

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

令和6年11月



東京都

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 榎 美智子

令和6年11月一部改訂

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 ----- 12
- 5 ケアプラン点検で活用するシート ----- 21
 - I リ・アセスメント支援シート ----- 21
 - II ケアプラン確認シート ----- 48
 - III 面談ポイントシート ----- 50

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----- 65
- 2 多職種との連携・協働で活用するシート ----- 67
 - I ケアマネジメントの課題整理シート ----- 68

ケアプラン点検の具体例

- 1 事例 独居となり既往歴が多く腰痛により徐々に閉じこもりがちな生活となったケース---71

様式集

- 1 基本情報シート ----- 113
- 2 リ・アセスメント支援シート ----- 115
- 3 ケアプラン確認シート ----- 119
- 4-1 面談ポイントシート＜基本情報シート＞ ----- 120
- 4-2 面談ポイントシート＜リ・アセスメント支援シート＞ ----- 121
- 4-3 面談ポイントシート＜ケアプラン第2表＞ ----- 126
- 4-4 面談ポイントシート＜ケアプラン第1表＞ ----- 129
- 4-5 面談ポイントシート＜ケアプラン第3表＞ ----- 132
- 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） ----- 133
- 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） ----- 134
- 6 ケアマネジメントの課題整理シート ----- 135

参考資料

- ケアマネジメントの質の向上分科会について----- 136

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マネジメントの質の向上

1 介護支援専門員の行う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 介護支援専門員の行う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」を促すのが大切です。
- 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「振り返りの作業」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のが大切です。
- 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 63 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(25～28 頁)。。)。

3 本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

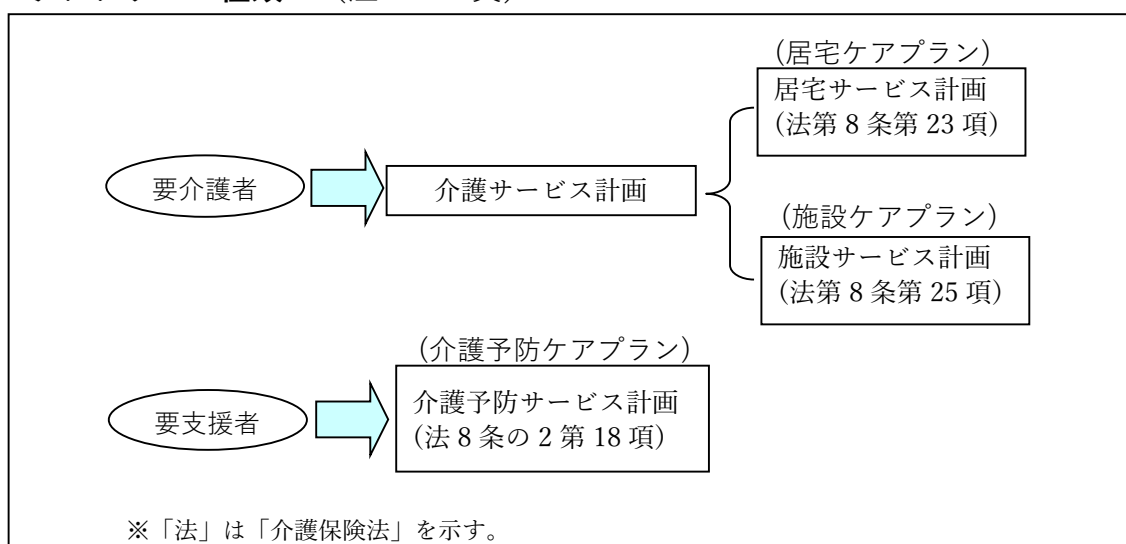
まず、事務職員がケアプラン点検を円滑かつ適切に実施できるように、ケアプラン点検に必要なケアマネジメントに関する知識を整理する。

(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 63 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	居宅サービス計画書（1） ・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	居宅サービス計画書（2） ・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	週間サービス計画表 ・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	サービス担当者会議の要点 ・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	居宅介護支援経過 ・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	サービス利用票（兼居宅サービス計画） ・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	サービス利用票別表 ・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（課題分析）

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（10～11 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。

Ⅱ 課題分析標準項目（注 3 63 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、居宅サービス計画作成の状況（初回、初回以外）について記載する項目
2	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目
3	利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険等）、年金の受給状況（年金種別等）、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無、その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目
4	現在利用している支援や社会資源の状況	利用者が現在利用している社会資源（介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む）の状況について記載する項目
5	日常生活自立度（障害）	「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
6	日常生活自立度（認知症）	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 家族等の主訴や意向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、区分支給限度額等）について記載する項目
9	今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由（初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、居宅介護支援事業所の変更等）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

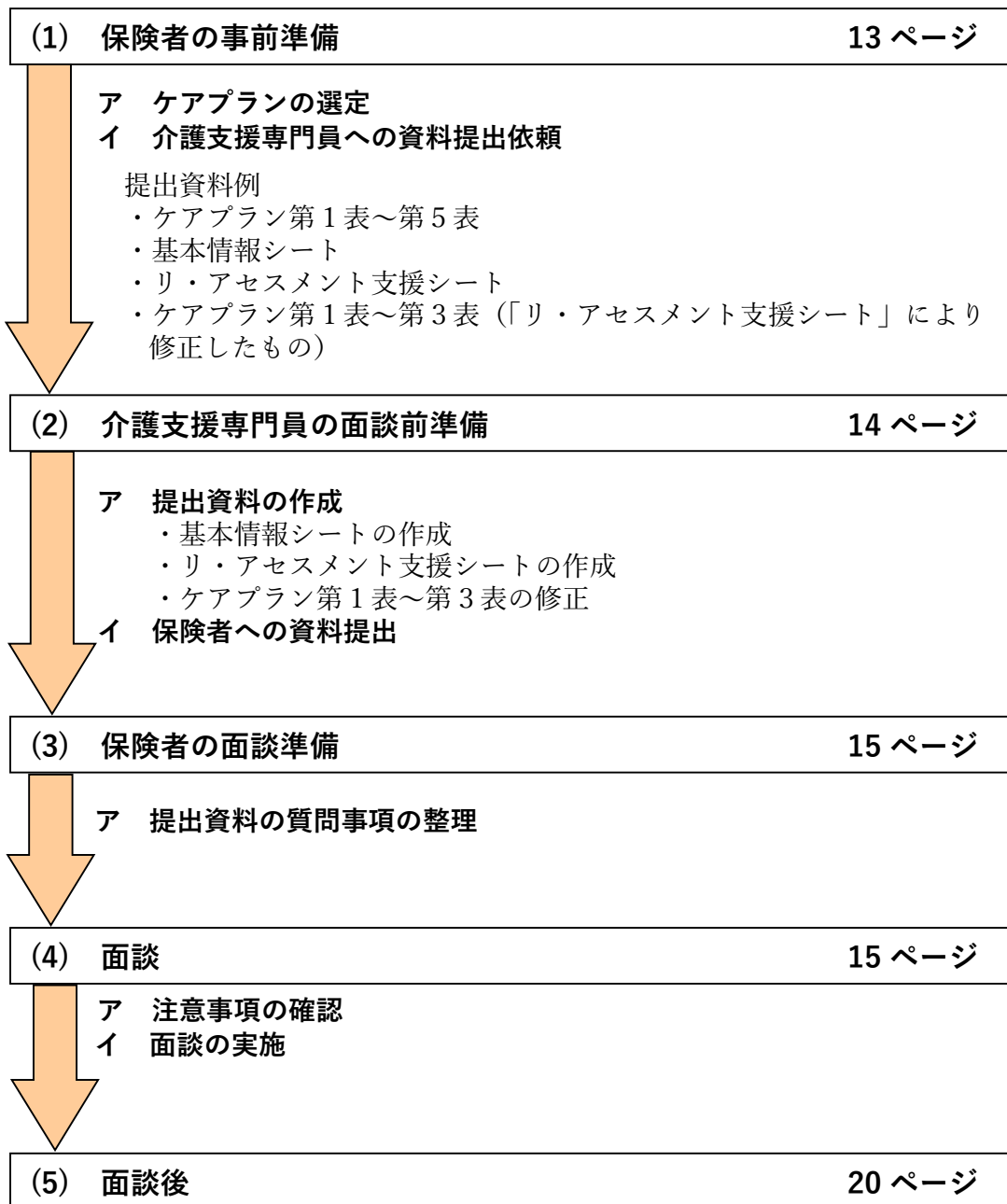
No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起きあがり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目

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。



- 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、保険者とより多くの介護支援専門員間の意思疎通が図れる。

【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

特徴：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（23～24 頁）
- ・リ・アセスメント支援シート（25～28 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（23～24 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」（48 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」（119～131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の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。

① 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。

① 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。

ア 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。

イ 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

ア 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。

イ 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。

ウ 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

ア 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。

イ 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。

ウ 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（132～133 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連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。

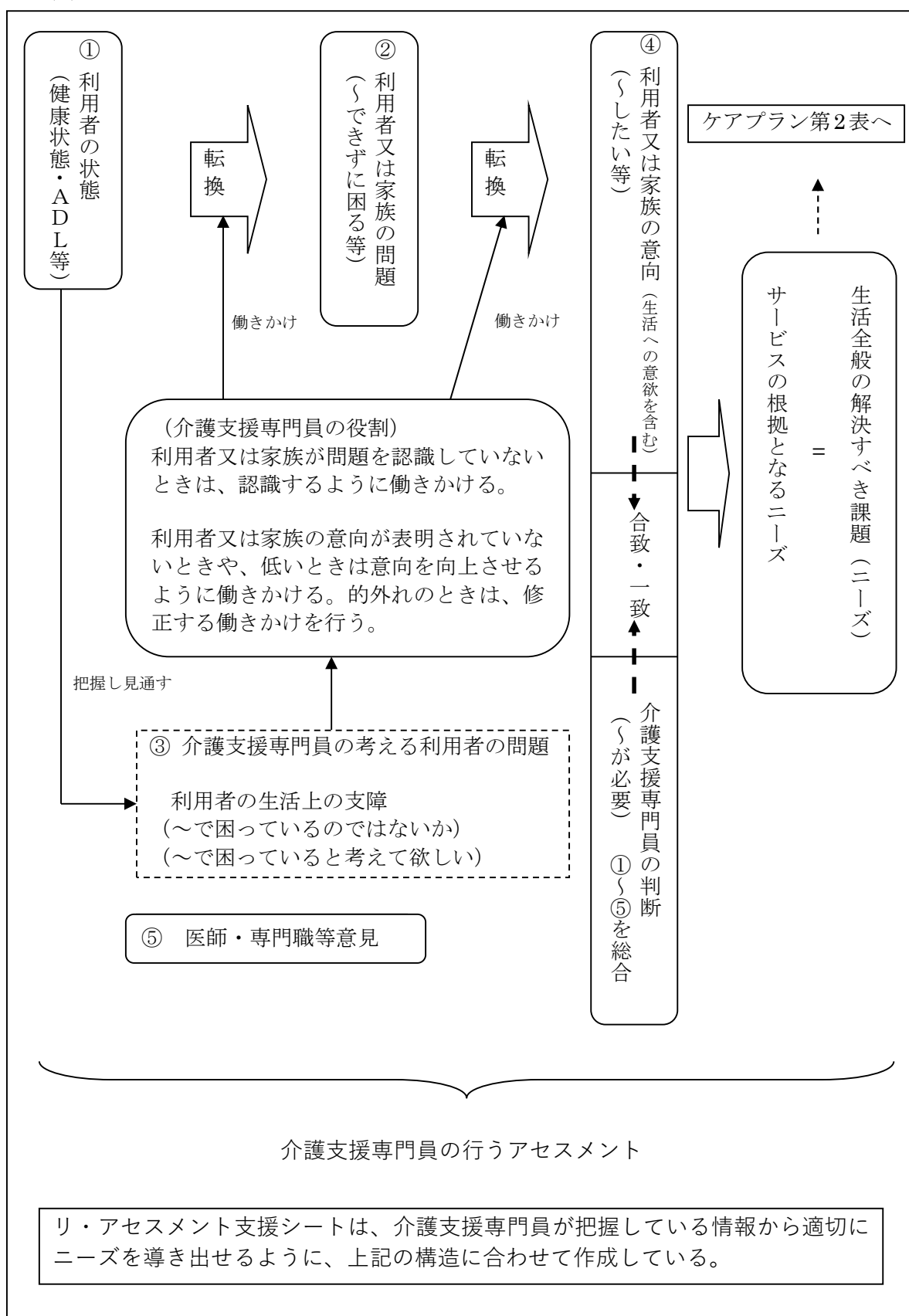
(5) ケアプラン点検で「リ・アセスメント支援シート」を活用する理由

- 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



ふりがな		基本情報シート (1/2)															作成日																			
利用者氏名		相談者氏名		続柄		本人・家族・他 ()		受付日		受付対応者		受付方法		来所・電話・他 ()		作成者																				
		前回アセスメント状況		実施年月日		理由		初回		更新		状態の変化		退院		退所		他 ()		実施場所		自宅・病院・施設・他 ()														
生年月日		明・大・昭		年		月		日		歳		性別		男・女		被保険者番号						要介護状態区分														
現住所												自宅TEL												家族 状 況 (シ エ ノ グ ラ ム)	世帯		独居・高齢者のみ・他 () 人暮らし)									
												携帯TEL																								
												FAX																								
												E-mail																								
家 族 情 報 ・ 緊 急 連 絡 先	介護者	緊急の 連絡先	氏名		続柄		同居・別居		住所				連絡先					特記 事項																		
		1					同・別																													
		2					同・別																													
		3					同・別																													
							同・別																													
							同・別																													
住 居 の 状 況	住居	戸建 () ・アパート・マンション・公営住宅 () 階・他 ()										生 活 状 況	生活歴										趣味・好きなこと													
	エレベーター	無・有 ()											所有形態	持ち家・貸家		トイレ	和式・洋式・温水洗浄便座										情報収集源・情報活用状況									
	(住宅間取図)										自宅周辺の環境や住居に対する特記事項																									
											改修の必要性 (無 ・ 有)																									

ふりがな												作成日																		
利用者氏名												作成者																		
基本情報シート (2/2)																														
利用者の社会情報等 障害制度の利	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	負担割合 (割)						認定情報等	認定日		有効期間	～										
	医療保険	後期高齢		国保		社保		共済		他 ()							支給限度額等	単位 / 月												
	公費医療等	無		有 ()																審査会の意見										
	障害等	無	身障 (種 級)		精神 (級)		療育 (度)						障害高齢者の日常生活自立度	主治医意見書			自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2					
		難病 ()		障害等名 ()																認定調査票		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	生活保護	無	有 ()		担当者名						介護支援専門員		自立	J1	J2		A1	A2	B1	B2	C1	C2								
	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		Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	/							
収入額・支出額	収入 (円 / 月)				支出 (円 / 月)						認知症高齢者の日常生活自立度	認定調査票		自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	/								
金銭管理者	本人	家族 ()				他 ()						介護支援専門員		自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	/								
病歴	発症時期	病名				医療機関・医師名（主治医・意見書作成者に○）・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																	
薬局名											☐ かかりつけ		主訴・意向	相談内容																
特記事項															利用者の要望															
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	家族の要望																					

利用者名		リ・アセスメント支援シート (1/4)																		作成日		作成者										
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	関連	整理後										
コミュニケーション	視力	問題無	はっきり見えない	殆ど見えない							利用者		利用者意向																			
	眼鏡	無	有							意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻																						
	聴力	問題無	はっきり聞こえない	殆ど聞こえない							家族		家族意向																			
	補聴器	無	有							意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻																						
	言語	問題無	問題有							/		医師・専門職等意見																				
	意思伝達	できる	時々できる	困難									CM判断																			
	活用しているコミュニケーション機器	電話	FAX	PC	スマホ	その他								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																		
維持・改善の要素、利点																																
認知と行動	認知障害	自立	軽度	中度	重度							利用者		利用者意向																		
	意思決定	できる	特別な場合以外	できる	困難										意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻																	
	指示反応	通じる	時々通じる	通じない							家族		家族意向																			
	情緒・情動	問題無	抑うつ	不安	興奮									意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻																		
	行動障害	無	暴言	暴行	徘徊	多動	昼夜逆転	不潔行為	介護抵抗	夜間不穏	異食行為							/		医師・専門職等意見												
	精神症状	無	妄想	幻覚	せん妄	見当識	無関心							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																					
維持・改善の要素、利点																																
家族・知人等の状況	介護提供	常時可	日中のみ可	夜間のみ可	不定期	無							利用者		利用者意向																	
	介護者の健康	健康	高齢	病身	他							意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻																				
	介護者の負担感	無	有							家族		家族意向																				
	介護者の就労・就学状況												/		医師・専門職等意見																	
	維持・改善の要素、利点																				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		リ・アセスメント支援シート (2/4)															作成日																						
																	作成者																						
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			関連	整理後											
健康状態	主疾病（症状痛み等）												利用者			利用者意向																							
	薬	無	有																																				
	口腔内の状況	良好	不良																																				
	義歯の有無等	無	部分	全部																																			
	食事摂取	問題無	咀嚼問題有	嚥下障害有																																			
	食事量	普通	多い	少ない								意向の度合		高	中	低	失	意向の表明		阻																			
	食事摂取形態	経口摂取	経管摂取	(kcal/日・ 回/日・)								家族意向																											
	食事形態（主食）	常	かゆ	重湯	ベースト状	他																			意向の度合		高	中	低	失	意向の表明		阻						
	食事形態（副食）	常	ソフト食	とろみ	ベースト状	他																			意向の度合		高	中	低	失	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															高	中	低	失	意向の表明		阻								
	栄養状態	良	普	不良																					意向の度合		高	中	低	失	意向の表明		阻						
	身長・体重	cm		kg		BMI		体重変動		無	有														意向の度合		高	中	低	失	意向の表明		阻						
	血圧	/																							医師・専門職等意見														
	麻痺・拘縮	無	麻痺有	拘縮有																																			
	じょく瘡・皮膚・爪の問題	無	有	治療中																																			
	入浴	回/週・月																																					
	排泄（便）	日 回	便秘無	便秘有	下痢無	下痢有	便秘無尿意有	便秘有尿意有																															
	排泄（尿）	昼： 回	夜： 回	尿意無	尿意有																																		
	生活リズム	20 22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20										CM判断																											
	維持・改善の要素、利点																																				CMの利用者・家族の意向への働きかけ		実施中

