

自立支援に資する
介護予防ケアマネジメント実施マニュアル



令和7年3月
橿原市

目次

1. マニュアル作成の目的	3
ICF とは何か	4
2. 介護予防ケアマネジメントの目指す姿（イメージ）	5
檀原市における介護予防ケアマネジメントの目指すべき姿	8
3. 介護予防ケアマネジメントの対象者の状態像（要支援・事業対象者）	11
4. 介護保険制度における介護予防の位置づけ	15
5. 介護保険制度における介護予防	16
6. 介護予防ケアマネジメントとは	17
7. ケアマネジメントサイクル	18
(1) インテーク（最初の面接・相談）	19
(2) アセスメント	32
8. プランニング	49
(1) アセスメント領域と現在の状況	51
(2) 本人・家族の意欲・意向	55
(3) 領域における課題（背景・原因）	55
(4) 総合的課題	56
(5) 課題に対する目標と具体策の提案	57
(6) 具体策について意向 本人・家族	58
(7) 目標	58
(8) 目標についての支援のポイント	59
(9) 本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	59
(10) 介護保険サービス又は地域支援事業	60
(11) サービス種別	60
(12) 事業所	61
(13) 期間	61
(14) 目標とする生活	62
(15) 健康状態について（主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点）	62
(16) 本来行うべき支援ができない場合	63
(17) 総合的な方針：生活不活発の改善・予防のポイント	63
9. 事例をとおしてアセスメントからプランへつなぐ	63
(1) 利用者基本情報の収集	63
(2) 基本チェックリストから考える情報の収集	67
(3) アセスメント	70
(4) ケアプラン	77
興味・関心チェックシート	83
自分らしく暮らすための目標と私ができること	84
檀原市版 二次アセスメントシート	85
ケアプラン振り返り自己チェックシート	87

1. マニュアル作成の目的

高齢者が、住み慣れた地域で自立した日常生活を営むためには、高齢者の自立支援に資する適切なケアマネジメントの実施が必要です。

自立支援型ケアマネジメントでは、**高齢者の有する能力を見極めて、日常生活における ADL や IADL の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援すること、生活の質の向上を目指す。**

そのため、このマニュアルでは、地域包括支援センター職員や介護支援専門員による、個々のニーズを反映した適切なアセスメントの実施と、本人が望む生活の実現に向けた介護予防サービス・支援計画の作成方法の確立、及び質の確保を目的に作成しました。

ICFとは何か・・・



ICFとは「人の健康状態を取り巻くさまざまな事柄を体系立てて分類したもの」です。

人の健康状態とは、例えば病気やけがなどのことです。それらを取り巻くさまざまな事柄というのは、心身の状態、生活環境、人間関係など生活するうえでの全般のことといえるでしょう。人の健康状態に関する事柄を体系立てて分類することで、人の健康について考えるときに一部ではなく全体を見よう、様々な視点から考えていこうというねらいがあります。

“生きることの全体像”を示す“共通言語”という考えに基づいて、このICF（国際生活機能分類）が提唱されました。

ICFの目的は・・・

- 健康に関する状況、健康に影響する因子を深く理解する
- 共通言語によってさまざまな関係者間のコミュニケーションを改善する
- 国、専門分野、サービス分野、立場、次期などの違いを超えてデータを比較する

※ICFは病気やけがを抱える特定の人々に限らず「全ての人に関する分類」とされていて、医療や福祉分野だけでなく、保険、社会保障、労働、教育、経済、社会政策、立法、環境整備のような領域でも用いられています。

2. 介護予防ケアマネジメントの目指す姿（イメージ）

地域包括支援センター職員・介護支援専門員として、あなたはどのような支援を提案しますか？

要支援認定を受けた清水さんの場合



清水さんは1人暮らしをしながら、自宅で友人と一緒に手芸を習っていました。



ある日、うっかり道で転んでしまい足の骨を折って入院となりました。



退院後、今までのように自由に歩けなくなった清水さん。身の回りのことや、今までできていた友人との交流、手芸教室のお世話などができなくなってしまい、困ってしまいました。

家族の相談を受けた
地域包括支援センター職員・
介護支援専門員の提案

今の状態だと家事はできず、人との交流もできないので、閉じこもり生活になり、活動量が減ってまた転倒する危険性があります。訪問介護を利用し家事援助を受けて、運動や人と交流するために通所介護を利用しましょう。

結果

清水さんは、家事はヘルパーさんにお任せして、デイサービスでは利用者の方と楽しい時間を過ごしていましたが、家で再度転倒して骨折し、家での生活は難しく、施設に入所することになりました。

三菱UFJリサーチ&コンサルティング資料引用

地域包括支援センター職員・介護支援専門員は
どうすればよかったのでしょうか？

本人の想いを引き出す、アセスメントはできていましたか？
本人の意向に沿った支援計画でしたか？
活動や参加に結びつける支援内容でしたか？

アセスメント

相談を受けた時点からアセスメントをするのではなく、転倒したとき（今の状態になった経緯）からアセスメントを行います。

支援計画

自立支援に資するケアマネジメントを意識して、本人が以前していたことができるように支援計画を立てます。

活動参加

本人の行動変容や社会参加につながるような支援を行います。

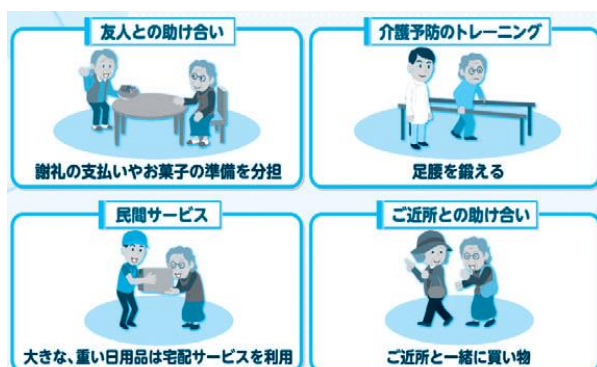
清水さんの場合

●アセスメントに必要な情報

なぜ、転倒したのでしょうか？
歩行状態はどうでしょうか？
筋力が低下して足が上がりにくくなっていたのでしょうか？
それともバランス感覚が低下しているからでしょうか？
以前から、つまずいて転倒していたのでしょうか？
（通所、環境、時間帯、薬、転倒した時の状況、病気等）
口腔機能の低下や低栄養はないでしょうか？
本人は転倒したことをどう受けとめていますか？

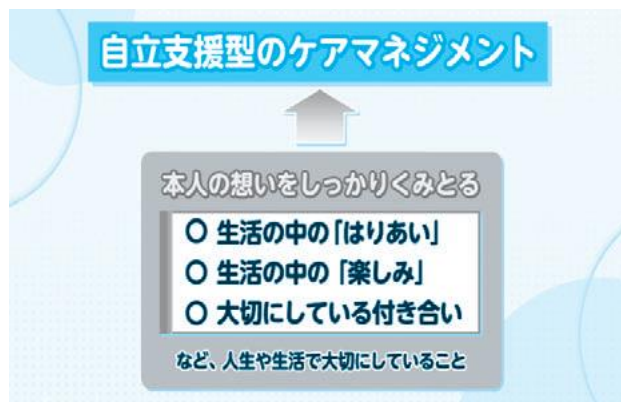
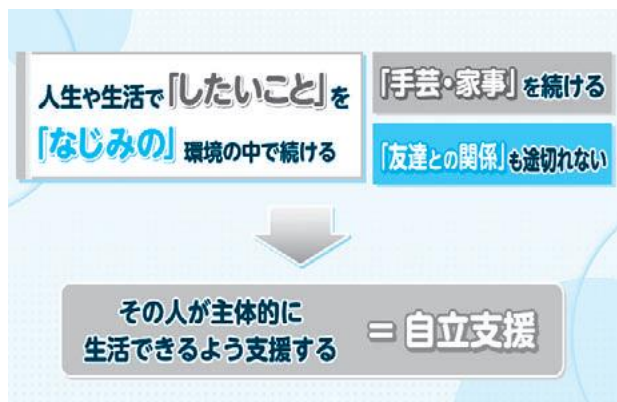
本人の意向・改善の可能性

●生活機能低下を改善するための支援計画



- ①友人との助け合い
- ②短期集中の介護予防トレーニングをして心身機能・身体構造の改善を目指す
- ③民間サービス利用
- ④ご近所の人とのつながりを活かした関わり

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング資料引用



三菱UFJリサーチ&コンサルティング資料引用

清水さんのしたいことは「手芸や家事を続けること」、その中で「友達との関係」も途切れないようにすることではないでしょうか？清水さんが主体的に生活できるように支援することが、自立支援につながります。

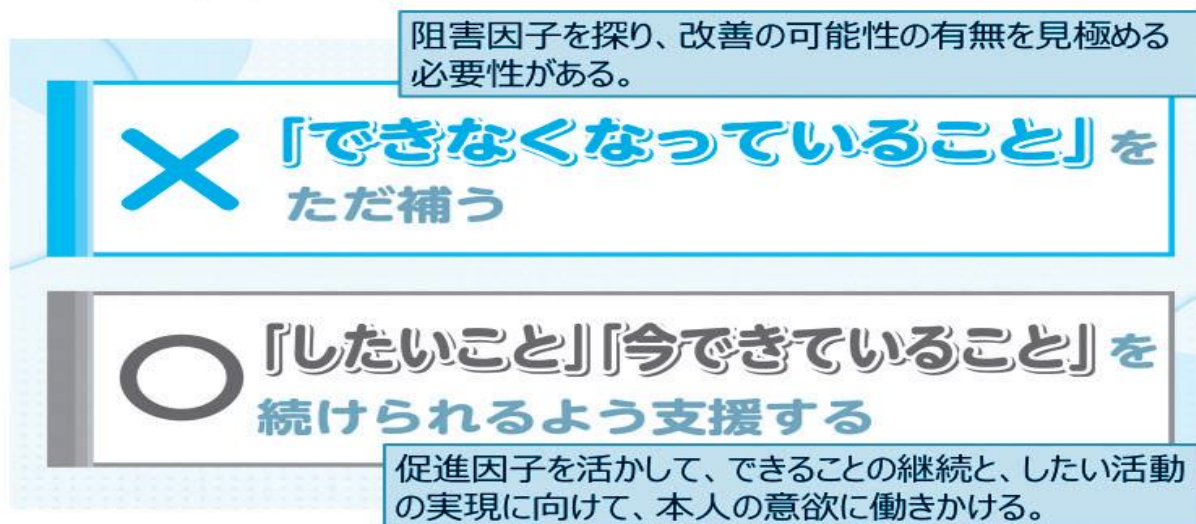
清水さんの生活の中の「はりあい」や「楽しみ」、大切にしている付き合いなど本人の想いをしっかりくみとり、自立支援型のケアマネジメントを行うことが大切です。

地域包括支援センター職員・介護支援専門員として

※ICF の視点（人が生きること全体の姿を捉え、その人の生活機能を総合的に理解すること。）

ICF の視点で考えると・・・

三菱UFJリサーチ&コンサルティング一部加筆



できなくなっていると言われたことを、そのままサービスで補っていませんか？

本人のしたいこと、できていることに目を向け、「できなくなっている原因（障害因子）はなんだろう」と探り、その解決に向けての対応策を考えます。「したいと思っていること、今できること（促進因子）」を活かして、したいことの実現に向けて本人の意欲に働きかけます。（ICF の視点）

専門職が関わるからこそ改善できるよう支援します。

檀原市における 介護予防ケアマネジメントの目指すべき姿

「自立」や「自立支援」について、専門職間で考え方や捉え方に差があり、共通認識に立った支援を行うためには、規範的統合が必要となります。檀原市では「自立」「自立支援」「自立支援型ケアマネジメント」の定義を次のように定めました。

