ケアプラン点検研修　第1回

令和4年(2022年)9月26日～10月3日

八王子市　福祉部　介護保険課

あなたのみちを、あるけるまち。八王子

本日の研修内容

１：居宅サービス計画書標準様式及び
　　記載要領の改正について
２：ケアプラン自己点検の手法について
３：今後のスケジュールについて

あなたのみちを、
あるけるまち。
八王子

標準様式及び記載要領の改正を受けて

令和３年３月３１日付　介護保険最新情報Ｖｏｌ．９５８

第１表：「居宅サービス計画書（１）」

改正前
「利用者及び家族の生活に対する意向」

改正後
「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」

八王子市における第1表の考え方

八王子市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準に関する条例
第20条（7）
「介護支援専門員は、利用者の希望及び当該利用者についてのアセスメントの結果に基づき、当該利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、当該利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、当該サービスの種類、内容及び利用料並びに当該サービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成すること。」

・八王子市においては、「課題分析の結果」の記載は必須ではない

・一方で、「課題分析の結果」を記載する利点はある
＝援助内容や利用者の強み等の分析内容について、
　第１表に記載することでケアチームで共有しやすいこと等

八王子市における第1表の考え方

【八王子市の方針】

ケアプラン作成時（日頃の業務）
- 「課題分析の結果」を記載することが望ましい。
- 「課題分析の結果」を記載する場合　：改正後の様式を使用
- 「課題分析の結果」を記載しない場合：改正前の様式を使用

ケアプラン点検時（自己点検を含む）
- 「課題分析の結果」を記載する。
- 改正後の様式を使用

八王子市における第1表の考え方

「利用者及び家族の生活に対する意向」と「課題分析の結果」に分けて記載する。

「利用者及び家族の生活に対する意向」

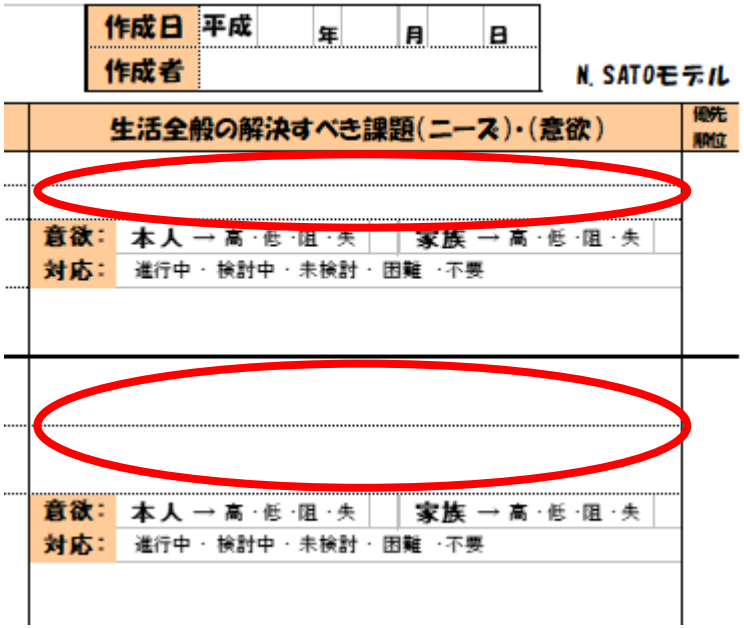
・必ず記載する

・誰の発言か区別する

八王子市における第1表の考え方

「利用者及び家族の生活に対する意向」

【アセスメントチェックシート】



作成日	平成　年　月　日
作成者	

N. SATOモデル

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)・(意欲)	優先順位
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	

