、そうではなくて、割にいい嚥下状態が保たれていたり、体力が保たれると、次の肺炎のときまでの期間があくし、もう繰り返さないということになる。</p>
<p>多職種間の連携協働の状況、実際</p>	<p>老健の場合は看護も介護も一緒なので、フロア担当で看護も介護も介護もいるので、看護・介護についてはあえて連携ということはない。同じ病棟の中において、やはり申し送りも一緒だし、密に情報交換ができています。</p> <p>口腔ケアは、菌のない人はガーゼを使用する。入れ歯のある人は入れ歯を取って洗う。菌のある人は歯ブラシでやる。口腔ケアをやってほしいという、あるスタンダードの手順統一できている。</p> <p>それからここは歯医者さんが隣にあるので、口の中のトラブルがあったときは歯医者さんに連れていける。提携病院の中である。廊下を渡ると歯医者さんに行ける。</p> <p>歯科を受診するのは、口内炎とか、それから、ちよっと残っている歯が虫歯になったり、あとは歯肉炎とか入れ歯作り、それから入れ歯の名入れ。入れ歯の裏に名前を入れてもらう。なくしたときに困るので、すぐになくす。</p> <p>口内炎とか、虫歯の痛みとか、歯肉炎を見つけたのは、ご飯を食べなくなるのでわかる。てきめんわかる。だから、食べられなくなつた背景をきちんと考える。その選択肢の一つに、口の中かなと。そうすると、歯医者さんに診てもらおうということになる。</p> <p>日々の様子とかは、朝のカンフアレックスではない、申し送りのときに全員が聞いているので、全員としましても、介護スタッフとナーズ、そこでやり取りをして、例えば先生にこの辺を確認したいということが出てくる。例えば、まだ微熱が続いてしまう場合とかあるから、</p>

そのようなところは誤嚥性のものなのか、かぜのものなのか。まだ治りきっていないとか。そのような判断は、どうするところか、そこはまず、「先生に聞こう」と、聞きたいこととかが出てくるので、そこで「先生に確認します」という発言が出てくる。そこで先生に確認するのは看護師である。看護師が確認をしてくれたら、「聞こうこよう、こようこよう」というところの情報を介護がもらって、そこで改めて「どうして聞こうか」ということを考えていく。

O Tに関しては、O Tのほうから「どうですか」という形で来てくれるので、そのときに、状態だったり、先ほど言った「パンダの宝物」などはO Tが教えてくれたのですけれども、「このようにやるといいですよ」と情報をもたらしたりはする。本当にそれは効いたのです、この方には。ちゃんと言えたので。そうすると、飲み込みがなぜかよかった。それでそのまま食事に行く。でもいい加減、何日もずっとやっていると、「パンダの宝物ですよ」というような、覚えていたのだと思ったりするようだ。

「もう言わない」とか、あったが、面倒くさいときは、そのようなのはリハビリのほうから教えてもらったりとか。リハビリで、こちらのほうでも、何かあったら教えてもらえらるるに、声はかけていくが、人に、それぞれによるので。

水分については誤嚥性肺炎だとみんなついでとみつけたがる。誤嚥性肺炎とか、飲み込みが悪いと、すぐにとろめというようになってしまうが、やはりよく見ていると、ある一人の方とかはオレンジ・ジュースが大好きで、オレンジ・ジュースだったら、ストローで吸ったり、吸い飲みで、吸える。普通のストレートのまま。だが、ほかのものだと、なかなか飲み込まないので、とろめのほうがいいのかなとか。とろめの強さも人によって違うのだが、誤嚥するからとろめ、みそ汁にもとろめ、みそ汁にもとろめ、一人一人、よく見ていくと、本当に好きな物は上手に飲む。どれほど誤嚥がありがちでも、上手に飲むし、好きな物は本当に食べる物でもそうだが、上手に食べたくて、飲みたいので、上手に飲み込む。むせるとすぐにとろめという考え方が、ついありがちだが、「よく見極めてから、しましうね」というように声はかけている。なかなかそのままで浸透していない。それだけ「好き」とか、「これを飲みたい」という意志とうか、意欲は、嚥下にもすごく多く影響を与えるのだなと、すごく感じている。

「ああ、食べられるの、飲めるの」とびっくりすることが多い。逆にとろみをつけるとおいしいかどうかと自分たちで試してみたら、おいしくないものも多い。

何でもとろめをつければいいというものではないと、みんなで言っている。いろいろ考えて、それはアセスメントしないと。この人はお茶はだめだが、おみそ汁は好きだから、上手に飲めているとかというのもあるし。逆に大好きだけれども、がととってしまふ。それでむせてしまったと、逆にあるので。その辺も声をかけたりしながら。あとは器が大きいと飲みにくかったら、ちよつと小さくするかという形で、飲めるようにしていただいて。最終的にとろめかなと、なるのだが。あとはとろめのジュースと、このようなゼリーがありますね。普通の市販でもいいが、同じオレンジでも、とろめのオレンジだと飲めないのですけれども、ゼリーのオレンジだったら飲めたりとかというのものもある。それもなぜだか、不思議なのだが、おいしくないのか、感触が嫌なのか、たまってしまう。どんどん食事がこうなって、誤嚥性になってしまうのかというのがあるが、やはり飲む本人の好みとか、口の中の状態、「こっちはいいわ」「こっちはだめ」というのがある。そのようなの見極めてあげようにはしている。

<p>家族との連携状況</p>	<p>まず、肺炎の状況、肺炎の診断がつくと、ご家族に連絡する。そうすると、どこで治療したいかということをご家族に連絡する。そうすると、どこで治療したいかということをご家族に伝える。それから、うちには挿管をしたり、長い間の酸素療法などではできないので、対症的なのはな苑の治療でいいかどうかということを確認した上で、どこで治療するかを決めるのだが、病院に移してほしいという人はこの数年来1例もない。</p> <p>病院に移してほしいという人がいないということは、こちらのふだんのケアですべても満足しているし、もちろん肺炎も十分に治していただけということがご家族に情報としてきちんと伝わっているということ。結構うちの強みは、インフォームド・コンセントが上手なのだ。タイムリーに、認知症なので、認知症によるいわゆる行動障害によつての連絡ではなく、身体状況の変化があったときに連絡をするルールができています。それは看護職がする。そのような身体状況の変化に対して説明し、家族がどう判断するかというのを結構タイムリーにやっているので、この老健での治療状況というか、医療体制というか、向き合い方がご家族が日ごろからご存じでいらっしゃるもので、いざそのようになったときも、そのような元々の連携があるので、この老健にお願いしやすさということになっている。</p> <p>元々は、入所のご家族の意向を聞いて、熱が出たり何か変化があったときにその都度連絡が欲しいのか、それとも施設に任せるとかということをお初めに聞いておく。その都度連絡が欲しいという人は、それこそ夜中でも電話する。そのような家族もいる。待たないで教えるという人も。そのうちに「朝でいいです」などと言うことになったりする人もいる。</p>
<p>88 89 肺炎発生への予防的介入の実際</p>	
<p>肺炎発生への予防活動の実際</p>	<p>自分から食べるということを大事にしているということと口腔ケアだ。</p> <p>肺炎を繰り返す人には食前に口腔ケアをしている。そして食後にも口腔ケアをやっている。</p> <p>それから、脱水の予防だ。水分摂取とほどほどな塩分だ。</p>

施設サービス計画書(1)

本人
家族

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名利用者名

住所

施設サービス計画作成者氏名及び職種

当介護支援専門員

施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地

施設サービス計画作成(変更)日 19年 11月 28日 初回施設サービス計画作成E平成 19年 9月 21日

認定日 平成19年 8月 9日 認定の有効期間 平成 19年 8月1日~平成 21年 5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(その他)

利用者及び家族の介護に対する意向

御本人:安全に過ごしたい。間食がしたい。
御家族:いつも良くしていただいて今のところはありません。

介護認定審査の意見及びサービスの種類の指定

総合的な援助の方針

安全に無理なくご本人の意思を尊重した生活ができるように支援していく。

ケアプラン基本調査

・利用者氏名 _____

・調査日 平成 19年 11月28日

・調査者 _____

項 目		特記事項(現状・何ができているか)	本人の気持ち	分析(可能性や働きかけ)
麻痺・拘縮	麻痺等の有無 5	1. ない 2. 左上肢 ③. 右上肢 4. 左下肢 ⑤. 右下肢 6. その他		
	関節の動く範囲の制限 5	1. ない 2. 肩関節 3. 肘関節 4. 股関節 ⑤. 膝関節 6. 足関節 7. その他		
移動	寝返り 5	①. つかまらな い ②. 何かにつか まれば可 ③. できない		
	起き上がり 5	①. つかまらな い ②. 何かにつか まれば可 ③. できない		
	座位保持 5	①. できる ②. 自分で支え ればできる ③. 支えてもら えればできる ④. できない		
	両足での立位保持 5	①. 支えなしで できる ②. 支えがあれば できる ③. できない		
	歩行 5	①. つかまらな い ②. 何かにつか まれば可 ③. できない		
	移乗 5	①. 自立 ②. 見守り等 ③. 一部介助 ④. 全介助	安全に過ごしたい。	両下肢の廃用性の筋力低下があるが、機能的には歩行可能である。半覚醒時はふらつきなどがあり転倒、転落の危険性がある。夜間不眠に対して向精神薬が投与されているが、屋間もウトウトしていることが多く、そのための歩行不安定も一因ではないかと思われる。特に起居動作時はふらつきが強いので見守りが必要。また、向精神薬については、検討する必要がある。
	移動 5	1. 自立 2. 見守り等 ③. 一部介助 4. 全介助		

項 目		特記事項(現状・何ができているか)	本人の気持ち	分析(可能性や働きかけ)
複 雑 動 作	立ち上がり 5	①. つかまらない でできる 2. 何かにつかま ればできる 3. できない		
	片足での 立位保持 5	1. 支えなしで できる ②. 支えがあれば できる 3. できない		
	浴槽の 出入 3	1. 自立 ②. 一部介助 3. 全介助 4. 行っていない		
	洗身 3	1. 自立 ②. 一部介助 3. 全介助 4. 行っていない	石鹸のついたタオルを渡すと自己洗身 されるが手の力が弱いため、洗い直し が必要である。	
特 別 介 護	嚥下 1	①. できる 2. 見守り等 3. できない	配膳し、すすめると自己摂取される が 食事のスピードが早く、水 分や汁物 にむせる事がたびたび ある。	配膳し、すすめると自己摂取さ れるが、水分を少ししか飲まれ ないため脱水の危険性が考え られる。 食事の形態はソフト2で固形 物 はむせなく嚥下できる が、水分や 汁物にむせる ため、本人が水分 摂取を控 えていると思われる。 歯 が一本も無いが義歯は使用せ ず、歯肉で咀嚼している。口腔 内の食物残渣は殆ど無い。 脱水予防のためにも本人がむ せなく水分が補給できるよう に、水分や汁物にトロミをつけ てみる。
	食事摂取 飲水 1	①. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	義歯がない事により咀嚼が困難な為全 粥、ソフト食②とヨーグルトを提供してい る。 食事はほぼ全量摂取 だが、水分を少ししか飲まれない。	
護	排尿行為 2	1. 自立 ②. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	(昼フレックスプラス・夜フレックスマキ シ) スポンを下ろすの難し いが上げるのは出来る 尿意・便意は ありトイレに行かれるがトイレでの排尿・ 排便はめったになく座ったらすぐ立ち上 がり「無理や出らん」と言いホールに戻 られるホールに戻ると「出た」と言い再 度トイレに行かれる事が時々ある。 前立腺肥大の為に、排尿しにくい場合 がある。	尿瓶で探ってくれ尿 瓶なら出る。
	排便行為 2	1. 自立 2. 見守り等 ③. 一部介助 4. 全介助		尿意・便意はありトイレに行か れるが便座に座る時間が短く トイレでの排泄が出来ない場 合がある。 又ご本 人の要望に応じて尿器での採 尿を試みる事で前立腺肥大に よる排尿しにくさを少しでも解 消できるのではないか。

