

保険者と介護支援専門員が 共に行うケアマネジメントの 質の向上ガイドライン

平成26年3月



はじめに

介護保険制度の目的は「自立支援」です。介護保険法は高齢者等が要介護状態になっても尊厳を保持し、その人が有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするために制度を設けたと規定しています。こうした生活を成り立たせるために様々な保険給付等があり、その保険給付等を互いに連携させ束ねて利用者のもとに届けるのがケアマネジメントの主な機能です。

しかし、介護支援専門員は、要介護状態となった高齢者等を単に保険給付等を一方的に受けるだけの受動的な存在として捉えてはいません。法においても、国民に「その有する能力の維持向上に努めるべきこと」を求めているように、自ら生活を営む主体として「自らの生活のために保険給付等を積極的に利用していく」能動的な利用者であって欲しいと望んでいます。

要介護状態となっても自立した日常生活を送るためには「生活への意欲」をもつことが不可欠です。このため介護支援専門員は、要介護状態になって落胆したり、徐々に生活が不活発になったりして、縮小していく利用者の生活への意欲をいかに回復するかを見つめ働きかけています。

こうした作業は、アセスメント、ケアプラン作成、モニタリングにおいても利用者・家族と介護支援専門員が協働で行います。協働しなければ利用者を受動的な存在にしてしまい、介護支援専門員の専横的なサービスを押しつけてしまうことになるからです。

このガイドラインは、介護支援専門員が①今の「状態」からいかに生活上の支障を見通し利用者・家族と共有するか、②その生活上の支障を克服していかに自分らしく生きられる日常生活を営むための「意欲」を取り戻す支援をするか、という主に2つの大きなテーマに基づいて作成しました。全て、要介護状態にある利用者の自立した日常生活の実現を支援するためです。

私たち委員は、保険者には介護支援専門員のこうした苦心に満ちた努力を理解し支援していただきたいと切に望みます。また、介護支援専門員には、保険者と共にケアプラン点検を行う機会は稀少ですが、その経験を日頃の自立支援のケアマネジメント実践に活かしていただくように願っています。保険者、介護支援専門員が手を携えて、人々が豊かで幸せな老後生活を送ることができる東京であってほしい。ケアプラン点検を始めとしてケアマネジメントの質の向上を図るのはそのためです。それを心にこのガイドラインを作りました。

多くの関係者の皆様に御活用いただけることを願っています。

平成 26 年 3 月

東京都高齢者保健福祉施策推進委員会地域ケア会議推進部会 ケアマネジメントの質の向上分科会

分科会長 佐藤 信人

委 員 橋本 泰子 宮近 郁子 高岡 里佳 羽石 芳恵

千葉 明子 大川 潤一 阿部 吉勝 伊藤 重夫

横手裕三子 榊 美智子

目 次

● はじめに

第1章 介護支援専門員の行うケアマネジメントの質の向上

- 1 介護支援専門員の行うケアマネジメントの質を向上させる意義 …………… 2
- 2 介護支援専門員の行うケアマネジメントの質を向上させる手法 …………… 2

第2章 ケアプラン点検によるケアマネジメントの質の向上

- 1 ケアプラン点検の目的と基本姿勢 …………… 4
- 2 本ガイドラインを活用したケアプラン点検の特徴 …………… 5
- 3 ケアプラン点検に必要なケアマネジメントに関する知識 …………… 6
- 4 ケアプラン点検の具体的方法 …………… 11
- 5 ケアプラン点検で活用するシート …………… 20
 - I リ・アセスメント支援シート …………… 20
 - II ケアプラン確認シート …………… 38
 - III 面談ポイントシート …………… 40

第3章 多職種との連携・協働によるケアマネジメントの質の向上

- 1 多職種との連携・協働によるケアマネジメントの質の向上の具体的方法 …………… 56
- 2 多職種との連携・協働で活用するシート …………… 58
 - I ケアマネジメントの課題整理シート …………… 58

ケアプラン点検の具体例

- 1 事例1 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 …… 63
- 2 事例2 要介護度が高く、高齢の妻が主な介護者であるケース …………… 89
- 3 事例3 独居で認知症、既往歴が多いケース …………… 121

様式集

- 1 基本情報シート …………… 156
- 2 リ・アセスメント支援シート …………… 158
- 3 ケアプラン確認シート …………… 162
- 4-1 面談ポイントシート<基本情報シート> …………… 163
- 4-2 面談ポイントシート<リ・アセスメント支援シート> …………… 164
- 4-3 面談ポイントシート<ケアプラン第2表> …………… 169
- 4-4 面談ポイントシート<ケアプラン第1表> …………… 172
- 4-5 面談ポイントシート<ケアプラン第3表> …………… 174
- 5-1 ケアプラン点検 面談後報告書(介護支援専門員→保険者) …………… 175
- 5-2 ケアプラン点検 面談後報告書(保険者→介護支援専門員) …………… 176
- 6 ケアマネジメントの課題整理シート …………… 177

参考資料

- ケアマネジメントの質の向上分科会について …………… 178

第 1 章

介護支援専門員の行う
ケアマネジメントの質の向上

第1章 介護支援専門員の行うケアマネジメントの質の向上

1 介護支援専門員の行うケアマネジメントの質を向上させる意義

ケアマネジメントの質を向上させる意義は、介護保険制度が目指す「自立支援」の理念を実現することに尽きる。

すなわち、介護保険制度は、高齢者が要介護状態等になっても、尊厳を保持して、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的としているのであり、そのための制度運用の仕組みとしてケアマネジメントを導入した。

そして、ケアマネジメントとは高齢者が自立した日常生活を営むという目的のために、高齢者の現状や自立した日常生活に向けての希望を十分に把握し、それを踏まえてその人にとって最もふさわしいサービスが利用できるよう支援する仕組みである。

介護支援専門員は、要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に対応し、要介護者等がその心身の状況等に応じた適切なサービスを利用できるようサービス利用を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものである。つまり、ケアマネジメントを動かす介護支援専門員の働き方によって要介護者等の生活は大きな影響を受けるのである。

したがって、介護支援専門員の行うケアマネジメントの質の向上は、高齢者が自立した日常生活を営むという目的を達成するために常に求められていることである。

2 介護支援専門員の行うケアマネジメントの質を向上させる手法

介護支援専門員の行うケアマネジメントの質を向上させる手法はいくつか考えられるが、まずケアプランが適切に作成されているかを確認することが大切である。その理由はケアプランは介護保険制度の目的である利用者の自立支援のために各種サービス・サポートを導入する根拠となるものだからである。ケアプランは「ケアマネジメントの中核」であるといえる。

そこで本ガイドラインでは、ケアプランに着目した①「自己点検」、②「ケアプラン点検」、③「多職種との連携・協働」の手法によるケアマネジメントの質の向上について記載した。ただし、「自己点検」は、「ケアプラン点検」と「多職種との連携・協働」とを一緒に行う内容となっている。

なお、ケアマネジメントの質の向上は「自己点検」「ケアプラン点検」「多職種との連携・協働」のみで達成されるものではない。介護支援専門員が日々の業務における内省や研修への参加等により、自己研鑽を積みながら身に付けていくものである。

第2章

ケアプラン点検による
ケアマネジメントの質の向上

第2章 ケアプラン点検による ケアマネジメントの質の向上

1 ケアプラン点検の目的と基本姿勢

ケアプラン点検の目的や基本姿勢は、「ケアプラン点検支援マニュアル」（平成20年7月18日厚生労働省老健局振興課）に次のとおり記載されている。

(1) ケアプラン点検の目的

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

(2) ケアプラン点検に当たっての基本姿勢

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

つまり、ケアプラン点検は、保険者と介護支援専門員が「自立支援に資するケアマネジメント」を図るために共にケアプランを確認するものであるといえる。

2 本ガイドラインを活用したケアプラン点検の特徴

本ガイドラインを活用したケアプラン点検には、二つの特徴がある。

特徴1 ケアプラン点検で、介護支援専門員のケアマネジメントの質の向上を図ることを目的としている。

ケアマネジメントの質を向上させる目的は、「自立支援に資するケアマネジメント」の達成である。本ガイドラインでは「自立支援」を次のとおり定義する。

要支援・要介護の状態になっても「可能な限りできる範囲で、可能な限り自分らしい生活を営むこと、自分の人生に主体的・積極的に参画し自分の人生を自分自身で創っていくこと」(注1 53頁)に対する支援

本ガイドラインでは、効果的にケアマネジメントの質の向上を図るため、点検前に介護支援専門員がアセスメントとケアプランを自己点検する方法を採用している。

特徴2 専門職でなくてもケアプラン点検を円滑かつ適切に実施できる。

ケアプラン点検は、第一線で働く介護支援専門員という専門職とともに実施するため、経験豊富な地域の主任介護支援専門員や保険者の職員であって介護支援専門員の資格を有するものと、専門職ではない事務職員が協働して行うことが理想的である。

しかし、専門職の不在が理由でケアプラン点検に取り組めていない保険者もあるため、事務職員であっても適切に点検を行えるよう次の2点を踏まえてガイドラインを作成した。

- ① 点検前に必要最低限のケアマネジメントに関する知識を学習する。
- ② 介護支援専門員と認識を共有できる簡略な点検ツールを活用する(本ガイドラインでは、「リ・アセスメント支援シート」を使用(20頁)。

3 ケアプラン点検に必要なケアマネジメントに関する知識

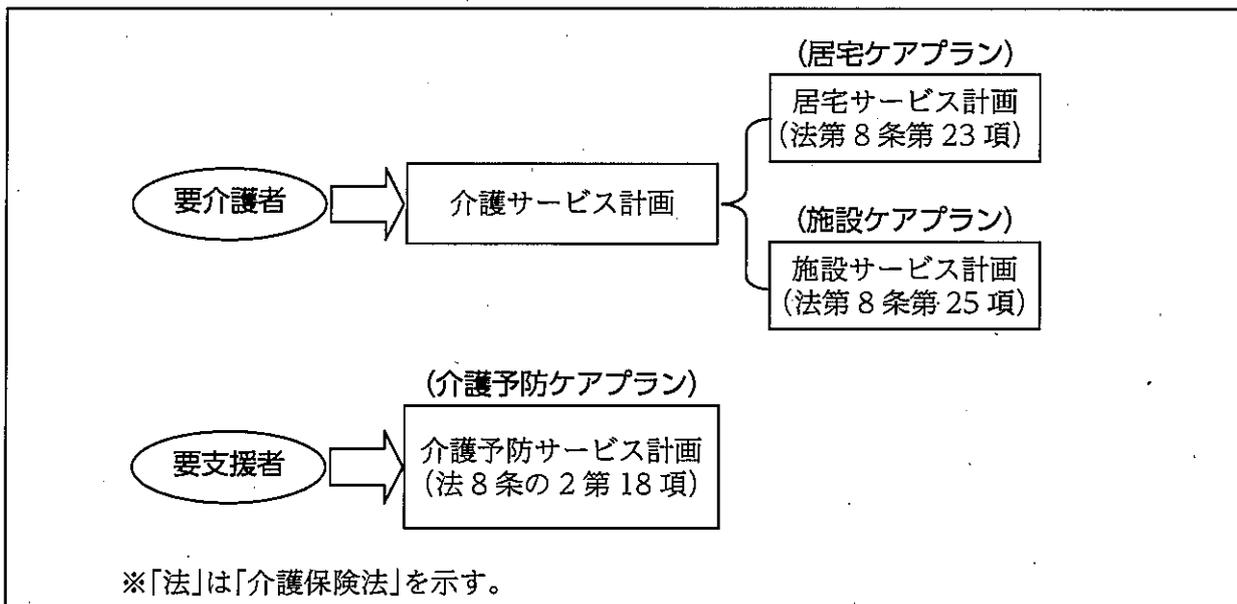
まず、事務職員がケアプラン点検を円滑かつ適切に実施できるように、ケアプラン点検に必要なケアマネジメントに関する知識を整理する。

(1) ケアプランとは

ケアプランとは、要介護者等に対して、自立支援のためのサービス等を効果的かつ計画的に提供するため、通常、介護支援専門員により作成される介護サービスの計画である。

ケアプランは、一般的に「介護サービス計画」と「介護予防サービス計画」のことを表し、「介護サービス計画」は、利用者がサービスを利用する場所によって、「居宅サービス計画」と「施設サービス計画」に分けられる。

<ケアプランの種類> (注 2 53頁)



本ガイドラインでは、「居宅サービス計画」(以下「居宅ケアプラン」という。)の点検を中心に説明していく。なお、居宅ケアプランは、厚生労働省の標準様式(平成11年11月12日付老企第29号厚生省老人保健福祉局企画課通知)では、第1表から第7表までとなる(次頁参照)。

<居宅サービス計画書標準様式>

ケアプランの本体	
第1表	<p>居宅サービス計画書 (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス計画全体の方向性を示す帳票 ・利用者及び家族の生活に対する意向が示されている。
第2表	<p>居宅サービス計画書 (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス計画全体の中核になる帳票 ・第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向」や「総合的な援助の方針」と整合性がある。 ・アセスメントの結果、導き出された「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を解決して自立した日常生活を営む具体的な手順を表す。
第3表	<p>週間サービス計画表</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第2表で計画した援助内容を、週単位で示す帳票
介護支援専門員等がケアマネジメントを進めていくための判断根拠	
第4表	<p>サービス担当者会議の要点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議を開催した場合に、会議の要点を記載する帳票
第5表	<p>居宅介護支援経過</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員がモニタリングを通じて把握した、利用者や家族の意向・満足度等、目標の達成度の把握と変化、それに対応した事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について項目ごとに整理して記載する帳票
サービスの利用状況や費用についての管理	
第6表	<p>サービス利用票 (兼居宅サービス計画)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス時間帯・内容とサービス提供回数の予定・実績を記載する帳票
第7表	<p>サービス利用票別表</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス内容に対する利用者の費用負担を示した帳票

(2) ケアマネジメントのプロセス

介護支援専門員の行うケアマネジメントのプロセスは、基本的に次の6つからなる。

- ① インテーク（申請の受付）
- ② アセスメント
- ③ ケアプラン原案の作成
- ④ サービス担当者会議と利用者の同意によるケアプランの確定
- ⑤ サービスの実行
- ⑥ モニタリング

① インテーク（申請の受付）

ア 利用者又はその関係者と介護支援専門員が初めて接触するのがインテークである。介護支援専門員への第一印象になるため重要である。

イ インテークの方法としては電話や来所があるが、基本的には次のことを行う。

- ・ 自己紹介
- ・ 利用者及び相談者のおおまかな基本情報の収集
- ・ 相談者の主訴の把握
- ・ 今後の流れの説明（初回面接の予約、申請の受付等）

② アセスメント

ア アセスメントは、多くの個人情報（プライバシー）に触れるため、申請の受理後に行われる。

イ アセスメントとは、利用者の有する能力、既に提供を受けているサービス（フォーマル・インフォーマルを含む。）等の利用者の置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題（ニーズ）を把握することである。

ウ 具体的には、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接をして、利用者に関する情報を収集し、それを分析・評価して、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を明らかにすることである。

エ アセスメントは個人的な考え方や手法で行うものではなく「適切な方法」で行わなければならないものであり、厚生労働省通知(平成11年11月12日付老企第29号)「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」で、利用者及びその家族との面接によって確認すべき23のアセスメント標準項目（10頁参照）が示されている。

オ なお、標準項目は示されているが、アセスメント様式は居宅介護支援事業所又は介護支援専門員によって様々となっているのが実態である。

③ケアプラン原案の作成

ケアプラン原案の作成とは、介護支援専門員が利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、「居宅サービス計画書(1)」、「居宅サービス計画書(2)」及び「週間サービス計画表」の原案を作成することである。

④サービス担当者会議と利用者の同意によるケアプランの確定

- ア サービス担当者会議とは、利用者の状況等に関する情報を、ケアプラン原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者と共有し、ケアプラン原案の内容について、担当者から専門的な見地からの意見を求めるために介護支援専門員が開催する会議である。
- イ 会議の参加者は、利用者、家族、主治医、ケアプランに位置付けられているサービスの担当者、近隣住民やボランティア等の関係者である。
- ウ 新規ケース、要介護度更新時及び要介護状態区分変更時には、必ず開催される。
- エ サービス担当者会議での参加者からの意見によりケアプラン原案は修正されるが、修正された原案は、利用者の同意を得ることで確定する。

⑤サービスの実行

確定したケアプランは、利用者やケアプランに位置付けた指定居宅サービス等の担当者に交付され、サービスが実行される。

⑥モニタリング

- ア モニタリングとは、ケアプランの目標の達成状況やニーズの変化等を把握することであり、利用者の状況とサービスが合致しているかどうか確認するために行われる。
- イ モニタリングの結果、必要があればケアプランの変更を行う。
- ウ 少なくとも月に1回利用者の居宅を訪問して、利用者に面接して行わなければならない。

II 課題分析標準項目 (注3 53頁)

基本情報に関する項目

NO.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報 (受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報 (受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報 (氏名、性別、生年月日、住所・電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報 (介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等) について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である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について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果 (要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等) について記載する項目
9	課題分析 (アセスメント) 理由	当該課題分析 (アセスメント) の理由 (初回、定期、退院退所時等) について記載する項目

課題分析 (アセスメント) に関する項目

NO.	標準項目名	項目の主な内容 (例)
10	健康状態	利用者の健康状態 (既往歴、主傷病、症状、痛み等) について記載する項目
11	ADL	ADL (寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等) に関する項目
12	IADL	IADL (調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等) に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり (社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等) に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取 (栄養、食事回数、水分量等) に関する項目
20	問題行動	問題行動 (暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等) に関する項目
21	介護力	利用者の介護力 (介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等) に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況 (虐待、ターミナルケア等) に関する項目

4 ケアプラン点検の具体的方法

<ケアプラン点検の流れ>

ケアプラン点検は、次の流れで実施していく。

(1) 保険者の事前準備	12 ページ
ア ケアプランの選定	
イ 介護支援専門員への資料提出依頼	
提出資料例	
・ケアプラン第1表～第5表	
・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1表～第3表（「リ・アセスメント支援シート」により修正したもの）	
(2) 介護支援専門員の面談前準備	13 ページ
ア 提出資料の作成	
・「基本情報シート」の作成	
・「リ・アセスメント支援シート」の作成	
・「ケアプラン第1表～第3表」の修正	
イ 保険者への資料提出	
(3) 保険者の面談前準備	14 ページ
ア 提出資料の質問事項の整理	
(4) 面談	14 ページ
ア 注意事項の確認	
イ 面談の実施	
(5) 面談後	19 ページ
ア ケアプランの修正と今後への反映	
イ 気づきの共有化	
ウ 点検の整理・分析	
エ 課題解決	

(1) 保険者の事前準備

ア ケアプランの選定

ケアプランの選定方法はいろいろと考えられるが、例えば次のような方法がある。

【選定方法 1】

対象：全ての介護支援専門員のケアプラン

介護支援専門員一人当たりの点検件数：1 件程度

特徴：多くの介護支援専門員のケアマネジメントの質の向上が可能であり、保険者により多くの介護支援専門員間意思疎通が図れる。

【選定方法 2】

対象：新任の介護支援専門員のケアプラン

介護支援専門員一人当たりの点検件数：2 件程度

特徴：新任の介護支援専門員のケアマネジメントの質の向上を重点的に図る。

【選定方法 3】

対象：経験豊富な介護支援専門員のケアプラン

介護支援専門員一人当たりの点検件数：1 件程度

特徴：経験豊富な介護支援専門員による経験の浅い介護支援専門員への影響は大きいため、まず経験豊富な介護支援専門員のケアマネジメントの質の向上を図る。

【選定方法 4】

対象：保険者が年度ごとに決めたテーマのケアプラン

例 独居で認知症のある高齢者

：保険者が課題と考えているケアプランの内容が把握でき、点検で介護支援専門員のケアマネジメントの質の向上を図れる。

地域全体の介護支援専門員のケアマネジメントの質の向上を図るためには、なるべく多くの介護支援専門員のケアプランを確認することが望ましい。ただし、点検する側の人員体制の確保といった課題もあるため、未実施の保険者は、まず「新任の介護支援専門員のみを対象にする」「点検テーマを絞る」等、可能な規模から取り組んでいくことも考えられる。

イ 介護支援専門員への資料提出依頼

保険者は介護支援専門員に次の資料の提出を依頼する。

- ・ケアプラン第 1 表～第 5 表
- ・基本情報シート (156 頁)
- ・リ・アセスメント支援シート (20 頁)
- ・リ・アセスメント支援シートに基づき修正されたケアプラン第 1 表、第 2 表、第 3 表 (以下「ケアプラン第 1 表 (CM 提出)、ケアプラン第 2 表 (CM 提出)、第 3 表 (CM 提出)」という。)

(2) 介護支援専門員の面談前準備

介護支援専門員は事前準備をすることで、まず自分でアセスメントやケアプランの点検を行うことができる。

ア 提出資料の作成

「基本情報シート」の作成

- ① 利用者の基本情報に関する項目を記載する。
- ② 本ガイドラインでは、参考様式（156頁）を提示するが既存のものを活用しても差し支えない。

「リ・アセスメント支援シート」の作成

- ① 介護支援専門員が面接で得た情報（状態・問題（困りごと）・意向）と介護支援専門員側の判断を記載することで、自らのアセスメントを振り返るとともに、ケアプラン第2表の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」が適切か検討する。

「ケアプラン第1表～第3表」の修正

第2表、第1表、第3表の順に修正を行っていく。

- ① 第2表の修正
 - ・「第2表」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」は、「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）」（整理後）の語句及び優先順位と合致させる。
 - ・「第2表」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」が修正された場合は、それに合わせ、「ケアプラン確認シート」（38頁）を活用しながら、「目標」、「援助内容」も修正する。
- ② 第1表の修正
 - ・「第1表」の「利用者及び家族の生活に対する意向」が、「第2表」の「長期目標」を総合化した内容になっているか確認し、必要があれば修正する。
 - ・「第1表」の「総合的な援助の方針」が、「利用者及び家族の生活に対する意向」に対応しているかを確認し、必要があれば修正する。
- ③ 第3表の修正
 - ・「第2表」の修正に合わせて修正する。

イ 保険者への資料提出

介護支援専門員は次の資料を保険者に提出する。

- ・ケアプラン第1表～第5表
- ・基本情報シート
- ・リ・アセスメント支援シート
- ・リ・アセスメント支援シートにより修正されたケアプラン第1表（CM提出）～第3表（CM提出）

(3) 保険者の面談前準備

ア 提出資料の質問事項の整理

保険者は介護支援専門員との面談の際に「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1表（CM提出）～第3表（CM提出）」について質問する内容を、「面談ポイントシート」（40頁）を活用し、整理しておく。「ケアプラン第1表～第5表」は確認する際に参考にする。

(4) 面談

ア 注意事項の確認

面談前に次の①～③の注意事項を必要に応じて確認する。

① 「ケアプラン点検に当たっての基本姿勢」を読み直す。

事務職員にとって、アセスメントやケアプランの内容について専門職である介護支援専門員と面談を行うことは、ケアマネジメントがよく分からないと考え、消極的になる可能性がある。また、分からないことを介護支援専門員に確認することは保険者として恥ずかしいと感じる可能性もある。その時には、「ケアプラン点検に当たっての基本姿勢」（4頁）を読み返してから面談に臨むことが望ましい。事務職であっても、そこに記された心構えで繰り返し面談に臨めば、介護支援専門員と一緒に考えていく中で、自然にケアマネジメントの質の向上に必要な点検者としての視点が身についていく。

② 質問する時は、介護支援専門員を非難しないように配慮する。

例えば、「〇〇については聞いていますか。」と、空欄について質問をすると、介護支援専門員は非難をされているように感じる可能性がある。主旨は同じ質問でも「〇〇について、利用者が語ったことはありますか。」と言い方を変えるだけで、利用者について介護支援専門員が話しやすくなり、利用者のイメージを保険者と介護支援専門員が深く共有することができるようになる。

③ ケアプラン点検に管理者を同席させる場合には注意する。

ケアプラン点検で得た気づきを、当該介護支援専門員だけではなく、居宅介護事業所全体で共有させるためには、面談時に管理者が同席するのも一案である。ただし、その場合は、管理者が同席することにより、介護支援専門員が自由に意見を述べることが阻害されることがないように注意する必要がある。

イ 面談の実施

面談は次の流れで実施していく。

①保険者によるケアプラン点検の「目的」、「ルール」、「面談の進め方」の説明

㊦ 目的

- ・介護支援専門員のケアマネジメントの質の向上を図ること。
- ・ケアマネジメントの質の向上により、利用者に可能な限りできる範囲で可能な限り自分らしい生活を営んでもらうこと。
- ・「いかにして利用者の楽しみのある幸せな生活を実現するか」を保険者と介護支援専門員が共に考えること。

㊧ ルール

- ・保険者と介護支援専門員が共に不愉快にならないようにすること。そのためには、双方が努力する必要があること。
- ※面談は争う場ではなく、共に確認する場である。

㊨ 面談の進め方

下記区分ごとに、まず介護支援専門員が説明し、次に保険者の質問に対して介護支援専門員が回答していく。

面談の進行状況に応じて適宜、休憩を入れる。

区分	確認該当箇所
1	「基本情報シート」 「リ・アセスメント支援シート」の「状態」欄
2	「リ・アセスメント支援シート」の「問題（困りごと）」欄、 「リ・アセスメント支援シート」の「意向・意見・判断」欄 「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）（整理前）」欄
3	「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）（整理後）」欄 「リ・アセスメント支援シート」の「優先順位」欄
4	「ケアプラン第2表（CM提出）」
5	「ケアプラン第1表（CM提出）」、「ケアプラン第3表（CM提出）」

② 保険者による最初の質問

保険者は介護支援専門員にしっかりと点検の目的を理解してもらい、点検中に常に意識してもらうために最初に次の質問をする。

「利用者は楽しみのある幸せな生活を営んでいると思いますか？」

③ 【区分 1】・「基本情報シート」の確認 ・「リ・アセスメント支援シート」の「状態」欄の確認

<ポイント>

介護支援専門員と利用者のイメージを可能な限り共有する。

㊦ 介護支援専門員による説明

「基本情報シート」や「リ・アセスメント支援シート」の「状態」欄について介護支援専門員が強調したいこと又は追加したいことがあれば説明してもらう。

㊧ 保険者と介護支援専門員による利用者のイメージの共有

保険者の質問に対して介護支援専門員が回答していくことで、利用者のイメージを双方で共有する。

基本的には、「面談ポイントシート」を活用して質問していくが、次の点を意識して進める。

- ・利用者の生活を活性化させる「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出せるような材料を発見する。
- ・利用者のイメージを深く共有するために、シートに記載されていない情報を引き出す。

④ 【区分 2】「リ・アセスメント支援シート」の ・「問題（困りごと）」欄の確認 ・「意向・意見・判断」欄の確認 ・「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）（整理前）」の確認

<ポイント>

「状態」から最終的に適切なニーズを導き出せているかを確認する。

㊦ 介護支援専門員による説明

「リ・アセスメント支援シート」の「状態」を受けた「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）（整理前）」欄について、介護支援専門員が強調したいこと又は追加したいことがあれば説明してもらう。

㊧ 保険者と介護支援専門員による「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）（整理前）」の確認

保険者の質問に対して介護支援専門員が回答していくことで、適切なニーズが導き出されているか確認する。

確認の結果、「リ・アセスメント支援シート」の内容の修正が必要な場合は、その場で赤字等により修正をする。

- ⑤ 【区分3】 「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）（整理後）」の確認
 - ・「優先順位」の確認

