

令和5年度 ケアプラン点検研修 第2回

令和6年(2024年)3月25日～3月31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 事例から学ぶ

「困りごと」「ニーズ」の導き方

ケアプラン点検 実施手法

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～令和4年度

- ・リモート形式による研修
- ・書面での点検(振り返りシート送付)

令和5年度

- ・リモート形式による研修
- ・対面(グループワーク)による点検＋書面での点検

令和5年度 実施概要

9月19日～9月25日 第1回研修

9月26日～10月20日 ケアプラン自己点検結果提出
(対象: 26事業所から各1名)

11月16日、17日 グループワークによる点検(10件)

11月上旬～12月中旬 介護保険課にて 書面での点検(16件)
(「振り返りシート」作成&発送)

3月25日～3月31日 第2回研修 (YouTube配信)

グループワーク

グループ構成 : 主マネ 2～3名、介護保険課職員 2名、
ケアプラン点検参加者 2名
(5グループ)

実施日 : 11月16日、17日(各日2時間)

点検件数 : 10件(各グループ2件)

振り返りシート(イメージ)

令和5年度 ケアプラン点検 振り返りシート		
居宅介護支援事業所〇〇〇〇〇 □□ □□ 様		
ケアプラン点検へのご参加、お疲れ様です。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		
八王子市介護保険課		
【基本情報シート】		
	適切な記述・好事例	保険者からの意見
受付日等		受付日・受付対応者・受付方法・相談者氏名・続柄・ については、初めて利用者を知った時の情報をそのまま す。上書きはしません。
家族情報・緊急連絡先	子の有無や夫婦の状況を聴き取り、詳しく記録することができます◎	
相談の経緯	担当することになった経緯が簡潔に記載されています◎	
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 取れた場合は、追記していきましょう。 (追記する場合、聴き取った日付も記入します。)

- ・ 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、改善できる箇所等についてコメント
- ・ ケアプラン自己点検の振り返りや今後のケアプラン作成のための資料

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26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

住居の状況	住居		戸建（平屋・2階建以上）・アパート・マンション・公営住宅（ ）階・他（ ）				
	エレベーター		無・有（ ）		所有形態 持ち家 ・ 借家		
	（間取図）						
	居室	専用居室	無・有（ ）畳	手すり	無・有		
		段差等	無・有（ ）				
		寝具	ふとん・ベッド・特殊寝台（ ）				
	便所	便器	和式・洋式・ウォシュレット		手すり	無・有	
		段差等	無・有（ ）				
	浴室	浴室	無・有	シャワー	無・有	手すり	無・有
		段差等	無・有（ ）				
特記事項							

生活状況	生活歴	
	趣味・好きなこと	
情報リテラシー（コンピュータ操作能力との関わり・活用状況等）		

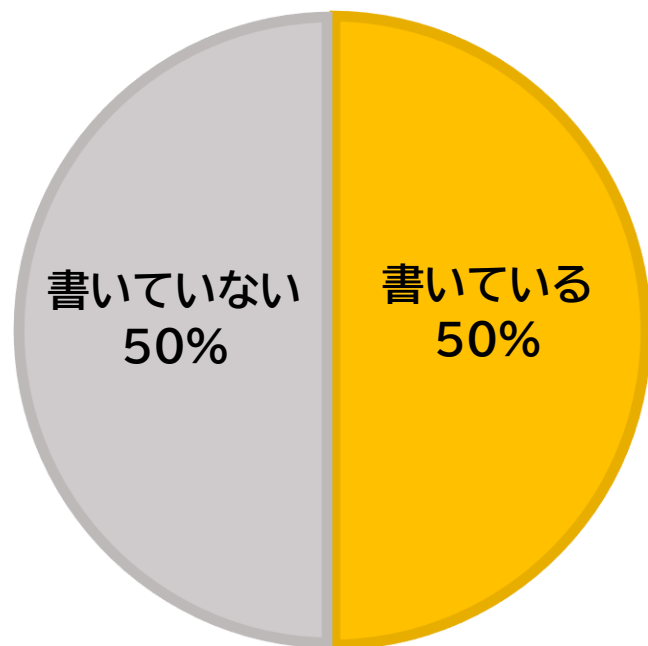
病歴	病名	発症時期	治療内容	受診状況	医療機関・主治医（連絡先）※意見書作成者に○
				／月・週	
				／月・週	
				／月・週	
				／月・週	
				／月・週	
				／月・週	
				／月・週	
	特記すべき事項（主治医の指示・本人の病識等）				

