町田市ケアマネジャー連絡会2021年第2回研修会

# 「生きる」をささえる・「生ききる」を支えるアセスメントとは

野口株式会社　介護ショップハーティケア
日本ケアマネジメント学会　認定ケアマネジャーの会副会長
羽石芳恵

# 本日の研修について

○あらためて「アセスメント」とは・・・

○「利用者を知る」ために“生活暦”に着目する！

○まず、自分の歴史を紐解いてみる
～自分史つくりから～

# 「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」の２つのテーマ

**介護支援専門員が、**

**①今の「状態」からいかに生活上の支障を 見通し 利用者・家族と共有するか？**

**②その生活上の支障を克服していかに自分らしく生きられる、日常生活を営むための「意欲」を取り戻す支援をするか？**

# 『自立支援』とは？

「２０１５年の高齢者介護」

（２００３年６月・高齢者介護研究会）

日常生活における身体的な自立の支援だけではなく、精神的な自立を維持し、高齢者自身が尊厳を保つことができること。

※尊厳の保持のためには

自己決定の保障が不可欠です！

# ケアプランは

・私らしく生きること！

・私らしく生ききること！

～その大事な時期に、**専門職**として

しっかり関わりましょう！～

専門職として、自分の支援・行動を吟味するためには

# 省察することの大切さ

# 省察することで得られるもの

①人として個人的成長につながる

②専門家としての成長につながる

③習慣的な行為から脱却できる

④自分自身の行動の結果に気づく

⑤自分の学習のニーズが明確になる

⑥個人としての自分をエンパワメントしたり、解放することができる

# 国の法定研修ガイドラインでは、以下を確認することを重視！

1　医療情報を把握しているか

2　具体的な生活上の支障を把握しているか

3　生活上の支障の原因を把握しているか

4　その支障について、本人・家族の意向を確認しているか

5　介護の必要性、改善可能性、悪化の危険性を検討しているか

6　アセスメントの結果に沿った生活上の解決すべき課題（ニーズ）になっているか

7　課題（ニーズ）に沿ったケアの方向性になっているか。

8　課題（ニーズ）に沿った目標になっているか。

9　目標に沿ったサービス・サポート内容になっているか。

10 多様なサービス種別の中から最も適切なものを選定しているか。

# リ・アセスメント力

リ・アセスメント力
～リ・アセスメント支援シートを活用したケアマネジメント事例集～
編：「リ・アセスメント力」編集委員会
公益財団法人東京都福祉保健財団

# リ・アセスメント力を高める意義

佐藤信人

**介護保険制度では**

**「高齢者が要介護状態になっても尊厳を保持して。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する」ことを目的。**

# リ・アセスメント力を高める意義

佐藤信人

**介護支援専門員は**

**個々の利用者が「尊厳を保持した自立した日常生活」を送れるようにするための支援を行う。そのために最も重要なことは「アセスメント」。**

# リ・アセスメント力を高める意義

佐藤信人

## ケアプランとは

**要介護状態になった現状を踏まえ利用者、家族の生活上の支障とそれを乗り越えていく意向を明らかにして、利用者の希望する「自立した日常生活に向かうための設計図**

# リ・アセスメント力を高める意義

佐藤信人

**「自立した日常生活に向かうための設計図となるのがケアプラン。**

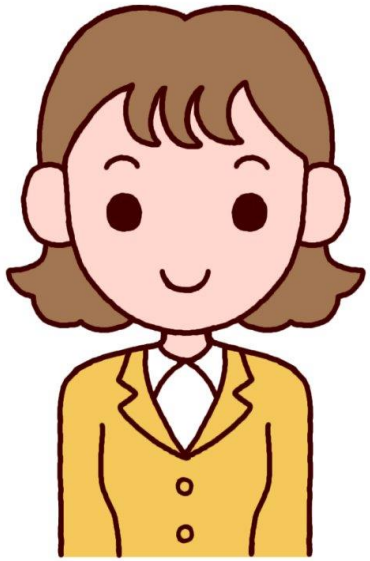
**このケアプランの根拠となるものがアセスメント。**

# リ・アセスメント力を高める意義

佐藤信人

**「自立した日常生活を支援する」ため利用者自身がこれまで、あるいは今、何を生活の上の楽しみとして、どのようなことに生きがいを感じ、どのように家族と共に人生を送り、送ってきたのかを理解した上でイメージできる・・・**

# 「あなたがアセスメントをおこなううえで、大切にしていることは何ですか！



片付けにきてほしいよ！⇒はい、ではヘルパーさんの手配をしましょう

車いすを借りたいな！⇒家の中用と外出用、両方手配しますね

オムツは嫌だから、妻に連れて行ってもらうよ！⇒ヘルパーさんもお手伝いしますよ

不安だから、誰か助けてくれないかな！⇒ヘルパー派遣しますよ

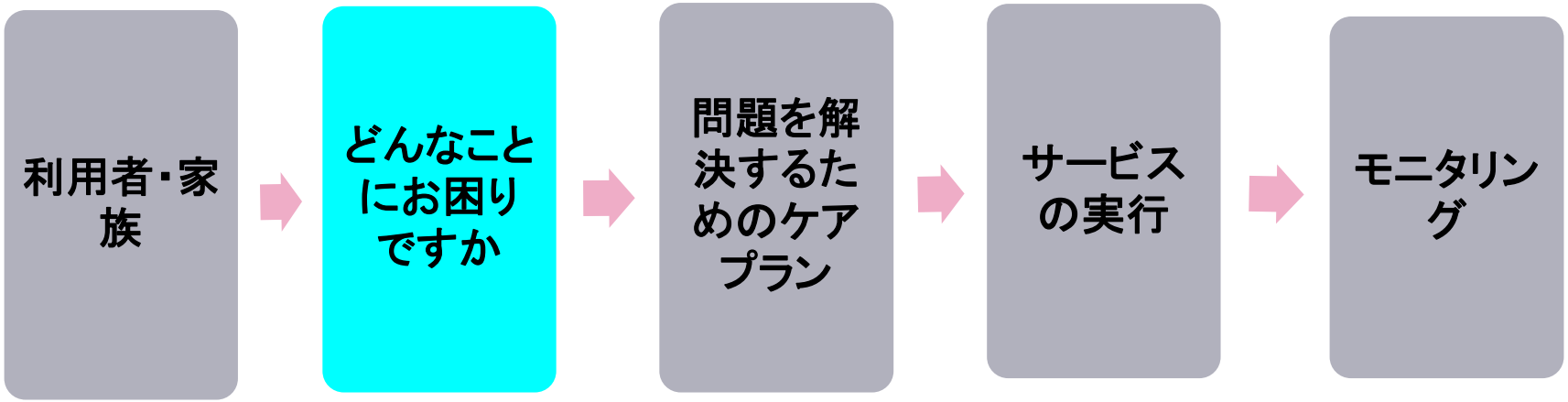
できないからってあきらめたくない！⇒病気や機能障害の原因を専門家と一緒に考えて、対策を探りましょう

