

課題整理総括表・評価表の活用の手引き (案)

〈本手引きに対する意見募集〉

- 課題整理総括表と評価表は、介護支援専門員の専門職としての資質を向上させていく上で活用していただくものであり、全ての介護支援専門員が、全ての事例に対して作成することを義務付けるものではありません。
- まずは、介護支援専門員の養成研修の場面や介護支援専門員自身の振り返り、新任介護支援専門員のOJTといった場面などで活用いただくことを想定しています。
- この様式を活用いただくことで、ケアマネジメントプロセスの一部が可視化されることにより、専門職としてニーズを導き出した考えを説明しやすくなったり、主任介護支援専門員等が指導・助言しやすくなったり、多職種からの助言を得やすくなったりといったことが期待されます。
- 本手引きは、課題整理総括表と評価表の活用を推奨するにあたって、記入方法と活用例を示したものです。
- そこで、様式の記載方法等について、実際に活用いただく介護支援専門員の方に意見を聞くものです。
- 手引きとして分かりにくいものとなっていないか、また、説明が不足しているところはないか等についてご意見を頂ければ幸いです。

平成 26 年 3 月

株式会社日本総合研究所

目次

1. 課題整理総括表及び評価表の趣旨・目的	4
(1) 課題整理総括表及び評価表の趣旨	4
(2) 課題整理総括表及び評価表の活用における留意点	6
(3) 課題整理総括表及び評価表の主な活用場面等	7
2. 課題整理総括表の様式と記載要領	9
(1) 本様式の活用の基本的な考え方	9
(2) 課題整理総括表の様式	10
(3) 課題整理総括表の記載項目及び記載要領と留意点	11
3. 評価表の様式と記載要領	15
(1) 本様式の活用の基本的な考え方	15
(2) 評価表の様式	16
(3) 評価表の記載項目及び記載要領と留意点	17
4. 課題整理総括表及び評価表を活用する上での全般的な留意点	19
5. 課題整理総括表及び評価表に基づく指導・助言のイメージ（一例）	20
6. 課題整理総括表の記載の一例	28

1. 課題整理総括表及び評価表の趣旨・目的

(1) 課題整理総括表及び評価表の趣旨

○介護支援専門員の役割と課題

介護支援専門員は、要介護者等からの相談に応じ、要介護者等の心身の状況等に応じた適切なサービスが適切に提供されるようサービス担当者等と連絡調整を行い、要介護者等がその有する能力に応じて、自立した日常生活を送ることができるよう支援する専門職である。

介護保険制度において介護支援専門員は、要介護者等の心身の状況や置かれている環境、要介護者等本人やその家族などの希望等を勘案してケアプランを作成し、医療・介護等のサービスを提供する事業者によって必要なサービスが円滑に提供されるよう、連絡・調整する役割が求められている。

さらに、住み慣れた地域で高齢者ができる限り自分らしい暮らしを続けることができるような、住まいを中心として医療・介護・予防・生活支援といったサービスを一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築に向け、個々のサービスの連絡・調整だけでなく、「必要だが地域には無いサービス」を創出していく取り組みも期待されている。

しかしながら、介護支援専門員について検討すべき課題として、「利用者像や課題に応じた適切なアセスメント（課題把握）が必ずしも十分でない」、「サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない」、「ケアマネジメントにおけるモニタリング、評価が必ずしも十分でない」といったことが指摘されている。

こうした指摘の背景には、介護支援専門員がどのように考えて課題を抽出したのかの経緯が文字化されていないために他の職種からは分かりにくいこと、課題把握等のプロセスには経験に基づく学習を要する一方で業務経験年数の短い介護支援専門員も多いことといった要因があると考えられる。

地域差はあるものの、今後は2025年に向けてさらに高齢化が進み、介護保険事業に携わる事業者・介護職員が増えるとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けて、生活支援サービスを提供する事業者等（いわゆるインフォーマル支援の担い手）との連携の必要性も大きくなる。したがって、介護支援専門員には、専門職としての専門性を確立するとともに、これまで以上にさまざまな関係者に対し、要介護者等の課題を把握した経緯を分かりやすく説明することが期待される。

○課題整理総括表の策定の背景と趣旨

課題整理総括表は、専門職である介護支援専門員がとしてどのような考えで要介護者等の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出したのかを表現することで、これをきっかけに多職種間の連携やOJTにおける助言・指導等を実施しやすくすることをねらいとしている。

あくまでも課題を把握した経緯を概括的に表現する「まとめ表」であり、それゆえアセスメントツール等を活用した詳細な情報の収集・整理・分析は、別途行う必要がある。

現在の居宅サービス計画の様式は、アセスメントの結果から課題を導き出す過程を表現するような形式となっていない。そのため、サービス担当者会議等の多職種協働の場面等において、介護支援専門員が口頭などで分かりやすく説明しない限り、利用者の状態等や課題を導き出した背景、それに基づいて整理された援助の方向性や各担当者の役割の共有が、十分に行われないこともある。

こうしたことが、「適切にアセスメントができていないのではないか」といった指摘を受ける一つの背景になっていると考えられ、また、介護支援専門員の専門性を発揮する過程がないということは、その適切な評価も困難となる。

そこで、利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析を通じて課題を導き出した過程を、多職種協働の場面で説明する際の一つの様式例として課題整理総括表を策定したものである。

こうした様式を適宜活用することにより、介護支援専門員の専門性を認知してもらいやすくなり、延いては高齢者の尊厳ある自立した日常生活の実現に寄与することを期待している。

○評価表策定の背景と趣旨

評価表は、利用者のニーズに対応するためにケアプランに掲げた短期目標に着目し、設定した期限の終了時期における目標の達成度合いを表現するものである。短期目標の終了時期に、サービスを提供する関係者の間で、目標の達成度合いとその背景（想定よりうまくいった要因、達成できなかった要因、新たに把握された生活上の課題等）を分析・共有することで、次のケアプランに向けた再アセスメントがより有効なものとなることを企図している。

モニタリングにおいては、利用者の継続的なアセスメントをしつつ、ケアプランの実施状況の把握を行うことにより、ケアプランに位置付けたサービスを適切に評価し、適時適切なケアプランの変更につなげていくことが重要である。

しかしながら、評価のためのツールがない現状では、サービスの評価を行うこと

なく、初回に作成したケアプランに基づいて漫然とサービスを提供し続け、ケアプランの適切な見直しが行われないということもありうる。

そこで、ケアプランに位置付けたサービスについて、短期目標に対する達成度合いを評価するとともに、必要に応じて各サービスの担当者の役割を見直す契機とし、モニタリングの結果が、より効果的なケアプランの見直しに資するものとなるよう、評価表を策定したものである。

(2) 課題整理総括表及び評価表の活用における留意点

○課題整理総括表の活用における留意点

課題整理総括表の目的は、居宅サービス計画書様式第2表の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出すにあたって、利用者の有する能力を勘案しつつ、利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている課題を明らかにし、自立した日常生活を支援していくにあたってその解決すべき課題を抽出するまでの間に、専門職としてどのような考えで課題分析を行ったのかを明らかにすることである。介護支援専門員の考えを明らかにすることで、利用者支援にあたっての介護支援専門員の専門性が明らかになるとも考えられる。

また、課題整理総括表を活用し、専門職としての課題分析過程を明らかにすることで、サービス担当者会議等の場における多職種との情報共有・連携等を効果的に実施できるようになることが期待される。

課題整理総括表の活用にあたって重要なことは、利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を導くにあたり、利用者等がどのような生活をしたい、あるいは、できるようになりたいと望んでいるかなど、意向を引き出しつつ専門職として客観的に判断することである。その際の留意点として、利用者等の意向を踏まえた結果、現時点ではニーズとしてケアプランに記載することが適切でない場合は、課題整理総括表において導き出したニーズであっても、ケアプランに記載しない場合がある。

○評価表の活用における留意点

評価表は、利用者等の意向を踏まえつつ、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を解決するため、介護支援専門員がケアプランに掲げた短期目標を達成するために位置付けたサービスについて、短期目標の達成状況を確認するものであり、目標の期間が終了した際に、サービスの担当者等とともに、目標の達成に向けてサービスを提供できたかどうかを振り返ることを目的としている。

現行のケアプランでは、このような様式が定められていないことから、目標の期間が終了した際に、介護支援専門員がケアプランに位置付けたサービスの適切な評価が行われることなく、ケアプランを見直した後も漫然と同様のサービスを提供し

続けてしまうこともありうる。

そこで、ケアプランを作成した際、目標を達成するためにケアプランに位置付けたサービスにどのような役割を求めていたのかを再度確認し、サービスの目標の達成状況を評価して次期ケアプランの見直しに資するものとなるような様式を策定したものである。

なお、評価表の活用にあたって重要なことは、介護支援専門員が一人で評価するのではなく、サービスの担当者等とともに情報共有しながら評価することにより、多職種協働によるチームケアを効果的なものとしていくためのツールとして活用することである。

(3) 課題整理総括表及び評価表の主な活用場面等

○課題整理総括表の活用場面等

課題整理総括表は、介護支援専門員が専門職として、アセスメントによって把握した情報から、利用者の日常生活を支援していく上でどのような考えで生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を導きだしたのかを記録するものであり、課題を捉えた経緯を表現するものである。

介護支援専門員として実務に従事し、利用者の日常生活を支援していくにあたっては、現在の客観的な状況から今後の見通しを踏まえて課題を導くことが重要であり、この思考プロセスを身につけることは専門職として必要不可欠なことである。

したがって、課題整理総括表の活用場面としては、まずは介護支援専門員の研修の際に活用することが想定される。

また、サービス担当者会議等において、利用者の客観的な状況や、それを踏まえた介護支援専門員の見通しなどを利用者の生活を支える多職種間で情報共有をする際に活用することも、ケアプランへの理解が進むことから効果的である。

さらに、介護支援専門員として業務に従事したばかりの者にとって、主任介護支援専門員等からOJTを通じて指導を受ける際にも、課題を導いた考え方などが明確にされていることから、具体的な指導につながることを期待される。

なお、課題整理総括表を活用することにより、課題を把握するための情報の収集・分析の過程において、アセスメントに漏れがないかなどの自己点検にもなるものと考えられる。

加えて、課題を把握した経緯を表現することにより、既存の社会資源を前提とせず課題を把握することにより、利用者を支援していく上で必要だが地域に不足しているサービスや社会資源の提案・創出にもつながるものと考えられる。

評価表についても課題整理総括表と同様の場面での活用が考えられる。したがって、まずは研修の際に活用することで、ケアプランに位置付けるサービスは、短期目標を達成するために位置付けられるものであり、期間が終了した際には、目標に対して適切なサービス内容であったかも含めて評価することの重要性を学ぶことが大切なことである。

また、ケアプランを見直す際に開催するサービス担当者会議等において、評価表を用いて多職種間で評価することで、改めて各サービスに求められていた役割を振り返ることとなり、利用者を支えるチームの情報共有や連携が進むと考えられる。

2. 課題整理総括表の様式と記載要領

(1) 本様式の活用の基本的な考え方

① 本様式の位置づけと作成のタイミング

前述の通り、課題整理総括表はアセスメントツールではなく、情報の収集と分析を行い、課題を抽出する上で、利用者の現在の状態と要介護状態等の改善／維持等の可能性に照らして課題の捉え方に抜け漏れがないかどうかをまとめる総括表である。

