

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 老健局振興課

介護保険最新情報

今回の内容

「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について

計47枚（本紙を除く）

Vol.379

平成26年6月17日

厚生労働省老健局振興課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしくお願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線3936)
FAX：03-3505-7894

事 務 連 絡

平成26年6月17日

各都道府県

介護保険主管部（局）御中

各 保 険 者

厚生労働省老健局振興課

「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

介護支援専門員は、要介護者等の心身の状態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ます。今後、さらに高齢者のみ世帯や一人暮らし高齢者数の増加が進み、地域全体で支援を必要とする高齢者を支える必要性も高まる中、これまでも増して、介護支援専門員の資質やケアマネジメントの質の向上に対する期待も大きくなっています。

そうした中、平成25年1月に「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会」において中間整理がとりまとめられ、「適切なアセスメント（課題把握）が必ずしも十分ではない」、「サービス担当者会議における他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はない」といった課題が指摘されたところです。

このため、

- ① 利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際に適切な情報共有に資することを目的とした「課題整理総括表」
- ② 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ことで、より効果的なケアプランの見直しに資することを目的とした「評価表」

を策定し、活用にあたっての手引きを作成いたしました。

つきましては、貴管内における介護支援専門員を対象とした研修に積極的に活用いただくとともに、介護支援専門員がサービス担当者会議や地域ケア会議等の場における多職種との情報共有や調整等に際して積極的な活用を推進するため、居宅介護支援事業所等への周知を図っていただくようお願いいたします。

課題整理総括表・評価表の活用の手引き

平成 26 年 3 月

厚生労働省老健局

目次

1. 課題整理総括表及び評価表の趣旨・目的.....	1
(1) 課題整理総括表及び評価表の趣旨.....	1
(2) 課題整理総括表及び評価表の活用における留意点.....	3
(3) 課題整理総括表及び評価表の主な活用場面等.....	4
2. 課題整理総括表の様式と記載要領.....	6
(1) 本様式の活用の基本的な考え方.....	6
(2) 課題整理総括表の様式.....	7
(3) 課題整理総括表の記載項目及び記載要領と留意点.....	8
3. 評価表の様式と記載要領.....	13
(1) 本様式の活用の基本的な考え方.....	13
(2) 評価表の様式.....	14
(3) 評価表の記載項目及び記載要領と留意点.....	15
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.....	17
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）.....	18
6. 課題整理総括表の記載の一例.....	22
(1) 課題整理総括表をケアプランの見直し等に活用した例.....	23
(2) その他課題整理総括表への記載の一例.....	36

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、介護支援専門員が把握した要介護者等の基本的な情報を多職種間で共有するとともに、専門職である介護支援専門員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にある。特に課題整理総括表の「見通し」欄を整理すること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。

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、ADL等の現状を多職種間で共有し、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表す思考過程が十分に説明できていないということは、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について、多職種協働の場面等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、多職種間での情報共有が進み、ひ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（想定よりもうまくいった要因、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、アセスメントツールを活用して整理・抽出した利用者の現状や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。さらに、課題整理総括表で整理された「改善／維持の可能性」と「見通し」を踏まえ、居宅サービス計画書の第2表の内容、つまり長期・短期目標や援助内容を精査しやすくすることを期待している。これらにより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向上するとも考えられる。

また、課題整理総括表を活用し、多職種間で情報共有しつつ、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や地域ケア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。

○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る。また、目標の期間が終了した際に、サービス担当者会議や地域ケア会議等において、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り、必要に応じてケアプランの見直しにつなげ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るのかを再度確認し、サービスの目標の達成状況を評価して次の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、多職種と情報共有しつつ、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。

課題整理総括表は、新たに作成したものであることから、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や地域ケア会議等において、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り、活用が進むことが望まれる。

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際、既存の社会資源を前提とせずに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。

○評価表の活用場面等

評価表についても、まずは研修の場面での活用が考えられる。研修において活用することで、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や地域ケア会議等において、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り、必要に応じてケアプランの見直しにつなげることで、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。

