

令和6年度集団指導

個別サービス計画の作成について

令和7年2月

鳥取市長寿社会課介護保険係



運営指導等で散見される内容

ケアプランに散見されるケース

第2表が膨大

- ▶ サービス内容があまりにもたくさん記載されている
- ▶ 課題がたくさんあるというよりもサービスメニューの羅列
- ▶ サービスメニューのために課題や目標が示されている
- ▶ サービス種別に求める方向性が不明瞭

各々の種別に何を解決してほしいのかが不明瞭
サービス内容をケアマネが説明できたのかが不安
利用者や家族の理解されたかが不安

個別サービス計画に散見されるケース

ケアプランの丸写し(課題・目標・サービス内容)

- ▶ 丸写しのため、目標とサービス内容がそぐわない
- ▶ 担当者の動きがイメージできない
- ▶ アセスメントや多職種での検討が行われていない
- ▶ ケアプランから多機能の部分だけを転写
(小多機・看多機)

何を解決しようとしているのかが不明
居宅での生活課題の改善へつながらない
モニタリングや評価が利用中の様子だけ



居宅サービス事業所の運営指導の際に
個別サービス計画の内容を見る場合は
まず ケアプランを見てから個別サービス計画をしています

ケアプランと個別サービス計画の区別や役割の理解が不足していることが
わかりにくい計画につながっていると思われます



本日の内容

ケアプランと個別サービス計画の区別

個別サービス計画の作成について

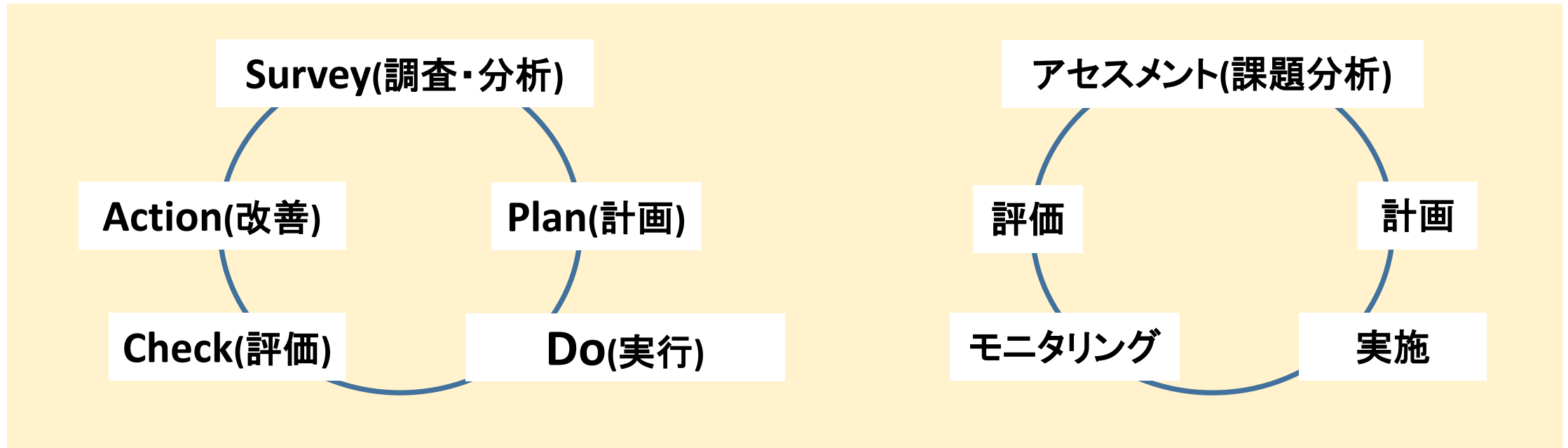


