

## 『アセスメントの重要性』

### 自立支援に向けたケアプラン作成について ～目標までの導き方～

宮城県ケアマネジャー協会 小湊 純一。

#### I 指定居宅介護支援事業の運営基準（一部抜粋）

（基本方針）

第一条 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

（指定居宅介護支援の基本取扱方針）

第十二条 指定居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

六 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等とその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

#### II 自立を支援するということ ～

##### 1 自己決定の尊重

選択可能な、個人を尊重した個別的対応や方法を事前に提案してお知らせし、本人の自らの決定を尊重して対応します。決めるのは支援者でなく

本人です。

自己決定と自己責任は違います。

自分で決める能力を評価し、判断が難しければ後見人（家族等）等が代わりに決定する場合があります。

## 2 能力の発揮

本人の自己解決能力に着目して、個々のニーズの客観的な把握・分析を行い、自立を支援及び自立を促進する目的で関わります。

できるところも代行してしまうと、その時は喜ばれるかもしれませんが、能力の発揮を妨げ、依存性を高めてしまう場合があります。

## 3 生活の継続性（継続性の尊重）

本人の心身の機能や生活環境に障害があったとしても、その人の生活を維持・継続していけるよう、相手の生活の継続性を尊重して関わります。

広く、保健・医療・福祉・介護・法律等、生活全般にわたる連携により支援します。

# Ⅲ 高齢者ケアプラン策定の基本

1 治るものは治す（改善する可能性、維持の必要性、悪化の危険性）

2 治らなければ補う（ケアの必要性）

3 予防する

# Ⅳ アセスメント「具体的支障把握の視点」（居宅）

## 1 健康状態

- ① 本人の生活に影響のある、介護スタッフが観察・管理の必要な病気を把握しましたか？（治った病気、身体機能やプランに関係しない病気は除きます。）
- ② 病気への対応について、主治医に相談し、対応の指示を受けましたか？
- ③ 生活に支障のある症状や痛みを把握しましたか？
- ④ 在宅医療機器（カテーテル、点滴、酸素、嚥等）について把握しましたか？

## 2 ADL

- ① 利用者本人のADL能力、生活の支障を具体的に把握しましたか？
- ② 活動量について把握しましたか？
- ③ リハビリに関する、意欲や目標を把握しましたか？
- ④ 転倒の具体的状況、危険性を把握しましたか？

## 3 IADL

- ① 利用者本人のIADL能力、生活の支障を具体的に把握しましたか？
- ② 自己動作に関する、意欲や目標を把握しましたか？

#### 4 認知

- ① 記憶障害を具体的に把握しましたか？
- ② 見当識障害を具体的に把握しましたか？
- ③ 判断力低下について具体的に把握しましたか？
- ④ 実行機能障害を具体的に把握しましたか？
- ⑤ できるところを把握しましたか？