さらに、モニタリングにおいて把握した情報について、サービス担当者間で共有することが重要であり、そうした場面においても本表の活用が進むことが望まれる。

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、生活歴等が把握されていることが前提である。

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られているか」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とともに、助言を受けることが多いと思われる。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。

(2) 課題整理総括表の様式

課題整理総括表

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	②	③		
		④	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	
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助		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	
	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			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	
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		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		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		改善 維持 悪化	
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			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	
行動・心理症状(BPSD)		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	
居住環境		支障なし 支障あり			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	

※1 本表式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる進捗の状況(見通し)を記載する。
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

(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。「見守り」は「見守りや声かけを受けるが、一連の動作のほぼ全てを支障なく実施している」、「一部介助」は「一連の動作の一部について介助を受けて行為を実施している」、「全介助」は「一連の動作の全てあるいはほぼ全てについて介助を受けて行為を実施している」ことを目安として頂きたい。「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」の大まかな目安を例示すると以下の通りである。

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	デイサービスで声かけされれば歯磨きをするが、自室などに居て声か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回のデイサービス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

一方、ADL/IADL以外の項目について、「支障あり」に○印を記入した場合は、必ずその具体的な状況を備考欄に補記する。

本欄における「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」あるいは「支障なし」「支障あり」等の尺度は、利用者の現在の状況をケアチームのメンバーが概観して共有するための目安である。

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（声かけや付添を除く）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高い状況に基づいて判断する。

また、褥瘡・皮膚の問題や行動・心理症状（BPSD）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。

なお、「状況の事実」に並んでいる項目は、課題分析標準項目のアセスメント項目として通知¹に掲げられている 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。本欄下部の空欄等を活用し、例えば起居動作や経済状況など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、利用者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。例えば、要介護状態となった原因疾患が「糖尿病」である場合で言えば、糖尿病そのものは診断名であって、むしろ糖尿病の管理ができないこと、例えば「食事管理ができない」ことや「インシュリンの自己注射の管理ができない」ことが要因として記載されることとなる。

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。

¹ 平成 11 年 11 月 12 日 老企 29 厚生省老人保健福祉局企画課長通知「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」 ※課題整理総括表の中項目の表記はこの通知に示す課題分析標準項目に準じたものである。

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③「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 「状況の事実」の「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」とこととされている。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、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。

⑥ 「状況の事実」の「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したり、「一部介助」や「全介助」とした場合に支援の内容を補記したりすることが考えられる。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（利用者本人の心身の状況や生活の環境だけでなく、家族等から援助を受けて日常生活を送っている場合の具体的な援助内容や介護者が有する介護知識の状況等）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。

⑦ 「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、多職種からのアドバイスを受けつつ、当該ケアプランの短期目標の期間を見据えて、「どのような援助を実施することにより」（要因の解決のために必要と考えられる援助内容）、「状況がどのように変化することが見込まれるか」（援助を利用した場合に到達が見込まれる状態）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。

例えば後述する室内でのトイレへの移動と排泄動作に改善の可能性が考えられる事例(39頁)で言えば、「改善/維持の可能性」が「改善」となっている「室内移動」と「排泄動作」について、その要因である下肢筋力低下と住環境に着目して、その要因を改善するために必要な援助を整理している。

また、重度の介護を要する事例(41頁)等で言えば、「改善/維持の可能性」が「維持」であっても、今後の見通しを考える上で、状態像の著変につながる誤嚥性肺炎を起こさないようにする上で、特に重要であると考えられる「口腔ケア」について、その援助の実施が必要であると整理している。

⑧ 「利用者及び家族の生活に対する意向」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に対する意向」欄に記載する内容と同一である必要はない。

⑨ 「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。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ことから、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。

⑩ 優先順位欄（※6の欄）

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、「－」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事業方

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。

(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、個別サービス事業者と共有して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達成状況となった背景は、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。したがって、課題整理総括表及び評価表においても、実際にこれらを活用する際には、必要に応じていずれかの段階で利用者に説明し、活用いただきたい。

なお、課題整理総括表を用いて整理する「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る。この課題の内容を含めケアプランの内容は、利用者の同意を得てはじめて確定するものであって、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

