令和6年度
ケアプラン点検研修　第4回

令和7年(2025年)3月24日～3月31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：ケアプラン点検　概要

２：ケアプラン点検　結果報告

３：来年度のケアプラン点検

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～令和４年度
・リモート形式による研修
・書面での点検（振り返りシート送付）

令和５年度～
・リモート形式による研修
・対面による点検＋書面での点検

ケアプラン点検　実施概要

対象

２９事業所を指定し、各事業所から１名のケアマネジャーが、
１年以上担当している利用者のケアプランを１件を提出

点検方法

・主任ケアマネジャーによる対面での点検　１０件

・介護保険課にて書面での点検

（振り返りシート作成＆送付）　１９件

対面での点検

グループ構成

主任ケアマネ　3名（ファシリテーター1名、点検者2名）、
プラン提出者　1名

5グループ

実 施 日

令和6年11月22日（金）

点検件数

1件1時間程度

10件（各グループ2件）

書面での点検

振り返りシート(イメージ)

令和６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〇〇　　　　　□□　□□　様
ケアプラン点検へのご参加、お疲れ様です。・・・ 八王子市介護保険課

【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・受付対応者・受付方法・相談者氏名・続柄・連絡先については、初めて利用者を知った時の情報をそのまま残します。上書きはしません。
家族情報・緊急連絡先	家族の状況を聴き取り、関係性などを詳しく記録することができています◎	
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・意向		サービス利用の意向だけでなく、生活そのものへの意欲が聴き取れた場合は、追記していきましょう。（追記する場合、聴き取った日付も記入します。）
家族状況（ジェノグラム）	お孫さんの代まで、年齢や関係線が記載されていて、家族の状況が分かりやすいです◎	

・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

・ケアプラン自己点検の振り返りや、今後のケアプラン作成のための資料

本日の研修内容

１：ケアプラン点検　概要

２：ケアプラン点検　結果報告

３：来年度のケアプラン点検

ケアプラン点検の結果報告について

本日の研修は、ケアプラン点検参加者29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、好事例の紹介を行います。

※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

住居の状況

住居	戸建（平屋・２階建以上）・アパート・マンション・公営住宅（　）階・他（　　）				
エレベーター	無・有　（　　）	所有形態	持ち家　・　借家		

〔間取図〕

居室	専用居室	無・有　（　　）畳	手すり	無・有
	段差等	無・有　（　　）		
	寝具	ふとん・ベッド・特殊寝台（　　）		
トイレ	便器	和式・洋式・温水洗浄便座	手すり	無・有
	段差等	無・有　（　　）		
浴室	浴室	無・有	シャワー　無・有	手すり　無・有
	段差等	無・有　（　　）		
特記事項				

生活状況

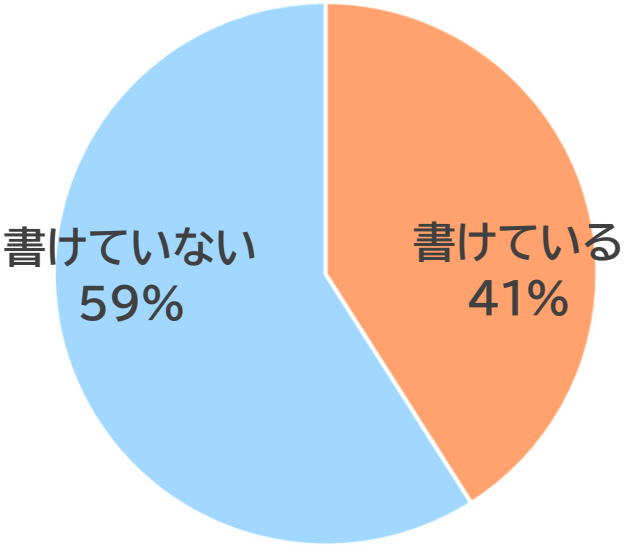
生活歴
趣味・好きなこと
情報リテラシー（ニュースや市広報などへの関心・活用状況等）
生活リズム

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）を書けていますか？



【好事例】記載内容の一部抜粋

「●年●月に脳梗塞を発症。現在は日常生活に支障のない程度に回復された。得意な手芸で、ミシンや手縫いのバッグ類を制作したり、ビーズを用いた作品作りなど精力的に活動されている」

