

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		
薬局名	Z薬局		☐ かかりつけ				
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						

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
	通所介護	週2回	A通所介護	〇〇		

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だから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)	意向の度合 高 (中) 低 失 意向の表明 阻																					
	補聴器	(無)	有							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)	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									
	言語	問題無	問題有																				リQ15								
	意思伝達	できる	時々できる	困難																			リQ12								
	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								
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。	①③④⑤⑦	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)	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					夫死亡後より気分の落ちこみが見られる	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)				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。	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									
	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	リQ7・8			
	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家族に伝えることが出来る																													
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。	意向の度合 (高) 中 低 失 意向の表明 阻										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						
	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)	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 在宅生活を継続できるよう支援が必要。(A通所相談員)		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。																				
	介護者の就労・就学状況	長女はパートタイム勤務。																													
	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。																													

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		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									
										リQ9					リQ13					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っ てよく眠れない日があるの で困る。					利用 者 意向	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)。					③またピ ア ノを弾きた い				① ③ ④ ⑤ ⑦	④に統合						
	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・紅茶が好き。							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・)							家 族	食事が少ないし、元気 がないので心配で困る。 (長女)					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																												
	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										医 師・ 専 門 職 等 意 見	リQ14					⑤食欲が 出るとよい				① ③ ④ ⑤ ⑦	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。																												
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 無	便秘 有	下痢 無	下痢 有	便秘 無	便秘 有																										
排泄 (尿)	昼4回・夜2～3回		尿意 無	尿意 有							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							
生活リズム																																	
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 にしてい確認・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										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		
A D L	食事	自立	見守り	一部介助	全介助							利用者意向	転ばないで歩きたい。	意向の度合					意向の表明	阻	⑥転ばないで歩きたい。	⑥転ばないで歩きたい	1
	食事場所	食卓	ベッド脇	ベッド上	他（	）								意向の度合									
	排泄（排便）	自立	見守り	一部介助	全介助							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）	意向の度合					意向の表明	阻			
	排泄（排尿）	自立	見守り	一部介助	全介助									意向の度合									
	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				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）。	意向の度合					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						意向の度合									
	排泄（失禁）	無	有	月一回程度間に合わないこともある								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。	意向の度合					意向の表明	阻			
	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。						意向の度合												
	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。						意向の度合												
	寝返り	自立	一部介助	全介助	掴まりながら行う。						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						
	起き上がり	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。						意向の度合					意向の表明	阻						
	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。						意向の度合												
	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。						意向の度合												
	移乗	自立	一部介助	全介助	家具などに掴まって行う。						意向の度合												
	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。						意向の度合												
階段昇降	自立	一部介助	全介助	掴まれば昇降可能。						意向の度合													
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						意向の度合											
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。										意向の度合					意向の表明	阻						
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。						利用者意向	なし	意向の度合						意向の表明	阻				
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。								家族意向	以前のよういきちんと生活できるようになってほしい。（長女）	意向の度合						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。						医師・専門職等意見	役割を持って自分で行えることを続けるような支援をする必要がある。（A通所相談員）			意向の度合					意向の表明			阻	
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。								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。	意向の度合						意向の表明	阻		
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					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。						意向の度合							意向の表明	阻					
寝具の交換	自立	一部介助	全介助	長女や娘が訪問時手伝っている。						意向の度合					意向の表明	阻							
火気管理	自立	一部介助	全介助	火の不始末などなし。						意向の度合							意向の表明	阻					
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。						意向の度合					意向の表明	阻							
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。						意向の度合							意向の表明	阻					
車の運転	している	していない									意向の度合					意向の表明			阻				
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。						意向の度合					意向の表明		阻						
住環境	問題無	問題有	問題なし。								意向の度合					意向の表明		阻					
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。										意向の度合						意向の表明		阻				

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かが重要です。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 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 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 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 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 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。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。