【第２表】

利用者名　　殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標		
	長期目標	(期間)	短

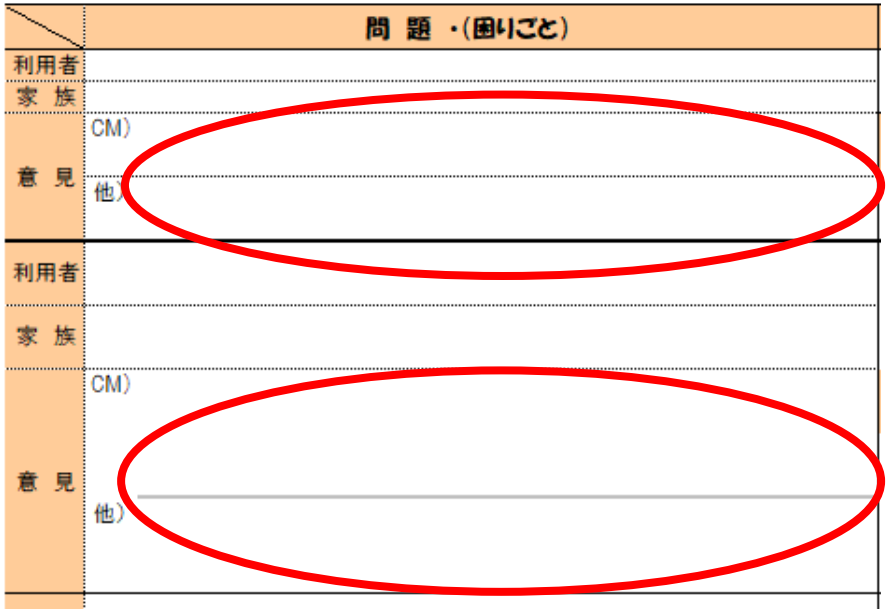
【第１表】アセスメントチェックシート及び第２表をもとに、利用者と家族がどのような「暮らし」をしたいか、利用者・家族の言葉をそれぞれ区分し、要約して書きます。

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	

八王子市における第1表の考え方

「課題分析の結果」
＝ケアマネが必要と判断した援助（ケアマネの見立て）
　利用者の困りごとを解消してニーズを達成するために、どのような援助が必要か、利用者や家族は何をするのか。

【アセスメントチェックシート】
（自己点検支援マニュアルP.79～81参照）



他職種からの意見を踏まえて、ケアマネが必要と判断した援助について、要約して第１表に記載

【第１表】

八王子市における第1表の考え方

「課題分析の結果」
＝ケアマネが必要と判断した援助（ケアマネの見立て）

とはいえ・・・第1表は利用者や家族に見せるものなので、

利用者・家族が読んだ時に分かりやすく、前向きになれるような表現が好ましいです。

喜ばれるケアプラン
「利用者のもの」としてのケアプラン

八王子市における第1表の考え方

「前向きになれるような表現」

・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

・アセスメントチェックシートの維持・改善の要素
（利用者の持っている力、強み等）

八王子市における第１表の考え方

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･事業所名および所在地

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を踏まえた課題分析の結果	意向(本人): 意向(長女): 課題分析の結果:
介護認定審査会の意見及びその種類の	
総合的な援助の方	
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(　　)

1ページ

【利用者及び家族の生活に対する意向】と【課題分析の結果】に分けて記載します。

【利用者及び家族の生活に対する意向】
アセスメントチェックシート及び第２表をもとに、利用者と家族がどのような「暮らし」をしたいか、利用者・家族の言葉をそれぞれ区分し、要約して書きます。

【課題分析の結果】
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を具体的に記載してください。
アセスメントチェックシートを使用する場合、「問題・（困りごと）」の「意見」欄を要約して書きます。
また、必要に応じ、生活環境や利用者が持っている力・強み等についても記載します。
記載する場合は、基本情報シートの「住居の状況」欄や、アセスメントチェックシートの「維持・改善の要素、利点」欄を活用できます。

八王子市における第1表の考え方

「課題分析の結果」
＝ケアマネが必要と判断した援助（ケアマネの見立て）
利用者の困りごとを解消してニーズを達成するために、
どのような援助が必要か、利用者や家族は何をするのか

