**ICF・目標指向型アプローチによるケアプラン作成のプロセス：演習シート（2013修正版）**

受講者

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　★ステップ１

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者家族の生活の要望・希望 |  |

★ステップ２－１　生活史を踏まえ事例像を描きましょう。（400-500字程度で）

|  |
| --- |
|  |

★ステップ２―２

健康状態について情報を整理し、明らかにする。ただし、ステップ３の作業をとおしながら、検討見直していくことも可能である。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健康状態（利用者の生活の全体像） | 主傷病名：  副傷病名：  既往歴：  日常生活自立度（寝たきり度）：　　　　　　　　　（認知症）：  介護度：  ケアマネジメントの必要性  （在宅生活継続を阻害する生活上のリスク、介護度が悪化することに影響する生活上の問題・リスク、QOLが低下することに影響する生活上の問題・リスク等について） | 介護に関わる主治医：  治療方針：  受診状況：  医療処置の有無：  療養生活を送る上での注意事項：  使用している薬等： |

★ステップ３

健康状態に影響している**「心身機能、構造の状況」「している活動」「している参加」**について、課題分析表の情報や要約情報を整理する。

　★ステップ４

〇　環境因子・個人因子の強みを見つける。

|  |
| --- |
| **心身機能**  **構造の状況**  （麻痺、嚥下等障害のレベルについては詳細に記載する） |
|
| 上下肢等欠損：  麻痺：  手指：  上肢：  下肢：  拘縮：  疼痛：  皮膚疾患（褥創）：  嚥下：  咀嚼：  口腔の状態（歯も含む）：  意思伝達機能：  記憶：  注意機能：  認知能力の程度：  意思決定能力：  その他の高次脳機能障害：  認知症：  認知症から生じる行動障害：  聴力： |
|

★ステップ3

４

|  |
| --- |
| **活動（個人的側面）**  （現時点で）している活動 |
| 基本動作  1寝返り：  2起きあがり：  3坐位保持（時間、姿勢等）：  4立ち上がり：  5移乗：  移動・外出  6屋内歩行（移動）：  7屋外歩行（移動）：  8階段昇降：  9外出：  身仕度  10更衣：  排泄  11排泄（日中）：    12排泄（夜間）：  清潔  13洗面・整容：  14入浴：    家庭生活  15買い物：  16調理：  17食事準備・片づけ：  18掃除・ゴミ捨：  19洗濯：  20金銭管理：  21安全管理（戸じまり、火の元など）： |
|

|  |
| --- |
| **参加（社会的側面：社会的交流、役割等）**  （現時点で）している参加 |
| 家族  ①家庭内、家族内の役割：  ②同居家族との交流  ②-1交流の有無：  ②-2頻度・状況：  ③別居家族との交流（子ども、孫、親戚兄弟を含む）  ③-1交流の有無：  ③-2頻度・状況：  地域社会  ④利用している施設内での役割：  ⑤それ以外の役割（社会的な役割、仕事、選挙に行く、その他）：  ⑥近所等交流（付き合い、冠婚葬祭への参加等）：  ⑦友人知人交流（付き合い、冠婚葬祭への参加、墓参り）：  ⑧利用している施設利用者との交流 ：  ⑨ケア提供者との関係性：  ⑩地域社会との関係性  （町内会や自治会への参加など）： |

★ステップ４

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | **「目標となる」**  **活動・参加を促進する因子（プラス面）** |
| **環境の強み** | 自宅住居環境  地理的条件  経済状態  介護者の状況（介護力）  その他の家族状況  近隣の状況  その他の地域内の社会資源状況  専門職の状況  その他 |  |
| **個人の強み** | 生活歴  過去の参加状況や体験  （学習・生涯教育・習い事、就労、奉仕活動など）  性格  意欲  （生活活動意欲、社会的参加意欲、疾病・障害の受容状況、思いなど）  価値観  その他 |  |

No.2

|  |
| --- |
| **心身機能**  **構造の状況**  （麻痺、嚥下等障害のレベルについては詳細に記載する） |
|
| 尿・便意：  排便機能：  排尿機能：  心血管系構造、機能：  呼吸構造、機能：  免疫系機能　：  消化器系機能：  その他身体症状：  その他精神症状（情緒・情動含む)：  身長・体重：  BMI：  その他検査結果：  廃用性の有無： |
|

|  |
| --- |
| 活動  （現時点で）している活動 |
| 健康管理  22食事摂取（量・内容等）：  23飲水（方法、量等）：    24口腔ケア：  25服薬・必要な医療処置：  26受診：    27運動・訓練：  28睡眠：  29その他の健康管理：  コミュニケーション  30コミュニケーション：  生きがい  31余暇、いきがい活動（旅行・サークル・老人クラブ・奉仕活動など）：    その他  32その他の問題行動： |
|

★ステップ５　活動参加において、問題となっている状況、介護が必要な状況と内容を上げましょう。

　★ステップ６

○　環境因子・個人因子の強みの情報を根拠に『目標となる活動、参加』について検討する。『目標となる活動、参加』は、「心身機能・構造」「している活動」「している参加」のそれぞれの情報や３つの関係性を充分吟味し、検討する。

「目標となる活動」「目標となる参加」が実現することにより、ケアマネジントの必要性が解決するかどうか確認する。

〇　「している活動・参加」で十分本人の能力が発揮できている場合は、目標となる参加活動は空白とする。

★ステップ７

○『目標となる活動、参加』が検討された後、なぜ「目標となる活動・参加」ができないか（目標となる活動―している活動、目標となる参加―している参加の差）、差を生み出す原因、要因、また介助が必要な状況となった原因、要因を明らかにする。

課題分析表や要約情報の情報を分析し、「心身機能・構造への治療・アプローチに関する要因」「環境（自宅住居環境、地理的条件、経済状態、介護者・家族の状況、専門職の状況、近隣の状況など）」「個人（生活歴、過去の体験、生活、意欲、価値観など）」の３側面から多角的に原因・要因を明らかにする。

★ステップ８-１,２　これらできない要因に対し、要因を解決・改善するためにどのような支援をしたらいいのか、その内容（8-1）と、その内容にもとづきサービス種別（8-2）を検討する。

★ステップ９　ステップ６で検討した“目標案”対して、ステップ７であげた“できない要因”も参考にして、　“目標案”を実現する上で考えられるリスクについて検討する。

No.3

★ステップ１０　要因（自立、目標の達成を阻害する要因）とともに、予測されるステップ９のリスクを考慮し、さらに、実現可能で、ご本人の意欲の向上につながる「自立に向けての目標」を優先順位とともに決定します。

★ステップ１１

　　本人、家族に提案します！

　　　　　提案後、再度本人家族の意向について最終確認をする。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者家族の最終の意向確認 |  |

★ステップ１２

　　　最終意向をもとに目標を決定する。

|  |
| --- |
| 削除、見直しされた  「参加目標」「活動目標」項目  (次回モニタリング時に見直していく) |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 決定した  参加目標  『総合的な  援助方針』へ | 改善していく目標 |  |
| 維持していく目標 |  |
| 決定した  活動目標  『解決すべき  課題』へ | 改善していく目標 |  |
| 維持できる目標 | 【自立】  【介助継続】 |

**目標が決定したら、支援内容もそれに基づき見直し決定する。**

サービス計画書（１）（２）へ

NO.5