

第2章

ケアプラン点検による
ケアマネジメントの質の向上

第2章 ケアプラン点検による ケアマネジメントの質の向上

1 ケアプラン点検の目的と基本姿勢

ケアプラン点検の目的や基本姿勢は、「ケアプラン点検支援マニュアル」（平成20年7月18日厚生労働省老健局振興課）に次のとおり記載されている。

(1) ケアプラン点検の目的

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」とは何かを追及し、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

- 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ず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った場合、プランの根拠について確認を一緒に行う「振返りの作業」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。これら全てを行うのではなく、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。

つまり、ケアプラン点検は、保険者と介護支援専門員が「自立支援に資するケアマネジメント」を図るために共にケアプランを確認するものであるといえる。

2 本ガイドラインを活用したケアプラン点検の特徴

本ガイドラインを活用したケアプラン点検には、二つの特徴がある。

特徴1 ケアプラン点検で、介護支援専門員のケアマネジメントの質の向上を図ることを目的としている。

ケアマネジメントの質を向上させる目的は、「自立支援に資するケアマネジメント」の達成である。本ガイドラインでは「自立支援」を次のとおり定義する。

要支援・要介護の状態になっても「可能な限りできる範囲で、可能な限り自分らしい生活を営むこと、自分の人生に主体的・積極的に参画し自分の人生を自分自身で創っていくこと」(注1 53頁)に対する支援

本ガイドラインでは、効果的にケアマネジメントの質の向上を図るため、点検前に介護支援専門員がアセスメントとケアプランを自己点検する方法を採用している。

特徴2 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。

ケアプラン点検は、第一線で働く介護支援専門員という専門職とともに実施するため、経験豊富な地域の主任介護支援専門員や保険者の職員であって介護支援専門員の資格を有するものと、専門職ではない事務職員が協働して行うことが理想的である。

しかし、専門職の不在が理由でケアプラン点検に取り組めていない保険者もあるため、事務職員であっても適切に点検を行えるよう次の2点を踏まえてガイドラインを作成した。

- ① 点検前に必要最低限のケアマネジメントに関する知識を学習する。
- ② 介護支援専門員と認識を共有できる簡略な点検ツールを活用する(本ガイドラインでは、「リ・アセスメント支援シート」を使用(20頁))。

3 ケアプラン点検に必要なケアマネジメントに関する知識

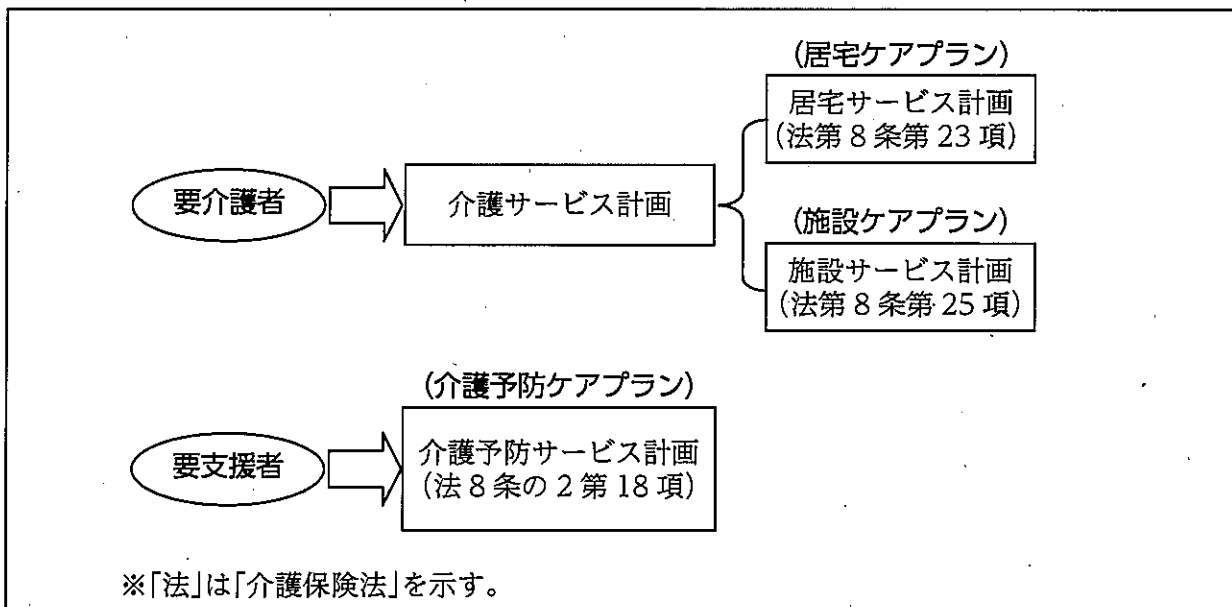
まず、事務職員がケアプラン点検を円滑かつ適切に実施できるように、ケアプラン点検に必要なケアマネジメントに関する知識を整理する。

(1) ケアプランとは

ケアプランとは、要介護者等に対して、自立支援のためのサービス等を効果的かつ計画的に提供するため、通常、介護支援専門員により作成される介護サービスの計画である。

ケアプランは、一般的に「介護サービス計画」と「介護予防サービス計画」のことを表し、「介護サービス計画」は、利用者がサービスを利用する場所によって、「居宅サービス計画」と「施設サービス計画」に分けられる。

<ケアプランの種類> (注2 53頁)



本ガイドラインでは、「居宅サービス計画」(以下「居宅ケアプラン」という。)の点検を中心に説明していく。なお、居宅ケアプランは、厚生労働省の標準様式(平成11年11月12日付老企第29号厚生省老人保健福祉局企画課通知)では、第1表から第7表までとなる(次頁参照)。

<居宅サービス計画書標準様式>

ケアプランの本体	
第1表	<p>居宅サービス計画書 (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス計画全体の方向性を示す帳票 ・利用者及び家族の生活に対する意向が示されている。
第2表	<p>居宅サービス計画書 (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス計画全体の中核になる帳票 ・第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向」や「総合的な援助の方針」と整合性がある。 ・アセスメントの結果、導き出された「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を解決して自立した日常生活を営む具体的な手順を表す。
第3表	<p>週間サービス計画表</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第2表で計画した援助内容を、週単位で示す帳票
介護支援専門員等がケアマネジメントを進めていくための判断根拠	
第4表	<p>サービス担当者会議の要点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議を開催した場合に、会議の要点を記載する帳票
第5表	<p>居宅介護支援経過</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員がモニタリングを通じて把握した、利用者や家族の意向・満足度等、目標の達成度の把握と変化、それに対応した事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について項目ごとに整理して記載する帳票
サービスの利用状況や費用についての管理	
第6表	<p>サービス利用票 (兼居宅サービス計画)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス時間帯・内容とサービス提供回数の予定・実績を記載する帳票
第7表	<p>サービス利用票別表</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス内容に対する利用者の費用負担を示した帳票

(2) ケアマネジメントのプロセス

介護支援専門員の行うケアマネジメントのプロセスは、基本的に次の6つからなる。

- ① インテーク（申請の受付）
- ② アセスメント
- ③ ケアプラン原案の作成
- ④ サービス担当者会議と利用者の同意によるケアプランの確定
- ⑤ サービスの実行
- ⑥ モニタリング

① インテーク（申請の受付）

- ア 利用者又はその関係者と介護支援専門員が初めて接触するのがインテークである。介護支援専門員への第一印象になるため重要である。
- イ インテークの方法としては電話や来所があるが、基本的には次のことを行う。
- ・ 自己紹介
 - ・ 利用者及び相談者のおおまかな基本情報の収集
 - ・ 相談者の主訴の把握
 - ・ 今後の流れの説明（初回面接の予約、申請の受付等）

② アセスメント

- ア アセスメントは、多くの個人情報（プライバシー）に触れるため、申請の受理後に行われる。
- イ アセスメントとは、利用者の有する能力、既に提供を受けているサービス（フォーマル・インフォーマルを含む。）等の利用者の置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題（ニーズ）を把握することである。
- ウ 具体的には、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接をして、利用者に関する情報を収集し、それを分析・評価して、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を明らかにすることである。
- エ アセスメントは個人的な考え方や手法で行うものではなく「適切な方法」で行わなければならないものであり、厚生労働省通知(平成11年11月12日付老企第29号)「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」で、利用者及びその家族との面接によって確認すべき23のアセスメント標準項目（10頁参照）が示されている。
- オ なお、標準項目は示されているが、アセスメント様式は居宅介護支援事業所又は介護支援専門員によって様々となっているのが実態である。

③ケアプラン原案の作成

ケアプラン原案の作成とは、介護支援専門員が利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、「居宅サービス計画書(1)」、「居宅サービス計画書(2)」及び「週間サービス計画表」の原案を作成することである。

④サービス担当者会議と利用者の同意によるケアプランの確定

- ア サービス担当者会議とは、利用者の状況等に関する情報を、ケアプラン原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者と共有し、ケアプラン原案の内容について、担当者から専門的な見地からの意見を求めるために介護支援専門員が開催する会議である。
- イ 会議の参加者は、利用者、家族、主治医、ケアプランに位置付けられているサービスの担当者、近隣住民やボランティア等の関係者である。
- ウ 新規ケース、要介護度更新時及び要介護状態区分変更時には、必ず開催される。
- エ サービス担当者会議での参加者からの意見によりケアプラン原案は修正されるが、修正された原案は、利用者の同意を得ることで確定する。

