ケアマネジメントツール

～ケアプラン確認マニュアル～

【川崎版】第２版（H26.10.01）

川崎市介護支援専門員連絡会
川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課

CARE MANAGEMENT TOOL ～MANUAL TO CONFIRM CARE PLAN～

第２版の特徴と目的

● 「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】」は、平成２１年３月に、川崎市介護支援専門員連絡会・川崎市健康福祉局介護保険課・川崎市社会福祉協議会が共同で作成したツールです。

● このツールは、居宅サービス計画が、ケアマネジメントのプロセスを踏まえて、「自立支援」に資する適切なプランとなっているかについて、検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すために作成しました。

● このツールは、単に「項目確認」を行うことに目を向けるためのものではなく、介護保険制度の根本理念である「自立支援」の視点から、適切なケアマネジメントを行うことができるように心がけています。

● 第２版は、初版作成後に行われた介護保険制度改正、「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会」における議論、更には、これまで研修等の中で実際にツールを利用された介護支援専門員の方の「声」を新たに盛り込んでいます。

● このツールの各確認シートは、目次の順番どおりでなくても利用できますので、まずはトライしてください。

● このツールを活用することによって、介護支援専門員の皆様の居宅サービス計画作成の一助になることを願っています。

【目次】

［1］ご利用ガイド ---------- 2
［2］ケアプランの確認 ---------- 4
　1　ケアプラン点検の方向性 ---------- 4
　2　確認ツールの使い方 ---------- 5
　3　ケアプランの修正 ---------- 6
［3］ケアマネジメントプロセスとツール（ﾏﾆｭｱﾙ）の位置づけ ---------- 8
［4］ケアマネジメントツール～ｹｱﾌﾟﾗﾝ確認ﾏﾆｭｱﾙ～への“道” ---------- 9
［5］確認シート ---------- 11
　1【インテーク確認シート】 ---------- 11
　2【アセスメント確認シート】 ---------- 15
　　◆アセスメント確認シートの特徴 ---------- 16
　　◆課題分析標準項目一覧と確認シート掲載ページ ---------- 17
　　◆基本情報に関する項目 ---------- 18
　　◆課題分析（アセスメント）に関する項目 ---------- 26
　　◆その他基本事項 ---------- 54
　3【ケアプラン確認シート】 ---------- 59
　　◆第１表　居宅サービス計画書（１） ---------- 61
　　◆第２表　居宅サービス計画書（２） ---------- 67
　　◆第３表　週間サービス計画表 ---------- 79
［6］Ｑ＆Ａ　Ver.1・2 ---------- 85
［7］業務の流れと確認シートからの振り返りポイント ---------- 91
　・　ケアマネジメントのプロセス概念図 ---------- 93
　・　業務の流れと振り返りのポイント ---------- 94
［8］確認マニュアル活用モデル事例 ---------- 107
［9］資料編 ---------- 129
　■「ケアプラン点検支援マニュアル」（平成２０年７月１８日）抜粋 ---------- 130
　■「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」---------- 137
　　・考え方
　■「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」 ---------- 165
　　（平成１１年１１月１２日老企第２９号）抜粋
　■「居宅サービス計画書」（標準様式）第１表～第７表 ---------- 174
　■「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」 ---------- 178
　■「課題整理総括表（川崎版）」 ---------- 214

ご利用ガイド

このツールの目的

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プランとなっているかを介護支援専門員が自ら検証し、また保険者（川崎市）と同じ土俵で確認しあうことで、健全な給付の実施をめざします。

① 介護支援専門員の気づきを促します
② 保険者（川崎市）の気づきを促します
③ ケアマネジメントにつまずいていないかを検証します
④ 「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し普遍化を図ります

このツールの４つの活用方法

その１

◆介護支援専門員個人で点検

◎まずは、自ら点検してみましょう！
◎利用者ごとに確認することが必要です

その２

◆居宅介護支援事業所内で点検

◎事業所内で、点検後の気づきを共有してみましょう

その３

◆保険者（市）と一緒に確認

◎保険者と一緒に確認することで、気づきを共有し、共にレベルアップを図ります

その４

◆勉強会のテキストとして

◎ツールの使い方、ケアプラン確認のポイントなど、勉強会にも活用できます

実施手順（概要）

▼ツール確認対象とするケアプラン抽出

▼介護支援専門員が事前自己点検

▼場合によっては介護支援専門員と市が一緒に確認

▼気づき

▼気づいた点をふまえ再アセスメント・ケアプラン修正

▼利用者の同意

▼得られた気づきを他のプラン作成にも生かす

自分を知ることは貴重な財産！

保険者（市）と一緒にケアプランを確認する場合の手順

保険者（市）

◆介護支援専門員へ確認するプランの抽出と、ツールを使った確認を依頼
◆提供書類の確認
◆ヒアリングの依頼と日程調整

介護支援専門員

◆確認するプランを選定
◆ツールを使用し、自己点検
◆自己点検後、市介護保険課へ報告
※提出書類：報告書、各確認シート写し、居宅サービス計画書（第１表・２表・３表）

◆ヒアリング　（見直しポイントの共有）

◎保険者（市）の気づき
◎研修・情報提供等に生かす　など

◎ケアプランの見直し
◎今後のケアプランに生かす　など

[2]ケアプランの確認

1 ケアプラン点検の方向性

(1) ケアプラン点検の目的

これまで、各保険者は「ケアプランチェック」等の名の元に、居宅サービス計画のチェックを行ってきましたが、今までの「チェック」は、形(かたち)重視のものが多く、介護支援専門員の皆様にとって、保険者のチェック結果が身になるものになったとは言えないところがありました。

今回、介護支援専門員の皆様にお示しした「確認ツール（初版・第２版）」は、そのような声を踏まえ、厚生労働省から出された「ケアプラン点検支援マニュアル（以下「国マニュアル」といいます）」の精神を尊重しながら作成しています。

そこで、最初に押さえておきたいのが、その「目的」です。

ケアプラン点検を行う目的は、国マニュアルの前文にある「ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法」の中に、はっきり示されています。

> **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」とは何かを追求し、その普遍化をはかり健全なる給付の実施を支援するために行うものです。
>
> （国マニュアル抜粋）

このように、国マニュアルでは、ケアプランの「中身」を「しっかりと見る」ことを目的としていることがわかりますが、川崎版確認ツールも、ケアプランの「中身」、つまり、「質」について考えるきっかけになることを目指すものとして、作成しています。

(2) 基本姿勢

現在、介護保険の指定居宅介護支援事業所や指定サービス提供事業所には、介護保険の指定を行っている自治体から「監査」・「指導」が入ったり、情報公表制度や各種調査が行われるなど、「また同じような・・」とのご不満の声があることをお伺いしています。

特に、お示ししたツールは、ちまたでは「ケアプランチェック」という呼称が通り名になっていることから、「チェック」イコール「監査」ではないのか、と介護支援専門員の皆様は危惧されていることでしょう。

そのため、次に押さえておきたいのが、どのような姿勢で行うのかという点です。

そのことについても、国マニュアルの「ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法」の中に、はっきり示されています。

ここ（次ページ）は、保険者姿勢について述べている部分です。

このように、点検の基本姿勢は「保険者と介護支援専門員が同じ方向を向いて、お互いの意見を聞き入れ、共同作業として適切なケアプランを目指すこと」であることがわかります。

川崎版確認ツールも、決してサービスを削り、目先の給付費を削減することや、監査的な視点で行うことのないように十分注意して、作成しています。

※ 川崎版確認ツールは「ケアプランの確認」という言葉を使っています。

その理由は「チェック」や「点検」という言葉には、ニュアンスとして、保険者が一方的に行う雰囲気を醸し出していますので、その呪縛から離れるために、あえて「確認」という言葉を使いました。

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ことが大切です。

② ケアプランを形式的に点検するのが目的ではないので、空欄があったからといって直ちにそれが問題となるわけではありません。

③ 点検作業は一方向ではなく双方向で行い、保険者と介護支援専門員がともに確認しあう姿勢で臨みます。

④ 介護支援専門員がどこに悩み、つまず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。

（国マニュアル抜粋）

2 川崎版確認ツールの使い方

（1） 自己点検に向けて

国マニュアルは、保険者が使用するためのツールとして作成されています。

そのため、行政職員が、介護支援専門員との対面方式で確認を進めるような場面を想定して、作りこまれていますが、川崎版「確認シート」は、国マニュアルを分解・再編集して、介護支援専門員の皆様が、自己点検の方法で使用できるような体裁に変更しました。

国マニュアルの目的が、介護支援専門員の「気づき」を促すことにあることは既に述べているところですが、その最終到達点は、「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図ることにあります。

このシートを利用し、介護支援専門員の皆様全員に「気づいて」いただきたいと願っています。

それを実現するためには、単に保険者が抽出・回収したケアプランの確認だけでは十分とは言えないことから、介護支援専門員全員が自主的に「確認」していただける「自己点検（確認）シート」の体裁となりました。

介護支援専門員の皆様は、この「確認シート」を使って、まずは自己点検を行ってください。

⑵　インテークの重要性について

国マニュアルは、居宅サービス計画（第１～３表）と分析表（課題分析項目関係）の点検を行うことになっています。

この２つを点検（確認）することも重要ですが、忘れてはならないのは「インテーク」です。

ケアマネジメントには様々な場面がありますが、利用者及び家族と接する中で、最初期にあり、かつ、きわめて重要な意味を持つのが「インテーク」です。

特に、初めて介護保険制度を利用される場合は、各種サービスはもとより、介護支援専門員とは何か、何をしてくれるのかを、利用者及び家族に理解してもらうことは、非常に重要です。

また、「インテーク」には、契約・個人情報等の、制度の根幹に関わる部分も多いことから、川崎版「確認シート」は、国マニュアルに加えて「インテーク」シートを作成しました。

⑶　アセスメントの重要性の再確認について

国マニュアルは、居宅サービス計画（第１～３表）の確認が先で、分析表（課題分析項目関係）の確認が後の順番になっています。

この点について、国マニュアル作成者の意図は、最初に計画を点検し、その後に、何故そのような計画になった（作成した）のかについて、アセスメントを見直すことで明らかにするという「振り返り」を意識して、作成されているようです。

ケアプランの質は、アセスメント内容によって大きく左右されますので、この「確認シート」でも、アセスメントに関する確認項目の分量が多くなっています。

アセスメントがしっかりできていなければ、適切なケアプランを作成することはできません。

介護支援専門員の皆様は、アセスメントの重要性について認識を新たにして、自己点検に取組んでください。

⑷　ケアプランの確認について

「インテーク」、「アセスメント」の後、「ケアプラン」（原案）作成となりますが、「ケアプラン」の中身が、利用者にとって「自立支援」に資する適切なものとなっているかを確認します。

せっかく「アセスメント」をしっかり行っていたとしても、それが「ケアプラン」に活かされていなければ、宝の持ち腐れになってしまいますので、自分が行った「アセスメント」の結果がケアプランにどのように反映されているか（反映しているか）、客観的に検証確認してください。

⑸　確認の順番等について

川崎版「確認シート」は、マネジメントプロセスに沿った順番で作っています。

それは、実際の業務の流れに即した方が分かりやすいと考えたためです。

基本的には、この順番で確認していただければ、それぞれの場面での再確認を行なうことができますので、まずは順番に確認していただきたいと思いますが、例えば、ある利用者のケアプランについて、「アセスメント」が弱いかもと思われる場合は、「アセスメント確認」から始めたり、「ケアプラン」が不安だという場合には「ケアプラン確認」から始めることも可能です。

3　ケアプランの修正

⑴　「気づき」の先にあるもの

国マニュアルは、介護支援専門員の皆様の「気づき」を促すものですが、皆様が「気づいた」その先には何があるのでしょうか。

“そうだった”と「気づいた」だけで終わりにしてしまうわけにはいきません。

「気づいた」ことと、現在のケアプランを客観的に比較考量するのが、次のステップです。

⑵　必要に応じてケアプランの修正を

「確認」をした結果、介護支援専門員の皆様は、様々なことに「気づかれる」ことでしょう。

その一方で、利用者に対しては介護サービスが提供され続けている訳ですから、「気づかれた」ことを、そのままにしておくことはできません。

自分で「気づいた」ことをまとめた後に、現在のケアプランの内容が適切かどうかを判断し、目標等の修正が必要と思われた部分があった場合は、ケアプランの修正を行うことになります。

このケアプラン修正には、サービス事業者の利用者に対する関わり方や、サービス提供の方法等について若干の修正から、生活ニーズや総合的な援助の方針自体を変更する大幅な修正まで、さまざまなレベルがありますが、ここで注意が必要なのは、何が何でも修正しなければならない訳では無く、「必要に応じた」ケアプランの修正を行う、ということです。

例えば、ある利用者の「アセスメント」において、特定の課題の分析が足りなかったとします。

それに介護支援専門員が「気づいた」場合でも、「気づいた」結果から作成したプランと「気づかなかった」結果から作成したプランが、偶然同じであったという事象はありえることです。

⑶　再アセスメント（再課題分析）の勧め

今回の確認をとおして介護支援専門員の皆様が「気づいた」場合は、再アセスメントをする必要があるかもしれません。

再アセスメントは、ケアプランの修正を導くものです。

そして、一連の援助過程（ＰＤＣＡサイクル）を経ることで、ケアプランの内容は再アセスメントが行われる以前よりも、利用者の援助において有効なものになっていることが大切です。

サービス利用の満足度は、「ケアプランの見直し」が大きな影響を与えるものであることも指摘されていますので、ケアプランの見直しが適切になされることによって、利用者の生活ニーズの充足はもちろん、サービスを利用しての満足度も高まります。

⑷　ケアプランの修正の中身

「必要に応じた」ケアプランの修正を行う場合、「チェック」「点検」の言葉にとらわれると、修正イコール⇒サービスの削減と思われるかもしれません。

しかし、「気づいた」結果、「必要に応じた」修正を行う際には、場合によってはサービスの見直し（削減）もあるかもしれませんが、サービスの組入れ（増加）も、ありうると考えます。

ケアプラン確認の目的は、あくまで「適切なケアプラン」であるかを検証確認することですので、必要に応じてサービスを追加したり、サービス提供量を増加することもあるのです。

⑸　「気づいた」ことを、次に生かすということ

⑵では、「気づいた」結果をケアプラン修正に活かさなかった（活かせなかった）場合もありうると説明しましたが、「確認シート」で「気づいた」ことは無駄な作業だったのでしょうか。

決してそうではないと思います。

介護支援専門員の皆様には、専門職としての過去のさまざまな経験から、利用者からのある種の訴えに対してはこういったサービスを結びつけるとよい、という経験則が蓄積されています。

それはそれで介護支援専門員としての財産であり、援助方法の選択に関するデータベースとして大切にされることになりますが、裏返すと、この蓄積は、得てして自分の考え（経験）を元に一定方向にサービスを誘導する「クセ」になっていることもあります。

そのような「クセ」は、なかなか自分で見つけたり、意識することは難しいことですが、この「確認シート」を使用して「気づく」ことは、自らの「クセ」を発見することにつながります。

「自らを知る」ことは、貴重な財産になりますので、この取組みの結果「気づいた」ことは、無駄にはなりません。

[3]

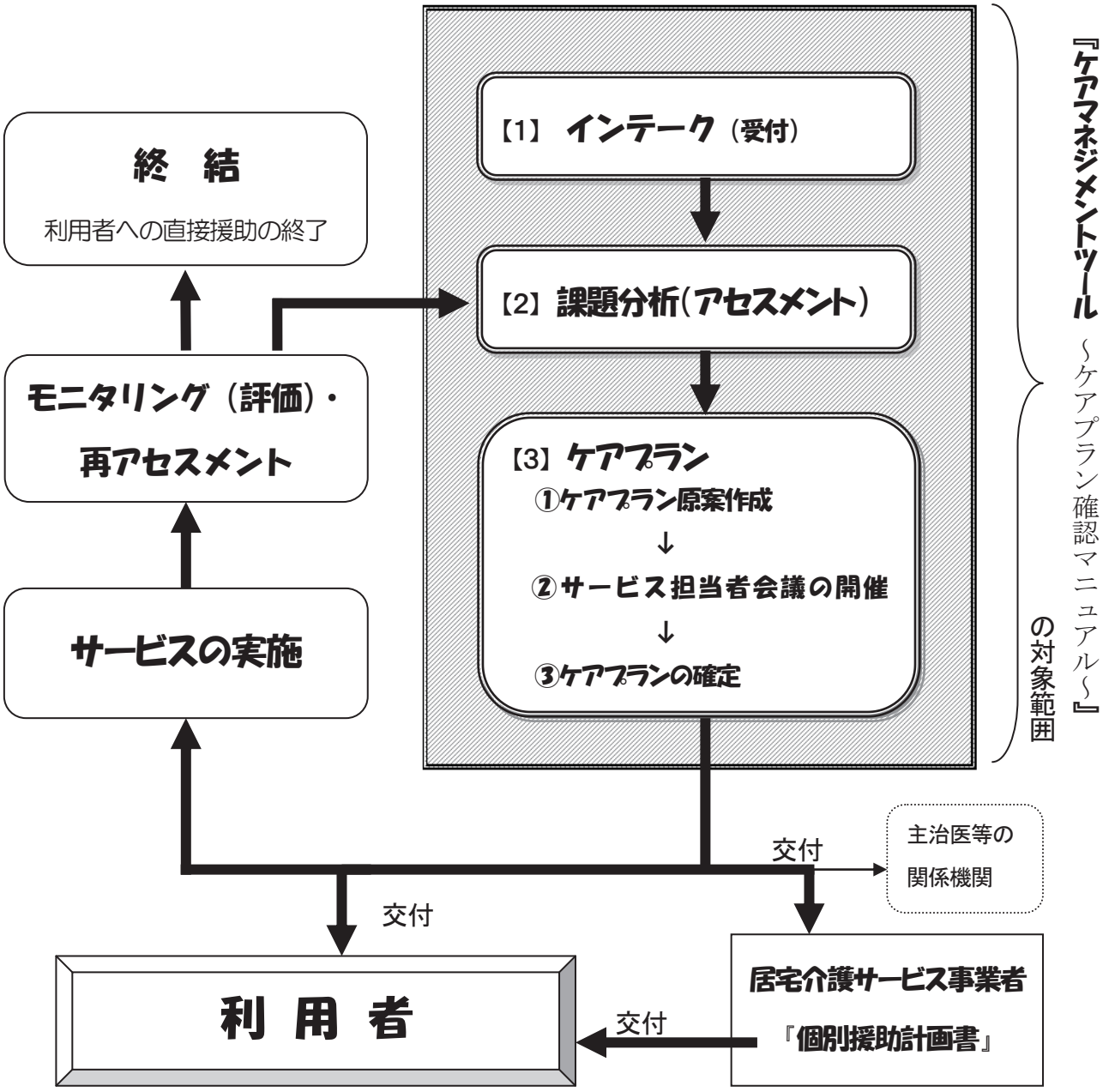
ケアマネジメントプロセスと

『ケアマネジメントツール～ｹｱﾌﾟﾗﾝ確認ﾏﾆｭｱﾙ』の位置づけ

川崎版ツールは、ケアマネジメントプロセス（インテーク～アセスメント～原案作成～サービス担当者会議～ケアプランの確定～モニタリング～評価）に沿って、

【1】インテーク　【2】アセスメント　【3】ケアプラン

の３つの場面について、業務を確認することができます。



[4]

『ケアマネジメントツール～ケアプラン確認マニュアル～』への“道”

【3つの扉】

→■ **第1の扉　：　「インテーク確認」の扉**

→■ **第2の扉　：　「アセスメント確認」の扉**

→■ **第3の扉　：　「ケアプラン確認」の扉**

■第1の扉

◆インテーク部分を確認したい
◆インテーク～ケアプランまで、流れにそって確認したい

→ **インテーク確認シート（P11）**
～アセスメントに入る前に、利用者・家族に対して十分な説明ができているか、確認します。

↓

■第2の扉

◆アセスメントが十分にできているか確認したい
◆アセスメント～ケアプランまで、流れにそって確認したい

→ **アセスメント確認シート（P15）**
～課題分析標準項目（２３項目）（P１７）にそって、十分なアセスメントができているか、振り返ります。

アセスメントだけ確認する人

↓

■第3の扉

◆ケアプラン（第１表～第３表）を確認したい

→ **ケアプラン確認シート（P59）**
～利用者の「自立支援に資する」適切なケアプランになっているか第１表～第３表を確認します。

ケアプランを確認した結果アセスメントが不十分だと気づいた場合は、アセスメント確認シートへ戻る

↓

気づき！！

↓

「必要に応じて」ケアプランの修正
～ケアプランの確認による「気づき」の結果、ケアプランの見直しが必要だと思われる場合は、再アセスメントやケアプランの修正を行います。
※ケアプランの確認の結果として、確認前後のケアプランの内容が同じになることもあります。

［5］　確認シート

インテーク確認シート

ケアマネジメントの入口にあたるインテーク面接は、利用者の多様な相談内容を傾聴し、ニーズを整理することからスタートします。

その結果、介護保険制度が適応されるべき人なのかどうかというスクリーニングを行い、必要であれば、契約行為に発展します。

この初期段階で介護支援専門員にまず求められるのは、徹底して利用者の話を傾聴し、その話の中から利用者の主訴を聞き取る（読み取る）姿勢です。

特に、初めて介護支援専門員と会った時に「きちんと向き合って聴いてくれた」と利用者に感じていただくことは、その後の援助を円滑に進める第一歩となります。

また、受容的な態度も不可欠で、これは、きわめて重要な対人援助の原則であり、援助関係の形成のみならず、援助の深まりという意味でも大切です。

この「インテーク確認シート」は、介護支援専門員として実践しなければならない業務の確認ができるだけでなく、相談援助職者としてどのような実践が必要かというところまで確認できるよう構成しています。

初任者の方も、ベテランの方も、新規ケースの依頼があったら、まずはこのシートに目を通してから訪問に伺ってみてはいかがでしょうか。

（イラスト：P★G）

インテーク確認シート

	質　問	チェック	確　認　ポ　イ　ン　ト
ア	自分のことを十分に説明し、理解を得ていますか？	□	アセスメントに入る前に、利用者・家族に対して、自分がどのような介護支援専門員（所属・氏名・アピールポイント等）か説明している。
イ	利用者・家族の話をきちんと受け止めていますか？	□	利用者・家族の話を傾聴し、信頼関係を築くことを優先的に考え、受容的態度で接している。
ウ	介護保険制度について、きちんと説明し、理解を得ていますか？	□	介護保険制度の目的について説明している。
		□	要介護等認定区分について説明している。
		□	介護サービス計画（居宅サービス計画・訪問介護計画等）の意義と役割について説明している。
		□	介護支援専門員の「機能」と「役割」について説明している。
		□	ケアマネジメントの目的・構成要素・プロセスを説明している。
		□	アセスメントの方法について説明している。
		□	サービス担当者会議を開く意義について説明している。
		□	利用者や家族の情報管理の重要性について説明している。
		□	介護保険の提供サービスについて説明している。
		□	介護支援専門員の費用（居宅介護支援費・各種加算）について説明している。
		□	介護支援専門員の業務について、その全体の流れを説明している。
エ	必要に応じて介護保険制度以外のサービスについて説明していますか？	□	川崎市単独サービスを説明している。
		□	高齢者福祉サービス以外の公的なサービスについて説明している（障害施策等）。
		□	インフォーマルサービスについて説明している。
オ	契約に必要な事項等を説明していますか？	□	自らの居宅介護支援事業所の運営規程の概要を説明している。
		□	介護支援専門員の勤務体制について説明している。
		□	秘密保持（個人情報の管理方法）について説明している。
		□	苦情への対応方法について説明している。
		□	事故発生の防止策・事故発生時の対応方法について説明している。
カ	説明内容を、利用者・家族は理解されていますか？またきちんと同意を得ていますか？	□	利用者・家族の理解を得ている。
		□	利用者・家族の同意を得ている。

考　え　方	
目的	○ 利用者・家族と信頼関係を築きます。
解説	○ 自分が何者であって、利用者のためにどのように役立つことができる存在なのかを、まずは説明、理解してもらう必要があります。
目的	○ 対人援助や相談面接の基本原則を確認します。
解説	○ 介護支援専門員には、徹底して利用者・家族の話を傾聴する姿勢や、受容的態度が必要です。 そこから、利用者自身が価値ある存在として受け止められ、利用者自らが問題解決の過程を歩むためのスタートが切られます。
目的	○ 介護保険制度の理念や介護支援専門員の役割について、やさしくかつ丁寧に説明します。
解説	○ 初めて介護保険制度を利用される方には、制度内容について説明し、理解を求めることが大切です。 ○ 介護支援専門員の役割は、介護保険の目的に沿って、自立した生活を継続すること、また、要介護状態の軽減または悪化の予防に資することをめざして、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供されるよう、利用者を支援することです。 ○ 介護支援専門員が持つべき機能は、プランニング機能、マネジメント機能、調整機能、相談機能、権利擁護機能等です。 ○ 介護保険制度における介護支援専門員の業務については、「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」をよく読み、理解しておきましょう。 ○ 説明の際には、川崎市発行の「こんにちは介護保険です」や「高齢者福祉のしおり」、川崎市介護支援専門員連絡会発行の「市民向け広報誌　よくわかる介護保険」等を利用して、利用者・家族にわかりやすく伝える工夫をしましょう。 ○ 介護保険制度におけるケアマネジメント機能について説明し、理解を求めることが大切です。 ○ 最初に、ケアマネジメントの過程を説明することにより、例えばモニタリングの重要性等について利用者・家族に認識してもらうことができます。
目的	○ 利用者の生活全般のニーズを総合的に把握し、対応するサービスを一体的に提供します。
解説	○ 利用者は、多様で重複したニーズを有する場合があります。 そのため、保健・医療・福祉等の各種公的なサービスはもとより、地域のインフォーマルなサービス（ボランティアを含む）を統合した総合的なサービスの提供が行われる必要がありますので、それらの情報も提供することが大切です。
目的	○ 利用者と契約を締結するにあたって、自らの事業所の情報を説明します。
解説	○ 契約を締結するにあたっては、「契約」というものを介護支援専門員自らが十分理解している必要があります。 ○ 契約条項の意味について、介護支援専門員自らが十分理解していることが大切です。 ○ 契約書だけではなく、重要事項説明書や個人情報使用同意書等についても、十分理解し、利用者及び家族にきちんと説明し、理解してもらうことが大切です。
目的	○ 利用者・家族の理解度について確認します。
解説	○ 単に一方的な説明に終わらせるのではなく、利用者・家族の理解を得ることが重要です。

アセスメント確認シート

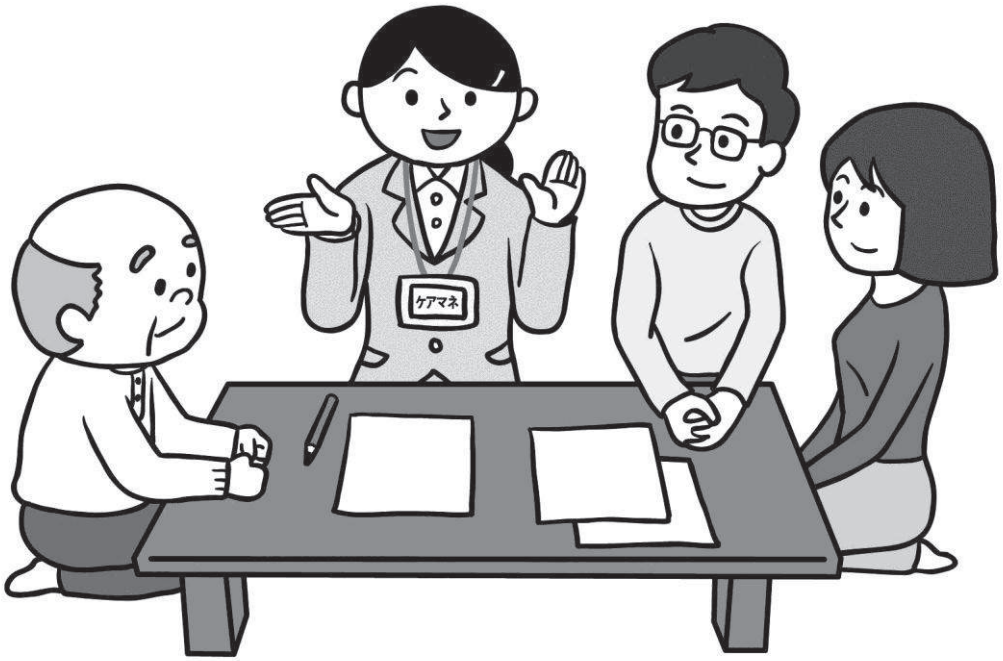
アセスメントは、利用者・家族に対しプライベートな事をお伺いする場面です。

介護支援専門員が、いかに介護保険制度上で位置付けられた存在であっても、最初から、何でも話し合える関係を築けるとは限りません。

いきなり、課題分析標準項目に沿って機械的にアセスメントを行ったりすると、利用者や家族の気分を害することもあります。

そのため、介護支援専門員は、対人援助における相談面接技術を身に付けることが大切です。

☆　川崎版では、「課題整理総括表」を確認シートに盛り込みました。
アセスメント結果から「課題」を導き出す過程の中で活用しましょう。



（イラスト：Ｐ★Ｇ）

川崎版アセスメント確認シートの特徴

アセスメント確認シートは、厚生労働省が出した「ケアプラン点検支援マニュアル」をベースにしていますが、【川崎版】には次の特徴があります。

① 【川崎版】は、「課題分析標準項目（２３項目）」に対応した形で作り直しました。
本ツールの見開き左側ページの左点線部分は、「課題分析標準項目」、実践部分は、国マニュアルの項目です。

② 国マニュアルでは、「課題分析標準項目」のうち、「３　利用者の被保険者情報」と「１７　じょく瘡・皮膚の問題」に対応する質問がありません。
【川崎版】では、その項目に対応する質問シートを追加しました。

③ 国マニュアルでは、「課題分析標準項目」に無い質問が３つ「＜尊重＞＜アセスメントの基本＞＜情報収集＞」あります。
【川崎版】では、その３つの質問について、「課題分析標準項目」の２３項目の最後（→シート名：その他基本事項）にまとめました。

④ 【川崎版】の質問番号は、「課題分析標準項目」の項目番号と分けるため、カタカナ連番（ア～ノ）にしました。

⑤ 【第２版】は、「課題整理総括表(1.5表)」の様式を右側ページに盛り込みました。
また、「課題整理総括表」の項目順は、「課題分析標準項目」に合わせましたので、一部、国が示した項目の順番と異なります。

課題分析標準項目

国「ケアプラン点検支援」マニュアル

アセスメント確認シート：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）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目

	質　問	チェック	確　認　ポ　イ　ン　ト
ア	**＜基本情報＞**アセスメントを行ううえで必要だと思われる基本情報について、何を特に重要な情報として押さえましたか？	□	最低限必要な項目【課題分析標準項目（２３項目）】に沿った情報の収集及び整理ができている。
		□	必要に応じて利用者及び家族以外の関係者からも情報を入手するように努めている。
		□	介護支援専門員として、個人的な価値観をアセスメントに持ち込まないように努めている。

課題整理総括表

課題分析標準項目に対応

	事　実	現　在	要　因	改善／維持
□	認知症状	□ 支障なし □ 支障あり		□ 改 善 □ 維 持 □ 悪 化

課題分析標準項目一覧と確認シート掲載ページ

【基本情報に関する項目】

No	標準項目名	項目の主な内容（例）	掲載ページ
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目	P18
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	P20
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	P20
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	P20
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	P22
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	P22
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	P22
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	P24
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	P24

【課題分析（アセスメント）に関する項目】

No	標準項目名	項目の主な内容（例）	掲載ページ
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目	P26
11	ADL	ADL（寝返り、起きあがり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目	P28
12	IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目	P30
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	P32
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	P34
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	P36
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	P38
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	P40
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目	P42
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目	P42
20	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	P44
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	P46
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目	P50
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	P52

【その他基本事項】

尊重・アセスメントの基本 ・・・・・・・・・・ P54
情報収集 ・・・・・・・・・・ P56

アセスメント確認シート：基本情報に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）		質　　問	チェック	確　認　ポ　イ　ン　ト
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）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目	ア	**＜基本情報＞** アセスメントを行ううえで必要だと思われる基本情報について、何を特に重要な情報として押さえましたか？	□	最低限必要な項目【課題分析標準項目（２３項目）】に沿った情報の収集及び整理ができている。
					□	必要に応じて、利用者及び家族以外の関係者からも、情報を入手するように努めている。
					□	介護支援専門員として、個人的な価値観をアセスメントに持ち込まないように努めている。
			イ	**＜相談＞** どのような相談経緯だったのでしょうか？	□	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）の内容を確認している。
					□	利用者の基本情報（氏名・性別・住所・電話番号等）や、利用者以外の家族等の情報についても、必要に応じて記載している。
					□	相談者・相談方法・相談の経緯を明確に記載している。
					□	主たる相談者が利用者以外の場合、利用者が主たる相談者になりえなかった理由や背景を押さえ、全体のアセスメントに活かすことができている。

考　　え　　方	
目的	○ 利用者の個々の特性を捉えた上で、基本情報を押さえるために必要な情報を入手し、アセスメントに活かせているかを確認します。
解説・説明	○ 基本情報は、利用者の顔となるものです。 その人らしさが映し出されるような視点で、情報を収集する必要があります。 利用者に関する生活の情報は膨大ですが、最低限、「課題分析標準項目（２３項目）」にそった情報の収集及び整理が必要となります。 ○ 特に、主訴や生活歴・生活状況や家族歴、病歴・日常生活自立度や家屋状況等に関する情報は、課題分析標準項目のあらゆる項目に関連していくものとなります。 利用者の全体像をアセスメントしていくための最も基本となる情報であり、特に主訴等は支援の方向性を探る大切なポイントが含まれていますので、より丁寧に押さえていく視点が大切になります。 ○ 医療依存度が高い利用者は、病歴や主治医を確認するだけではなく、病気に対する認識がどの程度なのか、主治医からどのように聞いているのかなども、あらかじめ聞いておくことも必要です。 治療の経過や生活上の工夫などについては、利用者の了解を得て、主治医から情報を入手するなど、アセスメントに活かす視点が大切になります。 ○ 利用者と家族で、意識や考え方等が異なる場合もあるので、すり合わせる工夫も必要です。 ○ 介護支援専門員の個人的な考え方や価値観が、反映されすぎていないかを確認することも大切です。
目的	○ 相談の経緯・内容によって、インテークの手法や対応が異なることを理解し、対応しているかを確認します。
解説・説明	○ 利用者及び家族からケアプランの作成について相談があった場合、介護保険制度についてどの程度の理解があるかによって、対応も異なります。 利用者が要介護認定をまだ申請していない、または認定結果を受けていないが、緊急にサービスが必要になった場合など、さまざまなことが予測されます。 介護支援専門員は、その相談の内容や経緯を的確に把握し、対応することが求められます。 ○ 主たる相談者が利用者以外の場合、利用者が主たる相談者になり得なかった背景を把握します。 （例えば認知症高齢者の場合など、利用者本人が主たる相談者になり得ないこともあります） また、そのような理由がある場合は、その背景も踏まえて家族や周囲の関係者から必要な情報を入手し、アセスメントを進めていく必要があります。 ○ 時系列で相談の経過が把握できており、相談経緯が複雑な場合や緊急の対応を行った場合などについて、居宅介護支援経過等を活用し、記録を残しているかを確認します。 ○ 相談者の悩みや要望を把握し、その内容を言語化して合意を得ているか、困りごとの原因を探っているか等について確認することが大切です。

アセスメント確認シート：基本情報に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）		質　問	チェック	確　認　ポ　イ　ン　ト
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	ウ	**＜生活状況＞** 利用者の「個別性・その人らしさ」を大切にするためにも、大切な情報である生活歴や生活状況をどのようにして聞き取りましたか？	□	利用者や家族に対し、不快や不信感を与えることなく、聞き取りができている。
					□	利用者が生活してきた中で大切にしてきたものやエピソード、価値観、趣味、得意なことや苦手なことなど、その人らしさを象徴する情報を簡潔に記載している。
					□	利用者本人からの聞き取りができている。
					□	利用者以外の家族などからの聞き取りができている。
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	エ	**＜被保険者情報の把握＞** 利用者の被保険者情報等を把握していますか？	□	利用者の被保険者情報（介護保険）を把握している。
					□	利用者の他法（介護保険法以外）の情報を把握している。
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	オ	**＜サービスの把握＞** 現在利用しているサービスについて、その利用状況・満足度等を把握していますか？ また、その上で介護給付以外のサービスについても把握ができていますか？	□	介護保険給付に限らず、利用者が現在受けているサービス全般の状況について把握している。
					□	利用者の居住地である市町村の福祉サービスや地域の社会資源について把握している。

考　え　方	
目的	○ 利用者を「個人」として尊重し、その人らしい生活を支援していく上で、利用者自身の人生や生活状況における過去からの歩みを知ることが「その人らしさ」を掴むヒントとなります。 同じような状況下であっても、利用者及び家族の価値観等により、支援の方向性が異なっていくことがあることを理解しているかを確認します。
解説・説明	○ 利用者の既往歴や現病歴・服薬状況やＡＤＬ・ＩＡＤＬ等を確認することも大切ですが、利用者が暮らしてきた中で大切にしてきたことや固有の価値観等を知ることは、支援の方向性を見出す上で多くのヒントが得られます。 ○ 生活状況では、「できること」・「していること」・「できそうなこと」などを整理しながら、利用者の意欲や意向を確認していくことが重要になります。 ○ そのためには、現在の生活の状況を、生活機能や健康状態との関係、さらに生活環境等の面から把握することはもちろんのこと、これまでの利用者や家族の生活のあり方等にもヒントがあることを認識することが必要です。 ○ 一度のアセスメントですべての情報を得ようとするのではなく、支援を行う経過のなかで「その人らしさ」を見出していくことが大切であることに留意します。

目的	○ 利用者の被保険者情報（介護保険）及び他法の情報を確認します。
解説	○ 利用者の被保険者情報は、利用可能な社会資源を考えるうえで、大切な情報です。 ○ 特に、介護保険以外の情報を把握することは、今後作成する計画に広がりを与えます。

目的	○ 毎月行う利用状況の確認（モニタリング）以外にも改めてプランを作成するときに、現在利用しているサービスの利用状況（頻度やその内容）、目標の達成度や満足度を確認することは、適切なサービス利用ができているかの評価につながることを確認します。 ○ 介護支援専門員が介護給付サービスのみでなく、介護保険以外の他の福祉サービスや社会資源をどの程度把握しているかを確認し、地域のインフォーマルな社会資源などについての活用を含めたプラン作成を意識し、必要に応じて活用しているかを確認します。
解説・説明	○ 利用者や家族のニーズについては、介護保険給付のみで対応できるとは限りません。 介護保険給付以外のインフォーマルな社会資源を探し、調整することも、介護支援専門員の重要な役割の一つです。 ○ そのため、介護支援専門員は、市町村の一般福祉サービスや、その他の地域資源について把握していることが必要です。 ○ 生活環境の工夫によっては、要介護度が高くても自身でできることや、家族・近隣・ボランティア等ができることはたくさんあります。 地域の社会資源に働きかけることも、介護支援専門員としてとても大切なことです。 ○ 利用者本人や家族が行っていること（行ってきたこと）を把握しているか確認します。 ○ サービス利用に関して、利用者がどのような意識をもって利用しているのか、また、そのサービスを必要としているのは利用者本人なのか、家族なのかを改めて確認することも大切です。 ○ 家族の介護負担の軽減を図るため、介護者教室等、家族への情報提供も行っていることが大切です。

アセスメント確認シート：基本情報に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）		質　問	チェック	確　認　ポ　イ　ン　ト
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	カ	**＜日常生活自立度＞** 障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度について、最新の状況を把握していますか？	□	最新の情報を把握し、記載している。
					□	認定調査票や主治医意見書等から転記している。
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			□	介護支援専門員が判断した日常生活自立度と情報から得た日常生活自立度に大きな差があった場合、主治医等への確認をしている。（介護支援専門員が見立てた内容と大きな差があった場合）
					□	毎月のモニタリングの際にも状態の変化を把握し、自立度の変更がある場合などについては、最新の状況を追記し記載内容を変更している。
7	主訴	利用者及び家族の主訴や要望について記載する項目	キ	**＜主訴＞** 利用者・家族は主にどのようなことに困って来られたのですか？	□	利用者及びその家族の主訴や要望については、利用者及び家族が表現したありのままの言葉を用い、具体的に記載している。
					□	サービス利用により、利用者や家族がどのような生活を送りたいと考えているかを記載している。
					□	利用者本人から確認できなかった場合の理由と代弁者が伝えた内容を、具体的に記載している。
					□	緊急性の高い主訴に関しては、適切な関係者・関係機関等につなぐなど、連携やその対応ができている。
					□	利用者の困りごとなのか、家族の困りごとなのかをきちんと整理している。
					□	利用者本人から確認できなかった場合、他の方法で確認している。

