

ケアプラン 1

面談実施日	令和 8 年 2 月 6 日 (金)
利用者情報	81歳 女性 要介護 4 在宅酸素利用中 日常生活自立度 (障害高齢B 2、認知症 I) 福祉用具貸与 (特殊寝台、特殊寝台付属品)
本人要望	今のまま自宅で生活したい。
家族要望	できるだけことはやってあげたいと思う。動けるようになってほしい。
ケアプランを抽出した理由	用具貸与のみ利用者割合が高い支援のようだが、利用者の心身状態の変化に応じた適切なケアプランを作成できているか疑義あり。
アドバイザーからの意見 (全体をおし て)	<p>①課題整理総括表では、自立した日常生活の阻害要因を 4 つ挙げられていて、全て「維持」となっていますが、ここを少しでも「改善」に持っていけるようなところをピックアップして掘り下げていただければ、本人さんが自立支援に近づいていけるのではないかと思います。実際難しいところもありますが、それでも改善に向けて何らかの項目で道筋を生み出していただければ幸いかと思います。</p> <p>②1 表の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では、本人・家族さんに関して記載していただいているのでこれで大丈夫かと思いますが、課題分析の結果についても今後記載していただければと思います。また、総合的な援助の方針についても同様で、ここにその急変時の対応の実態を示していただけるとなおいと思います。ケアマネだけの視点ではなく、担当者会議等々で医師をはじめ、他職種からの意見を募って総括して記載していただければと思います。</p> <p>③3 表についてですが、せっかくフォーマルなサービスを入れずに家族の介護力にあらかた対応した支援をしているのであれば、主な日常生活上の活動については今一度アセスメントをして本人さんの生活でこの時間には何をしているのか等、趣味嗜好まで深く見ていただければと思います。</p> <p>④担当者会議についても、検討内容は出席者からの意見を記すことはもちろん重要なんですけれども、具体的に何を検討したのか、現在は福祉用具の貸与のみ利用ですが将来的な支援の枠組みについて、家族や主治医等の専門職の意向も含めて検討していただければと思います。</p> <p>⑤支援経過について、前月にモニタリングをした支援経過に残さなければいけない状態から、何かしら変化があるというような視点で見ていただけると第三者が評価をする時により分かりやすくなるかと思います。</p> <p>⑥家族の献身的な介護から、在宅生活の継続という本人さんの意向は考えられていますけども、要介護 4 の状態に対して福祉用具のみで対応し続けることは、家族の負担軽減や急変時の安全確保の観点から、リスクは相当高いと考えられますので、そのあたりをよく考えて今後見直すきっかけとしていただければと思います (現在は訪問看護利用中とのことです)。</p>

ケアプラン2

面談実施日	令和8年2月6日(金)
利用者情報	89歳 女性 要介護1 独居(県外親族在中) 日常生活自立度(認知症Ⅱb) 訪問介護(3・5回/週) 福祉用具貸与(手すり、歩行器)
本人要望	自分で炊事家事がままならないので支援してほしい。また、足の踏ん張りが弱く、ベッドからの移乗、車の乗り降りが不安、見守り等支援を受けたい。自宅での生活を続けたい。
家族要望	記載なし
ケアプランを抽出した理由	生活保護受給者の割合が高い支援のようだが、有料老人ホームの生活保護受給者に適切なケアプランを作成できているか疑義あり。(区分支給限度額の利用割合が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るケアプランにも該当)
アドバイザーからの意見(全体をおして)	<p>①入院の度に病院へ付き添って同行されているみたいですが、ケアマネが主治医と医療の連携をとると月に1回に限り加算が50単位付きます。制度的にも主治医とケアマネさんが連携を図るように後押ししてくれているのも事実ですし、支援経過に残しておいていただけたら問題はないので、そのあたりも新たな気づきとして持ち帰っていただけたらと思います。</p> <p>②まず、課題整理総括表をつけていただいているのは評価できるというところです。自立した日常生活の阻害要因は、症状や病気の疾患名を羅列するのではなく、その疾患から生じている症状があくまでも日常生活にどう影響を及ぼしているかについて記していただくことが妥当と言われています。例えば、「認知症」だけではなく、「認知症からの徘徊によって目が離せない」等です。</p> <p>③次に1表についてですが、本人と家族の意向も記載していただいているので、この辺りも次計画を立てるときには新たなその時点での意向を伺ってもらえたらと思います。課題分析の結果についても記載してくれておりますので大変良いかと思えます。総合的な援助の方針のところも妥当性を感じられるような表現になっておりますが、「食事内容を工夫し、低栄養状態の悪化を予防する」と書いてくれるところを詳細に記していただければと思います。</p> <p>④ケアプラン2表ですが、ニーズが6つ挙げられていてそれぞれ長・短期目標を立てて、サービス内容を記しておられて特に問題はないかと思えます。ただ、次回気を付けてプランに生かしていただきたいのですが、ニーズがこれだけ多いので、多ければ多いほどこの目標期間で同時に見ていけるか否かということです。次回は少し絞って解決するように持っていく方が結果的にこの方の自立支援を促進するとも考えられます。</p> <p>⑤3表の主な日常生活上の活動が空白になっています。利用者さんをクローズアップしてみると、例えば高齢者なのでテレビ番組は我々以上に視聴する機会が多いと思われるので、次回は記載するように気を付けてください。</p>

