施設介護支援の手引き

　　　　　　　　　　Ⅰ　依頼を受ける

　　　　　　　　　　Ⅱ　アセスメントする

　　　　　　　　　　Ⅲ　ケアプランの原案を作る

　　　　　　　　　　Ⅳ　サービス担当者会議をする

　　　　　　　　　　Ⅴ　モニタリングする

　　　　　　　　　　Ⅵ　再アセスメントする

　　　　　　　　　　　　振り返る（チェックする）

宮城県ケアマネジャー協会

.

施設介護支援の手引き

*2008/12/04（改訂2015.12.25.改訂2019.01.04.）*



　「施設介護支援の手引き」は，施設介護支援が，利用者への介護の必要性と介護保険制度の趣旨に沿っているかを振り返るものであり，介護支援専門員による「自己評価」，客観的な「第三者評価」，サービスを使う側の「利用者評価」に活用できるように構成してあります。

　また，「その人らしさを大切にする」とか「自立支援に資する」とか「気づきを促す」など，曖昧な言葉を使わず具体的な表現と明確な指針により，実効性のある内容にしてあります。

　結果として，施設介護支援サービスの質の向上と，効果的・効率的介護保険サービスの実施，介護保険サービスの理解と利用者満足度の向上につながることを目指しています。

※「施設介護支援の手引き」は，「アセスメントのための情報収集シート１５１」及び，「ケアプラン策定のための課題検討用紙」と関連して確認する仕組みになっています。また，課題検討の考え方については，「施設ケアプラン策定のための課題検討の手引き」を参考にしてください。

※「施設介護支援の手引き」は，施設介護支援のすべてではなく，ケアマネジャーとしての専門性の基本と，施設介護支援の最低基準です。

Ⅰ　施設の役割，入所

2018.04.01.現在

１　施設サービスの取扱方針

（１）指定介護老人福祉施設の運営基準（抜粋）

（基本方針）

第一条の二　指定介護老人福祉施設は，施設サービス計画に基づき，可能な限り，居宅における生活への復帰を念頭に置いて，入浴，排せつ，食事等の介護，相談及び援助，社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話，機能訓練，健康管理及び療養上の世話を行うことにより，入所者が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指すものでなければならない。

２　指定介護老人福祉施設は，入所者の意思及び人格を尊重し，常にその者の立場に立って指定介護福祉施設サービスを提供するように努めなければならない。

３　指定介護老人福祉施設は，明るく家庭的な雰囲気を有し，地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い，市町村，居宅介護支援事業者，居宅サービス事業者，他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

（指定介護福祉施設サービスの取扱方針）

第十一条　指定介護老人福祉施設は，施設サービス計画に基づき，入所者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう，その者の心身の状況等に応じて，その者の処遇を妥当適切に行わなければならない。

２　指定介護福祉施設サービスは，施設サービス計画に基づき，漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行われなければならない。

３　指定介護老人福祉施設の従業者は，指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては，懇切丁寧を旨とし，入所者又はその家族に対し，処遇上必要な事項について，理解しやすいように説明を行わなければならない。

４　指定介護老人福祉施設は，指定介護福祉施設サービスの提供に当たっては，当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き，身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。

５　指定介護老人福祉施設は，前項の身体的拘束等を行う場合には，その態様及び時間，その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。

６　指定介護老人福祉施設は，身体的拘束等の適正化を図るため，次に掲げる措置を講じなければならない。

一　身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を三月に一回以上開催するとともに，その結果について，介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。

二　身体的拘束等の適正化のための指針を整備すること。

三　介護職員その他の従業者に対し，身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施すること。

７　指定介護老人福祉施設は，自らその提供する指定介護福祉施設サービスの質の評価を行い，常にその改善を図らなければならない。

 （施設サービス計画の作成）

第十二条　指定介護老人福祉施設の管理者は，介護支援専門員に施設サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

２　施設サービス計画に関する業務を担当する介護支援専門員（以下「計画担当介護支援専門員」という。）は，施設サービス計画の作成に当たっては，入所者の日常生活全般を支援する観点から，当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

３　計画担当介護支援専門員は，施設サービス計画の作成に当たっては，適切な方法により，入所者について，その有する能力，その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし，入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

４　計画担当介護支援専門員は，前項に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては，入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において，計画担当介護支援専門員は，面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し，理解を得なければならない。

