

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

1. 課題整理総括表及び評価表の趣旨・目的

(1) 課題整理総括表及び評価表の趣旨

○介護支援専門員の役割と課題

介護支援専門員は、要介護者等からの相談に応じ、要介護者等の心身の状況等に
応じた適切なサービスが適切に提供されるようサービス担当者等と連絡調整を行い、
要介護者等がその有する能力に応じて、自立した日常生活を送ることができるよう
支援する専門職である。

介護保険制度において介護支援専門員は、要介護者等の心身の状況や置かれてい
る環境、要介護者等本人やその家族などの希望等を勘案してケアプランを作成し、
医療・介護等のサービスを提供する事業者によって必要なサービスが円滑に提供さ
れるよう、連絡・調整する役割が求められている。

さらに、住み慣れた地域で高齢者ができる限り自分らしい暮らしを続けることが
できるような、住まいを中心として医療・介護・予防・生活支援といったサービス
を一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築に向け、個々のサービスの連絡・
調整だけでなく、「必要だが地域には無いサービス」を創出していく取り組みも期待
されている。

しかしながら、介護支援専門員について検討すべき課題として、「利用者像や課題
に応じた適切なアセスメント（課題把握）が必ずしも十分でない」、「サービス担当
者会議における多職種協働が十分に機能していない」、「ケアマネジメントにおける
モニタリング、評価が必ずしも十分でない」といったことが指摘されている。

こうした指摘の背景には、介護支援専門員がどのように考えて課題を抽出したの
かの経緯が文字化されていないために他の職種からは分かりにくいこと、課題把握
等のプロセスには経験に基づく学習を要する一方で業務経験年数の短い介護支援専
門員も多いことといった要因があると考えられる。

地域差はあるものの、今後は2025年に向けてさらに高齢化が進み、介護保険事
業に携わる事業者・介護職員が増えるとともに、地域包括ケアシステムの構築に向
けて、生活支援サービスを提供する事業者等（いわゆるインフォーマル支援の担い
手）との連携の必要性も大きくなる。したがって、介護支援専門員には、専門職と
しての専門性を確立するとともに、これまで以上にさまざまな関係者に対し、要介
護者等の課題を把握した経緯を分かりやすく説明することが期待される。

○課題整理総括表の策定の背景と趣旨

課題整理総括表は、介護支援専門員が把握した要介護者等の基本的な情報を多職種間で共有するとともに、専門職である介護支援専門員としてどのような考えで要介護者等の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出したのかを表現することにある。特に課題整理総括表の「見通し」欄を整理することをきっかけに多職種間の連携やOJTにおける助言・指導等を実施しやすくすることをねらいとしている。

現在の居宅サービス計画の様式は、アセスメントの結果から課題を導き出す過程を表現するような形式となっていない。そのため、サービス担当者会議等の多職種協働の場面等において、ADL等の現状を多職種間で共有し、介護支援専門員が口頭などで分かりやすく説明しない限り、利用者の状態等や課題を導き出した背景、それに基づいて整理された援助の方向性や各担当者の役割の共有が、十分に行われないこともある。

こうしたことが、「適切にアセスメントができていないのではないか」といった指摘を受ける一つの背景になっていると考えられ、また、介護支援専門員の専門性を表す思考過程が十分に説明できていないということは、その適切な評価も困難となる。

そこで、利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際の一つの様式例として課題整理総括表を策定したものである。

こうした様式を適宜活用することにより、多職種間での情報共有が進み、ひいては高齢者の尊厳ある自立した日常生活の実現に寄与することを期待している。

○評価表策定の背景と趣旨

評価表は、利用者のニーズに対応するためにケアプランに掲げた短期目標に着目し、設定した期限の終了時期における目標の達成度合いを表現するものである。短期目標の終了時期に、サービスを提供する関係者の間で、目標の達成度合いとその背景（想定よりもうまくいった要因、達成できなかった要因、新たに把握された生活上の課題等）を分析・共有することで、次のケアプランに向けた再アセスメントがより有効なものとなることを企図している。

