

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成
第7-③章 「ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術」の目的

上巻
P331

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。

また、居宅サービス計画等と訪問介護計画等の個別サービス計画との連動やサービス事業者間の連携の重要性を理解する。

介護予防サービス・支援計画の関連様式の作成方法、作成のための課題分析の考え方を理解する。

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成
第7-③章 「ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術」の修得目標

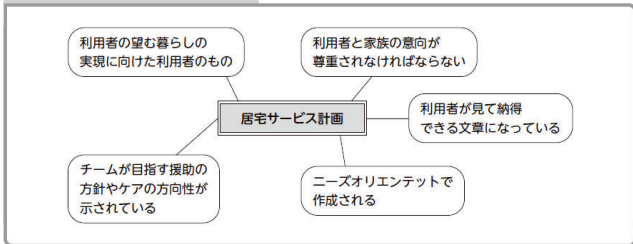
上巻
P332

- ① 居宅サービス計画の意義と目的について説明できる。
- ② 居宅サービス計画等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の解決に向けた目標の設定の方法について説明できる。
- ④ 居宅サービス計画実施後の生活の変化を予測する際の留意点を説明できる。
- 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）を位置付けることの必要性について説明できる。
- ⑥ 生活目標に応じた必要な支援内容（サービス内容）を判断できる。
- ⑦ 生活目標を達成するための期間の設定を判断できる。
- ⑧ （先輩や上司の指導を受けながら、）利用者、家族が合意できる居宅サービス計画書の作成を実施できる。
- 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。
- ⑩ 介護予防サービス・支援計画の関連様式の作成方法、作成のための課題分析の考え方について説明できる。

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成
第1節 居宅サービス計画の意義と目的[45分]

上巻
P332

本節で学習することの概要



第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成
第1節 居宅サービス計画の意義と目的[45分]
【1 利用者の望む暮らしの提案・確認・実現】

上巻
P333

- 居宅サービス計画には、以下の二つの役割がある
 - ・利用者の**自立支援に向けた計画**
 - ・介護保険サービスの**給付の根拠**
- 介護保険法(平成9年法律第123号)の理念は、利用者の尊厳の保持と自立支援**なので居宅サービス計画を作成する際には、利用者の尊厳と意向が尊重され、利用者が望む生活の実現に向けた自立支援が行われるように留意する
- 居宅サービス計画の作成者は、この計画の主人公が利用者であることをいつでも意識するように留意する

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成
第1節 居宅サービス計画の意義と目的[45分]
【2 目指す生活の実現に向けた社会資源の活用】

上巻
P333

1. 生活の将来予測
 - アセスメントでは、利用者の望む生活を実現するため、利用者と家族の発言や、多職種と協働した情報収集によって課題分析を行い、利用者の意向をとらえた
 - 居宅サービス計画作成段階では、**アセスメントで導き出した、利用者の意向を文章化し、関係者と共有可能な状態にするとともに、利用者の望む生活の実現に向けた具体的な行動計画を立てる**
 - 計画書では現在だけを見るものではなく、**将来利用者がどのような状態となっていくのか一定期間のことを記載**するため、予測は不可欠
 - ケアマネジメントにおいて行う予測は、介護支援専門員だけで行うのではなく、**多職種とともに考える**ことで、いっそう精度が高まる
 - 多職種が会し利用者の生活に立脚した予測の話し合いや発言がなされる場**を設け、発言を引き出すようなはたらきかけをすることも、介護支援専門員の大切な役割

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成
第1節 居宅サービス計画の意義と目的[45分]
【2 目指す生活の実現に向けた社会資源の活用】

上巻
P334

2. 地域の社会資源の活用
 - 1) 顔の見える関係をつくっておく
- ケアマネジメントは、利用者とコミュニケーションをとり、**ニーズの解決に向けて社会資源を活用する手法**
 - ・そのため、介護支援専門員がどれだけ**社会資源を知っているかが重要**となる
 - ・地域にどのような資源があるかを知っていることにはじまり、制度や仕組み、特徴、関連する職種、申し込み手続き、利用料金等の情報を把握することが大切
 - それらの情報は、インターネットなどでも知ることができるので、介護支援専門員は、その社会資源を担うのは誰かを知り、**顔見知りの関係をつくっておく**ことで、さらに詳細な情報を知って、**利用者に最も適合する可能性の高い情報を提供する**

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成
第1節 居宅サービス計画の意義と目的[45分]
【2 目指す生活の実現に向けた社会資源の活用】

上巻
P334

2. 地域の社会資源の活用

2)特徴と機能を活かした効果的なサービス調整

○介護保険法は入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練、看護等を必要とする者に対して必

要な保健医療サービスを提供する制度なので、これらのニーズに対応できるよう、地域の

社会資源に精通しておく必要がある

・介護保険制度内のサービスだけですべてに対応できるとは限らないため、一人での調理

が難しくなった利用者への対応は、次のように大別できる

A 本人に代わって調理する

B 本人と一緒に調理する

C 調理された食べ物を届けてもらう(配食、温めるだけで食べられるレトルトパック等)

・それぞれの行為には、表7- ③ -1 のような特徴が考えられる

・いずれも食事のニーズを充足することを想定したサービスだが、対応する人やその方法、

料金、手続きの方法なども異なる

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成
第1節 居宅サービス計画の意義と目的[45分]
【2 目指す生活の実現に向けた社会資源の活用】

上巻
P334

2. 地域の社会資源の活用

2)特徴と機能を活かした効果的なサービス調整

	対応方法	介護保険の対象	利用料の有無
A 本人に代わって調理する	訪問介護（生活援助）	○	有
	家族や知人等	×	双方の取り決め
	民間サービス、有償ボランティア	×	有
B 本人と一緒に調理する	訪問介護（身体介護）	○	有
	家族や知人等	×	双方の取り決め
	民間サービス、有償ボランティア	×	有
C 調理された食べ物を届けてもらう	家族や知人等	×	双方の取り決め
	民間サービス（配食サービス*、レトルト・冷凍食品等）	×	有