#### 5 コミュニケーション能力

- ① 相手のことを理解できるか、自分のことを伝えることができるか、コミュニケーション能力を具体的に把握しましたか？
- ② 聴覚、視覚障害を把握しましたか？

#### 6 社会との関わり

- ① 社会との関わりと適応、社会的活動や役割、毎日の暮らしぶりを把握しましたか？
- ② 気分の落ち込み等、心理面での問題について把握しましたか？

#### 7 排尿・排便

- ① 失禁の状態を把握しましたか？

#### 8 褥瘡・皮膚の問題

- ① 皮膚・じょく創等、皮膚の状態を把握しましたか？

#### 9 口腔衛生

- ① 食べる、話すこと等に支障のある、口腔の問題を明らかにしましたか？

#### 10 食事摂取

- ① 栄養・水分摂取、意図しない体重減少を明らかにしましたか？

#### 11 問題行動（行動障害）BPSD

- ① 家族等の悩みや苦痛となる行動を把握しましたか？
- ② 問題行動の規則性、原因、関係性、感じ方等を具体的に把握しましたか？

#### 12 介護力

- ① 介護者の状況を把握しましたか？
- ② 介護者の負担と、介護負担の原因となっていることを具体的に把握しましたか？

#### 13 居住環境

- ① 対象者本人の障害の状況から見た、居住環境の不具合、自立を阻害する原因を把握しましたか？

#### 14 特別な状況

- ① 緩和ケア、ターミナルケアの必要性、実現の可能性を把握しましたか？
- ② 高齢者虐待の兆候、危険性、緊急性を確認しましたか？

## ケアプラン点検 ～ケアプランの振り返り～

ケアプランの2表を見てください。

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）があります。

①「歩けるようになりたい」となっていたとします。

ある、見る立場の人（介護保険に詳しい家族でもいいです。）から、なぜ、「歩けるようになりたい」という課題になったのですかと質問されました。

あなたは、どのように説明しますか？

「デイサービスでリハビリができるから」「デイサービスに行きたいという希望があったから」「歩きたいと言われたから」・・・では説明になりませんね。

3週間前、転んで膝を痛めたために安静にしていました。安静にして寝て過ごしていたら、歩けなくなり、立っているのがやっとなってしまいました。痛みも取れたし、主治医の先生からも身体を動かして大丈夫と言われました。本人も、また元のように歩けるようになりたいという希望だったため、改善の可能性が高いと判断しました。本人の言葉を借りて「歩けるようになりたい」としました。

説明の後、「では、そのことが確認できる、アセスメントの結果を見せてください。」と言われました。

対応はOKですか？ 理由が説明できますか？

②「気分転換したい」となっていました。

「気分転換したい。」ということは、気分の落ち込みや悩み等が見られたのですか？ それはアセスメント記録のどこを見れば分かりますか？ と聞かれました。

対応はOKですか？ 理由が説明できますか？

根拠を明らかにできなかった場合どうしますか？

改めて情報を整理し、課題検討をし直します。

① 情報の整理は、国の「課題分析標準項目」を基本にします。

② プロセスは「居宅介護支援の手引き」で確認します。

③ 課題検討は「ケアプラン策定のための課題検討用紙」を使います。

④ 検討の方法は「ケアプラン策定のための課題検討の手引き」を使います。

## 〈アセスメントの基本〉

介護支援専門員として、アセスメントを行う理由についてどのように理解していますか。またアセスメントを行う専門職として、その役割を十分に果たせていると感じますか？

(ケアプラン点検支援マニュアルから抜粋)

## 居宅介護支援の手引き (抜粋)

### Ⅱ アセスメントする

- 1 アセスメントをするための情報を集めます。
  - (1) 国の定めた標準項目が最低限の情報項目です。要介護認定の調査項目ではありません。
  - (2) 身体状況や環境については、直接本人と面接して情報を得ます。
  - (3) 医療情報については、主治医意見書及び診療情報提供によって得ます。

※1 アセスメントのための情報収集シート（宮城版：居宅）参照。
- 2 集めた情報の中から、詳しく見る必要のある項目を選び出します。（スクリーニング）
  - (1) 利用者本人の生活上の支障があることを選び出します。
  - (2) 支障がないことも明らかにします。（確認したことを証拠だてる。）

※1 情報収集シートで、支障ありは○、支障なしは×で分けます。  
※2 その支障はあくまでも本人の支障であり、家族の支障ではありません。
- 3 選び出した項目の生活上の支障を具体的に把握します。
  - (1) どのように支障があるのか、その状況を具体的に把握し、関連情報を集めます。  
(転んだ→いつ→どのような場面で→何をしていた時・・・など)
  - (2) 動作を細かく分割するなど、どこまで出来て、どこから支障があるのかを明らかにします。

※1 情報収集シートで、○を付けた場合にコメントを記入します。  
※2 ケアプラン策定のための課題検討用紙（宮城版）の「検討の必要な具体的状況」に整理します。
- 4 生活上の支障の原因を明らかにします。
  - (1) 病気のため

