

## 介護計画書作成・参考資料

- 介護計画書作成関係通達文
- 国際生活機能分類
- 課題分析標準項目
- 対人援助スキルの重要性
- 対人援助スキルの技法について
- 介護サービスを利用するに当たってのサービス利用者家族の本音  
(体験談)
- アセスメント情報収集・ヒアリング/チェックシート
- 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準
- 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準
- 短期・長期目標記載例
- 訪問介護計画書
- 介護記録に関する通達文
- リスクマネジメント介護裁判事例
- ヒヤリハット・介護事故報告書 記載例



(株)東京シティ福祉サービス FC 加盟店

**福岡シティ福祉サービス**

## 訪問介護

### (訪問介護計画の作成)

第二十四条 サービス提供責任者(第五条第二項に規定するサービス提供責任者をいう。以下この条及び第二十八条において同じ。)は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定訪問介護の目標、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訪問介護計画を作成しなければならない。

- 2 訪問介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。
- 3 サービス提供責任者は、訪問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 サービス提供責任者は、訪問介護計画を作成した際には、当該訪問介護計画を利用者に交付しなければならない。
- 5 サービス提供責任者は、訪問介護計画の作成後、当該訪問介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該訪問介護計画の変更を行うものとする。
- 6 第一項から第四項までの規定は、前項に規定する訪問介護計画の変更について準用する。

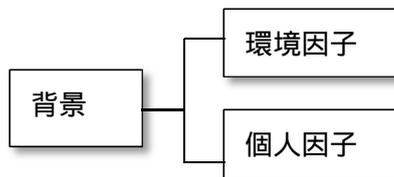
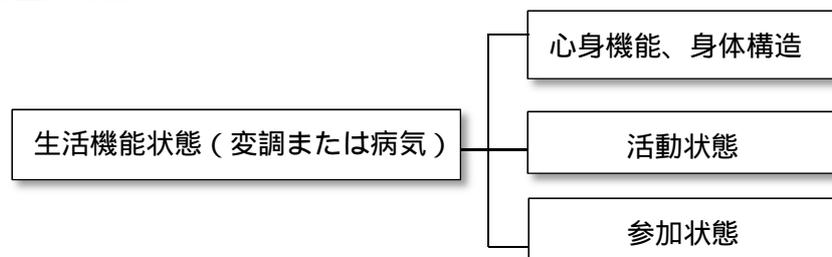
## 通所介護(予防含む)

### (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。

## 国際生活機能分類



- 5) 「国際生活機能分類 - 国際障害分類改訂版 - 」(日本語版)の厚生労働省ホームページ掲載について  
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 企画課より作成

## 課題分析標準項目

### 基本情報に関する項目

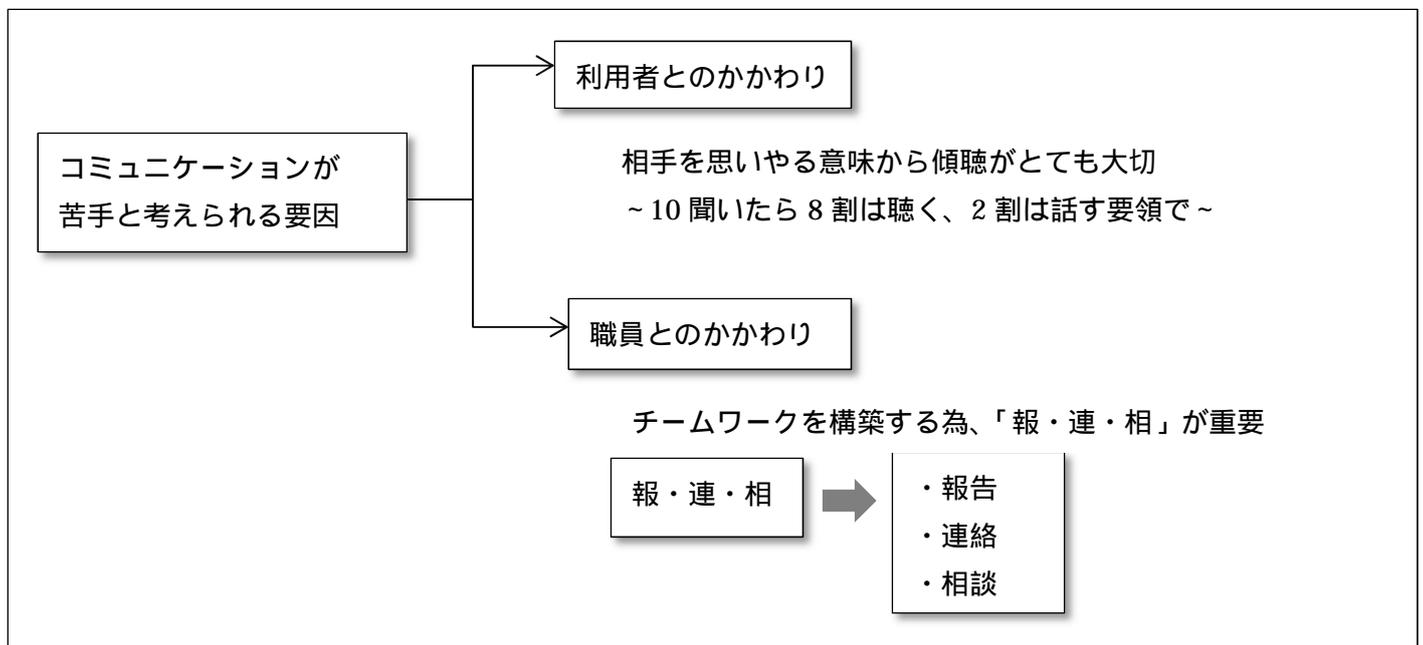
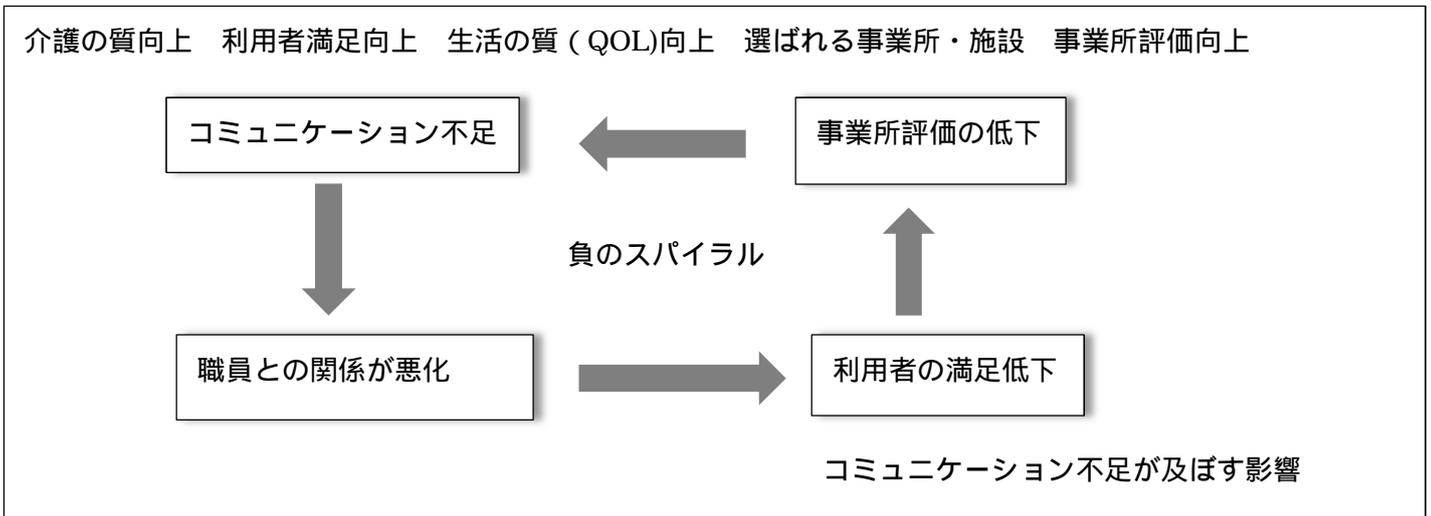
No	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報 （受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日・住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

