

維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方（例）

出典：介護予防・日常生活総合事業のガイドライン※部分を独自追加 作成：今治市・地域包括支援センター主任ケアマネ部会（Ver.1 2020.3.31）

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	※モニタリングの視点	事例
<p>①健康管理の支援が必要な者</p>	<p>・高血圧や糖尿病、がんなど服薬管理を含め、疾患管理が必要な者。</p>	<p>①悪化要因が疾病によるものである場合は受診をすすめる。</p>	<p>・受診をしたか ・受診した結果はどうだったか ・受診が継続されているか ・医師からの指示内容とそれに対する理解はどうか、など</p>	<p>80歳 Aさん男性 要支援1→1 元々、社交的な方だったAさん。一人暮らしになり娘夫婦との同居をきっかけに閉じこもりがちになった。注意散漫で転倒しやすく、物忘れが進んできた。保健師による訪問で、糖尿病があり、医師から食事制限の指導があるにも関わらず、毎日ドーナツなどのおやつや甘いコーヒーを飲んでいて。食事と運動の指導を行い、通所介護で食事と水分のコントロール、運動プログラムに参加を促した。また、近所の男性ボランティアに相談し、ウォーキングに誘ってもらった。結果、注意力が高まり、物忘れもなくなり、通所介護を終了し、地域のウォーキング会に参加するようになった。</p> <p>81歳 Bさん男性 要支援2→更新せず 旅行を楽しみとしていたBさん。歩くとふらつくということで臥床がちに。保健師による訪問で、本人が疲労を強く訴えたこと、糖尿病の管理もうまくいっていないことから受診を勧める。結果、甲状腺機能低下あり服薬治療が開始される。通所介護で生活のリズムを整えるとともに運動プログラムに参加した。通所の帰り、徒歩で帰ることが可能となる。通所介護終了し、地域の通いの場である体操教室に参加することとなった。</p>
	<p>・飲水・食事摂取量の低下、睡眠量の低下、便秘などから認知機能の低下や体調不良を呈し、その管理の支援が必要な者。</p>	<p>②リハビリテーション専門職等（管理栄養士や保健師等）との同行訪問で、健康のアセスメントや在宅での具体的取り組み方法の指導を受け、自分で管理できるようになる。</p>	<p>・指導内容への理解度はどうか ・自らの取組やサービス利用等の実施状況はどうか（通所内の取組みだけでなく、自宅での取組み状況を確認）</p>	
	<p>・健康状態の悪化もしくは管理がうまくできていない者かつ本人・家族が管理することが難しいまたは第三者による管理が必要な者。</p>	<p>③健康管理に対する知識・意識を高め、行動変容に結びつく通所での健康教育の場への参加を促す。 （1）まず、食事や水分摂取、服薬管理など生活を整える支援を行う。 （2）次いで、自分で管理できるよう健康教育を実施する。 （3）栄養改善、口腔機能・運動機能向上プログラムを実施する。</p>	<p>・自らの取組やサービス利用等で心身・生活状況の変化、もたらされた結果に対する気持ち・満足度はどうか ・家族の本人への関り方の変化はあったか、など</p>	
		<p>④本人に健康管理に対する健康教育を実施したが理解や意識が低く、かつ家族の支援が得られない者に対しては健康管理のための支援を検討する。</p>		
		<p>⑤目標達成後は、地域の住民主体の体操教室などに参加し、自分健康を維持できるよう、ステップアップの場である通いの場へ参加できるようにする。</p>	<p>・集いの場への参加に対する気持ち ・集いの場への参加で心身状況、生活状況、役割、人間関係等はどう変化したか、など</p>	

