

## (6) 類似、補足の質問

確認しておきたい事項に対して、質問は1つとは限らないため、保険者が類似する質問等も参考にしながら、自ら発案する際の参考としたり活用しやすいものを選んで利用してもらえるようにしています。

介護支援専門員の力量や資質によって、質問の問いかけ方も変えていく事が必要であり、どのような質問の問いかけ方をすることが、点検、支援をする上で効果的なのかを考えながら質問することが大切です。

## 5. ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法について

### (1) 解説

あらかじめ、ケアプラン点検時の事前準備として、『ケアプラン点検支援マニュアルの指標』を参考に、提出されたケアプランが確認項目の内容を踏まえて作成しているかを確認します。確認した内容が、「曖昧な表現でわかりにくい」、「視点の押さえ方が不十分」等感じた場合には、【ケアプラン点検支援マニュアル（本論）】の各項目の該当部分の解説を参考にしながら、点検作業に移ります。

例えばケアプランの課題を見ると、ほぼ全てが「〇〇してほしい」と記載されており、ややもすれば利用者の「要望」をそのまま記載していると思慮される場合があります。その課題の一つに「腰や膝の痛みがあるため、家事ができないので、手伝ってほしい」というものがある場合、すべての家事が行えないのか、工夫すれば行えることはあるのか、実際にしている家事はあるのかなどについて把握しているのか等、アセスメントの過程を振り返る作業が必要になってきます。

### (2) 手順

#### ① 居宅介護支援事業所からケアプランの回収（ケアプラン「1～3表」及びアセスメント表）

##### 〈回収する場合の抽出方法の例示〉

- ・ 各要介護度別に無作為に抽出
- ・ 訪問介護を利用している者を無作為に抽出
- ・ 各事業所で介護支援専門員1人に対して、プランを〇個回収
- ・ 特定のサービスのみを利用している者を抽出
- ・ 給付額いっぱいの利用者を抽出

- ・介護度が高い割には支給額が低い利用者を抽出
- ・新人の介護支援専門員のプランを抽出
- ・特定のサービスを一定以上利用している者を抽出
- ・その他地域の特性等を勘案して抽出 など

## ②事前準備

- I) 保険者は『ケアプラン点検支援マニュアルの指標』を参考に、提出されたケアプラン（1表～3表）の内容をアセスメント表を必要に応じて参照しながら点検します。
- II) 内容が曖昧で不十分だと思えたり疑問が生じた項目等についてチェックをしておきます。
- III) 「ケアプラン点検支援マニュアル（本論）」を参考にして、項目が不十分だと感じたり、疑問が生じた項目等に関して、確認作業を実際の面談の場面で行うことができるよう整理し準備しておきます。

### （例）確認方法

- (ア) 課題が明確でない、目標とサービスが連動していない、根拠のないサービスが入っていることはないかなどをまず把握しておきます。
- (イ) アセスメントが不足している、視点が欠如しているのではないと思われるような項目や計画書の中身について、疑義の整理を行っておきます。
- (ウ) 質問の内容を整理しておく。
  - 疑問を感じるプランの場合には、単に利用者の「要望」を聞いて作成してしまったプランなのか、アセスメントの内容や視点は十分理解できているが、ケアプランに上手く記載できなかつただけなのかなどを確認する為に、アセスメントに関する項目や必要に応じ1表～3表の該当する項目に関して質問し内容を詰めておきます。
- (エ) 適正化・適切化のプランについての考え方などの助言内容等を考えておきます。
- (オ) その他

### ③介護支援専門員との面談

あらかじめケアプランの点検をしていた時にチェックしておいた事項について、質問を通して確認していきます。介護支援専門員の回答を聞きながら、共に利用者への理解を深め、適切なプランとしていくために、何が必要かを一緒に考えていく姿勢で臨みます。

最終的には、介護支援専門員の「気づき」の部分を活かしつつ、確認し修正が必要と思われた部分についてケアプランの修正を行い、次のケアプラン作成に活かしてもらいます。

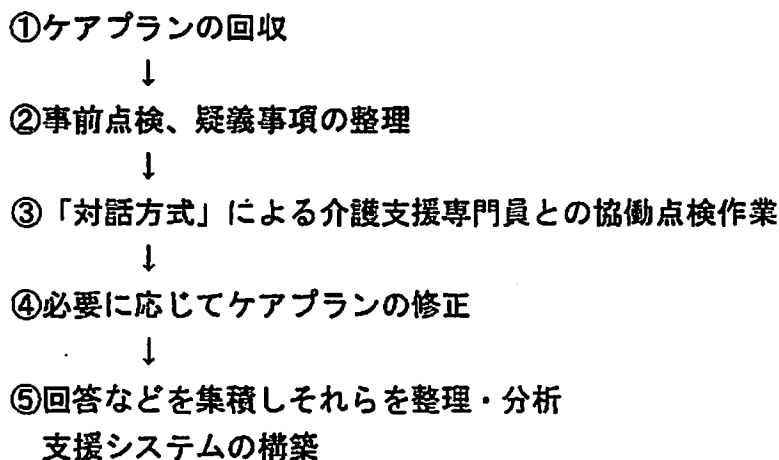
### ④回答の整理・分析

点検作業を通じて介護支援専門員からの回答を聞き取り、記載しておくことにより各質問項目に対する様々な回答が集積します。それらを整理、分析することにより地域の介護支援専門員の課題が見えてきます。