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

「職場の仲間とバンドを結成し、サックスを担当。アウトドアではゴルフが好きだった。現在は、近くの〇〇へ散歩を兼ねて毎日行くことが日課。自分で買い物に行き、食べたいパン屋お菓子を選ぶことが楽しみとなっている。」

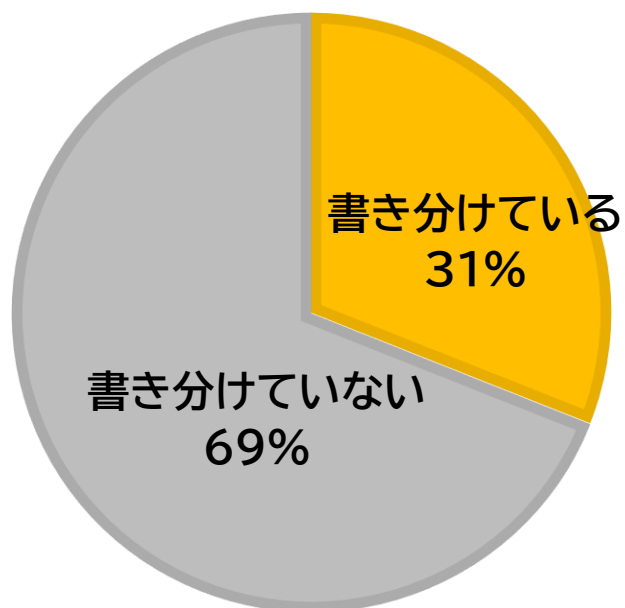
「定年後はフラダンスや民謡踊りに参加し、友人も多く旅行に出かけて楽しく過ごしていた。一軒先の友人とはいつも一緒に整形外科に通ったり、時々言い争いもあるようだが、お茶のみを楽しんでいる。」

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】

「フラダンスは続けている。以前は民謡踊り、洋裁(ミシン)、和裁、水泳等」

「毎日体を動かす事が好きだった。2万歩歩いていたが最近は歩かなくなっている。最近は昭和歌謡を聞いている。」

「元気だったころ:旅行
現在:お風呂が好き、食べることが好き」

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

		状 態	問 題（・困りごと）	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）（・意欲）	優先順位
U N D E R S T A N D I N G	視 力	問題無・はっきり見えない・殆ど見えない（ ）	利用 者		
	聴 力	問題無・はっきり聞こえない・殆ど聞こえない（ ）	家 族		
U N D E R S T A N D I N G	言 語	問題無・問題有（ ）	意 見		
	維持・改善の要素、利点				
U N D E R S T A N D I N G	主 疾		利用 者		
	口 腔 状		家 族		
U N D E R S T A N D I N G	食 事 摂		意 見		
	栄 養 状		他		
U N D E R S T A N D I N G	麻 痺・拘 縮		利用 者		
	褥 瘡・皮膚疾患		家 族		
U N D E R S T A N D I N G	排 泄		意 見		
	維持・改善の要素、利点				
U N D E R S T A N D I N G	食 事		利用 者		
	排 泄		家 族		
U N D E R S T A N D I N G	入 浴		意 見		
	更 衣・整 容		他		
U N D E R S T A N D I N G	寝 返 り		利用 者		
	起 上 が り		家 族		
U N D E R S T A N D I N G	移 乗		意 見		
	歩 行		他		
U N D E R S T A N D I N G	使 用 機 器		利用 者		
	維持・改善の要素、利点				
U N D E R S T A N D I N G	買 物		利用 者		
	飲 立		家 族		
U N D E R S T A N D I N G	調理と片付け		意 見		
	火 気 管 理		他		
U N D E R S T A N D I N G	服 薬 状 況		利用 者		
	住 環 境		家 族		
U N D E R S T A N D I N G	維持・改善の要素、利点		意 見		
	認 知 障 害		利用 者		
U N D E R S T A N D I N G	意 思 決 定		家 族		
	情 緒・情 動		意 見		
U N D E R S T A N D I N G	行 動 障 害		他		
	精 神 症 状		利用 者		
U N D E R S T A N D I N G	維持・改善の要素、利点		家 族		
	介 護 提 供		意 見		
U N D E R S T A N D I N G	介護者の健康		利用 者		
	介護者の負担感		家 族		
U N D E R S T A N D I N G	維持・改善の要素、利点		意 見		
	社 会 参 加		利用 者		
U N D E R S T A N D I N G	対 人 交 流		家 族		
	維持・改善の要素、利点		意 見		
U N D E R S T A N D I N G	維持・改善の要素、利点		利用 者		
	維持・改善の要素、利点		家 族		
U N D E R S T A N D I N G	維持・改善の要素、利点		意 見		
	維持・改善の要素、利点		他		

