

ケアプラン点検研修 第1回

(研修日)

令和2年12月1日(火)～

令和2年12月7日(月)

講師： 八王子介護支援専門員連絡協議会
理事) 八木広行、岩倉真弓

主催： 八王子市福祉部介護保険課

1

八王子市ケアプラン自己点検支援マニュアルを学び、八王子市版「自立支援に資するケアプラン作成方法」を理解して利用者の“楽しみのある暮らし”が実現できるケアプランを作成しよう！

導 入

- ・ 研修の目的
- ・ 研修のすすめ方

■ 基本情報シートの記入方法の
ポイント解説

(テキストP 6 1～)

基本情報シートの考え方

- 基本情報シートには初期アセスメントで収集された基本情報だけでなく、ケアプランが動き始めた後のモニタリングを通じて追加された利用者、家族に関する情報も書いていきます。

ケアマネジメントプロセスとは？

- ① インテーク（初回訪問）
- ② アセスメント
- ③ ケアプラン原案作成
- ④ サービス担当者会議
- ⑤ 居宅サービス計画等の確定、サービス提供の開始
- ⑥ モニタリング（評価）
- ⑦ 再アセスメント

■ 情報

■ 信頼関係

■ 多職種との連携関係

ケアマネジメントプロセスを繰り返すことにより積みあがっていくイメージ。基本情報シートの内容も増えていく。

(6) 主訴 (P 6 4)

<相談の経緯>

- 担当することになった経緯や、初回相談の概要を記入します。

(利用者の状況によって書き直す必要はありません)

<利用者及び家族の主訴・要望>

- 利用者、家族の主訴、要望を記入します。「デイサービスに行きたい」等の主訴、要望があったとしたら、「どうしてデイサービスに行きたいか」「利用してどうなりたいのか」ということを聞くことで利用者、家族のポジティブな生活への意欲が聞き取れると良いです。

(7) ジェノグラム

- ▶ P 6 6 の記載例を参照にしてください。
- ▶ 年齢を記入した入り、関係性を図で表すと家族の状況がわかりやすいです

(9) 住居の状況 (P67)

- 間取り図はケアマネジャーが利用者の生活動線を把握するために記入するものです。
- 段差や扉の形状が記載されていると危険個所が把握できます。
- 家具、手すり、ベッド、ポータブルトイレ、よく使用するもの、枕の位置なども記載しましょう。

(1 0) 生活状況

- 生活歴にはこれまでの利用者の生活の主要な出来事を過去から現在まで時系列に沿って書きます
- 生活歴の中から得意なこと、好きなこと、その人らしさを発見する情報のヒントが多く見つけることが出来ることです
- 病歴や職歴だけにならないようにしましょう
- 「昭和〇〇年に結婚」⇒「〇〇歳に結婚」と年齢で記載すると利用者のこれまでの人生の流れがわかりやすくなります

趣味・好きなこと・情報リテラシー

- 過去と現在の趣味を両方記載しておくで利用者らしさを発見するヒントになります
- 情報リテラシーはTV,新聞等と記載されるが、そのどんな内容（ジャンル）に関心があるか、その情報をどのように活用しているかを具体的に記載しましょう

(1 2) 利用しているサービス

- 介護保険サービスだけでなく、インフォーマルサポートを活用している場合も記載しましょう

■ **アセスメントチェックシートの
記入方法のポイント解説**

(テキストP 7 1～)

アセスメント（課題抽出プロセス）の明確化

- 「アセスメント」とは、
情報の入手・整理・分析・ニーズ（課題）の抽出まで
を指します。
- アセスメントチェックシートは、ニーズ（課題）抽出の
プロセスが明確になるシートです。

課題分析標準項目とは？（P24参照）

課題分析に関する項目

- ①健康状態 ②A D L ③I A D L ④認知
- ⑤コミュニケーション能力
- ⑥社会との関わり ⑦排尿・排便 ⑧褥瘡・皮膚の問題
- ⑨口腔衛生 ⑩食事摂取 ⑪問題行動 ⑫介護力
- ⑬居住環境
- ⑭特別な状況

