

令和3年度 ケアプラン点検研修 第2回

令和4年(2022年)3月23～30日

八王子市 福祉部 介護保険課



本日の研修内容

- 1 : 令和3年度ケアプラン点検 概要
- 2 : ケアプラン点検 結果報告
- 3 : 講 義



ケアプラン点検 実施手法の変更

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)

令和3年度 実施概要

12月13日～12月19日 第1回研修

12月20日～ 1月20日 ケアプラン自己点検結果提出
(対象:24事業所から各1名)

1月 下旬～ 3月 上旬 介護保険課にて「振り返りシート」作成

2月14日～ 2月18日 ケアプラン点検会議

3月 9日 「振り返りシート」発送

3月23日～ 3月30日 第2回研修

振り返りシート

コロナ禍により、事業所訪問・対面での点検を中止
⇒「振り返りシート」を作成・発送

振り返りシート

- ・点検参加者24名から提出を受けた自己点検結果に基づき、参加者ごとに個別に作成。
- ・保険者から伝えたい内容を記載したもの。
- ・一部、主任介護支援専門員連絡会（八介連）との協働で、記載内容を検討した。

5

振り返りシート(イメージ)

令和3年度 ケアプラン点検 振り返りシート		
居宅介護支援事業所□□□□□ □□ □□ 様		
ケアプラン点検へのご参加、お疲れ様です。業務多忙な中、.....。ご提出いただいたアセスメントチェックシートでは、自立の程度や必要な介護について、.....。ケアプラン第2表の短期目標も、具体的に詳細しやすい.....。添付した参考資料に長期目標・短期目標等の考え方を掲載していますので、今後の業務にも是非お役立てください。.....。第2回研修に臨んでください。 介護保険課 給付担当		
【基本情報シート】		
	適切な記述・好事例	保険者からの意見
受付日等	【受付日】 初回相談のあった日にちが記載されています◎ 【アセスメント理由】 基本情報シートを記入した時点でのアセスメント理由に○が付いています◎	
相談の経緯	担当することになった経緯が簡潔に記載されています◎	
利用者及び家族の 主訴・要望	利用者の生活の意向が記載されています◎	家族のうち、誰の発言なのか明確に記載すると、さらに良いと思います。
家族状況 (ジェノグラム)	記載方法のルールに則した書き方なので、家族状況が把握しやすいです◎	年齢や関係線を追加してみましょう。 記載方法は支援マニュアルP65～66を参照してください。
住居の状況	【特記事項欄】 間取り図では表現しにくい内容が記載されています◎ もしも利用者が2階に行かない場合は、そのことも記載すると、さらに良いと思います。	【間取り図】 手すりの位置を記載しましょう。手書きで記載されているケアマネジャーさんも多いです。

- ・ケアプラン点検研修及びケアプラン自己点検を振り返るための資料
- ・自己点検結果に基づき、参加者ごとに個別に作成
- ・適切な記載、好事例、改善できる箇所等についてコメント

6

令和3年度 実施概要

- 12月13日～12月19日 第1回研修
- 12月20日～ 1月20日 ケアプラン自己点検結果提出
(対象:24事業所から各1名)
- 1月 下旬～ 3月 上旬 介護保険課にて「振り返りシート」作成
- 2月14日～ 2月18日 ケアプラン点検会議
- 3月 9日 「振り返りシート」発送
- 3月23日～ 3月30日 第2回研修

ケアプラン点検会議

- ・ 2月14～18日 リモートで4回開催
- ・ 介護保険課が作成した「振り返りシート」の内容について主任ケアマネ(八王子主任介護支援専門員連絡会)と意見交換。
- ・ 「振り返りシート」のレベル向上。
- ・ 主任ケアマネ及び介護保険課職員のスキルアップ。

本日の研修内容

- 1：令和3年度ケアプラン点検 概要
- 2：ケアプラン点検 結果報告
- 3：講 義



本日の研修内容

本日の研修は、ケアプラン点検参加者24名の皆様から
ご提出いただいた自己点検結果に基づく、集計データ（※）
の報告、好事例の紹介、講義を行います。
（好事例は一部、前年度以前の自己点検結果を含む）

