

ケアプラン1

実施日	令和4年2月10日(木)
利用者情報	<p>96歳 女性 要介護1</p> <p>独居</p> <p>日常生活自立度(障害高齢者A2、認知症IIb)</p> <p>通所介護(入浴介助・身体機能訓練2回/週)</p> <p>訪問介護(身体介護1回/週、通院等乗降介助適宜)</p> <p>福祉用具貸与(歩行器、手すり)</p>
本人要望	在宅での生活を続けていきたい。忘れっぽくなっているので介助してほしい。
家族要望	高齢の一人暮らしのため、転倒しないよう注意してほしい。家族が遠方に住んでいるため、見守ってほしい。
ケアプラン抽出した理由	買物や簡単な調理もできる状態の方に、訪問介護の身体介護を利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①フェースシートはきれいに記載できている。</p> <p>②家族構成図において、年齢も書いてください。</p> <p>③簡単な調理はできるとなっているが、身体介護の中身を教えてください。</p> <p>④特記・解決すべき課題のまとめにおいて、優先度の順位付けがされていない。</p> <p>⑤ニーズの優先度を付けることで、ニーズ分析を客観的に示すことができる。</p> <p>⑤課題の整理には、優先順位を付けることが重要。</p> <p>⑥居宅サービス計画書(1)[新様式]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には、課題分析の結果を集約した事柄を記載してください。</p> <p>⑦居宅サービス計画書(1)[新様式]の総合的な援助の方針には、利用者身体状態等から想定して、緊急時対応や初動対応(警察や消防を含む)等も記載すること。</p> <p>⑧居宅サービス計画書(2)のインフォーマルサービスについては、家族か親類等を含めた資源の活用を検討してください。</p> <p>⑨居宅サービス計画書(2)のサービス内容に対して、チームでの対応は良い。</p> <p>⑩週間サービス計画表[新様式]の記載には、日中の生活内容も含めて下さい。</p> <p>例えば朝に新聞を読む、昼にコーヒーを飲む・夜10時頃に排便など生活全般の流れがわかるように記載してください。</p> <p>⑪サービス計画書(2)・モニタリング結果において、身体介護でなく生活援助でもよいのではないのか。</p>

ケアプラン2

実施日	令和4年2月10日(木)
利用者情報	<p>93歳 女性 要介護2 息子夫婦と同居(3人暮らし) 日常生活自立度(障害高齢者A1、認知症IIa) 通所介護(入浴介助・身体機能訓練・日常生活動作訓練・余暇活動介助2回/週、口腔機能向上加算1回/月) 医師居宅療養管理指導(2回/月) 福祉用具貸与(歩行器、歩行補助つえ、特殊寝台、特殊寝台付属品)</p>
本人要望	在宅での生活を続けていきたい。デイサービスでリハビリや入浴をしたい。
家族要望	本人の希望通りにデイサービスを利用してもらいたい。
ケアプラン抽出した理由	えん下や食事摂取、口腔清潔ができる状態の方に、通所介護の口腔機能向上加算を利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①口腔清潔が自立なのに、通所介護の口腔機能向上加算がとられているのはなぜか、何らかの理由があれば支援経過やモニタリングに記載し、必要であれば担当者会議においてもサービスの具体的な提供状況等を記載してください。</p> <p>②居宅サービス計画書(1)の計画作成日>同意日となっている。</p> <p>③居宅サービス計画書(1)[新様式]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には、課題分析の結果を集約した事柄を記載してください。</p> <p>④居宅サービス計画書(1)[新様式]の総合的な援助の方針には、利用者身体状態等から想定して、緊急時対応や初動対応(警察や消防を含む)等も記載すること。 サンプル文等は、インターネット検索等で見られるので参考にしてください。 参考:「介護保険最新情報vol.958 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」</p> <p>⑤週間サービス計画表の記載には、日中の生活内容も含めて下さい。 例えば朝に新聞を読む、昼にコーヒーを飲む・夜10時頃に排便など生活全般の流れがわかるように記載してください。 参考:「介護保険最新情報vol.958 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」</p> <p>⑥サービス担当者会議の要点の残された課題は、ケアマネジメントが継続されているなら支援の見通しがあるはずなので何か書いてください。</p> <p>⑦居宅介護支援経過を新様式で書いてください。</p>

