

第 1 表 居宅サービス計画書（１）

- 質問 1 記載事項に漏れがないよう、常に確認をしていますか？
- 質問 2 「課題」の整理はできましたか、またそれらの「課題」は「利用者及び家族の生活に対する意向」とに関連性がありますか？
- 質問 3 家族はどのようなおもいで、利用者を支えていこうとお考えですか？
- 質問 4 利用者及び家族の「生活に対する意向」は、アセスメントをすすめ、課題が明確になっていく過程において、面接当初と比べてどのような変化が生まれましたか？
- 質問 5 総合的な援助方針はどのようなプロセスを踏んで決定しましたか？
- 質問 6 生活援助中心型を算定した理由を教えてください

質問 1

記載事項に漏れがないよう、常に確認をしていますか？

■目的

○記載すべき内容の理解及び記載漏れがないかを確認する。

■解説

○第 1 表は、居宅サービス計画全体の方向性を示すものとなります。

○介護認定審査会の意見については、単に転記するだけでなく、被保険者証に記載されている内容について、利用者及び家族と確認し合いながら転記を行うことが大切です。

○また介護認定審査会の意見及びサービス種類の指定に対し、利用者の拒否や資源の不足等があった場合には、その理由を第 6 表に記録しておく必要があります。

■留意事項

○初めて介護保険のサービスを利用する利用者及び家族においては、被保険者証の記載事項の意味がわからないことも多々あります。必要に応じて介護保険のパンフレットなどを用いながら、わかりやすく丁寧に説明を行う工夫がなされているかも確認しておきます。

○必要な内容に漏れがあったとしても、直ちにそのプランを否定するのではなく、必要な情報を記載することが、適正なケアプランを作成するために重要な作業の第 1 歩であることを、保険者として介護支援専門員に理解してもらうことも大切です。

■確認ポイント

□必要事項の記載がされている。

□利用者及び家族の意向の記載がされている。

□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。

■類似及び補足質問

○居宅サービス計画書（1）に必要な事項が漏れなく記載できていますか？

○第 1 表を読んで、居宅サービス計画全体の方向性がイメージできるようなものになっていますか？

質問2

「課題」の整理はできましたか、またそれらの「課題」は「利用者及び家族の生活に対する意向」とに関連性がありますか？

■目的

- 「課題（ニーズ）」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かを振り返り、アセスメントが適切に行われていたかを確認する。

■解説

- 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い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を確認する必要があります。
- ひと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、なぜそのサービスを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。

■留意事項

- 利用者と家族の意向が異なる場合は、それぞれの意向を記載しておくことが大切です。ありのままの記載ができないとき（高齢者虐待等）には、第6表にその記録を残しておくなどの工夫も必要になります。
- 解決すべき課題を把握するには、利用者の主訴や相談内容等をもとに利用者自身が持っている力や生活環境等の評価を含めて、利用者が現に抱える問題点を明らかにしたかどうかを確認することも必要になります。
- 初回プラン作成では、望む生活が直ちに全て明らかにならない場合もありますが、その課題を経る毎によって関係性を構築し、明らかになっていくということを介護支援専門員が認識しているかどうかも重要となります。

■確認ポイント

- 標準課題分析項目等を活用し、課題の抽出が出来ている。
- 認定調査表、主治医意見書、被保険者証、サービス提供事業所・者・主治医からの情報提供等、利用者及び家族からの情報以外にも必要に応じて関係者からも意見を収集し、意向や課題が明確になるように支援している。
- 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。

■類似及び補足質問

- 利用者及び家族は、これからの生活について、どのようなことが望ましいと考えていますか？
- 利用者及び家族は、どのような生活に戻りたいとお考えですか？

質問3

家族はどのようなおもいで、利用者を支えていこうとお考えですか？

■目的

- 家族がどのような思い（意識）で利用者を支えていこうと考えているかを聴き取ることで、家族の「介護力（家族の支える力）」や介護に対するおもいを確認することができる。
- 家族としての役割を果たすことは考えつつも、本人との関係に悩んでいるなど、「家族としての葛藤」を理解しているかを確認する。

■解説

- 家族が利用者の現況をどのように受け止め、またどのように本人を支えていこうとしているかを知ることは、家族の持つ力を知る上で、アセスメントには欠かせないものです。
- 同じようなADL（日常生活動作）やIADL（日常生活関連動作）の状況にある人でも、家族との関わり如何によっては、利用者の生活は異なるものです。またそのことは利用者だけの問題ではなく、介護者自身の健康や性格・価値観、時間的な余裕や経済力、介護に対するおもい、またそれまでの利用者との人間関係など、様々なものが複雑に影響しあいます。

■留意事項

- 介護に費やす時間や費用に関する考え方は、千差万別です。介護支援専門員側の価値観等を押しつけることのないように留意することが必要です。
- 単に介護サービスの利用を制限するために、家族が行うことを強要しないように留意します。
- 初めて介護に直面した・少し慣れてきた・経験が長くなった家族等、介護に関する不安や悩みは様々です。そうした介護の期間や経験なども勘案し、情報収集・アセスメントが行われていたかを確認します。
- サービスの導入には、家族の介護負担の軽減という視点もありますが、介護サービスが入ると、家族は安心して介護は専門家に任せようと、今までしていたことをしなくなる場合もあります。
- 家族や身内が行うことの意義についても、十分説明を行いながらインフォーマルな支えがどの程度可能かを把握しておくことも大切です。

