

介護支援専門員実務研修

更新・再研修 最終日

ケアマネジメント第16章
アセスメント及び
居宅サービス計画等作成の総合演習

下巻テキスト P574～

第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一連のケアマネジメントプロセスの実践演習】

下巻P574

目的

研修全体での学びを踏まえ、ケアマネジメントプロセスについて更なる理解を深める。

第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一連のケアマネジメントプロセスの実践演習】

下巻P574

修得目標

- ①事例に応じたケアマネジメントについて説明できる。
- ②課題整理総括表の記入方法が説明できる。
- ③事例を課題整理総括表に展開できる。
- ④抽出されたニーズをケアプランに展開できる。

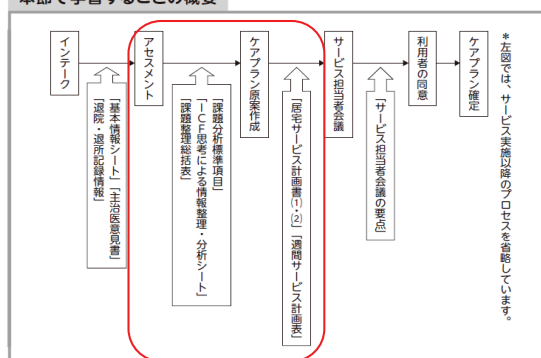
第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

下巻P574

更新・再研修

本節で学習することの概要



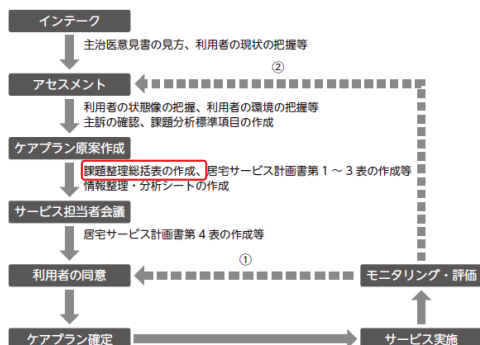
第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一連のケアマネジメントプロセスの実践演習】

下巻P575

1. ケアマネジメントプロセスの理解の復習



第16章 アセスメント及び居宅サービス計画等作成の総合演習【4時間】

第1節 ケアマネジメントプロセスの実践【120分】

【1 事例に基づく一連のケアマネジメントプロセスの実践演習】

下巻P575

本日の演習内容

- ◆事例の読み込み(P582～595)
- ◆課題整理総括表作成
- ◆ケアプラン作成
 - ・第1表・第2表を作成

[illegible]

- ①「状況の事実：現在」
- ②「自立した日常生活の阻害要因」
記入
- ③「要因」を記入

14

[illegible][illegible]

個人ワーク(10分)

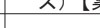
⑥本人・家族の意向として、情報をすべて整理し記載する。ケアプラン1表の「利用者の生活に対する意向」と同一である必要はない

利用者と事業者の 生活に対する影響	生活多難の解決すべき課題 (2020年) 重要
経済生活	生活多難

本欄には、「利用者の自立した日常生活を妨げている要因」の解決に向けて、多職種からのアドバイスを受けつつ、当該ケアプランの短期目標の期間を見据えて、「どのような援助を実施することにより」(要因の解決のために必要と考えられる援助内容)、「状況がどのように変化することが見込まれるか」(援助を利用した場合に到達が見込まれる状態)を記入する。



自立した日常生活の 阻害要因	①糖尿病のコントロール不足	②独居(家事をしたことが ない)	③下肢筋力低下
	④	⑤	⑥

見 通 し ※5	生活全般の解決すべき課題(二一ズ)【案】	※6
	 食事指導により食事内容を変更し、内服薬の継続と適度な運動を行うことで、体重が減少し、合併症予防ができる可能性がある	
	 現状でできていない拭き掃除の支援を受けることで、一人暮らしの不安が軽減できる	
	 日中の活動や近隣までの散歩など運動量を増やすことで自宅での階段昇降の維持と、以前のようによくまで買い物に行くことができるようになる。	

⑤「見通し」
⑥「利用者及び家族の生活に対する
意向」を記入

個人ワーク(10分)
グループワーク(15分)

