

ケアプラン点検・評価マニュアル

VOL. 2

平成30年3月

広島県健康福祉局医療介護保険課

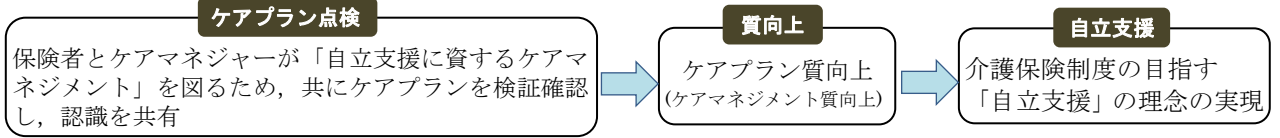
目 次

1 ケアプラン点検・評価の実施について	1
2 広島県ケアプラン点検・評価の手引き	5
・参考様式 1, 2	8
・別紙様式 1, 2	13
・課題分析標準項目	16
・チェック表①	18
・チェック表②	24
・チェック表③	48
・チェック表④	52
・チェック表⑤	62
3 資料	
居宅サービス計画書 (1), (2), (3)	67

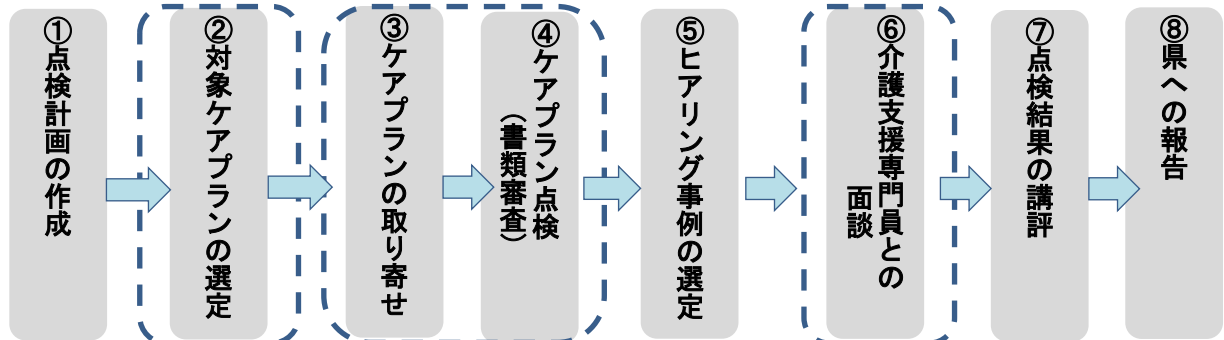
ケアプラン点検・評価の実施について

1 目的

保険者において、利用者の自立支援に資する適切なケアプランであるか介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」とする。）とともに検証確認しながら、ケアマネジャーの気づきを促すことにより、ケアプランの質の向上、利用者の状態の維持改善を図るとともに、ケアマネジャーの資質向上、介護保険制度の信頼性を高め、持続可能な介護保険制度の構築を図る。



2 ケアプラン点検の手順



・ケアプラン分析システムの活用等により選定する。

・提出書類の準備段階から「気づき」を促す準備が必要。

・介護支援専門員とともに検証確認しながら、「気づき」を促す。

◇広島県のケアプラン点検の特徴：専門職でなくてもケアプラン点検を円滑かつ適切に実施できる。

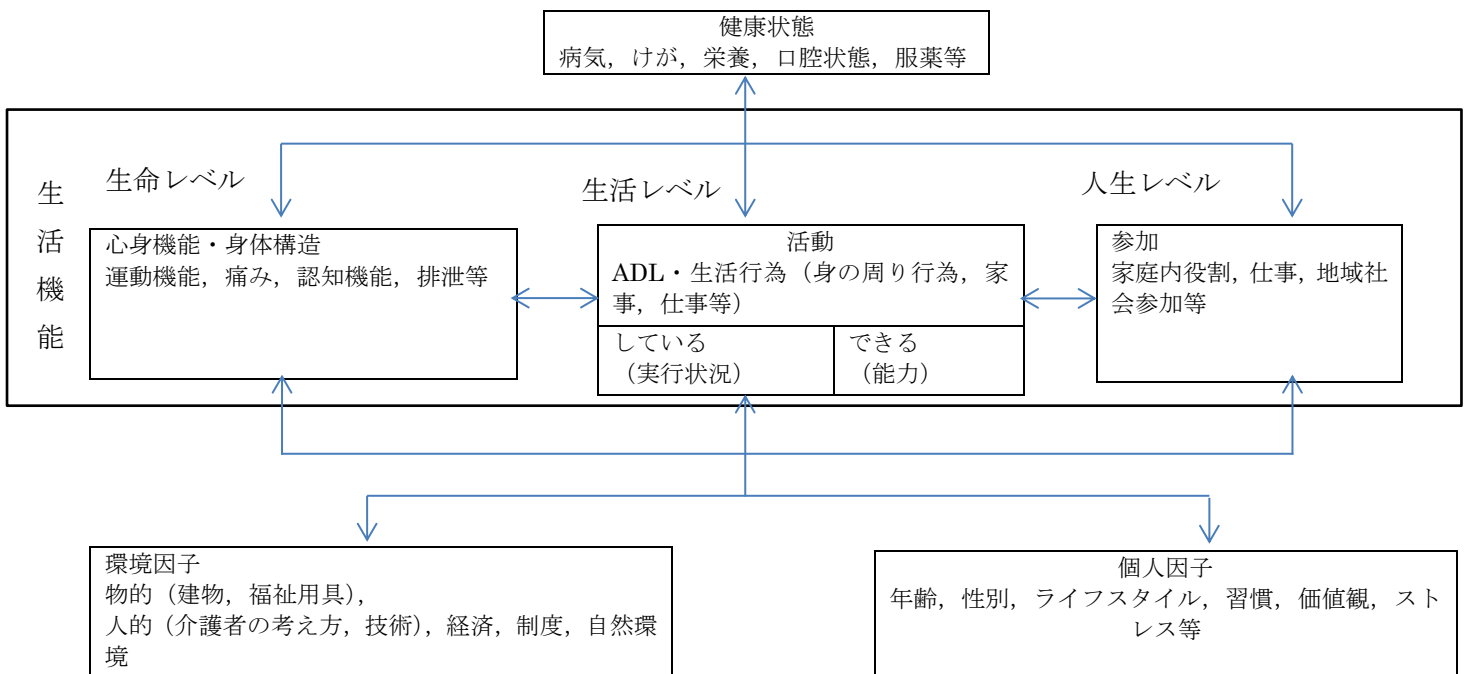
3 ICFの視点に基づくケアプランについて

1 ICFの視点

ケアプラン作成にあたっては、出来なくて困っていること（マイナス面）に注意が向けられやすいが、出来ないことを取り上げるのではなく、本人も気付いていない自身の強味（ストレングス）を引き出すアセスメントに心掛けることが重要である。

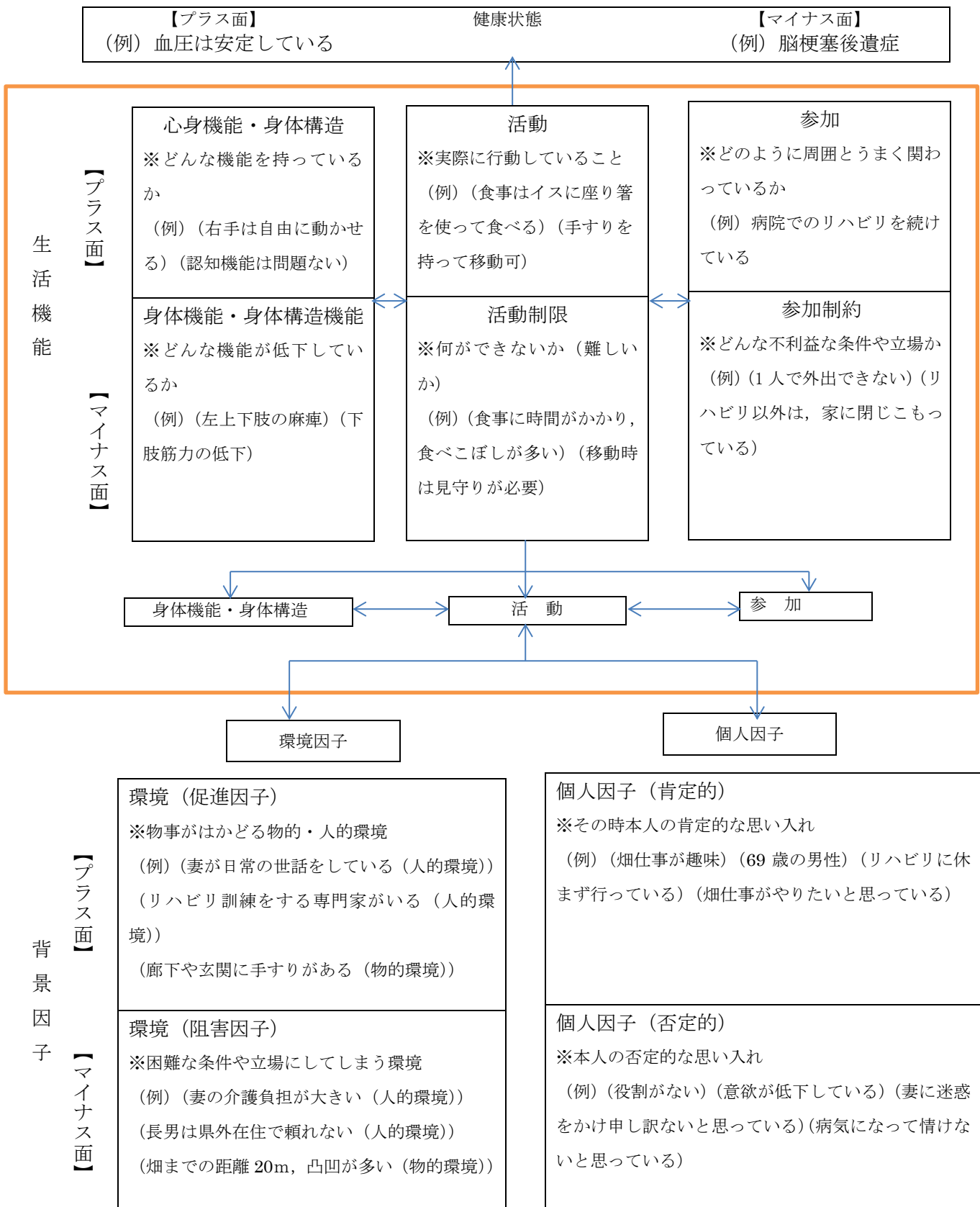
- (1) 利用者の悩み・要望を確認し、利用者の置かれている問題状況を把握すること。
- (2) 利用者が望む暮らしと、その現実を妨げている事柄（生活上の困りごとである生活課題）を把握すること。
- (3) 生活上の困りごと（生活課題）から、利用者の力を引き出し意欲に転換した生活ニーズを引き出す。

2 国際生活機能分類（ICF）について ～生活機能のモデル～



4 ICF を活用して、「生活機能」とその背景を把握しましょう

利用者の現在の生活状況を把握し、「望む暮らし」に近づけていくためには、利用者の生活のどの部分を支えれば良いか明らかにしておく必要があります。



5 点検の実施

項目	内容	
書類審査	①点検計画の作成	・ケアプラン点検計画作成(対象ケアプランの選定方針等作成)
	②点検対象ケアプランの選定	<p>・原則として毎年度、居宅介護支援事業所のケアマネジャー全員から、以下の選択要件を基本に①⑩により点検対象とするケアプランを1例選択する。</p> <p>①選択要件を基本に保険者がケアプランを選定 ⑩保険者が選択要件を具体的に事前指示し、ケアマネジャーが選定</p> <p><選択要件></p> <p>・独居の事例、子どもと同居の事例、訪問介護の回数が最も多い事例、1回に長時間の訪問介護を使っている事例、通所サービスを週5日以上使っている事例、区分支給限度基準額の80%以上使用している事例、同一・系列法人のサービスのみ使用している事例、新規開始6か月以内の事例</p>
	③ケアプランの取り寄せ	<p>・②で選択したケアプランについて、原則として以下のシートを取り寄せる。</p> <p><提出シート></p> <p><u>(ア) アセスメント表：課題分析標準項目23項目(㊦～㊴)の番号を付していただく。</u></p> <p><u>(イ) 第1表：(ケアプランの顔、利用者及び家族の意向が示される一番重要な帳票)</u></p> <p><u>(ウ) 第2表：短期目標に記号(<u>A</u> <u>B</u> 等)を振り、アセスメント表のどの部分と連動するのか(<u>A</u> <u>B</u> 等)がわかるようにしていただく。</u></p> <p>(エ) 週間サービス計画表</p> <p>(オ) ケアプラン事前自己チェックシート(任意)</p>
	④ケアプラン点検	・取り寄せたケアプランを、別紙 <u>チェック表①</u> により全て点検する。
	⑤ヒアリング事例の選定	<p>・ヒアリングするケアプランを選定する。</p> <p>(チェック表①のチェック数が少なかったケアプラン等を選定)</p>
ヒアリング	⑥介護支援専門員との面談	・⑤で選定したケアプランを作成したケアマネジャーに対して、所属する居宅介護支援事業所を訪問し、 <u>チェック表②, ③, ④, ⑤</u> により面談を行う。
	⑦点検結果の講評	・書類審査や面談を実施したケアマネジャー及び当該ケアマネジャーが所属する居宅介護支援事業所に対し書類審査や面談についての結果を講評する。
	⑧県への報告	・年度ごとに実施状況を報告する。保険者ごとの点検結果(事業所名を除く。)について、県全体でとりまとめの上、原則として、毎年度公表する。

ケアプラン点検に当たっての基本姿勢 10か条

保険者は、ケアプラン点検を行うに当たって、以下の点を踏まえて行う必要があります。

- ① 点検に際して事業所側の事務の負担を考慮し、**資料などは必要最小限なものとする**ことが大切です。
- ② ケアプランを**形式的に点検するのが目的ではない**ので、空欄があったからといって直ちにそれが問題となるわけではありません。
- ③ **点検作業は一方向ではなく双方向で行い**、保険者と介護支援専門員がともに確認しあう姿勢で臨みます。
- ④ 介護支援専門員がどこに悩み、つまづいているかを把握し点検を通して「**気づき**」を促すことが大切です。
- ⑤ 介護支援専門員を批判するのではなく、**一緒にレベルアップを図る方法**であることを認識します。
- ⑥ 介護支援専門員が、再度点検を受けてみたいと感じることができるよう、**保険者として継続的に支援していく姿勢**が大切です。
- ⑦ **地域特性を意識しながら、保険者として地域で何が課題になっているのかを考察しながら**進めていくことも大切です。
- ⑧ 不適切なプランと思われるものがあつた場合、プランの根拠について確認を一緒に行う「**振り返りの作業**」を実施し、**次回からの計画作成に役立つように適切なプラン作成の視点・気づきを促すことが重要**です。
- ⑨ このマニュアルは、1表、2表、3表、分析表、全部で42問の質問項目があります。これらを全て行うのではなく、**必要な項目だけを適宜活用し効率的に行う**ことが大切です。
- ⑩ 点検を効率的に実施する為に必ずしも全てのケアプランに関して点検する必要はなく、**目的をはっきりさせて行う**ことが必要です。

自立支援に向けたケアプランの作成に向けて大切なことは、介護支援専門員がケアマネジメントの視点を正しく踏まえ、専門家として判断の根拠を示した上でケアプラン作成ができているかどうかです。

(H20.7 厚生労働省老健局振興課「ケアプラン点検支援マニュアル」より抜粋)

広島県ケアプラン点検・評価の手引き

平成 30 年 3 月
広島県健康福祉局医療介護保険課

1 点検の目的

各保険者において、利用者が真に必要とするサービスを提供する自立支援に資する適切なケアプランであるか、介護支援専門員（以下、「ケアマネジャー」とする。）とともに検証確認しながら、ケアマネジャーの気づきを促すことにより、ケアプランの質向上、利用者の状態の維持改善を図るとともに、ケアマネジャーの資質向上と介護保険制度の信頼性を高め、持続可能な介護保険制度の構築を図ることを目的とする。

2 点検等の根拠

- 介護保険法 第 23 条（文書の提出等）
- 平成 29 年 7 月 7 日付け老介発 0707 第 1 号厚生労働省老健局介護保険計画課長通知「第 4 期介護給付適正化計画」に関する指針について

3 点検の実施

（1）点検計画の作成

書類審査は、原則として毎年度実施することとし、また実地指導は第 4 期広島県介護給付適正化計画（以下「計画」という。）期間（平成 30 年度から 32 年度）における、点検実施計画、点検対象ケアプランの選定方針等を立案する。

（2）書類審査

次の手順により毎年度実施することとする。

ア 点検対象とするケアプランの選定

原則として、各保険者の管内にある事業所のケアマネジャー全員から、以下の選択要件を基本に①、②により、点検対象とするケアプランを 1 例選択する。ただし、保険者の実情に応じて、事業所の範囲及び選択要件は保険者の判断により決定できる。

- ① 選択要件を基本に保険者がケアプランを選定
- ② 保険者が選択要件を具体的に事前指示し、ケアマネジャーが選定

<選択要件>

- (ア) 独居の事例
- (イ) 子どもと同居している事例
- (ウ) 訪問介護の回数が最も多い事例
- (エ) 1 回に長時間の訪問介護を使っている事例
- (オ) 通所サービスを週 5 日以上使っている事例
- (カ) 区分支給限度基準額の 80%以上を使用している事例
- (キ) 同一・系列法人のサービスだけを使用している事例
- (ク) 新規開始 6 か月以内の事例

イ 事業所への提出依頼

アで選択したケアプランについて、原則として、事業所に (ア), (イ), (ウ), (エ) の提出を依頼する。(参考様式参照)

