

ケアプラン

サービス支援計画の重要性

- 作業計画と分担の全体像の計画
- 利用者の支援ネットワークの分業、役割活動
- 直接参加性、チームワークの熱意
- 責任性、実行者の役割、期限を確定
- 指針、目標の達成を見届ける
- 評価可能性、計画の妥当性の評価

利用者へのサービス支援計画

利用者氏名
ニーズの領域
影響の大きな目標

計画作成日

サービスと支援の小目標	実行者と実施活動			期限	期待される変化
	利用者	社会的ネットワーク	専門職		

個人計画表(ストレングスモデル)

利用者氏名
予定面接回数

ケアマネジヤ氏名

計画作成日

特に焦点を当てる生活領域

日常生活
ソーシャルサポート
家計/保険

職業/教育
余暇/レク支援
健康

利用者の長期目標

測定可能な達成すべき短期目標	どのように実行するのか	達成予定日	達成日	コメント

利用者サイン 日付

ケアマネジヤサイン 日付

ケアプランの展開過程

- 3つの領域
 - 多分野協働チーム
 - 利用者と社会的ネットワーク
 - 利用者の擁護者の参加

ケアマネジメント論 レポート課題

- 以下の事例について
- Aさんが在宅に帰ることに対してどのような不安を感じていたでしょうか。Aさんの立場に立って考えてください。
- ケアマネジャーは、Aさんへのエンパワメントやストレングスの視点を援助の中でどのように生かしましたか。
- アセスメントとケアプランを表(フォーマットは各自工夫)で整理してください。
- 以上3問について、A4の大きさ、2ページ以上(基本はワープロソフト作成、手書きも可。)でプリントアウトして提出してください。1ページ目の最初の行に、
- ケアマネジメント論レポート、あなたの学籍番号、あなたの名前
- を書いてください。表紙は不要です。

- 提出期限

- 7月25日の講義まで
- ただし、実習等で提出不可能な学生は、最終講義のときまで受け付けますが、早めに提出してください。1ページ2行目に簡単に、実習期間、その他理由を書いてください。

ケアマネジメント論 レポート課題

以下の事例について

- ① A さんが在宅に帰ることに対してどのような不安を感じていたでしょうか。A さんの立場に立って考えてください。
 - ② ケアマネジャーは、A さんへのエンパワメントやストレンジスの視点を援助の中でどのように生かしましたか。
 - ③ アセスメントとケアプランを表（フォーマットは各自工夫）で整理してください。
- 以上 3 間について、A4 の大きさ、2 ページ以上（基本はワープロソフト作成、手書きも可。）でプリントアウトして提出してください。1 ページ目の最初の行に、
ケアマネジメント論レポート、あなたの学籍番号、あなたの名前
を書いてください。表紙は不要です。

1. 事例の概要

★ケアマネジャーのプロフィール

・所属機関 介護老人保健施設M苑居宅介護支援事業所

・職種 介護支援専門員（社会福祉士）

・プロフィール F ケアマネジャー 35歳 男性

F ケアマネジャーは、福祉系大学を卒業後、特別養護老人ホームに勤務し、リハビリ担当となった。その後、系列の介護老人保健施設ができることになり、介護老人保健施設M苑へ移動。介護保険法の成立とともに、介護支援専門員の資格を取得し、併設の居宅介護支援事業所にてケアマネジャーとして勤務するようになった。

★本人のプロフィール

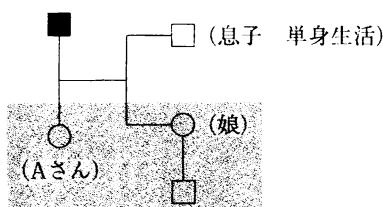
・利用者 A さん 84歳 女性

・相談者 娘 60歳

・家族構成 娘（長女）夫婦と同居

娘婿は日中仕事に出ており、介護は専ら娘にかかっている。この他息子がいるが単身でかかわりは薄い。

【家族関係図】



2. ケアマネジメント導入に至る経緯

在宅で1人暮らしをしていたAさんは、脳卒中の発作にてC市立病院に入院した。入院後治療は順調に進むが、左片まひが残り、歩行など日常生活動作が不自由となつた。病院の医療ソーシャルワーカー（MSW）の勧めもあり、要介護認定を受けて同市内の介護老人保健施設M苑へADL状態の改善のため入所することになる。なお、M苑では、下肢筋力の低下を改善するために、リハビリテーションと歩行訓練を中心に行い、施設内では補装具を着用すれば移動は杖歩行にて自立するまで改善した。

そこで近隣に住む娘に今後の方針について相談したところ、娘宅にて引き取ることになり、本人の了解を得て併設の居宅介護支援事業所のケアマネジャーへ仲介することになった。

3. ケアマネジメントの導入

（1）初回面接（インテーク）

Fケアマネジャーは、M苑併設の居宅介護支援事業所ということもあり、自宅復帰前からAさんとは数回にわたり面接し、心身状態や本人の意思を確認した。その後、家庭復帰に備えて自宅での様子などの生活環境も確認するためにM苑の相談員とともに娘さん宅を訪問し、家族状況と住環境の状況などを確認した。娘さんは、これまでの親子関係からできるだけ最期は自宅で面倒を看たいという気持ちが強く、介護に対しては積極的な姿勢がみられた。しかしその一方で、介護は初めての経験であることや娘自身が高齢で腰痛持ちであることなど、介護に対する不安感もみられていた。