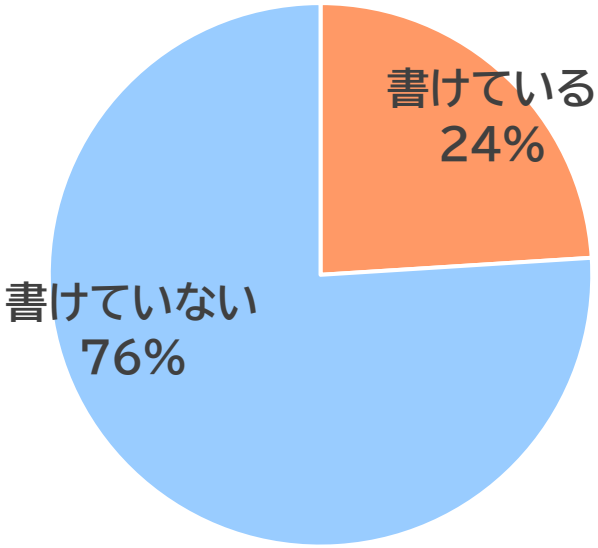
「～工場に勤務し、上司や同僚と麻雀を楽しんでいた。～夫はバンドやダンスを趣味にもち社交的で一緒にカラオケを楽しんだ。内職や食品工場に勤務したりオフィスの掃除を掛け持ちしたり、働くことが大好きであった。」