利用者名		リ・アセスメント支援シート (3/4)															作成日		作成者					
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	関連	整理後				
A D L	食事	自立	見守り	一部介助	全介助						利用者		利用者意向											
	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				家族		家族意向										
	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										医師・専門職等意見										
	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																				
	立ち上がり	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																					
階段昇降	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					
I A D L	買物	自立	一部介助	全介助						利用者					利用者意向									
	金銭管理	自立	一部介助	全介助																				
	献立	自立	一部介助	全介助																				
	調理と片付け	自立	一部介助	全介助																				
	ゴミ出し	自立	一部介助	全介助						家族		家族意向												
	掃除・洗濯	自立	一部介助	全介助																				
	寝具の交換	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								医師・専門職等意見												
	交通機関の利用	自立	一部介助	全介助																				
	車の運転	している	していない																					
	服薬状況	自立	一部介助	全介助																				
	住環境	問題無	問題有								CMの利用者・家族の意向への働きかけ	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難							
	維持・改善の要素、利点																							

利用者名												作成日						
												作成者						
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	関連	整理後		
社会交流	社会参加	無	有		利用者		利用者 意向											
							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											
							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					
その他留意すべき事項・ 状況					利用者		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					
	維持・改善の 要素、利点							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					
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						

基本情報シート (1/2)											
ふりがな											
利用者氏名	相談者氏名	続柄	本人・家族・他 ()	受付日	受付対応者	受付方法	要介護1等記入				
理由	初回	更新	状態の変化	退院	退所	他 ()	実施場所				
生年月日	【介護者欄】 主介護者は「主」、副介護者は「副」と記載 【緊急連絡先】 連絡の順位を数字で記載			危険者番号	要介護状態区分						
現住所	自宅TEL 携帯TEL FAX E-mail			家族状況 (ジェノグラム) 世帯 独居・高齢者のみ・他 () 人暮らし 利用者の属する【世帯】を○で囲み、ジェノグラム (利用者の家族関係) を図で記入 男性□女性○本人は二重 (◎) 死亡は■、年齢を表記 同居・別居によらず家族について (支援頻度や関係性等) 特に着目する点があれば記載							
家族情報・緊急連絡先	介護者	氏名	続柄	同居・別居	住所	連絡先	特記事項				
	1			同・別							
	2			同・別							
	3			同・別							
				同・別							
住居の状況	住居	戸建 () ・アパート・マンション・公営住宅 () 階・他 ()			生活状況 相談に至るまでの生活歴 (出身地、転居の履歴、家族環境、仕事、どんな生活を送ってきたか等) を記載 ・続けている (続いていた) 趣味や、好きなことを記載 ・現在だけでなく過去においても記載						
	エレベーター	無・有 ()	所有形態	持ち家・貸家						トイレ	和式・洋式・温水洗浄便座
	(住宅間取図)									自宅周辺の環境や住居に対する特記事項	
	・住宅の間取りを平面図にして作成する ・「施設」の場合は居住スペース及びベッド周り等の活動の範囲を作成する									・間取図で表現できない住環境において、危険個所の状況、整理・清掃状況、室温について等リスクになりうる事項や説明を要する事項を記載 ・自宅周辺の環境やその利便性等について記載	
		改修の必要性		(無 ・ 有)			情報収集源・情報活用状況				
「情報を収集し、活用する力」について、利用者が世の中の動きや身の回りのことにどのような関心をもち、獲得した情報をどう自分の生活に活かしているかを記載 (スーパーのチラシで買い物する商品を選んで、友人からの情報をもとに役所に相談する等)											

ふりがな												作成日												
利用者氏名												作成者												
利用者の社会情報保障制度の利		介護保険	申請中	支援1	支援2	支援3	支援4	支援5	負担割合（割）	認定日	直近の意見書・調査票から転記。介護支援専門員からみた現在の自立度を選択													
		医療保険							負担割合（割）	支給限度額														
		公費医療等							現在の負担割合を記載	審査会の意見														
		障害等	無	身障（種）	精神（種）	難病（種）	障害等名（種）	定情報	障害高齢者の日常生活自立度	主治医意見書	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2					
		生活保護	無	有（種）	担当者名	現在の担当者を記載				認定調査票	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2					
		経済状況	国民年金	厚生年金	障害年金	遺族年金	他（種）	収入額・支出額	収入（円/月）	支出（円/月）	主治医意見書	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M					
		金銭管理	概算でも可。支出可能な介護費用月額でも可						認知症高齢者の日常生活自立度	認定調査票	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M						
		主治医意見書	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2													
		介護支援専門員	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2													
		病歴		発症時期	病名	医療機関・医師名（主治医・意見書作成者に○）・連絡先				経過	受診状況		治療内容											
（薬局名） 処方薬を複数の薬局から受け取っている場合は全ての薬局名を記載				（特記事項） ・かかりつけ薬剤師が居る場合は薬剤師の氏名を記載 ・病歴や治療、薬剤情報等についてケアマネジメントに必要な事項を記載		主治医意見書を作成した医師が解るように○をつける		治療・経観・他	受診の頻度を記載		定期通院、訪問診療等の受診方法を記載													
								治療・経観・他																
								治療・経観・他																
								治療・経観・他																
								治療・経観・他																
（かかりつけ） かかりつけ薬剤師が居る場合				☐ かかりつけ		治療・経観・他																		
						治療・経観・他																		
						治療・経観・他																		
						治療・経観・他																		
		治療・経観・他																						
薬局名																								
特記事項																								
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・意向		相談内容 ・具体的な相談内容を記載 ・文末に相談者が誰か記載。 例：～してほしい（夫）															
		介護保険サービス、障害福祉サービス、自治体が提供するサービス、社会福祉協議会や地域団体等によるサービスやサポート等について記載																						
利用者の要望		利用者の現状の受止めや望む暮らしや支援に対する考え、気持ちを記載																						
		家族の要望		・家族が考える今後の望む暮らしや支援に対する考え、気持ち等を記載 ・文末に家族の誰の要望か記載 例：～してほしい（長女）																				
主訴はすべて、利用者、家族が発言した内容を要約せずに、そのまま記載																								

利用者名		リ・アセスメント支援シート (1/4)										作成日		作成者		各シート共通		生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) / 優先順位												
状 態										問題 (困りごと)		意向・意見・判断						整理前	関連	整理後	順位									
A コミュニケーション	視力	問題無	はっきり見えない	殆ど見えない	(例)左目白内障手術済						利用者	例	利用者意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻																
	眼鏡	無	有							利用者	例	利用者意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻																	
	聴力	問題無	はっきり聞こえない	殆ど聞こえない							利用者	例	利用者意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻																
	補聴器	無	有							利用者	例	利用者意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻																	
	言語	問題無	問題有							利用者	例	利用者意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻																	
	意思伝達	できる	時々できる	困難	構音障害で聞き取り難さがあるため、ゆっくり話すと意思伝達できる						医師・専門職等意見																			
	活用しているコミュニケーション機器	電話	FAX	PC	スマホ	その他							CM判断																	
維持・改善の要素、利点	(例)「ゆっくり話してください」と伝えようとできていることや気持ちを伝えることができる										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								
B 認知と行動	認知障害	自立	軽度	中度	重度							利用者	なし	利用者意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻															
	意思決定	できる	特別な場合以外	困難							利用者	なし	利用者意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻																
	指示反応	通じる	時々通じる	通じない							利用者	なし	利用者意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻																
	情緒・情動	問題無	抑うつ	不安	興奮							家族		家族意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻															
	行動障害	無	暴言	暴行	徘徊	多動	昼夜逆転	不潔行為	介護抵抗	夜間不穏	異食行為							家族		家族意向					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																
	維持・改善の要素、利点											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			
C 家族・知人等の状況	介護提供	常時可	日中のみ可	夜間のみ可	不定期	無							利用者		利用者意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻														
	介護者の健康	健康	高齢	病身	他							家族		家族意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻															
	介護者の負担感	無	有							医師・専門職等意見																				
	介護者の就労・就学状況											CM判断																		
	維持・改善の要素、利点											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			

状態

※「リ・アセスメント支援シート記入要領（「維持・改善の要素、利点」の具体例含む）」と合わせて確認してください。

各シート「状態」欄共通事項

- ◆各項目の該当する状態に○を付ける。（例示あり）
- ◆右側の余白には、特記事項を必要に応じて記入する。（例示あり）
- ◆「維持・改善の要素、利点」には、これまでの人生において問題（困りごと）を乗り越えてきた力や、他者との関係の築き方など、利用者が楽しみのある幸せな生活を送るための要素や利点として、良いところ、優れているところ、魅力を感じることを具体的に記入する。（例示あり）
- ◆確認が困難な場合は「空欄」にして機会をみて情報収集を行う。

①
コミュニケーション

補足説明

- ・意思を伝えるために必要な機能や状況を確認するために「コミュニケーション」から把握する。

②
認知と行動

補足説明

- ・認知機能障害と行動障害の状況を把握する。
- ・生活上の支障がある場合はその状況の特記事項に記入する。

③
家族・知人等の状況

補足説明

- ・介護に参加している家族や知人等の状況に加え介護に参加していない状況も把握する。

各シート 共通

問題（困りごと）

記入要領

状態欄の項目

転換
(だから)

問題
(～で困る。)

- ・「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））。

補足説明

- ・問題（困りごと）の表明が難しい場合は、状態の8項目を捉えていく過程で推測した「～に困っているのではないか」を本人・家族に確認して記入する。
- ・問題（困りごと）は「生活上の問題（困りごと）」を捉える。

例

「歩けなくて困る」→「歩けなくてトイレに行けなくて困る」

- ・生活上の困りごとを明らかに認識できるように語尾は「～で困る」で記入する。

各シート 共通

…リ・アセスメント支援シート（1/4）～（4/4）の「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」については、各シート共通事項

各シート
共通

利用者名																作成日						作成者						生活全般の解決すべき課題（ニーズ） ／優先順位							
状態															問題（困りごと）					意向・意見・判断										整理前	関連	整理後	順位		
健康状態	主疾病（症状痛み等）															利用者	利用者意向											意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻	
	薬	無	有																																
	口腔内の状況	良好	不良																																
	義歯の有無等	無	部分	全部																															
	食事摂取	問題無	咀嚼問題有	嚥下障害有																															
	食事量	普通	多い	少ない													家族	家族意向											意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻
	食事摂取形態	経口摂取	経管摂取	(kcal／日・ 回／日・)																															
	食事形態（主食）	常	かゆ	重湯	ペースト状	他																													
	食事形態（副食）	常	ソフト食	とろみ	ペースト状	他																													
	飲水	普通	多い	少ない	医師指示量	ml／日	飲水量	ml／日																											
	栄養状態	良	普	不良													医師・専門職等意見	CM判断											意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻
	身長・体重	cm		kg	BMI	体重変動	無	有																											
	血圧	/																																	
	麻痺・拘縮	無	麻痺有	拘縮有																															
	じょく瘡・皮膚・爪の問題	無	有	治療中																															
入浴	回／週・月														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														
排泄（便）	日	回	便秘無	便秘有	下痢無	下痢有	便意無	便意有																											
排泄（尿）	昼： 回	夜： 回	尿意無	尿意有																															
生活リズム	20 22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20																																		
維持・改善の要素、利点																																			

状態

※「状態」欄の共通事項については32ページを参照ください。

④ 健康状態

記入要領

- ★薬
「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。
- ★食事量
余白に1日の食事回数を記入する。
- ★食事摂取形態
「経管摂取」に○をつけた場合は、余白に「1日の摂取カロリー・1日の回数・摂取時間等」を記入する。
- ★飲水
医師からの指示量と実際の飲水量を記入する。
- ★栄養状態
医師の意見をもとに記入する。
- ★「身長・体重」
過去6か月間で2～3kg以上の体重の増減がある場合にはその状況を記載する。

★「血圧」

体調に異常・変動がない時点で直近の数値を記入する。
本人・家族が測定した数値や本人が利用している医療または介護のサービス等での測定値を記載する。血圧の変動状況についても把握した場合には記載する。

★生活リズム

日常的な活動の内容は記号を用いて記入する。下段に1週間の状況についても記載する。
【記号凡例】睡眠⇄ 中途覚醒○ 食事☆ 入浴◇（具体的な記載方法は記入要領参照）

補足説明

・健康状態の「入浴」とADLの「入浴」は区別して把握する。特記事項の記載は各項目に沿った内容を記入する。

例

「入浴後は胃ろう部の処置を行っている」←健康状態の入浴特記事項
「自宅の浴槽のまたぎは介助や道具があっても困難」←ADLの入浴特記事項

意向・意見・判断

各シート
共通

記入要領



- ・「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
- ・別紙「整理前ニーズの相互関連を検討し、整理後ニーズに統合するときの基本的手法」参照

<利用者欄のみ>

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））。

補足説明

- ・意向とは、問題（困りごと）で捉えた「諦めや哀しみ等」に対して介護支援専門員が行う「働きかけ」は利用者が意欲を獲得する重要なアセスメントの過程。この過程を経て表明した「意向（＝希望）」の語尾は、意向の度合いに合わせて「～したい」「～する」「～してみる」等で記入する。
- ・家族の意向については、「～になってほしい」という主旨の発言を記入する。

③ 意向の度合

記入要領

表明した意向について、介護支援専門員が捉えた度合いに○を付ける。

- ・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

補足説明

・「失」は、球麻痺など意思を伝えることが困難な状態や病気、喪失体験により意向が「なし」の場合で意向を表明できない場合に○を付ける。

④ 意向の表明

記入要領

・「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相違してしまっている場合に○を付ける。

補足説明

・「真の意向」＝「したいこと」や「してみたいこと」など

利用者名		リ・アセスメント支援シート (3/4)										作成日	作成者		各シート共通		生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) / 優先順位				
状態												問題 (困りごと)		意向・意見・判断							
E ADL	食事	自立	見守り	一部介助	全介助							利用者	利用者意向					整理前	関連	整理後	順位
	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	バット	リハビリパンツ	オムツ	留カテ						意向の度合	高	中	低				
	排泄 (夜間)	トイレ	PT	尿器	バット	リハビリパンツ	オムツ	留カテ							家族	家族意向					
	排泄 (失禁)	無	有																		
	入浴	自立	一部介助	全介助							意向の度合	高	中	低			失	意向の表明	阻		
	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							医師・専門職等意見										
	起上がり	自立	一部介助	全介助																	
	座位	自立	一部介助	全介助																	
	立ち上がり	自立	一部介助	全介助																	
	立位	自立	一部介助	全介助								CM判断									
	移乗	自立	一部介助	全介助																	
歩行	自立	一部介助	全介助																		
階段昇降	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								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		
維持・改善の要素、利点																					
買物	自立	一部介助	全介助							利用者	利用者意向										
金銭管理	自立	一部介助	全介助									意向の度合		高	中	低	失	意向の表明	阻		
献立	自立	一部介助	全介助																		
調理と片付け	自立	一部介助	全介助																		
ゴミ出し	自立	一部介助	全介助																		
F IADL	掃除・洗濯	自立	一部介助	全介助							家族	家族意向									
	寝具の交換	自立	一部介助	全介助									意向の度合	高	中	低	失	意向の表明	阻		
	火気管理	自立	一部介助	全介助																	
	外出	自立	一部介助	全介助																	
	交通機関の利用	自立	一部介助	全介助									医師・専門職等意見								
	車の運転	している	していない																		
	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											CM判断									

状 態

※「状態」欄の共通事項については32ページを参照ください。

⑤ ADL

記入要領

- ✦ 食事場所
「他」に○をつけた場合は、具体的な食事場所を記入する。
- ✦ 入浴
余白に入浴場所、入浴方法、介助状況、介助者等について記入する。
- ✦ 使用機器
「その他」に○をつけた場合は、使用機器等を具体的に記入する。

補足説明

- ・生活を送るうえでの動作について把握する。

⑥ IADL

記入要領

✦「買物」から「服薬状況」までの特記事項（車の運転除く）
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。ただし、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。

補足説明

- ・「一部介助」や「全介助」を選択した場合は【介助の状況】や【誰が担っているか】を把握する。
- ・「自立」や「一部介助」を選択した場合、本人が行っている様子が解るように把握した事の特記事項に記入する。

意向・意見・判断

各シート
共通

⑤ 医師・ 専門職等 の意見

記入要領

「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）。

補足説明

- ・生活を送る上での留意点を医師・専門職等から聴取した内容を意見として「～に留意することが必要」という主旨で記入する。

⑥ CM判断

記入要領

「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「○○が必要」と記入する。

補足説明

- ・「状態」～「医師・専門職等の意見」を総合的に捉えて、利用者が楽しみのある幸せな生活を送るために必要と判断したことを記入する。
- ・サービス名を入れて、その必要性の判断を記入する欄ではない事に留意する。

例

「賞味期限切れの物を食べないように食品管理をする訪問介護が必要」
→「体調を崩さないように食品の賞味期限管理が必要」

⑦ CMの利用者 ・家族の意向 への働きかけ

記入要領

「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：意向へ働きかけのかどうかを検討している場合
- ・未検討：意向へ働きかけの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。

補足説明

- ・意向の度合いが高く意向とCM判断が一致している場合であっても、その意向の度合いを維持していくよう働きかけが必要な場合は「実施中」「検討中」「未検討」に○を付ける。
- ・意向への働きかけは、利用者が意欲を獲得するという自立支援の土台作りであることを認識して選択する。