考　え　方	
目的	○ 主治医意見書や認定調査票に記されている情報だけを元にするのではなく、常に最新の状況を確認し、その情報を元にアセスメントを行なうことが必要であることを確認します。
解説・説明	○ 要介護高齢者の状態は日々変化するため、ケアプランを作成する上で、主治医意見書や認定調査票に記されている情報が適切とは限りません。 したがって、障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度に関しては、常に最新の情報をもとにアセスメントを行い、ケアプランを作成する必要があります。 ○ 介護支援専門員が適切に判断ができるようになれば、利用者の状態の変化に関する予測もしやすくなります。 慣れないときには、自分の見立てた自立度と他者が見立てた自立度の違いが何か（その理由は何か）を知ることも大切なことです。 ○ 日常生活自立度の判断が自信をもって行えるということは、利用者の全体像をおおよそ掴むポイントが押さえられるレベルに達していることを意味します。 ○ 毎月のモニタリングの際にも、状態の変化に留意し、日常生活自立度の最新状況を確認し、変化があれば、その都度、記載の変更及びモニタリングの結果の記録に記載することが必要です。 ○ 要介護高齢者によっては、関わる相手（介護支援専門員、医師、介護スタッフ等）やそのときの状況によって、元気にふるまってみせたり、逆に「つらさ」を誇張してみせたりするなど、変化があることにも留意します。

目的	○ 介護保険のサービスを利用しようと考えたきっかけや今一番気になっていること、困っていること何をどうすればよいのかが全くわからない、またはこうしたいという希望があるのだが具体策がわからないなど、利用者・家族の一番の訴えをしっかりと把握し、緊急性の有無を含め判断することができたかを確認します。
解説・説明	○ 主訴は、利用者が現在困っていることやこうしてほしいという願いや要望など、本人や家族が抱える問題状況を理解するための「入り口」となる重要な部分です。 この主訴を通して、現在の生活の送り方やその背景となる要因を把握することが大切です。 ○ 利用者や家族が言語化した主訴だけに頼るのではなく、客観的な様子（言語化している言葉と表情との差異がないか、主訴には痛みのことは全くふれられていないが、立ち居振る舞いに痛みを伴っているような様子があるなど）、利用者にとっては慣習的になっていて、気づいていない事柄も含めて観察を行うことが重要です。 ○ 利用者本人の困りごとなのか、家族にとっての困りごとなのかが、きちんと整理されているかを確認します。 特に、利用者以外の方の困りごとだけを主訴として捉えていないかを確認することは重要です。 利用者の状態により、本人から直接確認できなかった場合は、どのようにして困りごとを把握したのかを確認します。 ○ 利用者にとっての「真の主訴」が何にあたるのか、考察しながら面談を進めることができたかを確認します。

アセスメント確認シート：基本情報に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）		質　　問	チェック	確　認　ポ　イ　ン　ト
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	ク	**＜認定＞** 認定情報の内容を確認しましたか？	□	利用者の認定結果（要介護状態区分・介護認定審査会の意見・支給限度額・認定有効期間等）について記載している。
					□	認定調査票の内容も参考にするとともに、介護支援専門員自身が、それらの内容について自分の目で観察・確認を行なったうえで記録として残し、アセスメントに活かしている。
					□	必要に応じて利用者の了解を得て、主治医に意見を伺うなど、新たな情報収集を行っている。
					□	認定の有効期間等も配慮した計画書を作成している。
9	課題分析（アセスメント）理由	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	ケ	**＜理由＞** 今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由は何ですか？	□	どのような経緯でアセスメントに至ったのか申し込みの経路などについて記載している。
					□	アセスメントの理由（初回・定期・更新・退院退所時・区分変更等）について具体的に記載している。
					□	アセスメントの理由によっては、聞き取る情報量や情報の入手先にも差がでてくることを押さえている。
					□	アセスメントに至った経緯等を通して、利用者や家族の生活環境にどのような変化が生じているかを十分に認識している。

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

目的	○ 何のためにアセスメントを行うのか、介護支援専門員自身が理解しているのかどうかを確認します。 ○ アセスメントの理由によって、集めるべき情報の違いや集め方が異なることを理解しているのかどうかを確認します。 ○ 退院時等のプランに関しては、その経緯・理由等を理解したうえで、その理由について明確に記載しているかを確認します。
解説・説明	○ アセスメントの理由（初回、更新、退院退所時、区分変更等）を踏まえた情報収集を意識しているのか、また十分な情報収集ができているのかを確認します（利用者・家族の生活環境の変化を十分に認識しているか）。 ○ 初回・定期・更新・退院退所時・区分変更等の理由により、集める必要のある情報の量や集め方が異なってくることを認識する必要があります。 ○ 特に退院退所時・区分変更等の理由では、生活環境の変化や状態の変化等を把握するため、利用者及び家族のみならず関係機関からの情報も必要となります。 ○ 利用者が複数の疾患を抱えている、また急変を要する病気を持っている、ＡＤＬやＩＡＤＬ等に一部介助や全介助等の項目が多いため、介護者が常にいないと不便である状況があるなど、それぞれ個別の事情によって、聴き取る情報量（利用者のみならず家族の情報量も多大になる）や情報の入手先（主治医を含む医療機関のスタッフやサービス提供事業所・家族等）も異なってきます。

アセスメント確認シート：課題分析(ｱｾｽﾒﾝﾄ)に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）		質　　問	チェック	確　認　ポ　イ　ン　ト
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	コ	**＜健康状態＞** 利用者の健康状態について、ケアプラン作成にあたり重要だと考えている事は何ですか？	□	疾患名と症状・障害とその程度が、ＡＤＬ（入浴・食事、排泄、移動等）や、ＩＡＤＬ（買物・調理・掃除・金銭管理・コミュニケーション手段等）に与える影響について把握している。
					□	利用者の普段の体調を把握し、家族と共有することができている（一日の生活リズム・天候等の変化に伴う体調の変化、またそれに伴うＡＤＬやＩＡＤＬの日内変動・血圧・食事の量・排泄等）。
					□	治療方針や内容を把握している。（往診・通院、服薬、疼痛の管理、生活改善・管理等）
					□	利用者及び家族が健康状態をどのように捉えているかを把握している。
					□	人間関係（家族、友人等）や社会参加への影響について把握している。
					□	健康面についての本人の役割（セルフケア等）・家族の役割について把握している。
					□	疾患が及ぼすリスクや将来の予測の理解に努めている。
					□	痛みやつらさの「緩和」や心身機能の維持・向上が、どのような生活習慣や人間関係の改善、社会参加を可能とするかを把握し、それを課題化、目標化している。

考　え　方	
目的	○ 介護支援専門員のみでなく、利用者及び家族も利用者本人の普段の体調の把握に努めているかを確認します。 ○ 利用者が望む「暮らし」に健康状態がどのように影響をおよぼしているか、また生活機能や生活行為等、他の関連項目とも照らし合わせたうえで、アセスメントに活かせているかを確認します。 ○ 健康状態をケアプランの中にどのように位置づけ、チームケアの中で支援していこうと考えているかを確認します。 ○ 利用者及び家族の健康に対する考え方を確認します。
解説・説明	○ 要介護状態の高齢者は複数の疾患や障害を抱えています。 それらは手術や服薬などの治療や看護により「治癒」や「軽快」するものから、服薬やリハビリ、生活管理などで、今の状態が悪化しないように病気と「うまくつきあう」ものなど、実に様々です。 ○ 健康状態の把握では、各疾患の特徴的な症状が自覚症状（痛み・しびれ・むくみ・熱っぽさ・めまい・息苦しさ・尿量の低下）として現れることで、日常生活動作（ＡＤＬ）や日常生活関連動作（ＩＡＤＬ）・精神面（意欲の低下等）にどのように影響を与えているかを把握することが大切です。 ○ 普段の健康状態を把握しておくことは、健康管理を行う上での大切な情報となります。 例えば、季節や天候、日内変動等が生活にどのように影響するかも大切な視点です。 認知症や老人性うつでは、朝夕に不穏な行動をとりやすい、関節リウマチ等では冬場や雨天では極端な痛みとなりやすいなど、固有の特徴的な様子を知っておくことはアセスメントの上で役立ちます。 ○ 医療ニーズの高い疾患（呼吸器疾患や難病等で在宅酸素や吸引・吸入等が必要・胃ろうの設置者・嚥下障害・ガン等における終末期等）や認知症・精神疾患・精神症状のある利用者等においては、周囲の支援者（家族・医療機関・サービス提供事業所等）からの情報を収集・活用ながら、ケアプランに反映させる視点をもっていることも大切です。 それぞれの症状によっては、専門家（医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・歯科医師・歯科衛生士等）の意見をききながら、予後予測の見立てを行いつつアセスメントを行う視点が必要です。 ○ 症状や暮らし方により、その人なりの疾患や障害との付き合い方があります。 アセスメントの過程で、それらを十分把握できているかが、個別性の高いプランを作成する上で重要です。 ○ 疾患や障害受容をどのレベルまでできているか、その受容度が日々の生活への姿勢にも影響します。

アセスメント確認シート：課題分析(ｱｾｽﾒﾝﾄ)に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）		質　問	チェック	確　認　ポ　イ　ン　ト
11	ＡＤＬ	ＡＤＬ （寝返り、起きあがり、移乗、歩行、着衣、入浴、排せつ等）に関する項目	サ	＜ＡＤＬ＞ 利用者のＡＤＬの現状を把握するにあたり、どのような経路で情報収集を行いましたか？ また、どのような手法で、何に気をつけてアセスメントをしましたか？	□	ＡＤＬ（移動・立ち上がり・排泄・入浴・更衣・整容等）について、具体的に誰がどのように行っているかを把握している。
					□	現状の「できないこと」を把握するだけでなく、利用者が考えている原因と対策、朝夕及び深夜など、１日内での変化はないかなどを具体的に把握できている。
					□	本人及び家族からの情報収集では、対話以外に筆談や環境の目視などからも情報を入手するなど、個別に応じた把握の仕方を実践できている。
					□	利用者が認知症や精神疾患等で十分にＡＤＬについて意思伝達ができない場合、家族や関係者から情報を得るなどして状況を把握している。
					□	ＡＤＬの実態について、利用者の状態、周囲の環境の両方からアセスメントを行い、課題を導き出すことができている。
					□	把握したＡＤＬの状況から、どのような支援を行えば現在の状態の維持・改善・向上につながるかなど、予測をたてた「見立て」ができている。

	考　え　方
目的	○ ＡＤＬに関するアセスメントが、現状の「できない行為」だけでなく、継続している行為やなんらかの理由であきらめている行為に着目し、そのプロセスが「維持・改善・向上の方法」を利用者（家族）とともに見出すものとなっているかを確認します。 ○ ＡＤＬに影響を及ぼしている個人に起因する要因（心身の健康、心身の機能、対人関係をとる力、意欲・動機づけ）だけでなく、環境による要因（人的環境・物理的環境・経済的環境・制度的環境）まで把握できているかどうかを確認します。 ○ 本人・家族からの情報収集を対話（筆談含む）、動作や環境の目視など五感を使って多面的に行っているかを確認します。
解説・説明	○ ＡＤＬのアセスメントにおいては、介護支援専門員が、利用者及び家族の「できない」面だけでなく、「していること」「していないこと」「できそうなこと」（可能性）、そして本人・家族が「望む暮らし」まで把握できていることが大切です。 ○ アセスメントは、本来本人に直接行うものですが、家族が代弁してしまうこともあり、意向が直接反映しない場合もあります。 誰から（経路）とどのように（手法）、そしてどのくらいの時間（頻度含む）をかけたかの確認は重要です。

事　実			現　在	要　因	改善／維持
□	移動	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

解説・説明

【ＡＤＬ編】

○ 日常生活動作（移動、食事、排泄、入浴、整容等）は、利用者の生活の基本です。
軽度（１～２）では、部分的な困難さへのサポートが必要な場合が多く、福祉用具、自助具などを上手く活用することで、利用者自身で行えることも増えていきます。
しかし、中重度（３～５）では、日常生活動作全般にわたる介護が必要となります。
こうしたことから、中重度の利用者では、介護者への気兼ねや介護の負担を増やさないよう自分の欲求を抑える傾向にあり、日常生活動作と意欲面の低下を起こしやすいといわれています。

○ 介護者も、介護に慣れない間や極度に心身の機能が低下した場合には、戸惑いや不安がとても大きく混乱していることが多いものです。
こうした、利用者及び家族の心理面を双方が表明することは、気兼ねや遠慮、あきらめなどから控えてしまいがちで、介護支援専門員は両者の声や気持ちを代弁することが必要となることもあります。

○ 利用者のＡＤＬについては、体調の良いときと悪いときの両方をおさえておく必要があります。
特に調子の悪いときには、どのような介護方法でそれを補っているかを、本人・家族に確認しておくことは、サービス提供時の事故防止につながります。

○ 現状の「できないこと」を把握するだけでなく、利用者が考えている原因と対策、朝及び深夜など日内での変化はないか、などを把握することが大切です。

○ 利用者・家族が、どのような生活を望んでいるのか、そのために、どのような支援が必要なのかについて、共通認識となっていることが大切です。

アセスメント確認シート：課題分析(ｱｾｽﾒﾝﾄ)に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）		質　問	チェック	確　認　ポ　イ　ン　ト
12	ＩＡＤＬ	ＩＡＤＬ （調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目	サ	＜ＩＡＤＬ＞ 利用者のＩＡＤＬの現状を把握するにあたり、どのような経路で情報収集を行いましたか？ また、どのような手法で何に気をつけてアセスメントを行いましたか？	□	ＩＡＤＬ（調理・掃除・洗濯・金銭管理・買物等）について、具体的に誰（本人以外）がどのように行っているかを把握している。
					□	現状の「できないこと」を把握するだけでなく、利用者が考えている原因と対策、朝夕及び深夜など、１日内での変化はないかなどを具体的に把握できている。
					□	本人及び家族からの情報収集では、対話以外に筆談や環境の目視などからも情報を入手するなど、個別に応じた把握の仕方を実践できている。
					□	利用者が認知症や精神疾患等で十分にＩＡＤＬについて意思伝達ができない場合、家族や関係者から情報を得るなどして状況を把握している。
					□	ＩＡＤＬの実態について、利用者の状態、周囲の環境の両方からアセスメントを行い、課題を導き出すことができている。
					□	把握したＩＡＤＬの状況から、どのような支援を行えば現在の状態の維持・改善・向上につながるかなど、予測をたてた「見立て」ができている。

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

事　実		現　在	要　因	改善／維持
□	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

解説・説明

○ ＩＡＤＬのアセスメントにおいては、介護支援専門員が、利用者及び家族の「できない」面だけでなく、「していること」「していないこと」「できそうなこと」（可能性）、そして本人・家族が「望む暮らし」まで把握できていることが大切です。

○ アセスメントは本来本人に直接行うものですが、家族が代弁してしまうこともあり、意向が直接反映しない場合もあります。
誰から（経路）とどのように（手法）、そしてどのくらいの時間（頻度含む）をかけたかの確認は重要です。

【ＩＡＤＬ編】

○ 日常生活関連動作（調理、洗濯、掃除、買物等）は、「暮らし」の基本です。
軽度（１～２）では、部分的な困難さへのサポートや福祉用具、自助具などを使うことによって本人でも行うことがありますが、中重度（３～５）では、かなりむずかしくなり、介護者への負担が重くのしかかります。

○ 本人なりに、調理、洗濯、掃除等にどのような「こだわり」があるのかを介護支援専門員は把握し、本人に代わって、家族や介護者に情報提供することも重要です。

○ 現状の「できないこと」を把握するだけでなく、利用者が考えている原因と対策、朝及び深夜など日内での変化はないか、などを把握することが大切です。

○ 利用者・家族が、どのような生活を望んでいるのか、そのために、どのような支援が必要なのかについて、共通認識となっていることが大切です。

アセスメント確認シート：課題分析(ｱｾｽﾒﾝﾄ)に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）		質　問	チェック	確　認　ポ　イ　ン　ト
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	シ	**＜認知症＞** 物忘れや認知症について何か気になることはありましたか？	□	物忘れや認知症の程度を把握し、日常生活上で支障となっている事柄について、ＡＤＬやＩＡＤＬの視点も踏まえて把握を行い、整理ができている。 例：移動面：目的地に行って、帰ってくることができる、 目的地は忘れたが何とか帰ってくることができる、 いったん出てしまうと帰ってくることができないなど 調理面：得意な料理は、まだ何とか作ることができる、 調味料の順番や量、入れるタイミング等がわからず、味付けは既にできなくなっている、 調理の手順すらわからず、台所に立つこともないなど 食事面：出されたものをきちんと食べることができる、 食べたことを忘れて何度も食事を欲しがるまたは勧めても食べないなど その他：排泄・入浴・整容・更衣・ 健康管理・金銭管理・買物・ コミュニケーション・火の不始末・ 他人への認識・言語理解等
					□	行動障害を起す要因、疾病、体調管理（例：水分補給、排便）、環境や支援者のかかわり等について、家族から情報を得ている。
					□	家族の認知症についての理解度や利用者の認知症に関する病気の受容が、どの程度できているかを確認している。
					□	利用者個人の尊厳の保持や介護負担の軽減という視点を持ち、今後さらに症状が悪化した場合の起こり得る生活障害について予測し、先の対応も含めて考えている。
					□	認知症について、利用者及び家族に対して、専門家受診や認知症を支える家族の会を紹介するなど、情報提供を行っている。
					□	アセスメントの段階で、利用者・家族がそれぞれどのような思いを抱えているのかを理解しようと努めている。

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

	事　実	現　在	要　因	改善／維持
□	認知症状	□ 支障なし □ 支障あり		□ 改 善 □ 維 持 □ 悪 化

解説・説明

○ アセスメントの段階で、まずは、利用者本人の戸惑いや不安を理解することが重要です。

○ ＡＤＬ（日常生活動作）やＩＡＤＬ（日常生活関連動作）も、物忘れや認知症の症状がはじまることにより、より困難さが生まれます。
やったことを忘れる、やろうとしたことを忘れるだけでなく、やり方がわからない・考えがまとまらない・言葉が出てこない、伝えたいことが伝えられない・その症状は様々なところに影響を及ぼします。
また、関わる家族や支援者の対応によっては、イライラしたり、猜疑的になったり、頑固になったりと、人との関係にひずみが生じていくことが多くあります。

○ 物忘れや認知症による「失敗の数々」は、介護者にとっては「受け入れがたいこと」であり、まずは「そんなはずはない」と否定をすることから始まります。
やがて、「しっかりしてほしい」「どうしてよいかわからない」という焦りや不安から、対応として叱責・体罰などを繰り返してしまうことがあります。
なかなか専門医に見せることもなく、何とかできる範囲で世話を行おう、と思うのですが、やがて、無視・放置などの虐待的な兆候が現れてくる家族もあります。

○ 多くの家族は、認知症についての理解が薄く、対応の仕方がわからないまま、強い介護のストレスを感じながら世話をしていることが多いと言われています。
したがって、利用者の体や心におきている様々な変化について、家族への理解を促すことと同時に、家族の介護負担を軽減する方法も考える必要があります。

○ 物忘れ外来や認知症の専門病院等の早期受診をすすめたり、認知症家族の会を紹介するなど、地域の情報提供も必要になります。

○ 認知症の初期であれば、本人が困っていること（例：調理、洗濯、掃除、金銭管理、服薬管理等）や、その気持ち（例：不安、悲しみ、落ち込み、いらつき、腹立ち等）を打ち明けてくれる場合があります。
ただし、無理な情報収集を行うことがないように配慮しましょう。

○ 認知症の進行に伴う利用者・家族の変化（困っていること…例：排泄、移動、入浴、食事等、その時の気持ち…例：落胆、怒り等、反応…例：とまどい、悲しみ、叫ぶ、殴りかかる等）に注意します。

○ 利用者・家族が、どのような思いを抱えているかについて、相談援助識者として、きちんと向き合うことが必要です。

アセスメント確認シート：課題分析(ｱｾｽﾒﾝﾄ)に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）		質　　問	ﾁｪｯｸ	確　認　ポ　イ　ン　ト
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	ス	**<コミュニケーション>** 友人や家族、地域の方とどのようにコミュニケーションをとっているか確認しましたか？	□	コミュニケーションが円滑に図れない要因を機能的・気質的・環境的な側面から把握し、アセスメントを行っている。
					□	負担のないコミュニケーション手段の方法等を、アセスメントを通して利用者及び家族とともに考えるように努めた。
					□	必要に応じて専門家等の意見を聞くなどして、アセスメントに活かす視点をもっている（例：口腔機能に問題→歯科医師、歯科衛生士等）。

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

	事　実	現　在	要　因	改善／維持
□	コミュニケーション能力	□ 支障なし □ 支障あり		□ 改 善 □ 維 持 □ 悪 化

解説・説明

○ コミュニケーションを困難にする背景には、機能的な問題（聴覚・視覚・言語・伝達・移動能力等）と気質的な問題（認知症を含む精神症状・極端な性格等）や環境的な問題（外出しにくい環境・家族・友人・近隣との軋轢等）が関係します。
そうした背景に、コミュニケーションの障害を招く要因がないかを確認しておく必要があります。

○ 特定の人に対する強いこだわりや対人関係に関する恐怖心、強迫神経症等にて戸締りやガス栓の閉め忘れが気になり、外出ができない、そのために他者とのコミュニケーションがとりにくいなど、精神疾患や極端な性格等によりコミュニケーションに弊害のある場合があります。
どのような関わり方なら負担が少なくて済むのかなど、情報を多角的に得ることが必要です。

○ コミュニケーション能力の障害に対して、家族等が、どのように協力しているか（例：代読、代筆、代弁）、また、どのように協力できるかを把握しておくことも大切です。

○ 子供等と同居するために、新しい土地（川崎市）に転入した場合などは、言葉（方言）の壁により、コミュニケーションが消極的になっている場合などもあります。

○ 利用者によっては、耳が遠い等で、コミュニケーションが困難であったり、消極的になっている場合があります。

アセスメント確認シート：課題分析(ｱｾｽﾒﾝﾄ)に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）		質　問	チェック	確　認　ポ　イ　ン　ト
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	セ	**＜社会参加＞** 利用者の友人や家族、地域の方とのかかわり方は良好ですか？また最近変化したこと（例：家族、友人の入院･入所、他界等）はありませんか？ 利用者が自ら進んで行っている活動や趣味などはありますか？	□	介護サービスを利用する以前の生活において利用者は地域でどのような活動を行っていたかを把握している。
					□	以前は行っていたが、現在は､あきらめてしまっていることや状態が改善されれば、またやってみたいと思えることがあるかなどの意向を把握している。
					□	家族や友人の他界、入院、入所、引越し、ペットの死など、環境の変化があったかどうかを把握している。
					□	利用者は、友人や家族、地域の方々と、どのような関わりを今も維持しているかを把握している。
					□	男性の場合は、定年前の社会との関わりを中心として「職縁」（同僚、職能集団等）を通じたものが多いが、趣味や地域活動を通じた関係などの有無を把握している。
					□	女性の場合は、地域との関わりも長く広い場合も多いので、町内会、趣味サークル等の内容、役割、時期などを把握している。

	考　え　方
目的	○ 社会的活動（例：町内会、老人会、趣味、サークル等）にこれまでどのような関わり方（例：時期、頻度、役職等）をし、今現在はどのような状況なのか、本人の意向を含めて把握しているかを確認します。
解説・説明	○ 利用者の、社会（地域）との関わりを聞くことは、とても大切なことですが、聞き取り方によっては、利用者・家族に不快感を与えることもあります。 なぜ、聞く必要があるのか、しっかりと、その目的を伝えて理解してもらうことが大切です。 ○ 社会とのかかわりには、本人の人生の歩みが投影されています。 ここ数年のことだけではなく、青年期・中年期・老年期についても把握することが重要です。 ○ 男性・女性により、地域との関わり方が違うことを理解します。

事　実		現　在	要　因	改善／維持
□	社会との関わり	□ 支障なし □ 支障あり		□ 改 善 □ 維 持 □ 悪 化

解説・説明	○ 地域差はありますが、地域には町内会や老人会、地域婦人会、地域ボランティア（町内美化、防犯、子育て、友愛訪問等）、施設ボランティア（高齢、障害等）、趣味、サークルなどがあり、それが本人の生きがいや人生のリハビリになっている場合もあります。 高齢者が地域の役割を担うことで「感謝される」こともあり、そのことを通じて生きがいと自己肯定感を抱くことができます。 ○ 要介護度が軽度で移動面においても、押し車や杖をついて地域に出向くことが可能な場合など、介護支援専門員が、きっかけづくりを行うなどの視点を持つことも大切です。 ○ 要介護状態が中重度の場合や症状の悪化等により、入院・入所等を経験すると、地域や家族内での役割を担うことも難しくなり、人間関係や本人の心理面（自己肯定感の低下）にも影響が現れてくることも多々あります。 家族や友人の他界、さらにはペットの死などは、喪失感を招き、うつ傾向になるなど、意欲が低下していくこともあることに注意が必要です。 ○ 中途で障害を持った場合など、障害の受容ができないために、今の姿を見られたくないという想いから、友人や近隣・地域との関係等を遮断してしまうことがあります。 障害受容における過程を把握しながら、徐々に元の交友関係や近隣との関係を再開できるように、家族や友人等の支えを視点におくことも必要です。 ○ 中重度で地域の活動には参加が難しい場合、通所系サービス等を利用することにより、孤独感や孤立感の軽減につながる場合があることも再確認することが必要です。

アセスメント確認シート：課題分析(ｱｾｽﾒﾝﾄ)に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）		質　問	チェック	確認ポイント
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	ソ	**＜排泄＞** 利用者の排泄に関しての意向や困っているところは何ですか？またその原因や背景を把握していますか？	□	排泄に関する意向や困り事について確認し、その原因や背景を把握している。
					□	尿漏れや失禁の頻度や、どういった場面で起こるかなどについて把握している。
					□	尿漏れや失禁に対して、利用者及び家族が工夫していること（失禁用パンツの着用やパットの利用・失禁体操の実施など）を把握している。
					□	排泄に関するＡＤＬの状況（下肢筋力・ふらつき・握力「手すり」・つかまり立ちの持続時間「秒」等）を把握し、介護力等に合わせた排泄の方法を２４時間の時間軸で把握ができている。（トイレ・ポータブルトイレ・リハビリパンツ・尿とりパット・おむつ・手すりや洋式トイレ等に変える等の環境整備等を含む）
					□	排泄物の後始末等に関することや衣類の着脱（脱ぎ着しやすい下着やズボン）に関することを把握している。
					□	利用者の排尿・排便に関して、「維持・改善・向上への意向」が導き出せている。
					□	能力があるのに排泄が自立できていない場合「どうして排尿・排便が自力でできていないか」、その原因や背景を把握し、将来、どのようなことが困っていくのかを予知予見できている。

	考　え　方
目的	○ 排泄で困っていることについて、その原因や背景を把握しているか、また実際の２４時間の時間軸の生活において、どのような排泄（自立・尿とりパットの使用・ポータブルトイレ・和式トイレ・洋式トイレ・オムツ・リハビリパンツなど）方法をとっているか、またどの程度の介護が必要なのかを把握し、整理できているかを確認します。 ○ 排泄には、日常生活自立度や認知症高齢者の自立度、健康状態なども強く影響を及ぼします。 気持ちがあっても体がついていかないことや、体は元気でも精神面の衰えから排泄がうまくいかない場合など、他の関連項目（家族の介護力など）との関係性を把握しているかを確認します。
解説・説明	○ 排尿・排便は、利用者にとって、最も触れてもらいたくない部分ですが、とても大切です。 利用者には、その旨を伝えて、自尊心を傷つけないように配慮することが必要です。 ○ 排尿・排便の問題は、もっとも家族や他人の手を煩わせたくない事柄の１つです。 それだけ、排尿・排便コントロールは、利用者の尊厳に関わる（羞恥心を含む）大切な事柄であり、単に健康管理や治療面の問題だけではなく、在宅生活をおくる上においてとても重要なことです。 しかしながら、恥ずかしさ等の理由から、尿漏れや尿失禁・極端な便秘等があっても、医師の診察を受けずに過ごしたり、また、認知症等で排尿・排便の後始末ができずに利用者（家族）双方が混乱してしまうこともあります。 ○ 排尿・排便の行為の自立には、尿意や便意を感じ、トイレやポータブルトイレまで自力で移動して、しゃがむ・立ち上がる、衣類の上げ下ろし・排泄後の後始末等の複雑な動きが一人でできる能力が必要になります。 例えば、つい先日までは一人で排泄の行為ができていたとしても、足の筋力が低下したために、尿意を感じてからトイレに行くまで間に合わずに失禁してしまうこともあります。

	事　実	現　在	要　因	改善／維持
□	排尿／排便	□ 支障なし □ 支障あり		□ 改 善 □ 維 持 □ 悪 化

解説・説明

○ 車いすの生活においても、利用者が手すりに掴まって数秒、立位保持ができれば、排泄の介助を行ってくれる人がいると、ポータブルトイレやトイレで自然に用を足すことができるので、安易にオムツを装着しないで済む場合も多々あります。

○ 排泄と一言に言っても、様々な情報（ＡＤＬ・本人の意欲・食事量や水分摂取量・下剤との関係、介助者の健康や排泄に対する意識・住環境等）をもとに、アセスメントを行うことが必要になります。

○ 頻回に排尿の介助をお願いすることに気兼ねを感じた場合、水分を控えることで介助の回数を減らそうとする高齢者もいます。
そうした結果、脱水状態を誘発することにつながることもありますので、水分摂取量に注意します。

○ 家族が、介護負担軽減のためにオムツを使用させ、利用者の尊厳を傷つけている場合もあります。
利用者の状態に合わせて、夜間のポータブルトイレの使用やリハビリパンツ・尿とりパットの使用、また、夜間だけは紙おむつを使用する、尿漏れ等が頻回にある利用者等では、単なる加齢としてだけで捉えず、受診や失禁体操などの奨励、どれだけの知識や手法を利用者及び家族に伝えているかが重要です。

○ 排泄の関係では、食事の内容も影響することを改めて利用者や家族に伝えるなど、総合的なアセスメントが必要となります。

○ 能力があるのに排せつが自立できていない場合があります。
どうして「排尿・排便が自力でできていないのか」について、原因や背景を把握し、将来、どのようなことで困っていくのかを、予知予見します。

○ 直接の介助が必要ない場合、尿モレや時々失敗してしまうことなどについて、家族（同居の有無に関わらず）も把握していない場合が多いので、注意します。

アセスメント確認シート：課題分析(ｱｾｽﾒﾝﾄ)に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）
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

	質　問	チェック	確認ポイント
タ	**<じょく瘡の有無や皮膚の清潔状況>** じょく瘡の有無や皮膚の清潔状況を把握していますか？	□	じょく瘡の有無を把握している。
		□	皮膚の清潔状況を把握している。
		□	皮膚の状態、異常の有無を確認している（傷、湿疹、あざ等）。
		□	将来のじょく瘡発生の有無や発生の原因を予測している。

考え方	
目的	○ 利用者のじょく瘡の有無や皮膚の清潔状況を確認することで、利用者の身体状況や利用者をとりまくさまざまな環境要因を把握します。

事　実		現　在	要　因	改善／維持
□	じょく瘡・皮膚の問題	□ 支障なし □ 支障あり		□ 改 善 □ 維 持 □ 悪 化

解説・説明	○ 利用者の移動能力、活動性、尿失禁、栄養状態、ズレ、皮膚の状態（傷つきやすさ、皮膚疾患、薄い）、発熱、入浴などを確認し、じょく瘡発生の予測を行うことが大切です。 ○ じょく瘡の発生は、家族の介護力に寄るところも大きいことから、退院時等には、おのおのの家庭の状況に合わせた家族指導等も必要になる場合もあります。 ○ 夜間の介護者の安眠確保は、在宅生活を継続させるための重要な要素です。 そのために、除圧用具を活用することも有用ですので、日頃から福祉用具に関する情報を収集して、活用を図れるようにすることが大切です。

アセスメント確認シート：課題分析(ｱｾｽﾒﾝﾄ)に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）
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

	質　問	チェック	確　認　ポ　イ　ン　ト
チ	**＜食事・口腔＞** 食事や口腔の状態について、何か気になる点はありましたか？	□	食事を食べるうえでの困り事について、その原因や背景について把握している。 （入れ歯が合っていない、固いものが食べられない・唾液の分泌量が減って、カステラやパンなど、ぱさつくものが食べられない・嚥下障害があり、刻み食や流動食・経管栄養等にて食事を摂取している・糖尿病や腎臓病等にて制限食を食べているなど）
		□	食事に関する過度の要求があるなど、家族が抱く困りごとを把握している。 （認知症等にて再三の食事の要求・異食・偏食・小食等、好き嫌いが多く、献立に困る等のストレスを家族が抱えているなど）
		□	調理形態や味付け等の工夫が必要等、介護者のストレスになっている事柄を把握している。
		□	専門家に相談したほうがよいだろうと思われるものについては、受診の勧奨等必要に応じて行うなどの視点を持っている。
		□	食事時の食べ方や、日ごろ利用者は誰と食事を共にしているかなどの情報についても把握している。
		□	誰が、どのように食事介助にかかわっているかを具体的に把握している。
		□	日中独居の状態ではどうしているか把握している。

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

	事　実	現　在	要　因	改善／維持
□	□腔衛生	□ 支障なし □ 支障あり		□ 改 善 □ 維 持 □ 悪 化
□	食事内容	□ 支障なし □ 支障あり		□ 改 善 □ 維 持 □ 悪 化
□	食事摂取	□ 支障なし □ 支障あり		□ 改 善 □ 維 持 □ 悪 化

解説・説明

○ 食事は、栄養面だけでなく、一日３回ある生活のリズムであり、「楽しみ」でもあります。
大好きな献立や好物があることで、生活の「ハリ」となります。
食事は、身体と心の健康と体力を維持し、日々の生活への励みを生み出します。
また、誰とどのように食べるのか（例：家族団らん、孤食等）でも異なってきます。

○ 歯や口腔内が食事に耐えられない状況や、他には嚥下障害などがあると、普通に食べたいと利用者が考えていても、誤嚥性肺炎等の危険があるために、流動食等を余儀なくされることもあります。
体力・気力の落ち込み、味覚障害などが顕著な状態では、食事摂取が苦痛と感じることや、面倒だと思うことにもつながります。
物忘れや認知症が進むと、再三の食事の要求、異食、食べ過ぎ、偏食等の問題が生じ、介護者のストレスも高まります。

○ 食事での困り事が「準備～調理～盛付～配膳～下膳」の範囲だけでなく、介護者が調理する食事形態や介助の方法の未熟さからくる「食べづらさ」、また食事をどこでとるかの環境面（例：居間、食堂、ベッド等）についても、ＡＤＬの状況も踏まえてアセスメントするようにします。

○ 口腔に関しては、一番後回しのチェックになりがちです。口腔の状態と嚥下機能の低下とは密接な関係があり、見逃してしまうと誤嚥性肺炎などを引き起こす原因にもつながります。
口臭などが原因で、家族や友人などから指摘されたり、敬遠されるなど、コミュニケーションの悪化や社会参加への気後れなどにも繋がる場合があります。

○ 誰が、どのように食事介助に関わっているかを具体的に把握します。
日中独居の状態では、どうしているかも確認します。

○ 老老介護の場合、介護者の健康状態、炊事の段取り（特に男性）と、今後、支障が出ることを予知予見することも大切です。

アセスメント確認シート：課題分析(ｱｾｽﾒﾝﾄ)に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）		質　　問	チェック	確　認　ポ　イ　ン　ト
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	ツ	**＜行動障害（ＢＰＳＤ）＞** 利用者が周囲を戸惑わせたり、介護者が負担に思っている行為は起こっていませんか？	□	誰が（家族、近隣、専門職）行動障害と感じているのか把握している。
					□	具体的な行動障害を、いつ、どのように起こしているのか把握している。 （例）暴言：喚く、怒鳴る、ののしる、叫ぶ等 暴行：叩く、殴る、ける等 徘徊：時間帯、きっかけ、エリア等 介護の抵抗：食事、入浴、排泄、移動、着替え等 収集癖：廃棄家具、ゴミ、新聞等 火の不始末：調理、暖房、タバコ等 不潔行為：弄便、唾かけ等 異食行動：石鹸等
					□	家族がどのように対応しているか（説得、会話、無視、放棄等）、近隣の対応（声がけ、無視等）はどのようになっているか把握している。
					□	家族の不安（身体の危険、虐待の可能性等）近隣の不安（暴行、暴言、徘徊失火、虐待等）について把握している。
					□	今後の症状の進行により、どのような事態が予知予見できるかを確認している。
					□	家族や周囲の支援者に、「認知症」や「精神疾患」に対して正しい知識と対応を伝達している。

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

事　実		現　在	要　因	改善／維持
□	行動・心理症状 (BPSD)	□ 支障なし □ 支障あり		□ 改 善 □ 維 持 □ 悪 化

解説・説明	○ 利用者の行動障害（ＢＰＳＤ）のあらわれ方は多様です。 本人のこれまでの生活歴や性格、価値観、こだわりが影響するだけでなく、認知症のレベルごとに生じる行動障害や精神的疾患（例：老人性うつ症）からくる行動障害もあります。 また、日内での体調の変化や気分の変化も影響しますし、対応する人々の様子（表情・声のトーン・強い制止等）も、行動障害には影響を及ぼします。 ○ これらの行動障害の背景には、家族が抱えてきた「家族間の歪み」なども影響し、複雑な様相をともない噴出します。 また、家族の対応の延長線上にやむにやまれぬ「虐待的状況」が生じる危険性があり、利用者支援だけでなく、精神的に追い詰められた介護者のストレスマネジメントに留意することも大切です。 ○ 行動障害が、家族にとって耐え難いものである場合、医療的対応等も考慮するなども、時には必要となることがあります。 ○ 家族等に対して、「問題行動・行動障害」という直接的な表現を用いるのは控えましょう。 ○ タイミング、時間帯、きっかけ、特徴的な行動・言動などを把握します。 ○ 家族や周囲の支援者が、どれだけ「認知症」や「精神疾患」に対する理解があるかによって、対応も異なります。 正しい知識と対応について、きちんと伝達することが大切です。

アセスメント確認シート：課題分析(ｱｾｽﾒﾝﾄ)に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）		質　問	チェック	確認ポイント
21	介護力①	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	テ	**＜家族の心身の状況＞** 家族の方の心身の状況は把握していますか？ 特にどなたか心配な方はいらっしゃいますか？	□	主たる介護者（夫、妻、息子、娘、親等）の心身状況、健康状態（腰痛、膝痛、肩こり、便秘、うつ・不眠・食欲低下等）を把握している。
					□	介護者のストレス（イライラ、落ち込む、眠れない、意欲低下、利用者に対する暴言等）を把握している。
					□	介護者の介護の状況 介護の分担：移動、入浴、排泄、食事、家事・余暇・通院・内服薬の管理等 介護技術　：利用者に安心・安楽な介護ができる・できない等 家事力　　：炊事・調理・掃除・洗濯・買物等の家事能力 を把握している。
					□	介護者の通院の有無（通院状況、禁止されている行為）を把握している。

考　え　方	
目的	○ 家族の「介護の知識や家事・介護力」の程度や、介護に関わる家族の「心身の疲れや健康状態」を把握し、整理ができているかを確認します。 ○ 同居・近距離家族に関わらず、主たる介護者やキーパーソンの有無、介護に関わる家族の人数を把握し、整理できているかを確認します。

	事　実	現　在	要　因	改善／維持
□	介護力 （家族関係含む） ＝心身の状況	□ 支障なし □ 支障あり		□ 改 善 □ 維 持 □ 悪 化

解説・説明

○ 介護保険は、利用者の「主訴」すべてに対応できるものではありません。
利用者（家族）の自立を支援すること、ＡＤＬ・ＩＡＤＬの「生活上の手間」への支援を目的とします。
介護保険は、家族介護を社会的に支援することをめざしており、家族ができることや家族だからこそできる「心の支え」までフォローできるものではありません。

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

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

○ 在宅介護を担っている家族の中には、在宅を希望する利用者の意思に寄り添うことを大切に、日々過ごしている家族もあれば、周囲のしがらみ等で仕方なく介護している家族等様々です。
介護支援専門員自身の介護家族の価値観を強要したり、もしくは誘導するような対応の無いように留意することが大切です。

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

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

アセスメント確認シート：課題分析(ｱｾｽﾒﾝﾄ)に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）		質　問	ﾁｪｯｸ	確　認　ポ　イ　ン　ト
21	介護力②	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	ト	**<家族の介護力>** 家族の方の介護に対する思いをどのように捉えましたか？ 家族の方が話した言葉で印象に残った言葉はありましたか？	□	主たる介護者（夫、妻、息子、娘、親等）の心身状況や介護に対する意向などを踏まえ、介護力を把握している。
					□	近距離家族（息子、娘、親、孫等）や遠距離家族（息子、娘、親、孫等）などの介護力を把握している。
					□	介護ストレス（イライラ、落ち込む、眠れない、食欲低下等）の状況を把握している。
					□	主たる介護者も含めた家族の介護力や家事力社会的な立場等（就労の状況等）のレベルを把握している。
					□	「介護への姿勢」を家族の言動だけでなく、実際のかかわり方の度合い（時間帯、役割、頻度等）を、具体的に把握している。

考　え　方	
目的	○ 家族（同居・近隣・遠距離含めて）がどのような姿勢（態度）で介護に向き合っているか、介護に対してどのような意向を持っているかを把握し、整理できているか確認します。 ○ 家族が後ろ向き（消極的）なために起こっている状態、また将来に起こりそうな状態を予知予見できているかどうかを確認します。

