

熊本県

# ケアプラン点検ガイドライン

一般社団法人

熊本県介護支援専門員協会

熊本県

健康福祉部長寿社会局  
認知症対策・地域ケア推進課

## 【目次】

I. ケアプラン点検ガイドラインの活用方法	4
II. アセスメント表（課題分析表）	5
点検項目 1 アセスメント項目	6
2 主治医との連携・確認・意見書から健康状況の把握	8
3 アセスメント項目だけでなく、利用者・家族の状況の記載	9
4 問題の把握のための情報の整理と問題の要因分析、うまくい かなかったときの危険性、うまくいったときの可能性	11
5 課題整理総括表	12
6 生活改善に向けてのイメージの具体化と取組意欲の把握	16
7 原因分析と問題解決への働きかけ	17
8 適切な時期のアセスメント	18
III. 第1表 居宅サービス計画書（1）	19
《利用者及び家族の生活に対する意向》	
点検項目 9 利用者の意向	20
10 家族の意向	21
11 利用者・家族の意向 個別性	22
12 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	23
13 総合的な援助の方針	24
14 生活援助中心型の算定の理由	25
IV. 第2表 居宅サービス計画書（2）	26
点検項目 15 生活全般の解決すべきニーズ	27
16 課題の優先順位は適切か	28
17 課題への取り組み意欲を引き出しているか	29
18 福祉用具 特定福祉用具活用	30
19 長期目標	31
20 長期目標（2）	32
21 短期目標	33
22 目標期間の限度	34
23 援助内容・サービス内容	35
24 インフォーマルサービス・セルフケア・地域とのつながり	36
25 主治医意見書の留意事項の確認	37
26 サービス担当者会議	38
27 援助内容・サービス種別	39
28 介護保険以外のサービス	40
29 援助内容・サービス事業者等	41
30 援助内容・頻度	42
31 援助内容・期間	43

V	第3表 週間サービス計画表	44
	点検項目 3.2 週間サービス計画	45
	3.3 サービス内容	46
	3.4 主な日常生活上の活動	47
	3.5 週間単位以外のサービス	48
VI	第4表 サービス担当者会議の要点	49
	点検項目 3.6 担当者会議の開催時期の調整	50
	3.7 主治医や家族の参加	51
	3.8 担当者会議の照会	52
	3.9 検討内容と項目の一致	53
	4.0 福祉用具及び特定福祉用具販売の理由の検討	54
	4.1 医療系サービス導入時の主治医等の意見の確認	55
	4.2 会議内容の記録	56
	4.3 残された課題の記載	57
	4.4 情報や課題の共有	58
VII.	第5表 居宅介護支援経過・モニタリング	59
	点検項目 4.5 記録記載の方法	60
	4.6 事実の記録、専門職の判断、評価の記録	61
	4.7 面接の中の事実確認と認識の確認	62
	4.8 事業所との調整内容の記録	63
	4.9 月1回の計画的なモニタリング（1）	64
	5.0 月1回の計画的なモニタリング（2）	65

## I ケアプラン点検ガイドラインの活用方法

### 1 目的

介護保険の理念である自立支援に資するケアマネジメントを実践していくためにケアプラン作成からモニタリングまでの過程を具体的に整理したものです。

介護支援専門員の質の向上を目指し定期的に自己点検することで自分自身の課題を明らかにして知識・技術の向上につなげることを目的としています。又他者点検としては市町村による給付適正化事業のケアプラン点検だけでなく、事業所内のケアプラン点検の指標としても使用することができ、互いにケアマネジメントの質の向上に役立てることを目的としています。

### 2 活用の場面

- (1) 介護支援専門員のケアプラン作成・見直し時の指標として活用します。
- (2) 介護支援専門員の定期的な自己点検として活用します。
- (3) 事業所内のケアプラン自己点検及びOJTとして活用します。
- (4) 法定研修の事前提出事例作成時や事業所外・地域の研修会等で活用します。
- (5) 市町村のケアプラン点検として活用します。

### 3 活用方法

#### (1) 基本的な活用方法

- ①ケアプラン点検票とガイドラインを合わせて使用します。
- ②帳票ごとに整理してあります。必ずしも全てを使用する必要はありません。  
事業所及び市町村の判断にて、「Ⅵ 第4表 サービス担当者会議の要点」、「Ⅶ 第5表 居宅介護支援経過・モニタリング」を使用しない場合も想定されます。
- ③介護支援専門員の自己点検は、少なくとも年1回、要介護認定期間の更新を迎える前のタイミング等の利用者等を選定し、1ケースに限って点検することを想定しています。  
介護支援専門員ごとに記録を保管しておくことをお勧めします。
- ④単に自己点検結果を記載するのではなく、不足する点をケアマネジメントに反映させてケアプランの見直しに役立てることをねらいとしています。
- ⑤事業所の管理者または主任介護支援専門員がケアプラン点検を行う頻度については、各事業所内で決めて実施してください。
- ⑥ガイドラインには、点検項目ごとに確認の視点と評価の基準が記載されています。必ず内容を確認するとともにケアプラン点検表に該当する数字（4～1のいずれか）を記入していきます。
- ⑦ケアプラン点検表は帳票ごとにコメント欄があります。単に出来ていないところだけでなく、課題や課題に対する具体策等具体的に記載することをお勧めします。
- ⑧他者視点も同様に点検表に数字及びコメントを記載していきます。

#### (2) 市町村によるケアプラン点検への活用について

市町村が実施するケアプラン点検においては、事前にケアプランに関する資料を受け取り、点検表及び対面により介護支援専門員との対話を通して、ケアプラン点検を実施することを想定しています。

今回作成したガイドライン及びケアプラン点検においては、これまでの市町村の点検方法を否定するものではありませんので、ケアプランを提出してもらい、書面にて点検結果をフィードバックしたり、事例点検等のスタイルで点検するなど、点検方法を多岐にわたることを想定しています。

## II アセスメント表（課題分析表）

アセスメント表とは、ケアマネジメントにおいて介護支援専門員が行う一番重要で専門的な作業と言えます。居宅介護支援事業所の場合、居宅介護支援事業の人員及び運営に関する基準に「適切な方法により、利用者が抱える問題点を明らかにして、解決すべき課題を把握する」と示されています。

アセスメント表は、介護支援専門員が自立支援に向けたケアプランを作成するうえで「課題分析に必要な利用者の情報収集⇒情報の分析（原因・危険性・可能性の検討）⇒課題の分析・整理⇒意欲的な取り組みへの働きかけ」という一連の流れを適切に実施するために必要不可欠なものです。

不十分なアセスメントからは、適切な課題や目標は導き出されず、本来目指すべき「自立支援」とかけ離れたプランになります。アセスメント力の向上がより質の高いケアマネジメントへとつながることを常に意識しながら行うことが重要になります。

課題整理総括表

利用者名		姓		作成日	
自立した日常生活の障害要因 (心身の状況、環境等)		①	②	③	④
		⑤	⑥	利用者及び家族の生活に対する意向	
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容等)	見直し ※5
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】 ※6
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
食事	食事内容	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化		
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化		
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化		
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
掃除		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
洗濯		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
整理・物品の管理		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
金銭管理		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
買物		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化		
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり	改善 維持 悪化		
認知		支障なし 支障あり	改善 維持 悪化		
社会との関わり		支障なし 支障あり	改善 維持 悪化		
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり	改善 維持 悪化		
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり	改善 維持 悪化		
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり	改善 維持 悪化		
居住環境		支障なし 支障あり	改善 維持 悪化		

※1 注意点は結果でありチェックシートではないため、必ずしも詳細な情報収集・分析を行うこと、なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。

※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。

※3 現在の状況が「自立」「見守り」以外である場合は、そのほかの状況を記入している影響を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(大数字)を記入する(複数の番号を記入可)。

※4 今後の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「見直し」および「改善/維持の可能性」を指す。課題を解決するための運動的観点、それが提供されることによって見込まれる課題の状況(目標)を記載する。

※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

## 1 アセスメント項目

### 【点検項目1】

- 事業所内のアセスメント表は、厚生労働省が指定している「課題分析基準項目」の23項目を満たしたものである。
- 介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行うのではなく、課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものであり、事業所内で統一されている。

### 【評価基準】

- 4・・・全て網羅した標準項目及び内容を事業所内で統一出来ている。
- 3・・・事業所内で統一は出来ているが、項目の主な内容（例）の一部が不足している。
- 2・・・事業所内で統一は出来ているが、標準項目の一部が不足している。
- 1・・・事業所内で統一できておらず、介護支援専門員により違いがある。

### 《《《確認の視点》》》

#### ①課題分析標準項目を参考にアセスメント表の項目を確認する。（市ページ参照）

- ・項目の主な内容のところもあくまでも例示であり、食事や排泄、口腔ケア等については「ADL」と「排尿・排便」「食事摂取」「口腔衛生」の項目の区別が明確にされていなくてもいずれかの項目で状態が把握されていれば良い。
- ・アセスメント表及び利用者基本情報（フェイスシート）で把握されていればよい。  
『当該様式及び項目は、介護サービス計画の定説な作成等を担保すべく標準例として提示するものであり、当該様式以外の様式等の使用を拘束する趣旨のものではない旨念のため申し添える』

#### ②課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものになっているか、また、事業所内で標準項目及び内容が統一されているか確認する。

## 基本情報に関する項目（平成11年11月12日老企第29号より）

NO	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報（受付・利用者等の基本情報）	居宅介護サービス計画について利用者受付情報（受付日時・受付対応者・受付方法等）利用者の基本情報（氏名・住所・生年月日・日時・電話番号等の連絡先）利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険・医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービス状況	介護保険内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活の自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態、認定審査会の意見・支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）	当該課題分析（アセスメント）の理由、（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

## 課題分析（アセスメント）に関する項目

NO	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、病状、痛み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、寝返り、移動、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、買い物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意志の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会とのかかわり	社会との関わり（社会的活動の参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿、排便	失禁状況・排尿・排便後の後始末、コントロール方法、頻度等に関する項目
17	褥瘡・皮膚の問題	褥瘡の程度・皮膚の清潔状況に関する項目を記載する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量）に関する項目
20	行動（BPSD）	行動（BPSD）（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

## 2 主治医との連携・確認・意見書から健康状況の把握

### 【点検項目2】

○生活状況を把握するにあたり、主治の医師等から健康状態に関する情報を得ている。

#### 【評価基準】

- ④・・・疾患に関する情報及び療養上の留意点について主治の医師等との面会により十分情報を得てその内容をアセスメント表にしている。
- ③・・・主治の医師等との面会で情報を入所しているが、療養上の留意点など一部不足している。
- ②・・・主治の医師等からの意見聴取は居宅介護支援計画連絡票（FAX照会）が主で、具体的な療養上の留意点が把握できない。
- ①・・・主治の医師等意見書を受け取るのみで、それ以外の方法で健康状態を把握していない。

#### 《《《確認の視点》》》

①生活状況を把握するにあたり、直近の主治医意見書の内容を把握しているか確認する。

（注：要介護認定結果がまだ出ていない場合や利用者又は主治医意見書を作成した医師の同意が得られず確認できない場合もある）

②健康状態とは、既往歴、主傷病、病状だけでなく、療養上必要と思われる医療関係者の意見や留意点を把握しているか確認する。例えば、食事や運動に関する留意点を具体的に把握する。