⑤サービスの実行

確定したケアプランは、利用者やケアプランに位置付けた指定居宅サービス等の担当者に交付され、サービスが実行される。

⑥モニタリング

- ア モニタリングとは、ケアプランの目標の達成状況やニーズの変化等を把握することであり、利用者の状況とサービスが合致しているかどうか確認するために行われる。
- イ モニタリングの結果、必要があればケアプランの変更を行う。
- ウ 少なくとも月に1回利用者の居宅を訪問して、利用者に面接して行わなければならない。

II 課題分析標準項目 (注3 53頁)

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について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報 (介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等) について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	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
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
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果 (要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等) について記載する項目
9	課題分析 (アセスメント) 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

課題分析 (アセスメント) に関する項目

NO.	標準項目名	項目の主な内容 (例)
10	健康状態	利用者の健康状態 (既往歴、主傷病、症状、痛み等) について記載する項目
11	ADL	ADL (寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等) に関する項目
12	IADL	IADL (調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等) に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
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
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
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
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
20	問題行動	問題行動 (暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等) に関する項目
21	介護力	利用者の介護力 (介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等) に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況 (虐待、ターミナルケア等) に関する項目

4 ケアプラン点検の具体的方法

<ケアプラン点検の流れ>

ケアプラン点検は、次の流れで実施していく。

(1) 保険者の事前準備	12 ページ
ア ケアプランの選定	
イ 介護支援専門員への資料提出依頼	
提出資料例	
・ケアプラン第1表～第5表	
・基本情報シート	
・リ・アセスメント支援シート	
・ケアプラン第1表～第3表（「リ・アセスメント支援シート」により修正したもの）	
(2) 介護支援専門員の面談前準備	13 ページ
ア 提出資料の作成	
・「基本情報シート」の作成	
・「リ・アセスメント支援シート」の作成	
・「ケアプラン第1表～第3表」の修正	
イ 保険者への資料提出	
(3) 保険者の面談前準備	14 ページ
ア 提出資料の質問事項の整理	
(4) 面談	14 ページ
ア 注意事項の確認	
イ 面談の実施	
(5) 面談後	19 ページ
ア ケアプランの修正と今後への反映	
イ 気づきの共有化	
ウ 点検の整理・分析	
エ 課題解決	

(1) 保険者の事前準備

ア ケアプランの選定

ケアプランの選定方法はいろいろと考えられるが、例えば次のような方法がある。

【選定方法 1】

対象：全ての介護支援専門員のケアプラン

介護支援専門員一人当たりの点検件数：1 件程度

特徴：多くの介護支援専門員のケアマネジメントの質の向上が可能であり、保険者により多くの介護支援専門員間意思疎通が図れる。

【選定方法 2】

対象：新任の介護支援専門員のケアプラン

介護支援専門員一人当たりの点検件数：2 件程度

特徴：新任の介護支援専門員のケアマネジメントの質の向上を重点的に図る。

【選定方法 3】

対象：経験豊富な介護支援専門員のケアプラン

介護支援専門員一人当たりの点検件数：1 件程度

特徴：経験豊富な介護支援専門員による経験の浅い介護支援専門員への影響は大きいため、まず経験豊富な介護支援専門員のケアマネジメントの質の向上を図る。

【選定方法 4】

対象：保険者が年度ごとに決めたテーマのケアプラン

例 独居で認知症のある高齢者

：保険者が課題と考えているケアプランの内容が把握でき、点検で介護支援専門員のケアマネジメントの質の向上を図れる。

地域全体の介護支援専門員のケアマネジメントの質の向上を図るためには、なるべく多くの介護支援専門員のケアプランを確認することが望ましい。ただし、点検する側の人員体制の確保といった課題もあるため、未実施の保険者は、まず「新任の介護支援専門員のみを対象にする」「点検テーマを絞る」等、可能な規模から取り組んでいくことも考えられる。

イ 介護支援専門員への資料提出依頼

保険者は介護支援専門員に次の資料の提出を依頼する。

- ・ケアプラン第 1 表～第 5 表
- ・基本情報シート (156 頁)
- ・リ・アセスメント支援シート (20 頁)
- ・リ・アセスメント支援シートに基づき修正されたケアプラン第 1 表、第 2 表、第 3 表 (以下「ケアプラン第 1 表 (CM 提出)、ケアプラン第 2 表 (CM 提出)、第 3 表 (CM 提出)」という。)

(2) 介護支援専門員の面談前準備

介護支援専門員は事前準備をすることで、まず自分でアセスメントやケアプランの点検を行うことができる。

ア 提出資料の作成

「基本情報シート」の作成

- ① 利用者の基本情報に関する項目を記載する。
- ② 本ガイドラインでは、参考様式（156頁）を提示するが既存のものを活用しても差し支えない。

「リ・アセスメント支援シート」の作成

- ① 介護支援専門員が面接で得た情報（状態・問題（困りごと）・意向）と介護支援専門員側の判断を記載することで、自らのアセスメントを振り返るとともに、ケアプラン第2表の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」が適切か検討する。

「ケアプラン第1表～第3表」の修正

第2表、第1表、第3表の順に修正を行っていく。

- ① 第2表の修正
 - ・「第2表」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」は、「リ・アセスメント支援シート」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」（整理後）の語句及び優先順位と合致させる。
 - ・「第2表」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」が修正された場合は、それに合わせ、「ケアプラン確認シート」（38頁）を活用しながら、「目標」、「援助内容」も修正する。
- ② 第1表の修正
 - ・「第1表」の「利用者及び家族の生活に対する意向」が、「第2表」の「長期目標」を総合化した内容になっているか確認し、必要があれば修正する。
 - ・「第1表」の「総合的な援助の方針」が、「利用者及び家族の生活に対する意向」に対応しているかを確認し、必要があれば修正する。
- ③ 第3表の修正
 - ・「第2表」の修正に合わせて修正する。

イ 保険者への資料提出

介護支援専門員は次の資料を保険者に提出する。

- ・ケアプラン第1表～第5表
- ・基本情報シート
- ・リ・アセスメント支援シート
- ・リ・アセスメント支援シートにより修正されたケアプラン第1表（CM提出）～第3表（CM提出）

(3) 保険者の面談前準備

ア 提出資料の質問事項の整理

保険者は介護支援専門員との面談の際に「基本情報シート」、「リ・アセスメント支援シート」、「ケアプラン第1表（CM提出）～第3表（CM提出）」について質問する内容を、「面談ポイントシート」（40頁）を活用し、整理しておく。「ケアプラン第1表～第5表」は確認する際に参考にする。

(4) 面談

ア 注意事項の確認

面談前に次の①～③の注意事項を必要に応じて確認する。

① 「ケアプラン点検に当たっての基本姿勢」を読み直す。

事務職員にとって、アセスメントやケアプランの内容について専門職である介護支援専門員と面談を行うことは、ケアマネジメントがよく分からないと考え、消極的になる可能性がある。また、分からないことを介護支援専門員に確認することは保険者として恥ずかしいと感じる可能性もある。その時には、「ケアプラン点検に当たっての基本姿勢」（4頁）を読み返してから面談に臨むことが望ましい。事務職であっても、そこに記された心構えで繰り返し面談に臨めば、介護支援専門員と一緒に考えていく中で、自然にケアマネジメントの質の向上に必要な点検者としての視点が身についていく。

② 質問する時は、介護支援専門員を非難しないように配慮する。

例えば、「〇〇については聞いていますか。」と、空欄について質問をすると、介護支援専門員は非難をされているように感じる可能性がある。主旨は同じ質問でも「〇〇について、利用者が語ったことはありますか。」と言い方を変えるだけで、利用者について介護支援専門員が話しやすくなり、利用者のイメージを保険者と介護支援専門員が深く共有することができるようになる。

③ ケアプラン点検に管理者を同席させる場合には注意する。

ケアプラン点検で得た気づきを、当該介護支援専門員だけではなく、居宅介護事業所全体で共有させるためには、面談時に管理者が同席するのも一案である。ただし、その場合は、管理者が同席することにより、介護支援専門員が自由に意見を述べることが阻害されることがないように注意する必要がある。

イ 面談の実施

面談は次の流れで実施していく。

①保険者によるケアプラン点検の「目的」、「ルール」、「面談の進め方」の説明

㊦ 目的

- ・介護支援専門員のケアマネジメントの質の向上を図ること。
- ・ケアマネジメントの質の向上により、利用者に可能な限りできる範囲で可能な限り自分らしい生活を営んでもらうこと。
- ・「いかにして利用者の楽しみのある幸せな生活を実現するか」を保険者と介護支援専門員が共に考えること。

㊧ ルール

- ・保険者と介護支援専門員が共に不愉快にならないようにすること。そのためには、双方が努力する必要があること。
- ※面談は争う場ではなく、共に確認する場である。

㊨ 面談の進め方

下記区分ごとに、まず介護支援専門員が説明し、次に保険者の質問に対して介護支援専門員が回答していく。

面談の進行状況に応じて適宜、休憩を入れる。

区分	確認該当箇所
1	「基本情報シート」 「リ・アセスメント支援シート」の「状態」欄
2	「リ・アセスメント支援シート」の「問題（困りごと）」欄、 「リ・アセスメント支援シート」の「意向・意見・判断」欄 「リ・アセスメント支援シート」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）（整理前）」欄
3	「リ・アセスメント支援シート」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）（整理後）」欄 「リ・アセスメント支援シート」の「優先順位」欄
4	「ケアプラン第2表（CM提出）」
5	「ケアプラン第1表（CM提出）」、「ケアプラン第3表（CM提出）」