怖がらずに歩きたい！⇒転ばないためのお体のリハビリと環境整備を考えましょう

不安はあるけど、この家で妻とくらしたい！⇒どんなことにご不安なのか、まずは聞かせてください

トイレだけは自分で行きたい！⇒間に合わない原因を考えて、対策や環境の改善を考えましょう

# ○○○○ケアマネジメント

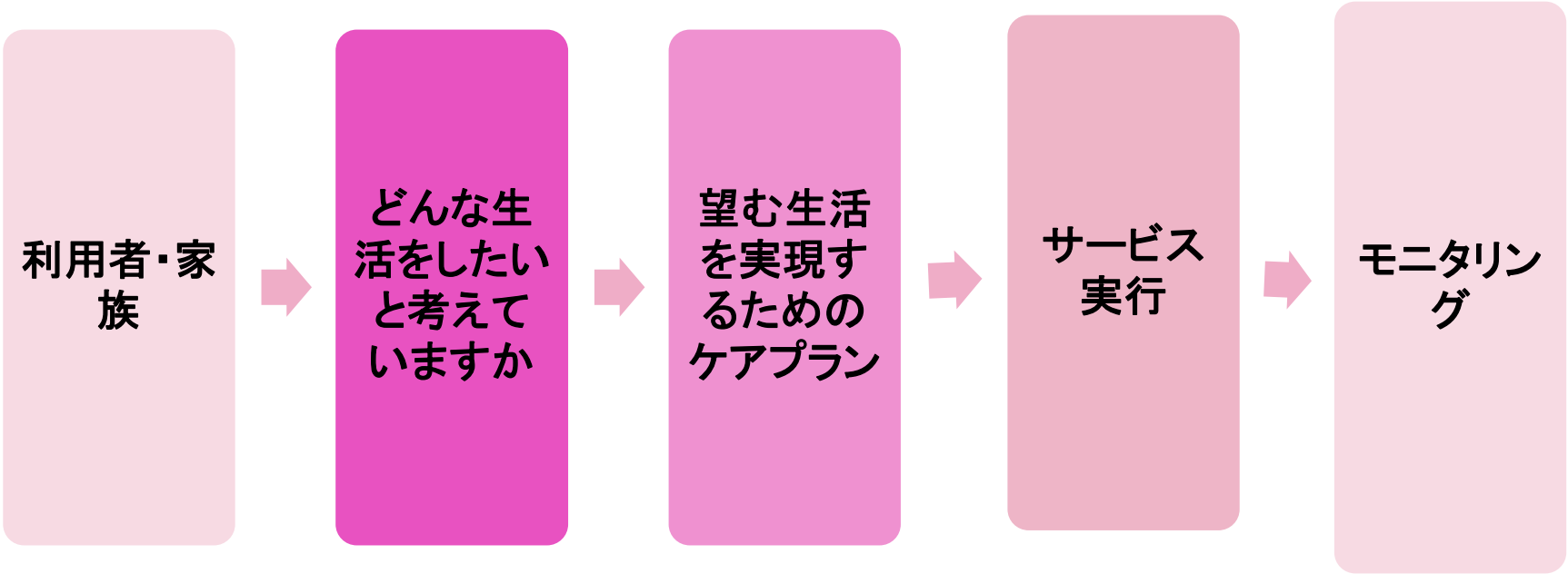



## 問題解決型

※利用者の有する「問題の発見と対応するサービス」が直結
※問題だけ解決すれば、生活はどうにかなるのか？

# ○○○○ケアマネジメント⇒

※利用者の「生活への意欲の醸成」、「望む生活とその生活を成り立たせるためのサービス」が中心




## 自立支援型・生活の活性化

ケアマネジャーさんに今の私の状態や生活で困っていること、これからどうしたいか、相談できました。
ケアマネジャーさんがよく聞いてくれて、提案や専門家につないでくれたので、少しずつよくなりそうです。
私も頑張ります。

# 課題分析標準項目

**基本情報に関する項目**

①基本情報　②生活状況　③利用者の被保険者番号

④現在利用しているサービスの状況

⑤障害老人の日常生活自立度

⑥認知症老人の日常生活自立度

⑦主訴　⑧認定情報　⑨課題分析理由

↓

**基本情報シート**

# 基本情報シート

**事例の〇さんの**

**　過去、現在、未来への手がかりとなる情報が整理されるシート**

**家族図　生活歴　病歴　主訴　　趣味・嗜好**

# 基本情報シート

ケアプランに反映できる情報が満載です

# 人は過去と現在と未来がつながっているから、その人らしく生きている

**あなたがケアマネジャーに知っていてほしい理由は、例えば・・**

**・家族関係　自分を支えてくれる大事な人達だから**

**・生活歴　　これからもこの自由な生き方を崩したくないから**

**・病歴　　糖尿病といわれ20年。先生の指示を守ってきた**

**・主訴　　夫が苦労して建てたこの家を守らなくてはならない**

**・趣味・好きなこと　音楽を聴いているときが一番心がおちつくから**

# Aさんについて

○県生まれ。80歳女性。離婚歴あり弟と同居。6歳で□県に転居。市営住宅1階に居住

両親とも他界。親族とは疎遠

幼少期に両親から虐待

# Aさんについて

- 貧困で中学卒業後に複数の仕事につくも長続きせず転職繰り返す
- 真面目で責任感あるがミスも多かった。一時両親と飲食店経営するも経営破綻。その後、生活保護
- 地域の行事には熱心に参加

