

⑭ ケアマネジメントに必要な
基礎知識及び技術
「居宅サービス計画等の作成」

はじめに

- 本科目は複数のチャプターに分かれています。都道府県・研修実施機関の指示・指定に従ってチャプターを順次、受講してください。
- 複数のチャプターを受講後、表示される中間テストを受けます。
- 都道府県・研修実施機関が指示・指定した全チャプターが終わった段階で、終了時の確認テストを行います。
- 確認テストが終了したら、研修記録シートに記録をして本科目の受講は終わりとなります。

※研修記録シートなど修了評価に係る事項、演習に係る事項については都道府県・研修実施機関の指示・指定に従って対応するようにしてください。

※チャプターの途中で受講をやめて再開することはできません。何らかの都合で中断する場合には、再度受講して頂く事になります。

それでは講義を始めます

【本資料の出典等に関する留意事項】

本資料は一般社団法人日本介護支援専門員協会、一般財団法人長寿社会開発センターが発行している法定研修テキスト（「二訂介護支援専門員研修テキスト」、「七訂介護支援専門員実務研修テキスト」）を参考に作成を行っています。

本科目の構成

- 本科目の構成は以下のとおりです。

Eラーニング	内容
●	(1) 本科目の目的、修得目標の確認
●	(2)居宅サービス計画等の作成① ① 居宅サービス計画の意義と目的 ② 利用者・家族の意向の把握 ③ 総合的援助の方針
●	(3)居宅サービス計画等の作成② ① 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の整理 ② 長期目標と短期目標の設定
●	(4)居宅サービス計画等の作成③ ① 社会資源の説明 ② 個別サービス計画の作成 ③ 利用者・家族が合意できる居宅サービス計画

本科目の目的、修得目標の確認

本科目の目的

- 本科目の目的は以下のとおりです。

- 利用者及び家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針を記載するに当たっての留意点の理解を目指します
- アセスメントから導いたニーズを解決するための視点と達成するための目標の関係についての理解を目指します
- インフォーマルサービスも含めた社会資源の種類及び内容を理解するとともに、インフォーマルサービスの活用も含めた居宅サービス計画等を作成する方法の理解を目指します
- 保健医療サービス利用時の主治医等からの意見収集、リハビリテーション専門職からの意見収集など、多職種との連携に当たっての留意点の理解を目指します
- 訪問介護計画等の個別サービス計画は、居宅サービス計画に記載したニーズや目標に基づいて作成され、利用者を支援するサービス提供につながっていくものであることから、居宅サービス計画との連動の重要性を理解するとともに、個別サービスの計画につながる目標の立て方等の修得を目指します

修得目標

- 本科目の修得目標は以下のとおりです。

- 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解決に向けた目標の設定を実施できる
- 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）を位置付けることができる
- ⑥生活目標に応じた必要なサービスを判断できる
- ⑦生活目標を達成するための期間の設定を判断できる
- ⑧利用者、家族が合意できる居宅サービス計画書の作成を実施できる
- 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

修得目標



【個人ワーク】
10分

- 各目標の、現時点での自分の理解度を振り返り、本科目でどのようなことを学びたいか言葉にしてみましょう。

- 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解決に向けた目標の設定を実施できる
- 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）を位置付けることができる
- ⑥生活目標に応じた必要なサービスを判断できる
- ⑦生活目標を達成するための期間の設定を判断できる
- ⑧利用者、家族が合意できる居宅サービス計画書の作成を実施できる
- 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

