

ケアプラン点検研修 第3回

講師： 第二徳寿園 木口 大造

「利用者の楽しい暮らしが見えるプラン」になっているか点検
しよう！

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プラン(=楽しみのある暮らしを支えるためのプラン)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。

ケアプラン点検は、指導や実地検査では
ありません。

事例検討でもありません。

本日の研修内容

1 ケアプラン自己点検のステップ

2 ケアプラン自己点検の手法

- 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

ケアプラン自己点検のステップ

(テキストP55～)

ケアプラン自己点検のタイミング(P55)

- 💡 支援に悩んだとき
- 💡 ケアプランの見直しの時期 など

に行うとより効果的！

ケアプラン自己点検のステップ(P56)

ステップ1	基本情報に関する項目の点検	基本情報シート
ステップ2	・アセスメントに関する項目の点検 ・ニーズ及び優先順位の点検	アセスメント チェックシート
ステップ3	発見したこと(今後の改善点)の確認	ジャンプシート
ステップ4	再アセスメント(モニタリング)の実施	
ステップ5	ケアプランの修正	
ステップ6	ケアプランの点検	ハイジャンプシート

ケアプラン自己点検の手法

ステップ1

基本情報に関する項目の点検 (基本情報シート)

(テキストP60～)

(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できますか？（利用者の状況によって、書き直す必要はありません）

(7)家族状況(ジェノグラム) (P64)

- 本人、家族の年齢が記載できていますか？
- 本人と家族の関係がわかりやすく記載できていますか？

(10)住居の状況 (P66)

- 段差や扉の形状は記載できていますか？
- 家具、手すり、ベッド、ポータブルトイレ、よく使用するもの、枕の位置は記載できていますか？
- 利用者の生活動線を把握できるように記載できていますか？
- 間取り図に反映しにくいことや、ケアチームで共有すべき事項などは、特記事項に記載していますか？

(11)生活状況(P67)

◆ 生活歴

- 利用者がどんな暮らしをしてきたか、時系列に沿って記載していますか？
- その人らしい情報が入っていますか？
- 病歴や職歴だけになっていませんか？
- ○年前や昭和○年ではなく、年齢で記載していますか？

基本情報シート

◆趣味・好きなこと

過去と現在の両方を記載していますか？

◆情報リテラシー

情報をどのように手に入れ、どんな内容(ジャンル)に関心があるかを、記載していますか？

◆生活リズム

特記すべきこと(昼夜逆転、不眠など)が記載できていますか？

基本情報シート

(15)医療保険・障害等・生活保護・経済状況・収入額(P69)

収入額や一か月あたりの介護費用の上限額が記載できていますか？

ステップ2

- ・アセスメントに関する項目の点検
- ・ニーズ及び優先順位の点検
(アセスメントチェックシート)

ステップ3

発見したこと(今後の改善点)の確認
(ジャンプシート)
(テキストP70～)

アセスメントチェックシート 状態(P73～)

ジャンプシート 1

- 利用者(家族)の状態に該当するものに○を付けていますか？
- 「特記事項」欄()に、詳細な症状や判断した根拠などを記載していますか？

麻痺・拘縮・・・日常生活上どのような支障があるのか。

ADL・・・「自立」であっても人それぞれ。どのような「自立」なのか。

IADL・・・「全介助」の場合には、本人の残存能力(できること)を記載する。

ジャンプシート 2

「困りごと」に繋がる日常生活上の支障の
発見に努め、洞察しましたか？

洞察とは・・・

物事の表面的な部分ではなく、その奥にある本質を見抜くこと

ジャンプシート 3

- 8つの項目ごとに、利用者や家族の良いところ、優れているところ、魅力的なところをたくさん発見するよう努め、洞察しましたか？
- そのストレングスを、具体的に記載できていますか？

ジャンプシート 4、5

◆意見

- 利用者の困りごとを解消するために、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であれば、ケアマネジャーと専門職が検討し、必要だと判断した援助をCM欄に記載していますか？
- CM欄には、具体的なサービス種別を記載していませんか？
- それぞれの項目に関連した他の専門職からの意見を確認し、「他」欄に記載していますか？

ジャンプシート 6、10

◆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を記載していますか？
- 病状や症状、仮定の困りごとになっていませんか？

◆家族

- 家族が利用者の立場に立ち、または利用者を慮って表明した、利用者の生活上の困りごとを記載していますか？

アセスメントチェックシート 問題(困りごと)(P79)

ジャンプシート 7、11

(例1)

×利用者、家族が表明した困りごとと、ケアマネジャーが必要と判断した援助に、整合性がない

	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)お風呂に入れなため、入浴のサービスが必要

(例2)