# Aさんの人生は・・・

○県で生まれる

6歳　□県に転居

15歳　中学卒業

30歳　弟の死殺人事件の巻き添え

体調不良から専門医受診開始

32歳　結婚　流産2回　躁うつ病

36歳　夫の浮気が続き離婚

2回自殺企図

40歳　両親と同居

複数の医療機関変更

65歳　主治医固定

生活保護

再発繰り返す

69歳　介護保険申請

弟の同居

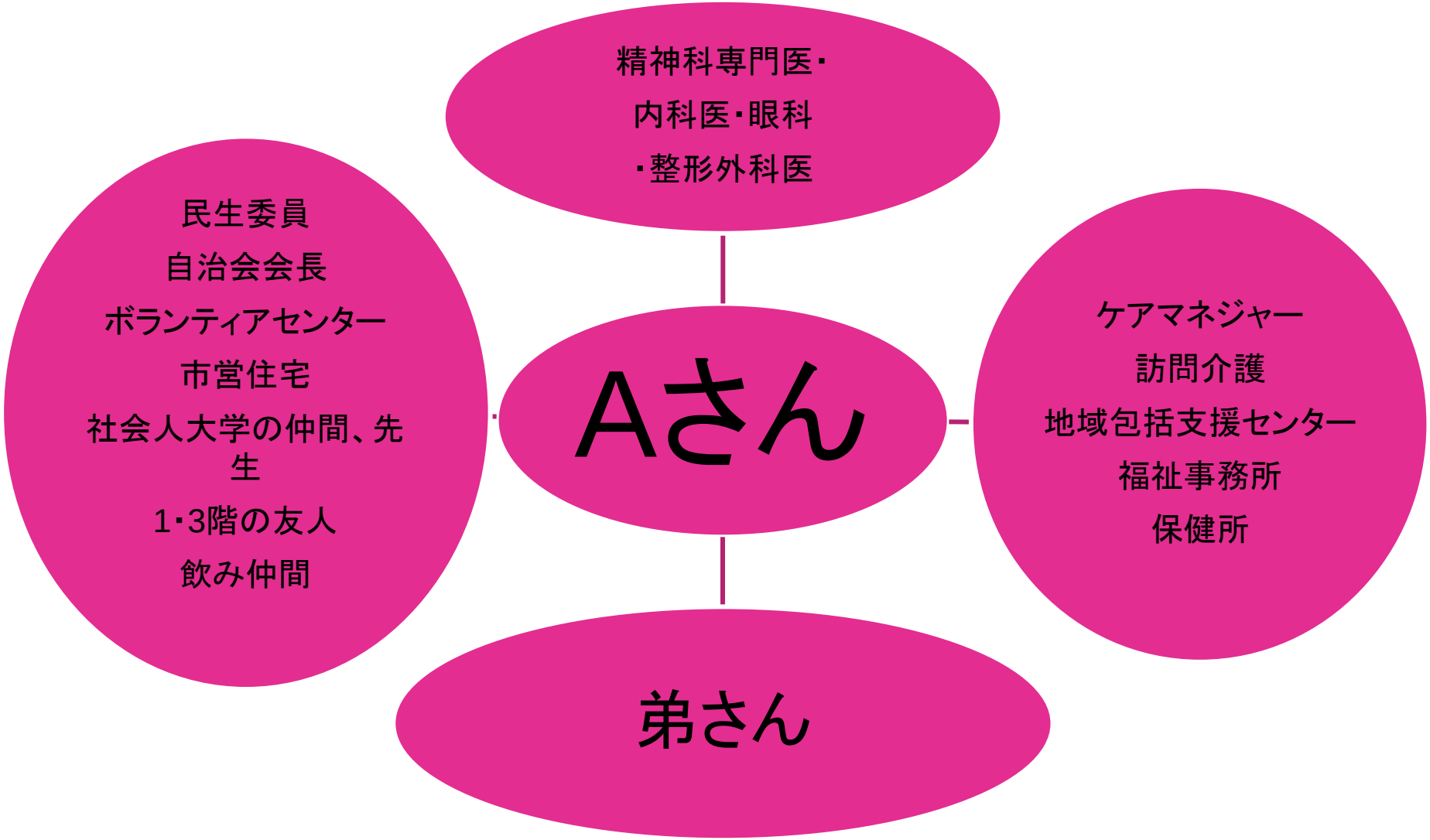
70歳　うつ状態　やる気低下

訪問介護利用開始

社会人大学校に通う

80歳脳出血で死亡

# Aさんを取り巻く環境


精神科専門医・
内科医・眼科
・整形外科医
民生委員
自治会会長
ボランティアセンター
市営住宅
社会人大学の仲間、先生
1・3階の友人
飲み仲間
Aさん
ケアマネジャー
訪問介護
地域包括支援センター
福祉事務所
保健所
弟さん

# 対応　（１）

- 正しい治療　早期に受診につなげる服薬　病気の理解
- 休養をすすめる
- 不眠等心身の症状への対応
- 自殺予防
- 地域の理解と見守り対策

# 対応　（２）

・医療との連携の視点

・支援チームの役割分担と協働の視点

・Aさんの生活を支える視点

・Aさんの役割を支える視点

# 死亡後訪問で気づいたこと

- 市営住宅の友人から：相談役 世話
- 学友から：先生によく質問　笑顔
- 飲み友達から：気遣う人　料理上手
- 弟さんからみたAさん：兄の死の影響

# 死亡後に見つかった日記より

- 両親への思い：親として大事な存在
- 弟の死：辛さを一緒に乗り越えた大事な存在。理不尽な死の受け容れ
- 離婚、流産：私の罪は何なのか
- 家族：弟がいるから生きてきた

# Bさんについて

- C区で生まれる。6人兄弟の長男
- 裕福な家庭で育つも父親が50歳で死亡。家業が傾き親戚の家に家族全員で居候。
- 30歳で南方に出征。多くの部下が亡くなった。