### 課題分析（アセスメント）に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	A D L	A D L（寝返り、起きあがり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	I A D L	I A D L（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成11年11月12日老企第29号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）の別紙4の別添より

## 対人援助スキルの重要性



## 対人援助スキルの技法について

表情	悲しい表情には悲しげな表情で 笑顔には笑顔で聴く（ミラーリング）が大切
アイコンタクト、 目線の位置	相手と同じ高さで視線を合わせるのが原則
言葉使い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・聞き手が聞き取りやすいように、ゆっくりと明瞭に。</li> <li>・分かりやすいように完結に、理解できているか確認しながら</li> <li>・専門用語は極力使用しない。</li> </ul>
スキンシップ （タッチング）	初対面に相手の体に触れることは逆効果、ある程度面識が付いてきたら肩等のボディタッチは有効
声のトーン	高齢に従い、甲高い声はただうるさく聞こえるだけ。
イントネーション	
チューニング	相手の感情やフィーリング、価値観や思考とあわせる。 楽しい話は楽しげに聞き、悲しげな話には悲しげに聴く。
マッチング	相手の言葉や話し方と合わせる。相手と同じような言葉を使用するときなど、相手との共通点や類似点を増やしていく方法。 相手の言ったことを利用して返答する工夫をすることが好ましい。  例)「水をください」といったとき「お冷ですね」というよりも「水ですね」と答えるということ
ミラーリング （鏡像性）	コミュニケーションの最中に相手の姿勢やジェスチャー、呼吸、声の調子、話す速度、声の大きさなどをさりげなくあわせること。
リフレージング	共感を持って利用者のキーワードを彼らの口調や表現を使って繰り返す
うなずき（操作）	
相槌	うんうん なるほど ……など
繰り返し（復唱）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相手の話やキーワードをそのまま返す</li> <li>・相手ががんばっているんだ！と言ったら頑張っているんですねと返す</li> <li>・キーワード（聞いてほしい言葉）を返すだけで、相手はよく聞いてくれていると受け止めることができる</li> </ul>
要約（話の内容を一度整理する）	

## 介護サービスを利用するに当たってのサービス利用者家族の本音（体験談）

母が亡くなって六年になります。

私は母がパーキンソン病を発症し、看取るまで約十六年間介護生活を送りました。

大部分が、病院や施設の利用でしたが、在宅で看っていたこともありました。

母は要介護4の半寝たきり状態でした。病院の入退院の繰り返しで、妄想も併発していたこと、また食事を受け付けないことから、医師の施設への入所の勧めを断り、在宅で、とにかく「体力が人並みになる」まで、介護サービスを利用して頑張ろうと決めて、万全の態勢で臨みました。

しかし当時は親戚一同助けを求める状況ではなく、兄弟も遠方でしたので、私が24時間母を看なければいけませんでした。しかし、最初のころはなんとかこなっていたのですがさすがに疲れがたまり、母のささいな言動に八つ当たりをしては、泣いて謝るような状況になってしまいました。

これでは危ないと思い、「ショートステイ」を利用しようと思って担当のケアマネさんに相談しました。

「少し休みたいので、ショートステイを利用したいんです。どこかいいところはありませんか？」

私は精一杯、HELPの気持ちを込めて言ったつもりでした。

しかしケアマネさんは

「これがリストです。実際、見てみないとわかりませんからどこか知っているところに行かれたら？」

こう言うと、膨大なリスト、いわゆる「施設名、電話番号、住所」が書かれたものを微笑みながらさしだしたのです。

「うちはこのような状態です。母は動けない状態です。私一人が介護をしている・・・」

ケアマネさんは言葉を遮り「個人情報ですから、こちらもこうするしかないんです。では、できるだけ早くお願いしますね」

こう言って帰って行ってしまいました。

親戚も「危篤状態」の身内を抱えていて、相談しても「お医者さんに聞いたら？」と言われるばかりです。

何のために介護サービスを利用しているのだろう・・・。カイゴサービスなんて、言葉だけではないか！

ケアマネさんに対する不信、自分に対する自責の念。

ないまぜになりついには、母と心中してしまうのではないかと、それなら私が死ねば、誰か母を助けてくれるかもしれない・・・と思い詰め、私は、自殺しようとしたが未遂に終わったのです。

助かった私は、当のケアマネさんの献身的な手配りのおかげで、母の施設入居がなんとかできたことなど、さんざん「お礼をいいたりないくらいだ」と言われ、逆に施設に早く入れればよかったのに、と責められました。

私が、なぜ、命を絶つまで追い詰められたのか、俗にいう「介護地獄」に陥った気持ちを問う親戚は少なかったです。

個人情報とはいえ、せめて地図があり、家の周囲にどこがあるか、それくらいの手助けがあれば、母が寝ている間など、どうこうすることもできたのかもしれない。

というより、「命を絶つ」ということには、発展しなかったかもしれません。

サービス担当者

利用者氏名

A 子様

生活環境

【B 男さんについて】

- ・頑固で真面目、自分の気持ちを外に出さない性格。
- ・人の話の聞き役が多い、人に相談されやすい。
- ・妻の介護には献身的。定年後は、これまでの付き合いを断り（好きなゴルフもやめた）
- ・生活の中心は妻である
- ・高血圧で、薬を飲んでいる
- ・腰をいため、慢性の腰痛で、整形外科に通院している（週 1 回、痛みどめを打ってもらう）
- ・将来の漠然な不安で眠れないことがあり、軽い安定剤を内科で処方してもらっている

