

【演習】
アセスメントから
居宅サービス計画原案作成

～Eさん事例(下巻 P424～)を活用して～

Eさんの全体像を理解する(演習)

- 1.事例紹介
- 2.ステップⅠ・Ⅱ記載(個人ワーク)
- 3.解説
- 4.ステップⅢ・Ⅳ記載(個人ワーク⇒ミニワーク)
- 5.解説

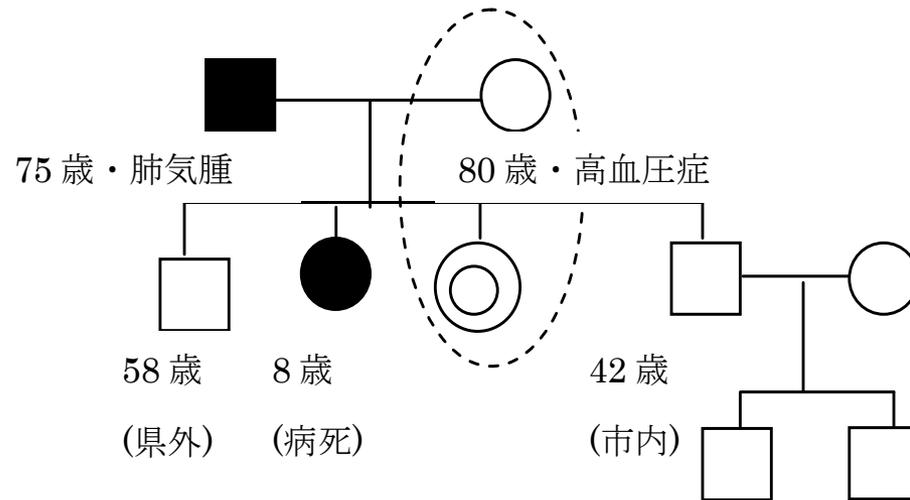
生活史

《生活史》

- 
- ・主な既往歴・職歴・生育歴・結婚・出生など家族状況の移りかわり、
転居の歴史など主なエピソードを書き込む
 - ・生活歴・職歴・家族の歴史を重ねる
 - ・どのような家族の中で生まれ育ち・どのような家庭を作り、どこに住み、どのような仕事をして、どのような人たちと関わりを持ち……、そして今
 - ・施設・GHなどに入所される以前の暮らし……
 - ・どのように生きて、これから先どのように生きていきたいと思っているのか
 - ・その人の生き方・考え方・対処の仕方・価値観を知る
～そこから、何がみえてくるか～

家族構成図・ジェノグラム

《ジェノグラム》 家族構成図²⁾



- ・左から第1子、第2子・・・と順に書く
- ・本人は◎や二重の□で表す
- ・本人を中心に同居家族、別居家族を書き込む
- ・両親・兄弟姉妹など三世代を目安に
- ・年齢、疾患治療名、居住地等必要な情報を書き込むとよい《余白をうまく活用》
- ・別居の場合、距離と訪問頻度、交流の様子なども書き込むとよい
- ・生活歴と重ね合わせながら、描く
- ・ジェノグラムに、線の太さ、破線、葛藤線などを用いて関係線をいれるとファミリーマップになる

