

「京都式」ケアプラン点検ガイドライン＜介護予防版＞

はじめに

公益社団法人京都府介護支援専門員会では、平成 30 年 10 月に「京都式」ケアプラン点検方式が完成しました。その後研修会等でケアプラン点検の普及に取り組む中、＜介護予防版＞を求める声が多くありました。令和 3 年 1 月の「京都式」ケアプラン点検ガイドライン（改訂版）の発行に合せ、介護予防サービス計画特有の重要な視点を盛り込んだ＜介護予防版＞（案）を作成いたしました。

令和 3 年度に＜介護予防版＞で研修会を実施して、皆さんの意見を反映させて、このたび初版を完成させました。今後とも引き続きご協力よろしくお願い申し上げます。

公益社団法人 京都府介護支援専門員会

ケアマネジメント委員会 委員一同

---

## 目次

I 「京都式」ケアプラン点検ガイドライン＜介護予防版＞の活用方法	2
II アセスメント	3
III ケアプラン作成	14
IV. 週間サービス計画表（参考）	27
V. サービス担当者会議の要点	30
VI. 介護予防支援経過記録及び介護予防支援・サービス評価表	35
VII. 引用・参考文献	39
VIII. ケアプラン点検表＜介護予防版＞	40

本文中の\*引用 2 は「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について（平成 26 年 6 月 17 日厚生労働省老健局振興課事務連絡）を指します。

## I. 「京都式」ケアプラン点検ガイドライン<介護予防版>の活用方法

基本的には、「京都式」ケアプラン作成ガイドライン（改訂版）と同じです。但し、<介護予防版>では、ケアマネジメントプロセスで整理しました。事業対象者のケアマネジメントにもご活用ください。

### 1) 目的

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

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

### 2) 活用の場面

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

### 3) 活用方法

#### (1) 基本的な活用方法

- ① ケアプラン点検表とガイドラインを併せて使用します。
- ② ケアマネジメントプロセスで整理してあります。必ずしも全てを使用する必要はありません。事業所および市町村の判断にて、「V サービス担当者会議の要点」、「VI 介護予防支援経過記録及び介護予防支援・サービス評価表」を使用しない場合も想定されます。
- ③ 介護支援専門員等の自己点検は、少なくとも年1回、要支援認定期間の更新を迎える前のタイミングの利用者等を選定し、1ケースに限定して点検することを想定しています。介護支援専門員等ごとに記録を保管しておかれることをお勧めします。
- ④ 単に自己点検結果を記載するだけでなく、不足している点をケアマネジメントに反映させ、ケアプランの見直しに役立てることをねらいとしています。
- ⑤ 事業所の管理者または主任介護支援専門員がケアプラン点検を行う頻度については、各事業所内で決めて実施してください。
- ⑥ ガイドラインには、点検項目ごとに、「確認の視点」と「評価基準」が記載されています。必ず内容を確認の上、ケアプラン点検表に該当するアルファベット（A～Dのいずれか）を記入していきます。
- ⑦ ケアプラン点検表は帳票ごとにコメント欄があります。単にできていないことだけでなく、課題や課題に対する具体策など、具体的に記載することをお勧めします。
- ⑧ 他者点検も同様に点検表にアルファベットおよびコメントを記載していきます。

#### (2) 市町村によるケアプラン点検への活用について

自立支援に資するケアプラン作成のために実施されている事例検討会の視点としてもご活用ください。

## Ⅱ. アセスメント（課題分析）

高齢者自身が、要介護状態とならないための予防やその有する能力の維持向上に努めるよう、日常生活上の課題とその原因、介護予防の取り組みを行うことによる状況改善のイメージなどについて、利用者が気付き、ケアマネジメント実施者（以下計画作成者という）と共有できたうえで、利用者が意欲をもって主体的にセルフマネジメントを推進していく視点が重要です。

### 点検項目①

課題分析標準項目を参考に情報収集を行い、情報を整理している。

#### 1) 確認の視点

- (1) 基本チェックリスト及び相談受付票等の記載内容を手掛かりに、利用者及びその家族の日頃の心身の状態や生活状況、生活の困りごと等を聞き取るとともに、利用者及びその家族の様子、生活の場等を観察しているか確認する。
- (2) 課題分析標準項目の内容を網羅できるように聞き取り及び観察を行っているか確認する。
- (3) 聞き取り及び観察を行う時は、利用者の「できていない・問題がある」というネガティブな部分だけでなく、「できている・頑張っている」というポジティブな部分（強み）も把握しているか確認する。
- (4) 「興味・関心チェックシート」を活用するなどして、利用者の望む生活（できれば～してみたい、参加してみたい、ADL・IADL、趣味活動、社会的活動等）の内容を具体的に把握しているか確認する。
- (5) 情報収集に当たっては、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどに留意する。

#### 2) 評価基準

- |   |   |
|---|---|
| A | … 課題分析標準項目の内容を網羅し、利用者の強みや地域との関係性等にも着目して記録している。                  |
| B | … 課題分析標準項目の内容を網羅しているが、利用者のストレングス（強み）の視点が十分とは言えない。               |
| C | … 基本チェックリストを中心に聞き取りを行っているが、利用者のストレングス（強み）や地域との関係性等にも着目して記録している。 |
| D | … 基本チェックリストのみから困りごとを把握している。                                     |

## 〔 アセスメント 〕

要支援者等について特に把握が必要な課題分析標準項目例（国ガイドラインより）

標準項目名	項目の主な内容
健康状態	既往歴、主病歴、症状、痛み、服薬管理状況、睡眠の状態、筋力、持久力など身体機能に関する項目
ADL	立ち座り、歩行、運搬、洗髪・洗体など入浴、爪切り、下着の脱着等に関する項目
IADL	調理、整理整頓、掃除、洗濯、買い物、服薬管理などに関する項目
認知	日常生活を行う上での認知機能の程度に関する項目
コミュニケーション能力	視力、聴力などのコミュニケーションに関する項目
社会との関わり	社会的活動・趣味活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感、人的交流状況、家族や地域との関わり状況などに関する項目
排尿・排便	排尿・排便頻度と失禁の有無
褥瘡・皮膚の問題	皮膚の清潔状況に関する項目
口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
食事摂取	食事・水分の摂取量、栄養の状態に関する項目
行動（BPSD）	暴言・暴行、徘徊、収集、火の不始末等に関する項目
介護力	介護者の有無、介護者の介護意思、介護者の身体的・心理的負担感の程度、主な介護者に関する情報等に関する項目
居住環境	手すりや段差解消などの住宅改修の必要性、歩行車などの福祉用具の必要性、危険箇所等の現在の居住環境、本人がよく利用してきた地域の社会資源と地理的情況（アクセス手段、自宅からの距離等）に関する項目
特別な状況	虐待、ターミナルケア等に関する項目

## 興味・関心チェックシート

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きな時に眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳 ・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動(町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他( )				その他( )			
その他( )				その他( )			

出典：通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順及び様式例の提示について（平成27年3月27日第0327第2号）

点検項目②

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

1) 確認の視点

- (1) 生活状況を把握するに当たり、直近の主治医意見書の内容を把握しているか確認する。(注：要支援認定結果がまだ出ていない場合や、利用者または主治医意見書を作成した医師の同意が得られず確認できない場合もある。)
- (2) 健康状態とは、既往歴、主傷病、症状だけでなく、療養上必要と思われる医療関係者の意見や留意点を把握しているか確認する。例えば、食事や運動に関する留意点を具体的に把握する。
- (3) 主治の医師（医療機関の職員含む）および歯科医師（歯科医療機関の職員含む）からの健康状態に関する意見聴取の方法について確認する。  
例えば、「医療機関に出向き、主治の医師等と面接を行い疾病や障害に関する情報を入手した」または、「アセスメント・ケアプラン作成にあたり、主治の医師等に居宅介護支援計画連絡票（FAX 照会）にて意見を求めた」等。
- (4) 主治の医師および歯科医師から得た情報を適切にアセスメント表等に記載しているか確認する。
- (5) 事業対象者は主治医意見書によって医療情報を入手することができないことから、本人またはその家族に「特定健診等の健康診断結果」または「診断書」を提示するように求めているか確認する。これらがなくて、通所型サービスの利用を希望している場合は、特定健診等の受診または認定申請を行うことを勧奨する。