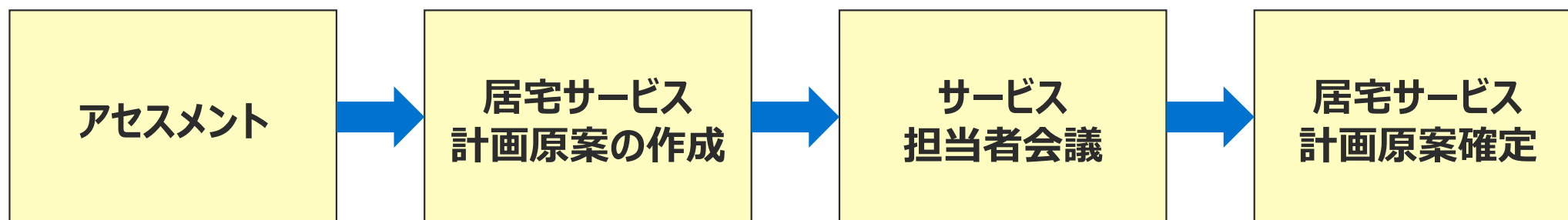
居宅サービス計画等の作成①

1. 居宅サービス計画の意義と目的

(1) 居宅サービス計画原案作成の意義

- 居宅サービス計画は、利用者・家族の生活ニーズを解決し、利用者・家族の望む暮らしを実現するために作成されるものです。
- 居宅サービス計画原案は、利用者がサービスを利用しはじめる前に検討する計画のたたき台のことで、サービス担当者会議において、利用者・家族、そして、多職種の検討に付されるため原案と呼ばれています。
- アセスメントから居宅サービス計画原案が確定するまでは、おおむね以下のようなケアマネジメントが進行します。

アセスメントから居宅サービス計画原案の確定まで



1. 居宅サービス計画の意義と目的

(2) 居宅サービス計画における様式

- 居宅サービス計画に用いられるのは、以下の7様式です。

居宅サービス計画の様式

第1表	居宅サービス計画書（1）
第2表	居宅サービス計画書（2）
第3表	週間サービス計画表
第4表	サービス担当者会議の要点
第5表	居宅介護支援経過
第6表	サービス利用票（兼居宅サービス計画）
第7表	サービス利用票別表

1. 居宅サービス計画の意義と目的

(3) 居宅サービス計画原案作成の目的

- 居宅サービス計画原案を作成する基本的な目的は、以下のようになります。原案として作成した居宅サービス計画は、サービス担当者会議における話し合いを通して、①～⑤のポイントについて同意されることにより、利用者が署名・捺印し、確定したものとなります。

居宅サービス計画原案作成の目的

- 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を提案・確認する
- 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

1. 居宅サービス計画の意義と目的

(4) 重層的なケアマネジメントプロセスの進行

- ケアマネジメントプロセスは独立したものではなく、重層的に進行します。居宅サービス計画原案は、利用者・家族、そして、介護支援専門員をはじめとした多職種によって作成されます。
- 居宅サービス計画原案は、サービス担当者会議の出席者である多職種の専門的な意見を取り入れてつくられていきます。
- 何よりも大切なことは、利用者・家族が主体的に計画づくりに参加することです。それには、介護支援専門員が、多職種から収集した専門的な意見を、利用者・家族に理解できるように伝えることが必要です。

2. 利用者・家族の意向の把握

(1) 利用者・家族の現状をとらえる (1 / 3)

- 利用者・家族は、要介護状態になったことで、さまざまな困りごとを抱えています。介護支援専門員は、利用者・家族の現在の状況を把握し、利用者・家族が望む生活に近づけていくための手段を居宅サービス計画原案にまとめていきます。
- このとき、利用者の「できなくなったこと」にサービス利用をあてはめるのではなく、利用者自身がより自立的で尊厳が保たれ、生活の質が向上していく姿をイメージできるようにしていくことを目指します。

2. 利用者・家族の意向の把握

(1) 利用者・家族の現状をとらえる (2/3)

- 利用者の生活がよくなるとは、以下のようなイメージであると考えられます。

利用者の生活がよくなるとは

- ① 利用者自身もっている力を発揮でき、自立した生活を送ることができる
- ② 利用者自身の尊厳が保たれた生活を送ることができる (その人らしい暮らしができる)
- ③ 要介護状態になるまで送ってきた生活が、要介護状態になっても継続できる
- ④ 利用者の要介護状態をこれ以上悪化させる要因 (リスク) が起こらないような生活を送ることができる

2. 利用者・家族の意向の把握

(1) 利用者・家族の現状をとらえる (3 / 3)

