

## 4. 課題整理総括表及び評価表を活用する上での全般的な留意点

### ○ 本様式を活用する際に添付する文書について

課題整理総括表及び評価表を活用して、ケアマネジメントの振り返りや初任段階の介護支援専門員への指導・助言、あるいはサービス担当者会議や地域ケア会議等での情報共有を行う場合は、必ず、「利用者基本情報」と「ケアプラン」を添えて活用することが望ましい。

特に、「利用者基本情報」については、課題分析標準項目の「基本情報」で示されている項目が盛り込まれており、情報の収集・分析と課題の抽出の基本となる、「家族構成」（ジェノグラム）や住居、経済的状況、疾患等の情報が含まれる。

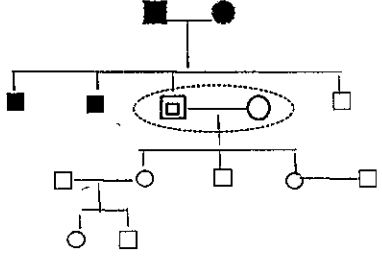
### ○ 利用者への説明について

介護保険の基本的な理念として、利用者の意思を尊重し、利用者の意思決定と契約に基づくことが掲げられている。したがって、課題整理総括表及び評価表においても、実際にこれらを活用する際には、必要に応じていずれかの段階で利用者へ説明し、活用いただきたい。

なお、課題整理総括表を用いて整理する「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」は、ケアプラン（見直し）の原案に記載するものである。この課題の内容を含めケアプランの内容は、利用者の同意を得てはじめて確定するものであって、介護支援専門員が利用者の意向に関係なく「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を設定して良いというものではないことに留意が必要である。

## 5. 課題整理総括表及び評価表に基づく指導・助言のイメージ（一例）

### ① 基本情報

受付年月	2013年5月23日					
受付担当者	〇〇 〇〇					
受付方法	事業所へ来所					
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	A 様	性別	男	年齢	73 歳
	住所	〇〇〇町 〇〇 ×-×-×				
	連絡先	電話番号( XX-XXXX-XXXX ) その他( )				
家族状況	<p>夫婦2人世帯</p> <p>妻:同居、71歳、主介護者</p> <p>長女:別居、51歳、副介護者、午前中就労 訪問してできる限りの支援をしている 隣の市に在住(車で約15分)、 子供2人の4人家族</p> <p>長男:別居、50歳、独身、海外在住、交流なし</p> <p>次女:別居、47歳、夫と2人家族、両親の郷里に在住、交流なし</p> 					
生活状況	<p>・A県生まれ。中学校卒業後上京し40年程、八百屋を経営。</p> <p>・店を閉めた後は現住所に移転し、企業に勤め、定年後もパートで働いた。</p> <p>・平成24年10月11日脳梗塞発症。</p> <p>朝から下痢嘔吐が続いていたが、本人も妻も気づくのが遅くなり15時救急車で緊急入院。脳梗塞と診断される。時間が経っていたため手術はせず薬で経過を見ることになった。</p> <p>11月1日 リハビリテーション病院へ転院し、4月28日に退院した。</p> <p>・左不全麻痺と軽度の言語障害が残った。</p> <p>・妻の介護のもと介護保険サービス(通所介護、福祉用具)を使い在宅生活を続けている。</p>					
利用者の被保険者情報	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
現在利用しているサービスの状況	<p>通所介護(月16回)</p> <p>福祉用具貸与:ベッド脇置き手すり</p>					
障害老人の日常生活自立度	B2					
認知症である老人の日常生活自立度	I					

<p>主訴</p>	<p>(相談内容)  介護方法がわからず不安である(妻、長女)</p> <p>(本人の要望)  ・自宅で生活を続けていきたい。  ・いつかは友人と外出できるようになりたい。</p> <p>(家族の要望)  【妻】夫婦2人暮らしで、自分も通院中なので介護できるか不安がある。相談にのって欲しい。  リハビリを続けて、自分でできることは自分でできるようになると良いなど思っています。必要な時に、お泊りをお願いしたいです。  【長女】自宅を訪問しできる限りは手伝います。母も体調が良くないので、負担が大きくならないように、サービスを上手に使いたいです。デイサービスに通ってもらいたいです。  【長男・次女】交流が全くなし</p>
<p>認定情報</p>	<p>要介護2 (認定日: 2013/5/16、認定有効期間: 2013/6/1~2015/5/31)  要介護5 (認定日: 2012/12/12、認定有効期間: 2012/11/18~2013/5/31)</p>
<p>課題分析 (アセスメント) 理由</p>	<p>更新のため</p>

(3) 課題整理総括表の作成をきっかけとした指導・助言の一例

利用者名

A 設

作成日

要因 (心身の状態、環境等)	・住環境や心理的な側面などの要因も分析できていますか？		③ 下肢筋力低下		④		利用者及び家族の 生活に対する意向	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6	
状況の事実 ※1	・どの程度の障害なのか、詳細情報を把握していますか？									
移動	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助	①、③	改善	継続	悪化	自宅での活動量が増えることにより、家のトイレを自力で利用でき、自宅でのシャワー入浴が出来るようになる可能性がある。 また、下肢筋力が回復することまで失禁の頻度も減る可能性がある。 排泄：支障あり⇒なし 排泄動作：一介⇒見守り 入浴：全介⇒見守り
食事	屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助	①、③	改善	継続	悪化	
排泄	食事内容	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	継続	悪化	友人ととともに近隣の外出ができるようになりたい
	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	継続	悪化	
口腔	調理	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	継続	悪化	動作のアセスメントと用具の活用により、コップに水を汲み歯磨き粉を出す援助があれば、ブラッシングとうがいを自らでき、口腔衛生も改善する可能性がある。 口腔衛生：支障あり⇒なし 口腔ケア：全介⇒一介
	排尿・排便	自立	支障なし	支障あり	③		改善	継続	悪化	
服薬	排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助	①、③	改善	継続	悪化	動作のアセスメントと用具の活用により、コップに水を汲み歯磨き粉を出す援助があれば、ブラッシングとうがいを自らでき、口腔衛生も改善する可能性がある。 口腔衛生：支障あり⇒なし 口腔ケア：全介⇒一介
	口腔衛生	自立	支障なし	支障あり	①		改善	継続	悪化	
入浴	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助	①	改善	継続	悪化	友人ととともに近隣の外出ができるようになりたい
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	①	改善	継続	悪化	
洗濯	掃除	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	継続	悪化	友人ととともに近隣の外出ができるようになりたい
	整理・物品の管理	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	継続	悪化	
金銭管理	洗濯	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	継続	悪化	友人ととともに近隣の外出ができるようになりたい
	整理・物品の管理	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	継続	悪化	
買物	金銭管理	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	継続	悪化	友人ととともに近隣の外出ができるようになりたい
	買物	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	継続	悪化	
認知	コミュニケーション能力	自立	支障なし	支障あり	①		改善	継続	悪化	友人ととともに近隣の外出ができるようになりたい
	認知	自立	支障なし	支障あり			改善	継続	悪化	
社会との関わり	コミュニケーション能力	自立	支障なし	支障あり	①		改善	継続	悪化	友人ととともに近隣の外出ができるようになりたい
	認知	自立	支障なし	支障あり			改善	継続	悪化	
褥瘡・皮膚の問題	社会との関わり	自立	支障なし	支障あり	①、③		改善	継続	悪化	友人ととともに近隣の外出ができるようになりたい
	褥瘡・皮膚の問題	自立	支障なし	支障あり			改善	継続	悪化	
行動・心理症状(BPSD)	行動・心理の問題	自立	支障なし	支障あり			改善	継続	悪化	友人ととともに近隣の外出ができるようになりたい
	行動・心理の問題	自立	支障なし	支障あり			改善	継続	悪化	
介護力(家族関係含む)	行動・心理症状(BPSD)	自立	支障なし	支障あり			改善	継続	悪化	友人ととともに近隣の外出ができるようになりたい
	行動・心理症状(BPSD)	自立	支障なし	支障あり			改善	継続	悪化	
居住環境	介護力(家族関係含む)	自立	支障なし	支障あり			改善	継続	悪化	友人ととともに近隣の外出ができるようになりたい
	介護力(家族関係含む)	自立	支障なし	支障あり			改善	継続	悪化	
居住環境	介護力(家族関係含む)	自立	支障なし	支障あり			改善	継続	悪化	友人ととともに近隣の外出ができるようになりたい