② 保険者による最初の質問

保険者は介護支援専門員にしっかりと点検の目的を理解してもらい、点検中に常に意識してもらうために最初に次の質問をする。

「利用者は楽しみのある幸せな生活を営んでいると思いますか？」

③ 【区分 1】・「基本情報シート」の確認 ・「リ・アセスメント支援シート」の「状態」欄の確認

<ポイント>

介護支援専門員と利用者のイメージを可能な限り共有する。

㊦ 介護支援専門員による説明

「基本情報シート」や「リ・アセスメント支援シート」の「状態」欄について介護支援専門員が強調したいこと又は追加したいことがあれば説明してもらう。

㊧ 保険者と介護支援専門員による利用者のイメージの共有

保険者の質問に対して介護支援専門員が回答していくことで、利用者のイメージを双方で共有する。

基本的には、「面談ポイントシート」を活用して質問していくが、次の点を意識して進める。

- ・利用者の生活を活性化させる「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出せるような材料を発見する。
- ・利用者のイメージを深く共有するために、シートに記載されていない情報を引き出す。

④ 【区分 2】「リ・アセスメント支援シート」の ・「問題（困りごと）」欄の確認 ・「意向・意見・判断」欄の確認 ・「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）（整理前）」の確認

<ポイント>

「状態」から最終的に適切なニーズを導き出せているかを確認する。

㊦ 介護支援専門員による説明

「リ・アセスメント支援シート」の「状態」を受けた「問題（困りごと）」、「意向・意見・判断」、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）（整理前）」欄について、介護支援専門員が強調したいこと又は追加したいことがあれば説明してもらう。

㊧ 保険者と介護支援専門員による「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）（整理前）」の確認

保険者の質問に対して介護支援専門員が回答していくことで、適切なニーズが導き出されているか確認する。

確認の結果、「リ・アセスメント支援シート」の内容の修正が必要な場合は、その場で赤字等により修正をする。

- ⑤【区分3】「リ・アセスメント支援シート」の
- ・「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）（整理後）」の確認
 - ・「優先順位」の確認

<ポイント>

適切にニーズが整理され、優先順位がつけられているかを確認する。

⑦ 介護支援専門員による説明

整理前から整理後へニーズを整理した考え方と優先順位の理由について、介護支援専門員に説明してもらう。

⑧ 保険者と介護支援専門員による整理後のニーズと優先順位の確認

保険者の質問に対して介護支援専門員が回答していくことで、ニーズが適切に整理され、優先順位が適切についているかを確認する。

確認の結果、修正が必要な場合は、その場で赤字等により修正する。

⑥【区分4】「ケアプラン第2表（CM提出）」の確認

⑦ 修正内容の反映

③④⑤で「基本情報シート」及び「リ・アセスメント支援シート」を確認した結果に基づき「第2表（CM提出）」を修正する。例えば、ニーズを修正した場合は、まず「第2表（CM提出）」のニーズをその場で赤字等により修正する。

⑧ 介護支援専門員による説明

第2表（CM提出）について介護支援専門員が強調したいこと又は追加したいことがあれば説明してもらう。

⑨ 保険者と介護支援専門員による「第2表（CM提出）」の確認

保険者は「面談ポイントシート」で整理した内容をもとに、「ケアプラン確認シート」も活用しながら、介護支援専門員に質問していく。

保険者の質問に対して介護支援専門員が回答していくことで、「第2表（CM提出）」が適切に作成されているかを確認する。

⑦ 【区分5】「ケアプラン第1表 (CM 提出)」の確認
「ケアプラン第3表 (CM 提出)」の確認

㊦ 修正内容の反映

③④⑤⑥で「基本情報シート」、「リ・アセスメント支援シート」及び「ケアプラン第2表 (CM 提出)」を確認した結果に基づき、「第1表 (CM 提出)」「第3表 (CM 提出)」をその場で赤字等で修正する。

㊧ 介護支援専門員による説明

「第1表 (CM 提出)」、「第3表 (CM 提出)」について介護支援専門員が強調したいこと又は追加したいことがあれば説明してもらう。

㊨ 保険者と介護支援専門員による「第1表 (CM 提出)」及び「第3表 (CM 提出)」の確認

保険者は「面談ポイントシート」で整理した内容をもとに、介護支援専門員に質問していく。

保険者の質問に対して介護支援専門員が回答していくことで、「第1表 (CM 提出)」と「第3表 (CM 提出)」が適切に作成されているかを確認する。

(5) 面談後

ア ケアプランの修正と今後への反映

介護支援専門員は必要に応じて利用者やサービス担当者等にケアプランの修正を提案してみる。また、今後作成する他のケアプランに点検で気が付いたことを反映させる。

イ 気づきの共有化

「ケアプラン点検面談後報告書（175、176頁参照）」等を活用し、介護支援専門員と保険者が「点検で気が付いた点」を互いに報告する。

ウ 点検の整理・分析

保険者は、点検での介護支援専門員の回答や気づき等を整理・分析し、地域の介護支援専門員の特徴・課題を把握する。

エ 課題解決

保険者は、ケアマネジメントの質の向上のために研修会等を開催して、把握した課題を解決する。

<補足>ガイドラインの活用について

- 本ガイドラインは、参考であり活用するか否かは保険者の判断による。また、活用する場合も全てこのとおりに取り組まなければならないものではない。
- 例えば、点検する帳票については、次のように考えることも可能である。
 - ・ケアプラン「第1表」、「第2表」、「第3表」はケアプランの本体であり運動した帳票であるため、「第1表」、「第2表」、「第3表」全てを点検することが望ましい。
 - ・しかし、時間的な制約から点検を効率的に行う場合は、「基本情報シート」、「リ・アセスメント支援シート」及びケアプランの中核である「第2表」のみを点検し、ケアマネジメントの質の向上を図ることも可能である。
 - ・その場合、介護支援専門員の事前準備は、「基本情報シート」及び「リ・アセスメント支援シート」の記入並びにケアプラン「第2表」の修正となる。
- このように、保険者の実情に合わせてガイドラインの必要な項目を適宜活用していただきたい。

5 ケアプラン点検で活用するシート

I リ・アセスメント支援シート

(1) 「リ・アセスメント支援シート」とは

「リ・アセスメント支援シート」とは、介護支援専門員がアセスメントを適切に行っているかを確認するために活用するシートである。

(2) アセスメントの確認が必要な理由

「ケアプラン全体の中核となるケアプラン第2表」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」は、アセスメントによって導き出され、継続的なアセスメント（モニタリング）によって見直されるため、ケアプランはアセスメントの成果物であるといえる。したがって、アセスメント力の向上はケアマネジメントの質の向上につながる。

(3) 「リ・アセスメント支援シート」の活用で確認できること

「リ・アセスメント支援シート」を記載することで、利用者が自分らしい生活を営めるように利用者の生活を活性化させる「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を適切に導き出せるように作成してある。そのため、「リ・アセスメント支援シート」を眺めれば、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」とそれに基づく「ケアプラン第2表」が適切なものになっているかを確認できる。

なお、重要なのは、シートを全て埋めることなく、シートを作成することで介護支援専門員が自身のケアマネジメントを振り返り、その質の向上につなげることである。

(4) シートの名称について

名称を「アセスメント支援シート」ではなく、「リ・アセスメント支援シート」とした理由は、シートは初回のアセスメントで全てを埋めるのではなく、アセスメントを重ねていくうちに埋まっていくものであることを表現したためである。介護支援専門員は、シートの構造や内容を常に意識しながらアセスメントを重ねていくことで、初回もサービス実行後も適切なニーズを導き出せるようになる。