【檀原市が考える「自立」とは】

「自立」とは、高齢者が自分の望む生活を送るために、自分の力を知り、発揮し、たとえ、心身が衰え、社会とのつながりが希薄となり、支援を受けるようになったとしても、自分にできる限りの努力をし、希望と意欲を持って自分らしく生活していくこと。

【檀原市が考える「自立支援」とは】

「自立支援」とは、高齢者本人を取り巻く環境から、個人を知り、本人を中心に、家族、近隣住民等の支援者で共有し、本人の尊厳を尊重するとともに、能力と意欲を最大限引き出し、やりたいことができるよう環境を整えること。

【檀原市が考える「自立支援型ケアマネジメント」とは】

「自立支援型ケアマネジメント」とは、「自立支援」の考え方を踏まえ、介護支援専門員等をはじめとする多職種が連携・協働し、高齢者本人の目標が達成できるケアマネジメントに取り組むこと。

「自立」と「自律」

自律とは、他からの支配や制約を受けずに、自分自身の規範に従って行動することであり、介護保険法にいう「自立」においても、この意味を含んでいる。

【自立】

自身の有する能力の活用
要介護状態の軽減・悪化の防止

【自律】

自己決定の支援
個人の尊厳の保持

檜原市が考える「自立支援」は、この2つを包含している

そして、この度、檜原市においては要介護状態となることをできるだけ予防するために、高齢者本人の能力と意欲を最大限引き出し、「生活行為の改善の可能性」に焦点を当てた自立支援型ケアマネジメントを行うことを重点的な取組としています。

自立支援のために重要な3要素

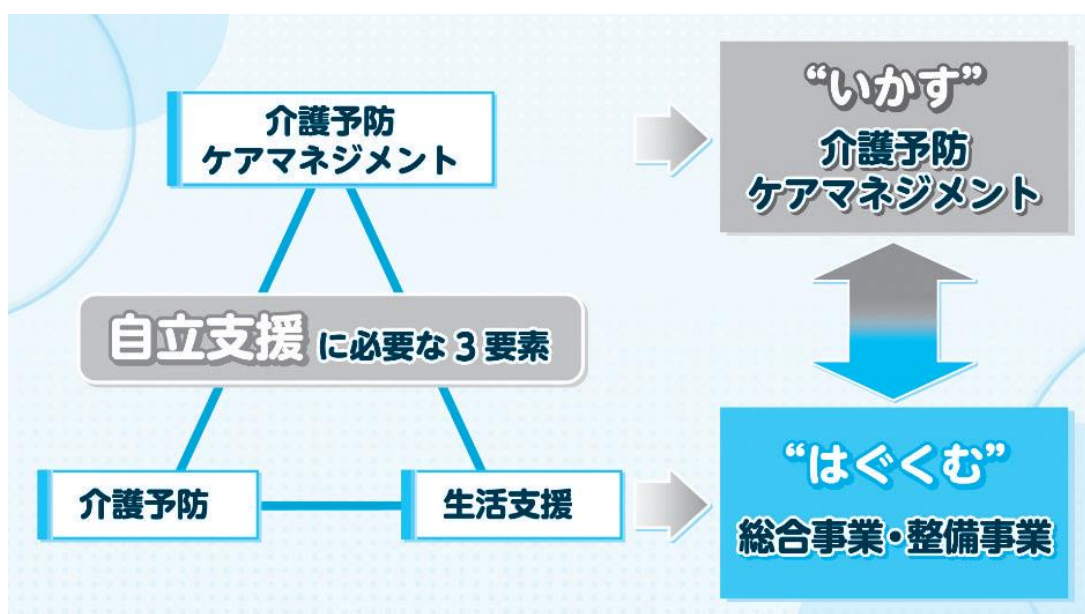
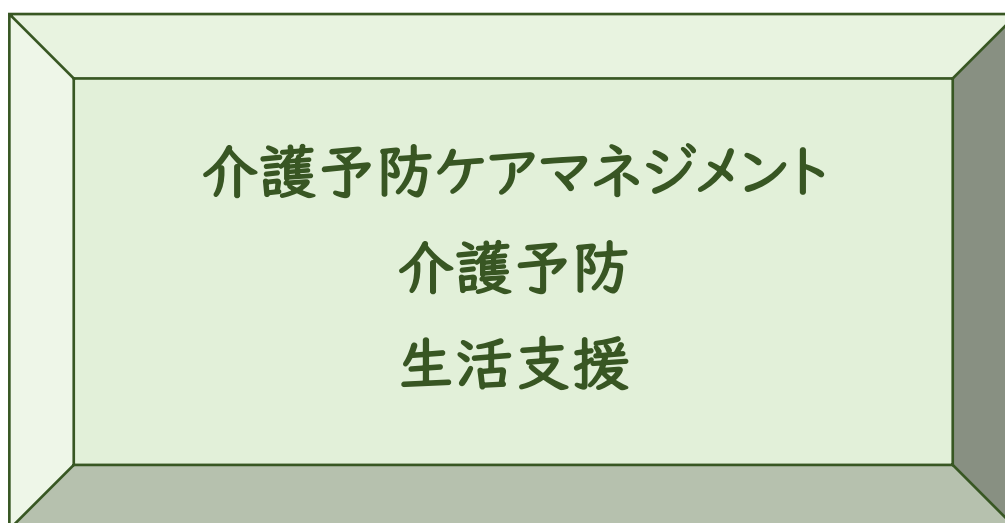


図1 自立支援に必要な3要素 三菱UFJリサーチ&コンサルティング資料

この自立支援の実現のためには、図1に示す自立支援に必要な、介護予防ケアマネジメント・介護予防・生活支援の3つの要素が、効果的に推進されることが大切です。

サービスの利用が目的にならないためにも、地域に受け皿があること、ちょっとした困りごとに対応できる生活支援体制や住民が受有に集える介護予防の場が地域にあることが、介護予防ケアマネジメントを活かす大きな力になります。

この自立支援に必要な3要素がうまく機能することが、最終的に地域包括ケアシステム(図2)「重要な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供する体制」の深化を促進します。

地域包括ケアシステムの構築イメージ



図2 地域包括ケアシステム

3. 介護予防ケアマネジメントの対象者の状態像 (要支援・事業対象者)

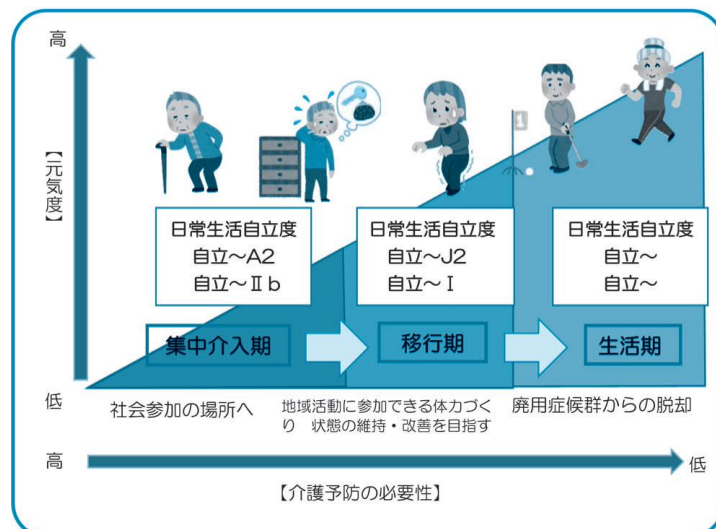


図3 日常生活自立度と対象者のイメージ図

図3は日常生活自立度と本人の元気度を縦軸に、介護予防の必要性を横軸に表しています。介護予防ケアマネジメントの対象者は、集中介入期と移行期の方です。特に介護予防の必要性の高い集中介入期は介護予防・生活支援サービスの短期集中予防サービス(通所型サービスCや訪問型サービスC)が効果的です。次に移行期で、地域活動に参加できる体力づくりを行い、状態の維持・改善を目指して自立度を高めてもらいます。

日常生活自立度から見た状態像

認知症高齢者の日常生活自立度	M									
	IV									
	IIIb	④								
	IIIa									
	IIb	③			⑥					
	IIa									
	I	①			②		⑤			
	自立									
		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
障害高齢者の日常生活自立度										

図4 日常生活自立度の活用

図4は、障害高齢者の日常生活自立度と認知症高齢者の日常生活自立度の組み合わせから、軽度者の状態像を表したものです。この図は、予防給付や介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」とする。)で、対応する範囲のおおよその目安やアセスメントの視点の確認、どのサービスを選定していくかのスクリーニングに活用できます。介護予防ケアマネジメントの対象は、①～③の方と考えられます。

図3と図4の状態像を照らし合わせてみると、②と③の方が集中介入期にあたり、短期的に適切なサービスを使うことによって、改善の可能性が高くなります。①の状態像の方は、基本的に図3でいう生活期にあたる方と考えられ、通常は事業対象者にはなりにくい状態像ですが、喪失体験等でうつ症状などがあると、廃用が進行し要介護となる可能性が高い方が含まれていることもあるので注意が必要です。

区分ごとの対処の仕方

① の状態像の方

歩行は自力歩行、杖歩行、歩行器の活用等幅が広く、バスや電車に乗って出かけることや、自分で車を運転する方もいます。認知機能の面では日常生活は通常できていますが、約束した時間を間違えることもあります。行事等にも参加でき、意志判断能力もあり自己決定できる方々です。

② の状態像の方

食事・排泄・着替えに関しては概ね自分でできていますが、意欲低下や下肢筋力低下等により、自宅で過ごすことが増え、近隣への外出も難しくなっている状態です。認知機能は①の方と同様です。

③ の状態像の方

生活リズムの中で時間の管理が難しくなり、今まで習慣化していた日課も声かけや指示、見守りが必要となる頻度が増えてきます。また、度々道に迷うことや、買い物や金銭管理、服薬管理等、それまでできていたことにミスが目立つようになります。電話や訪問者との応対が難しく、一人で留守番ができなくなるなど、誰かの声掛けや手助けが必要となります。本人が介護給付の利用を拒否して、家族も日々の支援に疲弊している場合もあるので、総合事業での対応も検討します。

④⑤ の状態像の方

基本的に介護給付での対応が主になるため、基本チェックリストを用いての事業対象者として対応は不要な方々です。

⑥ の状態像の方

状態によっては、事業対象・予防給付の対象になりますが、基本的には介護給付の対象と判断できる方々です。

疾病と要介護度の関係は深い

状態像とともに考慮しなければならないことに、対象者が抱える疾患があります。ほとんどの高齢者は何らかの疾患を抱えており、図5は疾患リスクと要介護度の関係を示しています。特に①の筋骨格系の疾患は、廃用が原因となることも多いことから、元気になる可能性があると考えられ、介護予防の視点が大切です。