優先順位

アセスメントチェックシート

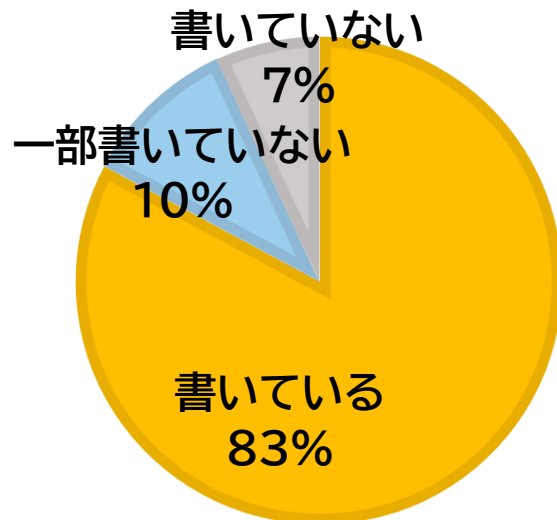
「維持・改善の要素、利点」欄【支援マニュアルP73～77】



「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？



強みに加え、利用者の状態・状況を記載している

⇒「強み」＝「利用者が持っている力」に絞って記載しましょう！

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】

好事例

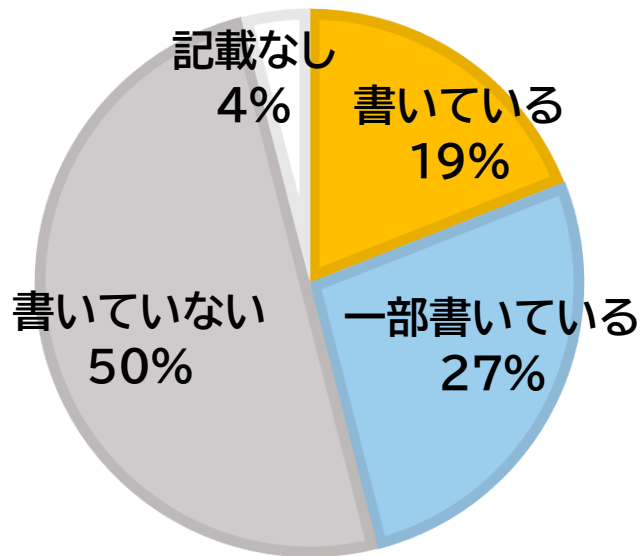
項目	維持・改善の要素、利点
コミュニケーション	・自分の希望や困りごとなど、時間をかけても一生懸命伝えることができる。 ・いつもにこにこしている。
IADL	・妻が行う家事に労いの気持ちがあり、一緒に家事を行いたいという意欲がある。 ・料理が大好きで自分で作ろうとしている。
認知と行動	・何事にも正確に答えることができる。 ・感謝の気持ちを伝えることができる。 ・孫やひ孫が部屋に来ると、うれしくて笑顔になる。
介護力	・常に見守り、付き添ってくれる家族がいる。

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。

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】

- ・歩けなくなったら困る。
- ・出来ることが少なくなったら困る。 ⇒ 仮定
- ・デイに行けなくなったら困る。
- ・身体の節々が痛くて困る。 ⇒ 病気のこと
- ・病気が再発したら困る。 ⇒ 病気のこと & 仮定

