

# ケアプラン文例集（居宅版）

※掲載されている文例はあくまでも**記載例**です。加算算定要件、減算等については保険者に確認してください。

※こちらのプリントの転売、無断転載、二次利用はご遠慮下さい。

## 目 次

## ◆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

在宅生活継続	P2	心疾患	P17
通所サービス	P4	糖尿病	P18
ショートステイ	P6	脳血管疾患	P19
ヘルパー	P8	骨折	P20
特殊寝台及び付属品	P10	精神疾患	P21
車いす	P11	施設入所	P22
手すり	P12	転倒予防	P23
歩行器	P13	介護者の負担軽減	P24
歩行補助杖	P14	退院支援	P25
病状管理・体調管理	P15	認知症	P26
高血圧	P16	独居	P27

## ◆総合的な援助の方針

ヘルパー利用者	P29	認知症高齢者	P39
デイサービス利用者	P32	病状管理が必要な利用者	P40
ショートステイ利用者	P35	リハビリが必要な利用者	P56
住環境の整備が必要な利用者	P37	意欲低下がみられる利用者	P60
独居高齢者	P38	住宅型老人ホーム	P61

## ◆居宅サービス計画書 ニーズ 長期目標・短期目標

移乗・移動・歩行動作	P63	コミュニケーション	P70
排泄関係	P64	うつ 不安 精神症状	P70
入浴関係	P65	口腔衛生	P70
食事関係	P66	経済状態	P70
交流の機会確保	P67	整容	P71
意欲向上	P67	住環境	P71
介護者の負担軽減	P68	独居高齢者	P71
病状管理	P69	認知症高齢者	P72

## ◆居宅サービス計画書 ニーズ

身体機能	P74	住環境	P89
食事	P76	家事・生活援助	P91
入浴	P77	独居生活	P92
排泄	P78	認知症	P93
整容	P79	精神状況	P94
外出・生きがい	P80	睡眠	P94
コミュニケーション	P81	口腔衛生	P95
病状管理	P82	経済状況	P95
介護負担	P88		

◆居宅サービス計画書 長期目標・短期目標

移乗・移動	P97	介護者の負担軽減	P111
リハビリ	P98	生活・住環境	P112
食事	P99	家事・生活援助	P113
入浴	P101	独居生活	P114
排泄	P102	認知症	P114
整容	P103	精神状況	P115
生きがい	P103	口腔衛生	P116
コミュニケーション	P104	経済状況	P116
病状管理	P105	睡眠	P116
身体機能	P111	インフォーマル	P117

◆居宅サービス計画書 サービス内容

デイサービス デイケア	P119	住宅改修	P137
ホームヘルパー	P122	認知症高齢者	P139
病状管理	P125	独居高齢者	P143
ショートステイ	P131	口腔ケア	P144
福祉用具レンタル（理由付き）	P134	インフォーマルサービス	P145
福祉用具購入（理由付き）	P136		

◆サービス担当者会議の要点

スタンダード	P147	ヘルパー（家事全般）	P157
介護認定更新時	P148	ヘルパー（買物 調理）	P157
退院に向けて	P149	ヘルパー（掃除）	P158
初回サービス利用	P150	ヘルパー（入浴介助）	P158
デイサービス①	P151	ヘルパー（通院介助）	P159
デイサービス②	P152	ショートステイ①	P160
デイサービス新規利用	P153	ショートステイ②	P161
デイサービス・ヘルパー利用	P154	緊急ショートステイ	P162
デイサービス・福祉用具貸与	P155	ロングショートステイ	P163
デイ・ショートステイ・福祉用具貸与	P156	福祉用具貸与（レンタル）	P164

◆支援経過記録

初回面談・インタビュー	P166	医療機関との連携	P172
契約時	P167	末期がんの利用者	P174
アセスメント	P168	特定事業所加算	P175
ケアプラン	P168	要介護認定関係	P175
介護サービスの提案	P169	ケアマネ変更引継ぎ	P175
サービス担当者会議	P170	その他	P176
モニタリング	P171	ケアプラン軽微な変更	P176
利用票・提供票	P172		

## 居宅サービス計画書（第1表）

### 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

第1表	居宅サービス計画書（1）		作成年月日	年	月
			初回・紹介・継続	認定済・申請中	
利用者名	殿	生年月日	年	月	日
居宅サービス計画作成者氏名					
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地					
居宅サービス計画作成（変更）日		年	月	日	初回居宅サービス計画作成日
		年	月	日	年
認定日		年	月	日	認定の有効期間
		年	月	日	年
要介護状態区分		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を踏まえた課題分析の結果	利用者：〇〇したい 家族：〇〇してほしい 以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、〇〇していく必要があると思われる。				
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定					
総合的な援助の方針					
生活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（				

- 在宅生活継続 P2
- 通所サービス P4
- ショートステイ P6
- ヘルパー P8
- 特殊寝台（介護ベッド）及び付属品 P10
- 車いす P11
- 手すり P12
- 歩行器 P13
- 歩行補助杖 P14
- 病状管理・体調管理 P15
- 高血圧 P16
- 心疾患 P17
- 糖尿病 P18
- 脳血管疾患 P19
- 骨折 P20
- 精神疾患 P21
- 施設入所 P22
- 転倒予防 P23
- 介護者の負担軽減 P24
- 退院支援 P25
- 認知症 P26
- 独居 P27

## ◆在宅生活継続

## 本人の意向

これまで通り介護サービスを利用し、活気ある生活を送って元気に過ごしたい。
介護サービスによる援助を受け、安心して在宅生活を続けたい。
不安な面はあるが、今のまま在宅での生活を続けて行きたい。
夫婦一緒に生活できると安心する。これからも仲良く助け合いながらに自宅で暮らしたいです。
自分の体調に合わせて、無理のない範囲で自分のできることをこれからも続けたいです。
今の慣れた環境で心穏やかに過ごしていきたいです。
今と同じ生活リズムで過ごして、転倒などすることなく生活したい。
今のままでいいです。
今までと同じ生活ができれば良いと思います。自分でできることは自分でしようと思っています。
今後も今の身体機能を維持しながら、夫婦二人で生活を継続して行きたい。
自分の日課である〇〇と、趣味の〇〇をしながら元気に自宅で生活がしたい。
趣味の〇〇がまたできるようになったら嬉しいです。
周囲の身内は疎遠ですと一人で生活している。体も弱くなったけど、これまで通り自宅での一人暮らしを続けていきたい。
出来る範囲で自分のことは自分で行い、家族に迷惑かけずに生活したい。
まだまだ自分で出来る事は自分でしたい。介護保険を利用してこのままの生活を続けたい。
慣れ親しんだ家族や知人に囲まれながら、充実した時間を過ごしていきたい。
自分でできることは、人に頼らず自分でやりたい。
〇〇に行くのが目標。リハビリをしてなんとか目標を達成させたい。
特にどうして欲しいという事はありません。今のまま生活を続けていきたいです。
このまま夫婦二人、自宅での生活を継続したい。
2人で建てたこの家で、いつまでも元気に生活したい。
思い出深いこの家でいつまでも生活したい。
子どもたちを育てた思い出のあるこの家で、いつまでも生活し続けたい。
これまで通り、家族の思い出深い自宅で生活を続けていきたい。
自分も家族の一員として役に立ちたい。