③主治の医師（かかりつけの医療機関の職員含む）及び歯科医師（歯科医院の職員含む）から健康状態に関する意見聴取の方法について確認する。

例えば、「医療機関に出向き、主治の医師等と面接を行い疾病や障害に関する情報を入手した」又は、「アセスメント・ケアプラン作成に当たり、主治の医師等に居宅介護支援計画連絡票（FAX 照会）にて意見を求めた」等

④主治の医師及び歯科医師から得た情報を適切にアセスメント表に記載しているか確認する。

### 3 アセスメント項目だけでなく、利用者・家族の状況の記載

#### 【点検項目3】

○アセスメント表の記載が、単に該当する番号を選択しているだけでなく、利用者・家族等の状況について記載している。

#### 【評価基準】

- ④・・・確認の視点の内容を詳細に記載している。
- ③・・・介護支援専門員が必要と判断した部分はほぼ記載できている。
- ②・・・具体的状況の記載はあるがごく一部ある。
- ①・・・番号の選択のみで具体的状況の記載がない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①「ADL」「IADL」の項目に関しては、「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」の選択（記述）に止まらず、本人の心身状況、本人の出来る事、できな事、できる可能性があること、具体的支援の内容・頻度について把握できているか確認する。
- ②移動に関しては、移動能力（独歩、杖歩行、車椅子等）、居室内の移動手段、居室外・屋外の移動手段、移動の不安・転倒の有無とその頻度、乗り物の活用程度や起居動作の程度の把握。その人の障害や生活環境からの影響を踏まえできる事に気づいているか確認する。
- ③着衣に関しては、衣服の着脱の状況、衣服の選択、更衣の頻度等、認知機能や身体機能の障害との関連が把握できているか確認する。
- ④入浴に関しては、入浴している場所、浴槽のまたぎ動作、洗身動作、入浴頻度及び疾患や障害との関連が把握できるか確認する。
- ⑤排泄に関しては、尿意・便意の有無、排泄の場所、排泄用具（オムツ・尿取りパット・カテーテル）、排泄介助の方法及び疾患や障害との関連が把握されているか確認する。
- ⑥食事摂取に関しては、一日の水分摂取量、食事の回数、食事内容、肥満・るいそう（病的な場合はBMIの把握）の程度の把握。嚥下の状態、食事の摂取状況（セティング後に自力での摂取が可か否か）、ムセの有無等の把握できているか確認する。
- ⑦家事（調理、掃除、洗濯）に関しては、献立を考えると、調理の準備、調理手順の理解、調理器具の利用、配膳・引き膳等ができるか。誰がおこなっているか。掃除の手順（掃除機の操作、）や居室・台所・トイレ・浴室等家の中の整理整頓の状況を把握しているか。洗濯機の操作や洗濯物を干す・取り込む、たたむ等の動作ができるか。誰が行っているか一連の動作と疾患や障害の関連が把握できているか確認する。

- ⑧買い物に関しては、自宅周辺の店の状況（距離や移動手段を含む）、必要なもののリスト化、商品を選ぶ、商品を陳列棚から取る、支払いをする、商品を持ち帰る等の一連の動作と疾患や障害の関連が把握できているか確認する。
- ⑨金銭管理に関しては、収入の理解、金銭の所持、出し入れの手段、支払い能力、公的制度の利用など把握できているか確認する。
- ⑩服薬状況についてはお薬手帳等を活用して、服用している薬の名前、量、服薬時間、回数などの理解、服薬動作（服用するまでの一連の動作）、飲み忘れ、飲み忘れた場合の管理を誰がしているなど把握できているか確認する。
- ⑪食事に関しては、食事の内容や形態、量や回数に加え、嗜好品や嚥下の状態等も含め、疾患や障害との関連性、具体的には疾病の重度化予防の視点から、主治の医師等の意見も含めて把握できているか確認する。
- ⑫口腔衛生に関しては、齲蝕・歯の欠損・抜けそうな歯・治療中又は未治療の歯・義歯の有無又は口腔内の痛み、口の渇き、口臭、食物残渣の付着状況、口腔ケアの方法や回数、咀嚼、嚥下の状況と疾患や障害との関連を把握しているか確認する。
- ⑬「認知」「コミュニケーション能力」「社会とのかかわり」「介護力」「居住環境」等の項目に関しては、「支援あり」「支障なし」の選択（記述）に止まらず、生活場面での状況を具体的に把握しているか確認する。

4 問題の把握のための情報の整理と問題の要因分析、うまくいかなかったときの危険性、うまくいったときの可能性

**【点検項目 4】**

○情報の分析（要因・可能性・危険性）の記録がある。

**【評価基準】**

- ④・・・情報の分析ができており、分かりやすく記載している。
- ③・・・情報の分析の重要性が理解されており、十分とは言えないが、介護支援専門員が必要とした内容はほぼ記載している。
- ②・・・アセスメント表の要因、可能性・危険性を記載する欄に何らかの記載はあるが、内容が不十分で空欄が目立っている。
- ①・・・情報の分析（要因・可能性・危険性）の記載欄もなく、居宅介護支援経過等にも全く記録がない。

《《《確認の視点》》》

- ①アセスメント表に情報分析（要因・可能性・危険性）を記載する欄があり、分かりやすく記載しているか確認する。
- ②アセスメント表に情報分析（要因・可能性・危険性）を記載する欄が無い場合は、そのことをアセスメント表に記載しているか又は課題整理総括表又は居宅介護支援経過記録等に記載しているか確認する。
- ③適切な課題を導き出す為には、情報分析（要因分析・可能性・危険性の検討）が重要であることの認識ができていないか確認する。

## 5 課題整理総括表

### 【点検項目 5】

○課題整理総括表を活用により、情報の整理、分析ができています。

#### 【評価基準】

- ④・・・事業所内で課題整理総括表の活用の場面や目的を定めており、事業所内ルールに基づき活用している。
- ③・・・事業所内ルールの定めが無く、介護支援専門員の判断で活用している。
- ②・・・研修会及び事業所内勉強会で活用したことがある。
- ①・・・全く課題整理総括表を活用していない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①課題整理総括表の記載方法が正しく理解できているか確認する。
- ②利用者との面談を経て情報の収集と分析を行い、課題を抽出する上で、利用者の現在の状態と要介護状態等の改善／維持等の可能性に照らして自立（律）支援に向けた課題の捉え方に抜けや漏れがないかどうかをまとめる総括表となっているか確認する。
- ③家族の生活に関わる人々や他の専門職から得たさまざまな情報について、収集した上で、利用者・家族が望む生活の実現に向けて、介護支援専門員として総合的に分析、判断した結果が記載されているか確認する。
- ④事業所内で課題整理総括表とケアプランの関係について、内容の整合性がとれているか確認する。
  - ア 「見通し」欄には、「要因-要因を取り除くための援助内容—到達が見込まれる状態の変化」を記載しているか確認する。
  - イ 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）は、「見通し」の内容を考慮した上で、利用者の意向を反映させて設定しているか確認する。
  - ウ 課題整理総括表とケアプランの関係について、整合性があるか確認する（資料3参照）。

## 課題整理総括表の点検方法

### 【自立した日常生活の障害要因】（心身の状態、環境等）

- 病名だけでなくその疾患に応じた療養や健康管理等を含めて整理した記載となっているか（病気による状態や介護力・環境問題等。）
- 根本的で重要な要因（利用者の目指す生活を障害している要因）に絞り込んだ客観的事実の記載となっているか
- 環境要因（住環境などの物理的なもの、家族関係等の社会的なものに関する要因等）の記載しているか

### 【現在】

- 能力ではなく、実行状況での記載となっているか
- 作成時点における利用者の状況について、選択肢から最も近いと思われる状況が判断されているか
- 状況によって介助の方法が異なる場合、頻度の多い方が選択され、備考欄に異なる状況・方法が記載しているか
- 退院・退所に向けたケアプラン作成の過程で作成する場合、「現在」の欄は入院・入所中の状況で記載しているか（入院・入所中と自宅の状況が混同していないか）
- アセスメント表の記載と一致しているか
- 「行っていない」項目は「全介助」を選択しているか
- 介助の状況・支援の有無の状況を備考欄に記載しているか

### 【要因】

- 項目ごとに上記の「自立した日常生活の障害要因」の欄から関連する要因の番号が記載されているか
- 現在支援を受けている状況や、支援がある状況の要因分析が行われているか
- 「現在」欄に記入した各項目の現状との関連性がとれているか
- 上記「自立した日常生活の障害要因」欄から①～⑥で全く選択していない項目がないか。ある場合、要因として必要か否か、又は要因欄の記載忘れがないか、「状況の事実」の欄に追加する必要がないか確認する。
- 項目ごとに要因が複数ある場合、関連のある要因はすべての番号を記載しているか
- 上記の「自立した日常生活の障害要因」の①～⑥で全く選択しなかった項目がないか。ある場合、要因として必要か否か、又は要因欄の記載忘れがないか、「状況の事実」の欄に追加する必要がないか確認する。
- 自立・支障なし以外の項目は全て記入しているか

### 【改善/維持の可能性】

- 短期目標の期間を想定して、根拠に基づき予測が出来ているか
- 必要時、判断した根本となる事実を備考欄に記載しているか
- 要因に対して、必要な支援方法や達成可能な状況について主治の医師等や多職種からの意見も聴取して、分析できているか
- 「悪化」を選択している場合、支援を行っても現状維持が困難な状態であるか
- 現在の状況が、インフォーマルを含む必要な支援・ケアを利用した場合に「現在」の状況がどのような方向に変わる可能性を判断が出来ているか
- 自立・支障なし以外の項目は全て記入しているか

**【備考（状況・支援内容等）】**

- 簡潔明瞭に事実を記載しているか

現在利用している支援の内容や必要な生活環境（物理的、社会的）等

- 「現在」や「改善/維持の可能性」の選択肢と内容が一致しているか  
 「改善/維持の可能性」で判断した根拠を補記されているか  
 退院・退所後のケアプラン作文の場合、入院・入所中と退院後で介護の状況が異なる内容の記載があるか

**【利用者及び家族の生活に対する意向】**

- 課題設定に主介護者に関する内容の記載がしているか  
 課題設定に主介護者がいなくても、近隣や友人に関する内容の記載があるか。

**【見通し】**

- 現状の説明や大きな方向性の記載だけになっていないか  
 「自立した日常生活の阻害要因」を解決するための見通しの検討をするために「要因に対し」－「必要な援助内容」－「変化が見込まれる状況（短期目標）」の基本が理解している記載しているか  
 6つの要因以外からくる問題に対しても検討がされているか  
 「改善」を選択した項目について、見通しを記載しているか  
 「維持」「悪化」が選択された項目であっても、援助を必要とする内容については記載しているか  
 「援助内容」とは、「住宅改修」や「福祉用具」のようなサービス種別でなく、例えば「玄関の段差に踏み台をつくる」や「入浴用椅子を使用して・・・」といった具体的な内容（ケアプランでいう「サービス内容」）の記載になっているか  
 「変化が見込まれる状態（短期目標）」は、「体力の回復が期待できる」など漠然としたものではなく、体力が回復したら可能になる実際の生活、例えば「自宅周辺の散歩ができる」など、具体的に記載しているか、短期的な視点で生活ががどのように変化することができれば目指す生活（長期目標）が見込まれるか。  
 「改善/維持の可能性」で検討した内容と一致しているか  
 利用者の能力を活用し、「共助」「公助」に頼らず、まずはインフォーマル資源の活用の視点から記載しているか  
 地域で不足している資源の開発の提案や地域課題などの視点から記載しているか