利用者の、現在の生活上の困りごと（〇〇ができなくて困る。等）を聞き取ってほしい！！

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】

- ・歩けなくなったら困る。
- ・出来ることが少なくなったら困る。
- ・デイに行けなくなったら困る。

現在困っている
ことは？

⇒ 仮定

- ・身体の節々が痛くて困る。

⇒ 病気のこと

- ・病気が再発したら困る。

⇒ 病気のこと&仮定

生活するうえで支障を
きたしてることは？

利用者の、現在の生活上の困りごとを
聞き取ってほしい！！

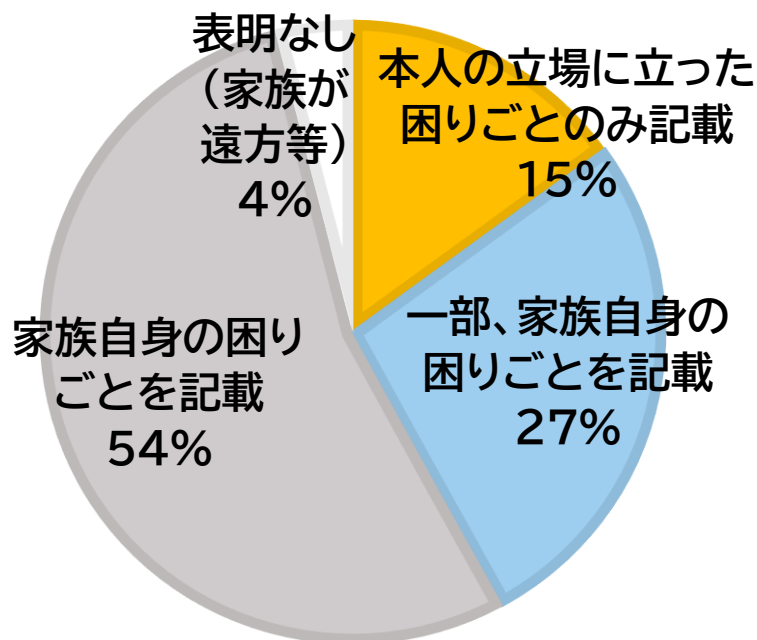
(等)を

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。

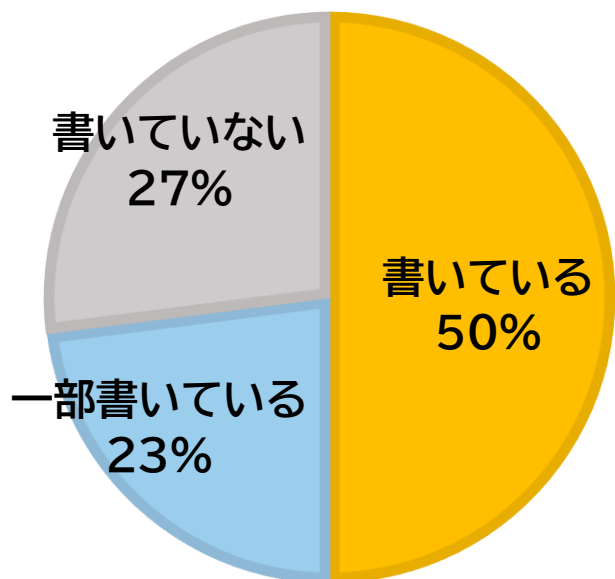
・「利用者が表明した困りごと」と「家族が利用者の立場に立って考えた困りごと」が一致しないこともあるかもしれません。
それも一つの発見と考えてください。

アセスメントチェックシート

「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。

「困りごと」に対応した、具体的な支援内容を書いていますか？



・専門職として気が付いたことを書くのも必要なことですが、利用者の困りごとを解消するためには、どんな援助が必要なのか、利用者にどんなことをしてもらうことが必要なのか、検討するようにしてください。

