

# ケアプラン点検シート

## 1. 点検シートの特徴

### 1) 介護支援専門員に向けて

この点検シートは「ケアプラン点検支援マニュアル」の「要素」を取り入れた、「自己点検シート」として活用することを狙いとして作成をした。ただし「点検支援マニュアル」の展開の順番どおりではなく、ケアマネジメントのプロセスに沿った点検を行うように設定してある点に留意してもらいたい。

また、「点検支援マニュアル」に定められている「ポイント」以外にも、ケアマネジメントを展開するために必要になるいくつかの知識や技術についての確認も加えてあるが、これは「点検支援マニュアル」の「確認項目」を判断するための「前提条件」になっているものでもあるので、それが理解でき、実践できているのかもあわせて点検確認をして欲しい。

### 2) 保険者(指導者)に向けて

この点検シートは「ケアプラン点検支援マニュアル」の「要素」を取り入れた「ケアプラン点検」を実施するための「事前準備」と実際の指導場面での確認を手助けするための道具の一つとして作成した。事前準備に用いるための資料について、「点検支援マニュアル」では1表・2表・3表を基本的な「事前提出資料」として持ちいることを想定しているため、この範囲内での事前準備を行うという設定にした。

指導場面においては、事前資料以外の様々な情報を介護支援専門員から提供されてくることになる。このときに何を介護支援専門員に確認したらよいかも含めて準備と指導ができるようにという設定をした。

また、点検の順番は「点検支援マニュアル」の設定とは異なっている。ケアマネジメントプロセスの展開にそって設定しているので、実際の指導場面においては、どのように(どこから)点検を開始するのかも含めて検討した上で指導してほしい。

## 2. 点検シートの構成

点検シートは「介護支援専門員用」と「指導者用」の二つのシートから構成される。

「指導者用」は「事前情報」・「指導の際の確認事項」・「指導事項」に区分け、事前情報を確認して気がついたことや使い情報を必要としている箇所などを明確化し、それを実際の指導場面で確認をして、介護支援専門員と一緒に考えながら「気づき」を提供する際の「資料」として活用できるように設定した。

「介護支援専門員用」は改めてケアマネジメントプロセスを振り返りながら、ケアプランの根拠やアセスメントの根拠となっている情報の確認や振り返りによる自己覚知ができるように設定した。

指導者・介護支援専門員の双方が互いに根拠を明らかにしていく過程を通じて、利用者にとって必要不可欠な支援であり、自立支援に結びつく支援が提供していけるように「考えていく」ことができるように設定した。

そのため、介護支援専門員には「自己点検」を行ったうえで、ケアマネジメントの「自己評価」を行い、自分自身の長所短所や課題に対して「自己知覚」をしてもらい、そこから自分の「ケアマネジメントの課題」を考え、それに対する「今後の質の向上の方針」を考えてもらったうえで指導に臨んでもらいたいと考えている。

一方指導者には、事前情報から指導のポイントを明らかにし、それだけでは判断できない部分の明確化を図り、指導場面で追加情報を加えて、「その場」での判断を求めている。これは「ケアプラン点検支援マニュアル」の趣旨として「介護支援専門員に指導に際して過度な負担をかけない」という方向性が示されているのでそれに従い、追加情報を「指導の場」で求めていく方法をとった。また、追加情報は単に自分が知りたい情報を得るという考え方ではなく、情報の意義や目的を明確にして「指導に必要な情報」を得ることを大切にしたい。

さらに、指導場面においては指導者と介護支援専門員との「双方向の確認作業」が行われ、その中から介護支援専門員が「自己評価」でまとめた「気づき」と「今後の方向性」の強化を図るとともに、それに追加する指導が行われ、「今後の方向性」の修正と追加が行われることを想定した。そのため、「今後何を・どのようにしていくのか」を、指導者と介護支援専門員とが「共有」して検証する構成にした。

### 3. 点検シートの使用方法

#### 1) 介護支援専門員用

介護支援専門員は、自らのケアマネジメントを振り返り、質問に回答する。利用者によっては「該当なし」という項目も含まれてくることが想定されるので、その場合には回答を要しない。

質問は「ケアマネジメントの根拠」の確認と、「ケアマネジメントの展開の具体的な方法」を確認する形になっている。したがって「自分はどうしたか・どう考えたか。その判断材料である情報は何か」を思い返しながら回答する。思い返すことができない場合、その判断根拠があいまいであり、情報の重要性を自分が把握していないということの証拠にもなりうる。

