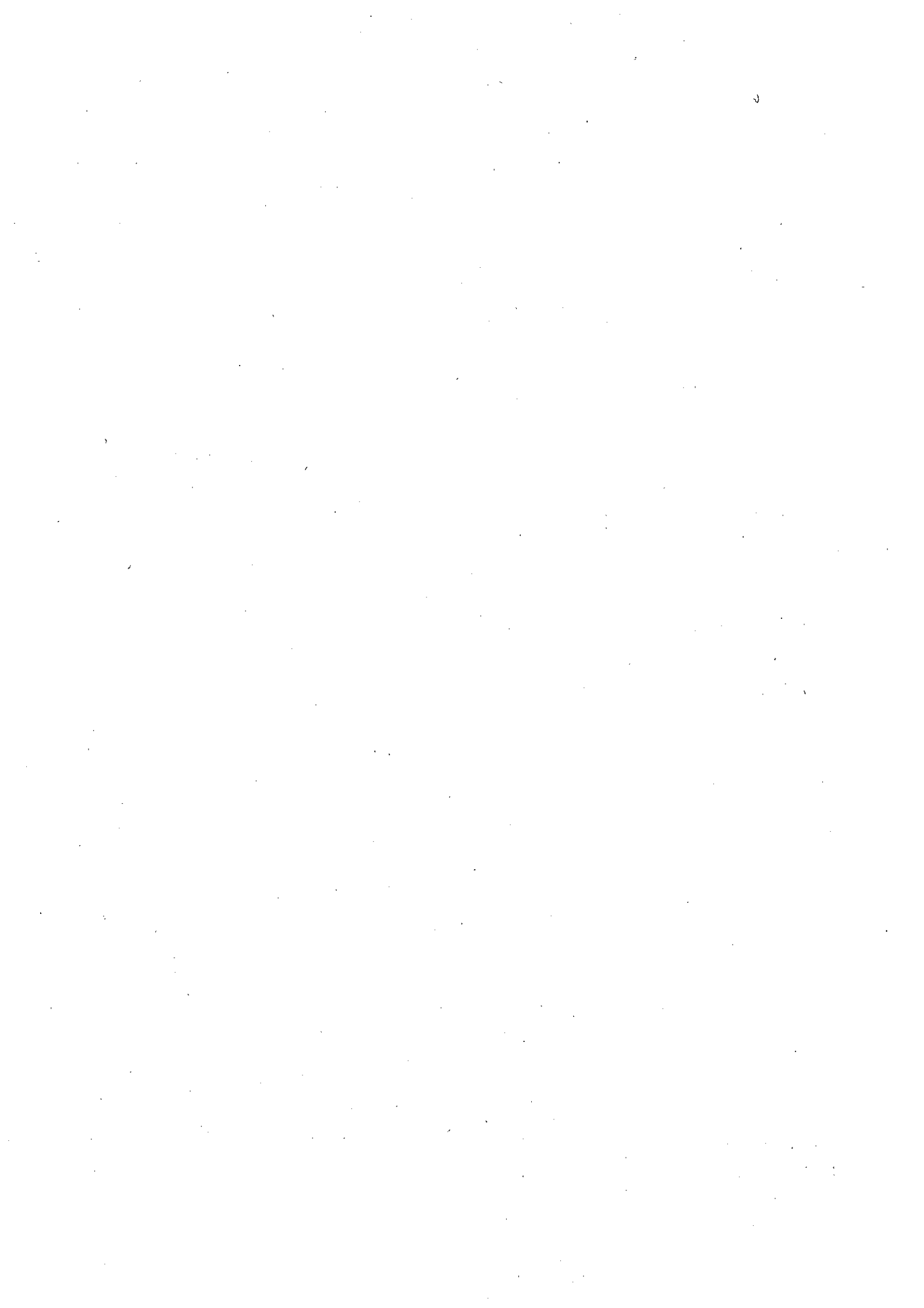


## ケアプラン点検の具体例

### ○事例の概要

事例 No.	氏名	性別 年齢	要介護 状態区分	事例概要	キー パーソン
1	東山 都子	女性 82歳	要介護 2	自宅での骨折がきっかけで、サービス付き高齢者向け住宅に入居したケース	長女 (別居)
2	居宅 一郎	男性 81歳	要介護 4	要介護度が高く、高齢の妻が主な介護者であるケース	妻 (同居)
3	東京 太郎	男性 79歳	要介護 3	独居で認知症、既往歴が多いケース	長女 (別居)

※ケアマネジメントの質の向上のために特に重要な「基本情報シート」「リ・アセスメント支援シート」「ケアプラン第2表」を点検する例について紹介している。



## 事例 1

## ○事例の概要

事例 No.	氏名	性別 年齢	要介護 状態区分	事例概要	キーパーソン
1	東山 都子	女性 82歳	要介護2	自宅での骨折がきっかけで、サービス付き高齢者向け住宅に入居したケース	長女 (別居)

## ○事例の構成

シート名等		シート等の概要	頁
基本情報シート			
1	基本情報シート (CM 提出)	介護支援専門員が保険者へ提出する事前資料	65
2	面談ポイントシート (基本情報シート)	1に対する保険者の事前質問整理シート ※1	67
リ・アセスメント支援シート			
3	リ・アセスメント支援シート (CM 提出)	介護支援専門員が保険者へ提出する事前資料	69
4	面談ポイントシート (リ・アセスメント支援シート)	3に対する保険者の事前質問整理シート ※1	73
5	リ・アセスメント支援シート (面談後)	4で整理した質問に対する面談時の介護支援専門員の回答を3に反映したもの	76
第2表			
6	ケアプラン第2表の 主な修正点の解説	7から10への主な修正点の解説	80
7	第2表(現行)	自己点検前の現行のケアプラン第2表	82
8	第2表(CM 提出)	自己点検後のケアプラン第2表で、介護支援専門員が保険者へ提出する事前資料	83
9	面談ポイントシート (ケアプラン第2表)	8に対する保険者の事前質問整理シート ※1	85
10	第2表(面談後)	保険者面談後のケアプラン第2表 9で整理した質問に対する面談時の介護支援専門員の回答を8に反映したもの	87