したがって、本様式のみでアセスメントを終えることは妥当ではなく、基本的には利用者・家族あるいはその他の関係職種等からの情報収集を終え、アセスメントツール等を用いて情報の整理・分析を行うことが必須である。そのうえで、ケアプラン（原案）の作成にかかる前のタイミングで、本様式を作成することが望ましい。

② 本様式作成の基本姿勢

本様式は介護支援専門員の専門職としての考え、つまり「介護支援専門員として、さまざまな情報の収集・分析の結果、このような課題があると考えられる」という考えを整理して記載することを想定している。

ただし、このことは利用者・家族の意向を無視して介護支援専門員の考えだけで課題整理をしてよいということではない。前述の通り、本様式は情報の収集と分析が終わった後、課題整理の総括表として作成することを想定している。情報の収集過程では当然、利用者・家族が持つ生活の意向や現状、生活歴等を把握している。

したがって、介護支援専門員が作成する課題整理総括表は、こうした利用者・家族の思いや状況を踏まえて、「専門職である介護支援専門員として、あなたのお話をこう捉えた」「今後、望む生活の実現に向けてこういった課題があると考えるがどうか」という介護支援専門員として専門性を生かした課題分析の結果を整理したものとなる。

利用者・家族の生活に関わる人びとや他の専門職からも情報を収集することも多いと思われる。こうしたさまざまな情報についても収集した上で、利用者・家族が望む生活の実現に向けて、介護支援専門員として総合的に分析、判断した結果を記載することを想定している。

なお、後述するように、本様式の「状況の事実」欄の項目は必要に応じて追加したり細分化したりすることを想定している。情報の収集・分析の実践を通じてより利用しやすい様式に修正して活用していただきたい。

(3) 課題整理総括表の記載項目及び記載要領と留意点

① 「利用者名」欄

利用者名を記入する。

② 「状況の事実」の「現在」欄

この欄には、事前に利用者宅の訪問や利用者・家族との面談、関係者や他の専門職からの申し送り等で把握した情報（事実）に基づき、各項目について、それぞれ日常的にしているかどうかを判断し、「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」（項目によっては「支障なし」「支障あり」）のいずれかに○印を記入する。

ADL／IADL以外の項目について、「支障あり」あるいは（褥瘡・皮膚の問題や問題行動について）「あり」に○印を記入した場合は、その具体的な状況を備考欄に補記する。

ここでは、日常的な生活の状況を概括することを目的に、あくまでも日常的にしているかどうかに基づいて判断することとし、できるかどうかは考慮しないこととする。したがって、例えば同居者が実施していて「していない」場合は、「全介助」を選択することとする。

なお、一連の動作の一部のみ介助（声掛けや付添を除く）を受けている場合は、「一部介助」を選択することとする。また、例えば自宅とデイサービスで状況が異なる等、生活環境によって状況が異なる場合は、日常生活の中で頻度の大きい状況に基づいて判断する。

また、褥瘡・皮膚の問題や問題行動等について、現在は支障が顕在化していないもののリスクが大きいと判断される場合は「支障あり」を選択することとする。

本欄における「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」は、ケアチームのメンバーで、利用者の現在のADL／IADLの状況を概観するための目安である。したがって、要介護認定調査の判断基準やその他のアセスメントツールの判断基準などのどれかに従わなければならないということはない。「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」の大まかな目安は以下の通り。

項目	状況	記入例
屋内移動	多少のふらつきがあり転倒リスクはあるものの、階段昇降を含めて移動している	自立
屋外移動	ヘルパーが付き添うと病院まで自力で移動するが、付き添いがないと外出しない	見守り
口腔ケア	デイで声掛けされれば歯磨きをするが、自室などに居て声掛けがないとまったくしない	見守り
服薬	飲むべき薬の判断と飲むための準備ができない 薬とコップに入れた水を手渡すと飲むことはできる	一部介助
調理	自身では全く調理していない (ヘルパーが準備したものを食べている)	全介助（日常的に していない）
入浴	週2回のデイで立位保持と洗身の介助があれば入浴しているが、自宅では全く入浴していない	全介助

なお、「状況の事実」に並んでいる項目（中項目）は、課題分析標準項目のアセスメント項目として掲げられている 14 項目から「特別な状況」（ターミナルや虐待等の状況を記載する項目）を除いたものだが、小項目は平成 24 年度に実施した実証事業の成果等を踏まえて設定したものである。

課題整理の総括において重要となる視点・項目は、利用者・家族の生活の状況や心身の状況によって異なると考えられることから、本欄下部の空欄等を活用し、適宜項目を追加修正して活用して差支えない。

③ 「自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）」欄

収集した情報に基づき、この方の自立を阻害している根本的な要因、特に「状況の事実」の「現在」欄で「自立」あるいは「支障なし」以外が選択されている項目の要因を分析した上で、より根本的で重要な要因を最大 6 項目程度に絞り込み、「自立した日常生活の阻害要因」欄に記載する。なお、本欄に振られている番号は便宜的な通し番号であり、要因の重要度等による優先順位を示したものではない。

繰り返しになるが、課題整理総括表は、情報の収集・分析が終わった後に作成することを想定しており、本様式を作成する前に、介護支援専門員として、利用者の自立した日常生活を阻んでいる要因を具体的に捉えられていることが求められる。

なお、要因として疾患が捉えられる場合も多いと考えられるが、疾患それ自体だけでなく疾患に応じた療養や健康管理が十分にできていないという状況が生活に影響を及ぼすものである。つまり、本欄には疾患名だけでなくその疾患に応じた療養や健康管理等も含めて整理し、必要に応じて記載することが望ましい。

また、生活の状況には利用者の心身の状態だけでなく、生活の環境（住環境等の物理的なものだけでなく、家族関係等の社会的な環境も含む）も影響する。したがって、利用者の心身の状態のほか、環境に関する要因が含まれる場合もありうる。

なお、本欄には、利用者の心身の状態あるいは生活の環境等について、客観的事実を記載する。客観的事実を記載することが困難な場合は、引き続き情報の収集・分析が必要である。

④ 「状況の事実」の「要因」欄

「状況の事実」の「現在」欄で、「自立」あるいは「支障なし」以外を選択した項目について、その要因として考えられるものを、「自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）」欄から選択し、その記載した番号（丸数字）を記入する。複数の要因が考えられる場合は複数の番号（丸数字）を記載して良い。

本欄の記入は、前項②「自立した日常生活の阻害要因」欄の内容と関連することから、「要因」と「自立した日常生活の阻害要因」欄は相互の整合性を確認しながら、記入と修正を進めることが望ましい。

⑤ 「改善／維持の可能性」欄

「状況の事実」の「現在」欄で、「自立」あるいは「支障なし」以外を選択した項目について、現在の認定有効期間を見通して、必要な援助（介護保険サービスだけでなく、インフォーマルな支援を含む）を利用した場合に「現在」の状況が改善／維持する可能性の有無を検討し、「改善」「維持」「悪化」のいずれかに○印を記入する。

なお、介護保険法では、保険給付は「要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われる」こととされている。したがって、「悪化」が見込まれる場合においても、本欄を記入するにあたり、まずは現在の状況を十分に分析していることが重要であり、その分析の過程で「維持」の可能性も十分に検討することが重要である。

この欄は、主治医意見書等の多職種からの意見を踏まえた上で、あくまでも専門職たる介護支援専門員としての判断に基づいてその考えを記入する。なお、ここでどのような可能性を選択したかを以て、その介護支援専門員の判断の良し悪しを評価するものではない。むしろ、ここで判断した可能性に基づいた上で、利用者・家族の生活を支えていくために必要な課題と援助内容を整理することこそが、介護支援専門員の専門性に期待されることである。

⑤ 「備考」欄

この欄には、「状況の事実」欄の「現在」あるいは「改善／維持の可能性」に関して補足すべき情報を記入する。例えば、「現在」欄において「支障あり」とした場合にその具体的な支障の内容を補記するといったことが考えられる。また、「改善／維持の可能性」欄において「維持」や「悪化」が見込まれる項目に関して、現在利用しているサービス内容や必要な生活環境を補記するといった活用も考えられる。

さらに、「改善／維持の可能性」に関して、なぜそのような可能性があるかと判断したかの根拠を補記することも有効である。介護支援専門員が、利用者の状況をどのような方向性で捉えているか、その判断根拠を記入し、それをサービス担当者会議等で共有することで、チームケアに参加する個別のサービス担当者が、利用者・家族等の状況や総合的な援助の方針を理解しやすくなることが期待される。

⑥ 「見通し」欄

本欄には、「利用者の自立した日常生活を妨げている要因」の解決に向けて、当該ケアプランの短期目標の期間程度を見据えて、「どのような援助を実施することにより」、「状況がどのように変化することが見込まれるか」（「現在」の状況がどのような状態に至る見込みがあるか）を記入する。

本欄にはこれから実施しようとする援助による改善や維持の予測を記入することから、本欄の記載内容は、あくまでも介護支援専門員として判断した仮説を記載することになる。

他の介護支援専門員や他の職種と共有した際に分かりやすく簡潔な内容とするため、「要因」―「要因の解決のために必要と考えられる援助内容」―「援助を利用した場合に到達が見込まれる

状態」を、一つの「要因」に対して数行でまとめることを目安とすると良い。

なお、介護保険法に掲げられている「要介護状態等の軽減又は悪化の防止」という考え方に沿って言えば、まずは「改善／維持の可能性」欄において「改善」に○印をつけた項目について、その項目の要因を解決するための見通しを必ず記入することが重要である。そのうえで、「維持」や「悪化」に○印をつけた項目のうち、特に取り組むべきと考えられる項目について、維持のための日常生活における取り組みの視点や悪化・重度化防止のためのリスク軽減の視点から「どのような援助を実施すること」が必要かを記入する。

⑦ 「利用者及び家族の生活の意向」欄

利用者宅の訪問や利用者・家族との面談等を通じて把握した利用者及び家族が望む生活の意向のうち、課題を抽出する上で重要と思われる情報を整理して、簡記する。

本欄に記載する情報はあくまでも課題の抽出に関わりが大きいと思われる内容のみで良く、ケアプラン第1表の「利用者及び家族の生活の意向」欄に記載する内容と同一である必要はない。

⑧ 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】」欄

「見通し」欄の記入内容を踏まえて記入する。繰り返しになるが、情報の収集・分析が終わった後に課題整理総括表を作成する。したがって、利用者・家族等からの聞き取りにより、「利用者が望む生活」が捉えられていることが前提である。

なお、介護支援専門員が課題整理総括表を作成するのは、サービス担当者会議（ケアプラン原案を利用者と合意する）前であるから、ここで記載する生活全般の解決すべき課題（ニーズ）は、利用者・家族等から収集した情報の分析に基づいて介護支援専門員が捉え、専門職としての判断で利用者に提案する、合意前の案であって差し支えない。

⑨ 優先順位欄

課題の優先順位を踏まえて、数字を記入する。利用者としり合わせた結果、当該期間のケアプランに反映しないこととした（反映できなかった）課題については、「一」印を記入する。

