

【その他基本事項】

	質 問	チェック	確認ポイント
ヌ	<p><尊重> アセスメントを通じて、利用者・介護者に現状を認識してもらえましたか？ また、介護支援専門員として利用者の自己選択や自己決定などの主体性を尊重することができましたか？</p>	<input type="checkbox"/>	利用者の自己選択・自己決定を尊重している。
		<input type="checkbox"/>	利用者・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。
		<input type="checkbox"/>	利用者の年齢、経歴、性差を意識した言葉づかい、態度等で行っている。
		<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。
		<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。
		<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。
ネ	<p><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理解していますか？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？</p>	<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た。
		<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た。
		<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た。
		<input type="checkbox"/>	利用者の能力（可能性）を明らかにすることができた。
		<input type="checkbox"/>	現状に関する予後予測と、必要な援助が提供されることによって見込まれる事後の状況が予測できた。
		<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た。

考え方	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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」ができていないかを確認します。
解説・説明	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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せているかを確認します。
解説・説明	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ そして利用者の困りごとやこうしてほしいという希望、どうしていいかわからないという混乱の原因や背景を分析していくことが大切になります。 ○ 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、利用者に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。

【その他基本事項】

質問	チェック	確認ポイント
<情報収集> アセスメントに必要な情報をどのような方々から得ましたか？	<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・退院時等)
	<input type="checkbox"/>	サービス提供事業所
	<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"/>	民生児童委員
	<input type="checkbox"/>	インフォーマル資源 (近隣・自治会長・老人クラブ会等・ボランティア等)
<input type="checkbox"/>	要介護1から要支援(1・2)等の更新のたびに行き来する利用者について、地域包括支援センターとの間で連携が図れている。	
<input type="checkbox"/>	その他 _____ _____ _____ _____	

考え方	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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た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ことが必要です。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。 ○ 居宅サービス計画作成後、計画に位置付けた指定居宅サービス事業所等が作成した計画(訪問介護計画・通所介護計画・福祉用具貸与の個別援助計画等)を、入手しましょう。各サービス提供事業所は、居宅サービス計画に沿ったサービスを提供しなければなりませんので、介護支援専門員が作成した計画と、サービス提供事業所が作成した計画がリンクしたものになっているか確認し、リンクしていない場合は、連絡調整を行います。特に、居宅サービス計画に位置付けられていないサービスは、実際のサービス提供の有無に関わらず、サービス提供事業所は介護報酬請求ができませんので、注意しましょう(例:訪問介護のサービス内容=居宅サービス計画:身体介護→訪問介護計画:生活援助)。 ○ サービスによっては、介護支援専門員に、毎月、サービスの利用状況の報告を義務付けています。(例:医師・歯科医師・薬剤師・看護職員が行う居宅療養管理指導)これらのサービスは、単に、報酬算定で必要としているのではなく、情報を送ることで、介護支援専門員がアセスメント情報として有益に使うことを想定していますので、介護支援専門員は、情報を活かすよう、毎月、確認してください。 ○ 他機関から引き継ぐ利用者については、申し送り等を受け、基本的な情報等を、利用者の了解を得た上で、書面で受け取るなどの工夫がきているかを確認することも大切です。 ○ 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。 ○ 利用者の心身の状況や生活環境等に応じて、情報収集の方法を変えることも大切です。

3 ケアプラン確認シート

ケアプランは、介護支援専門員が責任をもって記載するものですが、その作成は、利用者・家族と介護支援専門員、その他の関係者との共同作業で行われます。

ここで意識したいのが「チームケア」です。

この確認シートで自己点検するにあたっては、主語に「私は」ではなく「私たちは」という言葉を入れてみましょう。

そうすることで、「チーム」による共同作業が行われているか（いたか）が、浮かび上がってきます。



(イラスト：P★G)

第1表

居宅サービス計画書(1)

居宅サービス計画書(1)について、全体を順に確認したい方は次ページ冒頭から、各項目の記載要領については、P125をご確認ください。

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を踏まえた課題分析の結果	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
統合的な援助の方針	
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()	

【第1表 居宅サービス計画書（1）】

	質 問	チェック	確 認 ポ イ ン ト
ア	記載事項に漏れがないよう、常に確認をしていますか？	<input type="checkbox"/>	必要事項を記載している。
		<input type="checkbox"/>	利用者及び家族の意向を踏まえた課題分析の結果を記載している。
		<input type="checkbox"/>	介護認定審査会からの意見及びサービスの種類を記載している。
		<input type="checkbox"/>	総合的な援助の方針を記載している。
		<input type="checkbox"/>	生活援助中心型の算定理由を記載している。
イ	「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」との間に関連性がありますか？	<input type="checkbox"/>	課題分析標準項目等を活用し、利用者の状態を多面的に把握し、必要な課題を適切に抽出できている。
		<input type="checkbox"/>	認定調査票、主治医意見書、被保険者証、サービス提供事業所・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。
		<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。
		<input type="checkbox"/>	第1表「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」欄には、利用者や家族が望む生活を実現するために必要な課題を、意向を踏まえて整理・記載している。
		<input type="checkbox"/>	課題分析の結果として、「自立支援」に向けて解決すべき課題を明確に把握できている。利用者が持っている力を発揮しやすいようにする視点や、不必要に支援へ依存しないための視点も含めて整理できている。
<input type="checkbox"/>	利用者の主訴や相談内容をもとに、残存機能や生活環境を評価し、生活上の問題点を明確にできている。		
ウ	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？	<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。
		<input type="checkbox"/>	家族が何気なくもらした「介護に対する言葉」をきちんと受け止め、意識している。
		<input type="checkbox"/>	利用者や家族が発した言葉をそのまま書いている。
		<input type="checkbox"/>	利用者と家族の言葉を区別して書いている。
		<input type="checkbox"/>	一人暮らし等の場合、かかわりの強い別居家族にも連絡を取り意向を確認している。
		<input type="checkbox"/>	利用者と家族の意向が異なる場合や、利用者等らの要望により居宅サービス事業所に知らせない事項については、第5表に明記している。
<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。		

考え方	
目的	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 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。 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。
目的	<ul style="list-style-type: none"> 「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、意向と課題のつながりが明確で、生活の実現に向けた適切なアセスメントが行われていたかを確認します。
解説・説明	<ul style="list-style-type: none"> 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。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。 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。課題が生活の維持や改善につながる内容であるか、方向性が適切であるかを見直すことが大切になっています。 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。利用者が要望するサービスを単に組み込むのではなく、なぜそのサービスを要望しているかについて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。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。 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。必要に応じて他職種の助言を取り入れ、生活全体を踏まえて課題を整理することが重要になっています。 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より関係性を構築し、望む生活が明らかになっていくことを認識します。 ※課題整理総括表も活用して考えましょう！
目的	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。
解説・説明	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。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。 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。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。（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。） 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。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。 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。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。

【第1表 居宅サービス計画書（1）】

	質 問	チェック	確 認 ポ イ ン ト
エ	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において、面接当初と比べてどのような変化が生まれましたか？	<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。
		<input type="checkbox"/>	介護サービスを利用するための課題抽出になっていない。
		<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。
オ	総合的な援助の方針は、どのようなプロセスを踏んで決定しましたか？	<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を記載している。
		<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している。
		<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議を開催している。
		<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議等で「専門的な視点からの留意事項」が示された場合は、この欄に特記すると共に、利用者・家族に説明している。
<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議が開催できなかった場合は、ケアチームの方向性及び合意形成について、きちんと確認している。		
カ	生活援助中心型を算定した理由は何ですか？	<input type="checkbox"/>	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。
		<input type="checkbox"/>	生活援助中心型の算定理由を、介護支援専門員が根拠を持って説明できる。
		<input type="checkbox"/>	「訪問介護・ケアマネジメントツール～生活援助の考え方～【川崎版】」を利用して判断している。
		<input type="checkbox"/>	判断に迷う場合は、自分だけで判断せず、事業所内の他の介護支援専門員、地域包括支援センター、保険者等に相談し、客観的な意見を求めている。

考え方	
目的	○ 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。
解説・説明	○ 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、起き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。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。
	○ 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。 ○ 「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。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。
目的	○ 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。
解説・説明	○ 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。
	○ 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。
	○ 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。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。 ○ サービス担当者会議は、「利用者・家族」の参加が原則です。 ○ 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。
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るかを確認します。
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。
	○ 川崎市は「訪問介護・ケアマネジメントツール～生活援助の考え方【川崎版】」を作成しています。判断に迷った場合は、このツールを参照してください。
	○ 算定の判断に迷う場合には、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することも大切になります。 ○ 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。

【第2表 居宅サービス計画書（2）】

質問	チェック	確認ポイント
「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の原因や背景は何ですか？	<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）を導き出している。
	<input type="checkbox"/>	介護サービスを利用するため（だけ）の課題抽出となっていない。
	<input type="checkbox"/>	課題の中にサービスの種類を記載していない。
	<input type="checkbox"/>	それぞれの課題（ニーズ）が導き出された原因や背景を押さえている。
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思いますか？	<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。
	<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。
	<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。
	<input type="checkbox"/>	利用者と家族のニーズの相違点については、第5表の「居宅介護支援経過」に書きとどめるなどの工夫が行えている。
	<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	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 第2表は、居宅サービス計画全体の中核になるものです。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。 ○ 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のではなく、利用者及び家族とともに、その問題や困り事の本質（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。 ○ 「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。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。 ○ 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。 ○ 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。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。 ○ 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。 ○ 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>※課題整理総括表も活用して考えましょう！</p>
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。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くむことも必要です。 ○ 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。 ○ 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。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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。

【第2表 居宅サービス計画書（2）】

	質問	チェック	確認ポイント
ウ	生活全般の解決すべき課題が利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い、取組の意欲が生まれるような記載を心がけていますか？	<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）の関連付けを図っている。
		<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。
		<input type="checkbox"/>	利用者の取り組むべき課題が明確になっている。
		<input type="checkbox"/>	利用者がニーズを自覚し、表明できていることは、そのまま書いている。
		<input type="checkbox"/>	利用者がニーズを自覚していない場合は、利用者がわかっている範囲で書いている。
		<input type="checkbox"/>	利用者と家族のニーズの認識が一致していない場合は、利用者と家族が合意できる範囲で書いている。
		<input type="checkbox"/>	利用者と家族のニーズの相違点は、第5表の「居宅介護支援経過」に書きとめ、共通認識できるように働きかけている。
エ	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？	<input type="checkbox"/>	利用者及び家族の要望をそのまま受け止め、十分アセスメントを行うことなく、サービス提供する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。
		<input type="checkbox"/>	利用者及び家族の困り事を受け止め、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。

考え方	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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ないかを確認します。
解説・説明	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 一例え、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を確認し、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。

【第2表 居宅サービス計画書（2）】

質問	チェック	確認ポイント
長期目標は、どのように設定しましたか？ 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して、具体的にわかりやすく記載できていますか？	<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。
	<input type="checkbox"/>	設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。
	<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。
	<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
	<input type="checkbox"/>	目標の設定が、利用者の状態像から妥当である。 (高すぎる、低すぎる)
	<input type="checkbox"/>	目標のわかりづらさ（抽象的、あいまい）はない。
	<input type="checkbox"/>	目標が、単なる努力目標になっていない。
	<input type="checkbox"/>	利用者が目標設定できない場合などは、専門家の意見を聞き、利用者・家族と一緒に考えている。
	<input type="checkbox"/>	単にサービスの利用が目標になっていない。
	<input type="checkbox"/>	利用者自身も期間設定に参加している。
<input type="checkbox"/>	開始時期と終了時期を記入し、終了時期が予測できない場合は開始時期のみを書いている。	

