

ケアプラン点検研修 第1回

令和7年5月15日（木）～21日（水）

八王子市福祉部介護保険課

1

本日の研修内容

- 1 : ケアプラン点検の趣旨
- 2 : 八王子市版ケアプランの考え方
- 3 : 基本情報シート、アセスメントチェックシート、
ケアプランの書き方

2

ケアプラン点検の趣旨

厚労省:「介護給付適正化計画」に関する指針
(主要3事業の1つ)

保険者:「介護給付適正化計画」

⇒給付適正化とは？

3

ケアプラン点検の趣旨

- 給付適正化の基本的な考え方
「受給者が真に必要とする過不足のないサービスを、事業者が適切に提供するように促すこと」
(厚労省『「介護給付適正化計画」に関する指針』より抜粋)
- 介護保険法の目的
「(要介護状態にある者が)尊厳を保持し、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、必要な保健医療
サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」
(介護保険法第1条より抜粋)

⇒「自立した日常生活」とは？

4

ケアプラン点検の趣旨

◎八王子市が考える「自立した日常生活」

= “**楽しみのある暮らしの実現**”

例えば…

膝が痛くて、少ししか歩けない。
要介護状態になってしまった…。

- ⇒ × 楽しい暮らしはあきらめる…。
○ まだ出来ること、やりたい事がたくさんある！
出来る限り行いたい！

5

ケアプラン点検の趣旨

◎「自立した日常生活」の支援＝「自立支援」

= “**楽しみのある暮らしの実現**” を支えること

⇒ 自立支援に資するケアプランになっているでしょうか？



ケアプラン点検で、一緒に振り返りましょう！

6

- ・ ケアプラン点検は、**指導や実地検査**ではありません。
- ・ ケアマネジャーと介護保険課が、**お互いにレベルアップ**できる機会だと捉えています！

本日の研修内容

- 1 : ケアプラン点検の趣旨
- 2 : 八王子市版ケアプランの考え方
- 3 : 基本情報シート、アセスメントチェックシート、
ケアプランの書き方

「自立支援」に資するケアプランを作成するために…

◆八王子市ケアプラン自己点検支援マニュアル

◆基本情報シート

◆アセスメントチェックシート

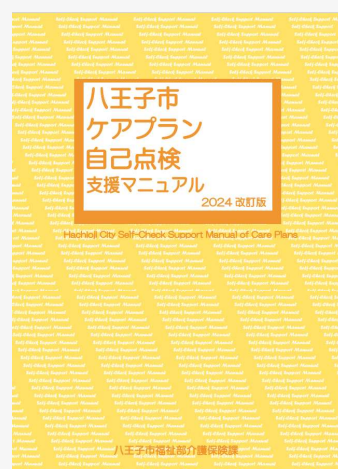
◆ 八王子市ケアプラン自己点検支援マニュアル

自立支援の意味や自立支援に資するケアプランの作成方法について、理解を深めるためのテキスト

◆ 基本情報シート

◆ アセスメントチェックシート

ケアマネジャーとして把握しておくべき項目を整理し、確認するためのシート



八王子市版ケアプランの考え方

◎ケアプランは、「**楽しみのある暮らしの実現**」を支えるための道具

◎ケアプランは、**利用者や家族のもの**

◎「楽しみのある暮らし」=「**利用者の良いところ、魅力的なところ、強いところ**」が発揮され、生き生きと輝いている**生活**