■確認ポイント

- ☐ 家族が今一番困っていることを受け止めた上で、家族として「できること」「できないこと」を把握している。
- ☐ 家族が何気なくもらした「介護に対する言葉」をきちんと受け止め、意識している。
- ☐ 介護支援専門員個人が思い描く家族像を押し付けていない。

■類似及び補足質問

- ご家族は、本人にどのような介護サービスを受けてもらいたいと考えていますか？
- 介護サービスを利用し、どのような生活を送って欲しいと考えていますか？
- 家族としては、介護サービスを利用することで、本人とどのような関わりを続けたいと考えていますか？

質問 4

利用者及び家族の「生活に対する意向」は、アセスメントをすすめ、課題が明確になっていく過程において、面接当初と比べてどのような変化が生まれましたか？

■目的

○利用者及び家族からの要望をそのままサービス計画に反映させているだけでないかを確認する。

■解説

- 面接当初の利用者及び家族が訴える「生活に対する意向」では、今起こっている生活についての困り事やこうしてもらいたいという要望が中心に話されることがあります。その背景には、今の状況に対する「不安・悩み・焦り・介護者への気兼ね・遠慮・ストレス・介護負担」など様々な問題が利用者側・介護者側にあり、整理されないまま言葉に現してしまうことがあるからです。
- アセスメントの過程においては、そうした利用者及び介護者自身が抱える問題の背景を明らかにし、情報不足からくる不安や悩み等に対して、必要な情報（介護の工夫、サービスの利用等）を提供していくことが必要になります。
- また、「予後予測の見立て（介護サービス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）」が行えたかも非常に大切な視点となります。こうした視点があると、利用者及び家族も介護の見通しが立ち、生活や介護に対するイメージも変わっていくことがあります。

■留意事項

- 初回面接時からアセスメントを通じて「生活に対する意向」に大きな変化がみられないこともあります。変化がないことが、そのままアセスメント過程に問題があるとは限りません。
- 利用者及び家族によっては、介護保険やサービスに関する情報を新聞・本を通じて得ている場合など、解釈が主観的であったり（誤った理解）、知識が中途半端なために「誤解」が生じていることもあります。それらについて確認し、必要に応じて正しい情報提供ができているかも把握する必要があります。

■確認ポイント

- ☐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。
- ☐介護サービスを利用するためだけの課題抽出になっていない。
- ☐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。

■ 類似及び補足質問

- 利用者及び家族の「生活に対する意向」は、アセスメント当初からプラン原案作成までの経過の中で変化が見られましたか？

質問5

総合的な援助方針はどのようなプロセスを踏んで決定しましたか？

■目的

○総合的な援助の方針は、介護支援専門員が目指す方針ではなく、ケアチーム（利用者及び家族を含む）としての総合的な援助方針であることが理解できているか、また緊急事態が想定される場合などの対応についてもケアチームで共有・調整できているかを確認する。

■解説

- 第2表の生活の課題にあがっていない内容が総合的な援助の方針に入っている場合は、アセスメントの過程を振り返る必要があります。
- 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わかりやすい表現となっていることが大切です。
- 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。

■留意事項

- 専門用語の使用はできるだけ避け、わかりやすい表現で記載するなどの工夫が必要です。
- 表現が抽象的でなく、各個別サービス計画の方向性やサービス内容が立てやすいような内容となっているかどうかを確認します。

■確認ポイント

- 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。
- 緊急事態が想定される場合は、対応機関やその連絡先、対応の方法等についての記載がされている。
- サービス担当者会議の開催が行われたかを確認する。
- サービス担当者会議が開催できなかった場合に、どのようにケアチームの方向性を確認し、合意形成したのかを確認する。

■類似及び補足質問

○総合的な援助の方針を立てる際、特に留意した事柄はどのようなことですか？

○総合的な援助方針を立てるにあたり苦労した点はどのようなことですか？

質問6

生活援助中心型を算定した理由を教えてください

■目的

○居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置づける場合、その算定理由となる根拠を押さえることができているかを確認する。

■解説

- 生活援助中心型の算定理由の欄には、「一人暮らし」、「家族等が障害・疾病」、「その他」の3つに分けられています。いずれにおいても生活援助中心型を算定する理由（必要性）はアセスメントから導き出されます。
- 比較的「一人暮らし」「家族等が障害・疾病」による場合は、算定の理由が明確ですが、「その他」を理由として生活援助中心型を算定するには、理由をきちんと整理し、記載しておく必要があります。
- 算定の判断に迷う場合には、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することも大切になります。
- また、やむを得ない理由により生活援助中心型で算定したサービス内容も利用者及び家族の変化（病気が治る・虐待等が改善される等）に応じて、本人の自立支援に必要なサービスに切り替えていくことを忘れないように、モニタリングを適切に行うことが必要です。
- 算定理由については、どうしても第1表への記載が難しい事情のある場合については、第6表等にその理由を記載するなどの配慮が必要となります。

■留意事項

- 生活援助中心型の算定理由に対し、サービスの制限を示唆するような質問の仕方にならないように注意します。
- 特に専門職として判断した生活援助中心型の算定理由が「その他」の場合、十分にその内容に関して、保険者は介護支援専門員と共に検討する姿勢が大切です。

