

# 令和4年度 ケアプラン点検研修 第2回

令和5年(2023年)1月26日

八王子市 福祉部 介護保険課



# 本日の研修内容

第1部 ケアプラン点検の結果報告について

第2部 ニーズから、優先順位・長期目標を  
考えよう（グループワーク）



# 令和4年度 実施概要

- 9月26日～ 10月3日 第1回研修
- 10月4日～ 10月28日 ケアプラン自己点検結果提出  
(対象: 29事業所から各1名)
- 10月下旬～ 12月上旬 介護保険課及び八王子介護支援専門員連絡  
協議会にて「振り返りシート」作成
- 11月21日～ 12月9日 ケアプラン点検会議
- 12月19日 「振り返りシート」発送
- 1月26日(ライブ配信) 第2回研修  
1月31日～ 2月6日(YouTube配信)

# ケアプラン点検の結果報告について

本日の研修は、ケアプラン点検参加者29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

「利用者及び家族の主訴・要望」欄 【支援マニュアルP65～】

八王子市の考える「自立支援」

= 楽しみのある生活の支援

利用者一人一人にとっての楽しいこと(楽しかったこと)・  
うれしいこと(うれしかったこと) = 「生活意欲」を探るための  
ツールとして、基本情報シート・アセスメントチェックシート  
を活用してください！



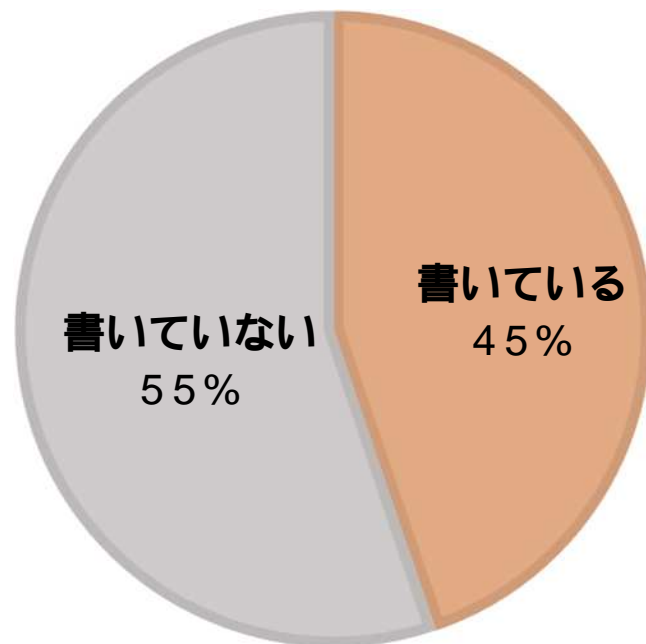
(略)最初はサービス利用の意向になると思うけど、  
アセスメントを重ねていくうちに、利用者・家族の  
ポジティブな生活への意欲が聞き取れるといいわね。