ケアプランと個別サービス計画の区別

個別サービス計画の作成について



介護保険制度はマネジメント手法を取り入れている

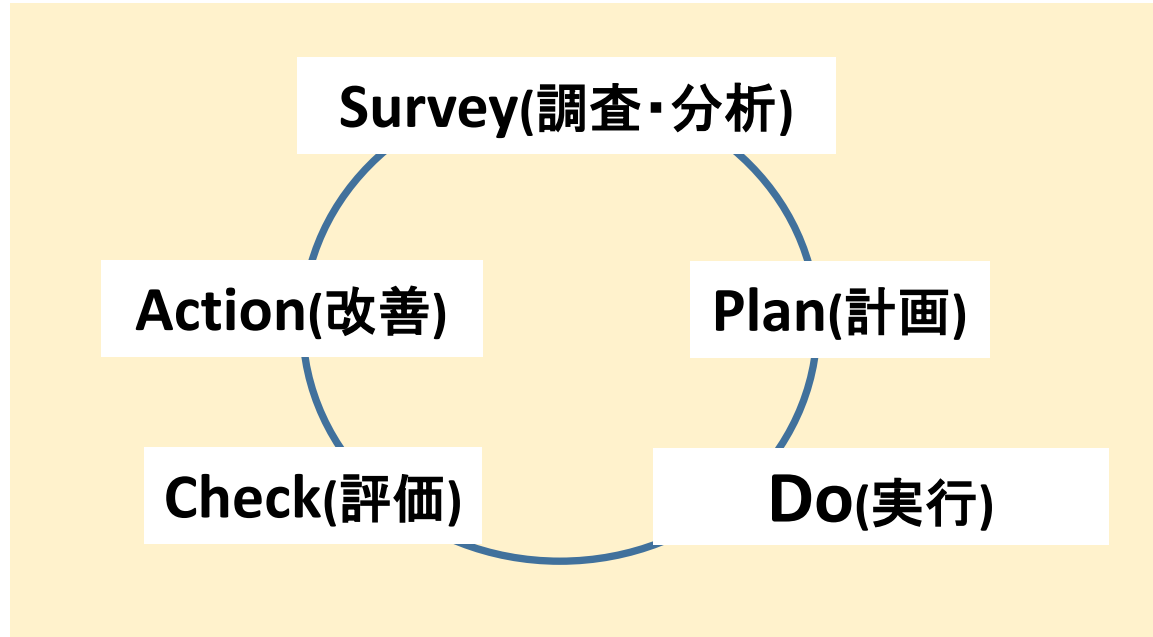


それを連絡調整する者として「介護支援専門員」という専門職を作った



介護保険制度はマネジメント手法を取り入れている

マネジメント(問題解決過程)



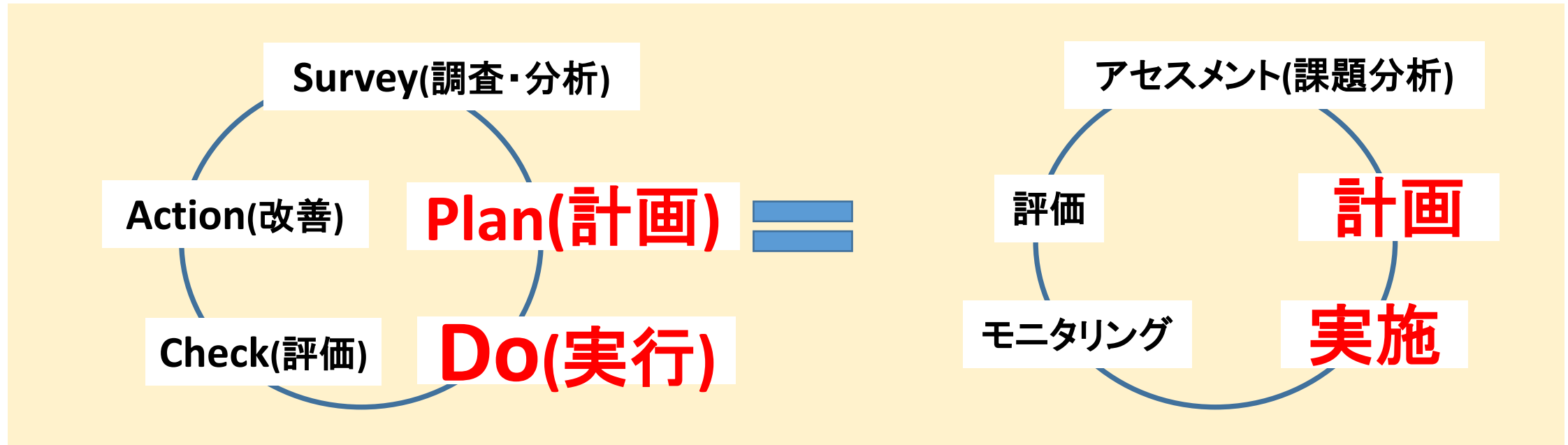
- ▶ 手当たり次第、直感的に動くのではなく、**原因を探り**
計画的に問題を解決していく
- ▶ 計画を実行した後、
成功しても、失敗しても
必ず評価を行い、改善につなげていく
- ▶ **終了するまで循環する**

個別サービス計画を作成する場合も同様のプロセス(PDCAサイクル)



介護保険制度はマネジメント手法を取り入れている

ケアマネジメントとは・・・介護支援専門員だけの業務ではなく



計画に基づいて、人が動く・・・流れ



介護保険制度はマネジメント手法を取り入れている

計画に基づいて、人が動く

ケアプラン に基づいて チーム が動く

利用者・インフォーマル支援者
フォーマルなサービス提供者

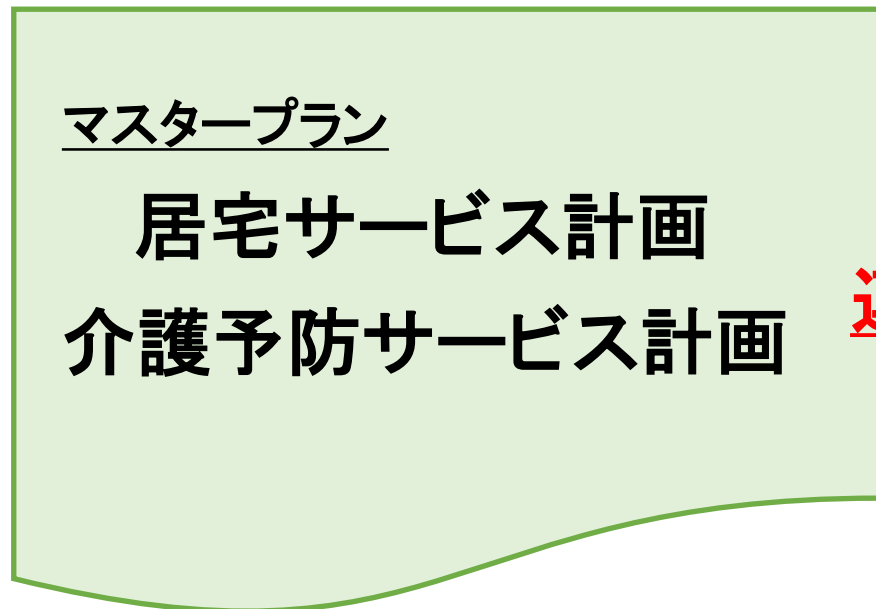
個別サービス計画 に基づいて サービス提供者 が動く

訪問系 (普通はひとりで・・・)
通所系 (事業所チームで・・・)