（※基本情報に関する項目は9項目）

- ➡ アセスメントチェックシートでは全てを把握できるシートである。

I . 状態欄について (P 7 3 ~)

- まず、利用者、家族の状態をしっかり把握します。左側の状態欄のシートを縦に確認していきます。
- 8つの項目に分けて、疑問に思ったことはさらに深く、この方の生活状態をみていきます。実情や事実にもとづく情報を捉えます。

記入方法（ ）の特記はどうしたら？

- ▶ 【聴力】 耳元で大きな声で話せば聞き取れる程度
- ▶ 【眼鏡】 新聞を読むときのみに使用している
- ▶ 【麻痺・拘縮】 「軽度」等の表記ではなく、日常生活上どのような支障があるのか記載

- ➡ 【ADL】 自立の程度や必要な介助、残存能力についての記載
- ➡ 【IADL】（夫が介助している）ではなく、残存能力（できること）も記載
- ➡ 【認知障害】 判断した根拠、症状なども記載
- ➡ 【介護者の負担感】 具体的にどのような部分に負担を感じているのかを記載

維持・改善の要素、利点

- 利用者が楽しみのある幸せな生活を送れるように、
利用者の生活を活性化させるような現在の状態に対する
 - ・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
 - ・本人のストレングス

を具体的に記載します。

※ P77の具体例を参考に

Ⅱ．状態把握と利用者の意見（P78）

- 状態欄を把握できると、必要なサービスが見えてきます。もしかしたら頭の中だけで、サービスの調整が可能かもしれません。

しかし、ケアマネジャーが必要と思った援助を、利用者、家族が本当に必要としているかわからないので、右側のシートにある「問題（困りごと）」「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の欄を使って利用者の気持ちとケアマネジャーの考えが同じなのか、違うのかを確認していきます。