５　計画担当介護支援専門員は，入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果に基づき，入所者の家族の希望を勘案して，入所者及びその家族の生活に対する意向，総合的な援助の方針，生活全般の解決すべき課題，指定介護福祉施設サービスの目標及びその達成時期，指定介護福祉施設サービスの内容，指定介護福祉施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。

６　計画担当介護支援専門員は，サービス担当者会議（入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供に当たる他の担当者（以下この条において「担当者」という。）を召集して行う会議をいう。以下同じ。）の開催，担当者に対する照会等により，当該施設サービス計画の原案の内容について，担当者から，専門的な見地からの意見を求めるものとする。

７　計画担当介護支援専門員は，施設サービス計画の原案の内容について入所者又はその家族に対して説明し，文書により入所者の同意を得なければならない。

８　計画担当介護支援専門員は，施設サービス計画を作成した際には，当該施設サービス計画を入所者に交付しなければならない。

９　計画担当介護支援専門員は，施設サービス計画の作成後，施設サービス計画の実施状況の把握（入所者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い，必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。

１０　計画担当介護支援専門員は，前項に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては，入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし，特段の事情のない限り，次に定めるところにより行わなければならない。

一　定期的に入所者に面接すること。

二　定期的にモニタリングの結果を記録すること。

１１　計画担当介護支援専門員は，次に掲げる場合においては，サービス担当者会議の開催，担当者に対する照会等により，施設サービス計画の変更の必要性について，担当者から，専門的な見地からの意見を求めるものとする。

一　入所者が法第二十八条第二項に規定する要介護更新認定を受けた場合

二　入所者が法第二十九条第一項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

１２　第二項から第八項までの規定は，第九項に規定する施設サービス計画の変更について準用する。

（介護）

第十三条　介護は，入所者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう，入所者の心身の状況に応じて，適切な技術をもって行われなければならない。

２　指定介護老人福祉施設は，一週間に二回以上，適切な方法により，入所者を入浴させ，又は清しきしなければならない。

３　指定介護老人福祉施設は，入所者に対し，その心身の状況に応じて，適切な方法により，排せつの自立について必要な援助を行わなければならない。

４　指定介護老人福祉施設は，おむつを使用せざるを得ない入所者のおむつを適切に取り替えなければならない。

５　指定介護老人福祉施設は，褥瘡じよくそうが発生しないよう適切な介護を行うとともに，その発生を予防するための体制を整備しなければならない。

６　指定介護老人福祉施設は，入所者に対し，前各項に規定するもののほか，離床，着替え，整容等の介護を適切に行わなければならない。

７　指定介護老人福祉施設は，常時一人以上の常勤の介護職員を介護に従事させなければならない。

８　指定介護老人福祉施設は，入所者に対し，その負担により，当該指定介護老人福祉施設の従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。

 （食事）

第十四条　指定介護老人福祉施設は，栄養並びに入所者の心身の状況及び嗜し好を考慮した食事を，適切な時間に提供しなければならない。

２　指定介護老人福祉施設は，入所者が可能な限り離床して，食堂で食事を摂ることを支援しなければならない。

 （相談及び援助）

第十五条　指定介護老人福祉施設は，常に入所者の心身の状況，その置かれている環境等の的確な把握に努め，入所者又はその家族に対し，その相談に適切に応じるとともに，必要な助言その他の援助を行わなければならない。

（社会生活上の便宜の提供等）

第十六条　指定介護老人福祉施設は，教養娯楽設備等を備えるほか，適宜入所者のためのレクリエーション行事を行わなければならない。

２　指定介護老人福祉施設は，入所者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続について，その者又はその家族において行うことが困難である場合は，その者の同意を得て，代わって行わなければならない。

３　指定介護老人福祉施設は，常に入所者の家族との連携を図るとともに，入所者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めなければならない。

４　指定介護老人福祉施設は，入所者の外出の機会を確保するよう努めなければならない。

（機能訓練）

第十七条　指定介護老人福祉施設は，入所者に対し，その心身の状況等に応じて，日常生活を営むのに必要な機能を改善し，又はその減退を防止するための訓練を行わなければならない。

