

令和 7 年度 ケアプラン点検研修第 2 回

令和 7 年 6 月 3 0 日（月） 15:30～17:15

東浅川保健福祉センター 第 5 集会室

司会：居宅介護支援事業所スローライフ 平川 亜衣

1. 開会挨拶

2. 八王子市におけるケアプラン点検について

八王子市福祉部介護保険課 総務・給付担当 山口 美和 氏

3. グループワーク ～ケアプラン自己点検のポイントを理解する～

八王子介護支援専門員連絡協議会 会長 八木 広行 氏

4. 事務連絡

令和7年度 ケアプラン点検研修 第2回

令和7年(2025年)6月30日

八王子市 福祉部 介護保険課



本日の研修内容

- 1 : ケアプラン点検の趣旨・目的
- 2 : ケアプラン点検の概要
- 3 : ケアプラン自己点検のポイント
を理解する

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

- ◆ 要介護認定の適正化
- ◆ ケアプラン等の点検
- ◆ 医療情報との突合・縦覧点検

保険者:「介護給付適正化計画」

- ◆ 要介護認定の適正化
- ◆ ケアプラン等の点検
- ◆ 医療情報との突合・縦覧点検
- ◆ 介護支援専門員研修
- ◆ ケアマネジャーガイドライン

3

ケアプラン点検の趣旨

● 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)

4

八王子市のケアプラン点検の目的

 ケアマネジメントのプロセスを踏まえ、ケアプランが自立支援に資する内容になっているかどうかを確認することで、「気づき」を促す。

 自立支援について、理解を深める。

5

八王子市のケアプラン点検の目的

◎八王子市の考える「自立支援」とは？

= 楽しみのある生活の支援



「楽しみのある生活」を支援するためのケアプランになっていますか？

6

本日の研修内容

1：ケアプラン点検の趣旨・目的

2：ケアプラン点検の概要

3：ケアプラン自己点検のポイント
を理解する

7

ケアプラン点検 概要

◆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

東京都の
「リ・アセスメント
チェックシート」の親

= **八王子市独自の取り組み**

8

ケアプラン点検 概要

平成22年度

- 厚労省が、ケアプラン点検支援事業の本格実施を求める。
- 市では、佐藤信人先生、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、介護保険課職員により、「ケアプラン自己点検支援マニュアル」を作成

平成23年度～

- 市によるケアプラン点検本格実施
⇒介護保険課職員が各事業所を訪問して点検
- 八介連では、「ケアプラン自己点検支援マニュアル」を基に、「その人らしいケアプラン」を作成する方法に関する独自の研修を実施

9

ケアプラン点検 概要

令和2年度～令和4年度

- 市主催の「ケアプラン点検研修」
- 書面での点検(振り返りシート送付)

令和5年度～

- 市主催の「ケアプラン点検研修」
- 対面による点検＋書面での点検

令和3年度から、本格的に主任ケアマネジャーと協働して実施

10

主任ケアマネジャーと協働することで..

- 現場の意見を採り入れ、**ケアプラン点検のレベル向上**を図る。
- 主任ケアマネジャーに八王子市のケアプラン点検手法を普及することにより、**地域での活動等（地域のケアマネ支援、勉強会等）**に役立てる。

11

令和7年度 ケアプラン点検 実施概要（予定）

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

グループに分かれ、集合もしくは事業所を訪問して行います。

- ・ **主任ケアマネジャーによる点検（対面）**
- ・ 介護保険課による点検（書面）

12

令和7年度 集合でのケアプラン点検 実施概要（予定）

グループ構成

主任ケアマネジャー3名、プラン提出者 1名

実施日

令和7年11月20日(木)

4グループ

点検件数

8件

- ・ 事業所訪問による点検 2件
- ・ 書面での点検 19件

13

点検者は・・・

- ケアプラン点検研修(指導編)等により、点検者の心構えや点検時のポイント等を学ぶ
- 提出されたケアプラン等を、各自で確認
- 当日に向けて、グループごとに打ち合わせ

14

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	〇〇 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

15

最後に・・・

- ・「指導」や「監査」ではありません。
- ・事例検討でもありません。

16

最後に・・・

- 「自分のケアプランを振り返る」「自立支援について理解を深める」機会としていただけたら・・・。
- 点検者となっただけの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）も募集！