※1：本事例では、面談ポイントシートに保険者の質問に対する面談時の介護支援専門員の回答を参考に記載している。

※2：「基本情報シート(面談後)」は面談で大きな修正点がなかったため、掲載していない。

## 「基本情報シート」の点検の流れ

### (保険者の面談前準備)

- 1 シートの上から順に読解を進め、確認を要する部分については、「面談ポイントシート」の「質問」欄に記入しておく(67頁参照)。

### (面談)

- 2 質問について介護支援専門員から得た回答を基本情報シートに追加記入する(本事例では「基本情報シート(面談後)」は、面談で大きな修正点がなかったため掲載していない)。

※ 太線内は保険者が確認した部分を示している。  
 ※ 「基Q」は、面談ポイントシート(Q&AのうちQの質問番号を表す。

<b>基本情報シート</b>	
仮り名 ひがしやま みやこ	作成日 平成26年 1月14日現在
利用者氏名 <b>東山 都子</b>	作成者 佐藤 次郎
相識者氏名 西川 京子	専任訪問者 サ高住管理者
続柄 本人(家族)	受付方法 (来所) 電話・他( )
前回アセスメント状況 平成25年9月20日	退院 他( )
初回(更新)理由 平成25年9月20日	退所 他( )
被保険者番号 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	要介護状態区分 介護2
生年月日 明・大(昭)6年 7月 8日 82歳 性別 男(女)	家族状況(シエノグラム) 世帯 (独居)・高齢者のみ・他( )
〒111-1111 とうきょうと00<00ちよう1-2-3 東京都00区00町一丁目2番3号	平成10年に65歳で死亡
家族情報・緊急連絡先 氏名 続柄 同居・別居 住所 連絡先 1 西川 京子 同(別) 東京都△△区△△1-23-45 080-0000-0003 2 東山 トキオ 同(別) 千葉県〇〇市〇〇1-23-4-5678 090-0000-0004 3 西川 南 同(別) 東京都〇〇区××1-2-3 080-0000-0005	シエノグラム: 82 (中心) 57 --- 54 (★) --- 52 --- 50 19 --- 18 --- 16
住居 戸建(平屋・2階建以上)・アパート・マンション・公営住宅( ) エレベーター 無(有) ( )	特記事項 ・長女の京子さんは車で30分のところに住んでおり、働いているため日中は連絡がつきづらい。 ・利用者が以前住んでいた自宅(自車で15分程度)に、孫の南さんが住んでいる。
住居の状況 (住宅間取図) TV 洗面台 キッチン クローゼット 出入り口 ベッド トイレ	生活状況 室内はバリアフリーになっている。 洗面台・ミニキッチン・トイレも備わっている。
改修の必要性 ( ) (無) (有)	生活歴 持ち家(賃貸) トイレ 和式(洋式) ウォシュレット 住居に対する特記事項
趣味・好きなこと 一人でラジオを聴く事が好き。 パウンドケーキ作り。	基Q 2 持ち家の一軒家(2階建て)で一人暮らしをしていたが、2階に物を取りにいき1階に降りてくるときに、階段から転落し怪我をした事が何度かあった。そのため、長女や長男が1階で生活を送れるように環境を整えたり、2階には行かないように注意をしまっていた。その後、階段から転落し左肩・上腕骨を骨折し何時間も階段下で倒れていたため、一人暮らしが心配な家族のすすめで、サービス付き高齢者向け住宅に入居となった。
基Q 1 階・他(サービス付き高齢者向け賃貸住宅)	基Q 3~5
情報収集源・情報活用状況 ラジオやテレビを介して情報を収集している。	

※ 太線内は保険者が確認した部分を示している。  
 ※ 「基Q」は、面談ポイントシートのQ&AのうちQの質問番号を表す。

CM提出  
(西義蘭)

ふりがな	ひがしやま みやこ																
利用者氏名	東山 都子																
介護保険	申請中	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	作成日	平成26年1月14日現在							
医療保険	(後期高齢)	国民	社保	共済	他					作成者	佐藤 次郎						
公費医療等	有																
障害等	難病	身障	種	級	精神	級	療育	度	主治医意見書	自立	J1	A1	B1	C1			
生活保護	無	有	障害等名		担当者名						認定調査票	自立	J2	A1	B1	C1	
経済状況	国民年金	厚生年金	障害年金	連族年金	他 (家族支援あり)						主治医意見書	自立	I	IIa	IIIa	IV	M
収入額・支出額	収入	7万円/月		支出	(不明)						認定調査票	自立	I	IIa	IIIa	IV	M
金銭管理者	本人	家族	西川 京子様	他						療養内容							
発症時期	病名																
H25年2月26日	胸椎圧迫骨折																
H25年2月26日	左上腕骨近位端骨折																
不明	骨粗鬆症																
特記事項	持家の一軒家に一人暮らし。下肢の筋力低下があり、歩行が不安定なため2階には上がらないように注意をしていたが、いつも階段から転落し腕と腰を骨折したが、転落してからかなり時間が経過してから発見され救急要請した。寒い時期に起こった事故で、もう少し遅ければ命に關わるところだったので、介護保険サービスを利用して退院後安心して生活が送れる所に入ってもらってほしい (長女)。今まで介護保険を利用した事がないので今回が初めての利用。																
利用しているサービス	サービス種別	頻度	事業者・ボランティア団体等	担当者	連絡先	相談内容					主治						
訪問介護	2/月・週	週	ヘルパーステーション M	M氏	03-0000-0000	自宅に戻って、自分の好きなように生活を送りたい。					利用希望の						
通所介護	1/月・週	週	デイサービス	S氏	03-0000-0001	相談内容					家族希望の						
居宅療養管理指導	2/月・週	週	S診療所	S医師	03-0000-0021	相談内容					相談内容						
	/月・週					相談内容					相談内容						
	/月・週					相談内容					相談内容						
	/月・週					相談内容					相談内容						
	/月・週					相談内容					相談内容						

面談ポイントシート

(基本情報シート)

