ケアマネジメント向上事業の実施について

＜介護支援専門員研修改善事業（平成24年度予算）＞

目　的

介護支援専門員研修改善事業（平成24年度予算）において、現行のケアマネジメントの実態と課題を明らかにするため、具体的なケアプランとケアマネジャーの思考過程の事例に基づいて、ケアマネジメントの評価・検証と、ケアマネジメント向上のための改善方策の検討を行う。

事業内容

【平成24年度】

①ケアプラン事例検証に向けた調査

・アセスメント情報からケアプラン作成に至るプロセスを可視化するための課題抽出シートの作成。

・概ね1,000ケースについて、ケアプランとケアマネジャーの思考過程の事例を収集し、アセスメントによる課題抽出からケアプラン作成に至るケアマネジメントの内容について評価・検証。

・「地域ケア会議」での活用も試行的に実施。

②ケアマネジメント向上会議（仮称）の開催

・ケアプランの実態と課題について、具体的なケアプランとケアマネジャーの思考過程の事例に基づき、多職種の協働による公開の議論の場において、事例評価・検証を実施。

・事例評価・検証を踏まえて、ケアマネジメント向上のための改善方策を検討。

・会議メンバーは、多職種からなる実務者を中心として構成する予定。

➢「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」への報告

参考資料

介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する調査研究

ケアプラン詳細分析結果報告書　ポイント

平成２４年３月

株式会社 日本総合研究所

1．本検討の目的と基本的な考え方

（1）本検討の目的

ケアマネジメント業務の向上に向けて今後取り組むべき課題を抽出し、その解決の方向性を見出すこと。統計分析だけでなく、多職種の視点から事例の分析（定性的分析）も併せて行った点が特徴。

（2）検討に当たっての基本的な考え方

①広い意味での自立支援に資するケアマネジメントを目指す

利用者の ADL、IADL の改善可能性とサービス利用の実態を併せて把握し、その上で、利用者一人ひとりが安心して在宅での生活を続けられることを目指す広い意味での自立支援を基本とし、ケアマネジメント業務の分析・評価を行った。

②利用しているサービスだけでなく利用者・家族等の状況に着目して検証する

「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査」（以下、基礎調査）の調査結果を併用することで、利用者・家族等の状況を重視した分析・評価を行った。

③介護支援専門員を取り巻く環境も考慮して検討する

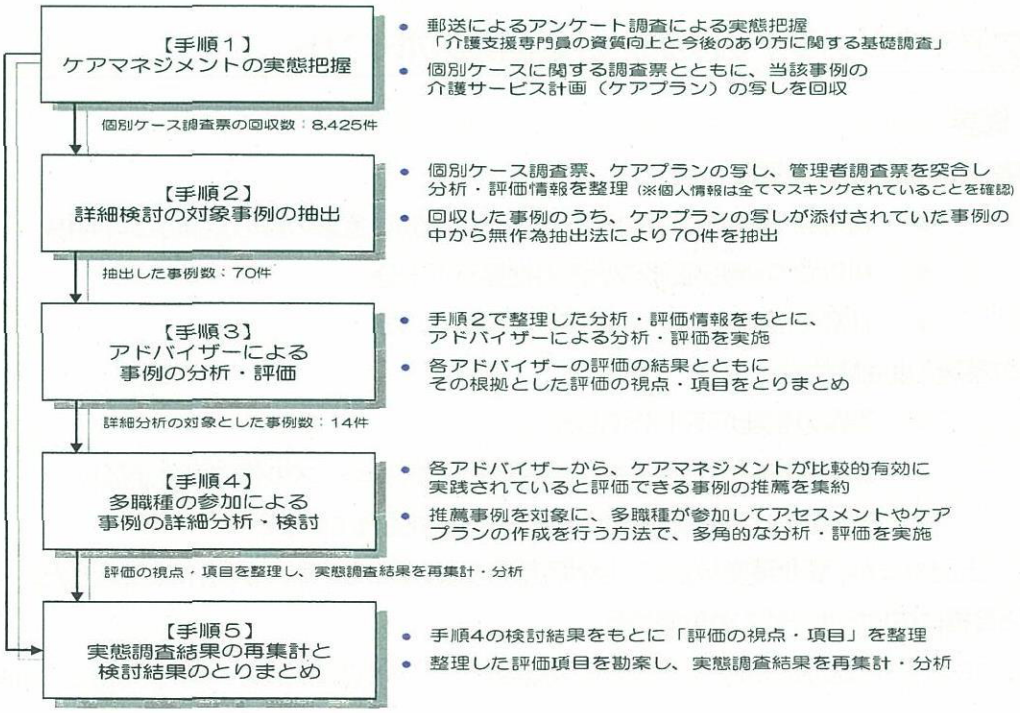
基礎調査結果を活用するとともに、介護支援専門員が属する事業所の状況や地域にある資源の状況等を考慮した分析・評価を行った。

