

令和7年度 豊中市介護給付適正化事業 ケアプラン点検 研修

公益社団法人 大阪介護支援専門員協会
研修センター

研修の内容

1. 令和7年度豊中市介護給付適正化事業ケアプラン点検結果について
2. 課題分析を考えてみましょう
3. 医療系サービス利用をめぐる運営基準等の留意事項

1.令和7年度豊中市介護給付適正化事業ケ アプラン点検結果について

令和7年度のケアプラン点検内容

□各事業所1つのケアプランから、全147名分のケアプラン点検（居宅介護支援、介護予防支援）を行いました。

□抽出条件

➤医療系サービスの位置づけを行っているケアプランであって、次の（1）もしくは（2）のいずれかに該当するケアプラン。

➤ただし、（1）もしくは（2）に該当するケアプランがない場合は、医療系サービスを位置付けているケアプラン。

（1）2つ以上の医療系サービスを併用しているケース

（2）介護度が要介護2以下であって、医療系サービスを位置付けているケース

ケアプラン点検項目

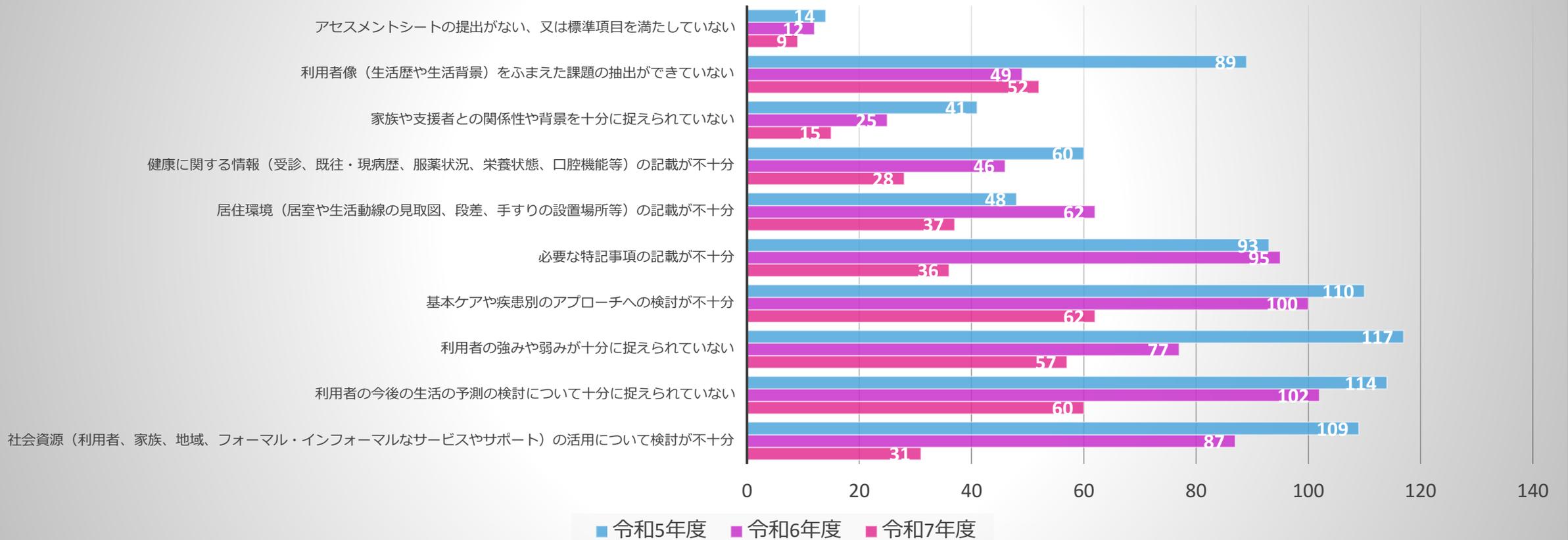
1. 課題分析手法を用いたアセスメントが適切に行われているか（アセスメント）
2. アセスメントの結果から生活課題と目標設定が行われているか、又その上でのサービス計画になっているか（プランニング）
3. 特定のサービス・事業所に偏っていないか（公正中立・サービスの必要性の検討）
4. サービス担当者会議が適切に行われているか（サービス担当者会議）
5. モニタリング・評価表を適切に実施しているか、支援経過を適切に記録しているか（モニタリング）
6. 総合評価

□個別評価と点検事業総括を作成しています。個別評価については、各担当介護支援専門員に向けて作成をしていますので、ご確認ください。点検事業総括に基づいて、全体の傾向をお伝えいたします。

課題分析手法を用いたアセスメントが適切に行われているか（アセスメント）

ケアプラン点検結果（アセスメント）

課題分析手法を用いたアセスメントが適切に行われているか



着目点 1

(利用者像 (生活歴や生活背景) を踏まえた課題抽出)

- 利用者像 (生活歴や生活背景) を踏まえた課題抽出について
 - 情報の収集には、利用者の現在の暮らしの中の困りごとを把握していきます。
 - その困りごとがなぜ起こっているかという理由にも目を向けます。(例えば、病気のこと、身体の状態のこと、生活習慣のこと、生活環境のこと、などなど)
 - その困りごとがいつから続いているのか、どのように対応してきたのか、どうしていききたいかなども把握していきます。



着目点2

(基本ケアや疾患別のアプローチへの検討)

(利用者の今後の生活の予測の検討)

■基本ケアや疾患別のアプローチへの検討

- 利用者に必要な援助は、暮らしの中の困りごとに対して何に取り組むことで、改善に向かう可能性があることや悪化を防止することにつながるなど、「あたり」をつけています。
- この「あたり」は、実践の中で培った、ケアの仮説（見通し）であり、この中には、生活していく上で、押さえておかなければならないポイントや疾患に応じた暮らしの中でのポイント、さらには、自らの暮らしに対する意向や家族等を支える視点などが含まれています。

【例題】 あなたなら、どのような支援の必要性を考えますか？

例えば以下のようなインテークの依頼を受けたら、どのような支援の可能性、それに紐づく情報収集の可能性をどのように考えますか？

【インテーク時に伝えられた概要】

- ご本人は80歳の男性。妻（75歳）と自宅（マンション3階、EVあり）で二人暮らし、息子は他県だが娘が同じ市内に在住。
- 今回、脳梗塞で入院し治療。退院に伴い、初めて要介護認定を申請、要介護2と認定された。
- 利き手だった右半身に軽い麻痺があり、食事、服薬、着替えに一部手助けが必要な状況。外出時は車椅子を利用。
- 高血圧なので、薬を定期的に飲んでいる。
- ご本人、妻ともに、自宅に戻って出来るだけ入院前の暮らしに戻りたいとのこと。
- 妻は要介護ではないが小柄で体力に自信がなく、娘も働いているので介護サービスを活用したい意向がある。