- 要介護状態になったということは、身体面、精神面、社会面など、さまざまな生活機能上で自立できないことがあるということです。
- 要介護状態になると、利用者の多くは、「家族に迷惑をかけて申し訳ない」と話し、「自分のことは自分でしたい」というような気持ちを表出します。
- しかし、元気な人であっても、家族や社会とのかかわりのなかで、その助けなしに生きているわけではありません。家族や友人、仕事仲間、近隣住民といった人間関係に助けられながら、そして、公的な役所のサービスなどを日常的に利用しながら、自分の意向を実現し、生活の質を高めていこうとしています。

2. 利用者・家族の意向の把握

(2) ニーズの整理 (1 / 2)

- 要介護状態になると、利用者の努力や家族の協力だけでは解決できない状況になっています。自分が何に困っているのか、その困りごとを解決するために何が必要なのかというニーズの整理は難しく、そのニーズを解決するうえで有効なサービスという発想を持つこともできないかもしれません。
- 介護支援専門員は、保健・医療・介護・福祉など多様なサービスが地域にはあり、利用者・家族の意向に合わせた利用が可能なことをわかりやすく説明する必要があります。

2. 利用者・家族の意向の把握

(2) ニーズの整理 (2/2)

- 利用者・家族自身が、自分の困りごとを整理したうえで、支援を受けることになる複数の異なった担当者と交渉し、生活に合わせた調和のとれた計画を立てることは困難です。
- セルフケアプランといって、自分で居宅サービス計画を立てることができる人もいますが、一般には、ケアマネジメントを専門に担う介護支援専門員を必要とします。
- したがって、介護支援専門員が利用者・家族と協働し、利用者・家族の意向の実現を明確にした結果が居宅サービス計画書だといえます。

2. 利用者・家族の意向の把握

(3) 利用者の主体性を支える (1 / 2)

- 居宅サービス計画は、利用者が「自ら必要とするサービスを選択する」という利用者の主体性を支えるための道具でもあります。
- どのような支援を、何のために、どれだけ、どのように活用するのかを明文化したものであり、これは社会資源活用に関する利用者と介護支援専門員との約束事、契約内容を示すものになります。

2. 利用者・家族の意向の把握

(3) 利用者の主体性を支える (2 / 2)

- 居宅サービス計画は、利用者を支える社会資源と介護支援専門員との間で交わされる約束事でもあります。
- サービスを提供する事業者やインフォーマルな支援者が、それぞれに何を目的として、どのように役割分担を行うのかを明文化したものにになります。居宅サービス計画が示されることで、利用者の生活全体の支援、役割分担が明らかとなり、同じニーズ、目標に向かってチームで支援することができるのです。

2. 利用者・家族の意向の把握

(4) ニーズの明確化 (1/2)

- アセスメントで、介護支援専門員は、利用者・家族が現状をどの程度、理解しているのかを把握し、利用者・家族に対して理解を促すように働きかけながら、ニーズを明らかにします。
- また、主訴の把握にとどまらず、利用者・家族の意向を絶えず確認することが大切です。
- 介護支援専門員が、アセスメントを利用者・家族と協働で行うことで、現状の理解が進みます。また、医療面の将来の予測を主治医等から受けることによって、その後の生活に起こるであろう状態の変化や今解決すべきニーズが明確になります。

2. 利用者・家族の意向の把握

(4) ニーズの明確化 (2/2)

- 利用者の意向の把握は、望むくらしと生活の継続性を把握するために、主訴だけで判断せず、生活歴の聴取と利用者理解が必要です。
- 生活の目標の設定については、利用者の自己像の共有と利用者自身の語り、言葉の理解をした上で、整理し、利用者自身の言葉にならない時は、提案をします。
- 家族の意向の把握は、利用者への思いと家族自身の利用者理解を踏まえ、家族自身が置かれている状況の理解も必要です。

3. 総合的な援助の方針

(1) 第1表 居宅サービス計画書 (1) (1/2)

- 利用者・家族の意向の確認ができた後に、利用者・家族を中心としたケアチームの総合的な援助の方針を整理することになります。
- 利用者・家族の意向・生活の目標をどのように実現していくのか、その後どのようなリスクが予測されるのか、悪化を防ぐにはどのような生活を送り、どのような支援をするのかを協議したうえで文章化することになります。

3. 総合的な援助の方針

(1) 第1表 居宅サービス計画書(1) (2/3)