基本情報シート (CM提出) を確認し、  
質問する内容を整理する。

東山都子

確認項目	確認のポイント	質問Q	介護支援専門員の回答A
全項目	<input type="checkbox"/> 利用者の情報が分かりやすく記載されている。  <div data-bbox="798 1187 957 1736" style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; width: fit-content; margin: 10px auto;">                     「趣味・好きなこと」は、自分らしい生活を営むためのヒントとなるため、しっかり確認する。                 </div>	<p><b>基 Q1:</b> 利用者は、サービス付き高齢者向け住宅への入居に納得しているのか。</p> <p><b>基 Q2:</b> サービス付き高齢者向け住宅入居前の生活の様子について聞いているか。</p> <p><b>基 Q3:</b> ラジオでは、何を聴いているのか。</p> <p><b>基 Q4:</b> どのようなところがおしゃれなのか。</p> <p><b>基 Q5:</b> パウンドケーキをサービス付き高齢者向け住宅で作っているのか。</p>	<p><b>基 A1:</b> 入居時は納得していなかったが、今はもう諦めている。</p> <p><b>基 A2:</b> あまり確認していなかったため、今後は確認したい。</p> <p><b>基 A3:</b> 好みはなく、つけっぱなしにしている。</p> <p><b>基 A4:</b> 髪型や服装に常に気を使っている。</p> <p><b>基 A5:</b> 調理器具がないため作っていない。</p>
備考			

## 「リ・アセスメント支援シート」の点検の流れ

(「状態」は縦に、それ以外は横に点検)

### (保険者の面談前準備)

- 1 まず、「状態」欄を上から順に読解していき、確認を要する部分については「面談ポイントシート」の「質問」欄に記入しておく(73頁参照)。
- 2 次にアセスメント項目ごとに①「問題(困りごと)」、②「意向、意見、判断」、③「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)(整理前)」の順に読解を進め、確認を要する部分については「面談ポイントシート」の「質問」欄に記入しておく(73頁参照)。
- 3 最後に「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)(整理後)」とそれに対する優先順位を読解し、確認を要する部分については「面談ポイントシート」の「質問」欄に記入しておく(75頁参照)。

### (面談)

- 4 「状態」の「質問」について介護支援専門員から得た回答を「リ・アセスメント支援シート」に追加記入する。修正が必要な場合は、その場で修正する。
- 5 ①「問題(困りごと)」、②「意向・意見・判断」、③「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)(整理前)」の「質問」について介護支援専門員から得た回答を「リ・アセスメント支援シート」に追加記入する。修正が必要な場合は、その場で修正する。
- 6 「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)(整理後)」とそれに対する優先順位について、介護支援専門員から得た回答を「リ・アセスメント支援シート」に追加記入する。修正が必要な場合は、その場で修正する。



※ 本線内は保険者が確認した部分を示している。  
 ※ 「リQ」は、面談ポイントシートのQ&AのうちQの質問番号を表す。

利用者名 **東山 都子** 作成日 平成26年1月14日  
作成者 佐藤 次郎

利用者の状態		問題(困りごと)		意向・意見・判断		生活全般の解決すべき課題(ニーズ)		優先順位	
利用者の意向	家族意向	利用者意向	家族意向	利用者意向	家族意向	整理前	整理後		
<b>コミュニケーション</b> 維持・改善の要 素、利点 自立 軽度 中度 重度 特別な適合以外でできる 困難 通じる 時々 通じ ない 通じる 通じる 不安 興奮 無 無 無 無 無 無 無 無 無 無 無 無 無 妄想 幻覚 せん妄 同当購 無関心		なし なし 年のせいかわれっぽくなくて家事を嫌に感じられているのでつまらなくて困る。 なし なし		気の合う人と話したい。 意向の度合 <b>高</b> 中 低 失 意向の表明 阻 いろいろな人と話をして、楽しく過ごしてほしい。 意向の度合 <b>高</b> 中 低 失 意向の表明 阻 なし コミュニケーションの範囲が狭いので拡げる必要がある。 CM 判断		① 気の合う人と話したい。 ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		⑨へ統合	
<b>認知と行動</b> 維持・改善の要 素、利点 認知障害 意思決定 指示応答 情緒・情動 行動障害 精神症状 自立 軽度 中度 重度 特別な適合以外でできる 困難 通じる 時々 通じ ない 通じる 通じる 不安 興奮 無 無 無 無 無 無 無 無 無 無 無 無 無 妄想 幻覚 せん妄 同当購 無関心		なし なし 年のせいかわれっぽくなくて家事を嫌に感じられているのでつまらなくて困る。 なし なし		できる家事に挑戦したい。 意向の度合 <b>高</b> 中 低 失 意向の表明 阻 なし 意向の度合 <b>高</b> 中 低 失 意向の表明 阻 なし ここでの生活の活性化や認知症の予防のため、調理や掃除など自分でできることは必要がある。 CM 判断		② できる家事に挑戦したい。 ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		② できる家事に挑戦したい。 ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	② できる家事に挑戦したい。
<b>家族・知人等の介護力</b> 維持・改善の要 素、利点 介護提供 介護者の健康 介護者の負担感 常時可のみ可 夜間のみ可 (不定期) 無 外出時等家族が支援 健康 高齢 病身 他 有 金融の負担あり(長女)		なし なし		家族に心配をかけたくないからここでの生活を続ける。 意向の度合 <b>高</b> 中 低 失 意向の表明 阻 家には戻せないで、ここでの生活を続けてほしい。 意向の度合 <b>高</b> 中 低 失 意向の表明 阻 なし ここでの生活を前向きにとらえるようにするため、家族の支援を継続・増加させる必要がある。 CM 判断		③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

※ 太線内は保険者が確認した部分を示している。  
 ※ 「リQ」は、面談ポイントシートのQ&AのうちQの質問番号を表す。

CM提出  
(面談前)

