

利用者・家族が理解しやすいケアプランの書き方

2015.10.14.

ふくし@JMI

宮城県ケアマネジャー協会 小湊 純一。

アセスメント・ケアプラン
～居宅介護支援の手引き～

- 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）

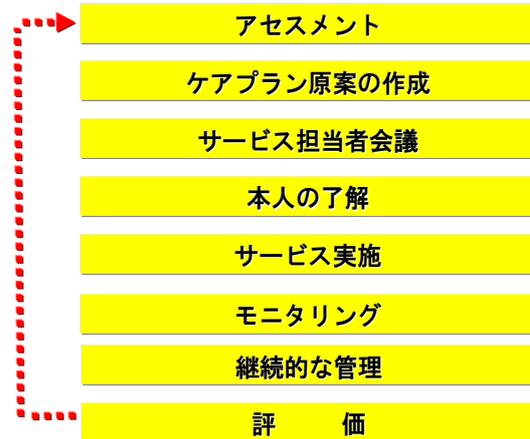
アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援）

2008/12/04

介護支援専門員（ケアマネジャー）

- 1) 要介護者等（要介護者・要支援者）からの相談に応じて、要介護者等がその心身の状況等に応じた適切な在宅（居宅）サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービスまたは地域密着型介護予防サービスを利用できるよう、保険者である市町村、サービス提供事業者（事業者や施設）等との連絡調整を行う者
- 2) 要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的な知識・技術を有する者
- 3) 介護支援専門員証の交付を受けた者

ケアマネジメントの過程



「アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援）」は、アセスメント・ケアプランが、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います。

結果として、居宅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。

※「アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援）」は、「アセスメントのための情報収集シート128」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、「居宅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。

※「アセスメント・ケアプラン（居宅介護支援）」は、居宅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、居宅介護支援の最低基準です。

I 依頼を受ける

1 申し込みを受け付けます。

依頼されたことを明らかにして支援を開始します。

(1) 介護保険サービスの仕組み・理念を説明します。

* 自立支援とは

- ・介護が必要になってもできるだけ自宅で暮らし続けられるようにします。
- ・一人ひとりの能力に合わせ、できないところは介助を受けても、自分でできるところは自分でできるようにします。
- ・リハビリや運動等をして、体力等が回復できるようにします。

(自立支援)

指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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配慮して行われるものでなければならない。

(高齢者ケアの基本理念) ~自立支援~

1 自己決定の尊重

利用者の選択可能な、個人を尊重した個別的サービスを事前に提案して知らせ、利用者自らの決定を尊重してサービスを提供します(継続や変更, 中止等も含む)。自己決定能力を評価し、必要に応じて後見人(家族等)によって決定する場合があります。

2 残存能力の活用(能力の発揮)

利用者の残存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、自立を援助及び促進する目的でサービスを提供します。利用者は、一度失われた能力を回復するためのリハビリテーションに努めるとともに、残存能力を維持・開発し、日常生活に活用することが求められます。

3 生活(サービス)の継続性(継続性の尊重)

居宅サービスと施設サービスの継続性や、広く福祉保健・医療全般にわたる連携に基づく対応を積極的に進めます。利用者の心身の機能に障害があってもケアを受ける状況でも、その人の生活を維持・継続していけるよう、利用者の生活の継続性を尊重したサービスを提供します。

(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。

*公正中立

- ・利用者一人ひとりを尊重し、身体のこと、病気のこと、介護力、希望等に配慮し、話し合いの上サービス計画を作り、サービスの調整をします。
- ・一部のサービスやサービス事業者の利用に偏らないようにします。

(公正中立)

指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

(介護保険で言うアセスメント)

六 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用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。

七 介護支援専門員は、前号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、利用者の居宅を訪問し、利用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、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用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。

- (2) 「居宅介護サービス計画作成依頼届出書」を作成し、保険者（市町村）に提出します。
- (3) 保険者から、介護保険証に担当居宅介護支援事業者名称の記載を得ます。
- (4) 契約します。
 - ① 書面をもって重要事項を説明し、了解を得ます。
 - ② 契約書を作成し取り交わします。

2 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。

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療情報提供によって得ます。

※1 アセスメントのための情報収集シート（宮城版：居宅）参照。

2 集めた情報の中から、詳しく見る必要のある項目を選び出します。（スクリーニング）

- (1) 利用者本人の生活上の支障があることを選び出します。
- (2) 支障がないことも明らかにします。（確認したことを証拠だてる。）

※1 情報収集シートで、支障ありは○，支障なしは×で分けます。

※2 その支障はあくまでも本人の支障であり、家族の支障ではありません。

3 選び出した項目の生活上の支障を具体的に把握します。

- (1) どのように支障があるのか，その状況を具体的に把握し，関連情報を集めます。
（転んだ→いつ→どのような場面で→何をしていた時・・・など）
- (2) 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。

※1 情報収集シートで，○を付けた場合にコメントを記入します。

※2 ケアプラン策定のための課題検討用紙（宮城版）の「検討の必要な具体的状況」に整理します。

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 …… など

※1 医療面については、主治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) 生活上の支障と原因を踏まえた上で、本人、家族はどうなりたい、どうしたいと思っているのか、意向を確認します。
- (2) 実現可能なことを聞きます。
- (3) 介護保険の理念に沿った意向を聞きます。
 「また自分で歩けるようになりたい。」「炊事は自分でしたい。」「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)
 「歩けるようになると困るので動かさないで寝かせておいてほしい。」「できるだけ介護したくない。」「早く施設に入れてしまいたい。」…
- (4) 言い換えて整理してみても聞きます。
 「歩けるようになればいいだけ ⇒ 「ということは、できればまた歩けるようになりたい!っていうことですね。」
- (5) 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。(スクリーニング)