Ⅲ. 問題（困りごと）欄について（P79）

（１）利用者

アセスメントチェックシートの左側の「状態」の各項目に対して、利用者の生活上の困りごとについて利用者から「困る」というような発言があった場合に

「〇〇で困る」と記載します。

（利用者の言葉そのままです）

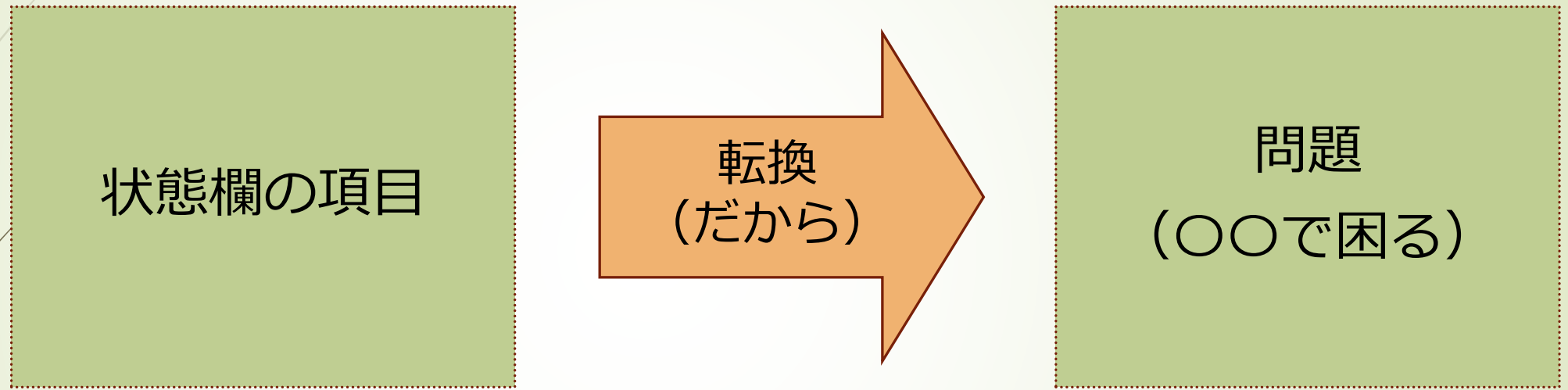
利用者から「困っていない」と明確に言われたときは
「なし」と記載します。

ケアマネジャーが聞けていない。
または聞いたが明確な回答が得られなかったときは
「空欄」にして後日確認出来たら記載します。

(2) 家族

アセスメントチェックシートの左側の「状態」の各項目に対して、利用者の生活上の困りごとについて、利用者の立場に立って、または利用者を慮って家族から「本人が〇〇で困っている」という発言があった場合に家族のそのままの言葉で記載します。その場合文末に代弁した者を（ ）により明記します。（長女代弁）

家族自身の困りごとについては「介護力」の「家族」欄を使用します。



生活上で何が困っているかを把握する事がプロの援助者の視点です

(3) 意見

「CM」欄には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を具体的に記載します。

利用者が**楽しみのある幸せな生活**を送ることができ、さらに利用者の**生活を活性化させる**ために、介護支援専門員が必要だと判断したことを「**〇〇が必要**」と記入します。

ただし、「ヘルパーが必要」「デイサービスに通う必要がある」と具体的なサービス種別は記載しません。ヘルパーにどんな援助をしてもらうことが必要かと、ケアマネジャーが判断した内容を記載します。

「〇〇の為、見守りが必要」「外出をする機会をつくる
ことが必要」といった困りごと解消に必要な援助内容を
記載します。

「他」欄には、アセスメントチェックシートの左側のそれぞれの項目に関連して他の専門職(医師、看護師、リハビリ、相談員、その他職員等)から意見をもらっている場合に記載します。

意見を述べた者の職名をカッコ書きにより明記します。

「治療」はその方にとって重要なことです。**状態**について、医師等に相談し、治療方針や禁忌事項などを確認しなければ、サービス導入に影響しますので確認しましょう。また、医師をはじめ関わる**医療職との連携**がなければ、援助はできません。

とくに緊急性やリスク、将来の予測などを専門職としっかり検討して意見をもらえると良いです。

IV. 生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) ・ (意欲) について (P 8 1)

困りごとの表明を確認したら・・・

利用者がその困りごとを解消してどうなりたいと思っているか、意欲やニーズがあるのかを確認します

アセスメントチェックシートの左側の「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

本人の意欲高い → ○○したい

本人の意欲低い → ○○する、○○するようになる

表明なし → 空欄

特になしと表明 → なし

ニーズが・・・

「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

家族の欄は利用者の立場に立って、また、利用者を慮って考えた利用者のニーズ・意欲を書きます。

利用者、家族の「意欲」・「対応」の度合い

「意欲」

- 高 意欲が**高い**とき
- 低 意欲が**低い**とき
- 阻 家族関係や経済状況等諸事情により利用者が**真の意向**を表明することが**阻まれ相違**してしまっている**場合**
- 失 病気や喪失体験などにより、本来は「**意向**」がある**はずだが**表明できない場合