2) 評価基準

- A … 疾患に関する情報および療養上の留意点について、主治の医師等との面会または居宅介護支援計画連絡票（FAX 照会）やオンライン等により十分情報を得てその内容をアセスメント表等に記載している
- B … 主治の医師等との面会または居宅介護支援計画連絡票（FAX 照会）やオンライン等で情報を入手しているが、療養上の留意点など一部不足している。
- C … 主治の医師等からの意見聴取は居宅介護支援計画連絡票（FAX 照会）が主で、具体的な療養上の留意点を記載していない。
- D … 主治の医師等意見書を受取るのみで、それ以外の方法で健康状態の把握をしていない。

点検項目③

情報の分析（要因・可能性・危険性）の記録がある。

1) 確認の視点

- (1) アセスメント表に情報分析（要因・可能性・危険性）を記載する欄があり、わかりやすく記載しているか確認する。（資料1 介護予防支援アセスメント用情報収集シート（例）参照）
- (2) アセスメント表に情報分析（要因・可能性・危険性）を記載する欄がない場合は、課題整理総括表または介護予防支援経過等に記載しているか確認する。
- (3) 適切な課題を導き出すためには、情報分析（要因分析、可能性・危険性の検討）が重要であることの認識ができていないか確認する。

## 2) 評価基準

- A … すべての領域において情報の分析（要因・可能性・危険性）ができており、わかりやすく記載している。
- B … 情報分析（要因・可能性・危険性）を行い、計画作成者が必要と判断した領域はほぼ記載しているが、現状自立していることに対する分析が不足している。
- C … アセスメント表の要因・可能性・危険性を記載する欄に何らかの記載はあるが、内容が不十分で空欄が目立っている。
- D … 情報の分析（要因・可能性・危険性）の記載欄もなく、介護予防支援経過等にも全く記録がない。

## 点検項目④

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

## 1) 確認の視点

- (1) 主訴とは、具体的な訴え、相手の言った事の中で最も真になる部分、最も重要な訴えである。記載方法として、利用者・家族の話した言葉をそのまま使用した方が良いと判断した場合は、利用者・家族の言葉をそのまま記載する。逆に、利用者・家族の言葉では上手く伝わりにくい場合は、計画作成者が要点を整理して記載することもある。
- (2) 主訴の他に、利用者・家族の意欲を引き出すためにどのような働きかけをしたか確認する。
- (3) 利用者・家族の困りごとから、生活の改善についてイメージできるように利用者・家族に具体的に説明を行ったか確認する。例えば、糖尿病の合併症で、これ以上病状が悪化すれば人工透析を受けなければならない状態であるが、食事療法や運動療法で悪化を遅らせることができる場合、利用者は今後どのようにしていきたいと思っているか確認する。「人工透析だけは避けたい、そのために食事に気を付けたい」「糖尿病を悪くしないためにもう少し運動したらよいと思うけど、なかなかできなくて困っている・・・」等。
- (4) 利用者・家族の生活に対する意向を把握し、記載しているか確認する。意向の把握は、生活全般においてではなく、アセスメントの過程においては課題分析の項目ごとに意向を把握するよう努めているか確認する。
- (5) 身寄りがない場合は、「家族」を、利用者の生活に関与している知人、友人等に読み替え、意向を聴取する。以後「家族」には上記のことを適用させる。

## 2) 評価基準

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

点検項目⑤

課題整理総括表を活用している。

1) 確認の視点

(1) 「課題整理総括表・評価表活用の手引き」がいつでも閲覧できる状況にあるか確認する。

『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かを明らかにすることである』\*引用2

『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。』\*引用2

(2) 事業所内で課題整理総括表の活用の目的や場面を決めて、活用しているか確認する。

(3) 以下の項目は、課題整理総括表とケアプランの内容を充実させるためのものである。

①課題整理総括表の記載方法が正しく理解できているか確認する。

②「見通し」欄には、「要因—要因を取り除くための援助内容—到達が見込まれる状態の変化」を記載しているか確認する。

③「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」は、「見通し」の内容を考慮した上で、利用者の意向を反映させて設定しているか確認する。

④課題整理総括表とケアプランの関係について、理解できているか確認する。（資料2・3参照）

2) 評価基準

A … 事業所内で課題整理総括表の活用の場面や目的を定めており、事業所内ルールに基づき活用している。

B … 事業所内ルールの定めがなく、計画作成者の判断で活用している。

C … 研修会及び事業所内勉強会で活用したことがある。

D … 全く課題整理総括表を活用していない。

## 資料 1

## 介護予防支援アセスメント用情報収集シート（例）

氏名： \_\_\_\_\_ 様 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別： 男 ・ 女 \_\_\_\_\_ 年 月 日

1.運動・移動について				
自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手すりや杖に頼らないと不安である <input type="checkbox"/> 介助を受けている	転倒不安の内容		考えられる原因
屋外を安全に歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自宅の周辺なら歩ける <input type="checkbox"/> 杖や補助具が必要である <input type="checkbox"/> 介助があれば歩ける <input type="checkbox"/> 車椅子が必要である	介助の状況や歩ける距離等		留意点
交通機関を利用して外出することができますか	<input type="checkbox"/> ひとりできる 《利用している交通機関》 電車・バス・タクシー・車運転・自転車・その他( ) <input type="checkbox"/> 介助がないとできない	介助の状況		本人・家族の意向
階段・段差の昇降は壁や手すりを伝わずできますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			その他
1週間にどのくらい外出していますか	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2～3日程度 <input type="checkbox"/> 4～5日程度 <input type="checkbox"/> 1日程度	外出理由		その他
日頃運動していますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	内容・していない理由等		
2.日常生活(家庭生活)について				
日用品の買い物を自分で選んでしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者		考えられる原因
預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者		留意点
公的書類の届けや契約などを自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者		留意点

〔 アセスメント 〕

場面や季節・天気に合わせて着るものや履くものなどを着用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	主な決定者	本人・家族の意向
献立を考え自分で調理をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
掃除を自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
洗濯・ゴミ捨てなどを自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
花木・ペットなどの世話を自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
<b>3.社会参加・対人関係・コミュニケーションについて</b>			
テレビ・新聞など社会の出来事に関心がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		考えられる原因
趣味や楽しみ、好きでやっていることはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	趣味や楽しみの内容	留意点
家族と良く話をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
友人や近隣の人たちとの関係は良いですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
友人を招いたり、友人の家を訪問したりしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		本人・家族の意向
仕事を続けていますか(自営業や簡単な作業)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	仕事の内容	
ボランティア活動や老人クラブ・町内会の活動に参加していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	参加の状況	その他
家庭や地域での役割を持っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	具体的な役割	
視力や聴力で支障を感じていませんか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

4.健康管理について				
現在の生活に影響していると思われる病気はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	疾病状況		考えられる原因
現在服用中のお薬はありますか(外用薬も含む)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	お薬の内容		
定期的に受診していますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	内容・していない理由等		留意点
身だしなみ(洗面・口腔ケア・更衣や爪切り含む)や身体の清潔(入浴、皮膚の状態を含む)を心がけていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
喫煙・飲酒の状態はどうですか	<input type="checkbox"/> 両方ともしない <input type="checkbox"/> 喫煙する <input type="checkbox"/> 飲酒する	喫煙 1日 本 飲酒量		本人・家族の意向
トイレの失敗はありますか	<input type="checkbox"/> 良くある <input type="checkbox"/> たまにある <input type="checkbox"/> ない			
よく眠れていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	睡眠時間		その他
薬を飲み忘れず管理していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	服薬の内容・管理している人		
自分で物忘れがあると思いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
歯・口腔内の状態はどうですか	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり			
食事や水分量は不足していませんか	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり(体重減少や低栄養を含む)			
5.その他の確認事項について				
自分のことは自分で決めていますか	<input type="checkbox"/> 決めている <input type="checkbox"/> 決めていない	主な決定者		
住まいのことで何か問題がありますか	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	問題点		
経済的な状況はどうですか	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	問題点		
家族や友人、近隣の人たちから支援を受けることができますか	<input type="checkbox"/> 現在受けている <input type="checkbox"/> 現在は受けていないが受けることはできる <input type="checkbox"/> 受けられない	受けられない理由		

## 資料2 課題整理総括表の点検方法

### 【自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）】

- 病名だけの記載になっていないか
- 根本的な客観的事実の記載になっているか
- 環境要因も記載しているか

### 【現在】

- 入院・入所中で退院・退所に向けたケアプラン作成の過程で作成する場合、「現在」の欄は入院・入所中の状況で記載しているか（入院・入所中と自宅の状況が混同していないか）
- 状況によって介助の方法が異なる場合、頻度の多い方で選択されており、備考欄に異なる状況を記載しているか
- アセスメント表の記載と一致しているか
- 「行っていない」項目は「全介助」を選択しているか
- 介助の状況・支障ありの状況を備考欄に記載しているか