ケアプランと個別サービス計画

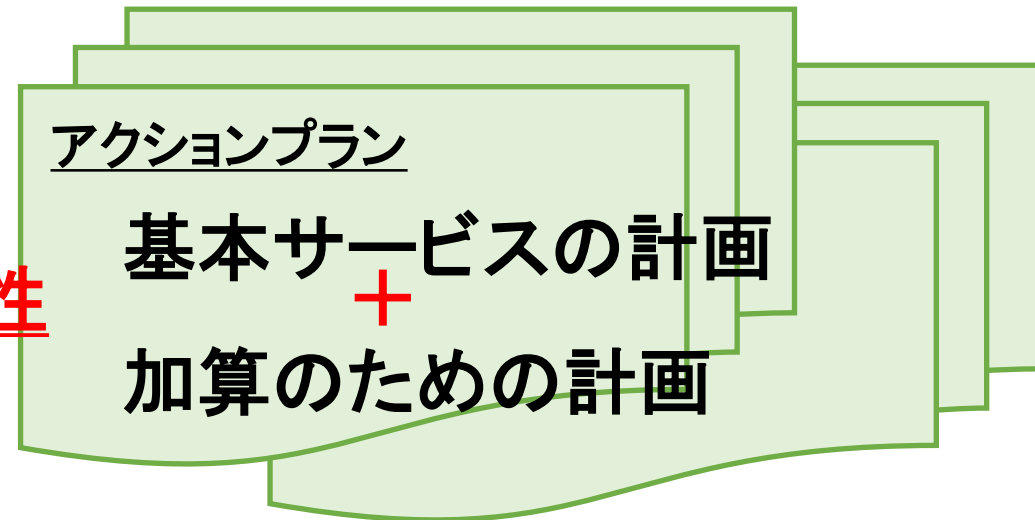
ケアプラン



利用者の居宅における生活全般の
生活課題を解決していくための

手段と見通しのチームケアの計画

個別サービス計画



- ▶ 複数の事業所
- ▶ 複数の期間

利用者の生活課題を解決していくために
サービス事業者が担う

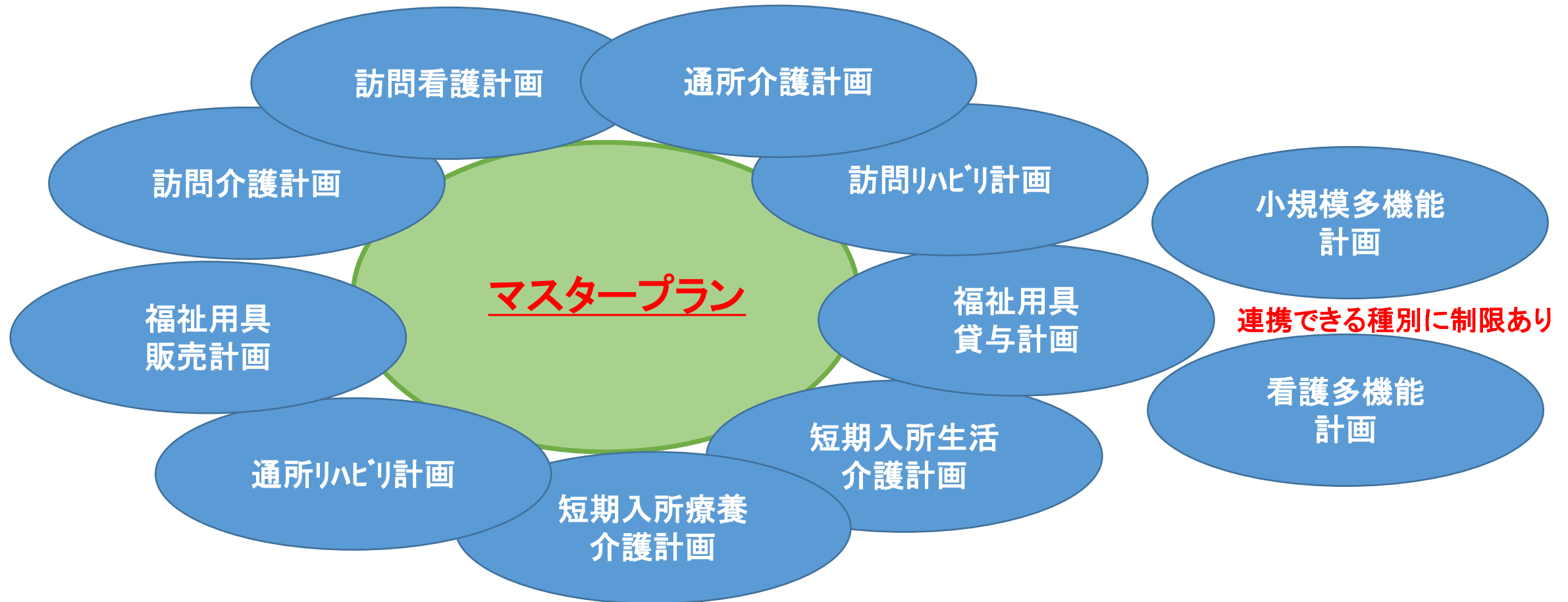
専門的・具体的なサービス実施計画

連動性・整合性



ケアプランと個別サービス計画

※ マスタープランとアクションプランで、利用者のケアマネジメントは展開します



連動性・整合性は必要ですが、役割が違います



しかしながら・・・

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
体調に気を付けて 元気に暮らしたい	体調管理と異常の 早期発見ができる		体調の変化に早く 気付く		バイタルチェック 身体状況の観察 服薬の確認 食事水分摂取量の確認 栄養状態の観察 異常時の対応		訪問リハビリ	
みんなにすべての職種が 健康確認しなければ ならないなんて...					バイタルチェック 体調確認 服薬管理と確認 バランスの取れた食事の提供 水分補給 食事水分摂取量の観察 異常時の対応 家族への連絡		通所介護	
					健康チェック 体調確認 異常時の対応		訪問介護	
					バイタルチェック 体調確認 服薬管理と確認 バランスの取れた食事の提供 水分補給		短期入所 生活介護	

このケースは...
健康管理について
どんな問題が

こんなにすべての職種が
健康確認しなければ
ならないなんて・・・



このケースは・・・
健康管理について
どんな問題が
あるのかしら???

<居宅サービス計画 第2表部分抜粋>



しかしながら・・・

目 標			援 助 内 容			
期 間	短 期 目 標	期 間	サ ー ビ ス 内 容	※1	サ ー ビ ス 種 別	※2
	家族と一緒に外出 ができる		送迎サービス 身体機能評価 日常生活動作訓練 歩行訓練 段差異降訓練 巧緻動作訓練 関節可動域訓練 マシントレーニング グッパ体操 ラジオ体操		通所介護	
			送迎サービス 身体機能評価 リラクゼーション パワーリハビリ 有酸素運動 筋力増強訓練 体幹筋力エクササイズ 必要時の処置		通所リハビリ	

<居宅サービス計画 第2表部分抜粋>

どのプログラムが
どんな機能改善に
つながるのかしら???