17

本日の研修内容

1：ケアプラン点検の趣旨・目的

2：ケアプラン点検の概要

3：ケアプラン自己点検のポイント
を理解する

18

講義 ①

ケアプラン自己点検のポイントを理解する

◆アンケートの内容について

◆基本情報シート・アセスメントチェックシート

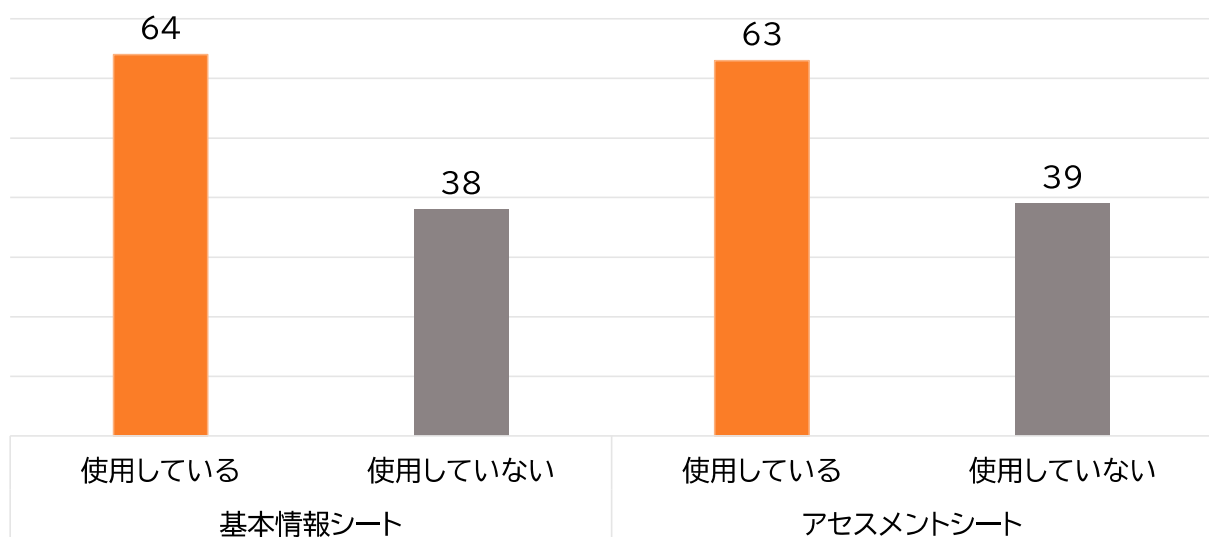
ケアプランの点検ポイントを演習を通じて理解
しましょう！

19

ケアプラン点検研修第1回 アンケート結果

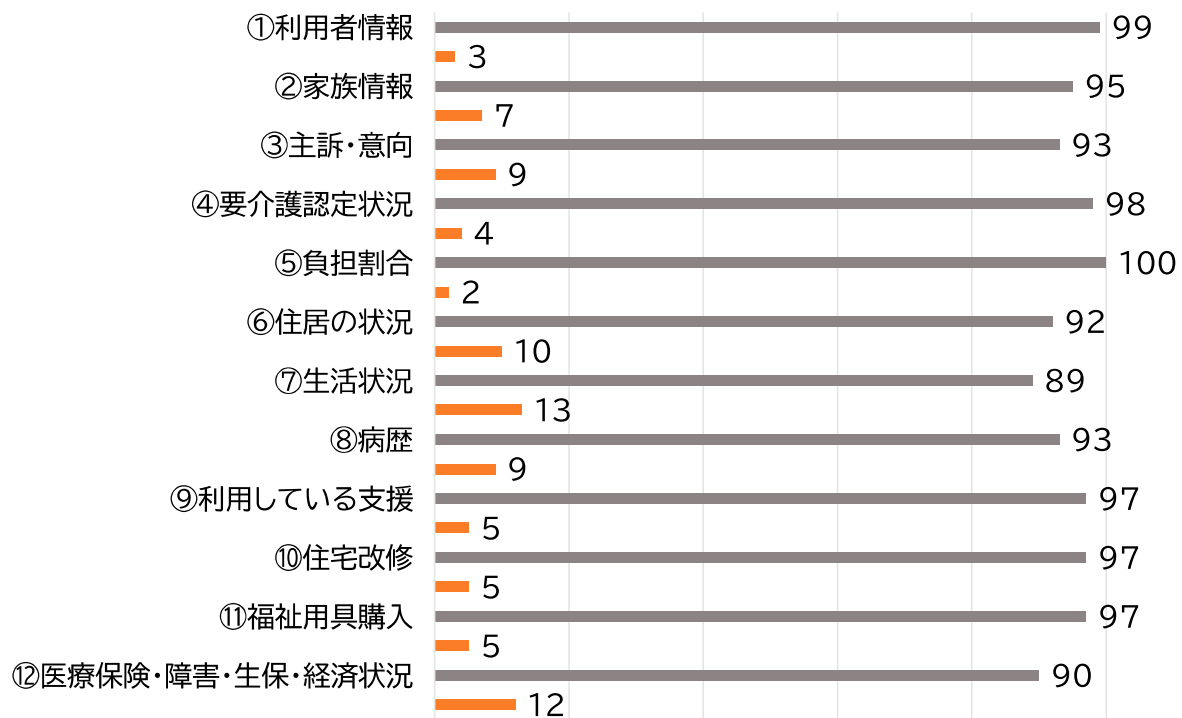
(管理者またはケアマネジャーに指導する役割を担っている方)