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 ×-×-×				
	連絡先	電話番号(XX-XXXX-XXXX) その他()				
家族状況	<p>夫婦 2 人世帯</p> <p>妻:同居、71 歳、主介護者</p> <p>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(車で約 15 分)、 子供 2 人の 4 人家族</p> <p>長男:別居、50 歳、独身、海外在住、交流なし</p> <p>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>		<p>The diagram shows a nuclear family structure. At the top is a couple (male and female). Below them are three children: a son, a daughter (highlighted with a dashed oval), and another son. The highlighted daughter has two children of her own: a son and a daughter.</p>			
生活状況	<p>・A 県生まれ。中学校卒業後上京し 40 年程、八百屋を経営。</p> <p>・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。</p> <p>・平成 24 年 10 月 11 日脳梗塞発症。</p> <p>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になった。</p> <p>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。</p> <p>・左不全麻痺と軽度の言語障害が残った。</p> <p>・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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
現在利用しているサービスの状況	<p>通所介護(月 16 回)</p> <p>福祉用具貸与:ベッド脇置き手すり</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	I					

<p>主訴</p>	<p>(相談内容) 介護方法がわからず不安である(妻、長女)</p> <p>(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。</p> <p>(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。 リハビリを続けて、自分でできることは自分でできるようになると良いなと思っています。必要な時に、お泊りをお願いしたいです。 【長女】自宅を訪問し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。 【長男・次女】交流が全くなし</p>
<p>認定情報</p>	<p>要介護2 (認定日: 2013/5/16、認定有効期間: 2013/6/1~2015/5/31) 要介護5 (認定日: 2012/12/12、認定有効期間: 2012/11/18~2013/5/31)</p>
<p>課題分析 (アセスメント) 理由</p>	<p>更新のため</p>

(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

利用者名		A 殿		作成日			
要因 (心身の状態、環境等)		・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?		③ 下肢筋力低下	利用者及び家族の 生活に対する意向		
状況の事実 ※1		・どの程度の麻痺なのか、詳細情報を把握していますか?		⑥	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		
		改善		・これは原因疾患です。療養管理ができているかどうかを確認していますか?	見通し ※5		
					生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】 ※6		
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	○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	1
	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 現在Pトイレ利用 立ち座りのみ妻が介助	友人とともに近隣の外出ができるようになりたい	2
	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	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		
	排泄動作	自立 見守り (一部介助) 全介助	①、③	(改善) 維持 悪化			
口腔	口腔衛生	支障なし (支障あり)	①	(改善) 維持 悪化	現在はデイでのみ入浴 時間はかかるが自分でできる		
	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	妻が行い本人はしていない		
入浴		自立 見守り 一部介助 (全介助)	①、③	(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	自律回らない時もあるがゆっくりなら可		
掃除		自立 見守り 一部介助 (全介助)		改善 (維持) 悪化			
洗濯		自立 見守り 一部介助 (全介助)		改善 (維持) 悪化	体力不足と失禁ゆえ外出不安あり		
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	・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？		
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	・本当に「支障なし」ですか？ 階段が外出不安の原因になっていないでしょうか？		
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	・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？		
褥瘡・皮膚の問題		(支障なし) 支障あり		改善 (維持) 悪化			
行動・心理症状(BPSD)		(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			
居住環境		(支障なし) 支障あり					

(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、自ら進んで取り組みました。
		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 「通所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(○:短期目標は予定を上回って達成された、○:短期目標は達成された(再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短期延長を要する、×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、2つの活用例と4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(二一)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)。

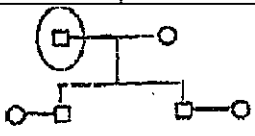
	年齢	性別	要介護度
活用例1 (ケアプランの見直し時に課題整理総括表を作成し、見直しに反映させた例)	87歳	男性	要介護1
活用例2 (初任段階の介護支援専門員が作成した課題整理総括表に、先輩が指導・助言を加えて修正し、その内容をケアプランの見直しに反映させた例)	85歳	男性	要介護1
記載例1 (独居の方の例)	76歳	女性	要支援2
記載例2 (夫婦二人で暮らしている方の例)	80歳	男性	要介護3
記載例3 (認知症があり小規模多機能型居宅サービスを利用している方の例)	72歳	女性	要介護4
記載例4 (特別養護老人ホーム入居者の例)	91歳	男性	要介護5