但し、(オ), 第4表及び第5表の提出については、保険者の実情に応じて提出の有無を判断する。

(ア) 「アセスメント表」

※) 提出時に、課題分析標準項目 23 項目 (㊦～㊮) の番号をふっていただく。

(イ) 「第1表 居宅サービス計画書 (1)」

(ウ) 「第2表 居宅サービス計画書 (2)」

※) 短期目標に㊦㊮等の記号を振り、アセスメント表のどの部分と連動するのかわかるように (㊦㊮等の記号を付す。) して提出していただく。

(エ) 「第3表 週間サービス計画表」

※) アセスメントと短期目標との連動がわかるように記号を付す理由

(四訂 介護支援専門員のためのケアプラン作成事例集・中央法規・2015. 10. 20 発行・NPO 法人千葉県介護支援専門員監修・後藤佳苗編著から抜粋)

a ケアプランの見直し (アセスメントとの連動)

ケアプラン原案の根拠は、アセスメントです。アセスメントから導き出されたニーズを達成するための目標が、どのような根拠から作成されたのかの確認は、つくりっぱなしのケアプランやケアプラン記載の際のうっかりミスを防ぐためにも必要です。また、この確認作業は、自身の技量を上げること (能力の開発) に直結します。

b モニタリング視点の強化

介護支援専門員は、短期目標を活動の目標として記載しています。本人の状態などに変化が生じた場合は、目標の変更・修正などが求められます。また、本人の状態に変化が生じなかった場合は、目標設定 (期間設定も含む) が不適切ではなかったかの確認と、必要時には修正作業が求められます。

関連する短期目標の番号をアセスメント項目に振ることは、ケアマネジメントで最も重要といわれる、モニタリングの機能を高めることにもつながると考えます。

(オ) 「ケアプラン振り返り自己チェックシート」 (任意)

※) 当該シートは保険者と介護支援専門員のお互いの意思疎通等を図り、点検を円滑にするため、提出していただくものである。(シート全体を作成することが難しい場合でも「ケアマネジャーの思い」は記載を求めることが望ましい。)

ウ ケアプラン点検

提出されたケアプランについて、別紙チェック表①により、以下の箇所を点検する。

(ア) 「アセスメントシート」・・・全体

(イ) 「第1表」・・・「利用者及び家族の生活に対する意向欄」
「総合的な援助の方針欄」

(ウ) 「第2表」・・・「生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 欄」
「課題に対応した長期目標, 短期目標欄」

(エ) 「第3表」・・・「週間サービス計画表スケジュール欄」

「主な日常生活上の活動欄」

「週単位以外のサービス欄」

エ 面談（ヒアリング）事例の選定

原則として、（２）ウの点検結果により、チェック表①のチェック数が少なかったケアプランを選定する。

（３）面談（ヒアリング）

原則として、（２）エで選定したケアプランを作成したケアマネジャーに対し、所属する事業所を訪問し、チェック表②，③，④，⑤を活用して実施する。

4 点検結果の講評

書類審査や面談を実施したケアマネジャー及び当該ケアマネジャーが所属する事業所に対しては、書類審査（チェック表①の結果）や面談についての結果を講評する。（市町は書類審査，面談及び講評まで概ねの期間を設定する。）

5 県への報告

県が別途指定する期日までに、事業所ごとにとりまとめの上、以下を提出して報告する。

また、保険者ごとの点検結果（事業所名は除く。）について、県全体でとりまとめの上、原則として、毎年度公表する。

（１） ケアプラン点検報告①（書類審査結果）（別紙様式１）

（２） ケアプラン点検報告②（ヒアリング結果）（別紙様式２）

6 ケアプランの改善状況の確認

ケアプラン点検実施後の同一プラン等を取り寄せることにより、改善状況を確認する。

ケアプラン振り返り自己チェックシート

事業所名		介護支援専門員名		利用者名	
ケアマネジャーの思い（ケアプラン作成にあたり心掛けた点等）					
ケアマネジャー自身がケアプランの自己点検を実施して、自身の課題として気づいたこと。					
課題① 多方面からのアセスメントの視点について					
関係する医療機関の医師他専門職と普段から情報交換ができていますか。					
○多方面からアセスメントができていますか確認する項目〈情報収集〉					
	質問	☑	確認事項		
1	アセスメントに必要な情報をどのような関係者・関係機関から得ながら、アセスメントに活かすことができたかを確認します。	<input type="checkbox"/>	利用者		
		<input type="checkbox"/>	同居家族		
		<input type="checkbox"/>	それ以外の家族		
		<input type="checkbox"/>	主治医		
		<input type="checkbox"/>	医療機関のスタッフ（入・退院時）		
		<input type="checkbox"/>	サービス提供事業所・者長・ボランティア等		
		<input type="checkbox"/>	行政（主治医意見書・認定調査票）		
		<input type="checkbox"/>	地域包括支援センター等		
		<input type="checkbox"/>	民生委員		
		<input type="checkbox"/>	インフォーマル（近隣・自治会長・老人クラブ会長・ボランティア等）		
<input type="checkbox"/>	その他（ ）				
○医療と健康状態に関するアセスメント時の自己点検項目					
	質問	☑	確認ポイント		
1	認定者には主治医意見書・認定調査票を活用し、プランに反映させていますか？	<input type="checkbox"/>	主治医意見書や認定調査票を活用し、プラン作成に生かしている。		
		<input type="checkbox"/>	主治医は意見書の主治医だけとは限らないため、必要に応じて医師と連絡し、情報収集に努めている。		
		備考			
2	サービス利用時に必要だとしている医療の最新の情報を入手し、プラン作成に反映させていますか？	<input type="checkbox"/>	利用者に主治医の意見が必要な理由を説明し、同意を得た上で主治医と連携して医療情報を入手し、プラン作成時に生かしている。		
		<input type="checkbox"/>	主治医の指示に基づく内容については、ケアプランにも盛り込み、サービス選定だけでなく日常生活の上でも、可動域制限や運動時の上限血圧や心拍数など指示が守れるように留意している。		
		<input type="checkbox"/>	主治医が複数名いる場合には、疾患によっては複数名の主治医と連携を取り、医療的な指示を欠かさず反映できるように工夫している。		
備考					
3	健康状態を把握するときに留意する視点として、どの	<input type="checkbox"/>	現病、既往歴について、その発症時期や入退院等の時期についても把握・記入し「主訴」の生活機能低下の時期に関連がないか丁寧に聞き取りを行い、		

ようなことを確認していますか？			改善の可能性とかかる期間について考察している。
	<input type="checkbox"/>		服薬については、お薬手帳の確認や残薬などの確認も行い、適正な服薬ができていないか確認している。
	<input type="checkbox"/>		痛みやしびれがある場合は、現病歴・既往歴との関連を持ちながら、出現の時期について聞き取り、アセスメントに活かしている。
	<input type="checkbox"/>		痛みやしびれがある場合は、部位や程度、場面や対処、困っていることなどを丁寧に聞き取りアセスメントに活かしている。
	<input type="checkbox"/>		日中・夜間の排尿状況や利尿剤の内服等について把握し、アセスメントに活かしている。
	<input type="checkbox"/>		睡眠薬の服用の有無について確認し、「有」の場合については、頻度と薬の種類と効果についても把握している。
	<input type="checkbox"/>		歯磨きや義歯の掃除を行っているか、歯科受診の状況を確認し、アセスメントに活かしている。
	<input type="checkbox"/>		1日分の水分摂取量と食事内容、排便や緩下剤等の関係について把握し、アセスメントに活かしている。
		備考	
課題② 生活歴・その人らしさ・ストレングスの視点について			
今現在のその人を形作った環境や生活、本人の強みを知って、支援のきっかけをつかんでいますか。			
○生活歴・その人らしさを確認する自己点検項目			
	質問	<input checked="" type="checkbox"/>	確認ポイント
1	利用者の生活歴や生活状況をどのようにして聴き取られましたか。	<input type="checkbox"/>	利用者本人からの聴き取りができています。
		<input type="checkbox"/>	利用者以外の家族などからの聴き取りができています。
		<input type="checkbox"/>	利用者が生活してきた中で大切にしてきたものやエピソード、価値観、趣味、得意（苦手）なことなど、その人らしさを象徴する情報が簡潔に記載されている。
		<input type="checkbox"/>	ケアマネに、利用者の「その人らしさ」を大切にするといった意識がある。
○ストレングス（強み）の視点を確認する自己点検項目			
	質問	<input checked="" type="checkbox"/>	確認ポイント
1	第1表の総合的な援助の方針の記載にあたり、課題が共通するものは統合し、優先して解決すべき課題を先にあげるなど、工夫していますか？	<input type="checkbox"/>	今、何に優先的に取り組むことが大切かわかるように複数の共通する課題をまとめて記載している。
		<input type="checkbox"/>	予後予測の視点も含めた先の見通しや可能性も視野に入れた表現を意識した記載をしている。
		備考	
2	生活全般の改善すべき課題を引き出す過程で背景・要因になるものを整理できていますか？	<input type="checkbox"/>	要介護状態となっている状況を捉え、いつからなぜそのような状態になっているかを整理し、課題整理を行っている。
		<input type="checkbox"/>	課題もあげるが同時に強み（ストレングス）の部分にも着目しながら整理するよう心がけている。
		備考	

3	長期・短期目標の設定においては、専門家として、定める期間内に達成できそうな具体的な目標を提案できますか？	<input type="checkbox"/>	利用者基本情報やアセスメントの聞き取りなど、面談中に把握した情報を基に、生活全般の解決すべき課題を解決するために利用者が具体的に目標としやすく、達成可能な生活目標の設定ができています。
		<input type="checkbox"/>	アセスメント時の「主訴」「家族の状況・意向」で聞き取った課題と、専門家として抽出した課題に差異がないか確認し、達成することで本人や家族が将来の生活について、役割やリズム、活動量などをイメージできる目標設定となっている。
		備考	
4	サービス内容では、期間内に目標の達成ができるための具体策となっていますか？	<input type="checkbox"/>	目標を達成するために必要な取組方法を、複数あげ、それを実践することで期間内に目標が達成できるような策が講じられている。
		<input type="checkbox"/>	介護保険サービスや地域支援事業だけでなく、生活機能低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスサポートの活用についても必要に感じた記載がある。
		備考	
5	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービスを活かすために、サービス内容において留意していることはどのようなことですか？	<input type="checkbox"/>	セルフケアの継続や強化、意欲の維持や環境調整など、家族支援や地域の支援などインフォーマル資源等を含めて、具体的に行動変容を促せるような支援計画内容が記載できている。
		<input type="checkbox"/>	セルフケアが自己管理(疾病管理等)の内容の場合、予防の視点「リスクマネジメント」と起きてしまった場合の対応「クライシスマネジメント」について利用者と確認できている。
		備考	

課題③ アセスメントからケアプランへのつながりについて
(ケアマネジメントプロセスを意識できているか)

アセスメントはケアマネジメントプロセスの1つであることを意識していますか。
アセスメントで把握した多くの情報を、ケアプランに反映させていますか。

○アセスメントとケアプランの整合性を確認自己点検項目

	<input checked="" type="checkbox"/>	質問内容【例】
1	<input type="checkbox"/>	生活全般の解決すべき課題を引き出すにあたって、アセスメントした結果をどのように反映させているか、わからなくなることがありますか。 「有」の場合→どのように情報を整理し直し、生活全般の解決すべき課題を落とし込んでいますか。
2	<input type="checkbox"/>	利用者との合意に基づく生活機能の向上を目指した目標達成について、具体的な言葉でかつ評価できる指標となりましたか。また、目標設定を行う上で特に留意したことや配慮したこととはどのようなことですか。
3	<input type="checkbox"/>	アセスメントの過程で、みえてきた課題がケアプランに反映されていますか。
4	<input type="checkbox"/>	プランに定めた期間と選定したサービスとその内容について、決定した根拠が説明できますか。
5	<input type="checkbox"/>	ICF に添った考え方の導入が大切だと言われていますが、活動や参加を意識した部分はどの部分ですか。
6	<input type="checkbox"/>	情報収集のときに気をつけている点はどこにありますか。

7	<input type="checkbox"/>	個別性のある具体的な目標を設定するときに大切にしていることはどのようなことですか。
8	<input type="checkbox"/>	主治医との連携や医療情報をどのようにプランに反映させましたか。
9	<input type="checkbox"/>	アセスメントから見えた課題から、自宅の環境整備で配慮した点や工夫したことがありますか。
10	<input type="checkbox"/>	家庭での役割や知人、友人との交流など、社会的役割を重視する部分で配慮したことや工夫したことはどのようなことですか。
備考		
課題④ 課題分析表（アセスメントツール）の活用について		
<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <p>実際にアセスメントツールを使い、解決すべき課題（ニーズ）を導き出していますか。</p> </div>		

〇〇 居宅介護支援事業所管理者 様

〇〇市町〇〇課長

ケアプラン点検の実施について (依頼)

日ごろから介護保険行政の推進について、格別の御尽力をいただき、厚くお礼を申し上げます。
高齢者等が介護を要する状態になっても、その有する能力を活用して状態の維持・改善に努め、できるだけ地域で主体的に暮らし続けることができるよう支援し、介護保険制度の理念と将来の安定的な運営を確保していくためには、各居宅介護支援事業所で作成されるケアプランが、利用者が真に必要とするサービスを提供し、自立支援に資するケアプランであることが重要です。

については、〇〇市町では、各事業所で作成されたケアプランを検証・確認するため、下記に基づき、関係資料の提出をお願いします。

なお、提出していただいた資料のうち指定するケアプランについて、後日、面接して内容を確認させていただく予定です。

(1 提出資料 : A 又は B パターン等)

《A パターン : 保険者がケアプランを選定する場合》

1 提出資料

次のケアプランについて、①～④ (又は⑤) を提出してください。

- (1) A 介護支援専門員作成 △△△△ (利用者名) のケアプラン 直近のもの (又は〇月分)
- (2) B 介護支援専門員作成 □□□□ (利用者名) のケアプラン 直近のもの (又は〇月分)
- (3)

- ① アセスメント表
- ② 第1表 居宅サービス計画書 (1)
- ③ 第2表 居宅サービス計画書 (2)
- ④ 第3表 週間サービス計画表
- ⑤ ケアプラン振り返り自己チェックシート

《B パターン : 保険者が選択要件を事前指示し、介護支援専門員が選定する場合》

1 提出資料

次の要件から、介護支援専門員が選択して提出してください。

(例示)

- (1) 独居の事例
- (2) 区分支給限度基準額の 80%以上を使用している事例
- (3) 新規開始 6 か月以内の事例

2 提出期限及び提出先

平成 30 年〇月〇日までに〇〇課に提出してください。

(別紙様式1)

ケアプラン点検報告① (書類審査結果)

保険者名 _____

点検対象ケアプランの選定要件																													
居宅介護支援事業所名	介護支援専門員数	0-1	0-2	1-1	1-2	1-3	2-1	2-2	2-3	2-4	3-1	3-2	3-3	4-1	4-2	4-3	5-1	5-2	5-3	5-4	6-1	6-2	6-3	7-1	8-1	8-2	8-3	合計	
																													0
																													0
																													0
																													0
																													0
																													0
																													0
																													0
																													0
																													0
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※居宅介護支援事業所ごとに、チェック表①について、チェックが入った項目の合計数値を入力してください。

ケアプラン点検報告② (ヒアリング結果)

保険者名

	居宅介護支援事業所名	介護支援専門員数	特に確認した内容	事業所の回答
			・	・
			・	・
			・	・
			・	・
			・	・
			・	・
			・	・
			・	・

課題分析標準項目

介護サービス計画作成の前提となる課題分析については、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われてはならず、要介護者等の有する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とも認められる適切な方法を用いなければならない。

この課題分析の方式については、個別の課題分析手法について「本標準課題分析項目」を具備することをもって、それに代えることとするものである。

(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 (H11. 11. 12 老企第 29 号))

【基本情報に関する項目】

No	標準項目名	項目の主な内容 (例)	掲載ページ
1	基本情報 (受付, 利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報 (受付日時, 受付対応者, 受付方法等), 利用者の基本情報 (氏名, 性別, 生年月日・住所・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	P24
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	P28
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の状況	介護保険給付の内外を問わず, 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	P28
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目	P30
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	P30
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目	P30
8	認定情報	利用者の認定結果 (要介護状態区分, 審査会の意見, 支給限度額等) について記載する項目	P32
9	課題分析 (アセスメント) 理由	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	P34

【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)	掲載ページ
10	健康状態	利用者の健康状態 (既往歴, 主傷病, 症状, 痛み等) について記載する項目	P34
11	ADL	ADL (寝返り, 起き上がり, 移乗, 歩行, 着衣, 入浴, 排泄等) に関する項目	P36
12	I ADL	I ADL (調理, 掃除, 買物, 金銭管理, 服薬状況等) に関する項目	P36
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	P38
14	コミュニケーション能力	意思の伝達, 視力, 聴力等のコミュニケーションに関する項目	P38
15	社会との関わり	社会との関わり (社会的活動への参加意欲, 社会との関わりの変化, 喪失感や孤独感等) に関する項目	P40
16	排尿・排便	失禁の状況, 排尿排泄後の後始末, コントロール方法, 頻度などに関する項目	P40
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度, 皮膚の清潔状況等に関する項目	—
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目	P42
19	食事摂取	食事摂取 (栄養, 食事回数, 水分量等) に関する項目	P42
20	行動障害	行動障害 (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	P42
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	P44
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	P44
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	P46

チェック表①～⑤

- ・チェック表①（書類審査）
- ・チェック表②（面接：アセスメント）
- ・チェック表③（面接：第1表 居宅サービス計画書（1））
- ・チェック表④（面接：第2表 居宅サービス計画書（2））
- ・チェック表⑤（面接：第3表 週刊サービス計画表）

※チェック表①～⑤の右記ページ（考え方、目的及び解説・説明）については、ケアマネジメントツール～ケアプラン確認マニュアル～【川崎版】第2版（H26.10.01）一部抜粋

利用者名： _____

（留意事項）

- 1 書面での点検の際に利用してください。（□に「レ（チェック）」を入れてください。）
- 2 必ずしも全ての項目にチェックが入らないといけないということではありません。
- 3 素人の目線で、自分の家族のケアプランだと思って点検してみてください。
- 4 チェックが入る項目が一番少なかったケアプランが、面接の候補となります。