# Bさんについて

・帰国後、一家の長として母、兄弟を支える。

・高等学校卒。優秀だった。本屋を開き、数店舗を経営する。

・36歳で結婚。娘2人に恵まれる。

# Bさんについて

- 50歳で母の死。69歳で末弟の死と兄弟が次々死亡。
- 元来、寡黙だが仕事仲間は多かった
- 「さつま芋」は戦争を思い出すから
  と食べなかった。

# Bさんについて

- 70歳　検診で胃癌の診断。手術希望せず。
- 71歳　妻が心筋梗塞で急死
  既婚の娘2人は同居を希望したが拒否。
- 75歳　胃がんの進行「病院死」

# Bさんの人生は･･･

75歳入院中に死亡

71歳　妻の急死

70歳　胃癌

69歳　弟の死

50歳　母の死

40歳　長女次女

36歳結婚

30歳　南方に出征部下の死

父親死亡

高等学校卒業

県で生まれる

# 死亡後訪問で気づいたこと

- 長女・次女から：固くなに同居拒否　嫁にやった娘だから
- 戦友から：亡き部下の家族を見舞っていた。申し訳ない
- 書店仲間から：景気はどうか気にかけてくれた。
- 妹さんから：親代わりの兄だった

# 【ワーク】
# もし、あなたが要介護状態なら

あなたがケアマネジャーに知っていてほしい

・家族関係

・生活歴

・病歴

・主訴

・趣味・好きなこと

は何ですか？

それは何故ですか？

# 自分の歴史　書いてみましょう！1

・あなたが一番輝いていたころは　楽しい思い出は　　笑えるエピソードは・・・

・あなたが辛かった時、そばには誰がいてくれた　　困った時はどうだった・・・

・あなたが思い描いていた「未来」とは

・自分と正面から向き合うことの大切さ　謙虚さ　「私を認める」意味

---

生まれ

# 自分の歴史　書いてみましょう！２

・あなたが一番輝いていたころは　楽しい思い出は　　笑えるエピソードは・・・

・あなたが辛かった時、そばには誰がいてくれた　　困った時はどうだった・・・

・あなたが思い描いていた「未来」とは

・自分と正面から向き合うことの大切さ　謙虚さ　「私を認める」意味

---

歳

介護支援専門員

# アセスメント
# （課題の分析）

専門職として〇さんをどう捉えているか、確認してください！

〇あなたのことをもっと知りたい！
　　教えてください！

# アセスメントの構造理解

課題抽出プロセスを明確化する

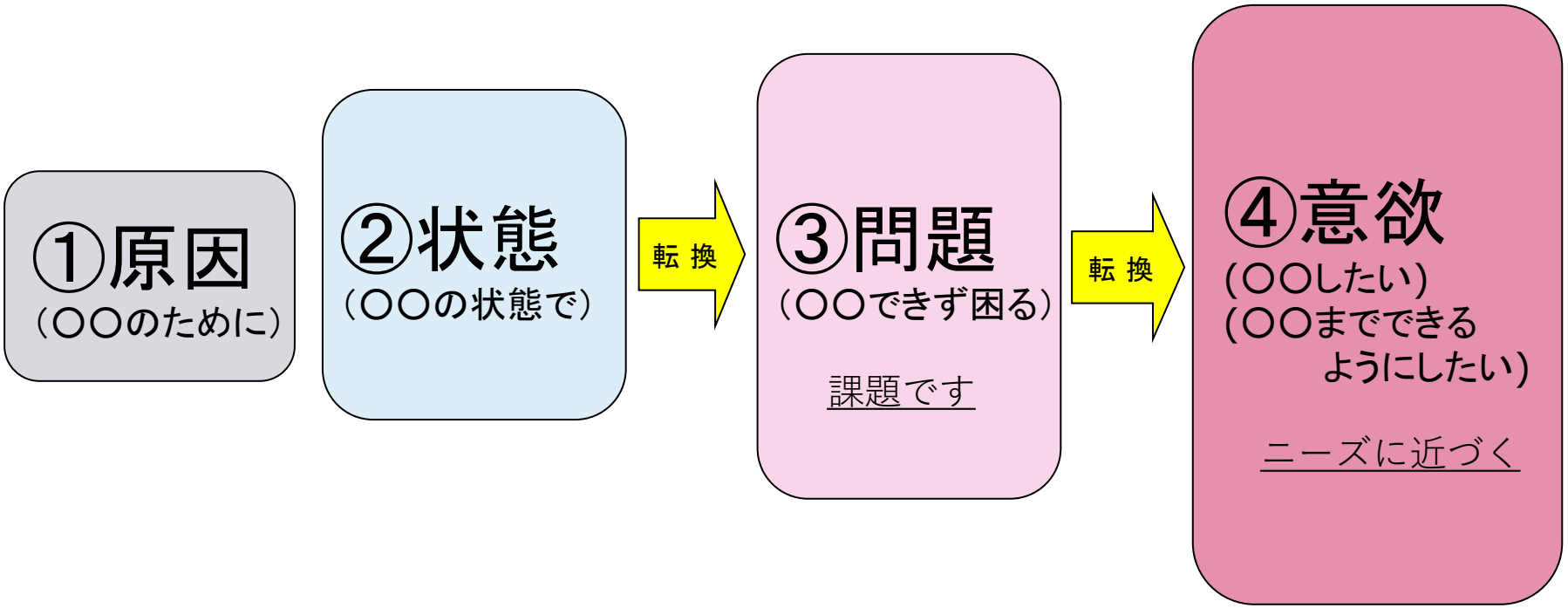
## 「アセスメント」は、

**情報の入手・整理・分析・ニーズ（課題）の抽出までをいいます。**

**利用者に対してケアマネジャーの働きかけがないと、ニーズ（意欲を伴った課題の解決）に到達しません。**

# アセスメントの構造理解

状態・問題・意欲がごちゃごちゃだと、分析ができないのではないか？



# アセスメント情報は
# 分類ごとに整理しなくては、分析できない

○原因は何ですか？