(1) 課題整理総括表をケアプランの見直し等に活用した例

■活用例1 (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

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	87歳
	住所	A市				
	連絡先	電話番号(0**-*--*) その他(090-*--*--*)				
家族状況	 <p>長男と次男は同数地で勤務。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やっている。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。以前は地域との交流も盛んにあったが、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	<p>(本人)自分ができる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。</p> <p>(長男)高齢老夫婦二人暮らし。長男・次男とも夫婦共働きで十分支援できない。介護保険サービスを利用して在宅生活を続けてほしい。</p>					
認定情報	<p>要介護1 (平成25年8月1日~平成26年1月31日)</p> <p>要介護2 (平成25年2月1日~平成25年7月31日)</p>					
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 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 **県A市

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。 (長男) 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	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) 0** - 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、無理はしない		本人		体調に合わせて	H25.2.1-H25.4.30			
					自分の部屋の掃除…屈み動作など腰や膝に負担がかかる部分は手助けしてもらう	○	訪問介護	検討	検討	H25.2.1-H25.4.30			
							家族・介護者		体調に合わせて	H25.2.1-H25.4.30			
							本人		体調に合わせて	H25.2.1-H25.4.30			
					洗濯		本人		本人		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			H25.2.1-H25.4.30	神経痛		病院(通院)	○クリニック	週2回	H25.2.1-H25.4.30
								白内障		病院(通院)	K眼科	2ヵ月に1回	H25.2.1-H25.4.30
								前立腺肥大術後(頻尿あり)		病院(通院)	U泌尿器科	月1回	H25.2.1-H25.4.30
								白濁ほか		病院(通院)	Y皮膚科	月1回	H25.2.1-H25.4.30
								咽頭不快・左聴覚		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			H25.2.1-H25.4.30	毎日、テレビ体操を行う(筋力維持増進)		本人		毎日	H25.2.1-H25.4.30
								室内環境を整える(整理整頓) 動線上の障害物除去	○	訪問介護	検討	検討	H25.2.1-H25.4.30
										家族・介護者		訪問時	H25.2.1-H25.4.30
		本人							毎日	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	検討	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	H25.2.1-H25.4.30						
外出できる環境を整え、閉じこもらない生活ができる	シニアカーでの通院や外出が継続できる	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	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			
					電動車椅子の実際の利用にあたっては、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。

課題整理総括表

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 神経痛	② 前立腺肥大術後頻尿	③ 咽頭不快・左耳難聴		
		④ う歯・義歯調整	⑤ 白癬など	⑥ ※記憶力・理解力低下		
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	神経痛・足腰の疼痛のためADL障がいあり。外出はシニアカーを利用・愛用しているが、安全面で今後は利用が困難になる可能性あり。室内は手すり設置を検討中。
	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	支援なし 支援あり			改善 維持 悪化	炊飯は自分でする。副菜は惣菜やヘルパーが調理することを希望。
	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		改善 維持 悪化	
排泄	排尿・排便	支援なし 支援あり	②①		改善 維持 悪化	時々間に合わず便器や床・衣類が汚染する。
	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	支援なし 支援あり			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	⑥		改善 維持 悪化	自宅にて自力でシャワー浴を週1回程度行っている。ADLより介助が必要な状況と思われる。今後入浴支援を検討する。
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		改善 維持 悪化	足腰疼痛で困難なためヘルパーが支援
洗濯		自立 見守り 一部介助 全介助	①		改善 維持 悪化	衣類は自分で洗濯。大物は母が支援。
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	できる範囲で自力で行う。訪問時に家族が一緒に行う。
金銭管理		自立 見守り 一部介助 全介助	⑥		改善 維持 悪化	大きなお金は長男が管理している。
買物		自立 見守り 一部介助 全介助	①		改善 維持 悪化	好きな食べ物のみ自分で購入。食材は家族が週1回程度購入するが多忙で支援が困難な時もある。
コミュニケーション能力		支援なし 支援あり			改善 維持 悪化	
認知		支援なし 支援あり			改善 維持 悪化	近隣の友人たちが徐々に少なくなり、挨拶程度の付き合いのみ。他者交流機会への参加は、難聴があるので、と希望しない。
社会との関わり		支援なし 支援あり	③		改善 維持 悪化	
褥瘡・皮膚の問題		支援なし 支援あり	①⑥		改善 維持 悪化	抗真菌薬の処方あり、自分で塗布している様子。入浴を自分で行うので皮膚の観察が難しい。掻痒感はある状態、皮膚は湿疹や掻傷がある。皮膚科受診も本人任せでできていない時がある(家族談)。
行動・心理症状(BPSD)		支援なし 支援あり			改善 維持 悪化	子どもも母も皆仕事がある。週1回は訪問するようにしているというが難しい時もあるとのこと。
介護力(家族関係含む)		支援なし 支援あり			改善 維持 悪化	
居住環境		支援なし 支援あり			改善 維持 悪化	段差が多い。ベッドを利用しているが手すりはない。周囲の物に当たりながら寝起きている。