確認をした段階で、いくつかの「気づき」が生まれてくると思う。それをもとにして「自己評価」をし、自分自身の課題を明らかにして、その解決に向けた今後の取り組みもを考えて指導に臨む形態がベターだと考えている。そうすることによって指導そのものの物理的な時間の短縮が可能になる。

#### 2) 指導者用

指導者は事前提出を受けた情報を「読解」することから始まる。限られた情報の中から利用者にとって必要な支援とそれを行っている介護支援専門員のケアマネジメントを分析し洞察して、指導が必要だと思われる項目を明確化する。

また、事前情報分析段階では限られた情報しかないことから指導の必要性の判断ができない項目があるはずだ。その判断を明確に行うために「追加情報」が不可欠となる。追加情報収集が指導場面で実施されることになる。このとき「どの情報が必要なのか」ということと同時に「なぜその情報が必要なのか」がはっきりしていることが求められ、「その情報を加えることで自分の判断がどうなるか」を考え、明らかにしないと指導は不可能になる。この作業をシートの中で確認しつつ指導を展開していくことが必要になる。

こうやって情報を集め、分析して指導すべき項目と内容が明確にされる。これについて介護支援専門員が「気づき」が得られるようなコミュニケーションを図って指導を展開していく。そして指導結果を受けて介護支援専門員が今後どうしていくかを考えてもらい、互いに確認して共有していくことが指導となる。

# 【指導者用・事前準備】

## 1. 「居宅サービス計画書（1）=1表」について

点検結果 の評価	十分だと思われる=A、多少の課題はあるが十分なレベルにある=B、標準的なレベル=C、課題が多い=D、必要な要素を充たしていない=E、該当なし=/を記入。
-------------	--

No.	確認のポイント	確認箇所/内容	結果
1	1表に記載すべき事柄が全て記載されている	利用者の「生活に対する意向」	
2		家族の「生活に対する意向」	
3		認定審査会意見の内容	
4		総合的な援助方針	
5		生活援助中心型の算定理由	
6	利用者の「生活に対する意向」の妥当性	生活の意向が具体的に記載されている	
7		生活の意向が実現可能だ	
8		事前情報から判断して、生活の意向が利用者にとって適切なものと思える	
9		利用者が語った言葉を用いて記載できている	
10		利用者に代わって意向表明した結果が明確になっている	
11	家族の「生活に対する意向」の妥当性	生活の意向が具体的に記載されている	
12		家族の考えだけが書かれていない	
13		生活の意向が実現可能だ	
14		家族が語った言葉を用いて記載できている	
15	認定審査会意見に従った対応	意見が付与されている場合、内容が記載できている	
16		2表と比較し、意見に沿った計画が立案されている	
17	総合的援助方針の妥当性	具体的なサービス種別や内容が記載されていない	
18		支援の方向性が明確にされている	
19		想定されるリスクへの対応が考慮されている	
20		「生活の意向」の実現に向けた方針が示されている	

## 2. 「居宅サービス計画書（2）=2表」について

No.	確認のポイント	確認箇所/内容	結果
21	生活全般の解決すべき課題の妥当性	1表の生活の意向・総合的援助方針と整合性が取れている	
22		課題が解決可能な状態として設定されている	
23		単に要望だけが記載されていない	
24		専門用語を乱用していない	
25		一般常識などの観点で課題設定されていない	
26		自立支援に効果があると思われる	
27	長期目標と期間の妥当性	達成可能な目標として設定されている	
28		達成した状況がイメージできる	
29		支援者の目標が書かれていない	
30		サービスの内容が書かれていない	
31		期間設定が、目標と比較して妥当なものと思われる	
32	短期目標と期間の妥当性	達成可能な目標として設定されている	
33		達成した状況がイメージできる	
34		支援者の目標が書かれていない	
35		サービスの内容が書かれていない	
36		期間設定が、目標と比較して妥当なものと思われる	
37		個別援助計画立案のため具体的に記載されている	
38	サービス内容の妥当性	短期目標の達成のために必要な支援が組み立てられている	
39		サービス提供者間の協力体制が構築できている	
40		利用者や家族の役割が考えられている	
41		支援のポイントなどが明確化されている	
42	サービス種別選定の妥当性	サービス内容を提供することができる機能・設備・人員が備わった種別が選択できている	
43		サービス内容と種別が法令に即した設定になっている	
44		インフォーマルな資源が必要に応じて取り入れられている	
45		医療依存度の高い利用者には、必要に応じて医療系サービスも取り入れている	
46	提供者選択の妥当性	インフォーマル資源を取り入れているとき、提供期間・提供者が明確にされている	
47	サービス提供期間の妥当性	カレンダーに沿った提供年月日が記載されている	
48		短期目標期間と連動している	

