

## ケアプラン1

面談実施日	令和5年1月31日（火）
利用者情報	92歳 女性 要介護4 独居 日常生活自立度（障害高齢者B1、認知症I） 訪問介護（身体介護は月～土、生活援助は日曜日、通院等乗降介助適宜） 福祉用具貸与（特殊寝台）
本人要望	腰椎圧迫骨折後、自由に動くことが困難な状態であるが、家族や介護サービスの援助により自宅で生活したい。
家族要望	孫は、本人の意志を尊重し在宅生活を応援したいと思っているが、孫自身一人でサポートすることは難しいため介護サービスが必要と考えている。
ケアプランを抽出した理由	訪問介護の身体生活（身体介護と生活援助の両方）を月に30回～59回（1日1回～2回程度目安）利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見（全体をとおして）	<p>①「介護保険最新情報vol.958 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」を読んでケアプランの最新様式を使ってください。</p> <p>②利用者がしたいことを、本人・家族・サービス提供事業所等が、できる限り協力してください。</p> <p>③居宅サービス計画書の中に「日常生活作業をヘルパーと一緒にする」と記載されていますが、「何を一緒にするのか」等を具体的に記載する。利用者がどのようなことを望んで日常生活を送りたいかを記載することで、更に利用者の希望等が把握でき、ケアチーム全体の共通認識ができる。</p> <p>④今回の面談では、担当ケアマネさんは、しっかりアセスメントができていますが、本ケアプランを読む限り次のことの記載が足りません。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅で今までどおり生活したいこと</li> <li>・トイレ（排泄）に対しても、トイレまでは介助が必要であるが、排泄は一人でできる等の記載もしてください。</li> <li>・最新のケアプランの書き方を勉強してください。 参考：「居宅サービス計画書作成の手引 一般財団法人長寿社会開発センター」</li> <li>・独居なのに、「孫の強い意向」が主となっているプランとなっていますが、ケアマネとしての考え方も含めてケアプランを作成してほしいです。</li> </ul> <p>⑤訪問が朝昼夜となっていますが、このことについては、夏場の食事は作り置きできないということは理解できるため、その理由をケアプランに記載してください。</p> <p>総合的に、実態としてはケアマネの仕事はしっかりできていますが、ケアプランへの詳細な記載が少ないです。</p>

## ケアプラン2

面談実施日	令和5年1月31日（火）
利用者情報	94歳 女性 要介護4 独居 日常生活自立度（障害高齢者C1、認知症IIIb） 訪問介護（毎日） 福祉用具貸与（車いす、特殊寝台、手すり）
本人要望	令和3年12月まではなんとか独居生活していたが、自宅で倒れて以降は身体状況が悪化し全介助の生活となったため、施設に入りたいと考えている。
家族要望	家族（妹）とは疎遠である。
ケアプランを抽出した理由	福祉用具貸与の手すりを4つ以上利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見 (全体をとおして)	<p>①「介護保険最新情報vol.958 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」を読んでケアプランの最新様式を使ってください。</p> <p>②令和3年12月までは独居でも生活できていました。しかし、自宅で倒れて以降は身体状況の悪化（幻覚幻聴・深夜徘徊等）が顕著となり、親族介護が無いため、担当ケアマネが緊急連絡先となっています。ケアマネ一人で抱え込まず地域包括支援センターや主治医など他者に頼っても良いと思います。</p> <p>③ケアマネ自身と利用者の関係性は良好であり、利用者の幻覚幻聴・深夜徘徊等を止められるとの自負があったが、悪化してしまった。一人で抱え込んだことも要因の一つであると考えられます。</p> <p>④ケアプランに、ケアマネとしての考えを記載することは重要であるが、利用者の状況のみの記載となっています。利用者が今後どのようなようになっていくことが望ましいか記載することが必要です。</p> <p>⑤「総合的な援助の方針」については、BCP(事業継続計画)の中で緊急時の対応等を記載する必要があります。さらに緊急連絡先が担当ケアマネとなっていることも今後検討してください。</p> <p>⑥担当ケアマネができることには限りがあるため、家族（妹）とも連絡を取り、成年後見人等を考慮し事前に準備を行う必要があります。家族が行政や地域包括支援センターなど関係者と連絡を取り合うことも重要です。</p> <p>⑦手すりの設置についてはトイレに行くため必要であり、自立につながるため理解できますが、住宅や本人の身体状況、動線等詳細を記載してください。</p>