「総合的な援助の方針」
＝ケアチームとしての方針
「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」（意向・ケアマネの見立て）について、ケアチームで確認・検討した上で、どのようなチームケアを行うか

さらに、緊急事態についても記載することが望ましい（記載要領を参照）

ケアプラン第1表

「総合的な援助の方針」欄

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	利用者及び家族の生活に対する意向 ＋ケアマネが必要と判断した援助（ケアマネの見立て） 　利用者の困りごとを解消してニーズを達成するために、 　どのような援助が必要か、利用者や家族は何をするのか
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	ケアチームとしての方針 「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」について、ケアチームで確認・検討した上で、どのようなチームケアを行うか

これまでの取組みは？

今後の方針は？

医療・多職種との連携は？

どのような情報共有？

緊急時の対応は？

利用者の状況によって、色々な記載内容が考えられると思います！

ケアプラン第1表

「総合的な援助の方針」欄

総合的な援助の方針	ケアチームとしての方針 「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」について、ケアチームで確認・検討した上で、どのようなチームケアを行うか

これまでの取組みは？

【例①】

脳梗塞により入院をされ、退院後は積極的にリハビリに取り組んでこられました。

杖がなくても歩行が可能な状態まで回復されましたが、ご自宅の外に急な階段があり、まだ自信が持てないとのことです。今後、体力・筋力がついたら、楽しみをもって毎日の生活が送れるよう…（以下略）

ケアプラン第1表

「総合的な援助の方針」欄

総合的な援助の方針	ケアチームとしての方針 「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」について、ケアチームで確認・検討した上で、どのようなチームケアを行うか

今後の
方針は？

【例②】

Cさんは、(中略)入院以降預けているインコのふーちゃんを呼び戻して、一緒に暮らすことを強く望まれ、何よりも楽しみにされている。その実現のために「Cさんの心身状態が安定し、在宅生活が長く継続できるよう」チームで支援体制を整える。

大腿骨頸部骨折の退院直後であり、退院後3か月、6か月、1年の年間計画を話し合い、目標を明確に立てた。まずは退院後3か月の目標として、
「①再骨折の予防　②低栄養・低体重の改善　③骨折前の生活機能の回復」を掲げる。

（出典：一般財団法人長寿社会開発センター「七訂　居宅サービス計画書作成の手引」P.140から引用）

ケアプラン第1表

「総合的な援助の方針」欄

総合的な援助の方針	ケアチームとしての方針 「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」について、ケアチームで確認・検討した上で、どのようなチームケアを行うか

医療・多職種との連携は？

【例③】

Aさんが好きな写真を撮ること・見ることに毎日の生活で関われるようにする。

（中略）

今夏にはAさんが希望する写真展へ行くことが叶うよう、ICT活用による円滑・迅速な多職種連携を行い、その助言を毎日の生活に最大限に生かし、効果を積極的に引き出す体制をとる。

（出典：一般財団法人長寿社会開発センター「七訂　居宅サービス計画書作成の手引」P.54から引用）

ケアプラン第1表

「総合的な援助の方針」欄

総合的な援助の方針	ケアチームとしての方針 「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」について、ケアチームで確認・検討した上で、どのようなチームケアを行うか

どのような
情報共有？

【例④】
（前略）本人は急変に対する不安を抱えている。本人の不安の払拭をするため、体調変化を早期発見し、再入院の予防が可能な体制を整備する。
同時にDさんの生活習慣や好みを共有しつつ、Dさんが、自宅で長く、安定した生活を送ることができるよう、その方策について一緒に考えていくケアチームを形成していく。

（出典：一般財団法人長寿社会開発センター「七訂　居宅サービス計画書作成の手引」P.186から引用）

ケアプラン第1表

「総合的な援助の方針」欄

総合的な援助の方針	ケアチームとしての方針 「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」について、ケアチームで確認・検討した上で、どのようなチームケアを行うか

