

## サービス担当者会議の要点

利用者名 A 殿 施設サービス計画作成者(担当者)氏名 K  
 開催日 平成24年8月24日 開催場所 老人保健施設 W苑 会議室 開催時間 15:00～15:30 開催回数 3回

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
本人		A	W苑(支援相談員)	H	W苑(介護職員)	T
家族(夫)		B	W苑(看護師)	N	W苑(管理栄養士)	U
家族(長女)		C	W苑(理学療法士)	S	W苑(介護支援専門員)	K

今後の方向性の確認  
 ①今後の生活に対する意向 ②入居後の状況と今後のケア ③自宅の環境・介護力 ④施設サービス計画の確定

**検討した項目**

**検討内容**

①本人の意向・・・・「自宅に帰りたい。お父さんや娘に迷惑をかけないようにしたい。」  
 家族(夫)の意向・・・・「心配すればきりがありません。施設で介護の仕方を教えてもらい、家で見てやりたい。」  
 家族(長女)の意向・「私も父と一緒に介護の仕方を教えてもらい、自宅で介護することに自信をもちたい。」

②入居後の状況と今後のケア  
 <医師-事前に聴取>脳梗塞の再発防止のために血圧のコントロールを行う。糖尿病は内服薬中止のままよい。食事の摂取量を増やす努力をする。好きな物を食べてもよい。そうすれば褥瘡の治りもよくなる。  
 <看護>血圧は内服により安定している。食事が少ないことについて管理栄養士と対応を考える。食事摂取はゆっくりだが、むせはほばない。毎食後の口腔ケアを実施する。褥瘡は改善してきている。  
 <理学療法士>リハビリテーションには消極的。自宅に帰ることを目標にするのであれば、移乗動作の改善と座位の安定を図ることを目標としたい。ベッドと車いす、車いすとトイレの移乗動作が軽介助でできることを目標にする。(リハビリテーション実施計画書作成)  
 <管理栄養士>入居時より体重が増加しているが、BMI値を考えるとあと3Kgくらい体重が増えること。目標は食事の8割摂取だが、食事が少ない時は栄養補助食品を継続する。好物の和菓子を食べることが医師から承諾を得ている。  
 <介護>7/7～積極的な声かけにより、お話しする回数が増えている。苑の生活にも慣れてきた様子。食事は自力摂取時には見守り、その後介助をしているが、食欲のない様子の時は無理には勧めない。移乗は全介助であるが協力動作がある。排泄は遠慮しないで知らせてほしい。歌の会には毎回参加している。  
 <支援相談員・介護支援専門員>自宅に帰るといふ方針変更により、ご本人の生活への意欲が改善することを支援したい。ご家族には食事やおやつの時間に職員から介護の指導を受け、引き続き協力していただきたい。介護技術の指導は多職種で行う。  
 ③自宅内の環境・介護力：一戸建て。1階はバリアフリー(トイレは車いすが半分しか入らない。浴室はシャワー可能。)12畳の自室あり。陽あたりがよい。近隣の付き合いがある。介護力：夫82歳であるが健康には問題がない。長女週に1～2日の介護が可能。介護保険制度の利用歴がある。1か月に負担できる金額は本人の年金の範囲内(6.5万円程度)。  
 ④3ヶ月以内に家に帰ることが目標。施設サービスの計画(原案)の一部を変更する。

**結論**

3ヶ月以内に自宅に帰ることを目標に、食事摂取、移乗動作、座位の向上について、ご本人に意欲的に取り組んでいただく。家族に介護指導を行う。自宅での入浴や排せつ等は、介助方法や住宅改修、福祉用具の活用等を検討する。

**残された課題(次の開催時期)**

サービスの実施内容を確認し、目標達成の進捗状況を確認する。(次回開催1ヶ月後予定)