項 目		特記事項(現状・何ができているか)	本人の気持ち	分析(可能性や働きかけ)
身 の 廻 り	口腔清潔 4	1. 自立 ②. 一部介助 3. 全介助	義歯は使用してない。 コップに水を入れ手渡せば自分で行う。	洗面動作うがい動作は声掛けを行えば出来るが、日によっては立位保持が不安定であり立位での洗面、うがいが困難な場合にはイスを準備し座って洗面、うがいをしていただく工夫が必要。
	洗 顔 4	1. 自立 ②. 一部介助 3. 全介助	洗面場に行き声掛けを行うと洗顔されることもある。	
	整 髪 4	1. 自立 2. 一部介助 ③. 全介助		
	爪切り 4	1. 自立 2. 一部介助 ③. 全介助		
	上着の着脱 4	1. 自立 2. 見守り等 ③. 一部介助 4. 全介助	前開きの衣服は声掛けし手渡せば自分で着脱出来るがボタンの付けはずしは介助が必要なこともある。	着脱動作は声掛けし、手渡すことで可能である 又ふらつく際は支えが必要。
	ズボン・ パンツ等 の着脱 4	1. 自立 2. 見守り等 ③. 一部介助 4. 全介助	支えるか座ってズボンを手渡し、声掛けを行うと自分で着られることもある。	
	金銭の管理 7	1. 自立 2. 一部介助 ③. 全介助	家族がおこなっている。	
	電話の利用 7	1. 自立 2. 一部介助 ③. 全介助		
日常生活 の意思 決定 7	①. できる 2. 特別な場合 を除きできる 3. 日常的に困難			
意 志 疎 通	視 力 7	①. 普通 2. 1m先が見える 3. 目の前が見える 4. 殆ど見えない 5. 判断不能		
	聴 力 7	1. 普通 2. やっと聞き取れる ③. 大きな声なら可 4. 殆ど聞こえない 5. 判断不能	耳元でゆっくりはっきりした声で話し掛けられれば聞き取れる。	
	意思の伝達 7	①. 伝達できる 2. 時々できる 3. 殆どできない 4. できない	大きな声でなら会話が可能である。 空腹時やトイレ時は「おーい」と呼ばれる。	
	指示への 反応 7	①. 通じる 2. 時々通じる 3. 通じない		

項 目		特記事項(現状・何ができているか)	本人の気持ち	分析(可能性や働きかけ)
記 憶 ・ 理 解	日課の理解 7	1. できる ②. できない	いつ(時間)なのかし たい。	臥床され過ごされている離床 された時がいつか分からない のではないかと。失見当識も あり、場所や時間がわからず、 不安である。 本人が安心 して居られるように、場所や時 間がわかるようにその都度の 声かけや視覚でわかるよう 日課表を作成してみる。もちろ ん本人と一緒に！。
	生年月日や 年齢を答える ことが 7	①. できる 2. できない		
	調査直前に 何をしていた か思い出す 7	1. できる ②. できない		
	今の季節を 理解する事 7	1. できる ②. できない		
	場所の理解 7	1. できる ②. できない		
問 題 行 動	被害的になる ことが 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある	少し考え「分からん」と答えられる。 会話中に一階に食堂があるとおっしやり行 かれようとされたので違う場所と間違っている ので場所に理解は出来ていないとかんが えられる。	
	作話 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	実際に見え たり聞こえたり する 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	泣いたり笑っ たりして感情 が不安定 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	夜間不眠 昼夜逆転 7	1. ない 2. ときどきある ③. ある		
	暴言や暴行 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	しつこく同じ 話をしたり 不快な音を たてる 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	大声をだす ことが 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	助言や介護 に抵抗する ことが 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	目的もなく 動きまわる ことが 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	家に帰るなど と言い落ち つかない 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		

項 目		特記事項(現状・何ができているか)	本人の気持ち	分析(可能性や働きかけ)
問 題 行 動	外出したら 戻れないこと が 7	1. ない 2. ときどきある 3. ある		
	1人で外に でたがり目が 離せない ことが 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	いろんな物を 集めたり無断 でもってくる ことが 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	火の始末や 火元の管理 ができない ことが 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	物や衣類を 壊したり破っ たりすること が 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	不潔な行為 をすることが 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	食べられない ものを口に することが 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
ひどい物忘れ が 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある			
特 別 な 医 療	処置内容 6	1. 点滴の管理 2. 中心静脈栄養 3. 透析 4. ストーマの処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器) 7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養 10. モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度等) 11. 褥瘡の処置 12. カテーテル(コンドームカテーテル・留置カテーテル ウロストーマ等)		
健	褥瘡等の 有無 6	褥瘡 ①. ない 2. ある		
		皮膚疾患 ①. ない 2. ある		
	薬の内服 6	1. 自立 ②. 一部介助 3. 全介助	手渡せば内服することができる。	
	バイタル サイン 6	バイタルサインを		
	痛み 6			
	浮 腫 7			

ケアチェック表

1. 食事・水分摂取等に関するケア

要介護者等の氏名:

ケアの内容		参考	現 状		予定	ケア提供の場所/使用道具等		
			提供	家族				
調理	調理		○			食事の場所	食堂・ホール	○
準備 後始末	食事の準備・後始末		○				居室(ベッド以外)	
	おやつ準備・後始末		○				ベッド・布団の上	
	飲み物の準備・後始末		○				その他:	
食事等の 摂取介助	食事中の見守り		○			食事の区分	一般食	○
	食事摂取一部介助						糖尿食()kcal	
	食事摂取全介助						その他の特別食	
	おやつ中見守り		○			主食	普通食	
	おやつ摂取一部介助						粥食	○
	おやつ摂取全介助						その他:	
	飲み物摂取介助						普通食	
経口流動食	食事・水分摂取量のチェック		○			副食	刻み食	
	経口流動食の準備・後始末						ミキサー食	
	経口流動食の実施						その他:ソフト食②	○
経管栄養	経管栄養の準備・後始末					食食用具	食事用エプロン	
	経管栄養の実施						滑り止めマット・シート	
	チューブの交換・観察						カップ・コップ・湯のみ	○
輸液・輸血	点滴・IVH・輸血の準備・後始末						吸い飲み・薬のみ	
	点滴・IVH・輸血の実施・観察や調整等						自助具:	
	点滴・IVH・輸血中の固定等						その他:	

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容/対応するケア項目
①本人の訴えや希望	○	○	<p>⑨ 配膳し、すすめると自己摂取されるが、水分を少ししか飲まれないので脱水の危険性が考えられる。 食事の形態はソフト2で固形物はむせなく嚥下できるが、水分や汁物にむせるため本人が水分摂取を控えていると思われる。脱水予防のためにも本人がむせなく水分摂取ができるようにする必要がある。 (ニーズ)好きなもので水分摂取したい。 (長期目標)自分から進んで水分摂取ができる。 (短期目標)職員にすすめられて水分摂取ができる。</p> <p>⑩⑪空腹感の訴えがあり、食事に対していない発言が聞かれる。 (ニーズ)満腹でいたい (長期目標)空腹感の訴えがなくなった (短期目標)空腹感の訴えが減った。</p>
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤調理面での問題等			
⑥摂取動作面での問題等			
⑦咀嚼機能面での問題等			
⑧嚥下機能面での問題等			
⑨摂取量面での問題等	○	○	
⑩体重の変化(増減)			
⑪食事の好み(好き嫌い)			
⑫その他の問題等		○	

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

ケアチェック表

2. 排泄に関するケア

要介護者等の氏名:

ケアの内容		参考	現 状		予定	ケア提供の場所／使用道具等		
			提供	家族				
準備 ・ 後始末	排尿介助の必要物品準備・後始末		○			排泄場所	トイレ	○
	排便介助の必要物品準備・後始末		○				ポータブルトイレ	
	尿器・便器・ポータブルトイレの消毒		○				ベッド・布団	
移乗 ・ 移動	トイレ・ポータブルトイレへの誘導		○			排泄用具	その他:	
	車椅子と便座間の移乗						ポータブルトイレ	
排 尿	排尿時の見守り		○			排泄用具	差し込み便器	
	排尿動作援助(排尿時の体幹の支え等)						採尿器・し瓶	○
	排尿後の後始末(直接的援助)						自動採尿器	
	膀胱手圧排尿、叩打法						装着尿器	
	導尿・留置カテーテル交換						布おむつ	
	膀胱洗浄						紙おむつ	○
	留置カテーテル・尿量等のチェック						尿とりパッド	
	排尿頻度・量・間隔チェック		○				失禁用パンツ	
排 便	排便時の見守り		○			排泄用具	尿感知器(おむつ)	
	排便動作援助(排便時の体幹の支え等)						ストーマ装具	
	排便後の後始末(直接的援助)						自助具:	
	摘便						その他:	
	浣腸							
	人工肛門のケア							
おむつ 交 換	おむつ交換の必要物品準備・後始末		○					
	おむつの点検・確認		○					
	おむつの装着・除去		○					

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目
①本人の訴えや希望	○	○	①⑨⑩ 尿意・便意はありトイレに行かれるが便座に座る時間が短くトイレでの排泄が出来ない場合がある。本人の要望に応じて尿器を使用することで前立腺肥大による排尿のしにくさを少しでも解消できると思われる。 <継続> (ニーズ)トイレで排泄したい。 (長期目標)トイレで排泄できる。 (短期目標)尿瓶に排尿できる。
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤移乗・移動面での問題等			
⑥排泄動作面での問題等			
⑦尿意・便意面での問題等			
⑧失禁面での問題等	○		
⑨排尿量や回数面での問題等	○	○	
⑩排便量や回数面での問題等	○	○	
⑪その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

ケアチェック表

3. 入浴・清拭等に関するケア

要介護者等の氏名:

ケアの内容		参考	現 状		予 定	ケア提供の場所／使用道具等		
			提供	家族				
準備・後始末	浴室準備・後始末・清掃		○			浴槽の種類	一般浴槽	○
移 乗 ・ 移 動	浴室内の見守り		○				臥床式特殊浴槽	
	浴槽・リフトへの誘導		○				座位式特殊浴槽	
	浴槽内外への移動		○				簡易浴槽	
	車椅子と浴槽内リフト間の移乗						移動入浴車浴槽	
	車椅子と浴槽内ストレッチャー間の移乗						その他:	
	ストレッチャーと浴槽内リフト間の移乗						シャワーのみ	
	ストレッチャーと特殊浴槽間の移乗						入浴しない	
	抱える・抱き上げる・背負う						シャンプーハット	
	リフト・特殊浴槽等の操作						浴槽用チェアー	
洗 髪	洗髪の必要物品準備・後始末		○			入浴用具	シャワーチェアー	○
	洗髪一部介助						滑り止めマット	
	洗髪全介助		○				バスボード	
洗 身	洗身一部介助		○				入浴担架	
	洗身全介助						入浴用懸吊式リフト	
清 拭 ・ 部 分 浴	身体清潔の必要物品準備・後始末		○				入浴用台座式リフト	
	部分清拭						自助具:	
	全身清拭						その他:	
	手指浴、足洗						浴室(入浴時)	○
	陰部洗浄		○				洗面所	
						洗髪 の 場 所	ベッドの上	
							布団の上	
							その他:	

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目
①本人の訴えや希望			⑥石鹸のついたタオルを渡すと自己洗身されるが手の力が弱い為、洗い直しが必要である。 (ニーズ)安全に洗身したい。 (長期目標)見守りで洗身できる。 (短期目標)声掛けをすることで洗身できる。
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤移乗・移動面での問題等			
⑥洗身動作面での問題等	○	○	
⑦洗髪動作面での問題等			
⑧入浴回数面での問題等			
⑨身体の清潔面での問題等			
⑩その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