モニタリングにおいては、利用者の継続的なアセスメントをしつつ、ケアプランの実施状況の把握を行うことにより、ケアプランに位置付けたサービスを適切に評価し、適時適切なケアプランの変更につなげていくことが重要である。

しかしながら、評価のためのツールがない現状では、サービスの評価を行うことなく、初回に作成したケアプランに基づいてサービスを提供し続け、ケアプランの適切な見直しが行われないということもありうる。

そこで、ケアプランに位置付けたサービスについて、短期目標に対する達成度合いを評価するとともに、必要に応じて各サービスの担当者の役割を見直す契機とし、モニタリングの結果が、より効果的なケアプランの見直しに資するものとなるよう、評価表を策定したものである。

(2) 課題整理総括表及び評価表の活用における留意点

○課題整理総括表の活用における留意点

課題整理総括表の目的は、居宅サービス計画書様式第2表の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出すにあたって、アセスメントツールを活用して整理・抽出した利用者の現状や有する能力を勘案しつつ、利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている課題を明らかにし、自立した日常生活を支援していくにあたってその解決すべき課題を抽出するまでの間に、専門職としてどのような考えで課題分析を行ったのかを明らかにすることである。さらに、課題整理総括表で整理された「改善／維持の可能性」と「見通し」を踏まえ、居宅サービス計画書の第2表の内容、つまり長期・短期目標や援助内容を精査しやすくすることを期待している。これらにより介護支援専門員の考えを明らかにすることで、利用者支援にあたっての介護支援専門員の専門性が向上するとも考えられる。

また、課題整理総括表を活用し、多職種間で情報共有しつつ、専門職としての課題分析過程を明らかにすることで、サービス担当者会議や地域ケア会議等の場における多職種との情報共有・連携等を効果的に実施できるようになることが期待される。

課題整理総括表の活用にあたって重要なことは、利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を導くにあたり、利用者等がどのような生活をしたい、あるいは、できるようになりたいと望んでいるかなど、意向を引き出しつつ専門職として客観的に判断することである。

○評価表の活用における留意点

評価表は、利用者等の意向を踏まえつつ、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を解決するため、介護支援専門員がケアプランに掲げた短期目標を達成するために位置付けたサービスについて、短期目標の達成状況を確認するものである。また、目標の期間が終了した際に、サービス担当者会議や地域ケア会議等において、目標の達成に向けてサービスを提供できたかどうかを振り返り、必要に応じてケアプランの見直しにつなげることを目的としている。

現行のケアプランでは、このような様式が定められていないことから、目標の期間が終了した際に、介護支援専門員がケアプランに位置付けたサービスの適切な評

価が行われることなく、ケアプランを見直した後も同様のサービスを提供し続けてしまうこともありうる。

そこで、ケアプランを作成した際、目標を達成するためにケアプランに位置付けたサービスにどのような役割を求めていたのかを再度確認し、サービスの目標の達成状況を評価して次のケアプランの見直しに資するものとなるような様式を策定したものである。

なお、評価表の活用にあたって重要なことは、介護支援専門員が一人で評価するのではなく、サービスの担当者等とともに情報共有しながら評価することにより、多職種協働によるチームケアを効果的なものとしていくためのツールとして活用することである。

(3) 課題整理総括表及び評価表の主な活用場面等

○課題整理総括表の活用場面等

課題整理総括表は、介護支援専門員が専門職として、多職種と情報共有しつつ、アセスメントによって把握した情報から、利用者の日常生活を支援していく上でどのような考えで生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を導きだしたのかを記録するものであり、課題を捉えた経緯を表現するものである。

介護支援専門員として実務に従事し、利用者の日常生活を支援していくにあたっては、現在の客観的な状況から今後の見通しを踏まえて課題を導くことが重要であり、この思考プロセスを身につけることは専門職として必要不可欠なことである。