	事　実	現　在	要　因	改善／維持
□	介護力 ＝家族	□ 支障なし □ 支障あり		□ 改 善 □ 維 持 □ 悪 化

解説・説明	○ 家族といっても、誰もがいつも「前向き」に介護できているわけではありません。 家族（夫婦）には「歴史」があります。 家族自身の生活（健康状態や経済状況、価値観等）や近隣との関係・しがらみなどの影響を受けながら、介護しているのが現状です。 ○ 仕事のストレスや介護そのものの体力的なしんどさ、介護者の精神的疾患や介護疲れから意欲や気力を失っている場合もあります。 とくに、経済的な負担や将来への不安や絶望（例：認知症や医療的ケアが多い場合）は、介護への意欲を削ぎ、投げやりな態度や極端な手抜きを生みだす場合もあります。 ○ 利用者主体のケアを行うためにも、時には家族に重点をおいた支援の方策を練ることで、家族の力がまた大きくなり、利用者への支援に還元されるという取り組みも、状況に応じては必要なこともあります。 ○ 介護への「向き合う姿勢」をあらかじめ把握しておくことで、「声かけ」の頻度や内容、モニタリング時のアセスメントの中味を考える事ができます。 介護の燃え尽きや虐待的状況を未然に防ぐ、「予防効果」も期待されます。 ○ 家族が、介護に前向きになれる時とともに、後ろ向きになってしまう時にも、その原因やきっかけ、その乗り越え方などを介護者から聞くことも大切です。 「つらさ」に共感する姿勢が必要です。 ○ 同居、近距離にかかわらず、家族それぞれが、どのような「介護への意欲」を持っているかを把握します。 ○ 介護者は、病気に対する知識や家族技術を得るための時間的・気分的な余裕がない場合があります。 そのような不安や体力意的な負担、ストレスを生んでいる状況を把握することが必要です。 そのため、「介護者教室」や、「介護者家族の会」「認知症家族の会」等を紹介することも重要です。

アセスメント確認シート：課題分析(ｱｾｽﾒﾝﾄ)に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）		質　　問	チェック	確　認　ポ　イ　ン　ト
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目	ナ	**＜居住環境＞** 在宅生活を続ける居住環境として、気がかりな点はありませんか？ 利用者・家族の意向はどうですか？	□	室内の動線確認（家具など障害になるもの、活かせるもの）
					□	室内の環境の微調整（ものの配置を変えることでできることを増やす視点）
					□	段差の解消（玄関、階段、敷居等）
					□	移動能力に応じた工夫（廊下、階段等）
					□	安心できる入浴動作の確保（脱衣室、浴室、浴槽等）
					□	安定した排泄動作の確保（トイレ、廊下、手すり等）
					□	寝室の工夫（ベッド、空間、閉じこもり、臭い等）
					□	台所の工夫（調理、洗い、片付け等）
					□	買物の工夫（道路の距離・傾斜・幅等と移動能力の関連）
					□	先々の機能低下まで視野にいれたアセスメントができている。

考　え　方	
目的	○ 利用者が、より自立した生活を送り、機能の維持向上や介護者の負担軽減のために、住環境の上で工夫出来る点がないか、将来の利用者自身の心身状況や家族介護者の生活を踏まえて、自らの判断のみならず、関係機関や関係者にも相談しながら検討されたか確認します。
解説・説明	○ 要介護度や障害の特性によって、住宅改修や福祉用具の選定に関する視点は異なってきます。 居住環境には、家屋内の「居住空間」や家の周囲を含めた「近隣の環境」等も考慮します。 屋内では玄関や敷居の段差、トイレ・台所などの空間、ベッドを持ち込む部屋面積、炊事がしやすいキッチンなどが、要介護状態となった本人や高齢の家族にとって使い勝手がよいかどうかが、自立した生活や負担の少ない介護に深く関わってきます。 利用者自身のＡＤＬを評価したときに室内の細かな環境を整備するだけで、できることがたくさん増えていくこともあります。 ○ 自らの判断のみならず、病院関係者（理学療法士・作業療法士・看護師等）や訪問介護・通所系スタッフ等の意見も伺いながら、アセスメントに活かす視点が大切になります。

事　実		現　在	要　因	改善／維持
□	居住環境	□ 支障なし □ 支障あり		□ 改 善 □ 維 持 □ 悪 化

解説・説明

○ 「在宅生活」とは寝室や居間での生活ではなく、「住み慣れた地域での暮らし」を総合的にとらえたものです。
地域で続けてきた自立した暮らしぶりは、現在でなく以前の元気だった頃の暮らしを聞くことで把握することができ、そのアセスメントの流れの中で、望む暮らしや取り戻したい生活や習慣を「課題」や「目標」にすることができます。

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

○ 住宅改修を行う場合、介護支援専門員は、「住宅改修が必要な理由書」を作成します。
2006年度の介護保険制度の見直しによって、住宅改修においては事前申請制が導入され、「理由書」が必要となりましたが、この書類は、単に給付を受けるための書類ではなく、住宅改修のアセスメントツールとしての役割と、改修後のモニタリングシートの役割を併せ持っています。
介護支援専門員は、現在の状況改善はもとより、長期的な目標も視野に検討を行うとともに、必要に応じて専門職の意見を求めるなど、自立支援に資する住宅改修を行うことが必要です。

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

○ 敷居のわずかな段差であっても、足腰の機能低下により「つまずき」の原因になります。
将来的な機能低下まで視野に入れたアセスメントが必要です。
（身体機能レベルにより、すべてのバリアをなくすことで、かえって機能低下をもたらす場合もあることにも注意します。）

アセスメント確認シート：課題分析(ｱｾｽﾒﾝﾄ)に関する項目

	標準項目名	項目の主な内容（例）		質　問	チェック	確認ポイント
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	ニ	**＜特別な状況＞**プランを作成する上で、特別に配慮したほうがよいと思われたことはありましたか？	□	本人の個別性
					□	家族の事情
					□	家計の事情
					□	近隣との関係
					□	介護者の事情
					□	家族の介護力
					□	認知症（本人・家族）
					□	精神疾患（本人・家族）
					□	終末期（病状認識を含む）
					□	虐待
					□	介護スタイル・こだわり
					□	宗教

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

	事　実	現　在	要　因	改善／維持
□				

解説・説明	○ 要介護１～５のどの状態であっても、本人の個別性（年齢、性差、性格、生活歴・価値観・疾患の種類と進行の度合い等）、家族の事情（家庭内不和、離婚、断絶等）、家計の事情（困窮、生活保護等）によって、援助方針における「支援の内容とポイント」は異なってきます。 介護者の事情（同居・近距離・遠距離介護、性差、介護力、介護への思い、疾患、判断能力等）も支援内容に大きく影響し、それらに応じて「特別に配慮するべきこと」が出てきます。 ○ たとえば要介護３の夫の認知症が進行し、妻が聴覚障害と下肢筋力の低下、物忘れが生じた場合には、会話、服薬管理、失火、消費者被害などにも配慮した支援方針と支援内容が必要となります。 このほかにも、虐待的状況やターミナル期、重度化、夫婦ともに要介護状態、精神疾患による近隣からの孤立などの、「特別な事情」を配慮しなければいけないケースは急増してきます。 ○ ケアプランは利用者個々への支援ですが、これらの状況を把握し、全体的な配慮がなされた支援方針と支援内容が明記されていることが大切です。 また、担当者会議等を通して、支援内容を提示し、他にも方法がないかを議論しあうことによって、支援者の共通理解がなされ、個別性と特別な事情に配慮したチームケアがめざせることにつながります。 ○ 本人や家族の「特別な事情」（例：虐待）をケアプランに記載できない場合には、ケアチームに対して居宅介護支援経過記録を使って情報共有をしていることが大切です。 ○ 虐待や精神疾患などによる困難事例、家族不和と介護放棄、消費者被害などの事例、また逆に、責任感の強さや世間・身内のしがらみに押しつぶされそうになりながら、限界を超えた介護を行っている場合などは、介護による共倒れも起こりうる可能性は高いものです。 このような「特別な事情」では、必要に応じてサービス担当者会議などへの誘いかけをすることが大切です。

アセスメント確認シート：その他基本事項

	質　問	チェック	確　認　ポ　イ　ン　ト
ヌ	**＜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？	□	利用者の自己選択・自己決定を尊重している。
		□	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。
		□	利用者の年齢、経歴、性差を意識した言葉づかい、態度などを行っている。
		□	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。
		□	現状への認識、望む暮らし（ＡＤＬ、ＩＡＤＬ、生きがい）を把握している。
		□	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	**＜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？	□	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。
		□	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。
		□	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。
		□	利用者の能力（可能性）を明らかにすることができた。
		□	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。
		□	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	○ アセスメントの過程において、利用者・介護者に、できないこと「不可能な要因」・できること「能力」、していること「行為・実践」、できそうなこと「可能性」、望む暮らし「目指すべき方向」、この視点で現状を認識してもらえたかを確認します。 ○ 介護する側の「可能性」（ＡＤＬへの介護、ＩＡＤＬの実践）と、さらに「実践してみようという意欲」（挑戦）や「できるようになる」ための知識、方法、心身機能の維持を認識してもらえたかを確認します。 ○ アセスメントを通じて、現在だけでなく、数ヶ月後から数年先まで見通した「本人・家族の暮らし方」への意向を尊重する「やりとり」ができているかを確認します。
解説・説明	○ アセスメントとは、利用者・介護者との協働作業です。 そのプロセスを通し、利用者・介護者が現在の暮らしの困り事や不安、戸惑いを振り返り、その原因を把握し、「望む暮らし」を主体的に描くために支援するのが、介護支援専門員の大切な役割です。 ○ そのためには、介護支援専門員は非審判的な態度で臨み、利用者及び家族の意思意向について把握し、「尊重」することが大切です。 ○ 排泄などに関わることは、本人にとっては家族にも知られたくないことでもあり、何気なく発した言葉や専門用語で、尊厳が著しく傷つけられる場合もあります。 生活歴や家族歴も、本人にとっては他に知られたくない、知られると家族関係上困る事も多く、慎重に対応することで、利用者及び家族の尊厳を保持することにつながります。 ○ 「なれなれしさ」と「親しさ」を混同し、言葉遣いによって利用者や家族の心を傷つけ、関係を壊してしまう場合があります。「どのように尊重しているか」を具体的に確認することが大切です。 ○ 生活の主役は「利用者」ですが、介護者も支援対象です。 援助する側の一方的な判断や思い込みは、利用者・家族の意向をないがしろにするものです。 また、利用者・家族の要求に従うことが尊重することではありません。 結果的に「言いなりプラン」となってしまい、これも「利用者本位」の誤った理解です。

目的	○ 介護支援専門員として、アセスメントを行う理由を理解し、その役割が十分果たせているかを確認します。
解説・説明	○ アセスメントとは、利用者についての生活状況を理解し、利用者が在宅生活を継続していく上で、どのような生活課題（ニーズ）があるのかを明らかにしていく大切なプロセスとなります。 ○ その時に必要な介護支援専門員の視点としては、利用者の潜在・残存能力（可能性）を含めた身体・心理状態、生活環境などの評価を通じて、利用者の現状をまず整理することです。 ○ 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。

アセスメント確認シート：その他基本事項

	質　　問	チェック	確　認　ポ　イ　ン　ト
ノ	＜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？	□	利用者
		□	同居家族
		□	それ以外の家族
		□	主治医
		□	医療機関のスタッフ（入・退院時等）
		□	サービス提供事業所
		□	行政（主治医意見書・認定調査票）
		□	地域包括支援センター等
		□	民生児童委員
		□	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）
		□	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。
		□	その他 ---------- ---------- ---------- ---------- ----------

考　え　方	
目的	○ アセスメントに必要な情報を、どのような関係者・関係機関から得ながら、アセスメントに活かすことができたかを確認します。
解説・説明	○ アセスメント表（課題分析表）を活用するだけでは、利用者の全てを理解することはできません。 課題分析表は、あくまでも最低限の情報として知っておかなくてはならないものに過ぎません。 そのため、利用者の状況をアセスメントの段階に応じて的確に把握するために、多方面からの情報は不可欠です。 ○ 面接等を通じて利用者や家族から情報を得る以外にも、他の医師等の専門家やサービス事業所など、幅広く情報収集することが重要になります。 ○ 情報を求める際には、どのような情報が必要なのか、その理由や根拠を明確にしておくことが必要です。 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て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。

［５］　確認シート

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「私達は」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、
各項目について確認したい方は、下記の表に吹き出しで記載されているページをご覧ください。
なお、各項目の記載要領については、Ｐ１６５～１６６をご確認ください。

第１表

作成年月日　　年　　月　　日

居宅サービス計画書（１）

Ｐ６２　No. ア，イ 参照

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
利用者及び家族の介護に対する意向	Ｐ６２　No. ウ 参照 Ｐ６４　No. エ 参照
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	Ｐ６４　No. オ 参照
生活援助中心型の算定理由	Ｐ６４　No. カ 参照 １. 一人暮らし　２. 家族等が障害、疾病等　３. その他（　　）

※計画書（１）の下段空欄部分には、利用者の確認（説明・同意・交付）欄を追加しましょう。

ケアプラン確認シート：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？	□	必要事項を記載している。
		□	利用者及び家族の意向を記載している。
		□	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。
		□	総合的な援助の方針を記載している。
		□	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」との間に関連性はありますか？	□	課題分析標準項目等を活用し、課題の抽出が出来ている。
		□	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。
		□	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。
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？	□	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。
		□	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。
		□	利用者や家族が発した言葉をそのまま書いている。
		□	利用者と家族の言葉を区別して書いている。
		□	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。
		□	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。
		□	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	○ 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	○ 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	○ 「課題（ニーズ）」と「利用者及び家族の生活に対する意向」との間に関連性があるかを振り返り、アセスメントが適切に行われていたかを確認します。
解説・説明	○ 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。 ○ 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等をもとに、利用者自身が持っている力や生活環境等の評価を行い、利用者が抱える問題点を明らかにすることが必要です。 ○ 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	○ 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	○ 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。

ケアプラン確認シート：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？	□	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。
		□	介護サービスを利用するためだけの課題抽出になっていない。
		□	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？	□	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。
		□	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。
		□	サービス担当者会議を開催している。
		□	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。
		□	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？	□	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。
		□	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。
		□	「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。
		□	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、起こっている生活についての困り事や、こうしてもらいたいという要望が中心に話されることがあります。 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し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）

居宅サービス計画書（２）について、全体を順に確認したい方は次ページ冒頭から、
各項目について確認したい方は、下記の表に吹き出しで記載されているページをご覧ください。
なお、各項目の記載要領については、Ｐ１６７をご確認ください。

作成年月日　　年　　月　　日

第２表

居宅サービス計画書（２）

利用者名　　殿

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標				援助内容					
	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間

Ｐ６８　No. ア、イ 参照
Ｐ７０　No. ウ、エ 参照

Ｐ７４　No. キ 参照

Ｐ７６　No. ケ 参照

Ｐ７６　No. ク 参照

Ｐ７２　No. オ 参照

Ｐ７４　No. カ 参照

※１「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。
※２「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

ケアプラン確認シート：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
ア	「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？	□	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。
		□	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。
		□	課題の中にサービスの種類を記載していない。
		□	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。
イ	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？	□	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。
		□	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。
		□	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。
		□	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。
		□	介護支援専門員が一方的に提案した課題になっていない。

考　　え　　方	
目的	○ それぞれの課題（ニーズ）が導き出された経緯（原因や背景）を振り返ることで、自立支援に向けた適切なアセスメントが行えていたかを確認します。
解説・説明	○ 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目指すのかということを、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というのではなく、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はなく、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。 **※課題整理総括表も活用して考えましょう！**
目的	○ 優先すべき課題（例：緊急である課題、医師等の専門職からの課題等、本人の動機づけとなる課題、改善の効果が見込まれる課題、悪循環を作り出す原因となっている課題）の整理が行えているかを確認します。
解説・説明	○ 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組むことも必要です。 ○ 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。

ケアプラン確認シート：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？	□	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。
		□	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る。
		□	利用者の取り組むべき課題が明確になっている。
		□	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。
		□	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。
		□	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。
		□	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。
		□	利用者の望む生活を実現する課題となっている。
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？	□	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る。
		□	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	○ アセスメントの結果を踏まえた内容であり、一定期間後に実際に達成できそうな課題をわかりやすい表現で記載しているかを確認します。
解説・説明	○ 生活全般の解決すべき課題を、利用者及び家族が、「自分達の課題（ニーズ）」として捉えられていることが重要です。 利用者及び家族が理解しやすいように、難しい専門用語を避けるようにします。 利用者自身が表現した「言葉」を引用することで、意欲が高まり、自分のニーズとして捉えることが出来るようになることもあります。 ○ 課題は、漠然としたまとめ方ではなく、利用者が主体的な取り組みを始めようと思えるような、わかりやすい記載の方法を心がけることが大切です。 ○ 病気や障害があっても、残された機能や能力で、できることはたくさんあります。 介護支援専門員が、積極的に利用者と一緒に、できることを見つけていく作業を丁寧に行うことで、徐々にネガティブだった利用者自身の気持ちに変化が現れ、次第に気持ちがポジティブに変わっていくことがあります。 その経過を大切にすることが、利用者・家族との信頼関係をさらに構築することに繋がります。 ○ 「安全・安楽に過ごす」等の、抽象的で誰にでも当てはまるような表現は、極力避けていきます。 利用者ごとに捉え方は違いますので、介護支援専門員は、アセスメント等を通して、専門職の視点として、その人にとってのニーズは何かをともに考え、具体的に表現することが大切です。 ○ 「ニーズ」の発生する原因や背景に眼をむけ、利用者・家族にとって、どのようにしていくのが最良なのかを、ともに考えていく姿勢を持つことが必要です。
目的	○ 利用者及び家族の「困りごと」に対して、原因や背景を十分に分析することなく、サービス提供のみを目的とした計画書を立てていないかを確認します。 ○ 困りごとの原因や背景に何があるのかを、一緒に探していく作業を通じ、利用者自身が求めている生活、大切にしたいものが何かを把握した上で、専門職として積極的な働きかけができているかを確認します。
解説・説明	○ 介護支援専門員の業務の柱は、利用者の「自立支援」にあります。 単に困りごとを聞いていたのでは、「自立支援」にはつながりにくいものです。 困りごとの事実・実態を把握した上で、どうしてそのような困りごとが生まれているのか、その原因や背景を利用者及び家族とともに探っていく作業が、「自立支援」には欠かせないものです。 ○ その過程で、一方的に介護支援専門員が気付いたことを伝えるのではなく、大切なことは利用者や家族に「どうしてこんなことが起きているのか？どうして今、このことに困っているのか？どうしたらその困りごとは解消・改善されるのか？」と考えてもらう時間を、意識的にとることも必要です。 ○ 人は他人から指摘・示唆された内容より、自ら気付いた事柄に対しては、主体的になれるものです。 利用者及び家族の言動・表情・声色・手振り・身振り等を観察しながら、語られた言葉だけに注視せず、表現されなかった内容については、言葉を引き出すきっかけを作るなどの工夫を行うことで、気づきを促せる場合があります。 ○ 介護支援専門員も業務に慣れない間は、時に利用者及び家族の「困りごと」に振り回されることもありますが、要望を単に受け止めることへのリスクの高さを説明することも必要です。 →例えば、長時間立っていることが辛いという理由で、家事全般を訪問介護で担って欲しいという要望があったとします。 長時間という時間がどの程度の時間をさしているのか？　痛みのコントロールの方法はないのか？ その状態は今後、治療や生活上の工夫により改善できるものなのか？ どの程度の家事ならできる範囲にあるのか？ など、十分なアセスメントを行わず、安易にサービスを提供することで、さらに活動量が減少して、介護度が悪化することにもつながる恐れがあります。 簡単に要望を受け止めることは、利用者が望む生活への到達時間を遅らせるだけではなく、到達そのものが難しくなる可能性を秘めているなど、リスクについて、説明することはとても大切です。 ○ 「困りごと」の原因や背景の状況分析ができているか、一側面だけを捉えていないか確認し、足りない場合は、課題分析標準項目に遡り、再アセスメントを行います。 ○ 介護支援専門員の個人的感情や価値観ではなく、客観的な根拠が必要です。

ケアプラン確認シート：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
オ	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？	□	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。
		□	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。
		□	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。
		□	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
		□	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）
		□	目標のわかりづらさ（抽象的、あいまい）はない。
		□	目標が、単なる努力目標になっていない。
		□	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。
		□	単にサービスの利用が目標になっていない。
		□	利用者自身も期間設定に参加している。
		□	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	○ 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るか確認します。
解説・説明	○ 「課題」とは利用者（家族）が解決したい事柄であり、自立支援にむけての最初の一歩になります。 「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を、利用者に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。

ケアプラン確認シート：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？	□	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書を立てる際の指標になっている。
		□	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。
		□	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。
		□	利用者自身も期間設定に参加している。
		□	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」の記載だけではなく、どのような点に注意するべきか、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？	□	短期目標達成に必要なサービス内容となっている。
		□	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）。
		□	家族を含むインフォーマルな支援の記載がある。
		□	利用者自身のセルフケアも記載がある。
		□	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。
		□	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	○ 長期目標を達成するための、具体的な活動（支援）の目標と期間の設定を行えているかを確認します。
解説・説明	○ 「短期目標」は、「長期目標」を達成するために段階的に計画する具体的な活動（支援）の目標となります。 短期目標の積み上げの先に、長期目標の達成があり、長期目標の達成が課題（ニーズ）の解決につながり、課題の解決の先に利用者の「望む生活」が見えてきます。 ○ 課題ごとに解決の要点を整理し、すぐに始められる「取り組み目標」として、的を絞った具体的な表記であることが大切です。 目標ごとに番号をふるなどして、整理をした目標設定になる場合もあります。 ○ 現在の状況を踏まえて、１～３ヶ月後には「まで改善したい」、１～３ヶ月間は「を取り組み、までできるようになる」など、利用者・家族にとって、具体的な達成目標や取り組み目標を設定します。 ○ 実際には、取り組みを始めたことで早期に短期目標を達成することもあり、その場合は目標の前倒しも出てきます。 また、設定が高すぎる、早急すぎるなどもわかってくるので、短期目標の内容や目標期間の変更は随時行うことになります。 ○ 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。
目的	○ 目標を達成するために必要な援助内容（サービス内容・種別・頻度・期間）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	○ 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、勘案するなども大切なことです。 ○ サービス提供事業所が作成する、それぞれのサービス計画書を立てるのに必要なサービス項目（送迎や食事等）や、加算の対象になっているサービス項目（入浴・個別リハビリ・栄養マネジメント等）についても、漏れなく記載ができていることも忘れてはなりません。 ○ 加算項目を記入する際には、その必要性について説明することが大切です。 サービス提供事業所から言われただけで、機械的に記載していないか確認が大切です。 ○ 利用者自身のセルフケアや家族の支援等インフォーマルな支援を含む場合は、実効性を適正にアセスメントし、無理や負担のないように留意します。

ケアプラン確認シート：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
ク	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？	□	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。
		□	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。
		□	特定のサービスによる偏りがない。
		□	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。
		□	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。
		□	サービス導入の目的が目標と合っている。
		□	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。
ケ	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？	□	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。
		□	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。
		□	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えて頻度を記入している。
		□	利用者及び家族の意向を考慮し、柔軟な対応が出来るよう、サービス導入にあたり、サービス提供事業所・者との連携を図っている。
		□	サービス導入後の変化を予測できている。
		□	サービス時間・曜日が、サービス提供事業所の都合を優先していない。
		□	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。
		□	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	○ 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	○ 「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、サービス提供事業所・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	○ 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	○ サービスの利用頻度と期間については、「短期目標の期間」と連動し、短期目標の達成に必要な回数と期間設定になっているかが大切です。 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、サービス事業所の変更の希望が出てくることがあります。 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はなく、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、サービス提供事業所との綿密な報告・連絡・相談が今後の信頼関係に大きく影響し、チームケアの意識向上に繋がります。 ○ 効果的な導入方法について、サービス提供事業所の専門的意見を聞くことも大切です。

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、
各項目について確認したい方は、下記の表に吹き出しで記載されているページをご覧ください。
なお、各項目の記載要領については、Ｐ１６７をご確認ください。

第３表

作成年月日　　年　　月　　日

週間サービス計画表

利用者名＿＿＿＿＿＿＿＿殿　　年　　月分より

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

Ｐ８０　No. ア，イ 参照
Ｐ８２　No. ウ 参照

週単位以外のサービス	

Ｐ８２　No. エ 参照

ケアプラン確認シート：第３表　週間サービス計画

	質　問	チェック	確　認　ポ　イ　ン　ト
ア	週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について、どのように考えていますか？	□	目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ない。
		□	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。
		□	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。
		□	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。
		□	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。
イ	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？	□	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。
		□	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。
		□	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。
		□	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	○ 介護保険サービスとインフォーマル、家族支援等のバランスがとれたケアプランになっているかどうかを確認し、週間サービス計画表をたてる意義について理解しているか確認します。
解説・説明	○ 第２表のサービスや内容が第３表を通して、計画書そのものの全体的なバランスを把握することができ、それぞれのサービスと利用者の生活における関連性が見えるものとなり、見落としや見誤りなどがな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。 ○ 週間サービス計画表は、介護サービス利用の時間を一週間単位で確認できるので、生活全般の過ごし方を具体的にイメージすることができます。 サービス提供者（例：ヘルパー等）も、曜日や時間帯ごとのサービス利用の状況を確認することにより、他のサービスとの役割分担と連携を認識することができるので、チームケアを行う上においても効果的です。 ○ 週間サービス計画表を作成する上においては、介護サービスの利用日と時間帯など利用者の希望や事情だけでなく、介護する家族の事情も影響します。 また、サービス提供事業所・者側の定員、送迎コース、受け入れ体制などもあり、すべて意向通りとならない場合もあります。 特に、利用初期の一～三ヶ月間はサービスに慣れない利用者（家族）とサービス提供事業所・者間の「調整」により、再三動くこともあります。 ○ 一週間のサービス「量」は、支給限度額や利用料の負担度も影響します。 「利用したい」が現実は減らさざるを得ないという事情もあれば、要望のみが先行し、「必要以上と思われるサービス」「支給限度額いっぱいのサービス」になっている場合もあります。 ○ 週単位以外のサービス（居宅療養管理指導や短期入所、福祉用具、医療や保健福祉サービス、地域の活動等）についても、記載しておくことが大切です。 ○ 週間サービスを、どのタイミング（心身の機能の改善・低下等）で見直すか意識すること、また、そのことを利用者・家族に伝えて置くことが大切です。
目的	○ 本人及び家族の日常の過ごし方を把握することで、利用者及び家族の生活全体を捉えることができ、情報収集やアセスメントの過程に課題が残っていないかを確認します。
解説・説明	○ 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案外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せない場合は、家族から情報収集します。 家族から「一日の過ごし方」を情報収集することにより、家族の関わりを作る効果も期待できます。 ○ 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。

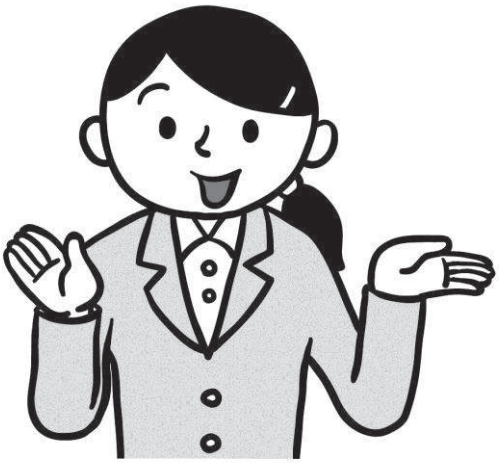
ケアプラン確認シート：第３表　週間サービス計画

	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？	□	利用者及び家族が行う役割やセルフケアについての記載ができている。
		□	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なっている。
		□	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？	□	「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タリー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	○ 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	○ 課題（ニーズ）を解決していくためには、介護保険のサービス利用に頼るのではなく、自分でできることや家族ができることなどを整理しておくことが必要です。 ○ サービス内容については、介護保険のサービス内容を記載するだけではなく、利用者及び家族が取り組むもの、遠方の家族や近隣、ボランティア等を含むインフォーマルな資源が担う役割等も記載しておくことで、家族を含めたチームが関わっているかを確認することができます。 ○ 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	○ 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	○ 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。

Q & A Vol.1・2

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。

厚生労働省が作成した「ケアプラン点検支援マニュアル」は、「ケアプラン」「アセスメント」の順番となっていますが、これは、最初に「ケアプラン」の点検を行った後、何故そのようなケアプランになったのかを、アセスメントの内容にあたることで振り返ることを想定しています。

【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点が必要になることは十分考えられます。

【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」のではありません。

（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でてきますが、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でてきます。

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、タイミングが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？』

確認を行な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てきます。
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も良いですか？

→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　１】　『課題整理総括表（１．５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「１．５表」は、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２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、活用してみましょう。

【問　２】　『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、項目の順番が異なっています。

【問　３】　『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ますし、得に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。

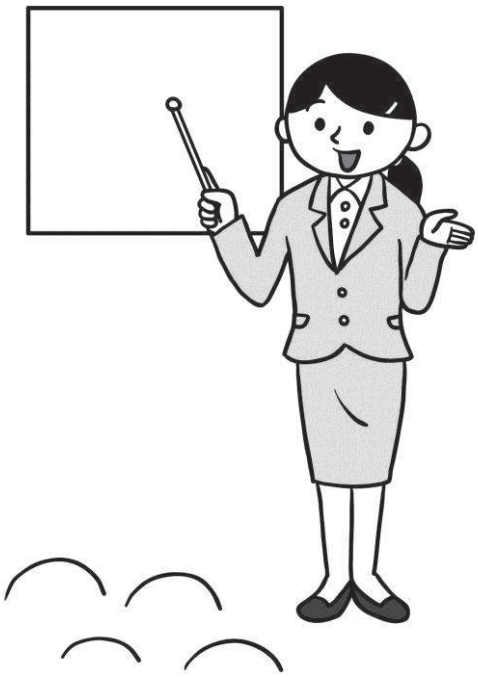
業務の流れと確認シートからの振り返りのポイント

ここでは、『ケアプラン確認シート』を中心にして、『インテーク確認シート』・『アセスメント確認シート』から抜粋した『確認ポイント』を、居宅介護支援業務の流れ（目安）に沿って振り返りができるように構成しました。

業務の流れは、あくまでも目安です。

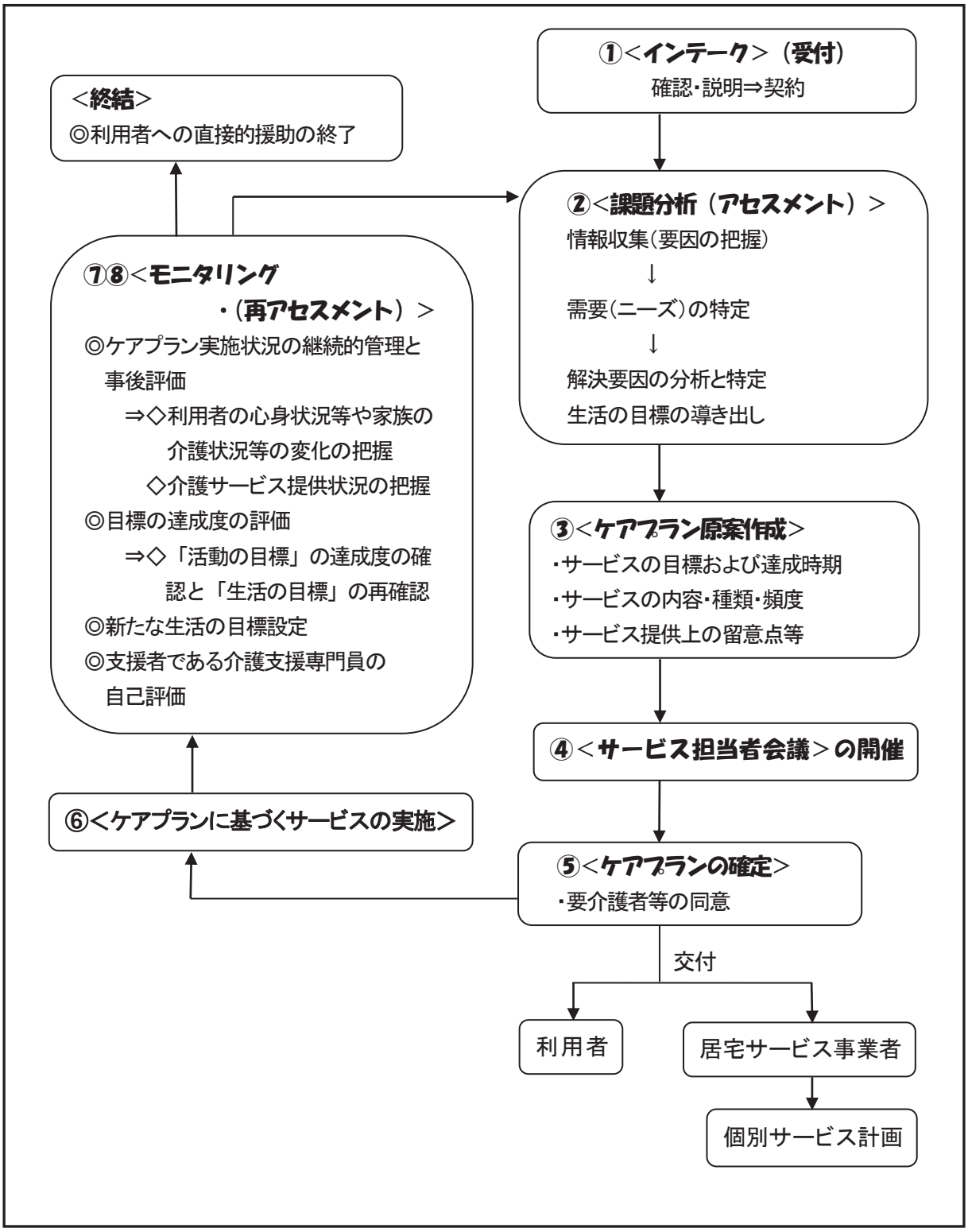
また、振り返りのポイントは、すべてを行わなくてはいけないわけではありません。

利用者や家族の状況に応じて、業務の流れや振り返りのポイントは変わってきます。



（イラスト：Ｐ★Ｇ）

ケアマネジメントのプロセス概念



引用：三訂　介護支援専門員実務研修テキスト
発行：財団法人長寿社会開発センター　　平成20年12月
（出典：三平隆『新　介護支援専門員必修テキスト』 医歯薬出版、2000 年を一部改正）

※業務として行ったことは、すべて第５表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名：　　記入年月日：　　年　　月　　日

ケアマネジメントプロセス	介護支援専門員の業務の流れ（目安）	ケアプラン確認マニュアルからの振返りのポイント 注）ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りのポイントも記載しています	関連項目掲載ページ
1.相談受付（インテーク）	**居宅介護支援利用申込み受付** ○事業所内で担当者を決定します。 ○利用者に連絡をして初回訪問の日程調整を行います。	【最初に次のことを確認しましょう】 □相談者・相談方法・相談の経緯 □受付日時・受付対応者・受付方法等 □利用者以外の方が相談者の場合、利用者が相談者になりえなかった理由や背景	 P18-イ P18-イ P18-イ
	初回訪問・契約締結 ○自己紹介（身分証の提示）と所属事業所について紹介します。	【信頼関係を築くために次のことに気をつけましょう】 □自分がどのような介護支援専門員か（所属・氏名・アピールポイントを含め）説明している。 □利用者・家族の話を傾聴し、受容的態度で接している。 □利用者の年齢、経歴、性差を意識した言葉づかい、態度などに配慮している。	 P12-ア P12-イ P54-ヌ
	○介護保険被保険者証情報の確認をします。	【利用者の被保険者情報等を確認しましょう】 □最新の介護保険被保険者証を確認している。 □要介護等認定区分（要支援１～要介護５）について説明している。 □認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がないか確認している。 □医療保険（原爆・特定疾患など）・生活保護・障害者手帳の有無など、介護保険法以外の確認をしている。	 P20-エ P12-ウ P20-エ P20-エ
	○制度等の説明をします。 ＊「こんにちは介護保険」や「高齢者福祉のしおり」等を使って介護保険制度やサービス利用、介護支援専門員の役割等について利用者・家族に分かりやすく説明をします。 ＊市単独サービスやできればインフォーマルサービスについても情報提供します。	【介護保険制度の説明を次のことを確認しながら実施しましょう】 □目的について □介護支援専門員の「機能」と「役割」について □ケアマネジメントの目的、構成要素、プロセスについて □（必要に応じて）介護保険外サービスについて ・川崎市単独サービス ・高齢者福祉サービス以外の公的なサービス（障害施策等） ・インフォーマルサービス	 P12-ウ P12-ウ P12-ウ P12-エ

※業務として行ったことは、すべて第５表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名：　　記入年月日：　　年　　月　　日

ケアマネジメントプロセス	介護支援専門員の業務の流れ（目安）	ケアプラン確認マニュアルからの振返りのポイント 注）ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りのポイントも記載しています	関連項目掲載ページ
1.相談受付（インテーク）	**（初回訪問・契約締結続き）**		
	○利用者・家族に契約の意向確認、契約を行います。 ＊契約の意向確認した上で、契約書及び重要事項説明書の説明を行います。 ＊個人情報保護について説明し、使用同意書に同意をもらいます。 ＊苦情相談窓口についての説明も行います。	**【所属事業所の運営方針について、次の項目を説明しましょう】** □運営規程の概要について □勤務体制について □秘密保持について □事故発生時の対応について □苦情処理の体制について	 P12-オ P12-オ P12-オ P12-オ P12-オ
	＊契約書と重要事項説明書はそれぞれ２部作成し、１部は利用者に渡し、１部は事業所に保管します。		
		□十分アセスメントを行うことなくサービスを提供することへのリスクについて、利用者及び家族に対して説明し理解を得ましょう。	P70-エ
	＊主治医の意見書等の閲覧請求について説明し、署名してもらいます。		
	＊居宅サービス計画作成依頼届出について説明し、介護支援専門員が区役所に提出する場合は、介護保険被保険者証も預かります。（事業所によっては被保険者証の預り証を交付する場合もあります。）		

業務の流れと振り返りポイント

※業務として行ったことは、すべて第５表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名：　　記入年月日：　　年　　月　　日

ケアマネジメントプロセス	介護支援専門員の業務の流れ（目安）	ケアプラン確認マニュアルからの振返りポイント 注）ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りのポイントも記載しています	関連項目掲載ページ
2.課題分析（アセスメント）	**情報収集** 〇利用者の基本情報、利用者や家族の意向を情報収集します。 ＊利用者や家族のできること・できないこと、やっていること・やっていないこと等「課題分析標準項目」に則ってアセスメントしていきます。 ＊情報収集は、訪問したときの状況により一度でできないこともあり、何度かに渡って行われることもあります。 ＊1 回の面接は、利用者の負担にならないような時間（1 時間程度）で終わらせましょう。 ＊利用者本人・家族それぞれから聞き取りましょう。 ★「アセスメント確認シート」の ADL 以降は、事実・現在・要因・改善/維持のチェックができるようになっているので、「課題整理総括表」作成に活かすことができます。 ⇒「アセスメント確認シート」P28～P53	【初回面接前にもう一度確認しましょう】 □相談者、相談方法、相談の経緯について明確にしている。 □「課題分析標準項目」の内容について理解・整理できている。 【次のことに配慮しながら情報収集しましょう】 □アセスメントを行う理由を説明し、利用者・家族に理解してもらう。 □介護支援専門員として個人的な価値観を持ち込まない。 □主観的事実と客観的事実の両方を押さえる。 □「困っていること」のみでなく、利用者の潜在・残存能力（可能性）にも視点を置く。 □利用者・家族に対し不快や不信感を与えることなく、聞き取る。 □必要に応じて利用者・家族以外の関係者から情報収集する。 【利用者・家族の主訴について次のことを確認しましょう】 □利用者の困りごとや希望、家族の困りごとや希望を整理して確認 □利用者・家族が表現したありのままの言葉を具体的に把握 □主訴の背景になっている家族の介護に対する思い（関われる度合い、負担感なども含む） □サービスを利用することで利用者・家族がどのような生活を送りたいと考えているか。 【課題分析標準項目に沿って情報収集しましょう】 ⇒　詳細はケアプラン確認マニュアル P17～P57　「アセスメント確認シート」	P18-イ P18-ア P17（一覧）～P53 P54-ネ P18-ア P54-ネ P54-ネ P20-ウ P18-ア P22-キ P22-キ P48-ト P62-ウ P22-キ

※業務として行ったことは、すべて第５表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名：　　記入年月日：　　年　　月　　日

ケアマネジメントプロセス	介護支援専門員の業務の流れ（目安）	ケアプラン確認マニュアルからの振返りポイント 注）ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りのポイントも記載しています	関連項目掲載ページ
2.課題分析（アセスメント）	**（情報収集続き）**	【次のことについても情報収集しましょう】 □利用者が生活してきた中で大切にしてきたものやエピソード、価値観、趣味、得意なことや苦手なことなど、その人らしさを象徴する情報 □地域や友人等のインフォーマル資源の関わり □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（居宅介護支援経過表）に記載しましょう。	P20-ウ P36-セ P62-ウ
	初回訪問後の事務作業 ○「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」、「介護保険被保険者証」、「川崎市介護保険制度における閲覧等請求書」を区へ提出します。 ○数日後に閲覧請求した認定調査票や主治医意見書を区へ受け取りに行きます。 ＊介護支援専門員登録証・雇用関係証明書を提示します。		
	○担当ケアマネジャーになったことを主治医へ報告します。 〈参考書式〉 川崎市介護支援専門員連絡会作成『ケアマネジャーから主治医への連絡表』 ※『2003.02 ケアマネジャーのための医師との連携【Q&A】』は川崎市介護支援専門員連絡会ホームページよりダウンロードすることができます。	【医療情報を収集しましょう】 □主治医へ連絡を取ることについては事前に本人・家族に了解を得る。 □主治医に連絡をとる時は、聞きたい内容を事前に整理しておき簡潔に質問する。 □疾患が及ぼすリスクや予後について直接主治医から聞く。 □主治医意見書や認定調査票の記載内容 【主治医との連絡方法については、『2003.02 ケアマネジャーのための医師との連携【Q&A】』　を参照しましょう】	P26-コ P22-カ
	○後日新たに交付された介護保険被保険者証が届いているかどうか利用者または家族に確認します。		