事業所名		介護支援専門員氏名	
点検日	平成 年 月 日	点検者氏名	

No	チェック欄	確認する内容
アセスメントのチェック項目		
0-1	<input type="checkbox"/>	標準課題分析項目の全23項目が、すべて記載されている
0-2	<input type="checkbox"/>	各項目において、利用者の状況が分かりやすく記載されている □1 □2 □3 □4 □5 □6 □7 □8 □9 □10 □11 □12 □13 □14 □15 □16 □17 □18 □19 □20 □21 □22 □23

第1表 居宅サービス計画書（1）のチェック項目

①<利用者及び家族の生活に対する意向欄について>

1-1	<input type="checkbox"/>	誰が見ても問題ない（個人の秘密等が書かれていない）内容となっている
1-2	<input type="checkbox"/>	本人が自宅でその人らしくどういうふうに生きていきたいのか、分かりやすく書かれている（単なるサービス利用を目的にした意向の表現は望ましくない。）
1-3	<input type="checkbox"/>	家族が本人に自宅でどういうふうに生活してもらいたいのか、分かりやすく書かれている

②<総合的な援助の方針欄について>

2-1	<input type="checkbox"/>	①の「利用者及び家族の生活に対する意向」が、実現できるような内容になっている（本人特有の「趣味」や「生きざま」等が活かされる内容になっている）
2-2	<input type="checkbox"/>	利用者に分かるように、方針が明確に書かれている
2-3	<input type="checkbox"/>	ケアプランの有効期間を意識した内容になっている
2-4	<input type="checkbox"/>	療養上配慮すべき内容（医療面や水分・運動・排泄・栄養面でのケア）が含まれている

③<生活援助中心型の算定理由欄について>

3-1	<input type="checkbox"/>	生活援助中心型を算定する理由（必要性）はアセスメントから導き出されている
3-2	<input type="checkbox"/>	「その他」を理由として生活援助中心型を算定するには、理由をきちんと整理されてる
3-3	<input type="checkbox"/>	やむを得ない理由により生活援助中心型で算定したサービス内容も、本人の自立支援に必用なサービスに切り替えていくことを忘れないように、モニタリングを適切に行われている

考え方	
アセスメントのチェック項目	
目的	○最低限、「課題分析標準項目（23項目）」にそった情報の収集ができていないか確認します。
解説・説明	○最低限必要な記載事項が書かれていることを把握した上で、記載すべき内容を理解しているか確認します。

第1表 居宅サービス計画書（1）のチェック項目	
①<利用者及び家族の生活に対する意向欄について>	
目的	○利用者及び家族の生活に対する意向を適切に捉えているか確認します。
解説・説明	○アセスメントの結果、「自立支援」に資するために、解決しなければならない課題がきちんと把握できているか確認します。 ○利用者の主訴や相談内容等をもとに利用者も持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明確に捉えているか確認します。 ○利用者及び家族が介護保険のサービス（インフォーマルサービス含）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できる内容となっているか確認します。
②<総合的な援助の方針欄について>	
目的	○アセスメントにより抽出された課題に対応しており、利用者の生活に対する意向の実現に向けて、ケアチームとして最終的に到達すべき方向性や状況が書かれているか確認します。
解説・説明	○総合的な援助の方針は、介護に対する利用者及び家族の意向を援助者側の立場から捉えなおしたもので、居宅サービス事業者の共通する支援目標となっています。 ○緊急事態が予測される場合には（認知症や医療依存度の高い方など）には、利用者及び家族と相談したうえで、緊急時の対応機関やその連絡先等について把握します。 ○あらかじめ支援者の中でも、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について、利用者・家族・関係者といったケアチームの中での共通認識を図っておくことで、スムーズな対応が図れます。
③<生活援助中心型の算定理由欄について>	
目的	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、その算定理由となる根拠を押さえることができていないかを確認します。
解説・説明	○生活援助中心型の算定理由の欄には、「一人暮らし」、「家族等が障害・疾病」、「その他」の3つに分けられています。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）はアセスメントから導き出されます。 ○比較的「一人暮らし」「家族等が障害・疾病」による場合は、算定の理由が明確ですが、「その他」を理由として生活援助中心型を算定するには、理由をきちんと整理し記載しておく必要があります。 ○やむを得ない理由により生活援助中心型で算定したサービス内容も、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ないように、モニタリングを適切に行うことが必要です。 ○算定理由について、どうしても第1表への記載が難しい事情のある場合については、第5表（居宅介護支援経過）等にその理由を記載するなどの配慮が必要となります。

No	チェック欄	確認する内容
第2表 居宅サービス計画書（2）のチェック項目		
④<生活全般の解決すべき課題（ニーズ）欄について>		
4-1	<input type="checkbox"/>	第1表の「総合的な援助の方針」を実現するための課題が、具体的に書かれている
4-2	<input type="checkbox"/>	生活する中で、本人にとって何が課題なのかわかるよう書かれている
4-3	<input type="checkbox"/>	療養上配慮すべき内容（医療面や水分・運動・排泄・栄養面でのケア）のうち、利用者に必要な内容が含まれている
⑤<長期目標、短期目標欄について>		
5-1	<input type="checkbox"/>	「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に応じた長期、短期の目標が明確に書かれている
5-2	<input type="checkbox"/>	目標の期間設定に対応した、達成可能と思われる内容となっている
5-3	<input type="checkbox"/>	本人の能力の維持向上の内容になっている
5-4	<input type="checkbox"/>	アセスメントと短期目標が連動している

考え方

第2表 居宅サービス計画書（2）のチェック項目

④<生活全般の解決すべき課題（ニーズ）欄について>

目的	<p>○アセスメントの結果をもとに問題や課題をその根拠とともに利用者の課題として導きだしているかを確認します。</p>
解説・説明	<p>○介護支援専門員の業務の柱は、利用者の「自立」を支援することです。課題の設定に関しては、自立支援の観点からも「現状の維持・悪化を少しでも緩やかにする・状態の改善を図る」等の視点は欠かせません。目の前の利用者がどのようなことに取り組めば、現状を維持もしくは改善できるか、また病状の悪化等により、どうしても状態の維持が困難な場合、悪化を少しでも緩やかにする方法はないかと考え、仮設（目標）を立てることが重要です。</p> <p>○利用者や家族の「要望」だけに合わせたケアプランを作成するのではなく、専門家として「自立支援」に資する内容を常に考えながら、根拠のある課題の設定を意識する必要があります。</p> <p>○生活全般の解決すべき課題を、利用者及び家族が、「自分達の課題（ニーズ）」として捉えられていることが重要です。利用者及び家族が理解しやすいように、難しい専門用語を避けるようにします。利用者自身が表現した「言葉」を引用することで、意欲が高まり、自分のニーズとして捉えることが出来るようになることもあります。</p>

⑤<長期目標、短期目標欄について>

目的	<p>○長期目標が、それぞれの課題を達成するために、適切な目標と期間の設定になっているかを確認します。</p> <p>○短期目標が、長期目標を達成するための段階的な目標・期間になっているかを確認します。</p> <p>○目標を達成するために必要な援助内容（サービス内容・サービス種別・頻度・期間）となっているかを確認します。</p>
解説・説明	<p>○援助目標（長期・短期目標）は、利用者支援の中核をなすものです。利用者及び家族とともに現状分析（アセスメント）から導きだした「自立支援」に資する課題（ニーズ）に対応し、一定期間後に達成できる実現可能な仮説（目標）をたてることが重要です。</p> <p>○目標達成のために具体的に何を行うのか明確であり、利用者の意欲が湧くような内容にすることが大切です。「サービス内容」の記載には、利用するサービスの内容を単に記載するというより、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・家族の役割等を記載するという視点を持つことが大切です。</p>

第3表 週間サービス計画表のチェック項目について

⑥週間サービス計画表

6-1	<input type="checkbox"/>	利用者の自立を支援するために、フォーマル・インフォーマル・家族支援等のサービスを考慮し、バランスよく記載されている
6-2	<input type="checkbox"/>	介護サービス導入が前提と思えるようなケアプランとなっていない
6-3	<input type="checkbox"/>	夜間・土日などの家族負担の状況に応じた支援体制になっている

⑦ 主な日常生活上の活動

7-1	<input type="checkbox"/>	利用者の平均的な一日の過ごし方（起床時間から就寝までの「一日のリズム」（整容、食事、散歩、掃除、昼寝、買物、洗濯、入浴等）が、具体的に書かれている
-----	--------------------------	---

⑧ 週単位以外のサービス

8-1	<input type="checkbox"/>	一時的に必要なサービスなど書かれている。（福祉用具や、隔月に利用する短期入所等）
8-2	<input type="checkbox"/>	医療機関への受診、保健サービス利用、ボランティアの不定期な支援なども書かれている
8-3	<input type="checkbox"/>	期間限定で利用するサービス内容や、月単位で利用するサービスも含めて、利用者の生活を支援する体制の全体像が把握できる内容になっている。

第3表 週間サービス計画表のチェック項目について

⑥週間サービス計画表

目的	<p>○介護保険サービスとインフォーマル、家族支援等のバランスがとれたケアプランになっているかどうかを確認し、週間サービス計画表をたてる意義について理解しているか確認します。</p> <p>○利用者・家族の意向と事情をくみ取った週単位の介護保険サービスになっているか、利用者・家族の同意を得られているかを確認します。</p> <p>○利用者の自立を支援するために、フォーマル・インフォーマル・家族支援等のサービスを考慮し、それらがバランス良く記載された効果的なケアプランになっているかを確認します。</p>
解説・説明	<p>○第2表のサービスや内容が第3表を通して、視覚により把握することができ、それぞれのサービスと利用者の生活における関連性が見えるものとなり、見落としや見誤りなどないか確認できるものとなります。</p> <p>○利用者自身も生活全般の過ごし方を具体的にイメージすることができ、自立に向けた主体的な取組みが期待できます。また、週単位の生活を把握することで、それぞれの役割（利用者・家族・サービス担当者・介護支援専門員・その他）を認識することが、円滑なチームケアを深めることができるものとなります。</p> <p>○課題（ニーズ）を解決していくためには、介護保険のサービス利用に頼るのではなく、自分でできることや家族ができることなどを整理しておくことが必要です。</p> <p>○サービス内容については、介護保険のサービス内容を記載するだけではなく、利用者及び家族が取り組むもの、遠方の家族や近隣、ボランティア等を含むインフォーマルな資源が担う役割等も記載しておくことで、家族を含めたチームが関わっているかを確認することができます。</p> <p>○大切なのは、サービスをまんべんなく一週間の生活の中に配置することではなく、ケアプランに位置付けた各種の社会資源が、それぞれに十分機能を発揮できるようスケジュールを考えることであり、利用者にとっても心地よいサービス利用ができるようなスケジュールになることです。</p> <p>○夜間や土日に、家族がいる場合であっても、サービスが必要ないとは限りません。介護負担の状況によっては、夜間・土日の支援体制を組む視点が必要です。</p>

⑦ 主な日常生活上の活動

目的	<p>○本人及び家族の日常の過ごし方を把握することで、利用者及び家族の生活全体を捉えることができ、情報収集やアセスメントの過程に課題が残っていないかを確認します。</p>
解説・説明	<p>○この欄には、利用者の平均的な一日の過ごし方を、できるだけ具体的に記載します。</p> <p>記載することで、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）に対応することが可能となります。</p> <p>○この欄を記載することで、家族が本人の過ごし方を、具体的に知る手立てにもなります。</p> <p>○本人が認知症や意思を表現しない場合は、家族から情報収集します。</p> <p>家族から「一日の過ごし方」を情報収集することにより、家族の関わりを作る効果も期待できます。</p> <p>○現在の生活のイメージを持つことで、今の生活課題と生活リズムとの関係性を分析できます。</p> <p>一日の生活をアセスメントすることで、課題の解決にむけて、きっかけ作りにつながる場合があることを理解しておきます。</p> <p>○標準様式では「主な日常生活上の活動」欄が右端にあるため、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」を軽視してしまう危険性があるため注意します。</p> <p>○主たる介護者の、介護へのかかわり・不在時間帯等についても、記載します。</p>

⑧ 週単位以外のサービス

目的	<p>○利用者の状態は、変化するものであることを理解し、一時的に必要なサービスなども含めて記載する必要性や、週単位以外のサービスにも介護保険サービスが含まれているため、利用している介護保険サービス全体を把握する必要性を認識します。</p>
解説・説明	<p>○この欄は、サービス開始当初に導入した福祉用具や、隔月に利用する短期入所など、週単位以外のサービスを利用する場合に記載します。</p> <p>一時的に必要な支援や、週単位ではないけれども定期的に必要な支援なども含めて、継続的に支援体制を構築していく必要があります。</p> <p>○週単位サービス以外の支援を記載しておくことで、期間限定で利用するサービス内容や、月単位で利用するサービスも含めて、利用者の生活を支援する体制の全体像を把握できます。</p> <p>○住宅改修や福祉用具購入など、一時的に利用したサービスに関しても、把握（年月日等）しておくことは、今後のサービスのあり方の参考になります。</p>

利用者名： _____

- 1 面接の際に、質問1～22の質問例を参考にして、介護支援専門員に質問してください。
- 2 質問に対する介護支援専門員の答から、当てはまると思う項目の口に「レ（チェック）」を入れてください。
- 3 各項目の「確認する内容」は、介護支援専門員の「気づき」を促す視点ですので、必ずしも全ての項目にチェックが入らないといけないということではありません。

事業所名		介護支援専門員氏名	
点検日	平成 年 月 日	点検者氏名	

【アセスメントに関するチェック項目】

No	チェック欄	確認する内容
質問1 <基本情報> 「アセスメントを行う上で必要だと思われる情報について、どのようなことを重要視しましたか。」		
1-1	<input type="checkbox"/>	最低限必要な項目【課題分析標準項目（23項目）】に沿った情報の収集及び整理ができています。
1-2	<input type="checkbox"/>	必要に応じて、利用者及び家族以外の関係者からも情報を入手するように努めている。
1-3	<input type="checkbox"/>	ケアマネの個人的な価値観をアセスメントに持ち込まないように努めている。
質問2 <アセスメントの基本> 「介護支援専門員として、アセスメントを行う理由についてどのように考えられているのか、また、アセスメントを行う専門職として、その役割を十分に果たせていると感じていますか。」		
2-1	<input type="checkbox"/>	利用者及び家族にアセスメントの必要性を理解してもらうことができています。
2-2	<input type="checkbox"/>	利用者及び家族に必要な情報収集を包括的に行い、主観的事実と客観的事実の両方を押さえ、アセスメントに活かすことができています。
2-3	<input type="checkbox"/>	利用者の生活課題（ニーズ）の内容を明らかにすることができています。
2-4	<input type="checkbox"/>	利用者の能力（可能性）を明らかにすることができています。
2-5	<input type="checkbox"/>	現状に関する予後予測とサービス導入後の予後予測を行っている。
2-6	<input type="checkbox"/>	利用者の負担にならないよう適切な時間でアセスメントができています。

考え方

質問1 <基本情報>

「アセスメントを行う上で必要だと思われる情報について、どのようなことを重要視しましたか。」

目的

○利用者の個々の特性を捉えた上で、基本情報を押さえるために必要な情報を入手し、アセスメントに活かしているかを確認します。

解説・説明

○基本情報は、利用者の顔となるものです。
 その人らしさが映し出されるような視点で、情報を収集する必要があります。
 利用者に関する生活の情報は膨大ですが、最低限、「課題分析標準項目（23項目）」にそった情報の収集及び整理が必要となります。
 ○利用者と家族で、意識や考え方等が異なる場合もあるので、すり合わせる工夫も必要です。
 ○介護支援専門員の個人的な考え方や価値観が、反映されすぎていないかを確認することも大切です。

質問2 <アセスメントの基本>

「介護支援専門員として、アセスメントを行う理由についてどのように考えられているのか、また、アセスメントを行う専門職として、その役割を十分に果たせていると感じていますか。」

目的

○介護支援専門員として、アセスメントを行う理由を理解し、その役割が十分果たしているかを確認します。

解説・説明

○アセスメントとは、利用者についての生活状況を理解し、利用者が在宅生活を継続していく上で、どのような生活課題（ニーズ）があるのかを明らかにしていく大切なプロセスとなります。
 ○その時に必要な介護支援専門員の視点としては、利用者の潜在・残存能力（可能性）を含めた身体・心理状態、生活環境などの評価を通じて、利用者の現状をまず整理することです。
 ○真のニーズを導き出すために、利用者をいかに理解できるかが大切な鍵となります。
 そのためには、一律に課題分析表を埋めるという作業ではなく、常にコミュニケーションを通じて、利用者への支援の方向性を意識しながら、重点的に押さえるべき項目等を整理し、現状を分析しながら、生活課題（ニーズ）を見出し、利用者気づきを促していく関わりが重要になります。
 ○基本情報や課題について、どの程度把握できたかについて、自己評価を行い、アセスメント力の、どの部分が弱いのかを認識することが大切です。
 ○「困っていること」のみを把握するのではなく、その背景や原因を分析し、少しでも良い方向に改善できる方法がないかを利用者・家族とともに模索しながら、「予後予測」に立った視点でアセスメントを行えたかを確認します。

考え方

質問3 <情報収集>

「アセスメントに必要な情報をどのような関係者・関係機関から得ましたか。」

目的

○アセスメントに必要な情報を、どのような関係者・関係機関から得ながら、アセスメントに活かすことができたかを確認します。

解説・説明

○アセスメント表（課題分析表）を活用するだけでは、利用者の全てを理解することはできません。課題分析表は、あくまでも最低限の情報として知っておかなくてはならないものに過ぎません。そのため、利用者の状況をアセスメントの段階に応じて的確に把握するために、多方面からの情報は不可欠です。

○面接等を通じて利用者や家族から情報を得る以外にも、他の医師等の専門家やサービス事業所など、幅広く情報収集することが重要になります。

○情報を求める際には、どのような情報が必要なのか、その理由や根拠を明確にしておく必要があります。介護支援専門員は、常に何のために必要な情報なのかということを押さえておく必要があります。