# 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。

## ポジティブな生活歴(楽しかったor楽しんでいること等) を書いていますか？



### 【好事例】記載内容の一部抜粋

「若いころから山登り、写真、コーラスなど趣味活動など活発だった。現在はコロナ感染予防の為活動は控えている。一人でカメラを持って撮影など外出している。」

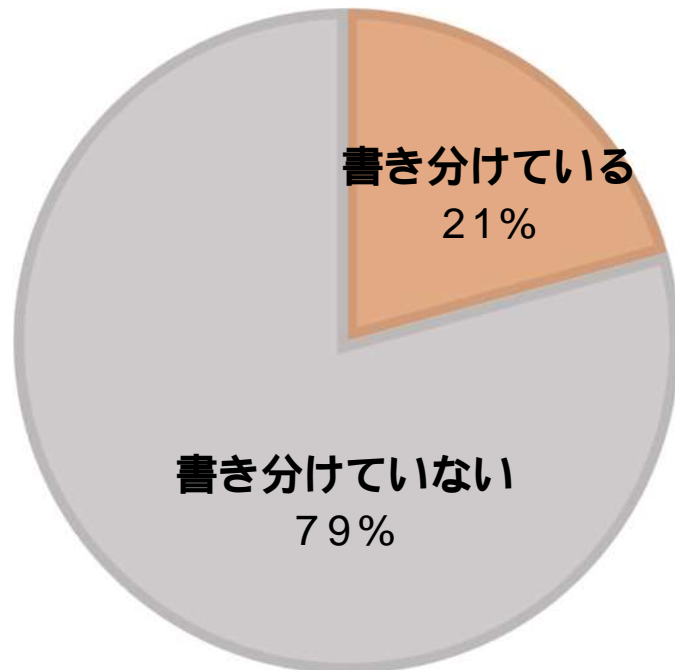
「三女が毎週水曜日に訪問し一緒に家事をしたり、四女も週末に顔を出したりしてくれている。また、たまに家族で近隣へ出掛けたり、旅行に行く事が本人の楽しみになっている。」

# 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】

「中学2年生の頃から俳句をはじめて現在も作成。カメラ、自分で印刷している。ベランダで野菜、花作り。若いころは山登り。」

「以前の趣味活動：囲碁、将棋、体操、太極拳などで現在はどれも行っていない。特に囲碁は強かった。」

# 基本情報シート

## 「医療保険・障害等・生活保護・経済状況・収入額」欄【支援マニュアルP70】

金銭的な問題によって利用者の課題の解決方法は大きく異なってくるため、特に、経済状況・収入額については、利用者の望む暮らしを実現するために、とても重要な項目。一方で、お金の話は他人には伝えたくないことであり、とても繊細な情報



### 【アプローチ方法】

- ・何のために金銭的なことを聞くのか」という目的・理由を、利用者に理解してもらう。
- ・比較的初期のアセスメントの段階で、利用者 と 真摯に 向き合いながら聞く。
- ・会話の流れの中でお金の話を切り出し、情報を聞き取れるような工夫をする。
  - 健康状態の話から、医療費・入院費の経済的負担感
  - 家屋の環境状況の聴き取りから、家賃の話。
  - 食事内容の会話から、食費の話。等
- ・ただし、一度ですべてを聞こうとするのは禁物。

経済状況・収入額は、絶対に聞かなければならない項目ではない！  
聞けるタイミングがあった際の参考に・・・



# 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。

聞けていないことを発見できるという利点も！

「聞けてなかった！」という気づきを、今後のアセスメントに活かしましょう。

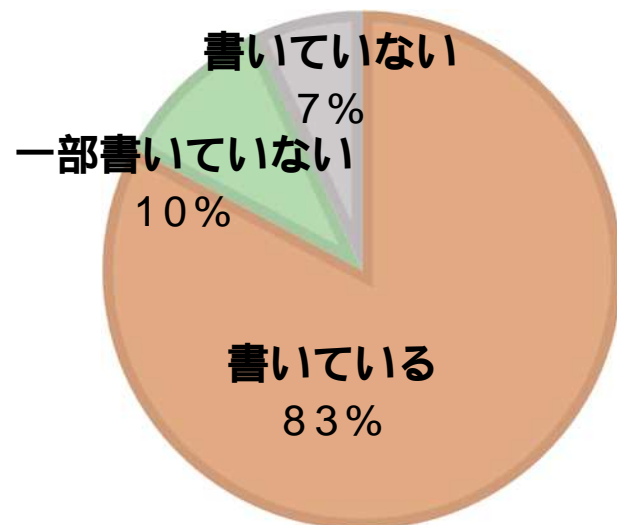
# アセスメントチェックシート

「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？



年々、記載できている割合が増えている

なぜ「強み」を書くの？

# アセスメントチェックシート

## なぜ「強み」を書くの？ 【支援マニュアルP27】

アセスメントにあたっては、利用者の心身の状態、生活環境、介護力等の各項目について観察されたネガティブな要素を、同じく観察されたポジティブな要素で好転させる必要があります。そのためには、利用者の良いところ、優れているところ、魅力的なところ、すなわち「**強さ**」を発見し、**働きかけを行うことが重要**です。「強さ」を伸ばしていくことによって、「困りごと」を軽減・解消しようという利用者の意欲が向上していきます。

