—

ケアプラン点検項目マニュアル

セルフチェック版

2026 年３月

目次

<ケアプラン点検項目マニュアルセルフチェック版> 1

1. 総論 1
2. セルフチェック 2
3. OJT 6
4. 研修 10

<参考資料ーケアプラン点検項目マニュアル> 1

<はじめに> 2

<項目の解説> 4

【アセスメントシート】 4

1. 課題分析の理由 4
2. かかりつけ医 4
3. 既往歴の有無・内容 5
4. 主傷病 6
5. 内服薬・処置 7
6. ADL 7
7. IADL 7
8. 認知機能や判断能力 8
9. コミュニケーションにおける理解と表出の状況 9
10. 一日に摂取すべき水分量 10
11. 実際に摂取した水分量 10
12. 食事内容・カロリー数等 11
13. BMI 11
14. 口腔内の状態 12
15. 排尿、排便の状態 13
16. 清潔の保持 14
17. 「一部介助」項目の特記 15
18. 「見守り」項目の特記 16
19. 外出頻度、外出先 16
20. 利用者の主訴・要望 17
21. 一日の過ごし方 18
22. 離床、臥床 18
23. 現在の生活状況 19
24. 生活歴 20
25. 家族の主訴・要望 20
26. 経済状況 21
27. 本人の役割 22
28. 課題の確認 23
29. 課題の分析結果の文章化 24
30. 家族等の状況 24

31.　家族関係や周辺の社会資源との状況 25
32.　留意すべき事項 26
【居宅サービス計画書　第１表】 28
33.　利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果 28
34.　総合的な援助の方針における自立の具体性 28
【居宅サービス計画書　第２表】 30
35.　アセスメントで抽出した課題に基づくニーズの記載 30
36.　利用者や多職種に理解できる表記 31
37.　長期目標 32
38.　短期目標 32
39.　本人の役割設定 33
40.　介護保険サービス 34
41.　福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由 35
42.　介護保険外サービス（インフォーマルサポートを含む） 36
43.　利用者の意思を反映したサービス事業所の利用 36
【居宅サービス計画書　第３表】 38
44.　週間計画の整合性（介護保険サービス） 38
45.　週間計画の整合性（インフォーマルサポート） 38
46.　週間計画の整合性（一日の習慣化された活動） 39
47.　家族の役割設定の整合性 39
【居宅サービス計画書第４表　サービス担当者会議の要点】 41
48.　サービス担当者会議の開催 41
49.　サービス担当者会議への本人の出席 41
50.　サービス担当者会議への家族の出席 41
51.　サービス担当者会議へのサービス担当者の出席 42
52.　サービス担当者会議の議題（検討項目） 42
53.　サービス担当者会議の検討内容 42
54.　サービス担当者会議で残された課題 43
【居宅サービス計画書第５表　モニタリング　またはモニタリングシート】 44
55.　居宅サービス計画の交付の記録 44
56.　サービス担当者会議の招集 44
57.　利用者宅への月１回以上の訪問 45
58.　サービス事業所との連絡・モニタリング内容 45
59.　変化を捉える視点 45
60.　本人の心身状態に関する変化の医療者への報告 45
【その他】 47
61.　ケアプランに位置付けられている多職種との連携 47
62.　ケアプランに位置付けられていない多職種との連携 48
ケアプラン点検項目一覧表 50

＜ケアプラン点検項目マニュアルセルフチェック版＞

1. 総論

ケアプラン点検は、ケアマネジメントの質を高めるための取組の一環であるとともに、地域の実情への理解を深め、「地域全体のケアマネジメント」の質の向上を図るものです。その結果として、利用者の意思決定支援や適切な介護給付（真に必要とする支援が利用者に過不足なく提供されることを指し、給付の削減や抑制が目的ではない）が実現されることが望まれます。また、最終的には利用者の尊厳保持や自立支援に資することが目標となります。ケアプラン点検は、保険者が介護支援専門員に対して一方的に行うものではなく、保険者と介護支援専門員が協働で行う取組であるといえます。

ケアマネジメントの中核を担う介護支援専門員には、介護保険法第６９条の３４第３項において「介護支援専門員は、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術の水準を向上させ、その他その資質の向上を図るよう努めなければならない。」と規定され、質の高いケアマネジメントを行うべく自己研鑽をすることが望まれています。

ケアプラン点検項目及び項目マニュアルは、アセスメントからモニタリングまでの一連のケアマネジメントの流れについて、保険者が確認すべき項目やその目的・意義、及び点検における留意点について理解した上でケアプラン点検を行えるよう、ポイントや評価基準をまとめたものですが、介護支援専門員が自分のケアマネジメントを振り返ったり、OJT や研修等の育成を行う場面で活用することにより、介護支援専門員自身も気づきが得られるものです。

但し、ケアプラン点検項目及び項目マニュアルは、ケアマネジメントにおいて重要なポイントに関する記載があるかどうかを確認することを中心としており、記載内容のあり方や妥当性を確認するものではありません。また、一律の基準では困難事例や個別性に配慮するには限界があります。

そこで、要介護高齢者本人と家族の生活の継続を支えるために、各職域で培われた知見に基づいて想定される支援を体系化し、その必要性や具体化を検討するためのアセスメント/モニタリングの項目を整理した『適切なケアマネジメント手法』や、職能団体が行う研修等も活用することが望まれます。必要なポイントが記載されているかという基本的な確認はケアプラン点検項目を、より個別性の高い記載内容となっているかという発展的な確認は『適切なケアマネジメント手法』等を用いて行う等により、より質の高いケアマネジメントを目指していくことが重要です。

ケアプラン点検は、ケアプランを保険者とともに確認しケアマネジメントを振り返ることで、介護支援専門員のケアマネジメントスキルを高める重要な機会となります。また介護支援専門員には、ケアプラン点検に加え日々の業務の中でも繰り返しセルフチェックを行い、ケアマネジメントスキルをより一層高めることが求められています。

そのためのツールの一つとして本マニュアルが効果的に活用され、ケアプラン点検やセルフチェック等を通して利用者の自立支援につながるケアマネジメントが展開されることを期待します。

2. セルフチェック

■　目的

ケアマネジメントスキルを磨いていくためには、日常業務の中で意識的に自身のケアプランを振り返り（セルフチェックの実施）、自己研鑽に努めることが大切です。セルフチェックを行うタイミングは、利用者との関わりの初期や日々の利用者との関わりの中で疑問が生じた時に辞書のように手に取る、ケアプラン作成または短期・長期目標終了時、ケアプラン点検や運営指導の準備の際に振り返りを行う等が考えられます。

一方で、セルフチェックは客観的な視点のもとで行わないと、介護支援専門員の自己満足になってしまう可能性があります。また、ポイントを押さえて振り返りをしなければ、非常に時間がかかるものとなります。そこで、セルフチェックを行う際に、「適切なケアマネジメント手法」の手引き、法人（事業所）・自治体・職能団体等が示すマニュアル・ガイドラインに加え、客観的な基準に基づいて振り返りができる、ケアプラン点検ツールを活用することが考えられます。経験が浅い間は全体的に、経験を積んできたら苦手な部分に絞ってセルフチェックを行う等の工夫も取り入れながら、繰り返しセルフチェックを行っていくことが自己研鑽につながります。

■　重点項目

ケアプラン点検項目のうち、特にセルフチェックの場面で効果的に活用できると考えられるのはアセスメントシート及び居宅介護計画書に関する項目です。一度にまとめてセルフチェックを行うのではなく、セルフチェックを行う際は、まずケアプラン作成の土台となるアセスメントシートの確認を行うことが重要です。

アセスメント項目の中でも、特に次の項目はアセスメント不足や記載漏れが生じやすいことが指摘されています。十分にアセスメントができているか、記載ができているかを確認しましょう。

（アセスメントシート）

- 一日に摂取すべき水分量
- 実際に摂取した水分量
- 食事内容・カロリー数等
- BMI
- 口腔内の状態

アセスメントが十分にできている場合、その結果が十分に居宅サービス計画に反映できているかを確認しましょう。居宅サービス計画書第 1 表～第 3 表は今後のサービスの軸となる重要な書類です。介護支援専門員やサービス事業者だけでなく、利用者や家族に交付するものであることを踏まえ、特に次の項目を活用して、必要な情報を記載できているか、誰にでも理解できる表現となっているか等を確認することが重要です。

（第 1 表）

- 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果
- 総合的な援助の方針における自立の具体性

（第 2 表）

- 利用者や多職種に理解できる表記
- 本人の役割設定
- 福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由

- 介護保険外サービス

（第３表）

- 家族の役割設定の整合性

更に、ケアプランを作成した後、サービス担当者会議やモニタリングについて適切に記録ができているか、ケアプランへの位置付けがあるかどうかにかかわらず、利用者の支援において必要な機関との連携ができているかを確認することも大切です。

（第４表）

- サービス担当者会議の検討内容

（第５表）

- サービス担当者会議の招集
- サービス事業所との連絡・モニタリング内容
- 本人の心身状態に関する変化の医療者への報告

（その他）

- ケアプランに位置付けられていない多職種との連携

■　活用時の留意点

ケアプラン点検項目を活用してセルフチェックを行う際には、次の点に留意することが必要です。

まず、それぞれの点検項目が何を確認するための項目であるのかを意識することです。単純に記載があるかどうかだけではなく、何のためにその記載が必要とされているのかを考えながらセルフチェックを行うことが大切です。

次に、単純に記載を埋めることを目的としないことです。ケアプラン点検項目は記載の有無を確認するものですが、必要な項目の情報を収集しようとするあまり、強引なアセスメントや推測による記載がされることがないよう十分に留意する必要があります。

セルフチェックの結果、アセスメントができていない項目やケアプランに反映できていない内容があることに気づいた時は、なぜアセスメントができていなかったのか、今後どのようにアセスメントをしていくか、他の利用者においてはアセスメントをしているか、どのようにケアプランを修正していくか等を考えることが重要です。

重点確認シート_セルフチェック

実施日：　　年　月　日

ケアプラン点検項目				
点検対象書類	#	項目	評価基準	評価基準
アセスメントシート	10	一日に摂取すべき水分量	2段階	2：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されている。（アセスメントシート以外の別紙に記載されている場合であっても「2」とする。） 1：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されていない。
アセスメントシート	11	実際に摂取した水分量	2段階	2：その利用者が実際に摂取している一日の水分量が記載されている。（アセスメントシート以外の別紙に記載されている場合であっても「2」とする。） 1：その利用者が実際に摂取している一日の水分量が記載されていない。
アセスメントシート	12	食事内容・カロリー数等	3段階	3：①～④すべてが記載されている。 2：①～④のいずれかが記載されている。 1：上記に該当しない。 ①食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等） ②必要な食事の量（栄養、水分量等） ③摂食嚥下機能の状態 ④食事制限の有無
アセスメントシート	13	BMI	2段階	2：BMIが記載されている。 1：BMIが記載されていない。 ※身長・体重が記載されている場合も、BMIが記載されていなければ「1」としてください。
アセスメントシート	14	口腔内の状態	3段階	3：以下①②両方に該当する。 2：以下①②のいずれかが該当する。 1：以下①②いずれも該当しない。 ①口腔ケアの自立の程度が記載されている。 ②歯肉、舌、口腔乾燥、出血の有無、義歯・残歯等のいずれかが記載されている。
居宅サービス計画書（第1表）	33	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	3段階	3：以下①②に該当する。また、利用者及び家族の意向が、固有の具体性をもって記載されている。 2：以下①②に該当するが、利用者に固有の具体性をもって記載されていない。 1：上記に該当しない。 ①本人の意向は、本人によって語られた内容が記載されている。（本人が意思表出できない場合には、可能な限りケアマネジャーが本人の気持ちを代弁している場合は該当ありとする。） ②家族の意向は、家族のうち誰の意向なのかわかるように続柄又は名前の記載がある。（アセスメント内容等から判断し、連絡のとれる家族がいないと考えられる場合は、記載がなくとも該当ありとする。） ※②について、具体的に続柄や名前の記載がなくても、アセスメント内容等から判断し、家族のうち誰の意向なのかが明らかに判断できる場合は、該当ありとしてください。
居宅サービス計画書（第1表）	34	総合的な援助の方針における自立の具体性	3段階	3：以下①～③すべてに該当する場合は「3」とする。 2：以下①②のいずれも該当する場合は「2」とする。 1：上記に該当しない。 ①利用者及び家族を含むケアチームが目指すべき方向性を確認し合える内容が、利用者に固有の具体性をもって記載されている。 ②緊急時の対応機関やその連絡先、どのような場合を緊急事態と考えるか、対応の方法等について記載されている。 ③生活機能の維持に向けて、利用者が身体機能の状態にあった生活動作を身につける支援や、必要なリハビリテーションやセルフケアの継続が出来るような支援が示されている。