11

八王子市版ケアプランの考え方

ネガティブな要素

- ・〇〇ができない
- ・△△もできない
- ・□□もできない

を

ポジティブな要素

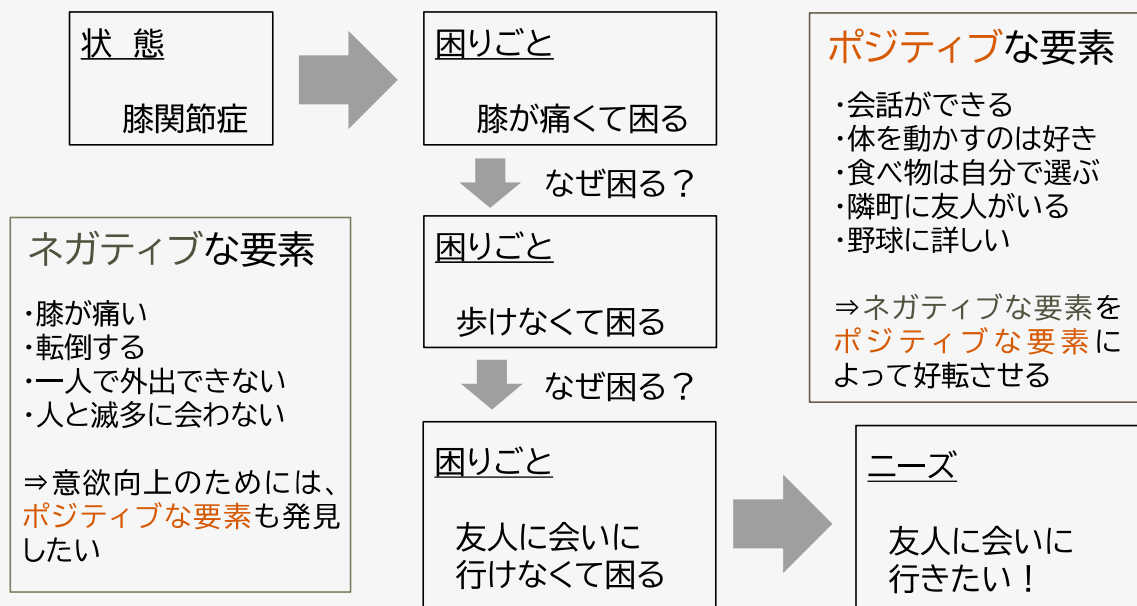
- ・良いところ
- ・魅力的なところ
- ・強いところ

でカバーする！

アセスメントやモニタリングで、ポジティブな要素を発見する働きかけを行い、プラスの材料を探しましょう！

12

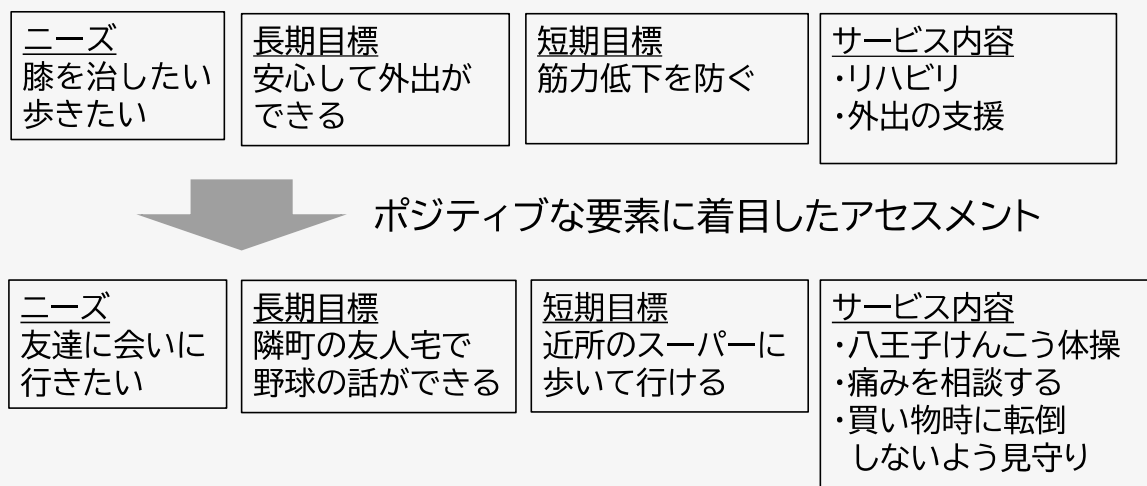
八王子市版ケアプランの考え方



13

八王子市版ケアプランの考え方

ケアプラン(第2表)



14

本日の研修内容

- 1 : ケアプラン点検の趣旨
- 2 : 八王子市版ケアプランの考え方
- 3 : 基本情報シート、アセスメントチェックシート、
ケアプランの書き方

15

基本情報シートの記入方法

(マニュアルP62～)

16

基本情報シートの考え方

- ・利用者・家族から聞き取った情報を記載します。
- ・初期アセスメントで収集した情報だけでなく、ケアプランが動き始めた後、モニタリングを通じて把握した利用者、家族に関する情報も追記していきます。

17

(1)作成日・作成者～(3)アセスメント理由(P62)

				作成日	令和 6 年 (1) 月 24 日	現在
				作成者	陣馬山 一郎	
受付日	平成 26 年 5 月 9 日 (金)	受付対応者	八千子 るり子	受付方法	来所 (電話・他 ())	
相談者氏名	甲州 吟	続柄	本人・家族・他 (長女)	連絡先	042-60△-〇〇×△	
アセスメント理由	初回・更新・状態の変化・退院・退所・(他) ケアプラン点検のため (3)					

(2)受付日・受付対応者・受付方法・相談者氏名・続柄・連絡先

事業所として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。

(1)作成日・作成者 (3)アセスメント理由

更新や状態の変化などで情報を見直し、作成し直した場合は、その都度記載します。

18

(5) 家族情報・緊急連絡先(P63)

家族情報・緊急連絡先（成年後見人等含む）	介護者	氏名	続柄	同居・別居	住所	Tel・携帯・Fax・E-mail
	◎	甲州 吟	長女	◎・別	（同居）	①042-60×-△△×× 2090-××△0-×00△
	○	甲州 桑太郎	長女夫	◎・別	（同居）	
		浅川 杏	次女	同・◎	山梨県大月市〇〇町△×1234-1234	③0554-×0-△△◇0
				同・別		
家族関係等で特記すべき事項 緊急時は、②、③の順で連絡。通常は①に連絡。						

- ・主たる介護者がわかるように、「介護者」には「◎や○」「主、従」「①、②、③」のように記載します。
- ・「家族関係等で特記すべき事項」には、把握しておいた方がいい家族関係等がある場合に状況を記入します。

19

(6) 主訴・意向(P64)