こんなに・・・
プログラムの内容の意味を
ケアマネさんは利用者に説明
できたのかな???



しかしながら・・・

援 助 内 容				
期間	サービス内容	※1	サービス種別	※2
	排便状況の確認		訪問看護	
	腹部膨満感のチェック			
	腹部マッサージ			
	下剤の調整			
	浣腸または摘便			
	食事と水分量のチェック			
	生活や運動の指導			

褥瘡の処置・・・血糖コントロール・・・なども同様

便秘の改善とか
排便コントロールでは
だめなのかしら???

<居宅サービス計画 第2表部分抜粋>

看護師さんのすること全部
記載するの???



なんで
こんなことになって
しまうのでしょうか・・・



サービス担当者会議

あれもしてます

これもしてます

書いてないことは
しませんよ

全部
書いてください

あれもこれもと・・・
ケアプランに
記載してくださいと
言われるんです

「ケアプランに
書いてないことはしません」
と言われるんです



また…逆に…

ケアプランに
書いてないことは
しないで下さい



とか…
ケアマネさんに
言われたことがありますよ



じゃあ…
何のために個別サービス計画を
つくるのかしら??



例えば・・・

サービス提供者が利用者の健康状態を把握するのは何のためですか????

「これから予定のプログラムを計画通りに実施してもよいかな」を判断するため

- ▶ 留意点や配慮点はないかな
- ▶ 方法や順番を変更する必要はないかな
- ▶ いつもと変わったことはないかな

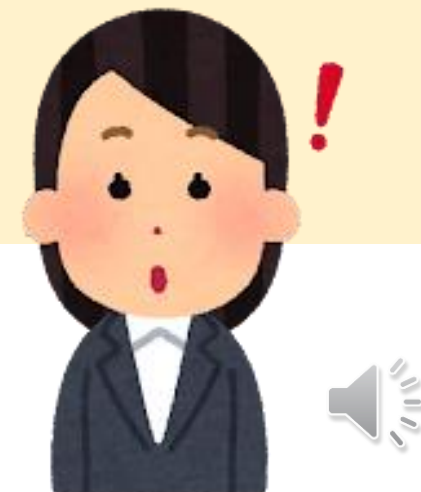
異常があればプログラムを変更する

必要に応じて、家族・ケアマネ・主治医に報告する

ケアプランにあるからする
ケアプランにないからしない

ことではない

個別サービス計画の範疇です



ただし・・・特別な目的がある場合

- ▶ バイタルチェックを利用者自身にさせたい (習慣化したい)
- ▶ 利用者や家族にチェック方法を指導してほしい
- ▶ 通常とは異なる方法で実施してほしい
 - ・ 通所サービス利用中、来所時・昼食後・帰宅前など複数回チェックしてほしい
 - ・ 入浴前後は必ず
 - ・ 医師より、入浴可否の判断が示されている 等等

このような場合には・・・

ケアプランに示す必要がありますし
個別サービス計画にも

ケアの目的や手順として示す必要があります



ケアプランと個別サービス計画の区別

「●●の掃除」

ひとつにしても...