ケアプラン3

実施日	令和4年2月15日(火)
利用者情報	<p>96歳 女性 要介護3 独居(敷地内に娘居住) 日常生活自立度(不明) 訪問介護(移乗介助4回/週、入浴介助1回/週、) 福祉用具貸与(手すり、車いす) 短期入所(随時)</p>
本人要望	視力低下し不安が大きいためヘルパーに訪問してほしい。慣れた場所なら暮らせるので在宅での生活を続けたい。
家族要望	本人の希望通り在宅で生活してほしい。家族不在時にはショートステイも利用してほしい。
ケアプラン抽出した理由	訪問介護の身体生活(身体介護と生活援助の両方)を1回2時間以上利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見 (全体をとおして)	<p>①利用者基本情報の様式が、介護予防用になっているので、基準23項目が記載できていないので、正式な様式を使ってください。</p> <p>②居宅サービス計画書(1)[新様式]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には、課題分析の結果(今後利用者はどのようにになりたいのかなど)を集約した事柄を記載してください。 参考:「介護保険最新情報vol.958 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」</p> <p>③居宅サービス計画書(1)[新様式]の総合的な援助の方針には、利用者身体状態等から想定して、緊急時対応や初動対応(誰・順位など)も記載すること。 参考:「介護保険最新情報vol.958 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」 参考:「居宅サービス評価書作成の手引 一般財団法人長寿社会開発センター」</p> <p>④課題整理総括表の「見通し」欄は、ケアマネとしての意見を書けるところなので、「娘と話し合って、訪問看護を入れたとか、娘の協力と医療の協力とで在宅生活ができる」などを記載してください。</p> <p>⑤週間サービス計画表[新様式]には、十分な情報が記載できてない、居宅サービス計画書(2)から類推しても、はっきりわからないので、日中の生活内容も含めて下さい。「介護保険最新情報vol.958 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」にしたがって記載してください。</p>

ケアプラン4

実施日	令和4年2月15日(火)
利用者情報	<p>93歳 女性 要介護5</p> <p>独居</p> <p>日常生活自立度(障害高齢者B2、認知症IIa)</p> <p>訪問介護(身体介護随時、入浴介助3回/週、生活援助3回/週)</p> <p>福祉用具貸与(歩行器、特殊寝台、特殊寝台付属品)</p>
本人要望	近くに子が住んでいるが忙しくしているため、入浴や移動の介助、家事や買い物の援助をしてほしい。
家族要望	
ケアプラン抽出した理由	訪問介護の身体生活(身体介護と生活援助の両方)が、早朝・夜間時間帯に利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①フェイスシートの記載が全く書けてないので、もっと丁寧に記載してください。</p> <p>②課題分析シートの「主傷病」に病名を記載してください。また「痛み」の記載をしてください。全般的に記載不足であるため内容を十分書いてください。</p> <p>②居宅サービス計画書(1)[新様式]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には、課題分析の結果を集約した事柄を記載してください。「介護保険最新情報vol.958 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」を読んで勉強してください。</p> <p>③居宅サービス計画書(1)[新様式]の総合的な援助の方針には、利用者身体状態等から想定して、緊急時対応や初動対応(誰・順位など)も記載すること。</p> <p>「介護保険最新情報vol.958 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」 「居宅サービス評価書作成の手引 一般財団法人長寿社会開発センター」等を読んで勉強してください。</p> <p>④課題整総括表の「見通し」欄は、ケアマネとしての意見を書けるところなので、空白では無く記載してください。</p> <p>⑤週間サービス計画表[新様式]には、十分な情報が記載できてない、居宅サービス計画書(2)から類推しても、はっきりわからないので、日中の生活内容も含めて下さい。「介護保険最新情報vol.958 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」にしたがって記載してください。</p>

