

介護支援専門員実務研修 11日目

ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術

7-③章

居宅サービス計画等の作成

本科目の目的

P. 455

1. ニーズを踏まえた目標の設定と目標を実現するための居宅サービス計画等の作成技術を修得する。
2. 居宅サービス計画等と訪問介護計画等の個別のサービス計画との連動の重要性を理解する。

本科目の修得目標

P. 457

- ①居宅サービス計画書の意義と目的について説明できる。
- ②居宅サービス計画書の様式における記載の目的について説明できる。
- ③利用者、家族の意向を踏まえた課題に向けた目標の設定ができる。
- ④居宅サービス計画実施後の生活の変化を予測できる。
- ⑤居宅サービス計画等に必要な社会資源（インフォーマルサービス等）を位置づけることができる。
- ⑥生活目標に応じた必要なサービスが判断できる。
- ⑦生活目標を達成するための期間の設定が判断できる。
- ⑧本人、家族が合意できる居宅サービス計画書の作成ができる。
- ⑨居宅サービス計画等と個別サービス計画の連動の重要性について説明できる。

居宅サービス計画書作成 (4日目研修の再確認)

居宅サービス計画の定義(再確認)

「居宅サービス計画とは、利用者の希望およびアセスメント結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案した上で、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。」

運営に関する基準 第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

H29年度 実務・更新・再研修

介護サービス計画の目的(再確認)

1. 利用者のニーズを基礎にして、サービスを提供する
「ニーズ優先アプローチ」を目指す
2. 関わるサービス提供者の援助内容と役割分担および責任を明確化する
3. 利用者・家族およびサービス提供者の計画の共通理解とチームの統合化を図る
4. 介護支援専門員がサービス提供の遂行を援助していくガイドとする
5. 個々のサービスやサポートが計画された役割を担うことができたかの評価の指針とする

第1表 居宅サービス計画書(1) (p.310～)

利用者及び家族の生活に対する意向

第 1 表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 平成 年 月 日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者氏名 殿 生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所及び所在地

居宅サービス計画作成(変更)日 平成 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 平成 年 月 日

認定日 平成 年 月 日 認定の有効期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

要 介 護 状 態 区 分 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5

利用者及び家族の
生活に対する意向

介護認定審査会の
意見及びサービスの
種類の指定

総合的な援助の
方針

生活援助中心型の
算 定 理 由 1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ()

【 同意欄 】 私はこの居宅サービス計画書(第1表、第2表、第3表)に同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 印

第1表「居宅サービス計画書(1)」

■利用者及び家族の生活に対する意向

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたと考えているのかについて課題分析の結果を記載する

なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する

「居宅サービス計画」記載要領

総合的な援助の方針

原案

第 1 表

作成年月日 平成 27 年 12 月 3 日

居宅サービス計画書（１）

☒ 初回 ・ ☐ 紹介 ・ ☐ 継続

☒ 認定済 ・ ☐ 申請中

利用者名 A 殿 生年月日 (7 5 歳) 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____

居宅サービス計画作成（変更）日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 初回居宅サービス計画作成日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

認定日 平成 27 年 9 月 10 日 認定の有効期間 平成 27 年 9 月 10 日 ～ 平成 28 年 9 月 30 日

要介護状態区分 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ ☒ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5

利用者及び家族
の生活に対する
意向

介護認定審査会の
意見及びサービス
の種類指定

総合的な援助の
方針

生活援助中心型
の算定理由

1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ()

第1表「居宅サービス計画書(1)」

■総合的な援助の方針

課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に対して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、総合的な援助の方針を記載する

(「居宅サービス計画」記載要領)

生活援助中心型の算定理由

原案

第 1 表

作成年月日 平成 27 年 12 月 3 日

居宅サービス計画書（１）

☒ 初回 ・ ☐ 紹介 ・ ☐ 継続

☒ 認定済 ・ ☐ 申請中

利用者名 A 殿 生年月日 (7 5 歳) 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成（変更）日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 平成 27 年 9 月 10 日 認定の有効期間 平成 27 年 9 月 10 日 ～ 平成 28 年 9 月 30 日

要介護状態区分	要介護 1 ・ 要介護 2 ・ ☒ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5
利用者及び家族 の生活に対する 意向	
介護認定審査会の 意見及びサービスの 種類の指定	
総合的な援助の 方針	
生活援助中心型 の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ ）