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分けて書けていますか？



【好事例】

「現在は、ひとりで穏やかに過ごすこと。過去は、手芸や植木等が趣味であった。」

「ギター、バスケットボール、ボーリング（昔）
カラオケ（現在もデイサービスなどで楽しんでいる）」

「若い頃は編み物、今はテレビ鑑賞、デイサービスでは塗り絵を楽しみにしている。」

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いいと思うの。

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。

聞けていないことを発見できるという利点も！

「聞けてなかった！」という気づきを、今後のアセスメントに活かしましょう。

アセスメントチェックシート

区分	項目	状態		問題・(困りごと)	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)・(意欲)	優先順位
コミュニケーション	視力	問題無・はっきり見えない・殆ど見えない(　) 眼鏡 無・有(　)	利用者			
	聴力	問題無・はっきり聞こえない・殆ど聞こえない(　) 補聴器 無・有(　)	家族			
	言語	問題無・問題有(　)	意見	CM)	意欲：本人→高・低・阻・失 家族→高・低・阻・失	
	活用している機器	電話・FAX・PC・スマホ・その他			対応：進行中・検討中・未検討・困難・不要	
	維持・改善の要素、利点					
認知と行動	認知障害	自立・軽度・中度・重度(　)	利用者			
	意思決定	できる・特別な場合以外は出来				
	情緒・情動	抑うつ・不安・興奮(　)	家族			
	行動障害	暴言・暴行・徘徊・多動・昼夜逆転・不潔行為・介護抵抗・夜間不穏・異食行為 (　)				
	精神症状	妄想・幻覚・せん妄・依存・見当識・無関心 (　)	意見	C 他)	意欲：… 対応：…	
	維持・改善の要素、利点					
家族等の状況	介護提供	常時可・日中のみ可・夜	利用者			
	介護者の健康	健康・高齢・病身・他(　)	家族			
	介護者の負担感	無・有(　)	意見	CM) 他)	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	
	維持・改善の要素、利点					
健康状態	主疾病	症状・痛み等(　)	利用者			
	口腔状態	問題無・問題有(　) 義歯 不要・良好・不良(　)	家族			
	食事摂取	問題無・咀嚼問題有・嚥下障害有(　) 量 普・多・少(　回/日)				
		形態 常・かゆ・経管・他(　) 飲水 普・多・少(　ml/日)	意見	CM)	意欲：本人→高・低・阻・失 家族→高・低・阻・失	
	栄養状態	良・普・不良(　) 身長　cm 体重　kg			対応：進行中・検討中・未検討・困難・不要	
	麻痺・拘縮	無・麻痺有・拘縮有(　) BMI 血圧　/				
	褥瘡・皮膚・爪	問題無・問題有・治療中(　) 入浴　回　/週・月(　)				
	排泄	便(昼　回・夜　回) 尿(昼　回・夜　回)		他)		
	維持・改善の要素、利点					
ADL	食事	自立・見守り・一部介助・全介助(　)	利用者			
		場所 食堂・ベッド脇・ベッド上(　)				
	排泄	排尿 自立・見守り・一部介助・全介助(　)	家族			
		排便 自立・見守り・一部介助・全介助(　)				
		日中 トイレ・PT・尿器・オムツ・留カテ(　) 夜間 トイレ・PT・尿器・オムツ・留カテ(　)	意見	CM)	意欲：本人→高・低・阻・失 家族→高・低・阻・失	
		失禁 無・有(　)			対応：進行中・検討中・未検討・困難・不要	
	入浴	自立浴・介助浴(家族・ヘルパー・他:　)・訪問入浴・していない(　)				
	更衣・整容	自立・一部介助・全介助(　)				
	寝返り	自立・一部介助・全介助(　)				
	起き上がり	自立・一部介助・全介助(　)				
	立ち上がり	自立・一部介助・全介助(　)				
	移乗	自立・一部介助・全介助(　)		他)		
	歩行	自立・一部介助・全介助(　)				
	階段昇降	自立・一部介助・全介助(　)				
	使用機器	ベッド・車椅子・歩行器・杖・他(　)				
	維持・改善の要素、利点					
IADL	買物	自立・一部介助・全介助(　) 金銭管理 自立・一部介助・全介助(　)	利用者			
	献立	自立・一部介助・全介助(　) ゴミ出し 自立・一部介助・全介助(　)				
	調理と片付け	自立・一部介助・全介助(　) 掃除・洗濯 自立・一部介助・全介助(　)	家族			
	火気管理	自立・一部介助・全介助(　) 外出 自立・一部介助・全介助(　)				
	交通機関の利用	自立・一部介助・全介助(　) 車の運転 している・していない(　)	意見	CM)	意欲：本人→高・低・阻・失 家族→高・低・阻・失	
	服薬状況	自立・一部介助・全介助(　)			対応：進行中・検討中・未検討・困難・不要	
	住環境	問題無・問題有(　)		他)		
	維持・改善の要素、利点					
社会交流	社会参加	無・有(　) 維持・改善の要素、利点	利用者			
	対人交流	無・有(　)	家族			
			意見	CM) 他)	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	

状態の「特記事項」欄

「維持・改善の要素、利点」欄

問題(・困りごと)