2．検討の方法

（1）検討の手順

まず、平成 22 年度に実施した基礎調査結果の分析を行った上で、事例の分析評価（定性分析）を行い、そこで明らかになった評価の視点を踏まえ、再度定量分析を行った。

⇒基礎調査の分析結果のポイントは本編 参考資料1を参照。



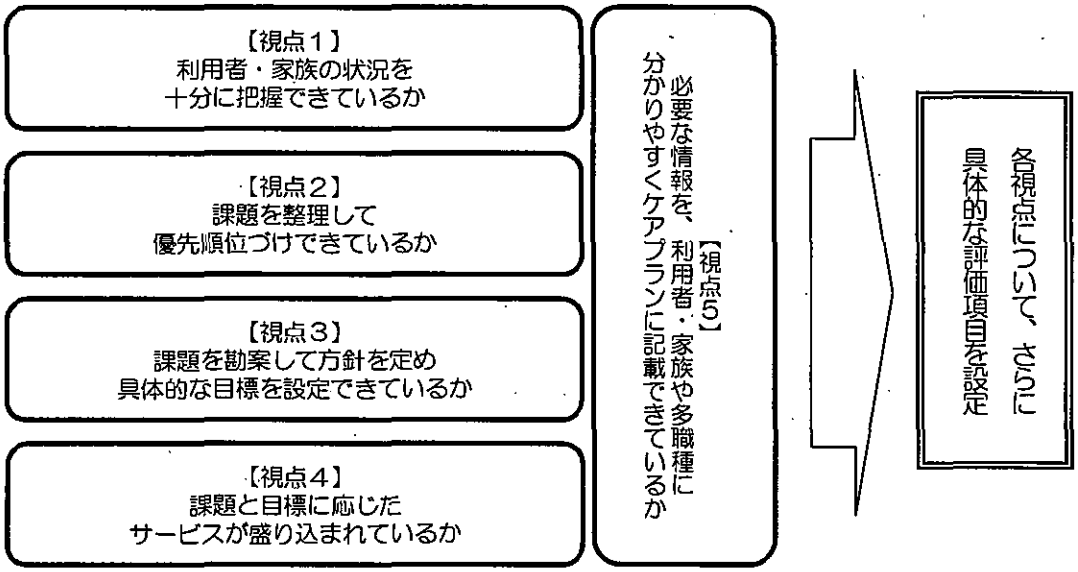
（2）評価の範囲と事例の分類方法

本分析では、要介護度だけでなく、要介護状態となった原因疾患、ADL、IADL、認知症程度、居住状態に着目してクラスター分析を行い、利用者・家族の状況に合わせたグループ化を行った。

前述のように、分析の結果を見ると、要介護度が同程度であっても、主な原因疾患や居住状態によって、状態像や利用しているサービスの割合が異なる実態が明らかになった。

3. 評価の視点と項目

ケアマネジメントの各過程に応じて以下のような視点を置き、各視点について評価項目を設定した。



4. ケアマネジメントの実態と評価結果のポイント

（1）総評

○利用者・家族等の状況の把握

- 利用者・家族等の意向は把握できているが、家族の誰の意向かが不明確
- 利用者の通院・服薬の状況の把握が不十分
- 日常生活のスケジュールが記載されていない

○課題の整理と優先順位付け

- 課題の整理が不十分である
- 課題解決の優先順位付けが不十分で、医療ニーズの優先順位が低い
- 短期目標が、評価可能な程度まで具体化されていない

上記のほか、要介護度となった主な原因疾患を記載していない事例も多く見られた。

○課題と目標に応じたサービスの位置づけ

主な原因疾患別に利用者・家族等の状況とサービス内容を比較してみると、総じて、脳卒中以外

の認知症と廃用症候群の事例において、状態像、ニーズ、目標、サービス内容の間に不整合が見られる事例が多かった。このような状況の要因としては以下の 2 点が考えられる。

- 認知症や廃用症候群の事例について介護支援専門員がケアプランを考える参考となる事例が少ない
- 認知症や廃用症候群に対応できるサービスが、地域の中に不足している

（2）利用者の状態像に応じた評価結果

①要介護度が軽度の事例

- ADL が自立である項目に関して訪問介護サービスが利用されている割合は小さいが、通所介護のサービス内容が不明確
- 改善可能性が高い利用者は多いが、リハビリテーションの利用率は少ない

自立状態にある ADL に対応する訪問介護サービスが利用されている割合は約 1～13%程度であり、利用事例も、個別に見ると、認知症が比較的重度であったり、障害を持っていたりする例が多く、総じて妥当なものであると言えた。

一方、通所介護の利用者は約 6 割と多いが、屋外移動、入浴、着脱衣といった ADL について、改善可能性が高い人の割合が大きいにもかかわらず、リハビリテーションの利用は約 3 割にとどまっていた。

②要介護度が中程度の事例

- 総合的な援助の方針を定めにくく、状態像の改善を考慮したケアプランとなりにくい
- リハビリテーションを行う際に、生活上の禁忌・留意事項への配慮が必要

要介護度が中程度では、総合的な援助の主な方向性を「状態像の改善」とすべきか「状態像の維持あるいは重度化の予防・遅延化」とすべきかの判断が分かれやすいところ。こうした判断に資するよう、今後、介護支援専門員の参考となる事例等を示していくことも必要。

ADL,IADL の中で改善可能な項目が多い割合が大きい一方、生活上の禁忌・留意事項がある利用者も多いため、適切な専門職による配慮されたリハビリテーションが必要。

③要介護度が重度の事例

- 家族等の介護者の負担軽減について、より詳細に介護者の負担の要因の分析を分析し、ケアプランで具体的な目標を設定することが必要
- 「疼痛の看護」、「インスリン注射」、「褥瘡の処置」等の医療処置が必要とされた事例においても、訪問看護の利用率が低い
- 訪問看護等の必要性を検討するとともに、地域における資源の量の検証が必要