### 【要因】

- 上段の「自立した日常生活の阻害要因」の欄から該当する丸数字を記載しているか
- 現在支援を受けている状況や、支障がある状況の要因分析が行われているか
- 要因が複数ある場合、複数記載しているか
- 上記の「自立した日常生活の阻害要因」の①～⑥で全く選択していない項目がないか。ある場合、要因として必要か否か、または要因欄の記載忘れがないか、「状況の事実」の欄に追加する必要があるか確認する。
- 自立・支障なし以外の項目は全て記入しているか

### 【改善／維持の可能性】

- 目標の期間を想定して、根拠に基づき予測が出来ているか
- 必要時、判断した根拠となる事実を備考欄に記載しているか
- 要因に対して、必要な支援方法や達成可能な状況について主治の医師等や多職種からの意見も聴取して、分析できているか
- 「悪化」を選択している場合、支援を行っても現状維持が困難な状態であるか
- 自立・支障なし以外の項目は全て記入しているか

### 【備考（状況・支援内容等）】

- 簡潔明瞭に事実を記載しているか
- 「現在」や「改善／維持の可能性」の選択肢と内容が一致しているか
- 退院・退所後のケアプラン作成の場合、入院・入所中と退院後で介護の状況が異なる内容の記載があるか

### 【利用者及び家族の生活に対する意向】

- 課題設定に主に関係する内容を記載しているか

### 【見通し】

- 現状の説明や大きな方向性の記載だけになっていないか

- 「要因に対して」－「必要な援助内容」－「変化が見込まれる状況（短期目標）」の基本を理解して記載しているか
- 「改善」を選択した項目について、見通しを記載しているか
- 「維持」「悪化」が選択された項目であっても、援助を必要とする内容については、記載しているか
- 援助内容とは、「住宅改修」や「福祉用具」のようにサービス種別ではなく、例えば「玄関の段差に踏み台をつくる」や「入浴用椅子を使用して・・・」と具体的にケアプランでいう「サービス内容」にあたるものを記載しているか
- 変化が見込まれる状態（短期目標）は、「体力の回復が期待できる」など漠然としたものではなく、体力が回復したら可能になる実際の生活、例えば「自宅周辺の散歩ができる」など、具体的に記載しているか
- 「改善／維持の可能性」で検討した内容と一致しているか
- 本人の力を活用し、「共助」「公助」だけに頼らず、インフォーマル資源の活用の視点からも記載しているか
- 地域で不足している資源の開発の提案や地域課題などの視点から記載しているか

#### 【生活全般の解決すべき課題（ニーズ）】【優先順位】

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

### 資料 3

#### 【介護予防サービス・支援計画書と課題整理総括表の関連性】

- 課題整理総括表の「現在」の欄と介護予防サービス・支援計画書の「アセスメント領域と現在の状況」の内容が一致しているか
- 課題整理総括表の「自立した日常生活の障害要因」と介護予防サービス・支援計画書の「領域における課題（背景・原因）」の内容が一致しているか
- 課題整理総括表で導き出された「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」と介護予防サービス・支援計画書の「総合的課題」の内容が優先順位も含め一致しているか
- 課題整理総括表の「見通し」欄の内容と介護予防サービス・支援計画書の「課題に対する目標と具体策の提案」の内容が一致しているか
- 「見通し」欄に記載した内容を、介護予防サービス・支援計画書の「支援計画」の「目標についての支援のポイント」「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）」「介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）」「サービス種別」「事業所」「期間」の欄に具体的に記載しているか
- 利用者に関わる主治の医師等をはじめとする専門職のチームが、利用者支援の中で大切にしていることを課題整理総括表や介護予防サービス・支援計画書に記載しているか

### Ⅲ. ケアプラン作成

介護予防サービス計画は、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、目標志向型の介護予防サービス計画原案を作成しなければなりません。従って、介護予防サービス計画原案は、利用者についてのアセスメントの結果、利用者が目標とする生活、利用者及びその家族の意向を踏まえ、実現可能なものとする必要があります。当該介護予防サービス計画原案には、目標、目標についての支援のポイント、当該ポイントを踏まえ、具体的には本人等のセルフケア、家族、インフォーマルサービス、介護保険サービス等により行われる支援の内容、これらの支援を行う期間等を明確に盛り込み、当該達成時期には評価を行い得るようにすることが重要です。

#### <目標とする生活>

##### 点検項目⑥

利用者自身の意思・意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的に記載している。

##### 1) 確認の視点

- (1) 利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなるよう、望む日常生活のイメージを具体的に  
する支援を行ったか確認する。
- (2) 具体的にどのような生活を送りたいかは、1日単位でも、1年単位でも、よりイメージしやすい  
「目標とする生活」を記載しているか確認する。
- (3) 漠然としていてイメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すれば良いの  
か、イメージしやすい日常生活のレベルでともに考えているか確認する。
- (4) 1日及び1年単位の両方を記載しなければならないものではなく、また両者の目標に関係がなく  
ても良い。
- (5) 「1日」は、大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能の向  
上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もあり得る。利用者が達成感・  
自己効力感が得られるような内容になっている確認する。
- (6) 「1年」は、利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定  
する。あくまでも、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントや利用者の取り組みによって達  
成可能な具体的な目標とする。利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人  
らしい自己実現を引き出すようにしているか確認する。
- (7) 目標とする生活は、3～12箇月の期間内で設定しているか確認する。

##### 2) 評価基準

- |          |  |
|----------|--|
| <b>A</b> | … 利用者自身の意思・意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にし、利用者が主体的<br>に取り組めるように「1日」と「1年」の両方を記載している。     |
| <b>B</b> | … 利用者自身の意思・意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にし、利用者が主体的<br>に取り組めるように「1日」または「1年」のいずれかを記載している。 |
| <b>C</b> | … 「1日」または「1年」のいずれかに記載はあるが、確認の視点(5)(6)が十分とは言<br>えない。                              |
| <b>D</b> | … 「1日」と「1年」の両方が空欄で、利用者の望む日常生活のイメージを具体的に把握して<br>いない。                              |

## ＜アセスメント領域と現在の状況＞

## 点検項目⑦

各アセスメント領域に、利用者にわかりやすくプランにつながることを簡潔に記載している。

## 1) 確認の視点

- (1) 利用者・家族からの情報だけでなく、計画作成者が観察した状況についても記載しているか確認する。
- (2) 「運動・移動について」欄は、自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか、乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えるかどうかについて記載しているか確認する。
- (3) 「日常生活（家庭生活）について」欄は、家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等）や住居・経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかについて記載しているか確認する。
- (4) 「社会参加、対人関係・コミュニケーションについて」欄は、状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて記載しているか確認する。
- (5) 「健康管理について」欄は、清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われること。特に高齢者の体調に影響する、食事・水分・排泄の状況について、回数や量など具体的に記載しているか確認する。
- (6) 「できていることで特に維持したいと思っていること」や「特に支障になっており、課題につながる」などプランにつながることを簡潔に絞って記載しているか確認する。

## 2) 評価基準

- |   |  |
|---|--|
| A | … アセスメントで情報収集した中から確認の視点（6）を意識して記載している。                     |
| B | … 計画作成者の判断で必要と思うことを記載しているが、確認の視点（6）の内容の一部が不足している。          |
| C | … 現在の状況に詳細が記載されているが、確認の視点（6）が意識されておらず、記載量が多く利用者にわかりにくい。    |
| D | … 「できていないこと」ばかり記載しており、「できていることで特に維持したいと思っていること」を全く記載していない。 |

## ＜本人・家族の意欲・意向＞

## 点検項目⑧

利用者・家族の現在の状況に対する認識とそれについての意向を把握し記載している。

## 1) 確認の視点

- (1) 現在の状況について、例えば機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどう考えているか等を利用者・家族それぞれから聴取しているか確認する。
- (2) 具体的には「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい」と記載しているか確認する。

〔 ケアプラン作成 〕

- (3) 記載にあたっては、利用者と家族を区別し、それぞれの意向を記載しているか確認する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、直ちに介護予防サービス計画を立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにしているか確認する。
- (4) ネガティブな意向だけでなく、その先にあるポジティブな希望や願いを引き出して記載しているか確認する。

2) 評価基準

- A … 現在の状況の認識を把握し、ポジティブな希望や願いを引き出し、利用者・家族の意向を区別して記載している。
- B … 現在の状況の認識を把握し、利用者・家族の意向を区別して記載しているが、ポジティブな希望や願いの引き出しが十分とは言えない。
- C … 現在の状況の認識を把握し、利用者・家族の意向を区別して記載しているが、一部記載していない領域がある。または利用者・家族のいずれかしか記載していない。
- D … 現在の状況の認識は記載しているが、意向の記載が全くない。