※集計データ：「各項目の趣旨に沿った記載か」という
観点で集計し、グラフ化。
事業所内での自己点検や勉強会等を実施
する際のご参考に。

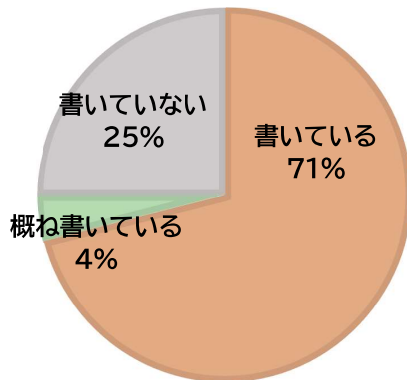
基本情報シート

「利用者及び家族の主訴・要望」欄【支援マニュアルP65】



(略) 最初はサービス利用の意向になると思うけど、アセスメントを重ねていくうちに、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いいわね。

生活への意欲を記載していますか？



【好事例】

(利用者)

手術を繰り返しているが、退院後の体力に不安があり支援していただきたい

(利用者、令和2年12月〇日)

花屋さんに好きな時に寄って好きな花を買ってきたい。好きなコンサートに出かけたい希望」

⇒追加で聴き取れた内容は、日付とともに追記。

家族から聴き取った内容については、誰の発言なのか明確に記載。

×家族 △息子 ○長男

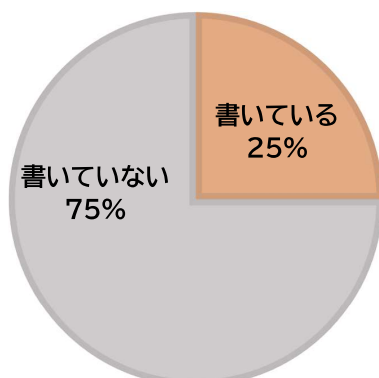
11

基本情報シート

「生活歴」欄【支援マニュアルP68】

これまでの利用者の生活の主要な出来事を時系列に沿って書きます。その人らしさを発見するヒントを多く見つけることができる項目です。

ポジティブな生活歴(楽しかったor楽しんでいること等)を書いていますか？



【好事例】記載内容の一部抜粋

「退職後は囲碁やグランドゴルフ、油絵、海外旅行を楽しまれ、地域の役員なども積極的にされていた」

「友人とは電話等で連絡を取り合っている他、デイケアでも友人ができ、楽しいとのこと」

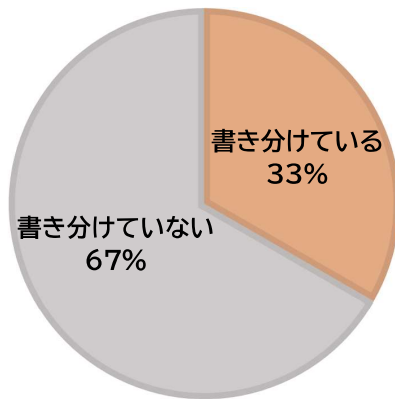
12

基本情報シート

「趣味・好きなこと」欄【支援マニュアルP68】

今、利用者が楽しんでいる趣味・好きなことだけでなく、過去に好きだったことなども書いてあると、利用者らしさを発見する鍵になります。

過去と現在の趣味を書き分けていますか？



【好事例】

「音楽鑑賞(洋楽、ポップス)、パソコン(インターネットでF1の結果を見る)、読書(小説)。以前はスキー、スケート、ドライブ(車、バイク)で十和田湖や能登半島に旅行したことがある」

「囲碁、将棋、麻雀、歩くのが好き、酒(2年前にやめた)、たばこ(40代でやめた)。なかでも麻雀が好き。家族が集まると皆でしていた(2020年のお正月まで)」

13

基本情報シート

基本情報シートは、無理に埋める必要はありません。

【支援マニュアルP68】



「自立支援」は「利用者の望む暮らしの実現」でもあるから、利用者がどんな暮らしを望んでいるのか把握するためにも、これまでどんな暮らしをしてきたのか聞いておくと思うの。

だけど、無理に聞き出す必要はないわ。利用者と交流を重ねていく中で、聞くチャンスがあった時に聞いたことを、書いておく程度でいいのよ。

でも、少しずつ利用者がどんな暮らしを望んでいるのか、アプローチして聞いてみてね。

14

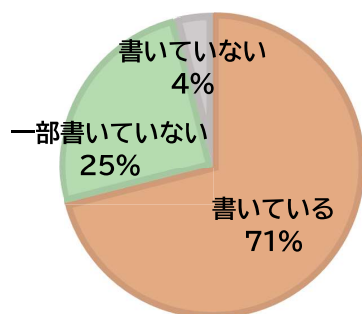
アセスメントチェックシート

「維持・改善の要素、利点」欄【支援マニュアルP73～77】



「維持・改善の要素、利点」には、ネガティブな要素を改善するために引っ張っていけるような、利用者や家族の良いところ、優れているところ、魅力的なところを書くの。利用者の「できないこと」にどうしても目がいくけれど、それでも「こんないいところがある」という点に注目して、利用者の強さを見つけてね。