# リ・アセスメント支援シート

利用者名	東山 都子		作成日	平成26年1月14日		CM提出 (面談前)
状態	意向・意見・判断		作成者	佐藤 次郎		
主疾病(症状等)	胸腰椎圧迫骨折はコルセットを着用すれば痛みはない。 左肩関節には可動域制限がある。		生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	整理前	整理後	優先順位
薬	無	有	骨粗しょう症の薬を服用中。			
口腔衛生	良好	不良				
義歯の有無等	無	部分	全部			
食事摂取	問題無	咀嚼困難有	嚥下有			
食事量	普通	多い	少ない	3回/日		
食事摂取形態	経口摂取	経管摂取	( kcal/日・回/日 )			
食事形態(主食)	常	かゆ	重湯	ベースト状	他	
食事形態(副食)	常	かさみ	どろみ	ベースト状	他	
飲水	普通	多い	少ない	医師指示量	ml/日	飲水量 1,000ml/日
栄養状態	良	普通	不良			
身長・体重	145 cm	40 kg				
麻痺・拘縮	無	麻痺有	拘縮有	左肩関節拘縮		
じよく瘡・皮膚の問題	無	有	治療中			
入浴	2回/週	月	訪問介護により洗身・洗髪の介助を行ってもらっている。			
排泄(便)	1日1回	便秘無	便秘有			
排泄(尿)	昼:5~6回	夜:1~2回				
睡眠時間帯						
維持・改善の要素、利点	規則正しい生活を送っている為、体調も良い。					
問題(困りごと)	利用者	利用者意向	<ul style="list-style-type: none"> <li>左の肩がちゃんと動かないので困る。</li> <li>足が弱ってきたので困る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>頭の上まで両手が上がるようにしたい。</li> <li>転びたくない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>④頭の上まで両手が上がるようにしたい。</li> <li>⑥</li> </ul>	⑥へ統合
健康状態	家族意向	家族意向	<ul style="list-style-type: none"> <li>左の肩が動かないのと足の力が弱っているため、日常生活で出来ない事がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>髪や衣服を整えて身きれいにしてほしい。</li> <li>足腰がしっかりしてほしい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>④頭の上まで両手が上がるようにしたい。</li> <li>⑥</li> </ul>	⑥へ統合
健康状態	医師・専門職等意見	医師・専門職等意見		<ul style="list-style-type: none"> <li>少しずつ可動域が広がってきているので引き続き可動域訓練を行い、可動域を広げる必要がある。(デイサービス・機能訓練担当看護師)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑤転びたくない。</li> <li>⑦</li> </ul>	⑦へ統合
健康状態	CM判断	CM判断		<ul style="list-style-type: none"> <li>左肩の可動域は90度以下となっているので日常生活に支障が出ない程度にする為、可動域訓練が必要。歩行を安定させる為筋力向上訓練が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑤転びたくない。</li> <li>⑦</li> </ul>	⑦へ統合
健康状態	CMの利用者・家族の意向への働きかけ	CMの利用者・家族の意向への働きかけ				
健康状態	実施中	検討中	未検討	不要	対助難度	困難

※ 太線内は保険者が確認した部分を示している。  
 ※ 「リQ」は、面談ポイントシートのQ&AのうちQの質問番号を表す。

利用者名		東山 都子		作成日		平成26年1月14日		作成者		佐藤 次郎		CM提出 (面談前)																												
状態				問題 (困りごと)				意向・意見・判断				優先順位																												
食事	(自立) 見守り	一部介助	全介助	・まだ左肩がちゃんと動かないから着替えや髪の手入れができなくて困る。 ・足が弱っているからお風呂で転んでしまつたかもしれないので困る。 ・このままだと出来ないことが多くなつてしまつたので困る。	利用者意向 ・頭の上まで両手が上がるようにしたい。 ・髪や衣服を整えて身きらいにしてほしい。 ・足腰がしっかりしてほしい。	整理前	整理後	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後																									
食事場所	食堂	ベッド上 (他共同スペース)	全介助			⑥頭の上まで両手が上がるようにしたい。	④⑤	頭の上まで両手が上がるようにしたい。	⑥頭の上まで両手が上がるようにしたい。	④⑤	頭の上まで両手が上がるようにしたい。	④⑤	頭の上まで両手が上がるようにしたい。	④⑤	頭の上まで両手が上がるようにしたい。	④⑤	頭の上まで両手が上がるようにしたい。																							
排泄 (排便)	自立	見守り	全介助			・左肩可動領域を拡大し、下肢筋力を向上させることにより、ここの生活を活性化させる必要がある。	CM判断	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし																							
排泄 (排尿)	自立	見守り	全介助															⑥頭の上まで両手が上がるようにしたい。	④⑤	頭の上まで両手が上がるようにしたい。	⑥頭の上まで両手が上がるようにしたい。	④⑤	頭の上まで両手が上がるようにしたい。	④⑤	頭の上まで両手が上がるようにしたい。	④⑤	頭の上まで両手が上がるようにしたい。	④⑤	頭の上まで両手が上がるようにしたい。											
排泄 (日中)	トイレ	PT	リハビリ オムツ															留カテ	CMの利用者・家族の意向への働きかけ	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度 困難	対応難度 困難	対応難度 困難	対応難度 困難	対応難度 困難	対応難度 困難											
排泄 (夜間)	トイレ	PT	リハビリ オムツ															留カテ												CMの利用者・家族の意向への働きかけ	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度 困難	対応難度 困難	対応難度 困難	対応難度 困難	対応難度 困難	対応難度 困難
排泄 (失禁)	無	有																												CMの利用者・家族の意向への働きかけ	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度 困難	対応難度 困難	対応難度 困難	対応難度 困難	対応難度 困難	対応難度 困難
入浴	自立	一部介助	全介助															浴室の内外で滑らないよう見守りが必要												医師・専門職等意見	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
更衣・整容	自立	一部介助	全介助															時間がかかる。												CM判断	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
寝返り	自立	一部介助	全介助																											なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
起き上がり	自立	一部介助	全介助		なし													なし												なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし		
座位	自立	一部介助	全介助		なし													なし												なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし		
立位	自立	一部介助	全介助		なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし																									
移乗	自立	一部介助	全介助		なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし																									
歩行	自立	一部介助	全介助	つたい歩き。	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし																									
使用機器	杖	歩行器	車椅子	ベッド	その他	自立	リQ1	リQ3	リQ4	なし	なし	なし	なし	なし	なし																									
維持・改善の要素、利点	下肢筋力が低下しているが、歩行は自立。 家族が実母。 実母が実母。 していない。(家族介護スタッフ) していない。(家族介護員) していない。(介護職員・生活支援センター員) していない。(家族介護員・実母) していない。(家族介護員・実母) していない。(家族介護員・実母) 家族の介助により外出。 できるだろうが、していない。(生活支援センター員)																																							
買物	自立	一部介助	全介助	家族が実母。	利用者意向	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし																									
金銭管理	自立	一部介助	全介助	実母が実母。	利用者意向	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし																									
献立	自立	一部介助	全介助	していない。(家族介護スタッフ)	利用者意向	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし																									
ゴミ出し	自立	一部介助	全介助	していない。(家族介護員)	利用者意向	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし																									
調理と片付け	自立	一部介助	全介助	していない。(介護職員・生活支援センター員)	利用者意向	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし																									
掃除・洗濯	自立	一部介助	全介助	していない。(家族介護員・実母)	利用者意向	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし																									
火気管理	自立	一部介助	全介助	していない。(家族介護員・実母)	利用者意向	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし																									
外出	自立	一部介助	全介助	家族の介助により外出。	利用者意向	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし																									
服薬状況	自立	一部介助	全介助	できるだろうが、していない。(生活支援センター員)	利用者意向	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし																									
住環境	問題無	問題有			CM判断	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし																									
維持・改善の要素、利点	サービス付き高齢者向け住宅でのサービスメニューとして、生活支援サービスが提供されているため、実親には行っていないが、できることはとても多い。																																							