- ① 急性期の病気
- ② 持病の進行
- ③ 痛みを伴う症状
- ④ 認知症
- ⑤ 精神疾患

(2) 怪我のため

(3) 障害のため

(4) 動かない（廃用）ため

(5) 生活習慣のため

(6) 悩み・不安等のため

(7) 環境のため

(8) 薬のため

- ① 薬が合わない
- ② 向精神薬のため           ・・・など

※1 医療面については、主治医の先生に確認します。

※2 課題検討用紙の「原因」に整理します。

5 そのことについての意向を確認します。

(1) 生活上の支障と原因を踏まえた上で、本人、家族はどうなりたい、どうしたいと思っているのか、意向を確認します。

(2) 実現可能なことを聞きます。

(3) 介護保険の理念に沿った意向を聞きます。

「また自分で歩けるようになりたい。」「炊事は自分でしたい。」「トイレは自分でしたい。」

★ 後ろ向きな希望は、とりあえず聞くだけにする。（プランに載せない）

「歩けるようになると困るので動かさないで寝かせておいてほしい。」「できるだけ介護したくない。」「早く施設に入れてしまいたい。」…

(4) 言い換えて整理してみても聞きます。

「歩けるようになればいいだけ   ⇒ 「ということは、できればまた歩けるようになりたい！っていうことですね。」

(5) 意向が聞き取りにくい場合は、予測して提案してみることも重要です。

※ 課題検討用紙の「利用者（家族）の意向」に整理して記入します。

6 ケアプランにする必要性を把握します。（スクリーニング）

- (1) 改善するのか、維持するのか、予防するのか、可能性を検討します。
- ① 良くなるのか、元に戻る可能性があるのか  
支障・低下が最近起こった利用者で、状態が安定している場合など。
  - ② 今の状態を続けられるようにする必要があるのか  
支障が長い間変化していない場合など。
  - ③ 悪化を予防、低下するのを予防する必要があるのか  
じょく創や失禁、筋力低下、拘縮、転倒などの危険性がある場合など。
- (2) 必ず行わなければならない介護を確認します。
- ① 必要な介護を把握します。
    - ア 改善の可能性がなく、生活する上で必ずしなければならない介護は何かを把握します。
    - イ 改善の可能性がある場合でも、生活する上で必ずしなければならない介護は何かを把握します。
  - ② 必要な医療対応を把握します。
    - ア 主治医からの指示のある医療的管理について把握します。(病気の管理・観察、食事制限、薬の副作用など…)

※1 課題検討用紙の「自立に向けた可能性、必要性」に整理して記入します。

## 7 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を把握します。

- (1) アセスメントの結果を反映させます。
- ① 把握した、生活上の支障・困っていること
  - ② 把握した、支障、困っている原因
  - ③ 把握した、希望・意向
  - ④ 把握した、可能性
  - ⑤ 把握した、危険性
  - ⑥ 把握した、必要な医療対応
  - ⑦ 把握した、必要な介護
- (2) アセスメントの結果からの必要性と本人の意向が一致している場合は、その意向をそのままニーズにします。また、必要性を本人の意向に沿って言い換えて、本人の了解を得ます。
- ① お風呂に自分で入れない ⇒ お風呂に入りたい (本人の意向を反映)
  - ② 歩行練習が必要である ⇒ また散歩できるようになりたい
  - ③ 一人でいる時間が長く、  
落ち込みが進む可能性がある  
ある ⇒ いろいろな人と会って楽しく過ごしたい
  - ④ 膝の痛みのため掃除機が  
けができない ⇒ 掃除を手伝ってほしい
- (3) 本人の意向がとれなければ、必要性をニーズにします。
- ① 排泄介助が必要です
  - ② 床ずれの予防が必要です
  - ③ 日常動作のすべてに介助が必要です
  - ④ 通院介助が必要です

(4) 必要性が明らかで、家族の想いを反映させる場合は次のようにします。

- ① お風呂に入れてあげたい
- ② 楽しく過ごす時間を持ってほしい

※1 課題検討用紙の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に整理して記入します。

8 どのようなケアを提供するのか、方向性を決めます。

(1) 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)を解決するために、どのようなケアを提供し、どのような目標に沿ってケアを進めていくのかがわかるようにします。

- ① たとえば・・・
  - ア お風呂に入れるようにします。
  - イ 外出, 交流し, 楽しく過ごす機会を作り, 気分が改善出来るようにします。
  - ウ 機能訓練により, 下肢機能が改善するようにします。
  - エ 出来るだけ早く, 床ずれを治すようにします。・・・など。