「令和7年度豊中市介護給付適正化事業ケアプラン点検研修」公益社団法人大阪介護支援専門員協会研修センター

I. 尊厳を重視した意思決定の支援			II. これまでの生活の尊重と継続の支援		
大項目	中項目	想定される支援内容	大項目	中項目	想定される支援内容
I-1. 現在の全体像の把握と生活上の将来予測、備え	I-1-1. 疾病や心身状態の理解	1. 疾患管理の理解の支援	II-1. 予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重度化の予防の支援	II-1-1. 水分と栄養を摂ることの支援	20. フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援
		2. 併存疾患の把握の支援			21. 水分の摂取の支援
		3. 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保			22. 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援
		4. 転倒・骨折のリスクや経緯の確認			23. 継続的な受診・療養の支援
		5. 望む生活・暮らしの意向の把握			24. 継続的な服薬管理の支援
	I-1-2. 現在の生活の全体像の把握	6. 一週間の生活リズムと其の変化を把握することの支援	II-1-2. 継続的な受診と服薬の支援	25. 体調把握と変化を伝えることの支援	
		7. 食事及び栄養の状態の確認	II-1-3. 継続的な自己管理の支援		
		8. 水分摂取状況の把握の支援	II-1-4. 心身機能の維持・向上の支援	26. フレイルを予防するための活動機会の維持	
		9. コミュニケーション状況の把握の支援	II-1-5. 感染予防の支援	27. 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施	
		10. 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援	II-2. 日常的な生活の継続の支援	28. 感染症の予防と対応の支援体制の構築	
	I-1-3. 目指す生活を踏まえたリスクの予測	11. 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測	II-2-1. 生活リズムを整える支援	29. 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援	
		12. 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測	II-2-2. 食事の支援	30. 休養・睡眠の支援	
	I-1-4. 緊急時の対応のための備え	13. 感染症の早期発見と治療	II-2-3. 暮らしやすい環境の保持、入浴や排泄の支援	31. 口から食事を摂り続けることの支援	
14. 緊急時の対応		II-3. 家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支援	32. フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援		
I-2. 意思決定過程の支援	I-2-1. 本人の意思を捉える支援	15. 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握	II-3-1. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	33. 清潔を保つ支援	34. 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援
		I-2-2. 意思の表明の支援と尊重	II-3-2. コミュニケーションの支援	35. 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援	
	I-2-3. 意思決定支援体制の整備	18. 意思決定支援体制の整備	II-3-3. 家庭内での役割を整えることの支援	36. コミュニケーションの支援	37. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備
	I-2-4. 将来の生活の見通しを立てることの支援	19. 将来の生活の見通しを立てることの支援	II-3-4. コミュニティでの役割を整えることの支援	38. 持っている機能を発揮しやすい環境の整備	39. 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備
			III. 家族等への支援		
大項目	中項目	想定される支援内容			
III-1. 家族等への支援	III-1-1. 支援を必要とする家族等への対応	40. 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備			
		41. 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援			
III-2. ケアに参画するひとへの支援	III-2-1. 本人をとりまく支援体制の整備	42. 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援			
		43. 本人を取り巻く支援体制の整備			
	III-2-2. 同意してケアに参画するひとへの支援	44. 同意してケアに参画するひとへの支援			

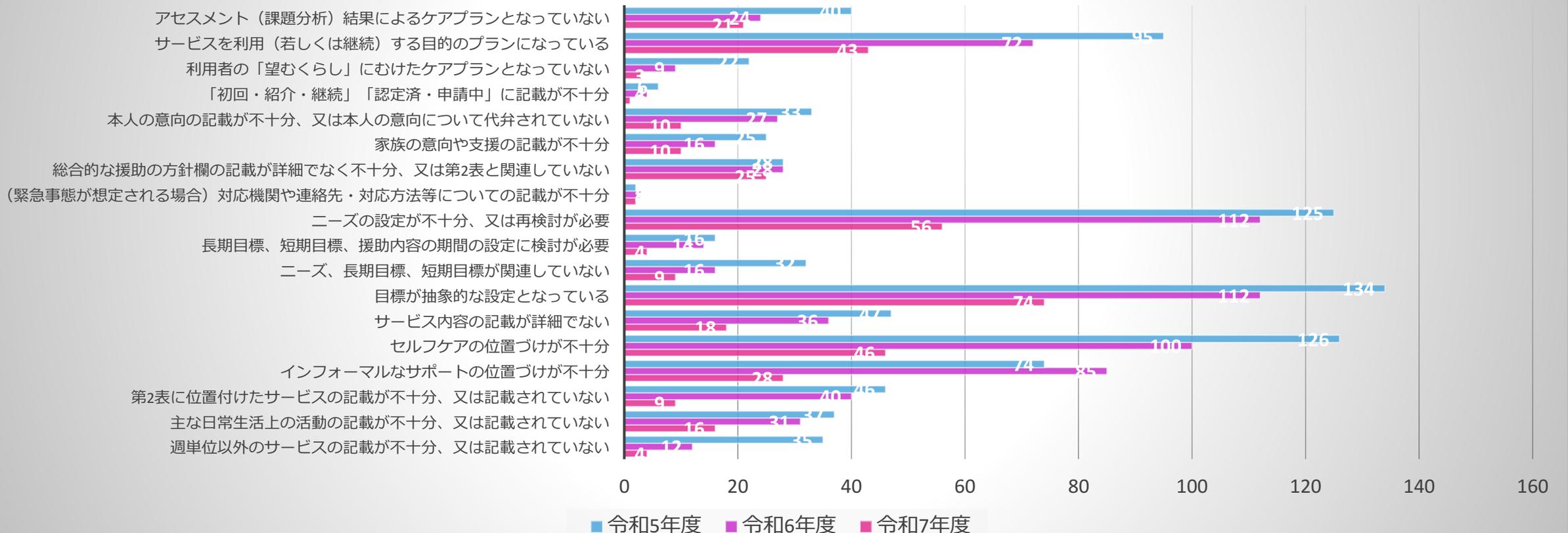
アセスメントの視点と検討内容

生活ニーズ	セルフケア能力	インフォーマルサポート	フォーマルサービス
<ul style="list-style-type: none">• 本人にとって生きていくために必要な要素のうち欠けたもの• 医療や健康• 職業や収入• 住まい、友人• 教育、社会• 趣味、娯楽 など	<ul style="list-style-type: none">• ニーズを充足できる本人の能力・程度• できる行動• 得意分野• 残存機能• 夢• 希望 など	<ul style="list-style-type: none">• 対人的相互支援関係• 家族、親戚、近隣、友人、仲間等の存在と関係• ボランティア• 地域活動 など	<ul style="list-style-type: none">• 利用可能な専門機関や専門職の情報• ニーズとサービスの合致性• 専門職の能力• 費用• 依頼ルート など

アセスメントの結果から生活課題と目標設定が行われているか、又その上でのサービス計画になっているか
(プランニング)

ケアプラン点検結果（プランニング）

アセスメントの結果から生活課題と目標設定が行われているか、
又その上でのサービス計画になっているか



着目点 1

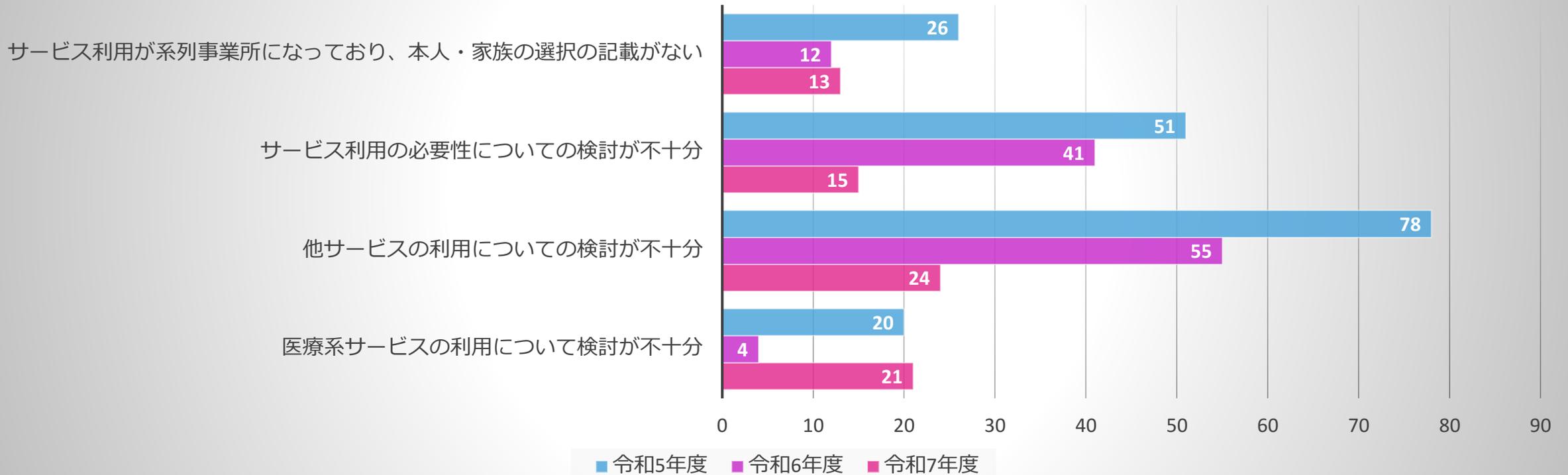
(目標が抽象的な設定)