ケアプラン3

面談実施日	令和8年2月6日（金）
利用者情報	98歳 女性 要介護4 ショートステイ利用中 日常生活自立度（障害高齢B2） 短期入所生活介護（毎日）
本人要望	病院を退院したら猫の顔が見たいので家に帰りたい。
家族要望	退院したばかりなので母を家に帰らせるのは心配だ。それでもいずれは家ですごさせてあげたい。
ケアプランを抽出した理由	短期入所のみ利用の方の居宅介護支援のようだが、適切なケアプランを作成できているか疑義あり。
アドバイザーからの意見（全体をとおし て）	<p>①課題整理総括表を付けていただいておりますが、改善と判断しているところが多いのは、例えば、要介護度が上がるにつれて本来であれば維持の可能性を見出して差し上げるべきであると思いますが、重症度が高くなるにつれて維持もしくは悪化という風な見通しに至る経緯になることは多いと思います。その中でも改善に向けて判断されていることは非常に共感できることです。</p> <p>②1表では、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で、課題整理総括表も作っておられますので、ここに専門的な知見も含めて課題分析の結果を記していただければなおいいかなと思います。総合的な援助の方針のところなんですが、この方のショートステイを利用されている現状ですが、急変・緊急時の実際について想定されていることがあれば記していただければと思います。これはケアマネさんの視点だけではなく、担当者会議等で議題に挙げてドクター含め多職種から伺っていただきたいです。</p> <p>③2表について、今回のニーズはひとつに絞っておられますが、「家においておくのは心配だ」とは息子さんの視点になってしまっているので、例えばショートステイでどんな生活を送りたいかという視点で考えると本人さんメインのニーズが抽出できるかなと思います。ただ、インフォーマルサービスに家族の介護力を入れられているのは良いと思います。</p> <p>③3表の週間サービス計画表は、主な生活上の活動のところには本人さんの趣味嗜好や生活上のこだわり等を記していただければと思います。</p> <p>④ケアマネ「去年、モニタリングが書けていないと実地指導がありました」→支援経過はその方の生活全般について、その方に起こっていることも含めて書くということが視点になるかと思うんですが、せっかくニーズを挙げて長・短期目標を立ててやっておられますので、それに対する現状についても記していただければいいのかなと思います。その他起こっていることについては支援経過、ケアプランの内容についてはモニタリングという住み分けをしていただければ書きやすいかなと思います。</p>