① 所属事業所では、八王子市推奨の基本情報シート・アセスメントチェックシートを使用していますか？



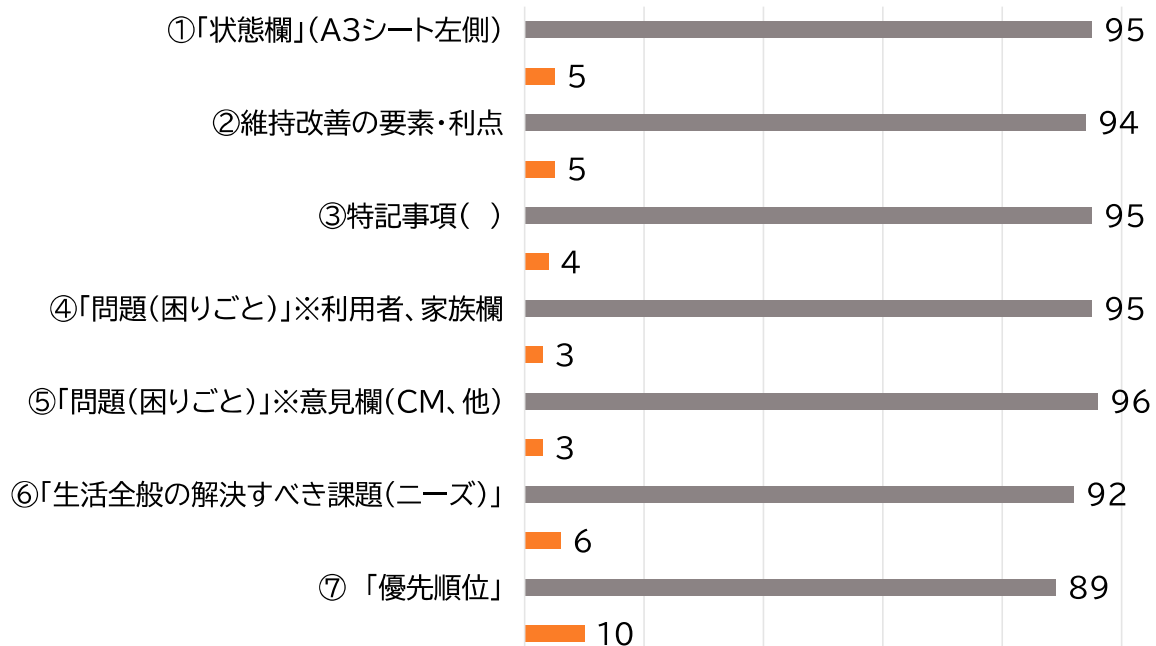
20

② 八王子市推奨の基本情報シートの項目に関して、 わからないことや確認したいことはありますか。



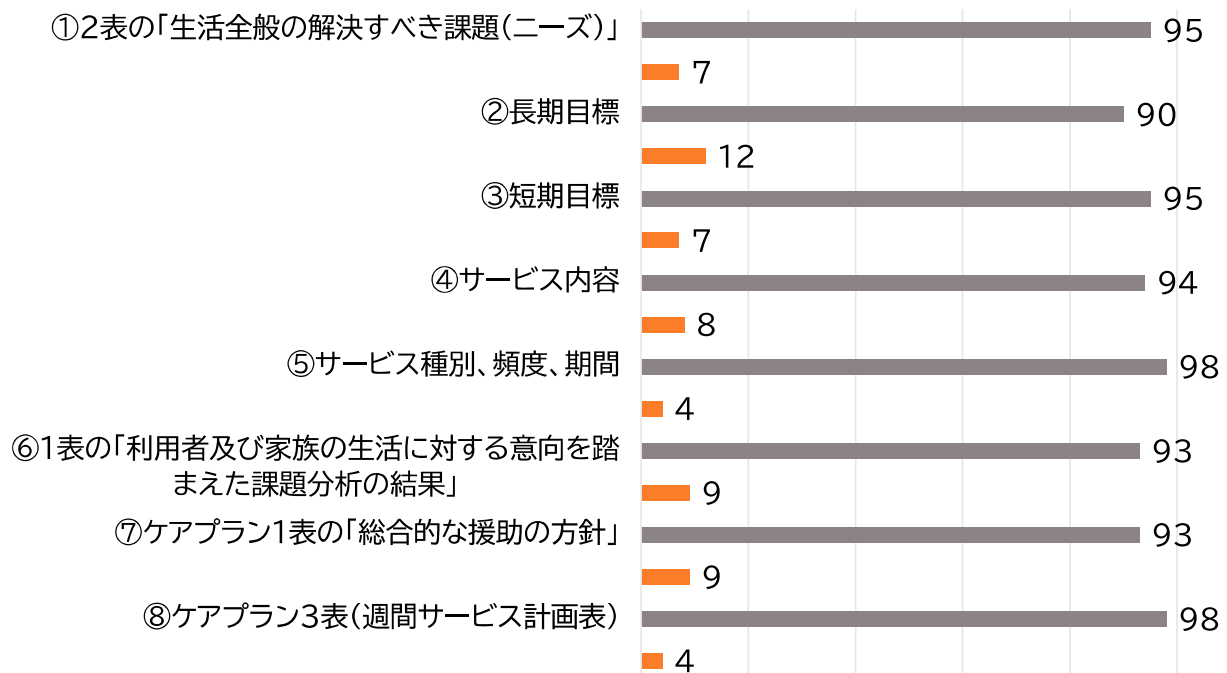
21

③ アセスメントチェックシートの記載についてわからない ことや確認したいことはありますか？



22

④ ケアプランの記載についてわからないことや確認したいことはありますか？



23

講義②

「基本情報シート・アセスメントチェックシート（状態欄）」解説

◆基本情報シート

マニュアル(P60～P70)

◆アセスメントチェックシート(状態欄)

マニュアル(P70～P77)

24

演習 1 説明

◆ 演習導入

- ・自己紹介、司会、書記の確認

25

演習 1 説明

◆ アセスメントチェックシート(問題・困りごと欄)

の点検、気づきの発表

- ・個人ワーク(5分)
- ・グループワーク(6分)

26

演習 1

◆ アセスメントチェックシート(問題・困りごと欄)
の点検、気づきの発表

- ・個人ワーク(5分)
- ・グループワーク(6分)

27

講義③

「アセスメントチェックシート
(問題・困りごと欄)」点検ポイント解説

◆問題・困りごと欄

マニュアル(P78～P79)

28

演習 2 説明

◆ アセスメントチェックシート(生活全般の解決すべき課題(ニーズ欄))の点検、気づきの発表

- ・個人ワーク(5分)
- ・グループワーク(6分)

29

演習 2

◆ アセスメントチェックシート(生活全般の解決すべき課題(ニーズ欄))の点検、気づきの発表

- ・個人ワーク(5分)
- ・グループワーク(6分)

30

講義④

「アセスメントチェックシート（生活全般の解決すべき課題（ニーズ欄））」点検ポイント解説

◆アセスメントチェックシート（生活全般の解決すべき課題（ニーズ欄））

マニュアル(P81～P87)

31

講義④

『適切な事例を活用し「関連」「優先順」』の解説

◆アセスメントチェックシート（関連・優先順位）

マニュアル(P88～P89)

32

講義⑤

「ケアプラン2表の作成方法」の解説

◆ケアプラン2表作成

マニュアル(P93～P99)

33



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	3	5	7	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。	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	4	6	8							
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！	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」	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。	「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							

34

演習3 説明

◆ ケアプラン2表の長期目標を考える

- ・個人ワーク(5分)
- ・グループワーク(6分)

35

演習3

◆ ケアプラン2表の長期目標を考える

- ・個人ワーク(5分)
- ・グループワーク(6分)

36

講義⑥

「ケアプラン2表（短期目標、サービス内容 サービス種別、期間等）」の解説

◆ケアプラン2表作成

マニュアル(P96～P99)

