

◆ ケアマネージャーのための情報誌 ◆

ケアマネ

SAPPORO

2000.2.10発行

発行
札幌市介護支援専門員連絡協議会
事務局
札幌市社会福祉協議会
札幌市中央区大通西19丁目
札幌市社会福祉総合センター内
TEL 011-614-3345
FAX 011-613-5486

第2号

いよいよ本番、介護支援サービスの準備は？

1月28日にようやく医療保険福祉審議会の答申が出され、本番の介護報酬、要介護度別の支給限度額等が「えてきました。とはいえ、ホームヘルプサービスに突如の折衷型の提案で事業者の反発もあり、答申もずれ込む形となり、ぎりぎりの所まで揉める介護保険という印象をいっそう強くしました。

さて、介護支援専門員のみなさんは、大半の人が先日の補講を受けられたかと思えます。そして、どのように感じましたか。知り合いの多くは、「こんなに給付管理業務が大変なものとは思わなかった。そこまできかないよ。」と嘆いておりましたが。

ともかく、2月からはケアプランの作成（それも今までと違って料金計算が求められる）、それに併せて準備しなければならないことが山ほどある、そんな状況ではないでしょうか。

さて、それではいったい何を準備したらいいのだろう、なんてところについてチェックリストを作ってみましたので、参考してみてください。

《介護支援サービスの準備》

- 1) 当たり前のことだが、道の指定を受けること。それに伴う諸規程を準備し、かつ所属する介護支援専門員に徹底しておくこと（重要事項説明書・契約書の書式を用意する。損害賠償保険に加入する。緊急時の対応等について整備しておく。）
- 2) ケアプラン作成、給付管理業務については、事業所の規模によってはコンピューターの導入を検討しないと厳しいので、その準備をすること（ソフトの検討、導入したソフトの習熟やソフトの手直し等）。
- 3) 給付管理業務については事業所の規模によっては事務職との分担が必須で、そのための体制づくり。

また、事務職の研修の実施。

- 4) 介護保険におけるサービスの料金についての研修（介護支援専門員はケアプランの料金について責任を持つべきで、利用者に正確な費用の見通しを明らかにするべきである。その際、事業所によって各種加算があるので、事業者の情報も集める必要がある）。
 - 5) 利用者のアセスメントと現在導入されているサービスを基準としたケアプランづくりをする（標準様式に則った形で）。作成したケアプランをサービス利用表、利用表別表に落とし込み、利用者負担を明らかにする（注意すべきは、① 政府の見直しや政策や低所得者対策をきちんと適用すること、② それでも現在のサービスがすでに介護保険の訪問通所系支給限度額を超えている人のケアプランをどうするかということ）。
 - 6) 介護保険外サービスについて、そこそこの地域で利用できる社会資源についてアップを整理しておくこと。
 - 7) サービスの質の評価について、事業者レベルでの自己診断の基準を検討すること。
 - 8) 苦情処理についての事業者レベルでのシステムを整備すること。
 - 9) 居宅介護支援事業所通しの横のつながりを作るよう、普段から情報交換すること。
- 以上、思いつくままに列記しました。抜けている事項もあると思いますが、これを参考にして今一度チェックしてみたいかがでしょう。

札幌市介護支援専門員連絡協議会
幹事（広報担当）奥田龍人
（医療法人深仁会介護保険企画担当課長）

札幌市からの情報提供



札幌市介護支援専門員連絡協議会幹事
(札幌市高齢保健福祉部介護制度担当課主査)

五十嵐 睦子

介護保険制度導入まで、50日を切りました。介護保険担当部でも最後の追い込みで多忙な毎日を送っております。

1月27日(木)に第11回介護保険事業計画策定委員会が開催され、「高齢者保健福祉計画」及び「介護保険事業計画」の最終報告案が検討されました。

また、1月28日(金)は医福審から介護報酬の答申が出され、いよいよ本格的に「居宅サービス計画」の作成が開始されます。介護支援専門員の方は、以下の点に十分配慮されて業務を進めて下さい。

試行直前段階における居宅サービス計画の作成等業務について

居宅サービス計画の原案作成については、1月以降準備をお願いしているところですが、計画作成もれがないように2~3月においては、適正な居宅サービス計画の作成を行ってください。特に、別表で示す施行準備期間中における「居宅サービス計画」等作成の標準的なスケジュールを参考に業務を進めてください。

1 居宅サービス計画未作成者の把握への協力依頼

(1) 事業者の広報活動等で、居宅サービス計画の作成がされていない場合には、居宅介護支援の基本理念を尊重しつつ、作成勧奨に必要な援助をお願いいたします。利用者が、居宅介護支援事業所にサービス計画作成を依頼した場合には、「居宅サービス計画作成依頼届出書」を区保健福祉サービス課総合相談窓口へ提出するようご指導をお願いいたします。また、利用者の方から「届出書」の提出依頼がありましたら、届出書の提出についてもよろしくお願いいたします。