ケアプラン4

面談実施日	令和8年2月6日(金)
利用者情報	93歳 女性 要介護2 シルバーシェアハウス利用中 日常生活自立度(障害高齢A1、認知症I) 訪問介護(毎日) 地域密着型通所介護(1回/週) 訪問看護(1回/週)
本人要望	家族に迷惑が掛からないように生活していきたい。歯茎と舌が痛いのが7か月も続いていて困っている。歯医者さんに治してもらいたい。シェアハウスでみんなと楽しく過ごしたい。ミシンで作ったものを売ってもらえたら嬉しい。
家族要望	とにかく健やかに楽しく過ごしてもらえたら嬉しいです。
ケアプランを抽出した理由	要介護度の重度化防止、悪化進行防止を目指した適切なケアプランを作成できているか疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①利用者基本情報について、「趣味・楽しみ・特技」は具体的に記入してください。趣味・楽しみ・特技を今後どのように活かしていくのか、ケアマネージャーとして本人から聞き出して欲しいです。例えば、ミシンを使っているのであれば何を作っていたのか、作った物は誰かにあげていたのか、などを記入してください。「友人・地域との関係」は今までの交流関係や本人が幼少期に関わった人、近所の人との関係性等を記入してください。「現在利用しているサービス」も空白になっているので、記入してください。</p> <p>②フェイスシート・アセスメントシートの作成年月日がケアプラン作成日より後の日付になっています。これでは、ケアプラン作成前にフェイスシートやアセスメントが作成できていないこととなります。基本を確認し、ケアマネージャーとして責任を持って業務を行ってください。</p> <p>③課題整理総括表の「自立した日常生活の阻害要因①」に「アルツハイマー認知症」と記載されていますが、アルツハイマー認知症でもないのに病名を記載しないでください。</p> <p>④居宅サービス計画書(1)で「～で困っている。」とありますが、本人は日常生活で何がしたいのか、利用者や家族、各事業所に伝わるように具体的なケアプランを作成してください。</p> <p>⑤居宅サービス計画書(2)長期目標は2年でした。この人(93歳)に対して2年の長期目標は長すぎます。維持できるものでも良いので、利用者の目標や内容にあったものにしてください。</p> <p>⑥週間サービス計画書の「週単位以外のサービス」は居宅療養管理指導や通院乗降介助を書いてください。「主な日常生活上の活動」も具体的に記入してください。</p> <p>⑦サービス担当者会議に主治医の意見がないので、記載してください。サービス担当者会議は現状を知り、今後の目標を考えることに役立ちます。本人のことをきちんと知り、担当者会議を有意義なものにしてください。</p> <p>⑧居宅介護支援経過にアセスメント作成、サービス担当者会議の開催、ケアプラン交付をした記録がありません。行っていることを記載していないのは、行っていないのと同じことです。自分を守るためにも、支援経過は忘れずに記入してください。</p> <p>⑨サービス利用票についてですが、本人の能力を見て、自立したプランを作成してください。施設の言いなりになるケアプランではいけません。自立したケアプランを作成するために、どのようなサービスを提供すれば良いのか、施設の人と話合うのもケアマネージャーの仕事です。</p>

ケアプラン5

面談実施日	令和8年2月6日(金)
利用者情報	93歳 男性 要介護2 在宅(嫁同居) 日常生活自立度(記載なし) 介護タクシー(適宜) 福祉用具貸与(歩行器) 福祉用具購入(入浴台) 通所介護(1・2回/週)
本人要望	痛みによる動きにくさ等は福祉用具の利用などで楽になっている。しかし年とともに痛み等が強くなってきているのでリハビリに行って歩行能力を維持したい。
家族要望	福祉用具の利用をして家の中での困り事は少なくなってきているので助かっている。タクシーを含め、サービスは継続利用して今後はデイサービスに通い、痛みの軽減や歩行が維持できるよう頑張ってもらいたい。
ケアプランを抽出した理由	地域密着型通所介護の平均回数と最大回数の多い支援のようだが、適切なケアプランを作成できているか疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をおしりて)	<p>① 利用者基本情報の「家族状況」は配偶者や息子のこと等を詳しく書いてください。「職業歴」はその仕事を選んだ理由、やりがい等を記載し、本人のことをもっと詳しく知ることが濃くなると思います。「生活リズム」を見ると、日中横になることが多いのに、夜間は2～3時間でトイレに行っています。どうしてそのような生活リズムになるのかを考えてみてください。服用している薬や病気などを主治医に相談することで、トイレの回数が減るかもしれません。また、ADLの改善にも繋がります。</p> <p>② 課題整理総括表の「自立した日常生活の阻害要因②」に「両手両下肢の痺れ」とありますが、痺れや痛み具合を把握することで、半年前(過去)と現在を比較し、振り返りができる課題整理総括表にしてほしいです。</p> <p>③ 居宅サービス計画書(1)の「利用者及び家族の生活に対する意見を踏まえた課題分析の結果」は本人の要望のその先を何に繋げていくのか、どのように確認していくのかを考えて記載してください。「総合的な援助の方針」には緊急時の対応方法を記載してください。徳島市のホームページには防災マップが掲載されています。あらかじめ家族に話しておく、もしもの時に役立つと思います。</p> <p>④ 居宅サービス計画書(2)の短期目標は「健康状態を維持できている」では、既に目標を達成できているように書かれています。どのような状態になれば健康と言えるのでしょうか。例えば、階段の昇り降りといったように、具体的に書いてみてください。介護タクシーの利用についてはきちんと書かれていて素晴らしいです。</p> <p>⑤ 週間サービス計画表の「主な日常生活上の活動」が空白になっているので、記載してください。</p> <p>⑥ サービス担当者会議に福祉用具事業所の意見がないので、記載してください。また、通院乗降介助のことも記載しましょう。聞き取った日や照会した日も記録してください。各事業所や本人、家族と情報共有をすることで、より良いサービス担当者会議になると思います。</p> <p>⑦ 主任ケアマネージャーとして、地域支援にも活動を繋げてください。包括支援センターへの相談や、施設へのイベント開催の希望など地域を巻き込んだ活動を行ってください。そうすることで、本人の活動の場が広がると思います。</p>