## 「働きかけ」って何？

= ネガティブな要素をポジティブな要素(強み)で好転させること。

### 「強み」の活用方法の提案

例えば、「強み」=「維持・改善の要素、利点」を活かした目標設定ができると、ネガティブな要素をポジティブな要素に好転させることになるのでは？

# アセスメントチェックシート

## 「強み」を活かした目標設定(モデル事例)

【ADL】 問題・(困りごと)	膝が痛くて歩けなくて困る。
【ADL】 生活全般の解決すべき 課題(ニーズ)・(意欲)	膝に痛みなく歩けるようになりたい。

【維持・改善の要素、利点  
= 強み】

隣町に、連絡を取り合う  
友人がいる

【長期目標】  
長い距離を歩けるよ  
うになりたい

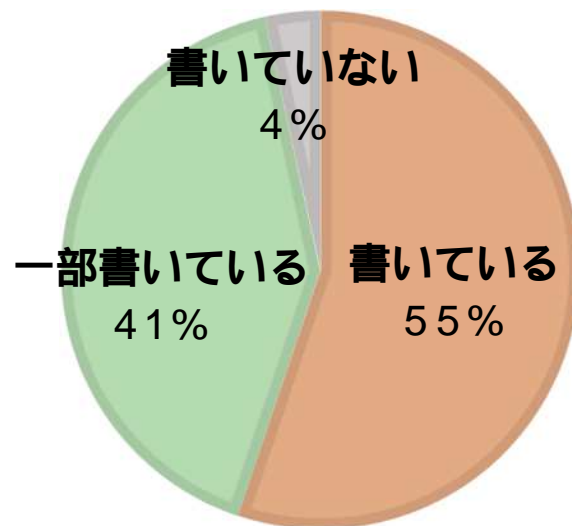
【長期目標】  
隣町にいる友人に、  
会いに行きたい

# アセスメントチェックシート

## 「困りごと」欄【支援マニュアルP79-80】

利用者の生活上の困りごとについて、利用者から「困る」というような趣旨の発言があった場合に、できるだけ利用者の言葉そのままに書きます。

## 現在の生活上の困りごとを書いていますか？



### ・未来や仮定の困りごとを書いていませんか？

未来や仮定の困りごとは、体の痛みなどの病気の症状や、なんとなく不安、という体の心配になりがち。

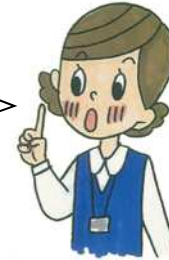
ニーズ、長期目標も生活意欲を引き出す内容になりにくい。

利用者の、現在の生活上の困りごと（〇〇ができてなくて困る。等）を聴き取るよう意識しましょう。

# アセスメントチェックシート

【支援マニュアルP80】

なぜ、生活上の困りごとでないといけないの？  
利用者によっては体の痛みを訴える人もいるわ。



体の痛みなどの症状を、ケアマネジャーは治してあげることができないでしょう。医療に繋ぐことは大事だけど、ケアマネジャーは利用者が今のその「症状」と付き合っ、どう生活していくかを支える専門職だから、「症状」があることで「生活上に支障をきたしていること」を発見して、それを少しでも軽減したり、解消したりしてあげることが重要な。だから、生活上の困りごとを聞いてほしいのよ。

