

解決すべき課題（ニーズ）⇒ニーズを見つけるまでのアセスメント。目標（長期、短期）⇒どの程度までを目標とするのか、その見極め。長と短の区別。
解決すべきニーズ。
解決すべきニーズ。上記質問にあるような、家族と利用者との意見の違いや、ケアカンファレンスにおいて、それぞれのケア担当者によって考え方の違いがあり、利用者本位としての視点から考えると難しい。どうしても、施設側の考え方になりがちであるため。
介護サービス計画書(1)(2)に時間がとられます。アセスメントの時に、本人の問題点と家族の問題点が合っていないなかったり、希望しているサービスが何なのか掴めない時があります。また、計画通りにサービス事業者に対応してもらえなかったりします。
介護サービス計画書(2)。
介護サービス計画書、課題、目標等の書き方。
介護サービス計画書。
介護サービス計画書。通所介護計画書。利用者個人に合った表現で、具体的に書くという点で難しい。
介護サービス計画書を作成する時に、ニーズに関連した目標を立てて、ケアの内容等を記入して行かなければいけないけれど、私だけじゃなく、他の職員の中でも関連性の無いプランになっている。家族や利用者本人との話しがあまりできないので、アセスメントを記入するところも情報が少なくてできにくい。
介護サービス計画の中で、居宅サービス計画書(1)が難しい。理由は、利用者と家族の意向を聞きとることも1回だけでは困難であること。そのことにより、総合的な援助の方針が決定しにくい。
介護サービスにつながるニーズを導き出す事。限度額内におさめる事。
介護度5となり、毎日のケア以外、変化がない時、殆ど同じケースになってしまう。
介護目標（特に利用者自身が、意志がはっきり表明されない場合、必要と思われるが、これで正しいのか不安な場合がある。）。実際のサービス提供（うまく利用者の希望と時間などが合わない場合、提供側が必要と感じても、うまく導入される同意が得られない場合がある。）。
家族、本人の希望や、状態に応じたサービスを組み込めるか。利用者の心身の状態やADLが悪化した場合のサービス内容（ショート入所等）。
家族のニーズが現実とかけ離れている時、どうしても在宅へつなぐことができず、他院へ転院または他施設入所という形になってしまうため、サービス計画書(2)の長期目標がたてにくい。
加地分析。優先順位。
期間の設定。変動（体調、家族状況、介護者の体調）が大きい。入退院、死亡、介護者（家族）の不調にて入所等がある。
行政で認定、審査事務等に携わっていて、実際にはケアマネの仕事はしていないので、大変すみませんが、よくわかりません。
居宅サービス計画書(1)(2)。ニーズに合わせた計画というより、利用者、家族の希望、限度額、自己負担に合わせたものになる。導き出した課題、ニーズが利用者にとってのニーズとは限らない。それを説明しようとしても押しつけになるような気がして腰がひける。
居宅サービス計画書(1)。長期目標と短期目標の区別。援助目標の中に家族の援助のとらまえ方。
居宅サービス計画書(1)。利用者、家族の希望やニーズがはっきりしている時は作りやすいが、家族の気持ちと、利用者の気持ちどちらに重点を置いたら良いか、悩む時。（利用者に必要と思われても、家族が受け入れようとしないう時）
居宅サービス計画書(1)での総合的な援助の方針の書き方（まとめ方）が分かりにくい。また、居宅サービス計画書(2)での、解決すべき課題（ニーズ）の書き方、優先順位等を考えるのに時間がかかる。また、長期目標、短期目標の範囲、捉え方が難しい。
居宅サービス計画書(1)の総合的な援助の方針。居宅サービス計画書(2)の長期目標、短期目標。（目的になっ

てしまいがち)
居宅サービス計画書(1)の利用者及び家族の介護に対する意向の欄の記入。理由は、私達に対して、たてまえで言われることがあり、初対面や親しくならなるとなかなか本音を言われぬ。また、本人も家族に対する遠慮があつたりするので、どこまでが真実なのか不明。
居宅サービス計画書(2)。居宅サービスの生活全般の解決すべき課題を作成するのが難しく、短期目標、長期目標がまとまり難いです。
居宅サービス計画書(2)。具体的に記入したいが、同じような文章になってしまう。また、期間が分からない。引き続きして行きたい時はどのように書けば良いのか。
居宅サービス計画書(2)。ニーズの抽出がうまくゆかない。
居宅サービス計画書(2)。複数のニーズからむすびつける長期、短期目標の設定。
居宅サービス計画書(2)。目標期間の設定(利用者の状態が十分理解できていない初期に記入する時)。理解以降、書き換える。
居宅サービス計画書(2)。理由は、利用者にとって最もふさわしいサービス、また本人、家族の希望が合わなかった場合も含めて、サービス内容の選択。
居宅サービス計画書(2)。居宅サービス計画書(1)。対象の方の生活にニーズを見つけ、ご家族、ご本人、そしてケアマネとしてのニーズ項目のすり合わせ。果たして自立支援のためのニーズ発見になっているか(アセスメント)。どういう効果が出たかの確認。
居宅サービス計画書(2)の長期目標と短期目標の設定。十分な担当者会議が開催されていないため、総合的な観点からのプランにすることが困難。経済的な面、親子家族関係によるコミュニケーションのとりにくい場合など、目の前のことの必要をみえずにとどまってしまうがち。少しでも生活を豊かに送っていくための自立支援であるが、それぞれの思いがすれ違って、ケアマネジャーの力の見せ所なのに流されてしまうことがあり、何が不足しているのか反省しきりです。
居宅サービス計画書(2)のニーズを引き出す事。本人が問題がなく、自分でできていると思っているが、客観的にみて、問題があると思う場合。家族の意向と本人の思いが違う場合。
計画書(1)(2)。アセスメントの不十分さからくることが多い。
計画書(1)(2)。文章がすぐに出てこない。優先順位をつけにくいときがある。コンピューター入力に時間がかかる。
計画書(1)の援助の方針。本人、家族の希望と状態からみた援助の種類が異なったりした場合、自立支援という意味で難しいと思える。計画書(2)のニーズ。全体的にとらえるが難しい。
計画書(1)の方針を決めること。ケアマネとして立てる方針と、本人、家族の意向が合わず、お互い納得できる方針を立てること。
計画書(1)の利用者と家族の意向が正反対な場合。必要なサービスが経済的理由(介護者サイドのお金を出したくない)により計画にあげられない時。
計画書(2)。課題分析をして、計画書(2)を作成するため、その人の全体像を理解して身体面、精神面、家族環境、住宅環境、社会的な面等、全てを網羅できているかに全力を注ぐ。そうして必要なものから、本人の希望も入れるが、ケアマネが重要と思うサービスをよく理解してもらうのに時間を要するが多い。
計画書(2)。対象者がさまざまなので、基本となるものがないためパソコンも手打ちになるので。
計画書(2)。短期、長期目標を書くこと。利用者の問題点と家族の問題点に相違が違うこと。専門員として受けている問題点を家族は分かってくれなてないこと。
計画書(2)。利用者、家族の意向が反映されて、なおかつ利用者にとって自立の維持、向上につながっているかどうか。
計画書(2)「解決すべき課題」。看護婦であるため、看護計画の立案の考え方が、頭の中で大きく占めており、文章としての表現の仕方や課題となる事のあげ方が混乱する。「期間」は、延々に続くことが多いので書きに