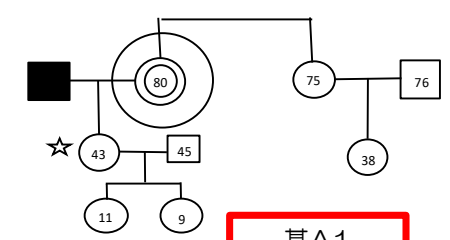
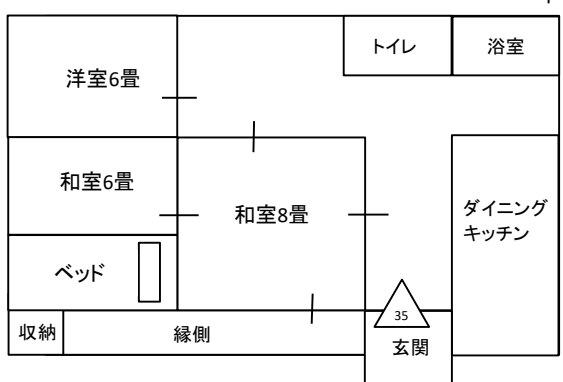
確認項目	確認のポイント	質問	回答
CM判断	☐ 状態、問題（困りごと）、意向、意見から、利用者が楽しみのある幸せな生活を送れるように生活を活性化させるために、介護支援専門員が必要だと判断したことが記載されている。 ☐ 「維持・改善の要素、利点」に記載された内容と関連がある。	リ Q15 コミュニケーションについて CM の判断が空欄になっていますが、どのように考えていますか。 リ Q16 IADL の CM 判断についてお伺いします。先ほど、「家族・知人等の状況」（リ Q7・リ Q8）で娘を思う母について話してくださいました。IADL の困りごとは「なし」とされていますが、本人の状況認識をどう捉えましたか。	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」が優先すると考えました。
------	---	---	--

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								
家族状況 (ジェノグラム)										 基A1								
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							生活歴			
								・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A2 改修の必要性 (無・有) 転倒防止のための手すりの設置							・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。 基A4			
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 基A3 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。								

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)		認定 情報 等	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 ()		担当者名					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) (共済年金)	介護支援専門員	自立	J1	J2	(A1)	A2	B1	B2	C1	C2									
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												
金銭管理者	本人		(家族) (長女)		他 ()		認定調査票	自立	I		(IIa)	IIb	IIIa	IIIb	IV	M														
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	主治訴・意向	家族の要望																						
通所介護	週2回	A通所介護		〇〇			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。	・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			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 なし	利用者意向	RJA11										RJA17			⑦に統合								
	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)																				
	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				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	RJA1・2									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																						
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					RJA15										RJA19								
認知と行動	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	利用者意向	RJA12										⑦に統合										
	意思決定	できる	特別な場合以外	困難							気分よく過ごすために、夜はぐっすり眠れるといい。																							
	指示反応	(通じる)	時々通じる	通じない							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	夫死亡後より気分の落ちこみがえられる								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)																			
	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										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	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)																		
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						CM判断																		
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わりができないが母のことは心配している						利用者			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)										③自分のことは自分でしたい			2				
	介護者の健康	(健康)	高齢	病身	他							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							家族意向	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																						
												CMの利用者・家族の意向への働きかけ																						

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																																																															
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																																									
															リA9										リA13																																																													
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、好きなことができなくて困る。ポーとしてる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。																				④外に楽しい用事を作り好きなものを飲んで食べたい ①②④⑦に統合																																						
	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。													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・)													家族	食事量が少ないし、元気がないので心配で困る。(長女)										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)																																																									
	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																																																																																	
	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。															リA14										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、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。何に働きかけられ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。																														
	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。																																																																																		
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		便秘無	便秘有	下痢無	下痢有	便秘無	便秘有																																																																														
排泄 (尿)	昼4回・夜2~3回		尿意無	尿意有																																																																																		
生活リズム																																																																																						
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。																																																																																					
															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 (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。									JA10					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）。					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													
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。									JA16								医師・専門職等意見 役割を持って自分でできることを続けるような支援をする必要がある。（A通所相談員）					CM判断 自分で出来ることはしているが、以前よりは長女の手伝いが多くなって体力が衰えているように見える。自宅での自信のある生活を続けるためには、自分でできることを減らさないで続けていくために有効な働きかけの方法について検討する必要がある。					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 (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	家族以外の人に会って話す	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	夜間は良眠することができる ケQ4	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	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
			脊柱管狭窄症が悪化しない ケQ7	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
			できる家事を増やし、食事をしっかり摂る ケQ8	R6.10.1～ R7.3.31	服薬管理		本人・家族	本人・長女	適宜	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	本人 長女、姪、孫、友人	毎日 随時	R6.10.1～ R7.3.31
					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Q4 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る」は、言葉遣いは異なりますが、同じことですよね。 ケQ5 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A4 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A5 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。
--	--	--	---

確認項目

東京都

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Q 6 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Q 7 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A 6 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A 7 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。 ケA1	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 ケA4	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 ケA5	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・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 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