- (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
支障・低下が最近起こった利用者で、状態が安定している場合など。
 - ② 今の状態を続けられるようにする必要があるのか
支障が長い間変化していない場合など。
 - ③ 悪化を予防、低下するのを予防する必要があるのか
じょく創や失禁、筋力低下、拘縮、転倒などの危険性がある場合など。
- (2) 必ず行わなければならない介護を確認します。
 - ① 必要な介護を把握します。
 ア 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

します。

イ 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します。

② 必要な医療対応を把握します。

ア 主治医からの指示のある医療的管理について把握します。(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「自立に向けた可能性、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ます。

- 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します。また、必要性を本人の意向に沿って言い換えて、本人の了解を得ます。

- ① お風呂に自分で入れない ⇒ お風呂に入りたい(本人の意向を反映)
- ② 歩行練習が必要である ⇒ また散歩できるようになりたい
- ③ 一人での時間が長く、
落ち込みが進む可能性がある
ある ⇒ いろいろな人と会って楽しく過ごしたい
- ④ 膝の痛みのため掃除機が
けができない ⇒ 掃除を手伝ってほしい

(3) 本人の意向がとれなければ、必要性をニーズにします。

- ① 排泄介助が必要です
- ② 床ずれの予防が必要です
- ③ 日常動作のすべてに介助が必要です
- ④ 通院介助が必要です

(4) 必要性が明らかで、家族の想いを反映させる場合は次のようにします。

- ① お風呂に入れてあげたい
- ② 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)」に整理して記入します。

「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の設定は、介護支援専門員の専門性が必要とされる重要なポイントです。自立支援を念頭に置き、現状分析と、利用者本人（家族）との話し合いにより、出来るだけ前向きな生活ができるような課題設定をすることが必要です。

1 厚生労働省の説明

(1) 記載要領（厚生労働省通知）

「利用者の自立を阻害する要因などであって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して・・・」

(2) 書き方

① 自立支援を目指す計画ですから、ニーズの欄には、「◎◎できるようにになりたい」「◎◎したい」というように、利用者が主体的・意欲的に取り組めるような書き方のほうがいいでしょう。

② 背景要因を書くとき「○○のため○○できない」のように、ネガティブな表現になりやすいので、「○○したい」とできるだけ簡潔に書くほうが良いでしょう。

2 「簡潔に」「～したい」という課題設定をするための要件

- (1) 課題分析を充分に行い、根拠（問題、原因、可能性など）を明確にしておくこと。
- (2) 利用者（家族）と十分に話し合いをして、合意の得られる内容にすること。
- (3) 課題分析から得られた必要性和利用者（家族）の希望が一致していること。（単なる御用聞きにならないこと。意思確認が不可能な場合は必要性を優先する。）
- (4) サービス担当者会議で課題設定の理由（根拠）を説明するか、課題分析の結果（要約表・領域選定表など）をサービス計画書に添付して説明し、利用者及び関係居宅サービス事業者スタッフの理解を得ること。

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 お風呂に入れるようにします。

イ 外出、交流し、楽しく過ごす機会を作り、気分が改善出来るようにします。

ウ 機能訓練により、下肢機能が改善するようにします。

エ 出来るだけ早く、床ずれを治すようにします。・・・など。

(2) この段階では、まだサービスの種別は決まっていません。方向性だけで十分です。サービスを使うためのプランにならないようにするためにも重要です。

※1 課題検討用紙の「ケアの方向性」に整理して記入します。

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します。

- ① 5mぐらい自力で歩けるようになる
- ② お風呂に入れる
- ③ 食事がとれる
- ④ 話し相手ができる

(2) 本人の目標にします（事業者や家族の目標にしない）

- 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 家族の介護負担が軽くなる ⇒ 入浴などの介助が受けられる

(3) きれいな言葉を並べるのではなく、具体的な目標にします。

- 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きます。

入浴介助（リフト浴）、ポータブルトイレ介助、更衣介助、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 など。

3 介護を実施するサービス、事業者を選定します。

(1) 選ぶための提案をし、選んだ時のメリットとデメリットを説明します。

お風呂はどのように入りたいですか？ 自宅のお風呂で？浴槽を持ってきてもらって？出かけて？ など

4 目標達成に必要な利用頻度を定めます。

(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します。

5 総合的な援助方針を設定します。（課題検討用紙の「ケアの方向性」です）

- (1) 短期目標は本人の目標ですが、援助の方針はサービス提供者の方針です。
- (2) 「～できるようにします。」 「～を支援します。」などと整理します。
- (3) ニーズと目標を整理して、箇条書きに整理して書きます。
- (4) ニーズと目標を整理して、まとめて文章にして書きます。

『ケアプランの原案』

利用者本人（家族）と話し合い、担当するサービス事業者と調整を済ませ、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 利用者本人宅など、身近なところでの開催が適当であり、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) サービス担当者会議に参加できない担当者には。

- ① 電話や個別訪問により調整し、その過程と結果を記録に残します。
- ② 書面をもって情報を共有し、プランの合意とサービス役割の確認をします（フェイイスシート，アセスメントの結果表，ケアプラン表一式）。