考え方	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「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。そのためには、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方を、利用者押し付けないよう注意が必要です。 ○ 「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。



【第2表 居宅サービス計画書（2）】

	質問	チェック	確認ポイント
カ	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？	<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。
		<input type="checkbox"/>	サービス提供事業所が作成する担当者の個別サービス計画書を立てる際の指標になっている。
		<input type="checkbox"/>	利用者が目標設定できない場合などは、専門家の意見を聞き利用者・家族と一緒に考えている。
		<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。
		<input type="checkbox"/>	利用者自身も期間設定に参加している。
		<input type="checkbox"/>	開始時期と終了時期を記入し、終了時期が予測できない場合は開始時期のみを書いている。
キ	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？	<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。
		<input type="checkbox"/>	利用者が理解できる用語で書いている（専門用語の羅列になっていない）。
		<input type="checkbox"/>	家族を含むインフォーマルな支援の記載がある。
		<input type="checkbox"/>	利用者自身のセルフケアも記載がある。
		<input type="checkbox"/>	サービス提供を行う事業所が担う役割等についても、必要に応じた記載がある。
		<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	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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っているかを確認します。 ○ 「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になります。 ○ 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。
解説・説明	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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）かを確認します。 ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 目標達成のために具体的に何を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ない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。

【第2表 居宅サービス計画書（2）】

質問	チェック	確認ポイント
計画したサービス内容を適切に提供する為に、サービス種別はどのような資源を検討し、決定しましたか？	<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。
	<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。
	<input type="checkbox"/>	特定のサービスによる偏りが無い。
	<input type="checkbox"/>	サービス内容を担えるもっともふさわしい事業者を、利用者・家族が選べるよう、公平な立場で情報提供している。
	<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。
	<input type="checkbox"/>	サービス導入の目的が目標と合っている。
	<input type="checkbox"/>	家族支援やインフォーマルサービスなども、必要に応じて記載している。
サービスの利用頻度と期間の見直しはいつ頃、どのように行いますか？	<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）の見直しをおこなっている。
	<input type="checkbox"/>	短期目標の達成を目指して、それぞれのサービス内容ごとに適切な頻度を設定している。
	<input type="checkbox"/>	利用者の生活リズムを考慮し、サービス時間及び時間帯を考慮して頻度を記入している。
	<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、サービス提供事業者・者との連携を図っている。
	<input type="checkbox"/>	サービス導入後の変化を予測できている。
	<input type="checkbox"/>	サービス時間・曜日が、サービス提供事業者の都合を優先していない。
	<input type="checkbox"/>	利用者がサービスを受け入れられる状況を確認しながら、開始日と終了日を記入している。
	<input type="checkbox"/>	終了時期が特定できない場合等は、開始時期のみ書いている。

考え方	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。
解説・説明	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「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。 ○ 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。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、サービス提供事業者・者と目指す方向性を共有できていることが大切です。 ○ 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。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。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。 ○ 「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。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。
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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を確認します。
解説・説明	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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のが大切です。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。 ○ 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、サービス事業者の変更の希望が出てくる場合があります。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。 ○ 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。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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ サービス導入直後のモニタリングが特に大切です。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、サービス提供事業者との綿密な報告・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。 ○ 効果的な導入方法について、サービス提供事業者の専門的意見を聞くことも大切です。

第3表

週間サービス計画表

週間サービス計画表について、全体を順に確認したい方は次ページ冒頭から、各項目の記載要領については、P 125 をご確認ください。

第3表

週間サービス計画表 作成年月日 年 月 日

利用者名 _____ 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								
	4:00								
早朝	6:00								
	8:00								
午前	10:00								
	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
	20:00								
夜間	22:00								
	24:00								

週単位以外のサービス _____

【第3表 週間サービス計画】

質問	チェック	確認ポイント
週間サービス計画書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？	<input type="checkbox"/>	目標を達成するために取組が必要だと思われるサービスに偏りが無い。
	<input type="checkbox"/>	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。
	<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。
	<input type="checkbox"/>	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している。
	<input type="checkbox"/>	円滑なチームケアが実践できるように、わかりやすく記載している。
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されていますか？	<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。
	<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。
	<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。
	<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。

考え方	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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、週間サービス計画書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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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無いか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。 ○ 週間サービス計画書は、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。 ○ 週間サービス計画書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があります。特に、利用初期の1～3ヵ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」になっている場合があります。 ○ 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・家族に伝えておくことが大切です。
	目的
解説・説明	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。 ○ 本人が認知症や意思を表明しない場合は、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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。

【第3表 週間サービス計画】

	質 問	チェック	確 認 ポ イ ン ト
ウ	週間サービスは、利用者・家族の状況（意向、事情等）にあった計画になりましたか？	<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ます。
		<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。
		<input type="checkbox"/>	夜間・土日などの支援体制も、きちんと考えている。
エ	「週単位以外のサービス」の欄には何を記載していますか？	<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。 ・ 居宅療養管理指導や短期入所、福祉用具、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書いている。 ・ 医療や保健福祉サービスまたはボランティアなサービスや近隣の訪問なども、週単位以外の周期であれば、書いている。

考 え 方	
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。
解説・説明	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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必要があります。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。
目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。
解説・説明	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。

第4表

サービス担当者会議の要点

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 利用者・家族の出席 本人：[] 家族：[] (続柄：) ※備考	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)							

【第4表 サービス担当者会議の要点】

	質 問	チェック	確 認 ポ イ ン ト
ア	会議では、利用者や家族の希望や生活課題が話し合わせ、チームで共有できていますか？	<input type="checkbox"/>	利用者や家族の希望や意向が、会議で具体的に話題にされ、参加者全員で理解・共有されている。 例：本人は「できるだけ自宅で生活したい」と希望している／家族は「夜間の見守りが必要」と希望している、など。
		<input type="checkbox"/>	利用者の生活上の課題や困りごとが、サービスごとに偏りなく話し合われている。 例：食事・入浴・服薬・通院・外出など、生活全般の課題が抜けなく話されている。
		<input type="checkbox"/>	会議で出た意見や決定事項が、参加者全員に伝わる形で記録されている。 例：議事録やチェックリストに「誰が」「どのサービスで」「何を行うか」が明確に記載されている。
イ	各サービスの役割や支援内容が確認され、チーム全体で方向性がそろっていますか？	<input type="checkbox"/>	各サービスの役割や支援内容が具体的に確認されている。 例：訪問介護は入浴・掃除・見守り、訪問看護は服薬管理・健康観察、デイサービスは機能訓練や交流活動、福祉用具の利用理由の妥当性など。
		<input type="checkbox"/>	サービス間で重複や抜けがないように調整されている。 例：「同じ時間に複数のサービスが重なって訪問しないか」「見守りや服薬支援の抜けがないか」を確認し、調整している。
		<input type="checkbox"/>	緊急時や安全面の配慮についても話し合われている。 例：転倒リスク、薬の誤飲、急変時の連絡体制などが確認されている。
ウ	会議で話した内容が、ケアプランに反映できる形で整理されていますか？	<input type="checkbox"/>	会議で話した内容が、ケアプランに反映できるように整理されている。 例：「生活課題」「利用者の希望」「必要な支援」「担当サービス」「役割分担」が整理され、ケアプランにそのまま書き込める状態になっている。単なる議論のメモではなく、実際の計画に落とし込める形。
		<input type="checkbox"/>	医療・福祉サービスだけでなく、地域資源やインフォーマル支援(家族・ボランティアなど)も含めて検討されている。
		<input type="checkbox"/>	各サービス提供者間で役割分担だけでなく、連携方法や情報共有の仕組みも確認されている。 例：訪問介護・訪問看護間で、必要な情報を誰が、いつ、どのように伝えるかのルールが確認されている。
		<input type="checkbox"/>	会議記録が保管され、必要に応じて振り返りや見直しができるようになっている。

考 え 方	
目的	○ 利用者や家族の希望や生活課題が会議で反映され、ケアプランに活かされているかを確認します。（※前ページ「利用者・家族の意向の共有」の視点）
解説・説明	○ 会議で利用者や家族の考え方や望む生活のイメージを具体的に共有し、支援の出発点として活かします。 ○ 支援は、ただサービスを提供するだけでなく、「尊厳を保ちながら自立した生活を送ること」や「生活の質（QOL）を守り、向上させること」を中心に考えられます。 ○ 利用者の生活状況や心理状態、家族の構成、地域資源とのつながりを見ながら、具体的な支援計画を立てられます。
目的	○ 会議で話した内容をケアプランに反映し、多職種・地域資源を活かした包括的支援が行われているかを確認します。（※前ページ「支援内容の具体化」、ウ「役割分担・連携」の視点）
解説・説明	○ 会議で話し合った内容を整理して記録することで、ケアプランに活かします。 ○ 記録を見返すことで、次回の調整や検討事項が明確になります。 ○ 医療や福祉のサービスだけでなく、地域の資源やボランティア、家族や身近な人の支援も含めた支援方針を立てられます。 ○ チーム全体で一貫した支援を行いやすくなり、情報共有や役割分担もスムーズになります。