<p>く。</p>
<p>計画書(2)の詳細情報。</p>
<p>計画書(2)の短期目標、長期目標を簡単に設定できない。全ての欄の記入が難しい。深く考えなければすぐ計画はたてられるが、家族、本人の意思、限度額などを考えると現実的に本当に実行できるのかと思うと、全部難しい。</p>
<p>ケースの問題をとりあげる時、全体がみられていない・・・とは思うが、自分の知識の中で考えるようにするため、広がらない。</p>
<p>現状の問題点をあげる場合に、どの程度までを問題とするのかが判断しにくいです。利用者によっては改善されると思われる問題点があげられない場合もあり、プラン作成する意味がどこにあるのか、迷ってしまいますことがあります。</p>
<p>個人情報。家族関係、家庭内の不満、インフォーマル支援等、短時間で聞きにくい。家族、利用者とうちとけて初めて良いサービス計画ができると思う。</p>
<p>サービス計画書(1)(2)に時間がかかります。問題点がいっぱいあり、どれが一番にもって行くかに困ります。利用者と介護者の言い分の違いも多いです。</p>
<p>サービス計画書(1)で、表現が難しい。サービス計画書(2)で、問題点のあげ方(表現)が難しい。長期、短期の目標が難しい。</p>
<p>サービス計画書(1)の「本人及び家族の意向」を正確に聞けないことが多い。サービス計画書(2)の「サービスの具体的内容」が各サービス種類で重複することが多いため。</p>
<p>サービス計画書(1)の総合的援助の方針の記入時、表現する言葉の選択でとまどいがある。</p>
<p>サービス計画書(2)。サービス計画書(1)。表現が難しい。</p>
<p>サービス計画書(2)。状況が同じでも、利用者によって、生活習慣、価値観等異なる。正に十人十色の中で、その人にとってのベストの状態、またはベストに近づけるための方法を探ってゆく作業は、その人を理解すること、客観性が強く求められる。</p>
<p>サービス計画書(2)。長期目標、短期目標の文章表現が難しい。</p>
<p>サービス計画書(2)。長期目標の時期の設定が難しい。</p>
<p>サービス計画書(2)。ニーズが援助目標が正確に過不足なく書けているか。家族、本人、そしてサービス提供者が共通認識を持つことができるか不安である。</p>
<p>サービス計画書(2)の短期目標、長期目標。サービス計画書(1)の総合的な援助目標。</p>
<p>サービス計画書(2)の中の、長・短期目標と、そのためのサービス内容の文章作成。</p>
<p>サービス計画書。本人や家族の思いがすれ違っていたり、金銭的問題や身体的現実におつかったりする。本人の頼る者は、近くにいる者となるが、本人の本音の言える者ではなかったり、ストレスを分散してくれる友人などの存在が見えなかったりもする。本人の昔からの習慣や、行動が素直に出せない事も多い。</p>
<p>サービス計画(2)難しいというより、日々の業務に時間を費やすため、計画書(2)が流れ作業的な作成しかしていない。</p>
<p>サービス計画書(2)。本人のニーズがなかなかつかめず、こちら側の考えで計画してしまうことが多い。</p>
<p>サービス計画書(2)すべてのニーズを書き出す為の時間がかかりすぎる。</p>
<p>サービス計画書(2)思うように利用者や家族の意向が組み込めない。画一的になりやすい。</p>
<p>サービス計画書(2)長期、短期目標の設定に関して。</p>
<p>サービス計画書(2)利用者がほしいサービスがその人にとって必要なものかどうかの判断が難しいこと。しかし計画書にはあげていけないといけないギャップ。</p>
<p>サービス計画書②～が出来ず困っているが、サービス利用を拒否し、しなくてもよい、困っていない等を利用者が言うためプランが総合的に出来なく、例えば片寄ったサービス利用しか組み立てられないことが多々ある。</p>

サービス計画書②のニーズの抽出。利用者の本当のニーズに答えられているのか…希望サービスあるいはパターン化したサービスを御用聞きのように単に記入しているのではないかと思ってしまう。
サービス担当者会議→電話にて行っているが、電話での内容と実際話をした内容との差が多い。短期目標、長期目標→モニタリングを行っているが、本人の状態が落ち着いているので同じ内容の目標が続いてしまう。
施設サービス計画書(1)(2)。施設サービスにおいては、対策を立案することが難しい課題がたくさんあります。「問題でなあるが、本人の意志を尊重し、立案はしない」といった類です。具体的には、月に1～2回しか入浴しない人、健康を害してはいないが、極端な偏食の人等の例があります。
施設サービス計画書(2)。長期目標、短期目標の区別。優先順位。
施設サービス計画書(2)が難しい。長期目標と短期目標は、同じような内容や言葉になると思う。
施設サービスのサービス内容。
施設内の計画は(多人数がかかわる)チームケアであるため、より理解しやすく、より実行しやすいものでなければならない。また、計画を作成する時間(アセスメントも含め)が長いと、仕事に支障がある。専門員の立場でなく、実際実践していく方々が立案し、バックアップしていくことが必要である。
上記の意向が違う場合、何度も話し合う。しかし、家族の意向に振り回されることが多い。
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)。在宅へ帰られた後を考えて時、利用者優先とするか、介護者優先とするか。
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の項目。利用者と家族のニーズや違いについての把握が難しい。
生活全般の解決すべき課題。アセスメントして分析しなければならないから。アセスメントが不十分だと、課題が出にくい。
生活全般の解決すべき課題の優先順位。サービス種別。モニタリング。
生活全般の解決すべきニーズ。長期目標、短期目標。
総合的な援助の方向と、家族の介護に対する意向。家族の意向に在宅に変更することは出来ないという家族が多いため、目標を立てにくい。
総合的な援助の方針。
総合的な援助の方針で、文章の組み立てが生活全般を捉えているつもりが、身体的なことを焦点において書くことが多い。居宅サービス計画書の長期・短期目標に分けて書くこと。
総合的な援助の方針や、援助目標の記入の際に悩む。
体調変化、家族状況の変化の多い方にとっては、この様式の計画書全て記入しにくいです。更新し、変化ない場合、同じ用紙を使う時、計画書の(1)(2)に更新後の続行等、年月日記入できるとわかりやすい。モニタリングをして、見直しプランがあった時、見直した所だけ記入できるように、また、モニタリング、期間内で何らかの変化があった時、記入できるようになっていればと思う。
短期、長期目標の期間。痴呆症状に対するプラン。
短期と長期の目標の区別。
短期目標、長期目標の区別。あまり状態が変わらない利用者は同じになりますし、短期期間での変化が激しい利用者は、何度も再作成する必要があります。
短期目標で、どのくらいの設定で実行できそうなのか。目標の書き表し方(日本語も含めて)が難しいです。
短期目標とサービス内容を書く時に、同じ様な内容になってしまう。短期目標としてあげたものが、サービス内容だった等となることが多い。
短期目標と長期目標。全体像の把握。対象者が将来的にどこまでADLの改善が可能で、その為には今の目標をどこに置くか見定めるのに多少考える。心身、家族、社会的条件を視野に入れること。
長期、短期計画の設定。期間の設定。
長期目標、短期目標。どこまでの範囲が長期であるのか短期であるのかの区別がよくわからない。
長期目標、短期目標。評価しやすいよう、具体的に書こうと思うが、適切な言葉が書けない。

長期目標、短期目標です。あまり理想的なものを立てても、結局できずに終わりますし、直にできることでは駄目ですし・・・。どんな文章にしたら良いかもよく分かりません。
長期目標、短期目標とその達成期間の設定の仕方。
長期目標、短期目標の設定。いつまでに何ができるか、可能性の見当がつけにくい。
長期目標、短期目標の設定と期間。(在宅生活を維持して行くために必要なサービスの期間はどのように設定するか)
長期目標及び短期目標の設定。時折、長期目標と短期目標が混同してしまう事がある。短期目標を書けずにいる事もある。
長期目標と短期目標。まとめて記入してしまうことがある。
長期目標と短期目標。理想とする目標と現実可能とする目標のギャップ。
長期目標の欄⇒長期にわたるの予想目標になるため。ニーズをあげる場合⇒現時点のみを出すのか、全てを出すのか。
慣れないせいもありますが、長期目標、短期目標である計画書(1)(2)が時間がかかります。難しいというより、じっくり時間をかけできない事が今の現状です。
ニーズ、現状は見えるがニーズを掘り起こす作業、要望とニーズの違い、モニタリングの方法。
ニーズから長期目標、短期目標を立てる時。
ニーズの書き方。
ニーズの優先順位。ニーズの表現の方法。短期、長期目標の表現の方法。
ニーズの優先順位。
入所時の家族の意向は、面接や契約時に話し合う機会を持てるため読みとれるが、入所後、年月が経つにつれ、特に面会にもなかなか来られない家族や、入所者に関心がなくなっている家族の意向は伝わってこないため、利用者及び家族の意向欄の記入は困難である。
フェースシート。利用者か家族との話しの内容を文章としての確に残す難しさ。家屋の見取り図は、家の奥まで見せていただけないことが多い。
文章の表し方。言いたいことを文章にすること。
本人、家族の要望と、こちらから見た重点項目に違いが出た時に、総合的援助の方向を書く欄が難しい。
まだ、ケアマネジャー業務について浅いので、一人では業務を行なっていません。全てが難しい。
目標を立てる時。長期と短期の目標を別々には難しい。
要介護者と介護者の意見が異なる時に、サービス計画書(1)。
要介護者及び家族の介護に対する意向。どのようなサービスを利用したいかと希望が結論としてもうすでに出ているケース。
利用者及び家族の介護に対する意向が記入しにくい。理由は、利用者のニーズがはっきりしていない。利用者のニーズをうまく引っぱり出せない。上記2点がスムーズにつかめない時、問題点が出て来ず、方向性もわからなくなってくる。総合的な援助方向、援助目標等、適切な言葉が出て来ず、書くのに時間がかかってしまう。
老人保健施設で介護職として働き、ケアプランを作成しているのですが、施設の利用者の中でも長い期間、ご利用いただいております、長い人で3年を超える方がみえる。施設としても、これからは短期でも3ヶ月、長期でも6ヶ月程で、利用者の入れ替えをして行くと言われてはいますが、長期で2～3年を超えている方は、どうしても介護サービス計画を作成するのにマンネリしてしまい、利用者本人のADLもなかなか上がらないと思う。
私個人の考え方ですが、アセスメントが十分にできている状況であれば、特に難しい記入欄は無いように思います(ケアマネジャー研修の数回の立案のみなので、そう思えるのかもかもしれません)。アセスメント⇒問題点抽出⇒立案⇒行動・実施⇒アセスメント・・・。
医療面で知識がない(経験)。
何が問題で困っているのかのニーズを考えることが難しい。本人が困っていることと、ケアマネジャーが必要