## 家族の意向

本人の思いが強いので、その気持ちを大事にしながら生活を見守っていききたい。
両親が毎日を心穏やかに過ごしてもらいたい。
昔から自分の思いを通してきた人なので、出来る限り自分のペースで生活できるようにしてあげたい。
天気の良い日は近くに散歩にも行っているの、これからも続けてほしい。今自分で行えていることを維持して行って欲しい。
できる限り自宅で夫婦一緒に生活できるようにしたい。
自分のことは自分でできるようになってもらいたい。
現在の機能を維持できるように励ましたり、必要な介護をしていこうと思う。
これからも健康で在宅生活を続けてほしいです。
今まで通りのサービスでお願いしたい。
本人が生活しやすいようにサポートしてください。
自宅で元気に生活してもらいたいと思います。
本人が一日でも早く介護サービスに慣れてくれたらよいと思う。
妻と一緒に、今の生活が続けられることを希望します。
風呂に入る事も一人ではだんだん難しくなっているの心配です。介護保険サービスで介助してもらいたいです。
以前より少しずつ歩行状態が悪くなっているの、可能な範囲で体を動かしてもらい、現在の身体機能を維持してほしいです。
希望であった〇〇のサービスを利用して嬉しかったです。このままここでのお世話になりたい。
家でじっとして、筋力低下や関節の動きが悪い。リハビリをして元気に生活できるようになってもらいたい。
出来るだけ日中は起きて欲しいが、自宅では横になっていることが多い、私も体が不自由ですが、なんとか皆さんの支援をいただきながら夫婦での生活を継続させたいと思います。
県外にいるので、すぐに訪問できません。迷惑をかける事があると思いますが、今後も支援をお願いいたします。
現在の状態から悪化しないように、リハビリを継続して利用できるようにしてほしい。
環境を整えて本人の望む在宅生活を継続させてあげたい。
本人ができるだけ今の状態を維持して、一緒に生活していきたい。
以前より言葉も出るようになったし、元気になったと感じます。このまま、穏やかに生活してくれると嬉しいです。
本人が一人で不安にならないようにしてもらいたいです。
介護サービスを利用しながら、自宅での生活を継続していきたい。

## ケアマネの課題分析結果

<b>外出の機会・交流</b>
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、毎日の活動量が低下してきているので、行事やレクリエーションに参加し、他者との交流や運動の機会を確保していく必要がある。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、感染症の影響で外出に制限が出ているため、閉じこもりになると心身の機能低下が危惧される。定期的に行事や趣味活動の参加により外出や他者との交流機会を確保していく必要がある。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、居室で過ごす時間をできる限り短くして、心身の機能を予防する必要がある。そのためには行事やレクリエーション等への参加を促し、生活意欲の向上と生活領域拡大を図りたい。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、行事やレクリエーションに参加することで、他者との交流や外出の機会が確保され、意欲的に生活できるようにする。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、行事やレクリエーション等の外出の機会を確保することで、日常生活の活動領域の拡大を図る。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、いろいろな人との交流や行事参加をすることで、本人の役割と生きがいを取り戻されるため、今後も継続的に声かけ参加を促していく必要がある。
<b>リハビリ</b>
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、歩行状態は安定してきているので、現在の状態を維持できるように、本人の自立意欲を高めてリハビリが継続できるようにしていく必要がある。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、転倒や転落による事故の危険性を回避するため、運動機能の向上及び安全に生活できる環境整備を行っていく必要がある。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、定期的に関節リハビリする事で、自身で行なえる生活動作が増えていくようにする必要がある。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、退院後は意欲が低下し、下肢筋力も低下傾向にあるので、以前のように散歩に一人で行けるように、リハビリを継続して筋力・体力の向上を図る必要がある。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、身体機能の維持向上を図るため、今後もリハビリを実施していく必要がある。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、今後もリハビリを継続することで、下肢筋力の低下を予防し、さらに外出意欲を高めていくことができる。そのためには転倒の予防のために見守りと安全な環境整備が必要。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、現在の筋力や体力が維持できるようにリハビリを継続していく必要がある。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、外出の機会を作り、体を動かすことで筋力体力の向上を図る必要がある。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、下肢筋力低下に伴い転倒のリスクが生じているため、下肢筋力の増強と安全に生活できる環境の整備が必要である。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、下肢筋力が向上するように継続的にリハビリを行っていく必要がある。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、リハビリによる身体機能の維持・向上を図る必要がある。
<b>コミュニケーション</b>
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、本人がコミュニケーションに自信が持てるように、会話の機会をなるべく持って、自分の思いをできる限り伝えられるようにサポートしていく必要がある。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、他者との交流機会を増やすことでコミュニケーション能力を向上させ、人とのつながりを持続させることが出来るようにサポートしていく。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、人とのつながりを継続するためにも、他者との交流が必要である。難聴の為コミュニケーションがとりづらい面があるので、職員が意思疎通のサポートに入る必要がある。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、会話の機会を減らさないように、職員が言葉かけを工夫しながらコミュニケーションをとっていく必要がある。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、コミュニケーションがとりづらい部分があるため、本人が孤立しないように、定期的に職員が声かけを行って、会話を欠かさないように心掛ける必要がある。
<b>病状管理</b>
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、医師や看護師による医学管理を受けながら、安心して生活ができるようにしていく必要がある。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、主治医の病状管理を受けて、出来る限り病気の進行、再発を防止していく必要がある。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、痛みや痺れを緩和し、本人の困りごとや悩みを解決できる介護サービスを提供していく必要がある。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、定期的な病院受診により病状の観察をして、異常が早期に発見できるよう注意していくと同時に、ケアチームが速やかに情報共有できるようする必要がある。
<b>多職種連携</b>
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、主治医と連携を取り、病状の管理をしっかりと行うと同時に、毎日の栄養と運動管理も実施して、病気の再発を防止し、生活が安全に安心して継続できるようにしていく必要がある。
以上の利用者及び家族の意向を踏まえ、在宅での生活を継続していくために、関係機関での情報共有・連携を行っていく必要がある。

## 居宅サービス計画書（第1表）

## 総合的な援助の方針

第1表	居宅サービス計画書（1）		作成年月日	年	月
			初回・紹介・継続	認定済・申請中	
利用者名	殿	生年月日	年	月	日
居宅サービス計画作成者氏名					
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地					
居宅サービス計画作成（変更）日		年	月	日	初回居宅サービス計画作成日
		年	月	日	
認定日	年	月	日	認定の有効期間	年
				日～	年
				月	日
要介護状態区分	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を踏まえた課題分析結果					
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定					
総合的な援助の方針	<b>ココ！</b>				
生活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(				

- ヘルパー利用者 P29
- デイサービス利用者 P32
- ショートステイ利用者 P35
- 住環境の整備が必要な利用者 P37
- 独居高齢者 P38
- 認知症高齢者 P39
- 病状管理が必要な利用者 P40
- リハビリが必要な利用者 P56
- 意欲低下がみられる利用者 P60
- 住宅型老人ホーム P61