【第5表 居宅介護支援経過（モニタリング）】

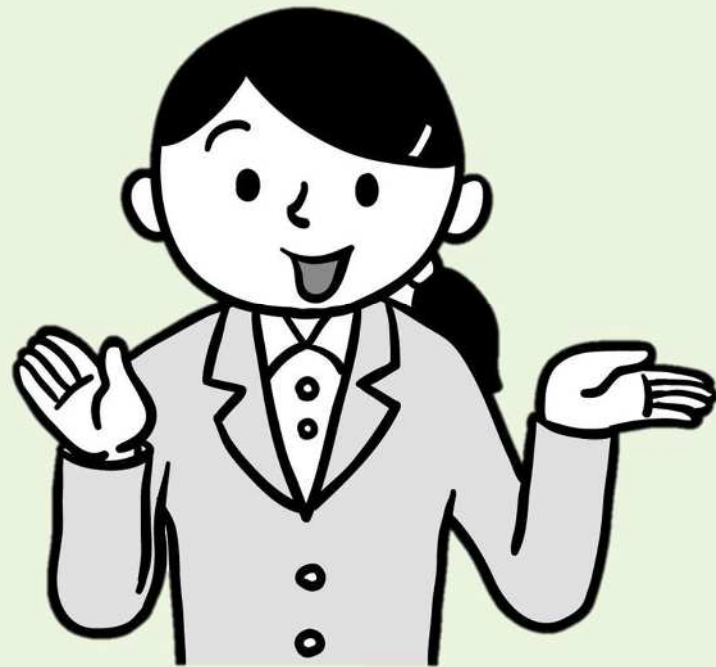
質問	チェック	確認ポイント
ア 訪問や面談が月1回以上行われ、ケアマネジメント方針に沿った業務が実施され、記録が誰にでも分かる形で整理されていますか？	<input type="checkbox"/>	訪問や面談が月1回以上行われ、あらかじめ定めた支援方針や目標に基づいて具体的な支援内容が実施されている。 例：「自立支援の観点で入浴や服薬管理を支援」「外出機会を確保する」など、ケアプランに沿った行動が実施されているか。
	<input type="checkbox"/>	利用者・家族の意向、満足度、目標の達成状況が整理され、記録されている。 例：「本人は週2回のリハビリに満足」「食事摂取量は目標の70%達成」など具体的に記録。
	<input type="checkbox"/>	事業所との調整内容やケアプラン変更の必要性が整理され、記録されている。 例：「訪問介護の入浴時間を変更」「デイサービス利用日の調整」など、決定内容と理由が明確に記録。
	<input type="checkbox"/>	記録が、日付・情報収集方法・内容が時系列で整理されており、表や箇条書き、文章などで誰が見ても状況を理解できる形になっている。
イ モニタリング記録から、利用者の心身状態の変化、生活状況、サービス提供状況、リスク情報が把握でき、必要時には医療者への報告や対応が行われていますか？	<input type="checkbox"/>	利用者の体調・認知・食事量・体重・排便・皮膚・服薬状況などの変化が具体的に記録され、変化の傾向や異常を確認できる形になっている。 例：「体重が2週間で2kg減少」「皮膚に新たな褥瘡」「服薬忘れが週1回あり」など。
	<input type="checkbox"/>	事業所や家族から提供された情報が整理され、必要な場面で素早く確認・判断できる形になっている。 例：訪問介護員が観察した内容や家族からの連絡事項がまとめられ、次の訪問時にすぐ参照できる。
	<input type="checkbox"/>	医療者へ報告すべき内容（服薬の問題、体重変化、口腔状態の悪化、下痢・便秘、皮膚症状、リハビリ未実施など）が把握され、必要な報告や対応が行われている。
	<input type="checkbox"/>	利用者のセルフケア能力や家族の支援状況が記録され、日常生活支援の具体的な判断に活かせる形になっている。 例：「本人は入浴は自力でできるが、移乗は介助が必要」「家族は食事介助を毎日対応可能」など。
ウ モニタリング内容が、ケアプランの見直しや次の支援の判断に活かせる形で整理されていますか？	<input type="checkbox"/>	ケアプランの課題・目標の達成状況が整理され、次の支援に具体的に活かせる形で記録されている。 例：「歩行練習は目標70%達成。次回は歩行補助具を導入する」など、次の支援につながる判断材料になっている。
	<input type="checkbox"/>	状態変化や新たな課題に対する対応方針が明確になっている。 例：「体重減少が続く場合は栄養士相談」「皮膚トラブルがあれば訪問看護に報告」など。
	<input type="checkbox"/>	モニタリング記録が、支援内容やサービス調整の判断根拠として活用されている。

考え方	
目的	○ 訪問や業務が定期的に行われ、ケアマネジメントに沿った支援が実施されていることを確認します。
解説・説明	○ 月1回以上の訪問・面談が行われ、ケアプランや支援方針に沿った具体的な支援が提供されているか確認できます。
	○ 記録が日付や内容・情報源ごとに整理され、誰が見てもすぐ理解できる形になっているか確認できます。
	○ 記録が漫然とした文章でなく、必要な項目ごとに整理されているか確認できます。
目的	○ 利用者の心身状態や生活状況の変化、サービス状況、リスク情報を把握し、必要に応じて医療者や関係者へ適切に対応できているか確認します。
解説・説明	○ 利用者の体調・食事・排泄・服薬・皮膚・口腔などの変化を継続的に把握できます。
	○ 家族やサービス提供者からの情報を整理し、状態変化を見逃さないように確認できます。
	○ 医療者へ報告すべき内容（服薬の問題、体重変化、口腔トラブル、下痢・便秘、皮膚症状、リハビリ未実施など）を整理し、必要に応じて報告や対応を行えます。
	○ 利用者のセルフケア能力や家族の支援状況を記録し、日常生活の支援に活かします。
目的	○ モニタリング結果をケアプランに反映し、次の支援につなげられているかを確認します。
解説・説明	○ モニタリングで得た情報から、目標の達成状況や課題の変化を整理できます。
	○ 状態変化に応じて必要なケアプランの見直しを検討できます。
	○ サービス内容や連携体制の調整を判断する根拠として活用できます。
	○ 記録は介護報酬請求やケアマネジメント判断の資料としても使えるよう整理できます。

[5] Q&A

Q & A

このツールのQ &Aを作成しました。
各確認シートとあわせてご利用ください。



(イラスト: P★G)

【問1】『確認する対象者は？』

自分が担当する利用者全員について確認するのですか？

→ いいえ、違います。

(回答) 確認シートは、あくまでも介護支援専門員の「気づき」を促すことが目的です。そのため、最初から全部の利用者について確認するのではなく、まずは、お一人の方から始めてください。
もちろん、全員の利用者について確認していただくことも大切ですが、一律に全員を確認しなければならない、という性質のものではありません。

【問2】『確認する順番は？』

このシートの作りの順番で確認しなければならないのでしょうか？

→ いいえ、違います。

(回答) この川崎版の確認シートは、居宅介護支援業務の流れに沿って作られています。そのため、確認をする際にもインテークからスタートし、アセスメント、ケアプランへと確認するほうが分かりやすいと思いますが、確認を行なう利用者の状態像等により、ケアプランから確認する場合もあると思います。

【問3】『全部の項目を確認しなければならないの？』

各確認シートの項目数が多いのですが、この全てを確認しなければならないのですか？

→ いいえ、違います。

(回答) 各確認シートの項目の全てを確認するのは大変です。そのため、最終的には全ての項目を確認することで「気づく」事も多いと思いますが、最初から全てを確認するのではなく、必要な項目から確認していただいても結構です。

【問4】『この項目を確認すれば完璧？』

各確認シートの項目だけを確認すれば良いのですか？

→ いいえ、違います。

(回答) この確認項目は、代表的なものの提示です。そのため、この項目だけを確認すれば良いというものではなく、利用者によっては、さらに確認が必要となることが十分考えられます。

【問5】『「課題分析標準項目」とは？』

このツールには、「課題分析標準項目」という言葉が何度も出てきますが、これは「認定調査票（基本調査・特記事項）」や「居宅介護サービス提供依頼書（サービス利用者状況）」のことですか……？

→いいえ、違います。

（回答）課題分析標準項目は、老企第29号の通知により、国から示された23項目のことです。国の基本的な考え方は、「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おこなわれてはならず、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認められる適切な方法を用いなければならない。」とされ、標準的な項目例として「課題分析標準項目」が示されています。この項目以外の使用を禁止するものではありませんが、介護支援専門員の皆様が課題分析を行うにあたり、この項目は、一種のナショナルスタンダードとして広く使われていますので、川崎版では、課題分析標準項目を元に作成しています。

【問6】『使用中のアセスメントシートが、「課題分析標準項目」と合わない？』

自分（事業所）で日頃使っているアセスメントシートが、「課題分析標準項目」と違う（表現が違う・順番が違う・項目が多い等）のですが……？

→必ず「一致していなければいけない」ではありません。

（回答）課題分析標準項目は、あくまでも標準です。事業所毎に独自のアセスメントシートを使用しているため、国の項目と完全に一致していることのほうが少ないかもしれません。ここで大切なのは、自分が行っているアセスメントが、何を目的として行なっているかを振り返ることですので、これを機会に、使っているアセスメントシートと課題分析標準項目を見比べて、その項目の意味するところを再確認してください。

【問7】『同じような項目が何回も出てくるのですが？』

確認シートには、同じような項目が何回も出てきますが、どうしてですか？

→様々な場面で必要な項目だからです。

（回答）確認シートの使い方は一定ではなく、必要に応じた場面（例えば、アセスメントのある分析項目）に着目して行うことも可能です。そのため、各場面で必要な項目がチェックできるようになっていますので、全体を通して見ると同じような項目が何回も出てきます。それだけ重要な項目ともいえます。

【問8】『確認はいつ行うのですか？』

確認を行なうのは、いつが良いのでしょうか？
新規作成、ケアプランの見直し時等、タイミングを変えて確認することはできますか？

→はい、可能です。

（回答）国マニュアルでは、既に作成したケアプランを確認する手法を取っています。そのため、確認するタイミングは、新規で担当になった時というよりは、既存のケアプランを見直す必要がある時やモニタリングの際に行うことを想定しているようです。川崎版の使い方は、特に“いつ”行わなければならない、という決めはありませんので、新規に作成する場面、ケアプランを変更する場面、月1回のモニタリングの場面等、適宜行っていただければ結構です。

【問9】『確認はいつまでに行うのですか？』

確認を行わなければならないタイムリミットはありますか？

→いいえ、ありません。

（回答）このツールの利用は、いつまでに行わなければならないという期限はありません。川崎市としても、介護支援専門員の皆様にご利用いただくには、周知も含めて一定の期間が必要だと思っていますので、あえて、「いつまで」という期限は設けていません。このツールを手にしてから、半年ぐらいの間にはトライしていただきたいと思います。

【問10】『保険者(川崎市)が確認を行なう場合はありますか？』

この確認シートは、介護支援専門員が自ら確認することを前提に作られていますが、保険者である川崎市が確認を行なう場合はありますか？

→はい、あります。

（回答）このツールは、自己点検からスタートしていますが、個別のケアプランについても、保険者である川崎市が確認させていただく場面もできます。そのため、このツール発表後、川崎市から確認を行う旨の連絡が、指定居宅介護支援事業所に入ることがありますので、その際にはご協力をお願いします。

【問11】『事業所で確認を行っても良いですか？』

このマニュアルは、確認シートにより自己点検ができるものとなっていますが、事業所（又は者）等の取組みとしてこれを利用して良いですか？

→はい、結構です。

（回答）このツールは、介護支援専門員の皆様が「気づかれる」ことを目的としていますが、お一人で確認を行なうには、おのずと限界があります。お一人で自己点検を行うだけでなく、居宅介護支援事業所内等で質問者と回答者の役割分担をしたり、立場を代えてみたりといった方法で確認を行うことも、「気づき」を促す有効な方法です。

【問12】『課題整理総括表の取扱いは？』

この表は、必ず使用する必要がありますか？

→いいえ、違います（でも、できるだけ使いましょう）。

（回答）介護サービス計画書の様式は、介護サービス計画の適切な作成等を担保するため「標準例」として国から提示されたもので、この様式に拘束されるものではありません。

いわゆる介護支援専門員のプロセス（過程）の可視化（見える化）の、一つのアドバイスとして作られたものですので、既存の様式と同様に、「必ず」使用しなければならない、という性質のものではありません。

ただし、この表は、介護支援専門員が行ったアセスメント内容を可視化することにより、例えば、サービス担当者会議でこの表を使用することで、利用者の状態像やニーズ、目標等を、会議の参加者が具体的に把握できるツールとなります。

【川崎版】第4版では、アセスメント確認シートに盛り込みましたので、アセスメントの結果から、「課題」を導き出す過程の中で、活用してみましよう。

【問13】『課題整理総括表の項目が、川崎版は違う？』

『課題整理総括表』の項目と、【川崎版】では、順番等が異なりますが、どうしてですか？

→課題分析標準項目に合わせてあります。

（回答）川崎版は、国が示した「ケアプラン点検支援マニュアル」に色々な工夫を加えていますが、特に「アセスメントツール」は、「課題分析標準項目」に合わせて、再編集しました。