### ケアプラン3

面談実施日	令和5年1月31日(火)
利用者情報	<p>75歳 女性 要介護2</p> <p>独居</p> <p>日常生活自立度 (障害高齢者B1、認知症I)</p> <p>身障手帳 (右股関節機能障害5級、両膝関節機能障害4級)</p> <p>訪問介護 (訪問援助3回/週)</p> <p>通所リハビリ (理学療法2回/週 作業療法2回/週 入浴2回/週)</p> <p>福祉用具 (特殊寝台、特殊寝台付属品、手すり、歩行器)</p> <p>薬剤師居宅療養管理指導 (1回/週)</p> <p>通院等乗降介助 (随時)</p>
本人要望	ヘルパーさんに来てもらって生活が継続できるようにしたい。リハビリを受け、もっと歩けるようになりたい。
家族要望	
ケアプランを抽出した理由	用具貸与の歩行器を2つ以上利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①課題整理総括表の身体状況について、病名だけでなく要因等を記載してください。(その病名があるからどうなのか)</p> <p>②居宅サービス計画書(1)本人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はサービス名を入れるのではなくニーズも組み込み分析して記載してください。(深く掘り下げることが大事)</p> <p>③アセスメントは課題整理総括表をきちんと記載することで目標が明確になります。</p> <p>④居宅サービス計画書(2)の作成は、利用者ができないことばかりではなく、できること等のプラスの面を自覚できるような内容でプランを立ててください。(本人に出来ることはプランに組み込む)</p> <p>⑤本人の、その先の見通しを立て更にニーズを記載し分析すると良いと思います。</p> <p>⑥『安全に。』という言葉を使う場合、安全はどのような意味なのか前提も記載してください。</p> <p>⑦用語を使う場合、本人が読んで理解できるように具体的に記載してください。</p> <p>⑧読み返した時に、誰が読んでも分かるプランを立ててください。プランは簡潔、明確なだけでなく、課題をどうすれば安心、安全に繋がるようになるかを考えて作ると良いと思います。</p> <p>⑨タクシーを利用する場合、タクシーの必要性を乗降介助以外にもどうしてそれが必要なのか?どうすれば安全につながるのか?という点にも着目して明確に記載してください。</p> <p>⑩週間サービス計画表は生活について本人の話をよく聞き、その人の生活が分かるように記載してください。(起床して何を?朝食はどのようにする?等)</p>