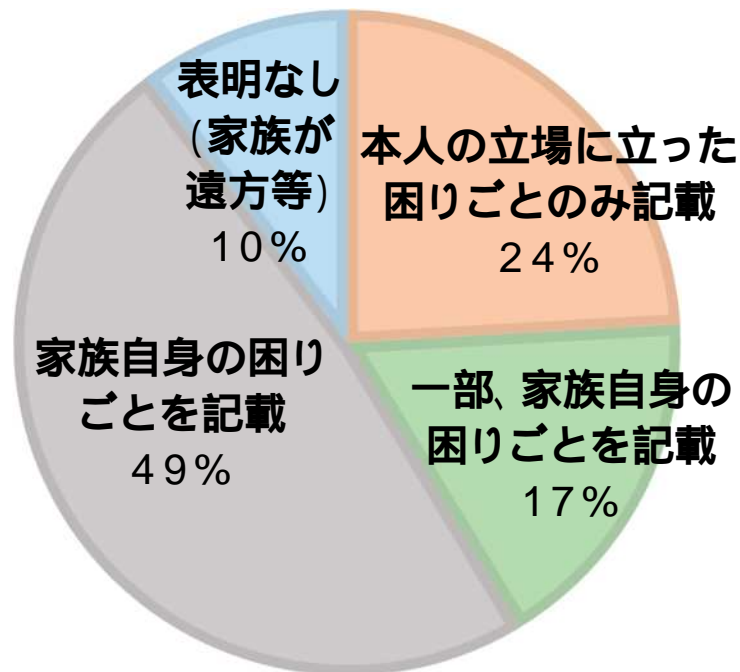
もちろん、症状がひどくて、症状の事しか考えられないという利用者もいるだろうから、「痛みがあって困る」という困りごとしか聞けなくてもかまわないわ。でも、生活上の困りごとを聞くということを意識しておいてね。

# 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)」欄に記載します。

・「利用者が表明した困りごと」と「家族が利用者の立場に立って考えた困りごと」が一致しないこともあるかもしれません。それも一つの発見と考えてください。

# アセスメントチェックシート

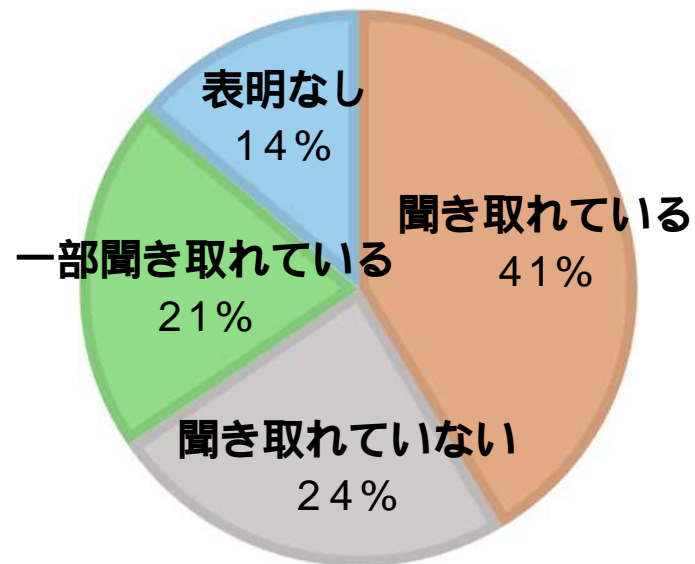
## 「ニーズ」欄【支援マニュアルP79】

困りごとを解消して、どうなりたいと思っているか。

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。

## 生活上のニーズ(意欲)が聞き取れていますか？

(病気の話になっていませんか?)



	医療モデル	生活モデル
困りごと	膝が痛くて困る	膝が痛くて歩けなくて困る
ニーズ	膝が痛くないようになりたい	膝の痛みなく歩けるようになりたい
長期目標	膝の痛みがとれる	隣町にいる友人に会いに行きたい
短期目標	定期的に受診する	週3回歩いて近くのスーパーまで行く



# アセスメントチェックシート

## 「優先順位」欄 【支援マニュアルP88】

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。関連しあうニーズをまとめ、利用者の意欲の強い順に優先順位を付けていきます。