譯者整理說明書

被験者氏名		性別		年齢		測定項目	
前測した日常生活の様子 (心身の状態) (観察) (4)		①	②	③	④	利用者が学習活動の様子に対する意向	
状態の把握 (①)		現在 (②)		前測③④	改善・維持の可能性④	見直し (⑤)	
活動	運動行動	自立	見守り	一般社会	自立行動	⑦見通し欄の内容を踏まえて記入する	
	運動行動	自立	見守り	一般社会	自立行動		
食事	食生活内容	自立	見守り	一般社会	自立行動		
	食生活内容	自立	見守り	一般社会	自立行動		
睡眠	睡眠	自立	見守り	一般社会	自立行動		
	睡眠	自立	見守り	一般社会	自立行動		
排泄 (排便・排尿)	排便①	自立	見守り	一般社会	自立行動		
	排尿②	自立	見守り	一般社会	自立行動		
衣服 (着脱・着替)	衣服着脱	自立	見守り	一般社会	自立行動		
	衣服着脱	自立	見守り	一般社会	自立行動		
口顔 (口顔衛生)	口顔衛生	自立	見守り	一般社会	自立行動		
	口顔ケア	自立	見守り	一般社会	自立行動		
入浴	入浴	自立	見守り	一般社会	自立行動		
	入浴	自立	見守り	一般社会	自立行動		
更衣	更衣	自立	見守り	一般社会	自立行動		
	更衣	自立	見守り	一般社会	自立行動		
移動	移動	自立	見守り	一般社会	自立行動		
	移動	自立	見守り	一般社会	自立行動		
作業	作業	自立	見守り	一般社会	自立行動		
	作業	自立	見守り	一般社会	自立行動		
管理 (管理・物品の管理)	管理・物品の管理	自立	見守り	一般社会	自立行動		
	管理・物品の管理	自立	見守り	一般社会	自立行動		
食生活管理	食生活管理	自立	見守り	一般社会	自立行動		
	食生活管理	自立	見守り	一般社会	自立行動		
身体	身体	自立	見守り	一般社会	自立行動		
	身体	自立	見守り	一般社会	自立行動		
コミュニケーション能力	コミュニケーション能力	自立	見守り	一般社会	自立行動		
	コミュニケーション能力	自立	見守り	一般社会	自立行動		
社会生活の関わり	社会生活の関わり	自立	見守り	一般社会	自立行動		
	社会生活の関わり	自立	見守り	一般社会	自立行動		
健康・生活の計画	健康・生活の計画	自立	見守り	一般社会	自立行動		
	健康・生活の計画	自立	見守り	一般社会	自立行動		
行動・心情状態 (状況)	行動・心情状態 (状況)	自立	見守り	一般社会	自立行動		
	行動・心情状態 (状況)	自立	見守り	一般社会	自立行動		
知能力 (学習活動含む)	知能力 (学習活動含む)	自立	見守り	一般社会	自立行動		
	知能力 (学習活動含む)	自立	見守り	一般社会	自立行動		
居住環境	居住環境	自立	見守り	一般社会	自立行動		
	居住環境	自立	見守り	一般社会	自立行動		

⑦「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」
⑧「※6(優先順位)」

記入

個人ワーク(10分)
グループワーク(10分)

下巻P600

【1 事例に基づく一連のケアマネジメントプロセスの実践演習】

3) 「課題整理総括表」による情報のさらなる整理と分析

[illegible]

課題整理総括表から得られた
『ニーズ』にもとづきケアプラン作成演習：ケアプラン作成

「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

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いと考えているのか意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。

「居宅サービス計画」記載要領より

ケアプラン作成

「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(ニーズ)」に対応して、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、どのようなケアチームを行なおうとするのか、利用者及び家族を含めケアチームが確認、見当の上、総合的な援助の方針を記載する。
- あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先、また、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応の方法等について記載することが望ましい。例えば、利用者の状態が急変した場合の連携等や将来の予測やその際の多職種との連携を含む対応方法について記載する。

「居宅サービス計画」記載要領より

ケアプラン作成

「居宅サービス計画書(1)」

■総合的な援助の方針

- 個別的・具体的な方針
- 利用者にも**分かりやすい表現**
- サービスの内容はいれない
- 利用者・家族が自分たちの目指すべき生活がイメージ出来るように記載する

27

ケアプラン作成

「居宅サービス計画書(1)」の作成

個人ワーク (10分)
グループワーク(10分)