37

質疑応答

38

まとめ

39

ご清聴ありがとうございました！



40

基本情報シート

作成日	令和 7 年 6 月 2 日	現在
作成者	〇〇 〇〇	

受付日	平成 28 年 7 月 11 日 (月)	受付対応者		受付方法	(来所・電話・他 ())
相談者氏名	△△CMより	続柄	本人・家族・(他) (担当CM)	連絡先	042-600-0000
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)				

利用者情報	被保険者番号						
	フリガナ氏名			様	男・(女)	生年月日	明治・大正 (昭和) 〇 年 ▲ 月 6 日 (89 歳)
	住 所	〒192-0000				Tel	042-●●●-■■■■
		八王子市				携帯	
Fax							
						E-mail	

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
	②		弟	同 (別)	八王子市	090-
			妹	同 (別)	八王子市	090-
	①		長男	同 (別)	八王子市	090-

家族関係等で特記すべき事項

隣に弟が住んでいて、通院などの送り迎えを手伝ってくれている。息子や妹も八王子市内に住んでいて協力的。

主訴・意向	相談の経緯	世帯 (独居)・高齢者のみ・他 ()
	相談の経緯	
主訴・意向	利用者及び家族等の主訴・意向	家族状況 (ジェノグラム)
	主訴・意向	

(利用者)

足のしびれがなくなってほしい。
転んだりすることが多くて困っている。

(家族等)

通院とか駅までの送り迎えは今まで通りやります。転ばないでほしい。(弟)ボケたら困るので、今できていることは続けてほしい。今後は、息子である自分が面倒を見ていこうと思っている。(長男)

ジェノグラム (家族状況図) の詳細: 祖父母 (黒い正方形と丸) から子 (黒い正方形と丸) が生まれる。子からは4人の子が生まれる (89歳, 85歳, 90歳(特養), 83歳)。89歳の子からは64歳と63歳の子が生まれる。63歳の子からは30代の子が生まれる。

要介護認定状況	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
	令和3年1月14日	令和3年2月1日 ～令和3年7月31日	要介護1	A1	A1	I	I
	令和3年7月2日	令和3年8月1日 ～令和6年7月31日	要介護1	A1	A1	I	I
	令和6年7月25日	令和6年8月1日 ～令和9年7月31日	要介護1	A1	A1	I	Ⅱa
	年 月 日	～ 年 月 日					
	年 月 日	～ 年 月 日					
審査会の意見等							
負担割合	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6年7月16日	令和6年8月1日 ～令和7年7月31日	1割	年 月 日	～ 年 月 日		
	年 月 日	～ 年 月 日		年 月 日	～ 年 月 日		