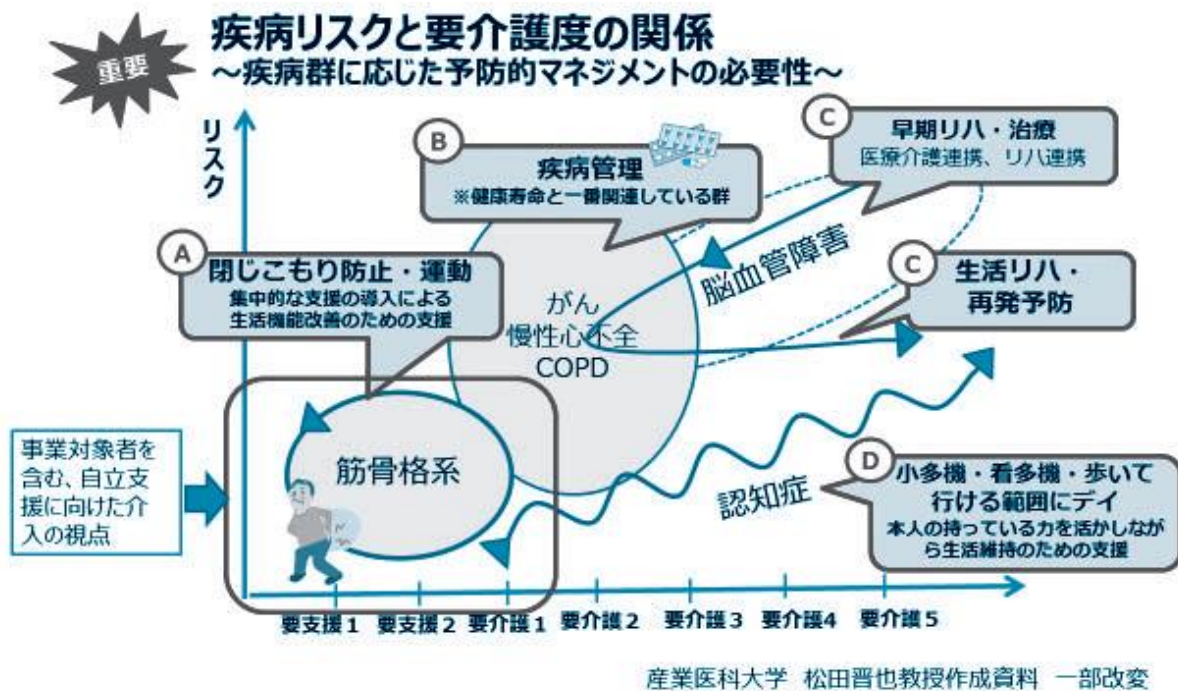


図5 疾病と要介護度の関係

4. 介護保険制度における介護予防の位置づけ

○介護保険制度の基本理念

【引用：「地域包括支援センター運営マニュアル」2訂p.237、238】

介護保険制度の基本理念は「**尊厳の保持**」と「**自立支援**」であり、保険給付は要介護状態等の**軽減や悪化の防止**に資するよう、**医療との連携**に十分に配慮し、**総合的かつ効率的に提供**されるものです。

また、**国民**は要介護状態となることを予防するために**健康の保持増進に努める**とともに、要介護状態となった場合にも、介護サービスを利用して**能力維持向上に努める**と明文化されています。

また、介護保険制度においては、要介護者及び要支援者に対し、個々の解決すべき課題や状態に即した介護サービスが適切かつ効果的に提供されるよう、多様なサービス提供主体による保険・医療・福祉にわたる介護の各サービスが、総合的、一体的、効率的に提供されるサービス体系を確立することとしており、このため、**制度上に介護支援サービス（ケアマネジメント）の機能を位置づけています**。

地域包括支援センター職員・介護支援専門員の仕事は、介護保険法に位置づけられています。

5. 介護保険制度における介護予防

介護保険制度の目的を再確認すると次のような2つのポイントに集約されます。

- ① 高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐこと
- ② 要支援・要介護状態になっても状態の改善・維持及び悪化遅延を図ること

①では、高齢者一人ひとりが自分の健康状態や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を主体的に行うことが重要です。

②では、生活上の様々な課題を抱える高齢者に対して適切な支援を行うことにより、要支援・要介護状態の予防やその重症化の予防、改善を図るものです。

【視点】

- ADL をゴールとしない
- IADL、生きがい、楽しみなど QOL を含むその人の生活に焦点を当てる
- 生活行為をプラスの視点から把握
- 行為全体をできないと判断するのではなく、可能性を見つけていく思考

具体的には、地域ケア会議などを活用した多職種協働により、適切なアセスメントの実施や本人の意向と状況を踏まえた目標を設定し、その達成のための必要なサービスや支援を主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう検討し、介護予防サービス・支援計画を作成し評価します。



6. 介護予防ケアマネジメントとは

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、多様なサービス種別に対応できるようになっています。利用者の状況により実施してください。

典型例としてケアマネジメントA・Bの2類型が示されています。その類型の整理やケアマネジメント費等は市町が決定するため、全国一律ではないことに留意しましょう。

基本的な考え方

適切なアセスメントに基づき、高齢者の自立に向けて設定された目標を達成することを目指す。利用者の生活上の困りごとに対して、単にできないことを補うのではなく、高齢者の自立支援や介護予防に資するよう、専門的支援により生活機能の維持改善を図る。

ケアマネジメントの類型

①原則的な介護予防ケアマネジメント【ケアマネジメントA】

ケアプランの手順	現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様のプロセスを実施。 自立支援型地域ケア個別会議等に諮った場合は、各専門職の意見を参考にすること。
利用するサービス	①介護予防訪問サービス ②介護予防通所サービス ③短期集中予防サービス（訪問型 通所型） ※市町によってサービスが異なるので、確認が必要。 上記サービスと併用して、基準緩和型サービス、一般介護予防事業、その他生活支援サービスを利用する場合もケアマネジメントAを作成。
ケアプラン様式	介護予防サービス・支援計画書
モニタリング	少なくとも3か月ごとに訪問。モニタリングは月1回、状況を確認して、記録を残す。
評価	一定期間後に各利用者の状態を評価。サービス事業者が行う、事前アセスメント・事後アセスメントの結果から運動機能や栄養状態の変化などを把握し、利用者の生活機能全体に関する評価を行う。

②簡略化した介護予防ケアマネジメント【ケアマネジメント B】

ケアプランの手順	サービス担当者会議を必要に応じて省略し、他はケアマネジメント A と同様のプロセスを実施する。 ※担当者会議を省略できる場合とは、本人の理解力や判断力があり、自ら介護予防に積極的な取組ができる人で、単一サービス提供事業所を利用する場合など。
利用するサービス	シルバー人材センターによる生活援助(指定・委託)
ケアプラン様式	介護予防サービス・支援計画書
モニタリング	間隔を空けて必要に応じて設定し、記録を残す。
評価	必要に応じて評価、ケアプラン変更等を行う。

7. ケアマネジメントサイクル

図6はケアマネジメントサイクルを示しています。インテーク（最初の面接・相談）に始まり、アセスメントが行われ、そのアセスメントの結果を介護予防サービス・支援計画書に落とし込んでいきます。このプロセスは、居宅介護支援計画の作成でも同じです。このケアマネジメントサイクルに則り、丁寧にアセスメントしていくことが重要です。

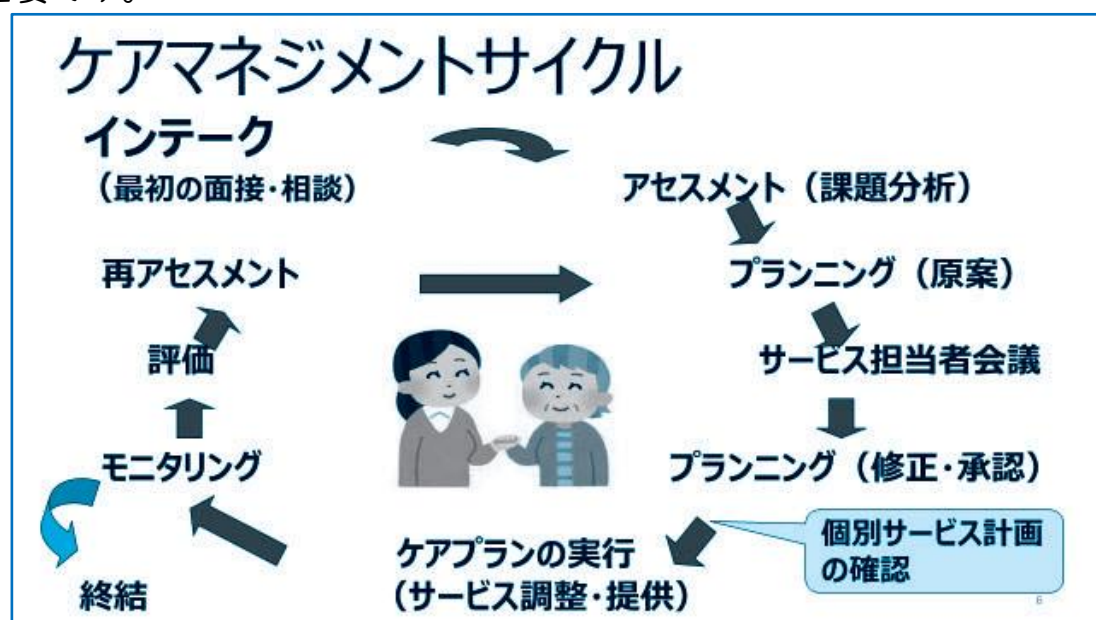


図6 ケアマネジメントサイクル

(1) インテーク(最初の面接・相談)

介護保険制度や介護保険制度以外の多様な社会資源についても、丁寧に説明し理解を得ていますか。本人・家族がこれからどのような人がどのような関わりをしてくれるのか、どのような制度や社会資源が使えるのかを十分に理解することが大切です。初回の面接となりますので、本人・家族の思いや困りごとを聞き取っていきます。

1) 利用者基本情報の収集

窓口で相談に来られた方には、情報収集として、まず利用者基本情報を作成します。利用者家族の話を傾聴し、信頼関係を築くことを最優先に考え、受容的態度で接することを意識しましょう。

表1 利用者基本情報(おもて)

利用者基本情報

《基本情報》

相談日	R6年 10月 15日 ()		来所	・電話	1 誰が(下記来所者参照)どんな理由で相談に来られたのか、しっかり聞き取る。
把握経路	1. 介護予防検診 2. 本人からの相談 3. 家族からの相談 4. 非該当 5. 年齢・性別は本人をイメージする大切な要素 7. その他 ()				
本人の状況	在宅・入院又は入所 ()				
フリガナ	かしはら はな		男・女	M・T・S	年 月 日生 (77) 歳
本人氏名	権原 はな				
住所	3 ΔΔ市〇〇		住所地: 本人の住む環境因子を知るための重要な情報。周囲はどんな環境か、社会資源はどんなものがあるかなど。		
日常生活自立度	4 日常生活自立度については、自身の目で確認し判断できることも大切。		立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 1・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支援1・要支援2 認定期限: R6年 9月 5日		5 認定情報は期間も含めて記載。障害等他の制度の対象か否かも確認。		
障害等認定	身障 ()・療養 ()・精神 ()				
本人の住居環境	6 自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室 (有・無) 浴室 (有・無) 便所 (洋式・和式) 段差の問題 (有・無) 床材、じゅうたんの状態 照明の状況 家具・家電の状況 ()		住環境: 物的環境因子の情報を確認する。住宅改修の有無も。		
経済状況	7 経済状況: 生活にかけられるお金はいくらか、サービスにかけられる費用はどうかの指標になる。		その他 ()		
住所	ΔΔ市〇〇				
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先	8 家族構成: 人的環境因子としての家族関係の把握は重要。親戚等も関りがあれば確認する。独居の場合は近隣の地域住民や友人等の関わりも。	
	権原 太郎	長男	ΔΔ市〇〇	・長男は、頼めば買物に一緒に行ってくれる (月1回) ・本人と嫁(長男の妻)とは不仲。 ・長女が月に1回は来訪して相談、支援する。	
	吉野 花子	長女	ΔΔ市〇〇		
	9 家族の関係性と支援の頻度や量を把握する。				

利用者基本情報（おもて）

① 相談の内容

大まかに聞き取ります。最初に言われることと、相談を受けている過程で内容が変化することもあるため、本人・家族等の話を受け止めることに留意しましょう。

② 年齢・性別

本人のイメージができる大切な要素です。

③ 住所地

本人の住む環境因子を知るための重要な情報です。周囲はどのような環境なのか、社会資源はどのようなものがあるのかなど、分かる範囲で把握しておきます。

④ 障害高齢者・認知症高齢者の日常生活自立度

認定情報から得られることが多いですが、自身の目で確認・判断して記載します。その時、どのような状況を捉えて判断したのか説明できるようにしておきます。もし、認定情報と差異を感じる場合は、生活状況のどの部分が影響しているか考えることも必要です。