ケアチェック表

4. 洗面、口腔清潔・整容・更衣に関するケア

要介護者等の氏名:

ケアの内容		参考	現 状		予定	ケア提供の場所／使用道具等		
			提供	家族				
洗 面	洗面所までの誘導		○			洗面の場所	洗面所	○
	洗面動作の指示		○				ホール	
	洗面一部介助		○				居室(ベッド以外)	
	洗面全介助						ベッド・布団	
口腔清潔	口腔清潔の必要物品準備・後始末		○			洗面用具	洗面器	○
	口腔清潔(歯みがき・うがい等)の介助		○				蒸しタオル	○
	入れ歯の手入れ						自助具:	
	口唇の乾燥を防ぐ						その他:	
整 容	結髪、整髪		○			口腔清潔用具	歯ブラシ	○
	散髪			○			綿棒・ガーゼ等	
	爪切り		○				義歯洗浄剤	
	髭剃り		○				自助具:	
	耳掃除		○				その他:	
更 衣	衣服・靴下・靴の準備・後始末		○					
	更衣動作の見守り・指示		○					
	更衣動作の一部介助		○					
	更衣動作の全介助							

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目
①本人の訴えや希望			⑬更衣時身体を支えたり声掛けを行う事で自分で着替える可能である。 (ニーズ)安全に自分で更衣が行いたい。 (長期目標)入浴時に見守りのもと自分で更衣ができる。 (短期目標)入浴時に自分で上着をきることができる。入浴時に自分でズボンをきることができる。 ⑮⑯洗面や口腔ケアの動作時に立位不安定になる場合があり工夫が必要である。 (ニーズ)ふらつくことなく、整容動作が行いたい。 (長期目標)ふらつくことなく、整容動作を行うことができる。 (短期目標)椅子に座り洗面、うがいを行うことができる。
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤移乗・移動面での問題等	○	○	
⑥洗面動作面での問題等	○	○	
⑦口腔清潔面での問題等			
⑧入れ歯の手入れ面での問題等			
⑨整髪動作面での問題等			
⑩爪切り動作面での問題等			
⑪髭剃り動作面での問題等			
⑫耳掃除動作面での問題等			
⑬更衣動作面での問題等	○	○	
⑭その他の問題等			

*代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

ケアチェック表

5. 基本動作介助・リハビリテーション等に関するケア

要介護者等の氏名: _____

ケアの内容		参考	現 状		予定	ケア提供の場所／使用道具等	
			提供	家族			
体位変換	体位変換一部介助		○			リハビリ室 作業室・活動室 ホール 居室(ベッド以外) ベッド 布団 その他:	○
	体位変換全介助						
	ビーズパッド・円座・足底板等の使用						
起 居	身体を起こす・支える		○			寝具の種類 布団 固定式ベッド 手動式ベッド ギャッチベッド その他のベッド:	
	端座位から臥床させる・寝かせる						
	ギャッチベッドの操作						
	ベッドからの昇降介助						
	座位保持の介助						
	立位保持の介助						
移 乗	車椅子の準備・後始末					除圧・体位変換用具 エアーマット 無圧式ウレタンマット ビーズマット 円座 ムートン 体位変換器 その他:	
	ベッドと車椅子間の移乗						
	ベッドとストレッチャー間の移乗						
	車椅子と床・マット間の移乗						
	車椅子と椅子間等の移乗						
移 動	歩行の見守り					移乗・移動用具 移乗板 移動バー 杖: 補助具: 歩行器: シルバーカー リフター: 普通型車椅子 介助型車椅子 片麻痺用車椅子 リクライニング型車椅子 電動車椅子 電動三輪車 その他:	
	歩行の介助		○				
	車椅子での移動の見守り						
	車椅子での移動の介助						
	ストレッチャーによる移動						
	抱える・抱き上げる・背負っての移動介助						
リハビ リテー ション	身体機能の訓練(関節可動域訓練等)						
	基本動作訓練(座位・立位・歩行等)						
	日常生活動作訓練(食事・排泄動作等)						
	物理療法(温熱療法・電気療法等)						
	作業療法						
	言語療法						

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目
①本人の訴えや希望	○	○	①⑧ 両下肢の廃用性の筋力低下があるが、機能的には歩行可能である。半覚醒時はふらつきなどがあり転倒、転落の危険性がある。夜間不眠に対して向精神薬が投与されているが、昼間もウトウトとされていることが多く、そのための歩行不安定も一因ではないかと思われる。特に起居動作時は「ふらつきが強い」ため見守りが必要である。向精神薬については検討する必要がある。 (ニーズ)安全に過ごしたい。 (短期目標)手引き歩行で安全に歩行が出来る。 (長期目標)付き添い歩行で安全に歩行出来る。
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤体位変換動作面での問題等			
⑥起居動作面での問題等			
⑦移乗・移動面での問題等	○	○	
⑧手指・上肢動作面での問題等			
⑨生活(住)環境面での問題等			
⑩在宅生活継続・復帰面での問題等			
⑪その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

ケアチェック表

6. 医療・健康に関するケア

要介護者等の氏名:

ケアの内容	参考	現 状		予定	ケア提供の場所/使用道具等	
		提供	家族		受診場所	現在処方中の薬剤
薬剤管理	薬の照合・区分・準備		○		受診場所	自宅(往診等)
	薬を渡す・服薬介助		○			診察室(外来通院)
薬剤使用	坐薬(緩下剤・解熱剤等)の挿入				現在処方中の薬剤	診察室(入院・入院先)
	褥創等の処置・軟膏塗布・薬浴等					居室(入院・入院先) ○
	眼・耳・鼻の外用薬の使用等					その他:
	温・冷あん法・湿布を貼る等					
	自己注射(インシュリン等)の指導等					
	注射の準備・実施・後始末					
処置等	吸引の準備・実施・後始末				現在処方中の薬剤	
	吸入の準備・実施・後始末					
	タッピング・体位排痰法等の実施					
	透析関連のケア					
	ベッド上での牽引					
	酸素吸入の準備・実施・後始末					
	気管切開口のケア・カニューレの交換					
	人工呼吸器使用中の観察					
	持続吸引・他のカテーテルの管理等					
	在宅酸素・吸引器等の在宅医療器具点検					
	測定等	巡視(夜間)・要態観察		○		
バイタルサインのチェック			○			
身長・体重・腹位等の測定			○			
受診 検査	通院・入院・受診の援助と付き添い				現在処方中の薬剤	
	処置中の固定等					
	検査用物品の準備・後始末					
	検体採取の準備・実施・後始末					
	隔離等に伴うケア					
要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等						
問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容/対応するケア項目			
①本人の訴えや希望						
②家族の訴えや希望						
③医療面での指示・管理等						
④代替ケアの可能性						
⑤治療中の疾病						
⑥処方されている薬剤						
⑦薬剤の管理や服薬面での問題等						
⑧受診介助面での問題等						
⑨バイタルサイン面での問題等						
⑩疼痛等の自覚症状						
⑪麻痺・拘縮						
⑫創傷・褥創等の皮膚疾患						
⑬浮腫						
⑭終末期の検討の必要性						
⑮その他の問題等						
医学的管理の内容と留意事項						

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、4-97-の導入を検討。

ケアチェック表

7. 心理・社会面等に関するケア

要介護者等の氏名:

ケアの内容	参考	現 状		予定	ケア提供の場所/使用道具等
		提供	家族		
相談 助言	本を読む・手紙の代読・代筆				コミュニケーション等用具 補聴器 眼鏡 拡大鏡(ルーペ) 文字ボード 難聴者用電話 緊急通報装置(電話) 自助具: その他:
	日常会話・声かけ		○		
	ナーズコールの受対応				
	助言・指導・励まし・カウンセリング				
	家族への連絡・対応・調整・情報収集		○		
書類作成	申請書類の記入・提出				
問題行動への対応	徘徊への対応・探索				
	不潔行為への対応				
	暴力行為・暴言への対応				
	その他の問題行動への対応		○		
余暇活動	散歩の付き添い				
	クラブ・レク活動中の援助		○		
環境整備	寝具整頓・ベッドメイキング等		○		
	寝具・リネン交換		○		
	居室内の掃除・ゴミ捨て		○		
	私物:花の手入れ・動物の世話等				
	衣服・日用品の整理整頓		○		
	衣服の修理・繕い				
	補助器具(私物)の管理				
	洗濯物を集める・運ぶ		○		
	洗濯する・干す・たたむ (業者)		○		
買物	買い物の付き添い				
	買物・依頼の物品購入				
金銭管理	現金管理・支払い等の代行			○	
移送	送迎者の運転				

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容/対応するケア項目
①本人の訴えや希望	○	○	①⑦⑧いつもウトウトとされており、時間があやふやになっている。失見当識もあり場所や時間がわからず不安である。本人が安心して居られるように、また時間や場所がわかるようにその都度の声かけが必要である。本人と一緒に日課表を作成してみよう。 (ニーズ)いつ(時間)なのか知りたい (長期目標)自分でいつ(時間)なのか分かる。 (短期目標)助言を受けいつ(時間)なのか分かる。
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤視力・聴力面での問題等			
⑥会話能力面での問題等			
⑦記憶・認知・理解力面での問題等	○	○	
⑧性格・生活習慣面での問題等	○	○	
⑨精神症状・問題行動面での問題等			
⑩生活(住)環境面での問題等			
⑪介助者・家族面での問題等			
⑫掃除・洗濯面での問題等			
⑬買物面での問題等			
⑭金銭管理面での問題等			
⑮移送サービス面での問題等			
⑯その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

施設サービス計画書

利用者

様

計画担当 介護支援専門員

総合的な援助の方針
安全に無理なく、ご本人の意思を尊重した生活ができるように支援していく。

本人

家族

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	担当者	頻度	評価日
#1安全に過ごしたい。	付き添い歩行で安全に歩行できる。	6カ月	手引き歩行で安全に歩行できる。	3ヶ月	①立ち上がった後には一旦椅子に腰掛けていただき歩行の意識づけを行う。	全職員	歩行時	
					②その時の歩行状態により脇を支える事や両手引きを行うのかを使い分け、なるべくご本人の歩行を過介助する事ないように気をつける。			
					③眠い状態の時には無理をせず、車椅子で移動する。			
					④個別リハビリパワーによる下肢機能訓練を行う。			
#2好みの物で水分摂取したい。	自分から進んで水分摂取が行える。	6カ月	職員に進められて水分摂取ができる。	3ヶ月	①お茶(トシ固め2杯)をスプーンに提供する。(オリゴ糖1杯)	全職員	飲食時	
					②配膳の際にお茶(トシ固め)をすすめる。摂取量が半分以下の時には時間を置いて再度すすめてみる。			
#3満腹でいたい。	空腹感の訴えがなくなった。	6カ月	空腹感の訴えが減った。	3ヶ月	①全粥(大盛り)ソフト食②1600キロカロリーを提供する。	全職員	毎食時 訴え時	飲食時
					②食事以外の空腹時には好物のチョコレートを提供する。			
					③			