**【生活全般の解決すべき課題（ニーズ）】【優先順位】**

- 「要因」「改善維持の可能性」「見通し」の内容から、解決の為の要点がどこにあるかを明らかにして、その波及する効果を含めて記載しているか  
 本人・家族の意向・認識と合致しているか  
 本人・家族の意向だけを記載していないか  
 優先順位を決定した根拠が説明できるか  
 今回のケアプランでは立案しない者については「－」の記載があるか

**【居宅サービス計画書と課題整理総括表との関連性】**

- 課題整理総括表で導き出した「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）と居宅サービス計画書第2表の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の内容が優先順位も含め一致しているか
- 短期目標の内容と、「見通し」欄の内容が一致しているか
- サービス内容には「見通し」欄で記載した内容を、「サービス種別」「頻度」「機関」まで具体的に記載されているか
- 居宅サービス計画書第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向」は課題整理総括表の意向とアセスメント結果から導き出した課題との関連を意識しながら記載しているか
- 課題整理総括表に記載した内容が、居宅サービス計画書第1表・第2表・第3表にもれなく反映しているか
- 利用者に関わる主治の医師等をはじめとする専門職のチームが利用者支援の中で大切にしている事を課題整理総括表やケアプランに記載しているか

## 6 生活改善に向けてのイメージの具体化と取組意欲の把握

### 【点検項目 6】

○利用者・家族の主訴だけでなく、生活の改善のイメージが持てるよう意欲を引き出し、意向を把握している。

#### 【評価基準】

- ④・・・利用者・家族が生活の改善についてイメージでき、課題分析の項目ごとに意向を引き出し分かりやすく記載している。
- ③・・・利用者・家族が生活の改善についてイメージできるように説明したうえで、生活に対する意向を引き出し記載しているが、内容が具体性に欠けている。
- ②・・・困りごとから、生活の改善のイメージへつなげる事が上手くできず、主訴をそのまま記載している。
- ①・・・利用者・家族の意向を記載していない。(記載する欄がない)

#### 《《《確認の視点》》》

- ①主訴とは、具体的な訴え、相手の言った事の中の最も真になる部分、最も重要な訴えである。記載方法として、利用者・家族の話したことをそのまま使用した方が良いと判断した場合は、利用者・家族の表現をそのまま記載する。逆に、利用者・家族の言葉では上手く伝わりにくい場合は、介護支援専門員が要点を整理し記載できているか確認する。
- ②主訴の他に利用者・家族の意欲を引き出すためにどのような働きかけをしたか確認する。
- ③利用者・家族の困りごとから、生活の改善についてイメージできるよう利用者・家族に具体的に説明を行えているか確認する。  
例えば、糖尿病の合併症で、これ以上病状が悪化すれば人工透析を受けなければならない状態であるが、食事療法や運動療法でコントロールすることができた場合、「人工透析だけは避けたい、そのため食事に気を付けたい」「糖尿病を悪くしないためにもう少し運動したらよいと思うけど、なかなかできなくて困る・・・」など。
- ④利用者・家族の生活に対する意向を把握し、記載しているか確認する。意向の把握は、生活全般においてではなく、アセスメントの過程においては課題分析の項目ごとに意向を把握するよう努めているか確認する。

## 7 原因分析と問題解決への働きかけ

### 【点検項目7】

○原因・要因を取り除くための援助内容と到達が見込まれる利用者の状態を具体的に記載している。

#### 【評価基準】

- ④・・・課題整理総括表を活用し、適切に要因を取り除くための援助内容及び到達が見込まれる利用者の状態について記載している。
- ③・・・アセスメント表及び居宅介護支援経過に、ケアプラン作成につながるポイントとなる内容について記載している。
- ②・・・思考プロセスは理解しているが、要因を取り除くための援助内容が不十分、または到達が見込まれる利用者の状態を具体的に記載していない。
- ①・・・思考プロセスも十分に理解できず、要因を取り除くための援助内容より利用者・家族が希望するサービスが優先される傾向にある。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①アセスメント表に原因・要因を取り除くために必要な援助内容（サービスの種別ではない）と到達が見込まれる利用者の状態が記載できる欄があり、記載されているか確認する。
- ②アセスメント表に欄が無い場合、課題整理総括表や居宅介護支援経過等に記載しているか確認する。
- ③必要な援助内容が、要因を取り除くための援助に有効なものになっているか確認する。  
要因の記載がない場合は、要因を確認しケアプランの援助内容が有効なものであるか確認する。
- ④到達が見込まれる利用者の状態が、モニタリングで評価できるような具体的な状態になっているか、アセスメント表、課題整理総括表、居宅介護支援経過、居宅サービス計画書（2）の短期目標の内容を確認する。

## 8 適切な時期のアセスメント

### 【点検項目 8】

○新規認定・サービス利用開始時・更新認定時・状態の著変時等、適切な時期にアセスメントを実施している。

#### 【評価基準】

- 4・・・ケアプラン作成及び変更時以外にも定期的にあセスメントを実施している。
- 3・・・ケアプラン作成及び変更時にはアセスメントを実施している。
- 2・・・アセスメントは行われているが、実施日、面接場を記載していない。
- 1・・・アセスメントが行われていない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①定期的（初回、定期、退院退所時等）にあセスメントを実施しているか確認する。毎月実施するモニタリングが継続的なアセスメントの情報源となることを認識し、ケアプランの内容だけでなく利用者・家族の状況の変化が生じていないか、アセスメント項目に沿って確認している場合も含まれる。
- ②課題分析（アセスメント）の理由の欄に記載している内容であるか確認する。  
例えば、初回、定期、退院退所時等
- ③ケアプランの作成および変更時（軽微な変更を除く）にあセスメントを実施しているか確認する。また、アセスメント実施日及び面接の場が記載していることを確認する。
- ④退院退所前は、入院・入所中に医療機関や施設において利用者・家族との面接し、情報収集を行う。利用者の状態像（入院後・入所後のADLや精神面の変化等）の変化により住宅改修等の検討も必要となる可能性を考慮し、居宅環境の把握ができているか確認する  
退院後の生活居住環境の把握を行う目的で居宅訪問を行い、退院退所後の居宅サービス計画書への反映につなげることができているか確認する。

### Ⅲ 第1表 居宅サービス計画書（1）

第1表は、利用者及び家族の「望む生活」を含め、居宅サービス計画全体の方向性を示すものであり、居宅サービス計画書のなかで、利用者及び家族の生活に対する意向が、はっきりと示される一番重要なものともいえます。また、利用者・家族・ケアする人々の気持ちを1つにするための大切な計画書であり、できるだけわかりやすく、利用者の言葉で具体的に記載することが重要。利用者の生活を支援するケアチームの気持ちを1つにし、利用者と共に同じ方向に歩いていくための大切な帳票となります。

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 _____ 殿 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 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	----- ----- -----				
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（ _____ ）				

## 《利用者及び家族の生活に対する意向》

### 9 利用者の意向

#### 【点検項目 9】

○利用者の意向（どのような生活をしていたか）を記載している。

#### 【評価基準】

- 4・・・課題を整理した上で、「望む生活」（改善のイメージ）を引き出し分かりやすく記載できている。
- 3・・・「望む生活」を引き出そうと働きかけているが、課題と上手く連動していない。
- 2・・・相談受付時の困りごとのみを記載している
- 1・・・利用者の意向の記載がない

#### 《《《確認の視点》》》

- ①困りごとを受け止めた上で、利用者の抱える問題を明らかにしているか確認する。
- ②利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援するための「解決すべき課題」がきちんと押さえられているか確認する。
- ③利用者が認知症などで意向が聞き取れない場合、アセスメントを通じて、利用者の望む暮らしは何なのか、考察できているか確認する。
- ④利用者が要望するサービスが出されている場合、単に組み込むことなく、何故そのサービスを希望しているか掘り下げて情報収集したか確認する（以降が表明されない場合や消極的な場合の支援としても重要である）。
- ⑤利用者が介護保険サービス（インフォーマルサービス含む）を利用することにより、改善される生活のイメージを持つことが出来るように働きかけているか確認する。
- ⑥利用者の主訴や相談内容等をもとに利用者自身が持っている力や生活環境等の評価を含めて、利用者が現に抱える問題点を明らかにしたかどうかを確認する。
- ⑦アセスメントの結果からどのような課題があるか利用者に伝え、生活の改善のイメージを含め課題解決に向けた威光を引き出す支援を行っているか確認する（以降が表明されない場合や消極的な場合の支援としても重要である）。
- ⑧利用者の表現した言葉の中で重要なものは何か、サービス提供者も含め分かりやすく表現する工夫がされているか確認する（利用者が発した言葉で大事なことはそのまま書く）。

## 10 家族の意向

### 【点検項目10】

○家族の意向（利用者の生活をどの様に支援したいか）を記載している。

#### 【評価基準】

- 4・・・課題を整理した上で、「望む生活（改善のイメージ）を引き出し分かりやすく記載できている。
- 3・・・「望む生活」を引き出そうと働きかけているが、課題と上手く連動していない。
- 2・・・相談受付時の困りごとのみを記載している
- 1・・・利用者の意向の記載がない

#### 《《《確認の視点》》》

- ①家族がどのような思いで利用者を支えようと考えているかを聴きとり、家族の介護力や介護に対する覆いを把握しているか確認する。
- ②家族としての役割を果たすことは考えつつも、本人との関係に悩んでいるなど「家族としての葛藤」を理解しているか確認する。
- ③家族が今一番困っていることを等や具体的なサービスを口にしてしている場合、受け止めた上でそのあと家族として「できること」「できないこと」を把握しているか確認する。
- ④家族が要望するサービスが出されている場合、単に組み込むことなく、何故そのサービスを要望しているか。日常生活の中でなりたい状態と思うようにならない現状のギャップが何処にあるのか掘り下げて情報収集を行っているか確認する。
- ⑤家族が介護保険サービス（インフォーマルサービス含む）を利用することで改善される生活のイメージを持つことが出来るように働きかけているか確認する。
- ⑥家族の主訴や相談内容等をもとに家族自身が持っている介護力や生活環境等の評価を含めて、家族が現に抱える問題点を明らかにしたかどうかを確認する。
- ⑦アセスメントの結果からどのような課題がある家族に伝え、生活の改善のイメージを含め課題解決に向けた意向を引き出す支援を行っているか確認する（意向が表明されない場合や消去的な場合の支援としても重要である）。
- ⑧家族が表現した言葉の中で重要なものは何か、サービス提供者も含め分かりやすく表現する工夫をしているか確認する（家族が発した言葉で大事なことはそのまま書く）。
- ⑨一人暮らしの場合は、関わっている別居家族（キーパーソン等）に連絡をとり意向の聞き取りを行っているかを確認する。

## 1 1 利用者・家族の意向 個別性

### 【点検項目 1 1】

○利用者と家族の意向を区分して記載している。

#### 【評価基準】

- ④・・・利用者・家族の意向（言葉）が区別されており、複数の家族の意向が分かりやすく記載できている。
- ③・・・利用者・家族の意向（言葉）は区別して記載しているが、家族は主介護者のみが記載されている。
- ②・・・利用者・家族の意向（言葉）は別々に把握できているが、わかりやすく記載できていない。
- ①・・・利用者・家族の意向（言葉）を区別して記載できていない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①利用者と家族の意向（言葉）は区別して記載してあるか確認する。
- ②家族の意向（言葉）はわかりやすいように（妻）（長女）など、続柄を記載しているか確認する。
- ③利用者と家族の意向等、家族間での意向が異なる場合は、それぞれの主訴を区別して記載しているか確認する。
- ④様々な事情で表面化できない双方の意向の違いや様々な事情（高齢者虐待やそれに類似した者）がある場合、重要な事項として「居宅介護支援経過」に明記しているか確認する。
- ⑤利用者・家族が「居宅サービス事業者には知らせないでほしい」と表明する事柄で重要なことを居宅介護支援経過に記載しているか確認する。