■確認ポイント

- 単に形式的な要件のみでサービス提供の有無を算定していない。
- 生活援助中心型の算定理由を、介護支援専門員が根拠をもって説明できる。
- 判断に迷う場合は、自分だけで判断せず、保険者、地域包括支援センター等に相談し、客観的な意見を求めている。

■類似及び補足質問

- 生活援助中心型の算定理由を記載するにあたり、困ったことはどのようなことですか？
- 介護保険による訪問介護サービスと家政婦さんなどによる生活援助の違いを理解し、説明できますか？

第 2 表 居宅サービス計画書（2）

- 質問 1 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の原因や背景を教えてください。
- 質問 2 課題の優先順位を決める上で、大切なことはどのようなことだと思いますか？
- 質問 3 生活全般の解決すべき課題が利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか？
- 質問 4 利用者・家族の「困りごと」に対してどのような働きかけを行いましたか？
- 質問 5 長期目標は、どのように設定しましたか？
利用者自身が、課題（ニーズ）ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点として、具体的にわかりやすく記載できていますか？
- 質問 6 短期目標は長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっていますか？
- 質問 7 課題を解決するための単なるサービス内容の記載だけではなく、どのような点に注意すべきか、こういったことを大切にすべきか等の視点も含めた具体的な記載内容となっていますか？
- 質問 8 計画したサービス内容を適切に提供する為に、サービス種別はどのような資源を検討し、決定しましたか？
- 質問 9 サービスの利用頻度と期間の見直しはいつ頃、どのように行いますか？

質問 1

「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の原因や背景を教えてください。

■目的

- それぞれの課題（ニーズ）が導き出された経緯（原因や背景）を振り返ることで、自立支援に向けた適切なアセスメントが行われていたかを確認する。

■解説

- 第2表は、居宅サービス計画全体の中核になるものです。どのような課題（ニーズ）があり、それを解決するために何をを目指すのかということ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事に対して安易に、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事の本質（原因・背景）や解決する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。そのうえで、「できるようになる」「するようになる」など改善の可能性を探ります。
- サービスはニーズを解決するための一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。
- また、生活する上で介護サービスの利用の必要性がない課題についても、網羅されていることが大切です。利用者及び家族が取り組んでいくセルフケアや家族支援等を含む生活全体の課題について、アセスメントがなされていることが必要です。

■留意事項

- 個人的な視点やアセスメントソフト等によって、一律同じような表現や課題分析が行われていないことを確認します。
- 課題設定と表現が、本人が「できないこと」を表記するものであるとの誤解をしていないかどうかを確認します。
- 問題点の指摘ではなく、自立に向けた意欲に転換することが大切な視点であるということが理解できているかを確認します。

■確認ポイント

- ☐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（ニーズ）が導き出されたかを確認する。
- ☐介護サービスを利用するための課題抽出となっていない
- ☐課題の中にサービスの種類が記載されていない
- ☐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。

■類似及び補足質問

- 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）は、どのような視点から抽出されましたか？その原因や背景となるものはどのようなことでしたか？
- 生活全般の解決すべき課題は、本人・家族の意向や状態を踏まえて作成できましたか？
- 課題（ニーズ）についてどんな情報を得て分析を行いましたか？

質問2

課題の優先順位を決める上で、大切なことはどのようなことだと思いますか？

■目的

○優先すべき課題（例：緊急である課題、医師等の専門職からの課題等、本人の動機づけとなる課題、改善の効果が見込まれる課題、悪循環を作り出す原因となっている課題）の整理が行えているかを確認する。

■解説

- 課題の優先順位をつける作業では、様々な視点からアセスメントした結果抽出された生活課題を関連付け、まとめていきます。その中で利用者及び家族が優先的に解決したいと思う課題や取り組みたいという意欲的な課題から優先するなど、利用者及び家族の意向を組むことも必要です。
- しかし緊急性の高い課題として、例えば生命の危険が脅かされるような状況がある場合や虐待等のリスクが高い場合、また状態の悪化を防ぐために必要な医療上の課題があれば、それらを優先課題としてあげるなどの状況判断も必要になります。
- また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、利用者及び家族に十分な説明を行い、将来的な予測や見立てを具体的に示すことが必要です。そうしたかわりの中で、利用者及び家族が捉えていた課題の優先順位が変化していくことがあります。
- 一度計画をたてた優先順位が継続して同じということではなく、利用者及び家族の状況の変化によって、その都度優先順位が異なっていくものであるため、モニタリングが重要だということを改めて押さえておく必要があります。

■留意事項

- アセスメントの途中であっても緊急時には、サービスの手配を先に行い、アセスメントした内容の記録が後になることもあり得ます。
- ケアマネジメントは、利用者本位・利用者主体が原則ですが、時には利用者本位を貫くことに配慮しながらも、家族の介護負担軽減等が優先課題として先にあがることもあります。
- 課題の整理をする過程においても、利用者・家族が積極的に参加できるような工夫や配慮が大切です。

■確認ポイント

- ☐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。
- ☐利用者及び家族に予後予測を立てた根拠を説明している。
- ☐課題の優先順位に支障や理解の違いが生じた場合、調整している。
- ☐利用者と家族のニーズの相違点については、第6表の「居宅介護支援経過」に書き留めるなどの工夫が行えている。
- ☐介護支援専門員が一方的に提案した課題になっていない