⑤ 認定情報・障害等認定

認定期間は、更新についての利用者や家族の考え、モニタリングの適正な時期を考える上でも重要です。また、障害等認定の情報は、利用者の状況把握と他制度の活用との検討につながります。

⑥ 本人の住環境

住まいがどのような状態か、住宅改修は行われているのか、行っている場合、その箇所や内容（なぜかも含めて）等を聞き取ります。

⑦ 経済状況

生活にかけられるお金はいくらか、心身機能の維持や改善及び生活行為を補完するために必要な費用をどれくらい負担できると本人や家族が考えているか、情報収集することも頭にいれながら聞き取りましょう※P.236

⑧ 家族構成

本人の人的環境因子の最も重要な因子です。家族の中で支援方針等を検討するために欠かせない人（キーパーソン）を把握し、その人からも情報収集できる状況になっていますか。キーパーソンは一人ではないケースもあり、介護のことについては娘が、金銭管理については配偶者がなど役割分担していることもあるため、それぞれについて丁寧に聞き取りましょう。独居の場合は、独居に至った経緯も聞き取ります。近親者が近くにいない場合は、仲の良い友人や親せき関係も聞き取り、遠方に住んでいる家族も把握しておくことが望ましいでしょう。

⑨ 家族関係等の状況

本人・家族との関係性や現在の支援の頻度や内容を聞き取ります。家族の関係性については、うまくいっていない場合、本人が最初からあからさまに話すことはほとんどありません。一度に聞き取れない場合は、把握できた時点で加えます。支援の頻度や内容が多い場合、家族に負担がかかりすぎているかも聞き取りましょう。支援の頻度が少ない場合でも、内容によっては重要な意思決定について支援していることもあります。単純に支援の頻度や内容のみで判断しないように気をつけましょう。

表2 利用者基本情報(うら)

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	☐ 〇〇で生活 40歳頃 日程度 以前に		今までの生活:個人因子、人的環境因子の情報をきちんと記載する。特に、以前していた活動(グランドゴルフやカラオケ)や続けたいことなどは、丁寧に聞く。	10	〇〇の息子と娘1人を育てた。 〇〇するため、週4 〇〇を建てる。夫が 〇〇に参加していた。
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		11	趣味・楽しみ・特技	
	外出することなく、〇〇家で過ごしている。		11	以前は、カラオケ(公民館のサークル)	
	1日の生活・過ごし方:生活リズム や活動内容と活動量、役割等およ よ把握する。		11	趣味・楽しみ・特技:現在のもの だけでなく、過去にしていたことや、 将来してみたいことも含める。	
	困らず生活できればいいと思っている。		11	12	
	時間	本人	介護者・家族		
	7:00~	起床	長女:相談		
		朝食(パン・ヨーグルト)	相談		
	12:00~	昼食	手続き対応		
		テレビ等	説明の同席		
	18:00~	夕食(配食)			
	入浴				
21:00~	睡眠服薬・就寝				
				友人・地域との関係	
				13	

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況)

年月日	病名	医療機関・医師名(主治医・意見作成者に)	TEL	治療中 経過中 その他	内容
R 4	変形性関節炎	A病院	☆	治療中 経過中 その他	R 6年2月から痛みの為通院、R 6年8月右膝関節人工骨置換術、その後2カ月に1回経過観察。内服なし。
現病歴・既往歴と経過:罹患しているすべての疾患について主治医・治療内容や経過、既往歴について記載。通院頻度や通院方法なども含めて、他の帳票の情報との関連を持って記載する。				14	治療中 経過中 その他
				15	〇ルパクス(0.5)、ミカルティス(40):降圧剤、ワンアルファ(1.0):骨粗しょう症治療薬:各1錠、朝1回。 マイスリー不眠時 ブルセニド(12)便秘薬 就寝前1回/3日、モラステープ:消炎鎮痛剤(膝痛)

《現在利用しているサービス》

16	公的サービス	現在利用しているサービス:公的なサービスのみではなく、インフォーマルサービスも記載。	服薬情報:何をどれくらい飲んでいるのか、薬の内容等も含めて、服薬管理はできているのかも忘れず確認。
----	--------	--	---

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医の意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

利用者基本情報（うら）

⑩ 今までの生活

介護予防ケアマネジメントのヒントとなる情報が多く含まれ、その人らしさがわかる項目です。過去の生活歴も含めて、心身機能の低下が始まった時期やきっかけ、その原因について把握します。心身機能が低下している場合、どのくらい機能が低下しているのかも記載できればでしょう。

⑪ 1日の生活・過ごし方

日々の生活リズムや活動内容が分かるように記載しましょう。また、本人が行っていることや家族・支援者等が主に担っていることについては、明確にしましょう。加えて、食事の回数等問題がないか把握します。本人が1日にどれくらいの活動を行っていて、それは本人にとって適切な量なのか、人と話す機会がどれくらいあるのか、どんなことを話しているのか等、現在の本人がどのような人かが分かるよう情報を収集しましょう。

⑫ 趣味・楽しみ・特技

現在できているものだけではなく、過去にしていたことや、これからしたいと思っていることも聞きます。これからの生活の中でしたいことや再開したいことは、介護予防ケアマネジメントにおいて、生活の中の目標になりやすく、本人の意欲にも働きかけることができます。何もない、浮かばないと言われる方には、興味・関心チェックシートを使うことが有効です。活動・参加を意識して、聞き出しましょう。

⑬ 友人・地域との関係

家族以外の人的環境因子を把握する項目です。友人関係や地域の人との関係を聞き取りましょう。本人の強みになっていることが多い項目です。なじみの関係を断ち切らないためにも、どんなインフォーマルな資源があるのか、把握しましょう。地域の人のみではなく、その地域独自の行事や活動も聞き取りましょう。近隣に参加できる活動があることは、フレイル予防につながる社会性を維持・継続できる大きな強みになります。

⑭ 現病歴・既往歴と経過

罹患している全ての疾患について、病歴の新しいものから主治医、治療内容や経過、既往歴について記載します。高齢者の場合、複数の疾患を抱えていて、複数の医師にかかっているケースがほとんどです。内容についてはできるだけ詳しく聞き取ります。また、主治医意見書がある場合、生活を阻害している要因となっている疾患の主治医とは異なる医師が記載しているケースもあるため、主治医意見書の情報のみで、全ての医療情報を得たと判断しないようにしましょう。アセスメントの過程において、それぞれの医師からの情報を得る努力をしましょう。

⑮ 服薬情報と疾患情報

大変重要な情報です。どのような疾患にどのような薬が処方され、本人はどのように服用しているのかを把握しましょう。薬の内容については、本人がお薬手帳を持っている場合は、そのコピーや薬局が出しているお薬情報をもらうなどしましょう。

以下の質問項目を参考に、薬と服薬管理について情報を収集しましょう。

- ☒ どここの薬局で薬をもらっているか知っていますか？
- ☒ 薬の説明書に目を通していますか？
- ☒ 薬が整理整頓して置いてありますか？
- ☒ 薬は誰が管理しているか知っていますか？
- ☒ 飲んでいる薬の中に転倒のリスクのある薬があることを知っていますか？
- ☒ 薬の種類が多すぎて服用が難しくなっていませんか？
- ☒ 薬を飲んでいるときにむせていませんか？
- ☒ 本人が相談できる薬局や薬剤師がいることを知っていますか？

⑯ 現在利用しているサービス

公的なもの、公的以外のもの両方とも記載します。そのサービスが本人の生活にどう影響しているかも把握しましょう。

2) 基本チェックリストの活用

基本チェックリスト(表 3)は基本的に本人が記載します。基本チェックリストは、地域包括支援センターの相談窓口で、生活機能低下や支援が必要な状態かを判断するために用いられるものです。要介護認定が非該当であっても、基本チェックリストを実施した結果、心身の状況やその置かれている環境、その他の状況から、要支援(要介護)状態となることを予防するための支援を行う必要があると判断された方(※フレイル状態を含む)は、事業対象者(表 4 参照)となります。

表3 基本チェックリスト 厚生労働省資料

記入：令和 年 月 日 ()

氏名		住 所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目			回答：いずれかに○をお付けください	
1	バスや電車で1人で外出していますか			0.はい	1.いいえ
2	日用品の買い物をしていますか			0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか			0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか			0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか			0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか			0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか			0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか			0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか			1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか			1.はい	0.いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか			1.はい	0.いいえ
12	身長	cm	体重	kg	(BMI =) (注)
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか			1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか			1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか			1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか			0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか			1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか			1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか			0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか			1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない			1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった			1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる			1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない			1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする			1.はい	0.いいえ

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする

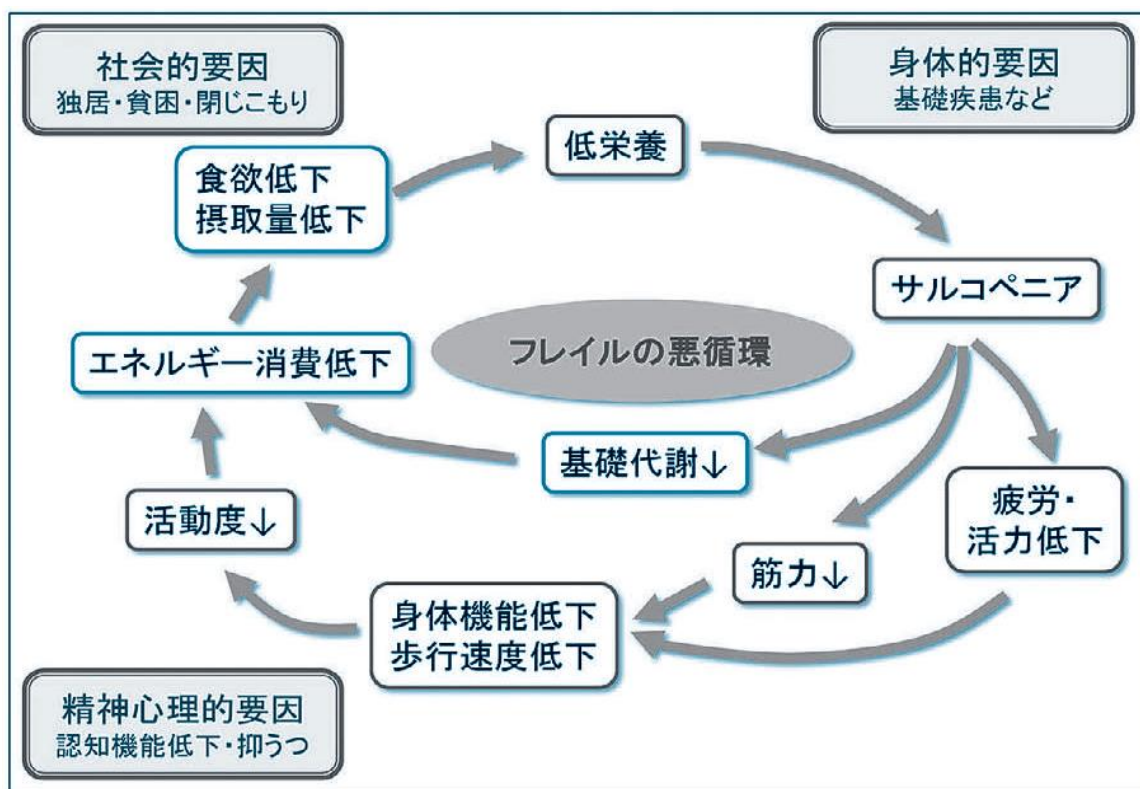
表4 事業対象者となる項目

項 目	事業対象者
1～20(生活機能全般)	10項目以上に該当
6～10(運動機能)	3項目以上に該当
11、12(栄養)	2項目すべてに該当
13～15(口腔機能)	2項目以上に該当
16、17(閉じこもり)	16に該当
18～20(認知機能)	1項目以上に該当
21～25(生活意欲)	2項目以上に該当

(注) この表における該当 (No.12を除く。)とは、表3の回答部分の「1. はい」又は「0. いいえ」に該当することをいう。この表における該当 (No.12に限る)とは、BMI=体重(kg)÷身長(m)が18.5未満の場合をいう。

※フレイル状態とは

加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像



Xue QL, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2008; 63: 984—90より改変.