ケアプラン5

実施日	令和4年2月18日(金)
利用者情報	<p>95歳 女性 要介護1 娘夫婦と同居(3人暮らし) 日常生活自立度(障害高齢A1、認知症IIIa) 通所介護(機能訓練・入浴介助3回/週) 通所リハビリ(口腔機能向上加算2回/週) 短期入所(随時)</p>
本人要望	家族に迷惑掛けないように自分でできることはしていきたい。
家族要望	物忘れや排泄面で気になることがあるが、声かけ・見守り等を行い在宅での生活を続けてほしい。家族が外出している際にデイサービスを利用したい。
ケアプラン抽出した理由	えん下や食事摂取、口腔清潔ができる状態の方に、通所リハの口腔機能向上加算を利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①フェイスシート(家族状況とインフォーマルな支援の状況)について、家族の年齢及び居住地も記載してください。</p> <p>②フェイスシート(居住等の状況)について、家屋見取図上に導線も記載してください。</p> <p>③本人の健康状態はよく書けており、LIFE情報も網羅できている。</p> <p>④口腔清潔ができる状態の人に、口腔機能向上加算を利用している理由を教えてください。</p> <p>⑤全体まとめは非常にわかりやすくまとまっている。</p> <p>⑥課題整理総括表について、「見通し」4項目掲げて、その上で「生活全般の解決すべき課題」を2項目に絞っていることは非常に良い。</p> <p>⑦居宅サービス計画書(1)[新様式]の総合的な援助の方針には、利用者身体状態等から想定して、緊急時対応や初動対応(糖尿病対応・認知症の徘徊対応など)も記載すること。</p> <p>サンプル文等は、インターネット検索等で見られるので参考にしてください。 参考:「介護保険最新情報vol.958 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」</p> <p>⑧サービス担当者会議の要点は、非常によく書けている。</p>

ケアプラン6

実施日	令和4年2月18日(金)
利用者情報	92歳 女性 要介護1 サービス付き高齢者向け住宅に入居 日常生活自立度(障害高齢A2、認知症IIb) 訪問介護(通院等乗降介助随時、生活介護1回/週) 通所介護(口腔機能向上加算2回/月、個別機能訓練6回/週)
本人要望	入居先でヘルパーの支援を受けながら生活を続けたい。デイサービスにも毎日通いたい。
家族要望	家族は面会の機会が制限されているので心配だが、引き続き見守ってほしい。
ケアプラン抽出した理由	えん下や食事摂取、口腔清潔ができる状態の方に、通所介護の口腔機能向上加算を利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	①全体を通して、インフォーマル支援は難しい問題ではあるが、もっと社会的資源の活用を取り入れてほしい。 ②インフォーマルとして、近隣のマーケットやお弁当屋へ配食サービス依頼するとか映画鑑賞をすとか等、いろいろあるので検討してほしい。 ③インフォーマル支援の中に、買い物(QOL向上にもつながる)をすることも含めてはどうか。 ④居宅サービス計画書(1)[新様式]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には、課題分析の結果を集約した事柄を記載してください。「介護保険最新情報vol.958 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」を参考にしてください。 ⑤区分支給限度額いっぱいのサービス利用をしているが、その根拠(理由)をサービス担当者会議の要点・居宅介護支援経過・モニタリング記録表に記載してください。 ⑥サービス担当者会議の要点の残された課題は、ケアマネジメントが継続されているなら支援の見通しがあるはずなので何か書いてください。

ケアプラン7

実施日	令和4年2月10日(木)
利用者情報	<p>83歳 女性 要介護3</p> <p>有料老人ホーム入居(家族はいない)</p> <p>日常生活自立度(障害高齢者C1、認知症IIIb)</p> <p>通所介護(入浴介助1回/週)</p> <p>訪問介護(身体介護毎日)</p> <p>訪問看護(機能訓練1回/週)</p> <p>居宅療養管理指導(2回/月)</p> <p>福祉用具貸与(車いす、車いす付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、手すり、徘徊感知機器)</p>
本人要望	<p>関節痛があり、補装具無しでは歩けないので、リハビリや福祉用具を利用して生活していきたい。外出もしたい。入浴、掃除など手伝ってほしい。</p>
家族要望	
ケアプラン抽出した理由	<p>徘徊がなく、歩行ができない状態の方に、福祉用具貸与の徘徊感知器を利用されていますが、その必要性について疑義あり。</p>
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①ケアプランの見直しにあたり、医師やサービス提供事業所にFAXを送付し、本人の状況について照会をかけているが、そこで記載された内容についての対応が計画書から読み取れない。また、事業所によっては状態に「変化なし」としているものと「変化あり」としているものの両方あり、意見が違っているが、その点についても詳細に触れられていない。状況の悪化が認められるなら、その状況を踏まえた上で対応をどうするか、サービスを継続するか変更するかを検討し、記載するのが望ましい。</p> <p>②長期目標が「全身のかゆみの軽減、褥瘡の改善」であり、短期目標が「皮膚トラブルの改善」、「臀部周辺のかぶれの改善」、「入浴による皮膚かぶれの軽減」といずれも似通った内容になっている。本人が気にしていることなら目標として設定することは重要であるが、褥瘡が悪化している原因は複数あるものと考えられるので(痩せすぎ、皮膚の乾燥、汗や失禁等)、そこに着目して目標を設定することも必要である。さらに、これらの短期目標のほとんどが達成しないままプランの継続となっているので、達成されない目標であるならば短期目標の変更も検討すべきである。</p> <p>③本人の意欲が低く、希望を口にしない場合でも、本人の自立支援、重度化を防ぐことがケアマネージャーにとっての大きな目的であるため、それらを達成するための計画を立てていくことが求められる。また、必ずしも介護サービスである必要はなく、施設サービスやインフォーマルサービス等代替となるものの活用を常に検討し、見直す姿勢を持つとなお良い。</p>