## 1 2 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

### 【点検項目 1 2】

○介護保険被保険者証を確認し、必要事項を記載している。

#### 【評価基準】

- ④・・・介護保険被保険者証の内容を転記し、サービス担当者会議においても共有・協議している。
- ③・・・介護保険被保険者証の記載事項を転記している。
- ②・・・介護保険被保険者証の確認はしているが、空欄になっている。
- ①・・・介護保険被保険者証の確認もしておらず、空欄になっている。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①介護保険被保険者証の記載事項を転記しているか確認する（介護保険被保険者証に記載が無い場合は「特に記載なし」と記載する）。
- ②被保険者証に認定審査会意見（指定居宅サービスの適切かつ有効な利用等に関し被保険者が留意すべき事項）が記載されているときは、その意見に配慮して、指定居宅サービスを提供するよう努めなければならないことが理解しているか確認する。
- ③介護保険認定審査会の意見やサービス種類の指定をされたが、利用者の拒否や資源の不足で実行できなかった場合には、その理由を居宅介護支援経過に記録しているか確認する。
- ④サービス担当者会議において、介護認定審査会の意見とサービス種類の指定がされていることを踏まえた協議ができているか確認する。サービスの種類の指定が無い場合であっても、有効期間の延長を含め、サービスの種類の指定が無いことをサービス担当者会議で共有しているか確認する。

### 1 3 総合的な援助の方針

#### 【点検項目 1 3】

○利用者及び家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認し合える内容を記載している。

#### 【評価基準】

- 4・・・適切なプロセス（サービス担当者会議までの確定までを含む）でチームケアの方向性がわかりやすく記載できており、必要に応じて緊急の対応も記載できている。
- 3・・・適切なプロセスでチームケアについて方向性が示されているが、専門用語等利用者・家族に一部わかりにくい表現がある。
- 2・・・チームケアの方向性は示されているが、意向や課題との関連が無く抽象的である。
- 1・・・記載内容がチームケアになっていないか、空欄のものが多い。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①介護支援専門員が目指す方針ではなく、利用者及び家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認し合える内容が記載されているか確認する。
- ②専門用語の使用はできるだけ避け、わかりやすい表現で記載するなどの工夫、表現が抽象的でなく、各個別サービス計画の方向性やサービス内容が立てやすいような内容となっているか確認する。
- ③利用者及びその家族の自立を阻害する要因や、問題の所在、自立に至る道筋を明らかにし、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の解決のための目標、具体策を示す内容を総合化した内容になっているか確認する。
- ④あらかじめ居宅サービス計画原案で記載した内容を、サービス担当者会議で話し合ったうえで確定しているか確認する。
- ⑤介護認定審査会の意見以外に、サービス担当者会議などで、「サービス提供するうえでの専門的な視点からの様々な留意事項」がある場合は、この欄を活用し、記入しているか確認する。
- ⑥利用者の病状の急変や主介護者が何らかの事情で介護ができなくなることなど、あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態や留意することが上手く行かなかったときにどのような事が起きるか想定し、利用者や家族と相談した上で「緊急時の対応方法」（対応機関やその連絡先等）について明記し、ケアチームで共有・調整できているか確認する。

## 1 4 生活援助中心型の算定の理由

### 【点検項目 1 4】

○生活援助中心型の選定理由を記載している。

#### 【評価基準】

- ④・・・自立支援の視点も十分検討したうえで、適切なアセスメント結果に基づき生活援助中心型が位置付けられ算定の理由も記載できている。
- ③・・・介護支援専門員として根拠を持ち生活援助中心型を位置付けているが、自立支援の視点が充分とはいえない。
- ②・・・生活援助中心型の算定理由の番号に○がついているが、「3, その他」の事情の記載が無く、その根拠も不明確である。
- ①・・・生活援助中心型の算定理由の記載がない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置づける場合の算定理由となる根拠を押し返すことができているか確認する。
- ②生活援助中心型の算定理由の欄は、「一人暮らし」、「家族等が障害・疾病」、「その他」の3つ。いずれにおいても、生活援助中心型を算定する理由（必要性）がアセスメントから導き出されているか確認する。
- ③単に形式的な要件のみでサービス提供の有無を算定していないか確認する。  
生活援助中心型で算定した理由を介護支援専門員には根拠をもって説明できているか確認する。
- ④算定の判断に迷う場合、事業所内で検討したり、地域包括支援センターや保険者に相談客観的な意見を求めているか確認する。
- ⑤算定理由について、どうしても第1表に記載が難しい事情がある場合は、居宅介護支援経過等にその理由を記載しているか確認する。
- ⑥やむを得ない理由によるサービス内容が、利用者及び家族の変化（病気が治る・虐待等が改善される等）に応じて、本人の自立支援に必要なサービスに切り替えていくことを忘れず、モニタリングを適切に行えているか確認する。



## 15 生活全般の解決すべきニーズ

### 【点検項目15】

○利用者の自立を阻害する要因と個々の解決すべき課題（ニーズ）について、相互関係を含めて明らかにし、解決するための要点がどこにあるか分析し、波及する効果を予測して優先度合いの高い順で記載している。

### 【評価基準】

- ④・・・適切な過程で解決すべき課題（ニーズ）を導き出し利用者自ら解決したいという意欲を引きだし、分かりやすい課題（ニーズ）になっている。
- ③・・・自立支援の観点で概ね課題（ニーズ）が設定できているが、解決のための要点が不十分なところがある。
- ②・・・困りごとが中心とした課題（ニーズ）になっている。
- ①・・・利用者・家族の「要望」だけに合わせた課題（ニーズ）となっている。

### 《《《確認の視点》》》

- ①利用者・家族がニーズとしてとらえなければ、ニーズを自ら解決していく自立型のサービス利用はできないこの意味を理解し、ニーズについて、利用者・家族の理解を深めるよう支援しているか確認する。
- ②困りごとを発生させている原因や背景要因そのものではなく、背景要因を含めず「〇〇したい」とできるだけ簡潔に書いているか確認する。
- ③専門家として「自立支援」に資する内容を常に考えながら、利用者・家族が望む生活をイメージできるように助言を行っているか確認する。
- ④目の前の「困った状況を改善して、望む生活をしたい」というポジティブな生活意欲に転換することができているか確認する。
- ⑤「〇△できるようになりたい」「〇□したい」「〇〇する」というように、利用者が主体的・意欲的に取り組めるような表現を使い、その波及する効果を予測し、利用者・家族が主体的に取り組み、生活の改善がイメージできるよう働きかけていることを確認する。
- ⑥それぞれの課題が導き出された原因や背景が押さえられているか、優先すべき課題の項目に応じた課題の整理ができているか確認する。
- ⑦「〇〇を利用したい」等、単に利用者及び家族の要望や困りごとをそのまま記載していないか確認する。
- ⑧「できる」「できるのにしていない」「できない」等の行為の把握だけでなく、その状況を招いている原因や背景について整理・分析し、必要な支援を行うことで効果を予測しているか確認する。
- ⑨利用者・家族からの「要望」だけに合わせて安易に、即サービスで対応するのではなく、問題や困りごとの本質（原因・背景）を解決するためには、何が必要なかを明らかにしていく過程となっているのか確認する。

## 1 6 課題の優先順位は適切か

### 【点検項目 1 6】

○優先度の高いものから順に記載している。

#### 【評価基準】

- ④・・・利用者・家族に対し予後予測を立てるなど十分な説明と理解を得ている。
- ③・・・優先すべき課題の根拠もしっかり説明できるが利用者・家族との話し合いが一部不十分である。
- ②・・・課題と優先順位について、利用者・家族と相違が生じている。
- ①・・・優先順位について説明が十分にできない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①利用者・家族が優先的に解決したいと思う課題や、意欲的に取り組みたいと思う課題を優先していることを確認する。
- ②生命の危険・虐待等のリスクが高い場合、状態の悪化を防ぐために必要な医療上の課題などを優先すべき課題として状況判断しているか確認する。
- ③改善の効果が見込まれる課題や悪循環を作り出す課題については、利用者・家族に十分な説明を行い、将来的な予測を見立てて具体的に示しているか確認する。
- ④優先順位は、利用者及び家族の状況の変化によって、その都度優先順位が異なっていくものであることを説明できるか確認する。
- ⑤利用者本位・利用者主体を原則しても、家族の介護負担軽減等の課題が優先となる事があることを理解しているか確認する。
- ⑥利用者・家族が積極的に参加できるような工夫や配慮ができていないか確認する。

## 17 課題への取り組み意欲を引き出しているか

### 【点検項目17】

○利用者や家族にもわかりやすい表現を用いて、取り組みの意欲が生まれる様に記載している。

### 【評価基準】

- ④・・・利用者・家族の望む生活に向け自らが積極的に取り組みたいと思えるようなわかりやすい内容になっている。
- ③・・・利用者・家族にわかりやすい内容で、介護支援専門員の説明で積極的でも意欲が生まれるような記載になっている。
- ②・・・支援者側から見た支援内容になっている。
- ①・・・表現が抽象的でわかりにくい。

### 《《《確認の視点》》》

- ①専門用語や略語は使用せず、理解しやすい言葉で記載しているか確認する。
- ②課題解決への意欲と理解が高まり、自分たちのニーズとして捉えることが出来るように利用者・家族が表現した言葉を引用しているか確認する。
- ③利用者と一緒に行えることを見つけていく作業を丁寧に行い、できないことばかりでなく、自分で出来る事等プラスの面を利用者が自覚できるように援助を行ったか確認する。
- ④利用者ひとりひとり捉え方には違いがあることから、抽象的かつ誰にでも当てはまるようなニーズの表現は極力避け、専門職の視点として、その人にとっての安全、安楽とは何かを共に考え、具体的にその内容を表現しているか確認する。
- ⑤「ニーズ」の発生する原因や背景に対し、利用者・家族にとって、どのようにしていくのが最良なのかを考えていく姿勢をもつようにしているか確認する。

## 18 福祉用具 特定福祉用具活用

### 【点検項目18】

○福祉用具や特定福祉用具のサービスに対する必要性がわかるように記載している。

#### 【評価基準】

- 4・・・必要な理由をきちんと記載しており、福祉用具の費用が適切と言える。
- 3・・・福祉用具の使用は適切と思えるが必要な理由の記載が明確でない。
- 2・・・福祉用具をどのように活用するか記載が不十分で分かりにくい。
- 1・・・必要な理由を記載していない。

#### 《《《確認の視点》》》

①福祉用具を用いる目的や環境を、専門職の意見をもとに妥当性を検討し必要な理由を記載しているか確認する。

(記載例) ①疾患名②心身の状況③日常生活への支援を「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の欄へ、④福祉用具を活用する事で改善される期待を「短期目標」の欄へ⑤使用する福祉用具の種類をサービス内容へ記載する。

②福祉用具の継続の必要性を検証し、継続する場合は理由をケアプランに記載しているか確認する。

※運営基準において「居宅サービス計画に記載しなければならない」と規定しているが、記載場所を特定していないため、第2表とは限定せず、第1表・第3表、サービス担当者会議の要点、居宅介護支援経過への記載も考えられる。