ケアプラン6

面談実施日	令和8年2月6日(金)
利用者情報	98歳 女性 要介護4 サービス付き高齢者向け住宅入居中 日常生活自立度(障害高齢B2、認知症IIIa) 訪問介護(必要時) 通所リハビリ(3回/週) 福祉用具貸与(車いす、車いす付属品、歩行器、特殊寝台、特殊寝台付属品) 居宅療養管理指導(2回/月)
本人要望	今後も施設での生活を続けて、生活の手助けやリハビリを受けたい。
家族要望	左大腿骨頸部骨折で歩行がしにくいため、今後も介護保険や施設の方に手助けをしてもらいながら生活してほしい。
ケアプランを抽出した理由	通所リハビリテーションの平均回数と最大回数の多い支援のようだが、適切なケアプランを作成できているか疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体とおして)	<p>①フェイスシートでは、本人の相談内容は不安な思いなどをもっと記入してください。家族構成は仕事や勤務形態、休みの日を記入してください。そうすることで、施設の人が家族との連絡が取りやすくなります。インフォーマルな支援活用状況はサ高住に入っても記載してください。主任ケアマネージャーであれば、施設へのイベント開催の希望やサロン交流の場作りを提案してみましょう。本人の活動の場が広がると思います。</p> <p>②課題整理総括表の「自立した日常生活の阻害要因①」にある「左大腿骨頸部骨折の痛み」とはどこがどれくらい痛いのかを考えて記載しておく、半年前(過去)と現在を比較し、振り返ることに役立ちます。</p> <p>③居宅サービス計画書(1)で課題とは目指す姿・ありたい姿ですが、「課題分析結果ができないで困っている。」の表記になりがちです。課題分析はケアマネージャーの考えなので、施設においてこの方の生活がどのように安定するか、フォーマル・インフォーマルサービスも含めて分析結果を残して欲しいです。また、「自立した日常生活の阻害要因」にはやっていること、頑張っていること、できること等の促進要因の分析が自立支援には必要です。「総合的な援助の方針」は注意すべき支援内容が記載されているだけなので、具体性に欠けていて個別ケアがイメージしづらいです。「目標を持って、取り組む先に〇〇がある。」という明記をしてみてください。緊急時の対応方法を記載してください。徳島市のホームページには防災マップが掲載されています。家族に話しておく、もしもの時に役立つと思います。</p> <p>④居宅サービス計画書(2)の短期目標はできている内容に思えます。維持する内容や、少しできなくなっていることを記入しましょう。言葉で人を動かすような書き方やプラン作りを行ってください。</p> <p>⑤サービス担当者会議の要点について、デイケア利用に際し、機能や頻度等のモニタリングだけではなく、ケアマネージャーとしてデイケアの職員や先生と情報共有を行ってください。</p> <p>⑥居宅介護支援経過では、本人の状況や思っていること等を詳しく記載してください。</p> <p>⑦評価表は、サービスありきのコメントで生活の様子に沿っていません。本人のことをもっと見ることで、コメントの内容も変わってくると思います。</p>