【発祥の経緯と A 子さんについて】

- ・ A さんが、43 歳のとき、姑の C さんが、脳梗塞で倒れた。生還するも右側に麻痺が残る状態で退院。以後、7 年間、A さんは、姑の看病や介護に奔走する。在宅介護が中心。
- ・ 姑の C さんは、A さんが 50 歳のときに他界。
- ・ 56 歳（2006 年）A さんは右足に異変を感じる。親指が勝手に震えるので大学病院の神経内科を受診し、パーキンソン病と診断される。
- ・ B 男さんは、この年 60 歳を迎えて、定年退職。以後、年金での夫婦二人暮らしとなる。A さんは、陽気で、愚痴をほとんどきいたことがない、いわゆる「陽気な芯の強い母親」だという。
- ・ 子育て中は、ママさんバレーに熱中しており、スポーツが趣味でもあった。
- ・ 健康には人一倍気を使い、子供たちをつれて、毎朝の散歩が日課であった。

家族・本人の要望

<p>利用者の状態について</p>	<p>右足が内側にまがっており（せんそく）自力で立てない状態（介助要）</p> <p>しばしば夜中に目が覚める・寝つきが悪い・・・（睡眠導入剤服用）</p> <p>ジスキネア頻発</p> <p>オン・オフ現象・・・薬が効いている状態が短くなっている</p> <p>固縮・手足の震え、姿勢保持障害（座位の姿勢を保つためクッションが必要）</p> <p>体の筋肉の痛み</p> <p>慢性的な便秘・・・浣腸が必要</p> <p>頻尿（夜中もたびたび起きる）・・・なかなか尿がでない。</p> <p>声が小さくなった。やっと聞き取れる程度である</p> <p>食欲不振・・・食が細くなっている、うまく呑み込めないこともある</p> <p>（血液検査の結果、軽い低栄養状態・・・いろいろも将来考える時期にきているかもしれない）</p> <p>幻覚妄想・・・被害妄想顕著・・・</p> <p>デイサービスを休みがち（他の利用者から苦情もでている状態・・・他の利用者が財布を盗んだ等の妄想で B 男さんが断っている）また、孫が誘拐された。知らない人が盗み見ているので怖い。息子が北朝鮮に拉致された。等、介護者夫の B 男さんに常に訴えている</p> <p>A さんはスポーツが趣味で散歩が日課だったので、気分転換に外出させてあげたい</p>
-------------------	--

<b>本人の希望</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今まで2人の子供を育て上げて家庭を守ってきた。</li> <li>・こんなことで子供たちに迷惑をかけてはいけない。</li> <li>・早く治って夫を支えなくてはならない。</li> </ul>
<b>家族の希望</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・両親には楽になってほしい。</li> <li>・老々介護をさせており、申し訳ない</li> <li>・孫がまだ小さいので子供の世話にはなりたくない</li> <li>・【長男】 実家にも帰れない状態なので、お金は、なんとかだすので、施設に入所してもらいたい</li> <li>・【長女】 父親のことが心配。しかし両親の生活を考えると施設入所以外の方法はないか検討を考えている。</li> <li>・今まで3人の子供を育てて迷惑ばかりかけてきた。申し訳ない。妻と住み慣れた家で暮らしたい</li> </ul>

項目	詳細動作	チェック項目			特記事項
買物	買物に行く	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	自分で物品を選ぶ	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	品物を袋やカゴに入れる	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	袋やカゴを持つ(軽い物)	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	袋やカゴを持つ(重い物)	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	支払い	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
調理	おつりの確認	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	メニュー決め	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	材料の確認	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	調味料の確認	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	味つけ(調味料を使う)	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	味見	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	野菜類を洗う	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	切る...やわらかいもの	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	...硬いもの	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	...みじん切り	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	ミキサー・フードプロセッサ	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
調味料の補充	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)		
片付け・配膳 下膳	盛りつけ	・チェック項目は全て記入しなく体よい。該当する箇所のみ✓を入れるようにする。 ・特記事項はスタッフが本人または家族と接した際に気づいた事、またケアする うえで特に注視しなければいけないことを記入すること。			
	実施				
	配膳				
	下膳				
掃除	食器洗い	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	調理器具類	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	食器拭き	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	収納	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	残飯整理	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	はたきかけ	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	バケツに水溜め	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	雑巾洗い	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	雑巾しぼり	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	掃除機使用	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
被服の補修	ボタンつけ	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	ホックつけ	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	被服の補修	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	針の糸通し	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
洗濯	洗濯機使用	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	干す	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	たたむ	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	収納	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	アイロン使用	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
着脱	衣類の着脱	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	穴にボタンを通す	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	ホックを留める	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	ファスナーの上げ下げ	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
整容	部分更衣( )	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	髪をとかす	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	ひげそり	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	爪切り	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
入浴	着衣整え	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	浴槽出入り	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	洗身	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
口腔ケア	洗髪	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	歯磨き	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
歩行	義歯洗浄	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	屋外( )	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	屋内( )	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
服薬	階段昇降( )	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	内服	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	点眼	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	湿布貼付	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
金銭	軟膏塗布	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	預貯金の出し入れ	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
立ち上がり	公共料金の支払い	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	バス	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
移動手段	タクシー	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	電車	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	
	自家用車	できる(自立)	介助があればできる	全できない(全介助)	

障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランク J	<p>何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する</p> <p>1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する</p>
準寝たきり	ランク A	<p>屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない</p> <p>1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている</p>
寝たきり	ランク B	<p>屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ</p> <p>1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する</p>
	ランク C	<p>一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する</p> <p>1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない</p>

(平成3年11月18日 老健第102-2号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知)

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。 具体的なサービスの例としては、家族等への指導を含む訪問指導や健康相談がある。また、本人の友人づくり、生きがいづくり等心身の活動の機会づくりにも留意する。
	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。 具体的なサービスの例としては、訪問指導による療養方法等の指導、訪問リハビリテーション、デイケア等を利用したりリハビリテーション、毎日通所型をはじめとしたデイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービス等がある。
a	家庭外で上記の状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
b	家庭内でも上記の状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランクより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。
a	日中を中心として上記の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた在宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。 具体的なサービスの例としては、訪問指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイケア・デイサービス、症状・行動

b	夜間を中心として上記の状態が見られる。	ランク aに同じ	出現する時間帯を考慮したナイトケア等を含むショートステイ等の在宅サービスがあり、これらを組み合わせて利用する。
	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク に同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランク と同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランク ~ と判定されていた高齢者が、精神病院や痴呆専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