■類似及び補足質問

- 生活全般の解決すべき課題について、利用者及び家族とともに課題の順位をどのようにして決めましたか？
- 生活全般の解決すべき課題について、優先すべき課題を、利用者や家族にどのように確認をしながら決めましたか？

質問3

生活全般の解決すべき課題が利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか？

■目的

○アセスメントの結果を踏まえた内容であり、一定期間後に実際に達成できそうな課題をわかりやすい表現で記載されているかを確認する。

■解説

- 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。
- 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り組み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、徐々にネガティブだった利用者自身の気持ちに変化が現れ、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。その経過を大切にすることが利用者・家族との信頼関係をさらに構築することに繋がります。

■留意事項

- 「主訴」として始まったヘルパー利用の希望も、元気だった頃のように調理ができないことが不安要素だとわかれば、その方が安心して調理に取り組んでみようと思えるものを提案していくことができます。そうなれば「調理ができないので困っている」という課題ではなく、「片手での調理に不安はあるが、調理方法を工夫することにより、徐々に料理のレパートリーを増やしていく」ということを考えていくことができます。
- 「安全・安楽に過ごす」等の抽象的かつ誰にでも当てはまるようなニーズの表現は極力避けていきます。利用者ひとりひとり安全・安楽の捉え方には違いがありますし、介護支援専門員がアセスメント等を通じて専門職の視点として、その人にとっての安全・安楽とは何かを共に考え、具体的にその内容を表現できることが大切です。

○「〇〇できない」「〇〇に困っている」など、ネガティブな表現の方が、利用者に伝わりやすい場合もあります。全てを肯定的に記載するのではなく、利用者がニーズを理解できるような記載方法になっているかを確認する事が大切です。

○その上で、原因や背景に目を向け、どうしていくのか利用者・家族にとって、最良なのかを共に考えていく姿勢を持つことができたかを確認することが大切です。

■確認ポイント

☐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。

☐肯定的な表現方法で、わかりやすい内容の記載ができています。

☐利用者の取り組むべき課題が明確になっている。

☐利用者の望む生活を実現する課題となっている。

■類似する質問

○生活全般の解決すべき課題が、利用者及び家族にもわかりやすい言葉で表現できていますか？

○利用者自身が、意欲的に取り組めるように、利用者の言葉で記載するように心がけていますか？

質問 4

利用者・家族の「困りごと」に対してどのような働きかけを行いましたか？

■目的

- 利用者及び家族の「困りごと」に対して、原因や背景を十分に分析することなく、サービス提供のみを目的とした計画書を立てていないかを確認する。
- 困りごとの原因や背景に何があるのかを、一緒に探していく作業を通じ、利用者自身が求めている生活、大切にしたいものが何かを把握した上で、専門職として積極的な働きかけができているかを確認する。

■解説

- 介護支援専門員の業務の柱は、利用者の「自立支援」にあります。単に困りごとを聞いていたのでは「自立支援」にはつながりにくいものです。困りごとの事実・実態を把握した上で、どうしてそのような困りごとが生まれているのか、その原因や背景を利用者及び家族とともに探っていく作業が「自立支援」には欠かせないものです。
- その過程において、一方的に介護支援専門員が気付いたことを伝えていくのではなく、大切なことは利用者や家族に「どうしてこんなことが起きているのか？どうして今、このことに困っているのか？どうしたらその困りごとは解消・改善されるのか？」と考えてもらう時間を意識的にとることも必要です。
- 人は他人から指摘・示唆された内容よりも自らが気付いた事柄に対しては、主体的になれるものです。利用者及び家族の言動・表情・声色・手振り・身振り等を観察しながら、語られた言葉だけに注視せず、表現されなかった内容については、言葉を引き出すきっかけを作るなどの工夫を行うことで、気づきを促せる場合があります。
- 介護支援専門員も業務に慣れない間は、時に利用者及び家族の「困りごと」に振り回されることもあります。要望を単に受け止めることへのリスクの高さを説明することも必要です。
例えば長時間立っていることが辛いという理由で、家事全般を訪問介護で担って欲しいという要望があったとします。長時間という時間がどの程度の時間をさしているのか？痛みのコントロールの方法はないのか？その状態は今後、治療や生活上の工夫により改善できるものなのか？どの程度の家事ならできる範囲にあるのか？など、十分なアセスメントを行わず、安易にサービスを提供することで、さらに活動量が減少し、介護度が悪化する

ることにもつながる恐れがあります。またそのことは利用者が望む生活への到達時間を遅らせるだけではなく、到達そのものが難しくなる可能性を秘めていることなど、簡単に要望を受け止めることへのリスクについて、説明することはとても大切です。

■留意事項

- 利用者や家族の状況によっては、とりあえずは「困りごと」を解消するという関わりの中から徐々に介護支援専門員との信頼関係やサービス提供事業所・者との関係性を深めていくことで、本当に必要な支援が展開できるようになることがあります。
- 「困りごと」の原因や、背景の状況が分析できていないような場合は、課題分析の項目にさかのぼって、再アセスメントを促す必要があります。
- 一側面だけを捉えているような場合は、利用者や家族が話した言葉や、態度・表情など様々な角度から、必要な項目についてもう一度再アセスメントをしてみるように促す事が必要です。
- 介護支援専門員の個人的な感情や価値観等で判断をしているような場合は、客観的な根拠が必要であることを伝え、再アセスメントをしてみるように促す事が必要です。
- 介護支援専門員は、「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（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）」や「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」の記載内容を十分に把握したうえで、居宅サービス計画書を作成することが大切です。
- 介護度や身体の状態が同じだからといって、一律に同じサービスが必要というわけではありません。利用者のライフスタイルや生活環境によっても「できること」の可能性は多くあるという考え方が必要となります。