・これは原因疾患です。療養管理ができていますか？

・どの程度の障害なのか、詳細情報を把握していますか？

・住環境や心理的な側面などの要因も分析できていますか？

・本当に「支障なし」ですか？  
階段が外出不安の原因になっていないでしょうか？

・動作の視点だけでなく、自宅の洗面所の環境を改善する支援の可能性も検討しましたか？

・外出の不安の解消の観点は無くて良いのでしょうか？  
外出を奨励するための課題は本当に下肢筋力低下だけなのではないでしょうか？

(4) 評価表

評価表

作成日 2013/ 8 / 31

利用者名 A 殿

短期目標	(期間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス種類	※1		
日中は自宅のトイレを使うことができる	2013/6/1 ～ 2013/8/31	下肢筋力向上トレーニング	通所介護	〇〇ケアセンター	△	ご本人の意欲も高く、体力の向上傾向がみられるが、まだふらつきが強い、疲れやすい。
		日中等体力のあるときに、早めに自宅のトイレへ移動して使う練習をする	本人			
妻に助けってもらいながら、自宅身だしなみを整えられる	2013/6/1 ～ 2013/8/31	シャワー浴の見守り、更衣しやすしい被服等の工夫の提案	通所介護	〇〇ケアセンター	○	ご本人の意欲も高く、自ら進んで取り組みました。
		デイサービスでの食後の歯磨きの実施	通所介護	〇〇ケアセンター		
		デイサービスに行かない日に妻の見守りのもと、シャワー浴を行う	本人		○	妻の協力のもと、週2回程度取り組みでいらっしゃいます。

・体力の向上の根拠は？  
・体力向上でもふらつきや疲れの要因は？

※1「短期目標」は目標達成を5段階で記入する。○：短期目標は予定を上回って達成された。◎：短期目標は達成された(両方)。△：短期目標は達成されたが継続を要する。  
※2「短期目標」は達成度がより見直しを要する。×2：短期目標は達成できなかった(両方)。○：短期目標は達成された(両方)。△：短期目標は達成されたが継続を要する。

## 6. 課題整理総括表の記載の一例

ここでは、課題整理総括表を活用する参考として、2つの活用例と4つの記載例を掲載しています。ただし、この記載例は「このように記載すべき」というものではありません。

本書式は、介護支援専門員に係る研修の場面、介護支援専門員自身の振り返りやOJTにおける指導・助言の場面、サービス担当者会議での関係者間の意識の共有等の多職種協働の場面で活用し、課題の抽出過程での視点の抜け漏れを防いだり、さらに追加して収集すべき情報を確認したりして、課題の整理や支援の方向性に関する共有と理解を深めるきっかけとすることをねらいとしています。

ここでは、アセスメントした結果から、課題整理総括表を活用して課題分析し、生活全般の解決すべき課題(二一)を導いた例を掲載しています(あくまでも一例なので、他の分析もありえます)。

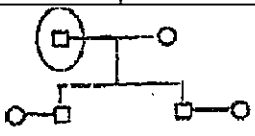
	年齢	性別	要介護度
活用例1 (ケアプランの見直し時に課題整理総括表を作成し、見直しに反映させた例)	87歳	男性	要介護1
活用例2 (初任段階の介護支援専門員が作成した課題整理総括表に、先輩が指導・助言を加えて修正し、その内容をケアプランの見直しに反映させた例)	85歳	男性	要介護1
記載例1 (独居の方の例)	76歳	女性	要支援2
記載例2 (夫婦二人で暮らしている方の例)	80歳	男性	要介護3
記載例3 (認知症があり小規模多機能型居宅サービスを利用している方の例)	72歳	女性	要介護4
記載例4 (特別養護老人ホーム入居者の例)	91歳	男性	要介護5

(1) 課題整理総括表をケアプランの見直し等に活用した例

■活用例1 (要介護1)

※ケアプランの見直しに課題整理総括表を作成して、見直しに反映させた活用例

○基本情報

受付年月	平成〇〇年 〇月 〇日					
受付担当者	〇山 〇男					
受付方法	地域包括支援センター経由で連絡					
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	G	性別	男	年齢	87歳
	住所	A市				
	連絡先	電話番号( 0**-***-**** ) その他( 090-****-**** )				
家族状況	 <p>長男と次男は同数地で勤務。妻はグループホーム入所中。</p>					
生活状況	<p><b>【性格・職業等】</b> 熊本の農家に生まれる。18歳で長崎造船所へ徴兵。19歳で入隊する。満州へ行く予定だったが終戦を迎え、21歳のときに●●に就職した。65歳まで製造現場に携わる。結婚は27歳のとき(妻22歳)。社宅などに移り住み、約45年前から現住所に在住。定年退職後のシルバー人材センターで選定作業などを行っていた。夫婦ふたり暮らし。</p> <p><b>【住環境】</b> 一戸建て、自室あり。駐車場無。幹線道路に近い坂の上にある住宅街。徒歩圏にスーパーなど無。</p> <p><b>【生活状況】</b> 以前は電動自転車で出かけていたが、足腰が悪くなってからは通院と庭仕事、テレビ、新聞が中心の毎日。自室の掃除や洗濯は自分のものは自分で行っている。家には健康器具が多くあるがあまり使用していない。現在はシニアカーを介護保険で導入し通院に利用している。夫婦二人暮らしで、妻も足が悪いため、通院・買い物はタクシーを利用している。買い物は長男・次男それぞれが月に2~3回ずつ訪問して支援している。 趣味は盆栽と植木の手入れ。以前は地域との交流も盛んにあったが、現在は挨拶程度。</p>					
利用者の被保険者情報	被保険者番号 *****					
現在利用しているサービスの状況	訪問介護、住宅改修、福祉用具貸与					
障害老人の日常生活自立度						
認知症である老人の日常生活自立度						
主訴	<p>(本人)自分ができるとは自分でしようと思う。転倒に気をつけて生活したい。閉じこもりにならないようにしたい。</p> <p>(長男)高齢老夫婦二人暮らし。長男・次男とも夫婦共働きで十分支援できない。介護保険サービスを利用して在宅生活を続けてほしい。</p>					
認定情報	<p>要介護1 (平成25年8月1日~平成26年1月31日)</p> <p>要介護2 (平成25年2月1日~平成25年7月31日)</p>					
課題分析(アセスメント)理由	定時アセスメント					

○居宅サービス計画

第1表

居宅サービス計画書(1)【旧】

作成年月日 平成25年1月23日

初回 紹介・継続 **認定済**・申請中

利用者名 殿 生年月日 昭和2年7月〇日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 \* \* 県A市

居宅サービス計画作成(変更)日 平成25年1月23日 初回居宅サービス計画作成日 平成25年1月25日

認定日 平成24年12月26日 認定の有効期間 平成25年2月1日～平成25年7月31日

要介護状態区分	要介護1 (要介護2)・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	<p>(本人) 自分ができるとは自分でしようと思う。転倒に気をつけて生活したい。閉じこもりにならないようにしたい。</p> <p>(長男) 忘れっぽいところはあるけれど、家族で買い物等の支援をしながら今の生活ができるだけ続けてほしいと思う。介護保険サービスで必要な支援を受けられるようならお願いしたい。</p>
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	(特になし)
総合的な援助の方針	<p>ご夫婦でそれぞれが役割を持ちながら在宅生活が継続できるとよいと思います。転倒せず生活できることが大切です。外出機会を持ち続けられるように引き続きシニアカーの利用を計画します。</p> <p>ご夫婦だけでは難しくなってきた家事についても、ご本人様、ご家族と相談しながら支援を検討したいと思います。</p> <p>(かかりつけ医) 0+-000-0000 (〇〇医院 Dr.〇〇) 緊急連絡先(長男) 080-0000-0000</p>
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし (2. 家族等が障害、疾病等 3. その他( ) )