(4) 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)の了解を得て渡すとともに、担当するサービス事業者にも渡します。

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、「〇〇様」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。

(6) 利用者の自宅で開催する際には、手間や面倒をかけないように配慮します。

- ① 時間をあまりかけない。
- ② 茶菓子等は遠慮する。・・・

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（居宅）

只今から〇〇さんのサービス担当者会議を始めます。

挨拶，紹介し，サービス担当者会議の趣旨を説明します。

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。

よろしく申し上げます。

本日はどうもありがとうございました。

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

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) 必要性和利用者本人（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（介護者やサービスをする人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 サービス種別

- (1) 設定されたサービスが、適切に効率的に行えるサービス種別を選んでいるか
- (2) 介護保険に限らない社会資源を活用しているか

7 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（不要に多くないか）

ケアマネジャーの役割

健康状態

- (1) 痛みのある利用者への対応
 - ① 痛みが原因でADLなど生活に支障のある利用者を把握します。
 - ② 痛みの直接的な影響、痛みを怖がる、痛みによる関係の減少、鎮痛薬の副作用などの影響を検討します。
- (2) 脱水症状
 - ① 脱水症になる危険性を少なくします。
 - ② 家族やケアスタッフが、脱水になる原因や脱水による症状に気をつけることができ、対応できるようにします。
- (3) 高齢者の心臓と肺の機能
 - ① 心臓や肺（呼吸）の症状を、ただの老化現象として扱い、適切な医療やケアを受けていない利用者を把握して対応します。
 - ② 心不全や結核など、医療的対応を必要とする高齢者に多い問題に気をつけて対応できるようにします。
- (4) 服薬管理と効果
 - ① 服用している薬を把握し、その薬が効果的・効率的に作用するようにします。
- (5) 向精神薬を服用している利用者への対応
 - ① 向精神薬を服用している利用者のなかで、その作用・副作用の様子観察が必要な人を把握して対応します。
- (6) アルコール問題への対応
 - ① アルコール乱用、アルコール依存症を把握します。
 - ② 代謝の低下、持病、薬等との関連によって、大量の飲酒でなくても危険となる場合があるので検討します。
- (7) 喫煙問題への対応

2 ADL

- (1) ADLの改善と支援
 - ① 日常生活活動（ADL）が改善する可能性のある利用者、ADLの低下を遅らせることのできる可能性のある利用者を把握します。
 - ② ADL障害の原因を理解したうえで、自立への意欲のある利用者や、障害になってからの期間が短い利用者などを把握し、目的のある運動等の機能訓練を検討します。
 - ③ ADLの改善が難しい場合は、必ず行わなければならないケアを検討します。必ず行わなければならないケアは、改善のためのケアと同時に行う場合もあります。
- (2) 転倒防止
 - ① 最近転倒した利用者を特定します。
 - ② 転倒の危険性のある利用者を特定します。
 - ③ 転倒の危険性を予測します。
 - ④ 転倒と、転倒による障害をできるだけ少なくします。
- (3) 健康増進
体力の向上と健康増進により、幸福感と自立性を高めます。

3 IADL

- (1) IADLの回復と支援

- ① IADL回復の可能性のある利用者を把握して対応します。
- ② IADLの代行の必要性を明らかにして支援します。

4 認知障害

- ① 認知障害があるかどうかを把握します。
- ② 認知障害を補うために、どのような方法をとることができるのかを判断します。

5 コミュニケーション

- (1) コミュニケーション
コミュニケーションの障害・問題を明らかにして、専門的な検査や対処をおこないます。
- (2) 視覚・聴覚
最近視力・聴力が低下した利用者、視力・聴力を失った利用者、眼鏡・補聴器などを適切に使用していなかった利用者を把握して対応します。

6 社会との関わり

- (1) 社会との関わり
 - ① 利用者が満足のいく役割や対人関係、楽しめる活動を続けたり、新たに見つけ出すように支援します。
 - ② 社会的機能の低下を最小限に抑え、社会的活動制限の原因となる問題を見つけ、可能であれば改善し、出来ない場合は代償する方法を検討して対応します。
- (2) うつと不安
不安やうつ状態にある利用者を把握し、治療やケアの可能性を検討して対応します。生活に重大な影響のあるうつや不安があれば、専門医に相談して対応します。

7 排尿・排便

- (1) 尿失禁・留置カテーテル
回復可能な失禁の原因を把握し、可能な対処方法を検討して対応します。
- (2) 排便の管理
腸の機能および消化器系の疾患の問題を評価し、関心を高めます。

8 褥瘡と皮膚の問題

- (1) 褥瘡
皮膚損傷の危険のある利用者を把握し、その予防と治療のためのケアを検討して対応します。
- (2) 皮膚と足
皮膚や足に問題があったり、問題が発生する危険性のある利用者を把握し、予防と治療のためのケアを検討して対応します。

9 口腔衛生

痛みがあったり、食事摂取や発声の障害、栄養不良、自尊心や食事の楽しみを阻害する口腔問題を把握して対応します。

10 食事摂取

栄養不良や、栄養問題の悪化する危険性がある高齢者を把握して対応します。

11 問題行動

問題行動（行動障害）のある利用者を把握し、原因とその解決策を検討します。

また、行動障害は改善されたとしても、行動を制限してしまっている可能性のあるケアを受けている利用者を把握して対応します。

1.2 介護力

- ① 介護が必要な高齢者への対応が困難な家庭を把握します。
- ② 家庭で、新しい介護負担に対応できるかどうかを把握します。
- ③ 在宅での生活が続けられるような支援を提案します。