- ▶ 自分でできるようにしてほしい
- ▶ 活動の機会を作ってほしい
- ▶ 代行してほしい



訪問介護計画

アセスメントすべき内容
サービス提供方法
サービスに要する時間

ケアプランに...

求めることを示すことで個別サービス計画は変わる



ケアプランと個別サービス計画の区別

「●●の掃除」

ひとつにしても...

- ▶ 自分でできるようにしてほしい
- ▶ 活動の機会を作ってほしい
- ▶ 代行してほしい



訪問介護計画

福祉用具
貸与計画

訪問リハビリ計画

ケアプランに...

求めることを示すことで個別サービス計画は変わる

求めることを示すことで連携すべきサービスが見えてくる



ケアプランと個別サービス計画の区別

ケアプランに示されている課題や目標を

「どういうプログラムで解決していくか」

「サービス実施の手順」

「サービス提供時間中、どのように過ごしていただくか」

「どんな場合にどうするか」等は

個別サービス計画に示しましょう

※ 個別サービス計画を本人・家族に説明し、同意を得る



具体的な支援方法を発案し、説明できるのは・・・アクション側です



もし・・・ケアプランの課題や目標が不明瞭で
何を解決してほしいのかわからなかったら・・・
サービス担当者会議で確認しましょう

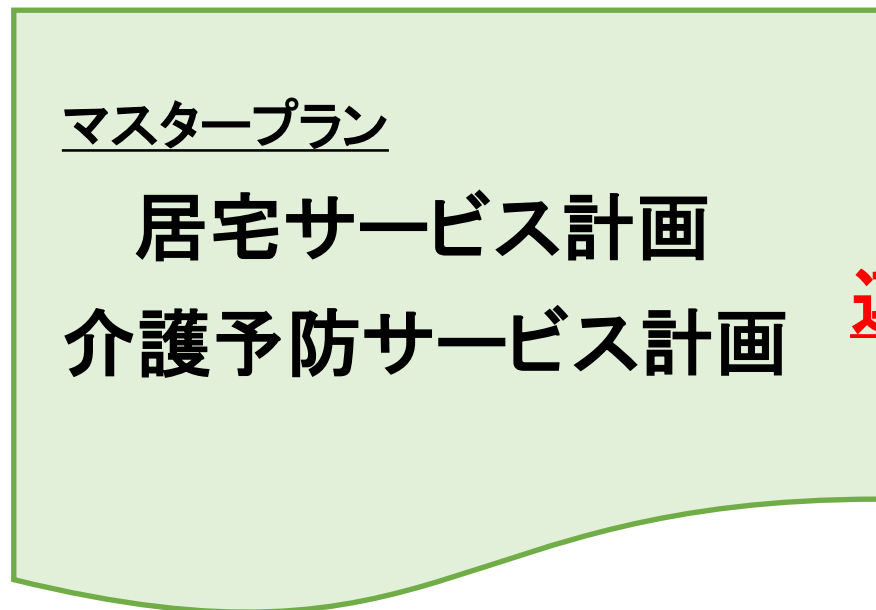


サービス担当者会議とは、そういうことを話し合う会議です



ケアプランと個別サービス計画

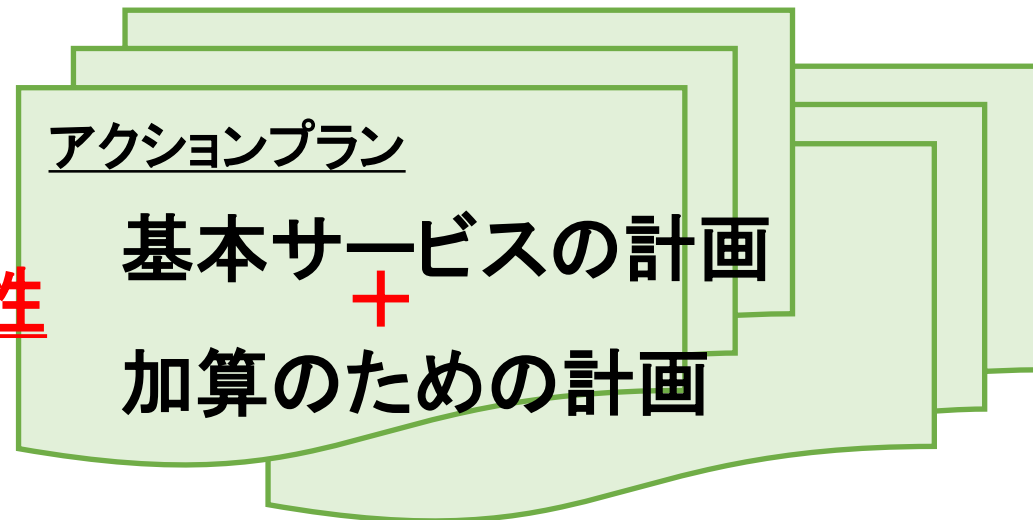
ケアプラン



連動性・整合性



個別サービス計画



- ▶ 複数の事業所
- ▶ 複数の期間

手段と見通しのチームケアの計画

専門的・具体的なサービス実施計画

それぞれの役割を理解し、効果的かつ効率的に、わかりやすい計画を作成しましょう



ケアプランと個別サービス計画の区別

個別サービス計画の作成について



「基本方針」を理解する

「基本方針」とは・・・その事業のすべきこと

赤本 P173

居宅サービス第92条 基本方針

指定居宅サービスに該当する**通所介護の事業**は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。

居宅サービス第110条 基本方針

赤本 P203

指定居宅サービスに該当する**通所リハビリテーションの事業**は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければならない。



通所介護と通所リハビリテーションの違いがわかりますか??