### ⑤課題の克服

分析の結果でてきた課題に対して、その克服の為にどのようにすれば可能となるのか支援システムの構築を検討します。

#### フローチャート



## ケアプラン点検支援マニュアルの指標

## 課題分析表（アセスメントツール）

### ● アセスメント表とは

アセスメントは、ケアマネジメントにおいて、ケアマネジャーが行う1番重要で専門的な作業といえます。介護保険制度では、「課題分析」と位置づけられており、居宅介護支援の場合は、厚生労働省令38号第13条に、「適切な方法により、利用者が抱える問題点を明らかにして、解決すべき課題を把握する」よう示されています。

その為には、利用者の心身の状態、生活環境、介護力等の各項目の情報を的確に、かつ総合的に把握し、利用者及び家族が直面している困り事や生活を営む上での課題（自覚・無自覚）を整理し、その原因・背景をあらゆる面から分析し、「状態」と「原因」をつなげていく必要があります。しかしそれだけではなく、利用者が課題分析を通じて「望む生活」にむけて前向きに課題を受け止め、主体的な取り組みが行えるよう、専門職として働きかけることが重要であることを認識しなければなりません。

大切なのは支援が必要な状況を明らかにするだけではなく、利用者及び家族が持つ力の強さ、可能性に着目する視点を持ったアセスメントができることにあります。専門職として働きかけるための、最も基本的な作業の1つだということを認識しておかなければなりません。

アセスメント表は、介護支援専門員が利用者の自立支援にむけたケアプランを作成する上で、「課題分析に必要な利用者の情報収集→課題の整理・分析→意欲的な取組への働きかけ」という一連の流れを適切に実施する為に必要不可欠なものであります。

不十分なアセスメントからは、適切な課題や目標は導き出されず、本来目指すべき「自立支援」と、かけ離れたケアプランとなります。

したがって、このアセスメント力を向上させることが、より質の高いケアマネジメントへとつながることを常に意識しながら、取り組んでいくことが大切になります。

## 居宅サービス計画書とは

居宅サービス計画書とは、利用者及び家族の「望む生活」を具現化するための計画書といえます。「望む生活」の実現に向けて、ケアチーム（利用者及び家族も含む）が目指す方向性や果たすべき役割、提供するサービスやセルフケア及び家族支援等が具体的に書面に表されたものであるといえます。

したがって、次に示す第1表・第2表・第3表は、連動した帳票であることを押さえておく必要があります。

## 第1表 居宅サービス計画書(1)

### ●第1表とは

利用者及び家族の「望む生活」を含め、居宅サービス計画全体の方向性を示す帳票です。居宅サービス計画書の中で、利用者及び家族の生活に対する意向が、はっきりと示される1番重要な帳票ともいえます。

第1表は、利用者・家族・ケアする人々の気持ちを1つにするための大切な計画書であり、できるだけわかりやすく、利用者の言葉で具体的に記載することが重要です。また、利用者の生活を支援するケアチームの気持ちを一つにし、利用者と共に同じ方向に歩いていくための大切な帳票であるといえます。

### ■ 確認項目《1》

#### 必要な記載事項の確認について

### ■目的

居宅サービス計画書(1)が漏れなく記載できており、利用者のサイン(印)があることを確認

### ■解説：留意事項

- 最低限必要な記載事項が書かれていることを把握したうえで、記載すべき内容を理解しているか確認する。
- 生活援助中心型の算定理由について、「その他」に当てはまる根拠について判断に迷う場合、介護支援専門員が事業所内で検討したり保険者や地域包括支援センターに相談しているか確認する。

### ■確認のポイント

- 利用者及び家族の意向が記載されている。
- 介護認定審査会からの意見及びサービスの種類が記載されている。
- 総合的な援助の方針が記載されている。
- 生活援助中心型の算定理由が記載されている。

## ■確認項目《2》

### 利用者及び家族の生活に対する意向の妥当性

#### ■目的

利用者及び家族の生活に対する意向を適切に捉えているかを確認

#### ■解説：留意事項

○アセスメントの結果、「自立支援」に資するために、解決しなければならない課題がきちんと把握できているか確認します。そのためには、利用者の主訴や相談内容等をもとに利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくことが重要です。また、利用者及び家族が介護保険のサービス（インフォーマルサービス含）を利用することにより改善される生活のイメージを持つことができるように働きかけたかも重要になります。

○利用者と家族の意向が異なる場合には各々の意向を区別し記載するとともに、様々な事情（高齢者虐待やそれに類似するもの）がある場合には居宅介護支援経過表（第6表）を活用し、記載しておく必要があります。