エコマップ

《エコマップ》 社会資源関係図 ²⁾

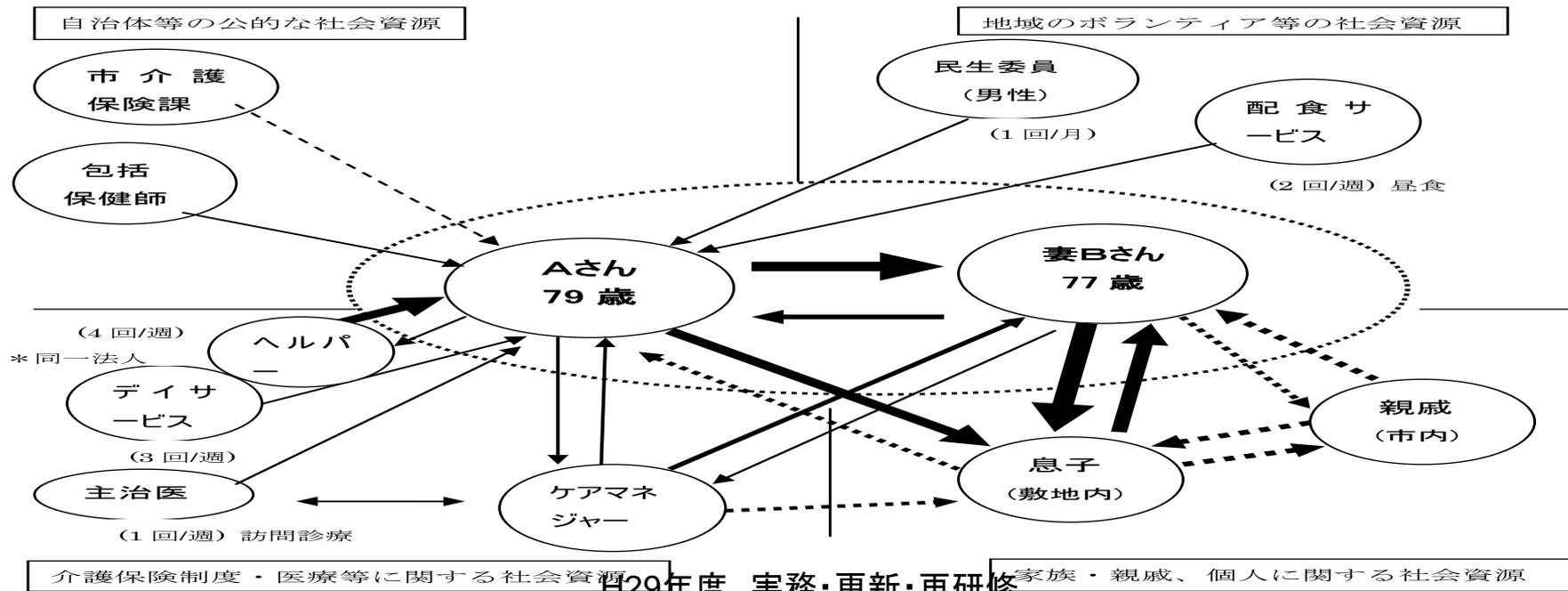
利用者とその家族の関係や、その他の社会資源との情報を円や関係線で表現する方法。図式化することで、援助者・関係者（機関）・利用者自身が問題が起きている状況を把握し、今後の援助に必要な社会資源を検討することができる。

- 社会資源をマップ的に描く
- それぞれの関係性の線を入れる（線の太さ、線の種類；直線・破線など）
- 利用者との位置や距離で関係性を表す
- 現在の支援の様子や社会資源同士との関係性を把握するために用いる方法と、今後地域で活用が期待できる

社会資源を見つけるためにエコマップを用いる方法がある ⇒ 目的によって使い分ける

- 一般的には、Aさん本人を中心にして、その周囲を資源（家族含む）が取り囲むように描く
- 下記の例示のように、社会資源を分類して種類別に描くこともできる
- エコマップの中心に、ジエノグラムを取り込む方法もある
（家族システム全体にどこがどのように関わっているかが明確になる）

《社会資源を分類して表したエコマップの例》



Eさんの全体像の理解

【ステップⅠ】

Eさんはこのように生活をしてきた人
“Eさんはどのような人”過去・現在まで

Eさんは77歳の男性、まじめで温厚な人柄である。郷里を離れて大手企業に就職し、結婚して25歳で長男が生まれ、サラリーマンとしてまじめに仕事をしてきた。

45歳頃(定年前)開発された住宅街に2階建ての家を新築した。定年後も再就職して事務関係の仕事を65歳まで続けてきたので、退職後に唯一の趣味として通っていた碁会所の友人は多いが近隣とは挨拶程度である。