主訴・意向	相談の経緯 長女より、本人の歩行が安定せず、転倒を繰り返している。転倒が心配で外出させることができなくなっており、閉じこもりがちで、本人もすっかりふさぎこんでしまっている。転倒しないように歩けるよう、リハビリができないかと直接事業所に相談があった。
	利用者及び家族等の主訴・意向 （利用者） 胃ろうチューブのところは常に痛い。鼻、喉の調子が悪く食事がしづらい。お医者さんや看護師さんに相談しながら、いい方法を見つけていきたい。（R6.1）
	（家族等） （長女）体調に波はあるが、口からの食事は、これからも安全に続けられればと思う。本人は外に出る機会が少ないので、楽しみをもって外出できるといいと思う。私も介護の疲れがあるので、定期的に休養を取りながら介護を続けていきたい。（R6.1）

・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）

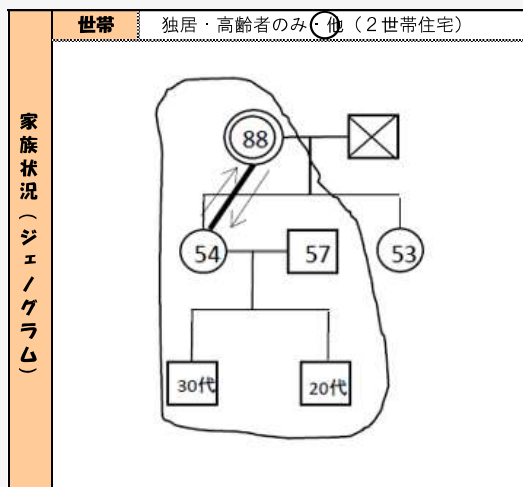
・利用者及び家族の主訴・意向

最初は「デイサービスに行きたい」等のサービス利用の意向でも○。

アセスメントを重ねていく中で、「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」など、利用者、家族のポジティブな生活への意欲を聞き取りましょう！

20

(7) 家族状況(ジェノグラム)(P65)



男 ^①	□	別居 ^②	□↗○	興味・関心 ^③	→
女 ^④	○	離婚 ^⑤	□↖○	里子または養子 ^⑥	□○
性別不明 ^⑦	△	内縁 ^⑧	□---○		
利用者 ^⑨	□○	結合関係 ^⑩	—	同居家族 ^⑪	□○
年齢 ^⑫	56 85	希薄な関係 ^⑬			
死亡 ^⑭	☒ ☓	葛藤のある関係 ^⑮	++++		

- 記載例、凡例を参照し、記載しましょう。
(手書きでも可)
- 年齢を記入したり、関係性を図で表すと、
家族の状況がわかりやすいです◎

21

(8) 要介護認定状況、(9) 負担割合 (P66)

	認定日	認定有効期間	要介護度	障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度	
				主治医意見書	認定調査票	主治医意見書	認定調査票
要介護認定状況	平成29年7月16日	平成29年8月1日 ～平成30年7月31日	要介護3	J2	A2	I	Ⅱb
	平成30年7月5日	平成30年8月1日 ～令和2年7月31日	要介護3	A1	B2	I	I
	令和2年6月27日	令和2年8月1日 ～令和4年7月31日	要介護3	B2	B2	Ⅱb	Ⅱb
	令和4年7月30日	令和4年8月1日 ～令和6年7月31日	要介護4	B2	B2	Ⅱb	Ⅱb
	令和6年7月17日	令和6年8月1日 ～令和8年7月31日	要介護4	B2	B2	Ⅱb	I
	審査会の意見等						
負担割合	なし						
	交付年月日	適用期間	負担割合	交付年月日	適用期間	負担割合	
	令和3年7月19日	令和3年8月1日 ～令和4年7月31日	2割	令和5年7月18日	令和5年8月1日 ～令和6年7月31日	1割	
	令和4年7月19日	令和4年8月1日 ～令和5年7月31日	1割	令和6年7月18日	令和6年8月1日 ～令和7年7月31日	1割	

要介護認定の状況、負担割合の情報を記載します。

22

(10)住居の状況（P66）

住居の状況	住居	戸建（平屋）2階建以下・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）					
	専用居室	無（有）	（ ）畳			
	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			
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						
前面道路と玄関の段差が大きい。（4～5段の階段） 室内に大きな段差はない。（ほとんどバリアフリー） 2階は、長女夫婦が使用している。						

「間取図」は、ケアマネジャーが
利用者の生活動線を把握する
ためのもの。

利用者がどのように移動して
いるのかがわかる図であれば良
い！手書き等でも◎。

- 家具、段差、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。導線や危険個所を把握するのに役立ちます。
- 「特記事項」には、間取図に反映しにくい情報やケアチームで共有したい情報を記載します。