(平成5年10月26日 老健第135号 厚生省老人保健福祉局長通知)

(介護予防)訪問介護アセスメントシート

記入日 年 月 日  
 記入者

1.基本情報

ふりがな		性別	年齢	生年月日
本人氏名			歳	M・T・S 年 月
現住所	〒	(電話番号)	-	-
世帯類型	1.同居 2.同居(日中独居) ( ) 要介護( )			
緊急連絡先	ケアプランの情報を記載する			
	〒			-
	〒			-

2.身心の現状

ADLなど	現 状		備 考
歩 行	自立 見守り 一部介助 (杖, カート, 歩行器) 介助 (車いす)		
動 作	起立可 つかまり立ち可 座位可 寝返り可 常臥床		
食 事	自立 声かけ 一部介助 ( ) 全介助 ( )		
食 形 態	主食( ) 副食( )	禁 止 食	
会 話	健常 やや難 とても難 不可	聴 力	
着 脱 衣	ケアプランの情報を記載するのが基本		
入 浴	もし、ケアプランにない項目は情報収集の際に		
排 泄	利用者・家族に聞く		
	<着用下着類> 布		
認 知 症	なし 少小有 中ぐらい有 多く有 問題行動 (徘徊, 妄言, 介護拒否, 異食, ( ) )		
主治医	医療機関名	医師名	<TEL> - -
主治医	医療機関名	医師名	<TEL> - -
既往歴・病歴		服用薬	
点眼・点鼻薬		外用薬	
特 記 事 項			

3.趣味・希望

ご本人の趣味	旅行、昔から妻と一緒に全国の観光地を回るのが趣味		
ご本人の希望	足を直して旅行ができるまでに回復したい。		
ご家族の希望	今はよ		
特 記 事 項	週2.3回の訪問介護が必要。また、時々奥様にもリハビリに協力してもらい、本人に生活		

## 短期目標記載例

### 1. 「厚生省通知」

(H20.7.29「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」)

『短期目標』は、解決すべき課題及び長期目標を段階的に対応し解決に結びつけるものである。

『緊急対応が必要になった場合』には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度「長期目標」「短期目標」の見直しを行い記載する。なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかり易い具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

### 2. 「記載について」

(長寿社会開発センター発行「居宅サービス計画書作成手引き」より引用)

利用者が「目標」を実現できるように、また利用者が生活に目標を持てるように働きかけることは、介護のプロとしての役割である。

(記載方法)

短期目標は、モニタリングの際に達成度がわかるよう、具体的に書く

短期目標は、ニーズごとに解決の要点に対応して段階的な計画を決めて的を絞って書く

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

(確認)

長期目標に段階的に対応し、漏れはないか

現実に達成が可能な目標かどうか

具体的で分かりやすい目標かどうか

利用者の自立支援を目指すものかどうか

個々の解決すべき課題に対応しているかどうか

モニタリングの目安になるよう設定しているかどうか

(期間設定)

開始時期と終了時期を具体的に記入すること ( 年 月 ~ 年 月 )

終了時期が予測できない場合は、開始時期のみ書くこと

## 1.健康面について

【健康維持・病気の予防】
体調を崩さずに過ごす
体調を崩さず、健康が維持できる
体調の変化を早期に発見できる
病状の変化を早期に発見する
血圧が安定する
血糖値を安定させる
うがいと入歯の管理を毎日行う
誤嚥性肺炎を予防する
誤嚥性の肺炎や、飲み込み時の事故を防ぐ
腰痛を悪化させるような動作・姿勢に注意して過ごす
関節のこわばりや痛みが、悪化せず過ごせる
毎朝の両足マッサージを日課にする
足先に傷をつくらずに過ごす
尿路感染を予防する
褥瘡を作らずに過ごす
床ずれ症状や、尿路感染症を予防する
【健康チェック】
毎日の体調、血圧、服薬、食事などの管理・記録をする
日々の健康チェックを行う
血圧・体温の記録を行う
尿量や排便状況を記録する
毎日の食事・水分量を確認する
【服薬管理】
高血圧を予防するため、きちんと薬を服用する
1週間の薬を管理し飲み忘れをなくす
薬の飲み忘れを無くす
体調にあわせ服薬し、疼痛の管理を行う
【医療との連携】
医療と連携し、病状の把握・健康管理を行う
通院し適切な治療を受ける
定期通院し病状の把握ができる
自宅で定期的に健康指導が受けられる
定期的に、治療や病状管理ができる
物忘れ症状の治療・服薬ができる
痰の吸引、口腔ケアを確実にを行う
身体の状態を正確に主治医に伝えられる

【痛みの緩和・軽減】
胃部の不快感が軽減される
皮膚の乾燥を予防し、かゆみをなくす
腰の痛みが少なくなる
足の痛みが軽減する
足腰の痛みが緩和される
歩行時、移乗時の痛みが軽くなる
腰痛が悪化せず、痛みをコントロールできる
疼痛コントロールができる
【病気の治療】
床ずれが完治する
臀部・陰部のただれが治る
陰部の湿疹、かゆみが治る
通院し適切な治療を受ける
湿疹が治る
褥瘡と湿疹の処置が受けられる
歯科受診し、義歯を合せる
【病状の管理】
病状の管理と異常の発見ができる
血圧管理ができる
高血圧・高脂血症の管理ができる
糖尿病の悪化を防止し、血糖値が安定する
糖尿病を理解できる
毎日の血糖チェック、インスリン注射を行う
リウマチの悪化を防止する
リウマチの維持、病状管理が行える
酸素療法を行いながら外出ができる
病状について理解を深め、在宅酸素療法の管理ができる
気分のむらが減り、前向きな気持ちで過ごせる
物忘れ症状について相談し、適切なアドバイスを受ける
痰の吸引が定期的（3～4時間ごと）にできる
人口肛門の管理方法が理解でき、皮膚トラブルを防止する