## ◆ヘルパー利用者

<b>ヘルパー 家事援助 独居</b>
<p>これからも住み慣れた自宅で、安心して在宅生活を継続できるように、下記の点に注意しながら支援させていただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ヘルパーによる支援を受けながら、困り事を減らし生活を安定させていきます。</li> <li>・残存機能を活用し、心身機能の維持・向上を目指します。</li> <li>・緊急時に対応が取れるように連絡体制を整備します。</li> </ul> <p>【緊急連絡先】</p> <p>長女携帯電話：（TEL：000-000-0000）</p> <p>主治医：（TEL：000-000-0000）〇〇病院 〇〇先生</p>
<b>ヘルパー 独居 家事援助 自立支援</b>
<p>これからも安心して安全に在宅生活を継続できるように、下記の点に注意しながら支援させていただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一人暮らしでの不安を無くし、安心して生活できる環境を整えます。</li> <li>・出来ることはしていただき、出来ない部分をヘルパーによる支援で補っていきます。</li> <li>・緊急時に対応が取れるように体制を整えます。</li> </ul> <p>【緊急連絡先】</p> <p>長女携帯電話：（TEL：000-000-0000）</p> <p>主治医：（TEL：000-000-0000）〇〇病院 〇〇先生</p>
<b>ヘルパー 健康・安否確認 デイサービス</b>
<p>これからも安心して安全に在宅生活を継続できるように、下記の点に注意しながら支援させていただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病気の再発を予防するため、日々の健康状態を確認して行きます。</li> <li>・ヘルパーによる側面的な支援を受けながら在宅生活を継続します。</li> <li>・他者との交流や外出の機会など、生活に楽しみが出来るように支援をしていきます。</li> </ul> <p>【緊急連絡先】</p> <p>長女携帯電話：（TEL：000-000-0000）</p> <p>主治医：（TEL：000-000-0000）〇〇病院 〇〇先生</p>
<b>ヘルパー 家事援助 自立支援 生きがい</b>
<p>これからも安心して安全に在宅生活を継続できるように、下記の点に注意しながら支援させていただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家事などをヘルパーに支援してもらうことで日常生活に支障が起きないようにします。</li> <li>・できることはご自分でしていただき、残存機能の維持向上に努めます。</li> <li>・毎日に楽しみを取り入れながら生きがいのある生活を継続できるようにします。</li> </ul> <p>【緊急連絡先】</p> <p>長女携帯電話：（TEL：000-000-0000）</p> <p>主治医：（TEL：000-000-0000）〇〇病院 〇〇先生</p>
<b>認知症 独居 ヘルパー 生活援助</b>
<p>認知症の進行に伴い、身の回りのことをご自分でされるのが難しくなってきております。日中も自宅で過ごされることが多く、ご自分で家事をする気力や体力もなくなってきております。今後も自宅での生活を継続していくには、日常生活全般にわたる家事支援が必要です。ヘルパーによる援助を受けることで、日常生活上の困りごとを解決し、少しでも以前のように自分でできることが増え、気力や体力が回復していくように支援していきます。</p> <p>【緊急連絡先】</p> <p>長女携帯電話：（TEL：000-000-0000）</p> <p>主治医：（TEL：000-000-0000）〇〇病院 〇〇先生</p>

**配偶者死亡 ヘルパー 生活援助**

長年連れ添った奥様が〇〇年に亡くなられて以来、息子さんとの2人暮らしとなっています。同居の息子さんは日中就労があり、身の回りの家事を十分に行うことは出来ません。ご本人も奥様を亡くして以来、精神的な落ち込みが激しく、ご自分で家事をする気力や体力もなくなってきております。今後はヘルパーによる家事援助をはじめ、各関係機関がチームとなって、日常生活の困りごとを解消することで、生きがいを持って生活できるように支援していきます。

**【緊急連絡先】**

長女携帯電話：（TEL：000-000-0000）

主治医：（TEL：000-000-0000）〇〇病院

**夫婦二人暮らし 介護負担 ヘルパー 生活援助**

これまで夫婦二人三脚で在宅生活を継続してこられました。しかし、加齢とともに身体機能が低下し、家事等が徐々にご自分でできなくなってきています。主たる介護者である奥様も高齢で、持病の腰痛悪化などもあり、ご自分の身の回りのことをするのが精一杯で、十分な介護力がある状況とは言えません。今後も夫婦での生活を継続していくには、ヘルパーによる側面的なサポートにより、家事の困りごとを解消し、いつまでも夫婦で生活できることを目指していきましょう。

**【緊急連絡先】**

長女携帯電話：（TEL：000-000-0000）

主治医：（TEL：000-000-0000）〇〇病院

**ヘルパー 生活援助 通院介助**

これまでご自分のことは何とか自分で行き、在宅生活を継続してこられました。しかし、徐々に自分一人ではできないことが増えてきていますので、ヘルパーの援助を受けることで、日常生活の困りごとを解消できるよう支援していきます。

- ・ヘルパーの買い物援助により、日常生活の必需品を調達できるようにします。
- ・ヘルパーによる通院介助により病状が悪化しないようにします。
- ・医師の療養上の指示や助言を聞き、ご本人の生活に反映できるようにします。

**【緊急連絡先】**

長女携帯電話：（TEL：000-000-0000）

主治医：（TEL：000-000-0000）〇〇病院

**ヘルパー 買物 通院**

関節リウマチにより両下肢の可動域に制限があり、歩行状態が不安定なため、一人で買い物や通院することは困難な状況です。ヘルパーによる介助を受けながら安全に通院や買い物を行うと同時に、ご自分でできることはやっていたくことで、自立した日常生活が送れるように支援していきます。

**【緊急連絡先】**

長女携帯電話：（TEL：000-000-0000）

主治医：（TEL：000-000-0000）〇〇病院

**ヘルパー 買物 掃除 自費サービス**

『いつまでも自分の家で生活したい』という強い思いを実現するために、ご自分でできることはしていただきながら、出来ない部分（買い物 掃除）はヘルパーによる側面的な支援で生活をサポートさせていただきます。一人暮らしを継続していくには介護保険サービスだけでは補いきれない部分もあるので、地域住民の協力や自費サービスにて対応し、在宅での生活を支援していきます。

**【緊急連絡先】**

長女携帯電話：（TEL：000-000-0000）

主治医：（TEL：000-000-0000）〇〇病院

# 居宅サービス計画書（2表）

## ニーズ 長期目標 短期目標

第2表	居宅サービス計画書（2）													
利用者名					殿					作成年月日		年	月	日
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					
ココ！	ココ！		ココ！											

- 移乗・移動・歩行動作 P63
- 排泄関係 P64
- 入浴関係 P65
- 食事関係 P66
- 交流の機会確保 P67
- 意欲向上 P67
- 介護者の負担軽減 P68
- 病状管理 P69
- コミュニケーション P70
- うつ 不安 精神症状 P70
- 口腔衛生 P70
- 経済状態 P70
- 整容 P71
- 住環境 P71
- 独居高齢者 P71
- 認知症高齢者 P72