■確認ポイント

- 利用者及び家族の要望をそのまま受け止め、十分アセスメントを行うことなく、サービス提供することへのリスクについて理解し、利用者及び家族に対し説明ができています。
- 利用者及び家族の困り事を受け止め、その原因や背景に何があるのかを把握分析した上で、居宅サービス計画に反映している。

■類似及び補足質問

○利用者及び家族の困りごとを聴いて、その要因を探る過程において「自立」に向けた働きかけを行いましたか？

○利用者・家族が困っていることに対して、どうして困っているのか、なぜ困っているのかななどの原因・背景を分析することができましたか？

○利用者が自立した生活を送れるように、介護支援専門員としてどのような働きかけをしましたか？取り組んだ事があれば教えてください。

質問5

長期目標は、どのように設定しましたか？

利用者自身が、課題（ニーズ）ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点として、具体的にわかりやすく記載できていますか？

■目的

○長期目標は、短期目標が一つずつ解決できたゴール（結果）として利用者及び家族が具体的にイメージできるような表現での記載ができているか確認する。

■解説

○「課題」とは利用者（家族）が解決したい事柄であり、自立支援にむけての最初の一步になります。目標とは課題達成に向けての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内容がわかりやすくイメージできる記載が大切になります。

○長期目標は、いつまでに、どのレベルまでに解決するのか（達成するのか）を記載したものです。利用者（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や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付けないよう注意が必要です。

■留意事項

○生活全般の解決すべき課題（ニーズ）とかけ離れた長期目標になっていないかどうかを確認します。

○加齢や疾患の影響により心身の状態や体調が変化し、心身機能が低下することで、目標の期間や内容の設定にも影響がでてくる場合には、モニタリングを通して修正を行っているかを確認します。

○長期目標は、課題に対して具体的に達成すべき「結果」としてイメージできる表現・記載が大切になります。

■確認ポイント

□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となっている。

□目標達成時期の具体的な状態像を踏まえた記載となっている。

□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

- ☐目標の設定が利用者の状態像から妥当である。(高すぎる、低すぎる)
- ☐目標にわかりづらさ(抽象的、あいまい)はない。
- ☐目標が単なる努力目標になっていない。
- ☐単にサービスの利用が目標になっていない。

■類似及び補足質問

- 最終的に目指す目標が、利用者及び家族が理解できるよう具体的にわかりやすく記載できていますか？
- 長期目標については、それぞれの課題に対応しながら最終的に目指す方向性や到達可能な内容が記載されていますか？

質問 6

短期目標は長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっていませんか？

■目的

○長期目標を達成するための具体的な活動（支援）の目標と期間の設定がおこなわれているかを確認する

■解説

○「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）の解決に繋がり、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。目標ごとに番号をふるなどして、整理をした目標設定になる場合もあります。

○現在の状況を踏まえて、1～3ヶ月後には「〇〇まで改善したい」、1～3ヶ月間は「〇〇を取り組み、〇〇までできるようになる」など、利用者・家族にとって具体的な達成目標や取り組み目標を設定します。

○実際には取り組みを始めたことで早期に短期目標を達成することもあり、その場合は目標の前倒しも出てきます。また設定が高すぎる、早急すぎるなどもわかってくるので、短期目標の内容や目標期間の変更は随時行うこととなります。

○利用者（家族）は心身の状態が不安定な場合もあり、将来への不安と戸惑い、後ろ向きな気分で日々を過ごすことがあります。そこに介護支援専門員の思い込みや決めつけで「高い目標」を設定し、結果として、できないことで自己否定や自信喪失にいたる場合もあります。

○高めの目標は短期目標で「小分け」にして、利用者（家族）に「ささやかな達成感」と「小さな成功体験」を得てもらうことは、生活への意欲を引き出す効果を期待できます。

○そのため、短期目標でのポイントは、利用者（家族）に「実感のわく内容」「まずやってみようと思える内容」もしくは「あまり気が進まなかったけど、必要なことなんだな」と思える内容にすることも大切です。また、利用者自身の取り組みを促す場合においては、その内容が客観的にも妥当であり、明確であることが大切になります。

■留意事項

- 服薬や通院等の疾患・健康管理など、心身の状態に影響を及ぼしやすかつ緊急度の高い目標がある場合、ケアチーム（本人・家族・サービス提供事業所・者等）が果たす役割について、具体的にわかりやすい表現の記載を心がけているかを確認する。
- また短期目標は、サービス提供事業所・者がそれぞれに作成する個別サービス計画の目標となる場合もあるので、それらを意識した具体的な記載を心がけているか確認します。

■確認ポイント

- 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・者が作成する担当者の個別サービス計画書を立てる際の指標になっている。
- 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することができる表記となっており、取り組む内容がわかるような記載になっている。

■類似及び補足質問

- これらの短期目標が達成されれば、次にどのような目標の設定を考えていますか？
- このなかで利用者が前向きに取り組めそうな目標はどれですか？
- 利用者（家族）の合意を得るにあたり、十分な説明ができ、理解を得られましたか？
- 短期目標の積み上げが、長期目標の達成に繋がるように意識して設定できましたか？