## 19 長期目標

### 【点検項目19】

○課題ごとに、支援を受けながら利用者が達成可能な目標設定となっている。

#### 【評価基準】

- 4・・・個々の課題ごとに参加の視点で解決可能な目標を記載している。
- 3・・・個々の課題ごとに達成可能な目標を記載しているが、参加の視点が不足している。
- 2・・・個々の課題ごとに設定しているが内容が漠然としており具体的でない。
- 1・・・個々の課題ごとに記載していない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①長期的に見て、第1表の総合的な援助の方針と整合性があるか確認する。
- ②個々解決すべき課題に対していつまでに、どのレベルまでに解決するのか（達成するのか）が設定しているか確認する。
- ③短期目標が一つずつ解決できたゴール（結果）として、ICFの「参加」の視点を意識し、利用者及び家族が具体的にイメージできるような表現での記載ができていないか確認する。
- ④援助者側の目標ではなく、利用者が支援を受けながらも、自ら努力して到達する目標になっているか確認する。
- ⑤ニーズごとに支援（介護サービス等）を受けながら利用者も努力する到達点が記載出来ているか確認する。
- ⑥「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」とかけ離れた「長期目標」になっていないか確認する。
- ⑦毎月のモニタリングを通して、それらを確認し、記録に残すとともに、必要に応じ修正を行っているか確認する。

## 20 長期目標（2）

### 【点検項目20】

○誤った目標設定（支援者側の目標設定やサービス内容）になっていない。

#### 【評価基準】

- 4・・・個々の課題解決を目指すための具体的な目標を記載している。
- 3・・・利用者家族主体の目標になっているが、一部具体的でない目標がある。
- 2・・・一部支援者側の目標やサービス内容が混在している。
- 1・・・目標設定があやまった記載になっている。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①家族・ケアチームなどが、課題ごとに解決できた結果がイメージできるように、具体的な目標を分かりやすく記載しているか確認する。利用者がサービスを受けつつ到達しようとする目標であることから、主語が利用者（及び家族）であることを確認する。
- ②利用者・家族にサービス利用者側の目標を押し付けていないか確認する。
- ③支援者側の目標やサービス内容を記載していないか確認する。  
例えば2時間ごとにトイレに誘導する。ショートステイを利用する事ができる等
- ④短期目標も同じ視点で確認する。
- ⑤サービスを利用することが目的ではなく、課題（ニーズ）を解決するための手段の一つとしてサービスがあることを理解できているかを確認する。

## 2 1 短期目標

### 【点検項目 2 1】

○生活の場面（場所）、活動の内容、量、（頻度）が具体的に記載され、モニタリングで達成状況が把握できる記載になっている。

#### 【評価基準】

- 4・・・個々の課題への目標が具体的で達成度がわかりやすい記載である。
- 3・・・具体的に記載しているが、一部わかりにくい記載になっている。
- 2・・・具体的に記載しているが、達成可能な目標とは言えない。
- 1・・・内容が漠然としておりほとんどの項目がモニタリングで評価できない。

### 《《《確認の視点》》》

- ①短期目標は解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結び付けるものになっているか確認する。なお、緊急対応が必要になった場合には、目標として確定しなければ短期目標は設定せず、落ち着いた段階で、長期、短期目標の見直しを行い記載する。
- ②短期目標は課題ごとに解決の要点を整理し、すぐに始められる「取り組み目標」として、目的を絞った具体的な表記であるか確認する。
- ③利用者（家族）の心身の状態や将来への不安、戸惑い、後ろ向きな気分など状況が把握できておらず、思い込みや決めつけで「高い目標」に設定となっていないか確認する。
- ④短期目標は抽象的でなく、利用者・家族が具体的にイメージできるような表現で、生活場面・場所、活動内容・頻度等記載されているか確認する。  
注：下肢筋力の向上等、心身機能のレベルの記載は適切とは言えない為、活動レベルを意識した目標設定を行う必要がある。  
例）日中、トイレまで歩行器を使用して移動する事ができる。
- ⑤目標を小分けにして、利用者・家族に「ささやか達成感」と「小さな成功体験」得てもらい、生活への意欲が高まるよう、達成可能な目標になっているか確認する。アセスメント表、課題整理総括表、居宅介護支援経過（モニタリング）を確認し、設定された目標が達成可能であるか確認する。
- ⑥利用者（家族）に「実感の沸く内容」「まずやってみようと思える内容」「あまり気が進まなかったけれど、必要なことなんだ」と生活意欲がたかまるよう感じてもらえる内容になっているか確認する。
- ⑦ケアチーム（利用者・家族・サービス提供事業所等）が果たす役割について、具体的で分かりやすい表現の記載を心がけているか確認する。

## 2 2 目標期間の限度

### 【点検項目 2 2】

○要介護認定の有効期間も考慮し、目標達成の時期の目安として開始時期と終了時期を記載している。

#### 【評価基準】

- ④・・・個々の問題ごとに長期、短期目標ごとに達した期間を記載している。
- ③・・・課題ごとに目標達成機関の設定はあるが、一律の期間設定になっている。
- ②・・・設定有効期間を超えている。又は長期、短期目標の期間の設定が同じか長すぎる。
- ①・・・記載していない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①長期目標・短期目標達成期限を決める事は計画としての基本で、目標の達成の目安となる期間を設定しているか確認する。
- ②長期目標の期間は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を、いつまでに、どのレベルまで解決するか時期を記載しているか確認する。
- ③短期目標の時期は「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した達成期限を記載しているか確認する。
- ④サービス内容と種別ごとに、どのような根拠で利用頻度と期間を設定したのかを確認する。
- ⑤利用期間については、モニタリングを行うことを意識して、必要な期間設定ができているか確認する。
- ⑥原則として、開始時期と終了時期を記載しているか確認する。（平成11年11月12日老企第29号には「終了時期が特定できない場合等にあつては、開始時期のみ記載する等で差しえないものとする」と記されている。一律に開始時期のみしか記載していないのは不適切である。  
例）●年○月～●年○月、また月途中開始の場合○年○月○日～○年○月○日
- ⑦期間の設定については、認定の有効期間を考慮しているか確認する。
- ⑧期間を設定する理由として、計画的に行うことと、期間の終了時に評価することにより、長期的にわたり漠然と支援を行う事を防止する観点から、長期目標の期間は6箇月～1年程度、短期目標は1箇月～3箇月、長くとも6箇月程度の設定になっているか確認する。
- ⑨利用者・家族の「生活リズム」に合わせた利用時間帯と「頻度」、家族の介護負担軽減に配慮した「頻度」に留意しているか確認する。
- ⑩サービスが効果的に機能しているか、初期段階での確認が重要で、サービス提供事業所との綿密な報告・連絡・相談が今後の信頼関係に大きく影響し、チームケアの意識向上に繋がりがあるか確認する。

## 2.3 援助内容・サービス内容

### 【点検項目2.3】

○短期目標の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切、簡潔に記載している。

#### 【評価基準】

- ④・・・課題分析から得られた短期目標達成に有効で具体的なケア内容及び加算項目ももれなく記載している。
- ③・・・具体的なケア内容及び加算項目を記載しているが、一部短期目標と一致していないところがある。
- ②・・・加算項目の記載もれ、またはケア内容が項目のみの箇条書きで分かりにくい。
- ①・・・サービス種別毎にケア内容を記載しており、短期目標との関連付けができていない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①原因（要因）の分析に対応するケア、危険性の予測に対応するケア、可能性の予測に対応するケア等、課題分析した内容を短期目標ごとに具体的なケアの内容を記載しているか確認する。
- ②誰が見てもわかりやすく、具体的に記載しているか確認する。  
例えば（入浴介助）が必要な場合、「背部・足先等などの洗身を介助する」「浴槽の出入り時見守りをする」等と具体的に書くことで、自立支援に結び付く表現を用いる。
- ③介護報酬の加算項目はケアプランに位置づける必要があることを理解しているかサービス提供事業者が作成するサービス計画において必要なサービス項目（送迎や食事など）や、加算の対象になっているサービス項目（入浴・個別リハビリ・栄養マネジメント等）についても漏れなく記載されているか確認する。  
例えば通所介護の場合「個別機能訓練加算」でなく「〇〇の訓練を行う」、訪問看護の場合「特別管理加算」ではなく「尿カテーテルの管理を行う」と記載する。
- ④加算項目を記載する際は、サービス事業所からの要請で機械的に記載するのではなく、介護支援専門員としてその必要性を検討したうえで記載しているか確認する。
- ⑤生活援助中心型の訪問介護を位置づける場合、「生活援助」「掃除」などの記載では不十分で例えば「寝室と居間の掃除機かけ」「依頼されたものの買い物代行」などと支援する範囲を明確に記載しているか確認する。
- ⑥課題整理総括表の見通しに記載した内容を短期目標毎に漏れなく記載しているか確認する。
- ⑦目標達成のために具体的に何を行うのかを明確にし、利用者の意欲が高まるような内容の提案や利用者自身でどのような取組みが必要かを考え、専門家の意見を踏まえサービス担当者会議等で合意した内容を援助内容として決定するようにしているか確認する。

## 24 インフォーマルサービス・セルフケア・地域とのつながり

### 【点検項目24】

○家族も含むインフォーマルな支援やセルフケアも位置づけている。

#### 【評価基準】

- ④・・・短期目標を達成するために、インフォーマルサービスを積極的に導入する働きかけをしている。
- ③・・・家族等が行う支援内容や利用者自身が行うセルフケアの内容も記載している。
- ②・・・家族等の支援内容については記載していないが、利用者のセルフケアを記載していない。
- ①・・・家族等の支援内容や利用者自身が行うセルフケアをまったく記載していない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①短期目標の達成に必要な利用者が取り組んでいるセルフケアや家族支援などを含むインフォーマルな支援も記載しているか確認する。
- ②ケアプラン作成時にすでに行われているサービスについても記載しているか確認する。
- ③家族等が行う支援の内容も明確に記載しているか確認する。
- ④フォーマルサービスに頼らず、近隣やボランティア等インフォーマルサービスの活用を視野に入れ調整しているか確認する。居宅介護支援経過、サービス担当者会議の要点等で確認する。
- ⑤利用するサービスの内容を単に記載するのではなく、目標を達成するために必要な支援のポイントやセルフケア・家族の役割など理解して掲載するようにしているか確認する。
- ⑥通院、服薬、治療など医療サービスに関わる種別（例：医院、病院、薬局、鍼灸院等）や実費で利用されるサービス（例：タクシー送迎、配食サービス等）も利用者及び家族にとっての「生活を支えてくれる資源」である確認する。

## 25 主治医意見書の留意事項の確認

### 【点検項目25】

○主治医意見書等で介護サービスにおける医学的観点からの留意事項が記入されている場合、留意点を尊重した内容になっている。

#### 【評価基準】

- ④・・・留意事項を確認し、利用者・家族やサービス担当者にもわかりやすく記載できている。
- ③・・・留意事項を確認し、主治の医師等のコメントをそのまま記載している。
- ②・・・主治医意見以外、主治の医師等から留意事項について確認しておらず、ケアプランへの記載もほとんどできていない。
- ①・・・医学的観点からの留意事項をまったく把握しておらず、ケアプランにも記載していない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①主治医意見書等において提案された留意事項が、サービス内容を検討する際に勘案されているか確認する。
- ②ケアプラン作成にあたり、主治の医師等や医療関係者から医学的観点からの留意事項についてどのような方法で意見を求めたか確認する。具体的な方法はアセスメント点検項目②と同様である。