(2) この段階では、まだサービスの種別は決まっていません。方向性だけで十分です。サービスを使うためのプランにならないようにするためにも重要です。

※1 課題検討用紙の「ケアの方向性」に整理して記入します。

### Ⅲ ケアプランの原案を作る

1 目標を定めます。

期間： 短期目標は概ね3ヶ月、長期目標は最も長くて認定の有効期間

(1) 実現可能でモニタリングしやすい目標にします。

- ① 5mぐらい自力で歩けるようになる
- ② お風呂に入れる
- ③ 食事がとれる
- ④ 話し相手ができる

(2) 本人の目標にします(事業者や家族の目標にしない)

- ① 歩行介助をする ⇒ 安全に歩ける
- ② 床ずれを治す ⇒ 床ずれが治る
- ③ 楽しく過ごせる機会を作る ⇒ 楽しく過ごせる
- ④ 家族の介護負担が軽くなる ⇒ 入浴などの介助が受けられる

(3) きれいな言葉を並べるのではなく、具体的な目標にします。

- ① その人らしく暮らせる? ⇒
- ② 安楽に過ごせる? ⇒

- ③ 穏やかでいられる？ ⇒
- ④ 自立した生活が送れる？ ⇒

2 目標を達成するための介護内容を定めます。

(1) 具体的で簡潔に、利用者が何をしてもらえるのかがわかるように書きます。

入浴介助（リフト浴）、ポータブルトイレ介助、更衣介助、会話支援、交流支援、歩行訓練支援、下肢筋力強化訓練支援、服薬確認 など。

3 介護を実施するサービス、事業者を選定します。