⑧ 対応難度

記入要領

意向への働きかけが困難である場合には、対応難度の「困難」の欄に○を付ける。

補足説明

- ・「働きかけが困難な場合」＝援助関係を築くのに時間を要する場合など

利用者名				リ・アセスメント支援シート (4/4)										作成日		各シート共通		生活全般の解決すべき課題（ニーズ） ／優先順位			
状態				問題（困りごと）		意向・意見・判断		整理前 関連 整理後 順位													
G 社会交流	社会参加	無	有	利用者		利用者意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻						9	10	11	12					
	対人交流	無	有	家族		家族意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻						6	8		1					
	維持・改善の要素、利点				医師・専門職等意見								7	3	3へ統合						
						CM判断							7	7							
H その他留意すべき事項・状況				利用者		利用者意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻						8	6	6へ統合						
				家族		家族意向	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻														
				維持・改善の要素、利点		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								
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																	
記入要領 「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。 補足説明 - 意向の表明が「なし」の場合や、「何も困っていないし、したいこともない」等の場合であって、「CM判断」に「～することは出来るはずだから〇〇が必要等」と記入した場合、一致しなかった理由を記入。				記入要領 「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。 補足説明 - 利用者・家族と対話を通じたアセスメントや多職種等からの意見聴取を行って気が付いたことを記入。																	

状態

※「状態」欄の共通事項については32ページを参照ください。

G

社会交流

補足説明

- ・「社会参加」と「対人交流」を区別して記入する。
- ・現在の参加や交流だけでなく過去の参加や交流についても記入して社会とのつながりを把握する。

例 社会参加：「以前は町会の手伝いを行っていたが、今は行っていない」
対人交流：「月に1回程度友人と電話で話す」

H

その他留意すべき事項・状況

記入要領

★ その他留意すべき事項・状況

利用者の特別な状況（虐待・経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度の高い状況、看取り、生活上のこだわり、趣味、得意なこと、他制度との連携等）について記入する。また、家族などのかかわりの状況（家庭内での役割）等について記入する。

補足説明

・「コミュニケーション」～「社会交流」までの7項目で表せなかった留意すべきことや状況を記入する。

各シート
共通

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）／優先順位

記入要領

- ・「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）」から順番に番号を付ける。

補足説明

- ・「利用者の意向」と「CMの判断」が一致した場合、整理前ニーズに記載することになるが、表明された意向の中で核心となる内容を記入する。

例

意向：「思い出の調度品があるこの家で一人暮らしを続けたいので、今できているトイレへ1人で行って用を済ませることを続けたい」

整理前ニーズ：「トイレへ1人で行って用を済ませ続けたい」

- ・整理前ニーズは各項目1つとは限らないため、複数の整理前ニーズをそれぞれ区別して記入する。（上記例示参照）
- ・すべての項目について整理前ニーズが出揃ったら、「コミュニケーション」にもっとも近い整理前ニーズを「①」とし、以降通し番号を付ける。

10

関連

記入要領

「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。

補足説明

- ・4枚のシートを並べて、各整理前ニーズの内容を俯瞰的に捉えて、関連する整理前ニーズを記入する。

例

社会交流の整理前ニーズ⑥と、その他の留意すべき事項・状況の整理前ニーズ⑧が関連する場合

⑥の整理前ニーズの関連の欄に「⑥⑧」と記入し、

⑧の整理前ニーズの関連の欄にも「⑥⑧」と記入する。（上記例示参照）

11

整理後ニーズ（統合）

記入要領

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。（別紙「整理前ニーズの相互関連を検討し、整理後ニーズに統合するときの基本的手法」及び上記例示参照）

補足説明

- ・関連している整理前ニーズを俯瞰的に捉えて、利用者の生活が楽しみのある幸せな暮らしのために、今の生活が活性化させるニーズを選択する。

12

優先順位

記入要領

・「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付ける。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、それが上位になる。

9 整理前 ニーズ

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「活用しているコミュニケーション機器」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、優れているところ、魅力的なところを具体的に記入する（47 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・知人等の状況」

- 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 「介護者の就労・就学状況」については、状況に応じて特記する。
- ウ 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 「口腔内の状況」については、口腔衛生状態や咬み合わせ、歯の本数などについて特記する。
- エ 「義歯の有無等」、「食事摂取」は、該当する状態に○をつける
- オ 「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。
- カ 「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。
- キ 「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。
- ク 「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。

- ケ 「栄養状態」は、医師の意見をもとに記入する。
- コ 「身長・体重」は、該当する数値を記入する。過去6か月間で2～3キログラム以上の体重の増減がある場合にはその状況を記載する。
- サ 「血圧」は、体調に異常・変動がない時点で直近の数値を記入する。
本人・家族が測定した数値や本人が利用している医療または介護のサービス等での測定値を記載する。血圧の変動状況についても把握した場合には記載する。
- シ 「麻痺・拘縮」「じょく瘡・皮膚・爪の問題」は、該当する状態に○をつける。
- ス 「入浴」は、該当する回数を記入する。
- セ 「排泄（便）」は、該当する回数を記入し、便秘・下痢、便意の有無について該当する状態に○をつける。
- ソ 「排泄（尿）」は、該当する回数を記入し、尿意の有無について該当する状態に○をつける。
- タ 「生活リズム」については、該当する睡眠時間帯の睡眠開始時間と終了時間を矢印で結ぶ。必要に応じて、日常的な活動の内容・時間、休息・睡眠に係る特記事項（中途覚醒等）を次の記号を用いて記入する。また、1週間の状況についても記載する。
【記号凡例】睡眠⇄、中途覚醒○、食事☆、入浴◇
- チ 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「階段昇降」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) 「その他留意すべき事項・状況」

- ア 利用者のその他留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の

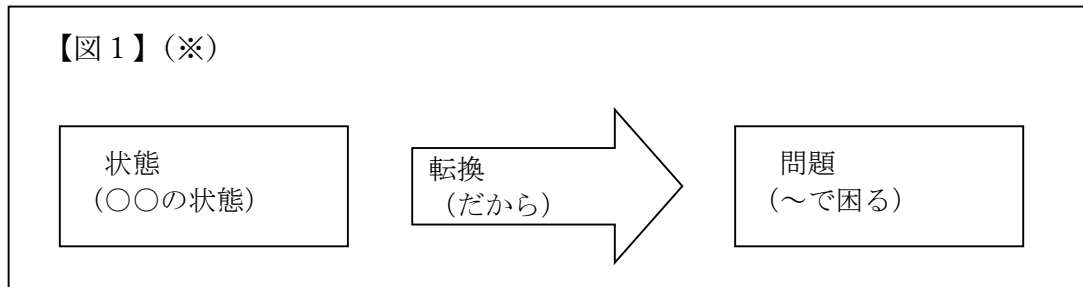
方、医療依存度の高い状況、看取り、生活上のこだわり、趣味、得意なこと、他制度との連携等）について記入する。また、家族などのかかわりの状況（家庭内での役割など）について記入する。

- 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。



- 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））。

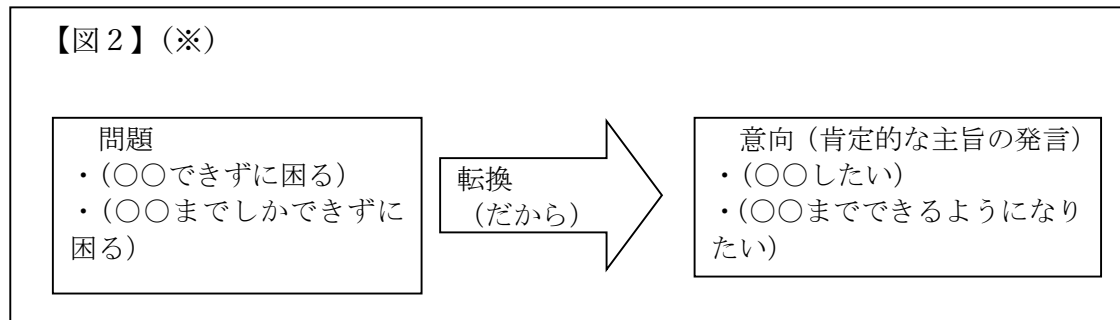
(2) 「家族」

- 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。



- 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「○○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」等とし、意向が低い場合は文末を「～する」等とする。
- 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」（統合）

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。（別紙「整理前ニーズの相互関連を検討し、整理後ニーズに統合するときの基本的手法」参照）

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」

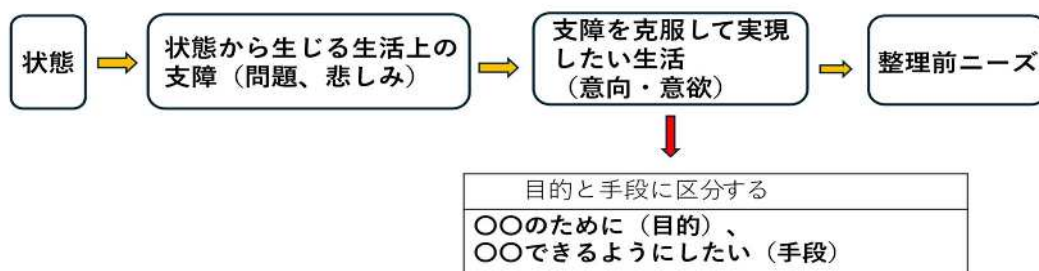
「リ・アセスメント支援シート」を記入したことにより、ケアマネジメントに関して気が付いたことを記入する。

整理前ニーズの相互関連を検討し、整理後ニーズに統合するときの基本的手法 (一つの考え方)

ケアプランは利用者に「尊厳ある自立生活」を実現するための支援計画であり、これを作成するためには、要介護状態により損なわれたが「実現したい生活」を明らかにし、対応する必要な支援内容を具体的に決定する必要がある。

- (1) その際、利用者の全体を一見することで必要な支援を具体的に明らかにすることは困難である。このため生活の構成要素ごとに分割（アセスメント項目）し詳細な分析が行われる。それがリ・アセスメント支援シートであり、分析の結果、アセスメント項目ごとに整理前ニーズが立つこととなる。
- (2) この整理前ニーズを出すときには、意向を確認する際に、これまで利用者と介護支援専門員が語り合う中で明らかになった目的である目指す生活とそれを実現するための手段の両方を含むことが多いため、これを目的と手段として書き分け、手段を整理前ニーズとする。（下図参照）
- (3) しかし、この「整理前ニーズ」は、それぞれ目指す生活（目的）に属するため、目的別にまとめる必要がある。これが「関連」を探す手順である。
- (4) この「関連」した「整理前ニーズ」の中から、楽しみのある幸せな生活の実現のために、最も利用者の心身を活性化させるものを一つ選択して「整理後ニーズ」とする。これが「統合」の手順である。
- (5) なお、点検時点での利用者・家族の実情、介護支援専門員との援助関係の醸成度合い等により表出される利用者の心情は異なるため、点検ではこの基本手法を理解し利用者と共に目指しているかを問うものであり、この手法を押し付けてはならない。

整理前ニーズの立て方（一つの考え方）



- ※ 生活の意欲（意向）を基盤にして、他のアセスメント項目の「目的」で関連するものはまとめる。「目的」は抽象度が高くなるため、具体的な「手段」をニーズとする。
- ※ 認知機能障害等のある利用者の時は「意向」を慎重に洞察し代弁する必要がある。

「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（ストレングス・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。

状態項目	具体的な例
コミュニケーション	・リハビリで教わった発語の訓練に取り組んで意思を伝えようとする。 ・難聴であるが相手の話を理解しようとする。 ・少しでも言いたいことを伝えようと努めている。
認知と行動	・家族や専門職の促しや誘導を穏やかに受け入れる。 ・自分が認知症であることを受入れ、周囲の人にそのことを伝えている。 ・理解力は低下しているが、リハビリテーションの指示は伝わる。
家族・知人等の状況	・家族は本人の言動の原因は、病気によるものであることを理解している。 ・高齢だが足腰が丈夫で介護を担える妻がいる。 ・主介護者を気遣い気晴らしのために外食に誘う別居の長女がいる。
健康状態	・医師の指示を守って服薬や食事管理をしている。 ・血圧の記録をとり、健康管理に気をつけて暮らしている。 ・自分の体調の不調や症状を正しく医師に伝えられる。
A D L	・左手しか使えないが、トイレだけは人の世話になりたくないと思っている。 ・利き手ではない左手を使って着替えを自分で行おうとする。 ・寝たきりにならないよう、日中は椅子に座って過ごしている。
I A D L	・お洒落好きで、T P Oを考えた服装で外出したいと考えている。 ・妻が疲れていると、自分でできる家事を行っている。 ・買い物に行き、自分の好きなものを選んで買いたいと思っている。
社会交流	・自分からは話しかけないが、気の合う人とは話掛けて会話を楽しんでいる。 ・集団の中ではその場の雰囲気を壊さないよう相手に配慮することができる。 ・自分と同じような病気や症状の方との交流を希望している。
その他留意すべき事項・状況	・家族に得意な料理の腕を振るい、家族に喜んでもらいたいと思っている。 ・知的障害がある長男の世話を最後まで自分でやろうとしている。 ・本人も家族も延命治療を希望しておらず、そのことを家族に伝えている。

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

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
					整理前	関連	整理後	
コミュニケーション・認知と行動・家族・知人等の状況・健康状態・ADL・IADL・社会交流・その他留意すべき事項・状況	利用者		利用者	〇〇したい。するようになる。			サービスの根拠となるニーズ	
	家族		家族	〇〇させたい。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。				

転換

転換

合致・一致

（利用者側）

（サービス側）

利用者（and・or）家族の意向
「〇〇したい」
「〇〇させたい」

合意・一致

CMの判断
「〇〇が必要」

サービスの根拠となるニーズ

Ⅱ

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

【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				
		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
利用者の回答	1 ＜意向が高い時＞ 例：〇〇したい。 ＜意向が低い時＞ 例：〇〇する。	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。 ＜施設の場合＞ 施設専門職がしてくれる（各機能）		
家族等による代弁	認知症のケース等で利用者の発した言葉などをそのまま書くことができない場合									
	＜意向が高い時＞ 例：〇〇したいのではないかな。（長女代弁） ＜意向が低い時＞ 例：〇〇するのではないかな。（長女代弁）	（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るのではないかな。本人はそれを望んでいるのではないかな。		そのために、本人は〇〇するようにやってみてはどうか。						
ケアプラン記入の留意点	※意向の高さに応じて表現が変わる。 ※家族等が代弁する場合、誰の意見を末尾に括弧書きで明記。	※この欄が最もその人らしさを表す。		※ニーズに基づく長期目標を達成するための段取り。 ※必要に応じて、段階的に目標を設定する。		※短期目標を達成するための段取り。		※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

- ・それは何故ですか？
- ・ニーズが実現したら、あなた（本人）にはどんな生活が広がっているのですか？
- ・あなた（本人）はどんな生活がしたくて、そう思うのですか？

What?
何を？

4

- ・ニーズに基づく長期目標を達成するために、あなた（本人）はいつまでに、何ができるようになりたいですか？

How?
どうする？

6

- ・短期目標を達成するために、あなた（本人）は具体的には、何が必要だと思いますか？

Who?
誰が？

8

- ・誰がするのですか？

N. SATOモデル一部改変

注意）利用者を誘導しよう、管理しようとすることは厳禁。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。

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でしょう。今の状態を維持できる場所は、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	☐ 利用者の情報が分かりやすく記載されている。	・基本情報シートとり・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	☐ 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。	・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）	☐ 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。	・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	☐ 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」という生活への意向が記載されている（必要に応じて別紙を参照）。 ☐ 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。	・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 ・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 ※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。）。
医師・専門職等の意見	☐ 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。 ☐ 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。	・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 ・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 ※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。

確認項目	確認のポイント	質問
CM判断	☐ 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。 ☐ 「維持・改善の要素、利点」に記載された内容と関連がある。	・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 ※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ければ、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。
CMの利用者・家族の意向への働きかけ	☐ 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。）。	・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り、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

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）	☐ 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。 ☐ 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。	・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）	☐ 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。	・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	☐ 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。 ☐ 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。	・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
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。	・理由が不明確な場合は質問
「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。	・気になる点を質問
備考		

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）	☐ 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 ☐ 「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。 ☐ 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。 ☐ サービスの利用が目標となっていない。 期間 ☐ 達成可能な目標と期間になっている。 ☐ 認定の有効期間を考慮しながら期間が設定されている。	・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 ※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

確認項目	確認のポイント	質問
短期目標 及び期間	☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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	☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 主治医等の専門職から留意事項が示された場合は、それについて記載がある。	
サービス種別	☐ 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。 ☐ 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	☐ 短期目標の達成に応じた頻度が設定されている。 ☐ 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。 ☐ 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を踏まえた課題分析の結果	☐ 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。 ☐ （生活に対する意向以外の「課題分析の結果」の記載があるとき） ①生活に対する意向が明記されている。 ②「考えられる、あるいは望ましい支援」が指導的・管理的・高圧的ではなく表記されている。 ☐ 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。 ☐ 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。 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。	

総合的な援助の方針	□ 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。 □ 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。 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。	・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
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	□ 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	☐ 「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。 ☐ 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。 ☐ 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	☐ 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。 ☐ 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	☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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

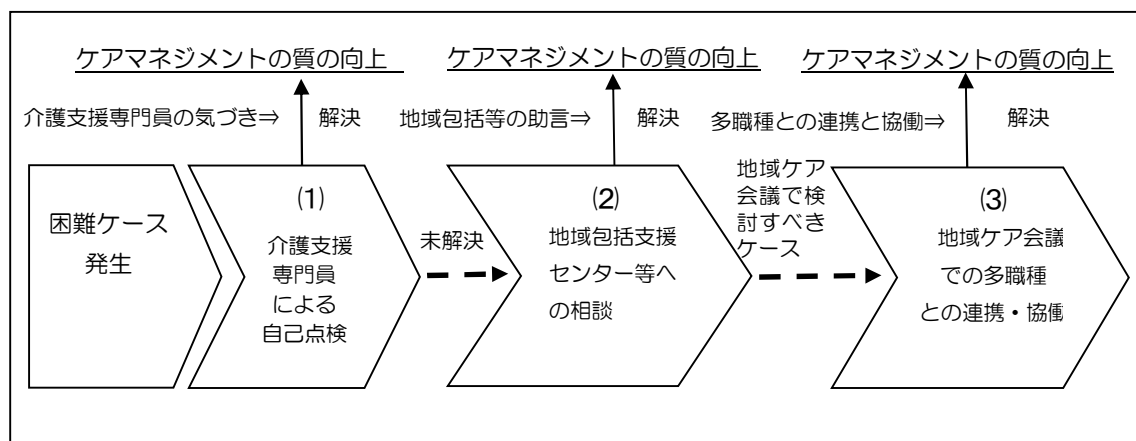
第 3 章

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」（68 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。気づいた点を修正し、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69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。