今回、国が示した『課題整理総括表』も、「課題分析標準項目」に合わせて再編集しましたので、項目の順番が異なります。

【問14】『評価表は使用しない？』

国が示した『評価表』は、使用しない（使用しなくても良い）？

→いいえ、違います。

（回答）川崎版は、介護支援専門員が、居宅サービス計画を作成するまでのプロセスに重点を置いていますが、介護支援専門員の皆様は、居宅サービス計画作成後、毎月、利用者に対しモニタリングを行い、そのモニタリングの結果を記録に残しています。

この『評価表』は、モニタリングのツールとして使用することも可能とされており、特にPDCAサイクルを考えた時、作成した計画に対する“評価”は、欠くことのできないプロセスです。

そのため、川崎版の確認シートに、使い方が載っていないからと言って、この『評価表』を軽視するのではなく、むしろ積極的に活用してください。

[6] 資料編

資料編

■ 「ケアプラン点検支援マニュアル」の活用法	114
■ 「ケアプラン点検マニュアル」の指標	118
■ 「川崎市指定居宅介護支援等の事業の 人員及び運営の基準等に関する条例・考え方」	124
■ 「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」（老企第29号） 「居宅サービス計画」第1表～第7表 標準様式	125
■ 介護保険における福祉用具の選定の判断基準について	129
■ 「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」	131
■ 「課題整理総括表（川崎版）」	142

本マニュアルは、厚生労働省「ケアプラン点検支援マニュアル（改訂版）」の概要を参考に作成しています。
<https://www.mhlw.go.jp/content/001551902.pdf>

ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法

1. 目的

ケアプラン点検は、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追究し、その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援するために行うものです。

2. ケアプラン点検に当たっての基本姿勢

保険者は、ケアプラン点検を行うに当たって、以下の点を十分に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のが大切です。
- 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、つまづいているの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った場合、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。このマニュアルは、それらを可能な限り理解しやすいように作成してありますが、基本的な事項を示したものに過ぎません。

このマニュアルを参考に、その趣旨を理解した上で、各保険者が創意工夫して、事務負担にも配慮した独自のものを作成することが望まれるところです。

そしてこのマニュアルを通じ、保険者と地域の介護支援専門員が連携し一丸となって「質の高いケアマネジメント」を目指す足がかりになってくれることを期待します。

3. 「ケアプラン点検支援マニュアルの指標」について

「ケアプラン点検支援マニュアル」をコンパクトにまとめた簡易版です。

ケアプラン点検の事前準備として活用したり、マニュアルの全体像を把握する為に使います。

4. ケアプラン点検支援マニュアル(本論)」の構成について

1表	居宅サービス計画書(1)関係
2表	居宅サービス計画書(2)関係
3表	週間サービス計画書関係
分析表	課題分析項目関係

から構成されており、各表において押さえておきたい基本事項に関して解説をつけてありますので必要に応じ活用します。

各事項について、「質問」→「目的」→「解説」→「留意事項」→「確認ポイント」→「類似、補足の質問」という構成で作成しています。それぞれの事項についての説明は、以下のとおりです。

(1) 質問

ケアプランを点検するにあたり、基本的に抑えておきたい事項が不十分だと思われる場合や内容に関して確認しておきたい事柄がある場合に、それらの項目を整理するときに活用します。

具体的には、マニュアルに示してある「質問」や「類似、補足の質問」等を参考にしながら、介護支援専門員に質問を投げかけ、どのような視点、考えを持って利用者と関わりケアプランを作成したのか等を聞き取りながらその経緯について把握していきます。

単に記載がうまくできていなかっただけなのか？見過ごしていた事項があったのか？理解が不十分だったのか？など、質問を通したやり取りの中で確認していきます。

(2) 目的

それぞれの「質問」の目的が記載されており、押さえておきたい確認事項がまとめられています。点検作業においてその質問をする意図は何か、なぜ質問の内容を確認しなければならないのかを記載してあります。

質問の目的を理解した上で、点検作業を行うことはより効果的であり効率性を高めます。

(3) 解説

それぞれの項目ごとに押さえておきたい目的（ねらい）に対して、分析表では具体的にどのような視点でアセスメントを実施していく必要があるのか、また1～3表では、計画書を作成するにあたりアセスメントを踏まえてどのような視点・思考が必要なのか基本的な事柄を解説しています。

点検する側がここを十分に理解する事により介護支援専門員が何を伝えようとしているのが確認しやすくなります。

(4) 留意事項

目的や解説等に対する補足の説明や確認をしていく事項について、誤解が生じないように留意してもらいたいことを記載しています。

(5) 確認ポイント

それぞれの項目ごとの目的（ねらい）に応じた内容が、押さえられているかどうかを確認するものとして保険者が活用するほか、介護支援専門員の自己点検指標としても活用できます。

ただし、この項目はあくまでも指標の例示として示したものでありチェックが入った項目の多寡によりただちにそれが介護支援専門員の優劣を判断するものではありません。

(6) 類似、補足の質問

確認しておきたい事項に対して、質問は1つとは限らないため、保険者が類似する質問等も参考にしながら、自ら発案する際の参考としたり活用しやすいものを選んで利用してもらえようとしています。介護支援専門員の力量や資質によって、質問の問いかけ方も変えていくことが必要であり、どのような質問の問いかけ方をする事が、点検、支援をする上で効果的なのかを考えながら質問することが大切です。

5. ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法について

(1) 解説

あらかじめ、ケアプラン点検時の事前準備として、『ケアプラン点検支援マニュアルの指標』を参考に、提出されたケアプランが確認項目の内容を踏まえて作成しているかを確認します。

確認した内容が、「曖昧な表現でわかりにくい」、「視点の押さえ方不十分」等感じた場合には、【ケアプラン点検支援マニュアル（本論）】の各項目の該当部分の解説を参考にしながら、点検作業に移ります。例えばケアプランの課題を見ると、ほぼ全てが「〇〇してほしい」と記載されており、ややもすれば利用者の「要望」をそのまま記載していると思慮される場合があります。

その課題の一つに「腰や膝の痛みがあるため、家事ができないので、手伝ってほしい」というものがある場合、すべての家事が行えないのか、工夫すれば行えることはあるのか、実際にしている家事はあるのかなどについて把握しているのか等、アセスメントの過程を振り返る作業が必要になってきます。

(2) 手順

① 居宅介護支援事業所からケアプランの回収（ケアプラン「1～3表」及びアセスメント表）

<回収する場合の抽出方法の例示>

- ・各要介護度別に無作為に抽出
- ・訪問介護を利用している者を無作為に抽出
- ・各事業所で介護支援専門員1人に対して、プランを〇個回収
- ・特定のサービスのみを利用している者を抽出
- ・給付額いっぱいの利用者を抽出
- ・介護度が高い割には支給額が低い利用者を抽出
- ・新人の介護支援専門員のプランを抽出
- ・特定のサービスを一定以上利用している者を抽出
- ・その他地域の特性等を勘案して抽出 など

② 事前準備

- I) 保険者は『ケアプラン点検支援マニュアルの指標』を参考に、提出されたケアプラン（1表～3表）の内容をアセスメント表を必要に応じて参照しながら点検します。
- II) 内容が曖昧で不十分だと思えたり疑問が生じた項目等についてチェックをしておきます。
- III) 「ケアプラン点検支援マニュアル（本論）」を参考に、項目が不十分だと感じたり、疑問が生じた項目等に関して、確認作業を実際の面談の場面で行うことができるよう整理し準備しておきます。

(例) 確認方法

- (ア) 課題が明確でない、目標とサービスが連動していない、根拠のないサービスが入っていることはないかなどをまず把握しておきます。
- (イ) アセスメントが不足している、視点が欠如しているのではないかと思われるような項目や計画書の中身について、疑義の整理を行っておきます。

(ウ) 質問の内容を整理しておく。

→疑問を感じるプランの場合には、単に利用者の「要望」を聞いて作成してしまったプランなのか、アセスメントの内容や視点は十分理解できているが、ケアプランに上手く記載できなかったのかなどを確認する為に、アセスメントに関する項目や必要に応じ1表～3表の該当する項目に関して質問し内容を詰めておきます。

(エ) 適正化・適切化のプランについての考え方などの助言内容等を考えておきます。

(オ) その他

③ 介護支援専門員との面談

あらかじめケアプランの点検をしていた時にチェックしておいた事項について、質問を通して確認していきます。介護支援専門員の回答を聞きながら、共に利用者への理解を深め、適切なプランとしていくために、何が必要かを一緒に考えていく姿勢で臨みます。

最終的には、介護支援専門員の「気づきの」部分を活かしつつ、確認し修正が必要と思われた部分についてケアプランの修正を行い、次回のケアプラン作成に活かしてもらいます。

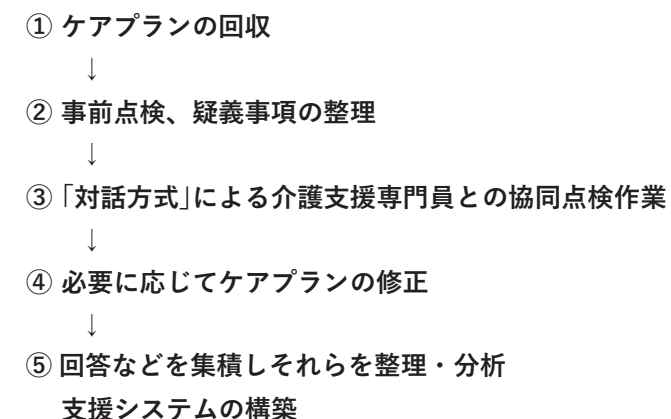
④ 回答の整理・分析

点検作業を通じて介護支援専門員からの回答を聞き取り、記載しておくことにより各質問項目に対する様々な回答が集積します。それらを整理、分析することにより地域の介護支援専門員の課題が見えてきます。

⑤ 課題の克服

分析の結果でてきた課題に対して、その克服の為にどのようにすれば可能となるのか支援システムの構築を検討します。

フローチャート＝



ケアプラン点検支援マニュアルの指標

課題分析表(アセスメントツール)

●アセスメント表とは

アセスメントは、ケアマネジメントにおいて、ケアマネジャーが行う一番重要で専門的な作業といえます。

介護保険制度では、「課題分析」と位置付けられており、居宅介護支援の場合は、厚生労働省令38号 第13条に、「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」よう示されています。

その為には、利用者の心身の状態、生活環境、介護力等の各項目の情報を的確に、かつ総合的に把握し、利用者及び家族が直面している困り事や生活を営む上での課題（自覚・無自覚）を整理し、その原因・背景をあらゆる面から分析し、「状態」と「原因」をつなげていく必要があります。

しかしそれだけではなく、利用者が課題分析を通じて「望む生活」にむけて前向きに課題を受け止め、主体的な取り組みが行えるよう、専門職として働きかけることが重要であることを認識しなければなりません。

大切なのは支援が必要な状況を明らかにするだけでなく、利用者及び家族が持つ力の強さ、可能性に着目する視点を持ったアセスメントができることにあります。専門職として働きかけるための、最も基本的な作業の1つだということを認識しておかなければなりません。