(1) 選ぶための提案をし、選んだ時のメリットとデメリットを説明します。

お風呂はどのように入りたいですか？ 自宅のお風呂で？浴槽を持ってきてもらって？出かけて？ など

4 目標達成に必要な利用頻度を定めます。

(1) 目標達成を意識した、回数・頻度を設定し、その理由が客観的に説明できるようにします。

5 総合的な援助方針を設定します。（課題検討用紙の「ケアの方向性」です）

(1) 短期目標は本人の目標ですが、援助の方針はサービス提供者の方針です。

(2) 「～できるようにします。」 「～を支援します。」などと整理します。

(3) ニーズと目標を整理して、箇条書きに整理して書きます。

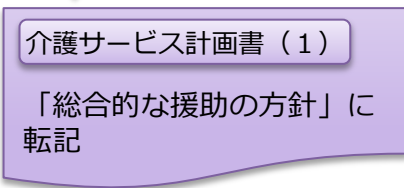
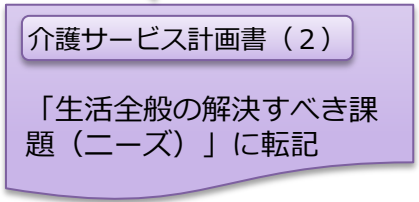
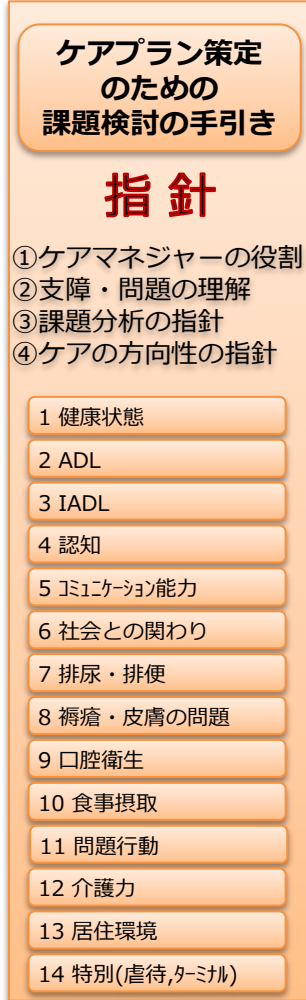
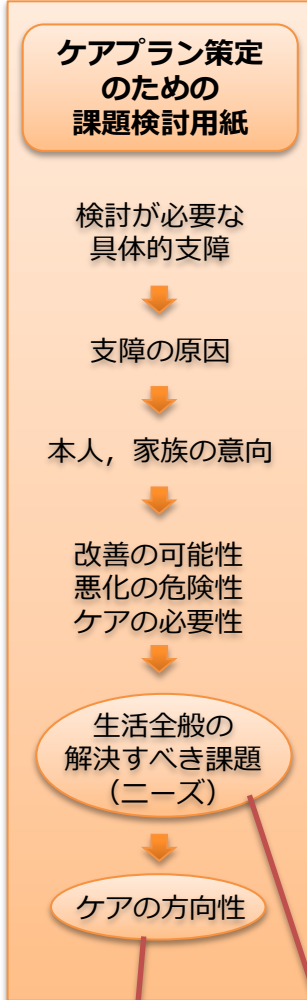
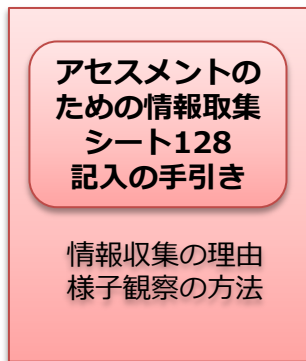
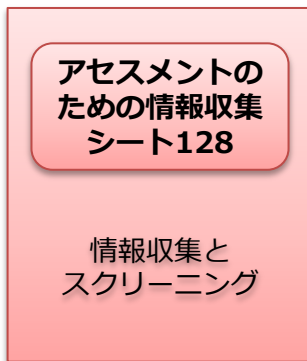
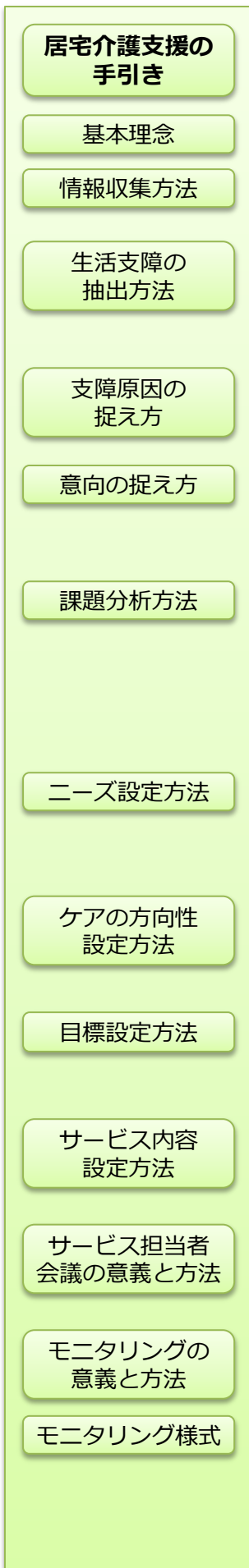
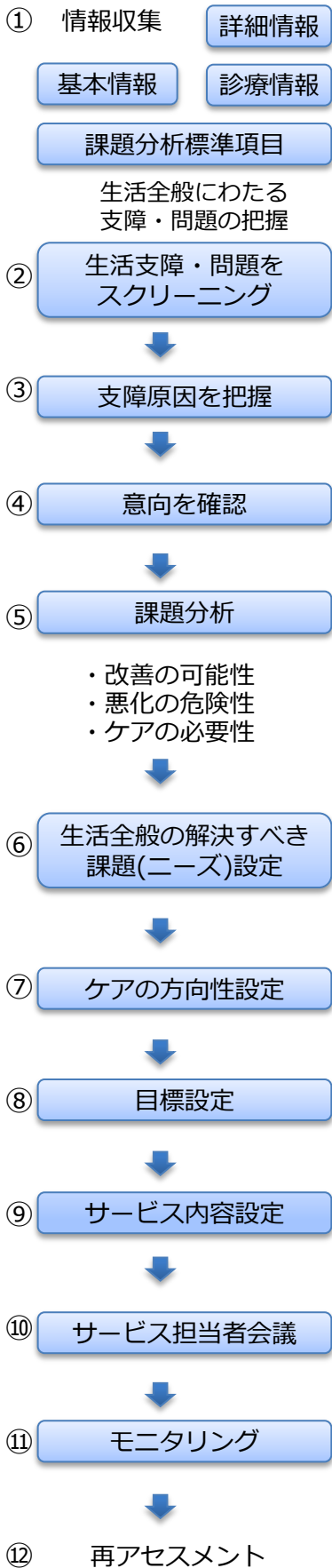
(4) ニーズと目標を整理して、まとめて文章にして書きます。