## 施設介護支援経過

## 抜粋

利用者名

A 殿

施設サービス計画作成者氏名

K

年月日	内 容	年月日	内 容
24.5.25.(金) 13:30～14:30	<p>&lt;相談&gt;長女来苑。80歳女性(姉柄母)のケースについて 脳梗塞を再発症し、今年1月に入院、その後回復期リハビリテーション病 院で3ヶ月間入院、療養型病院に転院した。 家族(夫・長女)は自宅介護することを考えているが、本人の意欲が乏し く、今の様子では自宅に戻っても夫の負担が大き。 老人保健施設に入所してリハビリテーションを行い、自宅に帰させたいと 考えている、という相談内容であった。施設の見学を行い、入所希望の意思 を確認。入所に関する書類を提出してもらったこととした。</p>	24.7.7.(土) 15:00	<p>&lt;じよく瘡&gt; 臀部に表皮剥離(2cm×2cm)発生。 来苑していた長女・夫に報告する。 夫「食事を食べないので、食べるとは言うのですが、あまり言っても余計に 食べなくなるような気がして、食事が摂れるようになったら、家に帰れ るというのですが、どうにも…。」 本人に「家に帰りたいですか?」と聞くと大ききうなずく。 夜間、尿意があるが、ナースコールを押すのを遠慮している様子。 意欲の向上を狙い、職員は積極的にコミュニケーションをとることと し、夕方の申し送り、早勤・日勤・運動者が必ず1回以上、話 かけコ ミュニケーションをとることとした。また本人の好物を家族 から預か り、補食として提供することにした(医師確認済み)。</p>
24.6.5.(火)	入所検討会議にて、入所決定となる。		
24.6.22.(金) 14:00～14:25	<p>&lt;入所&gt;夫、長女と来苑。3階に入所となる。 印象として笑顔なく活気もない。言葉かけにはうなずくだけであった。 サービス担当者会議を開催し、施設サービス計画書(暫定)、リハビリテ ーション実施計画書、栄養計画書の説明を家族に行い同意を得た。 長女「右利き右麻痺のため食事の際、疲れてしまい、食事をやめてしまうの で介助をお願いします。遠慮がちなところもあります。部屋に一人に ならないようお願いします。」と希望した。夕食時自力摂取されな いたため介助を行った。3、4口食べたところで首を振り、それ以上召し 上がらなかつた。</p>	24.7.13.(金) 11:00～11:30	<p>&lt;相談&gt;長女来苑。 自宅に戻すために、入所したが、本人は意欲がなく、リハビリテーショ ンも進んでいない、自分の家の近くの施設に移ることを考えていると語 す。今までの施設でも在宅復帰の検討してきたはずだが、実現しなかつ た理由を確認するため、長女に聴く。 長女「本人はうまく話せないけど、自宅で暮らしたいと思っていますと思 うが、父や自分に負担をかけるのが申し訳ないと思っています。再 発作前に自宅にいた時は父が介護をしていた。今度家に帰る時には 父だけでなく、私も介護しなくてはいけないという気持ちはあるが、 自分にできるかどうか不安…。」</p>
24.6.28.(木) 14:30～15:00	<p>&lt;サービス担当者会議開催&gt;長女同席。 ①食事が少ない：栄養補助食品を提供しながら、栄養改善に努める。 ②臥床時間が長い：リハビリテーション、レクリエーション、歌の会に 誘う等生活の活性化を図る。(現在、リハビリテーションには消極的で、 関節可動域訓練を行う程度である。)</p>		<p>夫や長女が介護方法を習得しておらず、そのため、本人も自宅に帰るこ とに前向きになれないのではないかと考え、夫・長女の来所時に少しず つ介護指導を行ってはどうかを考え、生活相談員、看護師、介護主任に 相談をする。</p>