## 2.能力の維持・向上

<b>【筋力の維持】</b>
日常生活の動作を維持できる
下肢の筋力を維持するために、家の周りを歩ける
朝の両足マッサージを日課にする
朝起きたら、自分で着替えを行う
散歩や活動参加を行い、下肢筋力を維持する
体を動かす機会が多くもてる
生活パターンを作り、日中起きて過ごせる
<b>【拘縮予防】</b>
関節が硬くならず、動かすことができる
股関節、膝関節の固縮を予防する
体操を行い、関節の動く範囲が狭くならないようにする
<b>【移動】(臥床～座位)</b>
起き上がり動作を一人で行う
1時間、座った姿勢を維持できる
安定した座位を保てる
車イスの座位時間が延長する
適度な離床時間を作り、メリハリ有る生活が過ごせる
<b>【移動】(座位～移乗)</b>
立ち上がり動作を安全に行う
移乗時の立ち上がりが一人でできる
ふらつきが無く、立位が安定する
移乗が一人で行える
<b>【移動】(歩行)</b>
足腰の筋力をつけるため、リハビリを行う
足の筋力がつき、歩行時にふらつかない
立ち上がり、移動動作がふらつかないで行える
つまずかないで室内を歩くことができる
室内の歩行が1本杖でできるようになる
外を10分間続けて歩けるようになる
近所の商店まで休まずに、歩いて行ける
医院まで歩いて通院する
転倒しても自分で起き上がるようになる
<b>【その他】</b>
衣類の着脱が容易になる
ズボンの上げ下げを自分で行う
洗身動作を自分で行う

### 3.転倒防止

【環境整備】
住環境を整え、安全に移動が行える
住環境を整え、安全に自宅で生活できる
安全で快適な環境で過ごせる
居室内の環境整備を行う
安全に移動できる環境が整う
室内環境を整え、物につまずくことがなくなる
【移乗】
立ち上がり動作が安全に行える
安全に移乗、移動動作が行える
転倒なく、安全に移乗する
【歩行】
転ぶことなく安全に歩ける
手すりを使用しながら、安全に歩くことができる
手すりにつかまり、つまずかないで歩く
杖を利用し、歩行が安定する
歩行補助具を安全に使いこなせる
室内の安全な動作が身につく
安全にトイレまでの移動ができる
室内歩行・入浴などが安全に行える
事故なく安全に入浴できる
浴槽への出入りが一人で行えるようになる
階段昇降が安全に行えるようになる
玄関の段差越えが安全にできる
安全に外出が出来る

### 4.生活意欲の拡大

洗濯物たたみや皿洗いなど、自宅での役割をもつ
季節ごとにある将棋大会に出場する
盆栽や植木の手入れを継続する
筆談や文字盤を活用し交流ができる
折り紙や編み物など、指先を使い物を作る
市の孫宅に妻と訪問する
座位を保ちながら、手芸を行う
寝たきりを防止し、適度に刺激のある生活が送れる
将棋やカラオケなど、趣味活動が楽しめる
生活リズムをつくり、ベッドで寝ている時間を少なくする

## 5.交流・外出機会の促進

【交流機会促進】
人との交流や外出の機会など、生活に楽しみができる
交流の場に参加し、会話や活動など刺激が得られる
外部との交流を持ちながら、生活を活性化する
適度な刺激を受け、メリハリある生活を送る
外の人と、かかわりを持てるようになる
人との交流の場に参加できる
活動の場への参加に慣れる
交流の場に休まずに参加する
他者と交流をもち、楽しく過ごす
外出し、人と話す事を継続する
知人が増え、会話が楽しめる
接する際のコミュニケーションが積極的に取れる
人と話すことで曜日や時間を意識できる
【外出促進】
定期的に外出し、気分転換する
安全に外出でき、気分転換が図れる
天候の良い日は、庭先の散歩を行う
介助を受けながら、外出を行う
週に2回は、近隣の公園まで散歩をする

## 6.日常生活について

【買い物】
見守りにより買物ができる
近隣商店で好みの食材を購入できる
週1回は買い物に行くことができる
【調理】
ヘルパーと一緒に食事づくりを行う
介助を受けながら、自分で調理をする
座ってできる範囲の配膳・片付けを行う
野菜の皮むきと、料理の下ごしらえを行う
火の始末を確実にを行う
【掃除】
居室の整理整頓を行う
負担のない範囲で、自宅内の掃除・片づけを行う
ベッド周辺の掃除は自分で行う
キッチン周辺の掃除を行う
【その他】
無理のない範囲で、家事を継続する
お金の管理を継続して行う
家族不在時の電話対応を行い、伝言する

## 7.清潔保持

【入浴・清拭関係】
定期的に体をきれいにできる
定期的に体を清潔にし、爽快感が持てる
体の清潔を保ち、快適に過ごせる
皮膚の保清により、気持ちよく過ごせる
皮膚の清潔が保てる
入浴・部分浴ができ、さっぱりできる
介助を受けて入浴する
週1回ゆっくり入浴できる
週に2回は自宅でシャワー浴ができる
一人で安全に入浴出来るようになる
定期的な入浴・清拭を行い清潔を保つ
全身清拭を行い、快適に過ごせる
【口腔衛生】
口腔内の清潔が保てる
食後は口の中を清潔にできる
歯磨きやうがいを日課にする
自分で入歯の管理を行う
【室内環境】
居室・寝室の清潔が維持する
清潔な環境で生活できる
清潔な部屋で生活できる
ベット周辺の簡単な片づけは自分で行う
キッチンの掃除を自分で行う
清潔な服で快適に過ごす

## 8.排泄関係

規則的な排便の習慣が身につく
臀部をきれいにし、さっぱりできる
声掛けをうけ、トイレで排泄する
ポータブルトイレで排泄できる
日中、誘導によりポータブルトイレで排泄する
定期的にオムツ交換し、陰部の清潔を保つ
オムツを適宜交換できる（1日4回は交換する）
指導を受けて、自己導尿できるようになる
1日数回クランプを外して尿を出せる

## 9.食事関係

【普通食】
低栄養と脱水症状を改善する
3食規則正しく食べられる(1200kcal/日)
食事を残さずに食べる
バランスのよい食事がとれる
適切な食事を、規則正しく食べることができる
栄養状態が改善し、体重が増える
水分がムセずにとれる
ムセることなく、ゆっくりと食事をする
自助具を活用し、自分で食事を取る
日中は離床して食事をとる
【その他】
1日、最低でも1ℓの水分を取る
食事療法(1500kcal)ができる
中心静脈栄養の管理がトラブルなく行える
中心静脈栄養管理・輸液バッグ交換ができる
胃瘻から栄養・水分の注入が1日3回できる
胃瘻から経管栄養剤注入(950kcal)が確実に受けられる
腎臓病に配慮した食生活送る(1日1200kcal・タンパク質40g以下)

## 10.介護負担の軽減

夜間は尿瓶を利用する
浴時、洗身は自分で行う
ポータブル移乗を一人で行う
着替え動作は自分で行う
義歯の手入れを自分で行う
定期的な外出に慣れる
家族の休養が定期的にとれる
家族介護者の自由な時間が確保できる
夫の負担にならず透析通院ができる
介護者の所用時でも、日常生活の介護が受けられる
異常時・不安時の連絡体制が取れる
夫が不在の時の介護体制を整える
緊急時の連絡体制が整う
緊急時に、食事や排泄、入浴など介助を受けられる