## 3. 「週間計画表」について

No.	確認のポイント	確認箇所/内容	結果
49	週間計画の記載	2表の頻度に連動した週間計画ができている	
50		法令に沿った週間計画ができている	
51		インフォーマルな支援も、必要に応じて記載されている	
52	週単位以外のサービスの記載	週単位以外のサービスが記載されている	









### 3. 指導

何を	なんのために	どのようにすべきか	協議結果



# 【介護支援専門員用】

ケアマネジメントのプロセスを自己評価し、問の求めている「答え」を記入する。

点検結果の評価 十分だと思われる=A、多少の課題はあるが十分なレベルにある=B、標準的なレベル=C、課題が多い=D、必要な要素を充たしていない=E、該当なし=/を記入。

## 1. インテーク

No.	確認事項	回答/判断結果	結果
1	相談経緯はどうだったか		
2	認定結果の有無は確認したか。まだの場合動アドヴァイスしたか		
3	緊急度を決定する際に着目した情報は		
4	インテーク場面で相談者は何を求めていたか		
5	受入可否の判断基準は		
6	担当介護支援専門員の決定基準は		
7	訪問日時決定方法は		

## 2. 面接

No.	確認事項	回答/判断結果	結果
8	関係構築のためにどのような配慮をしたか		
9	利用者のコミュニケーション能力の把握のためにどのような対応をしたか		
10	利用者のコミュニケーション能力に応じて、どのような対応を心がけたか		
11	面接中、誰と主にコミュニケーションをしたか		
12	利用者になどのように質問をしたか		

No.	確認事項	回答/判断結果	結果
13	利用者が意思表示できない場合、どのような対応をしたか		
14	利用者と介護支援専門員、どちらが主に話していたか		
15	情報収集をする際に「話しやすい状況を作るため」にどのような配慮をしたか		
16	「面と向かって言いづらいこと」を確認するために、どのような配慮をしたか		

### 3. アセスメント

No.	確認事項	回答/判断結果	結果
17	今回のアセスメントの理由は		
18	インテークで「語られたこと」が面接を通じてどう変化したか		
19	利用者が現在「〇〇したいけど、××なので、△△になっていて困っている」ことは何か		
20	アセスメントを展開する上で留意していることは何か		
21	アセスメントにどのくらいの時間がかかったか		
22	情報収集する際に、自分の苦手な分野があるか		
23	苦手を解消するためにどのような対処をしているか		
24	アセスメントツール以外の情報を集めているか		
25	アセスメントの際に、誰から・どのような方法で情報を得たか		
26	利用者・家族以外から情報を得たとき、事前に利用者・家族に了解を得たか		
27	健康状態に関する情報で、疾病以外の情報は		

No.	確認事項	回答/判断結果	結果
28	エコマップ、ジェノグラムを作成してわかったことはなにか		
29	一つひとつの情報はどうな意味を持っていたか		
30	情報が互いに関連することで意味がどう変わったか		
31	利用者個人としての生活歴を把握したか		
32	家族全体としての生活歴を把握したか		
33	利用者の心理状態、価値観などの情報は		
34	家族の心理状態などの情報は		
35	利用者のADLについて、日常的に「している」事は何か		
36	利用者のIADLについて、日常的に「している」事は何か		
37	利用者のADLについて、今後「できそうなこと」は何か		
38	利用者のIADLについて、今後「できそうなこと」は何か		
39	利用者の居住環境の中で、生活機能に影響を与えている状況は		
40	利用者を取巻く周辺環境の中で、生活機能に影響を与えている状況は		
41	利用者の価値観などで、生活機能に影響を与えている状況は		
42	利用者の現在の生活機能に影響を与えている健康状態は		
43	利用者が続けていきたいと思っている「役割」は		

No.	確認事項	回答/判断結果	結果
44	利用者の趣味や生きがいは		
45	趣味や生きがいに対する利用者の想いが、障害や疾病によってどう変化したか		
46	思いの変化に対して利用者はどのように考えているか		
47	思いの変化に対して家族はどのように考えているか		
48	サービス利用について、計画と利用実績に著しい差はないか		
49	計画と実績に著しい差がある場合の原因は		
50	原因の解消のための方策は		
51	利用者がサービスに満足している部分は		
52	家族は、サービスのどこに、どのように満足しているか		
53	支援の中で、利用者自身が果たす役割は		
54	支援の中で、同居家族が果たす役割は		
55	支援の中で、同居以外の家族が果たす役割は		
56	支援の中で、家族以外の親族が果たす役割は		
57	支援の中で、利用者・家族の友人が果たす役割は		
58	支援の中で、地域の方々が果たす役割は		
59	支援の中で、市町村の一般サービスの果たす役割は		
60	地域の社会資源を把握するために何をしているか		
61	障害高齢者の日常生活自立度は		
62	認知症高齢者日常生活自立度は		

