

ケアプラン1

面談実施日	令和7年2月17日（月）
利用者情報	76歳 女性 要介護3 独居（他県・市内に親族） 日常生活自立度（障害高齢A2、認知症IIIa） 訪問介護（3回／週）、通所介護（2回／週） 福祉用具貸与（歩行器、介護ベッド、介護ベッド付属品）
本人要望	元気で楽しく過ごしたい。
家族要望	自分で出来ることは自分でして欲しい。 転倒しないように気を付けてほしい。
ケアプランを抽出した理由	身体生活の平均回数と最大回数が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（全体をとおして）	①課題整理総括表の改善／維持の可能性は改善の見通しが立てられるように作成してください。②課題整理総括表の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】に「楽しく過ごしたい。転倒しないように気をつけたい。」とあります。何が楽しいのか、転倒とはどこでどのように転倒することなのか詳細を含めて、具体的に記載してください。ニーズの根拠を説明するべく、第2表の根拠となるように作成してください。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向を踏まえた課題分析の結果に記載されているものだけでは課題分析に至っていないので、次回はもっと詳しく記載してください。④居宅サービス計画書（1）の総合的な援助の方針については、緊急時の対応について記載してください。転倒・心不全・急変等の対応手順について記載してください。わからない場合はサービス担当者会議に参加している主治医や他の職種の人に意見を聞いてみてください。最近では災害時の対応についても記載するよう言われています。例えば山・川・海の近くに住んでいる人はハザードマップをみればその危険地域や避難場所等がわかるようになっていきます。確認してみてください。⑤有料老人ホームに入居されている人にインフォーマルなサービスを提供するのは難しいと思いますが、利用者の楽しみや喜びがわかるようにケアマネから働きかけてみてください。提案しにくいかもしれませんが、ケアマネの職務の一つとして覚えておいてください。⑥週間サービス計画表の主な日常生活上の活動は趣味・余暇活動も詳しく記載してください。例えば、「大相撲の大関〇〇のくみ取りを楽しみにしている。」「歌謡ショーの〇〇を楽しみにしている」「食べ物は〇〇が好物」「〇〇号室の人との会話を楽しまれている」等その人独自の楽しみや興味を記載してください。できるだけ空白を少なくするのが望ましいです。⑦サービス担当者会議の要点の残された課題が次のケアプランの課題総括や第2表につながるので、もう少しクローズアップして記載してみてください。⑧居宅介護支援経過は手厚く書けていると思います。さらに言うならば、本人に声を掛けた時の回答や主治医に相談した内容を記載してください。また、経済的・金銭的なことはケアマネ自身を守るためにも必ず記載してください。⑨ケアマネから支援員へ質問です。 「デイサービスを本人都合で火曜日から水曜日に変更があった場合、軽微な変更にあたりますか？」 回答「単発であれば、軽微な変更になるのでケアプランの変更はなくて良いですが、継続になればケアプランの変更となりますので、支援経過に記載してください。ニーズや介護度が変わらないのであれば担当者会議は開かなくても良いです。」

ケアプラン2

面談実施日	令和7年2月17日（月）
利用者情報	89歳 女性 要介護3 次男と同居（主介護者は別居している長女） 日常生活自立度（障害高齢B2、認知症Ⅱb） 訪問介護:生活援助（毎日）、訪問介護:身体介護（6回／週）、訪問リハビリ（2回／週）、通所リハビリ（1回／週）、福祉用具貸与（手すり、車いす）
本人要望	現状のまま、介護保険サービスを利用して、自宅での生活を送りたい。
家族要望	自宅での入浴は難しく、デイでの入浴を希望。しっかり歩けるようになりたいのでリハビリも希望。食事の準備等が難しくヘルパーに手伝ってもらいたい。
ケアプランを抽出した理由	生活援助の平均回数と最大回数が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（全体をとおして）	①居宅サービス計画書（1）について、利用者の意向に「介護保険のサービスを利用して」と記載されていますが、サービスありきのプランになってしまうため、サービスに関することは記載しないようにしましょう。また、「自宅での生活を送りたい」と記載されていますが、自宅でどのような生活を望んでいるのかもう少し利用者さんご家族さんと話をし詳しく記載してほしいです。そして、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、ケアマネさんの意向が書けていないため必ず書くようにしてください。 ②居宅サービス計画書（2）に関しては、利用者さんのできることや自立支援に向けて記載してほしいです。長期目標の期間が認定期間で設定されていますが、利用者さんの状態変化もあるため、大体1年を期間として設定し、随時見直しをお願いします。一方で、短期目標の期間は1年と設定されていますが、大体3カ月～半年を目安に設定してください。また、利用者さん自身が持病の治療を行っているみたいなので、改善に向けた治療内容や方法についても記載があればいいですね。もしご家族さんが介護に協力されているのであれば、夕食の準備などでもいいのでインフォーマルサービスとして記載してください。 ③週間サービス計画表では、ご家族さんの利用者さんに対する介護内容の時間を記載し、週単位以外のサービスに加えてください。主な日常生活上の活動ではご家族さんの出勤時間や利用者さんの趣味等を記載し、利用者さんの一日の流れを誰が見ても理解できるようにしてください。 居宅介護支援経過において、「ヘルパーステーションの名前が変わる」とありますが、名称が変わったことを確認した内容も記載してほしいです。そして、ケアマネさんが思うことや連絡調整の内容をより詳しく記載しておくようにしましょう。