（健康管理）

第十八条　指定介護老人福祉施設の医師又は看護職員は，常に入所者の健康の状況に注意し，必要に応じて健康保持のための適切な措置を採らなければならない。

２　介護保険サービスの仕組み・理念を説明します。

（１）基本理念

|  |
| --- |
| 高齢者ケアの基本理念　～自立支援～１ 残存能力活用（能力発揮）支援本人の自己解決能力に着目して，個々のニーズの客観的な把握・分析を行い，自立を支援及び自立を促進する目的で関わります。できるところも代行してしまうと，その時は喜ばれるかもしれませんが，能力の発揮を妨げ，依存性を高めてしまう場合があります。２ 自己決定支援選択可能な，個人を尊重した個別的対応や方法を事前に提案してお知らせし，本人の自らの決定を尊重して対応します。決めるのは支援者でなく本人です。自己決定と自己責任は違います。自分で決める能力を評価し，判断が難しければ後見人（家族等）等が変わりに決定する場合もあります。３ あたりまえの生活支援本人の心身の機能や生活環境に障害があったとしても，その人の生活を維持・継続していけるよう，相手の生活の継続性を尊重して関わります。広く，保健・医療・福祉・介護・法律等，生活全般にわたる連携により支援します。 |

|  |
| --- |
| 高齢者ケアプラン策定の基本　１ 治るものは治す。（改善する可能性，維持の必要性，悪化の危険性）　２ 治らなければ補う。　３ 予防する。 |