と思うサービスが合わない。どうしても本人優先で考える。経済面の問題がある時など最低限のサービス利用しか使えない。
家族と利用者の意見が違い、どちらもゆずろうとしない時。利用者に対していい方向にもっていきたいが家族の協力がえられず、利用者の身体的な改善にもっていけない時
課題分析で問題点を抽出するとき(本当のニーズを掘り起こし)。
介護サービス計画書(1)の文章表現。
介護サービス計画書(2)訪問介護と訪問看護の業務内容にだぶりがあり、利用料金の差が有り、必要なサービスを説明しても訪問介護を選ぶケースがある。病状の変化にサービス計画の内容がついていかない。アセスメント実施日と状況が変化する(痴呆、パーキンソン病など)。利用者と家族の意見が違う場合、利用を拒否するケース。
介護内容、長期目標、短期目標、サービス計画書(2)の記入の仕方。
期限。
居宅サービス計画書(2)。
居宅サービス計画書(2)。ニーズの書き方。
居宅サービス計画書(2)において、生活全般の解決すべき課題をどう表現するか、ニーズが複数であるとき、まとめるにしてもわかりやすくまとめようと思うと時間がかかる。
居宅サービス計画書(2)の中で長期目標、短期目標がうまくあげられない。どうしてもこのサービスとあてはめてしまう。
計画書(1)のニーズの書き方と優先順位、期間の設定が難しい。
計画書(2)いろいろなアセスメントが交差しているから。ニーズをつかむことが慎重になる。アセスメントの違いで大きくプランもかわるので「力」がいる。
計画書の長期目標と短期目標の区別がつきにくいどのサービスを最優先にするか判断に迷う。
実際には作成していませんが、今までに何例かを立案したことを踏まえて書きます。その方の状況から具体的な提供をするサービスはうかんできますが、中期、長期の目標をどのように設定していくかという部分が難しい。
実際に計画をたてていません。
短期目標、長期目標をどうするか。計画の方針や具体的支援計画を本人の希望通りに立てていくこと。本人自身に特に交わりたいという希望がない人が多い。
短期目標。総合的な援助の方針。
短期目標と長期目標のあげ方、それぞれの目標を達成しようとする期間の考え方、効果判定の時期。
長期目標、短期目標の書き方、ニーズの書き方。
長期目標・短期目標欄の記入。理由は、アセスメント方式により、記入される内容に大きな違いがあるため。
短期目標望ましい利用者の状態か援助者のサービス目標。
長期目標と短期目標を区別して書くことが難しい。問題点の整理が出来ないのか、問題点に対して目標が重なってしまい整理にとまどうことがある。
特記事項、本人の状況を文章化することが難しい。
難しいとは思わないが時間がかかる(計画の仕上げまで)。
本人や家族が問題(ニーズ)とっていない部分へのサービス計画をどう入れこんでいくのか、また本人や家族に理解されやすい表現にするか、本人と家族の思いが異なる場合の記入方法。
本人や家族との希望の調整及び医療との整合がなされていない為、選択肢の中で医療面をいかに取り入れるかが難しい。
本人及び家族の意向をまとめることが難しい。
問題点の出し方のポイントをしぼる時(課題)、介護度とサービス利用の希望が合わない時、限度額をどのよ

うに調整するか（サービス内容について）。

## 2. 今後の研修で学びたいこと

「介護保険以外の制度」。例えば身障手帳を持つ利用者、また取得が必要と思われる人もかなりな数と思われる。その人達が利用できる制度等の情報。

10月にサービス計画書(1)(2)の開示希望をとり、希望されたご家族に郵送にて送付しました。送付するにあたって、計画書(1)(2)をパソコンで打ち直し、事前準備をしましたが、ご家族にも理解できるよう分かり易い文章、言葉をどのようにして変えていけばいいのか悩みました。嚥下⇒飲み込む力。両下肢⇒両足。というように全てにおいてです。言い回しも警護は必要ないと研修で学びましたが、上司などからは大変なチェックが入りました。送付する家族には、計画書(1)(2)の見本をつくり、それも送付しました。自分が日々作成するサービス計画書、良いのか悪いのか、どう書くのか、理解に苦しみます。文章の書き方、言葉の選び方等の研修はしていただけないでしょうか。

①アセスメントのポイント（復習、確認になると思いますが？）。②介護支援専門員の理念、あり方（質の差が大きい）事業所の利益優先。③面接技法。④介護支援専門員もケアマネジメント従事者の一員だというチームワークのとり方。

①ケアプランの立て方：実務に携わっている人を対象にしたもの（居宅、施設を別にして）。②利用者に対する研修。

1 事例検討を中心に、それぞれケアマネジャーのアセスメントをグループで発表する。講演会等。

①居宅サービス計画の評価について。

明石市介護保険サービス（行政、民間サービス）。

アセスメントからケアプラン立案に関して考え方、記述方法を学んでいきたい。サービス担当者会議のもち方、進行方法を学び実践していきたい。

アセスメントツールによらないアセスメントの方法。ある利用者の状況⇒ケアプラン。なぜこの状況なのかを考えることで変化の生み出せるケアプランができるのではないのでしょうか。

アセスメントのとり方。

アセスメントの方法。効率良く、相手の思いを上手に聞き出す話術。自己流にやっているので、マニュアル的なものがあればと思います。声かけの方法。

アセスメントはとるがそこから計画に結びつく時にアセスメントは十分生かされていないように感じる。アセスメントから問題抽出を的確にする方法を学びたい。

ある程度同じ事例によるマニュアルがあつてよいと思う。時間を多く取られるため他の仕事ができないため先に資料をもらって講義を聴いた方がより穂があると思う。

医学的知識。

今、介護支援専門員としての活動をしていないので、沢山の研修会に参加したいと思います。

医療施設の中での介護サービスのあり方。施設の中では、なかなか個別性のあるケアが提供できにくい。みんなある程度は同じような形式となるが、それで良いのかどうか、ある程度決まったサービス内容となってしまう。

医療度の高い利用者への対応。サービスが必要であるにもかかわらず、受け入れない。家族と利用者との意向のくい違い。独居の人で在宅の限界のみきわめ。

医療面を中心とした介護サービス計画について学びたい。

いろんなむずかしいケースに対して、どんな対応をするのかいろんな方向性を知りたい。ケース検討を開きたいが、どのようにもっていつて開いていったらいいか、出席する方も大変いそがしいと思うし。（マニュアル的なことは分かっても、小さな言葉かけや手順からくわしく知りたい。1回もし聞いて大変だったら2回目に

つなげられるかも不安)。支援専門員の小さな悩みをわかってあげられる内容がいい。
インテーク、カウンセリング技法。
インテークに関する研修。福祉用具の有効活用の研修。
介護計画は、利用者本人のためにあるのか、家族のためにあるのか、利用者本人の願いと家族の希望とは合致しないことが多くある。家族を優先しがちになる。それで良いのか。
介護サービス(1)(2)の具体例及びその見直しの時期について。
介護サービスが必要と、こちら側が思っても、本人や家族がそう思っていない場合の必要性を理解してもらうテクニック。これは、こちら側のおごり？インフォーマル、フォーマルサービスの具体的な組み入れ方法。
介護サービス計画作成にあたり、アセスメント方法。
介護サービス計画書の記入の仕方。長期目標、短期目標の記入の仕方。ニーズの記入の仕方、表現の仕方。
介護度の低い痴呆高齢者の在宅生活への援助の方法。
介護保険サービス、保険外サービスとの連携について。サービスの理解について。
介護保険の利用者が少しでも減るよう、体力の改善、介護予防ができるサービスづくりについて。
介護保障。保険になってから保障が薄らいできているように思えるが……。パーソナル（アテンダント、介護者）。介護保険ではヘルパーさんが連続して8時間とか長時間ついてもらうのが難しい。
課題分析。サービス選択の基準。
看護業務の中で、いかに効率よく、早い時期に、スピーディーにケアプランを立案できるか。ポイントをおさえたケアプラン立案の方法、ニーズのひき出し方が難しい。
簡素に書いて、なお具体性があり、ADLの向上につながるマニュアルがあると大変助かる。他の業務と兼務しているため時間がとれない。
基本的なこと。介護保険で利用できるサービス。特に訪問介護で介護保険の対象になるサービスと、ならないサービス。身体介護、家事援助、複合型介護（家事）の区別など、すごく不透明な部分があり、困る場合すごく多いので、はっきりした振り分け方を学びたい。
居宅介護計画書(1)。居宅介護計画書(2)。
居宅からの情報が少ないため、ショートケアプランが立て難い。ケアカンファレンスが居宅で行なわれていることが少ないため、どのようにケアカンファレンス（サービス担当者会議）を開いて行けば良いのか研修で学びたいです。
具体的なケアプランの立て方。
具体的な福祉用具の使用法、介護方法等。
クレーム、苦情処理。地域、行政との連携。
ケアカンファレンスについて
ケアカンファレンスをどのようにするか。（現在は、それぞれのサービス現場に出掛けて意見を聞いている状態なので）。サービス事業者を集めて開催することはできていないので。
ケアプラン作成。他職種との連携の取り方。特に医療。
ケアプランのたて方。評価の仕方。
ケアプランの中で何を大切に考えるかというポイントがあれば……。色々な施設やフォーマル・インフォーマルのサービスの提供機関の情報。
ケアプランの評価について、ケアカンファレンスについて。
ケアプランの評価について。
ケアプランを施設の他の職員にどのように教育していったらよいか。
ケアプランをスムーズに早く立てることが出来る。