28

ケアプラン作成

「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」記載要領より

29

ケアプラン作成

ニーズの記載方法(例)

■「〇〇したい・・・」

デマンドズ(利用者本人が要求していること)や**フェルトニーズ**(利用者自身が必要と感じているニーズ)

■「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。」

ノーマティブニーズ(援助者により判断されるニーズ)

30

ケアプラン作成

「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。「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。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。

※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

31

ケアプラン作成

「居宅サービス計画書(2)」の作成

個人ワーク (15分)

グループワーク (15分)

32

ケアプラン作成

第2表記載例

①生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

・脳出血の再発を予防し、健康に気をつけて生活したい

◆長期目標

・脳出血の再発を予防できるよう、日常生活を整えることができる

◆短期目標

・再発予防するための服薬・食生活・水分量等に気を付けて生活ができる

33

ケアプラン作成

第2表記載例

◆サービス内容

・血圧測定、確実な内服等の状態確認

・生活指導、緊急時の対応

・受診の送迎・同行

◆サービス種別

・訪問看護

・家族

34

ケアプラン作成

第2表記載例

②生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

・転倒することなく新築の家で自分がしたいことをできるようになりたい

◆長期目標

・1階2階両方で生活することができる

◆短期目標

・転倒の不安を解消し、自宅内を一人で移動することができる

・家事(掃除・洗濯等)ができる

35

ケアプラン作成

第2表記載例

◆サービス内容

・自分で移動、移乗動作ができる為の手すりの設置

・家事を行う為の体力、筋力、作業の訓練・指導等

◆サービス種別

・福祉用具貸与

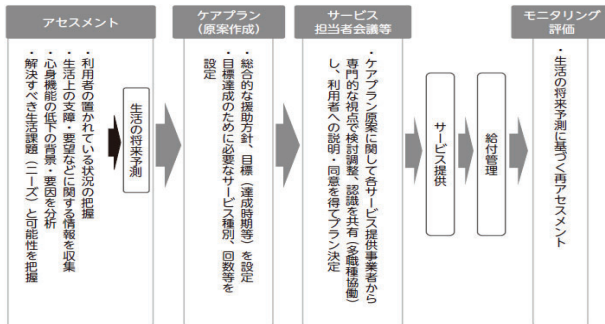
・訪問看護

36

4. ケアマネジメントプロセス

下巻P589

(特にアセスメント過程)の留意点や視点の点検



4. ケアマネジメントプロセス

下巻P589

(特にアセスメント過程)の留意点や視点の点検

アセスメントで心がけるべき五つの視点

- ①個人(身体・精神)の状態と環境の両面からの把握が大切という視点
- ②生活機能が低下する原因を見つけるという視点
- ③介助の必要性だけではなく、利用者の強み(潜在能力)にも注目する視点
- ④利用者の望む暮らしに近づけていく視点
- ⑤アセスメントは利用者との協働作業であるという視点

ケアプラン点検表

第1表

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

①利用者及び家族の生活に対する意向や希望をアセスメントで聞き取り、記載されているか。

39

ケアプラン点検表

第1表

総合的な援助の方針

①アセスメントから抽出された課題分析結果と対応しているか。また、利用者及び家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認しあえる内容が記載されているか。

40

ケアプラン点検表

第2表

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

①状態(状況)の改善・維持・悪化防止など、自立支援に向けたアセスメントの視点をもとにそれぞれの課題が導きだされているか。(アセスメントに情報がないのにニーズに上がっているのは不適切)

41

ケアプラン点検表

第2表

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

②介護サービスを利用するための課題抽出となっていないか。(例 転倒予防のため毎日通所サービスを受ける等)

③利用者や家族の「要望」だけに合わせた課題となっていないか。(例 家族の意向が毎日通所サービスに行ってしまう等)

42

ケアプラン点検表

第2表

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

④緊急性の高いものや、利用者及び家族が優先的に解決したいと思う課題から記載しているか。

⑤「安心・安全・安楽」等抽象的で誰にでも通用するものではなく、具体的、個別的な内容となっているか。

43

振り返り

研修全体を振り返って

グループワーク(10分)
発表

44

まとめ

➤ 研修記録シート(研修目標シート)記入

➤ まとめ

45