- 「総合的な援助の方針」は、具体的な支援内容やサービス種別を記入する「第2表 居宅サービス計画書(2)」を、そのまま記載するのではなく、特に重要な支援内容やチームの方針を文章化するものです。

第1表		居宅サービス計画書(1)		作成年月日		年 月 日	
		初回・紹介・継続		認定済		申請中	
利用者名		殿		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・事業所名及び所在地							
居宅サービス計画作成(変更)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 ~ 年 月 日	
要介護状態区分		要介護1		要介護2		要介護3	
要介護4		要介護5					
利用者及び家族の生活に対する意向							
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定							
総合的な援助の方針							
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2.家族等が障害、疾病等 3.その他()						

3. 総合的な援助の方針

(1) 第1表 居宅サービス計画書 (1) (3/3)

- 総合的な援助の方針は、生活の目標の実現のためのものであり、支援チームの合意形成と支援チーム全体が共有する理念を含む援助の指針を具体的に明らかにした上で記載することを理解することが重要です。
- 利用者が納得しない課題、もしくは解決策がない課題など残された課題も整理し、説明できるように、総合的な援助の方針に書き加え、忘れないように意識化し、居宅サービス計画の見直し時に再度検討します。
- ターミナルケアや認知症などでリスクが高い独居の場合等は、緊急時の連絡体制等を記載することもあります。

3. 総合的な援助の方針

(2) 第2表 居宅サービス計画書 (2) (1/2)

- 居宅サービス計画書 (2) には、利用者・家族と合意されたニーズや目標にそった計画が記載されることとなります。

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				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 「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。

3. 総合的な援助の方針

(2) 第2表 居宅サービス計画書 (2) (2/2)

- 最初は利用者・家族が理解できない場合や納得できない場合もあります。そういう場合は、専門職として「第1表 居宅サービス計画書 (1)」の「総合的な援助の方針」の最後に、今後の課題として、残された内容を記載しておく、次の居宅サービス計画見直し時に向けて、忘れずに提案ができます。
- 介護支援専門員は、具体的な支援内容と短期目標の案が決まった段階で、複数のサービス事業者や施設の提案ができるように進めていきます。
- 同じサービスでも、地域には多くの事業者や施設があります。それぞれの特徴やメリット・デメリットなどについて、利用者が選択しやすいように、情報を整理し、説明することが重要です。

振り返り



【個人ワーク】
15分

- ここまで、「居宅サービス計画等の作成①」について学んできました。

【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
 - ✓ 居宅サービス計画作成の意義と目的
 - ✓ 利用者・家族の意向把握時のポイント
 - ✓ 総合的な援助の方針の整理方法
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

居宅サービス計画等の作成②

1. 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の整理

- アセスメントの結果導き出されたニーズを利用者・家族とともに整理し、同意形成を図り、優先順位をつけます。
- 優先順位をつけるときは、専門的判断のほかに、利用者の行動習慣や性格、社会的役割（仕事、家庭、地域等）などの個別化を図るようにします。
- 自立支援を目指した居宅サービス計画を作成するために、生活の目標を実現するニーズが記載されている必要があります。

2. 長期目標と短期目標の設定

- ニーズの整理ができたところで、次は、居宅サービス計画を実際に動かしていくための目標の設定が必要になります。目指す生活のイメージを、利用者を中心にチームで共有できることが重要ですが、すぐに目標のすべてが実現するものではありません。

長期目標と短期目標の設定	
長期目標	<ul style="list-style-type: none">生活の目標の実現につながり、利用者自身の生活の質が向上した状態を表した内容となります。
短期目標	<ul style="list-style-type: none">短期目標は、長期目標につながる、具体的で短期間での実現可能な目標です。短期目標は、特に明確な期限設定を行い、各サービスの個別サービス計画へとつながることを認識することが重要です。短期目標の段階的な実現により、長期目標が実現することになるため、短期目標と長期目標が連動することを認識することも必要です。