利用者の強みを書いていますか？



強みに加え、利用者の状態・状況を記載している…。

⇒把握した情報を整理するためのシートなので、「維持・改善の要素、利点」欄は、強みに絞って記載しましょう。

標準様式及び記載要領の改正

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）」

「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」

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのか意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。

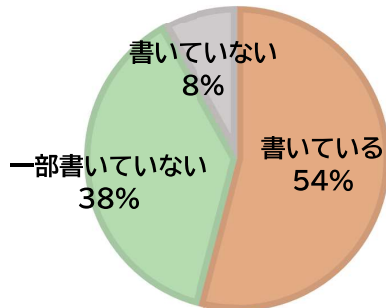
なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。

アセスメントチェックシート

「困りごと」欄【支援マニュアルP79-80】

利用者の生活上の困りごとについて、利用者から「困る」というような趣旨の発言があった場合に、できるだけ利用者の言葉そのままに書きます。

生活上の困りごとを書いていますか？



- ・未来や仮定の困りごとを書いていませんか？
⇒今現在の困りごとを聴き取って、書きましょう。
- ・困りごと＝症状になっていませんか？

アセスメントチェックシート

【支援マニュアルP80】

なぜ、生活上の困りごとでないといけなの？
利用者によっては体の痛みを訴える人もいます。



体の痛みなどの症状を、ケアマネジャーは治してあげることができないでしょう。医療に繋ぐことは大事だけど、ケアマネジャーは利用者が今のその「症状」と付き合って、どう生活していくかを支える専門職だから、「症状」があることで「生活上に支障をきたしていること」を発見して、それを少しでも軽減したり、解消したりしてあげることが重要な。だから、生活上の困りごとを聞いてほしいのよ。

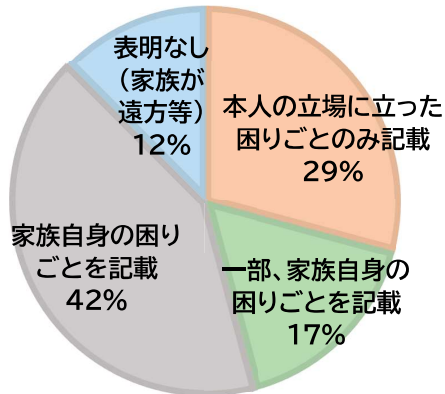
もちろん、症状がひどくて、症状の事しか考えられないという利用者もいるだろうから、「痛みがあって困る」という困りごとしか聞けなくてもかまわないわ。でも、生活上の困りごとを聞くということを意識しておいてね。

アセスメントチェックシート

「困りごと(家族)」欄【支援マニュアルP79】

家族が、利用者の立場に立って「本人が～で困っている」というような趣旨の発言があった場合に、家族の言葉そのままに書きます。

家族自身の困りごとを記載していませんか？



・家族自身の困りごとについては、「介護力」の「困りごと(家族)」欄に記載します。

・「利用者が表明した困りごと」と「家族が利用者の立場に立って考えた困りごと」が一致しないこともあるかもしれません。それも一つの発見と考えてください。

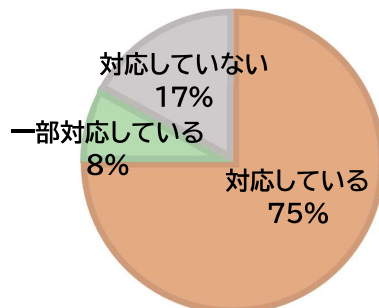
19

アセスメントチェックシート

「意見(CM)」欄【支援マニュアルP79】

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。

「困りごと」「ニーズ」と「意見(CM)」が対応関係にあるか？



・専門職として気が付いたことを書くのも必要なことですが、利用者の困りごとを解消するためには、どんな援助が必要なのか、利用者にどんなことをしてもらうことが必要なのか、検討するようにしてください。