ケアプラン4

面談実施日	令和5年1月31日（火）
利用者情報	<p>74歳 男性 要介護4</p> <p>母親、妻、次女と同居（3人暮らし）</p> <p>日常生活自立度 （障害高齢者B2、認知症 自立）</p> <p>通所介護 （デイサービス2回/週 リハビリ3回/週）</p> <p>訪問診療 （2回/月）</p> <p>福祉用具 （特殊寝台、特殊寝台付属品[マットレス、ベット、ベット棚、介助バー、サイドテーブル]、車イス（屋外）、歩行補助杖、移動用リフト、ラグトレイン）</p> <p>福祉用具購入 ポータブルトイレ</p>
本人要望	自宅に帰ってゆっくりと生活をしたい。
家族要望	通所系のサービスを利用してリハビリを受けながら自宅で難しい入浴等は施設で援助を受けたいと思っている。本人も自宅の生活を望んでいるので在宅生活が出来るように支援をお願いしたい。
ケアプランを抽出した理由	寝返りや歩行等ができない重度の寝たきり状態の方に福祉用具貸与の歩行補助つえが貸与されていますが、その必要性ついてに疑義あり。
アドバイザーからの意見 (全体をとおして)	<p>①アセスメントは、病名だけではなく生活歴（性格や生き方）等、出来る限りの情報を加えて記載してください。</p> <p>②アセスメントの食事摂取に『本人：自分でどうにか食べられる。』とありますが、どうかの状態を誰が読んでも分かるように記載してください。（例：どういう状態でどうだったのだけど今はどんな感じである。）</p> <p>③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を踏まえた課題分析の結果は意向だけではなく分析した結果を具体的に記載してください。</p> <p>④緊急時の対応が具体的に記載されていてとても良いと思います。※高血圧があり再発のリスクがあるので訪問診療により定期的な診察を受け薬を服用し病気の再発を予防してください。また、異常時に主治医への連絡や救急搬送等が必要となった時の為に、緊急連絡先、医療機関、居宅介護支援等の連絡先もきちんと記載してください。</p> <p>⑤サービス計画書（2）の目標、サービス内容は本人や家族が読んで分かるように具体的に記載してください。（Pトイレなど省略は分かりにくい。）</p> <p>⑥ニーズが分かりやすくとても良く記載されています。</p> <p>⑦サービス計画書の援助内容※2、妻・長女・次女という記載の仕方は分かりやすくとても良いと思います。（家族と記載すると家族の誰なのか分からない。）</p> <p>⑧あくまでも本人のケアプランなので本人の達成度を分かりやすく加えると良いと思います。</p> <p>⑨週間サービス計画表について、訪問時に普段の生活の話をし、空白の部分はどこを過ごしているのか聞き出し（デイサービス、リハビリの時以外は何をしているのか？起床したら何をしているのか？食事の後は何をしているのか？）詳しく記載してください。</p> <p>⑩サービス担当者会議の要点の次回開催日は記載しておいてください。担当者会議の最後に次回開催日を決めておくとも良いと思います。</p> <p>⑪居宅介護支援経過について、項目の内容（電話・訪問等）は時間を記録しておいてください。項目のモニタリング等は（別紙参照）と記載しておいてください。支援経過の内容は、連絡内容が明確に記載され、その連絡に対してどのように対応したのか誰が読んでも分かる内容で、とても良く記載できています。</p>

## ケアプラン5

面談実施日	令和5年2月2日(木)
利用者情報	83歳 女性 要介護4 三男と二人暮らし 日常生活自立度(障害高齢者B2、認知症IV) 訪問看護[医療](毎日) 福祉用具貸与(車いす、特殊寝台、手すり)
本人要望	住み慣れた自宅で生活を続けていきたい。
家族要望	自宅で穏やかに生活できるようにしたい。
ケアプランを抽出した理由	用具貸与の車いすを2つ以上利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①福祉用具の貸与は、原則として同一種目につき1品と規定されていますが用途及び機能が著しく異なる場合等は2品以上貸与することができます。単に室内、屋外で別々に利用したいというだけでは必要性に欠けるため、それ以上の理由がない場合は自費利用ということになります。</p> <p>今回のケースは、以前デイサービス利用時に室内・屋外で別々に利用しており、さらに家族の強いこだわりがあったとのことであり、そういう状況があったことは理解できますが、介護保険の法的根拠資料をもって家族等に説明し、家族の納得が得られない場合でもケアマネとして説明等の努力をしていることを支援経過に記録することが重要です。</p> <p>また何らかのタイミングで2台から1台へ変更することも念頭において根気よく対応していくことが大切です。</p> <p>②課題整理総括表の「自立した日常生活の阻害要因」に病名を記載されていますが、例えば脱水症の場合は「意識消失その他循環器系の影響」、脳出血の場合は「右片麻痺のため拘縮」などの記載をお願いします。</p> <p>③課題整理総括表の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に車いすが2台必要な理由等を記載してください。</p> <p>④フェイスシートの「家族状況とインフォーマルな支援の状況」についてインフォーマルな支援が空白であることに対しては、今後少しでも検討し記載していくことが大切です。</p> <p>⑤フェイスシートの「住宅等の状況」については、主となる生活区域や車いすでの動線及び通行に障害となる事柄等を分かりやすく記載してください。また2階の寝室を1階に変更するなどの提案も必要に思われます。</p> <p>⑥家族の意向が強いとのことですが、ケアマネとしての提案をすることも大切です。</p> <p>⑦居宅サービス計画書(1)には利用者の急変時の対応を記載するにあたり、主治医に病気等の身体の状態を踏まえた対応を聞き、具体的な内容を記載してください。</p> <p>⑧支援経過に、本人の残っている身体能力を記載してください。</p> <p>⑨週間サービス計画表の「主な日常生活上の活動」には食事時間・趣味・楽しみ・テレビ番組なども記載してください。</p>