「対応」

- 進行中
- 検討中
- 未検討
- 困難
- 不要

すでに対応している場合

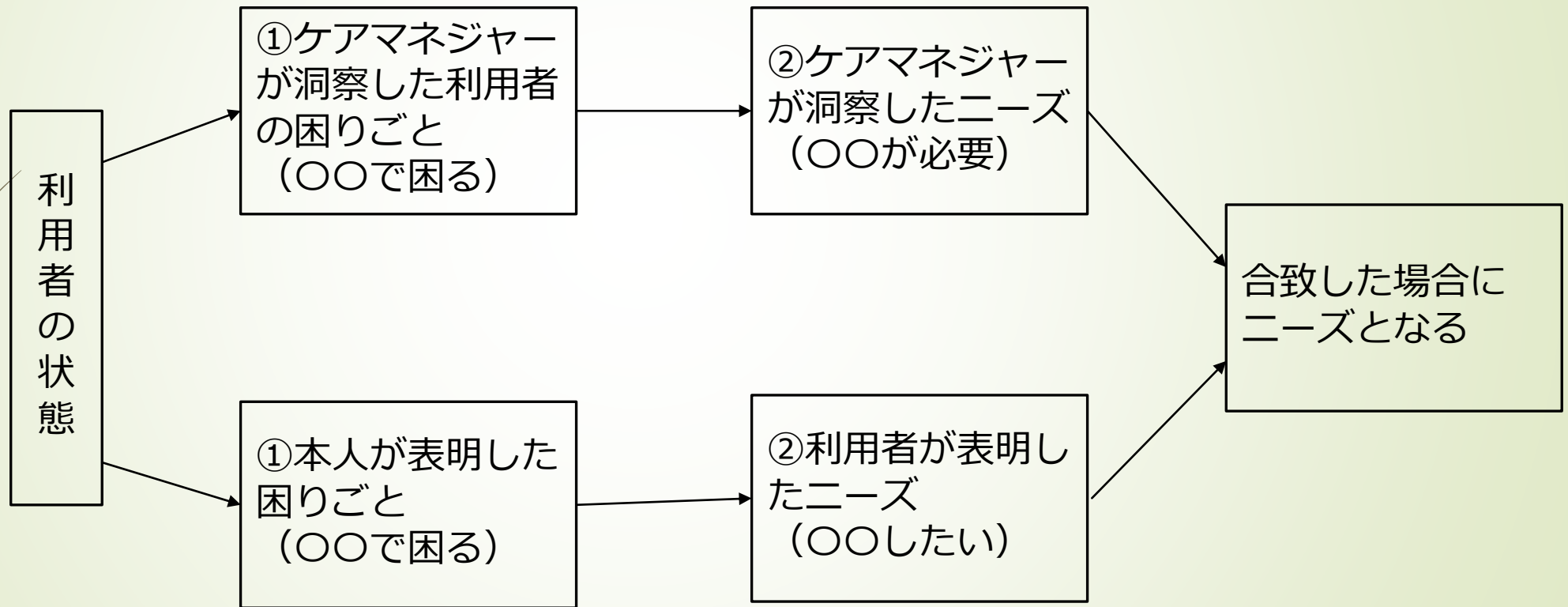
対応方法について検討している段階

対応方法について検討していない段階

何らかの事由により対応が困難な状況

特段の対応を必要としない場合

困りごと・ニーズ・意見の対応関係の有無の確認 (P 8 3～)



(※P 7 8 より)

(例 1)

問題・（困りごと）
友達の〇〇さんに会いに行けなくて困る。

生活全般の解決すべき課題（ニーズ・意欲）
ゆっくりお風呂に入りたい。

「困りごと」と「ニーズ」に関連性がない

(例 2)

問題・（困りごと）
友達の〇〇さんに会いに行けなくて困る。

生活全般の解決すべき課題（ニーズ・意欲）
友達に会いたくない。

「困りごと」と「ニーズ」に関連性はあるが対応関係がない

(例 1)

	問題・困りごと
利用者	友達の〇〇さんに会いに行けなくて困る
家 族	友達と会えなくて困る
意 見	CM) 夜間に歩行が間に合わず失禁 することを防ぐため、居住環境の整備が必要

	生活全般の解決すべき課題（ニーズ・意欲）
利用者	友達の〇〇さんに会いに行きたい
家 族	友達と会わせたい

(例 2)

	問題・困りごと
利用者	友達の〇〇さんに会いに行けなくて困る
家 族	友達と会えなくて困る
意 見	CM) 歩行を安定させるために下肢筋力の訓練が必要。安全な移動を補助する道具、歩行時の見守りが必要