- 目標が抽象的な設定となっている
 - 「長期目標」は一定の期間、必要な援助を行った結果の姿です。
(ニーズを解決するレベルと期間を見積もること。)
 - 「短期目標」を具体化するにはセルフケアなど利用者が行うこと(サービス内容)を、必要な期間実施した結果を考えることも有効です。まずは、利用者が身近に達成できそうなことを検討しましょう。
 - 改善を目指す「目標」と、維持を考える「目標」の両面を見据えて設定を行いましょう。

特定のサービス・事業所に偏っていないか (公正中立・サービスの必要性の検討)

ケアプラン点検結果（中立公正・サービスの必要性の検討）

特定のサービス・事業所に偏っていないか



着目点

(他のサービスの利用についての検討が不十分)

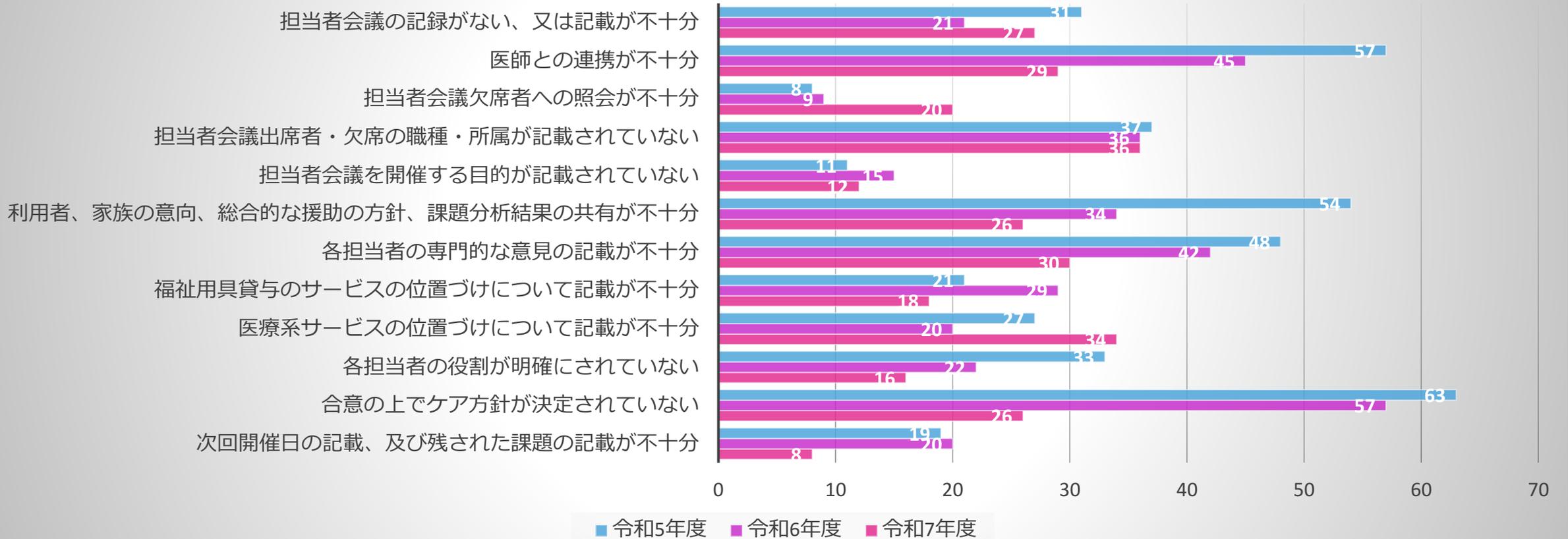
■他のサービスの利用についての検討が不十分

- ケアプランに位置付けているサービスについて、認定の更新時、区分変更時、その他、ケアプランの変更（サービスの追加など）が生じた時点で、サービス担当者会議又は照会によって、サービス利用の継続や変更にあたっての意見を受けるようにしましょう。

サービス担当者会議が適切に行われているか (サービス担当者会議)

ケアプラン点検結果（サービス担当者会議）

サービス担当者会議が適切に行われているか



着目点

(医師との連携、担当者会議出席者・欠席者の職種・所属の記載、専門的意見の聴取、医療系サービスの位置づけ)

■指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第38号）

□第13条第十九号

➤介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

□第13条第十九号の二

➤前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

着目点

(医師との連携、担当者会議出席者・欠席者の職種・所属の記載、専門的意見の聴取、医療系サービスの位置づけ)

■指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第38号）

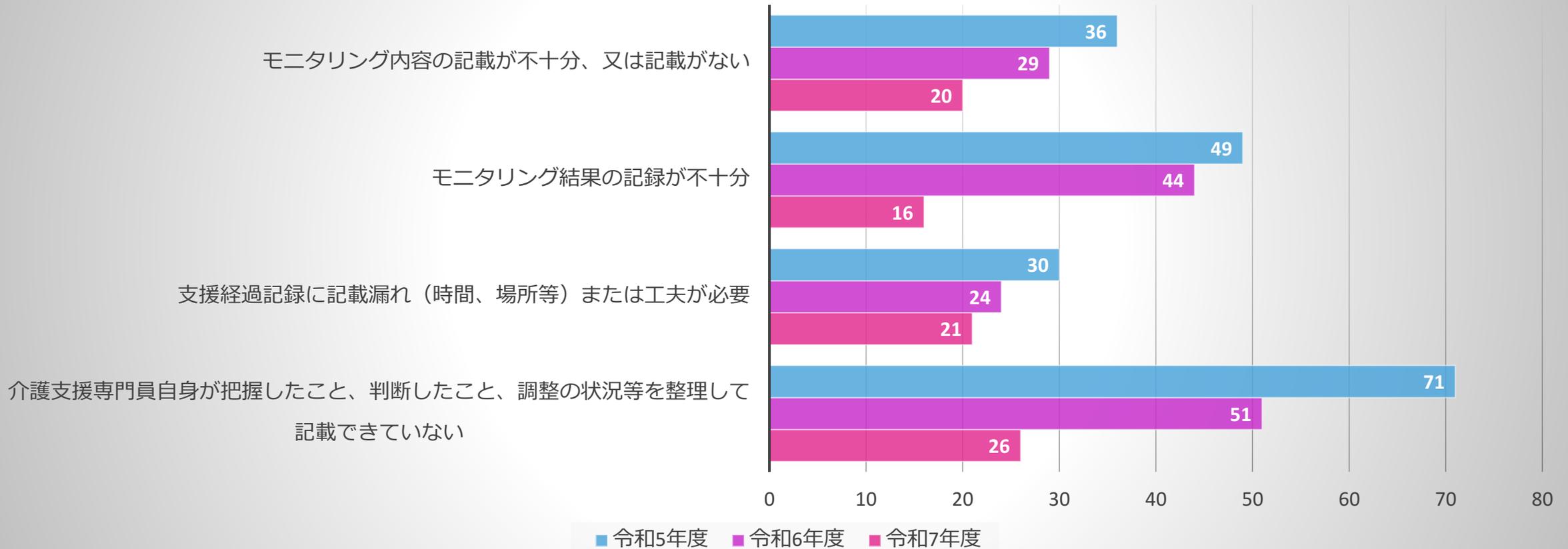
□第13条第二十条

➤介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

モニタリング・評価表を適切に実施しているか、支援経過を適切に記録しているか（モニタリング）

ケアプラン点検結果（モニタリング）

モニタリング・評価表を適切に実施しているか、支援経過を適切に記録しているか



着目点（モニタリング記録）

■モニタリングの記録には、①運営基準にある1月に1回以上のモニタリングの結果の記録と、②介護支援専門員としての日ごろの活動の記録が必要です。

➤①について

介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について
（平成11年11月12日老企第29号）別紙1（居宅サービス計画書記載要領）第5表 居宅介護支援経過

「モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載する。（後略）」

着目点（モニタリング記録）

➤②について

介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について（平成11年11月12日老企第29号）別紙1（居宅サービス計画書記載要領）第5表 居宅介護支援経過

「（前略）漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努める。第5表「居宅介護支援経過」は、介護支援専門員等がケアマネジメントを推進する上での判断の根拠や介護報酬請求に係る内容等を記録するものであることから、介護支援専門員が日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、記録の日付や情報収集の手段（「訪問」（自宅や事業所等の訪問先を記載）、「電話」・「FAX」・「メール」（これらは発信（送信）・受信がわかるように記載）等）とその内容について、時系列で誰もが理解できるように記載する。（後略）」