## 26 サービス担当者会議

### 【点検項目26】

○サービス担当者会議で専門的な視点から示された留意点についても、わかりやすく記載している。

#### 【評価基準】

- 4・・・積極的に意見を引出、留意点の内容を具体的に記載している。
- 3・・・留意点が示された場合は記載している。
- 2・・・留意点の一部しか反映していない。
- 1・・・サービス担当者会議の意見をまったく反映していない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①各サービス提供者や専門職から示された留意点が、利用者・家族でもわかりやすく理解できる言葉で記載しているか確認する。
- ②サービス担当者会議でサービス事業者や専門職から発言のあった内容が、居宅サービス計画原案に記載しているか確認する。  
また、サービス担当者会議の要点の内容も合わせて確認する。
- ③サービス担当者会議において、積極的に専門職からの意見を引き出すようにつとめているか確認する。

## 27 援助内容・サービス種別

### 【点検項目27】

○介護保険以外のインフォーマルサポートも視野に入れ、サービス内容を適切に提供できるサービスの種別を選択し、正式な名称で記載している。

### 【評価基準】

- ④・・・短期目標達成の為にふさわしいサービス種別を正式名で分かりやすく記載している。
- ③・・・介護保険サービスにおいては適切に説明できているが、インフォーマルサポートが充分とは言えない。
- ②・・・特定のサービスに偏りが見られる傾向にある。
- ①・・・十分に検討せず利用者の要望で選択している。

### 《《《確認の視点》》》

- ①短期目標達成のために必要なサービス（フォーマル・インフォーマル含む）が検討されたか確認する。
- ②課題解決に向けて計画したサービス内容が適切に提供できる、サービス種別をどのように選択しているか確認する。
- ③サービス内容と種別は、介護保険給付の有無にかかわらず、必要に応じて記載されているか確認する。
- ④正式なサービス名称と事業所名を記載し、内容と種別に番号を付けるなどの工夫をして関連性が利用者・家族でわかりやすく工夫しているか確認する。  
例えば、サービス内容が「手すりの設置」でサービス種別に「福祉用具」では不明確であり、「福祉用具貸与」と正式なサービス種別を記載しているか確認する。
- ⑤介護保険以外のインフォーマルサポートも視野に入れ、サービス種別を選択しているか確認する。
- ⑥家族が担う介護部分については、介護者を特定して明らかにしているか確認する。
- ⑦「サービス種別」欄には、すでに行っていることも含め家族による援助や家族参加の動機づけを行うなどの工夫がなされているか確認する。

## 28 介護保険以外のサービス ※1

### 【点検項目28】

○介護保険以外のサービス内容には※1の欄に○を付けている。

#### 【評価基準】

- 4・・・適切に判断し、該当項目すべてに○を付けている。
- 3・・・介護保険給付サービスの一部に丸を付けている。
- 2・・・保険給付の対象でないものに○をつけている。
- 1・・・全く記入していない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①介護保険の給付対象の「サービス内容」と、家族を含むインフォーマルな支援とセルフケアを区別できるように印がついているか確認する。

## 29 援助内容・サービス事業者等 ※2

### 【点検項目29】

○支援者・事業者の選択に際し、利用者・家族に公平な立場で情報提供を行い、利用者・家族の選択を支援している。

#### 【評価基準】

- ④・・・適切なサービス種別（資源）を把握し、積極的に情報提供し利用者の選択を支援している。
- ③・・・適切なサービス種別（資源）を情報提供し、利用者から一任され、紹介の根拠を説明したうえで決定した。
- ②・・・事業所の偏りがあり、利用者・家族の選択の幅が限られている。
- ①・・・ほとんどの事業者の特徴を説明できない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①各サービス種別や事業所ごとの情報を把握し、限られた事業所の偏りがいないか確認する。
- ②パンフレット等で場所や費用面など必要な情報を提示して、利用者・家族の選択を促し支援したことを居宅介護支援経過記録で確認する。
- ③家族の場合は、支援する人（例：妻、長女）を記載しているか確認する。

### 30 援助内容・頻度

#### 【点検項目30】

○短期目標達成のために、必要なサービス内容ごとに適切な頻度を記載している。

#### 【評価基準】

- 4・・・短期目標を達成するための、効果的な頻度を漏れなく記載している。
- 3・・・ほぼサービス内容ごとに記載しているが、一部記載漏れがある。
- 2・・・利用者・家族の生活リズムと負担への記載が不足している。
- 1・・・空欄が目立つ。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①利用者・家族の生活リズムと、サービスを受ける利用者自身の体力面や精神面等に配慮した利用頻度に留意しているか確認する。
- ②一定期間（週・日）内での回数、実施曜日を記載しているか確認する。
- ③サービス時間・曜日について、サービス提供者の都合が優先されていないか確認する。
- ④利用者・家族の生活リズムに合わせた利用時間帯と頻度、家族の介護負担軽減に配慮したケアプランを作成し、意向に考慮した柔軟な対応をサービス提供事業者と連携を図っているか確認する。
- ⑤サービス内容ごとの頻度を記載するため、例えば週4回訪問介護の援助を受けており、入浴介助は週2回であれば、入浴介助のところの頻度は週2回と記載しているか確認する。
- ⑥サービス内容と種別ごとに、どのような根拠で利用頻度を設定したのか確認する。
- ⑦モニタリングでの評価も参考にし、短期目標の期間であっても、必要に応じ、援助内容（サービス内容・種別・頻度・期間）の見直しを行っているか確認する。  
利用頻度や時間帯など効果的な導入方法については、サービス提供事業者の専門的意見を聞くことも大切。
- ⑧必要に応じて介護保険サービス以外の家族支援・インフォーマル支援の頻度を増やすことへの検討も視野に入れているか確認する。

### 3 1 援助内容・期間

#### 【点検項目 3 1】

○短期目標の期間と連動するケースが多いが、サービス内容ごとにどの提供期間を判断して設定している。

#### 【評価基準】

- ④・・・個々のサービスごとに、適切な期間設定となっている。
- ③・・・個々のサービスごとに期間は設定されているが、ほぼ短期目標と同じ期間になっている。
- ②・・・個々のサービスごとに設定されておらず、全て一律の期間設定になっている。
- ①・・・認定有効期間を超えて設定する等、基本事項が守られていない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①期間は「短期目標の期間」と連動することを認識しているか確認する。
- ②利用者がサービスを受け入れる状況を確認しながら、開始日と終了日を記載しているか確認する。ただし、終了時期が特定できない場合等は、開始時期のみの記載でもよい。
- ③すべてのサービスが同時に開始になるとは限らないことを踏まえ、機械的に設定することなく、目標やサービス実施予定に応じた時間を設定しているか確認する。
- ④終了日は要介護認定有効期間を考慮して設定しているか確認する。
- ⑤サービス内容と種別ごとに、どのような根拠で利用期間を設定したのか確認する。
- ⑥モニタリングを行うことを意識して、必要な期間設定ができているか確認する。
- ⑦利用者（家族）の「生活リズム」を考慮し、利用が始まってからサービス時間や時間帯、サービス事業所の変更の希望が出ることもある。サービス導入後の利用者・家族の生活状況の変化等に留意しながら、生活リズムの中に必要なサービスが無理なく位置づけられたか確認する。
- ⑧利用者（家族）にとっても「無理のない」利用方法をともに考えることが大切であることから、利用者（家族）が十分に納得せず、居宅介護支援事業所の都合を優先し、偏ったサービスを導入していないか確認する。

## V 第3表 週間サービス計画表

第3表とは、第2表で計画した具体的な支援内容を週単位で示した帳票です。

利用者の本来の日常生活リズムを把握した上で、介護保険サービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活リズムがどのように変化しているかがわかる週間サービス表です。週単位で行われる支援内容を、曜日、時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活リズムの管理やケアチーム間での他サービスがどのように組み込まれているか把握することができ、それぞれの役割の認識、連携を図る上で役立ちます。また、週単位以外のサービスを記載することによって、サービスの全体像、中長期的なサービス計画を把握することもできます。

第3表		週間サービス計画表							作成日	年	月	日
利用者名		殿										
	4:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動			
深夜	6:00											
早朝	8:00											
午前	10:00											
	12:00											
	14:00											
午後	16:00											
	18:00											
	20:00											
夜間	22:00											
	24:00											
深夜	2:00											
	4:00											
週単位以外のサービス												

## 3 2 週間サービス計画

### 【点検項目 3 2】

○週単位の支援やサービスの時間帯を曜日と時間の表中に記載している。

#### 【評価基準】

- ④・・・介護保険サービス以外の医療サービスや、本人のセルフケア、介護者又はインフォーマルな関わりも週間サービス計画に位置づけられている。
- ③・・・介護保険サービス以外も記載しているが夜間や、土曜日・日曜日の支援内容の検討が充分とは言えない。
- ②・・・介護保険サービスのみを記載している。
- ①・・・曜日、時間ごとに記載していない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①第2表で示された週単位のサービスが、表中に位置づけられているか確認する。
- ②利用者の生活活動とサービス提供状況を把握しているか確認する。
- ③目標を達成するために取り組みが必要だと思われるサービスに偏りがいないか確認する。
- ④医療や保健福祉サービス又は本人のセルフケア、インフォーマルサポート、家族の支援などを記載しているか確認する。
- ⑤夜間や、休日のサービスや支援内容が適切かどうかを検討しているか確認する。
- ⑥夜間を含めた介護者の関わりの内容（整容・排泄・吸引・吸入・食事・移動・入浴・清拭・体位変換・移乗等）が具体的に記載されているか確認する。
- ⑦介護給付以外の取組についても記載ができており、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全般の流れが見える記載となっているか確認する。
- ⑧円滑なチームケアが実践できるようなわかりやすい記載がなされているか確認する。
- ⑨利用者に視力低下などがある場合は、サービスごとに色分けするなど工夫するなど配慮しているか確認する。

### 3 3 サービス内容

#### 【点検項目 3 3】

○週サービス内容も記載しており利用者の生活がわかりやすいものになっている。

#### 【評価基準】

- 4・・・週間サービス内容を通じて利用者の望む生活の実現がイメージできる記載となっている。
- 3・・・利用者の生活リズムを把握した上でサービスの提供時間及び内容を記載している。
- 2・・・サービス内容を全く記載しておらず、サービス種別のみになっている。
- 1・・・利用者の生活リズムと提供時間が合致していない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①専門的な用語を使用せず、サービス内容も利用者・家族にわかりやすい表現になっているか確認する。  
(サービス内容とは、通所介護：入浴介助・個別機能訓練計画、訪問介護：買い物、掃除等であり、身体介護1生活援助2などのサービスコードとは異なる)
- ②サービス提供時間帯や量が望む生活の実現につながっているか確認する。
- ③サービス提供の曜日や時間は、利用者の生活リズムを把握した上で設定するものであり、サービス事業所の都合により決定されていないか確認する。