業務の流れと振り返りポイント

※業務として行ったことは、すべて第５表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名：　　記入年月日：　　年　　月　　日

ケアマネジメントプロセス	介護支援専門員の業務の流れ（目安）	ケアプラン確認マニュアルからの振返りポイント 注）ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りのポイントも記載しています	関連項目掲載ページ
2.課題分析（アセスメント）	**分析・課題抽出** ＊分析・課題抽出は、利用者・家族と介護支援専門員が協働して行います。	**【確認した情報を基に次のことを分析しましょう】** □利用者のこれまでの暮らし □利用者の現状への認識 □利用者の望む暮らし □利用者の能力（可能性） □家族の介護力 □疾患が及ぼすリスクや将来の予測（予後予測）	 P54-ヌ P54-ヌ P54-ヌ P54-ネ P46-テ P48-ト P26-コ
	★介護支援専門員として、さまざまな情報の収集・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用紙として「課題整理総括表」があります。 **⇒「資料編」P178～P183**	**【分析結果を基に課題（生活全般の解決すべき課題(ニーズ)）抽出を行いましょう】** □どのような支援を行えば、現在の状態の維持・改善・向上につながるかなどを見立てる。 □分析の結果や抽出した課題について言語化し、利用者・家族にわかりやすく伝え、ニーズについて合意を得ましょう。	 P28-サ

※業務として行ったことは、すべて第５表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名：　　記入年月日：　　年　　月　　日

ケアマネジメントプロセス	介護支援専門員の業務の流れ（目安）	ケアプラン確認マニュアルからの振返りポイント 注）ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りのポイントも記載しています	関連項目掲載ページ
3.ケアプラン原案作成	**ケアプラン原案作成** ○『居宅サービス計画書(1)(2)、週間サービス計画表』を作成します。	□利用者が理解できるわかりやすい表現で書きましょう。	P70-ウ P74-キ
		第１表	
		【「利用者及び家族の生活に対する意向」欄は、次のことに気をつけながら記載しましょう】	
		□生活に対する意向とアセスメントの結果に関連性がある。	P62-イ
		□できるだけ利用者や家族が発した言葉をそのまま書く。	P62-ウ
		□利用者と家族の言葉を区別して書く。	P62-ウ
		□**「介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」欄**は、被保険者証に記載があれば転記し、なければ「なし」と記載しましょう。	P62-ア
		【「総合的な援助の方針」欄は、次のようなことを記載しましょう】	
		□利用者及び家族を含むケアチームが目指すべき方針案	P64-オ
		□主治医意見書や主治医等の専門家から収集したことで特記が必要なこと	P64-オ
		□緊急時の対応機関や連絡先、対応方法等	P64-オ
	※『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】』は川崎市介護支援専門員連絡会ホームページよりダウンロードすることができます。	□**「生活援助中心型の算定理由」欄**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】』を活用して判断しましょう。	P64-カ
		第２表	
	★**「課題整理総括表」を使うと根拠のあるニーズを導き出すことができます。** ⇒「資料編」P178～P183	**【「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」欄は、次のことに気をつけながら記載しましょう】**	
		□それぞれの課題（ニーズ）が導き出された原因や背景	P68-ア
		□利用者がニーズを自覚していることはそのまま記載	P70-ウ
	＊介護保険被保険者証に認定審査会の意見等が記載されている場合は参考にしましょう。	□利用者がニーズを自覚していない場合は、利用者が分かっている範囲で記載	P70-ウ
		□利用者と家族のニーズ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記載	P70-ウ
		□ニーズは優先順位の高いものから記載	P68-イ

※業務として行ったことは、すべて第５表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名：　　記入年月日：　　年　　月　　日

ケアマネジメントプロセス	介護支援専門員の業務の流れ（目安）	ケアプラン確認マニュアルからの振返りポイント 注）ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りのポイントも記載しています	関連項目掲載ページ
3.ケアプラン原案作成	**（ケアプラン原案作成続き）** ★「課題整理総括表」の「改善/維持の可能性」「見通し」欄を確認しましょう ⇒「資料編」P178～P183	第２表　続き **【「長期目標（期間）」「短期目標・（期間）」欄は、次のことに気をつけながら記載しましょう】** □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、取り組む内容がわかる。 □長期目標を達成するための段階的な短期目標になっている。 □達成可能な目標と期間 □単にサービスを利用することが長期・短期目標になってない。 □サービス提供事業所の作成する個別サービス計画書の指標になるような短期目標になっている。 **【「サービス内容」と「サービス種別」欄は、次のことに気をつけながら考えましょう】** □現状に関する予後予測とサービス導入後の変化を予測 □特定のサービスに偏らない。 □利用者の生活リズム □インフォーマルな資源の活用 **【「サービス内容」と「サービス種別」欄は、次のようなことを記載しましょう】** □短期目標達成に必要な支援内容 □家族を含むインフォーマルな支援 □利用者自身のセルフケア □主治医等の専門家から示された留意事項等 **【「頻度」、「期間」欄は、次のことに気をつけながら記載しましょう】** □短期目標達成を目指した適切な頻度、期間 **【第２表を作成したらもう一度振返りましょう】** □利用者の望む生活を実現する課題・目標・援助内容になっている。	 P74-カ P74-カ P72-オ P72-オ P74-カ P54-ネ P76-ケ P76-ク P76-ケ P82-ウ P74-キ P74-キ P74-キ P74-キ P76-ケ P70-ウ

※業務として行ったことは、すべて第５表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名：　　記入年月日：　　年　　月　　日

ケアマネジメントプロセス	介護支援専門員の業務の流れ（目安）	ケアプラン確認マニュアルからの振返りポイント 注）ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りのポイントも記載しています	関連項目掲載ページ
3.ケアプラン原案作成	**（ケアプラン原案作成続き）**	第３表　週間サービス計画表 **【「主な日常生活上の活動」欄には、次のことを記載しましょう】** □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 □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 **【月～日曜日欄には、生活全般の流れが見えるように次のことも記載するようにしましょう】** □介護保険サービス以外の取組み（医療、市単サービス、インフォーマルサービス等） □家族の支援等 □利用者のセルフケア **【「週単位以外のサービス」欄には、次のようなことを記載しましょう】** □居宅療養管理指導、短期入所、福祉用具、その他隔週や月単位で提供されるサービス □医療や保健サービス、ボランタリーなサービスや近隣の訪問等週単位以外の周期のもの **【第３表を作成したらもう一度振返りましょう】** □夜間・土日などの支援体制もきちんと考えられている。 □利用者に視力低下などがある場合は、サービスごとに色分けするなど工夫する。 **【ケアプラン原案（第１～３表）を作成したらもう一度振返りましょう】** □総合的な援助の方針を振返る。 □ケアプラン原案（第１～３表）に関連性があり、本人の望む生活を目指した計画書になっている。	 P80-イ P80-ア P80-イ P80-ア P80-ア P80-ア P82-エ P82-エ P82-ウ P80-ア P64-オ

業務の流れと振り返りポイント

※業務として行ったことは、すべて第５表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名：　　記入年月日：　　年　　月　　日

ケアマネジメントプロセス	介護支援専門員の業務の流れ（目安）	ケアプラン確認マニュアルからの振返りポイント 注）ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りのポイントも記載しています	関連項目掲載ページ
3.ケアプラン原案作成	**原案についての話し合い** ○ケアプラン原案について説明をします。 ＊利用者・家族と話しながら、目標や具体策について検討します。 ＊本人や家族が行うこと、サービス等を利用して支援してもらうことを明確にします。（支援の内容を明らかにします。）	**【サービス担当者会議の前に利用者及び家族とケアプラン原案について話し合いをしましょう】** □まずは、居宅サービス計画書(1)(2)、週間サービス計画表の意義と役割について説明 □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してもらえるように説明 □利用者の自己選択・自己決定を尊重 □利用者自身も期間設定に参加	P64-エ P54-ヌ P72-オ P74-カ
	○利用サービスについて説明します。 ＊介護保険の対象となるサービスと対象とはならないサービスについて説明します。	□個別サービス計画書（訪問介護計画書や通所介護計画書等）の意義と役割について説明 □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	P76-ク
	○支給限度額の確認・利用者負担額を計算し、利用者に説明します。		
	○利用者・家族に合意を得られた内容をもとに、ケアプラン原案（居宅サービス計画書(1)(2)、週間サービス計画表）を仕上げます。	□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（居宅介護支援経過表）に記載しましょう。	P62-ウ
	○サービス事業所へ、サービス提供と個別サービス計画書の作成を依頼します。		

※業務として行ったことは、すべて第５表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者名：　　記入年月日：　　年　　月　　日

ケアマネジメントプロセス	介護支援専門員の業務の流れ（目安）	ケアプラン確認マニュアルからの振返りのポイント 注）ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りのポイントも記載しています	関連項目 掲載ページ
4.サービス担当者会議の開催	**サービス担当者会議開催の準備**	**【次のことに気をつけながらサービス担当者会議の準備をしましょう】**	
	○会議の日程を調整します。 〈参考書式〉 川崎市介護支援専門員連絡会作成『サービス担当者会議日程調整のお願い』	□何故サービス担当者会議を開催するのかを、わかりやすく利用者・家族に説明をし、都合を確認する。 □可能な限りすべての関係者が出席できるよう日程調整する。 □日程調整がつかずに会議に参加できない事業者等には連絡を取り、専門的な意見を聴取する。 □必要に応じて、インフォーマルな支援者（民生委員、ボランティア、近隣住民等）にも出席を依頼する。その際には利用者の個人情報の取り扱いについての十分な配慮をお願いする。	P12-ウ
	○サービス担当者会議の資料準備をします。 **★会議資料として「課題整理総括表」を活用すると、多職種間での情報共有やケアプランへの理解が進みやすくなります。** **⇒「資料編」P178～P183**	□サービス担当者会議で検討する議題を整理しておく。 □レジュメや「サービス担当者会議の要点」に参加者や議題を記載するなど工夫する。 □ケアプラン原案などを事前に事業者等に送付する。	
	サービス担当者会議の開催	**【次のことに気をつけながらサービス担当者会議を開催しましょう】**	
	○会議の進行と記録を行います。 ＊「利用者及び家族の生活に対する意向」を共有します。 ＊居宅サービス計画書第２表、週間サービス計画表の内容を確定させます。 ＊「総合的な援助の方針」について全員で合意します。	□利用者・家族、関係者（参加できない事業所等）の意見を反映させ、ケアプラン原案を修正する。 □利用者・家族、関係者と目標の合意をし、それぞれの役割分担を確認し共有する。参加できなかった事業所には後日検討内容を伝える。 □利用者中心のチームであることを確認する。 □緊急事態が想定される場合は、対応機関やその連絡先、対応方法について話し合う。 □居宅サービス計画書(1)(2)、週間サービス計画表を最終決定する。	P64-オ
	サービス担当者会議後の作業		
	○「サービス担当者会議の要点」を使って会議結果を記録し、各担当者に配布します。 ○居宅サービス計画書(1)(2)、週間サービス計画表を完成させます。 ○サービス利用票、サービス利用票別表を作成します。	□「専門的な視点からの留意事項」がある場合は、「総合的な援助の方針」欄に記載	P64-オ

※業務として行ったことは、すべて第５表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名：　　記入年月日：　　年　　月　　日

ケアマネジメントプロセス	介護支援専門員の業務の流れ（目安）	ケアプラン確認マニュアルからの振返りのポイント 注）ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りのポイントも記載しています	関連項目掲載ページ
5.ケアプランの確定	**ケアプランを利用者・家族に説明し、同意を得ます。** ○居宅サービス計画書(1)(2)、週間サービス計画表、サービス利用票、サービス利用票別表をそれぞれ２部用意します。 ○訪問して、利用者・家族に説明、確認の押印後、１部を渡し、１部は事業所に保管します。	□サービス担当者会議で変更、確定したことについて、必要に応じて本人・家族に再度説明し、同意を得ましょう。	
	ケアプラン確定後の作業 ○医師やサービス事業所等へ居宅サービス計画書(1)(2)、週間サービス計画表の写しを送付します。 ○サービス提供票・サービス提供票別表を作成し、サービス事業所へ送付します。		
	○サービス提供事業所から送られてきた個別サービス計画書の内容を確認します。	□サービス事業所の個別サービス計画書がケアプランに沿った内容になっているか確認しましょう。	P74-カ
6.サービス利用開始（モニタリングの開始）	**ケアプランに則ったサービス提供開始（モニタリングの開始）** ○ケアプランの実施状況把握と必要時には連絡調整を行います。	□サービス導入にあたり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提供事業所との連携を図りましょう。	P76-ケ
		□課題の優先順位に支障や理解の違いが生じた場合、調整をするようにしましょう。	P68-イ

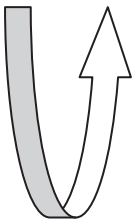
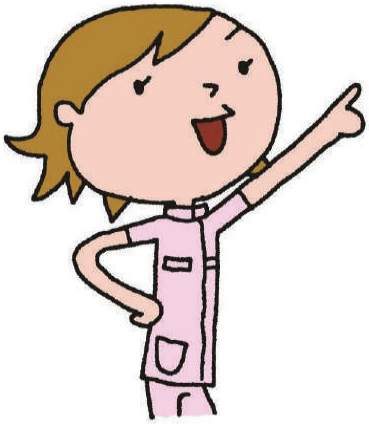
※業務として行ったことは、すべて第５表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名：　　記入年月日：　　年　　月　　日

ケアマネジメントプロセス	介護支援専門員の業務の流れ（目安）	ケアプラン確認マニュアルからの振返りのポイント 注）ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りのポイントも記載しています	関連項目 掲載ページ
7.モニタリングの実施（継続的な管理・事後評価）	**モニタリングの実施** ○訪問日を調整します。 ○少なくとも月に１回は利用者宅を訪問して本人・家族に会って、モニタリングを実施し記録に残します。	□モニタリングをおこなう意義・目的について本人、家族に説明し理解を得ましょう。 □本人や環境等の変化を把握し、アセスメント情報に変更がある場合などについては、最新の状況を追記するようにしましょう。 □サービス事業所がおこなったモニタリングの結果も把握しましょう。	P22-カ
	＊本人等の生活状況の把握	----------→	P26-コ～P56-ノ
	＊援助目標の達成度	----------→	P62-ア～P64-カ
	＊サービス実施状況の把握	----------→	P74-キ～P76-ケ
	＊ケアプランの変更の必要性の有無等	----------→	P62-ア～P82-エ
	○次月のサービス利用票、サービス利用票別表をそれぞれ２部作成します。本人・家族に説明、確認の押印後、１部を渡し、１部は事業所に保管します。 ○サービス提供票、サービス提供票別表を作成し、サービス事業所へ送付します。		
《給付管理》	**前月分の給付管理及び保険請求（月初め）** ○前月のサービス利用実績を確認します。 ○給付管理票と居宅介護支援給付費明細書を作成し毎月１０日までに国保連に提出します。（事業所単位で）		

※業務として行ったことは、すべて第５表『居宅介護支援経過』に記録しましょう。

利用者氏名：　　記入年月日：　　年　　月　　日

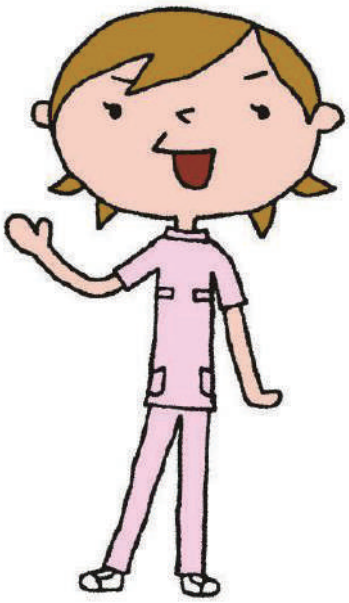
ケアマネジメントプロセス	介護支援専門員の業務の流れ（目安）	ケアプラン確認マニュアルからの振返りのポイント 注）ケアプラン確認マニュアル関連項目にはない振返りのポイントも記載しています	関連項目掲載ページ
8.評価	**ケアプランの評価** ○居宅サービス計画書(1)(2)で設定された目標が達成されたかどうか評価し、今後のプランの見直しを行います。 **★短期目標に対して、その達成状況とその要因をケアチーム全体で振り返る際に、「評価表」を使うことができます。⇒「資料編」P184～P185**	□モニタリングの結果を再アセスメントし、必要に応じてケアプランの見直しをしましょう。 □評価結果を本人、家族及びサービス事業者等と共有し、次のケアプラン作成に活かしていきましょう。	P62-ア～ P82-エ
再アセスメントへ 	**この後は『2.アセスメント（再）～3.ケアプラン原案作成・・・～8.評価』の繰り返しになります。**	□介護支援専門員としての一連の関わりを振り返ってみましょう。	
場合によっては **終結**	**評価の結果により、課題が解決れ、サービス提供は終了となる場合もあります。** **本人・家族からの申出により契約の終了** ＊施設等への入所、居宅介護支援事業所の変更、転居、死亡、認定結果が要支援か非該当となった場合、介護保険サービス利用が全て不要になった場合等。 ＊施設等へ入所した場合、サービス利用が不要になった場合、ケアプランを自己作成する場合は居宅サービス計画作成依頼終了届を区役所へ提出します。 ＊関係の書類は終了から５年間保管します。		

気軽にケアプラン確認してみましょう～
事業所内研修にも使えます！

「ケアプラン確認マニュアル【川崎版】」を身近なものに感じていただくために、使い方の一例をお伝えします！日々の業務でお忙しいのは重々承知ですが、「なんだか思うようにいかないな～」「これってもしかすると困難ケース？？」なんて思われたら、まず、『情報の確認』からしてみましょう。そのときに、ケアプラン確認マニュアルをご活用ください！自分自身のケアプランを客観的に見直すことで、明るい未来が見えてくるはずです！まずは、お試しあれ！！！

今回は新人ケアマネのゆめこさんが、
新規ケースを受け持って
2事例目のケースをご紹介します。

私は新人ケアマネの
“つつじ　ゆめこ”です！
よろしくお願いします



本事例は架空の事例で、考え方のプロセスを意識して組み立てたものです。
当確認マニュアルを気軽に活用していただくために作成したものであることをご了承ください。

《　ケースの紹介　》

川崎さん（72 歳男性）は定年まで仕事をバリバリとこなし、定年後は妻と穏やかな隠居生活を送っていた。１ 人息子も結婚し独立しており、家庭的なトラブルも無く穏やかな生活をおくっていた。ところが、昨年突然最愛の妻が他界し、１ 人暮らしとなった。長男夫婦が車で１時間程度のところに居住しているので、同居も提案しているが、「何とか頑張ってお母さんとの思い出がたくさん詰まっているこの家で暮らしたいんだ」との希望があったため、それに沿う形になっている。

半年ほど前より、腰痛が悪化して思うように動けないことがたびたび生じていたが、このたび風邪で寝込んだことがきっかけで腰痛が更に悪化。歩行も困難になった。整形外科医師からは、「骨粗しょう症と安静にしていたための筋力の低下からくる腰痛です。痛みの強いときは安静にしながら、生活することがリハビリになりますので自宅療養で様子を見ましょう」と言われた。また、この病院の外来看護師長からのアドバイスで介護保険の認定を受けることになり、地域包括支援センターに相談し、認定の結果を待っていた。

長男夫婦が仕事を休んで交代で支援していたが、４週間を過ぎ、認定結果が要介護２と判定されたことをきっかけに、今後のことも考えて介護保険における在宅サービスを利用してみようということになった。

新人ケアマネのゆめこさんは依頼を受けて早速ご自宅に訪問し、次のような支援が必要と判断しました。

《　初回面接におけるアセスメント場面　》

アセスメント	ケアマネの判断結果
①腰痛が激しく、１ 人での生活が困難で、別居の家族の負担が大きい	ヘルパー（週４回）
②食事のバランスが悪く、病状が不安定	ヘルパー調理と配食
③自宅での入浴が難しい	デイサービスでの入浴
④閉じこもりで家族以外と接する機会がない	デイサービス
⑤足の筋力がなく、歩行が不安定	デイサービスでの機能訓練
⑥転倒の危険性がある	ベッドレンタル、住宅改修等

以上のことより、初回なのですが、認定後契約しているので、ケアプランの長期目標は５ヶ月、短期目標を３ヶ月程度で設定し、実施する運びとなりました。

初回作成

領　域	状　　況
利用者	川崎市朗さん
年齢.性別.体格	72 歳　　男性　　170ｃｍ　　65ｋｇ　　ＢＭＩ（　22.5　）
同居の家族	なし
生活状況	会社員として定年まで働く。子供は息子が一人。息子が結婚してからは妻と二人で生活していたが、昨年妻が急死したため一人暮らしとなる。
被保険情報	介護保険：別居の長男が申請、要介護認定済み（要介護２） 医療保険：国民健康保険
利用サービス	これまでに介護保険等サービスは利用した事がない。
日常生活自立度	障害高齢者日常生活自立度　【A2】 認知症高齢者日常生活自立度【Ⅰ】
主訴	本人：このままひとり暮らしを続けたい。腰が痛くて、思うように動けないので助けて欲しい。 長男夫婦：同居も考えているが、本人が望まないので、在宅サービスを使い安心して暮らしてもらいたい。
健康状態	腰が痛く整形外科に通院している。また、以前から高血圧症があり内服治療中だが、飲み忘れが時々あり安定していない。その他の大きな既往歴は特にない。飲酒や喫煙の習慣はない。
ＡＤＬ	時間はかかるが自立。屋内はつかまり歩き、屋外は杖を使用 足の力が弱くなっており、歩行は不安定。 入浴には不安があり、ほとんど入らなくなっている。
ＩＡＤＬ	以前は妻が全て担っており、現在は長男嫁が行っている。
認知	短期記憶に多少の問題はあるが、日常生活に支障は出ていない。
コミュニケーション	軽度の難聴はあるが会話は問題なし。
社会との関わり	妻が死亡してから閉じこもりがち。 近隣に親しい友人はおらず、あいさつ程度。 同市内に住む長男夫婦が週４回訪問している。
排尿・排便	トイレで排泄。起居動作に時間がかかりため、時折失禁あり。汚れた衣服等は自分で交換している。
床ずれ・皮膚の問題	皮膚疾患等特になし。
口腔衛生	部分義歯を自分で磨いている。
食事摂取	食事は用意してあれば自分で出して食べることが出来る。 食事内容は自分の食べたい物が中心で、バランスはあまりよくない。むせこみはない。
問題行動	特になし。
介護力	長男夫婦が時々訪問して、家事全般を行っている。
居住環境	一戸建て（持ち家）。トイレ・浴室に手すりはない。
特別な状況	医療処置など特にない
その他	持ち家。金銭的には特に問題はない。

第1表　【初回作成】

作成年月日　平成２５年8月２０日

居宅サービス計画書（１）

（初回）・紹介・継続　　（認定済）・申請中

利用者名　川崎　市朗　殿　　生年月日　昭和１５年１１月１１日　　住所　川崎市〇〇区△△

居宅サービス計画作成者氏名　つつじ　ゆめこ

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地　川崎市〇〇区◇◇　Ｙ居宅介護支援事業所

居宅サービス計画作成（変更）日　平成２５年8月２２日　　初回居宅サービス計画作成日　年　月　日

認定日　平成２５年8月１２日　　認定の有効期間　平成２５年7月１１日　～平成２６年1月３１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	本人：このまま気ままにひとり暮らしを続けたい。腰が痛くて、思うように動けないので助けて欲しい。 長男夫婦：同居も考えているが、本人が望まないことなので、在宅サービスを使い安心して暮らしてもらいたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
統合的な援助の方針	腰痛が少しでも軽くなり、一人での生活が続けられるように支援します。 現在は痛み等もあり、身体状況が不安定なため、デイサービスで入浴し、今後の体調を見ながら自宅での入浴も考えていきましょう。 緊急連絡先　Ｋ病院　044-〇〇〇-△△△△ 長男携帯　090-〇〇〇〇-△△△△
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2表　【初回作成】

作成年月日　平成２５年8月２０日

居宅サービス計画書（２）

利用者名　川崎　市朗　殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
住み慣れた家で暮らしたい	血圧が安定する	25.8.25～26.1.31	内服薬が正しく服用できる	25.8.25～25.11.30	病状管理 薬のセット 服薬確認	 〇	内科医師 長男夫婦 訪問介護	Ｋ病院 Ｓヘルパー事業所	月２回 週１回 週４回	25.8.25～25.11.30
			バランスの良い食事がとれる	25.8.25～25.11.30	食事の準備 配食サービス 栄養指導	〇 市単	長男夫婦 訪問介護 生活支援型食事サービス 栄養士	Ｓヘルパー事業所 U宅配会社 Ｋ病院	週2,3回 週４回 適宜	25.8.25～25.11.30
腰痛が軽くなり転倒せずに過ごしたい	居室内を安全に移動できる	25.8.25～26.1.31	起居・移動動作が安定する	25.8.25～25.11.30	安全に配慮して環境整備 ・特殊寝台貸与 ・トイレ、浴室、廊下の手すりの設置 下肢の機能訓練	 〇 〇 〇	 福祉用具貸与 住宅改修 通所介護	 G福祉用具 G福祉用具 Ｗデイサービス	 毎日 近日中 週２回	25.8.25～25.11.30
			腰痛が悪化しない	25.8.25～25.11.30	診察・通院治療 通院の同行		整形外科医師 長男夫婦	Ｋ病院	週１回 週１回	25.8.25～25.11.30
			身の回りの環境が整う	25.8.25～25.11.30	掃除、整理整頓、洗濯等	〇	長男夫婦 訪問介護	Ｓヘルパー事業所	週2,3回 週４回	25.8.25～25.11.30
清潔に気持ちよく過ごしたい	安全な入浴動作が習得できる	25.8.25～26.1.31	安全に入浴できる	25.8.25～25.11.30	シャワーチェアーの購入 入浴介助	〇 〇	福祉用具購入 通所介護	G福祉用具 Ｗデイサービス	近日中 週２回	25.8.25～25.11.30
生活に楽しみを持ちたい	他者との交流を楽しめる	25.8.25～26.1.31	交流の機会が持てる	25.8.25～25.11.30	レクリエーション参加の声かけ	〇	通所介護	Ｗデイサービス	週２回	25.8.25～25.11.30

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては〇印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第３表　【初回作成】

週間サービス計画表

作成年月日　平成25年8月20日

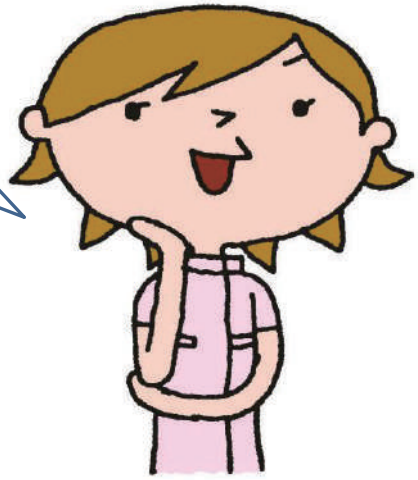
利用者名　川崎　市朗　殿

平成25年8月分より

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4：00								
早朝	6：00								起床 朝食
午前	8：00								
	10：00	通所介護 通所介護Ⅱ２２				通所介護 通所介護Ⅱ２２	長男夫婦 通院介助等		
午後	12：00		訪問介護 生活援助２	訪問介護 生活援助２	訪問介護 生活援助２			訪問介護 生活援助２	昼食
	14：00								
	16：00			長男嫁					
		配食サービス	配食サービス	配食サービス	配食サービス	配食サービス	配食サービス	配食サービス	夕食
夜間	18：00								
	20：00								就寝
深夜	22：00								
	24：00								
	2：00								
	4：00								

週単位以外のサービス	福祉用具貸与：特殊寝台　福祉用具購入：シャワーチェア　住宅改修：手すりの設置
	内科通院：２回／月　栄養指導（病院）

サービス担当者会議も無事終了！
川崎さんやサービス事業所のみなさんと
このケアプランの合意がとれて、
ホッとした～！



《　初回モニタリング場面　》

あっという間に１ヶ月がたち、最初のモニタリング時期になりました。
まだ２事例目のゆめこさんは、内心どきどきしていました。
「私のケアプラン大丈夫かしら？でも、本人や家族からなんとも言ってこないし、サービス事業所からも何も言ってこないし・・・大丈夫よね。」
その後実績管理表と共に届いたモニタリングには、「特に問題はありません」と記載があり、ちょっとほっとしたゆめこさんでした。すぐに川崎さんに電話を入れました。

ゆめこさん「お加減はいかがですか？デイサービスなど新しいサービスはいかがでしょうか？」
川崎さん　「デイサービスのスタッフの方もとても親切にしてくれますし、何よりお風呂に入れるのがうれしかったです。本当にありがとう。」
ゆめこさん「良かったわ～。では、同じサービス内容で利用票を作成しますので、ご印鑑をいただきにうかがいます。」

ゆめこさんは「私のケアプラン大丈夫なんだわ！よかった～～」とほっとしました。
以上のことよりゆめこさんは次のように判断しました。

《　1ヵ月後のモニタリング結果　》
変化なし　⇒　同じサービス内容でケアプラン継続

《　２回目のモニタリング場面　》

またまた月日は流れ、２回目のモニタリング時期になりました。
ゆめこさんは事前に自宅に訪問し、本人から次のことを確認してきました。

初回アセスメント	２回目のモニタリング結果
①腰痛が激しく、１人での生活が困難で、別居の家族の負担が大きい	通院での治療等により腰痛が軽減し、家族訪問は週４⇒２回と減少した
②食事のバランスが悪く、病状が不安定	ヘルパーの調理と配食サービス利用でバランスよい食事が摂れ血圧が安定した
③自宅での入浴が難しい	デイサービスでの安全な入浴が確保された
④閉じこもりで家族以外と接する機会がない	デイサービスで社会交流が図れるようになった
⑤足の筋力がなく、歩行が不安定	デイサービスでの機能訓練により歩行が安定した
⑥転倒の危険性がある	ベッド導入で起居動作がスムーズになり失禁することも少なくなった

まずまずだと思っていた矢先、デイサービス事業所から電話がありました。

デイサービス事業所　「参加されているときは変化が無いのですが、１ヶ月を経過した頃よりデイサービスを休むことが多くなっています。」
ゆめこさん　「えっ？ご本人お休みの理由をなんておっしゃっているのですか？」

デイサービス事業所　「ご本人に伺っても、はっきりとしたことをおっしゃらないので、しばらく様子を見ようかと思っています」
ゆめこさんはすぐに川崎さんに状況を確認するために電話をしました。

ゆめこさん　「デイサービスは何か不都合がおありでしょうか？」
川崎さん　「いえいえ、大丈夫ですよ。ちょっと、用事があったりしたものですから。」

このやり取りで、ゆめこさんは「デイサービスを休む回数が増えているのは気になるけれど、本人も「大丈夫・・」と言っているし、実際、身体状況は向上してきているし大丈夫だわ」と考え、次のように判断しました。

【ケアマネの判断】
短期目標に掲げた起居動作などの機能などは向上している　⇒　初回プランをそのまま継続

《　ゆめこさんケアマネジメントツールに気付く！　》

ゆめこさんは、判断したものの、なんとなく本人の言葉と実際の行動にちぐはぐさを感じていました。翌日出勤すると、事業所のみんなで使用するテーブルの上に『**会議の資料です。目を通してください！**』と書かれた冊子がおいてあることに気が付きました。

ゆめこさん　「『ケアマネジメントツール』？・・・ケアプランの確認って書いてあるけどなんだろう・・・。あれ？？これって、最近話題になった点検支援マニュアルの川崎版なんだ！」
しばらくぱらぱらとめくってみると**主訴**の項目に目が留まりました。
ゆめこさん　「利用者さんは大丈夫って言っていたからこの『大丈夫』が主訴だよね。でも、何で、大丈夫なのにデイサービスに行かなくなっちゃってるんだろう・・・」

P22～23

ここで、この演習部分の確認！！です
右端の　　には、確認していただきたいページが記載されています。

ゆめこさんの最初の気付きは『主訴』でしたね。

ゆめこさん
「利用者さんは大丈夫って言っていたからこの『大丈夫』が主訴だよね。

『大丈夫』を主訴にした理由とその後の展開（P22～23）
不都合だったかどうかを聞いた返答が「大丈夫」でした。ゆめこさんは、この「大丈夫」を根拠にサービスに関しての問題はないと考えました。
⇒標準項目名　　：主訴
⇒項目の主な内容：利用者及び家族の主訴や要望について記載する項目
⇒確認ポイント　：サービス利用により、利用者や家族がどのような生活を送りたいと考えているかを記載している

でも、何で、大丈夫なのにデイサービスに行かなくなっちゃってるんだろう・・・」

> ところが、川崎さんの言っていることと行動が伴わないことに気が付いたゆめこさんが読んだところが、次のページでした
> ⇒解説（二つ目の〇の抜粋）
> 利用者や家族が言語化した主訴だけに頼るのではなく、客観的な様子（言語化している言葉と表情との差異はないか、（中略））・・気づいていない事柄も含めて観察を行うことが重要です。
> これを読んで、そもそも導入した目標が達成できているのかを聞いていないことに気が付いたのです。
> この展開は、のちのケアプラン再作成をご覧ください。

さて、続きに戻りましょう～

さらに、ぱらぱらとめくっていると目に慣れた文字が飛び込んできました。**ADL・IADL**の項目です。

P28～31

ゆめこさん　『できない面だけ見るのではなく、「していること」「していないこと」「できそうなこと」』なんて習ってはいたけど、そういえば、川崎さんサービス入れてからできること増えたわよね。ちょっと、考えて無かったな・・・。望む暮らしって必ず言われるから、これはわかっているんだけど・・・そういえば、転ばなくなったって言っていたから、これは望む暮らしが達成したってことかしら？よくわからないわ？？」

さらに**介護力**のところで

P46～49

ゆめこさん「あれ？？・・・そういえば、１人暮らしのお父さんを心配して、デイサービスの導入は家族の希望でもあったけど、『父がデイサービスに行かなくて困っている』なんて数日前に電話が来たときに、言ってなかったわ。家族はこのことをどんな風に受け止めているのかしら？デイサービスに行く一番の目的は入浴の確保だったけど、このあたりはどんな風になっているんだろう？自宅での入浴ができるようになったのかな？」

ここで、はたと新人ケアマネのゆめこさん、気が付いたようです。

《　ゆめこさん着眼点に気付く！　》

ゆめこさん　「新規ケースであんまり情報も無い中で、『1 人暮らし・清潔の保持が保たれていない』ことに集中して、サービス導入調整にばかり目が向き、モニタリングできていなかったかも・・・自分自身の目でしっかり確認していないもの！」

その後、聞きなれた言葉ですが「モニタリング」って何をすればいいのかを確認しようと「ケアプラン確認マニュアル【川崎版】」を確認したところ、「確認シート」の項目には書かれていないので、さらに探していたところ、「業務の流れと確認シートからの振り返りのポイント」に載っていることがわかりました。

P105

ゆめこさん　「そもそも、モニタリングって、私のケアプランの達成度の確認よね・・・。

そうすると、短期目標に示している内容が具体的でないと、いつまでたっても達成しない・・・なんてことになるんだったわ。そうそう、ここに書いてある！でも良く考えたら、短期目標が具体的に示すことができないってことは、ニーズの把握そのものを見直す必要があるのかも・・・。ということは、アセスメントが不十分だったってことよね～」

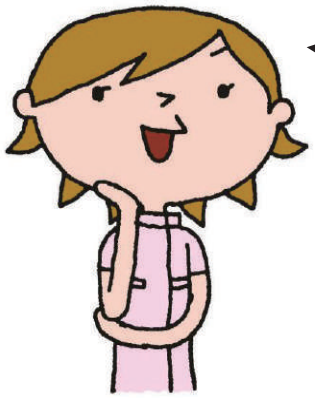
P74～75

ケアマネはニーズを把握する専門職だったことを再認識し、今、修正をかけないと適正なケアプランにつながらないことに気が付いたゆめこさんは、早速再アセスメントに取り掛かりました。

《　ゆめこさんの気づきと再アセスメントに向けての行動目標　》

【自己点検実施での気付き】
① 情報収集：モニタリングの時点で事業所や家族からの聞き取りをしていない
② 生活状況：今までどのような生活を送ってきたのかについて聞き取りしていない
③ サービス実施状況の把握：導入したサービス全般の状況について把握していない
④ 活動の状況：「できそうな行為」「意欲」について確認していない

【行動目標】
家族やサービス事業者からの情報収集に努める



川崎さんのところに訪問して、しっかりお話を伺ってこよう！
それから、デイサービス事業所にも参加しているときに伺おうかな？
そうだ、ご長男夫婦にもお目にかかって、サービス導入後どのような変化があったか、伺ってみなくちゃ！

第1表　【初回作成】

作成年月日　平成２５年８月２０日

居宅サービス計画書（１）

アセスメント確認シート：
P22-キ(主訴)、P28-サ(ADL)、P30-サ(IADL)、
P46,48-テ,ト(介護力)、P20-ウ(生活状況)、
P36-セ(社会との関わり)、P54-ヌ(尊重)
ケアプラン確認シート：P62～P65
をみての**ゆめこさんの気づき**

ご本人って奥様が生きてらっしゃったときはどんな生活をしていたのかしら？
そういえば訪問の時、ご本人から自分のことをほとんど聞いていないわ！
サービス入れてからできること増えてるってヘルパーさんに聞いてるけど、
毎日の生活の中で本人ができてることって何かしら？　本人の『望む暮らし』って？
デイサービスの導入は入浴確保が目的で家族の希望でもあったけど、デイサービスに行かないで自宅で入浴できるようになったのかしら？

初回　・　申請中

利
居
居
居
認定日　平成２５年８月１２日　　認定の

要介護状態区分	要介護１　　要
利用者及び家族の生活に対する意向	本人：このまま気ままにひとり暮らしを続けたい。腰が痛くて、思うように動けないので助けて欲しい。 長男夫婦：同居も考えているが、本人が望まないことなので、在宅サービスを使い安心して暮らしてもらいたい。
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	腰痛が少しでも軽くなり、一人での生活が続けられるように支援します。 現在は痛み等もあり、身体状況が不安定なため、デイサービスで入浴し、今後の体調を見ながら自宅での入浴も考えていきましょう。 緊急連絡先　　Ｋ病院　　044-○○○-△△△△ 長男携帯
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（　　）

一人暮らし、清潔保持が保たれていないということでサービス導入調整ばかりに目が向き、川崎さんの今の状況や生活歴をしっかりとアセスメントできてなかったのかも・・・。

チェックするのを忘れてた！

第３表　【初回作成】

P80～P83をみてのゆめこさんの気づき

週間サービス計画表

作成年月日　平成25年8月20日

利用者名　川崎　市朗　殿

		月	火	水	木	金	土		生活上の活動
深夜	4：00								
早朝	6：00								起床 朝食
午前	10：00						長男夫婦 通院介助等		
午後	12：00	通所介護 通所介護Ⅱ２２	訪問介護 生活援助２	訪問介護 生活援助２	訪問介護 生活援助２	通所介護 通所介護Ⅱ２２		訪問介護 生活援助	
	14：00								
	16：00			長男嫁					
		配食サービス	配食サービス	配食サービス	配食サービス	配食サービス	配食サービス	配食サービス	夕食
夜間	18：00								
	20：00								就寝
深夜	24								
	2：00								
	4：00								

週単位以外のサービス
福祉用具貸与：特殊寝台　福祉用具購入：シャワーチェア　住宅改修：手すりの設置
内科通院：２回／月　栄養指導（病院）

デイを利用している時の本人の様子ってどんな感じかしら？　他の利用者と仲良くやってらっしゃるのかしら？デイをお休みしなくちゃいけない用事って？

朝は何を食べているのかしら？
お昼と夜はデイとヘルパーさんと配食で、毎日カバーできるようにしたけど、本人はどう思っているのかしら？
お嫁さんが言っていたけれど、好きなものばかり食べていたと聞いてるし・・・
そういえば川崎さんって家事は全くできないのかしら？？

朝早起きなのね。
いつも何をしているのかしら？

日中は何をしているのかしら？　閉じこもってあまり外出してないと聞いたけど・・。
そういえば、趣味とか何も聞かなかったわ。

ヘルパーさんが来ている時、本人どうしてるのかしら？

ご飯食べて、寝るまでって何をしているのかしら？ずっとテレビ？

片道１時間もかけてお嫁さんが毎週来てくれているけど、感心しちゃう。
でも、仕事もしていらっしゃると聞いたし、子供もいるっておっしゃってたから、いつまでも続けられないかもしれないわね。
そういえば、お嫁さんが食事の用意をしてくれてるのに、配食サービスが入ってくる！！