◆移乗 移動 歩行動作

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	長期目標	短期目標
転倒せずに安心して生活を続けたい	安全に生活できる	転倒を予防し、移動動作が安心・安全に行うことができる
安全に生活できるように現在の歩行能力を維持していきたい	安全・安楽に歩行できる	福祉用具を使用して歩行が維持できる
起居動作を安全に行いたい	生活環境を整備し、安全に生活できるようにする	起居動作が少しでも出来るようになる
自宅内で安全に移動(歩行)出来るようになりたい	1人で自宅内での移動が安全にできる	介助により安全に移動ができる
身体状況が不安定である為、支援を受けながら家事を行いたい	少しずつ自分で家事ができるようになる	ヘルパーと一緒に家事が出来るようになる
ベッドからの起き上がりや立ち上がりが出来るようになりたい	身体に負担なく就寝・起床動作が出来るようになる	バランスを崩すことなく、起き上がりや立ち上がりが出来るようになる
安心してベッド上での生活ができ、安全に移乗動作ができる	安心・安全に生活ができる	毎日車椅子に移乗することができる
外出の時、歩行が安全に行えるようになりたい	散歩など外出の機会が増え、気分転換を図れるようになる	歩行器を使用して安全に外出できるようになる
起居動作、移乗が出来るようになってトイレで排泄をしたい	介助なしで安全にトイレで排泄できるようになる	介助により安全にトイレで排泄できるようになる
拘縮や筋力低下が起こらないようにしたい	拘縮の進行、筋力低下を少しでも遅らせる	毎日歩行練習を取り入れる
出来る範囲の家事や買い物、散歩を継続して行いたい	家事や買い物・散歩が毎日できる	家事や買い物・散歩が少しでも出来るようになる
杖歩行ができるようになる	下肢筋力をつけ見守りの中安全に歩けるようになる	まずは室内で安全に歩行できるようになる
寝たきりになりたくない	足腰に負担を掛けずに無理なく生活出来るようになる	自宅のトイレでも安全に動作が出来る
寝たきりにならないようにしたい	足腰に負担を掛けずに無理なく生活出来るようになる	起き上がり、立ち上がり動作が楽に行える
寝返り、起き上がり、立ち上がり動作を安全に行いたい	安定した寝返り、起き上がり、立ち上がりができる	寝返り、起き上がり動作が安全に安楽にできる
整容を毎日きちんとやっていきたい	生活のメリハリをつけ清潔に暮らすことができる	毎日整容が少しでも出来るようになる
転倒の不安があるので部屋の掃除を手伝ってほしい	清潔な住環境で安心して生活ができるようになる	室内の整理を行うことで安全に室内を移動することができる
歩行が不安定で心配だが買い物や外出が出来るようになりたい	安心して、買い物や外出が出来るようになる	介助を受けて安全に買い物・外出が出来る
歩行が不安定で転倒が心配、リハビリで体力・筋力をつけたい	歩行状態が安定する	リハビリをする機会を確保し、身体を動かすのが楽になる
歩行不安定時に転倒の危険があるため、安全な生活環境を整備したい	安心して自宅内を歩くことができる	自宅内の必要な個所を整備し、転倒を防止する
本人の負担が少ない状態で起居動作、移乗を行いたい	起居動作、移乗動作が安全にできるようになる	介助により安全な起居動作、移乗動作ができるようになる

◆排泄関係

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	長期目標	短期目標
尿意便意がないが、清潔が保たれた排泄をしたい	紙おむつを使用することで衛生的な安心して生活する	紙おむつを使用して家族の負担を軽減できるようにする
安全な管理の元、排尿時にバルーンカテーテルを使用したい	自宅介護の中で医療面の相談や管理ができる	バルーンカテーテルの交換や排尿状況等が観察できる
オムツ内に排泄しているため、衛生環境を保ちたい	排泄が自立し、常に清潔を保持できる	定期的なオムツ交換および陰部洗浄にて衛生状態を保つ
カテーテルが留置してあるので、安全に衛生管理をしてもらいたい	感染症を予防する	感染の防止及び早期発見が出来る
自分で排泄が出来るようにしたい	規則的な排泄の習慣が身につく	規則的な時間にトイレに行けるようになる
自力で排泄が出来るようになりたい	自分でトイレにて排泄が出来るようになる	日中だけトイレで排泄できるようにする
生活リズムを整え、安心して排泄したい	排便が定期的になり気持ちよく過ごせる	定期的に排便ができ排泄のコントロールができる
出来る限りトイレでの排便したい	トイレで排尿が出来る	介助によりトイレで排尿が出来る
出来る限りトイレでの排便したい	日中夜間ともにトイレで排尿が出来る	日中はトイレで排尿が出来る
トイレで安全に排泄できるようにする	排泄の環境整備を行い、安全に排泄できるようにする	転倒しないように、介助を受けながらトイレで排泄する
尿意便意はないが、トイレで排泄できるようにする	トイレでの排泄行為を維持する	排泄間隔に留意し、トイレへの声掛け、誘導を行う
尿意便意はないが、排尿コントロールにより排泄したい	オムツを使用せず、声掛けによりトイレで排泄することが出来る	排尿間隔を理解し適切に排泄の声掛け、誘導ができる
夜間の排泄時に転倒の危険性がある	安全に排泄ができる	夜の排泄の心配がなくなり安心して睡眠がとれる
健康管理の継続と排便コントロールの管理を受けて気持ちよく生活をしたい	排泄管理ができるようになる	専門職による管理指導を受ける
自然排便ができないので、定期的に排便できるように援助してほしい	排泄管理ができるようになる	定期的な介助を行う事で、安心して過ごせるようになる
自然排便ができないので、定期的に排便できるように援助してほしい	排便のコントロールができ、規則正しい生活が送れる	専門職による管理指導を受ける
退院後便秘症状で苦しい思いをしたので便秘にならないようにしたい	医学的な管理を行い、排便コントロールができ、体調管理ができる	便秘をしないで定期的な排便が出来るようになる
排尿が間に合わないときがあるので、声かけや見守りをしてほしい	安心して排泄できるようになる	トイレにて少しずつ自力で排泄出来るようにする
便秘症状があるので、安心して排泄できるようにになりたい	体調の変化に気をつけ健康の管理ができる	援助を受けながら不安なく受診できる
歩行不安定で転倒の危険があり、夜間排尿時が不安	日中夜間ともにトイレで排尿が出来る	日中はトイレで排尿が出来る
立ち上がり動作が不安定で、転倒の危険性が大きい	歩行・移動時の動作を安全に出来るようになる	立ち上がり、移動動作がふらつき無く安全に出来る

## 居宅サービス計画書(第2表)

## ニーズ

第2表		居宅サービス計画書(2)											
利用者名		殿							作成年月日		年	月	日
生活全般の解決す	目 標				援 助 内 容								
べき課題(ニーズ)						※1	サービス種別	※2	頻度	期間			
<b>ココ！</b>													

- 身体機能 P74
- 食事 P76
- 入浴 P77
- 排泄 P78
- 整容 P79
- 外出・生きがい P80
- コミュニケーション P81
- 病状管理 P82
- 介護負担 P88
- 住環境 P89
- 家事・生活援助 P91
- 独居生活 P92
- 認知症 P93
- 精神状況 P94
- 睡眠 P94
- 口腔衛生 P95
- 経済状況 P95