居宅サービス計画書(2)【旧】

作成年月日 年 月 日

利用者名

股

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	サービス提供	※2	頻度	期間
生活全般の解決すべき課題(二一ス)									
通院治療を受けながら体調管理を行い、自分のことは自分でできる生活が継続できる	H25.2.1-H25.7.31	(体調に合わせて) 庭の手入れや自分の部屋の掃除や洗濯が続けられる	H25.2.1-H25.4.30	庭の手入れ…体調をみて、無理はない 自分の部屋の掃除…屈み動作など腰や膝に負担がかかる部分は手助けしてもらおう 洗濯	○	本人 訪問介護 家族・介護者 本人 本人		体調に合わせて 検討 体調に合わせて 体調に合わせて 体調に合わせて	H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30
外出できる環境を整え、閉じこもりにならない生活ができる	H25.2.1-H25.7.31	安全運転に配慮し、外出ができる	H25.2.1-H25.4.30	通院による治療の継続ができる 転倒しない		病院(通院) 病院(通院) 病院(通院) 病院(通院) 病院(通院) 本人	○クリニック K眼科 U泌尿器科 Y皮膚科 I耳鼻科 T歯科	週2回 2ヶ月に1回 月1回 月1回 週2回 週1回 毎日	H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30
外出できる環境を整え、閉じこもりにならない生活ができる	H25.2.1-H25.7.31	安全運転に配慮し、外出ができる	H25.2.1-H25.4.30	室内環境を整える(整理整頓) 動線上の障害物除去 必要箇所の住宅改修(手摺検討) ベッド利用により起居動線が安全で来に行える 電動車椅子の利用方法や注意点を指導やアドバイス、メンテナンスを行う 電動車椅子の利用方法や注意点を確認し、安全に運転する。 電動車椅子の実際の利用にあたっては、安全を確認する。注意が必要な場合は、本人と利用についての振り返りを行う。必要に応じて医師などに相談する。	○	訪問介護 家族・介護者 本人 住宅改修 福祉用具貸与 福祉用具貸与 本人 本人	検討 検討 検討 検討 検討 検討	検討 訪問時 毎日 検討 検討	H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30 H25.2.1-H25.4.30

※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。

課題整理総括表

利用者名 殿

作成日 / /

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)	① 神経痛 ④ 歯・義歯調整	② 前立腺肥大術後頻尿 ⑤ 白癩など	③ 咽頭不快・左耳難聴 ⑥ ※記憶力・理解力低下
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因※3	備考(状況・支援内容等)
移動	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	神経痛・足腰の疼痛のためADL障がいあり。外出はシニアカーを利用・愛用しているが、安全面で今後室内は利用が困難になる可能性あり。
室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	室内は手すり設置を検討中。
屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	
食事	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	炊飯は自分でする。割烹は湯煎やヘルパーが調理することを希望。
食事内容	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	時々間に合わず便器や床・衣類が汚染する。
食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	
調理	自立 見守り 一部介助 全介助	① 改善 維持 悪化	
排尿・排便	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	
排泄	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	
排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	
口腔	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	
口腔衛生	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	
口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	自宅にて自力でシャワー浴を週1回程度行っている。ADL介助が必要な状況と思われる。今後入浴支援を検討する。
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	足腰疼痛で困難のためヘルパーが支援
掃除	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	衣類は自分で洗濯。大物は母が支援。
洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	できる範囲で自力で行う。訪問時に家族が一緒に行う。
整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	大きなお金は長男が管理している。
金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	好きな食べ物のみ自分で購入。食材は家族が週1回程度購入するが、多忙で支援が困難な時もある。
買物	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	近隣の友人たちが徐々に少なくなり、挨拶程度の付き合いのみ。他者交流機会への参加は、難関があるため、と希望しない。
コミュニケーション能力	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	近隣の友人たちが徐々に少なくなり、挨拶程度の付き合いのみ。他者交流機会への参加は、難関があるため、と希望しない。
認知	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	近隣の友人たちが徐々に少なくなり、挨拶程度の付き合いのみ。他者交流機会への参加は、難関があるため、と希望しない。
社会との関わり	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	近隣の友人たちが徐々に少なくなり、挨拶程度の付き合いのみ。他者交流機会への参加は、難関があるため、と希望しない。
褥瘡・皮膚の問題	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	近隣の友人たちが徐々に少なくなり、挨拶程度の付き合いのみ。他者交流機会への参加は、難関があるため、と希望しない。
行動・心理症状(BPSD)	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	近隣の友人たちが徐々に少なくなり、挨拶程度の付き合いのみ。他者交流機会への参加は、難関があるため、と希望しない。
介護力(家族関係含む)	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	近隣の友人たちが徐々に少なくなり、挨拶程度の付き合いのみ。他者交流機会への参加は、難関があるため、と希望しない。
居住環境	自立 見守り 一部介助 全介助	②① 改善 維持 悪化	近隣の友人たちが徐々に少なくなり、挨拶程度の付き合いのみ。他者交流機会への参加は、難関があるため、と希望しない。

利用者及び家族の 生活に対する意向	見直し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
本人自分でできることはよほどと思う。家柄に気を付けて生活したい。閉じこもりにならないようにしたい。 (家族)今の生活ができてはいい。必要な支援が介保確保で受けられるからお願いしたい。	通院・内服薬管理や日常生活の支援について、今まで以上に家族支援が必要となる。本人が自分で決めたい気持ちがあるため、本人の意向と家族からの意見をふまえて支援を行うことで、高齢健忘生活をできるだけ長く続けることができると考える。家族では補えない部分はヘルパーサービスを利用調整する。	通院治療を受けながら体調管理を行い、自分自身は自分でできる生活が続くこと。	1
	利用可能なサービスや他者交流機会を持つために通所サービスを利用することが望ましいが、本人の利用意向がない。	外出できる環境を整え、閉じこもりにならない生活ができる。	2
	現在はシニアカーを利用して高次的に外出することができている。今後、自力での外出が困難になった時に再度検討する必要がある。		
	入浴は自分で行いたい気持ちがあるが、本人ひとりでは転倒等事故のリスクが高い。皮膚状態の観察も含めて入浴支援が必要。		

○ 居宅サービス計画（課題整理総括表を踏まえて見直したものの）

第1表

居宅サービス計画書(1)【新】

作成年月日 平成25年 月 日

初回 紹介・継続 認定済・申請中

利用者名 股 殿 生年月日 昭和2年 7月 0日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 福岡県北九州市〇〇区

居宅サービス計画作成(変更)日 平成25年10月8日 初回居宅サービス計画作成日 平成25年4月17日

認定日 平成25年9月4日 認定の有効期間 平成25年8月1日～平成26年1月31日

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	(本人) 自分ができることは自分でしようと思う。転倒に気をつけて生活したい。閉じこもりにならないようにしたい。 (長男) 忘れっぽいところはあはるけれど、家族で買い物等の支援をしながら今の生活がでざるだけ続いでほしいと思う。介護保険サービスで必要な支援を受けられるようならお願いしたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	(特になし)
総合的な援助の方針	体調管理をしながら、転倒なくメリハリのある生活が送れると良いと思います。 外出機会を持ち続けられることや難しくなってきた家事についても、ご本人様・ご家族と相談しながら支援を検討したいと思っています。 (かかりつけ医) 0** - 000 - 0000 (〇〇医院 Dr.〇〇) 緊急連絡先(長男) 080 - 0000 - 0000
生活援助中心型の算定理由	1.一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他( )

居宅サービス計画書(2)【新】

作成年月日 年 月 日

利用者の生活全般の解決すべき課題(二次)	長期目標		短期目標		目標		援助内容				
	(期間)	(内容)	(期間)	(内容)	(期間)	(内容)	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
通院治療を受けながら体調管理を行い、自分ですること生活が継続できる	H25.8.1-H26.1.31	体調管理ができ、自分の役割が継続できる	H25.11.1-H26.1.31	(体調に合わせ)庭の手入れや自分の部屋の掃除や洗濯が続けられる	H25.11.1-H26.1.31	庭の手入れ...体調をみて、無理はしない。自分の部屋の掃除...庭み動作など腰や膝に負担がかかる部分は手助けしてもらう。洗濯(本人に相談しながら支援する)。	○	本人 ①本人 ②家族・介護者 ③訪問介護	③Kヘルパーセンター	体調に合わせて ①体調に合わせて ②適宜 ③週2回	3ヶ月
外出できる環境を整え、閉じこもりにならない生活ができる	H25.8.1-H26.1.31	人との交流機会を持ちながらメリハリのある生活ができる	H25.11.1-H26.1.31	転倒しない	H25.11.1-H26.1.31	神経痛の治療 白内障の治療 前立腺肥大術後(頻尿あり)の薬管理 白濁ほかの治療 咽頭不快・左肩凝りの治療 う歯・表歯の調整 奉日、テレビ体操を行う(筋力維持増進) 指導やアドバイスのもと運動や体操(機能訓練)を行う 入浴における自立に向けた支援(安全の確保) (必要に応じた介助) 室内環境を整える(整理整頓) 動線上の障害物除去 本人の移動時における安全の確保のための住宅改造 ヘッド利用により起居動線が安全で暮らせる 電動車椅子の利用...①業者より方法や注意点の指導やアドバイス、メンテナンスを行う②電動車椅子の利用方法や注意点を確認し、安全に運転する。 定期的な外出機会、他者交流機会(行事・ゲーム・アクティビティへの参加)	○	本人 ①本人 ②通所サービス ③訪問介護	○クリニック K眼科 U泌尿器科 Y皮膚科 I耳鼻科 T歯科	週2回 2ヶ月ごと 月1回 月1回 週2回 週1回 奉日	3ヶ月
外出できる環境を整え、閉じこもりにならない生活ができる	H25.8.1-H26.1.31	人との交流機会を持ちながらメリハリのある生活ができる	H25.11.1-H26.1.31	転倒しない	H25.11.1-H26.1.31	奉日、テレビ体操を行う(筋力維持増進) 指導やアドバイスのもと運動や体操(機能訓練)を行う 入浴における自立に向けた支援(安全の確保) (必要に応じた介助) 室内環境を整える(整理整頓) 動線上の障害物除去 本人の移動時における安全の確保のための住宅改造 ヘッド利用により起居動線が安全で暮らせる 電動車椅子の利用...①業者より方法や注意点の指導やアドバイス、メンテナンスを行う②電動車椅子の利用方法や注意点を確認し、安全に運転する。 定期的な外出機会、他者交流機会(行事・ゲーム・アクティビティへの参加)	○	本人 ①本人 ②家族・介護者 ③訪問介護	③Kヘルパーセンター (株)H (株)H (株)H	週2回 週1回 週1回 週2回 週2回 週1回 奉日	3ヶ月

