

記事2 不適切表現・書き方から学ぶ！ケアプラン・ケア計画事例集

福岡シティ福祉サービス

代表 白石 均

白石 佳代

介護計画書作成の利点とは.....	2
なぜ不適切な表現をしてしまうのか。.....	3
介護計画書作成において大切な事.....	3
不適切な表現例で学ぶ！適切な表現.....	4
介護計画書記載に入れてほしい表現について.....	8
良い介護計画書を作成するために・・・.....	9
まとめと今後の傾向.....	9

介護記録と関連して、介護計画書の重要性が増しています。昨年の介護保険改正で居宅支援事業所に個別計画書の提出を求めることが出来るとの規定がなされました。(図1)

また、地域密着サービスでは運営推進会議で第三者にケアの報告が義務づけられており、この際に介護計画書を提示する可能性もあるなど、第三者に掲示する広がりを見せており、介護計画書はますます重要性を増しています。

しかしながら介護計画書の作成・立案が分からないという声を耳にします。

そこで本稿では、通所介護計画書における適切な表現例について解説を進めていきます。

### 介護計画書作成の利点とは

介護計画書作成の利点とはどんなものでしょうか。またどういう働きがあるのでしょうか。以下の5点に絞れると言えます。

#### ・家族に安心感を与える

介護計画書を家族へ提示、スタッフの説明によりどういうケアを提供していくかを知ることにより利用者家族は詳しい内容を知ることが出来、安心感を得ることが出来ます。

#### ・あらかじめ計画を立てることにより、介護が質的に改善される

例えば、介護提供当初自力で歩けなかった利用者が、介護計画書を立て、随時見直すことにより、最終的に可動域が広まり、散歩までできるようになったというケースです。このように介護計画書は既存の機能を改善する材料ともいえるのです。

#### ・スタッフにとっては効率的なケアができる。

あらかじめ計画が示されていることにより、余計な労力を使わなくて済み、介護スタッフの負担軽減につながります。また利用者にとってもあらかじめ希望どおりのケア計画を提示されている事でサービスの内容が把握でき、安心して介護を受けることが出来るのです。

#### ・介護スタッフの研修資料になる

利用者ごとの計画書から利用者ごとに違う介護(個別ケア)を提供することが出来ます。そのことを新人職員にマスターしてもらうことにより、介護技術を養う教材となるのです。また介護計画の立案・作成例として更には事例検討会の材料になり、より良い介護を行う材料となるのです。

#### ・万が一の時の材料にもなる。

もし万が一、訴訟に持ち込まれた場合適切なケアを行っていたという唯一の証拠となります。この際に大事なことは、介護計画が作成されていないという事は適切な介護を行っていないとみなされ、ケアをしていたとしてもどのような介護を提供しているのか詳細を第三者に伝えることはできないのです。その結果、最悪の場合莫大な損害賠償を命じられることとなります。

**なぜ不適切な表現をしてしまうのか。**

ではなぜ、私たち専門職は、介護計画書が先に挙げた利点があるにもかかわらず、不適切な表現をしてしまうのでしょうか。それは大まかに分けて以下の通りとなります。

・ **計画書を作成・立案する時間がない。**

頭では、分かりやすい表現で作成しないといけないことは分かっていますが、通所介護のみならず他の介護事業所でも、介護計画作成担当者がいればいいのですが、一人何役もしなければいけないというのが実情です。つまり人手が足りず、計画書を作成する時間がないというのが実情なのです。

・ **計画書をどのように立てて良いか分からない。**

もともと計画書の作成経験がないので、どのように表現して良いのか、どのようにサービスを組み立ててよいか分からないのです。

その場合はとにかく実践しかありません。先輩職員にならって指導を受けるなどして慣れていくしかありません。

・ **利用者・家族に掲示した際に家族がどのように思うか考える余裕がない。**

計画書を作成することを仕事上の目標と誤ってしまいがちになり、業務の繁忙から利用者家族の思いを考える余裕がなくなってくるのです。

・ **万が一の際に事業所・スタッフ個人が救ってくれる唯一の証拠になるといった認識が薄い**

最近はリスクマネジメント対策として介護計画書の重要性が増しています。また訴訟に持ち込まれた場合最悪の事態を避けることが出来るのです。そういった認識が薄いことから不適切な表現で計画書を作成することが多いのです。

・ **第三者に公開する資料としている認識がない。**

介護計画書というのは実地指導の際、行政職員に見せるほか、各種会議で提示するケースが往々してあるなど社会にケアの様子を知ってもらう必要性を持っています。そのことを知らずに施設内で使用する書類と捉えてしまうことが不適切な表現をしてしまう傾向にあるのではないのでしょうか。

もしこれらの理由から、不適切な表現で介護計画書を作成し、利用者家族に見せた場合どういう結果を生むのでしょうか。簡素化・抽象化された記載内容であれば、個別化された計画書とは言えず、ただ単にデイサービスに通う（時間を潰す）ことが目的となってしまう、本来の目的（出来ないことをできるようにする、残存機能の回復）の為の介護サービスではなくなってくるのです。