ケアプラン6

面談実施日	令和5年2月2日(木)
利用者情報	91歳 女性 要介護4 夫婦二人暮らし 日常生活自立度(障害高齢者B2、認知症IV) 訪問介護(月~土) 福祉用具貸与(特殊寝台)
本人要望	身体機能の低下や認知能力の低下があり、寝たきり状態で家族に迷惑をかけているため、これからどうしたら良いかわからない。
家族要望	最近、身体機能の低下や認知能力の低下があり、一人でトイレに行けないため専門的(介護保険等)援助を受けたい。
ケアプランを抽出した理由	訪問介護の身体生活(身体介護と生活援助の両方)を月に30回~59回(1日1回~2回程度目安)利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>コロナ禍の影響で、身体的・精神的に弱ってきて、現在寝たきり状態となったことや排便にこだわりが強いことから便秘薬を服用しています。また夫は高齢で利用者の世話ができないため深夜に近所の娘に頻繁に電話をかける状態であることから、有料老人ホームに入所するに至ったが、現在も利用者のケアマネをしています。</p> <p>①アセスメントを読むと、訪問介護の回数は妥当だと思います。 熟練したケアマネがこのアセスメントを読むと、訪問回数が多いことは理解できますが、ケアプランを見るのはケアマネ以外もいるため、理由(根拠等)の詳細をより多く記載する必要があります。</p> <p>どのように理由を説明すれば良いのかを考えた場合に、例えば「訪問介護を別のサービスに置き換えることができないか?」を検討します。他職種(ヘルパー・リハビリ職・主治医など)にアドバイスを求めた上で訪問介護の利用が妥当であるという結果になったのであれば、訪問回数が多いことの根拠になり、同時にケアマネとして他サービスを検討(努力)していることの説明になります。その過程を支援経過及びケアプランにも記録することが必要です。</p> <p>②現在、有料老人ホーム(住宅型)で生活している場合は、ホーム自体でのオプションサービスを探る、またはケアマネからホームへオプションサービスを提案するなどの努力が求められます。</p> <p>③施設入所に関しては、利用者の意見を重視し決めていくこととなります。</p> <p>④有料老人ホーム(住宅型)では運営懇談会があるので、ケアマネとして参加しても良いと思います。その懇談会でオプションサービス等の提案をすることもできます。</p> <p>⑤有料老人ホームの職員からの要望がある場合もあると思いますが、介護保険制度の中でのケアプランを作成しましょう。</p> <p>⑥課題整理総括表の「自立した日常生活の阻害要因」については病名を記載されており、しっかりアセスメント出来ています。高血圧の場合では、「高血圧による減塩食が必須のため市販食が食べられない」などを記載しましょう。</p> <p>⑦居宅サービス計画書(1)には利用者の急変時の対応を記載するにあたり、主治医に病気等の身体の状態を踏まえての対応を聞いて、具体的な内容を記載しましょう。</p>

## ケアプラン7

面談実施日	令和5年2月2日(木)
利用者情報	<p>88歳 女性 要介護2</p> <p>老人ホームに入居</p> <p>日常生活自立度 (障害高齢J2、認知度IIa)</p> <p>通所介護 (デイサービス3回/週)</p> <p>通所リハビリ (1回/週)</p> <p>訪問介護 (身体援助2回/週、生活介助2回/週)</p> <p>福祉用具 (特殊寝台、特殊寝台付属品マットレス、特殊寝台付属品サイドレール2つ)</p> <p>薬剤師居宅栄養指導管理 1回/月</p>
本人要望	今の施設で満足していますが、部屋で居ると気が滅入るので、デイに行ったりして元気に楽しく過ごしたい。
家族要望	部屋で閉じこもらず、衛生面に配慮しながら外部と関わり、活動的で刺激のある生活を送って欲しい。
ケアプランを抽出した理由	寝返りや起き上がり、立ち上がり、歩行もできている状態の方に、福祉用具貸与の特殊寝台付属品を利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見 (全体をとおして)	<p>①「介護保険最新情報vol.958 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」を読んでケアプランの最新様式を使ってください。</p> <p>②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について、介護支援専門員として利用者をどのように支えて行くのか、その視点を持って作成してください。</p> <p>③総合的な援助の方針について、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急時と考えているのか、また緊急時を想定した場合の連携等や将来の予測、その際の多職種との連携を含む対応方法について記載してください。</p> <p>④長期目標・短期目標は、利用者に対する思いをしっかりとプランに落とし込んで記載してください。プランに落とし込んだ意見を担当者会議で話し合うことが大切です。</p> <p>⑤支援経過の記載内容について、項目の内容(電話・訪問等)は時間を記載しておく、誰が見ても分かりやすいため毎回きちんと記録しておいてください。</p>