課題整理総括表は、新たに作成したものであることから、まずは介護支援専門員の研修の際に活用することが想定される。

また、サービス担当者会議や地域ケア会議等において、利用者の客観的な状況や、それを踏まえた介護支援専門員の見通しなどを利用者の生活を支える多職種間で情報共有をする際に活用することも、ケアプランへの理解が進むことから効果的であり、活用が進むことが望まれる。

さらに、介護支援専門員として業務に従事したばかりの者にとって、主任介護支援専門員等からOJTを通じて指導を受ける際にも、課題を導いた考え方などが明確にされていることから、具体的な指導につながることを期待される。

なお、課題整理総括表を活用することにより、課題を把握するための情報の収集・分析の過程において、アセスメントに漏れがないかなどの自己点検にもなるものと考えられる。

加えて、課題を把握した経緯を表現する際、既存の社会資源を前提とせずに課題を把握することにより、利用者支援していく上で必要だが地域に不足しているサービスや社会資源の提案・創出にもつながるものと考えられる。

○評価表の活用場面等

評価表についても、まずは研修の場面での活用が考えられる。研修において活用することで、ケアプランに位置付けるサービスは、短期目標を達成するために位置付けられるものであり、期間が終了した際には、目標に対して適切なサービス内容であったかも含めて評価することの重要性を学ぶことが大切なことである。

また、ケアプランを見直す際に開催するサービス担当者会議や地域ケア会議等において、評価表を用いて多職種間で評価することで、改めて各サービスに求められていた役割を振り返り、必要に応じてケアプランの見直しにつなげることで、利用者を支えるチームの情報共有や連携が進むと考えられる。

さらに、モニタリングにおいて把握した情報について、サービス担当者間で共有することが重要であり、そうした場面においても本表の活用が進むことが望まれる。

2. 課題整理総括表の様式と記載要領

(1) 本様式の活用の基本的な考え方

① 本様式の位置づけと作成のタイミング

前述の通り、課題整理総括表はアセスメントツールではなく、情報の収集と分析を行い、課題を抽出する上で、利用者の現在の状態と要介護状態等の改善・維持等の可能性に照らして課題の捉え方に抜け漏れがないかどうかをまとめる総括表である。

したがって、本様式のみでアセスメントを終えることは妥当ではなく、基本的には利用者・家族あるいはその他の関係職種等からの情報収集を終え、アセスメントツール等を用いて情報の整理・分析を行うことが必須である。そのうえで、ケアプラン（原案）の作成にかかる前のタイミングで、本様式を作成することが望ましい。

② 本様式作成の基本姿勢

本様式は介護支援専門員の専門職としての考え、つまり「介護支援専門員として、さまざまな情報の収集・分析の結果、このような課題があると考えられる」という考えを整理して記載することを想定している。

ただし、このことは利用者・家族の意向を無視して介護支援専門員の考えだけで課題整理をしてよいということではない。前述の通り、本様式は情報の収集と分析が終わった後、課題整理の総括表として作成することを想定している。情報の収集過程では当然、利用者・家族が持つ生活の意向や現状、生活歴等が把握されていることが前提である。

したがって、介護支援専門員が作成する課題整理総括表は、こうした利用者・家族の思いや状況を踏まえて、「専門職である介護支援専門員として、あなたのお話をこう捉えた」「今後、望む生活の実現に向けてこういった課題があると考えerかどうか」という介護支援専門員として専門性を生かした課題分析の結果を整理したものとなる。

利用者・家族の生活に関わる人びとや他の専門職からも情報を収集するとともに、助言を受けることが多いと思われる。こうしたさまざまな情報についても収集した上で、利用者・家族が望む生活の実現に向けて、介護支援専門員として総合的に分析、判断した結果を記載することを想定している。