○これらの情報を一度に収集しなくてはいけないというわけではなく、日頃から心がけることが大切であるということにも、留意する必要があります。

○要介護1と要支援2、要支援1を認定更新のたびに行き来している利用者については、地域包括支援センターとの間で、連携が図られているかを確認します。

○情報を整理・分析しているか、個人情報の取り扱いについて留意しているかを確認します。

質問4 <相談>

「どのような相談経緯だったのかお聞きします。」

*** 相談の経緯・内容によって、インテークの手法や対応が異なることを理解し、対応しているかを確認します。**

目的

○相談の経緯・内容によって、インテークの手法や対応が異なることを理解し、対応しているかを確認します。

解説・説明

○利用者及び家族からケアプランの作成について相談があった場合、介護保険制度についてどの程度の理解があるかによって、対応も異なります。

利用者が要介護認定をまだ申請していない、または認定結果を受けていないが、緊急にサービスが必要になった場合など、さまざまなことが予測されます。

介護支援専門員は、その相談の内容や経緯を的確に把握し、対応することが求められます。

○主たる相談者が利用者以外の場合、利用者が主たる相談者になり得なかった背景を把握します。（例えば認知症高齢者の場合など、利用者本人が主たる相談者になり得ないこともあります）

また、そのような理由がある場合は、その背景も踏まえて家族や周囲の関係者から必要な情報を入手し、アセスメントを進めていく必要があります。

○時系列で相談の経過が把握できており、相談経緯が複雑な場合や緊急の対応を行った場合などについて、居宅介護支援経過等を活用し、記録を残しているかを確認します。

No	チェック欄	確認する内容
質問5 <生活状況> 「利用者の生活歴や生活状況をどのようにして聞き取られたのかお聞きします。」		
5-1	<input type="checkbox"/>	利用者本人からの聞き取りができています。
5-2	<input type="checkbox"/>	利用者以外の家族などからの聞き取りができています。
5-3	<input type="checkbox"/>	利用者が生活してきた中で大切にしてきたものやエピソード、価値観、趣味、得意、(苦手)なことなど、その人らしさを象徴する情報が簡潔に記載されている。
5-4	<input type="checkbox"/>	ケアマネに、利用者の「その人らしさ」を大切にするといった意識がある。
質問6 <サービス把握> 「現在利用しているサービスについて、その利用状況・満足度をご存じかどうかお聞きします。またその上で介護保険給付以外のサービスについても把握をされていますか。」		
6-1	<input type="checkbox"/>	利用者が現在受けているサービス全般の状況について把握できている。
6-2	<input type="checkbox"/>	利用者の居住地である市町村の福祉サービスや地域の社会資源が把握できている。

考え方

質問5 <生活状況>

「利用者の生活歴や生活状況をどのようにして聞き取られたのかお聞きします。」

目的

○利用者を「個人」として尊重し、その人らしい生活を支援していく上で、利用者自身の人生や生活状況における過去からの歩みを知ることが「その人らしさ」を掴むヒントとなります。
同じような状況下であっても、利用者及び家族の価値観等により、支援の方向性が異なっていくことがあることを理解しているかを確認します。

解説・説明

○利用者の既往歴や現病歴・服薬状況やADL・IADL等を確認することも大切ですが、利用者が暮らしてきた中で大切にしてきたことや固有の価値観等を知るとは、支援の方向性を見出す上で多くのヒントが得られます。
○生活状況では、「できること」・「していること」・「できそうなこと」などを整理しながら、利用者の意欲や意向を確認していくことが重要になります。
○そのためには、現在の生活の状況を、生活機能や健康状態との関係、さらに生活環境等の面から把握することはもちろんのこと、これまでの利用者や家族の生活のあり方等にもヒントがあることを認識することが必要です。
○一度のアセスメントですべての情報を得ようとするのではなく、支援を行う経過のなかで「その人らしさ」を見出していくことが大切であることに留意します。

質問6 <サービス把握>

「現在利用しているサービスについて、その利用状況・満足度をご存じかどうかお聞きします。またその上で介護保険給付以外のサービスについても把握をされていますか。」

目的

○毎月行う利用状況の確認（モニタリング）以外にも改めてプランを作成するときに、現在利用しているサービスの利用状況（頻度やその内容）、目標の達成度や満足度を確認することは、適切なサービス利用ができてきているかの評価につながることを確認します。
○介護支援専門員が介護給付サービスのみでなく、介護保険以外の他の福祉サービスや社会資源をどの程度把握しているかを確認し、地域のインフォーマルな社会資源などについての活用を含めたプラン作成を意識し、必要に応じて活用しているかを確認します。

解説・説明

○利用者や家族のニーズについては、介護保険給付のみで対応できるとは限りません。介護保険給付以外のインフォーマルな社会資源を探し、調整することも、介護支援専門員の重要な役割の一つです。
○そのため、介護支援専門員は、市町村の一般福祉サービスや、その他の地域資源について把握していることが必要です。
○生活環境の工夫によっては、要介護度が高くても自身でできることや、家族・近隣・ボランティア等ができることはたくさんあります。
地域の社会資源に働きかけることも、介護支援専門員としてとても大切なことです。

No	チェック欄	確認する内容
<p>質問7 <日常生活自立度> 「障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度について、最新の状況を把握されていますか。」</p>		
7-1	<input type="checkbox"/>	最新の情報を介護支援専門員が把握し、記載している。
7-2	<input type="checkbox"/>	認定調査表や主治医意見書等から記載している。
7-3	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員が判断した日常生活自立度と、情報から得た日常生活自立度に大きな差があった場合、主治医等への確認をしている。(介護支援専門員が見立てた内容と大きな差があった場合)
7-4	<input type="checkbox"/>	毎月のモニタリングの際にも状態の変化を把握し、自立度の変更がある場合などについては、最新の状況を追記し記載内容を変更している。
<p>質問8 <主訴> 「利用者・家族は主にどのようなことに困っているのかが、分かりやすく記載されていますか。」</p>		
8-1	<input type="checkbox"/>	利用者及びその家族の主訴や要望については、利用者及び家族が表現したありのままの言葉を用い、具体的な記載がされている。
8-2	<input type="checkbox"/>	サービス利用により、利用者や家族がどのような生活を送りたいと考えているかが記載されている。
8-3	<input type="checkbox"/>	利用者本人から確認できなかった場合の理由と代弁者が伝えた内容を具体的に記載している。
8-4	<input type="checkbox"/>	緊急性の高い主訴に関しては、適切な関係者・関係機関等につなぐなど、連携やその対応ができています。

考え方

質問7 <日常生活自立度>

「障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度について、最新の状況を把握されていますか。」

目的

○主治医意見書や認定調査票に記されている情報だけを元にするのではなく、常に最新の状況を確認し、その情報を元にアセスメントを行なうことが必要であることを確認します。

解説・説明

○要介護高齢者の状態は日々変化するため、ケアプランを作成する上で、主治医意見書や認定調査票に記されている情報が適切とは限りません。
したがって、障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度に関しては、常に最新の情報をもとにアセスメントを行い、ケアプランを作成する必要があります。
○介護支援専門員が適切に判断できるようになれば、利用者の状態の変化に関する予測もしやすくなります。
慣れないときには、自分の見立てた自立度と他者が見立てた自立度の違いが何か（その理由は何か）を知ることも大切なことです。
○毎月のモニタリングの際にも、状態の変化に留意し、日常生活自立度の最新状況を確認し、変化があれば、その都度、記載の変更及びモニタリングの結果の記録に記載することが必要です。

質問8 <主訴>

「利用者・家族は主にどのようなことに困っているのかが、分かりやすく記載されていますか。」

目的

○介護保険のサービスを利用しようと考えたきっかけや今一番気になっていること、困っていること何をどうすればよいのかが全くわからない、またはこうしたいという希望があるのだが具体策がわからないなど、利用者・家族の一番の訴えをしっかりと把握し、緊急性の有無を含め判断することができたかを確認します。

解説・説明

○主訴は、利用者が現在困っていることやこうしてほしいという願いや要望など、本人や家族が抱える問題状況を理解するための「入り口」となる重要な部分です。
この主訴を通して、現在の生活の送り方やその背景となる要因を把握することが大切です。
○利用者本人の困りごとなのか、家族にとっての困りごとなのか、きちんと整理されているかを確認します。
特に、利用者以外の方の困りごとだけを主訴として捉えていないかを確認することは重要です。
利用者の状態により、本人から直接確認できなかった場合は、どのようにして困りごとを把握したのかを確認します。

No	チェック欄	確認する内容
<p>質問9 <認定></p> <p>「認定情報の内容を確認されましたか。」</p> <p>※認定情報について、単に転記するだけでなく、その内容について自分の目で観察した内容と異なるところはなかったのかを確認し、異なる部分については、サービス提供事業所・者や主治医、関係機関などに問い合わせる等の確認作業を行っているかどうかを確認します</p>		
9-1	<input type="checkbox"/>	利用者の認定結果（要介護状態区分・介護認定審査会の意見・支給限度額・認定有効期間等）についての記載がされている。
9-2	<input type="checkbox"/>	認定の有効期間等を配慮したケアプランの作成が行われている。
9-3	<input type="checkbox"/>	認定調査表の内容も参考にするとともに、介護支援専門員自身がそれらの内容について、自分の目で観察・確認を行ったうえで、記録として残しアセスメントに活かしている。
9-4	<input type="checkbox"/>	必要に応じて利用者の了解を得て、主治医に意見をうかがうなど、新たな情報収集を行っている。

考え方

質問9 <認定>

「認定情報の内容を確認されましたか。」

目的	<p>○認定情報については、単に転記するだけでなく、その内容について、自分の目で観察した内容と異なるところはなかったのかを確認し、異なる部分については、サービス提供事業所や主治医、関係機関などに問い合わせる等の確認作業を行っているかどうかを確認します。</p>
解説・説明	<p>○要介護高齢者の状態は日々変化するものです。 したがって、認定時の情報と実際に面接した後では、状態が変わっている可能性もあります。</p> <p>○常に、介護支援専門員自らの目で、利用者の状態を判断する意識を持っていることが大切です。</p> <p>○認定調査票の「立ち上がり」の項目のチェックが、「一部介助」で、特記事項には「テーブルを支えに立ち上がる」と記載されていたとします。 その場合、確認すべき事柄は、「習慣的にそうしているのか」・「足の力が弱く踏ん張れないので、テーブルを支えにして立ち上がっているのか」など、様々な状況が考えられます。</p> <p>○したがって、認定調査票の確認に際しては、単にその内容を転記するのではなく、最新の状態を自分の目で観察・確認することが大切です。</p> <p>そしてもし、認定情報の内容と異なる部分があった場合は、必要に応じてサービス提供事業所や主治医等、関係機関に問い合わせる等の確認作業を行う必要があります。</p> <p>○認定情報では、介護度や認定日・認定有効期間や介護認定審査会等の意見を確認した上で、アセスメントの作業に入っているかを確認します。</p> <p>特に、認定有効期間等は、サービスの導入にあたっての期間や目標設定を行うときにも押さえておくべき項目です。</p>

No	チェック欄	確認する内容
質問10 <理由> 「今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由について教えてください。」		
10-1	<input type="checkbox"/>	何のためにアセスメントを行うのか、介護支援専門員自身が理解している。
10-2	<input type="checkbox"/>	どのような経緯でアセスメントに至ったのか、申し込みの経路などについて記載されている。
10-3	<input type="checkbox"/>	アセスメントの理由（初回・更新・退院退所時・区分変更等）について具体的に記載されている。
10-4	<input type="checkbox"/>	アセスメントの理由によって、集めるべき情報の違いや集め方が異なることが理解されている。
10-5	<input type="checkbox"/>	退院時等のプランに関して、その経緯・理由等が理解され、その理由について明確に記載されている。
質問11 <健康状態> 「利用者の健康状態について、ケアプラン作成にあたり重要だと考えていることを教えてください。」		
11-1	<input type="checkbox"/>	利用者及び家族が健康状態をどのように捉えているかを把握している。
11-2	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員が普段の体調を把握し家族と共有することができている。 例：一日の生活リズム・天候等の変化に伴う体調の変化、またそれに伴うADL（入浴・食事、排泄、更衣、整容、移動等）やIADL（買物・調理・掃除・金銭管理・コミュニケーション手段等）の日内変動・血圧・食事の量・排泄等
11-3	<input type="checkbox"/>	治療方針や内容を把握している。（往診・通院・服薬、疼痛の管理、生活改善・管理等）
11-4	<input type="checkbox"/>	健康面についての本人の役割（セルフケア等）・家族の役割について把握している。
11-5	<input type="checkbox"/>	疾患の症状と対応ばかりを記載するのではなく、疾患名と症状・障害とその程度が、日常生活（ADL（入浴、食事、排泄、移動等）やIADL（買物、調理、掃除、金銭管理、コミュニケーション手段等））にどのような影響を及ぼしているか、その原因を分析するなどして把握している。
11-6	<input type="checkbox"/>	必要であれば、主治医等専門家にも意見を聞き、疾患が及ぼすリスクや将来の予測の理解に努めている。
11-7	<input type="checkbox"/>	人間関係（家族、友人等）や社会参加への影響について把握している。
11-8	<input type="checkbox"/>	利用者固有の特徴的な様子（日内変動や季節変動）や医療ニーズの高い疾患（在宅酸素や吸引・吸入、胃ろう、嚥下障害、ガン等）等については、その内容をプランに反映させる視点を持っている。

考え方	
質問10 <理由> 「今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由について教えてください。」	
目的	<p>○何のためにアセスメントを行うのか、介護支援専門員自身が理解しているのかどうかを確認します。</p> <p>○アセスメントの理由によって、集めるべき情報の違いや集め方が異なることを理解しているのかどうかを確認します。</p> <p>○退院時等のプランに関しては、その経緯・理由等を理解したうえで、その理由について明確に記載しているかを確認します。</p>
解説・説明	<p>○アセスメントの理由（初回、更新、退院退所時、区分変更等）を踏まえた情報収集を意識しているのか、また十分な情報収集ができていないのかを確認します（利用者・家族の生活環境の変化を十分に認識しているか）。</p> <p>○初回・定期・更新・退院退所時・区分変更等の理由により、集める必要のある情報の量や集め方が異なってくることを認識する必要があります。</p> <p>○特に退院退所時・区分変更等の理由では、生活環境の変化や状態の変化等を把握するため、利用者及び家族のみならず関係機関からの情報も必要となります。</p> <p>○利用者が複数の疾患を抱えている、また急変を要する病気を持っている、ADLやIADL等に一部介助や全介助等の項目が多いため、介護者が常になく不便である状況があるなど、それぞれ個別の事情によって、聴き取る情報量（利用者のみならず家族の情報量も多大になる）や情報の入手先（主治医を含む医療機関のスタッフやサービス提供事業所・家族等）も異なってきます。</p>
質問11 <健康状態> 「利用者の健康状態について、ケアプラン作成にあたり重要だと考えていることを教えてください。」	
目的	<p>○介護支援専門員のみでなく、利用者及び家族も利用者本人の普段の体調の把握に努めているかを確認します。</p> <p>○利用者が望む「暮らしに健康状態がどのように影響をおよぼしているか、また生活機能や生活行為等、他の関連項目とも照らし合わせたうえで、アセスメントに活かしているかを確認します。</p> <p>○健康状態をケアプランの中にどのように位置づけ、チームケアの中で支援していこうと考えているかを確認します。</p> <p>○利用者及び家族の健康に対する考え方を確認します。</p>
解説・説明	<p>○要介護状態の高齢者は複数の疾患や障害を抱えています。</p> <p>それらは手術や服薬などの治療や看護により「治癒」や「軽快」するものから、服薬やリハビリ、生活管理などで、今の状態が悪化しないように病気と「うまくつきあう」ものなど、実に様々です。</p> <p>○健康状態の把握では、各疾患の特徴的な症状が自覚症状（痛み・しびれ・むくみ・熱っぽさ・めまい・息苦しさ・尿量の低下）として現れることで、日常生活動作（ADL）や日常生活関連動作（IADL）・精神面（意欲の低下等）にどのように影響を与えているかを把握することが大切です。</p> <p>○普段の健康状態を把握しておくことは、健康管理を行う上で大切な情報となります。</p> <p>例えば、季節や天候、日内変動等が生活にどのように影響するかも大切な視点です。</p> <p>認知症や老人性うつでは、朝夕に不穏な行動をとりやすい、関節リウマチ等では冬場や雨天では極端な痛みとなりやすいなど、固有の特徴的な様子を知っておくことはアセスメントの上で役立ちます。</p> <p>○医療ニーズの高い疾患（呼吸器疾患や難病等で在宅酸素や吸引・吸入等が必要・胃ろうの設置者・嚥下障害・ガン等における終末期等）や認知症・精神疾患・精神症状のある利用者等においては、周囲の支援者（家族・医療機関・サービス提供事業所等）からの情報を収集・活用しながら、ケアプランに反映させる視点をもっていることも大切です。</p> <p>それぞれの症状によっては、専門家（医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・歯科医師・歯科衛生士等）の意見をききながら、予後予測の見立てを行いつつアセスメントを行う視点が必要です。</p>

No	チェック欄	確認する内容
質問12 <ADL・IADL> 「利用者のADL・IADLの現状を把握するにあたり、何に気を付けてアセスメントをしましたか。」		
12-1	<input type="checkbox"/>	ADL や IADL について、具体的に誰がどのように行っているかを把握している。
12-2	<input type="checkbox"/>	把握した ADL や IADL の状況から、どのような支援を行えば現在の状態の維持・改善・向上につながるかなど、予測をたてた「見立て」ができています。
12-3	<input type="checkbox"/>	ADL・IADL の実態について、利用者の状態、周囲の環境の両方からアセスメントを行い、課題を導き出すことができています。
12-4	<input type="checkbox"/>	利用者が認知症や精神疾患等で十分に ADL や IADL について意思伝達ができない場合、家族や関係者から情報を得るなどして状況を把握している
12-5	<input type="checkbox"/>	本人及び家族からの情報収集では、対話以外に筆談や環境の目視などからも情報を入手するなど、個別に応じた把握の仕方を実践できている。