ケアプラン3

面談実施日	令和7年2月17日（月）
利用者情報	92歳 女性 要介護1 独居（別居の親族あり） 日常生活自立度（障害高齢自立、認知症Ⅲb） 訪問介護（1回／週） 居宅療養管理指導（2回／月）、居宅介護支援（適宜）
本人要望	薬を飲むのを忘れがちではあるが、特に困っていることはない。
家族要望	記載なし
ケアプランを抽出した理由	身体生活の平均回数と最大回数が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（全体をとおして）	①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向を踏まえた課題分析の結果について「家族へ聴取できず」とありますが、本人が急変された時の家族へのアプローチができなくなるので、早急に家族へ連絡を取ってください。また、課題分析の結果が空白になっているので必ず記載してください。厚生労働省からも書くように指示されています。書き方の手本としては別途23項目の集約や、1番気がかりなことを書いてみてください。②総合的な援助の方針には急変時の対応を記載してもらおうとケアプランの質が向上します。加えて、災害時の対応も記載してください。緊急時の対応はサービス担当者会議の参加者に聞いたものを取り入れると良いです。主治医や他の職種の人にも聞いてみてください。独居の人の災害時対応は大変重要です。海・川・山に近い地域や、避難場所はハザードマップを見れば確認できます。③居宅サービス計画書（2）の長期目標が3年、短期目標が1年になっています。3年もダメではないですが、目標が達成できるように長期目標は6～12カ月、短期目標は3～6カ月を目安にしてみてください。④週間サービス計画表の「主な日常生活上の活動」に重きをおいたケアプランを作成してください。その人の趣味・嗜好・物的・人的資源を把握して記載してください。テレビの内容や見ているニュース・番組名や習字などの習い事など利用者の個性を把握したうえで記載してください。また、医療の情報は必ず記載してください。受診日・受診時間・受診方法などの詳細な情報を記載しましょう。生協でお弁当を注文しているなら食事の内容も記載してください。⑤居宅介護支援経過は起こった事実も含めて、サービス提供事業者や軽微な変更も記載するようにしてください。⑥モニタリングは「やや満足・満足」の部分が多いようですが、家族の理解も確認しておいてください。また、地域の方（近隣の人）の協力のもと利用者をサポートすることは大事ですが、搾取と思われないような関わり方が大切です。その点もケアマネとして考えていることを支援経過に記入してください。⑦給付率が高い場合は余剰サービスになっていないか確認してみてください。また、そのことを支援経過にも記入するようにしてください。⑧訪問介護計画書がありますが、居宅介護サービスとの整合性を確認したことを支援経過に記録しておいてください。