<ポイント>

適切にニーズが整理され、優先順位がつけられているかを確認する。

㉗ 介護支援専門員による説明

整理前から整理後へニーズを整理した考え方と優先順位の理由について、介護支援専門員に説明してもらう。

㉘ 保険者と介護支援専門員による整理後のニーズと優先順位の確認

保険者の質問に対して介護支援専門員が回答していくことで、ニーズが適切に整理され、優先順位が適切についているかを確認する。

確認の結果、修正が必要な場合は、その場で赤字等により修正する。

⑥ 【区分4】 「ケアプラン第2表（CM提出）」の確認

㉗ 修正内容の反映

③④⑤で「基本情報シート」及び「リ・アセスメント支援シート」を確認した結果に基づき「第2表（CM提出）」を修正する。例えば、ニーズを修正した場合は、まず「第2表（CM提出）」のニーズをその場で赤字等により修正する。

㉘ 介護支援専門員による説明

第2表（CM提出）について介護支援専門員が強調したいこと又は追加したいことがあれば説明してもらう。

㉙ 保険者と介護支援専門員による「第2表（CM提出）」の確認

保険者は「面談ポイントシート」で整理した内容をもとに、「ケアプラン確認シート」も活用しながら、介護支援専門員に質問していく。

保険者の質問に対して介護支援専門員が回答していくことで、「第2表（CM提出）」が適切に作成されているかを確認する。

⑦ 【区分5】「ケアプラン第1表 (CM 提出)」の確認
「ケアプラン第3表 (CM 提出)」の確認

㊦ 修正内容の反映

③④⑤⑥で「基本情報シート」、「リ・アセスメント支援シート」及び「ケアプラン第2表 (CM 提出)」を確認した結果に基づき、「第1表 (CM 提出)」「第3表 (CM 提出)」をその場で赤字等で修正する。

㊧ 介護支援専門員による説明

「第1表 (CM 提出)」、「第3表 (CM 提出)」について介護支援専門員が強調したいこと又は追加したいことがあれば説明してもらう。

㊨ 保険者と介護支援専門員による「第1表 (CM 提出)」及び「第3表 (CM 提出)」の確認

保険者は「面談ポイントシート」で整理した内容をもとに、介護支援専門員に質問していく。

保険者の質問に対して介護支援専門員が回答していくことで、「第1表 (CM 提出)」と「第3表 (CM 提出)」が適切に作成されているかを確認する。

(5) 面談後

ア ケアプランの修正と今後への反映

介護支援専門員は必要に応じて利用者やサービス担当者等にケアプランの修正を提案してみる。また、今後作成する他のケアプランに点検で気が付いたことを反映させる。

イ 気づきの共有化

「ケアプラン点検面談後報告書（175、176頁参照）」等を活用し、介護支援専門員と保険者が「点検で気が付いた点」を互いに報告する。

ウ 点検の整理・分析

保険者は、点検での介護支援専門員の回答や気づき等を整理・分析し、地域の介護支援専門員の特徴・課題を把握する。

エ 課題解決

保険者は、ケアマネジメントの質の向上のために研修会等を開催して、把握した課題を解決する。

<補足>ガイドラインの活用について

- 本ガイドラインは、参考であり活用するか否かは保険者の判断による。また、活用する場合も全てこのとおりに取り組まなければならないものではない。
- 例えば、点検する帳票については、次のように考えることも可能である。
 - ・ケアプラン「第1表」、「第2表」、「第3表」はケアプランの本体であり運動した帳票であるため、「第1表」、「第2表」、「第3表」全てを点検することが望ましい。
 - ・しかし、時間的な制約から点検を効率的に行う場合は、「基本情報シート」、「リ・アセスメント支援シート」及びケアプランの中核である「第2表」のみを点検し、ケアマネジメントの質の向上を図ることも可能である。
 - ・その場合、介護支援専門員の事前準備は、「基本情報シート」及び「リ・アセスメント支援シート」の記入並びにケアプラン「第2表」の修正となる。
- このように、保険者の実情に合わせてガイドラインの必要な項目を適宜活用していただきたい。

5 ケアプラン点検で活用するシート

I リ・アセスメント支援シート

(1) 「リ・アセスメント支援シート」とは

「リ・アセスメント支援シート」とは、介護支援専門員がアセスメントを適切に行っているかを確認するために活用するシートである。

(2) アセスメントの確認が必要な理由

「ケアプラン全体の中核となるケアプラン第2表」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」は、アセスメントによって導き出され、継続的なアセスメント（モニタリング）によって見直されるため、ケアプランはアセスメントの成果物であるといえる。したがって、アセスメント力の向上はケアマネジメントの質の向上につながる。

(3) 「リ・アセスメント支援シート」の活用で確認できること

「リ・アセスメント支援シート」を記載することで、利用者が自分らしい生活を営めるように利用者の生活を活性化させる「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を適切に導き出せるように作成してある。そのため、「リ・アセスメント支援シート」を眺めれば、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」とそれに基づく「ケアプラン第2表」が適切なものになっているかを確認できる。

なお、重要なのは、シートを全て埋めることなく、シートを作成することで介護支援専門員が自身のケアマネジメントを振り返り、その質の向上につなげることである。

(4) シートの名称について

名称を「アセスメント支援シート」ではなく、「リ・アセスメント支援シート」とした理由は、シートは初回のアセスメントで全てを埋めるのではなく、アセスメントを重ねていくうちに埋まっていくものであることを表現したためである。介護支援専門員は、シートの構造や内容を常に意識しながらアセスメントを重ねていくことで、初回もサービス実行後も適切なニーズを導き出せるようになる。

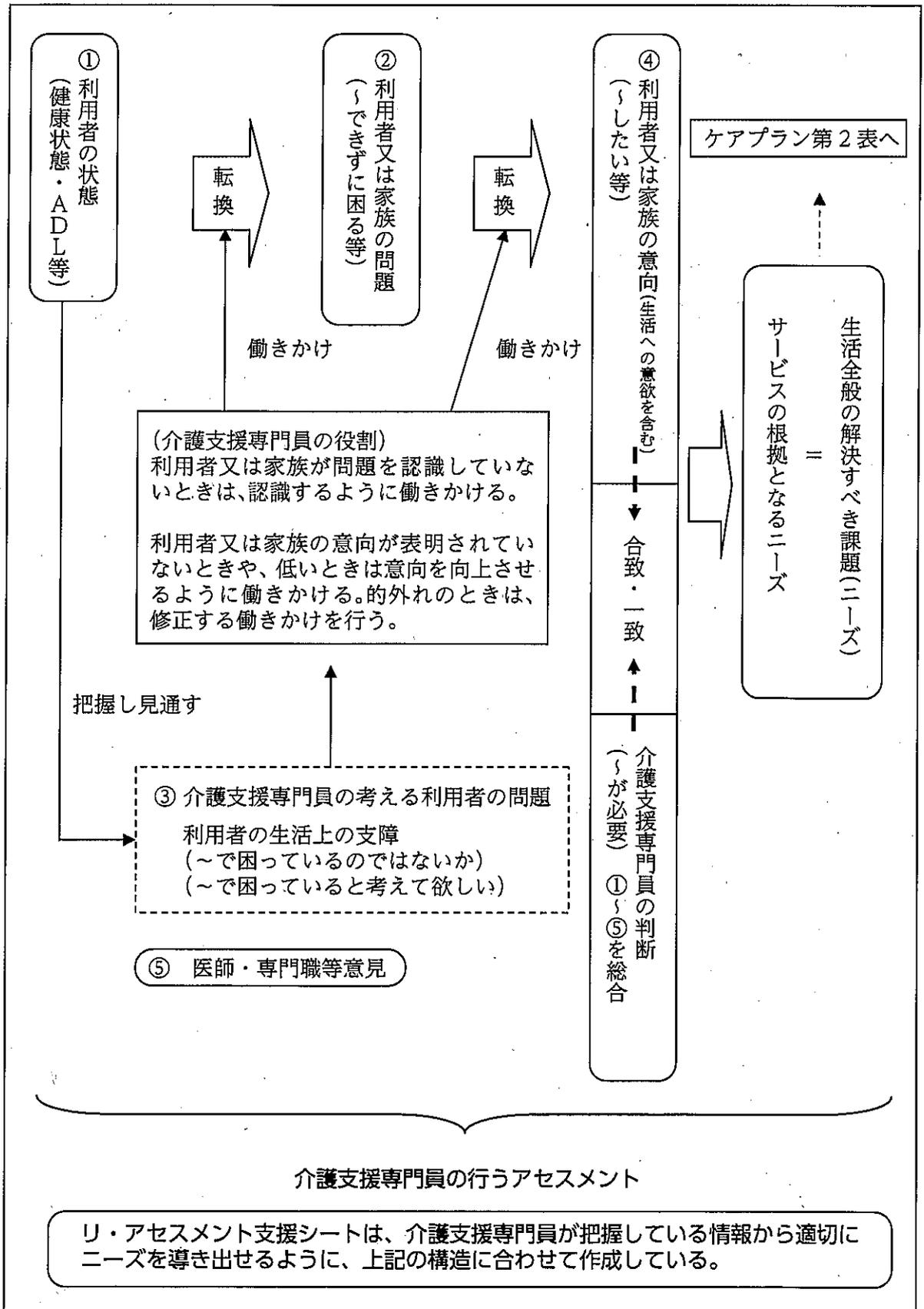
(5) ケアプラン点検で「リ・アセスメント支援シート」を活用する理由

- ア 介護支援専門員が事前にアセスメントを自己点検するため。
- イ 保険者と介護支援専門員とが認識を共有するため。

(6) 「リ・アセスメント支援シート」の記載について

介護支援専門員が「リ・アセスメント支援シート」を円滑に記載できるよう、保険者は事前に記載方法を説明するなどして対応することが大切である。

(7) 「リ・アセスメント支援シート」の構造



リ・アセスメント支援シート

利用者名	状態										意向・意見・判断				優先順位					
											生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)									
											整理前				整理後					
											実施中				未検討					
											高				中					
											低				失					
											意向の表明				阻					
視力	問題無	はつきり見え	殆ど見えない																	
聴覚	問題無	聞き取れない																		
精力	問題無	はつきり聞かれない																		
補聴器	問題無	有																		
言語	問題無	聞き取れない																		
意思伝達	問題無	聞き取れない																		
維持・改善の要 素、利点																				
認知障害	自立	軽度	中度	重度																
意思決定	できる	特別な場合以外では	困難																	
指示反応	通じる	時々通じる	通じない																	
情緒・情動	問題無	加うつ	不安	興奮																
行動障害	無	暴言	徘徊	多動	昼夜逆転	不潔	夜間徘徊	拒食	不穏	夜間徘徊	不潔	拒食	不穏							
精神症状	無	妄想	幻覚	せん妄	自当感	無関心														
維持・改善の要 素、利点																				
介護提供	常時	日中のみ	夜間のみ	不定期	無															
介護者の健康	健康	高齢	病身	他																
介護者の負担感	無	有																		
維持・改善の要 素、利点																				
利用者意向																				
家族意向																				
医師・専門職等 意見																				
CM判断																				
CMの利用者・家族の意向への懸念かけ																				
利用者意向																				
家族意向																				
医師・専門職等 意見																				
CM判断																				
CMの利用者・家族の意向への懸念かけ																				
利用者意向																				
家族意向																				
医師・専門職等 意見																				
CM判断																				
CMの利用者・家族の意向への懸念かけ																				

リ・アセスメント支援シート

利用者名											作成日		作成者					
状態		問題 (困りごと)										意向・意見・判断				優先順位		
		利用者					家族					意向の度合				整理前	整理後	整理後
主疾病(症状 痛み等)											利用者の意向				意向の度合	意向の表明	阻	
薬	無	有									家族意向				意向の度合	意向の表明	阻	
口腔衛生	良好	不良									医師・専門職等 意見				意向の度合	意向の表明	阻	
義歯の有無等	無	部分	全部								CM判断				意向の度合	意向の表明	阻	
食事摂取	問題無	咀嚼 問題有								CMの利用等・家族の 意向への働きかけ				意向の度合	意向の表明	阻		
食容量	普通	多い	少ない								実態中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難		
食事摂取形態	経口 摂取	経管 摂取		kcal/日・回/日・ 回/日						CM判断				意向の度合	意向の表明	阻		
食事形態 (主食)	常	かゆ	重湯	ペース ト状	他					CM判断				意向の度合	意向の表明	阻		
食事形態 (副食)	常	きざみ	とろみ	ペース ト状	他					CM判断				意向の度合	意向の表明	阻		
飲水	普通	多い	少ない	医師 指示量	ml/日	飲水量	ml/日							意向の度合	意向の表明	阻		
栄養状態	良	普	不良								CM判断				意向の度合	意向の表明	阻	
身長・体重	cm		kg									CM判断				意向の度合	意向の表明	阻
麻痺・拘縮	無		麻痺有	拘縮有						CM判断				意向の度合	意向の表明	阻		
じょく瘡・ 皮膚の問題	無		有	治療中						CM判断				意向の度合	意向の表明	阻		
入浴	回/週・月									CM判断				意向の度合	意向の表明	阻		
排泄(便)	日	回	便秘無	便秘有						CM判断				意向の度合	意向の表明	阻		
排泄(尿)	昼：回・夜：回									CM判断				意向の度合	意向の表明	阻		
睡眠時間帯	20 22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20									CM判断				意向の度合	意向の表明	阻		
維持・改善の 要素、利点																		

リ・アセスメント支援シート

利用者名	状態										作成日	作成者	
	自立	見守り	一部介助	全介助	他()								
食事	自立	見守り	一部介助	全介助	他()								
食事場所	食堂	ベッド脇	ベッド上	他()									
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	パット	リハビリ パンツ	オムツ	留カテ						
排泄(夜間)	トイレ	PT	尿器	パット	リハビリ パンツ	オムツ	留カテ						
排泄(失禁)	無	有											
入浴	自立	一部介助	全介助										
更衣・整容	自立	一部介助	全介助										
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										
使用機器	杖	歩行器	車椅子	パッド	その他								
維持・改善の要素、利点													
買物	自立	一部介助	全介助										
金銭管理	自立	一部介助	全介助										
献立	自立	一部介助	全介助										
ゴミ出し	自立	一部介助	全介助										
調理と片付け	自立	一部介助	全介助										
掃除・洗濯	自立	一部介助	全介助										
火気管理	自立	一部介助	全介助										
外出	自立	一部介助	全介助										
服薬状況	自立	一部介助	全介助										
住環境	問題無	問題有											
維持・改善の要素、利点													

利用者名	状態	問題(困りごと)	意向・意見・判断	整理前	整理後	優先順位			
	利用者		利用者意向						
	家族		家族意向						
			医師・専門職等意見						
			CM判断						
			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
	利用者		利用者意向						
	家族		家族意向						
			医師・専門職等意見						
			CM判断						
			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

利用者名		状態		問題 (困りごと)		意向・意見・判断		作成日		優先順位	
						意向・意見・判断		作成者		優先順位	
						意向・意見・判断		作成者		優先順位	
社会参加	無	有	利用者	利用者	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻
対人交流	無	有	家族	家族	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻
維持・改善の要素、利点					医師・専門職等意向への働きかけ						
					CM判断						
					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	対応確認	困難
社会交流					利用者意向						
					意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻
					家族意向						
					医師・専門職等意向への働きかけ						
					CM判断						
					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	対応確認	困難
特別な状況					利用者意向						
					意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻
					家族意向						
					医師・専門職等意向への働きかけ						
					CM判断						
					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	対応確認	困難
意向と判断が一致しなかつたため、ニーズにばらなかつた理由											
「リ・アセスメント支援シート」を作成して気が付いたこと											

リ・アセスメント支援シート

利用者名		作成日		作成者		優先順位	
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)	
視力	問題無	利用者	例 ○○で困る。	利用者	例 ○○で困る。	状態欄の項目	問題(～で困る。)
聴覚	問題無	家族	例 ○○で困る。	家族	例 ○○で困る。	転換(だから)	
認知	問題無	医師		医師			
言語	問題無	専門職		専門職			
身体	問題無	CM		CM			
維持・改善の要素・利点		CMの利用者への働きかけ		CMの利用者への働きかけ			
「状態」各項目・選択欄		利用者意向		利用者意向			
「状態」各項目・余白欄		家族意向		家族意向			
「維持・改善の要素・利点」		医師・専門職等意向		医師・専門職等意向			
		CM判断		CM判断			
		CMの利用者・家族への働きかけ		CMの利用者・家族への働きかけ			
		実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難

「状態」各項目・選択欄
それぞれ、該当する状態に○をつける。

「状態」各項目・余白欄
項目ごとにある余白には、特記事項を必要に応じて、記入する。

「維持・改善の要素・利点」
人の話しを、よく聞いてあげることができる。
・いつも笑顔が絶えない。
・自分の気持ちを相手に伝えることができる。
・自分の気持ちを家族で伝えることができる。

「状態」各項目・「家族意向」
利用者：意向(○○したい。)
家族：意向(○○になってほしい。)

「利用者意向」・「家族意向」
「なし」と発言→「なし」と記入
・介護支援専門員が確認していない場合→空欄
＜利用者欄のみ＞
認知症等で利用者が意向を表明できないうちは、利用者の立場に立った家族等の発言を記入する。その場合は、文末に代弁した者をカッコ書きにより明記する(例：(長女代弁))。

「維持・改善の要素・利点」
利用者が楽しみのある幸せな生活を送れるように、利用者の生活を活性化させるような現在の状態に対する利用者や家族の良いところ、役れているところ、魅力的なところを具体的に記入する。

「利用者意向」・「家族意向」
利用者：意向(○○したい。)
家族：意向(○○になってほしい。)

「状態」各項目・「家族意向」
「なし」と発言→「なし」と記入
・介護支援専門員が確認していない場合→空欄
＜利用者欄のみ＞
認知症等で利用者が意向を表明できないうちは、利用者の立場に立った家族等の発言を記入する。その場合は、文末に代弁した者をカッコ書きにより明記する(例：(長女代弁))。

利用者・家族「意向の度合」
「意向の度合」は、該当する度合に○をつける。
・高：利用者の意向が高い場合
・中：利用者の意向がそれほど高くもなく低い場合
・低：利用者の意向が低い場合
・失：「利用者意向」欄に「なし」と記入した場合で、利用者が病気や喪失体験などにより本来は「意向」があるはずだが表明がでない場合

利用者・家族「意向の表明」「阻」
「利用者(家族)意向」欄に記入した利用者(家族)の意向が、家族関係や経済状況等諸事情により、利用者(家族)が真の意向を表明することが阻まれている場合○をつける。

リ・アセスメント支援シート

利用者名	作成日		作成者		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			
主疾病(症状痛み等)	困りごと		利用者意向		意向の度合		意向の表明		困難			
薬	有	不良	利用量		高	中	低	失	阻			
口腔衛生	「薬」で「有」に○をつけた場合は、項目余白にどの疾病に対し処方されているかを記入する。必要に応じて、「薬剤情報提供書」の写し等を添付する。		「食量」余白に1日の食事回数を記入する。		意向の度合		意向の表明		阻			
義歯の有無等	「食事摂取形態」に○をつけた場合は、余白に「栄養剤のカロリー・1日の回数・摂取時間等」を記入する。		「食事形態(主食)」に○をつけた場合は、余白に具体的な内容を記入する。		意向の度合		意向の表明		阻			
食事摂取	「経口摂取」(例) 1,200kcal/日・3回/日・朝8時、昼12時、夕6時		「食事形態(主食)」に○をつけた場合は、余白に具体的な内容を記入する。		意向の度合		意向の表明		阻			
食量	常		常		意向の度合		意向の表明		阻			
食事摂取形態	常	常	常		意向の度合		意向の表明		阻			
食事形態(主食)	常	常	常		意向の度合		意向の表明		阻			
食事形態(副食)	常	常	常		意向の度合		意向の表明		阻			
飲水	常	常	常		意向の度合		意向の表明		阻			
栄養状態	良	普	良		意向の度合		意向の表明		阻			
身長・体重	165.5 cm	55	55		意向の度合		意向の表明		阻			
麻痺・拘縮	無	拘縮有	拘縮有		意向の度合		意向の表明		阻			
じよく瘡・皮膚の問題	無	治療中	治療中		意向の度合		意向の表明		阻			
入浴	(例) 3回/週	月	月		意向の度合		意向の表明		阻			
排泄(便)	(例) 3日1回	便秘無(便秘有)	便秘無(便秘有)		意向の度合		意向の表明		阻			
排泄(尿)	(例) 昼：5回・夜：2回				意向の度合		意向の表明		阻			
睡眠時間帯	20	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20
維持・改善の要素、利点	「睡眠時間帯」該当する睡眠時間帯を○で囲み、睡眠開始時間から終了時間に向けて矢印を記入する。											

「医師・専門職等意見」
 「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の決定に影響があり、そのような「状態」に対しての、利用者を支えるためにチームとして機能している他の医師・専門職等の意見を記入する。意見を述べた者の所属及び職名をカッコ書きにより明記する(例：A診療所B医師)。

(例)
 ○○が必要(A診療所B医師)。
 ○○したほうがいいのではないか(C訪問ステーションD看護師)。

「飲水」
 医師の指示している量と実際の飲水量を具体的に記入する。

「栄養状態」
 医師の意見をもとに記入する。

「身長・体重」「入浴」「排泄(尿)」
 該当する数値を記入する。

「排泄(便)」
 該当する回数を記入し、便秘の有無について該当する状態に○をつける。

「経口摂取」
 (例) 1,200kcal/日・3回/日・朝8時、昼12時、夕6時

「食事摂取形態」
 「経口摂取」に○をつけた場合は、余白に「栄養剤のカロリー・1日の回数・摂取時間等」を記入する。

「食量」
 余白に1日の食事回数を記入する。

「食事形態(主食)」
 「他」に○をつけた場合は、余白に具体的な内容を記入する。

意向の度合
 高 中 低 失 阻

意向の表明
 阻

リ・アセスメント支援シート

利用者名	状態	問題 (困りごと)	意向・意見・判断	作成日	作成者	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
	<p>「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」(整理前)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「利用者意向」と「CM判断」が一致した内容を記入する。意向が高い場合は文末を「～したい」等とし、意向が低い場合は文末を「～する」等とする。 ・「利用者意向」欄に「なし」と記入し、利用者の意向が実際になく、「家族意向」と「CM判断」が一致しており、利用者に提案可能な内容である場合は、そのニーズを記入する。その場合は、文末に家族の誰であるかをカッコ書きにより明記する(例：(妻))。 ・「利用者意向」又は「家族意向」と「CM判断」が一致しない場合は、何も記入しない。 ・先頭の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」から順番に番号をつける。 	<p>「関連」</p> <p>「整理前」の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の中で、互いに関連しているニーズがあれば、当該ニーズの番号を記入する。</p>	<p>「優先順位」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の中で利用者が楽しみのある幸せな生活を送るために、最も利用者の生活を活性化させると考えられるニーズから優先順位をつける。ただし生命が脅かされるような緊急性の高いニーズがある場合には、それが上位にくる。 			⑤〇〇し たい。	⑤〇〇した い。	1	
	<p>「特別な状況」</p> <p>利用者の特別な状況(虐待・タナーミナルケア、生活上のこだわり、趣味、得意なこと等)について記入する。</p>	<p>「特別な状況」</p> <p>「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」(整理後)に関連しているニーズを比較し、最も利用者の生活を活性化させるニーズを「整理後」欄に記入する。統合されたニーズについては、「整理後」欄に「(統合先のニーズ番号)へ統合。」と記入する。</p>	<p>「優先順位」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の中で利用者が楽しみのある幸せな生活を送るために、最も利用者の生活を活性化させると考えられるニーズから優先順位をつける。ただし生命が脅かされるような緊急性の高いニーズがある場合には、それが上位にくる。 			⑥〇〇す る。	⑤⑥	⑤へ統合	
	<p>「意向と判断が一致しなかった理由」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「利用者意向」又は「家族意向」と「CM判断」が一致しなかった内容の項目について、その理由を記入する。 	<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」</p>	<p>「リ・アセスメント支援シート」を作成して気が付いたこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「リ・アセスメント支援シート」を記入したことにより、ケアマネジメントに関して気が付いたことを記入する。 						

リ・アセスメント支援シート 記入要領

1 「利用者名」

利用者名を記入する。

2 「作成日」

リ・アセスメント支援シートを作成した日を記入する。

3 「作成者」

リ・アセスメント支援シートを作成した介護支援専門員の氏名を記入する。

4 「状態」

(1) 「コミュニケーション」

- ア 「視力」から「意思伝達」まで、それぞれ該当する状態に○をつける。
- イ 各項目の特記事項は、必要に応じて項目ごとの余白に記入する。
- ウ 「維持・改善の要素、利点」は、利用者が望む生活を送れるように、利用者の生活を活性化させるような現在の状態に対する利用者や家族の良いところ、優れているところ、魅力的なところを具体的に記入する。(37頁参照)

(2) 「認知と行動」

- ア 「認知障害」から「精神症状」まで、それぞれ該当する状態に○をつける。
- イ 各項目の特記事項及び「維持・改善の要素・利点」は、(1)「コミュニケーション」イ及びウと同様に記入する。

(3) 「家族・知人等の介護力」

- ア 「介護提供」から「介護者の負担感」まで、それぞれ該当する状態に○をつける。
- イ 各項目の特記事項及び「維持・改善の要素・利点」は、(1)「コミュニケーション」イ及びウと同様に記入する。

(4) 「健康状態」

- ア 「主疾病（症状痛み等）」は、主な疾病とその症状を記入する。
- イ 「薬」で「有」に○をつけた場合は、項目余白にどの疾病に対し処方されているか等を記入する。必要に応じて、「薬剤情報提供書」の写し等を添付する。
- ウ 「口腔衛生」、「義歯の有無等」、「食事摂取」は、該当する状態に○をつける。
- エ 「食事量」は、該当する状態に○をつけ、1日の食事回数を記入する。
- オ 「食事摂取形態」で「経管摂取」に○をつけた場合は、余白に「栄養剤のカロリー・1日の回数・摂取時間等を記入する。
- カ 「食事形態（主食）」、「食事形態（副食）」で「他」に○をつけた場合は、余白に具体的な内容を記入する。
- キ 「飲水」は、該当する状態に○をつけ、医師の指示している量と実際の飲水量を具体的に記入する。
- ク 「栄養状態」は、医師の意見をもとに判断する。
- ケ 「身長・体重」は、該当する数値を記入する。
- コ 「麻痺・拘縮」「じよく瘡・皮膚の問題」は、該当する状態に○をつける。
- サ 「入浴」は、該当する回数を記入する。
- シ 「排泄（便）」は、該当する回数を記入し、便秘の有無について該当する状態に○をつける。
- ス 「排泄（尿）」は、該当する回数を記入する。
- セ 「睡眠時間帯」については、該当する睡眠時間帯を○で囲み、睡眠開始時間から終了時間に向けて矢印を記入する。
- ソ 各項目の特記事項及び「維持・改善の要素、利点」については、(1)「コミュニケーション」イ及びウと同様に記入する。

(5) 「ADL」

- ア 「食事」は、該当する状態に○をつける。
- イ 「食事場所」で「他」に○をつけた場合は、具体的な食事場所を記入する。
- ウ 「排泄（排便）」から「排泄（失禁）」まで、それぞれ該当する状態に○をつける。
- エ 「入浴」は、該当する状態に○をつけ、余白に入浴場所、入浴方法、介助者等について記入する。
- オ 「更衣・整容」から「歩行」まで、それぞれ該当する状態に○をつける。
- カ 「使用機器」で「その他」に○をつけた場合は、使用機器名を具体的に記入する。
- キ 各項目の特記事項及び「維持・改善の要素、利点」については、(1)「コミュニケーション」イ及びウと同様に記入する。