シャワーチェアを買ったけど、使ってるかしら？

夜は眠れているのかしら？
トイレに起きるのかしら？
手すり付けたけどトイレに間に合うようになったかしら？

モデル事例活用

【再アセスメント内容の一部】

アセスメントの標準項目他	再アセスメント内容
IADL	長男：専業主婦だったので家事は母親がほとんど担ってきたが、本人は協力的でよく手伝っていた。子煩悩でよく動くやさしい父親であった。 ヘルパー：腰痛が軽減してからは、自宅内の手すりを使用し、慎重に動いている。排泄の失敗はなくなった。ヘルパーの活動中は申し訳なさそうに「全部やってもらってすみません」と話している。
生活歴	長男：退職後は趣味活動に燃えていた。積極的な性格でチャレンジ精神も旺盛。退職後、母とよく外出し、写真を撮ってきていた。母が亡くなってからはショックのために自宅内に閉じこもりがちで腰痛が悪化してからは、動くこと自体が億劫になっていた様子。ただ、腰の痛みが軽減してからは少しずつ表情も明るくなってきて、以前の父に戻ってきたような感じがする。
サービスの利用について	長男妻：本人は「デイサービスで話をする人がいない。ただ、自宅での入浴が出来ないので仕方ない」「ヘルパーさんはよくやってくれている。少しは手伝おうと思うけれども、何か口出しするのが悪いと思って・・・」と言っていた。 デイ：他者となかなか馴染めず、表情も暗い。入浴は満足している様子で、「気持ちいい」との発言が聞かれる。

ゆめこさんは新しい情報をたくさん得て、本人の言葉では語られていない潜在的なニーズ・目標の設定の見直しなどを考えてみました。そして、自身の反省もしました。

《　情報収集後のゆめこさんの考えと気付き　》

①本人は、本当はデイサービスには行きたくないと思っているのかもしれない・・・。
でも、運動することは大切よね。
体を動かすことが趣味と結び付いて、意欲向上につなげられないかしら。
②ケアマネに気を使って言い出せないだけなのかも。
③本人が以前にやっていた趣味を再開することなどを目標にして、他者との交流の機会を増やす方向で考えてもいいのかもしれないわ。
④足の筋力もついてきたので、自宅での入浴に切り替えることも考えられると思うわ。
⑤家事部分も全部ヘルパーや家族に任せてきたけれども、以前にやっていたことも確認できたし、出来ないと決め付けていたのは、私かもしれないわ。

以上より、ケアプランの全面的な見直しができました。
でも、まだ２事例目のゆめこさんは自信が無くて、先輩ケアマネに相談しました。

ゆめこさん　「私の作ったケアプランはサービス調整だけのケアプランでした。
こんな風に考えてみたのですが、いかがでしょうか？」

先輩ケアマネ　「良いところに気が付いたわね～。
それに、サービス提供責任者だった経験がばっちりでていて、
サービス内容もしっかりと個別性があると思いますよ！
これなら川崎さんも、お任せではなく自分に自身が持てるのではないかしら。
ところで、今すぐは難しいかもしれないけれど、趣味の写真撮影は続けたい意向があるのかしら？
亡くなられた奥様と一緒に写真撮影した場所に行ってみるとか撮りためた写真の整理をして、ポストカードにしたり、これから一歩進んだ活動ができることも、ころあいを見計らって伝えてもいいかもしれませんね」

ゆめこさん　「そうですね！
たくさん写真を飾られていたのですが、新しいものを飾れるように活動再開～なんていう目標を持てると、生活に張りも出ますよね。
ちょっと、考えて見ます！」

すると、思いもよらぬ答えが返ってきました。

先輩ケアマネ　「ゆめこさん、とっても良いプランに変更できているし、ケアマネジメントツールを、所内で最初に使って点検しているので、よい機会だから、このケースでケアマネジメントツールの利用方法を交えて、所内研修を開かない？
もしかすると、もっといろいろなケアプランが考えられるかもしれないわよ！」

ゆめこさん　「えっ～～！
ちょっと恥ずかしいけど、川崎さんのためにもがんばってみます！」

ということで、ケース検討会も含めたケアマネジメントツール研修会を開催することになりました。

その研修会では、参加したケアマネ全員がサービス計画書（1）（2）週間サービス計画表の記載方法や記載すべき内容という基本を振り返ることができ、また、ケアマネジメントプロセスの確認もできました。

そして、更にパワーアップしたケアプランになり、先輩ケアマネからアドバイスを受けた写真撮影の意向も取り入れ、目標がより明確に設定できました。

もちろんその後、サービス担当者会議を開催し、川崎さんやご家族、サービス事業所の皆さんとも合意が取れ、サービス実施につながりました。

《　川崎さんのその後！　》

ところで、その後、川崎さんはどのように過ごされているのかと申しますと・・・更新の結果、介護度が要支援２になり、地域包括支援センターに引き継ぐことになりました。その時には、研修で練り上げたケアプランも自信を持ってお渡しすることができ、ケアマネとしての任務は終了となりました。

最近、包括支援センターの方から伺ったところ、３ヶ月後には、川崎さんから「そろそろ人さまの手を煩わせなくても大丈夫だと思います。もしも、また調子が悪くなったら相談しますので、介護保険サービス中止してください。」と、笑顔で申し入れがあったとのことです。「今は、元気に写真倶楽部に通って、お仲間と一緒にいろいろとお出かけになっているんですよ！」とのことでした。

高齢者の身体状況は、予測できない事態に変化することもあります。しっかりと現状を把握しアセスメント（課題分析とニーズ抽出）して、目標期間にかかわらず、本人や家族、サービス事業所からのモニタリングと再アセスメントを行い続けていくことが自立支援の近道です。

再作成

領　域	状　況
利用者	川崎市朗さん
年齢.性別.体格	73歳　男性　170cm　65kg　BMI（ 22.5 ）
同居の家族	なし
生活状況 →P20	会社員として定年まで働く。子供は息子が一人。息子が結婚してからは妻と二人で生活していたが、昨年妻が急死したため一人暮らしとなる。退職後、夫婦で写真を趣味に出歩いていた。妻の家事をよく手伝っていた。
被保険情報	介護保険：別居の長男が申請、要介護認定済み（要介護２） 医療保険：国民健康保険
利用サービス	訪問介護・通所介護・福祉用具貸与（住宅改修・福祉用具購入済み）
日常生活自立度	障害高齢者日常生活自立度　【A1】 認知症高齢者日常生活自立度【Ⅰ】
主訴 →P22	本人：腰の痛みがひいてきたので、少しずつ歩けるようになってきた。身体も軽くなったように感じる。ただ、腰痛がまたひどくなることが不安。自力では門扉まで行くのが精一杯。 長男夫婦：腰の痛みが軽くなったことで、室内の歩行は安定してきて安心している。
健康状態 →P26	腰の痛みは軽減したが悪化予防のために整形外科には継続して通院している。バランスのよい食事が摂れて、服薬もきちんと行えるようになり、血圧は安定してきた。
ＡＤＬ →P28	時間はかかるが自立。歩行は以前に比べ安定しているが不安があり、屋外は杖を使用し門扉まで行くのが精一杯、屋内は手すりなど使用しゆっくり歩行可能。 入浴はデイサービスを利用している。
ＩＡＤＬ →P30	以前は妻が全て担っており、本人はお手伝いをしていた。現在は長男妻とヘルパーが行っている。
認知	短期記憶に多少の問題はあるが、日常生活に支障は出ていない。
コミュニケーション	軽度の難聴はあるが会話は問題なし。
社会との関わり →P36	デイサービスを利用するようになり、社会との関わる機会はできたが、馴染めていない。 近隣に親しい友人はおらず、あいさつ程度。
排尿・排便 →P38	トイレで排泄。ベッドの導入で起居動作がスムーズになったため失禁することはほとんどなくなった。
床ずれ・皮膚の問題	皮膚疾患等特になし。
口腔衛生	部分義歯を自分で磨いている。
食事摂取 →P42	食事は用意してあれば自分で出して温めて食べることが出来る。 配食と家族やヘルパーの調理によりバランスのよい食事が摂れている。むせこみはない。
問題行動	特になし。
介護力 →P46,48	長男夫婦が通院介助を始め、週２回は訪問している。
居住環境 →P50	一戸建て（持ち家）。トイレ・浴室・廊下に手すり設置済み。
特別な状況	医療処置など特にない
その他	持ち家。金銭的には特に問題はない。

第1表　【再作成】

作成年月日　平成２５年１１月２０日

居宅サービス計画書（１）

ゆめこさんの事業所内研修で『ケアプラン確認マニュアル』を使い、みんなで考えて作成したケアプラン（第１表～第３表）です

初回　・　紹介　・　継続（継続）

認定済（認定済）・　申請中

利用者　　1月１１日　　住所　　川崎市〇〇区△△

居宅サ

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地　　川崎市〇〇区◇◇　　Ｙ居宅介護支援事業所

居宅サービス計画作成（変更）日　平成２５年１１月２５日　　初回居宅サービス計画作成日　平成２５年８月２２日

認定日　平成２５年８月１２日　　認定の有効期間　平成２５年７月１１日　～平成２６年１月３１日

要介護状態区分	要介護１　・　要介護２（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	本人：このまま気ままにひとり暮らしを続けたい。腰の痛みがひいてきたので、少しずつ歩けるようになってきた。身体も軽くなったように感じる。ただ、腰痛がまたひどくなることが不安。何でもかんでも人にやってもらうのは申し訳ない。妻をよく手伝っていたので、家事でできそうなことは自分でやりたい。以前やっていた趣味（写真撮影）も少しづつやってみようかと思う。亡くなった妻が心配しないように生活していこうと思う。 長男夫婦：腰の痛みが軽くなったことで、歩行も安定してきて安心している。同居は本人が望まないことなので、これからもサービスを使って一人暮らしを続けさせてやりたい。かつて燃えていた趣味も再開したりしていつまでも父らしく、亡くなった母が心配しないように生活してほしい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
統合的な援助の方針	腰痛が軽くなったことで自宅内での歩行は安定してきているようです。これからも痛みが悪化しないように気をつけながら、身の回り片付けや食事の準備等ご自分でできる家事を少しづつ増やして、一人での生活が続けられるように支援していきます。 また、かつて熱心に取り組まれていた趣味（写真撮影）や写真仲間の方たちとの交流を再開していただけるように応援していきます。 緊急連絡先　Ｋ病院　044-〇〇〇-△△△△　　長男携帯　090-〇〇〇〇-△△△△
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし　　2.家族

かがんで行う掃除や 10 分以上たったままの調理等は、腰の痛みが強くなるためできない。家族は自宅から車で片道１時間程度かかることや、長男妻がパートで仕事していることもあって、毎日の支援は困難である。
（サービス担当者会議で確認しあい、関係者で共通認識できたため、今回は算定理由を第４表に記載した）

第2表

【再作成 宅サービス計画書（2）

※ケアプランの再作成日から認定有効期間終了時期が迫っているため、長期・短期目標、サービス提供の期間が全て同じになっています。

作成年月日　平成２５年１１月２０日

利用者名　　川崎　市朗

NO．１

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
持病があるが健康に気をつけて生活したい	血圧の自己管理ができる	25.12.1～26.1.31	定期的に受診をして、医師に健康管理についての相談ができる	25.12.1～	病状の管理と療養上の相談、助言	医療	内科医師	K病院	月２回（土）	25.12.1～
					通院の付き添い（内科）		長男（長男の妻）		月２回（土）	25.12.1～26.1.31
			指示通りに服薬することができる	25.12.1～26.1.31	服薬カレンダーへ薬をセットする		本人、長男（長男の妻）		週１回（土）	25.12.1～26.1.31
					薬の飲み忘れがないかを確認する	○	本人、長男夫妻 訪問介護	Sヘルパー事業所	週２回(水,土) 週３回(火,木,金)	25.12.1～26.1.31
			病院で受けた栄養指導に気をつけながら、野菜や海草等含めた栄養バランスよく塩分控えめの食事をすることができる	25.12.1～26.1.31	夕食の配食	市単	生活支援型食事サービス	U宅配会社	週３回(月,木,日)	25.12.1～26.1.31
					昼食と夕食のおかずを調理をし、１食分を冷蔵庫に保管する　(木曜日は昼食分のみ調理する)	○	訪問介護	Sヘルパー事業所	週3回(火,木,金)	25.12.1～26.1.31
					昼食と夕食の準備		長男妻		週2回(水,土)	25.12.1～26.1.31
	腰の痛みが強くならないようにする	25.12.1～	定期的に受診をして、腰痛について病状報告したり相談をすることができる	25.12.1～	病状の管理と療養上の相談、助言、腰痛体操の紹介等	医療 医療	整形外科医師 リハビリ科ＰＴ	K病院	月１回（土） 週１回（土）	25.12.1～
					通院の付き添い（整形外科、リハビリ科）		長男（長男の妻）		週1回（土）	25.12.1～26.1.31
			起床時の起き上がり時には無理をしない	25.12.1～26.1.31	起床時はギャッジアップ機能を利用して起き上がる	○	福祉用具貸与(特殊寝台、特殊寝台付属品)	G福祉用具	毎日	25.12.1～26.1.31

※１「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※２「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

モデル事例

第２表

【再作成 宅サービス計画書（２）

※ケアプランの再作成日から認定有効期間終了時期が迫っているため、長期・短期目標、サービス提供の期間が全て同じになっています。

作成年月日　平成２５年１１月２０日

利用者名　　川崎　市郎

NO．２

ゆめこさんの気づき：
終了時期が予測できない場合は開始時期のみの記載でいいんだわ。（→P72-オ）
短期目標や援助の期間も同じように考えていいようね。
（→P74-カ、P76-ケ）

生活全般	目標				援助内容					
課			短期目標	（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
自分でできそうな家事はやりたい。簡単な調理くらいできるようになりたい。できないことは手伝ってほしい。	少しずつ家事ができるようになる	25.12.1～	下着やタオルなどの洗濯ができる	25.12.1～26.1.31	洗濯機を使って洗濯をし、終わったら洗濯物を干す		本人		週２回（火,金）	25.12.1～26.1.31
					洗濯物をたたんで片付ける		本人		週３回（水,土,日）	25.12.1～26.1.31
					腰かけたままでも干せる洗濯物干しの購入		長男夫妻			近日中
					洗濯機の使い方の指導と助言	○	長男夫妻 訪問介護	Ｓヘルパー事業所	随時	25.12.1～26.12.31
					着替えやシーツ等大物の洗濯と洗濯干し等		長男夫妻		週１回（土）	25.12.1～26.1.31
			ご飯を炊くこと、具だくさんの味噌汁を自分で作ることができる	25.12.1～26.1.31	一緒に調理をする	○	訪問介護	Ｓヘルパー事業所	週２回（火,金）	25.12.1～26.1.31
					腰かけたままできる調理方法や片づけ方法を一緒に考える	○ ○	訪問介護 ケアマネジャー	Ｓヘルパー事業所 Ｙ居宅介護支援事業所	週２回（火,金） 随時	25.12.1～26.1.31
			腰に負担がかかる家事を手伝ってもらうことができる	25.12.1～26.1.31	普通ゴミ出し 資源ゴミ出し	○	訪問介護	Ｓヘルパー事業所	週２回（火,木） 週１回（金）	25.12.1～26.1.31
					掃除、布団干し、買い物普通ゴミ出し等		長男夫妻		週１～２回（水,土）	25.12.1～26.1.31

※１「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※２「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第2表　【再作成】

居宅サービス計画書（2）

作成年月日　平成２５年１１月２０日

利用者名　川崎　市朗　殿

NO．３

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
一人で風呂に入れるようになりたい	自宅のお風呂に１人で気持ち良く入ることができる	25.12.1～26.1.31	手すり等を使った入浴方法に慣れて自信が付く	25.12.1～26.1.31	安心して入浴できる方法を一緒に考える	○ ○ ○	長男 訪問介護 福祉用具担当者 ケアマネジャー	Ｓヘルパー事業所 Ｇ福祉用具 Ｙ居宅介護支援事業所	週１回(土) 週１回(木) 随時 随時	25.12.1～26.1.31
					入浴の見守りと動作の声かけ、本人の手がとどきにくい背中や足先を洗うのを手伝う	○	長男 訪問介護	Ｓヘルパー事業所	週１回(土) 週１回(木)	25.12.1～26.1.31
					お風呂の準備と使用後の掃除	○	長男 訪問介護	Ｓヘルパー事業所	週１回(土) 週１回(木)	25.12.1～26.1.31
			自宅での入浴に慣れるまで、安心して入浴できる	25.12.1～26.1.31	入浴サービスの提供 本人の手がとどきにくい背中や足先を洗うのを手伝う	○	通所介護（入浴介助加算）	Ｗデイサービス	週１回(月)	25.12.1～26.1.31
またカメラをやりたいが、一人で外出するのは転倒しそうで不安がある また家族が、自宅内で転倒した時に連絡がとれないことを心配している。	ふらつかないで立ち上がりや杖を使っての歩行ができるようになる	25.12.1～26.1.31	足腰の力をつける専門的なリハビリに毎週取り組むことができる	25.12.1～26.1.31	足腰の筋肉の力をつける機能訓練の提供	医療 ○	リハビリ科ＰＴ 通所介護（個別機能訓練加算Ⅰ）	Ｋ病院 Ｗデイサービス	週１回(土) 週１回(月)	25.12.1～26.1.31
			毎日テレビ体操と教えてもらった腰痛体操をする	25.12.1～26.1.31	無理をしないように気をつけながら、座ったままテレビを見て体操をしたり、病院で教えてもらった腰痛体操を行う		本人		毎日	25.12.1～26.1.31
			毎日の見守り体制がある	25.12.1～26.1.31	安否確認と声かけ	市単	生活支援型食事サービス	Ｕ宅配会社	週３回(月,木,日)	25.12.1～26.1.31

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

モデル事例

第2表　【再作成】

居宅サービス計画書（2）

作成年月日　平成２５年１１月２０日

利用者名　川崎　市朗　殿

NO．４

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
	近所のスーパーまで一人で外出できるようになる	25.12.1～	毎週近所のスーパーへ買い物に出かける	25.12.1～26.1.31	食料品の買物の付き添い	○	訪問介護	Ｓヘルパー事業所	週２回(火,金)	25.12.1～26.1.31
	写真を撮って楽しむことができる	25.12.1～	身近なところで被写体を探し、写真を撮って披露できる	25.12.1～26.1.31	身近なところでの被写体探しと写真撮影		本人		随時	25.12.1～
					誕生会等デイサービス行事時の記念写真撮影を担当する	○	本人 通所介護	Ｗデイサービス	月１～3回	25.12.1～26.1.31
					季節の花の開花状況等情報提供	○	通所介護他関係者全員	Ｗデイサービス他	随時	25.12.1～26.1.31
					天気の良い時は散歩やドライブに同行し、被写体探しの協力をする		本人 長男		適宜	25.12.1～
					新しいプリンターの選択と購入、使い方の助言		本人、長男			25.12.1～
					写真仲間とのやり取り		本人		随時	26.1.1～

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。
※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第３表　【再作成】

週間サービス計画表

作成年月日　平成25年11月20日

利用者名　川崎　市朗　殿

平成25年12月分より

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4：00								
早朝	6：00		本人と一緒に買い物・昼食・夕食作り、普通ゴミ出し、服薬カレンダーの確認			本人と一緒に買い物・昼食・夕食作り、資源ゴミ出し、服薬カレンダーの確認			起床、洗面　6:30テレビ体操、仏壇へ線香をあげる 朝食準備と朝食（トースト、ヨーグルト、フルーツ、コーヒー）、後片付け
午前	8：00								前日の新聞の片づけ、新聞読み、テレビ
	10：00	通所介護 通所介護Ⅱ22	訪問介護 身体３生活１	長男妻（銀行への付き添い、買い物、掃除、昼・夕食準備等）	訪問介護 身体３生活１	訪問介護 身体３生活１	長男夫婦 リハビリ通院、服薬の仕分け、買い物、散歩、写真撮影、パソコン講習、入浴等（家族：上記の付き添い、声かけ、介助、日曜日の昼までの食事の準備、掃除、布団干し、大物の洗濯等		洗濯（火・金）、洗濯物たたみ（水・土・日）、簡単な掃除や身の回りの片づけ（随時） 洗濯物を干す（火・金） ヘルパーと一緒に夕食と次の日の昼食準備や見守りでの入浴等
午後	12：00			入浴の準備、見守りと背中や足先の洗身介助、浴室の清掃、昼食準備、普通ゴミ出し、服薬カレンダーの確認					昼食　温めと配膳と片づけ
	14：00								腰痛体操
	16：00	配食サービス 食事、入浴介助、機能訓練、レクリエーション等			配食サービス			配食サービス	
夜間	18：00								夕食受け取りと片づけ
	20：00								テレビ、友人とメール交換 仏壇の妻へ一日の報告、就寝
深夜	22：00								
	24：00								
	2：00								夜中に1～2回トイレ
	4：00								

週単位以外のサービス	福祉用具貸与：特殊寝台、特殊寝台付属品（サイドレール・マットレス）
	内科通院：2回／月　整形外科通院：1回／月

モデル事例

資　料　編

■ケアプラン点検支援マニュアル（国マニュアル）　・・・Ｐ１３０
・ 抜粋（活用方法・指標）

■川崎市指定居宅介護支援等の事業の　・・・Ｐ１３７
人員及び運営の基準等に関する条例・考え方

■介護サービス計画書の様式及び　・・・Ｐ１６５
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　・・・Ｐ１７４
第1表～第7表　標準様式

■課題整理総括表・評価表の活用の手引き　・・・Ｐ１７８

■課題整理総括表（川崎版）　・・・Ｐ２１４

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

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ことが大切です。
② ケアプランを形式的に点検するのが目的ではないので、空欄があったからといって直ちにそれが問題となるわけではありません。
③ 点検作業は一方向ではなく双方向で行い、保険者と介護支援専門員がともに確認しあう姿勢で臨みます。
④ 介護支援専門員がどこに悩み、つまず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・気付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か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るようにしています。

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。

⑵ 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○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）」を参考にして、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だけな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＝

① ケアプランの回収
↓
② 事前点検、疑義事項の整理
↓
③ 「対話方式」による介護支援専門員との協同点検作業
↓
④ 必要に応じてケアプランの修正
↓
⑤ 回答などを集積しそれらを整理・分析
支援システムの構築

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はなく、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）が漏れなく記載できており、利用者のサイン（印）があることを確認。

■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６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こと
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せているかを確認

■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」に資する内容かを常に考えながら、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。

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≪６≫
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いか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おう、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。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
第１章　総則 （趣旨） 第１条　この条例は、介護保険法（平成９年法律第１２３号。以下「法」という。）第４７条第１項第１号、第７９条第２項第１号並びに第８１条第１項及び第２項の規定に基づき、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等を定めるものとする。	第１　基準の性格 １　居宅介護支援基準は、指定居宅介護支援の事業及び基準該当居宅介護支援の事業がその目的を達成するために必要な最低限度の基準を定めたものであり、指定居宅介護支援事業者及び基準該当居宅介護支援事業者は、基準を充足することで足りるとすることなく常にその事業の運営の向上に努めなければならないものである。 ２　指定居宅介護支援の事業を行う者又は行おうとする者が満たすべき基準等を満たさない場合には、指定居宅介護支援事業者の指定又は更新は受けられず、また、基準に違反することが明らかになった場合には、 ①相当の期限を定めて基準を遵守するよう勧告を行い、 ②相当の期限内に勧告に従わなかったときは、事業者名、勧告に至った経緯、当該勧告に対する対応等を公表し、 ③正当な理由が無く、当該勧告に係る措置をとらなかったときは、相当の期限を定めて当該勧告に係る措置をとるよう命令することができるものであること。 　ただし、③の命令をした場合には事業者名、命令に至った経緯等を公表しなければならない。 　なお、③の命令に従わない場合には、当該指定を取り消すこと、又は取り消しを行う前に相当の期間を定めて指定の全部若しくは一部の効力を停止すること（不適正なサービスが行われていることが判明した場合、当該サービスに関する介護報酬の請求を停止させる）ができる。 　ただし、次に掲げる場合には、基準に従った適正な運営ができなくなったものとして、指定の全部若しくは一部の停止又は直ちに取り消すことができるものであること。 （１）　指定居宅介護支援事業者及びその従業者が、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、当該居宅サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を収受したときその他の自己の利益を図るために基準に違反したとき （２）　利用者の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき （３）　その他（１）及び（２）に準ずる重大かつ明白な基準違反があったとき ３　運営に関する基準に従って事業の運営をすることができなくなったことを理由として指定が取り消され、法に定める期間の経過後に再度当該事業者から指定の申請がなされた場合には、当該事業者が運営に関する基準を遵守することを確保することに特段の注意が必要であり、その改善状況等が確認されない限り指定を行わないものとする。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
	4　特に、指定居宅介護支援の事業においては、基準に合致することを前提に自由に事業への参入を認めていること等に鑑み、基準違反に対しては、厳正に対応すべきであること。
（用語の意義及び字句の意味） 第２条　この条例で使用する用語の意義及び字句の意味は、法で使用する用語の意義及び字句の意味によるものとする。	5　用語の定義 「常勤」及び「専らその職務に従事する」の定義はそれぞれ次のとおりである。 （１）「常勤」 当該事業所における勤務時間（当該事業所において、指定居宅介護支援以外の事業を行っている場合には、当該事業に従事している時間を含む。）が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（週３２時間を下回る場合は週３２時間を基本とする。）に達していることをいうものである。 同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、その勤務時間が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとする。 例えば、同一の事業者によって指定訪問介護事業所が併設されている場合、指定訪問介護事業所の管理者と指定居宅介護支援事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間が所定の時間に達していれば、常勤要件を満たすこととなる。 （２）「専らその職務に従事する」 原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいうものである。 （３）「事業所」 事業所とは、介護支援専門員が居宅介護支援を行う本拠であり、具体的には管理者がサービスの利用申込の調整等を行い、居宅介護支援に必要な利用者ごとに作成する帳簿類を保管し、利用者との面接相談に必要な設備及び備品を備える場所である。
（指定居宅介護支援事業者の資格） 第３条　法第７９条第２項第１号（法第７９条の２第４項において準用する場合を含む。）に規定する条例で定める者は、法人である者とする。	

川崎市基準条例	基準条例の考え方
（基本方針） 第４条　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。	第２　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 （基本方針） 介護保険制度においては、要介護者である利用者に対し、個々の解決すべき課題、その心身の状況や置かれている環境等に応じて保健・医療・福祉にわたる指定居宅サービス等が、多様なサービス提供主体により総合的かつ効率的に提供されるよう、居宅介護支援を保険給付の対象として位置付けたものであり、その重要性に鑑み、保険給付率についても特に１０割としているところである。 居宅介護支援基準第４条第１項は、「在宅介護の重視」という介護保険制度の基本理念を実現するため、指定居宅介護支援の事業を行うに当たってのもっとも重要な基本方針として、利用者からの相談、依頼があった場合には、利用者自身の立場に立ち、常にまず、その居宅において日常生活を営むことができるように支援することができるかどうかという視点から検討を行い支援を行うべきことを定めたものである。 このほか、指定居宅介護支援の事業の基本方針として、介護保険制度の基本理念である、高齢者自身によるサービスの選択、保健・医療・福祉サービスの総合的、効率的な提供、利用者本位、公正・中立等を掲げている。介護保険の基本理念を実現する上で、指定居宅介護支援事業者が極めて重要な役割を果たすことを求めたものであり、指定居宅介護支援事業者は、常にこの基本方針を踏まえた事業運営を図らなければならない。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
第２章　人員に関する基準	２　人員に関する基準 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所に介護支援専門員を配置しなければならないが、利用者の自立の支援及び生活の質の向上を図るための居宅介護支援の能力を十分に有する者を充てるよう心がける必要がある。 また、居宅介護支援基準第５条及び第６条に係る運用に当たっては、次の点に留意する必要がある。
（従業者の員数） 第５条　指定居宅介護支援事業者は、当該指定に係る事業所（以下「指定居宅介護支援事業所」という。）ごとに１人以上の員数の指定居宅介護支援の提供に当たる介護支援専門員であって常勤であるもの（以下次条第２項を除き、単に「介護支援専門員」という。）を置かなければならない。 ２　前項に規定する員数の基準は、利用者の数が３５人又はその端数を増すごとに１人とする。	（１）　介護支援専門員の員数 介護支援専門員は、指定居宅介護支援事業所ごとに必ず１人以上を常勤で置くこととされており、常勤の考え方は第１の５の（１）とおりである。 常勤の介護支援専門員を置くべきこととしたのは、指定居宅介護支援事業所の営業時間中は、介護支援専門員は常に利用者からの相談等に対応できる体制を整えている必要があるという趣旨であり、介護支援専門員がその業務上の必要性から、又は他の業務を兼ねていることから、当該事業所に不在となる場合であっても、管理者、その他の従業者等を通じ、利用者が適切に介護支援専門員に連絡が取れる体制としておく必要がある。 なお、介護支援専門員については、他の業務との兼務を認められているところであるが、これは、居宅介護支援の事業が、指定居宅サービス等の実態を知悉する者により併せて行われることが、効果的であるとされる場合もあることに考慮したものである。 また、当該常勤の介護支援専門員の配置は利用者の数３５人に対して１人を基準とするものであり、利用者の数が３５人又はその端数を増すごとに増員することが望ましい。 ただし、当該増員に係る介護支援専門員については非常勤とすることを妨げるものではない。 当該非常勤の介護支援専門員に係る他の業務との兼務については、介護保険施設に置かれた常勤専従の介護支援専門員との兼務を除き、差し支えないものであり、当該他の業務とは必ずしも指定居宅サービス事業の業務を指すものではない。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
（管理者） 第６条　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに常勤の管理者を置かなければならない。 ２　前項に規定する管理者は、介護支援専門員でなければならない。 ３　第１項に規定する管理者は、専らその職務に従事する者でなければならない。 ただし、次に掲げる場合は、この限りでない。 （１）管理者がその管理する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の職務に従事する場合 （２）管理者が同一敷地内にある他の事業所の職務に従事する場合（その管理する指定居宅介護支援事業所の管理に支障がない場合に限る。）	（２）　管理者 指定居宅介護支援事業所に置くべき管理者は、介護支援専門員であって、専ら管理者の職務に従事する常勤の者でなければならないが、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の職務に従事する場合及び管理者が同一敷地内にある他の事業所の職務に従事する場合（その管理する指定居宅介護支援事業所の管理に支障がない場合に限る。）は必ずしも専ら管理者の職務に従事する常勤の者でなくても差し支えないこととされている。 この場合、同一敷地内にある他の事業所とは、必ずしも指定居宅サービス事業を行う事業所に限るものではなく、例えば、介護保険施設、病院、診療所、薬局等の業務に従事する場合も、当該指定居宅介護支援事業所の管理に支障がない限り認められるものである。 指定居宅介護支援事業所の管理者は、指定居宅介護支援事業所の営業時間中は、常に利用者からの利用申込等に対応できる体制を整えている必要があるものであり、管理者が介護支援専門員を兼務していて、その業務上の必要性から当該事業所に不在となる場合であっても、その他の従業者等を通じ、利用者が適切に管理者に連絡が取れる体制としておく必要がある。 また、例えば、訪問系サービスの事業所において訪問サービスそのものに従事する従業者との兼務は一般的には管理者の業務に支障があると考えられるが、訪問サービスに従事する勤務時間が限られている職員の場合には、支障がないと認められる場合もありうる。 また、併設する事業所に原則として常駐する老人介護支援センターの職員、訪問介護、訪問看護等の管理者等との兼務は可能と考えられる。 なお、介護保険施設の常勤専従の介護支援専門員との兼務は認められないものである。 ２　前項に規定する管理者は、介護支援専門員でなければならない。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
第３章　運営に関する基準 （内容及び手続の説明及び同意） 第７条　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第２１条に規定する運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について当該利用申込者の同意を得なければならない。 ２　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画が第４条に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであること等につき説明を行い、理解を得なければならない。 ３　指定居宅介護支援事業者は、利用申込者又はその家族からの申出があった場合には、第１項の規定による文書の交付に代えて、第６項で定めるところにより、当該利用申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であって次に掲げるもの（以下この条において「電磁的方法」という。）により提供することができる。 　この場合において、当該指定居宅介護支援事業者は、当該文書を交付したものとみなす。 （１）電子情報処理組織を使用する方法のうちア又はイに掲げるもの ア　指定居宅介護支援事業者の使用に係る電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ。）と利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて第１項に規定する重要事項を送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法 イ　指定居宅介護支援事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された第１項に規定する重要事項を電気通信回線を通じて利用申込者又はその家族の閲覧に供し、当該利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法（電磁的方法による提供を受ける旨の承諾又は受けない旨の申出をする場合にあっては、指定居宅介護支援事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法） （２）磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに第１項に規定する重要事項を記録したものを交付する方法	３　運営に関する基準 （１）　内容及び手続の説明及び同意 居宅介護支援基準第７条は、基本理念としての高齢者自身によるサービス選択を具体化したものである。 利用者は指定居宅サービスのみならず、指定居宅介護支援事業者についても自由に選択できることが基本であり、指定居宅介護支援事業者は、利用申込があった場合には、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、当該指定居宅介護支援事業所の運営規程の概要、介護支援専門員の勤務の体制、秘密の保持、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項を説明書やパンフレット等の文書を交付して説明を行い、当該指定居宅介護支援事業所から居宅介護支援を受けることにつき同意を得なければならないこととしたものである。 　なお、当該同意については、利用者及び指定居宅介護支援事業者双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましいものである。 　また、指定居宅介護支援は、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行われるものであり、居宅サービス計画は居宅介護支援基準第４条の基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものである。 　このため、指定居宅介護支援について利用者の主体的な参加が重要であることにつき十分説明を行い、理解を得なければならない。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
4　前項各号に掲げる方法は、利用申込者又はその家族がファイルに記録された事項を出力することにより文書を作成することができるものでなければならない。 5　第３項第１号の「電子情報処理組織」とは、指定居宅介護支援事業者の使用に係る電子計算機と利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。 6　指定居宅介護支援事業者は、電磁的方法により第１項に規定する重要事項を提供しようとするときは、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、その用いる次に掲げる電磁的方法の種類及び内容を示し、文書又は電磁的方法による承諾を得なければならない。 （１）第３項各号に掲げる方法のうち指定居宅介護支援事業者が使用するもの （２）ファイルへの記録の方式 7　前項の規定による承諾を得た指定居宅介護支援事業者は、当該利用申込者又はその家族から文書又は電磁的方法により電磁的方法による提供を受けない旨の申出があったときは、当該利用申込者又はその家族に対し、第１項に規定する重要事項の提供を電磁的方法によってしてはならない。 　ただし、当該利用申込者又はその家族が再び前項の規定による承諾をした場合は、この限りでない。	
（提供拒否の禁止） 第８条　指定居宅介護支援事業者は、正当な理由なく指定居宅介護支援の提供を拒んではならない。	（２）　提供拒否の禁止 　居宅介護支援基準第８条は、居宅介護支援の公共性に鑑み、原則として、指定居宅介護支援の利用申込に対しては、これに応じなければならないことを規定したものであり、正当な理由なくサービスの提供を拒否することを禁止するものである。 　なお、ここでいう正当な理由とは ①当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合、 ②利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合、 ③利用申込者が他の指定居宅介護支援事業者にも併せて指定居宅介護支援の依頼を行っていることが明らかな場合 等である。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
（サービス提供困難時の対応） 第９条　指定居宅介護支援事業者は、当該指定居宅介護支援事業所の通常の事業の実施地域（当該事業所が通常時に指定居宅介護支援を提供する地域をいう。以下同じ。）等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定居宅介護支援を提供することが困難であると認める場合には、他の指定居宅介護支援事業者の紹介その他の必要な措置を速やかに講じなければならない。	
（受給資格等の確認） 第１０条　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供を求められた場合には、その提供を求める者から提示された被保険者証（法第１２条第３項の被保険者証をいう。以下同じ。）によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめなければならない。	
（要介護認定の申請に係る援助） 第１１条　指定居宅介護支援事業者は、被保険者の要介護認定に係る申請について、利用申込者の意思を踏まえ、必要な協力を行わなければならない。 ２　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合には、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。 ３　指定居宅介護支援事業者は、当該利用者が受けている要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該要介護認定の有効期間の満了日の３０日前までになされるよう必要な援助を行わなければならない。	（３）　要介護認定の申請に係る援助 ①　居宅介護支援基準第１１条第１項は、法第２７条第１項に基づき、被保険者が居宅介護支援事業者に要介護認定の申請に関する手続きを代わって行わせることができること等を踏まえ、被保険者から要介護認定の申請の代行を依頼された場合等においては、居宅介護支援事業者は必要な協力を行わなければならないものとしたものである。 ②　同条第２項は、要介護認定の申請がなされていれば、要介護認定の効力が申請時に遡ることにより、指定居宅介護支援の利用に係る費用が保険給付の対象となり得ることを踏まえ、指定居宅介護支援事業者は、利用申込者が要介護認定を受けていないことを確認した場合には、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合には、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならないこととしたものである。 ③　同条第３項は、要介護認定の有効期間が付されているものであることを踏まえ、指定居宅介護支援事業者は、当該利用者が受けている要介護認定の有効期間を確認した上、要介護認定等の更新の申請が、遅くとも当該要介護認定等の有効期間の満了日の１カ月前までになされるよう必要な援助を行わなければならないこととしたものである。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
（身分を示す証明書の携帯） 第１２条　指定居宅介護支援事業者は、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に身分を示す証明書を携帯させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しなければならない。	（４）　身分を示す証明書の携帯 居宅介護支援基準第１２条は、利用者が安心して指定居宅介護支援の提供を受けられるよう、指定居宅介護支援事業者が、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に介護支援専門員証を携帯させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導するべきこととしたものである。
（利用料等の受領） 第１３条　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援（法第４６条第４項の規定に基づき居宅介護サービス計画費（同条第１項に規定する居宅介護サービス計画費をいう。以下同じ。）が当該指定居宅介護支援事業者に支払われる場合に係るものを除く。）を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料（居宅介護サービス計画費の支給の対象となる費用に係る対価をいう。以下同じ。）の額と、居宅介護サービス計画費の額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。 ２　指定居宅介護支援事業者は、利用料の額のほか、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅を訪問して指定居宅介護支援を行う場合に要する交通費の額の支払を利用者から受けることができる。 ３　指定居宅介護支援事業者は、前項の交通費の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、当該利用者の同意を得なければならない。	（５）　利用料等の受領 ①　居宅介護支援基準第１３条第１項は、利用者間の公平及び利用者の保護の観点から、保険給付がいわゆる償還払いとなる場合と、保険給付が利用者に代わり指定居宅介護支援事業者に支払われる場合（以下「代理受領がなされる場合」という。）の間で、一方の経費が他方へ転嫁等されることがないよう、償還払いの場合の指定居宅介護支援の利用料の額と、居宅介護サービス計画費の額（要するに、代理受領がなされる場合の指定居宅介護支援に係る費用の額）との間に、不合理な差額を設けてはならないこととするとともに、これによって、償還払いの場合であっても原則として利用者負担が生じないこととする趣旨である。 ②　同条第２項は、指定居宅介護支援の提供に関して、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定居宅介護支援を行う場合に要する交通費の額の支払いを利用者から受けることができることとし、保険給付の対象となっているサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の支払いを受けることは認めないこととしたものである。 ③　同条第３項は、指定居宅介護支援事業者は、前項の交通費の額の支払いを受けるに当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対してその額等に関して説明を行い、当該利用者の同意を得なければならないこととしたものである。
（保険給付の請求のための証明書の交付）交付 第１４条　指定居宅介護支援事業者は、提供した指定居宅介護支援に係る利用料の支払を受けた場合には、当該利用料の額等を記載した指定居宅介護支援提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。	（６）　保険給付の請求のための証明書の交付 居宅介護支援基準第１４条は、居宅介護支援に係る保険給付がいわゆる償還払いとなる場合に、利用者が保険給付の請求を容易に行えるよう、指定居宅介護支援事業者は、利用料の額その他利用者が保険給付を請求する上で必要と認められる事項を記載した指定居宅介護支援提供証明書を利用者に対して交付するべきこととしたものである。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
（指定居宅介護支援の基本取扱方針） 第１５条　指定居宅介護支援は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。 ２　指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。	
（指定居宅介護支援の具体的取扱方針） 第１６条　指定居宅介護支援の方針は、第４条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。 （１）指定居宅介護支援事業所の管理者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させなければならない。 （２）指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行うものとする。	（７）　指定居宅介護支援の具体的取扱方針 居宅介護支援基準第１６条は、利用者の課題分析、サービス担当者会議の開催、居宅サービス計画の作成、居宅サービス計画の実施状況の把握などの居宅介護支援を構成する一連の業務のあり方及び当該業務を行う介護支援専門員の責務を明らかにしたものである。 なお、利用者の課題分析（第６号）から居宅サービス計画の利用者への交付（第１１号）に掲げる一連の業務については、居宅介護支援基準第４条に掲げる基本方針を達成するために必要となる業務を列記したものであり、基本的にはこのプロセスに応じて進めるべきものであるが、緊急的なサービス利用等やむを得ない場合や、効果的・効率的に行うことを前提とするものであれば、業務の順序について拘束するものではない。 ただし、その場合にあっても、それぞれ位置付けられた個々の業務は、事後的に可及的速やかに実施し、その結果に基づいて必要に応じて居宅サービス計画を見直すなど、適切に対応しなければならない。 ①　介護支援専門員による居宅サービス計画の作成（居宅介護支援基準第１６条第１号） 指定居宅介護支援事業所の管理者は、居宅サービス計画の作成に関する業務の主要な過程を介護支援専門員に担当させなければならないこととしたものである。 ②　指定居宅介護支援の基本的留意点（第２号） 指定居宅介護支援は、利用者及びその家族の主体的な参加及び自らの課題解決に向けての意欲の醸成と相まって行われることが重要である。 このためには、指定居宅介護支援について利用者及びその家族の十分な理解が求められるものであり、介護支援専門員は、指定居宅介護支援を懇切丁寧に行うことを旨とし、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行うことが肝要である。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
（３）介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身、家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにしなければならない。	③　継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用（第３号） 利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うためには、利用者の心身、家族の状態等に応じて、継続的かつ計画的に居宅サービスが提供されることが重要である。 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成又は変更に当たり、継続的な支援という観点に立ち、計画的に指定居宅サービス等の提供が行われるようにすることが必要であり、支給限度額の枠があることのみをもって、特定の時期に偏って継続が困難な、また必要性に乏しい居宅サービスの利用を助長するようなことがあってはならない。
（４）介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス及び福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画に位置付けるよう努めなければならない。	④　総合的な居宅サービス計画の作成（第４号） 居宅サービス計画は、利用者の日常生活全般を支援する観点に立って作成されることが重要である。 このため、居宅サービス計画の作成又は変更に当たっては、利用者の希望や課題分析の結果に基づき、介護給付等対象サービス以外の、例えば、市町村保健師等が居宅を訪問して行う指導等の保健サービス、老人介護支援センターにおける相談援助及び市町村が一般施策として行う配食サービス、寝具乾燥サービスや当該地域の住民による見守り、配食、会食などの自発的な活動によるサービス等、更には、こうしたサービスと併せて提供される精神科訪問看護等の医療サービス、はり師・きゅう師による施術、保健師・看護師・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師による機能訓練なども含めて居宅サービス計画に位置付けることにより総合的な計画となるよう努めなければならない。 なお、介護支援専門員は、当該日常生活全般を支援する上で、利用者の希望や課題分析の結果を踏まえ、地域で不足していると認められるサービス等については、介護給付等対象サービスであるかどうかを問わず、当該不足していると思われるサービス等が地域において提供されるよう関係機関等に働きかけていくことが望ましい。
（５）介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。	⑤　利用者自身によるサービスの選択（第５号） 介護支援専門員は、利用者自身がサービスを選択することを基本に、これを支援するものである。 このため、介護支援専門員は、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該利用者が居住する地域の指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。 したがって、特定の指定居宅サービス事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく同一の事業主体のサービスのみによる居宅サービス計画原案を最初から提示するようなことがあってはならないものである。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
（６）介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等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を把握しなければならない。	⑥　課題分析の実施（第６号） 居宅サービス計画は、個々の利用者の特性に応じて作成されることが重要である。 このため介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に先立ち利用者の課題分析を行うこととなる。 課題分析とは、利用者の有する日常生活上の能力や利用者が既に提供を受けている指定居宅サービスや介護者の状況等の利用者を取り巻く環境等の評価を通じて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を把握することであり、利用者の生活全般についてその状態を十分把握することが重要である。 なお、当該課題分析は、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、利用者の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ものであるが、この課題分析の方式については、別途通知するところによるものである。 編注 ※介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について（平成１１年１１月１２日・老企第２９号）
（７）介護支援専門員は、前号の規定による解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族と面接して行わなければならない。 この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。	⑦　課題分析における留意点（第７号） 介護支援専門員は、解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合を除き、必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族と面接して行わなければならない。 この場合において、利用者やその家族との間の信頼関係、協働関係の構築が重要であり、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。 なお、このため、介護支援専門員は面接技法等の研鑽に努めることが重要である。 また、当該アセスメントの結果について記録するとともに、居宅介護支援基準第３２条第２項の規定に基づき、当該記録は、５年間保存しなければならない。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
（８）介護支援専門員は、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、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。	⑧　居宅サービス計画原案の作成（第８号） 介護支援専門員は、居宅サービス計画が利用者の生活の質に直接影響する重要なものであることを十分に認識し、居宅サービス計画原案を作成しなければならない。 したがって、居宅サービス計画原案は、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よる専門的見地に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案した上で、実現可能なものとする必要がある。 また、当該居宅サービス計画原案には、利用者及びその家族の生活に対する意向及び総合的な援助の方針並びに生活全般の解決すべき課題を記載した上で、提供されるサービスについて、その長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に盛り込み、当該達成時期には居宅サービス計画及び各指定居宅サービス等の評価を行い得るようにすることが重要である。 さらに、提供されるサービスの目標とは、利用者がサービスを受けつつ到達しようとする目標を指すものであり、サービス提供事業者側の個別のサービス行為を意味するものではないことに留意する必要がある。
（９）介護支援専門員は、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成ために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者（以下この条において「担当者」という。）を召集して行う会議をいう。以下同じ。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の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ものとする。 ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができる。	⑨　サービス担当者会議等による専門的意見の聴取（第９号） 介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、利用者やその家族、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を当該担当者等と共有するとともに、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが重要である。 なお、利用者やその家族の参加が望ましくない場合（家庭内暴力等）には、必ずしも参加を求めるものではないことに留意されたい。 また、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとしているが、この場合にも、緊密に相互の情報交換を行うことにより、利用者の状況等についての情報や居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要がある。 なお、ここでいうやむを得ない理由がある場合とは、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合、居宅サービス計画の変更であって、利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合等が想定される。 なお、当該サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容について記録するとともに、居宅介護支援基準第３２条の第２項の規定に基づき、当該記録は、５年間保存しなければならない。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
（１０）介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により当該利用者の同意を得なければならない。	⑩　居宅サービス計画の説明及び同意（第１０号） 居宅サービス計画に位置付ける指定居宅サービス等の選択は、利用者自身が行うことが基本であり、また、当該計画は利用者の希望を尊重して作成されなければならない。利用者に選択を求めることは介護保険制度の基本理念である。このため、当該計画原案の作成に当たって、これに位置付けるサービスについて、また、サービスの内容についても利用者の希望を尊重することとともに、作成された居宅サービス計画の原案についても、最終的には、その内容について説明を行った上で文書によって利用者の同意を得ることを義務づけることにより、利用者によるサービスの選択やサービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障しようとするものである。 また、当該説明及び同意を要する居宅サービス計画原案とは、いわゆる居宅サービス計画書の第１表から第３表まで、第６表及び第７表（「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成１１年１１月１２日老企第２９号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）に示す標準様式を指す。）に相当するものすべてを指すものである。
（１１）介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。	⑪　居宅サービス計画の交付（第１１号） 居宅サービス計画を作成した際には、遅滞なく利用者及び担当者に交付しなければならない。 また、介護支援専門員は、担当者に対して居宅サービス計画を交付する際には、当該計画の趣旨及び内容等について十分に説明し、各担当者との共有、連携を図った上で、各担当者が自ら提供する居宅サービス等の当該計画における位置付けを理解できるように配慮する必要がある。 指定居宅療養管理指導については、指定居宅療養管理指導事業所から情報提供及び助言があった場合は、当該居宅サービス計画を担当者に交付するものとする。 なお、居宅介護支援基準第３２条第２項の規定に基づき、居宅サービス計画は、５年間保存しなければならない。
（１２）介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。	⑫　居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等（第１２号） 指定居宅介護支援においては、利用者の有する解決すべき課題に即した適切なサービスを組み合わせて利用者に提供し続けることが重要である。 このために介護支援専門員は、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であり、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。）及び評価を行い、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合等必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。 なお、利用者の解決すべき課題の変化は、利用者に直接サービスを提供する指定居宅サービス事業者等により把握されることも多いことから、介護支援専門