# 面談ポイントシート

## (リ・アセスメント支援シート)

リ・アセスメント支援シート(CM提出)を確認し、質問する内容を整理する。

東山都子

確認項目	確認のポイント	質問Q	介護支援専門員の回答A
状態	<input type="checkbox"/> 利用者の状態が分かりやすく記載されている。 <input type="checkbox"/> 「維持・改善の要素、利点」には、利用者の生活を活性化させるような、その状態に対する利用者や家族の良いところが具体的に記載されている。	<b>リQ1:</b> 「IADL」について、全介助が多いが実際は自分でできるのか。  <b>リQ2:</b> 入居者同士の関係はどうか。	<b>リA1:</b> ほとんどできるが、現在は行っていない。  <b>リA2:</b> 入居者同士の関係は悪くはない。
問題(困りごと)	<input type="checkbox"/> 状態に対して、利用者又は家族が困っていることが記載されている。 <input type="checkbox"/> 認知症等で利用者が発した言葉を記載できない場合は、本人の立場に立った家族の発言が利用者の欄に記載されている。	自分でできることは自分で行うことが生活不活発発病の予防となるため、自分自身でできるのかを確認。	
利用者意向 家族意向	<input type="checkbox"/> 利用者又は家族の問題(困りごと)に対して、利用者又は家族が「～したい」という意向が記載されている。 <input type="checkbox"/> 認知症等で利用者が発した言葉を記載できない場合は、本人の立場に立った家族の発言が利用者の欄に記載されている。	<b>リQ3:</b> 介護度が低いのに、「IADL」について全て任せていることを、利用者はどのように考えているのか。	<b>リA3:</b> 「やることなく寝てばかりいることになるのでつまらなくて困る」「できる家事に挑戦したい」と言っていた。

確認項目	確認のポイント	質問Q	介護支援専門員の回答A
医師・専門職等の意見	<input type="checkbox"/> 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の決定に影響のありそうな状態に対する医師、専門職等の意見が記載されている。 <input type="checkbox"/> 主に生理的な要素にかかる維持・改善の要素については、医師の判断が記載されている。		
CM判断	<input type="checkbox"/> 状態、問題（困りごと）、意向、意見から、利用者が楽しみのある幸せな生活を送れるように生活を活性化させるために、介護支援専門員が必要だと判断したことが記載されている。 <input type="checkbox"/> 「維持・改善の要素、利点」に記載された内容と関連がある。	リQ4： 「IADL」について全て任せていることを、介護支援専門員はどのように判断しているのか。	リA4： 介護支援専門員としても、認知症や生活不活発病の予防だけでなく自分らしく過ごしてもらったためにも、家事には挑戦すべきだと思う。
CMの利用者・家族の意向への働きかけ	<input type="checkbox"/> 利用者や家族の意向がない場合や低い場合には、意向を高めるように働きかけている（実施中である。）。		
生活全般の解決すべき課題（ニーズ）（整理前）	<input type="checkbox"/> 利用者の意向と介護支援専門員の判断が一致した内容が記載されている。 <input type="checkbox"/> 利用者の意向がない場合は、家族の意向と介護支援専門員の判断が一致した内容が記載されている。		

面談ポイントシート

(リ・アセスメント支援シート)

東山都子

確認項目	確認のポイント	質問Q	介護支援専門員の回答A
生活全般の解決すべき課題（ニーズ）（整理後）	<input type="checkbox"/> 互いに関連する整理前のニーズが、統合されている。統合後に残ったニーズは、その状態、意向等から判断し、統合されたニーズと比較して、より利用者の生活の活性化に繋がるものである。	<p>リQ5:</p> <p>「家族・知人等の介護力」で「ここでの生活を続ける。」がニーズとなっていないのはなぜか。</p>	<p>リA5:</p> <p>本人は自宅に戻りたがっており、本当の意向ではないため。</p>
優先順位	<input type="checkbox"/> 利用者が楽しみのある幸せな生活を送れる。ように最も生活を活性化させると考えられるニーズが上位にきている。 <input type="checkbox"/> 生命が脅かされるような緊急性の高い課題がある場合には、それが上位にきている。	<p>リQ6:</p> <p>優先順位の理由は何か。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>介護支援専門員の回答に筋が通って理解できればよい。</p> </div>	<p>リA6:</p> <p>家事に挑戦することが本人の意向であるし、介護支援専門員から見ても、認知症や生活不活発発病の予防にもつながるため、「できる家事に挑戦したい。」を一番にした。</p>
意向と判断が一致しなかったため、ニーズにならなかった理由	<input type="checkbox"/> 利用者の意向又は家族の意向と介護支援専門員の判断が一致しなかった点と理由が記載されている。		
「リ・アセスメント支援シート」を作成して気が付いたこと	<input type="checkbox"/> リ・アセスメントシートを記入したことで、介護支援専門員が、気が付いたことが記載されている。		
備考			