生活援助中心型の算定理由

(記載要領)

介護保険給付対象サービスとして、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付けることが必要な場合に記載する。「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」(平成12年2月10日厚生省告示第19号)別表の1の注3に規定する「単身の世帯に属する利用者」の場合は、「1. 一人暮らし」に、「家族若しくは親族(以下「家族等」という。)と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者または当該家族等が家事を行うことが困難であるもの」の場合は、「2. 家族等が障害、疾病等」に○を付す。また、家族等に障害、疾病がない場合であっても、同様のやむをえない事情により、家事が困難な場合等については、「3. その他」に○を付し、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。

第2表 居宅サービス計画書(2)

(p.311～)

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

第 2 表

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 平成 年 月 日

利用者氏名 殿

[illegible]

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第2表「居宅サービス計画書(2)」

■生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題(ニーズ)についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。

(「居宅サービス計画」記載要領)

ニーズについて

- ◆アセスメント結果を反映し、生活全体の中から利用者本人の暮らしを支えていくために必要なニーズをひきだす。(健康維持、生活基盤に直結したもの、悪循環の原因になっているもの等)
- ◆家族の介護力、介護負担を考える
(継続性の観点でどうか)
- ◆専門職として対応すべきニーズも挙げる
(予防的、危機察知、悪化防止、健康医療面 等)

■参考:「居宅サービス計画作成の手引き」

ニーズは、利用者によって自覚されていない場合もあります。以下の状況によって書き分けましょう。

- ① 利用者がニーズとして自覚し、表明できていることはそのまま書きましょう。
- ② 利用者がニーズを自覚していない場合は、利用者がわかっている範囲で書きましょう。
- ③ 利用者・家族のニーズ認識が一致していない場合には、利用者・家族が合意できる範囲で書きましょう。
- ④ 利用者・家族のニーズの相違点は、第5表の「居宅介護支援経過」に書きとめ、少しでも共通認識できるように働きかけましょう。

ここで表されたニーズは、次の「目標」につながっていくものです。

目標(長期目標・短期目標)

第 2 表

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 平成 年 月 日

利用者氏名

股

[illegible]

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第2表「居宅サービス計画書(2)」

■ 目標(長期目標・短期目標)

「**長期目標**」「**短期目標**」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。

「**短期目標**」は解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものである。

抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやす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。(「居宅サービス計画」記載要領)

※短期目標はモニタリングの指標。サービス事業者の個別援助計画書とも連動するのでより具体的に考える。

■参考:「居宅サービス計画作成の手引き」

- ①目標の設定は、具体的にイメージを持ちながら、利用者・家族とともに立てましょう。
- ②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」を決めて的を絞り書きましょう。ただし、ニーズによっては、段階的でなく一挙に達成しなければならない場合もあります。
- ③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です。
- ④介護支援サービス(ケアマネジメント)を進めながら、何回か目標の見直しをすることで、利用者や家族に実現可能な生活がイメージできていくでしょう。この結果、第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向」も随時変化していくことになります。

長期目標及び短期目標に付する期間

第 2 表

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 平成 年 月 日

殿

[illegible]

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

長期目標及び短期目標に付する期間

(記載要領)

「長期目標」の「期間」は、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を、いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載する。「短期目標」の「期間」は、「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載する。

また、原則として開始時期と終了時期を記入することとし、終了時期が特定できない場合等にあつては、開始時期のみ記載する等として取り扱って差し支えないものとする。なお、期間の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

第 2 表

作成年月日 平成 年 月 日

[illegible]

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

《サービス内容等について》

- ◇家族支援・インフォーマルサービス・本人のセルフケアなども必要に応じて記載する
- ◇目標を達成する為に必要な援助内容(サービス内容・種別・頻度・期間等)を考える
- ◇サービス提供を行う事業所が担う役割について具体的に記載する

参考:ケアプラン点検支援マニュアル

■参考:「居宅サービス計画作成の手引き」

(具体的な解説)

- ①ケアチームの誰が何をするのかわかるように、上記の「サービス内容」と「サービス種別」を関連づけ、線で結んだり、番号を付けたりする工夫をして記載しましょう。
- ②正式なサービス名称を書きましょう(利用者にわかりにくい場合は、説明をしてわかるようにしましょう)。(例)訪問介護 通所介護 配食サービス(〇〇町) 〇〇サロン(社会福祉協議会など) 〇〇ヘルス事業(保健サービス)
- ③サービス種別には、市町村が実施する保健福祉施策や、近隣住民などのインフォーマルサポート、介護保険給付サービスを含みます。
- ④介護保険対象のサービスには、※1の欄に○をつけておきましょう。

