

#### 第4表「サービス担当者会議の要点」について

第4表について、様式2カンファレンス用紙に記載します。介護支援専門員が確認できるようにしています。

#### 第5表「居宅介護支援経過」について

(旧5表はH20年7月29日付老健局振興課通知により省略されています)

第5表の経過記録については、様式1の日々の記録とケアミーティングおよび様式2のカンファレンスの中で、介護支援専門員が確認し、経過記録を明らかにするようにしています。

#### 第6表、第7表について(サービス利用票、サービス利用票別表)

他のサービスとの関係のある様式で、そのまま継続しています。

第6表については、既にQ&A(平成19年2月19日付け)で下記の取り扱いが示されています。

Q. 小規模多機能型居宅介護は、あらかじめサービスの利用計画を立てていても、利用日時の変更や利用サービスの変更(通いサービス→訪問サービス)が多いが、こうした変更の度に、「居宅サービス計画」のうち週間サービス計画表(第3表)やサービス利用票(第6表)等を再作成する必要があるのか。

A. 当初作成した「居宅サービス計画」の各計画表に変更がある場合には、原則として、各計画表の変更を行う必要があるが、小規模多機能型居宅介護は、利用者の様態や希望に応じた弾力的なサービス提供が基本であることを踏まえ、利用者から同意を得ている場合には、利用日時の変更や利用サービスの変更(通いサービス→訪問サービス)の度に計画の変更を行う必要はなく、実績を記載する際に計画の変更を行うこととして差し支えない。

#### 様式の対照表

##### 居宅サービス計画書

- 居宅サービス計画書① ⇒
- 居宅サービス計画書② ⇒
- 居宅サービス計画書③ ⇒
- 居宅サービス計画書④ ⇒
- 居宅サービス計画書⑤ ⇒
- 居宅サービス計画書⑥ ⇒
- 居宅サービス計画書⑦ ⇒

##### ライフサポートワーク様式

- 様式3 ライフサポートプラン①
- 様式3 + 様式4 ライフサポートプラン②
- 様式4 ライフサポートプラン②
- 様式2 カンファレンス用紙
- 様式1 記録・ミーティング用紙
- 現行様式使用
- 現行様式使用

## 参考 アセスメントについて

アセスメントについては、下記の項目が確認できるように、種々のアセスメントツールを活用します。単にシートを埋めるのではなく、日々の関わりからアセスメントしていきます。

### 質問1 <アセスメントの基本>

介護支援専門員として、アセスメントを行う理由についてどのように理解していますか。またアセスメントを行う専門職として、その役割を十分に果たせていると感じていますか？

### 質問2 <情報収集>

アセスメントに必要な情報をどのような方々から得ましたか？

### 質問3 <基本情報>

アセスメントを行う上で必要だと思われる基本情報について、どのような情報を特に重要な情報として押さえましたか？

### 質問4 <相談>

どのような相談経緯だったのでしょうか？

### 質問5 <生活状況>

利用者の「個性・その人らしさ」を大切にするためにも、大切な情報である生活暦や生活状況をどのようにして聞き取りましたか。

### 質問6 <サービスの把握>

現在利用しているサービスについて、その利用状況・満足度等を把握していますか。またその上で介護給付以外のサービスについても把握ができていますか。

### 質問7 <日常生活自立度>

障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度について、最新の状況を把握していますか。

### 質問8 <主訴>

利用者・家族は主にどのようなことに困って来られたのですか。

### 質問9 <認定>

認定情報の内容を確認しましたか。

### 質問10 <理由>

今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由について教えてください。

### 質問11 <健康状態>

利用者の健康状態について、ケアプラン作成にあたり重要だと考えている事を教えてください。

### 質問12 <ADL・IADL>

利用者のADL・IADLの現状を把握するにあたり、何に気をつけてアセスメントしましたか。またその手法・経路について教えて下さい。

### 質問13 <認知症>

物忘れや認知症について何か気になることはありましたか。

質問14<コミュニケーション>

友人や家族、地域の方とどのようにコミュニケーションをとっているか確認しましたか。

質問15<社会参加>

利用者の友人や家族、地域の方との関わり方は良好ですか。また最近変化したこと（例：友人の入院・入所、他界等）はありませんか。利用者が自らすすんで行っている活動や趣味などがありますか。