サービス担当者

施設サービス計画書

利用者

様

計画担当介護支援専門員

総合的な援助の方針 安全に無理なく、ご本人の意思を尊重した生活ができるように支援していく。					本人			
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)					家族	担当者	頻度	評価日
長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容				
#4 トイレで排泄したい。	トイレで排泄出来る。	6ヶ月	尿瓶に排尿出来る。	3ヶ月	①覚醒時には尿瓶は必要か、確認する、必要な場合は尿瓶を手渡す。	全職員	訴え時	
#5 安全に自分で更衣が行いたい。	入浴時に見守りのもと、自分で更衣出来る。	6ヶ月	入浴時に自分でズボンを履くことが出来る。	3ヶ月	①声掛けを行いズボンを手渡し、ふらつく際は支えるか介助を行う。	早B 日B	入浴時	
#6 ふらつく事なく整容動作を行いたい。	ふらつくことなく整容動作を行う事が出来る。	6ヶ月	椅子に座り洗面うがいを行う事が出来る。	3ヶ月	①声掛けを行い上着を手渡し、ふらつく際は支えるか介助を行う。 ②整容の声掛けを行い、覚醒していただく。 ③椅子に腰掛けていただき見守る。	早A 遅A	整容時	
#7 自己洗身が行いたい。	見守りで自己洗身が行える。	6ヶ月	声掛けで自己洗身が行える。	3ヶ月	①声掛けし、石鹸のついたタオルを手渡す。 ②洗い残しを声掛けし、見守る。不十分なところがあった時には介助する。	早B 日B	入浴時	
#8 いつ(時間)なのか知りたい。	日課表をみてその日行う活動が分かる。	6ヶ月	助言を受けいつ(時間)なのか分かる。	3ヶ月	①声掛けし日課表を見ていただく。	全職員	毎朝食 時後	

サービス担当者

施設サービス計画書

利用者

様

計画担当介護支援専門員

総合的な援助の方針 安全に無理なく、ご本人の意思を尊重した生活ができるように支援していく。				本人			
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)				家族			
長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	担当者	頻度	評価日
【平成20年1月8日:追加プラン】							
#肺炎を防ぎたい	嚥下性肺炎をおこさない	6ヶ月	食事をゆっくり食べることができる	3ヶ月	①食事時は見守りを行う ゆっくりと食べるように声かけする。 ②食事中は嚥下状態やむせがないかを確認する。 むせがある場合は食べることを一度休むよう声かけをする。 ③食後に横になることを希望	全職員	食事時
					されたら、畳コーナーではなく、ベッドを使用する。逆流性肺炎を予防するためにベッドはギャッジアップ30度にする。	全職員	食事時

週間サービス計画表

本人
家族

利用者氏名 殿

(期間: H19年11月28日~H20年2月 日)

	月	火	水	木	金	土	日
4:00	様子観察						
5:00							
6:00	起床						
7:00	手洗い						
8:00	朝食						
9:00	日課表の確認	日課表の確認	日課表の確認	日課表の確認	日課表の確認	日課表の確認	日課表の確認
10:00	個別リハビリ(OT)		個別リハビリ(OT)				
11:00	手洗い						
12:00	昼食						
13:00							
14:00	手洗い		入浴	手洗い		入浴	手洗い
15:00	おやつ						
16:00							
17:00	手洗い						
18:00	夕食						
19:00							
20:00							
21:00	様子観察						
22:00	様子観察						
23:00	様子観察						
0:00	様子観察						
2:00	様子観察						
3:00	様子観察						

*全粥ソフト②1600カロリー提供 *歩行時は両手引き歩行 *希望時間食で対応する *排尿希望時は尿瓶使用

第7表

施設介護支援経過

施設サービス計画作成者
氏名

年月日	内容
H19-12-11	#1歩行時は「おーいおーい」と呼ばれるので一部介助にて立位をとっていただき一旦、椅子に腰掛け歩行の意識づけをおこなった又、眠い状態の時は車椅子を使用して転倒防止に努め安全に歩行が出来た。今後も継続したい。
	#2水分をあまり摂られない甘いものが好きなのでお茶にトロミを付けオリゴ糖を入れ甘くし飲水を促すと飲水されるので継続していく。
	#3全粥(大盛り)ソフト食② 1600キロカロリーを提供し空腹時は好みのチョコレートを提供することで空腹感の訴えは少なくなった今後も継続していく。
	#4トイレでの排泄は減多になかった、ご本人が尿瓶ならよく出ると訴えがあったのでトイレでは尿瓶を手渡すと排尿がある場合もあったので今後も継続していく。
	#5更衣は衣服を手渡し声掛けを行う事により、ご自分で更衣を行うことは可能だがズボン着用時立位がふらつかる事がある為、身体を支える必要がある。
	#6整容の際はふらつくことが多いので椅子に腰掛けていただくことが多かった為椅子を使用していくを継続する今後は歩行の機会を多くもうけ下肢筋力の低下を防ぐプランも立案する必要がある。
	#7石鹸のついたタオルを声掛けして渡すと自己洗身されるので不十分な所は声掛けしそれでも不十分な所は介助を行う今後も継続していく。
	#8簡単な日課表を見せるが時間にしか興味を示されなかった為、時計をみていただくとう理解された。
H20-1-8	#9 12月27日に誤嚥性肺炎をおこされた誤嚥性肺炎の原因は食事を召し上がるのが早い事や食後すぐにタタミコーナーに臥床されたがる為である。誤嚥性肺炎を繰り返さないようにプランを変更する。

施設サービス計画書(1)

本人
家族

初回・紹介 継続

認定済・申請中

利用者名 利用者名 _____

住所 _____

施設サービス計画作成者氏名及び職種 _____

当介護支援専門員 _____

施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地 _____

施設サービス計画作成(変更)日 20年 2月 22日 初回施設サービス計画作成日 平成 19年 9月 21日

認定日 平成19年 8月 9日 認定の有効期間 平成 19年 8月1日～平成 21年 5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(その他 _____)

利用者及び家族の介護に対する意向	御本人:安全に過ごしたい。間食がしたい。 御家族:いつも良くも悪くもいたただいて今のところはありません。
------------------	---

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	<div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; width: 100%;"></div>
------------------------	---

総合的な援助の方針	安全に無理なくご本人の意思を尊重した生活ができるように支援していく。
-----------	------------------------------------

ケアプラン基本調査

・利用者氏名

・調査日 平成 20年 2月22日

・調査者

項目		特記事項(現状・何ができているか)	本人の気持ち	分析(可能性や働きかけ)		
麻痺・拘縮	麻痺等の有無 5	1. ない 2. 左上肢 ③. 右上肢 4. 左下肢 ⑤. 右下肢 6. その他				
	関節の動く範囲の制限 5	1. ない 2. 肩関節 3. 肘関節 4. 股関節 ⑤. 膝関節 6. 足関節 7. その他				
移動	寝返り 5	①. つかまらな いのでできる 2. 何かにつか まれば可 3. できない				
	起き上がり 5	①. つかまらな いのでできる 2. 何かにつか まれば可 3. できない				
	座位保持 5	①. できる 2. 自分で支え ればできる 3. 支えてもら えばできる 4. できない				
	両足での立位保持 5	1. 支えなしで できる ②. 支えがあれ ばできる 3. できない				
	歩行 5	1. つかまらな いのでできる ②. 何かにつか まれば可 3. できない			下肢筋力が低下している為、手引き歩 行が必要である 最近食後の歩行中に転倒あり手引き歩 行で安全に歩行が可能である	安全に過ごしたい。
	移乗 5	1. 自立 2. 見守り等 ③. 一部介助 4. 全介助				
移動 5	1. 自立 2. 見守り等 ③. 一部介助 4. 全介助			食事以外は臥床して過ごして おり下肢筋力が低下し歩行 が不安定で手引き歩行が必要 である 食後はすぐ臥床が したいので自力で歩行され転 倒の危険がある、配膳後は 見守りが必要である		

項 目		特記事項(現状・何ができているか)	本人の気持ち	分析(可能性や働きかけ)
複 雑 動 作	立ち上がり 5	①. つかまらない でできる 2. 何かにつかま ればできる 3. できない		
	片足での 立位保持 5	1. 支えなしで できる ②. 支えがあれば できる 3. できない		
	浴槽の 出入 3	1. 自立 ②. 一部介助 3. 全介助 4. 行っていない		
	洗身 3	1. 自立 ②. 一部介助 3. 全介助 4. 行っていない	石鹸のついたタオルを渡すと自己洗身 されるが手の力が弱いいため、洗い直し が必要である。	
特 別 介 護	嚥下 1	①. できる 2. 見守り等 3. できない	配膳し、すすめると自己摂取され る。	配膳し、すすめると自己摂取さ れるが、水分を少ししか飲まれ ないので脱水症状などになる 可能性が考えられる ・水分や汁物はやはりむせる ことが多い。 甘いものが好物なのでトロミか ためのお茶にオリゴ糖を混ぜ てみよう。 お茶ゼリーはスプーンで召し 上がる事がある ・12月に嚥下性肺炎をおこして いるため、嚥下状態の観察を 継続して行う。
	食事摂取 飲水 1	①. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	義歯がない事により咀嚼が困難な為全 粥、ソフト食②、お茶ゼリーとヤクルトを 提供している 食事はほぼ全量摂取だが、水分を少し しか飲まれない。	
護	排尿行為 2	1. 自立 ②. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	(昼フレックスプラス・夜フレックスマキ シ)ズボンを下ろすの難し いが上げるのは出来る 尿意・便意は ありトイレに行かれるがトイレでの排尿・ 排便はめったになく座ったらすぐ立ち上 がり「無理や出らん」と言いホールに戻 られるホールに戻ると「出た」と言い再 度トイレに行かれる事が時々ある。 前立腺肥大の為に、排尿しにくい場合 がある。	尿瓶で採ってくれ尿 瓶なら出る。
	排便行為 2	1. 自立 2. 見守り等 ③. 一部介助 4. 全介助		尿意・便意はありトイレに行か れるが便座に座る時間が短く トイレでの排泄が出来ない場 合がある。 ご本人の要望に応じて尿器で の採尿を試みる事で前立腺肥 大による排尿しにくさを少しで も解消できるのではないかと。

項 目		特記事項(現状・何ができているか)	本人の気持ち	分析(可能性や働きかけ)
身 の 廻	口腔清潔 4	1. 自立 ②. 一部介助 3. 全介助	義歯は使用してない。 コップに水を入れ手渡せば自分で行う。	洗面動作うがい動作は声掛けを行えば出来るが、日によっては立位保持が不安定であり立位での洗面、うがいが困難な場合にはイスを準備し座って洗面、うがいをさせていただく工夫が必要。
	洗 顔 4	1. 自立 ②. 一部介助 3. 全介助	洗面場に行き声掛けを行うと洗顔されることもある。	
	整 髪 4	1. 自立 2. 一部介助 ③. 全介助		
	爪切り 4	1. 自立 2. 一部介助 ③. 全介助		
	上着の着脱 4	1. 自立 2. 見守り等 ③. 一部介助 4. 全介助	前開きの衣服は声掛けし手渡せば自分で着脱出来るがボタンの付けはずしは介助が必要なこともある。	着脱動作は声掛けし、手渡すことで可能である。又ふらつく際は支えが必要。
	ズボン・ パンツ等 の着脱 4	1. 自立 2. 見守り等 ③. 一部介助 4. 全介助	支えるか座ってズボンを手渡し、声掛けを行うと自分で着られることもある。	
	金銭の管理 7	1. 自立 2. 一部介助 ③. 全介助	家族がおこなっている。	
電話の利用 7	1. 自立 2. 一部介助 ③. 全介助			
日常生活 の意思 決定 7	①. できる 2. 特別な場合 を除きできる 3. 日常的に困難	食後ほたタミコーナーで休もうとされる		食後タタミコーナーで休もうとされるが誤嚥性肺炎をおこされた既往がある為食後の臥床を避ける必要がある。本人が希望される場合はベットを使用してギャッチアップする必要があると考える
意 志 疎 通	視 力 7	①. 普通 2. 1m先が見える 3. 目の前が見える 4. 殆ど見えない 5. 判断不能		
	聴 力 7	1. 普通 2. やっと聞き取れる ③. 大きな声なら可 4. 殆ど聞こえない 5. 判断不能	耳元でゆっくりはっきりした声で話し掛けられれば聞き取れる。	
	意思の伝達 7	①. 伝達できる 2. 時々できる 3. 殆どできない 4. できない	大きな声でなら会話が可能である。空腹時やトイレ時は「おーい」と呼ばれる。	
	指示への 反応 7	①. 通じる 2. 時々通じる 3. 通じない		