考え方

質問12 <ADL・IADL>

「利用者のADL・IADLの現状を把握するにあたり、何に気を付けてアセスメントをしましたか。」

目的

- ADLに関するアセスメントが、現状の「できない行為」だけでなく、継続している行為やなんらかの理由であきらめている行為に着目し、そのプロセスが「維持・改善・向上の方法」を利用者（家族）とともに見出すものとなっているかを確認します。
- ADLに影響を及ぼしている個人に起因する要因（心身の健康、心身の機能、対人関係をとる力、意欲・動機づけ）だけでなく、環境による要因（人的環境・物理的環境・経済的環境・制度的環境）まで把握できているかどうかを確認します。
- 本人・家族からの情報収集を対話（筆談含む）、動作や環境の目視など五感を使って多面的に行っているかを確認します。
- IADLに関するアセスメントが、現状の「できない行為」だけでなく、継続している行為やなんらかの理由であきらめている行為に着目し、そのプロセスが「維持・改善・向上の方法」を利用者（家族）とともに見出すものとなっているかを確認します。
- IADLに影響を及ぼしている個人に起因する要因（心身の健康、心身の機能、対人関係をとる力、意欲・動機づけ）だけでなく、環境による要因（人的環境・物理的環境・経済的環境・制度的環境）まで把握できているかどうかを確認します。
- 本人・家族からの情報収集を対話（筆談含む）、動作や環境の目視など五感を使って多面的に行っているかを確認します。

解説・説明

【ADL編】

- 現状の「できないこと」を把握するだけでなく、利用者が考えている原因と対策、朝及び深夜など日内での変化はないか、などを把握することが大切です。
- 利用者・家族が、どのような生活を望んでいるのか、そのために、どのような支援が必要なのかについて、共通認識となっていることが大切です。
- IADLのアセスメントにおいては、介護支援専門員が、利用者及び家族の「できない」面だけでなく、「していること」「していないこと」「できそうなこと」（可能性）、そして本人・家族が「望む暮らし」まで把握できていることが大切です。
- アセスメントは本来本人に直接行うものですが、家族が代弁してしまうこともあり、意向が直接反映しない場合もあります。
- 誰から（経路）とどのように（手法）、そしてどのくらいの時間（頻度含む）をかけたかの確認は重要です。

【IADL編】

- 現状の「できないこと」を把握するだけでなく、利用者が考えている原因と対策、朝及び深夜など日内での変化はないか、などを把握することが大切です。
- 利用者・家族が、どのような生活を望んでいるのか、そのために、どのような支援が必要なのかについて、共通認識となっていることが大切です。

No	チェック欄	確認する内容
質問 1 3 <認知症> 「物忘れや認知症について何か気になることはありましたか。」		
13-1	<input type="checkbox"/>	<p>物忘れや認知症の程度を把握し、日常生活上で支障となっている事柄について ADL や IADL の視点も踏まえて把握を行い、整理ができています。</p> <p>例：移動面（目的地に行き、帰ることができる、目的地は忘れたが何とか帰ることができる、いったん出してしまうと帰ることができないなど）</p> <p>調理面（得意な料理は、まだ何とか作ることができる。調味料の順番や量、入れるタイミング等がわからず、味付けは既にできなくなっている。調理の手順すらわからず、台所に立つこともない）</p> <p>食事面（出されたものをきちんと食べることができる、食べたことを忘れて何度も食事を欲しがるとは勧めなくても食べないなど）</p> <p>その他（排泄・入浴・整容・更衣・健康管理・金銭管理・買物・コミュニケーション・火の不始末・他人への認識・言語理解等）</p>
13-2	<input type="checkbox"/>	<p>本人が行動障害（BPSD）を起こす時のくせやその傾向を家族や支援者から情報を得て把握している。</p>
13-3	<input type="checkbox"/>	<p>家族の認知症についての理解度や利用者の認知症に関する病気の受容がどの程度できているかを把握している。</p>
13-4	<input type="checkbox"/>	<p>利用者個人の尊厳の保持や介護負担の軽減という視点を持ち、今後さらに症状が悪化した場合の起こり得る生活障害について把握し先の対応も含めて考えられている。</p>
13-5	<input type="checkbox"/>	<p>認知症について、利用者及び家族の混乱がひどい場合には、専門家受診や認知症を支える家族の会などを紹介するなどの情報提供を行っている。</p>
質問 1 4 <コミュニケーション> 「利用者の方と、友人や家族、地域の方とのコミュニケーションの状況を把握されていますか。」		
14-1	<input type="checkbox"/>	<p>コミュニケーションが円滑に図れない要因を把握し、アセスメントができています。</p>
14-2	<input type="checkbox"/>	<p>負担のないコミュニケーション手段の方法等を、アセスメントを通して利用者及び家族とともに考えられている。</p>
14-3	<input type="checkbox"/>	<p>必要に応じて専門家等の意見を聴くなどして、アセスメントに活かすという視点をもっている。 （例 □ 口腔機能に問題→歯科医師、歯科衛生士等）</p>

考え方

質問13 <認知症>

「物忘れや認知症について何か気になることはありましたか。」

目的

○単なる物忘れなのか、認知症等から起こっている物忘れなのか、これらを家族やインフォーマルな支援者が整理できているかを確認します。
 ○「物忘れ」や「認知症等」によって生じる生活の支障（例：ガスの消し忘れ、服薬の飲み忘れ、財布を置き忘れる）が、どの程度日々の暮らしの障害となっているかを確認します。
 ○家族を含む支援者が、認知症という病気をどの程度理解しているか、また家族においては、認知症という病気を受容するまでにいたっているかなどを把握・整理できているかを確認します。
 ○認知症がさらに進んだ場合、利用者や家族がどのように暮らしていきたいと考えているのか、また介護支援専門員として認知症の進行によって、今後どのようなことが生活上の支障として現れるかについて予測し、先の対応を含めて考えているかを確認します。

解説・説明

○ADL（日常生活動作）やIADL（日常生活関連動作）も、物忘れや認知症の症状がはじまることにより、より困難さが生まれます。
 やったことを忘れる、やろうとしたことを忘れるだけでなく、やり方がわからない・考えがまとまらない・言葉が出てこない、伝えたいことが伝えられない・その症状は様々なところに影響を及ぼします。また、関わる家族や支援者の対応によっては、イライラしたり、猜疑的になったり、頑固になったりと、人との関係にひずみが生じていくことが多くあります。
 ○物忘れや認知症による「失敗の数々」は、介護者にとっては「受け入れがたいこと」であり、まずは「そんなはずはない」と否定をすることから始まります。
 やがて、「しっかりしてほしい」「どうしてよいかわからない」という焦りや不安から、対応として叱責・体罰などを繰り返してしまうことがあります。
 なかなか専門医に見せることもなく、何とかできる範囲で世話を行おう、と思うのですが、やがて、無視・放置などの虐待的な兆候が現れてくる家族もあります。
 ○多くの家族は、認知症についての理解が薄く、対応の仕方がわからないまま、強い介護のストレスを感じながら世話をしていることが多いと言われています。
 したがって、利用者の体や心におきている様々な変化について、家族への理解を促すことと同時に、家族の介護負担を軽減する方法も考える必要があります。
 ○物忘れ外来や認知症の専門病院等の早期受診をすすめたり、認知症家族の会を紹介するなど、地域の情報提供も必要になります。

質問14 <コミュニケーション>

「利用者の方と、友人や家族、地域の方とのコミュニケーションの状況を把握されていますか。」

目的

○家族・親族や友人、地域の知人との「意思の伝達」をどのように行っているのか、また支障になるもの（聴力・視力・会話・対人関係の弱さ・認知症やその他の疾患など）がないかどうかを確認し、コミュニケーションに関する利用者及び家族の意向を把握しているかを確認します。

解説・説明

○コミュニケーションを困難にする背景には、機能的な問題（聴覚・視覚・言語・伝達・移動能力等）と気質的な問題（認知症を含む精神症状・極端な性格等）や環境的な問題（外出しにくい環境・家族・友人・近隣との軋轢等）が関係します。
 そうした背景に、コミュニケーションの障害を招く要因がないかを確認しておく必要があります。
 ○特定の人に対する強いこだわりや対人関係に関する恐怖心、強迫神経症等にて戸締りやガス栓の閉め忘れが気になり、外出ができない、そのために他者とのコミュニケーションがとりにくいなど、精神疾患や極端な性格等によりコミュニケーションに弊害のある場合があります。
 どのような関わり方なら負担が少なく済むのかなど、情報を多角的に得ることが必要です。
 ○コミュニケーション能力の障害に対して、家族等が、どのように協力しているか（例：代読、代筆、代弁）、また、どのように協力できるかを把握しておくことも大切です。
 ○利用者によっては、耳が遠い等で、コミュニケーションが困難であったり、消極的になっている場合があります。

No	チェック欄	確認する内容
質問 15 <社会参加> 「利用者の友人や家族，地域の方との関わり方についてお聞きします。最近変化したことや，利用者の活動や趣味を把握されていますか。」		
15-1	<input type="checkbox"/>	介護サービスを利用する以前の生活において，利用者は地域でどのような活動を行っていたのかを把握している。
15-2	<input type="checkbox"/>	以前は行っていたが，現在はあきらめてしまっていることや状態が改善されれば，またやってみたいと思えることがあるかなどの意向を把握している。
15-3	<input type="checkbox"/>	友人，家族の入院や入所，かわいがっていたペットの死など環境の変化があったかどうかを把握している。
15-4	<input type="checkbox"/>	利用者は，友人や家族，地域の方々とのようなかわりを今も維持しているかを把握している。
質問 16 <排泄> 「利用者の排泄に関しての意向や困っていることは何ですか，また，その原因を把握していますか。」		
16-1	<input type="checkbox"/>	排泄に関する意向や困りごとについて確認し，その原因や背景を把握している。
16-2	<input type="checkbox"/>	尿漏れや失禁の頻度やこういった場面で起こるかなどについて把握している。
16-3	<input type="checkbox"/>	尿漏れや失禁に対して，利用者及び家族が工夫していること（失禁用パンツの着用やパットの利用・失禁体操の実施など）を把握している。
16-4	<input type="checkbox"/>	排泄に関する ADL の状況（下肢筋力・ふらつき・握力・つかまり立ちの持続時間等）を把握し，介護力等に合わせた排泄の方法を 24 時間の時間軸で把握ができています。（トイレ・ポータブルトイレ・リハビリパンツ・尿とりパット・おむつ・手すりや洋式トイレ等に変える等の環境整備等を含む）
16-5	<input type="checkbox"/>	排泄物の後始末等に関することや衣類の着脱（脱ぎ着しやすい下着やズボン）に関することを把握している。

考え方

質問 15 <社会参加>

「利用者の友人や家族、地域の方との関わり方についてお聞きします。最近変化したことや、利用者の活動や趣味を把握されていますか。」

目的

○社会的活動（例：町内会、老人会、趣味、サークル等）にこれまでどのような関わり方（例：時期、頻度、役職等）をし、今現在どのような状況なのか、本人の意向を含めて把握しているかを確認します。

解説・説明

○利用者の、社会（地域）との関わりを聞くことは、とても大切なことですが、聞き取り方によっては、利用者・家族に不快感を与えることもあります。
なぜ、聞く必要があるのかしっかりと、その目的を伝えて理解してもらうことが大切です。
○社会とのかかわりには、本人の人生の歩みが投影されています。
ここ数年のことだけではなく、青年期・中年期・老年期についても把握することが重要です。
○地域差はありますが、地域には町内会や老人会、地域婦人会、地域ボランティア（町内美化、防犯、子育て、友愛訪問等）、施設ボランティア（高齢、障害等）、趣味、サークルなどがあり、それが本人の生きがいや人生のリハビリになっている場合もあります。高齢者が地域の役割を担うことで「感謝される」こともあり、そのことを通じて生きがいと自己肯定感を抱くことができます。
○要介護状態が中重度の場合や症状の悪化等により、入院・入所等を経験すると、地域や家族内での役割を担うことも難しくなり、人間関係や本人の心理面（自己肯定感の低下）にも影響が現れてくることも多々あります。家族や友人の他界、さらにはペットの死などは、喪失感を招き、うつ傾向になるなど意欲が低下していくこともあることに注意が必要です。

質問 16 <排泄>

「利用者の排泄に関する意向や困っていることは何ですか、また、その原因を把握していますか。」

目的

○排泄で困っていることについて、その原因や背景を把握しているか、また実際の24時間の時間軸の生活において、どのような排泄（自立・尿とりパットの使用・ポータブルトイレ・和式トイレ・洋式トイレ・オムツ・リハビリパンツなど）方法をとっているか、またどの程度の介護が必要なのかを把握し、整理できているかを確認します。
○排泄には、日常生活自立度や認知症高齢者の自立度、健康状態なども強く影響を及ぼします。
気持ちがあっても体がついていかないことや、体は元気でも精神面の衰えから排泄がうまくいかない場合など、他の関連項目（家族の介護力など）との関係性を把握しているかを確認します。

解説・説明

○排尿・排便は、利用者にとって、最も触れてもらいたくない部分ですが、とても大切です。
利用者には、その旨を伝えて、自尊心を傷つけないように配慮することが必要です。
○排尿・排便の行為の自立には、尿意や便意を感じ、トイレやポータブルトイレまで自力で移動して、しゃがむ・立ち上がる、衣類の上げ下ろし・排泄後の後始末等の複雑な動きが一人でできる能力が必要になります。
例えば、つい先日までは一人で排泄の行為ができていたとしても、足の筋力が低下したために、尿意を感じてからトイレに行くまで間に合わずに失禁してしまうこともあります。
○車いすの生活においても、利用者が手すりに掴まって数秒、立位保持ができれば、排泄の介助を行ってくれる人がいると、ポータブルトイレやトイレで自然に用を足すことができるので、安易にオムツを装着しないで済む場合も多々あります。
○家族が、介護負担軽減のためにオムツを使用させ、利用者の尊厳を傷つけている場合もあります。利用者の状態に合わせて、夜間のポータブルトイレの使用やリハビリパンツ・尿とりパットの使用、また、夜間だけは紙おむつを使用する、尿漏れ等が頻回にある利用者等では、単なる加齢としてだけでなく、受診や失禁体操などの奨励、どれだけの知識や手法を利用者及び家族に伝えているかが重要です。

No	チェック欄	確認する内容
質問 17 <食事・口腔> 「食事や口腔の状態について、何か気になる点はありませんか。」		
17-1	<input type="checkbox"/>	食事を食べるうえでの困りごとについてその原因や背景について把握している。
17-2	<input type="checkbox"/>	食事に関する過度の欲求があるなど、家族が感じている困りごとを把握している。
17-3	<input type="checkbox"/>	調理形態や味付けの工夫が必要等、介護者のストレスになっている事柄を把握している。
17-4	<input type="checkbox"/>	専門家に相談した方がよいと思われるものについては、受診の勧奨等必要に応じて行うなどの視点を持っている。
17-5	<input type="checkbox"/>	食事時の食べ方や日ごろ利用者は誰と食事を共にしているかなどの情報についても把握している。
17-6	<input type="checkbox"/>	歯の状態（義歯、むし歯）及び口腔の状態（口腔清潔が保たれているか等）について把握している。
質問 18 <行動障害> 「介護者が負担に思っている行為は起こっていませんか。」		
18-1	<input type="checkbox"/>	誰が（家族、近隣、専門職）行動障害（BPSD）と感じているのか把握している。
18-2	<input type="checkbox"/>	具体的な行動障害（BPSD）をいつどのように起こしているか把握している。 （例）暴言（喚く、怒鳴る、ののしる、叫ぶ等）、暴行（叩く、殴る、蹴る等）徘徊（時間帯、きっかけ、エリア等）、介護の抵抗（食事、入浴、排泄、移動、着替え等）、収集癖（廃棄家具、ゴミ、新聞等）火の不始末（調理、暖房、タバコ等）、不潔行為（弄便、唾かけ等）、異食行動（石鹸等）
18-3	<input type="checkbox"/>	家族がどのように対応しているか、近隣の対応はどのようになっているか把握している。
18-4	<input type="checkbox"/>	家族の不安（身体の危険、虐待の可能性等）、近隣の不安（暴行、暴言、徘徊失火、虐待等）について把握している。

考え方

質問17 <食事・口腔>

「食事や口腔の状態について、何か気になる点はありませんか。」

目的

- 歯（例：義歯，むし歯）と口腔内の状態について把握できているかを確認します。
- 嚥下障害等があり，特別な食事や水分補給の方法が必要なことはないかを確認します。
- 食事の回数，内容，栄養バランス，水分量等の現状の把握とその中で問題があれば，その原因や背景を把握できているかを確認します。
- 食事の食べ方（例：盛り付け，箸・スプーン・フォークの扱い，咀嚼・嚥下・むせ等）の現状とその原因と背景，本人の意向について把握できているかを確認します。

解説・説明

- 食事は，栄養面だけでなく，一日3回ある生活のリズムであり，「楽しみ」でもあります。大好きな献立や好物があることで，生活の「ハリ」となります。食事は，身体と心の健康と体力を維持し，日々の生活への励みを生み出します。また，誰とどのように食べるのか（例：家族団らん，孤食等）でも異なってきます。
- 歯や口腔内が食事に耐えられない状況や，他には嚥下障害などがあると，普通に食べたいと利用者が考えていても，誤嚥性肺炎等の危険があるために，流動食等を余儀なくされることもあります。体力・気力の落ち込み，味覚障害などが顕著な状態では，食事摂取が苦痛と感ずることや，面倒だと思ふことにもつながります。
- 物忘れや認知症が進むと，再三の食事の要求，異食，食べ過ぎ，偏食等の問題が生じ，介護者のストレスも高まります。
- 食事での困り事が「準備～調理～盛付～配膳～下膳」の範囲だけでなく，介護者が調理する食事形態や介助の方法の未熟さからくる「食べづらさ」，また食事をどこでとるかの環境面（例：居間，食堂，ベッド等）についても，ADLの状況も踏まえてアセスメントするようにします。

質問18 <行動障害>

「介護者が負担に思っている行為は起こっていませんか。」

目的

- 利用者の行動障害（BPSD）が，家族や近隣に，どのように理解されているか，また，そのときの対応をどのように行っているかを把握し，整理できているかを確認します。