<領域における課題（背景・原因）>

点検項目⑨

領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を整理し、生活上の課題（将来おこる課題の予測を含めて）を記載し、その結果の有無に印を付している。

1) 確認の視点

- (1) 領域において生活上の問題となっていること及びその背景や原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面接中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状況等の観点から整理し生活上の課題を分析したか確認する。
- (2) 基本チェックリストの結果についても考慮したか確認する。
- (3) この欄には、現在課題となっていることあるいはその状況でいると将来どのようなことが起こるかなど課題を予測して記載しているか確認する。
- (4) 現状の悪化防止や改善のために必要なことを課題として記載し、領域に課題があると考えた場合に「□有」に■印を付しているか確認する。
- (5) 課題を「無」と判断した場合は、理由を簡潔に記載し、利用者のストレングス（強み）を再認識しているか確認する。

## 2) 評価の基準

- A … 確認の視点（１）～（５）の全てを満たし、利用者にわかりやすく簡潔に記載しており、課題の有無の印も付している。
- B … 確認の視点（１）～（５）のうち、（１）の分析が十分とは言えないが、利用者にわかりやすく記載しており、課題の有無の印も付している。
- C … 確認の視点（１）の分析が不十分で、将来起こり得る課題の予測など必要な課題の記載が一部不足している。
- D … この欄の記載方法が理解できておらず、課題「有」の領域のみ記載している。または「無」に■印を付しているだけでその理由の記載がない。

## &lt;総合的課題&gt;

## 点検項目⑩

各領域における課題共通の背景等を見つけ出し、利用者の全体像をとらえた課題となっている。

## 1) 確認の視点

- (1) 複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、総合して記述しているか確認する。
- (2) 問題点だけを記載するのではなく、利用者が今後どのような生活を送れるようになるのか、めざす生活をわかりやすく記載する。
- (3) 「～が必要」「～の危険性がある」等の表現は、支援者側のスタンスであり、主語が利用者ではないため、注意して記載しているか確認する。
- (4) 「～であるため（原因や背景）、～することによって（課題解決の要点）～できるようになる（めざす生活）」というように、ポジティブな考え方・方向性で記載しているか確認する。  
 例) ×「歩行が不安定であるが、適度な運動をしないと、今より筋力低下する恐れがある」  
 ○「歩行が不安定で歩行量も少ないため、積極的に体を動かし運動量を増やすことによって、歩行器で〇〇医院まで通院できる状態が維持できる」

## 2) 評価基準

- A … 課題整理総括表等を活用し、生活機能維持・改善に必要な課題が設定できている。
- B … 課題整理総括表等は活用していないが、要因分析・危険性・可能性の検討を行い、維持・改善に必要な課題が設定できている。
- C … 現状に対する課題は把握できているが、危険性や可能性の予測が不十分である。
- D … 生活全般の視点から課題を設定していない。

## 点検項目⑪

優先度の高いものから順に記載している。

## 1) 確認の視点

- (1) 利用者・家族が優先的に解決したいと思う課題や、意欲的に取り組みたいと思う課題を優先して

## 〔 ケアプラン作成 〕

いることを確認する。

- (2) 生命の危険・虐待等のリスクが高い場合、状態の悪化を防ぐために必要な医療上の課題など緊急性の高い課題がないか確認する。
- (3) 改善の効果が見込まれる課題や悪循環を作り出す課題については、利用者・家族に十分な説明を行い、将来的な予測を見立て具体的に示しているか確認する。
- (4) 優先順位について説明できるか確認する。

### 2) 評価基準

- A … 利用者・家族に対し、将来予測を立てるなど十分な説明と理解を得ている。
- B … 優先すべき課題の根拠もしっかり説明できるが利用者・家族との話し合いが一部不十分である。
- C … 課題と優先順位について、利用者・家族と相違が生じている。
- D … 優先順位について説明が十分にできない。(総合的課題が1つでその中に複数の課題が含まれている場合を含む)

## <課題に対する目標と具体策の提案>

### 点検項目⑫

総合的課題に対し、利用者や家族に対して専門的観点から評価可能かつ具体的で実行可能な目標を記載している。

#### 1) 確認の視点

- (1) 「目標とする生活」に段階的に近づいていくために、3～6箇月の期間、介護予防に取り組むことで解決することができる「維持・改善すべき課題」を「目標」に設定しているか確認する。
- (2) サービス内容の一つ一つに対する目標ではなく、生活全般においてどうありたいかという観点から設定しているか確認する。
- (3) 利用者の視点に立って、活動の内容・距離・場所・時間・回数などを具体的に凝りこみ、実行可能な行動目標を設定し、達成感や意欲につなげるようにしているか確認する。

#### 2) 評価基準

- A … 個々の課題ごとに活動内容が具体的で、達成度がわかりやすい目標になっている。
- B … 活動内容を具体的に記載しているが、一部わかりにくい記載になっている。
- C … 活動内容を具体的に記載しているが、達成可能な目標とは言えないものがある。
- D … 内容が漠然としており、ほとんどの項目がモニタリングで評価できない。

### 点検項目⑬

具体策は、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策を含め、様々な角度から考えて記載している。

## 1) 確認の視点

- (1) 生活機能の低下の原因になっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体的策を検討して記載しているか確認する。
- (2) 「サービスありき」の提案や利用者・家族の意向に単純に追随した提案ではなく、計画作成者（専門家）として、介護予防に必要と思う具体策を提案し記載しているか確認する。

## 2) 評価基準

- |   |   |
|---|---|
| A | … 上記（1）（2）の内容を十分に満たし、利用者にわかりやすく記載している。  |
| B | … 上記（1）（2）の視点で設定しているが、一部わかりにくい記載になっている。 |
| C | … 上記（1）の視点で十分とは言えない記載になっている。            |
| D | … 上記（2）の視点で十分とは言えない記載になっている。            |

## &lt; 具体策についての意向 本人・家族 &gt;

## 点検項目⑭

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載している。

## 1) 確認の視点

- (1) 計画作成者（専門家）の提案と利用者の意向の相違点の有無を確認する。
- (2) 合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載しているか確認する。
- (3) 合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載しているか確認する。
- (4) 利用者・家族が目標や具体策に対して明確な意向を持っていない場合でも、できるだけ「〇〇できるようにしたい」などの積極的な意向を持ってもらえるよう働きかけを行ったか確認する。
- (5) 「今のままで良い」という発言があっても、そのままそれだけを記載するのではなく、「今のまま」がどういう状態、状況か記載しているか確認する。

## 2) 評価基準

- |   |  |
|---|--|
| A | … 目標と具体策について、利用者・家族の積極的な意向を引き出しポジティブな表現で具体的に記載している。              |
| B | … 目標と具体策について、利用者・家族の積極的な意向を引き出しポジティブな表現で記載しているが、一部具体性に欠けるところがある。 |
| C | … 利用者・家族から積極的な意向を引き出す働きかけが十分とは言えず、具体的に記載していない。                   |
| D | … 目標・具体策、利用者・家族の意向のいずれかに記載漏れがある。                                 |

[ ケアプラン作成 ]

<目標>

点検項目⑮

利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載している。

1) 確認の視点

- (1) 「課題に対する目標と具体策」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」と記載しても良い。
- (2) モニタリングで目標の達成状況が把握できるように具体的に設定しているか確認する。

2) 評価基準

- A … 利用者・家族が合意した具体的でモニタリングで評価できる内容を記載している。
- B … 利用者・家族が合意した具体的でモニタリングで評価できる内容を記載しているが、一部わかりにくい記載になっている。
- C … 利用者・家族の意向を十分に検討しておらず、一部合意されないままの内容を記載している。
- D … 利用者・家族の意向を全く反映しておらず、提案とおりの内容を記載している。

<目標についての支援のポイント>

点検項目⑯

計画作成者が具体的な支援を考える上で、支援実施における配慮や安全管理上の留意点等を記載している。

1) 確認の視点

- (1) 目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における配慮や安全管理上の留意点等を記載しているか確認する。

2) 評価基準

- A … 目標ごとに利用者・家族にもわかりやすく留意点等を具体的に記載している。
- B … 目標ごとに留意点等を記載しているが、一部表現が漠然としており利用者・家族にわかりにくい部分がある。
- C … 目標ごとに記載しているが、一部記載していない欄がある。
- D … この欄の理解が不十分で、全く記載していない。