居宅サービス計画書（第2表）	36	利用者や多職種に理解できる表記	3段階	３：以下①～③すべてに該当する。 ２：以下①②に該当する。 1：上記に該当しない。 ①目指す方向性と役割が記載されている。 ②専門用語を用いずに記載されている。 ③利用者の意欲を引き出す肯定的な表現で記載されている。
居宅サービス計画書（第2表）など	39	本人の役割設定	2段階	2：サービス種別、提供を行う事業所欄に「本人」や利用者の氏名等が記載されている。なお、本人の役割はどんなに小さなことでも良い。 （第2号被保険者のプランの場合は、本人の受障前（要介護となる前）の社会や家庭内での役割と、本人の現在の社会的な立場、社会及び家庭内での役割について記載されている。） 1：2に該当しない。 ※本項目については第1表～第3表の記載から判定してください。
居宅サービス計画書（第2表）	41	福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由	2段階	2：利用する福祉用具の記載があり、利用の理由または利用内容が記載されている。 1：利用する福祉用具の記載があるが、利用の理由及び利用内容が記載されていない。 他：福祉用具貸与・販売の利用がない。
居宅サービス計画書（第2表）	42	介護保険外サービス（インフォーマルサポートを含む）	2段階	2：保険外サービスを利用している旨が記載されている。 1：保険外サービスの利用に関して記載されていない。 他：保険外サービスを利用していない旨が記載されている。 なお、サービス付き高齢者向け住宅等の自費サービスは本項目の保険外サービスに該当しない。
週間サービス計画表（第3表）	47	家族の役割設定の整合性	2段階	2：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されている場合、同一の内容が第3表（毎日、曜日ごと、月ごとのいずれかの記載欄）に記載されている。 1：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されているにもかかわらず、家族の役割が記載されていない。 他：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されていない。
サービス担当者会議の要点（第4表）	53	サービス担当者会議の検討内容	3段階	3：以下①②の両方に該当する。 2：以下①②のいずれかに該当する。 1：以下①②どちらも該当しない。 ①「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されており、かつ議題に沿った結論が記載されている。 ②「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されており、少なくとも一つの議題に対していずれかの担当者の意見の記録が記載されている。
居宅介護支援経過（第5表）	56	サービス担当者会議の招集	2段階	2：第5表にサービス担当者会議の招集について記載されている。 1：2または他に該当しない。 他：提出された居宅介護支援経過の期間外にサービス担当者会議を開催している。
居宅介護支援経過（第5表）またはモニタリングシート	58	サービス事業所との連絡・モニタリング内容	3段階	3：モニタリングの記録として、サービス事業所との連絡について記載されている。 また、以下いずれかに該当する。 ・サービス担当者より個別サービス計画を受領した記録が記載されている。 ・当該月に行ったサービス事業所との連絡・調整や利用者に関する情報が記載されている。 2：モニタリングの記録として、サービス事業所との連絡について記載されている。内容の詳細は問わない。サービス事業所からの報告書など連携の記録があれば「2」とする。 1：上記に該当しない。
居宅介護支援経過（第5表）またはモニタリングシート	60	本人の心身状態に関する変化の医療者への報告	2段階	２：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれており、それらをケアマネジャーから医療者へ報告した記録がある。（居宅介護支援経過に記載がある場合を含む。）または、事業所から提供された情報について、家族などケアマネジャー以外の者から医療者へ伝える旨の記載がある。 １：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれているが、ケアマネジャーからの報告および家族などケアマネジャー以外の者から医療者へ伝えた記録がない。 他：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容がない。 ＜医療者への報告事項に該当する情報例＞ ・薬が大量に余っている、または複数回分の薬を一度に服用している ・薬の服用を拒絶している ・使い切らないうちに新たに薬が処方されている ・口臭や口腔内出血がある ・体重の増減や見た目の変化がある ・食事量や食事回数に変化がある ・下痢や便秘が続いている ・皮膚の乾燥や湿疹等がある ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にも関わらず、提供されていない
サービス担当者会議の要点（第4表）	62	ケアプランに位置付けられていない多職種との連携	2段階	2：介護支援専門員が、自立支援・重度化防止等の観点から、ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）以外の多職種との連携（情報提供・意見聴取等）を検討したことがある。あるいは、実際に連携している。 1：2に該当しない。

3. OJT

■　**目的**

OJT（On the Job Training）は、個々人の能力や目標にあった教育、指導ができる、仕事のプロセスにあった教育や指導が受けられる等の特徴があり、さまざまな知識とスキルが求められるケアマネジメント業務において効果的な人材育成の手法であるとされています。多くの場合、OJT は職能団体等が示す基準、事業所（法人）で統一した基準に加え、自分の経験を参考にして行われています。

一方で OJT は、助言・指導の視点（基準）が曖昧になることがある、統一された視点がなく指導者によって助言・指導内容が異なることがある、助言・指導に時間がかかることがある等の課題も指摘されています。OJT においては、OJT を行う側、受ける側の双方が共通の基準を念頭に置いてコミュニケーションを図ることが重要です。そこで、OJT の場面において客観的な基準に基づいて振り返りができる、ケアプラン点検ツールを活用することが考えられます。

■　**重点項目**

ケアプラン点検項目のうち、特に OJT の場面で効果的に活用できると考えられるのはアセスメントシート、居宅サービス計画書（第 1～3 表）及び居宅サービス計画書第 4 表（サービス担当者会議の要点）に関する項目です。

アセスメント項目の中でも、特に次の項目は担当介護支援専門員が利用者をどのように分析しているかを確認するために重要な項目といえます。OJT を受ける介護支援専門員が、利用者像を捉えるために必要な情報をアセスメントできているかを確認しましょう。

（アセスメントシート）

- 一日に摂取すべき水分量
- 利用者の主訴・要望
- 一日の過ごし方
- 生活歴
- 経済状況
- 本人の役割

アセスメントが十分にできている場合、その結果が十分に居宅サービス計画に反映できているかを一緒に確認しましょう。担当介護支援専門員がどのような利用者像を導き出したのか、なぜその長期目標なのか、目標を達成するために介護保険内外を問わずどのようなサービスが必要かを、一つひとつコミュニケーションを図りながら検討していくことが大切です。

（第 1 表）

- 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果
- 総合的な援助の方針における自立の具体性

（第 2 表）

- アセスメントで抽出した課題に基づくニーズの記載
- 長期目標
- 本人の役割設定
- 介護保険外サービス

（第 3 表）

- 週間計画の整合性（一日の習慣化された活動）
- 家族の役割設定の整合性

更に、ケアプランを作成した後、サービス担当者会議において本人・家族や多職種と話し合うべきテーマは何か、本人や家族にどのような変化が生じているのかという視点を担当介護支援専門員が持てるよう、問いかけていくことも必要です。

（第 4 表）

- サービス担当者会議の検討内容

（第 5 表）

- 変化を捉える視点
- 本人の心身状態に関する変化の医療者への報告

（その他）

- ケアプランに位置付けられている多職種との連携
- ケアプランに位置付けられていない多職種との連携

■　活用時の留意点

一方で、ケアプラン点検項目を活用して OJT を行う際には、次の点に留意することが必要です。

まず、必要な項目が記載されているかの確認に終始しないよう意識する必要があります。項目を確認する過程で、必要な項目が十分にアセスメントされているか、浮かび上がった課題をどのように多職種と意見交換し、根拠立て、本人や家族へ働きかけたか（働きかけていくのか）を問いかけていくことが大切です。それが、本人らしさやリスク管理、予後予測等の視点を持ちながらケアマネジメントを行うことにつながると考えられます。

また、OJT は OJT を受ける介護支援専門員の経験やスキルに合わせて行う必要があります。一度にすべての項目を用いるのではなく、OJT を受ける介護支援専門員にとって必要な項目を取捨選択しながら、段階的に行っていくことが必要です。

重点確認シート_OJT

実施日：　　年　月　日

ケアプラン点検項目				
点検対象書類	#	項目	評価基準	評価基準
アセスメントシート	10	一日に摂取すべき水分量	2段階	2：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されている。（アセスメントシート以外の別紙に記載されている場合であっても「2」とする。） 1：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されていない。
アセスメントシート	11	実際に摂取した水分量	2段階	2：その利用者が実際に摂取している一日の水分量が記載されている。（アセスメントシート以外の別紙に記載されている場合であっても「2」とする。） 1：その利用者が実際に摂取している一日の水分量が記載されていない。
アセスメントシート	21	一日の過ごし方	3段階	3：利用者の24時間の過ごし方について、少なくとも、起就床、食事、服薬、排せつの4つ全てが記載されている。 2：起就床、食事、服薬、排せつのうち3つが記載されている。 1：起就床、食事、服薬、排せつのうち記載されていないものが2つ以上ある。 ※服薬については、第2表に服薬に関する記載があるにも関わらず、服薬に関する記載が第3表に記載されていない場合は「記載なし」としてください。
アセスメントシート	24	生活歴	3段階	3：疾患等を発症するまでの生活や考え方が記載されており、価値観、趣味、強みを発揮できることや苦手なことなど、本人のその人らしさを捉えることができる。 （出生場所、最終学歴、成人期～現在の就労、社会活動、結婚、受傷前までの生活の状況等についても記載されている。） 2：生活歴が記載されているが、記載内容が具体性に欠ける。 1：病歴のみが記載されている。
アセスメントシート	26	経済状況	3段階	3：①②両方に該当する。 2：①に該当する。 1：上記に該当しない。 ①利用可能な介護費用額（第2号被保険者のケアプランの場合は今後の収入の見通しを含む）が記載されている。 ②利用可能な介護以外の費用額が記載されている。 ※②の記載があるが①の記載がない場合は「１」としてください。
アセスメントシート	27	本人の役割	3段階	3：本人の現在の地域や家庭での役割とともに、今後希望・想定する役割が記載されている。 2：現在の役割、希望・想定する役割のいずれかが記載されていない。 1：現在の役割、希望・想定する役割のいずれも記載されていない。
居宅サービス計画書（第1表）	33	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	3段階	3：以下①②に該当する。また、利用者及び家族の意向が、固有の具体性をもって記載されている。 2：以下①②に該当するが、利用者に固有の具体性をもって記載されていない。 1：上記に該当しない。 ①本人の意向は、本人によって語られた内容が記載されている。（本人が意思表出できない場合には、可能な限りケアマネジャーが本人の気持ちを代弁している場合は該当ありとする。） ②家族の意向は、家族のうち誰の意向なのかわかるように続柄又は名前の記載がある。（アセスメント内容等から判断し、連絡のとれる家族がいないと考えられる場合は、記載がなくとも該当ありとする。） ※②について、具体的に続柄や名前の記載がなくても、アセスメント内容等から判断し、家族のうち誰の意向なのかが明らかに判断できる場合は、該当ありとしてください。
居宅サービス計画書（第1表）	34	総合的な援助の方針における自立の具体性	3段階	3：以下①～③すべてに該当する場合は「3」とする。 2：以下①②のいずれも該当する場合は「2」とする。 1：上記に該当しない。 ①利用者及び家族を含むケアチームが目指すべき方向性を確認し合える内容が、利用者に固有の具体性をもって記載されている。 ②緊急時の対応機関やその連絡先、どのような場合を緊急事態と考えるか、対応の方法等について記載されている。 ③生活機能の維持に向けて、利用者が身体機能の状態にあった生活動作を身につける支援や、必要なリハビリテーションやセルフケアの継続が出来るような支援が示されている。
居宅サービス計画書（第2表）	35	アセスメントで抽出した課題に基づくニーズの記載	3段階	3：以下①～③すべてに該当する。 2：以下①は該当するが、②③の両方もしくはいずれかが該当しない。 1：以下①が該当しない。 ①アセスメントシートで抽出した課題と記載されているニーズの整合性が取れている。 ②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、それぞれの課題が導き出されている。 ③利用者の望む生活を実現する課題となっている。