20

アセスメントチェックシート

「ニーズ」欄【支援マニュアルP79】

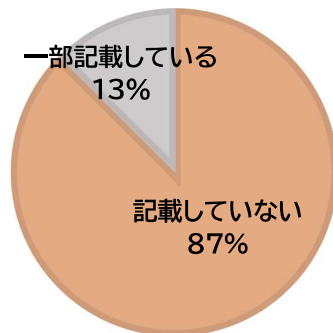
困りごとを解消して、どうなりたいと思っているか。

アセスメントチェックシート左側の「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。

サービス種別を記載していませんか？

(なぜサービスを使いたいのか聴き取れていますか？)

【ケアプラン点検研修第1回 資料P31】



「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

アセスメントチェックシート

「優先順位」欄【支援マニュアルP88】

関連し合うニーズをまとめ、利用者の意欲の強い順に優先順位を付けていきます。(略)「ニーズ」が空欄または「なし」となっている場合は、優先順位を付けません。

利用者：ニーズの表明なし
家族：ニーズの表明あり

この場合、優先順位は付ける？

認知症等で、意思表示ができない利用者



家族が利用者の立場に立って考えたニーズに順位を付ける

意思表示ができる利用者



優先順位は付けない
本人のニーズを再度聴き取り

アセスメントチェックシート

【支援マニュアルP87】

アセスメントチェックシートを埋めてみたら、聞けていなくて空欄になってしまったところがたくさんあったけれど、いいのかしら。



空欄になってしまった「理由」をケアマネジャー自身が理解して、今後どうアセスメントをしていくべきか「気づき」があれば、空欄があっても問題ないのよ。
普段やっているアセスメントに不足がなかったかを確認するためのシートだから、単に空欄の有無だけで良し悪しを判断する必要はないの。

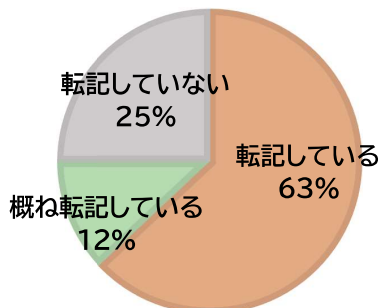
23

ケアプラン第2表

「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」欄【支援マニュアルP94】

アセスメントチェックシートの「ニーズ」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。

そのまま転記していますか？



・アセスメントチェックシートで、優先順位が「～に関連」や「1」となっているニーズは、第2表のニーズ欄には記載しません。

・利用者が認知症などで意思表示ができず、家族が代弁している場合は「家族」欄に記載されたニーズを転記します。その際は必ず文末に「(家族)」と書きます。

転記しないと、もったいない！

(アセスメントチェックシートが無駄になってしまうかもしれません…)

24

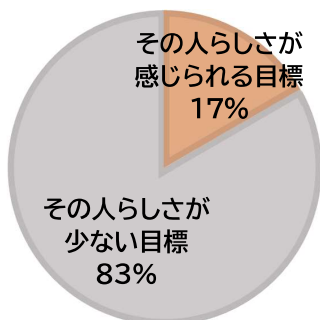
ケアプラン第2表

「長期目標」欄【支援マニュアルP95】

ニーズが実現した際の利用者本人の生活の目標を浮き彫りにする内容(その人らしい、その人ならではの生活シーン)を具体的に書きます。

その人らしい長期目標になっていますか？

=ニーズを達成したら実現する、利用者が望む暮らし



・利用者の好きなこと、できること等の情報を活用しながら、実現可能な範囲で、利用者の「望む暮らし」を考えていきましょう。

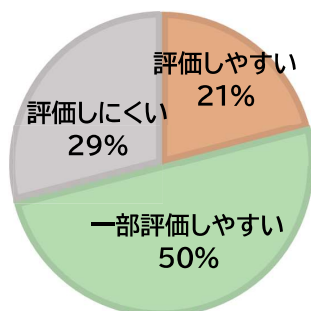
⇒結果報告後の講義で詳しく学びます。

ケアプラン第2表

「短期目標」欄【支援マニュアルP97】

修正後の長期目標を達成するための段取りとして具体的に何をするか、利用者自身が取り組むことを記入します。

達成状況を評価しやすい短期目標になっていますか？



【好事例】

- ・週2回入浴することができる
- ・決められた時間通り、薬カレンダーから取り出して飲むことができる
- ・トイレや台所までの距離を躓いたりせずに歩けるようになる