３　基本情報を集めます。

（１）氏名，年齢，連絡先，ＡＤＬ，医学的留意事項等，最低限度必要な情報を得ます。

（２）要介護認定情報を確認します（決定通知及び保険証）。

（３）個人票（フェイスシート）を作成します。

※１　新規入所の場合は暫定ケアプランを作ってサービスを開始します。

※２　入所後，概ね１週間様子観察をして情報を集めてアセスメントし，概ね二週間後に

　　本プラン（ケアプランの原案）を作成します。

Ⅱ　アセスメントする

１　アセスメントをするための情報を集めます。

（１）国の定めた標準項目が最低限の情報項目です。要介護認定の調査項目ではありませ

　　ん。

（２）身体状況や環境については，直接本人と面接して情報を得ます。

（３）医療情報については，主治医意見書及び診断書・診療情報提供等によって得ます。

　※１　アセスメントのための情報収集シート１５１　参照。

２　生活全般（課題分析標準項目）の能力評価，環境の評価をします。

　　・転んだ→いつ→どのような場面で→何をしていた時　…等

・身体を支えられれば４～５メートル歩く。２週間前までは杖を使って自力で

歩いていた。…等，具体的状況を把握します。

※　動作を細かく分割するなど，どこまで出来てどこから支障があるのかを明らかにします。

※　具体的状況と気付いたコメントを情報収集シートの「具体的状況」の欄に記入します。

３　具体的状況が生活に支障があるかどうか，詳しく検討する必要があるかどうか判断します。

※　生活の支障があると判断，検討の必要があると判断をした場合は「検討」の欄に○を付けます（支障がない場合は×を付けます。）。（スクリーニング）

※　その支障はあくまでも本人の支障であり，介護スタッフの支障ではありません。

　※　太字の数字の項目で，○が付いた具体的状況を，課題検討用紙の「検討の必要な具

体的状況」に転記します。（細字の項目は，検討する時の参考にします。）

４　生活上の支障の原因を明らかにします。

（１）　病気のため

　　①　急性期の病気

　　②　持病の進行

　　③　痛みを伴う症状

　　④　認知症

　　⑤　精神疾患

（２）怪我のため

（３）障害のため

（４）動かない（廃用）ため

（５）生活習慣のため

（６）悩み・不安等のため

（７）環境のため

（８）薬のため

　　①　薬が合わない

　　②　向精神薬のため

　※１　医療面については，主治医・嘱託医の先生に確認します。

　※２　課題検討用紙の「原因」に整理します。

５　そのことについての意向を確認します。

（１）実現可能なことを聞く

（２）介護保険の理念に沿った意向を聞く

　　　「また自分で歩けるようになりたい。」「自分で着替えができるようになりたい。」

　　　「トイレは自分でしたい。」

　　★　後ろ向きな希望は，とりあえず聞くだけにする。（プランに載せない）

　　　「何もしないで寝ていたい。」「全てお任せします。」「何も希望がありません。」

（３）　言い換えて整理してみる

　　　「歩けるようになればいいん　⇒　「ということは，できればまた歩けるようにな

　　　　だけどね。」　　　　　　　　　　りたい！っていうことですね。」

（４）意向が聞き取りにくい場合は，予測して提案してみることも重要です。

　※　課題検討用紙の「利用者（家族）の意向」に整理して記入します。

６　ケアプランにする必要性を把握します。

（１）改善するのか，維持するのか，予防するのか，可能性を検討します。

　　①　良くなるのか，元に戻る可能性があるのか

　　②　今の状態を続けられるようにする必要があるのか

　　③　悪化を予防，低下するのを予防する必要があるのか

（２）必要な介護，必要な医療対応を把握する。

　　①　改善の可能性がなく，生活する上で必ずしなければならない介護は何かを把握す

　　　る。

　　②　改善の可能性がある場合でも，生活する上で必ずしなければならない介護は何

　　　　かを把握する。

　　　※　必要な介護については『必要な介護と留意事項』として整理し，

　　　　ケアプランに基づく介護と区別する。

　　③　主治医・嘱託医からの指示のある医療的管理について把握する。（病気の管理・

　　　観察，食事制限，薬の副作用など…）

　※１　課題検討用紙の「自立に向けた，改善（回復）の可能性，維持の必要性，低下・悪化の危険性，ケアの必要性」に整理して記入します。

７　生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を把握します。

（１）アセスメントの結果を反映させる。

　　①　把握した，生活上の支障・困っていること

　　②　把握した，支障，困っている原因

　　③　把握した，希望・意向

　　④　把握した，可能性

　　⑤　把握した，危険性

　　⑥　把握した，必要な医療対応

　　⑦　把握した，必要な介護

（２）アセスメントの結果からの必要性と本人の意向が一致している場合は，その意向を

　　そのままニーズにする。また，必要性を本人の意向に沿って言い換えて，本人の了解

　　を得る。

　　①　歩行練習が必要である　　⇒　また散歩できるようになりたい

　　②　乗り移りの際，転ぶ危　　⇒　安全に車椅子に移れるようになりたい

　　　　危険性がある

　　③　部屋に一人でいる時間が　⇒　気の合う人と楽しく過ごしたい

　　　　長く，落ち込みが進む

　　　　危険性がある

　　④　病気の観察が必要である　⇒　健康で過ごしたい

（３）本人の意向がとれなければ，必要性をニーズにする。

　　①　床ずれの予防が必要です

　　②　転倒による怪我の予防が必要です

　　③　麻痺足の拘縮を予防する必要があります

　　④　誤嚥を予防する必要があります

　　＊　家族の想いを反映する場合

　　　・楽しく過ごす時間を持ってほしい

　※１　課題検討用紙の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に整理して記入し，施