ニーズ

優先順位

アセスメントチェックシート

状態の「特記事項」欄 【支援マニュアルP73-76】
（　　）には、詳細な症状や判断した根拠などを記載します。

【聴力】 耳元で大きな声で話せば聞き取れる程度　など

【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

【麻痺・拘縮】「軽度」の表記ではなく、日常生活上どのような支障があるのか

【ADL】 自立・・・完全な自立なのか、工夫をした上での自立なのか

【IADL】 全介助・・・（妻が行っている）ではなく、本人の残存能力も記載

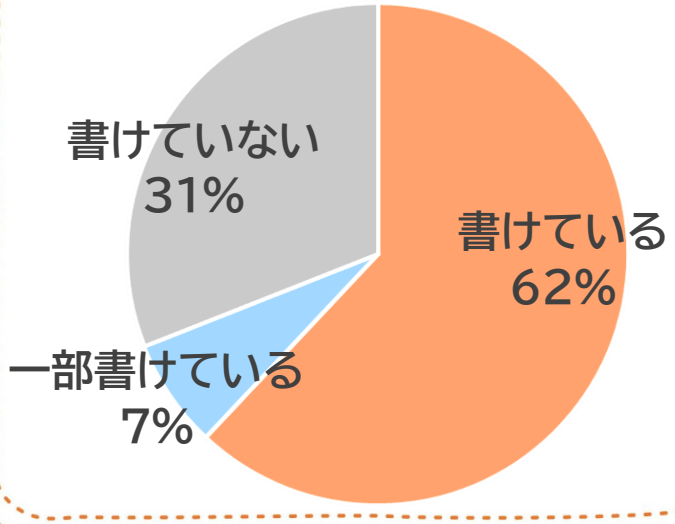
特記事項欄をもっと活用してほしい！

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？



年々、書けている方が増えている◎

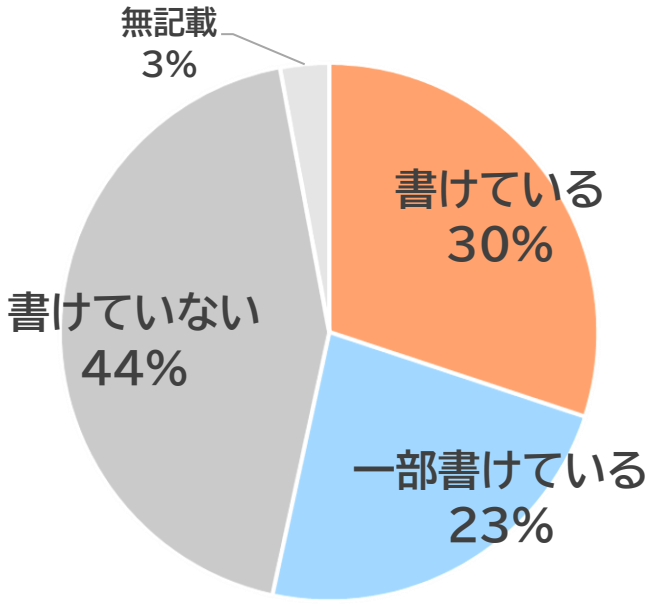
⇒「強み」に注目することが大切。
困りごとやニーズ、その人らしい
長期目標のヒントに！

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。

現在の生活上の困りごとが書けていますか？



・**状態、症状、ニーズ**になっていませんか？
・**未来**や**仮定**の困りごとを書いていませんか？

⇒未来や仮定の困りごとは、病気の症状や体の心配になりがち。
⇒ニーズも生活意欲を引き出す内容になりにくい。

利用者の、現在の生活上の困りごと（〇〇ができなくて困る。等）を聞き取ってほしい！！

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いの？
利用者によっては体の痛みを訴える人もいるわ。

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の。だから、生活上の困りごとを聞いてほしいのよ。

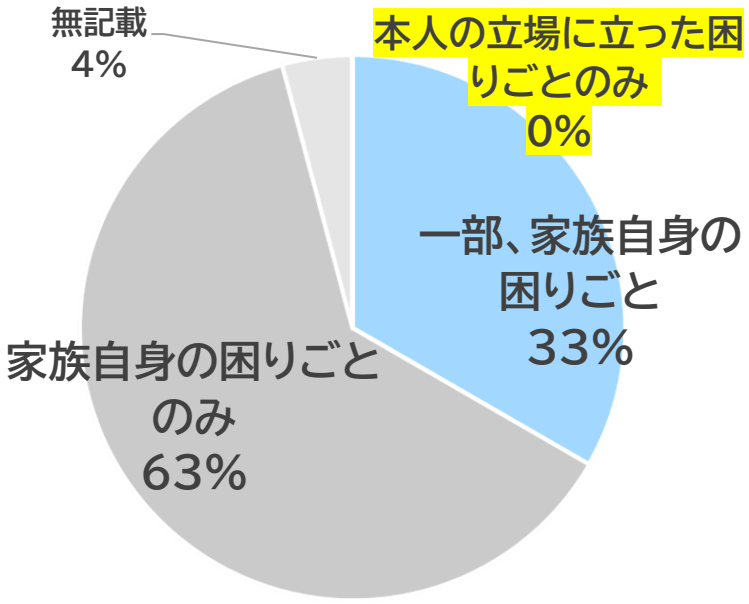
もちろん、症状がひどくて、症状の事しか考えられないという利用者もいるだろうから、「痛みがあって困る」という困りごとしか聞けなくてもかまわないわ。でも、生活上の困りごとを聞くということを意識しておいてね。

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、「家族等の状況」の「困りごと（家族）」欄に記載します。