居宅サービス計画書（第2表）	37	長期目標	3段階	3：以下①～③すべてに該当する。 2：以下③に該当する。 1：上記に該当しない。 ①「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応した、利用者が達成可能な目標が設定されている。 ②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になっている。 ③長期目標の期間は、開始日、終了日ともに認定の有効期間内に設定されている。
居宅サービス計画書（第2表）など	39	本人の役割設定	2段階	2：サービス種別、提供を行う事業所欄に「本人」や利用者の氏名等が記載されている。なお、本人の役割はどんなに小さなことでも良い。 （第2号被保険者のプランの場合は、本人の受障前（要介護となる前）の社会や家庭内での役割と、本人の現在の社会的な立場、社会及び家庭内での役割について記載されている。） 1：2に該当しない。 ※本項目については第1表～第3表の記載から判定してください。
居宅サービス計画書（第2表）など	40	介護保険サービス	2段階	２：生活全般の解決すべき課題に対して、本人の力で取り組めること、インフォーマルサポートの協力により取り組めること、介護保険サービスで取り組めることの内容および頻度が記載されている。かつ、利用者の状況等、当該サービスを必要とする根拠が記載されている。 １：上記以外 他：福祉用具貸与以外の介護保険サービスの利用がない。
週間サービス計画表（第3表）	46	週間計画の整合性（一日の習慣化された活動）	2段階	2：以下①②の両方に該当する。 1：2に該当しない。 ①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・買物・洗濯・入浴等）が、生活全体の流れが見えるように具体的に第3表内に記載されている。 ②一日の習慣化された活動について、第2表と整合性のとれた内容や回数が記載されている。（CP2表に週単位以外の活動が記載されていないものの、第3表に記載されている場合は該当するものとする。）
週間サービス計画表（第3表）	47	家族の役割設定の整合性	2段階	2：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されている場合、同一の内容が第3表（毎日、曜日ごと、月ごとのいずれかの記載欄）に記載されている。 1：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されているにもかかわらず、家族の役割が記載されていない。 他：第2表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されていない。
サービス担当者会議の要点（第4表）	53	サービス担当者会議の検討内容	3段階	3：以下①②の両方に該当する。 2：以下①②のいずれかに該当する。 1：以下①②どちらも該当しない。 ①「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されており、かつ議題に沿った結論が記載されている。 ②「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されており、少なくとも一つの議題に対していずれかの担当者の意見の記録が記載されている。
居宅介護支援経過（第5表）またはモニタリングシート	59	変化を捉える視点	2段階	2：利用者の変化について記載されている。レ点チェックでも意見が付されていれば該当するものとする。 1：2に該当しない、または記載内容が全て同一（いわゆるコピー＆ペースト状態）の場合。
居宅介護支援経過（第5表）またはモニタリングシート	60	本人の心身状態に関する変化の医療者への報告	2段階	２：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれており、それらをケアマネジャーから医療者へ報告した記録がある。（居宅介護支援経過に記載がある場合を含む。）または、事業所から提供された情報について、家族などケアマネジャー以外の者から医療者へ伝える旨の記載がある。 １：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれているが、ケアマネジャーからの報告および家族などケアマネジャー以外の者から医療者へ伝えた記録がない。 他：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容がない。 ＜医療者への報告事項に該当する情報例＞ ・薬が大量に余っている、または複数回分の薬を一度に服用している ・薬の服用を拒絶している ・使い切らないうちに新たに薬が処方されている ・口臭や口腔内出血がある ・体重の増減や見た目の変化がある ・食事量や食事回数に変化がある ・下痢や便秘が続いている ・皮膚の乾燥や湿疹等がある ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にも関わらず、提供されていない
その他	61	ケアプランに位置付けられている多職種との連携	3段階	3：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）について、日常的に情報提供や意見収集など双方向のやり取りを行っている。 2：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）について、サービス担当者会議などの会議体を中心に、情報提供や意見収集など双方向のやり取りを行っている。 1：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）と十分に連携が出来ていない。
サービス担当者会議の要点（第4表）	62	ケアプランに位置付けられていない多職種との連携	2段階	2：介護支援専門員が、自立支援・重度化防止等の観点から、ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）以外の多職種との連携（情報提供・意見聴取等）を検討したことがある。あるいは、実際に連携している。 1：2に該当しない。

4. 研修

■　**目的**

研修は、ケアマネジメントスキルを習得するための重要な機会です。介護支援専門員にとって事業所において実施される研修は自己研鑽の機会として有効なものです。事業所において研修を実施する際には、研修の内容は職能団体や自治体が行う研修やケアプラン点検結果等を踏まえて内容を検討することができます。

一方で、研修の企画においては「目指すべきケアプラン像」の示し方が難しい、企画者によって研修の方針・ゴールが異なってしまうといった課題も指摘されています。

ケアプラン点検項目は、ケアプラン作成において特に確認すべきポイントを示したものであり、研修内でのセルフチェック素材とする、研修内でのグループワーク素材とする等の活用が可能なものです。特に新人研修において、基本的な事項を確認する材料としての活用が期待されます。

■　**重点項目**

多様な社会資源による介護保険外サービスの活用をはじめとする次の項目は、研修を通して介護支援専門員が多様な社会資源に目を向けることや、介護保険内外の多様な職種と広く連携していくことの必要性や重要性を共有する際にも役立つ可能性があります。

（アセスメントシート）

- 課題分析の理由
- 内服薬・処置
- 口腔内の状態
- 家族関係や周辺の社会資源との状況

（第 1 表）

- 利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

（第 2 表）

- 介護保険外サービス

（第 3 表）

- 週間計画の整合性（インフォーマルサポート）
- 週間計画の整合性（一日の習慣化された活動）

（第 5 表）

- 変化を捉える視点

（その他）

- ケアプランに位置付けられている多職種との連携
- ケアプランに位置付けられていない多職種との連携

■　**活用時の留意点**

一方で、ケアプラン点検項目を活用して研修を行う際には、次の点に留意することが必要です。

まず、研修においても、必要な項目が記載されているかの確認に終始しないよう意識する必要があります。項目の確認を通して、介護支援専門員が利用者の望む暮らしや大切にしている価値観、課題分析に必要な把握すべき項目、多職種の意見等を把握し、作成するケアプランに根拠を持たせることが大切であるという点に気づけるようプログラムを進めていく必要があります。

また、研修に参加する介護支援専門員自身が自分の得意・不得意（根拠を得にくい部分）に気づき、改善に向けて何ができるかを考える機会を提供することが重要です。

重点確認シート_研修

実施日：　　年　月　日

ケアプラン点検項目				
点検対象書類	#	項目	評価基準	評価基準
アセスメントシート	1	課題分析の理由	2段階	2：初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されている。 1：初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されていない。
アセスメントシート	5	内服薬・処置	2段階	2：内服薬・処置が記載されている。内服薬・処置ともに無い場合は、その旨が記載されている。 1：2に該当しない。 ※お薬手帳のコピー等が添付されている場合でも、「2」としてください。
アセスメントシート	14	口腔内の状態	3段階	3：以下①②両方に該当する。 2：以下①②のいずれかが該当する。 1：以下①②いずれも該当しない。 ①口腔ケアの自立の程度が記載されている。 ②歯肉、舌、口腔乾燥、出血の有無、義歯・残歯等のいずれかが記載されている。
アセスメントシート	31	家族関係や周辺の社会資源との状況	3段階	3：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）に、周辺の社会資源との関係性が補足されている。（エコマップが記載されている。） 2：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）のみが記載されている。 1：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）が記載されていない。
居宅サービス計画書（第1表）	33	利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	3段階	3：以下①②に該当する。また、利用者及び家族の意向が、固有の具体性をもって記載されている。 2：以下①②に該当するが、利用者に固有の具体性をもって記載されていない。 1：上記に該当しない。 ①本人の意向は、本人によって語られた内容が記載されている。（本人が意思表出できない場合には、可能な限りケアマネジャーが本人の気持ちを代弁している場合は該当ありとする。） ②家族の意向は、家族のうち誰の意向なのかわかるように続柄又は名前の記載がある。（アセスメント内容等から判断し、連絡のとれる家族がいないと考えられる場合は、記載がなくとも該当ありとする。） ※②について、具体的に続柄や名前の記載がなくても、アセスメント内容等から判断し、家族のうち誰の意向なのかが明らかに判断できる場合は、該当ありとしてください。
居宅サービス計画書（第2表）	42	介護保険外サービス（インフォーマルサポートを含む）	2段階	2：保険外サービスを利用している旨が記載されている。 1：保険外サービスの利用に関して記載されていない。 他：保険外サービスを利用していない旨が記載されている。 なお、サービス付き高齢者向け住宅等の自費サービスは本項目の保険外サービスに該当しない。
週間サービス計画表（第3表）	45	週間計画の整合性（インフォーマルサポート）	2段階	2：以下①②の両方に該当する。 1：2に該当しない。 ①インフォーマルサポート（介護サービス以外の支援；家族による支援、多様な主体により提供される生活支援サービス、利用者自身の継続的な取り組み等）について記載がされている。 ②介護サービス以外の取組について、第2表と整合性のとれた内容・回数が記載されている。（第2表に週単位以外の活動が記載されていないものの、第3表に記載されている場合は該当するものとする。）
週間サービス計画表（第3表）	46	週間計画の整合性（一日の習慣化された活動）	2段階	2：以下①②の両方に該当する。 1：2に該当しない。 ①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・買物・洗濯・入浴等）が、生活全体の流れが見えるように具体的に第3表内に記載されている。 ②一日の習慣化された活動について、第2表と整合性のとれた内容や回数が記載されている。（CP2表に週単位以外の活動が記載されていないものの、第3表に記載されている場合は該当するものとする。）
居宅介護支援経過（第5表）またはモニタリングシート	59	変化を捉える視点	2段階	2：利用者の変化について記載されている。レ点チェックでも意見が付されていれば該当するものとする。 1：2に該当しない、または記載内容が全て同一（いわゆるコピー＆ペースト状態）の場合。
その他	61	ケアプランに位置付けられている多職種との連携	3段階	3：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）について、日常的に情報提供や意見収集など双方向のやり取りを行っている。 2：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）について、サービス担当者会議などの会議体を中心に、情報提供や意見収集など双方向のやり取りを行っている。 1：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）と十分に連携が出来ていない。
サービス担当者会議の要点（第4表）	62	ケアプランに位置付けられていない多職種との連携	2段階	2：介護支援専門員が、自立支援・重度化防止等の観点から、ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）以外の多職種との連携（情報提供・意見聴取等）を検討したことがある。あるいは、実際に連携している。 1：2に該当しない。

＜参考資料ーケアプラン点検項目マニュアル＞

ケアプラン点検項目マニュアル

第 2.2 版

2026 年 3 月

＜はじめに＞

□ ケアプラン点検項目マニュアルのねらい

ケアプラン点検は、ケアマネジメントの質を高めるための取組の一環であるとともに、地域の実情への理解を深め、保険者や介護支援専門員にとどまらない生活全般を支える体制を整え、自立支援の実現を目指すための「地域全体のケアマネジメント」の質の向上を図るものです。その結果として、被保険者が適切なケアを受ける権利を担保し、利用者の意思決定支援や適切な介護給付が実現されることが望まれます。また、最終的には利用者の尊厳保持や自立支援に資することが目標となります。