介護する家族から見て、具体的に何が負担感になっているのかを掘り下げ、その負担感を軽減する目標とサービス内容になっているプランは少数。

また、介護保険あるいは医療保険のどちらの訪問看護も利用していない割合は、必要とされた医療処置にもよるが 3 割程度。介護支援専門員が主治医から情報を収集する機会を確保するとともに、地域における資源の量を検証することも必要。

（3）今回実施した評価方法について

定量的手法と定性的手法を組み合わせた検証の進め方は、個々の事例におけるケアマネジメントの検証に有効であったと考えられる。今後、さらに詳細な分類を行った上での検証や、地域で利用可能な資源の量を勘案した検証も必要である。

5. 今後取り組むべき課題

（1）ケアプランの作成に関する課題

①ケアプランの様式への記載方法が定着していない

チームケアの基礎情報として、家族の意向の主体、通院や訪問診療の状況、服薬等の医療の利用状況、インフォーマルな支援、日常生活のスケジュール等を明記することの定着が必要である。

②認知症や廃用症候群の状態像に応じたケアプランの事例に関する情報が不足している

今回の検討の結果、脳卒中以外の事例において、改善の余地があるケアプランがいくつも見られた。介護支援専門員が日常的にケアプランを作成する際に参考となる事例（特に認知症や廃用症候群の事例の事例）の情報をより多く普及する必要がある。

③課題の整理の根拠となった情報の記録方法が定まっていない

現行のケアプラン様式には、生活全般の課題（ニーズ）の整理の根拠となった情報を記録する欄が無い。介護支援専門員の事務負担を軽減し、かつ多職種間での情報共有を円滑にするためにも、課題の整理の根拠となった情報を記録する様式を定めることが必要である。

④ケアプランの記述方法に捉われてしまい、課題分析が十分でない

介護支援専門員が「～したい」という記述方法に捉われてしまい、結果として課題の分析が不十分になってしまっている。まず課題の分析を十分に行うことであって、記述方法はその結果の表現の工夫である。画一的に「～したい」という表現にするといった指導は改める必要がある。

（2）情報収集とアセスメントに関する課題

①情報収集が十分に実施できていない

業務経験年数が短くても、アセスメントに必要な利用者・家族の現在の状況に関する情報を十分に収集できるよう、実務研修等での指導を見直す必要がある。

②主治医からの情報収集が十分に実施できていない

医療との連携について以下のような課題がある。

- 利用者の症例名と現在の治療の状況、通院・訪問診療や服薬等の状況の把握
- 疾患等に伴う生活上の禁忌・留意事項の把握とサービス内容を検討する際の配慮
- 改善可能性の高い状態像に対する目標設定

研修等による知識の向上だけでなく、医療職から介護支援専門員への情報提供が円滑に行われるよう、介護認定審査会に付される主治医意見書の取り扱いを見直すことも必要である。

③収集した情報の分析と課題解決の優先順位付けが不十分である

利用者・家族の現在の状況の要因をより詳しく分析し、複数の状況の相互の関連性を整理できるようにすることが必要であり、介護支援専門員の専門性が最も求められる点でもある。

例えば、認知症がある事例などは、十分な分析のために、短期間のケアプランを作成しサービスを提供しながら詳しくアセスメントする方法や、サービスの提供を通して課題を整理する方法の活用も検討すべきである。

④短期目標が曖昧である事例が多い

短期目標は、設定した期間後に評価し、見直されなくてはならない。しかしながら、今回の検証では、長期目標と短期目標にほぼ同じことが記載されていたり、設定した期間内に達成することが困難な短期目標が記載されていたりといったケアプランも多く見られた。

アセスメントの際に、利用者の予後予測を捉える視点を必ず持つことを確実にするとともに、介護支援専門員の参考となるような状態像に応じた具体的な予後予測の例に関する情報を広く普及させることが必要である。

（3）個別サービスに関する課題

①個別サービスでのサービス内容とその結果が把握しにくい

ケアプランを改善しても、個別サービスの内容が改善しなければ、ケアプランの効果が高まらない可能性がある。短期目標をより具体的に設定した上で、個別サービス計画とその結果どうなったかを把握することが必要である。

また、利用者・家族等の状況を把握する際の視点を共有し、情報共有を円滑にするため、個別サービス計画の様式を一定程度定めるよう検討することも必要である。

②訪問看護、リハビリテーション、認知症対応のサービスの充足度の検証が必要

利用者の状況を勘案すると、訪問看護、リハビリテーション（訪問・通所）、認知症に対応したサービス（訪問介護、通所介護）の必要が認められる事例が多く見られた。また、認知症の事例については、認知症外来等の医療の体制の整備も検討が必要である。

基礎調査結果を見ると、これらのサービスが不足しているという認識は介護支援専門員も管理者も共通している。したがって、地域ごとに利用者の状態像を踏まえた検証が必要である。

（4）ケアマネジメントの検証方法に関する課題

利用者・家族等の状況を把握し、ケアプランと併せて分析する今回の評価方法は、一定の有効性があると考えられた。しかし、この方法では、ケアプランとは別に調査票への記入が必要となる。それゆえ、さらに詳細なケアマネジメントの検証を行うための情報を収集するためには、介護支援専門員の負担が大きい。

一方、介護給付費分科会の審議報告でも、ケアマネジメントの検証が次期計画期間における重要な課題となっている。したがって、ケアマネジメントの実践において日常的に作成・共有している書類を活用することで、検証に必要な情報を収集できるような仕組みを構築することも必要である。

