

# ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法

## 1. 目的

ケアプラン点検は、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、基本となる事項を介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、その普遍化を図り健全なる給付の実施を支援するために行うものです。

## 2. ケアプラン点検に当たっての基本姿勢

保険者は、ケアプラン点検を行うに当たって、以下の点を十分に踏まえて行う必要があります。

- ①点検に際して事業所側の事務の負担を考慮し、資料などは必要最小限なものとするのが大切です。
- ②ケアプランを形式的に点検するのが目的ではないので、空欄があったからといって直ちにそれが問題となるわけではありません。
- ③点検作業は一方向ではなく双方向で行い、保険者と介護支援専門員がともに確認しあう姿勢で臨みます。
- ④介護支援専門員がどこに悩み、つまづいているのかを把握し点検を通して「気づき」を促すことが大切です。
- ⑤介護支援専門員を批判するのではなく一緒にレベルアップを図る方法であることを認識します。
- ⑥介護支援専門員が、再度点検を受けてみたいと感じることができるよう、保険者として継続的に支援していく姿勢が大切です。
- ⑦地域特性を意識しながら、保険者として地域で何が課題になっているのかを考察しながら進めていくことも大切です。
- ⑧不適切なプランと思われるものがあつた場合、プランの根拠について確認を一緒に行う「振り返りの作業」を実施し、次回からの計画作成に役立つように適切なプラン作成の視点・気づきを促すことが重要です。
- ⑨このマニュアルは、1表、2表、3表、分析表、全部で42問の質問項目があります。これらを全て行うのではなく、必要な項目だけを適宜活用し効率的に行うことが大切です。
- ⑩点検を効率的に実施する為に必ずしも全てのケアプランに関して点検する必要はなく、目的をはっきりさせて行うことが必要です。

自立支援に向けたケアプランの作成に向けて大切なことは、介護支援専門員がケアマネジメントの視点を正しく踏まえ、専門家として判断の根拠を示した上でケアプラン作成ができているかどうかです。

このマニュアルは、それらを可能な限り理解しやすいように作成してありますが、基本的な事項を示したものにすぎません。このマニュアルを参考に、その趣旨を理解した上で、各保険者が創意工夫して、事務負担にも配慮した独自のものを作成することが望まれるところです。そしてこのマニュアルを通じ、保険者と地域の介護支援専門員が連携し一丸となって「質の高いケアマネジメント」を目指す足がかりになってくれることを期待します。

### 3. 「ケアプラン点検支援マニュアルの指標」について

「ケアプラン点検支援マニュアル」をコンパクトにまとめた簡易版です。ケアプラン点検の事前準備として活用したり、マニュアルの全体像を把握する為に使います。

### 4. 「ケアプラン点検支援マニュアル（本論）」の構成について

1表	居宅サービス計画書（1）関係
2表	居宅サービス計画書（2）関係
3表	週間サービス計画書関係
分析表	課題分析項目関係

から構成されており、各表において押さえておきたい基本事項に関して解説をつけてありますので必要に応じ活用します。

各事項について、「質問」→「目的」→「解説」→「留意事項」→「確認ポイント」→「類似、補足の質問」という構成で作成しています。それぞれの事項についての説明は、以下のとおりです。

#### （1）質問

ケアプランを点検するにあたり、基本的に押さえておきたい事項が不十分だと思われる場合や内容に関して確認しておきたい事柄がある場合に、それらの項目を整理するときに活用します。

具体的には、マニュアルに示してある「質問」や「類似、補足の質問」等を参考にしながら、介護支援専門員に質問を投げかけ、どのような視点、考えを持って利用者に関わりケアプランを作成したのか等を聞き取りながらその経緯について把握していきます。単に記載がうまくできていなかっただけなのか？見過ごしていた事項があったのか？理解が不十分だったのか？など、質問を通したやりとりの中で確認していきます。

## (2) 目的

それぞれの「質問」の目的が記載されており、押さえておきたい確認事項がまとめられています。点検作業においてその質問をする意図は何か、なぜ質問の内容を確認しなければならないのかを記載してあります。