なお、後述するように、本様式の「状況の事実」欄の項目は必要に応じて追加したり細分化したりすることを想定している。

(2) 課題整理総括表の様式

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	②	③		
		④	⑤	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	
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
食事	食事内容	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
	食事摂取	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	調理	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
	排泄動作	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
	口腔ケア	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
服薬		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
入浴		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		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	
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	
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
認知		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
社会との関わり		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
居住環境		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
					改善 維持 悪化	

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	

※1 本表式は紙質でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための提議内容と、それが提供されることによって見込まれる進捗の状況(見直し)を記載する。
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

(3) 課題整理総括表の記載項目及び記載要領と留意点

① 「利用者名」欄

利用者名を記入する。

② 「状況の事実」の「現在」欄

この欄には、事前に利用者宅の訪問や利用者・家族との面談、関係者や他の専門職からの申し送り等で把握した情報（事実）に基づき、各項目について、それぞれ日常的にしているかどうかを判断し、「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」（項目によっては「支障なし」「支障あり」）のいずれかに○印を記入する。「見守り」は「見守りや声かけを受けるが、一連の動作のほぼ全てを支障なく実施している」、「一部介助」は「一連の動作の一部について介助を受けて行為を実施している」、「全介助」は「一連の動作の全てあるいはほぼ全てについて介助を受けて行為を実施している」ことを目安として頂きたい。「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」のたまかな目安を例示すると以下の通りである。

項目	状況	記入例
屋内移動	多少のふらつきがあり転倒リスクはあるものの、階段昇降を含めて移動している	自立
屋外移動	ヘルパーが付き添うと病院まで自力で移動するが、付き添いがないと外出しない	見守り
口腔ケア	デイサービスで声かけされれば歯磨きをするが、自室などに居て声かけがないとまったくしない	見守り
服薬	飲むべき薬の判断と飲むための準備ができない 薬とコップに入れた水を手渡すと飲むことはできる	一部介助
調理	自身では全く調理していない (ヘルパーが準備したものを食べている)	全介助（日常的に していない)
入浴	週2回のデイサービスで立位保持と洗身の介助があれば入浴しているが、自宅では全く入浴していない	全介助

一方、ADL/IADL以外の項目について、「支障あり」に○印を記入した場合は、必ずその具体的な状況を備考欄に補記する。

本欄における「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」あるいは「支障なし」「支障あり」等の尺度は、利用者の現在の状況をケアチームのメンバーが概観して共有するための目安である。

ここでは、日常的な生活の状況を概括することを目的に、あくまでも日常的にしているかどうかに基づいて判断することとし、できるかどうかは考慮しないこととする。したがって、例えば同居者が実施していない場合は、「全介助」を選択することとする。

なお、一連の動作の一部のみ介助（声かけや付添を除く）を受けている場合は、「一部介助」を選択することとする。また、例えば自宅とデイサービスで状況が異なる等、生活環境によって状

況が異なる場合は、日常生活の中で頻度の高い状況に基づいて判断する。

また、褥瘡・皮膚の問題や行動・心理症状（BPSD）等について、現在は支障が顕在化していないもののリスクが大きいと判断される場合は「支障あり」を選択することとする。

なお、「状況の事実」に並んでいる項目は、課題分析標準項目のアセスメント項目として通知¹に掲げられている 14 項目から「特別な状況」（ターミナルや虐待等の状況を記載する項目）を除いたものだが、小項目は平成 24 年度に実施した実証事業の成果等を踏まえて設定したものである。

課題整理の総括において重要となる視点・項目は、利用者・家族の生活の状況や心身の状況によって異なると考えられる。本欄下部の空欄等を活用し、例えば起居動作や経済状況など適宜項目を追加修正して活用して差支えない。

③ 「自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）」欄

収集した情報に基づき、利用者の自立を阻害している根本的な要因、特に「状況の事実」の「現在」欄で「自立」あるいは「支障なし」以外が選択されている項目の要因を分析した上で、より根本的で重要な要因を最大 6 項目程度に絞り込み、「自立した日常生活の阻害要因」欄に記載する。なお、本欄に振られている番号は便宜的な通し番号であり、要因の重要度等による優先順位を示したものではない。