また内容が簡素・抽象的であれば、利用者家族の信頼関係構築に障害を生み、今後の十分なケアができなくなってしまう恐れもあるのです。(図2)

## 介護計画書作成において大切な事

介護計画書作成において重要な点は4つです。(図3)

このうち記載に関係するのは以下の3つです。

このうちのどれが不足しても、内容が充実した介護計画書を作成することはできません。

・ **アセスメント**

アセスメントは、介護計画書を作成する際に利用者のニーズは何かを探るものです。

このアセスメントは料理でいえば材料に当たります。材料が良質なものでなければおいしい料理を作ることはできません。

介護計画も同じことです。つまり、この時点で利用者家族から十分なニーズがくみ取れなければ、充実した内容の介護計画書を作成することはできないのです。

#### ・長期目標、短期目標の設定 (図4)

具体的に分かりやすく記載することが重要です。

よく、長期目標と短期目標の違いが分からず、どのように組み立ててよいか分からないという声を聴きますが以下の通り考えてはいかがでしょうか。

長期目標 ・・・・長いスパン(6か月もしくは1年)で達成できる事柄を記載します。

記載例・・・自宅の階段を介助なく上り下りできるようにします。

短期目標 ・・・・長期目標を受けて具体的な目標(1か月から3か月程度)を記載します。

記載例・・・段差の上り下りを 分で できるようにします。

#### ・目標に基づくサービス内容の設定 (図5)

目標が定められなければ、サービス内容の設定は決まりません。

ここでは、短期目標に基づき、目標を達成するためには事業所で出来るサービスは何かを考えながら記載していきます。

記載例

- ・レクリエーションの時間になったらご本人にレクリエーションに参加したいかどうかをお聞きします。
- ・その際に参加したくないとおっしゃれば、スタッフがそばに付き添います。

#### ・どういサービスを提供するかを明確に分かりやすく

私の妻が母親を有料老人ホームに入所させ、介護計画書に目を通していたところ、このように言っていたのを覚えています。

「症状は分かっているのよ！こういう症状だから、じゃあどんなことを提供してくれるかが知りたいのよ！だけど提示された計画書にはそのことは書いてなかったの！」

私も生活相談員として働いていた頃、数ある介護計画書に目を通してると病気に対する症状は詳しく記載されていますがサービス内容が明確に明記されていない計画書が多いような気がいたします。

介護計画書というのは文字どおりどのようにサービスを計画していくかを記載するものなのです。その中にどのようなサービスを提供するかを記載していくかがカギとなるのです。

利用者が知りたいのは、症状の状況ではない、「こういう症状があるからどういサービスを提供してくれるか」なのだ。

その点を記載する上での重要ポイントとすることが重要です。

### 不適切な表現例で学ぶ！適切な表現

それでは以上のことを踏まえてどのような記載が良いのか具体的に見ていきたいと思ます。

#### ・目標について(長期、短期を含む)

大原則は「分かりやすく、しかも具体的に」記載することです。

また利用者家族に分かりやすく、箇条書き、「 します」「 しましょう」など丁寧語で書くことが一般的となっています。

【悪い例】

QOL の向上

↓  
QOL ( 専門用語 ) の記載では、家族には分かりません。また漠然過ぎて何をどのように向上するのか見えてきません。

【良い例】

- ・ 自宅近くの散歩ができるようにします
- ・ 一人で料理ができるようにします。

また「出来るだけ」とか「随時」とかのあいまいな表現は避けましょう

【悪い例】

出来るだけトイレに行けるようにする

↓  
これではどの程度、トイレに行けるようにするのが分かりません。

【良い例】

時間を決めてトイレで排泄できるようにします。  
自力で自宅のトイレに行けるように足腰の筋肉を強くしていきます。

目標設定の際、数値を入れるとより具体性が伝わります。

【良い例】

脱水にならないように適量水分が取れるようにする

↓  
適量とはどの程度なのか分かりません。具体的に数値を入れてください。

脱水にならないように 1 日 1,200cc 摂取できるようにします。

移動が目標とする場合、行き先の名称分かれば記載するようにしましょう。

【良い例】

近所まで買い物できるようにする

【悪い例】

近所の スーパーまで買い物できるようにします

こういった部分をどのようにできるようにするのか明確にすることも大切です。

【悪い例】

可動域を広める

↓  
可動域とは専門用語です。利用者家族には分かりません。また体のどこの筋肉を広めてどのようにするのが明確ではありません。

【良い例】

太もも部分の筋肉を回復し、自力で歩けるようにします。

また間違っただけではありませんが、原因と結果を関連付けて記載することで具体的な目標が出来上がります。

記載例                      なので                      できるようにします。

- ・一人で散歩できるようにして生きがいを取り戻すようにします。
- ・孫に迷惑を掛けたくないなので、料理ができるようにします。
- ・家族に迷惑を掛けたくないなので、一人で入浴出来るにします。