1.3 居住環境

利用者の健康状態、障害の状況から見ての危険な環境状態、自立生活を阻害する環境状態を把握して対応します。

1.4 特別な状況

(1) 虐待

虐待や放置を受けている高齢者、または虐待の危険性を把握し、即時の対応が必要かどうかの状況を判断する。虐待を発見した場合には市町村・地域包括支援センターに報告する。

(2) ターミナルケア・緩和ケア

在宅でのターミナルケア、緩和ケアを希望する、もしくは受ける利用者に対して包括的ケアの必要性を把握して対応します。

介護保険と医療保険、その他公的・私的医療福祉制度なども活用します。

また、医療との連携が重要になるので、利用者本人と家族、主治医、病院、薬剤師、訪問看護ステーション、介護サービス事業所などとの綿密な打ち合わせ、話し合いによる合意と役割分担による対応をします。

事例・ワークシート

基本情報

利用者名	宮城 花子さん	性別	女	生年月日	大正12年 2月20日
住 所				介 護 度	要介護2
主 訴	【相談内容】 ・退院後まだ寒かったのでサービスを使わないでいた。本人が身体の痒みを訴え妻が身体を拭いてあげていたが、お風呂の介助を頼みたい。(息子さん)				
	【本人・家族の意向】 本人：誰も来る人がいなくて寂しい。 家族：お風呂に入れてほしい。 通院の時の乗り降りの介助をお願いしたい。				
生活状況	【性格・職業等】 ・農家に生まれ育つ ・農家に嫁ぎ3人の子供をもうける ・53歳の時夫と死別 ・趣味や特技は特になし ・社会的活動は、老人クラブの行事に参加する程度だった			【家族の状況】 ・息子さん夫婦と三人家族 ・長女夫婦と次男夫婦がいるが他県で暮らしている	
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	B1	認知症高齢者の日常生活自立度	I	
居住環境等					
サービスを決定する人	本人の花子さん，長男の松男さん，長男の妻の竹子さん				

紹 介 状 (診療情報提供書)

仙台居宅介護支援事業所

所長 仙台 太郎 殿

平成25年 3月 16日

紹介元医療機関の所在地：仙台市青葉区東照宮2丁目1番2号

名称：医療法人 草恵会 草刈内科医院

電話番号 022-271-9251 FAX 022-271-9273

医師氏名 院長 草刈 拓 印

患者氏名	宮城 花子	殿 性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
患者住所	仙台市青葉区上杉1-5-1	電話番号	022-123-4567
生年月日	明 <input checked="" type="radio"/> 大 <input type="radio"/> 昭・平 12年	2月 20日 (89) 歳	職業

傷病名	# 1. 高血圧症、# 2. 狭心症、# 3. 骨粗鬆症、# 4. 皮膚掻痒症
-----	---

紹介目的	病状報告
------	------

既往歴及び家族歴	薬剤アレルギーなし。HBs抗原陰性、HCV抗体陰性、梅毒反応陰性。 H24年3月15日 左大腿骨頸部骨折 (人工骨頭置換)。H24年12月20日 第1腰椎圧迫骨折。
----------	---

病状経過及び検査結果	H11年頃から上記# 1～4の為、通院中。H24年3月15日、自宅浴室で転倒、仙台総合病院に入院。左大腿骨頸部骨折と診断され人工骨頭置換術を受ける。リハビリ後、屋内歩行や移乗可能となり同年7月1日退院。H24年12月20日、自宅でポータブル移乗の際に転倒し、あおば整形外科病院に入院。第1腰椎圧迫骨折と診断される。保存的治療を受けシルバーカーによる歩行が可能となりH25年2月28日退院。
------------	--

治療経過	H25年3月1日から通院再開、血圧は140/70程度で安定、整脈、時に胸痛あるが心電図上虚血性変化の増悪なし。血液検査上異常ないが、今後痛みの増強に注意するように。現在は終日自宅にて過ごし、心身共に廃用症候群が進行。皮膚掻痒症については、保清・保湿で様子を見るように。
------	--

現在の処方	カルスロッド 5mg 朝食後、ラックビー 2.0g 朝昼夕3回(食後) ニトロダーム TTS 胸痛時貼用、プルゼニド 2錠 便秘時頓服
-------	--