項 目		特記事項(現状・何ができているか)	本人の気持ち	分析(可能性や働きかけ)
記 憶 ・ 理 解	日課の理解 7	1. できる ②. できない		
	生年月日や 年齢を答える ことが 7	①. できる 2. できない		
	調査直前に 何をしていた か思い出す 7	1. できる ②. できない		
	今の季節を 理解する事 7	1. できる ②. できない	少し考え「分からん」と答えられる。	
	場所の理解 7	1. できる ②. できない	会話中に一階に食堂があるとおっしゃり行 かれようとされたので違う場所と間違ってい るので場所に理解は出来ていないとかんが えられる	
問 題 行 動	被害的になる ことが 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	作話 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	実際にはない ものが見え たり聞こえたり する 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	泣いたり笑っ たりして感情 が不安定 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	夜間不眠 昼夜逆転 7	1. ない 2. ときどきある ③. ある	日中は頃眠する事が多いがトイレに頻 回に行かれる	
	暴言や暴行 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	しつこく同じ 話をしたり 不快な音を たてる 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	大声をだす ことが 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある	難聴の為、トイレなどに行かれる時に大 声で職員を呼ばれる事はある。	
	助言や介護 に抵抗する ことが 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	目的もなく 動きまわる ことが 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
家に帰るなど と言い落ち つかない 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある			

項 目		特記事項(現状・何ができているか)	本人の気持ち	分析(可能性や働きかけ)
問 題 行 動	外出したら 戻れないこと が 7	1. ない 2. ときどきある 3. ある		
	1人で外に でたがり目が 離せない ことが 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	いろんな物を 集めたり無断 でもってくる ことが 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	火の始末や 火元の管理 ができない ことが 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	物や衣類を 壊したり破っ たりすること が 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	不潔な行為 をすることが 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
	食べられない ものを口に することが 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある		
ひどい物忘れ が 7	①. ない 2. ときどきある 3. ある			
特 別 な 医 療	処置内容 6	1. 点滴の管理 2. 中心静脈栄養 3. 透析 4. ストーマの処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器) 7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養 10. モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度等) 11. 褥瘡の処置 12. カテーテル(コンドームカテーテル・留置カテーテル ウロストーマ等)		
	褥瘡等の 有無 6	褥瘡 ①. ない 2. ある		
		皮膚疾患 ①. ない 2. ある		
	薬の内服 6	1. 自立 ②. 一部介助 3. 全介助	手渡せば内服することができる。	
	バイタル サイン 6	バイタルサインを		
	痛み 6			
浮 腫 7				

ケアチェック表

1. 食事・水分摂取等に関するケア

要介護者等の氏名:

ケアの内容	参考	現 状		予定	ケア提供の場所/使用道具等		
		提供	家族				
調理		○			食事の場所	食堂・ホール	○
準備	食事の準備・後始末	○				居室(ベッド以外)	
後始末	おやつ・飲み物の準備・後始末	○				ベッド・布団の上	
食事等の 摂取介助	食事の見守り	○			食事の区分	一般食	○
	食事摂取一部介助					糖尿食()kcal	
	食事摂取全介助					その他の特別食	
	おやつ中の見守り	○			主食	普通食	
	おやつ摂取一部介助					粥食	○
	おやつ摂取全介助					その他:	
	飲み物摂取介助					普通食	
経口流動食	経口流動食の準備・後始末				副食	刻み食	
	経口流動食の実施					ミキサー食	
						その他:ソフト食②	○
経管栄養	経管栄養の準備・後始末				食食用具	食食用エプロン	
	経管栄養の実施					滑り止めマット・シート	
	チューブの交換・観察					カップ・コップ・湯のみ	○
輸液・輸血	点滴・IVH・輸血の準備・後始末					吸い飲み・薬のみ	
	点滴・IVH・輸血の実施・観察や調整等					自助具:	
	点滴・IVH・輸血中の固定等					その他:	

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容/対応するケア項目
①本人の訴えや希望	○	○	⑨ 配膳し、すすめると自己摂取されるが、水分を少ししか飲まれないので脱水症状などになる可能性が考えられる。 汁物や水分はやはりむせることが多い。甘いものが好きなのでトロミ固めのお茶にオリゴ糖をまぜて飲んでもらおう。〈継続〉 (⑩⑪空腹感の訴えがあり、食事に対していない発言が聞かれる〈継続〉 >
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤調理面での問題等			
⑥摂取動作面での問題等			
⑦咀嚼機能面での問題等			
⑧嚥下機能面での問題等			
⑨摂取量面での問題等	○	○	
⑩体重の変化(増減)			
⑪食事の好み(好き嫌い)			
⑫その他の問題等		○	

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

ケアチェック表

2. 排泄に関するケア

要介護者等の氏名:

ケアの内容		参考	現 状		予定	ケア提供の場所/使用道具等		
			提供	家族				
準備 ・ 後始末	排尿介助の必要物品準備・後始末		○			排泄場所	トイレ	○
	排便介助の必要物品準備・後始末		○				ポータブルトイレ	
	尿器・便器・ポータブルトイレの消毒		○				ベッド・布団	
移乗 ・ 移動	トイレ・ポータブルトイレへの誘導		○			排泄用具	その他:	
	車椅子と便座間の移乗						ポータブルトイレ	
排 尿	ベッドとポータブルトイレ間の移乗					差し込み便器		
	排尿時の見守り		○			採尿器・し瓶	○	
	排尿動作援助(排尿時の体幹の支え等)					自動採尿器		
	排尿後の後始末(直接的援助)					装着尿器		
	膀胱手圧排尿、叩打法					布おむつ		
	導尿・留置カテーテル交換					紙おむつ	○	
	膀胱洗浄					尿とりパッド		
	留置カテーテル・尿量等のチェック					失禁用パンツ		
排尿頻度・量・間隔チェック		○			尿感知器(おむつ)			
排 便	排便時の見守り		○			ストーマ装具		
	排便動作援助(排便時の体幹の支え等)					自助具:		
	排便後の後始末(直接的援助)					その他:		
	摘便							
	浣腸							
	人工肛門のケア							
おむつ 交 換	おむつ交換の必要物品準備・後始末		○					
	おむつの点検・確認		○					
	おむつの装着・除去		○					

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容/対応するケア項目
①本人の訴えや希望	○	○	①⑨⑩ 尿意・便意はありトイレに行かれるが便座に座る時間が短くトイレでの排泄が出来ない場合がある。本人の希望があれば尿器での排尿を継続していく。 <継続>
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤移乗・移動面での問題等			
⑥排泄動作面での問題等			
⑦尿意・便意面での問題等			
⑧失禁面での問題等	○		
⑨排尿量や回数面での問題等	○	○	
⑩排便量や回数面での問題等	○	○	
⑪その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

ケアチェック表

3. 入浴・清拭等に関するケア

要介護者等の氏名:

ケアの内容	参考	現 状		予定	ケア提供の場所／使用道具等		
		提供	家族				
準備・後始末	浴室準備・後始末・清掃		○		浴槽の種類	一般浴槽	○
移 乗 ・ 移 動	浴室内の見守り		○			臥床式特殊浴槽	
	浴槽・リフトへの誘導		○			座位式特殊浴槽	
	浴槽内外への移動		○			簡易浴槽	
	車椅子と浴槽内リフト間の移乗					移動入浴車浴槽	
	車椅子と浴槽内ストレッチャー間の移乗					その他:	
	ストレッチャーと浴槽内リフト間の移乗					シャワーのみ	
	ストレッチャーと特殊浴槽間の移乗					入浴しない	
	抱える・抱き上げる・背負う					シャンプーハット	
	リフト・特殊浴槽等の操作					浴槽用チェアー	
洗 髪	洗髪の必要物品準備・後始末		○		入浴用具	シャワーチェアー	○
	洗髪一部介助					滑り止めマット	
	洗髪全介助		○			バスボード	
洗 身	洗身一部介助		○			入浴担架	
	洗身全介助					入浴用懸吊式リフト	
清 拭 ・ 部 分 浴	身体清潔の必要物品準備・後始末		○			入浴用台座式リフト	
	部分清拭					自助具:	
	全身清拭					その他:	
	手指浴、足洗					浴室(入浴時)	○
	陰部洗浄		○			洗髪 の 場 所	洗面所
					ベッドの上		
					布団の上		
					その他:		

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目
①本人の訴えや希望			⑥石鹸のついたタオルを渡すと自己洗身されるが手の力が弱い為、洗い直しが必要である<継続>
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤移乗・移動面での問題等			
⑥洗身動作面での問題等	○	○	
⑦洗髪動作面での問題等			
⑧入浴回数面での問題等			
⑨身体の清潔面での問題等			
⑩その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

ケアチェック表

4. 洗面、口腔清潔・整容・更衣に関するケア

要介護者等の氏名:

ケアの内容	参考	現 状		予定	ケア提供の場所／使用道具等		
		提供	家族				
洗 面		○			洗面の場所	洗面所	○
		○				ホール	
		○				居室(ベッド以外)	
						ベッド・布団	
口腔清潔		○			洗面用具	洗面器	○
		○				蒸しタオル	○
						自助具:	
						その他:	
整 容		○			口腔清潔用具	歯ブラシ	○
			○			綿棒・ガーゼ等	
		○				義歯洗浄剤	
		○				自助具:	
						その他:	
更 衣		○				その他:	
		○					
		○					

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目
①本人の訴えや希望			⑬更衣時身体を支えたり声掛けを行う事で自分で着替える可能である <継続> ⑤⑥洗面や口腔ケアの動作時に立位不安定になる場合があり工夫が必要である<継続>
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤移乗・移動面での問題等	○	○	
⑥洗面動作面での問題等	○	○	
⑦口腔清潔面での問題等			
⑧入れ歯の手入れ面での問題等			
⑨整髪動作面での問題等			
⑩爪切り動作面での問題等			
⑪髭剃り動作面での問題等			
⑫耳掃除動作面での問題等			
⑬更衣動作面での問題等	○	○	
⑭その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

ケアチェック表

5. 基本動作介助・リハビリテーション等に関するケア

要介護者等の氏名:

ケアの内容		参考	現 状		予定	ケア提供の場所/使用道具等		
			提供	家族				
体位変換	体位変換一部介助		○			リハビリの場所	リハビリ室	
	体位変換全介助						作業室・活動室	
	ビーズパッド・円座・足底板等の使用						ホール	○
起居	身体を起こす・支える		○			リハビリの場所	居室(ベッド以外)	
	端座位から臥床させる・寝かせる						ベッド	
	ギャッチベッドの操作						布団	
	ベッドからの昇降介助						その他:	
	座位保持の介助						布団	
	立位保持の介助						固定式ベッド	
							手動式ベッド	
移 乗	車椅子の準備・後始末					寝具の種類	ギャッチベッド	
	ベッドと車椅子間の移乗						その他のベッド:	
	ベッドとストレッチャー間の移乗						除圧・体位変換用具	エアーマット
	車椅子と床・マット間の移乗						無圧式ウレタンマット	
	車椅子と椅子間等の移乗						ビーズマット	
							円座	
移 動	歩行の見守り		○			除圧・体位変換用具	ムートン	
	歩行の介助						体位変換器	
	車椅子での移動の見守り						その他:	
	車椅子での移動の介助						移乗板	
	ストレッチャーによる移動						移動バー	
	抱える・抱き上げる・背負っての移動介助						杖:	
							補助具:	
リハビ リテー ション	身体機能の訓練(関節可動域訓練等)					移乗・移動用具	歩行器:	
	基本動作訓練(座位・立位・歩行等)						シルバーカー	
	日常生活動作訓練(食事・排泄動作等)						リフター:	
	物理療法(温熱療法・電気療法等)						普通型車椅子	
	作業療法						介助型車椅子	
	言語療法						片麻痺用車椅子	
							リクライニング型車椅子	
					電動車椅子			
					電動三輪車			
					その他:			