## ◆身体機能に関するニーズ

## 歩行

フラツキがあるが、屋外での移動時に安全に移動できるようになりたい	ふらつかずに歩行したい
フラツキがあるが、自宅内の移動時に安全に移動できるようになりたい	歩行状態が安定しトイレで排泄をしたい
痛みと負担が少ないように移動したい	物にぶつからずに移動したい
移動時にも安全に動作を行いたい	安全に生活できるように現在の歩行能力を維持していきたい
屋外も安全に移動したい	長期入院により歩行状態が不安定なので、安定して歩けるようになりたい
移動・移乗の介護負担を軽減させたい	転倒せずに安心して生活を続けたい
移動時にふらつきがあり転倒の危険性がある	転倒の不安を無くして安全に安心して生活を送りたい
移動時に転倒・骨折等にあわないようにしたい	転倒の危険性なく安全に移動したい
外出して人と交流が持ちたい	日常生活に支障のないように現在の歩行能力を維持・継続させたい
外出の時、歩行が安全に行えるようになりたい	入院により歩行状態が不安定になったが、以前のように安定して歩ける様になりたい
外出時、歩行が安全に行えるようにしたい	歩行が不安定で転倒が不安だが、外出ができるようになりたい。
自宅内で安全に移動（歩行）出来るようになりたい	歩行が不安定で心配だが買い物や外出が出来るようになりたい
自宅内で歩行が安全に行えるようになりたい	歩行が不安定で転倒が心配、リハビリで体力・筋力をつけたい
自宅内の移動を安全に行いたい	歩行が不安定で転倒することが心配なので、リハビリで体力・筋力をつけたい
自力で移動ができるようになりたい	歩行が不安定なので転倒を予防したい
自力歩行が困難なため、少しでも自分で歩けるようになりたい	歩行の機能低下を予防したい
自力で歩行ができるようになりたい	歩行訓練をして歩行状態を安定させたい
出来る範囲内で散歩を継続して歩行を安定させたい	歩行不安定時に転倒の危険があるため、安全な生活環境を整備したい
出来る範囲の家事や買い物、散歩を継続して行いたい	両下肢のマッサージを受けて歩行状態を安定させたい
杖歩行ができるようになりたい	

## 寝返り 起き上がり

起き上がり・立ち上がりが安全に出来るようになりたい	自分で寝返りや起き上がりができるようになりたい
安全に起居動作が出来るようになりたい	自力で移乗ができるようになりたい
安全に立ち上げられるようになりたい	自力で階段昇降ができるようになりたい
移乗時にも安全に動作を行いたい	自力で起き上がりができるようにしたい
体に負担なく安全に立ち上げられるようになりたい	自力で体位を保つことができるようにしたい
転倒の危険なく安全に立ち上がりた	自力で立ち上がりができるようにしたい
2人の介助で安全に移乗したい	自力で立位保持ができるようにしたい
ベッドからの起き上がりや立ち上がり出来るようになりたい	寝たきりにならないようにしたい
安心してベッド上での生活ができ、安全に移乗動作ができるようになりたい	寝返り、起き上がりを自分で行いたい
寝返り、起き上がり、立ち上がり動作の負担を軽減させたい	寝返り、起き上がり、立ち上がり動作を安全に行いたい
起居動作、移乗が出来ようになってトイレで排泄をしたい	寝たきりにならないようにしたい
起居動作が出来るようになってトイレで排泄をしたい	本人の負担が少ない状態で起居動作、移乗を行いたい
起居動作を安全に行いたい	立ち上がり動作が不安定で、転倒の危険性が大きい
拘縮や筋力低下が起こらないようにしたい	起き上がり・立ち上がりが安全に出来るようになりたい
ベッドからの起き上がりや立ち上がり出来るようになりたい	ベッドからの起居動作が出来るようになりたい
自力で起き上がりができるようにしたい	自力で立ち上がりができるようにしたい

## 車いす

車いすで安全に移動したい	車いすで外出できるようにしたい
車いすに安全に移乗したい	車いすで通院できるようになりたい
車いすの操作を安全に行いたい	車いすで買い物に行けるようになりたい
車いすへの移乗時に足の巻き込みを予防したい	車いすで自宅内を安全に移動したい
車イスでの移動が出来るようになり、介護者の負担を軽くしたい	車いすで屋外を安全に移動したい
自力で車いす移動が出来るようになりたい	車いすでの移動動作能力を向上させたい

## 移動 移乗

移動時にも安全に動作を行いたい	自宅では身体を動かす機会が少ないので、体を動かして運動機能を向上させたい
車いすで安全に移動したい	両下肢のマッサージを受けて歩行状態を安定させたい
車いすに安全に移乗したい	杖歩行ができるようになりたい
車いすの操作を安全に行いたい	体力、足腰が弱くならないように運動をしたい
車いすへの移乗時に足の巻き込みを予防したい	長期入院により歩行状態が不安定なので、安定して歩ける様になりたい
車いすの生活だが、リハビリをして少しでも歩けるようになりたい	転倒せずに安心して生活を続けたい
移乗時にも安全に動作を行いたい	転倒の不安を無くして安全に安心して生活を送りたい
痛みと負担が少ないように移動したい	転倒の危険性なく安全に移動したい
安全に立ち上げられるようになりたい	日常生活に支障のないように現在の歩行能力を維持・継続させたい
屋外も安全に移動したい	歩行が不安定で心配だが買い物・外出が出来るようになりたい
体に負担なく安全に立ち上げられるようになりたい	歩行が不安定で転倒が心配、リハビリで体力・筋力をつけたい
自力で寝返りがうてるようになりたい	歩行が不安定で転倒することが心配なので、リハビリで体力・筋力をつけたい
段差につまずくことなく安全に移動したい	歩行が不安定なので転倒を予防したい
転倒することなく安全に生活したい	歩行訓練をして歩行状態を安定させたい
転倒の危険性がある	本人の負担が少ない状態で起居動作、移乗を行いたい
転倒の危険なく安全に立ち上がりたい	2人の介助で安全に移乗したい
自力で歩行ができるようになりたい	自力で車椅子移動が出来るようになりたい
自力で立位保持ができるようにしたい	自力で移乗ができるようになりたい
物にぶつからずに移動したい	自力で移動ができるようになりたい
立位が不安定で転倒の危険性がある	自力で階段昇降ができるようになりたい
安心してベッド上での生活ができ、安全に移乗動作ができるようになりたい	拘縮や筋力低下が起こらないようにしたい
安全に生活できるように現在の歩行能力を維持していきたい	出来る範囲の家事や買い物を継続して、歩行を安定させたい
ベッドから転落せずに安全に生活したい	自力で食堂まで行きたい
移動時にふらつきがあり転倒の危険性がある	自宅内で安全に移動（歩行）出来るようになりたい
外出の時、歩行が安全に行えるようになりたい	自宅内で歩行が安全に行えるようになりたい
外出時、歩行が安全に行えるようにしたい	自宅内の移動を安全に行いたい

## 居宅サービス計画書(第2表)

### 長期目標・短期目標

第2表		居宅サービス計画書(2)								
利用者名		殿			作成年月日 年 月 日					
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	
	ココ!		ココ!							