利用者及び家族の 生活に対する意向	本人)自分でできることはよいと思う。転倒に気を付けて生活したい。閉じこもりにならないようにしたい。 家族)今の生活ができれば長く続いてほしい。必要な支援が介護保険で受けられるならお願いしたい。	
見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
運院・内服薬管理や日常生活面の支援について、今まで以上に家族支援が必要となる。本人が自分で決めたい気持ちがあるので、本人の意向と家族からの意見をふまえて支援を行うことで、高齢独居生活をできるだけ長く続けることができると考える。家族では補えない部分はヘルパーサービスを利用調整する。	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する生活が継続できる。	1
メリハリのある生活、他者交流機会を持つために通所サービスを利用することが望ましいが、本人の利用意向がない。	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。	2
現在はシニアカーを利用して意欲的に外出することができている。今後、自力での外出が困難になった時に再度検討する必要がある。		
入浴は自分で行いたい気持ちがあるが、本人ひとりでは転倒等事故のリスクが高い。皮膚状態の観察も含めて入浴支援が必要。		

○ 居宅サービス計画（課題整理総括表を踏まえて見直したもの）

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。 (長男) 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、転倒なくメリハリのある生活が送れると良いと思います。 外出機会を持ち続けられることや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) 0** - 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) 【新】

作成年月日 年 月 日

利用者名	股				援助内容					
	目標				サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	長期目標	(期間)	短期目標	(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す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	神経痛の治療	病院(通院)	○クリニック	週2回	3ヶ月	
					白内障の治療	病院(通院)	K眼科	2ヶ月ごと	3ヶ月	
					前立腺肥大術後(頻尿あり)の療養管理	病院(通院)	U泌尿器科	月1回	3ヶ月	
					白癬ほかの治療	病院(通院)	Y皮膚科	月1回	3ヶ月	
					咽頭不快・左難聴の療養	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	
					入浴における自立に向けた支援(安全の確保)(必要に応じた介助)	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	
本人の移動時における安全の確保のための住宅改修	○	①住宅改修 ②福祉用具貸与			(株)H	①②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	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	①一時・レンタル	3ヶ月		
			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。

■活用例2（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

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	〇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	85歳
	住所	A市、				
	連絡先	電話番号(0** - *** - ****) 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】 A市〇〇町生まれ。40年前に家を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、B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は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					

○居宅サービス計画書 (課題整理総括表による指導・助言を受ける前のもの)

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 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 ○〇県A市

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は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) 0** - 000 - 0000 (〇〇診療所 Dr.〇〇)
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 (課題整理総括表による指導・助言を受ける前のもの)