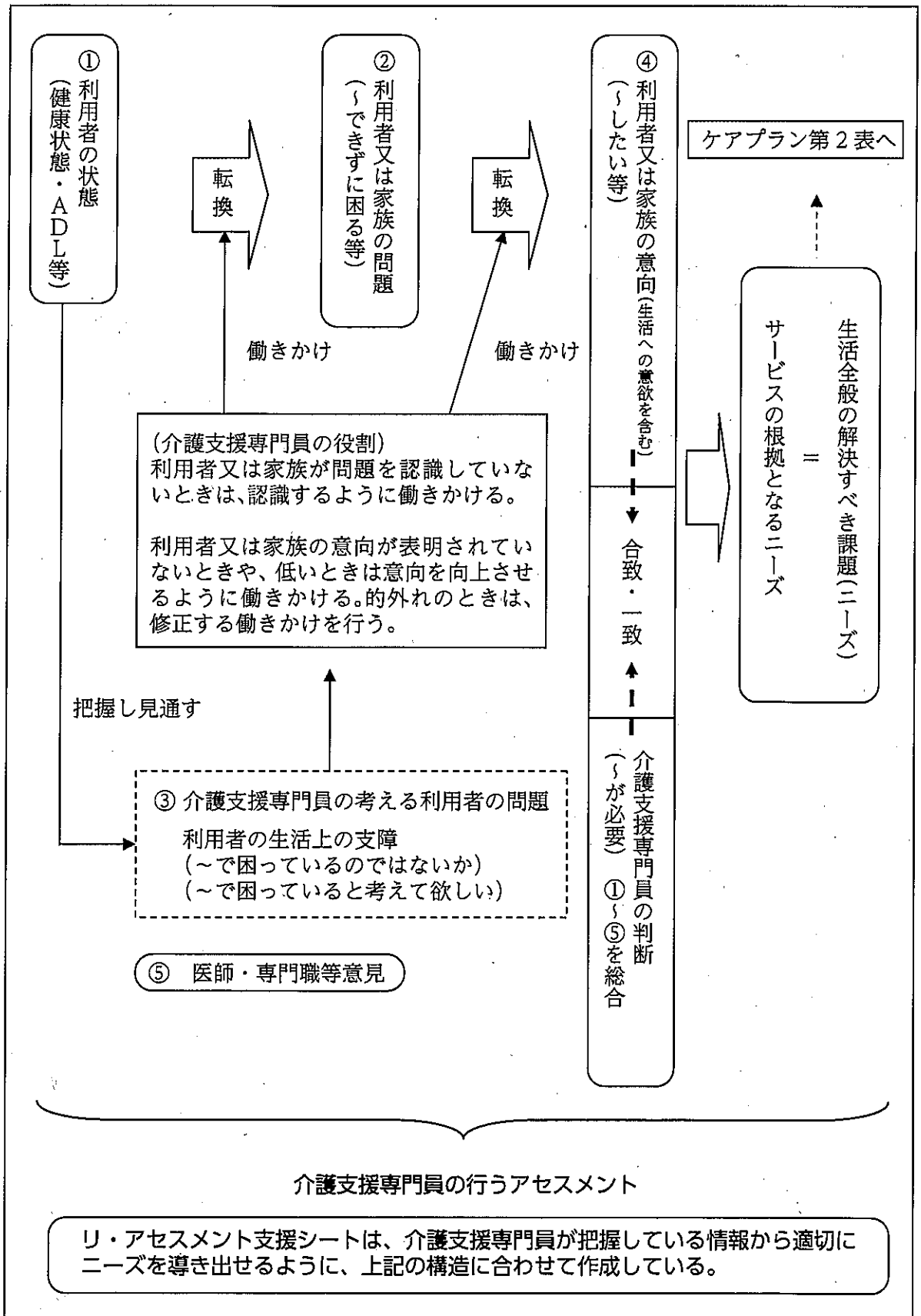
(5) ケアプラン点検で「リ・アセスメント支援シート」を活用する理由

- ア 介護支援専門員が事前にアセスメントを自己点検するため。
- イ 保険者と介護支援専門員とが認識を共有するため。

(6) 「リ・アセスメント支援シート」の記載について

介護支援専門員が「リ・アセスメント支援シート」を円滑に記載できるよう、保険者は事前に記載方法を説明するなどして対応することが大切である。

(7) 「リ・アセスメント支援シート」の構造



リ・アセスメント支援シート

利用者名	状態										意向・意見・判断				優先順位		
	視力	聴覚	触覚	嗅覚	味覚	痛覚	温度覚	位置覚	運動覚	平衡覚	時間覚	空間覚	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	整理前	整理後	優先順位	
コミュニケーション	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	意向の度合	意向の度合	意向の度合	意向の度合	
	はつきり見えない	はつきり見えない	はつきり見えない	はつきり見えない	はつきり見えない	はつきり見えない	はつきり見えない	はつきり見えない	はつきり見えない	はつきり見えない	はつきり見えない	はつきり見えない	高	中	低	失	
	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	高	中	低	失	
	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	問題無	意向の度合	意向の度合	意向の度合	意向の度合	
	家族	家族	家族	家族	家族	家族	家族	家族	家族	家族	家族	家族	高	中	低	失	
	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM	CM
	CMの利用者・家族の意向への懸念かけ	CMの利用者・家族の意向への懸念かけ	CMの利用者・家族の意向への懸念かけ	CMの利用者・家族の意向への懸念かけ	CMの利用者・家族の意向への懸念かけ	CMの利用者・家族の意向への懸念かけ	CMの利用者・家族の意向への懸念かけ	CMの利用者・家族の意向への懸念かけ	CMの利用者・家族の意向への懸念かけ	CMの利用者・家族の意向への懸念かけ	CMの利用者・家族の意向への懸念かけ	CMの利用者・家族の意向への懸念かけ	実施中	検討中	未検討	不要	対峙難度
	利用者の意向	利用者の意向	利用者の意向	利用者の意向	利用者の意向	利用者の意向	利用者の意向	利用者の意向	利用者の意向	利用者の意向	利用者の意向	利用者の意向	高	中	低	失	意向の表明
	家族の意向	家族の意向	家族の意向	家族の意向	家族の意向	家族の意向	家族の意向	家族の意向	家族の意向	家族の意向	家族の意向	家族の意向	高	中	低	失	意向の表明
	医師・専門職等意見	医師・専門職等意見	医師・専門職等意見	医師・専門職等意見	医師・専門職等意見	医師・専門職等意見	医師・専門職等意見	医師・専門職等意見	医師・専門職等意見	医師・専門職等意見	医師・専門職等意見	医師・専門職等意見	高	中	低	失	意向の表明
認知障害	認知障害	認知障害	認知障害	認知障害	認知障害	認知障害	認知障害	認知障害	認知障害	認知障害	認知障害	高	中	低	失	意向の表明	
認知と行動	認知と行動	認知と行動	認知と行動	認知と行動	認知と行動	認知と行動	認知と行動	認知と行動	認知と行動	認知と行動	認知と行動	高	中	低	失	意向の表明	
家族・知人等の介護力	家族・知人等の介護力	家族・知人等の介護力	家族・知人等の介護力	家族・知人等の介護力	家族・知人等の介護力	家族・知人等の介護力	家族・知人等の介護力	家族・知人等の介護力	家族・知人等の介護力	家族・知人等の介護力	家族・知人等の介護力	高	中	低	失	意向の表明	

リ・アセスメント支援シート

利用者名		状態										問題 (困りごと)		意向・意見・判断										作成日	作成者			
食事 食事場所 排泄 (排便) 排泄 (排尿) 排泄 (日中) 排泄 (夜間) 排泄 (失禁) 入浴 更衣・整容 寝返り 起上がり 座位 立位 移乗 歩行 使用機器 維持・改善の要素、利点		自立	見守り	一部介助	全介助							利用者意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難	整理前	整理後	備考 備考
		自立	見守り	一部介助	全介助	ベッド上	他 ()	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ
買物 金銭管理 献立 ゴミ出し 調理と片付け 掃除・洗濯 火気管理 外出 服薬状況 住環境 維持・改善の要素、利点		自立	見守り	一部介助	全介助							利用者意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難	整理前	整理後	備考 備考
		自立	見守り	一部介助	全介助	杖	歩行器	車椅子	ベッド	その他	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ	留カテ

リ・アセスメント支援シート

利用者名	作成日		作成者		優先順位	
主疾病(症状・痛み等)	意向・意見・判断		生活全般の解決すべき課題(ニーズ)		整理前	
薬	利用者意向		整理後		関連	
口腔衛生	意向の高台		意向の低		意向の失	
義歯の有無等	意向の高		意向の中		意向の低	
食事摂取	意向の高		意向の中		意向の低	
食事量	意向の高		意向の中		意向の低	
食事摂取形態	意向の高		意向の中		意向の低	
食事形態(主食)	意向の高		意向の中		意向の低	
食事形態(副食)	意向の高		意向の中		意向の低	
飲水	意向の高		意向の中		意向の低	
栄養状態	意向の高		意向の中		意向の低	
身長・体重	意向の高		意向の中		意向の低	
麻痺・拘縮	意向の高		意向の中		意向の低	
じよく瘡・皮膚の問題	意向の高		意向の中		意向の低	
入浴	意向の高		意向の中		意向の低	
排泄(便)	意向の高		意向の中		意向の低	
排泄(尿)	意向の高		意向の中		意向の低	
睡眠時間帯	意向の高		意向の中		意向の低	
維持・改善の要素、利点	意向の高		意向の中		意向の低	

「薬」
「薬」で「有」に○をつけた場合は、項目余白にどの疾病に對し処方されているかを記入する。必要に応じて、「薬剤情報提供書」の写し等を添付する。

「食事量」
余白に1日の食事回数を記入する。

「食事摂取形態」
「総管摂取」に○をつけた場合は、余白に「栄養剤のカロリー・1日の回数・摂取時間等」を記入する。

「食事形態(主食)」、「食事形態(副食)」
「他」に○をつけた場合は、余白に具体的な内容を記入する。

「飲水」
医師の指示している量と実際の飲水量を具体的に記入する。

「栄養状態」
医師の意見をもとに記入する。

「身長・体重」「入浴」「排泄(尿)」
該当する数値を記入する。

「排泄(便)」
該当する回数を記入し、便秘の有無について該当する状態に○をつける。

「睡眠時間帯」
該当する睡眠時間帯を○で囲み、睡眠開始時間から終了時間に向けて矢印を記入する。

「医師・専門職等意見」
「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の決定に影響があり、その「状態」に対しての、利用者を支えるためにチームとして機能している他の医師・専門職等の意見を記入する。意見を述べた者の所属及び職名をカッコ書きにより明記する(例：A診療所B医師)。

