

ニーズ		チェックポイント	
健康管理	1 慢性疾患の管理	病名を知る。 →全身状態に影響を与える治療が必要な病気がある。 →症状が安定しているか否か。	
	※対象とする疾患 ・ 高血圧、心臓疾患などの循環器疾患 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ パーキンソン病などの神経難病	○病名 ○病状 ・療養上の指示の有無 ・ 定期受診 ・ 服薬管理 ・ 生活指導の遵守	各項目ができているか、問題あれば 訪問介護で受診援助、訪問看護等に対応 * 治療食の指示→数日の食事内容把握→栄養士評価
		○主治医情報	病状の安定性 不全の有無（心不全・呼吸不全・腎不全→訪問看護） 訪問看護；日常生活で通常の診療外で専門的な助言・指導が必要なとき
	2 看護処置	・ 必要な看護処置が家族の技術で十分か、家族にとって負担はないか。 ・ じょくそう・カテーテル・胃ろう・気管切開・在宅酸素など医療関係者が処置や管理を対象	
	3 普段の体調	体調の変化に気をつけ、よい状態に保つ。 →脱水、便秘、急性の病気やけが、持病の慢性疾患の悪化に注意！	
	※ 体調不良 →ADLの低下 →異常行動の激化 →夜間せん妄等の症状	○食事のチェック ・ 摂食能力、食事量、姿勢 ○水分量のチェック ○便秘のケア （医学的には3日以上） ※問診項目 ・ 元気がない ・ 食欲がない ・ 気分が悪い ・ 不眠 ・ 発熱、胸が苦しい ・ 夜間せん妄 ・ その他の異常	ADLがほぼ自立：1500kcal 寝たきり：1300kcal アセスメントには1～2日の献立を聞く→栄養士の評価 ・ お粥と聞いたら栄養不足と判断。 医師からの治療食の指示をチェック（糖尿病、慢性腎不全） 1日1500ml 「脱水の注意」 規則的な生活・食事、定時の排便習慣、座位排便 繊維の多い食品、食物繊維飲料、水分摂取、運動 →下剤→浣腸→排便 関係者がその都度チェック （いつも決まったことをこまめに聞く） 急性増悪→医療機関受診 →ヘルパー等に状態変化について教えてもらう。 「気がついたら教えてね」といっておく。 高齢者は36.5度以上で発熱（平熱を知ること！）
	4 歯と口腔	○食事の様子 ○歯と歯茎の状態 ○歯磨きの習慣	食事の様子（おかゆ、軟菜、刻み食） →歯科受診で常食が可能になる例多い 口腔：発赤、腫脹、疼痛、出血、残渣、舌苔、口臭、潰瘍 「むせ」「嚥下障害」の有無確認→肺炎の危険 肺炎がある場合は必ず「口腔ケア・水分チェック」を行い再発を予防する。 誤嚥性肺炎は多職種協働によるケアで予防する

A D L	5 自立・ 重度化予防 現状を作り出して いる原因を突き止 め、解決,よりよい 状態に必要なケア を考える。 外出先と頻度	自立性の向上や重度化予防策がとられているか。規則的な生活か。 QOLの向上は図られているか… ADL ; 入浴、排泄、食事の何に介護が必要か情報を集め、自立に向けたプランを作成 本人の「介護拒否」や意欲低下の原因は信頼関係を築きながら丁寧にアセスメントする
	6 規則的な生活 → 在宅生活の基本	寝たり起きたりの不規則な生活; 体力低下 →虚弱化→家族のストレスや負担が増す。 ・同居家族とのミスマッチ、家族との関係を築けない→家族関係の希薄化 ・独居は規則的生活リズムをつけるため、メリハリのある生活が必要。 →通所サービス→活動的な生活、デイサービス <u>規則性の判断</u> ○睡眠覚醒のリズム ○食事の時間等
	7 認知症の症状 の軽減	症状があれば軽減のニーズあり→ケアの本質は孤独にしない。友人・仲間をつくる。 ○症状の軽減 ○ストレスの解消 ○介護負担の軽減 ○地域のストレス の解消 ○認知症なのかの 鑑別 安定した関係; 顔なじみの環境; 新しい環境では緻密に関わる。 脱水や便秘、低栄養、病気やけがに気をつける 適応障害を少なくするために、受容的雰囲気・受容的環 境を用意 友人や仲間が作れるようなケアプランを！ →まず、ケアマネ自身がなじみの関係に 時間的拘束→通所型サービス、ショートステイで解消 緊張感 孤立感 同じ立場の人の集まり 絶望感 「認知症の人と家族の会」(旧掛け老人をかかえる家族の会) 出火の恐怖 異常者への不気味さ 生活全般への心配と 援助できない無力感 ストレス→緊張感 →認知症の症状の悪化 独居では「近隣住民と丁寧に接触」 ・ケアマネの存在を明らかにする。 ・ケアスタッフで問題に対処することを明らかにする。 ・問題が生じたときの連絡先を明らかにする。 ・出来る範囲での見守り ・地域への感謝の言葉を忘れずに ※認知症でないもの、治る認知症ではないのか確認する