※ 本線内は介護支援専門員が回答した部分を示している。  
 ※ 「JJA」は、面談ポイントシート中のQ&AのうちAの回答番号を表す。

利用者名 東山 都子

リ・アセスメント支援シート

作成日 平成26年1月24日  
 作成者 佐藤 次郎

面談後

状態		意向・意見・判断		問題 (困りごと)		意向・意見・判断		優先順位	
主病状(症状、痛み等)	胸腰椎圧迫骨折はコルセットを着用すれば痛みはない。左肩関節には可動域制限がある。	問題 (困りごと)	利用者 ・左の肩がちゃんと動かないので困る。 ・足が弱ってきたので困る。	意向・意見・判断	利用者意向 ・頭の上まで両手が上がるようにしたい。 ・転びたくない。	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位
薬	無 (有) 骨粗しょう症の薬を服用中。	利用者	利用者意向	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位
口腔衛生	良好 (不良)	利用者	利用者意向	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位
歯菌の有無等	無 (部分)	利用者	利用者意向	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位
食事摂取	問題無 (問題有)	利用者	利用者意向	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位
食量	普通 (多い)	利用者	利用者意向	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位
食事摂取形態	経口摂取 (経口摂取)	利用者	利用者意向	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位
食事形態 (主食)	常 (常)	利用者	利用者意向	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位
食事形態 (副食)	常 (常)	利用者	利用者意向	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位
飲水	普通 (多い)	利用者	利用者意向	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位
栄養状態	良 (普通)	利用者	利用者意向	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位
身長・体重	145 cm 40 kg	利用者	利用者意向	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位
麻痺・拘縮	無 (拘縮有)	利用者	利用者意向	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位
じよく・皮膚の問題	無 (有)	利用者	利用者意向	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位
入浴	2回/週 (月) 訪問介護により洗身・洗髪・洗髪の手助けをもらっている。	利用者	利用者意向	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位
排泄 (便)	1日1回 (便秘無) 便秘有	利用者	利用者意向	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位
排泄 (尿)	昼：5~6回・夜：1~2回	利用者	利用者意向	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位
睡眠時間帯	20 22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20	利用者	利用者意向	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位
維持・改善の要素、利点	規則正しい生活を送っている為、体調も良い。	利用者	利用者意向	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位

事例 1

※ 太線内は介護支援専門員が回答した部分を示している。  
 ※ 「リA」は、面談ポイントシートのQ&AのうちAの回答番号を表す。

面談後

利用者名	東山 都子	作成日	平成26年1月24日
作成者	佐藤 次郎	優先順位	2

## リ・アセスメント支援シート

利用者の状況	問題(困りごと)	意向・意見・判断	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)		優先順位
			整理前	整理後	
<b>ADL</b> 食事 (自立) 見守り 一部介助 全介助 食事場所 ベッド上 (他(共同スペース)) 排泄(排便) 自立 見守り 一部介助 全介助 排泄(排尿) 自立 見守り 一部介助 全介助 排泄(日中) トイレ PT 尿器 リハビリ オムツ 留カテ 排泄(夜間) トイレ PT 尿器 リハビリ オムツ 留カテ 排泄(失禁) 無 入浴 自立 一部介助 全介助 浴室の内外で滑らないよう見守りが必要 更衣・整容 自立 一部介助 全介助 時間がかかる。 寝返り 自立 一部介助 全介助 起上がり 自立 一部介助 全介助 座位 自立 一部介助 全介助 立位 自立 一部介助 全介助 移乗 自立 一部介助 全介助 歩行 自立 一部介助 全介助 つたい歩き。 使用機器 杖 歩行器 車椅子 ベッド その他 自立 <b>維持・改善の要素、利点</b> 下肢筋力が低下しているが、歩行は自立。	利用者意向 ・まだ左肩がちゃんと動かないから着替えや髪の手入れができなくて困る。 ・足が弱っているからお風呂で転んでしまってもいけないので困る。 家族意向 ・このままだと出来ないことが多くなってしまうので困る。	意向・意見・判断 ・頭の上まで両手が上がるようにしたい。 ・転びたくない。 意向の度合 (高) 中 低 失 意向の表明 阻 ・髪や衣服を整えて身ざれいにしてほしい。 ・足腰がしっかりしてほしい。 意向の度合 (高) 中 低 失 意向の表明 阻 なし。 CM判断 ・左肩可動領域を拡大し、下肢筋力を向上させることにより、ここでの生活を活性化させる必要がある。	整理前 ④頭の上まで両手が上がるようにしたい。 ⑥	整理後 頭の上まで両手が上がるようにしたい。	2
<b>IADL</b> <b>維持・改善の要素、利点</b> 買い物 自立 一部介助 全介助 家族の実態、家族の介助があげられているが実際はしていない。 金銭管理 自立 一部介助 全介助 家族が実態、実態はできている。 献立 自立 一部介助 全介助 していない。(配膳(調理スタッフ) 実態はできている。 ゴミ出し 自立 一部介助 全介助 していない。(移動(掃除) 実態はできている。 調理と片付け 自立 一部介助 全介助 していない。(配膳(調理スタッフ・生活空間サービス) 実態はできている。 掃除・洗濯 自立 一部介助 全介助 していない。(訪問介護員・洗濯業者) 実態はできている。 火気管理 自立 一部介助 全介助 していない。(炊飯なし) 実態はできている。 外出 自立 一部介助 全介助 家族の介助により外出。 服薬状況 自立 一部介助 全介助 できるだろうが、していない。(生活支援サービス) 実態はできている。 住環境 問題無 問題有	利用者意向 なし 家族意向 ・本人の家事への意欲があるため、ここで作ってできる家事の範囲を検討し、助める必要がある。 CM判断 ・本人の家事への意欲があるため、ここで作ってできる家事の範囲を検討し、助める必要がある。 CMの利用者・家族の意向への働きかけ	意向・意見・判断 なし 意向の度合 (高) 中 低 失 意向の表明 阻 なし 意向の度合 (高) 中 低 失 意向の表明 阻 なし 意向の度合 (高) 中 低 失 意向の表明 阻 ・本人の家事への意欲があるため、ここで作ってできる家事の範囲を検討し、助める必要がある。 CMの利用者・家族の意向への働きかけ	③できる家事に挑戦したい。 ② ④できる家事に挑戦したい。 ⑥	リA6 ③できる家事に挑戦したい。 ② ④できる家事に挑戦したい。	3
<b>維持・改善の要素、利点</b> 下肢筋力が低下しているが、歩行は自立。	なし 利用者意向 ・転びたくない。	意向・意見・判断 ・転びたくない。	⑤ ⑦	⑤ ⑦	3



<修正内容の概要>

自分でできる能力があり、本人も出来ることには取り組みたいという意向があったため、積極的に出来ることに取り組んでもらうケアプランとなった。結果として、不要なサービスもなくなった。

<ケアプランの項目ごとの主な修正内容>

(1) 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

ア 自分の人生に主体的・積極的に参画するニーズとなった。

例	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	解説
第2表（現行）	自分のペースで生活を送りたい。	主体性と具体性がない。
第2表（面談後）	できる家事には挑戦したい。	主体的・積極的である。