○どんな状態ですか？

○その状態はどんな困りごとを引き出していますか？

○困りごとを意識していますか？困りごとをどうしたいと思っていますか？

# 例えば、
# 脳梗塞を発症した。という想定。
# 自分のこととして考えてみる

**①原因**
（脳梗塞のため）

**②状態**
（寝たきり状態でトイレにいけない状態。ベッド上で介助を受けている）

転 換

**③問題**
（トイレで排せつできず、便がでなくて困る）

課題です

転 換

**④意欲**
(トイレまで行って座って排せつしたい)
(自分でトイレの動作ができるようになりたい)

ニーズに近づく

# 本人の意向だけで、ニーズとしてよいか？
# 考えてみる。

**③問題**
（トイレで排せつできず、便がでなくて困る）

課題です

**④意欲**
(トイレまで行って座って排せつしたい)
(自分でトイレの動作ができるようになりたい)

ニーズに近づく

# アセスメントで明らかにすることは・・・

「～困る」書く！

「～したい」と書く！

## ①原因
（〇〇のために）
脳梗塞のために

## ②状態
（〇〇の状態で）
右半身麻痺の状態で

転 換

だから

## ③問題
（〇〇できず困る）
・行きたい所に自由に行かれずに困る
・トイレまで行くことができずに困る
・ふらついて思うように歩けなくて困る

転 換

だから

## ④意欲
（〇〇したい）
（〇〇までできるようにしたい）
・友人とカラオケに行きたい
・家族に迷惑かけないよう、トイレまで一人で行きたい
・ふらつかないで歩けるようになりたい

本人の意向だけではなく、専門職の意見やケアマネジャーの判断が必要

＝専門性

# 専門職（医師）の意見
# 病状が安定するまでは運動は無理ですね！

**④意欲**
(トイレまで行って座って排せつしたい)
(自分でトイレの動作ができるようになりたい)

ニーズに近づくがニーズではない

再梗塞の予防のため、病状の安定が大事です(主治医)。

主治医と相談しながら、リハビリを開始しましょう。理学療法士

# 専門職（医師）の意見
# 病状が安定するまで運動は無理ですね。！

**④意欲**
(トイレで座って排せつしたい)
(自分でトイレの動作ができるようになりたい)

**ニーズ**
**トイレで排せつできるようになる**

医師の指示を守り、しっかり治療を受け、本人にあったリハビリを開始する必要がある。（ケアマネジャー）。

ケアマネジャーの判断が重要！

# 課題分析標準項目

**課題分析に関する項目**

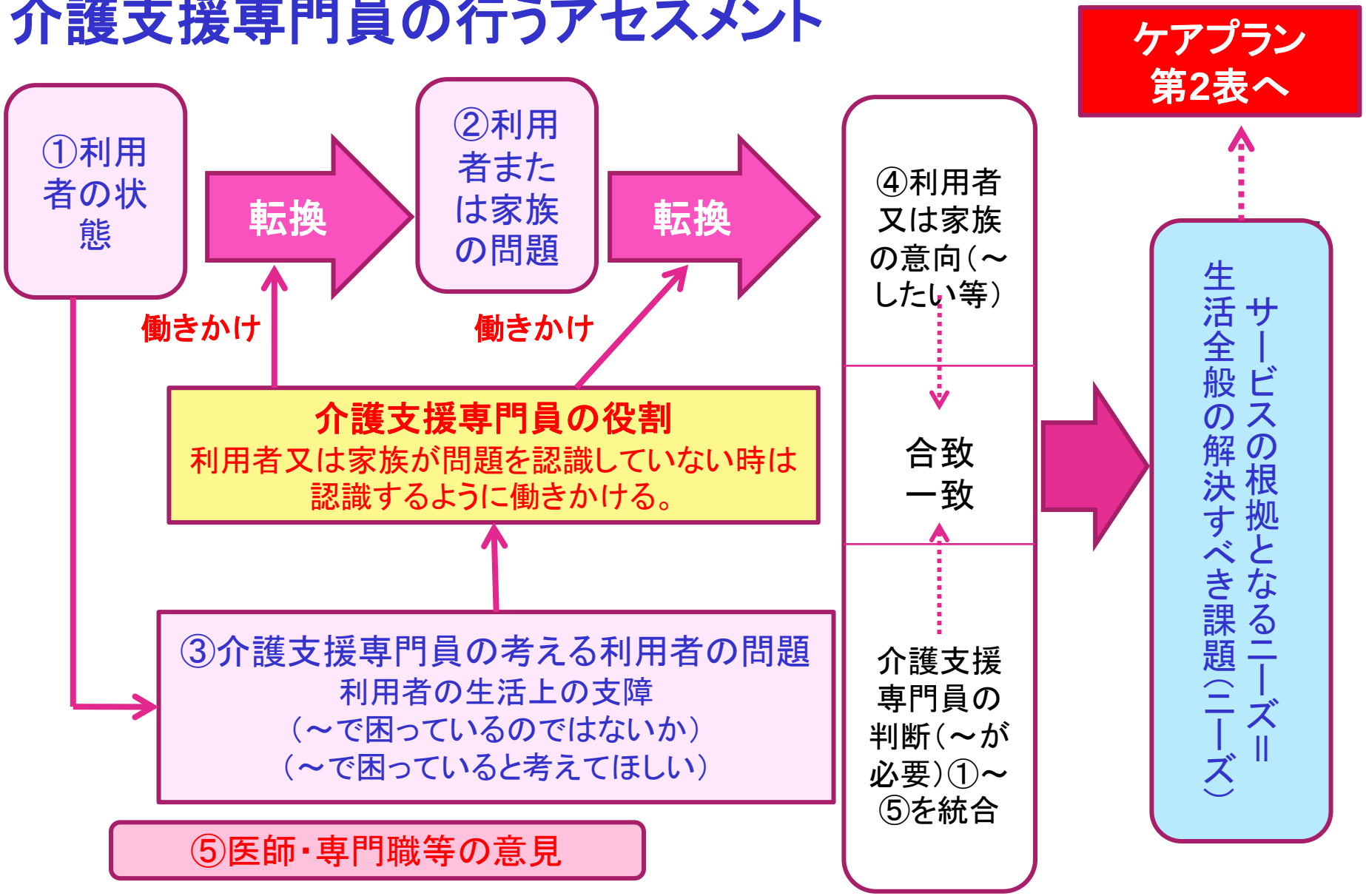
①健康状態　②ADL　③IADL　④認知　⑤コミュニケーション能力
⑥社会との関わり　⑦排尿・排便　⑧じょく瘡・皮膚の問題
⑨口腔衛生　⑩食事摂取　⑪問題行動　⑫介護力　⑬居住環境
⑭特別な状況