繰り返しになるが、課題整理総括表は、情報の収集・分析が終わった後に作成することを想定しており、本様式を作成する前に、介護支援専門員として、利用者の自立した日常生活を阻んでいる要因を具体的に捉えられていることが求められる。

なお、要因として疾患が捉えられる場合も多いと考えられるが、疾患それ自体だけでなく疾患に応じた療養や健康管理が十分にできていないという状況が生活に影響を及ぼすものである。つまり、本欄には疾患名だけでなくその疾患に応じた療養や健康管理等も含めて整理し、必要に応じて記載することが望ましい。例えば、要介護状態となった原因疾患が「糖尿病」である場合で言えば、糖尿病そのものは診断名であって、むしろ糖尿病の管理ができないこと、例えば「食事管理ができない」ことや「インシュリンの自己注射の管理ができない」ことが要因として記載されることとなる。

また、生活の状況には利用者の心身の状態だけでなく、生活の環境（住環境等の物理的なものだけでなく、家族関係等の社会的な環境も含む）も影響する。したがって、利用者の心身の状態のほか、環境に関する要因が含まれる場合もありうる。

なお、本欄には、利用者の心身の状態あるいは生活の環境等について、客観的事実を記載する。客観的事実を記載することが困難な場合は、引き続き情報の収集・分析が必要である。

¹ 平成 11 年 11 月 12 日 老企 29 厚生省老人保健福祉局企画課長通知「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」 ※課題整理総括表の中項目の表記はこの通知に示す課題分析標準項目に準じたものである。

④ 「状況の事実」の「要因」欄

「状況の事実」の「現在」欄で、「自立」あるいは「支障なし」以外を選択した項目について、その要因として考えられるものを、「自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）」欄から選択し、その記載した番号（丸数字）を記入する。複数の要因が考えられる場合は複数の番号（丸数字）を記載して良い。

本欄の記入は、前項③「自立した日常生活の阻害要因」欄の内容と関連することから、「要因」と「自立した日常生活の阻害要因」欄は相互の整合性を確認しながら、記入と修正を進めることが望ましい。

⑤ 「状況の事実」の「改善／維持の可能性」欄

「状況の事実」の「現在」欄で、「自立」あるいは「支障なし」以外を選択した項目について、現在の認定有効期間を見通して、必要な援助（介護保険サービスだけでなく、インフォーマルな支援を含む）を利用した場合に「現在」の状況が改善／維持する可能性の有無を検討し、「改善」「維持」「悪化」のいずれかに○印を記入する。

なお、介護保険法では、保険給付は「要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われる」とこととされている。したがって、「悪化」が見込まれる場合においても、本欄を記入するにあたり、その分析の過程で「維持」の可能性も十分に検討することが重要である。

この欄は、主治医意見書等の多職種からの意見を踏まえた上で、あくまでも専門職たる介護支援専門員としての判断に基づいてその考えを記入する。なお、ここでどのような可能性を選択したかを以て、その介護支援専門員の判断の良し悪しを評価するものではない。むしろ、ここで判断した可能性に基づいた上で、利用者・家族の生活を支えていくために必要な課題と援助内容を整理することこそが、介護支援専門員の専門性に期待されることである。

⑥ 「状況の事実」の「備考」欄

この欄には、「状況の事実」欄の「現在」あるいは「改善／維持の可能性」に関して補足すべき情報を記入する。例えば、「現在」欄において「支障あり」とした場合にその具体的な支障の内容を補記したり、「一部介助」や「全介助」とした場合に支援の内容を補記したりすることが考えられる。また、「改善／維持の可能性」欄において「維持」や「悪化」が見込まれる項目に関して、現在利用しているサービス内容や必要な生活環境を補記するといった活用も考えられる。