＜本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）＞

点検項目⑰

利用者自身のセルフケアや家族の支援、生活支援サービスや地域のインフォーマルサービスなどについても記載している。

1) 確認の視点

- (1) 利用者がすでに取り組んでいることで、自立支援のために効果的なことであれば、利用者自身の意識を高めるために改めて記載しているか確認する。
- (2) 「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービスを含む）」ありきで考えるのではなく、家族やボランティアによる支援、民間企業により提供される生活支援サービス、地域住民等が自主的に運営する通いの場等での対応の可能性を検討し記載しているか確認する。
- (3) 支援者の名称だけでなく、具体的なサービスの内容（「掃除」だけでなく、「どこの掃除を誰がどのように行うのか、一緒に行うのか」等）を記載しているか確認する。
- (4) 現状の健康状態の改善または維持・悪化防止の観点から定期的な医学管理は重要であり、利用者自身や家族の支援で通院する場合、この欄に記載しているか確認する。

2) 評価基準

- A … 目標を達成するために、インフォーマルサービスを積極的に導入する働きかけをしており、利用者・家族以外の支援も位置付けられている。
- B … 利用者自身が行うセルフケアと家族の支援内容を具体的に記載しているが、それ以外の支援の検討が十分とは言えない。
- C … 利用者のセルフケア、家族等が行う支援内容のいずれかの記載がない。
- D … 利用者自身が行うセルフケアや家族等が行う支援内容を全く記載していない。

＜介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービスを含む）＞

点検項目⑱

予防給付、総合事業サービスや一般介護予防事業等を含めた地域支援事業の支援内容を記載している。

1) 確認の視点

- (1) 具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載しているか確認する。
- (2) サービス内容について、利用者・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載しているか確認する。本来の支援の下に当面の支援として記載しているか確認する。
- (3) 「介護型ヘルプサービス」等のサービスの種類ではなく、具体的なサービスの内容（「掃除」だけではなく、「どこの掃除を誰がどのように支援しながら行うのか」、特に「自立生活支援のための見守りの援助」を行う場合、どのような支援方法が身体介護に該当するか等）を記載しているか確認する。
- (4) 生活援助が必要な場合は、支え合い型ヘルプサービス従事者養成研修修了者等の非専門職または

## 〔 ケアプラン作成 〕

訪問介護員等の専門職のいずれかによる支援が必要なのか記載しているか確認する。

- (5) 通いの場が必要な場合は、リハ職または介護職員のいずれかによる支援が必要なのか記載しているか確認する。
- (6) 福祉用具の利用が必要な場合は、「手すり」「歩行補助つえ」といった具体的な種目を記載しているか確認する。
- (7) どのサービス・事業を利用するかわかるように「介護保険サービス」「地域支援事業（総合事業のサービス含む）」の該当するところに○印で囲んでいるか確認する。

## 2) 評価基準

- A** … 利用者・家族と合意した最適な支援内容（代替サービス・当面の支援を含む）を利用者・家族にわかりやすく具体的に記載している。
- B** … 利用者・家族と合意した具体的な内容を記載しているが、現状実施していることが中心で、「最適な支援」の検討が十分とは言えない。
- C** … 利用者・家族の意向を一部反映していない。またはサービス内容が項目のみの箇条書きでわかりにくい。
- D** … 目標との関連付けができていない。またはサービスの種別を記載している。

## <サービス種別>

### 点検項目⑱

支援内容に適したサービス種別を具体的に記載している。

## 1) 確認の視点

- (1) 課題解決に向けて計画した支援内容が適切に提供できる、サービス種別をどのように選択しているか確認する。
- (2) 支援内容と種別は、介護保険給付の有無に関わらず、必要に応じて記載しているか確認する。
- (3) 正式なサービス種別や名称を記載し、内容と種別に番号を付けるなどの工夫をして関連性が利用者・家族にわかりやすくする工夫をしているか確認する。例えば、支援内容が「手すりの設置」でサービス種別に「福祉用具」では不明確であり、「介護予防福祉用具貸与」と正式なサービス種別を記載しているか確認する。
- (4) 介護保険以外のインフォーマルサービスも視野に入れ、サービス種別を選択しているか確認する。
- (5) サービスの種別だけでなく、通所型サービスの加算（生活機能向上グループ活動加算、運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算）についても記載しているか確認する。
- (6) 総合事業通所型サービスにおいては、サービス種別だけでなく、入浴の有無、送迎の有無についても記載しているか確認する。

## 2) 評価基準

- A … 目標達成のためにふさわしいサービス種別を加算も含め、正式名でわかりやすく記載している。
- B … 介護保険サービスにおいては適切に選択できているが、インフォーマルサービスの活用が十分とは言えない。または加算の記載がない。
- C … 必要なサービスの検討が不十分で、特定のサービスに偏りが見られる傾向にある。
- D … 十分に検討せず利用者の要望で選択している。

## &lt;事業所（利用先）&gt;

## 点検項目⑳

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

## 1) 確認の視点

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

## 2) 評価基準

- A … 適切なサービス種別（資源）を把握し、積極的に情報提供し利用者の選択を支援している。
- B … 適切なサービス種別（資源）を情報提供し、利用者から一任され、紹介の根拠を説明したうえで決定した。
- C … 限られた一部の情報提供しか行っておらず、利用者・家族の選択の幅が限られる。
- D … ほとんど事業者の特徴を説明できない。

## &lt;期間&gt;

## 点検項目㉑

支援内容ごとに実施する期間・頻度等を記載している。

## 1) 確認の視点

- (1) 期間の設定においては要支援者の場合は、認定の有効期間も考慮しているか確認する。
- (2) 開始日と終了日を記載しているか確認する。（「〇年〇月〇日～〇年〇月〇日」）
- (3) 期間の設定は、目標の設定期間（3～12箇月）内に行っているか確認する。
- (4) 頻度は、一定期間内（月・週・日単位）での回数・実施曜日・時間等を記載しているか確認する。  
例）「週2回（月・木）」

## 〔 ケアプラン作成 〕

### 2) 評価基準

- A … 支援内容ごとに、適切な期間・頻度等を設定している。
- B … 支援内容ごとに期間を設定しているが、一部頻度を記載していない。
- C … 支援内容ごとに期間を設定しておらず、全て一律の期間設定になっている。
- D … 認定有効期間または12箇月を超えて設定する等、基本事項が守られていない。

## <健康状態について>

### 点検項目②

ケアプランを立てる上で健康状態について留意すべき点を利用者にわかりやすく記載している。

#### 1) 確認の視点

- (1) 「主治医意見書」「基本情報」「医師との連携で得た情報」等により健康状態で留意すべき点を把握し利用者にわかりやすく表現を工夫して記載しているか確認する。
- (2) 健康状態及び療養上の留意事項は重要であり、主治医への照会等のやり取りにおいて把握した情報をケアチームで共有するために記載しているか確認する。

#### 2) 評価基準

- A … 留意事項を確認し、利用者・家族やサービス担当者にもわかりやすくケアプランに記載している。
- B … 留意事項を確認し、主治の医師等のコメントをそのままケアプランに記載している。
- C … 留意事項の確認が不十分、または確認しているがケアプランに記載していない。
- D … 医学的観点からの留意事項を全く把握しておらず、ケアプランにも記載していない。

## <本来行うことが妥当な支援が実施できない場合>

### 点検項目③

本来の支援が実施できない場合や本来必要な社会資源が地域にない場合等、必要に応じて記載している。

#### 1) 確認の視点

- (1) 本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意をとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載しているか確認する。
- (2) 本来必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載しているか確認する。
- (3) 支え合い型ヘルプサービスを位置付けるべきところ、支え合い型ヘルプサービスの供給が不足するために生活支援型ヘルプサービスを位置付けるような場合は、「支え合い型ヘルプサービスの当面の代替サービスとして生活支援型ヘルプサービスを位置付ける。介護予防サービス計画の評価又は変更時に支え合い型ヘルプサービス事業所を再度探す」のように具体的に記載しているか確認する。

## 2) 評価基準

- A** … 上記（１）～（３）を満たし、「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービスを含む）」の内容と関連しており、利用者・家族にもわかりやすく記載している。（該当しない場合を含む）
- B** … 本来の支援が実施できない状況や社会資源の不足について記載しているが、上記（１）～（３）を一部満たしていない。
- C** … 「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービスを含む）」には記載しているが、この欄の記載がない。
- D** … 上記（１）～（３）の視点が不十分で、この欄の記載がない。