アセスメント表は、介護支援専門員が利用者の自立支援に向けたケアプランを作成する上で、「課題分析に必要な利用者の情報収集→課題の整理・分析→意欲的な取組への働きかけ」という一連の流れを適切に実施する為に必要不可欠なものであります。

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」とかけ離れたケアプランとなります。

したがって、このアセスメント力を向上させることが、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、取り組んでいくことが大切になります。

居宅サービス計画書とは

居宅サービス計画書とは、利用者及び家族の「望む生活」を具現化するための計画書といえます。「望む生活」の実現に向けて、ケアチーム（利用者及び家族も含む）が目指す方向性や果たすべき役割提供するサービスやセルフケア及び家族支援等が具体的に書面に表されたものであるといえます。

従って、次に示す第1表・第2表・第3表は、連動した帳票であることを押さえておく必要があります。

第1表 居宅サービス計画書(1)

●第1表とは

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帳票です。居宅サービス計画書の中で、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帳票ともいえます。

第1表は、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事が重要です。また、利用者の生活を支援するケアチームの気持ちを一つにし、利用者と共に同じ方向に歩んでいくための大切な帳票であるといえます。

■確認事項<1> 必要な記載事項の確認について

■目的：

居宅サービス計画書（1）が漏れなく記載されており、利用者の署名または意思確認の記録等により、本人の同意が得られていることを確認。

■解説：留意事項

- 最低限必要な記載事項が書かれていることを把握したうえで、記載すべき内容を理解しているか確認する。
- 生活援助中心型の算定理由について、「その他」に当てはまる根拠について判断に迷う場合、介護支援専門員が事業所内で検討したり保険者や地域包括支援センターに相談しているか確認する。

■確認のポイント

- 利用者及び家族の意向を踏まえた課題分析の結果が記載されている。
- 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。
- 総合的な援助の方針が記載されている。
- 生活援助中心型の算定理由が記載されている。

■確認事項<2> 利用者及び家族の生活に対する意向の妥当性

■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を確認

■解説：留意事項

- 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。そのためには、利用者の主訴や相談内容等をもとに利用者が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らかにしていくことが重要です。また、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ように働きかけたかも重要になります。
- 利用者と家族の意向が異なる場合には各々の意向を区別し記載するとともに、様々な事情（高齢者虐待やそれに類似するもの）がある場合には居宅介護支援経過表（第5表）を活用し、記載しておくことが必要です。

■確認のポイント

- 利用者及び家族の生活に対する意向とアセスメントが対応している。
- 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たか確認している。

■確認事項<3> 総合的な援助の方針の妥当性

■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示されているかを確認します。

■解説：留意事項

- 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（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。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。

■確認のポイント

- 利用者及び家族を含むケアチームや、目指すべき方向性を確認しあえる内容となっている。

第2表 居宅サービス計画書(2)

●第2表

第1表で示された「利用者の望む生活」を実現していくために、アセスメントから導き出された一つ一つの生活課題を、具体的な手段を示しながら一歩ずつ解決していくための手順を表したものです。

居宅サービス計画全体の中核となる帳票です。

第2表は、利用者の生活課題（生活全般の解決すべき課題「ニーズ」）の中で、解決していかなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、

- 1) 利用者自身の力で取り組めること
- 2) 家族や地域の協力でできること
- 3) ケアチームがお手伝いをする事

で、できるようになることなどを整理し、具体的な方法や手段をわかりやすく示した帳票です。

目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようになるのか」という目標達成に向けた取り組みの内容やサービスの種別・頻度や期間を設定します。

これはケアチームの目標達成期間であり、モニタリングやケアプランの見直しの指標となるものです。

■確認事項<4> 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の妥当性

■目的：

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出しているかを確認

■解説：留意事項

- 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」等の視点は欠かせないものです。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のか、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、仮説（目標）を立てることが重要になります。
- 利用者や家族の「要望」だけに合わせて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。
- 生活全般の解決すべき課題を、利用者及び家族が、「自分たちの課題（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。

■確認のポイント

- それぞれの課題（ニーズ）が導き出された原因や背景を押さえている。
- 優先すべき課題の整理（課題の優先順位の捉え方）がなされている
- 主体的な取り組みの意欲がわくような表現かつ実現可能な内容になっている。

■確認事項<5> 課題に対応した援助目標（長期目標・短期目標）と援助内容（サービス内容・サービス種別・頻度・期間）の妥当性

■目的：

- 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する。
- 短期目標が、長期目標を達成するために段階的な目標・期間になっているかを確認する。
- 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する。

■解説：留意事項

- 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）から導き出した「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になります。
- 目標達成のために具体的に何を行うのかが明確であり、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になります。

■確認のポイント

【長期目標】

- 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。
 - 認定期間中に達成可能となる目標と期間の設定になっている。
 - 誤った目標設定になっていないか確認する。
- （例）支援者側の目標を設定、サービス内容を目標に設定する等

【短期目標】

- 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。
- サービス提供事業所が作成する担当者の個別サービス計画を立てる際の指標になっている。
- 抽象的な目標設定になっていない。

【サービス内容・サービス種別・頻度・期間】

- 短期目標達成に必要な、援助内容（サービス内容・サービス種別・頻度・期間）になっている。
- 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。
- 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。
- 特定のサービスによる偏りがない。
- 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。

■確認事項< 6 > 福祉用具の貸与・販売の種類および利用理由の妥当性について

■目的：

- 利用者の心身状況や生活環境に応じ、適切な福祉用具の貸与または販売の選定と、その利用理由の妥当性を確認する。
- 福祉用具の活用が、自立支援および安全で安定した在宅生活の維持につながっているか確認する。

■解説：留意事項

- 用具の種類や使用目的に応じた「貸与・販売区分の適正化」を確認する。貸与か販売かが適切に選ばれているかを確認し、衛生面や再利用のしやすさなど、制度の基準に従って判断する。
- 利用理由の妥当性を確認する。用具が利用者の心身の状態や生活環境に合っているか、自立支援や生活の維持に役立つかを確認し、福祉用具専門相談員などの助言に基づいて選ばれているかも確認する。
- ケアプランとの整合性と見直しを確認する。用具の利用がケアプランの課題や目標に合っているかを確認し、利用後の効果や必要性をモニタリングして、適宜見直しが行われているかも確認する。

■確認のポイント

- 貸与・販売区分が適切に選ばれている。
- 用具の利用理由が利用者の状態や生活に合っている。
- ケアプランの課題・目標と用具利用が整合している。
- 利用後の効果や必要性がモニタリングされ、必要に応じて見直しが行われている。

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の内容を、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ります。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を管理することができます。

さらに、週単位、24時間の時間管理を示すことで、ケアチームとしても、他のサービスが週単位でどのように組み込まれているかを把握することができ、連携を図る上で役立ちます。

また、短期入所や住宅改修、通院状況など、週単位以外のサービスを記載することにより、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ができます。

■確認事項< 7 > 週間サービス計画表の確認

■目的：

- 週間サービス計画表が単なるスケジュール表でなく、その意義を理解しているか確認する。

■解説：

- 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がなく確認できるものとなります。
- 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り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）を認識することができ、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。

■確認事項

- 介護給付以外の取り組みについても記載ができており、生活全体の流れが見える記載となっている。
- 円滑なチームケアが実践できるよう、わかりやすい記載がなされている。
- 週単位以外のサービスがある場合の記載がなされている。

川崎市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等に関する条例・考え方

川崎市基準条例

(基本方針)

第4条

- 1 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。
- 2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。
- 3 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者若しくは地域密着型サービス事業者（以下「居宅サービス事業者等」という。）に不当に偏することのないよう、公正かつ中立に行われなければならない。
- 4 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、関係する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、法第115条の46第1項に規定する地域包括支援センター、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の7の2第1項に規定する老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設等との連携の確保に努めなければならない。
- 5 指定居宅介護支援事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。
- 6 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援を提供するに当たっては、法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

(改正後全文)

老企第29号
平成11年11月12日
最終改正 老認発0704第1号
令和6年7月4日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生省老人保健福祉局企画課長

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

標記について、今般下記のとおり定めたので御承知の上、管下市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

なお、当該様式及び項目は介護サービス計画の適切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。

記

1. 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領（別紙1）
2. 施設サービス計画書標準様式及び記載要領（別紙2）
3. 介護サービス計画書の様式について（別紙3）
4. 課題分析標準項目について（別紙4）

介護保険最新情報 Vol.1286 により、「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」が一部改正されています。
本マニュアルでは、改正内容を踏まえ、「課題分析標準項目」のみを掲載し、その他の内容は下記URLにて確認してください。

<https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou-files/documents/2024/0704143313623/ksvol.1286.pdf>

(別添)

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

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、居宅サービス計画作成の状況(初回、初回以外)について記載する項目
2	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目
3	利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険等)、年金の受給状況(年金種別等)、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目
4	現在利用している支援や社会資源の状況	利用者が現在利用している社会資源(介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む)の状況について記載する項目
5	日常生活自立度(障害)	「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
6	日常生活自立度(認知症)	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定(判定結果、判定を確認した書類(認定調査票、主治医意見書)、認定年月日)、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、区分支給限度額等)について記載する項目
9	今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由(初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等)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	利用者の健康状態及び心身の状況(身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等)、受診に関する状況(かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等)、服薬に関する状況(かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等)、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法(杖や車椅子の利用有無等を含む)、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等)に関する項目
13	認知機能や判断能	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断さ

(別紙4)

課題分析標準項目について

I 基本的な考え方

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、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」(平成十一年七月二十九日老企第二二号厚生省老人保健福祉局企画課長通知。以下「基準解釈通知」という。)第二の3(運営に関する基準)の(8)⑥において、別途通知するところによるものとしているところであるが、当該「基準解釈通知」の趣旨に基づき、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。

II 課題分析標準項目(別添)

	力	れている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目
15	生活リズム	1 日及び 1 週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり方の状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目

各都道府県・指定都市
介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局高齢者支援課長
（公印省略）

介護保険における福祉用具の選定の判断基準について

介護保険における福祉用具は、心身の機能が低下し日常生活を営むのに支障がある要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）の日常生活上の便宜を図り、及び機能訓練を行うための用具であって、要介護者等の日常生活の自立を助けるためのものです。

これまで、「介護保険における福祉用具の選定の判断基準について」（平成 16 年 6 月 17 日老振発第 0617001 号）（以下「判断基準」という。）において、要介護度の軽い者に対する特殊寝台、車いすの貸与など、利用者の状態像からその必要性が想定しにくい福祉用具に関して、要介護者等に適正に利用されるよう、介護支援専門員が居宅サービス計画に福祉用具を位置付ける場合等における標準的な目安として本判断基準を示してきたところです。

令和 4 年 2 月に設置した「介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方検討会」にてまとめられた「介護保険制度における福祉用具貸与・販売種目のあり方に関するこれまでの議論の整理」において、給付対象として新たに追加された福祉用具への対応、軽度とされている者の利用も踏まえた検討、多職種連携の促進等の観点からの見直しの必要性を指摘されたことから、令和 5 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業において、文献調査や福祉用具の利用事例・事故・ヒヤリハット事例の調査、有識者へのヒアリング調査を実施し、有識者から構成される検討委員会等の複数の会議体での協議を踏まえて本判断基準を見直すこととし、新たに別紙のとおりとしたので通知します。本通知の適用にともない、平成 16 年 6 月 17 日老振発第 0617001 号厚生労働省老健局振興課長通知は廃止します。