(6) 「IADL」

- ア 「買物」から「服薬状況」まで、それぞれ該当する状態に○をつける。特記事項には、現在、一部介助又は全介助の状態である場合に、介助をしている家族やサービス等を記入する。また、実際は利用者ができる力を有していると判断した場合は、「実際にはできる」という主旨を記入する。
- イ 「住環境」は、該当する状態に○をつけ、余白に特記事項を記入する。
- ウ 「維持・改善の要素、利点」については、(1)「コミュニケーション」ウと同様に記入する。

(7) 「社会交流」

- ア 「社会参加」、「対人交流」は、それぞれ該当する状態に○をつけ、項目ごとの余白に特記事項を記入する。
- イ 「維持・改善の要素、利点」については、(1)「コミュニケーション」ウと同様に記入する。

(8) 「特別な状況」

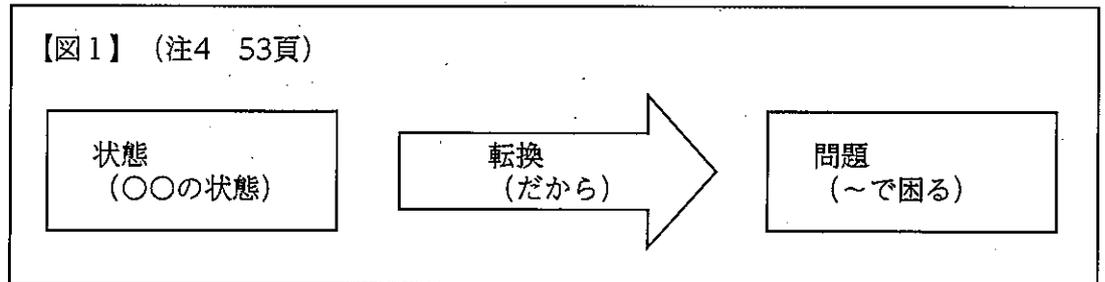
- ア 利用者の特別な状況（虐待、ターミナルケア、生活上のこだわり、趣味、得意なこと等）について記入する。
- イ 「維持・改善の要素、利点」については、(1)「コミュニケーション」ウと同様に記入する。

5 「問題 (困りごと)」

(1) 「利用者」

- ア 左側の「状態」に対応して、利用者が表明した「困る」という主旨の発言をそのまま「～で困る」等と記入する。

【図1】 (注4 53頁)



- イ 「なし」と言った場合は、「なし」と記入し、介護支援専門員が確認していない場合は、空欄にする。
- ウ 認知症等で利用者が困りごとを表明できない場合は、利用者の立場に立った家族等の発言を記入する。その場合は、文末に代弁した者をカッコ書きにより明記する(例：(長女代弁))。

(2) 「家族」

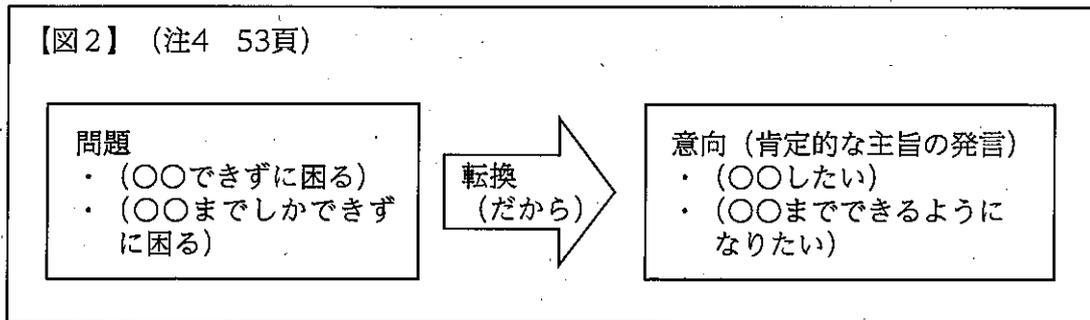
- ア 利用者と同様に、左側の「状態」に対応して、家族が表明した「困る」という主旨の発言をそのまま「～で困る」等と記入する。
- イ 「なし」と言った場合は、「なし」と記入し、介護支援専門員が確認していない場合は、空欄にする。

6 「意向・意見・判断」

(1) 「利用者意向（生活への意欲を含む）」

- ア 「問題（困りごと）」に対応する、利用者が表明した「～したい」「～する」「～してみる」等、肯定的な主旨の発言をそのまま記入する。

【図2】（注4 53頁）



- イ 「問題（困りごと）」が無い場合でも、利用者から状態に対して「～したい」「～する」「～してみる」等、肯定的な主旨の発言があった場合には、そのまま記入する。
- ウ 「なし」と言った場合は、「なし」と記入し、介護支援専門員が確認していない場合は、空欄にする。
- エ 認知症等で利用者が意向を表明できない場合は、利用者の立場に立った家族等の発言を記入する。その場合は、文末に代弁した者をカッコ書きにより明記する（例：（長女代弁））。
- オ 利用者の「意向の度合」は、該当する度合に○をつける。
- ・高：利用者の意向が高い場合。
 - ・中：利用者の意向がそれほど高くもなく低くもない場合。
 - ・低：利用者の意向が低い場合。
 - ・失：「利用者意向」欄に「なし」と記入した場合で、利用者が病気や喪失体験などにより本来は「意向」があるはずだが表明ができない場合。
- カ 利用者の「意向の表明」は、下記に該当する場合に「阻」に○をつける。
- ・阻：「利用者意向」欄に記入した利用者の意向が、家族関係や経済状況等諸事情により、利用者が真の意向を表明することが阻まれ相違してしまっている場合。

(2) 「家族意向（生活への意欲を含む）」

- ア 「問題（困りごと）」に対応する、家族が表明した「～になってほしい」という主旨の発言をそのまま記入する。
- イ 「問題（困りごと）」が無い場合でも、家族から状態に対して「～になってほしい」という主旨の発言があった場合には、そのまま記入する。
- ウ 「なし」と言った場合は、「なし」と記入し、介護支援専門員が確認していない場合は、空欄にする。
- エ 家族の「意向の度合」は、該当する度合に○をつける。
- ・高：家族の意向が高い場合。
 - ・中：家族の意向がそれほど高くもなく低くもない場合。

- ・低：家族の意向が低い場合。
 - ・失：「家族意向」欄に「なし」と記入した場合で、家族が病気や喪失体験などにより本来「意向」があるはずだが、表明ができない場合。
- オ 家族の「意向の表明」は、下記に該当する場合に「阻」に○をつける。
- ・阻：「家族意向」欄に記入した家族の意向が、利用者との関係や経済状況等諸事情により、家族が真の意向を表明することが阻まれ相違してしまっている場合。

(3) 「医師・専門職等意見」

「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の決定に影響がありそうな「状態」に対しての、利用者を支えるためにチームとして機能している他の医師・専門職等の意見を記入する。意見を述べた者の所属及び職名をカッコ書きにより明記する（例：A 診療所 B 医師）。

(4) 「CM判断」

「状態」、「問題（困りごと）」、「利用者意向」、「家族意向」、「医師・専門職等意見」から、利用者が楽しみのある幸せな生活を送れるよう利用者の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を「〇〇が必要」と記入する。

(5) 「CMの利用者・家族の意向への働きかけ」

ア 「状態」欄に記入した「維持・改善の要素、利点」等を活用し、介護支援専門員が、利用者や家族の「問題（困りごと）」について「利用者意向」「家族意向」に転換するための働きかけをしているかを記入する。また、意向があっても、利用者や家族の「意向の度合」が低い場合は、高めるよう介護支援専門員が利用者や家族に働きかけをしているかを、記入する。

- ・実施中：意向へ働きかけをしている場合。
- ・検討中：意向へ働きかけるかどうかを検討している場合。
- ・未検討：意向へ働きかけるかどうかを検討していない場合。
- ・不要：意向へ働きかける必要がない場合。

（例）既に意向が高い、「問題（困りごと）」がない場合 等。

イ 「対応難度」は、意向への働きかけが困難である場合に○をつける。

7 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」

(1) 「整理前」

- ア 「利用者意向」と「CM判断」が一致した内容を記入する。意向が高い場合は文末を「～したい」とし、意向が低い場合は文末を「～する」とする。
- イ 「利用者意向」欄に「なし」と記入し、利用者の意向が実際になく、「家族意向」と「CM判断」が一致しており、利用者に提案可能な内容である場合は、そのニーズを記入する。その場合は、文末に家族の誰であるかをカッコ書きにより明記する（例：（妻））。
- ウ 「利用者意向」又は「家族意向」と「CM判断」が一致しない場合は、何も記入しない。
- エ 先頭の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」から順番に番号をつける。

(2) 「関連」

「整理前」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の中で、互いに関連しているニーズがあれば、当該ニーズの番号を記入する。

(3) 「整理後」

関連しているニーズを比較し、最も利用者の生活を活性化させるニーズを「整理後」欄に記入する。統合されたニーズについては、「整理後」欄に「（統合先のニーズ番号）へ統合。」と記入する。

8 「優先順位」

「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の中で利用者が楽しみのある幸せな生活を送るために、最も利用者の生活を活性化させると考えられるニーズから優先順位をつける。ただし、生命が脅かされるような緊急性の高いニーズがある場合には、それが上位にくる。

9 「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」

「利用者意向」又は、「家族意向」と「CM判断」が一致しなかった内容の項目については、その理由を記入する。

10 「「リ・アセスメント支援シート」を作成して気が付いたこと」

「リ・アセスメント支援シート」を記入したことにより、ケアマネジメントに関して気が付いたことを記入する。

「維持・改善の要素、利点」の具体例

「維持・改善の要素、利点」は、介護支援専門員が利用者を全人的かつ専門的にどう捉えているかを示す重要な項目です。

維持・改善の要素（可能性）については具体的に記述してください。

利点（ストレンクス・強み）については、利用者が力を発揮できる要素として、下記のような事柄を具体的に捉えることが重要です。

(注5 53頁)

状態項目	具体的な例
コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・人の話を、よく聞いてあげることができる。 ・人にすぐ慣れて親しむことができる。 ・いつも笑顔が絶えない。 ・自分の気持ちを表情で伝えることができる。
認知と行動	<ul style="list-style-type: none"> ・したいこととしたくないことをはっきり言うことができる。 ・自分の思いを、相手にしっかり伝えることができる。 ・買い物などを、人に頼むことができる。 ・人に感謝の気持ちを言える。
家族・知人等の介護力	<ul style="list-style-type: none"> ・三度の食事を工夫して作ってくれる妻がいる。 ・気持ちよく暮らせるように工夫してくれる家族と住んでいる。 ・世話をしてくれる妻を気遣って外出させ、留守番ができる。 ・話をよく聞いてくれる長男がいる。
健康状態	<ul style="list-style-type: none"> ・食事をしっかり食べたり、外に出たりして、元気であるぞという気持ちが強くある。 ・自由の利く右手で大抵のことができる。 ・薬を忘れずに飲む事ができる。 ・医師に症状をしっかり伝えることができる。
ADL	<ul style="list-style-type: none"> ・ゆっくりだが、自力でトイレなど室内を移動できる。 ・身の回りのことは自分でしようとするし、できる。 ・お風呂に入ることが大好きだ。 ・いつまでも自分の足で歩きたいと強く思っている。
IADL	<ul style="list-style-type: none"> ・自分で商品を選んで買い物をすることが大の楽しみだ。 ・電話で食べたいものを注文できる。 ・新聞を読んだり、忘れないようにメモを取ったりする。 ・シルバーカーを使って、近所の友人宅まで往復できる。
社会交流	<ul style="list-style-type: none"> ・近所に昔からの知り合いが多い。 ・人と話すことが好き。 ・人付き合いが上手で冗談もうまい。人を愉かにさせる。 ・二日おきに将棋をしに来てくれる友達がいる。
特別な状況	<ul style="list-style-type: none"> ・絵や習字が上手で人に見せたりあげたりして喜ばれる。 ・人前で唄うことが好きで上手だし、おしゃれだ。 ・本屋に行って好きな本を選んで買いたい気持ちが強い。 ・お料理が好きで、人に作ってあげるのが自慢である。 ・外出するときには、おしゃれをする。

Ⅱ ケアプラン確認シート

(1) ケアプラン確認シートとは

「ケアプラン確認シート」は、「リ・アセスメント支援シート」と「ケアプラン第2表」との関係及び「ケアプラン第2表」の構造を示している。

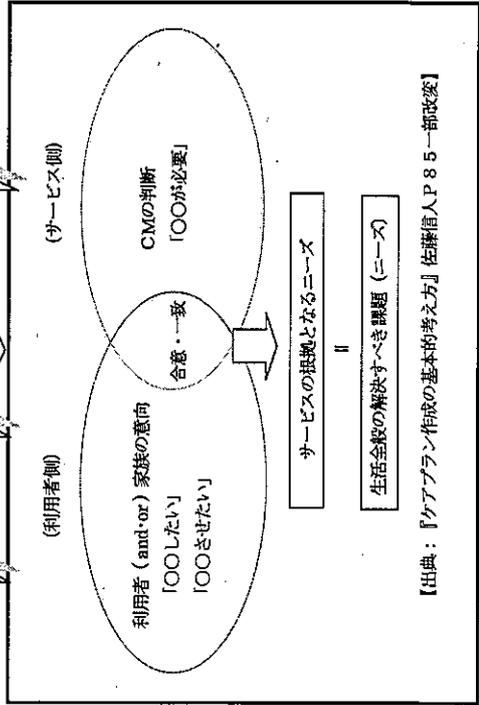
(2) ケアプラン確認シートで確認できること

シート右側の **利用者・家族と共に検討するケアプラン第2表** を活用して「ケアプラン第2表」が適切に作成されているかを確認することができる。

ケアプラン確認シート

リ・アセスメント支援シート

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)		報告 単位
	利用者	家族	利用者	家族	整理前	整理後	
コミュニケーション・認知・行動・家族・介護・知人等の介護力・健康状態・ADL・IADL・社会的な状況							
			〇〇したい。〇〇するようになる。	〇〇させたい。〇〇してほしい。			
			医師・専門職等意見	〇〇が必要。〇〇したほうがよいのではないかな。			
			CM判断	〇〇が必要。			



【出典：『ケアプラン作成の基本的考え方』佐藤信人P85一節改変】

そのまま記載する。

利用者・家族と共に検討するケアプラン第2表

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標		サービス内容	サービス種別	※2 頻度
	長期目標	短期目標			
利用者の回復	③ (ニーズが実現したら) 私は、〇〇して暮らすんだ。それが私の望みだ。	⑤ そのために、私は、〇〇するようにならうにやってみる。	⑦ こうすればうまくいくのではないかな。〇〇が必要ではないかな。	⑨ 自分でやる。家族がしてくれる。友人がしてくれる。外の力を利用する。その場合は、サービスはこれを活用するのが一番良いのではないかな。	
家族等による代替	③ (ニーズが実現したら) 本人は、〇〇などして暮らすことができない場合 そのために、本人は〇〇するようにならうにやってみる。 ④ (ニーズが実現したら) 本人は、〇〇などして暮らすことができない場合 そのために、本人は〇〇するようにならうにやってみる。	⑤ そのために、本人は〇〇するようにならうにやってみる。 ⑥ (ニーズが実現したら) 本人は、〇〇などして暮らすことができない場合 そのために、本人は〇〇するようにならうにやってみる。			
ケアプラン記入者の留意点	③ この欄が最も人のらしさを表す。 ④ 意向の高さに応じて表裏が変わる。 ⑤ 家族等が代替する場合は、意向の高さに応じて表裏が変わる。	⑥ ニーズに基づく長期目標を達成するための取組、段階的に目標を設定する。 ⑦ 短期目標を達成するための取組。	⑧ 短期目標を達成するための取組。	⑨ 介護保険のサービスにとらわれない。	

CMによる働きかけ

Why? なぜ?

② それはなぜですか?
・ニーズが実現したら、あなた(本人)にはどんな生活が欲しいですか?
・あなた(本人)はどんな生活がしたいですか?

What? 何さ?

④ ニーズに基づき、長期目標を達成するために、あなた(本人)はどうするのですか?

How? どうする?

⑥ 短期目標を達成するために、あなた(本人)は具体的に、何を必要だと思いますか?

Who? 誰が?

⑧ 誰がするのですか?
・誰がするのですか?

注意) 利用者誘導しよう、管理しようとするときは厳禁。利用者・家族と共に検討する。認知症の人のときも、ニーズ、長期目標、短期目標は利用者本人の視点・立場で検討し記載する。

N. SATO Eメール一読版

Ⅲ 面談ポイントシート

(1) 面談ポイントシートとは

介護支援専門員との面談を効率的かつ効果的に行えるように質問の準備をするために活用するシートである。

(2) 活用方法

確認項目に対する確認のポイントが適切に記載されているかを確認する。確認できない項目や気になる点については、面談時に質問する内容を整理して質問欄に記載しておく。

なお、次に掲載する「面談ポイントシート」の質問欄には、一部、質問を考える際のポイントを記載しているので参考にしていきたい。

(3) シートの種類（面談での確認順）

- ア 面談ポイントシート <基本情報シート>
- イ 面談ポイントシート <リ・アセスメント支援シート>
- ウ 面談ポイントシート <ケアプラン第2表>
- エ 面談ポイントシート <ケアプラン第1表>
- オ 面談ポイントシート <ケアプラン第3表>

～ 面談に当たって ～

「あなたは要介護状態だが、がっかりして生活するのはよしましょう。今の状態を維持できるところは、これ以上悪化しないように頑張りましょう。今よりも良くなる場所があれば改善できるように頑張りましょう。老いていくことは止められませんが、あなたにはまだまだ力があります。その力を出しましょう。私も応援します。」という視点で、介護支援専門員が利用者・家族に対して、向き合っているかを話し合い共に確認する。

ア 面談ポイントシート<基本情報シート> (質問欄にポイント記載入り)

確認項目	確認のポイント	質問
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。	・基本情報シートとリ・アセスメント支援シートの状態欄から利用者をイメージできなければ、イメージできるように質問
備考		

イ 面談ポイントシート<リ・アセスメント支援シート> (質問欄にポイント記載入り)

確認項目	確認のポイント	質問
状態	<ul style="list-style-type: none"> □ 利用者の状態が分かりやすく記載されている。 □ 「維持・改善の要素、利点」には、利用者が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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・基本情報シートとリ・アセスメント支援シートの状態欄から利用者をイメージできなければ、イメージできるように質問 ・「維持・改善の要素、利点」は、ニーズを決定する重要な材料であるため具体的な記載がない場合は質問
問題 (困りごと)	<ul style="list-style-type: none"> □ 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。 □ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・状態に問題があるが問題(困りごと)が記入されていない場合又は状態の問題と対応していない場合は、その理由を質問 ※例えば、一定時間の座位がとれない状態であれば、生活上の様々な支障があるだろうと考えるのが通常である。この場合、介護支援専門員が、①「状態」から生活上の支障を見通しているか。②利用者・家族が「問題 (困りごと)」と認識していないときは、認識するように働きかけているか話し合い共に確認し合う。

確認項目	確認のポイント	質問
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、利用者又は家族の「～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。	<p>・問題（困りごと）があるが意向が記入されていない場合又は問題（困りごと）に対応していない場合は、その理由を質問</p> <p>・問題（困りごと）が表明されずに、意向のみが記載されている場合は、その理由を質問</p> <p>※通常、サービスは利用者・家族の意向が高い状態で利用した方が効果的である。このため、利用者・家族に「問題（困りごと）」の認識があり、その旨が発言されているのだが、「だから～したいのだ」という問題解決の意向につながっていないときに介護支援専門員がどのように意向を向上させる働きかけを行っているか話し合い相互に点検する。また利用者・家族に「問題（困りごと）」の認識があり、その旨が発言されているが、問題解決の意向が的外れであるような場合に、介護支援専門員がどのようにそれを修正する働きかけを行っているか話し合い共に確認し合う（「CMの利用者・家族の意向への働きかけ」にも関連する。）。</p>
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の維持・改善に対する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。	<p>・医療的な見地からの意見の記載がない場合はその理由を質問</p> <p>・サービス事業者や民生委員等からの意見がない場合には、その理由を質問</p> <p>※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による。例えば、「閉じこもりがちで生活不活発病による筋力低下が考えられるから、外出を勧める必要がある。」「リハビリをすれば関節稼動領域を改善することが出来るからリハビリを勧める必要がある。」等の意見が記載される。空欄の場合は、介護支援専門員が主治医の判断を聞いているか話し合い共に確認し合う。</p>

確認項目	確認のポイント	質問
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。	<p>・介護支援専門員が判断した理由が分からない場合、判断の理由を質問</p> <p>※介護支援専門員は、「状態」から生じている「生活上の支障」を読み取り、「この利用者には～が必要ではないか」と判断する必要がある。しかし、①それが利用者・家族に「問題（困りごと）」として認識（発言）されず、②問題解決の意欲にもつながっていないならば、ニーズが生じないことになるので介護支援専門員の独りよがりとなってしまうし、間違った見解なのかもしれない。したがって、「状態」「問題（困りごと）」「意向」「意見」を総合して明確な「介護支援専門員としての判断」をしているのか話し合い共に確認し合う。</p>
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。）。	<p>・特に、介護支援専門員が必要だと判断しているが、利用者及び家族の意向がない場合は、ニーズにできないため、意向を高める必要がある、高めていない（高める働きかけをしていない。）場合は、理由を質問</p>

確認項目	確認のポイント	質問
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おり、おそらく利用者の意向に反していない。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意向と介護支援専門員の判断が一致していない内容が記載されていたら、その理由を質問 ・本人の意向ではなく、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場合は、その理由とニーズに対して本人の拒否がないと見込まれるかを質問
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、統合された関連するニーズと比較して、より利用者の生活の活性化につながるものである。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員が整理した理由が不明確の場合は、その理由を質問
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・優先順位の理由が不明確な場合は、その理由を確認

確認項目	確認のポイント	質問
<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</p>	<p><input type="checkbox"/> 利用者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。</p>	<p>・理由が不明確な場合は質問</p>
<p>「リ・アセスメント支援シート」を作成して気が付いたこと</p>	<p><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。</p>	<p>・気になる点を質問</p>
<p>備考</p>		

ウ 面談ポイントシート<ケアプラン第2表> (質問欄にポイント記載入り)

- その人らしいケアプランを作成するため、「リ・アセスメント支援シート」を一緒に確認する。
- 「ケアプラン第2表」全体の構造を確認するため、「ケアプラン確認シート」も併せて活用するとよい。

確認項目	確認のポイント	質問
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)」欄と語句及び優先順位が一致している。	
長期目標及び期間	<p>目標</p> <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。	<p>・利用者らしさが最も現れる項目であり、「基本情報シート」及び「リ・アセスメント支援シート」で把握した利用者のイメージと合致していない場合は、その点を質問</p> <p>※介護支援専門員が利用者をしっかり捉えていないと記載が困難な項目</p>
	<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。	
	<p>期間</p>	
	<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。	

確認項目	確認のポイント	質問
短期目標 及び期間	<input type="checkbox"/> ニーズに基づく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"/> 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）、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具体的な目標になっている。	
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。	
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。	・介護保険サービスしか記載がない場合は、他のサービス・サポートを検討したかを質問

確認項目	確認のポイント	質問
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		

エ 面談ポイントシート<ケアプラン第1表> (質問欄にポイント記載入り)

確認項目	確認のポイント	質問
利用者及び家族の生活に対する意向	<p><input type="checkbox"/> アセスメントの結果把握した利用者及び家族の意向と合致している。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用したいサービス内容だけではなく、利用者及び家族がサービスを利用して、どのような生活をしたいと考えているのか記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護支援専門員の解釈や翻訳ではなく、利用者及び家族の言葉が可能な限りそのまま記載されている。</p> <p>留意点 「リ・アセスメント支援シート」の利用者及び家族の意向の欄を一緒に確認する。</p>	
総合的な援助の方針	<p><input type="checkbox"/> 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）と長期目標をまとめた内容を実現するために、家族及び利用者を含むケアチームが行う援助の方針が記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者及び家族が積極的に方針に取り組めるよう、分かりやすい内容になっている。</p> <p>留意点 「第2表」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」及び「長期目標」を確認する。サービス担当者会議で話し合っただけで記載されるべきものであるため、「第4表」を確認する。</p>	<p>サービス担当者会議で方針を決定していない場合には、どのように決定しているのかを質問</p>

確認項目	確認のポイント	質問
生活援助中心型の算 定理由	<input type="checkbox"/> 生活援助中心型の算 定理由が明確であり、 かつ「その他」の場合 は、具体的な理由が記 載されている。 留意点 「基本情報シート」や 「リ・アセスメント支援 シート」等で妥当性を確 認する。	
備考		

オ 面談ポイントシート<ケアプラン第3表>

確認項目	確認のポイント	質問
週間サービス計画	<input type="checkbox"/> 「第2表」で挙げたサービス・サポートが介護サービス、インフォーマルサービス・サポートにかかわらず全て記載されている。 <input type="checkbox"/> 介護サービス以外の利用者及び家族が行うセルフケアや支援についても記載され、生活全体の流れが見える記載となっている。 <input type="checkbox"/> 夜間、土日などの支援体制が具体的に記載されている。 留意点 「第2表」の内容を確認する。	
主な日常生活上の活動	<input type="checkbox"/> 利用者の平均的なその人らしい、一日の過ごし方が具体的に記載されている。 <input type="checkbox"/> 主な介護者の介護への関わりや不在の時間等についても記載されている。	
週単位以外のサービス	<input type="checkbox"/> 週単位以外のサービス（居宅療養管理指導、短期入所、福祉用具等）が記載されている。 <input type="checkbox"/> 週単位以外のボランティアなサポートや近隣の訪問なども記載されている。 <input type="checkbox"/> 定期的な受診や訪問診療など、医療機関との関係が記載されている。	
備考		

【引用資料】

- 注1 「ケアプラン作成の基本的考え方」佐藤信人著 中央法規出版株式会社、2008年、10頁
- 注2 「ケアプラン作成の基本的考え方」佐藤信人著中央法規出版株式会社、2008年、14頁、一部
改変
- 注3 厚生省老人保健福祉局企画課長通知（平成11年11月12日付老企第29号）『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』別紙4別添より一部引用
- 注4 「ケアプラン作成の基本的考え方」佐藤信人著 中央法規出版会社、2008年、80・81頁、一部
改変
- 注5 佐藤信人 研修資料一部改変