(2) なお、被保険者証の一斉交付を予定しております。3月10日まで認定結果が出されている申請者には、

3月27日から本人あて通知される予定になっております。

また、3月13日から認定結果入力した方については、認定結果等が記入され被保険者証が本人あてに送付されます。

そのため、「居宅サービス計画作成依頼届出書」の提出期限については次のように取り扱いますのでよろしくお願いいたします。

- ①すでに要介護認定決定通知がされている申請者については、2月末日まで「居宅サービス計画作成依頼届出書」を提出されるようご指導、ご援助をお願いいたします。
- ②すでに認定申請済みで、まだ認定結果が出ていない申請者については、3月9日までに(3月10日までに)で入力しなくてはならない「届出書」を、区に提出されるよう指導、援助をお願いいたします。
- ③3月10日以降申請される方については、認定申請書と同時に「居宅サービス計画作成依頼届出書」を提出するようお願いいたします。(この時期からは、認定結果通知と一緒に認定結果、居宅介護支援事業所等が記入された被保険者証が送付されます。)

この場合、他の居宅介護支援事業者の記載が行われているにもかかわらず、本人の意思に反して、あるいは、必要がないにも関わらず、重ねて計画の作成や修正を行うことがないように十分注意してください。

- (3) 4月以降、翌月における介護報酬加算算定情報、料金割引情報等の事業者情報については、道に届出を経て、毎月20日頃より道が提供する事業者台帳(先日の補講研修で説明されたWAMネット「介護報酬情報提供システム」)に掲示されますので、平成12年4月分の居宅サービス計画作成に要するこれらの情報については、2月15日の運用開始後、3月20日頃までに確定されますので、2~3月に作成したすべての居宅サービス計画(4月分)については、3月20日~月末に再度「介護報酬情報提供システム」により情報に変更がないか確認し、変更がある場合は必要に応じて「居宅サービス計画」の作成変更を行ない、利用者の最終的な同意を受けてください。

2 高齢者保健福祉計画及び

介護保険事業計画策定委員会最終報告

平成10年6月から検討をしていた高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画について、策定委員会に最終報告案が提案され検討されました。今後、関係部局と調整のうえ、札幌市として決定し、議会に最終的に報告されることとなりますが、介護支援専門員が相談を受けたときの参考のために、関係する部分について概略お知らせいたします。

- (1) 市町村特別給付及び保健福祉事業については、保険料を押し上げる要因にもなるとの判断により、本市は行わないこととしています。
- (2) 種類別支給限度額については、今後サービスの基盤整備及び民間事業者参入を促すためにも設定しないこととしています。
- (3) 要介護認定結果が非該当（自立）の判定結果が出た方で、現にサービス利用をしている方には、経過措置として類似サービスを行う予定です。

★ホームヘルパー派遣★

利用上限は、週2回1回2時間。
但し現在のサービスを上回らない。
10%自己負担を直接事業者を支払う。生活保護は免除、生計中心者所得税非課税は、3%の自己負担。

★デイサービス★

利用上限は、週1回。
利用料は、生活保護は免除、その他は、10%自己負担を直接事業者を支払う。

★ショートスティ★

年14日分の利用券発行。
利用料については、デイサービスと同様の取り扱い。

(4) 自立支援策・介護防止対策について

非該当になった高齢者については、まず区に経過措置の利用の申請をしていただき、本人の希望及び寝たきり予防の観点から、上記(3)のサービス及び以下のサービスを基本に、区(2回目から在宅介護支援センター)がウイークリープランを作成し、日常生活の支援については、札幌市が契約したサービス事業者が行うことを予定しています。