◎利用者、家族が表明した困りごとと、ケアマネジャーが必要と判断した援助に、整合性がある

	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。

ジャンプシート 8、12

- 本人・家族が困りごとを表明しない！
 - ⇒ 原因を検討し、働きかけていますか？
(認知能力の低下、家族への遠慮、自分で気づいていない)
- 「状態」から、想像力をはたらかせて、「～で困っていないですか？」と聞いてみる。

ジャンプシート 9、13

生活上の困りごとを本人・家族が表明しない場合、「維持・改善の要素、利点」等の強みを活用し、働きかけを行いましたか？

➡ 楽しみを阻害していることが困りごと

ジャンプシート 14

- 利用者が、困りごとを解消してどうなりたいと思っているか、利用者のニーズ・意欲を利用者の言った言葉そのままに記載していますか？
- 家族の欄には、家族が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・意欲を記載していますか？

アセスメントチェックシート ニーズ・意欲(P81)

ジャンプシート 15

(例1)

×利用者、家族が表明したニーズと、ケアマネジャーが必要と判断した援助に、整合性がない

	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)お風呂に入れないため、入浴のサービスが必要

	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)

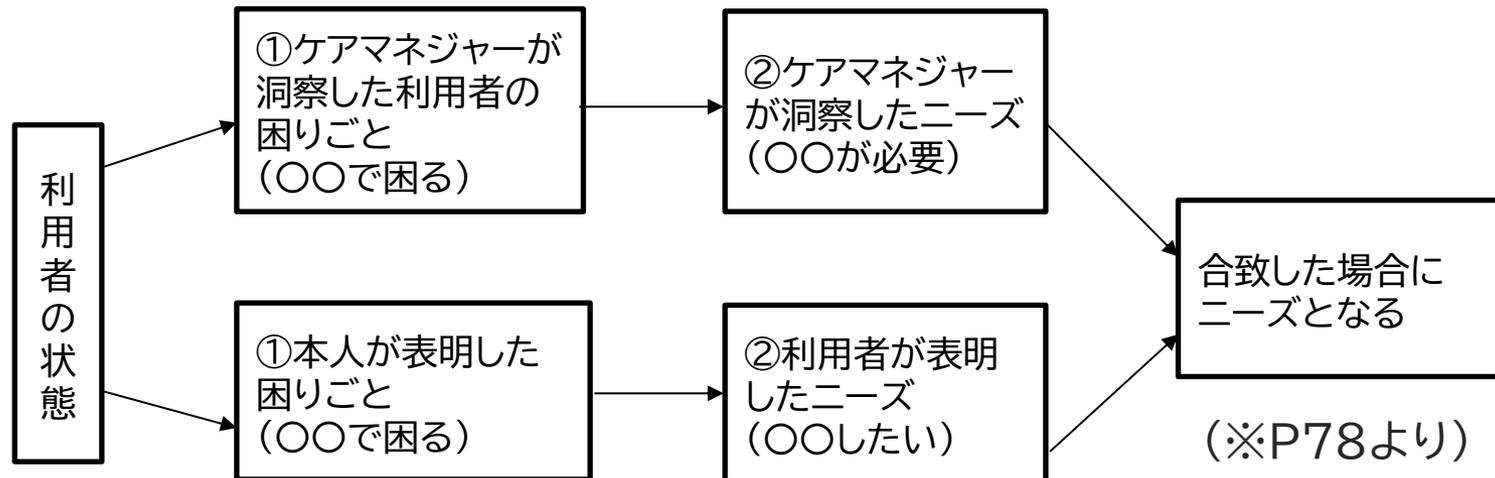
◎利用者、家族が表明したニーズと、ケアマネジャーが必要と判断した援助に、整合性がある

	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。

	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

ジャンプシート 16

利用者、家族が表明したニーズと、ケアマネジャーが必要と判断した援助に、整合性がない場合には、一致するように働きかけましたか？



ジャンプシート 17

本人・家族がニーズを表明しない！

	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	利用者	

⇒表明しない理由を確認し、働きかけましょう！

(問題を解消する意欲がない、できるわけがないと初めから諦めてしまっている など)



困りごとを解消して、どうなりたい、何がしたいと思っているのかしら？

ジャンプシート 18

ニーズを本人・家族が表明しない場合、「維持・改善の要素、利点」等の強みを活用し、働きかけを行いましたか？

ジャンプシート 19

利用者・家族が意欲を表明していないのに、「問題(困りごと)」でケアマネジャー等が検討した必要性のみでニーズをたてていませんか？

ジャンプシート 20

- 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、優先順位をつけていますか？

今、頑張りたいこと、
解決したいと思っ
ていること

関連付け

- 「根っこ」が同じで 解決方法も同じと考えられるものは関連付けしていますか？

ステップ4

再アセスメント(モニタリング)