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）		<table><tr><td rowspan="3">居室</td><td>専用居室</td><td colspan="2">無・有（ 8 ）畳</td><td>手すり</td><td>無・有（ ）</td></tr><tr><td>段差等</td><td colspan="4">（無・有（ ））</td></tr><tr><td>寝具</td><td colspan="4">ふとん・ベッド・特殊寝台（ ）</td></tr><tr><td rowspan="2">トイレ</td><td>便器</td><td colspan="2">和式・洋式・温水洗浄便座</td><td>手すり</td><td>無・有（ ）</td></tr><tr><td>段差等</td><td colspan="4">無・有（ ）</td></tr><tr><td rowspan="2">浴室</td><td>浴室</td><td>無・有（ ）</td><td>シャワー</td><td>無・有（ ）</td><td>手すり</td><td>無・有（ ）</td></tr><tr><td>段差等</td><td colspan="4">無・有（ ）</td></tr><tr><td colspan="6">特記事項</td></tr></table> 浴室、浴槽手すり購入 以前は2階の部屋で寝起きしていたが、腰の術後は、1階の和室で寝起きしている。現在は2階に行くことは全くない。 必要な時は、息子に頼んで取ってきてもらう。（本人の物は少なく、同居していた孫の荷物が主）				居室	専用居室	無・有（ 8 ）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				
居室	専用居室	無・有（ 8 ）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	●●県生まれ。4人兄弟。幼少から兄弟の仲が良かった。看護師の資格を取得し、看護師として働いていた。25歳で結婚し、長男を出産。30歳のときに離婚し、1人で息子を育てた。看護師を辞めて、■■区役所の職員として定年（65歳）まで勤務した。子育てがひと段落してからは、年に1度、友人と色々なところに旅行に行っていた。友人とは今でも電話で話すなど、交流がある。70歳のとき、姉の介護のために八王子市に転居し、姉の隣の家で生活を始めた。姉が特養に入所してからは、月に1度受診のため外出する際に自宅に兄弟が集まり、食事をするのが楽しみとなっている。姉の家に移り住んだ弟に夕食のおかずを作っている一方、弟は通院や外出の際に送り迎えをしてくれている。最近では妹が週に数回来て、身の回りのことをやってくれている。																																																
	趣味・好きなこと	昔は、温泉や旅行、友人とお茶会が好きだった。 現在は、兄弟と会うことや食事をする、友人と電話で話しをすることが楽しみ。																																																
	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）	ニュースを中心にワイドショーを見ている。知れた情報は、会話のネタにしている。クッキングの番組を見て献立に役立てている。																																																
	生活リズム	薬の副作用で日中いつも眠い。夜は眠りが浅くなる。																																																
病歴	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○																																													
	腰椎狭窄症	H10	定期受診、服薬（H27.1.22手術）	1／（月）週	●●病院■■先生（O42-）																																													
	腰椎変形性腰痛症	H10	同上	1／（月）週	〃																																													
	白内障	不明	定期受診、点眼	／月・週	通っていない																																													
	消化管出血の疑い	R1.10	〇〇病院に入院したが、原因不明	／月・週	通っていない																																													
	糖尿病	不明	服薬コントロール	1／（月）週	△△病院××先生（O42-）（内科）	○																																												
				／月・週																																														
				／月・週																																														
	特記すべき事項（主治医の指示・本人の病識等）																																																	
	△△病院××先生（内科）：少し気をつければ、HbA1cはコントロールできる。運動と食事に気をつけること。 本人：糖尿については、食事内容や甘いもの等の指摘を受けているが、つい好きなので食べてしまう。																																																	
	かかりつけ薬局名	●●薬局																																																
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																																													
	通所介護	3／月（週）																																																
	訪問介護	2／月（週）																																																
	訪問リハビリ	1／月（週）																																																
	福祉用具	／月・週																																																
住宅改修	時期	内容		改修費用	改修業者																																													
	平成28年3月31日	廊下、手すり、トイレ、外手すり		円																																														
	年 月 日			円																																														
	年 月 日			円																																														
福祉用具購入	時期	品名		購入金額	販売業者																																													
	平成28年10月16日	浴槽手すり		円																																														
	年 月 日			円																																														
	年 月 日			円																																														
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（ ））																																																	
	障害名（ ）																																																	
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（ 共済年金 ）			金銭管理者	（本人）家族・他（ ）																																													
収入額	120,000 円／月		一ヶ月あたりの介護費用の上限額		30,000 円／月																																													