（2）アセスメント

これまでの面接や自宅への訪問で、ケアマネジャーが把握した利用者及び家族の状況は次の通りである。

【ADLの状況】

- 移動：一部介助 補装具装着にて室内の杖歩行は自立、外出は介助を要する。
- 入浴：一部介助 衣類の着脱など介助を要する。
- 排泄：一部介助 たまに間に合わないことがあり、パットなど使用。
- 食事：自立 自力摂取可能。

【健康状態】

- 精神状態：認知症（中程度）
- 既往歴・健康状態・障害などの状態：これまで大きな大病を患つたことはないが、3年前に脳梗塞の発作で入院した。そのほかはこれまでに大きな病気をしたことはない。障害については脳梗塞による左片まひがある。

【生活状況】

- コミュニケーション：コミュニケーション能力は十分にあるが、認知症による、

意欲の低下やうつ的な傾向はみられる。また娘に対する気兼ねからか、自分のやりたいこと好きなことなど意思を表現することは少ない。

- 住居の状況：退院時に住み慣れた自宅ではなく娘宅へ引き取られることになった。娘宅では手すりの取り付けや段差の解消が必要である。
- その他：娘以外にも息子がいるが、他県に単身で生活しており、たまに電話してくる程度である。

(3) 問題とニーズ

ケアマネジャーは、把握された情報を基に在宅へ復帰するための課題を次のように分析した。

- Aさんは、在宅へ帰ることに対し、たいへん不安を感じていること。
- 娘さんへの気兼ねが強く、依存的傾向がみられること。
- 身体状況としては、まひ側の拘縮が少しみられる。
- 杖歩行で安定性に欠けるために転倒の危険性がある。
- 娘の介護意欲はあるものの、高齢と腰痛のために介護負担が大きいこと。
- 住宅は段差や手すりがなく、自宅内の移動が難しいこと。

(4) 支援計画（ケアプラン）の作成

Fケアマネジャーは、Aさんの在宅生活への課題を踏まえ、在宅で生活できるためのサービスを検討した。その結果、ケアプランを立てるときのポイントとして、できるだけ安心して在宅での生活へ移行できるようにすることと、介護者も高齢であることを踏まえ、家族の介護負担を軽減することを目標に次のケアプランを立て、サービス担当者会議で確認された。

- 関節の拘縮予防と歩行状態の安定を目的として、これまで入所していた介護老人保健施設のデイケア（通所リハビリテーション）を週2回利用すること。
- 家族の介護負担軽減のため、デイケア利用時には入浴を行う。
- 家族の介護負担軽減のため、週1回訪問介護を利用し、Aさんの部屋の掃除やシーツ交換と布団の乾燥など生活援助を行う。
- 夜間帯などの突発的事故への家族不安を解消するために、夜間対応型訪問介護を契約する。
- 娘宅にて転倒を防止するため段差解消と手すりの取りつけを行う。
- 昼の上では、立ち上がりなど困難であり、ギャッチベッドの貸与を利用する。
- 民生委員が定期的な訪問を行い、状況把握と介護者を精神的にサポートする。

4. ケアプランの実施と援助過程

Aさんは、慣れ親しんだ介護老人保健施設のデイケアに通えることになり、積極的にリハビリやレクリエーションに参加するようになった。娘さんも昼間はできるだけ在宅サービスを利用していることで、介護負担はそれほど大きいものではないよう

あった。そして、Aさんも生活に慣れるなかで、積極的にさまざまなニーズを表明するようになった。

それらの状況を確認し、今後のサービス提供方針を検討するために、改めてサービス担当者会議を開き、さまざまな意見交換がなされた。内容は次の通りである。

- デイケアへの参加は良好で、とくにレクリエーションなどは積極的に参加し、笑顔もよくみられるようになった。また、自分から「昔はよく手芸や書道をやっていた。書道は4段を持っているのよ」と話をされている。
- デイケアのリハビリでは、急激な改善がみられるわけではないが、現状維持を目標として歩行訓練など積極的に行っている。今後歩行状態がよくなれば、「好きなお寿司を食べに行きたい」と話す。
- 訪問介護実施中に、娘さんは安心して外出できるようになり、気晴らしにショッピングや趣味の活動に参加されている。訪問介護では、Aさんの部屋の掃除や布団干しなどを、Aさんを見守りながら行っている。
- 夜間対応型訪問介護については、登録をしているものの今まで利用はとくにない。しかし、娘さんにとっては何かあった時に助けてくれると安心している。

以上の新たな情報をもとにケアマネジャーはケアプランの見直しを行った。大幅な変更は行われなかつたが、デイケアなどでは、本人の昔から好んでいたお習字や手芸などをリハビリの一環として実施すべく曜日の変更をした。夜間対応型訪問介護については、利用はないが娘さんが不安に感じることもありもうしばらく登録を継続することとし、ADL状態がもう少し安定すれば、解約する方針を確認した。

5. 事例の考察

施設入所者が、家庭へ復帰する可能性は、家族介護者の有無などの家庭環境による影響が大きく、家族が、在宅で介護をしようとする意欲が重要な条件になる。本事例の場合、娘の介護意欲が強く、それをケアマネジャーが早期に受け止め、入所段階から利用者及び家族の状態をアセスメントして、万全の体制で家庭生活を支援することができたといつてよい。家族のいる家庭へ復帰する場合には、利用者だけでなく家族の介護負担の軽減という視点も重要であり、介護者の状況を無視してサービスを提供しても長続きしない。今後は地域密着型サービスが充実してくるなかで、上手にサービスを組み合わせて提供することが求められる。