<p>ケアプランを立てるのに時間を要し、書面に作成しないままに動いていることが多いので、ケアプランの立て方を学びたい。また、初歩的ではありますが、提供する事業所の良し悪しの見極め方も知りたいです。時間に追われている状態です。仕事のスムーズ化について、見直せる部分等、他の方の動きを知りたいです。</p> <p>ケアプランを基にモニタリング、評価の方法を具体的に教えてもらいたい。</p>
<p>ケアプラン作成については、研修やマニュアル等で理解し徐々にスピードアップし、作成できるようになったが、この介護サービス計画全体の書類をどのように管理、保管しなければならないのか知りたい。</p> <p>ケアマネさんが満足する研修の方法。</p>
<p>形式にとらわれない（アセスメントツール）、アセスメント能力を高めるための研修。介護支援専門員としてのあり方について。</p> <p>ケース検討。</p>
<p>現在、医療保険、介護保険の両方の分野を併せ持つ訪問看護の内容がわかりにくい。また医師等の管理指導と往診との違いがいまひとつわかりづらいし、また質問もできないので（医師との接触の機会がない）、どうしてもプランの中に入ってきづらいので、そういった面での研修が希望。（訪問看護、管理指導の導入への具体的な流れ等の事例）</p>
<p>現在、日田玖珠の介護認定審査会の委員を任命しています。委員は介護サービス計画を行なうことを禁じていますので、現在は全く作成していません。当施設内での作成の補助的役割で今回参加し、また介護保険が始まる前とどのように変わって来ているかも確認したくて参加しました。</p>
<p>現在、病院勤務しており、実際にケアプランを立てたり、利用者と話したりした経験がない。病院に来る患者様で、サービスを受けていない方にアドバイスできれば良いという現状です。介護サービスの内容等、どんどん変化しているので、実際にサービスが行なわれている中で、トラブルや問題点、ケアプランの立て方がどのようになっているのか、今後の方向性等、現状を知りたい。</p>
<p>現在、部署を変わり（訪看+ケアマネ⇒特養の診療所）、在宅は関わっておらず、ケアマネとして直接関わる事がなく、家族との関わりである。</p>
<p>現在は、施設に勤務してサービス計画書を作成しています。家族の協力が得られにくかったりしますが、在宅復帰に向けてのケアプランを作成する場合の利用者、家族間との中で、どのように働きかけたら良いのでしょうか。</p>
<p>現場でプランと、プランの変更時の対応について。ショートや入所プランを作成した時の働きかけについて。介護サービスを実際に行なって、トラブル時の対応について。よりよいケアプランの作成方法について。こちらから見て、利用者にとっての解決法であるサービス利用が明確であっても、今までの生き方を変えない利用者に対してのサービス導入方法。（面接技法）</p>
<p>ご本人にとっての本当に大切なニーズを見落とさずに引き出すために、どんなアンテナを持って、利用者様、家族の方との関係を作っていけば良いのか。</p>
<p>困難事例のケアプラン。（例）徘徊の多い方の対応、医療面での対処が必要な方の対応。</p>
<p>困難事例の研修（特にヘルパーに関して）。</p>
<p>サービス担当者会議のもち方。</p>
<p>サービス担当者会議の持ち方が困難と聞きましたので会議の企画演習が必要かと思えます。</p>
<p>在介の仕事に変わって間がないので、研修の機会があれば学びたいと思います。自分はまだ介護支援専門員の資格は持っていません。介護サービス計画を作るのに困った時のアドバイスなど。</p>
<p>在宅生活を継続して行くためには、どの部分を一番大切にして（どこをポイントにおくのか）、利用者、家族が満足したプランを立てることができるのか。現在、施設入所希望者が多い中で、どうしたら在宅介護が増え、家族が家で看たいという気持ちになるのかを学びたいです。介護保険が始まり、在宅プランを立てて行く中で、現状では、お金がないと、また、主たる介護者がいないと大変困難で、在宅支援をすすめようにも行き詰まりを感じております。</p>

様々な事例があるが、このようなケースには、このような計画が必要というような、ある程度決まった標準介護計画のようなテキストがあると良いと思う。
資格をとり、1年が過ぎましたが、実際にケアマネジャーの仕事はしておりません。現在、訪問介護の方で、個別援助計画を作成している位ですので、今後、ケアプランを作成する際に参考にしたいと思っています。何もが初めてとなるので、色々な考え方、仕方を学びたいと思います。
施設サービス計画書を立案するの中で、どこまで踏み込んだ内容にするのか。サービスを提供するスタッフが1日〇〇名で、入居者〇〇名とショート〇〇名の方の援助をしなければならず……。理想のプランではなく、現実のプランしかできないが……。
施設サービス計画においては、計画の作成自体は簡単ですが、その活用の仕方が難しいです。本人や家族がどの程度作成に参加しているか等。事業者によって様々だと思います。研修というよりも、意見交換の場が必要だと感じます。
施設内での計画は在宅と異なることが多い。別々に研修が必要である。
施設内のプランを、在宅復帰を視野に入れたプランとしての立案の研修。
施設入所者のケアプラン作成について。
事例をあげた具体的な演習。
住宅改修・改造、福祉用具の選び方の学習会。
主治医の積極的参加が少ないため、いかにすれば時間がとれるか。介護保険そのものを否定される医師との話し方、説得の仕方など。
正直に申しますと、まだ仕事としてケアプランを立てたことがありません。学びたい事は沢山、沢山あります。受けられる研修会は全て受けたいです。
自立の人に対する支援の方法。
事例研究。面接技術。竹内孝仁先生のようにピンピンと指摘して欲しい。そして明確な方向性を示唆して欲しい。
事例研修を通してのアセスメントをする時間の短縮方法。面接技法。初回でどれだけのものを引き出せるかを学びたい。
事例検討。
事例検討。介護サービス計画。
事例検討。自分の計画したサービスの評価がきちんとできるような研修。面接技法。
事例検討会で、お互いに事例を出し合い、評価する。住宅改修。
事例検討等でケアマネジメントを深めたい。基礎知識の充実を（特に専門外の分野について）させたい。
身体介護の方法。介護保険全般について。
スーパーバイザーを作りたい。
精神疾患的要素をおもちの利用者本人（及び家族）へのアプローチの困難さを感じ、ある意味でのガイド的要素（専門家への橋渡し）を感じます。色々な事に関わらざるを得ないケアマネの立場として、物理的に未梢的な事にひきづりまわされないような、本来の役割を見失わないための研修を開いていただければと思います。
制度の流れについて。
対象者の心理状態を読み取る会話の持って行き方。
対人援助手法について。ケアマネジャーは多くの職種の人がありますので、皆同じ研修では不十分です。医療職はもっと福祉の分野を、福祉職はもっと医療の分野を専門的に勉強して欲しいです。どちらでもない方（鍼灸師、歯科衛生士など）はもっともっと勉強すべきです。
他の方のケアプランの内容を数多く学びたい。介護者と本人の意見の違いをどう対処するか。このサービスを利用すれば改善されると思うのに、サービスを拒否される場合と介護者が現状のままが良いと言われる時のすめ方。