質問7

課題を解決するための「単なるサービス内容」の記載だけではなく、どのような点に注意すべきか、こういったことを大切にすべきか等の視点も含めた具体的な記載内容となっていますか？

■目的

- 目標を達成するために必要な援助内容(サービス内容・種別・頻度・期間)を確認する。
- サービスを利用することが目的ではなく、課題(ニーズ)を解決するための手段の一つとしてサービスがあることを理解できているかを確認する。

■解説

- 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したり、もしくは利用者自身にもどのような取り組みが必要かを考えてもらったうえで、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。
- 主治医意見書等から提案されている留意事項等もサービス担当者会議においてサービス内容を考える際に、勘案するなど大切なことです。
- サービス提供事業所・者が作成するそれぞれのサービス計画書を立てるのに必要なサービス項目(送迎や食事など)や、加算の対象になっているサービス項目(入浴・個別リハビリ・栄養マネジメント等)についても漏れなく記載ができていることも忘れてはなりません。
- 加算項目を記入する際にはその必要性について説明できることが大切です。サービス提供事業所・者から言われただけで、機械的に記載していないか確認が大切です。

■留意事項

- 利用者及び家族が理解できる用語で記載できているかを確認します。
- 単なるサービス内容だけの記載になっているような場合は、そのサービス内容を入れた根拠を確認します。
- セルフケアや家族を含むインフォーマルな支援を含む場合、実行性を適正にアセスメントして無理や負担のないように留意しているかを確認します。

○インフォーマルな支援が入っていない場合に、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、検討の有無や、含まれていない理由を確認します。

■確認ポイント

- 短期目標達成に必要なサービス内容となっている。
- 家族を含むインフォーマルな支援の記載がある。
- 利用者自身のセルフケアも記載がある。
- サービス提供を行う事業所・者が担う役割等についても、必要に応じた記載がある。
- 主治医等の専門家から示された留意事項等の記載がある。

■類似及び補足質問

- サービス内容を記載するときに留意していることや工夫していることはどのようなことですか？
- サービス内容を検討するときに必要な視点にはどのようなものがありますか？
- 介護サービスを検討する場合に実現可能な方法は介護サービス以外にはないか、検討してみましたか？

質問 8

計画したサービス内容を適切に提供する為に、サービス種別はどのような資源を検討し、決定しましたか？

■目的

- 短期目標達成のために必要なサービス（フォーマル・インフォーマル含む）を検討されてきたかを確認する。
- 検討した結果、資源として不足しているサービス等がある場合は、介護支援専門員として状況を把握し、行政等に働きかけていく視点が求められていることを認識しているかを確認する。

■解説

- 「短期目標」の達成に必要なサービスの種類（資源）には、利用者（セルフケア）、家族支援、介護保険サービス、インフォーマルサービスで行うものなどがあります。
- サービス内容は、個別サービス計画書と連動していることから、主要なサービス項目（食事介助、清拭等）を漏れなく記載することも大切であり、本人の自立を支援するようなサービス内容でなければ目標の達成、課題の解決には繋がりません。そのためには、具体的なサービス項目を記載するとともに、そのサービスが利用者の自立支援にどのように結びついていくのかを理解し、サービス提供事業所・者と目指す方向性を共有できていることが大切です。
- 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（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ようにします。

■留意事項

- サービス種別では、できるだけ家族による援助（すでに行っていることも含む）も記載し、家族参加の動機づけを行うなどの工夫が必要です。サービス担当者会議で専門的な見地から示された留意点や配慮については、サービス内容の「条件」として記載することも大切です。

○サービス種別は正式なサービス名称と事業所名を記載し、内容と種別に番号を付ける、線を引くなどの工夫をして関連性が利用者（家族）にわかるようにします。

■確認ポイント

- ☐ 短期目標をまず達成するためのサービス種別となっている。
- ☐ 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。
- ☐ 特定のサービスによる偏りが無い。
- ☐ 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。
- ☐ サービス導入の目的が目標と合っている。
- ☐ 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。

■類似及び補足質問

- サービス内容を決定する際にサービス資源の有無や条件に影響され、サービス内容が決定しにくい事などがありましたか？
- サービス担当者会議ではサービス内容と資源について、関係者全員が一致できる内容でしたか？そのほかに可能性が検討されていたら教えてください。

質問 9

サービスの利用頻度と期間の見直しはいつ頃、どのように行いますか？

■目的

- サービス内容と種別ごとに、どのような根拠で利用頻度と期間を設定したのかを確認する。
- 利用期間については、モニタリングを行うことを意識して、必要な期間設定ができているかを確認する。

■解説

- サービスの利用頻度と期間については、「短期目標の期間」と連動し、短期目標の達成に必要な回数と期間設定になっているかが大切です。具体的な記載方法については、開始日と終了予定日を記入し、終了時期が特定できない場合等は、開始時期のみを記載します。
- 利用者（家族）の「生活リズム」を考慮すると、利用が始まってからサービス時間や時間帯、サービス事業所の変更の希望が出てくる場合があります。サービス導入後の利用者・家族の生活状況の変化等に留意しながら、生活リズムの中に必要なサービスが無理なく位置づけられたかをモニタリングを行い、予定と異なる進捗状況が発生すれば、頻度や期間を見直すだけでなく、プラン全体の修正が必要となることがあります。
- 利用者（家族）が十分に納得せず、居宅介護支援事業所の都合を優先し、偏ったサービスを導入することは、利用者本位の視点から逸脱した行為とも言えます。またサービスを使い慣れていない初期の段階では、まず週1回の訪問介護で「他人が家に入ることに慣れる」、週1回の通所介護で「集団に慣れ、知り合いを作る」期間とするなど、利用者（家族）にとっても「無理のない」利用方法をともに考えることが大切です。