解説・説明

- 利用者の行動障害（BPSD）のあらわれ方は多様です。本人のこれまでの生活歴や性格，価値観，こだわりが影響するだけでなく，認知症のレベルごとに生じる行動障害や精神的疾患（例：老人性うつ症）からくる行動障害もあります。
- また，日内での体調の変化や気分の変化も影響しますし，対応する人々の様子（表情・声のトーン・強い制止等）も，行動障害には影響を及ぼします。
- これらの行動障害の背景には，家族が抱えてきた「家族間の歪み」なども影響し，複雑な様相をとめない噴出します。
- また，家族の対応の延長線上にやむにやまれぬ「虐待的状況」が生じる危険性があり，利用者支援だけでなく，精神的に追い詰められた介護者のストレスマネジメントに留意することも大切です。
- タイミング，時間帯，きっかけ，特徴的な行動・言動などを把握します。

No	チェック欄	確認する内容
質問19 <家族の介護力, 心身の状況> 「家族の方の介護状況・介護に対する思いや, 心身の状況を把握していますか。」		
19-1	<input type="checkbox"/>	介護者の介護の状況(介護の分担(移動, 入浴, 排泄, 食事, 家事, 余暇, 通院, 内服薬の管理等), 介護技術(利用者に安心・安楽な介護ができる・おおよそできる・できない等), 家事力(炊事, 調理, 掃除, 洗濯, 買物等の家事能力)を把握している。
19-2	<input type="checkbox"/>	近距離家族(息子, 娘, 親, 孫等)や遠距離家族(息子, 娘, 親, 孫等)などの介護力をそれぞれ把握している。
19-3	<input type="checkbox"/>	主たる介護者の介護に対する意向などを踏まえ, 介護力を把握している。
19-4	<input type="checkbox"/>	主たる介護者の心身状況, 健康状態(腰痛, 膝痛, 肩こり, 便秘, 頭痛, うつ, 不眠, 食欲の低下等)を把握している。
19-5	<input type="checkbox"/>	介護者のストレス(イライラ, 落ち込む, 眠れない, 意欲低下, 利用者に対する暴言等)を把握している
19-6	<input type="checkbox"/>	介護者の通院の有無(通院状況, 禁止されている行為)を把握している。
質問20 <居住環境> 「在宅生活を続ける居住環境として, 気がかりな点はありませんか。」		
20-1	<input type="checkbox"/>	室内の環境の微調整(物の配置を変えることでできることを増やす視点)
20-2	<input type="checkbox"/>	段差の解消(玄関, 階段, 敷居等) 移動能力に応じた工夫(廊下, 階段等)
20-3	<input type="checkbox"/>	安心できる入浴動作の確保(脱衣室, 浴室, 浴槽等)
20-4	<input type="checkbox"/>	安定した排泄動作の確保(トイレ, 廊下, 手すり等)
20-5	<input type="checkbox"/>	寝室の工夫(ベッド, 空間, 閉じこもり, 臭い等)
20-6	<input type="checkbox"/>	台所の工夫(調理, 洗い, 片付け等)
20-7	<input type="checkbox"/>	買物の工夫(道路の距離, 傾斜, 幅等と移動能力の関連)
20-8	<input type="checkbox"/>	室内の動線確認(家具など障害になるもの, 活かせるもの)
20-9	<input type="checkbox"/>	利用者・家族の意向を把握しているか。

考え方

質問19 <家族の介護力、心身の状況>

「家族の方の介護状況・介護に対する思いや、心身の状況を把握していますか。」

目的

○家族の「介護の知識や家事・介護力」の程度や、介護に関わる家族の「心身の疲れや健康状態」を把握し、整理ができているかを確認します。

○同居・近距離家族に関わらず、主たる介護者やキーパーソンの有無、介護に関わる家族の人数を把握し、整理できているかを確認します。

○家族（同居・近隣・遠距離含めて）がどのような姿勢（態度）で介護に向き合っているか、介護に対してどのような意向を持っているかを把握し、整理できているか確認します。

○家族が後ろ向き（消極的）なために起こっている状態、また将来に起こりそうな状態を予知予見できているかどうかを確認します。

解説・説明

○家族関係や、実際に介護や家事に要する手間、経済的な問題やほかの支援者がいるのか、主たる介護者が地域や家族の中で孤立していることはないか、介護者の健康問題はどうかなど、多角的な視点から介護力のアセスメントを行うことも必要です。あまりにストレスが高まると、介護に対する拒否感や否定的な衝動から、虐待へと向かう危険性も秘めてしまうこともあります。

○家族の関わりも様々ですが、一般的に一部の介護者に集中してしまう傾向があり、やがて介護者が倒れてしまう、また本人も要介護状態となる事態を誘発してしまうなどが起こることもあります。

○利用者の要介護度だけではなく、認知症の有無も介護の負担感に大きく影響します。具体的に、どのようなことが「介護疲れ」を引き起こしているか、介護者の個別性も視野に入れて、具体的に把握し、整理することが大切です。

○主たる介護者を含めた、家族の介護力や家事力、社会的な立場等（就労の状況等）のレベルを把握することも大切です。

○家族といっても、誰もがいつも「前向き」に介護できているわけではありません。

○同居、近距離にかかわらず、家族それぞれが、どのような「介護への意欲」を持っているかを把握します。

質問20 <居住環境>

「在宅生活を続ける居住環境として、気がかりな点はありませんか。」

目的

○利用者が、より自立した生活を送り、機能の維持向上や介護者の負担軽減のために、住環境の上で工夫出来る点がないか、将来の利用者自身の心身状況や家族介護者の生活を踏まえて、自らの判断のみならず、関係機関や関係者にも相談しながら検討されたか確認します。

解説・説明

○要介護度や障害の特性によって、住宅改修や福祉用具の選定に関する視点は異なってきます。居住環境には、家屋内の「居住空間」や家の周囲を含めた「近隣の環境」等も考慮します。屋内では玄関や敷居の段差、トイレ・台所などの空間、ベッドを持ち込む部屋面積、炊事がしやすいキッチンなどが、要介護状態となった本人や高齢の家族にとって使い勝手がよいかどうか、自立した生活や負担の少ない介護に深く関わってきます。

○居住環境を把握することで、たとえば移動に活用できる福祉用具（例：杖、シルバーカー、車いす等）や起き上がりや立位を補助（ベッドサイドの移動バーなど）の介護を軽減出来るものや住宅改修（例：玄関・階段・廊下・浴室・トイレの手すり設置等）などの必要性がわかり、計画的なアセスメントがおこなえ、プランに導入することができます。

○利用者及び家族が実際に困る場所、危険と思われる場所については、実際の動作を確認する、必要に応じてイラストや写真などで記録することも大切です。

○敷居のわずかな段差であっても、足腰の機能低下により「つまずき」の原因になります。将来的な機能低下まで視野に入れたアセスメントが必要です。

（身体機能レベルにより、すべてのバリアをなくすことで、かえって機能低下をもたらす場合もあることにも注意します。）

No	チェック欄	確認する内容
質問 2 1 <特別な状況> 「プランを作成する上で、特別に配慮したほうがよいと思われたことがあれば教えてください。」		
21-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本人の事情 <input type="checkbox"/> 家族の事情 <input type="checkbox"/> 家計の事情 <input type="checkbox"/> 介護者の事情 <input type="checkbox"/> 家族の介護力 <input type="checkbox"/> 介護のスタイル <input type="checkbox"/> 近隣との関係 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 終末期 <input type="checkbox"/> 宗教
質問 2 2 <尊重> 「介護支援専門員として利用者の主体性を尊重することができましたか。」		
22-1	<input type="checkbox"/>	利用者の自己選択や自己決定を尊重している。
22-2	<input type="checkbox"/>	利用者及び家族のプライバシーに配慮した言葉づかい等を行っている。
22-3	<input type="checkbox"/>	利用者の年齢、経歴、性差を意識した言葉づかい、態度等を行っている。
22-4	<input type="checkbox"/>	アセスメントのやり取りで、排泄や入浴、清潔の維持など、本人にとって答えづらい質問に配慮している。
22-5	<input type="checkbox"/>	現状への認識、望む暮らし(ADL, IADL, 生きがい)を把握している。
22-6	<input type="checkbox"/>	これまでの暮らし(生活習慣、生きがい、役割等)を把握している。

考え方

質問2 1 <特別な状況>

「プランを作成する上で、特別に配慮したほうがよいと思われたことがあれば教えてください。」

目的

- 利用者の「特別に配慮すべきこと」（例：医療ニーズの高さや緊急性が高い要素、徘徊、虐待、家族不和、利用者が限界を超えて頑張り続けている場合等）で把握している内容と、今後どのようなことが想定されるのかを確認します。
- 介護者等の「特別に配慮すべきこと」（例：健康、疾患、ストレス、介護力、経済的負担、介護知識の不十分さや従前の関係性の悪さからくる虐待、また限界を超えた在宅介護を続けている場合など）で把握している内容と、今後どのようなことが予測されるかを確認します。
- 「特別に配慮すべきこと」がケアチームとして共有され、サービス担当者会議でその方向性などが一致しているかどうかを確認し、必要に応じて保険者及び地域包括支援センターが関わるべき内容であるかの検討を行うことができているかを確認します。

解説・説明

- 要介護1～5のどの状態であっても、本人の個別性（年齢、性差、性格、生活歴・価値観・疾患の種類と進行の度合い等）、家族の事情（家庭内不和、離婚、断絶等）、家計の事情（困窮、生活保護等）によって、援助方針における「支援の内容とポイント」は異なってきます。
- 介護者の事情（同居・近距離・遠距離介護、性差、介護力、介護への思い、疾患、判断能力等）も支援内容に大きく影響し、それらに応じて「特別に配慮すべきこと」が出てきます。
- ケアプランは利用者個々への支援ですが、これらの状況を把握し、全体的な配慮がなされた支援方針と支援内容が明記されていることが大切です。

質問2 2 <尊重>

「介護支援専門員として利用者の主体性を尊重することができましたか。」

目的

- アセスメントの過程において、利用者・介護者に、できないこと「不可能な要因」、できること「能力」、していること「行為・実践」、できそうなこと「可能性」、望む暮らし「目指すべき方向」、この視点で現状を認識してもらえたかを確認します。
- 介護する側の「可能性」（ADLへの介護、IADLの実践）と、さらに「実践してみようという意欲」（挑戦）や「できるようになる」ための知識、方法、心身機能の維持を認識してもらえたかを確認します。
- アセスメントを通じて、現在だけでなく、数ヶ月後から数年先まで見通した「本人・家族の暮らし方」への意向を尊重する「やりとり」ができているかを確認します。

説・説明

- アセスメントとは、利用者・介護者との協働作業です。
- そのプロセスを通し、利用者・介護者が現在の暮らしの困り事や不安、戸惑いを振り返り、その原因を把握し、「望む暮らし」を主体的に描くために支援するのが、介護支援専門員の大切な役割です。
- そのためには、介護支援専門員は非審判的な態度で臨み、利用者及び家族の意思意向について把握し、「尊重」することが大切です。
- 排泄などに関わることは、本人にとっては家族にも知られたくないことでもあり、何気なく発した言葉や専門用語で、尊厳が著しく傷つけられる場合もあります。
- 生活歴や家族歴も、本人にとっては他に知られたくない、知られると家族関係上困る事も多く、慎重に対応することで、利用者及び家族の尊厳を保持することにつながります。
- 「なれなれしさ」と「親しさ」を混同し、言葉遣いによって利用者や家族の心を傷つけ、関係を壊してしまう場合があります。「どのように尊重しているか」を具体的に確認することが大切です。
- 生活の主役は「利用者」ですが、介護者も支援対象です。
- 援助する側の一方的な判断や思い込みは、利用者・家族の意向をないがしろにするものです。
- また、利用者・家族の要求に従うことが尊重することではありません。
- 結果的に「言いなりプラン」となってしまう、これも「利用者本位」の誤った理解です。

利用者名： _____

- 1 面接の際に、質問1～5の質問例を参考にして、介護支援専門員に質問してください。
- 2 質問に対する介護支援専門員の答から、当てはまると思う項目の口に「レ（チェック）」を入れてください。
- 3 各項目の「確認する内容」は、介護支援専門員の「気づき」を促す視点ですので、必ずしも全ての項目にチェックが入らないといけないということではありません。

事業所名		介護支援専門員氏名	
点検日	平成 年 月 日	点検者氏名	

【第1表 居宅サービス計画書（1）に対するチェック項目】

No	チェック欄	確認する内容
質問1 「記載事項に漏れがないよう、常に確認をされていますか。」		
1-1	<input type="checkbox"/>	必要事項の記載がされている。
1-2	<input type="checkbox"/>	利用者及び家族の意向の記載がされている。
1-3	<input type="checkbox"/>	介護認定審査会からの意見及びサービスの種類が記載されている。
1-4	<input type="checkbox"/>	総合的な援助の方針が記載されている。
質問2 「アセスメントから課題の整理はできましたか、またそれらの課題は「利用者及び家族の生活に対する意向」と関連性がありますか。」		
2-1	<input type="checkbox"/>	標準課題分析項目等を活用し、課題の抽出が出来ている。
2-2	<input type="checkbox"/>	認定調査表、主治医意見書、被保険者証、サービス提供事業所・者・主治医からの情報提供等、利用者及び家族からの情報以外にも必要に応じて関係者からも意見を収集し、意向や課題が明確になるように支援している。
2-3	<input type="checkbox"/>	課題と「利用者及び家族の生活に対する意向」との間に関連性がある。

考え方	
質問1 「記載事項に漏れがないよう、常に確認をされていますか。」	
目的	○記載すべき内容の理解及び記載漏れがないかを確認します。
解説・説明	<p>○第1表は、居宅サービス計画全体の方向性を示すものになります。</p> <p>○介護認定審査会の意見については、単に転記するだけでなく、被保険者証に記載されている内容について、利用者及び家族と確認し合いながら転記を行うことが大切です。</p> <p>○介護認定審査会の意見及びサービス種類の指定に対し、利用者の拒否や資源の不足等があった場合には、その理由を第5表（居宅介護支援経過）に記録しておく必要があります。</p> <p>○初めて介護保険のサービスを利用する利用者・家族は、被保険者証の記載事項の意味等が分からない場合が多いため、介護保険のパンフレット等を用い、わかりやすく丁寧に説明する工夫が必要です。</p>
質問2 「アセスメントから課題の整理はできましたか、またそれらの課題は「利用者及び家族の生活に対する意向」と関連性がありますか。」	
目的	○「課題（ニーズ）」と「利用者及び家族の生活に対する意向」との間に関連性があるかを振り返り、アセスメントが適切に行われていたかを確認します。
解説・説明	<p>○ケアプランは、利用者の「要望」に沿うサービスを単に記載したものではなく、利用者がこれからの自立した生活に向けて、希望が見出せる計画書である必要があります。</p> <p>そのため、適切なアセスメント（客観的な指標）過程を経て、課題を抽出していくことが大切です。</p> <p>○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には、「解決すべき課題」がきちんと押さえられているかを確認する必要があります。</p> <p>○ひとつひとつの問題が整理され、課題が集約されていく背景において重要なのは、利用者と介護支援専門員が、アセスメントの過程を通して信頼関係を構築していくことです。</p> <p>掘り下げて確認していく中で、利用者に「気づき」が生まれることがあります。</p> <p>最終的には利用者の「望む生活」がより明確になり、利用者自らが課題解決へと積極的に望む姿勢を生み出すことにつながります。</p> <p>○解決すべき課題を把握するには、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行い、利用者が抱える問題点を明らかにすることが必要です。</p> <p>○初回のプラン作成では、望む生活が直ちにすべて明らかにならない場合もありますが、その課題を経るごとに関係性を構築し、望む生活が明らかになっていくことを認識します。</p>

No	チェック欄	確認する内容
質問3 「家族はどのような思いで、利用者を支えていこうとお考えですか。」		
3-1	<input type="checkbox"/>	家族が今一番困っていることを受け止めた上で、家族として「できること」「できないこと」を把握している。
3-2	<input type="checkbox"/>	家族が何気なくもらした「介護に対する思い」をきちんと受け止め、意識している。
3-3	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員個人が思い描く家族像を押し付けていない。
質問4 「利用者及び家族の生活に対する意向」は、アセスメントをすすめ、課題が明確になっていく過程で、面接当初と比べて変化はありましたか。 ※利用者及び家族からの要望をそのままサービス計画に反映させているだけでないかを確認します。		
4-1	<input type="checkbox"/>	利用者及び家族の生活に対する意向とアセスメントの結果が合致している。
4-2	<input type="checkbox"/>	介護サービスを利用するだけの課題抽出になっていない。
4-3	<input type="checkbox"/>	利用者・家族が改善可能であろうと思う生活を具体的にイメージできている。
質問5 「総合的な援助方針」はどのようなプロセスを踏んで決定しましたか。」		
5-1	<input type="checkbox"/>	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。
5-2	<input type="checkbox"/>	緊急事態が想定される場合は対応機関やその連絡先、対応方法等について記載がされている。
5-3	<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議の開催が行われている。
5-4	<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議が開催できなかった場合には、別の方法によりケアチームの方向性を確認し、合意形成をしている。