## &lt;総合的な方針&gt;

## 点検項目④

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総合的な方針に記載している。

## 1) 確認の視点

- （１）「目標とする生活」や「目標」について、生活不活発病の改善や予防に向けてチーム全体で取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点をわかりやすい表現で記載しているか確認する。（わかりやすい表現とは、利用者や家族が望む生活を目指して、自らが積極的に取り組むことが出来るように、専門用語や略語は使用せず、具体的で各個別援助計画の方向性やサービス内容が立てやすいような内容のもの）
- （２）あらかじめケアプラン原案で記載した内容を、サービス担当者会議で話し合った上で確定しているか確認する。
- （３）介護認定審査会の意見以外に、サービス担当者会議などで、「サービスを提供する上での専門的な視点からの様々な留意事項」がある場合は、この欄を活用し、記入しているか確認する。
- （４）本人が取り組むポイント、家族・地域で取り組む方向性、サービス担当者が提供するポイント等がわかるように記載している。
- （５）利用者の病状の急変や主介護者が何らかの事情で介護ができなくなることなど、緊急事態が予測される場合には、「緊急時の対応方法」として検討しているか確認する。（災害時の対応も含む）
- （６）どのような場合を緊急時と考えるか、利用者や家族と相談した上で緊急時の対応方法や連絡先をケアチームで共通認識を図っているか確認する。必要事項の記載場所は特に限定されておらず、利用者の状況に応じた適切な方法で周知されているか確認する。

## 2) 評価基準

- A** … 適切なプロセス（サービス担当者会議での確定までを含む）でチームケアの方向性がわかりやすく記載できており、必要に応じて「緊急時の対応方法」も周知できている。
- B** … 適切なプロセスでチームケアについて方向性が示されているが、専門用語など利用者・家族に一部わかりにくい表現がある。
- C** … チームケアの方向性は示されているが、意向や課題との関連がなく抽象的である。
- D** … 記載内容がサービスの種類の記載のみでチームケアの方向性になっていないか、空欄になっている。

[ ケアプラン作成 ]

### <必要な事業プログラム>

#### 点検項目⑳

基本チェックリストの結果を漏れなく記載し、総合的課題等に反映している。

#### 1) 確認の視点

- (1) プログラムごとのチェックリストの項目数を分母に、該当した項目を分子として枠内に記載しているか確認する。
- (2) 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印を付しているか確認する。
- (3) 基本チェックリストの結果が、「総合的課題」や「目標」「支援内容」に反映しているか確認する。

#### 2) 評価基準

- A** … 基本チェックリストの結果を正しく記載し、地域支援事業の場合、必要な事業プログラムの枠内の数字に○印を付しており、総合的課題等に反映している。
- B** … 基本チェックリストの結果を記載しているが、地域支援事業の必要な事業プログラムの枠内の数字に○印を付していない。または、総合的課題等に一部反映していない。
- C** … 基本チェックリストの結果を記載しているが、地域支援事業の必要な事業プログラムの枠内の数字に○印を付していない。
- D** … 基本チェックリストの確認を行っておらず空欄になっている。

### <地域包括支援センターの意見>

#### 点検項目㉑

居宅介護支援事業所が地域包括支援センターから委託を受けている場合、地域包括支援センターが内容を確認したことを記載している。

#### 1) 確認の視点

- (1) 委託を受けた居宅介護支援事業所は、介護予防サービス計画原案等を作成し、介護予防サービス計画書について当該地域包括支援センターの確認を受けているか確認する。
- (2) 当該地域包括支援センターの担当者が本欄に意見・氏名を記載しているか確認する。
- (3) 当該地域包括支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時に介護予防サービス計画原案等の確認を行っても差し支えない。サービス担当者会議に参加しているか確認する。

#### 2) 評価基準

- A** … 介護予防サービス計画原案等の説明を行い、内容を確認した上で地域包括支援センターとしての意見及び氏名の記載がある。(該当しない場合を含む)
- B** … 介護予防サービス計画原案等の説明を行い、内容を確認した上で地域包括支援センターとして氏名の記載がある。
- C** … サービス担当者会議の連絡もせず、利用者の同意の後に地域包括支援センターに意見及び氏名の記載を求めた。
- D** … 本欄に確認の記載がない。

#### IV. 週間サービス計画表（参考）

週間サービス計画表とは、介護予防サービス・支援計画書（以下ケアプランという）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。1週間単位でのサービス提供の予定を曜日、時間帯で整理し、利用者の生活の流れと併せて視覚化、管理することが目的です。また週単位以外のサービスも記載することで、中長期的な視点で利用者の生活リズムをアセスメントすることもできます。

##### 点検項目⑳

週単位の支援やサービスの時間帯を、曜日と時間の表中に記載している。

##### 1) 確認の視点

- (1) ケアプランで示された週単位のサービスが、表中に位置づけられているか確認する。
- (2) 利用者の生活活動とサービス提供状況を把握しているか確認する。
- (3) 医療や保健福祉サービスまたは本人のセルフケア、インフォーマルサービス、家族の支援なども記載しているか確認する。
- (4) 夜間や土曜日・日曜日のサービスや支援内容が適切かどうかを検討しているか確認する。
- (5) サービスが入っていない時間に、介護者がどのように関わっているか把握していることを確認する。
- (6) 夜間を含めた介護者の関わりを把握し、介護負担などのリスクに備えたケアプランが立案できているか確認する。

##### 2) 評価基準

- A** … 介護保険サービス以外の医療サービスや、本人のセルフケア、介護者またはインフォーマルな関わりも週間サービス計画に位置付けられている。
- B** … 介護保険サービス以外も記載しているが、夜間や土曜日・日曜日の支援内容の検討が十分とは言えない。
- C** … 介護保険サービスのみを記載している。
- D** … ケアプランの内容と不一致または曜日、時間ごとに記載していない。

##### 点検項目㉑

サービスの内容も記載しており、利用者の生活がわかりやすいものになっている。

##### 1) 確認の視点

- (1) 専門的な用語を使用せず、サービス内容も利用者・家族にわかりやすい表現になっているか確認する。（サービス内容とは、通所型サービス：入浴介助、個別機能訓練等、訪問型サービス：買物、掃除等であり、介護型や生活支援型などのサービスコードとは異なる。）
- (2) サービス提供の時間帯や量が望む生活の実現に繋がっていることを確認する。
- (3) サービス提供の曜日や時間は、利用者の生活リズムを把握した上で設定するものであり、サービス事業者の都合により決定されていないことを確認する。

〔 週間サービス計画表 〕

2) 評価基準

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

<主な日常生活上の活動>

点検項目⑳

平均的な一日の過ごし方について、起床・就寝・食事・排泄（夜間も）・入浴・昼寝や介護者の帰宅時間など記載している。

1) 確認の視点

- (1) 一日の過ごし方についての聞き取りは基本的に利用者から行う事が望ましいが、認知症など利用者から情報収集できない場合は家族等から行なっているか確認する。
- (2) 一日の過ごし方が規則的か、不規則的かを把握しているか確認する。
- (3) 服薬の時間や毎日日課として行っている活動を記載しているか確認する。
- (4) 日中だけでなく、夜間の排泄（介助）の状況など一日の過ごし方が把握できているか確認する。
- (5) 現在と望む生活（過去の生活を含む）に差がある場合、将来どうしたいかを含め把握できているか確認する。

2) 評価基準

- A … 夜間・服薬の状況も含め一日の過ごし方が把握できる記載となっており、利用者が望む過ごし方の把握もできている。
- B … 現在の生活は夜間や服薬状況も含め把握し一日の過ごし方が記載できている。
- C … 起床・就寝・食事など最低限の記載で、一日の過ごし方が把握できていない。
- D … 全く記載していない。

<週単位以外のサービス>

点検項目㉑

週単位以外のサービスを漏れなく記載している。

1) 確認の視点

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

2) 評価基準

- A** … 介護保険サービスや地域支援事業サービス以外についても情報収集が十分行われ、頻度まで含め適切に記載している。
- B** … 介護保険サービスについては十分記載できているが、それ以外の記載が不十分である。
- C** … 介護予防住宅改修や介護予防特定福祉用具販売など、一時的な介護保険サービスについて記載していない。
- D** … ケアプランの内容と不一致または「週単位以外のサービス」の記載方法がわからず、空欄になっている。

## V. サービス担当者会議の要点

サービス担当者会議の要点とは、サービス担当者会議を開催した場合に、会議の要点を記載する帳票です。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についても記載します。

\*災害や感染症拡大防止の観点から、オンライン等を活用した会議の開催も含めて考える。

### 点検項目⑩

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

#### 1) 確認の視点

(1) サービス担当者会議の開催が必要な時期を確認する。

- ・ケアプランを新規に作成した時
- ・ケアプランの内容を変更した時
- ・要支援認定を受けている利用者が要支援更新認定を受けた時
- ・要支援認定を受けている利用者が要支援状態区分の変更を受けた時