#### 『ケアプランの原案』

利用者本人（家族）と話し合い、担当するサービス事業者と調整を済ませ、双方の内諾を得ているものが『ケアプランの原案』です。

2015.06.17.小湊。

# ケアマネジメントの過程（考え方の指針と様式）



## ケアプラン策定のための課題検討用紙

アセスメント基準日： 平成 27年 3月 15日

項目	細目	チェック	検討が必要な具体的状況	原因	本人、家族の意向	自立に向けた可能性、維持の必要性、低下・悪化の危険性、ケアの必要性	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	ケアの方向性
1. 健康状態	① 既往歴	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・狭心症。時々胸痛がありニトログームを貼ると楽になる。</li> <li>・骨粗鬆症</li> <li>・第一腰椎圧迫骨折(H26,12,20 転倒)</li> <li>・老人性皮膚掻痒症で身体の痒みがあるが掻き傷はない。</li> <li>・時々胸の表面が刺されるような痛みがあるが、締め付けられるような感じはない。「ニトログームを貼ると楽になる」と言う。息切れはない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒のため</li> <li>・狭心症</li> </ul>	(本人) ・元気でいたい。  (家族) ・元気でいてほしい(息子さん)。	・主治医より、痛みなど身体症状の増強に注意するように指示がでている。  *身体の痒みについては「じよく創・皮膚の問題」で検討する。	・痛みなど身体症状の観察が必要です	・症状の変化に気をつけ、必要時に応じて主治医に報告します
	② 主傷病	○						
	③ 症状	○						
	④ 痛み	○						
	⑤ その他	○						
2. ADL	① 寝返り	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ベッドの縁につかまって自力で乗り移りしているが、約3ヶ月前に乗り移りの際、うまく立ち上がれず転倒して骨折している。</li> <li>・両手を支えてもらえば2～3歩は歩くことができるが、腰と下肢に力が入らなくなりしゃがみ込んでしまう。退院後は、屋外にはでていない。</li> <li>・身体を抱えたり、支える介助が必要なため退院後は入浴していない。お嫁さんより身体を拭いてもらっている。</li> <li>・常時ポータブルトイレを使用し、自力で行っているが、ベッドの縁につかまってやっと行っている。</li> <li>・退院してからは、行動範囲はベッド周辺のみ。移動するのは排泄時位でほとんど身体を動かすことがない。</li> <li>・H26.12.20 にポータブルトイレに移る際に転倒して第一腰椎圧迫骨折して入院した。自力で乗り移りしているが、足腰に力が入らない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒による骨折の後遺症</li> <li>・退院後ほとんど身体を動かすことがなく、廃用性が考えられる</li> </ul>	(本人) ・少しでも歩けるようになりたい。 ・お風呂に入りたい。  (家族) ・歩く練習をしてほしい。 ・できることはやってほしい。 ・お風呂に入れてほしい。 ・車の乗り降りを手伝ってほしい(息子さん)。	・骨折後の身体の状態や病気に問題なく、一時は10m位歩けるまで回復していたこと、本人も家族も意欲があることから、歩行能力が改善する可能性がある  ・入浴、車の乗り移り、移動については、当面補う介助が必要である  ・ポータブルトイレの乗り移りの際に転倒防止の必要がある	・少しでも歩けるようになりたい  ・お風呂に入りたい。  ・車の乗り降りを手伝ってほしい  ・転倒防止が必要です  ・移動介助が必要です	・身体を動かす機会を持ち、歩行状態が回復できるようにします  ・お風呂に入れるようにします。  ・車の乗り降りができるようになります。  ・転倒なく乗り移りができるようになります。  ・介助や福祉用具の活用により移動できるようにします。
	② 起きあがり	×						
	③ 移乗	○						
	④ 歩行	○						
	⑤ 着衣	×						
	⑥ 入浴	○						
	⑦ 排泄	○						
	⑧ その他	○						
3. IADL	① 調理	○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歩行が困難な状態であり、本人が行うことはできない。家族が全て行っている。</li> <li>・選んだり、支払ったりすることは問題ないが買い物に行くことができない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒による骨折の後遺症</li> </ul>	(本人) ・特になし。  (家族) ・特になし。	・家族がいて、家族によりできているためプランにしない		
	② 掃除	○						
	③ 買物	○						
	④ 金銭管理	×						
	⑤ 服薬状況	×						
	⑥ その他	○						
4. 認知	① 日常の意思決定を行うための認知能力の程度	×	・支障なし					
5. コミュニケーション能力	① 意思の伝達	×	・支障なし					
	② 視力	×						
	③ 聴力	×						
	④ その他	×						
6. 社会との関わり	① 社会的活動への参加意欲	×	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いつも自室で過ごしているもので、一人であることがほとんどである。</li> <li>・一人であることがほとんどで、寂しいと言っていて精神的に落ち込みがちである。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒による骨折の後遺症により一人で外出ができなくなった</li> </ul>	(本人) ・誰かと話がしたい。  (家族) ・楽しく過ごしてほしい(息子さん)。	・交流や会話をすることにより、気分が改善し楽しく過ごせる可能性がある	・誰かと話がしたい  ・人と関わる機会を持てるようになります	
	② 社会との関わりの変化	×						
	③ 喪失感や孤独感	○						
	④ その他	×						