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成
第1節 居宅サービス計画の意義と目的[45分]
【2 目指す生活の実現に向けた社会資源の活用】

上巻
P335

2. 地域の社会資源の活用

2)特徴と機能を活かした効果的なサービス調整

○介護保険制度が想定している食事、入浴、排せつなどの介護行為であっても、保険サービ

スで対応できることもあれば、それ以外の方法が適合する場合もある

・利用者の課題解決のための社会資源は、介護保険サービスだけでなく、保険外サービス

も含まれることから、双方を組み合わせたプランニングの視点をもつことが求められる

○近年は、金銭管理や住宅確保の問題など、介護保険サービスが想定していないニーズを

抱える要介護高齢者も増えている

・保健医療福祉以外の制度や民間サービスとの連携の必要性も年々高まり、利用者が抱えるニーズも、介護支援専門員が直接資源にアクセスして調整できることと、そうではないことが混在するようになっている

○介護支援専門員の調整範囲を超えたと感じたときには、早めに地域包括支援センターや

行政に相談するなど、関係機関につなぐ機能を果たすことが大切

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成
第1節 居宅サービス計画の意義と目的[45分]
【2 目指す生活の実現に向けた社会資源の活用】

上巻
P336

3. 支援の方法やサービスの明確化

○食事の例のように、ニーズの特徴を整理することで候補となるサービス種別、サービス事業所が絞り込まれていく

・介護支援専門員が行う食事の調整は、単に利用者に向か食べ物が届きさえすればよいというわけではない

○介護支援専門員に求められるのは、自立支援に向けたサービスの提供であり、そのためにはその利用者の状態像や環境を含めた個別性に配慮しなければならない

○この個別性に配慮したサービス調整や、ケアプラン作成時のサービスを明確化するには、利用者の食にまつわる情報をどれだけ細かく把握しているかであり、突き詰めると、どれだけ丁寧なアセスメントができているかである

○心身状態が不自由になった状況下では「仕方がない」というあきらめの気持ちをもっているかもしれない、居宅サービス計画が真に利用者の望む生活となるためには、本人がすでに決めて、自ら語ることをえしなかった部分があることを想定し、それを語ってもらうような問いかけが必要となる

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成
第1節 居宅サービス計画の意義と目的[45分]
【3 利用者・家族の意向の尊重】

上巻
P337

○アセスメントでは、情報収集からニーズ抽出の段階まで、利用者の主訴、利用者と家族の発言を中心しながら、介護支援専門員や多職種との対話を中心に行われてきた

・居宅サービス計画の作成では、限られた文字数で明確に表現する高度な技術の有無が問われます。

○利用者が居宅サービス計画を手にしたとき、利用者自身が思い描いている自己像や語ってきた内容と、居宅サービス計画に書かれていることに乖離があると、せっかく第2表に具体的な目標が掲げられても、自分の目標として意欲的に取り組む気持ちにはなれない
一方で、利用者の自己像や、発言の核となることが明示されていれば、介護支援専門員に対する信頼感が高まることが期待される

○居宅サービス計画には、利用者だけでなく家族の意向も明示される

・利用者、家族の双方にとって、自分たちの語りが凝縮された、自分たちらしい居宅サービス計画だと思ってもらえることが大切で、利用者にそう思われたとき、介護支援専門員は利用者と家族の意向を尊重したといえる

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成
第1節 居宅サービス計画の意義と目的[45分]
【4 チームの方向性の提案・確認・実現】

上巻
P338

○居宅サービス計画は、主治医・かかりつけ医や関係する医療機関、サービス事業所の担当者に交付する

・専門性や立場の異なる関係者が見て、誤解のないわかりやすい表現、内容であることが前提となる

・この前提があつて、チームの目指すその利用者の総合的な援助の方針、方向性が理解可能となる

○居宅サービス計画は、事例検討会、地域ケア会議、ケアプラン点検や運営指導等のさまざまな場面で確認される機会がある

・担当の介護支援専門員だけがわかる略語や記載ルール等は使用しないようにする

・連携の要として、基本的な文章力が必要なため、主語が抜けていないか、文章として成立しているか等、一度書いてから必ず複数回見直すよう習慣づける

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③ 居宅サービス計画等の作成

第1節 居宅サービス計画の意義と目的[45分]

【ミニワーク ①】

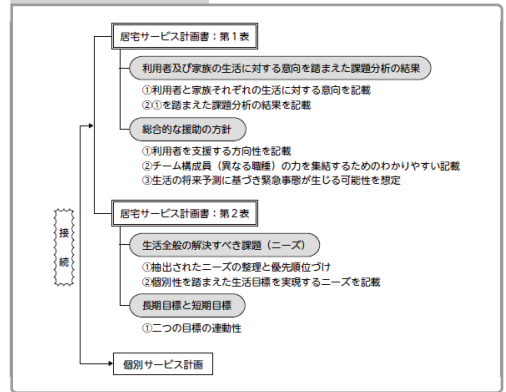
* 居宅サービス計画書を作成する目的・意義は何ですか？

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③ 居宅サービス計画等の作成

上巻
P339

第2節 居宅サービス計画等の作成方法や留意点の理解[45分]

本節で学習することの概要



第1表 居宅サービス計画書 (1) 作成年月日 令和5年 4月 21日

利用者の氏名 神谷 花子 性別 男 生年月日 昭和21年 2月 20日 住所 〇市本町3丁目2番1号

居宅サービス計画作成者氏名 上野 祥子

居宅介護支援事業所・事業所名及び所在地 居宅介護支援事業所C 〇市本町3丁目1-1

居宅サービス計画作成(変更)日 令和5年 4月 21日 初居宅サービス計画作成日 令和5年 4月 21日

認定日 令和5年 3月 22日 認定の有効期間 令和5年 2月 19日 ~ 令和6年 2月 28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を踏まえた課題分析の結果					
総合的な援助の方針					
生活援助中心型の留意理由	1. 一人暮らし	2. 家族等が障害、疾病等	3. その他（ ）		