記録について

介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について（平成11年11月12日老企第29号）別紙1（居宅サービス計画書記載要領）第5表 居宅介護支援経過

■モニタリングシート等について

「（前略）なお、モニタリングを通じて把握した内容について、モニタリングシート等を活用している場合については、例えば、「モニタリングシート等（別紙）参照」等と記載して差し支えない。（重複記載は不要）ただし、「（別紙）参照」については、多用することは避け、その場合、本表に概要をわかるように記載しておくことが望ましい。※モニタリングシート等を別途作成していない場合は本表への記載でも可。」

記録について

介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について（平成11年11月12日老企第29号）別紙1（居宅サービス計画書記載要領）第5表 居宅介護支援経過

■記録の具体性について

「（前略）具体的には、

- ・日時（時間）、曜日、対応者、記載者（署名）
- ・利用者や家族の発言内容
- ・サービス事業者等との調整、支援愛用等
- ・居宅サービス計画の「軽微な変更」の場合の根拠や判断

等の客観的な事実や判断の根拠を、簡潔かつ適切な表現で記載する。簡潔かつ適切な表現については、誰もが理解できるように、例えば、

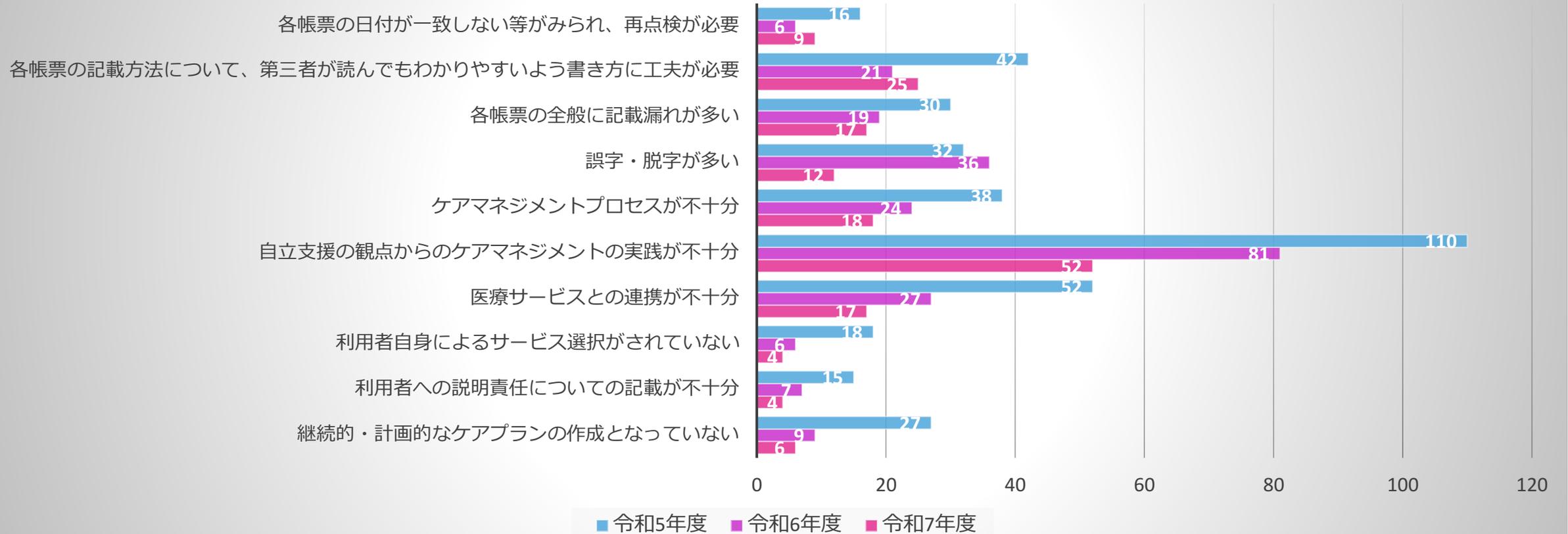
- ・文章における主語と述語を明確にする、
- ・共通的でない略語や専門用語は用いない、
- ・曖昧な抽象的な表現を避ける、
- ・箇条書きを活用する、

等わかりやすく記載する。（後略）」

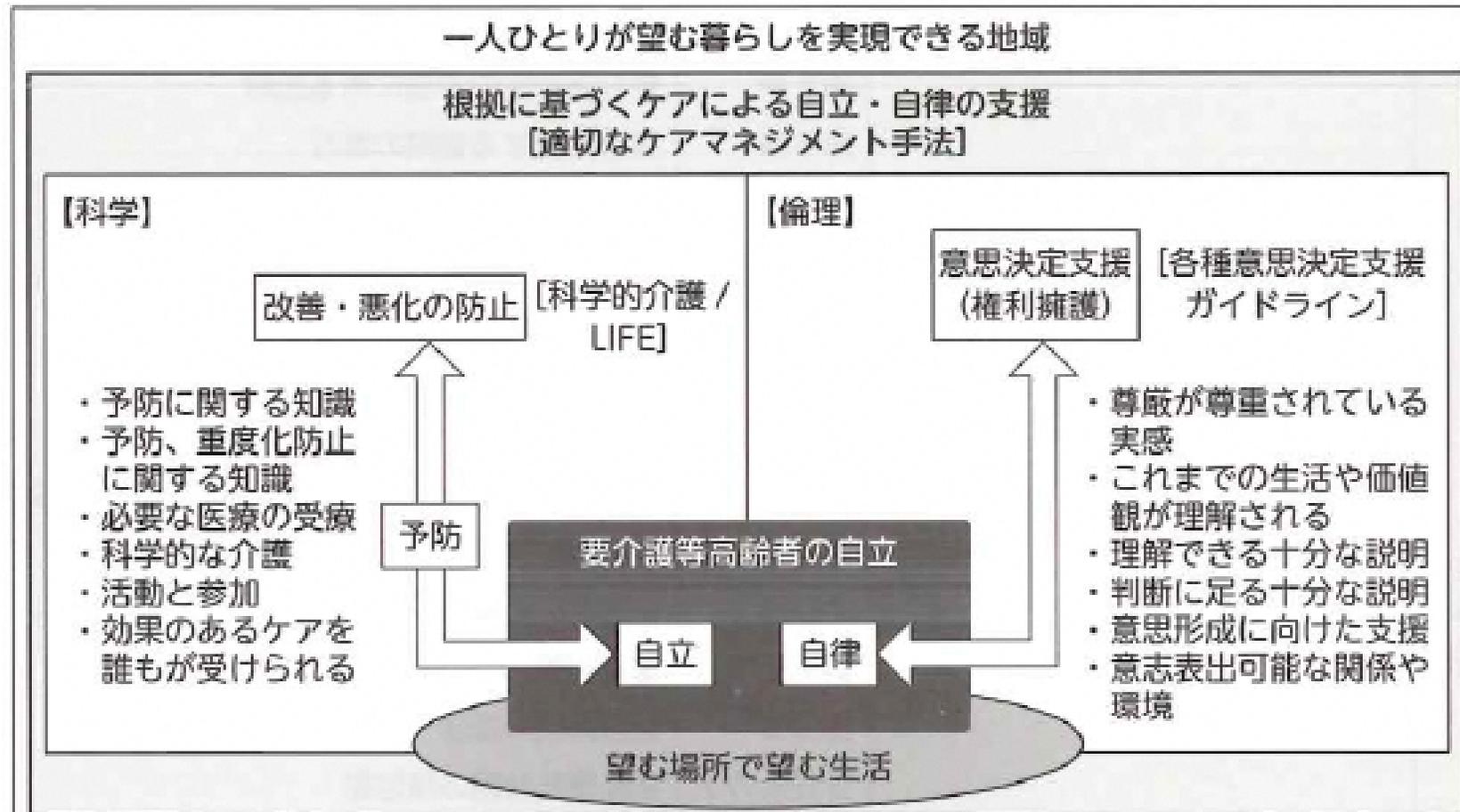
総合評価

ケアプラン点検結果（総合評価）

総合評価



「自立支援」 自立することと自律を支える



着目点（目的としての自立と手段としての自立）

- 介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会「七訂第2版介護支援専門員実務研修テキスト 上巻」令和3年11月、一般財団法人長寿社会開発センター
- 1. 利用者の望む暮らしについて、自己決定ができるように支援を行いましょよう
- 2. 自己決定を最大限尊重するため、利用者がサービス提供者などに対して適切に発言できない場合などには、利用者の意向を代弁して、サービス利用の権利の擁護を行いましょよう
- 3. 利用者の意欲を引き出すとともに潜在能力、利用者の強み、できそうなことを見出し、それを最大限に発揮できるように支援を行いましょよう
- 4. 介護保険法第2条第2項の規定にあるように、利用者の要介護状態等の軽減または悪化の防止に役立つような支援を行いましょよう