ケアプラン 8

面談実施日	令和5年2月2日(木)
利用者情報	<p>83歳 女性 要介護2</p> <p>独居(家族はいない)</p> <p>日常生活自立度(障害高齢者C1、認知症IIIa)</p> <p>訪問介護(生活援助14回/週、身体介護6回/週)</p> <p>訪問入浴(1回/週)</p> <p>訪問看護(精神医療1回/週)</p> <p>通院等乗降介助(3回/月)</p> <p>居宅療養管理指導(1回/2週)</p> <p>訪問薬剤管理指導(1回/2週)</p> <p>福祉用具(特殊寝台、特殊寝台付属品)</p>
本人要望	<p>色々相談に乗ってもらい一人で生活できるようにしたい。慣れたヘルパーさんや看護師さんにきてもらって、何とか生活はできているので、このまま自宅での生活を続けたい。</p>
家族要望	
ケアプランを抽出した理由	<p>訪問介護の生活補助を月30回～59回(1日1回～2回程度目安)を利用されていますが、その必要性について疑義あり</p>
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①居宅サービス計画書(1)総合的な援助の方針では緊急時を想定した対応方法や利用者が急変した場合の将来の予測及び、その際の高職種との連携を含む対応方法を記載してください。総合的な援助の方針について、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急時と考えているのか、また緊急時を想定した場合の連携等や将来の予測、その際の高職種との連携を含む対応方法について記載してください。</p> <p>②居宅介護支援経過の連絡について、いつ誰からの連絡でどのような内容だったのかはきちんと詳細に記載できていますが、何について書いているのか、誰の発言なのか、ケアマネージャーとしての判断なのか、分かりやすく記載してください。また、先に結論、見出しを書くことで見返し(拾い出し)に便利なため記載してください。</p> <p>③周りが支援していることや、家族による介護などを記載しておくことで利用者を支える生活全体がみえるためインフォーマルサービスについても書いてください。周囲の支援が難しいのであればそのことについて必ずプランに記載してください。</p> <p>④利用者が課題に対して支援を受けながら自分自身で努力するなど、到達点を具体的に話し合い、プランに落とし込んでいきましょう。</p>