緊急時の対応は？

【例⑤】
（前略） 低血糖時には、処方された内服（ブドウ糖）を飲んでいただき、状態が回復しない場合は、救急車を要請する。

【例⑥】
家族の支援を受けながら、頑張って一人暮らしをされています。（中略）
災害時は関係機関と連絡を取りながら、ご本人の安全を確保できるよう対応を行います。広域避難場所は〇〇小学校です。

ケアプラン第1表

「総合的な援助の方針」欄

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	利用者及び家族の生活に対する意向 ＋ケアマネが必要と判断した援助（ケアマネの見立て） 利用者の困りごとを解消してニーズを達成するために、どのような援助が必要か、利用者や家族は何をするのか
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	ケアチームとしての方針 「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」について、ケアチームで確認・検討した上で、どのようなチームケアを行うか

これまでの取組みは？

今後の方針は？

医療との連携は？

どのような情報共有？

緊急時の対応は？

利用者の状況によって、色々な記載内容が考えられると思います！
「5つの要素以外にも、こんなことをチームケアの方針として書くのも良いのではないか」ということを、ぜひ考えてみてください！

八王子市　ケアマネジメントに関する基本方針

ケアプラン点検の目的

「自立支援型ケアプラン」の推進
＝利用者の持てる能力を活かし、自分らしい生活を
　実現することを支えるためのケアプラン

　八王子市における「自立支援型ケアプラン」の考え方や、ケアマネジメント実施上の留意点については、「八王子市ケアマネジャーガイドライン2021改訂版」のP.6～7に掲載しています。

本日の研修内容

１：居宅サービス計画書標準様式及び
　　記載要領の改正について

２：ケアプラン自己点検の手法について

３：今後のスケジュールについて

あなたのみちを、
あるけるまち。
八王子

本日の研修内容

１：居宅サービス計画書標準様式及び
　　記載要領の改正について
２：ケアプラン自己点検の手法について
３：今後のスケジュールについて

あなたのみちを、
あるけるまち。
八王子

課題の提出について

- 研修のみ受講する方

  令和4年10月3日(日)23:59まで

- ケアプラン点検参加者

  令和4年10月28日(金)まで

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年度以降
・リモート形式による研修
・書面での点検
（市からケアマネジャーへ、振り返りシート送付）

ケアプラン点検研修　第2回について

【内容】
ケアプラン自己点検結果について
（分析・講評等）

【実施時期】
令和５年１月

※第１回、第２回研修をいずれも受講し、課題を提出することで、受講修了となります。

ケアプラン点検研修　第１回

（研修日）
令和４年９月２６日（月）～
令和４年１０月３日（月）

講　師：　八王子介護支援専門員連絡協議会
会長　八木広行

主　催：　八王子市福祉部介護保険課

八王子市ケアプラン自己点検支援マニュアルを学び、八王子市版「自立支援に資するケアプラン作成方法」を理解して利用者の“楽しみのある暮らし”が実現できるケアプランを作成しよう！

講　義

- **基本情報シートの記入方法のポイント解説**

（テキストP６１～）

基本情報シートの考え方

- 基本情報シートには初期アセスメントで収集された基本情報だけでなく、ケアプランが動き始めた後のモニタリングを通じて追加された利用者、家族に関する情報も書いていきます。

ケアマネジメントプロセスとは？

① インテーク（初回訪問）
② アセスメント
③ ケアプラン原案作成
④ サービス担当者会議
⑤ 居宅サービス計画等の確定、サービス提供の開始
⑥ モニタリング（評価）
⑦ 再アセスメント

