

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

1

本科目の目的

上巻P491

- 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。

2

本科目の修得目標

上巻P493

- 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利用者、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。

3

居宅サービス計画書作成 (4日目研修の再確認)

4

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8項(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

介護サービス計画の目的(再確認)

上巻P494

- 1.利用者の望む暮らし、尊厳の保持と自立した生活を実現するための総合的な方針を提案・確認する
- 2.利用者の望む暮らし、尊厳の保持と自立した生活を実現し、維持・継続していくための課題及びそれに対応する目標と具体策の提案・確認をする
- 3.具体策を実現するための手段、方法や介護サービスを明確にする
- 4.支援を実行するためのスケジュール(日課表、週間計画表・月間計画表)や手順を明確にする
- 5.支援を担当する人や実施機関、事業者の調整を行う

利用者及び家族の生活に対する意向

利用者の氏名	姓	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・事業者名及び所在地							
居宅サービス計画作成(執筆)日	年	月	日	初回居宅サービス計画作成日	年	月	日
署名日	年	月	日	署名の家族関係	年	月	日
署名の家族関係	口家介護1・口家介護2・口家介護3・口家介護4・口家介護5						
利用者及び家族の生活に対する意向を述べた 課題分析の結果							
介護認定審査会の 意見及びサービス の提供の指針							
設け新たな経路の方針							
生活援助中心型の居宅ケア	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他()						
居宅サービス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。	年	月	日	氏名	印		

第1表 居宅サービス計画書(1)
(上巻p.342～)

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い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

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」)

総合的な援助の方針

利用者の氏名	生年月日	年	月	日	住所		
居宅サービス計画作成者の氏名							
居宅介護支援事業者・事業者名及び所在地							
居宅サービス計画作成(療育)日	年	月	日	初回居宅サービス計画作成日	年	月	日
認定日	年	月	日	認定の有効期間	年	月	日
居宅介護状態区分	口要介護1・口要介護2・口要介護3・口要介護4・口要介護5						
利用内容及び家族の生活に対する意向を述べた課題分析の結果							
介護支援事業者の意見及びサービス提供の留意点							
総合的な援助の方針							
生活援助中心型の居宅型	1.一人暮らし 2.家族等が障害、高齢等 3.その他()						
居宅サービス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。							
居宅サービス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。	年	月	日	氏名			

生活援助中心型の算定理由

利用者の氏名	生年月日	年	月	日	住所		
居宅サービス計画作成者の氏名							
居宅介護支援事業者・事業者名及び所在地							
居宅サービス計画作成(療育)日	年	月	日	初回居宅サービス計画作成日	年	月	日
認定日	年	月	日	認定の有効期間	年	月	日
居宅介護状態区分	口要介護1・口要介護2・口要介護3・口要介護4・口要介護5						
利用内容及び家族の生活に対する意向を述べた課題分析の結果							
介護支援事業者の意見及びサービス提供の留意点							
総合的な援助の方針							
生活援助中心型の居宅型	1.一人暮らし 2.家族等が障害、高齢等 3.その他()						
居宅サービス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。							
居宅サービス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。	年	月	日	氏名			

(記載要領)

13

14

第 2 表

作成年月日 翠成 年 月 日

⑤ 「保険給付の対象となつたかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

生計全費の解決すべからず、**黙**（スー）**二**（ズ）

(「居宅サービス計画」記載要領)

ニュースについて

- ◆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:「[居室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ない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)

[illegible]

第2表「居宅サービス計画書(2)」

■ 目標 (長期) 目標・短期目標 (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。「屠宰サービス計画」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:「[住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の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となります。

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つ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。

長期目標及び短期目標に付する期間

[illegible]

サービス内容

[illegible]

週間サービス計画

第3表	週間サービス計画表							作成年月日	年	月	日
利用者名	姓	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											
0:00											
週単位以外のサービス											

(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
利用者名	姓	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											
0:00											
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。

33

個別サービス計画との連動の重要性

上巻P511

個別サービス計画の作成目的

連動性の確認

利用者・家族が合意できる居宅サービス計画

34

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 P341～349

35

自己検証を
してみよう

ケアプランチェックシートを参考に

36

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

37

個人ワーク

1表の見直し、加筆、修正

39

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れない
- ◆望む暮らしがイメージできますか・・・

38

第2表

『2表は居宅サービス計画全体の
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）

40

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)

41

～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

43

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ていますか

42

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したい)」

↓
 (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する」

↓
 (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」

44

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したい）」

↓
(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」

個人ワーク

2表の見直し、加筆、修正

第3表

～全体を通じて～

- 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
- 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

個人ワーク

3表の見直し、加筆、修正

49

個人ワーク 30分

～チェックシートを使い自己検証～

☆ケアプランチェックの目安「自己評価・気付き」
欄を評価しつつ記入する

※第1表～第3表までの加筆・修正が
必要な場合は再度行う

51

「ケアプランチェックの目安」
項目ごとに自己評価・気付きを
記入してみよう
～個人ワーク30分～

50

「ケアプラン1～3表」
「ケアプランチェックの目安」
を相互確認しよう
4人でシートを交換し、相互確認する
15分

52

4人グループワーク

～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)

53

居宅サービス計画書の 説明と同意

54

ロールプレイ

Aさんと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15分:説明10分、感想5分

- ※4人Gで1人がケアマネ・1人が本人、1人は家族、1人は観察者。(役割は順番に全員が行う)
- ※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

55

居宅サービス計画書の説明と同意の気づき

- ☆実際に計画書を説明していかげでしたか?
(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)

56

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.164～166)

57

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。

59

第5節 社会資源を活用した ケアマネジメントの必要性 P164

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

58

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.164)

～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・無形の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

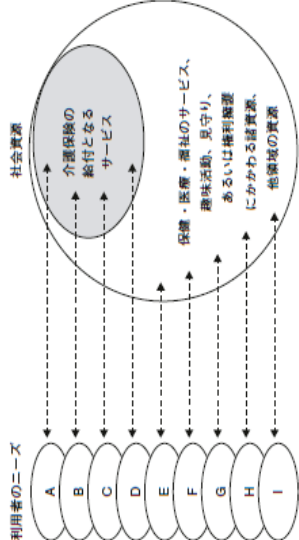
③内的資源→利用者の持っている力、ストレングス

60

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.165)

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.166)

(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3節 社会資源の把握方法と活用(P.628)

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9章第3節
社会資源の把握方法と活用
上巻(P.628～633)

第3節社会資源の把握方法と活用 (P.628)

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

65

第3節社会資源の把握方法と活用(P.630～)

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

67

第3節社会資源の把握方法と活用(P.629～)

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

66

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

◆4人で課題を発表 40分

説明5分、メンバーから質問5分×4人

◆発表・まとめ 15分

68

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

69

本日の研修を振り返っての気づき・まとめ

◆個人ワーク(10分)

◆気づきの発表・まとめ(10分)

71

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

70