質問16<排泄>

利用者の排泄に関しての意向や困っているところは何ですか？またその原因や背景を把握していますか。

質問17<食事・口腔>

食事や口腔の状態について、何か気になる点がありましたか。

質問18<問題行動>

利用者が周囲を戸惑わせたり、介護者が負担に思っている行為は起こっていませんか。

質問19<家族の心身の状況>

家族の方の心身の状況は把握していますか？特にどなたか心配な方はいらっしゃいますか。

質問20<家族の介護力>

家族の方の介護に対する思いをどのように捉えましたか。家族の方が話した言葉で印象に残った事があれば教えてもらえますか。

質問21<居住環境>

在宅生活を続ける居住環境として、気がかりな点はありませんか？利用者・家族の意向はどうですか。

質問22<特別な状況>

プランを作成する上で、特別に配慮したほうがよいと思われたことがあれば教えてください。

質問23<尊重>

アセスメントを通じて、利用者・介護者に現状を認識してもらえましたか。また、介護支援専門員として利用者の自己選択や自己決定などの主体性を尊重することができましたか。

### 3-2 様式について

現場実践から積み上げた様式となっています。

様式1⇒様式2⇒様式3と様式4⇒様式1と日々変化する様態に対応していきます。

**様式1 記録用紙兼ミーティング用紙** (日々の即時的ケアプラン用紙)

利用者氏名:

NO.

年月日 /項目	本人	家族・介護者	地域	記入者 /介護支 援専門員
ミーティング 考察 決定				

日々のミーティングと記録が実践の基本になります。ただ書くだけで何にも活用されない記録では意味がありません。記録でも本人と家族・介護者、地域や他のサービス(資源)を区別し、それぞれを意識していくことが必要です。

また、ミーティングは本人や家族または地域での状況変化があったとき、その都度行われるものです。ここで即時的な対応も行うこととなります。「とりあえず」「緊急に」今の困りごとに対応することが必要です。

日々の記録の中にミーティングの記録と考察、とりあえずの決定(即時的プラン)を記入することで、即時的な対応がみえてきます。

地域の中で暮らし続けるために、常に本人だけでなく、家族・介護者や地域について把握していくことが必要です。

様式2 カンファレンス用紙

利用者氏名:

NO.

参加者			
	計 名		
年月日 /項目	本人	家族・介護者	地域
考 察	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
確 認 事 項			
本人 (代理人) 確認		介護支援 専門員	

日々のミーティングだけでは取り組めないことについて、カンファレンスを本人、家族・介護者、専門職、地域の方々とともに、チームとして行います。ここでも本人、家族・介護者、地域を分けて検討します。考察は、そのチームでの論議を記します。事業所・介護支援専門員の意見もここに入ります。考察に基づきライフサポートプランが作成されることとなります。

カンファレンスでは、必ず当面のことだけでも確認します。

様式3 ライフサポートプラン① 用紙

小規模多機能型居宅介護のライフサポートプラン① 作成 年 月 日					確認欄		
利用者名 殿		生年月日 年 月 日		住所			
事業所名・介護支援専門員名							
認定日 年 月 日		認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日		要介護状態区分			
個々の目標(ゴール)							
審査会の意見							
当面の目標・ニーズ							
目標を達成するための 具体的プロセス/課題	本人	家族・介護者	地域	事業所	具体化 (いつorいつまで、だれが、どのようにして)		
他の介護保険サービスの 必要と具体的課題							
モニタリング						確認欄	

個々の長期的目標(ゴール)を明確にし、「その人らしい暮らし」を実現するための目標を当面の目標・ニーズとして明らかにします。この目標(ニーズ)を実現するために、本人、家族・介護者、本人の持つ資源や地域の力、専門職や事業所で何が出来るかを明らかにします。

審査会の意見があれば、その意見を記し、その意見を踏まえ当面の目標・ニーズが作成されます。

そのうえで、目標(ニーズ)を実現するプロセスを示します。それを更に行動計画として具体化します。

他の介護保険サービス(訪問看護や福祉用具貸与など)についてもその必要性と具体的内容について記載します。

プランは実行できることを可能な限り短い期間で設定し作成します。実行し、日々進行状況を確認し、常にモニタリングしていくことが必要です。

様式4 ライフサポートプラン②用紙

(わたしの暮らし まとめシート)

私の暮らしまとめシート		氏名	作成日 平成 年 月 日	更新日 平成 年 月 日	介護支援専門員				
時間	以前の暮らし方	本人・家族の意向	できること	できないこと	内容	場所	物品	関わる人	モニタリング
5:00									
6:00									
7:00									
8:00									
9:00									
10:00									
11:00									
12:00									
13:00									
14:00									
15:00									
16:00									
17:00									
18:00									
19:00									
20:00									
21:00									
22:00									
23:00									
0:00									
1:00									
2:00									
3:00									
4:00									
日々以外の事項						記録日	年 月 日		年 月 日

(A3用紙)