CM判断

医師・専門職等意見

CM判断

CMの利用者・要請の意向への働きかけ

実施中 検討中 未検討 不要 対応難度 困難

リ・アセスメント支援シート

利用者名	状態	問題 (困りごと)	意向・意見・判断	作成日	作成者	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	整理前	整理後	優先順位
	<p>「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」(整理前)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「利用者意向」と「CM判断」が一致した内容を記入する。意向が高い場合は文末を「～したい」等とし、意向が低い場合は文末を「～する」等とする。 ・「利用者意向」欄に「なし」と記入し、利用者の意向が実際になく、「家族意向」と「CM判断」が一致しており、利用者に提案可能な内容である場合は、そのニーズを記入する。その場合は、文末に家族の誰であるかをカッコ書きにより明記する(例：(妻))。 ・「利用者意向」又は「家族意向」と「CM判断」が一致しない場合は、何も記入しない。 ・先頭の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」から順番に番号をつける。 	<p>「関連」</p> <p>「整理前」の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の中で、互いに関連しているニーズがあれば、当該ニーズの番号を記入する。</p>	<p>「優先順位」</p> <p>「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の中で利用者が楽しみのある幸せな生活を送るために、最も利用者の生活を活性化させると考えられるニーズから優先順位をつける。ただし生命が脅かされるような緊急性の高いニーズがある場合には、それが上位にくる。</p>			⑤〇〇し たい。	⑤〇〇し たい。	①	
	<p>「特別な状況」</p> <p>利用者の特別な状況(虐待・タナーミナルケア、生活上のこだわり、趣味、得意なこと等)について記入する。</p>	<p>「特別な状況」</p> <p>「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」(整理後)に関連しているニーズを比較し、最も利用者の生活を活性化させるニーズを「整理後」欄に記入する。統合されたニーズについては、「整理後」欄に「(統合先のニーズ番号)へ統合。」と記入する。</p>	<p>「優先順位」</p> <p>「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の中で利用者が楽しみのある幸せな生活を送るために、最も利用者の生活を活性化させると考えられるニーズから優先順位をつける。ただし生命が脅かされるような緊急性の高いニーズがある場合には、それが上位にくる。</p>			⑥〇〇す る。	⑥〇〇す る。	⑤⑥	
	<p>「維持・改善の要素、利点」</p>	<p>「意向と判断が一致しなかったため、ニーズにならなかった理由」</p> <p>「利用者意向」又は「家族意向」と「CM判断」が一致しなかった内容の項目について、その理由を記入する。</p>	<p>「意向と判断が一致しなかったこと」</p> <p>「リ・アセスメント支援シート」を記入したことにより、ケアマネジメントに関して気が付いたことを記入する。</p>						

リ・アセスメント支援シート 記入要領

1 「利用者名」

利用者名を記入する。

2 「作成日」

リ・アセスメント支援シートを作成した日を記入する。

3 「作成者」

リ・アセスメント支援シートを作成した介護支援専門員の氏名を記入する。

4 「状態」

(1) 「コミュニケーション」

- ア 「視力」から「意思伝達」まで、それぞれ該当する状態に○をつける。
- イ 各項目の特記事項は、必要に応じて項目ごとの余白に記入する。
- ウ 「維持・改善の要素、利点」は、利用者が望む生活を送れるように、利用者の生活を活性化させるような現在の状態に対する利用者や家族の良いところ、優れているところ、魅力的なところを具体的に記入する。(37頁参照)

(2) 「認知と行動」

- ア 「認知障害」から「精神症状」まで、それぞれ該当する状態に○をつける。
- イ 各項目の特記事項及び「維持・改善の要素・利点」は、(1)「コミュニケーション」イ及びウと同様に記入する。

(3) 「家族・知人等の介護力」

- ア 「介護提供」から「介護者の負担感」まで、それぞれ該当する状態に○をつける。
- イ 各項目の特記事項及び「維持・改善の要素・利点」は、(1)「コミュニケーション」イ及びウと同様に記入する。

(4) 「健康状態」

- ア 「主疾病（症状痛み等）」は、主な疾病とその症状を記入する。
- イ 「薬」で「有」に○をつけた場合は、項目余白にどの疾病に対し処方されているか等を記入する。必要に応じて、「薬剤情報提供書」の写し等を添付する。
- ウ 「口腔衛生」、「義歯の有無等」、「食事摂取」は、該当する状態に○をつける。
- エ 「食事量」は、該当する状態に○をつけ、1日の食事回数を記入する。
- オ 「食事摂取形態」で「経管摂取」に○をつけた場合は、余白に「栄養剤のカロリー・1日の回数・摂取時間等を記入する。
- カ 「食事形態（主食）」、「食事形態（副食）」で「他」に○をつけた場合は、余白に具体的な内容を記入する。
- キ 「飲水」は、該当する状態に○をつけ、医師の指示している量と実際の飲水量を具体的に記入する。
- ク 「栄養状態」は、医師の意見をもとに判断する。
- ケ 「身長・体重」は、該当する数値を記入する。
- コ 「麻痺・拘縮」「じよく瘡・皮膚の問題」は、該当する状態に○をつける。
- サ 「入浴」は、該当する回数を記入する。
- シ 「排泄（便）」は、該当する回数を記入し、便秘の有無について該当する状態に○をつける。
- ス 「排泄（尿）」は、該当する回数を記入する。
- セ 「睡眠時間帯」については、該当する睡眠時間帯を○で囲み、睡眠開始時間から終了時間に向けて矢印を記入する。
- ソ 各項目の特記事項及び「維持・改善の要素、利点」については、(1)「コミュニケーション」イ及びウと同様に記入する。

(5) 「ADL」

- ア 「食事」は、該当する状態に○をつける。
- イ 「食事場所」で「他」に○をつけた場合は、具体的な食事場所を記入する。
- ウ 「排泄（排便）」から「排泄（失禁）」まで、それぞれ該当する状態に○をつける。
- エ 「入浴」は、該当する状態に○をつけ、余白に入浴場所、入浴方法、介助者等について記入する。
- オ 「更衣・整容」から「歩行」まで、それぞれ該当する状態に○をつける。
- カ 「使用機器」で「その他」に○をつけた場合は、使用機器名を具体的に記入する。
- キ 各項目の特記事項及び「維持・改善の要素、利点」については、(1)「コミュニケーション」イ及びウと同様に記入する。

(6) 「IADL」

- ア 「買物」から「服薬状況」まで、それぞれ該当する状態に○をつける。特記事項には、現在、一部介助又は全介助の状態である場合に、介助をしている家族やサービス等を記入する。また、実際は利用者ができる力を有していると判断した場合は、「実際にはできる」という主旨を記入する。
- イ 「住環境」は、該当する状態に○をつけ、余白に特記事項を記入する。
- ウ 「維持・改善の要素、利点」については、(1)「コミュニケーション」ウと同様に記入する。

(7) 「社会交流」

- ア 「社会参加」、「対人交流」は、それぞれ該当する状態に○をつけ、項目ごとの余白に特記事項を記入する。
- イ 「維持・改善の要素、利点」については、(1)「コミュニケーション」ウと同様に記入する。

(8) 「特別な状況」

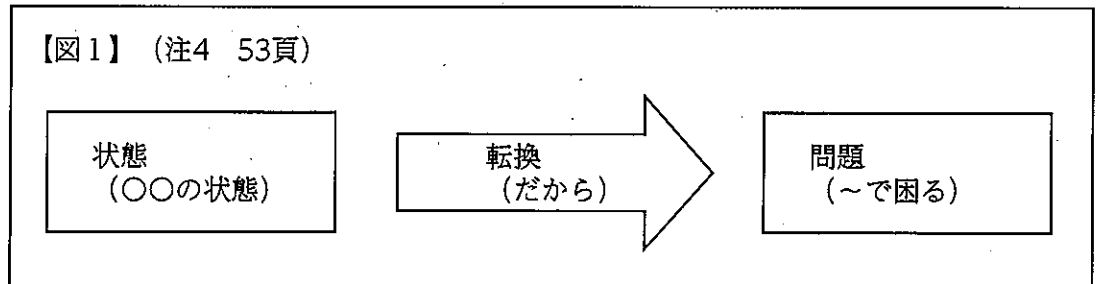
- ア 利用者の特別な状況（虐待、ターミナルケア、生活上のこだわり、趣味、得意なこと等）について記入する。
- イ 「維持・改善の要素、利点」については、(1)「コミュニケーション」ウと同様に記入する。

5 「問題 (困りごと)」

(1) 「利用者」

- ア 左側の「状態」に対応して、利用者が表明した「困る」という主旨の発言をそのまま「～で困る」等と記入する。

【図1】 (注4 53頁)



- イ 「なし」と言った場合は、「なし」と記入し、介護支援専門員が確認していない場合は、空欄にする。
- ウ 認知症等で利用者が困りごとを表明できない場合は、利用者の立場に立った家族等の発言を記入する。その場合は、文末に代弁した者をカッコ書きにより明記する(例：(長女代弁))。