その他のサービス

★福祉サービスとして★

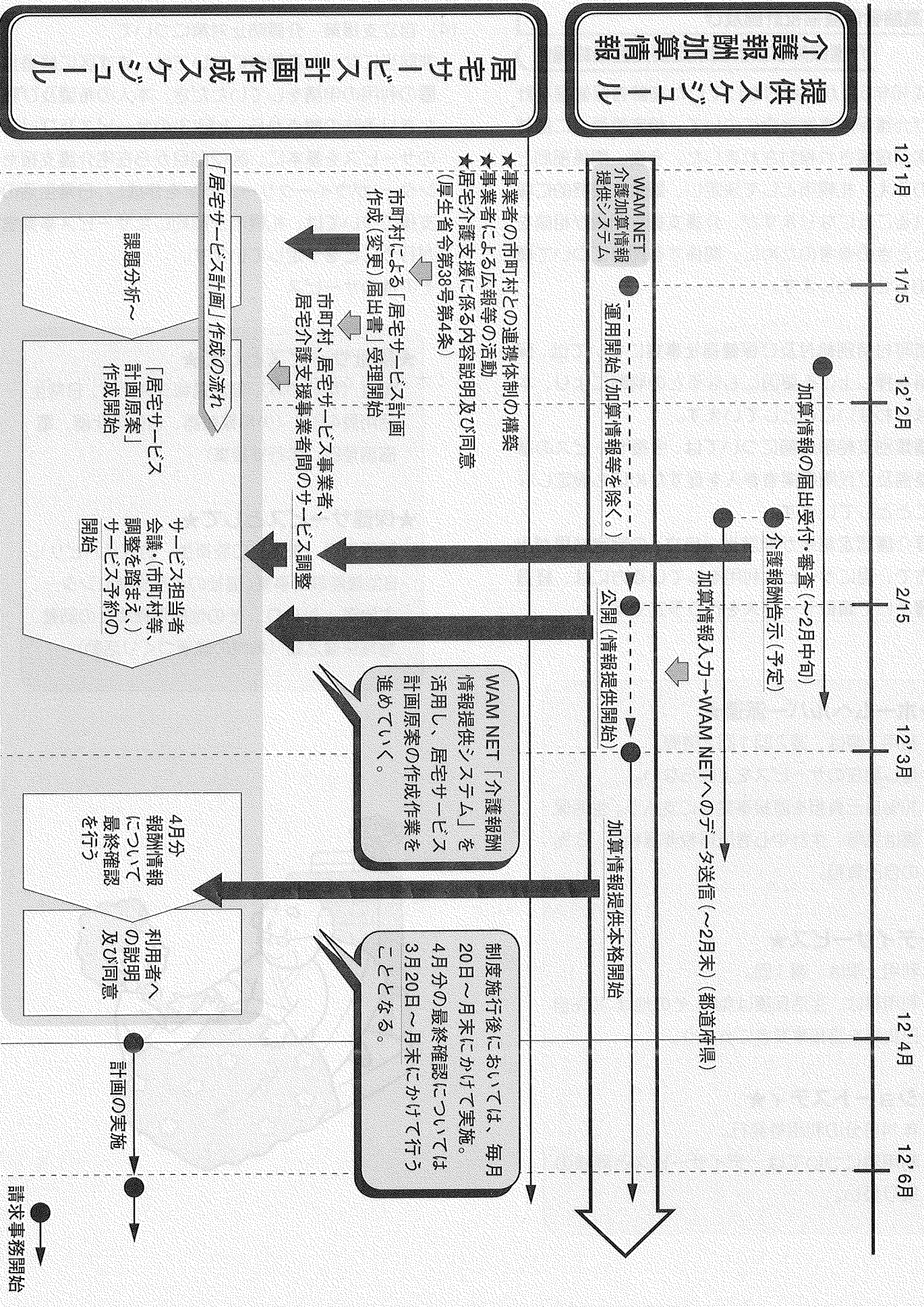
配食（平日のみ）、緊急通報システム、日常生活用具4品目（火災警報器、自動消火器、電磁調理器、歩行支援車）

★保健サービスとして★

訪問指導（栄養、口腔衛生、訪問リハビリ）、B型機能訓練事業、福祉のまち推進センター、主治医、NPO、その他関係機関との調整、地域保健活動（地域の健康づくり活動）



旅行準備期間中における「居宅サービス計画」等作成の標準的スケジュールについて



『札幌市最初のケアマネ 組織設立記』

ケアマネ北区支部長（長生会病院院長）
竹林 克重

私達は、札幌市で最初にケアマネージャーの組織『ケアマネ北区』を設立し、現在まで活動してまいりました。途中札幌市介護支援専門員連絡協議会が組織化され、現在は、昨年11月より北区支部として継続して活動するに至っております。

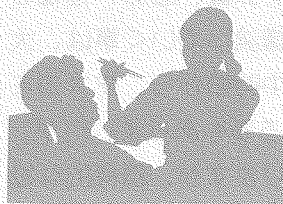
私達の会の始まりは、有志のケアマネージャーが、この混沌とした介護保険行政の中で、ケアマネージャー試験に合格したが、何の指針もなく、拠り所もなく、実際に制度が、開始されるまで、自分たちはどのように考え、どのように動いたらよいか悩んでいたのが素朴で、深刻な動機になりました。まず組織化をして、自主研修等の技術向上を始めとして、悩みを解決していきたいと、北区社会福祉協議会に相談したのが始まりであります。そしてこれらの、汗を重ねた努力により、多数の会員のご協力を得て、札幌市で初めてのケアマネ設立総会を平成11年7月13日に開くに至ったわけであります。又この会の発足にあたり、会員の一人が岩見沢市に在住し、北海道で一番最初に組織化された『ケアマネそらち』の立ち上げの主要メンバーであった事も、大きな力になった事は、いうまでもありません。又、北区社会福祉協議会の、地域の事情を知り尽くした、有効なアドバイスや、立ち上げ時の連絡方法、諸手続きに大きな力になった事も事実であります。そのようにして、設立総会にこぎつけ、当初は20名が出席し、27名の会員登録がありました。このように、市民のために、更に社会に貢献したいという、会員の明確な意思が、この会を設立させたのであり、このアイデンティティーが私達を結び付ける共通基盤になっているといっても過言ではありませんでした。

