

業務表 (標準的な1日の業務/業務量/休憩等)

■地域密着特養【定員29名】 1日日勤帯配置(早勤2名、遅勤2名、日勤5名 計9名、入浴なしの場合早勤2名、遅勤2名、日勤4名 計8名にて原則対応) R3.6.30更新

◎入浴29名(月:予備日 火:10名 水:9名 木:10名 金:10名 土:10名 日:9名 午前6~7名 午後4~5名程度ずつ)

食事一部介助以上18名 排泄一部介助以上25名 要介護3:6名 要介護4:17名 要介護5:6名 平均介護度:4.00

	管理者兼介護支援専門員	看護職員(勤務A)	看護職員(勤務B)		生活相談員	介護職員	介護職員	介護職員	介護職員	介護職員	介護職員	介護職員	管理栄養士
	正職員	正職員	正職員		正職員	正職員(早1)	正職員(早2)	正職員(遅1)	正職員(遅2)	日勤	正職員(夜勤)	正職員(夜勤)	正職員
	8:30 17:30	8:30 17:30	8:30 17:30		8:30 17:30	7:00 16:00	7:00 16:00	10:00 19:00	11:00 20:00	8:30 17:30	16:00 翌10:00	16:00 翌10:00	8:30~17:30
5:00												排泄介助	排泄介助
6:00											モーニングケア	モーニングケア	
7:00						申し送り・モーニングケア	申し送り・モーニングケア				申し送り・食事準備	申し送り・食事準備	
8:00						配膳・食事介助・口腔ケア・排泄介助・臥床支援	配膳・食事介助・口腔ケア・排泄介助・臥床支援				配膳・服薬・食事介助・口腔ケア	配膳・服薬・食事介助・口腔ケア	
	ミーティング	看護申し送り	看護申し送り		ミーティング					ミーティング	休憩	バイタル測定・記録	申し送り確認 発注作業
9:00		全体申し送り バイタル測定	全体申し送り 点眼・処置全般・排便管理			フロア対応・整容介助					入居者対応	休憩 掃除	全体申し送り 朝食摂取状況確認・食器洗い等
10:00		内服薬準備(夕・就寝前・朝)	フロア対応		生活相談員業務	水分補給(居室中心) 排泄介助	入浴介助	申し送り・フロア対応・入浴介助サポート		入居者対応・各居室清掃・衣類整理・環境整備			献立確認・入所者状況確認・食事受取
11:00	管理職業務・ケアマネ業務	B勤者の申し送り確認しPC入力・処置業務サポート	処置内容等をA勤者へ報告・フロア対応			離床介助・口腔体操		申し送り・居室掃除 離床支援					食事準備
12:00		配膳・食事介助・口腔ケア・服薬	配膳・食事介助		配膳	配膳・食事介助	休憩	配膳・食事介助・口腔ケア・排泄介	配膳・食事介助・口腔ケア・排泄介	食事介助・口腔ケア			配膳・摂取状況確認

小規模多機能のプラン（例）

小規模多機能型居宅介護計画書

氏名		生年月日		年齢		要介護 状態区分		認定情報 有効期間	
計画作成事業者名		初回作成日		計画作成日		計画書 有効期間			
計画作成者氏名									
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標	援助内容							
		サービス内容及び留意点	担当者	頻度	期間				
体調不良を自ら訴えることができない	毎日の健康管理を行い、異常に気付いてほしい	1. 体調の確認 (食欲、睡眠、痛み、便秘、下痢、発熱、手足の冷え、むくみ等) 口腔内の確認 (義歯、腫れ、口内炎、舌、汚れや乾燥、飲み込み) 表情・コミュニケーション状態の確認 (表情がうつろ・堅い、乏しい、目の光、視覚、聴覚、意思の伝達、感情表現、理解度)	全職員 (特に訪問、送迎担当者)	訪問時 送迎時 利用時随時					
		2. 体調が悪化した時の連絡、対応	全職員	毎日					
		3. 食事・水分摂取の声かけ、介助、確認	全職員	食事時、おやつ時					
		4. 服薬確認	全職員	食事時					
		5. 体調不良時の移動介助(ふらつきがあるため転倒注意)	全職員	随時					
心不全・腎不全があるため、医師の指示のもと水分・食事を適切にとる		1. 適量の水分をって頂けるよう声かけ・介助 (しっかり尿を出す為水分は必要だが、とりすぎるとむくみが出る。1日1,200ccを目安にして、水分摂取量を確認する。)	全職員	随時					
		2. 食事量の確保とカリウム制限 (まずはしっかり食べてもらうことを第一とする。カリウムについては果物のとりすぎに注意)	全職員	食事時、おやつ時					
妻を亡くしてから寂しいと感じるが、元気に過ごしたい	昔話や好きなこと、得意なことをして、自信を取り戻したい	1. 故郷や戦時中の話、大学やビーチバレーの話をする (昔の話をお聞きする時には、なかなか思い出せず表情が陰くなる時があるため、配慮する。他の方の前でお話頂くなども自信につながると思われる)	全職員、担当〇〇	随時					
		2. スポーツや歌、将棋などの趣味を楽しんで頂く(特に柔道や剣道の話が好き)	全職員、担当〇〇	随時					
		3. 散歩や買い物などの外出、体操 (リーダーの役割などをして頂く時は言葉がきつくなりがちなので、スタッフが間に入って調整する必要がある)	全職員、担当〇〇	随時					
尿が少し漏れてしまうことがある	排泄のパターンを把握して、失敗の回数を減らす	1. 日中・夜間の水分、排泄のパターンを確認する (チェックシートに記入し、把握する)	全職員、担当〇〇	随時					
		2. リハビリパンツの検討(本人への意思確認)	全職員、担当〇〇	随時					
家事や大事な物の管理など難しくなってきた部分を手伝ってほしい	難しくなってきた部分を手伝ってもらうことで、安心して快適に過ごすことができる	1. 食事の準備、片付け(できる部分は一緒に行うようにする)	全職員	食事時					
		2. 家にある食材の確認 (夕食後の送迎時には、翌日の朝食(パンなど)を用意しておく)	全職員	訪問時(朝・晩)					
		3. 洗濯、部屋の掃除、ゴミ出しの準備(できる部分は一緒に行うようにする)	訪問担当者	訪問時(朝)					
		4. 電話による朝の支度の声かけ(起床、更衣、洗面、朝食の声かけを行う。電話に出ることのできる機能維持も兼ねる)	訪問担当者	毎朝					
		5. 更衣、就寝の確認のナイトケア	訪問担当者	毎晩					
		6. 生活費の管理(成年後見人との委託契約によるもの)	管理者	随時					
小規模多機能型居宅介護計画について説明をうけ、内容に同意し、交付を受けました。		説明・同意・交付日	年 月 日	利用者同意欄					