- 移乗・移動 P97
- リハビリ P98
- 食事 P99
- 入浴 P101
- 排泄 P102
- 整容 P103
- 生きがい P103
- コミュニケーション P104
- 病状管理 P105
- 身体機能 P111
- 介護者の負担軽減 P111
- 生活・住環境 P112
- 家事・生活援助 P113
- 独居生活 P114
- 認知症 P114
- 精神状況 P115
- 口腔衛生 P116
- 経済状況 P116
- 睡眠 P116
- インフォーマル P117

◆移乗・移動に関する長期・短期目標  
歩行

外出の機会を持ち、メリハリのある生活を送る	買い物や外出が出来るようになる
居宅内での移動が安全にできる	リハビリで体力・筋力をつける
腰痛が軽くなり、安定した歩行ができる	残存機能を活用し、自力で歩行ができるようにする
残存機能を活用し、自力での移動ができるようする	1人で安全に外出できるようになる
室内での移動に自信が持てる	1人で自宅内での移動が安全にできる
転倒しないで安定して歩くことができる	〇〇まで歩いていくことができる
歩行・移動時の動作を安全に出来るようになる	安全に移動ができるようになる
歩行時の転倒事故を防止する	ふらつくことなく安定して歩くことができる
歩行状態が安定する	安心して、買い物や外出が出来るようになる
歩行動作能力の維持・向上ができる	安心して自宅内を歩くことができる
フラツキがあるが、屋外での移動時に安全に移動できるようになりたい	安全・安楽に歩行できる
フラツキがあるが、自宅内の移動時に安全に移動できるようになりたい	安全な歩行ができるようになる
痛みと負担を軽減しながら歩くことができる	安全に移動ができるようになる
移動・移乗の介護負担を軽減させる	安全に一人で外出できるようになる
転倒・骨折しないように安全に移動できる	安全に屋外での移動ができるようになる
外出時、歩行が安全に行えるようになる	安定した歩き方ができる
自宅内で安全に移動（歩行）出来るようになる	下肢筋力をつけ生け花教室までの距離が歩くことが出来る
少しでも自分で歩けるようになる	下肢筋力をつけ囲碁教室までの距離が歩くことが出来る
〇m歩けるようになる	下肢筋力をつけ見守りの中安全に歩けるようになる
トイレまで歩けるようになる	下肢筋力をつけ将棋教室までの距離が歩くことが出来る
玄関まで歩けるようになる	家の中でも、安全に移動出来るようにする
近くの公園まで歩けるようになる	家の中でも、安全・安心・安楽に移動出来るようになる
出来る範囲内で散歩を継続して歩行を安定させる	家事や買い物・散歩が毎日できる
杖歩行ができるようになる	安全に生活できるように現在の歩行能力を維持していく
歩行器を使って歩けるようになる	日常生活に支障のないように現在の歩行能力を維持・継続させる
物にぶつからずに歩行できるようになる	入院により歩行状態が不安定になったが、以前のように安定して歩ける様になる

車いす

残存機能を活用し、自力で車いすでの移動ができるようになる	車いすへの移乗時に足の巻き込みを予防する
自分で車いすへ移乗できる	車いすでの移動が出来るようになり介護者の負担を軽減する
車いすでの移動動作能力の維持・向上ができる	自力で車いす移動が出来るようになる
車いすで外出できるようになる	車いすで散歩できるようになる
車いすで移動することができる	車いすで買い物に行けるようになる
車いすで安全に移動できる	車いすで通院できるようになる
車いすに安全に移乗できる	車いすを使って夫婦で外出できるようになる
車いすの操作を安全に行うことができる	車いすを使って家族で旅行に行く

### 起居動作 寝返り 起き上がり

階段の昇り降りが、安全にできる	立ち上がり動作能力の維持・向上ができる
起き上がり動作能力の維持・向上ができる	廊下の段差で転倒することなく移動できるようになる
起居動作、移乗が安全にできる	ベッドからの起き上がりや立ち上がりが出来るようになる
起居動作、移乗動作が安全にできるようになる	安心してベッド上での生活ができ、安全に移乗動作ができるようになる
残存機能を活用し、自力での階段の昇降ができるようにする	安全に移乗ができるようになる
残存機能を活用し、自力での起き上がりができるようにする	座位で過ごせる時間を増やす
残存機能を活用し、自力での体位保持ができるようなる	ベッドからの起き上がり動作が安全にできる
残存機能を活用し、自力で移乗ができるようにする	ベッドからの転倒が起きないようにする
寝たきりの状態を少なくする	安定した寝返り、起き上がり、立ち上がりができる
身体に負担なく就寝・起床動作が出来るようになる	移乗や移動時の転倒を防止する
麻痺による日常生活への支障が軽くなるようにする	移乗動作能力の維持・向上ができる
無理なく座位がとれ、好きな花を見たりすることができる	移動時の転倒を防止する

### ◆リハビリに関する長期・短期目標

#### 歩行

歩行が不安定で心配だが買い物・外出が出来るようになる	下肢筋力をつけ見守りの中安全に歩けるようになる
歩行が不安定で転倒が心配、リハビリで体力・筋力をつける	外出時、歩行が安全に行えるようになる
歩行時の転倒事故を防止する	自力で歩行ができるようになる
歩行動作能力の維持・向上ができる	杖歩行ができるようになる
安全・安楽に歩行できる	段差につまずくことなく安全に移動できるようになる
下肢筋力・機能向上を図る事が出来る	定期的に運動をおこなうことにより、日々の運動不足が解消される

#### 車いす

家族の車いすでの移動介助の負担を軽減する	車いすで安全に移動できるようになる
自力で車いす移動が出来るようになる	車いすに安全に移乗できるようになる

#### 起居動作

ベッドからの起き上がりや立ち上がりが出来るようになる	起居動作、移乗動作が安全にできるようになる
ベッドから転落せずに安全に生活する	自力で階段昇降ができるようになる
安心してベッド上での生活ができ、安全に移乗動作ができるようになる	自力で起き上がりができるようにする
安全に移乗ができるようになる	自力で寝返りがうてるようになる
安定した寝返り、起き上がり、立ち上がりができる	自力で立ち上がりができるようにする
移乗動作能力の維持・向上ができる	自力で立位保持ができるようになる
家族の座位保持介助の負担を軽減する	身体に負担なく就寝・起床動作が出来るようになる
関節可動域の維持・向上を図る	体力、足腰が弱くならないように定期的に運動をする
基本動作能力の維持・向上を図る	立ち上がり動作能力の維持・向上ができる
起き上がり・立ち上がりが安全に出来るようなる	立位保持動作能力の維持・向上ができる
起き上がり動作能力の維持・向上ができる	残存機能を活用し、自力での起き上がりができるようにする

## 居宅サービス計画書(第2表)

### サービス内容

第2表		居宅サービス計画書(2)											
利用者名		殿							作成年月日		年	月	日
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		
						ココ！							

- デイサービス デイケア P119
- ホームヘルパー P122
- 病状管理 P125
- ショートステイ P131
- 福祉用具レンタル(理由付き) P134
- 福祉用具購入(理由付き) P136
- 住宅改修 P137
- 認知症高齢者 P139
- 独居高齢者 P143
- 口腔ケア P144
- インフォーマルサービス P145

## ◆デイサービス デイケアのサービス内容

## 入浴

洗身、洗髪介助及び見守り	シャワーチェアの活用
洗身・洗髪一部介助及び見守り・声かけ	バスボードの活用
洗身・洗髪の見守り及び介助	浴槽台の活用
洗身・洗髪介助(特浴で対応)	手すりの活用
着替えの見守り及び声かけ	着替えの見守り及び介助
更衣・整容の介助	更衣・整容の一部介助
洗身・洗髪一部介助及び見守り・声かけ(体調不良は無理をせず介助を行う)	洗身、洗髪介助及び見守り(体調不良時は中止し、清拭が可能ならば清拭を行う)
前側は自分で洗い、後ろ側(背中やお尻)は職員が介助する	手の届くところは自分でやってもらい、手の届かない所は職員が介助する
必要に応じて二人で介助を行う	更衣・整容の見守り、声掛け
入浴の見守り及び一部介助	衣服の着脱は健側から脱いで、患側から着る
入浴の見守り及び声かけ	着脱しやすい衣類を選択する
特浴(機械浴)では動作の前に声掛けをする	入浴前のバイタルチェック(血圧・体重測定)
座位姿勢の保持	入浴後の水分補給
立位姿勢の保持	入浴後の軟膏塗布
浴室内の移動の見守り	入浴後のワセリン塗布
浴室内の移動の一部介助	入浴後の整容(爪切り・薬の塗布)
浴槽への移乗動作の見守り	入浴後の整髪
浴槽への移乗動作の一部介助	入浴が行えない時は清拭または部分浴対応
浴槽からの立ち上がり一部介助	入浴できない時はシャワー浴、清拭対応
脱衣所の移動介助	入浴出来ない時の対応(手浴・足浴・軟膏塗布・清拭)
全身状態の確認 しっかり声かけを行いながら行う	デイサービス利用時の着替えを準備する
全身皮膚状態の確認	入浴動作のリハビリ実施
全身または部分清拭	足浴・手浴・整容