ケアプラン9

面談実施日	令和5年2月8日(水)
利用者情報	84歳 女性 要介護4 独居 日常生活自立度(障害高齢者Ⅰ、認知症 自立) 訪問介護(5回/週) 福祉用具貸与(特殊寝台)
本人要望	サービスは今のままでいい。体調が悪い時が多いので、慣れたヘルパーさんが訪問してくれると安心できる。
家族要望	心配なのでできるだけ様子を見に来ているが、仕事が忙しいため家族として十分な介護ができないため、ヘルパーの訪問が助かっている。
ケアプランを抽出した理由	訪問介護の身体生活(身体介護と生活援助の両方)を1回2時間以上利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①アセスメントシートの褥瘡について、発汗が多いのでヘルパーに清拭してもらっているとありますが、本人家族希望では「特になし」となっており整合性がとれていません。</p> <p>②居宅サービス計画書(2)に、頻回訪問している息子(義理)の買い物援助等(インフォーマルサービス)が書かれていません。本人にとっては買い物(ショッピング)することが最も楽しいこととあるので息子の買い物援助に組み込むことで生活援助の頻度を減らせないでしょうか?ケアプランは利用者が望むことのみで成立する訳ではないので、本人の身体能力やインフォーマルサービスすべきことと、介護保険制度内すべきことを区別して再検討する必要があると思います。</p> <p>③訪問介護の身体生活(身体介護と生活援助の両方)を1回2時間以上利用することの必要性については、アセスメント及びケアプランには根拠を、サービス担当者会議及び支援経過に記載する必要があります。</p> <p>全体的にアセスメント量が少なくサービスの必要性が読み取れません。ケアマネの仕事はサービスありきではありません。</p> <p>④利用者はリハビリが禁止ということで清拭をリハビリの一環として提供しているのですが、その妥当性が認められるような経緯やサービスの内容も記載してください。</p> <p>知人及び息子(インフォーマル)の援助も併せて全体像を記載してください。</p> <p>⑤1回2時間以上の利用については、この利用者だけ特別なのか、他の利用者にはあてはまらないのか等の理由(根拠)を記載してください。</p> <p>⑥訪問介護の身体生活(身体介護と生活援助の両方)を1回2時間以上利用する以外の別のサービスに置き換えられないか等の検討もしてください。</p> <p>⑦ケアプランというのは、利用者の生活設計であり、要介護の利用者はインフォーマルサービス無しでは生活が成り立たないと思いますので、インフォーマルを含む多種多様な内容を検討しケアプランに記載する必要があります。</p> <p>⑧居宅サービス計画書(2)長期目標に「皮膚トラブルの出現」との記載がありますが、もっと具体的に誰もが理解できるわかりやすい表現にしてください。</p>

ケアプラン10

面談実施日	令和5年2月8日(水)
利用者情報	79歳 女性 要介護2 長男と2人暮らし 日常生活自立度(障害高齢者A2、認知症) IIb 訪問介護(6回/週) 通院等乗降介助
本人要望	足が弱り、自宅内での移動が不安定になってきた。買い物や調理、通院の際の手続きや送迎をしてほしい。
家族要望	息子は知的障害があるため意見を求めることができない。
ケアプランを抽出した理由	区分支給限度基準額の利用割合が7割以上かつその利用サービスの6割以上を訪問介護が占めていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①知的障害(療育手帳A2)と身体障害者手帳4級をもっている利用者は、特性(こだわり)があると思いますが、利用者本人の意見(風呂に入りたい等)をそのまま聞くのではなく、このような場合はケアマネとしては障害サービスの必要はないのかを検討してください。</p> <p>②この利用者に対して、介護ヘルパーがボランティア的なこともしているとのことであるが、このことに対してはきちんと区別して内容を把握しましょう。 仮に別ヘルパーとなったときに、「以前はやってくれていた」などの問題につながるため、必ず区別してケアマネ・利用者・ヘルパーの3者の共通認識することが必要であり、サービス担当者会議等できちんと話し合いをしましょう。</p> <p>③療育手帳をもっている人の特性(こだわり)を踏まえてケアプランを十分検討しましょう。</p> <p>④週間サービス計画書について、介護サービス内容しか記載されていませんが、障害サービスの移動支援やインフォーマルサービス(息子・本人)の内容も記載が必要です。</p> <p>⑤障害サービスについては、障害支援員等と相談した上で総合的に検討し、ケアプランを作成してください。</p> <p>⑥居宅サービス計画書(2)への記載で、インフォーマルサービスとして本人ができることを記載してください。</p> <p>⑦ケアプランの書き方については、新しい様式を使用して記載すべきことについてはケアプランの書き方等の参考書を読んで勉強してください。</p>