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	H25.7.1-H25.12.31	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	H25.7.1-H25.12.31	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	+++	週1回	6か月
					動線の障害物の撤去	○	訪問介護	+++	週2回	6か月
					住宅改修:玄関・トイレ・廊下・部屋の出入りに手摺の設置:居室内在安全に歩行できる	○	住宅改修	+++		6か月
					居室内在での運動・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		毎日	6か月
					外出同行		家族		適宜	6か月
					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	+++	適宜	6か月
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	自分が入浴したいときに自立して入浴できる	H25.7.1-H25.12.31	③浴室を安全に移動ができて身体が洗える	H25.7.1-H25.12.31	入浴の一部支援・浴室内在での見守り・皮膚状態の観察・必要時の軟膏塗布	○	通所介護	+++	週1回	6か月
					準備・着替えは自分で行う		本人		毎日	6か月
					必要時デイサービスの利用回数の検討	○	ケアマネジャー	+++	適宜	6か月
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	H25.7.1-H25.12.31	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	H25.7.1-H25.12.31	診察・検査・指導		病院		月1回	6か月
					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		毎日	6か月
					食事の下ごしらえ・食材の購入	○	訪問介護	+++	週2回	6か月
					宅配サービスの利用		本人		週5回	6か月
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	H25.7.1-H25.12.31	⑥居室内の掃除や片付けが支援者と一緒に行える	H25.7.1-H25.12.31	居室内の掃除 環境整備 洗濯	○	訪問介護	+++	週2回	6か月
					片付け ゴミ捨て		本人		適宜	6か月

○ 課題整理総括表（先輩の介護支援専門員による指導・助言を受けて修正したもの）

課題整理総括表（新）

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	
状況の事実 ※1		現在 ※2		要	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	居室内は低い歩きをしている。
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助	①②		改善 維持 悪化	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。
食事	食事内容	支障なし 支障あり	③		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。
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助			改善 維持 悪化	弁当を電子レンジで加熱することはできるが、台所に立って調理の下柄はできない。亡くなった妻が調理をしていたため経験がない。
	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	①②		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			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			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	薬の管理・通院は自分でしている。
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助	①			改善 維持 悪化	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。
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	①③			改善 維持 悪化	ほうきで床を掃除することはできるが前傾姿勢の保持ができないため掃除機はかけられない。
洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助	①③			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	①③			改善 維持 悪化	洗濯機を操作することはできるが洗濯物を干すことができない。
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	①③			改善 維持 悪化	軽い物であれば購入して持って帰ることができるが重い物は持てない。
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	
行動・心理症状(BPSD)	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			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。

・要因が整理された

・アセスメントを精査した結果、適切な援助により自分でできる作業を増やせると判断された

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
本人の体調に合わせて、腰や大腿部の筋力強化や歩行訓練を行うことで、姿勢障害や歩行障害を軽減し、居室からトイレまで安全に歩行ができる。	転倒やけがをせずに生活したい。	1
安全に入浴するためには他者の援助が必要である。	お風呂にゆっくり入りたい。	2
定期受診や内服の自己管理を続けることで、夜間の排尿回数をコントロールし、本人の不安の軽減につながる。		
支援者と掃除や調理を一緒にを行い、手順を覚えることで自立した生活を送ることができる。	ひとり暮らしを続けるためにできる家事を増やしたい。	3

○居宅サービス計画書 (課題整理総括表による指導・助言を受けて修正したもの)

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 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 ○〇県A市

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) 住み慣れた家でひと暮らしを続けたい。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) 0** - 000 - 0000 (〇〇診療所 Dr.〇〇)
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 (課題整理総括表による指導・助言を受けて修正したもの)

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	H25.7.1-H25.12.31	自室からトイレまで転倒なく歩ける	H25.7.1-H25.12.31	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	***	週1回	6か月
					動線の障害物の撤去	○	訪問介護	***	週2回	6か月
					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	***		6か月
					居室内での運動・外出時は杖を使う。		本人		毎日	6か月
					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	***	適宜	6か月
					病気の管理ができ、振戦や夜間体の排尿回数を維持できる	H25.7.1-H25.12.31	診察・検査		病院	
自分の思うように好きな時間に入浴したい	安全に入浴ができる	H25.7.1-H25.12.31	見守りで浴槽内にひとりで入れる	H25.7.1-H25.12.31	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	○	通所介護	***	週1回	6か月
					準備・着替えや洗える部分は自分で行う		本人		毎日	6か月
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	H25.7.1-H25.12.31	潜在機能を活かした家事の方法を覚える	H25.7.1-H25.12.31	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	***	週2回	6か月
					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		毎日	6か月