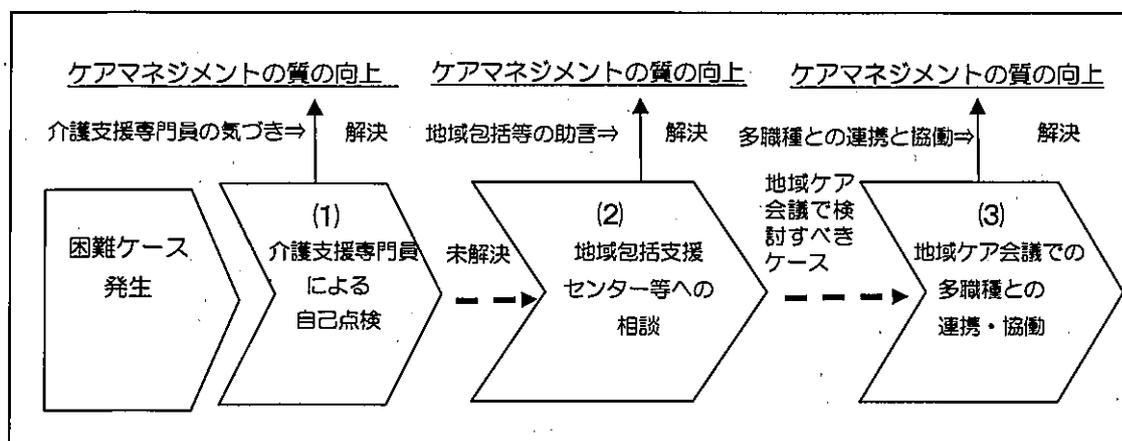
第3章

多職種との連携・協働による
ケアマネジメントの質の向上

第3章 多職種との連携・協働によるケアマネジメントの質の向上

1 多職種との連携・協働によるケアマネジメントの質の向上の具体的方法

介護支援専門員が支援困難であると感じたケースが発生した場合に「多職種との連携・協働」によって困難な事態の解決を図ることで、ケアマネジメントの質の向上を図る方法について下図の流れに沿って説明していく。



(1) 介護支援専門員による自己点検

介護支援専門員が支援困難であると感じるケースが発生した場合、まず自己点検する。

ア 自己点検する目的

- ① 本当に自分では解決できない困難ケースなのかを確認するため。
- ② 当初困難だと感じたケースを自己点検で解決することは、介護支援専門員自身のケアマネジメント力の向上につながるため。
- ③ 困難な点等を事前に整理すれば、他機関等への説明（協力依頼）を明確に行えるため。

イ 活用するシート

- ① 「リ・アセスメント支援シート」
- ② 「ケアマネジメントの課題整理シート」(58頁参照)

ウ 自己点検の流れ

① 「リ・アセスメント支援シート」の記載

「リ・アセスメント支援シート」に記載し、「アセスメントは、十分に行われているか。」、「ケアプランは、アセスメントに基づきしっかりと作成されているか。」といった点を確認する。気付いた点を修正し、利用者・家族に働きかけた結果、問題を解決できればケアマネジメントの質の向上につながる。

② 「ケアマネジメントの課題整理シート」の記載

「リ・アセスメント支援シート」で確認し、「ケアプラン第2表」を適切に修正しても、必要なサービス・サポートが地域に不足しているため解決できないといった課題があると介護支援専門員が判断した場合は、その課題を「ケアマネジメントの課題整理シート」に記載する。

(2) 地域包括支援センター等への相談

自己点検で解決できない場合、介護支援専門員は居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員又は地域包括支援センターに相談する。

ア 活用するシート

- ① 「リ・アセスメント支援シート」
- ② 「ケアマネジメントの課題整理シート」

イ シートを活用して相談する効果

① 相談する側（介護支援専門員）

事前にケースの状況や課題を整理しているため明確な説明ができる。

② 相談を受ける側（地域包括支援センター等）

介護支援専門員の考えが整理されているためケースの状況や課題を理解しやすい。

(3) 地域ケア会議での多職種との連携・協働

- ア 「(2)の地域包括支援センター等への相談」の結果、地域包括支援センターが地域ケア会議での検討が必要であると判断したケースは、多職種によって検討されることになる。
- イ 地域ケア会議で介護支援専門員がケース提出者となる場合は、多職種と同等の立場で検討に参加することが大切である。
- ウ そのためには、介護支援専門員は事前にケースの課題等を整理して、会議で根拠に基づき明確な説明ができるよう準備しておく必要があるが、「(1)介護支援専門員による自己点検」と「(2)の地域包括支援センター等への相談」を踏まえれば十分に対応できる。また、「(1)介護支援専門員による自己点検」と「(2)の地域包括支援センター等への相談」を踏まえることで、地域ケア会議での検討が本当に必要な困難ケースを提出することもできる。
- エ 地域ケア会議で検討された結果、問題を解決できれば多職種連携・協働により、ケアマネジメントの質が向上することにつながる。
- オ 介護支援専門員は「リ・アセスメント支援シート」と「ケアマネジメントの課題整理シート」を活用し、地域ケア会議に積極的に困難ケースを提出してケアマネジメントの質を向上させることが望ましい。

2 多職種との連携・協働で活用するシート

I ケアマネジメントの課題整理シート

(1) 「ケアマネジメントの課題整理シート」とは

「ケアマネジメントの課題整理シート」とは、介護支援専門員が困難ケースの課題を整理するために活用するシートである。

(2) 「ケアマネジメントの課題整理シート」の特徴

- ア 「ケアプラン第2表」が原型
- イ 本来必要と考えるサービス・サポートだが、実際は地域で不足（機能不全を含む。）しているという課題と、それ以外の課題に分けて記載することができる。

(3) 「ケアマネジメントの課題整理シート」活用方法

- ア 「ケアプラン第2表」が適切に作成されていないと、課題が適切に抽出できないため、「リ・アセスメント支援シート」との併用が望ましい。なお、「リ・アセスメント支援シート」「ケアプラン第2表」「ケアマネジメントの課題整理シート」の関係を60頁に掲載している。
- イ 「ケアマネジメントの課題整理シート」を使用しないで、「ケアプラン第2表」に必要事項を追記することも可能である。

ケアマネジメントの課題整理シート

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		地域でサービス・サポートが不足(機能不全を含む。)としていると考えた理由
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	
注1	注1		注1		注1	注1

※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。

注1 利用者を支援するために必要だが地域でサービス・サポートが不足(機能不全を含む。)しているため、居宅サービス計画書(2)に記入できなかつたことも記入して網掛けする(CMが理想とするケアプランの作成)。

地域で不足(機能不全を含む)するサービス・サポート以外の課題とその理由

リ・アセスメント支援シートとケアマネジメントの課題整理シートとの関係図

リ・アセスメント支援シート（一部抜粋）

巻	問題（困りごと）	意向・意見・判断		生活全般の解決すべき課題		優先順位
		利用者意向	家族意向	整理前	整理後	
認知と行動	一人で行っていると不安で困る。(CM代母)	利用者意向	家族意向	①不安なくここで暮らしたい。(CM代母)	不安なくここで暮らしたい。(CM代母)	1
	注連してもひとりで行ってしまっている。(長女)	医師・専門職等意見	CM判断	②と関連	②と関連	
I D L	ゴミだらけで動きづらくて困っている。(CM代母)	利用者意向	家族意向	②動きやすく清潔な部屋にして、ここで暮らす。(CM代母)	①へ統合	
	家が汚いため、娘が出て困る。近所の人から一人にしてほかって言われたり、苦情があったり、遠方に住んで困る。(長女)	医師・専門職等意見	CM判断	②と関連	①と関連	

概要

82歳、女性、認知症で一人暮らし。昼夜逆転気味で夜間に不安が募るため、一人で外に出てしまいがちで、近所の人や警察に保護されることが頻繁にある。認知症増悪により片付けができていないゴミで、家の中は足の踏み場もない。家からの異臭に対し、近所から苦情が出ている状態だが、長女は遠方に住んでおり対応ができていない。

居宅サービス計画書(2)（修正・仮）（一部抜粋）

目 標		援 助 内 容	
長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別
認知症を著しく悪化させない。住み慣れた部屋で快適な生活を送る。	病状の進行を緩やかにする。	専門医への受診 通院の介助 通院の促し 生活のリズムができて安心できる居宅の提供	※1 医療機関 ○ 訪問介護 ○ CM ○ 認知症対応型通所介護
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	不安なくここで暮らしたい。(CM代母)	※2 精神疾患センター △△ヘルパーステーション ○○居宅介護支援事業所 ダイサービスセンター	

ケアマネジメントの課題整理シート（一部抜粋）

目 標		援 助 内 容	
長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	注1 不安なくここで暮らしたい。(CM代母)	注1 専門医への受診 通院の介助 通院の促し 生活のリズムができて安心できる居宅の提供	注1 医療機関 ○ 訪問介護 ○ CM ○ 認知症対応型通所介護
注1 不安なくここで暮らしたい。(CM代母)	掃除を片付け、臭いの少ない住み慣れた部屋で快適な生活を送る。	ゴミを片付け、清潔にすることの維持を得る。 片付け代行 ゴミ捨て代行 トイレの修理 近隣住民へ課題調査 GPSレンタル 徘徊監視機 声かけ	注1 介護 地域包括支援センター 家族 ボランティア 家族 ボランティア 家族 生活改修業者 地域包括支援センター 社会福祉協議会 通所サービス 警察 地域包括支援センター 近隣住民
注1 不安なくここで暮らしたい。(CM代母)	トイレを使えるようにする。	トイレの修理	トイレを使うようにCMと共に働きかける地域包括支援センターの社会福祉協議会がないのが課題
注1 不安なくここで暮らしたい。(CM代母)	出かけたときに近所の人に苦情が掛かってもらえない。	近隣住民へ課題調査 GPSレンタル 徘徊監視機 声かけ	認知症の人に寄り添うのがいいのだから、地域性長が多く、拒否感の強い。このため、住民を対面し課題を明確にし、ネットワークを構築する必要があると考えた。GPSレンタルや連絡網により、徘徊があっても速やかに安全を確保できる地域の見守り体制作りが重要だが、全くできていないのが課題

注1 利用者を支援するために必要だが地域でサービス・サポートが不足（備前不足を含む。）しているため、居宅サービス計画書(2)に記入できなかったことも記入し課題化する。(CMが課題とするケアプランの指針)

地域で不足（備前不足を含む）するサービス・サポート以外の課題とその理由

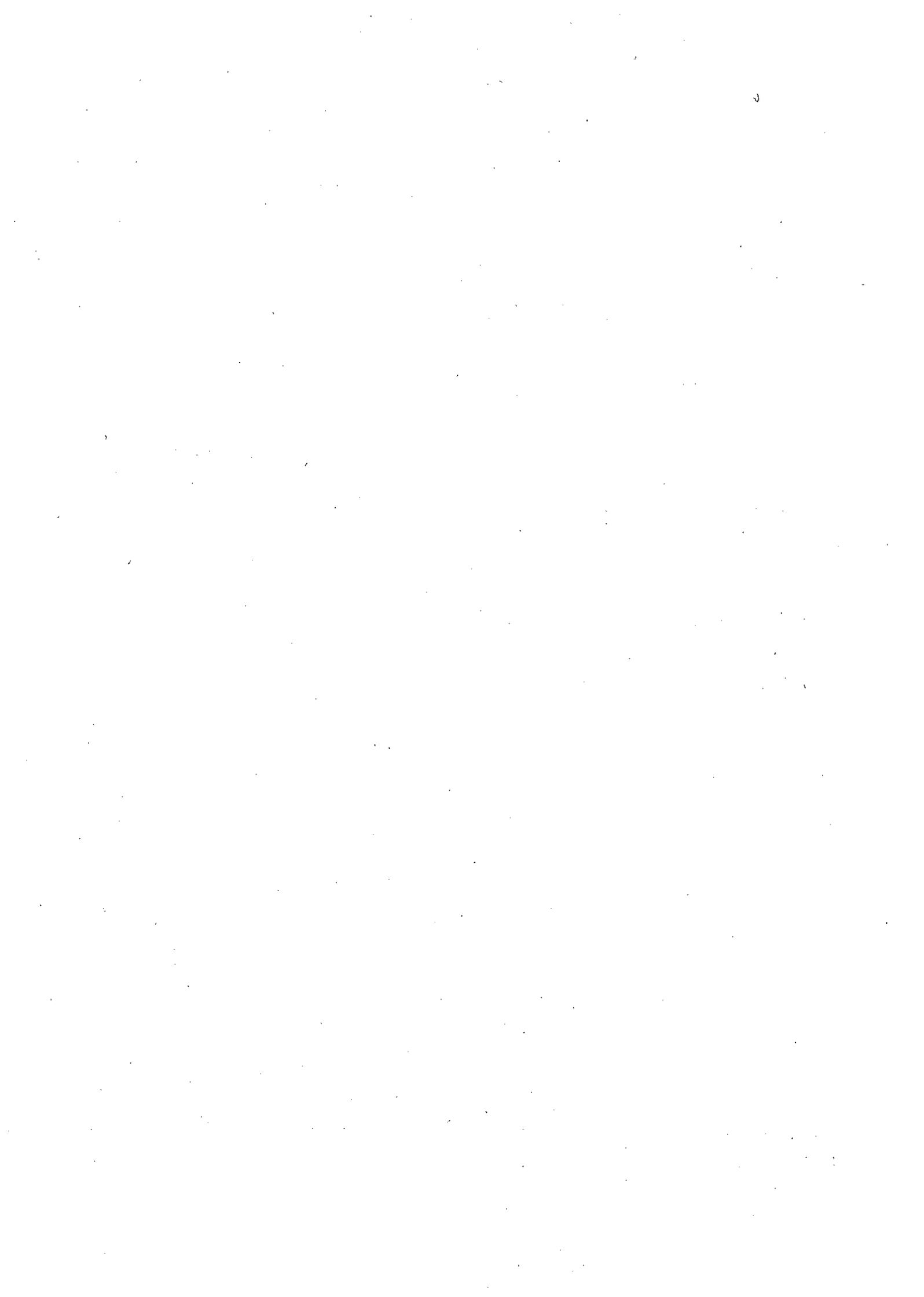
長女が遠方で仕事が多忙で、連絡がなかなか取れない。

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

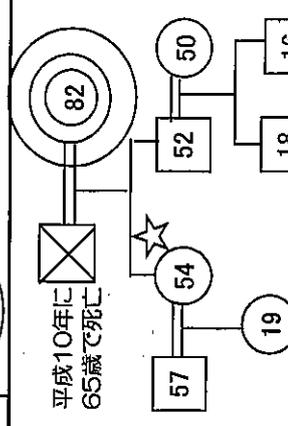
(保険者の面談前準備)

- 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。

基本情報シート	
氏名 東山 都子	生年月日 明・大(昭)6年7月8日 82歳 性別 女
利用者氏名 東山 都子	相識者氏名 西川 京子
住所 東京都〇〇区〇〇町一丁目2番3号	被保険者番号 11111111111111111111
家族情報・緊急連絡先 主 1 西川 京子 同(別) 長女 東京都〇〇区〇〇1-23-45 2 東山 トキオ 同(別) 長男 千葉県〇〇市〇〇1-23-4-5678 3 西川 南 同(別) 孫 東京都〇〇区〇〇1-2-3	家族状況(シエノグラム)  <p>平成10年に65歳で死亡</p>
世帯 世帯	介護2 介護2
作成日 平成26年 1月14日現在	作成者 佐藤 次郎
受付日 平成25年 7月3日	受付方法 来所・電話・他
理田 平成25年9月20日	退院 他
初回 更新	実施場所 自宅
住所 東京都〇〇区〇〇1-23-45	連絡先 自宅TEL 03-0000-2000 携帯TEL FAX E-mail
住居 戸建(平屋・2階建以上)・アパート・マンション・公営住宅	住居の状況 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。
エレベーター 有	改修の必要性 (無)
所有形態 持ち家・賃貸	生活状況 持ち家・賃貸
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。	生活状況 持ち家・賃貸
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 一人暮らし(2階建て)で1階で生活を送っていたが、2階に物を取りにいき1階に降りてくると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階で生活を送るよう環境を整えたり、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

※ 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	無	有							有効期限			平成25年10月1日 ~ 平成27年9月30日
障害等	難病	身障	種	級	精神	級	療育	(度)	支給限度額等			19,480 単位/月
生活保護	無	有							審査会の意見			特になし
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)			認定情報				
収入額・支出額	収入	7万円/月	支出	(不明)	(円/月)			障害高齢者の日常生活自立度			自立 J1	
金銭管理者	本人	(家族)	西川 京子様	他				認定情報			自立 J2	
発症時期	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に○)・連絡先			経過			受診状況			自立 I	
H25年2月26日	胸椎圧迫骨折	S診療所・S医師	○	TEL 03-0000-0021	治療	経緯	他	1か月に2回	定期往診	保存療法。	(主治医確認済)	自立 I
H25年2月26日	左上腕骨近位端骨折	S診療所・S医師	○	TEL 03-0000-0021	治療	経緯	他	1か月に2回	定期往診	保存療法。	(主治医確認済)	自立 I
不明	骨粗鬆症	S診療所・S医師	○	TEL 03-0000-0021	治療	経緯	他	1か月に2回	定期往診	内服治療中。	(主治医確認済)	自立 I
					治療	経緯	他					自立 I
					治療	経緯	他					自立 I
					治療	経緯	他					自立 I
					治療	経緯	他					自立 I
					治療	経緯	他					自立 I
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、転落しケガをする事が多々あった。今回も階段から転落し腕と腰を骨折したが、転落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					利用希望の家族
訪問介護	2/月・週	週	ハ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。					利用希望の家族	
通所介護	1/月・週	週	デイサービス	S氏	03-0000-0001	自宅に戻って、自分の好きなように生活を送りたい。					利用希望の家族	
居宅介護管理指導	2/月・週	週	S診療所	S医師	03-0000-0021	自宅に戻って、自分の好きなように生活を送りたい。					利用希望の家族	
	/月・週					自宅に戻って、自分の好きなように生活を送りたい。					利用希望の家族	
	/月・週					自宅に戻って、自分の好きなように生活を送りたい。					利用希望の家族	
	/月・週					自宅に戻って、自分の好きなように生活を送りたい。					利用希望の家族	
	/月・週					自宅に戻って、自分の好きなように生活を送りたい。					利用希望の家族	

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>基 Q1: 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>基 Q2: 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>基 Q3: ラジオでは、何を聴いているのか。</p> <p>基 Q4: どのようなところがおしゃれなのか。</p> <p>基 Q5: 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>基 A1: 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>基 A2: あまり確認していなかったため、今後は確認したい。</p> <p>基 A3: 好みはなく、つけっぱなしにしている。</p> <p>基 A4: 髪型や服装に常に気を使っている。</p> <p>基 A5: 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

利用者名		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
押力 聴取 能力 補聴器 言語 意思伝達	(問題) 無し (問題) 無し (問題) 無し (問題) 無し (問題) 無し (問題) 無し	殆ど身えない 有 近視、老眼 殆ど聞こえない 有 時々困難	利用者 家族	なし なし	利用者意向 家族意向 医師・専門職等意見 CM判断	気の合う人と話したい。 意欲の度合 高 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。 意欲の度合 高 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。	整理前 整理後	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨	優先順位
維持・改善の要 素、利点	コミュニケーション能力には特に問題は無い。 家族とも携帯電話で連絡を取り合っている。 話しやすさ止まらなく、30分ほど話し続ける。	自立 軽度 中度 重度 (問題) 特別な適合以外でできる (問題) 時々通じる (問題) 抑うつ 不安 (問題) 無 暴言 暴行 徘徊 多動 昼夜不眠 夜間興奮 夜間徘徊 夜間不穏 夜間不眠 夜間不穏 夜間不眠 夜間不穏	利用者 家族	年のせいかわれっぽくなくなって家事を嫌に感じられているのでつまらなくて困る。	利用者意向 家族意向 医師・専門職等意見 CM判断	できる家事に挑戦したい。 意欲の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻 なし 意欲の度合 高 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。	リQ6 ② ③	② ③	② ③	② ③
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 (問題) 特別な適合以外でできる (問題) 時々通じる (問題) 抑うつ 不安 (問題) 無 暴言 暴行 徘徊 多動 昼夜不眠 夜間興奮 夜間徘徊 夜間不穏 夜間不眠 夜間不穏 夜間不眠 夜間不穏	妄想 幻覚 せん妄 同当購 無関心	利用者 家族	なし	家族意向 医師・専門職等意見 CM判断	意欲の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻 なし 意欲の度合 高 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。	リQ5 ③	③	③	③
維持・改善の要 素、利点	認知能力・行動共に自立した問題なし。 しっかりされており認知の衰え等も出ない。	常時可のみ可 夜間のみ可 (不定期) 無 健康 高齢 病身 他 有 金銭の負担あり(長女)	利用者 家族	なし なし	利用者意向 家族意向 医師・専門職等意見 CM判断	家族に心配をかけたくないからここでの生活を続ける。 意欲の度合 高 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。 意欲の度合 高 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。	リQ5 ③	③	③	③
介護提供 介護者の健康 介護者の負担感 維持・改善の要 素、利点	常時可のみ可 夜間のみ可 (不定期) 無 健康 高齢 病身 他 有 金銭の負担あり(長女)	外出時等家族が支援	利用者 家族	なし なし	利用者意向 家族意向 医師・専門職等意見 CM判断	家族に心配をかけたくないからここでの生活を続ける。 意欲の度合 高 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。 意欲の度合 高 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。	リQ5 ③	③	③	③

※ 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

作成者 佐藤 次郎

利用者名		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					
								整理前	整理後						
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。														
薬	無	有	骨粗しょう症の薬を服用中。	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。	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。	④頭の上まで両手が上がるようにしたい。	⑥へ統合						
口腔衛生	良好	不良		利用者		利用者意向		④	⑥						
細菌の有無等	無	部分	全部	利用者		利用者意向									
食事摂取	問題無	咀嚼障害有	嚥下有	利用者		利用者意向									
食事量	普通	多い	少ない	利用者		利用者意向									
食事摂取形態	経口摂取	経管摂取	(kcal/日・回/日)	利用者		利用者意向									
食事形態(主食)	常	かゆ	重湯	利用者		利用者意向									
食事形態(副食)	常	かさみ	ベースト状	利用者		利用者意向									
飲水	普通	多い	少ない	利用者		利用者意向									
栄養状態	良	普通	不良	利用者		利用者意向									
身長・体重	145 cm	40 kg		利用者		利用者意向									
麻痺・拘縮	無	麻痺有	拘縮有	利用者		利用者意向									
じよく瘡・皮膚の問題	無	有	治療中	利用者		利用者意向									
入浴	2回/週	月	医師の介助により洗身・洗髪・洗髪の介助を行ってもらっている。	利用者		利用者意向									
排泄(便)	1日1回	便秘無	便秘有	利用者		利用者意向									
排泄(尿)	昼:5~6回	夜:1~2回		利用者		利用者意向									
睡眠時間帯	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20		
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。														
意向の程度	高	中	低	失	阻	高	中	低	失	阻	高	中	低	失	阻
CMの利用者・家族の意向への働きかけ	医師・専門職等 意見														
CMの判断	CM判断														
対応難度	不要														
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。	意向の程度 高 中 低 失 意向の表明 阻	整理前 ⑥頭の上まで両手が上がるようにしたい。	整理後 頭の上まで両手が上がるようにしたい。	2	優先順位	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	困難	困難		
食事場所	食堂	ベッド上 (他共同スペース)	全介助												
排泄 (排便)	自立	見守り	一部介助												
排泄 (排尿)	自立	見守り	一部介助												
排泄 (日中)	トイレ	PT	リハビリ オムツ												
排泄 (夜間)	トイレ	PT	リハビリ オムツ												
排泄 (失禁)	無	有	留カテ												
入浴	自立	一部介助	全介助												
更衣・整容	自立	一部介助	全介助												
寝返り	自立	一部介助	全介助												
起き上がり	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												
使用機器	杖	歩行器	車椅子	ベッド	その他	自立	つたい歩き。								
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。 リQ1														
買物	自立	一部介助	全介助	家族が実母。	利用者意向 なし	意向の程度 なし	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	困難	困難	困難	困難	困難			
金銭管理	自立	一部介助	全介助	実母が実母。											
献立	自立	一部介助	全介助	していない。(栄養管理スタッフ)											
ゴミ出し	自立	一部介助	全介助	していない。(訪問介護員)											
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・生活支援サービス員)											
掃除・洗濯	自立	一部介助	全介助	していない。(訪問介護員・実母)											
火気管理	自立	一部介助	全介助	していない。(実母)											
外出	自立	一部介助	一部介助	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。(生活支援サービス員)											
住環境	問題無	問題有	問題有												
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。														
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	困難										

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。	リQ1: 「IADL」について、全介助が多いが実際は自分でできるのか。 リQ2: 入居者同士の関係はどうか。	リA1: ほとんどできるが、現在は行っていない。 リA2: 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。	リQ3: 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。	リA3: 「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。	RJQ4: 「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。	RJA4: 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おうためにも、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			

※ 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

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		優先順位
		整理前	整理後	
ADL 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 リハビリ オムツ 留カテ 排泄(夜間) トイレ PT 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 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。	・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。 ・このままだと出来ないことが多くなってしまおうので困る。	利用者意向 ・頭の上まで両手が上がるようにしたい。 ・髪が脱げたくない。 家族意向 ・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。	④ 頭の上まで両手が上がるといい。 ⑥ 頭の上まで両手が上がるといい。	2
IADL 買物 (自立) 一部介助 全介助 金銭管理 (自立) 一部介助 全介助 献立 (自立) 一部介助 全介助 ゴミ出し (自立) 一部介助 全介助 調理と片付け (自立) 一部介助 全介助 掃除・洗濯 (自立) 一部介助 全介助 火気管理 (自立) 一部介助 全介助 外出 (自立) 一部介助 全介助 服薬状況 (自立) 一部介助 全介助 住環境 問題無 維持・改善の要素、利点 サービス付き高齢者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、実態には行っていないが、できることはとても多い。	なす ・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。	なし 医師・専門職等意見 なし。	⑦ 転びたくない。 ⑧ 転びたくない。	3
ADL 買物 (自立) 一部介助 全介助 金銭管理 (自立) 一部介助 全介助 献立 (自立) 一部介助 全介助 ゴミ出し (自立) 一部介助 全介助 調理と片付け (自立) 一部介助 全介助 掃除・洗濯 (自立) 一部介助 全介助 火気管理 (自立) 一部介助 全介助 外出 (自立) 一部介助 全介助 服薬状況 (自立) 一部介助 全介助 住環境 問題無 維持・改善の要素、利点 サービス付き高齢者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、実態には行っていないが、できることはとても多い。	なす ・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、始める必要がある。	利用者意向 ・家事に挑戦したい。 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、始める必要がある。	⑨ できる家事に挑戦したい。 ⑩ できる家事に挑戦したい。	1

リA3

リA1

リA6

リA4

面談後

※ 本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。

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		
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		整理前		整理後		
社会参加	無	有	外部のサービスに参加している。	利用者意向	いつも誰かしらいるので、気が向いたときに話をするようになりたい。	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	③④⑤が向いたときに話をしようとした。
	無	有	家族・入居者との交流だけある。	家族意向	一人の時間を減らして他の人と楽しく過ごしてほしい。	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	③④⑤が向いたときに話をしようとした。
	維持・改善の要素、利点	なし	家族から頻りに連絡がくる。入居者が、声掛けをしてくれる。	医師・専門職等意向	なし	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	③④⑤が向いたときに話をしようとした。
特別な状況	なし	利用者意向	なし	CM判断	もっと広い範囲の人たちと交流する必要がある。	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
	なし	家族意向	なし	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻		
	維持・改善の要素、利点	なし	医師・専門職等意向	なし	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	
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		「リ・アセスメント支援シート」を作成して気が付いたこと アセスメントの際に必要な項目については確認しているが、「リ・アセスメント支援シート」を作成することにより丁寧に項目を確認した結果、利用者・家族の意向を再確認できただけでなく、新たに発見できた。また、シート作成に当たり専門職の意見を聞いたことで、モニタリングでは確認できていなかった利用者の普段の生活状況を知ることができた。										

<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子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。 ・調理道具と冷蔵庫 がある。	必要ない購入 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 ○○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	関節可動域訓練(専 門)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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 ーシ院	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。 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	デイサービス S	1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、なじみの人をたくさんつくる。	26.2.1 ～ 26.4.30	月1回のお食事を する。	○	訪問介護 賃貸住宅管理 職員	ヘルパーステーションM ○○サービ ス付き高 齢者向 け住宅 の職員	2回/週 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○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。

