

ケアプラン点検研修 第2回

令和3年(2021年)3月24～31日

八王子市 福祉部 介護保険課



本日の研修内容

- 1:令和2年度ケアプラン点検 概要
- 2:ケアプラン点検 結果報告
- 3:講 義



ケアプラン点検 実施手法の変更

平成22年度～令和元年度

- ・介護保険課職員が各事業所を訪問
- ・対面での点検

令和2年度

- ・リモート形式による研修
- ・書面での点検

令和2年度 実施概要

11月24日～12月 7日 第1回研修

12月 1日～12月25日 ケアプラン自己点検結果提出
(対象:24事業所から各1名)

1月 上旬～ 2月 下旬 自己点検結果 内容確認
(八介連・介護保険課が確認)

2月24日 確認結果「復習シート」発送

3月24日～ 3月31日 第2回研修

書面による点検

コロナ禍により、事業所訪問・対面での点検が不可能

⇒「復習シート」を作成・発送

復習シート

点検参加者24名から提出を受けた自己点検結果に基づき、参加者ごとに個別に作成。

保険者から伝えたい内容を記載したもの。

復習シート(イメージ)

復習シート①(基本情報シート)									
					作成日	年	月	日	現在
					作成者				
受付日		年	月	日	()	受付対応者		受付方法	
相談者氏名		性別			本人・家族・他()		連絡先		住所・電話・他()
アセスメント理由		初回・更新・状態の変化・退院・退所・他()							
利用者情報	被保険者番号								
	フリガナ氏名								
	住所								
	生年月日	()							
【アセスメント理由】 基本情報シートを記入した時点でのアセスメント理由に○をしてください。		【受付方法】 初めて利用者を知った時の受付方法を○します。							
		Tel							
		携帯							
		Fax							
		E-mail							
家族情報・緊急連絡先(成年後見人等含む)	介護者	氏名	性別	内線・別居	住所	Tel・携帯・Fax・E-mail			
				同・別					
				同・別					
				同・別					
				同・別					
				同・別					
家族関係等で特記すべき事項		【家族関係等で特記すべき事項】 ジェノグラムでは表現しづらい内容が、文章で記載されています◎							
主訴	相談の経緯	【相談の経緯】 担当することになった経緯・初回相談の概要が簡潔に記載されています◎							
	利用者及び家族の主訴・要望								
	(利用者)								
	(家族)	【利用者及び家族の主訴・要望】 サービス利用の意向だけでなく、生活そのものへの意欲が聴き取れた場合は、追記していきます。 (追記する場合、聴き取った日付も記入してください。)							
		世帯		世帯・高齢者のみ・他()					
		【ジェノグラム】 家族の年齢や関係線を追加するとさらに良いものになります。 大まかな年齢「40代」等でもOKです。							
		家族状況(ジェノグラム)							

・ケアプラン点検研修を復習するための資料

・自己点検結果に基づき、参加者ごとに個別に作成

・適切な記載、好事例についてコメント

・改善できる箇所については、吹き出しで説明

本日の研修内容

- 1:令和2年度ケアプラン点検 概要
- 2:ケアプラン点検 結果報告
- 3:講 義



本日の研修内容

本日の研修は、ケアプラン点検参加者24名の皆様から
ご提出いただいた自己点検結果に基づく、集計データ(※)
の報告、好事例の紹介、講義を行います。

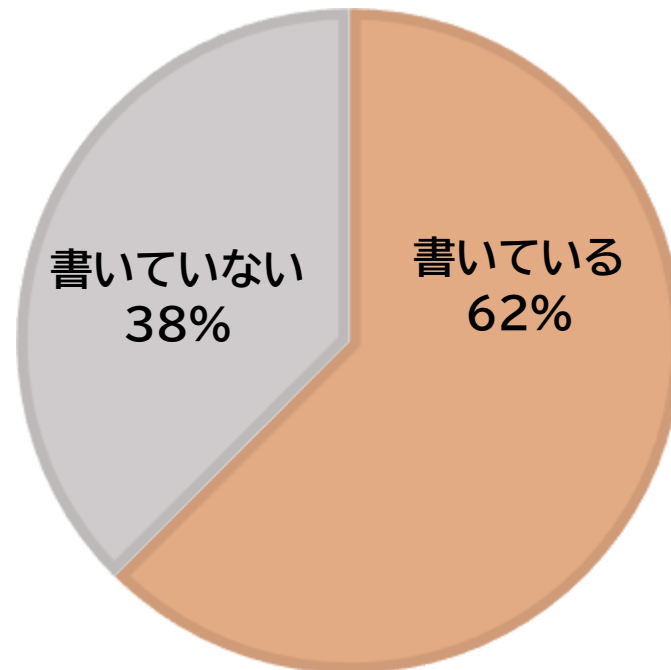
※集計データ:「各項目の趣旨に沿った記載か」という
観点で集計し、グラフ化。
事業所内での自己点検や勉強会等を
実施する際のご参考に。

基本情報シート

「相談の経緯」欄【支援マニュアルP64】

- ・利用者が居宅介護支援事業所に相談にきた経緯
- ・初回相談の概要

利用者が相談にきた経緯を書いていますか？



【好事例】

「令和2年7月13日包括〇〇の●●氏より支援依頼あり。◎◎病院に入院中。

入院前は介護保険のサービスの利用はなく、日常生活に必要なことは自分で行っていた。

退院時の支援をお願いしたい」

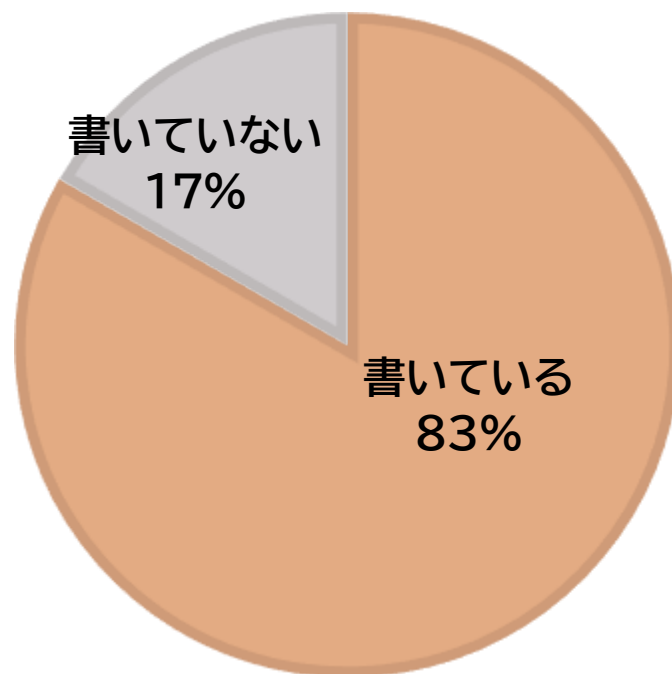
基本情報シート

「利用者及び家族の主訴・要望」欄【支援マニュアルP65】



（略）最初はサービス利用の意向になると思うけど、アセスメントを重ねていくうちに、利用者・家族のポジティブな生活への意欲が聞き取れるといいわね。

生活への意欲を記載していますか？



【好事例】

「(利用者)手術を繰り返しているが、退院後の体力に不安があり支援していただきたい。(中略)