このように、目標を記載する際に、利用者本人の気持ちを記載することでより個別性が生まれ、利用者家族との信頼関係がより強固なものになるのではないのでしょうか

さらには目標に至る原因を記載することも個別性を表すものとなります。

目標の設定は、個別性を表すことがとても重要になってきます。

個別性を表すことで、利用者家族から信頼を得ることが出来、より信頼関係が強固なものとなり、今後のケアがうまくいくのです。

以上の目標の記載例を踏まえて、家族の要望と組み合わせた目標設定は以下のようになります。

#### 【利用者・家族の希望】

腰が弱くなり、以前は散歩が趣味でよく外出していたが、最近は外出がなくなり会話がめっきり減ってしまい、生きがいをなくしてしまった。以前のように外出して散歩が楽しめるようにしたい。



- |        |   |
|--------|---|
| 【長期目標】 | <ul style="list-style-type: none"><li>・自宅周辺あたりを短時間散歩できるようにします。</li><li>・介護職員とのコミュニケーションを図るほか近所の住民とも会話ができるようにして生きがいを取り戻すようにします。</li></ul>  |
| 【短期目標】 | <ul style="list-style-type: none"><li>・週2日デイサービスを利用し、足腰の筋力がつくようにします。そのために足のリハビリの為踏み台昇降運動を 分で 回できるようにします。</li><li>・なるべく福祉用具（車いす）を使わなくても歩けるようにします。そのために車いす 杖に次第に移行できるようにします。</li><li>・レクレーション時に介護職員とコミュニケーションを取れるようにします。</li><li>・積極的にデイサービスのレクレーションへの参加するようにします。</li></ul> |

#### サービス内容

この部分も「分かりやすく、具体的に」が大原則です。

「出来るだけ」「随時」とかのあいまいな表現はできるだけ避けるべきです

#### 【悪い例】

の場合はできるだけ手伝う

とはどういった場合でしょうか。また出来るだけとはありますが、どの程度、手伝うという事でしょうか。

#### 【良い例】

職員がお声掛けをしてトイレに行こうとして自力で歩行できないときは、横についてトイレまで歩行介助をします。

【悪い例】

本人の調子が悪い時は声掛けを行う

↓  
本人の調子の悪い時とはどういう時でしょうか。また職員によっても「調子が悪い」という判断は違うはずですが。その場合は「血圧が 以下の時は」と記載するようにします

【良い例】

バイタルの結果血圧が、 以下の時は、あいた職員が声掛けを行い、本人がきついと訴えたときは、看護師に報告とするとともにご家族にも報告を行います。

【悪い例】

随時、排泄の声掛けを行う

↓  
随時というのはどういった場合でしょうか。どういうケースの場合に声掛けを行うのでしょうか。その点が記載されていません。  
この場合は、「食事の際」「お帰りの際」とか具体的に記載するようにします。

【良い例】

お帰りの際、あいた職員が必ず声掛けを行い、ご本人がトイレに行きたいと訴えたら、トイレまでお連れします。

具田的な数値を記載することも重要です。

【悪い例】

歩行ができるようにリハビリを行う

↓  
リハビリとはどういうものでしょうか。どういう運動訓練を行うのでしょうか。読む側は全く伝わってきません。この場合は、訓練の種類と 回行いますという数値を入れることがポイントです。

【良い例】

一人で歩行できるように踏み台昇降を行い、最終的には 1 分間で 回出来るように機能訓練士が歩行介助を行います。

また、職員による気遣いの言葉を入れるとより、家族との信頼関係が強固なものとなります

・レクリエーションの時は本人に参加したいかをお聞きします。  
・参加したくないとおっしゃった時には手の空いたスタッフが傍に寄り添ってコミュニケーションを図ります。

・突然、情緒不安定となることがあるので、常にスタッフが見守りを行います。  
・突然泣き出したときは手の空いたスタッフがそばに寄り添ってお話をお聞きして不安を軽減するように配慮を行います。

目標設定と同様にサービス内容にもこのように職員による気遣いを記載することで、利用者家族から見ると事業所の評価が一挙に高まります。またこのような表現は個別性を表しており、信頼関係がより強固なものになるのではないのでしょうか。

以上を踏まえたうえで、適切でない介護計画書作成例(図6)と適切な介護計画書作成例(図7)を挙げます。

厚労省は、昨年介護計画書の一般的な様式を公表しました。しかし今回の公表はこの様式を使いなさいという事ではなく、この様式を参考にして計画書に必要最小限の項目を入れなさい、という事です。

図6と図7では少々様式が違うことにご注目ください。

国は介護計画書様式の統一性を図っていません。つまり様式に決まりはないのです。

そこで利用者家族への伝達事項、今後のケアの検討内容など、ケアを進めていくうえで特記すべき内容は備考欄を設けてその欄に記載することでより個別ケアに沿った計画書が出来上がります。

今迄の事をまとめると良い表現のポイントは以下の通りです。

- ・計画書の書く項目ができるだけ空欄なく記載されている事
- ・分かりやすい言葉で書かれている事(専門用語は使わない)
- ・サービス内容などは具体的に(数値などを使うことが効果的)
- ・あいまいな表現を使わない事