- 情報
- 信頼関係
- 多職種との連携関係

ケアマネジメントプロセスを繰り返すことにより積みあがっていくイメージ。基本情報シートの内容も増えていく。

（６）主訴　（Ｐ６４）

＜相談の経緯＞

- 担当することになった経緯や、初回相談の概要を記入します。

（利用者の状況によって書き直す必要はありません）

＜利用者及び家族の主訴・要望＞

- 利用者、家族の主訴、要望を記入します。「デイサービスに行きたい」等の主訴、要望があったとしたら、

「どうしてデイサービスに行きたいか」「利用してどうなりたいのか」ということを聞くことで利用者、家族のポジティブな生活への意欲が聞き取れると良いです。

（７）ジェノグラム

- Ｐ６６の記載例を参照にしてください。
- 年齢を記入した入り、関係性を図で表すと家族の状況がわかりやすいです

（９）住居の状況（P67）

- 間取り図はケアマネジャーが利用者の生活動線を把握するために記入するものです。
- 段差や扉の形状が記載されていると危険個所が把握できます。
- 家具、手すり、ベッド、ポータブルトイレ、よく使用するもの、枕の位置なども記載しましょう。

（１０）生活状況

- 生活歴にはこれまでの利用者の生活の主要な出来事を過去から現在まで時系列に沿って書きます
- 生活歴の中から得意なこと、好きなこと、その人らしさを発見する情報のヒントが多く見つけることが出来るところです
- 病歴や職歴だけにならないようにしましょう
- 「昭和〇〇年に結婚」⇒「〇〇歳に結婚」と年齢で記載すると利用者のこれまでの人生の流れがわかりやすくなります

趣味・好きなこと・情報リテラシー

- 過去と現在の趣味を両方記載しておくと利用者らしさを発見するヒントになります

- 情報リテラシーはTV,新聞等と記載されるが、それのどんな内容（ジャンル）に関心があるか、その情報をどのように活用しているかを具体的に記載しましょう

（１２）利用しているサービス

- 介護保険サービスだけでなく、インフォーマルサポートを活用している場合も記載しましょう

講　義

- **アセスメントチェックシートの記入方法のポイント解説**

（テキストP７１～）

アセスメント（課題抽出プロセス）の明確化

- 「アセスメント」とは、
  情報の入手・整理・分析・ニーズ（課題）の抽出まで
  を指します。

- アセスメントチェックシートは、ニーズ（課題）抽出のプロセスが明確になるシートです。

課題分析標準項目とは？（P24参照）

課題分析に関する項目

①健康状態　②ＡＤＬ　③ＩＡＤＬ　④認知
⑤コミュニケーション能力
⑥社会との関わり　⑦排尿･排便　⑧褥瘡･皮膚の問題
⑨口腔衛生　⑩食事摂取　⑪問題行動　⑫介護力
⑬居住環境
⑭特別な状況

（※基本情報に関する項目は９項目）

- アセスメントチェックシートでは全てを把握できるシートである。

Ⅰ．状態欄について（Ｐ７３～）

- まず、利用者、家族の状態をしっかり把握します。左側の状態欄のシートを縦に確認していきます。

- ８つの項目に分けて、疑問に思ったことはさらに深く、この方の生活状態をみていきます。実情や事実にもとづく情報を捉えます。

記入方法（　　）の特記はどうしたら？

- 【聴力】耳元で大きな声で話せば聞き取れる程度
- 【眼鏡】新聞を読むときのみに使用している
- 【麻痺・拘縮】「軽度」等の表記ではなく、日常生活上どのような支障があるのか記載

- 【ADL】自立の程度や必要な介助、残存能力についての記載
- 【IADL】（夫が介助している）ではなく、残存能力（できること）も記載
- 【認知障害】判断した根拠、症状なども記載
- 【介護者の負担感】具体的にどのような部分に負担を感じているのかを記載

維持・改善の要素、利点

- 利用者が楽しみのある幸せな生活を送れるように、
  利用者の生活を活性化させるような現在の状態に対する
  ・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
  ・本人のストレングス

  を具体的に記載します。

※　Ｐ７７の具体例を参考に

Ⅱ．状態把握と利用者の意見（P78)

- 状態欄を把握できると、必要なサービスが見えてきます。もしかしたら頭の中だけで、サービスの調整が可能かもしれません。

しかし、ケアマネジャーが必要と思った援助を、利用者、家族が本当に必要としているかわからないので、右側のシートにある「問題（困りごと）」「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の欄を使って利用者の気持ちとケアマネジャーの考えが同じなのか、違うのかを確認していきます。