ケアプラン点検においては、ケアマネジメントのプロセスを踏まえながら、利用者の「尊厳の保持」や「自立支援」に資する適切なケアマネジメントとなっているかを確認することが大切です。その際、保険者と介護支援専門員が基本となる事項をともに検証・確認することで介護支援専門員の「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」とは何かをともに考えていくことが重要です。

これらのケアプラン点検の目的、ならびに利用者やケアマネジメントに係る状況の変化も踏まえ、「AI を活用した効果的・効率的なケアプラン点検の方策に関する調査研究事業」において、保険者によるケアプラン点検の点検項目の検討を行いました。非常に幅広い視点が求められるケアプラン点検において、既に多くの介護支援専門員がアセスメント及び記録を適切に行っているポイントを除き、重要なポイントをケアプラン点検項目としました。

本マニュアルは、同事業で検討したケアプラン点検項目について、保険者が各項目を確認する目的や意義、及び点検における留意点について理解した上で点検を行えるよう、各項目の確認ポイントや評価基準をまとめたものです。

□ 本マニュアルの構成

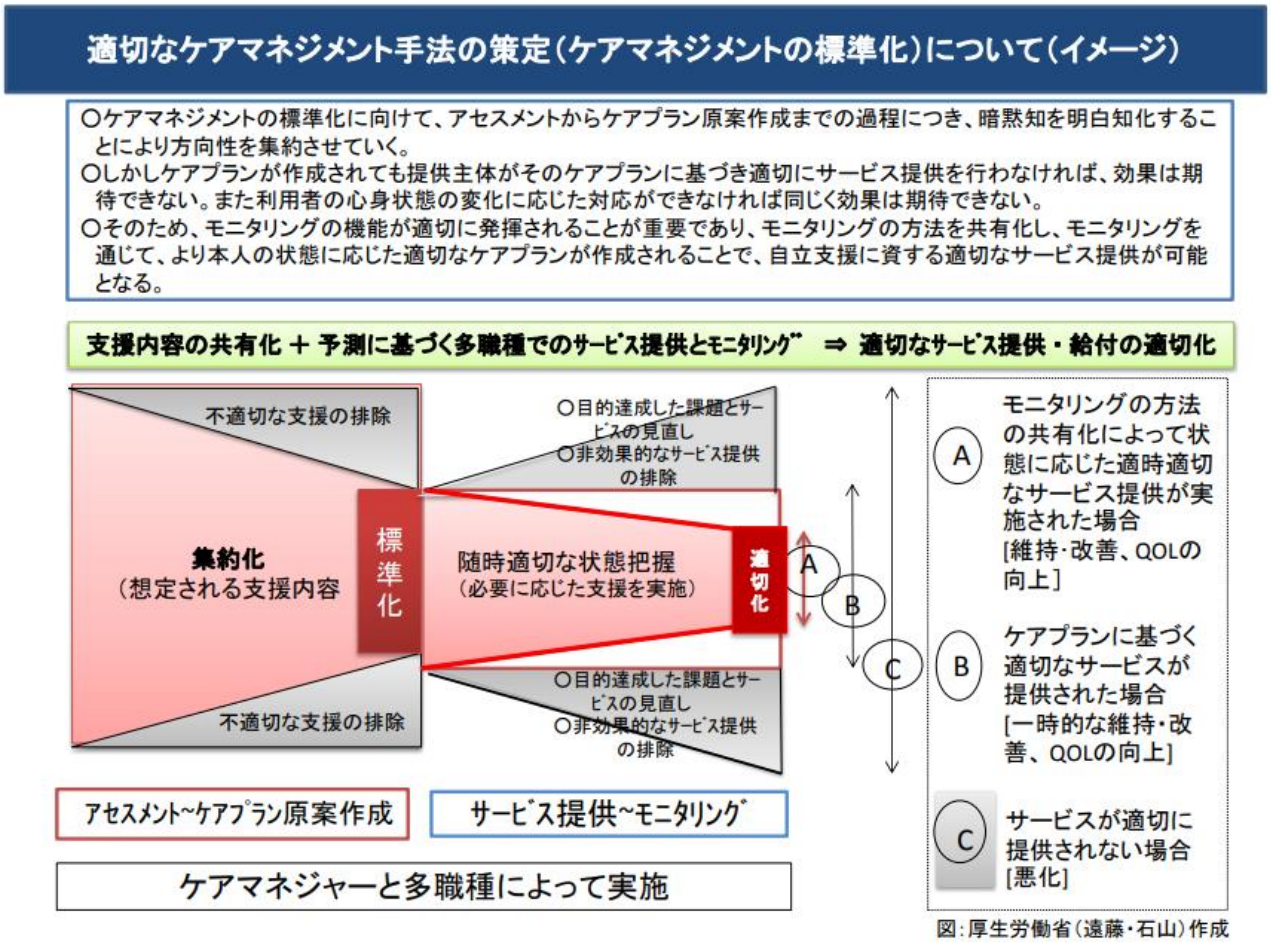
- 本マニュアルは、項目解説と点検項目一覧表から構成されています。
  - ➢ 項目解説は、各点検項目について、それぞれの内容を確認する意義・目的、評価基準、確認における留意点について記載しています。
  - ➢ 点検項目一覧表は、点検項目と評価基準を一覧化しています。

□ 活用方法・留意点

- ケアプラン点検全体の進め方については、『ケアプラン点検支援マニュアルを参照してください。
- 書面上で「１」の項目がある＝不適切なプランであるとは限りません。面談の際は、書類の記載内容からは読み取れない、ケアプランを作成した際の考え方やプロセスについても確認することが重要です。
- 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合い、点検を通して、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「気づき」を促すことが大切です。また、介護支援専門員にとっては、点検を通して介護支援専門員が自身の行う効果的な取り組みについて再認識する（気づく）機会にもなります。
- また、保険者は点検作業を通して、地域の課題や地域資源の状況など、日頃触れる機会の少ない地域の実情に対する理解を深め、得た気づきを地域のケアマネジメントの推進に繋げることが重要です。
- 双方向の点検作業を通して、保険者・介護支援専門員の相互理解を深めることも重要な目的の１つです。
- なお、本マニュアルに示す点検項目は、利用者の自立度に関わらずすべてのケアプランに共通して点検することが想

定されています。利用者の自立度が高い場合でも、丁寧なアセスメントを行うことで利用者ごとの生活環境や身体状態を踏まえた居宅サービス計画の立案につなげることができます。また、状態が変化（悪化）する前に変化に気づく「予防的な関わり」を推進するためにも、介護支援専門員が利用者の状態変化（悪化）のリスクだけでなく、「リスクが無いことを確認する視点」を持つことが大切です。

（参考）適切なケアマネジメント手法の概要



出所：日本総合研究所「平成 28 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業『適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究』報告書」

＜項目の解説＞

【アセスメントシート】

1. 課題分析の理由

□項目の概要

アセスメントシートに、アセスメントを行うきっかけとなった理由に関する記載があるかどうかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- アセスメントの理由（初回、更新、退院退所時、区分変更等）により、集めるべき情報の量や集め方が異なります。
- 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。
- 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のかを把握することが重要です。

□評価基準（２段階評価）

２：初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されている。
１：初回、更新、区変、プラン変更、退院、状態変化等の理由が記載されていない。

□評価における留意事項

特になし

2. かかりつけ医

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、かかりつけ医が記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- かかりつけ医及び各疾患の主治医を把握したうえで、本人や家族等が、かかりつけ医等の指示を踏まえて併存疾

患の有無、程度、治療状況等の情報を把握できるよう、継続的な受診の確保や専門職間の連携体制を整えることが必要です。

- また、日常とは異なる体調がみられた場合に、それを把握し必要な相手にその変化を伝えられるような体制を整えることも重要です。

□評価基準（３段階評価）

３：かかりつけ医と連携が取れている様子が伺える。
２：かかりつけ医が１か所以上記載されている。
１：かかりつけ医が記載されていない。

□評価における留意事項

特になし

3. 既往歴の有無・内容

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、既往歴が記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 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、看護により「治癒」や「軽快」するものから、服薬やリハビリテーション、生活管理などを行うことによって今の状態が悪化しないように病気と「うまくつき合う」ものなど実にさまざまです。
- 再発予防や生活の悪化防止には、生活習慣の改善が必要で、起因となっている疾患の管理についての理解が必要です。

□評価基準（２段階評価）

２：既往歴の有無と内容が記載されている。
１：既往歴の有無と内容が記載されていない。
他：主治医意見書の「既往歴」欄に病歴の記載がない。

□評価における留意事項

特になし

4. 主傷病

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、主傷病が記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 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、看護により「治癒」や「軽快」するものから、服薬やリハビリテーション、生活管理などを行うことによって今の状態が悪化しないように病気と「うまくつき合う」ものなど実にさまざまです。
- 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、尿量の低下等）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）にどのような影響を与えているのかを把握することが大切です。
- 医療ニーズの高い疾患にかかっている利用者（呼吸器疾患や難病等で在宅酸素や吸引・吸入等が必要な者、胃ろうの設置者、嚥下障害・がん等における終末期の者等）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（者）等）からの情報を収集・活用しながら、ケアプランに反映させる視点を持っていることも大切です。
- また、それぞれの症状によっては、専門職（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）の意見を聞きながら、予後予測の見立てを行いつつアセスメントする視点が必要です。

□評価基準（２段階評価）

2：主傷病が記載されている。

1：主傷病が記載されていない。

□評価における留意事項

特になし

5. 内服薬・処置

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、服薬内容が記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 疾患の再発防止あるいは重度化防止のためには服薬が重要であり、処方薬によっては、食事内容の制限や副作用（出血しやすくなる等）についても知っておくことも重要です。また、これらについて利用者本人が可能な限り理解できるように支援することも重要です。
- 薬やお薬手帳の自己管理ができず、本人から情報収集することが難しい場合がありますが、そうした状況が服薬アドヒアランスの低下に気づくきっかけになる可能性があります。利用者本人から情報を収集することが難しい場合は、家族への聞き取りや、主治医・かかりつけ薬局等との連携等により内服薬を把握するよう努めることが大切です。

□評価基準（２段階評価）

2：内服薬・処置が記載されている。内服薬・処置ともに無い場合は、その旨が記載されている。
1：2 に該当しない。

□評価における留意事項

お薬手帳のコピー等が添付されている場合でも、「2」としてください。

6. ADL

7. IADL

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、ADL・IADL が記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 本来有する機能、あるいは残存機能に応じた ADL・IADL を発揮することができる体制を整える必要があります。
- 自ら行う ADL・IADL はそれ自体が機能を向上させる機会となるため、状態・状況にあった機能の向上や福祉用具の活用も検討をすることが重要です。

- している動作、していない動作、できる動作、できない動作、できると思われる動作、それらの維持・改善の見込み等をアセスメントすることが大切です。

□評価基準（３段階評価）

６．ADL

3：①②両方に該当する。

2：①②のいずれかが該当する。

1：上記に該当しない。

① 起居移動（寝返り・起きあがり・座位保持・立位保持・立ち上がり・移乗・移動方法・歩行・階段昇降等）の状況が記載されている。

② 食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等の状況が記載されている。

７．IADL

3：①～⑧すべて記載されている。（明らかに該当しない項目を除く。 例：寝たきりの方の車の運転等）

2：①～⑧のうち半分以上が記載されている。

1：上記に該当しない。

① 調理

② 掃除

③ 洗濯

④ 買物

⑤ 服薬管理

⑥ 金銭管理

⑦ 電話

⑧ 外出時の移動手段（交通機関の利用、車の運転等）

□評価における留意事項

特になし

8. 認知機能や判断能力

□項目の概要

日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行

動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）が記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 日常生活における選択において、本人の意向が表明・反映されるように、意向の表明を支える体制を整える必要があります。そのためには、認知機能の程度や判断能力の状況を把握することが大切です。
- 認知症のある利用者の支援では、中核症状や行動・心理症状の影響により、一見して意思決定が困難であるとみられる場合であっても、本人にとって適切な意思決定がなされながら尊厳を持って暮らしていくことを重視することが大切です。
- また、認知症は進行性であり、症状の出現も日内変動や環境・体調の影響を受けやすいものです。そのため、医師の診断（主治医意見書）と認定調査の結果に乖離がないか確認することや、診断の根拠を確認することも重要です。