・具体的なサービス種別は書かない。

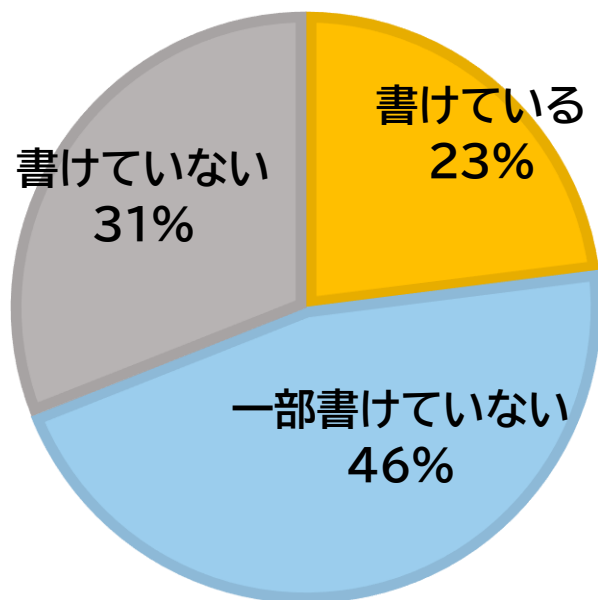
アセスメントチェックシート

「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。

困りごとに対応した、生活上のニーズ(意欲)が書いていますか？



・長期目標のような、望む暮らしを記載している。

【例】娘と自宅で暮らし続けたい

・困りごととニーズが対応していない。

【例】困りごと「一人で外出できなくて困る」
⇒ニーズ「家での生活を続けたい」

アセスメントチェックシート

「ニーズ」欄 【支援マニュアルP97】

好事例

困りごと	ニーズ
家事が出来なくて困る。	スムーズに動けるようになって、家事の分担ができるようになりたい。
1人で出かけられなくて困る。 料理をしたいが全部は出来ない。	自分で買い物や料理をしたい。
床から立ち上がれなくて困る。	人に介助されずに自分で動きたい。

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。

- ・困りごととニーズの記載がある項目に順位がついていない。
- ・ニーズの記載がないのに順位がついている。
- ・ニーズ全てに順位がついている(まとめられていない)。
- ・「～と関連」とまとめすぎて、楽しい暮らしを牽引するニーズが埋もれてしまっている。

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】

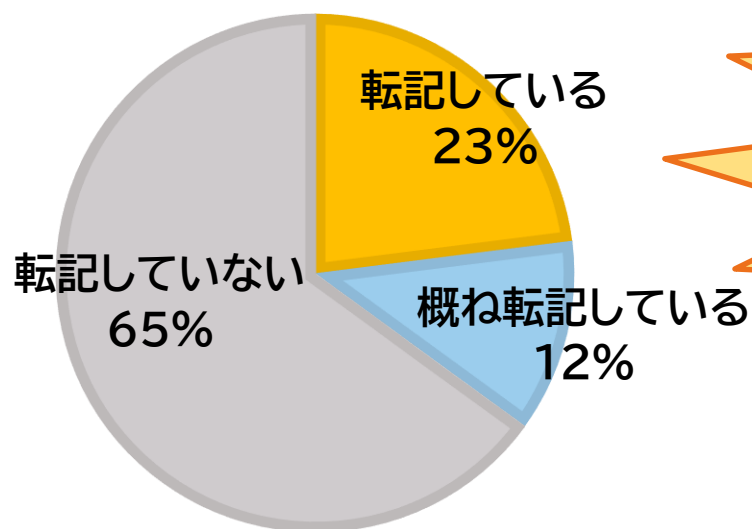
- ・ニーズの中で、楽しみのある幸せな暮らしを送るために、**最も利用者の生活を活性化させると考えられるニーズ**（牽引役のニーズ）はどれか？
- ・このニーズを達成するためなら、**どんなことも利用者が頑張れる**、と思うようなニーズを最優先に。
- ・根っこが同じで、解決方法も同じならば、「～と関連」とまとめる。

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？



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…)