作成年月日 年 月 日

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。）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	

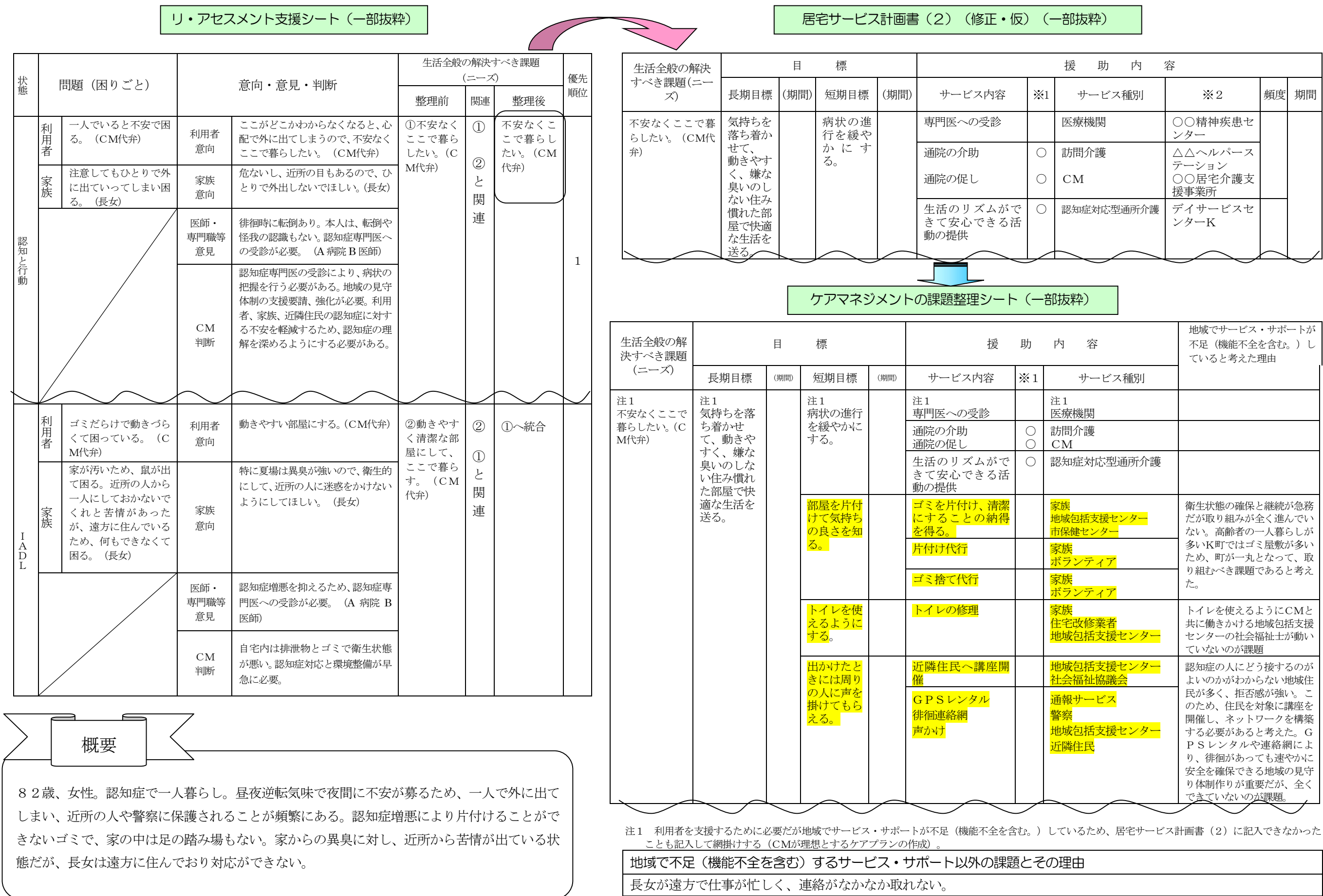
※1 「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

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

--

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の関係図



ケアプラン点検の 具体例

※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」及び「ケアプラン第2表」を点検する例について紹介している。

○事例の概要

氏名	性別 年齢	要介護 状態区分	事例概要	キーパーソン
Aさん	女性 80歳	要介護1	夫と死別後に独居となったが、既往歴が多く、腰痛により徐々に閉じこもりがちな生活となったケース	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	73
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※	75
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	78
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※	82
5	基本情報シート及びリ・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	95
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	101
7	第 2 表 (現行)	自己点検前の現行のケアプラン第 2 表	103
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	104
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※	105
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	111

※：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（75～76 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。

ふりがな		えーさん		基本情報シート (1/2)										CM提出 (面談前)		作成日		令和6年9月12日					
利用者氏名		Aさん		相談者氏名		Kさん(長女)		続柄		本人・家族・他()		受付日		令和6年4月1日		受付対応者		受付方法		来所・電話・他()			
前回アセスメント状況		実施年月日		令和6年4月6日		理由		初回		更新		状態の変化		退院		退所		他()		実施場所		自宅・病院・施設・他()	
生年月日		明・大・昭		年		月		日		80歳		性別		男(女)		被保険者番号						要介護状態区分	
現住所												自宅TEL				携帯TEL				FAX			
												E-mail											
家族情報・緊急連絡先		介護者		緊急の連絡先		氏名		続柄		同居・別居		住所		連絡先									
		○		1		Kさん		長女		同・別													
				2		Lさん		姪		同・別													
				3						同・別													
										同・別													
										同・別													
住居		建()		平屋		・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・貸家		トイレ		和式・洋式		温水洗浄便座									
住居の状況		(住宅間取図)										自宅周辺の環境や住居に対する特記事項											
												・静かな住宅地の中の平屋の一戸建て住宅に居住。自宅は持ち家で。築35年。 ・洋式トイレ(温水洗浄便座あり) ・玄関の上がり框が高く、靴の着脱が大変になっている。											
												基Q2											
												改修の必要性 (無・有)											
生活歴		・東京都出身。子供の頃から音楽が好きで音楽大学を卒業し中学校の教師となる。高校時代の友人と結婚し、定年退職後は夫婦で孫の世話や旅行を楽しんでいた。明るい性格で近所の友人宅を往来することが多かった。 4年前に夫が病気になり半年前に死亡してから一人暮らしとなった。直後は気丈に振舞っていたが、脊柱管狭窄症による腰痛により徐々に閉じこもりがちな生活となった。下肢筋力低下により動作も不安定になっている。心配した長女や姪の訪問による支援を受けている。 ・長女の勤めや親しい友人からの助言で、介護保険の要介護認定を受けた。										趣味・好きなこと 元気だった頃は、頼まれるとピアノを教えたり、地域の催し物で演奏をしていた。以前はよくクラシック音楽を流しながら家事をしていたが最近ほとんど聞いていない。以前は外出が好きだったが、今は居間に座って夫婦でまわった旅行の写真を見ていることが多い。											
生活状況		基Q3										情報収集源・情報活用状況 テレビはつけっぱなしにしている様子。家族などと話し情報を得ている。											
												基Q4											

ふりがな	えーさん		基本情報シート (2/2)										CM提出 (面談前)		作成日	令和6年9月12日									
利用者氏名	Aさん												作成者												

利用者 利用者の 社会情報 保障等 制度の	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	負担割合 (1 割)		認定 情報 等	認定日	令和6年3月29日		有効期間	令和6年3月3日 ~ 令和7年3月31日																																								
	医療保険	後期高齢		国保		社保		共済		他 ()			支給限度額等	16765単位/月																																											
	公費医療等	(無)		有 ()										審査会の意見	なし																																										
	障害等	(無)		身障 (種 級)		精神 (級)		療育 (度)		障害高齢者の日常生活自立度			<table border="1"> <tr> <td>主治医意見書</td> <td>自立</td> <td>J1</td> <td>J2</td> <td>A1</td> <td>(A2)</td> <td>B1</td> <td>B2</td> <td>C1</td> <td>C2</td> </tr> <tr> <td>認定調査票</td> <td>自立</td> <td>J1</td> <td>J2</td> <td>(A1)</td> <td>A2</td> <td>B1</td> <td>B2</td> <td>C1</td> <td>C2</td> </tr> <tr> <td>介護支援専門員</td> <td>自立</td> <td>J1</td> <td>J2</td> <td>(A1)</td> <td>A2</td> <td>B1</td> <td>B2</td> <td>C1</td> <td>C2</td> </tr> </table>															主治医意見書	自立	J1	J2	A1	(A2)	B1	B2	C1	C2	認定調査票	自立	J1	J2	(A1)	A2	B1	B2	C1	C2	介護支援専門員	自立	J1	J2	(A1)	A2	B1	B2	C1	C2
	主治医意見書	自立	J1	J2	A1	(A2)	B1	B2	C1	C2																																															
	認定調査票	自立	J1	J2	(A1)	A2	B1	B2	C1	C2																																															
	介護支援専門員	自立	J1	J2	(A1)	A2	B1	B2	C1	C2																																															
	生活保護	(無)		有 ()		担当者名				認知症高齢者の日常生活自立度			<table border="1"> <tr> <td>主治医意見書</td> <td>自立</td> <td>I</td> <td>IIa</td> <td>(IIb)</td> <td>IIIa</td> <td>IIIb</td> <td>IV</td> <td>M</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認定調査票</td> <td>自立</td> <td>I</td> <td>(IIa)</td> <td>IIb</td> <td>IIIa</td> <td>IIIb</td> <td>IV</td> <td>M</td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護支援専門員</td> <td>自立</td> <td>I</td> <td>(IIa)</td> <td>IIb</td> <td>IIIa</td> <td>IIIb</td> <td>IV</td> <td>M</td> <td></td> </tr> </table>															主治医意見書	自立	I	IIa	(IIb)	IIIa	IIIb	IV	M		認定調査票	自立	I	(IIa)	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		介護支援専門員	自立	I	(IIa)	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	主治医意見書	自立	I	IIa	(IIb)	IIIa	IIIb	IV	M																																																
	認定調査票	自立	I	(IIa)	IIb	IIIa	IIIb	IV	M																																																
介護支援専門員	自立	I	(IIa)	IIb	IIIa	IIIb	IV	M																																																	
経済状況	国民年金		厚生年金		障害年金		遺族年金		(他) (共済年金)																																																
収入額・支出額	収入 (円/月)										支出 (円/月)																																														
金銭管理者	本人		(家族)		長女		他 ()																																																		

病歴	発症時期	病名		医療機関・医師名 (主治医・意見書作成者に○)		連絡先	経過	受診状況		治療内容	
	68歳	骨粗しょう症		Gクリニック		TEL	治療・経観・他	通院	月2回	カルシウム剤とビタミンD3服薬	
	68歳	脊柱管狭窄症		Gクリニック		TEL	治療・経観・他	通院	月2回		
	68歳	高血圧症		Gクリニック		TEL	治療・経観・他	通院	月2回	降圧剤服薬	
	72歳	右手腱鞘炎		F整形外科		TEL	治療・経観・他			治療済み	
	78歳	脊柱管狭窄症 (悪化)		F整形外科		TEL	治療・経観・他	通院	月1回	鎮痛剤追加服薬	
						TEL	治療・経観・他				
						TEL	治療・経観・他				
薬局名	Z薬局				☐ かかりつけ						

利用しているサービス	特記事項	右手腱鞘炎は一旦は治療済みだが、手首に痛みがある				
	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	
	通所介護	週2回	A通所介護	〇〇		

主訴・意向	相談内容	長女：父親が亡くなってしばらくは気丈に振る舞っていたが徐々に気分の落ち込みがみられるようになった。外出の機会も減り足腰も思った以上に悪くなっている。一人暮らしのため食事もしっかり摂っておらず、痩せてきている気がする。食事をしっかり摂るように言っても「大丈夫」と言うだけできいてくれない。孫と一緒に来ているときは笑顔を見せるが、一人にいるときは静かに座っていることが多い。このままだと状態が悪くなると心配している。活動的な生活を送り以前のような明るく朗らかな母に戻ってほしい。母は今の家を離れるつもりはないので、安全に一人暮らしが続けられるようにしてほしい。
	利用者の要望	半年前に夫が亡くなって寂しい気持ち強いが、自分の事は自分でやって娘に心配をかけずにこの家で生活したい。近くに仲の良い良かった友人もいるのでたまには会いたい。
	家族の要望	・長女 初めて介護保険を利用するので分からないことが多い。教えてもらいながら父親との思い出の多い自宅で長く生活をしてほしい。自分も子育てで忙しいが可能な範囲で支援していきたい。 ・姪 叔母さんには、小さい頃からKちゃんと姉妹のように遊んでもらった。自分にできることがあれば、手助けしたい。家も比較的近いから食事作りや買い物程度なら手伝ったりたまには一緒に食事するのもいい。

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。

確認項目	確認のポイント	質問	回答
全項目	☐ 利用者の情報が分かりやすく記載されている。	基 Q1 家族状況の特記事項が空欄になっています。ここでは家族による介護力も理解したいところですが、把握されていますか。 基 Q2 住宅改修の必要性について無しになっていますが、住居に対する特記事項では玄関の上がり框が高く、靴の着脱が大変となっています。安全な出入りのため改修する必要はないですか。 基 Q3 クラシック音楽を聴くことを再開できる可能性についてどう考えていますか。ほかに今でも行っている趣味や好きなことはないですか。	基 A1 不定期ですが長女がときどき訪問し世話をしてくれています。比較的近隣には姪が住んでいて手助けしてくれており協力的です。 基 A2 本人が頑張ると言っていたので「無し」としましたが、家族も主治医も転倒・転落に注意すべきとのことだったので改修の提案をしてみたいです。 基 A3 例えば、タイマーをセットして毎朝定時にクラシックを流して起床することで、気持ちよく起きて生活リズムを整えるのもいいかもしれないですね。提案してみます。他には、コーヒーや紅茶が好きだとのことでした。ぜひ継続できたらよいと考えます。

		基 Q4 外の世界に関心がなくなると生活意欲が低くなるかもしれないですがどうお考えですか。リ・アセスのコミュニケーションや社会交流で一緒に考えてみませんか。 基 Q5 複数の病気の治療中ですが、これらの病気の中で最も生活に支障があるのはどれでしょうか。また薬局はZ薬局となっていますが、かかりつけ薬剤師はいますか。 基 Q6 娘さんに心配をかけたくないという気持ちがあるにも関わらず生活意欲が低下してしまっているということです。この現状を抜け出すにはどうしたらいいと考えますか。	基 A4 世間の情報は時々訪問している家族から得ていますが外への関心はない様子です。 基 A5 生活に支障がある疾患としては右手腱鞘炎と脊柱管狭窄症だと思いますが、ADL、IADLは概ね自立されています。かかりつけ薬剤師はいません。 基 A6 気持ちと実態が離れていてご本人も辛いようです。生活不活発に陥りつつあり、早期介入が必要と認識しているが、何が動機づけになるかわからずにいます。まだ障害自立度がAなので、外出の機会など気持ちが前向きになれるような楽しめる何かを考えています。
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（82～93 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（82～93 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（82～93 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。

利用者名		Aさん		リ・アセスメント支援シート (1/4)										CM提出 (面談前)		作成日 令和6年9月12日		作成者		リQ18						
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			
コミュニケーション	視力	問題無	はっきり見えない	殆ど見えない		利用者 なし	利用者 意向	なし	リQ11					リQ17												
	眼鏡	(無)	有	老眼鏡使用				意向の度合	高	中	低	失	意向の表明							阻						
	聴力	問題無	はっきり聞こえない	殆ど聞こえない	若干聞こえにくくなっているが問題なく意思伝達できる			家族 最近言葉数が少なくなっている。(長女)	家族 意向	以前のように友人とも会話を楽しんでほしい。(長女)																
	補聴器	(無)	有							意向の度合	高	(中)	低							失	意向の表明	阻				
	言語	問題無	問題有							リQ1・2	医師・ 専門職等 意見	通所では話しかけられれば楽しそうにしており、継続が必要。(A通所相談員)														
	意思伝達	できる	時々できる	困難						リQ15		CM 判断														
	活用しているコミュニケーション機器	電話	FAX	PC	スマホ					その他										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
維持・改善の要素、利点	長女、姪が訪ねてきて、コミュニケーションの機会をつくってくれており、話しかければ楽しく会話ができる。				リQ6																					
認知と行動	認知障害	(自立)	軽度	中度	重度	利用者 よく眠れないと気分がすぐれないので困る。	利用者 意向	夜はぐっすり眠れるといい。	リQ12					①夜はぐっすり眠れるといい。	① ③ ④ ⑤ ⑦	④に統合										
	意思決定	できる	特別な場合以外ではできる	困難				意向の度合	高	(中)	低	失	意向の表明					阻								
	指示反応	通じる	時々通じる	通じない				家族 以前楽しんでいたことに興味を持たなくなっていて心配で困る。(長女)	家族 意向	外に出て明るい気分になってほしい(長女)																
	情緒・情動	問題無	抑うつ	不安	興奮					夫死亡後より気分の落ちこみが見られる	意向の度合	(高)	中					低	失	意向の表明	阻					
	行動障害	(無)	暴言	暴行	徘徊					多動	昼夜逆転	不潔行為	介護拒否					夜間不穏	食糞行為		医師・ 専門職等 意見	夜眠れないとの訴えがあるため、日中は楽しく活動することが必要。(A通所相談員)				
	精神症状	(無)	妄想	幻覚	せん妄					見当識	無関心		CM 判断					抑うつや不眠の訴えがあるため、昼間、楽しく活動できる機会を作り、夜は眠れるようにする必要がある。								
		維持・改善の要素、利点								落ち込みや眠れないことを家族に伝えることが出来る								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	
家族・知人等の状況	介護提供	常時可	日中のみ可	夜間のみ可	不定期	無	長女には小学生の子供が二人いるので定期的な関りができないが母のことは心配している	利用者 長女に自分の事で迷惑をかけると困る。	利用者 意向	娘に心配をかけないよう、この家で生活したい。					②娘に心配をかけないよう、この家で生活したい。	②	娘に心配をかけないよう、この家で生活したい	3								
	介護者の健康	(健康)	高齢	病身	他		家族 今は支援ができるが、もともと状態が悪くなると世話ができなくなるのではないかと心配で困る。(長女)			家族 意向	父親との思い出の多い自宅で長く生活してほしい。(長女)															
	介護者の負担感	(無)	有								意向の度合	(高)	中	低					失	意向の表明	阻					
	介護者の就労・就学状況	長女はパートタイム勤務。				医師・ 専門職等 意見					在宅生活を継続できるよう支援が必要。(A通所相談員)															
	維持・改善の要素、利点	子育て中ではあるが母を思い遣り世話をしてくれる長女がいる。比較的近隣に手助けしてくれる姪がいる。									CM 判断	自分で出来ることを続けていけるようにする必要がある。														
								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											