2.課題分析を考えてみましょう

アセスメントのプロセス

情報収集

課題分析

ニーズの把握

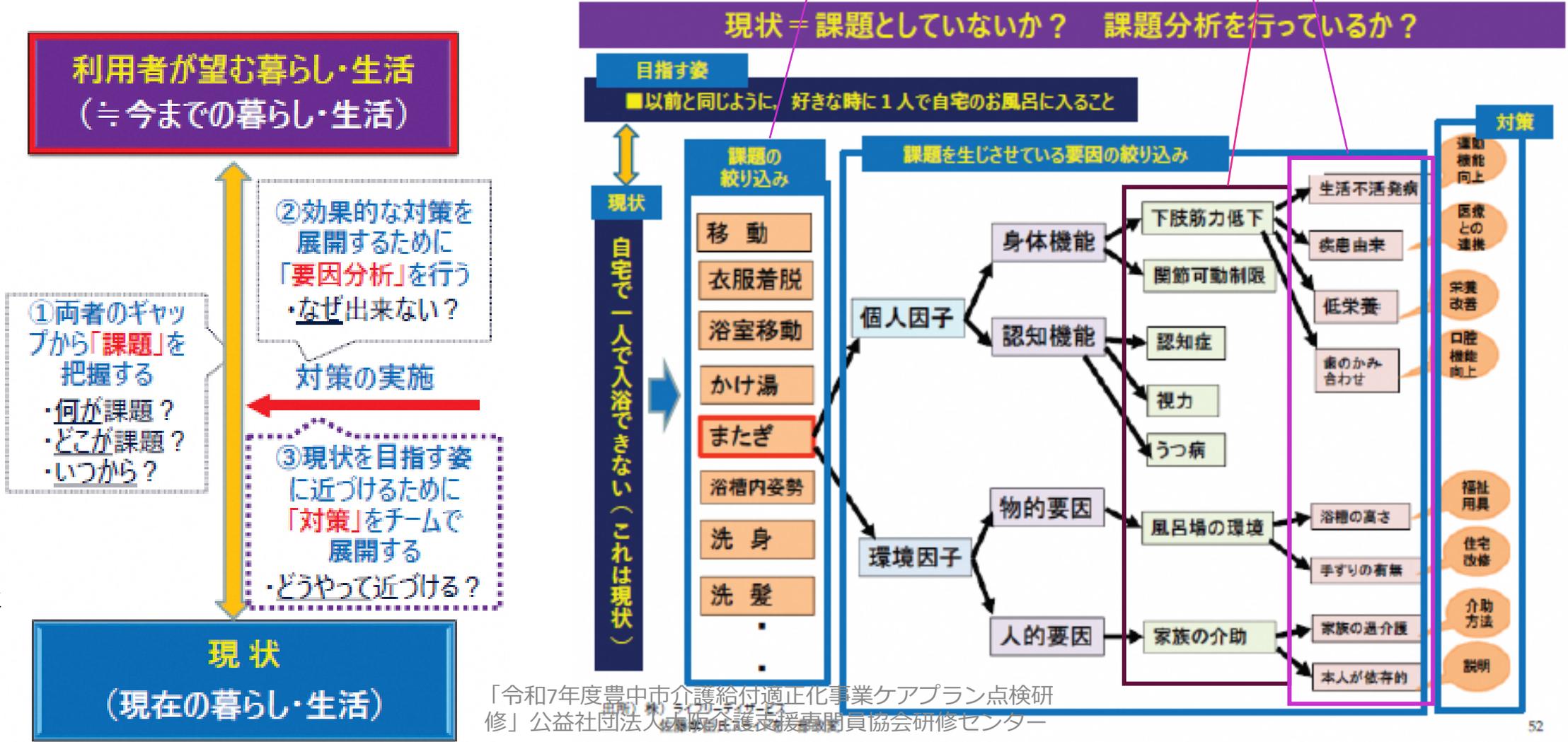
課題分析の考え方

(課題分析の内容はアセスメント様式に記載しましょう)

行為能力を見極める
(どの行為ができないか)

現状把握 (情報集
で得られる情報)

判断すべき情報
(得た情報の背景)



「令和7年度豊中市介護給付適正化事業ケアプラン点検研修」公益社団法人大阪介護支援専門員協会研修センター

一般社団法人
日本介護支援
専門員協会ケ
アマネジメント研修会
(令和3年9
月12日) 埼玉
県立大学大学
院/研究開発
センター川越
雅弘先生資料
から抜粋 (一
部改変)

対策の考え方（援助に必要な視点）

生活の改善の可能性に焦点を当てた 自立支援に資するケアマネジメントの考え方

- 24時間365日の生活において、主体的に能力を発揮できることが自立の考え方であり、そのことが何かをしてみようという意欲を引き出し、高齢者の活動性を高める。
- 介護保険による「持てる生活能力」を維持し、できない部分の介護を支援するだけでなく、積極的に「自分の能力を生かし」、地域社会に積極的に参加し、「生活の改善の可能性」に焦点を当てた自立支援に資するケアマネジメントが今後求められている。

【視 点】

- ・ADLをゴールとしない。
IADL、生きがい・楽しみなどQOLを含むその人の24時間365日に焦点を当てる。
- ・生活行為をプラスの視点から把握 → **できるところ探し**
(意欲や生きる希望につながる)
- ・行為全体をできないと判断するのではなく、**可能性を見つけていく思考**

- サービス提供後のモニタリングにおいて、**プランがうまくいかなかった場合には、その理由を確認しフィードバックしていくことが重要となる。**

可能性に焦点を当てた行為能力のアセスメント

- ①「できる・できるがしていない」
- ②「できる可能性がある・もう少しうまくできる(楽にできる)可能性がある」
- ③「できる可能性が低い」
の3段階を見極める

疾患のリスクや心身機能の見極め、
生活行為の予後予測ができる
医療との連携が必要不可欠

見極めた行為能力に対する適切な対応

行為能力の段階
・できる ・できるがしていない
・できる可能性がある ・もう少しうまくできる(楽にできる) 可能性がある
・できる可能性が低い

それぞれの段階によって、
主な支援の方向性が異なる

自立支援に資するケアマネジメントのプロセス

- 本人の可能性に焦点を当て、ADLのみならず、IADLやQOLといった生活行為の向上を図る。
- 能力を活用して自ら行為を行う可能性を検討し、支援計画を作成する。
※利用者の生活目標に対する意欲向上に働きかけるよう支援することが重要となる。

【例 示】

判断の流れ

① 練習によりできる可能性あり



② 方法や道具の工夫、生活環境の調整でできる可能性あり



③ できる可能性が低い場合は、介護が必要な部分

→ リハビリテーションの検討

→ 福祉用具等の利用、環境調整の検討

→ 介護サービスの利用

※ できないところのみを支援し、できるだけ自ら行う環境を維持していくことが重要

Eさん

(脳梗塞発症後、左上下肢麻痺となったEさん退院後は自宅で妻と暮らしたい)

■Eさん（77歳）妻と二人暮らし

■左上下肢に麻痺が残ったが、リハビリテーションにて歩行器を使用しての歩行は可能になった。1本杖で歩行できるようになれば、自宅療養の予定。血圧は内服薬でコントロールできている。

■主治医からは、歩くことには意欲的でリハビリに積極的に取り組んでいるが、何も持たない状態での歩行は難しい。移乗も移動も介助が必要だが、妻も高齢のため妻以外の介助が必要。歩行訓練をしなければすぐに歩けなくなる可能性がある。