### 3 4 主な日常生活上の活動

#### 【点検項目 3 4】

○平均的な1日の過ごし方について、起床・就寝・食事・排泄（夜間も）・入浴・昼寝や介護者の帰宅時間など記載している。

#### 【評価基準】

- ④・・・夜間・服薬の状況も含め1日の過ごし方が把握できる記載となっており、利用者が望む過ごし方の把握もできている。
- ③・・・現在の生活は夜間や服薬状況も含め把握し、1日の過ごし方は把握できている。
- ②・・・起床・昼寝・食事など最低限の記載しているが、1日の過ごし方は把握できていない。
- ①・・・全く記載していない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①1日の過ごし方について聞き取りは基本的に利用者から行う事が望ましいが、認知症などの利用者から情報収集できない場合は家族から行っているか確認する。
- ②1日の過ごし方が規則的か、不規則的かを把握しているか確認する。
- ③服薬の時間や毎日の日課として行われている活動を記載しているか確認する。
- ④日中だけでなく、夜間の排泄の状況等(介助)1日の過ごし方が把握できているか確認する。
- ⑤利用者から聴き取れることを基本とし、その際に、現在の過ごし方だけでなく、要介護となる前の過ごし方、利用者が今後望む過ごし方も含めて把握できているか確認する。
- ⑥その人らしい「一日の生活リズム」を基本においたサービス提供の曜日と時間の組み立て、家族を含めた関わるタイミング、配慮すべき留意点(例：夕方、不穏になる時間に訪問介護 や家族の支援を入れるなど)を踏まえた記載となっているか確認する。
- ⑦標準様式の右端にあることから、介護サービス中心に1週間が組み立てられ、利用者の「一日の過ごし方」を軽視していないか確認する。
- ⑧主たる介護者の「介護への関わり」や不在の時間帯等について記載されているか確認する。
- ⑨一日の生活をアセスメントすることで、課題の解決に向けた「きっかけづくり」につながる場合があることを理解しているか確認する。

### 35 週間単位以外のサービス

#### 【点検項目35】

○週間単位以外のサービスを漏れなく記載している。

#### 【評価基準】

- 4・・・介護保険サービス以外についても情報収集が充分に行われ頻度まで含め適切に記載されている。
- 3・・・介護保険サービスについては十分把握できているか、それ以外の把握が不十分である。
- 2・・・住宅改修や福祉用具販売など一時的な介護保険サービスについて把握できていない。
- 1・・・「週間単位以外のサービス」の記載方法がわからず。空欄になっている。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①居宅療養管理指導や短期入所、福祉用具、住宅改修、その他のサービスで隔週や月単位で提供されるものについて頻度を含め記載しているか確認する。
- ②介護保険サービス以外の医療・保健福祉サービス、利用者のセルフケアまたは近隣住民の訪問などインフォーマル支援も頻度も含め記載しているか確認する。

## VI 第4表 サービス担当者会議の要点

サービス担当者会議の要点とは、サービス担当者会議を開催した場合に会議の要点を記載する帳票です。

サービス担当者会議の目的は、

- 1) 利用者やその家族の生活全体およびその課題を共通理解
- 2) 地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどの情報共有をし、その役割を理解すること
- 3) 利用者の課題、その利用者の生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを協議すること
- 4) 介護予防ケアプランにおけるサービス事業者等の役割を相互に理解すること

であり、利用者・家族を主体として開催されるものであり、作成したケアプラン（原案）をもとに、利用者・家族・介護支援専門員・主治医・関係するサービス事業者が意見交換し、話し合場でチームケアを進めるうえで欠かせないものです。ケアマネジャーは関係者を招集したり、司会進行を行うなどの重要な役割を担います。

第4表		サービス担当者会議の要点				作成年月日 年 月 日	
利用者名 _____ 殿		居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 _____					
開催日 _____ 年 月 日		開催場所 _____		開催時間 _____		開催回数 _____	
会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	
検討した項目							
検討内容							
結論							
残された課題							
(次回の開催時期)							

### 3 6 担当者会議の開催時期の調整

#### 【点検項目 3 6】

○主治の医師等やサービス事業所との連絡調整やサービス担当者会議の開催時期が適切である。

#### 【評価基準】

- ④・・・下記の3項目がすべて満たされている。
- ③・・・下記項目の①②が満たされている。
- ②・・・下記項目の①のみ満たされている。
- ①・・・下記のうちいずれも満たされていない。

#### 《《《確認の視点》》》

①サービス担当者会議の開催が必要な時期に行われているか確認する。

- ・ケアプランを新規で作成した時
- ・ケアプランの内容を変更した時
- ・要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた時
- ・要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更を受けた時
- ・困難事例により問題解決のためのカンファレンスが必要となった時

②利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画原案に位置付けた事業者を招集されているか確認する。

\* 虐待などの家族参加が望ましくない場合を除く

③主治の医師や介護保険以外のインフォーマルな支援者（民生 委員、ボランティア、近隣住民等）にもサービス担当者会議の参加を呼び掛けているか確認する。

### 37 主治医や家族の参加

#### 【点検項目37】

○サービス担当者会議に利用者や家族、主治の医師等が出席している。

#### 【評価基準】

- ④・・・利用者・家族は必ず出席し、主治の医師等への参加も必ず呼びかけ出席できない場合は、医学的観点の留意事項を聴取し、サービス担当者会議で共有できている。
- ③・・・利用者・家族の出席を基本とし、主治の医師等には書面による照会を行い、医学的観点の留意事項を確認してサービス担当者会議で共有している。
- ②・・・利用者・家族は出席しているが、主治の医師等から意見聴取ができていない。
- ①・・・利用者や家族、主治の医師等に開催の通知をせず開催している。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①状態に大きな変化がみられないことから安易にプランを継続し、サービス事業所のみでサービス担当者会議を開催していないか確認する。
- ②医療系サービスをケアプランに位置づける場合に限らず、主治の医師等に開催の案内を行っているか確認する。
- ③利用者・家族に開催の目的や検討項目について事前に打ち合わせを行っているか確認する。
- ④サービス担当者会議で利用者の代弁者としての機能が発揮できるように意向を把握しているか確認する。
- ⑤何故サービス担当者会議を開催するのかを、わかりやすく利用者・家族に説明をし、調整をしているか確認する。
- ⑥可能な限りすべての関係者が出席できるよう日程を調整しているか確認する。
- ⑦参加が難しいサービス提供者からは、事前に情報を収集しているか確認する。

### 38 担当者会議の照会

#### 【点検項目38】

- 「検討した項目」に、開催の目的及び出席できないサービス担当者がある場合、照会内容を記載している。

#### 【評価基準】

- ④・・・下記6項目がすべて満たされている。
- ③・・・下記項目の①②は満たしているが③④に不備がある。
- ②・・・検討した項目に目的を記載しているが検討内容と連動した内容になっていない。
- ①・・・下記項目のいずれも満たしていない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①サービス担当者会議の開催目的が明確になっているか確認する。
- ②当該会議の開催目的を簡潔に記載し、わかりやすく番号をつけて検討内容と連動しているか確認する。
- ③当該会議に出席できないサービス担当者がある場合は、その者に照会（依頼）した年月日内容及び回答を記載しているか確認する。
- ④やむを得ずサービス担当者会議を開催しない場合は、その理由を記載し、サービス担当者の氏名、照会（依頼）した内容及び回答を記載しているか確認する。  
\*他の書類で確認できる場合は記載を省略しても差し支えない。
- ⑤本人、家族の意向、主治医意見書に留意点がある場合の伝達、緊急時の対処方法や連絡先の周知の検討は必ず行われ、その記載があるか確認する。

### 39 検討内容と項目の一致

#### 【点検項目39】

- 「検討内容」が「検討した項目」と連動し検討した内容を詳細に記載している。

#### 【評価基準】

- ④・・・下記4項目がすべて満たされている。
- ③・・・下記項目のうち3項目が満たしている。
- ②・・・下記項目のうち2項目が満たしている。
- ①・・・下記項目のいずれも満たしていない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①「検討した項目」と連動した記載内容となっており、検討した項目に番号を付けるなど分かりやすい記載を心がけているか、「検討した項目」に対応する形で記載しているかを確認する。
- ②それぞれの機関や事業者が実施するサービス内容だけでなく、サービス提供方法・留意点・頻度・時間数・担当者についてサービス担当者会議で検討した具体的に記載しているか確認する。
- ③サービス開始時のサービス担当者会議では予めサービス提供可能な曜日・時間の確認とサービス内容を位置付けた意図を説明する準備が出来ているか確認する。
- ④要介護認定更新の際のサービス担当者会議では、これまでのサービス提供状況の確認や評価表の内容を参加者に提供し、時間効率をよくするためにも担当者会議の前に配布し、予め確認したうえで参加してもらう等工夫を行っているか確認する。
- ⑤医師から得た医学的所見がある場合は、疾病その他の原因や起因する状態像を具体的に記載されているか確認する。

## 40 福祉用具及び特定福祉用具販売の理由の検討

### 【点検項目40】

○福祉用具貸与及び特定福祉用具販売をケアプランに位置付ける場合、サービス担当者会議を開催し必要な理由又は継続利用が必要な理由を検討し記載している。

#### 【評価基準】

- ④・・・下記2項目がすべて満たしている。(当該項目が該当しない場合を含む)
- ③・・・下記項目の②を満たしているが、①が十分とは言えない。
- ②・・・下記項目のうち①と②とも不十分である。
- ①・・・下記項目のいずれも満たしていない。(全く記載がない)

#### 《《《確認の視点》》》

- ①福祉用具貸与及び特定福祉用具販売については、その特性と利用者の心身の状況等をふまえて、その必要性を十分に検討し、選定している過程を確認する。
- ②サービス担当者会議を開催し、福祉用具貸与（継続）の必要性について専門的意見を聴取するとともに検証し、その理由をケアプラン及びサービス担当者会議の要点の「検討内容」に記載しているか確認する。

## 4 1 医療系サービス導入時の主治医等の意見の確認

### 【点検項目 4 1】

○医療系サービスの利用の場合、主治の医師等の意見を確認している。

#### 【評価基準】

- ④・・・下記4項目がすべて満たしている。
- ③・・・下記項目の①②を満たしているが、③④が不十分なところがある。
- ②・・・下記項目のうち①以外は不十分である。
- ①・・・下記項目のいずれも満たしていない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①ケアプラン原案を作成する前に医療系サービスを計画的に位置づける場合は、主治の医師等の意見を求めているか確認する。また主治の医師等に対してケアプランの交付を行っているかも合わせて確認する。
- ②主治の医師等が会議を欠席する場合、事前に確認した内容を正確に伝えているか確認する。
- ③一律に「居宅介護支援計画連絡票（FAX照会）」等の書面での意見聴取をおこなっていないか確認する。
- ④日頃から主治の医師等との連絡の取りやすい方法や時間帯を把握して、連携に努めているか確認する。

## 4 2 会議内容の記録

### 【点検項目 4 2】

○検討した結果を「結論」に明確に記載している。

#### 【評価基準】

- ④・・・「検討した項目」「検討内容」欄に連動した内容で結論がまとめられており、「どの担当者が、いつまでに、何をやる」といった方法や援助の方針等を具体的に記載している。
- ③・・・「検討した項目」「検討内容」欄に連動した内容で結論がまとめられているが、担当者の役割分担が不明確な部分がある。
- ②・・・「検討した項目」「検討内容」と連動した内容で結論が整理できていない。
- ①・・・結論を記載していない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①「検討した項目」「検討内容」欄に連動した内容で結論を記載できているか確認する。
- ②できる限り利用者・家族にも理解しやすい結論を見出し、確定した方法や方針が具体的に記載できているか確認する。
- ③「××までに〇〇が△△する」といったような具体的な記載がされ、それぞれの役割分担に漏れがないか、計画が滞りなく進行するかなど話し合った要点が記載されているか確認する。
- ④決定事項は、内容を文書化し、利用者や参加者、参加できなかった事業所と共有理解する。相互の役割分担を確認できる記載となっているか確認する。
- ⑤結論に至らなかった場合はその旨の記載を行い、残された課題に反映しているか確認する。