短期目標、長期目標を学びたいと思っております。
短時間で、本人及び家族からの真意を聞き出す技術。
担当者会議の持ち方。
痴呆についての研修。住宅改修。
長期、短期目標の書き方。サービス内容はどこまで書けばよいか。
どうすれば利用者、家族にサービスの必要性を納得してもらえるか。
独居の利用者の場合や、家族関係が上手く行っていない利用者を担当した際に起こる様々な問題について。在宅介護支援センターとどのように関わってゆくか。
どのようなプランがいい事例か、また悪い事例の比較検討、相手にサービスの必要性を理解してもらうコツ、ポイント、自分の立てたプランを第三者に評価してもらう。
どんな内容でも学びたいです。
なるべく短時間でケアプランを作成する技術。苦情などの対応の仕方。
ネットワークを作るまでの過程の研修。
初めてですので、何でも吸収したいと思っておりますが、具体的に頭に入っておりません。介護サービス計画を作成時のポイント等、ケアマネジャーのあり方等、何でも勉強したいと思います。
一人一人介護度が違うのだから、一人一人ケアプランも違ってくる。その点で、利用者本人に適したケアプランの作成ができるようポイントとする視点、利用者の主体とした見方など、気持ちを大事にした対応について学んでみたい。
評価について。
プラン立案後、実施→評価した場合、評価の具体的記載をいつまでも同様のプランで良いのかどうか。業務の中で行なっていることをプランにあげていいのか、判断に迷う場合がある。
訪問介護センターの事務だけの担当ですので、今日の研修の内容全てが勉強です。
本日は代理で出席しました。アンケートに答えられなくて申し訳なく思っております。今後に活かしていきたいと思っておりますので、しっかり聞き、自分のものにしたいと思っております。
まだ知らないことが多いので基本的なアセスメント方法等。
マネジメント。
面接の仕方。情報（必要な）の収集の仕方。
目標設定のあり方。モニタリングのあり方。
目標の立て方。特に長期目標。
モニタリング。
モニタリングができないので、モニタリングについて学びたい。きちんとしたアセスメントを作成することができない。
モニタリングとサービス担当者会議を、どのように行なっていくか。どうすれば効果的に行なえるか。次のプランにどう活かせるか、ということを学びたい。
モニタリングのやり方。評価の出し方等。
モニタリング法。記述について。
模範的なモデルを用い、一連の流れの中で、アセスメント、評価、サービス計画をポイントをおさえながら確認していきたい。
理想のものでなく、現実問題の研修がしたいと思っております。
利用者、家族の方が要望をはっきり出して下さらない場合のニーズの導き方。利用者のADLの維持、改善。
利用者が介護サービスを受けることを拒否した場合、家族の要望を組み入れるため、どのようにして説得するか。利用者の意向、意志を優先させるのかについて。
利用者が困っているが、使える適当なサービスが見つからない事があるので、そのようなサービスの対応につ

いて。
利用者からの苦情の処理の仕方など、介護サービス現場での問題点と解決方法が知りたいです。
利用者と家族の方に満足していただけるサービスで、なおかつ提供者も納得し、喜びをもってできるような内容。
利用者の理解を得られる対話、説明。
私は本業が看護婦なので、目をつける所がどうしても医療の方に行ってしまいます。他の職種の方々との連携も大切なことと思いますので、モデルケースなどの学習もしたいです。
以前より(7年前～) 個別援助計画作製等、介護保険制度前からのマネジメントとしての仕事をやってきました。現在、基幹型支援センターでケアマネの指導をしている(今までのつながりの中で) 実務はしていないが、行政直営であり、ケアマネの質の向上を強く感じている。以前がなかったら急に基幹型の相談助言は難しいと思われる。
介護サービスが本当にその人に合ったものだったのか、事後の話し合いも必要だと思うので、そちらの方の研修会もほしい(モニタリングの方法)。
介護概論や保険制度。
介護支援専門員の方々が利用者の立場にたった積極的にサービス計画を作成するような意義を高めるための研修のあり方、内容についての研修(※保健所職員は指導の立場、研修を企画実施する立場にあるため)。
介護保険の目的である自立に向けての援助を家族及びサービス事業者に理解してもらえるかその技術と方法。
機能するケアプランの作成について(絵にかいたもちにならないために)。
給付管理について。
居宅サービス計画書(1)(2)の記録の方法がスムーズに出来るようになる。現在行っている方法で間違っていれば違う方法で。
具体的なサービスの組み合わせや効果を学びたい。
計画を立てる技術は皆さんも持っていると思います。仕事場と利用者と家族の中で動くケアマネの仕事に心を入れることが一番難しいです。
現実やはりプランをたてる時に優先されているのが利用料のことだ。本人、家族、マネジャーともにこれにしばられてありきたりのプランそこそこのプランになっている気がする。ケア会議のたびにこのままではいけないのではないかという思いにとらわれている。研修でこの辺のところがかわるものかどうかは不明だが、現実の姿としてこれがある。
現場で活用できる研修のあり方。
困難事例、利用者・家族・マネジャーの視点がそれぞれ一致しなかった場合、虐待事例、権利擁護。
市町村で調査のみを行っているため、介護サービスに関する研修で希望するものは現在のところありません。
指導者研修を継続して開催していただきたい。研修の企画、運営方法など学んでいきたい。
施設介護計画。
事例等をとおして、計画作成上問題あるいは困難であった点とその解決策。
次々に変わる制度内容についての解釈、説明。
自立に向かった計画書になっていたか等評価法について。
実際にプランを作成していませんが、現場では事業所ごとに書類整備等異なりどの書類をどんなふうに整理しておけばよいのか不安があると聞いています。書類の整理方法について確認をしたいと思います。
実際に介護サービス計画に関わっている状況ではないので、内容としては分からないが行政としてマネジャーにどう関わっていくかが大切だと考えている所です。
実際に介護サービス計画の業務をしていないので、基本的な考え方を学びたい。
実際に計画を作成したことはないのですが、介護サービス計画のモニタリングの必要性(作成後のフォローが見えない気がする)、ケアカンファレンスのあり方(介護支援専門員だけでなく、サービス提供者にもケアプ

ランを十分理解してもらう必要を感じます)。元はサービス計画はなぜ必要かという基礎を学びたいし、学ぶ必要があると思います。
実際の演習や手法ではなく、介護保険制度の理念や、介護支援専門員の役割等を再確認していただき、利用者のニーズに合ったサービス提供をしていただき、利用者のニーズに合ったサービス提供を効率的に行っていたような研修を企画するためrのノウハウ。
社会資源（地域で利用できるもの）。制度。 事例検討（自分のプランがどうなのか?）。
障害の受容や生活リハビリの考え方を取り入れたサービス提供者自身の意識の向上に役立つような研修を企画するにはどうあるべきかといった研修。（サービス提供者の精神面での資質の向上）
新しい介護保険の変化のニーズ。サービス利用拒否、難病(福祉医療のサービス利用度の大きい)の在宅など事例検討。他県でのアイデア、工夫。
真に申し訳ございません。実務に当たっておりませんので、白紙の状態です。
制度etc.が変更した時の説明。
制度の変化。困難事例。制度の根幹に関する話。制度だけでは動かない、利用者及び家族も含めた教育的なことも重要。ニーズとディマンドのギャップを埋めにくい。
痴呆の方等のプラン作成、虐待の事例。
痴呆性老人のケアプラン。利用できる制度が少なくなってしまう。
痴呆老人に対するケアの方法と、痴呆状況が具体的に理解できアセスメントできる知識が必要。
適切な介護サービスをプランニングできるケアマネジャー育成の為の研修を企画できる研修に参加したい(本日がそうだというのだが)。サービス提供者によってサービスが適当か否か判断が分かれることがあるが、それについて判断力や対応を求められた時に適切に対処できる能力を獲得できる研修があればと思う(行政の立場として)。
文章作成の早道。痴呆状態の把握方法(客観的)HDS-R以外。
面接、業務内容をいかにスリムにするか等。
面接技術に関するもの。
面接技法。
面接等心理面。
利用者、家族が納得いくようなケアプラン作成。
利用者・家族等の面接方法等の考え方(ニーズのとらえ方)。与えるのではなく、維持、改善する為に必要なケアプランの考え方。
利用者と家族のニーズの違いをどううまくプランに取り入れていくか。会議の進め方。
利用者のニーズを的確にとらえ、サービス利用へとつなげられるためのアセスメントについて。利用者と家族の間で双方が納得し、サービスを提供できるようにするためには。
利用者や家族が何でも使えると思っている。又、使える様にしてもらいたいと思っている。理解をしてもらうのに大変である。マネジメント、雑用が多い。時間が足りない。

### 3. 変更の内容と理由

①ニーズのとらえ方や、目標の設定がわかりにくいため。②医師の意見書の活用と、主治医との連絡を改めてやり直してみたいので、その結果で変更する。
アセスメント、計画(2)にあげているにもかかわらず、実際のサービスにつながついていないプランについて再検討必要。
アセスメントの実施について。ツールの見直し。提供できるサービスの再確認。