23

(11)生活状況（P67）

生活状況	生活歴	東京の目黒で生まれ、26歳で結婚するまで目黒で暮らした。年の離れた兄が二人いたが、戦争で亡くなっている。体は丈夫な方ではなかったが、女学校時代はほとんど休まず学校に通った。女学校卒業後、結婚するまでは、都心にある宝石を取り扱う会社で秘書をしていた。会社の入っていたビルの近くにショッピングモールがあり、ショッピングを楽しむなど、お洒落が好きだった。知人の紹介で、1歳年上の男性と24歳で知り合い、26歳で結婚。結婚後は仕事を辞め、夫と共に神奈川の横浜に移り住み、専業主婦となった。子どもができるまでは、夫とデパートに出かけたり、洋服を楽しんでいた。33歳の時に長女、35歳の時に次女が生まれ、子育て中は子どものために洋服を作るなど、お洒落をさせて楽しんでいった。 子育てがひと段落した50代の頃から、友人とバレエやオペラ等を鑑賞したり、銀座で美味しいお蕎麦やお寿司を食べたりすることを楽しむようになった。55歳の時、自然の多いところで老後を過ごしたいと思い、現住所に転居。70歳の時に夫が亡くなるまでは、夫と一緒に庭いじりをしたり、好きな花や木を植えたりしていた。横浜でも現住所でも、ご近所の方とはとても仲良く交流されていた。
	趣味・好きなこと	（元気な頃は）オペラ、バレエ、宝塚鑑賞。ショッピング（月に2、3回行く）。お洒落（月に1回美容院に行き、每晚髪の毛を巻いて寝る。ヘアセットを欠かさない）。絵手紙（今でも知人に書いて喜ばれている）。
	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）	新聞、テレビはあまり見ない。社会の情勢は、家族からの話が中心。社会情勢への関心は薄い。
	生活リズム	最近寝るのが遅くなっている。デイがない日は、昼頃まで寝ていることがしばしばある。

その人らしさを発見するヒントを多く見つけることが出来るところです！

24

(11)生活状況 (P67)

◆ 生活歴

- 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。
- 「過去の楽しかった時期や出来事」「現在は、どんなことをして過ごされているのか」等についても、把握できた場合は、どんどん追記していきましょう。
- 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」ではなく、「〇〇歳に結婚」のように、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。

25

(11)生活状況 (P67)

◆ 趣味・好きなこと

利用者が、今楽しんでいる趣味や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、より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

- ニュースやテレビ番組などのメディアへの関心・活用状況などを書きます。
- どんなジャンルについて関心があるのか？どんなことを話題にするか？

◆ 生活リズム

- 生活リズムで特記すべきこと(昼夜逆転、不眠等)がある場合に記載します。

26

生まれた所や育った所等、すごく昔のことも聞く必要があるの？
支援に直接関係しないから、なかなか聞くことができないと思うけれど。



「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。

生活歴には病気のことも書いていいの？



病気だけでは、単なる病歴になってしまうから、どんな病気をしてきたか、ではなく、病気を抱えながらどんな暮らしをしてきたかを書くようにしてね。

27

(12) 病歴 (P68)

病 名	発症時期	治療内容	受診状況	医療機関・主治医（連絡先）※意見書作成者に○
てんかん	10代	内服治療中	2（月）週	△○×医院 内科 山百合三郎医師 ○
高血圧症	H21	内服治療中	2（月）週	△○×医院 内科 山百合三郎医師 ○
変形性膝関節症	H22	経過観察中	2（月）週	△○×医院 内科 山百合三郎医師 ○
パーキンソン症候群	H28	経過観察中	2（月）週	△○×医院 内科 山百合三郎医師 ○
脳梗塞	不明	（H28年の検査で古い病巣見つかる）	2（月）週	△○×医院 内科 山百合三郎医師 ○
誤嚥性肺炎	R4	救急搬送後、P病院入院。2か月後胃ろう造設	2（月）週	△○×医院 内科 山百合三郎医師 ○
後鼻漏症候群	R4	去痰剤を内服中	2（月）週	△○×医院 内科 山百合三郎医師 ○
特記すべき事項（主治医の指示・本人の病識等）				
（R6.7主治医の情報提供書より）胃ろうチューブの漏れ、汚れに留意。てんかん発作の有無に注意。腹痛の主訴については、推移に留意。誤嚥注意。筋力低下により、夜間の転倒骨折に注意。				
かかりつけ薬局名		△○×薬局		

- ・ 利用者の既往歴を全て記載します。
- ・ 「特記すべき事項」には、主治医の意見や指示、本人の病識等を記載しましょう。
- ・ かかりつけの薬局がある場合には、「かかりつけ薬局名」に記載します。

28

(13)現在利用している支援（P69）

利用している支援	サービス内容	頻度	事業所・ボランティア団体等	担当者	連絡先
	訪問看護	1 / 月 (週)	A訪問看護事業所	東氏	042-×××-△△□○
	訪問看護 (PT)	1 / 月 (週)	A訪問看護事業所	西氏	042-×××-△△□○
	訪問看護 (ST)	1 / 月 (週)	A訪問看護事業所	南氏	042-×××-△△□○
	居宅療養管理指導 (服薬管理)	2 / 月 (週)	○×△薬局	北氏	042-△△△-○○□×
	訪問入浴	2 / 月 (週)	B訪問入浴サービス	小東氏	042-○○○-□×○○
	福祉用具貸与 (車いす、特殊寝台)	毎月	福祉用具サポートC	大西氏	042-○△△-××○□
	通所介護	1 / 月 (週)	デイサービスD	小西氏	042-××○-□□×△
	通所介護	緊急時のみ	デイサービスAA	北中氏	042-×○△-○△××
おむつ給付	毎月	八王子市高齢者福祉課		042-624-7420	

- ・ 現在利用しているサービスを記載します。
- ・ 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。

29

(15)医療保険・障害等・生活保護・経済状況・収入額（P69）

医療保険	(後期高齢・国保・社保・共済・他 ())	公費医療等	(無・有 ())
障害等	(無・身障 ()・療育 ()・精神 ()・難病 ())		
生活保護	(無・有 () 担当者名 ())		
経済状況	(国民年金・厚生年金・障害年金・遺族年金・他 ())	金銭管理者	本人 (家族) 他 ()
収入額	円/月	一ヶ月あたりの介護費用の上限額	円/月