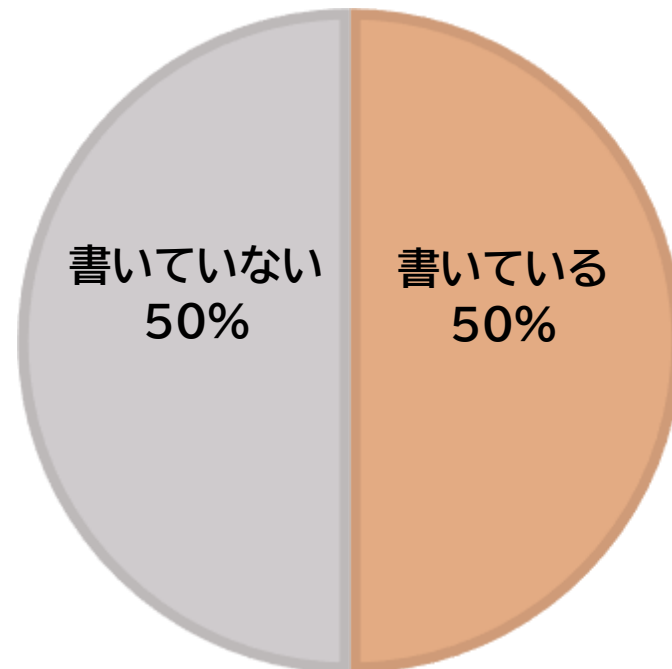
(利用者)令和2年12月施設などには行きたくない、住み慣れたこの家でずっと住みたい(中略)花屋さんに好きな時に寄って好きな花を買ってきたい。好きなコンサートに出かけたい希望」

基本情報シート

「家族状況(ジェノグラム)」欄【支援マニュアルP65～66】

男	□	別居	□↖○	興味・関心	→
女	○	離婚	□≡○	里子または養子	□ ○
性別不明	△	内縁	□---○		
利用者	◻ ◎	結合関係	—— 関係の強弱=太さ		
年齢	56 85	希薄な関係	-----	同居家族	◻ ○ ◻
死亡	☒ ☓	葛藤のある関係	+++++		

家族の年齢または年代を書いていますか？



・関係線も書けると、さらに分かりやすいジェノグラムになります。

・ジェノグラムで表現しづらい内容については、「家族関係等で特記すべき事項欄」も活用してください。

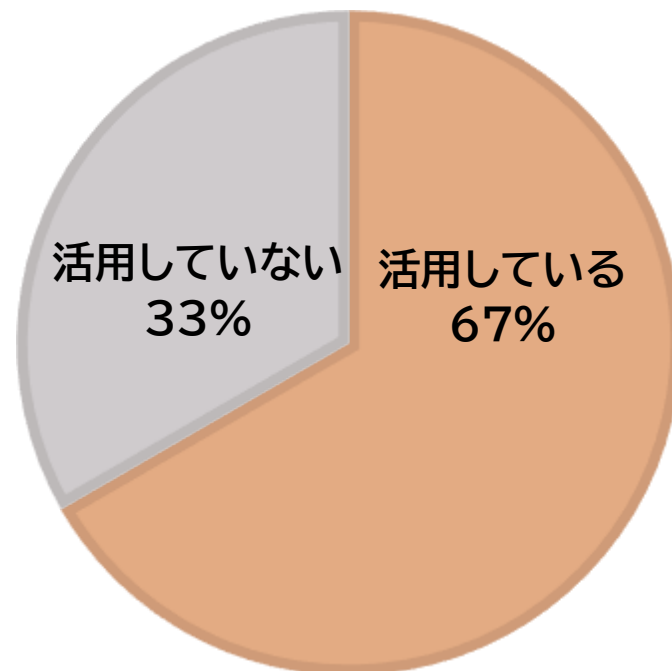
基本情報シート

「住居の状況」欄【支援マニュアルP67】

手書き等で描いてみても良いでしょう。手すりの位置や、扉の開く方向や窓、ベッド・ポータブルトイレの位置など、利用者がよく利用している物が描いてあると役立ちます。

「特記事項」には住居内で特記すべき事項や、必要に応じて住居の周囲の環境等を書きます。

特記事項欄を活用していますか？



【好事例】

「浴室は入口に段差がある。浴槽のまたぎができない」

「娘婿が、玄関チャイムが鳴るとライトが光る装置を付けてくれた」

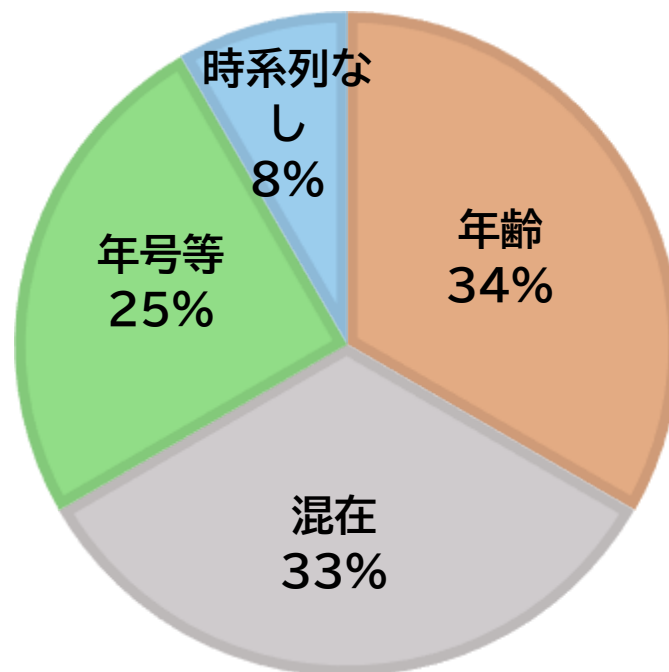
「アパート外階段の傾斜が急」

基本情報シート

「生活歴」欄【支援マニュアルP68】

これまでの利用者の生活の主要な出来事を時系列に沿って書きます。
その人らしさを発見するヒントを多く見つけることができる項目です。

時系列を年齢で書いていますか？



・「昭和40年結婚」
⇒「22歳のとき結婚」

・病歴・職歴だけになっていないか確認
しましょう。

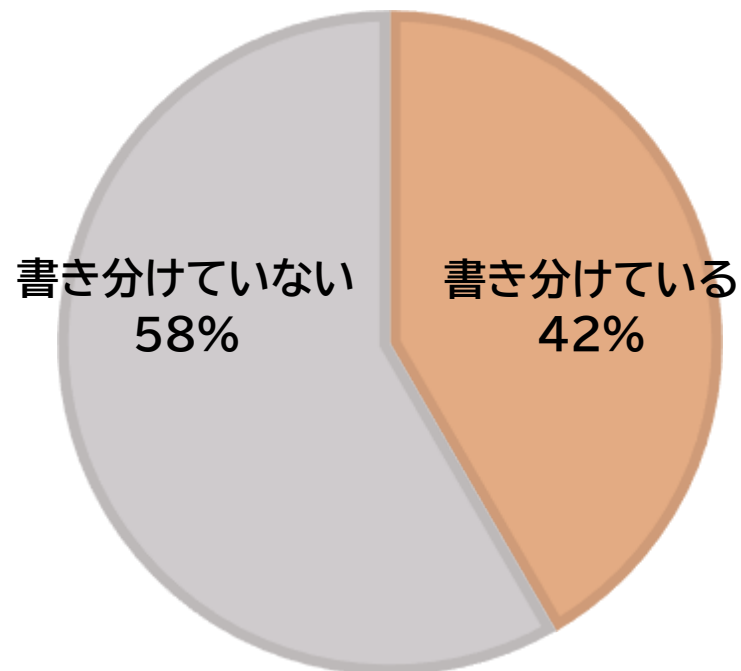
・過去の出来事に加え、現在の暮らし
びりを書くことも有効です。
(現在は、主に何をして過ごしているか。
家族との交流、ご近所付き合い等)