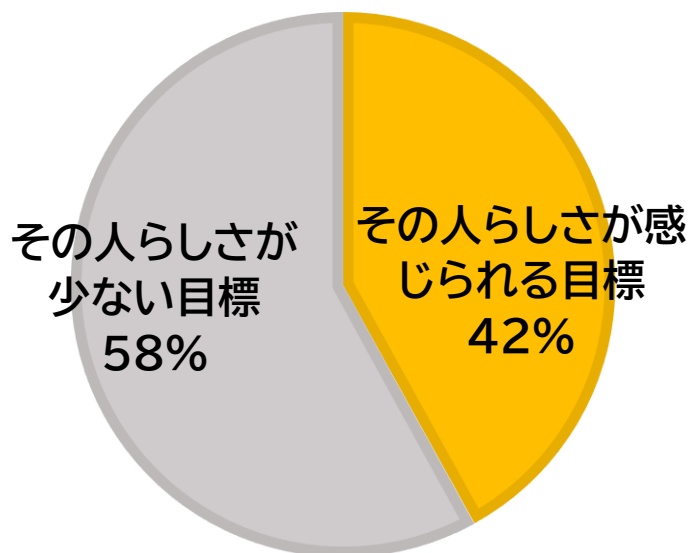
ケアプラン第2表

「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

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

「長期目標」欄 【支援マニュアルP95】

好事例

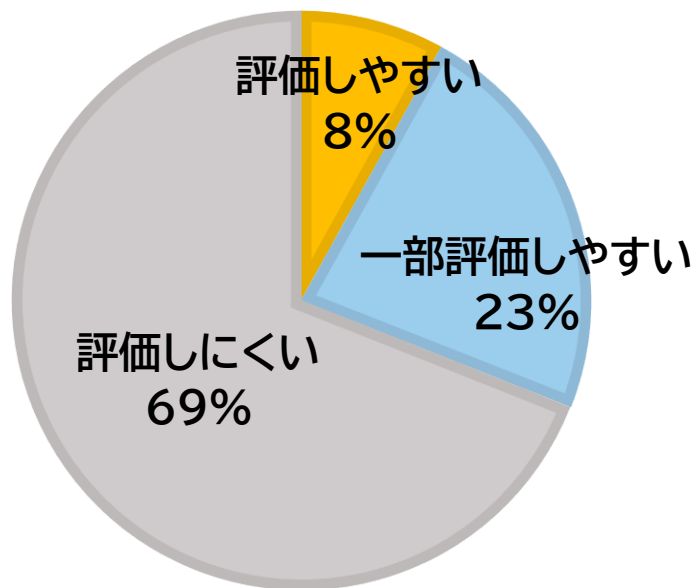
- ・ネイルやお洒落をして友人と出かけて楽しく過ごす。
- ・僕が作った野菜を家族や友人に食べてもらいたい。
- ・庭に出て金魚の餌やりや花を見に行くことができる。
- ・公共の乗り物を使って娘さんとショッピングにでかけられる生活が送れる。
- ・好きな料理、おいしい料理を楽しみながら食べることができる。

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？



評価しにくい△	評価しやすい○
清潔を保つ	週に2回お風呂に入る
体調を維持する	月に1回受診する
筋力の低下を防止する	近くのスーパーまで歩く
しっかりと栄養をとる	1日2回以上食事する

ケアプラン第2表

参加者共通・参考資料（居宅サービス計画書2表）

利用者名 殿

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、个性的で楽しい・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					

ケアプラン点検で見えた傾向と課題

利用者の状況や状態はよく聞き取れている！記入もできている！

しかし・・・

生活上の困りごとやニーズを引き出すことが苦手・・・

それにより、順位付けも・・・

⇒ 生活上の困りごと、ニーズをどう引き出し、記載するか。

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 事例から学ぶ

「困りごと」「ニーズ」の導き方

研修の進め方

＜準備していただくもの＞

- 高尾三郎さんの基本情報シート
- 前回のアセスメントチェックシート
- 更新時のアセスメントチェックシート

研修の進め方

<研修の進め方>

- 再アセスメントの場면을動画で見させていただきます
- まずは、アセスメントチェックシートの左側の3つの状態欄について聴き取ります
 - 健康状態
 - ADL
 - IADL