※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。

■活用例2（要介護1）

※初任段階の介護支援専門員が作成した課題整理総括表に先輩が指導・助言を加えて修正し、その内容をケアプランの見直しに反映させた活用例

○基本情報

受付年月	平成〇〇年 〇月 〇日					
受付担当者	〇田 〇期					
受付方法	C市に住んでいる長女より新規の依頼あり					
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	H	性別	男	年齢	85歳
	住所	A市、				
	連絡先	電話番号( 0** - *** - **** ) その他( 090 - **** - **** )				
家族状況	子ふたり。長女は福岡県〇〇郡在住。長男は関東在住。 長女は月に1～2回訪問あり。					
生活状況	<p><b>【生活歴】</b> A市〇〇町生まれ。40年前に家を建てて現在も住んでいる。学校卒業後、税理士として80歳まで働く。家事は全部妻がしており、したことがない。子どもは二人。子どもが家を出てから妻と二人暮らししていた。旅行等に妻と二人で行き、仲の良い夫婦生活を送っていたが、平成25年7月上旬に妻に癌がみつき、B市での入院生活を経て、8月〇日に亡くなった。</p> <p><b>【生活状況】</b> 起床や就寝時間は決まっており、ある程度規則正しい生活は遅れている。前立腺肥大症があり、内服しているが夜間帯に4～5回はトイレに行っている。再入眠までは時間がかからない様子。 趣味は読書、旅行、ゲートボール。地域との交流はなし。</p>					
利用者の被保険者情報	被保険者番号 *****					
現在利用しているサービスの状況	訪問介護、通所介護、住宅改修					
障害老人の日常生活自立度	J2					
認知症である老人の日常生活自立度	II a					
主訴	<p>(本人)住み慣れた家でのひとり暮らしを続けたい。掃除や身の回りのことがひとりではできないので支援してほしい。転倒やけがをせずに生活したい。</p> <p>(長女)平成25年8月22日に一緒に生活していた母が亡くなり、ひとり暮らしとなった。身の回りのことが一人でできない。家の中にずっといるので足腰の筋力低下が心配である。</p>					
認定情報	要介護1（平成25年7月1日～平成25年12月31日）					
課題分析 (アセスメント)理由	定時アセスメント					

課題整理総括表 (旧)

利用者名 殿

作成日 / /

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)	① パーキンソン病 ④ 糖尿病	② 前立腺肥大症 ⑤	③ 本人は家事をしたことがない ④
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因※3	備考(状況・支援内容等)
移動	室内移動 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	居室内は広い歩きをしている。
食事	屋外移動 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	外出時は杖を使っている。パーキンソン病があり、5分ほど歩くと足の力が悪くなる、1年前に比べると連続歩行でできる距離が短くなっている。
排泄	食事内容 支援なし 支援あり	改善 維持 悪化	決まった時間に栄養があるものを摂取できていない。
口腔	食事摂取 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	先月亡くなった妻がすべてしていたので家事をしたことがない。
服薬	調理 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	前立腺肥大のため夜間4〜5回トイレに目覚める。
入浴	排尿・排便 支援なし 支援あり	改善 維持 悪化	居室からトイレまで早く歩かないので間に合わないことがある。夜間の排尿回数が増えないように内服薬でコントロールする。
更衣	排泄動作 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	薬の管理・通院は自分でしている。
掃除	口腔衛生 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	週に1回体調の良い時に椅子に座ってシャワーを浴びている。浴槽への踏ざがひどくてできないので浴槽には2ヶ月ほど入っていない。
洗濯	口腔ケア 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
整理・物品の管理	服薬 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
金銭管理	入浴 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
買物	更衣 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
コミュニケーション能力	掃除 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
認知	洗濯 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
社会との関わり	整理・物品の管理 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
褥瘡・皮膚の問題	金銭管理 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
行動・心理症状(BPSD)	買物 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
介護力(家族関係含む)	コミュニケーション能力 支援なし 支援あり	改善 維持 悪化	杖が来られるのは月に1〜2回。
居住環境	認知 支援なし 支援あり	改善 維持 悪化	郵便の出入りの段差があり、廊下に手すりがないなど、トイレまでの歩行に時間がかかる。

利用者及び家族の 生活に対する意向	見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
(本人)住み慣れた家でのんびり暮らしを続けたい。掃除や身の回りのことかひたひたまで自分で済ませたい。転倒やけがをせずに暮らしたい。(家族)母が亡くなった後ひとり暮らしになり不自由しているので支援してほしい。課題管理や転倒せずに生活できるように支援してほしい。	体調にあわせて(ハビ)を行ったり、廊下に手すりが設置することで、歩行距離の延長や耐え性の向上を表現し、夜の自室からトイレまでの歩行がひとりで安全に行えると思われる。	転倒やけがをせずに生活したい。	1
	パーキンソン病の悪化予防のための内服薬の自己管理を続けていくことが必要である。		
	他者の介助のもとで安全に入浴できるようにすることで、皮膚を清潔に保つ必要がある。	できる家事を済やしたい。	3
	食事の確保をし、決まった時間に摂取することによって、体重と血糖値が安定すると思われる。		
	身の回りのことについて自分でできることを増やすことで、居室での生活を続けられると思われる。	病気がこれ以上悪化しないようにしたい。	2

○居宅サービス計画書

(課題整理総括表による指導・助言を受ける前のもの)

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 年 月 日  
 初回 紹介・継続 認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 昭和4年 5月 〇日 住所 \_\_\_\_\_  
 居宅サービス計画作成者氏名 \_\_\_\_\_  
 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 〇〇県A市 \_\_\_\_\_  
 居宅サービス計画作成(変更)日 平成25年8月29日 初回居宅サービス計画作成日 平成25年8月29日  
 認定日 平成25年8月7日 認定の有効期間 平成25年7月1日～ 平成25年12月31日

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5	
利用者及び家族の生活に対する意向	(本人) 住み慣れた家でのひとり暮らしを続けたい。掃除や身の回りのことがひとりでできないので支援してほしい。 (家族:長女) 転倒や怪我をせずに生活したい。今までは母が身の回りのことをしてくれていたが、母が亡くなって父はひとりになり、不自由しているので支援してほしい。体調管理や転倒せずに生活できるように支援してほしい。	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	(特記事項なし)	
総合的な援助の方針	住み慣れた環境の中でひとり暮らしが続けられるように、受診や内服管理を続けよう。家の中や外出時の杖歩行が安定するよう運動をするとともに、転倒せずに生活できる環境が整うように支援していきます。身の回りのことが不自由なくできるように支援していきます。本人や家族と連携を図りながら支援していきます。(病院) 0**-000-0000 (〇〇診療所 Dr.〇〇)	
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他( )	