基本情報シート

「趣味・好きなこと」欄 【支援マニュアルP68】

今、利用者が楽しんでいる趣味・好きなことだけでなく、過去に好きだったことなども書いてあると、利用者らしさを発見する鍵になります。

過去と現在の趣味を書き分けていますか？



【好事例】

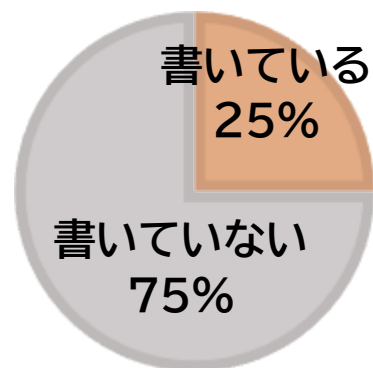
「昔は絵を描くことが好きだった。現在は病気の影響もありできなくなった。現在はクラシックを聴いたり、パソコンも利用されている。お花も好きで、部屋の前の団地共有の花壇の手入れをしたりしている。夏には必ずベランダでゴーヤを栽培している。とてもきれい好きで部屋もきれいにされているが、団地の共有部分のごみ拾いも行っている。」

基本情報シート

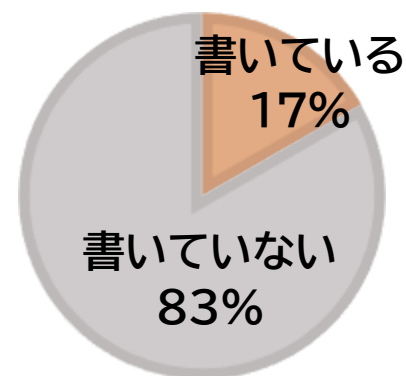
「情報リテラシー」欄【支援マニュアルP68】

ニュースや市広報、テレビ番組など、利用者のメディアへの関心・活用状況など情報への関心・情報を活用する力を書きます。

どんなジャンルに関心があるか
書いていますか？



情報の活用状況について
書いていますか？



【好事例】

「新聞やテレビで、技術的な内容(防衛技術など)に関心があり、その内容を他者と共有している」

「TV(スポーツやニュース)、新聞、広告:好きな物があると購入を家族に依頼することあり」

基本情報シート

基本情報シートは、無理に埋める必要はありません。

【支援マニュアルP68】



「自立支援」は「利用者の望む暮らしの実現」でもあるから、利用者がどんな暮らしを望んでいるのか把握するためにも、これまでどんな暮らしをしてきたのか聞いておくといいと思うの。

だけど、無理に聞き出す必要はないわ。利用者との交流を重ねていく中で、聞くチャンスがあった時に聞いたことを、書いておく程度でいいのよ。

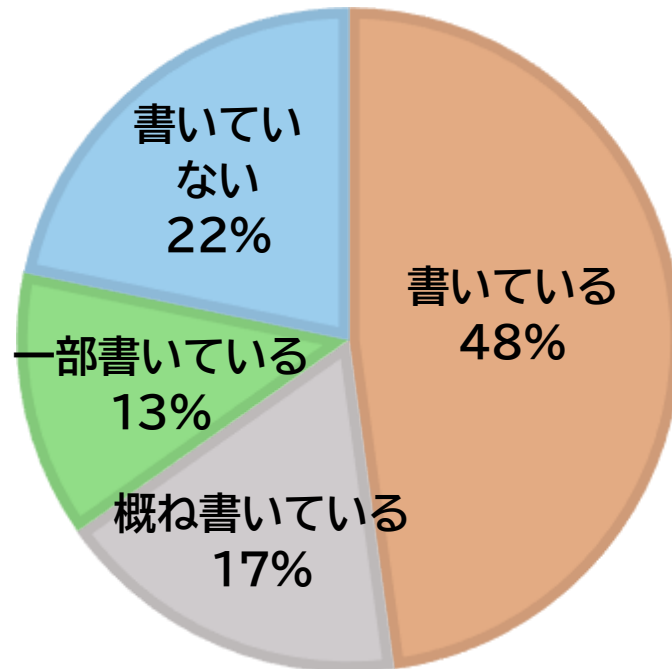
でも、少しずつ利用者がどんな暮らしを望んでいるのか、アプローチして聞いてみてね。

アセスメントチェックシート

「ADL()」＝特記事項欄【支援マニュアルP74】

自立であっても、自立の状態は人それぞれです。
どのような「自立」状態であるのか、特記事項に記載します。

「自立」とした項目について、自立の程度を記載していますか？



【好事例】

「(歩行:自立)
屋内は家具や壁を伝って歩く」

「(更衣・整容:自立)
イスやベッドに座りズボンを着替える」

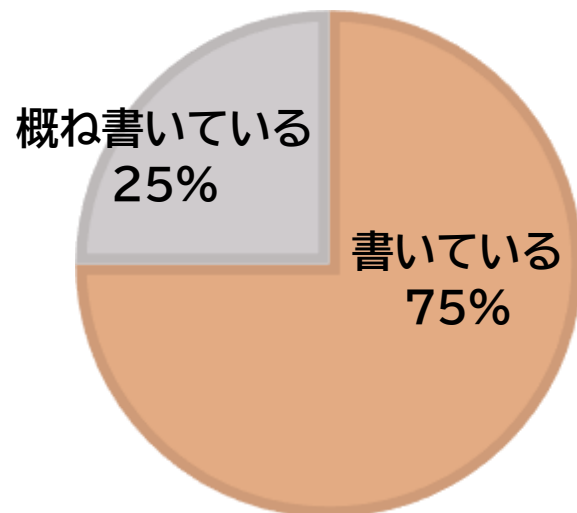
アセスメントチェックシート

「維持・改善の要素、利点」欄【支援マニュアルP73～77】



「維持・改善の要素、利点」には、ネガティブな要素を改善するために引っ張っていきけるような、利用者や家族の良いところ、優れているところ、魅力的なところを書くの。
利用者の「できないこと」にどうしても目がいくけれど、それでも「こんないいところがある」という点に注目して、利用者の強さを見つけてね。

利用者の強みを書いていますか？



【好事例】

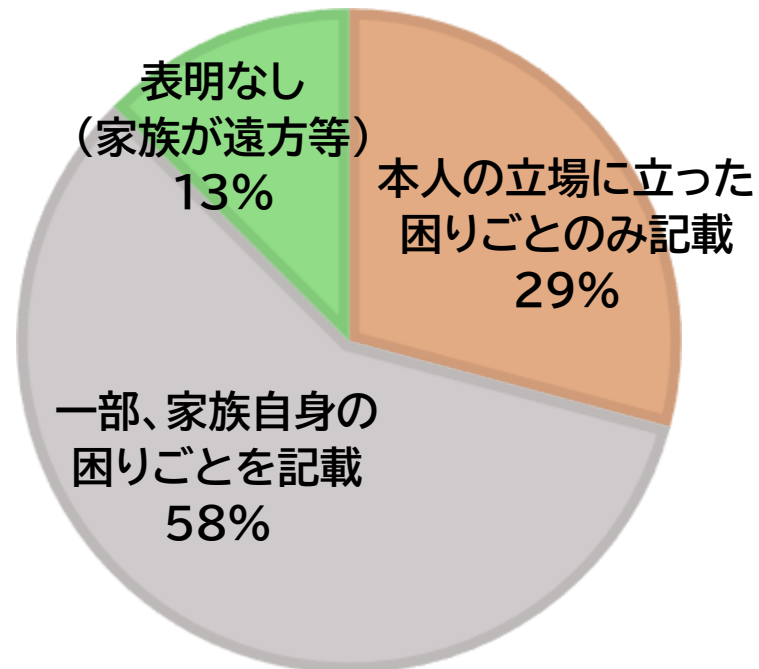
「(社会交流)
人と話すことは好きである。
デイサービス・デイケアの他の利用者や、
近隣住民、お店の店員などとの会話を
楽しんでいる。」