【ステップⅠ】

Eさんはこのように生活をしてきた人
“Eさんはどのような人”過去・現在まで

市内に親戚もなく、郷里の親戚づきあいも疎遠であったが、特に大きな問題もなく比較的健康的に過ごしてきた。

長男家族は遠方なので、碁に興じながら妻と二人で平穏に暮らしていた。このまま2人の生活が続けられると思っていた。

【ステップⅡ】

Eさんと家族の現在の状況は？

“Eさんはどのような状態でどのように生活をしているのか”(生活の全体像)

ステップⅡ《身体の状況》《日常生活の様子》

左上下肢麻痺が残り、入院治療後リハビリテーションを受け、1ヵ月後には退院を控えている。両下肢筋力低下、左肩、肘関節に拘縮あり。不安定ながら一本杖歩行が出来るまでに回復した。

食事摂取には支障がないものの、更衣、入浴などには一部介助が必要である。見守りがあれば日常生活は可能な状況であるが退院後の生活に対して不安がある。義歯のあたりがあり、痛くて噛みにくい。高血圧症の内服治療中である。降圧剤と抗血栓剤を服用している。

ステップⅡ《精神的状況・コミュニケーション》

退院を目前にして、ベッド上でボーとしていることが多く「なかなか根気が続かない」「囲碁ができるかどうかわからない」と弱音をはくことが多い。

難聴であるが、なんとかコミュニケーションはとれる。現在は家に帰ることが唯一の希望である。

ステップⅡ《社会活動・社会交流の状況》

市内に親戚はいない。

郷里の親戚とも疎遠、近隣とも挨拶程度の付き合いであることから介護、生活を支える背景が弱い。

碁会所の友人は多い。その碁会所に再び行けるかどうか不安に思っている。

ステップⅡ《住環境・とりまく地域の様子など》

家の周囲は坂が多く、買い物も不便である。
Eさんの障害にあわせての住環境が整っていない
(段差、布団、手摺りは無い)。
地域との交流も少ない。
厚生年金で経済的には比較的安定している。

◆Eさんの状況

Eさんは、今、突然の脳梗塞の発症により左上下肢麻痺の後遺症が残り、**健康の喪失**により気持ちが弱くなり、意欲低下の傾向にある状態です。

そのために、退院を楽しみにしているものの、従来の生活が再び送れるだろうかという不安、さらに退院後に腰痛や両膝関節痛などがある妻に負担がかかるのではないかと不安な気持ちでいます。

◆家族の状況

【妻】76歳

妻は自宅で夫を介護したいと思っておりますが、高齢に加えて難聴、腰痛、膝関節痛があり買物、外出はシルバーカーを使用しています。膝関節症は近隣の整形外科に通院し理学療法を受けています。今まで介護体験がないことで十分な介護知識がないこと、高齢者二人世帯であることから、今後の介護に対して体力的にも精神的にも不安に思っています。

【長男】52歳

長男夫婦は遠方で日常的な介護の協力が得られないが入退院の手続き等を担ってくれています。今までは親戚とも疎遠、近隣とも挨拶程度の付き合いであることから毎日の介護、生活を支える背景が弱い状況です。

【ステップⅢ】

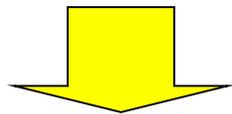
そんなEさんが望んでいるこれからの生活は？

Eさん】：

「退院して二人で自宅で暮らしたい。妻の体調が改善して欲しい。いつかは碁会所へ通えるようになりたい」

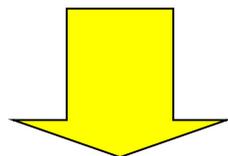
【妻】：

「体調を改善して、以前のように夫と自宅で暮らしたい」



【ステップⅢ】

そんなEさんが望むこれからの生活は？



身体に障害を抱えての退院を控え、利用者、妻ともに不安ではあるが、できるだけ妻の身体に負担のかからぬよう、安定した生活をしていきたいと考えている。できるならば、再び趣味であった碁をしてみたいという希望をもっている。