■留意事項

- 利用者（家族）の「サービスの受け入れ」の度合い（心理面、体力面）も配慮します。
- 必要に応じて介護保険サービス以外の家族支援、インフォーマル支援の頻度を増やすことへの検討の視点も必要となります。
- 利用者の「生活リズム」に合わせた利用時間帯と頻度、家族の介護負担軽減に配慮した利用頻度に留意します。

- サービス導入直後のモニタリングが行われているかを確認します。行われていない場合は、サービスが効果的に機能しているかを、初期段階での確認が大切であること、サービス提供事業所・者との綿密な報告・連絡・相談が今後の信頼関係に大きく影響し、チームケアの意識向上に繋がることを理解してもらうことも大切です。
- 利用頻度や時間帯など、効果的な導入方法については、サービス提供事業所・者の専門的意見を聞くことも大切です。
- 期間については、すべてのサービス内容や種別が同時並行で導入され利用されるものとは限りません。導入する「順序」に計画性をもっているかも確認する重要なポイントです。

■確認ポイント

- ☐ モニタリングでの評価も参考にし、必要に応じた期間での援助内容（サービス内容・種別・頻度・期間）の見直しをおこなっている。
- ☐ 利用者及び家族の意向を考慮し、柔軟な対応が出来るようサービス導入にあたりサービス提供事業所・者との連携を図っている。
- ☐ サービス導入後の変化を予測できている。
- ☐ サービス時間・曜日がサービス提供事業所・者の都合が優先されていない

■類似及び補足質問

- サービスの利用頻度と利用時間帯は利用者・家族の誰の希望ですか？
- サービスへの慣れと受け入れを視野に入れて、導入の順序はどのように考えましたか？
- 利用頻度の適切さを考えるにあたり、利用するサービス提供事業所・者からどのような情報提供を求めますか？

第 3 表（週間サービス計画）

- 質問 1 週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について、
どのように考えていますか？
- 質問 2 本人の主な日常生活について、どのように把握しましたか？またそ
の人らしい生活がイメージされていますか？
- 質問 3 週間サービスには、利用者・家族の状況（意向、事情等）にあった
計画になりましたか？
- 質問 4 「週単位以外のサービス」の欄には何を記載していますか？

質問 1

週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について、どのように考えていますか？

■目的

○介護保険サービスとインフォーマル、家族支援等のバランスがとれたケアプランになっているかどうか確認し、週間サービス計画表をたてる意義について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、計画書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ないか確認できるものとなります。

○介護保険給付以外のセルフケアや家族介護などについても記載をしておくことで、利用者を支える生活全体が見えやすくなります。

特に利用者自身がセルフケアで継続して取組みを行っていることなどを記載し、ケアチームで共有しあうことは利用者のモチベーションを高めることにつながる場合があります。

○週間サービス計画表は、介護サービス利用の時間を一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：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。

○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、介護する家族の事情も影響します。またサービス提供事業所・者側の定員、送迎コース、受け入れ体制などもあり、すべて意向通りとはならない場合もあります。特に利用初期の1～3ヵ月間はサービスに慣れない利用者（家族）とサービス提供事業所・者間の「調整」により再三動くこともあります。

○利用する一週間のサービス「量」を見ると、支給限度額や利用料の負担度も影響するので、「利用したい」が現実には減らさざるを得ないという利用者（家族）の事情もあれば、要望のみが先行し、ややもすれば「必要以上と思われるサービス」「支給限度額いっぱいのサービス」になっている場合もあります。

○週単位以外のサービス（居宅療養管理指導や短期入所、福祉用具、医療や保健福祉サービス、地域の活動等）についても記載しておくことが大切です。

■留意事項

○本人の心身の機能の改善・低下等で週間サービスをどのタイミングで見直すことになっているか、またそのことを利用者・家族に伝えておくなども同時に行えているかを確認します。

■確認ポイント

- ☐ 目標を達成するために取り組みが必要だと思われるサービスに偏りが無い。
- ☐ 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。
- ☐ 夜間を含めた介護者の介護への関わりの内容（整容・排泄・吸引・吸入・食事・移動・入浴・清拭・体位変換・移乗等）が具体的に記載されている
- ☐ 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。

■類似・追加の質問

- 夜間や土日のサービス等で不安なこと、手立てを打った方がよいと思われたことはありますか？
- 利用者（家族）が主体的に課題達成を目指すためにはどのような週間サービス計画表が理想的だと思いますか？