図7 フレイルサイクル

基本チェックリストの各項目の持つ意味

基本チェックリストは基本的に本人が記載します。図 8 に、それぞれの項目の持つ意味を示します。それぞれの項目の持つ意味を知っていると、インタビューやアセスメント時の情報収集に役立ちます。

No.	質問項目	
		J1 か J2 かを判断している 1
1	バスや電車で1人で外出していますか	お付け下さい)
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい 1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	
4	友人の家を訪ねていますか	
5	家族や友人の相談にのっていますか	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか	
8	15分くらい続けて歩いていますか	
9	この1年間に転んだことがありますか	
10	転倒に対する不安は大きいですか	0. はい 1. いいえ
11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	0. はい 1. いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	0. はい 1. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	0. はい 1. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	
16	週に1回以上は外出していますか	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	0. はい 1. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい 1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	0. はい 1. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	0. はい 1. いいえ

2 買い物の頻度や、お店や ATM までの行き方は?

3 対人交流の減少は? 外出の質と閉じこもりとうつの項目との関係は?

4 下りではなく昇りの際の支えの使用を聞いている

5 起居・移動動作のどんな動作が難しい?
→「運動器の機能低下」との関連は

6 この8と9の2項目は元気な方と事業対象者で、
大きな差が出る項目なので注意!

7 11、12の2項目は低栄養の指導。体重減少率と BMI (体格
指標・18.5 未満(やせ判定) 70歳以上は20以下で注意)
半年前以前の体重の増減についても確認!

8 13、14、15の3項目は口腔機能。13:咀嚼機能・14:嚥下機能・15:
肺炎リスクをみている。半年前以前の变化についても確認!

9 ICF の参加 閉じこもりの可能性をみている。1~5の関連は?

10 認知機能の低下は、認知症の中核症状である、18:短期記憶
障害・19:実行機能障害・20:見当識障害をたずねている。

11 抑うつ状態、閉じこもりに陥りやすい精神状況の有無
生活全般の項目と外出頻度等結果と運動

図 8 基本チェックリストの項目の持つ意味

○基本チェックリスト(図8)の結果から考えられること

基本チェックリストの結果から次のことが考えられます。アセスメント時に確認しましょう。

1 設問1の「バスや電車で1人で外出していますか」が「いいえ」だった場合、障害高齢者の日常生活自立度がJ2以下であることが分かります。J2の場合、近所には出かけられているのか(これが「いいえ」だったらA1以下になります。)、遠くに行く場合は、誰か支援してくれる人がいるのかなど確認しましょう。

2 設問2の「日用品の買物をしていますか」の項目が「はい」の場合、買物に行く頻度や、店までの行き方、買物をして一度に運べる量はどれくらいなのかなど考える必要があります。また、「いいえ」の場合は、なぜできないのか、その理由を掘り下げて確認する必要があります。例) 重い荷物を持てない、店に行く手段がない、歩行能力の問題、周囲に店がない等

設問3の「預貯金の出し入れをしていますか」も、「はい」の場合、どこでどのように行っているのか確認が必要です。「いいえ」の場合、どうやってどの程度の金銭を管理しているのか、誰が支援しているのか確認が必要です。

3 設問4と5の「友人の家を訪ねていますか」「友人や家族の相談にのっていますか」は、対人交流の減少がないかを聞いています。この設問は21~25のうちの項目とも関連性が高い設問です。「はい」と回答した方でも、その頻度や内容なども聞き取りましょう(友人の家を訪ねる理由やどんな相談にもっているかなど)。また、家族や友人以外に会話をしたり家を訪ねる機会はないのか、本人を取り巻く人的環境も把握しましょう。

4 設問6の「階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか」は、階段の昇りの際の支えの必要性を聞いています。ロコモティブシンロームのチェック項目の一つ(日本整形外科学会公認ロコモティブシンローム予防啓発公式サイト)でもあるため、この項目が「いいえ」だった場合は、下肢筋力の低下を意識する必要があります。また、日常生活の中に、階段や段差を越えなければならない状況はどれくらいあるのかも聞き取りましょう。本人が活動する屋内や屋外の環境も必要に応じて確認します。

5 設問7の「椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか」は、介護保険の認定調査でも誤解の多い項目です。日常的に、目の前にある机等に手をついて立ち上がる習慣のある場合、「いいえ」と記載する場合があります。その場合、診察の時の椅子から立つように、前に何もつかまるものがない場合でも立ち上がれるか聞き、膝や大腿に手をついて立ち上がる場合は、手に体重がかかっているかどうか確認します。

「いいえ」の場合、起居動作にどれくらいの難しさがあるのか掘り下げて聞き取る必要があります。

6

設問 8 の「15 分位続けて歩いていますか」と設問 9 の「この 1 年間に転んだことがありますか」の 2 つの項目は、「15 分ぐらい続けて歩いていない」「この 1 年間に転んだことがある」になっている場合は、事業対象者や要支援者に該当する可能性が高いと考えられます。

設問 8 が「はい」の場合、歩く目的やその距離はどれくらいなのか。歩く機会の継続性やその機会が失われた場合に、生活に与える影響なども考えておきます。

「いいえ」と回答した場合、家の周りのどの範囲なら行けているのか、その範囲に食材等の買い物ができる店はあるのかなど、支援者がいない場合に買い物や金銭管理等できるのか、確認が必要です（周囲の環境によっては、15 分以上歩けていても、生活に必要な物品の購入が可能な店等がないケースもあります）。

設問 9 が「はい」の場合、必ず「いつ」「どこで」「どのようなきっかけで」「どのように転んだのか」「その結果、どうだったのか」を確認する必要があります。転倒の経緯を明らかにすることで、生活機能低下の原因や周囲の環境のことが把握できます。本人の活動範囲や過去の転倒の経緯も含めて聞き取り、それは何が影響しているのか考えることも必要です。

7

設問 11 の「6 か月間で 2～3 kg 以上の体重減少がありましたか」と設問 12 の「身長・体重・BMI」の 2 項目は、**栄養状態のチェック**です。半年で 2～3 kg の体重減少がある場合は、この半年に本人の周囲で何か変わったことがなかったのか（環境因子の変化）や、食欲・食事の状況など確認していきましょう。「いいえ」の場合でも、半年より前や若い頃の体重も聞き取ります。

設問 12 では低栄養のリスクを BMI 18.5 の指標で判断していますが、70 歳以上の方は、BMI 20～21 を指標にした方が良いことが分かっていますので、（日本人の食事摂取基準 2015 年度版「目標とする BMI の範囲」参照）18.5 以上でも 20 以下の場合は、安心しないようにしてください。BMI は低い場合だけではなく極端に高い場合も、機能低下が始まる前の体重との比較が必要です。また、医師の見解や注意事項の有無も確認しましょう。

8

設問 13 の「半年前にくらべて固いものが食べにくくなりましたか」設問 14 の「お茶や汁物等でむせることがありますか」設問 15 の「口の渇きが気になりますか」は**口腔機能の項目**です。設問 13 は咀嚼機能、設問 14 は嚥下機能、設問 15 は肺炎リスクをみています。

設問 13 が「はい」の場合、本人にとって何が固い物として認識されているかを確認することが大切です。他の方にとっては大して固い物ではないものでも、口腔機能が低下している場合は、本人にとって固い物と判断する場合があります。どのような物が食べにくいのか、例えば肉やせんべいのような物が食べにくいのかを確認します。肉が食べにくいのであれば、たんぱく質は何からどのように摂取しているのか把握しましょう。（口腔機能に課題がないかを含めて確認します。義歯の調整等）

設問 14、15 が「はい」の場合、水分摂取の方法を確認しましょう。また、肺炎を疑うような発熱や便秘、脱水等を繰り返していないか、むせがある場合、脳梗塞等の既往や脳梗塞に関連する症状の有無等も確認しましょう。加えて、1日の水分摂取量や、どのような時に口の渇きが気になるのか、冬場の感染症発症の頻度等も確認しましょう。

9

設問 16 の「週に 1 回以上は外出していますか」に「いいえ」の場合は、この 1 項目だけで、事業対象者に該当する判断基準に入っていることに気をつけましょう。週に 1 回も外出しない生活を送っている場合、食事の調達方法や内容、他者との交流、周囲の地域の状況等を必ず確認しましょう。また、「はい」の場合も、週 1 回以上の外出の目的を把握し、その外出は本人や家族に負担感があるのかないのか、また必要性や継続性についても考えましょう。設問 1 の外出手段や設問 2、3 の買い物や預貯金の出し入れとの関連を意識しましょう。

設問 17 の「昨年に比べて外出の回数は減っていますか」が「はい」の場合、いつ頃からどの程度外出が減っているのか、その原因についても聞き取っていきます。

10

設問 18 の「周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れがあると言われるか」は短期記憶障害、設問 19 の「自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか」は実行機能障害、設問 20 の「今日が何月何日かわからない時がありますか」は見当識障害と、認知症の中核症状を聞いています。基本チェックリストはあくまでも自己評価ですので、日頃の状態と照らし合わせる必要があります。日頃の状態を観察することで、本人の認知機能に対する認識（全て問題ないと回答しているのに、日付を間違えたり約束を忘れたりするなど）を評価することができます。

11

設問 21～25 の項目は抑うつ状態や閉じこもりになりやすい精神状態の有無を聞いています。この項目は、生活機能全般や閉じこもりの項目との関連を見るようにしましょう。生活としては活発な状態でも、「はい」が多いケースは、何か周囲で変化が起こっていなかったかなどの聞き取りが必要になります。食欲の有無との関連にも注意しましょう。また、運動器の項目に該当がないのに、閉じこもりやうつ、生活全般の項目などに該当している場合は、うつ病を含め精神疾患等の影響などを考えることも必要です。

○基本チェックリストで不足している情報

図 9 は、基本チェックリストの質問項目を ICF に落とし込んだものです。「心身機能・構造」と「活動」「参加」の部分に偏っていることが分かります。「活動」「参加」も限定的な情報に限られています。

基本チェックリストの国際生活機能分類 (ICF)