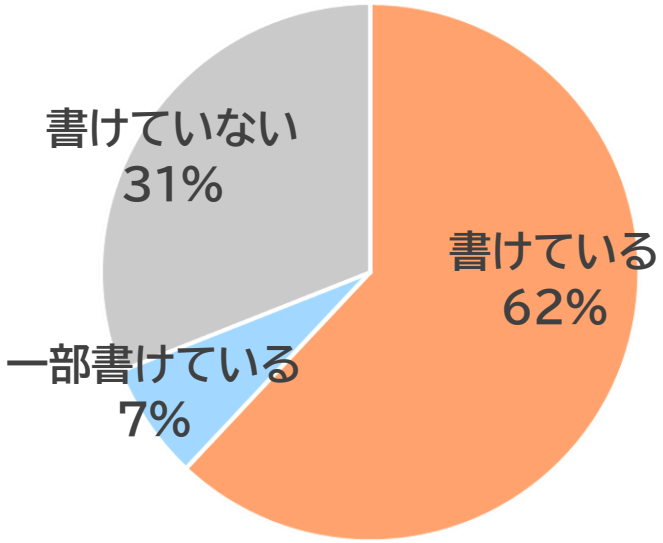
・「利用者が表明した困りごと」と「家族が利用者の立場に立って考えた困りごと」が一致しないこともあるかもしれません。
それも一つの発見と考えてください。

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」に対応した、具体的な支援内容を書いていますか？



7割の方が書けていました☺

書けていない方は、専門職として気が付いたこと、利用者の状態を記載していた。

⇒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を、記載してみましょう。

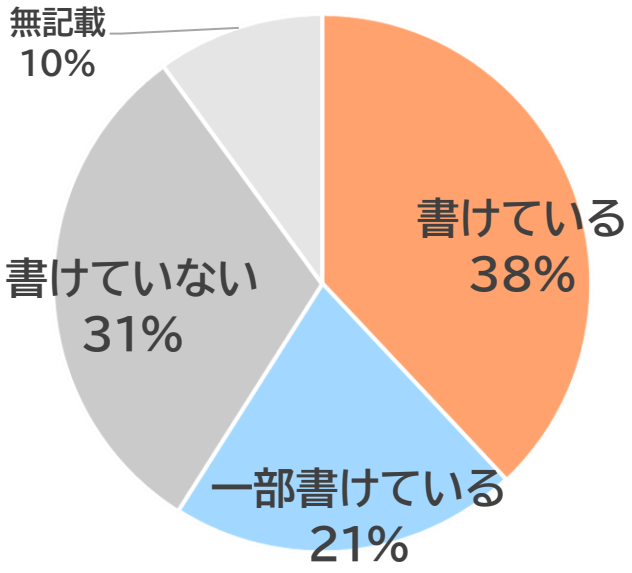
アセスメントチェックシート

「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。

困りごとに対応した、生活上のニーズ（意欲）を書いていますか？



【好事例】

困りごと	ニーズ
1人でいると寂しくて困る	いろんな人と話がしたい
1人で外出ができなくて困る。	買い物に行けるようになりたい。

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】

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。関連しあうニーズをまとめ、利用者の意欲の強い順に優先順位を付けていきます。

・ニーズの中で、楽しみのある幸せな暮らしを送るために、最も利用者の生活を活性化させると考えられるニーズ（牽引役のニーズ）はどれか？

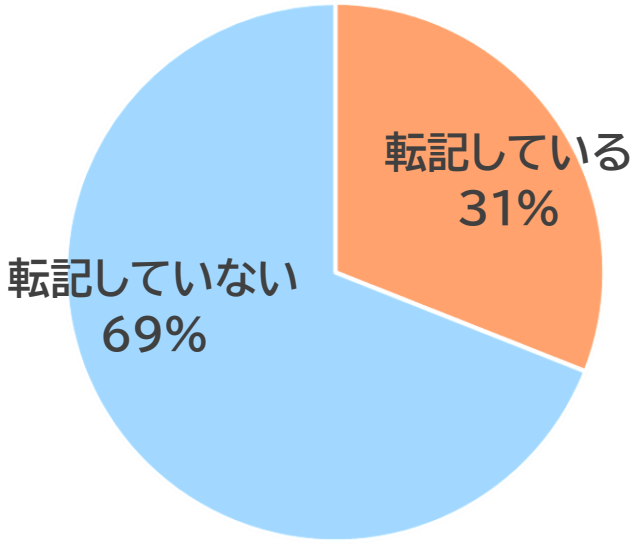
・このニーズを達成するためなら、どんなことも利用者が頑張れる、と思うようなニーズを最優先に。