6. 課題解決に向けた提言

（1）研修等によるケアプランの記載方法の定着促進

①参考となるプラン（例）の発信

評価結果でも示したように、ケアプランの書き方に不十分さが見られた。そこで、介護支援専門員がケアプランを作成する際に参考となる情報を発信し、資質向上に取り組む。

⇒参考プラン(例)の提案は本編 参考資料3を参照。

②地域包括支援センターの相談支援機能の強化

介護支援専門員向けの研修の見直しと合わせて、地域包括支援センターの包括的・継続的ケアマネジメント機能の強化が期待される。例えば、ケアプラン相談会といった形で、地域の居宅介護支援事業所の介護支援専門員が相談できる機会を増やすことが有効であろう。

なお、課題の整理を支援するため、具体的には地域包括支援センターにおける多職種の配置のあり方についても今後検討する。

③事業所における主任介護支援専門員による指導の活用

上記の取り組みに加え、居宅介護支援事業所に在籍している主任介護支援専門員には、これまで以上に、他の介護支援専門員の指導に取り組むことを期待する。

④研修における演習・実習の強化

実務者研修等の研修カリキュラムが、教材となる事例がケアマネジメントの実践で直面する利用者のニーズに照らして十分かどうか、多様な事例に対応する力を身につけるための演習あるいは実習の時間が十分かどうかを検証する。

（2）ケアプランの様式の見直し

①課題の整理の根拠となった利用者・家族等の状況や要因等を記録する様式の追加

アセスメントの前提となる情報の整理から、分析の過程課題と援助の方針を判断した考え方、その結果としてのサービス計画に至るプロセスを把握できるような様式に見直す。

⇒新様式案の提案は本編 参考資料2を参照。

②ケアプランの記述方法の見直し

まずはアセスメントの重要性を再確認し、適切なアセスメントが確実に行われるようにする。その上で、「生活全般の課題（ニーズ）」の記述方法について適切に選択できるようにする。また、画一的に「～したい」という表現にするといった指導を改める。

③介護予防計画の様式との統一の検討

介護予防計画の様式と統一すれば、介護予防計画の委託を受けている居宅介護支援事業所の介護支援専門員の業務の改善が期待されることから、同じ様式で支障が無いことを検証する。

（3）ケアプランの運用方法の見直し

①短期間（1ヶ月程度）のケアプランの活用の促進

アセスメントを十分なものとするため、例えば認知症がある事例など必要な場合には、1ヶ月程度の短期のケアプランを活用することを促進する。

②利用者及び家族に開示するケアプランの取り扱いの見直し

ケアプランには必要な情報の大半を記載できるよう見直した上で、利用者や家族向けには、分かりやすく要約されたプランを作成して提示することでも良いとするよう、規定の見直しを検討する。

（4）情報収集とアセスメントをより確実にするためのルール化

①介護支援専門員へ主治医意見書を提供することの明確化

認定審査会の資料として利用された主治医意見書の情報が、担当することとなった介護支援専門員に確実に提供されるような仕組みとなるよう、明確化する。

②保険者（地域包括支援センター）による地域ケア会議の開催の促進

専門職が不足する地域においては、他地域から専門職を派遣するといった取り組みも行い、地域ケア会議の実施を推進する。その際、今後の在宅ケアに必要となる観点を踏まえると、医師や看護師に加えて、PT/OT/ST、栄養士等の視点を加えることも必要である。

また、サービス担当者会議や地域ケア会議を、その実施率だけでなく、「多職種が参加できているか」という視点で評価することも必要である。

③サービス担当者会議への介護保険サービス担当者以外の参加の促進

サービス担当者会議へ、介護保険サービスの提供者だけでなく、民生委員や見守りや家事援助等のインフォーマルな支援の提供者も参加することも必要であろう。なお、症状等によっては、本人が不在の方がケアの方針を率直に共有できる場合もある。このようなサービス担当者会議の運用も認めることを明確にすることも検討する。

（5）ケアプラン点検の拡充

①ケアプラン点検を担当する行政職を対象とした研修の充実とケアプラン点検の必須化

ケアプランの様式を見直して点検の対象となる情報を共有しやすくするとともに、ケアプラン点検支援マニュアルの普及・定着を図るため、行政職を対象としたケアプラン点検の研修を拡充する。

さらに、ケアマネジメントの質の向上のため、保険者によるケアプラン点検を必須とする。

②特定事業所加算取得事業所の個別点検

特定事業所加算事業所には、質の高いケアマネジメントを実践し、その地域における地域包括ケアのリーダーシップを発揮することが期待される。

そこで例えば、ケアプラン点検を行政職だけでなく専門職も交えて行う地域ケア会議のような形式とした上で、特定事業所加算を取得している事業所のみ、ケアプランの内容に踏み込んだ点検を実施する。

（6）ケアプランと個別サービス計画との連携強化

①ケアプランの理解促進と個別サービスの検証

個別サービス提供者に対しても、ケアプランを理解してサービスを提供し、その結果と課題を整理して報告することを求める。

また、地域において妥当な個別サービスが不足している可能性も考慮する必要がある。認知症の見守りや声かけ、廃用症候群を悪化させないための機能向上を目的とした訪問介護、リハビリテーション、通所介護等の役割分担と評価のあり方も検討が必要である。