川崎市基準条例	基準条例の考え方
	員は、当該指定居宅サービス事業者等のサービス担当者と緊密な連携を図り、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合には、円滑に連絡が行われる体制の整備に努めなければならない。 また、訪問介護計画・通所介護計画等の基準条例に作成が義務付けられている計画（以下訪問介護計画等という。）については、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該居宅サービス計画に沿って作成されなければならないことから、担当する介護支援専門員は、作成された訪問介護計画等を入手し、当該訪問介護計画等が居宅サービス計画に沿ったものであるか等について確認に努めなければならない。
（１３）介護支援専門員は、前号に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。 ア　少なくとも１月に１回、利用者の居宅を訪問し、利用者と面接すること。 イ　少なくとも１月に１回、モニタリングの結果を記録すること。	⑬　モニタリングの実施（第１３号） 介護支援専門員は、モニタリングに当たっては、居宅サービス計画の作成後においても、利用者及びその家族、主治の医師、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、当該指定居宅サービス事業者等の担当者との連携により、モニタリングが行われている場合においても、特段の事情のない限り、少なくとも１月に１回は利用者の居宅で面接を行い、かつ、少なくとも１月に１回はモニタリングの具体的な結果を記録することが必要である。 また、「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。 さらに、当該特段の事情がある場合については、その具体的な内容を記録しておくことが必要である。 なお、居宅介護支援基準第３２条第２項の規定に基づき、モニタリングの具体的な結果の記録は、５年間保存しなければならない。
（１４）介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。 ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができる。 ア　要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合 イ　要介護認定を受けている利用者が法第２９条第１項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合	⑭　居宅サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取（第１４号） 介護支援専門員は、利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合など本号に掲げる場合には、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。 ただし、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。 なお、ここでいうやむを得ない理由がある場合とは、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合や居宅サービス計画の変更から間もない場合で利用者の状態に大きな変化が見られない場合等が想定される。 当該サービス担当者会議の要点又は当該担当者への照会内容については記録するとともに、居宅介護支援基準第３２条第２項の規定に基づき、当該記録は、５年間保存しなければならない。 また、上記の担当者からの意見により、居宅サービス計画の変更の必要がない場合においても、記録の記載及び保存について同様である。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
（１５）第３号から第１１号までの規定は、第１２号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。	⑮　居宅サービス計画の変更（第１５号） 介護支援専門員は、居宅サービス計画を変更する際には、原則として、居宅介護支援基準第１６条第３号から第１１号までに規定された居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要である。 なお、利用者の希望による軽微な変更（例えばサービス提供日時の変更等で、介護支援専門員が居宅介護支援基準第１６条第３号から第１１号までに掲げる一連の業務を行う必要性がないと判断したもの）を行う場合には、この必要はないものとする。 ただし、この場合においても、介護支援専門員が、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であることは、同条第１２号（⑫居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等）に規定したとおりであるので念のため申し添える。
（１６）介護支援専門員は、適切な保健医療サービス又は福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院若しくは入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。	⑯　介護保険施設への紹介その他の便宜の提供（第１６号） 介護支援専門員は、適切な保健医療サービス又は福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院若しくは入所を希望する場合には、介護保険施設はそれぞれ医療機能等が異なることに鑑み、主治医の意見を参考にする、主治医に意見を求める等をして介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。
（１７）介護支援専門員は、介護保険施設等から退院し、又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行うものとする。	⑰　介護保険施設との連携（第１７号） 介護支援専門員は、介護保険施設等から退院し、又は退所しようとする要介護者から居宅介護支援の依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅での生活における介護上の留意点等の情報を介護保険施設等の従業者から聴取する等の連携を図るとともに、居宅での生活を前提とした課題分析を行った上で居宅サービス計画を作成する等の援助を行うことが重要である。
（１８）介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、当該利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。 （１９）介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意事項を尊重してこれを行うものとする。	⑱　主治の医師等の意見等（第１８号・第１９号） 訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）及び複合型サービス（訪問看護サービスを利用する場合に限る。）については、主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。 このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。 なお、医療サービス以外の指定居宅サービス等を居宅サービス計画に位置付ける場合にあって、当該指定

川崎市基準条例	基準条例の考え方
	居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、介護支援専門員は、当該留意事項を尊重して居宅介護支援を行うものとする。
（２０）介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置付ける場合にあっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。	⑲　短期入所生活介護及び短期入所療養介護の居宅サービス計画への位置付け（第２０号） 短期入所生活介護及び短期入所療養介護（以下「短期入所サービス」という。）は、利用者の自立した日常生活の維持のために利用されるものであり、指定居宅介護支援を行う介護支援専門員は、短期入所サービスを位置付ける居宅サービス計画の作成に当たって、利用者にとってこれらの居宅サービスが在宅生活の維持につながるように十分に留意しなければならないことを明確化したものである。 この場合において、短期入所サービスの利用日数に係る「要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えない」という目安については、居宅サービス計画の作成過程における個々の利用者の心身の状況やその置かれている環境等の適切な評価に基づき、在宅生活の維持のための必要性に応じて弾力的に運用することが可能であり、要介護認定の有効期間の半数の日数以内であるかについて機械的な適用を求めるものではない。 従って、利用者の心身の状況及び本人、家族等の意向に照らし、この目安を超えて短期入所サービスの利用が特に必要と認められる場合においては、これを上回る日数の短期入所サービスを居宅サービス計画に位置付けることも可能である。
（２１）介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を居宅サービス計画に記載しなければならない。 （２２）介護支援専門員は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。	⑳　福祉用具貸与及び特定福祉用具販売の居宅サービス計画への反映等（第２１号・第２２号） 福祉用具貸与及び特定福祉用具販売については、その特性と利用者の心身の状況等を踏まえて、その必要性を十分に検討せずに選定した場合、利用者の自立支援は大きく阻害されるおそれがあることから、検討の過程を別途記録する必要がある。 このため、介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置付ける場合には、サービス担当者会議を開催し、当該計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。 なお、福祉用具貸与については、居宅サービス計画作成後必要に応じて随時サービス担当者会議を開催して、利用者が継続して福祉用具貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取するとともに検証し、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合には、その理由を再び居宅サービス計画に記載しなければならない。 また、福祉用具貸与については以下の項目について留意することとする。 ア　介護支援専門員は、要介護１の利用者（以下「軽度者」という。）の居宅サービス計画に指定福祉用具貸与を位置付ける場合には、「厚生労働大臣が定める利用者等」（平成２４年厚生労働省告示第９５号）第２５号のイで定める状態像の者であることを確認する

川崎市基準条例	基準条例の考え方
	ため、当該軽度者の「要介護認定等基準時間の推計の方法」（平成１２年厚生省告示第９１号）別表第１の調査票について必要な部分（実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該軽度者の状態像の確認が必要な部分）の写し（以下「調査票の写し」という。）を市町村から入手しなければならない。 　ただし、当該軽度者がこれらの結果を介護支援専門員へ提示することに、あらかじめ同意していない場合については、当該軽度者の調査票の写しを本人に情報開示させ、それを入手しなければならない。 イ　介護支援専門員は、当該軽度者の調査票の写しを指定福祉用具貸与事業者へ提示することに同意を得たうえで、市町村より入手した調査票の写しについて、その内容が確認できる文書を指定福祉用具貸与事業者へ送付しなければならない。 ウ　介護支援専門員は、当該軽度者が「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成１２年老企第３６号）の第二の９（２）[1]ウの判断方法による場合については、福祉用具の必要性を判断するため、利用者の状態像が、同ｉ）からｉｉｉ）までのいずれかに該当する旨について、主治医意見書による方法のほか・医師の診断書又は医師から所見を聴取する方法により、当該医師の所見及び医師の名前を居宅サービス計画に記載しなければならない。 　この場合において、介護支援専門員は、指定福祉用具貸与事業者より、当該軽度者に係る医師の所見及び医師の名前について確認があったときには、利用者の同意を得て、適切にその内容について情報提供しなければならない。 　なお、介護保険法第４５条に定める住宅改修を居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては、当該計画に住宅改修が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて、住宅改修を行う者（施工業者）と改修の必要性を検討した上で、利用者が居宅介護住宅改修費を受領できるよう必要な援助を行わなければならず、住宅改修が必要な理由書については、担当する介護支援専門員が記載しなければない。
（２３）介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証に、認定審査会意見又は法第３７条第１項の規定による指定に係る居宅サービス若しくは地域密着型サービスの種類についての記載がある場合には、利用者にその趣旨（同項の規定による指定に係る居宅サービス又は地域密着型サービスの種類については、その変更の申請ができることを含む。）を説明し、理解を得た上で、その内容に沿った居宅サービス計画を作成しなければならない。	㉓　認定審査会意見等の居宅サービス計画への反映（第２３号） 　指定居宅サービス事業者は、法第７３条第２項の規定に基づき認定審査会意見が被保険者証に記されているときは、当該意見に従って、当該被保険者に当該指定居宅サービスを提供するように努める必要があり、介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証にこれらの記載がある場合には、利用者にその趣旨（法第３７条第１項の指定に係る居宅サービス又は地域密着型サービス種類については、その変更の申請ができることを含む。）について説明し、理解を得た上で、その内容に沿った居宅サービス計画を作成する必要がある。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
（２４）介護支援専門員は、要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合には、指定介護予防支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図るものとする。	㉒　指定介護予防支援事業者との連携（第２４号） 要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合には、指定介護予防支援事業者が当該利用者の介護予防サービス計画を作成することになるため、速やかに適切な介護予防サービス計画の作成に着手できるよう、指定居宅介護支援事業所は、指定介護予防支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図ることとしたものである。
（２５）指定居宅介護支援事業者は、法第１１５条の２３第３項の規定に基づき、指定介護予防支援事業者から指定介護予防支援の業務の委託を受けるに当たっては、その業務量等を勘案し、当該指定居宅介護支援事業者が行う指定居宅介護支援の業務が適正に実施できるよう配慮しなければならない。	㉓　指定介護予防支援業務の受託に関する留意点（第２５号） 指定居宅介護支援事業者は、指定介護予防支援業務を受託するにあたっては、その業務量等を勘案し、当該指定居宅介護支援事業者が本来行うべき指定居宅介護支援業務の適正な実施に影響を及ぼすことのないよう配慮しなければならない。
（法定代理受領サービスに係る報告） 第１７条　指定居宅介護支援事業者は、毎月、関係する市町村（法第４１条第１０項の規定により同条第９項の規定による審査及び支払に関する事務を国民健康保険団体連合会（国民健康保険法（昭和３３年法律第１９２号）第４５条第５項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下同じ。）に委託している場合にあっては、当該国民健康保険団体連合会）に対し、居宅サービス計画において位置付けられている指定居宅サービス等のうち法定代理受領サービス（法第４１条第６項の規定により居宅介護サービス費が利用者に代わり当該指定居宅サービス事業者に支払われる場合の当該居宅介護サービス費に係る指定居宅サービスをいう。）として位置付けたものに関する情報を記載した文書を提出しなければならない。 ２　指定居宅介護支援事業者は、居宅サービス計画に位置付けられている基準該当居宅サービスに係る特例居宅介護サービス費の支給に係る事務に必要な情報を記載した文書を、関係する市町村（当該事務を国民健康保険団体連合会に委託している場合にあっては、当該国民健康保険団体連合会）に対して提出しなければならない。	（８）　法定代理受領サービスに係る報告 ①　居宅介護支援基準第１７条第１項は、居宅介護サービス費を利用者に代わり当該指定居宅サービス事業者に支払うための手続きとして、指定居宅介護支援事業者に、関係する市町村（国民健康保険団体連合会に委託している場合にあっては当該国民健康保険団体連合会）に対して、居宅サービス計画において位置付けられている指定居宅サービス等のうち法定代理受領サービスとして位置付けたものに関する情報を記載した文書（給付管理票）を毎月提出することを義務づけたものである。 ②　同条第２項は、指定居宅介護支援事業者が居宅サービス計画に位置付けられている基準該当居宅サービスに係る情報を指定居宅サービスに係る情報と合わせて関係する市町村（国民健康保険団体連合会に委託している場合にあっては当該国民健康保険団体連合会）に対して提供することにより、基準該当居宅サービスに係る特例居宅介護サービス費又は特例居宅支援サービス費の支払事務が、居宅サービス計画に位置付けられている指定居宅サービスに係る居宅介護サービス費又は居宅支援サービス費の支払を待つことなく、これと同時並行的に行うことができるようにするための規定である。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
（利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付） 第１８条　指定居宅介護支援事業者は、利用者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合、要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合その他利用者からの申出があった場合には、当該利用者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付しなければならない。	（９）　利用者に対する居宅サービス計画等の書類の交付 居宅介護支援基準第１８条は、利用者が指定居宅介護支援事業者を変更した場合に、変更後の指定居宅介護支援事業者又は指定介護予防支援事業者が滞りなく給付管理票の作成・届出等の事務を行うことができるよう、指定居宅介護支援事業者は、利用者が他の居宅介護支援事業者の利用を希望する場合、要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合、その他利用者からの申し出があった場合には、当該利用者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付しなければならないこととしたものである。
（利用者に関する市町村への通知） 第１９条　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援を受けている利用者が次のいずれかに該当する場合には、遅滞なく、意見を付してその旨を関係する市町村に通知しなければならない。 （１）正当な理由なく介護給付等対象サービスの利用に関する指示に従わないこと等により、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。 （２）偽りその他不正の行為によって保険給付の支給を受け、又は受けようとしたとき。	（10）　利用者に関する市町村への通知 居宅介護支援基準第１９条は、偽りその他不正の行為によって保険給付を受けた者及び自己の故意の犯罪行為若しくは重大な過失等により、要介護状態若しくはその原因となった事故を生じさせるなどした者については、市町村が、介護保険法第２２条第１項に基づく既に支払った保険給付の徴収又は第６４条に基づく保険給付の制限を行うことができることに鑑み、指定居宅介護支援事業者が、その利用者に関し、保険給付の適正化の観点から、関係する市町村に通知しなければならない事由を列記したものである。
（管理者の責務） 第２０条　指定居宅介護支援事業所の管理者は、当該指定居宅介護支援事業所の従業者の管理、指定居宅介護支援の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。 ２　指定居宅介護支援事業所の管理者は、当該指定居宅介護支援事業所の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行わなければならない。	
（運営規程） 第２１条　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。	（11）　運営規程 居宅介護支援基準第２１条は、指定居宅介護支援の事業の適正な運営及び利用者等に対する適切な指定居宅介護支援の提供を確保するため、同条第１号から第９号までに掲げる事項を内容とする規定を定めることを指定居宅介護支援事業所ごとに義務づけたものである。 特に次の点に留意する必要がある。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
（１）事業の目的及び運営の方針 （２）従業者の職種、員数及び職務の内容 （３）営業日及び営業時間 （４）指定居宅介護支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額 （５）通常の事業の実施地域 （６）個人情報の管理の方法 （７）苦情への対応方法 （８）事故発生の防止策及び事故発生時の対応方法 （９）その他事業の運営に関する重要事項	①　従業者の職種、員数及び職務内容（第２号） 従業者については、介護支援専門員とその他の従業者に区分し、員数及び職務内容を記載することとする。 ②　指定居宅介護支援の提供方法、内容及び利用料その他の費用の額（第４号） 指定居宅介護支援の提供方法及び内容については、利用者の相談を受ける場所、課題分析の手順等を記載するものとする。 ③　通常の事業の実施地域（第５号） 通常の事業の実施地域は、客観的にその区域が特定されるものとすること。 なお、通常の事業の実施地域は、利用申込に係る調整等の観点からの目安であり、当該地域を越えて指定居宅介護支援が行われることを妨げるものではない。
（勤務体制の確保等） 第２２条　指定居宅介護支援事業者は、利用者に対し適切な指定居宅介護支援を提供できるよう、指定居宅介護支援事業所ごとに、従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。 ２　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に指定居宅介護支援の業務を担当させなければならない。 ただし、介護支援専門員の補助の業務については、この限りでない。 ３　指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員に対し、その資質の向上のための研修の機会を確保しなければならない。	（12）　勤務体制の確保等 居宅介護支援基準第２２条は、利用者に対する適切な指定居宅介護支援の提供を確保するため、従業者の勤務体制等を規定したものであるが、次の点に留意する必要がある。 ①　指定居宅介護支援事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、介護支援専門員については、日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等を明確にする。 なお、当該勤務の状況等は、居宅介護支援基準第２０条により指定居宅介護支援事業所の管理者が管理する必要があり、非常勤の介護支援専門員を含めて当該指定居宅介護支援事業所の業務として一体的に管理されていることが必要である。 従って、非常勤の介護支援専門員が兼務する業務の事業所を居宅介護支援の拠点とし独立して利用者ごとの居宅介護支援台帳の保管を行うようなことは認められないものである。 ②　同条第２項は、当該指定居宅介護支援事業所の従業者たる介護支援専門員が指定居宅介護支援を担当するべきことを規定したものであり、当該事業所と介護支援専門員の関係については、当該事業所の管理者の指揮命令が介護支援専門員に対して及ぶことが要件となるが、雇用契約に限定されるものではないものである。 ③　同条第３項は、より適切な指定居宅介護支援を行うために、介護支援専門員の研修の重要性について規定したものであり、指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員に対し、その資質の向上のため研修の機会を確保しなければならない。 特に、介護支援専門員実務研修修了後、初めて就業した介護支援専門員については、就業後６月から１年の間に都道府県等が行う初任者向けの研修を受講する機会を確保しなければならない。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
（設備及び備品等） 第２３条　指定居宅介護支援事業所は、事業の運営を行うために必要な広さの区画を有するほか、指定居宅介護支援の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。	(13)　設備及び備品等） 居宅介護支援基準第２３条に掲げる設備及び備品等については、次の点に留意するものである。 ①　指定居宅介護支援事業所には、事業の運営を行うために必要な面積を有する専用の事務室を設けることが望ましいが、他の事業の用に供するものと明確に区分される場合は、他の事業との同一の事務室であっても差し支えないこと。 　なお、同一事業所において他の事業を行う場合に、業務に支障がないときは、それぞれの事業を行うための区画が明確に特定されていれば足りるものとする。 ②　指定居宅介護支援事業者は、専用の事務室又は区画について、相談、サービス担当者会議等に対応するのに適切なスペースを確保することとし、相談のためのスペース等は利用者が直接出入りできるなど利用しやすい構造とすること。 ③　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援に必要な次の設備及び備品等を確保すること。 ア　鍵付きの書庫 イ　その他必要な設備及び備品等 ただし、他の事業所及び施設等と同一敷地内にある場合であって、指定居宅介護支援の事業及び当該他の事業所及び施設等の運営に支障がない場合は、当該他の事業所及び施設等に備え付けられた設備及び備品等を使用することができるものとする。
（従業者の健康管理） 第２４条　指定居宅介護支援事業者は、介護支援専門員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。	
（掲示） 第２５条　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、介護支援専門員の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。	(14)　掲示 居宅介護支援基準第２５条は、居宅介護支援基準第４条の規定により居宅介護支援の提供開始時に利用者のサービスの選択に資する重要事項（その内容については３の（１）参照）を利用者及びその家族に対して説明を行った上で同意を得ることとしていることに加え、指定居宅介護支援事業所への当該重要事項の掲示を義務づけることにより、サービス提供が開始された後、継続的にサービスが行われている段階においても利用者の保護を図る趣旨である。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
（秘密保持等） 第２６条　指定居宅介護支援事業所の従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。 ２　指定居宅介護支援事業者は、当該指定居宅介護支援事業所の従業者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。 ３　指定居宅介護支援事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合には当該利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合には当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。	(15)　秘密保持等 ①　居宅介護支援基準第２６条第１項は、指定居宅介護支援事業所の従業者に、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密の保持を義務づけたものである。 ②　同条第２項は、指定居宅介護支援事業者に対して、過去に当該指定居宅介護支援事業所の従業者であった者が、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を取ることを義務づけたものであり、具体的には、指定居宅介護支援事業者は、当該指定居宅介護支援事業所の従業者が、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時に取り決め、例えば違約金についての定めをおくなどの措置を講ずべきこととするものである。 ③　同条第３項は、介護支援専門員及び居宅サービス計画に位置付けた各居宅サービスの担当者が課題分析情報等を通じて利用者の有する問題点や解決すべき課題等の個人情報を共有するためには、あらかじめ、文書により利用者及びその家族から同意を得る必要があることを規定したものであるが、この同意については、指定居宅介護支援事業者が、指定居宅介護支援開始時に、利用者及びその家族の代表から、連携するサービス担当者間で個人情報を用いることについて包括的に同意を得ることで足りるものである。
（広告） 第２７条　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽のもの又は誇大なものでないようにしなければならない。	

川崎市基準条例	基準条例の考え方
（居宅サービス事業者等からの利益収受の禁止等）	(16) 居宅サービス事業者等からの利益収受の禁止等
第２８条　指定居宅介護支援事業者及び指定居宅介護支援事業所の管理者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを位置付けるべき旨の指示等を行ってはならない。	①　居宅介護支援基準第２８条第１項は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、指定居宅介護支援事業者及び指定居宅介護支援事業所の管理者が当該居宅介護支援事業所の介護支援専門員に利益誘導のために特定の居宅サービス事業者等によるサービスを位置付ける旨の指示等行うことを禁じた規定である。 これは、居宅サービス計画があくまで利用者の解決すべき課題に即したものでなければならないという居宅介護支援の公正・中立の原則の遵守をうたったものであり、例えば、指定居宅介護支援事業者又は指定居宅介護支援事業所の管理者が、同一法人系列の居宅サービス事業者のみを位置付けるように指示すること等により、解決すべき課題に反するばかりでなく、事実上他の居宅サービス事業者の利用を妨げることを指すものである。 また、介護支援専門員は、居宅介護支援費の加算を得るために、解決すべき課題に即さない居宅サービスを居宅サービス計画に位置付けることがあってはならない。 ましてや指定居宅介護支援事業者及び指定居宅介護支援事業所の管理者は、当該居宅介護支援事業所の介護支援専門員に同旨の指示をしてはならない。
２　指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行ってはならない。	②　同条第２項は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が利用者に利益誘導のために特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行うことを禁じた規定である。 これも前項に規定した指定居宅介護支援の公正・中立の原則の遵守をうたったものであり、例えば、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、同一法人系列の居宅サービス事業者のみを利用するように指示すること等により、解決すべき課題に反するばかりでなく、事実上他の居宅サービス事業者の利用が妨げられることを指すものである。 また、介護支援専門員は、居宅介護支援費の加算を得るために、解決すべき課題に即さない居宅サービスを居宅サービス計画に位置付けることがあってはならない。
３　指定居宅介護支援事業者及びその従業者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、当該居宅サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。	③　同条第３項は、居宅介護支援の公正・中立性を確保するために、指定居宅介護支援事業者及びその従業者が、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、当該居宅サービス事業者等から、金品その他の財産上の利益を収受してはならないこととしたものである。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
（苦情への対応等）	（17） 苦情への対応等
第２９条　指定居宅介護支援事業者は、自ら提供した指定居宅介護支援又は自らが居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等（第６項において「指定居宅介護支援等」という。）に対する利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応しなければならない。	①　居宅介護支援基準第２９条第１項は、利用者の保護及び適切かつ円滑な指定居宅介護支援、指定居宅サービス等の利用に資するため、自ら提供した指定居宅介護支援又は自らが居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等に対する利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応しなければならないこととしたものである。 具体的には、指定居宅介護支援等についての苦情の場合には、当該事業者は、利用者又はその家族、指定居宅サービス事業者等から事情を聞き、苦情に係る問題点を把握の上、対応策を検討し必要に応じて利用者に説明しなければならないものである。 なお、介護保険法第２３条の規定に基づき、市町村から居宅サービス計画の提出を求められた場合には、居宅介護支援基準第２９条第３項の規定に基づいて、その求めに応じなければならないものである。
２　指定居宅介護支援事業者は、前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。	②　同条第２項は、苦情に対し指定居宅介護支援事業者が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情（指定居宅介護支援事業者が提供したサービスとは関係のないものを除く。）の内容等を記録することを義務づけたものである。 また、指定居宅介護支援事業者は、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を自ら行うべきである。 なお、居宅介護支援基準第３２条第２項の規定に基づき、苦情の内容等の記録は、５年間保存しなければならない。
３　指定居宅介護支援事業者は、自ら提供した指定居宅介護支援に関し、法第２３条の規定による市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。	③　同条第３項は、介護保険法上、苦情処理に関する業務を行うことが位置付けられている国民健康保険団体連合会のみならず、住民に最も身近な行政庁である市町村が、一次的には居宅サービス等に関する苦情に対応することが多くなることと考えられることから、市町村についても国民健康保険団体連合会と同様に、指定居宅介護支援事業者に対する苦情に関する調査や指導、助言を行えることを運営基準上、明確にしたものである。
４　指定居宅介護支援事業者は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を当該市町村に報告しなければならない。 ５　指定居宅介護支援事業者は、自らが居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスに対する苦情の国民健康保険団体連合会への申立てに関して、利用者に対し必要な援助を行わなければならない。	④　なお、指定居宅介護支援事業者は、当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、相談窓口の連絡先、苦情処理の体制及び手順等を利用申込者にサービスの内容を説明する文書に記載するとともに、事業所に掲示するべきものである。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
６　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援等に対する利用者からの苦情に関して、国民健康保険団体連合会が行う法第１７６条第１項第３号の調査に協力するとともに、自ら提供した指定居宅介護支援に関して国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。 ７　指定居宅介護支援事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。	
（事故発生時の対応） 第３０条　指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに当該利用者の家族、関係する市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。 ２　指定居宅介護支援事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。 ３　指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行わなければならない。	(18)　事故発生時の対応 居宅介護支援基準第３０条は、利用者が安心して指定居宅介護支援の提供を受けられるよう事故発生時の速やかな対応を規定したものである。 指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに当該利用者の家族、関係する市町村等に連絡し、必要な措置を講じるべきこととするとともに、当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、また、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うべきこととしたものである。 なお、居宅介護支援基準第３２条第２項の規定に基づき、事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録は、５年間保存しなければならない。 このほか、以下の点に留意されたい。 ①　指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合の対応方法について、あらかじめ定めておくことが望ましいこと。 ②　指定居宅介護支援事業者は、賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償しなければならない。 そのため、事業者は損害賠償保険に加入しておくか若しくは賠償資力を有することが望ましいこと。 ③　指定居宅介護支援事業者は、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じること。

川崎市基準条例	基準条例の考え方
（会計の区分） 第３１条　指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに経理を区分するとともに、指定居宅介護支援の事業の会計とその他の事業の会計とを区分しなければならない。	(19)　会計の区分 居宅介護支援基準第３１条は、指定居宅介護支援事業者に係る会計の区分について定めたものである。 なお、具体的な会計処理の方法等については、別に通知するところによるものである。 編注 ※介護保険・高齢者保健福祉事業における社会福祉法人会計基準の取扱いについて（平成２４年３月２９日　老高発０３２９第１号） ※　介護保険の給付対象事業における会計の区分について（平成１３年３月２８日　老振発第１８号） ※　指定介護老人福祉施設等に係る会計処理等の取扱いについて（平成１２年３月１０日　老計第８号）
（記録の整備） 第３２条　指定居宅介護支援事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する記録を整備しておかなければならない。 ２　指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から５年間保存しなければならない。 （１）第１６条第１２号の規定による指定居宅サービス事業者等との連絡調整に関する記録 （２）個々の利用者ごとに次に掲げる事項を記載した居宅介護支援台帳 ア　居宅サービス計画 イ　第１６条第７号の規定によるアセスメントの結果の記録 ウ　第１６条第９号の規定によるサービス担当者会議等の記録 エ　第１６条第１３号の規定によるモニタリングの結果の記録 （３）第１９条の規定による市町村への通知に係る記録 （４）第２９条第２項の規定による苦情の内容等の記録 （５）第３０条第２項の規定による事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録	

川崎市基準条例	基準条例の考え方
第４章　基準該当居宅介護支援に関する基準（準用） 第３３条　第４条及び前２章（第２９条第６項及び第７項を除く。）の規定は、基準該当居宅介護支援の事業について準用する。 　この場合において、第１３条第１項中「指定居宅介護支援（法第４６条第４項の規定に基づき居宅介護サービス計画費（同条第１項に規定する居宅介護サービス計画費をいう。以下同じ。）が当該指定居宅介護支援事業者に支払われる場合に係るものを除く。）」とあるのは「基準該当居宅介護支援」と、「居宅介護サービス計画費の額」とあるのは「法第４７条第３項に規定する特例居宅介護サービス計画費の額」と読み替えるものとする。	４　基準該当居宅介護支援に関する基準 居宅介護支援基準第４条、第２章及び第３章（第２９条第６項及び第７項を除く。）の規定は、基準該当居宅介護支援の事業について準用されるため、１から３まで（「基本方針」「人員に関する基準」及び「運営に関する基準」）を参照されたい。 この場合において、準用される居宅介護支援基準第１３条第１項の規定は、基準該当居宅介護支援事業者が利用者から受領する利用料の額と、原則として特例居宅介護サービス計画費の額との間に不合理な差異が生じることを禁ずることにより、基準該当居宅介護支援についても原則として利用者負担が生じないこととする趣旨であることに留意されたい。

老企第２９号
平成１１年１１月１２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入要領（別紙１）
２．施設サービス計画書標準様式及び記入要領（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）

（別紙１）

居宅サービス計画書標準様式及び記載要領

（居宅サービス計画書記載要領）

本様式は、当初の介護サービス計画原案を作成する際に記載し、その後、介護サービス計画の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。

１．第１表：「居宅サービス計画書（１）」

［1］「利用者名」
当該居宅サービス計画の利用者名を記載する。
［2］「生年月日」
当該利用者の生年月日を記載する。
［3］「住所」
当該利用者の住所を記載する。
［4］「居宅サービス計画作成者氏名」
当該居宅サービス計画作成者（介護支援専門員）の氏名を記載する。
［5］「居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地」
当該居宅サービス計画作成者の所属する居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地を記載する。
［6］「居宅サービス計画作成（変更）日」
当該居宅サービス計画を作成または変更した日を記載する。
［7］「初回居宅サービス計画作成日」
当該居宅介護支援事業所において当該利用者に関する居宅サービス計画を初めて作成した日を記載する。

[8]「初回・紹介・継続」

当該利用者が、当該居宅介護支援事業所において初めて居宅介護支援を受ける場合は「初回」に、他の居宅介護支援事業所（同一居宅介護支援事業者の他の事業所を含む。以下同じ。）又は介護保険施設から紹介された場合は「紹介」に、それ以外の場合は「継続」に○を付す。

なお、「紹介」とは、当該利用者が他の居宅介護支援事業所又は介護保険施設において既に居宅介護支援等を受けていた場合を指す。

また、「継続」とは、当該利用者が既に当該居宅介護支援事業所から居宅介護支援を受けている場合を指す。

おって、当該居宅介護支援事業所において過去に居宅介護支援を提供した経緯がある利用者が一定期間を経過した後に介護保険施設から紹介を受けた場合には、「紹介」及び「継続」の両方をO印で囲むもの

とする。

[9]「認定済・申請中」

「新規申請中」（前回「非該当」となり、再度申請している場合を含む。）、「区分変更申請中」、「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」は、「申請中」に○を付す。それ以外の場合は「認定済」に○を付す。

[10]「認定日」

「要介護状態区分」が認定された日（認定の始期であり、初回申請者であれば申請日）を記載する。

「申請中」の場合は、申請日を記載する。認定に伴い当該居宅サービス計画を変更する必要がある場合には、作成日の変更を行う。

[11]「認定の有効期間」

被保険者証に記載された「認定の有効期間」を転記する。

[12]「要介護状態区分」

被保険者証に記載された「要介護状態区分」を転記する。

[13]「利用者及び家族の介護に対する意向」

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのかについて課題分析の結果を記載する。

なお、利用者及びその家族の介護に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。

[14]「認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」

被保険者証を確認し、「認定審査会意見及びサービスの種類の指定」が記載されている場合には、これを転記する。

[15]「総合的な援助の方針」

課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、総合的な援助の方針を記載する。

あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先等について記載することが望ましい。

[16]「生活援助中心型の算定理由」

介護保険給付対象サービスとして、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付けることが必要な場合に記載する。

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成１２年２月１０日厚生省告示第１９号）別表の１の注３に規定する「単身の世帯に属する利用者」の場合は、「１．一人暮らし」に、「家族若しくは親族（以下「家族等」という。）と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者または当該家族等が家事を行うことが困難であるもの」の場合は、「２．家族等が障害、疾病等」に○を付す。

また、家族等に障害、疾病がない場合であっても、同様のやむをえない事情により、家事が困難な場合等については、「３．その他」に○を付し、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。

2．第２表：「居宅サービス計画書（2）」

[1]「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」

利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。

[2]「目標（長期目標・短期目標）」

「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。

ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合やいくつかの課題が解決されて初めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。

「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に投階的に対応し、解決に結びつけるものである。

緊急対応が必要になった場合には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度、「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記載する。

なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやすい具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

[3]（「長期目標」及び「短期目標」に付する）「期間」

「長期目標」の「期間」は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を、いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載する。

「短期目標」の「期間」は、「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載する。

また、原則として開始時期と終了時期を記入することとし、終了時期が特定できない場合等にあっては、開始時期のみ記載する等として取り扱って差し支えないものとする。

なお、期間の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

[4]「サービス内容」

「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。

この際、できるだけ家族による援助も明記し、また、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。

なお、生活援助中心型の訪問介護を必要とする場合には、その旨を記載する。

[5]「保険給付の対象か否かの区分」

「サービス内容」中、保険給付対象内サービスについてO印を付す。

[6]「サービス種別」

「サービス内容」及びその提供方針を適切に実行することができる居宅サービス事業者等を選定し、具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。

家族が担う介護部分についても、誰が行うのかを明記する。

[7]「頻度」・「期間」

「頻度」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するかを記載する。

「期間」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する。

なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

[8]福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のサービスを必要とする理由

福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置付ける場合においては、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する。

なお、理由については、別の用紙（別葉）に記載しても差し支えない。

3．第３表：「週間サービス計画表」

[1]「主な日常生活上の活動」

利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載する。

なお、当該様式については、時間軸、曜日軸の縦横をどちらにとってもかまわない。

４．第４表：「サービス担当者会議の要点」

サービス担当者会議を開催した場合に、当該会議の要点について記載する。また、サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合に、サービス担当者に対して行った照会の内容等についても、記載する。