第2表

居宅サービス計画書(2)【旧】

作成年月日 年 月 日

利用者名

股

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	サービス提供	※2	頻度	期間
生活全般の解決 すべき課題(ニーズ) 転倒やけがをせせず に生活したい	H25.7.1- H25.12.31	室内・外で転 倒せずに生活 できる	H25.7.1- H25.12.31	①外出時の杖歩 行が安定する ②家の中をぶらつ かずに歩ける	足腰の筋力のための運動・指導・個別機能 訓練・杖の使い方の指導 動線の障害物の撤去 住宅改修：玄関・トイレ・廊下・部屋の出入り口 に手摺の設置；居室内が安全に歩行できる 居室内での運動・老人クラブへの参加・外出 時は杖を使う。十分に気をつける。体調の悪い 時は早めに受診する 外出同行	○	通所介護 訪問介護 住宅改修 本人 家族 ケアマネジャー	週1回 週2回 週1回 週2回 週5回 週2回	6か月 6か月 6か月 6か月 6か月 6か月 6か月 6か月 6か月 6か月 6か月
ひとりでの入浴は 不安なので安全 に入られるようにした い	H25.7.1- H25.12.31	自分が入浴し たいときに自 立して入浴で きる	H25.7.1- H25.12.31	③浴室内を安全 に移動ができて 身体が洗える	必要時デイサービスや福祉用具貸与の検討 入浴の一部支援・浴室内での見守り・皮膚 状態の観察・必要時の軟膏塗布 準備・着替は自分で行う 必要時デイサービス利用回数の検討	○	通所介護 本人 ケアマネジャー	週1回 毎日 週1回 週1回	6か月 6か月 6か月 6か月 6か月 6か月 6か月
病気がこれ以上 悪くならないように したい	H25.7.1- H25.12.31	病状が安定 する	H25.7.1- H25.12.31	④定期受診や 内服の自己管 理ができる ⑤決まった時間 に食事のとれ体 重が減少しない	診察・検査・指導 定期受診・内服の自己管理・決まった時間 帯に食事摂る 食事の下ごしらえ・食材の購入 宅配サービスの利用	○	病院 本人 訪問介護 本人	月1回 毎日 週2回 週5回 週2回	6か月 6か月 6か月 6か月 6か月 6か月 6か月
家事をやり慣れて いないので支援し てほしい	H25.7.1- H25.12.31	身の回りのこ とが不自由な くてできる	H25.7.1- H25.12.31	⑥居室内の掃 除や片付けが支 援者と一緒にて できる	居室内の掃除 環境整備 洗濯 片付け ゴミ捨て	○	訪問介護 本人	週2回	6か月



課題整理総括表 (先達の介護支援専門員による指導・助言を受けて修正したもの)

課題整理総括表 (新)

利用者名

殿

作成日

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)	① パーキンソン病	② 前立腺肥大症	③ 本人は家事をしたことがない
状況の事実 ※1	現在 ※2	要	備考 (状況・支援内容等)
移動	室内移動 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	居室内は広い歩き回している。
食事	屋外移動 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	外出時は杖を使っている。パーキンソン病があり、5分ほど歩くと足の出が悪くなる。1年前に比べると連続歩行でできる距離が短くなっている。
排泄	食事内容 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	決まった時間に栄養があるものを摂取できている。
排便	食事摂取 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	弁当を電子レンジで加熱することはできるが、台所に立って調理の下箱まではできない。亡くなった妻が調理をしていたため経験がない。
口腔	排尿・排便 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	前立腺肥大のため夜間4~6回トイレに目覚める。
口腔ケア	排泄動作 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	居室からトイレまで早く歩けないので間に合わないことになってコントロールする。
服薬	口腔衛生 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	認知の管理・通院は自分でしている。
入浴	口腔ケア 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	週に1回体調の良い時に椅子に座ってシャワーを浴びている。浴槽への歩きがひどいので浴槽には2ヶ月ほど入っていない。
更衣	服薬 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	ほろろで床を掃除することはできるが前傾姿勢の保持ができないため掃除機はかけられない。
掃除	入浴 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	洗濯機を操作することはできるが洗濯物を干すことができない。
洗濯	更衣 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	軽い物であれば購入して持ってくる事ができるが重い物は持てない。
整理・物品の管理	掃除 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	
金銭管理	洗濯 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	
買物	整理・物品の管理 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	
コミュニケーション能力	金銭管理 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	
認知	買物 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	
社会との関わり	コミュニケーション能力 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	
癩癩・皮膚の問題	認知 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	
行動・心理症状(BPSD)	社会との関わり 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	
介護力(家族関係含む)	癩癩・皮膚の問題 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	熱が来られるのは月に1~2回。
居住環境	行動・心理症状(BPSD) 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	部屋の出入り口の段差があり、廊下に手すりが無いなど、トイレまでの歩行に時間がかかる。
	介護力(家族関係含む) 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	
	居住環境 自立 見守り 全介助	改善 維持 悪化	

利用者及び家族の生活に対する意向	見直し ※5	生活全般の解決すべき課題 (二一ス) 【案】	※6
本人が住み慣れた家でのんびり暮らしたい。掃除や身の回りのことが自分でできないので支援してほしい。転倒やけがをせずに暮らしたい。家族やスタッフが亡くなるのを防ぐために介護や健康管理を徹底してほしい。	本人の体調に合わせて、腰や大腿部の筋力強化や歩行訓練を行うことで、姿勢障害や歩行障害を軽減し、寝室からトイレまで安全に歩行ができる。  安全に入浴するためには他者の援助が必要である。  定期受診や内服の自己管理を続けることで、夜間の排尿回数をコントロールし、本人の不安心を軽減する。	1 転倒やけがをせずに生活したい。	2 外風呂にゆっく入りたい。
		3 ひとり暮らしを続けるためにできる家事を支援してほしい。	

○居宅サービス計画書 (課題整理総括表による指導・助言を受けて修正したもの)

第1表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日 年 月 日  
 (初回) 紹介・継続 (認定済)・申請中

利用者名 殿 生年月日 昭和4年 5月 〇日 住所 \_\_\_\_\_  
 居宅サービス計画作成者氏名 \_\_\_\_\_  
 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 〇〇県A市 \_\_\_\_\_  
 居宅サービス計画作成(変更)日 平成25年8月29日 初回居宅サービス計画作成日 平成25年8月29日  
 認定日 平成25年8月7日 認定の有効期間 平成25年7月1日～ 平成25年12月31日

要介護状態区分	(要介護1)・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	(本人) 住み慣れた家でのひとり暮らしを続けたい。掃除や身の回りのことがひとりでできてきないのので支援してほしい。 (家族:長女) 今までは母が身の回りのことをしてくれていたが、母が亡くなって父はひとりになり、不自由しているので支援してほしい。 体調管理や転倒せずに生活できるように支援してほしい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	(特記事項なし)
総合的な援助の方針	住み慣れた環境の中でのひとり暮らしが続けられるように、受診や内服管理を続けよう。 家の中や外出時の杖歩行が安定するように運動をするとともに、転倒せずに生活できる環境が整うように支援していきます。 身の回りのことが不自由なくできるように支援していきます。 本人や家族と連携を図りながら支援していきます。 (病院) 0**-000-0000 (〇〇診療所 Dr.〇〇)
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他( )

第2表

居宅サービス計画書(2)【新】

作成年月日 年 月 日

利用者名

股

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
転倒やけがをせずに生活したい	H25.7.1- H25.12.31 室内・外で転倒せずに生活できる	H25.7.1- H25.12.31 自室からトイレまで転倒なく歩ける	足腰の筋力のための運動・指導・個別機能訓練・杖の使い方の指導 動線の障害物の撤去 住宅改修：玄関・トイレ・廊下・部屋の出入りに手摺の設置：居室内が安全に歩行できる 居室内での運動・外出時は杖を使う。 必要時デイサービスや福祉用具貸与の検討 診察・検査 ①受診(タクシーを利用) ②内服の自己管理	○ ○ ○	通所介護 訪問介護 住宅改修 本人 ケアマネジャー 病院 本人	+++ +++ +++	週1回 週2回 毎日 週宜	6か月 6か月 6か月 6か月 6か月 6か月
自分の思うように好きな時間に入浴したい	H25.7.1- H25.12.31 安全に入浴ができる	H25.7.1- H25.12.31 見守りで浴槽内にひとりで行き入れられる	入浴の一部支援・浴室内での見守り・皮膚状態の観察・必要時の軟膏塗布 準備・着替えや洗える部分は自分で行う	○	通所介護 本人	+++	週1回 毎日	6か月 6か月
ひとり暮らしを続けるためにできる家事を増やしたい	H25.7.1- H25.12.31 自分でできる家事が増える	H25.7.1- H25.12.31 潜在機を活かした家事の方法を覚える	ゴミ出し・洗濯物干し/取り込み・献立の作成・食材の調理法説明・食事の下ごしらえ ゴミの分別・洗濯機を回す・玄関の掃き掃除・ベッド周辺の片づけ・弁当の温め並びに片付け・宅配サービスの利用・朝食の準備	○	訪問介護 本人	+++	週2回 毎日	6か月 6か月

・家事援助の目標が具体化された

※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。

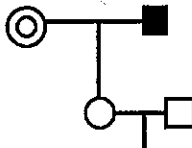
※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

## (2) その他課題整理総括表への記載の一例

ここでは、前項のようにケアプランの見直しに活用した例とは別に、新規に（再）アセスメントした結果から、課題整理総括表を活用して課題分析し、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を整理した事例を掲載しています（あくまでも一例なので、他の分析もありえます）。