アセスメントチェックシート

「困りごと(家族)」欄 【支援マニュアルP79】

家族が、利用者の立場に立って「本人が～で困っている」というような趣旨の発言があった場合に、家族の言葉そのままに書きます。

家族自身の困りごとを記載していませんか？



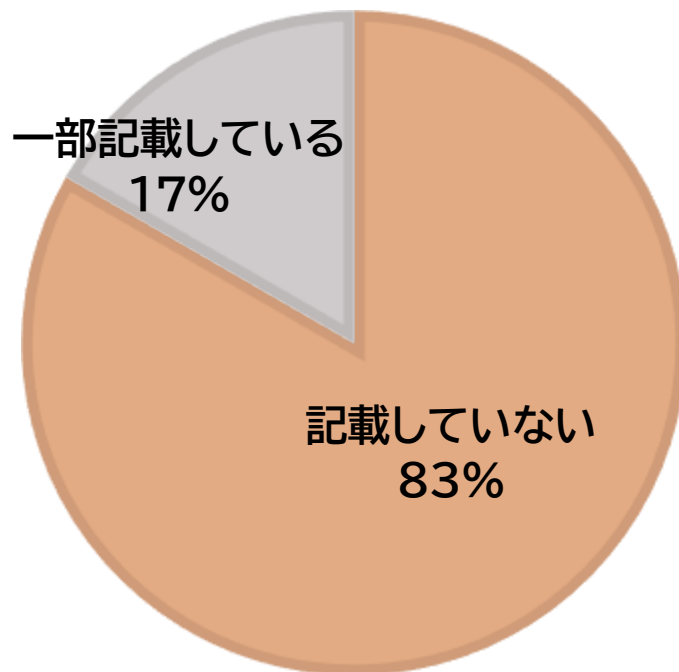
・家族自身の困りごとについては、「介護力」の「困りごと(家族)」欄に記載することができます。

アセスメントチェックシート

「意見(CM)」欄【支援マニュアルP79】

利用者の困りごとを解消してニーズを達成するためにどんな援助が必要か、利用者・家族が何をする必要があるのか。

サービス種別を記載していませんか？



・「見守りが必要」、「外出の機会が必要」等、必要な援助の内容を書きます。

・この欄で考えた「意見」は、最終的にケアプラン第2表の「援助内容」に繋がっていきます。

アセスメントチェックシート

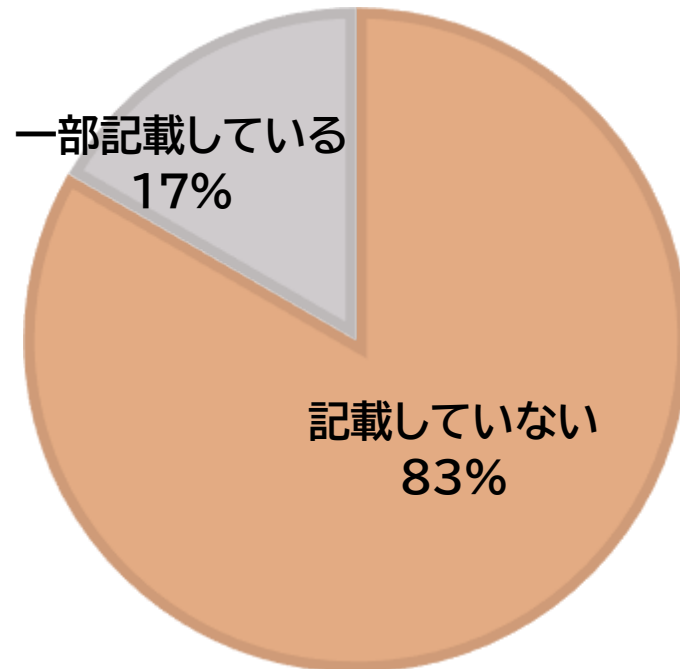
「ニーズ」欄【支援マニュアルP79】

アセスメントチェックシート左側の「状態」の各項目に関連して、利用者のニーズ・意欲を利用者の言った言葉そのままに書きます。

サービス種別を記載していませんか？

(なぜサービスを使いたいのか聴き取れていますか？)

【ケアプラン点検研修第1回 資料P31】



「デイサービスに行きたい」



「なぜデイサービスに行きたいのですか？」

利用者の心の中にある真のニーズを
引き出すように働きかける

アセスメントチェックシート

【支援マニュアルP87】

アセスメントチェックシートを埋めてみたら、聞けていなくて空欄になってしまったところがたくさんあったけれど、いいのかしら。



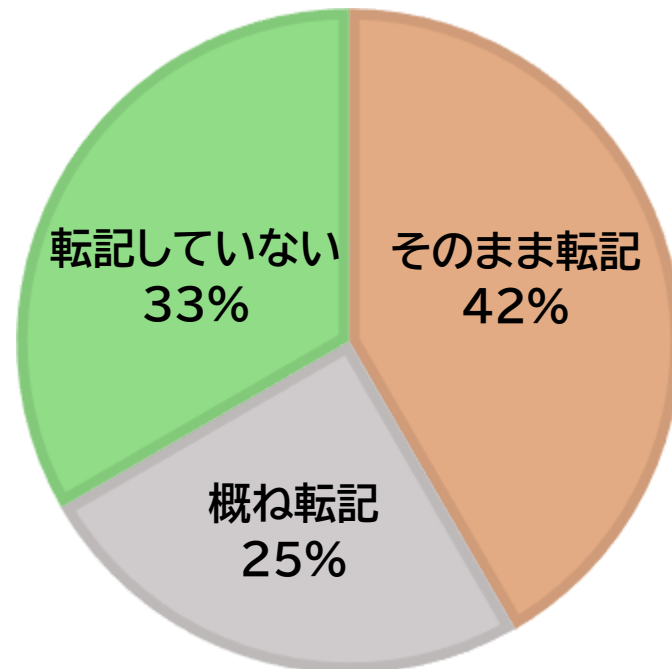
空欄になってしまった「理由」をケアマネジャー自身が理解して、今後どうアセスメントをしていくべきか「気づき」があれば、空欄があっても問題ないのよ。
普段やっているアセスメントに不足がなかったかを確認するためのシートだから、単に空欄の有無だけで良し悪しを判断する必要はないの。

ケアプラン第2表

「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」欄【支援マニュアルP94】

アセスメントチェックシートの「ニーズ」欄に記載された利用者のニーズを、優先順位の高い順にそのまま転記します。

そのまま転記していますか？



・アセスメントチェックシートで、優先順位が「～に関連」や「1」となっているニーズは、第2表のニーズ欄には記載しません。

・利用者が認知症などで意思表示ができず、家族が代弁している場合は「家族」欄に記載されたニーズを転記します。その際は必ず文末に「(家族)」と書きます。

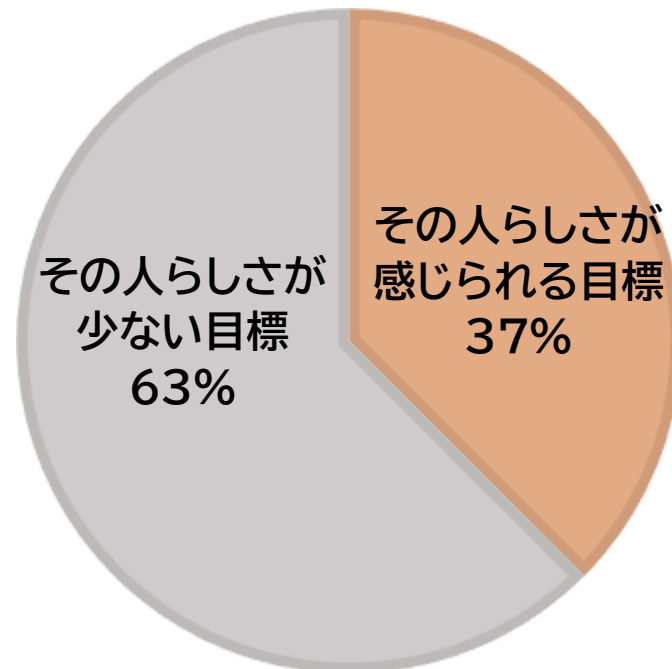
ケアプラン第2表

「長期目標」欄【支援マニュアルP95】

ニーズが実現した際の利用者本人の生活の目標を浮き彫りにする内容(その人らしい、その人ならではの生活シーン)を具体的に書きます。

その人らしい長期目標になっていますか？

(基本情報シートやアセスメントチェックシートで聴き取った内容を活用していますか？)