(2) ケアプランに位置付けられたサービス事業者・利用者・家族が招集されているか確認する。

\*虐待などの家族の参加が望ましくない場合を除く。

\*災害時や感染症拡大防止の観点から特例通知が出されている場合はこの限りでない。オンライン開催や照会等を行っているか確認する。

(3) 主治の医師等や介護保険以外のサービス担当者にもサービス担当者会議の参加を呼びかけていることを確認する。

\*災害時や感染症拡大防止の観点から特例通知が出されている場合はこの限りでない。オンライン開催や照会等を行っているか確認する。

#### 2) 評価基準

- A … 上記3項目が全て満たされている。
- B … 上記項目の(1)(2)が満たされている。
- C … 上記項目の(1)のみ満たされている。
- D … 上記項目のうちいずれも満たされていない。

### 点検項目⑪

サービス担当者会議に利用者や家族、主治の医師等が出席している。

#### 1) 確認の視点

(1) 状態に大きな変化がみられないことから安易にプランを継続し、サービス事業者のみでサービス担当者会議を開催していないか確認する。

(2) 医療系サービスをケアプランに位置付ける場合に限らず、主治の医師等に対し開催の案内を行っているか確認する。

(3) 利用者・家族に開催の目的や検討項目について事前に打ち合わせを行っているか確認する。

(4) サービス担当者会議で利用者の代弁者としての機能が発揮できるよう意向を把握しているか確認する。

2) 評価基準

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

点検項目③

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

1) 確認の視点

- (1) 当該会議の開催目的を簡潔に記載し、検討内容と連動しているか確認する。
- (2) 当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者に照会（依頼）した年月日、内容及び回答を記載しているか確認する。
- (3) サービス担当者会議を開催しない場合は、その理由を記載し、サービス担当者の氏名、照会（依頼）した内容及び回答を記載しているか確認する。  
\*他の書類で確認できる場合は記載を省略しても差し支えない。

2) 評価基準

- A … 上記3項目が全て満たされている。
- B … 上記項目の（1）は満たしているが（2）に不備がある。
- C … 検討した項目に開催目的を記載しているが検討内容と連動した内容になっていない。
- D … 上記項目のいずれも満たしていない。

点検項目④

「検討内容」が「検討した項目」と連動し検討した内容を詳細に記載している。

1) 確認の視点

- (1) 「検討した項目」と連動した記載内容となっており、検討した項目に番号を付けるなどわかりやすい記載を心がけているか確認する。
- (2) それぞれの機関や事業者が実施するサービス内容だけでなく、サービス提供方法・留意点・頻度・時間数・担当者についてサービス担当者会議で検討し、具体的に記載しているか確認する。
- (3) サービス開始時のサービス担当者会議では予めサービス提供可能な曜日・時間の確認と、サービスの内容を位置付けた意図を説明する準備ができているか確認する。
- (4) 要支援認定更新の際のサービス担当者会議では、これまでのサービス提供状況の確認や評価表の内容を参加者に提示したり、時間効率をよくするためにも担当者会議の前に配布したり、予め確認した上で参加してもらうなどの工夫を行っているか確認する。

〔 サービス担当者会議の要点 〕

2) 評価基準

- A … 上記4項目がすべて満たしている。
- B … 上記項目のうち3項目が満たしている。
- C … 上記項目のうち2項目が満たしている。
- D … 上記項目のいずれも満たしていない。

点検項目⑳

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

1) 確認の視点

- (1) 介護予防福祉用具貸与及び介護予防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し、選定している過程を確認する。
- (2) サービス担当者会議を開催し、介護予防福祉用具貸与（継続）の必要性について専門的意見を聴取するとともに検証し、その理由をケアプラン及びサービス担当者会議の要点の「検討内容」に記載しているか確認する。

2) 評価基準

- A … 上記2項目をすべて満たしている。（当該項目が該当しない場合を含む）
- B … 上記項目の（2）を満たしているが、（1）が十分とは言えない。
- C … 上記項目の（1）（2）とも不十分である。
- D … 上記のいずれの項目も満たしていない。（全く記載がない）

点検項目㉑

医療系サービスの利用の場合、主治の医師等の意見を確認している。

1) 確認の視点

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

2) 評価基準

- A … 上記4項目すべて満たしている。
- B … 上記項目の(1)(2)を満たしているが、(3)(4)が不十分なところがある。
- C … 上記項目の(1)以外は不十分である。
- D … 上記のいずれの項目も満たしていない。

点検項目⑳

検討した結果を「結論」に明確に記載している。

1) 確認の視点

- (1) 「検討した項目」「検討内容」欄に連動した内容で結論を記載できているかを確認する。
- (2) できるだけ利用者・家族にも理解できる結論を見出し、確定した方法や方針が具体的に記載しているか確認する。
- (3) 結論に至らなかった場合は、その旨の記載を行い、残された課題に反映しているか確認する。
- (4) 欠席した者が当該会議結果を理解し、相互の役割分担を確認できる記載となっているか確認する。

2) 評価基準

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

点検項目㉑

「残された課題(次回の開催時期等)」を明確に記載している。

1) 確認の視点

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

〔 サービス担当者会議の要点 〕

2) 評価基準

- A … 上記4項目を全て記載している。
- B … 上記項目のうち(1)(3)は記載しているが(2)または(4)の記載が不足している。
- C … 上記項目のうち(1)または(3)のいずれかしか記載していない。
- D … 全く記載していない。

点検項目③

サービス担当者間で必要な情報を共有する内容になっている。

1) 確認の視点

- (1) 必要時にサービス担当者間で情報共有ができる連絡方法を検討しているか確認する。その際に計画作成者に情報が伝わるような取り組みや連絡方法が明示されているか確認する。
- (2) サービス担当者より、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身または生活状況に係る情報の提供を受けた時、必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師または薬剤師に提供しているか確認する。
- (3) 会議終了後、速やかに要点をまとめ出席者ならびに欠席者に交付する等、情報共有を図る工夫をしているか確認する。
- (4) 用紙に書ききれない場合やサービス担当者会議で用いた添付書類なども欠席者と共有する配慮が行なわれているか確認する。

2) 評価基準

- A … 上記4項目すべてが満たされ、主治の医師等を含めた情報共有体制が構築されている。
- B … 上記項目(1)(3)を満たし、(2)は欠席者のみ交付している。
- C … 上記項目(1)を満たしているが、実際は連絡体制に課題が残っている。
- D … 上記のいずれの項目も満たしていない。

## VI. 介護予防支援経過記録及び介護予防支援・サービス評価表

介護予防支援経過記録とは、計画作成者がモニタリングを通じて把握した、利用者や家族の意向・満足度等、目標の達成度の把握と変化、それに対応した事業者との調整内容、ケアプランの変更の必要性等について項目ごとに整理して記載する帳票です。

### 点検項目④

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

#### 1) 確認の視点

(1) 以下の項目について記載があるか確認する。

- ・いつ(When)・・・・・・・・ (例)令和02年07月10日(金)14:30
- ・どこで(Where)・・・・・・・・ (例)利用者の自宅にて
- ・誰が・誰に(Who)・・・・・・・・ (例)〇〇ケアマネジャー、本人、家族(続柄)、事業所
- ・何を(What)・・・・・・・・ (例)ケアプランを
- ・なぜ(Why)・・・・・・・・ (例)ケアプランの内容を変更したため
- ・どのように(How)・・・・ (例)変更したケアプランを利用者及び長男の妻に説明し、同意・署名を得たうえで、利用者に交付した。

#### 2) 評価基準

- A … 5W1Hで、項目毎に見出しを付けその内容をわかりやすく整理している。
- B … 5W1Hを意識して記載しているが、記録の一部にわかりにくいところがある。
- C … いつも定型文を使用している。または、5W1Hの意識がなく、記録がわかりにくい。
- D … メモ程度の端的な記載になっている。