※ 各方式のアセスメントシートから得た、検討が必要な細目は、「チェック」欄の○印を付け、何を検討するのか分かるようにしてください。

項目	細目	チェック	検討が必要な具体的状況	原因	本人, 家族の意向	自立に向けた可能性, 維持の必要性, 低下・悪化の危険性, ケアの必要性	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	ケアの方向性
7. 排尿・排便	① 失禁の状況	×	・問題なし。					
	② 排尿排泄後の後始末	×						
	③ コントロール方法	×						
	④ 頻度	×						
	⑤ その他	×						
8. 褥瘡・皮膚の問題	① 褥瘡の程度	×	・身体の痒みを訴えるが, 特に掻き傷はない。	・老人性皮膚掻痒症	(本人) ・痒みがとれればよいと思う。  (家族) ・痒みがとれてほしい。(お嫁さん)。	・身体の痒みについては, 保清・保湿により様子を見るように言われている。	・痒みがとれてほしい。	・保清と保湿により, 痒みが軽減できるようにします。
	② 皮膚の清潔状況	×						
	③ その他	○						
9. 口腔衛生	① 歯の状態	×	・問題なし					
	② 口腔内の状態	×						
	③ 口腔衛生	×						
10. 食事摂取	① 栄養	×	・問題なし。					
	② 食事回数	×						
	③ 水分量	×						
	④ その他	×						
11. 問題行動 (行動障害)	① 暴言暴行	×	・なし					
	② 徘徊	×						
	③ 介護の抵抗	×						
	④ 収集癖	×						
	⑤ 火の不始末	×						
	⑥ 不潔行為	×						
	⑦ 異食行動	×						
	⑧ その他	×						
12. 介護力	① 介護者の有無	×	・お嫁さんは, 家にいる時はできるだけ身の回りの世話はしてあげたいと思っているが体調に不安を感じている。 ・息子さんは, 本人が今くらいの状態であれば自宅で世話をしてあげたいと思っているが, 脳出血の後遺症があり身体を支えるような介護はできない。 ・お風呂に入れられない。 ・車の乗り降りの介助ができない。	・お嫁さんは仕事を持っているのと自分の体調に不安がある ・息子さんに軽い障害がある	(本人) ・あまり家族に迷惑をかけたくない。  (家族) ・お風呂に入れてほしい(息子さん, お嫁さん)。車の乗り降りを手伝ってほしい(息子さん)。	・家族による介護を増やすことができないため補う介助が必要である(*「ADL」の項目で検討する)		
	② 介護者の介護意思	○						
	③ 介護負担	○						
	④ 主な介護者に関する情報	○						
	⑤ その他	×						
13. 居住環境	① 住宅改修の必要性	○	・自宅内は段差があり, 手すりもない。		(本人) ・特になし。  (家族) ・特になし。	・住宅改修は, 入浴の状況や歩行の改善の状態をみた上で検討していく。 ・当面は福祉用具で対応しADLに合わせて検討する。		
	② 危険個所等	×						
14. 特別な状況	① 虐待	×	・なし					
	② ターミナルケア	×						
	③ その他	×						