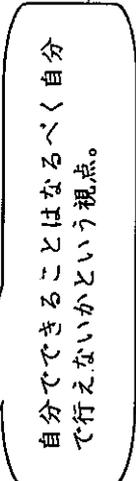
東山都子

※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中のQ&AのうちAの回答番号を表す。

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。	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	ヘルパーズデーション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。

事例 2

○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
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)

○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	91
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※	93
3	基本情報シート (面談後)	2 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1 に反映したもの	94
リ・アセスメント支援シート			
4	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	97
5	面談ポイントシート (リ・アセスメント支援シート)	4 に対する保険者の事前質問整理シート※	101
6	リ・アセスメント支援シート (面談後)	5 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4 に反映したもの	105
第2表			
7	ケアプラン第2表の 主な修正点の解説	8 から 11 への主な修正点の解説	109
8	第2表 (現行)	自己点検前の現行のケアプラン第2表	111
9	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	113
10	面談ポイントシート (ケアプラン第2表)	9 に対する保険者の事前質問整理シート※	116
11	第2表 (面談後)	保険者面談後のケアプラン第2表 10 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9 に反映したもの	118

※ 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。

「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(93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(94頁参照)。

※ 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
(面談前)

ふりがな	きよたく いちろう	作成日	平成26年1月10日現在
利用者氏名	居宅 一郎	作成者	山田 太郎

基本情報シート

介護保険	申請中	支援1	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
医療保険	後期高齢	国保	共済	他			
公費医療等	有	有					
障害等	無	身障	精神	級	療育	度	
生活保護	無	障害等名	担当者名				
経済状況	国民年金	厚生年金	障害年金	遺族年金	他		
収入額・支出額	収入	15万円/月	支出	(不明)	円/月		
金銭管理者	本人	家族	(妻)				
発症時期	病名	医療機関・医師名(主治医・意見作成者に○)・連絡先					
昭和61年	I型糖尿病	Fクリニック・O医師	○Tel	000-0000-0001	(治療) 経観・他	1か月に2回	定期往診
不明	便秘症	Fクリニック・O医師	○Tel	000-0000-0001	(治療) 経観・他	1か月に2回	定期往診
不明	全身の痒みあり	F医療センター・P医師	Tel	000-0000-0002	(治療) 経観・他	3か月に1回	定期通院
平成24年3月	正常圧水頭症による認知症	F医療センター⇒Fクリニック・O医師	○Tel	000-0000-0001	(治療) 経観・他	1か月に2回	定期往診
平成24年3月	胃がん	F医療センター⇒Fクリニック・O医師	○Tel	000-0000-0001	(治療) 経観・他	1か月に2回	定期往診
			Tel		治療・経観・他		
			Tel		治療・経観・他		

特記事項	正常圧水頭症による認知症あり。VPシャント術の適応なし。胃がんについてもF医療センターにて、認知症のため手術困難との診断あり。Fクリニックへの通院が困難となったため、平成25年12月から往診に変更した。				
利用しているサービス	サービスクラ	頻度	事業者・ボランティア団体等	担当者	連絡先
訪問介護	2/月・週	Kヘルパーステーション		K氏	000-0001-0000
訪問看護	3/月・週	L訪問看護ステーション		L氏	000-0002-0000
通所介護	2/月・週	Mデイサービスセンター		M氏	000-0003-0000
福祉用具貸与	1/月・週	N福祉用具事業所		N氏	000-0004-0000
相談内容	I型糖尿病、正常圧水頭症、認知症があり、全的に介助が必要。妻、長男、孫2人と住んでいるが、日常的な介護は妻が行っている。年々介護負担が大きくなることや病状の管理にも不安を感じている。介護(デイサービス、ヘルパー)や看護(訪問看護、リハビリ)を受け安心して在宅生活を継続したい。				
主訴	<ul style="list-style-type: none"> ・かゆみを取りたい。 ・抜けなくならないようにしたい。 ・気持ち良く入浴したい。 				
家族の要望	在宅生活を続けたいので、介護負担が大きくなりたくないようにしたい。できるだけ自分の事は自分でできるようにリハビリをしてほしい。				

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。

居宅一郎

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="842 1220 997 1758" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: fit-content;"> 「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>基Q1: 妻が介護の中心を担っているが、夫婦仲はどうか。家族関係はどうか。</p> <p>基Q2: 死亡した長女について利用者が語ったことはあるか。</p> <p>基Q3: 「趣味・好きなこと」の「版画、切り絵、仏像」は、作成するのが好きなのか。</p>	<p>基A1: 夫婦仲は良い。妻に質問すると、妻は夫である利用者に確認しながら回答する。</p> <p>基A2: 利用者が語ったことはない。</p> <p>基A3: 利用者の趣味は作成である。ただし、現在は作成していない。</p>
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。
 ※ 「基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

作成日	平成26年1月21日現在
作成者	山田 太郎

基本情報シート

ふりがな	さよたく いちろう																
利用者氏名	居宅 一郎																
利用者の被保険者情報	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	認定情報	認定日	平成25年 4月 1日	有効期限	平成25年 4月 1日 ~ 平成27年 3月31日			
	医療保険	(後期高齢)	国保	国保	共済	他()				支給限度額等	30,600	単位/月					
	公費医療等	無	有()							審査会の意見	特になし						
	障害等	無	身障(種別)	精神(級)	療育(度)					主治医意見書	自立	J1	A1	A2	B1	C1	
	生活保護	無	有()	障害等名()	担当者名()					認定調査票	自立	J1	A1	A2	B1	B2	C1
	経済状況	国民年金	厚生年金	障害年金	遺族年金	他()				主治医意見書	自立	I	Ia	Ib	IIIa	IIIb	IV
	収入額・支出額	収入	15万円/月	支出	(不明)	円/月				認定調査票	自立	I	Ia	Ib	IIIa	IIIb	IV
	金融管理者	本人	(家族)	(妻)	他()					主治医意見書	自立	I	Ia	Ib	IIIa	IIIb	IV
	発症時期	昭和61年	I型糖尿病	医療機関・医師名	(主治医・意見作成者に○)・連絡先					受診状況							
	不明		便秘症	Fクリニック・O医師	○ TEL 000-0000-0001	経過	経緯・他	1か月に2回	定期往診	インスリン注射による治療(薬の介助)。(主治医確認済)							
不明		全身の痺みあり	Fクリニック・O医師	○ TEL 000-0000-0001	経過	経緯・他	1か月に2回	定期往診	内服治療中。(主治医確認済)								
平成24年3月		正常圧水頭症による認知症	F医療センター⇒Fクリニック・O医師	○ TEL 000-0000-0001	経過	経緯・他	3か月に1回	定期通院	内服及び外用薬により治療中。(主治医確認済)								
平成24年3月		胃がん	F医療センター⇒Fクリニック・O医師	○ TEL 000-0000-0001	経過	経緯・他	1か月に2回	定期往診	経過観察中。(主治医確認済)								
特記事項	正常圧水頭症による認知症あり。VPシャント術の適応なし。胃がんについてもF医療センターにて、認知症のため手術困難との診断あり。Fクリニックへの通院が困難となったため、平成25年12月から往診に変更した。																
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	主訴					相談内容						
	訪問介護	2/月・週	Kヘルパーステーション	K氏	000-0001-0000	・かゆみを取りたい。 ・歩けなくなりたいようにしたい。 ・気持ち良く入浴したい。					利用者の要望						
	訪問看護	3/月・週	L訪問看護ステーション	L氏	000-0002-0000						家族の要望						
	通所介護	2/月・週	Mデイサービスセンター	M氏	000-0003-0000												
	福祉用具貸与	1/月・週	N福祉用具事業所	N氏	000-0004-0000												

「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(101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(101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(103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。

※ 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。

リ・アセスメント支援シート

CM提出
(面談前)

利用者名	居宅 一郎		作成日	平成26年1月10日	作成者	山田 太郎	優先順位	
状態	自立 軽度 中度 重度 日常生活全般で、声期による促しが必要。 短期記憶の低下があり、難しい判断は困難。 通じる 通じ ない 通じる 通じ ない 不安 興奮 無 暴言 徘徊 多動 異食 不潔 夜間 興奮 夜間 興奮 夜間 興奮 逆転 行為 拒拒 不潔 行為 無 妄想 幻覚 せん妄 見当識 無関心		問題 (困りごと)	利用者 意向 家族 意向 医師・専門職等 意見 CM 判断 CMの利用者・家族の意向への働きかけ		意向・意見・判断	生活全般の解決手へ送付後 (二ノズ)	整理後
認知障害	自立 軽度 中度 重度	日常生活全般で、声期による促しが必要。 短期記憶の低下があり、難しい判断は困難。	利用者 意向	なし	意向の度合	高 中 低 失	意向の表明	阻
意思決定	特別な場合以外では通じ	短期記憶の低下があり、難しい判断は困難。	利用者 意向	なし	意向の度合	高 中 低 失	意向の表明	阻
指示反応	通じる 通じ ない	簡単な指示はほぼ応答できている。	利用者 意向	なし	意向の度合	高 中 低 失	意向の表明	阻
情緒・情動	不安 興奮		利用者 意向	なし	意向の度合	高 中 低 失	意向の表明	阻
行動障害	無 暴言 徘徊 多動 異食 不潔 夜間 興奮 夜間 興奮 夜間 興奮 逆転 行為 拒拒 不潔 行為		利用者 意向	なし	意向の度合	高 中 低 失	意向の表明	阻
精神症状	無 妄想 幻覚 せん妄 見当識 無関心		医師・専門職等 意見	なし	意向の度合	高 中 低 失	意向の表明	阻
維持・改善の要 案、利点		自分の限いを、相手につかり伝えることができる。	CM 判断	なし	意向の度合	高 中 低 失	意向の表明	阻
介護提供	常時 日中のみ 夜間のみ 不定期 無	同居の介護者は仕事があり、孫は学業のため、主な介護は妻が行う。	CMの利用者・家族の意向への働きかけ	なし	意向の度合	高 中 低 失	意向の表明	阻
介護者の健康	無 痛 地 膝、腰に痛みあり。		CMの利用者・家族の意向への働きかけ	なし	意向の度合	高 中 低 失	意向の表明	阻
介護者の負担感	有 無	利用者の体格が大きい、利用者の自力動作がなければ、移動、移乗は困難。オムツ介助の負担が大きい。	CMの利用者・家族の意向への働きかけ	なし	意向の度合	高 中 低 失	意向の表明	阻
維持・改善の要 案、利点		家事を同居の長男妻、孫が手伝ってくれる。 長男妻が健康を気遣い食事を作ってくれる。	CMの利用者・家族の意向への働きかけ	なし	意向の度合	高 中 低 失	意向の表明	阻

リQ2

リQ3

リQ4

リQ5

リQ6

①介護の負担を軽くしたい。(妻)

①介護の負担を軽くしたい。(妻)

介護の負担を軽くしたい。(妻)

※ 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 居宅 一郎

リ・アセスメント支援シート

作成日 平成26年1月10日

作成者 山田 太郎

状態

意向・意見・判断

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

主疾病(症状・痛み等)	I 型糖尿病、正常圧水頭症による認知症、胃がん		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
薬	有	血糖値チェック 1日1回 週4回 (水・木・土・日) インスリン2種類 朝31単位、昼10単位、夕方28単位	利用者 痒くて掻き傷が絶えず困る。	利用者 意向		
口腔衛生	良好	不良	利用者 痒くて掻き傷が絶えず困る。	意向		
義歯の有無等	無	部分	家族 痒みを止めてあげたい。 ・低血糖を起こさないようにしたい。 ・毎日、便が出てほしい。	意向	② 身体の不 快や健康 上の不安 をなく す。	8 1
食事摂取	問題無	咀嚼 嚥下 嚥下有 問題無	家族 痒みを出なくて困る。	意向		
食事量	普通	多い				
食事摂取形態	経口摂取	経管 摂取				
食事形態(主食)	常	かゆ				
食事形態(副食)	常	きざみ				
飲水	普通	少ない				
栄養状態	良	普				
身長・体重	157.5 cm	64.7 kg				
麻痺・拘縮	無	麻痺有 拘縮有				
しよく徳・皮膚の問題	無	治療中				
入浴	2回/週	月				
排泄(便)	1日1回	便秘無				
排泄(尿)	昼：4回	夜：1回				
睡眠時間帯						
維持・改善の要素、利点	妻が利用者の健康状態を把握できている。					
医師・専門職等 意向	CM 判断					
CMの利用者・家族の意向への働きかけ	実用中	検討中				
効果の程度	必要					
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		居宅 一郎		リ・アセスメント支援シート		作成日 平成26年1月10日		作成者 山田 太郎		CM提出 (面談前)	
状態		意向・意見・判断		問題 (困りごと)		利用者意向		意向の度合		優先順位	
食事	見守り	一部介助	全介助	利用者の困りごと	利用者の意向	高	中	低	失	意向の表明	阻
食卓	見守り	一部介助	全介助	①足や身体が思うように動けず困る。 ②姿勢が傾いてしまうので困る。 ③自宅に入浴できず困る。	利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	阻
食卓	ベッド脇	一部介助	全介助	利用者の困りごと①②③について、これ以上介護が増えることと身体(膝、腰)が辛いので困る。	家族意向	高	中	低	失	意向の表明	阻
排泄 (排便)	見守り	一部介助	全介助	医師・専門職等意見	CM判断	高	中	低	失	意向の表明	阻
排泄 (排尿)	見守り	一部介助	全介助								
排泄 (日中)	トイレ	一部介助	全介助	CMの利用者・家族の意向への働きかけ	CM判断	高	中	低	失	意向の表明	阻
排泄 (夜間)	トイレ	一部介助	全介助								
排泄 (失禁)	無	一部介助	全介助	なし	利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	阻
入浴	自立	一部介助	全介助	なし	家族意向	高	中	低	失	意向の表明	阻
更衣・整容	自立	一部介助	全介助	医師・専門職等意見	CM判断	高	中	低	失	意向の表明	阻
着脱	自立	一部介助	全介助								
起上がり	自立	一部介助	全介助	なし	利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	阻
座位	自立	一部介助	全介助	なし	家族意向	高	中	低	失	意向の表明	阻
立位	自立	一部介助	全介助	なし	医師・専門職等意見	高	中	低	失	意向の表明	阻
移乗	自立	一部介助	全介助	なし	CM判断	高	中	低	失	意向の表明	阻
歩行	自立	一部介助	全介助	なし	CMの利用者・家族の意向への働きかけ	高	中	低	失	意向の表明	阻
使用機器	杖	歩行器	車椅子	なし	CM判断	高	中	低	失	意向の表明	阻
維持・改善の要素、利点	・リハビリについては前向きに取り組んでいる。										
買物	自立	一部介助	全介助	なし	利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	阻
金銭管理	自立	一部介助	全介助	なし	家族意向	高	中	低	失	意向の表明	阻
献立	自立	一部介助	全介助	なし	医師・専門職等意見	高	中	低	失	意向の表明	阻
ゴミ出し	自立	一部介助	全介助	なし	CM判断	高	中	低	失	意向の表明	阻
調理と片付け	自立	一部介助	全介助	なし	CMの利用者・家族の意向への働きかけ	高	中	低	失	意向の表明	阻
掃除・洗濯	自立	一部介助	全介助	なし	利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	阻
火気管理	自立	一部介助	全介助	なし	家族意向	高	中	低	失	意向の表明	阻
外出	自立	一部介助	全介助	なし	医師・専門職等意見	高	中	低	失	意向の表明	阻
服薬状況	自立	一部介助	全介助	なし	CM判断	高	中	低	失	意向の表明	阻
住環境	問題無	問題有	住居改修により手すりを設置済。	なし	CMの利用者・家族の意向への働きかけ	高	中	低	失	意向の表明	阻
維持・改善の要素、利点	簡単な電話対応ができる。(内容を確認し、妻に引き継ぐ。)										

※ 本欄内は保障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
(国策編)

利用者名
居宅 一郎

リ・アセスメント支援シート

作成日 平成26年1月10日
 作成者 山田 太郎

状態		問題 (困りごと)		意向・意見・判断		整理後	優先順位
社会参加	無	有	利用者が なし(外に出るのは面倒、自宅に居るのが良い。)	利用者意向	なし		
対人交流	無	有	家族 居るよう(外に連れていけない)で困る。	家族意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻		
社会交流	維持・改善の要素、利点	リQ1	時々、近所の友人が顔を見に家を訪ねてくれることがある。	CM判断	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻		リQ7
特別な状況	なし	なし	利用者が なし	利用者意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻		
	維持・改善の要素、利点	なし	家族 なし	家族意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻		
				CM判断	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻		
				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)		

意向と判断が一致しなかったため、ニーズにかならなかった理由

<認知と行動>
 家族は、これ以上介護負担が大きくなれば在宅生活が厳しくなることは理解しているが、認知の進行による介護負担増については、考えていないためニーズにできなかった。
 <社会交流>
 利用者が「問題 (困りごと)」で「外に出るのは面倒、自宅に居るのが良い。」と言っているため、現状ではニーズとして受け入れてもらえないだろうと考えている。

「リ・アセスメント支援シート」を作成して気が付いたこと

- 維持・改善の要素、利点の項目についての記入が難しかった。
- 今後の見通しやどのような生活を送りたいかという視点での情報収集が不十分だと感じた。
- 介護支援専門員の判断について、項目によって情報把握が不十分で記入が難しかった。
- 優先順位の判断に悩んだ。

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。

居宅一郎

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、利用者が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。	<p>リQ1:</p> <p>「社会交流」の「維持・改善の要素、利点」に記載されている近所の友人はどのような人か。</p>	<p>リA1:</p> <p>地域のお祭り等で知り合いになった方である。</p>
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。	<p>リQ2:</p> <p>コミュニケーション能力については、ほぼ問題がないようだが、コミュニケーションに関連した生活上の問題はないのか。</p>	<p>リA2:</p> <p>利用者、家族とも「問題(困りごと)」はないが、「家族意向」としては「維持・改善の要素、利点」に記載のあるとおり、「話しかければ楽しく会話ができる」方のため、妻は「友人との会話を楽しんでほしい。」と言っていた。</p>
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。		

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	<ul style="list-style-type: none"> <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。 	RJQ5: 意見について、誰の意見なのか。	RJA5: し訪問看護ステーション看護師や理学療法士からの意見である。
CM判断	<ul style="list-style-type: none"> <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。 	RJQ3: 「コミュニケーション」には、「維持・改善の要素、利点」に「楽しく会話できる。」等記載されているが、それを活用した介護支援専門員としての判断はないのか。	RJA3: 「楽しく会話ができる」方なので、もっと広い範囲の人たちとコミュニケーションを取ることが必要。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> シート記入による介護支援専門員の気づき。 </div>
CMの利用者・家族の意向への働きかけ	<ul style="list-style-type: none"> <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。）。 	RJQ4: 「認知と行動」について、本人と家族の意向が「なし」にもかわらず、未検討の理由はなぜか。	RJA4: 「リ・アセスメント支援シート」を活用してこれから検討しなければいけないと気が付いた。

面談ポイントシート

(リ・アセスメント支援シート)

居宅一郎

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おり、おそらく利用者の意向に反していない。	リQ6： 「家族・知人等の介護力」については、「利用者意向」がないため、利用者に「介護の負担を軽くしたい。」というニーズを提案しても拒否されないか。 リQ7： 「社会交流」については、「家族意向」と「CM判断」が一致しているがニーズとなっていないため、本人に提案しても拒否される可能性があるからなのか。	リA6： 利用者のことを考えてのニーズであり、拒否される可能性は少ないと考えている。拒否された場合には、ニーズの目的を丁寧に説明したいと思っている。 リA7： 利用者が「問題（困りごと）」で「外に出るのは面倒、自宅に居るのが良い。」と言っているため、現状ではニーズとして受け入れてもらえないだろうと考えている。ただし、必要なニーズであるため、引き続き本人の意向に働きかける予定である。
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つながるものである。		

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
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Q8: 優先順位の理由は何か。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>介護支援専門員の回答に筋が通っていて理解できればよい。</p> </div>	<p>リA8: 「かゆみを取りたい。」「歩けなくならないようにしたい。」「気持ちよく入浴したい。」は、基本情報シートに記載した利用者の要望であり、介護支援専門員としてもそうすべきだと判断したため、上位にした。</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			

※ 本表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 居宅 一郎
 作成日 平成26年1月21日
 作成者 山田 太郎

利用状況		問題 (困りごと)		意向・意見・判断		優先順位	
利用状況	問題 (困りごと)	意向・意見・判断	意向・意見・判断	優先順位	優先順位	優先順位	優先順位
視力 問題無 () はっきり見えない () 近視、老眼 () 問題無 () はっきり見えない () 問題無 () 問題有 () 時々できる () 困難 ()	日常生活に支障なし。 日常生活に支障なし。	なし なし	なし なし	なし なし	なし なし	なし なし	なし なし
コミュニケーション 維持・改善の要 無、利益	・穏やかな性格で話しやすい。 ・話しがければ楽しく会話ができる。	医師・専門職等 意見 意見	医師・専門職等 意見 意見	リA2 「家族意向」と「CM判断」が一致。 ① 友人との会話を楽しみたい。(妻) ② 友人との会話を楽しみたい。(妻) ③ 妻の意向のため(妻)とする。	リA3 友人との会話を楽しみたい。(妻) リA4 「家族意向」と「CM判断」が一致。 ① 友人との会話を楽しみたい。(妻) ② 友人との会話を楽しみたい。(妻) ③ 妻の意向のため(妻)とする。	5	5
認知障害 認知障害 意思決定 指示医師 情緒・情動 行動障害 精神症状	自立 軽度 中度 重度 日常生活全般で、声掛による戻しが必要。 短期記憶の低下があり、難しい判断は困難。 通じる 通じない 不安 興奮 無 異常 徘徊 多動 不潔 夜間 逆転 行為 拒食 不眠 行為 無 妄想 幻覚 せん妄 見当識 無関心	利用者意向 家族意向 医師・専門職等 意見 CM判断	利用者意向 家族意向 医師・専門職等 意見 CM判断	なし なし なし なし なし なし	なし なし なし なし なし なし	なし なし なし なし なし なし	なし なし なし なし なし なし
介護提供 介護者の健康 介護者の負担感 維持・改善の要 無、利益	常時可 () 健康 () 無 () 日中のみ可 () 夜間のみ可 () 不定期のみ可 () 無 () 病身 () 他 () 健康 () 利用者の体格差が大きく、利用者の自力動作がなければ、移動、移乗は困難。オムツ介助の負担が大きい。	利用者意向 家族意向 医師・専門職等 意見 CM判断	利用者意向 家族意向 医師・専門職等 意見 CM判断	リA5 本人が動いてくれないと一人では介護できないので困る。 リA6 ① 介護の負担を軽くしたい。(妻) ② 介護の負担を軽くしたい。(妻)	リA5 本人が動いてくれないと一人では介護できないので困る。 リA6 ① 介護の負担を軽くしたい。(妻) ② 介護の負担を軽くしたい。(妻)	5-6	5-6

事例 2

※ 太線内は介護支援専門員が回答した部分を示している。
 ※ 「リア」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		居宅 一郎		作成日		平成26年1月21日		作成者		山田 太郎		生活全般の解決や課題(二一)の整理後		優先順位											
状態				問題(困りごと)				意向・意見・判断				意向の度合													
主疾病(症状痛み等)	I 型糖尿病、正常圧水頭症による認知症、胃がん												高		中		低		失		意向の表明		阻		
	薬	血糖値子エック 1日1回 週4回(水・木・土・日) インスリン2種類 第31単位、昼10単位、夕方28単位												高		中		低		失		意向の表明		阻	
	口腔衛生	全部 歯下 歯垢 歯石 有												高		中		低		失		意向の表明		阻	
	義歯の有無等	全部 挿入れ 歯下 歯垢 歯石 有												高		中		低		失		意向の表明		阻	
	食事摂取	咀嚼 問題有												高		中		低		失		意向の表明		阻	
	食事量	多い 少ない												高		中		低		失		意向の表明		阻	
	食事摂取形態	経口 経管 挿入												高		中		低		失		意向の表明		阻	
	食事形態(主食)	常 粥 他												高		中		低		失		意向の表明		阻	
	食事形態(副食)	常 味噌 他												高		中		低		失		意向の表明		阻	
	飲水	普通 多い 少ない												高		中		低		失		意向の表明		阻	
	身長・体重	157.5 cm 64.7 kg BMI=26												高		中		低		失		意向の表明		阻	
	麻痺・拘縮	無 麻痺有 拘縮有												高		中		低		失		意向の表明		阻	
	じよく・皮膚の問題	無 治療中 全身に痒みあり。塗り薬処方。												高		中		低		失		意向の表明		阻	
	入浴	2回/週 月 ティーサービスにてリフト浴。												高		中		低		失		意向の表明		阻	
	排泄(便)	1日1回 便秘無(便秘有)												高		中		低		失		意向の表明		阻	
排泄(尿)	昼：4回 夜：1回												高		中		低		失		意向の表明		阻		
睡眠時間帯	20 22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20												高		中		低		失		意向の表明		阻		
維持・改善の要素、利点	妻が利用者の健康状態を把握できている。												高		中		低		失		意向の表明		阻		
利用者意向				利用者意向				意向の度合				意向の表明													
利用者の意向				家族意向				意向の度合				意向の表明													
CM判断				CM判断				意向の度合				意向の表明													
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				意向の度合				意向の表明													
実働中				実働中				意向の度合				意向の表明													
検討中				検討中				意向の度合				意向の表明													
不要				不要				意向の度合				意向の表明													
困難				困難				意向の度合				意向の表明													

※ 本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上のQ&AのうちAの回答番号を表す。

居室 一郎

リ・アセスメント支援シート

作成日 平成26年1月21日
 作成者 山田 太郎

面談後

利用者名	状態		問題(困りごと)	利用者意向	意向・意見・判断					優先順位			
	自立	介助			意向の度合	高	中	低	失		意向の表明		
食事	自立	全介助	①足や身体が思うように動けず困る。 ②姿勢が傾いてしまうので困る。 ③自宅で入浴できず困る。	利用者意向	高	中	低	失	意向の表明	2			
食事場所	自立	全介助									①掛ける状態を保ちたい。 ②楽な姿勢でいたい。 ③気持ち良く入浴したい。		
排泄(排便)	自立	一部介助	利用者の困りごと①②③について、これ以上介護量が増えると思われ、身体(膝、腰)が辛くなるので困る。	家族意向	高	中	低	失	意向の表明	4			
排泄(排尿)	自立	一部介助									①今の身体の動きを保ってほしい。 ②楽な姿勢でいられるようにしてほしい。 ③安全に入浴してほしい。		
排泄(日中)	自立	一部介助										意向の度合	
排泄(夜間)	自立	一部介助											医師・専門職等意見
排泄(失業)	自立	一部介助											
入浴	自立	一部介助	①寝たぎりの予防や妻の介護負担軽減のためリハビリが必要。 ②生活の場面に合わせた姿勢保持が必要。 ③清潔保持、皮膚症等の悪化予防、リフレッシュのために入浴の支援が必要。										
A 更衣・整容	自立	一部介助		CMの利用者・家族の意向への働きかけ									
D 寝返り	自立	一部介助			実施中 検討中 未検討 不要								
L 起上がり	自立	一部介助				困難							
座位	自立	一部介助					利用者意向						
立位	自立	一部介助	家族意向										
移乗	自立	一部介助		医師・専門職等意見									
歩行	自立	一部介助			CM判断								
使用機器	杖	歩行器				CMの利用者・家族の意向への働きかけ							
維持・改善の要素、利点	自立	一部介助					なし	利用者意向	なし	中	低	失	意向の表明
	自立	一部介助	④掛ける状態を保ちたい。										
買物	自立	一部介助	なし	家族意向			なし	高	中	低	失	意向の表明	3
金銭管理	自立	一部介助			医師・専門職等意見								
献立	自立	一部介助	なし	CM判断		なし	高	中	低	失	意向の表明	3	
ゴミ出し	自立	一部介助			CMの利用者・家族の意向への働きかけ								
調理と片付け	自立	一部介助	なし	家族意向		なし	高	中	低	失	意向の表明	3	
掃除・洗濯	自立	一部介助			CMの利用者・家族の意向への働きかけ								
火気管理	自立	一部介助	なし	医師・専門職等意見		なし	高	中	低	失	意向の表明	3	
外出	自立	一部介助			CM判断								
服薬状況	自立	一部介助	なし	CM判断		なし	高	中	低	失	意向の表明	3	
住環境	自立	一部介助			CMの利用者・家族の意向への働きかけ								
維持・改善の要素、利点	自立	一部介助	なし	CM判断		なし	高	中	低	失	意向の表明	3	
住環境	自立	一部介助			CMの利用者・家族の意向への働きかけ								
維持・改善の要素、利点	自立	一部介助	なし	CM判断		なし	高	中	低	失	意向の表明	3	
住環境	自立	一部介助			CMの利用者・家族の意向への働きかけ								