3. 評価表の様式と記載要領

(1) 本様式の活用の基本的な考え方

① 本様式の位置づけと作成のタイミング

本様式は、ケアプラン第2表に位置づけた短期目標に対して、その達成状況とその要因をケアチーム全体で振り返る際に利用することを想定している。

したがって、ケアプランの第2表に位置づけた短期目標の終期の時点を目途に、個別サービスを提供している事業者からの報告を踏まえて作成することを想定している。なお、複数の短期目標が位置づけられており、かつその終期が異なる場合は、その時点で目標の終期を迎えた短期目標についてのみ記載すれば良い。

② 本様式作成の基本姿勢

本様式は、個別サービスを提供している事業者からの報告に基づき、介護支援専門員の判断としてとりまとめて作成することを想定している。ただし、利用者の生活の状況をより詳細に把握しているのは利用者に対して直接に援助を提供している事業者であることを踏まえ、目標の達成状況を判断する際は、現に利用者に対してサービスを提供している担当者の報告を丁寧に把握し、その判断を考慮することが重要である。

(2) 評価表の様式

評価表

利用者名 _____ 殿

作成日 ____ / ____ / ____

短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス 種別	※1		

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現度合いを 5 段階で記入する(◎:短期目標は予想を上回って達せられた、○:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、△:短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

(3) 評価表の記載項目及び記載要領と留意点

① 利用者名

利用者名を記載する。

② 作成日

作成日を記載する。

③ 短期目標と期間

ケアプラン第2表に記載されている短期目標と期間を転記する。なお、複数の短期目標がありかつその期間が異なる場合、ここに記載する短期目標は本様式作成時点で終期を迎える短期目標のみで良い。

④ 援助内容

ケアプラン第2表に記載されている援助内容（サービス内容、サービス種別、事業所名）を転記する。

⑤ 結果

介護支援専門員自身がモニタリング訪問で把握した状況や、個別サービスを提供している事業者からの報告等を踏まえ、短期目標の達成状況を評価して該当する記号を記入する。短期目標の達成状況と記号の凡例は以下の通り。

なお、生活を維持するために必要な援助を使い続けることを見込んでいる場合（例えば「～の状況を維持できる」といった内容の短期目標の場合）に、そのケアプランの終期で状況が維持されているのであれば「○」（短期目標は達せられた）を記入し、再アセスメントの結果生活の状況に大きく変化が無ければ、同様の短期目標を次のケアプランでも再設定する。

短期目標の達成状況	記号
短期目標は予想を上回って達せられた (より積極的な目標を設定できる可能性がある)	◎
短期目標は達せられた (再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)	○
期間延長を要するが、短期目標の達成見込みはある	△
短期目標の達成は困難であり見直しを要する	×1
短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する	×2

⑥ 「コメント」欄

介護支援専門員自身がモニタリング訪問で把握した状況や、個別サービスを提供している事業者からの報告事項、主治医意見書等での指摘事項等を踏まえ、短期目標の達成状況の判断(「結果」欄に記載した内容)の根拠となる状況や次のケアプランを策定するに当たり留意すべき事項を簡記する。

特に、「結果」欄で「×1」あるいは「×2」を選択した場合は、短期目標が達成できなかった理由を再アセスメントにおいてよく分析する必要があるため、その際考慮すべき重要な情報(個別サービスを提供している担当者が把握した利用者の心身の状況の変化、利用者・家族の生活環境の変化等)を補記しておくことが重要である。

また、「結果」欄で「◎」や「○」を選択した場合においても、短期目標の達成に効果があった要因(例えば利用者本人の意欲の変化やそのきっかけとなった出来事、援助を提供している担当者の関わりの工夫など)を補記し、ケアチームで共有することにより、より良いケアの実現に向けた基礎情報として活用することが期待される。

「結果」欄に記載した短期目標の実現度合となった背景は、利用者の生活の状況の変化によるもの、当初のアセスメントの不十分さや短期目標の設定の仕方によるもの、個別サービス提供者によるサービスの実施内容によるもの、等さまざまである。

したがって、本様式を活用してこれらさまざまな背景のいずれが短期目標の実現に影響を与えたかを総括し、その結果を踏まえて改めて情報収集と分析を行い、次期の居宅サービス計画に反映させることが重要である。

4. 課題整理総括表及び評価表を活用する上での全般的な留意点

○ 本様式を活用する際に添付する文書について

課題整理総括表及び評価表を活用して、ケアマネジメントの振り返りや初任段階の介護支援専門員への指導・助言、あるいはサービス担当者会議や地域ケア会議等での情報共有を行う場合は、必ず、「利用者基本情報」と「ケアプラン」を添えて活用することが望ましい。

特に、「利用者基本情報」については、課題分析標準項目の「基本情報」で示されている項目が盛り込まれており、情報の収集・分析と課題の抽出の基本となる、「家族構成」（ジェノグラム）や住居、経済的状況、疾患等の情報が含まれる。

○ 利用者への説明について

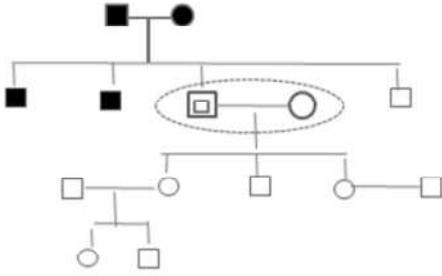
介護保険の基本的な理念として、利用者の意思を尊重し、利用者の意思決定と契約に基づくことが掲げられている。課題整理総括表及び評価表は、ともにケアプランの内容（及びその見直し）に大きく影響を持つものであることから、これらの様式の活用においても、必要に応じていずれかの段階で利用者に対して説明することが望ましい。

ただし、課題整理総括表で整理する「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」は、ケアプラン（見直し）の原案に記載するものであって、その課題の内容を含めケアプランの内容に対する利用者の同意を得てはじめて確定するものである。したがって、課題整理総括表を用いて介護支援専門員が利用者の意向に関係なく「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を設定して良いというものではないことに留意が必要である。

5. 課題整理総括表及び評価表に基づく指導・助言のイメージ（一例）

① 基本情報

◎基本情報に関する項目

受付年月	2013年5月23日					
受付担当者	〇〇 〇〇					
受付方法	事業所へ来所					
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	A様	性別	男	年齢	73歳
	住所	〇〇〇町 〇〇 X-X-X				
	連絡先	電話番号(XX-XXXX-XXXX) その他()				
家族状況	<p>夫婦2人世帯 妻:同居、71歳、主介護者 長女:別居、51歳、副介護者、午前中就労 訪問してできる限りの支援をしている 隣の市に在住(車で15分ぐらい)、 子供2人の4人家族 長男:別居、50歳、独身、海外在住、交流なし 次女:別居、47歳、夫と2人家族、両親の郷里に在住、交流なし</p> 					
生活状況	<p>・A県生まれ。中学校卒業後上京し50年程八百屋を経営。 ・店を閉めた後は現住所に移転し、企業に勤め、定年後もパートで働いた。 ・平成23年10月11日脳梗塞発症。 朝から下痢嘔吐が続いていたが、本人も妻も気づくのが遅くなり15時救急車で緊急入院。脳梗塞と診断される。時間が経っていたため手術はせず薬で経過を見ることとなった。 11月1日 リハビリテーション病院へ転院し、4月28日に退院した。 ・左不全麻痺と軽度の言語障害が残った。 ・妻の介護のもと介護保険サービス(通所介護、福祉用具)を使い在宅生活を続けている。</p>					
利用者の被保険者情報	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
現在利用しているサービスの状況	通所介護(月16回) 福祉用具貸与:ベッド脇置き手すり					
障害老人の日常生活自立度	B2					
認知症である老人の日常生活自立度	1					
主訴	<p>(相談内容) 介護方法がわからず不安である(妻、長女) (本人の要望) ・自宅で生活を続けていきたい。 ・いつかは友人と外出できるようになりたい。 (家族の要望) 【妻】夫婦2人暮らしで、自分も通院中なので介護できるか不安がある。相談にのって欲しい。</p>					

	<p>リハビリを続けて、自分でできることは自分で行えるようになって欲しい。必要な時に、お泊りをお願いしたいです。</p> <p>【長女】 自宅を訪問してできる限りは手伝います。 母も体調が良くないので、負担が大きくならないように、サービスを上手に使いたいです。デイサービスに通ってもらいたいです。</p> <p>【長男・次女】 交流が全くなし</p>
認定情報	<p>要介護2（認定日：2013/5/16、認定有効期間：2013/6/1～2015/5/31）</p> <p>要介護5（認定日：2012/12/12、認定有効期間：2012/11/18～2013/5/31）</p>
課題分析 (アセスメント)理由	更新のため

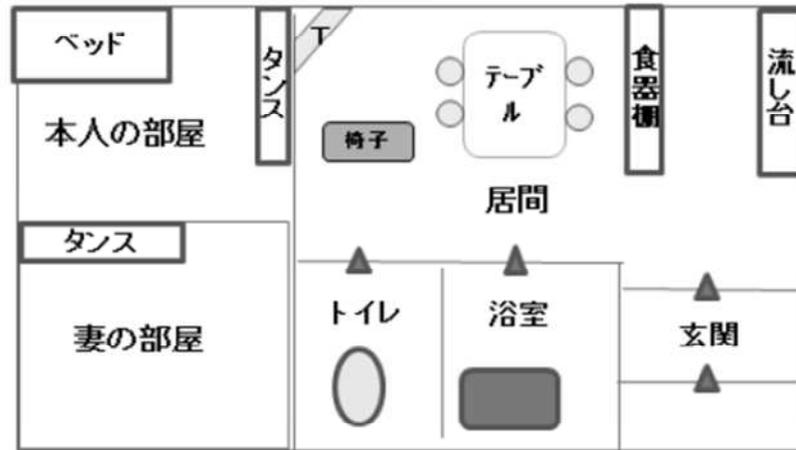
◎課題分析(アセスメント)に関する項目

健康状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現症その他:2012年10月11日に脳梗塞発症。入院加療を行い、5か月間のリハビリ病院を経て在宅復帰。 ・ 左不全麻痺、言語障害の後遺症あり。 ・ 糖尿病については食事療法とインシュリン注射を行っていたが、入院中に改善され、注射ではなく服薬対応となった。 ・ 身長:157.0cm 体重:58.6kg ・ 薬の内服:以前はインシュリンを自己注射していたが今回の入院で改善し、現在は内服薬対応となっている。 (現在内服している薬名:グリメピリド、マグミット、ブラビックス、タムシロン、ガスター) ・ 2013年4月退院時カンファレンスにて、PTより「リハビリにより下肢機能低下の防止や、言語障害の改善の可能性はある」と報告あり。
ADL	<ul style="list-style-type: none"> ・ 立ち上がり:何かにつかまれば可だが、時間がかかる。 ・ 室内歩行:T字杖使用して自分で行うが、転倒の可能性があり要見守り。 ・ 屋外移動:長時間の歩行は疲れてしまうため、麻痺側を支える必要あり。退院時カンファレンスでは、PTより「T字杖使用し見守りであれば、100m前後は歩いていた」とのこと。現在は、左後方へふらつきあり、左足は摺り足状態でひっかかりあり。 ・ 食事:セットしてもらえば自分で食べる。 ・ 排泄:ポータブルトイレ使用。ポータブルに座るのは妻に手伝ってもらっている。 ・ 更衣:上着の着脱:左側は介助され、右側は自分でする。 妻は着脱介助困難であり、デイでの入浴時に着替えている。ズボンの着脱:自分でしている。 ・ 洗顔:妻がタオルで拭いている。 ・ 口腔ケア:自分ではしない。妻がしている。 ・ 整髪:頭髪も少なく自分でする意欲なし。 ・ 入浴・洗身:現在はデイサービスで週4回入浴し、洗身は全介助。 ・ 座位保持:支えがあれば可。 両足での立位:何か支えがあれば可。 ・ 移乗:手すり等つかまる物が必要だが自立。転倒リスクあり。