(2) 長期目標

ア ニーズが実現した場合に利用者が望むその人らしい生活の様相がしっかりと描かれるようになった。

例	長期目標	解説
第2表（現行）	関節可動域の拡大と全身筋力の向上が出来る。	その人らしさに欠ける。
第2表（面談後）	毎朝、自分で髪をきれいに整える。好みの洋服を着ておしゃれして、外に出かける。	「基本情報シート」の「趣味・好きなこと」に基づいており、その人らしい。

(3) 短期目標

ア 根拠に基づく、具体的な目標になった。

例	短期目標	解説
第2表（現行）	—	—
第2表（面談後）	簡単な掃除道具を部屋に置く。	「リ・アセスメント支援シート」の「IADL」欄に基づき、具体的な目標になった。

(4) 援助内容（サービス内容・サービス種別等）

ア 本人が取り組む内容が増えた。

例	援助内容	解説
第2表（現行）	—	—
第2表（面談後）	必要な道具の購入	「リ・アセスメント支援シート」の「IADL」欄に基づく。

イ 不要なサービスがなくなった。

例	援助内容	解説
第2表（現行）	居宅療養管理指導	—
第2表（面談後）	定期通院	本人は通院することができる。通院は外出の機会を増やすことにつながる。

## 「ケアプラン第 2 表」の点検の流れ

(介護支援専門員による自己点検及び面談による相互点検)

### (介護支援専門員の面談前準備「自己点検」)

- 1 「リ・アセスメント支援シート」における「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）（整理後）」に記入した文言を使用し、「優先順位」の順番に沿って、新「ケアプラン第 2 表（CM 提出（リ・アセス後）」を作成していく。
- 2 「長期目標」「短期目標」「サービス内容」「サービス種別」の記載に当たっては「ケアプラン確認シート」の構造に沿って、左から右に検討し記入していく。  
この際の最大のポイントは、「長期目標」に「ニーズが実現したらそこに拡がっている利用者の様子」を描くことにある。  
このことによって、“自立した日常生活のためにサービスを利用していく”という介護保険制度の基本理念が具体化されていくことになる。

### (保険者の面談前準備)

- 3 自己点検後の「ケアプラン第 2 表（CM 提出（リ・アセス後）」の確認を要する部分について、「面談ポイントシート」の「質問」欄に記入しておく（85 頁参照）。

### (面談)

- 4 質問について介護支援専門員から得た回答を「ケアプラン第 2 表（CM 提出（リ・アセス後）」に追加記入する。修正が必要な場合は、その場で修正する。

居宅サービス計画書(2)

第2表

主体性と具体性がない。

利用者名 東山 都子 殿

その人らしい生活の様様ではない。

(ニーズ)	長期目標		短期目標		援助内容				
	(期間)	(内容)	(期間)	(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 自分のペースで生活を送りたい。(本人)自分で出来る事は行って、出来ないところを手伝ってほしい。(家族)	25.10.1 ～ 26.9.30	事故等なく生活を送る事ができ、できる事は自分で行っていく。	25.10.1 ～ 26.3.31	自分で出来る事は行っていき、出来ない事や不安な事は安心して生活を送ることが出来る。	○	訪問介護	ヘルパーサービス M	2回/週	25.10.1 ～ 26.3.31
骨折後、左肩関節が上らなくなっているのが気になるようにしたい。	25.10.1 ～ 26.9.30	関節可動域の拡大と全身筋力の向上ができる。	25.10.1 ～ 26.3.31	身体に負担をかける事なく、起居動作を行う事ができる。	○	福祉用具貸与	Rコーポレーション		25.10.1 ～ 26.3.31
病気等の不安なく生活を送りたい。	25.10.1 ～ 26.9.30	定期的な受診により体調管理が行える。	25.10.1 ～ 26.3.31	入院中に全身筋力の低下と左肩関節の拘縮がみられ日常生活にも支障が出ている。機能訓練を行い身体機能の改善をしていく。	○	通所介護	デイサービス	1回/週	25.10.1 ～ 26.3.31
				定期往診	○	居宅療養管理指導	S診療所	第1・第3 土曜日	
				定期往診	○	居宅療養管理指導	S診療所	第1・第3 土曜日	25.10.1 ～ 26.3.31

※1 「保険給付対象か否かの区分」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。

※ 太線内は保険者が確認した部分を示している。  
 ※ 「ケQ」は、面談ポイントシート(QQ&AのうちQの質問番号を表す。

CM提出  
(U・アセス後)

作成年月日 平成26年1月14日

第2表

居宅サービス計画書(2)

利用者名 東山 都子 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
生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) できる家事に挑戦したい。	26.2.1 ～ 26.7.31	室内のゴミをま とめ、拭き掃除 をし、気持ちよ く過ごせる。外 出して洋服など 好きなものを買 い、娘や孫が来 たときにはパウ ンドケーキを焼 いてごちそう し、喜んでもら える。	26.2.1 ～ 26.4.30	・簡易な掃除道具を 室内に置く。  ・大型スパーまで 往復できる。	必要ない 必要ない 必要ない	本人 家族 家族	本人 長女、長男 長女、長男	必要時 必要時	26.2.1 ～ 26.4.30  26.2.1 ～ 26.4.30
	26.2.1 ～ 26.7.31	毎朝、自分で髪 をきれいに整え る。好みの洋服 を着ておしやれ して、外に出掛 ける。	26.2.1 ～ 26.4.30	・左肘が肩まで上が る。	関節可動域訓練(専 門)	○ ○	居宅療養管理 指導 通所介護 訪問マツサー ジ(医療保険)	S診療所 デイサービ スS ○○マツサ ージ院	1回/2週  1回/週  1回/週
				関節可動域訓練(セル フ)	本人	本人	本人	毎日	

ケQ1:  
居宅療養管理指導は、定期通院  
でも良いのではないか。

※ 太線内は保険者が確認した部分を示している。  
 ※ 「ケQ」は、面談ポイントシートQ&AのうちQの質問番号を表す。

CM提出  
 (リ-アセス後)

### 居宅サービス計画書 (2)

利用者名 東山 都子 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
転びたくない。	外出して、孫の成人式と一緒に記念写真を撮る。入浴してさっぱりできる。	26.2.1 ～ 26.7.31	足腰を丈夫にする。	26.2.1 ～ 26.4.30	歩行訓練・バランス訓練	○	通所介護	デイサービス S	1回/週	26.2.1 ～ 26.4.30
			浴室の内外で滑らないですむ。	26.2.1 ～ 26.4.30	入浴介助	○	訪問介護	ヘルパーステーションM	2回/週	26.2.1 ～ 26.4.30
気の合う人と、気が向いたときに話をするようにしたい。	一人だけの時間を減らして他の人と楽しく過ごす。	26.2.1 ～ 26.7.31	リビングスペースにいる時間を長くし、なじみの人をたたくさんつくる。	26.2.1 ～ 26.4.30	月1回のお食事を提供する。		賃貸住宅管理職員	〇〇サービスクラス向け高齢者向け住宅の職員	1回/月	26.2.1 ～ 26.4.30