- ・ 医療保険や公的医療、障害手帳の有無、生活保護の有無、経済状況や収入額を記載します。
- ・ 金銭的な問題によって利用者の課題の解決方法は大きく異なってくるため、特に、経済状況・収入額については、利用者の望む暮らしを実現するために、とても重要な項目です。
- ・ 一方で、お金の話は、とても繊細な情報・・・

30

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。利用者との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。

31

アセスメントチェックシートの 記入方法

(テキストP70～)

32

アセスメントチェックシートの考え方

- 自立支援に資するケアプランを作成するにあたり、ケアマネジャーが把握しておくべき事項(課題分析標準項目)をしっかりとアセスメントできているか確認するためのシートです。
- ニーズ(課題)の導き方のプロセスが明確となり、利用者の楽しい暮らしの実現に繋がるものとなっているか、確認ができます。

33

I. 状態欄について (P73～)

コミュニケーション	視力	問題無(はつきり見えなし・殆ど見えなし(細かい作業に集中すると涙が出て見えづらくなる。))	眼鏡	無(有(
	聴力	問題無(はつきり聞こえない・殆ど聞こえない(	補聴器	無(有(
	言語	問題無(問題有)発語がうまくいかない。ゆっくりだと聞きやすい。)	意思伝達	できる(時々できる・困難(
	活用している機器	電話・FAX・PC・スマホ・その他(		
認知と行動	維持・改善の要素、利点	人とのふれあいが好きで、ゆっくり話せば、人に伝わるように会話をすることができる。 自分の気持ちをはっきり伝えることができる。		
	認知障害	自立(軽度)中度・重度(以前の記憶があいまいなこともある。)		
	意思決定	できる(特別な場合以外は出来る)困難(複雑な判断は難しい。)		
	情緒・情動	抑うつ・不安・興奮(		
	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 (なし)		
家族等の状況	精神症状	妄想・幻覚・せん妄・依存・見当識・無関心 (なし)		
	維持・改善の要素、利点	自分の気持ちをはっきりと伝えることができる。		
	介護提供	常時可・日中のみ可・夜間のみ可・不定期・無(		
	介護者の健康	健康(高齢・病身・他(		
家族等の状況	介護者の負担感	無(有)まとまった時間、外出できない。 すぐに対応してくれる長女や長女の夫と同居している。何かあれば、次女もすぐに来てくれる。		
	維持・改善の要素、利点			

34

I. 状態欄について (P73～)

健康状態	主 疾 病	脳梗塞、高血圧、誤嚥性肺炎、後鼻漏症候群、てんかん(最近発作ない)、変形性膝関節症(経過観察中)、パーキンソン症候群(経過観察中)	
	口 腔 状 態	症状・痛み等(胃ろうチューブ部に痛み、鼻汁が絶えずに飲み込みが悪く、話しづらい。(細かい作業に集中すると涙が出て見えづらくなる。⇒未受診))	
	食 事 摂 取	問題無・問題有(しばしば、うがいをしている。)	義 歯 不要・良好・不良(義歯は毎晩洗浄している。)
	形 態	常(噛む)他(主食全粥、副食ソフト食。水分はとろみ。)	飲 水 量 (普) 多・少(経管で朝400+昼・夜は経口) 回 / 日
	栄 養 状 態	良(普) 不良(経口のみだと必要カロリーが補えず低栄養になることもあるが現在は問題なし。)	飲 水 (普) 多・少(経口200+経管300(食事とは別に)) ml / 日
	麻 痺 ・ 拘 縮	無(麻痺有・拘縮有) 右半身に軽い麻痺がある。右利きのため、食事などは左手で行っている。)	身 長 145 cm 体 重 40 kg
	褥 瘡 ・ 皮 膚 ・ 爪	問題無・問題有(治療中) 乾燥による痒みがある。)	BMI 19 血 圧 125 / 88
	排 泄	便(昼) 1 回 ・ 夜) 0 回	入 浴 2 回 (週) 月 (自宅) 入浴している。)
	尿	尿(昼) 4～5 回 ・ 夜) 3～4 回	
	維持・改善の要素、利点	常に状態を把握していて、心配なことは専門職にすぐ相談することができる長女がいる。	
A D L	食 事	自立・見守り(一部介助・全介助(セッティングすれば自力で摂取可能だが、嚥下に心配があるため見守りしている。)	
	排 泄	場所(食卓) ベッド脇・ベッド上()	
	排 泄	排 尿 自立・見守り(一部介助・全介助(長女が声掛けしてトイレへ。服の上げ下げは介助。)	
	排 泄	排 便 自立・見守り(一部介助・全介助(同上)	
	入 浴	日 中 (トイレ・PT・尿強(オム)・留カテ(紙/パンツ/ナパッド)) 夜 間 (トイレ・PT・尿強(オム)・留カテ(テープ式/ナパッド)	
	入 浴	失 禁 無(有) 声掛けするが、出ていることもある。)	
	入 浴	自立浴・介助浴(家族・ヘルパー・他) (訪問入浴) していない(週に2回)	
	更 衣 ・ 整 容	自立・一部介助(全介助(セッティングすれば自力で行う。)	
	寝 返 り	自立・一部介助(全介助(欄につかまれば可。ただし夜間は不明。)	
	起 上 が り	自立・一部介助(全介助(欄につかまり、自分で行うこともあるが、家族が体を支えることが多い。)	
A D L	立 ち 上 が り	自立・一部介助(全介助(何かにつかまり自分で行うこともあるが、基本的には介助者が体を支えて行う。)	
	移 動	自立・一部介助(全介助(常時見守り。体調が悪い時は、体を支えて行う。)	
	歩 行	自立・一部介助(全介助(ふらつきがあるので、介助者が少し体を支えている。)	
	階 段 昇 降	自立・一部介助(全介助(何かにつかまるか、介助者が体を支えて行っている。)	
	使 用 機 器	ベッド(車椅子・歩行器・杖・他(トイレ程度は歩くこともあるが、基本的に屋内外ともに車椅子で移動している。)	
	維持・改善の要素、利点	自分で動くという意欲はある。体調が良ければ(足腰の痛みがない、口鼻がすっきりしている)、さらに動くという意欲が増す。	