### 4 3 残された課題の記載

#### 【点検項目 4 3】

○「残された課題（次回の開催時期等）を明確に記載している。

#### 【評価基準】

- ④・・・下記4項目がすべて満たしている。
- ③・・・下記項目の①③を満たしているが、②または④が不足している。
- ②・・・下記項目のうち①または③のいずれかしか記載していない。
- ①・・・全く記載していない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①会議では結論がまとまらなかった項目（いつまでに、誰が、何をするか）について記載しているか確認する（特にない場合は「特になし」と記載する）。
- ②社会資源（サービス）等が不足しているためにサービス利用に結びつかなかった場合や、必要と考えられるが、利用者の希望等により利用しなかったサービスがある旨を記載しているか確認する（該当する内容がなければ「特になし」と記載する）。
- ③次回の開催目的や開催日（目安の時期）等を明確にしているか確認する。
- ④想定される予後予測を参加者間で共有し記載している事を確認する（状態の急変時のサービス担当者会議の開催の必要性について認識できる）。

## 4 4 情報や課題の共有

### 【点検項目 4 4】

○サービス担当者間で必要な情報を共有する内容になっている。

#### 【評価基準】

- ④・・・下記3項目がすべて満たされ、情報共有体制が構築されている。
- ③・・・下記項目の①③を満たし、②は欠席者のみ交付している。
- ②・・・下記項目①を満たしているが、実際は連絡体制に課題が残っている。
- ①・・・下記のいずれの項目も満たしていない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①必要時にサービス事業所間で情報共有が出来る連絡方法を検討しているか確認する。  
その際に介護支援専門員に情報が伝わるような取り組みや連絡方法が明示されているか確認する。
- ②介護終了後、速やかに要点をまとめ出席者並びに欠席者に交付する等、情報共有を図る工夫をしているか確認する。
- ③用紙に書ききれない場合やサービス担当者会議で用いた添付書類なども欠席者と共有する配慮が行われているか確認する。



## 4 5 記録記載の方法

### 【点検項目 4 5】

○ケアマネジメントプロセスを項目ごとに整理し5W1Hがわかるように記載している。

#### 【評価基準】

- ④・・・5W1Hで、記録ごとに見出しをつけその内容を分かりやすく整理している。
- ③・・・5W1Hを意識して整理しているが、記録の一部にわかりにくいところがある。
- ②・・・いつも定型文を使用している又は5W1Hの意識が無く記録がわかりにくい。
- ①・・・メモ程度の端的な記載になっている。

#### 《《《確認の視点》》》

①以下の項目について記載があるか確認する。

- ・いつ (when)・・・ (例)平成30年7月1日(金)13:00
- ・どこで (where)・・・ (例)利用者自宅の居間で
- ・だれが (who)・・・ (例)〇〇ケアマネジャーと本人、家族、事業者〇〇
- ・何を (what)・・・ (例)ケアプランを
- ・なぜ (why)・・・ (例)ケアプランの内容を変更したため
- ・どのように (how)・・・ (例)変更したケアプランを利用者及び長男の妻に説明し、同意・署名・捺印を得たうえで利用者に交付。

## 4 6 事実の記録、専門職の判断、評価の記録

### 【点検項目 4 6】

○居宅介護支援経過には、事実、介護支援専門員の判断、ケアプラン変更の必要性の有無を記録している。その際に居宅介護支援経過に専門職として判断や根拠を明確にし、客観的事実を記録に残している。

### 【評価基準】

- ④・・・下記項目適切に記載しておりケアプランの変更と連動して行われている。  
専門職として判断や根拠を明確にし、多職種の評価等客観的事実を記録に残されている。
- ③・・・下記項目の①を適切に記載しているがケアプランの変更が行われていない。  
専門職として判断や根拠を明確しているが、主観的表現となっている部分がある
- ②・・・いつも定型文を使用している又は5W1Hの意識が無く記録がわかりにくい。
- ①・・・メモ程度の端的な記載になっている。

### 《《《確認の視点》》》

- ①客観的事実を記載し、介護支援専門員がどのように判断したか、その結果をどうしたのか、どうする予定なのか、が明示されており、ケアプランの変更が必要なのかを検討し、今後の方針が記載されているか確認する。
  - i 介護支援専門員個人のメモではなく、公的な記録であることを理解しているかを確認する。
  - ii 介護支援専門員として実践した実施記録と短期目標の評価記録としてケアマネジメントの全般的な経過の記録となっているか確認する。
  - iii サービス提供によって利用者がどう変わったかの経過と成果がわかる記録になっているか確認する。
  - iv 利用者・家族、各種サービス担当者、関係機関との専門的な関わりや活動を通じて把握したことや判断したこと、調整が難航し持ち越した課題などを記録の日付や情報収集の手段（訪問、電話、ファックス等）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しているか確認する。
  - v 「〇〇月〇〇日 計画変更なし」などの一行だけの記載ではなく、訪問した時に状況の変化を把握して、例えば「転倒しやすくなった」など具体的な状況を書かれているか確認する。
  - vi 事実・判断・方針変更の有無の視点から事実を書くことにより、結果として介護支援専門員がどう判断したか、また、どうしたのか、どうする予定なのか、今後の方針が記載されているか確認する。

## 4 7 面接中の事実確認と認識の確認

### 【点検項目 4 7】

○モニタリング（面接）時の利用者や家族の言葉等、必要に応じてあるがままに記載している。

#### 【評価基準】

- 4・・・利用者・家族が発した言葉と非言語的コミュニケーションを観察した内容を記載している。
- 3・・・必要に応じて・利用者及び家族が発した言葉を忠実に記載している。
- 2・・・モニタリング時の利用者・家族との会話の内容を要約して記載している。
- 1・・・利用者・家族の面接時に発した言葉や面接時の様子を全く記載していない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①言葉として発せられた客観的情報を忠実に記載し、その内容が一読明快な内容となっているか確認する。
- ②第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向」や第2表の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」において、サービス事業所に知られたくないことや、利用者・家族の隠された真実・認識のズレがある場合、計画作成やサービス提供に必要なことを記載しているか確認する。
- ③解決必要があるにも関わらず、利用者の理解が得られなかった場合、居宅支援経過にその理由も含め記録しているか確認する。
- ④重要な言葉に合わせて、非言語的コミュニケーションについて観察し、その場面をあるがままに表現しているか確認する。
  - ・ 時間的行動（時間にルーズ・話の総量・会話の独占量・問いかけへの反応速度）
  - ・ 空間的行動（会話時の距離感・座る位置・カバン等物を置く位置）
  - ・ 身体的行動（視線、皮膚の状態、発汗、姿勢、表情、身振り、接触）
  - ・ 外観（体型、衣服、髪型、化粧、履物、携行品）
  - ・ 音声（語調、音調、話し方の速さ、声の大きさ、言葉づかい）
- ⑤困ったことが解決しているか、苦情や不満などないか、新たな課題がないか、ケアプラン通りにサービスが行われているかなど、利用者と事業者に状況と実績の聞き取りた情報が記載されているか確認する。

## 48 事業所との調整内容の記録

### 【点検項目48】

○事業者との調整内容を記載している。

#### 【評価基準】

- ④・・・事業者との調整内容を詳細に記載し後日その記録をみて調整内容の説明できる。
- ③・・・事業者との調整の方法、目的とその結果を記載している。
- ②・・・事業者と調整したその概要を記載している。
- ①・・・事業者との調整内容を記載していない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①単にやりとりを記載したメモではなく、公的な記録であることを意識し、記載内容に責任を持っているか確認する。また目的や結果を分かりやすく記載しているかも確認する。
- ②サービス担当者、サービス事業所との連携内容についてわかりやすく記載しているか確認する。
- ③サービス事業者からの利用者に関する情報を記載しているか確認する。
- ④実施状況の把握（モニタリング）情報は、チームケアの関係機関ごとに区切って項目ごとに整理して記載できているか確認する。

## 49 月1回の計画的なモニタリング（1）

### 【点検項目49】

○少なくとも1か月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接をしている。

#### 【評価基準】

- ④・・・下記4項目すべてを満たし利用者の居宅で面接した時の様子がわかる記載になっている。
- ③・・・下記の①②④を満たしているが、③の記載が少なく十分とは言えない。
- ②・・・下記の項目③が不十分の上②も意識的に訪問しておらず、定期的な把握ができていない。
- ①・・・下記の項目すべてが満たされていない。

#### 《《《確認の視点》》》

- ①少なくとも1ヶ月に1回は利用者の居宅を訪問して利用者と面接を行っていることを記録で確認する。
- ②「少なくとも1月に1回」は、暦月でとらえるが、極端に間隔があいてしまうことがないように、毎月問日の30日前後を目安に計画的に利用者の居宅にて面接を行っているか確認する。
- ③利用者の面接時の様子、利用者及び家族のサービスに対する満足度、効果、サービス利用時の状況等を利用者及び家族より把握し記載しているか確認する。
- ④特段の事情がある場合はその事情を居宅介護支援事業所経過記録等に記載しているか確認する。（該当がなければ対象外とする）  
（例）利用者の事情による緊急入院・入所、自然災害、感染対策等

## 50 月1回の計画的なモニタリング（2）

### 【点検項目50】

○モニタリングを適切な方法で実施し、少なくとも1か月に1回モニタリング結果を記載している。

#### 【評価基準】

- ④・・・下記7項目全てを満たしている。
- ③・・・概ねできているが下記項目②③⑥の一部が充分に行われていない。
- ②・・・最低限の項目の確認ができておらず、下記項目①も項目ごとに整理された記載になっていない。または、該当する番号の選択方式となっており、やや内容も不十分である。
- ①・・・1か月に1回のモニタリング記録の結果がない。（運営基準減算）

#### 《《《確認の視点》》》

①モニタリングを通じて把握した「利用者その家族の意向・満足度」「目標の達成度」「事業者との調整内容」「居宅サービス変更の必要性」について項目ごとに整理して記載しているか確認する。（居宅介護支援経過以外にモニタリング表などの別の様式等を使用しても良い。）

注1.

点検項目④の居宅における面接と一体的に行うものと認識されることも多いが必ずしもそうでない。例えば、5月中旬から新たにサービスが開始された場合、次の居宅訪問のタイミングに関係なく、5月のモニタリング結果の記録（前述の項目）が必要となる。

注2.

第1表に「状態にかわりが無く、サービスに変更がない場合は目標の期間を認定有効期間までに延長します」と記載しているケアプランは、目標の達成度を適切に評価しているとは言えない為不適切である。

②モニタリングの方法として利用者・家族の面接のほか、サービス事業所からの情報（サービス担当者会議や個別援助計画、評価表、記録の閲覧等）を適宜活用しているか確認する。

③健康状態に関しては、必要時主治の医師等に対してモニタリングしていることを確認する。

④実施状況の把握（モニタリング）情報は、利用者や家族、サービス担当者など、誰からの情報や判断であるかを整理して記載しているか確認する。

⑤ケアプランにかかれていること以外に、新たなニーズ発生の有無について記載しているか確認する。

⑥モニタリングの結果ケアプランの変更が必要な場合には、適切に変更を行っているか確認する。

⑦ケアプランの変更が「軽微な変更」であるため、一連のケアマネジメントが不要と判断した場合は、その根拠を記載しているか確認する。一律にサービス担当者会議を省略する事は望ましくない。(該当しなければ評価の対象外とする)

- ・サービス提供日の変更
- ・サービス提供時間の変更
- ・利用者の住所変更
- ・事業所の名称変更
- ・目標期間の延長
- ・福祉用具で同等の用具に変更するに際して、単位数のみが異なる場合
- ・目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合
- ・担当介護支援専門員の変更