	生活全般の解決すべき課題（ニーズ・意欲）
利用者	友達の〇〇さんに会いに行きたい
家 族	友達と会わせたい

※ 問題とニーズが関連していて、さらに意見欄の〇〇が必要という判断が合致している

VI. 優先順位をつける (P88)

まず、利用者欄、家族欄に表明されているニーズの整理を行います。関連し合うニーズをまとめ利用者の意欲の高い順に優先順位をつけていきます。

関連付けは、原因や根拠が同じならば、まとめたほうが解決しやすいです。ニーズの関連は、「根っこ」が同じで、解決方法も同じと考えられるものを関連付けします。

- 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の中で、
利用者が楽しみのある幸せな生活を送るために、最も
利用者の生活を活性化させると考えられる
ニーズから優先順位をつけます。
- ただし、生命が脅かされるような緊急性の高いニーズがある場合には、それが上位にきます。

ケアプランの修正（P94）

（※作成手順についても説明します）

I．居宅サービス計画書 ～ケアプラン第2表～

（1）生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

アセスメントチェックシートの「生活全般の解決すべき課題（ニーズ・意欲）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**

(2) 援助目標（長期目標） (P95)

- ・長期目標は利用者本人自身の目標です。実現可能な範囲で利用者の「望む暮らし」を書きます。

ニーズ「〇〇したい」「〇〇する」

- ①それは何故ですか？
- ②ニーズが実現したら、あなた（本人）にはどんな生活が広がっているのですか？
- ③あなた（本人）はどんな生活がしたくて、そう思うのですか？

(3) 援助目標（短期目標） (P97)

- ・ 長期目標を達成するために利用者自身はどうするのですか？

- ① 長期目標を達成する手段を考えます
- ② 具体的で、評価しやすい内容にします
- ③ サービス種別は書きません

(3) 援助目標（サービス内容） (P98)

- ・ この短期目標を達成するために、あなた（本人）は具体的には、何が必要だと思いますか？
- ① 短期目標を達成するための必要な支援を具体的・簡潔に書きます
- ② サービス種別は記入しません

(3) 援助目標（サービス種別） (P99)

- ・ サービス内容に記載した支援・セルフケアを、最も適切にできるサービス種別を本人等と相談して決定します
- ① サービス内容の事は誰が行いますか？
- ② どんな専門職が適切なサービスを実施できますか？
- ③ 介護保険サービスに限りません

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 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。

Ⅱ．居宅サービス計画書 ～ケアプラン第1表～ (P101)

(1) 利用者及び家族の生活に対する意向

- ・ ケアプラン2表をもとに利用者と家族が、どのような「暮らし」をしたいか望む生活を利用者、家族の言葉をそれぞれ区別してそのまま書きます

(2) 総合的な援助の方針

- ・ケアプラン2表をもとに長期目標を総合した利用者の「本人が望む暮らし」が記載されていて、それを実現するためにケアチームが一つとなってどのように支援するかを表明します

Ⅲ. 居宅サービス計画書 ～ケアプラン第3表～ (P103)

- ・ ケアプラン2表に記入した「サービス種別」について保険給付以外も含めてすべて記入します
- ・ 主な日常生活上の活動では、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します

最後に・・・

＜ケアプラン点検の目的＞

ケアプラン点検は、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、保険者が介護支援専門員とともに基本となる事項を検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追及しその普遍化を図り、健全なる給付の実施を支援するために行うものです。

- ・ ケアプラン点検は、保険者と一緒に自分の利用者のケアマネジメントの質の向上を図ることができる貴重な機会です。
- ・ ケアプラン点検は、指導や実地検査ではありません。保険者と一緒にケアマネジメントの質の向上を考えることができる大切な機会だと考えて望みましょう。

あなたのケアプランには
利用者の楽しい暮らしが見えていますか？