利用者名	Aさん										リ・アセスメント支援シート (2/4)										CM提出 (面談前)	作成日	令和6年9月12日																																																																																		
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																																																												
健康状態															利用者										利用者意向										整理前										関連	整理後																																																											
主疾病 (症状 痛み等)															高血圧症 脊柱管狭窄症 骨粗しょう症 右手腱鞘炎										リQ9										リQ13										③またピアノを弾きたい																																																												
薬															無 (有) 自己管理している。長女訪問時に確認している。										またピアノを弾きたい。夜はぐっすり眠りたい(高)。食欲が出るとよい(中)。										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④夜はぐっすり眠りたい																																																												
口腔内の状況															(良好) 不良 口臭等はなく、口腔衛生は良好。										家族意向										しっかり食事を摂って、以前のように活動的な生活に戻って、夜はぐっすり眠れるようになってほしい。(長女)										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																																																		
義歯の有無等															(無) 部分 全部										食事摂取										問題無 咀嚼問題有 嚥下障害有										元々摂取量は多くない。一人暮らしになり不規則になった。コーヒー・紅茶が好き。										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																																								
食事摂取															問題無 咀嚼問題有 嚥下障害有										食事量										普通 多い (少ない)										元々摂取量は多くない。一人暮らしになり不規則になった。コーヒー・紅茶が好き。										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																																								
食事摂取形態															(経口摂取) 経管摂取 (1000 kcal/日・ 3 回/日・)										食事形態 (主食)										(常) かゆ 重湯 ペースト状 他										食事形態 (副食)										(常) ソフト食 ところみ ペースト状 他										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																														
食量															普通 多い (少ない)										食事摂取形態										(経口摂取) 経管摂取 (1000 kcal/日・ 3 回/日・)										食事形態 (主食)										(常) かゆ 重湯 ペースト状 他										食事形態 (副食)										(常) ソフト食 ところみ ペースト状 他										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合										
食量															普通 多い (少ない)										食事摂取形態										(経口摂取) 経管摂取 (1000 kcal/日・ 3 回/日・)										食事形態 (主食)										(常) かゆ 重湯 ペースト状 他										食事形態 (副食)										(常) ソフト食 ところみ ペースト状 他										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合										
食事摂取形態															(経口摂取) 経管摂取 (1000 kcal/日・ 3 回/日・)										食事形態 (主食)										(常) かゆ 重湯 ペースト状 他										食事形態 (副食)										(常) ソフト食 ところみ ペースト状 他										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																														
食事形態 (主食)															(常) かゆ 重湯 ペースト状 他										食事形態 (副食)										(常) ソフト食 ところみ ペースト状 他										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																																																		
食事形態 (副食)															(常) ソフト食 ところみ ペースト状 他										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																																																																						
飲水															(普通) 多い 少ない 医師指示量 1000 ml/日 飲水量 1000ml/日										栄養状態										良 普 (不良) 主治医意見書より										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																																																		
栄養状態															良 普 (不良) 主治医意見書より										身長・体重										153 cm 42 kg BMI 17.9 体重変動 無 (有)										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																																																		
身長・体重															153 cm 42 kg BMI 17.9 体重変動 無 (有)										血圧										120 / 86										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																																																		
血圧															120 / 86										麻痺・拘縮										(無) 麻痺有 拘縮有										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																																																		
麻痺・拘縮															(無) 麻痺有 拘縮有										じょく瘡・皮膚・爪の問題										無 (有) 治療中 両下肢に乾燥性の湿疹が時折あり。保湿剤塗布。										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																																																		
じょく瘡・皮膚・爪の問題															無 (有) 治療中 両下肢に乾燥性の湿疹が時折あり。保湿剤塗布。										入浴										2~3回 (週)・月 夫死亡後は、腰痛や転倒の不安があり毎日入浴しなくなっている。										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																																																		
入浴															2~3回 (週)・月 夫死亡後は、腰痛や転倒の不安があり毎日入浴しなくなっている。										排泄 (便)										1日1回 (便秘) 便秘有 下痢有 便秘無 (便秘) 便秘有										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																																																		
排泄 (便)															1日1回 (便秘) 便秘有 下痢有 便秘無 (便秘) 便秘有										排泄 (尿)										昼4回・夜2~3回 尿意無 (尿意) 尿意有										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																																																		
排泄 (尿)															昼4回・夜2~3回 尿意無 (尿意) 尿意有										生活リズム										20 22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																																																		
生活リズム															20 22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20										維持・改善の要素、利点										定期的に通院でき、医師に状況を伝えることができる。服薬や食事量等を気にかけてくれる長女がいる。好きな時にコーヒー・紅茶を飲みリラックスができる。										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																																																		
維持・改善の要素、利点															定期的に通院でき、医師に状況を伝えることができる。服薬や食事量等を気にかけてくれる長女がいる。好きな時にコーヒー・紅茶を飲みリラックスができる。										医師・専門職等意見										リQ14										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																																																		
医師・専門職等意見															リQ14										CM判断										腰痛・右手首の痛みが続いているため定期的な受診が必要。食事摂取量の低下があるので、食欲が出るようにしていく必要がある。										意向の度合 (高) (中) 低 失 意向の表明 阻										④に統合																																																		
CM判断															腰痛・右手首の痛みが続いているため定期的な受診が必要。食事摂取量の低下があるので、食欲が出るようにしていく必要がある。										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										④に統合																																																												
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										優先順位										2																																																																						

利用者名		Aさん				リ・アセスメント支援シート (3/4)										CM提出 (面談前)		作成日 令和6年9月12日		作成者				
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	関連	整理後								
A D L	食事	(自立)	見守り	一部介助	全介助		利用者	ふらつくことがあり、転びそうになるので困る。	利用者 意向	転ばないで歩きたい。														
	食事場所	(食卓)	ベッド脇	ベッド上	他()					意向の度合 (高) 中 低 失 意向の表明 阻														
	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		家族	足腰が弱くなっているこのままだととどろき動けなくなっているのではないかと心配で困る。(長女)	家族 意向	転ぶ心配がなくなって、歩けるようになってほしい。食事をしっかり摂って、元気になればもっと動けるようになると思うし、動いて気分も良くなってほしい。(長女)						⑥ 転ばないで歩きたい。	⑥ 転ばないで歩きたい	1						
	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		意向の度合 (高) 中 低 失 意向の表明 阻											
	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)	月一回程度間に合わないこともある				リQ10	リQ16	CM判断	ふらつきにより転倒しやすい状態になっている。手すりの設置で転倒予防が必要。長距離の歩行が難しい。筋力低下を防止する為リハビリの継続が必要。						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							
	入浴	(自立)	一部介助	全介助	痛みがある時は転びそうで不安。回数が減っている。						医師・専門職等 意見	骨粗鬆症もあるので転倒や転落に注意する必要がある。しかし無理のない範囲(前かがみの姿勢で運動するとしびれや痛みを軽減)で身体を動かして筋力低下を防ぐ必要がある(F整形外科 医師、PT)。												
	更衣・整容	(自立)	一部介助	全介助	日中パジャマで過ごすこともある。																			
	寝返り	(自立)	一部介助	全介助	掴まりながら行う。																			
	起上がり	(自立)	一部介助	全介助	動きはゆっくりであるが掴まりながら行う。																			
	座位	(自立)	一部介助	全介助	動きはゆっくりであるが掴まりながら行う。																			
	立ち上がり	(自立)	一部介助	全介助	家具などに掴まって行う。																			
	立位	(自立)	一部介助	全介助	動きはゆっくりであるが掴まりながら行う。																			
	移乗	(自立)	一部介助	全介助	家具などに掴まって行う。																			
歩行	(自立)	一部介助	全介助	掴まりながら歩行。30分以上は痛みの為継続歩行できない。																				
階段昇降	(自立)	一部介助	全介助	掴まれれば昇降可能。																				
使用機器	杖 歩行器 車椅子 (ベッド) その他 市販のベッド使用																							
維持・改善の要素、利点	転倒しないようにと、慎重な行動をすることができる。																							
I A D L	買物	自立	一部介助	全介助	最近は長女に頼んで買ってきてもらうことが多い。							利用者	なし	なし										
	金銭管理	自立	(一部介助)	全介助	娘に依頼し必要な金額を引き出してもらっている。									意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻										
	献立	(自立)	一部介助	全介助	自分でやっている。																			
	調理と片付け	(自立)	一部介助	全介助	簡単な調理は行っているが本格的な料理はしていない。			家族	やれることが少なくなり、体が弱っていくのは困る。(長女)	家族 意向	以前のようにきちんと生活できるようになってほしい。(長女)													
	ゴミ出し	(自立)	一部介助	全介助	自分でやっている。						意向の度合 (高) 中 低 失 意向の表明 阻													
	掃除・洗濯	自立	(一部介助)	全介助	大体自分でやっている。長女が掃除機掛けをしてくれることもある																			
	寝具の交換	自立	(一部介助)	全介助	長女や姪が訪問時手伝っている。			リQ16	CM判断	自分で出来ることは行っているが、以前よりは長女さんが手伝っている状況である。自宅での生活を続けるために今後自分で出来ることは続けていく必要がある。						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								
	火気管理	(自立)	一部介助	全介助	火の不始末などなし。																			
	外出	自立	(一部介助)	全介助	通院は長女付き添い。一人で外出は少ない。																			
	交通機関の利用	自立	一部介助	全介助	娘の車がタクシー利用。																			
	車の運転	している	して(い)ない																					
	服薬状況	自立	(一部介助)	全介助	自分で管理。長女が念のため残数確認。																			
	住環境	問題(無)	問題有	問題なし。																				
	維持・改善の要素、利点	以前より手伝ってもらえることが増えたが、自分でできる家事は行っている。																						

利用者名	Aさん				リ・アセスメント支援シート (4/4)				CM提出 (面談前)	作成日	令和6年9月12日			作成者			
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		
社会交流	社会参加	Ⓜ	有	過去には地域の催し物に参加し、ピアノの演奏をしたりしていたが現在は参加していない。	利用者	独り暮らしは寂しくて困る。	利用者意向	たまには友人とも会ってみたい。孫にはもっと会いたい。 意向の度合 高 (中) 低 失 意向の表明 阻					⑦たまには友人とも会ってみたい。孫にはもっと会いたい。	① ③ ④ ⑤ ⑦	④に統合		
	対人交流	Ⓜ	有	近所の友人宅を行き来していたが、最近は長女家族と姪のみになっている。	家族	家族以外との交流が減っている ので困る。(長女)	家族意向	以前のように近所の友人やいろいろな人と交流をもっとほしい。(長女) 意向の度合 (高) 中 低 失 意向の表明 阻									
	維持・改善の 要素、利点	リQ4					医師・ 専門職等 意見	他者との交流を継続する必要がある(A通所相談員)									
							CM 判断	友人や孫との交流を通して楽しみのある生活をする必要がある。									
その他留意すべき事項・状況	維持・改善の 要素、利点			リQ5			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Q20		
							利用者意向										
							家族意向										
							医師・ 専門職等 意見										
					利用者		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									
							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			
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																	

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。

確認項目	確認のポイント	質問	回答
状態	☐ 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。	リ Q1 コミュニケーション能力はほとんど問題がないようですが、日常生活で会話する機会がどのくらいあるのが重要です。社会交流とも関係が深いです。 長女や姪が訪ねてくるのも不定期とのことですが、ほかに日常会話をするような人はありますか。 リ Q2 コミュニケーションで電話を活用しているとありますが、コミュニケーション能力を活かした社会交流は重要です。電話も有効な方法の一つですし、人との会話が気持ち・生活の支えになるかもしれません。そのような視点に立つと、どのような方々と、どの程度の頻度で交流を持っているかを知りたいところですが、いかがですか。	リ A1 近所に以前は良く話をしていたお友達がいるようですが、「社会交流」に書いたように今では話をする機会が長女家族と姪だけになっています。 リ A2 電話を使った交流の範囲については把握していません。

		リ Q3 認知と行動の項目で、行動障害では不眠の訴えがあるようですが、他のアセスメント項目内容にも影響を与えていると考えますか。大きな影響があれば治療の必要性はありますか。	リ A3 不眠の訴えがあり、日中うとうととしてしまうとのことなので生活全体に影響をおよぼしていると考えます。生活不活発につながるので早期に介入する方法について所内で検討して、必要があれば地域包括支援センターや主治医に相談します。 なお、本人は夫が亡くなってからの気分の落ち込みや不眠の訴えがあり、なんとかしたいという気持ちがあります。それを聞いてくれる家族がいることは、この利用者の強みだと考えますので支援に当たってはこれを活かしたいです。また、この不安を聞いた家族が「なんとかしたいがいつも側にはいられない」と言っています。この家族の葛藤にも寄り添いながら、本人の生活意欲を回復するために今後は取り組みます。
		リ Q4 以前は、近所の友人との交流があったようですが、今では途絶えているのですか。	リ A4 長女の話しでは、最近関わりが少なくなってしまったことを心配してくれている近所の友人たちがいるとのことでした。

		リ Q 5 この事例のポイントは、自信を失い生活に前向きになれない自分と、娘に対して母親としての役割を果たしたい自分というジレンマから抜け出せずに生活不活発に陥る瀬戸際にある点だと思います。早期に対応してこれを予防する必要があると思います。介護支援専門員としてどのように現状を見通していますか。	リ A 5 夫と死別し一人暮らしになると無気力になり生活に張りがなく何かする意欲もわかず、生活全体がおろそかになる生活不活発病のような状態です。それを本人は自覚していますが、自分ではどうしたらよいのかわからないようです。自分自身の自信がないばかりか、娘が来たら何かしてあげたいが逆に世話になってしまっていると思っています。しかし母の役割を果たし娘に迷惑をかけたくない気持ちは尊いことだと思います。
--	--	---	--

問題（困りごと）	□ 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。	状態はおおよそ共有できました。ここからは、利用者が、「楽しみのある幸せな暮らし」に向かうために必要なケアプランに橋渡しができるよう一緒に検討しましょう。今のAさんを支援するための最大のポイントはどこにあると考えていますか。 リ Q6 認知と行動では、よく眠れないと気分がすぐれずに困るとありますが、このことは具体的にはどのような生活上の支障を生じさせていますか。 リ Q7 家族・知人等の状況は、主には介護力を検討するための項目ですが、家族との関係性が重要かもしれないし、特に主介護者である家族には精神的な余裕や支えが必要かと考えますがいかがですか。 長女は「もっと状態が悪くなると世話ができなくなる」と言っていますが、具体的にはどのよ	夫と死別して独り暮らしになり、気分の落ち込みが強く生活不活発になりつつあります。障害自立度Aですから、今のうちに早めに生活への意欲を回復して本人も長女も安心できるようにしていくことがポイントだと考えます。 リ Q6 今はうつうつと気分が下がってしまっており本人は「気分よく過ごしたい」としか言いませんが、長女は「以前楽しんでいたことに興味を持たなくなった」と話しています。以前はピアノ演奏など地域で活動していたのですから、周りから認められるハツラツとした活動ができないことに困っているのだと考えます。 リ A7 本人と主介護者の長女とは絆が保たれている良い関係だと考えています。本人は母親として、本当はときどき訪ねてきてくれる娘のことを大事にして何かしてあげたいのに、自分がこんな状態だから逆に娘に負担をかけてしまっていることに心を痛めているのではないかと察します。長女も母親のことを心配しています。 長女は、意欲低下で日常の家事ができなくなることを心配しています。このため、「楽しんで
-----------------	--	---	--

		うなことを考えていると思いますか。 リ Q8 CM としてAさんの母親としての心情をどのように理解していますか。 リ Q9 健康状態では、右手首・腰の痛み、不眠、食事量の減少、元気がない、が困りごとと認識されているのですが、順序性がありますか。また、このことが具体的にはどのよ	家事を行うことができたらいのに」「家事だけでなく母が快適に生活するためにも身の回りのことは自分でできたら良い」と長女は話しています。 リ A8 本人は、母親として娘を思い、自分のことで負担をかけたくはないという気持ちがありながら、それができていないことに自信を無くしている様子です。同時にそのことにふがいなさを感じているように思えてその辛さは私も共感できます。 母親としての役割を果たしたい、自分のことは自分ですするという本人の気持ちを大事にして、元気になるきっかけとして、まずは外に出て他者と話すことの楽しさを体感的に積み上げていく動機付けが必要と考えています。本人は「自分のことで長女に迷惑をかけたら困る」と言っていますので、「自分のことは自分でして、この家で生活したい」との気持ちを大事にして、娘に心配をかけず大事にしてあげたいという心情に寄り添いたいと考えています。 リ A9 痛み→不眠→食欲低下→元気が出ないという連鎖でその結果、好きなことができないという生活上の支障が生じていると考えています。本人は、夜ぐっすり眠れないことが根本的な原因だと話していますから。
--	--	---	--