・家事援助の目標が具体化された

※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。

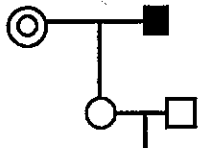
※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

(2) その他課題整理総括表への記載の一例

ここでは、前項のようにケアプランの見直しに活用した例とは別に、新規に（再）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）を整理した事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）。

■記載例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	A県A市〇〇町					
	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	J2		認知症である老人の日常生活自立度	自立			
主訴	<p>(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。</p> <p>(娘) 同市内に住んでいるが終日仕事をしており頻回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。</p>						
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						

■記載例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○日					
受付担当者	○川○子					
受付方法	電話					
氏名・性別・年齢・ 住所・連絡先	氏名	A	性別	男性	年齢	80歳
	住所	B県B市○○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】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。製薬会社に勤務し、結婚後は夫婦で自営業を営まれていた。平成6年頸椎後縦靱帯骨化症発症により事業を閉じて、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】平成17年、急性心筋梗塞で入院。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入院。頸椎後縦靱帯骨化症による下肢筋力低下と診断され、リハビリ科で歩行訓練。退院後は訪問診療、訪問看護に加え手すりの追加、夜間対応型訪問介護も契約した。</p> <p>平成25年3月、肺炎で入院・退院。平成25年5月、血尿で再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平成25年6月○日に退院。同居の妻は椎間板ヘルニアと変形性膝関節症で介護できず、主介護者の長女も市内で週5日勤務しており、週1日の訪問が限界のため、サービスの見直しが必要となった。</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</p> <p>(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	<p>(本人)できるだけ人の世話にはなりたくない。病気がよならないなら家で過ごしたい。</p> <p>(妻)必要な検査を受け治療してほしい。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。</p> <p>(娘)母の不安や負担を軽減してほしい。</p>					
認定情報	要介護3 平成25年5月○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

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(廊下、マンション入口)		④	
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。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	支援なし 支援あり		③④	改善 維持 悪化	腎臓食	
	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	支援なし 支援あり		①④	改善 維持 悪化	・排尿はオムツ内、排便はベッド上で訪問看護師が洗腸。 ・排便動作は自立だが、トイレへの移動に介助を要するためオムツ使用。	
	排泄動作	自立	見守り 一部介助 全介助	①⑤	改善 維持 悪化		
口腔	口腔衛生	支援なし 支援あり			改善 維持 悪化	朝の洗顔、歯磨きは洗面所使用。	
	口腔ケア	自立	見守り 一部介助 全介助	①③	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	入浴はヘルパー介助でシャワー浴。	
更衣		自立	見守り 一部介助 全介助	①	改善 維持 悪化	座位でのズボンの着脱はできる。	
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	①②	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	①③	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		支援なし 支援あり			改善 維持 悪化		
認知		支援なし 支援あり			改善 維持 悪化		
社会との関わり		支援なし 支援あり			改善 維持 悪化		
褥瘡・皮膚の問題		支援なし 支援あり			改善 維持 悪化		
行動・心理症状(BPSD)		支援なし 支援あり			改善 維持 悪化	同居の妻はヘルニア、膝関節症のため介護できず。長女も仕事のため週1日の訪問が限界。	
介護力(家族関係含む)		支援なし 支援あり		②	改善 維持 悪化		
居住環境		支援なし 支援あり		⑤	改善 維持 悪化	トイレ、浴室に手すり設置済だが、寝室からトイレまでの廊下には手すりが無い。	
					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ことができ、嫌な介 助(ベッドの上で訪問看護師が洗腸 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。	1