②個別サービスの計画書に記載すべき事項の見直しとサービス担当者会議の充実

個別サービスの計画書の様式が事業所によって異なるため、介護支援専門員は同じサービスでも多様な様式の計画書を管理することになっており、文書管理の負担感が大きい。さらに、個別サービス提供者から得られる情報量の多寡の差が大きい。

そこで、チームケアに参加する多職種が、ある程度共通した視点で利用者・家族等の状況を把握でき、チームケアを円滑に進められるよう、個別サービスの計画書に記載すべき事項を見直す必要がある。その上で、サービス担当者会議をより効果的なものとするため、その運用のあり方の検討も必要である。

以上

〔参考資料１ 別添資料〕　クラスター分析結果 総括表

要介護度（7 段階）、ADL6 項目（各 6 段階）、IADL11 項目（各 6 段階）、要介護状態となった主な原因疾患（4 分類）、居住状態（2 分類）に着目し、クラスター分析により事例を分類したもの。分析対象件数は 6,841 件。

クラスター	(N数、全体に占める割合)	概要	現在の状況						サービス利用実態	要介護度の変化
			要介護度	原因疾患(※1)	居住状態	認知症程度	日常生活自立度	ADL,IADL(※2)		
1	N=877 (12.8%)	廃用性で要支援1～要介護1。独居が過半数。	要支援1 31.5 要支援2 27.0 要介護1 29.3	脳卒中 17.2 廃用性 51.8 他 22.6	同居 43.1 独居 56.9	なし 51.4 Ⅰ 31.9 Ⅱ 14.1	J 58.2 A 36.1		訪問介護(身体) 13.5 訪問介護(生活) 26.9 訪問看護 5.2 訪問・通所リハ 15.6 通所介護 46.5	改善 10.6 同程度 70.7 悪化 10.1 不明 8.6
2	N=554 (8.1%)	認知症の要介護1～2。独居が半数弱。IADLは一部介助が多い	要介護1 61.0 要介護2 24.2	認知症 52.7 脳卒中 16.2 廃用性 19.5	同居 59.9 独居 40.1	Ⅰ 21.5 Ⅱ 54.7 Ⅲ 15.9	J 41.7 A 52.2		訪問介護(身体) 26.0 訪問介護(生活) 37.9 訪問看護 6.5 訪問・通所リハ 20.8 通所介護 64.8	66.8 悪化 18.8
3	N=666 (9.7%)	認知症の要介護1～2。ADLは高いがIADLは全介助が多く、同居が多い。	要介護1 46.5 要介護2 32.1	認知症 59.0 脳卒中 13.4 廃用性 18.3	同居 70.1 独居 29.9	Ⅰ 13.1 Ⅱ 53.8 Ⅲ 26.7	J 29.3 A 60.7 B 8.6		訪問介護(身体) 25.2 訪問介護(生活) 31.1 訪問看護 6.8 訪問・通所リハ 21.3 通所介護 68.2	61.7 悪化 24.8
4	N=778 (11.4%)	認知症で同居の要介護1～2。ADLは高いがIADL(特に家事)は低い。	要介護1 45.0 要介護2 35.6	認知症 23.4 脳卒中 29.9 廃用性 29.8 他 16.8	同居 89.7 独居 10.3	なし 20.3 Ⅰ 28.8 Ⅱ 39.6 Ⅲ 10.2	J 22.0 A 62.0 B 13.1		訪問介護(身体) 17.2 訪問介護(生活) 17.0 訪問看護 6.7 訪問・通所リハ 31.7 通所介護 62.7	改善 12.6 66.7 悪化 14.7
5	N=865 (12.6%)	廃用性で要介護1～2。独居が多く家事は困難な場合が多い。認知症程度は軽く、歩行も可。	要介護1 37.5 要介護2 28.2	脳卒中 24.3 廃用性 48.7 他 22.3	同居 61.0 独居 39.0	なし 51.4 Ⅰ 32.1 Ⅱ 14.6	J 22.0 A 62.0 B 13.1		訪問介護(身体) 28.0 訪問介護(生活) 42.2 訪問看護 9.1 訪問・通所リハ 26.8 通所介護 46.9	改善 12.8 63.8 悪化 15.8
6	N=1,778 (26.0%)	認知症が重いが歩行はできる要介護2～3。同居が大半。要介護度は悪化傾向。	要介護2 33.6 要介護3 33.9	認知症 51.3 脳卒中 20.8 廃用性 18.8	同居 88.5 独居 11.5	Ⅰ 12.6 Ⅱ 38.6 Ⅲ 35.9 Ⅳ 5.5	A 58.6 B 28.7		訪問介護(身体) 25.7 訪問介護(生活) 16.7 訪問看護 10.1 訪問・通所リハ 26.7 通所介護 65.6	57.2 悪化 28.0
7	N=791 (11.6%)	廃用性で要介護2～3。家事は困難な場合が多く、認知症程度は低い。	要介護2 34.3 要介護3 30.3	脳卒中 28.6 廃用性 44.0 他 24.0	同居 78.8 独居 21.2	なし 43.6 Ⅰ 33.4 Ⅱ 19.5	A 44.4 B 43.6		訪問介護(身体) 39.8 訪問介護(生活) 33.1 訪問看護 15.2 訪問・通所リハ 34.9 通所介護 45.4	改善 10.9 57.6 悪化 23.5
8	N=1,412 (20.6%)	主に要介護4～5で家族等と同居。食事以外のADL・IADLが総じて低い。	要介護4 36.8 要介護5 45.1	認知症 31.4 脳卒中 23.0 廃用性 30.1 他 15.5	同居 91.0 独居 9.0	Ⅱ 20.5 Ⅲ 35.6 Ⅳ 19.8 M 5.5	A 12.7 B 44.3 C 41.1		訪問介護(身体) 44.1 訪問介護(生活) 14.7 訪問看護 33.4 訪問・通所リハ 29.4 通所介護 52.5	55.0 悪化 35.6