		うな生活上の支障を生じさせていると考えていますか。 リ Q10 ADL で、本人はふらつき、転倒の危険を、長女は虚弱から廃用への進行を困りごととしています、具体的にはどのような生活上の支障につながるとイメージしていると考えますか。	リ A10 家事ができなくなり娘に心配や負担をかけることになったら困っているのではないかと推察します。本人は目下の不安や自信喪失の原因になっている体幹機能の回復のことに関心が向いていて「身体を丈夫に、丈夫な身体に」としか言わないです。
--	--	--	---

確認項目	確認のポイント	質問	回答
利用者意向 家族意向	□ 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」という生活への意向が記載されている。 （必要に応じて別紙を参照） □ 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。	リ Q11 コミュニケーションでは長女が「以前のように友人とも会話を楽しんでもほしい」と言っていますが、それができたらどのような望む生活があるのですか。ケアプランの長期目標のヒントにもなると考えられますか。 リ Q12 不眠の訴えのために、本人は「夜ぐっすり眠れるといい」と言っていますが、長女も、それができたら以前楽しみにしていたことが再開できると期待しているのでしょうか。 リ Q13 右手首や腰の痛みがあるし、そのために夜ぐっすり眠れないからピアノを弾くことができないということでしょうか。	リ A11 長女は、時々来る家族としか話していないので言葉をなくして塞ぎこむようなことにならず、以前のような明るくおおらかな母親に戻ってほしいと話しています。そのことは長期目標のヒントにもなるかもしれません。 リ A12 本人は目下のところ「夜ぐっすり眠れるといい」としか言いませんが、それができれば長女の言うように「以前楽しんでいたことを再開できる」と考えていると推察します。 リ A13 本人の意向をそのまま書きましたが、そのような順番で認識しているかは不明です。ピアノは本人にとっては元気なころのシンボリックなことですから、毎日ハツラツとテキパキ動き、張りを持って過ごせるようになればいいですねと言うと、「そうです。そのためには、外に楽しい用事を作って好きなものを飲んで食べたい」と積極的な言葉がありました。こちらを二一ズにした方が本人が喜ぶと考えます。

確認項目	確認のポイント	質問	回答
医師・専門職等の意見	☐ 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。 ☐ 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 Q14 健康状態の医師専門職等の欄でお伺いします。気分の落ち込み、外出機会の減少などにより足腰が弱くなっているとのことで不眠の訴えが強い状況ですが医師や他の専門職の意見は聞いていますか。	リ A14 整形外科の主治医や PT、OT からは、神経症状を軽減させた運動療法や腸腰筋のストレッチ、筋力トレーニングなどのリハビリテーションを行い、筋力低下が進まないようにする必要があることや、運動することで生活動作や生活意欲を高めて日中は活動して夜はぐっすり眠れるようにする必要があるということを聞いています。 ただし、身体を反らす動作や姿勢は神経を圧迫して痛みやしびれが強くなるため、運動するときや歩くとき、寝るときは気をつける必要があるとの意見も聞いています。記載漏れなので追記します。

確認項目	確認のポイント	質問	回答
CM判断	☐ 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。 ☐ 「維持・改善の要素、利点」に記載された内容と関連がある。	リ Q15 コミュニケーションについて CM の判断が空欄になっていますが、どのように考えていますか。 リ Q16 IADL の CM 判断についてお伺いします。先ほど、「家族・知人等の状況」（リ Q7・リ Q8）で娘を思う母について話してくださいました。IADL の困りごとは「なし」とされていますが、本人の状況認識をどう捉えましたか。	リ A15 気力低下のために、家に閉じこもりがちで人と話さないことが日常になってしまっています。人と話さないと無気力になって、ますます言葉が出なくなるため、なるべく多くの人と話して気力を上げていく必要があると考えています。長女も言葉をなくして塞ぎこんでいるけれど、ときどきしか会いに行けないので、家族だけでなく友人とも楽しく会話して、昔の明るさやおおらかさを取り戻してほしいと言っています。 リ A16 相反する感情だと思いました。娘を思う母心はあるものの、意欲が高まらないまま生活が不活発になってしまわないか心配です。有効な働きかけを考えてみたいと思います。
CMの利用者・家族の意向への働きかけ	☐ 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	回答
生活全般の解決すべき課題（ニーズ） （整理前）	☐ 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。 ☐ 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 Q17 日頃から意識している整理前ニーズを立てる時の基本的な考え方を教えてください。	リ A17 基本的な考え方は、「利用者・家族の意向」、「医師・専門職等の意見」、「CMの判断」の方向性が一致した内容で利用者が同意することを整理前のニーズとしています。今回のAさんのアセスメントでは整理前ニーズは7つになりました。 アセスメント項目に関係なく7項目の内容を並べてみると相互に関連しているものがあると思われたため、関連を明らかにし整理後のニーズに統合（とりまとめ）しました。 この際、利用者・家族の意向欄には「～～の生活を実現するために～～することにした」という「目的」と「手段」に分けて認識できるようにしています。Aさんとの会話で問いかけや気持ちを引き出して、「目的」で記載できるようにしました。

生活全般の解決すべき課題（ニーズ） （整理後）	□ 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。	リ Q18 ここまでのやりとりで整理前ニーズまで抽出できました、関連と整理後のニーズは具体的にはどのように考えましょうか。	リ A18 7つの整理前のニーズの目的に当たるもののうち、③の「娘に心配をかけず大事にしてあげられるように」と、⑤の「家事を続け娘に心配をかけないようにというのは母としての役割感であり、⑥は長女の「以前のようにきちんと明るく生活できるように」という子としての母への思いやりであると考え、互いを思いやる親子関係としてつながりがあると考えました。③⑤⑥のうち、娘を大切に思う母の姿が表現されている③に統合することができると考えます。 次に①②④⑦はうつうつとした気持ちから抜け出したいというつながり（関連）があると考えます。①は言葉に限定しているが「塞ぎこまない」という意味なので⑦に統合。②の「気分良く過ごす」、④の「毎日、はつらつ、テキパキ、張りを持って過ごす」は望む生活（望む生活）なので長期目標で活かしてみたいと思います。 この結果、手段（生活動作）に当たる③「自分のことは自分でする」、⑦「たまには友人とも会ってみたい。孫にはもっと会いたい」を整理後ニーズにしたいと考えます。
------------------------------------	--	---	---

優先順位	☐ 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。 ☐ 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 Q19 2つの整理後ニーズの優先順位はどう考えますか。	リ A19 利用者の生活意欲を刺激し生活の活性化に寄与すると視点から「たまには友人とも会ってみたい。孫にはもっと会いたい」が優先すると思いました。
------	---	---	--

確認項目	確認のポイント	質問	回答
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	☐ 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。	リ Q20 リ・アセスメントシートを記入したことで気が付いたことはどのようなことですか。	リ A20 生活不活発な状態のため早期介入が必要だと改めて確認できました。しかし、本人にどのような働きかけを行えばよいのかきちんと検討し実行していないことに気づくことができました。このまま推移すれば要介護状態が進行すると思います。別居の長女と姪は協力的ですが限られた訪問時間を介護のことだけに費やしている現状です。ご家族の介護負担や、ご本人・ご家族の心配事を軽減して、楽しみのある幸せな生活への意欲が全体を引っ張っていくようにしなければならないと思います。検討を急ぎたいと思いました。
備考			

ふりがな	えーさん		基本情報シート (1/2)										面談後		作成日	令和6年9月22日	
利用者氏名	Aさん		相談者氏名	Kさん (長女)		続柄	本人・家族・他 ()		受付日	令和6年4月1日		受付対応者			受付方法	来所・電話・他 ()	
	前回アセスメント状況	実施年月日	令和6年4月6日		理由	初回	更新	状態の変化	退院	退所	他 ()	実施場所	(自宅)・病院・施設・他 ()				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	80歳	性別	男 (女)	被保険者番号					要介護状態区分	要介護1			
現住所								自宅TEL									
								携帯TEL									
								FAX									
								E-mail									
家族情報・緊急連絡先	介護者	緊急の連絡先	氏名	続柄	同居・別居	住所				連絡先							
	○	1	Kさん	長女	同 (別)												
		2	Lさん	姪	同 (別)												
		3			同・別												
					同・別												
					同・別												
世帯 (独居・高齢者のみ・他 () 人暮らし)																	
特記事項 不定期だが長女がときどき来訪し世話をする。比較的近隣に姪がおり手助けするなど協力的																	
住居の状況	住居	(建) (平屋)・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・貸家 ()															
	トイレ	和式・洋式・温水洗浄便座															
(住宅間取図)																	
自宅周辺の環境や住居に対する特記事項																	
・静かな住宅地の中の平屋の一戸建て住宅に居住。自宅は持ち家で。築35年。 ・洋式トイレ (温水洗浄便座あり) ・玄関の上がり框が高く、靴の着脱が大変になっている。																	
改修の必要性 (無・有 ())																	
転倒防止のための手すりの設置																	
生活歴																	
・東京都出身。子供の頃から音楽が好きで音楽大学を卒業し中学校の教師となる。高校時代の友人と結婚し、定年退職後は夫婦で孫の世話や旅行を楽しんでいた。明るい性格で近所の友人宅を行き来することが多かった。 4年前に夫が病気になり半年前に死亡してから一人暮らしとなった。直後は気丈に振舞っていたが、脊柱管狭窄症による腰痛により徐々に閉じこもりがちな生活となった。下肢筋力低下により動作も不安定になっている。心配した長女や姪の訪問による支援を受けている。 ・長女の勤めや親しい友人からの助言で、介護保険の要介護認定を受けた。																	
趣味・好きなこと																	
元気だった頃は、頼まれるとピアノを教えたり、地域の催し物で演奏をしていた。以前はよくクラシック音楽を流しながら家事をしていたが最近ほとんど聴いていない。以前は外出が好きだったが、今は居間に座って夫婦でまわった旅行の写真を見ていることが多い。コーヒーや紅茶が好き。																	
情報収集源																	
テレビはつけっぱなしで興味を持って見てはいない様子。世間の情報は時々来訪する家族から得ているが外の世界への関心はない様子。																	
基A4																	

ふりがな	えーさん										作成日		令和6年9月22日											
利用者氏名	Aさん										面談後		作成者											

基本情報シート (2/2)

利用者 利用者の 社会情報 保障制度 の	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	負担割合 (1 割)		認定日	令和6年3月29日		有効期間	令和6年3月3日 ~ 令和7年3月31日														
	医療保険	後期高齢		国保		社保		共済		他 ()		支給限度額等	16765単位/月																	
	公費医療等	(無)		有 ()										審査会の意見	なし															
	障害等	(無)		身障 (種 級)		精神 (級)		療育 (度)				障害高齢者の日常生活自立度	主治医意見書		自立	J1	J2	A1	(A2)	B1	B2	C1	C2							
	難病 ()	障害等名 ()											認定調査票		自立	J1	J2	(A1)	A2	B1	B2	C1	C2							
	生活保護	(無)		有 ()		担当者名							認知症高齢者の日常生活自立度	主治医意見書		自立	I	IIa	(IIb)	IIIa	IIIb	IV	M							
経済状況	国民年金	厚生年金	障害年金	遺族年金	(他) (共済年金)						認定調査票			自立	I	(IIa)	IIb	IIIa	IIIb	IV	M									
収入額・支出額	収入 (円/月)					支出 (円/月)							介護支援専門員		自立	I	(IIa)	IIb	IIIa	IIIb	IV	M								
金銭管理者	本人		(家族) (長女)		他 ()																									

病歴	発症時期	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見書作成者に○)		連絡先	経過	受診状況	治療内容	
	68歳	骨粗しょう症	Gクリニック		TEL	治療・経観・他	通院	月2回	カルシウム剤とビタミンD3服薬
	68歳	脊柱管狭窄症	Gクリニック		TEL	治療・経観・他	通院	月2回	
	68歳	高血圧症	Gクリニック		TEL	治療・経観・他	通院	月2回	降圧剤服薬
	72歳	右手腱鞘炎	F整形外科		TEL	治療・経観・他			治療済み
	78歳	脊柱管狭窄症 (悪化)	F整形外科		TEL	治療・経観・他	通院	月1回	鎮痛剤追加服薬
					TEL	治療・経観・他			
					TEL	治療・経観・他			
薬局名	Z薬局				☐ かかりつけ				

基A5

基A6

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
	通所介護	週2回	A通所介護	〇〇	

主訴・意向	相談内容	長女：父親が亡くなってしばらくは気丈に振る舞っていたが徐々に気分の落ち込みがみられるようになった。外出の機会も減り足腰も思った以上に悪くなっている。一人暮らしのため食事もしっかり摂っておらず、痩せてきている気がする。食事をしっかり摂るように言っても「大丈夫」と言うだけできいてくれない。孫と一緒にいるときは笑顔を見せるが、一人にいるときは静かに座っていることが多い。このままだと状態が悪くなると心配している。活動的な生活を送り以前のような明るく朗らかな母に戻ってほしい。母は今の家を離れるつもりはないので、安全に一人暮らしが続けられるようにしてほしい。
	利用者の要望	半年前に夫が亡くなって寂しい気持ち強いが、自分の事は自分でやって娘に心配をかけずにこの家で生活したい。近くに仲の良かった友人もいるのでたまには会いたい。
	家族の要望	・長女 初めて介護保険を利用するので分からないことが多い。教えてもらいながら父親との思い出の多い自宅で長く生活をしてほしい。自分も子育てで忙しいが可能な範囲で支援していきたい。 ・姪 叔母さんには、小さい頃からKちゃんと姉妹のように遊んでもらった。自分にできることがあれば、手助けしたい。家も比較的近いから食事作りや買い物程度なら手伝ったりたまには一緒に食事するのもいい。

利用者名		Aさん		リ・アセスメント支援シート (1/4)										面談後		作成日 令和6年9月22日		作成者		RJA18			
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			
コミュニケーション	視力	問題無	はっきり見えない	殆ど見えない			利用者	なし	利用者意向	なし	RJA11							RJA17					
	眼鏡	(無)	有	老眼鏡使用			家族	最近言葉数が少なくて困る。(長女)	家族意向	言葉をなくして塞ぎこまないために、友人との会話を楽しんでほしい。(以前の明るくおらかな母に戻る)(長女)													
	聴力	問題無	はっきり聞こえない	殆ど聞こえない	若干聞こえにくくなっているが問題なく意思伝達できる				医師・専門職等意見	通所では話しかけられれば楽しそうにしており、継続が必要。(A通所相談員)													
	補聴器	(無)	有						CM判断	気力低下のために家に閉じこもりがちで人と話さない日常になっている。人と話さないと無気力になり、ますます言葉が出なくなるため、なるべく多く人と話し気力をあげていく必要がある。													
	言語	問題無	問題有						CMの利用者・家族の意向への働きかけ	実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難								
	意思伝達	できる	時々できる	困難																			
認知と行動	活用しているコミュニケーション機器	電話	FAX	PC	スマホ	その他					RJA15							RJA19					
	維持・改善の要素、利点	長女、姪が訪ねてきて、コミュニケーションの機会をつくってくれており、話しかければ楽しく会話ができる。近所に以前はよく話していた友人がいる。									RJA6												
	認知障害	自立	軽度	中度	重度	時々服薬忘れがあるので娘が確認している	利用者	よく眠れないと気分がすぐれなから一日中どんより落ち込んでいるようで困る。	利用者意向	気分よく過ごすために、夜はぐっすり眠れるといい。	RJA12												
	意思決定	できる	特別な場合以外ではできる	困難					家族意向	外に出て明るい気分になるように夜はぐっすり眠れるといい(長女)													
	指示反応	(通じる)	時々通じる	通じない																			
	情緒・情動	問題無	抑うつ	不安	興奮	夫死亡後より気分の落ちこみが見られる	家族	以前楽しんでいたことに興味を持たなくなっていて心配で困る。(長女)	家族意向	抑うつや不眠の訴えがあるため、日中は楽しく活動することが必要。(A通所相談員)													
家族・知人等の状況	行動障害	(無)	暴言	暴行	徘徊	多動	昼夜逆転	不潔行為	介護抵抗	夜間不穏	異食行為												
	精神症状	(無)	妄想	幻覚	せん妄	見当識	無関心																
	維持・改善の要素、利点	落ち込みや眠れないことをなんとかしたいと意欲がある。それを家族に伝え、聞いてくれる家族がいる。									RJA7・8												
	介護提供	常時可	日中のみ可	夜間のみ可	不定期	無	長女は小学生の子供が二人いるので定期的な関わりができないが母のことは心配している	利用者	本当は大事にしたい娘。自分がこんな状態で逆に迷惑をかけてしまっている。しかしどうにもならず辛い。心が痛くて悲しいのが困る。	利用者意向	娘に心配をかけず大事にしてあげられるよう、自分のことは自分でしたい(この家で暮らし続けられる)												
	介護者の健康	(健康)	高齢	病身	他			家族	今は支援ができるが、もっと状態が悪くなると世話ができなくなるのではないかと心配で困る。(長女)	家族意向	状態が悪くならないために、自分でできる家事などを楽しくやってほしい(父親との思い出の多い自宅で長く生活してほしい)(長女)												
	介護者の負担感	(無)	有																				
家族・知人等の状況	介護者の就労・就学状況	長女はパートタイム勤務。									RJA12												
	維持・改善の要素、利点	子育て中ではあるが母を思い遣り世話をしてくれる長女がいる。比較的近隣に手助けしてくれる姪がいる。									RJA12												