## 介護計画書記載に入れてほしい表現について

いかがでしたでしょうか。

もちろんこれが一番正しいという記載はありません。要は利用者家族が分かりやすく、かつ抽象的ではなく具体的に記載することが重要なのです。

ここでは、介護計画作成においてぜひ、記載に加えてほしい点について話を進めていきます。

それは以下の2点です。

### ● 介護する家族の心理的ケアの記載

デイサービスというのは、朝10時から夕方5時まで等と限られた利用になります。その間家族は息抜きの時間を作ることが出来るわけです。このことを含め、家族の心理的ケアを記載する欄を設けることが重要です。支援というと、家族への介護するうえでのアドバイスをするといったことを連想しがちですが、介護がうまくいくためには、家族へのメンタル面のケアも欠かせないのです。

利用者家族は、介護で生じたストレスを誰にも話せずに一人で抱えているケースがほとんどです。そして限界を超えると一家心中と言った最悪の事態を招いてしまうのです。また、利用者家族は介護ならではの理不尽さを感じています。傾聴が重要だと言われるゆえんはこの理由からなのです。

図7ではキーパーソンであるB男さんは夜眠れない、A子さんの妄想からストレスを抱えているなどいつつ状態に陥ってもおかしくない状況を踏まえて作成されています。もし事業所内での心理的ケアの対応が不可能な場合は、思い切って精神科等のカウンセリングへの受診をお勧めすることも重要です。

### ● 職員の気遣いに関する記述を入れること

先の表現例でも挙げましたが、例えば「そばに寄り添う」とか「最後まで一緒に同じペースで食事する」等職員として素晴らしい姿勢を記載することは重要です。こういう記載を入れることでその後の利用者家族との信頼関係がより強固となり、今後のケアがうまくいくことを暗示しているからです。



## 良い介護計画書を作成するために・・・

今迄介護計画に記載する表現例について解説を進めていましたが、その点も含め良い介護記録を作成するためにどういったことに気を付けていけばよいのでしょうか。

### ・家族との信頼関係の構築

介護職員にとって自分がかかわったことがない病気を持った利用者と接することになった場合、傾聴はもちろん家族へのアセスメントは非常に重要となってきます。そのためには家族との信頼関係が構築されることが必要不可欠です。家族の会話の中にケアのヒントが隠されているので気を付けてヒントを見逃さないようにしましょう。

### ・観察力

図7では、病気が進行するに従い声が出なくなるという症状を踏まえて作成されています。コミュニケーションが、また表情が乏しくなります。困難な場合、介護記録から支援のヒントを拾う必要があります。そのためにはまず先輩職員と同行して利用者宅に伺い観察力の習得を養うことが求められるのです。

### ・病気の理解とケアの仕方の習得

最近パーキンソン病利用者の方等の難病の方も通所介護を利用するようになってきました。もし、医学書などで知られている病気ならば、すすんで習得することが重要になってきます。もしくはそれらに関連したセミナーがあれば、すすんで受講されることをお勧めします。これらに支援のヒントが隠されているからです。今後は介護スタッフと雖も、ある程度の医療知識（病気・症状に対する知識の習得）が必要になってきます。

## まとめと今後の傾向

現在は介護計画書が実地指導のほか地域ケア会議でも活用されることが十分あり得ることが考えられます。昨年の介護保険改正で、個別機能訓練加算 と の区分が明確化され、必要に応じ見直すという規定がなされました。これは逆に言うと区分が明確化されていなければ、言い換えれば個別機能訓練計画書が適切に作成されていないと加算が取れない、取り消されるとも解釈できるのです。(図8)  
これは何を意味しているのでしょうか。  
ますます介護計画書の記載の習得が重要になってくるという事です。

今回の改正の傾向から今後は、今後は介護計画書、個別訓練計画書等の計画書の記載が簡素・抽象的だと加算自体取れないケースも出てくるのではないのでしょうか。それだけ国も介護計画書をますます重要視しているのです。

最近介護記録作成・立案に関するセミナーが主要都市を中心にちらほら出てきました。生活相談員などの方で計画書作成・立案が不得手な方は是非、受講していただき記載法をマスターしてください。  
そして利用者から喜ばれる施設を目指していただきたいものです。

## 参考文献

平成27年度介護報酬改定の概要(案)第119回(H27.2.6) 社保審-介護給付費分科会  
指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成十一年三月三十一日厚生省令第三十七号)  
【福岡シティ福祉サービス】介護計画書作成・立案セミナー資料 P3、17~20  
通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について(老振発第0327第2号 平成27年3月27日)  
白石 均 【訪問介護サービス】「諦めない!」こんなときどうする?」支援困難利用者への対応&訪問介護計画事例集 医療依存度が高い利用者編「ケース6 昼夜を問わず支援が必要な利用者」

図 1 個別介護サービス計画の提出努力規定

**各サービスの報酬・基準に係る見直しの内容**

**1.居宅介護支援**

(省略)

**居宅介護支援事業所とサービス事業所の連携**

居宅介護支援事業所と指定居宅サービス等の事業所の意識の共有を図る観点から、介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等の担当者から個別サービス計画の提出を求めることとする。