#### ■確認のポイント

□利用者及び家族の生活に対する意向とアセスメントの結果が合致している。

□利用者・家族が改善可能であろうと思う生活を具体的にイメージできている。

## ■確認項目《3》

### 総合的な援助の方針の妥当性

#### ■目的

アセスメントにより抽出された課題に対応しており、利用者の生活に対する意向の実現に向けて、ケアチームとして最終的に到達すべき方向性や状況が示されているかを確認します。

### ■解説：留意事項

- 総合的な援助の方針は、介護に対する利用者及び家族の意向を援助者側の立場から捉えなおしたもので、居宅サービス事業者の共通する支援目標となっています。
- 緊急事態が予測される場合（認知症や医療依存度の高い方など）には、利用者及び家族と相談したうえで、緊急時の対応機関やその連絡先等についても把握しておきます。あらかじめ支援者の中でも、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応について、利用者・家族・関係者といったケアチームの中での共通認識を図っておくことで、スムーズな対応が図れます。

### ■確認のポイント

- 利用者及び家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認し合える内容が記載されている。

## 第2表 居宅サービス計画書（2）

### ●第2表とは

第1表で示された「利用者の望む生活」を実現していくために、アセスメントから導き出された一つ一つの生活課題を、具体的な手段を示しながら一つづつ解決していくための手順を表したものです。居宅サービス計画全体の中核となる帳票です。

第2表は、利用者の生活課題（生活全般の解決すべき課題「ニーズ」）の中で、解決していかなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、

- 1)利用者自身の力で取り組めること
- 2)家族や地域の協力でできること
- 3)ケアチームがお手伝いをする事

で、できるようになることなどを整理し、具体的な方法や手段をわかりやすく示した帳票です。

目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようになるのか」という目標達成に向けた取り組みの内容やサービスの種別・頻度や期間を設定します。これはケアチームの目標達成期間であり、モニタリングやケアプランの見直しの指標となるものです。



#### ■確認項目《4》

##### 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の妥当性

#### ■目的

アセスメントの結果をもとに問題や課題をその根拠とともに利用者の課題として導きだせているかを確認

#### ■解説：留意事項

○介護支援専門員の業務の柱は、利用者の「自立」を支援することです。課題の設定に関しては、自立支援の観点からも「現状の維持・悪化を少しでも緩やかにする・状態の改善を図る」等の視点は欠かせないものです。目の前の利用者がどのようなことに取り組めば、現状を維持もしくは改善できるのか、また病状の悪化等により、どうしても状態の維持が困難な場合、悪化を少しでも緩やかにする方法はないかと考え、仮説（目標）をたてることが重要になります。

○利用者や家族の「要望」だけに合わせてケアプランを作成するのではなく、専門家として「自立支援」に資する内容かを常に考えながら、根拠のある課題の設定を意識する必要があります。

○生活全般の解決すべき課題を、利用者及び家族が、「自分達の課題（ニーズ）」として捉えられていることが重要です。利用者及び家族が理解しやすいように、難しい専門用語を避けるようにします。利用者自身が表現した「言葉」を引用することで、意欲が高まり、自分のニーズとして捉えることが出来るようになることもあります。

#### ■確認のポイント

- それぞれの課題（ニーズ）が導き出された原因や背景を押さえている。
- 優先すべき課題の項目に応じた課題の整理が行えている。
- 生活に対する意向と生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の関連付けが図られている。

### ■確認項目《5》

課題に対応した援助目標（長期目標・短期目標）と援助内容（サービス内容・サービス種別・頻度・期間）の妥当性

#### ■目的

- 長期目標が、それぞれの課題を達成するために、適切な目標と期間の設定になっているかを確認する。
- 短期目標が、長期目標を達成するための段階的な目標・期間になっているかを確認する。
- 目標を達成するために必要な援助内容（サービス内容・サービス種別・頻度・期間）となっているかを確認する。

#### ■解説：留意事項

- 援助目標（長期・短期目標）は、利用者支援の中核をなすものです。利用者及び家族とともに現状分析（アセスメント）から導きだした「自立支援」に資する課題（ニーズ）に対応し、一定期間後に達成できる実現可能な仮説（目標）をたてることが重要になります。
- 目標達成のために具体的に何を行うのかが明確であり、利用者の意欲が湧くような内容にすることが大切です。「サービス内容」の記載には、利用するサービスの内容を単に記載するというより、目標を達成するために必要な支援のポイントやセルフケア・家族の役割等を記載するという視点を持つことが大切になります。

#### ■確認のポイント

##### 【長期目標】

- 解決すべき課題を目指した達成可能な目標設定になっている。
  - 認定期間も考慮しながら達成可能となる目標と期間の設定になっている。
  - 誤った目標設定になっていない。
- （例）支援者側の目標設定、サービス内容を目標に設定等

##### 【短期目標】

- 長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。
- サービス提供事業所が作成する担当者の個別サービス計画を立てる際の指標になっている。
- 抽象的な目標設定になっていない。