・根っこが同じで、解決方法も同じならば、「～と関連」とまとめる。

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？



7割が
転記できていない！

（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…）

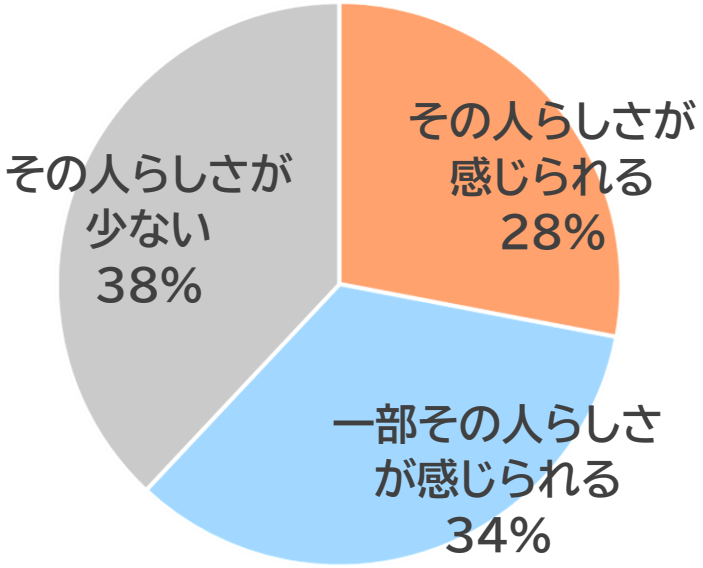
ケアプラン第2表

「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



【ヒント】

・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

・維持・改善の要素、利点

・優先順位で残らなかったニーズ

ケアプラン第2表

「長期目標」欄 【支援マニュアルP95】

好事例

・ガーデニングで庭いっぱいを花で飾り、近所の方に楽しんでもらえる。
・家族に美味しい料理を作る。
・仲間とおしゃべりや手芸をして楽しく過ごす。
・1日3食、弟と雑談しながら食事時間を楽しめる。
・バスに乗って、夫婦での外出を楽しむことができる。

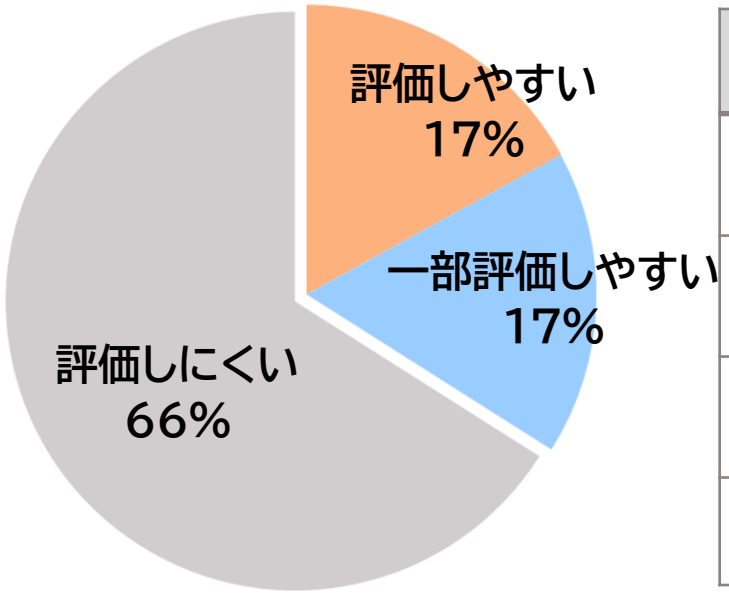
基本情報シート、アセスメントチェックシートで聞き取り整理した利用者の情報をフル活用し、実現可能な範囲で、利用者の「望む暮らし」を考えていきましょう！

ケアプラン第2表

「短期目標」欄 【支援マニュアルP97】

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？



評価しにくい△	評価しやすい○
清潔を保つ	週に2回お風呂に入る
体調を維持する	月に1回受診する
筋力の低下を防止する	近くのスーパーまで歩く
しっかりと栄養をとる	1日2回以上食事する

ケアプラン第2表

参加者共通・参考資料（居宅サービス計画書2表）

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○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