平成 27 年度介護報酬改定の概要 (案) 第 119 回 (H27.2.6) 社保審 - 介護給付費分科会

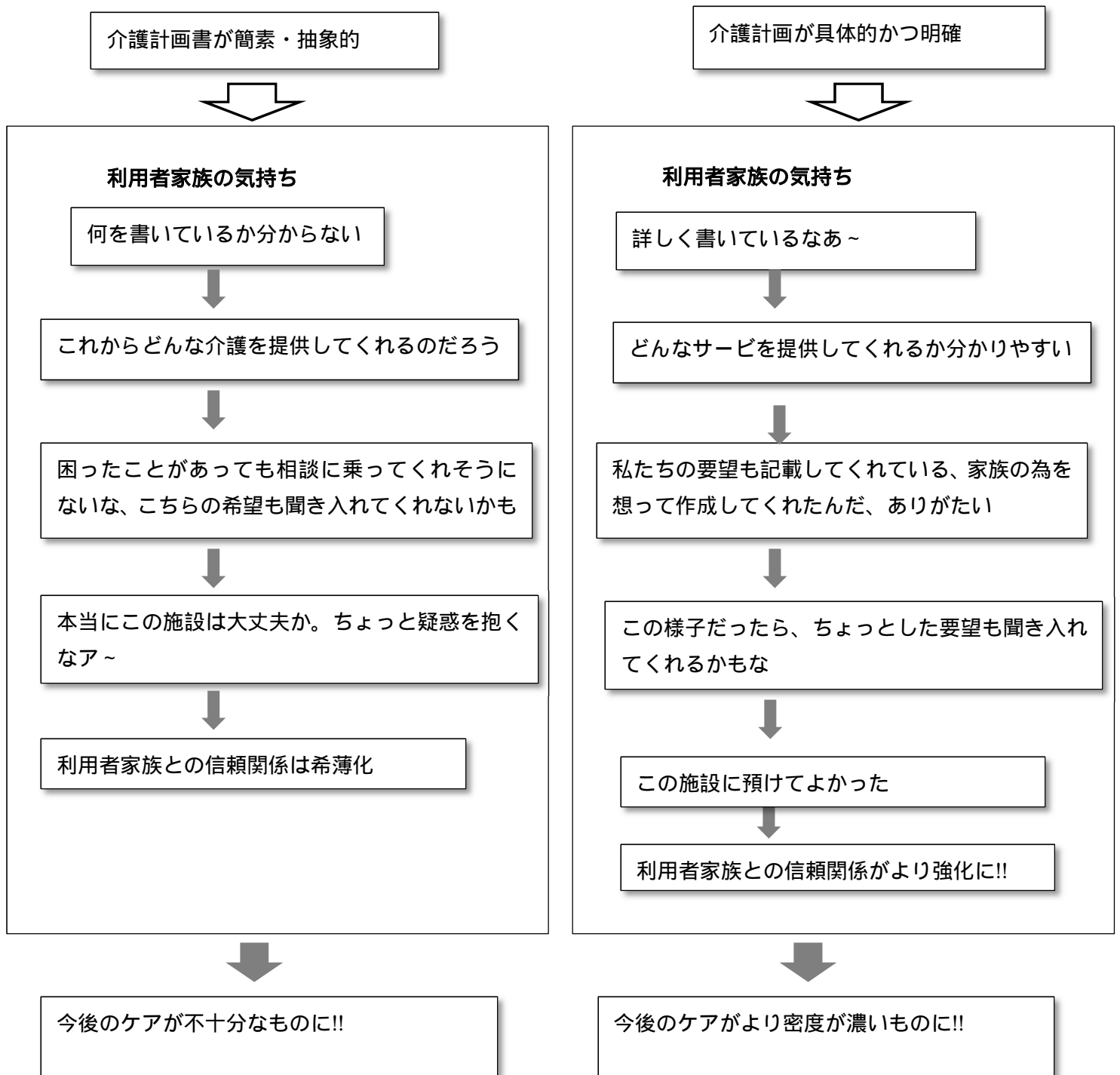
この規定から言える事

介護個別サービス計画書の提供努力義務規定



介護計画書等はますます第三者に公開しなければならない、社会の発信材料に

図2 介護計画書と利用者家族との信頼関係



介護計画作成において必要なこと

第四節 運営に関する基準（通所介護計画の作成）

第九十九条 指定通所介護事業所の管理者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成しなければならない。

2 通所介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。

3 指定通所介護事業所の管理者は、通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

4 指定通所介護事業所の管理者は、通所介護計画を作成した際には、当該通所介護計画を利用者に交付しなければならない。

5 通所介護従業者は、それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行う。

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準  
（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十七号）

↓  
要約すると・・・

作成に当たっては、利用者の状況を把握・分析し、訪問介護の提供によって解決すべき問題状況を明らかに（アセスメント）し、これに基づき、援助の方向性や目標を明確にし、担当する訪問介護員等の氏名、訪問介護員等が提供するサービスの具体的な内容、所要時間、日程等を明らかにすること。

サービス提供責任者は、訪問介護計画の目標や内容等について、利用者及びその家族に、理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うこと。

アセスメント { 情報収集  
ニーズ分析

- ・アセスメント
- ・長期目標、短期目標の設定
- ・目標に基づくサービス内容の設定
- ・説明責任（アカウンタービリティ）

### 介護計画書立案作成のポイント

サービスによっては単純に本来の介護サービス提供欄で整理できない項目がある。

その場合は備考欄を設け、今後の介護の方向性、家族がケアをする上で注意する点を記載していく。

病気の症状が特殊性を有するのでサービス内容には簡単な症状の特徴を盛り込んだうえで、支援方法を記載するようにする。(例 この症状は だから します。など)