Ⅲ．問題（困りごと）欄について（P79）

（１）利用者

アセスメントチェックシートの左側の「状態」の各項目に対して、利用者の生活上の困りごとについて利用者から「困る」というような発言があった場合に

「〇〇で困る」と記載します。

（利用者の言葉そのままで）

利用者から「困っていない」と明確に言われたときは
「なし」と記載します。

ケアマネジャーが聞けていない。
または聞いたが明確な回答が得られなかったときは
「空欄」にして後日確認出来たら記載します。

（２）家族

アセスメントチェックシートの左側の「状態」の各項目に対して、利用者の生活上の困りごとについて、利用者の立場に立って、または利用者を慮って家族から「本人が〇〇で困っている」という発言があった場合に家族のそのままの言葉で記載します。その場合文末に代弁した者を（　　）により明記します。（長女代弁）

家族自身の困りごとについては「介護力」の「家族」欄を使用します。

状態欄の項目

転換
（だから）

問題
（〇〇で困る）

生活上で何が困っているかを把握する事がプロの援助者の視点です

（３）意見

「CM」欄には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を具体的に記載します。

利用者が楽しみのある幸せな生活を送ることができ、さらに利用者の生活を活性化させるために、介護支援専門員が必要だと判断したことを「〇〇が必要」と記入します。

ただし、「ヘルパーが必要」「デイサービスに通う必要がある」と具体的なサービス種別は記載しません。ヘルパーにどんな援助をしてもらうことが必要かと、ケアマネジャーが判断した内容を記載します。

「〇〇の為、見守りが必要」「外出をする機会をつくることが必要」といった困りごと解消に必要な援助内容を記載します。

「他」欄には、アセスメントチェックシートの左側のそれぞれの項目に関連して他の専門職(医師、看護師、リハビリ、相談員、その他職員等）から意見をもらっている場合に記載します。

意見を述べた者の職名をカッコ書きにより明記します。

「治療」はその方にとって重要なことです。状態について、医師等に相談し、治療方針や禁忌事項などを確認しなければ、サービス導入に影響しますので確認しましょう。また、医師をはじめ関わる医療職との連携がなければ、援助はできません。