Eさん

(脳梗塞発症後、左上下肢麻痺となったEさん退院後は自宅で妻と暮らしたい)

- Eさんは、「退院して家に帰れるのを楽しみにしています。」
「家に帰っても、ちゃんと生活ができるか不安です。」
「妻の身体の具合が良くないのも心配です。」
- 妻は、「退院後は夫と一緒に暮らしたいと思っっているのですが、自分は腰や膝が痛いので、十分な世話ができるかどうか心配なんです。」
「このまま連れて帰っても、やっていけるのか不安なんです。」

Eさんの生活の中の困りごと

1. 起き上がりや移動・移乗は、何かに掴まれば可能だが不安定
(屋内の必要場所への移動に不安がある)
2. トイレは間に合わないことがあり、ズボンの着脱には介助が必要
3. 入浴は身体の前面は洗えるが、それ以外は介助が必要であり、
浴槽の跨ぎ動作や立ち座りには介助が必要
4. ボタンのかけ外しなど、巧緻性が求められる動作含め、衣類
の着脱には介助が必要
5. 高血圧の既往があり、降圧剤、抗血栓剤の服薬でコントロール中、
ただし、脳梗塞再発リスクの意識が低い

Eさんの生活の中の困りごと

6. 義歯を使用しているが、義歯が歯茎にあたり痛い。うまく噛めない。
7. 囲碁が趣味だが、根気が続かないとして、また、囲碁ができるかわからないと、弱音を吐いていることも多い。

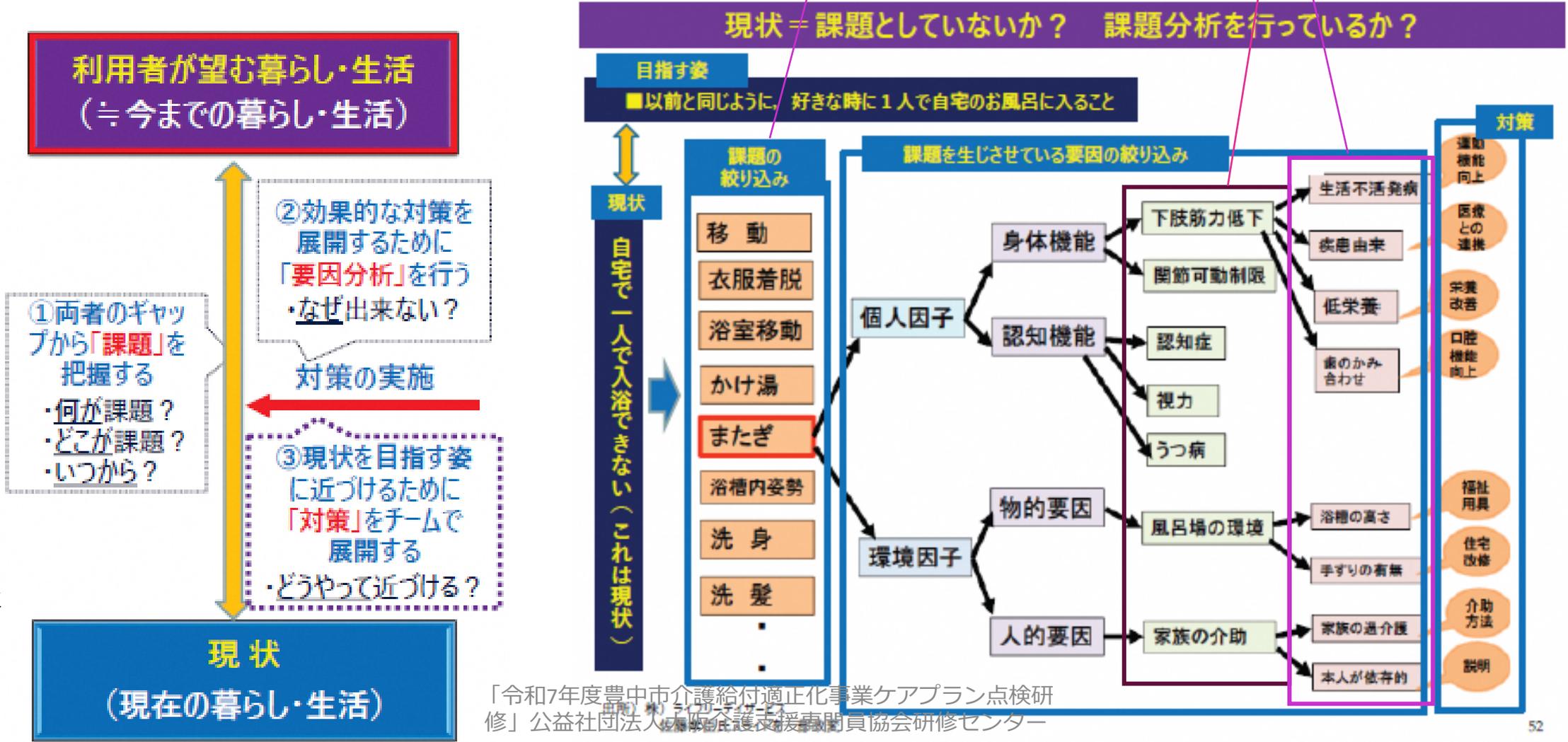
課題分析の考え方

(課題分析の内容はアセスメント様式に記載しましょう)

行為能力を見極める
(どの行為ができないか)

現状把握 (情報集
で得られる情報)

判断すべき情報
(得た情報の背景)



「令和7年度豊中市介護給付適正化事業ケアプラン点検研修」公益社団法人大阪介護支援専門員協会研修センター

一般社団法人
日本介護支援
専門員協会ケ
アマネジメント研修会
(令和3年9
月12日) 埼玉
県立大学大学
院/研究開発
センター川越
雅弘先生資料
から抜粋 (一
部改変)

Eさんの事例で課題分析をしてみましよう

■自宅で1人で入浴ができない（現状）

- 居室から浴室の移動に介助が必要
- 着脱には介助が必要
- 浴室内での移動に介助が必要
- 洗身は身体の前面は自分で洗えるがそれ以外は介助が必要
- 浴槽の跨ぎは介助が必要

要因の分析をしましょう

■個人因子（身体機能）

- 左上下肢麻痺（疾患の後遺症）
- 両下肢の筋力低下（疾患の後遺症）

■環境因子（物的環境）

- 居室から浴室までの環境（持つところがない）
- 脱衣場とお風呂場の環境（座るところ、持つところ、浴槽の高さ）

■環境因子（人的環境）

- 家族の介護力（妻は介護知識なし、体調に不安がある）

アセスメントの視点と検討内容

生活ニーズ	セルフケア能力	インフォーマルサポート	フォーマルサービス
<ul style="list-style-type: none">• 本人にとって生きていくために必要な要素のうち欠けたもの• 医療や健康• 職業や収入• 住まい、友人• 教育、社会• 趣味、娯楽 など	<ul style="list-style-type: none">• ニーズを充足できる本人の能力・程度• できる行動• 得意分野• 残存機能• 夢• 希望 など	<ul style="list-style-type: none">• 対人的相互支援関係• 家族、親戚、近隣、友人、仲間等の存在と関係• ボランティア• 地域活動 など	<ul style="list-style-type: none">• 利用可能な専門機関や専門職の情報• ニーズとサービスの合致性• 専門職の能力• 費用• 依頼ルート など

対策を踏まえた課題分析内容（見通し）

- リハビリテーションを継続することで、移動能力の維持向上（浴室までの一人での移動）が見込める
- 適切な水分摂取と塩分などに配慮した栄養の摂取により、体力の維持が図れる（口腔機能については義歯の項目で検討）
- 浴室までの移動や浴室内で座ったり立ったりがしやすいように福祉用具の活用を行うことで、一人で安全に移動や入浴動作ができる
- 着脱がしやすいボタンのない衣服を使用することで、一人で脱ぎ着ができるようになる
- 補助具や自助具の活用で、一人で洗身ができるようになる
- 妻には、衣類の準備や入浴の準備、後片付けなど、今までしていたことを続けてもらうことが、負担の軽減につながる