さらに、「改善／維持の可能性」に関して、なぜそのような可能性があるかと判断したかの根拠を補記することも有効である。介護支援専門員が、利用者の状況をどのような方向性で捉えているか、その判断根拠（利用者本人の心身の状況や生活の環境だけでなく、家族等から援助を受けて日常生活を送っている場合の具体的な援助内容や介護者が有する介護知識の状況等）を記入し、それをサービス担当者会議等で共有することで、チームケアに参加する個別のサービス担当者が、利用者・家族等の状況や総合的な援助の方針を理解しやすくなることが期待される。

⑦ 「見通し」欄

本欄には、「利用者の自立した日常生活を妨げている要因」の解決に向けて、多職種からのアドバイスを受けつつ、当該ケアプランの短期目標の期間を見据えて、「どのような援助を実施することにより」（要因の解決のために必要と考えられる援助内容）、「状況がどのように変化することが見込まれるか」（援助を利用した場合に到達が見込まれる状態）を記入する。

本欄にはこれから実施しようとする援助による改善や維持の予測を記入することから、本欄の記載内容は、あくまでも介護支援専門員として判断した仮説を記載することになる。

他の介護支援専門員や他の職種と共有した際に分かりやすく簡潔な内容とするため、「要因」—「要因の解決のために必要と考えられる援助内容」—「援助を利用した場合に到達が見込まれる状態」を、一つの「要因」に対して数行でまとめることを目安とすると良い。

なお、介護保険法に掲げられている「要介護状態等の軽減又は悪化の防止」という考え方に沿って言えば、まずは「改善／維持の可能性」欄において「改善」に○印をつけた項目について、その項目の「要因」を解決するための見通しを必ず記入することが重要である。そのうえで、「維持」や「悪化」に○印をつけた項目のうち、特に取り組むべきと考えられる項目について、維持のための日常生活における取り組みの視点や悪化・重度化防止のためのリスク軽減の視点から「どのような援助を実施すること」が必要かを記入する。

例えば後述する室内でのトイレへの移動と排泄動作に改善の可能性が考えられる事例（39頁）で言えば、「改善／維持の可能性」が「改善」となっている「室内移動」と「排泄動作」について、その要因である下肢筋力低下と住環境に着目して、その要因を改善するために必要な援助を整理している。

また、重度の介護を要する事例（41頁）等で言えば、「改善／維持の可能性」が「維持」であっても、今後の見通しを考える上で、状態像の著変につながる誤嚥性肺炎を起こさないようにする上で、特に重要であると考えられる「口腔ケア」について、その援助の実施が必要であると整理している。

⑧ 「利用者及び家族の生活に対する意向」欄

利用者宅の訪問や利用者・家族との面談等を通じて把握した利用者及び家族が望む生活の意向のうち、課題を抽出する上で重要と思われる情報を整理して、簡記する。

本欄に記載する情報はあくまでも課題の抽出に関わりが大きいと思われる内容のみで良く、ケアプラン第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向」欄に記載する内容と同一である必要はない。

⑨ 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】」欄

「見通し」欄の記入内容を踏まえて記入する。情報の収集・分析が終わった後に課題整理総括表を作成することから、利用者・家族等からの聞き取りにより、「利用者が望む生活」が捉えられていることが前提である。

なお、介護支援専門員が課題整理総括表を作成するのは、サービス担当者会議（ケアプラン原案を利用者と合意する）前であるから、ここで記載する生活全般の解決すべき課題（ニーズ）は、利用者・家族等から収集した情報の分析に基づいて介護支援専門員が捉え、専門職としての判断で利用者に提案する、合意前の案であって差し支えない。

⑩ 優先順位欄（※6の欄）

課題の優先順位を踏まえて、数字を記入する。利用者としり合わせた結果、当該期間のケアプランに反映しないこととした（反映できなかった）課題については、「－」印を記入する。