## 長期目標記載例

### 1. 「厚生省通知」

(H20.7.29「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」)

【長期目標】は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。  
ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合や、いくつかの課題が解決されて始めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。  
『緊急対応が必要になった場合』には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記載する。  
なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかり易い具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

### 2. 「記載について」

(長寿社会開発センター発行「居宅サービス計画書作成手引き」より引用) (記載方法)

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

#### (確認)

長期的に見て、総合的な援助方針と一致しているか

現実に達成が可能な目標かどうか

具体的で分かりやすい目標かどうか

利用者の自立支援を目指す目標かどうか

個々の解決すべき課題に対応しているかどうか

## 1.健康面について

【病状の把握・健康維持】
体調を崩さずに過ごす
体調を崩さずに、健康を維持する
体調を崩さず、安心して在宅で生活できる
健康管理を行い、体調不良を未然に防ぐ
健康管理を行い、病状の安定を図る
健康管理を行ない体調維持が出来る
病状の悪化を防止する
感染症を予防する
床ずれを作らずに過ごす
床ずれ症状や、尿路感染症を予防する
【痛みの緩和・病状の改善】
病状が安定し、健康を保持できる
病気の悪化を予防し、一人暮らしの不安を軽減できる
疼痛のコントロールができ、痛みを少なくする
胃の不快感がなくなり、安心して生活できる
痰がらみが少なくなり、安心して生活できる
褥創が治癒し、痛みなく過ごせる
早期に褥創と湿疹が治る
腰の痛みが少なくなる
足の痛みが軽減する
足腰の痛みが緩和される
痛みが少なくなり、楽に体が動く
【再発予防・病状の管理】
健康を維持し、病気の再発を予防できる
脳梗塞の再発を防止する
体調が整い、血圧が安定する
脳梗塞の再発や物忘れの悪化を予防できる
血圧の変動がなく、病状が安定する
糖尿病の悪化を防止し、血糖値が安定する
糖尿病の合併症を予防できる
糖尿病のことを理解し健康管理をする
肺炎を予防し、体調良く過ごすことができる
誤嚥性の肺炎や、飲み込み時の事故を防ぐ
在宅酸素が自己管理できる
人口肛門の管理が自分でできる
自分でカテーテルの管理ができる
物忘れによる不安が相談でき、安心できる

## 2.筋力の維持・向上

【筋力維持】
足腰の筋力を維持する
筋力を維持し転倒なく過ごす
出来ている生活動作を維持する
日常の中で動く機会を持ち、筋力の低下を予防する
散歩や活動参加など、下肢筋力が維持できる
【筋力向上】
寝たきりの状態を少なくする
起き上がりが自分で行う
座位が保てるようになる
無理なく座位がとれる
日中は起きて生活できるようになる
座位を保ちながら、手芸ができる
臀部の痛みが軽減し、安定した座位が保てる
適度な離床時間を作り、メリハリのある生活ができる
ふらつくことなく立位が安定する
自分で車いすやポータブルトイレへ移乗できる
自宅内は手伝いなく、歩けるようになる
自宅周辺を、安全に散歩できるようになる
家の周囲を杖で散歩できる
下肢筋力をつけ将棋教室までの距離が歩ける
「        」まで歩いて行くことができる

## 3.「転倒防止」

安全に移乗ができる
杖を利用した歩行が安定する
安全に室内を移動できる
屋内を転倒せず一人で移動できる
安全に外出できる
安全で快適な環境で過ごす
住環境を整え、転倒なく安全に過ごす
自宅内をつまづくこと無く、安全に移動する
トイレまでの移動を安全に行う
階段の昇り降りが、安全にできる
自宅にて転ばずに入浴できる
浴室内の事故を防止する
入浴動作が安全に行える
浴槽への出入りが一人でできる

#### 4.清潔保持

【体の清潔保持】
清潔を保持し快適に過ごす
身体の清潔を保ち、気持ちよく生活する
お風呂に入り、心身ともにリラックスする
一人で安全に入浴出来るようになる
快適に入浴できる
安全に入浴する
自宅で安全に入浴できる
体を清潔にし、感染症を予防する
【室内環境における清潔保持】
室内環境を整え、快適に生活する
不用品を片付け、環境整備を行う
定期的に室内清掃を行い、衛生的な環境を維持する

#### 5.外出・交流の機会促進

【生活意欲の拡大】
生きがいをもち、楽しく毎日過ごす
生活意欲を持ち、前向きな気持ちで過ごす
将棋やカラオケなど、趣味活動を楽しむ
寝たきりを防止し、適度に刺激のある生活を送る
生活パターンを作り、日中起きて過ごす
身の回りの掃除が自分で出来るようになる
孫の家に遊びに行く
【外出機会の促進】
外出し、気分転換する
定期的に外出ができ、気分転換する
外出の機会を持ち、メリハリのある生活を送る
車イスを使い、外出できるようになる
介助を受け、外出を行う
【交流促進】
他者と交流をもち、楽しく過ごす
人との交流、外出の機会など、生活の楽しみが出来る
交流の場に参加し、会話や活動参加など気分転換できる
外部との交流をもち、生活を活性化する
適度な刺激を持ち、生活にメリハリをつける
外部との交流を通し、活気ある生活ができる
昔から友人たちと楽しく会話ができる
新たな友人ができる
人とふれあうことで、気分転換できる
話し相手ができる

## 6.排泄関係

トイレで排泄できる
トイレを我慢することなく生活ができる
オムツを使わずに生活できる
ポータブルトイレを使用し排泄ができる

## 7.食事関係

栄養状態の安定
栄養障害を予防
食事がおいしく食べられる
食べ残しによる栄養障害を防止する
バランスの良い食生活をする
栄養バランス良く食事が取れる
義歯を調整し、おいしく食事ができる
口腔内の清潔を維持する

## 8.在宅生活の維持について

<b>【生活基盤】</b>
安心して一人暮らしが継続できる
生活基盤が整い、安心して生活できる
通院治療をしながら自宅で生活できる
規則正しい生活をする
適切な介護が受けられ、在宅生活を継続できる
家族不在時でも、安心して生活できる
<b>【生活環境】</b>
快適な環境で生活できる
きれいな部屋で、清潔に生活できる
清潔な環境の確保
徘徊による事故防止
徘徊による危険が少なくなる

## 9.介護負担の軽減

排泄介助など、介護者の負担が少なくなる
通院が自分で行えるようになる
階段の昇り降りが自分でできる
安全にトイレまで移動できる
家族の介護負担を軽減し、ゆとりを持ち在宅生活を送れる