35

I. 状態欄について (P73～)

I A D L	買 物	自立・一部介助(全介助(商品を選んだりはできるが、支払い介助。)	金 銭 管 理	自立・一部介助(全介助(一部できるが、全て長女が行っている。)
	献 立	自立・一部介助(全介助(食べたいものや味付けの希望を伝えられる。)	ゴ ミ 出 し	自立・一部介助(全介助(部屋のごみ箱に捨てられる。その他は長女。)
	調 理 と 片 付 け	自立・一部介助(全介助(調理方法を伝えることはできる。)	掃 除 ・ 洗 濯	自立・一部介助(全介助(調子が良ければ洗濯物はたためる。)
	火 気 管 理	自立・一部介助(全介助(できるが、長女が全て行っている。)	外 出	自立・一部介助(全介助(月に2～3回。車椅子の移乗等の介助が必要。)
	交通機関の利用	自立・一部介助(全介助(時々タクシーを使用する。支払いなどのため、付き添いが必要。)	車 の 運 転	している・していない()
	服 薬 状 況	自立・一部介助(全介助(長女が経管で行っている。)		
	住 環	問題無(問題有(室内は車椅子移動が可能な環境だが、屋外に出るには4～5段の段差がある。)		
	維持・改善の要素、利点	自ら体を動かすのは難しいが、家事や身の回りのことで意思表示・希望を伝えることはできる。 好きな洋服等を買いたいという意欲がある。		
	社 会 参 加	無(有) デイサービス(仲の良い人と会話を楽しんでいる。)		
	対 人 交 流	無(有) デイサービスの利用者、知人との関係を大事にしている。)		
その他留意すべき事項・状況	なし	維持・改善の要素、利点 聞き取りづらさを自覚しているので、人に気を遣う感じがあるが、慣れた人となら、楽しく会話することができる。 絵手紙が好きで、今でも書いて知人に送り喜ばれている。		
	なし	維持・改善の要素、利点 なし		

36

I．状態欄について（P73～）

- 利用者がなにが「できて」なにが「できないのか」、利用者（家族）の状態を確認するための項目です。
- 8つの項目ごとに、利用者（家族）の状態を記載します。
- 「特記事項」欄（ ）には、詳細な症状や判断した根拠などを記載します。

（ ）の中は何を記入したらいいの？

【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

維持・改善の要素、利点（P77）

できないことに目が行ってしまいがちですが・・・

利用者が楽しみのある生活を送れるように、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

◎本人の強み

を具体的に記載しましょう！

39

Ⅲ. 問題(困りごと)欄について(P79)

状態		問題・(困りごと)
健康状態	主 疾 病	脳梗塞、高血圧、誤嚥性肺炎、後鼻漏症候群、てんかん(最近発作はない)、変形性膝関節症(経過観察中)、パーキンソン症候群(経過観察中)
	口 腔 状 態	症状・痛み等() 胃ろうチューブ部に痛み、鼻汁が絶えずに飲み込みが悪く、話づらい。(細かい作業に集中すると涙が出て見えづらくなる。⇒未受診)
	食 事 摂 取	問題等・問題有() しばしば、うがいをしている。() 義 歯 不 良(良好) 不良(義歯は毎晩洗浄している。)
	栄 養 状 態	問題無・問題有() 固い物、パサパサした物は飲み込みづらい。() 量 () 多・少() 経管で朝400+昼・夜は経口 回/日
	麻 痺 ・ 拘 縮	形 態 常() 他() 主食全粥、副食ソフト食、水分はとろみ。() 飲 水 () 多・少() 経口200+経管300(食事とは別に) ml/日
	褥 瘡 ・ 皮 膚 ・ 爪	良() 不 良() 経口のみだと必要カロリーが補えず低栄養になることもあるが現在は問題なし。() 身 長 145 cm 体 重 40 kg
	排 便	無(健康) 有() 右半身に軽い麻痺がある。右利きのため、食事などは左手で行っている。() BMI 19 血 圧 125 / 88
維持・改善の要素、利点		問題無・問題有() 乾燥による痒みがある。() 入 浴 2 回 () 月() 自宅に入浴している。() 便() 昼 1 回 ・ 夜 0 回 () 尿() 昼 4~5 回 ・ 夜 3~4 回
		常に状態を把握していて、心配なことは専門職にすぐ相談することができる長女がいる。
		利用者 お腹が痛いので、落ち着いて座ってられない。 食べるときに飲み込みづらいので困る。
		家族 (長女)体調が悪いと食事が落ちてしまう。
		意見 CM) 専門職の意見を確認しながら、経口摂取を維持していく必要がある。基本的な体調の安定が、経口摂取の安定にもつながる。 本人が気にしている、お腹の痛みについては、専門職と相談する必要がある。 他) (主治医)胃ろうチューブの漏れ、汚れに留意。てんかん発作の有無に注意。腹痛の主訴については推移に留意。誤嚥に注意。筋力低下により、夜転倒骨折に注意。後鼻漏については、循環を促し、室内の加湿に気をつける必要がある。(ST)主食全粥、副食ソフト食にする必要がある。水分はとろみにする必要がある。食事は維持できているが、後鼻漏がひどい時は食べづらいので改善を図る必要がある。