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③ 居宅サービス計画等の作成

上巻
P339

第2節 居宅サービス計画等の作成方法や留意点の理解[45分]
【1 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】

- 居宅サービス計画第1表の「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」は、利用者の意向を尊重し、**ニーズオリエンテッド(ニーズ優先)のケアマネジメントを展開する居宅サービス計画の基点になる重要な項目となる**
- 利用者にとっては、これまでの面接を通じて自分の意向をどのように返答したのかを確認する文書になり、介護支援専門員はその重要性を認識して明文化する必要がある
- 厚生労働省が、「居宅サービス計画書標準様式及び記載要領」で各項目の記載について示しているため、それに準じて記載する
- ・「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」の欄には、次の2点が記載されなければならない
- ① **利用者と家族の、それぞれの生活に対する意向**
 - ② **①を踏まえた課題分析の結果**

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③ 居宅サービス計画等の作成

上巻
P340

第2節 居宅サービス計画等の作成方法や留意点の理解[45分]
【1 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】

- 利用者と家族は異なる人格のため、介護という点での立場は異なり、意向が一致しない場合も珍しくない
- ・ 大切なことは、本人が見て、「自分の意見が書かれている」と感じられることで、**家族の記載欄には、本人からみた続柄を記載する**
- 課題分析の結果は、**自立支援に資するために解決しなければならない課題という観点から書かれているが、介護支援専門員と多職種を含めた関係者で確認する**
- ・ ケアマネジメントは**ニーズオリエンテッド**のため、この記載内容は極めて重要
- ・ 高齢者一般にありがちな課題ではなく、**利用者個別の状況が明確になるように意識して記載する**
- これまでの生活上のエピソード等から、**利用者のもっている力を推定し**、生活環境も確認したうえで、利用者が抱える課題を総じて書く

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③ 居宅サービス計画等の作成

上巻
P340

第2節 居宅サービス計画等の作成方法や留意点の理解[45分]
【2 総合的な援助の方針】

1. 総合的な援助の方針を定める意義
- 居宅サービス計画の実行には、保健医療福祉にかかわる多職種や、さまざまな関係者がかわる
- ・ **異なる立場や専門性があることで、多角的にかかわることができる利点がある**
- **立場や専門性の相違は、似て非なる価値基準や目的をもっている**
- ・ 異なる専門性を一人の利用者の支援に向けて集約できたときに、多職種協働の強みが発揮される
- 「総合的な援助の方針」を共有することは、**多職種協働においてはとても重要となる**

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③ 居宅サービス計画等の作成

上巻
P340

第2節 居宅サービス計画等の作成方法や留意点の理解[45分]
【2 総合的な援助の方針】

2. チームでの理念の共有・合意形成

- 「総合的な援助の方針」は、利用者と家族、多職種が、今後どのようなリスクがあるか、悪化防止にはどのような生活が必要か、その場合のケアチームはどのような支援ができるのかといったことを協議し、合意形成に結びつける

☐	どのようなチームケアを行うのか、利用者と家族、ケアチームが確認し、検討したうえで「総合的な援助の方針」を記載する。
☐	「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、介護支援専門員、サービス担当者は、どのようなチームケアを行うのか、利用者と家族、ケアチームが確認し、検討したうえで「総合的な援助の方針」を記載する。
☐	この利用者にとって、どのような場合を緊急事態と考えるかを記載する。[将来予測]
☐	この利用者にとって、緊急事態は発生し得るかを記載する。[将来予測]
☐	緊急時を想定した場合の多職種との連携を含む対応方法等を記載する。[対応方法]

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③ 居宅サービス計画等の作成

上巻
P341

第2節 居宅サービス計画等の作成方法や留意点の理解[45分]
【2 総合的な援助の方針】

3. 解決策がない課題など残された課題の整理

- 利用者の生活における課題には、他法他制度、民間サービスなどを活用しても、さまざまな理由により解決が難しい状況もある

- このような場合は、サービス担当者会議で話し合い、その内容を居宅サービス計画第4表「サービス担当者会議の要点」の「残された課題」の欄に記載する併せて、第5 表の「居宅介護支援経過」にも記載する

- 解決策がないからこそ、伴走し続けることが大切である

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③ 居宅サービス計画等の作成

上巻
P341

第2節 居宅サービス計画等の作成方法や留意点の理解[45分]
【2 総合的な援助の方針】

4. 緊急時の連絡体制等の確認

- 利用者ごとに生活の将来予測を行うが、介護支援専門員は、起こり得る緊急事態を想定し、対応方法をあらかじめ話し合い、緊急時の連絡先やどのような連携を行うのかなどについて事前に調整する

- 居宅サービス計画第1表の「総合的な援助の方針」の欄には、生活の将来予測の一つとして発生する可能性の高い緊急事態とその場合のケアチームの対応、連絡先を記載する

図2表 居宅サービス計画書（2）作成年月日 令和5年 4月21日

利用者の氏名 性別 生年月日 年齢	目標				援助内容				
	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	長期目標	サービス内容	※1	サービス種別	※2	備考

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③ 居宅サービス計画等の作成

上巻
P342

第2節 居宅サービス計画等の作成方法や留意点の理解[45分]
【3 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の整理】

1. ニーズの整理と優先順位づけ

- 抽出したニーズには、優先順位をつける
- ・優先順位は、利用者が望む生活の実現に向けて、利用者や家族にとって何が優先されるのかという観点や、リスクを回避するという観点がある
 - ・優先順位を決める際には専門職の意見を踏まえ、利用者と家族の価値観、行動習慣、社会的役割(仕事、家庭、地域)等を考慮する