ケアプラン4

面談実施日	令和7年2月17日（月）
利用者情報	82歳 男性 要介護1 長女・孫と同居 日常生活自立度（障害高齢A1、認知症I） 通所リハビリ（2回／週）
本人要望	現状のまま継続したい。
家族要望	転倒に気をつけて元気でいてほしい。現状のまま継続したい。
ケアプランを抽出した理由	生活保護受給割合の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。
アドバイザーからの意見（全体をおしで）	①居宅サービス計画書（1）居宅サービス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ついて、家族の意向では「このままのサービスでいいです」と記載されていますが、サービスについて記載するのではなく、どのような生活をして暮らしていきたいのかをご家族さんや利用者さんと話し、詳しく記載してください。また、総合的な援助の方針では「穏やかに在宅生活が行えます」や「これからも楽しく生活できるように支援いたします」と記載されていますが、利用者さんにとって穏やかな在宅生活とは何か、楽しい生活とは何かを詳細に記載してみてください。 ②居宅サービス計画書（2）について、利用者自身も持病の治療を行っているみたいなので、改善に向けた治療内容や方法についても記載するとより良くなると思います。そして、これは利用者さんのプランであるため、利用者さんにとって自立支援につながるよう、利用者さんのできることや楽しみも記載してあげましょう。 ③週間サービス計画表の主な日常生活上の活動では、利用者さんの一日の流れがわかるよう詳しく記載してください。また、利用者さんの趣味や特技等があれば記載するようにしてください。 ④サービス担当者会議に関しては、残された課題が空白になっていますが、必ず記載するようお願いします。ケアマネさんからの視点で何が課題なのかを見つけましょう。例えば、ご家族さんとの交流が少ないのであれば挨拶だけでも交わすようにするといったことや肺炎予防、認知症予防対策等といった健康状態の観察を課題としてみるのもいいと思います。 ⑤第三者が見てもわかるようなプランを立てましょう。そのためには日頃から利用者さんのできなかったことができるようになったことを随時支援経過に記録を残し、ご家族さんに報告する等利用者さんの多くの情報をもらえるように利用者さんやご家族さんとの会話をするように心がけていきましょう。

ケアプラン5

面談実施日	令和7年2月20日（木）
利用者情報	87歳 男性 要介護1 事実上の独居（週2回程度で自宅へ戻る妻と同居状態） 訪問介護:午前（3回／週）、訪問介護:午後（1回／週） 通所リハビリ（2／週）、居宅介護支援（随時）
本人要望	自身の事も考えるが、妻の事が大事。 どうにかして自宅での夫婦生活を成立させたい。
家族要望	本人が頑固で融通が効かないところがあり、家族として支援したいが、どこまで支援できるか不安を抱えている。
ケアプランを抽出した理由	身体生活の平均回数と最大回数が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 （全体をとおして）	①サービスの必要性については理解ができました。奥様が小規模多機能や看護小規模多機能を利用しているようですね。別の事業所との情報連携が今後の課題となると思います。難しいかもしれませんが、方向性などを検討できるようにアプローチしてみてください。②課題整理総括表の自立した日常生活の阻害要因は病名による手足のしびれ・・・など日常生活の状態やその人の症状も記入してください。③改善／維持の可能性の部分では「維持」が多いようです。介護度が高い人は「維持」になることが多いですが、「改善」できるような目標を立ててみてください。④居宅サービス計画書（1）の課題分析の結果はよく書けていると思います。総合的な援助の方針に災害避難所が書けているのも良いと思います。災害避難所を利用者に伝えることは大切なことです。さらにお願いするならば、予想される急変時の状態を記載してみてください。それは、サービス担当者会議の際に主治医や他職種の人から意見を聞いて、利用者にとって1番リスクとなるものは何かを予測して記入してください。⑤居宅サービス計画書（2）の長期目標と短期目標は目標が達成できる期間で記載してください。また、専門用語がたくさん使われていますが、利用者が読んで理解できるように分かりやすい言葉や表現を使ってください。⑥週間サービス計画表の主な日常生活上の活動は食事や就寝だけでなく、その人の個性が出るように趣味・趣向などを掘り下げて書いてください。具体例としては好みの食べ物、テレビ番組（スポーツ、歌番組、ニュース、相撲）などです。⑦サービス担当者会議の要点の残された課題が漠然としています。中・長期的な課題を考えてみましょう。長期目標では在宅生活に限界がきた時の対応や、短期目標は娘の介護への介入や関係性が求められると思います。