<p>医師が転倒を重視していたにもかかわらず、見守り等サービスが抜けていた。長期目標をゴール（自立させる）と勘違いした計画書を作成した内容があった。</p>
<p>今まで自分の立ててきたプランが半信半疑でやってきたので、もう一度見直します。</p>
<p>インフォーマルなサービスを考えていく必要がある。解決できるニーズになっているのか、調査票、意思意見書、アセスメントが一本筋になってサービス計画になっているのかを見直していきたいと考えている。</p>
<p>促す、ためす、試みる、対処する等の曖昧な言葉の使い方をしていました。もっと具体的に細かく書く必要があると思います。</p>
<p>援助目標、サービス内容に対し、具体的な説明が必要ということで、ケアプランの検討とマニュアル化に早急にとりかかる。</p>
<p>主な日常生活上の活動より記入する方法でケア計画を立ててみる。</p>
<p>解決すべき課題、援助目標など、利用者、家族に分かりやすい表現でなければならない。ROMの減少を防ぐ⇒（変更）関節の動きが悪くなるのを防ぐ。</p>
<p>介護サービス種類の変更はないか。ADLが改善されつつある事例であるし、今後、訪問介護、訪問看護の内容の検討をしたい。散歩（車いすでの）、リハ目的での家事の補助等。</p>
<p>家族とケアマネのやりとりの中で、こういうのが必要じゃないのかということが次々と出た。客観的な立場に立つと、ニーズがよく見えてくるのがわかった。</p>
<p>家族の意向が大きいプランが多いが、利用者と家族に理解されているか不安なので。</p>
<p>家族の思いが週間スケジュールの中に出ていない。</p>
<p>家族の介護に対する意向の残存機能の維持向上のため、〇〇をより具体的に左下肢で安定して車椅子へ移乗できるように筋力をつける。ベッドの所に転倒しても骨折しないようにマットを敷くなど、分かり易い記述の仕方を考えて行く。</p>
<p>家族の介護負担軽減が計画書に全く入っていない。家族（長女、長女の夫、孫）が互いに協力して介護していたため、気になりながらも問いかけが出来ていない。</p>
<p>家族の方に再度、介護の意向を聞き、変更し、説明時には家族と共にプランの見直しができるようにしたい。</p>
<p>家族の役割をケアプランに入れて再確認できるようにする。医療の計画をプランにきちんと明確にして行く。</p>
<p>課題分析不足の点があった。</p>
<p>居宅サービス計画書の見直し、特に医師の意見書での見落としはないか、さらにモニタリングの方法、時期の確認を行ない、モニタリングからのサービス計画書の再検討を行いたい。</p>
<p>居宅サービス計画書の書き方は、〇〇さん（事例提供者）の発表にもあったように、「残存機能の維持」「転倒予防する」などといった決り文句を書いて、評価できないような目標を立てていました。しかし、今日の講義で、もっと細かく、評価しやすいような目標の立て方、また、立ててみてダメなら、やり直す、やってみなければ分からないという、精神を学んだと思います。今は、パソコンの中から組み込まれた言葉を選択して、その人に合うのか合わないのか、自分でもよく分からないまま目標を選択して計画書を立てていますが、もっと自分の中にかみくだいて、自分の言葉で、誰にも分かるような、評価しやすい目標を立て、それを達成し、その喜びをバネとして仕事を続けていきたいなと思います。</p>
<p>筋力低下の現状維持のためにリハビリを行なう。</p>
<p>ケアプランが解決・評価できるものかという視点になかった。それは目標が実現可能ではなかったからだと考えます。</p>
<p>ケアプランのニーズの部分に目的だけしか書かれていない所があり、ニーズを入れる必要がある。利用者の意向を完全に捉える事が出来ていない。ゴールの設定（短期目標）が曖昧であった。褥瘡の防止、転倒の防止、筋力維持などで終わっている事が多い。</p>
<p>ケアプランの流れと整合性。長期目標と短期目標。</p>
<p>計画書には、もっと内容をしぼり、用紙に収まる範囲で書き、他にもっと本人の状況や変化がわかるおう、フ</p>

<p>オロー、モニタリングの記入の仕方を工夫します。</p>
<p>現行の計画では、医療面に対する介護サービスが足りなかった。独居であることに加え、高血圧もあるので、健康管理のために訪問看護が必要であると感じた。</p>
<p>こちら側の意向が大きくなってる気がするので見直します。</p>
<p>これから計画を立てる準備をしたいと思います。</p>
<p>これしかないと思ってしまいがちな点を、今日は指摘されました。立場をかえて考え直してみる必要がある。今回提出した他の計画書に関しても、もう一度見直したい。</p>
<p>サービス計画書の中にある文章として「～在宅生活の維持を図る等+」の表現があったが、これは方針とは言えません・・・とおっしゃった言葉が印象に残りました。目標や方針といった項目に対して、曖昧な表現で対応していたと思い、再検討していきたいと考えています。</p>
<p>サービス計画を立てるとき、利用者にとって何が一番必要なのか、それを考えながら計画を立てる事が一番大事であると感じた。利用者が日常生活を行なう上で、何が一番必要となってくるのかという事を考えて、目標を設定すればよい。そうすれば、目標も難しく考えずに設定できるのでは。</p>
<p>サービス担当者会議の重要性。その結果をサービス計画に盛り込む。</p>
<p>サービスの必要項目のみをプラン化していたが、生活全般を捉えたプランを作成するよう検討していく。</p>
<p>サービス計画のゴール設定の変更を行い、モニタリング、評価をきちっと行いたい。</p>
<p>サービス計画の書き方が抽象的な面があり、改善されるべき事項にしていきたい。</p>
<p>サービス計画書の課題と目標について、評価でいる言葉で書くこと。</p>
<p>再度見直しし、考え直し、本当にこれ以上のサービスが考えられないかを考える。</p>
<p>坐骨神経痛のため、長時間の立位がつかなく、水平移動の方が腰の負担がかからないので、福祉用具の利用を含めて、内容の検討をしていきたいと思います。</p>
<p>残存機能の維持を重点においていたから。</p>
<p>残存機能への働きかけ（健側での食事摂取のための援助等）を計画の中に組み入れる。現在の介護体制（娘さんとご主人で介護しておられる）を長く維持していくために、居宅内での介護負担軽減をしていく必要がある。施設では、いつも転倒して骨折するという問題がありますが、今日の松本先生の講義を聞き、安全管理が問われた場合は、必ず記録してある事が重要と知りました。ケアプランに記録してある事が大事。</p>
<p>しっかり評価出る計画書の書き方にする。</p>
<p>実際にケアプランは、まだ作成したことがありませんが、介護サービス計画表、個別援助計画表など、作成する上で、とても参考になり、勉強になりました。今、自分が書いている計画書の目標が大きく、大まかで実現できないものか分かり、もう一度、見直さなければと思いました。</p>
<p>自分の計画書もかなり目標にたどり着けない大雑把なものが多い。具体的な分かりやすい計画書の作成、またゴールを見すえた計画書が作れるようにした方が計画書の意味があったと思うから。</p>
<p>主治医の意見書より診断名（内服薬）、今後の状態、状況を予想できていないため、ニーズには全くあがっていない。</p>
<p>主治医の意見書を全部みていなかった。目標の捉え方。達成できる事の記述ができていなかった。</p>
<p>主治医の意見書を見逃しているところがあったので、もう一度、移動について考えます。また、目標についても、ゴールのみえるものにする。</p>
<p>主たる介護者（同居）、娘さんにも家事援助が必要と思われるが、娘さん自身は認定に対して・・・。情報と娘さん自身が、親の介護が無理にはってきている事実を知ってもらう。在宅、あるいは施設利用しながらの在宅、入所、今後の生活の仕方を、本人、娘さん、他の子どもたちと再考した上で、転倒予防、介助（援助）の仕方を見直す。デイでバイタルにもいく分みているが、家での状態を個別のリハも兼ねて、訪看も考えてみる。障害を受容できていない患者、家族への障害受容への教育が必要である事がわかり、目標設定を変更する必要があると思った。</p>