備考	
----	--

<p>1 健康状態</p> <p>(1)観察・管理の必要な病気</p> <p>(2)症状</p> <p>①身体症状</p> <p>②精神症状</p> <p>(3)痛み</p> <p>(4)病状の変化</p> <p>(5)医療機器</p> <p>(6)保健予防</p> <p>(7)健康生活</p> <p>(8)予定されたケア・治療の順守</p> <p>(9)薬</p> <p>《意向》</p>	<p>骨粗鬆症，老人性皮膚掻痒症，高血圧症，狭心症。高血圧症は内服で安定している。時に胸痛があり，ニトロダームを貼ると楽になる。</p> <p>H24年3月15日左大腿骨頸部骨折し H24年7月1日まで入院。H24年12月20日第一腰椎圧迫骨折し H25年2月28日まで入院した。</p> <p>時々胸の表面が刺されるような痛みがあるが，締め付けられるような感じはない。「ニトロダームを貼ると楽になる」と言う。息切れはない。</p> <p>身体の痒みを訴えるが特に掻き傷はない。</p> <p>特になし</p> <p>時々胸の表面が刺されるような痛みがあるが，締め付けられるような感じはない。「ニトロダームを貼ると楽になる」と本人が話す。</p> <p>ポータブルトイレに移る際に転倒して H24年12月20日～H25年2月28日まで第一腰椎圧迫骨折で入院した。</p> <p>使用していない。</p> <p>入院時に検査を受けている。</p> <p>喫煙，飲酒もせず新たな病気もみられない。時々胸の表面が刺されるような痛みがあるが，締め付けられるような感じはない。変動や悪化はみられない。</p> <p>医師からの服薬等の指示は守られている。</p> <p>服薬状況（別表）</p> <p>（本人）ニトロダームを貼ると楽になる。元気でいたい。 （家族）元気でいてほしい。（息子さん）</p>
<p>2 ADL</p> <p>(1)寝返り</p> <p>(2)起き上がり</p> <p>(3)乗り移り</p> <p>(4)家の中の移動</p> <p>(5)屋外の移動</p>	<p>自力でできる。</p> <p>普通のベッドを使用し体を自力で横にして行っている。</p> <p>ベッド等につかまって自力で乗り移りしているが，約3ヶ月前に乗り移りの際転倒して骨折している。</p> <p>両手を支えてもらえば2～3歩は歩くことができるが，腰と下肢に力が入らなくなりしゃがみ込んでしまう。</p> <p>退院後は屋外には出ていない。</p>

<p>(6)上半身の更衣 (7)下半身の更衣 (8)食事 (9)排泄 (10)整容 (11)入浴 (12)ADLの低下 (13)活動・健康増進 (14)自立度改善の可能性 (15)要介護状態の変化 (16)転倒 《意向》</p>	<p>自分でできる。 自分でできる。 自力で食べている。 常時ポータブルトイレを使用し自力で行っているが、つかまってやっとなっている。 自分でできる。 身体を抱えたり、支える介助が必要なため退院後は入浴していない。お嫁さんより身体を拭いてもらっている。 退院時は、シルバーカーによる歩行が10m位まで何とか可能になったが、現在は支えてもらっても2～3歩がやっとの状態。 退院してから行動範囲はベッド周辺のみ。移動するのは排泄時くらいでほとんど身体を動かすことがない。 玄関の上がり下りの際は介助が必要だが、退院後は外出も上がり下りもしていない。 本人は「また歩けるようになりたい」と話し、家族はできることはやってほしい、歩く練習をしてもらいたいと望んでいる。 退院時はシルバーカーによる歩行が10m位まで何とか可能になったが、現在は支えてもらっても2～3歩がやっとの状態になり移動介助が必要になった。 H24年12月20日にポータブルトイレに移る際に転倒して第一腰椎圧迫骨折して入院した。 (本人) 少しでも歩けるようになりたい。 お風呂に入りたい。 (家族) 歩く練習をしてほしい。できることはやってほしい。 お風呂に入れてほしい。車の乗り降りを手伝ってほしい。 (息子さん)</p>
<p>3 IADL (1)炊事 (2)家事一般(掃除・洗濯・整理等) (3)金銭管理 (4)薬の管理 (5)電話使用 (6)買い物 (7)交通手段の利用</p>	<p>歩行が困難な状態であり本人が行うことはできない。家族が全て行っている。 歩行が困難な状態であり本人が行うことはできない。家族が全て行っている。 金銭感覚に問題はないが息子さんが全て管理している。 能力に問題はないが、家族が管理している。 掛けたり受けたりすることに問題はないが使用することはない。 選んだり、支払ったりすることは問題ないが買い物に行くことができない。 利用していない。</p>

<p>《意向》</p>	<p>(本人) 家族がやってくれるから心配ない。 (家族) 身の回りの世話はこれからもやっていきます。(息子さん, お嫁さん)</p>
<p>4 認知 (1)記憶 ①短期記憶 ②手続き記憶 ③日常生活の判断 ④記憶・判断力の低下 (2)せん妄 《意向》</p>	<p>生活に支障のあるほどの物忘れはない。 問題なし。 自分で判断して行っている。 なし。 一時的な錯乱状態はない。 (本人) ---- (家族) ----</p>
<p>5 コミュニケーション能力 (1)聴覚 (2)相手に理解させること (3)相手を理解すること (4)コミュニケーション能力の低下 (5)視覚 《意向》</p>	<p>問題なし。 問題なし。 日常生活上のことは会話により伝えられるが、ゆっくり、わかりやすく話す必要がある。 なし。 新聞等の小さい字は見えないが、日常の動作を行うには支障はない。視覚障害や視力の低下はない。 (本人) ---- (家族) ----</p>
<p>6 社会との関わり (1)関わり (2)気分 《意向》</p>	<p>いつも自室で過ごしているので一人でいることがほとんどで、寂しいと言っていて精神的に落ち込みがちである。 1年前までは近所の茶のみ友達との会話が唯一の楽しみだったが、今は一人でいることが多く、寂しいと言っていて精神的に落ち込みがちである。 (本人) 家の中にばかりいるので気分が滅入ってしまう。誰かと</p>