No.	確認事項	回答/判断結果	結果
63	1年前と比較して日常生活自立度は変化したか		
64	変化の要因は何か		
65	変化にあわせてどのような対応をしたか		
66	日常生活自立度を把握するため誰から・どのような情報を得たか		
67	アセスメント結果に記されている「利用者の主訴」は何か		
68	アセスメント結果に記されている「家族の主訴」は何か		
69	利用者や家族が語った「主訴」は		
70	主訴の緊急性を判断した情報は		
71	緊急性が高かった場合、どのような対応をしたか		
72	利用者が主訴を語れない場合、どのように対応したか		
73	認定結果や主治医意見書から入手した情報は何か		
74	認定情報等の取扱ルールは理解しているか		
75	認定情報等を担当者にどのような方法で伝えているか		
76	認定情報と実際の譲許と比較し、確認しているか		
77	利用者のADLやIADLの「可能性」は		
78	可能性の判断のために誰から・どのような情報を得たか		
79	利用者のADL等を家族と共有するための工夫は		

No.	確認事項	回答/判断結果	結果
80	利用者の認知症の中核症状は何か		
81	利用者の認知症の周辺症状は何か		
82	認知症の中核症状により利用者が困っていることは		
83	認知症の中核症状により家族が困っていることは		
84	認知症の周辺症状により利用者が困っていることは		
85	認知症の周辺症状により家族が困っていることは		
86	家族は「困りごと」をどうしたいと思っているか		
87	家族の認知症の理解を把握する際に決め手となった情報は		
88	認知症状に関する医療の関与の状況は		
89	認知症状に関して、医療面についてどのようなアドバイスを提供したか		
90	認知症状面から、在宅生活の限界点をどう判断したか		
91	利用者の友人等の状況に最近変化があるか		
92	友人等の状況の変化が利用者にとってどのような影響を及ぼしているか		
93	排泄はどのような方法でしているか		
94	利用者はどのような排泄が行える可能背があるか		
95	現状と可能性との差の要因は		
96	要因を解消するためのアイデアは		
97	利用者の口腔機能の状況は		
98	利用者の歯に関する状況は		



No.	確認事項	回答/判断結果	結果
99	利用者の嗜好は		
100	家族員の心身の健康状態は		
101	家族の介護負担の情報は		
102	家族の介護負担の軽減のための対応は		
103	家族介護の継続のためのリスクファクターは		
104	リスク回避のために取り入れている方策は		
105	今後取り入れたほうがベターな方策のアイデアは		
106	家族の介護経験に関する情報は		
107	家族の介護力を維持増進するための方策は		
108	介護方法や介護用品についてどのような情報を提供したか		
109	家族は将来的にどのような介護のビジョンを描いているか		
110	家族の介護全般に関する相談相手は誰		
111	虐待、または虐待の可能性が疑われる情報は		
112	ケアマネジメントの展開のために支障となっている状況は		
113	困難な状況に対して誰に相談を持ちかけている		
114	利用者の選択と自己決定のために配慮していることは		
115	自己決定を尊重するために社会資源に関する情報をどのように入手したか		

## 4. サービス担当者会議

No.	確認事項	回答/判断結果	結果
116	担当者会議の日時・場所の決定基準は		
117	担当者会議への出席者の選択基準は		
118	日程調整が付かない場合の対応は		
119	今回の計画作成における担当者会議の目的は		
120	今回の担当者会議の議題は		
121	今回の担当者会議の検討内容は		
122	今回の担当者会議の検討結果は		
123	次の担当者会議の予定は		
124	欠席者からどのように情報を集めているか		
125	欠席者にどのように情報を提供しているか		
126	担当者会議の進行において留意していることは		
127	出席者から意見を引き出すためにしている配慮は		
128	居宅サービス計画原案が担当者会議を経てどう変わったか		
129	サービス提供者間の連携を図るための工夫は		
130	サービス提供者からどのような情報を提供してほしいと思っているか		
131	それをどのように会議の場で徹底したか		
132	各サービス提供者の情報の収受の窓口を確認したか		
133	会議を短時間で実り多いものにするための工夫は		
134	サービス提供者にケアプラン原案をいつ配布したか		

