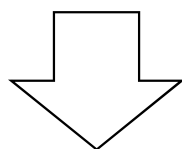


アセスメント及び 居宅サービス計画等作成の 総合演習

令和4年度埼玉県介護支援専門員
更新研修(実務未従事者向け)・再研修

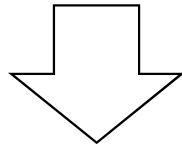
自立支援に役立つケアマネ ジメントの基本的視点

- ①利用者の望む暮らしについて、自己決定できるように支援を行うこと



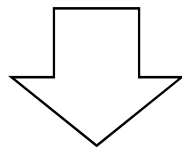
利用者の話をよく聞き望む暮らしを把握し、
選択肢を提示すること

- ②自己決定を最大限に尊重するため、利用者がサービス提供者などに対して適切に発言できない場合などには、利用者の意向を代弁して、サービス利用の権利の擁護を行うこと



利用者が過去、人生の岐路でどのような選択をしてきたかを知ること、利用者の価値観を知ること

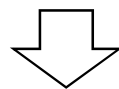
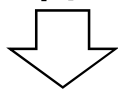
- ③利用者の意欲を引き出すとともに、潜在能力、利用者の強み、できそうなことなどを見出し、それを最大限に発揮できるように支援を行うこと



利用者のやりたいことを引き出すコミュニケーション能力とやれることを見つけるストレングスの視点

例：ストレスの視点

ショートステイに来てもすぐに「家に帰りたい」と職員や他利用者に訴え続ける認知症の利用者



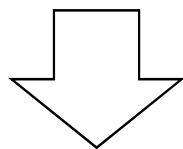
帰宅願望の訴えが多い利用者

自分の意思を伝えられ他者と交流できる利用者

帰宅願望を減らすケアプラン

本人らしく過ごしてもらおうケアプラン

- ④介護保険法第2条第2項の規定にあるように、利用者の要介護状態等の軽減又は悪化の防止に役立つような支援を行うこと



利用者が抱える疾病の予後予測の知識と本人参加型のサービス内容やセルフケアが入ったケアプラン

例：本人参加型のサービス 内容・セルフケア

- ・調理をヘルパーと一緒に行う
- ・地域のサロンやグラウンドゴルフに参加する
- ・回覧板を回す
- ・ラジオ体操を1日1回行う

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』欄

利用者・家族の意向を記載するとともに、意向を踏まえた上で自立支援に資するために解決しなければならない課題分析の結果を記載します。

第1表『総合的な援助の方針』欄

総合的な援助の方針は、今後、利用者の望む生活の実現に向けて支援していくために目指すべき方向性です。

介護支援専門員をはじめ、各サービス担当者が利用者・家族も含めたケアチームとして、互いに連携してケアを行うための共通の支援方針を記載します。

七訂「居宅サービス計画書作成の手引き」より引用

第2表『生活全般の解決すべき課題（ニーズ）』欄

自立支援を目指す計画ですから、利用者が主体的・意欲的に取り組める内容を個々の利用者が納得できるように書きましょう。

抽象的かつ誰にでも当てはまるようなニーズの表記は避けましょう。

七訂「居宅サービス計画書作成の手引き」より引用

第2表『目標(長期目標・短期目標)』欄

長期目標は、ニーズごとに支援を受けながら利用者も努力して達成する到達点であり、長期目標を達成した先に利用者の望む生活が実現することを意識して書きましょう。

短期目標を積み上げた先に長期目標があります。短期目標は段階を踏んでニーズが解決できるよう計画性を意識して書きましょう。

七訂「居宅サービス計画書作成の手引き」より引用

第2表『サービス内容』欄

短期目標の達成には具体的に何を行えばよいのか、何が必要かを考え、サービスを利用してどのような生活を送るのかを具体的にイメージしながら記載します。

家族や近隣住民が行う生活上の支援や、特にポイントとなる利用者自身のセルフケアも含まれます。

七訂「居宅サービス計画書作成の手引き」より引用