ニーズの中で、「楽しい暮らし」をするために牽引役になるのはどれか、という視点で優先順位をつけていくのよ。

このニーズを達成するためなら、どんなことも利用者が頑張れる、と思うようなニーズを最優先にするといいわ。

生活意欲の表明されたニーズを、第2表に転記して目立たせ、利用者の意欲を向上させるような牽引役となるニーズにしましょう！

# 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。



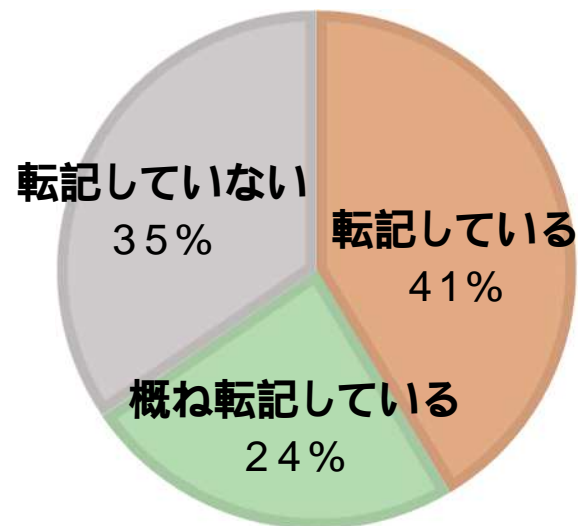
空欄になってしまった「理由」をケアマネジャー自身が理解して、今後どうアセスメントをしていくべきか  
「気づき」があれば、空欄があっても問題ないのよ。  
普段やっているアセスメントに不足がなかったかを確認するためのシートだから、単に空欄の有無だけで良し悪しを判断する必要はないの。

# 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。

## 転記しないと、もったいない！

(アセスメントチェックシートが無駄になってしまうかもしれません...)