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容/対応するケア項目
①本人の訴えや希望	○	○	①⑧食事以外は臥床して過ごしており下肢筋力が低下し歩行が不安定な為、転倒の危険があるので手引き歩行が必要である(ニーズ)安全に過ごしたい。 (短期目標)手引き歩行で安全な(転倒なく)歩行ができる (長期目標)付き添い歩行で安全な(転倒なく)歩行ができる
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤体位変換動作面での問題等			
⑥起居動作面での問題等			
⑦移乗・移動面での問題等	○	○	
⑧手指・上肢動作面での問題等			
⑨生活(住)環境面での問題等			
⑩在宅生活継続・復帰面での問題等			
⑪その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、「114」の導入を検討。

ケアチェック表

6. 医療・健康に関するケア

要介護者等の氏名:

ケアの内容	参考	現 状		予定	ケア提供の場所 使用道具等		
		提供	家族				
薬剤管理	薬の照合・区分・準備		○		受診場所	自宅(往診等)	
	薬を渡す・服薬介助		○			診察室(外来通院)	
薬剤使用	坐薬(緩下剤・解熱剤等)の挿入				現在処方中の薬剤	診察室(入院・入院先)	
	褥創等の処置・軟膏塗布・薬浴等					居室(入院・入院先)	○
	眼・耳・鼻の外用薬の使用等					その他:	
	温・冷あん法・湿布を貼る等						
	自己注射(インシュリン等)の指導等						
	注射の準備・実施・後始末						
処置等	吸引の準備・実施・後始末						
	吸入の準備・実施・後始末						
	タッピング・体位排痰法等の実施						
	透析関連のケア						
	ベッド上での牽引						
	酸素吸入の準備・実施・後始末						
	気管切開口のケア・カニューレの交換						
	人工呼吸器使用中の観察						
	持続吸引・他のカテーテルの管理等						
	在宅酸素・吸引器等の在宅医療器具点検						
測定等	巡視(夜間)・要態観察		○				
	バイタルサインのチェック		○				
	身長・体重・腹位等の測定		○				
受診 ・ 検査	通院・入院・受診の援助と付き添い						
	処置中の固定等						
	検査用物品の準備・後始末						
	検体採取の準備・実施・後始末						
	隔離等に伴うケア						

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容/対応するケア項目
①本人の訴えや希望			
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤治療中の疾病			
⑥処方されている薬剤			
⑦薬剤の管理や服薬面での問題等			
⑧受診介助面での問題等			
⑨バイタルサイン面での問題等			
⑩疼痛等の自覚症状			
⑪麻痺・拘縮			
⑫創傷・褥創等の皮膚疾患			
⑬浮腫			
⑭終末期の検討の必要性			
⑮その他の問題等			

医学的管理の内容と留意事項

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、付-115-の導入を検討。

ケアチェック表

7. 心理・社会面等に関するケア

要介護者等の氏名:

ケアの内容	参考	現 状		予定	ケア提供の場所／使用道具等
		提供	家族		
相談 ・ 助言	本を読む・手紙の代読・代筆				コミュニケーション等用具 補聴器 眼鏡 拡大鏡(ルーペ) 文字ボード 難聴者用電話 緊急通報装置(電話) 自助具: その他:
	日常会話・声かけ	○			
	ナースコールの受理応答				
	助言・指導・励まし・カウンセリング				
	家族への連絡・対応・調整・情報収集	○			
書類作成	申請書類の記入・提出				
問題行動への対応	徘徊への対応・探索				
	不潔行為への対応				
	暴力行為・暴言への対応				
	その他の問題行動への対応	○			
余暇活動	散歩の付き添い				
	クラブ・レク活動中の援助	○			
環境整備	寝具整頓・ベッドメイキング等	○			
	寝具・リネン交換	○			
	居室内の掃除・ゴミ捨て	○			
	私物:花の手入れ・動物の世話等				
	衣服・日用品の整理整頓	○			
	衣服の修理・繕い				
	補助器具(私物)の管理				
	洗濯物を集める・運ぶ	○			
	洗濯する・干す・たたむ (業者)	○			
買物	買い物の付き添い				
	買物・依頼の物品購入				
金銭管理	現金管理・支払い等の代行			○	
移送	送迎者の運転				

要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等

問題点や解決すべき課題等	有	立案	具体的内容／対応するケア項目
①本人の訴えや希望	○	○	①食後たみコーナーで休もうとされるが誤嚥性肺炎をおこされた既往がある為、食後の臥床を避ける必要がある。本人が臥床を希望される場合はベットを使用してギャッチアップ30度する (ニーズ)誤嚥性肺炎になりたくない (短期目標)食事をゆっくり食べることが出来る (長期目標)誤嚥性肺炎をおこさない
②家族の訴えや希望			
③医療面での指示・管理等			
④代替ケアの可能性			
⑤視力・聴力面での問題等			
⑥会話能力面での問題等			
⑦記憶・認知・理解面での問題等	○	○	
⑧性格・生活習慣面での問題等	○	○	
⑨精神症状・問題行動面での問題等			
⑩生活(住)環境面での問題等			
⑪介助者・家族面での問題等			
⑫掃除・洗濯面での問題等			
⑬買物面での問題等			
⑭金銭管理面での問題等			
⑮移送サービス面での問題等			
⑯その他の問題等			

※代替ケアとは、自立支援あるいはQOL向上のために、他のケアの導入を検討。

施設サービス計画書

利用者

様

計画担当介護支援専門員

総合的な援助の方針 安全に無理なく、ご本人の意思を尊重した生活ができるように支援していく。					本人									
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)					家族									
長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	担当者	頻度	評価日							
#1安全に過ごしたい	付き添い歩行で安全に歩行できる。	6カ月	手引き歩行で安全に歩行できる。	3ヶ月	①立ち上がった後には一旦	全職員	歩行時							
					椅子に腰掛けていただき歩行の意識づけを行う。									
					②その時の歩行状態により脇を支える事や両手引きを行う									
					のかを使い分け、なるべくご本人の歩行を過介助する事ない									
					ように気をつける。									
					③眠い状態の時には無理をせず、車椅子で移動する。									
#2好みの物で水分摂取したい(継続)	自分から進んで水分摂取が行える。	6カ月	職員に進められて水分摂取ができる。	3ヶ月	①お茶(トシ固め2杯)をスプー	全職員	飲食時							
					に提供する。(オリ糖1杯)									
					②配膳の際にお茶(トシ固め)									
					をすすめる。摂取量が半分以下の時には時間を置いて再度すすめてみる。									
					#3満腹でいたい(継続)			空腹感の訴えがなくなった。	6カ月	空腹感の訴えが減った。	3ヶ月	①全粥(大盛り)ソフト食②	毎食時	飲食時
												1600キロカロリーを提供する。		
②食事以外の空腹時には														
好物のチョコレートを提供する。														
⑥食事時・臥床時はセンサー	全職員	常時												
ットをおく(食事時は右・臥床時は														
左)														
⑤配膳後は見守り、食事が済			全職員	食事時										
立ち上がられたら手引き歩														
を行い本人の行きたい所へ案内														
する														
④個別パワーリハビリによる	OT吉田	月 水												
下肢機能訓練を行う。														
③眠い状態の時には無理をせ			全職員	歩行時										
ず、車椅子で移動する。														

施設サービス計画書

利用者

様

計画担当介護支援専門員

総合的な援助の方針 安全に無理なく、ご本人の意思を尊重した生活ができるように支援していく。					本人			
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)					家族			
長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	担当者	頻度	評価日	
#4トイレで排泄したい(継続)	トイレで排泄出来る。	6カ月	尿瓶に排尿出来る。	3ヶ月	①覚醒時には尿瓶は必要か、確認する、必要な場合は尿瓶を手渡す。	全職員	訴え時	
#5安全に自分で更衣が行いたい(継続)	入浴時に見守りのもと、自分で更衣出来る。	6カ月	入浴時に自分でズボンを履くことが出来る。	3ヶ月	①声掛けを行いズボンを手渡し、ふらつく際は支えるか介助を行う。	早B 日B	入浴時	
			入浴時に自分で上着を着る事が出来る。	3ヶ月	①声掛けを行い上着を手渡し、ふらつく際は支えるか介助を行う。	早B 日B	入浴時	
#6ふらつく事なく整容動作を行いたい(継続)	ふらつくことなく整容動作を行う事が出来る。	6カ月	椅子に座り洗面うがいを行う事が出来る。	3ヶ月	①整容の声掛けを行い、覚醒していただく。	早A 遅A	整容時	
					②椅子に腰掛けていただき見守る。	早A 遅A	整容時	
#7自己洗身が行いたい(継続)	見守りで自己洗身が行える。	6カ月	声掛けで自己洗身が行える。	3ヶ月	①声掛けし、石鹸のついたタオルを手渡す。	早B 日B	入浴時	
					②洗い残しを声掛けし、見守る。不十分なところがあった時には介助する。	早B 日B	入浴時	
#8肺炎を防ぎたい(継続)	誤嚥性肺炎をおこさない	6カ月	食事をゆっくり食べることが出来る	3ヶ月	①食事は見守りを行うゆっくり召し上っていただけるように声掛けする	全職員	食事時	
					②食事中は嚥下状態むせはないかを確認する、むせがある場合は一度摂食動作を休んでいただく	全職員	食事時	
					③食後に臥床希望されたらベットを傾しギヤッチアップ30度やすんでいただく	全職員	食後	

サービス担当者

週間サービス計画表

本人
家族

利用者氏名 殿

(期間:H19)

	月	火	水	木	金	土	日
4:00	様子観察						
5:00							
6:00	起床						
7:00	手洗い						
8:00	朝食						
9:00	日課表の確認	日課表の確認	日課表の確認	日課表の確認	日課表の確認	日課表の確認	日課表の確認
10:00	個別リハビリ(OT)		個別リハビリ(OT)				
11:00	手洗い						
12:00	昼食						
13:00							
14:00	手洗い	入浴	入浴	手洗い	入浴	入浴	手洗い
15:00	おやつ						
16:00							
17:00	手洗い						
18:00	夕食						
19:00							
20:00							
21:00	様子観察						
22:00	様子観察						
23:00	様子観察						
0:00	様子観察						
2:00	様子観察						
3:00	様子観察						

*全粥ソフト②1600カロリー提供 *歩行時は両手引き歩行 *希望時間食で対応する *排尿希望時は尿瓶使用

施設介護支援経過

施設サービス計画作成者
氏名

殿

年月日	内 容
H20.2.15	#1歩行の際は一旦椅子に腰掛けていただき歩行の意識づけを行うのど、眠い状態の時は車椅子を使用するなどし転倒防止に努めたが1月23日、2月8日の食後、転倒をおこされたので椅子の横にセンサーマットを置き再発防止に努める為にプランに追加する。
	#2ロミつきお茶とお茶ゼリーを両方出すとどちらかを飲水されるので今後も継続していく。
	#3全粥(大盛り)ソフト食②1600キロカロリーを提供し空腹時は好みのお菓子を提供する訴えは少なくなった今後も継続していく
	#4トイレでの排泄は減多になかった、ご本人が尿瓶ならよく出ると訴えがあったのでトイレでは尿瓶の使用を継続していく。
	#5更衣は衣服を手渡し声掛けを行うことにより、ご自分で更衣を行うことは可能だがズボン着用時ふらつかれる為、身体を支える必要がある。
	#6整容時はふらつく事が多かった為、椅子を使用して継続していく。
	#7石鹸をつけたタオルを手渡し声掛けするが自己洗身される箇所が減ったので声掛けを増やし継続していく。
	#8食事時ゆっくり召し上がっていただく声掛けなどを行い少しはゆっくり召し上がられる声掛けのを増やしプランの継続をしていく。
H20.3.9	#8の評価
	*不顕性誤飲による両側びまん性肺炎が完治せず再燃した。(今回で3回目)
	3月9日熱発があり誤嚥性肺炎と診断ある食事中止となり点滴開始となる。
	3月24日より栄養プリン一日3食開始となる25日より朝、夕はお茶ゼリー昼はアイントニックが増やし増やし26日栄養プリンでむせあり微熱、ぜいめいを認めるSPO2 87~90% 23時より酸素1ℓ開始となる27日 13時、記念病院へ入院となる。