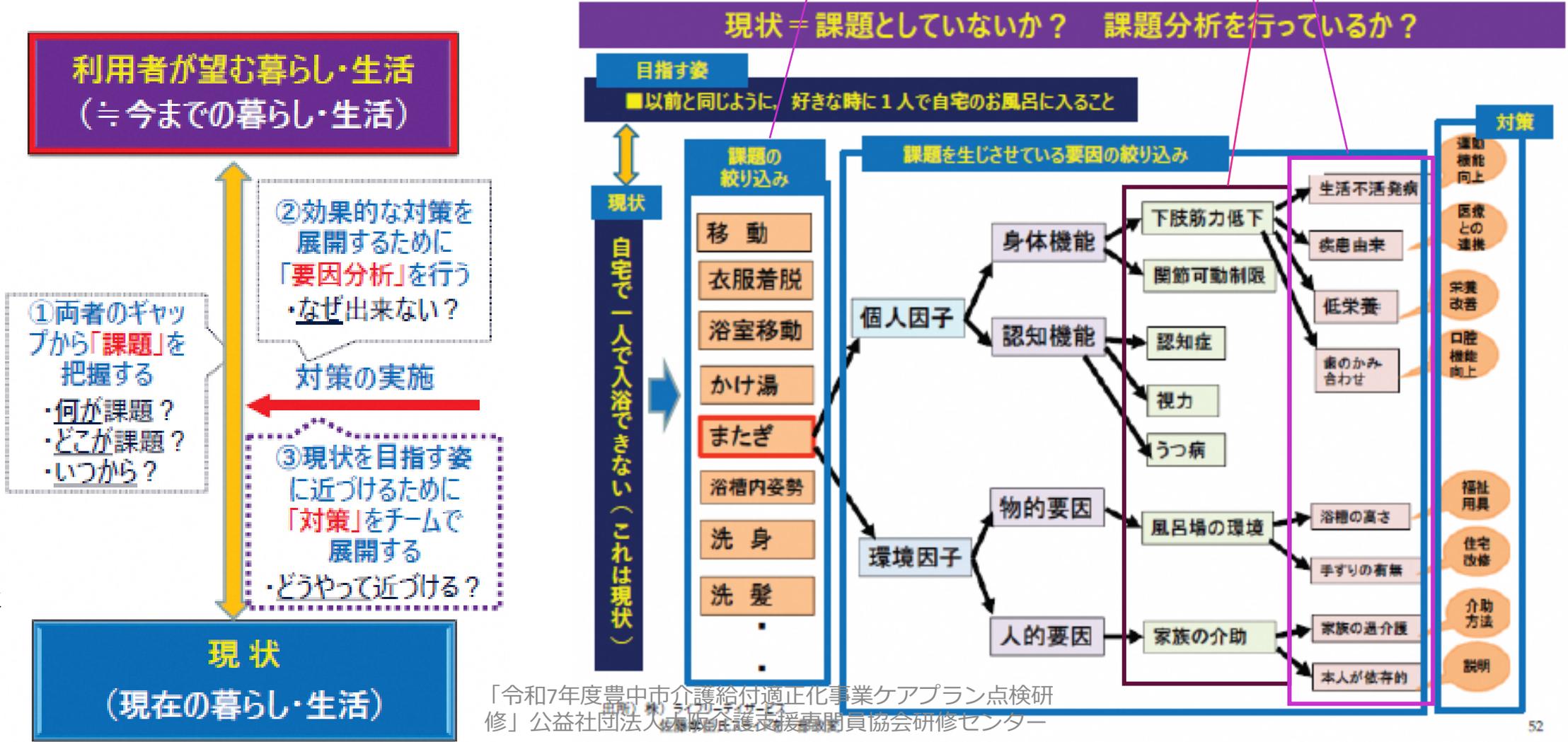
課題分析の考え方

(課題分析の内容はアセスメント様式に記載しましょう)

行為能力を見極める
(どの行為ができないか)

現状把握 (情報集
で得られる情報)

判断すべき情報
(得た情報の背景)



「令和7年度豊中市介護給付適正化事業ケアプラン点検研修」公益社団法人大阪介護支援専門員協会研修センター

課題分析内容の例（入浴に関すること）

【特記、解決すべき課題など】

病院ではシャワー浴。身体の前面は洗えるが、それ以外は介助が必要。自宅で入浴する際には、浴槽の跨ぎ動作、浴槽内からの立ち上がりに介助が必要。

（原因）脳梗塞後遺症による左上下肢麻痺、両下肢の筋力低下のため、介助を要する。主介護者の妻は、腰痛・膝関節症があり、夫の身の回りの介護に限界がある。また、介護に関する知識がほとんどない。浴室には段差があり、手すりもないので介助が必要。

（可能性）リハビリテーションや福祉用具による環境を整えば、一人でも安全に自宅内を移動できる可能性がある。補助具や自助具を活用することで、一人で洗身できるようになる可能性がある。浴室の環境を改善することで、自立できることが増えて妻の介護負担の軽減につながる。

（リスク）住環境を改善しなければ、転倒・骨折の危険性がある。リハビリテーションを継続しなければ、筋力低下が進行する危険性がある。

（必要な援助）浴室内に手すりを設置し、シャワーチェアや浴槽台を購入することで、浴室内の動作が安全に行える。洗身の自助具の使用方法や入浴動作の手順について助言を得ることで、軽介助で入浴できる。安全に一人で入浴できるようになるまでの間、ヘルパーによる見守りや介助を受ける。

（解決すべき課題）自宅のお風呂に1人で入浴できるようになりたい。

3.医療系サービス利用をめぐる運営基準 等の留意事項

主治の医師等の意見等

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第38号）

□第13条第十九号

➤介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

□第13条第十九号の二

➤前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

主治の医師等の意見等

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第38号）

□第13条第二十条

- 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあつては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあつては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

主治の医師等の意見等

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について（平成11年7月29日老企第22号）第3運営に関する基準（8）指定居宅介護支援の取扱方針及び具体的取扱方針

□22主治の医師等の意見等（第十九号、第十九号の二、第二十号）

- 訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）及び看護小規模多機能型居宅介護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）については、主治の医師等がその必要性を認めたものに限られるものことから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。

主治の医師等の意見等

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について（平成11年7月29日老企第22号）第3運営に関する基準（8）指定居宅介護支援の取扱方針及び具体的取扱方針

□22主治の医師等の意見等（第十九号、第十九号の二、第二十号）

- このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。
- なお、交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。また、ここで意見を求める「主治の医師等」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。

主治の医師等の意見等

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について（平成11年7月29日老企第22号）第3運営に関する基準（8）指定居宅介護支援の取扱方針及び具体的取扱方針

□22主治の医師等の意見等（第十九号、第十九号の二、第二十号）

- 特に、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションについては、医療機関からの退院患者において、退院後のリハビリテーションの早期開始を推進する観点から、入院中の医療機関の医師による意見を踏まえて、速やかに医療サービスを含む居宅サービス計画を作成することが望ましい。
- なお、医療サービス以外の指定居宅サービス等を居宅サービス計画に位置付ける場合にあつて、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、介護支援専門員は、当該留意点を尊重して居宅介護支援を行うこと。

ここでチェックポイント

- 医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合は、主治医等の指示があることを確認していますか。
- 利用者が医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治医等の意見を求めていますか。
- 主治医等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治医等に交付していますか。
- 医療サービス以外の居宅サービス等を居宅サービス計画に位置付ける場合は、主治医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、介護支援専門員は、当該留意点を尊重して居宅介護支援（ケアマネジメント）を行っていますか。