ケアプラン8

実施日	令和4年2月10日(木)
利用者情報	<p>85歳 男性 要介護1</p> <p>独居</p> <p>日常生活自立度(障害高齢者J1、認知症IIIa)</p> <p>訪問リハビリ(1回/週)</p> <p>訪問介護(生活援助1回/週+随時)</p>
本人要望	できることは自分でしたい。できないことを手伝ってもらいながら現在の生活を続けたい。
家族要望	サービスを利用しながら体力が低下しないよう、また転倒しないように生活してほしい。
ケアプラン抽出した理由	買物や簡単な調理もできる状態の方に、訪問介護の生活援助を利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見 (全体をとおして)	<p>①本人の意向が「自分でできることは自分でして、現在の生活を継続したい」とあるが、何ができて何ができないのか、どうなりたいかを具体的に聞き取り、記載してください(買い物はできるが調理はできない、体力を維持して友人に会いに行きたい等)。具体的な記載があると、モニタリングの際にできた/できない等の判断をする指標となる。また本人の希望が叶った際にどのような生活をしているか、何ができるようになっているかを本人と一緒に考えていくこと、引き出していくことが大事。これは短期目標、長期目標も同様で、事後予測をしつつ具体的な文言で記載していくとよい。</p> <p>②週間サービス計画表の主な日常生活上の活動はできる限り詳しく記載してください。新聞を読む、好きなテレビ番組を見る、コーヒーを飲む等その人の生活が見えてくるような記載が望ましい。担当歴が長いほど詳細に把握できるようになるので、そういう視点を常に持つとよい。</p> <p>③モニタリングの記載内容は定型文ではなく毎回きちんと記録してください。その積み重ねが再アセスメントや目標の変更につながってくる。本人との直接のやり取りのほか、各事業所の担当者から得た情報なども書き加え、フィードバックするとよい。</p> <p>④長期、短期目標は本人ができないことだけでなく、今できていること、できると思われることにも目を向け、詳細に記載してください。より具体的に記載することが各担当者に把握してもらうことにもつながる。</p> <p>⑤居宅サービス計画書が新様式になったことを受け、課題整理表を用いて課題分析結果の記載に繋がられるように事業所内で勉強会を行うなど、積極的に取り組んでいる。</p>