●健康状態(原因疾患、発症、受傷日等)
 ・脳梗塞
 ・脳血管性認知症
 ・老年期精神障害

●合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)
 ・高血圧症

●生活不活発病(廃用症候群) 発生原因が分かる場合はその内容・廃用によるものと考えられる下肢中腰部の軽度筋力低下認められる。

心身機能
 運動機能障害:
 Br. Stage :
 感覚機能障害:
 ・表在・深部感覚鈍麻
 高次脳機能障害:
 ・注意障害 集中力維持困難 構成失行 情報処理能力権劣 ・肢節運動失行

拘縮(部位):
 関節痛(部位):
 ・向膝関節運動および荷重時痛み訴えあり。
 その他:

認知症に関する評価
 ・HDS-R: 拒否点
 ・認知症度: IIIa
 ・MMSE: 点

参加 主目標 (コロン()の後に具体的内容を記入。)
 入院・入所中の場合の退院先
 自宅
 その他: ・特養申請済 日向園
 退院未定
 ・自宅復帰の希望もあるが介護力不足も心配され未定
 ●家庭内役割(家事への参加、等):
 ●社会活動:
 ●外出(内容・頻度等):
 ・ご家族や施設職員とともに車椅子にて散歩等の外出の機会を持つ
 ●余暇活動(内容・頻度等):
 車椅子時間を少しずつ増やし、施設生活にメリハリをつけて行かれる様ACTの導入を検討していく予定
 退院後利用資源:

障害老人の日常生活自立度: 正常・J1・J2・A1・A2 (B)1・B2・C1・C2
 認知症老人の日常生活自立度: 正常・I・IIa・IIb (IIIa・IIIb・IV・M

項目	自立・介護状況		現在の評価及び目標		介護内容 つたいもたれ等	到達 時期	重点 項目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
	自立	介助	全行	介助						
寝返り	目標: する活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	使用用具 杖・装具・歩行器・ 車椅子など ・ベッド網等つかまる物必要 ・ベッド網等つかまる物必要 ・ベッド網等つかまる物必要 ・ベッド網等つかまる物必要 ・ベッド網等つかまる物必要 ・ベッド網等つかまる物必要 ・車椅子は背もたれ必要	2月下旬		<個別リハビリ> 作業療法士 吉田による ③パワーリハによる下肢筋力訓練 精神活動に対する作業療法 を実施します。(月・水) 作業療法士 吉田より、 トイレット動作や入浴動作等の生活 動作の評価および訓練を行います。	<起居動作に対して> ①ご自分でも注意をしいらっ しゃやるようですが、下肢筋力低下 に伴い、起居動作時や起立時等に フラツキや転倒につながる可能 性もありますので、動作開始時に は見守りを行います。	※高度の記憶障害を伴もなう認知 症症状と軽度の高次脳機能 障害がありますので、一度にたく さんの動作指示等は混乱される 可能性があります。一つ一つ動作 指示の環境設定、声のかけ方の 工夫等留意する必要があります。 ※両下肢の廃用性の筋力低下が あります。立ち上がり時等はフラ ツキ等留意して見守り等行いま
	実行状況: している活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
起き上がり	目標: する活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 手すり等つかまる物必要 手すり等つかまる物必要	2月下旬				
	実行状況: している活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
坐位(保持)	目標: する活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 手すり等つかまる物必要 手すり等つかまる物必要	2月下旬				
	実行状況: している活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
立ち上がり	目標: する活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 手すり等つかまる物必要 手すり等つかまる物必要	2月下旬				
	実行状況: している活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
立位(保持)	目標: する活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 手すり等つかまる物必要 手すり等つかまる物必要	2月下旬				
	実行状況: している活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
移乗	目標: する活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 つかまる物、支持するもの必要 手すり等つかまる物必要 手すり等つかまる物必要	2月下旬				
	実行状況: している活動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

現在の評価及び目標欄における項目に関する記入例: 目標(自宅で"する活動") 実行状況:(日常生活で"している活動") 能力:(訓練・評価時に"できる活動") それぞれの自立度に「○」を記入する

リハビリテーション実施計画書(2)

項目	自立・介護状況			現在の評価及び目標		介入内容 つたいもたれ等	到達 時期	重要 項目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	具体的なプログラム 看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
	自立	一部 介助	全 介助	行 わ ず	使用用具 杖・装具・歩行器・ 車椅子など						
屋内移動	目標: する活動										※軽度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を併発する症状がある為、一度にたくさん動作指示等は混乱される可能性が非常に高い。一つ一つ動作指示の環境設定、声のかけ方の工夫等留意する必要がある。環境の整備や声かけ等が必要です。
	実行状況: している活動										
屋外移動	能力: できる活動										※軽度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を併発する症状がある為、一度にたくさん動作指示等は混乱される可能性が非常に高い。一つ一つ動作指示の環境設定、声のかけ方の工夫等留意する必要がある。環境の整備や声かけ等が必要です。
	実行状況: している活動										
階段昇降	目標: する活動										※軽度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を併発する症状がある為、一度にたくさん動作指示等は混乱される可能性が非常に高い。一つ一つ動作指示の環境設定、声のかけ方の工夫等留意する必要がある。環境の整備や声かけ等が必要です。
	実行状況: している活動										
トイレへの移動	能力: できる活動										※軽度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を併発する症状がある為、一度にたくさん動作指示等は混乱される可能性が非常に高い。一つ一つ動作指示の環境設定、声のかけ方の工夫等留意する必要がある。環境の整備や声かけ等が必要です。
	実行状況: している活動										
食事	目標: する活動										※軽度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を併発する症状がある為、一度にたくさん動作指示等は混乱される可能性が非常に高い。一つ一つ動作指示の環境設定、声のかけ方の工夫等留意する必要がある。環境の整備や声かけ等が必要です。
	実行状況: している活動										
排泄(尿)	能力: できる活動										※軽度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を併発する症状がある為、一度にたくさん動作指示等は混乱される可能性が非常に高い。一つ一つ動作指示の環境設定、声のかけ方の工夫等留意する必要がある。環境の整備や声かけ等が必要です。
	実行状況: している活動										
排泄(便)	目標: する活動										※軽度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を併発する症状がある為、一度にたくさん動作指示等は混乱される可能性が非常に高い。一つ一つ動作指示の環境設定、声のかけ方の工夫等留意する必要がある。環境の整備や声かけ等が必要です。
	実行状況: している活動										
整容	能力: できる活動										※軽度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を併発する症状がある為、一度にたくさん動作指示等は混乱される可能性が非常に高い。一つ一つ動作指示の環境設定、声のかけ方の工夫等留意する必要がある。環境の整備や声かけ等が必要です。
	実行状況: している活動										
更衣	目標: する活動										※軽度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を併発する症状がある為、一度にたくさん動作指示等は混乱される可能性が非常に高い。一つ一つ動作指示の環境設定、声のかけ方の工夫等留意する必要がある。環境の整備や声かけ等が必要です。
	実行状況: している活動										
入浴	目標: する活動										※軽度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を併発する症状がある為、一度にたくさん動作指示等は混乱される可能性が非常に高い。一つ一つ動作指示の環境設定、声のかけ方の工夫等留意する必要がある。環境の整備や声かけ等が必要です。
	実行状況: している活動										
コミュニケーション	能力: できる活動										※軽度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を併発する症状がある為、一度にたくさん動作指示等は混乱される可能性が非常に高い。一つ一つ動作指示の環境設定、声のかけ方の工夫等留意する必要がある。環境の整備や声かけ等が必要です。
	実行状況: している活動										
家事	目標: する活動										※軽度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を併発する症状がある為、一度にたくさん動作指示等は混乱される可能性が非常に高い。一つ一つ動作指示の環境設定、声のかけ方の工夫等留意する必要がある。環境の整備や声かけ等が必要です。
	実行状況: している活動										
外出	能力: できる活動										※軽度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を併発する症状がある為、一度にたくさん動作指示等は混乱される可能性が非常に高い。一つ一つ動作指示の環境設定、声のかけ方の工夫等留意する必要がある。環境の整備や声かけ等が必要です。
	実行状況: している活動										
摂食・嚥下	目標: する活動										※軽度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を併発する症状がある為、一度にたくさん動作指示等は混乱される可能性が非常に高い。一つ一つ動作指示の環境設定、声のかけ方の工夫等留意する必要がある。環境の整備や声かけ等が必要です。
	実行状況: している活動										

「現在の評価及び目標における項目に関する記入例」 目標: (自宅)で「する活動」 実行状況: (日常生活)で「している活動」 能力: (訓練・評価時に「できる活動」) それぞれの自立度: 「○」を記入する

リハビリテーション実施計画書(3)

ご本人の希望 (平成 19 年 11 月 28 日) ご家族の希望 (平成 19 年 月 日)
 ・安全に過ごしたい。間食がしたい。 ・いつも良くしていただいていた今のところ特にありません。

その人らしく生活するためのポイント
 安全に無理なくご本人の意思を尊重した生活ができるように支援していく。

生活目標

リハビリテーションプログラム

ご本人の状態や生活環境の改善・生きたい楽しみへの支援に向けての取り組み
 ・事情の変化に互しく、生活意欲の低下が畏られます。コミュニケーションの疎通性は困難で職員等の介入は必要となりますが、ゆっくり話しかけると時間はかかりすぎますが単語での回答はあります。中等度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を伴う認知症症状により施設生活でのセルフケアは一部介助から全介助になっていきますが、声かけ、誘導等の工夫でできる機能もまだ十分に残されていると思います。脳梗塞の後遺症や年齢による全身の体力低下や意欲低下があるため、今現在の体力や生活環境にメリハリをつけるため個別的にリハビリテーションを継続したいと思います。

<リハビリテーション担当：作業療法士 吉田 智代 >

ご本人に行ってもらえること
 ・出来るだけ、生活の中で立位、歩行の機会を取り入れていただきたいと思っています。また、日中は難床の時間を設け集団リハビリやレクリエーション等他の入所者の方と会話する時間を設けることで生活にメリハリを付けて過ごしていただけたらと思います。

ご家族にお願いしたいこと

病気との関係で気をつけること
 ・脳梗塞の既往、高血圧症がありますので、医療、食事管理等含め、日ごろからの様子観察を十分に行うよう努めます。

前回計画書作成時からの改善・変化等 (平成 19 年 月 日)

備考

担当者：ム

ご本人・ご家族への説明と同意：
 ご本人サイン：
 ご家族サイン：

説明者サイン：

注：本計画書に記載されている情報は、適切な介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

リハビリテーション実施計画書(1)

利用者氏名:

様

性別: (男)・女

生年月日: M()S()

年 月 日

(82 歳)

平成 20 年 2 月 22 日

3

要介護度:

●健康状態(原因疾患、発症・受傷日等)

●脳梗塞

●脳血管性認知症

●老年期精神障害

●合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)
●高血圧症

●生活不活発病(廃用症候群) 発生原因が分かる場合はその内容
・廃用によるものと考えられる下肢中枢部の軽度筋力低下認められる。

参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入。)