## 施設介護支援経過 抜粋

利用者名 A 殿 施設サービス計画作成者氏名 K

年月日	内 容	年月日	内 容
24. 7. 26. (木) 16:30～17:00	<モニタリング> ①食事：7月22日を境に食事は自力で5割程度摂取できるようになった。食べこぼしが多いが最初は見守り、途中から介助をしている。家族の来所時に、栄養士からトロミのつけ方を指導、看護師からはむせずにおいしく食べるための介護指導を行い、家族も介護方法を徐々に習得する。	24. 9. 14 (金) 12:00～14:00	<モニタリング> <家族指導>食事介助、口腔ケア、着脱の介助方法を指導。口腔ケアは凶解したのもも渡す。夫「母ちゃんのために隣ん張らねば。」の発言に、本人は涙を浮かべ、夫の腰のあたり2、3度叩き喜んでいった。
24. 8. 21. (火) 14:00～14:50	栄養士から、自宅に帰ってから特別な食事を用意するのが大変なら、金銭がかかると、特別食を宅配する会社があると情報提供を受ける。	24. 10. 20. (土) 14:30～16:00	<家族指導>夫、長女・食事介助と移乗介助の指導を行う。 長女は食事介助、移乗介助ともにマスターしている。 夫は食事介助はできるが、移乗介助は十分ではない。しかし本人の立位姿勢が安定してきたことで「だいぶ良くなってきましたね。」と話す。
24. 8. 10. (金) 14:00～14:40	②臥床時間はやや減少：歌の会には参加している。座位が不安定であるためクッションの検討をしている。じょく瘡は改善されている。ワセリン・パット対応は継続と看護から報告があった。		<面接>本人・夫・長女 ・退所日について、家族より11月初めを希望される。 ・在宅支援に関しては、入院前の介護支援専門員に依頼したいという希望があり、家族から連絡をするということ。退所に際し、必要な書類の説明をして、準備をすることを伝えた。
24. 8. 15. (水) 9:45	<相談>本人、夫、長女 長女宅近くにある老健への入所を考えていたが「自宅に帰る」と目標を変更した。	24. 10. 25 (木) 15:00～16:00	<カービス担当者会議> 退所後に担当する居宅介護支援事業所のM介護支援専門員が来所、施設からは支援相談員、看護職員、介護職員、理学療法士、Aさんと長女を交え、Aさんの現在の状況の確認と退所後の生活を話し合う。
24. 8. 21. (火) 14:00～14:50	<自宅訪問>本人、長女、夫、理学療法士とともに自宅訪問。 本人は暫くぶりの帰宅であり、住み慣れた部屋から窓を外を眺めている。「あの山を見て季節の移り変わりを感じていたの。」と涙ぐまれる。		理学療法士から、退所後のリハビリテーション継続のための評価表とサマリーを渡す。
24. 8. 24. (金)	理学療法士は自宅の間取りや車いすでの生活が可能か検討した。 自宅はバリアフリーとなっているが、トイレは狭く車いすが半分しか入らない。シャワーは可能。家族介護と介護サービスを利用しながら生活ができる環境である。	24. 11. 2. (金)	退所日前日 夕食時に食事の席でCDデッキから流れてくる懐メロを聞きながら口ずさんでいる。隣席の利用者と歌手名、曲名について語り合っている。初めてみる光景であった。
	<カービス担当者会議開催> <在宅復帰に向けたフロアカンファレンス開催>	24. 11. 3. (土)	(退苑日) 夫、長男、長女、孫が迎えにくる。外出着、化粧をしている本人に、孫が「おばあちゃん、きれいだよ。」と言われ嬉しそうであった。

リハビリテーション実施計画書(1)

計画評価実施日：平成 24年 8月 22日

利用者氏名：A 様 性別：男・**女** 生年月日 M・T・**S** 6年12月 日(80歳) 要介護度：要介護3

健康状態(原因疾患・発症・受傷日等) 多発性脳梗塞 (平成23年2月、24年1月)	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、心筋梗塞、糖尿病 生活不活発病(廃用症候群) 発生原因がわかる場合はその内容	心身機能 ■運動機能障害： 車いす □感覚機能障害： □高次脳機能障害： □拘縮(部位)： □関節痛(部位)： □その他： 認知症に関する評価
参加 主目標(コロン(:)後に具体的内容を記入) 入所中の場合の退所先 ■自宅 □その他： □退所予定 家庭内役割(家事への参加等)：妻 社会活動：退所後ご近所づきあい 外出(内容・頻度等)：なし 8/21退所に向けて一時帰宅(PT同行) 余暇活動(内容・頻度等)：集団レクリエーション(毎日)、歌の会(週1回) 退所後利用資源：介護支援専門員、通所リハビリテーション、その他は未定		