※ 各方式のアセスメントシートから得た、検討が必要な細目は、「チェック」欄の○印を付け、何を検討するのか分かるようにしてください。

第1表

## 居宅サービス計画書（1）

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 宮城花子 殿 生年月日 昭和 5年 2月 20日 住所 宮城県宮城郡宮城町中央1-1

居宅サービス計画作成者氏名 仙台太郎

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 仙台居宅介護支援センター 宮城県宮城郡宮城町西2丁目2-2

居宅サービス計画作成（変更）日 平成27年3月15日 初回居宅サービス計画作成日 平成27年 3月15日

認定日 平成27年3月1日 認定の有効期間 27年 3月 1日 ~28年 2月28日

要介護状態区分	要支援 ・ 要介護1 ・ <b>要介護2</b> ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	<p>(本人) ・少しでも歩けるようになりたい。 ・元気でいたい。 ・痒みがとれるといい。</p> <p>・お風呂に入りたい。 ・誰かと話がしたい。</p> <p>(家族) ・自分でできるところは自分でやってほしい。 元気でいてほしい。 (松男さん)</p> <p>・歩く練習をお願いしたい。 ・車の乗り降りの介助をしてほしい。 (松男さん)</p> <p>・お風呂に入れてほしい。 (松男さん、竹子さん) ・痒みがとれてほしい。 (竹子さん)</p>
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし
総合的な援助の方針	<p>・症状の変化に気をつけ必要時に応じて主治医に報告します。 ・身体を動かす機会を持ち歩行状態が回復できるようにします。</p> <p>・お風呂に入れるようにします。 ・車の乗り降りができるようにします。 ・転倒なく乗り移りができるようにします。</p> <p>・介助や福祉用具活用により移動できるようにします。 ・人と関わる機会を持てるようにします。 ・保清と保湿により痒みが軽減できるようにします。</p> <p>【緊急連絡先】 自宅 000-0000 竹子さん勤務先 111-1111</p> <p>体の具合が悪くなった時 ○△医院 333-3333</p>
家事援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他 ( )

## 居宅サービス計画書（2）

平成 27年3月15日

利用者名 宮城 花子 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目 標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
痛みなど身体症状の観察が必要です	症状の観察をしてもらえる。	3/15～ 28/ 2/28	症状の変化に対応してもらえる	3/15～ 6/14	・症状観察 〃	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/15～ 6/14
少しでも歩けるようになりたい	茶の間まで歩くことができる	3/15～ 28/ 2/28	介助で5m歩くことができる	3/15～ 6/14	・下肢の筋力をつけるためのリハビリテーション	○	通所リハ	若林テア	2/週	3/15～ 6/14
お風呂に入りたい	お風呂に入れる	3/15～ 28/ 2/28	お風呂に入れる	3/15～ 6/14	・入浴, 洗身介助	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/15～ 6/14
車の乗り移りを手伝ってほしい	車の乗り降りができる	3/15～ 28/ 2/28	車の乗り降りができる	3/15～ 6/14	・車の乗り降りの介助	○	訪問介護(介護タクシー)	太白ホームヘルプ	1/月	3/15～ 6/14
転倒防止が必要です	転倒防止ができる	3/15～ 28/ 2/28	転倒なく乗り移りができる	3/15～ 6/14	・移動用バーのレンタル	○	福祉用具貸与	みやぎの杜		3/15～ 6/14
移動介助が必要です	移動できる	3/15～ 28/ 2/28	移動できる	3/15～ 6/14	・移動介助	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/15～ 6/14
					・車いす, 段差解消スロープレンタル	○	福祉用具貸与	みやぎの杜		3/15～ 6/14
誰かと話がしたい	楽しく過ごすことができる	3/15～ 28/ 2/28	いろんな人と話ができる	3/15～ 6/14	・交流支援 〃	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/15～ 6/14
痒みがとれてほしい	痒みが良くなる	3/15～ 28/ 2/28	痒みが少しでも和らぐ	3/15～ 6/14	・保清, 保湿 〃	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/15～ 6/14

※1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。