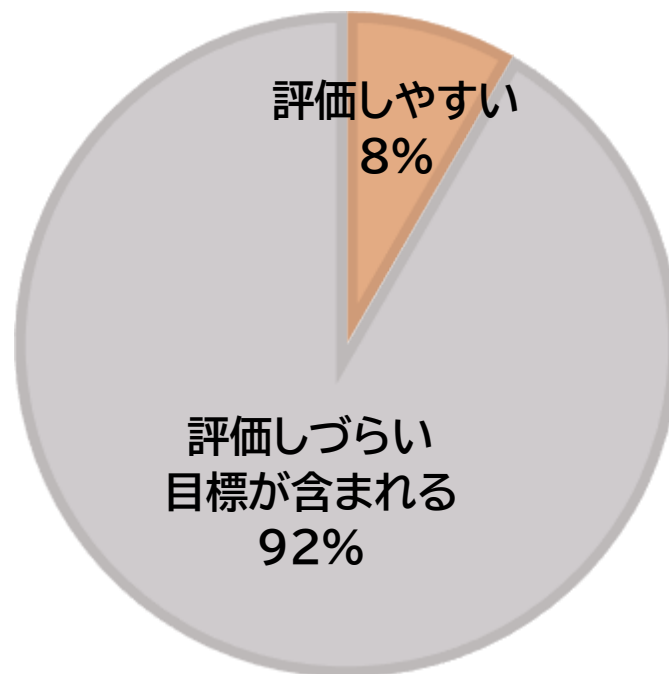
・利用者の好きなこと、できること等の情報を活用しながら、実現可能な範囲で、利用者の「望む暮らし」を考えていきましょう。

ケアプラン第2表

「短期目標」欄【支援マニュアルP97】

修正後の長期目標を達成するための段取りとして具体的に何をするか、利用者自身に取り組むことを記入します。

達成状況を評価しやすい短期目標になっていますか？



【好事例】

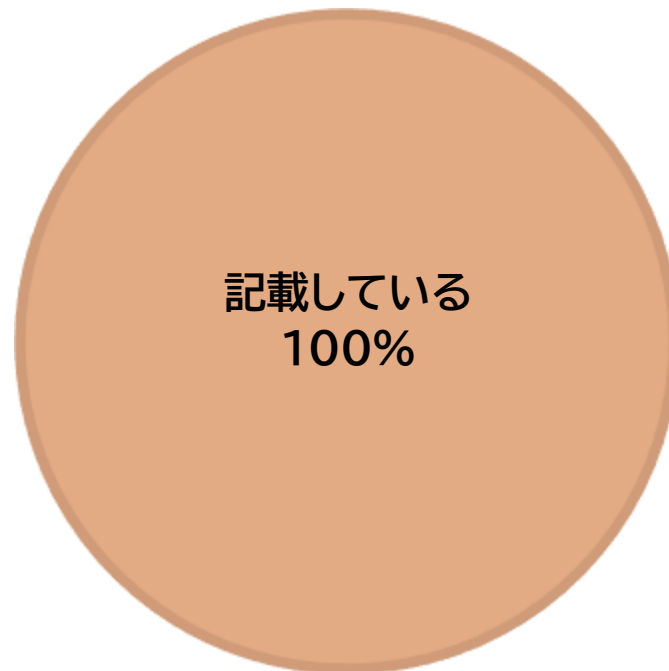
- ・週1～2回くらい近所の散歩に出かける
- ・近所の酒屋まで歩いて買い物に行ける
- ・3食きちんと食事が摂れるようになる

ケアプラン第2表

「サービス種別」欄【支援マニュアルP99～100】

サービス内容を、最も適切に実施できるサービス種別(保険給付の他、その他の公的サービス、医療、家族や知人、ボランティア等)を検討し、本人等と相談して決定し記入します。

保険給付以外のサービスやサポートも記載していますか？



・保険給付のみにとらわれず、「サービス内容」に掲げた事柄を実施するために、必ず複数検討したか点検しましょう。

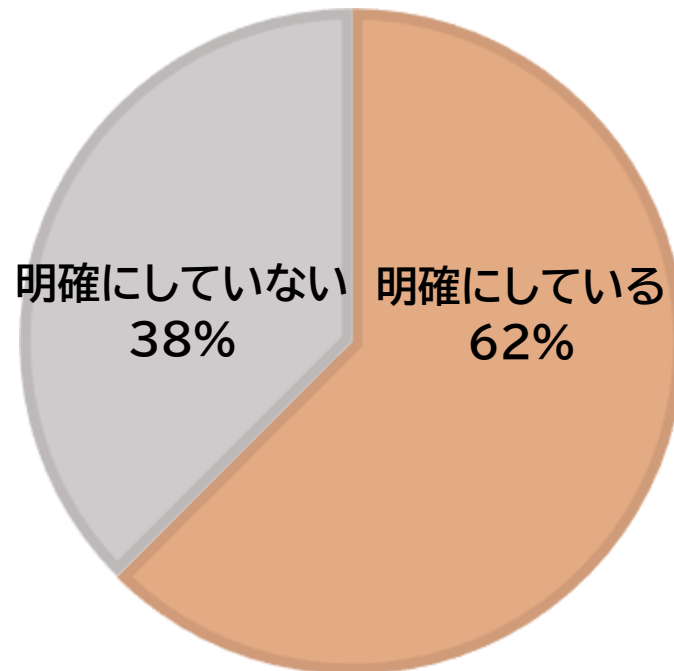
・使用するソフトの設定上、保険給付以外の入力ができない場合、手書きでもよいので、記載しましょう。

ケアプラン第1表

「利用者及び家族の生活に対する意向」欄 【支援マニュアルP101】

第2表をもとに、利用者と家族が、どのような「暮らし」をしたいかを利用者・家族の言葉をそれぞれ区分してそのまま書きます。

誰の言葉か明確にしていますか？



・「家族」「娘」⇒「長女」「次女」

・利用者、家族が発した言葉で書かれているか点検しましょう。

ケアプラン第1表

「総合的な援助の方針」欄 【支援マニュアルP102】

第2表をもとに、長期目標を総合した、利用者の「望む生活の模様」を実現するために援助することを表明し、利用者、家族が援助を感じて安心できる内容にします。

【好事例】

・ご本人は、とても努力家で専門のリハビリ以外にも自宅で自主練習をしてこられてきたこともあり、身体機能の向上がみられています。今回、念願である自宅での入浴が可能になるよう支援します。又、引き続き、ご本人が努力を続け自分でできることが増えることで、自信を持って暮らすことができるよう支援します。

