

【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 P398～）を活用して～

Eさんの全体像の理解

Eさんの全体像を理解する(演習)

Eさんの人となりを理解し、今置かれている状況を本人・家族がどのように受け止め、どのようにこれからの生活を送りたいと望んでいるかを考えてみましょう。

また望んでいる生活を実現するためにどのような支援を行えばよいかを考えてみましょう

Eさんの全体像を理解する(演習)

個人ワーク

- ①Eさん事例(下巻 P398～)
を読み込みましょう

約15分

- ②ステップⅠ 15分

- ③ステップⅡ 20分

Eさんの全体像を理解する(演習)

それぞれのEさんを紹介しましょう

30分

1人が5分で説明、聞いている1人がEさんはこのような方なのですねと返す、

残り1人はタイムキーパー

3人 × 10分 = 30分

GW 10分

Eさんをまとめたの気づき 数G発表

【ステップⅠ】

Eさんはこのように生活してきた人
“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。

市内に親戚もなく、郷里の親戚つ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。

g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いますが、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。

Eさんの全体像を理解する(演習)

ステップⅢ 個人W
15分程度

その後発表

【ステップⅢ】

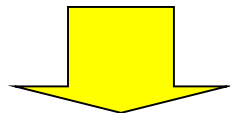
そんなEさんが望んでいるこれからの生活は？

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」

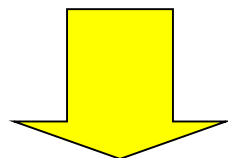
【妻】：

「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

【ステップⅣ】

そのためにEさんと家族に今必要なことは？

望む暮らしを支えるために必要な支援は何か？

個人W 10分

3人Gで共有 10分

発表

説明

全体像をまとめたの気づき

- 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)

H30年度 実務・更新・再研修

介護サービス計画の目的

上巻P480～481

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)

利用者及び家族の生活に対する意向 P330

第 1 表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 平成 年 月 日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者氏名 殿 生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所及び所在地

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

認定日 平成 年 月 日 認定の有効期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

要介護状態区分

要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 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

介護認定審査会の
意見及びサービスの
種類の指定

総合的な援助の
方針

生活援助中心型の
算定理由

1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ()

【同意欄】 私はこの居宅サービス計画書(第1表、第2表、第3表)に同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 印

第1表「居宅サービス計画書(1)」 p.332

■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】

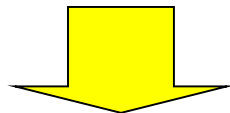
そんなEさんが望んでいるこれからの生活は？

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」



総合的な援助の方針

原案

第 1 表

作成年月日 平成27年 12月3日

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 A 殿 生年月日 (7 5 歳) 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

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

認定日 平成 27 年 9 月 10 日 認定の有効期間 平成 27 年 9 月 10 日 ～ 平成 28 年 9 月 30 日

要介護状態区分 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 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

介護認定審査会の
意見及びサービス
の種類指定

総合的な援助の方針

生活援助中心型 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（ ）

第1表「居宅サービス計画書(1)」

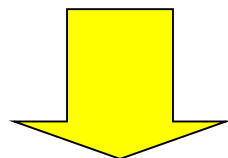
■総合的な援助の方針

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)

【ステップⅢ】

そんなEさんが望むこれからの生活は？

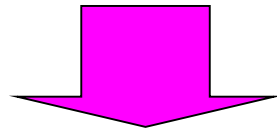


身体に障害を抱えての退院を控え、利用者、妻ともに不安ではあるが、できるだけ妻の身体に負担のかからぬよう、安定した生活をしていきたいと考えている。できるならば、再び趣味であった碁をしてみたいという希望をもっている。

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)」

■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いない。

■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

生活援助中心型の算定理由

原案

第 1 表

作成年月日 平成 27 年 12 月 3 日

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 A 殿 生年月日 (7 5 歳) 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

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

認定日 平成 27 年 9 月 10 日 認定の有効期間 平成 27 年 9 月 10 日 ～ 平成 28 年 9 月 30 日

要介護状態区分	要介護 1 ・ 要介護 2 ・ ☒ 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	
介護認定審査会の 意見及びサービスの 種類の指定	
総合的な援助の 方針	
生活援助中心型 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（ ）

生活援助中心型の算定理由

(記載要領)

介護保険給付対象サービスとして、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付けることが必要な場合に記載する。「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成12年2月10日厚生省告示第19号)別表の1の注3に規定する「単身の世帯に属する利用者」の場合は、「1. 一人暮らし」に、「家族若しくは親族(以下「家族等」という。)と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者または当該家族等が家事を行うことが困難であるもの」の場合は、「2. 家族等が障害、疾病等」に○を付す。また、家族等に障害、疾病がない場合であっても、同様のやむをえない事情により、家事が困難な場合等については、「3. その他」に○を付し、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。