3. 評価表の様式と記載要領

(1) 本様式の活用の基本的な考え方

① 本様式の位置づけと作成のタイミング

本様式は、ケアプラン第2表に位置づけた短期目標に対して、その達成状況とその要因をケアチーム全体で振り返る際に利用することを想定している。

したがって、ケアプランの第2表に位置づけた短期目標の終期の時点を目途に、個別サービスを提供している事業者からの報告を踏まえて作成することを想定している。なお、複数の短期目標が位置づけられており、かつその終期が異なる場合は、その時点で目標の終期を迎えた短期目標についてのみ記載すれば良い。

② 本様式作成の基本姿勢

本様式は、個別サービスを提供している事業者からの報告に基づき、介護支援専門員の判断としてとりまとめて作成することを想定している。ただし、利用者の生活の状況をより詳細に把握しているのは利用者に対して直接に援助を提供している事業者であることを踏まえ、目標の達成状況を判断する際は、現に利用者に対してサービスを提供している担当者の報告を丁寧に把握し、その判断を考慮することが重要である。

(2) 評価表の様式

評 価 表

利用者名 _____

殿

作成日 ____ / ____ / ____

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 種別	※1		

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現度合いを5段階で記入する(◎:短期目標は予想を上回って達せられた、○:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、△:短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

(3) 評価表の記載項目及び記載要領と留意点

① 利用者名

利用者名を記載する。

② 作成日

作成日を記載する。

③ 短期目標と期間

ケアプラン第2表に記載されている短期目標と期間を転記する。なお、複数の短期目標がありかつその期間が異なる場合、ここに記載する短期目標は本様式作成時点で終期を迎える短期目標のみで良い。

④ 援助内容

ケアプラン第2表に記載されている援助内容（サービス内容、サービス種別、事業所名）を転記する。

⑤ 結果

介護支援専門員自身がモニタリング訪問で把握した状況や、個別サービスを提供している事業者からの報告等を踏まえ、短期目標の達成状況を評価して該当する記号を記入する。短期目標の達成状況と記号の凡例は以下の通り。

なお、生活を維持するために必要な援助を使い続けることを見込んでいる場合（例えば「～の状況を維持できる」といった内容の短期目標の場合）に、そのケアプランの終期で状況が維持されているのであれば「○」（短期目標は達せられた）を記入し、再アセスメントの結果生活の状況に大きく変化が無ければ、同様の短期目標を次のケアプランでも再設定する。

短期目標の達成状況	記号
短期目標は予想を上回って達せられた （より積極的な目標を設定できる可能性がある）	◎
短期目標は達せられた （再度アセスメントして新たに短期目標を設定する）	○
期間延長を要するが、短期目標の達成見込みはある	△
短期目標の達成は困難であり見直しを要する	×1
短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する	×2

⑥ 「コメント」欄

介護支援専門員自身がモニタリング訪問で把握した状況や、個別サービスを提供している事業者からの報告事項、主治医意見書等での指摘事項等を踏まえ、短期目標の達成状況の判断(「結果」欄に記載した内容)の根拠となる状況や次のケアプランを策定するに当たり留意すべき事項を簡記する。

特に、「結果」欄で「×1」あるいは「×2」を選択した場合は、短期目標が達成できなかった理由を再アセスメントにおいてよく分析する必要があるため、その際考慮すべき重要な情報(個別サービスを提供している担当者が把握した利用者の心身の状況の変化、利用者・家族の生活環境の変化等)を補記しておくことが重要である。

また、「結果」欄で「◎」や「○」を選択した場合においても、短期目標の達成に効果があった要因(例えば利用者本人の意欲の変化やそのきっかけとなった出来事、援助を提供している担当者の関わりの工夫など)を補記し、個別サービス事業者と共有してより良いケアの実現に向けた基礎情報として活用することが期待される。

「結果」欄に記載した短期目標の達成状況となった背景は、利用者の生活の状況の変化によるもの、当初のアセスメントの不十分さや短期目標の設定の仕方によるもの、個別サービス提供者によるサービスの実施内容によるもの、等さまざまである。