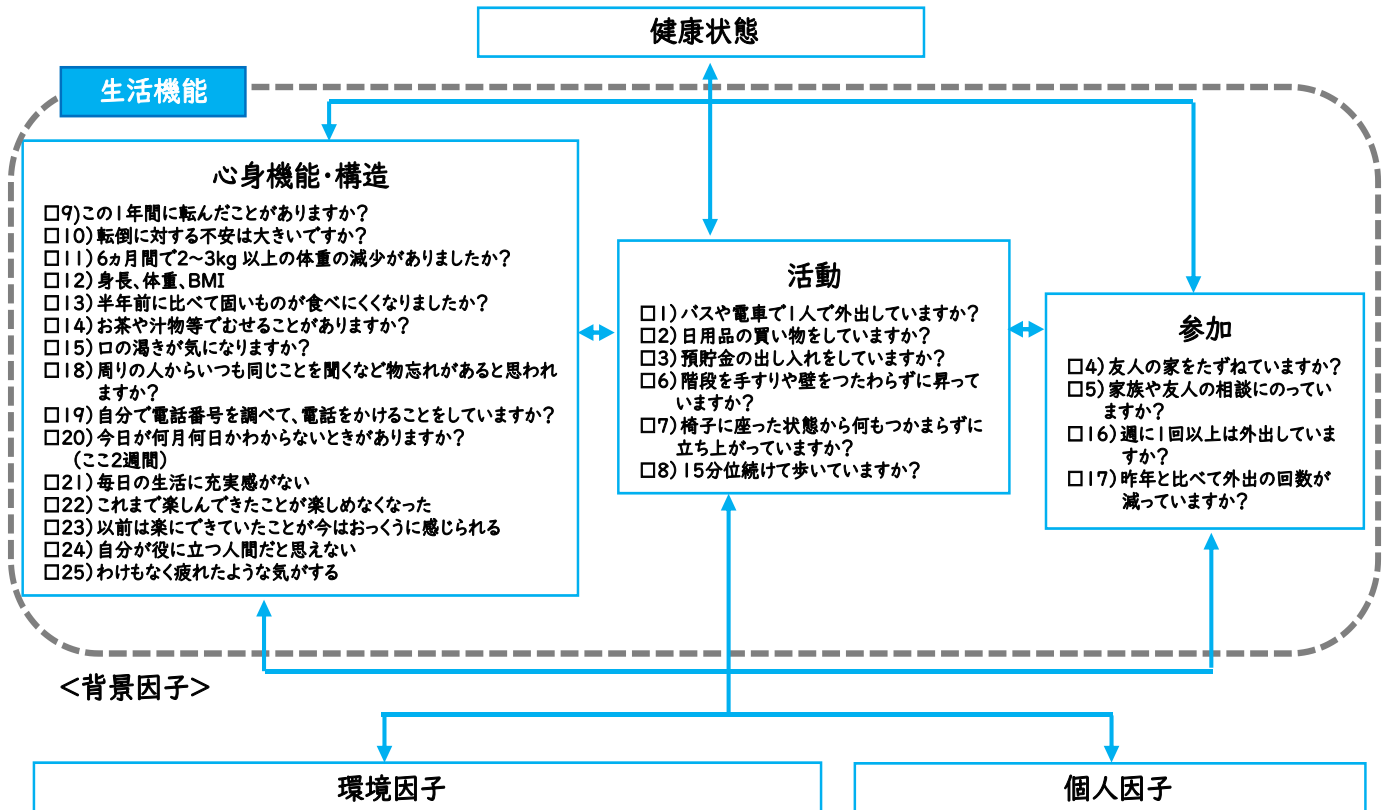


図 9 基本チェックリストの ICF 分類

基本チェックリストは図 10 に示す情報が不足しているので、基本情報収集やアセスメントの過程で、次の内容について情報収集をすることを心がけましょう。このように、インテークからアセスメントの過程で必要な情報に不足があると、情報不足によってアセスメントができていない原因となる可能性があります。

基本チェックリストで不足している情報

- 1) 活動・参加の項目の不足
ADL 更衣 入浴 排泄 食事 等
IADL 家事 金銭 服薬 外出手段 等
参加 参加の場 対人交流
- 2) 健康状態の疾患・既往歴等医療情報の不足
- 3) 背景因子すべて
家屋・地域周辺等の物的環境因子
家族・友人等の人的環境因子



図 10 基本チェックリストで不足している情報

(2) アセスメント

利用者基本情報と基本チェックリストの情報収集だけでは、アセスメントに必要な情報を全て得ることはできません。図 10 に示すように、「活動」「参加」「健康状態」背景因子の中でも特に「環境因子」に関わる内容が不足しています。

利用者基本情報や基本チェックリスト、日常生活自立度等だけでは情報が不足するため、利用者や家族にとって最小限の負担で、効果的な情報収集に努めることとともに、介護予防ケアマネジメントに不慣れな新人職員や、デマンド型（要望型）のサービス調整からニーズ（真の必要度）型に切り替えることが苦手な計画作成者に対するアセスメント能力や説明力の向上を図るために、生駒市版「二次アセスメントシート」が作成されました。橿原市でも参考にしています。

1) ICF を活用する視点

高齢者の日常生活は、ADL や IADL、社会との交流などさまざまな生活行為の関係性の上に成り立っています。

そうした関連性に配慮しながら自立支援を促すには、個々の特性を理解した上で課題を整理し、「活動」や「参加」につなげるように、対象者の健康状態、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」といった生活機能に加え、物的環境（支援機器や住宅環境等）、人的資源（家族や社会の意識・態度等）、制度的環境（法制度や公的サービス等）といった「環境因子」、性や年齢、民族、ライフスタイルといった「個人因子」等を相対的に情報収集し、課題を分析することが必要です。

それらを分類したものが ICF（国際生活機能分類）（図 11）で、これは様々な要因を統合して考えていくプロセスにおいて、大変理解しやすい分類であり、高齢者の生活全般について総合的な支援を考えていく上でとても重要です。

国際生活機能分類（ICF）～生活機能のモデル～

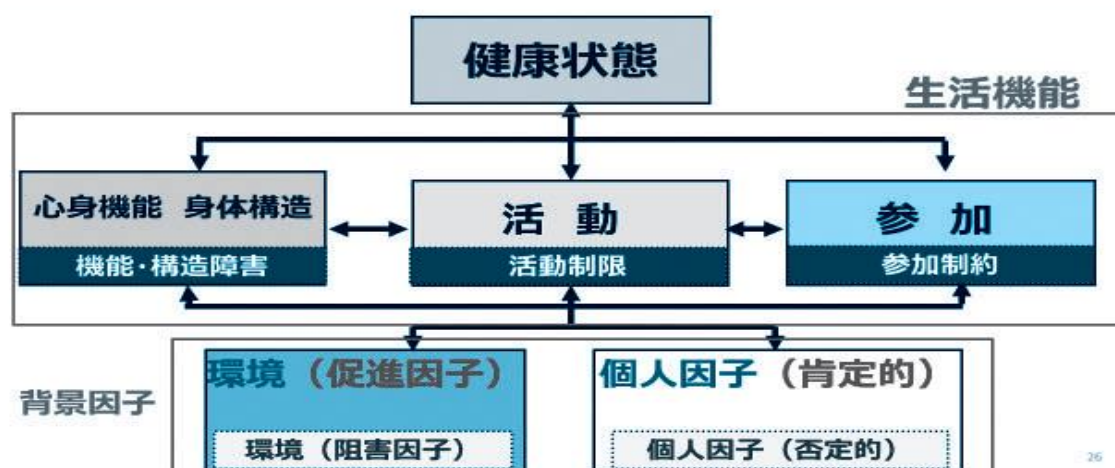


図 11 ICF（国際生活機能分類）

国際生活機能分類 (ICF) からみた 介護予防のアセスメントの視点

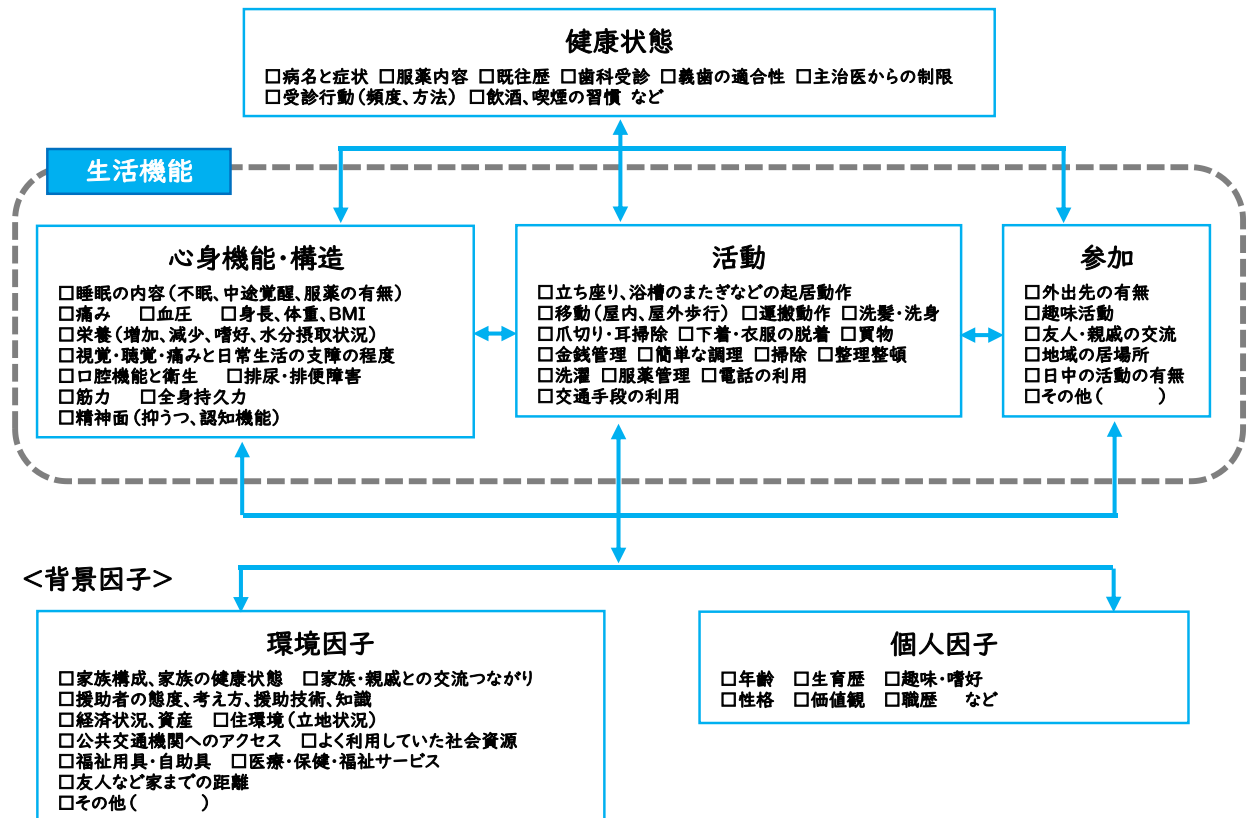


図 12 ICF からみた介護予防のアセスメントの視点

図 12 は ICF の各項目に含まれる介護予防アセスメントの視点を整理したものです。それぞれの内容を参考に、自身のアセスメントの視点を振り返りましょう。

2) 各因子のアセスメント

①健康状態のアセスメント

【介護予防サービス・支援計画書の健康管理の項目に反映】

本人の健康状態の把握は、最重要の事項です。介護予防ケアマネジメントの対象者は何らかの理由で、生活機能の低下を起こしており、その原因のほとんどが疾患やけがによるものです。また、高齢者のほとんどは、複数の疾患を抱えています。対象者の抱える疾患とその経過について情報を収集し、今後のアセスメントをすることで、健康状態の悪化の防止と生活機能の維持改善につながります。

□ 病名と病状 □ 既往歴

罹患している全ての疾患の経過、治療内容、既往歴の把握

・罹患している全ての疾患について主治医、治療内容や経過、既往歴について把握できていますか。主治医が複数いる場合には、疾患によっては複数名の主治医と連携を取り、医療的な指示を確認しましょう。

・心身機能の低下のきっかけや、現状の課題に関わると考えられる主な疾患を理解していますか。

・現病歴、既往歴について、その発症時期や入退院等の時期についても把握・記入し「主訴」の生活機能低下の時期に関連がないか丁寧に聞き取りを行い、改善の可能性と改善にかかる期間について考察しておきましょう。

□ 服薬内容

お薬情報・服薬状況の確認

疾患管理については、服薬についても詳しく情報収集することが大切になります。P.24 掲載の質問項目を参考に、薬と服薬管理について情報を収集しましょう。

□ 歯科受診 □ 義歯の適合状態

歯科受診の状況やその結果、義歯の適合状態の把握

口腔の状態は栄養状態や運動機能にも関連します。

- 歯磨きや義歯の掃除を行っているか、歯科受診の状況（定期的な受診を含む）、かかりつけ歯科医の有無を確認しましょう。
- 食事摂取状況やその内容について、基本チェックリストの口腔機能の項目と関連性を持ち、歯科受診の状況や義歯のかみ合わせに問題がないかなどを確認しましょう。