あくまで利用者の為の計画書ということを念頭に置き、介護サービスの事が詳しくない方にも分かりやすい言葉で記載する。(リスクマネジメント対策の為にも)

アセスメントの段階で家族から発せられた言葉をできるだけ盛り込む。そうすることでご家族との信頼関係構築が強固なものとなる。(例 家族の要望から を提供します。など)

利用者が知りたいのは、症状の状況ではない、「こういう症状があるからどういうサービスを提供してくれるか」なのだ。その点を記載する上での重要ポイントとすること。

介護計画書では具体的な手順については「ケア手順書」を作成してもよい。

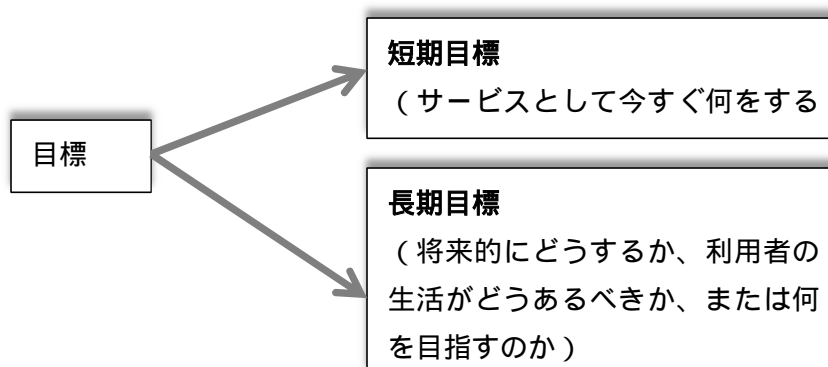
図 4 長期目標、短期目標の設定

### 短期目標について

短期目標は、 <u>モニタリングの際に達成度がわかるよう、具体的に書く</u>
短期目標は、ニーズごとに解決の要点に対応して <u>段階的な計画</u> を決めて的を絞り書く ただし、ニーズによっては、段階的ではなく、一挙に達成しなければならない場合もある
短期目標は、サービス事業者がそれぞれのサービス計画を作成する際に、その目標になるもの

### 長期目標について

長期目標は、ニーズごとに支援を受けながら利用者も努力する到達点として書くこと
目標設定は具体的にイメージを持ちながら、利用者・家族と共に立てること
利用者が目標設定できない場合などには、専門家の意見を聞き利用者・家族と介護支援専門員とで一緒に考えること

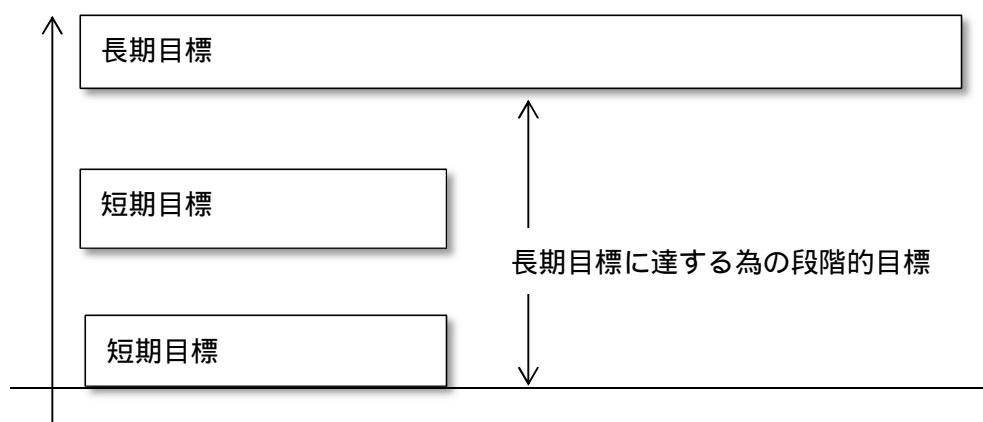


ケアサービスにおいては利用者と介護職の間で明らかに知識と情報量の差がある、したがって計画書はお互いの差が生まれないようにしなければならない

**短期目標** 大方3か月で達成できる介護目標を記載

**長期目標** 大方6か月で達成される介護目標を記載

どちらも利用者のQOL向上につながるような目標を記載すること



## 具体的なケース

利用者・家族の希望	腰が弱くなり、以前は散歩が趣味でよく外出していたが、最近では外出がなくなり会話がめっきり減ってしまい、生きがいをなくしてしまった。 以前のように外出して散歩が楽しめるようにしたい。
-----------	---