質問の目的を理解した上で、点検作業を行うことはより効果的であり効率性を高めます。

## (3) 解説

それぞれの項目ごとに押さえておきたい目的（ねらい）に対して、分析表では具体的にどのような視点でアセスメントを実施していく必要があるのか、また1～3表では、計画書を作成するにあたりアセスメントを踏まえてどのような視点・思考が必要なのか基本的な事柄を解説しています。点検する側がここを十分に理解する事により介護支援専門員が何を伝えようとしているのかが確認しやすくなります。

## (4) 留意事項

目的や解説等に対する補足の説明や確認していく事項について、誤解が生じないように留意してもらいたいことを記載しています。

## (5) 確認ポイント

それぞれの項目ごとの目的（ねらい）に応じた内容が、押さえられているかどうかを確認するものとして保険者が活用するほか、介護支援専門員の自己点検指標としても活用できます。但し、この項目はあくまでも指標の例示として示したものでありチェックが入った項目の多寡によりただちにそれが介護支援専門員の優劣を判断するものではありません。

## (6) 類似、補足の質問

確認しておきたい事項に対して、質問は1つとは限らないため、保険者が類似する質問等も参考にしながら、自ら発案する際の参考として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事が、点検、支援をする上で効果的なのかを考えながら質問することが大切です。

## 5. ケアプラン点検支援マニュアルの活用方法について

### (1) 解説

あらかじめ、ケアプラン点検時の事前準備として、『ケアプラン点検支援マニュアルの指標』を参考に、提出されたケアプランが確認項目の内容を踏まえて作成しているかを確認します。確認した内容が、「曖昧な表現でわかりにくい」、「視点の押さえ方が不十分」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



### 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

①ケアプランの回収



②事前点検、疑義事項の整理



③「対話方式」による介護支援専門員との協働点検作業



④必要に応じてケアプランの修正



⑤回答などを集積しそれらを整理・分析  
支援システムの構築

## ケアプラン点検支援マニュアルの指標



## 課題分析表（アセスメントツール）

### ● アセスメント表とは

アセスメントは、ケアマネジメントにおいて、ケアマネジャーが行う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つだということを知っ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歩ずつ解決していくための手順を表したものです。居宅サービス計画全体の中核となる帳票です。

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

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

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。

【サービス内容・サービス種別・頻度・期間】

- 短期目標達成に必要なサービス内容となっている。
- 医療ニーズの高い利用者には、医療系サービスも盛り込まれている。
- 主治医意見書・サービス担当者会議の意見を反映している。
- 特定のサービスによる偏りがない。
- 家族支援やインフォーマルサービスなども必要に応じて記載されている。

**第3表 週間サービス計画表**

● 第3表とは

第2票で計画した具体的な支援の内容を、週単位で示した帳票です。利用者の本来の日常生活リズムを把握した上で、介護保険サービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活リズムがどのように変化しているかがわかります。週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活リズムを管理することができます。

さらに、週単位、24時間の時間管理を示すことで、ケアチームとしても、他のサービスが週単位でどのように組み込まれているかを把握することができます。連携を図る上で役立ちます。

また、短期入所や住宅改修、通院状況など、週単位以外のサービスを記載することにより、サービスの全体像、中長期的なサービス計画を把握することができます。

## ■確認事項《6》

### 週間サービス計画表の確認

#### ■目的

- 週間サービス計画表が単なるスケジュール表でなく、その意義を理解しているか確認する。

#### ■解説

- 第2表のサービスや内容が第3表を通して、視覚により把握することができ、それぞれのサービスと利用者の生活における関連性が見えるものとなり、見落としや見誤りなどないか確認できるものとなります。
- 利用者自身も生活全般の過ごし方を具体的にイメージすることができ、自立に向けた主体的な取組みが期待できます。また週単位の生活を把握することで、それぞれの役割（利用者・家族・サービス担当者・介護支援専門員・その他）を認識することができ、円滑なチームケアを深めることができるものとなります。

#### ■確認事項

- 介護給付以外の取り組みについても記載ができており、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見える記載となっている。
- 円滑なチームケアが実践できるような、わかりやすい記載がなされている。
- 「週単位以外のサービス」欄の目的を理解し、記載している。