**訪問介護計画書**

利用者	フリガナ		性別	更新日	平成	年	月	x	日
	氏名	A子様	様	女	計画作成者(担当サービス提供責任者)				

**【長期目標】**

- ・B男さんの介護負担を軽減するようにし、共依存状態から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。

**【短期目標】**

- ・B男さんの介護負担軽減の為、息抜きの時間を作っていただきます。
- ・B男さんが一人で介護できるようにヘルパーがサービス提供できる部分は積極的に提供していきます。
- ・可能な限り長女の方に介護に参加していただけるようにします。
- ・理学療法士による在宅リハビリサービスを利用しA子さんの筋力維持を図ります。

**【家族の要望】**

身体・家事に関する事	【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ため、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。

**週間予定表**

曜日	時間帯	訪問介護員
月、木	10：10 ~ 11：10	
火、金	13：00 ~ 14：30	
土	18：00 ~ 19：00	
	： ~ ：	

**【サービス内容】**

**【身体介護】**

サービス項目	サービス内容
トイレ介助	ヘルパーが伺った際は、ポータブルトイレにお連れします。 深夜についてはA子さんのリスクを減らすためオムツの着用は徐々に慣れていただくようにします。
	B男さんが腰を痛めないように、楽にポータブルトイレに移乗できる技術をお伝えします。 慢性的な便秘なので注意深く見守りながら介助を行います。
足の筋力維持	骨折、転倒のリスクを減らすため理学療法士を派遣し、在宅によるリハビリサービスを毎週土曜日に行います。
	時間帯によっては立てるときもあるため筋力維持の為、その時間帯はヘルパーの介助により車いすへの移乗を自力で行っていただきます。
入浴介助	B男さんの介護負担を減らすため、毎週水曜日に入浴介助を行います。 A子さんの安全を考え、2人体制で行います。入浴介助の際、関節の硬直を少しでも防ぐため手足のマッサージを行います。

**【生活援助】**

サービス項目	サービス内容
共依存状態への解消	伺った際には、B男さんに外に出て行ってもらい、気分転換を図っていただきます。 また、同時にB男さんへのストレス解消の為、ヘルパーがメンタルケアを行います。
幻覚・妄想の解消	A子さんが安心して暮らせるように環境を整えます。
食事介助	誤嚥がしやすくなってきているので、とろみ食等の誤嚥しにくい料理の提供をします。 A子さんに好みの味を聞いた上でB男さんに簡単にできる料理のレシピをお教えします。
服薬管理	毎日、決まった時間の投薬が必要なので、ヘルパーが投薬を行った時間を記録し、B男さんに報告します。また同時に決まった時間に薬を飲んでいただくように、薬の管理をしやすいように工夫し、B男さんにアドバイスします。
コミュニケーション	A子さん本人は声が小さく、聞き取りにくいところがあるので、また愚痴を言わない性格なのでわずかなSOSを見逃さずに注視し、随時B男さん他ご家族に報告します。
見守り	パーキンソン病は進行すると痛みを伴います。常に見守りをして痛みを訴えているようでしたらすぐにご家族と主治医に報告します。また他の病気を発症していないか見守りを行います。 常に主治医と連絡を取りながら見守りとケアを行っていきます。

**【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。子供さんの希望から今後は施設への入所も検討に入れなければならない時期にきています。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、話し合いの機会を頻度にとっていきましょう。

また昼夜介護はお互い「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ははらんでいますので十分気を付けましょう。

食事に関して、誤嚥のリスクが高まっています。A子さんにとって食事は唯一の楽しみだと思っておりますので「胃ろう」の検討も含め、スタッフ、家族も含め話し合っていきましょう。

B男さんの息抜きの時間を作っていただくためショートステイ、デイサービスの提案をしていきましょう。

A子さんの転倒のリスクを減らすため24時間対応のネットワークを作っていきます。

私は上記の訪問介護計画書に基づきサービスを提供することに同意します。

<指定訪問介護事業所：0000000000>

平成 年 月 x 日

ケアステーション

東京都中央区東日本橋 - - ビル5F  
TEL：00-0000-0000 / FAX：00-0000-0000  
代表取締役：介護 太郎 管理責任者： \_\_\_\_\_

利用者 \_\_\_\_\_ 印

27 印

代理人 \_\_\_\_\_ 印

**訪問介護**

(サービスの提供の記録)

第十九条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供した際には、当該指定訪問介護の提供日及び内容、当該指定訪問介護について法第四十一条第六項の規定により利用者に代わって支払を受ける居宅介護サービス費の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければならない。

**通所介護**

(記録の整備)

第百四条の三 指定通所介護事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

2 指定通所介護事業者は、利用者に対する指定通所介護の提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。

- 一 通所介護計画
- 二 次条において準用する第十九条第二項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録
- 三 次条において準用する第二十六条に規定する市町村への通知に係る記録
- 四 次条において準用する第三十六条第二項に規定する苦情の内容等の記録
- 五 前条第二項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

## 事例1 介護記録がなく、過失責任が問われた判例

### 【概要】

病院に入院していた女性 A [ 72 歳、軽度の認知症、パーキンソン病 ] が別途から転落死側頭部を床に強打し、くも膜下出血で死亡した事故について、病院の担当医師らの看護上の過失によるとし、長男 [ 原告 ] が慰謝料 1000 万を請求した。

### 【判決】

病院の過失を認め、原告の請求を一度容認し、慰謝料 200 万円の支払いを認めた。(一部控訴)

### 争点 死亡原因はベッドからの転落か否か

A は 1990 (平成 2) 年 7 月 29 日にベッド上から転落して右側頭部を打撲し、その後、めまい、震え等の症状がみられたが、生命にかかわる障害はなく、8 月 4 日午前 4 時頃、再度ベッド上から転落し、頭部を強打したことによる外傷性くも膜下出血により死亡するに至ったことが認められ、担当医および看護師らも当時そのように認識していたことが認められる。

### 争点 担当医師らの注意義務違反の有無

#### 1. 予見可能性について

7 月 29 日の転落以降は、A がベッド上に立ち上がり、不安定な歩行により、再度ベッドから転落することを予見することは可能であり、現に医師らはその危険性の認識を有していたことが認められる。そしかばて、A がベッド上からの転落の際、頭部を庇う等の有効な防御方法をとらないまま頭部を強打し、その結果、死亡も含めた重大な結果が発生することを具体的に予見し得たと認められる。