利用者名			アセスメントチェックシート			作成日 令和 7 年 6 月 2 日		作成者 ワーク用		N. SATOモデル		
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) 老眼鏡		利用者	なし		
	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	なし		
	言 語	問題無・問題有()				意 思 伝 達	できる		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(固定電話、携帯電話(ガラケー))				意 見	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	社交的で話が好き。固定電話、携帯電話(ガラケー)の操作ができる。自分からかけることもできる。										
認知と行動	認 知 障 害	自立(軽度) 中度・重度(予定を忘れる、直前のことを忘れることがあるが、生活に支障はない。生協で同じものを購入してしまう。)				利用 者						
	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)				家 族						
	情 緒 ・ 情 動	抑うつ・不安・興奮(なし)				意 見	他)		CM) 現時点で生活に支障はないが、軽度の物忘れがみられる。脳を活性化するために、色々な人との交流や会話を取り入れていく必要がある。			
	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)										
	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	物忘れはあるが、日常生活に支障はない。忘れても、後で思い出すことができる。予定を忘れないように、すぐにカレンダーに予定を書き込める。											
家族状況等の	介 護 提 供	常時可 日中のみ可・夜間のみ可・不定期・無(隣の家に弟、市内に息子が住んでいるため、何かあったときには助けを求められる。)				利用 者	弟がいてくれて助かっている。		みんなに迷惑をかけないで生活したい。		③に 関連	
	介護者の健康	健康・高齢(病身)・他(弟は妻を亡くしてから一人暮らしで、喘息や腰痛がある。)				家 族	みんなで協力できているから問題ない。(長男)		なし			
	介護者の負担感	無(有) 直接的な介護がないので介護の負担感はない				意 見	CM) 家族関係は良好で特に問題ない。家族の間でお互いにフォローできていて問題ない。		意欲: 本人 → 高・低・阻・失 家族 → 高・低・阻・失			
	維持・改善の要素、利点	家族も、本人の病気へ理解があり、協力が得られやすい。相談をいつでもできる。弟が隣家に住んでいることが本人の生活の意欲につながっている。毎食、弟が家に来て食事を一緒に取っている。家族関係良好。妹が週1回必ず手伝いに来ている。家族間で役割分担ができています。										
健康状態	主 疾 病	糖尿病、貧血、脊柱管狭窄症術後の合併症による下肢のしびれ				利用 者	足先がしびれて困る。		足先のしびれがなくなりたい。		① ② ③に 関連	
	口 腔 状 態	問題無・問題有(定期的に歯科検診できている。)				家 族	転ぶことが増えてきて困っている。(長男)		転んだあとのことを考えてほしい。(長男)			
	食 事 摂 取	問題無・咀嚼問題有・嚥下障害有()				意 見	CM) 手術により、屈んだりしゃがんだりする行為は禁止されている。転倒しないようにするため健康管理の必要がある。		意欲: 本人 → 高・低・阻・失 家族 → 高・低・阻・失			
	栄 養 状 態	良(普)・不良(塩分、甘いものは控えるようにDr指導あり)					CM) 痛みがある時期にかばっていたため、下肢筋力の低下がみられる。しゃがむ行為は痛みを進行させるので今後もやめたほうがいい。(医師)		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(下肢のしびれ、つま先の感覚障害、手指のこわばり)										
	褥 瘡 ・ 皮 膚 ・ 爪	問題無・問題有・治療中(足の爪切りは妹に頼んでいる)										
	排 泄	便(昼 1 回 ・ 夜 1 回)										
	尿	尿(昼 5 回 ・ 夜 1 回)										
	維持・改善の要素、利点	定期的に病院に通い、医師の話も理解している。3食しっかり食事をとれている。										
食 事	自立(見守り・一部介助・全介助(毎食、隣の弟が食べにくる場所(食堂)ベッド脇・ベッド上(準備、調理、片付けまで一人で行う。)				利用 者		体を支えていないと倒れてしまうので、立っているのが疲れる。		転んだあとに困ってしまうので、それをどうにかしたい			