長期目標	<ul style="list-style-type: none"><li>・自宅周辺あたりを短時間散歩できるようにします。</li><li>・介護職員とのコミュニケーションを図るほか近所の住民とも会話ができるようにして生きがいを取り戻すようにします。</li></ul>
短期目標	<ul style="list-style-type: none"><li>・週2日デイサービスを利用し、足腰の筋力がつくようにします。そのために足のリハビリの為踏み台昇降運動を 分で 回できるようにします。</li><li>・機能訓練士による歩行訓練を進めていき、最終的には福祉用具（車いす）を使わなくても歩けるようにします。 そのために車いす 杖に次第に移行できるようにします。</li><li>・レクレーション実施時、送迎時に介護職員とコミュニケーションを取れるようにします。</li><li>・積極的にレクレーションへの参加ができるようにして、生きがいを取り戻していただきます。</li></ul>

## 図 5 目標に基づくサービス内容の設定

大原則は“分かりやすく”が基本

### 素人でも分かりやすいように

専門職が読んでわかってもしようもない、介護計画書というのは、利用者家族（専門職でないもの）向けに作成しているのだという事を常に意識して記載するように

### あいまいな表現を使うな!!

「時々（随時）見守りを行う」では、いざ職員が見守りを行うとき、どんな時にどんな見守りをおこなえばいいかわからない。また利用者家族にもうまく説明できない

### 専門用語を使うな!!

QOL/ADL/IADL などと、専門用語、略語を使ってはいけない、常に介護計画書というのは利用者本人の為の計画書だという事を忘れずに。

### 職員が気遣う言葉を盛り込むこと

寄り添う、お話を聞くなど気遣いの言葉をできるだけ入れること。そうすることで利用者家族との信頼関係がより強固となる

### 介護する家族（介護者）の気持ちを取り入れること

もし、介護する家族がいるなら、心理的負担軽減につながるような表現を取り入れること。この表現を取り入れることでより個別的な計画書が出来上がる

### 具体的数値を入れるように

「踏み台を 1 回の訓練で 回出来るように～」などと数値が使える内容であるならば、記載してより具体的に内容とすること



図6 不適切な通所介護計画書記載例

事業所名 事業所

計画作成氏名

作成 平成27年 月 × 日

氏名	A子様		男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	昭和2年3月5日
住所	県市町			要介護度	要介護3
	××××			有効期間	
電話				サービスの提供を行う期間	年月日～年月日
居宅（介護予防）サービス計画				（介護予防）通所介護計画（長期・短期目標等）	
長期	介護者の負担を減らす			パーキンソン病の進行を遅らせるようにする	
短期	進行を遅らせる				
利用者および家族の意向	パーキンソン病の悪化や脳梗塞の再発などをすることがないようにして、家での生活を続けていきたい。				
サービス利用上の留意事項	送迎時に転倒しやすいので気を付けて見守る				

援助内容			個別援助内容							
迎え			項目	留意事項						
自宅発	:		送迎時	送迎車両への乗降の際、不安定にならないようにする						
事業所着	:									
プログラム（日課）			安全に配慮した環境整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・安心・安全に乗降できるよう支援する。</li> <li>・職員の見守りや転倒しないように気をつける</li> <li>・必要時は声かけを行う。</li> </ul>						
（予定時間）	（サービス提供内容）	各プログラムの所要予定時間								
9:00～	送迎	程度								
～		程度								
12:00～	昼食	程度								
～		程度								
13:00～	レクリエーション	程度								
～		程度	入浴	楽しく入浴できるよう職員は色々な話をしたりする。						
16:00～	送り	程度								
～		程度								
（サービス提供終了）			レクリエーション	本人が生きがいを持てるように出来るだけ参加できるようにする						
合計所要時間		6 時間								
送り	事業所発	16:00	利用日	月	<input checked="" type="radio"/> 火	水	木	<input checked="" type="radio"/> 金	土	日
	自宅着	16:20								

報酬算定区分

3-5時間	・	<input checked="" type="radio"/> 5-7時間	・	7-9時間
-------	---	--	---	-------

通所介護計画（介護予防通所介護計画）について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

27年 月 日

利用者同意欄

氏名

説明者

氏名

図7 適切な通所介護計画書記載例

事業所名 \_\_\_\_\_ 事業所 \_\_\_\_\_  
 平成27年 月 日

計画作成氏名 \_\_\_\_\_

氏名	A子様		男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	昭和2年3月5日
住所	県市町 ××××		有効期間	年月日～年月日	
電話			サービスの提供を行う期間	年月日～年月日	
居宅（介護予防）サービス計画					
長期	・B男さんの介護負担を軽減するようにし、共依存状態が少しでも抜け出すことができるようにします。 ・B男さんのご希望からできるだけ在宅で介護ができるようにします。 ・A子さんの筋力維持を図ります。				
短期	・A子さんの症状進行を少しでも遅らせる為歩行訓練をして筋肉をほぐしていきます。 ・B男さんが一人で介護できるように介護職員が在宅での介護サービス提供における注意点を伝えしていきます。 ・A子さん自身家族に迷惑をかけているという想いもあり、少々うつみですので、生きがいを取り戻していただく為、レクリエーションに参加できるようにして、生きがいを取り戻していただきます。 ・B男さんの負担軽減の為、介護御職員が在宅における注意点を伝えしていきます。				
利用者および家族の意向	【B男さん】今まで奥様に迷惑ばかりかけてきたからせめて家で出来る限り介護をしてあげたい。 【長男】両親には楽になってもらいたい、母親には施設に入所してもらいたい。 【長女】病院や施設の食事が合わないので介護をできるようにして、施設入所以外の選択肢がないか探したい。				