したがって、本様式を活用してこれらさまざまな背景のいずれが短期目標の実現に影響を与えたかを総括し、その結果を踏まえて改めて情報収集と分析を行い、次の居宅サービス計画に反映させることが重要である。

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。

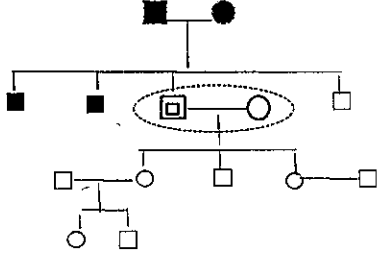
○ 利用者への説明について

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に説明し、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	<ul style="list-style-type: none"> ・A県生まれ。中学校卒業後上京し40年程、八百屋を経営。 ・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。 ・平成24年10月11日脳梗塞発症。 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。 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。 ・左不全麻痺と軽度の言語障害が残った。 ・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。 					
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	1					

<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 殿

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	利用者及び家族の生活に対する意向						
状況の事実 ※1		・どの程度の麻痺なのか、詳細情報を把握していますか?			改善	見通し ※5	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)【案】 ※6					
移動	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助	①、③	改善	維持	悪化	入院時は今よりも歩けていた	○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	自宅トイレや入浴、歯磨きなど身の回りのことは自分でできるようにしたい
	屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助	①、③	改善	維持	悪化			
食事	食事内容	支障なし			支障あり		改善	維持	悪化	妻が行い本人はせず	○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、フラッシングとうがいを自力でき、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	友人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	維持	悪化			
	調理	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化			
排泄	排尿・排便	支障なし			支障あり	③	改善	維持	悪化	現在Pトイレ利用 立ち座りのみ妻が介助		2
	排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助	①、③	改善	維持	悪化			
口腔	口腔衛生	支障なし			支障あり	①	改善	維持	悪化	自分ではしていないが、右上肢は麻痺ないので自らできる機能もある		
	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助	①	改善	維持	悪化			
服薬		自立	見守り	一部介助	全介助	①、②	改善	維持	悪化	現在はデイでのみ入浴 時間はかかるが自分でできる		
入浴		自立	見守り	一部介助	全介助	①、③	改善	維持	悪化			
更衣		自立	見守り	一部介助	全介助	①	改善	維持	悪化	妻が行い本人はしていない		
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	自律回らない時もあるがゆっくりなら可		
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	体力不足と失禁ゆえ外出不安あり		
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		支障なし			支障あり	①	改善	維持	悪化			
認知		支障なし			支障あり		改善	維持	悪化			
社会との関わり		支障なし			支障あり	①、③	改善	維持	悪化	妻が行い本人はしていない		
褥瘡・皮膚の問題		支障なし			支障あり		改善	維持	悪化			
行動・心理症状(BPSD)		支障なし			支障あり		改善	維持	悪化			
介護力(家族関係含む)		支障なし			支障あり		改善	維持	悪化			
居住環境		支障なし			支障あり		改善	維持	悪化	・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？		
		支障なし			支障あり		改善	維持	悪化			

・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も良いのでしょうか？
外出を実現するための課題は本当に下肢筋力低下だけなのでしょうか？

(4) 評価表

評価表

利用者名 A 殿

作成日 2013/ 8 / 31

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 種別	※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、 まだふらつきがあり、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				○	毎食後3回、自ら意識的に取り組んで
妻に助けてもらいながら、 自宅で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、更衣しやすい 被服等の工夫の提案	通所介護	〇〇〇ケアセンター	○	ご本人の意欲も高く、自ら進んで取り組 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回程度取り組んでいらっ します。		

・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 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現度合いを5段階で記入する(○:短期目標は予定を上回って達せられた。○:短期目標は達せられた(再アセスメントして新たに短期目標を設定する)。△:短期目標は達成可能だが短期延長を要する。
×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する。×2:短期だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)