利用者名		Aさん		リ・アセスメント支援シート (2/4)										面談後		作成日 令和6年9月22日		作成者									
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 (二一ス)			優先順位				
										リA9				リA13						整理前			関連	整理後			
健康状態	主疾病 (症状・痛み等)		高血圧症 脊柱管狭窄症 骨粗しょう症 右手腱鞘炎								利用者 右手首や腰に痛みがありよく眠れないから、好きなことができて困る。ポータとしてと食欲もないから元気も出ないが、どうしてよいか分からずに困る。				利用者意向 毎日、はつらつ・テキパキ、張りをもって過ごせるように、外に楽しい用事を作り好きなものを飲んで食べたい。		意向の度合 ☒ 高 ☐ 中 ☐ 低 ☐ 失 意向の表明 ☐ 阻										
	薬		無		☒ 有		自己管理している。長女訪問時に確認している。																				
	口腔内の状況		☒ 良好		不良		口臭等はなく、口腔衛生は良好。																				
	義歯の有無等		☒ 無		部分		全部																				
	食事摂取		問題無		咀嚼問題有		嚥下障害有																				
	食事量		普通		多い		☒ 少ない		元々摂取量は多くない。一人暮らしになり不規則になった。コーヒーや紅茶が好き。				家族意向 しっかり食事を摂って、以前のように活動的な生活に戻って、夜はぐっすり眠れるようになってほしい。(長女)		意向の度合 ☒ 高 ☐ 中 ☐ 低 ☐ 失 意向の表明 ☐ 阻												
	食事摂取形態		☒ 経口摂取		経管摂取		(1000 kcal/日・ 3 回/日・)																				
	食事形態 (主食)		☒ 常		かゆ		重湯		ペースト状		他																
	食事形態 (副食)		☒ 常		ソフト食		とろみ		ペースト状		他																
	飲水		☒ 普通		多い		少ない		医師指示量 1000 ml/日		飲水量 1000ml/日																
	栄養状態		良		普		☒ 不良		主治医意見書より				医師・専門職等意見 神経症状を軽減させた運動療法や腸腰筋のストレッチ、筋力トレーニングなどのリハビリテーションを行い筋力低下が進まないようにする必要がある。運動することで生活動作や生活意欲を高めて日中は活動して夜はぐっすり眠れるようにする必要がある。ただし、身体を反らす動作や姿勢は神経を圧迫して痛みやしびれが強くなるため、運動するときや歩くとき、寝るときは身体を反らす動作に気をつける必要がある(F整形外科医師、PT、OT)		CM判断 生活全体が悪循環に陥って落ち込んでいるように見える。何に働きかけることが良いか検討する必要がある。腰痛・右手首の痛みが続いているから軽減する可能性や良眠のための環境・方法について主治医から指示を受ける必要がある。食事摂取量の低下しているため食欲が出る方法を工夫し実行していく必要がある。												
	身長・体重		153 cm		42 kg		BMI 17.9		体重変動		無														☒ 有		
	6か月間で2キロほど減っている。																										
	血圧		120 / 86																								
	麻痺・拘縮		☒ 無		麻痺有		拘縮有																				
じょく瘡・皮膚・爪の問題		無		☒ 有		治療中		両下肢に乾燥性の湿疹が時折あり。保湿剤塗布。				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															
入浴		2〜3回 ☒ 過・月		夫死亡後は、腰痛や転倒の不安があり毎日入浴しなくなっている。																							
排泄 (便)		1日1回		☒ 便秘無		便秘有		☒ 下痢無		下痢有								☒ 便意無		便意有							
排泄 (尿)		昼4回・夜2〜3回		☒ 尿意無		尿意有		☒ 尿意無		尿意有																	
生活リズム		20 22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20								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																	
維持・改善の要素、利点		定期的に通院でき、医師に状況を伝えることができる。服薬や食事量等を気にして確認・声をかけてくれる長女がいる。好きな時にコーヒー・紅茶を飲みリラックスができる。																									

利用者名		Aさん				リ・アセスメント支援シート (3/4)										面談後		作成日 令和6年9月22日		作成者									
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	関連	整理後							
A D L	食事	(自立)	見守り	一部介助	全介助		利用者 家族	ふらつくことがあり、転びそうになるので不安だし自信がなくなってしまう。骨折でもしたら家事ができなくなるし娘にも心配をかけるから困る。	利用者意向	家事を続け娘に心配をかけないように、丈夫な身体を取り戻したい。	意向の度合 (高) 中 低 失 意向の表明 阻					⑤ 丈夫な身体を取り戻したい。	③ ⑤ ⑥	③に統合											
	食事場所	(食卓)	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	バット	リハビリパンツ					オムツ	留カテ																	
	排泄（夜間）	(トイレ)	PT	尿器	バット	リハビリパンツ					オムツ	留カテ																	
	排泄（失禁）	無	(有)	月一回程度間に合わないこともある																									
	入浴	(自立)	一部介助	全介助	痛みがある時は転びそうで不安。回数が減っている。																								
	更衣・整容	(自立)	一部介助	全介助	日中パジャマで過ごすこともある。																								
	寝返り	(自立)	一部介助	全介助	掴まりながら行う。																								
	起上がり	(自立)	一部介助	全介助	動きはゆっくりであるが掴まりながら行う。																								
	座位	(自立)	一部介助	全介助	動きはゆっくりであるが掴まりながら行う。																								
	立ち上がり	(自立)	一部介助	全介助	家具などに掴まって行う。																								
	立位	(自立)	一部介助	全介助	動きはゆっくりであるが掴まりながら行う。																								
	移乗	(自立)	一部介助	全介助	家具などに掴まって行う。																								
歩行	(自立)	一部介助	全介助	掴まりながら歩行。30分以上は痛みの為継続歩行できない。																									
階段昇降	(自立)	一部介助	全介助	掴まれば昇降可能。																									
使用機器	杖	歩行器	車椅子	(ベッド)	その他	市販のベッド使用																							
維持・改善の要素、利点	転倒しないようにと、慎重な行動をすることができる。									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									
I A D L	買物	自立	一部介助	全介助	最近長女に頼んで買ってきてもらうことが多い。	利用者 家族	なし	利用者意向	なし	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻					⑥ やれることを増やしてほしい(長女)	③ ⑤ ⑥	③に統合												
	金銭管理	自立	一部介助	全介助	娘に依頼し必要な金額を引き出してもらっている。																								
	献立	(自立)	一部介助	全介助	自分でやっている。																								
	調理と片付け	(自立)	一部介助	全介助	簡単な調理は行っているが本格的な料理はしていない。																								
	ゴミ出し	(自立)	一部介助	全介助	自分でやっている。																								
	掃除・洗濯	自立	一部介助	全介助	大体自分でやっている。長女が掃除機掛けをしてくれることもある																								
	寝具の交換	自立	(一部介助)	全介助	長女や姪が訪問時手伝っている。																								
	火気管理	(自立)	一部介助	全介助	火の不始末などなし。																								
	外出	自立	一部介助	全介助	通院は長女付き添い。一人で外出は少ない。																								
	交通機関の利用	自立	一部介助	全介助	娘の車がタクシー利用。																								
	車の運転	している	していない																										
	服薬状況	自立	一部介助	全介助	自分で管理。長女が念のため残数確認。																								
	住環境	問題無	(問題有)	玄関の上り框が高く靴の着脱が大変になっている。																									
	維持・改善の要素、利点	以前より手伝ってもらうことが増えたが、自分でできる家事は行っている。									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					

利用者名		Aさん		リ・アセスメント支援シート (4/4)										面談後		作成日 令和6年9月22日		作成者															
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	関連	整理後																			
社会交流	社会参加	⊖	有	過去には地域の催し物に参加し、ピアノの演奏をしたりしていたが現在は参加していない。	利用者	独り暮らしは寂しくて困る。	利用者意向	塞ぎこんで暗くならないように、たまには友人とも会ってみたい。孫にはもっと会いたい。						⑦たまには友人とも会ってみたい。孫にはもっと会いたい。	① ② ④ ⑦	たまには友人とも会ってみたい。孫にはもっと会いたい。	1																
	対人交流	⊖	有	近所の友人宅を行き来していたが、最近は長女家族と姪のみになっている。	家族	家族以外との交流が減っているのが困る。(長女)	家族意向	以前のように近所の友人やいろいろな人と交流をもっとほしい。(長女)																									
	維持・改善の要素、利点	最近は関りが少なくなってしまったことを心配してくれている近所の友人たちがいる。					医師・専門職等意見	他者との交流を継続する必要がある(A通所相談)																									
	CM判断	友人や孫との交流を通して楽しみのある元気な生活をする必要がある。																															
							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															
その他留意すべき事項・状況	【CM洞察】 夫と死別し一人暮らしになると無気力になり生活に張りがなく何かする意欲もわかない。生活全体がおろそかになる生活不活発病のような状態。それを本人は自覚しているが、自分ではどうしたらよいのかわからない。自分自身の自信がないばかりか、娘が来たら何かしてあげたいが逆に世話になってしまっている。しかし母の役割を果たし娘に迷惑をかけたくない気持ちちは尊い。			利用者		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																										
						医師・専門職等意見																											
						CM判断	高齢だがまだAランクなので、今の悪循環から抜け出す必要がある。まずは外に出ることではないか。長女や姪と3人で楽しむための外出をすることから始め、やがては友人との会食や買い物などにつなげていく必要がある。																										
							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															
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																
																	面談で話し合ったように生活不活発な状態のため早期介入が必要だと改めて確認できました。しかし、本人にどのような働きかけを行えばよいのかきちんと検討し実行していないことに気づくことができました。このまま推移すれば要介護状態が進行すると考えます。別居の長女と姪は協力的ですが限られた訪問時間を介護のことだけに費やしている現状です。ご家族の介護負担や、ご本人・ご家族の心配事を軽減して、楽しみのある幸せな生活への意欲が全体を引っ張っていくようにしなければいけないと思います。検討を急ぎたいと思いました。																

ケアプラン第2表の主な修正点の解説

<修正内容の概要>

自立支援は「利用者が要介護状態にあっても、尊厳を保持し自立した日常生活を営むことができるよう支援すること」であり、その支援を具体的に表したケアプランが立てられる。このケアプランには主に①利用者の生活への意欲・意向、②その意欲に基づく目指す生活、③その生活を達成するための支援の3要素が必要となる。しかし現行のケアプランは、そうした構造・内容ではなかった。

保険者と介護支援専門員がアセスメントに遡って共に検討した結果、利用者が要介護状態にあっても、尊厳ある自立した日常生活（楽しみのある幸せな生活）を営むことを目指し、自立した日常生活を実現するために不可欠な生活への意向（意欲）の発端となる生活活動を「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」として立て、利用者が望む生活（自立生活）を成り立たせるためにサービス・サポートを利活用するという構造・内容を作ることができた。また、インフォーマルサポートを盛り込むことができた。

<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）の修正例

例	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	解説
現行	昼夜逆転を改善し夜間の良眠を確保する必要がある。	ニーズを生活の次元で捉えていない。
面談後	たまには友人とも会ってみたい。孫にはもっと会いたい。	望む生活を実現するための生活活動をニーズにすることができた。

(2) 長期目標の修正例

例	長期目標	解説
現行	体調を崩さずに生活できる。	望む生活ではなく、それを実現する過程になっている。
面談後	娘に心配をかけないで大事にしてあげられる。	負担をかけている娘を思い遣り母親として娘を大事したいという生活心情を洞察し描いている。

(3) 短期目標・サービス内容

例	短期目標・サービス内容	解説
現行	記載なし	生活不活発の早期介入視点がない。
面談後	3日に1度は家族以外の人に会って話す。	生活不活発に陥らないように人と話し快活さを取り戻すことにした。このため活用できるインフォーマルサポートや保険給付以外の公的サービスも導入できた。

「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（104～109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（110頁参照）。修正が必要な場合は、その場で修正する。

第2表

居宅サービス計画書（2）

現行
(リ・アセス前)

利用者名： A 殿

作成年月日 令和6年4月10日

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)
脊柱管狭窄症の症状のため歩行が不安定で困る	転倒を予防することができる	R6.4.12～ R7.3.31	自宅内は転倒せず移動することができる	R6.4.12～ R6.9.30	集団体操・個別機能訓練 (歩行練習・バランス訓練)	○	通所介護	A通所介護	週2回	R6.4.12～ R6.9.30
					診察・処方		医療保険	Gクリニック	月2回	
昼夜逆転を改善し夜間の良眠を確保する必要がある	夜間は良眠することができる	R6.4.12～ R7.3.31	毎日、夜は良眠できて生活リズムを整えることができる	R6.4.12～ R6.9.30	診察・処方 軽い体操の指導・助言 体操の実施		医療保険 医療保険 本人	F整形外科医師 PT 本人	月1回 月1回 毎日	R6.4.12～ R6.9.30
長女の世話のもと、この家で生活を継続できる。	体調を崩さずに生活できる。	R6.4.12～ R7.3.31	長女の介護体制が整い、食事をしっかり摂れる。	R6.4.12～ R6.9.30	定期受診		医療保険	Gクリニック	月2回	R6.4.12～ R6.9.30
					内服する		本人	本人	毎日	
					残薬管理		家族	本人	適宜	
					しっかり食事を摂る		本人、家族	本人、長女	毎日	
					食事の提供		家族	長女	毎日	

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

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第2表

※ 「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)

居宅サービス計画書(2)

利用者名:

A ケQ2・3 殿

作成年月日

令和6年9月12日

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）	
転ばないで歩きたい ケQ1	近所の友人宅まで移動できる	R6.10.1～ R7.3.31	家族以外の人と会って話す	R6.10.1～ R7.3.31	近所の友人を訪ねる		本人、友人	本人、友人	適宜	R6.10.1～ R7.3.31	
夜はぐっすり眠りたい ケQ4	夜間は良眠することができる	R6.10.1～ R7.3.31	夜間良眠することで、日中は活性化した生活を送る	R6.10.1～ R7.3.31	専門職の指示に従い適度に運動する。毎朝、定時にクラシック音楽で起床し、コーヒーや紅茶を楽しむ。		本人	本人	毎日	R6.10.1～ R7.3.31	
			昼食後にはクラシック音楽を楽しむ。	R6.10.1～ R7.3.31	ステレオ、CDのセット		本人	本人	毎日	R6.10.1～ R7.3.31	
			孫も連れて楽しい用事を作り外出する	R6.10.1～ R7.3.31	孫達と外出先を探して一緒に行く		本人、長女、孫、姪、友人	本人、長女、孫、姪、友人	随時	R6.10.1～ R7.3.31	
娘に心配をかけないよう、この家で生活したい ケA5	体調を崩さずに生活できる	R6.10.1～ R7.3.31	身体を丈夫にして、ふらつき、転倒を予防する	R6.10.1～ R7.3.31	心身機能の診察・診断		医療保険	Gクリニック 医師 F整形外科 科医師	月2回 月1回	R6.10.1～ R7.3.31	
				R6.10.1～ R7.3.31	身体能力・生活動作の評価 リハビリテーション実施（腸腰筋ストレッチ、筋力トレーニング等）		医療保険	F整形外科 科PT/OT	月1回	R6.10.1～ R7.3.31	
					集団体操や個別機能訓練の実施	○	通所介護	A通所介護	週2回	R6.10.1～ R7.3.31	
					R6.10.1～ R7.3.31	定期的な診察		医療保険	Gクリニック 医師	月2回	R6.10.1～ R7.3.31
				ケQ7		服薬管理		本人・家族	本人・長女	適宜	R6.10.1～ R7.3.31
						ケQ8	できる家事を増やし、食事をしっかり摂る	R6.10.1～ R7.3.31	毎日調理をする たまには一緒に調理して一緒に食べる		本人 家族・友人
				できる家事リストを作り、今よりできることを増やす			本人・家族	本人・長女	毎日	R6.10.1～ R7.3.31	

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

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

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。

※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）	☐ 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。	ケQ 1 リ・アセスメント支援シートによる検討で、ニーズ優先順位1は、「たまには友人とも会ってみたい。孫にはもっと会いたい」となりましたし、優先順位2は「自分のことは自分でしたい」とした方が良いのではないかと話し合いました。せっかく一緒に検討しましたのでケアプランもこれに合わせていきたいと思いますがいかがですか。	ケA 1 他のニーズも面談後のリ・アセスメント支援シートで導き出したニーズに変更したいと思います。

確認項目

東京都

面談ポイントシート（ケアプラン第2表）

長期目標 及び期間	<目標> ☐ 「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。 ☐ 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。 ☐ サービスの利用が目標となっていない。 <期間> ☐ 達成可能な目標と期間になっている。 ☐ 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Q2 長期目標には「ニーズが実現できたらあなたにはどんな生活が広がっているのですか」というAさんの望む生活（自立生活）を記載する（ケアプラン確認シート）ことにしています。一緒に考えたいと思いますがいかがですか。 ケQ3 それでは、リ・アセスメント支援シートによる検討で、ニーズ優先順位1は、「たまには友人とも会ってみたい。孫にはもっと会いたい」となりましたが、これができたときにAさんに実現される生活（望む生活）の内容を長期目標として一緒に考えたいと思います。 ニーズが実現できたならA	ケA2 リ・アセスメント支援シートを書きながら、ケアプランの長期目標にそのように書くことができたならAさんも娘さんも喜んでくれるだろうと考えましたので修正したいと思います。 ケA3 毎日、はつらつ、テキパキ、張りをもって過ごせると思います。 支援シートの「関連番号」順に意向欄を見ると①言葉をなくして塞ぎこまない（長女）、②気分良く過ごす、④毎日、はつらつ、テキパキ、張りをもって過ごせる、⑦塞ぎこんで暗くならないという4点でした。Aさんが望んでいることは毎日気分よく暮らすことなので、これを活かしたいと思います。 同じ考え方で、もう一つのニーズ「自分のことは自分でしたい」の長期
----------------------	--	---	--

面談ポイントシート (ケアプラン第2表)

		さんにはどんな生活が広がりますか。 ケQ 4 長期目標が修正されたのでこの事例は良いのですが、別の事例のこともありますから気が付いた点を述べますと、2つ目のニーズの「夜はぐっすり眠りたい」と長期目標の「夜間は良眠することができます」は、言葉遣いは異なりますが、同じことですよね。 ケQ 5 長期目標はAさんの望む暮らしになりますが「娘に心配をかけないよう、この家で生活したい」というニ	目標もリ・アセスメント支援シートの「意向」欄から「娘に心配をかけないで大事にしてあげられる」として娘を気遣う母親としての気持ちとしたいと思います。 ケA 4 そうですね、同じことになってしまっていたので気を付けます。 ケA 5 考え方が逆だったかもしれません。体調を崩さないようにしたら、大事にしたい娘に心配をかけたくないということを実現できるのですよね。
--	--	---	---