◆ 利用者

- 左側の「状態」に対して、**生活するうえで困っていること**について、発言があった場合に、「**〇〇で困る**」と記載します。(できるだけ利用者の言葉そのまま)
- 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、聞いたものの明確な回答が得られなかったときは「**空欄**」にして、後日確認できたら記載します。

40

Ⅲ. 問題(困りごと)欄について(P79)

◆ 家族

- 利用者が生活するうえでどんなことに困っているか、利用者の立場に立ち、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、そのままの言葉で記載します。
- 誰の発言かを()で記載しましょう(例 長女)。
- 「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、聞いたものの明確な回答が得られなかったときは「空欄」にして、後日確認できたら記載します。

 本人を慮った困りごとを記載します。

 家族自身の困りごとは、「家族等の状況」の「家族」欄に記載します。

41

Ⅲ. 問題(困りごと)欄について(P79)

◆ 意見(CM)

- 利用者の生活上の困りごとを、解決もしくは軽減するために、どのような援助が必要か、利用者・家族が何をする必要があるのかを、介護支援専門員が必要だと判断したことを、「〇〇が必要」と具体的に記載します。
(例: ~のため、見守りが必要。 外出の機会の確保が必要。)
- 「ヘルパーが必要」「デイサービスに通う必要がある」など、**具体的なサービス種別は記載しません。**

42

Ⅲ. 問題(困りごと)欄について(P79)

◆ 意見(他)

- 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。
- 意見を述べた方の職名を、()で記載しましょう。

43

Ⅳ. 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)・(意欲)について (P81)

	問 題 ・(困りごと)	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)・(意欲)
利用者	お腹が痛いので、落ち着いて座ってられない。 食べるときに飲み込みづらいので困る。	楽に座っていたい。 食べたいものを食べられるようになる。
家 族	(長女)体調が悪いと食事が落ちてしまう。	(長女)食事や外出を続けるためにも、とにかく安定した体調で過ごしてほしい。
意 見	CM) 専門職の意見を確認しながら、経口摂取を維持していく必要がある。基本的な体調の安定が、経口摂取の安定にもつながる。 本人が気にしている、お腹の痛みについては、専門職と相談する必要がある。 他) (主治医)胃ろうチューブの漏れ、汚れに留意。てんかん発作の有無に注意。腹痛の主訴については推移に留意。誤嚥に注意。筋力低下により、夜転倒骨折に注意。後鼻漏については、循環を促し、室内の加湿に気をつける必要がある。 (ST)主食全粥、副食ソフト食にする必要がある。水分はとろみにする必要がある。食事は維持できているが、後鼻漏がひどい時は食べづらいので改善を図る必要がある。	意欲: 本人→ ☒ 低・阻・失 家族→ ☒ 低・阻・失 対応: ☒ 進行中 ☐ 検討中・未検討・困難・不要

◆ 利用者

- 困りごとを解消して、どうなりたいと思っているか、利用者の意欲・ニーズを言葉そのままに記載します。
- 具体的なサービスは記載しません。

44

IV. 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)・(意欲)について (P81)

利用者が「デイサービスに行きたい」というニーズを表明



「なぜデイサービスに行きたいのですか？」

サービスは手段！サービスを使ってどんな風に暮らしたいのか？
真のニーズを引き出すように働きかけましょう。

45

IV. 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)・(意欲)について (P82)

◆ 家族

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。

◆ 意欲・対応

「意欲」(ニーズに対する意欲の高さ)

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
真の意向を表明できない状況のとき

失・・病気や喪失体験などにより、本来は「意向」が
あるはずだが意欲が失われているとき

「対応」(ケアマネジャーの対応状況)

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

46

困りごと・ニーズ・意見の対応関係の有無の確認（P83～）

状態欄・困りごと・ニーズを埋めたら、あとは優先順位をつけていけばいいのね？



優先順位を付ける前に、困りごと・ニーズ・意見に対応関係があるか確認をする必要があるの。p77で説明したとおり、**利用者のニーズとケアマネジャーが洞察したニーズが合致していないといけない**。
困りごととニーズに対応関係がない場合、困りごとに対する利用者の本当の意向が把握できていない可能性があるから、ここで確認を行うのよ。