□評価基準（３階評価）

3：①②両方に該当する。
2：①②のいずれかに該当する。
1：上記に該当しない。

① 日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況が記載されている。
② （認知症と診断されている場合）中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）が記載されている。

□評価における留意事項

認知症でない場合は、日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況が記載されていれば「３」としてください。

9. コミュニケーションにおける理解と表出の状況

□項目の概要

コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況、コミュニケーション機器・方法等に関する記載がされているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 本人の望む暮らしの実現に向けた、本人の主訴や意向の把握や意思決定支援等のためには、本人のコミュニケーションの状況を正確に確認することが重要です。
- コミュニケーションの表出については、視覚、聴覚等の能力だけでなく、言語・非言語における意思疎通や、コミュニケーション機器・方法等（電話、PC、スマートフォンも含む）も確認することが必要です。
- コミュニケーションを難しくしている要因を確認し、適切な補助機器の使用や専門職の支援を受けられる環境を整えることが大切です。

□評価基準（３段階評価）

3：①②両方に該当する。
2：①②のいずれかが該当する。
1：上記に該当しない。

① コミュニケーションの理解の状況が記載されている。
② コミュニケーションの表出の状況が記載されている。

□評価における留意事項

特になし

10. 一日に摂取すべき水分量

11. 実際に摂取した水分量

□項目の概要

アセスメントシート（別紙でも可）において、一日に摂取すべき水分量が記載されているかどうかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 高齢者は代謝機能の変化によって、水や電解質のバランスを保つ調整能力の低下や、細胞内の水分量の低下がみられます。そのため、高齢者は水分のバランスを崩して脱水状態を起こしやすい状態にあります。一方で、排尿回数を減らすために、水分を控える傾向がみられたり、のどの渇きの認識が遅れたりする等、身体が必要とする水分の補給が難しくなる場合があり、水分補給に留意が必要です。
- 必要十分な水分量を摂取しないと、認知機能の低下への影響とともに、併発疾患がある場合その療養への影響も懸念されるため、予防の観点からも必要な水分量と日常の摂取量を把握することが重要です。
- なお、水分や食事の摂取量は自立度が高い利用者であっても不足している場合があり、体調変化の原因をアセス

メントする際に重要な情報となることがあります。利用者の自立度を問わず、十分な水分や食事を摂取できているかをアセスメントすることが大切です。

- 一方で、心疾患や腎疾患などを有する利用者においては、状態に応じて水分摂取量の制限が必要となる場合もあります。こうした利用者に対しては、主治医の指示や医療職の助言を踏まえ、必要な範囲で水分摂取の管理を行うことが重要です。過剰な水分摂取による心不全や浮腫の悪化等を防ぐとともに、必要な栄養や水分が不足しないようバランスを考慮した支援が求められます。
- 摂取量をアセスメントすることが難しい場合、日常で使用している湯飲みの大きさ、湯飲みに何杯ほどの水やお茶を飲むかを質問する等、問いかけの工夫をすることで情報収集ができることもあります。

□評価基準（２段階評価）

10. 一日に摂取すべき水分量

2：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されている。（アセスメントシート以外の別紙に記載されている場合であっても「２」とする。）

1：その利用者が一日に摂取すべき水分量が記載されていない。

11 実際に摂取した水分量

２：その利用者が実際に摂取している一日の水分量が記載されている。（アセスメントシート以外の別紙に記載されている場合であっても「２」とする。）

１：その利用者が実際に摂取している一日の水分量が記載されていない。

□評価における留意事項

特になし

12. 食事内容・カロリー数等

13. BMI

□項目の概要

アセスメントシート（別紙でも可）において、食事や摂食嚥下機能の状況、BMI 等に関連する情報が記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 食事は身体に必要な栄養を補い、健康な身体を維持するために必要です。栄養改善は、疾患の予防、悪化防

止、リハビリを行うための基礎体力づくりにもつながるため重要です。

- そのため、体重の増減や BMI 値を使って栄養状態を把握することが必要です。
- 「食事摂取の状況」では、食事の準備、食事の摂取、両面からアセスメントを行うことが必要です。
- 加えて、摂食嚥下の過程における問題や、食事環境、食事姿勢などの状況も把握することで、必要な専門職との連携を図ることが大切です。

□評価基準

12.　食事内容・カロリー数等（３段階評価）

３：①～④すべてが記載されている。

２：①～④のいずれかが記載されている。

１：上記に該当しない。

① 食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）

② 必要な食事の量（栄養、水分量等）

③ 摂食嚥下機能の状態

④ 食事制限の有無

13. BMI（２段階評価）

２：BMI が記載されている。

１：BMI が記載されていない。

□評価における留意事項

身長・体重が記載されている場合も、BMI が記載されていなければ「1」としてください。

14.　口腔内の状態

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、口腔の状態について記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 適切な口腔ケアは健康にとって重要な要素です。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。また、口臭などが原因で、家族や友人などから指摘される、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つながる場合があります。

- 口腔内に異常が現れている場合、味覚に影響して豊かな食生活を阻害するほか、食欲の減少や食事の量、食品数が減少することも考えられます。
- 正しいかみ合わせは、平衡感覚を保つことや、歯を食いしばることによる瞬発力の発揮につながるため、歯の喪失は咀嚼能力の低下だけでなく、運動能力の低下につながります。正しいかみあわせの確保や健康な歯の維持が必要となります。

□評価基準（３段階評価）

３：以下①②両方に該当する。
２：以下①②のいずれかが該当する。
１：以下①②いずれも該当しない。

① 口腔ケアの自立の程度が記載されている。
② 残歯、義歯の状況、かみ合わせや口腔内の状態（汚れ、舌苔、口臭、口腔乾燥、腫れ、出血の有無等）のいずれかが記載されている。

□評価における留意事項

特になし

15.　排尿、排便の状態

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、排尿・排便が記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 排尿・排便の問題は、最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・排便のコントロールは、利用者の尊厳にかかわる大切な事柄であり、単に健康管理や治療面の問題だけではなく、在宅の生活を送る上においてとても重要なことです。
- 排泄と一言に言っても、さまざまな情報（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）を基にしたアセスメントが必要になります。

□評価基準（３段階評価）

３：①～⑥すべてが記載されている。

２：①～⑥いずれかが記載されている。
１：上記に該当しない。

① 排泄の場所・方法
② 尿・便意の有無
③ 失禁の状況等
④ 後始末の状況等
⑤ 排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）
⑥ 排泄状態（便秘や下痢の有無等）

□評価における留意事項

特になし

16. 清潔の保持

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、清潔の保持に関する記載がされているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 皮膚疾患や感染症の予防と治療の観点に加え、周囲との関係性を円滑にする観点からも、清潔を保つことが重要です。なお、清潔に対する意識は、本人や家族等の生活習慣、生活歴、家族等背景、住環境、経済状況等によって異なるため、本人や家族等の特徴や背景、生活環境や要望を把握して柔軟に対応する必要があります。
- 着衣の清潔状況の観察も、利用者の生活の変化を把握するうえでは重要な視点です。着衣が清潔でない場合には、その原因や生活上の課題についても確認することが大切です。

□評価基準（３段階評価）

3：①～④すべてに該当する。
2：①～④のいずれかが該当する。
1：上記に該当しない。

① 入浴の状況が記載されている。
② 整容の状況が記載されている。
③ 皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）が記載されている。

④　寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）が記載されている。

□評価における留意事項

特になし

17. 「一部介助」項目の特記

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、一部介助の動作や転倒・骨折等の想定されるリスクがどのように記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながります。
  - ➢ したがって、家族等介護者が、過度の支援をすることは、本人の身体能力を発揮する機会を奪う場合もあることに留意が必要であり、家族等介護者が、本人のできることはなるべく本人自身が行えるよう見守り、必要な支援を見極める姿勢が重要です。
- また、骨折などにより活動量が低下することは、身体機能の低下につながる恐れがあるため、その要因となりうる転倒を未然に防ぐことが必要です。転倒しやすい状況や負荷の大きい活動の環境を改善する、日常的な動作において気をつけるべき点を本人及び家族等と確認する等して、必要なリハビリテーションを継続する支援体制を整えることが重要です。

□評価基準（３段階評価）

３：一部できること、できないことが記載されている。また、転倒・骨折のリスクについても記載がなされている。
２：一部できること、できないことが記載されているが、転倒・骨折のリスクについては記載がなされていない。
１：上記に該当しない。

□評価における留意事項

特になし

18. 「見守り」項目の特記

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、見守りの必要な内容が記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながります。本人の ADL/IADL の状態を把握して専門職等と連携する体制を整え、必要な支援あるいはサービス内容を調整することが重要です。
- どの程度の声かけ、見守り、支援があれば今まで楽しんできたことが継続できるかについて整理し、誰が、いつ、どのように支援すればよいか、必要な支援あるいはサービス内容を調整することが重要です。

□評価基準（２段階評価）

２：必要な見守りの内容が記載されている。
１：必要な見守りの内容が記載されていない。
他：「見守り」項目がない。

□評価における留意事項

特になし

19. 外出頻度、外出先

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、外出頻度や外出先が記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 高齢者は、数日動かないだけでも筋力の低下や関節の拘縮を引き起こしてしまうため、閉じこもりや活動が極端に少ない状況にならないよう、日常生活の中で活動を確保することも重要です。
- 本人の状況によらず、できるかぎり地域及び家庭の一員として役割を担い続けられるよう、本人の IADL や社会参加を支援することが重要であり、具体的な支援を考えるためにもまず、本人がそれまでに培ってきた地域や家庭での役割と、現在の実行状況を把握する必要があります。

□評価基準（３段階評価）

３：外出頻度、外出先がどちらも記載されている。
２：外出頻度が記載されている。
１：上記に該当しない。
他：アセスメント内容等から判断し、外出できない理由（感染症等）があると考えられる。

□評価における留意事項

外出していない場合は、外出の有無が記載されていれば「2」としてください。
「外出」には、デイサービス等の通所系サービスを利用した外出も含まれます。こうした外出も、利用者の社会参加や心身の活性化に寄与していると考えられます。

20.　利用者の主訴・要望

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、利用者の主訴や要望がどのように記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 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・要望など、利用者本人や家族が抱える問題状況を理解するための「入口」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。
- 利用者や家族にとっては、何をどう説明してよいのか分からないことも多々あります。主訴と思って話した内容が、本当の主訴ではないこともあります。利用者にとっての「真の主訴」が何にあたるのかを考察しながら面談を進めることが重要です。

□評価基準（３段階評価）

３：利用者がどのような生活を送りたいと考えているか（暮らしの中で特に継続したいことや重視したいこと等）について、本人の言葉や本人が家族等に表明している意思を基に具体的に記載されている。
（第 2 号被保険者ケアプランの場合は、社会的また家庭内においてどのような生活を望むのかの記載がある。）
２：利用者がどのような生活を送りたいと考えているかについて記載されているが、記載内容が具体性に欠ける。
１：利用者の主訴や要望が記載されていない。

□評価における留意事項

特になし

21.　一日の過ごし方

22.　離床、臥床

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、利用者の 1 日の過ごし方がどのように記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 本人の日常の生活の中でも、特に食事・起就や就寝等の生活リズム、及び日常の生活における支援者の関わりの状況を把握し、その本人のリズムにそった生活や活動が送れるような支援を提供できる体制を整えることが重要です。
- 本人にとっての日課やリズム、本人にとって心地よい場所や相手を捉え、本人を中心とした支援体制を構築することが重要です。