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	※モニタリングの視点	事例
<p>②体力の改善に向けた支援が必要な者</p>	<p>・健康状態が悪化した結果、体力が低下し、体力の向上支援が必要な者。</p>	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、体力が低下した理由をアセスメントし、動作の仕方や環境調整、効果的な運動プログラムの指導を行う。</p>	<p>・指導内容への理解度はどうか ・自らの取組やサービス利用等の実施状況はどうか（通所内の取組みだけでなく、自宅での取組み状況を確認）</p>	<p>90歳 Cさん男性 要支援2→2 シルバーカーを利用して、散歩や集会場の高齢者の集いに参加することを楽しみにしていたCさん。夏の脱水をきっかけに体力が低下し、寝たり起きたりの生活となる。送迎を利用し通所介護の運動プログラムに参加する。徐々に体力が付き、近所程度は散歩できるようになったことから、歩いていける通いの場に参加することとした。結果、地域の住民が集まるサロンに参加するようになった。</p>
	<p>・退院後間もない者</p> <p>・体力が低下し、ADLやIADLが疲れてうまくできない者</p> <p>・閉じこもりがちで体力の低下の恐れがある者。</p>	<p>②体力改善に向け、通所で集中的に運動プログラムを実践。 （1）まずは、送迎による外出支援 （2）通所で運動プログラムの提供による体力向上支援 （3）徐々に歩いて行ける範囲への通いの場へ移行できるよう、屋外歩行の練習など外出練習する。もし、歩いていける範囲に通いの場がない場合は、公共交通機関の利用の練習も併せて実施し、買い物や趣味活動など日常生活に結びつこう支援する。</p>	<p>・自らの取組やサービス利用等で心身・生活状況の変化、もたらされた結果に対する気持ち・満足度はどうか ・家族の本人への関り方の変化はあったか、など</p>	
		<p>③目標達成後は、運動の習慣化をするために地域の住民が運営している体操教室などに参加をすすめ、仲間と共に体力の維持を実践できるようにする。</p>	<p>・集いの場への参加に対する気持ち ・集いの場への参加で心身状況、生活状況、役割、人間関係等はどう変化したか、など</p>	<p>75歳 Dさん女性 要支援2→更新せず 元々デパートに行くことが楽しみだったDさん。大腿骨頸部骨折による退院後、歩行や体力に自信がないということで、外出は通院のみであった。リハビリテーション専門職等の訪問で、アセスメントを行い、玄関の段差に手すりの設置や歩行車を導入。近くの通いの場にボランティアの送迎で、運動プログラムに参加する。結果、歩くことに自信が付き、地域住民が実施する通いの場の体操教室に参加し、最近ではバスを利用しデパートにも行けるようになった。</p>

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	※モニタリングの視点	事例
<p>③ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者</p>	<p>・不自由になっているADL/IADLに対し、生活行為の仕方の練習や道具の工夫など環境を調整するなどの支援が必要な者。</p> <p>・認知機能の低下、痛みや筋力などの低下から、生活行為に支障があり、道具や環境の工夫、動作の仕方などの指導が必要。</p>	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、ADL/IADLのアセスメントと、在宅で動作の仕方や道具の工夫など環境調整を行い、自分でできるようにする。</p> <p>②併せて、通所に参加し、</p> <p>(1) ADL/IADLの基本的動作の集中的な練習を実施する。</p> <p>(2) ADL/IADLの生活行為そのものを反復的に実施する。</p> <p>(3) 通所で練習しているADL/IADLの生活行為は、通所の場面だけでなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。</p>	<p>・指導内容への理解度はどうか</p> <p>・自らの取組やサービス利用等の実施状況はどうか（通所内の取組みだけでなく、自宅での取組み状況を確認）</p> <p>・自らの取組やサービス利用等で心身・生活状況の変化、もたらされた結果に対する気持ち・満足度はどうか</p> <p>・家族の本人への関り方の変化はあったか、など</p>	<p>80歳 Eさん男性 要支援1→更新せず</p> <p>趣味のグランドゴルフや町内会の会長をするなど活動的な生活を送っていたEさん。脳梗塞後、住宅改修の相談で介護保険を申請。独居で、ゴミの運搬や浴槽の出入りができず、困っていた。リハビリテーション専門職等の訪問により、環境調整や動作の仕方を指導した結果、入浴はできるようになる。併せて運搬動作の練習のため、通所介護を利用。運搬が容易になったことで買い物にも行けるようになり、通所介護を終了し、元々していたグランドゴルフの会に参加するようになった。</p>
		<p>③目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。</p>	<p>・集いの場への参加に対する気持ち</p> <p>・集いの場への参加で心身状況、生活状況、役割、人間関係等はどう変化したか、など</p>	<p>84歳 Fさん女性 要支援2→2</p> <p>軽トラックを運転して、買い物に行くなど家の家事をすべてほとんどを担っていたFさん。腰痛後、家事のすべてを娘がするようになった。リハビリテーション専門職等の訪問により、歩行車の導入と洗濯や物干しの仕方、箒ばきやモップによる掃除の仕方、自宅からバス停までの歩行の仕方を指導する。併せて、通所介護でも動作の練習や運動プログラムに参加した。徐々に外出に対する自信が付き、近所のお店まで買い物に行けるようになる。結果、通所を終了し、地域の通いの場で体操に参加し、友達もでき通いの場が楽しみになっている。家では掃除、洗濯、買い物を担当するようになった。</p>