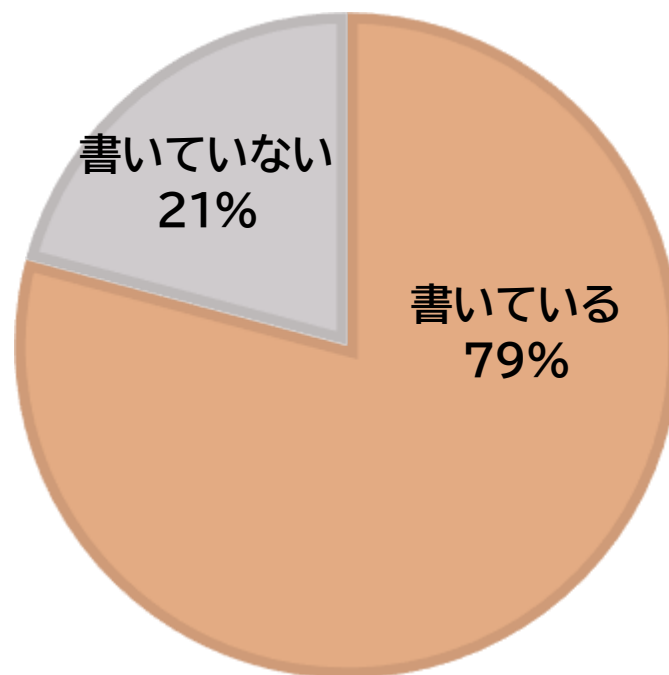
・外に出ることで、お仲間が増え、会話も増えていきます。これからも、いろいろな方から刺激を受けてください。身振り手振りで、ゆっくりと自分の気持ちを表現できるようになりましたね。ご家族が、お仕事を続けながら介護をしています。負担が軽減していけるよう努力します。

ケアプラン第3表

「週間サービス計画表」【支援マニュアルP103】

第2表に記入した「サービス種別」を、保険給付以外のサービス・サポートも含めて全て記入します。

「主な日常生活上の活動」は書いていますか？



○生活リズムをケアチームで共有することで、それぞれの役割を認識することに繋がります。

○曜日が決まっていないサービス・サポートについては、「週単位以外のサービス」欄に記載します。

本日の研修内容

- 1:令和2年度ケアプラン点検 概要
- 2:ケアプラン点検 結果報告
- 3:講 義



本日の研修内容

1:令和2年度ケアプラン点検 概要

2:ケアプラン点検 結果報告

3:講 義



ケアプラン点検 結果報告より

- ・「基本情報シート」
- ・「アセスメントチェックシート」

はマニュアルや第1回研修でほぼしっかり記入出来ている！

ケアプラン点検 結果報告より

今回はケアプラン自己点検なので新たに

- ・基本情報シート
- ・アセスメントチェックシート

を作成して頂いた

ケアプラン点検 結果報告より

今回、ケアプラン自己点検のために

- ・改めてアセスメントやモニタリングの聞き取りをされた方
- ・今までご利用者、ご家族等との関係構築された情報を記入された方もいる

ケアプラン点検 結果報告より

- ・ 今までの情報量と比較して増えていますか？
- ・ before➡afterの違いはありましたか？

特に 「アセスメントチェックシート」 です

ケアプラン点検 結果報告より

- ① 現在の「状態」について 8つの項目をしっかりと聞き取る
- ② できること、できないこと、その人の良いところ、
優れているところを明らかにする
- ③ 8つの項目の中で、今何に困っているのか、どうにかしたい
と思うものは何か？ ケアマネジャーやチームの担当者が必要
だなあと思うものは何か？

ケアプラン点検 結果報告より

- ④ 困りごとを確認出来たらそれをどうしたいと思うか
- ⑤ 「〇〇したい」とニーズとして表明できるか
- ⑥ それをまとめたり、優先順位をつけられるか
- ⑦ その人が言ったことをそのまま、簡潔に

ケアプラン点検 結果報告より

私たちは、主訴や意向、問題、困りごとから
サービス（サービス種別）を頭でイメージできます

- ・掃除や調理が大変 → ○○
- ・お風呂が一人で入れない → ○○
- ・一人で家にいてどんどん意欲が低下している → ○○
- ・介護が大変になってきている → ○○

ケアプラン点検 結果報告より

今、困っていること、解決したいこと、その人の意欲に対して
叶えてあげられることを一緒に考え、整理して、その人が
これからも、自立に向けて、意欲をもって、
まずは「**〇〇したい**」ということを整理する書類

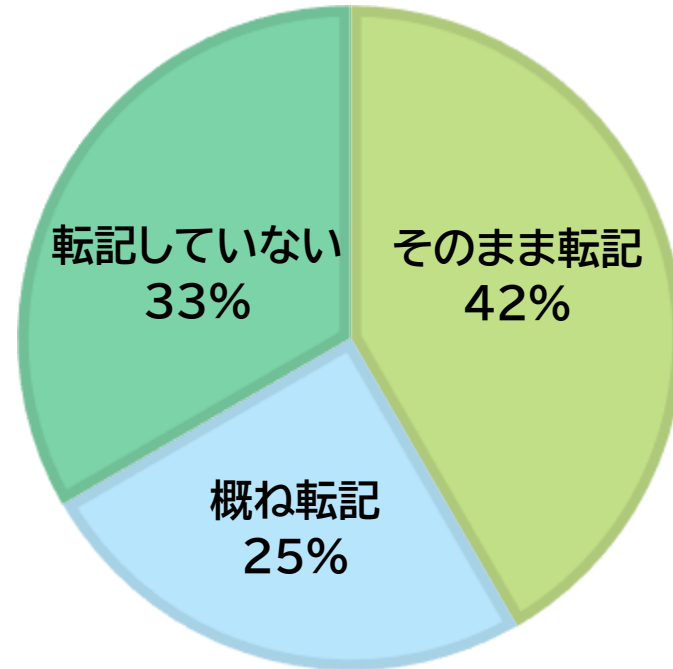
それが 「**アセスメントチェックシート**」 です

ケアプラン点検 結果報告より

～ニーズ～

「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」欄【支援マニュアルP94】

アセスメントチェックシートの「ニーズ」欄に記載された利用者のニーズを、優先順位の高い順にそのまま転記します。



58%がそのまま
転記できていな
い！

ケアプラン点検 結果報告より

～ニーズ～

ニーズ（○○したい）が

- ・いくつか混ざっていたり（2つ以上のことが書かれている）
- ・言葉が複雑であったり（具体的でない）
- ・その人の望む生活が描かれていたり（長期目標みたいに）

するとケアプラン2表の作成が大変！！

ケアプラン点検 結果報告より

～ニーズ～

- 例)
- ・できるだけ家で生活したい
 - ・痛みを改善し以前と同じような生活がしたい
 - ・楽しみである散歩を続けられるよう日常生活でも
転ばない体力作りしていきたい
 - ・外出して好きなものを見たり、色々な人と賑やかに
過ごしたい

ケアプラン点検 結果報告より

～ニーズ～

- 例)
- ・独居ではあるが不安なくすごしたい
 - ・自宅のお風呂でのんびり入浴したい
 - ・家の中を一人で自由に歩けるようになりたい

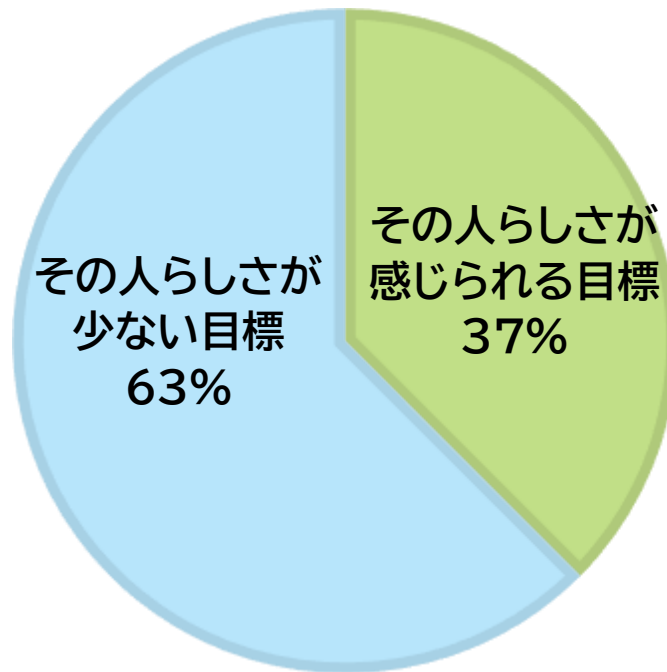
困りごとの裏返し 「〇〇で困る」→「それならどうしたい」

ケアプラン点検 結果報告より

～長期目標～

その人らしい「長期目標」になっていますか？

(基本情報シートやアセスメントチェックシートで聴き取った内容を活用していますか？)