期間

第 2 表

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 平成 年 月 日

利用者氏名 殿

[illegible]

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

■参考「居宅サービス計画作成の手引き」

(具体的な解説)

- ①期間は、「短期目標の期間」と連動します。
- ②利用者がサービスを受け入れられる状況を確認しながら、
開始日と終了日を記入しましょう。
- ③終了時期が特定できない場合等は、開始時期のみ書きましょう
- ④機械的に記載するのではなく、目標やサービス実施予定に応じた期間を設定しましょう。

週間サービス計画

第3表

作成年月日 年 月 日
年 月分より

週間サービス計画表

利用者名 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

週単位以外
のサービス

週間サービス計画

(意義)

週単位の支援やサービスの時間帯を、曜日と時間の表中に記載し、利用者の生活活動とサービス提供状況をわかりやすくします。

主な日常生活上の活動

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日
年 月分より

利用者名 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00								
	8:00								
午前	10:00								
	12:00								
午後	14:00								
	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

週単位以外
のサービス

第3表「週間サービス計画表」

■主な日常生活上の活動

利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載する。なお、当該様式については、時間軸、曜日軸の縦横をどちらにとってもかまわない。

(「居宅サービス計画」記載要領)

《週間サービス計画書の作成のポイント》

- ◇起床時間から就寝まで「1日の生活リズム」を具体的に記載する。(整容・食事・散歩・掃除・昼寝・買い物・洗濯・入浴等)
- ◇夜間を含めた介護者の介護への関わりがある場合は具体的にその内容を記載する。(整容・排泄介助・移動・清拭・体位変換等)
- ◇第2表にあげたサービスは全て記載する。
(インフォーマル支援も)
- ◇週単位以外のサービスも記入する。
福祉用具貸与、通院、隔週利用のショートステイなど。

実務研修11日目

居宅サービス計画書の検証

～作成したケアプランを見直してみよう～
その方の生活がイメージ出来るプランを作ろう！

テキスト 上巻 P307～314

まずは自己検証を
してみましよう
～チェックシートを参考に～

第1表

「1表は居宅サービス計画全体の方
向性をしめすもの」

『利用者及び家族の生活に対する意向』

■利用者・家族それぞれの主訴や思いを明確
に区別して表現できていますか？

◆本人と家族(続柄をいれる)を分けて記載

◆大切な言葉はそのまま「」でとりあげる

第1表

■生活への意向を受けて総合的な援助方針がたてられていますか

◆個別的・具体的な方針になっていますか

◆利用者にも**分かりやすい表現**

◆サービスの内容はいいない

◆望む暮らしがイメージできますか・・・

第2表

『2表は居宅サービス計画書全体の中核になるもの』

『生活全般の解決すべき課題（ニーズ）』

■ ニーズは優先順位を考えてあげられていますか

■ 生活全般から生活を支えていくニーズがあがっていますか

◆ 偏りはないか（医療面、家族の介護負担面も）

ニーズの記載方法(例)

■「〇〇したい・・・」

デマンド(利用者本人の主観的要求)や

フェルト(体感的)ニーズ

(利用者自身が感じて表明しているニーズ)

■「〇〇することが必要である」または「〇〇すること」「〇〇の支援が必要である。」

ノーマティブ(規範的)ニーズ

(専門職の視点・社会規範から導き出されるニーズ)

第2表

「長期目標・短期目標」

- 目標は**具体的で達成可能**ですか
- ◆ 短期目標はモニタリングで評価がしやすいですか
- **長期目標と短期目標はつながっていますか**
- 開始時期と達成予定時期が期間に記載されていますか
- 家族を含む**インフォーマルな支援**・保健サービス、市町村事業、社協事業まで視野に入れることができますか

～第2表全体を通して～

- このサービスで達成できますか
- この期間で達成できますか
- **それぞれがつながっていますか**
(左⇒右、右⇒左を確認)
- 目標達成可能なサービス種別と内容・頻度・回数になっていますか

評価できる目標の設定が重要

《例1》

現状:「移動の能力があるが怖くて自宅では動いていない」

ニーズ「移動の身体能力はあるが不安感が強く自宅では自分で動けず困っている。(自分で移動が出来るようになりたい)」



(短期目標)