とくに緊急性やリスク、将来の予測などを専門職としっかり検討して意見をもらえると良いです。

Ⅳ．生活全般の解決すべき課題（ニーズ）・（意欲）について

（Ｐ８１）

困りごとの表明を確認したら・・・

利用者がその困りごとを解消してどうなりたいと思っているか、意欲やニーズがあるのかを確認します

アセスメントチェックシートの左側の「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

本人の意欲高い ⇒ ○○したい

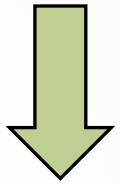
本人の意欲低い ⇒ ○○する、○○するようになる

表明なし ⇒ 空欄

特になしと表明 ⇒ なし

ニーズが・・・

「デイサービスに行きたい」



「なぜデイサービスに行きたいのですか？」

利用者の心の中にある真のニーズを引き出すように働きかける

家族の欄は利用者の立場に立って、また、利用者を慮って考えた利用者のニーズ・意欲を書きます。

利用者、家族の「意欲」・「対応」の度合い

「意欲」

○　高　　意欲が高いとき

○　低　　意欲が低いとき

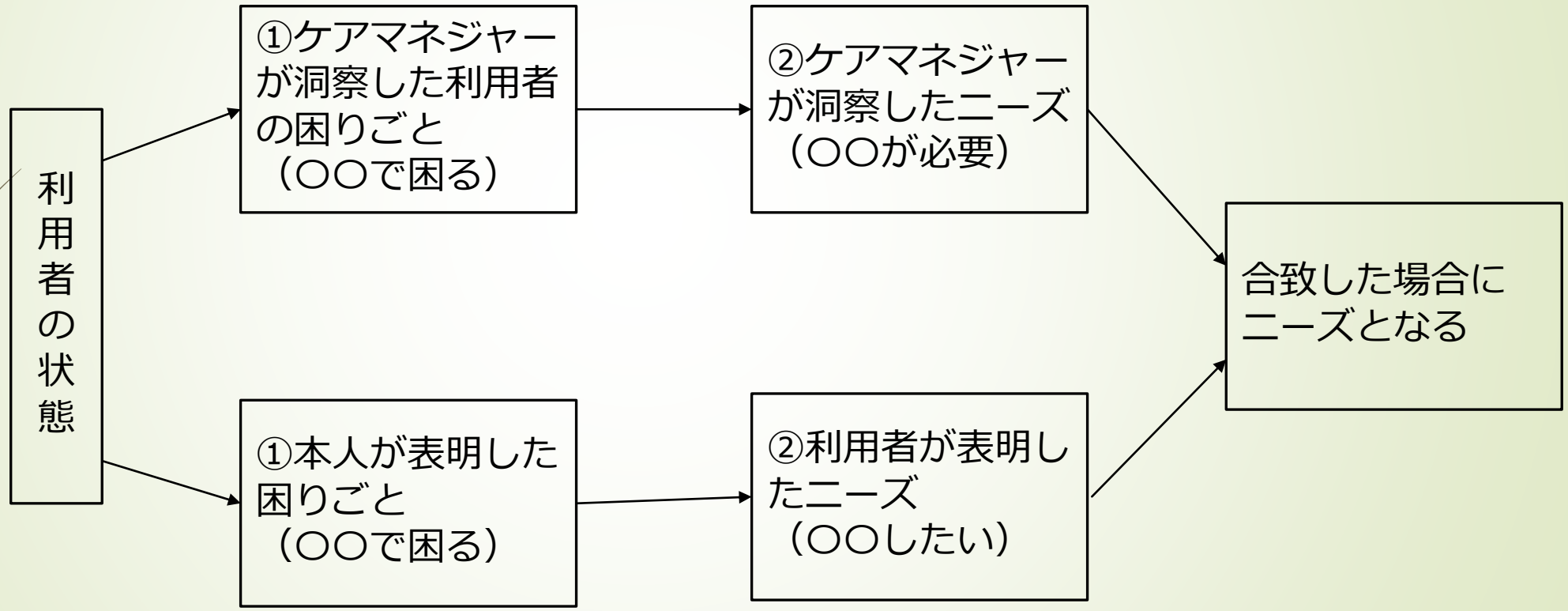
○　阻　　家族関係や経済状況等諸事情により利用者が真の意向を表明することが阻まれ相違してしまっている場合

○　失　　病気や喪失体験などにより、本来は「意向」があるはずだが表明できない場合

「対応」

○	進行中	すでに対応している場合
○	検討中	対応方法について検討している段階
○	未検討	対応方法について検討していない段階
○	困難	何らかの事由により対応が困難な状況
○	不要	特段の対応を必要としない場合

困りごと・ニーズ・意見の対応関係の有無の確認（P８３～）



（※P７８より）

（例１）

問題・（困りごと）	生活全般の解決すべき課題（ニーズ・意欲）
友達の〇〇さんに会いに行けなくて困る。	ゆっくりお風呂に入りたい。

「困りごと」と「ニーズ」に関連性がない

（例２）

問題・（困りごと）	生活全般の解決すべき課題（ニーズ・意欲）
友達の〇〇さんに会いに行けなくて困る。	友達に会いたくない。

「困りごと」と「ニーズ」に関連性はあるが対応関係がない

（例１）

	問題・困りごと
利用者	友達の〇〇さんに会いに行けなくて困る
家　族	友達と会えなくて困る
意　見	CM）夜間に歩行が間に合わず失禁することを防ぐため、居住環境の整備が必要