### ■記載例1（要支援2）

#### ◎基本情報に関する項目

受付年月	2013年6月〇日						
受付担当者	〇田〇子		受付方法	来所による相談			
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	D		性別	女性	年齢	76歳
	住所	A県A市〇〇町					
	連絡先	電話番号(****-****) その他( )					
家族状況	 <p>区内に一人娘が夫と孫(男の子)と共に3人で在住。 普段は朝から晩まで就業しており、あまり来訪していない</p>						
生活状況	<p>【性格・職業等】結婚後、専業主婦として家庭を切り盛りしてきた。温厚で近所の同世代の住民とも顔見知りが多く、会うと会話を楽しみ、明るい性格である。</p> <p>【経過】夫は数年前に死去。エレベーターのない3階に独居。和式トイレであり、両膝の痛みがあり、日常生活の中でトイレの立ち座りや室内外での歩行に支障をきたしていたため、住宅改修によるトイレの手すり設置や浴室前に手すり、電動の自立支援ベッドと手すり、室内用歩行器の貸与を行った。また腰掛け便座を購入して、両膝への負担を軽減するよう支援を行った。両膝を曲げる動作に支障があることから、買い物や掃除が困難と思われ、訪問介護の利用を提案するが、できる限り他者に頼りたくないとの本人の希望があり、平成25年4月現在も、福祉用具のみで家事全般について支援は行っていない。</p>						
利用者の被保険者情報	<p>介護保険 被保険者番号 *****</p> <p>後期高齢者医療保険 被保険者番号 *****</p>						
現在利用しているサービスの状況	<p>介護予防特定福祉用具販売(腰掛け便座)</p> <p>介護予防住宅改修(トイレ内の手すりの取り付け)</p> <p>介護予防福祉用具貸与(歩行器、手すり)自費レンタルベッド</p> <p>隣人(週2回 ゴミ捨て援助)</p>						
障害老人の日常生活自立度	J2		認知症である老人の日常生活自立度	自立			
主訴	<p>(本人) 自宅に他人を入れたくないのでヘルパーに頼りたくない。</p> <p>(娘) 同市内に住んでいるが終日仕事をしており頻りに母を訪ねられないため、できることは自分でしてほしい。</p>						
認定情報	要支援2(平成25年5月1日~平成26年4月30日)						
課題分析(アセスメント)理由	更新のため定時アセスメント						

課題整理総括表

利用者名 D 殿

作成日

2013年6月〇日

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		①偏った食生活・肥満		②糖尿病の理解が不十分		③両変形膝関節症		④住環境(階段、坂道)		⑤歯の欠損		⑥サービスマシンの利用に対する抵抗感	
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4	備考(状況・支援内容)	見直し ※5	生活全般の解決すべき課題 (二一ス) 【案】	※6	利用者及び家族の生活に対する意向	(本人)自宅に他人を入れないでほしい、ヘルパーに頼りたくない、(介護者(娘))同市内に住んでほしいが終日仕事をしており頻回に母を助けられたいため、できることは自分でしてほしい。				
移動	室内移動 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	*両膝の痛みあり、室内では手すりや歩行器を使用。屋外は歩行器使用。	1. 歯を治療することで、咀嚼回数が増え満腹感も得ることができるようになる。								
食事	屋外移動 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	*軟らかく、脂っこい食事が好きで、每晚500mlのビールを飲む習慣がある。体重73kg。	2. 食事指導により食事内容を変更し、内服薬の継続と、適度な運動を行うことで、体重が減少し、高血圧や糖尿病合併症予防ができる可能性がある。				1				
排泄	食事内容 自立 見守り 一部介助 全介助	① ② ③	改善 維持 悪化	*大根している歯が数本あり、咀嚼がしつかりでない。歯茎より出血あり。 *次事は好きであり自力で行っている。									
排泄	食事採取 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	*トイレは膝掛便座・手すり設置済み									
排泄	調理 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	*入浴後体調が悪かったため、歯の欠損の治療ができていない。									
排泄	排尿・排便 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	*忘れられたこと(眼鏡)を返してきている。									
排泄	排便動作 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	*浴槽の出入りがしつづらく、シャワーで済ませることが多い。									
口腔	口腔衛生 自立 見守り 一部介助 全介助	⑤	改善 維持 悪化	*掃除は身の回りのみ粘着ローラーで行うが、掃除機や拭き掃除は膝の痛みと関節可動域制限のため行うことができない。									
口腔	口腔ケア 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	*買い物は自分の目で見て購入したいので歩行器を利用してゆくり行く。									
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	*杖とは電話連絡は時々している。近隣住民とは関係は良好。ヘルパーの支援に対して抵抗感あり。									
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	*杖が同区内在住であるが就業のため訪問は月1回程度。 *エレベーターのない3階 スーパー等へは坂道がある。									
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
掃除	自立 見守り 一部介助 全介助	④	改善 維持 悪化										
掃除	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
買物	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
買物	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
コミュニケーション能力	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
コミュニケーション能力	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
認知	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
認知	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
社会との関わり	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
社会との関わり	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
褥瘡・皮膚の問題	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
褥瘡・皮膚の問題	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
行動・心理症状(BPSD)	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
行動・心理症状(BPSD)	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
介護力(家族関係含む)	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
介護力(家族関係含む)	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
居住環境	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										
居住環境	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化										

■記載例2 (要介護3)

◎基本情報に関する項目

受付年月	平成 25 年 6 月 〇 日					
受付担当者	〇川〇子					
受付方法	電話					
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	A	性別	男性	年齢	80 歳
	住所	B 県 B 市 〇 〇 町				
	連絡先	電話番号( * * * - * * * - * * * * ) その他( )				
家族状況						
生活状況	<p>【性格・職業等】義理人情の話が好き。高倉健のビデオを観て過ごしている。頑固な性格。製薬会社に勤務し、結婚後は夫婦で自営業を営まれていた。平成 6 年頸椎後縦靱帯骨化症発症により事業を閉じて、長女の近くにマンションを購入し生活を送っている。</p> <p>【かかわりの経過】平成 17 年、急性心筋梗塞で入院。平成 22 年頃より転倒が頻回となり徐々に歩行も困難になり入院。頸椎後縦靱帯骨化症による下肢筋力低下と診断され、リハビリ科で歩行訓練。退院後は訪問診療、訪問看護に加え手すりの追加、夜間対応型訪問介護も契約した。</p> <p>平成 25 年 3 月、肺炎で入院・退院。平成 25 年 5 月、血尿で再入院時には慢性腎不全も悪化、透析も検討が必要と言われた。入院中腎臓食で退院に向け簡単な栄養指導を受けて平成 25 年 6 月 〇 日に退院。同居の妻は椎間板ヘルニアと変形性膝関節症で介護できず、主介護者の長女も市内で週 5 日勤務しており、週 1 日の訪問が限界のため、サービスの見直しが必要となった。</p>					
利用者の被保険者情報	介護保険証番号 * * * * * * * * * *					
現在利用しているサービスの状況	<p>訪問診療(1 回/2 週)</p> <p>訪問看護(1 回/週)全身状態の観察、体重測定、必要時浣腸</p> <p>訪問リハビリ(1 回/週)関節可動域訓練、歩行訓練</p> <p>訪問介護(毎朝)モーニングケア、排泄介助、居間までの移動介助</p> <p>(1 回/2 週)入浴介助 (1 回/週)掃除</p> <p>夜間対応型訪問介護</p> <p>福祉用具貸与:特殊寝台・付属品、歩行器、車イス・車イス付属品、手すり</p> <p>特定福祉用具販売:補高便座、入浴補助用具(シャワーチェア、浴槽台、浴槽手すり)</p> <p>住宅改修:トイレ、浴室手すり設置</p>					
障害老人の日常生活自立度	B2	認知症である老人の日常生活自立度		自立		
主訴	<p>(本人)できるだけ人の世話にはなりたくない。病気がよくならないなら家で過ごしたい。</p> <p>(妻)必要な検査を受け治療してほしい。私も病気で介護できない事が辛い気持ちをわかってほしい。</p> <p>(娘)母の不安や負担を軽減してほしい。</p>					
認定情報	要介護 3 平成 25 年 5 月 〇 日から平成 26 年 5 月 31 日まで					
課題分析(アセスメント)理由	状態の著変時のアセスメント					