●入院・入所中の場合の退院先 自宅 その他: 特養申請済

●自宅復帰の希望もあるが介護力不足も心配された未定

●家庭内役割(家事への参加、等):

●社会活動:

●外出(内容・頻度等):

●家族や施設職員とともに車椅子にて散歩等の外出の機会を持つ

●余暇活動(内容・頻度等):

●維持時間を少しずつ増やし、施設生活にメリハリをつけて行かれる様ACTの導入を検討していく予定

●退院後利用資源:

退院未定

心身機能

運動機能障害:
Br. Stage :

感覚機能障害:
・表在・深部感覚鈍麻

高次脳機能障害:
・注意障害 集中力維持困難 構成失行 情報処理能力権劣 ・肢節運動失行

拘縮(部位):

関節痛(部位):
・両膝関節運動および荷重時痛み訴えあり。

その他:

認知症に関する評価
・HDS-R: 拒否点
・MMSE: 点
・認知症度: IIIa

障害老人の日常生活自立度: 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2

認知症老人の日常生活自立度: 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

項目	自立・介護状況		現在の評価及び目標		介護内容 つたいもたれ等	到達 時期	重点 項目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	看護・介護職等が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
	自立	介護	自立	介護						
歩行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歩行杖等つかまざる物必要	歩行杖等つかまざる物必要		5月下旬		①ご自分でも注意をしいらっ しやれるようですが、下肢筋力低下 に伴い、起居動作時や起立時等 につらツキや転倒につながる可能 性もありますので、動作開始時に は見守りを行います。		※高度の記憶障害を伴もなる認 知症症状と軽度の高次脳機能 障害がありますので、一度にたく さんの動作指示等は混乱される 可能性があります。一つ一つ動作 指示の環境設定、声のかけ方の 工夫等留意する必要性がありま す。 ※両下肢の廃用性の筋力低下が あります。立ち上がり時等はつら ツキ等留意して見守り等行いま す。
起上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ベッド側等つかまざる物必要	ベッド側等つかまざる物必要		5月下旬		②個別リハビリ> 作業療法士 吉田による ③パワーリハによる下肢筋力訓 練 精神活動に対する作業療法 を実施します。(月・水) 作業療法士 吉田より、 ・トイレ動作や入浴動作等の生活 動作の評価および訓練を行いま す。		
坐位(保持)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	長時間は背もたれ必要			5月下旬				
立ち上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	つかまざる物、支持するもの必要	つかまざる物、支持するもの必要		5月下旬	◎			
立位(保持)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	つかまざる物、支持するもの必要	つかまざる物、支持するもの必要		5月下旬				
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	つかまざる物、支持するもの必要	つかまざる物、支持するもの必要		5月下旬				
起居動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手すり等つかまざる物必要	手すり等つかまざる物必要		5月下旬				

リハビリテーション実施計画書(2)

項目	自立・介護状況	自 立 支 持 の 力	自 立 支 持 の 力 の 目 標	自 立 支 持 の 力 の 目 標 の 評 価 及 び 目 標	介 護 内 容 の 目 標	介 護 内 容 の 目 標 の 評 価	重 点 項 目	PT, OT, STが実施する内容・頻度等	具体的なアプロ チプ の 評 価 等 が 実 施 さ る 内 容・頻度等	実 施 上 の 留 意 点
屋内移動	目標: できる活動 実行状況: している活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子使用	C: 車椅子や近づくための必要	☆訓練時、またフロア一内でも定期的に歩行状態等移動動作に対して、理学療法士、作業療法士が評価していきます。	○	5月下旬		※軽度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を伴う認知症症状がある為、一度にたくさん動作指示等は混乱される可能性があるため、一つ一つ動作指示の環境設定、声のかけ方の工夫等留意する必要があります。環境の整備や声かけ等が必要です。
	能力: できる活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子使用						
屋外移動	目標: できる活動 実行状況: している活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子使用	B, C: 場所の提示等失音当番に対しての声かけや見守り必要					①環境の変化によることへの不安感や場所の失音当番が出現する可能性もありますので、場所の提示や声かけ、誘導等ご本人様の意思を尊重しながらケアを行います。
	能力: できる活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子使用						
階段昇降	目標: できる活動 実行状況: している活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子使用	※下階は部分乗車、上階は自車					☆定期的に入浴動作、排泄動作等施設内の生活活動に対しては、理学療法士、作業療法士が評価、随時訓練を行います。
	能力: できる活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子使用						
トイレへの移動	目標: できる活動 実行状況: している活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子使用 夜間はスマートトイレのポータブルトイレがほしい	A, B, C: 尿意、便意の観察等為時間ごとの誘導や声かけ必要					①失音当番もありませんので混乱したり不安になられたりしないように、一つ一つ大きな声ではっきりと説明を行い声をかけていきます。しかし、ご自分で出来る所は奪わないように、声かけや見守りを行っていきます。
	能力: できる活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子使用						
食事	目標: できる活動 実行状況: している活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	スプーン、箸使用 飲み物等ストロー使用	A, B, C: ポータブルトイレの後尿意は介助必要					☆軽度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を伴う認知症症状がありますので、一度にたくさん動作指示等は混乱される可能性があるため、一つ一つ動作指示の環境設定、声のかけ方の工夫等留意する必要があります。環境の整備や声かけ等が必要です。
	能力: できる活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	スプーン、箸使用 飲み物等ストロー使用						
排泄(昼)	目標: できる活動 実行状況: している活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	紙パンツ使用	A, B, C: 尿意、便意の観察等為時間ごとの誘導や声かけ必要					①失音当番もありませんので混乱したり不安になられたりしないように、一つ一つ大きな声ではっきりと説明を行い声をかけていきます。しかし、ご自分で出来る所は奪わないように、声かけや見守りを行っていきます。
	能力: できる活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	紙パンツ使用						
排泄(夜)	目標: できる活動 実行状況: している活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	オムツ使用	A, B, C: 尿意、便意の観察等為時間ごとの誘導や声かけ必要					☆軽度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を伴う認知症症状がありますので、一度にたくさん動作指示等は混乱される可能性があるため、一つ一つ動作指示の環境設定、声のかけ方の工夫等留意する必要があります。環境の整備や声かけ等が必要です。
	能力: できる活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	オムツ使用						
整容	目標: できる活動 実行状況: している活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	スプーン、箸使用 飲み物等ストロー使用	A, B, C: 尿意、便意の観察等為時間ごとの誘導や声かけ必要					①失音当番もありませんので混乱したり不安になられたりしないように、一つ一つ大きな声ではっきりと説明を行い声をかけていきます。しかし、ご自分で出来る所は奪わないように、声かけや見守りを行っていきます。
	能力: できる活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	スプーン、箸使用 飲み物等ストロー使用						
更衣	目標: できる活動 実行状況: している活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	スプーン、箸使用 飲み物等ストロー使用	A, B, C: 尿意、便意の観察等為時間ごとの誘導や声かけ必要					①失音当番もありませんので混乱したり不安になられたりしないように、一つ一つ大きな声ではっきりと説明を行い声をかけていきます。しかし、ご自分で出来る所は奪わないように、声かけや見守りを行っていきます。
	能力: できる活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	スプーン、箸使用 飲み物等ストロー使用						
入浴	目標: できる活動 実行状況: している活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子使用	A: 自宅浴室では浴槽の出入り等全一介助 B, C: 浴槽の出入り一介助					①失音当番もありませんので混乱したり不安になられたりしないように、一つ一つ大きな声ではっきりと説明を行い声をかけていきます。しかし、ご自分で出来る所は奪わないように、声かけや見守りを行っていきます。
	能力: できる活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子使用						
コミュニケーション	目標: できる活動 実行状況: している活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子使用	A: 環境を安定することで一歩介助で行うことが可能					①失音当番もありませんので混乱したり不安になられたりしないように、一つ一つ大きな声ではっきりと説明を行い声をかけていきます。しかし、ご自分で出来る所は奪わないように、声かけや見守りを行っていきます。
	能力: できる活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子使用						
家事	目標: できる活動 実行状況: している活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子使用	A: 記憶障害、失音当番ある為声かけや見守り等の一歩一歩介助が必要					①失音当番もありませんので混乱したり不安になられたりしないように、一つ一つ大きな声ではっきりと説明を行い声をかけていきます。しかし、ご自分で出来る所は奪わないように、声かけや見守りを行っていきます。
	能力: できる活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子使用						
外出	目標: できる活動 実行状況: している活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子使用	A, B, C: 水分等にはむせ込み(+)					①失音当番もありませんので混乱したり不安になられたりしないように、一つ一つ大きな声ではっきりと説明を行い声をかけていきます。しかし、ご自分で出来る所は奪わないように、声かけや見守りを行っていきます。
	能力: できる活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子使用						
摂食・嚥下	目標: できる活動 実行状況: している活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子使用						①失音当番もありませんので混乱したり不安になられたりしないように、一つ一つ大きな声ではっきりと説明を行い声をかけていきます。しかし、ご自分で出来る所は奪わないように、声かけや見守りを行っていきます。
	能力: できる活動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	車椅子使用						

現在の評価及び目標における項目に関する記入例: 目標(自宅で"できる活動") 実行状況(日常生活で"している活動") 能力(訓練・評価時に"できる活動") それぞれの自立度別に"O"を記入する

リハビリテーション実施計画書(3)

ご本人の希望 (平成 20 年 2 月 22 日)
 ・安全に過ごしたい、間食がしたい。

ご家族の希望 (平成 20 年 2 月 22 日)
 ・いつも良くしていただいて今のところ特にありません。

その人らしく生活するためのポイント
 安全に無理なくご本人の意思を尊重した生活ができるように支援していく。

生活目標

リハビリテーションプログラム
 ご本人の状況や生活環境の改善・生きがい・楽しみの支援に向けての取り組み

・表情の変化に乏しく、生活意欲の低下が見られます。今年に入り体調崩され発熱が続き経口摂取ができなかった時期もあり、離床時間が短くなり下降機能、歩行能力徐々に低下傾向でありましたが、2月に入りまた、少し体調戻られ、2回リハビリ室での歩行器による歩行訓練も行えます。中等度の高次脳機能障害と高度の記憶障害を伴う認知症症状により施設生活でのセルフケアは一部介助から全介助と変わりますが、体調が回復すれば、声かけ・誘導等の工夫でできる能力もまだ残されていると思います。脳梗塞の後遺症や年齢による全身の体力低下や意欲低下、現在では誤嚥性の肺炎からと思われれる微熱が続く等、体調に波はありますが、今現在の機能維持の為に個別のリハビリテーションは継続したいと思います。

<リハビリテーション担当 : 作業療法士 吉田 智代 >

ご本人に行ってもらいたいこと
 ・体調の良いときには、生活の中で立位、歩行の機会を取り入れていきましよう。また、日中は離床の時間を設け集団リハビリやレクリエーション等他の入所者の方と会話する時間を設けることで生活にメリハリを付けて過ごしていくようにましよう。

ご家族にお願いしたいこと

病気との関係で気をつけること
 脳梗塞の既往、高血圧症がありますので、医療、食事管理等含め、日ごろからの様子観察を十分に行うよう努めます。

訂計画書作成時からの改善・変化等 (平成 20 年 月 日)

備考

担当チーム

ご本人・ご家族への説明と同意:

ご本人サイン:

ご家族サイン:

説明者サイン:

身体疾患治療終了後の認知症高齢者の介護保険施設における
効果的なケアとリハビリテーションのあり方に関する
調査研究委員会

酒井 郁子 千葉大学大学院看護学研究科 教授

吉本 照子 千葉大学大学院看護学研究科 教授

湯浅 美千代 順天堂大学医療看護学部 准教授

飯田貴映子 千葉大学大学院看護学研究科 助教

諏訪さゆり 認知症介護研究・研修東京センター 主任研修主幹