

アセスメントからケアプラン作成確認シート（大島地区）

① 本人・家族の悩みや要望

- ※ 思いや困り事、やりたいことを本人・家族のことばで記載しているか
- ※ 本人の「真の思い（潜在したニーズ）」を聴けているか

③ 本人・家族の望む暮らし（サービス計画書1表へ転記）

- ※ どのように引き出せているか
- ※ ①→②→③→④へ つながっているか
- ※ イメージの共有が図れているか（生活レベル）

②利用者・家族の現状の整理

健康状態

- 病名と症状
- 服薬内容
- 既往歴
- 主治医
- 受診行動（頻度、方法）

心理機能・身体機能の状態

- 睡眠(不眠, 中途覚醒, 服薬)
- 栄養(質・量, 嗜好, 水分摂取状況)
- 視覚・聴覚・痛みの生活影響
- 口腔機能と衛生
- 排尿・排便障害
- 褥瘡・皮膚状態
- 筋力・全身持久力
- 精神面(抑うつ, 認知機能)
- コミュニケーション能力
- ※ 主治医意見書も参考にしているか

活動の状況

- 立ち座り, 段差対応や起居動作
- 異動(屋内, 屋外) 運搬動作
- 洗髪・洗身
- 爪切り・耳掃除
- 衣類・下着の着脱
- 口腔ケア
- 買い物 金銭管理 調理
- 掃除 整理整頓 洗濯
- 服薬管理
- ※ 日内変動(日中と夜間の差)も確認しているか

参加の状況

- 外出先の有無
- 趣味活動
- 友人・親戚の交流
- 地域の居場所
- 日中の活動
- 本人の役割

環境因子

- 家族構成及び家族の状態
- 経済状況
- 公共交通機関とのアクセス
- 福祉用具・自助具
- 家族・親戚との交流, 地域とのつながり
- 介護者・介護力
- 住環境(立地状況)
- 保健・医療・福祉サービス
- よく利用する社会資源(インフォーマルも)

個人因子

- 年齢 生育歴 趣味・嗜好
- 性格 価値観 職歴

※ 人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、

- ① 体の動きや精神の動きである「心理・身体機能」
- ② ADL・家事・職業能力や野外歩行と言った生活行為全般である「活動」
- ③ 家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」

※ できる可能性や強みも把握しているか（「している」「できる」「していない」「できない」を事実確認しているか）

※ 本人や家族の思いを聴き取れているか

ここまでの課程がアセスメントの中の情報収集です。

④望む暮らしに向けての生活の目標 ※優先順位を考えているか

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

- ※ 本人の望む暮らしを達成するための「生活の目標」（ケアマネの検討する目標でも良い）を考えているか
- ※ 手段のみの記載になっていないか

⑤現状と生活の目標の間の隔たり（ズレ）

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

- ※ ④(生活の目標)と、②(現状)とのズレを④(生活の目標)の優先順位1,2,3...に沿って考える

⑥考える視点（原因・可能性・リスク）

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

- ※ その困り事やズレの原因や背景は把握できているか
- 支援を行った場合・行わない場合の改善の可能性とリスクの予測立てはできているか

⑦解決すべき条件（ケアの方向性）

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

- ※ 短期目標を解決するケアの方向性
- ※ 目標達成に向け、こういった条件がプラスされたいか
- ※ 可能性を活かせるためのケアの方向性を示しているか
- ※ ケアの方向性≠サービス内容（種別ではない）
- 自助・互助・共助・公助の視点
- フォーマル・インフォーマルな資源

この課程が、アセスメントの中での分析を行うところです。

⑧生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

（サービス計画書2表へ転記）

- ※ ④(生活の目標)のうち合意形成できた課題

⑨長期目標・・・サービス計画書2表へ転記

- ※ サービス計画書第1表の総合的援助の方針につながる