(2) 「家族」

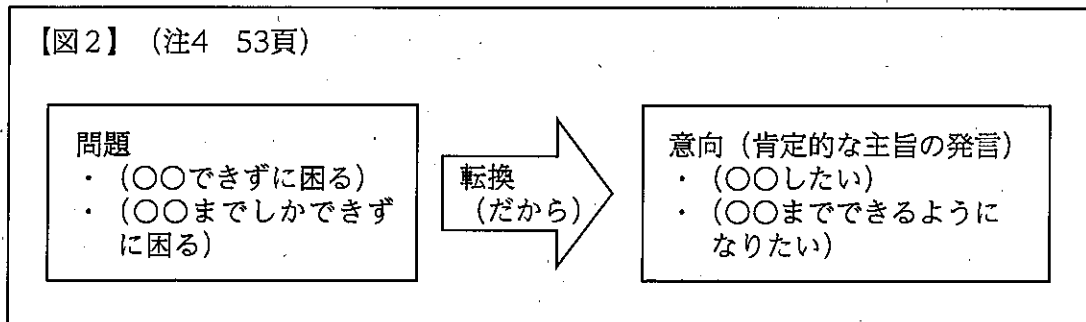
- ア 利用者と同様に、左側の「状態」に対応して、家族が表明した「困る」という主旨の発言をそのまま「～で困る」等と記入する。
- イ 「なし」と言った場合は、「なし」と記入し、介護支援専門員が確認していない場合は、空欄にする。

6 「意向・意見・判断」

(1) 「利用者意向 (生活への意欲を含む)」

- ア 「問題 (困りごと)」に対応する、利用者が表明した「～したい」「～する」「～してみる」等、肯定的な主旨の発言をそのまま記入する。

【図2】 (注4 53頁)



- イ 「問題 (困りごと)」が無い場合でも、利用者から状態に対して「～したい」「～する」「～してみる」等、肯定的な主旨の発言があった場合には、そのまま記入する。
- ウ 「なし」と言った場合は、「なし」と記入し、介護支援専門員が確認していない場合は、空欄にする。
- エ 認知症等で利用者が意向を表明できない場合は、利用者の立場に立った家族等の発言を記入する。その場合は、文末に代弁した者をカッコ書きにより明記する (例：(長女代弁))。
- オ 利用者の「意向の度合」は、該当する度合に○をつける。
- ・高：利用者の意向が高い場合。
 - ・中：利用者の意向がそれほど高くもなく低くもない場合。
 - ・低：利用者の意向が低い場合。
 - ・失：「利用者意向」欄に「なし」と記入した場合で、利用者が病気や喪失体験などにより本来は「意向」があるはずだが表明ができない場合。
- カ 利用者の「意向の表明」は、下記に該当する場合に「阻」に○をつける。
- ・阻：「利用者意向」欄に記入した利用者の意向が、家族関係や経済状況等諸事情により、利用者が真の意向を表明することが阻まれ相違してしまっている場合。

(2) 「家族意向 (生活への意欲を含む)」

- ア 「問題 (困りごと)」に対応する、家族が表明した「～になってほしい」という主旨の発言をそのまま記入する。
- イ 「問題 (困りごと)」が無い場合でも、家族から状態に対して「～になってほしい」という主旨の発言があった場合には、そのまま記入する。
- ウ 「なし」と言った場合は、「なし」と記入し、介護支援専門員が確認していない場合は、空欄にする。
- エ 家族の「意向の度合」は、該当する度合に○をつける。
- ・高：家族の意向が高い場合。
 - ・中：家族の意向がそれほど高くもなく低くもない場合。

- ・低：家族の意向が低い場合。
 - ・失：「家族意向」欄に「なし」と記入した場合で、家族が病気や喪失体験などにより本来「意向」があるはずだが、表明ができない場合。
- オ 家族の「意向の表明」は、下記に該当する場合に「阻」に○をつける。
- ・阻：「家族意向」欄に記入した家族の意向が、利用者との関係や経済状況等諸事情により、家族が真の意向を表明することが阻まれ相違してしまっている場合。

(3) 「医師・専門職等意見」

「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の決定に影響がありそうな「状態」に対しての、利用者を支えるためにチームとして機能している他の医師・専門職等の意見を記入する。意見を述べた者の所属及び職名をカッコ書きにより明記する（例：A 診療所 B 医師）。

(4) 「CM判断」

「状態」、「問題（困りごと）」、「利用者意向」、「家族意向」、「医師・専門職等意見」から、利用者が楽しみのある幸せな生活を送れるよう利用者の生活を活性化させるために、介護支援専門員が必要だと判断したことを「〇〇が必要」と記入する。

(5) 「CMの利用者・家族の意向への働きかけ」

ア 「状態」欄に記入した「維持・改善の要素、利点」等を活用し、介護支援専門員が、利用者や家族の「問題（困りごと）」について「利用者意向」「家族意向」に転換するための働きかけをしているかを記入する。また、意向があっても、利用者や家族の「意向の度合」が低い場合は、高めるよう介護支援専門員が利用者や家族に働きかけをしているかを、記入する。

- ・実施中：意向へ働きかけをしている場合。
- ・検討中：意向へ働きかけるかどうかを検討している場合。
- ・未検討：意向へ働きかけるかどうかを検討していない場合。
- ・不要：意向へ働きかける必要がない場合。

（例）既に意向が高い、「問題（困りごと）」がない場合 等。

イ 「対応難度」は、意向への働きかけが困難である場合に○をつける。

7 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」

(1) 「整理前」

- ア 「利用者意向」と「CM判断」が一致した内容を記入する。意向が高い場合は文末を「～したい」とし、意向が低い場合は文末を「～する」とする。
- イ 「利用者意向」欄に「なし」と記入し、利用者の意向が実際になく、「家族意向」と「CM判断」が一致しており、利用者に提案可能な内容である場合は、そのニーズを記入する。その場合は、文末に家族の誰であるかをカッコ書きにより明記する（例：（妻））。
- ウ 「利用者意向」又は「家族意向」と「CM判断」が一致しない場合は、何も記入しない。
- エ 先頭の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」から順番に番号をつける。

(2) 「関連」

「整理前」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の中で、互いに関連しているニーズがあれば、当該ニーズの番号を記入する。

(3) 「整理後」

関連しているニーズを比較し、最も利用者の生活を活性化させるニーズを「整理後」欄に記入する。統合されたニーズについては、「整理後」欄に「（統合先のニーズ番号）へ統合。」と記入する。

8 「優先順位」

「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の中で利用者が楽しみのある幸せな生活を送るために、最も利用者の生活を活性化させると考えられるニーズから優先順位をつける。ただし、生命が脅かされるような緊急性の高いニーズがある場合には、それが上位にくる。

9 「意向と判断が一致しなかったため、ニーズにならなかった理由」

「利用者意向」又は、「家族意向」と「CM判断」が一致しなかった内容の項目については、その理由を記入する。

10 「「リ・アセスメント支援シート」を作成して気が付いたこと」

「リ・アセスメント支援シート」を記入したことにより、ケアマネジメントに関して気が付いたことを記入する。

「維持・改善の要素、利点」の具体例

「維持・改善の要素、利点」は、介護支援専門員が利用者を全人的かつ専門的にどう捉えているかを示す重要な項目です。

維持・改善の要素（可能性）については具体的に記述してください。

利点（ストレングス・強み）については、利用者が力を発揮できる要素として、下記のような事柄を具体的に捉えることが重要です。

(注5 53頁)

状態項目	具体的な例
コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・人の話を、よく聞いてあげることができる。 ・人にすぐ慣れて親しむことができる。 ・いつも笑顔が絶えない。 ・自分の気持ちを表情で伝えることができる。
認知と行動	<ul style="list-style-type: none"> ・したいこととしたくないことをはっきり言うことができる。 ・自分の思いを、相手にしっかり伝えることができる。 ・買い物などを、人に頼むことができる。 ・人に感謝の気持ちを言える。
家族・知人等の介護力	<ul style="list-style-type: none"> ・三度の食事を工夫して作ってくれる妻がいる。 ・気持ちよく暮らせるように工夫してくれる家族と住んでいる。 ・世話をしてくれる妻を気遣って外出させ、留守番ができる。 ・話をよく聞いてくれる長男がいる。
健康状態	<ul style="list-style-type: none"> ・食事をしっかり食べたり、外に出たりして、元気であるぞという気持ちが強くある。 ・自由の利く右手で大抵のことができる。 ・薬を忘れずに飲む事ができる。 ・医師に症状をしっかり伝えることができる。
ADL	<ul style="list-style-type: none"> ・ゆっくりだが、自力でトイレなど室内を移動できる。 ・身の回りのことは自分でしようとするし、できる。 ・お風呂に入ることが大好きだ。 ・いつまでも自分の足で歩きたいと強く思っている。
IADL	<ul style="list-style-type: none"> ・自分で商品を選んで買い物をするのが大の楽しみだ。 ・電話で食べたいものを注文できる。 ・新聞を読んだり、忘れないようにメモを取ったりする。 ・シルバーカーを使って、近所の友人宅まで往復できる。
社会交流	<ul style="list-style-type: none"> ・近所に昔からの知り合いが多い。 ・人と話すことが好き。 ・人付き合いが上手で冗談もうまい。人を愉かにさせる。 ・二日おきに将棋をしに来てくれる友達がいる。
特別な状況	<ul style="list-style-type: none"> ・絵や習字が上手で人に見せたりあげたりして喜ばれる。 ・人前で唄うことが好きで上手だし、おしゃれだ。 ・本屋に行って好きな本を選んで買いたい気持ちが強い。 ・お料理が好きで、人に作ってあげるのが自慢である。 ・外出するときには、おしゃれをする。