居宅サービスと介護予防サービスの違い

自分の事業のすべきことを、必ず理解しておきましょう

赤本 P103

居宅サービス第59条 基本方針

指定居宅サービスに該当する**訪問看護の事業**は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

赤本 P1103

介護予防サービス第62条 基本方針

指定介護予防サービスに該当する**介護予防訪問看護**の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援するとともに、利用者の心身の機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

指定居宅サービスと介護予防サービスの違いがわかりますか??



居宅サービス事業所とは

居宅サービス第92条 基本方針

指定居宅サービスに該当する通所介護の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。

- ▶ **その居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう**
- ▶ **その有する能力に応じ**



この2つは・・・すべての事業の共通課題です



各々の事業の個別サービス計画の作成

居宅サービス第99条 通所介護計画の作成

赤本 P183～

第99条 指定通所介護事業所の管理者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成しなければならない。

2 通所介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画の内容に沿って作成しなければならない。

3 指定通所介護事業所の管理者は、通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

4 指定通所介護事業所の管理者は、通所介護計画を作成した際には、当該通所介護計画を利用者に交付しなければならない。

5 通所介護事業者は、それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行う。

第3の一の3の(14)の⑥より

前略 「介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、指定居宅サービス等基準において位置づけられている計画の提出を求めるものとする」と規定していることを踏まえ、居宅サービス計画にに基づきサービスを提供している指定通所介護事業者は、当該居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から通所介護計画の提供の求めがあった際には、当該通所介護計画を提出することに協力するよう努めるものとする。



各々の事業の個別サービス計画の作成

居宅サービス第99条 通所介護計画の作成

赤本 P183～

第99条 指定通所介護事業所の管理者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護**計画を作成**しなければならない。

2 通所介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該**居宅サービス計画の内容に沿って作成**しなければならない。

3 指定通所介護事業所の管理者は、通所介護計画の作成に当たっては、その内容について**利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意**を得なければならない。

4 指定通所介護事業所の管理者は、通所介護計画を作成した際には、当該通所介護計画を**利用者に交付**しなければならない。

5 通所介護事業者は、それぞれの利用者について、通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行う。

●●が、計画を作成・説明・同意・交付・実施・記録

すべての事業の共通の遵守すべきルールです



各々の事業の個別サービス計画の作成

赤本 P183～

ケアマネさんから求めがあったら
協力してあげてください



第3の一の3の(14)の⑥より

前略 「介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、指定居宅サービス等基準において位置づけられている計画の提出を求めるものとする」と規定していることを踏まえ、居宅サービス計画にに基づきサービスを提供している指定通所介護事業者は、当該居宅サービス計画を作成している指定**居宅介護支援事業者から通所介護計画の提供の求めがあった際には、当該通所介護計画を提出することに協力するよう努めるものとする。**



「運営基準」を理解する

居宅サービス第115条 通所リハビリテーション計画の作成

赤本 P214

第115条 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる通所リハビリテーション従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所リハビリテーション計画を作成しなければならない。

居宅サービス第70条 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成

赤本 P112

第70条 看護師等(准看護師を除く。)は、利用者の希望、主治の医師の指示及び心身の状況等を踏まえて、療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問看護計画書を作成しなければならない。

居宅サービス第119条の2 福祉用具貸与計画の作成

赤本 P381

第119条の2 福祉用具専門相談員は、利用者の希望、心身の状況及びその置かれている環境を踏まえ、指定福祉用具貸与の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、福祉用具貸与計画の実施状況の把握を行う時期等を記載した福祉用具貸与計画を作成しなければならない。この場合において、指定特定福祉用具販売の利用があるときは、第214条の2第1項に規定する特定福祉用具販売計画と一体のものとして作成されなければならない。



「運営基準」を理解する

居宅サービス第115条 通所リハビリテーション計画の作成

第115条 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる通所リハビリテーション従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、**共同して、**利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所リハビリテーション計画を作成しなければならない。

居宅サービス第70条 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成

第70条 看護師等(准看護師を除く。)は、利用者の希望、主治医の指示、心身の状況等を踏まえて、療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問看護計画書を作成しなければならない。

誰が作成するのか

居宅サービス第119条の2 福祉用具貸与計画の作成

第119条の2 福祉用具専門相談員は、利用者の希望、心身の状況及びその置かれている環境を踏まえ、指定福祉用具貸与の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、福祉用具貸与計画の実施状況の把握を行う時期等を記載した福祉用具貸与計画を作成しなければならない。この場合において、指定特定福祉用具販売の利用があるときは、第214条の2第1項に規定する特定福祉用具販売計画と一体のものとして作成されなければならない。