課題整理総括表

利用者名 A 殿

作成日

2013年6月〇日

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)	①頸椎後縦靭帯骨化症・下肢筋力低下 ④慢性腎不全	②妻からの支援が受けられない ⑤住環境(廊下、マンション入口)	③貧血 ⑥	利用者及び家族の生活に対する意向	【本人】でできるだけ人の世話にはかからない、病気が収まらなければならなくてほしい。【介護者】妻は必要の検査は受けて治療してほしい。私も病気で介護できない事が多い気がしてかわらなくてほしい。妹、母の介護や負担を軽減してほしい。	※6
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	
移動	自立 見守り 自立 見守り	①③ ①③⑤	改善 維持 改善 維持	1リハビリを継続することにより手すりを使ってトイレまで歩くことができ、様々な介助(ベッドの上で訪問看護師が流腸をすること)を受けず、自分で排便ができる可能性がある。		
食事	自立 見守り 自立 見守り	③④	改善 維持	・廊下を歩行していた時はよく転倒していた。居間への移動はヘルパーが車椅子で介助。屋外は移動していない。 ・腎臓食		
排便	自立 見守り 自立 見守り	①② ①④	改善 維持 改善 維持	・排尿はオムツ内、排便はベッド上で訪問看護師が流腸。 ・排便動作は自立だが、トイレへの移動に介助を要するためオムツ使用。 ・朝の洗顔、歯磨きは洗面所使用。 ・入浴はヘルパー介助でシャワー浴。 ・座位でのズボンの着脱はできる。		
排泄	自立 見守り 自立 見守り	①⑤	改善 維持			
口腔	自立 見守り 自立 見守り	①③	改善 維持			
服薬	自立 見守り 自立 見守り	①③⑤	改善 維持			
入浴	自立 見守り 自立 見守り	①③⑤	改善 維持			
更衣	自立 見守り 自立 見守り	①	改善 維持			
掃除	自立 見守り 自立 見守り	①②	改善 維持			
洗濯	自立 見守り 自立 見守り	①②	改善 維持			
整理・物品の管理	自立 見守り 自立 見守り	①③	改善 維持			
金銭管理	自立 見守り 自立 見守り	①	改善 維持			
買物	自立 見守り 自立 見守り	①②⑤	改善 維持			
コミュニケーション能力	自立 見守り 自立 見守り		改善 維持			
認知	自立 見守り 自立 見守り		改善 維持			
社会との関わり	自立 見守り 自立 見守り		改善 維持			
褥瘡・皮膚の問題	自立 見守り 自立 見守り		改善 維持			
行動・心理症状(BPSD)	自立 見守り 自立 見守り		改善 維持			
介護力(家族関係含む)	自立 見守り 自立 見守り	②	改善 維持	・同居の妻はヘルニア、膝関節症のため介護できず。長女も仕事のため週1日の訪問が限界。		
居住環境	自立 見守り 自立 見守り	⑤	改善 維持	・トイレ、浴室に手すり設置済だが、寝室からトイレまでの廊下には手すりが無い。		

■記載例3 (要介護4/認知症があり小規模多機能を利用している事例)

◎基本情報に関する項目

受付年月	2013年6月〇日					
受付担当者	〇村〇男	受付方法	電話による			
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	F	性別	女	年齢	72歳
	住所	C県C市〇〇町				
	連絡先	電話番号( ***-**** ) その他( )				
家族状況						
生活状況	<p>【性格・職業等】3人姉妹の一番下。戦後より現住所に姉と同居。夫も結婚以降も同居。子供はいない。小売業に長年勤めリーダー的な役割を果たし定年退職。綺麗好き、丁寧。動物や小さい子供が好き。認知症を発症するまでは、姉に口ごたえなどしなかった。姉とは仕事と家事を協力しながら生活してきた。</p> <p>【経過】平成17年に認知症を発症。糖尿病がありインスリン注射をしているが、時間がわからなくなった。認知症デイを利用していましたが、朝起きるのが遅く準備ができず、また他の利用者とうまいかず利用をやめた。本人と姉との折り合いが悪くなり、夫の精神的ストレスが蓄積していた。夫の精神面のリフレッシュと、本人の生活習慣の改善(起床時間や食事時間)を図るため、平成22年3月より小規模多機能の利用開始。まずは通いサービスから始める。</p> <p>平成23年7月に宿泊を試してみるが、拒否があり帰宅。通所を週4回に増やす。平成24年3月夫が急病。急遽2泊3日の宿泊。以降、定期的宿泊が可能になった。</p> <p>平成25年3月夫と歩行中に転倒。ADLが低下し、感情の起伏が激しくなった。気分の波によっては食事しない。トイレ誘導、入浴介助などに応じないことが増えた。</p> <p>平成25年4月、医師から、血糖を測定してその値によってインスリンの単位数を調整するように指示があった。通いの時は事業所で、それ以外は夫が調整していたが、週1回訪問看護を導入することとなった。</p>					
利用者の被保険者情報	介護保険 被保険者証 番号 ***** 国民健康保険 番号 *****					
現在利用しているサービスの状況	小規模多機能型居宅介護サービス(通所 週5回 内2泊3日の泊りを含む) 訪問看護(週1回 血糖値測定とインスリン注射)					
障害老人の日常生活自立度	A1	認知症である老人の日常生活自立度	IIIb			
主訴	(本人) 人にいろいろ言われると苛立ち、賑やかな場所が苦手。人に気を使わずに過ごしたい。 (夫) 本人の機嫌を損ねないように気を遣いながら、本人と一緒にこの家で暮らしたい。 (姉) 口出しすると苛立たれるのでそっと見守りたい。					
認定情報	要介護4 平成25年4月1日～平成27年3月31日					
課題分析(アセスメント)理由	定時アセスメント					



課題整理総括表

利用者名 F 股

作成日 2013/6/10

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)	①混合性認知症 ④音や人の刺激(不快感)	②下肢筋力低下 ⑤糖尿病(血糖測定、インシュリン注射)	③同居家族との折り合い ⑥住環境(騒音が2階)
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因 ※3	備考(状況・支援内容)
移動	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	改善/維持の可能性 ※4	室内は見守り、屋外は付き添いにて散歩をする。以前に比べ頻度が減少している。 食事内容はサバ、油揚げを好まないで代替食を出している。朝ご飯をほとんど食べない。 家で食べることができず、途中で手を止めないように見守っている。 事業所では、盛り付け、茶碗拭きなどの声をかけ参加してもらっている。 尿意あいまいで、時間や気分を見計らってトイレ誘導。紙パンツの確認と交換の言葉がけをする。 排便の様子がつまづいていない。尿失禁は毎日、便失禁は月1回程度。 言葉がけすれば丁寧に自分で行う事ができる。物の準備と管理を行っている。 服薬は手渡せば可能。 インスリンの自己注射は日によって、言葉がけで出来し、一部介助で入浴している。 着衣の前夜を間違えることがある。ヘアスタイルを整えるのが好き。髪を編むなど個別の関わりをしている。 自宅で家事一切を夫と姉で行っている。 事業所では、洗濯たたみなどの言葉がけをし、参加してもらっている。 以前は買物と一緒に歩いてしたが、歩行状態が悪化してからは行っていない。 事業所に子供や動物が来た時は熱心になでたり、優しい言葉がけをする。 近隣との関わりが少ない。
食事	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	② ② ①③④⑤ ①④ ①③ ① ①④	
排泄	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	① ①④ ①④	
口腔	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	①④ ①④ ①④	
服薬	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	①④ ① ①② ①④ ①③ ① ① ① ① ①③④ ①④ ①④ ①③④	
入浴	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	① ①② ①④ ①③ ① ① ① ① ① ① ①③④ ①④ ①④ ①③④	
更衣	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	①④ ①③ ① ① ① ① ① ① ① ① ①③④ ①④ ①④ ①③④	
掃除	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	①④ ①③ ① ① ① ① ① ① ① ① ①③④ ①④ ①④ ①③④	
洗濯	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	① ① ① ① ① ① ① ① ① ① ①③④ ①④ ①④ ①③④	
整理・物品の管理	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	① ① ① ① ① ① ① ① ① ① ①③④ ①④ ①④ ①③④	
金銭管理	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	① ① ① ① ① ① ① ① ① ① ①③④ ①④ ①④ ①③④	
買物	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	① ① ① ① ① ① ① ① ① ① ①③④ ①④ ①④ ①③④	
コミュニケーション能力	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	① ① ① ① ① ① ① ① ① ① ①③④ ①④ ①④ ①③④	
認知	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	① ① ① ① ① ① ① ① ① ① ①③④ ①④ ①④ ①③④	
社会との関わり	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	① ① ① ① ① ① ① ① ① ① ①③④ ①④ ①④ ①③④	
褥瘡・皮膚の問題	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	① ① ① ① ① ① ① ① ① ① ①③④ ①④ ①④ ①③④	
行動・心理症状(BPSD)	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	① ① ① ① ① ① ① ① ① ① ①③④ ①④ ①④ ①③④	
介護力(家族関係含む)	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	① ① ① ① ① ① ① ① ① ① ①③④ ①④ ①④ ①③④	
居住環境	自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助) 自立 見守り(一部介助)	① ① ① ① ① ① ① ① ① ① ①③④ ①④ ①④ ①③④	