II ケアプラン確認シート

(1) ケアプラン確認シートとは

「ケアプラン確認シート」は、「リ・アセスメント支援シート」と「ケアプラン第2表」との関係及び「ケアプラン第2表」の構造を示している。

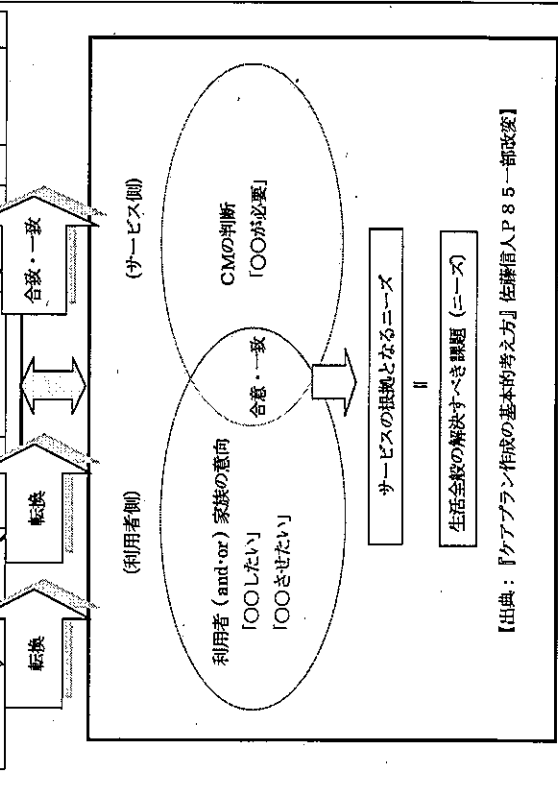
(2) ケアプラン確認シートで確認できること

シート右側の **利用者・家族と共に検討するケアプラン第2表** を活用して「ケアプラン第2表」が適切に作成されているかを確認することができる。

ケアプラン確認シート

リ・アセスメント支援シート

状態	問題(困りごと)		意向・意見・判断		生活全般の解決すべき課題(ニーズ)		報告 単位
	利用者	家族	利用者	家族	整理前	整理後	
コミュニケーション・認知・行動・家族・介護・知人等の介護力・健康状態・ADL・IADL・社会的な状況							
			OOしたい。するようになる。	OOさせたい。してほしい。			
			医師・専門職等意見	OOが必要。OOしたほうがよいのではないかな。			
			CM判断	OOが必要。			



そのまま記載する。

利用者・家族と共に検討するケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標		サ-ビス内容	サ-ビス種別	※2 頻度
	長期目標	短期目標			
利用者の回復	① (ニーズが実現し たら) 私は、OO して暮らすんだ。 それが私の望み だ。	③ そのために、私 は、OOするよ うにやってみ る。	⑦ こうすればうま くいくのではな いか。 OOが必要では ないか。	⑨ 自分でやる。 家族がしてくれ る。 友人がしてくれ る。 外の力を利用す る。その場合は、 サ-ビスはこれ が一番良いのでは ないか。	
家族等による代替	認知症のケース等で利用者の残した言葉などを そのまま書くことができない場合 (ニーズが実現し たら) 本人は、O Oなどして暮らす ことができない のではないかな。本人は それを望んでいる のではないかな。	⑤ そのために、本 人はOOするよ うにやってみ てはどうか。		<施設の場合> 施設専門職がし てくれる(各機 能)	
ケアプラン 記入の留意点	※この欄が最も の人のしきを要す。 ※意向の高さに応じて 表現が変わる。 ※家族等が代替する場 合、差の意見が未だに 包括書きで明記。	※ニーズに基づ く長期目標を達成す るための段階的 ・段階的に目標を設 定する。 ※必要に応じて、 段階的に目標を設 定する。	※短期目標を達成 するための段階的 ・段階的に目標を設 定する。	※介護保険のサ- ビスにとらわれな い。	

CMによる働きかけ

Why? なぜ?

② ・それは何故ですか?
・ニーズが実現したら、あな
た(本人)にはどんな生活が
残っているのですか?

What? 何さ?

④ ・ニーズに基づ
く長期目標を達成す
るために、あなた
(本人)はどうする
のですか?

How? どうする?

⑥ ・短期目標を達成す
るために、あなた(本人
に)は具体的に、何
が必要だと思います
か?

Who? 誰が?

⑧ ・誰がするのです
か?

注意) 利用者を誘導しよう、管理しようとするときは厳禁。利用者・家族と共に検討する。認知症の人のときも、ニーズ、長期目標、短期目標は利用者本人の視点・立場で検討し記載する。

N. SATO Eメール一読版

Ⅲ 面談ポイントシート

(1) 面談ポイントシートとは

介護支援専門員との面談を効率的かつ効果的に行えるように質問の準備をするために活用するシートである。

(2) 活用方法

確認項目に対する確認のポイントが適切に記載されているかを確認する。確認できない項目や気になる点については、面談時に質問する内容を整理して質問欄に記載しておく。

なお、次に掲載する「面談ポイントシート」の質問欄には、一部、質問を考える際のポイントを記載しているので参考にしていきたい。

(3) シートの種類（面談での確認順）

- ア 面談ポイントシート <基本情報シート>
- イ 面談ポイントシート <リ・アセスメント支援シート>
- ウ 面談ポイントシート <ケアプラン第2表>
- エ 面談ポイントシート <ケアプラン第1表>
- オ 面談ポイントシート <ケアプラン第3表>

～ 面談に当たって ～

「あなたは要介護状態だが、がっかりして生活するのはよしましょう。今の状態を維持できるところは、これ以上悪化しないように頑張りましょう。今よりも良くなる場所があれば改善できるように頑張りましょう。老いていくことは止められませんが、あなたにはまだまだ力があります。その力を出しましょう。私も応援します。」という視点で、介護支援専門員が利用者・家族に対して、向き合っているかを話し合い共に確認する。

ア 面談ポイントシート<基本情報シート> (質問欄にポイント記載入り)

確認項目	確認のポイント	質問
全項目	<input type="checkbox"/> 利用者の情報が分かりやすく記載されている。	・基本情報シートとリ・アセスメント支援シートの状態欄から利用者をイメージできなければ、イメージできるように質問
備考		

イ 面談ポイントシート<リ・アセスメント支援シート> (質問欄にポイント記載入り)

確認項目	確認のポイント	質問
状態	<input type="checkbox"/> 利用者の状態が分かりやすく記載されている。 <input type="checkbox"/> 「維持・改善の要素、利点」には、利用者が生活を活性化させるような、その状態に対する利用者や家族の良いところが具体的に記載されている。	<p>・基本情報シートとリ・アセスメント支援シートの状態欄から利用者をイメージできなければ、イメージできるように質問</p> <p>・「維持・改善の要素、利点」は、ニーズを決定する重要な材料であるため具体的な記載がない場合は質問</p>
問題 (困りごと)	<input type="checkbox"/> 状態に対して、利用者又は家族が困っていることが記載されている。 <input type="checkbox"/> 認知症等で利用者が発した言葉を記載できない場合は、本人の立場に立った家族の発言が利用者の欄に記載されている。	<p>・状態に問題があるが問題(困りごと)が記入されていない場合又は状態の問題と対応していない場合は、その理由を質問</p> <p>※例えば、一定時間の座位がとれない状態であれば、生活上の様々な支障があるだろうと考えるのが通常である。この場合、介護支援専門員が、①「状態」から生活上の支障を見通しているか。②利用者・家族が「問題 (困りごと)」と認識していないときは、認識するように働きかけているか話し合い共に確認し合う。</p>

確認項目	確認のポイント	質問
利用者意向 家族意向	<input type="checkbox"/> 利用者又は家族の問題（困りごと）に対して、利用者又は家族の「～したい」という意向が記載されている。 <input type="checkbox"/> 認知症等で利用者が発した言葉を記載できない場合は、本人の立場に立った家族の発言が利用者の欄に記載されている。	<p>・問題（困りごと）があるが意向が記入されていない場合又は問題（困りごと）に対応していない場合は、その理由を質問</p> <p>・問題（困りごと）が表明されずに、意向のみが記載されている場合は、その理由を質問</p> <p>※通常、サービスは利用者・家族の意向が高い状態で利用した方が効果的である。このため、利用者・家族に「問題（困りごと）」の認識があり、その旨が発言されているのだが、「だから～したいのだ」という問題解決の意向につながっていないときに介護支援専門員がどのように意向を向上させる働きかけを行っているか話し合い相互に点検する。また利用者・家族に「問題（困りごと）」の認識があり、その旨が発言されているが、問題解決の意向が的外れであるような場合に、介護支援専門員がどのようにそれを修正する働きかけを行っているか話し合い共に確認し合う（「CMの利用者・家族の意向への働きかけ」にも関連する。）。</p>
医師・専門職等の意見	<input type="checkbox"/> 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の決定に影響のありそうな状態の維持・改善に対する専門職等の意見が記載されている。 <input type="checkbox"/> 主に生理的な要素にかかる維持、改善の要素については、医師の判断が記載されている。	<p>・医療的な見地からの意見の記載がない場合はその理由を質問</p> <p>・サービス事業者や民生委員等からの意見がない場合には、その理由を質問</p> <p>※主に生理的な要素にかかる維持、改善の要素については医師の判断による。例えば、「閉じこもりがちで生活不活発病による筋力低下が考えられるから、外出を勧める必要がある。」「リハビリをすれば関節稼動領域を改善することが出来るからリハビリを勧める必要がある。」等の意見が記載される。空欄の場合は、介護支援専門員が主治医の判断を聞いているか話し合い共に確認し合う。</p>

