

# 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

# 基本情報シート (1/2)

ふりがな																作成日				
利用者氏名																作成者				
		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 ( )						
		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															
住居の状況	住居	戸建 ( ) ・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												
								改修の必要性	( 無 ・ 有 )											
												生活歴			趣味・好きなこと					
												情報収集源・情報活用状況								

## 基本情報シート (2/2)

ふりがな												作成日																					
利用者氏名												作成者																					
利用者の社会情報等 障害 生活保護 経済状況 収入額・支出額 金銭管理者	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										審査会の意見										
	公費医療等	無	有 ( )										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										
	障害等	無	身障 ( 種 級)		精神 ( 級)		療育 ( 度)					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																							
	薬局名			<input type="checkbox"/> かかりつけ					相談内容																								
	特記事項											主訴・意向																					
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				利用者の要望																						
													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	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻															
	眼鏡	無	有																				
	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	意向の度合 高 中 低 失 意向の表明 阻															
	補聴器	無	有																				
	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														
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																		
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																			
	指示反応	通じる	時々通じる	通じない		家族	家族意向	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																		
	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																
	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																	
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																				
	介護者の就労・就学状況					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					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								
	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										
	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	便意無	便意有						
	排泄 (尿)	昼: 回	夜: 回	回	尿意無	尿意有								
	生活リズム													
	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

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															
ADL	食事	自立	見守り	一部介助	全介助	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															
	排泄（夜間）	トイレ	PT	尿器	パット	リハビリパンツ	オムツ	留カテ															
	排泄（失禁）	無	有																				
	入浴	自立	一部介助	全介助																			
	更衣・整容	自立	一部介助	全介助																			
	寝返り	自立	一部介助	全介助																			
	起上がり	自立	一部介助	全介助																			
	座位	自立	一部介助	全介助																			
	立ち上がり	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																							
		利用者		家族		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													
買物	自立											一部介助	全介助			利用者意向							
金銭管理	自立											一部介助	全介助			家族意向							
献立	自立											一部介助	全介助			意向の度合		高	中	低	失	意向の表明	阻
調理と片付け	自立											一部介助	全介助			意向の度合		高	中	低	失	意向の表明	阻
ゴミ出し	自立											一部介助	全介助			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			意向の度合		高	中	低	失	意向の表明	阻
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			意向の度合		高	中	低	失	意向の表明	阻
外出	自立											一部介助	全介助			意向の度合		高	中	低	失	意向の表明	阻
交通機関の利用	自立											一部介助	全介助			意向の度合		高	中	低	失	意向の表明	阻
車の運転	している											していない			医師・専門職等意見								
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								
維持・改善の要素、利点																							

利用者名

# リ・アセスメント支援シート (4/4)

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		
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