□ 主治医からの制限

主治医からの注意事項の情報を把握、疾患リスクの確認

- 主治医の指示に基づく内容については、ケアプランにも盛り込み、サービス選定だけでなく日常生活の上でも指示が守れるように留意してください。
- 日常生活や運動について、医師からの制限や注意を受けていることについて確認していますか。
- 特定の疾患の場合、例えば脳出血性疾患の罹患歴のある人は、脳梗塞の再発・再出血等のリスクについて主治医に確認しましょう。

□ 受診行動

健康管理の方法を確認（医療とのつながり）

健康状態を保つためにも、医療機関にきちんと通院することが大切です。

- 定期的な通院の有無やその頻度、通院のための交通手段や支援の有無について確認しましょう。（経済的負担や家族支援などの状況把握につながる問い）

□ 飲酒・喫煙の習慣

嗜好品の把握・疾患との関連性

嗜好品の把握は基礎疾患と関連します。アルコールは肝臓の疾患や糖尿病、喫煙は肺疾患と大きく関連するため、疾患の悪化防止の観点からも情報を収集しておきます。

- 量や頻度、関連のある基礎疾患を確認しましょう。アルコール依存症やアルコール量が多い方は、次の状態が起こっていないかも確認しましょう（アルコールの糖分で満足し、食事を適正に摂れていないケースや、糖尿病との関連、水分量をプラスして飲まないで脱水傾向に陥りやすいなど）。

②心身機能・身体構造のアセスメント

【介護予防サービス・支援計画書の運動・移動の項目に反映】

身体状況の把握になります。睡眠や血圧、栄養などは健康状態や活動と深く関連しています。

□ 睡眠（不眠・途中覚醒・服薬の有無）

睡眠状態の把握、服薬の有無と生活への影響の状態確認

- 不眠を訴え睡眠薬を常用している場合には、薬を飲む頻度、処方された時期や服用している期間など、注意して確認しましょう。
- 睡眠薬がどのような薬かその効用や副作用についても確認しましょう（入眠剤なのか中間型なのか、そのタイプによっては、夜間頻尿やふらつき・転倒との関連性も含めてアセスメントできる事が望ましい）。
- 夜間に複数回起きているにその状況を聞き取っていますか。また、そのことで生活にどのように影響を及ぼしているか確認しましょう。

□ 痛み・しびれ

痛み・しびれの原因を探り、生活へ及ぼす影響を確認

多くの高齢者は体に何らかの痛み・しびれを抱えています。痛みやしびれがあると、活動に大きな影響を及ぼします。

- 痛みやしびれについて、現病歴・既往歴との関連を持ちながら、出現の時期について聞き取っていますか。
- 痛みやしびれの部位や程度、場面や対処、困っていることなどを丁寧に聞き取りしていますか。
- 痛みやしびれについて、現在状況改善のために行われている治療はどのようなことですか。
- 痛みやしびれについて、改善できるものなのか、うまくつきあっていくべきものなのかなどの本人や家族の疾患についての知識や理解度はどの程度ありますか。
- 痛み・しびれで「できない・困っている」ことについては、どのようにしたらできそうかと考えながら掘り下げて聞くようにしていますか。
- 痛みやしびれがあっても、環境を工夫する等で行えていることはどのようなことがありますか。

□ 血圧

血圧の把握、疾患との関連の理解

多くの高齢者が高血圧（NIPPON DATA2010 の高血圧有病率から、60 歳代の約 60% は高血圧、70 歳代では女性約 70%・男性約 80%）であることが知られています。アセスメント時、血圧を確認することを習慣づけましょう。

- 本人は平常時の血圧を把握していますか。自宅で血圧を測定する習慣はありますか。高い場合、降圧剤の服用等、健康管理が自身でできそうですか。
- 血圧の薬はどの薬か、本人は把握していますか。
- 体調不良で血圧の変動が大きくあった場合の対処方法について、本人は理解していますか。対処はできていますか。
- 脳血管性疾患の罹患歴がある人は、自身が再発・再出血等のリスクについて理解していますか。

□ 身長・体重・BMI

基本チェックリストの設問 12 の項目で確認ができています。

□ 栄養（増加・減少・試行・水分摂取状況）

栄養・水分の摂取状況と体重や食事量の経年変化, 低栄養の予測等

この項目は、基本チェックリストでスクリーニングができています項目ですが、食事の内容等についての詳しいことは、アセスメント時に聞き取りを行っていただかなければなりません。

- 基本チェックリストの設問 11 や 12 と関連性を持って、栄養状態を把握しましょう。
- 基本チェックリストで、体重減少がある場合や BMI が低い場合、又は極度に高い場合、機能低下が始まる前の体重を把握しましょう。また、医師の見解や注意事項等の有無も把握しましょう（体質なのか、食事量の減少なのか、精神的なものなのか、疾病から引き起こされているものなのかなど、幅広く確認できているか）。
- 糖尿病や腎臓病等食事療法が必要な疾病の場合、これまでに栄養指導を受けた経験があるかどうか確認します。
- 食事摂取状況やその内容について、何か気になることはありましたか。「有」の場合の内容およびプランに課題として、そのことを反映させましたか。
- 食事を 3 食/日摂れていても、食事の内容（質と量）が問題です。菓子パンだけや麺類などで簡単に済ませていないか、主食、主菜、副菜が毎食摂取できているか、また 1 日で乳製品や果物なども摂取できているか 10 食品群チェックシートなどを活用してみましょう。
- 特に主菜となる肉、魚、卵、豆腐類等からのたんぱく質の摂取量が少ない場合、たんぱく質の摂取が重要なことを利用者に説明しましょう。
- 1 日分の水分摂取量と食事内容、排便や緩下剤等の関係について把握しましょう。
- 1 日の水分量が少ない場合や多すぎる場合、適正な水分量について説明し、理解を促しましょう。（少ない場合、どのようなことが起こりうるか理解し、利用者に説明していますか。）
- 脳梗塞等の既往者には、麻痺の有無があるか、あれば食器や食形態、とろみづけ等適切に対応できているか確認します。特に水分摂取量の確認を行い、必要な水分摂取を確保するように関係者で共有し、脳梗塞の再発リスク削減に努めましょう。再発を繰り返すものについては、医療面でのアプローチを含めて確認を行いましょう。
- 認知症では、食への意欲・関心が薄れるので、食生活状況との関連を聞き、買い物、調理に問題ないかを確認します。また、口渇感を覚えにくい人もあり、水分摂取不足による体調不良も多いため、どのようにしたら飲水が適正にできるかの工夫を考えましょう。

□ 視覚・聴覚

目の見え方・耳の聞こえ方の状況把握と生活への影響

高齢になると、誰しも感覚器の障害を来します。視覚や聴覚の機能低下により、生活の中でどのような支障が起こっているのか、確認しましょう。

- 視覚障害の程度として、夕方等暗くなってくると周りが見えにくくなり、歩く時に不安を感じるなどといったことが起こっていませんか。
- 老人性難聴の有無の確認をしていますか。聴覚刺激が入りにくいことで、コミュニケーションの取りづらさから、人との関わりが減ったり、認知機能の低下を引き起こす原因になっていませんか。
- 日頃の会話には問題のない程度であっても、日常困ったことは無かったか確認しましょう。

☐ 口腔機能と衛生

健康状態の歯科受診・義歯の適合状態を確認しましょう。

☐ 排泄・排尿障害

排泄の問題と、その症状及び対処法の確認

外出の大きな阻害要因になる項目の一つです。デリケートな問題であるため、いきなり聞き出すことは難しいかもしれませんが、この障害で、本人が地域の行事や楽しみにしていたことに参加できなくなっている場合も考慮し、しっかりアセスメントし、解決に向けての方法を考える必要があります。

- 失禁の症状（腹圧性・切迫性・溢流性・機能性）を確認、理解していますか。
- 尿漏れ・尿失禁等の対応はどのようにしていますか。また、その要因を把握し、プランにも反映していますか。（膀胱炎を繰り返すなどの経過がある場合、受診の有無を確認したり、失禁予防体操のアドバイスや尿取パッドの選定や交換の適切さを助言できていますか。）
- 排便の状況はどうですか。便秘を繰り返していたり、軟便で失敗をしていたりしませんか。
- 便秘や軟便の問題に対して、食事に気をつけたり受診したり、処方されている薬の服用等の結果はどのような状況ですか。

☐ 筋力 ☐ 全身持久力

運動機能（特に筋力・持久力）と生活への影響について

下肢筋力については、基本チェックリストの設問6と設問7でスクリーニングされていますが、上肢の筋力低下等がないかも確認が必要です。上肢の筋力低下は買物、更衣や家事動作の難しさにつながります。

- 重い荷物が持ちにくくなっているか、どのくらいのものなら運べるか確認しましょう。
- 料理の時に、カボチャが切りにくくなったり、フライパンやなべで作った料理を、お皿に移す時、フライパン等を持つことが難しくなっていないか、聞いてみましょう。

また、全身持久力については、基本チェックリストの設問8で大まかなことが分かります。全身持久力が低下したことで、生活が不活発になっている可能性があります。

- 疲れやすくなって、日中の活動が低下し、そのことで夜の眠りにくさにつながっていないかなどを確認しましょう。
- 今まで意欲的に取り組んでいた活動も、持久力の低下からしんどくなってできなくなっているか、また、できなくなった活動は何か確認しましょう。

□ 精神面（抑うつ・認知機能）

精神面の問題や認知機能低下の兆候の確認

運動機能の問題のみではなく、精神面に問題がある場合も、活動制限や参加制約を引き起こします。特に認知機能の低下については、精神面の問題も複合して現れる可能性がありますので、アセスメントに注意が必要です。基本チェックリストの設問 18・19・20 でスクリーニングされていますが、本人の記載したものと実際の状態を注意深く確認しましょう。

- 短期記憶障害や見当識、実行機能障害や理解判断能力について、どのような支障があるかを確認しましょう。
- 認知症やうつの状況について、健康状態や ADL、IADL、社会生活の経過とも関連づけて把握しましょう。
- 今までできていたことや楽しみにしていたことを億劫がってやめてしまったことがあるかや、その内容を確認しましょう。

認知機能の低下が疑われる場合

認知機能低下が疑われる時の確認事項

- 物忘れや置き忘れ、被害妄想等の有無を確認し、ある場合はその頻度と内容について把握し、対応策について検討することも考えられます。
- 外出時、道に迷っても家に帰ってくることはできていますか。迷った時、人に聞いたり、目標物を探したり自身で動くことができているかどうか確認しましょう。
- 物の置き忘れ等があった場合、本人や家族がどのような対応をしているか聞き取りましょう。
- 家族は認知症について理解できているか聞いてみましょう。認知症の本人に対して、うまく言葉かけができるか、適切な対応ができていないか聞いてみましょう。できていない場合、理解を促すための働きかけについて考えましょう。

③活動のアセスメント

【介護予防サービス・支援計画書の運動・移動の項目, 日常生活の項目, 社会参加・対人関係(コミュニケーションについて)の項目に反映】

ADL と IADL は、利用者自身の生活の基本をなすものです。特に要支援 1・2 の軽度者においては、ADL よりも IADL の低下が課題となるので、丁寧な聞き取りが必要となります。

認定調査によると、買物自立の低下から IADL の低下が始まっています。基本チェックリストで、設問2「日用品の買物をしていますか」が「いいえ」の場合、要支援レベルを疑いましょう。