<修正内容の概要>

「リ・アセスメント支援シート」を使用したことにより、現行の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」が、適切に立てられていたことを確認することができた。また「リ・アセスメント支援シート」と「ケアプラン確認シート」の使用で「長期目標」・「短期目標」・「援助内容」が「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に基づいた、よりその人らしい具体的なものに修正された。

<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 誰の意向に基づくニーズであるかが明確になった。

例	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	解説
第2表（現行）	起床介助を妻一人で行っているが、負担になってきたので手伝ってもらいたい。	誰の意向か不明確
第2表（面談後）	介護の負担を軽くしたい。（妻）	誰の意向であるか明確

(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）	健康状態を維持できる。	その人らしさに欠ける。
第2表（面談後）	起きている時間を長くして、妻との会話や好きなテレビを観たりすることができる。	「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 「ケアプラン確認シート」を活用した結果、ニーズ、長期目標との関連が明確になった。

例	短期目標	解説
第2表（現行）	ニーズ：自宅での入浴には不安がある。 長期目標：さっぱりと気持ち良くなれる。 短期目標：身体の清潔が保てる。	短期目標と、ニーズ、長期目標との関係が不明確
第2表（面談後）	ニーズ：気持ち良く入浴したい。 長期目標：大好きな風呂に入り、心身ともにリラックスして穏やかに過ごす。 短期目標：身体状態に合った入浴が定期的に行える。	長期目標はニーズが実現した場合の利用者の望む生活の姿、短期目標は長期目標に対応しニーズを達成するための段取りとなった。

(4) 援助内容（サービス内容・サービス種別等）

ア 本人が主体的に計画に関わる援助内容になった。

例	援助内容	解説
第2表（現行）	—	—
第2表（面談後）	友人を大事にして、もてなす。	妻の意向に基づくニーズであるがリ・アセスシート「話しかければ楽しく話す」とあるため本人が実施する援助内容として妥当であることが確認できる。

「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（116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)

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子が描かれていない。

第2表

利用者名 居宅 一郎

サービス内容・種別に本人が含まれていない。

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	目 標		援 助 内 容				頻度	期間
	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		
持病があるが、健康で過ごしたい。	25.12.5 ～ 26.3.31	健康状態を維持できる。	診療(医療)		訪問診療	F クリニック	2回/月	25.12.5 ～ 26.3.31
			単位数や手技の確認、薬の内服確認、体調の確認や相談と排便コントロール、薬の管理	○	家族 訪問看護	妻・長男妻 L 訪問看護ステーション	毎日 1回/週	25.12.5 ～ 26.3.31
			専門医への受診 通院付き添い	○	居宅療養管理指導	〇薬局	2回/月	
歩けるようになりたい。	25.12.5 ～ 26.3.31	立ち上がりや移乗等の自力動作を維持できる。	バイタル測定、マッサージ、リハビリ	○	訪問看護(リハ)	L 訪問看護ステーション	2回/週	25.12.5 ～ 26.3.31
			集団リハビリ、歩行器歩行	○	通所介護	M デイサービスセンター	2回/週	
			歩行器レンタル	○	福祉用具貸与	N 福祉用具事業所		
楽しみのある生活を送りたい。	25.12.5 ～ 26.3.31	寝たきり、閉じこもりを防止外出ができる。	車椅子、スロープ	○	福祉用具貸与	N 福祉用具事業所		25.12.5 ～ 26.3.31
			特殊寝台貸与、サイドレール	○	福祉用具貸与	N 福祉用具事業所		25.12.5 ～ 26.3.31
			自力動作で安全に起居できる。					

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 平成25年12月4日



利用者名 居宅 一郎 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
安楽な姿勢を確保したい。	25.12.5 ～ 26.3.31	身体への負担を軽減できる。	25.12.5 ～ 26.3.31	安楽な姿勢を確保できる。			N福祉用具事業所		25.12.5 ～ 26.3.31
自宅での入浴には不安がある。	25.12.5 ～ 26.3.31	さっぱりと気持ち良くなれる。	25.12.5 ～ 26.3.31	体調確認、移動介助、着脱介助、洗身・洗髪介助、入浴介助 状態観察 陰洗部分浴等	○	通所介護 訪問看護	Mデザイナーセンター L訪問看護ステーション Kヘルパーステーション	2回/週 1回/週 2回/週	25.12.5 ～ 26.3.31
起床介助を妻一人で行っているが、負担になってきたので、手伝ってもらいたい。	25.12.5 ～ 26.3.31	在宅での生活を長く続けられる。	25.12.5 ～ 26.3.31	起床介助(排泄介助、陰部洗浄、軟膏塗布、更衣、車椅子への移乗、整容、皮膚状態と健康状態観察。)	○	訪問介護	Kヘルパーステーション	2回/週	25.12.5 ～ 26.3.31

身体が清潔が保てる。

関係が不明確

誰の意向に基づきニーズか不明確

※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(Q&AのうちQの質問番号を表す。

CM提出
(リ・アセス後)

作成年月日 平成26年1月10日

第2表

居宅サービス計画書(2)

利用者名 居宅 一郎 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	
身体の不快や健康上の不安をなくす。	起きている時間が長くなり、妻との会話を楽しんだり、好きなテレビを観たりする事ができる。	低血糖防止、かゆみと便のコントロールができる。	ケQ1: 「長期目標」を達成するための段階的な目標があるが、長期目標と短期目標の期間が同じである。	26.2.1～27.3.31	26.2.1～27.3.31	訪問診療	Fクリニック	2回/月	26.2.1 ～ 27.3.31
				薬歴管理、服薬指導、服用・保管状況の確認、医師・CMへの報告と情報提供	○	居宅療養管理指導	○○薬局	2回/月	
				病状確認(顔色の変化の観察、食事管理)、血糖値チェック、インシュリン手技の指導	○	訪問看護 家族	L訪問看護ステーション 妻	1回/週 毎日	
				排泄状況の確認と投薬量の調整		家族	妻	毎日	
				塗布・服薬・注射		家族	妻	毎日	
		入浴(皮膚の清潔保持)	○	通所介護	Mデイサービスセンター	2回/週			
		食事の調理・提供		家族	長男妻	毎日			

※ 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
(ウ・アセス後)

作成年月日 平成26年1月10日

第2表

居宅サービス計画書(2)

利用者名 居宅 一郎 殿

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)		目標		援助内容				期間	
長期目標	短期目標	(期間)	短期目標	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	
歩ける状態を保ちたい。	長期目標 目線が高くなり、視野がひろがることで、やれることが多くなるため、自信ややる気が出て楽しくなる。	26.2.1 ～ 27.3.31	短期目標 足・腰・腕の筋力をつける。	リハビリ (PT) 生活リハビリ 本人が行うリハビリ計画の作成 (PT) と実施 (本人・家族)	○	訪問看護	L 訪問看護ステーション	2回/週	26.2.1 ～ 27.3.31
気持ち良く入浴したい。	長期目標 大好きな風呂に入り、心身ともにリラックスして穏やかに過ごす。	26.2.1 ～ 27.3.31	短期目標 身体状態にあった入浴が定期的に行える。	歩行の補助 歩行器具の貸与	○	通所介護 (PT)	M デイサービスセンター	2回/週	26.2.1 ～ 27.3.31
楽な姿勢でいたい。	長期目標 一日の生活が快適で気持ちが良い。	26.2.1 ～ 27.3.31	短期目標 生活の場面に合った姿勢を保つことができる。	自宅から風呂への送迎・入浴への促し・洗身介助・着脱衣介助	○	通所介護	M デイサービスセンター	2回/週	26.2.1 ～ 27.3.31
		26.2.1 ～ 27.3.31		楽な姿勢の取り方の指導・助言 (PT) ベッド、椅子等の工夫 (PT)、特殊寝台、床ずれ防止用具、体位交換機、スライディングシート、車椅子、車椅子クッションの貸与	○	訪問看護	L 訪問看護ステーション	2回/週	26.2.1 ～ 27.3.31
				福祉用具貸与	○	福祉用具貸与	N 福祉用具事業所	2回/週	

ケQ1:
「長期目標」を達成するための段階的な目標があるが、長期目標と短期目標の期間が同じである。

※ 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のQ&AのうちQの質問番号を表す。

CM提出
 (リ・アセス後)

第2表

作成年月日 平成26年1月10日

居宅サービス計画書(2)

利用者名 居宅 一郎 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	短期目標	・(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
介護の負担を軽くしたい。(妻)	自宅での暮らしを続けられる。	26.2.1 ～ 27.3.31	妻が元気である。	日常生活全般の介助	○	短期入所療養 介護	〇〇老健	必要時	26.2.1 ～ 27.3.31
				起床やトイレの介助	○	訪問介護	Kヘルパース テーション	2回/週	
				身の周りの世話		家族	長男妻、孫	随時	
			足・腰の力を鍛える。	リハビリ(P.T)	○	訪問看護	L訪問看護ス テーション	2回/週	26.2.1 ～ 27.3.31
			ケQ1: 「長期目標」を達成するための段階的な目標が「短期目標」であるが、長期目標と短期目標の期間が同じである。						

※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。

※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）」欄と語句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。	ケQ1: 「長期目標」を達成するための段階的な目標が「短期目標」であるが、長期目標と短期目標の期間が同じである。	ケA1: 認定の有効期間にあわせて設定していた。「短期目標」の期間を見直し、「長期目標」を達成するための段階的な期間に修正。

面談ポイントシート

(ケアプラン第2表)

居宅一郎

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。		
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			

作成年月日 平成26年1月21日

※ 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DQ&AのうちAの回答番号を表す。

第2表

基本情報の「趣味・好きなこと」等に基づき、ニーズが実現した場合のその人らしい目標になった。

居宅サービス計画書(2)

利用者名

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
起きている時間が長くなり、妻との会話を楽しんだり、好きなテレビを観たりする事ができる。	26.2.1 ～ 27.3.31	低血糖防止、かゆみと便のコントロールができる。	26.2.1 ～ 27.3.31 26.4.30	かかりつけ医の診察・処方 薬歴管理、服薬指導、服用・保管状況の確認、医師・CMへの報告と情報提供	○	訪問診療 居宅療養管理指導	Fクリニック 〇〇薬局	2回/月 2回/月	26.2.1 ～ 27.3.31 26.4.30
ケA1: 認定の有効期間にあわせて設定していた。「短期目標」の期間を見直し、「長期目標」を達成するための段階的な期間に修正。	身体の不快や健康上の不安をなくす。	病状確認(顔色の変化の観察、食事管理)、血糖値チェック、インシュリン手技の指導	○	訪問看護 家族	○	訪問看護 家族	L訪問看護ステーション 妻	1回/週 毎日	
		排泄状況の確認と投薬量の調整		家族		妻		毎日	
		塗布・服薬・注射		家族		妻		毎日	
		入浴(皮膚の清潔保持)		○	通所介護		Mデイサービスセンター	2回/週	
		食事の調理・提供			家族		長男妻	毎日	

作成年月日 平成26年1月21日

※ 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。

居宅サービス計画書(2)

第2表

利用者名 居宅 一郎 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
歩ける状態を保ちたい。	長期目標 目線が高くなくなり、視野がひろがることで、やれることが多くなるため、自信ややる気が出て楽しくなる。	短期目標 足・腰・腕の筋力をつける。 ケA1: 認定の有効期間にあわせて設定していた。「短期目標」の期間を見直し、「長期目標」を達成するための段階的な期間に修正。	リハビリ (PT) 生活リハビリ 本人が行うリハビリ計画の作成 (PT) と実施 (本人・家族) 歩行の補助 歩行器の貸与	○ ○ ○ ○ ○	訪問看護 通所介護 (PT) 訪問看護 訪問診療 (指示書) 本人・家族 通所介護 (PT) 福祉用具貸与	L 訪問看護ステーション M デイサービスセンター L 訪問看護ステーション F クリニック 本人・妻 M デイサービスセンター N 福祉用具事業所	2回/週 2回/週 2回/週 2回/月 毎日 2回/週	26.2.1 ~ 27.3.31 26.4.30
気持ち良く入浴したい。	大好きな風呂に入り、心身ともにリラックスして穏やかに過ごします。	身体状態にあった入浴が定期的に行える。	自宅から風呂への送迎・入浴への促し・洗身介助・着脱衣介助	○	通所介護	M デイサービスセンター	2回/週	26.2.1 ~ 27.3.31 26.7.31
楽な姿勢でいたい。	一日の生活が快適で気持ちが良い。	生活の場面に合った姿勢を保つことができる。	楽な姿勢の取り方の指導・助言 (PT) ベッド、椅子等の工夫 (PT)、特殊寝台、床ずれ防止用具、体位交換機、スライディングシート、車椅子、車椅子クッションの貸与	○ ○	訪問看護 訪問看護 福祉用具貸与	L 訪問看護ステーション L 訪問看護ステーション N 福祉用具事業所	2回/週 2回/週	26.2.1 ~ 27.3.31 26.7.31

※ 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。

第 2 表

作成年月日 平成 25 年 12 月 5 日

面談後

居宅サービス計画書 (2)

本人が主体的に関わる計画になった。

利用者名 居宅 一郎 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)									
友人との会話を楽しむ。 (妻)	26.2.1 ～ 27.3.31	家を訪ねてくれる 友人との良い関係 が続く。	26.2.1 ～ 27.3.31 26.7.31	友人を大事にし、もて なす。		本人・家族 友人	本人・妻 友人	随時	26.2.1 ～ 27.3.31 26.7.31
介護の負担を軽くした い。(妻)	26.2.1 ～ 27.3.31	自宅での暮らし を続けられる。	26.2.1 ～ 27.3.31 26.7.31	日常生活全般の介助 起床やトイレの介助 身の周りの世話	○	短期入所療養 介護 訪問介護	○ ○ 老健 K ヘルパース テーション 長男妻、孫	必要時 2回/週 随時	26.2.1 ～ 27.3.31 26.7.31
		足・腰の力を鍛え る。	26.2.1 ～ 27.3.31 26.4.30	リハビリ (PT)	○	訪問看護	L 訪問看護ス テーション	2回/週	26.2.1 ～ 27.3.31 26.4.30

誰の意向に基づきニーズ
であるかが明確になった

ケ A 1 :
 認定の有効期間にあわ
せて設定していた。
 「短期目標」の期間を
見直し、「長期目標」
を達成するための段階
的な期間に修正。

※ 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 O 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 3

○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
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)

○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	123
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※	125
3	基本情報シート (面談後)	2 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1 に反映したもの	126
リ・アセスメント支援シート			
4	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	129
5	面談ポイントシート (リ・アセスメント支援シート)	4 に対する保険者の事前質問整理シート※	133
6	リ・アセスメント支援シート (面談後)	5 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4 に反映したもの	138
第2表			
7	ケアプラン第2表の 主な修正点の解説	8 から 11 への主な修正点の解説	142
8	第2表 (現行)	自己点検前の現行のケアプラン第2表	144
9	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	145
10	面談ポイントシート (ケアプラン第2表)	9 に対する保険者の事前質問整理シート※	149
11	第2表 (面談後)	保険者面談後のケアプラン第2表 10 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9 に反映したもの	151

※ 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。

「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(125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(126頁参照)。

※ 本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
(面談前)

心ゆがな	とうきょう たらう	作成日	平成26年1月6日現在
利用者氏名	東京 太郎	作成者	鈴木 梅子

基本情報シート

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	認定日	平成25年 1月 9日	有効期限	平成25年 2月 1日 ~ 平成26年 1月31日										
医療保険	(後期高齢)	国保	社保	共済	他()	他()	他()	他()	支給限度額等	26,750	単位/月											
公費医療等	無	有()	有()	有()	有()	有()	有()	有()	審査会の意見	特になし												
障害等	難病()	身障()	種級()	精神()	級()	級()	級()	級()	主治医意見書	自立 J1	A1	A2	B1	B2	C1	C2						
生活保護	無	有()	有()	有()	有()	有()	有()	有()	認定調査票	自立 J1	A1	A2	B1	B2	C1	C2						
経済状況	国民年金	厚生年金	障害年金	障害年金	遺族年金	他()	家賃収入		主治医意見書	自立 I	Ia	IIa	IIIa	IIIb	IV	M						
収入・支出額	収入 (105万円/年)	約8万5千円/月	支出 (不明)	支出 (不明)	支出 (不明)	支出 (不明)	支出 (不明)	支出 (不明)	認定調査票	自立 I	Ia	IIa	IIIa	IIIb	IV	M						
金銭管理者	本人	家族(長女)	他()	他()	他()	他()	他()	他()	受診状況	内服治療中。	定期通院	2か月に1回	治療・経費・他	治療・経費・他	治療・経費・他	治療・経費・他						
発症時期	不明	糖尿病	T病院 医師	T病院 医師	T病院 医師	T病院 医師	T病院 医師	T病院 医師	経過	内服治療中。	定期通院	2か月に1回	治療・経費・他	治療・経費・他	治療・経費・他	治療・経費・他						
病歴	不明	認知症(7/11/17-型)	T病院 医師	T病院 医師	T病院 医師	T病院 医師	T病院 医師	T病院 医師	相談内容	・白内障で目が見えにくいことが生活の中で困っている。(本人) ・糖尿病で医師からインスリン注射を勧められているが出来るだけ服薬でコントロールし管理していきたい。(長女) ・本人が出来ること(買い物や最低限の身の回りの事)を続けられるようにしたい。(長女)	経過観察中。	定期通院	2か月に1回	治療・経費・他	治療・経費・他	治療・経費・他	治療・経費・他					
特記事項	不明	高血圧	T病院 医師	T病院 医師	T病院 医師	T病院 医師	T病院 医師	T病院 医師	主訴	・今のまま、このままでいたい。	経過観察中。	定期通院	2か月に1回	治療・経費・他	治療・経費・他	治療・経費・他	治療・経費・他					
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	訪問介護	3/月・週	訪問介護センターA	A氏	000-0000-0001	訪問介護	4/月・週	Y訪問介護事業所	Y氏	000-0000-0002	認知症対応型通所介護	4/月・週	ティサービスセンターW	W氏	000-0000-0003	家族要望の	・今まで母と仲が悪く苦労したので、今が一番幸せだと思つたため、このまま過ごさせてあげたい。 ・今の状態(好きよように買い物に出かけたり、寝たいときに寝たり出来る生活)を継続させてあげたい。

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。

東京太郎

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="778 1220 933 1758" 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>基Q1: 「住居に対する特記事項」に「冷暖房は電気代が5万円になった事もあり、長女が冷暖房器具をとり外した。」とあるが、利用者は家でどのように過ごしているのか。</p> <p>基Q2: 「趣味・好きなこと」が「買い物」とあるがノート以外には何を購入しているのか。</p>	<p>基A1: 利用者は、冬は寒いので自宅にいる際は布団にもぐって過ごしている。</p> <p>基A2: 美術の本、地図等、凝りだすと本を何冊も買っている。</p>
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。
 ※ 「基A」は、面談ポイントシートQ&AのうちAの回答番号を表す。

面談後

ふりがな	とうきょう たろう	作成日	平成26年1月20日現在
利用者氏名	東京 太郎	作成者	鈴木 梅子

基本情報シート

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
医療保険	後期高齢	国保	社保	共済	他			
公費医療等	有()							
障害等	無	身障()	精神()	療育()	度			
生活保護	無	有()	障害等名()	担当者名				
経済状況	国民年金	厚生年金	障害年金	遺族年金	他()	家賃収入		
収入額・支出額	収入 (105万円/年)	約8万5千円/月	支出 (不明)	/月				
金銭管理者	本人	家族()	長女	他()				

利用者	被保険者情報	認定情報	経路	受診状況	治療内容
発症時期	病名	医療機関・医師名(主治医・意見作成者に○)・連絡先	経過	受診状況	治療内容
不明	糖尿病	T病院 I 医師 Tel 000-0000-0000	治療・経路・他 2か月に1回	2か月に1回 定期通院	内服治療中。(主治医確認済)
不明	認知症(AD/HD型)	T病院 I 医師 Tel 000-0000-0000	治療(経路)・他 2か月に1回	2か月に1回 定期通院	経過観察中。(主治医確認済)
不明	妄想性障害	T病院 I 医師 Tel 000-0000-0000	治療(経路)・他 2か月に1回	2か月に1回 定期通院	経過観察中。(主治医確認済)
不明	高血圧	T病院 I 医師 Tel 000-0000-0000	治療(経路)・他 2か月に1回	2か月に1回 定期通院	内服治療中。(主治医確認済)
H22	うつ・心性心不全	T病院 I 医師 Tel 000-0000-0000	治療(経路)・他 2か月に1回	2か月に1回 定期通院	内服治療中。(主治医確認済)
不明	緑内障	不明 Tel	治療(経路)・他		手術歴あり。
不明	白内障	不明 Tel	治療(経路)・他		手術歴あり。

特記事項	相談内容	利用要望者の希望
長女と病院で待ち合わせをし、長女付き添いのもと受診している。	<ul style="list-style-type: none"> ・白内障で目が見えにくいことが生活の中で困っている。(本人) ・糖尿病で医師からインスリン注射を勧められているが出来るだけ服薬でコントロールし管理していきたい。(長女) ・本人が出来ること(買い物や最低限の身の回りの事)を続けられるようにしたい。(長女) 	<ul style="list-style-type: none"> ・今のまま、このままでいたい。 ・今まで母と仲が悪く苦労したので、今が一番幸せだと思うため、このまま過ごさせてあげたい。 ・今の状態好きないように買い物に出かけたり、寝たいときに寝たり出来る生活を継続させてあげたい。
サービス種別	頻度	事業者・ボランティア団体等
訪問介護	3/月・週	訪問介護センターA
訪問介護	4/月・週	Y 訪問介護事業所
認知症対応型通所介護	4/月・週	Y サービスセンターW
	/月・週	

「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(133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(133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(136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。

※ 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。

東京太郎

リ・アセスメント支援シート

作成日 平成26年1月6日
 作成者 鈴木 梅子

CM提出
(面談前)

利用者名	状態		問題(困りごと)	意向・意見・判断		優先順位	
	問題	対応		意向	判断		
コミュニケーション	視力	問題無 はっきり見え 見えにくい	本人が見えにくく感じていることと、実際に測定している(視力1.20)と比較されている。(本人)	利用者意向	目が見えない(子カチカチする)ので嫌だ、(本人) 病院に行きたい。(本人)	2	
	聴覚	問題無 聞き取れない	家族は「聞こえない」と思っているが、本人は「聞こえない」と思っている。	家族意向	①目の子カチカチを治したい。	①	
	聴覚	問題無 聞き取れない	家族は「聞こえない」と思っているが、本人は「聞こえない」と思っている。	医師・専門職等意向	②人に関わってもらいたい。(長女代弁)	②③④	
	意思伝達	問題有 話しているうちに会話内容(ピル)を所有しているなど)になってしまう。	・親やかな性格で、話し方も穏やかなため、相手も穏やかな気持ちになれる。 ・本人が居るだけでその場が和む。本人が気づきにくいと思う時は声をかけずすすすなど、場の空気を察知することが出来る。 ・緑内障、白内障の手術を受けたので、カレンダーや時計を見ることなどで、視力に関して日常生活が問題なく出来ている。	CM判断	・相力に関しては判断が難しく、様々な尿疾患による可能性がある。 ・専門医を受診する必要がある。 ・周囲に気がかけてもらいたいのが見極める必要がある。 ・老眼矯正の使用を検討する必要がある。	リQ5	
認知と行動	認知障害	自立 特別な組み合わせ 以外では出来る	判断力・短期記憶力の低下あり。 はい、いいえで答えられる。	利用者意向	・このまま今の生活を続けたい。 ・「今の事を維持した方がいいね」 ・「気づくべからず何かに悪い出しているから1人で大丈夫」 ・人に関わってもらいたい(長女代弁)	1	
	意思決定	意思決定 出来る	意思決定 出来る	家族意向	②人に関わってもらいたい。(長女代弁)	②③④	
	指示反応	指示反応 通じる	指示反応 通じる	医師・専門職等意向	・外来通院加療中であるが、認知症の増悪があり、見守りが必要。(T病院1医師)	②③④	
	情緒・情動	情緒・情動 抑うつ	情緒・情動 抑うつ	CM判断	・認知症専門医の受診を検討する必要がある。 ・人と関わる機会と時間を増やす必要がある。	②③④	
家族・知人等の介護力	精神症状	問題無 不安	せん妄 見当識 無関心	利用者意向	③いろいろな人に関わってもらいたい。(長女)	②③④	
	維持・改善の要 素、利点	維持・改善の要 素、利点	・「ありがたう」と感謝の気持ちを伝える事ができる。 ・認識したり覚えることなく過ごすことができる。	CM判断	②③④	②③④	
	介護提供	介護提供 常時	介護提供 常時	CM判断	・寂しさを紛らわらせるため、見守りの体制を築く必要がある。 ・実施中 検討中 未検討 不要 対応難度 困難	②③④	②③④
	介護者の健康	介護者の健康 健康	介護者の健康 健康	CM判断	・実施中 検討中 未検討 不要 対応難度 困難	②③④	②③④

※ 本総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(Q&AのうちQの質問番号を表す。

CM提出
(面談前)