その後、毎月第3週目の水曜日を例会と定め、会の役員選任、会則を決議し、北区役所保健福祉サービス課の会員氏らから、札幌市の動向をお聞きしながら、活動内容は三役により、あらかじめ予定され、会員のご

了解を得ながら、専門家の講演会を聴講したり、症例検討による、実際のケアプラン作成シュミレーションを重ねていったわけでありました。保健、医療、福祉の三者が、同じ共通言語を持ち、議論していく事は、大変魅力的な事でありました。途中時節がら、マスコミによる取材攻勢により、中断される事もありましたが、順調に回を重ねてきたわけでありましたが、積極的な勧誘や、お知らせもなく、口コミによる連絡といった内容もあり、回を重ねて、出席者の数が減ってきていた事もありました。しかし10名前後は、常時出席が得られ、自分たちの知識や、技術習得意欲を満たすべく、励んできたのであります。ここでの論議は、多くの場で未消化な表面的な部分に収まらず、自由な立場で、自由に話すという事が、原則であり、会員外の参加もやぶさかではありません。症例検討練習では、バーチャルな世界の話しであり、介護保険の精神である利用者の意思の確認が、練習の中ではできないという事が、最大のネックではありました。しかし、種々のひとりよがりのプラン作成プロセスの反省や、アプローチ方法、実際の介護現場の事情が確認でき、ディスカッションを通じて、容易に理解を深める刺激になったという事は断言できます。その中で特に印象深いのは、量ではなく質の提供、即ち、ただがむしゃらに、サービスを続けるのが、本当のサービスとはいえず、各々の生活環境や、手段、意思を最大限尊重していく事が、我々の援助目標であると、再認識できたわけでありました。又、ディスカッションを重ねていく中で、ケアマネの公平、中立性についての議論があり、私見ながら、この問題に限らず、利用者の情報選択機会が優先され、公開されているのだろうか？という疑問がありました。是非公的な機関では、なかなか公開しづらい情報も、『ケアマネ北区』の中立的立場から、作成し、整備していき、公開する事が、利用者自らが考え、選択できる事であり、それが悪徳業者の淘汰や囲い込み防止、サービスの向上につながると結論づけたわけでありました。そしてこれは、私達の大きな活動目標にもなったわけでありました。仕事をしながら、自己研修を続けるのは、辛い事ではありますが、支部会員の皆様を始めとする、種々の活動のお世話をさせて頂きながら、自らを高め、必ず社会のために微力ながら、役立つ事を信じ、稿を終えたいと思います。

【シリーズ:インフォーマルサービス紹介 第1回】

ボランティアと介護保険

札幌市社会福祉協議会
地域福祉課

佐藤 聡

1 ケアプランとインフォーマルサービス

4月からの介護保険制度の開始に先立ち、2月からはケアプランの作成に取り組むこととなりますが、介護支援専門員がケアプランを立てる際には、介護サービスを単に当てはめるだけでなく、利用者の持っている能力や意欲を十分に引き出し、自立した生活を送れるよう支援する、いわゆる「自立生活支援」の視点にたって、フォーマル、インフォーマルサービスを含めたトータルなケアプランが求められます。

特に、インフォーマルサービスは、家族や親戚、友人、近隣（地域福祉活動）、ボランティア（以下、V）などから構成される支援であり、利用者の精神的、社会的な側面をカバーし、QOLを高める上でなくてはならないもので、介護保険サービスと一体化することによって初めて質の高いケアプランが立てられるわけです。

それは、言葉を変えると、インフォーマルサービスの情報を収集し、適切に活用できる能力を持っているかが、有能な介護支援専門員を判断する一要素であるといっても過言ではないと思います。

ここでは、V活動に焦点を当て、札幌市社会福祉協議会（以下、市社協）の取組みと合わせてご紹介します。

2 ボランティア活動の現況

市社協では、V活動を希望する方とVを依頼する方とのコーディネート（需給調整）を、市社協のVセンターと各区社協で実施しています。

具体的には、V登録制度を設けており、V活動を希望する方の活動可能な内容や曜日・時間を登録し、依頼内容に対応できそうな方を紹介する体制を取っています。

その件数は、年々増加しており、平成10年度では、1,083件（依頼総数1,370件）の依頼にVを紹介しており、延活動回数でいえば16,916回という状況です。

特徴としては、活動分野の7割が在宅ケース、利用者の8割が高齢者、障害者、そして活動内容の7割が「外出援助」（通院介助、移送等）、「生活支援」（ゴミ出し、家事援助等）となっています。

3 在宅ボランティア活動の形態

市社協における高齢者等への地域支援活動は、大きく分けて2つに分かれています。

1つは、共に地域で暮らす近隣同士の助け合い（相互支援）活動であり、現在、札幌市と連携を図りながら進めている「福祉のまち推進センター事業」です。

これは、町内会連合会（地区社会福祉協議会）を大きな単位とし、その下に単位町内会による見守りネットワーク体制を確立することです。これについては、今後のシリーズにおいて紹介されることとしますので、言及はしませんが、身近な住民同士が、話し相手、安否確認、ゴミ出し、除雪などの日常生活の延長上できるV活動を相互支援によって行うものです。