たとえば通所介護の場合

居宅サービス第99条 通所介護計画の作成

赤本 P183

第99条 指定通所介護事業所の管理者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成しなければならない。



通所介護の場合は・・・管理者でなくても、経験者に行わせてね
解釈通知をしっかりと理解しましょう

居宅サービス第99条 通所介護計画の作成 解釈通知

赤本 P183

- ① 居宅基準第99条で定める通所介護計画については、介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある者や、介護の提供について豊富な知識及び経験を有する者にそのとりまとめを行わせるものとし、当該事業所に介護支援専門員の資格を有する者がいる場合は、その者に当該計画のとりまとめを行わせることが望ましい。
- ② 通所介護計画は、サービスの提供に関わる従業者が共同して個々の利用者ごとに作成するものである。
以下略



「運営基準」を理解する

居宅サービス第115条 通所リハビリテーション計画の作成

第115条 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる通所リハビリテーション従業者は、**診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて**、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所リハビリテーション計画を作成しなければならない。

何をアセスメント
するのか

居宅サービス第70条 訪問看護報告書の作成

第70条 看護師（准看護師を除く。）は、**利用者の希望、主治の医師の指示及び心身の状況等を踏まえて**、療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問看護計画書を作成しなければならない。

居宅サービス第119条の2 福祉用具貸与計画の作成

第119条の2 福祉用具専門相談員は、**利用者の希望、心身の状況及びその置かれている環境を踏まえ**、指定制福祉用具貸与の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、福祉用具貸与計画の実行状況の把握を行う時期等を記載した福祉用具貸与計画を作成しなければならない。この場合において指定特定福祉用具販売の利用があるときは、第214条の2第1項に規定する特定福祉用具販売計画と一体のものとして作成されなければならない。



たとえば訪問看護の場合

前略

記

1 訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の作成についての留意事項

(1) 訪問看護計画書は、**主治の医師の指示**、**利用者の希望や心身の状況等**を踏まえ、療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載して作成すること。なお、既に**居宅サービス計画**等が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成するものであること。

(2) 主治医と連携を図り、適切な指定訪問看護を提供するため定期的に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を主治医に提出しなければならないこと。

主治の医師の指示

中略

2 訪問看護計画書等の記載要領

アセスメント

中略

3 訪問看護計画書等の保管

以下略

ケアプラン



個別サービス計画を作成するためには、自分の事業の基準等を理解しておきましょう



「運営基準」を理解する

居宅サービス第115条 通所リハビリテーション計画の作成

第115条 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる通所リハビリテーション従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、**リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等**を記載した通所リハビリテーション計画を作成しなければならない。

計画に
何を記載するのか

居宅サービス第70条 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成

第70条 看護師等(准看護師を除く。)は、利用者の希望、主治の医師の指示、心身の状況等を踏まえて、**療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等**を記載した訪問看護計画書を作成しなければならない。

居宅サービス第119条の2 福祉用具貸与計画の作成

第119条の2 福祉用具専門相談員は、利用者の希望、心身の状況及びその置かれている環境を踏まえ、**指定福祉用具貸与の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、福祉用具貸与計画の実施状況の把握を行う時期等**を記載した福祉用具貸与計画を作成しなければならない。この場合において、指定特定福祉用具販売の利用があるときは、第214条の2第1項に規定する特定福祉用具販売計画と一体のものとして作成されなければならない。