## 5. 居宅サービス計画書（1）

No.	確認事項	回答/判断結果	結果
135	利用者の「望む生活」は		
136	「望む生活」の具体的な状況は何を・どのようにしている		
137	利用者の生活の意向を判断した情報は		
138	家族の生活の意向を判断した情報は		
139	「望む生活」「生活に対する意向」の把握のために心がけていることは		
140	認定審査会意見が附されているか		
141	認定審査会意見が附された場合、どのようにする必要があるか		
142	必要な対応をしているか		
143	総合的援助方針を定めた根拠は		
144	担当者会議を経て当初方針とどこが変わったか		
145	総合的援助方針に記載してはいけないことは		
146	「望む生活」の実現に向けた方針になっているか		
147	「生活援助中心型」算定の根拠は		
148	根拠を明確化するために行っている方策は		
149	「同居親族がいる場合の生活援助の算定」について、保険者とどのような協議したか		
150	根拠の見直しを、いつ・どのように行っているか		
151	見直した結果を持って改めて保険者と協議したか		

## 6. 居宅サービス計画書（2）

No.	確認事項	回答/判断結果	結果
152	課題設定の根拠は		
153	課題の優先順位の判断根拠は		
154	課題が実現可能と判断した根拠は		
155	課題の背景にある情報は		
156	課題の表記の上でどのような配慮をしているか		
157	課題は利用者・家族の主訴を解決するために役立つか		
158	長期目標の設定根拠は		
159	長期目標が実現可能と判断した根拠は		
160	長期目標の期間設定の根拠は		
161	「次の長期目標」をどのようにイメージしているか		
162	短期目標の設定根拠は		
163	短期目標が実現可能と判断した根拠は		
164	短期目標の期間設定の根拠は		
165	「次の短期目標」をどのようにイメージしているか		
166	目標の設定のために誰からアドバイスを受けたか		
167	目標を記載する時にどのような配慮をしているか		

No.	確認事項	回答/判断結果	結果
168	サービスを提供する際のポイントは何か		
169	「わかりやすい」サービス内容にするためにどのような配慮をしているか		
170	医療系サービスを位置づけている場合、主治医からどのような意見をもらったか		
171	サービス間の連携をとるためにどのような配慮をしたか		
172	加算(入浴加算を除く)の根拠は		
173	利用者の役割は何か		
174	家族の役割は何か		
175	サービス内容についてサービス提供者の意見をどのように取り入れたか		
176	福祉用具の利用目的は		
177	福祉用具の選択根拠は		
178	福祉用具の利用についての予後予測は		
179	サービス種別選定の根拠は		
180	サービス種別の決定において配慮していることは		
181	事業所の選定の根拠は		
182	頻度決定の根拠は		
183	利用者の希望回数、または介護支援専門員が必要と判断した回数が得られない場合の対応は		
184	サービス提供期間設定の根拠は		

## 7. 週間計画表

No.	確認事項	回答/判断結果	結果
185	利用曜日・回数の決定根拠は		
186	週単位以外にどのようなサービスを利用しているか		
187	サービスの予定を決定する際に必要になった日課の情報		
188	サービスの提供にそって日課を変更したか		
189	変更した場合の理由は		

## 8. モニタリング及び評価

No.	確認事項	回答/判断結果	結果
190	支援開始1週間後に、誰から・どのような情報を得たか		
191	支援開始1月後に、誰から・どのような情報を得たか		
192	毎月のモニタリングで、誰から・どのような情報を得ているか		
193	情報を得るために工夫していることは		
194	計画と実績に著しい「差」があるか		
195	「著しい差」の原因は		
196	目標の到達度の把握のためにしている工夫は		
197	目標到達していなかった場合にどのような対応をするか		
198	目標の到達度の把握のために事業所から得た評価情報は		
199	評価結果をどのように次の計画に反映させたか		

## 9. インフォームド・コンセント

No.	確認事項	回答/判断結果	結果
200	計画原案を利用者・家族に説明する際の工夫は		
201	利用者の希望の事業所や利用曜日等が確保できなかった場合にどのように対応しているか		
202	原案に同意を得られなかった場合、どのように対応しているか		
203	同意を得られやすくするためにどのような配慮をしているか		

## 10. 自己点検からの「気づき」

自己点検をして気づいたケアマネジメントの特徴(長所・短所、傾向)と自分自身の課題

長所		長所を強化するためのアイデア
短所		短所を改善するためのアイデア
傾向		傾向を改善するためのアイデア
今後のケアマネジメントの質の向上のために取り組むべきこと		