職務上、実務は行なっていない。これまでの研修（3回受講）とは、計画書の記入の仕方が大変分かりやすい。5W2Hの使い方が分かりやすく、ニーズ、目的等の計画書にできあがると思う。ゴールに近づきやすいサービス計画書に完成すれば、利用者にもサービスの目的やゴールに近づく事の喜びや満足感、理解しやすい納得のいく計画書になっていくと思われる。
自立支援を目的としているか。優先順位について、もう一度配慮してみたい。また、解決すべき課題が的確かどうか確認してみたい。
身体的な所でも、一ヶ所だけ見ていて関連的な判断をしていなかったので見直しをしたいと思います。寝たきり⇒褥瘡など。
推定シートとの不整合あり。全体が見えにくかったことがわかった。概ね良いと思うが、具体性に欠けた計画書(2)であった。
生活全般の解決すべき課題の捉え方が不十分だったと思います。
先生のお話を聞き、モニタリングを十分に行ない、医師の意見書、調査内容を再度振り返り、十分なサービス計画作成としたいと思います。
総合的な援助の方針が、抽象的な言葉ではなく、具体的な内容にしたい。
大変勉強になりました。先生が言われましたが、「目からウロコが落ちた」思いです。ケアプランは難しい、評価ができにくいと思っていましたが、具体的に一つづつ掘り下げて考えて行くと、一つづつ結果が出てくるものだと思います。
他の専門員の意見を聞くことによって、一人の利用者に対する考え方も固執しないで、新たな考えを持つことができた。
短期目標を記入する際、今までは簡単な言葉で済ませていたが、すぐ達成できるか、あるいはできないか、提供するサービス（ケア）のための内容か等、注意しなければいけないと感じた。
痴呆専門医の受診ができていないため、受診することで問題行動の軽減がはかれるのではないかと。清潔意識が薄いと、惣菜を買って食べるとか、腐ったものを捨てさせないとかがあるので、もう少し具体的にサービス内容を検討する必要がある。通所が月～金に入っており、土曜日は30分の服薬管理のみしか入っていない。徘徊とか、ストーブの火の始末など安全性の問題があるため、土曜日も見守り、巡回等、必要がある。
長期、短期目標が適切で、利用者、家族の意向が十分に把握できているかを見直したい。
調査からモニタリングまでの関連があるのかを見直しをしたいと思います。ニーズの見直しをする。
追加資料の中で、記述方法と目標等の設定が違ってきている。
通所系のサービスは「1対1」のかかわりが少なく、年を重ねるにしたがい「1対1」の場面が必要ではないか。通所系、短期入所利用のみの利用で、在宅生活の維持が本当にはかかれていない。
デイサービスを利用後のショートステイの利用という方法をとっているが、もっと良い方法はないだろうか。費用の点では、どちらが特になるのか（タクシーの利用）。次の日から送迎を使つてのショートの利用にした方が良いのか。
転倒しない環境作りをするなど、今までの視点と違う事項を学習し、自分自身で納得できたから。
当施設（特養）では、全入所者の家族にケアカンファレンスに出席してもらうことは物理的に不可能であり、ケアプランはケアマネが作成して家族に郵送するスタイルをとっております。したがって、計画書(1)の「家族（本人）の意向」は空欄になっています。この点については以前より疑問と不安を抱いておりましたので、この機会に再検討したいと思います。
はじめに介護保険ありきで作成したようなので。
評価があるためという点で、なされていなかったの見直しをしたいと思います。
評価できない事をニーズとしてあげていたので（計画のための計画）、解決できる具体的な内容をあげる事が大切。
昼間独居で、食事もとっているかどうかわからないということで、食事作りや摂取の見守りに重心をおいてい



<p>たが、推定シートを見せていただいて、移動の部分が一番点数が低く、今後、歩行などの移動方法の検討をするなど・・・。</p>
<p>ベッド上で過ごす時間を長く、今できている事、ADLの維持が徐々に低下していくのではないかと。本人、家族がこれ以上のサービスを「必要としていない」と言っているのに、新しいサービス、代替サービスは考えにくい。</p>
<p>訪問時間について。</p>
<p>本日の研修でもあったように、ニーズを転倒の恐れがあるといえば、サービス内容で見守りと計画していた。転倒した場合の環境まで目を向けていなかった。</p>
<p>本人、家族の意向（施設入所）と総合的な援助の方針の部分の流れがよくみえないので、本人、家族の意向をきちんと捉え、問題点（ニーズ）を細かくあげ、ひとつひとつの目標を掲げる方が良いと思われる。サービスがパターン化し過ぎのきらいがあり、ニーズをきちんと捉えることで、サービスも検討できると思われる。</p>
<p>本人の研修内容を参考にして検討してゆきたいと思います。</p>
<p>本人の状態に変化があったため、手術後のプランを作成する。</p>
<p>間に合わせプランになっていると思う。</p>
<p>もう一度、家族、利用者のことを考え、意見を聞きたいと思います。今は家族、本人の要望を大切にプランをたてているつもりですが・・・。</p>
<p>もう少し、モニタリングのときにくわしくして、研修の参考になったことをしてみたい。</p>
<p>目標が具体的になっていない。</p>
<p>目標設定の仕方が、モニタリングして、評価できるものになっていないので。</p>
<p>目標と目的の混同があり、利用者を中心に据え、ともに再検討の話し合いをしたい。</p>
<p>目標や介護内容など、解決できる事を具体的に書くように努めていきたい。</p>
<p>目標をゴールとしてとらえていない。</p>
<p>もっと細かく（ニーズに関して）ケアプランを立てなければならないと思いました。</p>
<p>モニタリングがうまくできてない。</p>
<p>モニタリングをしっかり行っていないため、サービスがどのような効果をあげているか把握できていないため。</p>
<p>モニタリングを行い、もっと分かりやすく説明の出来るプランを考え直し、評価へつなげる様にして行きたい。</p>
<p>問題行動に対する計画。医学管理の重要性。</p>
<p>やはり、ゴールにむすびつく課題、解決されることが期待できる課題の設定ができたが再検討していく必要があると感じる。又、利用者や家族への説明の方法、やり方を見直す必要ありと思った。</p>
<p>優先順位。利用者の話し。もっと別面から話しを聞くように考えてみようと思った。</p>
<p>優先順位の順番と、今後ケアマネージャーがどのように本人、家族を支援して行くかという部分の追加。</p>
<p>優先順位を念頭においていなかったの。</p>
<p>立位困難で調理や清掃、買物ができない。コープ等の利用もあるが、本人の食生活を把握し、バランス面も含めて、どの段階までの援助する必要があるのか、掃除、調理、買物の内容、回数の見直しを行なう。また配食等も取り入れることで、定期的な見守りも考えてはどうかと思った。また調理時の姿勢等を考慮し、自分で行なえる方法も考えても良いのではないかと。また生活だけでなく、通院だけでなく、楽しみとしての社会参加も考えてはどうか。</p>
<p>両下肢筋力低下を予防する残能訓練の取り入れ。今回提出しました方は、現在も引き続き継続中で、すでに9月、10月でサービスの追加を行っております。住宅改修（トイレ、洗面、玄関、風呂の手すり設置）。利用者、介護者の現状のサービスについてどうか、介護負担についてなど、今までの思い込みがあったような気がする。訪問時に原点に戻り、介護者とプランの見直しをする必要があると感じました。今まで慣れ合いになり過ぎていました。</p>

利用者によっては、一日のスケジュールを確認せず、ケアプランを立てている人がいるので、無理があったことに気づく。
利用者に分かりやすく、また危険性を含めた内容で、今後再検討して行きたいと思います。今日の話の中で、ヘルパーを兼任していますので、何かあった時の危険性を感じました。ケアプランの中に活かして行きたいと思います。
利用者本意のプラン作成を主体に考えていたと思っていたが、実際説明してみると専門用語や言葉が具体的になく、プラン記入を再検討する必要があった。
利用者や家族の意見もしっかりと聞き、確認して計画書を作成する。見守り、観察など、曖昧な表現でなく、具体的に「付き添う」「手をつなぐ」「介助する」などで作成する。
利用者や家族の受け入れ状況が今後変化してきた時に、次のサービスを入れようと考えられた。
私自身、訪問看護の必要性を感じ、利用者の方も納得され訪問看護導入する方向に向かっています。入浴面は、「どうにか一人でできるから」等で、重点においてなかったのですが、検討していかなければいけないことに気づきました。
援助目標(長期) (短期) の考え方が変わった。計画のたて方を評価できる計画にする。モニタリングを重要視する。
課題分析で「解決すべき課題」の考え方が理解できた。又モニタリングも随時してきたが方法が理解できた。
解決すべき課題(ニーズ) の記入がなかなかうまくいかなかったが、キーワード「解決」「評価」できるかという視点で考える必要があることを知り参考になった。
解決すべき課題は解決できるもので評価できないとだめであることを教えてもらった。
具体的サービス目標(ゴール) の設定の認識があまかったので元手法でそこに到達できるよう検討してみたい。
経過の記録をしっかり書くと良い。モニタリングや評価にもなる。
計画を立てていません。
計画作成の上で解決できるものをニーズとしてあげる必要がある。
計画書の中での表現があまりにも漠然とし過ぎていて途方に暮れていたときもあった。今回表現方法の1つの参考にさせていただきます。
現在の状態、利用しているサービスとサービス計画が異なっているものがある。(時間の余裕がなく、サービスのみを変更しており適切なサービスかどうかの評価ができていない)。
現場がかかえている課題について基本的な点から再検討する必要がある。
再検討はしたいが、業務の中で。
時間がありません。
自分の作成したものに自信がない。
実際にサービス計画を立案してはいませんが、モニタリングや評価をきちんとし、それに即した計画を立てていかなければと思います。
生活の活性化の目標をもってきたが、解決できる目標におきかえられるか検討してみる。
内容でなく、至った経過を改めて見直してみる。
本人の希望を取り入れることが多い。一度はいったサービスを他のサービスと替えることなくずっと続けていたので、モニタリングを充分にして、本人の状態をはっきりつかみなおして本当に必要かどうか時間等もよいのか検討をしておきたい。
目標をもっと具体的に達成できるような内容にモニタリングをもっと詳しく書面に残す。
目標を理想や自分の考え、感想の領域でとらえてしまっていた。目標は解決できるゴールであり、評価されるべきものであることがわかった。モニタリングを行うそのことで翌月のプランに出てくること。スパイラルアップしていくものであること。
利用者と共に話し、もうすこし時間をとっていきたい。