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
意見及び
の種類

【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。

総合的な援助
方

【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、基本情報シート中の「住居の状況」欄や、アセスメントチェックシ-

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()

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	N. SATOモデル
作成者					
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 一高・低・阻・失 家族 一高・低・阻・失 対応: 進行中・検討中・未検討・困難・不要					
意欲: 本人 一高・低・阻・失 家族 一高・低・阻・失 対応: 進行中・検討中・未検討・困難・不要					

【第2表】

[illegible]

【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）

問 題 ・ (困りごと)	
利用者 家 族	
意 見	CM)
利用者 家 族	
意 見	CM)

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】

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	

29

ケアプラン第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

「課題分析の結果」：多くの方が「意見」欄を要約して書けています。

ただし、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

【好事例】記載内容の一部抜粋

・体力維持のため、トレーニングをしたり定期的な外出をして気分転換をしながら、出来る家事に取り組んでいきましょう。

・出来る事は自分でして頂き、食事等はご家族のサポートを受け今の生活を維持しましょう。そして筋力をつけ安全に歩行が出来るようになり外出の機会が広がるように支援します。

30

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！

31

ケアプラン第1表

「総合的な援助の方針」欄 【ケアプラン点検研修第1回】

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？

【好事例①】

転倒骨折による入院をされ、退院後はリハビリに取り組んでこられました。
退院時より歩行はだいぶ安定してきましたが、自宅前が急な階段となっており、
まだ自信が持てないとのこと。今後、体力・筋力がつき、楽しみをもって毎日の
生活が送れるよう…(以下略)

(好事例①は提出されたケアプラン第1表の一部を抜粋したものです)

32

ケアプラン第1表

「総合的な援助の方針」欄 【ケアプラン点検研修第1回】

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？

【好事例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)

33

ケアプラン第1表

「総合的な援助の方針」欄 【ケアプラン点検研修第1回】

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
-----------	---

医療との連携は？

【好事例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)

34

ケアプラン第1表

「総合的な援助の方針」欄 【ケアプラン点検研修第1回】

総合的な援助の方針	<u>ケアチームとしての方針</u> 「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？

【好事例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)

35

ケアプラン第1表

「総合的な援助の方針」欄 【ケアプラン点検研修第1回】

総合的な援助の方針	<u>ケアチームとしての方針</u> 「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？

【好事例⑤】

友人と楽しんだり、料理などの好きな事をして過ごすため、アルコール依存の症状を抑えることが重要になります。(中略)

アルコール依存が強く動けない場合は、生活の支援と、かかりつけ医への連絡を速やかに行います。

【好事例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。

(好事例⑤⑥は提出されたケアプラン第1表の一部を抜粋したものです)

36

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！

37

本日の研修内容

- 1: 令和3年度ケアプラン点検 概要
- 2: ケアプラン点検 結果報告
- 3: 講 義



38

本日の研修内容

- 1:令和3年度ケアプラン点検 概要
- 2:ケアプラン点検 結果報告
- 3:講 義**



ケアプラン点検 結果報告より

- 「基本情報シート」
- 「アセスメントチェックシート」

はマニュアルや第1回研修でおおよそ記入出来ている！



ケアプラン点検 結果報告より

今回はケアプラン自己点検なので新たに

- 基本情報シート
- アセスメントチェックシート

を作成して頂いた

ケアプラン点検 結果報告より



今回、ケアプラン自己点検のために

- 改めてアセスメントやモニタリングの聞き取りをされた方
- 今までご利用者、ご家族等との関係構築された情報を記入された方もいる

ケアプラン点検 結果報告より

- 今までの情報量と比較して増えていますか？
- before→afterの違いはありましたか？

特に 「アセスメントチェックシート」 です

5

ケアプラン点検 結果報告より

今回の研修では・・・



- アセスメントチェックシートの振り返りと
「困りごと」から「ニーズ」
- ニーズの関連
- その人らしい長期目標の考え方

6

ケアプラン点検

アセスメントチェックシート

- ① 現在の「状態」について8つの項目をしっかりと聞き取る
- ② できること、できないこと、その人の良いところ、優れているところを明らかにする
- ③ 8つの項目の中で、今何に困っているのか、どうにかしたいと思うものは何か？ケアマネジャーやチームの担当者が必要だなぁと思うものは何か？