□評価基準

21. 1 日の過ごし方（３段階評価）

３：利用者の 24 時間の過ごし方について、少なくとも、起就床、食事、服薬、排せつの 4 つ全てが記載されている。

２：起就床、食事、服薬、排せつのうち 3 つが記載されている。

１：起就床、食事、服薬、排せつのうち記載されていないものが 2 つ以上ある。

22. 離床、臥床（２段階評価）

２：項目 No.21「1 日の過ごし方」の活動状況に離床・臥床の別が明示的に記載されている。

１：2 に該当しない。

他：サービス内容等から判断し、寝たきりであると考えられる。

□評価における留意事項

服薬については、第 2 表に服薬に関する記載があるにも関わらず、服薬に関する記載が第 3 表に記載されていない場合は「記載なし」としてください。

23.　現在の生活状況

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、利用者の生活状況がどのように記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 利用者が生活してきたなか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、現在の生活状況を、生活機能や健康状態、生活環境、家族、地域、仕事等を中心とする社会との関わり等、多様な側面からアセスメントし、これまでの利用者や家族の生活のあり方、担ってきた、また担いたいと思っている役割等を認識することが必要です。
- また、課題には居住環境（物理的な環境と、室温の状況や清掃の状況といったコントロール可能な状況の両方を含む）が影響している場合があります。利用者の生活状況は、居住環境も含めて総合的に確認することが大切です。

□評価基準（３段階評価）

3：以下①②の両方に該当する。
2：以下①②のいずれかに該当する。
1：上記に該当しない。

① 現在の生活状況が記載されている。
② その人らしさを象徴する情報（利用者がこれまでの生活の中で大切にしてきたことやエピソード、価値観、趣味、得意なことや苦手なこと、担っている役割等）が簡潔に記載されている。

□評価における留意事項

基準②に示す情報（大切にしてきたこと、価値観等）は、必ずしもすべて記載されている必要はありません。

24.　生活歴

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、利用者の生活歴がどのように記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 本人の尊厳を尊重した本人が望む暮らしの実現には、暮らしやすくするための環境の改善を、本人の活動能力を踏まえて支援することが重要です。
- 暮らしの中で特に継続したいことや重視したいこと等を本人から把握することや、家族等から本人のこれまでの嗜好や暮らしぶり、これからについて本人が家族等に表明している意思を把握することが重要です。
- また、本人の尊厳を尊重した生活を実現するには、本人の強みが生かされる支援方法を工夫する必要があり、そのためには本人の強みを引き出すための情報収集が重要となります。本人からの情報収集にもとづき、本人が強みを発揮しやすい環境や状況を捉え、生活の中でそうした環境や状況が整えられるような支援体制を構築することが重要です。

□評価基準（３段階評価）

３：疾患等を発症するまでの生活や考え方が記載されており、価値観、趣味、強みを発揮できることや苦手なことなど、本人のその人らしさを捉えることができる。（出生場所、最終学歴、成人期～現在の就労、社会活動、結婚、受傷前までの生活の状況等についても記載されている。）

２：生活歴が記載されているが、記載内容が具体性に欠ける。

１：病歴のみが記載されている。

□評価における留意事項

特になし

25.　家族の主訴･要望

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、家族の主訴や要望がどのように記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 本人の尊厳のある生活を支えていくことは長期間にわたり、かつ将来の生活に対する不安を持ちやすいため、本人を中心に家族等とともに行われる意思決定を支援することが重要です。
- 本人の尊厳を尊重する観点から、できる限り今の生活を継続できるよう、まずは本人の意向を把握します。加えて、介護に関わる意思決定には本人自身に加えて家族等がかかわって行われることを考慮し、意思決定にかかわる家族等の意向を把握することも重要です。家族等が要介護認定を受けている場合であっても、その方が意思決定に関わる場合には意向の把握に努めることが大切です。
- 本人の生活の継続を実現するには、本人の生活を支える人がケアに継続して関わることができるようにする必要があります。レスパイトだけでなく、情報の支援、情緒面での支援などの相談援助も併せて提供し、家族等や介護者等の負担感や不安感の軽減を図ることが重要です。

□評価基準（３段階評価）

３：家族の続柄とともに、ありのままの言葉で具体的に主訴や要望が記載されている。（続柄はアセスメントシート以外に記載されていてもよいものとする。）
２：家族の主訴や要望が記載されているが、記載内容が具体性に欠ける。
１：家族の主訴や要望が記載されていない。
他：連絡のつく家族がいない。

□評価における留意事項

特になし

26.　経済状況

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、社会保障制度の利用状況や本人の経済状況が把握されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- サービスや支援等の検討においては、介護保険以外の社会保障制度の利用状況も踏まえ、利用者の健康、障害、経済等の情報を把握する必要があります。これらの情報を把握することで、利用者に必要な情報提供を行うとともに、公費情報も踏まえた適切な介護保険利用のためのサービス調整と給付管理が可能となります。
- おおよその収入、年金の種類、介護と介護以外に毎月どの程度の金額が使えるのかなどを把握することで、より個別化の進んだ支援の検討が期待できます。
- なお、「介護以外の費用額」とは、医療費、日用品費、交際費などの日常生活に必要な支出に加え、本人の希望に応じた社会参加や趣味活動の実現に充てることができる費用も含まれます。これらを把握することは、本人の

意欲や生活の質の向上を支える支援に資する視点として重要です。

- 利用者本人への聞き取りにより経済状況を把握することが難しい場合には、家族への聞き取りを行う、複数回に分けて対話する等の工夫により、経済状況を把握するよう努めることが大切です。

□評価基準（３段階評価）

3：①②両方に該当する。
2：①に該当する。
1：上記に該当しない。

① 利用可能な介護費用額（第 2 号被保険者のケアプランの場合は今後の収入の見通しを含む）が記載されている。
② 利用可能な介護以外の費用額が記載されている。

□評価における留意事項

②の記載があるが①の記載がない場合は「１」としてください。

27. 本人の役割

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、本人の役割がどのように記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 本人の心身の状況に関わらず、できるかぎり本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体制を整えることが重要です。本人の状況によらず、できるかぎり地域及び家庭の一員として役割を担い続けられるよう、本人の IADL や社会参加を支援することが重要であり、具体的な支援を考えるためにもまず、本人がそれまでに培ってきた地域や家庭での役割と、現在の実行状況を把握する必要があります。
- その上で、現在の役割に加え、これから担いたいと希望する役割や想定する役割についてもアセスメントすることが大切です。
- また、日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながります。したがって、家族等介護者が、過度の支援をすることは、本人の身体能力を発揮する機会を奪う場合もあることに留意が必要であり、家族等介護者が、本人のできることはなるべく本人自身が行えるよう見守り、必要な支援を見極める姿勢が重要です。

□評価基準（３段階評価）

3：本人の現在の地域や家庭での役割とともに、今後希望・想定する役割が記載されている。
2：現在の役割、希望・想定する役割のいずれかが記載されていない。
1：現在の役割、希望・想定する役割のいずれも記載されていない。

□評価における留意事項

役割に関する記載は、アセスメントシートに限定せずケアプラン全体（第 1～3 表等）を通じて読み取れるかを確認してください。

28.　課題の確認

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、項目ごと・項目間で抽出した課題が記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 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。そのためには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になります。
- 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確認する必要があります。

□評価基準（２段階評価）

2：項目ごと、項目間で関連する課題を抽出している。
1：2 に該当しない。

□評価における留意事項

特になし

29.　課題の分析結果の文章化

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、項目ごと・項目間で抽出した課題の記載内容と第１表との関連性について確認します。

□この項目を確認する必要性

- 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。そのためには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になります。
- 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確認する必要があります。
- １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、どのようなサービスをなぜ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。

□評価基準（３段階評価）

３：項目ごと、項目間で関連する課題を抽出し、具体的に記載している。また、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。

２：項目ごと、項目間で関連する課題を抽出し、記載しているが、課題と「利用者及び家族の生活に対する意向」との間に関連性がない。または、記載内容が具体性に欠ける。

１：上記に該当しない。

□評価における留意事項

特になし

30.　家族等の状況

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、家族の状況がどのように記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 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。利用者及び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目指しており、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。
- 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。家族自身の生活や近隣との関係、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。
- 利用者主体の介護を行うためにも、ときには状況に応じて家族に重点をおいた支援の方策を練ることが必要となる場合もあります。そうすることで、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ことにつながります。
- また、介護への「向き合う姿勢」を予め把握しておくことで、「声掛け」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ことができます。また、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。

□評価基準（３段階評価）

３：家族の介護への協力の意向、介護力に加え、家族の理解度や受け止め、ストレス等の状況を把握している。（家族の就労・就業状況、家族関係についても記載されている。）

２：家族の介護への協力の意向、介護力を把握しているが、家族の理解度や受け止め、ストレス等の状況は把握していない。もしくは、家族の状況が記載されていないが、聞き取りが出来ない理由（例：家族が疎遠、死別等）が記載されている。

１：上記に該当しない。

□評価における留意事項

特になし

31.　家族関係や周辺の社会資源との状況

□項目の概要

アセスメントシートにおいて、家族構成が分かる図（ジェノグラム）や周辺の社会資源との関係性の分かる図（エコマップ）が記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- ジェノグラムは、利用者を中心とした家族関係や、原則として三世代を把握する世代関係を一つの図に表したもので、同居関係は円を描くことで表現します。利用者への支援は、その人のみならず、その家族の状況や関係も視野に入れて行うことが必要となります。家族の全体像をつかみ、抱える問題を整理することや、誰にどう働きかけたら良

いかなど支援の在り方を検討するために役立ちます。

- エコマップは、利用者と家族やさまざまな社会資源との関係を、地図のようにシステム的、図式的に描き出したものことです。作成することで、利用者を取り巻く人間関係や社会関係が明確に把握できるという利点があります。
- ジェノグラムやエコマップは、利用者の問題状況が生み出された理由を理解したり、援助を提供すべき部分がどこかを考えたりする際に役立ちます。
- ジェノグラムやエコマップは、本人や家族の状況を客観的に把握することに役立ちます。例えばヤングケアラー等の存在を把握するためには 3 世代の記載が推奨されます。

□評価基準（３段階評価）

３：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）に、周辺の社会資源との関係性が補足されている。（エコマップが記載されている。）

２：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）のみが記載されている。

１：利用者の家族構成が分かる図（ジェノグラム）が記載されていない。

□評価における留意事項

特になし

32.　留意すべき事項

□項目の概要

本項目では、特に留意すべき状況に関する記載があるかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 特に留意すべき事項・状況がある利用者の場合、他制度（医療も含む）との連携の視点を持つことが重要です。
- 具体的な例として、次のような状況の記載が想定されています。
  - 虐待が疑われる場合：地域包括支援センターや行政との連携
  - 緊急やむを得ない場合で身体拘束を行っている方：緊急やむを得ない状況や関係者との緊密な連携等
  - 医療依存度の高い方やターミナル期の方：医療関係者等との緊密な連携
  - 障害がある方：相談支援専門員等との連携
  - 経済的に困窮している方：生活保護や生活困窮者自立支援制度等の利用検討
  - 日本語が母語ではない方、災害等により生活に変化が生じている場合等の関連機関との連携

・　その他：成年後見制度や地域福祉権利擁護事業等との連携

□評価基準（２段階評価）

2：留意すべき事項・状況があり、他制度（医療を含む）等必要な機関や関係者との連携について記載されている。
1：留意すべき事項・状況があるが、他制度（医療を含む）等必要な機関や関係者との連携について記載されていない。
他：留意すべき事項・状況がない。

□評価における留意事項

本項目は、留意すべき事項・状況があると思われる場合に、他制度等との連携の記載があるかを確認します。留意すべき事項・状況がない場合は「他」とします。

【居宅サービス計画書　第１表】

33.　利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果

□項目の概要

第 1 表の「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」のうち、ここでは特に利用者と家族の生活に対する意向を確認します。

□この項目を確認する必要性

- 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、意向を踏まえて課題分析を行うことが必要です。そのために、まず利用者及びその家族の生活に対する意向を的確に把握することが大切です。
- 利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々区別して記載する必要があります。