ステップ5

ケアプランの修正 (テキストP93~)

ステップ6

ケアプランの点検(ハイジャンプシート)

(テキストP103~)

ケアプラン第2表(P93)

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)・(意欲)

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ていますか？

ケアプラン第2表 長期目標(P93)

ハイジャンプシート 1

- ニーズが実現した際に広がっている利用者の生活の様子が具体的に描かれていますか？
- その人らしい、楽しい暮らしが見えますか？



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？
どんな生活がしくてそう思うのですか？
と、聞いてみましょう！

ケアプラン第2表 長期目標(P93)

「ヒント」

- 基本情報のポジティブな生活歴(楽しかったor 楽しんでいる)
- 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クス、
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

ケアプラン第2表 長期目標(P93)

基本情報シート、アセスメントチェックシートで聞き取っ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「楽しい暮らし」を考えていきましょう！

ケアプラン第2表 長期目標(P93)

ハイジャンプシート 2

利用者自身の目標として、利用者の視点で書かれていますか？

ハイジャンプシート 3

サービス種別を記載していませんか？

ハイジャンプシート 4

利用者と相談したうえで、達成可能な期間を設定していますか？

ケアプラン第2表 短期目標(P96)

ハイジャンプシート 5

長期目標を達成するために利用者自身に取り組むことを、段階を追って具体的に記載していますか？

ハイジャンプシート 6

達成できたか、できなかったのかを評価できるような内容になっていますか？

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
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 短期目標(P96)

ハイジャンプシート 7

利用者自身の目標として、利用者の視点で書かれていますか？

ハイジャンプシート 8

サービス種別を記載していませんか？

ケアプラン第2表 サービス内容(P97)

ハイジャンプシート 9

短期目標を達成するために必要な支援を、
具体的・簡潔に記載していますか？

ハイジャンプシート 10

サービス種別を記載していませんか？

ケアプラン第2表 サービス種別(P98)

ハイジャンプシート 11

保険給付のみにとらわれず、「サービス内容」を、
利用者に最も適切に実施できる、ふさわしい
サービス種別を検討し、記載していますか？

医療、インフォーマルサービス、利用者、家族、知人、
ボランティア など

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」 を書き、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○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。

ハイジャンプシート 12

利用者の意向と家族の意向を区別して記載していますか？

ハイジャンプシート 13

利用者・家族が、どのような暮らしがしたいか記載していますか？

ハイジャンプシート 14

生活の意向ではなく、原因や状態、サービスの希望などだけを記載していませんか？

ハイジャンプシート 15

サービスを利用したいという意向しか表明しない場合に、そのサービスを利用してどのような生活がしたいのか、確認していますか？

ハイジャンプシート 16

利用者・家族の言葉で書かれていますか？

ハイジャンプシート 17

抽象的な言葉や専門用語を使うなど、ケアマネが翻訳した文章になっていませんか？

課題分析の結果

= ケアマネジャー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の「問題(困りごと)」欄の「意見」欄を要約して書きます。

- 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(P101)

総合的な援助の方針 = ケアチームとしての方針

ハイジャンプシート 18

長期目標を統合した利用者の「望む生活の様様」が書かれ、それを
実現するために生活全体を支援する姿勢が表明されていますか？

ハイジャンプシート 19

- 支援者側がチームとして合意した内容になっていますか？
- 緊急事態が想定される場合、緊急連絡先や医療機関、チームとしてどのように対応するかなどを記載していますか？

ケアプラン第1表 総合的な援助の方針(P101)

ハイジャンプシート 20

利用者・家族が支援を感じて安心できる内容になっていますか？

ハイジャンプシート 21

抽象的な言葉や、理解しにくい言葉遣いで記載していませんか？

ケアプラン第3表(P102)

ハイジャンプシート 22

- 第2表に記入した「サービス種別」を、すべて記載していますか？
- 主な日常生活上の活動に、起床、就寝、食事、入浴などの基本的な生活リズムを記載していますか？

ケアチームで共有
しましょう！

ケアプラン点検は、指導や実地検査ではありません。

ケアマネジャーと主任ケアマネジャー、そして介護保険課が、共にレベルアップできる機会だと捉えています！

課題の提出について

- 研修のみ受講する方

令和7年8月25日(月)23:59まで

- ケアプラン点検対象者

自己点検結果を、令和7年9月19日(金)までに
介護保険課へ提出