	<p>話がしたい。 (家族) 楽しく過ごしてほしい。(息子さん)</p>
<p>7 排尿・排便 (1)尿失禁 (2)おむつ使用 (3)便失禁</p> <p>《意向》</p>	<p>尿意あり，失禁もない。 使用していない。 便意あり，失禁もない。</p> <p>(本人) ----- (家族) -----</p>
<p>8 褥瘡・皮膚の問題</p> <p>《意向》</p>	<p>身体の痒みを訴えるが特に掻き傷はない。</p> <p>(本人) 痒みがとれればいいと思う。 (家族) 身体を拭いてあげているけど，なかなか痒みが良くならない。痒みがとれてほしい。(お嫁さん)</p>
<p>9 口腔衛生</p> <p>《意向》</p>	<p>総入れ歯だが嚙むことに問題はない。</p> <p>(本人) ----- (家族) -----</p>
<p>10 食事摂取</p> <p>《意向》</p>	<p>食欲あり。食事の時むせることがあるが，ひっかけることはない。</p> <p>(本人) あまり気にしていない。 (家族) 毎食全部食べているから大丈夫だろう。(息子さん)</p>
<p>11 問題行動(行動障害)</p> <p>(1)行動障害</p> <p>①徘徊 ②乱暴な言葉・行動 ③混乱させる行動 ④ケアの拒否抵抗 ⑤行動障害の悪化</p> <p>(2)向精神薬</p> <p>《意向》</p>	<p>なし。 なし。 なし。 なし。 なし。 なし。</p> <p>(本人) ----- (家族) -----</p>

<p>12 介護力</p> <p>(1)介護者</p> <p>(2)介護負担・ストレス</p> <p>《意向》</p>	<p>主たる介護者はお嫁さんの竹子さんで、洗濯・掃除・食事の提供・洗面や着替えの準備、身体清拭などのIADL、ADLの支援と精神的な支援をしている。副介護者は息子さんの松男さんで、食事の配膳・下膳、通院時の付き添いや薬取り、精神的な支援をしている。</p> <p>竹子さんは平日仕事をしており、土日の休みには農作業にでていいる。家にいる時はできるだけ身の回りの世話はしてあげたいと思っているが、最近疲れやすくて体調に不安を感じており、これ以上介護量を増やすことはできない状況である。松男さんはH16年に脳出血を発症し、後遺症のため軽い右麻痺がある。軽い農作業や車の運転はできるが身体を支えるような介護はできず、これ以上の介護量を増やすことはできない状況である。松男さんは、本人が今くらいの状態であれば自宅で世話をしてあげたいと思っている。</p> <p>松男さんは妻にあまり負担をかけたくないと思っており、本人ができることはできるだけやってほしいと思っている。竹子さんは、家にいる時はできるだけ身の回りの世話はしてあげたいと思っているが、自分の体調に不安を感じている。お風呂に入れたり、車の乗り降りの介助ができない。</p> <p>(本人) あまり家族に迷惑をかけたくない。 (家族) お風呂に入れてほしい。(息子さん、お嫁さん) 車の乗り降りを手伝ってほしい。(息子さん)</p>
<p>13 居住環境</p> <p>《意向》</p>	<p>自宅内は段差があり、手すりもない</p> <p>(本人) 特になし。 (家族) 必要な時には改修も考えるが、今はこのままでいい。(息子さん)</p>
<p>14 特別な状況</p> <p>《意向》</p>	<p>問題なし。</p> <p>(本人) ---- (家族) ----</p>
<p>その他</p>	<p>長女夫婦や次男夫婦は他県で暮らしており、お盆や正月に来るぐらいで協力は得られない状況である。</p>

《意向》	<p>(本人) あまり家族に迷惑をかけたくない。</p> <p>(家族) 母の状態がこの程度なら自宅でやっていけると考えているが、おむつをして寝たきりになれば施設にお願いしたい。妻には介護の負担をあまりかけたくないで、母が自分でできることはやってほしい。(息子さん)</p>
------	---

(別表) 服薬状況

薬剤名	量	効能
カルスロット 5m g	朝 1 錠	高血圧症の薬
ラックビー2.0	1 日 3 回 1 錠	整腸剤
ニトロダーム TTS	胸痛時	狭心症の薬
プルゼニド 2T	頓服	便秘時

2013.11.05.m

居宅サービス計画書（2）

利用者名 _____ 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目 標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間