■記載例3 (要介護4/認知症があり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	C県C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】3人姉妹の一番下。戦後より現住所に姉と同居。夫も結婚以降も同居。子供はいない。小売業に長年勤めリーダー的な役割を果たし定年退職。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った。認知症デイを利用していましたが、朝起きるのが遅く準備ができず、また他の利用者とうまいかず利用をやめた。本人と姉との折り合いが悪くなり、夫の精神的ストレスが蓄積していた。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)を図るため、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。</p> <p>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。以降、定期的宿泊が可能になった。</p> <p>平成25年3月夫と歩行中に転倒。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。</p> <p>平成25年4月、医師から、血糖を測定して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。通いの時は事業所で、それ以外は夫が調整していたが、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	(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。 (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) 口出しすると苛立たれるのでそっと見守りたい。					
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

課題整理総括表

利用者名 F 殿

作成日 2013/6/〇

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
		④ 音や人の刺激(不快感)	⑤ 糖尿病(血糖測定 インシュリン注射)	⑥ 住環境(寝室が2階)
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		改善 維持 悪化
行動・心理症状(BPSD)		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

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
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	階段昇降ができる状態を維持したい。	2
2、食事の準備や後片付け、洗濯物たたみ等一緒に行うことで、本人の役割が継続でき、気分も落ち着くことができる。	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。	3
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。	人の世話にならずトイレで排泄したい。	4
4、本人の気分を害する要因を取り除くことにより、落ち着いて毎食食事もとれ、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。	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。	1

■記載例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	D県D市〇〇町	
	連絡先	電話番号(***-****) その他()	
家族状況	<p>特養入所</p> <p>妹 GH入所中</p> <p>長男 次男 長女</p> <p>B県 C県</p> <p>主介護者は長男妻</p>		
生活状況	<p>【性格・職業等】 D県生まれ。結婚後3人の子供を授かる。夫は約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】 特養入所後、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>しかし治療の結果回復し、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	<p>介護保険 被保険者証 番号 *****</p> <p>国民健康保険 番号 *****</p>		
現在利用しているサービスの状況	<p>特別養護老人ホーム入所中(ユニット個室)</p> <p>【医療機関】 胃ろう管理(A病院・消化器内科)、バルーンカテーテル留置(B病院・泌尿器科)</p>		
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、誤嚥リスクは有りますが、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

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 ④四肢の筋力低下・拘縮	②神経因性膀胱炎 ⑤認知症	③パーキンソン症候群 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二人介助にて。施設内移動可能、終日居室で過ごす。 ・施設外移動もリクライニング車椅子で全介助。通院や施設周辺の散歩を行っている。 ・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。 ・注入食・昼食ともに全介助である。 ・カテーテルは4週間毎に泌尿器科受診で交換している。 ・おむつ交換、膀胱留置カテーテルの管理を行っている。 ・訪問歯科衛生士と連携し全介助。 ・朝夕全介助。 ・胃ろうチューブより全介助にて注入。 ・全介助で週2回のスロッチャー浴。 ・四肢麻痺及び拘縮あり、ゆっくりと全介助。 ・IADL関連は施設入所にて、施設で全て行っている。			
	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				
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助	①③④⑤	改善 維持 悪化				
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助	④⑤⑥	改善 維持 悪化				
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり	②③④⑤	改善 維持 悪化				
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助	②③④⑤	改善 維持 悪化				
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり	①③④⑤	改善 維持 悪化				
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	③④⑤	改善 維持 悪化				
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助	④⑤	改善 維持 悪化				
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助	③④⑤	改善 維持 悪化				
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助	③④⑤	改善 維持 悪化				
掃除		自立 見守り 一部介助 全介助	④⑤⑥	改善 維持 悪化				
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	・時々、施設リビングで隣室の入居者と交流している。			
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			
行動・心理症状(BPSD)		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			

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できる。	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できる。	→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。	2
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。	3
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。	1
	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。	

課題整理総括表・評価表の活用の手引き

平成 26 年 3 月
厚生労働省老健局

【事務局】

株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-18-1 大崎フォレストビルディング

TEL: 03-6833-5204 FAX: 03-6833-9480