各都道府県・指定都市介護保険主管部（局）におかれましては、福祉用具の特性と利用者の心身の状況等の適合を重要な課題と捉えていただき、自立支援の観点から適切な利用が進むよう、管内市町村及び介護支援専門員等に広く周知をお願いするとともに、下記の事項に留意の上、介護支援専門員等に対して適切な指導方よろしくお願いいたします。

また、厚生労働省では、福祉用具の特性と利用者の心身状況等とが適合した適正な福祉用具の選定が行われるよう、介護給付費請求時に必要となる届出コードを取得することができる「福祉用具届出システム」を開発し、（公財）テクノエイド協会のホームページで公開しています。加えて、福祉用具ヒヤリハット情報も同協会ホームページで公開していますので、福祉用具の選定や

介護保険における福祉用具の選定の判断基準を確認するため、福祉用具の貸与・販売の種類および利用理由の妥当性について示した厚生労働省通知（介護保険最新情報 Vol.1296）の URL を掲載します。
<https://www.mhlw.go.jp/content/001283760.pdf>

安全な利用に当たっては、本判断基準と併せて、同システム等を積極的に活用していただくよう、併せて周知をお願いします。

なお、本通知は、地方自治法第245条の4第1項に基づく技術的助言であることを申し添えます。

記

- 1 福祉用具については、その特性と利用者の心身の状況等とが適応した選定が重要であることから、介護支援専門員は利用者の状態像やその変化、介護者の介護力、居住環境等を踏まえた適切なケアマネジメントにより、必要な支援内容を多職種協働による検討を通じて決定を行い、その支援の手段の一つとして福祉用具の活用を居宅サービス計画に位置付けること。
- 2 介護支援専門員が居宅サービス計画に福祉用具を位置付ける場合及び現に福祉用具を使用している場合は、本判断基準を活用し、本判断基準に示された「使用が想定しにくい状態像」、「使用が想定しにくい要介護度」又は「留意点」に該当している場合、サービス担当者会議その他の機会を通じて福祉用具に関わる様々な専門職から、専門的な見地からの意見を求め、その妥当性について検討し、自立支援に資する居宅サービス計画の作成・見直しを行うこと。
- 3 福祉用具専門相談員をはじめ医師、看護師、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、訪問介護員等といった福祉用具に関わる専門職は、本判断基準に示された「留意点」や「参考情報」を参照しつつ、サービス担当者会議その他の機会を通じ、利用者の状態像やその変化、介護者の介護力、居住環境等を十分に踏まえ、福祉用具が適切に選定され、かつ、安全に使用されるよう、介護支援専門員に対して専門的な見地に基づき助言やサービス提供を行うこと。

課題整理総括表・評価表の活用の手引き

平成26年3月 厚生労働省老健局

1. 課題整理総括表及び評価表の趣旨・目的

(1) 課題整理総括表及び評価表の趣旨

○介護支援専門員の役割

介護支援専門員は、要介護者等からの相談に応じ、要介護者等の心身の状況等に応じた適切なサービスが適切に提供されるようサービス担当者等と連絡調整を行い、要介護者等がその有する能力に応じて、自立した日常生活を送ることができるよう支援する専門職である。

介護保険制度において介護支援専門員は、要介護者等の心身の状況や置かれている環境、要介護者等本人やその家族などの希望等を勘案してケアプランを作成し、医療・介護等のサービスを提供する事業者によって必要なサービスが円滑に提供されるよう、連絡・調整する役割が求められている。

さらに、住み慣れた地域で高齢者ができる限り自分らしい暮らしを続けることができるような、住まいを中心として医療・介護・予防・生活支援といったサービスを一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築に向け、個々のサービスの連絡・調整だけでなく、「必要だが地域には無いサービス」を創出していく取り組みも期待されている。

しかしながら、介護支援専門員について検討すべき課題として、「利用者像や課題に応じた適切なアセスメント(課題把握)が必ずしも十分でない」、「サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない」、「ケアマネジメントにおけるモニタリング、評価が必ずしも十分でない」といったことが指摘されている。

こうした指摘の背景には、介護支援専門員がどのように考えた課題を抽出したのかの経緯が文字化されていないために他の職種からは分かりにくいこと、課題把握等のプロセスには経験に基づく学習を要する一方で業務経験年数の短い介護支援専門員も多いことといった要因があると考えられる。

地域差はあるものの、今後は2025年に向けてさらに高齢化が進み、介護保険事業に携わる事業者・介護職員が増えるとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けて、生活支援サービスを提供する事業者等(いわゆるインフォーマル支援の担い手)との連携の必要性も大きくなる。したがって、介護支援専門員には、専門職としての専門性を確立するとともに、これまで以上にさまざまな関係者に対し、要介護者等の課題を把握した経緯を分かりやすく説明することが期待される。

○課題整理総括表の策定の背景と趣旨

課題整理総括表は、介護支援専門員が把握した要介護者等の基本的な情報を多職種間で共有するとともに専門職である介護支援専門員としてどのような考えで要介護者等の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を導き出したのかを表現することにある。

特に課題整理総括表の「見通し」欄を整理することをきっかけに多職種間の連携やOJTにおける助言・指導等を実施しやすくすることをねらいとしている。

現在の居宅サービス計画の様式は、アセスメントの結果から課題を導き出す過程を表現するような形式となっていない。

そのため、サービス担当者会議等の多職種協働の場面等において、ADL等の現状を多職種間で共有し、介護支援専門員が口頭などで分かりやすく説明しない限り、利用者の状態等や課題を導き出した背景、それに基づいて整理された援助の方向性や各担当者の役割の共有が、十分に行われなかったこともある。

こうしたことが、「適切にアセスメントができていないのではないか」といった指摘を受ける一つの背景になっていると考えられ、また、介護支援専門員の専門性を表す思考過程が十分に説明できていない

ということは、その適切な評価も困難となる。

そこで、利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際の一つの様式例として課題整理総括表を策定したものである。

こうした様式を適宜活用することにより、多職種間での情報共有が進み、ひいては高齢者の尊厳ある自立した日常生活の実現に寄与することを期待している。

○評価表策定の背景と趣旨

評価表は、利用者のニーズに対応するためにケアプランに掲げた短期目標に着目し、設定した期限の終了時期における目標の達成度合いを表現するものである。

短期目標の終了時期に、サービスを提供する関係者の間で、目標の達成度合いとその背景(想定よりうまくいった要因、達成できなかった要因、新たに把握された生活上の課題等)を分析・共有することで、次のケアプランに向けた再アセスメントがより有効なものになることを企図している。

モニタリングにおいては、利用者の継続的なアセスメントをしつつ、ケアプランの実施状況の把握を行うことにより、ケアプランに位置付けたサービスを適切に評価し、適宜適切なケアプランの変更につなげていくことが重要である。

しかしながら、評価のためのツールがない現状では、サービスの評価を行うことなく、初回に作成したケアプランに基づいてサービスを提供し続け、ケアプランの適切な見直しが行われないということもありうる。

そこで、ケアプランに位置付けたサービスについて、短期目標に対する達成度合いを評価するとともに、必要に応じて各サービスの担当者の役割を見直す契機とし、モニタリングの結果が、より効果的なケアプランの見直しに資するものとなるよう、評価表を策定したものである。

(2) 課題整理総括表及び評価表の活用における留意点

○課題整理総括表の活用における留意点

課題整理総括表の目的は、居宅サービス計画書様式第2表の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を導き出すにあたって、アセスメントツールを活用して整理・抽出した利用者の現状や有する能力を勘案しつつ、利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている課題を明らかにし、自立した日常生活を支援していくにあたってその解決すべき課題を抽出するまでの間に、専門職としてどのような考えで課題分析を行ったのかを明らかにすることである。

さらに、課題整理総括表で整理された「課題／維持の可能性」と「見直し」を踏まえ、居宅サービス計画書の第2表の内容、つまり長期・短期目標や援助内容を精査しやすくすることを期待している。

これらにより介護支援専門員の考えを明らかにすることで、利用者支援にあたっての介護支援専門員の専門性が向上するとも考えられる。

また、課題整理総括表を活用し、多職種間で情報共有しつつ、専門職としての課題分析過程を明らかにすることで、サービス担当者会議や地域ケア会議等の場における多職種との情報共有・連携等を効果的に実施できるようになることが期待される。

課題整理総括表の活用にあたって重要なことは、利用者の生活全般の解決すべき課題(ニーズ)を導くにあたり、利用者等がどのような生活をしたい、あるいは、できるようになりたいと望んでいるかなど、意向を引き出しつつ専門職として客観的に判断することである。

○評価表の活用における留意点

評価表は、利用者等の意向を踏まえつつ、生活全般の解決すべき課題(ニーズ)を解決するため、介護支援専門員がケアプランに掲げた短期目標を達成するために位置付けたサービスについて、短期目標の達成状況を確認するものである。

また、目標の期間が終了した際に、サービス担当者会議や地域ケア会議等において、目標の達成に向

けてサービスを提供できたかどうかを振り返り、必要に応じてケアプランの見直しにつなげることを目的としている。

現行のケアプランでは、このような様式が定められていないことから、目標の期間が終了した際に、介護支援専門員がケアプランに位置付けたサービスの適切な評価が行われることなく、ケアプランを見直した後も同様のサービスを提供し続けてしまうこともありうる。

そこで、ケアプランを作成した際、目標を達成するためにケアプランに位置付けたサービスにどのような役割を求めていたのかを再度確認し、サービスの目標の達成状況を評価して次のケアプランの見直しに資するものとなるような様式を策定したものである。

なお、評価表の活用にあたって重要なことは、介護支援専門員が一人で評価するのではなく、サービスの担当者等とともに情報共有しながら評価することにより、多職種協働によるチームケアを効果的なものとしていくためのツールとして活用することである。

(3) 課題整理総括表及び評価表の主な活用場面

○課題整理総括表の活用場面等

課題整理総括表は、介護支援専門員が専門職として、多職種と情報共有しつつ、アセスメントによって把握した情報から、利用者の日常生活を支援していく上でどのような考えで生活全般の解決すべき課題(ニーズ)を導き出したのかを記録するものであり、課題を捉えた経緯を表現するものである。

介護支援専門員として実務に従事し、利用者の日常生活を支援していくにあたっては、現在の客観的な状況から今後の見通しを踏まえて課題を導くことが重要であり、この思考プロセスを身につけることは専門職として必要不可欠なことである。

課題整理総括表は、新たに作成したものであることから、まずは介護支援専門員の研修の際に活用することが想定される。

また、サービス担当者会議や地域ケア会議等において、利用者の客観的な状況や、それを踏まえた介護支援専門員の見直しなどを利用者の生活を支える多職種間で情報共有する際に活用することも、ケアプランへの理解が進むことから効果的であり、活用が進むことが望まれる。

さらに、介護支援専門員として業務に従事したばかりの者にとって、主任介護支援専門員からOJTを通じて指導を受ける際にも、課題を導いた考え方などが明確にされていることから、具体的な指導につながることを期待される。