日々の24時間の暮らしとその支援の計画です。ここでは、関わりの中で得られたアセスメントから、これまでの暮らしと望む暮らしが明らかにされます。そのうえでできることとできないことを明らかにして、暮らしを継続できるような支援を具体化します。

週間など日々以外の部分は下欄に記入します。

週間計画は、この表で確認できる場合不要です。しかし、曜日ごとに大きく変化するため、その確認が困難な場合には第3表週間サービス計画表を活用します。

また、モニタリングし大きな変化がないときは、更新部分を追加記入していきます。大きな変化があったときには、当然全体の見直しが必要になります。

### 3-3 様式の記入例

普段の事例から記入例を示しています。  
日々のミーティングの中で即時的プランがつけられます。

様式1

記 録 用 紙				
		利用者氏名: 広田 熊雄	NO. ●●	
年月日/項目	本人	家族・介護者	地域	記入者/介護支援専門員
○月△日	「俺の願いを聞いてくれ」と涙ぐみながら訴えられる。何かと話を聴く。	今朝7時すぎから体が不自由なのに庭に出て座り込んでいた。	友達が昨日訪ねてきて、庭の手入れができていないと言われた。地域でも庭がすばらしい	
30	「庭木の手入れが俺の生きがい」「それができなくなった。死んだ方がまし」とのこと。	何を考えているか心配。	と評判だった。	× ×
	「俺は90歳まで庭木の手入れでは他人に負けていなかった。それが誇りだ。」			CM ▽△
ミーティング 考察/決定	本人の訴えについて これまでの経緯を確認			
	本人のこれまでの暮らしの確認ができていない。妻からこれまでの暮らしを確認しよう。			
	本人の訴えに応えるために本人と妻、友人、民生委員の参加で○月○日(予定)ケアカンファレンスをする。			
	それまでに可能な限りの本人のニーズ確認とアセスメントを行う。			CM ▽△



参加者	(本人) 広田熊雄 (妻) 広田 アキ (民生委員) □■◇子 (本人の友人) ▽▲○男		
	(事業所看護師) (事業所介護職員) (事業所介護支援専門員)		計 7名
年月日/項目	本人	家族・介護者	地域
○月○日	庭の手入れもままならないようになった	本人の気持ちが一番	民生委員 最近元気がなく庭の手入れも昔
14時～15時	まだまだ自分で庭木の手入れをしたい	まだ庭の手入れをしたい気持ちを生かしたい	みたいにはできなくなって心配
事業所 相談室	お世話になっている事業所にも植木を	ただ体調が心配	奥さんの体調も心配
本人の訴え	送り、通いのおときには自分で手入れしたい	事業所に通いで行っても自分の庭木があれ	友人 昔から庭の手入れが誇りの人
	植木市に出かけたい	ば通いも目的があり、スムーズになるので	自分が手伝えることがあれば
		お願いしたい	いつでも言ってください
31			
考 察	○月△日ご本人が通いのおときに「俺の願いを聞いてくれ」と涙ぐみながら訴えられた。その前日に友人からこのごろ庭木の手入れが		
	できていないことを言われたのが原因。本人の訴えを聴いていくと身体が不自由になっても庭木の手入れが生きがいで続けたいとの希望。		
	その中で、本人は通いに事業所に来た時にも庭木の手入れがしたいと言われる。事業所には庭木が少ないので自分で植えたいとのこと。		
	人の役に立つように自分の力を発揮したいとの訴え。		
確認事項	「まだまだ自分で庭木の手入れをしたい」「お世話になっている事業所にも植木を送り、通いのおときには自分で手入れしたい」 「そのために植木市に出かけたい」がニーズ このことについて、妻や友人の協力も得られることから直ぐにプランをつくり実行することになる。 合わせて、最近妻の体調が悪いことが課題になる。今すぐではないが、そろそろ緊急時の対応も準備が必要。 緊急時には泊まりがスムーズにいくように、今から関係づくりを行い、本人と一緒に心の準備を始めることにした。		
本人(代理人) 確認			介護支援専門員 CM ▽△

小規模多機能型居宅介護のライフサポートプラン① 作成 21年 1月 20日

利用者名 広田 熊雄 殿	生年月日 ㊦13年 5月 3日	住所 ○×市 ▲町	確認欄
--------------	-----------------	-----------	-----

事業所名 ・介護支援専門員名 ◎×事業所 CM ▽△

認定日 H20年 10月 20日	認定の有効期間 H20年 11月 1日～ H22年 10月 31日	要介護状態区分 III
------------------	-----------------------------------	-------------