研修の進め方

すでに情報は入っておりますが、皆様は動画を見ながら必要なことがありましたら状態欄に追記やメモをしてください

研修の進め方

状態欄が聞き終わりましたら、問題（困りごと）
そして生活全般の解決すべきニーズの聞き取りを
行います

研修の進め方

ニーズが生まれたら、

- 関連
- 統合
- 優先順位

を考える

研修の進め方

優先順位 1 位のニーズより ケアプラン 2 表の
長期目標を考える

事例の設定

<高尾三郎さん>

73歳 男性 奥様と二人暮らし

疾病：脳梗塞後遺症、高血圧

令和6年2月より更新となり、要介護2→要介護1

- ・再アセスメント
- ・ケアプラン原案作成

の為、1月中に自宅へ訪問し本人、妻より話を伺う

解説 ①

利用者の状態を8つの項目に分け

順に確認していく

出来ること、出来ないこと、ストレングスを明らかに

解説 ①

次に、生活する上で
困っていること、解決したいこと
があるか確認していきます

(生活上の困りごと)

〇〇で困る

解説 ①

そして、その問題、困りごと
解決したいこと、得意なことを生かしながら
頑張っていきたいこと、意向（ニーズ）に
転換させていく

〇〇したい・・・という意欲

ワーク

- 健康状態
- ADL
- IADL

○利用者、家族の問題（困りごと）欄に記入

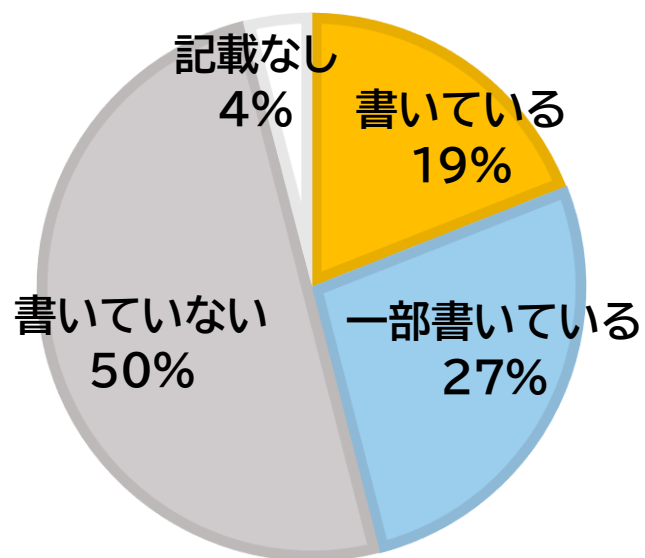
○生活全般の解決すべき課題（ニーズ）欄に記入

解説 ②

「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。

解説 ②

「困りごと」欄【支援マニュアルP79-80】

- ・歩けなくなったら困る。
- ・出来ることが少なくなったら困る。 ⇒ 仮定
- ・デイに行けなくなったら困る。
- ・身体の節々が痛くて困る。 ⇒ 病気のこと
- ・病気が再発したら困る。 ⇒ 病気のこと & 仮定

利用者の、現在の生活上の困りごと（〇〇ができなくて困る。等）を聞き取ってほしい！！

解説 ②

- 問題、困りごとを聞きながら、意欲、意向も聞き取っている
- 未来や過程の困りごとではなく、生活上の困りごと
- 会話の中から〇〇で困ると転換させていく
- 会話の中から〇〇したいと転換させていく

＜アセスメントチェックシートの構造＞

- 問題、困りごと→医師、専門職の意見
CMの意見
- ニーズを確定していく

解説 ②

＜健康状態 欄＞

		問 題 ・(困りごと)	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)・(意欲)	優先 順位
健 康 状 態	利用者	食欲がないことがあって、ご飯が食べられなくて困る。	しっかりご飯を食べたい。	
	家 族	体調が悪いと食事量が減ったり、食べられなくて困る。(妻)	しっかり栄養がよい食事をしてほしい。(妻)	
	意 見	CM) 体調がすぐれないと食事量が減ってしまうことがある。 しっかりと栄養がとれるように、体調管理や食事量の確認をしていく必要がある。	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	
		他) (医師) 日によって体調の変化がみられる。食事量を維持し、栄養をとることが必要。血圧は服薬によって安定している。		