**８項目**

❶コミュニケーション　❷認知と行動　❸家族・知人の介護力
❹健康状態　❺ ADL　❻ IADL
❼社会交流　❽特別な状況

# リ・アセスメントシートの構造（ガイドライン21ページ）

## 介護支援専門員の行うアセスメント



# リ・アセスメント支援シートでは・・・

**原因**

- 虚弱高齢者　栄養不足
- 体力低下

**状態**

- 歩行不安定で転倒が続く
- 会話中に息切れがする
- 食事量少なく1日1回の時もある

**困り事**

- 町会の行事に参加できなくなると困る
- 長く話すと息切れがするので困る
- 体力が落ちたら困る　＊～で困ると記載！

・生活の支障を見通し、利用者、家族と共有
・維持改善要素利点欄で
●さんの良い所とは・・・

どのような支援から意欲を引き出すか

# リ・アセスメント支援シートでは・・・

**意向**

- 転ばないようにして、町会の仲間と年3回は旅行に行きたい
- 息切れしないで仲間と楽しく話したい
- 三食しっかり食べて体力をつけたい＊意向の高さは

**意見**

・体調にあわせたリハビリを続ける必要がある（A医師）
・このまま仲間との交流は続けた方が良い（通所B相談員）
・体重の増減には注意（A医師）
＊チームのメンバーから聴き取る

**判断**

・やりたいことができる様に支援する必要がある
・身体の不快な症状を軽減する必要がある
・体調維持のためチームで関る必要がある
＊「～が必要」と記載

**★重要ポイント**
**1）ニーズの核心となる部分**
**2）目標となる部分**
**3）サービス内容になる部分が含まれているので、2表を意識した視点をもって整理をすることが必要**

## ご本人の発言が基本となります

何故ならば、こだわっているからこそ、なんとかしたいからこそ「発言」されるはずだからです。

支障となっていることを何とかしたい、そのことをケアマネジャーといっしょに追い求めるプロセスが大事です。

ケアマネジャーは発言そのままでよいか、違う表現がふさわしいか専門職として考えます。

# 整理前ニーズは「意向」の転記ではない

| | 問題（困りこと） | | 意向・意見・判断 | 整理前ニーズ |
|---|---|---|---|---|
| 利用者 | ・銀行に行けなくなると困る<br>・町会の行事に参加できなくなると<br>困る<br>・体力が落ちたら困る<br>・家の用事が出来なくなると困る | 利用者意向 | ・銀行に行きたい。外出したい<br>・できる家事は続けたい<br>・転ばないようにして、町会の仲間と年３回は旅行に行きたい<br>・息切れしないで仲間と楽しく話したい<br>・三食しっかり食べて体力をつけたい | ①外出したい<br>②できる家事は続ける<br>③転ばないで歩けるよいになりたい<br>④息切れなく過ごしたい<br>⑤体力をつけたい |
| 家族 | なし | 家族 | なし | |
| | | 医師専門職等 | 外出時見守りが必要（A医師） | |
| | | CM判断 | 本人が楽しみにしている家事や外出が続けられるよう<br>支援していく必要がある。 | |

★目標にできるかな
・「銀行に行く」
・「町会の仲間・・・」
・「仲間と話し・・・」
・「息切れしないで」
・「三食しっかり・・」

★サービス内容にしよう

# シートの活用（記入例）で思考の整理をする

| 項　目 | 整理前のニーズ | 関連･統合と判断した理由 | 整理後ニーズと優先順位 |
|---|---|---|---|
| 認知と行動<br><br>家族知人等の介護力<br><br>IADL | ①家のことは続けたい。<br><br>②長男・長女に迷惑をかけずに思うように過ごしたい。<br><br>③できる家事は続けたい。 | 【関連ありとした理由】<br>妻の介護をして看取った後、一人暮らしを続けてきた●さんにとって日々の家事を続けられることがとても大事。「この年まで頑張ってきた。これからも一人で何でもできる。」という主訴からも一人暮らしを続けることへの●さんの強い意思と覚悟があると考えた。<br><br>【統合先にした理由】<br>〇IADL　③に統合<br>できるだけ、他人に任せず自分でやりたいと思っている●さんにとって、認知と行動からくるニーズよりIADLのニーズに統合する方が●さんらしいと判断。また、「家事の自立」が子供達に迷惑もかけずに暮せることにつながると考えたから。 | 【整理後のニーズ】<br>「できる家事は続けたい。」とした。<br>・一人暮し<br>・子供たちに迷惑かけない<br>のキーワードは2表の目標に反映することで●さんらしいプランにつながると判断した。<br><br>【優先順位の理由】（順位１）<br>3つのニーズとも、●さんの「今まで通りひとりで頑張る！」という点で意向が「高」となっている。今後も住み慣れたこの地域で一人暮らしを継続することが、生活の活性化につながると判断したため1位とした。 |

# 原因や根拠が同じならば、まとめたほうが解決しやすい

ニーズの統合は、「根っこ」が同じで、解決方法も同じと考えられるものを統合します。

（統合せねばならない、と考えず、同じ根っこのものはあるかな、と考えてみてください）

# アセスメントの構造を再確認！

ケアプラン点検などでわかることは、状態像をしっかり捉えていない、問題を問題として把握できていない、本人の意向を全く聞いていない、専門職とガチで検討していない、ケアマネジャーの方が多いことです。この前提がないと、ニーズに状態を書いてしまったり、本人不在のニーズになってしまったり、介護職の目標になってしまったりします。