#### 4. 参考になったこと

<p>“介護制度だけで支えきれない”と思っていた自助努力が大事と再認識し、気持ちが軽くなった。“ニーズ”を評価できるか、記入のポイントが分かった。</p>
<p>「介護内容推定シート」により、みえなかった部分がかんねにたくさんあったのかと気づき、家族が担うものを改めて見直しました。アセスメントとモニタリング、頭にたたきこみ、接していきます。</p>
<p>「何かお変わらないか」とついつい聞いてしまうのでこれからはもっとちがうききかたで利用者の心の変化や身体的変化に気づきたい。</p>
<p>「介護支援」というものに対して介護保険のサービスにその他のサービスを加えていくというイメージを持っていたがそうではなく介護保険サービスは社会資源の本の一部だということの認識ができた。</p>
<p>「介護保険は社会資源の一つであること」は新鮮なひびきであった。まずは手法の確立が大切で、現在利用している手法について検討をしていかねばならない。利用者は自助努力が必要、利用者へ根気よく説明する努力の必要性。計画書はモニタリングと評価が必要であり、最低限このことを広めていきたい。調査基本～意見書～計画と計画書が樹立できるとすばらしいと感じた。</p>
<p>「自助努力」とモニタリングの概念的な論拠。</p>
<p>1年ほど施設のケアマネを経験しました。施設は利用者には日常生活の場のためケアプランが日常生活の中からの問題点を掘り下げて行きます。ところが、居宅では支援の内容が在宅生活の援助とまとめられており（参考事例によると）、私自身、文章力のない点、何を書くことが求められているのか理解しにくい点（今までの研修に参加しても）がありましたが、本日の研修により、施設も在宅も同一視点から考えて行くのだということがわかり、少し道筋が見えたように思われました。</p>
<p>①介護保険サービスで高齢者を支えられると思っていたがサービスも社会資源の一つという認識ができた事。 ②モニタリングと評価はとても難しい項目で、実際公にはあらわれてこないのをついついなおざりにされているようだが、一番大切であると痛感した。</p>
<p>①介護保険は地域サービスの一部であるという考え。②インタークー評価までのポイントの中で（一連の業務の中で）その都度利用者の変換するニーズを知り、サービスの展開ができる技術があることを知った。③サービスプランは解決できる、評価出来る、目標設定をすることが大切。</p>
<p>①居宅サービス計画書の評価シートが大変気になります。このシートがもっと分かり易く簡単に記入出来る様になれば仕事の効率化に大いに役に立つと思う。②又、ぜひ松本先生の記入文例や資料等を参考に、実際のプランを数こなしてみたいと思います。③もっと時間をかけてゆっくり研修が出来る様希望したい。</p>
<p>アセスメント、モニタリング、評価、目標（ゴール）の立て方。</p>
<p>アセスメントの大切さ。モニタリングの大切さ。施設、在宅サービスにおける「危機管理」。計画に対する実施記録。</p>
<p>忙しいからという理由で、本来、一番大切なサービス計画書を後回しにしていたこと等、もう一度仕事内容を見直して行きたいと思っています。事務処理だけのためにいるのではないという言葉、心に残りました。一連の流れをみてくというのは、大切なことと思いました。自分の中の先入観でものをみがちで、偏りがちなサービス計画になっていたように思います。アセスメントは大事ですが、サービスはしてみなくては分からないという先生の言葉。あれこれ考えるより、まずはやってみる。その後のモニタリングと評価を重ねることで、本当に利用者、家族の希望に沿えるケアプランができるのだと思いました。</p>
<p>いつもそのサービス内容が妥当かどうか代替できるものはないかの視点を持つことが必要とわかっていても新しいサービスをつくらしたりしていく努力はできてなかったのも、こういった取り組みをしていかないといけない立場だと改めて気付かされたこと。</p>
<p>いつも立場にたつてと言われるが、どうしても自分の位置するものしか見えないと思う。今回、第三者の立場で全く情報のないままロールプレイをすると、自分の聞き手としてのやり方や聞き方の方向性も見えた。人の話し方を聞いて、自分も取り入れなければならないこともわかった。人に説明したり、話しを聞いて納得させ</p>

<p>ることの難しさを痛感した。研修の内容のみでなく、自分研修につながるものが、とてもいい刺激になった。</p>
<p>今までは、わりと大きな問題点をかかげ、難しい事を考えておりましたが、本日の研修を受けて思いました事は、絵に描いた餅じゃなく、すぐ、その場で食べられる物を提供し、食べられないのであれば食べられるようにするために、どうするかという事を考え、利用者に尋ねながら、一人の人間が生きて行くために本当に必要なサービスを考える事がケアマネの仕事である事が、より深く理解できました。</p>
<p>医療上の面で、医師との連携が重要であることを再確認できた。</p>
<p>医療もかなり深く関わっているが、今回提出して方は医療拒否もあり、転倒→ケガをして、何とか1か月に1回通院するようになりました。医療とのかかわりが難しいと思います。ケア計画をたてても、それに対して、施設や訪問ステーションからの報告はなく、こちらから電話するか、本人がサービス利用しているときに見に行かなくてはわからないし・・・。モニタリングを活かすのは、かなり努力（時間、連絡）しないと、難しいですネ。葉っぱ落として幹にするのは基本においときたいです。</p>
<p>インテーク時の基本的な姿勢とモニタリングの必要性を再認識しました。</p>
<p>上に書いたことが主ですが、その他にも、ケアプランが自分の身を守ることにもなるというお話を聴き、しっかりしたものを立てないといけないと痛感しました。</p>
<p>演習。(ケアプランを家族に説明する) ことの難しさを痛感した。演習から短期目標、長期目標も何となく分かってきました。</p>
<p>援助目標を立てるとき、大きな目標でなく、達成できる目標を立てれば、それに応じての援助が出来るようになる。目標は大きくあげず、解決出来る事をあげて目標達成を目指して行けばよい。</p>
<p>介護サービス(2)の検討と評価において、ゴールを設定する事の大切さを思いました。</p>
<p>介護サービス計画書考え方。</p>
<p>介護内容の推定シートとケアプランが一致していない部分がある。本日の研修で学んだ事を参考にして計画修正したい。</p>
<p>介護保険に関する事は難しく、手間がかかり、とても大変という思い込みが自分自身強かったが、人が人として生きるという真理から成り立つものであるという原点について考える事ができたこと。</p>
<p>介助をする前に、福祉用具を使用すること、リハビリを行なうこと。</p>
<p>核は家族。ケアマネはそれを支える一員である。居宅サービス計画書の評価シートを今後参考にして行けそう。</p>
<p>家族、利用者がいかに理解しやすいプランであるかという事。</p>
<p>家族にプランの説明を行なっていましたが、ご本人はできるだけ家族に介護して欲しいので、デイにも行かない、ヘルパーも利用を外出介助だけ求めているが、本人の思いを尊重し、仕事と介護を両立している。「負担になったらヘルパーに入浴介助を依頼」等、ケアマネの説明がありましたが、サービス利用で家族が介護しなくなると言う気持ちを介護負担軽減で在宅生活が継続できることを今から本人にも説明しないと、困った時は家族の負担軽減にはならず、難しいと思います。</p>
<p>家族の方に再度、介護の意向を聞き、変更し、説明時には家族と共にプランの見直しができるようにしたい。</p>
<p>家族役の人が発言した「私ももっと外に出たい」という言葉や思い。実際の家族は「あまり思わない」という人だが、奥に色んな思いがあるのではないかと、もっと専門家として分析しておかなければならないと思った。(家族の言葉を信じ過ぎない、安心し過ぎない)</p>
<p>課題の設定について、抽象的な言葉(定型的な言葉)で流していたように思う。より具体的な課題、目標の考え方を学習させていただいた。</p>
<p>課題分析がしっかりとできていない。本人のニーズがしっかりとつかめていないと実感しました。研修に参加するだけの力を身につけなければと思います。</p>
<p>看護計画立案上の注意点とほぼ同じである。</p>