解説 ②

<ADL 欄>

	問 題 ・(困りごと)	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)・(意欲)	優先 順位
A D L	利用者 ちょっとした段差でも躓いてしまい困る。	躓かないように歩きたい。	
	家 族 躓くことがあり、歩きにくそうにしていることがある。(妻)	転ばないように、躓かないように歩いて欲しい。(妻)	
	CM) 筋力、体力の維持のための支援が必要。 また、家で転倒なく移動できるような支援が必要。	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	
	意 見 他) (医師)筋力が落ちないように、できるだけ体を動かすことが必要。		

解説 ②

<IADL 欄>

		問 題 ・(困りごと)	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)・(意欲)	優先 順位
I A D L	利用者	近くのコンビニにしか行けなくて困る。	少し離れたところに1人で出かけた。	
	家 族	時々薬を飲み忘れることがあって困る。外に出る機会が減ることがあって困る。(妻)	忘れずに薬を飲んでほしい。1人で外出してもらいたい。(妻)	
	意 見	CM) 日常生活は妻のおかげでなんとか出来ている。できることを増やしていけるよう支援が必要。 他)	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	

解説 ②

<関連・統合・優先順位>

- 根っこが同じ
- 解決方法や目標が同じ
- 関連したものをどちらに統合させるか
- 優先順位を考える

<優先順位のポイント>

- ニーズの中で楽しみのある幸せな暮らし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もの
- 今、頑張っていきたいこと
- 何を解決したいと思っているか

ニーズの関連、統合、優先順位を考える

解説 ③

ニーズを大きく分けると4つある

- つまずかないように歩く
- 1人で出かけること
- 食事のこと
- 薬のこと

解説 ③

関連、統合したことにより 2つのニーズに分けられた

- 「少し離れたところに1人で出かけたい」
(ADL、**IADL**、社会交流)
- 「しっかりご飯を食べたい」
(**健康状態**)

<優先順位>

「少し離れたところに1人で出かけたい」

解説 ④

参加者共通・参考資料（居宅サービス計画書2表）

利用者名 殿

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					

解説 ④

<ケアプラン2表～長期目標>

- ① そのニーズはどの項目を関連して生まれたニーズなのか
- ② 基本情報の生活歴、趣味、好きな事
- ③ 維持・改善要素、利点のストレングス
- ④ 優先順位に残らなかったその他のニーズ

解説 ④

<ケアプラン2表～長期目標>

- ① そのニーズはどの項目を関連して生まれたニーズなのか

「少し離れたところに1人で出かけたい」

- IADL欄、ADL欄、社会交流欄を関連させ、IADL欄に統合

「しっかりごはんをたべたい」

- 健康状態欄

<ケアプラン2表～長期目標>

② 基本情報の生活歴、趣味、好きな事

- 旅行、ゴルフ、アウトドア、キャンプなど昔、楽しんでいた趣味。

今は、買い物、映画鑑賞、そして子供たちやお孫さんと遊ぶことが生きがい

解説 ④

<ケアプラン2表～長期目標>

③ 維持・改善要素、利点のストレングス

状態欄	維持・改善要素、利点
コミュニケーション	人と話すことが好き
健康状態	前向きな気持ちを持っている
ADL	自分でやろうという気持ちがある
IADL	家事を自分ができる範囲で手伝っている 妻の料理はなんでもおいしく食べることができる
介護力	協力的な家族がいる 家族関係は良好、通院の付き添ってくれる

解説 ④

<ケアプラン2表～長期目標>

④ 優先順位に残らなかったその他のニーズ

状態欄	優先順位に残らなかった ニーズ
健康状態	しっかり栄養がいい食事をしてほしい（妻）
ADL	躓かないように歩きたい 転ばないように躓かないように歩いてほしい（妻）
IADL	忘れずに薬を飲んでほしい（妻）
社会交流	昔の友人に会いに行きたい いろいろな人と交流してほしい（妻）

まとめ

～ケアプラン点検アンケートより～

- 再度アセスメントを行った後にケアプランを作り直す
とより本人に寄り添ったケアプランになることが分
かった
- 自分が聴き取りにくいと思っている所が実は確認して
くことが重要ということが気づけた
- ケアプランは難しいことではなく、日常の小さなもの
でも本人のやりたいこと、思うことを入れることが大
事ということが認識できた

まとめ

お疲れ様でした！