第2表 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)P333

第 2 表

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 平成 年 月 日

利用者氏名 殿

[illegible]

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」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。

第2表「居宅サービス計画書(2)」p.334

■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)

■「〇〇したい・・・」

デマンド(利用者本人の主観的要求)や

フェルト(体感的)ニーズ

(利用者自身が感じて表明しているニーズ)

■「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(規範的)ニーズ

(専門職の視点・社会規範から導き出されるニーズ)

■参考:「居宅サービス計画作成の手引き」

ニーズは、利用者によって自覚されていない場合もあります。以下の状況によって書き分けましょう。

- ① 利用者がニーズとして自覚し、表明できていることはそのまま書きましょう。
- ② 利用者がニーズを自覚していない場合は、利用者がわかっている範囲で書きましょう。
- ③ 利用者・家族のニーズ認識が一致していない場合には、利用者・家族が合意できる範囲で書きましょう。
- ④ 利用者・家族のニーズの相違点は、第5表の「居宅介護支援経過」に書きとめ、少しでも共通認識できるように働きかけましょう。

ここで表されたニーズは、次の「目標」につながっていくものです。

目標(長期目標・短期目標)P334

第 2 表

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 平成 年 月 日

利用者氏名

殿

[illegible]

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」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。

第2表「居宅サービス計画書(2)」p.334

■ 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。

■参考:「居宅サービス計画作成の手引き」

- ①目標の設定は、具体的にイメージを持ちながら、利用者・家族とともに立てましょう。
- ②短期目標は、ニーズごとに解決の要点に対応して「段階的な計画」を決めて的を絞り書きましょう。ただし、ニーズによっては、段階的でなく一挙に達成しなければならない場合もあります。
- ③短期目標は、サービス事業者がそれぞれのサービス計画を作成する際に、その目標になるものです。
- ④介護支援サービス(ケアマネジメント)を進めながら、何回か目標の見直しをすることで、利用者や家族に実現可能な生活がイメージできていくでしょう。この結果、第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向」も随時変化していくことになります。

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P335

[illegible]

《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

■参考:「居宅サービス計画作成の手引き」

(具体的な解説)

- ①ケアチームの誰が何をするのかわかるように、上記の「サービス内容」と「サービス種別」を関連づけ、線で結んだり、番号を付けたりする工夫をして記載しましょう。
- ②正式なサービス名称を書きましょう(利用者にわかりにくい場合は、説明をしてわかるようにしましょう)。(例)訪問介護 通所介護 配食サービス(〇〇町) 〇〇サロン(社会福祉協議会など) 〇〇ヘルス事業(保健サービス)
- ③サービス種別には、市町村が実施する保健福祉施策や、近隣住民などのインフォーマルサポート、介護保険給付サービスを含みます。
- ④介護保険対象のサービスには、※1の欄に○をつけておきましょう。

期間

第 2 表

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 平成 年 月 日

利用者氏名 殿

[illegible]

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」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。

■参考「居宅サービス計画作成の手引き」

(具体的な解説)

- ①期間は、「短期目標の期間」と連動します。
- ②利用者がサービスを受け入れられる状況を確認しながら、
開始日と終了日を記入しましょう。
- ③終了時期が特定できない場合等は、開始時期のみ書きましょう
- ④機械的に記載するのではなく、目標やサービス実施予定に応じた期間を設定しましょう。

週間サービス計画P336

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日
年 月分より

利用者名 殿		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

週単位以外
のサービス

週間サービス計画

(意義)

週単位の支援やサービスの時間帯を、曜日と時間の表中に記載し、利用者の生活活動とサービス提供状況をわかりやすくします。

《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。

主な日常生活上の活動

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日
年 月分より

利用者名 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00								
	8:00								
午前	10:00								
	12:00								
午後	14:00								
	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

週単位以外
のサービス

第3表「週間サービス計画表」p.336

■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)

実際に計画書を作成してみましょう

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）

実際に計画書を作成してみましょう

14:20～14:50 個人W 第1表の作成

14:50～15:10 個人W 第2票の作成

個人WでEさんの事例の中で1つの課題を選び右端まで完成させる(ニーズ・目標・内容・頻度)

休憩

実際に計画書を作成してみよう

15:35～16:40

3人Gで残りを作る(3表まで)

ニーズ・目標・内容・頻度まで

2表の右端まで必ず完成させる

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)