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③ 居宅サービス計画等の作成

上巻
P342

第2節 居宅サービス計画等の作成方法や留意点の理解[45分]
【3 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の整理】

2. 個別性を踏まえた生活目標を実現するニーズの記載

- 居宅サービス計画では、ニーズごとに長期目標と短期目標を設定する

- 長期目標は、そのニーズが解決されたときの姿を表す

- ・例えば、ニーズが「歩けるようになる」だけだと、利用者個人の姿を想像できない

- ・利用者が何をしたいか、何を見たくて歩けるようになりたいのが、それが表現されたニーズを書き表すと、その利用者の生活の様子をチーム構成員も想像できる

- 言葉で補って理解を促すのではなく、介護支援専門員は、居宅サービス計画に文章でそれを表すことが求められる

- ・その人らしさを表せるだけのアセスメントと、わずかに10文字前後で簡潔明確に記載する文章力も必要とされ、そのような表現を行うことで、利用者にとって意欲をかきたてられる居宅サービス計画につながる

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間] ③居宅サービス計画等の作成 第2節 居宅サービス計画等の作成方法や留意点の理解[45分] 【4 長期目標と短期目標の設定】 上巻 P342 1. 目標を設定する意義 ○ケアマネジメントは、利用者とコミュニケーションをとりながら、ニーズの解決に向けて社会資源を活用する手法 ・そこで求められるのは、総合的かつ効率的であるという観点で、引き出されたニーズに対して、目標、対応期間、必要となる人員やコストを管理すること ○介護保険法と関係法令では「効果的」「効率的」という言葉が繰り返され、保険料や税から拠出された貴重な財源を活用した保険制度として、効果のあるケアを効率的に行うことが示唆されている ○介護支援専門員は、介護保険制度に位置づけられたケアマネジメントを行う専門職として、自立支援の効果を高める目標設定と達成状況の管理を行う(介護保険法第7条) ・また、利用者には、法第4条に示された「国民の努力及び義務」がある	第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間] ③居宅サービス計画等の作成 第2節 居宅サービス計画等の作成方法や留意点の理解[45分] 【4 長期目標と短期目標の設定】 上巻 P343 1. 目標を設定する意義 (介護保険) 第7条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態 等」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする。 2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。 3 第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。(国民の努力及び義務) 第4条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。
第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間] ③居宅サービス計画等の作成 第2節 居宅サービス計画等の作成方法や留意点の理解[45分] 【4 長期目標と短期目標の設定】 上巻 P343 1. 長期目標と短期目標の連動性の認識 ○抽出されたニーズに対しどのような目標が設定されるかは、利用者にとって望む生活をかなえるためのプロセスである ○長期目標は、利用者が実現する将来の生活の姿 ○短期目標は、長期目標の達成に向けて「一つずつ小さなステップを踏んでいく過程 ・短期目標は、その利用者にとって「この内容ならクリアできそうだ」と感じられる内容や期間を設定する	第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間] ③居宅サービス計画等の作成 第2節 居宅サービス計画等の作成方法や留意点の理解[45分] 【4 長期目標と短期目標の設定】 上巻 P344 3. 個別サービス計画への接続 ○居宅サービス計画は、利用者の同意を得た後、サービス事業所の担当者に交付する義務がある ・サービス事業所の担当者は、居宅サービス計画がある場合には、それに連動する個別サービス計画を作成する ・個別サービス計画は、短期目標をもとに具体的な計画や手順書を作成するため、介護支援専門員は、居宅サービス計画原案を作成する段階から、個別サービス計画作成を行うサービス事業所の視点に立ち、短期目標の達成可能性、現実的にサービス提供が可能であるかなどを考慮する必要がある ○サービス担当者会議では、ケアプランを示しながら、それぞれのニーズに対する目標を設定した理由も添えて説明する ○個別サービス計画が作成され、利用者の同意を得られたら、その写しを介護支援専門員にも共有してもらうようにサービス事業所の担当者に依頼する
第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間] ③居宅サービス計画等の作成 第2節 居宅サービス計画等の作成方法や留意点の理解[45分] 【4 長期目標と短期目標の設定】 上巻 P344 3. 個別サービス計画への接続 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第38号) 第13条 十一 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。 十二 介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問介護計画(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11年厚生省令第37号。以下「指定居宅サービス等基準」という。))第24条第1項に規定する訪問介護計画をいう。)等指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。	第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間] ③居宅サービス計画等の作成 第2節 居宅サービス計画等の作成方法や留意点の理解[45分] 【5 社会資源】 上巻 P345 1. フォーマルな資源とインフォーマルな資源 ○ある行為を行うことが難しくなった利用者に対するニーズ解決の方法は、複数想定される ○似たような方策であっても介護保険給付と介護保険対象外のサービス双方が想定される ○解決の選択肢としてではなく制度上、介護保険サービスでは対応できないニーズもある ・例えば、24時間の見守りをする、墓参りをする、旅行に行く、物屋敷を整理する、不動産物件を探す、引っ越しをする、家具をそろえるなど、生活していくうえでの問題もある ○近年、独居世帯、身寄りのない人、老老世帯などが増加するなかで、「生活全般」の課題を解決するために取り扱う生活課題の範囲が広がっている ・これに対応するためには、フォーマル資源と幅広いインフォーマル資源を活用した支援が求められている