ケアプラン 6

面談実施日	令和 7 年 2 月 2 0 日（木）
利用者情報	7 2 歳 男性 要介護 4 妹と同居 日常生活自立度（障害高齢 B 1、認知症 II b） 居宅療養管理指導（2 回／月）、訪問介護:身体介護（3 回／週）、訪問介護:生活援助（2 回／週）、訪問リハビリ（2 回／週）、福祉用具貸与（特殊寝台・車いす・他）
本人要望	体中が痛い。伝い歩きは可能となったが、しっかりと歩行できるようになりたい。 自身でできることが自身で行っていきたい。
家族要望	自宅での生活は難しくなったので、施設で介護してほしい。
ケアプランを抽出した理由	生活保護受給割合の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。
アドバイザーからの意見 （全体をとおして）	①課題整理総括表において、自立した日常生活の阻害要因の項目が少ないです。付け加えるとしたら、脳出血の再発の危険性があることを記載するといいいでしょう。また、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）では、ご本人様がしたいことも記載するといいいと思います。 ②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向を踏まえた課題分析の結果で、家族の誰の意向なのか、続柄も記載するようにしましょう。ケアマネさんの視点からの記載も必要です。定期的訪問以外にも常に病状管理が必要であり、緊急性があることも入れておいてください。そして、総合的な援助の方針がざっくりとした書き方になっている印象を受けるので、どういう支援が必要で、どのような時が緊急時なのか、緊急時にはどういう連絡体制を取るのかを詳しく記載してください。ご自身がなぜ施設での生活を希望されているのかも書いておいてください。 ③週間サービス計画表に関して、主な日常生活上の活動の欄にはご本人様の食事やトイレ、入浴時間を記載するようにしてください。 ④サービス担当者に対する照会内容で、「時間の調整がつかなかったため」とありますが、これではケアマネさん自身が時間を調整できなかったという理由に受け取れてしまうため、担当者会議を開催できない場合は詳しく理由を記載するようにしましょう。 ⑤居宅介護支援経過において、訪問時、誰とどこで面談したのかを記載しておいてください。そして、モニタリングの場合は「内容は別紙参照」としておくといいいです。ご本人様が「今後薬剤師の訪問は不要」と話されたみたいですが、当時どのような説明をしてご本人様に納得していただけたのかを記載し、なぜそれが必要なのかをご本人様に理解してもらえるように記載してください。 ⑥サービス計画書（2）に、ご本人様がすることやできることも記載してください。

ケアプラン7

面談実施日	令和7年2月20日（木）
利用者情報	85歳 女性 要介護1 長男と同居 日常生活自立度（障害高齢J2、認知症IIa） 通所介護（2回／週）
本人要望	一人で家にいるより、楽しいので外にでかけたい。
家族要望	足腰が痛いというので、デイで入浴するようになり安心している。デイ利用の回数を増やしたいが本人が希望しておらず、困っている。
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 （全体をととして）	①課題整理総括表の改善／維持の可能性の部分では「維持」が多いようです。介護度が高い人は「維持」になることが多いですが、「改善」できるような目標を立ててみてください。②デイサービスを利用している理由は聞き取りを行う中で理解できました。記載する内容が難しいですが、第3者がケアプランを見た時にきちんと納得できるような理由を考えて記載してください。デイサービスを利用することは良いのですが、それ以外にもサロンや体操教室に行くなどインフォーマルサービス以外の利用も検討していくことがケアマネジメントの向上として求められています。③居宅サービス計画書（1）の課題分析の結果はアセスメントシートの23項目のうち、1番力を入れて取り組まないと日常生活が維持できなくなることを課題として書いてみてください。④予想される急変時の状態を記載してみてください。それは、サービス担当者会議の際に主治医や他職種の人から意見を聞いて、利用者にとって1番リスクとなるものは何かを予測して記入してください。⑤総合的な援助の方針については箇条書きで書かれていて、利用者が自分に何をしてもらえるのかが分かりやすいので良いと思います。⑥居宅サービス計画書（2）短期目標と長期目標の整合性がとれない場合は、長期目標を短期間で補完できる目標を短期目標に落とし込むと良いと思います。⑦利用者の課題や問題となっている行動を理解するためにはセンター方式を使ってみると良いと思います。その人の心理面を考えるうえで、役に立つツールです。⑧サービス担当者会議の要点の残された課題は体調にどのような変化があったのか、具体的に記載してください。