なお、課題整理総括表を活用することにより、課題を把握するための情報の収集・分析の過程において、アセスメントに漏れがないかなどの自己点検になるものと考えられる。

加えて、課題を把握した経緯を表現する際、既存の社会資源を前提とせずに課題を把握することにより、利用者を支援していく上で必要だが地域に不足しているサービスや社会資源の提案・創出にもつながるものと考えられる。

○評価表の活用場面等

評価表についても、まずは研修の場面での活用が考えられる。

研修において活用することで、ケアプランに位置付けるサービスは、短期目標を達成するために位置付けられるものであり、期間が終了した際には、目標に対して適切なサービス内容であったかも含めて評価することの重要性を学ぶことが大切なことである。

また、ケアプランを見直す際に開催するサービス担当者会議や地域ケア会議等において、評価表を用いて多職種間で評価することで、改めて各サービスに求められていた役割を振り返り、必要に応じてケアプランの見直しにつなげることで、利用者を支えるチームの情報共有や連携が進むと考えられる。

さらに、モニタリングにおいて把握した情報について、サービス担当者間で共有することが重要であり、そうした場面においても本表の活用が進むことが望まれる。

2. 課題整理総括表の様式と記載要領

(1) 本様式の活用の基本的な考え方

① 本様式の位置づけと作成のタイミング

前述のとおり、課題整理総括法はアセスメントツールではなく、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課題のとらえかたに抜け漏れがないかどうかをまとめる総括表である。

したがって、本様式のみでアセスメントを終えることは妥当ではなく、基本的には利用者・家族あるいはその他の関係職種等からの情報収集を終え、アセスメントツール等を用いて情報の整理・分析を行うことが必須である。

そのうえで、ケアプラン(原案)の作成にかかる前のタイミングで、本様式を作成することが望ましい。

② 本様式作成の基本姿勢

本様式は介護支援専門員の専門職としての考え、つまり「介護支援専門員として、様々な情報の収集・分析の結果、このような課題があると考えられる」という考えを整理して記載することを想定している。

ただし、このことは利用者・家族の意向を無視して介護支援専門員の考えだけで課題整理をしてよいということではない。

前述の通り、本様式は情報の収集と分析が終わった後、課題整理の総括表として作成することを想定している。

情報の収集過程では当然、利用者・家族が持つ生活の意向や現状、生活歴等が把握されていることが前提である。

したがって、介護支援専門員が作成する課題整理総括表は、こうした利用者・家族の思いや状況を踏まえて、「専門職である介護支援専門員として、あなたのお話をこう捉えた」「今後、望む生活の実現に向けてこういった課題があると考えるがどうか」という介護支援専門員として専門性を生かした課題分析の結果を整理したものとなる。

利用者・家族の生活に関わる人びとや他の専門職からも情報を収集するとともに、助言を受けることが多いと思われる。

こうしたさまざまな情報についても収集した上で、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、判断した結果を記載することを想定している。

なお、後述するように、本様式の「状況の事実」欄の項目は必要に応じて追加したり細分化したりすることを想定している。

(2) 課題整理総括表の様式(別紙)

(3) 課題整理総括表の記載項目及び記載要領と留意点

① 「利用者名」欄

利用者名を記入する。

② 「状況の事実」の「現在」欄

この欄には、事前に利用者宅の訪問や利用者・家族との面談、関係者や他の専門職からの申し送り等で把握した情報(事実)に基づき、各項目について、それぞれ日常的にしているかどうかを判断し、「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」(項目によっては「支障なし」「支障あり」)のいずれかに○印を記入する。

「見守り」は「見守りや声かけを受けるが、一連の動作のほぼ全てを支障なく実施している」、「一部介助」は「一連の動作の一部について介助を受けて行為を実施している」、「全介助」は「一連の動作の全てあるいはほぼ全てについて介助を受けて行為を実施している」ことを目安として頂きたい。

「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」の大きな目安を例示すると以下の通りである。

項目	状況	記入例
屋内移動	多少のふらつきがあり転倒リスクはあるものの、階段昇降を含めて移動している	自立
屋外移動	ヘルパーが付き添うと病院まで自力で移動するが、付き添いがないと外出しない	見守り
口腔ケア	デイサービスで声かけされれば歯磨きをするが、自室などに居て声かけがないとまったくしない	見守り
服薬	飲むべき薬の判断と飲むための準備ができない 薬とコップに入れた水を手渡すと飲むことはできる	一部介助
調理	自身では全く調理していない(ヘルパーが準備したものを食べている)	全介助(日常的にしている)
入浴	週2回のデイサービスで立位保持と洗身の介助があれば入浴しているが、自宅では全く入浴していない	全介助

一方、ADL/IADL以外の項目について、「支障あり」に○印を記入した場合は、必ずその具体的な状況を備考欄に補記する。

本欄における「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」あるいは「支障なし」「使用あり」等の尺度は、利用者の現在の状況をケアチームのメンバーが概観して共有するための目安である。

ここでは、日常的な生活の状況を概括することを目的に、あくまでも日常的にしているかどうかに基づいて判断することとし、できるかどうかは考慮しないこととする。

したがって、例えば同居者が実施していない場合は、「全介助」を選択することとする。

なお、一連の動作の一部のみ介助(声かけや付添を除く)を受けている場合は、「一部介助」を選択することとする。

また、例えば自宅とデイサービスで状況が異なる等、生活環境によって状況が異なる場合は、日常生活の中で頻度の高い状況に基づいて判断する。

また、褥瘡・皮膚の問題や行動・心理症状(BPSD)等について、現在は支障が顕在化していないもののリスクが大きいと判断される場合は「支障あり」を選択することとする。

なお、「状況の事実」に並んでいる項目は、課題分析標準項目のアセスメント項目として通知に掲げられている14項目から「特別な状況」(ターミナルや虐待等の状況を記載する項目)を除いたものだが、小項目は24年度に実施した実証事業の成果等を踏まえて設定したものである。

課題整理の総括において重要となる視点・項目は、利用者・家族の生活の状況や心身の状況によって異なると考えられる。

本欄下部の空欄等を活用し、例えば起居動作や経済状況など適宜項目を追加修正して活用して差支えない。

③ 「自立した日常生活の阻害要因(心身の状態、環境等)」欄

収集した情報に基づき、利用者の自立を阻害している根本的な要因、特に「状況の事実」の「現在」欄で「自立」あるいは「支障なし」以外が選択されている項目の要因を分析した上で、より根本的で重要な要因を最大6項目程度に絞込み、「自立した日常生活の阻害要因」欄に記載する。

なお、本欄に振られている番号は便宜的な通し番号であり、要因の重要度等による優先順位を示したものではない。

繰り返しになるが、課題整理総括表は、情報の収集・分析が終わった後に作成することを想定しており、本様式を作成する前に、介護支援専門員として、利用者の自立した日常生活を阻んでいる要因を具体的に捉えられていることが求められる。

なお、要因として疾患が捉えられている場合も多いと考えられるが、疾患それ自体だけでなく疾患に応じた療養や健康管理が十分にできていないという状況が生活に影響を及ぼすものである。つまり、本欄には疾患名だけでなくその疾患に応じた療養や健康管理等も含めて整理し、必要に応じて記載することが望ましい。

例えば、要介護状態となった原因疾患が「糖尿病」である場合で言えば、糖尿病そのものは診断名であっ

て、むしろ糖尿病の管理ができないこと、例えば「食事管理ができない」ことや「インシュリンの自己注射の管理ができない」ことが要因として記載されることとなる。

また、生活の状況には利用者の心身の状態だけでなく、生活の環境(住環境等の物理的なものだけでなく、家族関係等の社会的な環境も含む)も影響する。

したがって、利用者の心身の状態のほか、環境に関する要因が含まれる場合もありうる。

なお、本欄には、利用者の心身の状態あるいは生活の環境等について、客観的事実を記載する。客観的事実を記載することが困難な場合は、引き続き情報の収集・分析が必要である。

④「状況の事実」の「要因」欄

「状況の事実」の「現在」欄で、「自立」あるいは「支障なし」以外を選択した項目について、その要因として考えられるものを、「自立した日常生活の阻害要因(心身の状態、環境等)」欄から選択し、その記載した番号(丸数字)を記入する。

複数の要因が考えられる場合は複数の番号(丸数字)を記載して良い。

本欄の記入は、前項③「自立した日常生活の阻害要因」欄の内容と関連することから、「要因」と「自立した日常生活の阻害要因」欄は相互の整合性を確認しながら、記入と修正を進めることが望ましい。

⑤「状況の事実」の「改善／維持の可能性」欄

「状況の事実」の「現在」欄で、「自立」あるいは「支障なし」以外を選択した項目について、現在の認定有効期間を見通して、必要な援助(介護保険サービスだけでなく、インフォーマルな支援を含む)を利用した場合に「現在」の状況が改善／維持する可能性の有無を検討し、「改善」「維持」「悪化」のいずれかに○印を記入する。

なお、介護保険法では、保険給付は「要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われる」とこととされている。

したがって、「悪化」が見込まれる場合においても、本欄を記入するにあたり、その分析の過程で「維持」の可能性も十分に検討することが重要である。

この欄は、主治医意見書等の多職種からの意見を踏まえた上で、あくまでも専門職たる介護支援専門員としての判断に基づいてその考えを記入する。

なお、ここでどのような可能性を選択したかを以て、その介護支援専門員の判断のよし悪しを評価するものではない。

むしろ、ここで判断した可能性に基づいた上で、利用者・家族の生活を支えていくために必要な課題と援助内容を整理することこそが、介護支援専門員の専門性に期待されることである。

⑥「状況の事実」の「備考」欄

この欄には、「状況の事実」欄の「現在」あるいは「改善／維持の可能性」に関して補足すべき情報を記入する。

例えば、「現在」欄において「支障あり」とした場合にその具体的な支障の内容を補記したり、「一部介助」や「全介助」とした場合に支援の内容を補記したりすることが考えられる。

また、「改善／維持の可能性」欄において「維持」や「悪化」が見込まれる項目に関して、現在利用しているサービス内容や必要な生活環境を補記するといった活用も考えられる。

さらに、「改善／維持の可能性」に関して、なぜそのような可能性があるかと判断したのかの根拠を補記することも有効である。

介護支援専門員が、利用者の状況をどのような方向性で捉えているか、その判断根拠(利用者本人の心身の状況や生活の環境だけでなく、家族等から援助を受けて日常生活を送っている場合の具体的な援助内容や介護者が有する介護知識の状況等)を記入し、それをサービス担当者会議等で共有することで、チームケアに参加する個別のサービス担当者が、利用者・家族等の状況や総合的な援助の方針を理解しやすくなることが期待される。

⑦「見通し」欄

本欄には、「利用者の自立した日常生活を妨げている要因」の解決に向けて、多職種からのアドバイスを受けつつ、当該ケアプランの短期目標の期間を見据えて、「どのような援助を実施することにより」(要因の解決のために必要と考えられる援助内容)、「状況がどのように変化することが見込まれるか」(援助を利用した場合に到達が見込まれる状態)を記入する。

本欄にはこれから実施しようとする援助による改善や維持の予測を記入することから、本欄の記載内容は、あくまでも介護支援専門員として判断した仮説を記載することとなる。

他の介護支援専門員や他の職種と共有した際に分かりやすく簡潔な内容とするため、「要因」-「要因の解決のために必要と考えられる援助内容」-「援助を利用した場合に到達が見込まれる状態」を、一つの「要因」に対して数行でまとめることを目安とすると良い。