上卷
P345

【5 社会資源】

○資源には利用者を取り巻く社会資源だけでなく、利用者自身も資源である

- ・利用者がこれまでの人生のなかで培ってきた、困難に対し問題解決に向けた能力を発揮

すること、意欲をもつことは、**内的資源**の一つである

・病气やけがによって要介護状態となり、本来もっている内的資源を活用する力が従来よりも低くなっている可能性はあるが、要介護者は庇護される弱いだけの存在ではない

・これまでの人生を生き抜いてきた人たちであることを尊重し、その人がもつ力を発揮でき

るように引き出していくことも、利用者自身の内的資源を活かすこととなる

上卷
P345

【5 社会资源】

3. ニーズ優先アプローチと多職種連携

○ケアマネジメントはニーズオリエンテッドの手法である

- ・ニーズを基点とした手法を展開する際には、資源を活用することになる

・社会資源を活用するという行為は、介護サービス事業所や医療機関、その他の関係機関等との協働と同義であり、一般的に**多職種協働**といわれる

○地域に、ニーズに対応できる資源が存在しない場合、また資源はあっても状況にマッチしない場合

・介護支援専門員が声をあげていくクラスアポカシー（同じ課題を抱えた者達や当事者が

制度改善や解決の道を模索すること)を視野にいれる

上卷
P346

【5 社会資源】

4. 地域ケア会議や地域包括支援センターの活用と連携

○介護支援専門員だけで解決することが難しい状況であれば、介護支援専門員の支援を行う機能を備えた地域包括支援センターに相談する

・地域包括支援センターには、保健師、社会福祉士、主任相談支援専門員が配置されているので、相談案件に応じて対応してもらえる

○地域ケア会議でさらにほかの職種や地域の民間企業や団体などの関係者にも協力してもらい、意見をもらうことも可能

・地域ケア会議という場を通じて、個人情報を守りながら、必要な地域の社会資源とつな

がっていくことができる

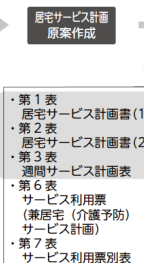
【ミニワーク ②】

* 居宅サービス計画書と個別サービス計画書に連動性が必要な理由は何ですか？

上卷
P347

アセスメント

- ・ 基本情報
- ・ 課題分析標準項目
- ・ 課題整理総括表



檢閱

・第4表
サービス担当者会議
の要点

・第5表
居宅介護支援経過

上卷
P348

課題整理總括表

[illegible]

[illegible]

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術【3時間】
 ③居宅サービス計画等の作成
 第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

上巻
 P349

第1表		居宅サービス計画書 (1)		作成年月日 令和5年 4月 21日		
		印刷・紹介・継続		認定申請・申請中		
利用者名	神谷 花子 期		生年月日	昭和21年 2月 20日	住所	〇津本市3丁目2番1号
居宅サービス計画作成者氏名	上野洋子					
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地	居宅介護支援事業所C 〇津本市3丁目1-1					
居宅サービス計画作成(更新)日	令和5年 4月 21日	前居宅サービス計画作成日 令和5年 4月 21日				
認定日	令和5年 3月 22日	認定の有効期間	令和5年 2月 19日	～	令和6年 2月 28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要介護状態から課題分析の結果						
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						
生活援助中心型の認定理由	1. 一人暮らし 2. 疾病等が障害、低所得等 3. その他()					

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術【3時間】
③居宅サービス計画等の作成
第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

上巻
P350

[illegible]

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術【3時間】
 ③居宅サービス計画等の作成
 第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

上巻
 P351

【第3表】

		作成年月日 令和5年 4月21日						令和5年 4月21日	
和歌山県立 津田 高等学校		令和5年 4月21日							
科目名		月	火	水	木	金	土	日	主な授業活動上の運動
朝	0:00								
	2:00								
	4:00								
昼	6:00								
	8:00								
	10:00								
午	12:00								
	14:00								
	16:00								
夜	18:00								
	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
通学日に限る 必要に応じて									

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術【3時間】
③居宅サービス計画等の作成
第2節 居宅サービス計画等の作成方法や留意点の理解【45分】
【演習 個人ワーク】

* 居宅サービス計画書を作成しましょう！

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を踏まえた 課題分析の結果

本人：痛みや痺れなどがあり、歩行に不安があるが、夫婦2人で、家で穏やかに暮らしたい。
好きな料理を、またできるようにになりたい。

夫：妻が望むようにしたい。
家事等自信がないが、長女に手伝ってもらいながら、できることはしたいと思う。

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③ 居宅サービス計画等の作成

上巻
P352

第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

援助内容 1

サービス区分	援助内容	サービスの具体的内容	所要時間	サービス提供時の留意点
健康チェック	安否確認・健康チェック	声かけ、顔色等から健康状態を観察	2 分	離床の防止
服装介助	声かけ	着を脱いだり声かけ確認	1 分	
家事介助	調理・洗濯	調理の一部介助、洗濯、夫への助言	80 分	水分摂取の確認と声かけ
排泄介助	見守り	トイレまでの移動を見守ります	7 分	排泄状況確認
				分
				分
身体	3 生活		合計時間 1 時間 30 分 (90 分)	
派遣曜日	月 水 金 曜日	派遣時間帯	10 時 30 分 ～ 12 時 00 分	

援助内容 2

サービス区分	援助内容	サービスの具体的内容	所要時間	サービス提供時の留意点
健康チェック	安否確認・健康チェック	声かけ、顔色等から健康状態を観察	2 分	
更衣介助	見守り	着替えの見守り	5 分	
身体介助	朝食摂取・服装介助、夫の介助方法の指導	朝食摂取確認、服装確認、デイケアへの出発準備、送り出し	16 分	水分摂取量の確認 水分摂取の声かけ
排泄介助	見守り	トイレまでの移動を見守ります	7 分	排泄確認
				分
				分
身体	1 生活		合計時間 時間 30 分 (30 分)	排泄し、後は新聞受けに
派遣曜日	火 水 曜日	派遣時間帯	8 時 30 分 ～ 9 時 00 分	

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③ 居宅サービス計画等の作成

上巻
P353

第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

援助内容 3

サービス区分	援助内容	サービスの具体的内容	所要時間	サービス提供時の留意点
			分	
			分	
			分	
			分	
			分	
身体	生活		合計時間 時間 分 (分)	
派遣曜日	曜日	派遣時間帯	時 分 ～ 時 分	