確認項目	確認のポイント	質問
CM判断	<input type="checkbox"/> 状態、問題（困りごと）、意向、意見から、利用者が楽しみのある幸せな生活を送れるように生活を活性化させるために、介護支援専門員が必要だと判断したことが記載されている。 <input type="checkbox"/> 「維持・改善の要素、利点」に記載された内容と関連がある。	<p>・介護支援専門員が判断した理由が分からない場合、判断の理由を質問</p> <p>※介護支援専門員は、「状態」から生じている「生活上の支障」を読み取り、「この利用者には～が必要ではないか」と判断する必要がある。しかし、①それが利用者・家族に「問題（困りごと）」として認識（発言）されず、②問題解決の意欲にもつなげていなければ、ニーズが生じないことになるので介護支援専門員の独りよがりとなってしまうし、間違った見解なのかもしれない。したがって、「状態」「問題（困りごと）」「意向」「意見」を総合して明確な「介護支援専門員としての判断」をしているのか話し合い共に確認し合う。</p>
CMの利用者・家族の意向への働きかけ	<input type="checkbox"/> 利用者や家族の意向がない場合や低い場合には、意向を高めるように働きかけている（実施中である。）。	<p>・特に、介護支援専門員が必要だと判断しているが、利用者及び家族の意向がない場合は、ニーズにできないため、意向を高める必要がある、高めていない（高める働きかけをしていない。）場合は、理由を質問</p>

確認項目	確認のポイント	質問
生活全般の解決すべき課題（ニーズ） （整理前）	<input type="checkbox"/> 利用者の意向と介護支援専門員の判断が一致した内容が記載されている。 <input type="checkbox"/> 利用者の意向がない場合は、家族の意向と介護支援専門員の判断が一致した内容が記載されており、おそらく利用者の意向に反していない。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意向と介護支援専門員の判断が一致していない内容が記載されていたら、その理由を質問 ・本人の意向ではなく、家族の意向と介護支援専門員の判断が一致した内容が記載されている場合は、その理由とニーズに対して本人の拒否がないと見込まれるかを質問
生活全般の解決すべき課題（ニーズ） （整理後）	<input type="checkbox"/> 互いに関連する整理前のニーズが、統合されている。統合後に残ったニーズは、その状態、意向等から判断し、統合された関連するニーズと比較して、より利用者の生活の活性化につながるものである。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員が整理した理由が不明確の場合は、その理由を質問
優先順位	<input type="checkbox"/> 利用者が楽しみのある幸せな生活を送れるように最も生活を活性化させると考えられるニーズが上位にきている。 <input type="checkbox"/> 生命が脅かされるような緊急性の高い課題がある場合には、それが上位にきている。	<ul style="list-style-type: none"> ・優先順位の理由が不明確な場合は、その理由を確認

確認項目	確認のポイント	質問
<p>意向と判断が一致しなかったため、ニーズにならなかった理由</p>	<p><input type="checkbox"/> 利用者又は家族の意向と介護支援専門員の判断が一致しなかった点と理由が記載されている。</p>	<p>・理由が不明確な場合は質問</p>
<p>「リ・アセスメント支援シート」を作成して気が付いたこと</p>	<p><input type="checkbox"/> リ・アセスメントシートを記入したことで、介護支援専門員が、気が付いたことが記載されている。</p>	<p>・気になる点を質問</p>
<p>備考</p>		

ウ 面談ポイントシート<ケアプラン第2表> (質問欄にポイント記載入り)

- その人らしいケアプランを作成するため、「リ・アセスメント支援シート」を一緒に確認する。
- 「ケアプラン第2表」全体の構造を確認するため、「ケアプラン確認シート」も併せて活用するとよい。

確認項目	確認のポイント	質問
生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	<input type="checkbox"/> リ・アセスメント支援シートの「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」欄と語句及び優先順位が一致している。	
長期目標及び期間	<p>目標</p> <input type="checkbox"/> 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」が実現した場合の利用者の目標が記載されている。	<p>・利用者らしさが最も現れる項目であり、「基本情報シート」及び「リ・アセスメント支援シート」で把握した利用者のイメージと合致していない場合は、その点を質問</p> <p>※介護支援専門員が利用者をしっかり捉えていないと記載が困難な項目</p>
	<input type="checkbox"/> 利用者が望む利用者らしい生活の様子が具体的に記載されている。	
	<input type="checkbox"/> サービスの利用が目標となっていない。	
	<p>期間</p>	
	<input type="checkbox"/> 達成可能な目標と期間になっている。	
	<input type="checkbox"/> 認定の有効期間を考慮しながら期間が設定されている。	

確認項目	確認のポイント	質問
短期目標 及び期間	<input type="checkbox"/> ニーズに基づく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"/> 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）、長期目標と同じ内容になっていない。 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者が作成する個別サービス計画の目標となりうる内容が記載されている。 <input type="checkbox"/> モニタリングの際に、達成度が確認可能な具体的な目標になっている。	
サービス内容	<input type="checkbox"/> 短期目標を達成するために必要な段取りが記載されている。 <input type="checkbox"/> 介護保険のサービスだけでなく、家族や隣人が行う支援や利用者のセルフケアについても記載されている。 <input type="checkbox"/> 主治医等の専門職から留意事項等が示された場合は、それについて記載がある。	
サービス種別	<input type="checkbox"/> サービス内容を適切に実行できるサービス種別が選択されている。 <input type="checkbox"/> 特定のサービスに偏っていない。	・介護保険サービスしか記載がない場合は、他のサービス・サポートを検討したかを質問

確認項目	確認のポイント	質問
頻度・期間	<input type="checkbox"/> 短期目標の達成に応じた頻度が設定されている。 <input type="checkbox"/> 目標やサービス実施予定に応じた期間が設定されている。 <input type="checkbox"/> 短期目標の期間と連動している。	
備考		

エ 面談ポイントシート<ケアプラン第1表> (質問欄にポイント記載入り)

確認項目	確認のポイント	質問
利用者及び家族の生活に対する意向	<p><input type="checkbox"/> アセスメントの結果把握した利用者及び家族の意向と合致している。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用したいサービス内容だけではなく、利用者及び家族がサービスを利用して、どのような生活をしたいと考えているのか記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護支援専門員の解釈や翻訳ではなく、利用者及び家族の言葉が可能な限りそのまま記載されている。</p> <p>留意点 「リ・アセスメント支援シート」の利用者及び家族の意向の欄を一緒に確認する。</p>	
総合的な援助の方針	<p><input type="checkbox"/> 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）と長期目標をまとめた内容を実現するために、家族及び利用者を含むケアチームが行う援助の方針が記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者及び家族が積極的に方針に取り組めるよう、分かりやすい内容になっている。</p> <p>留意点 「第2表」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」及び「長期目標」を確認する。サービス担当者会議で話し合っただけで記載されるべきものであるため、「第4表」を確認する。</p>	<p>サービス担当者会議で方針を決定していない場合には、どのように決定しているのかを質問</p>

確認項目	確認のポイント	質問
生活援助中心型の算 定理由	<input type="checkbox"/> 生活援助中心型の算 定理由が明確であり、 かつ「その他」の場合 は、具体的な理由が記 載されている。 留意点 「基本情報シート」や 「リ・アセスメント支援 シート」等で妥当性を確 認する。	
備考		

オ 面談ポイントシート<ケアプラン第3表>

確認項目	確認のポイント	質問
週間サービス計画	<p><input type="checkbox"/> 「第2表」で挙げたサービス・サポートが介護サービス、インフォーマルサービス・サポートにかかわらず全て記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護サービス以外の利用者及び家族が行うセルフケアや支援についても記載され、生活全体の流れが見える記載となっている。</p> <p><input type="checkbox"/> 夜間、土日などの支援体制が具体的に記載されている。</p> <p>留意点 「第2表」の内容を確認する。</p>	
主な日常生活上の活動	<p><input type="checkbox"/> 利用者の平均的なその人らしい、一日の過ごし方が具体的に記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 主な介護者の介護への関わりや不在の時間等についても記載されている。</p>	
週単位以外のサービス	<p><input type="checkbox"/> 週単位以外のサービス（居宅療養管理指導、短期入所、福祉用具等）が記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 週単位以外のボランティアなサポートや近隣の訪問なども記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 定期的な受診や訪問診療など、医療機関との関係が記載されている。</p>	
備考		

【引用資料】

- 注1 「ケアプラン作成の基本的考え方」佐藤信人著 中央法規出版株式会社、2008年、10頁
- 注2 「ケアプラン作成の基本的考え方」佐藤信人著中央法規出版株式会社、2008年、14頁、一部
改変
- 注3 厚生省老人保健福祉局企画課長通知（平成11年11月12日付老企第29号）『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』別紙4別添より一部引用
- 注4 「ケアプラン作成の基本的考え方」佐藤信人著 中央法規出版会社、2008年、80・81頁、一部
改変
- 注5 佐藤信人 研修資料一部改変