なお、介護保険法に掲げられている「要介護状態等の軽減又は悪化の防止」という考え方に沿って言えば、まずは「改善／維持の可能性」欄において「改善」に○印をつけた項目について、その項目の「要因」を解決するための見通しを必ず記入することが重要である。

そのうえで、「維持」や「悪化」に○印をつけた項目のうち、特に取り組むべきと考えられる項目について、維持のための日常生活における取り組みの視点や悪化・重度化防止のためのリスク軽減の視点から「どのような援助を実施すること」が必要かを記入する。

例えば後述する室内でのトイレへの移動と排せつ動作に改善の可能性が考えられる事例(207頁)で言えば、「改善／維持の可能性」が「改善」となっている「室内移動」と「排せつ動作」について、その要因である下肢筋力低下と住環境に着目して、その要因を改善するために必要な援助を整理している。

また、重度の介護を要する事例で言えば、「改善／維持の可能性」が「維持」であっても、今後の見通しを考える上で、状態像の著変につながる誤嚥性肺炎を起さないようにする上で、特に重要であると考えられる「口腔ケア」について、その援助の実施が必要であると整理している。

⑧「利用者及び家族の生活に対する意向」欄

利用者宅の訪問や利用者・家族との面談等を通じて把握した利用者及び家族が望む生活の意向のうち、課題を抽出する上で重要と思われる情報を整理して、簡記する。

本欄に記載する情報はあくまでも課題の抽出にかかわりが大きいと思われる内容のみで良く、ケアプラン第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向」欄に記載する内容と同一である必要はない。

⑨生活全般の解決すべき課題(ニーズ)【案】欄

「見通し」欄の記入内容を踏まえて記入する。

情報の収集・分析が終わった後に課題整理総括表を作成することから、利用者・家族等からの聞き取りにより、「利用者が望む生活」が捉えられていることが前提である。

なお、介護支援専門員が課題整理総括表を作成するのは、サービス担当者会議(ケアプラン原案を利用者と合意する)前であるから、ここで記載する生活全般の解決すべき課題(ニーズ)は、利用者・家族等から収集した情報の分析に基づいて介護支援専門員が捉え、専門職としての判断で利用者に提案する、合意前の案であって差し支えない。

⑩優先順位欄(※6の欄)

課題に優先順位を踏まえて、数字を記入する。

利用者となすり合わせた結果、当該期間のケアプランに反映しないこととした(反映できなかった)課題については、「-」印を記入する。

3. 評価表の様式と記載要領

(1) 本様式の活用の基本的な考え方

①本様式の位置づけと作成のタイミング

本様式は、ケアプラン第2表に位置づけた短期目標に対して、その達成状況とその要因をケアチーム全体で振り返る際に利用することを想定している。

したがって、ケアプランの第2表に位置づけた短期目標の終期の時点を目途に、個別サービスを提供している事業者からの報告を踏まえて作成することを想定している。

なお、複数の短期目標が位置づけられており、かつその終期が異なる場合は、その時点で目標の終期を迎えた短期目標についてのみ記載すれば良い。

②本様式作成の基本姿勢

本様式は、個別サービスを提供している事業者からの報告に基づき、介護支援専門員の判断としてとりまとめて作成することを想定している。

ただし、利用者の生活の状況をより詳細に把握しているのは利用者に対して直接援助を提供している事業者であることを踏まえ、目標の達成状況を判断する際は、現に利用者にサービスを提供している担当者の報告を丁寧に把握し、その判断を考慮することが重要である。

(2) 評価表の様式(別紙)

(3) 評価表の記載項目及び記載要領と留意点

①利用者名

利用者名を記載する。

②作成日

作成日を記載する。

③短期目標と期間

ケアプラン第2表に記載されている短期目標と期間を転記する。

なお、複数の短期目標がありかつその期間が異なる場合、ここに記載する短期目標は本様式作成時点で終期を迎える短期目標のみで良い。

④援助内容

ケアプラン第2表に記載されている援助内容(サービス内容、サービス種別、事業所名)を転記する。

⑤結果

介護支援専門員自身がモニタリング訪問で把握した状況や、個別サービスを提供している事業者からの報告等を踏まえ、短期目標の達成状況を評価して該当する記号を記入する。

短期目標の達成状況と記号の凡例は以下の通り。

なお、生活を維持するために必要な援助を使い続けることを見込んでいる場合(例えば「～の状況を維持できる」といった内容の短期目標の場合)に、そのケアプランの終期で状況が維持されているのであれば「○」(短期目標は達せられた)を記入し、再アセスメントの結果生活の状況に大きく変化が無ければ、同様の短期目標を次のケアプランでも再設定する

短期目標の達成状況	記号
短期目標は予想を上回って達せられた(より積極的な目標を設定できる可能性がある)	◎
短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)	○
期間延長を要するが、短期目標の達成見込みはある	△
短期目標の達成は困難であり見直しを要する	×1
短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する	×2

⑥「コメント」欄

介護支援専門員自身がモニタリング訪問で把握した状況や、個別サービスを提供している事業者からの報告事項、主治医意見書等での指摘事項等を踏まえ、短期目標の達成状況の判断(「結果」欄に記載した内容)の根拠となる状況や次のケアプランを策定するに当たり留意すべき事項を簡記する。

特に、「結果」欄で「×1」あるいは「×2」を選択した場合は、短期目標が達成できなかった理由を再アセスメントにおいてよく分析する必要があるため、その際考慮すべき重要な情報(個別サービスを提供している担当者が把握した利用者の心身の状況の変化、利用者・家族の生活環境の変化等)を補記しておくことが重要である。

また、「結果」欄で「◎」や「○」を選択した場合においても、短期目標の達成に効果があった要因(例えば利用者本人の意欲の変化やそのきっかけとなった出来事、援助を提供している担当者の関わりの工夫など)を補記し、個別サービス事業者と共有してより良いケアの実現に向けた基礎情報として活用することが期待される。

「結果」欄に記載した短期目標の達成状況となった背景は、利用者の生活の状況の変化によるもの、当初のアセスメントの不十分さや短期目標の設定の仕方によるもの、個別サービス提供者によるサービスの実施内容によるもの、等さまざまである。

したがって、本様式を活用してこれらさまざまな背景のいずれが短期目標の実現に影響を与えたかを総括し、その結果を踏まえて改めて情報収集と分析を行い、次の居宅サービス計画に反映させることが重要である。

4. 課題整理総括表及び評価表を活用する上での全般的な留意点

○本様式を活用する際に添付する文書について

課題整理総括表及び評価表を活用して、ケアマネジメントの振り返りや初任段階の介護支援専門員への指導・助言、あるいはサービス担当者会議や地域ケア会議等での情報共有を行う場合は、必ず、「利用者基本情報」と「ケアプラン」を添えて活用することが望ましい。

特に、「利用者基本情報」については、課題分析標準項目の「基本情報」で示されている項目が盛り込まれており、情報の収集・分析と課題の抽出の基本となる、「家族構成」(ジェノグラム)や住居、経済的状況、疾患等の情報が含まれる。

○利用者への説明について

介護保険の基本的な理念として、利用者の意思を尊重し、利用者の意思決定と契約に基づくことが掲げられている。

したがって、課題整理総括表及び評価表においても、実際にこれらを活用する際には、必要に応じていずれかの段階で利用者へ説明し、活用いただきたい。

なお、課題整理総括表を用いて整理する「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」は、ケアプラン(見直し)の原案に記載するものである。

この課題の内容を含めケアプランの内容は、利用者の同意を得てはじめて確定するものであって、介護支援専門員が利用者の意向に関係なく「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を設定してよいというものではないことに留意が必要である。

課題整理総括表

利用者氏名		様		作成日		利用者及び家族の生活に対する意向	
①	②	③	④	⑤	⑥	生活全般の解決すべき課題【案】 ※6	
自立した日常生活の阻害要因(心身の状態、環境等)	現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容等)			
状況の事実 ※1							
ADL	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化				
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助	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				
	口腔ケア	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・整容	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化				
IADL	服薬	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				
	調理	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				
認知症状		支援なし 支援あり	改善 維持 悪化				
コミュニケーション能力		支援なし 支援あり	改善 維持 悪化				
社会との関わり		支援なし 支援あり	改善 維持 悪化				
排泄・排便		支援なし 支援あり	改善 維持 悪化				
じく瘡・皮膚の問題		支援なし 支援あり	改善 維持 悪化				
口腔衛生		支援なし 支援あり	改善 維持 悪化				
食事内容		支援なし 支援あり	改善 維持 悪化				
食事摂取		支援なし 支援あり	改善 維持 悪化				
問題行動(行動・心理状況SPSS)		支援なし 支援あり	改善 維持 悪化				
介護力	家族の心身の状況	支援なし 支援あり	改善 維持 悪化				
	家族の介護力	支援なし 支援あり	改善 維持 悪化				
居住環境		支援なし 支援あり	改善 維持 悪化				
特別な状況		支援なし 支援あり	改善 維持 悪化				

※1 本書は総括表でありアセスメントツールではないが、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は詳細な情報収集項目に準拠しているが、必要に応じて追加して書き変えない。
 ※2 「自立」は「自立」を意味するが、必ずしも「自立」である必要はない。
 ※3 「自立」は「自立」を意味するが、必ずしも「自立」である必要はない。
 ※4 今回の調査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に○印を記入する。

× 七

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】

[初版]ケアプラン点検支援システム検討委員会(五十音順)

◎川崎市介護支援専門員連絡会

小川 眞悟	川田 歩	中馬 三和子
増田 貢	山田 準一	

◎川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課

泉 基広	下浦 健	上不 森雄
------	------	-------

◎川崎市社会福祉協議会

中澤 伸	中野 優子	長澤 由香利
三橋 由佳	山宮 順子	

[第2版]ケアプラン確認マニュアル改定検討委員会(五十音順)

◎川崎市介護支援専門員連絡会

柿沼 千絵	勝俣 栄子	須山 暢彦
武宮 直子	中馬 智子	中馬 三和子
長澤 由香利	増田 貢	三橋 由佳

イラスト作成:P★G ※上記の方以外にも、多くの方々にご協力いただきました。

◎川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課

久野木 克郎	下浦 健	前畑 敏江
--------	------	-------

[第3版]ケアプラン確認マニュアル改定検討委員会(五十音順)

◎川崎市介護支援専門員連絡会

青木 千鶴	尾石 恵美子	柿沼 千絵
金長 雄二	間宮 里加	

[第4版]ケアプラン確認マニュアル改定検討委員会(五十音順)

◎一般社団法人川崎市介護支援専門員連絡会

青木 千鶴	尾石 恵美子	柿沼 千絵
小泉 純子	武宮 直子	

◎川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課

柴田 華歩	中澤 正彦	松沼 明子
-------	-------	-------

ケアマネジメントツール～ケアプラン確認マニュアル～
発行／令和8年4月発行
編集／一般社団法人川崎市介護支援専門員連絡会・事務局
〒211-0053 川崎市中原区上小田中3-22-10 杉浦ビル3階
電話044-872-8372
川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課
〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地
電話044-200-2687
編集／株式会社メディブレーション