□評価基準（３段階評価）

３：以下①②に該当する。また、利用者及び家族の意向が固有の具体性をもって記載されている。
２：以下①②に該当するが、利用者に固有の具体性をもって記載されていない。
１：上記に該当しない。
① 本人の意向は、本人によって語られた内容が記載されている。（本人が意思表出できない場合には、可能な限り介護支援専門員が本人の気持ちを代弁している場合は該当ありとする。）
② 家族の意向は、家族のうち誰の意向なのかわかるように続柄または名前の記載がある。（アセスメント内容等から判断し、連絡のとれる家族がいないと考えられる場合は、記載がなくとも該当ありとする。）

□評価における留意事項

特になし

34.　総合的な援助の方針における自立の具体性

□項目の概要

第 1 表の「総合的な援助の方針」がどのように記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 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、利用者及び家族を含むケアチームが確認、検討の上、総合的な援助の方針を記載します。
- 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分かりやすい表現となっていることが大切です。
- 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なかでも、どのような場合を緊急事態と考えているのかや、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なかでの共通認識を図っておくことで、スムーズな対応ができます。緊急時に連絡すべき家族等、かかりつけ医などの連絡体制を本人や家族等とも確認し、事前に連絡先と連絡方法を取り交わしておくことが重要です。

□評価基準（３段階評価）

３：以下①～③すべてに該当する場合は「３」とする。
２：以下①②のいずれも該当する場合は「２」とする。
１：上記に該当しない。

① 利用者及び家族を含むケアチームが目指すべき方向性を確認し合える内容が、利用者に固有の具体性をもって記載されている。
② 緊急時の対応機関やその連絡先、どのような場合を緊急事態と考えるか、対応の方法等について記載されている。
③ 生活機能の維持に向けて、利用者が身体機能の状態にあった生活動作を身につける支援や、必要なリハビリテーションやセルフケアの継続ができるような支援が示されている。

□評価における留意事項

基準②に列挙された事項は、必ずしもすべて記載してある必要はありません。これらは例示であり、利用者の心身状態や生活環境に合わせて必要な情報が記載されているかを確認します。

【居宅サービス計画書　第２表】

35.　アセスメントで抽出した課題に基づくニーズの記載

□項目の概要

第２表の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」がどのように記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 第 2 表は、居宅サービス計画書全体の中核となるものです。どのような課題（ニーズ）があるのか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ごとに対して、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、その問題や困りごとの本質（原因や背景）や、解決するため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。その上で、「できるようになる」「するようになる」などの改善の可能性を探ります。
- サービスは課題（ニーズ）を解決するための１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。

□評価基準（３段階評価）

３：以下①～③すべてに該当する。
２：以下①は該当するが、②③の両方もしくはいずれかが該当しない。
１：以下①が該当しない。

① アセスメントシートで抽出した課題と記載されているニーズの整合性が取れている。
② 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、それぞれの課題が導き出されている。
③ 利用者の望む生活を実現する課題となっている。

□評価における留意事項

特になし

36.　利用者や多職種に理解できる表記

□項目の概要

第２表の表記（どのような用語が使われている等）について確認します。

□この項目を確認する必要性

- 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を、利用者及び家族が、「自分たちの課題（ニーズ）」として捉え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、難しい専門用語は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できること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組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、ネガティブだった利用者自身の気持ちに徐々に変化が現れ、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。その過程を大切にすることが利用者及び家族との信頼関係をさらに構築することにつながります。
- また、関わる多職種が共通目標を持つことで、チームの信頼関係が深まります。

□評価基準（３段階評価）

３：以下①～③すべてに該当する。
２：以下①②に該当する。
１：上記に該当しない。

①　目指す方向性と役割が記載されている。
②　専門用語を用いずに記載されている。
③　利用者の意欲を引き出す肯定的な表現で記載されている。

□評価における留意事項

「理解できる/できない」は、主に次に２つの視点で判断します。
①　専門用語を用いず、肯定的に表記しているか。
②　本人・家族・多職種が目指す方向性とそれぞれの役割が分かるか。

37.　長期目標

□項目の概要

第２表の「長期目標」がどのように記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 「課題」とは利用者及び家族が解決したい事柄であり、自立支援に向けての最初の一歩となります。目標は、課題達成に向けて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生活像がわかりやすくイメージできるような記載が大切になります。
- 「長期目標」は、いつまでに、どのレベルまで解決するのか（達成するのか）を記載したものです。利用者及び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もあります。また、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つけないよう注意が必要です。

□評価基準（３段階評価）

３：以下①～③すべてに該当する。
２：以下③に該当する。
１：上記に該当しない。

①　「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応した、利用者が達成可能な目標が設定されている。
②　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になっている。
③　長期目標の期間は、開始日、終了日ともに認定の有効期間内に設定されている。

□評価における留意事項

特になし

38.　短期目標

□項目の概要

第２表の「短期目標」がどのように記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 「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。

□評価基準（３段階評価）

3：以下①～⑤すべてに該当する。短期目標が複数ある場合は、その概ね半数以上がこの基準に該当すること。
2：以下①②③に該当する。短期目標が複数ある場合は、その概ね半数以上がこの基準に該当すること。
1：上記に該当しない。

① 状態像から判断し、明らかに達成不可能な目標が設定されていない。
② 長期目標と同じ目標が設定されていない。
③ サービスを利用することが目標に設定されていない。（「〇〇に通う」、「〇〇サービスを受ける」等となっていない。）
④ 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。
⑤ 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できる表記になっている。

□評価における留意事項

特になし

39.　本人の役割設定

□項目の概要

第２表において、サービス計画に本人の役割が記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 日常生活において、できることは自ら行い、できないところを介助するという支援のスタンスが、本人の身体機能の維持・向上や生きがいにつながります。
- したがって、本人のできることはなるべく本人自身が行えるよう見守り、必要な支援を見極める姿勢が重要です。
  利用者の意欲が高まるような内容を提案する、もしくは利用者自身にどのような取組が必要かを考えてもらった上で、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。

- 本人の心身の状況に関わらず、できるかぎり本人が自分の慣れ親しんだ役割を継続できるようにすることが大切であり、そのためには役割を継続できるような支援体制を整えることが重要です。

□評価基準（２段階評価）

２：サービス種別、提供を行う事業所欄に「本人」や利用者の氏名等が記載されている。なお、本人の役割はどんなに小さなことでも良い。（本人の受障前（要介護となる前）の社会や家庭内での役割と、本人の現在の社会的な立場、社会及び家庭内での役割について記載されている。）

１：２に該当しない。

□評価における留意事項

本項目については第１表～第３表の記載から判定してください。

但し、受障前（要介護となる前）の役割等についてはアセスメントシートもあわせて確認してください。

40.　介護保険サービス

□項目の概要

本人の力で取り組めること、インフォーマルサポートの協力により取り組めること、介護保険サービスで取り組めることが、利用者・家族の状況に応じた適切な内容・頻度で計画されているか（介護保険サービスの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）、介護支援専門員が根拠を持って本人の取り組み、インフォーマルサポート、介護保険サービスを計画しているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- サービスを利用する必要があっても支給限度額や利用料の負担の影響により利用できない場合や、要望のみが先行し必要以上と思われるサービスが計画されている場合もあります。利用者の自立支援・重度化防止を目指したサービス量であるか、利用者のできることまで介助してしまうことにより自立を阻害していないことであるかを確認することが必要です。
- 利用者の状態や、家族の介護負担軽減に配慮した利用頻度を検討することが大切です。

□評価基準（２段階評価）

２：生活全般の解決すべき課題に対して、本人の力で取り組めること、インフォーマルサポートの協力により取り組めること、介護保険サービスで取り組めることの内容及び頻度が記載されている。かつ、利用者の状況等、当該サービスを必要とする根拠が記載されている。

1：上記に該当しない。
他：福祉用具貸与以外の介護保険サービスの利用がない。

□評価における留意事項

本人の状態や環境等により、必要なサービスの内容・頻度は異なります。根拠をもってサービスの内容・頻度を計画しているかを確認することが大切です。

41.　福祉用具貸与・販売の種類と利用の理由

□項目の概要

第２表において、サービス計画に福祉用具貸与・販売の利用が含まれている場合、その福祉用具の利用を必要とする理由（または利用内容）が記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 福祉用具については、利用者の心身の状況や生活環境に合わない福祉用具が提供されることで自立を妨げてしまうおそれもあり、自立支援の観点から、適切な福祉用具が選定され利用されるように、福祉用具を必要とする理由を把握することが重要です。
- そのため、福祉用具貸与また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ことが必要です。
- １ つの理由で複数の福祉用具を利用する必要がある場合があります。そのため、福祉用具の利用理由は、必ずしも品目と １ 対１で記載される必要はなく、利用する福祉用具の理由や利用内容が、アセスメントシートやケアプラン全体から読み取れることが重要です。
- 福祉用具の必要性は、住環境も大きく関連します。本人の心身の状態だけでなく、環境を踏まえて必要性が検討されているかを確認することも重要です。

□評価基準（２段階評価）

2：利用する福祉用具の記載があり、利用の理由または利用内容が記載されている。
1：利用する福祉用具の記載があるが、利用の理由及び利用内容が記載されていない。
他：福祉用具貸与・販売の利用がない。

□評価における留意事項

特になし

42.　介護保険外サービス（インフォーマルサポートを含む）

□項目の概要

第２表のサービス内容がどのように記載されているか（保険給付対象外サービスが含まれているか）を確認します。

□この項目を確認する必要性

- 短期目標達成のために必要なサービスの種類（資源）には、利用者（セルフケア）、家事支援、介護保険サービス、インフォーマルサービス、地域の助け合い等をはじめとするインフォーマルサポートで行うものなどがあります。
- 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。これらの医療サービスや実費サービスも利用者及び家族にとっては「生活を支えてくれる資源」です。サービス内容と「サービス種別」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ことが必要です。

□評価基準（２段階評価）

２：保険外サービスを利用している旨が記載されている。
１：保険外サービスの利用に関して記載されていない。
他：保険外サービスを利用していない旨が記載されている。
なお、サービス付き高齢者向け住宅等の自費サービスは本項目の保険外サービスに該当しない。

□評価における留意事項

インフォーマルな支援が含まれていない場合に、直ちに不適切というのではなく、インフォーマルな支援に関して、含まれていない理由や、支援の導入を検討したかどうかについて確認します。

43.　利用者の意思を反映したサービス事業所の利用

□項目の概要

第２表のサービス内容・サービス事業所がどのように記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 短期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することや、もしくは利用者自身にどのような取り組みが必要かを考えてもらった上で、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」の記載にあたっては、利用するサービスの内容を単に記載するのではなく、短期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。

□評価基準（３段階評価）

３：以下①②の両方に該当する。
２：以下②に該当する。
１：上記に該当しない。

① 短期目標達成のために必要な「サービス内容」となっている。
② 利用者の状況（利用者・家族の意向やアセスメント結果等）を踏まえてサービス事業所を選定している。

□評価における留意事項

特になし

【居宅サービス計画書　第３表】

□項目の概要

第 3 表の週間サービス計画表がどのように記載されているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 第 2 表のサービスや支援が、第 3 表を通してケアプラン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。
- 課題（ニーズ）を解決していくためには、介護サービスの利用だけに頼るのではなく、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。
- 介護サービス以外のセルフケアや家族介護などについても記載しておくことで、利用者を支える生活全体が見えやすくなります。また、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ケアチームが関わっているかを確認することができます。
- 「週間サービス計画表」は、日、週、月単位の情報を集約したものです。週単位で計画されることの多い介護サービス利用の時間も１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。また、サービス提供者（例：ホームヘルパー等）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。

□評価基準（２段階評価）

44.　週間計画の整合性（介護保険サービス）

２：介護保険サービスについて、第２表と整合性のとれた内容・回数が記載されている。（第２表に週単位以外の活動が記載されていないものの、第３表に記載されている場合は該当するものとする。）

１：介護保険サービスについて、第２表と整合性のとれた内容・回数が記載されていない。

45.　週間計画の整合性（インフォーマルサポート）

２：以下①②の両方に該当する。

１：2 に該当しない。

①　インフォーマルサポート（介護サービス以外の支援：家族による支援、多様な主体により提供される生活支援サー

ビス、利用者自身の継続的な取り組み等）について記載がされている。

② 介護サービス以外の取組について、第２表と整合性のとれた内容・回数が記載されている。（第２表に週単位以外の活動が記載されていないものの、第３表に記載されている場合は該当するものとする。）