医療サービスとの連携のポイントづくり

大阪府 入退院支援の手引き

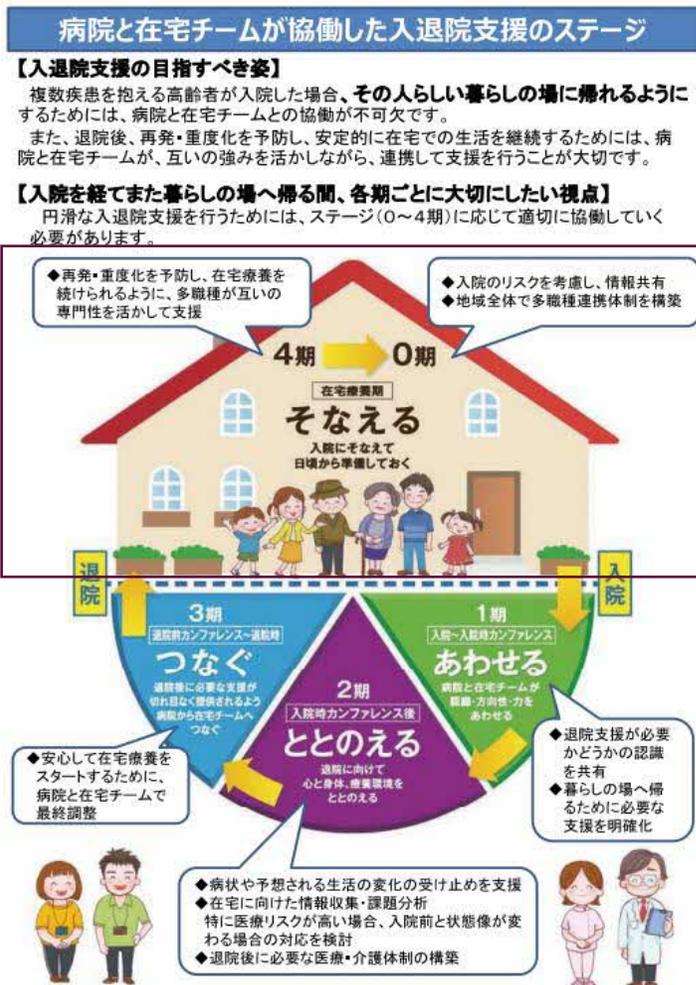
病院から住み慣れた暮らしの場へ
～地域みんなで取り組む入退院支援～

平成 30 年 3 月

大阪府

https://www.pref.osaka.lg.jp/documents/54672/nyuutainnshien_notebiki.pdf

大阪府入退院支援の手引き
(令和8年1月23日閲覧)



- 利用者が持つ疾患の中には、居宅から入院と退院から居宅を繰り返す方もいます。
- そのために、介護支援専門員は、入院のリスクを考慮して、医療従事者との情報共有が求められています。
- 再発・重度化を予防し、居宅での生活が続けられるよう、多職種で支えていきます。

豊中市入退院支援のフローチャート



□豊中市医療と介護の意見交換会「虹ねつと連絡会」から、「急性期病院退院支援フローチャート」が示されています。

□その他、豊中版の入院時情報提供書や退院・退所時情報記録書が掲載されています。

□豊中市のホームページ参照
https://www.city.toyonaka.osaka.jp/kenko/kaigo_hukushi/nijinetto/nijinetto2.html

https://www.city.toyonaka.osaka.jp/kenko/kaigo_hukushi/nijinetto/nijinetto2.files/byouintainnsiennfuro.pdf
 急性期病院退院支援フローチャート（令和8年1月23日閲覧）

医療サービスとの連携ポイントづくり

医療と介護の連携シリーズ 2
(在宅療養期編)

変化に気づき介護と医療をつなぐ 確認シートの手引き

～より良い在宅生活を継続するために～

気づいて・つながって・しあわせに



大阪府

変化に気づき介護と医療をつなぐ確認シート				
●この確認シートを活用することで、階段から変化を見つけましょう。				
●最初に、ご本人やご家族とケアマネジャーやヘルパーとの間で、医療につながる連絡経路を話し合っておきましょう。				
大項目	小項目	日頃の变化を見る項目 (普段と違う場合は連絡)	つなぐ相手 (目安)	
0：すぐに連絡! (かかりつけ医・お電話連絡先) (場合によっては救急車を要請)				
	0-1	声かけが反応がない、意識がない	大急病かいつけぬ、お電話連絡先など医療関係者に連絡	
	0-2	苦しそうな表情や激しい痛みが訴えがある		
	0-3	呼吸が浅くない限り、いつもと違う呼吸の仕方で苦しんでいる		
日常生活における 確認項目	1：呼吸や体温、循環 (バイタル)	1-1	息の量が減っている、呼吸が苦しそうである	医・指
		1-2	普段よりも高熱で、ぐったりしている	医・指
		1-3	普段よりも低熱で、いつもより脈が速い	医・指
		1-4	動くと息切れが激しくなった	医・指
	2：痛みの訴え	2-1	痛みの訴えが続いている (頭・歯・胸・腰など)	医・指
		2-2	インスリンなどの自己注射が指示通りできていない	医・指
	3：お薬に関すること	3-1	薬がたぐりかたくなっている、処方された通りに服薬できていない	医・指
		3-2	処方された薬を自己判断で中止している	医・指
		3-3	処方された薬を自己判断で中止している	医・指
	4：気持ちや意識の変化 (精神症状や認知症など)	4-1	ぼんやりとした状態や意識が曇りこんでいることがある	医・指
		4-2	意識の低下が強く、閉じこもりがちになった	医・指
		4-3	怒りっぽくなった、急に迷いやすくなった	医・指
		4-4	物忘れがひどくなった、つじつまが合わないことを言う	医・指
	5：食事・栄養	5-1	普段より水分摂取量が減った・増えた	医・指
		5-2	食事の量や回数、内容 (味、食べ物の硬さなど) に変化がある	医・指
		5-3	飲み込むことに時間がかかるようになった、むせる回数が増えた	医・指
		5-4	短期間 (例えば2～3か月程度の間) で体重に変化がある	医・指
		5-5	おなら (少量もどきを含む) することがある	医・指
		5-6	嘔吐がない、嘔吐がなくなった	医・指
	6：排便	6-1	口臭がある、口の中から出血がある	医・指
		6-2	飲み込んだ後も口の中に食べ物が残ることが多かった	医・指
		6-3	尿の色が赤くなった	医・指
		6-4	尿の色が濁った	医・指
	7：清潔・皮膚	7-1	尿の色が赤くなった	医・指
7-2		急に、尿失禁や尿の排便回数が増えた	医・指	
7-3		皮膚、口が乾燥している (皮膚に白い粉がふいているなど)	医・指	
7-4		湿疹がある (顔部、脇の下、乳房の下など)	医・指	
7-5		体がかゆく、かきむしっている	医・指	
7-6		発赤 (皮膚の赤み) が起きている (お尻・腰・大腿部など)	医・指	
7-7		皮膚に傷・かさがある (見えにくい足先、背中まで要注視)	医・指	
8：活動性の低下	8-1	爪の色や形に変化がある (巻き爪、分厚い爪など)	医・指	
	8-2	入浴しないなど清潔保持ができていない	医・指	
	8-3	先週までできていたことが、できなくなった	医・指	
	8-4	つまずくこと、転倒することが増えた	医・指	
9：睡眠・生活リズム	9-1	起き上がりや、動作に時間がかかるようになった	医・指	
	9-2	歩く距離・時間が短くなった	医・指	
	9-3	自宅にいる時間が増え、外出しなくなった	医・指	
	9-4	睡眠が不規則になった (昼夜逆転、夜間不眠、日中寝ている、朝起きられない)	医・指	
	9-5	寝起きの回数が増えている	医・指	

大阪府 *使いかたについては「変化に気づき介護と医療をつなぐ確認シートの手引き」をご覧ください。

□利用者の持つ疾患や病状によって、日常生活の中で確認する、変化を捉えるポイントは違います。

□疾患管理や疾患を踏まえた暮らしの中の注意することなどを、生活の中で具体的に何を確認するのか、医療や介護の担当者 と共有できるツールです。

https://www.pref.osaka.lg.jp/documents/54673/hennkanikidukikaigotoiryoutunaguka_kuninnshitonotebiki.pdf

変化に気づき介護と医療をつなぐ確認シートの手引き (令和8年1月23日閲覧)

「令和7年度豊中市介護給付適正化事業ケアプラン点検研修」公益社団法人大阪介護支援専門員協会研修センター

本日の振り返り

1. ケアプラン点検結果から、医療サービスが必要な背景に関するアセスメントの再確認をお願いいたします。
2. ケアマネジメントの実施に係る記録について、モニタリング記録や運営基準プロセスの再確認をお願いいたします。
3. 運営基準に基づく医療との連携を再確認をお願いいたします。
4. 利用者のより良い暮らしのために、医療サービスとのますますの連携を行っていきましょう。

ありがとうございました。