ケアプラン9

実施日	令和4年2月15日(火)
利用者情報	<p>92歳 女性 要介護3</p> <p>有料老人ホーム入居</p> <p>日常生活自立度(障害高齢者B1、認知症Ⅲa)</p> <p>通所介護(個別機能訓練6回/週、入浴介助3回/週)</p> <p>訪問介護(身体介護毎日)</p> <p>医師居宅療養管理指導、薬剤師居宅療養(随時)</p> <p>福祉用具貸与(車いす、車いす付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ防止用具、徘徊感知機器)</p>
本人要望	車いすでの移動から杖歩行ができるようになりたい。
家族要望	デイサービス等利用しながら筋力を付け、立ち上がり・歩行ができるようになってほしい。
ケアプラン抽出した理由	徘徊がなく、歩行ができない状態の方に、福祉用具貸与の徘徊感知器を利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見(全体をとおして)	<p>①有料老人ホームに入所後数年経過しているが、アセスメントシートの生活歴の記載が入所時点で終わっている。現在に至るまでの過程を記録してください。</p> <p>②課題分析のまとめで各項目の状態・原因等よく記録できているが、事実把握のみで分析結果が書けていない。「～の状態である。だから～と対応するのがよい」等、客観的な情報を基に専門的な分析を記載してください。</p> <p>③居宅サービス計画書(1)の利用者及び家族の意向が「毎日デイサービスに通う」「介護サービスを利用して頑張してほしい」等サービスありきの書き方になっている。本人の希望や元気になったときに何をしたいか意向をしっかり聞き出して記載してください。</p> <p>④長期目標の立て方について、「車いすでデイサービスに行く」「杖歩行できるようになり、休まずデイサービスに行く」「清潔保持」など一貫性、個別性、具体性が欠けている。プラン全体を読む限り、本人は車いすから杖歩行ができるようになることを希望しており、デイサービスに行きたがっているわけではない。事業所の安全対策等で車いすが必要だとしても、本人の気持ちを汲み取り事業所に投げかけることも重要である。また援助内容は介護や医療などのフォーマルなものだけでなく、本人や家族、施設が行うインフォーマルな内容も書くとなお良い。</p> <p>⑤歩行に介助を要する人に徘徊探知機を貸与している理由について、本人の身体状況や福祉用具専門員の意見等を記録してください。代替案の検討や徘徊感知器でないといけない理由がわかるように記載してください。</p>

ケアプラン10

実施日	令和4年2月15日(火)
利用者情報	<p>94歳 女性 要介護5</p> <p>サービス付き高齢者住宅入居</p> <p>日常生活自立度(障害高齢者B1、認知症IIb)</p> <p>通所介護(入浴介助4回/週)</p> <p>訪問介護(身体介護毎日)</p> <p>訪問看護(2回/週)</p> <p>居宅療養管理指導(2回/月)</p> <p>福祉用具貸与(車いす、特殊寝台、特殊寝台付属品、徘徊感知機器)</p>
本人要望	現在の住居で元気に暮らしていきたい。
家族要望	できるだけ部屋にこもらずにデイサービス等利用してほしい。
ケアプラン抽出した理由	徘徊がなく、歩行ができない状態の方に、福祉用具貸与の徘徊感知器を利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見 (全体をとおして)	<p>①徘徊探知機を使用しているが、歩行不安定の利用者で、課題分析まとめで「センサーマットを跨ぐ」問題行動が記録されている。本人の状態にあったものを貸与しているか検討、記録してください。</p> <p>②居宅サービス計画書(2)の長期目標が「施設で不安なく落ち着いて暮らす」と抽象的である。半年後、一年後本人がどうなりたいかがイメージでき、可視化できるような目標が望ましい。短期目標は距離、時間、回数等具体的に書くとモニタリングしやすく、本人が達成感を得られやすい。</p> <p>③ヘルパーや施設サービスの生活支援を利用しているが、自立につながる取り組みを意識して計画してください。服を渡すと自力で着替えができるとか、トイレに連れて行くと衣服の着脱や清潔保持ができるなど、本人が自身でできることを尊重しその延長線上を支援するような計画を立ててください。</p> <p>④薬剤師居宅療養管理指導や訪問リハビリを利用しているので、医師や薬剤師からの指示や情報提供を担当者会議録に必ず記録し、周知してください。</p> <p>⑤居宅介護支援経過は詳細に記録できており、事業所や施設と連携できていることがわかる。ケアマネージャーとしての仕事の成果を落とし込む場なので、記録を積み重ね、情報共有してください。</p> <p>⑥ACP(アドバンス・ケア・プランニング:人生の最終段階のケアを本人、家族、ケアチーム全体で話し合う取り組み)の視点を持って計画してください。本人にとって最適な支援ができるよう現在の施設のほかにも情報を提供してください。</p>