※1 「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては〇印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。



面談ポイントシート (ケアプラン第2表)

ケアプラン第2表 (CM提出) を確認し、  
質問する内容を整理する。

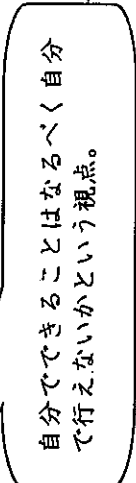
東山都子

※その人らしいプランを作成するためリ・アセスメント支援シートと一緒に確認する。

確認項目	保険者による確認のポイント	質問Q	介護支援専門員の回答A
生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	<input type="checkbox"/> リ・アセスメント支援シートの「生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)」欄と内容及び優先順位が一致している。		
長期目標及び期間	<目標> <input type="checkbox"/> 「生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)」が実現した場合の利用者の目標が記載されている。 <input type="checkbox"/> 利用者が望む利用者らしい生活の様子が具体的に記載されている。 <input type="checkbox"/> サービスの利用が目標となっていない。 <期間> <input type="checkbox"/> 達成可能な目標と期間になっている。 <input type="checkbox"/> 認定の有効期間を考慮しながら期間が設定されている。		
短期目標及び期間	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 長期目標と同じ内容になっていない。 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者が作成する個別サービス計画の目標となりうる内容が記載されている。 <input type="checkbox"/> モニタリングの際に、達成度が確認可能な目標になっている。		

面談ポイントシート (ケアプラン第2表)

東山都子

確認項目	保険者による確認のポイント	質問Q	介護支援専門員の回答A
サービス内容	<input type="checkbox"/> 短期目標を達成するために必要な段取りが記載されている。 <input type="checkbox"/> 介護保険のサービスだけでなく、家族や隣人が行う支援や利用者のセルフケアについても記載されている。 <input type="checkbox"/> 主治医等の専門職から留意事項等が示された場合は、それについて記載がある。	ケQ1 ニーズが「頭の上まで両手が上がるようにしたい。」のサービス種別「居宅療養管理指導」は、「定期通院」でも良いのではな いか。	ケA1 通院可能な人であるため、「居宅療養管理指導」でなくても良い。
サービス種別	<input type="checkbox"/> サービス内容を適切に実行できるサービス種別が選択されている。 <input type="checkbox"/> 特定のサービスに偏っていない。		
頻度・期間	<input type="checkbox"/> 短期目標の達成に応じた頻度が設定されている。 <input type="checkbox"/> 目標やサービス実施予定に応じた期間が設定されている。 <input type="checkbox"/> 短期目標の期間と連動している。		
備考			

※ 太線内は介護支援専門員が回答した部分を示している。  
 ※ 「ケA」は、面談ポイントシートのQ&AのうちAの回答番号を表す。

第2表

「基本情報シート」の「趣味・好きなこと」等に基づいたためその人らしい目標になった。

利用者名 東山 都子 殿

居宅サービス計画書 (2)

「リ・アセスメント支援シート」の「ADL」欄等に基づき具体的にになった。

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
生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)									
できる家事に挑戦したい。 人生に主体的・積極的なニーズになった。	26.2.1 ～ 26.7.31	室内のゴミをまとめ、拭き掃除をし、気持ちよく過ごせる。外出して洋服など好きなものを買いたい、娘や孫が来たときにはパウンドケーキを焼いてごちそうし、喜んでもらえる。	26.2.1 ～ 26.4.30	・簡易な掃除道具を室内に置く。 ・大型スーパーまで往復できる。 ・調理道具と冷蔵庫がある。	必要な道具の購入 歩行時見守り、付き添い 必要な物品の購入	本人 家族 本人 家族 通販	本人 長女、長男 長女、長男 本人 長女、長男 〇〇通信販売	必要時 必要時 必要時	26.2.1 ～ 26.4.30 26.2.1 ～ 26.4.30 26.2.1 ～ 26.4.30
頭の上まで両手が上がるようにしたい。	26.2.1 ～ 26.7.31	毎朝、自分で髪をきれいに整える。好みの洋服を着ておしやれして、外に出掛ける。	26.2.1 ～ 26.4.30	・左肘が肩まで上がる。	関節可動域訓練(専門)	居宅療養管理指導 定期通院 通所介護 訪問マッサージ(医療保険)	S診療所 デイサービス S 〇〇マッサージ院	1回/2週 1回/月 1回/週 1回/週	26.2.1 ～ 26.4.30
				通院付き添い		家族	長女・長男	1回/月	
				関節可動域訓練(セルフ)		本人	本人	毎日	

ケA1: 通院可能な人であるため、居宅療養管理指導でなくても良い。

本人・家族が主体的に取り組む内容になった。

※ 太線内は介護支援専門員が回答した部分を示している。  
 ※ 「ケA」は、面談ポイントシート中のQ&AのうちAの回答番号を表す。

面談後

## 居宅サービス計画書(2)

利用者名 東山 都子 殿

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	日 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
転びたくない。	外出して、孫の成人式と一緒に記念写真を撮る。入浴してさっぱりできる。	26.2.1 ～ 26.7.31	足腰を丈夫にする。  浴室の内外で滑らないですむ。	26.2.1 ～ 26.4.30	歩行訓練・バランス訓練  入浴介助	○  ○	通所介護  訪問介護	デイサービス S  ヘルパーズデ ーションM	1回/週  2回/週	26.2.1 ～ 26.4.30  26.2.1 ～ 26.4.30
気の合う人と、気が向いたときに話をするようにしたい。	一人だけの時間を減らして他の人と楽しく過ごす。	26.2.1 ～ 26.7.31	リビングスペースに長時間を長くし、なじみの人をたたくさんつくる。	26.2.1 ～ 26.4.30	月1回のお食事を提供する。		賃貸住宅管理職員	〇〇サービス付き高齢者向け住宅の職員	1回/月	26.2.1 ～ 26.4.30

※1 「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては〇印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。