**①原因**
（〇〇のために）

**②状態**
（〇〇の状態で）

転 換

**③問題**
（〇〇できず困る）

課題です

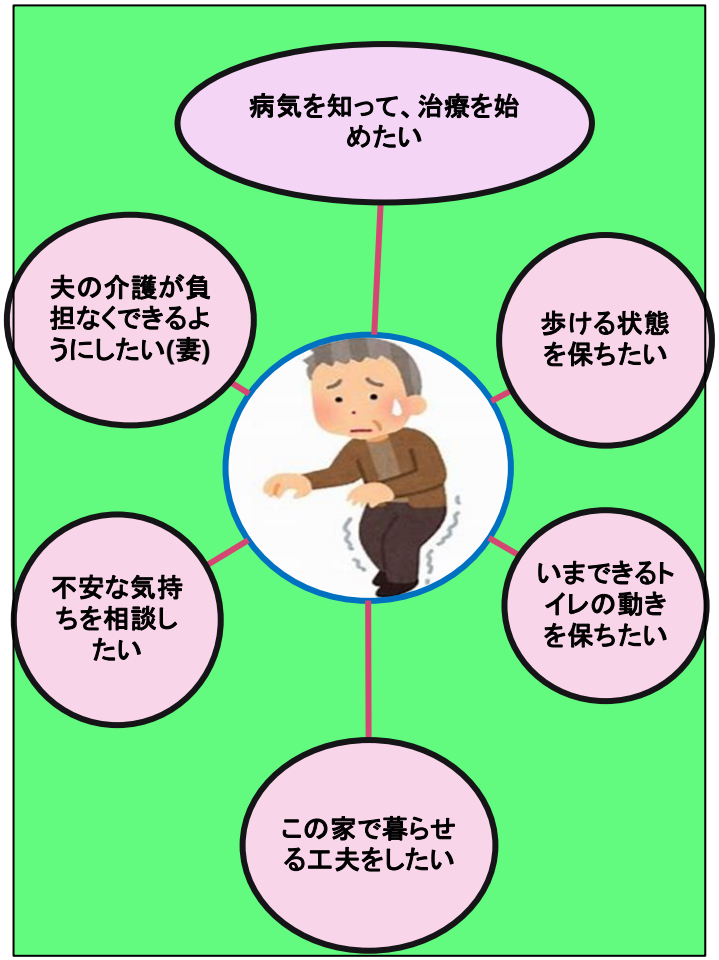
転 換

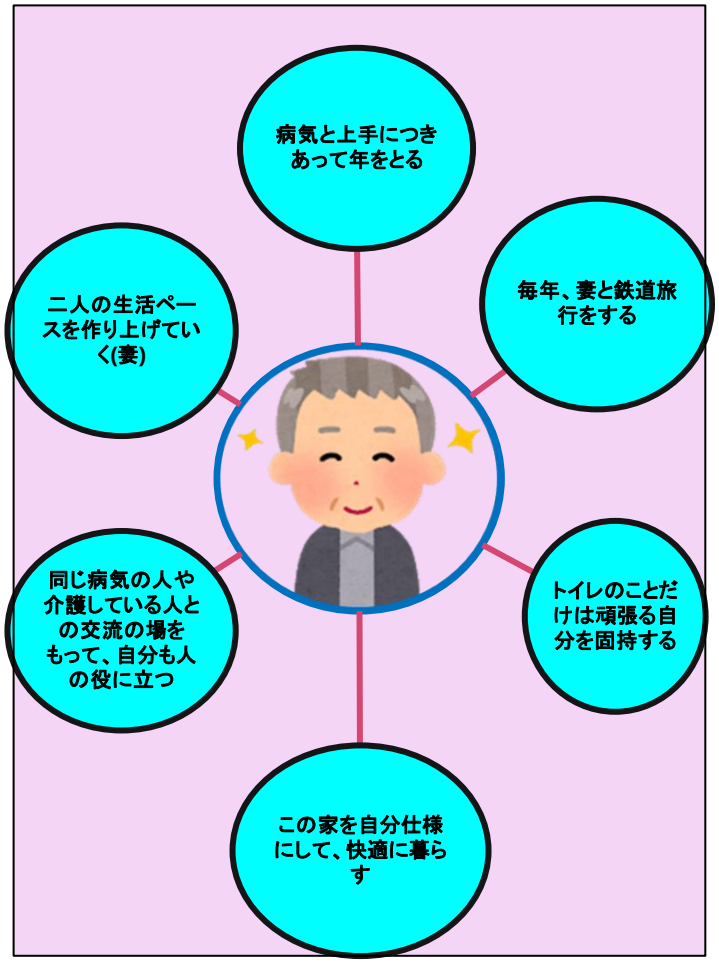
**④意欲**
（〇〇したい）
（〇〇までできるようにしたい）

ニーズに近づく

# ケアマネジャーの存在、ケアマネジャーの専門的な関わり

## 自立に、生活の活性化に、人生の彩りに大きく関与する。そのためには、まずアセスメント



# ケアプランの構造理解

## ケアプラン確認シートの活用

# ケアプラン２表の構造理解

- アセスメントから導き出されたニーズ

↓

- 2表につなげることができていますか
- ケアプラン確認シートをつかいます

# ケアプラン確認シート

## リ・アセスメント支援シート

| 状態 | 問題（困りごと） | | 意向・意見・判断 | | 生活全般の解決すべき課題(ニーズ) 整理前 | 関連 | 整理後 | 優先順位 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| コミュニケーション・認知と行動・家族・知人等の介護力・健康状態・ADL・IADL・社会交流・特別な状態 | 利用者 | | 利用者 | ○○したい。するようになる。 | | | サービスの根拠となるニーズ | |
| | 家族 | | 家族 | ○○させたい。してほしい。 | | | | |
| | | | 医師・専門職等意見 | ○○が必要。○○したほうがよいのではないか。 | | | | |
| | | | CM判断 | ○○が必要。 | | | | |