### 点検項目④

モニタリングを行い、把握した内容をわかりやすく記載し、適切にケアプランの見直しを行っている。

#### 1) 確認の視点

- (1) モニタリングの目的は、ケアプランの実施状況を把握し、目標の達成状況、支援内容の適否、新たな課題の有無等を確認することである。目的を理解し、それぞれの内容を把握して毎月介護予防支援経過記録またはモニタリングシート(任意様式)に記載しているか確認する。
- (2) 客観的事実を記載し、計画作成者がどのように判断したか、その結果をどうしたのか、どうする予定なのかが明示されており、ケアプランの変更が必要なのかを検討し、今後の方針が記載されているか確認する。
- (3) モニタリングの方法として、利用者・家族の居宅での面談(3月に1回)や訪問月以外は電話での聞き取りなどの他、サービス担当者からの情報(サービス担当者会議や個別援助計画や評価表、記録の閲覧等)を適宜活用しているか確認する。
- (4) 健康状態に関しては、必要時主治の医師等に対してモニタリングしていることを確認する。
- (5) 実施状況の把握(モニタリング)情報は、利用者や家族、サービス担当者など、誰からの情報や判断であるかを整理して記載しているか確認する。

〔 介護予防支援経過記録及び介護予防支援・サービス評価表 〕

- (6) ケアプランに書かれていること以外の新たなニーズ発生の有無について記載しているか確認する。
- (7) モニタリングの結果、ケアプランの見直しが必要な場合には適切に変更を行っているか確認する。
- (8) ケアプランの変更が「軽微な変更」であるため、一連のケアマネジメントが不要と判断した場合は、その根拠を記載しているか確認する。一律にサービス担当者会議等を省略することは望ましくない。(該当しなければ評価の対象外とする)

- ・ サービス提供の曜日変更
- ・ サービス提供の回数変更 (週1回程度)
- ・ 利用者の住所変更
- ・ 事業所の名称変更
- ・ 目標期間の延長
- ・ 福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合
- ・ 目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更
- ・ 目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合
- ・ 担当計画作成者の変更

2) 評価基準

- A** … 上記8項目を満たし、項目ごとにわかりやすく記載しており、ケアプランの見直しが行われている。
- B** … 上記8項目を満たし、ケアプランの見直しも行われているが、項目ごとに整理していない。
- C** … 上記項目(1)を満たし記録しているが、それ以外の項目が不十分で、ケアプランの見直しが行われていない。
- D** … 上記項目(1)の記録に漏れがある。

点検項目④

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

1) 確認の視点

- (1) 言葉として発せられた主観的情報を忠実に記載し、その内容が一読明快な内容となっているか確認する。
- (2) ケアプランの「本人・家族の意欲・意向」や「総合的課題」において、サービス事業所に知られたくないことや、利用者・家族の隠された真実、認識のズレがある場合、計画作成やサービス提供に必要なことを記載しているか確認する。
- (3) 解決する必要があるにも関わらず利用者の理解が得られなかったことを記載しているか確認する。
- (4) 重要な言葉に合わせて、非言語的コミュニケーションについて観察し、その場面をあるがままに表現しているか確認する。
- ・ 時間的行動(時間にルーズ、話の総量、会話の独占量、問いかけへの反応速度)
  - ・ 空間的行動(会話時の距離感、座る位置、カバンなど物を置く位置)
  - ・ 身体的行動(視線、皮膚の状態、発汗、姿勢、表情、身振り、接触)
  - ・ 概観(体型、服装、髪型、化粧、履物、携行品)
  - ・ 音声(語調、音調、話し方の速さ、声の大きさ、言葉づかい)

- (5) 生活支援記録法 (F-SOAIP) など、記録法について情報を入手し、実践しようとして試みているか確認する。

2) 評価基準

- A** … 生活支援記録法 (F-SOAIP) 等を使用し、利用者・家族が発した言葉と非言語的コミュニケーションを観察した内容も記載している。
- B** … 必要に応じて利用者・家族が発した言葉を記載しており、面接時の様子がわかりやすい。
- C** … 利用者・家族との会話の内容を要約して記載しており、面接時の様子がわかりにくい。
- D** … 利用者・家族の発した言葉や面接時の様子を全く記載していない。

点検項目④

少なくとも3月に1回利用者の居宅を訪問し、利用者に面接している。

1) 確認の視点

- (1) 少なくとも3月に1回は利用者の居宅を訪問して利用者と面接を行なっていることを記録で確認する。
- (2) 利用者の面接時の様子、利用者及び家族のサービスに対する満足度、効果、サービス利用時の状況等を、利用者及び家族より把握し記載しているか確認する。

2) 評価基準

- A** … 上記項目すべてを満たし、居宅で面接した利用者の様子やサービスの利用状況等をわかりやすく記載している。
- B** … 概ね上記項目すべてを満たしているが、(2)が工夫により深く把握できる余地がある。
- C** … 上記項目(1)は実施できているが、(2)が意識的に行えておらず、定期的な把握ができていない。
- D** … 上記項目(1)が満たされていない。

<サービス評価表>

点検項目④

評価表を適切に記録している。

1) 確認の視点

- (1) 評価の目的は、評価期間内の目標の達成状況、支援内容の適否、新たな目標の設定の必要性等を評価し、次のケアプランにつなげることである。
- (2) 評価の目的を理解し、評価期間終了時に評価表が作成されているか確認する。
- (3) 利用者及び家族を含む関係者が、目標の達成状況、支援内容の適否、新たな目標設定の必要性等に関する認識が共有できているか確認する。
- (4) 評価表の項目に従い、目標が未達成の場合は、「目標達成しない原因」を本人・家族の意見と計画作成者の評価を記載しているか確認する。

〔 介護予防支援経過記録及び介護予防支援・サービス評価表 〕

(5) その他項目を漏れなく記載し、「プラン継続・変更・終了」の判断を記載しているか確認する。

2) 評価基準

- A … 評価期間終了時に評価表を記載し、評価結果を本人・家族を含む関係者間（ケアチーム）で共有し、次のケアプランにつながる内容になっている。
- B … 評価期間終了時に評価表を記載し、必要事項は記載しているが、目標達成しない場合の原因など多面的な視点から検討の余地がある。
- C … 評価期間終了時に評価表を記載しているが、目標達成状況と今後の方針や総合的な方針など、内容が合致しない部分がある。
- D … 評価期間終了時に評価表を記載していない。

点検項目④

評価表の結果を次のケアプランにつなげている。

1) 確認の視点

- (1) 目標を達成した場合は、速やかに再課題分析を行っているか確認する。
- (2) 課題が解決された場合は、次のステップアップのために、住民主体の活動や一般介護予防事業等の地域の居場所を見学する等、スムーズな移行に配慮したか確認する。
- (3) 新たな課題が見つかった場合や目標達成が困難な場合は、ケアプランを見直しているか確認する。  
その際、必要に応じてサービス担当者会議等でリハビリテーション専門職等の意見を聴取して、維持・改善の可能性を追求することが望まれる。
- (4) 必要に応じて基本チェックリストを再実施しているか確認する。
- (5) 目標が達成できなかった場合、実現可能な目標の再検討ができていないか確認する。

2) 評価基準

- A … 課題が解決し、介護保険サービスや地域支援事業以外の社会資源の活用につなげるケアプランを作成している。
- B … 評価結果により、ケアプランの継続・変更を行っているが、介護保険サービスや地域支援事業が主である。
- C … 評価後にケアプランの継続・変更を行っているが、評価が反映できていないところがある。
- D … 評価とケアプランのつながりがない。(評価表を記載していないまたはケアプランを作成していない場合を含む)

---

## Ⅶ. 引用・参考文献

---

- 1) WAMNET 介護予防支援業務の事務手順書
- 2) 京都市「令和2年度 介護予防ケアマネジメントの手引き<資料編>」 令和2年10月
- 3) 京都市「令和3年度 介護予防ケアマネジメントの手引き<本編>」 令和3年10月
- 4) 「居宅サービス計画書作成の手引編集委員会」(2018)『六訂 居宅サービス計画書作成の手引』  
一般財団法人 長寿社会開発センター  
第1章 居宅サービス計画書作成解説  
第2章 チェックポイントシート  
第3章 具体的な記載例  
第4章 法令・通知
  1. 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  
(平成11年3月31日厚生省令第38号)
  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について  
(平成11年7月29日老企第22号)
  3. 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)
  4. 「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について (\*引用2と表示)  
(平成26年6月17日厚生労働省老健局振興課事務連絡)
- 5) 厚生労働省老健局振興課 (2008)『ケアプラン点検支援マニュアル』  
複製：京都府介護支援専門員会

(初版) 令和4年3月発行

---

公益社団法人京都府介護支援専門員会



〒604-0874

京都市中京区竹屋町通烏丸東入清水町375

京都府立総合社会福祉会館（ハートピア京都）7階

TEL : 075-741-7504

FAX : 075-254-3971

E-Mail : [kyotocp2020@kyotocm.jp](mailto:kyotocp2020@kyotocm.jp)

URL : <http://kyotocm.jp/>