

【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さんの全体像を理解する（演習）

1. 事例読み込み
2. ステップⅠ・Ⅱ 記載（個人ワーク⇒発表）
3. 解説
4. ステップⅢ・Ⅳ 記載（個人ワーク⇒発表）
5. 解説

Eさんの全体像の理解

ステップⅠ・Ⅱ 事例を読み込み記載

Eさんの全体像の理解

事例読み込み 15分

テキスト下巻P398～403

事例Eさんの全体像シート

ステップⅠ⇒15分

ステップⅡ⇒20分

Eさんの全体像を理解する(演習)

- ①各グループでステップⅠ・Ⅱの意見交換
各自の視点の違いを確認してください
- ②各自シート修正 約10分
- ③各グループで全体像を理解するために必要な
視点を考えてください 約10分
- ④発表

【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。

市内に親戚もなく、郷里の親戚づきあいも疎遠であつた
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。

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。

【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さんが望んでいるこれからの生活を考えてみましょう

現在入院中のEさんや妻がどのような生活を送りたいと願っているのかを考えてください

個人ワーク: 約10分

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】：

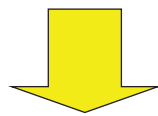
「退院して二人で自宅で暮らしたい。妻の体調が改善して欲しい。いつかは碁会所へ通えるようになりたい」

【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？

個人ワーク 約10分

意見交換 約10分

シート修正 約5分

- 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）

全体像をまとめたの気づきの確認
で全体像をまとめて気づいた事
何を大事にしていかなければならないか
等考えてみましょう
GW:約5分
その後発表

居宅サービス計画書作成演習

居宅サービス計画の定義

P. 102

「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。」

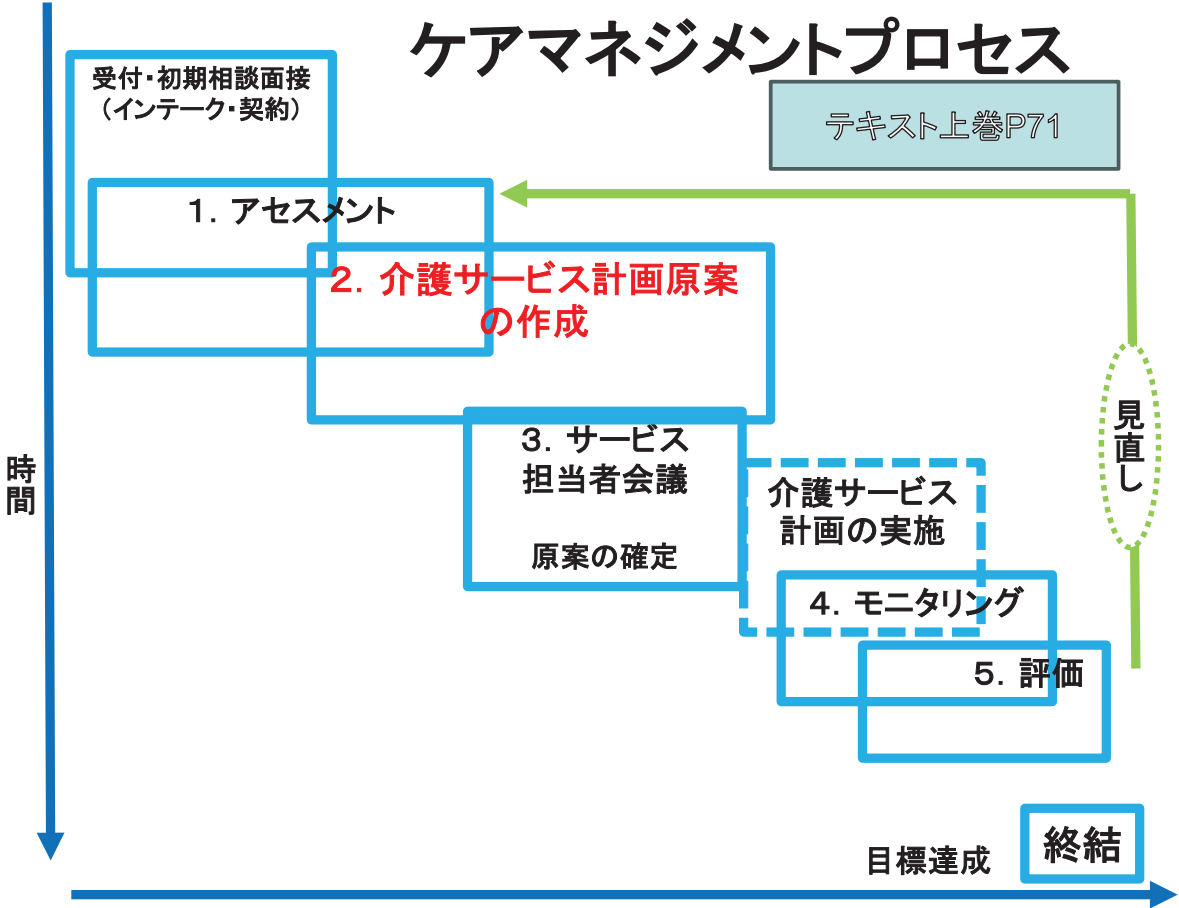
運営に関する基準 第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

介護サービス計画の目的

上巻P494～495

1. 利用者のニーズを基礎として サービスを提供する
「ニーズ優先アプローチ」
アセスメントでニーズ抽出
2. 関わるサービス提供者の役割や責任を明確化し、役割分担を明記する
サービス計画書原案
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
サービス担当者会議にて
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
モニタリング
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
再アセスメント

第1表 居宅サービス計画書(1)



「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条第8項(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