当面、病院関係者の支援や介護保険を活用して自宅で夫婦二人の平穏な生活ができるようになることを希望している。

【ステップⅣ】

そのためにEさんと家族に
今必要なことはなんだろう

- 病院から在宅生活へのスムーズな移行(外泊等の試み)
- 義歯、歯科治療(栄養状態への影響)
- Eさんの能力を活かした住環境の整備・生活環境・介護環境の検討
- Eさんの血圧管理・再発予防を含めた健康管理
- 排泄、入浴、移動動作安定のための身体機能の維持向上
- Eさんの能力を活かした日常生活(排泄・入浴・移動等)への助言
- 外出しやすい環境づくり
- 妻の在宅介護の支援・相談助言
- 緊急時の対応
- Eさんの社会交流の場づくり、生きがいの再建(再び囲碁が楽しめるように！)
- Eさんと妻の在宅生活に対する不安に対する継続的支援(介護サービスの提供・介護情報の提供・精神的支援)

居宅サービス計画書作成演習

居宅サービス計画の定義

「居宅サービス計画とは、利用者の希望およびアセスメント結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案した上で、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。」

運営に関する基準 第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

H29年度 実務・更新・再研修

介護サービス計画の目的

- 1.利用者のニーズを基礎にして、サービスを提供する
「ニーズ優先アプローチ」を目指す
- 2.関わるサービス提供者の援助内容と役割分担および責任を明確化する
- 3.利用者・家族およびサービス提供者の計画の共通理解とチームの統合化を図る
- 4.介護支援専門員がサービス提供の遂行を援助していくガイドとする
- 5.個々のサービスやサポートが計画された役割を担うことができたかの評価の指針とする

第1表 居宅サービス計画書(1)

第1表「居宅サービス計画書(1)」 p.310

■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、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたと考えているのかについて課題分析の結果を記載する。

なお、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。

「居宅サービス計画」記載要領

【ステップⅢ】

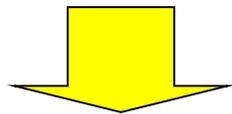
そんなEさんが望んでいるこれからの生活は？

Eさん】：

「退院して二人で自宅で暮らしたい。妻の体調が改善して欲しい。いつかは碁会所へ通えるようになりたい」

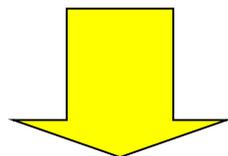
【妻】：

「体調を改善して、以前のように夫と自宅で暮らしたい」



【ステップⅢ】

そんなEさんが望むこれからの生活は？

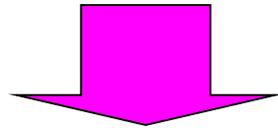


身体に障害を抱えての退院を控え、利用者、妻ともに不安ではあるが、できるだけ妻の身体に負担のかからぬよう、安定した生活をしていきたいと考えている。できるならば、再び趣味であった碁をしてみたいという希望をもっている。

当面、病院関係者の支援や介護保険を活用して自宅で夫婦二人の平穏な生活ができるようになることを希望している。

利用者と家族は どのような生活を望んでいますか

- 全体像を捉えるために、必要な基本情報の把握
- 問題・障害の背景と現在の生活への影響の理解
- 本人・家族の持っている力の把握



利用者の思い・家族の思いを十分に捉え
利用者と家族、それぞれの今後の生活に対する
意向(望む暮らし)を明確にする。

第1表「居宅サービス計画書(1)」p.310

■総合的な援助の方針

課題分析により抽出された、「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)

第1表「居宅サービス計画書(1)」

■総合的な援助の方針

利用者・家族の生活への意向を受けて総合的な援助方針をたてる

◆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

第2表 居宅サービス計画書(2)

第2表「居宅サービス計画書(2)」p.312

■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)

