

＜演習①＞
『課題整理総括表』の活用

①課題整理総括表を用いて

Aさん事例 : 事例の読み込み

個人ワーク(10分)

①課題整理総括表を用いて

★状況の事実

❖『現在※2』の記入

- ・日常的にしているかどうかを判断
- ・できるかどうかは考慮しない
- ・同居者が実施していない場合「全介助」
- ・生活状況によって異なる場合は頻度の高い状況で判断する
- ・褥瘡・皮膚の問題、行動心理症状はリスクが大きいと判断した場合は「支障あり」

①課題整理総括表を用いて

★状況の事実

❖『自立した日常生活の阻害要因』

現在で「自立」「支障なし」以外を選択した項目の要因を分析し、**根本的な要因を最大6つに絞り込む**

・要因として疾患が捉えられる事が多いが、疾患名だけでなく疾患に応じた療養や健康管理、生活の環境も含めて整理し記載する。

※例・『糖尿病』→「食事管理が出来ない」「インシュリンの自己注射ができない」

個人ワーク 20分 隣人ワーク 15分

①課題整理総括表を用いて

自立した日常生活の阻害要因の一例

- ①歩行が不安定である
- ②腰痛がある
- ③手の振戦がある
- ④意欲の低下がみられる
- ⑤介護力が弱い
- ⑥玄関アプローチが坂道である

①課題整理総括表を用いて

★状況の事実

❖『要因』※3

『現在』の欄で「自立」「支障なし」以外を選択した項目について関連する阻害要因の番号を記入。番号は優先順位ではない

❖『改善/維持の可能性』

『現在』の欄で「自立」「支障なし」以外を選択した項目について、**認定有効期間**を見通して、必要な援助を利用した場合に「現在」の状況が改善/維持する可能性の有無を検討する。※専門職としてのケアマネの判断

①課題整理総括表を用いて

★状況の事実

❖ 必要に応じて『備考』欄を記入

- ・「現在」「改善/維持の可能性」に関して補足すべき情報を記入
- ・「支障あり」とした場合、具体的な支障の内容「一部介助・全介助」とした場合の支援の内容等
- ・「維持」や「悪化」が見込まれる項目に関して、現在利用しているサービス内容や必要な生活環境など記入
- ・「改善/維持の可能性」に関して、なぜそのような可能性があるかと判断したかの根拠など

個人ワーク 10分

①課題整理総括表を用いて

❖『見通し』

- ・阻害要因の解決に向けてケアプランの短期目標の期間を見据えて「どのような援助を実施することにより」「状況がどのように変化すると見込まれるか」を記入する(サービス名を入れる訳ではない)
- ・「阻害要因」1つひとつに「見通し」をたてる
- ・専門職としてのケアマネジャーが判断した仮説

❖『利用者及び家族の生活に対する意向』

- ・ケアプラン1表の「利用者の生活に対する意向」と同一内容である必要はない

個人ワーク 20分 隣人ワーク 15分

①課題整理総括表を用いて

見通しの一例

- ①適切な受診と服薬の継続、歩行訓練・筋力強化を行うことで、パーキンソン病の症状安定と歩行能力が向上する。身体状況に適した補助具を使用する事で歩行動作が安定できる。玄関アプローチの改修を行うことで安全に外出できるようになる。
- ④夫や次女の協力を得て、外出の機会を作る。歩く距離を少しずつ延長し自信を持つ。パーキンソン病の症状コントロールを行うことで生活動作の支障が軽減し、意欲の向上が期待できる

①課題整理総括表を用いて

❖『生活全般の解決すべき課題(ニーズ)』

見通し欄の内容を踏まえて記入

❖『(ニーズ)の優先順位』

優先順位

プランに反映できていないニーズには「ー」を記入する

個人ワーク 10分 隣人ワーク 10分

①課題整理総括表を用いて

生活全般の解決すべき課題の一例

- 1、パーキンソン病の症状コントロールが必要である。
- 2、夫婦のみの生活である。できない家事を手伝ってもらい、環境を整えながらお互いに無理なく生活していきたい。
- 3、転倒の心配なく歩けるようになって外出が楽しめるようになりたい。
- 4、玄関前が坂道のため、外出を困難にしている。
安全に外出できるように環境を整える必要がある。

《演習②》

課題整理総括表から得られた
『ニーズ』にもとづきケアプラン作成演習

②ケアプラン作成

「居宅サービス計画書(1)」

■利用者及び家族の生活に対する意向

- 利用者及びその家族が、どのような内容の支援を受けながら、どのような生活をしたいと考えているのかについてアセスメントの結果を記載する。
- 利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。
- 家族はその続柄が分かるように記載する。

「居宅サービス計画」記載要領より

②ケアプラン作成

「居宅サービス計画書(1)」

■総合的な援助の方針

アセスメントにより抽出された、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に対して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、総合的な援助の方針を記載する。

「居宅サービス計画」記載要領より

②ケアプラン作成

「居宅サービス計画書(1)」

■総合的な援助の方針

- 個別的・具体的な方針
- 利用者にも分かりやすい表現
- サービスの内容はいれない
- 利用者・家族が自分たちの目指すべき生活がイメージ出来るように記載する

「居宅サービス計画書(1)の作成

個人ワーク 20分 隣人ワーク 20分

②ケアプラン作成

「居宅サービス計画書(2)」

■生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題(ニーズ)についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。

「居宅サービス計画」記載要領より

②ケアプラン作成

ニーズの記載方法(例)

■「〇〇したい・・・」

デマンドズ(利用者本人が要求していること)や
フェルトニーズ(利用者自身が必要と感じている
ニーズ)

■「〇〇することが必要である」または「〇〇すること」「〇〇の支援が必要である。」

ノーマティブニーズ(援助者により判断される
ニーズ)

②ケアプラン作成

「居宅サービス計画書(2)」

■ 目標(長期目標・短期目標)

「**長期目標**」「**短期目標**」は個々の「解決すべき課題」に対応して設定。「**短期目標**」は解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものである。

抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやすい**具体的な内容**で記載する。目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

※短期目標はモニタリングの指標。サービス事業者の個別援助計画書とも連動するのでより具体的に

「居宅サービス計画書(2)の作成

個人ワーク 20分 隣人ワーク 25分

②ケアプラン作成

まとめ

■ 居宅サービス計画書1, 2表の作成案
より解説

■ モニタリングの視点等

意見交換

『地域のネットワーク作りについて』

～ケアマネジャーとして業務をしていく上で
どのようなネットワーク作りをしていきますか～

個人ワーク 10分

隣人ワーク 10分

発表 10分

意見交換

研修全体を振り返って

個人ワーク 10分

隣人ワーク 15分

発表 10分