46. 週間計画の整合性（一日の習慣化された活動）

２：以下①②の両方に該当する。

１：２に該当しない。

① 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・買物・洗濯・入浴等）が、生活全体の流れが見えるように具体的に第３表内に記載されている。

② 一日の習慣化された活動について、第２表と整合性のとれた内容や回数が記載されている。（第２表に週単位以外の活動が記載されていないものの、第３表に記載されている場合は該当するものとする。）

□評価における留意事項

特になし

47. 家族の役割設定の整合性

□項目の概要

家族の関与がある場合には第３表の週間サービス計画表において、家族の役割がどのように記載されているかを確認します。この項目は家族が現に行っていることをより視覚的に確認するためであり、積極的に介護することを求めるものではありません。

□この項目を確認する必要性

- 本人の介護に家族が関与している場合には、介護サービス以外のセルフケアや家族介護などについても記載しておくことで、利用者を支える生活全体が見えやすくなります。
- 「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、介護する家族側の事情も影響することに留意が必要です。

□評価基準（２段階評価）

２：第２表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されている場合、同一の内容が第３表（毎

日、曜日ごと、月ごとのいずれかの記載欄）に記載されている。
１：第２表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されているにもかかわらず、家族の役割が記載されていない。
他：第２表のサービス種別、提供を行う事業所欄に家族の役割が記載されていない。

□評価における留意事項

特になし

【居宅サービス計画書第４表　サービス担当者会議の要点】

□項目の概要

第４表における、サービス担当者会議に関する記載内容を確認します。

□この項目を確認する必要性

- 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を作成するため、利用者やその家族、ケアプランに位置付けられているサービス担当者等からなるサービス担当者会議を開催することが求められます。サービス担当者会議では、利用者の状況等に関する情報をサービス担当者等と共有するとともに、共通の目標の下、専門的な見地からの意見を収集し、サービスの調整を図ることが重要です。
- 会議の参加者は、利用者、家族、主治医、ケアプランに位置付けられているサービスの担当者、近隣住民やボランティア等の関係者です。
- 第 4 表には、開催したサービス担当者会議の要点を、第三者が読んでも内容を把握、理解できるように記載することが必要です。

□評価基準（２段階評価）

48.　サービス担当者会議の開催

（2 段階評価）

２：会議が開催されている。

１：会議が開催されていない。

49.　サービス担当者会議への本人の出席

（2 段階評価）

２：利用者が会議に出席している。

１：利用者が会議に出席していない。

50.　サービス担当者会議への家族の出席

（2 段階評価）

２：家族が会議に出席している。

１：家族が会議に出席していない。

他：アセスメント内容等から判断し、連絡のとれる家族がいないと考えられる。

51.　サービス担当者会議へのサービス担当者の出席

（2 段階評価）

２：「会議出席者」欄に全てのサービス担当者が記載されている。欠席者は、会議開始前に照会の上、欠席の旨が記載されている。

１：２に該当しない。

52.　サービス担当者会議の議題（検討項目）

（３段階評価）

３：以下①②の両方に該当する。

２：以下①②のいずれかに該当する。

１：以下①②どちらも該当しない。

① サービス担当者会議の「検討した項目」欄等に新規・更新・区変・退院・ケアプラン変更・課題の共有や検討等の会議の開催理由が記載されている。

② 「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されている。

53.　サービス担当者会議の検討内容

（３段階評価）

３：以下①②の両方に該当する。

２：以下①②のいずれかに該当する。

１：以下①②どちらも該当しない。

① 「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されており、かつ議題に沿った結論が記載されている。

② 「検討した項目」または「検討内容」に議題が記載されており、少なくとも一つの議題に対していずれかの担当者の意見の記録が記載されている。

54.　サービス担当者会議で残された課題

（２段階評価）

２：結論に至らない、時期を見て議論すべきこと等が記載されている。課題がない場合は、担当者会議要点の「残された課題」欄に残された課題はない旨が記載されていれば「２」とする。

１：２に該当しない。

□評価における留意事項

特になし

【居宅サービス計画書第５表　モニタリング　またはモニタリングシート】

□項目の概要

第５表における、モニタリングに関する記録の内容を確認します。

□この項目を確認する必要性

- モニタリングとは、ケアプランの目標の達成状況やニーズの変化等を把握することであり、利用者の状況とサービスが合致しているかを確認します。モニタリングの結果、必要があればケアプランの変更を行う必要があります。
- 第５表には、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します。
- 第５表は、介護支援専門員等がケアマネジメントを推進する上での判断の根拠や介護報酬請求に係る内容等を記録するものであることから、ケアプランの説明・同意・交付や、介護支援専門員が日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、日付や情報収集の手段やその内容について、時系列で誰もが理解できるように記載することが必要です。
- 記載においては、わかりやすい記載を行うとともに、漫然と記載するのではなく、項目ごとに整理して記載することが重要です。

□評価基準

55.　居宅サービス計画の交付の記録

（３段階評価）

３：以下①②の両方に該当する。

２：以下①②のいずれかに該当する。

１：以下①②どちらも該当しない。

①　利用者へ居宅サービス計画を交付した記録が記載されている。

②　サービス担当者へ居宅サービス計画を交付した記録が記載されている。

56.　サービス担当者会議の招集

（２段階評価）

２：第５表にサービス担当者会議の招集について記載されている。

１：２または他に該当しない。

他：提出された居宅介護支援経過の期間外にサービス担当者会議を開催している。

57.　利用者宅への月 1 回以上の訪問

（２段階評価）

２：面談の日時、場所、相手、モニタリング内容（短期目標の達成度、満足度等）のすべてが記載されている。モニタリング内容の詳細が別紙の場合も「２」とする。

１：２または他に該当しない。

他：入院等、利用者の理由により実施できない場合。

58.　サービス事業所との連絡･モニタリング内容

（３段階評価）

３：モニタリングの記録として、サービス事業所との連絡について記載されている。

また、以下いずれかに該当する。

・サービス担当者より個別サービス計画を受領した記録が記載されている。

・当該月に行ったサービス事業所との連絡・調整や利用者に関する情報が記載されている。

２：モニタリングの記録として、サービス事業所との連絡について記載されている。内容の詳細は問わない。サービス事業所からの報告書など連携の記録があれば「２」とする。

１：上記に該当しない。

59.　変化を捉える視点

（２段階評価）

２：利用者の変化について記載されている。レ点チェックでも意見が付されていれば該当するものとする。

１：２に該当しない、または記載内容が全て同一（いわゆるコピー＆ペースト状態）の場合。

60.　本人の心身状態に関する変化の医療者への報告

（２段階評価）

２：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれており、それらを介護支援専門員から医療者へ報告した記録がある。（居宅介護支援経過に記載がある場合を含む。）または、事業所から提供された情報について、家族など介護支援専門員以外の者から医療者へ伝える旨の記載がある。

１：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容が含まれているが、介護支援専門員からの報告及び家族など介護支援専門員以外の者から医療者へ伝えた記録がない。

他：モニタリング情報、事業所から提供された情報に以下のような内容がない。

＜医療者への報告事項に該当する情報例＞

- 薬が大量に余っている、または複数回分の薬を一度に服用している
- 薬の服用を拒絶している
- 使い切らないうちに新たに薬が処方されている
- 口臭や口腔内出血がある
- 体重の増減や見た目の変化がある
- 食事量や食事回数に変化がある
- 下痢や便秘が続いている
- 皮膚の乾燥や湿疹等がある
- リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にも関わらず、提供されていない

□評価における留意事項

・　No.58 サービス事業所との連絡・モニタリング内容

基準 2 は、サービス提供事業所との連絡・モニタリングが行われている何らかの記録が存在することを確認するものです。基準 1 に示す「サービス担当者より個別サービス計画を受領した記録」や「当該月に行ったサービス事業所との連絡・調整や利用者に関する情報」以外の何らかの記録があればこれに該当するものとします。例えば、サービス提供に関する意見交換、サービスの実施状況の確認の記録等があげられます。

・　No.60 本人の心身状態に関する変化の医療者への報告

利用者の変化を捉えているかは、次の 2 点から総合的に判断します。

① 前回モニタリング時以降の変化が記載されているか。

② 必要に応じて、居宅サービス計画作成（変更）日以降の長期的な変化（モニタリング実施月に限定しない変化）が記載されているか。

【その他】

61.　ケアプランに位置付けられている多職種との連携

□項目の概要

ケアプラン作成～モニタリングの全般における、ケアプランに位置付けられている多職種との連携の状況がどのようになっているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 利用者の支援の必要性を判断するための情報は、すべて介護支援専門員が一人で集めるのではなく、他の職種との連携によって収集することが必要です。また、支援の必要性の判断においても、療養に関わる点も含まれることから、すべて介護支援専門員が一人で判断するのではなく、内容に応じて、かかりつけ医をはじめ適切な職種の判断を仰ぐようにすることも留意が必要です。
- その際に大切なのは、一方的な意見聴取になるのではなく、双方向のやり取りを行うことです。例えば、他の職種における判断を円滑にするには、介護支援専門員から他の職種へ適切な情報提供を行うことが必要ですし、効果的・継続的に連携を行う上では、意見を収集した後にフィードバックを行うことも重要です。

□評価基準（３段階評価）

３：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）について、日常的に情報提供、意見収集などの双方向のやり取りを行っている。

２：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）について、サービス担当者会議などの会議体を中心に、情報提供や意見収集など双方向のやり取りを行っている。

１：ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）と十分に連携が出来ていない。

□評価における留意事項

- 基準 ３ に示す「日常的に」双方向のやり取りが行われているかどうかは、例えばサービス利用の際や毎月のモニタリングの時期等に多職種と双方向のやり取りが行われているかどうかで判断してください。
- 多職種との連携状況はケアプラン（及びセスメントシート等）の記載内容から確認が難しいため、必要に応じて面談において確認を行ってください。

62.　ケアプランに位置付けられていない多職種との連携

□項目の概要

ケアプランに位置付けられていない多職種との連携の状況がどのようになっているかを確認します。

□この項目を確認する必要性

- 高齢者の生活を支えるためには、心身の状態に応じてその人らしい生活を送り、家庭や地域での役割を持つことができるような体制を整える視点（「活動と参加」の視点）も必要です。
- リハビリテーション職の視点など、多職種の知見を取り入れることで、利用者の自立支援・重度化防止の視点が強化された支援が可能となることがあります。そのため、自立支援型地域ケア会議など、ケアプランに位置付けられていない多職種の知見を得る機会があるか、確認を行いましょう。

□評価基準（２段階評価）

２：介護支援専門員が、自立支援・重度化防止等の観点から、ケアプランに位置付けられている多職種（OT・PT・ST・看護師・栄養士等）以外の多職種との連携（情報提供・意見聴取等）を検討したことがある。あるいは、実際に連携している。

１：２に該当しない。

□評価における留意事項

ケアプランに位置付けられていない多職種との連携状況は重要かつ発展的な内容である一方、ケアプラン（及びアセスメントシート等）の記載内容からは確認が難しいため、評価基準２に示す検討の記録があれば２点、なければ１点を付けた上で面談において確認を行ってください。書類点検の段階で確認及び採点を行いますが、本項目の採点は点検結果を示すレーダーチャートには反映されません。

参考文献

- ケアプラン点検支援マニュアル活用の手引編集委員会「介護保険　ケアプラン点検支援マニュアル活用の手引」中央法規,2008
- 厚生労働省 「介護保険最新情報 Vol.958「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」の一部改正について」
- 厚生労働省 「指定居宅介護支援等の事業の人員および運営に関する基準」
- 日本総合研究所「令和２年度　適切なケアマネジメント手法　基本ケア及び疾患別ケア　令和２年度改訂版」
- 中央法規出版編集部「七訂　介護福祉用語辞典」中央法規,2015

ケアプラン点検項目一覧表