	現在の評価および目標						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・装具・ 歩行器・ 車椅子等	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、介護職員が 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			○△レ		車いす				スプーニング	嚥下観察・栄養補助食品 尿意・便意あり	嚥下の注意・予防 摂取量の確認		
	階段昇降				○△レ									
	屋内移動			○△レ		車いす								
	屋外移動			○レ△		車いす								
	食事		○	△レ		滑止マット・マグカップ	トロミ剤使用	11/30	レ					
	排泄(昼)			○	△レ	紙パンツ・パット	コールによりトイレ介助	2/28						
	排泄(夜)			○	△レ	紙パンツ・パット・尿器	ベッド上	2/28						
	整容			○△レ										
	更衣			○△レ										
	入浴			○△レ		特殊浴槽								
	コミュニケーション	○	△レ				その場のやり取り可能	11/30	レ				自由会話	1日3回以上声かけし 話す機会を増やす
	家事				○△レ		だが消極的							
	外出				○△レ									

	現在の評価および目標						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・装具・ 歩行器・ 車椅子等	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、介護職員が 実施する 内容・頻度等	実施上の 留意点
起居動作	寝返り	○		△レ						関節可動域訓練 筋力訓練 座位訓練 立ち上がり訓練 立位保持訓練 (週3~4回) 摂食・嚥下評価 (随時)	移動介助 座位姿勢見守り 移乗介助 (トイレ時は2人介助)	
	起き上がり			○レ△								
	座位			○△レ								
	立ち上がり			○レ△								
	立位			○△レ								
摂食・嚥下			○	△レ		トロミ剤使用						

○ 目標 △ 実行状況 レ 能力

リハビリテーション実施計画書(2)

A 様

ご本人の希望( 24年 8月 22日)		
歩けるようになりたい		
ご家族の希望( 24年 8月 22日)		
食事がある程度、自分で食べられる。立ち上がり、乗り移りが軽介助でできるようになる。		
生 活 目 標	その人らしく生活するためのポイント お食事をしっかりと食べ、体力をつけて、座っている時間を長くする。 集団活動やリハビリテーションに参加して、他の入所者とコミュニケーションを図る。	
リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン プ ロ グ ラ ム	その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 <リハビリテーション部> ・右片麻痺、筋力低下があります。立ち上がり、立位保持、移乗の動作獲得のために、筋力強化訓練を行っています。(短期集中リハビリテーション 週に3~4日) ・精神の活性化とコミュニケーション能力の向上のために、自由会話を行っています。また、摂食・嚥下の評価を適時行い、食事がむせずに美味しく食べられるように、必要な栄養摂取ができるように、多職種で連携、対応をしていきます。 ・自宅で生活するために必要な介護について、ご家族にご指導します。 <介護部> ・入所されて2か月が経ち、施設の環境にも慣れてきました。しかし環境の変化による不安や遠慮がまだあるようですので、職員から積極的にお話しかけをして、コミュニケーションを図っていきます。 ・心身の活性化やメリハリのある生活が送れるように、歌の会やレクリエーションに参加していただき、楽しい時間を過ごしていただきます。	
ご本人に行ってもらふこと		
・お食事の摂取量を増やしていきましょう。 ・離床時間を伸ばし、グループ活動に参加しましょう。		
ご家族に行ってもらふこと		
・来苑時にお食事の見守りと促しをお願いします。 ・食事介助は職員と一緒に行ってください。 ・会話をたくさんしてください。		
病気や障害との関係で配慮すること		
・食事の際、むせ込みがある時は、無理をして摂食をしないでください。(トロミ剤の検討。精神的な要素も考える。)		
前回のリハビリテーション計画書作成時からの改善・変化( 24年 6月 22日)		
・食事摂取量はわずかに増えています。栄養補助食品は継続中です。離床時間が延びています。 ・グループ活動にも参加して下さっています。 ・ご家族が来苑されている時は、表情が豊かです。		
備考:施設サービス計画に対する経過と意向の確認		
・自宅に帰ることを目標にしています。食事、排せつに関するケアを家族に教えてください。(長女)		
担 当 チ   ム	担当医 E 理学療法士 S 看護 N 管理栄養士 U 支援相談員 H	作業療法士 Q 介護 T 介護支援専門員 K
ご本人・ご家族への説明と同意: 平成 24年 8月 24日		医師の指示
ご本人のサイン	ご家族のサイン	平成 24年 8月 24日
A	C	説明者サイン
		S
		サイン
		E

