

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

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。

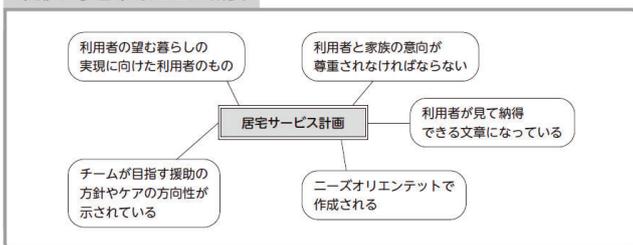
介護予防サービス・支援計画の関連様式の作成方法、作成のための課題分析の考え方を理解する。

第7-③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

- 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1節 居宅サービス計画の意義と目的[45分]

本節で学習することの概要



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】

- 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留意する

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】

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、利用者や家族の発言や、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
- 多職種が全利用者や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】

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

上巻
P334

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

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

上巻
P334

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

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

上巻
P335

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

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、そうではないことが混在するようになっていく

○ 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

上巻
P336

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

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、自ら語ることさ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

上巻
P337

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

○ 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、利用者や家族の発言を中心としながら、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ははなれない

・ 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、利用者にも思われたとき、介護支援専門員は利用者や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

上巻
P338

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

○ 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へ交付する

・ 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

・ この前提があって、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】

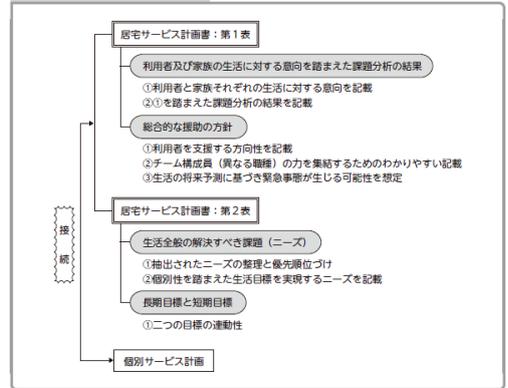
* 居宅サービス計画を作成する目的・意義は何ですか？

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汲み取っ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ので、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か、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

<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	「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。
<input type="checkbox"/>	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]
<input type="checkbox"/>	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]
<input type="checkbox"/>	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、**併走**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

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、利用者や家族の価値観、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**のか、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30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

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]
【4 長期目標と短期目標の設定】

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

・こ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2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

上巻
P343

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】

1. 目標を設定する意義

(介護保険)

第2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(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

上巻
P343

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】

2. 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

上巻
P344

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】

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

上巻
P344

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】

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

上巻
P345

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】

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

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
P345

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】

2. 利用者自身の内的資源

- 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
 - ・病気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

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
P345

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】

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ドボカシー**(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

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
P351

第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

図3表 週間サービス計画表

作成年月日 令和5年 4月21日
令和5年 4月分より

計画書名	曜日	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
0:00									
2:00									
4:00									
6:00									
8:00									
10:00									
12:00									
14:00									
16:00									
18:00									
20:00									
22:00									
24:00									

2表に位置づけたサービスを記載

一日の生活リズムを記載

受診、福祉用具、短期入所、家族・近所の関わりなど週単位以外の関わりについて記載

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。

居宅サービス計画書(1)

総合的な援助方針

ご本人が出来るだけ痛みや転倒の不安が少なく、生活ができるよう支援を行います。
ご家族等の支援を受けながら、以前と同じように暮らすことができるよう支援を行います。

- ① 定期的な受診・内服管理・健康状態の観察を行いながら体調を整えることができるよう支援を行います。
- ② 転倒の不安を軽減できるよう支援を行います。
- ③ ご家族の見守り・支援を受けながら、ご夫婦が好きな事、望む暮らしができるよう支援を行います。

居宅サービス計画書(2)

「ニーズ」

痛みがあり歩行も不安定であるが、転倒の心配がなく自宅で生活したい。

長期目標：自分の身の回りのことは、自分でできるようになる。

1) 短期目標：屋内移動時の不安定さが解消され、自宅内はしっかり歩けるようになる。

2) 短期目標：自宅で入浴ができる。

援助内容

- 1) 短期目標：屋内移動時の不安定さが解消され、自宅内はしっかり歩けるようになる。
- ① 筋力向上・バランス訓練、歩行訓練
移動動作の助言、住環境への助言（通所リハビリ）
 - ② 一人で立ち上がりができる為に2モーターベッドと介助バーの貸与（福祉用具貸与事業者）
 - ④ 手すりの取り付け・段差解消（玄関等）（住宅改修業者）

援助内容

2) 短期目標: 自宅で入浴ができる

- ①入浴介助(訪問介護)
- ②自宅浴室環境を整備・改修
(住宅改修業者)
- ③手すり、入浴補助用具の検討・購入
(福祉用具業者)

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・
353

第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

訪問介護計画書

事業者名 △△ヘルパーステーション 計画作成者氏名 W

作成年月日 令和 5 年 4 月 27 日

サービス区分	ケアプラン	要介護	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用形態	単独	単独	単独	単独	単独	単独
電話番号	000-123-4567					

長期的目標

- ・病状が安定し、健康に生活ができる。
- ・友達とハイキングや公園へ散歩に行きたい。友達や教え子とお菓子づくりができる。
- ・夫も自分自身の生活を楽しめる。

短期的目標

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	聴力の低下
服装介助	声かけ	服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
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	