面談ポイントシート（ケアプラン第2表）

		ーズになっていますが、これで良いですか。	
短期目標 及び期間	☐ 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。 ☐ 長期目標と同じ内容になっていない。 ☐ 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。 ☐ 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）

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	☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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Q6 まずは、「家族以外の人と会って話す」という短期目標は素晴らしいと思いますが、それに対する「サービス内容」に書かれているのは「近所の友人」のみです。他にインフォーマルなサポートや公的なサービスは考えられものがありますか。 ケQ7 関連した項目を修正したことで、2表の修正が必要なところがありますか。	ケA6 話す機会としては、傾聴ボランティアとか友愛訪問などが考えられます。検討して入れられようであればサービス内容と種別に追加します。友人と会うには事前に連絡を取り合うことも必要ですのでそれも追加して行うことを具体的に書くようにするのも良いと思います。 ケA7 短期目標に「脊柱管狭窄症が悪化しない」とあり「定期的な診察」がサービス内容は、健康状態の項目のニーズは、優先順位1番のニーズに統合したので、そのニーズを達成するためのサービス内容に入れたと思います。また、長女が付き添いも書きたいと思います。

確認項目

東京都

面談ポイントシート（ケアプラン第2表）

		ケＱ８ 短期目標の「できる家事を増やし・・・」サービス内容の「今よりできることを増やす」は重複しませんか。	ケＡ８ 重複しているので、「できる家事リストを作り取り組む」に修正します。
サービス種別	☐ 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。 ☐ 特定のサービスに偏っていない。		
頻度・期間	☐ 短期目標の達成に応じた頻度が設定されている。 ☐ 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。 ☐ 短期目標の期間と連動している。		
備考			

第2表

※ 「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

居宅サービス計画書（2）

利用者名：

A

B

作成年月日

令和6年9月22日

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標		短期目標		サービス内容	※1	援助内容			
	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）			サービス種別	※2	頻度	（期間）
たまには友人とも会ってみたい。孫にはもっと会いたい。	毎日、気分よく、はつらつ、テキパキ、張りを持って暮らすことができる	R6.10.1～ R7.3.31	3日に1度は家族以外の人に会って話す	R6.10.1～ R7.3.31	傾聴ボランティアとの会話		社会福祉協議会	Z社協	月2回	R6.10.1～ R7.3.31
					友愛訪問による世間話		老人クラブ	寿クラブ	月2回	
					近所の友人を訪ねる。電話で友人との連絡をとる。		本人・友人	本人・友人	随時	
					レクリエーションへの参加	○	通所介護	A通所介護	週2回	
			毎日、夜はぐっすり眠ることができて生活リズムを整える	R6.10.1～ R7.3.31	専門職の指示を受け適度に運動する。毎朝、定時にクラシック音楽で起床し、コーヒーや紅茶を楽しむ		医療保険 本人	Fクリニック 医師・PT 本人	月1回 毎日	R6.10.1～ R7.3.31
					定期的な診察 通院と付き添い		医療保険 本人・家族	Gクリニック 本人、長女	月2回	
自分のことは自分でしたい	娘に心配をかけないで大事にしてあげられる	R6.10.1～ R7.3.31	昼食後にはクラシック音楽を楽しむ	R6.10.1～ R7.3.31	ステレオ、CDのセット		本人	本人	毎日	R6.10.1～ R7.3.31
			孫も連れて楽しい用事を作り外出する	R6.10.1～ R7.3.31	孫達と外出先を探して一緒にに行く		本人・家族等	本人、長女、孫	随時	R6.10.1～ R7.3.31
			身体を丈夫にして、家の中を転ばないように歩く	R6.10.1～ R7.3.31	心身機能の診察・診断		医療保険	Gクリニック 医師 F整形外科 医師	月2回 月1回	R6.10.1～ R7.3.31
					身体能力・生活動作の評価 リハビリテーション実施（腸腰筋ストレッチ、筋力トレーニング等）		医療保険	F整形外科 PT/OT	月1回	
					集団体操や個別機能訓練の実施	○	通所介護	A通所介護	週2回	
					手すりの設置（上がり框）	○	福祉用具貸与	B福祉用具	毎日	
			できる家事を増やし、食事をしっかり摂る	R6.10.1～ R7.3.31	調理をして1日3回食べる たまには一緒に調理して一緒に食べる		本人 本人、家族、友人	本人、長女、姪、孫、友人	毎日 随時	R6.10.1～ R7.3.31
				R6.10.1～ R7.3.31	できる家事リストを作り取り組む		本人・家族	本人、長女	毎日	R6.10.1～ R7.3.31

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

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

ケA8

様式集

- 1 基本情報シート
- 2 リ・アセスメント支援シート
- 3 ケアプラン確認シート
- 4-1 面談ポイントシート＜基本情報シート＞
- 4-2 面談ポイントシート＜リ・アセスメント支援シート＞
- 4-3 面談ポイントシート＜ケアプラン第2表＞
- 4-4 面談ポイントシート＜ケアプラン第1表＞
- 4-5 面談ポイントシート＜ケアプラン第3表＞
- 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）
- 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）
- 6 ケアマネジメントの課題整理シート

ふりがな		基本情報シート (1/2)															作成日																			
利用者氏名		相談者氏名		続柄		本人・家族・他 ()		受付日		受付対応者		受付方法		来所・電話・他 ()		作成者																				
		前回アセスメント状況		実施年月日		理由		初回		更新		状態の変化		退院		退所		他 ()		実施場所		自宅・病院・施設・他 ()														
生年月日		明・大・昭		年		月		日		歳		性別		男・女		被保険者番号						要介護状態区分														
現住所												自宅TEL												家族 状 況 (シ エ ノ グ ラ ム)	世帯		独居・高齢者のみ・他 (人暮らし)									
												携帯TEL																								
												FAX																								
												E-mail																								
家 族 情 報 ・ 緊 急 連 絡 先	介護者	緊急の 連絡先	氏名		続柄		同居・別居		住所				連絡先					特記 事項																		
		1					同・別																													
		2					同・別																													
		3					同・別																													
							同・別																													
							同・別																													
住 居 の 状 況	住居	戸建 () ・アパート・マンション・公営住宅 () 階・他 ()										生 活 状 況	生活歴										趣味・好きなこと													
	エレベーター	無・有 ()											所有形態	持ち家・貸家		トイレ	和式・洋式・温水洗浄便座																			
	(住宅間取図)										自宅周辺の環境や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														

ふりがな																	作成日											
利用者氏名																	作成者											

基本情報シート (2/2)

利用者の社会情報保障制度の利	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	負担割合 (割)					認定情報等	認定日											有効期間	～												
	医療保険	後期高齢		国保		社保		共済		他 ()						支給限度額等	単位 / 月																							
	公費医療等	無		有 ()															審査会の意見																					
	障害等	無	身障 (種 級)		精神 (級)		療育 (度)									障害高齢者の日常生活自立度	主治医意見書		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2													
		難病 ()				障害等名 ()											認定調査票		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2													
	生活保護	無	有 ()				担当者名										介護支援専門員		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2													
	経済状況	国民年金		厚生年金		障害年金		遺族年金		他 ()							認知症高齢者の日常生活自立度	主治医意見書		自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	／												
	収入額・支出額	収入 (円 / 月)								支出 (円 / 月)								認定調査票		自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	／												
	金銭管理者	本人	家族 ()				他 ()									介護支援専門員		自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	／														

病歴	発症時期	病名		医療機関・医師名 (主治医・意見書作成者に○)・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											
薬局名												☐ かかりつけ		主訴・意向	相談内容											
特記事項																										
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																					
					家族の要望																					

利用者名		リ・アセスメント支援シート (1/4)															作成日		作成者									
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	関連	整理後								
コミュニケーション	視力	問題無	はっきり見えない	殆ど見えない							利用者		利用者意向															
	眼鏡	無	有							意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻																		
	聴力	問題無	はっきり聞こえない	殆ど聞こえない							家族		家族意向															
	補聴器	無	有							意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻																		
	言語	問題無	問題有							医師・専門職等意見																		
	意思伝達	できる	時々できる	困難							CM判断																	
	活用しているコミュニケーション機器	電話	FAX	PC	スマホ	その他							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															
維持・改善の要素、利点																												
認知と行動	認知障害	自立	軽度	中度	重度							利用者		利用者意向														
	意思決定	できる	特別な場合以外	困難							意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻																	
	指示反応	通じる	時々通じる	通じない							家族		家族意向															
	情緒・情動	問題無	抑うつ	不安	興奮									意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻														
	行動障害	無	暴言	暴行	徘徊	多動	昼夜逆転	不潔行為	介護抵抗	夜間不穏	異食行為							医師・専門職等意見										
	精神症状	無	妄想	幻覚	せん妄	見当識	無関心							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																	
維持・改善の要素、利点																												
家族・知人等の状況	介護提供	常時可	日中のみ可	夜間のみ可	不定期	無						利用者		利用者意向														
	介護者の健康	健康	高齢	病身	他						意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻																	
	介護者の負担感	無	有						家族		家族意向																	
	介護者の就労・就学状況						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		リ・アセスメント支援シート (2/4)																		作成日															
																				作成者															
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	関連	整理後													
健康状態	主疾病（症状痛み等）										利用者			利用者意向																					
	薬	無	有																																
	口腔内の状況	良好	不良																																
	義歯の有無等	無	部分	全部																															
	食事摂取	問題無	咀嚼問題有	嚥下障害有																															
	食事量	普通	多い	少ない							意向の度合		高	中	低	失	意向の表明	阻																	
	食事摂取形態	経口摂取	経管摂取	(kcal/日・ 回/日・)								家族			家族意向																				
	食事形態（主食）	常	かゆ	重湯	ベースト状	他																													
	食事形態（副食）	常	ソフト食	とろみ	ベースト状	他																													
	飲水	普通	多い	少ない	医師指示量	ml/日		飲水量	ml/日																										
	栄養状態	良	普	不良							意向の度合													高	中	低	失	意向の表明	阻						
	身長・体重	cm		kg		BMI	体重変動	無	有																										
	血圧	/								医師・専門職等意見																									
	麻痺・拘縮	無	麻痺有	拘縮有																															
	じょく瘡・皮膚・爪の問題	無	有	治療中																															
	入浴	回/週・月																																	
	排泄（便）	日	回	便秘無	便秘有	下痢無	下痢有	便秘無尿意有	便秘有尿意有																										
	排泄（尿）	昼：	回	夜：	回	尿意無	尿意有																												
	生活リズム	20 22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20																					CM判断												
	維持・改善の要素、利点																															CMの利用者・家族の意向への働きかけ		実施中	検討中

利用者名		リ・アセスメント支援シート (3/4)															作成日		作成者				
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	関連	整理後			
A D L	食事	自立	見守り	一部介助	全介助						利用者		利用者意向										
	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			家族		家族意向										
	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								医師・専門職等意見											
	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																			
	立ち上がり	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																				
階段昇降	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						CM判断												
維持・改善の要素、利点																							
												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
I A D L	買物	自立	一部介助	全介助						利用者		利用者意向											
	金銭管理	自立	一部介助	全介助																			
	献立	自立	一部介助	全介助																			
	調理と片付け	自立	一部介助	全介助																			
	ゴミ出し	自立	一部介助	全介助						家族		家族意向											
	掃除・洗濯	自立	一部介助	全介助																			
	寝具の交換	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						医師・専門職等意見													
	交通機関の利用	自立	一部介助	全介助																			
	車の運転	している	していない																				
	服薬状況	自立	一部介助	全介助							CM判断												
住環境	問題無	問題有								CMの利用者・家族の意向への働きかけ						実施中	検討中	未検討	不要	対応難度	困難		

利用者名												作成日									
												作成者									
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						
													整理前	関連	整理後	順位					
社会交流	社会参加	無	有		利用者		利用者意向														
							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														
							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										
その他留意すべき事項・状況				利用者		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					家族		家族意向													
												意向の度合				高	中	低	失	意向の表明	阻
						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										
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														

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。

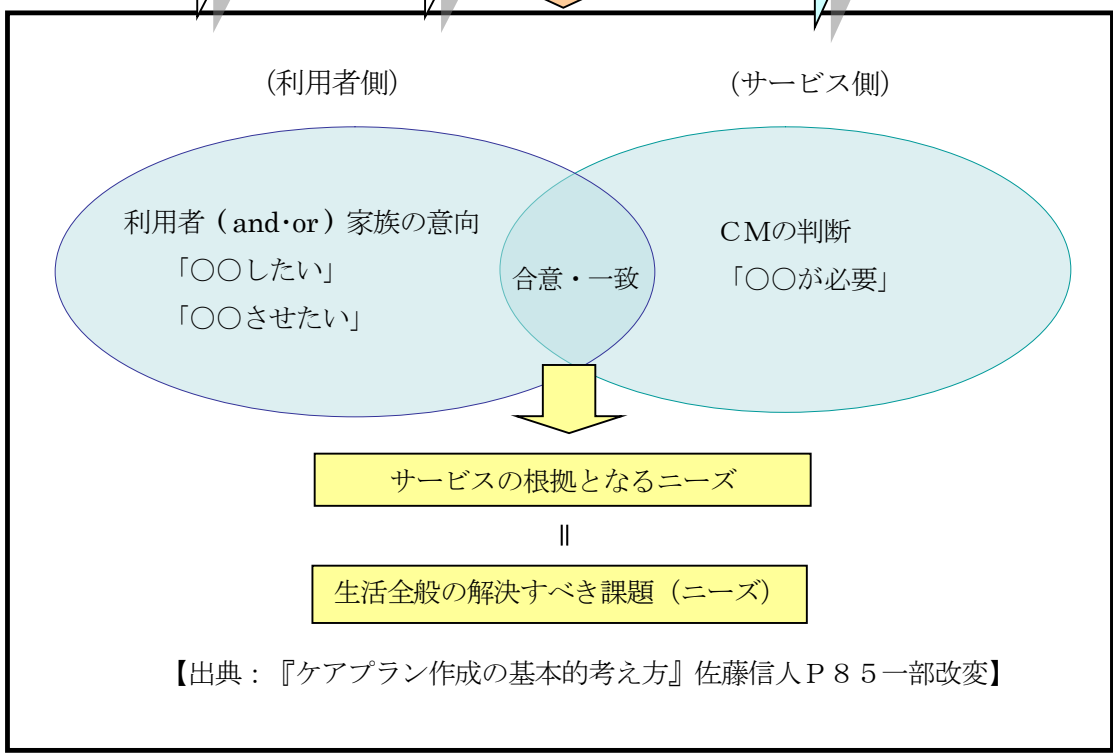
利用者・家族と共に検討するケアプラン第2表

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
					整理前	関連	整理後	
コミュニケーション・認知と行動・家族・知人等の状況・健康状態・ADL・IADL・社会交流・その他留意すべき事項・状況	利用者		利用者	〇〇したい。するようになる。			サービスの根拠となるニーズ	
	家族		家族	〇〇させたい。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。				
			CM判断	〇〇が必要。				

転換

転換

合致・一致



	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
利用者の回答	1 ＜意向が高い時＞ 例：〇〇したい。 ＜意向が低い時＞ 例：〇〇する。	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。 ＜施設の場合＞ 施設専門職がしてくれる（各機能）		
家族等による代弁	認知症のケース等で利用者の発した言葉などをそのまま書くことができない場合									
ケアプラン記入の留意点	※意向の高さに応じて表現が変わる。 ※家族等が代弁する場合、誰の意見を末尾に括弧書きで明記。	※この欄が最もその人らしさを表す。		※ニーズに基づく長期目標を達成するための段取り。 ※必要に応じて、段階的に目標を設定する。		※短期目標を達成するための段取り。		※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
・それは何故ですか？
・ニーズが実現したら、あなた（本人）にはどんな生活が広がっているのですか？
・あなた（本人）はどんな生活がしたくて、そう思うのですか？

What? 何を? 4
・ニーズに基づく長期目標を達成するために、あなた（本人）はいつまでに、何ができるようになりたいですか？

How? どうする? 6
・短期目標を達成するために、あなた（本人）は具体的には、何が必要だと思いますか？

Who? 誰が? 8
・誰がするのですか？

N. SATOモデル一部改変

注意）利用者を誘導しよう、管理しようとすることは厳禁。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。

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	☐ 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	☐ 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）	☐ 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	☐ 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。 ☐ 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	☐ 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。 ☐ 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	☐ 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。 ☐ 「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	☐ 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）	☐ 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。 ☐ 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）	☐ 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	☐ 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。 ☐ 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	☐ 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	☐ 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）	☐ 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 ☐ 「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。 ☐ 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。 ☐ サービスの利用が目標となっていない。 期間 ☐ 達成可能な目標と期間になっている。 ☐ 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	☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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	☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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	☐ 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。 ☐ 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	☐ 短期目標の達成に応じた頻度が設定されている。 ☐ 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。 ☐ 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を踏まえた課題分析の結果	☐ 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。 ☐ （生活に対する意向以外の「課題分析の結果」の記載があるとき） ①生活に対する意向が明記されている。 ②「考えられる、あるいは望ましい支援」が指導的・管理的・高圧的ではなく表記されている。 ☐ 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。 ☐ 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。 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。	

総合的な援助の方針	□ 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。 □ 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。 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。	
-----------	---	--

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	□ 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		

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	☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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	☐ 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。 ☐ 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	☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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		

< 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 年 月 日 ()

報告者 所属 氏名

電話 FAX

E-mail:

面談日時	年 月 日 (曜日)		開始時間:	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

【記入内容例】

- 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
- 今後のケアプラン作成時に活かしたいこと 等

< 保険者 → 介護支援専門員 >

ケアプラン点検 面談後報告書

報告日 年 月 日 ()

部署名 担当者名

電話 FAX

E-mail:

面談日時	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

作成年月日 年 月 日

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。）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）
榊 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、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
- 初 版 第一刷 平成２６年３月発行
第 二 版 第一刷 令和６年１１月発行
- 発 行 東京都福祉局高齢者施策推進部介護保険課
〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目８番１号
電話０３－５３２０－４２７９