考え方	
質問3 「家族はどのような思いで、利用者を支えていこうとお考えですか。」	
目的	<p>○家族が、どのような思い(意識)で利用者を支えていこうと考えているかを聞き取ることで、家族の「介護力(家族の支える力)」や介護に対する思いを確認することができます。</p> <p>○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」を理解しているかを確認します。</p>
解説・説明	<p>○家族が、利用者の現況をどのように受け止め、また、どのように本人を支えていこうとしているかを知ることは、家族の持つ力を知る上で、アセスメントには欠かせないものです。</p> <p>○同じようなADL(日常生活動作)やIADL(日常生活関連動作)の状況にある人でも、家族との関わり如何によっては、利用者の生活は異なるものです。</p> <p>また、そのことは、利用者だけの問題ではなく、介護者自身の健康や性格・価値観、時間的な余裕や経済力、介護に対する思い、また、それまでの利用者との人間関係など、様々なものが複雑に影響しあいます。</p> <p>○介護に費やす時間や費用に関する考え方は、千差万別です。</p> <p>介護支援専門員側の価値観等を、押し付けることの無いように留意することが必要です。</p> <p>(介護サービスの利用を制限するために、家族が行うことを強要しないように留意します。)</p> <p>○初めて介護に直面した、少し慣れてきた、経験が長くなった家族等、介護の不安や悩みは様々です。</p> <p>介護の期間や経験等も勘案し、情報収集・アセスメントを行います。</p> <p>○サービスの導入には、家族の介護負担の軽減という視点もありますが、介護サービスが入ると、家族は安心して介護は専門職に任せようと、今まで行ってきたことをしなくなる場合もあります。</p> <p>家族や身内等が行うことの意義についても十分説明を行いながら、インフォーマルな支えがどの程度可能かを把握することも大切です。</p>
質問4 「利用者及び家族の生活に対する意向」は、アセスメントをすすめ、課題が明確になっていく過程で、面接当初と比べて変化はありましたか。」 ※利用者及び家族からの要望をそのままサービス計画に反映させているだけでないかを確認します。	
目的	<p>○利用者及び家族からの要望を、そのままサービス計画に反映させているだけでないかを確認します。</p>
解説・説明	<p>○面接当初の利用者及び家族が訴える「生活に対する意向」では、今、起こっている生活についての困り事や、こうしてもらいたいという要望が中心に話されることがあります。</p> <p>その背景には、現状への「不安・悩み・焦り・介護者への気兼ね・遠慮・ストレス・介護負担」など様々な問題が利用者側・介護者側にあり、未整理のまま言葉に現れてしまうことがあるからです。</p> <p>○アセスメントの過程においては、そうした利用者及び介護者自身が抱える問題の背景を明らかにし、情報不足からくる不安や悩み等に対して、必要な情報(介護の工夫、サービスの利用等)を提供していくことが必要になります。</p> <p>○「予後予測の見立て(介護サービス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)」が行えたかも、非常に大切な視点となります。</p> <p>こうした視点があると、利用者及び家族も介護の見通しが立ち、生活や介護に対するイメージも、変わっていくことがあります。</p>
質問5 「総合的な援助方針」はどのようなプロセスを踏んで決定しましたか。」	
目的	<p>○総合的な援助の方針は、介護支援専門員が目指す方針ではなく、ケアチーム(利用者及び家族を含む)としての総合的な援助方針であることが理解できているか、また、緊急事態が想定される場合などの対応についても、ケアチームで共有・調整できているかを確認します。</p>
解説・説明	<p>○第2表の生活の課題にあがっていない内容が総合的な援助の方針に入っている場合は、アセスメントの過程を振り返る必要があります。</p> <p>○利用者や家族が「望む生活」を目指して、ケアチームが取り組む内容や支援の方向性が、わかりやすい表現となっていることが大切です。</p> <p>○緊急事態が予測される場合(認知症や医療依存度が高い方など)には、利用者及び家族と相談したうえで、緊急時の対応機関やその連絡先等についても把握しておきます。</p> <p>あらかじめ、支援者の中でも、どのような場合を緊急事態と考えているか、緊急時を想定した対応について、利用者・家族・関係者といったケアチームの中での共通認識を図っておくことで、スムーズな対応が図れます。</p> <p>○サービス担当者会議は、「利用者・家族」の参加が原則です。</p> <p>○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や、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ることが大切です。</p>

利用者名： _____

- 1 面接の際に、質問1～9の質問例を参考にして、介護支援専門員に質問してください。
- 2 質問に対する介護支援専門員の答から、当てはまると思う項目の口に「レ（チェック）」を入れてください。
- 3 各項目の「確認する内容」は、介護支援専門員の「気づき」を促す視点ですので、必ずしも全ての項目にチェックが入らないといけないということではありません。

事業所名		介護支援専門員氏名	
点検日	平成 年 月 日	点検者氏名	

【第2表 居宅サービス計画書（2）に対するチェック項目】

No	チェック欄	確認する内容
質問1 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の原因や背景についてお聞きします。」		
1-1	<input type="checkbox"/>	状態（状況）の改善・維持・悪化防止など、自立支援に向けたアセスメントの視点をもとにそれぞれの課題（ニーズ）が導き出されている。
1-2	<input type="checkbox"/>	介護サービスを利用するための課題抽出となっていない。
1-3	<input type="checkbox"/>	課題の中にサービスの種類が記載されていない。
1-4	<input type="checkbox"/>	それぞれの課題が導き出された原因や背景を押さえている。
質問2 「課題の優先順位を決める上で、大切なことはどのようなことだと考えていますか。」		
2-1	<input type="checkbox"/>	優先すべき課題の項目に応じた課題の整理が行えている。
2-2	<input type="checkbox"/>	利用者及び家族に予後予測を立てた根拠を説明している。
2-3	<input type="checkbox"/>	課題の優先順位に支障や理解の違いが生じた場合、調整している。
2-4	<input type="checkbox"/>	介護支援専門員が一方向的に提案した課題になっていない。

考え方	
質問1 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の原因や背景についてお聞きします。」	
目的	○それぞれの課題（ニーズ）が導き出された経緯（原因や背景）を振り返ることで、自立支援に向けた適切なアセスメントが行えていたかを確認します。
解説・説明	<p>○第2表は、居宅サービス計画全体の中核になるものです。</p> <p>どのような課題（ニーズ）があり、それを解決するために何を指すのかということ、明確にしていくことが必要になります。</p> <p>○利用者及び家族の抱える問題点や困り事に対して、安易に、即サービスで対応するというのではなく、利用者及び家族とともに、その問題点や困り事の本質（原因・背景）や、解決するには何が必要なのかを明らかにしていく過程が大切になります。</p> <p>○「できない」「できるのにしていない」「している」などの行為の現状把握だけでなく、その状況を招いている原因や背景についての整理が必要です。</p> <p>そのうえで、「できるようになる」「するようになる」など、改善の可能性を探ります。</p> <p>○サービスは、ニーズを解決するための一つの手段であることを理解し、利用者が自立を目指していけるような内容となっていることが大切になります。</p> <p>○生活する上で介護サービスの利用の必要性がない課題についても、網羅されていることが大切です。</p> <p>利用者及び家族が取り組んでいくセルフケアや、家族支援等を含む生活全体の課題について、アセスメントがなされていることが必要です。</p> <p>○個人的な視点やパソコンソフト等によって、一律に同じような表現や課題分析が行われていないか確認します。</p> <p>○問題点の指摘ではなく、自立に向けた意欲に転換することが大切な視点です。</p>
質問2 「課題の優先順位を決める上で、大切なことはどのようなことだと考えていますか。」	
目的	○優先すべき課題（例：緊急である課題、医師等の専門職からの課題等、本人の動機づけとなる課題、改善の効果が見込まれる課題、悪循環を作り出す原因となっている課題）の整理が行えているかを確認します。
解説・説明	<p>○課題の優先順位をつける作業では、様々な視点からアセスメントした結果、抽出された生活課題を関連付け、まとめていきます。</p> <p>その中で、利用者及び家族が優先的に解決したいと思う課題や、取り組みたいという意欲的な課題から優先するなど、利用者及び家族の意向を組むことも必要です。</p> <p>○緊急性の高い課題として、例えば生命の危険が脅かされるような状況がある場合や虐待等のリスクが高い場合、また、状態の悪化を防ぐために必要な医療上の課題があれば、それらを優先課題としてあげるなどの状況判断も必要になります。</p> <p>○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、利用者及び家族に十分な説明を行い、将来的な予測や見立てを具体的に示すことが必要です。</p> <p>そうしたかかわりの中で、利用者及び家族が捉えていた課題の優先順位が変化していくことがあります。</p> <p>○一度計画を立てた優先順位が、継続して同じということではなく、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から、モニタリングが重要だということを改めて押さえておく必要があります。</p> <p>○ケアマネジメントは、利用者本位・利用者主体が原則ですが、時には、利用者本位を貫くことに配慮しながらも、家族の介護負担軽減等が優先課題として先にあがることもあります。</p> <p>○課題整理の過程においても、利用者・家族が積極的に参加できるような工夫や配慮が大切です。</p>

No	チェック欄	確認する内容
質問3 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）が利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか。」		
3-1	<input type="checkbox"/>	生活に対する意向と生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の関連付けが図られている。
3-2	<input type="checkbox"/>	肯定的な表現方法で、わかりやすい内容の記載ができています。
3-3	<input type="checkbox"/>	利用者の取り組むべき課題が明確になっている。
3-4	<input type="checkbox"/>	利用者の望む生活を実現する課題となっている。
質問4 「利用者・家族の困りごとに対してどのような働きかけを行いましたか。」		
4-1	<input type="checkbox"/>	利用者及び家族の困りごとを受け止め、その原因や背景に何があるのかを把握分析した上で、居宅サービス計画に反映している。
4-2	<input type="checkbox"/>	利用者及び家族の要望をそのまま受け止めて十分アセスメントを行うことなくサービスを提供してしまうことへのリスクについて理解し、利用者及び家族に対し説明ができています。

考え方

質問3 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）が利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか。」

目的

○アセスメントの結果を踏まえた内容であり、一定期間後に実際に達成できそうな課題をわかりやすい表現で記載しているかを確認します。

解説・説明

○生活全般の解決すべき課題を、利用者及び家族が、「自分達の課題（ニーズ）」として捉えられていることが重要です。
 利用者及び家族が理解しやすいように、難しい専門用語を避けるようにします。
 利用者自身が表現した「言葉」を引用することで、意欲が高まり、自分のニーズとして捉えることが出来るようになることもあります。
 ○課題は、漠然としたまとめ方ではなく、利用者が主体的な取り組みを始めようと思えるような、わかりやすい記載の方法を心がけることが大切です。
 ○病気や障害があっても、残された機能や能力で、できることはたくさんあります。
 介護支援専門員が、積極的に利用者と一緒に、できることを見つけていく作業を丁寧に行うことで、徐々にネガティブだった利用者自身の気持ちに変化が現れ、次第に気持ちがポジティブに変わっていくことがあります。
 その経過を大切にすることが、利用者・家族との信頼関係をさらに構築することに繋がります。
 ○「安全・安楽に過ごす」等の、抽象的で誰にでも当てはまるような表現は、極力避けていきます。
 利用者ごとに捉え方は違いますので、介護支援専門員は、アセスメント等を通して、専門職の視点として、その人にとってのニーズは何かをともに考え、具体的に表現することが大切です。
 ○「ニーズ」の発生する原因や背景に眼をむけ、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、ともに考えていく姿勢を持つことが必要です。

質問4 「利用者・家族の困りごとに対してどのような働きかけを行いましたか。」

目的

○利用者及び家族の「困りごと」に対して、原因や背景を十分に分析することなく、サービス提供のみを目的とした計画書を立てていないかを確認します。
 ○困りごとの原因や背景に何があるのかを、一緒に探していく作業を通じ、利用者自身が求めている生活、大切にしたいものが何かを把握した上で、専門職として積極的な働きかけができているかを確認します。

解説・説明

○介護支援専門員の業務の柱は、利用者の「自立支援」にあります。単に困りごとを聞いていたのでは、「自立支援」にはつながりにくいものです。困りごとの事実・実態を把握した上で、どうしてそのような困りごとが生まれているのか、その原因や背景を利用者及び家族とともに探っていく作業が、「自立支援」には欠かせないものです。
 ○その過程で、一方的に介護支援専門員が気付いたことを伝えるのではなく、大切なことは利用者や家族に「どうしてこんなことが起きているのか？どうして今、このことに困っているのか？どうしたらその困りごとは解消・改善されるのか？」と考えてもらう時間を、意識的にとることも必要です。
 ○人は他人から指摘・示唆された内容より、自ら気付いた事柄に対しては、主体的になれるものです。
 利用者及び家族の言動・表情・声色・手振り・身振り等を観察しながら、語られた言葉だけに注視せず、表現されなかった内容については、言葉を引き出すきっかけを作るなどの工夫を行うことで、気づきを促せる場合があります。
 ○介護支援専門員も業務に慣れない間は、時に利用者及び家族の「困りごと」に振り回されることもありますが、要望を単に受け止めることへのリスクの高さを説明することも必要です。
 →例えば、長時間立っていることが辛いという理由で、家事全般を訪問介護で担って欲しいという要望があったとします。
 長時間という時間がどの程度の時間をさしているのか？痛みのコントロールの方法はないのか？
 その状態は今後、治療や生活上の工夫により改善できるものなのか？
 どの程度の家事ならできる範囲にあるのか？など、十分なアセスメントを行わず、安易にサービスを提供することで、さらに活動量が減少して、介護度が悪化することにもつながる恐れがあります。
 簡単に要望を受け止めることは、利用者が望む生活への到達時間を遅らせるだけではなく、到達そのものが難しくなる可能性を秘めているなど、リスクについて、説明することはとても大切です。
 ○「困りごと」の原因や背景の状況分析ができていないか、一側面だけを捉えていないか確認し、足りない場合は、課題分析標準項目に遡り、再アセスメントを行います。
 ○介護支援専門員の個人的感情や価値観ではなく、客観的な根拠が必要です。

No	チェック欄	確認する内容
質問5 「長期目標」は、どのように設定されましたか。また、利用者自身が課題（ニーズ）ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点とできるよう、具体的に分かりやすく記載していますか。」		
5-1	<input type="checkbox"/>	解決すべき課題を目指した達成可能な目標設定になっている。
5-2	<input type="checkbox"/>	認定期間も考慮しながら達成可能となる目標と期間の設定となっている。
5-3	<input type="checkbox"/>	目標達成時期の具体的な状態像を踏まえた記載となっている。
5-4	<input type="checkbox"/>	誤った目標設定になっていない。（例）支援者側の目標設定、サービス内容を目標に設定等
5-5	<input type="checkbox"/>	目標の設定が利用者の状態像から妥当である。（高すぎたり、低すぎたりしない。）
5-6	<input type="checkbox"/>	目標にわかりづらさ（抽象的、あいまい）はない。
5-7	<input type="checkbox"/>	目標が単なる努力目標になっていない。
5-8	<input type="checkbox"/>	単にサービスの利用が目標になっていない。

考え方

質問5 「長期目標」は、どのように設定されましたか。また、利用者自身が課題（ニーズ）ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点とできるよう、具体的に分かりやすく記載していますか。」

目的

○長期目標は、短期目標が一つずつ解決できたゴール（結果）として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ますか確認します。

解説・説明

○「課題」とは利用者（家族）が解決したい事柄であり、自立支援にむけての最初の一步になります。「目標」とは課題達成に向けての具体的に取り組む内容のゴール（結果）になります。そのため、具体的に達成すべき内容が、わかりやすくイメージできる記載が大切になります。

○長期目標は、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）を記載したものです。利用者（家族）の取り組みの状況によっては、目標そのものが理解されているかを検討する必要性が生まれる場合や、状況の変化に応じて目標を修正することも必要となります。

○家族、ケアチームなど、利用者とともに目標を目指す支援者の考えを、利用者に押し付け不要の注意が必要です。

○「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します。

○加齢や疾患の影響で、心身の状態や体調が変化し、心身機能が低下すると、目標の期間や内容の設定にも影響が出てきます。

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います。

○「長期目標」は、課題に対して具体的に達成する「結果」としてイメージできる表現・記載が大切です。

No	チェック欄	確認する内容
質問6 「短期目標」は「長期目標」を達成するための具体的な活動の目標になっていますか。」		
6-1	<input type="checkbox"/>	長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。
6-2	<input type="checkbox"/>	抽象的な目標設定ではなく、利用者及び家族等が具体的に何をするのかをイメージすることができる表記となっており、取り組む内容がわかるような記載になっている。
質問7 「課題を解決するための「単なるサービス内容」の記載だけではなく、どのような点に注意すべきか、どういったことを大切にすべきか等の視点も含めた具体的な記載内容となっていますか。」		
7-1	<input type="checkbox"/>	短期目標達成に必要なサービス内容となっている。
7-2	<input type="checkbox"/>	家族を含むインフォーマルな支援の記載がある。
7-3	<input type="checkbox"/>	利用者自身のセルフケアも記載がある。
7-4	<input type="checkbox"/>	サービス提供を行う事業所・者が担う役割等についても、必要に応じた記載がある。
7-5	<input type="checkbox"/>	主治医等の専門家から示された留意事項等の記載がある。

考え方

質問6 「短期目標」は「長期目標」を達成するための具体的な活動の目標になっていますか。」

目的

○長期目標を達成するための、具体的な活動（支援）の目標と期間の設定を行えているかを確認します。

解説・説明

○「短期目標」は、「長期目標」を達成するために段階的に計画する具体的な活動（支援）の目標となります。短期目標の積み上げの先に、長期目標の達成があり、長期目標の達成が課題（ニーズ）の解決につながり、課題の解決の先に利用者の「望む生活」が見えてきます。

○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、的を絞った具体的な表記であることが大切です。

目標ごとに番号をふるなどして、整理をした目標設定になる場合もあります。

○現在の状況を踏まえて、1～3ヶ月後には「まで改善したい」、1～3ヶ月間は「を取り組み、までできるようになる」など、利用者・家族にとって、具体的な達成目標や取り組み目標を設定します。

○実際には、取り組みを始めたことで早期に短期目標を達成することもあり、その場合は目標の前倒しも出てきます。

また、設定が高すぎる、早急すぎるなどもわかってくるので、短期目標の内容や目標期間の変更は随時行うこととなります。

○利用者（家族）は、心身の状態が不安定な場合もあり、将来への不安と戸惑い、後ろ向きな気分で日々を過ごすことがあります。

介護支援専門員の思い込みや決めつけで「高い目標」を設定し、結果として、できないことで自己否定や自信喪失にいたる場合もあります。

○高めの目標は、短期目標で「小分け」にして、利用者（家族）に「ささやかな達成感」と「小さな成功体験」を得てもらうことは、生活への意欲を引き出す効果を期待できます。

○短期目標でのポイントは、利用者（家族）に「実感のわく内容」「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、必要なことなんだな」と思える内容にすることも大切です。