ニーズについて

- ◆ アセスメント結果を反映し、生活全体の中から利用者本人の暮らしを支えていくために必要なニーズをひきだす。(健康維持、生活基盤に直結したもの、悪循環の原因になっているもの等)
- ◆ 家族の介護力、介護負担を考える。
(継続性の観点でどうか)
- ◆ 専門職として対応すべきニーズも挙げる。
(予防的、危機察知、悪化防止、健康医療面 等)

ニーズの記載方法(例) p.421

■ 「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)

第2表「居宅サービス計画書(2)」p.312

■ 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」に対応して設定するものである。

「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こととし、かつ目標は、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。(「居宅サービス計画」記載要領)

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

個別的・具体的目標の設定が重要

(例)

「移動の能力があるが怖くて自宅では動いていない」(現状)

ニーズ「移動の身体能力はあるが不安感が強く自宅では自分で動けず困っている。(自分で移動が出来るようになりたい)」

(短期目標)



「家の中は手すりや家具に捕まりながら移動できるようになる」

(長期目標)



「近くのコンビニまで歩行器を使って自分で行けるようになる」

《サービス内容等について》

- ◇ 家族支援・インフォーマルサービス・本人のセルフケアなども必要に応じて記載する
- ◇ 目標を達成する為に必要な援助内容（サービス内容・種別・頻度・期間等）を考える
- ◇ サービス提供を行う事業所が担う役割について具体的に記載する

参考:ケアプラン点検支援マニュアル

第3表「週間サービス計画表」p.314

■主な日常生活上の活動

利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載する。なお、当該様式については、時間軸、曜日軸の縦横をどちらにとってもかまわない。

(「居宅サービス計画」記載要領)

《週間サービス計画書の作成のポイント》

- ◇起床時間から就寝まで「1日の生活リズム」を具体的に記載する。(整容・食事・散歩・掃除・昼寝・買い物・洗濯・入浴等)
- ◇夜間を含めた介護者の介護への関わりがある場合は具体的にその内容を記載する。(整容・排泄介助・移動・清拭・体位変換等)
- ◇第2表にあげたサービスは全て記載する。
(インフォーマル支援も)
- ◇週単位以外のサービスも記入する。
福祉用具貸与、通院、隔週利用のショートステイなど。

実際に計画書を作成してみましよう

Eさんと家族に今、必要なことは・・・

- 病院から在宅生活へのスムーズな移行(外泊等の試み)
- 義歯、歯科治療(栄養状態への影響)
- Eさんの能力を活かした住環境の整備・生活環境・介護環境の検討
- Eさんの血圧管理・再発予防を含めた健康管理
- 排泄、入浴、移動動作安定のための身体機能の維持向上
- Eさんの能力を活かした日常生活(排泄・入浴・移動等)への助言
- 外出しやすい環境づくり
- 妻の在宅介護の支援・相談助言
- 緊急時の対応
- Eさんの社会交流の場づくり、生きがいの再建(再び囲碁が楽しめるように！)
- Eさんと妻の在宅生活に対する不安に対する継続的支援(介護サービスの提供・介護情報の提供・精神的支援)

Eさんのケアプラン作成例

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

Eさん: 退院後の生活を不安に感じながらも「退院して家に帰れることを楽しみ」「二人で自宅で暮らしたい。」と思っている。「いつかは碁会所へ通えるようになりたい」という希望も持っている。

奥さん: 自分の体調にあまり自信がなく「十分な世話ができるかどうか心配」と不安を持ちながらも「体調を改善して、以前のように夫と自宅で暮らしたい」と思っている。

☆突然の発症により障害をもつての退院を控えて、Eさん、奥さん共に不安はあるが、出来るだけ奥さんの身体に負担がかからないように安定した生活をしていきたいと考えている。出来るならば、再び趣味であった碁を試してみたいという希望を持っている。

居宅サービス計画書(1)

総合的な援助方針

退院後のEさんが生活をしやすいように自宅の環境を整えながら、出来るだけ奥さんにも負担がかからないように考え、住みなれた自宅でEさん、奥さんともに安定した生活が送れるように支援を提供します。