個々の目標(ゴール) 最後まで自宅の庭の手入れをしながら暮らしたい

審査会の意見 なし

当面の目標・ニーズ #1.庭木の購入のために植木市に行きたい

#2.泊まりの利用が不安なくできる

目標を達成するための 具体的プロセス/課題	本人	家族・介護者	地域	事業所	具体化 (いつ、だれが、どのようにして)		
#1.植木市に行く 体調の良い日で 寒くない日 事業所の車で	体調管理と お金の準備をする	同行したい	友人○●さんが 同行する	運転&健康管理 のために看護師	植木市の期間 (2月1日～ 3月10日まで)	妻と友人と スタッフ	条件をクリアする ときに、朝から 準備して
#2.泊まりのための関係 づくり	泊まりについての 不安を話す	自分の体調が悪い ので、近々泊まり を利用したい	民生委員さんも 奥さんの体を心配	本人が不安ない 形で泊まりに 泊まりについての 安心を	妻の体調不良 のときに (3月末までに)	妻から	それまでに 安心の関係づくり

他の介護保険サービスの 必要と具体的課題	10m以上の歩行は困難なため、外出のための自助具が必要	自走式の車いす(▽□事業所、H22年10月31日まで)
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

モニタリング		確認欄
--------	--	-----

時間	以前の暮らし方	本人・家族の意向	できること	できないこと	内容	場所	物品	関わる人	モニタリング
5:00									
6:00									
7:00	起床		目覚め	尿瓶の片づけ	声掛けて起こす	寝室	尿瓶	妻、泊り時は夜勤者	
8:00	洗面、朝食	着替えて、先ず庭をみて 食事	着替え 食事	服の準備 食事の支度	尿瓶の片づけ(洗って天日干し) 着替えの準備 食事の支度	リビング			
9:00	庭の手入れ	食事のあとは庭の手入れ (違ってでも自分で)	庭木の手入れ	片付け 庭に降りること	後片付け 庭に出ることの支援	庭		妻	
10:00		本人は「庭が一番」 家族は「人と交わって」 週3回の通い							
11:00	近所へ散歩 (週1回通院)	かかりつけ医は●●病院	長距離は車いす	外出(通い) 移動 通院日の確認	外出(通い) 週1回木曜日通院の介助	通い(月、水、金)迎え		スタッフ	
12:00									
13:00	昼食	昼食は、パンかもちと果物	食べること	食事の支度	食事の支度			妻、スタッフ	
14:00	昼寝	こたつで「うとうと」		片付け	片付け				
15:00	おやつ	甘いもの 糖尿があるが制限 していない			おやつの準備			妻、スタッフ	
16:00	庭木の観賞 手入れ					通いのときは 15:30~入浴			
17:00	入浴	入浴前に家庭用血圧計で 血圧測定	服の脱着	服の準備	服の準備	浴室	血圧計 専用石鹸 軟膏	スタッフ	
18:00	夕食	皮膚が弱いので専用石鹸使用 入浴後には保湿軟膏を塗る 入浴後に寝巻に着替える	体の前の方は 洗える	背中の方と髪が 洗えない 軟膏を塗る	洗身(背中の方)と洗髪 軟膏を塗る	通いのとき送り			
19:00			食べること	食事の支度	食事の支度	リビング			
20:00	TV 好きな時代劇やお笑い 番組をみる	ボリュームを大きくして 他人に構わずみる 家族は「困っている」	薬を呑み込むこと	薬の管理 片付け	薬を渡す(オブラートに包む) 片付け		薬、オブラート	妻、泊り時は夜勤者	
21:00	就寝		TVの番組を決める スイッチ	布団の準備	布団の準備 就寝の声掛け	寝室		妻、泊り時は夜勤者	
22:00									
23:00					ベッドの横に蓋付きの尿瓶を 必ず3本用意				
0:00									
1:00	排尿に起きる	ベッドの横に蓋付きの尿瓶を 必ず3本用意	尿瓶に排尿できる						
2:00									
3:00									
4:00									
日々以外の事柄	通いは月・水・金(平常時は10:00~17:00)、訪問は火・土(入浴支援17:00~18:00) 木(通院支援10:30~12:00) 泊まりは妻の体調不良時に緊急の利用の可能性あり(H21.1.20) 介護用品(車いす)のレンタルが必要					確認欄	年 月 日	年 月 日	

この冊子は、老人保健健康増進等事業により作成したものです。  
下記ホームページより冊子および様式のダウンロードができます。

## 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

〒105-0013

東京都港区浜松町 1-4-8-413

TEL03-6430-7916

FAX03-6430-7918

Email: [info@shoukibo.net](mailto:info@shoukibo.net)

URL <http://www.shoukibo.net>