2つは、区社協を単位とした支援活動であり、近隣同士の助け合い活動が進展していない地域や、ある程度専門性を必要とするV依頼に対し、各区社協で養成している3級ヘルパーVを中心とした登録Vが対応するものです。

これらの2つの方法をVの依頼内容や利用者の心身の状況等に応じて、一番好ましい方法を判断し、紹介しています。

4 介護保険とボランティアの関係

現行の福祉制度においても行政や訪問介護員（ホームヘルパー）派遣機関、在宅介護支援センター、福祉施設等の福祉関係機関からのV依頼が年々増加していますが、今後は、介護保険の実施に伴い、保険対象外になる高齢者の支援や介護保険の一般化による潜在的なニーズの掘り起こしによって、より依頼が増加することと思われます。

ここで一つ整理しておきたいことは、乱暴な言い方もかもしれませんが、ボランティア活動は、介護保険制度の補完のためにあるものではなく、あくまで「自分の意志にもとづいて、誰もが安心して暮らせることをめとした無償の活動」であり、介護保険の有無に関わりなく普遍的に行われる活動なのです。

在宅介護サービスと類似する内容のボランティア活動であっても、それぞれの出発点（目的）が違うわけです。

たとえば、訪問介護員（ホームヘルパー）とVを例にとって説明しますと、同じような家事援助、外出介助を行うことがありますが、訪問介護員による活動は、「介護、家事を通じ身の回りの支援を行う」こと自体が目的であるのに対し、Vは、結果的には同じであっても「誰もが安心して暮らせる地域づくり」が目的であり、その一手段として、家事援助や外出介助のVがあると思います。

しかし、Vを安易な便利屋感覚で頼んでくる場合も少なからずまだ残っているようです。

以前、ゴミ出しVの依頼が、訪問介護員（ホームヘルパー）派遣機関経由であった際の話ですが、依頼に基づき、利用者に電話で確認したところ、「近くに娘夫婦が住んでいる」、「隣の友人にやってもらっているが申し訳ないから」、「今のところは自分のできるので結構です」などの返答が返ってきたことがありましたが、このような安易な依頼は、Vの活動意欲を衰退させる結果にもなりかねません。

実際にV依頼する際には、

- ① V依頼するに至った経緯
- ② 親族や近隣などのインフォーマルサービスの有無

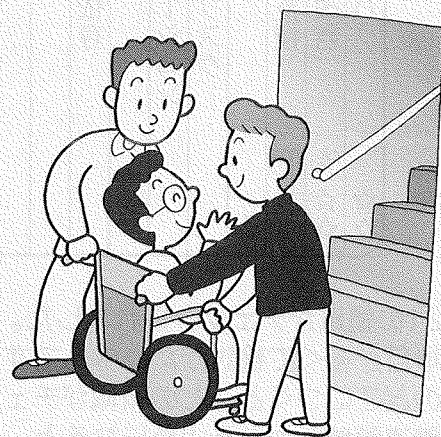
- ③ フォーマルサービスで対応できない理由
- ④ 経済状況等を事前に確認し、利用者の自立生活支援の視点に立った総合的判断

が求められます。

また、依頼内容によっては、経済状況を加味し、NPOや有償サービス等他の社会資源等を先に紹介する場合がありますので、幅広い情報収集も合わせて必要と思われます。

最後になりますが、「誰もが安心して暮らせる地域づくり」は介護保険制度も在宅ボランティア活動も共通のテーマであります。

特に各区に設置されている区社協は、在宅Vの大半を調整している地域福祉の第一線機関であり、今後はより相互連携を図り、お互いの福祉情報やサービスを共有し合い、地域福祉の推進を共に進めていきたいと思えます。





『MDS-HC2.0を使用して ケアプランを展開する』

札幌市介護支援専門員連絡協議会副会長
(訪問看護ステーション美園所長)