A D L	排 泄	排尿(自立) 見守り・一部介助・全介助()				家 族	転んでけがをしたら困る。(長男)		転んでのけがを防いでほしい。(長男)			
	入 浴	排便(自立) 見守り・一部介助・全介助()				意 見	CM) 屋外歩行において不安定なことがあり、転倒しないような支援が必要。また、自室内の食卓からベッドまでの移動の際にバランスを崩し転倒する危険性が高いため、自宅内の環境整備が必要。上り框の段差などでしっかり掴まれるように整備が必要。転倒後は、手すりのあるところまでお尻で移動して立ち上がっている。何も掴まるところがない場所で転んだ際の対応が必要。		意欲: 本人 → 高・低・阻・失 家族 → 高・低・阻・失			
	更 衣 ・ 整 容	日 中(トイレ)・PT・尿器・オムツ・留力テ(尿パット80ccでおさまる 交換もできる)					CM) 歩行に必要なバランス、足の裏の感覚改善のためのアプローチが必要。(デイ職員)		対応: (進行中) ・検討中・未検討・困難 ・不要			
	寝 返 り	失 禁(無) 有()					他) 屋外歩行の際に福祉用具の活用が望ましい。(福祉用具相談員)					
	起 上 が り	自立浴(介助浴(家族・ヘルパー・他: 週2回はシャワー、1回はヘルパー見守りで浴槽入浴)・訪問入浴・していない()					立 ち 上 が りの訓練や起き上がりり訓練が必要。福祉用具でカバーできる環境ではないので、転倒を防止することよりも、その後の対応について検討が必要(訪問リハPT)					
	立 ち 上 が り	自立(一部介助・全介助(時間はかかるが1人で行える 靴下の脱ぎはきが大変)										
	移 乗	自立(一部介助・全介助(自立(一部介助・全介助(プッシュアップで可能)										
	歩 行	自立(一部介助・全介助(介助バーに掴まって行える)										
	階 段 昇 降	自立(一部介助・全介助(立ち上がり直後に後方重心となり、転倒リスクが高い。一度での立ち上がりは困難。リビングや廊下で転ぶと立ち上がれない。)										
	使 用 機 器	自立(一部介助・全介助(玄関ポーチ1段の昇降のみ。体を支える支援が必要。自宅の2階には行かない。)										
維持・改善の要素、利点	ベッド・車椅子・歩行器・杖・他(転倒防止のため、手すり、歩行器などを使用している。福祉用具を上手に活用し、できることは自分で行っている。											
I A D L	買 物	自立(一部介助・全介助(生協を利用しているが、同じものを買ってしまうことがある)				利用 者	調理中に立っていると疲れて困る。		休んだり掴まる場所がほしい。		②	
	献 立	自立(一部介助・全介助(自分で考える。料理番組を参考にもする。)				家 族	できることは続けてほしい。(長男)		料理が得意なので続けてほしい。(長男)			
	調 理 と 片 付 け	自立(一部介助・全介助(立ち仕事に負担感あり)				意 見	CM) 1人での外出は転倒の可能性が高いため、外出のときは付き添いが必要。		意欲: 本人 → 高・低・阻・失 家族 → 高・低・阻・失			
	火 気 管 理	掃 除 ・ 洗 濯(自立) 一部介助・全介助(掃除は困難だが、洗濯はできる。)					他) 台所に掴まるところや休む場所があれば、調理中の負担を軽減することができる(福祉用具相談員)		対応: (進行中) ・検討中・未検討・困難 ・不要			
	交 通 機 関 の 利 用	外 出(自立) 一部介助・全介助(家族の付き添いが必要)										
	服 薬 状 況	車 の 運 転(自立) 一部介助・全介助(家族の付き添いが必要)										
住 環 境	自立(一部介助・全介助(一泊化。屋の飲み忘れが多い。大事な薬は朝にまとまっている。しびれのための薬の副作用で日中の眠気が強い。)											
維持・改善の要素、利点	問題無・問題有(手すりは廊下、浴室、トイレなど住宅改修済み。そのほか、必要箇所には貸与にて対応。)											
社会交流	社 会 参 加	買 っ て き て ほ し い も の な ど を 伝 え る こ と が で き る 。 工 夫 し て 家 事 を 行 っ て い る 。 料 理 が 得 意 。				利用 者	思うように出かけられなくなり困る。		友達や兄弟との食事会に参加したい。		③	
	対 人 交 流	無(有) 週3回デイサービスに通う。)				家 族	なし		なし			
		無(有) 家族以外に友人と電話で交流している)				意 見	CM) 下肢のしびれから、外出に対して不安あり消極的。安全に安心して好きなときに外出できるよう支援が必要。		意欲: 本人 → 高・低・阻・失 家族 → 高・低・阻・失			
その他留意すべき事項・状況					利用 者							
					家 族							
					意 見	CM)		意欲: 本人 → 高・低・阻・失 家族 → 高・低・阻・失				