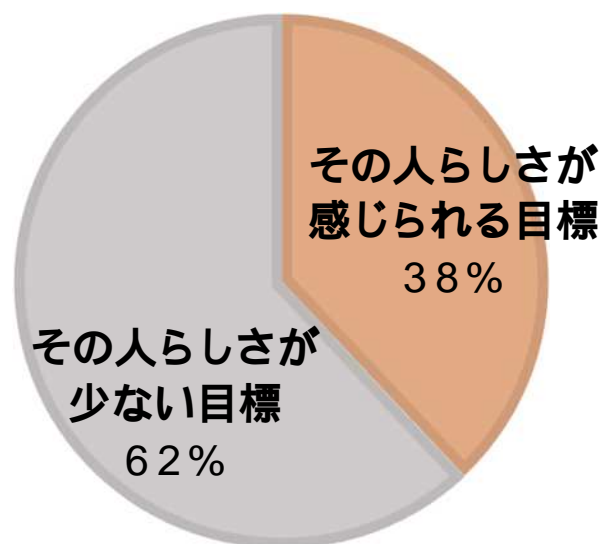
# ケアプラン第2表

「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？

= ニーズを達成したら実現する、利用者が望む暮らし



【ヒント】

- ・基本情報のポジティブな生活歴
- ・基本情報の趣味、好きなこと
- ・維持・改善の要素、利点
- ・優先順位で残らなかったニーズ

【ニーズを掘り下げる】= ケアマネによる働きかけ

- ・それはなぜですか？
- ・ニーズが実現したらどんな生活が広がっていますか？
- ・どんな生活がしたくて、そう思うのですか？

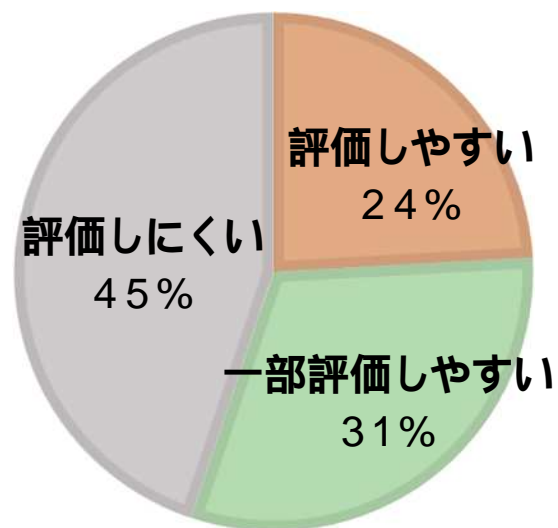
基本情報シート、アセスメントチェックシートで聞き取り整理した利用者の情報をフル活用し、実現可能な範囲で、利用者の「望む暮らし」を考えていきましょう！

# ケアプラン第2表

「短期目標」欄 【支援マニュアルP97】

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。

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】

- ・月に1回は外出の目的を作る
- ・食料品を自分で選んで購入し、サ高住の夕食と共に一日2食以上摂取する
- ・自宅庭を妻と同じペースで歩くことができる

# 八王子市における第1表の考え方

「利用者及び家族の生活に対する意向」と「課題分析の結果」に分けて記載する。

## 「利用者及び家族の生活に対する意向」

- ・必ず記載する
- ・誰の発言か区別する

# 八王子市における第1表の考え方

## 「利用者及び家族の生活に対する意向」

### 【アセスメントチェックシート】

作成日	平成	年	月	日	N. SATOモデル
作成者					
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)・(意欲)					優先順位
意欲： 本人 → 高・低・阻・失     家族 → 高・低・阻・失 対応： 進行中・検討中・未検討・困難・不要					
意欲： 本人 → 高・低・阻・失     家族 → 高・低・阻・失 対応： 進行中・検討中・未検討・困難・不要					

### 【第2表】

利用者名	殿		
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標		
	長期目標	(期間)	短

【第1表】アセスメントチェックシート及び第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、利用者・家族の言葉をそれぞれ区分し、要約して書きます。

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	
------------------------------	--

# 八王子市における第1表の考え方

八王子市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準に関する条例

第20条（7）

「介護支援専門員は、利用者の希望及び当該利用者についてのアセスメントの結果に基づき、当該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て、当該アセスメントにより把握された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、当該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、生活全般の課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、当該サービスの種類、内容及び利用料並びに当該サービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成すること。」

- ・ 八王子市においては、「課題分析の結果」の記載は必須ではない
- ・ 一方で、「課題分析の結果」を記載する利点はある  
= 利用者、家族の意向に対してケアマネがどう向き合っていくか、表明することができる。  
さらに、ケアチームに共有できる。



# 八王子市における第1表の考え方

「課題分析の結果」

= ケアマネが必要と判断した援助（ケアマネの見立て）  
 利用者の困りごとを解消してニーズを達成するために、  
 どのような援助が必要か、利用者や家族は何をするのか

【アセスメントチェックシート】

(自己点検支援マニュアルP.79～81参照)

問題・(困りごと)	
利用者 家族	
意見 (CM) 他)	
利用者 家族	
意見 (CM) 他)	

他職種からの意見を踏まえて、ケアマネが必要と判断した援助について、要約して第1表に記載



【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	
------------------------------	--

# ケアプラン第1表

## 「課題分析の結果」

### ケアマネが必要と判断した援助（ケアマネの見立て）

とはいえ・・・第1表は利用者や家族に見せるもの。  
利用者・家族が読んだ時に分かりやすく、前向きになれるような表現が  
好ましい。

喜ばれるケアプラン、  
「利用者のもの」としてのケアプラン

### 【好事例】

退院されてから2年以上経過し、奥様の熱心な栄養管理ができており、再発することなくご自分で身の回りのことをされ、自主トレも継続していらっしやいます。他者との交流機会を持つことや補助具を利用することにより行動範囲が広がり、生活意欲の向上につながると考えます。

# 本日の研修内容

第1部 ケアプラン点検の結果報告について

第2部 ニーズから、優先順位・長期目標を  
考えよう（グループワーク）