居宅サービス計画等の作成③

1. 社会資源の説明（1 / 2）

- 長期目標、短期目標の設定と併せてどのような社会資源がその目標を実現するために有効か、利用者にとってよいのかを考え、検討していきます。
- 社会資源は、利用者の地域や周囲にあるすべてのものを指します。フォーマルな資源、インフォーマルな資源、利用者自身の内的な資源も含まれることを理解した上で活用することが重要です。
- 導き出したニーズから、社会資源を考えることが重要で、サービスにニーズを無理やり合わそうとしないことが必要です。

1. 社会資源の説明（2 / 2）

- ニーズ優先アプローチを図るためには、社会資源のアセスメントが必要であり、サービスがなければ地域で創ることも提案する必要があります。地域ケア会議にかけるなど、地域包括支援センターなどと協議することも重要です。
- 多職種との連携方法や留意点としては、医療サービス利用時の主治医等からの意見収集や福祉用具利用時のリハビリテーション専門職種からの意見収集による妥当性の検討や導入が必要な理由の記載等が必要です。

2. 個別サービス計画の作成（1 / 3）

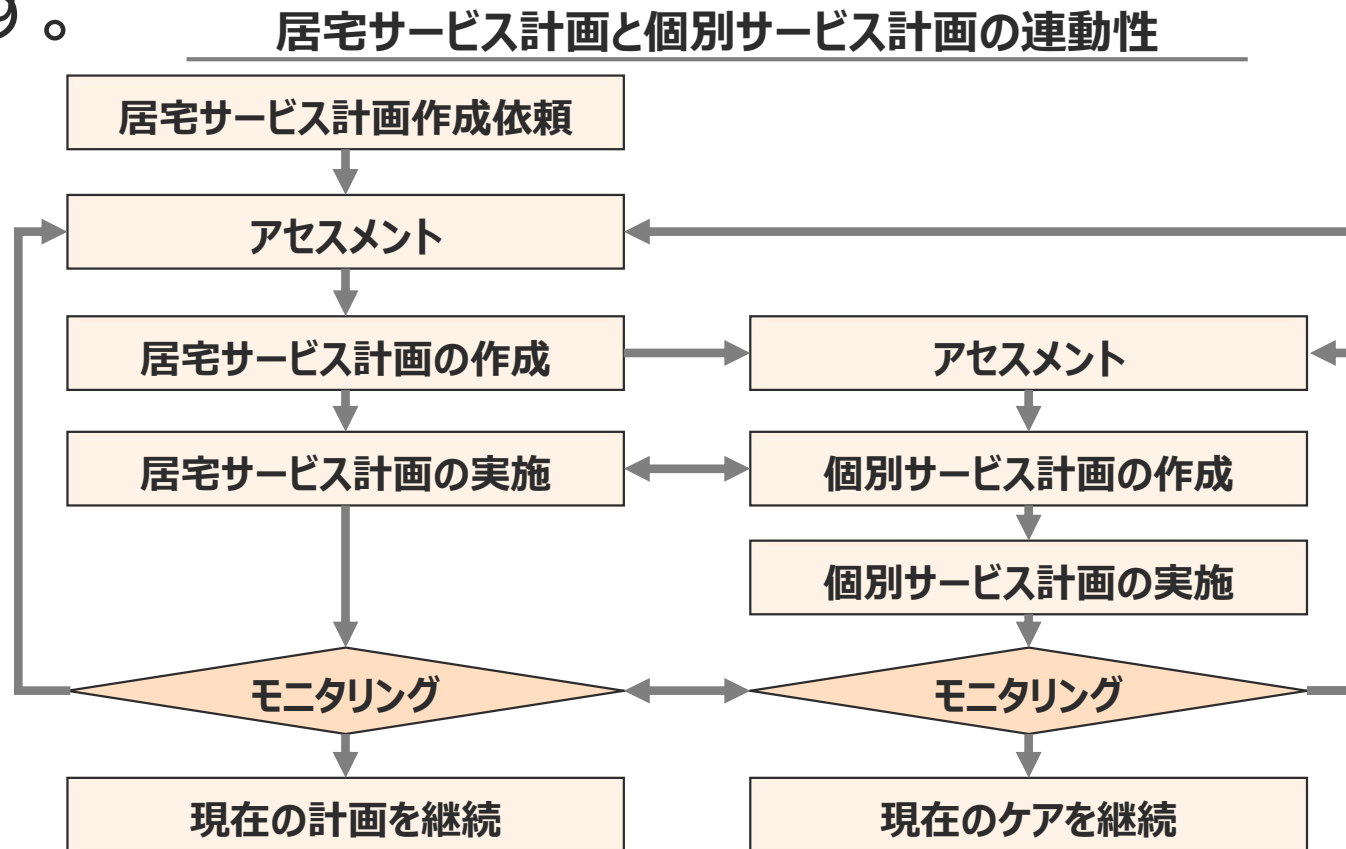
- 居宅サービス計画が確定すると、個別サービス計画が作成されることとなります。
- 居宅サービス計画は、利用者が解決すべき課題の全体像が記載されているものであるため、課題解決に向けた具体的な方法やサービス等の利用を考えることが必要です。そのために個別サービス計画が具体的に策定されることとなります。