ケアプラン11

実施日	令和4年2月18日(金)
利用者情報	<p>87歳 男性 要介護1</p> <p>有料老人ホーム入居</p> <p>日常生活自立度(障害高齢者A1、認知症IIa)</p> <p>通所介護(入浴介助3回/週)</p> <p>訪問介護(生活援助1回/週)</p> <p>通所リハ(口腔機能向上加算2回/週、機能訓練3回/週)</p>
本人要望	<p>デイサービスやリハビリを利用して周囲と交流したい。自分でできることは行うが、できないことの手伝いをしてほしい。</p>
家族要望	<p>危険なく生活できるように、リハビリを続けてほしい。</p>
ケアプラン抽出した理由	<p>えん下や食事摂取、口腔清潔ができる状態の方に、通所リハの口腔機能向上加算を利用されていますが、その必要性について疑義あり。</p>
アドバイザーからの意見 (全体をとおして)	<p>①課題整理総括表について、改善/維持/悪化のチェックもれがあり、見直し欄の記載も少ない。この欄はケアマネージャーとしての見解を記載する重要な箇所なので、課題・ニーズを達成するための提案と、実行するとどうなるかを記載してください。</p> <p>②居宅サービス計画書(2)の長期目標について、「生活の中での危険が回避できる」とあるが、危険の定義が不明瞭である。目標の達成度が測りづらく、また見る人によって認識が変わってくるので、関係者の共通意見となるようにすりあわせが必要。長期目標欄に書き切れない場合は担当者会議録や支援経過にて「担当者会議において、危険とは～な状況という認識に至った」などの注釈をつけてもよい。ケアマネージャーとしての見解、家族や医師、事業所にとっての基準を確認し、集約するとわかりやすく、第1表の総合的な援助の方針にも通じてくる。また短期目標の「娘と一緒に外出ができる」も、1週間に何回、何分、どこに?を具体的に設定しておくともモニタリングしやすい。外出の目的(体力維持、気分転換など)を明らかにしておくともその視点からモニタリングできる。</p> <p>③居宅サービス計画書(2)と週間サービス計画表について、一時的にサービスを増減する場合はどちらにも加筆修正し、誰が見てもわかるように記載してください。</p> <p>④通所リハ口腔機能向上加算について、口腔清潔が自立となっている人に算定する理由を記載してください。事業所との確認内容や本人の状況、ケアマネージャーとしての見解を記録して、算定の理由をあきらかにしてください。利用者や家族に「～という視点で口腔内のチェックが必要である。現在口腔内はこのような状況である」と説明できれば計画に納得してもらえ、在宅の人なら家族がケアするきっかけにもなります。</p>

ケアプラン12

実施日	令和4年2月18日(金)
利用者情報	<p>77歳 女性 要介護4</p> <p>有料老人ホーム入居</p> <p>日常生活自立度(障害高齢者B2、認知症IIIa)</p> <p>通所介護(入浴介助3回/週、レク活動7回/週)</p> <p>訪問介護(生活援助1回/週)</p> <p>福祉用具貸与(特殊寝台、特殊寝台付属品、車いす、歩行器、徘徊感知機器)</p>
本人要望	自力で歩いて行動できるようになりたい。
家族要望	足の機能が悪くなり、認知症も進行しているので、今の状態より悪くならないようにしてほしい。
ケアプラン抽出した理由	徘徊がなく、歩行ができない状態の方に、福祉用具貸与の徘徊感知器を利用されていますが、その必要性について疑義あり。
アドバイザーからの意見 (全体をとおして)	<p>①第2表居宅サービス計画書について、事業所や施設が行うことのみ記載されており、本人が行うことが記載できていない。何を目標に、どんなことを行うか設定すると、本人の役割や生きがいに繋がり、モニタリングのときに本人に投げかけることもできるので、記載してください。</p> <p>②要介護1でサ高住に入所し、現在要介護4になっている。入所時とは状況が異なっているため、料金や見取り機能の有無について確認し、施設変更も視野に入れてほかの施設の情報提供も行ってください。</p> <p>③通所介護を毎日利用している理由について、身体状況や主治医の指示等記録してください。</p> <p>④起き上がりに介助を要し、長距離の歩行が難しい人に徘徊感知器を貸与している理由について、本人の身体状況や福祉用具専門員の意見等を記録してください。代替案の検討や徘徊感知器でないといけない理由がわかるように記載してください。</p> <p>⑤プラン全体を通して、介護や医療、家族との関わりはわかるが、社会との関わりが読み取りにくい。友人関係や本人がやりたいこと、行きたいところなど生活歴を参考に組み込み、社会との繋がりがあがるプランを心がけるとより良くなる。</p>