「家の中は手すりや家具につかまりながら移動できるようになる」



(長期目標)

「近所周りは歩行器を使って散歩ができるようになる」

評価できる目標の設定が重要

＜例2＞

現状:「体がだるく、家事をする気になれない」

ニーズ(例)「家事をする能力はあるが体がだるく家事ができずにいる。(自分でできるようになりたい)」



(短期目標)

「洗濯物の取り込みやアイロンがけ等家事の一部ができる」

「雑巾づくりのボランティアに興味ができるようになる」



(長期目標)

「家の中で家事ができる自信がつく」

第3表

- 主な日常生活上の活動は記載していますか
- 第2表であげたサービスを全て記載していますか
(インフォーマル、家族支援、通院など)
- 週単位以外のサービスも記載していますか

～全体を通じて～

- 利用者・家族に
わかりやすく記載されていますか
- 専門用語、分かりづらいものはないですか

お互いに確認をし合って
みましよう
～3人グループで、相互に交換に～

グループワーク①

～計画書を振り返ってみての気づき～

- ☆改めて気がついたことはどんなことですか
- ☆今後、計画書作成にあたり、どんなことを意識していきたいですか

◆グループワーク(15分)

→発表・まとめ(15分)

ロールプレイ(3人G)

Aさんにご家族に居宅サービス計画書
第1表～3表までを説明し同意を頂きます。

時間配分:

1人20分: 説明10分、本人・家族(観察者)感想10分

※3人Gで1人がケアマネ・1人が本人、もう1人は家族
(兼観察者)。

※本人役は感想を伝え、観察者もコメントを伝えること。

※一方的に伝えない。相手の表情を見ながらなぜこの
ような計画書が必要なのかも説明

グループワーク②

- ☆実際に計画書を説明していかがでしたか？
（工夫したところ、苦労した点等）
- ☆本人役、ご家族役になって計画書の説明を受けた感想
- ☆計画書の説明にあたって大切だと感じたことはどんなことですか？

◆グループワーク(15分)→発表・まとめ(10分)

実務研修11日目『社会資源』

第2章第5節

社会資源を活用したケアマネジメント テキスト 上巻(P.133～135)

第5節 社会資源を活用した ケアマネジメントの必要性 P133

1. 社会資源を有効に活用する

(1) ニーズ中心主義

- 適切なアセスメントの結果として導き出された利用者の生活ニーズを解決するために、必要な社会資源を活用する。
- 既存のサービスに利用者を合わせる⇒×
- 利用者の生活ニーズを解決する社会資源がない場合は、必要な社会資源の整備をはたらきかけることも必要

ニーズから社会資源を考える

適切なアセスメントから導きだされた利用者の
ニーズから活用する社会資源を考える。



介護保険以外にも、地域の中に存在する
フォーマル・インフォーマルな各種の社会資源
について知っておく。

第5節 社会資源を活用した ケアマネジメントの必要性 (P.133)