ケアプラン 8

面談実施日	令和 7 年 2 月 2 0 日（木）
利用者情報	9 9 歳 男性 要介護 4 長男家族と同居 日常生活自立度（障害高齢 B 2、認知症 I V） 居宅療養管理指導（2 回／月）、訪問看護（2 回／週）、通所介護（3 回／週）、福祉用具貸与（特殊寝台・付属品）
本人要望	家族が家事全般や見守りをしてくれているので、住み慣れた自宅で自分のことは行いながら生活を続けていきたい。
家族要望	脳梗塞により転倒リスクがあり介助が必要。訪問診療・看護による体調管理や、利用できるサービスを受け入れてもらい、可能な限り在宅で介護を続けていきたい。
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（全体をととして）	①居宅サービス計画書（1）の本人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、訪問看護や訪問診療のようなサービス名を記載されていますが、ここでは記載しないようにしましょう。記載例として、「医療的な管理を行いながら」とすればいいでしょう。また、総合的な援助の方針において、「体調の安定」と記載されていますが、安定という言葉だけでは曖昧な印象を受けるため、安定とはご本人さんにとってどのような状態なのかを記載するとより良いと思います。そして、緊急連絡先に関連して、緊急時とはどのような状況で、どう対応するのか等詳しく記載するようにしてください。 ②居宅サービス計画書（2）においても、長期目標内容に「きちんと服薬でき」と記載されていますが曖昧なので、きちんととはどのようにきちんとなのか、回数等も含めて具体的に記載するとより良いケアプランになると思います。この方は特殊寝台と付属品を貸与されていますが、短期目標に「安全に移動ができる」と記載されているだけなので、移動するだけなのになぜ特殊寝台の貸与が必要なのか分かりにくいので、詳しく記載するようにしましょう。また、援助内容にご本人さんがすることやできることがあれば記載するようにしたいです。 ③週間サービス計画表に関しては、主な日常生活上の活動のところが空白ですので、ご本人さんがしていることやご家族についても記載するようにしてください。 ④サービス担当者に対する照会（依頼）内容のサービス担当者会議を開催しない理由ないし会議に出席できない理由について「日程調整が困難なため」と記載されていますが、この書き方だとケアマネさんが日程調整できなかったという意味合いに受け取れるので、他の事業所さん側の都合で開催できなかったという理由で記載するようにしてください。 ⑤居宅介護支援経過では、モニタリングに関して誰と面談したのかとその他の内容については別紙参照と記載するとより分かりやすくなると思います。

ケアプラン 9

面談実施日	令和 7 年 2 月 2 5 日（火）
利用者情報	9 5 歳 女性 要介護 1 独居（別居の親族あり） 日常生活自立度（障害高齢 J 2、認知症自立） 通院（1 回／月）、訪問介護:身体介護（2 回／週）、訪問介護:生活援助（6 回／週）、福祉用具貸与（独立手摺）
本人要望	記載なし
家族要望	ほぼ寝たきり状態なので、炊事家事・買い物・通院に助力してほしい。服薬管理や見守りもお願いし腰の痛みを和らげてほしい。レンタルベッドの利用をお願いしたい。
ケアプランを抽出した理由	身体生活の平均回数と最大回数が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 (全体をとおして)	①身体介護でサービスのできる時間は決まっています。調整が必要であれば、実績で調整をしてください。②ケアプランや自立支援で寝たきりだけでなく、外出したりデイサービスを受けたりできるよう、その人に応じたサービスの提案を積極的に行ってください。その人に合ったサービスを提案できると、やりがいを感じますよ。③ベッドの搬入時期とモニタリングに齟齬がありますので、きちんと記載してください。④マイナンバーは利用者から預からないようにしてください。個人情報でケアマネが紛失すると大問題です。市役所に提示する身分証明は顔写真がついていない健康保険証や介護保険被保険者証等の 2 点があれば身分証明ができます。マイナンバーを利用者から預かるのはリスクがあるのでやめましょう。⑤個別サービス計画書の説明者の記入が間違っているので訂正してください。また、レンタルについての個別サービス計画書が添付されていません。きちんと業者に個別サービス計画書を提出してもらい、ケアマネが保管しておいてください。⑥インフォーマルやセルフケアを記入してください。本人の名前やできること等を記入するといいと思います。⑦居宅サービス計画書の短期目標に「社会性を維持する」とありますが、もっと具体的に記載しましょう。

ケアプラン 10

面談実施日	令和 7 年 2 月 2 5 日（火）
利用者情報	5 6 歳 男性 要介護 1 親族と同居 日常生活自立度（障害高齢 B 1、認知症自立） 福祉用具貸与（車椅子・手摺）
本人要望	家族に負担がかからないよう外出（通院）の際、転倒しないよう手摺を使用したい。
家族要望	記載なし
ケアプランを抽出した理由	同一建物減算割合の高い支援のようだが、有料老人ホームに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)	①はじめに、課題整理総括表の、自立した日常生活の阻害要因で「パーキンソン病」というように病名だけを記載するのではなく、こういう病気があるということになっているのかまで記載するとより良くなります。 ②居宅サービス計画書（1）において、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で、ご本人様がどのような生活をしたいかの意向を記載しましょう。ここでは「手すり」を使いたい」というようにサービス名を記載するよりかは、「環境を整える」というように記載するようにしましょう。また、ケアマネさんの意見としての課題分析の結果とご家族である奥様がどう思っているのかを記載し、ご本人様と共有するようにしてください。総合的な援助の方針に関しても、「定期通院」や「訪問看護」と記載すると、それに方法が限定されてしまうため、「医療で病状管理」と総合的に記載したり、どのようにして転倒を予防するのかを記載するとよいでしょう。また、「自宅での安全な動線確保の為」とありますが、安全とはご本人様にとってどのような時が安全なのか詳しく記載するといいたと思います。そして、予測される緊急事態とはどういう時か、緊急時はまず誰に連絡するのか対応方法や連絡の仕方についても記載するようにしてください。 ③居宅サービス計画書の生活全般の解決すべき課題において、「通院は家族が送迎」と記載されていますが、誰が送迎してくれているのかを記載しましょう。 ③週間サービス計画表で、スケジュール表に何も記載されていませんが、医療の分があれば組み込むようにしましょう。 ④サービス担当者会議の要点で、残された課題の欄に次回開催時期の予定を入れておいてください。 ⑤居宅介護支援経過では、内容において「自宅訪問する」とありますが、加えて誰と面談したのかと、別紙参照と記載するようにしてください。また、事業所に対するモニタリングの記録も必要です。