藤井 菊恵

在宅で生活している事例をもとにケアプランまで展開します。

1. A氏のプロフィール

77歳 脳硬塞 糖尿病

☆脳硬塞：発病してから3年

☆介護保険要介護認定：介護度5（H11年11月20日）

☆寝たきり度：B1

☆痴呆：1

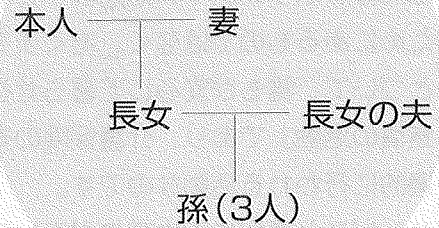
ADL

排泄→ 昼間一車イス介助・夜間一尿器

清潔→ 介助入浴（デイケア）2回/週

食事→ セッティング

移動→ 車イス 短い距離を自分でこぐ
あとは他者が介助



- ・主介護者は妻
- ・長女は仕事を持っており助けにならない
- ・孫は中高生で受験期

2. A氏をMDS-HC2.0でアセスメントしました。（表1）

機能面					感覚面		精神面					健康問題					ケアの管理					失禁											
1	2	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	22	23	23	24	25	26	27	28	29	30	
ADL/リハ	ADL(改善)	ADL(支援)	健康増進	施設入所のリスク	コミュニケーション	視覚	アルコール依存	認知	行動	うつと不安	高齢者の虐待	社会的機能	心肺の管理	脱水	転倒	栄養	口腔衛生	痛みの管理	褥瘡	皮膚と足の問題	順守	もろい支援(主なし)	もろい支援(主あり)	薬剤(管理)	薬剤(副作用)	緩和ケア	保健予防	向精神薬	在宅サービス削減	環境評価	排便の管理	尿失禁	
☆☆	☆☆	(B)	☆																			(A)	(B)	(A)	(B)								
	☆☆																						☆		☆								

21の領域がチェックされました。

項目が多くて検討がたいへんですが、慣れないうちは全部の項目を検討します。慣れてくると、アセスメントのどこにつくと、どの領域がチェックされるか分かるようになります。

関連領域もわかるようになると、必ず検討が必要な項目等の理解ができます。

2. 領域検討を行います。今回はADL/リハビリテーションの可能性について検討しました。(表2)

領域検討表 (MDS-HC)		作成日：2000年1月26日		1/4
利用者ID： 3	利用者名： ●●●●	アセスメント回数： 1	出力内容： STEP4	
問題領域CD： 1	問題領域名称： ADL/リハビリテーションの可能性	アセスメント基準日： 平成12年01月26日		
領域とトリガー	視点・CAPs	課題	目標	介護内容
<p>[C3=0] <設問内容> <他者を理解できる(理解力)> どんな方法を用いて話した内容を理解してもよい</p> <p><回答内容> 通常は理解できる明確な理解力</p> <p>[H2a=5] <設問内容> <ADL自立度> <ベッド上の可動性>横になった状態からどのように動かすか、寝返りをうつたり、起き上がったリ、ベッド上の身体の位置を調整する</p> <p><回答内容> 最大の援助(動作の一部(50%未満)しか自分でできず、以下の援助を3回以上、体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)・ある動作要素、あるいはすべて)の動作について全面援助</p> <p>[H2b=5] <設問内容> <ADL自立度> 移乗(ベッドからどのようにいすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く))</p> <p><回答内容> 最大の援助(動作の一部(50%未満)しか自分でできず、以下の援助を3回以上、体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)・ある動作要素、あるいはすべて)の動作について全面援助</p>	<p><視点> CD： 1 ADLの低下と医的的問題の発生・悪化時期との関連性を検討する</p> <p><CAPs> 1-1-3) 疾患や症状/脳血管障害</p> <p><視点> CD： 3 機能を維持/回復する方法や可能性について検討する</p> <p><CAPs> 3-1-1) リハビリテーションの実施状況/理学療法や作業療法など専門家によるリハビリテーションを受けけている</p> <p>3-3-2) いくらか自立しているADLの把握/移乗</p> <p>3-3-5) いくらか自立しているADLの把握/食事</p> <p>3-4-2) 家族の支援の状況/援助方法に問題がある</p>	<p><検討方向> 障害の原因を理解した上で利用者・家族が行える訓練を計画することを目指す</p> <p><課題> 関節拘縮がありADLが低下している可能性がある。</p>	<p><長期目標> 今の機能が低下しない</p> <p><短期目標> リハビリ等により機能の低下防止に努める</p>	<p>CD：103 介護者の援助能力を把握する</p> <p>CD：114 治療状況を確認し、リハビリテーション実施の可否について医師より指示を受ける</p> <p>CD：124 リハビリテーションを継続し、定期的に評価を受ける</p> <p>CD：125 成果が見られるADLに着目し、内容を検討する</p> <p>CD：127 インフォーマルな支援体制の調整と在宅ケアサービスの利用を検討する</p>

3. 詳細検討を行います。目標・行動計画を入れます。(表3)