※1 原因疾患は「認知症」：認知症が原因疾患として挙げられた事例、「脳卒中」左記の以外で脳卒中が挙げられた事例、「廃用性」左記以外で、呼吸器の病気、関節の病気、骨折・転倒、脊髄損傷、高齢による衰弱の事例、「他」：左記のいずれにも当てはまらない事例

※2 ADL,IADLは、「自立かつ楽にできる」を6点、「自立だが少し難しい」を5点、・・・、「全介助で改善可能性が低い」を1点として平均点数を算出。レーダーチャートには目盛りの掲載を省略したが、最外側が6点（自立かつ楽）、中心部分が1点（全介助で改善可能性低い）

事例　Eさん（77歳、女性、独居）

第1表

居宅サービス計画書（総括表）

□ 初回 ・ □ 紹介 ・ ■ 継続　　■ 認定済 ・ □ 申請中

利用者名　（利用者番号）　E　殿　　生年月日　1932年 ○ 月 ○ 日　　住所

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

本居宅サービス計画の有効期間　〔作成（変更）日〕平成22年12月 1日 ～〔短期目標の終期のうち最後の日（評価の基準日）〕平成24年 7月30日

初回居宅サービス計画作成日　平成21年10月1日　認定日　平成22年 5月12日　認定の有効期間　平成22年 6月 1日～　平成24年 6月30日

要介護状態区分	□ 要支援1 ・ □ 要支援2 ・ □ 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	本人：リハビリをすることで、何とか一人暮らしを続けていきたい。子供たちにあまり迷惑をかけたくない。趣味の絵手紙が再開できるとうれしい。 家族：住み慣れた自宅で過ごしたいという母の思いをかなえてあげられるように支援して欲しい。週に1回程度しか来られないが、手伝えることは手伝います。弟も頻繁には来られないが、母の思いを大切にしたいと思っています。一番の困りごとは、自宅でお風呂に入れない事なので、お風呂に入れるように考えてもらいたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	身体上、精神上の障害の程度が長期にわたり変更しないと考えられるので、認定有効期間を24ヶ月に延長する。 訪問看護
総合的な援助の方針	・以前のようにハリのある生活が送れるよう、浮腫みと痛みをコントロールできることを目指した支援を行います。 ・糖尿病が悪化しないように、適正な体重に近づくよう、食事に気をつけて、出来る範囲で運動もしましょう。 ・入浴や家事が支障なくできるようにリハビリを行いましょう。 （緊急連絡先）長女（主介護者）：XXXX-XXXX、　長男：XXXX-XXXX　××（主治医連絡先）：XXXX-XXXX
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（　　）

第2表

居宅サービス計画書(課題整理表)

利用者名　(利用者番号)　　E　殿

状況の事実※1			判断した根拠
健康状態		△2→△1	循環不良に伴う浮腫みと痛み、糖尿病(関節)肥り過ぎ、膝等に支障
ADL	室内移動	○2	短距離・短時間の移動のみ可
	屋外移動	△2→△1	
	食事	○1	下肢循環不良に伴う痛みが強い
	排泄	△2→△1	
	着脱衣	△2→△1	
	入浴	△2	立位保持での痛みが強い
IADL	掃除	△2→△1	起居、立ち上がりに伴う痛みが強い
	洗濯	△2→△1	下肢循環不良に伴う痛みが強く、困難
	買物	△2	
	調理	△2→△1	
	整理ごみ出し	△2	
	通院	△2	
	服薬	○2	
	金銭管理	○2	
	電話・PC	○2	
	社会参加	○2	
認知・コミュニケーション能力		○1	
社会との関わり		○2	
身体機能		○2	
問題行動		○1	問題行動なし
介護力		×1	独居のため、介護力に不安がある
居住環境		○1	
特別な状況			

予後予測	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	※2
・適切な健康管理を行って下肢循環不良の悪化防止を図るとともに、起居・起き上がり・立ち上がり時の浮腫みと痛みをコントロールできるようになることで、家事や外出の意欲を保つことができる。	浮腫みと痛みを少なくして、気持ちよく生活したい。	1
・医療と連携し、主治医の指示のもと、適切な運動と食事療法を行うことで、体重を減らし、血糖値の安定を図ることができる。	糖尿病の悪化を防ぐ。	4
・マッサージやリハビリを行うことで浮腫みを軽減し、食事にも気をつけて体重を減らし、膝関節への負担を軽くすることで、家事ができる可能性がある。	出来ない家事を手伝ってもらいたい。	3
・適切な福祉用具を使用することで、家事や入浴が支障なくできる。	外出を楽しみたい。	2
・家族や友人との交流を図ることで、生活にメリハリをつけ、生活意欲を向上させることができる。		
・家族に進んで協力をあおぐことで、一人暮らしが継続できる。		