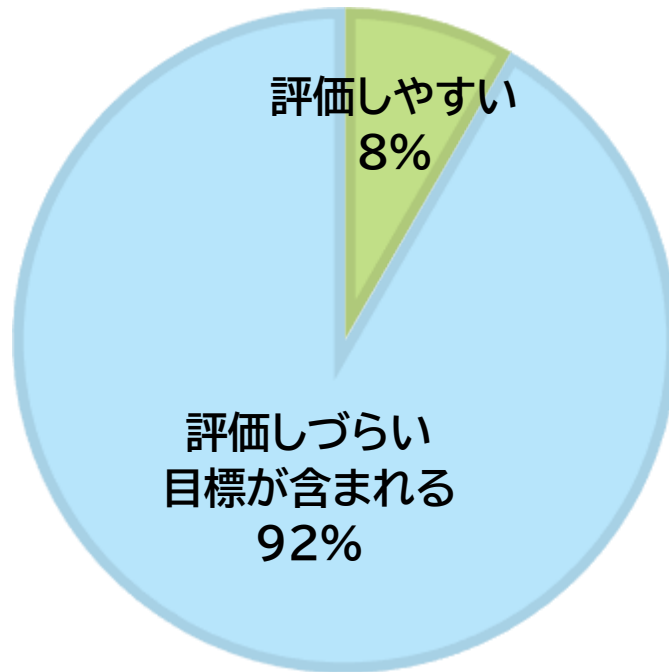
・利用者の趣味、好きなこと、できること、維持改善要素、利点等の情報を活用しながら、実現可能な範囲で、利用者の「望む暮らし」を考えていきましょう。

ケアプラン点検 結果報告より

～短期目標～

「短期目標」欄【支援マニュアルP97】

長期目標を達成するための段取りとして具体的に何をするか、利用者自身が取り組むことを記入します。



- ・具体的で
評価しやすい内容を考えます。
- ・1つの長期目標からは複数の短期
目標が考えられます。

ケアプラン点検 結果報告より

～まとめ～

- ・基本情報シート、アセスメントチェックシートはルールに基づいてまとめられている
- ・問題（困りごと）を聞いているのでそこからニーズとして表明してもらうにはどうしたらよいか？
- ・決まったニーズをケアプラン 2 表へそのまま転記する
- ・ニーズから長期目標→短期目標をどう考えたらよいか？

ケアプラン点検 結果報告より

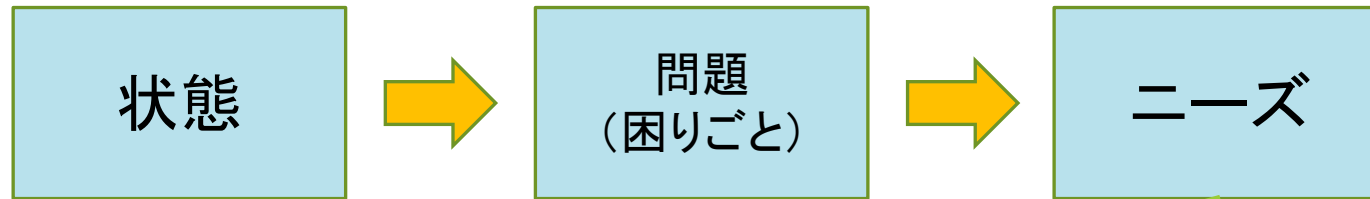
～まとめ～

- ・その人が望む生活（長期目標）って言ってもイメージできない
- ・機能維持とか、自宅で生活が維持できれば・・・
- ・具体的で、評価しやすい（短期目標）って言ってもなかなか言葉に表すのは大変・・・
- ・ケアプランの1表の総合的な援助の方針がなんて書いてよいかわからない・・・