～社会資源とは何か～

「福祉ニーズに充足のために利用・動員される施設・設備・資金・物品・諸制度・技能・知識・人・集団などの有形・無形にハードウェア及びソフトウェアの総称」

①フォーマルな資源

→一定の手続きと受給要件を満たす必要がある社会的に用意されたサービス

②インフォーマルな資源

→私的な人間関係を通して援助が提供されるもの

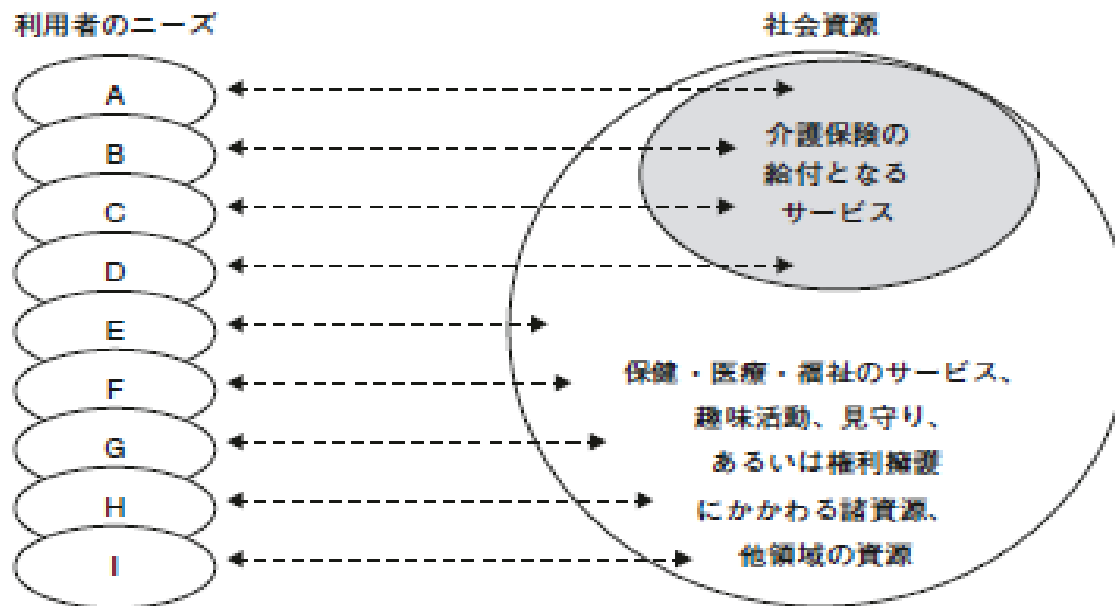
③内的資源 → 利用者の持っている力、ストレングス

第5節 社会資源を活用した ケアマネジメントの必要性 (P.134)

2. 生活ニーズから社会資源につなぐ

(1) 介護保険サービスは、社会資源の一部

図 2-5-1 利用者の生活ニーズと社会資源の対応関係のイメージ



介護保険サービスだけで、利用者の「生活」「生活ニーズ」を支える事は出来ない

第5節 社会資源を活用した ケアマネジメントの必要性(P.135)

(2) 社会資源のアセスメント

介護支援専門員は**社会資源の特徴や力量**を把握しておくことが大切

- ①各社会資源に直接問い合わせる、訪問して確認
- ②社会資源を活用し、モニタリングを行った経験から社会資源について理解する
- ③介護支援専門員との情報交換から情報を得る

第9章第3節

社会資源の把握方法と活用

上巻(P.592～597)

第3節 社会資源の把握方法と活用(P.592)

1.地域包括ケアシステム構築と社会資源

不足している社会資源について『地域ケア会議』で提案したり、生活支援体制整備事業の担う生活支援コーディネーターと連携をはかる

介護支援専門員に求められているもの

- 地域の社会資源を把握し有効に連携する能力
- 新たな社会資源の創出を目指す視点

第3節社会資源の把握方法と活用 (P.592)

2.社会資源との連携

介護支援専門員の役割(求められるもの)

- 利用者の内的資源と社会資源を有効に結び付けるコーディネート能力
 - 適切なアセスメント
 - 生活機能の向上を図り、活動・参加につなげていくために必要なあらゆる社会資源と連携
 - 自助・互助・共助・公助を意識して、様々な社会資源との関係を作っていく

第3節社会資源の把握方法と活用(P.593～)

4.社会資源の把握方法

(1)介護サービス情報公表制度の活用

(2)地域支援事業の包括的支援事業の活用

(3)市町村等の公的機関の活用

(4)介護支援専門員自身のネットワークの活用

第3節社会資源の把握方法と活用(P.594～)

5.社会資源との連携のポイント

(1)利用者和社会資源とのマッチング

利用者・家族の意向を確認し、その**意向を尊重した社会資源の活用**を援助

(2)社会資源リストの作成

地区のさまざまな組織、団体、活動等にも着目

(3)社会資源との連携の留意点

利用者本人と社会資源との関係性、支援者と社会資源の関係性が重要

社会資源調査の報告

◆地域の社会資源の情報交換
どのように調べたか
地域の特性、地域社会資源を紹介

◆時間配分(説明5分,メンバーからの質問 4分)

気づいたこと・今後意識したい視点

◆グループワーク(10分)

◆気付きの発表・まとめ(10分)

社会資源のアセスメント

社会資源の種類だけでなく内容・質を把握



モニタリングで知る

ネットワークのなかでの情報交換で知る

実際に目でみて知る

まとめ

社会資源とは、地域にある様々の物・人（利用者本人・家族・そして当然支援者も）サービス・情報など全て

利用者のニーズにあった地域の社会資源を見つけて、創造して、クライアントの自立生活を支援する