※1 「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

ケアプラン策定のための課題検討用紙

アセスメント基準日： 平成 25年 3月 15日

利用者名： 宮城 花子 様									
項目	細目	チェック	検討が必要な具体的状況	原因	本人、家族の意向	自立に向けた可能性、維持の必要性、低下・悪化の危険性、ケアの必要性	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	ケアの方向性	
1. 健康状態	① 既往歴	×	<ul style="list-style-type: none"> ・狭心症。時々胸痛がありニトログームを貼ると楽になる。 ・骨粗鬆症 ・第一腰椎圧迫骨折(H23,12,20 転倒) ・老人性皮膚掻痒症で身体の痒みがあるが掻き傷はない。 ・時々胸の表面が刺されるような痛みがあるが、締め付けられるような感じはない。「ニトログームを貼ると楽になる」と言う。息切れはない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒のため ・狭心症 	(本人) ・元気でいたい。 (家族) ・元気でいてほしい(息子さん)。	・主治医より、痛みなど身体症状の増強に注意するように指示がでている。 *身体の痒みについては「じよく創・皮膚の問題」で検討する。	・痛みなど身体症状の観察が必要です	・症状の変化に気をつけ、必要時に応じて主治医に報告します	
	② 主傷病	○							
	③ 症状	○							
	④ 痛み	○							
	⑤ その他	○							
2. ADL	① 寝返り	×	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッドの縁につかまって自力で乗り移りしているが、約3ヶ月前に乗り移りの際、うまく立ち上がれず転倒して骨折している。 ・両手を支えてもらえば2～3歩は歩くことができるが、腰と下肢に力が入らなくなりしゃがみ込んでしまう。退院後は、屋外にはでていない。 ・身体を抱えたり、支える介助が必要なため退院後は入浴していない。お嫁さんより身体を拭いてもらっている。 ・常時ポータブルトイレを使用し、自力で行っているが、ベッドの縁につかまってやっと行っている。 ・退院してからは、行動範囲はベッド周辺のみ。移動するのは排泄時位でほとんど身体を動かすことがない。 ・H24.12.20 にポータブルトイレに移る際に転倒して第一腰椎圧迫骨折して入院した。自力で乗り移りしているが、足腰に力が入らない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒による骨折の後遺症 ・退院後ほとんど身体を動かすことがなく、廃用性が考えられる 	(本人) ・少しでも歩けるようになりたい。 ・お風呂に入りたい。 (家族) ・歩く練習をしてほしい。 ・できることはやってほしい。 ・お風呂に入れてほしい。 ・車の乗り降りを手伝ってほしい(息子さん)。	・骨折後の身体の状態や病気に問題なく、一時は10m位歩けるまで回復していたこと、本人も家族も意欲があることから、歩行能力が改善する可能性がある ・入浴、車の乗り移り、移動については、当面補う介助が必要である ・ポータブルトイレの乗り移りの際に転倒防止の必要がある	・少しでも歩けるようになりたい ・お風呂に入りたい。 ・車の乗り降りを手伝ってほしい ・転倒防止が必要です ・移動介助が必要です	・身体を動かす機会を持ち、歩行状態が回復できるようにします ・お風呂に入れるようにします。 ・車の乗り降りができるようになります。 ・転倒なく乗り移りができるようになります。 ・介助や福祉用具の活用により移動できるようにします。	
	② 起きあがり	×							
	③ 移乗	○							
	④ 歩行	○							
	⑤ 着衣	×							
	⑥ 入浴	○							
	⑦ 排泄	○							
	⑧ その他	○							
3. IADL	① 調理	○	<ul style="list-style-type: none"> ・歩行が困難な状態であり、本人が行うことはできない。家族が全て行っている。 ・選んだり、支払ったりすることは問題ないが買い物に行くことができない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒による骨折の後遺症 	(本人) ・特になし。 (家族) ・特になし。	・家族がいて、家族によりできているためプランにしない			
	② 掃除	○							
	③ 買物	○							
	④ 金銭管理	×							
	⑤ 服薬状況	×							
	⑥ その他	○							
4. 認知	① 日常の意思決定を行うための認知能力の程度	×	・支障なし						
5. コミュニケーション能力	① 意思の伝達	×	・支障なし						
	② 視力	×							
	③ 聴力	×							
	④ その他	×							
6. 社会との関わり	① 社会的活動への参加意欲	×	<ul style="list-style-type: none"> ・いつも自室で過ごしているため、一人でいることがほとんどである。 ・一人でいることがほとんどで、寂しいと言っていて精神的に落ち込みがちである。 	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒による骨折の後遺症により一人で外出ができなくなった 	(本人) ・誰かと話がしたい。 (家族) ・楽しく過ごしてほしい(息子さん)。	・交流や会話をすることにより、気分が改善し楽しく過ごせる可能性がある	・誰かと話がしたい	・人と関わる機会を持てるようになります	
	② 社会との関わりの変化	×							
	③ 喪失感や孤独感	○							
	④ その他	×							

※ 各方式のアセスメントシートから得た、検討が必要な細目は、「チェック」欄の○印を付け、何を検討するのか分かるようにしてください。

項目	細目	チェック	検討が必要な具体的状況	原因	本人, 家族の意向	自立に向けた可能性, 維持の必要性, 低下・悪化の危険性, ケアの必要性	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	ケアの方向性
7. 排尿・排便	① 失禁の状況	×	・問題なし。					
	② 排尿排泄後の後始末	×						
	③ コントロール方法	×						
	④ 頻度	×						
	⑤ その他	×						
8. 褥瘡・皮膚の問題	① 褥瘡の程度	×	・身体の痒みを訴えるが, 特に掻き傷はない。	・老人性皮膚掻痒症	(本人) ・痒みがとれればよいと思う。 (家族) ・痒みがとれてほしい。(お嫁さん)。	・身体の痒みについては, 保清・保湿により様子を見るように言われている。	・痒みがとれてほしい。	・保清と保湿により, 痒みが軽減できるようにします。
	② 皮膚の清潔状況	×						
	③ その他	○						
9. 口腔衛生	① 歯の状態	×	・問題なし					
	② 口腔内の状態	×						
	③ 口腔衛生	×						
10. 食事摂取	① 栄養	×	・問題なし。					
	② 食事回数	×						
	③ 水分量	×						
	④ その他	×						
11. 問題行動 (行動障害)	① 暴言暴行	×	・なし					
	② 徘徊	×						
	③ 介護の抵抗	×						
	④ 収集癖	×						
	⑤ 火の不始末	×						
	⑥ 不潔行為	×						
	⑦ 異食行動	×						
	⑧ その他	×						
12. 介護力	① 介護者の有無	×	・お嫁さんは, 家にいる時はできるだけ身の回りの世話はしてあげたいと思っているが体調に不安を感じている。 ・息子さんは, 本人が今くらいの状態であれば自宅で世話をしてあげたいと思っているが, 脳出血の後遺症があり身体を支えるような介護はできない。 ・お風呂に入れられない。 ・車の乗り降りの介助ができない。	・お嫁さんは仕事を持っているのと自分の体調に不安がある ・息子さんに軽い障害がある	(本人) ・あまり家族に迷惑をかけたくない。 (家族) ・お風呂に入れてほしい(息子さん, お嫁さん)。車の乗り降りを手伝ってほしい(息子さん)。	・家族による介護を増やすことができないため補う介助が必要である(*「ADL」の項目で検討する)		
	② 介護者の介護意思	○						
	③ 介護負担	○						
	④ 主な介護者に関する情報	○						
	⑤ その他	×						
13. 居住環境	① 住宅改修の必要性	○	・自宅内は段差があり, 手すりもない。		(本人) ・特になし。 (家族) ・特になし。	・住宅改修は, 入浴の状況や歩行の改善の状態をみた上で検討していく。 ・当面は福祉用具で対応しADLで合わせて検討する。		
	② 危険個所等	×						
14. 特別な状況	① 虐待	×	・なし					
	② ターミナルケア	×						
	③ その他	×						