利用者及び家族の 生活に対する意向	見直し ※5	生活全般の解決すべき課題 (二一ス)【案】	※6
利用者が家族の意向を尊重し、本人と一緒にご家族で暮らしたい。時、口出しすると可成りたがらぬのでと見守りたい。	1、日中の活動や近隣までの散歩など、運動量を増やすことで、自宅での階段昇降の維持と、以前のように買物に行くことができればいい。 2、食事の準備や後片付け、洗濯物たたみ等と一緒にを行うことで、本人の役割が継続でき、気分も落ちることができている。 3、本人が席を立ったタイミングで、トイレを促すことにより、排泄の失敗がなくなり、夫の負担も軽減できる。 4、本人の気分を害する要因を取り除くことにより、落ち着いて毎食食事とれ、低血糖も起こさず、糖尿病の悪化を予防することができている。	階段昇降ができる状態を維持したい。 事業所では食事の準備や後片付けなど出来ることを続けている。 人の世話にならずトイレ排泄したい。	2 3 4 1

■記載例4（要介護5／特別養護老人ホーム入居者の事例）

◎基本情報に関する項目

受付年月	平成24年3月20日		
受付担当者	○田○子	受付方法	電話による
氏名・性別・年齢・住所・連絡先	氏名	G	性別 男 年齢 91歳
	住所	D県D市〇〇町	
	連絡先	電話番号( ***-**** ) その他( )	
家族状況	<p>特養入所</p> <p>妹 GH入所中</p> <p>長男 B県</p> <p>次男 C県</p> <p>長女</p> <p>主介護者は長男妻</p>		
生活状況	<p>【性格・職業等】 D県生まれ。結婚後3人の子供を授かる。夫は約15年前に病死。若い頃から80歳頃まで日本料理の調理師をしていた。穏やかな方で言葉が不明瞭な事を気にされている。一生懸命に意思を伝えようと努力される。</p> <p>【経過】 特養入所後、H22年10月尿路感染症にて入院、H22年11月退院、H23年12月：急性腎盂炎にて入院、H24年1月：退院と入退院を繰り返してADL低下は顕著、H24年1月：食事・水分摂取困難にて入院、入院中に状態悪化し、今後の方針について相談し胃ろうを決意されるが体調悪化の為、胃ろう造設術は出来ず余命は数日と説明がされる。</p> <p>しかし治療の結果回復し、H24年3月胃ろう造設術施行、「訓練次第では多少の経口による食事摂取も可能」と主治医から本人と家族に説明があったので、H24年3月「退院後は施設で嚥下訓練をして少しでも口から食べる事を継続させてやりたい」と家族から相談があり、退院後の食事についての検討を多職種連携にて行う事となった。H24年4月退院されて施設に戻られた。</p>		
利用者の被保険者情報	<p>介護保険 被保険者証 番号 *****</p> <p>国民健康保険 番号 *****</p>		
現在利用しているサービスの状況	<p>特別養護老人ホーム入所中(ユニット個室)</p> <p>【医療機関】 胃ろう管理(A病院・消化器内科)、バルーンカテーテル留置(B病院・泌尿器科)</p>		
障害老人の日常生活自立度	C1	認知症である老人の日常生活自立度	IV
主訴	<p>(本人) もっと口から美味しいものを食べたい。</p> <p>(家族) こんな状態になってしまったが出来るだけ家族に近い所で暮らして欲しいと思っています。制限は有ると思いますが、もう高齢ですので好きなものを好きなだけ食べて貰いたいです。本人の希望でもあるので、誤嚥リスクは有りますが、口から好きなものを少しでも食べられる様に支援してもらいたいです。</p>		
認定情報	要介護5 認定の有効期間 24年4月1日～26年3月31日		
課題分析(アセスメント)理由	定時アセスメント		

課題整理総括表

G 殿

作成日

平成25年6月〇日

利用者の名	自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)	①胃ろう造設 ④四肢の筋力低下・拘縮	②神経因性膀胱炎 ⑤認知症	③パーキンソン症候群 ⑥独居(特養入所中)	利用者及び家族の生活に対する意向	生活全般の解決すべき課題 (二一ズ)【案】	※6
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4	備考(状況・支援内容)	本人:もっと口から美味しいものを食べたい。 家族:できるだけ家族に近く居て暮らしてほしい。好きなものを少しでも口から食べられるようにしてほしい。	1. リビングに移動介助を行ったり、外出支援をする。リビングで交流したり、外出支援との交流も増え、生活の中で楽しさを待つことができる。 2. 定期的な泌尿器科への受診によるカテーテル交換、日々のカテーテル管理を行うことにより、尿路感染を予防することができる。 3. 関節可動域訓練や体位変換、皮膚の清潔保持、栄養管理、体圧分散マットの使用継続により、四肢拘縮や褥瘡予防ができ、本人が苦痛なく過ごすことができる。 4. 現在行っている昼食の介助と口腔ケアにより、誤嚥性肺炎を起さず、口から食べる楽しさを満たすことができる。	
移動	自立 見守り 一部介助 (全介助)	③④	改善 (維持)	移乗は二人介助でリクライニング車椅子に二人介助にて、施設内移動もリクライニング車椅子で全介助。通院や施設周辺の散歩を行っている。			
屋外移動	自立 見守り 一部介助 (全介助)	③④	改善 (維持)	施設外移動もリクライニング車椅子で全介助。通院や施設周辺の散歩を行っている。			
食事	食卓内容 支援なし (支援あり)	①③④	改善 (維持)	・NS-STの介助にて昼食ムース食は経口摂取している。胃ろうチューブ半年毎に交換。 ・注入食・鼻食と別に全介助である。			4
食事摂取	自立 見守り 一部介助 (全介助)	①③④⑤	改善 (維持)	・カテーテルは4週間で泌尿器科受診で交換している。 ・おむつ交換、膀胱留置カテーテルの管理を行っている。			
調理	自立 見守り 一部介助 (全介助)	④⑤⑥	改善 (維持)	・訪問歯科衛生士と連携し全介助。 ・朝ク全介助。			
排泄	排尿・排便 支援なし (支援あり)	②③④⑤	改善 (維持)	・胃ろうチューブは全介助にて注入。 ・全介助で週2回のストロチャータラシ。 ・四肢麻痺及び拘縮あり、ゆっくりに全介助。 ・JAL関連は施設入所にて、雑談で全て行っている。			
排泄動作	自立 見守り 一部介助 (全介助)	②③④⑤	改善 (維持)	・時々、施設リビングで隣室の入居者と交流している。 ・体位交換実施。体圧分散マット使用			
口腔	口腔衛生 支援なし (支援あり)	①③④⑤	改善 (維持)	・現在ほなし、落ち着いている。 ・長男夫婦(同居は出来ない)			
口腔ケア	自立 見守り 一部介助 (全介助)	③④⑤	改善 (維持)	・特養入所中			
服薬	自立 見守り 一部介助 (全介助)	④⑤	改善 (維持)				
入浴	自立 見守り 一部介助 (全介助)	③④⑤	改善 (維持)				
更衣	自立 見守り 一部介助 (全介助)	③④⑤	改善 (維持)				
掃除	自立 見守り 一部介助 (全介助)	④⑤⑥	改善 (維持)				
洗濯	自立 見守り 一部介助 (全介助)	④⑤⑥	改善 (維持)				
整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 (全介助)	④⑤⑥	改善 (維持)				
金銭管理	自立 見守り 一部介助 (全介助)	⑤⑥	改善 (維持)				
買物	自立 見守り 一部介助 (全介助)	④⑤⑥	改善 (維持)				
コミュニケーション能力	支援なし (支援あり)	⑤	改善 (維持)				
認知	支援なし (支援あり)	⑤	改善 (維持)				
社会との関わり	支援なし (支援あり)	④	改善 (維持)				
褥瘡・皮膚の問題	支援なし (支援あり)	③④	改善 (維持)				
行動・心理症状(BPSD)	(全障なし) 支援あり	③④	改善 (維持)				
介護力(家族関係含む)	支援なし (支援あり)	⑥	改善 (維持)				
居住環境	(全障なし) 支援あり		改善 (維持)				

課題整理総括表・評価表の活用の手引き

平成 26 年 3 月  
厚生労働省老健局

【事務局】

株式会社日本総合研究所

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-18-1 大崎フォレストビルディング

TEL: 03-6833-5204 FAX: 03-6833-9480