短期目標	期間	短期目標評価 9/28(介護T)	コメント	サービス内容	モニタリング結果			
					9/6(介護Y)	9/14(介護T)	9/20(PT S)	9/28(介護T)
1 食事を自力で摂取できるようになる	24.9.1. ~ 24.11.30.	◎	食事、水分とも見守り、一部介助でむせなく摂取できている。	①身体の傾きがあるためクッションを用いて姿勢を整える	○右に傾きがありクッションを使用	○体幹バランス変化なし、苦痛なし	○右に傾くがクッション使用で安定	
2 必要栄養量をとれる		○	食事は見守り、一部介助で8割程度摂取できている。栄養補助食品は中止。食事に對する意欲もアップしている。	②むせの有無を確認し、献立にむせを予防する	○トロミを好まない。要検討。	○咀嚼・食塊形成送りこみ、嚥下OK	○9/14～トロミ使用せず。むせなし。	
3 誤嚥性肺炎を予防する		◎	誤嚥性肺炎は発症してはいない。むせはなく、毎食後の口腔ケアも実施できている。口腔内は清潔。	③食事は自力摂取を見守り、自力摂取が困難な時は介助を行う	○自力摂取で3～5割。介助するが食事は乏しい。	○自己摂取は5割。介助で7割摂取。	○自己摂取は5割。介助し8割摂取。	
4 家族が介護技術を習得する		×	食事介助・口腔ケアはできている。移乗介助・排せつ介助はできない。	④食事摂取量が少ない時は栄養補助食品や好物を提供する	○栄養補助食品(プリン)和菓子を提供	○栄養補助食品(プリン)和菓子を提供	○栄養補助食品中止和菓子は継続	
1 排泄時コールド知らせる	24.9.1. ~ 24.11.30.	◎	職員に声をかけたり、ナースコールドで排泄を知らせている。	⑤口腔内の残渣物を確認し口腔ケアを行う	○1日3回実施残渣物あり	○1日3回実施残渣物あり	○1日3回実施残渣物ありは変わりなし	
2 立位・移乗が一部介助でできる		○	立位、移乗は1人介助で行っているが、排泄時の移乗介助は2人介助。	⑥体重測定を行い増減を確認する	○41.8kg (BMI19.08) 7/26より+1.3kg			
3 トイレでの座位姿勢が保持できる		×	立位保持の安定を図り、1人介助のできるようにする。座位が不安定で見守りをしているが、安定傾向である。体幹バランスの改善はどうしたらよいか、PTに確認。	⑦家族への介護指導				
				①コールドにより排泄介助を行う	○コールドを押して知らせる	○コールドを押している	○職員に声をかける コールドを押す	
				②日中は介助でトイレに移乗し、座位姿勢を見守る。排泄後の時はパット交換を行う	○移乗介助は2人で実施。失禁はない。座位見守り	○移乗介助は2人で実施。失禁なし。座位の不安定さ改善	○立位安定傾向 移乗介助は1人でも可能か？失禁なし。座位の不安定さ改善	
				③夜間は尿器を使用する 排泄後の時はパット交換を行う	○夜間2回コールドあり 排尿後でパット交換	○夜間2回コールドあり 排尿後でパット交換	○夜間2回コールドあり 排尿後でパット交換	