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	モニタリング（再アセスメント）のポイント	事例
④閉じこもりに対するし支援が必要な者	<p>・病院から退院してまもない者</p> <p>・孤独感や生活の意欲が低下している者。</p> <p>・うつや認知機能が低下している者。</p> <p>・日中、家庭での役割や趣味活動など何もすることがない者。</p> <p>・社会的活動に参加したいと思っているが体力などに自身がなく、閉じこもっている者</p> <p>・家族が閉じこもりがちな状態に対し、心配している者。</p>	①リハビリテーション専門職等の訪問で、閉じこもりになった理由をアセスメントし、生活の中で楽しみにしていた、大切にしていた生活行為を聞き出し、家庭でできる家事などの役割の回復を促す。	<p>・指導内容への理解度はどうか</p> <p>・どのようなことを取り組むことにしたのか など</p>	<p>82歳 Gさん男性 要支援2→1</p> <p>囲碁教室に通うことを楽しみにしていたGさん。腰痛で立ち座りや家事の一部が困難になったことをきっかけに、閉じこもりがちになった。訪問で本人のしてみたいことを理解し、歩く自信をつけることを目的に通所介護を利用する。歩行に自身がつき、通所介護を終了し、歩いて行ける範囲にある通いの場に参加することとした。結果、公民館の囲碁教室に通うようになっていく。</p> <p>80歳 Hさん女性 要支援2→2</p> <p>友達とスポーツジムの水中ウォーキングに参加することを楽しみとしていたHさん。膝の痛みもあり、物忘れが出始めたことから、閉じこもりがちになった。体操が好きとのことで介護予防通所介護の運動プログラムに参加する。併せてボランティアの訪問も行い、一緒に毎日1時間の散歩をする。結果、相変わらず財布がないと言っているものの穏やかになり、本人の希望により通所介護からもと元々参加していた地域の友達がいるスポーツジムに参加するようになる。</p>
		②うつや認知機能に低下がみられる場合は、受診をすすめる。	<p>・受診をしたか</p> <p>・受診した結果はどうだったか</p> <p>・受診が継続されているか</p> <p>・医師からの指示内容とそれに対する理解はどうか、など</p>	
		<p>③訪問で、役割や余暇活動の機会を提供し、本人のしたい生活行為ができるよう支援する。併せて、体力の向上性の必要性を説明し、理解を得つつ、通所への参加を促す。</p> <p>④通所参加後は、</p> <p>(1) まず、送迎による外出支援を行いつつ、</p> <p>(2) 人的な交流</p> <p>(3) 運動プログラムの実施などの本人のしたい活動の拡大を図る。</p> <p>目標達成後は、身近な通いの場に歩いて参加し、人的交流や運動プログラム、仲間と様々な余暇活動の参加の機会を提供する。</p>	<p>・本人のしたい生活行為がどのくらいできるようになっているか。</p> <p>・自らの取組やサービス利用等で心身・生活状況の変化、もたらされた結果に対する気持ち・満足度はどうか</p> <p>・家族の本人への関り方の変化はあったか。</p> <p>・身近な通いの場や余暇活動等の情報提供に対する反応はどうか、参加した場合の変化、など。</p>	