	生活全般の解決すべき課題（ニーズ・意欲）
利用者	友達の〇〇さんに会いに行きたい
家　族	友達と会わせたい

（例２）

	問題・困りごと
利用者	友達の〇〇さんに会いに行けなくて困る
家　族	友達と会えなくて困る
意　見	CM）歩行を安定させるために下肢筋力の訓練が必要。安全な移動を補助する道具、歩行時の見守りが必要

	生活全般の解決すべき課題（ニーズ・意欲）
利用者	友達の〇〇さんに会いに行きたい
家　族	友達と会わせたい

※　問題とニーズが関連していて、さらに意見欄の〇〇が必要という判断が合致している

Ⅵ．優先順位をつける（P88)

まず、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。関連し合うニーズをまとめ利用者の意欲の高い順に優先順位をつけていきます。

関連付けは、原因や根拠が同じならば、まとめたほうが解決しやすいです。ニーズの関連は、「根っこ」が同じで、解決方法も同じと考えられるものを関連付けします。

- 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の中で、利用者が楽しみのある幸せな生活を送るために、最も利用者の生活を活性化させると考えられるニーズから優先順位をつけます。

- ただし、生命が脅かされるような緊急性の高いニーズがある場合には、それが上位にきます。

ケアプランの修正（P94）
（※作成手順についても説明します）

Ⅰ．居宅サービス計画書　～ケアプラン第2表～

（１）生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

アセスメントチェックシートの「生活全般の解決すべき課題（ニーズ・意欲）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

（２）援助目標（長期目標）　（P95）

・長期目標は利用者本人自身の目標です。実現可能な範囲で利用者の「望む暮らし」を書きます。

ニーズ「〇〇したい」「〇〇する」

①それは何故ですか？

②ニーズが実現したら、あなた（本人）にはどんな生活が拡がっているのですか？

③あなた（本人）はどんな生活がしたくて、そう思うのですか？

（３）援助目標（短期目標）　（P97）

・長期目標を達成するために利用者自身はどうするのですか？

①　長期目標を達成する手段を考えます
②　具体的で、評価しやすい内容にします
③　サービス種別は書きません

（３）援助目標（サービス内容）　（P98）

・この短期目標を達成するために、あなた（本人）は具体的には、何が必要だと思いますか？

①　短期目標を達成するための必要な支援を具体的・簡潔に書きます

②　サービス種別は記入しません

（３）援助目標（サービス種別）　（P99）

・サービス内容に記載した支援・セルフケアを、最も適切にできるサービス種別を本人等と相談して決定します

①　サービス内容の事は誰が行いますか？
②　どんな専門職が適切なサービスを実施できますか？
③　介護保険サービスに限りません

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

※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〇印を付す。
※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

Ⅱ．居宅サービス計画書　～ケアプラン第1表～（P101）

（１）利用者及び家族の生活に対する意向

・ケアプラン2表をもとに利用者と家族が、どのような「暮らし」をしたいか望む生活を利用者、家族の言葉をそれぞれ区別してそのまま書きます

（２）総合的な援助の方針

・ケアプラン2表をもとに長期目標を総合した利用者の「本人が望む暮らし」が記載されていて、それを実現するためにケアチームが一つとなってどのように支援するかを表明します

Ⅲ．居宅サービス計画書　～ケアプラン第3表～（P103）

・ケアプラン2表に記入した「サービス種別」について保険給付以外も含めてすべて記入します

・主な日常生活上の活動では、生活リズムをケアチームで共有することでそれぞれの役割を認識します

最後に・・・

＜ケアプラン点検の目的＞

ケアプラン点検は、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、保険者が介護支援専門員とともに基本となる事項を検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追及しその普遍化を図り、健全なる給付の実施を支援するために行うものです。

・ケアプラン点検は、保険者と一緒に自分の利用者のケアマネジメントの質の向上を図ることができる貴重な機会です。

・ケアプラン点検は、指導や実地検査ではありません。保険者と一緒にケアマネジメントの質の向上を考えることができる大切な機会だと考えて望みましょう。

あなたのケアプランには

利用者の楽しい暮らしが見えていますか？