居宅サービス計画書（2）

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
休みながら家で料理がしたい										
転ぶ心配なく、外出したい										

※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。

居宅サービス計画書（1）

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 6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・事業所名及び所在地 居宅介護支援事業所△△

居宅サービス計画作成（変更）日 令和 7年 6月 2日 初回居宅サービス計画作成日 平成28年 7月27日

認定日 令和6年7月25日 認定の有効期間 令和6年8月1日 ～ 令和9年7月31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	(本人) 立って家事をするのが大変。一人暮らしを安全に送りたい。車いすに頼った生活は嫌です。 (長男) 今できていることは続けてほしい。料理は得意なので、続けてほしい。 転倒の危険性がありますが、できることはご自分でいき、得意な料理も作られています。これからも転倒せずに、できることを続けていけるように生活環境を整え、リハビリにより運動機能の向上を目指しましょう。
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	転ぶことがないよう環境を整え、自宅での暮らしが安心したものになるよう支援します。 また、物忘れが進行しないよう生活の中で工夫できることを提案し、家族との楽しい時間を過ごせるよう関係者と共有し支援していきます。 緊急連絡先：①×× ××（長男様）090- ②△△ △△（弟様）090- 主治医： かかりつけ薬局：
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（ ）

上記内容について介護支援専門員より説明を受け、ここに同意した旨署名をします。 年 月 日 氏名

<個人ワークシート>

グループ

司会		参加者		参加者	
書記		参加者		参加者	

演習1 アセスメントチェックシート（問題・困りごと欄）点検

演習2 アセスメントチェックシート（生活全般の解決すべき課題（ニーズ））の点検

演習3 ケアプラン2表 長期目標を考えよう

質疑・メモ