# ケアプラン確認シート

リ・アセスメント支援シート

そのまま記載する。

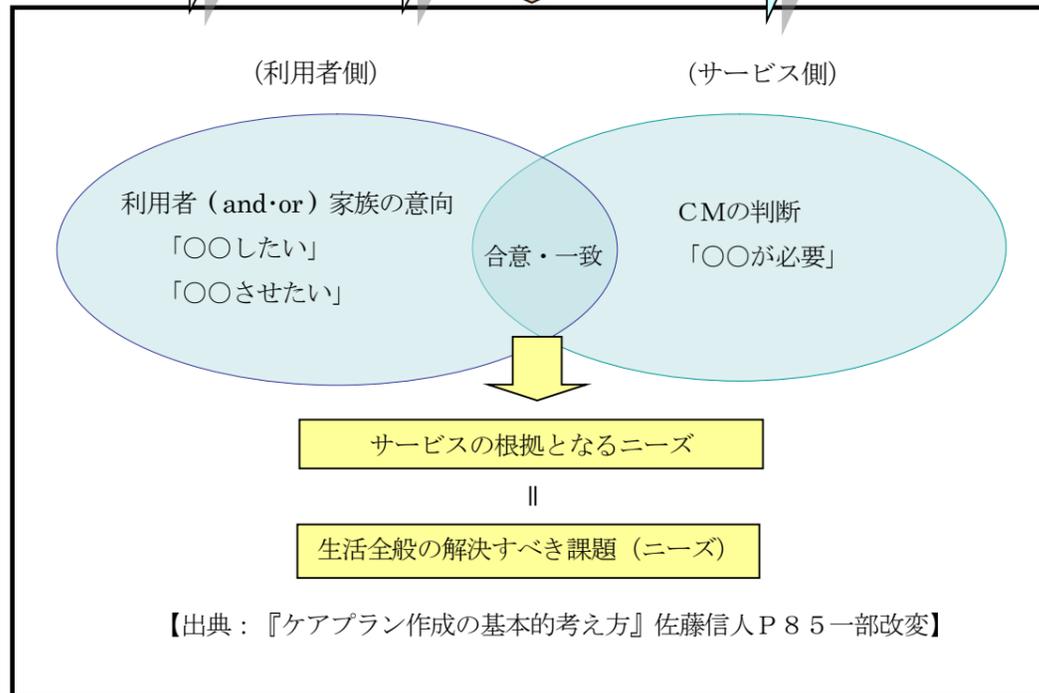
利用者・家族と共に検討するケアプラン第2表

状態	問題(困りごと)	意向・意見・判断		生活全般の解決すべき課題(ニーズ)			優先順位
		利用者	家族	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と。				
		CM判断	〇〇が必要。				

転換

転換

合致・一致



【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、〇〇するようにはやってみる。		7 こうすればうまくいくのではないかと。  〇〇が必要ではないかと。		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と。  ＜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)には具体的には、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	<input type="checkbox"/> 利用者の情報が分かりやすく記載されている。	
備考		

面談ポイントシート<リ・アセスメント支援シート>

確認項目	確認のポイント	質問
状態	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 利用者の状態が分かりやすく記載されている。</li> <li>□ 「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。</li> </ul>	
問題（困りごと）	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> </ul>	

確認項目	確認のポイント	質問
利用者意向 家族意向	<input type="checkbox"/> 利用者又は家族の問題（困りごと）に対して、利用者又は家族の「～したい」という意向が記載されている。  <input type="checkbox"/> 認知症等で利用者が発した言葉を記載できない場合は、本人の立場に立った家族の発言が利用者の欄に記載されている。	
医師・専門職等の意見	<input type="checkbox"/> 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の決定に影響のありそうな状態の維持・改善に対する専門職等の意見が記載されている。  <input type="checkbox"/> 主に生理的な要素にかかる維持、改善の要素については、医師の判断が記載されている。	

確認項目	確認のポイント	質問
CM判断	<input type="checkbox"/> 状態、問題（困りごと）、意向、意見から、利用者が楽しみのある幸せな生活を送れるように生活を活性化させるために、介護支援専門員が必要だと判断したことが記載されている。 <input type="checkbox"/> 「維持・改善の要素、利点」に記載された内容と関連がある。	
CMの利用者・家族の意向への働きかけ	<input type="checkbox"/> 利用者や家族の意向がない場合や低い場合には、意向を高めるように働きかけている（実施中である。）。	

確認項目	確認のポイント	質問
生活全般の解決すべき課題（ニーズ） （整理前）	<input type="checkbox"/> 利用者の意向と介護支援専門員の判断が一致した内容が記載されている。  <input type="checkbox"/> 利用者の意向がない場合は、家族の意向と介護支援専門員の判断が一致した内容が記載されており、おそらく利用者の意向に反していない。	
生活全般の解決すべき課題（ニーズ） （整理後）	<input type="checkbox"/> 互いに関連する整理前のニーズが、統合されている。統合後に残ったニーズは、その状態、意向等から判断し、統合された関連するニーズと比較して、より利用者の生活の活性化につながるものである。	
優先順位	<input type="checkbox"/> 利用者が楽しみのある幸せな生活を送れるように最も生活を活性化させると考えられるニーズが上位にきている。  <input type="checkbox"/> 生命が脅かされるような緊急性の高い課題がある場合には、それが上位にきている。	