- ① 血圧管理・再発予防を含めた健康管理や移動能力向上などの機能訓練が継続できるように援助します。
- ② Eさんの日常生活(トイレ・入浴・移動等)が右手足の機能を活かしてスムーズに出来るように援助します。
- ③ Eさんが具体的にどのような生活をしていけばよいか、奥さんがどのように介護をしていけばよいかを一緒に考えていきます。
- ④ “Eさんが碁会所に出かけて、囲碁を楽しむことが出来る”ということを目標に、一つずつ課題が解決できるように援助します。
(趣味の継続・社会参加・いきいきと生活ができるように。)

居宅サービス計画書(2)

生活全般の解決すべき課題1(以下「ニーズ」)

治療を継続して健康に生活をしていきたい。

長期目標: 健康な生活が送れる。

(血圧の安定・再発予防)

短期目標: 定期的に診察が受けられる。

病気に関する不安が相談できる。

援助内容

- ①健康や生活に関する相談・助言
(訪問看護師)
- ②健康状態の確認(訪問看護師)
- ③受診時同行(妻)
- ④通院時乗降支援・移動時の支援
(訪問介護【介護タクシー事業者】)
- ⑤内服薬管理(妻)

居宅サービス計画書(2)

「ニーズ2」

立ち上がり、歩行・移動がスムーズに出来るように援助する必要がある。

長期目標: 屋内移動時の不安定さが解消され、自宅内はしっかり歩けるようになる。

短期目標: つかまって1人で立ち上がり出来る。
トイレに1人で行くことが出来る。

援助内容

- ①筋力向上、バランス訓練 ②移動動作の
助言、住環境への助言
(通所リハビリPT、OT)
- ③一人で立ち上がりができるように1モー
ターベッドと介助バーの選定・貸与
(福祉用具貸与事業者)
- ④手すりの取り付け(トイレ・浴室・廊下等)
(住宅改修業者)

居宅サービス計画書(2)

「ニーズ3」

妻に負担をかけずに生活できるようになりたい。
(日常生活支援のための介護が必要である)

長期目標: 妻に過度な負担がかかることなく、夫婦の生活が安定している。

短期目標: 介護に対する不安が軽減する。
(妻も)具体的な介護の方法がわかるようになる。

援助内容

- ①身体介護（更衣・排泄・夜間ポータブルトイレの片づけ、準備・整容等自立に向けた援助）
（訪問介護事業所）
- ②介護の方法・助言
（訪問介護事業所）
- ③妻の不安の軽減・相談
（長男夫婦・介護者の会・訪問介護事業所）

居宅サービス計画書(2)

「ニーズ4」

入浴に介助が必要である。

安定したら自宅で入浴がしたい。

長期目標: 身体の清潔が図られ気持ちよく生活
が出来る。

週1回自宅で入浴ができる。

短期目標: 定期的に入浴ができる。

自宅入浴にむけて準備ができる。

援助内容

- ①入浴への支援・更衣介助・皮膚状態の確認（通所リハビリ）
- ②入浴方法の検討（通所リハビリOT）
- ③自宅浴室環境を整備
（OT・住宅改修業者）
- ④手すり、入浴補助用具の検討
（OT・住宅改修業者・福祉用具業者）
- ⑤入浴介助（訪問介護事業者）

居宅サービス計画書(2)

「ニーズ5」

定期的に外出する場がある等、社会的な交流を図る機会が必要である。

長期目標：人との交流が出来、前向きな生活ができるようになる。

短期目標：定期的に外出することができる。
外に出かけられるように環境を整える。

援助内容

- ① 食事・レクリエーション(通所リハビリ)
- ② 移動動作の助言・住環境への助言・相談・検討(PT・OT)
- ③ 手すりの取り付け等(廊下・玄関等)
(住宅改修業者)
- ④ 地域との交流
(近隣・友人・ふれあいサロン等)