訪問介護計画

本人：夫とこの家で暮らしていきたい。お菓子をつくって友人と一緒に食べたり、以前のよう
にハイキングに行きたい。
家族（夫）：妻が望む暮らしをかなえてあげたい。
家族（娘）：

訪問介護計画書

事業者名 △△ヘルパーステーション 計画作成者氏名 W

作成年月日 令和 5 年 4 月 27 日

サービス区分	ケアプラン	要介護	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用形態	単独	単独	単独	単独	単独	単独
電話番号	000-123-4567					

長期的目標

- ・病状が安定し、健康に生活ができる。
- ・友達とハイキングや公園へ散歩に行きたい。友達や教え子とお菓子づくりができる。
- ・夫も自分自身の生活を楽しめる。

短期的目標

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	聴力の低下
服装介助	声かけ	服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
身体	1 生活	合計時間	時間 30 分 (30 分)	
派遣曜日	火 水 曜日	派遣時間帯	8 時 30 分 ~ 9 時 00 分	

訪問介護計画

本人：夫とこの家で暮らしていきたい。お菓子をつくって友人と一緒に食べたり、以前のよう
にハイキングに行きたい。
家族（夫）：妻が望む暮らしをかなえてあげたい。
家族（娘）：

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】

訪問介護計画書

事業者名 △ヘルパーステーション 計画作成者氏名 W
作成年月日 令和 5 年 4 月 27 日

(ふりがな)	かみや はなこ	男・女	男・女	生年月日	昭和 21 年 2 月 20 日
利用者名	神谷 花子 様	要介護度	要介護2	住所	○市本町3丁目2番1号
住 所	○市本町3丁目2番1号	有効期間	令和 5 年 5 月 1 日	電話番号	000 (123) 4567
電話番号	000 (123) 4567	派遣期間	令和 5 年 6 月 30 日		

長期的目標

- ・病状が安定し、健康に生活ができる。
- ・友達とハイキングや公園へ散歩に行きたい。友達や教え子とお菓子づくりができる。
- ・夫も自分自身の生活を楽しめる。

短期的目標

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	聴力の低下
服装介助	声かけ	服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
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	

訪問介護計画

本人：夫とこの家で暮らしていきたい。お菓子をつくって友人と一緒に食べたり、以前のよう
にハイキングに行きたい。
家族（夫）：妻が望む暮らしをかなえてあげたい。
家族（娘）：

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	聴力の低下
服装介助	声かけ	服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
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	聴力の低下
服装介助	見守り	着替えの見守り	5分	
身体介助	朝食摂取・服装介助、夫への助言方法の指導	朝食摂取確認・服装確認、メイクへの出発準備・送り出し	16分	水分摂取量の確認 水分摂取量の声かけ
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
身体	1 生活	合計時間	時間 30 分 (30 分)	
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】

週間計画表

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
P355

第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

3	安全な屋外歩行の獲得により、外出を差支えることができる	1か月	<input checked="" type="checkbox"/> 短期集中個別リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他()	歩行獲得、外出する際の工夫を提案し、 ・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(または動作)の獲得により、在宅での入浴を安全に行う	1か月	<input checked="" type="checkbox"/> 短期集中個別リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input checked="" type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 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

上巻
P355

第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

■利用中への具体的な対応 ※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	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	バイタル測定		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						
OT		下肢筋力運動		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

上巻
P355

第3節 居宅サービス計画作成演習【60分】

<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護の担当者と共有すべき事項	<input type="checkbox"/> 訪問看護の担当者と共有すべき事項	<input type="checkbox"/> 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、チームで支援させていただきます。
【情報提供先】☑介護支援専門員 ☑医師 ☑通所介護 ☐() ☐()

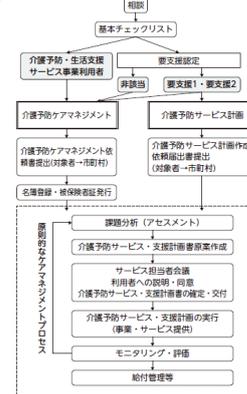
ご本人・ご家族への説明と同意： 令和 年 月 日
ご本人サイン： _____ ご家族サイン： _____ 説明者サイン： _____

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
P356

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

○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
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
- その他の、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されますか	1 はい	0 いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけるをしていますか	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)

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

○基本チェックリストの活用法は以下のとおり

- ・市町村の窓口や地域包括支援センターで、生活の困りごとに関する相談を行った者の利用すべきサービスの区分を振り分ける
- ・要支援認定を受けていない場合でも、介護予防・生活支援サービス事業等が必要なサービスを利用できるように、本人の状況を確認する簡易判定ツール

○基本チェックリストで判定する六つの介護予防ニーズは、**運動機能の低下**、**低栄養状態**、**口腔機能の低下**、**閉じこもり**、**認知機能低下**、**うつ病の可能性**である

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]

3. 介護予防ケアマネジメント関連様式の記入方法

○介護予防ケアマネジメント関連の様式には、次の書類がある

① 利用者基本情報

利用者基本情報は、利用者の相談内容と生活の全体像を把握するための書類

② 介護予防サービス・支援計画書

介護予防サービス・支援計画書は、**ケアマネジメントプロセスに沿って記入する構成**で作成されている

- ・アセスメントに該当する項目:4 領域の課題分析、基本チェックリストの結果、健康状態に関する情報を総合し、総合的課題を引き出すまでをいう
- ・予防サービス・支援計画:具体策についての意向、「目標」から「支援計画」までを記載する

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]

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、利用者へ起きたことや変化、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かわりを行う

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

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、利用者や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

～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