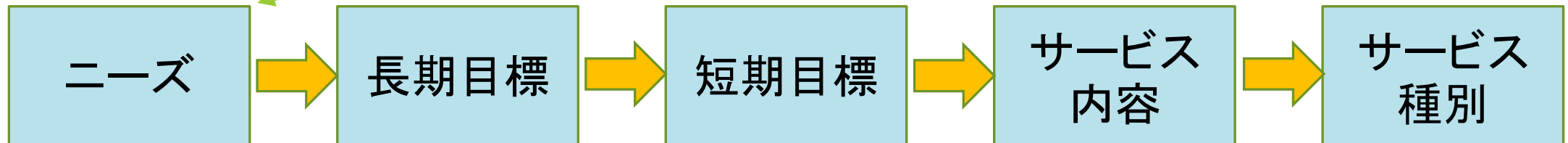
ケアプラン点検 結果報告より

～まとめ～

<アセスメント>



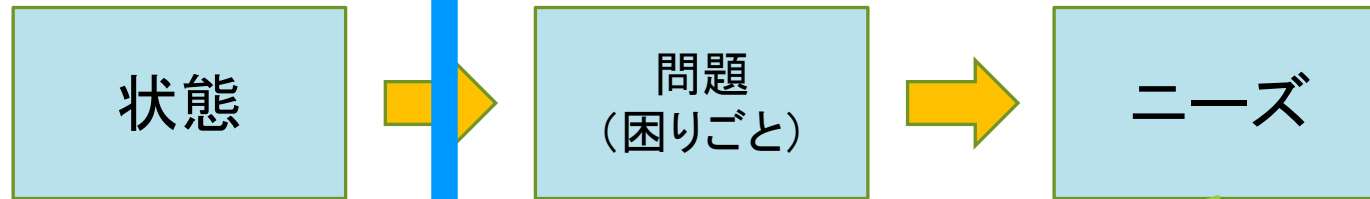
<ケアプラン2表>



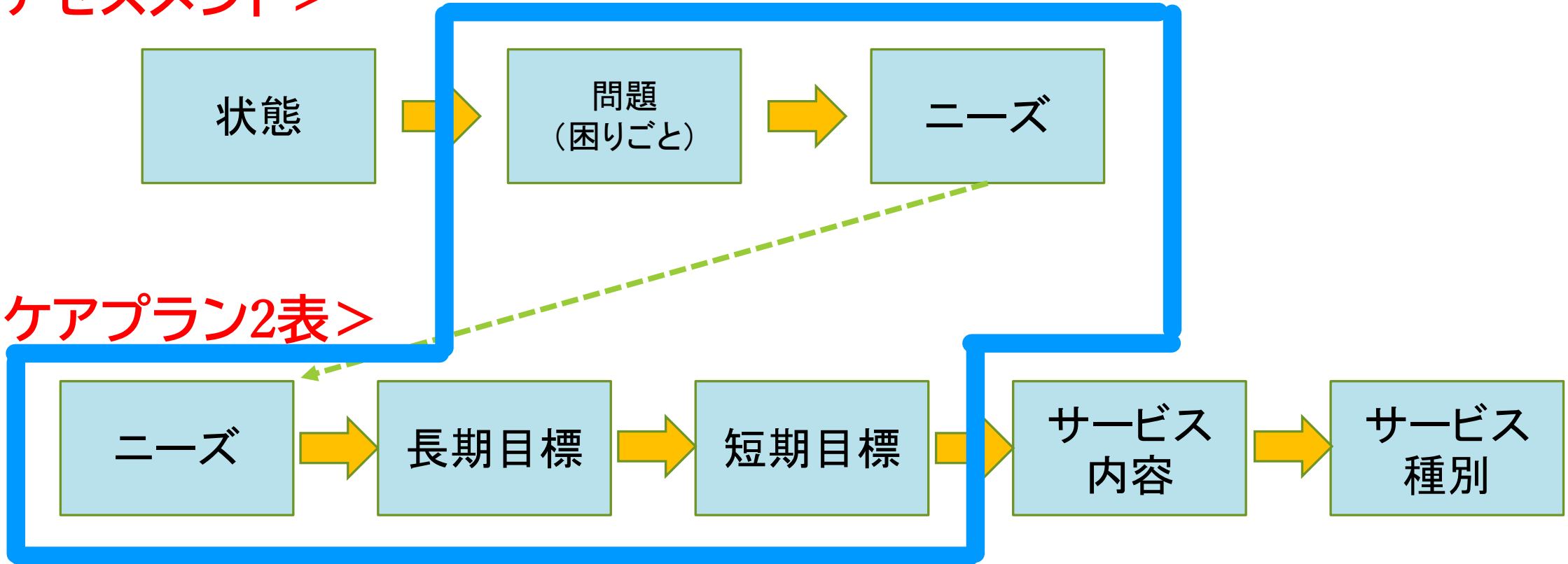
ケアプラン点検 結果報告より

～まとめ～

<アセスメント>

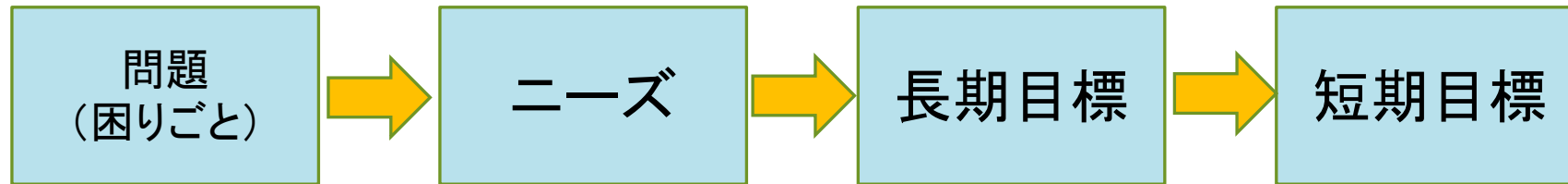


<ケアプラン2表>



実践

ケアマネジャーが利用者に聞き取りをして
問題(困りごと)～短期目標まで作成しましょう



実践



<事例>

- ・70歳 女性 独居（高齢者専用シェアハウス） 要介護 3
- ・長男、長女は別居（他市だが協力してくれる）
- ・障害自立度 B2 認知自立度 IIa
- ・主訴～（本人）

入院する前の生活に戻って一人で自由に動けるようになりたい。
子供に迷惑をかけないように生活したい。一人で自由に動ける
ようになりたいができないことは手伝ってもらいたい。

実践



<事例>

- ・主訴～（家族）

掃除と運動を確保したうえで、限度額内で本人の意向に沿った支援をしてもらいたい。まずは家で入浴することを目標にしてリハビリを続けてもらいたい。

実践

<事例>

・趣味・好きなこと

仕事が忙しかったため特に趣味といえるものはないが、料理作りが好きで
おつまみ程度なら冷蔵庫にあるもので簡単に作っていた。シェアハウスの
買い物ツアーに参加することが楽しみとなっている。お酒が好きで今でも
ワインや日本酒をよく飲んでいる。



実践

アセスメント項目	問 題（困りごと）
コミュニケーション	言葉がはっきり出てこないので困る。
健康状態	食欲がなく体力も落ちてきたので困る。飲み込みが悪くて困る。
ADL	1人で自由に出かけられなくて困る。浴槽に入るのに不安があって困る。
IADL	床が汚れていても屈んで掃除できないのが困る。一人で買い物に行けなくて困る。
介護力	長男へ迷惑がかかると困る。

実践 ①

「問題（困りごと）」から

「ニーズ」を考えてみよう！！

※ ロールプレイ

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)		目 標				援 助 内 容				
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
1	3		5		7		9			
アセスメント チェックシートから、順位の高い順に、内容をそのまま転記する。	利用者本人が「望む暮らし」を書く。 その人らしさのある、个性的で楽しい・楽しみのある目標を立てる		長期目標の実現のために必要な段取り。 サービス種別ではなく、利用者自身が取り組む目標を立てる。		短期目標の実現のために必要な段取り。 サービス種別ではなく、必要な支援やセルフケアの内容を具体的に書く。		サービス内容を最も適切に実施できるのは誰なのか書く。 (介護保険サービスに限らない。)			
左 (ニーズ) から 右 へ 、 順 番 に 記 入 し て い く										
2	4		6		8					
ニーズが実現したら、 利用者はどんな生活がしたいと思っているか？ 利用者はどんな生活がしたくてニーズを表明したのか？ 基本情報シートに記載した、利用者の趣味・好きなこと等の情報も活用し、 長期目標を立てましょう！	長期目標を達成するために、利用者自身はどうするのか？ 利用者目線で、なおかつ後で評価しやすい目標を立てます。 △「清潔を保つ」 ◎「週〇回入浴する」 △「歩行機能を改善」 ◎「公園まで歩ける」 △「筋力を維持する」 ◎「体操を毎日行う」		短期目標を達成するために、どんな支援が必要か？ どんな支援をすればうまくいくか？ 「サービス内容」には、支援の担い手を意識せずに、必要な支援内容を書きます。		「サービス内容」に記載した支援・セルフケアを、誰が実施するのか？ ・利用者本人 ・家族・知人 ・介護保険サービス ・医療 ・地域のお店 ・ボランティア等々					

※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。

実践 ②

★長期目標

「個人ワーク」 → 「ロールプレイ」 → 「解説」

実践

★短期目標

「個人ワーク」 → 「ロールプレイ」 → 「解説」

生活全般の解決すべき課題		目 標				援 助 内 容				
(ニーズ)	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
1 アセスメント チェックシートから、順位の高い順に、内容をそのまま転記する。	3 利用者本人が「望む暮らし」を書く。 その人らしさのある、個性的で楽しい・楽しみのある目標を立てる		5 長期目標の実現のために必要な段取り。 サービス種別ではなく、利用者自身が取り組む目標を立てる。		7 短期目標の実現のために必要な段取り。 サービス種別ではなく、必要な支援やセルフケアの内容を具体的に書く。		9 サービス内容を最も適切に実施できるのは誰なのか書く。 (介護保険サービスに限らない。)			
左 (ニーズ) から 右 へ 、 順 番 に 記 入 し て い く										
2 ニーズが実現したら、利用者はどんな生活がしたいと思っているか？ 利用者はどんな生活がしたくてニーズを表明したのか？ 基本情報シートに記載した、利用者の趣味・好きなこと等の情報も活用し、長期目標を立てましょう！	4 長期目標を達成するために、利用者自身はどうするのか？ 利用者目線で、なおかつ後で評価しやすい目標を立てます。 △「清潔を保つ」 ◎「週〇回入浴する」 △「歩行機能を改善」 ◎「公園まで歩ける」 △「筋力を維持する」 ◎「体操を毎日行う」		6 短期目標を達成するために、どんな支援が必要か？ どんな支援をすればうまくいくか？ 「サービス内容」には、支援の担い手を意識せずに、必要な支援内容を書きます。		8 「サービス内容」に記載した支援・セルフケアを、誰が実施するのか？ ・利用者本人 ・家族・知人 ・介護保険サービス ・医療 ・地域のお店 ・ボランティア等々					

※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。

まとめ

ご清聴ありがとうございました