IADL	<ul style="list-style-type: none"> ・ 掃除・洗濯・買物・調理・整理・ごみ出し:全部してもらっている。 ・ 通院:検査が必要などきのみ妻に介助されて行く。 ・ 公共交通機関利用:なし ・ 服薬:妻が本人に手渡すと自分で飲む。 ・ 金銭の管理:かつては本人がしていたが現在は妻がしている。 ・ 電話の利用:言語障害があり難しい。
認知	<ul style="list-style-type: none"> ・ 氏名・誕生日・住所等答えられる。 ・ 短期記憶:上手に答えられないことがある。(上手にしゃべれないことが原因でもあるようで、ゆっくり丁寧に聞くと答えられることもある。)
コミュニケーション能力	<ul style="list-style-type: none"> ・ 視力:普通に見えるが、テレビもあまり見ていない。 ・聴力:普通に聞こえている。 ・ 意思の伝達:できない時もある。(言語障害があり、時間がかかってつかえるが、ゆっくりと区切って話せば会話は可能。聞き取りづらさはある。) ・ 日常の意思決定:時間がかかるが決定は可能。
社会との関わり	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日中の活動状況:居間の椅子に座っていることが多い。トイレや寝室に近いところに椅子をおいている。 ・ 外出の頻度:デイサービスに週4回行く。 ・ 長女は週 2〜3 回通ってくるが、長男次女は全く交流なしのようす。
排尿・排便	<ul style="list-style-type: none"> ・ 尿意:ある ・便意:ある ・ 間に合わないことによる尿失禁・便失禁がある。リハビリパンツを使用している。 ・ 夜間ポータブルトイレ使用するが、3 回ほど利用するので、介護者の妻が睡眠不足がみ。 ・ 日中もトイレ回数多く頻尿がみ。
じよく瘡・皮膚の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・ 褥瘡・皮膚に関して問題はない。
口腔衛生	<ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔清潔:一部義歯あり。 ・ 歯磨:自分ではやる気なく、妻に行ってもらっている。 ・ 嚥下・咀嚼:現時点で問題ないが、左側に麻痺があり嚥下低下に注意を要すると主治医意見書で指摘されている。
食事摂取	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事摂取:用意すれば自分で食べる。 ・ 食事の内容:糖尿病食事療法やカロリー制限があったが、入院中に改善され、現在は普通食となっている。
問題行動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特になし
介護力	<ul style="list-style-type: none"> ・ 妻:主介護者ではあるが腰痛があり、無理はできない。 ・ 長女:車だと 15 分で来れる近いところに住んでいて、大事な話し合いには必ず参加してくれる。日用品や重いもの買い物や、掃除等、家事を手伝っている。午前中就労しており、訪問は週 2〜3 回程度。 ・ 長男・次女:没交流であり、支援は望めない。(理由はわからない)
居住環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集合住宅,所有 ・ 居室等の状況:専用室,エレベータ有, ベッド 使用,ベッド形態 固定式, ・ 陽あたり良, 暖房,冷房:あり ・ トイレの状況:トイレ形態 洋式,トイレ 手すりあり,トイレまでの段差あり

- ・ 浴室の状況: 自宅浴室, 浴室 手すりあり, 浴室までの段差あり
- ・ 移動用福祉機器: 室内では杖・歩行器を使用, 室外での杖 使用
- ・ 諸設備: 洗濯機, 湯沸し器, 冷蔵庫
- ・ トイレ・浴室の段差が大きく手すりが必要。ダンスやテーブルなど伝う
- ・ ところは多いが、転倒のリスクは大きい。
- ・ 築 40 年のマンションで一階部分に 10 段程の階段があり上がったところにエレベーターが付いている。各階が全てエレベーターまでに 7 段の階段ある。
- ・ 団地敷地内にコンビニ、薬局等あり。

(見取り図) 2LK



特別な状況

特になし

(2) 主治医意見書

主治医意見書

記入日：平成25年5月10日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒
	A さん		
	明・大・昭 15 年 月 日生 (73) 歳		

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに 同意する。 同意しない。

医師氏名 _____
 医療機関名 _____ 電話 () _____
 医療機関所在地 _____ FAX () _____

(1) 最終診察日 平成 年 月 日
 (2) 意見書作成回数 初回 2回以上
 (3) 他科受診の有無 有 無
 (有の場合) → 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外
 皮膚科 泌尿器科 婦人科 眼科 耳鼻咽喉
 リハビリテーション科 歯科 その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日

1 アテローム血栓性脳梗塞	発症年月日	(昭和・平成 23年 10月 11日頃)
2 糖尿病	発症年月日	(昭和・平成 不詳 頃)
3	発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明
 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 脳梗塞急性期のため

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
 [最近(概ね6か月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入]
 2012年10月脳梗塞発症。リハビリテーション病院を経て4月28日退院。
 糖尿病についてはインシュリン注射を行っていたが、今回の入院で改善があり、入院中にインシュリンから内服薬に変わっている。食事療法も現在は普通食になっている。内服薬:グリメピリド、マグミット、プラビックス、タムシロン、ガスター

2. 特別な医療(過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

- ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
- ・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

- ・短期記憶 問題なし 問題あり
- ・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
- ・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

無 有

<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 暴行	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> 火の不始	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 性的問題行動	<input type="checkbox"/> その他 ()		

(4) その他の精神・神経症状 無 有 (症状名: _____ 専門医受診の有無 有 無)

(5) 身体の状態

利き腕(右 左) 身長= cm 体重= kg (過去6か月の体重の変化 増加 維持 減少)

- 四肢欠損 (部位: _____)
- 麻痺
 - 右上肢(程度: 軽 中 重) 左上肢(程度: 軽 中 重)
 - 右下肢(程度: 軽 中 重) 左下肢(程度: 軽 中 重)
 - その他(部位: _____ 程度: 軽 中 重)
- 筋力の低下 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
- 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
- 関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
- 失調・不随意運動
 - ・上肢 右 左
 - ・下肢 右 左
 - ・体幹 右 左
- 褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
- その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

- 屋外歩行 自立 介助があればしている していない
- 車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
- 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

- 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助
- 現在の栄養状態 良好 不良
- 栄養・食生活上の留意点(_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生可能性の高い状態とその対処方針

- 尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり
- 意欲低下 徘徊 低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染症
- がん等による疼痛 その他(_____)
- 対処方針(_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

- 期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

- 訪問診療 訪問看護 看護職員の訪問による相談・支援 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導
- 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導
- 通所リハビリテーション その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

- ・血圧 特になし あり(高血圧症 _____)
- ・移動 特になし あり(左不全麻痺 _____)
- ・摂食 特になし あり(糖尿病 _____)
- ・運搬 特になし あり(左不全麻痺 _____)
- ・嚥下 特になし あり(_____)
- ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入してください)

- 無 有(_____) 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めたい場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

Blank box for special notes.

(3) 課題整理総括表の作成をきっかけとした指導・助言の一例

課題整理総括表

利用者名 A 殿

作成日 / /

・住環境や心理的な側面などの要因も分析できていますか？

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		① 左上下肢麻痺(脳梗塞後遺)	② 糖尿病	③ 下肢筋力低下				
状況の事実 ※1		④ どの程度の麻痺なのか、詳細情報を把握していますか？		⑤ これは原因疾患です。療養管理はできていますか？	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容)	
移動	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助	①、③	改善 維持 悪化	入院時は今よりも歩けていた
	屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助	①、③	改善 維持 悪化	
食事	食事内容	支障なし 支障あり					改善 維持 悪化	妻が行い本人はせず
	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化	
	調理	自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり				③	改善 維持 悪化	現在Pトイレ利用
	排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助	①、③	改善 維持 悪化	立ち座りのみ妻が介助
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり				①	改善 維持 悪化	自分ではしていないが、右上肢は麻痺ないので自らできる機能もある
	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助	①	改善 維持 悪化	
服薬		自立	見守り	一部介助	全介助	①、②	改善 維持 悪化	
入浴		自立	見守り	一部介助	全介助	①、③	改善 維持 悪化	現在はデイでのみ入浴
更衣		自立	見守り	一部介助	全介助	①	改善 維持 悪化	時間はかかるが自分でできる
掃除		自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化	妻が行い本人はしていない
洗濯		自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化	
整理・物品の管理		自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化	
金銭管理		自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化	
買物		自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化	
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり				①	改善 維持 悪化	呂律回らない時もあるがゆっくりなら可
認知		支障なし 支障あり					改善 維持 悪化	
社会との関わり		支障なし 支障あり				①、③	改善 維持 悪化	体力不足と失禁ゆえ外出不安あり
褥瘡・皮膚の問題		なし あり					改善 維持 悪化	
問題行動		なし あり					改善 維持 悪化	
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり					改善 維持 悪化	
居住環境		支障なし 支障あり					改善 維持 悪化	

利用者及び家族の生活に対する意向	自宅生活を継続し、また友人と外出できるようになりたい
------------------	----------------------------

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)【案】	※6
○ 自宅での活動量が増えることにより、家のトイレを自力で利用でき、自宅でのシャワー浴が出来るようになる可能性がある。また、下肢筋力が回復することで失禁の頻度も減る可能性がある。 排泄：支障あり⇒なし 排泄動作：一介⇒見守り 入浴：全介⇒見守り	自宅でトイレや入浴、歯磨きなど身の回りのことは自分でできるようにしたい	1
○ 動作のアセスメントと用具の活用により、口腔ケアの一部を自らでき、口腔衛生も改善する可能性がある。 口腔衛生：支障あり⇒なし 口腔ケア：全介⇒一介	友人とともに近隣の外出ができるようになりたい	2
○ 認知機能に問題はないので、下肢筋力向上の継続により散歩や近所までの買い物に行けるようになる可能性がある。 屋外移動：一介⇒見守り 社会との関わり：支障あり⇒なし	・動作の視点だけでなく、自宅の洗面所の環境を改善する支援の可能性も検討しましたか？	
・外出の不安の解消の観点は無くても良いのでしょうか？ 外出を実現するための課題は本当に下肢筋力低下だけなのでしょうか？		