利用開始時基本情報 / 1 枚で分かる!

利用開始時 基本情報				
利用者様氏名		生年月日・年齢	1日の過ごし方	
要介護度		自立度 (意見書+実際)		
主治医		緊急連絡先 希望搬送先	早朝	
診断名 <input type="checkbox"/> 生活機能低下の原因 <input type="checkbox"/> 主治医意見書診断名 <input type="checkbox"/> その他の疾病		利用までの経過 <input type="checkbox"/> 認定を受けた時期 <input type="checkbox"/> 入院とその原因 <input type="checkbox"/> 介護サービスの利用		
本人・家族の意向 <input type="checkbox"/> どのように暮らしたいか <input type="checkbox"/> サービスへの要望		本人の人となり <input type="checkbox"/> 性格 <input type="checkbox"/> 生まれ <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 職業歴など	午前	
食事・口腔 <input type="checkbox"/> 食事形態 <input type="checkbox"/> アレルギー、嗜好 <input type="checkbox"/> 使用用具 <input type="checkbox"/> 嚥下、口腔ケア <input type="checkbox"/> 嚥下、トロミ		認知症 <input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 時・場所・人の見当識 <input type="checkbox"/> 判断力 <input type="checkbox"/> 長谷川式 <input type="checkbox"/> 日常生活上の困りごと		
排泄 <input type="checkbox"/> 原便意 <input type="checkbox"/> 用具 <input type="checkbox"/> 必要な介助 <input type="checkbox"/> 便桶、下剤 <input type="checkbox"/> 日中・夜間の違い		コミュニケーション <input type="checkbox"/> 視力・聴力 <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 意思の伝達と理解 <input type="checkbox"/> 会話の程度	午後	
入浴 <input type="checkbox"/> 入浴形態 <input type="checkbox"/> 希望時間 <input type="checkbox"/> 異性介助の可否 <input type="checkbox"/> 必要な介助 <input type="checkbox"/> 生活習慣など		楽しみ・役割 <input type="checkbox"/> 趣味、特技 <input type="checkbox"/> 自宅・デイでの役割 <input type="checkbox"/> 日課		
移動 <input type="checkbox"/> 寝返り、起き上がり <input type="checkbox"/> 座位保持、立ち上がり <input type="checkbox"/> 立位、移乗、歩行、移動		リハビリ <input type="checkbox"/> 機能的な訓練 <input type="checkbox"/> 楽しみや役割の中で機能訓練として考えるもの		
睡眠 <input type="checkbox"/> 寝具 <input type="checkbox"/> 夜間の排せ <input type="checkbox"/> 睡眠状況 <input type="checkbox"/> 眠剤 <input type="checkbox"/> 通いのみの方も確認		リスク <input type="checkbox"/> 日常生活上の危険 <input type="checkbox"/> ご利用時まず気をつけるポイント		
看護・内服等 <input type="checkbox"/> 薬は別紙をもらう <input type="checkbox"/> 目薬、塗り薬 <input type="checkbox"/> 必要な処置など		送迎 <input type="checkbox"/> 送迎時間 <input type="checkbox"/> 送迎時の介助 <input type="checkbox"/> 車の停め方 <input type="checkbox"/> 家族がいる/いない <input type="checkbox"/> 施設など	夜間	
家族図		ケアのポイント		
<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> クリーニング <input type="checkbox"/> 個人情報 <input type="checkbox"/> センサー		今後の検討事項		