援助内容 4

サービス区分	援助内容	サービスの具体的内容	所要時間	サービス提供時の留意点
			分	
			分	
			分	
			分	
			分	
身体	生活		合計時間 時間 分 (分)	
派遣曜日	曜日	派遣時間帯	時 分 ～ 時 分	

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③ 居宅サービス計画等の作成

上巻
P353

第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

訪問計画表

援助内容	訪問時間	時間(分)	月	火	水	木	金	土	日
1	10:30～12:00	90 分	訪問介護		訪問介護		訪問介護		
2	8:30～9:00	30 分	訪問介護			訪問介護			
	～	分							
	～	分							
訪問介護員名(予定)			E・T	S・S	E・T	S・S	E・T		

○訪問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。

令和 5 年 4 月 30 日

氏名 神谷 花子

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③ 居宅サービス計画等の作成

上巻
P354・
385

第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

居宅サービス計画作成演習の記入欄。包括的なケアプランの作成を支援するためのフォーマット。左側には「利用者情報」「介護保険情報」「ケアプラン情報」などの入力欄があり、右側には「ケアプランの作成」に関する詳細な記入欄がある。下部には「ケアプランの作成」に関するチェックリストや、ケアプランの作成に関する注意事項が記載されている。

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③ 居宅サービス計画等の作成

上巻
P354

第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

通所・訪問リハビリテーション計画書 (アセスメント)

計画作成日: 令和 5 年 4 月 29 日

氏名: 神谷 花子

性別: ☐男性 ☒女性

生年月日: 昭和 21 年 2 月 20 日

介護支援 ☒要介護 ☐要介護 ☐2

■居宅介護支援計画の総合的援助の方針

以前のようには料理やお菓子づくりができず、病状や痛みのコントロールをしてあげるようになる。

■居宅介護支援計画の解決すべき課題

・痛みの緩和と、
・病状が安定し、健康に生活できる

■ご本人の希望

料理ができるようになりたい。家族に迷惑をかけたくない。

■医師の指示

・痛みのため歩行がしづらく、服用気味になっているためリハビリが必要
・脱水予防のため、一定量の水分摂取

■ご家族の希望

自宅での生活を続けてもらいたい。以前のように元気にしてほしい。

■健康状態 (介護・支援を要する原因となる疾患)

原疾患・病名

脊髄神経炎、末梢性神経障害

発症日: 直近の入院日: 直近の退院日:

令和 5 年 4 月 29 日 令和 5 年 4 月 29 日 令和 5 年 4 月 29 日

経過

平成 18 年に手足のしびれや腰の痛みが悪化、歩行や入浴、調理が困難となった。

リハビリテーションを実施する際の医学的管理 (医師などによるリスク管理・処置、対応の必要性を含む)

皮膚神経痛による痛みや脊髄神経炎によるしびれに注意

■重症疾患・コントロール状況(高血圧・心疾患・呼吸器疾患・糖尿病)

・糖尿病
・高血圧症

■服用薬の種類: ☒あり ☐なし

しびれや痛みにより外出困難となっており、現在は閉じこもり状態

■参加状況

家庭内の役割 (内容及び頻度)

家事全般や食生活の食事の支度 (現在は行っていない)

余暇活動 (内容及び頻度)

ハイキング (現在は行っていない)

社会・地域活動 (内容及び頻度)

知人を含めのお菓子づくり (現在は行っていない)

通所リハビリテーション終了後の利用したい社会資源

・家族、知人との交流
・友人との外出

■心身機能

機能	状況	活動へ支障	状況	活動へ支障
運動機能	歩行 ☒ あり ☐ なし	高次脳機能 ☒ あり ☐ なし	認知機能	記憶 ☒ あり ☐ なし
感覚機能	聴覚 ☒ あり ☐ なし	言語 ☒ あり ☐ なし	感情機能	感情 ☒ あり ☐ なし
思考機能	思考 ☒ あり ☐ なし	判断 ☒ あり ☐ なし	行動機能	行動 ☒ あり ☐ なし
社会機能	社会 ☒ あり ☐ なし	人間関係 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	経済機能	経済 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり ☐ なし
生活	生活 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
健康	健康 ☒ あり ☐ なし	生活習慣 ☒ あり ☐ なし	社会参加	社会参加 ☒ あり ☐ なし
安全	安全 ☒ あり ☐ なし	危険回避 ☒ あり ☐ なし	生活機能	生活機能 ☒ あり <

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術【3時間】
③居宅サービス計画等の作成

第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

上巻
P354

■生活活動状況（※該当に☑する。また、課題として取り上げる課題の優先順位をつける。）

アセスメント項目	現状 能力	改善の 可能性	課題 重要性	モニタ リング
基本動作				
起き上がり	2	3		
立位保持	2	3		
床からの立ち上がり	1	2	3	
移動動作（TUG&MD）	80 m	160 m	1	
他				
振業管理	2	3		
MMSE	24	27		
食事	10	10		
いすとベッド間の移乗	5	10	2	
整容	5	5		
トイレ動作	5	10	2	
入浴	0	5	3	
平地歩行	5	10	1	
階段	0	5	3	
更衣	5	10	3	
排便コントロール	5	10	2	
排尿コントロール	5	10	2	
ADL合計	45	85		

■環境因子

アセスメント項目	現状 能力	改善の 可能性	課題 重要性	モニタ リング
食事の用意	0	2	1	
食卓の片づけ	0	2	2	
洗濯	0	1	3	
掃除や整頓	0	1		
力仕事	0	1		
重い物	0	2	3	
外出	0	2	1	
屋外歩行	0	2	1	
趣味	0	2	1	
交通手段の利用	0	1		
旅行	0	1		
庭仕事	0	0		
車や車の手入れ	0	0		
読書	0	0		
仕事	0	0		
IADL合計	0	17		