・本当に「支障なし」ですか？ 階段が外出不安の原因になってないでしょうか？

(4) 評価表

評価表

利用者名 A 殿

作成日 2013/ 8 / 31

短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス 種別	※1		
日中は自宅のトイレを使うことができる	2013/6/1 ～ 2013/8/31	下肢筋力向上トレーニング	通所介護	〇〇〇ケアセンター	△	ご本人の意欲も高く、体力の向上傾向がみられるが、 まだふらつきがあり、疲れやすい。
		日中等体力のあるときに、 早めに自宅のトイレへ移動して 使う練習をする	本人			
妻に助けってもらいながら、自宅で身だしなみを整えられる	2013/6/1 ～ 2013/8/31	シャワー浴の見守り、更衣しやすい被服等の工夫の提案	通所介護	〇〇〇ケアセンター	○	ご本人の意欲も高く、取り組んでいらっしゃいました。
		デイサービスでの食後の 歯磨きの実施	通所介護	〇〇〇ケアセンター	○	
		デイサービスに行かない日に 妻の見守りのもと、シャワー浴 を行う	本人		○	妻の協力のもと、週2回程度取り組んでいらっしゃいます。

• 体力の向上の根拠は？
• 体力向上でもふらつきや疲れの要因は？

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現度合いを 5 段階で記入する(◎:短期目標は予想を上回って達せられた、○:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、△:短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

6. 課題整理総括表の記載の一例

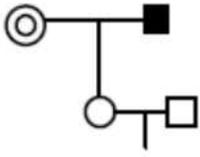
ここでは、課題整理総括表を活用する参考として、要介護度の異なる5つの記載例を掲載しています。ただし、この記載例は「このように記載すべき」というものではありません。

本書式は、介護支援専門員に係る研修の場面、介護支援専門員自身の振り返りや OJT における指導・助言の場面、サービス担当者会議での関係者間の意識の共有等の多職種協働の場面で活用し、課題の抽出過程での視点の抜け漏れを防いだり、さらに追加して収集すべき情報を確認したりして、課題の整理や支援の方向性に関する共有と理解を深めるきっかけとすることをねらいとしています。

ここでは、アセスメントした結果から、課題整理総括表を活用して課題分析し、生活全般の解決すべき課題(ニーズ)を導いた例を掲載しています(あくまでも一例なので、他の分析もありえます)。

■事例1（要支援2）

◎基本情報に関する項目

受付年月	2013年6月〇日						
受付担当者	〇田〇子		受付方法	来所による相談			
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	D		性別	女性	年齢	76歳
	住所	京都市〇〇区〇〇町					
	連絡先	電話番号(****-****) その他()					
家族状況	 <p>区内に一人娘が夫と孫(男の子)と共に3人で在住。 普段は朝から晩まで就業しており、あまり来訪していない</p>						
生活状況	<p>【性格・職業等】結婚後、専業主婦として家庭を切り盛りしてきた。温厚で近所の同世代の住民とも顔見知りが多く、会うと会話を楽しみ、明るい性格である。</p> <p>【経過】夫は数年前に死去。エレベーターのない3階に独居。和式トイレであり、両膝の痛みがあり、日常生活の中でトイレの立ち座りや室内外での歩行に支障をきたしていたため、住宅改修によるトイレの手すり設置や浴室前に手すり、電動の自立支援ベッドと手すり、室内用歩行器の貸与を行った。また腰掛け便座を購入して、両膝への負担を軽減するよう支援を行った。両膝を曲げる動作に支障があることから、買い物や掃除が困難と思われ、訪問介護の利用を提案するが、できる限り他者に頼りたくないとの本人の希望があり、平成25年4月現在も、福祉用具のみで家事全般について支援は行っていない。</p>						
利用者の被保険者情報	<p>介護保険 被保険者番号 *****</p> <p>後期高齢者医療保険 被保険者番号 *****</p>						
現在利用しているサービスの状況	<p>介護予防特定福祉用具販売(腰掛け便座)</p> <p>介護予防住宅改修 (トイレ内の手すりの取り付け)</p> <p>介護予防福祉用具貸与(歩行器、手すり)自費レンタルベッド</p> <p>隣人(週2回 ゴミ捨て援助)</p>						
障害老人の日常生活自立度	J-2		認知症である老人の日常生活自立度	自立			
主訴	平成23年4月に両膝が痛く、自宅内のトイレが和式であるため立ち座りに支障をきたしていると本人より連絡があり、介護保険で住宅改修をしてほしいと希望したことが関わりの始めであった。要支援認定申請代行を行った。						
認定情報	要支援2(平成25年5月1日~平成26年4月30日)						
課題分析(アセスメント)理由	更新のため定時アセスメント						

課題整理総括表

利用者名 D 殿

作成日 2013年6月〇日

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①偏った食生活・肥満	②糖尿病の理解が不十分	③両変形膝関節症	
		④住環境(階段、坂道)	⑤歯の欠損	⑥サービス利用に対する抵抗感	
状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容)
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	* 両膝の痛みあり、室内では手すりや歩行器を使用。
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	屋外はシルバーカー使用。
食事	食事内容	支障なし 支障あり	① ② ⑥	改善 維持 悪化	* 軟らかく、脂っこい食事が好きで、毎晩500mlのビールを飲む習慣がある。体重73kg。
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	* 欠損している歯が数本あり、咀嚼がしっかりできない。歯茎より出血あり。
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	* 炊事は好きであり自力で行っている。
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	* トイレは腰掛便座・手すり設置済み
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり	⑤	改善 維持 悪化	
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	* 忘れることなく服薬できている
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	* 浴槽の出入りがしづらく、シャワーで済ませることも多い。
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
掃除		自立 見守り 一部介助 全介助	③	改善 維持 悪化	* 掃除は身の回りのみ粘着ローラーで行うが、掃除機や拭き掃除は膝の痛みと関節可動域制限のため行うことができない。
洗濯		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
整理・物品の管理		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
金銭管理		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
買物		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	* 買い物は自分の目で見たいので歩行器を利用してゆっくり行く。
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
認知		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
社会との関わり		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	* 娘とは電話連絡は時々している。近隣住民とは関係は良好。ヘルパーの支援に対して抵抗感あり。
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
問題行動		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	* 娘が同区内在住であるが就業のため訪問は月1回程度。
居住環境		支障なし 支障あり	④	改善 維持 悪化	* エレベーターのない3階 スーパー等へは坂道がある。
				改善 維持 悪化	

利用者及び家族の 生活に対する意向	【本人】自宅に他人を入れたくないのでヘルパーに頼りたくない。 【介護者(娘)】同区内に住んでいるが終日仕事をしており頻りに母を訪ねられないため、できることは自分でしてほしい。	
見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】	※6
1. 歯を治療することにより、食事形態も普通のもので、咀嚼回数が増え満腹感も得ることができるようになる。	しっかり歯を治して何でも食べられるようになりたい。	1
2. 食事指導により食事内容を変更し、内服薬の継続と、適度な運動を行うことで、体重が減少し、高血圧や糖尿病合併症予防ができる可能性がある。	食生活に気をつけて高血圧や糖尿病が悪くならないようにしたい。	2
3. 両膝の痛みに対して、負荷を減らし、注射等を行うことで、痛みが悪化せず、現状を維持(買物・階段昇降)し転倒を予防できる。	転倒しないように買物や階段昇降を続けたい。	3
4. 現状出来ていない拭き掃除の支援を受けることで、一人暮らしの不安が軽減できる。	出来ていない拭き掃除だけは手伝ってもらい、不安のない生活を送りたい。	4

■事例2（要介護3）

◎基本情報に関する項目

受付年月	平成 25 年 6 月〇日					
受付担当者	〇川〇子	受付方法	電話による			
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	A	性別	男性	年齢	80 歳
	住所	京都市〇〇区〇〇町				
	連絡先	電話番号(075-***-****) その他()				
家族状況						
生活状況	<p>【性格・職業等】義理人情の話が好き。高倉健のビデオを観て過ごしている。頑固な性格。薬関係の仕事をされており結婚後は夫婦で自営業を営まれていた。平成 6 年頸椎後縦靭帯骨化症発症により閉じて長女の近くにマンションを購入し生活を送っている。</p> <p>【かかわりの経過】訪問リハビリ、訪問看護、福祉用具の利用で在宅生活を送っていたが平成 22 年頃より転倒が頻回となり徐々に歩行も困難になり、手すりの追加、夜間対応型訪問介護も契約した。平成 25 年 3 月、肺炎で入院。平成 25 年 5 月、血尿で入院時には慢性腎不全も悪化、透析も検討が必要と言われた。入院中腎臓食で退院に向け簡単な栄養指導を受けて 6 月自宅に退院した。退院後は訪問診療が開始された。</p>					
利用者の被保険者情報	介護保険証番号 *****					
現在利用しているサービスの状況	<p>訪問診療(1 回/2 週)</p> <p>訪問看護(1 回/週)全身状態の観察、体重測定、必要時浣腸</p> <p>訪問リハビリ(1 回/週)関節可動域訓練、歩行訓練</p> <p>訪問介護(毎朝)モーニングケア、排泄介助、居間までの移動介助 (1 回/2 週)入浴介助 (1 回/週)掃除</p> <p>夜間対応型訪問介護</p> <p>福祉用具貸与:特殊寝台・付属品、歩行器、車イス・車イス付属品、手すり</p> <p>特定福祉用具販売:補高便座、入浴補助用具(シャワーチェア、浴槽台、浴槽手すり)</p> <p>住宅改修:トイレ、浴室手すり設置</p>					
障害老人の日常生活自立度	B2	認知症である老人の日常生活自立度	自立			
主訴	平成 17 年、急性心筋梗塞で入院。頸椎後縦靭帯骨化症による下肢筋力低下がありリハビリ科で歩行訓練中、退院に向け住宅改修、福祉用具(ベッド、車イス)、訪問看護、訪問リハビリの相談が長女から入った。その後支援が開始となった。					
認定情報	要介護 3 平成 25 年 5 月〇日から平成 26 年 5 月 31 日まで					
課題分析(アセスメント)理由	状態の著変時のアセスメント					

課題整理総括表

利用者名 A 殿

作成日

2013年6月〇日

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		① 頸椎後縦靭帯骨化症・下肢筋力低下		② 妻からの支援が受けられない		③ 貧血	
		④ 慢性腎不全		⑤ 住環境(浴室、トイレ、マンション入口)		⑥	
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3	改善/維持の可能性※4		備考(状況・支援内容)
移動	室内移動	自立	見守り 一部介助 全介助	①③	改善 維持 悪化	廊下を歩行していた時はよく転倒していた。居間への移動はヘルパーが車椅子で介助している。屋外は移動していない。	
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助	①③⑤	改善 維持 悪化		
食事	食事内容	支障なし 支障あり		③④	改善 維持 悪化	排尿はオムツ内、排便はトイレ移動し自分で浣腸施行。	
	食事摂取	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
	調理	自立	見守り 一部介助 全介助	①②	改善 維持 悪化		
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり		①④	改善 維持 悪化	朝の洗顔、歯磨きは洗面所使用。	
	排泄動作	自立	見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化		
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり		①②⑤	改善 維持 悪化	入浴はヘルパー介助でシャワー浴。	
	口腔ケア	自立	見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化		
服薬		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
入浴		自立	見守り 一部介助 全介助	①③⑤	改善 維持 悪化		
更衣		自立	見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化		
掃除		自立	見守り 一部介助 全介助	①②	改善 維持 悪化		
洗濯		自立	見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化		
整理・物品の管理		自立	見守り 一部介助 全介助	①②	改善 維持 悪化		
金銭管理		自立	見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化		
買物		自立	見守り 一部介助 全介助	①②⑤	改善 維持 悪化		
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化		
認知		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化		
社会との関わり		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化		
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化		
問題行動		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化		
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり		②	改善 維持 悪化		
居住環境		支障なし 支障あり		⑤	改善 維持 悪化		
					改善 維持 悪化		