ケアプラン11

面談実施日	令和5年2月8日(水)
利用者情報	82歳 男性 要介護2 妻と2人暮らし 日常生活自立度(障害高齢B2、認知症1) 訪問介護(通院等乗降介助7回/月) 福祉用具(特殊寝台、特殊寝台付属品、手すり、歩行補助杖2本)
本人要望	出来る限り身の回りのことは自分です。起き上がりや寝返りができないため福祉用具をレンタルしたい。通院が困難なため、手段を確保してほしい。
家族要望	本人の言うようにしてほしい。介護はあまり分からないがアドバイスがあれば細かいことでもしてほしい。
ケアプランを抽出した理由	用具貸与の歩行補助つえを2つ以上利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①課題整理総括表の自立した日常生活の阻害要因では、疾患名や障害名だけでなく、その症状にどのような要因があるのか、日常生活にどのような支障がでるのか等を記載してください。</p> <p>②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を踏まえた課題分析結果では課題分析の結果を意向に続けて記載し、状況や支援内容を要約して記載してください。また本人、家族の意向があって介護支援専門員としての整理結果(分析)を記載してください。</p> <p>③居宅サービス計画書(2)援助内容では福祉用具の複数貸与の根拠も必要なため記載してください。杖等は理学療法士等の意見を基にサービスを使うようにするとより良いです。</p> <p>④福祉用具を貸与される際には、保険者に相談しているという実績があるため事前確認を必ず行い、居宅支援経過に記録を残すようにしてください。また、アセスメントシートに福祉用具の必要性を必ず記載してください。</p> <p>⑤週間サービス計画表の主な日常生活上の活動について、起床、食事等、日中の生活の様子を細かく記載してください。また、訪問介護だけでなく医師の診察のスケジュール等を記載してください。</p> <p>⑥サービス担当者会議の要点で残された課題について、空白だとケアマネジメントを終結するという意味でもあるため、必ず記載してください。</p> <p>⑦利用者が些細なことで何かあった際に、すぐにケアマネージャーに連絡されるようでは困難になるため、ケアマネージャーとしての職務、職責についてモニタリング時等で時間を割いてでも丁寧に説明すると良いです。</p> <p>⑧高齢者は食事に苦労される方が多いため、地域のスーパー等で近所の方などと話をする機会を設け利用者の自宅に弁当を届けてもらう等地域資源の活動を行うと良いです。</p>

ケアプラン12

面談実施日	令和5年2月8日(水)
利用者情報	88歳 女性 要介護4 長男と2人暮らし(長男は日中仕事で不在) 日常生活自立度(障害高齢A2、認知症IIIb) 訪問介護(生活援助13回/週、身体介護13回/週) 福祉用具(手すり、歩行器)
本人要望	体調が悪い日が多くなり日常生活に不自由があるが、訪問介護を利用して自宅での生活を続けていきたい。
家族要望	仕事をしていて、思うように面倒を見てあげることができないので、足りない部分は介護サービスを利用して、母の思いを大事にしてあげたい。
ケアプランを抽出した理由	訪問介護の身体生活(身体介護と生活援助の両方)が、早朝・夜間時間帯に利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①日常生活自立度の認知症度で明らかに差異がある場合には、医師に情報提供をしましょう。</p> <p>②自宅見取り図では緊急時の対応も必要になるため、利用者が普段どのルートでトイレに行くのか等動線を書いてください。また、救急車を呼ぶ際、屋外や扉の状況についても記載しましょう。</p> <p>③居宅サービス計画書(1)の課題分析の結果ではアセスメントを要約して良くできています。しがし、サービス名を記載すると、サービスありきのケアプランになってしまうことを肯定してしまう恐れがあるため、居宅サービス計画書(2)の支援内容までサービス名は記載しないようにしてください。</p> <p>④総合的な援助の方針で緊急時・急変時の実態を見出し、多職種(ケアマネージャー、主治医、介護士、福祉用具専門員等)の意見を求め、状況に応じた対応方法を記載してください。また、日中独居の方は、体調の変化や転倒、滑落等のケガに応じて対応方法を記載してください。</p> <p>⑤ケアプランの情報が多ければ多いほど質の高いケアプランになるため、整合性の観点からニーズに相違がないように記載してください。</p> <p>⑥週間サービス計画表の主な日常生活上の活動については、利用者の好きな番組や趣味等の情報を増やし記載してください。</p> <p>⑦居宅介護支援モニタリング表の評価では、利用者の満足度を記載してください。</p> <p>⑧排泄や食事提供面で早朝、夜間帯のケアは必要だということをアセスメントから読みとれますが、サービスの詳細記述がないため記載してください。</p>