設サービス計画書（２）の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ））」に転記します。

８　どのようなケアを提供するのか，方向性を決めます。

（１）生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を解決するために，どのようなケアを提供し，

　　どのような目標に沿ってケアを進めていくのかがわかるようにします。

　　①　たとえば・・・

　　　ア　外出，交流し，楽しく過す機会を作り，気分が改善出来るようにします。お風

　　　　呂に入れるようにします。

　　　イ　機能訓練により，下肢機能が改善するようにします。

　　　ウ　出来るだけ早く，床ずれを治すようにします。・・・など。

　※１　課題検討用紙の「ケアの方向性」に整理して記入し，施設サービス計画書（１）

　　　の「総合的な援助の方針」に転記します。

Ⅲ　ケアプランの原案を作る

１　目標を定めます。

 期間： 短期目標は概ね３ヶ月，長期目標は最も長くて認定の有効期間

（１）実現可能でモニタリングしやすい目標にする。

　　①　５ｍぐらい自力で歩けるようになる

　　②　自分で布団をかけられる

　　③　ベットサイドレールに摑まって寝返りできる

　　④　話し相手ができる

（２）本人の目標にする（職員の目標にしない）。

　　①　歩行介助をする　⇒　安全に歩ける

　　②　床ずれを治す　⇒　床ずれが治る

　　③　楽しく過ごせる機会を作る　⇒　楽しく過ごせる

　　④　話しかけを多くする　⇒　会話ができる

（３）きれいな言葉を並べるのではなく，具体的な目標にする。

　　①　その人らしく暮らせる？　⇒

　　②　安楽に過ごせる？　⇒

　　③　穏やかでいられる？　⇒

　　④　自立した生活が送れる？　⇒

２　目標を達成するための介護内容を定めます。

（１）具体的で簡潔に，利用者が何をしてもらえるのかがわかるように書く

　　　更衣支援，会話支援，交流支援，歩行訓練支援，下肢筋力強化訓練支援，服薬確認，

　　体位変換，　など。

３　担当者，頻度，期間設定のポイント

（１）目標達成を意識した，回数・頻度を設定し，その理由が客観的に説明できるように

　　する。

（２）期間は短期目標と同じにする。

４　総合的な援助方針を設定します。

（１）短期目標は本人の目標だが，援助の方針はサービス提供者の方針。

（２）「～できるようにします。」「～を支援します。」などと整理する。

（３）ニーズと目標を整理して，箇条書きに整理して書く。

（４）ニーズと目標を整理して，まとめて文章にして書く。

『ケアプランの原案』

|  |
| --- |
| 　利用者本人（家族）と話し合い，担当するスタッフと調整を済ませ，双方の内諾を得ているものが『ケアプランの原案』です。 |

Ⅳ　サービス担当者会議をする

１　サービス担当者会議とは

（１）利用者本人（家族）とケアプランの原案にあるサービス担当者の参加により行な

　　われます。

　　①　利用者本人・家族の参加による開催が適当であり，効率的です。

　　②　第三者は参加できません。

（２）ケプランの原案に基づいて話し合いをします。

　　①　利用者本人（家族）の意見，希望を確認します。

　　②　医学的留意事項を確認します。

　　③　サービス担当者としての意見を述べ，不足情報を補います。

　　④　ケアプランの合意とサービス役割の確認をおこないます。

　　⑤　利用者本人（家族）の了解なしには，決定，実施はされません。

　　⑥　規定の様式「サービス担当者会議録」に内容を記録します。

（３）ケアプラン（介護サービス計画書（１）（２）週間計画表）は，書面で本人（家族）

　　の了解を得て渡します。

２　サービス担当者会議の留意点

（１）事前にサービス調整し，内諾を得ている原案を用意します。

　　　会議の場で内容や回数を決めるものではありません。

（２）理解しやすい説明のために，専門用語をできるだけ使わないように進めます。

（３）理解しやすい説明のために，何について話しているのか理解できるよう，要点を整

　　理して話を進めます。

（４）本人・家族等の呼称に気をつけ，失礼のないようにします。

　　①　本人を前にして「本人」と言う。

　　②　長男を前にして「長男」と言う。

　　③　普段呼ばないのに，「○○様」と言う。・・・

（５）召集する時は，時間や余裕ある日程調整等に配慮します。

３　サービス担当者会議運営の留意点

（１）意見・考えを自由に言えるような雰囲気を作ること。

（２）本人・家族・参加者の発言を否定しないこと。

（３）発言には理由をつけ，納得してもらえるようにすること。

（４）話している人を見て聞くこと。

サービス担当者会議進め方の例（施設）

只今から○○さんのサービス担当者会議を始めます。

挨拶・紹介

１　介護サービス計画書（１）について説明します。

　①　ケアプラン策定理由

　②　本人及び家族の意向

　③　その他

２　課題分析（アセスメント）の結果について説明します。

　①　生活上の解決すべき課題及び課題の検討・分析結果

　②　ケアマネジャーとしての意見など

　③　出席者（サービス担当者として）との質疑応答

３　介護サービス計画書（２）の案について説明します。

　①　援助方針（目標）

　②　具体的なサービス内容・役割分担

　③　出席者（サービス担当者として）との質疑応答

４　ケアプランを確定します。

　①　サービス内容の確認

　②　総合的な援助の方針

　③　モニタリングの方法・時期の確認

　④　連絡方法の確認

　以上，内容について合意が得られましたので，この介護計画に基づいて介護サービスをおこないます。実施して不都合があれば改善・変更しますので，ご意見をいただければ有り難く思います。