ケアプラン表 (MDS-HC)		作成日：2000年1月26日		1/1			
利用者ID： 3	利用者名： ●●●●	ケアプランNO： 1	ケアプラン作成日： 平成12年01月26日				
機関CD： 950	機関名： 在宅ケア事業推進部	アセスメント回数： 1	アセスメント基準日： 平成12年01月26日				
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)	介護内容	行動計画	介護担当	頻度/期間	評価
関節拘縮がありADLが低下している可能性がある。	今の機能が低下しない	リハビリ等により機能の低下防止に努める	<p>介護者の援助能力を把握する</p> <p>治療状況を確認し、リハビリテーション実施の可否について医師より指示を受ける</p> <p>リハビリテーションを継続し、定期的に評価を受ける</p> <p>成果が見られるADLに着目し、内容を検討する</p> <p>インフォーマルな支援体制の調整と在宅ケアサービスの利用を検討する</p>	<p>1) 介護者が援助できることを指導する。</p> <p>1) 治療病や循環器疾患の確認</p> <p>2) 褥瘡の出現の観察と対応</p> <p>3) 定期的な診察</p> <p>1) フログラムに沿った実施</p> <p>2) 本人のやる気のある支援</p> <p>1) 定期的に本人の評価を行う</p> <p>2) 定期的にプログラムの評価を行う</p> <p>1) 移乗動作を確認する</p> <p>2) 体幹を硬さを柔らかくする工夫と運動</p> <p>3) PTに評価を依頼しリハビリ内容の検討</p> <p>1) 妻の疲労を軽減するためのインフォーマルな支援を検討する</p> <p>2) タイムに調整し、導入する</p>	<p>訪問看護滞在</p> <p>訪問看護滞在</p> <p>訪問リハビリ</p> <p>訪問看護滞在</p> <p>家族介護</p> <p>訪問リハビリ</p> <p>訪問看護滞在</p> <p>訪問リハビリ</p> <p>ケアマネージャ</p>	<p>週2回</p> <p>6ヶ月</p> <p>週2回</p> <p>6ヶ月</p> <p>週1回</p> <p>6ヶ月</p> <p>随時</p> <p>週2回</p> <p>6ヶ月</p> <p>随時</p> <p>週1回</p> <p>6ヶ月</p> <p>週1回</p> <p>6ヶ月</p> <p>週1回</p> <p>6ヶ月</p>	

4. ケアプランをたてました。ケアマネジャー 〇〇〇〇をもちに、各サービス体での目標の共有、調整会議を行います。(表4)

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標		介護内容	サービス内容		
	長期目標(期間)	短期目標(期間)		介護担当	頻度	期間
硬縮がありADLが低下している可能性がある	今の機能が低下しない	リハビリ等により機能の低下防止に努める	介護者の援助能力を把握する	訪問看護滞在	週2回	6ヶ月
			治療状況を確認し、リハビリテーション実施の可否について医師より指示を受ける	ヘルパー滞在介護 訪問看護滞在 訪問リハビリ	週1回 週2回	3ヶ月 6ヶ月
妻に介護負担があり在宅生活の継続を困難にする可能性がある	妻の介護負担が軽減する	在宅サービスの活用により家族の介護負担の軽減を図る	リハビリテーションを継続し、定期的に評価を受ける	訪問看護滞在 訪問リハビリ	週2回 週1回	6ヶ月 6ヶ月
			成果が見られるADLに着目し、内容を検討する	訪問看護滞在 訪問リハビリ	週2回 週1回	6ヶ月 6ヶ月
脳梗塞があり脱水の危険性がある	異常の早期発見ができる	症状の観察を行い、早期の対応ができる	インフォーマルな体制支援の調整と在宅ケアサービスの利用を検討する	ケアマネージャ	6月中	
			家族と話し合いの場をもち、相談や協力に依る	訪問看護滞在	週2回	6ヶ月
			在宅ケアのサービスについての情報を提供する	ケアマネージャ	月1回	6ヶ月
			介護者へ危険な病状や徴候への対応の仕方の指導を行う	訪問看護滞在	週2回	6ヶ月
			家族をねぎらい励ます	訪問看護滞在	週2回	6ヶ月
			家族の健康管理	訪問看護滞在	週2回	6ヶ月
			水分摂取を促す	ヘルパー滞在介護 訪問看護滞在 家族介護	週1回 週2回 随時	3ヶ月 3ヶ月 3ヶ月
			脱水の兆候や症状を観察し早期発見に努める	訪問看護滞在 訪問診療	週2回 月2回	3ヶ月 3ヶ月
			水分や食事摂取を妨げている原因や要因への対応ができていないか確認する	訪問看護滞在	週2回	3ヶ月
			誤嚥がないよう見守る	ヘルパー滞在介護 訪問看護滞在 家族介護	週1回 週2回 随時	3ヶ月 3ヶ月 3ヶ月

5. 週間サービス計画表（週間スケジュール）です。（表5）

月のサービス利用票とともに、利用者へ説明し、同意（印鑑）をもらいます。

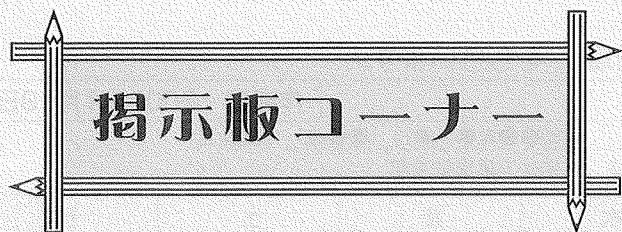
介護サービス計画書 週間スケジュール情報 | 作成日：2000年1月19日

利用者ID： 3 利用者名： ●● ●● 殿（男） 生年月日： 昭和●●年●●月●●日（●●歳） [編集1]