転換　転換　合致・一致

（利用者側）　（サービス側）

利用者（and･or）家族の意向
「○○したい」
「○○させたい」

合意・一致

CMの判断
「○○が必要」

サービスの根拠となるニーズ
‖
生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

【出典：『ケアプラン作成の基本的考え方』佐藤信人Ｐ８５一部改変】

そのまま記載する。

## 利用者・家族と共に検討するケアプラン第２表

| | 生活全般の解決すべき課題(ニーズ) | 目標 長期目標 | (期間) | 短期目標 | (期間) | 援助内容 サービス内容 | ※1 | サービス種別 | ※2 | 頻度 | 期間 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 利用者の回答 | 1 ＜意向が高い時＞例：○○したい。＜意向が低い時＞例：○○する。 | 3 （ニーズが実現したら）私は、○○して暮らすんだ。それが私の望みだ。 | | 5 そのために、私は、○○するようにやってみる。 | | 7 こうすればうまくいくのではないか。○○が必要ではないか。 | | 9 自分でやる。家族がしてくれる。友人がしてくれる。外の力を利用する。その場合は、サービスはこれを活用するのが一番良いのではないか。＜施設の場合＞施設専門職がしてくれる（各機能） | | | |
| 家族等による代弁 | 認知症のケース等で利用者の発した言葉などをそのまま書くことができない場合 ＜意向が高い時＞例：○○したいのではないか。（長女代弁）＜意向が低い時＞例：○○するのではないか。（長女代弁） | （ニーズが実現したら）本人は、○○などして暮らすことができるのではないか。本人はそれを望んでいるのではないか。 | | そのために、本人は○○するようにやってみてはどうか。 | | | | | | | |
| ケアプラン記入の留意点 | ※意向の高さに応じて表現が変わる。※家族等が代弁する場合、誰の意見かを末尾に括弧書きで明記。 | ※この欄が最もその人らしさを表す。 | | ※ニーズに基づく長期目標を達成するための段取り。※必要に応じて、段階的に目標を設定する。 | | ※短期目標を達成するための段取り。 | | ※介護保険のサービスにとらわれない。 | | | |

CMによる働きかけ

Why？なぜ？

2
・それは何故ですか？
・ニーズが実現したら、あなた（本人）にはどんな生活が拡がっているのですか？
・あなた（本人）はどんな生活がしたくて、そう思うのですか？

What？何を？

4
・ニーズに基づく長期目標を達成するために、あなた(本人)はどうするのですか？

How？どうする？

6
・短期目標を達成するために、あなた（本人に）は具体的には、何が必要だと思いますか？

Who？誰が？

8
・誰がするのですか？

N．SATOモデル一部改変

注意）利用者を誘導しようと、管理しようと考えることは厳禁。利用者・家族と共に検討する。
認知症の人のときも、ニーズ、長期目標、短期目標は利用者本人の視点・立場で検討し記載する。

# ☆2表の作成

例　**治療に専念してトイレで排せつできるようになる**

## 【ニーズ】

**①治療に専念してトイレで排せつできるようになる**

**②WHY？**

・それは何故ですか？

・ニーズが実現したら、あなたにはどんな生活が拡がっているのですか？

・あなたはどんな生活がしたくて、そう思うのですか？

⇒③（ニーズが実現したら）

**【長期目標】**

**あたりまえに思っていたトイレのことを、自分でできるようになる。**

## 【長期目標】

**③あたりまえに思っていたトイレのことを、自分でできるようなる。**

**④WHAT？**

・ニーズに基く長期目標を達成するために、あなたはどうするのですか？

⇒⑤そのために、私は、〇〇するようにやってみる。

**【短期目標】**

**腹筋やその他の筋力がおちないよう、動かしてもよいところを鍛える。**

## 【短期目標】

**⑤腹筋やその他の筋力がおちないよう、動かしてもよいところを鍛える。**

**⑥HOW？**

・短期目標を達成するために、具体的には何が必要だと思いますか？

⇒⑦こうすれば、うまくいくのではないか。

**【サービス内容】**

・専門家にベッド上での訓練をしてもらう。

・自分でできる訓練を教わって実施

・排せつは医師の指示に従う

# ☆2表の作成

## 例　治療に専念してトイレで排せつできるようになる

### ⑦【サービス内容】

・専門家にベッド上での訓練をしてもらう。
・自分でできる訓練を教わって実施
・排せつは医師の指示に従う

⑧WHO？
・誰がするのですか？

⇒⑨サービス種別
・理学療法士
・本人
・看護師また介護士

### ⑨【サービス種別】

・理学療法士　・本人
・看護師または介護士

⑩WHICH？
・どの事業者、どの担当者がするのですか？

⇒⑪※2
・病院PT　・本人
・病院看護師・介護

### ⑪※2
### 当該サービスを行う事業所

⑫How　many？
How　long？
・どのくらいの頻度ですか？
・どのくらいの機関ですか？

⇒病院PTは毎日（約10日間/医師の次の指示があるまで）
本人は毎日（PTの次の指示があるまで）
排泄介助は毎日・コールで（医師の指示があるまで）

# 振り返り
（リフレクション）

転ばないように運動をつづけ足腰を丈夫にする。
しっかり食べてコロナに負けない体力をつける。
これからも町会の友人と好きな旅行に行くことができる。

〇さんは、いままで
住み慣れた地域で楽しく生活してこられました。
これからも〇さんの
　・やりたいことができる
　・一人暮らしを続けられるよう
チームで支援して行きます。

利用者さん・家族の
『しあわせ』を
常に求めながら
最善の支援を
開して行きましょう！

# 引用･参考資料

佐藤信人氏講義資料引用　認知症介護研究・研修 東京センター

小峰良子氏研修資料引用　東京都福祉保健局介護保険課

- 東京都介護支援専門員研修資料　参考
- 「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」より　資料引用
- けあサポ　事例検討とSV　吉田光子氏　閲覧と引用
- 私達の介護　２０１７，１０，１２ブログより
- 日本看護研究学会雑誌Vol40　№2　2017　黒田寿美江氏等研究報告より引用
- 月刊ケアマネジャ　高室成幸氏２０１４年5月連載より引用
- リ･アセスメントメントカ　　東京都福祉保健財団　参考
- 社会福祉法人台東区社会福祉事業団人材育成主査
  東京都介護支援専門員研修向上委員会委員　千葉明子氏練馬区研修資料より