第1節 居宅サービス計画原案の作成

介護サービス計画の目的 上巻P494～

- 1.利用者の望む暮らし、尊厳の保持と自立した生活を実現するための総合的な方針を提案・確認する
- 2.利用者の望む暮らし、尊厳の保持と自立した生活を実現し、維持・継続していくための課題及びそれに対応する目標と具体策の提案・確認をする
- 3.具体策を実現するための手段、方法や介護サービスを明確にする
- 4.支援を実行するためのスケジュール(日課表、週間計画表・月間計画表)や手順を明確にする
- 5.支援を担当する人や実施機関、事業者の調整を行う

第2節 居宅サービス計画原案の作成上の留意点

1、利用者・家族の意向を踏まえた問題解決

P496～497

(1)利用者・家族の現状をとらえる

- 利用者の「出来なくなったこと」⇒「サービス」だけではなく、利用者自身がより自立的で尊厳の保たれ生活の質が向上していく姿を目指す

『今、出来ていること』『これから出来るようになりそうなこと』にも着目する

(2)利用者の気持ちを受け止め、意向を引き出す

令和5年度 実務・更新・再研修

障がいの受容段階も意識して

第2節 居宅サービス計画原案の作成上の留意点

1、利用者・家族の意向を踏まえた問題解決

P496～497

(3)ニーズの整理

- 利用者が何に困っているのか、それを解決するためには何が必要なのか
- 利用者・家族は地域にある保健・医療・介護・福祉など多様なサービスを利用することが可能
- ニーズの整理は利用者・家族と協働で

(4)利用者の主体性を支える⇒本人が自らの人生を自ら歩む意識を持つ

(5)ニーズを明らかにする

- 利用者・家族が現状を理解できるように働きかける

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

P342

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

1表：利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた
課題分析の結果 **P344**

- ◆利用者や家族が、家庭や地域社会の構成員として自立した主体的・能動的な生活を送ることが重要
- ◆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い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。

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。

【ステップⅢ】

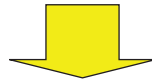
そんなEさんが望んでいるこれからの生活は？

【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 (75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（ ）

1表：総合的な援助の方針 P344

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

◆個別的・具体的な方針

◆利用者にも分かりやすい表現

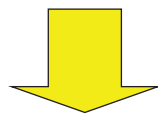
◆サービスの内容はいいない

■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

令和4年度 実務・更新・再研修

【ステップⅢ】

そんなEさんが望むこれからの生活は？

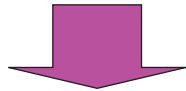


身体に障害を抱えての退院を控え、利用者、妻ともに不安ではあるが、できるだけ妻の身体に負担のかからぬよう、安定した生活をしていきたいと考えている。できるならば、再び趣味であった碁をしてみたいという希望をもっている。

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。

1表：生活援助中心型の算定理由

原案

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 平成 27 年 12 月 3 日

☒ 初回 ☐ 紹介 ☐ 継続

☒ 認定済 ☐ 申請中

利用者名 A 殿 生年月日 (75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 ・ <u>要介護 3</u> ・ 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 ()

1表:生活援助中心型の算定理由 P345

(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)

P345~346

[illegible]

P345~346

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。

2表：生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

- ◆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）
- ◆「自立支援」の視点を忘れずADLの向上・生活の質の向上をふくめて検討する。
- ◆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）

2表：長期目標・短期目標

2表：長期目標・短期目標

P346～347

- ◆「**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（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。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

2表: サービス内容

- ◇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に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

2表: サービス内容

■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、番号を付けたりする工夫をして記載をする
- ②正式なサービス名称を書く
(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)
- ③サービス内容には、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以外も記載する
- ④介護保険対象のサービスには、※1の欄に○をつける

期間

52

2表：期間

■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」と連動する
- 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する
- ③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する

第3表 週間サービス計画表

第3表：週間サービス計画表

P348～349

第3表		週間サービス計画表							作成年月日	年	月	日
利用者名		殿							年	月分より		
		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動			
深夜 早朝	4:00											
	6:00											
午前	8:00											
	10:00											
午後	12:00											
	14:00											
夜間	16:00											
	18:00											
深夜	20:00											
	22:00											
夜	24:00											
	2:00											
	4:00											

週単位以外のサービス	
------------	--

第3表：週間サービス計画表

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。

（具体的な解説）

- ◆ 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

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

第1表を作成

個人ワーク

約30分

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。
- ②E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。
- ③E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さんが基会所に出かけて、囲碁を楽しむことが出来る”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。)

実際に計画書を作成してみましょう
一つニーズを選び右端まで完成させる
目標
サービス内容
頻度
約20分

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)

平成30年9月1
日～平成30年
11月30日

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。

平成30年9月1
日～平成31年2
月28日

援助内容

①健康や生活に関する相談・助言
(訪問看護師)

週1回

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】)

月2回

⑤内服薬管理(妻)

毎日

実際に計画書を作成 3表まで
残りのニーズを必ず右端まで作成
目標

サービス内容

頻度

3表迄

～16時20分迄

16:20～16:30 発表

16:30～16:40 各自修正

Eさんのケアプラン作成例

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。

平成30年9月1日
～平成31年2月
28日

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。

平成30年9月1日
～平成30年
11月30日

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出来るように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。

平成30年9月1日
～平成31年2月
28日

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。

平成30年9月1日
～平成30年11月
30日

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。

平成30年9月1日
～平成31年2月
28日

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。

平成30年9月1日
～平成30年11月
30日

平成30年10月1
日～平成30
年11月30日

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。

平成30年9月1日
～平成31年2月
28日

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。

平成30年9月1日
～平成30年11月
30日

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)

研修終えて

- Eさん事例を使い
- その方の理解と問題の理解を行い計画書を作成してみました

感想・気づきなどをお聞かせください