計画NO： 6 作成事業者：在宅ケア事業推進部

		月	火	水	木	金	土	日
深夜	4:00							
	5:00							
	6:00							
早朝	7:00					☆HP滞在家 ☆☆☆☆☆		
	8:00		◆デイケア		◆デイケア		◆デイケア	
	9:00		◆◆◆◆◆		◆◆◆◆◆		◆◆◆◆◆	
午前	10:00		◆◆◆◆◆		◆◆◆◆◆		◆◆◆◆◆	
	11:00		◆◆◆◆◆		◆◆◆◆◆		◆◆◆◆◆	
	12:00	●訪問リハ ●●●●●	◆◆◆◆◆	○看護滞在 ○○○○○	◆◆◆◆◆	○看護滞在 ○○○○○	◆◆◆◆◆	
	13:00		◆◆◆◆◆	○看護滞在 ○○○○○	◆◆◆◆◆	○看護滞在 ○○○○○	◆◆◆◆◆	
	14:00		◆◆◆◆◆		◆◆◆◆◆		◆◆◆◆◆	
午後	15:00							
	16:00							
	17:00							
	18:00							
	19:00							
夜間	20:00							
	21:00							
	22:00							
深夜	23:00							
	0:00							
	1:00							
	3:00							

☆ 訪問介護 ★ 訪問入浴 ○ 訪問看護 ● 訪問リハ ◇ 通所介護 ◆ 通所リハ ◎ その他 * 配食 □ 他のサービス



掲示板コーナー

★ 中央区支部研修会

日 時：2000年3月21日（火）18：30～
 会 場：札幌市社会福祉総合センター
 視聴覚室
 テーマ：「介護保険直前情報とインフォーマルサー
 ビス」
 問い合わせ先：札幌市中央区社会福祉協議会
 ☎(231-2400 内線458～460)

★ 豊平区支部研修会

日 時：2000年2月29日（火）18：30～
 会 場：豊平保健センター講堂
 テーマ：「介護保険最新情報」
 講 師：札幌市保健福祉局介護制度担当課
 五十嵐 睦子 主査
 問い合わせ先：札幌市豊平区社会福祉協議会
 ☎(815-2940 [直通])

★ 清田区支部研修会

日 時：2000年2月23日（水）18：30～
 会 場：清田総合庁舎大会議室
 テーマ：「介護保険最新情報について」
 講 師：札幌市保健福祉局介護制度担当課
 五十嵐 睦子 主査
 問い合わせ先：札幌市清田区社会福祉協議会
 ☎(889-2491)

★ 南区支部設立総会・記念講演

日 時：2000年2月24日（火）18：30～
 会 場：南区民センター視聴覚室
 テーマ：「ケアプランの作成と最新情報について」
 講 師：札幌市保健福祉局介護制度担当課
 五十嵐 睦子 主査
 問い合わせ先：札幌市南区社会福祉協議会
 ☎(582-2400 内線381・382)

★ 手稲区支部設立総会・記念講演

日 時：2000年3月8日（水）18：30～
 会 場：手稲区民センター視聴覚室
 テーマ：「ケアプランの作成と最新情報について」
 講 師：札幌市保健福祉局介護制度担当課
 五十嵐 睦子 主査
 問い合わせ先：札幌市手稲区社会福祉協議会
 ☎(681-2400 内線365・366)

★ 高齢者のための共同住宅を 考える講演会

日 時：2000年3月22日（水）
 13：30～16：00
 会 場：札幌市社会福祉総合センター大研修室
 テーマ：
 基調講演「高齢者向け共同住宅の運営と課題（仮
 題）」
 北海道大学工学部助教授 野口 孝博 氏
 シンポジウム「これからの高齢者向け共同住宅のあり
 方を考える」
 司 会：札幌市社会福祉協議会地域活動参事
 岩見 太市
 シンポスト：北海道保健福祉部高齢者保健福祉課長
 樽見 英樹 氏
 シンポスト：有限会社そしある企画代表取締役
 釜鈴 実 氏
 シンポスト：株式会社常口アトム高齢福祉事業推進部次長
 倉谷 俊男 氏
 シンポスト：北海道高齢社会をよくする女性の会事務局長
 阿達 まさ子 氏
 問い合わせ先：札幌市社会福祉協議会
 ☎(011-614-3345 内線228)

3福祉士国家試験行われる。

第12回社会福祉士・介護福祉士（会場、全国
 12都市）、第2回精神保健福祉士国家試験（会場、
 全国7都市）で、1月23日（日）に行われました。
 受験者は、社会福祉士が2,852人、介護福祉
 士が56,513人、精神保健福祉士が3,722人でした。
 合格者の発表は、3福祉士とも3月31日（介護
 福祉士は3月5日の実務試験後）に行われる。
 （福祉新聞 2000年1月31日より）