■特記事項

・脱木予防のため、水分摂取を促す。
・しびれや痛みにより、立位保持困難なこともある。
・転倒に注意

■生活活動に影響を及ぼす課題の要因分析

痛みや下駄機能の低下が認められ、日常生活動作に支障をきたしている。また、介助量の増加やトイレに尿に合わないなど、活動への意欲低下が懸念される。

■他の利用サービス

☐通所介護（週 回） ☒訪問介護（週 5回） ☐訪問リハビリテーション（週 回） ☒その他（ 福祉用具貸与 ）

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術【3時間】
③居宅サービス計画等の作成

第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

上巻
P354

■社会参加支援評価

☐訪問日（令和 年 月 日） ☐居宅サービス計画（訪問しない理由： ）
☐サービス等利用あり ☐通所介護（週 回） ☐訪問介護（週 回） ☐地域活動へ参加（ ） ☐家庭内で役割あり

現在の生活状況：

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術【3時間】
③居宅サービス計画等の作成

第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

上巻
P355

リハビリテーション計画書 ☐訪問 ☒通所（No. ）

利用者氏名： 神谷 花子 作成年月日：令和 5 年 4 月 29 日～直直し予定時期 月 日

☐リハビリテーションマネジメントⅠ ☐リハビリテーションマネジメントⅡ ☒訪問・通所頻度（週 2回） ☒利用時間（6～8時間） ☐送迎なし

NO	目標 （解決すべき課題）	期間	具体的支援内容	（何を目的に（～のために）～をする）	頻度・時間	訪問の必要性
1	痛みやしびれをコントロールし、日常生活動作の獲得を目指す	1か月	☒ 短期集中個別リハ ☐ 生活行為向上リハ ☐ 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ ☒ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ その他（ ）	安定した動作獲得を図る。 ・除痛を目的としたマッサージ ・自主的に与えるストレッチ指導 ・下肢筋力運動実施 ・歩行練習	週2回 個別リハ 10分	自宅内の動作確認をする
2	料理やお菓子づくりを行えることで、知人との交流をもつことができる	1か月	☒ 短期集中個別リハ ☐ 生活行為向上リハ ☐ 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ ☐ 理学療法 ☒ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ その他（ ）	・料理手順を考える練習を行う。 ・キッチンでの必要な動作を確認するための評価を行う。 ・調理練習を実施する。 ・栄養評価、指導	週2回 個別リハ 10分	自宅での調理の様子を確認する

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術【3時間】
③居宅サービス計画等の作成

第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

上巻
P355

3	安全な屋外歩行の獲得により、外出を楽しむことができる	1か月	☒ 短期集中個別リハ ☐ 生活行為向上リハ ☐ 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ ☒ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ その他（ ）	歩行獲得、外出する際の工夫を提案し、評価する。 ・屋外歩行練習 ・杖や歩行器等、使用を検討	週2回 個別リハ 10分	自宅周辺の歩行状況を確認する
4	入浴動作（またぎ動作）の獲得により、在宅での入浴を安全に行う	1か月	☒ 短期集中個別リハ ☐ 生活行為向上リハ ☐ 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ ☐ 理学療法 ☒ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法 ☐ その他（ ）	入浴動作の評価を実施、自宅の環境を確認する。 ・またぎ動作練習 ・自宅環境を想定した動作検討 ・入浴介助方法の検討	週2回 個別リハ 10分	自宅での動作確認を行う

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術【3時間】
③居宅サービス計画等の作成

第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

上巻
P355

■利用中への具体的対応 ※訪問リハビリテーションで利用する場合は下記の記載は不要。

	開始～1時間	1時間～2時間	2時間～3時間	3時間～4時間	4時間～5時間	5時間～6時間	6時間～7時間	～8時間
利用者	送迎 バイタル測定	個別リハビリ	昼食・休憩	入浴	自主トレ （歩行、上肢運動）		帰宅準備 送迎	
看護職	バイタル確認 体調確認		服薬					
介護職	生活状況の確認			入浴介助	自主トレ補助		送迎	
PT		マッサージ 下肢筋力運動						
OT				入浴動作練習		家事動作練習		
ST								
その他 （ ）								
必要なケア とその方法								

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術【3時間】
③居宅サービス計画等の作成

第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

上巻
P355

☒訪問介護の担当者と共有すべき事項 ☐訪問看護の担当者と共有すべき事項 ☐その他、共有すべき事項（ ）

・自主性を尊重し、できたことに対しては称賛する。

※下記の☑の支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。
【情報提供先】☑介護支援専門員 ☑医師 ☐通所介護 ☐（ ） ☐（ ）

ご本人・ご家族への説明と同意： 令和 年 月 日

ご本人サイン： _____ ご家族サイン： _____ 説明者サイン： _____

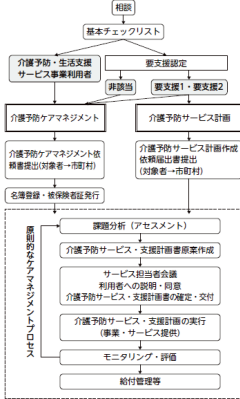
第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成

上巻
P354

第4節 介護予防サービス・支援計画の作成方法の理解[30分]

本節で学習することの概要

介護予防ケアマネジメントの流れ



第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成

上巻
P357

第4節 介護予防サービス・支援計画の作成方法の理解[30分]

1. 介護予防サービス・支援計画作成のための課題分析

○介護予防ケアマネジメントの課題分析には、次の情報を活用する

- ☐基本チェックリスト
- ☐利用者基本情報
- ☐要支援・要介護認定調査票
- ☐主治医意見書
- ☐介護予防サービス・支援計画書の「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」欄
- ☐その他、各自治体の判断により活用を定めている書類がある場合の書類

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成

上巻
P358

第4節 介護予防サービス・支援計画の作成方法の理解[30分]