※1　介護支援専門員が判断した結果、あるいはサービス担当者会議で共有した客観的事実を記載する。現在の状況について3段階で記号を記入(○:自立あるいは良、△:一部介助あるいはやや難、×:全介助あるいは不良)した上で、状況の改善可能性について2段階で数字を付す(1:改善可能性高い、2:改善可能性低い)　※2　本計画における優先順位を数字で記入。ただし、本計画では解決が困難だが把握しておくべき課題には×印を記入。

第3表

居宅サービス計画書(サービス計画表)

利用者名　(利用者番号)　E　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
浮腫みと痛みを少なくして、気持ちよく生活したい。	以前のように家事や外出ができる。	H22.12.1～	下肢の浮腫みと痛みを少なくできる。	H22.12.1～H23.5.31	・主治医に状態確認をしてもらい、痛みを抑える。 ・体重を確認する。		医師	△△クリニック	隔週	H22.12.1～H23.5.31
					病院への送迎、付き添い		家族			H22.12.1～H23.5.31
					浮腫みの状態を確認し、下肢を動かすことや足浴等を行う。		本人		随時	H22.12.1～H23.5.31
						○	訪問介護	□□訪問介護ステーション	週4回	H22.12.1～H23.5.31
						○	訪問看護	××訪問看護ステーション	隔週	H22.12.1～H23.5.31
					マッサージ・機能訓練で両下肢の状態を観察していく。	○	通所介護	○○デイサービスセンター	週2回	H22.12.1～H23.5.31
			10m程度歩くことができる。	H22.12.1～H23.5.31	・歩行時に本人の安全を確保するため、四点杖を貸与する。 ・歩行状況にあわせて福祉用具の提案をしていく。	○	福祉用具貸与	＊＊ショップ	随時	H22.12.1～H23.5.31
					日常生活の導線の確認と移動範囲の整理整頓をする。		本人		随時	H22.12.1～H23.5.31
						○	訪問介護	□□訪問介護ステーション	週4回	H22.12.1～H23.5.31
					膝にサポーターを使用し、四点杖で歩行訓練をする。	○	通所介護	○○デイサービスセンター	週2回	H22.12.1～H23.5.31
			手伝ってもらいながら食事の準備ができる。	H22.12.1～H23.5.31	一緒に食事を作る。		家族(長女)		随時	H22.12.1～H23.5.31
						○	訪問介護	□□訪問介護ステーション	週4回	H22.12.1～H23.5.31
					バランスのとれた食事を提供する。		配食サービス	㈱▽▽	週3回	H22.12.1～H23.5.31

					栄養指導を行う。	○	訪問看護	××訪問看護ステーション	月1回	H22.12.1～H23.5.31
					地域の食事会に参加する。		老人会		月1回	H22.12.1～H23.5.31
							友人		随時	H22.12.1～H23.5.31
			週に2回は入浴する。	H22.12.1～H23.5.31	・安全な入浴方法、入浴動作を検討する。 ・本人の出来ない部分の介助を行う。 ・皮膚観察とケアの方法をアドバイスする。	○	通所介護	○○デイサービスセンター	週2回	H22.12.1～H23.5.31
					起居動作、立ち上がり動作が安全・安楽に行えるようにベッド、サイドレール、昇降座椅子を貸与する。	○	福祉用具貸与	＊＊ショップ	随時	H22.12.1～H23.5.31
外出を楽しみたい。	定期的に外出をする機会が作れ、意欲向上が図られる。	H22.12.1～	近くの○○公園で花見をする。	H22.12.1～H23.5.31	家族で外出する機会を作る。		本人		随時	H22.12.1～H23.5.31
							家族		随時	H22.12.1～H23.5.31
			食事会に参加する。	H22.12.1～H23.5.31	・バランスのとれた食事を楽しくとる。 ・友人と交流する時間をつくる。		老人会		月1回	H22.12.1～H23.5.31
							友人		随時	H22.12.1～H23.5.31
			好きな絵手紙を描く。	H22.12.1～H23.5.31	・他人と交流する機会をつくる。 ・アクティビティを提供する。	○	通所介護	○○デイサービスセンター	週2回	H22.12.1～H23.5.31
出来ない家事を手伝ってもらいたい。	手伝ってもらうことにより、一人での生活を続けられる。	H22.12～H24.5.31	家事を一緒に行う。	H22.12.1～H23.5.31	一緒に掃除、洗濯、買物などを行う。		家族		随時	H22.12.1～H23.5.31
						○	訪問介護	□□訪問介護ステーション	週4回	H22.12.1～H23.5.31
糖尿病の悪化を防ぐ。	糖尿病による合併症を防ぐ。	H22.12～H24.5.31	血糖値を安定させる。	H22.12.1～H23.5.31	定期的に受診する。		医師	△△クリニック	月1回	H22.12.1～H23.5.31
					栄養指導を行う。	○	訪問看護	××訪問看護ステーション	月1回	H22.12.1～H23.5.31
					調理、運動の指導を行う。	○	訪問介護	□□訪問介護ステーション	週4回	H22.12.1～H23.5.31
							家族		随時	H22.12.1～

										H23.5.31
					定期的な運動を行う。		本人		毎日	H22.12.1～ H23.5.31

※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。

第4表

居宅サービス計画書(週間予定表)