援助内容			個別援助内容										
迎え	自宅発	事業所着	項目	留意事項									
		××:××	送迎時	・自宅に到着したら、介護職員が車いすに移乗します。 ・身支度などはB男さんに、デイサービスに通う準備を手伝ってもらいます。 ・特に車いすへの移乗時は右側に転倒しやすいので注意します。 ・ご本人が混乱されているときはこれからデイサービスに行くという事をお伝えします。									
プログラム（日課）				入浴	・入浴前に血圧が 以上の時は入浴を見合わせます。 ・声が出にくくなっているため入浴前は介護職員が代わるなど通常と違う際は事前にその旨をご本人にお伝えします。 ・着替えを介護職員が用意をして浴室までお連れします。 ・ご自分で洗える部分は洗っていただきますが、背中などは介護職員がお手伝いします。								
(予定時間)	(サービス提供内容)	各プログラムの所要予定時間	レクリエーション【集団プログラム】		・開始時に声掛けを行い、集団プログラムに参加したくないと言われたときは、あいた職員がそばに寄り添いお話をお聞きます。 ・参加した場合でも常にそばに寄り添う体制をとります								
9:00～	送迎				リハビリ【個別機能訓練】	・進行を少しでも遅らせる為、また足腰の筋肉をほぐすため、歩行訓練を行います。 ・車いすから降りていただき、平行棒を使って理学療法士のもと歩行訓練を行っていきます。 ・ご本人がづらいと言われたときは無理強いをせず 回だけ行っていただくように声掛けを行います。							
到着～	血圧、体温測定	程度				利用日	月	<input checked="" type="radio"/> 火	水	木	<input checked="" type="radio"/> 金	土	日
10:00～	入浴、レクリエーション	2時間 程度					月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12:00～	昼食	1時間 程度				月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
13:00～	レクリエーション	時間30分程度	月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
14:30～	リハビリ	30分 程度	月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
15:00～	おやつ	30分 程度	月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
15:30～	帰りの会	30分 程度	月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
16:00～	送り		月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
(サービス提供終了)			合計所要時間	6 時間									
送り	事業所発	16:00	月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	自宅着	16:20	月	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

報酬算定区分

3-5時間	<input checked="" type="radio"/> 5-7時間	7-9時間
-------	--	-------

適用加算

個別機能訓練加算
----------

備考

今のサービスはあくまでもB男さんのご希望により、できるだけ介護負担が軽減するようにする手段にすぎません。お子さんの希望からいずれば施設への入所も検討に入れなければならない時期が来ます。症状が進み、いよいよB男さんが精神的・身体的に限界を感じた際に速やかに入所手続きができるように、家族・ケアマネジャー・介護スタッフ・主治医も含め、送迎時、もしくは介護職員が伺うなどして話し合いの機会を頻度にとっていきましょう。

昼夜介護はお互い「共依存状態」つまりお互いがお互いを頼っている状態になりがちです。これがひどくなると B男さんがうつ状態になり、利用者への虐待につながり、最悪自殺してしまう危険性をはらんでいますので十分気を付けましょう。

B男さんの介護負担軽減の為、介護のコツをお伝えしていきますので、よろしく願います。

A子さんの転倒のリスクを減らすため関係事業とも連絡を取り合っており、24時間対応のネットワークを作っていきます。

サービス利用中の様子を観察しながら各種会議でネットワークづくりの検討を行っていきます。

常にB男さんにデイサービス利用中の様子をお伝えしていき、介護によるストレス不安が軽減するように話し合っていきます。

27年 月 日

利用者同意欄 氏名 \_\_\_\_\_

説明者 氏名 \_\_\_\_\_

図 8 個別機能訓練加算の明確化について

## 1 通所介護における個別機能訓練加算の目的、趣旨等について

### (3)個別機能訓練加算( )と個別機能訓練加算( )の関係性

個別機能訓練加算( )については、身体機能の向上を目指すことを中心として行われるものであるが、個別機能訓練加算( )のみを算定する場合であっても、並行して生活機能の向上を目的とした訓練を実施することを妨げるものではない。

なお、個別機能訓練加算( )と個別機能訓練加算( )をそれぞれ算定する場合は、それぞれの加算の目的・趣旨が異なることから、別々の目標を明確に立てて訓練を実施する必要がある。

## 2 個別機能訓練の実務等について

### (2)個別機能訓練の実務

(省略)

オ アからエまでの課程は3か月ごとに1回以上、個別機能訓練計画の進捗状況等に応じ、利用者やその家族の同意を得た上で、訓練内容の見直し等を行う。なお、利用者の心身の状態変化等により、必要と認められる場合は速やかに見直すこととする。

通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について(老振発第0327第2号 平成27年3月27日)

- ・ 個別機能訓練加算( )( )の区分明確化
- ・ 居宅に訪問した上で訓練内容の見直し等を行う事



今後は個別機能訓練計画書が簡素・抽象的だと加算が取れない、取り消しという事も!!