介護負担	8 動作別負担	介護負担に影響する要素：介護者の状況（年齢、人数、仕事、病気や障害、体力、介護技術）：環境（福祉用具、手すり、段差等）の確認 おむつで便の介助は大変なので、排便リズムを見つける。 本人の機能をうまく使えているか、自立に向けたプランになるよう留意	
	9 時間帯別負担	介護負担が大きい時間帯；起床時から朝食終了時～就寝時、どの時間帯が大変か。 介護が集中する時間帯と介護者の家事や仕事との関係で負担が増大する。 家族の生活時間帯と違う場合、負担は増える。 ヤングケアラー、ダブルケアラーなど家族の状況に応じた支援をする。	
家事	家事は本人らしく健康的に行なわれるように。介護負担を軽減したあとにも、家事援助が必要かで判断する。		
	10 食事・食生活	○献立 ○買出し ○調理 ○衛生管理	摂食能力ー3 普段の体調参照 1 週間の食事をトータルで考える。 訪問介護、配食サービス、デイサービス
	11 掃除・整理 12 洗濯	能力に問題あり ←意欲がなくなった、能力が落ちた。 →介護者がどんどん作業のみを行なうのは×。一緒に行なう○	
	13 生活全般の管理	生活全般の管理 冷暖房の調節、家の戸締り、衣替え、火の始末、ゴミの分別等	
経済	14 収入	経済的に生活が成り立つ収入があること。本人の生活にいくらまで負担できるか確認	
	15 支出	必要な支出ができるか。	
	16 金銭管理	金銭管理ができているか。→地域福祉権利擁護事業、成年後見制度 悪質販売（布団、清浄機、浄水器、健康食品、新聞、家の改修等チェックの癖をつける） 日常的な金銭管理には第三者を介入させる（ケアマネによるチェックなど）	
家族関係	17 家族関係	家庭生活継続に大きな問題がないことが必要。在宅生活の継続に問題があればニーズがある。 <u>注：家族を介護の現場にひきこまない。</u> 在宅生活を継続している点を重視する。ストレスから来る関係を誤解しない。 「悪い家族はいない」との認識を持つ→両者の引き離し、仲裁、弱者の愚痴聞き ★介護放棄か過保護かチェック ★保健福祉課などとの連携が必要な場合あり	
社会交流	18 本人の社会交流	地域の中での人々との交流が欠かせない。社会的孤立は閉じこもりを生み、寝たきり・認知症の重度化を引き起こす。外出と外出先をチェック。 サービススタッフとの交流は×。友人知人との関係やデイでの人のつながりは○ 地域包括ケアシステム構築に向け地域資源の情報収集と利用者への情報提供を	
	19 介護者の社会交流	介護のため、外出・自由時間がなくなれば、ストレスが高まる。 家族会の情報集めと提案。ヤングケアラー、ダブルケアラーについては留意	
ストレス	20 本人のストレス	後天的障害の比較的若い人。認知症の初期、葛藤期の認知症の型 何となく生気がない、憔悴している顔つき。不安、気分が重い、気分が暗い等と言う。	
	21 介護者のストレス	確認は本人のストレスと同じ。 自由時間の確保、人との交流、気分転換。 就労介護者には、就労可能なケアプランの工夫を	

様式の記入について

※ニーズの有無は、○×で記入する。

8 領 域	2 1 ニーズ	ニーズ の有無	優先 順位	根拠 ニーズの有無の根拠 を書く	援助方針 ケアマネの方針を書く
健康 管理 の 領 域	①慢性疾患 の管理	○	1	腎臓病。黄疸、むくみあり。塩辛いものを好む。 1日の水分摂取量不明	定期的な通院継続 医師の指示（塩分、水分、その他）を確認。食生活の現状確認と改善（家族へ栄養指導、配食）
	②看護処置				
	③ふだんの 体調				
	④口腔ケア				

※優先順位は、1から3までは必ず記入する。4以降は任意。

※根拠は、ニーズの有無を判断した根拠を記入する。

※援助方針は、サービス種別を記入するのではなく、ケアマネの方針を書く。

上記の記入例についてサービス種別を記入する場合、訪問介護、訪問看護などとしがちである。しかし、そのようにサービスを限定する前に、ケアマネとして何が必要と判断したのか、何を委ね、何を自身で行おうとしたのかの方針を記入する項目である。

●元気な毎日を送るための”生活の工夫とコツ”「水・めし・うん（便）・うん（運動）」

■元気な毎日を送るために！！