利用者名		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(二ノス)		優先順位
東京 太郎		無		なし		なし		整理前		整理後
作成日		平成26年1月6日		作成者		鈴木 梅子		CM提出		(面談前)
社会参加	有	・デイサービスを3回/週利用 ・家族もデイから連絡が来て、日中の様子が分かるので助かる。	利用 者	なし	意向 意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻	③なるべ く多くの 人に見 守って欲 しい。 (長女)	②	②へ統合	
対人交流	有	・ヘルパー、デイ、買い物に出掛けた際に近所の 人、アパートの住民、知人に声をかけてもらって いる。	家 族	・ひとり家で過ごしているの が心配だ。がずっと一緒にいる事 ができないので困る。	家族 意向	・うまく対応してくれるところで、すこしてほしい。 ・なるべく多くの人に見守って欲しい。				
維持・改善の 要素、利点	無	・穏やかな性格なので、色々な人に見守られて生活できている。 ・デイ通所してから遠くへ出かけてしまいうことがなくなっている。 ・デイ通所してから明るく会話が多くなっている。	医 師・ 専 門 職 等 見 解	リQ2	医師・ 専門職等 意見	なし				
維持・改善の 要素、利点	なし		CM 判 断		CM 判 断	・買い物にでかけたときなど、近所の人の声かけが必要。 ・なるべく多くの人に見守ってもらえるような環境をつくる 必要がある。				
維持・改善の 要素、利点	なし		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	必要	知前難度	困難		
維持・改善の 要素、利点	なし		利用 者	なし	利用 者	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻				
維持・改善の 要素、利点	なし		家 族	なし	家 族	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻				
維持・改善の 要素、利点	なし		医 師・ 専 門 職 等 見 解		医 師・ 専 門 職 等 見 解	なし				
維持・改善の 要素、利点	なし		CM 判 断		CM 判 断	なし				
維持・改善の 要素、利点	なし		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	必要	知前難度	困難		
特別な状況										
意向と判断が一致しなかったため、二ノスにならなかった理由										
<p>「リ・アセスメント支援シート」を作成して気が付いたこと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「コミュニケーションの質を促進」と「認知と行動の意思決定」について、今まで同じように考えていたた め区別して記載するのにならなかつた。 ・維持・改善の要素、利点でストレングスについて考えることは、今まで考えを整理して記載することがな かつたため整理できてよかつた。 ・「認知と行動」と「ADL」との重複部分で悩んだ。 ・バラバラの情報まとまっていく感じがした。 ・二ノスをサービースと切り離して考えることができた。 ・意向・意見・判断までは順調に進んだが二ノスに変換してまとめるのは悩んだ。 ・2表がその人らしい具体的な内容はなくなった。 										

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。

東京太郎

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。	<p>リQ1: IADLの住環境が「問題無」になっているが、冷暖房器具がなくて問題がないのか。</p> <p>リQ2: 社会交流の「維持・改善の要素、利点」について、利用者はデイサービスではどのような様子か。</p>	<p>リA1: 「問題有」の間違いで、冷暖房器具がないため、室温管理ができていない。</p> <p>リA2: デイサービスで食事作りの手伝いを楽しんでいる。</p>
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。	<p>リQ3: コミュニケーションの利用者の問題が「目が見えないのが一番困る」となっているが、見えないことで、生活上困っていることがないか。例えば、話し相手の表情がよく見えにくい等</p> <p>リQ7: ADLの更衣・整容で「季節に合った物を着られないことがある」と記載されているが困りごとではないのか。</p>	<p>リA3: 利用者は目が見えないことにより生活上困っていることについては、特に話していない。</p> <p>リA7: 長女は、「季節に合った物を着られないので困る。」と言っている。</p>

面談ポイントシート（リ・アセスメント支援シート）

東京太郎

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
<p>問題（困りごと）</p> <p><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。</p> <p><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。</p>	<p><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。</p> <p><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。</p>	<p>リQ9： 利用者の問題についての記載がほとんどないが、認知症のケースであるため長女による代弁がなかったのか。</p> <p>リQ11： 冷暖房器具がないことで、室温管理に困っていないのか。</p> <p>リQ4： コミュニケーションに家族の困りごとがあるにもかかわらず意向がないのか。</p> <p>リQ8： ADLの更衣・整容の状態「季節にあった物を着られないことがある。」について、家族の「問題（困りごと）」が修正になった場合は、「意向」も修正が必要ではないか。</p> <p>リQ10・12： 冷暖房器具がないことについて、「ADLの問題（困りごと）」が修正になった場合は、「意向」も修正が必要ではないか。</p>	<p>リA9： 家族・知人等の介護力について「寂しくて困り、いろいろな人に関わってもらいたい。」と長女による代弁があった。また、ADLについて「寒くて困る。」と長女による代弁があった。</p> <p>リA11： 家族の意向として、長女が「室温管理でさなくて困る。」と言っていた。</p> <p>リA4： 家族の意向は特にない。</p> <p>リA8： ADLについては、家族の意向として、「季節に合ったものを着せたい。」を追加する。</p> <p>リA10・12： ADLについては、本人の意向として、「温度を上げてほしい。」と長女が代弁していた。また、家族の意向として、長女が「寒いときは暖かくしてあげたい。」と言っていた。</p>
<p>利用者意向</p> <p>家族意向</p>			

面談ポイントシート (リ・アセスメント支援シート)

東京太郎

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の維持・改善に対する医師・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。	リQ6: 主疾病が複数あるにもかかわらず医師の意見が少ないのはなぜか。	リA6: 医師に確認すべきだできていない。
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Q13: 冷暖房器具がないことについて、「ADLの問題（困りごと）」と「意向」が修正になった場合は、「CM判断」も修正が必要ではないか。	リA13: IADLについては、CMの判断として、「室温管理の必要がある。」を追加する。
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。）。	リQ5: コミュニケーションについて、家族の意向が「失」となっているにもかかわらず、「検討中」である理由は何か。	リA5: 長女は、利用者が気をひきたくて、目が見えないと言っていると思うため、介護支援専門員としては慎重な働きかけが必要だと考えているから。

面談ポイントシート (リ・アセスメント支援シート)

東京太郎

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おり、おそらく利用者の意向に反していない。	リQ14: IADLについては、冷暖房器具がないことについての他の項目の修正状況にあわせて修正が必要ではないか。	リA14: IADLについては、「室温管理をしかりする」を追加する。
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つながるものである。		
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。	リQ15: 優先順位の理由は何か。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 介護支援専門員の回答に筋が通って理解できればよい。 </div>	リA15-1: 「目の手力チ力を治したい」は、代弁ではなく本人が表明したニーズであるため上位にした。 リA15-2: 「人に関わってもらいたい」は3つの状態から出てきたニーズであるため、強ちに生活を活性化できるニーズであると考え上位にした。

面談ポイントシート (リ・アセスメント支援シート)

東京太郎

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
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			

※ 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		東京 太郎		作成日		平成26年1月20日		作成者		鈴木 梅子							
コミュニケーション				状態				意向・意見・判断				生活全般の解決すべき課題(ニーズ)					
視力		問題無 見えない		視力 見えない		本人が聞きたくて聞いていると聞き取りが困難は感じていない(聴力120dB)と診断されている。(本人)		利用者意向		リA3		問題(困りごと)		リA3		優先順位	
聴覚		問題無 聞こえない		聴覚 聞こえない		本人が聞きたくて聞いていると聞き取りが困難は感じていない(聴力120dB)と診断されている。(本人)		家族意向		なし		目の見え方が一層困る。(本人)		リA15-1		整理後	
補聴器		問題無 使用していない		補聴器 使用していない		通常の声で会話可能		医師・専門職等意見		リA4		目のチカチカを治したい。		リA5		整理前	
言語		問題無 話せない		言語 話せない		話しているうちに会話が通う内容(ビル)を所有しているなど)になってしまふ。		CM判断		リA5		目のチカチカを治したい。		リA5		優先順位	
意思伝達		問題無 話せない		意思伝達 話せない		話しているうちに会話が通う内容(ビル)を所有しているなど)になってしまふ。		CM判断		リA5		目のチカチカを治したい。		リA5		優先順位	
維持・改善の要 素、利点		問題無 話せない		維持・改善の要 素、利点		・穏やかな性格で、話し方も穏やかな気持ちになれる。 ・本人が居るだけでその場が和む。本人が気持ち悪いと思う時は席をはずすなど、場の空気を読むことが出来る。 ・肘内障、肘内障の手術を受けたので、カレンダーや時計を見ることで、視力が回復して日常生活が問題なく出来ている。		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ	
認知障害		自立 軽度		認知障害 軽度		判断力・短期記憶力の低下あり。		利用者意向		なし		なし		なし		利用者意向	
意思決定		意思決定 意思決定		意思決定 意思決定		特別な場合以外では、いいえで答えられる。		家族意向		なし		なし		なし		家族意向	
指示反映		指示反映 指示反映		指示反映 指示反映		通じる		医師・専門職等意見		リA9		心配后が常にそばにはいられないので困る。		心配后が常にそばにはいられないので困る。		医師・専門職等意見	
情緒・情動		情緒・情動 情緒・情動		情緒・情動 情緒・情動		問題無 抑うつ不安		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ	
行動障害		行動障害 行動障害		行動障害 行動障害		問題無 抑うつ不安		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ	
精神症状		精神症状 精神症状		精神症状 精神症状		問題無 抑うつ不安		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ	
維持・改善の要 素、利点		維持・改善の要 素、利点		維持・改善の要 素、利点		・「ありがとう」と感謝の気持ちを伝える事ができる。 ・認購ったり認ることなく過ごすことができる。		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ	
介護提供		介護提供 介護提供		介護提供 介護提供		常時 日中のみ		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ	
介護者の健康		介護者の健康 介護者の健康		介護者の健康 介護者の健康		常時 日中のみ		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ	
介護者の負担		介護者の負担 介護者の負担		介護者の負担 介護者の負担		常時 日中のみ		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ	
維持・改善の要 素、利点		維持・改善の要 素、利点		維持・改善の要 素、利点		常時 日中のみ		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ	
家族・知人等の介護力		家族・知人等の介護力 家族・知人等の介護力		家族・知人等の介護力 家族・知人等の介護力		常時 日中のみ		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ	
家族・知人等の介護力		家族・知人等の介護力 家族・知人等の介護力		家族・知人等の介護力 家族・知人等の介護力		常時 日中のみ		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ	
家族・知人等の介護力		家族・知人等の介護力 家族・知人等の介護力		家族・知人等の介護力 家族・知人等の介護力		常時 日中のみ		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ		実施中(医師) 未検討 不要 対応難度 困難		CMの活用者・家族の意向への配慮かけ	

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

面談後

利用者名 東京 太郎

リ・アセスメント支援シート

作成日 平成26年1月20日
 作成者 鈴木 梅子

利用者名		状態		問題 (困りごと)		意向・意見・判断		生活全般の解決手段(二)への整理後		優先順位
主疾病(症状 痛み等)	認知症、心不全、糖尿病、妄想	利用者		利用者		利用者		④糖尿病と ⑤上手につ き合っ ていく。		3
薬	有 糖尿病、高血圧、うつ病、心不全の薬を朝1回/日、ヘルパー介助により服用中。 無 歯はすべてないが、なんでも食べることができるので本人は困っていない。 良好 全部 歯はすべてないが、歯医者が嫌いなため、歯磨きを作っていない。 部分 咀嚼 嚥下 好き嫌いで食べられないもの(緑黄色野菜)は問題無 障害有 ある。 普通 多い 少ない 3回/日	家族		家族		家族		④糖尿病 ⑤上手につ き合っ ていく。		
食事摂取形態	経口摂取 常 常 常 普通 良	家族		家族		家族		④糖尿病 ⑤上手につ き合っ ていく。		
身長・体重	157 cm 54.3 kg BMI=22.02	家族		家族		家族		④糖尿病 ⑤上手につ き合っ ていく。		
麻痺・拘縮	無 麻痺有 拘縮有 なし	家族		家族		家族		④糖尿病 ⑤上手につ き合っ ていく。		
しよくさ・皮膚の問題	無 有 有 3回/週 月 日 回 (便秘無) 便数有	家族		家族		家族		④糖尿病 ⑤上手につ き合っ ていく。		
入浴	3回/週 月 日 回 (便秘無) 便数有	家族		家族		家族		④糖尿病 ⑤上手につ き合っ ていく。		
排泄(便)	日 回 (便秘無) 便数有	家族		家族		家族		④糖尿病 ⑤上手につ き合っ ていく。		
排泄(尿)	昼: 回・夜: 回	家族		家族		家族		④糖尿病 ⑤上手につ き合っ ていく。		
睡眠時間帯	20 22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20	家族		家族		家族		④糖尿病 ⑤上手につ き合っ ていく。		
維持・改善の要素、利点	ヘルパーの介助で拒否なく服薬ができる。 体重の増減なく維持できている。 失禁なく排泄できる。	家族		家族		家族		④糖尿病 ⑤上手につ き合っ ていく。		

事例 3

※ 本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上のQ&AのうちAの回答番号を表す。

面談後

利用者名 東京 太郎

リ・アセスメント支援シート

作成日 平成26年1月20日
 作成者 鈴木 梅子

利用者名		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							
食事	見守り	一部介助	全介助	利用者意向	意向	高	中	低	失	意向の表明	阻	整理後	整理前	整理	整理後	優先順位	
食事場所	食堂	ベッド上	他 (居間のテレビ前)	なし	なし												
排泄 (排便)	見守り	一部介助	全介助	なし	なし												
排泄 (排尿)	見守り	一部介助	全介助	なし	なし												
排泄 (日中)	PT	原器	リハビリ オムツ	なし	なし												
排泄 (夜間)	PT	原器	リハビリ オムツ	なし	なし												
排泄 (失禁)	無	有	パンツ	なし	なし												
入浴	自立	一部介助	全介助	・自宅で入浴できず困る。	・季節に合ったものを着せたい。												
更衣・整容	自立	一部介助	全介助	・季節に合ったものを着せたい。	・季節に合ったものを着せたい。												
寝返り	自立	一部介助	全介助	なし	なし												
起上がり	自立	一部介助	全介助	なし	なし												
座位	自立	一部介助	全介助	なし	なし												
立位	自立	一部介助	全介助	なし	なし												
移乗	自立	一部介助	全介助	なし	なし												
歩行	自立	一部介助	全介助	なし	なし												
使用機器	杖	歩行器	車椅子	なし	なし												
維持・改善の要素、利益	・ADLに関してほぼ自立で身の回りのこととはできる。 ・入浴は、次の動作の指示をするなどの見守りがあれば可能。																
買物	自立	一部介助	全介助	・買物用紙に、コンビニで買いたいものや甘味の量を書きつけておく。 ・家族管理が必要。	・家族管理が必要。												
金銭管理	自立	一部介助	全介助	・家族管理が必要。	・家族管理が必要。												
献立	自立	一部介助	全介助	・家族管理が必要。	・家族管理が必要。												
ゴミ出し	自立	一部介助	全介助	・家族管理が必要。	・家族管理が必要。												
調理と片付け	自立	一部介助	全介助	・家族管理が必要。	・家族管理が必要。												
掃除・洗濯	自立	一部介助	全介助	・家族管理が必要。	・家族管理が必要。												
火気管理	自立	一部介助	全介助	・家族管理が必要。	・家族管理が必要。												
外出	自立	一部介助	全介助	・家族管理が必要。	・家族管理が必要。												
服薬状況	自立	一部介助	全介助	・家族管理が必要。	・家族管理が必要。												
住環境	自立	一部介助	全介助	・家族管理が必要。	・家族管理が必要。												
維持・改善の要素、利益	・コンビニにいき、自分で商品を選び、買い物ができる。 ・協力してくれる家族や知人の存在がある。																

※ 本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 J」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		東京 太郎		作成日		平成26年1月20日		作成者		鈴木 梅子	
状態		想		問題 (困りごと)		意向・意見・判断		整理前		整理後	
社会参加	無	有	・デイサービスを3回/週利用 ・家族もデイから連絡が来て、日中の様子が分かるので助かる。	利用者	なし	なし	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻	④⑩なるべく多くの人に見守って欲しい。(長女)	②③④⑩	②へ統合
社会交流	無	有	・ヘルパー、デイ、買い物に出かけた際に近所の人、アパートの住民、知人に声を掛けてもらっている。 ・穏やかな性格なので、色々な人に見守られて生活できている。 ・デイ通所してから遠くへ出かけてしまいうことがなくなっている。 ・デイ通所してから明るく会話が多くなっている。 ・デイで食事作りの手伝いができているのを喜ぶことができる。	家族	・ひとりで家で過ごしているのが心配だがずっと一緒にいる事ができないうで困る。	家族意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻	医師・専門職等意見	なし	
維持・改善の要素、利点	なし			CM判断	リA2	CM判断	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻	・買い物にでかけたときなど、近所の人の声かけが必須。 ・なるべく多くの人に見守ってもらえるような環境をつくる必要がある。 CMの利用等・家族の意向への働きかけ		
特別な状況	なし			利用者	なし	なし	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻			
維持・改善の要素、利点	なし			家族	なし	なし	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻			
意向と判断が一致しなかった理由										「リ・アセスメント支援シート」を作成して気が付いたこと	
										<ul style="list-style-type: none"> ・「コミュニケーションの意思伝達」と「認知と行動の意思決定」について、今まで同じように考えていたため区別して記載するのに考えさせられた。 ・維持・改善の要素、利点でストレスングスについて考えることは、今まで考えを整理して記載することがなかったため整理できてよかった。 ・「認知と行動」と「IADL」との重複部分で悩んだ。 ・ハラハラの情報が増えていく感じがした。 ・ニーズをサービスと切り離して考えることができた。 ・意向・判断までは順調に進んだがニーズに変換してまとめるのは悩んだ。 ・2表がその人らしい具体的な内容になった。 	

<修正内容の概要>

利用する介護保険サービスは、修正前後で変更がないが、介護保険外のサービス・サポートが組み込まれるようになった結果、より本人の望む生活を具体的に達成できるケアプランとなった。

<ケアプラン第2表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 本人や家族の意向に基づくものへと全て修正された。
- イ 認知症のケースであり誰の意向に基づくニーズなのか不明確であった点が明確になった。

例	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	解説
第2表（現行）	—	—
第2表（面談後）	いろいろな人に関わってもらおう。（長女代弁）	長女が本人の立場に立って、代弁していることが明確

(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子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）	病気が悪化しない。	その人らしい生活の様子が描かれていない。
第2表（面談後）	好きな地図やテレビを見て、買い物ที่ไม่自由なく済んで楽しく暮らす。	「基本情報シート」の「趣味・好きなこと」に基づいており、その人らしい生活が表された。

(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）	安定した在宅生活を送ることが出来る。	根拠が不明確で、具体的ではない。
第2表（面談後）	・季節にあった衣類・寝具を使う。 ・冷暖房や換気を適切に行う。	「リ・アセスメント支援シート」の「ADL」・「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 介護保険外のサービス・サポートも含めて本人を支える援助内容になった。

例	援助内容	解説
第2表（現行）	—	介護保険外のサービス種別は、医療機関と家族（長女）のみである。
第2表（面談後）	・サービス内容：コンビニで購入した食べ物の確認 ・サービス種別：コンビニ店員	「リ・アセスメント支援シート」の「IADL」欄に基づく援助内容となった。

「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広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（149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。

第2表

認知症のケースであるか誰の意向に基づくニーズか不明確

居宅サービス計画書(2)

利用者名 東京 太郎 殿

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子が描かれていない。

介護保険のサービス中心

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)	サービス内容	※1		※2		頻度	期間
				サービス種別	内容	種別	内容		
病状を安定させたい。	病気が悪化しない。 (25.8.1～26.1.31)	病状変化の早期発見 (25.8.1～26.1.31)	診察・血液検査・内服薬の処方 通院介助・内服薬の仕分け	医療機関 家族	医療機関 家族	T病院 長女	1回/月 随時	25.8.1～26.1.31	
今の生活を続けたい。	一人暮らしが継続できる。 (25.8.1～26.1.31)	安定した在宅生活を送ることができる。 服薬が毎日でき服薬確認ができる。 (25.8.1～26.1.31)	居宅等掃除、洗濯、調理など 体調確認、服薬確認、口腔管理、整容、排泄、水分補給 家族、各サービス調整連携による独居高齢者支援	家族 CM	家族 CM	長女 M居宅介護事業所	3回/週 随時 随時	25.8.1～26.1.31	
外出したい。	病状の進行を予防することができる。 (25.8.1～26.1.31)	他者との交流、メリハリのある生活を送ることができる。 不安なく外出することができる。 (25.8.1～26.1.31)	送迎、食事提供、レクリエーション、移動時の見守りや介助、他者との交流、集団体操 通所日の朝ケア(体調確認、服薬確認、口腔管理、整容、排泄、水分補給、鍵施錠、送迎車待機、デイ荷物準備)	認知症対応型通所介護 訪問介護	認知症対応型通所介護 訪問介護	デイサービスセンターW 訪問介護センターA Y訪問介護事業所	4回/週 4回/週 3回/週	25.8.1～26.1.31	

※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(Q&A)のうちQの質問番号を表す。

CM提出
 (リ・アセス後)

作成年月日 平成26年1月6日

居宅サービス計画書(2)

第2表

利用者名 東京太郎殿

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)	※1 サービス種別	※2	頻度 期間		
いろいろなる人に関わって もらう。(長女代弁)	長女や近隣の人 たち等としばし ば話しながら、 世間とのつな がりをもち、楽 しく暮らす。	26. 2. 1 ～ 27. 1. 31	家に来てくれる人 をつくる。	家族 近隣住民 CM	長女 近隣住民 M介護支援事業 所	随時 随時 随時	26. 2. 1 ～ 26. 7. 31
		26. 2. 1 ～ 26. 7. 31	外に出て話ができ てなじみの人をつ くる。	訪問介護 訪問介護	訪問介護センタ ーA Y訪問介護事業 所	2回/週 2回/週	26. 2. 1 ～ 26. 7. 31
		26. 2. 1 ～ 26. 7. 31	外出できる体力を つける。	認知症対応型 通所介護	デイサービスセ ンターW	4回/週	26. 2. 1 ～ 26. 7. 31
			体調確認	訪問介護 訪問介護	訪問介護センタ ーA Y訪問介護事業 所	4回/週 3回/週	26. 2. 1 ～ 26. 7. 31
			体操・歩行運動	認知症対応型 通所介護	デイサービスセ ンターW	4回/週	

居宅サービス計画書(2)

第2表

利用者名 東京太郎 殿

※ 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。

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	目標		援助内容		期間
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	※1 サービス種別	※2 内容	
目のチカチカを治したい。 ケQ1: 治した場合の目標ではなく、治すための目標が記載されている。	26. 2. 26. 2. 27. 1. 31	26. 2. 1 専門医を受診する。 26. 7. 31	医療機関 家族 家族 近隣住民 認知症対応型通所介護	T病院眼科 長女 長女 近隣住民 デイサービスセンターW	必要時 必要時 随時 随時 4回/週
糖尿病と上手に付き合っていく。	26. 2. 1 入院せずに、毎日 27. 1. 31 穏やかに過ごしていくことができる。	26. 2. 1 糖尿病の治療を受け 26. 7. 31 けることができる。 26. 2. 1 バランスのとれた 26. 7. 31 食事をする。	医療機関 家族 保健師	T病院内分泌科 長女 〇〇市保健センター	1回/月 1回/月 随時
		26. 2. 1 コンビニで購入した 26. 7. 31 食べ物の確認	〇 CM	M居宅介護支援事業所	26. 2. 1 26. 7. 31
		26. 2. 1 バランスのとれた食 26. 7. 31 事の提供	〇 認知症対応型通所介護	Sコンビニエンスストア店長・従業員 デイサービスセンターW	4回/週
	26. 2. 1 定期的に服薬する。 26. 7. 31		家族	長女	必要時 26. 2. 1 26. 7. 31
		26. 2. 1 内服の確認・健康手 26. 7. 31 エック	〇 訪問介護	訪問介護センターA	4回/週
			〇 訪問介護	Y訪問介護事業所	3回/週

※ 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のうちQの質問番号を表す。

CM提出
 (リ・アセス後)

作成年月日 平成26年1月6日

居室サービス計画書(2)

第2表

利用者名 東京太郎殿

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	目標		サービス内容	援助内容		期間	
	長期目標 (期間)	短期目標		※1	※2		頻度
糖尿病と上手に付き合っていく。	26.2.1 ～ 27.1.31	入院せずに、毎日 穏やかに過ごすこ とができる。	サービス内容 体操・歩行運動 整容	○	※2 デイサービスセ ンターW 長女 訪問介護センタ ーA Y訪問介護事業 所	4回/週 随時 4回/週 3回/週	26.2.1 ～ 26.7.31
			水分摂取量のチェツ ク	○ ○ ○	家族 訪問介護 家族 訪問介護 認知症対応型 通所介護	随時 4回/週 3回/週 4回/週	
	26.2.1 ～ 26.7.31	毎日使う金額を決 めておく。	レシートを見て買い 物の内容を把握す る。		家族	随時	26.2.1 ～ 26.7.31
金銭管理をしっかりとす る。(長女)	26.2.1 ～ 27.1.31	気兼ねなく買い物 ができる。	定額しか使えないこ とへの不満がないよ うに声かけをする。	○ ○ ○	家族 訪問介護 家族 訪問介護 Y訪問介護事業 所 M居宅介護事業 所	随時 4回/週 3回/週 必要時	
					CM		

※ 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。

第2表 居宅サービス計画書(2)

利用者名 東京太郎 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)	※1 サービス内容	※2 サービス種別	※2 頻度	※2 期間
入浴する。(長女)	清潔の保持と全身のチエック・感染症の予防ができる。 (26. 2. 1 ~ 27. 1. 31)	定期的にお風呂に入る機会をもつ。 (26. 2. 1 ~ 26. 7. 31)	自宅から風呂への送迎・入浴への促し・洗身介助・衣類着脱衣の指示・健康チェック・水分補給・整容	認知症対応型通所介護	※2 デイサービスセンターW	26. 2. 1 ~ 26. 7. 31

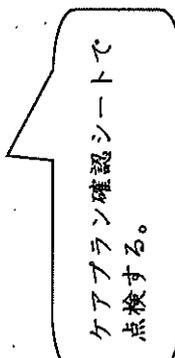
※1 「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。
 ※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

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。

東京太郎

※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）」欄と語句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。	ケQ1: 「目のチカチカを治したい」の長期目標に、治した場合の目標ではなく、治すための目標が記載されている。 	ケA1: 「リ・アセスメント支援シート」を確認し、「好きな地図やテレビを見て、買い物に自由なく済んで楽しく暮らす」に修正。
短期目標及び期間	<input type="checkbox"/> ニーズに基づく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"/> 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）、長期目標と同じ内容になっていない。 <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。	ケQ2: 「目のチカチカを治したい」の短期目標がサービス内容になっている。	ケA2: 「リ・アセスメント支援シート」を確認し、「目のチカチカの原因を明らかにして治療をする」に修正。

面談ポイントシート (ケアプラン第2表)

東京太郎

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。		
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			

面談後

作成年月日 平成26年1月20日

※ 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

居宅サービス計画書(2)

利用者名 東京 太郎 殿

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子が描かれるようになった。

生活全般の解決すべき課題

(ニーズ)

いろいろな人に関わってもらおう。(長女代弁)

長期目標
 長女や近隣の人たち等としばしば話しなが、世間とのつながりをもち、楽しく暮らす。

誰の意向に基づきニーズであるかが明確になった。

援 助 内 容		※1		※2		頻度	期間
サービス種別	サービス内容	家族 近隣住民 CM	訪問介護 訪問介護	訪問介護センターA Y訪問介護事業所	訪問介護センターA Y訪問介護事業所	2回/週 2回/週	26.2.1 ~ 26.7.31
	サービ内容 話題を用意して、定期的に訪問する。		○				
	短期目標 家に来てくれる人をつくる。	26.2.1 ~ 26.7.31	26.2.1 ~ 26.7.31	外出前の身支度・送迎 送り出し		2回/週	26.2.1 ~ 26.7.31
	長期目標 長女や近隣の人たち等としばしば話しなが、世間とのつながりをもち、楽しく暮らす。	26.2.1 ~ 27.1.31	26.2.1 ~ 26.7.31	自宅から外出先への 送迎・他利用者との交 流	認知症対応型 通所介護	4回/週	26.2.1 ~ 26.7.31
	短期目標 外出できる体力をつける。	26.2.1 ~ 26.7.31	26.2.1 ~ 26.7.31	体調確認	訪問介護 訪問介護	4回/週 3回/週	26.2.1 ~ 26.7.31
	長期目標 誰の意向に基づきニーズであるかが明確になった。			体操・歩行運動	認知症対応型 通所介護	4回/週	