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	※モニタリングの視点	事例
⑤家族等の介護者への負担軽減が重要な者	<p>・家族が本人の健康状態に対して不安を持ち、精神的に負担に思っている者。</p> <p>・本人との関係の中で心理的ストレスを感じている者。</p> <p>・ADLやIADLに具体的に介護負担を感じている者。</p> <p>・他の家族に介護が必要な者ができたことによる物理的介護負担がある者。</p>	<p>①家族を含め介護者が、精神的にも介護負担を感じている場合は、通所を活用し、一定の期間の介護軽減を図る。</p> <p>②リハビリテーション専門職等の訪問で、 (1) 本人の健康状態や介護軽減につながる環境のアセスメントあり、環境調整を実施する。併せて、本人には体力の向上などの必要性を含め、通所への参加を説明、理解を得る。 (2) 本人への自立支援プログラムをケアマネジメント実施者や通所サービス提供事業所のスタッフに提案する。</p> <p>③訪問では、家族が具体的に介護負担を感じている生活行為について、支援を行う。 (1) 通院援助 (2) 介護軽減に向けた環境調整 (3) 排泄などのADLの介護支援</p> <p>④併せて通所型サービスを組み合わせ、 (1) 家族の休息 (2) 本人への運動プログラムや栄養改善のためのプログラム、ADL/IADLの生活行為の基本的動作の集中的な練習、生活行為そのものを反復的に実施する。</p> <p>⑤通所での本人の有する能力の改善に合わせ、通所の場面だけではなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。</p> <p>⑥併せて、家族に対し、本人ができるようになった生活行為を説明、本人の生活意欲を高めるためにも、本人が有する能力を発揮できるような関わり方など教育的アプローチを実施する。本人と家族の状況を踏まえつつ、訪問による支援方法も変更する。</p> <p>⑦目標達成後はADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。</p>	<p>・家族の負担軽減の程度はどうか（精神面も含め）</p> <p>・環境調整やサービス利用等で本人及び家族の心身・生活状況の変化、もたらされた結果に対する気持ち・満足度はどうか</p> <p>・家族の本人への気持ちや関り方の変化はどうか、など</p> <p>・身近な通いの場や余暇活動等の情報提供に対する反応はどうか、参加した場合の変化など。</p>	<p>83歳 Iさん男性 要支援2→2 山師の仕事を引き退後、畑をしていたがだんだんと日中何もしたからなくなり、うつ病と診断され、寝たきりになってきた。歩き方も不安定で、立ち座り時ふらつく。リハビリテーション専門職等の訪問で、手すりの設置、手すり付きベッドを導入する。通所介護は拒否。妻はふさぎ込んでいる夫と共に過ごす時間が苦痛になっている。訪問介護を導入し、家族の介護負担軽減を目的に通院援助を実施した。またリハビリテーション専門職等の訪問による運動は受け入れが良好だったので、在宅での運動の指導から徐々に再度通所介護の運動プログラムに参加を進めた。</p> <p>98歳 Jさん女性 要支援2→2 シルバーカーを押して、散歩するなど生活を送っていたが、徐々に生活機能が低下し、食事量も低下、臥床がちな生活となっていた。また、夜間のトイレの失敗や紙パンツに排便することが増加し、その後始末が家族にとって精神的負担となっていた。保健師の訪問で食事・水分摂取量の確認と医療への受診を勧め、医師から栄養補助剤の処方をしてもらい、栄養を確保した。排便は定期的あることから、訪問介護を導入し、排便誘導と朝のトイレの後始末を支援した。</p>