## 食事

食事の一部介助・見守り・声掛け	食事量・水分量の確認
食事の見守り及び介助、	少しでも自分で食べられる様に食器を工夫する
食事介助	少しでも自分で食べられる様に食事形態を工夫する
食事の自力摂取を促す・声掛け・見守り	食べやすい食器の工夫をする
自分で食べられない時は介助する	食べやすい、飲み込みしやすい献立の工夫
できる限り自分で食べてもらうようにするが、難しい場合は介助する	食べやすい食事形態の工夫をする(刻み食 ころみ食 やわらか食)
食事中に声掛けをする	栄養管理(カロリー 塩分等)
食事形態の検討(刻み ころみ)	食後の口腔ケア
食事姿勢の保持(椅子とテーブルの高さ調整)	食後の歯磨き、うがいの声かけ
食事中に座位が保てるように、椅子やクッションを工夫する	食事中の姿勢(座位)を検討する(座面の高さや テーブルの高さ)
服薬の声かけ・見守り	食後の歯磨き介助
座席の配置に配慮する	薬を手渡す
食事を一緒に食べる	

## 排泄

排泄の声掛け、見守り、一部介助	更衣（紙パンツの交換）見守り及び介助
排泄介助・紙パンツの交換・着替えの介助	清拭（汚染がひどい時はおしりを洗う）
排泄後の後始末を行う	トイレに行くタイミングを把握して声かけをする
ズボンおよびパンツの上げ下げ介助	落ち着かない状況になったらトイレ誘導する
パット交換	尿量の確認
オムツ交換	尿の色の確認
定時のオムツ交換	尿漏れの確認
陰部の洗浄	腹部膨満感・残尿感の確認
陰部の清拭	看護師による留置カテーテルの交換
定期的なトイレ誘導・声かけ	看護師による尿量・尿の色確認
定時のトイレ誘導・声掛け	尿バッグ内の尿の廃棄
〇時間ごとのトイレ誘導・声かけ	カテーテルが抜けていないか確認
排泄間隔の把握	尿器を使用して排泄する
排泄パターンの把握	自己導尿の声かけ・トイレ誘導
便座への移乗介助	カテーテルの挿入・消毒
排泄動作介助・見守り	自己導尿の必要物品準備
便座への立ち座りの一部介助	ポータブルトイレでの排泄介助
便座への移乗介助	ポータブルトイレの設置（移乗しやすい位置）
汚染した衣類、シーツ、布団の交換	

## 外出の機会確保・交流・アクティビティ

アクティビティの実施・参加	ティータイムを楽しむ
リハビリテーションへの参加	他の利用者とのコミュニケーションを取る
リハビリ体操の参加	傾聴による不安の解消
レクリエーション・行事への参加	会話は耳元で話しかけるようにする
レクリエーションの参加(体操・お茶会の参加・季節行事の参加)	コミュニケーションは筆談を行う
レクリエーション等に参加し、楽しい時間を過ごす。	いろいろな人とコミュニケーションをとる
外出行事への参加	利用者同士の会話を仲介する
活動の場への参加/声掛け/他者との交流	利用者との会話ができるよう働きかける
社会的交流、アクティビティ、行事の参加	会話が弾むような雰囲気づくりを行う
趣味の活動を行う	ジェスチャーで会話をする
余暇活動への参加	スタッフとの雑談
囲碁に参加する	受容的な態度で接する
将棋に参加する	職員が間に入って会話をサポートする
カラオケに参加する	職員と雑談をする
お菓子作りに参加する	他の利用者との雑談する
園芸に参加する	本人の興味がある者を傾聴する
手芸に参加する	本人の昔の話（仕事 子育て等）を傾聴する
陶芸に参加する	本人の思いを傾聴する
書道に参加する	相談対応・傾聴による不安の解消
ゲームに参加する	相談対応による不安の解消
カードゲームに参加する	交流の場の情報提供
外出行事（買い物 花見等）に参加する	趣味の会などの情報提供
地域交流の場の情報提供	

# サービス担当者会議の要点

## 第4表

サービス担当者会議の要点						
利用者名	様	作成担当者		作成年月日	年	月 日
開催日	年 月 日	開催場所		開催時間		開催回数
会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
検討した項目	ココ！					
検討内容	ココ！					
結論	ココ！					
残された課題 (次回の開催時期)	ココ！					

- スタANDARD P147
- 介護認定更新時 P148
- 退院に向けて P149
- 初回サービス利用 P150
- デイサービス① P151
- デイサービス② P152
- デイサービス新規利用 P153
- デイサービス・ヘルパー利用 P154
- デイサービス・福祉用具貸与 P155
- デイサービス・ショートステイ・福祉用具貸与 P156
- ヘルパー(家事全般) P157
- ヘルパー(買物 調理) P157
- ヘルパー(掃除) P158
- ヘルパー(入浴介助) P158
- ヘルパー(通院介助) P159
- ショートステイ① P160
- ショートステイ② P161
- 緊急ショートステイ P162
- ロングショートステイ P163
- 福祉用具貸与(レンタル) P164



**◆介護認定更新****検討した項目**

- ①ケアプラン原案に対して本人・家族の意向確認
- ②これまでの生活、サービス利用状況の確認
- ③利用するサービス内容、頻度、利用料金等の確認
- ④ケアプラン内容の確認（利用回数・支援内容等）と各担当者の役割分担確認

**検討内容**

- ①ケアプラン原案に対して本人・家族の意向確認

「居宅サービス計画書（1～3表：※別紙参照）」についての説明を行う

本人⇒「今のサービスにととても満足している。これからも継続して〇〇を利用したいと思っている。ケアプラン内容について合意を得る」

家族⇒「今の〇〇サービスは職員さんも良くしてくれるし、主人も利用を楽しみにしています。できればこれからも継続して利用させてもらいたいです。ケアプラン内容について合意を得る」

- ②これまでの生活、サービス利用状況の確認

サービスの利用状況の確認⇒ 〇〇サービス〇〇氏より報告

生活状況⇒ 夫婦で協力しながらなんとか生活されています。身体状況もなんとか維持できており。自分で出来ることは自分で努めてするようにされています。家族も出来る限り在宅生活を継続出来るように協力的です