利用者自身の取り組みを促す場合においては、その内容が客観的にも妥当であり、明確にすることが大切になります。

○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ます。

質問7 「課題を解決するための「単なるサービス内容」の記載だけではなく、どのような点に注意すべきか、どういったことを大切にすべきか等の視点も含めた具体的な記載内容となっていますか。」

目的

○目標を達成するために必要な援助内容（サービス内容・種別・頻度・期間）を確認します。

○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します。

解説・説明

○目標達成のために具体的に何を行うのが明確であり、利用者の意欲が高まるような内容を提案したり、もしくは利用者自身にも、どのような取り組みが必要かを考えてもらったうえで、合意した内容を援助内容として決定することが大切です。

○「サービス内容」の記載には、利用するサービスの内容を単に記載するというより、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・家族の役割等を記載するという視点を持つことが大切になります。

○主治医意見書等から提案されている留意事項等も、サービス担当者会議においてサービス内容を考える際に、勘案するなど大切なことです。

○サービス提供事業所が作成する、それぞれのサービス計画書を立てるのに必要なサービス項目（送迎 や食事等）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、漏れなく記載ができていることも忘れてはなりません。

○加算項目を記入する際には、その必要性について説明することが大切です。

サービス提供事業所から言われただけで、機械的に記載していないか確認が大切です。

○利用者自身のセルフケアや家族の支援等インフォーマルな支援を含む場合は、実効性を適正にアセスメントし、無理や負担のないように留意します。

No	チェック欄	確認する内容
質問8 「計画したサービス内容を適切に提供するために、サービス種別はどのような資源を検討し決定されましたか。」		
8-1	<input type="checkbox"/>	短期目標をまず達成するためのサービス種別となっている。
8-2	<input type="checkbox"/>	医療ニーズの高い利用者には、医療系サービスも盛り込まれている。
8-3	<input type="checkbox"/>	特定のサービスによる偏りがない。
8-4	<input type="checkbox"/>	主治医意見書・サービス担当者会議の意見を反映している。
8-5	<input type="checkbox"/>	サービス導入の目的が目標と合っている。
8-6	<input type="checkbox"/>	家族支援やインフォーマルサービスなども必要に応じて記載されている。
質問9 「サービスの利用頻度と期間の見直しはいつ頃、どのように行うのかお聞きします。」		
9-1	<input type="checkbox"/>	モニタリングでの評価も参考にし、必要に応じた期間での援助内容（サービス内容・種別・頻度・期間）の見直しを行っている。
9-2	<input type="checkbox"/>	利用者及び家族の意向を考慮し、柔軟な対応が出来るようサービス導入にあたりサービス提供事業所・者との連携を図っている
9-3	<input type="checkbox"/>	サービス導入後の変化を予測できている。
9-4	<input type="checkbox"/>	サービス時間・曜日がサービス提供事業所・者の都合が優先されていない。

考え方	
質問8 「計画したサービス内容を適切に提供するために、サービス種別はどのような資源を検討し決定されましたか。」	
目的	<p>○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）を検討してきたかを確認します。</p> <p>○検討した結果、資源として不足しているサービス等がある場合は、介護支援専門員として状況を把握し、行政等に働きかけていく視点が求められていることを認識しているかを確認します。</p>
解説・説明	<p>○「短期目標」の達成に必要なサービスの種類（資源）には、利用者（セルフケア）、家族支援、介護保険サービス、インフォーマルサービスで行うものなどがあります。</p> <p>○サービス内容は、個別サービス計画書と連動していることから、主要なサービス項目（食事介助、清拭等）を漏れなく記載することも大切であり、本人の自立を支援するようなサービス内容でなければ目標の達成、課題の解決には繋がりません。</p> <p>そのためには、具体的なサービス項目を記載するとともに、そのサービスが利用者の自立支援にどのように結びついていくのかを理解し、サービス提供事業所・者と目指す方向性を共有できていることが大切です。</p> <p>○サービス内容によっては通院、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）もあります。</p> <p>医療サービスや実費サービスも、利用者（家族）にとっては「生活を支えてくれる資源」です。</p> <p>サービス内容と種別は、介護保険給付の有無に関わらず、必要に応じてケアプランに記載するようにします。</p> <p>○「サービス種別」では、できるだけ、家族による支援（既に行っているものも含む）も記載し、家族参加の動機づけ（押し付けにならないよう配慮しながら）を行うなどの工夫も必要です。</p> <p>サービス担当者会議で専門的な見地から示された留意点や配慮については、サービス内容の「条件」として記載します。</p>
質問9 「サービスの利用頻度と期間の見直しはいつ頃、どのように行うのかお聞きします。」	
目標	<p>○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します。</p> <p>○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ているかを確認します。</p>
解説・説明	<p>○サービスの利用頻度と期間については、「短期目標の期間」と連動し、短期目標の達成に必要な回数と期間設定になっているかが大切です。</p> <p>具体的な記載方法については、開始日と終了予定日を記入し、終了時期が特定できない場合等は、開始時期のみを記載します。</p> <p>○利用者（家族）の「生活リズム」を考慮すると、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てくる場合があります。</p> <p>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についてモニタリングを行い、予定と異なる進捗状況が発生すれば、頻度や期間を見直すだけでなく、プラン全体の修正が必要となることがあります。</p> <p>○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することは、利用者本位の視点から逸脱した行為ともいえます。</p> <p>サービスを使い慣れていない初期の段階では、まず週一回の訪問介護で「他人が家に入ることに慣れる」、週一回の通所介護で「集団に慣れ、知り合いを作る」期間とするなど、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す。</p> <p>○利用者・家族の「サービスの受け入れ」度合い（心理面、体力面等）も配慮します。</p> <p>○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」に留意することが大切です。</p> <p>○サービス導入直後のモニタリングが特に大切です。</p> <p>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ます。</p> <p>○効果的な導入方法について、サービス提供事業所の専門的意見を聞くことも大切です。</p>

利用者名： _____

- 1 面接の際に、質問1～4の質問例を参考にして、介護支援専門員に質問してください。
- 2 質問に対する介護支援専門員の答から、当てはまると思う項目の口に「レ（チェック）」を入れてください。
- 3 各項目の「確認する内容」は、介護支援専門員の「気づき」を促す視点ですので、必ずしも全ての項目にチェックが入らないといけないということではありません。

事業所名		介護支援専門員氏名	
点検日	平成 年 月 日	点検者氏名	

【第3表 週間サービス計画表に対するチェック項目】

チェック欄	確認する内容
質問1 「週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について、どのように考えていますか。」	
1-1 <input type="checkbox"/>	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無い。
1-2 <input type="checkbox"/>	介護給付以外の取り組み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体の流れが見える記載となっている。
1-3 <input type="checkbox"/>	夜間を含めた介護者の介護への関わりの内容（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。
1-4 <input type="checkbox"/>	円滑なチームケアが実践できるような、分かりやすい記載になっている。

考え方

質問1 「週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について、どのように考えていますか。」

目的

○介護保険サービスとインフォーマル、家族支援等のバランスがとれたケアプランになっているかどうかを確認し、週間サービス計画表をたてる意義について理解しているか確認します。

解説・説明

○第2表のサービスや内容が第3表を通して、計画書そのものの全体的なバランスを把握することができ、それぞれのサービスと利用者の生活における関連性が見えるものとなり、見落としや見誤りなどが確認できるものとなります。

○介護保険給付以外のセルフケアや家族介護などについても記載をしておくことで、利用者を支える生活全体が見えやすくなります。

特に、利用者自身がセルフケアで継続して取組みを行っていることなどを記載し、ケアチームで共有しあうことは、利用者のモチベーションを高めることにつながる場合があります。

○週間サービス計画表は、介護サービス利用の時間を一週間単位で確認できるので、生活全般の過ごし方を具体的にイメージすることができます。

サービス提供者（例：ヘルパー等）も、曜日や時間帯ごとのサービス利用の状況を確認することにより、他のサービスとの役割分担と連携を認識することができるので、チームケアを行う上においても効果的です。

○週間サービス計画表を作成する上においては、介護サービスの利用日と時間帯など利用者の希望や事情だけでなく、介護する家族の事情も影響します。

また、サービス提供事業所・者側の定員、送迎コース、受け入れ体制などもあり、すべて意向通りとならない場合もあります。

特に、利用初期の一～三ヶ月間はサービスに慣れない利用者（家族）とサービス提供事業所・者間の「調整」により、再三動くこともあります。

○一週間のサービス「量」は、支給限度額や利用料の負担度も影響します。

「利用したい」が現実には減らさざるを得ないという事情もあれば、要望のみが先行し、「必要以上と思われるサービス」「支給限度額いっぱいサービス」になっている場合もあります。

○週単位以外のサービス（居宅療養管理指導や短期入所、福祉用具、医療や保健福祉サービス、地域の活動等）についても、記載しておくことが大切です。

○週間サービスを、どのタイミング（心身の機能の改善・低下等）で見直すか意識すること、また、そのことを利用者・家族に伝えて置くことが大切です。

No	チェック欄	確認する内容
質問2 「本人の主な日常生活について、どのように把握しましたか？またその人らしい生活がイメージできていますか。」		
2-1	<input type="checkbox"/>	起床時間から就寝までの「一日の生活リズム」（整容、食事、散歩、掃除、昼寝、買物、洗濯、入浴等）を具体的に記載している。
2-2	<input type="checkbox"/>	夜間を含めた介護者の介護への関わりの内容（整容・排泄・吸引・吸入・食事・移動・入浴・清拭・体位変換・移乗等）を、具体的に記載している。
2-3	<input type="checkbox"/>	一日の生活の中で習慣化されていることを記載している。
2-4	<input type="checkbox"/>	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している。
質問3 「週間サービスには、利用者・家族の状況（意向、事情等）にあった計画になっていますか。」		
3-1	<input type="checkbox"/>	利用者及び家族が行う役割やセルフケアについての記載ができている。
3-2	<input type="checkbox"/>	インフォーマル資源等の活用なども意識してアセスメントを行っている。
3-3	<input type="checkbox"/>	夜間・土日などの支援体制も、きちんと考えている。
質問4 「週単位以外のサービス」の欄には何を記載していますか」		
4-1	<input type="checkbox"/>	「週単位以外のサービス」欄の目的を理解し、記載している。

考え方	
質問2 「本人の主な日常生活について、どのように把握しましたか？またその人らしい生活がイメージできていますか。」	
目的	<p>○本人及び家族の日常の過ごし方を把握することで、利用者及び家族の生活全体を捉えることができ、情報収集やアセスメントの過程に課題が残っていないかを確認します。</p>
解説・説明	<p>○この欄には、利用者の平均的な一日の過ごし方を、できるだけ具体的に記載します。記載することで、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）に対応することが可能となります。</p> <p>○この欄を記載することで、家族が本人の過ごし方を、具体的に知る手立てにもなります。同居であっても、一日や一週間を把握しているようで意外と知らない場合もあるので、把握してもらっておく必要があります。</p> <p>○本人が認知症や意思を表せない場合は、家族から情報収集します。家族から「一日の過ごし方」を情報収集することにより、家族の関わりを作る効果も期待できます。</p> <p>○現在の生活のイメージを持つことで、今の生活課題と生活リズムとの関係性を分析できます。一日の生活をアセスメントすることで、課題の解決にむけて、きっかけ作りにつながる場合があることを理解しておきます。</p> <p>○標準様式では「主な日常生活上の活動」欄が右端にあるため、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」を軽視してしまう危険性があるため注意します。</p> <p>○一度に全部聞き出そうとせず、利用者の心身の状況や生活等も考慮しながら、相手に不快感を与えないようにしながら把握することが大切です。</p> <p>○主たる介護者の、介護へのかかわり・不在時間帯等についても、記載します。</p>
質問3 「週間サービスには、利用者・家族の状況（意向、事情等）にあった計画になっていますか。」	
目的	<p>○利用者・家族の意向と事情をくみ取った週単位の介護保険サービスになっているか、利用者・家族の同意を得られているかを確認します。</p> <p>○利用者の自立を支援するために、フォーマル・インフォーマル・家族支援等のサービスを考慮し、それらがバランス良く記載された効果的なケアプランになっているかを確認します。</p> <p>○介護サービス導入が前提と思えるようなケアプランになっていないか確認します。</p>
解説・説明	<p>○課題（ニーズ）を解決していくためには、介護保険のサービス利用に頼るのではなく、自分でできることや家族ができることなどを整理しておくことが必要です。</p> <p>○サービス内容については、介護保険のサービス内容を記載するだけでなく、利用者及び家族が取り組むもの、遠方の家族や近隣、ボランティア等を含むインフォーマルな資源が担う役割等も記載しておくことで、家族を含めたチームが関わっているかを確認することができます。</p> <p>○大切なのは、サービスをまんべんなく一週間の生活の中に配置することではなく、ケアプランに位置付けた各種の社会資源が、それぞれに十分機能を発揮できるようにスケジュールを考えることであり、利用者にとっても心地よいサービス利用ができるようなスケジュールになることです。</p> <p>○夜間や土日に、家族がいる場合であっても、サービスの必要がないとは限りません。介護負担の状況によっては、夜間・土日の支援体制を組む視点が必要です。</p>
質問4 「週単位以外のサービス」の欄には何を記載していますか」	
目的	<p>○利用者の状態は、変化するものであることを理解し、一時的に必要なサービスなども含めて記載する必要性や、週単位以外のサービスにも介護保険サービスが含まれているため、利用している介護保険サービス全体を把握する必要性を認識します。</p>
解説・説明	<p>○この欄は、サービス開始当初に導入した福祉用具や、隔月に利用する短期入所など、週単位以外のサービスを利用する場合に記載します。</p> <p>○利用者の生活は、状態像や環境の変化で刻々と変わる場合があります。決して、週単位のサービスだけで支えているわけではありません。一時的に必要な支援や、週単位ではないけれども定期的に必要な支援なども含めて、継続的に支援体制を構築していく必要があります。</p> <p>○医療機関への受診や、保健サービスの利用、ボランティアの不定期な支援や近所の方々の支援なども記入しておくことは大切な情報です。</p> <p>○週単位サービス以外の支援を記載しておくことで、期間限定で利用するサービス内容や、月単位で利用するサービスも含めて、利用者の生活を支援する体制の全体像を把握できます。</p> <p>○住宅改修や福祉用具購入など、一時的に利用したサービスに関しても、把握（年月日等）しておくことは、今後のサービスのあり方の参考になります。</p>

資 料

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帳票。

居宅サービス計画書の中で、利用者及び家族の生活に意向がはっきりと示される一番重要な帳票。

★目的及び解説・説明はP19を参照

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 様 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

①利用者及び家族の生活に対する意向	1-1 誰が見ても問題ない（個人の秘密等が書かれていない）内容となっている 1-2 本人が自宅でその人らしくどういうふうに生きていきたいのか、分かりやすく書かれている（単に「家で生活したい」では×。本人特有の「趣味」や「生きざま」等が具体的にかかっている） 1-3 家族が本人に自宅でどういうふうに住居してもらいたいのか、分かりやすく書かれている
-------------------	---

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
------------------------	--

②総合的な援助の方針	2-1 ①の「利用者及び家族の生活に対する意向」が、実現できるような内容になっている（本人特有の「趣味」や「生きざま」等が生かされる内容になっている） 2-2 利用者に分かるように、方針が明確に書かれている 2-3 ケアプランの有効期間を意識した内容になっている 2-4 療養上配慮すべき内容（医療面や水分・運動・排泄・栄養面でのケア）が含まれている ※その他 緊急時の連絡先（医療機関、家族）等が書かれていることが望ましい。
------------	---

③生活援助中心型の算定理由	1. 一人着	3-1 生活援助中心型を算定する理由（必要性）はアセスメントから導き出されている 3-2 「その他」を理由として生活援助中心型を算定するには、理由をきちんと整理されてる 3-3 やむを得ない理由により生活援助中心型で算定したサービス内容も、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ないように、モニタリングを適切に行われている)
---------------	--------	--	---

第1表で示された「利用者の望む生活」実現していくための課題解決の手順を表した帳票。
居宅サービス計画全体の中核となる。

★目的及び解説・説明はP21を参照

作成年月日 年 月 日

居宅サービス計画書（2）

利用者名 殿

④生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目 標				援助内容					
	⑤長期目標	(期間)	⑤短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
4-1 第1表の「総合的な援助の方針」を実現するための課題が、具体的に書かれている 4-2 生活する中で、本人にとって何が課題なのかわかるよう書かれている 4-3 療養上配慮すべき内容（医療面や水分・運動・排泄・栄養面でのケア）のうち、利用者に必要ないずれかの内容が含まれている	5-1 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に応じた長期、短期の目標が明確に書かれている 5-2 目標の期間設定に対応した、達成可能と思われる内容となっている 5-3 本人の能力の維持向上の内容になっている 5-4 アセスメントと短期目標が連動している									

※1 「保険給付対象か否かの区分」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。

第1表で示された「利用者の望む生活」実現していくための生活全体を表した帳票。

第3表

作成年月日 年 月 日

★目的及び解説・説明は P23 を参照

週間サービス計画表

利用者名 殿

		月	火	水	木	金	土	日	⑦主な日常生活上の活動
深夜	4:00	⑥ 6-1 利用者の自立を支援するために、フォーマル・インフォーマル・家族支援等のサービスを考慮し、バランスよく記載されている 6-2 介護サービス導入が前提と思えるようなケアプランとなっていない 6-3 夜間・土日などの家族負担の状況に応じた支援体制になっている							7-1 利用者の平均的な一日の過ごし方（起床時間から就寝までの「一日のリズム」（整容、食事、散歩、掃除、昼寝、買物、洗濯、入浴等）が、具体的に書かれている
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

⑧週単位以外のサービス

- 8-1 一時的に必要なサービスなど書かれている。(福祉用具や、隔月に利用する短期入所等)
- 8-2 医療機関への受診、保健サービス利用、ボランティアの不定期な支援なども書かれている
- 8-3 期間限定で利用するサービス内容や、月単位で利用するサービスも含めて、利用者の生活を支援する体制の全体像が把握できる内容になっている。