ケアプラン第1表

居宅サービス計画書の第１表はどういう意味を持つ帳票なの？

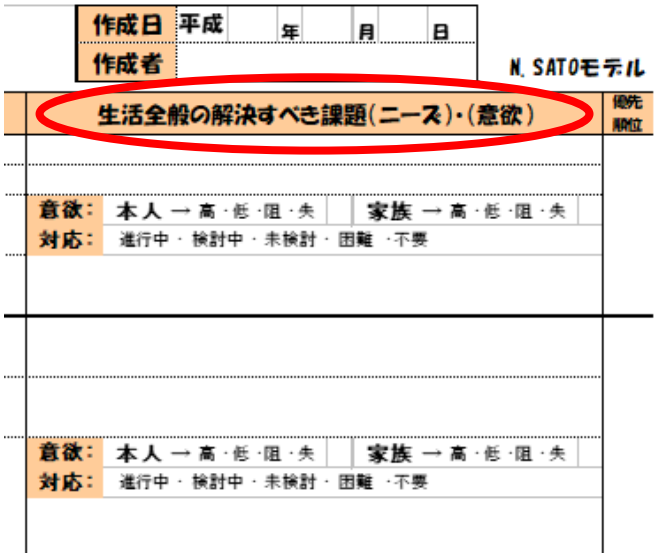
要介護状態になった利用者やその家族が、１）どのような暮らしをしたいと望んでいるか、そのために、２）ケアマネジャーとしてどんな支援が必要だと判断しているか、また、３）利用者や家族の意向を実現するためにケアチームが、どのような方針で支援するかを明らかにする重要な帳票なのよ。

ケアプラン第1表

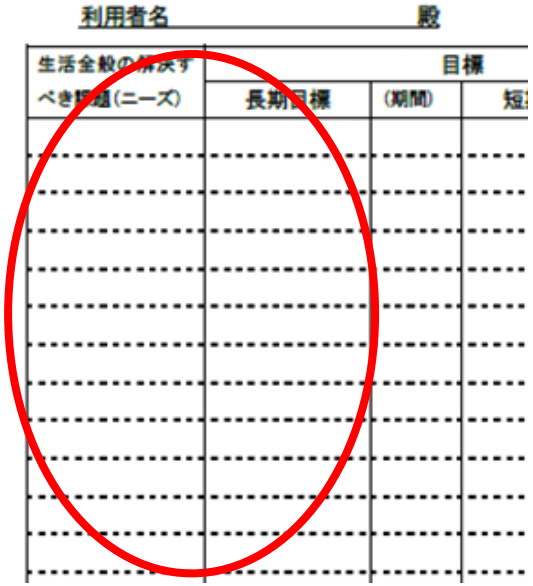
「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」欄

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	本人： 家族（〇〇）： 課題分析の結果：

【アセスメントチェックシート】



【第２表】



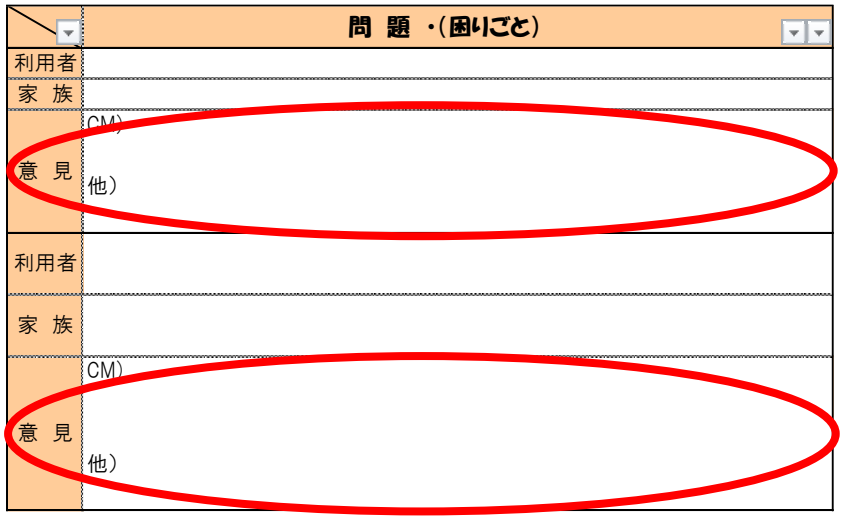
アセスメントチェックシート及び第2表をもとに、利用者と家族がどのような「暮らし」をしたいか、利用者・家族の言葉をそれぞれ区分して書きます。