◆ 「困りごと」と「ニーズ」

利用者の困りごととニーズが関連しあっているか、対応関係があるのか確認します。
もし関連しあっていなければ、再度アセスメントを行う必要があります。

47

困りごと・ニーズ・意見の対応関係の有無の確認（P83～）

（例1）

問題・(困りごと)
友達の〇〇さんに会いに行けなくて困る。

生活全般の解決すべき課題(ニーズ・意欲)

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)
友達の〇〇さんに会いに行けなくて困る。

生活全般の解決すべき課題(ニーズ・意欲)

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

48

困りごと・ニーズ・意見の対応関係の有無の確認（P83～）

◆「困りごと」と「ニーズ」と「意見」

利用者の困りごととニーズの内容と、ケアマネジャーの「意見」が関連しあっているか、対応関係があるのか確認します。

	問題・困りごと	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けなくて困る	友達の〇〇さんに会いに行きたい
家族	友達と会えなくて困る	友達と会わせたい
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	

⇒利用者の困りごととニーズの内容と、ケアマネジャーの「意見」に対応関係がない。

【対応関係が◎な例】

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。

49

VI. 優先順位をつける（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。
- ・「**楽しい暮らし**」をするためにけん引役となる、**利用者の意欲の強い**ニーズから順に優先順位をつけます。
- ・困りごととニーズが出揃っていない項目には、優先順位は記載しません。
- ・解決方法が同じと考えられるものは関連付けします。（関連し合うニーズをまとめた場合は、より利用者の意欲の高い方に順位をつけます。）
- ・1つのニーズには1つの順位を！

50

ケアプラン(第1表～第3表)の 作成方法

(テキストP30～)

51

居宅サービス計画書 ～ケアプラン第2表～

- ◆ アセスメントによって導き出された「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を実現するための目標を立て、その目標を達成するために最もふさわしい方法、手段を支援内容として具体的に表すためのもので、居宅サービス計画全体の中核となる帳票。
- ◆ 左<生活全般の解決すべき課題(ニーズ)>から右に検討して書いていきます。

52

居宅サービス計画書 ～ケアプラン第2表～

(4)援助目標(サービス内容) (P42)

[illegible]

居宅サービス計画書 ～ケアプラン第2表～

(5)援助目標(サービス種別) (P43)

[illegible]

居宅サービス計画書 ～ケアプラン第1表～

(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（P30）

第1表		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		姓		生年月日		年 月 日 住所	
居宅サービス計画作成者氏名							
居宅介護支援事業所・事業所名及び所在地							
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							
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定							
統合的な援助の方 針							
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利用者と家族が、どのような「生活」をしたいのかを利用者・家族の言葉をそれぞれ区分して書きます。
- ②利用者の意向が確認できない場合（認知症など）についても、利用者の意向欄を設けたうえで、「表明されず」と書きます。
- ③ケアマネが必要と判断した援助を書きます（どのような支援が必要か、利用者や家族は何をするか）。

居宅サービス計画書 ～ケアプラン第1表～

(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（P30）

◆ 課題分析の結果

＝ケアマネが必要と判断した援助

⇒アセスメントチェックシートの利用者・家族のニーズ、専門職の意見欄を踏まえて、ケアマネが必要と判断した援助

わかりやすく、利用者・家族が前向きになれるような表現になるよう、意識してみてください！！

居宅サービス計画書 ～ケアプラン第1表～

(2)総合的な援助の方針 (P32)

第1表		居宅サービス計画書 (1)		作成年月日 年 月 日	
利用者名	殿	生年月日	年 月 日		
居宅サービス計画作成者氏名					
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地					
居宅サービス計画作成(変更)日	年 月 日	認定の有効期間	年 月 日		
認定日	年 月 日	認定の有効期間	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	
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					
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					
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「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、ケアチームで確認及び検討をしたうえで、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)を書きます。ケアチームとして、利用者を大切にする気持ちが一つになって表されている形が最も望ましいです。

②居宅サービス計画書の第2表の長期目標を達成するための支援方針を書きます。

③どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応方法等について書きましょう。(急変した場合の多職種との連携、対応方法など)

居宅サービス計画書 ～ケアプラン第3表～ (P45)

- ◆ ケアプラン第2表で計画した、具体的な支援の内容を、週単位で示した帳票。
- ◆ ケアチームで利用者の日常生活のリズムを知ることができ、それぞれの役割を認識しながら、円滑なチームケアを進めていくことができます。

居宅サービス計画書 ～ケアプラン第3表～（P45）

第3表 週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

時間	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
0:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								

第2表に記入した「サービス種別」を、保険給付以外のサービス・サポートも含めて全て記入します。

第2表に記入した「サービス種別」のうち、週単位以外のサービスを、保険給付以外のサービスも含めて全て記入します。

起床、就寝、食事、排泄、入浴、昼寝などの基本的な生活パターンを記入します。
サービス以外の時間は何をしているか、把握していたら書きましょう。

週単位以外のサービス

65

最後に・・・

66

八王子市の考える

「自立支援」

Ⅱ

楽しみのある**生活**の支援

67

- 常に「**生活**」を意識
- 「**強み**」「**可能性**」に注目
- 「**意欲**」「**本人らしさ**」を大切に

68