[1]「利用者名」
第１表から転記する。
[2]「生年月日」
第１表から転記する。
[3]「住所」
第１表から転記する。
[4]「居宅サービス計画作成者氏名」
第１表から転記する。
[5]「開催日」
当該会議の開催日を記載する。
[6]「開催場所」
当該会議の開催場所を記載する。
[7]「開催時間」
当該会議の開催時間を記載する。
[8]「開催回数」
当該会議の開催回数を記載する。
[9]「会議出席者」
当該会議の出席者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載する。本人又はその家族が出席した場合には、その旨についても記入する。また、当該会議に出席できないサービス担当者がいる場合には、その者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載するとともに、当該会議に出席できない理由についても記入する。なお、当該会議に出席できないサービス担当者の「所属（職種）」、「氏名」又は当該会議に出席できない理由について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。
[10]「検討した項目」
当該会議において検討した項目について記載する。当該会議に出席できないサービス担当者がいる場合には、その者に照会（依頼）した年月日、内容及び回答を記載する、又、サービス担当者会議を開催しない場合には、その理由を記載するとともに、サービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日、照会（依頼）した内容及び回答を記載する。なお、サービス担当者会議を開催しない理由又はサービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日若しくは照会（依頼）した内容及び回答について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。
[11]「検討内容」
当該会議において挨討した項目について、それぞれ検討内容を記載する。
[12]「結論」
当該会議における結論について記載する。
[13]「残された課題（次回の開催時期等）」
必要があるにもかかわらず社会資源が地域に不足しているため未充足となった場合や、必要と考えられるが本人の希望等により利用しなかった居宅サービスや次回の開催時期、開催方針等を記載する。

５．第５表：「居宅介護支援経過」

いわゆるモニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載する。
漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努める。

6．第6表：「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」

「居宅サービス計画原案」に位置付けられたサービスをもとに、月単位で作成する。

[1]「認定済・申請中の区分」
「認定済」・「申請中」の区分のどちらかをOで囲む。「新規申請中」、「区分変更申請中」及び「更新申請中に当該認定有効期間を超えた場合」については「申請中」となり、その他の場合が「認定済」となる。

[2]「対象年月」
居宅サービス計画の対象となる年月を和暦で記載する。

[3]「保険者番号」
被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

[4]「保険者名」
被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

[5]「被保険者番号」
被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

[6]「被保険者氏名」
被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

[7]「生年月日」
被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

[8]「性別」
被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。

[9]「要介護状態区分」
「認定済」の場合は、被保険者証に記載された要介護状態区分をOで囲む。「申請中」の場合は、居宅サービス計画作成に当たって前提とした要介護状態区分をOで囲む。

[10]「変更後要介護状態区分・変更日」
月の途中で要介護状態区分に変更があった場合に、変更後の要介護状態区分をOで囲み、変更日を記載する。

[11]「居宅介護支援事業者事業所名担当者名」
居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業所の名称及び担当者名を記載する。ただし、利用者が作成した場合は記載する必要はない。

[12]「作成年月日」
居宅サービス計画からサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載する。居宅サービス計画の変更を行った場合は、変更後の居宅サービス計画に基づいてサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載する。ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。

[13]「利用者確認」
居宅介護支援事業者が保存するサービス利用票（控）に、利用者の確認を受ける。ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。

[14]「保険者確認印」
利用者が自ら作成した居宅サービス計画に基づきサービス利用票を作成した場合に、その受付を行った市町村が確認印を押印する。ただし、居宅介護支援事業者が作成したサービス利用票を受け付けた場合は、押印する必要はない。

[15]「届出年月日」
利用者が自ら作成した居宅サービス計画に基づきサービス利用票を作成した場合に、その受付を行った市町村が市町村に届け出た年月日を記載する。ただし、居宅介護支援事業者が作成したサービス利用票を受け付けた場合は、記載する必要はない。

[16]「区分支給限度基準額」
被保険者証に記載された支給限度基準額（単位数）を記載する。「申請中」の場合は、居宅サービス計画作成に当たって前提とした要介護状態区分に応じた１月間当たりの支給限度基準額（単位数）（月途中の変更がある場合には、重い方の「要介護状態区分」に対応した額と一致する。）を記載する。

[17]「限度額適用期間」
被保険者証に記載された限度額適用期間を記載する。

[18]「前月までの短期入所利用日数」
計画対象月までの短期入所利用日数を記載する。新規認定申請中の場合は、「０」と記載する。
[19]「曜日」
対象月における日付に対応する曜日を記載する。
[20]「提供時間帯」
サービス提供開始から終了までの予定時刻を２４時間制で記載する。サービス提供時間帯が決まっているものは、提供時間帯の早い順（0:00～24:00）に記載する。ただし、福祉用具貸与及び短期入所サービスの場合は、記載する必要はない。
[21]「サービス内容」
適用するサービスコードに対応するサービスの名称（「介護給付費単位数・サービスコード表」の省略名称）を記載する。
[22]「サービス事業者事業所名」
サービス提供を行う事業所の名称を記載する。
[23]「予定」
該当するサービスの提供回数（通常は「１」）を記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。
[24]「実績」
サービスを提供した事業所が実績を記載する。計画を作成する時点での記載は、必要ない。
[25]「合計回数」
各行の「予定」欄に記載された提供回数の合計を記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。

７．第７表：「サービス利用票別表」

（1）第７表「サービス利用票」の各行から、支給限度管理の対象となるサービスを全て転記する。記載は、サービス提供事業所毎に記載することとし、同一事業所で複数のサービスを提供する場合は、サービスコード毎に記載する。また、事業所又はサービス種類（サービスコードの上２桁）が変わる毎に、その事業所又はサービス種類毎の集計値を記載するための集計行を１行ずつ挿入する。（１つのサービス種類について１つしかサービスコードがない場合は、集計行は不要。）

[1]「事業所名」
第７表「サービス利用票」の[24]「サービス事業者事業所名」欄から転記する。集計行にも対象事業所名を記載する。
[2]「事業所番号」
上記[1]「事業所名」に対応する事業所番号をWAM NETの『介護報酬情報提供システム』等により確認して記載する。集計行にも対象事業所の事業所番号を記載する。
[3]「サービス内容／種類」
第７表「サービス利用票」の[23]「サービス内容」欄から転記する。集計行には、サービス種類の名称を記載する。
[4]「サービスコード」
上記[3]「サービス内容／種類」に対応するサービスコードを『介護給付費単位数サービスコード表』により確認して記載する。集計行には、記載する必要はない。
[5]「単位数」
上記[4]「サービスコード」に対応する１回当たりの単位を『介護給付費単位数サービスコード表』により確認して記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。
[6]「割引後率（%）」
料金割引を行っている場今には、上記[3]「サービス内容／種類」に対応する割引率を確認し、割引後の率（割引後率＝１００％－割引率（%））をWAM NETの『介護報酬情報提供システム』等の活用により確認し記載する。
[7]「割引後単位数」
上記[6]の記載を行っている場合（料金割引を行っている場合）には、上記[5]「単位数」に上記[6]「割引後率」を乗じて算出した割引後の単位数、（小数点以下四捨五入）を記載する。
[8]「回数」
第７表「サービス利用票」の[25]「予定」欄から１月間分の合計回数（同表の[27]「合計回数」欄）を転記する。
ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。

[9]「サービス単位／金額」

上記[5]「単位数」（料金割引を行っている場合は、上記[7]「割引後単位数」）に上記[8]「回数」を乗じて算出した結果を、集計行を識別できるよう括弧書き等により記載する。区分支給限度管理対象外のサービス（特別地域加算等）については、合計には含めないため、識別できるよう記載する。福祉用具貸与の場合は、実際の費用額を単位数当たり単価で除した結果（小数点以下四捨五入）を記載する。

[10]「種類支給限度基準額（単位）」＊「種類別支給限度管理」表

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、「被保険者証」から、種類別の支給限度額を転記する。

[11]「合計単位数」＊「種類別支給限度管理」表

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、上記[9]「サービス単位／金額」欄から、サービス種類別に単位数を合計し記載する。

[12]「種類支給限度基準を超える単位数」＊「種類別支給限度管理」表

上記[10]及び[11]の記載を行った場合（市町村が種類支給限度基準を定めている場合）には、上記[11]「合計単位数」から上記[10]「種類支給限度基準額（単位）」を差引き、種類別に支給限度基準を超える単位数を算出する。

[13]「種類支給限度基準を超える単位数」

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、上記[12]の「種類支給限度基準を超える単位数」の合計に等しくなるように単位数を種類別に振り分ける。

[14]「種類支給限度基準内単位数」

市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、上記[9]「サービス単位／金額」から上記[13]「種類支給限度基準を超える単位数」で割り振られた単位数を差し引いた単位数を記載する。

[15]「区分支給限度基準額（単位）」

「被保険者証」から、区分支給限度基準額を転記する。

[16]「区分支給限度基準を超える単位数」

種類支給限度基準が設定されていない場合は、上記[15]から上記[9]「サービス単位／金額」欄の合計欄の単位数を超える単位数を記載する。

種類支給限度基準額が設定されている場合は、上記[15]から上記[14]「種類支給限度基準内単位数」欄の合計欄を超える単位数を記載する。内訳については、合計欄に等しくなるように単位数を割り振る。

[17]「区分支給限度基準内単位数」

種類支給限度基準が設定されていない場合は、上記[9]「サービス単位／金額」から、上記[16]で割り振られた単位を差し引いた単位数を記載する。

種類支給限度基準が設定されている場合は、上記[10]「種類支給限度基準内単位」から、上記[16]で割り振られた単位数を差し引いた単位数を記載する。

[18]「単位数単価」

各事業所の所在地におけるサービス種類に対応する単位数当たりの単価を、WAM NET「介護報酬情報提供システム」等の活用により確認し記載する。

[19]「費用総額（保険対象分）」

上記[17]「区分支給限度基準内単位数」に上記[18]「単位数単価」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。

[20]「給付率（%）」

介護給付費の基準額のうち保険給付を行う率を百分率で記載する。利用者負担の減額対象者、保険給付額の減額対象者等は、被保険者証、減額証等を参考にして記載する。

[21]「保険給付額」

上記[19]「費用総額（保険対象分）」に上記[20]「給付率」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。

[22]「利用者負担（保険対象分）」

上記[19]「費用総額（保険対象分）」から上記[21]「保険給付額」を差引いて算出した額を記載する。

なお、端数処理の関係で、実際の事業者の徴収方法（毎回徴収するか、まとめて徴収するか）や、公費負担医療の適用によっては利用者負担が異なる場合があるので注意すること。

[23]「利用者負担（全額負担分）」

上記[16]「区分支給限度基準を超える単位数」に上記[18]「単位数単価」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。

（２）要介護認定期間中の短期入所利用日数

［1］「前月までの利用日数」
　サービス利用票の前月までの短期入所利用日数の合計を転記する。
［2］「当月の計画利用日数」
　当月中に計画に位置づけた短期入所サービスの利用日数のうち、限度額内の単位数に相当する日数を記載する。
［3］「累計利用日数」
　［1］と［2］の累計日数を記載する。

（別紙２）：省略

（別紙３）：省略

（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１１年７月２９日老企第２２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２の３（運営に関する基準）の（７）［3］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。

（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、起きあがり、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、危険個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

第１表

作成年月日　　年　　月　　日

居宅サービス計画書（１）

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
利用者及び家族の介護に対する意向	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
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２表

作成年月日　　年　　月　　日

居宅サービス計画書（２）

利用者名　　殿

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標				援助内容					
	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間

※１「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。
※２「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第３表

作成年月日　　年　　月　　日

週間サービス計画表

利用者名　　殿　　年　　月分より

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

週単位以外のサービス	

第４表

作成年月日　　年　　月　　日

サービス担当者会議の要点

利用者名　　殿　　居宅サービス計画作成者（担当者）氏名

開催日　　年　　月　　日　　開催場所　　開催時間　　開催回数

会議出席者	所　属(職種)	氏　名	所　属(職種)	氏　名	所　属(職種)	氏　名

検討した項目	
検　討　内　容	
結　　論	
残された課題 (次回の開催時期)	

資料編

第５表

居宅介護支援経過

利用者名　　殿　　居宅サービス計画作成者氏名

年月日	内　　容	年月日	内　　容

第６表

認定済・申請中

年　　月分　サービス利用票（兼居宅サービス計画）

居宅介護支援事業者→利用者

保険者番号		保険者名		居宅介護支援事業者事業所名 担当者名		作成年月日	平成 年　月　日	利用者確認	
被保険者番号		フリガナ 被保険者氏名		保険者確認印		届出 年月日	平成 年　月　日		
生年月日	明・大・昭 年　月　日	性別	男・女	要介護状態区分	１　２　３　４　５	区分支給限度基準額	単位／月	限度額適用期間	平成　年　月から 平成　年　月まで
				変更後 要介護状態区分 変更日	１　２　３　４　５ 平成　年　月　日			前月までの短期入所利用日数	日

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者事業所名	日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計
			曜日																																回数
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																

月間サービス計画及び実績の記録

第７表

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

作成年月日　　年　　月　　日

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引適用後 率%	割引適用後 単位数	回数	サービス単位／金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額（保険対象分）	給付率（%）	保険給付額	利用者負担（保険対象分）	利用者負担（全額負担分）

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額（単位）	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額（単位）	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
訪問介護				短期入所生活介護			
訪問入浴介護				短期入所療養介護			
訪問看護				夜間対応型訪問介護			
訪問リハビリテーション				認知症対応型通所介護			
通所介護				認知症対応型共同生活介護			
通所リハビリテーション				合計			
福祉用具貸与							

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数

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、十分に行われないこともある。

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（想定よりもうまくいった要因、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「見通し」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）を導きだ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通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が期待される。

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はく、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、生活暦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」の大まか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（日常的にしていない）
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なれる。
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」のいずれかに〇印を記入する。
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」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良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あれる援助内容）、「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で（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（２０９頁）等で言えば、「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に説明し、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

利用者名　　殿　　作成日　　/　　/

自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）	①	②	③
	④	⑤	⑥

利用者及び家族の生活に対する意向	

状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考（状況・支援内容等）
移動	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	
食事	食事内容	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
	食事摂取	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
	調理	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
	排泄動作	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
口腔	口腔衛生	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
	口腔ケア	自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
服薬		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
入浴		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
更衣		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
掃除		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
洗濯		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
整理・物品の管理		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
金銭管理		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
買物		自立　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
コミュニケーション能力		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
認知		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
社会との関わり		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
褥瘡・皮膚の問題		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
行動・心理症状(BPSD)		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
介護力（家族関係含む）		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
居住環境		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
				改善　維持　悪化	

見　通　し ※5	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】	※6

※1　本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、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」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
※2　介護支援専門員が収集したた客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
※3　現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号（丸数字）を記入する（複数の番号を記入可）。
※4　今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況（目標）を記載する。
※6　本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「－」印を記入。

評 価 表

利用者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿殿　　作成日　　／　　／

短期目標	（期間）	援助内容			結果 ※2	コメント （効果が認められたもの／見直しを要するもの）
		サービス内容	サービス種別	※1		

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現度合いを 5 段階で記入する（◎：短期目標は予想を上回って達せられた、○：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）、△：短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1：短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2：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）

5. 課題整理総括表及び評価表に基づく指導・助言のイメージ（一例）

① 基本情報

受付年月	2013 年 5 月 23 日					
受付担当者	○○ ○○					
受付方法	事業所へ来所					
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	A 様	性別	男	年齢	73 歳
	住所	○○○町 ○○ ×-×-×				
	連絡先	電話番号(xx-xxxx-xxxx) その他( )				
家族状況	夫婦 2 人世帯 妻:同居、71 歳、主介護者 長女:別居、51 歳、副介護者、午前中就労 訪問できる限りの支援をしている 隣の市に在住(車で約 15 分)、 子供 2 人の 4 人家族 長男:別居、50 歳、独身、海外在住、交流なし 次女:別居、47 歳、夫と 2 人家族、両親の郷里に在住、交流なし					
生活状況	・A県生まれ。中学校卒業後上京し 40 年程、八百屋を経営。 ・店を閉めた後は現住所に移転し、企業に勤め、定年後もパートで働いた。 ・平成 24 年 10 月 11 日脳梗塞発症。 朝から下痢嘔吐が続いていたが、本人も妻も気づくのが遅くなり 15 時救急車で緊急入院。脳梗塞と診断される。 時間が経っていたため手術はせず薬で経過を見ることとなった。 11 月 1 日 リハビリテーション病院へ転院し、4 月 28 日に退院した。 ・左不全麻痺と軽度の言語障害が残った。 ・妻の介護のもと介護保険サービス(通所介護、福祉用具)を使い在宅生活を続けている。					
利用者の被保険者情報	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx					
現在利用しているサービスの状況	通所介護(月 16 回) 福祉用具貸与:ベッド脇置き手すり					
障害老人の日常生活自立度	B2					
認知症である老人の日常生活自立度	I					

主訴	（相談内容） 介護方法がわからず不安である（妻、長女） （本人の要望） ・自宅で生活を続けていきたい。 ・いつかは友人と外出できるようになりたい。 （家族の要望） 【妻】 夫婦 2 人暮らしで、自分も通院中なので介護できるか不安がある。相談にのって欲しい。 リハビリを続けて、自分でできることは自分でできるようになれると良いなと思っています。必要な時に、お泊りをお願いしたいです。 【長女】 自宅を訪問しできる限りは手伝います。 母も体調が良くないので、負担が大きくならないように、サービスを上手に使いたいです。デイサービスに通ってもらいたいです。 【長男・次女】 交流が全くなし
認定情報	要介護2（認定日： 2013/5/16 、 認定有効期間： 2013/6/1～2015/5/31） 要介護5（認定日： 2012/12/12 、 認定有効期間： 2012/11/18～2013/5/31）
課題分析（アセスメント）理由	更新のため

（3）課題整理総括表の作成をきっかけとした指導・助言の一例

利用者名　A　殿　　作成日　　/　　/

要因（心身の状態、環境等）			③ 下肢筋力低下
		⑤	⑥

利用者及び家族の生活に対する意向	自宅生活を継続し、また友人と外出できるようになりたい

状況の事実 ※1				改善	見通し ※5	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】	※6
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助	①、③	改善 維持 悪化	○自宅での活動量が増えることにより、家のトイレを自力で利用でき、自宅でのシャワー浴が出来るようになる可能性がある。 また、下肢筋力が回復することで失禁の頻度も減る可能性がある。 排泄：支障あり⇒なし 排泄動作：一介⇒見守り 入浴：全介⇒見守り	自宅でトイレや入浴、歯磨きなど身の回りのことは自分でできるようにしたい	1
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助	①、③	改善 維持 悪化	入院時は今よりも歩けていた		
食事	食事内容	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	妻が行い本人はせず		
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり	③	改善 維持 悪化	現在Pトイレ利用		
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助	①、③	改善 維持 悪化	立ち座りのみ妻が介助		
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり	①	改善 維持 悪化	自分ではしていないが、右上肢は麻痺ないので自らできる機能もある	友人とともに近隣の外出ができるようになりたい	2
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化			
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助	①、②	改善 維持 悪化			
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助	①、③	改善 維持 悪化	現在はデイでのみ入浴		
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	時間はかかるが自分でできる		
掃除		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	妻が行い本人はしていない		
洗濯		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
整理・物品の管理		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
金銭管理		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
買物		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり	①	改善 維持 悪化	呂律回らない時もあるがゆっくりなら可		
認知		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
社会との関わり		支障なし 支障あり	①、③	改善 維持 悪化	体力不足と失禁ゆえ外出不安あり		
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
介護力（家族関係含む）		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
居住環境		支障なし 支障あ					

○ 動作のアセスメントと用具の活用により、コップに水を汲み歯磨き粉を出す援助があれば、ブラッシングとうがいを自らでき、口腔衛生も改善する可能性がある。
口腔衛生：支障あり⇒なし
口腔ケア：全介⇒一介

○ 認知機能に問題はないので、下肢筋力向上の継続により散歩や近所までの買い物に行けるようになる可能性がある。
屋外移動：一介⇒見守り
社会との関わり：
支障あり⇒なし

・住環境や心理的な側面などの要因も分析できていますか？

・どの程度の麻痺なのか、詳細情報を把握していますか？

・これは原因疾患です。療養管理ができているかどうかを確認していますか？

・動作の視点だけでなく、自宅の洗面所の環境を改善する支援の可能性も検討しましたか？

・外出の不安の解消の観点は無くて良いのでしょうか？外出を実現するための課題は本当に下肢筋力低下だけなのでしょうか？

・本当に「支障なし」ですか？階段が外出不安の原因になってないでしょうか？

（4）評価表

評 価 表

利用者名 A 殿　　作成日 2013/ 8 / 31

短期目標	（期間）	援助内容 サービス内容	サービス種別	※1	結果 ※2	コメント（効果が認められたもの/見直しを要するもの）
日中は自宅のトイレを使うことができる	2013/6/1 ～ 2013/8/31	下肢筋力向上トレーニング	通所介護	○○○ケアセンター	△	ご本人の意欲も高く、体力の向上傾向がみられるが、まだふらつきがあり、疲れやすい。
		日中等体力のあるときに、早めに自宅のトイレへ移動して使う練習をする	本人		○	毎食後3回、自ら意識的に取り組んで
妻に助けてもらいながら、自宅で身だしなみを整えられる	2013/6/1 ～ 2013/8/31	シャワー浴の見守り、更衣しやすい被服等の工夫の提案	通所介護	○○○ケアセンター	○	ご本人の意欲も高く、自ら進んで取り組ました。
		デイサービスでの食後の歯磨きの実施	通所介護	○○○ケアセンター	○	
		デイサービスに行かない日に妻の見守りのもと、シャワー浴を行う	本人		○	妻の協力のもと、週2回程度取り組んでいらっしゃます。

※1「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現度合いを 5 段階で記入する(◎:短期目標は予想を上回って達せられた、○: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)、△:短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期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)

- 体力の向上の根拠は？
- 体力向上でもふらつきや疲れの要因は？

6. 課題整理総括表の記載の一例

ここでは、課題整理総括表を活用する参考として、２つの活用例と４つの記載例を掲載しています。ただし、この記載例は「このように記載すべき」というものではありません。

本書式は、介護支援専門員に係る研修の場面、介護支援専門員自身の振り返りや OJT における指導・助言の場面、サービス担当者会議での関係者間の意識の共有等の多職種協働の場面で活用し、課題の抽出過程での視点の抜け漏れを防いだり、さらに追加して収集すべき情報を確認したりして、課題の整理や支援の方向性に関する共有と理解を深めるきっかけとすることをねらいとしています。

ここでは、アセスメントした結果から、課題整理総括表を活用して課題分析し、生活全般の解決すべき課題(ニーズ)を導いた例を掲載しています（あくまでも一例なので、他の分析もありえます)。

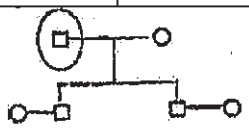
	年齢	性別	要介護度
活用例１ （ケアプランの見直し時に課題整理総括表を作成し、見直しに反映させた例）	87 歳	男性	要介護１
活用例２ （初任段階の介護支援専門員が作成した課題整理総括表に、先輩が指導・助言を加えて修正し、その内容をケアプランの見直しに反映させた例）	85 歳	男性	要介護１
記載例１ （独居の方の例）	76 歳	女性	要支援２
記載例２ （夫婦二人で暮らしている方の例）	80 歳	男性	要介護３
記載例３ （認知症があり小規模多機能型居宅サービスを利用している方の例）	72 歳	女性	要介護４
記載例４ （特別養護老人ホーム入居者の例）	91 歳	男性	要介護５

（1）課題整理総括表をケアプランの見直し等に活用した例

■活用例1（要介護1）

※ケアプランの見直しに課題整理総括表を作成して、見直しに反映させた活用例

○基本情報

受付年月	平成○○ 年 ○ 月 ○ 日					
受付担当者	○山 ○男					
受付方法	地域包括支援センター経由で連絡					
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	G	性別	男	年齢	87 歳
	住所	A市				
	連絡先	電話番号（ 0＊＊－＊＊＊－＊＊＊＊ ） その他（ 090－＊＊＊＊－＊＊＊＊ ）				
家族状況	 長男と次男は同敷地で勤務。妻はグループホーム入所中。					
生活状況	【性格・職業等】 熊本の農家に生まれる。18 歳で長崎造船所へ徴兵。19 歳で入隊する。満州へ行く予定だったが終戦を迎え、21 歳のときに●●に就職した。65 歳まで製造現場に携わる。結婚は 27 歳のとき（妻 22 歳）。社宅などに移り住み、約 45 年前から現住所に在住。定年退職後のシルバー人材センターで選定作業などを行っていた。夫婦ふたり暮らし。 【住環境】 一戸建て、自室あり。駐車場無。幹線道路に近い坂の上にある住宅街。徒歩圏にスーパーなど無。 【生活状況】 以前は電動自転車で出かけていたが、足腰が悪くなってからは通院と庭仕事、テレビ、新聞が中心の毎日。自室の掃除や洗濯は自分のものは自分で行っている。家には健康器具が多くあるがあまり使用していない。現在はシニアカーを介護保険で導入し通院に利用している。夫婦二人暮らしで、妻も足が悪いため、通院・買い物はタクシーを利用している。買い物は長男・次男それぞれが月に 2～3 回ずつ訪問して支援している。 趣味は盆栽と植木の手入れ。以前は地域との交流も盛んにあったが、現在は挨拶程度。					
利用者の被保険者情報	被保険者番号 ＊＊＊＊＊＊＊＊					
現在利用しているサービスの状況	訪問介護、住宅改修、福祉用具貸与					
障害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						
主訴	（本人）自分ができることは自分でしようと思う。転倒に気をつけて生活したい。閉じこもりにならないようにしたい。 （長男）高齢老夫婦二人暮らし。長男・次男とも夫婦共働きで十分支援できない。介護保険サービスを利用して在宅生活を続けてほしい。					
認定情報	要介護1（平成 25 年 8 月 1 日～平成 26 年 1 月 31 日） 要介護2（平成 25 年 2 月 1 日～平成 25 年 7 月 31 日）					
課題分析（アセスメント）理由	定時アセスメント					

○居宅サービス計画

第1表

居宅サービス計画書(1)【旧】

作成年月日　平成 25 年 1 月 23 日

(初回)・紹介・継続　(認定済)・申請中

利用者名　　殿　　生年月日　昭和 2 年 7 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　＊＊県A市

居宅サービス計画作成(変更)日　平成25年 1 月 23 日　　初回居宅サービス計画作成日　平成25年 1 月 25 日

認定日　平成 24 年 12 月 26 日　　認定の有効期間　平成25年 2 月 1 日～　平成25年 7 月 31 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	(本人)　自分ができることは自分でしようと思う。転倒に気をつけて生活したい。閉じこもりにならないようにしたい。 (長男)　忘れっぽいところはあるけれど、家族で買い物等の支援をしながら今の生活ができるだけ続いてほしいと思う。 介護保険サービスで必要な支援を受けられるようならお願いしたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	(特になし)
総合的な援助の方針	ご夫婦でそれぞれが役割を持ちながら在宅生活が継続できるとよいと思います。転倒せず生活できることが大切です。 外出機会を持ち続けられるように引き続きシニアカーの利用を計画します。 ご夫婦だけでは難しくなってきた家事についても、ご本人様・ご家族と相談しながら支援を検討したいと思います。 (かかりつけ医) 0＊＊－000－0000 〔○○医院　Dr.○○〕　緊急連絡先(長男) 080－0000－0000
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2表

居宅サービス計画書(2)【旧】

作成年月日　　年　　月　　日

利用者名　　殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
通院治療を受けながら体調管理を行い、自分のことは自分でする生活が継続できる	体調管理ができ、自分の役割が継続できる	H25.2.1-H25.7.31	(体調に合わせ)庭の手入れや自分の部屋の掃除や洗濯が続けられる	H25.2.1-H25.4.30	庭の手入れ…体調をみて、無理はしない		本人		体調に合わせて	H25.2.1-H25.4.30
					自分の部屋の掃除…屈み動作など腰や膝に負担がかかる部分は手助けしてもらう	○	訪問介護	検討	検討	H25.2.1-H25.4.30
							家族・介護者		体調に合わせて	H25.2.1-H25.4.30
							本人		体調に合わせて	H25.2.1-H25.4.30
					洗濯		本人		体調に合わせて	H25.2.1-H25.4.30
			通院による治療の継続ができる	H25.2.1-H25.4.30	神経痛		病院(通院)	○クリニック	週2回	H25.2.1-H25.4.30
					白内障		病院(通院)	K眼科	2ヵ月に1回	H25.2.1-H25.4.30
					前立腺肥大術後(頻尿あり)		病院(通院)	U泌尿器科	月1回	H25.2.1-H25.4.30
					白癬ほか		病院(通院)	Y皮膚科	月1回	H25.2.1-H25.4.30
					咽頭不快・左難聴		病院(通院)	I耳鼻科	週2回	H25.2.1-H25.4.30
					う歯・義歯の調整		病院(通院)	T歯科	週1回	H25.2.1-H25.4.30
			転倒しない	H25.2.1-H25.4.30	毎日、テレビ体操を行う(筋力維持増進)		本人		毎日	H25.2.1-H25.4.30
					室内環境を整える(整理整頓)動線上の障害物除去	○	訪問介護	検討	検討	H25.2.1-H25.4.30
							家族・介護者		訪問時	H25.2.1-H25.4.30
							本人		毎日	H25.2.1-H25.4.30
					必要箇所の住宅改修(手摺検討)	○	住宅改修	検討	検討	H25.2.1-H25.4.30
					ベッド利用により起居動産が安全で楽に行える	○	福祉用具貸与	検討	検討	H25.2.1-H25.4.30
外出できる環境を整え、閉じこもりにならない生活ができる	シニアカーでの通院や外出が継続できる	H25.2.1-H25.7.31	安全運転に配慮し、外出ができる	H25.2.1-H25.4.30	電動車椅子の利用方法や注意点の指導やアドバイス、メンテナンスを行う	○	福祉用具貸与	(株)H	一時・レンタル	H25.2.1-H25.4.30
					電動車椅子の利用方法や注意点を確認し、安全に運転する。		本人		利用時	H25.2.1-H25.4.30
					電動車椅子の実際の利用にあたっては、安全を確認する。注意が必要な場合は、本人と利用についての振り返りを行う。必要に応じて医師などに相談する。		本人		必要時適宜	H25.2.1-H25.4.30

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。　※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

資料編

○課題整理総括表

課題整理総括表

利用者名　　殿　　作成日　　/　　/

自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）			
① 神経痛	② 前立腺肥大術後頻尿	③ 咽頭不快・左耳難聴	
④ う歯・義歯調整	⑤ 白癬など	⑥ ※記憶力・理解力低下	

利用者及び家族の生活に対する意向	
本人）自分でできることはしようと思う。転倒に気を付けて生活したい。閉じこもりにならないようにしたい。 家族）今の生活ができるだけ長く続いてほしい。必要な支援が介護保険で受けられるならお願いしたい。	

状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考（状況・支援内容等）
移動	室内移動	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	神経痛・足腰の疼痛のためADL障がいあり。外出はシニアカーを利用・愛用しているが、安全面で今後は利用が困難になる可能性あり。室内は手すり設置を検討中。
	屋外移動	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①	改善 (維持) 悪化	
食事	食事内容	(支障なし) 支障あり		改善 維持 悪化	
	食事摂取	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	調理	自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 (維持) 悪化	炊飯は自分でする。副菜は惣菜やヘルパーが調理することを希望。
排泄	排尿・排便	支障なし (支障あり)	②①	改善 (維持) 悪化	時々間に合わず便器や床・衣類が汚染する。
	排泄動作	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
口腔	口腔衛生	(支障なし) 支障あり		改善 維持 悪化	
	口腔ケア	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
服薬		自立 見守り (一部介助) 全介助	⑥	改善 (維持) 悪化	自宅にて自力でシャワー浴を週1回程度行っている。ADLより介助が必要な状況と思われる。今後入浴支援を検討する。
入浴		自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 (維持) 悪化	
更衣		(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
掃除		自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 (維持) 悪化	足腰疼痛で困難なためヘルパーが支援
洗濯		自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 (維持) 悪化	衣類は自分で洗濯。大物は嫁が支援。
整理・物品の管理		自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 (維持) 悪化	できる範囲で自力で行う。訪問時に家族が一緒に行う。
金銭管理		自立 (見守り) 一部介助 全介助	⑥	改善 (維持) 悪化	大きなお金は長男が管理している。
買物		自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 (維持) 悪化	好きな食べ物のみ自分で購入。食材は家族が週1回程度購入するが多忙で支援が困難な時もある。
コミュニケーション能力		(支障なし) 支障あり		改善 維持 悪化	
認知		支障なし (支障あり)		改善 (維持) 悪化	近隣の友人たちが徐々に少なくなり、挨拶程度の付き合いのみ。他者交流機会への参加は、難聴があるので、と希望しない。
社会との関わり		支障なし (支障あり)	③	改善 (維持) 悪化	
褥瘡・皮膚の問題		支障なし (支障あり)	①⑥	(改善) 維持 悪化	抗真菌薬の処方あり、自分で塗布している様子。入浴を自分で行うので皮膚の観察が難しい。掻痒感は常にある状態で、皮膚は湿疹や掻傷がある。皮膚科受診も本人任せでできていない時がある（家族談）。
行動・心理症状(BPSD)		(支障なし) 支障あり		改善 維持 悪化	
介護力（家族関係含む）		支障なし (支障あり)		(改善) 維持 悪化	子どもも嫁も皆仕事がある。週1回は訪問するようにしているというが難しい時もあるとのこと。
居住環境		支障なし (支障あり)		改善 (維持) 悪化	段差が多い。ベッドを利用しているが手すりはない。周囲の物に掴まりながら寝起きしている。
				改善 維持 悪化	

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】	※6
通院・内服薬管理や日常生活面の支援について、今まで以上に家族支援が必要となる。本人が自分で決めたい気持ちがあるので、本人の意向と家族からの意見をふまえて支援を行うことで、高齢独居生活をできるだけ長く続けることができると考える。家族では補えない部分はヘルパーサービスを利用調整する。	通院治療を受けながら体調管理を行い、自分のことは自分でする生活が継続できる。	1
メリハリのある生活、他者交流機会を持つために通所サービスを利用することが望ましいが、本人の利用意向がない。 現在はシニアカーを利用して意欲的に外出することができている。今後、自力での外出が困難になった時に再度検討する必要がある。	外出できる環境を整え、閉じこもりにならない生活ができる。	2
入浴は自分で行いたい気持ちがあるが、本人ひとりでは転倒等事故のリスクが高い。皮膚状態の観察も含めて入浴支援が必要。		

○ 居宅サービス計画（課題整理総括表を踏まえて見直したもの）

第1表

居宅サービス計画書(1)【新】

作成年月日　平成 25 年　月　日

(初回)・紹介・継続　(認定済)・申請中

利用者名　　殿　　生年月日　昭和 2 年 7 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　福岡県北九州市○○区

居宅サービス計画作成(変更)日　平成25年 10 月 8 日　　初回居宅サービス計画作成日　平成25年 4 月 17 日

認定日　平成 25 年 9 月 4 日　　認定の有効期間　平成25年 8 月 1 日～　平成26 年 1 月 31 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	（本人）自分ができることは自分でしようと思う。転倒に気をつけて生活したい。閉じこもりにならないようにしたい。 （長男）忘れっぽいところはあるけれど、家族で買い物等の支援をしながら今の生活ができるだけ続いてほしいと思う。 介護保険サービスで必要な支援を受けられるようならお願いしたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	（特になし）
総合的な援助の方針	体調管理をしながら、転倒なくメリハリのある生活が送れると良いと思います。 外出機会を持ち続けられることや難しくなってきた家事についても、ご本人様・ご家族と相談しながら支援を検討したいと思います。 （かかりつけ医）0**－000－0000（○○医院　Dr.○○）　緊急連絡先（長男）080－0000－0000
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（　　）

資料編

第2表

居宅サービス計画書(2) 【新】

作成年月日　年　月　日

利用者名　　殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
通院治療を受けながら体調管理を行い、自分のことは自分でする生活が継続できる	体調管理ができ、自分の役割が継続できる	H25.8.1-H26.1.31	(体調に合わせ)庭の手入れや自分の部屋の掃除や洗濯が続けられる	H25.11.1-H26.1.31	庭の手入れ…体調をみて、無理はしない		本人		体調に合わせて	3ヶ月
					自分の部屋の掃除…屈み動作など腰や膝に負担がかかる部分は手助けしてもらう	○	①本人 ②家族・介護者 ③訪問介護	③Kヘルパーセンター	①体調に合わせて ②適宜 ③週2回	3ヶ月
					洗濯(本人に相談しながら支援する)		①本人 ②家族・介護者		①体調に合わせて ②適宜	3ヶ月
					調理	○	①本人 ②家族・介護者 ③訪問介護	③Kヘルパーセンター	①体調に合わせて ②適宜 ③週2回	3ヶ月
					買い物	○	①本人 ②家族・介護者 ③訪問介護	③Kヘルパーセンター	①体調に合わせて ②適宜 ③週2回	3ヶ月
			通院による治療の継続ができる	H25.11.1-H26.1.31	神経痛の治療		病院(通院)	○クリニック	週2回	3ヶ月
					白内障の治療		病院(通院)	K眼科	2ヶ月ごと	3ヶ月
					前立腺肥大術後(頻尿あり)の療養管理		病院(通院)	U泌尿器科	月1回	3ヶ月
					白癬ほかの治療		病院(通院)	Y皮膚科	月1回	3ヶ月
					咽頭不快・左難聴の療養		病院(通院)	I耳鼻科	週2回	3ヶ月
					う歯・義歯の調整		病院(通院)	T歯科	週1回	3ヶ月
			転倒しない	H25.11.1-H26.1.31	毎日、テレビ体操を行う(筋力維持増進)		本人		毎日	3ヶ月
					指導やアドバイスのもと運動や体操(機能訓練)を行う		①本人 ②通所サービス	①②検討		3ヶ月
					入浴における自立に向けた支援(安全の確保)(必要に応じた介助)		①通所サービス ②訪問介護	①検討 ②Kヘルパー	②週1回	3ヶ月
					室内環境を整える(整理整頓)動線上の障害物除去	○	①本人 ②家族・介護者 ③訪問介護	③Kヘルパーセンター	①体調に合わせて ②適宜 ③週2回	3ヶ月
					本人の移動時における安全の確保のための住宅改修	○	①住宅改修 ②福祉用具貸与	(株)H	①②検討	3ヶ月
					ベッド利用により起居動産が安全で楽に行える	○	福祉用具貸与	(株)H	検討	3ヶ月
外出できる環境を整え、閉じこもりにならない生活ができる	人との交流機会を持ちながらメリハリのある生活ができる	H25.8.1-H26.1.31	外出し楽しみのある生活ができる	H25.11.1-H26.1.31	電動車椅子の利用…①業者より方法や注意点の指導やアドバイス、メンテナンスを行う②電動車椅子の利用方法や注意点を確認し、安全に運転する。	○	①福祉用具貸与 ②本人	(株)H	①一時・レンタル	3ヶ月
					定期的な外出機会、他者交流機会(行事・ゲーム・アクティビティへの参加)	○	①本人 ②通所サービス	①②検討	必要時適宜	3ヶ月

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。　※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

■活用例２（要介護１）

※初任段階の介護支援専門員が作成した課題整理総括表に先輩が指導・助言を加えて修正し、
その内容をケアプランの見直しに反映させた活用例

○基本情報

受付年月	平成○○ 年 ○ 月 ○ 日					
受付担当者	○田 ○朗					
受付方法	C市に住んでいる長女より新規の依頼あり					
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	H	性別	男	年齢	85 歳
	住所	A市				
	連絡先	電話番号（ 0**－***－**** ） その他（ 090－****－**** ）				
家族状況	子ふたり。長女は福岡県○○郡在住。長男は関東在住。 長女は月に1～2回訪問あり。					
生活状況	【生活歴】 A市○○町生まれ。40年前に家を建てて現在も住んでいる。学校卒業後、税理士として80歳まで働く。家事は全部妻がしており、したことがない。子どもは二人。子どもが家を出てから妻と二人暮らししていた。旅行等に妻と二人で行き、仲の良い夫婦生活を送っていたが、平成25年7月上旬に妻に癌がみつかり、B市での入院生活を経て、8月○日に亡くなった。 【生活状況】 起床や就寝時間は決まっており、ある程度規則正しい生活は遅れている。前立腺肥大症があり、内服しているが夜間帯に4～5回はトイレに行っている。再入眠までは時間がかからない様子。 趣味は読書、旅行、ゲートボール。地域との交流はなし。					
利用者の被保険者情報	被保険者番号 ********					
現在利用しているサービスの状況	訪問介護、通所介護、住宅改修					
障害老人の日常生活自立度	J2					
認知症である老人の日常生活自立度	IIa					
主訴	（本人）住み慣れた家でのひとり暮らしを続けたい。掃除や身の回りのことがひとりでできないので支援してほしい。転倒やけがをせずに生活したい。 （長女）平成25年8月22日に一緒に生活していた母が亡くなり、ひとり暮らしとなった。身の回りのことが一人でできない。家の中にずっといるので足腰の筋力低下が心配である。					
認定情報	要介護1（平成25年7月1日～平成25年12月31日）					
課題分析（アセスメント）理由	定時アセスメント					

○課題整理総括表（初任段階の介護支援専門員が作成したもの）

課題整理総括表（旧）

利用者名　　殿　　作成日　　/　　/

自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）		
① パーキンソン病	② 前立腺肥大症	③ 本人は家事をしたことがない
④ 糖尿病	⑤	⑥

利用者及び家族の生活に対する意向	
	（本人）住み慣れた家でのひとり暮らしを続けたい。掃除や身の回りのことがひとりでできないので支援してほしい。転倒やけがをせずに暮らしたい。 （家族）母が亡くなった後ひとりになり不自由しているので支援してほしい。体調管理や転倒せずに生活できるよう支援してほしい。