ケアプラン 1 1

面談実施日	令和 7 年 2 月 2 5 日（火）
利用者情報	9 0 歳 女性 要介護 1 独居（月の半分ほど県外の家族が自宅を訪問し、介護を行っている） 日常生活自立度（障害高齢 A 2、認知症 II a） 通所介護（5 回／週）、訪問介護（1 回／週）
本人要望	現状のまま生活を続けていきたい。
家族要望	歩行が不安定で、転倒が心配。物忘れもあり、今後もデイサービスを可能な限り利用し見守りの中で過ごせるようにして、本人家族共に安心して生活を送りたい。
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 （全体をとおして）	① 月に 1 度はケアマネが利用者を訪問しなければいけません。本人や家族がいる時でないで訪問しないで欲しいと言われても、介護保険上のルールなので、本人や家族にも理解してもらえるように伝えてください。ケアプランは家族だけの意見ではなく、本人の意向を取り入れてください。それは、訪問することでわかることだと思います。② 限度額の調整について、毎月限度額の調整が必要なケアプランではなく、不測の事態に備えて、限度額調整ができるだけでないプランを作成してください。例えば、利用の時間を 1 時間早める等を考えてみてください。万が一超過してしまうと、利用者や家族に事前に伝えていなければ 1 0 倍の請求になります。ケアマネを守るためにも行ってみてください。③ 本人のできることや口腔ケア等もケアプランに記載してください。④ ケアプランを作り直すときは本人や家族に意向を聞いて、サービス担当者会議を必ず行ってください。照会のみではいけません。⑤ 停電したときのネットワークを考えておいてください。

ケアプラン 12

面談実施日	令和7年2月25日（火）
利用者情報	78歳 女性 要介護3 長女と同居 日常生活自立度（障害高齢B1、認知症Ⅲa） 居宅介護支援（随時）、通所介護（5回／週） 福祉用具貸与（特殊寝台・付属品・ポータブルトイレ）
本人要望	デイサービスに行きながら、自宅で生活したい。難しいことは分からないので取り決めは娘に委任する。
家族要望	日中、仕事をしているため、人の目の届く通所サービスに行き過ぎてほしい。
ケアプランを抽出した理由	立ち上がり、歩行もできる状態への特殊寝台本体等の用具貸与の利用割合が高い支援のようだが、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 (全体をとおして)	①「立ち上がり、歩行もできる状態への特殊寝台本体等の用具貸与の利用割合が高い支援のようだが、適切なケアプランを作成できているか疑義あり」という理由で抽出されたということで、本人の健康状態・受診等の状況の特記事項にでもいいので、体は動くけど自分ひとりでは起き上がれないことを記載してください。 ②居宅サービス計画書（1）で、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、ご本人とご家族である娘さんの意向しか記載がないため、ケアマネさんが課題分析した結果についても記載してください。また、総合的な援助の方針で、通所介護や福祉用具といったサービス名は記載しないようにしてください。どういう時が緊急時なのかと緊急時どのように対応するか、連絡方法についても記載しましょう。 ③居宅サービス計画書（2）においても、生活全般の解決すべき課題で「歩行困難で起き上がりや移乗が困難」とありますが、「"自分一人では"起き上がることができない」と記載しておくといいと思います。 ④居宅介護支援経過で、月1回の訪問以外の内容も記載しておくといいでしょう。ただ、全て記録しておくことは難しいため、要所だけでも記載しましょう。