利用者及び家族の生活に対する意向	【本人】できるだけ人の世話にはなりたくない。病気がよくなるなら家で過ごしたい。【介護者】妻:必要な検査は受けて治療してほしい。私も病気で介護できない事が辛い気持ちをわかってほしい。娘:母の不安や負担を軽減してほしい。	
見通し ※5	生活全般の解決すべき課題(ニーズ) 【案】	※6
1.リハビリを継続することにより手すりを使ってトイレまで歩くことができ、嫌な介助(ベッドの上で訪問看護師が浣腸をすること)を受けず、自分で排便ができる可能性がある。	人に頼らずに排便がトイレで行えるようになりたい。	

■事例3（要介護4／小規模多機能を利用している事例）

◎基本情報に関する項目

受付年月	2013年6月〇日						
受付担当者	〇村〇男		受付方法	電話による			
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	F		性別	女	年齢	72歳
	住所	京都市〇〇区〇〇町					
	連絡先	電話番号(***-****) その他()					
家族状況							
生活状況	<p>【性格・職業等】戦後より現住所に住んでいる。3人姉妹の一番下。姉と同居。夫も結婚以来同居。子供はいない。長年小売業に勤め、リーダー的な役割を果たし、定年まで勤める。綺麗好き、丁寧。動物や小さい子供が好き。認知症を発症するまでは、姉に口ごたえなどしなかった。姉とは仕事と家事を協力しながら生活してきた。</p> <p>【経過】平成22年3月より小規模多機能の利用開始。まずは通いサービスから始める。平成23年7月に宿泊を試してみるが、拒否があり帰宅。通所を週4回に増やす。平成24年3月夫が急病。急遽2泊3日の宿泊をする。以降、定期的宿泊が可能になった。平成25年3月夫と歩行中に転倒する。ADLが低下し、感情の起伏が激しくなった。気分の波によっては食事しない。トイレ誘導、入浴介助などに応じないことが増えた。平成25年4月、医師より血糖を測定し、その値によってインスリンの単位数を調整するように指示があった。通いの際は事業所で、それ以外は夫がしていたが、週1回訪問看護を導入することとなった。</p>						
利用者の被保険者情報	介護保険 被保険者証 番号 ***** 国民健康保険 番号 *****						
現在利用しているサービスの状況	小規模多機能型居宅介護サービス(通所 週5回 内2泊3日の泊りを含む) 訪問看護(週1回 血糖値測定とインスリン注射)						
障害老人の日常生活自立度	A1		認知症である老人の日常生活自立度	IIIb			
主訴	平成17年に認知症を発症。糖尿病がありインスリン注射をしているが、時間がわからなくなり、夫が声かけ見守りを行っている。認知症デイを利用していたが、朝、起きるのが遅いので迎えの時間に準備ができない。また、行っても他の利用者とうまくいかず、利用をやめてしまった。本人と姉との折り合いが悪く、夫の精神的ストレスが蓄積していた。本人が通所に通うことで夫の精神面のリフレッシュと、本人の生活習慣の改善(起床時間や食事時間)の改善を図りたい、と平成22年2月に相談を受けた。						
認定情報	要介護4 平成25年4月1日～平成27年3月31日						
課題分析(アセスメント)理由	定時アセスメント						

課題整理総括表

利用者名 F 殿

作成日

2013/6/○

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		① 混合性認知症	② 下肢筋力低下	③ 同居家族との折り合い
状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助	②	改善 維持 悪化
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助	②	改善 維持 悪化
食事	食事内容	支障なし 支障あり	①③④⑤	改善 維持 悪化
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助	①④	改善 維持 悪化
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助	①③	改善 維持 悪化
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり	①	改善 維持 悪化
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助	①④	改善 維持 悪化
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	①④	改善 維持 悪化
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助	①②	改善 維持 悪化	
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助	①④	改善 維持 悪化	
掃除	自立 見守り 一部介助 全介助	①③	改善 維持 悪化	
洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	
整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	
金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	
買物	自立 見守り 一部介助 全介助	①②③	改善 維持 悪化	
コミュニケーション能力	支障なし 支障あり	①④	改善 維持 悪化	
認知	支障なし 支障あり	①④	改善 維持 悪化	
社会との関わり	支障なし 支障あり	①③④	改善 維持 悪化	
褥瘡・皮膚の問題	支障なし 支障あり	①	改善 維持 悪化	
問題行動	支障なし 支障あり	①③④	改善 維持 悪化	
介護力(家族関係含む)	支障なし 支障あり	③	改善 維持 悪化	
居住環境	支障なし 支障あり	⑥	改善 維持 悪化	
			改善 維持 悪化	

利用者及び家族の生活に対する意向	見通し ※5	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)【案】	※6
【本人】人にいろいろ言われると苛立ち、賑やかな場所が苦手。人に気を使わずに過ごしたい。【介護者】夫: 本人の機嫌を損ねないように気を遣いながら、本人と一緒にこの家で暮らしたい。姉: 口出しすると苛立られるのでずっと見守りたい。	1、日中の活動や近隣までの散歩など、運動量を増やすことで、自宅での階段昇降の維持と、以前のように買い物に行くことができるようになる 2、食事の準備や後片付け、洗濯物たたみ等一緒に行くことで、本人の役割が継続でき、気分も落ち着くことができる。 3、本人が席を立ったタイミングで、トイレを促すことにより、排尿の失敗がなくなり、夫の負担も軽減できる。 4、本人の気分を害する要因を取り除くことにより、興奮せず毎食食事もとれ、介護抵抗もなく、低血糖も起こさず、糖尿病の悪化を予防することができる。	階段昇降ができる状態を維持したい。 事業所では食事の準備や後片付けなど出来ることを続けたい。 人の世話にならずトイレで排泄したい。 穏やかな気分で過ごし、糖尿病も悪くならないようにしたい。	2 3 4 1

■事例4（要介護5／特別養護老人ホーム入居者の事例）

◎基本情報に関する項目

受付年月	平成24年3月20日					
受付担当者	○田○子	受付方法	電話による			
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	G	性別	男	年齢	91歳
	住所	A県〇〇市〇〇町				
	連絡先	電話番号(***-****) その他()				
家族状況						
生活状況	<p>【性格・職業等】 A県生まれ。結婚後3人の子供を授かる。夫は役15年前に病死。若い頃から80歳頃まで日本料理の調理師をしていた。穏やかな方で言葉が不明瞭な事を気にされている。一生懸命に意思を伝えようと努力される。</p> <p>【経過】 入所後、H22年10月尿路感染症にて入院、H22年11月退院、H23年12月：急性腎盂炎にて入院、H24年1月：退院と入退院を繰り返してADL低下は顕著、H24年1月：食事・水分摂取困難にて入院、入院中に状態悪化し、今後の方針について相談し胃ろうを決意されるが体調悪化の為、胃ろう造設術は出来ず余命は数日と説明がされる。</p> <p>その後奇跡的に回復されH24年3月 胃ろう造設術施行、「訓練次第では多少の経口による食事摂取も可能」と主治医から本人と家族に説明があったので、H24年3月「退院後は施設で嚥下訓練をして少しでも口から食べる事を継続させてやりたい」と家族から相談があり、退院後の食事についての検討を多職種連携にて行う事となった。H24年4月 退院されて施設に戻られた。</p>					
利用者の被保険者情報	介護保険 被保険者証 番号 ***** 国民健康保険 番号 *****					
現在利用しているサービスの状況	特別養護老人ホーム入所中(ユニット個室) 【医療機関】 胃ろう管理(A病院・消化器内科)、パルーンカテーテル留置(B病院・泌尿器科)					
障害老人の日常生活自立度	C1	認知症である老人の日常生活自立度	IV			
主訴	<p>【本人】もっと口から美味しいものを食べたい。</p> <p>【家族】こんな状態になってしまったが出来るだけ家族に近い所で暮らして欲しいと思っています。制限は有ると思いますが、もう高齢ですので好きなものを好きなだけ食べて貰いたいです。本人の希望でもあるので誤嚥リスクが有りますが、口から好きなものを少しでも食べられる様に支援してもらいたいです。</p>					
認定情報	要介護5 認定の有効期間 24年4月1日～26年3月31日					
課題分析(アセスメント)理由	定時アセスメント					

課題整理総括表

利用者名 G 殿

作成日 平成25年6月〇日

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①胃ろう造設	②神経因性膀胱炎	③パーキンソン症候群	
状況の事実 ※1		④四肢の筋力低下・拘縮	⑤認知症	⑥独居(特養入所中)	
状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容)
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助	③④	改善 維持 悪化	・移乗は二人介助でリクライニング車椅子にて、施設内移動可能。終日居室で過ごす。 ・施設外移動も車椅子で全介助。通院や施設周辺の散歩を行っている。
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助	③④	改善 維持 悪化	
食事	食事内容	支障なし 支障あり	①③④	改善 維持 悪化	・NS・STの介助にて昼食ムース食は経口摂取している。胃ろうチューブ半年毎に交換。
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助	①③④⑤	改善 維持 悪化	・注入食・昼食ともに全介助である
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助	④⑤⑥	改善 維持 悪化	・カテーテルは4週間毎に泌尿器科受診で交換している。
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり	②③④⑤	改善 維持 悪化	・おむつ交換、膀胱留置カテーテルの管理を行っている。
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助	②③④⑤	改善 維持 悪化	・訪問歯科衛生士と連携し全介助している。
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり	①③④⑤	改善 維持 悪化	・朝夕全介助している。
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	③④⑤	改善 維持 悪化	・胃ろうチューブより全介助にて注入。
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助	④⑤	改善 維持 悪化	・全介助で週2回のストレッチャー浴。	
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助	③④⑤	改善 維持 悪化	・四肢麻痺及び拘縮あり、ゆっくと全介助。	
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助	③④⑤	改善 維持 悪化	・IADL関連は施設入所にて、施設で全て行っている。	
掃除	自立 見守り 一部介助 全介助	④⑤⑥	改善 維持 悪化	・IADL関連は施設入所にて、施設で全て行っている。	
洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助	④⑤⑥	改善 維持 悪化		
整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 全介助	④⑤⑥	改善 維持 悪化		
金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助	⑤⑥	改善 維持 悪化		
買物	自立 見守り 一部介助 全介助	④⑤⑥	改善 維持 悪化		
コミュニケーション能力	支障なし 支障あり	⑤	改善 維持 悪化		
認知	支障なし 支障あり	⑤	改善 維持 悪化		
社会との関わり	支障なし 支障あり	④	改善 維持 悪化	・施設リビングで時々交流をする。	
褥瘡・皮膚の問題	支障なし 支障あり	③④	改善 維持 悪化	・体位交換実施・体圧分散マット使用	
問題行動	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	・現在はなし、落ち着いている。	
介護力(家族関係含む)	支障なし 支障あり	⑥	改善 維持 悪化	・長男夫婦(同居は出来ない)	
居住環境	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	・特養入所中	
			改善 維持 悪化		