状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考（状況・支援内容等）
移動	室内移動	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	居室内は伝い歩きをしている。
	屋外移動	自立 見守り (一部介助) 全介助	①	(改善) 維持 悪化	外出時は杖を使っている。パーキンソン病があり、5分ほど歩くと足の出が悪くなる、1年前に比べると連続歩行できる距離が短くなっている。
食事	食事内容	支障なし (支障あり)	③④	(改善) 維持 悪化	
	食事摂取	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	決まった時間に栄養があるものを摂取できていない。
	調理	自立 見守り (一部介助) 全介助	①③	改善 (維持) 悪化	先月亡くなった妻がすべてしていたので家事をしたことがない。
排泄	排尿・排便	支障なし (支障あり)	②	改善 (維持) 悪化	前立腺肥大のため夜間4～5回トイレに目覚める。居室からトイレまで早く歩けないので間に合わないことがある。夜間の排尿回数が増えないように内服薬でコントロールする。
	排泄動作	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
口腔	口腔衛生	(支障なし) 支障あり		改善 維持 悪化	
	口腔ケア	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
服薬		(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	薬の管理・通院は自分でしている。
入浴		自立 (見守り) 一部介助 全介助	①	(改善) 維持 悪化	週に1回体調の良い時に椅子に座ってシャワーを浴びている。浴槽への跨ぎがひとりでできないので浴槽には2ヵ月ほど入っていない。
更衣		(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
掃除		自立 見守り (一部介助) 全介助	①③	改善 (維持) 悪化	
洗濯		自立 見守り (一部介助) 全介助	①③	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	①③	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	①③	改善 (維持) 悪化	
コミュニケーション能力		(支障なし) 支障あり		改善 維持 悪化	
認知		(支障なし) 支障あり		改善 維持 悪化	
社会との関わり		(支障なし) 支障あり		改善 維持 悪化	
褥瘡・皮膚の問題		(支障なし) 支障あり		改善 維持 悪化	
行動・心理症状(BPSD)		(支障なし) 支障あり		改善 維持 悪化	
介護力（家族関係含む）		(支障なし) 支障あり		改善 維持 悪化	娘が来られるのは月に1～2回。
居住環境		支障なし (支障あり)	①②	(改善) 維持 悪化	部屋の出入り口の段差があり、廊下に手すりがないなど、トイレまでの歩行に時間がかかる。
				改善 維持 悪化	

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】	※6
体調にあわせてリハビリを行ったり、廊下に手すりを設置することで、歩行距離の延長や耐久性の向上を実現し、夜の自室からトイレまでの歩行がひとりで安全に行えると思われる。 パーキンソン病の悪化予防のための内服薬の自己管理を続けていくことが必要である。	転倒やけがをせずに生活したい。	1
他者の介助のもとで安全に入浴できるようにすることで、皮膚を清潔に保つ必要がある。 食事の確保をし、決まった時間に摂取することで、体重と血糖値が安定すると思われる。 身の回りのことについて自分でできることを増やすことで、独居での生活を続けられると思われる。	できる家事を増やしたい。	3
	病気がこれ以上悪くならないようにしたい。	2

○居宅サービス計画書　（課題整理総括表による指導・助言を受ける前のもの）

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　昭和4年 5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　○○県A市

居宅サービス計画作成(変更)日　平成25年8月29日　　初回居宅サービス計画作成日　平成25年8月29日

認定日　平成25年8月7日　　認定の有効期間　平成25年7月1日～　平成25年12月31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	(本人)　住み慣れた家でのひとり暮らしを続けたい。掃除や身の回りのことがひとりでできないので支援してほしい。 転倒や怪我をせずに生活したい。 (家族・長女)　今までは母が身の回りのことをしてくれていたが、母がいなくなって父はひとりになり、不自由しているので支援してほしい。 体調管理や転倒せずに生活できるように支援してほしい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	(特記事項なし)
総合的な援助の方針	住み慣れた環境の中でのひとり暮らしが続けられるように、受診や内服管理を続けましょう。 家の中や外出時の杖歩行が安定するように運動をするとともに、転倒せずに生活できる環境が整うように支援していきます。 身の回りのことが不自由なくできるように支援していきます。 本人や家族と連携を図りながら支援していきます。 (病院) 0**－000－0000 (○○診療所　Dr.○○)
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(　　)

○居宅サービス計画書　　（課題整理総括表による指導・助言を受ける前のもの）

第2表

居宅サービス計画書(2)【旧】

作成年月日　　年　　月　　日

利用者名　　殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
転倒やけがをせずに生活したい	室内・外で転倒せずに生活できる	H25.7.1-H25.12.31	①外出時の杖歩行が安定する ②家の中をふらつかずに歩ける	H25.7.1-H25.12.31	足腰の筋力のための運動・指導・個別機能訓練・杖の使い方の指導	○	通所介護	***	週1回	6か月
					動線の障害物の撤去	○	訪問介護	***	週2回	6か月
					住宅改修：玄関・トイレ・廊下・部屋の出入り口に手摺の設置：居室内が安全に歩行できる	○	住宅改修	***		6か月
					居室内での運動・老人クラブへの参加・外出時は杖を使う。充分に気をつける。体調の悪い時は早めに受診する		本人		毎日	6か月
					外出同行		家族		適宜	6か月
					必要時デイサービスや福祉用具貸与の検討	○	ケアマネジャー	***	適宜	6か月
ひとりでの入浴は不安なので安全に入れるようにしたい	自分が入浴したいときに自立して入浴できる	H25.7.1-H25.12.31	③浴室内を安全に移動ができて身体が洗える	H25.7.1-H25.12.31	入浴の一部支援・浴室内での見守り・皮膚状態の観察・必要時の軟膏塗布	○	通所介護	***	週1回	6か月
					準備・着替えは自分で行う		本人		毎日	6か月
					必要時デイサービスの利用回数の検討	○	ケアマネジャー	***	適宜	6か月
病気がこれ以上悪くならないようにしたい	病状が安定する	H25.7.1-H25.12.31	④定期受診や内服の自己管理ができる ⑤決まった時間に食事がとれ体重が減少しない	H25.7.1-H25.12.31	診察・検査・指導		病院		月1回	6か月
					定期受診・内服の自己管理・決まった時間帯に食事を摂る		本人		毎日	6か月
					食事の下ごしらえ・食材の購入	○	訪問介護	***	週2回	6か月
					宅配サービスの利用		本人		週5回	6か月
家事をやり慣れていないので支援してほしい	身の回りのことが不自由なくできる	H25.7.1-H25.12.31	⑥居室内の掃除や片付けが支援者と一緒にできる	H25.7.1-H25.12.31	居室内の掃除 環境整備 洗濯	○	訪問介護	***	週2回	6か月
					片付け ゴミ捨て		本人		適宜	6か月

○ 課題整理総括表（先輩の介護支援専門員による指導・助言を受けて修正したもの

課題整理総括表（新）

利用者名　　殿　　作成日　　/　　/

自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）	① パーキンソン病	② 前立腺肥大症	③ 本人は家事をしたことがない
		⑤	⑥

状況の事実 ※1		現在 ※2	要	4	備考（状況・支援内容等）
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	居室内は伝い歩きをしている。
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助	①②	改善 維持 悪化	外出時は杖を使っている。パーキンソン病があり、5分ほど歩くと足の出が悪くなる、1年前に比べると連続歩行できる距離が短くなっている。
食事	食事内容	支障なし 支障あり	③	改善 維持 悪化	
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	決まった時間に栄養があるものを摂取できていない。
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助	①③	改善 維持 悪化	弁当を電子レンジで加熱することはできるが、台所に立って調理の下拵えはできない。亡くなった妻が調理をしていたため経験がない。
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり	①②	維持 悪化	
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助		悪化	前立腺肥大のため夜間4～5回トイレに目覚める。居室からトイレまで早く歩けないので間に合わないこ[illegible]がある。夜間の排尿回数が増えないように内服[illegible]でコントロールする。
口腔	口腔衛生	支障なし 支障[illegible]			
	口腔ケア	自立 見守り 一部介[illegible]			
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	薬の管理・通院は自分でしている。
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	週に1回体調の良い時に椅子に座ってシャワーを浴びている。浴槽への跨ぎがひとりでできないので浴槽には2ヵ月ほど入っていない。
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
掃除		自立 見守り 一部介助 全介助	①③	改善 維持 悪化	ほうきで床を掃除することはできるが前傾姿勢の保持ができないため掃除機はかけられない。
洗濯		自立 見守り 一部介助 全介助	①③	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	①③	改善 維持 悪化	洗濯機を操作することはできるが洗濯物を干すことができない。
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	①③	改善 維持 悪化	軽い物であれば購入して持って帰ることができるが重い物は持てない。
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
認知		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
社会との関わり		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
介護力（家族関係含む）		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	娘が来られるのは月に1～2回。
居住環境		支障なし 支障あり	①	改善 維持 悪化	部屋の出入り口の段差があり、廊下に手すりがないなど、トイレまでの歩行に時間がかかる。
				改善 維持 悪化	

・要因が整理された

・アセスメントを精査した結果、適切な援助により自分でできる作業を増やせると判断された

利用者及び家族の生活に対する意向	本人）住み慣れた家でのひとり暮らしを続けたい。掃除や身の回りのことがひとりでできないので支援してほしい。転倒やけがをせずに暮らしたい。 家族）母が亡くなった後ひとりになり不自由しているので支援してほしい。体調管理や転倒せずに生活できるよう支援してほしい。

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】	※6
本人の体調に合わせて、腰や大腿部の筋力強化や歩行訓練を行うことで、姿勢障害や歩行障害を軽減し、寝室からトイレまで安全に歩行ができる。	転倒やけがをせずに生活したい。	1
安全に入浴するためには他者の援助が必要である。		
定期受診や内服の自己管理を続けることで、夜間の排尿回数をコントロールし、本人の不安の軽減につながる。	お風呂にゆっくり入りたい。	2
支援者と掃除や調理を一緒に行い、手順を覚えることで自立した生活を送ることができる。	ひとり暮らしを続けるためにできる家事を増やしたい。	3

資料編

○居宅サービス計画書　（課題整理総括表による指導・助言を受けて修正したもの）

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　昭和4年 5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　○○県A市

居宅サービス計画作成(変更)日　平成25年8月29日　　初回居宅サービス計画作成日　平成25年8月29日

認定日　平成25年8月7日　　認定の有効期間　平成25年7月1日～　平成25年12月31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	(本人)　住み慣れた家でのひとり暮らしを続けたい。掃除や身の回りのことがひとりでできないので支援してほしい。 転倒や怪我をせずに生活したい。 (家族:長女)　今までは母が身の回りのことをしてくれていたが、母が亡くなって父はひとりになり、不自由しているので支援してほしい。 体調管理や転倒せずに生活できるように支援してほしい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	(特記事項なし)
総合的な援助の方針	住み慣れた環境の中でのひとり暮らしが続けられるように、受診や内服管理を続けましょう。 家の中や外出時の杖歩行が安定するように運動をするとともに、転倒せずに生活できる環境が整うように支援していきます。 身の回りのことが不自由なくできるように支援していきます。 本人や家族と連携を図りながら支援していきます。 (病院) 0**-000-0000 〔○○診療所　Dr.○○〕
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(　　)

○居宅サービス計画書　（課題整理総括表による指導・助言を受けて修正したもの）

第2表

居宅サービス計画書(2)【新】

作成年月日　年　月　日

利用者名　　殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
転倒やけがをせずに生活したい	室内・外で転倒せずに生活できる	H25.7.1-H25.12.31	自室からトイレまで転倒なく歩ける	H25.7.1-H25.12.31	足腰の筋力のための運動・指導・個別機能訓練・杖の使い方の指導	○	通所介護	***	週1回	6か月
					動線の障害物の撤去	○	訪問介護	***	週2回	6か月
					住宅改修：玄関・トイレ・廊下・部屋の出入り口に手摺の設置：居室内が安全に歩行できる	○	住宅改修	***		6か月
					居室内での運動・外出時は杖を使う。		本人		毎日	6か月
					必要時デイサービスや福祉用具貸与の検討	○	ケアマネジャー	***	適宜	6か月
			病気の管理ができ、振戦や夜間体の排尿回数を維持できる	H25.7.1-H25.12.31	診察・検査		病院		月1回	6か月
					①受診(タクシーを利用) ②内服の自己管理		本人		①月1回 ②毎日	6か月
自分の思うように好きな時間に入浴したい	安全に入浴ができる	H25.7.1-H25.12.31	見守りで浴槽内にひとりで入れる	H25.7.1-H25.12.31	入浴の一部支援・浴室内での見守り・皮膚状態の観察・必要時の軟膏塗布	○	通所介護	***	週1回	6か月
					準備・着替えや洗える部分は自分で行う		本人		毎日	6か月
ひとり暮らしを続けるためにできる家事を増やしたい	自分で行える家事が増える	H25.7.1-H25.12.31	潜在機能を活かした家事の方法を覚える	H25.7.1-H25.12.31	ゴミ出し・洗濯物干し/取り込み・献立の作成・食材の調理法説明・食事の下ごしらえ	○	訪問介護	***	週2回	6か月
					ゴミの分別・洗濯機を回す・玄関の掃き掃除・ベッド周辺の片づけ・弁当の温め並びに片付け・宅配サービスの利用・朝食の準備		本人		毎日	6か月

・家事援助の目標が具体化された

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

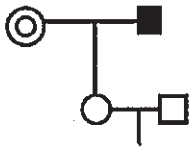
※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

（2）その他課題整理総括表への記載の一例

ここでは、前項のようにケアプランの見直しに活用した例とは別に、新規に（再）アセスメントした結果から、課題整理総括表を活用して課題分析し、生活全般の解決すべき課題(ニーズ)を整理した事例を掲載しています（あくまでも一例なので、他の分析もありえます）。

■記載例１（要支援２）

◎基本情報に関する項目

受付年月	2013 年 6 月〇日					
受付担当者	〇田〇子		受付方法	来所による相談		
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	D	性別	女性	年齢	76 歳
	住所	A県A市〇〇町				
	連絡先	電話番号（ ＊＊＊－＊＊＊＊） その他（ ）				
家族状況	 区内に一人娘が夫と孫（男の子）と共に３人で在住。 普段は朝から晩まで就業しており、あまり来訪していない					
生活状況	【性格・職業等】結婚後、専業主婦として家庭を切り盛りしてきた。温厚で近所の同世代の住民とも顔見知りが多く、会うと会話を楽しみ、明るい性格である。 【経過】夫は数年前に死去。エレベーターのない 3 階に独居。和式トイレであり、両膝の痛みがあり、日常生活の中でトイレの立ち座りや室内外での歩行に支障をきたしていたため、住宅改修によるトイレの手すり設置や浴室前に手すり、電動の自立支援ベッドと手すり、室内用歩行器の貸与を行った。また腰掛け便座を購入して、両膝への負担を軽減するよう支援を行った。両膝を曲げる動作に支障があることから、買い物や掃除が困難と思われ、訪問介護の利用を提案するが、できる限り他者に頼りたくないとの本人の希望があり、平成 25 年4月現在も、福祉用具のみで家事全般について支援は行っていない。					
利用者の被保険者情報	介護保険 被保険者番号 ********** 後期高齢者医療保険 被保険者番号 **********					
現在利用しているサービスの状況	介護予防特定福祉用具販売（腰掛け便座） 介護予防住宅改修 （トイレ内の手すりの取り付け） 介護予防福祉用具貸与（歩行器、手すり）自費レンタルベッド 隣人（週２回 ゴミ捨て援助）					
障害老人の日常生活自立度	J2		認知症である老人の日常生活自立度	自立		
主訴	（本人） 自宅に他人を入れたくないのでヘルパーに頼りたくない。 （娘） 同市内に住んでいるが終日仕事をしており頻回に母を訪ねられないため、できることは自分でしてほしい。					
認定情報	要支援2（平成 25 年 5 月 1 日～平成 26 年 4 月 30 日）					
課題分析(アセスメント)理由	更新のため定時アセスメント					

○課題整理総括表

課題整理総括表

利用者名　D　殿　　作成日　2013年6月○日

自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）	①偏った食生活・肥満	②糖尿病の理解が不十分	③両変形膝関節症
	④住環境（階段、坂道）	⑤歯の欠損	⑥サービス利用に対する抵抗感

利用者及び家族の生活に対する意向	【本人】自宅に他人を入れたくないのでヘルパーに頼りたくない。 【介護者（娘）】同市内に住んでいるが終日仕事をしており頻回に母を訪ねられないため、できることは自分でしてほしい。

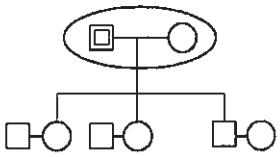
状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考（状況・支援内容）
移動	室内移動	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	＊両膝の痛みあり、室内では手すりや歩行器を使用。屋外は歩行器使用。
	屋外移動	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
食事	食事内容	支障なし (支障あり)	① ② ⑥	(改善) 維持 悪化	＊軟らかく、脂っこい食事が好きで、毎晩500mlのビールを飲む習慣がある。体重73kg。 ＊欠損している歯が数本あり、咀嚼がしっかりできない。歯茎より出血あり。 ＊炊事は好きであり自力で行っている。
	食事摂取	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	調理	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
排泄	排尿・排便	(支障なし) 支障あり		改善 維持 悪化	
	排泄動作	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	＊トイレは腰掛便座・手すり設置済み
口腔	口腔衛生	支障なし (支障あり)	⑤	(改善) 維持 悪化	＊入院後体調が悪かったため、歯の欠損の治療ができていない。
	口腔ケア	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
服薬		(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	＊忘れることなく服薬できている。
入浴		(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	＊浴槽の出入りがしづらく、シャワーで済ませることも多い。
更衣		(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
掃除		自立 (見守り) 一部介助 全介助	③	(改善) 維持 悪化	＊掃除は身の回りのみ粘着ローラーで行うが、掃除機や拭き掃除は膝の痛みと関節可動域制限のため行うことができない。
洗濯		(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
整理・物品の管理		(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
金銭管理		(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
買物		(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	＊買い物は自分の目で見て購入したいので歩行器を利用してゆっくり行く。
コミュニケーション能力		(支障なし) 支障あり		改善 維持 悪化	
認知		(支障なし) 支障あり		改善 維持 悪化	
社会との関わり		支障なし (支障あり)	⑥	(改善) 維持 悪化	＊娘とは電話連絡は時々している。近隣住民とは関係は良好。ヘルパーの支援に対して抵抗感あり。
褥瘡・皮膚の問題		(支障なし) 支障あり		改善 維持 悪化	
行動・心理症状(BPSD)		(支障なし) 支障あり		改善 維持 悪化	
介護力（家族関係含む）		(支障なし) 支障あり		改善 維持 悪化	＊娘が同区内在住であるが就業のため訪問は月1回程度。
居住環境		支障なし (支障あり)	④	改善 (維持) 悪化	＊エレベーターのない3階　スーパー等へは坂道がある。
				改善 維持 悪化	

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】	※6
1. 歯を治療することにより、食事形態も普通のもので、咀嚼回数が増え満腹感も得ることができるようになる。 2. 食事指導により食事内容を変更し、内服薬の継続と、適度な運動を行うことで、体重が減少し、高血圧や糖尿病合併症予防ができる可能性がある。 3. 両膝の痛みに対して、負荷を減らし、注射等を行うことで、痛みが悪化せず、現状（自立での買物や段差の昇降）を維持し転倒を予防できる。 4. 現状出来ていない拭き掃除の支援を受けることで、一人暮らしの不安が軽減できる。	しっかり歯を治して何でも食べられるようになりたい。	1
	食生活に気をつけて高血圧や糖尿病が悪くならないようにしたい。	2
	転倒しないように買物や階段昇降を続けたい。	3
	出来ていない拭き掃除だけは手伝ってもらい、不安のない生活を送りたい。	4

資料編

■記載例２（要介護３）

◎基本情報に関する項目

受付年月	平成 25 年 6 月〇日					
受付担当者	〇川〇子					
受付方法	電話					
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	A	性別	男性	年齢	80 歳
	住所	B県B市〇〇町				
	連絡先	電話番号（ ＊＊＊－＊＊＊－＊＊＊＊ ） その他（ ）				
家族状況						
生活状況	【性格・職業等】義理人情の話が好き。高倉健のビデオを観て過ごしている。頑固な性格。 製薬会社に勤務し、結婚後は夫婦で自営業を営まれていた。平成 6 年頚椎後縦靱帯骨化症発症により事業を閉じて、長女の近くにマンションを購入し生活を送っている。 【かかわりの経過】平成 17 年、急性心筋梗塞で入院。平成 22 年頃より転倒が頻回となり徐々に歩行も困難になり入院。頚椎後縦靱帯骨化症による下肢筋力低下と診断され、リハビリ科で歩行訓練。退院後は訪問診療、訪問看護に加え手すりの追加、夜間対応型訪問介護も契約した。 平成 25 年 3 月、肺炎で入院・退院。平成 25 年 5 月、血尿で再入院時には慢性腎不全も悪化、透析も検討が必要と言われた。入院中腎臓食で退院に向け簡単な栄養指導を受けて平成 25 年 6 月〇日に退院。同居の妻は椎間板ヘルニアと変形性膝関節症で介護できず、主介護者の長女も市内で週 5 日勤務しており、週 1 日の訪問が限界のため、サービスの見直しが必要となった。					
利用者の被保険者情報	介護保険証番号 **********					
現在利用しているサービスの状況	訪問診療（1 回／2 週） 訪問看護（1 回／週）全身状態の観察、体重測定、必要時浣腸 訪問リハビリ（1 回/週）関節可動域訓練、歩行訓練 訪問介護（毎朝）モーニングケア、排泄介助、居間までの移動介助 （1 回／2 週）入浴介助　（1 回／週）掃除 夜間対応型訪問介護 福祉用具貸与：特殊寝台・付属品、歩行器、車イス・車イス付属品、手すり 特定福祉用具販売：補高便座、入浴補助用具（シャワーチェア、浴槽台、浴槽手すり） 住宅改修：トイレ、浴室手すり設置					
障害老人の日常生活自立度	B2	認知症である老人の日常生活自立度	自立			
主訴	（本人）できるだけ人の世話にはなりたくない。病気がよくならないなら家で過ごしたい。 （妻）必要な検査を受け治療してほしい。私も病気で介護できない事が辛い気持ちをわかってほしい。 （娘）母の不安や負担を軽減してほしい。					
認定情報	要介護 3　平成 25 年 5 月〇日から平成 26 年 5 月 31 日まで					
課題分析(アセスメント)理由	状態の著変時のアセスメント					

○課題整理総括表

課題整理総括表

利用者名　A　殿　　作成日　2013年6月○日

自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）	①頚椎後縦靱帯骨化症・下肢筋力低下	②妻からの支援が受けられない	③貧血
	④慢性腎不全	⑤住環境（廊下、マンション入口）	⑥

利用者及び家族の生活に対する意向	【本人】できるだけ人の世話にはなりたくない。病気がよくならないなら家で過ごしたい。【介護者】妻：必要な検査は受けて治療してほしい。私も病気で介護できない事が辛い気持ちをわかってほしい。娘：母の不安や負担を軽減してほしい。

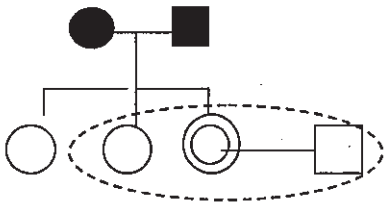
状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考（状況・支援内容）
移動	室内移動	自立　見守り　**一部介助**　全介助	①③	**改善**　維持　悪化	・廊下を歩行していた時はよく転倒していた。居間への移動はヘルパーが車椅子で介助。屋外は移動していない。
	屋外移動	自立　見守り　一部介助　**全介助**	①③⑤	改善　**維持**　悪化	
食事	食事内容	支障なし　**支障あり**	③④	改善　**維持**　悪化	・腎臓食
	食事摂取	**自立**　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
	調理	自立　見守り　一部介助　**全介助**	①②	改善　**維持**　悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし　**支障あり**	①④	改善　**維持**　悪化	・排尿はオムツ内、排便はベッド上で訪問看護師が浣腸。
	排泄動作	自立　見守り　一部介助　**全介助**	①⑤	**改善**　維持　悪化	・排便動作は自立だが、トイレへの移動に介助を要するためオムツ使用。
口腔	口腔衛生	**支障なし**　支障あり		改善　維持　悪化	
	口腔ケア	自立　**見守り**　一部介助　全介助	①③	改善　**維持**　悪化	・朝の洗顔、歯磨きは洗面所使用。
服薬		**自立**　見守り　一部介助　全介助		改善　維持　悪化	
入浴		自立　見守り　**一部介助**　全介助	①③⑤	改善　**維持**　悪化	・入浴はヘルパー介助でシャワー浴。
更衣		自立　**見守り**　一部介助　全介助	①	改善　**維持**　悪化	・座位でのズボンの着脱はできる。
掃除		自立　見守り　一部介助　**全介助**	①②	改善　**維持**　悪化	
洗濯		自立　見守り　一部介助　**全介助**	①②	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	①③	改善　**維持**　悪化	
金銭管理		自立　見守り　一部介助　**全介助**	①	改善　**維持**　悪化	
買物		自立　見守り　一部介助　**全介助**	①②⑤	改善　**維持**　悪化	
コミュニケーション能力		**支障なし**　支障あり		改善　維持　悪化	
認知		**支障なし**　支障あり		改善　維持　悪化	
社会との関わり		**支障なし**　支障あり		改善　維持　悪化	
褥瘡・皮膚の問題		**支障なし**　支障あり		改善　維持　悪化	
行動・心理症状(BPSD)		**支障なし**　支障あり		改善　維持　悪化	・同居の妻はヘルニア、膝関節症のため介護できず。長女も仕事のため週1日の訪問が限界。
介護力（家族関係含む）		支障なし　**支障あり**	②	改善　**維持**　悪化	
居住環境		支障なし　**支障あり**	⑤	改善　**維持**　悪化	・トイレ、浴室に手すり設置済だが、寝室からトイレまでの廊下には手すりがない。
				改善　維持　悪化	

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】	※6
1.リハビリを継続することにより手すりを使ってトイレまで歩くことができ、嫌な介助（ベッドの上で訪問看護師が浣腸をすること）を受けず、自分で排便ができる可能性がある。	人に頼らずに排便がトイレで行えるようになりたい。	1

資料編

■記載例３（要介護４／認知症があり小規模多機能を利用している事例）

◎基本情報に関する項目

受付年月	2013 年 6 月〇日					
受付担当者	〇村〇男		受付方法	電話による		
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	F	性別	女	年齢	72 歳
	住所	C県C市〇〇町				
	連絡先	電話番号（　＊＊＊－＊＊＊＊　）その他（　　）				
家族状況						
生活状況	【性格・職業等】3 人姉妹の一番下。戦後より現住所に姉と同居。夫も結婚以降も同居。子供はいない。小売業に長年勤めリーダー的な役割を果たし定年退職。綺麗好き、丁寧。動物や小さい子供が好き。認知症を発症するまでは、姉に口ごたえなどしなかった。姉とは仕事と家事を協力しながら生活してきた。 【経過】平成 17 年に認知症を発症。糖尿病がありインスリン注射をしているが、時間がわからなくなった。認知症デイを利用していたが、朝起きるのが遅く準備ができず、また他の利用者とうまくいかず利用をやめた。本人と姉との折り合いが悪くなり、夫の精神的ストレスが蓄積していた。夫の精神面のリフレッシュと、本人の生活習慣の改善（起床時間や食事時間）を図るため、平成 22 年 3 月より小規模多機能の利用開始。まずは通いサービスから始める。 平成 23 年 7 月に宿泊を試してみるが、拒否があり帰宅。通所を週 4 回に増やす。平成 24 年 3 月夫が急病。急遽 2 泊 3 日の宿泊。以降、定期的宿泊が可能になった。 平成 25 年 3 月夫と歩行中に転倒。ADL が低下し、感情の起伏が激しくなった。気分の波によっては食事しない。トイレ誘導、入浴介助などに応じないことが増えた。 平成 25 年4月、医師から、血糖を測定してその値によってインスリンの単位数を調整するように指示があった。通いの時は事業所で、それ以外は夫が調整していたが、週 1 回訪問看護を導入することとなった。					
利用者の被保険者情報	介護保険　被保険者証　番号　＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊ 国民健康保険　番号　＊＊＊＊＊＊＊＊					
現在利用しているサービスの状況	小規模多機能型居宅介護サービス（通所　週5回　内2泊3日の泊りを含む） 訪問看護（週1回　血糖値測定とインスリン注射）					
障害老人の日常生活自立度	A1		認知症である老人の日常生活自立度	IIIb		
主訴	（本人）　人にいろいろ言われると苛立ち、賑やかな場所が苦手。人に気を使わずに過ごしたい。 （夫）　本人の機嫌を損ねないように気を遣いながら、本人と一緒にこの家で暮らしたい。 （姉）　口出しすると苛立たれるのでそっと見守りたい。					
認定情報	要介護4　平成25年4月1日～平成27年3月31日					
課題分析(アセスメント)理由	定時アセスメント					

○課題整理総括表

課題整理総括表

利用者名　　F 殿　　作成日　　2013/6/○

自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）	①混合性認知症	②下肢筋力低下	③同居家族との折り合い
	④音や人の刺激（不快感）	⑤糖尿病（血糖測定　インシュリン注射）	⑥住環境（寝室が2階）

利用者及び家族の生活に対する意向	【本人】人にいろいろ言われると苛立ち、賑やかな場所が苦手。人に気を使わずに過ごしたい。【介護者】夫：本人の機嫌を損ねないように気を遣いながら、本人と一緒にこの家で暮らしたい。姉：口出しすると苛立たれるのでそっと見守りたい。

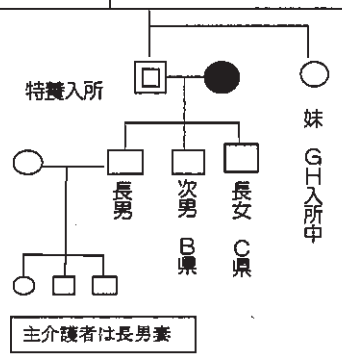
状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考（状況・支援内容）
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助	②	改善 維持 悪化	・室内は見守り、屋外は付き添いにて散歩をする。以前に比べ頻度が減少している。
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助	②	改善 維持 悪化	
食事	食事内容	支障なし 支障あり	①③④⑤	改善 維持 悪化	・食事内容はサバ、油揚げを好まないので代替食を出している。朝ご飯をほとんど食べていない。
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助	①④	改善 維持 悪化	・箸で食べることができるが、途中で手を止めないように見守っている。
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助	①③	改善 維持 悪化	・事業所では、盛り付け、茶碗拭きなどの声をかけ参加してもらっている。
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり	①	改善 維持 悪化	・尿意あいまいで、時間や気分を見計らってトイレ誘導。紙パンツの確認と交換の言葉がけをする。
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助	①④	改善 維持 悪化	・排便の様子がつかめていない。尿失禁は毎日、便失禁は月1回程度。
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	①④	改善 維持 悪化	・言葉がけすれば丁寧に自分で行う事ができる。物品の準備と管理を行っている。
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	・服薬は手渡せば可能。
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助	①②	改善 維持 悪化	・インスリンの自己注射は日によって、言葉がけで出来
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助	①④	改善 維持 悪化	・入浴は、事業所で入浴している、言葉かけを工夫し、一部介助で入浴している。
掃除		自立 見守り 一部介助 全介助	①③	改善 維持 悪化	・着衣の前後を間違えることがある。ヘアスタイルを整えるのが好き、髪を編むなど個別の関わりをしている。
洗濯		自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	・自宅では家事一切を夫と姉で行っている。
整理・物品の管理		自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	・事業所では、洗濯たたみなどの言葉がけをし、参加してもらっている。
金銭管理		自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	
買物		自立 見守り 一部介助 全介助	①②③	改善 維持 悪化	・以前は買物に一緒に行っていたが、歩行状態が悪化してから行っていない。
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり	①④	改善 維持 悪化	・事業所に子供や動物が来た時は熱心になでたり、優しい言葉をかける。
認知		支障なし 支障あり	①④	改善 維持 悪化	
社会との関わり		支障なし 支障あり	①③④	改善 維持 悪化	・近隣との関わりが少ない
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり	①③④	改善 維持 悪化	・他の利用者・職員に暴力をふるうことがある。個別ケア、座る場所や音などの環境を配慮している。
介護力（家族関係含む）		支障なし 支障あり	③	改善 維持 悪化	・姉が視力障害があって本人の介護はできず、高齢の夫が一人で介護している。
居住環境		支障なし 支障あり	⑥	改善 維持 悪化	・寝室が2階にある。
				改善 維持 悪化	

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】	※6
1、日中の活動や近隣までの散歩など、運動量を増やすことで、自宅での階段昇降の維持と、以前のように買い物に行くことができるようになる 2、食事の準備や後片付け、洗濯物たたみ等一緒に行うことで、本人の役割が継続でき、気分も落ち着くことができる。 3、本人が席を立ったタイミングで、トイレを促すことにより、排尿の失敗がなくなり、夫の負担も軽減できる。 4、本人の気分を害する要因を取り除くことにより、落ち着いて毎食食事もとれ、低血糖も起こさず、糖尿病の悪化を予防することができる。	階段昇降ができる状態を維持したい。	2
	事業所では食事の準備や後片付けなど出来ることを続けたい。	3
	人の世話にならずトイレで排泄したい。	4
	穏やかな気分で過ごし、糖尿病も悪くならないようにしたい。	1

資料編

■記載例４（要介護５／特別養護老人ホーム入居者の事例）

◎基本情報に関する項目

受付年月	平成 24 年 3 月 20 日					
受付担当者	○田○子		受付方法	電話による		
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	G	性別	男	年齢	91 歳
	住所	D県D市○○町				
	連絡先	電話番号（　＊＊＊－＊＊＊＊　）その他（　　）				
家族状況						
生活状況	【性格・職業等】 D県生まれ。結婚後 3 人の子供を授かる。夫は約 15 年前に病死。若い頃から 80 歳頃まで日本料理の調理師をしていた。穏やかな方で言葉が不明瞭な事を気にされている。一生懸命に意思を伝えようと努力される。 【経過】 特養入所後、H22 年 10 月尿路感染症にて入院、H22 年 11 月退院、H23 年 12 月：急性腎盂炎にて入院、H24 年 1 月：退院と入退院を繰り返して ADL 低下は顕著、H24 年 1 月：食事・水分摂取困難にて入院、入院中に状態悪化し、今後の方針につて相談し胃ろうを決意されるが体調悪化の為、胃ろう造設術は出来ず余命は数日と説明がされる。 しかし治療の結果回復し、H24 年 3 月　胃ろう造設術施行、「訓練次第では多少の経口による食事摂取も可能」と主治医から本人と家族に説明があったので、H24 年 3 月「退院後は施設で嚥下訓練をして少しでも口から食べる事を継続させてやりたい」と家族から相談があり、退院後の食事についての検討を多職種連携にて行う事となった。H24 年 4 月　退院されて施設に戻られた。					
利用者の被保険者情報	介護保険　被保険者証　番号　＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊ 国民健康保険　番号　＊＊＊＊＊＊＊＊					
現在利用しているサービスの状況	特別養護老人ホーム入所中（ユニット個室） 【医療機関】 胃ろう管理（A病院・消化器内科）、バルーンカテーテル留置（B病院・泌尿器科）					
障害老人の日常生活自立度	C1		認知症である老人の日常生活自立度	IV		
主訴	（本人） もっと口から美味しいものを食べたい。 （家族） こんな状態なってしまったが出来るだけ家族に近い所で暮らして欲しいと思っています。制限は有ると思いますが、もう高齢ですので好きなものを好きなだけ食べて貰いたいです。本人の希望でもあるので、誤嚥リスクは有りますが、口から好きなものを少しでも食べられる様に支援してもらいたいです。					
認定情報	要介護５ 認定の有効期間 24 年 4 月 1 日 ～ 26 年 3 月 31 日					
課題分析(アセスメント)理由	定時アセスメント					

○課題整理総括表

課題整理総括表

利用者名　　G　殿

作成日　　平成25年6月○日

自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）	①胃ろう造設	②神経因性膀胱炎	③パーキンソン症候群
	④四肢の筋力低下・拘縮	⑤認知症	⑥独居（特養入所中）

状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考（状況・支援内容）
移動	室内移動	自立　見守り　一部介助　全介助	③④	改善　維持　悪化	・移乗は二人介助でリクライニング車椅子に二人介助にて。施設内移動可能、終日居室で過ごす。
	屋外移動	自立　見守り　一部介助　全介助	③④	改善　維持　悪化	・施設外移動もリクライニング車椅子で全介助。通院や施設周辺の散歩を行っている。
食事	食事内容	支障なし　支障あり	①③④	改善　維持　悪化	・NS・STの介助にて昼食ムース食は経口摂取している。胃ろうチューブ半年毎に交換。
	食事摂取	自立　見守り　一部介助　全介助	①③④⑤	改善　維持　悪化	・注入食・昼食ともに全介助である。
	調理	自立　見守り　一部介助　全介助	④⑤⑥	改善　維持　悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし　支障あり	②③④⑤	改善　維持　悪化	・カテーテルは4週間毎に泌尿器科受診で交換している。
	排泄動作	自立　見守り　一部介助　全介助	②③④⑤	改善　維持　悪化	・おむつ交換、膀胱留置カテーテルの管理を行っている。
口腔	口腔衛生	支障なし　支障あり	①③④⑤	改善　維持　悪化	・訪問歯科衛生士と連携し全介助。
	口腔ケア	自立　見守り　一部介助　全介助	③④⑤	改善　維持　悪化	・朝夕全介助。
服薬		自立　見守り　一部介助　全介助	④⑤	改善　維持　悪化	・胃ろうチューブより全介助にて注入。
入浴		自立　見守り　一部介助　全介助	③④⑤	改善　維持　悪化	・全介助で週2回のストレッチャー浴。
更衣		自立　見守り　一部介助　全介助	③④⑤	改善　維持　悪化	・四肢麻痺及び拘縮あり、ゆっくりと全介助。
掃除		自立　見守り　一部介助　全介助	④⑤⑥	改善　維持　悪化	・IADL関連は施設入所にて、施設で全て行っている。
洗濯		自立　見守り　一部介助　全介助	④⑤⑥	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	④⑤⑥	改善　維持　悪化	
金銭管理		自立　見守り　一部介助　全介助	⑤⑥	改善　維持　悪化	
買物		自立　見守り　一部介助　全介助	④⑤⑥	改善　維持　悪化	
コミュニケーション能力		支障なし　支障あり	⑤	改善　維持　悪化	
認知		支障なし　支障あり	⑤	改善　維持　悪化	
社会との関わり		支障なし　支障あり	④	改善　維持　悪化	・時々、施設リビングで隣室の入居者と交流している。
褥瘡・皮膚の問題		支障なし　支障あり	③④	改善　維持　悪化	・体位交換実施・体圧分散マット使用
行動・心理症状(BPSD)		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	・現在はなし、落ち着いている。
介護力（家族関係含む）		支障なし　支障あり	⑥	改善　維持　悪化	・長男夫婦（同居は出来ない）
居住環境		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	・特養入所中
				改善　維持　悪化	

利用者及び家族の生活に対する意向	本人：もっと口から美味しいものを食べたい。 家族：できるだけ家族に近い所で暮らしてほしい。好きなものを少しでも口から食べられるようにしてあげたい。

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】	※6
1．リビングに移動介助を行ったり、外出支援をすることにより、他の入所者との交流も増え、生活の中で楽しみを持つことができる。 2．定期的な泌尿器科への受診によるカテーテル交換、日々のカテーテル管理を行うことにより、尿路感染を予防することができる。 3．関節可動域訓練や体位変換、皮膚の清潔保持、栄養管理、体圧分散マットの使用継続により、四肢拘縮や褥そう予防ができ、本人が苦痛なく過ごすことができる。 4．現在行っている昼食の介助と口腔ケアにより、誤嚥性肺炎を起こさず、口から食べる楽しみを満たすことができる。	介助により日中は他の入所者とリビングで交流したり、外出支援を行うことが望ましい。 →日中はベッドから離れて過ごしたい。	4
	膀胱内カテーテルからの感染を予防することが必要である。 →カテーテルによる不快なく生活したい。	2
	褥そうや四肢の拘縮を予防する必要がある。 →床ずれをつくらず手足が固まらない様にしたい。	3
	誤嚥性肺炎や胃ろうのトラブルを起こさず、現在の食事が継続できること。 →誤嚥性肺炎を起こさず、口からの食事を楽しみたい。	1

課　題　整　理　総　括　表

利用者氏名　　様　　作成日　　／　　／

自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）			
	①	②	③
	④	⑤	⑥

利用者及び家族の生活に対する意向	

状況の事実　※１		現在　※２	要因※３	改善/維持の可能性※４	備考（状況・支援内容等）
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		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
コミュニケーション能力		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
社会との関わり		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
排尿・排便		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
じょく瘡・皮膚の問題		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
口腔衛生		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
食事内容		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
食事摂取		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
問題行動（行動・心理症状BPSD）		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
介護力	家族の心身の状況	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
	家族の介護力	支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
居住環境		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	
特別な状況		支障なし　支障あり		改善　維持　悪化	

見　通　し　※５	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】	※６

※１　本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、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」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
※２　介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○を記入。
※３　現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号（丸数字）を記入する（複数の番号を記入可）。
※４　今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。
※５　「要因」及び「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況（目標）を記載する。
※６　本計画期間における優先順位を数字で記入。
　　ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「ー」印を記入。

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

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／平成２６年１０月発行

編　　集／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

ケアマネジメントツール

～ケアプラン確認マニュアル～

【川崎版】第２版（H26.10.01）