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

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	本人： 家族（○○）： 課題分析の結果：

【アセスメントチェックシート】



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

アセスメントチェックシートの利用者及び家族のニーズや、専門職の意見をもとに、**ケアマネジャーが必要と判断した援助**を記載します。

⇒利用者の困りごとを解消し、ニーズを達成するためには、どのような援助が必要か、利用者・家族は何をするのか。

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

- 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

ポイント

- 具体的なサービスを記載していませんか？
- ケアマネが必要と判断した支援だけでなく、利用者や家族が取り組むことが、記載されていますか？
- 利用者・家族が前向きになれるような表現になっていますか？

ケアプラン第1表

「総合的な援助の方針」欄

統合的な援助の方針	

- 「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（＝ケアチームとしての支援方針・目指すべき方向性）を記載します。
- 緊急時を想定した対応方法、主治医や緊急連絡先等についても記載するようにしましょう。

ケアチームとして、利用者を大切にする気持ちや生活全体を支援する姿勢を表わし、利用者が安心できる内容に！

本日の研修内容

１：ケアプラン点検　概要

２：ケアプラン点検　結果報告

３：来年度のケアプラン点検

来年度のケアプラン点検

- 対面（＋事業所訪問）＋書面による点検
- 管理者向け「ケアプラン点検研修」
- 点検者となっていただける主任ケアマネジャー（ケアマネジメント検討委員会の委員）を募集！

ケアプラン点検アンケート(プラン提出者)

- 基本情報、ケアプラン、特にアセスメントシートの不足している部分、聞きとりの足りないところ等、良く指導していただけて今後のプランの作り方まで参考になった。
- 記入情報の抜け、聞きとり不足があった。基本情報の記入の仕方を教えていただき、参考になった。
- アセスメントチェックシートの困りごと、ニーズの選びがうまく出来なかった。
- 基本的なことが出来ていなかったことに気づかされた。
- 利用者と家族のことを考えてプランを作っていたと思っていたが、ＣＭの立場で考えていたことに気付かされ、大変勉強になった。
- 初心に帰ることが出来た。
- 積極的に会話をして、情報収集に努めたい。

ケアプラン点検アンケート(プラン提出者)

・アセスメントシートで今まで記載できていなかったところも活用していきたい。
・アセスメントシートは、なかなか完成が難しいシートですが、もっと取り組んでいけたらと思う。
・点検をうける側の人数が少なかった事に驚いた。かなりためになったと感じたので、もう少し人数を増やせるといいと思う。
・付箋を貼り、長所、短所を分け点検することは分かりやすく良いと感じた。今後も定期的にこのようなプラン点検の場を設けることができれば良いと思う。
・悪いところだけでなく、いい点をたくさん見つけてくださり、緊張はしたもののとてもよい雰囲気で話し合えたと思う。

ケアプラン点検アンケート（点検者）

点検者として参加してみて、良かったこと

・プラン作成者と直接話すことでケアプランへの向き合い方や視点など学ばせてもらえる事が多かった。
・自己点検マニュアルを熟読し自身の学びになった。
・自分が作成しているケアプランやアセスメント方法を見直す機会となった。

点検者として参加してみて、難しかったこと・悩んだこと

・気付きを促すということが難しかった。どうすれば気付きを促せるか悩んだが上手に伝えられなかった。
・プランの内容によって（例えば虐待疑いと思われるケース等）は、点検と事例検討とが混同し、本来の目的を見失いそうになる場面があり難しく感じた。
・時間が足りず事前打ち合わせのシミュレーションどおり進まなかった。
・もう少し１ケースごとの時間があると良かった。
・グループごとに視点や方向性、進め方にバラつきが出てしまっていた。
・会場全体の雰囲気や配置に緊張感を感じた。

「ケアマネジメントプロセス」

インテーク

アセスメント

ケアプラン原案作成

サービス担当者会議

プラン確定・交付

サービス開始

モニタリング

再アセスメント

- 現在の状況、その人の能力
- その人らしさを捉える
- 働きかける

それを実現するのが

「基本情報シート」

「アセスメントチェックシート」

八王子市の考える

「自立支援」

＝

「楽しみのある生活の支援」

お疲れ様でした！