生活ニーズ⇒ 居宅サービス計画書2表の生活ニーズで確認

- ③利用するサービス内容、頻度、利用料金等の確認

別紙「サービス利用票6表 7表）」に添って、今後のサービス内容等について確認・情報共有の場を会議出席者間で設けた。

- ④ケアプラン内容の確認（利用回数・支援内容等）と各担当者の役割分担確認

事業所⇒

本人・家族の意向・思いを確認のもと、本日の担当者会議の中で話し合い検討した結果、ケアプランのサービスを継続していく事で了承を得た。

**結論**

1. 今回提示したケアプランについて、ご本人及び家族、事業所からの合意を得た。
2. 今後も継続して居宅サービス計画書にある内容に沿ってサービスを提供していく事になる。
3. サービス内容については、原案で提案した通り〇〇デイサービス週〇回 〇〇ヘルパーによる〇〇援助を週〇回 〇〇用具をレンタルする。
4. 身体機能及び精神面での機能低下リスクも予想し、主治医等との連携を行い、医療チームからのアドバイスをもとに、病状の安定と状態変化の早期発見に努めるようにする
5. 本人だけでなく、介護者の負担軽減にも十分配慮して、モニタリング時に確認する
6. 各サービス事業所に対して個別援助計画の提出を依頼する。

残された課題⇒なし。

（現状はしばらく状態観察とし、短期目標の期限までにサービス担当者会議を開催して検討する。ただし、問題が発生した場合にはサービス担当者会議は随時開催する。）

# 支援経過記録

## (第5表)

第5表		居宅介護支援経過記録	
利用者名 _____ 様		作成年月日 年 月 日 居宅サービス計画作成者氏名 _____	
年月日	内 容	年月日	内 容
	ココ！		ココ！

- 初回面談・インテーク P166
- 契約時 P167
- アセスメント P168
- ケアプラン P168
- 介護サービスの提案 P169
- サービス担当者会議 P170
- モニタリング P171
- 利用票・提供票 P172
- 医療機関との連携 P172
- 末期がんの利用者 P174
- 特定事業所加算（多様なサービスを位置付けない理由） P175
- 要介護認定関係 P175
- ケアマネ変更引継ぎ P175
- その他 P176
- ケアプラン軽微な変更 P176

※支援経過記録はあくまでも記載例です。加算算定要件、減算については保険者に確認してください

## ◆初回面談・インテーク

<b>初回面談</b>
<p><b>【初回電話相談】</b>          利用者の長女より電話あり。一人暮らしの母の介護のことで悩んでいるとのこと。電話では長女の悩み、主訴を聞くことに専念し、詳しい内容は後日自宅に訪問し面談にて確認することにした。〇月〇日に自宅に訪問することにする。          ※詳細はアセスメントシート参照</p>
<p><b>【初回面談実施】</b>          利用者宅を訪問し、介護支援専門員証の提示を行い、自己紹介をした後にインテーク面接およびアセスメントを実施する。利用者の主訴及び家族の希望、身体状況や介護力、生活環境等についてアセスメントを実施する。          (アセスメント面接を実施することについてその趣旨を説明し、同意を得た。)</p>
<p><b>【病院での面談実施】</b>          〇〇病院の病室を訪問し、介護支援専門員証の提示を行い、自己紹介をした後にインテーク面接およびアセスメントを実施する。利用者の主訴及び家族の希望、身体状況や介護力、病状、生活環境等についてアセスメントを実施する。          (アセスメント面接を実施することについてその趣旨を説明し、同意を得た。)</p>
<p><b>【病院での情報収集実施】</b>          〇〇氏の担当ケアマネジャーである事を伝えたくて、〇〇病院のスタッフ〇〇氏より医療情報を聴取する。病状、退院の見込み、リハビリ計画、退院前カンファレンスの日程などの確認を行う。          ※詳細は別紙参照</p>
<p><b>【介護保険者被保険者証の確認】</b>          利用者および家族の同意を得て、被保険者証の内容（要介護度、有効期間、審査会の意見欄、給付制限等）を確認した。</p>
<p><b>【介護保険負担割合証の確認】</b>          利用者および家族の同意を得て、負担割合認定証を確認した。（〇割負担）</p>
<p><b>【身分証の携行】</b>          利用者および家族に対して介護支援専門員証を提示し、今後担当介護支援専門員としてケアマネジメントを実施していくことについて同意をもらう。</p>

## ◆契約時

<b>契約時</b>
<p><b>【契約について】</b> サービス利用開始にあたり、契約書および重要事項説明書等について利用者本人及び家族に説明し、同意の署名・捺印を頂き交付した。</p>
<p><b>【複数の事業所選択と選定理由】</b> 利用者及び家族に対し、複数の指定居宅サービス事業者等の中から利用者又はその家族がサービスの選択が可能であることを説明した後、サービス事業所の選定理由について介護支援専門員に対して求めることが可能であることを説明する。（重要事項説明書に同内容を記載しており、同意の捺印・署名をもらう）</p>
<p><b>【契約書 口頭同意】</b> 家族が遠方にいるため、サービス利用開始にあたり契約書および重要事項説明書等の内容について、文書での同意が困難なため、電話にて同内容を説明し口頭で同意を得た。後日面談してあらためて文書で説明する予定。（※本人は認知症があり契約内容等について理解できない）</p>
<p><b>【契約について】※家族の代理署名</b> サービス利用開始にあたり、契約書および重要事項説明書等について、代理で家族に説明したのちに、同意の署名・捺印を頂き文書を交付する。（※本人は認知症があり契約内容等について理解できないため家族に代理で署名をもらう）</p>
<p><b>【重要事項説明書の変更同意について】</b> 令和〇年〇月の介護報酬改定に伴い利用料が変更となったため、重要事項説明書の変更同意書を用いて、利用者本人及び家族に説明し、同意の署名を頂き交付する。 ※居宅介護支援は保険から10割給付されるため、利用者負担はないことも説明する。</p>
<p><b>【複数の事業所選択と選定理由】</b> 利用者及び家族に対し、複数の指定居宅サービス事業者等の中から利用者又はその家族がサービスの選択が可能であることを説明した後、サービス事業所の選定理由について介護支援専門員に対して求めることが可能であることを説明する。（重要事項説明書に同内容を記載しており、同意の署名をもらう）</p>
<p><b>【個人情報の同意】</b> 利用者及び家族等の個人情報の取り扱いについて、その利用目的、第三者への提供等の説明をした後、文書により同意を得た。※個人情報同意書参照</p>
<p><b>【金品收受の禁止】</b> 介護保険法において、利用者や家族等からの介護支援専門員に対する金品（心付け・進物）の收受は固く禁止されていることについて説明し理解を求めた。</p>
<p><b>【認定調査票および主治医意見書の同意】</b> 要介護認定調査票および主治医の意見書がケアプランを作成するうえで必要であることについて説明を行い、保険者より情報提供を受けることの同意を利用者及び家族から得た。</p>
<p><b>【入院時のお願い】</b> 入院時、その入院先（医療機関）に担当介護支援専門員の氏名および連絡先を伝えるよう、利用者（家族）に協力を依頼した。（※担当介護支援専門員の名刺を保険証やお薬手帳とセットで保管してもらうよう提案）</p>
<b>サービスの割合の説明義務（令和3年度改定）</b>
<p><b>【サービス割合等の説明】</b> 居宅介護支援の提供に際して、下記の2点について利用者及び家族に口頭で説明を行い、理解が得られた後に署名をいただき、文書にて交付した。 ①前6ヵ月間に作成したケアプランについて、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの割合 ②前6ヵ月間に作成したケアプランについて、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合（上位3位まで） ※期間は前期（3月1日から8月末日） 後期（9月1日から2月末日）</p>