利用者及び家族の 生活に対する意向	本人:もっと口から美味しいものを食べたい。 家族:できるだけ家族に近い所で暮らしてほしい。好きなものを少しでも口から食べられるようにしてあげたい。	
見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
1. リビングに移動介助を行ったり、外出支援をすることにより、他の入所者との交流も増え、生活の中で楽しみを持つことが出来る。	介助により日中は他の入所者とリビングで交流したり、外出支援を行うことが望ましい。	4
2. 定期的な泌尿器科への受診によるカテーテル交換、日々のカテーテル管理を行うことにより、尿路感染を予防することが出来る。	→日中はベッドから離れて過ごしたい。 膀胱内カテーテルからの感染を予防することが必要である。	
3. 関節可動域訓練や体位変換、皮膚の清潔保持、栄養管理、体圧分散マットの使用継続により、四肢拘縮や褥瘡予防ができ、本人が苦痛なく過ごすことができる。	→カテーテルによる不快なく生活したい。	2
4. 現在行っている昼食の介助と口腔ケアにより、誤嚥性肺炎を起こさず、口から食べる楽しみを満たすことができる。	褥瘡や四肢の拘縮を予防する必要がある。 →床ずれをつくらず手足が固まらない様になりたい。	
	誤嚥性肺炎や胃ろうのトラブルを起こさず、現在の食事が継続できること。 →誤嚥性肺炎を起こさず、口からの食事を楽しみたい。	3
		1

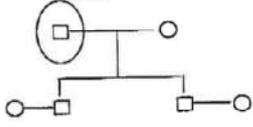
■事例5（要介護1）

※ケアプランの見直しに課題整理総括表を作成して、見直しに反映させた活用例

○基本情報

事例シート

◎基本情報に関する項目

受付年月	平成〇〇年 〇月 〇日					
受付担当者	〇山 〇男					
受付方法	地域包括支援センター経由で連絡					
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	G	性別	男	年齢	84歳
	住所	北九州市				
	連絡先	電話番号(093-***-****) その他(090-****-****)				
家族状況	 <p>長男と次男は同敷地で勤務。妻はグループホーム入所中。</p>					
生活状況	<p>【性格・職業等】 熊本の農家に生まれる。18歳で長崎造船所へ徴兵。19歳で小倉北方へ入隊する。満州へ行く予定だったが終戦を迎え、21歳のときに●●に就職した。65歳まで製造現場に携わる。結婚は27歳のとき(妻22歳)。社宅などに移り住み、約45年前から現住所に在住。定年退職後のシルバー人材センターで選定作業などを行っていた。夫婦ふたり暮らし。</p> <p>【住環境】 一戸建て、自室あり。駐車場無。幹線道路に近い坂の上にある住宅街。徒歩圏にスーパーなど無。</p> <p>【生活状況】 以前は電動自転車で出かけていたが、足腰が悪くなってからは通院と庭仕事、テレビ、新聞が中心の毎日。自室の掃除や洗濯は自分のものは自分で行っている。家には健康器具が多くあるがあまり使用していない。現在はシニアカーを介護保険で導入し通院に利用している。夫婦二人暮らしで、妻も足が悪いため、通院・買い物はタクシーを利用している。買い物は長男・次男それぞれが月に2～3回ずつ訪問して支援している。 趣味は盆栽と植木の手入れ。地域との交流は以前はあったが、現在は挨拶程度。</p>					
利用者の被保険者情報	被保険者番号 *****					
現在利用しているサービスの状況	訪問介護、住宅改修、福祉用具貸与					
障害老人の日常生活自立度						
認知症である老人の日常生活自立度						
主訴	高齢老夫婦二人暮らし。子ども二人は夫婦共働きで十分支援できない。二人とも介護保険サービスを利用し在宅生活を支援してほしい。長男・次男とも週1回程度の訪問をしているという。					
認定情報	要介護1（平成25年8月1日～平成26年1月31日）					
課題分析(アセスメント)理由	定時アセスメント					

○居宅サービス計画

第1表

居宅サービス計画書(1)【旧】

作成年月日 平成25年 1月 23日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 _____ 殿 生年月日 昭和2年 7月 ○ 日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 福岡県北九州市〇〇区 _____

居宅サービス計画作成(変更)日 平成25年1月23日 初回居宅サービス計画作成日 平成25年1月25日

認定日 平成24年12月26日 認定の有効期間 平成25年2月1日～ 平成25年7月31日

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	(本人) 自分ができることは自分でしようと思う。転倒に気をつけて生活したい。閉じこもりにならないようにしたい。 (家族) 忘れっぽいところはあるけれど、家族で買い物等の支援をしながら今の生活ができるだけ続いてほしいと思う。 介護保険サービスで必要な支援を受けられるようならお願いしたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	(特になし)
総合的な援助の方針	ご夫婦でそれぞれが役割を持ちながら在宅生活が継続できるとよいと思います。転倒せず生活できることが大切です。 外出機会を持ち続けられるように引き続きシニアカーの利用を計画します。 ご夫婦だけでは難しくなってきた家事についても、ご本人様・ご家族と相談しながら支援を検討したいと思います。 (かかりつけ医) 093-000-0000 [〇〇医院 Dr.〇〇] 緊急連絡先(長男) 080-0000-0000
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他()

第2表

居宅サービス計画書(2)【旧】

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	目標				援助内容						
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間	
通院治療を受けながら体調管理を行い、自分のことは自分でできる生活が継続できる	体調管理ができ、自分の役割が継続できる	H25.2.1-H25.7.31	(体調に合わせて) 庭の手入れや自分の部屋の掃除や洗濯が続けられる	H25.2.1-H25.4.30	庭の手入れ…体調をみて、無理はない		本人		体調に合わせて	H25.2.1-H25.4.30	
					自分の部屋の掃除…屈み動作など	○	訪問介護	検討	検討	H25.2.1-H25.4.30	
					腰や膝に負担がかかる部分は手助けしてもらう		家族・介護者		体調に合わせて	H25.2.1-H25.4.30	
			通院による治療の継続ができる	H25.2.1-H25.4.30	洗濯	神経痛		本人		体調に合わせて	H25.2.1-H25.4.30
						白内障		病院(通院)	○クリニック	週2回	H25.2.1-H25.4.30
						前立腺肥大術後(頻尿あり)		病院(通院)	K眼科	2ヶ月に1回	H25.2.1-H25.4.30
						白癬ほか		病院(通院)	U泌尿器科	月1回	H25.2.1-H25.4.30
						咽頭不快・左難聴		病院(通院)	Y皮膚科	月1回	H25.2.1-H25.4.30
						う歯・義歯の調整		病院(通院)	I耳鼻科	週2回	H25.2.1-H25.4.30
						う歯・義歯の調整		病院(通院)	T歯科	週1回	H25.2.1-H25.4.30
						転倒しない	H25.2.1-H25.4.30	毎日、テレビ体操を行う(筋力維持増進)	室内環境を整える(整理整頓)		本人
			動線上の障害物除去	○	訪問介護				検討	検討	H25.2.1-H25.4.30
			必要箇所の住宅改修(手摺検討)		家族・介護者					訪問時	H25.2.1-H25.4.30
			必要箇所の住宅改修(手摺検討)	○	住宅改修				検討	毎日	H25.2.1-H25.4.30
			外出できる環境を整え、閉じこもりにならない生活ができる	H25.2.1-H25.7.31	安全運転に配慮し、外出ができる	H25.2.1-H25.4.30	ベッド利用により起居動産が安全で楽に行える	○	福祉用具貸与	検討	検討
電動車椅子の利用方法や注意点の指導やアドバイス、メンテナンスを行う	○	福祉用具貸与					(株)H	一時・レンタル	H25.2.1-H25.4.30		
電動車椅子の利用方法や注意点を確認し、安全に運転する。		本人						利用時	H25.2.1-H25.4.30		
				電動車椅子の実際利用にあたっては、安全を確認する。注意が必要な場合は、本人と利用についての振り返りを行う。必要に応じて医師などに相談する。		本人		必要時適宜	H25.2.1-H25.4.30		

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。 ※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第1表

居宅サービス計画書(1)【新】

作成年月日 平成25年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 昭和2年 7月 〇日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 福岡県北九州市〇〇区

居宅サービス計画作成(変更)日 平成25年10月8日 初回居宅サービス計画作成日 平成25年4月17日

認定日 平成25年9月4日 認定の有効期間 平成25年8月1日～平成26年1月31日

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	(本人) 自分ができることは自分でしようと思う。転倒に気をつけて生活したい。閉じこもりにならないようにしたい。 (家族) 忘れっぽいところはあるけれど、家族で買い物等の支援をしながら今の生活ができるだけ続けてほしいと思う。介護保険サービスで必要な支援を受けられるようならお願いしたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	(特になし)
総合的な援助の方針	体調管理をしながらメリハリをつけながら転倒しない生活をできるとよいと思います。 外出機会を持ち続けられること、難しくなってきた家事についてもご本人様・ご家族と相談しながら支援を県と衰退と思います。 (かかりつけ医) 093-000-0000 [〇〇医院 Dr.〇〇] 緊急連絡先(長男) 080-0000-0000
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他()

居宅サービス計画書(2) 【新】

作成年月日 年 月 日

利用者名 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	殿 目標				援助内容							
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間		
通院治療を受けながら体調管理を行い、自分のことは自分でできる生活が継続できる	体調管理ができ、自分の役割が継続できる	H25.8.1-H26.1.31	(体調に合わせて)庭の手入れや自分の部屋の掃除や洗濯が続けられる	H25.11.1-H26.1.31	庭の手入れ…体調をみて、無理はしない		本人		体調に合わせて	3ヶ月		
					自分の部屋の掃除…屈み動作など腰や膝に負担がかかる部分は手助けしてもらう	○	①本人 ②家族・介護者 ③訪問介護	③Kヘルパーセンター	①体調に合わせて ②適宜 ③週2回	3ヶ月		
					洗濯(本人に相談しながら支援する)		①本人 ②家族・介護者		①体調に合わせて ②適宜	3ヶ月		
					調理	○	①本人 ②家族・介護者 ③訪問介護	③Kヘルパーセンター	①体調に合わせて ②適宜 ③週2回	3ヶ月		
					買い物	○	①本人 ②家族・介護者 ③訪問介護	③Kヘルパーセンター	①体調に合わせて ②適宜 ③週2回	3ヶ月		
					通院による治療の継続ができる	H25.11.1-H26.1.31	神経痛		病院(通院)	○クリニック	週2回	3ヶ月
					白内障			病院(通院)	K眼科	2ヵ月ごと	3ヶ月	
					前立腺肥大術後(頻尿あり)			病院(通院)	U泌尿器科	月1回	3ヶ月	
					白癬ほか			病院(通院)	Y皮膚科	月1回	3ヶ月	
					咽頭不快・左難聴			病院(通院)	I耳鼻科	週2回	3ヶ月	
					う歯・義歯の調整			病院(通院)	T歯科	週1回	3ヶ月	
					転倒しない	H25.11.1-H26.1.31	毎日、テレビ体操を行う(筋力維持増進)		本人		毎日	3ヶ月
					指導やアドバイスのもと運動や体操(機能訓練)を行う			①本人 ②通所サービス	①②検討		3ヶ月	
					入浴を安全に行う(入浴の自立支援)			①通所サービス ②訪問介護	①検討 ②Kヘルパー	②週1回	3ヶ月	
					室内環境を整える(整理整頓) 動線上の障害物除去		○	①本人 ②家族・介護者 ③訪問介護	③Kヘルパーセンター	①体調に合わせて ②適宜 ③週2回	3ヶ月	
					必要箇所の住宅改修(手摺検討)		○	①住宅改修 ②福祉用具貸与	(株)H北九	①②検討	3ヶ月	
					ベッド利用により起居動産が安全で楽に行える		○	福祉用具貸与	(株)H北九	検討	3ヶ月	
					外出できる環境を整え、閉じこもりにならない生活ができる	H25.8.1-H26.1.31	外出し楽しみのある生活ができる	H25.11.1-H26.1.31	電動車椅子の利用…①業者より方法や注意点の指導やアドバイス、メンテナンスを行う②電動車椅子の利用方法や注意点を確認し、安全に運転する。	○	①福祉用具貸与 ②本人	(株)H
定期的な外出機会、他者交流機会(行事・ゲーム・アクティビティへの参加)	○	①本人 ②通所サービス	①②検討	必要時適宜					3ヶ月			