　よろしくお願いします。

　本日はどうもありがとうございました。

※　サービス担当者（ケアマネジャー，ケアワーカー，看護婦，栄養士，相談員，施設長

　他）としての意見を述べます。

Ⅴ　モニタリングする

１　ケアプランを振り返る

（１）課題分析が適切だったか

（２）ニーズが適切だったか

（３）目標が適切だったか

（４）サービス内容が適切だったか

（５）サービス内容に本人家族が満足しているか

２　短期目標を管理する

（１）サービスの内容・方法が適切かどうかを確認する

（２）サービスの回数の適切かどうかを確認する

３　利用者本人の身体状況に合ったサービス提供がなされているか確認する

４　モニタリング評価・記録表を作成する（演習）

５　ケアプラン変更の必要性を確認する

６　再アセスメントし，ケアプランを更新する

モニタリング表（例）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者名 | 　　　　　　　様 | ケアマネジャー名 |  | 記録日 | 年　月　日 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ニーズ | 短期目標 | サービス内容 | 本人（家族）の満足度 | 評　価 | 以後の対応 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Ⅵ　再アセスメントする

１　改めてアセスメントし，ケアプランの原案を作成し，サービス担当者会議をして確定する。

（１）時期

　　①　要介護更新認定を受けた時

　　②　要介護状態区分の変更の認定を受けた時

　　③　心身の状況の変化によりケアプランを変更する時

（２）その他

　　①　改めて診療情報提供等を得る。

　　②　モニタリングの結果，評価も参考にする。

　　③　前回アセスメントとの変化を確認する。

振り返る（チェックする）

１　基本情報

（１）病歴，入院歴，病名・症状，服薬状況等，医療情報を得ているか

（２）介護が必要になった経緯をとらえているか

２　アセスメント

（１）生活上の支障や困っていることを具体的にとらえているか

（２）生活上の支障や困っていることの原因をとらえているか

（３）本人（家族）の意向をとらえているか

（４）改善の可能性，維持の必要性，悪化・低下の危険性を検討しているか

３　生活上の解決すべき課題（ニーズ）

（１）アセスメントの結果に基づいているか

（２）必要性と利用者本人（家族）の意向・望む生活に即して設定しているか

（３）前向きな生活を支援する内容になっているか

（４）分かりやすく，簡潔な表現になっているか

４　目標

（１）ニーズに沿った目標になっているか

（２）利用者本人の目標になっているか（職員の目標になっていないか）

（３）実現可能な具体的目標になっているか

（４）モニタリングすることを意識した内容になっているか

５　サービス内容

（１）短期目標に沿ったサービス内容になっているか

（２）具体的で簡潔な内容になっているか

６　サービス頻度

（１）目標を達成するのに必要な回数や時間になっているか

　　　必要な介護と留意事項

　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 様 | 意思疎通の方法 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 必要な介護 | 介護方法・留意事項 | 自立状況等 |
| 移　動移　乗 |  |  |  |
|  |  |  |
| 水分補給食　事口腔ケア |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| 排　泄体位変換 |  |  |  |
|  |  |  |
| 入　浴 |  |  |  |
| 更　衣 |  |  |  |
| 整　容 |  |  |  |
| 備　考 |  |

介 護 項 目

|  |  |
| --- | --- |
| １　移動 | ６　排泄 |
| 　①車椅子介助　②リクライニング車椅子介助　③歩行器介助　④杖歩行介助　⑤歩行介助 | 　①トイレ介助　②ポータブルトイレ介助　③尿器介助　④おむつ交換　⑤尿カテーテルの後始末　⑥ストマの後始末 |
| ２　移乗 | ７　体位変換 |
| 　①移乗介助　②リフト移乗介助 | 　①体位変換介助 |
| ３　水分補給 | ８　入浴 |
| 　①水分補給介助 | 　①一般浴介助　②リフト浴介助　③特浴介助　④清拭介助 |
| ４　食事 | ９　更衣 |
| 　①食事介助　②麺類食事介助　＊経管栄養　＊胃ろう　＊中心静脈栄養 | 　①更衣介助 |
| ５　口腔ケア | １０　整容 |
| 　①口腔清潔介助 | 　①整髪介助　②洗顔介助　③洗髪介助　④爪きり介助 |

　　　　病気と看護の留意事項

　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ユニット名 |  | 氏名 |  | 担当者 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 病名 |  |
| 嘱託医の指示 |  |
| 看護内容 |  |
| 介護する上での留意事項 |  |

服薬状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬剤名 | 量 | 効能 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　　　　生活支援シート

　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ユニット名 |  | 氏名 |  | 担当者 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 生活する上での希望，要望，心配事，問題，その他 |  |
| 生活する上での支援の必要性 |  |
| 対 応 の 方 針 |  |
| 対応の具体的方法 |  |

*2019.01.04. 文責：小 湊 純 一。*