確認項目	確認のポイント	質問
<p>意向と判断が一致しなかったため、ニーズにならなかった理由</p>	<p><input type="checkbox"/> 利用者の意向と介護支援専門員の判断が一致しなかった点と理由が記載されている。</p>	
<p>「リ・アセスメント支援シート」を作成して気が付いたこと</p>	<p><input type="checkbox"/> リ・アセスメントシートを記入したことで、介護支援専門員が、気が付いたことが記載されている。</p>	
<p>備考</p>		

## 面談ポイントシート<ケアプラン第2表>

○その人らしいプランを作成するため、「リ・アセスメント支援シート」を一緒に確認する。

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

確認項目	確認のポイント	質問
生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	<input type="checkbox"/> リ・アセスメント支援シートの「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」欄と内容及び優先順位が一致している。	
長期目標及び期間	<p>目標</p> <input type="checkbox"/> 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」が実現した場合の利用者の目標が記載されている。 <input type="checkbox"/> 利用者が望む利用者らしい生活の様子が具体的に記載されている。 <input type="checkbox"/> サービスの利用が目標となっていない。 <p>期間</p> <input type="checkbox"/> 達成可能な目標と期間になっている。 <input type="checkbox"/> 認定の有効期間を考慮しながら期間が設定されている。	

確認項目	確認のポイント	質問
短期目標 及び期間	<input type="checkbox"/> ニーズに基づく長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。 <input type="checkbox"/> 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）、長期目標と同じ内容になっていない。 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者が作成する個別サービス計画の目標となりうる内容が記載されている。 <input type="checkbox"/> モニタリングの際に、達成度が確認可能な具体的な目標になっている。	
サービス内容	<input type="checkbox"/> 短期目標を達成するために必要な段取りが記載されている。 <input type="checkbox"/> 介護保険のサービスだけでなく、家族や隣人が行う支援や利用者のセルフケアについても記載されている。 <input type="checkbox"/> 主治医等の専門職から留意事項等が示された場合は、それについて記載がある。	
サービス種別	<input type="checkbox"/> サービス内容を適切に実行できるサービス種別が選択されている。 <input type="checkbox"/> 特定のサービスに偏っていない。	

確認項目	確認のポイント	質問
頻度・期間	<input type="checkbox"/> 短期目標の達成に応じた頻度が設定されている。 <input type="checkbox"/> 目標やサービス実施予定に応じた期間が設定されている。 <input type="checkbox"/> 短期目標の期間と連動している。	
備考		

面談ポイントシート<ケアプラン第1表>

確認項目	確認のポイント	質問
<p>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</p>	<p>□ アセスメントの結果把握した利用者及び家族の意向と合致している。</p> <p>□ (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)</p> <p>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。</p> <p>□ 利用したいサービス内容だけではなく、利用者及び家族がサービスを利用して、どのような生活をしたいと考えているのか記載されている。</p> <p>□ 介護支援専門員の解釈や翻訳ではなく、利用者及び家族の言葉が可能な限りそのまま記載されている。</p> <p>留意点 「リ・アセスメント支援シート」の利用者及び家族の意向の欄を一緒に確認する。</p>	

<p>総合的な援助の方針</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> </ul> <p>留意点</p> <p>「第2表」の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」及び「長期目標」を確認する。サービス担当者会議で話し合って記載されるべきものであるため、「第4表」を確認する。</p>	
------------------	---	--

確認項目	確認のポイント	質問
生活援助中心型の算定理由	<input type="checkbox"/> 生活援助中心型の算定理由が明確であり、かつ「その他」の場合は、具体的な理由が記載されている。  <b>留意点</b> 「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	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>□ 夜間、土日などの支援体制が具体的に記載されている。</li> </ul> <p>留意点 第2表の内容を確認する。</p>	
主な日常生活上の活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> </ul>	
週単位以外のサービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> <li>□ 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。</li> </ul>	
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	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

【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	

## 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