利用者名　(利用者番号)　E　殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00								
	8:00								8:00 起床
午前			通所介護 9:00～15:00 ・入浴介助 ・個別リハ	通院(隔週) 9:00～12:00		通所介護 9:00～15:00 ・入浴介助 ・個別リハ	訪問介護 身2 9:00～10:00		9:30 朝食
	10:00								
				訪問看護(隔週) 11:00～12:00				家族訪問 11:00～18:00	TV体操をイスに座って行う。
	12:00								12:30 昼食
午後									
	14:00								
		訪問介護 身2 15:00～16:00		訪問介護 生2 15:00～16:00	訪問介護 身2 15:00～16:00				
	16:00					配食	配食		
			配食						
	18:00								18:30 夕食
夜間									
	20:00								TVを見る
	22:00								
深夜									23:00 就寝
	24:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス	福祉用具貸与(ベッド貸与、サイドレール貸与、昇降座椅子貸与、四点杖貸与)　通院:家族、介護タクシー

第5表

居宅サービス計画書（評価表）

利用者名　（利用者番号）　E　殿

援助内容		目標		サービス内容	結果		コメント
サービス種別	※1	短期目標	期間		判断の時期※2	※3	（効果が認められたもの/見直しを要するもの）
医師	△△クリニック	下肢の浮腫みと痛みを軽減させることができる。	H22.12～H23.5.31	・主治医に状態確認をしてもらい、痛みを抑える。 ・体重を確認する。	H23.5.31	△	体重は2kg減少しました。運動と食事の管理をして、続けて体重を減らす努力をして下さい。中性脂肪はまだ高いです。
		血糖値を安定させる。	H22.12～H23.5.31	定期的に受診する。	H23.5.31	△	
訪問看護	××訪問看護ステーション	下肢の浮腫みと痛みを少なくできる。	H22.12～H23.5.31	浮腫みの状態を確認し、下肢を動かすことや足浴等を行う。	H23.5.31	△	浮腫みはやや軽減した。
		手伝ってもらいながら食事の準備ができる。	H22.12～H23.5.31	栄養指導を行う。	H23.5.31	△	栄養指導を受け、食事内容は改善しつつある。
		血糖値を安定させる。	H22.12～H23.5.31	栄養指導を行う。	H23.5.31	△	
訪問介護	□□訪問介護ステーション	下肢の浮腫みと痛みを少なくできる。	H22.12～H23.5.31	浮腫みの状態を確認し、下肢を動かすことや足浴等を行う。	H23.5.31	△	浮腫みはやや軽減した。
		10m程度歩くことができる。	H22.12～H23.5.31	日常生活の導線の確認と移動範囲の整理整頓をする。	H23.5.31	○	もう少し距離を伸ばして、ポストまで歩けるようにしましょう。
		手伝ってもらいながら食事の準備ができる。	H22.12～H23.5.31	一緒に食事を作る。	H23.5.31	△	今後も継続しましょう。
		家事を一緒に行う。		一緒に掃除、洗濯、買物などを行う。	H23.5.31	○	買い物にも行けるようになりましょう。
通所介護	○○デイサービスセンター	下肢の浮腫みと痛みを少なくできる。	H22.12～H23.5.31	マッサージ・機能訓練で両下肢の状態を観察していく。	H23.5.31	△	浮腫みはやや軽減した。
		10m程度歩くことができる。	H22.12～H23.5.31	膝にサポーターを使用し、四点杖で歩行訓練をする。	H23.5.31	△	室内で10m程度は歩けるが、不安定なため、訓練は継続する。同時に、大腿部の筋力をつけていく。
		週に2日は入浴する。	H22.12～H23.5.31	・安全な入浴方法、入浴動作を検討する。 ・本人の出来ない部分の介助を行う。 ・皮膚観察とケアの方法をアドバイスする。	H23.5.31	△	安全に入浴できるようになった。安全な入浴動作を継続して行う。 フットケアの継続は必要。
		好きな絵手紙を描く。	H22.12～H23.5.31	・他人と交流する機会をつくる。 ・アクティビティを提供する。	H23.5.31	×1	公園の花を見て、月に1回程度絵手紙を郷里の妹に出せた。

本人		下肢の浮腫みと痛みを少なくできる。	H22.12～H23.5.31	浮腫みの状態を確認し、下肢を動かすことや足浴等を行う。	H23.5.31	○	浮腫みを軽減するための運動は出来るようになった。
		10m程度歩くことができる。	H22.12～H23.5.31	日常生活の導線の確認と移動範囲の整理整頓をする。	H23.5.31	○	15m 程度歩けるようにしましょう。
		近くの○○公園で花見をする。	H22.12～H23.5.31	家族で外出する機会を作る。	H23.5.31	○	梅と水仙、桜の花を見に行った。
家族		下肢の浮腫みと痛みを少なくできる。	H22.12～H23.5.31	病院への送迎、付き添い。	H23 .5.31	○	病院への付き添いは今後も続けてほしい。
		手伝ってもらいながら食事の準備ができる。	H22.12～H23.5.31	一緒に食事を作る。	H23 .5.31	○	一人暮らしを継続するためには、家族の支援が必要。
		近くの○○公園で花見をする。	H22.12～H23.5.31	家族で外出する機会を作る。	H23 .5.31	○	楽しむことができている。
		家事を一緒に行う。	H22.12～H23.5.31	一緒に掃除、洗濯、買物などを行う。	H23 .5.31	○	一人暮らしを継続するためには、家族の支援が必要。

※1「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 援助内容ごとに短期目標の終期を記入。 ※3 短期目標の実現度合いを4段階で記入する(○:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、△:短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)