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。 ※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

■事例6（要介護1）

※初任段階の介護支援専門員が作成した課題整理総括表に先輩が指導・助言を加えて修正し、その内容をケアプランの見直しに反映させた活用例

○基本情報

事例シート

◎基本情報に関する項目

受付年月	平成〇〇年 〇月 〇日					
受付担当者	〇田 〇朗					
受付方法	F市に住んでいる長女より新規の依頼あり					
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	H	性別	男	年齢	84歳
	住所	北九州市				
	連絡先	電話番号(093-***-****) その他(090-****-****)				
家族状況	子ふたり。長女は福岡県〇〇郡在住。長男は関東在住。 長女は月に1～2回訪問あり。					
生活状況	<p>【生活歴】 北九州市〇〇町生まれ。40年前に家建てて現在も住んでいる。学校卒業後、税理士として80歳まで働く。家事は全部妻がしており、したことがない。子どもは二人。子どもが家を出てから妻と二人暮らししていた。旅行等に妻と二人で行き、仲の良い夫婦生活を送っていたが、平成25年7月上旬に妻に癌がみつき、福岡市での入院生活を経て、8月〇日に亡くなった。</p> <p>【生活状況】 起床や就寝時間は決まっており、ある程度規則正しい生活は遅れている。前立腺肥大症があり、内服しているが夜間帯に4～5回はトイレに行っている。再入眠までは時間がかからない様子。 趣味は読書、旅行、ゲートボール。地域との交流はなし。</p>					
利用者の被保険者情報	被保険者番号 *****					
現在利用しているサービスの状況	訪問介護、通所介護、住宅改修					
障害老人の日常生活自立度	J2					
認知症である老人の日常生活自立度	II a					
主訴	<p>(本人)住み慣れた家でひとり暮らしを続けたい。掃除や身の回りのことがひとりでできないので支援してほしい。転倒やけがをせずに生活したい。</p> <p>(長女)平成25年8月22日に一緒に生活していた母が亡くなり、ひとり暮らしとなった。身の回りのことが一人でできない。家の中にずっといるので足腰の筋力低下が心配である。</p>					
認定情報	要介護1（平成25年7月1日～平成25年12月31日）					
課題分析(アセスメント)理由	定時アセスメント					

課題整理総括表(旧)

利用者名 殿

作成日 / /

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		① パーキンソン病	② 前立腺肥大症	③ 本人は家事をしたことがない	
		④ 糖尿病	⑤	⑥	
状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容等)
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	居室内は伝い歩きをしている。 外出時は杖を使っている。パーキンソン病があり、5分ほど歩くと足の出が悪くなる、1年前に比べると連続歩行できる距離が短くなっている。
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	
食事	食事内容	支障なし 支障あり	③ ④	改善 維持 悪化	決まった時間に栄養があるものを摂取できていない。 先月亡くなった妻がすべてしていたので家事をしたことがない。
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助	① ③	改善 維持 悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり	②	改善 維持 悪化	前立腺肥大のため夜間4~5回トイレに目覚める。居室からトイレまで早く歩けないので間に合わないことがある。夜間の排尿回数が増えないように内服薬でコントロールする。
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	薬の管理・通院は自分でしている。 週に1回体調の良い時に椅子に座ってシャワーを浴びている。浴槽への跨ぎがひとりできないので浴槽には2ヵ月ほど入っていない。
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
掃除		自立 見守り 一部介助 全介助	① ③	改善 維持 悪化	
洗濯		自立 見守り 一部介助 全介助	① ③	改善 維持 悪化	
整理・物品の管理		自立 見守り 一部介助 全介助	① ③	改善 維持 悪化	
金銭管理		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
買物		自立 見守り 一部介助 全介助	① ③	改善 維持 悪化	
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
認知		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
社会との関わり		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
問題行動		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化	娘が来られるのは月に1~2回。
居住環境		支障なし 支障あり	① ②	改善 維持 悪化	部屋の出入り口の段差があり、廊下に手すりがないなど、トイレまでの歩行に時間がかかる。
				改善 維持 悪化	

利用者及び家族の 生活に対する意向	(本人)住み慣れた家でひとり暮らしを続けたい。掃除や身の回りのことがひとりできないので支援してほしい。転倒やけがをせずに暮らしたい。(家族)母が亡くなった後ひとりになり不自由しているので支援してほしい。体調管理や転倒せずに生活できるよう支援してほしい。	
見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
体調にあわせてリハビリを行ったり、廊下に手すりを設置することで、歩行距離の延長や耐久性の向上を実現し、夜の自室からトイレまでの歩行がひとりで安全に行えると思われる。	転倒やけがをせずに生活したい。	1
パーキンソン病の悪化予防のための内服薬の自己管理を続けていくことが必要である。	できる家事を増やしたい。	3
他者の介助のもとで安全に入浴できるようにすることで、皮膚を清潔に保つ必要がある。		
食事の確保をし、決まった時間に摂取することで、体重と血糖値が安定すると思われる。		
身の回りのことについて自分でできることを増やすことで、独居での生活を続けられると思われる。	病気がこれ以上悪くならないようにしたい。	2

○居宅サービス計画書

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 _____ 殿 生年月日 昭和4年 5月 ○ 日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 福岡県北九州市○○区 _____

居宅サービス計画作成(変更)日 平成25年8月29日 初回居宅サービス計画作成日 平成25年8月29日

認定日 平成25年8月7日 認定の有効期間 平成25年7月1日～ 平成25年12月31日

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	(本人) 住み慣れた家でのひとり暮らしを続けたい。掃除や身の回りのことがひとりでできないので支援してほしい。 転倒や怪我をせずに生活したい。 (家族:長女) 今までは母が身の回りのことをしてくれていたが、母が亡くなって父はひとりになり、不自由しているので支援してほしい。 体調管理や転倒せずに生活できるように支援してほしい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	(特記事項なし)
総合的な援助の方針	住み慣れた環境の中でのひとり暮らしが続けられるように、受診や内服管理を続けましょう。 家の中や外出時の杖歩行が安定するように運動をするとともに、転倒せずに生活できる環境が整うように支援していきます。 身の回りのことが不自由なくできるように支援していきます。 本人や家族と連携を図りながら支援していきます。 (病院) 093-000-0000 [○○診療所 Dr.○○]
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他()

第2表

居宅サービス計画書(2)【旧】

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
転倒やけがをせずに生活したい	室内・外で転倒せずに生活できる		① 外出時の杖歩行が安定する ② 家の中をふらつかずに歩ける		足腰の筋力のための運動・指導・個別機能訓練・杖の使い方の指導	○	通所サービス			
					動線の障害物の撤去	○	訪問介護			
					住宅改修:玄関・トイレ・廊下・部屋の出入り口に手摺の設置:居室内が安全に歩行できる	○	住宅改修			
					居室内での運動・老人クラブへの参加・外出時は杖を使う。充分に気をつける。体調の悪い時は早めに受診する		本人			
					外出同行		家族			
					必要時デイサービスや福祉用具貸与の検討	○	ケアマネジャー			
ひとりでの入浴は不安なので安全に入れるようにしたい	安全に入浴ができる		③ 浴室を安全に移動ができて身体が洗える		入浴の一部支援・浴室での見守り・皮膚状態の観察・必要時の軟膏塗布	○	通所サービス			
					準備・着替えは自分で行う		本人			
					必要時デイサービスの利用回数の検討	○	ケアマネジャー			
病気がこれ以上悪くならないようにしたい	病状が安定する		④ 定期受診や内服の自己管理ができる ⑤ 決まった時間に食事がとれ体重が減少しない		診察・検査・指導		病院			
					定期受診・内服の自己管理・決まった時間帯に食事を摂る		本人			
					食事の下ごしらえ・食材の購入 宅配サービスの利用	○	訪問介護			
家事をやり慣れていないので支援してほしい	身の回りのことが不自由なくできる		⑥ 居室内の掃除や片付けが支援者と一緒ができる		居室内の掃除 環境整備 洗濯	○	訪問介護			
					片付け ゴミ捨て		本人			

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第2表

居宅サービス計画書(2)【新】

作成年月日 年 月 日

利用者名 _____ 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
転倒やけがをせずに生活したい	室内・外で転倒せずに生活できる		自室からトイレまで転倒なく歩ける		足腰の筋力のための運動・指導・個別機能訓練・杖の使い方の指導	○	通所介護			
					動線の障害物の撤去	○	訪問介護			
					住宅改修:玄関・トイレ・廊下・部屋の出入り口に手摺の設置:居室内が安全に歩行できる	○	住宅改修			
					居室内での運動・外出時は杖を使う。 必要時デイサービスや福祉用具貸与の検討	○	本人 ケアマネジャー			
			振戦や夜間帯の排尿回数が増えない		診察・検査 受診(タクシーを利用)・内服の自己管理		本人 病院			
お風呂にゆっくりと入りたい	安全に入浴ができる		見守りで浴槽内にひとりで入れる		入浴の一部支援・浴室内での見守り・皮膚状態の観察・必要時の軟膏塗布	○	通所サービス			
					準備・着替えや洗える部分は自分で行う		本人			
ひとり暮らしを続けるためにできる家事を増やしたい	自分で行える家事が増える		支援者と一緒に家事を行い手順を覚える		ゴミ出し・洗濯物干し/取り込み・献立の作成・食材の調理法説明・食事の下ごしらえ	○	訪問介護			
					ゴミの分別・洗濯機を回す・玄関の掃き掃除・ベッド周辺の片づけ・弁当の温め並びに片付け・宅配サービスの利用・朝食の準備		本人			

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