質問2

本人の主な日常生活について、どのように把握しましたか？またその人らしい生活がイメージされていますか？

■目的

○本人及び家族の日常の過ごし方を把握することで、利用者及び家族の生活全体を捉えることができ、情報収集やアセスメントの過程に課題が残っていないかを確認する。

■解説

- この欄には、利用者の平均的な一日の過ごし方をできるだけ具体的に記載します。記載することでその人らしい「一日の生活リズム」を基本においたサービス提供の曜日と時間の組み立て、家族を含めた関わるタイミング、配慮すべき留意点（例：夕方、不穏になる時間に訪問介護や家族の支援を入れるなど）に対応することが可能となります。
- この欄を記載することで、家族が本人の過ごし方を具体的に知る手立てにもなります。同居であっても、一日や一週間を把握しているようで案外知らない場合もあるので、把握してもらっておく必要があります。
- なお本人が認知症や意思を表せない場合は家族から情報収集します。家族から「一日の過ごし方」を情報収集することにより、家族の関わりをつくる効果も期待できます。
- 現在の生活のイメージを持つことで、今の生活課題と生活リズムとの関係性を分析することができます。1日の生活をアセスメントすることで、課題の解決にむけて、きっかけ作りに繋がる場合があることを理解しておきます。

■留意事項

- 第3表の書式では、「主な日常生活上の活動」の欄が「右端」にあるために、介護サービス中心に一週間が組み立てられる印象があり、結果的に本人の「一日の過ごし方」が軽視されてしまう危険があるので注意が必要です。
- 基本的に本人から聴き取り、その際に現在だけでなく、要介護となる以前の過ごし方、本人が今後望む過ごし方も含めて把握することが大切です。
- 一度に全部を聞き出そうとせず、利用者の心身状況や性格等も考慮しながら、相手に不快感を与えないような把握の仕方ができているかを確認します。

- 主たる介護者の介護の関わりと不在の時間帯等についても記載をします。
- 一日の生活の流れが把握できていない場合には、なぜ出来ていないのかを確認することが大切です。

■確認ポイント

- ☐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、昼寝、買物、洗濯、入浴等）が具体的に記載されている。
- ☐夜間を含めた介護者の介護への関わりの内容（整容・排泄・吸引・吸入・食事・移動・入浴・清拭・体位変換・移乗等）が具体的に記載されている。
- ☐一日の生活の中で習慣化していることが記載されている。
- ☐主たる介護者の「介護への関わり」や不在の時間帯等について記載されている

■類似及び補足質問

- 本人はどのような過ごし方をしたいと望まれていますか？
- 一日の中で利用者（家族）が心配な時間帯、不安になる時間帯はどの辺りですか？
- 夜間、深夜の時間で不安な時間帯や心配事がありますか？それはどのような内容ですか？

質問3

週間サービスには、利用者・家族の状況（意向、事情等）にあった計画になりましたか？

■目的

- 利用者・家族の意向と事情をくみ取った週単位の介護保険サービスになっているか、利用者・家族の同意を得られているかを確認する。
- 利用者の自立を支援するために、フォーマル・インフォーマル・家族支援等のサービスを考慮し、それらがバランス良く記載された効果的なケアプランになっているかを確認する。
- 介護サービス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確認する。

■解説

- 課題（ニーズ）を解決していくためには、介護保険のサービス利用に頼るのではなく、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。
- サービス内容については、介護保険のサービス内容を記載するだけでなく、利用者及び家族が取り組むもの、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チームが関わっているかを確認することができます。

■留意事項

- 利用者及び家族・近隣・地域の力量にも差がありますので、意向をくみ取ることなくインフォーマルな資源の活用についての記載を行うことがないように留意します。
- 夜間・土日は家族がいるからといって、サービスが必要でないとは限りません。介護負担の状況によっては、夜間や土日の支援体制を組む視点があるかどうかを確認します。

■確認ポイント

- ☐利用者及び家族が行う役割やセルフケアについて記載ができています。
- ☐インフォーマル資源等の活用なども意識してアセスメントを行っている。
- ☐夜間・土日などの支援体制もきちんと考えている。

■類似・追加の質問

- 利用者・家族の方はこの介護サービスの組み立てで満足されていますか？
- 夜間や土日のサービス等で不安なこと、手立てを打った方がよいと思われたことはありますか？
- 利用者（家族）が主体的に課題達成をめざすためにはどのような週間サービス計画が求められると思いますか？

質問 4

「週単位以外のサービス」の欄には何を記載していますか？

■目的

- 利用者の状態は変化するものであることを理解し、一時的に必要なサービスなども含めて記載する必要性や週単位以外のサービスにも介護保険サービスが含まれているため、利用している介護保険サービス全体を把握する必要性を確認する。

■解説

- この欄には、サービス開始当初に導入した福祉用具や、隔月に利用する短期入所など、週単位以外のサービスを利用する場合に記載します。
- 利用者の生活は、状態像や環境の変化で刻々と変わる場合があります。決して週単位のサービスだけで支えているわけではありません。一時的に必要な支援や、週単位ではないけれども定期的に必要な支援なども含めて、継続的に支援体制を構築していく必要があります。
- 医療機関への受診や、保健サービスの利用、ボランティアの不定期な支援や近所の方々の支援なども記入しておくことは大切な情報です。
- 週単位サービス以外の支援を記載しておくことで、期間限定で利用するサービス内容や、月単位で利用するサービスも含めて、利用者の生活を支援する体制の全体像を把握できます。

■留意事項

- 定期的な受診や、訪問診療など、医療機関との関係を記載できているか確認する事も大切です。
- 住宅改修や福祉用具購入など、一時的に利用したサービスに関しても把握しておくことで、今後のサービスのあり方の参考になります。

■確認ポイント

- ☐ 「週単位以外のサービス」欄の目的を理解し、記載している。

■類似・追加の質問

- 「週単位以外のサービス」の欄はどのように活用していますか？