※ 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上のQ&AのうちAの回答番号を表す。

居宅サービス計画書 (2)

第2表

利用者名 東京 太郎 殿

目標		援助内容					
長期目標	短期目標	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) 目のチカチカを治したい。 ケA1 その人らしい生活の様子が描かれるようになる。	長期目標 目のチカチカの原因を明らかにする。 好きな地団やテレビを見ても、買物に自由がなくて嫌いです。	短期目標 専門医を受診する。チカチカの原因を明らかにして治療する。 ケA2 ニーズに基づき長期目標を達成するための段取りとなった。	ケA2 診察・検査・投薬 専門医への受診 通院付き添い 寂しさを ケA2	医療機関 家族 家族 近隣住民 認知症対応型通所介護	T病院眼科 長女 長女 近隣住民 デイサービスセンターW	必要時 必要時 随時 随時 4回/週	26.2.1 ~ 26.7.31
糖尿病と上手に付き合っていく。	入院せずに、毎日穏やかに過ごせるとができる。	糖尿病の治療を受けることができる。 バランスのとれた食事をする。 ケA2 「リ・アセスメント支援シート」の「IADL」欄に基づき介護保険外の援助内容が書き込まれた。	専門医への受診 通院付き添い 病状に留意した食事指導 コンビニで購入した食べ物の確認	医療機関 家族 保健師 CM	T病院内分泌科 長女 〇〇市保健センター M居宅介護支援事業所	1回/月 1回/月 随時	26.2.1 ~ 26.7.31
	定期的に服薬する。 26.2.1 ~ 26.7.31	バランスのとれた食事の提供 薬カレンダールの作成 内服の確認・健康チェック	〇 〇 〇	認知症対応型通所介護 家族 訪問介護	デイサービスセンターW 長女 訪問介護センターA Y訪問介護事業所	4回/週 必要時 4回/週 3回/週	26.2.1 ~ 26.7.31

※ 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

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 平成26年1月20日

面談後

利用者名 東京太郎 殿

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	目標		援助内容			頻度	期間
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	サービス内容	※1	※2		
糖尿病と上手に付き合っ ていく。	26.2.1 ～ 27.1.31	適度な運動を行い、 体調良く過ごす。	26.2.1 ～ 26.7.31	○	デイサービス センターW	4回/週	26.2.1 ～ 26.7.31
着せ替えに合わせた温 度管理をする。(長女代 弁)	26.2.1 ～ 27.1.31	季節にあった衣 類・寝具を使う。	26.2.1 ～ 26.7.31	○	家族 訪問介護	随時 4回/週	26.2.1 ～ 26.7.31
				○	家族 訪問介護	随時 4回/週	
				○	家族 訪問介護	随時 4回/週	
着せ替えに合わせた温 度管理をする。(長女代 弁)	26.2.1 ～ 27.1.31	季節にあった衣 類・寝具を使う。	26.2.1 ～ 26.7.31	○	家族 訪問介護	随時 4回/週	26.2.1 ～ 26.7.31
				○	家族 訪問介護	随時 4回/週	
				○	家族 訪問介護	随時 4回/週	
着せ替えに合わせた温 度管理をする。(長女代 弁)	26.2.1 ～ 27.1.31	季節にあった衣 類・寝具を使う。	26.2.1 ～ 26.7.31	○	家族 訪問介護	随時 4回/週	26.2.1 ～ 26.7.31
				○	家族 訪問介護	随時 4回/週	
				○	家族 訪問介護	随時 4回/週	

保険者との面談によって、
新たな「生活全般の解決す
べき課題(ニーズ)」が明
らかになった。

「リ・アセスメント支援シート」
の「ADL」・「IADL」欄に
基づく、具体的な目標になった。
・「ニーズ」に基づく「長期目標」
を達成するための段取りになっ
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のQ&AのうちAの回答番号を表す。

面談後

作成年月日 平成26年1月20日

居宅サービス計画書(2)

第2表

利用者名 東京太郎殿

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	目標		援助内容		期間
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	※1 サービス種別	※2	
金銭管理をしっかりとす る。(長女)	26.2.1 ～ 27.1.31 気兼ねなく買い物ができる。	26.2.1 ～ 26.7.31 毎日使う金額を決めておく。	家族	長女	26.2.1 ～ 26.7.31 随時
入浴する。(長女)	26.2.1 ～ 27.1.31 清潔の保持と全身のチェック・感染症の予防ができる。	26.2.1 ～ 26.7.31 定期的にお風呂に入る機会をもつ。	○ 家族	長女	随時
			○ 訪問介護	訪問介護センターA	4回/週
			○ 訪問介護	Y訪問介護事業所	3回/週
			○ CM	M居宅介護事業所	必要時
			○	認知症対応型通所介護	26.2.1 ～ 26.7.31 4回/週
				自宅から風呂への送迎・入浴への促し・洗身介助・衣類着脱衣の指示・健康チェック・水分補給・整容	

※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。

様式集

1	基本情報シート	156
2	リ・アセスメント支援シート	158
3	ケアプラン確認シート	162
4-1	面談ポイントシート<基本情報シート>	163
4-2	面談ポイントシート<リ・アセスメント支援シート>	164
4-3	面談ポイントシート<ケアプラン第2表>	169
4-4	面談ポイントシート<ケアプラン第1表>	172
4-5	面談ポイントシート<ケアプラン第3表>	174
5-1	ケアプラン点検 面談後報告書（介護支援専門員→保険者）	175
5-2	ケアプラン点検 面談後報告書（保険者→介護支援専門員）	176
6	ケアマネジメントの課題整理シート	177

基本情報シート

ふりがな													作成日											
利用者氏名	相談者氏名	続柄		本人・家族・他()		受付日		平成		年月日		要付対象者		受付方法		来所・電話・他()								
生年月日		明・大・昭	年月日	歳	性別	男・女	被保険者番号		退院		理由		初回		更新		退院		他()		実施場所		自宅・病院・施設・他()	
現住所		〒										要介護状態区分		世帯		独居・高齢者のみ・他()		人暮らし						
		自宅TEL		携帯TEL		FAX		E-mail		連絡先		家族状況(シエノグラム)												
氏名		続柄		同居・別居		住所		連絡先																
緊急の連絡先				同・別																				
				同・別																				
				同・別																				
				同・別																				
住居		戸建(平屋・2階建以上)・アパート・マンション・公営住宅()階・他()		エレベーター		無・有()		所有形態		持ち家・賃貸		トイレ		和式・洋式・ウォシュレット		生活状況		生活歴		趣味・好きなこと				
住居の状況		(住宅間取図)										住居に対する特記事項		改修の必要性 (無・有)								情報収集源・情報活用状況		

基本情報シート

はりかな		作成日		平成		年		日		平成		年		月		日	
利用者氏名		作成者															
利用者の被保険者情報		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						
医療保険		後期高齢	国保	社保	共済	他											
公費医療等		無		有													
障害等		無	身障	種	級	精神	級	療育	度								
生活保護		難病		有		障害等名											
経済状況		無	有		担当者名												
収入額・支出額		国民年金	厚生年金	障害年金	遺族年金	他	家賃収入										
収入額		円/年		円/月		支出		円/月									
金銭管理者		本人	家族	有		他											
病歴		発症時期		病名		医療機関・医師名		主治医・意見作成者に○		連絡先		経過		受診状況		治療内容	
										TEL		治療・経観・他					
										TEL		治療・経観・他					
										TEL		治療・経観・他					
										TEL		治療・経観・他					
										TEL		治療・経観・他					
										TEL		治療・経観・他					
										TEL		治療・経観・他					
特記事項		相談内容		利用者希望の		家族の		要望の		要望の							
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							
				/月・週													
				/月・週													
				/月・週													
				/月・週													
				/月・週													
				/月・週													

リ・アセスメント支援シート

利用者名	意向・意見・判断										優先順位									
	生活全般の対応すべき課題(二～六)																			
	作成日																			
	作成者																			
	整理前																			
	整理後																			
利用状況	利用者	問題(困りごと)										利用者意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	
	家族											家族意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	
コミュニケーション	医師・専門職等意見	/										CM判断								
	CMの活用者・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			
認知と行動	利用者	問題(困りごと)										利用者意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	
	家族											家族意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	
家族・知人等の介護力	医師・専門職等意見	/										CM判断								
	CMの活用者・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			

リ・アセスメント支援シート

作成日
作成者

利用者名	状態										問題(困りごと)										意向・意見・判断										優先順位					
																					整理前											整理後				
A D L	食事	自立	見守り	一部介助	全介助						利用者 意向	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	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											
	食事場所	食堂	ベッド脇	ベッド上	他く																															
	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	パット	リハビリパット	オムツ	留カテ																												
	排泄(夜間)	トイレ	PT	尿器	パット	リハビリパット	オムツ	留カテ																												
	排泄(失禁)	無	有																																	
	入浴	自立	一部介助	全介助																																
	更衣・整容	自立	一部介助	全介助																																
	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																																
使用機器	杖	歩行器	車椅子	ベッド	その他																															
維持・改善の要素、利点											CMの判断	意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	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											
買物	自立	一部介助	全介助																																	
金銭管理	自立	一部介助	全介助																																	
献立	自立	一部介助	全介助																																	
ゴミ出し	自立	一部介助	全介助																																	
調理と片付け	自立	一部介助	全介助																																	
掃除・洗濯	自立	一部介助	全介助																																	
火気管理	自立	一部介助	全介助																																	
外出	自立	一部介助	全介助																																	
服薬状況	自立	一部介助	全介助																																	
住環境	問題無	問題有																																		
維持・改善の要素、利点																																				
I A D L													利用者 意向	意向の度合	高	中										低	失	意向の表明	阻	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

リ・アセスメント支援シート

利用者名		状態				問題 (困りごと)				意向・意見・判断				作成日 作成者		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	
社会参加	無	有	有	有	利用者	利用者意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻				CM 判断	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						
	無						有	有	有	家族			家族意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻					
社会交流	維持・改善の要素、利点				利用者	利用者意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻				CM 判断	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						
							無	有	有	有			家族	家族意向					
特別な状況	維持・改善の要素、利点				利用者	利用者意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻				CM 判断	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						
							無	有	有	有			家族	家族意向					
意向と判断が一致しなかったため、ニーズにばらばらなかつた理由					「リ・アセスメント支援シート」を作成して気が付いたこと														

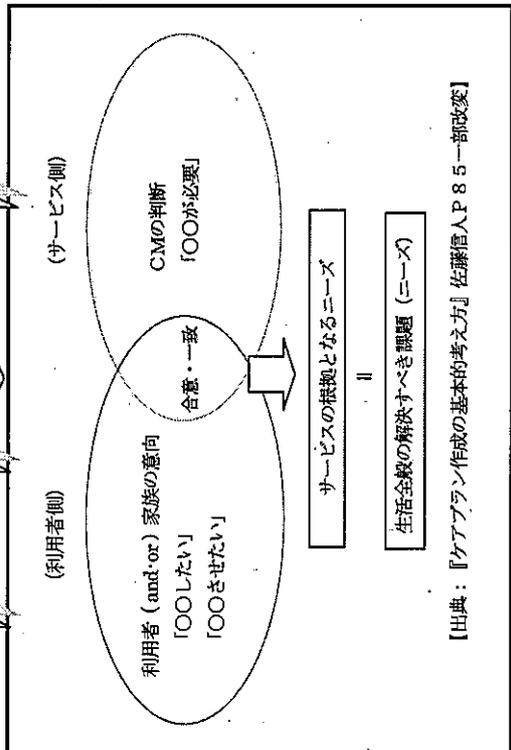
ケアプラン確認シート

リ・アセスメント支援シート

そのまま記載する。

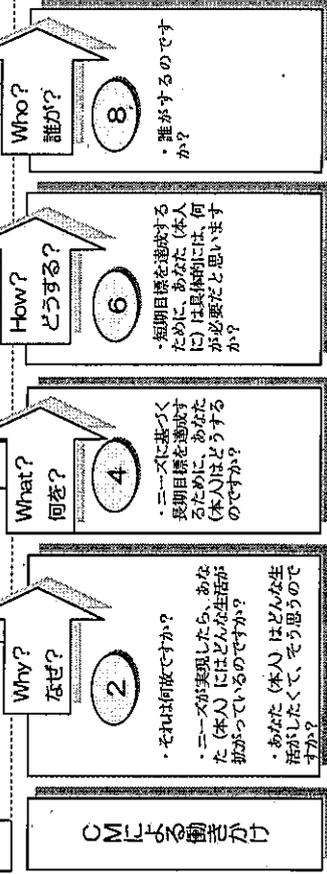
利用者・家族と共に検討するケアプラン第2表

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	家族	利用者	家族	整理前	整理後	
コミュニケーション・認知と行動・家族・知人等の介護力・健康状態・ADL・IADL・社会交流・特別な状態	利用者	家族	OOしたい。するようになる。	OOさせたい。してほしい。	整理後	サービスの根拠となるニーズ	
	医師・専門職等意見	CM判断	OOが必要。OOしたほうがよいのではない。	OOが必要。OOが必要。			



【出典：『ケアプラン作成の基本的考え方』佐藤信人P85一部改変】

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標		援助内容		※2 頻度 期間
	長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別	
利用者の回答	3 (ニーズが実現したら) 私は、OOして暮らすんだ。それが私の望みだ。	5 そのために、私は、OOするよにやってみる。	7 こうすればうまくいくのではないか。OOが必要ではないか。	9 自分でやる。家族がしてくれる。友人がしてくれる。	
家族等による代替	3 (ニーズが実現したら) 本人は、OOなどして暮らすことができるのではないか。本人はそれを望んでいるのではない。	5 そのために、本人はOOするよにやってみようか。	7 OOが必要ではないか。	9 外の力を利用する。その場合は、サービスはこれを活用するのが一番良いのではないかと。施設の場合>施設専門職がしてくれる (各機能)	
ケアプラン記入の留意点	※この欄が最もその人のらしさを表す。 ※家族等が代替する場合、誰の意見を本来に括弧書きで明記。	※ニーズに基づく長期目標を追加するための設取り。 ※必要に応じて、段階的に目標を設定する。	※短期目標を設定するための設取り。	※介護保険のサービスにとらわれない。	



注意) 利用者を誘導しよ、管理しよと考えることは厳禁、利用者・家族と共に検討する。認知症の人のときも、ニーズ、長期目標、短期目標は利用者本人の視点・立場で検討し記載する。

N. SATOモジュール改変

面談ポイントシート<基本情報シート>

確認項目	確認のポイント	質問
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。	
備考		

面談ポイントシート<リ・アセスメント支援シート>

確認項目	確認のポイント	質問
状態	<ul style="list-style-type: none"> □ 利用者の状態が分かりやすく記載されている。 □ 「維持・改善の要素、利点」には、利用者が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。 	
問題（困りごと）	<ul style="list-style-type: none"> □ 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。 □ 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。 	

確認項目	確認のポイント	質問
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、利用者又は家族の「～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。	
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の維持・改善に対する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。	

確認項目	確認のポイント	質問
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。	
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。）。	

確認項目	確認のポイント	質問
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おり、おそらく利用者の意向に反していない。	
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、統合された関連するニーズと比較して、より利用者の生活の活性化につながるものである。	
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。	

確認項目	確認のポイント	質問
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		

面談ポイントシート〈ケアプラン第2表〉

- 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」を一緒に確認する。
- 「ケアプラン第2表」を確認する場合には、「ケアプラン確認シート」も併せて活用するとよい。

確認項目	確認のポイント	質問
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	<p>目標</p> <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。 <p>期間</p> <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。	

確認項目	確認のポイント	質問
短期目標 及び期間	<input type="checkbox"/> ニーズに基づく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"/> 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）、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具体的な目標になっている。	
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。	
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。	

確認項目	確認のポイント	質問
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		

面談ポイントシート<ケアプラン第1表>

確認項目	確認のポイント	質問
利用者及び家族の生活に対する意向	<p>□ アセスメントの結果把握した利用者及び家族の意向と合致している。</p> <p>□ 利用したいサービス内容だけではなく、利用者及び家族がサービスを利用して、どのような生活をしたいと考えているのか記載されている。</p> <p>□ 介護支援専門員の解釈や翻訳ではなく、利用者及び家族の言葉が可能な限りそのまま記載されている。</p> <p>留意点 「リ・アセスメント支援シート」の利用者及び家族の意向の欄を一緒に確認する。</p>	
総合的な援助の方針	<p>□ 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）と長期目標をまとめた内容を実現するために、家族及び利用者を含むケアチームが行う援助の方針が記載されている。</p> <p>□ 利用者及び家族が積極的に方針に取り組めるよう、分かりやすい内容になっている。</p> <p>留意点 「第2表」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」及び「長期目標」を確認する。サービス担当者会議で話し合って記載されるべきものであるため、「第4表」を確認する。</p>	

確認項目	確認のポイント	質問
生活援助中心型の算定理由	<p>□ 生活援助中心型の算定理由が明確であり、かつ「その他」の場合は、具体的な理由が記載されている。</p> <p>留意点 「基本情報シート」や「リ・アセスメント支援シート」等で妥当性を確認する。</p>	
備考		

面談ポイントシート<ケアプラン第3表>

確認項目	確認のポイント	質問
週間サービス計画	<p><input type="checkbox"/> 第2表で挙げたサービス・サポートが介護サービス、インフォーマルサービス・サポートにかかわらず全て記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 介護サービス以外の利用者及び家族が行うセルフケアや支援についても記載され、生活全体の流れが見える記載となっている。</p> <p><input type="checkbox"/> 夜間、土日などの支援体制が具体的に記載されている。</p> <p>留意点 第2表の内容を確認する。</p>	
主な日常生活上の活動	<p><input type="checkbox"/> 利用者の平均的なその人らしい、一日の過ごし方が具体的に記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 主な介護者の介護への関わりや不在の時間等についても記載されている。</p>	
週単位以外のサービス	<p><input type="checkbox"/> 週単位以外のサービス（居宅療養管理指導、短期入所、福祉用具等）が記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 週単位以外のボランティアなサポートや近隣の訪問なども記載されている。</p> <p><input type="checkbox"/> 定期的な受診や訪問診療など、医療機関との関係が記載されている。</p>	
備考		

< 介護支援専門員 → 保険者 >

ケアプラン点検 面談後報告書

報告日 平成 年 月 日()

報告者 所属 _____ 氏名 _____

電話 _____ FAX _____

E-mail: _____

面談日時	平成 年 月 日(曜日)	開始時間:	時	分	終了時間:	時	分
面談場所							
事業所名							
事業者番号	1	3					
ケアプラン 作成者氏名							

ケアプラン点検で気が付いた点
<p>【記入内容例】</p> <p>○ケアプラン点検（シート作成・面談）を受けて気が付いたこと</p> <p>○今後のケアプラン作成時に活かしたいこと 等</p>

ケアマネジメントの課題整理シート

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		地域でサービス・サポートが不足(機能不全を含む。)としていると考えた理由
	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	
注1	注1	注1	注1	注1	

※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。

注1 利用者支援するために必要だが地域でサービス・サポートが不足(機能不全を含む。)しているため、居宅サービス計画書(2)に記入できなかったことも記入して網掛けする(CMが理想とするケアプランの作成)。

地域で不足(機能不全を含む)するサービス・サポート以外の課題とその理由

参考資料 ケアマネジメントの質の向上分科会について

○委員名簿

氏名	所属
◎ 佐藤 信人	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 運営部長
橋本 泰子	大正大学 名誉教授
宮近 郁子	株式会社フクシア フクシア訪問看護ステーション 看護部長
高岡 里佳	医療法人財団緑秀会田無病院 医療福祉連携部部長
羽石 芳恵	野口株式会社介護ショップ ハーティケア 主任介護支援専門員・看護師
○ 千葉 明子	特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会 理事長
大川 潤一	国立市健康福祉部 地域包括ケア推進担当課長
阿部 吉勝	北区健康福祉部介護保険課給付調整係主査
伊藤 重夫	多摩市健康福祉部高齢支援課長
横手 裕三子	東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長（平成 25 年 7 月 15 日まで）
榑 美智子	東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長（平成 25 年 7 月 16 日より）

◎：分科会長 ○：分科会長代理

オブザーバー

新田 裕人	東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長
-------	-----------------------

○検討経過について

回数	開催年月日	主な検討事項
第1回	平成 25 年 7 月 8 日	(1) ケアマネジメントの質の向上分科会について (2) 第1回地域ケア会議推進部会の報告 (3) ケアマネジメント評価ガイドラインについて
第2回	平成 25 年 8 月 19 日	(1) 第2回地域ケア会議推進部会検討状況報告 (2) ケアプラン評価ガイドライン作成にあたっての論点整理について
第3回	平成 25 年 11 月 12 日	(1) ケアプラン点検と地域ケア個別会議の整理 (2) 「モニタリング支援シート」「ケアプラン確認シート」「地域の課題発見シート」について (3) ケアプラン評価ガイド（案）について
第4回	平成 26 年 3 月 6 日	(1) ガイドライン（案）について (2) ガイドラインの普及について

東京都高齢者保健福祉施策推進委員会設置要綱

平成24年4月20日

24福保高計第23号

改正 平成25年6月21日

25福保高計第34号

(目的)

第1 東京都における高齢者保健福祉施策の推進を図るため、東京都高齢者保健福祉計画等の進行管理、介護保険制度の検証及び介護保険制度全般にわたる適正化の検討等を行う東京都高齢者保健福祉施策推進委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(検討事項)

第2 委員会は、次の事項について検討を行う。

- (1) 高齢者保健福祉計画等の進行管理及び分析に関すること。
- (2) 介護保険制度の検証及び国提案に関すること。
- (3) 介護給付適正化に関すること。
- (4) 高齢者居住安定確保計画（福祉分野）の検討に関すること。
- (5) 介護保険財政安定化基金に関すること。
- (6) 地域ケア会議の推進に関すること（ケアマネジメントの質の向上に関すること。）。
- (7) 高齢者等の地域における見守りに関すること。
- (8) その他必要な事項に関すること。

(構成)

第3 委員会は、別表1に掲げる者をもって構成し、東京都福祉保健局長（以下「局長」という。）が委嘱し、又は任命する。

(委員の任期)

第4 委員の任期は、委嘱し、又は任命した日から平成27年3月31日までとする。
2 委員に欠員が生じた場合、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(委員長)

第5 委員会に委員長を置き、委員長は、委員の互選によりこれを定める。
2 委員長は、委員会の会務を総括し、委員会を代表する。
3 委員長に事故があるときは、あらかじめ委員長が指定する者が委員長代理としてその職務を行う。

(委員会の招集等)

第6 委員会は、委員長が招集する。
2 委員長は、必要があると認めるときは、第3に掲げる者のほか、有識者等に委員会への出席を求めることができる。

(専門部会)

- 第7 委員会に、その検討を補佐するため専門部会（以下「部会」という。）を置く。
- 2 部会は、委員会が定める事項について調査・検討する。
 - 3 部会の委員は、別表2に掲げる委員構成に従い、東京都福祉保健局高齢社会対策部長が指名する。
 - 4 部会に、委員のほかに専門委員を置くことができる。
 - 5 部会の委員及び専門委員は、委員長が指名する委員をもって充て、局長が委嘱し、又は任命する。
 - 6 部会の委員の任期は委嘱し、又は任命した日から部会の終了の日までとし、専門委員は委嘱し、又は任命した日から別途定める日までとする。
 - 7 部会の委員に欠員が生じ新たに委員を委嘱し、又は任命した場合、新任委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（部会長）

- 第8 部会に部会長を置き、部会長は、部会の委員及び専門委員の互選によりこれを定める。
- 2 部会長は、部会の会務を総理する。
 - 3 部会長に事故があるときは、あらかじめ部会長が指定する者がその職務を代行する。

（部会の招集等）

- 第9 部会は、部会長が招集する。
- 2 部会長は、必要があると認めるときは、第7に掲げる者のほか、有識者等に部会への出席を求めることができる。

（分科会）

- 第10 部会における検討事項のうち、専門的な検討を行うための分科会を置く。
- 2 分科会は、部会が定める事項について調査・検討する。
 - 3 分科会の委員は、別表3に掲げる委員構成に従い、東京都福祉保健局高齢社会対策部長が指名する。
 - 4 分科会に、委員のほかに専門委員を置くことができる。
 - 5 分科会の委員及び専門委員は、部会長が指名する委員をもって充て、局長が委嘱し、又は任命する。
 - 6 分科会の委員の任期は委嘱し、又は任命した日から分科会の終了の日までとし、専門委員は委嘱し、又は任命した日から別途定める日までとする。
 - 7 分科会の委員に欠員が生じ新たに委員を委嘱し、又は任命した場合、新任委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（分科会長）

- 第11 分科会に分科会長を置き、分科会長は分科会の委員及び専門委員の互選によりこれを定める。
- 2 分科会長は、分科会の会務を総理する。
 - 3 分科会長に事故があるときは、あらかじめ分科会長が指定する者がその職務を代行する。

(分科会の招集等)

第 12 分科会は、分科会長が招集する。

2 分科会長は、必要があると認められるときは、第 10 に掲げる者のほか、有識者等に分科会への出席を求めることができる。

(ワーキンググループ)

第 13 部会に、その検討を補佐するためワーキンググループを置くことができる。

2 ワーキンググループは、部会が定める事項について調査・検討する。

3 ワーキンググループの委員は、部会の中から、部会長が指名する。

(報告)

第 14 委員会は、報告書を作成したときは、その結果について、各区市町村に報告するものとする。

2 委員会は、必要に応じて、検討の経過について各区市町村に報告することができる。

(委員会、部会及び分科会の取扱い)

第 15 委員会、部会及び分科会に係る資料は、原則として非公開とする。

2 委員会の委員及び有識者等、部会の委員、専門委員及び有識者等並びに分科会の委員、専門委員及び有識者等は、その職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。

(庶務)

第 16 委員会の庶務は、東京都福祉保健局高齢社会対策部計画課において処理する。

(委員への謝礼の支払)

第 17 委員会、部会又は分科会（以下「委員会等」という。）に出席した委員に対して謝礼を支払うこととする。

なお、月の初日から末日までに開催した委員会等への出席に対する謝礼の総額を、翌月の末日までに支払うものとする。

(その他)

第 18 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関して必要な事項は、委員長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成 24 年 4 月 20 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 25 年 6 月 21 日から施行する

別表3 「東京都高齢者保健福祉施策推進委員会分科会」構成

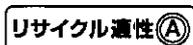
ケアマネジメントの 質の向上分科会	委員	東京都	福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長
		保険者	区市町村職員
		保険者	区市町村職員
		事業者団体	公益社団法人東京都看護協会 会員
		介護支援専門員	主任介護支援専門員
		介護支援専門員	主任介護支援専門員
		医療機関職員	
		地域包括支援 センター	地域包括支援センター職員
		学識経験者	
		学識経験者	

保険者と介護支援専門員が共に行う
ケアマネジメントの質の向上ガイドライン

登録番号(26)92
平成 26 年 3 月発行

発 行／東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課
〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号
電話：03-5320-4279(ダイヤルイン)

印 刷／鶴川印刷株式会社
〒113-0033 東京都文京区本郷二丁目 22-12
電話：03-5684-0571



この印刷物は、印刷用の紙へリサイクルできます。



見やすく読みまちがえにくい
ユニバーサルデザインフォントを採用しています。