※ 各方式のアセスメントシートから得た、検討が必要な細目は、「チェック」欄の○印を付け、何を検討するのか分かるようにしてください。

第1表

居宅サービス計画書（1）

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 宮城花子 殿 生年月日 大正 12年 2月 20日 住所 宮城県宮城郡宮城町中央1-1

居宅サービス計画作成者氏名 仙台太郎

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 仙台居宅介護支援センター 宮城県宮城郡宮城町西2丁目2-2

居宅サービス計画作成（変更）日 平成25年3月15日 初回居宅サービス計画作成日 平成25年 3月15日

認定日 平成25年3月1日 認定の有効期間 25年 3月 1日 ~26年 2月28日

要介護状態区分	要支援 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	<p>(本人) ・少しでも歩けるようになりたい。 ・元気でいたい。 ・痒みがとれるといい。</p> <p>・お風呂に入りたい。 ・誰かと話がしたい。</p> <p>(家族) ・自分でできるところは自分でやってほしい。 元気でいてほしい。 (松男さん)</p> <p>・歩く練習をお願いしたい。 ・車の乗り降りの介助をしてほしい。 (松男さん)</p> <p>・お風呂に入れてほしい。 (松男さん、竹子さん) ・痒みがとれてほしい。 (竹子さん)</p>
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし
総合的な援助の方針	<p>・症状の変化に気をつけ必要時に応じて主治医に報告します。 ・身体を動かす機会を持ち歩行状態が回復できるようにします。</p> <p>・お風呂に入れるようにします。 ・車の乗り降りができるようにします。 ・転倒なく乗り移りができるようにします。</p> <p>・介助や福祉用具活用により移動できるようにします。 ・人と関わる機会を持てるようにします。 ・保清と保湿により痒みが軽減できるようにします。</p> <p>【緊急連絡先】 自宅 000-0000 竹子さん勤務先 111-1111</p> <p>体の具合が悪くなった時 ○△医院 333-3333</p>
家事援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他 ()

居宅サービス計画書（2）

平成 25年3月15日

利用者名 宮城 花子 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目 標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
痛みなど身体症状の観察が必要です	症状の観察をしてもらえる。	3/15～ 25/ 2/28	症状の変化に対応してもらえる	3/15～ 6/14	・症状観察 〃	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/15～ 6/14
少しでも歩けるようになりたい	茶の間まで歩くことができる	3/15～ 25/ 2/28	介助で5m歩くことができる	3/15～ 6/14	・下肢の筋力をつけるためのリハビリテーション	○	通所リハ	若林テア	2/週	3/15～ 6/14
お風呂に入りたい	お風呂に入れる	3/15～ 25/ 2/28	お風呂に入れる	3/15～ 6/14	・入浴, 洗身介助	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/15～ 6/14
車の乗り移りを手伝ってほしい	車の乗り降りができる	3/15～ 25/ 2/28	車の乗り降りができる	3/15～ 6/14	・車の乗り降りの介助	○	訪問介護(介護タクシー)	太白ホームヘルプ	1/月	3/15～ 6/14
転倒防止が必要です	転倒防止ができる	3/15～ 25/ 2/28	転倒なく乗り移りができる	3/15～ 6/14	・移動用バーのレンタル	○	福祉用具貸与	みやぎの杜		3/15～ 6/14
移動介助が必要です	移動できる	3/15～ 25/ 2/28	移動できる	3/15～ 6/14	・移動介助	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/15～ 6/14
					・車いす, 段差解消スロープレンタル	○	福祉用具貸与	みやぎの杜		3/15～ 6/14
誰かと話がしたい	楽しく過ごすことができる	3/15～ 25/ 2/28	いろんな人と話ができる	3/15～ 6/14	・交流支援 〃	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/15～ 6/14
痒みがとれてほしい	痒みが良くなる	3/15～ 25/ 2/28	痒みが少しでも和らぐ	3/15～ 6/14	・保清, 保湿 〃	○ ○	通所リハ 短期生活介護	若林テア 青葉老人ホーム	2/週 随時	3/15～ 6/14

※1「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。