2. 基本チェックリストの活用

13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1	はい	0	いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1	はい	0	いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1	はい	0	いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0	はい	1	いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1	はい	0	いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1	はい	0	いいえ
19	自分で電話番号を調べ、電話をかけることをしていますか	0	はい	1	いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1	はい	0	いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1	はい	0	いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1	はい	0	いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1	はい	0	いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1	はい	0	いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1	はい	0	いいえ

(注) BMI (＝体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m)) が18.5未満の場合に該当とする。

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成

上巻
P357

第4節 介護予防サービス・支援計画の作成方法の理解[30分]

1. 介護予防サービス・支援計画作成のための課題分析

○要支援1または2の認定を受けた人を対象としたサービス…介護予防支援

○介護予防・日常生活支援総合事業の介護サービス…介護予防ケアマネジメント(市町村)

・本節では、介護予防支援、介護予防ケアマネジメントを総称して「介護予防ケアマネジメント」とする

○介護予防は、高齢者一人ひとりが自分らしく生き生きとした人生を送ることを目指す手段

・介護予防の支援を行うには、利用者がどのような生活を送りたいのかを把握し、利用者の意欲や能力の維持・向上に向けて効果的な支援を行うことが大切

・介護予防における課題分析(アセスメント)とは、本人の望む生活と現状の生活の差と、その差を生じさせている要因や背景を分析し、本人が望む生活を妨げている低下した生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題」を明らかにすること

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成

上巻
P358

第4節 介護予防サービス・支援計画の作成方法の理解[30分]

2. 基本チェックリストの活用

No.	質 問 項 目	回 答 (いずれかに○をお付け下さい)			
1	バスや電車で1人で外出していますか	0	はい	1	いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0	はい	1	いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0	はい	1	いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0	はい	1	いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0	はい	1	いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0	はい	1	いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0	はい	1	いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0	はい	1	いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1	はい	0	いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1	はい	0	いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1	はい	0	いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)				

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成

上巻
P358

第4節 介護予防サービス・支援計画の作成方法の理解[30分]

2. 基本チェックリストの活用

事業対象者に該当する基準

①	No. 1 ～ 20までの20項目のうち10項目以上に該当	(複数の項目に支障)
②	No. 6 ～ 10までの5項目のうち3項目以上に該当	(運動機能の低下)
③	No. 11 ～ 12の2項目のすべてに該当	(低栄養状態)
④	No. 13 ～ 15までの3項目のうち2項目以上に該当	(口腔機能の低下)
⑤	No. 16 ～ 17の2項目のうちNo. 16に該当	(閉じこもり)
⑥	No. 18 ～ 20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	(認知機能の低下)
⑦	No. 21 ～ 25までの5項目のうち2項目以上の該当	(うつ病の可能性)

目標とする効果		1年		2年		3年		4年	
目標	目標についての 支援のポイント	本人等のセルフケア や家族の支援、イン フォーマルサービス	介護保険サービス または 介護支援事業	サービス提供 (福祉施設等)	事業所	地域	国	都道府県	市町村
【市町村レベルで実施が困難でない場合】 市町村レベルでの実施に向けた方針									
国レベルでの実施に向けた方針									

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成
第4節 介護予防サービス・支援計画の作成方法の理解[30分]

上巻
P359

3. 介護予防ケアマネジメント関連様式の記入方法
- ③ 介護予防支援経過記録
- 介護予防支援経過記録には、利用者に起きたことや変化、受付から終結までに計画作成者が実施した、判断、行為、支援内容等を記入します。
- ④ 介護予防支援・サービス評価表
- 評価のタイミング
- ・介護予防サービス・支援計画書に位置づけた期間の終了前
 - ・利用者の変化や新たな課題が生じて介護予防サービス・支援計画書の見直しが必要になったとき
 - ・新たな課題が生じたとき
 - ・介護給付に移行するとき
- 評価の実施方法は、利用者と家族とともに、目標達成の状況を確認する
- ・その際利用者と家族の意欲、自己効力感、達成感等に配慮したかわりを行う

介護予防支援・介護予防マネジメントサービス評価表						
評価日 令和 年 月 日						
介護施設作成者氏名						
利用者の氏名	性別	目標達成状況	目標達成しない理由 (本人・家族の意見)	目標達成しない理由 (計画作成者の評価)	今後の方針	
総合的な方針			地域包括支援センター意見			
			☐ プラン継続 ☐ 介護給付			
			☐ プラン変更 ☐ 予防給付			
			☐ 終了 ☐ 介護予防特定支援事業者機関			
			☐ 介護予防一般の事業者機関			
			☐ 終了			

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成
第4節 介護予防サービス・支援計画の作成方法の理解[30分]

上巻
P359

4. モニタリング
- 介護予防支援のモニタリングの頻度は、次のとおり

利用者の居宅への訪問	3 か月に1回以上
電話での確認、サービス事業所からの報告、サービス事業所への訪問等	月に1回以上

- 総合事業の介護予防ケアマネジメントは、個別に必要であると考えられるモニタリング時期を設定する
- 利用者の状態変化と利用状況は、サービス事業所等から報告してほしいタイミングをあらかじめ明示しておく、必要な状況で迅速に把握できる

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成
第4節 介護予防サービス・支援計画の作成方法の理解[30分]

上巻
P360

5. 再課題分析
- 再課題分析は、サービス事業所等からの利用者に関する報告と、利用者と家族からの情報を総合して評価する
- サービスを終了する場合、**利用者自身が行う取り組みが今後も継続される**ようにはたらかける
- 予防給付を継続する場合や介護給付のサービス事業に移行する場合には、再課題分析を実施してケアマネジメントプロセスを繰り返す

第7章 ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術[3時間]
③居宅サービス計画等の作成
【ミニワーク ③】

- ～全体を振り返りながら～
- * 居宅サービス計画書を作成してみて意識したことは何ですか？
 - * 居宅サービス計画書を作成してみた感想