2. 個別サービス計画の作成（2 / 3）

- 居宅サービス計画は、利用者の生活を支えるマスタープランです。居宅サービス計画に示された目標である利用者の望む暮らしの実現のために、サービス事業者それぞれが、それぞれの専門性を発揮していきます。
- この点で、居宅サービス計画とそれぞれのサービス事業者が作成する個別サービス計画が連動していることが大切になります。
- 介護支援専門員は、サービス事業者にサービス提供を依頼する際、その意図をアセスメント結果や目標達成と関連させて説明し、そのうえでサービス事業者にどのように力を発揮してもらいたいかが明確に伝えます。

2. 個別サービス計画の作成（3 / 3）

- 介護支援専門員は、サービス事業者から個別サービス計画の提供を受け、居宅サービス計画と個別サービス計画が連動しているかを確認しながら、ケアマネジメントプロセスを展開させていく必要があります。



（資料）長寿社会開発センター「介護支援専門員基本テキスト 1 介護保険制度と介護支援」P.316

3. 利用者・家族が合意できる居宅サービス計画

(1) 十分な説明

- 介護支援専門員によって十分な説明が行われていたかどうかによって、利用者・家族が、居宅サービス計画に合意できるかどうかが決まります。
- 情報を収集し、分析し、ニーズを抽出するというアセスメントは、ただ情報を収集するのではなく目的をもって行われています。目的とは、利用者・家族の生活の全体像をとらえながら、利用者・家族の生活の再構築について一緒に考えていくことです。
- 介護支援専門員が、利用者・家族の生活を一方的に構築しても、利用者・家族にとっては不都合だらけであることは、最初から予想できることです。

3. 利用者・家族が合意できる居宅サービス計画

(2) 利用者・家族の主体的な計画づくりへの参加 (1 / 2)

- 利用者・家族は、アセスメントの部分から積極的ににかかわり、主体的に計画づくりにも参加する必要があります。
- 居宅サービス計画原案が作成された後に、サービス担当者会議が開催される場にも参加し、利用者・家族の望む暮らしの実現のための内容となっているのかを確認することになります。

3. 利用者・家族が合意できる居宅サービス計画

(2) 利用者・家族の主体的な計画づくりへの参加 (2 / 2)

- 仮に居宅サービス計画原案が、十分なアセスメントが行われていないために、利用者・家族の望む計画となっていない場合、サービス担当者会議の場で、利用者・家族が「この計画を見直してほしい」と発言することは難しいものです。
- こうしたことがないように、介護支援専門員は、サービス担当者会議の開催までに、利用者・家族の意向を確認し、計画原案を作成することが求められます。

振り返り



【個人ワーク】
10分

- ここまで、「居宅サービス計画等の作成②③」について学んできました。

【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
 - ✓ 居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性
 - ✓ 利用者・家族が合意できる居宅サービス計画作成のポイント
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

終わりに

- 以上で本科目で予定された座学の内容は終了です。
- 理解が曖昧な部分は振り返りをして、確認テストを受けた後、演習の参加に備えてください。
- 演習終了後に科目のはじめに確認した修得目標が達成できたか振り返ってみましょう。
- なお、研修記録シートは演習終了後に作成してください。



※研修記録シートなど修了評価に係る事項、演習に係る事項については都道府県・研修実施機関の指示・指定に従って対応するようにしてください。



受講お疲れ様でした。