ケアプラン点検

アセスメントチェックシート

- ④ 困りごとを確認出来たらそれをどうしたいと思うか
- ⑤ 「〇〇したい」とニーズとして表明できるか
(その人が言ったことをそのまま、簡潔に)
- ⑥ それをまとめたり、優先順位をつけられるか

① 現在の「状態」について8つの項目をしっかりと聞き取る

- ・コミュニケーション
- ・健康状態
- ・ADL
- ・IADL
- ・認知と行動
- ・介護力
- ・社会交流
- ・特別な状況

「自己点検支援マニュアル P73～P76」

① 現在の「状態」について8つの項目をしっかりと聞き取る

- ・ 普段の業務の中で8項目を意識して聞けるでしょうか？
- ・ ケアプラン点検だから意識して聞ける？
- ・ モニタリングや再アセスメントの場面ではなかなか確認できない



ケアプラン点検 アセスメントチェックシート

② できること、できないこと、その人の良いところ、
優れているところを明らかにする

- ・状態の8つの項目について
- ・維持・改善の要素、利点→良いところ、優れているところ
 ストレングス

「自己点検支援マニュアル P77」

ケアプラン点検 アセスメントチェックシート

③ 8つの項目の中で、今何に困っているのか、どうにかしたいと思うものは何か？ケアマネジャーやチームの担当者が必要だなぁと思うものは何か？

- ・問題・（困りごと） → ○○で困る。
- ・ケアマネ意見 → ○○が必要
- ・専門職の意見

「自己点検支援マニュアル P79~P80」

④ 困りごとを確認出来たらそれをどうしたいと思うか

⑤ 「〇〇したい」とニーズとして表明できるか

- ・ 〇〇で困る → 〇〇したい、〇〇する（生活への意欲）

「自己点検支援マニュアル P81～P87」

④ 困りごとを確認出来たらそれをどうしたいと思うか

⑤ 「〇〇したい」とニーズとして表明できるか

（例）

- ・ 伝えたいことがうまく伝わらず困る → うまく伝わるように話したい（コミュニケーション）
- ・ 固いものが食べづらくて困る → 歯を診てもらってしっかり食べたい。（健康）
- ・ 長い時間歩けなくて困る → ゆっくりでも良いから転ばずに歩きたい（ADL）
- ・ 買い物に行けなくて困る → 自分の好きな時に買い物に行きたい（IADL）
- ・ 大事な事がわからなくなってしまう困る → 大事な事は忘れないようにしたい（認知）
- ・ 姉が具合でも悪くなって来れなくなったら困る → 姉の休む時間を作りたい（介護力）

⑥ それをまとめたり、優先順位をつけられるか

- 同じようなニーズは関連する。
- どの項目と項目を関連したのか。そしてどちらを優先したのか。
そのニーズはどんな困りごとから生まれているか。
そして状態はどうなっていたのか。

※優先順位は市役所 結果報告より～

⑥ それをまとめたり、優先順位をつけられるか

コミュニケーション	● 細かい手作業が集中してできるようになりたい ● 聞く人がわかりやすいように喋りたい	① 選ばれず	①
健康状態	● 楽に座っていたい ● 食べたい物を食べられるようになる	① に関連 ②	②
ADL	● 朝、楽に起きたい ● 転びたくない	① に関連 ③ に関連	
IADL	● 好きな所へ行けるようになる	③	③
認知と行動	なし		
介護力	● 長女を少し休ませてあげたいなと思う	④	④
社会交流	● 少しでも人を喜ばせたい	① に関連	
別な状況			

※ ●が9つある

「自己点検支援マニュアル P118～P119」

ケアプラン点検

アセスメントチェックシート

ニーズ（〇〇したい）が

- いくつか混ざっていたり（2つ以上のことが書かれている）
- 言葉が複雑であったり（具体的でない）
- その人の望む生活が描かれていたり（長期目標みたいに）

するとケアプラン2表の作成が大変！！

17

ケアプラン点検

アセスメントチェックシート

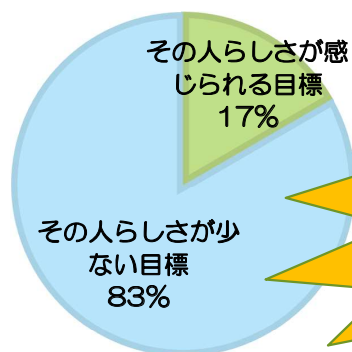
今、困っていること、解決したいこと、その人の意欲に対して
叶えてあげられることを一緒に考え、
整理して、その人がこれからも、自立に向けて、意欲をもって、
まずは「〇〇したい」ということを整理する書類