#### 2 ベッドからの転落、死亡の結果を回避するための措置について

##### (1) 抑制帯 (転落防止帯) の使用について

抑制帯を使用する必要がないと考えた医師の判断は、合理的な裁量の範囲内にあり、抑制帯を使用する法的義務があったということとはできない。

##### (2) 畳使用について

ベッドによる看護態勢を継続したことは、担当医師の裁量の範囲内であったと認められ、畳を敷きそのうえに寝具をおく方法に改める法的な義務があったとまではいえない。

##### (3) 巡回を頻繁にすること

巡回の頻度を多くして A の動静に注意することは、現実的かつ比較的容易な手段であると考えられ、ほかに有効で、かつ弊害のない看護上の通常的手段が認められないことに照らし、さらに原告が A の精神安定のため付き添いをしており、ある程度原告に A の身体の安全について期待できる状況にあったことを考慮すると、合理的な看護方法として容認される。本件においては、この方法が担当医師および看護師らの間で看護方針として取り決められ、患者側からその確実な履行が期待されていたものと考えられ、1990 (平成 2) 年 7 月 30 日以後は、A の看護において、安全配慮上の義務となっていたと認められる。

#### (4) 巡回義務の履行について

看護師らは、前記看護方針に従い、頻繁に巡回し、Aの転落による危険発生の防止に努める義務を履行していなかったと認めるのが相当であり、医師には義務履行のための具体的な看護態勢をとる指示監督義務を怠った過失が認められる。

#### (5) 病院側の前記義務違反とAの死亡との因果関係

原告がAの転落の危険を認識し、これを回避するために、畳の部屋にするように具体的申し出をしており、病院に対し、Aの転落防止に必要な措置をとることを強く期待していたことが認められ、これに対し、巡回を増やす方針を決めたが、それを履行していないことは、Aに対し、適切な看護を受ける機会を失わせた点において不法責任を免れない。

東京地裁 平成8年4月15日判決

### 事例2 記録があり、トラブルを回避できた例

長男：「母の記録を見せてください」

職員：「記録といってもいろいろあるのですが、どのような記録ですか」

長男：「母の日常の生活がわかるような記録、全部です。コピーをください」

職員：「いつ頃の記録ですか」

長男：「この施設を利用し始めた1年半前からの…」

1年半前に施設に入居したBさんの長男は表情も険しく記録の開示を求めてきました。認知症のあるBさんは、就寝時および食事と入浴の時間以外は、多くの時間を施設内を歩いたり、窓の外を眺めたりして過ごしています。昨日、午前8時頃廊下で転倒し、右大腿骨頸部を骨折し入院となりました。

職員：「わかりました。差し支えなければ、記録が必要な理由をお聞かせいただけませんか」

長男：「実は・ 」

と話し始めた内容は、以下のようなものでした。

施設からの連絡で、病院に駆けつけた長男と長女は、医師から「今後、歩行できるようになる可能性は低い」と説明されました。以前から施設への入居に反対していた長女は、医師からの説明を聞いた後「こうなったのは施設の責任だと思う。施設は母さんの徘徊に対して何の対策も立てずにいたから骨折してしまったのよ。責任を追求しなければ…」と言い出し、家族間で話し合いを行った結果、施設の責任を追求する前に、まず、施設でのケアの内容を知るための記録の開示を求めることになった、とのことでした。

職員：「そうですか。では、お手数ですがこの『情報開示請求書』の必要事項に記入してください。後日、用意できましたらご連絡いたします」

\* \* \*

2日後、要求された記録（介護記録、看護記録）のコピーを受け取りに、長男夫婦と長女が来園しました。生活相談員から手渡された記録に目を適していた長女は、しばらくして、介護記録のある部分を指さして言いました。

長女：「私は思い違いをしていたようです。母はここで大切にされていたんですね。認知症が重くなって、何もわからなくなってしまったと思い込んでいましたが、いくつになっても‘母’なんですね……。これを読んでよくわかりました」

そこには、以下のような記述がありました。

○月○日 <子どものお迎え>

2:15

夜間巡回中、廊下で鉢合わせ。「どちらにお出かけですか」とたずねると「Cちゃん(長女の名前)が帰ってこないから迎えに行くのよ」「それは心配ですね。どうぞお気をつけて...」「ありがとう。行ってきますね...」と足取りも軽く歩いていかれる。しばらく様子を見守っていたが、約10分後には、自分で居屋に戻られたので、「おやすみなさい」と声をかける。

○月○日 <お届けもの>

15:00

風呂敷包みを抱えてステーションに来られ、「こんにちは。お願いします」と声をかけられる。「何のご用でしょうか」と聞くと「子どもがこれを忘れていったから、届けに行きたいのですが」と風呂敷包みを差し出される。「そうなのですが。では、お茶を一杯飲んでから一緒に出かけませんか」と言ってお茶を差し上げると、「ありがとさん。気を遣わせてしまって、申し訳ないねえ」としばらく世間話をする。約30分後、風呂敷包みはおいたまま居室に向かわれる。

これらの記録を読んで、はじめは険しかった家族の表情は次第に和らぎ、「この場所が母にとっていちばん心を落ち着かせることができる場所だったのだと感じました。また、ここに戻って生活できればと思います。よろしく願いいたします」とおっしゃっていただくことができました。

NPO 法人 U ビジョン研究所 介護記録の書き方・読み方・活かし方【中央法規】より引用

ヒヤリ・ハット、事故報告書

報告年月日 〇年 7月 24日

利用者氏名 U.S.さん	住所 M市T町1-1-1	TEL 0000-00-0000
発生年月日及び時間 〇年 7月 23日(月) 15時00分頃	サービス対応時間 9:00 ~ 16:00	
発生場所 デイセンター玄関風除室	報告者氏名 A.O. 印	
発生状況 サービス終了後、送迎準備中にUさんが玄関風除室にてバランスを崩し床に座り込む。当日は雨で、床が濡れていたことや介助者AがUさんの忘れ物を取りに戻るためUさんより離れたことが起因。Uさんは人の流れに押され滑ったと推測される。A以外に5名のスタッフがデイにはいたが、2名は乗降介助、2名はホール内で介助、1名は事務処理のため事務室へ行っていた。	略図 <p>スタッフB・Cは乗降介助 スタッフD・Eはホール内介助</p>	
利用者、家族への説明・内容 すぐに看護師に確認し、外傷などの異常なし。念のため主治医のYK医院を受診。身体的に異常はなかった。受診後、自宅へ送り、家族(長男の妻)に事情を説明し、利用者・家族の了解を得た。		
事故原因と今後の対策 (原因) 1. 雨天による風除室の床の濡れ、及び送迎時の混雑。 2. 月曜日の利用人数に対する送迎時のスタッフの配置。 (対策) 1. 雨天時は、送迎車が出発するたびに床を拭く。 2. 介助中のスタッフが利用者から離れる場合は、必ず他のスタッフに声をかけ、確認してから移動する。		

管理者	相談員	看護	介護	栄養	事務