目標と目標を達成するための具体的なサービスの内容

たとえば福祉用具貸与の場合

例えば・・・移動補助具(補助杖・歩行器・車いす)などの場合

「安全に移動するため」ではなく

利用者にとって「**どこに行って、何ができる**ために必要なのか」

あるいは

介護する家族の負担軽減のために「**どこで何を**するために必要なのか」

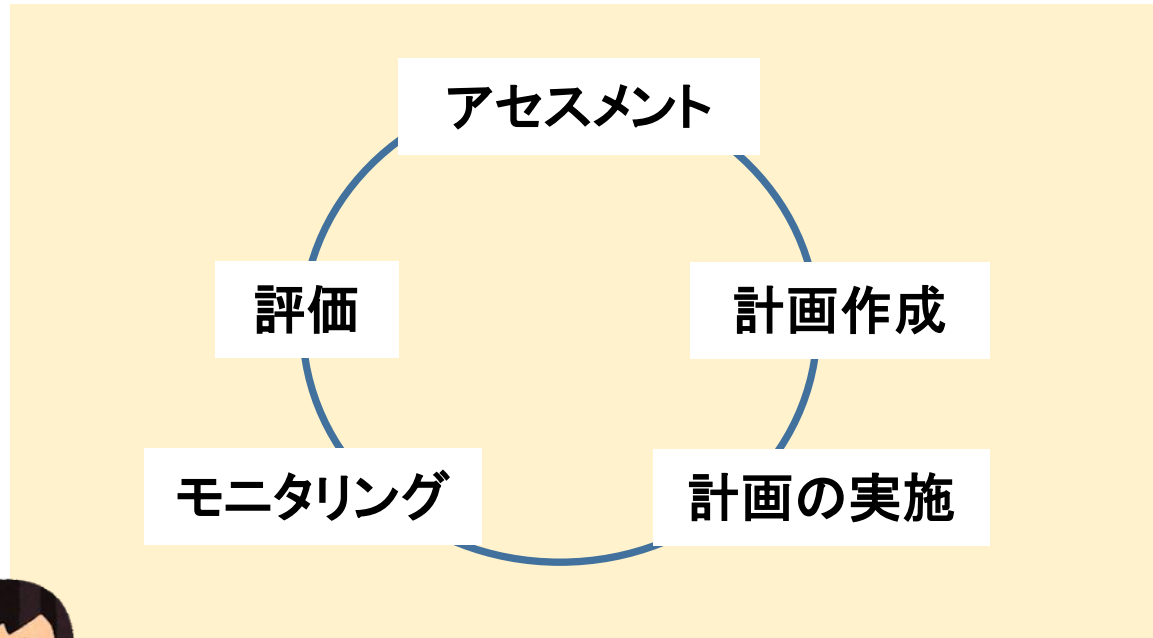
個別具体的な目標やサービス内容 → **適切なモニタリング** につながる

生活機能の中でも「活動」「参加」

サービスの効果の確認



計画を作成するためにアセスメントをする



アセスメントができている
事業所が少ないようです

何を解決してほしいのか ケアプランから読み取る

アセスメント→課題分析→計画立案

情報収集→整理・吟味・判断

- ▶ 問題は何か??
- ▶ どのような介入が必要か??
- ▶ ゴール(目標)はどこに置く??

計画の実施(サービスの実施)

モニタリング→評価

想定した結果が出たか??

- ▶ 出なかったか??
- ▶ 新たな問題が発生したか??



一体的取り組みについて

一体的に運用されることで・・・

リハビリテーション・個別機能訓練の負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することによる筋力・持久力の向上及びADLの維持・改善

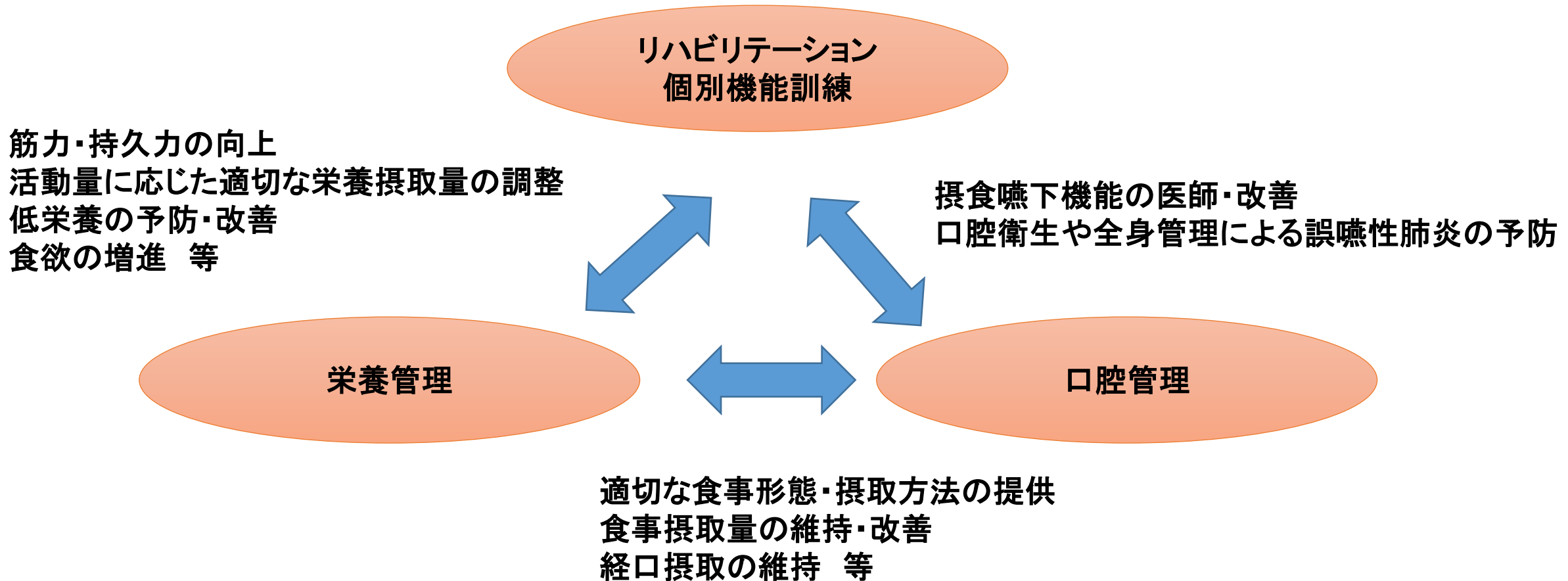
医師・歯科医師等の多職種連携による摂食嚥下機能の評価により、食事形態・摂取方法の適切な管理、経口摂取の維持等が可能となることによる誤嚥性肺炎の予防及び摂食嚥下障害の改善

効果的な自立支援・重度化防止につながることが期待されています



一体的取り組みについて

緑本 P890～



関係性を考慮しながら進めなければ・・・効果は少ない



ケアプランと個別サービス計画は役割がちがいます
もちろん、同じ利用者の計画ですから
連動性や整合性は必要です

個別サービス計画は ケアプランの丸写しではなく
ケアプランから 解決すべき課題を読み取り
そのために何ができるか
アセスメントをした上で作成していきましょう



お疲れさまでした