それが 「アセスメントチェックシート」 です

18

その人らしい長期目標になっていますか？

ニーズを達成したら実現する、利用者が望む暮らし



ニーズから長期目標
を考えるのが苦手！！

長期目標の「ヒント」はどこに

隠されているのでしょうか？



「ヒント」

- 基本情報のポジティブな生活歴（楽しかったor楽しんでる）
- 基本情報の趣味、好きなこと
- 維持・改善の要素、利点のその人のストレングス、
自慢できるところ、優れているところ
- 優先順位で残らなかったニーズ

ニーズから

- それはなぜですか？
- ニーズが実現したらあなたにはどんな生活が広がっていますか？
- あなたはどんな生活がしくて、そう思うのですか？

～ ケアマネジャーによる働きかけ ～

ケアプラン点検

ケアプラン2表（長期目標）

ニーズ① 「細かい手作業が集中してできるようになりたい」

なぜ？



趣味・好きなことより
社会交流の維持・改善より

長期目標 「手芸作品を作ったり、**絵手紙**を書いたりして**人に喜んでもらえる**」

社会交流のニーズより

「自己点検支援マニュアル P129～P130」

ケアプラン点検

アセスメントチェックシート

コミュニケーション	● 細かい手作業が集中してできるようになりたい	①	①
健康状態	● 楽に座っていたい	① に関連	
ADL	● 朝、楽に起きたい	① に関連	
IADL			
認知と行動			
介護力			
社会交流	● 少しでも人を喜ばせたい	① に関連	
別な状況			

「自己点検支援マニュアル P118～P119」

ニーズ① 「細かい手作業が集中してできるようになりたい」

アセスメントチェックシートの関連している

- ・コミュニケーション
- ・健康状態
- ・ADL
- ・社会交流 欄の

「長期目標」「短期目標」であり、「サービス内容」である

ニーズ③ 「好きな所へ行けるようになる」

なぜ？



生活歴より
IADLの維持・改善より

長期目標 「洋服を買いにデパートに行ったり、銀座の景色を見に行く。たまにはオペラ、バレエ、宝塚を見に行くことができる」

生活歴より
趣味・好きなことより

ケアプラン点検

アセスメントチェックシート

コミュニケーション			
健康状態			
ADL	● 転びたくない	③ に関連	
IADL	● 好きな所へ行けるようになる	③	③
認知と行動			
介護力			
社会交流			
別な状況			

「自己点検支援マニュアル P118～P119」

27

ケアプラン点検

ケアプラン2表（長期目標）

ニーズ③ 「好きな所へ行けるようになる」

アセスメントチェックシートの関連している

- ADL
- IADL 欄の

「長期目標」「短期目標」であり、「サービス内容」である

28

ケアプラン点検

ケアプラン2表（長期目標）

事例より～

ニーズ	長期目標
①服薬を確実にいき、体調を安定させて 動けなくなる時間を少なくしたい （健康状態）	好きな時間に寝たり、テレビを観たり自分 の好きなように過ごすことができる
②今できていることを続けてやっていき たい （ADL）	着替えや移動など身の回りのことを一人で 行い、入院しないで住み慣れた自宅で過 すことができる
③大きな声で笑いながら話をしたい （社会交流）	同じテーブルの人と笑いながら世間話や昔 バイクに乗っていた頃の話ができる

29

ケアプラン点検

ケアプラン2表（長期目標）

- 主訴から・・・住み慣れた自宅が気に入っている。
病気もあるが、できることは自分で行いながら自分の
ペースで気ままに生活したい。
- 生活歴から・・・昔にバイクでツーリングに出かけ、仲間もいた。
- 維持改善・要素、利点から・・・

時間をかけてでもゆっくりと自分のことを自分でできる。

30

ケアプラン点検

ケアプラン2表（長期目標）

- Aさんの望む生活。
- Aさんは困っていることがあっても、
少し、人の支援が必要でも、
こんな生活を送っていききたいと思える意欲がある。
- Aさんにしか当てはまらない目標が描かれている



31

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	2	3	4	5	6	7	8	9		
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。	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！	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	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」	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。	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。	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。	「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	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										

※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。

32

まとめ

ご清聴ありがとうございました