また、ADL や IADL はできないことを単独で聞き出すのではなく、健康状態の経過と関連して把握し、いつ頃からその状態にあるのかを聞き取りましょう。身体的要因からくるものか、精神的要因からくるものかも判断しましょう。日常生活や運動について、医師からの制限や注意を受けていることについても確認しましょう。本人・家族が今の ADL や IADL の状態をどう考えているのかも、重要なポイントなので聞き取りましょう。特に IADL については、利用者基本情報「現在の生活状況」(⑩今までの生活、⑪1 日の過ごし方、⑫趣味・楽しみ・特技、⑬友人・地域との関係p.22参照)の役割や、生活リズムとの関連性についても把握する必要があります。IADL に関してはサービス提供時に参考になる項目が多くあります。

□ 立ち座り、浴槽のまたぎなどの起居動作 □ 移動(屋内・屋外歩行)

屋内外の移動動作、入浴時の移乗・移動の課題について

- 起き上がり・歩行(屋内・屋外)・一人での洗身・浴槽のまたぎなどについて、能力や行為の状況を把握し、その理由を確認しましょう。
- 歩行の状況は、今後運動を継続し活動性を上げることによって、改善の可能性がどの程度か、改善すると判断した場合その理由を明確にします。

□ 洗髪・洗身

入浴動作の確認

- 洗髪・洗身の頻度や方法、一人でできない場合はその理由やどの部分ができないかを確認しましょう。長期的に同じ状況が続くのか、一過性のもので動機づけや環境を整えば自身で行えるようになるのか、確認が必要です。

□ 爪切り・耳掃除

ADL で課題になりやすい項目、爪切り等

図 13 を見ると、軽度者の ADL で爪切りの自立が難しくなっていることがわかります。特に足の爪切りは、運動器や視力の問題も関係して、困難さを感じる高齢者が多くいます。

- 爪や耳垢の状態や爪切り、耳掃除の頻度や方法等を確認しましょう。

□ 下着・衣類の着脱

ADL で課題になりやすい項目、着脱等

図 13 を見ると、要支援 2 で着脱ができなくなってくる方が増えてきます。

- 衣類の着脱に問題がないか確認しましょう。問題が無い場合でも、何らかの工夫をしている場合は、どのような衣類の時に、どのような工夫をして着脱をしているのかも聞きましょう。実際にしている方法は、安全で効率的な方法なのかも確認しましょう。加えて、**下着の着脱にはバランスの能力も関連**します。転倒を予防する観点からも、どんな環境でどのように行っているかも聞き取りましょう。
- **衣服は本人の社会生活にも反映します**。着脱が難しいことで衣服を替えられず、外出頻度の減少や汚れてもすぐ替えることができないなどの状況になっていないか、確認しましょう。面談時の観察によっても、多くの情報を得ることができます。

□ 買物 □ 運搬動作

生活の困りごとに直結する買物の課題について

買物は、買物をする場所への移動と品物の運搬という運動機能と、必要な物を選択し料金を支払うという認知機能の両方が兼ね備わっていないと遂行できない行為です。このため図 13 で要支援者の IADL で最も低下している項目になっています。基本チェックリストの設問 2「日用品の買物をしていますか」（基本チェックリストの結果から考えられることの章 p.28）と、関連づけて質問します。

- どのくらいできているかを確認し、**行っていない原因はどこにあるか聞き取っていますか。能力・意欲・役割のいずれの問題かを確認しましょう。**
- 「買物」の目的の多くは、日々の食材の買い出しになっています。買物ができないことで、食生活に影響を及ぼしている可能性があることを意識して確認しましょう。
- **買物の時の外出手段**は、どのようにしているか関連づけて聞き取れていますか。移動の項目の時の聞き取り内容と、整合性があるかも気をつけてみましょう。

□ 金銭管理

金銭管理の確認について

買物と大きく関連する項目です。金銭管理の状況として、小遣いのみか、家計全般か、預貯金も含めて全般的な管理なのか、同居家族や周辺の支援者の状況によっても、それぞれ違った状況であることが考えられます。基本チェックリストの設問 3「預貯金の出し入れをしていますか」（基本チェックリストの結果から考えられることの章 P.27）とも関連します。理解・判断力とも密接に関係するので、物忘れの状況などについても確認が必要になります。また、金銭管理は ATM まで行く方法や、買い物を伴うので外出とも密接に関係しています。

□ 簡単な調理

食事摂取に大きく関連する調理について（栄養とも関連）

日頃の食生活を支えている項目です。栄養とも密接に関係します。調理は一連の食行動の中でも、食材の調達や加工、道具や火の使用といった運動機能・認知機能に関連があります。また、本人の今までの食生活や好みに大きく左右されるため、以前の食生活も確認しましょう。男性高齢者の場合、もともとの経験がないためにできないケースも多く、機能的には問題なくても経験がないためできない場合もあります。

- できているかいないか、できていないとしたらどの部分ができないのか、その原因は能力・意欲・役割のいずれの問題かを確認しましょう。
- 以前はできていて、できなくなっているとしたら、何が原因でできなくなっているのかを聞き取りましょう。
- 経験がなくてできないケースも、どのような形態であればできると考えるかも聞いてみましょう。

□ 掃除

掃除のできなくなっている原因と、できるようになる可能性について

図 14 に示すとおり、要支援者の訪問介護サービスの提供内容において、掃除は利用の多い項目です。できなくて困っている人が多いとも言えますが、代行することで補っている可能性も高い項目です。できなくなっているから、サービスで代行すればよいと安易に考えていませんか。どんなところの掃除ができないのか、その原因は何か、やり方や道具を変えたらできる場合はないか確認します。

自宅内の環境の確認も行いましょう。掃除の場所によっては、内容や頻度を考える必要があり、定期的な訪問介護サービスで補わなければならないのかも吟味する必要があります。

- できているかいないか、できていないとしたらどの部分ができないのか、その原因は能力・意欲・役割のいずれの問題かを確認しましょう。
- 以前はできていて、できなくなっているとしたら、何が原因でできなくなっているのかを確認しましょう。

生活支援のニーズ

日常生活支援サービスの利用状況

（民間・公的を問わず介護保険対象外の生活支援サービスを利用した高齢者（65歳以上）のうち有効回答数 n=296）
利用しているサービス（複数回答）（%）

1位	家事援助（掃除・洗濯・買い物等）	48.0%
2位	配食サービス	35.1%
3位	外出支援（車での送迎、付き添い等）	15.5%
4位	通院の付き添い	15.2%
5位	緊急通報システム・火災安全システムの設置	12.5%
6位	ゴミ出し	11.1%
7位	定期的な訪問（安否確認・話し相手等）	9.8%
8位	訪問理・美容	8.1%
9位	簡単な大工仕事や庭仕事、ペットの散歩等	4.1%
10位	葬儀の実施の契約	2.0%
11位	身元保証制度	0.7%
12位	残存家財の片付けの契約	0.7%
13位	その他	6.1%

出典：「高齢者の生活実態」平成22年度東京都福祉保健基礎調査

図14 生活支援のニーズ

□ 整理整頓

身の回りの整理の状況について（認知機能の低下や転倒の危険性にも関連）

掃除と関連の深い項目でもあり、認知機能の低下や、ももとの個人因子の性格的なことにも関連があります。整理整頓の状態が、生活の中で支障が出ているかどうかの判断も必要になります。特に転倒の危険因子と大きく関連するので、注意が必要です。

- できているかいないか、できていないとしたらどの部分ができないのか、その原因は能力・意欲・役割のいずれの問題かを確認しましょう。
- 以前はできていて、できなくなっているとしたら、何が原因でできなくなっているのかを確認しましょう。

□ 服薬管理

薬が飲めているのか、どうやって管理しているのかの確認

P24 の質問項目を参考に、薬と服薬管理について情報を収集しましょう。

お薬手帳の確認や残薬などの確認も行い、適正な服薬ができているかを確認することが重要です。

□ 電話の利用

電話の利用の有無について（対人交流や認知機能とも関連）

基本チェックリストの設問 19「自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか」、設問4「友人の家を訪ねていますか」設問 5「友人や家族の相談にのっていますか」と関連しています。

設問 19 は認知機能に関する設問で、「いいえ」の回答であれば、認知機能の低下から電話の利用ができにくくなっている可能性があります。どの部分ができなくなっているのか、できなくなったことでどんな困りごとにつながっているか聞き取りましょう。

設問 4・5 は、「いいえ」の回答であれば、社会的なつながりの希薄化が始まっている可能性があります。通常友人の家の訪問も急に行くことはせず、電話で確認して行うことが多いので、電話ができなくなってくことで、訪問につながらなくなっていることも考えてみましょう。

□ 交通手段の利用

交通手段の利用、参加のための外出と関連

基本チェックリストの設問 1「バスや電車で1人で外出していますか」とも関連します。1人では利用できないが、家族や友人と一緒になら利用できるケースもあります。

1人で利用できるのはどのような交通手段なのか、公共交通機関の場合、バス停や駅までの距離、乗車距離、何を目的に利用するのか、それができなくなるとどんなことに困るのか（多くは

通院等で利用するケースが多い)なども聞き取りましょう。健康状態の □受診行動、活動の □買物の聞き取りの際に同時に聞き取りましょう。

もし1人では利用できなくなっている場合、どのような支援があれば利用できるようになるのか、現在代替として利用している交通手段、家族の支援はどうなっているのかなども確認しましょう。

- 家族の支援を受けている場合は、本人・家族に負担感はないのか把握しましょう。

④参加のアセスメント

【介護予防サービス・支援計画書の社会参加・対人関係(コミュニケーションについて)項目に反映】

□ 交通手段の利用

交通手段の利用、参加のための外出と関連

基本チェックリストの設問1「バスや電車で1人で外出していますか」、設問4「友人の家を訪ねていますか」の項目、設問16「週1回以上は外出していますか」設問17「昨年と比べて外出の回数が減っていますか」の項目に関連があります。それぞれの設問の回答を確認しましょう。外出先の目的や、通院や買い物といった必要最小限の限定的な外出になっていないかも確認しましょう。特に設問16が「いいえ」のケースは、その理由や今まではどうしていたのか、個人因子(もともと出かけることが好きではないなど)にも原因があるのかなど聞き取ってみましょう。

- 昨年より外出頻度が減っている場合に、いつ頃からどの程度外出が減っているのか、その原因について把握しましょう。

□ 趣味活動

趣味活動(目標に強く関連、興味・関心とも関連づけ)

基本情報の「これまでの生活」や現在の生活状況の中の「趣味・楽しみ・特技」に情報としてある内容です。また、興味・関心チェックシートの結果とも密接にかかわってきます。今はやっていなくても、以前はしていたものも含めてきちんと聞き取りましょう。1年の目標として、元気になったらやりたいことにつながる大切な項目です。できるだけ具体的にまた本人の意欲も含めて聞き取りましょう。

また、それはどこでできることか、移動や周囲の人的・物的環境因子も掘り下げて聞き取りましょう。

□ 友人・親戚の交流

対人交流と参加に関連、インフォーマルな支援者の可能性

基本チェックリストの設問4「友人の家を訪ねていますか」設問5「友人や家族の相談にのっていますか」の項目と関連があります。また、本人を取り巻く家族以外の人的環境因子として、支えてくれる人、相談にのってくれる人等把握することも大切です。地域住民も含めて聞き取りましょう。独居で家族等と関係が希薄な方の場合、必ず確認しておくべきところです。

□ 地域の居場所

近所で行ける場所（参加できる場）の確認（つながりも）

軽度者の方にとって、社会的なフレイルの予防のためにも、必ず地域に何らかのつながりがあることが大切です。本人・家族が地域とのつながりを意識していない場合にも、町内会やお隣さんとの関係性を、始めはさりげなく聞き取りましょう。町内会行事等で細いながらもつながりを持っていたり、近隣のサロン等に顔を出していることもあるので、意識して聞いてみましょう。

□ 日中の活動の有無

生活の活動状況 参加につながる何かの活動や役割の再考

1日の過ごし方で、以前は何らかの活動や役割があったのか、できなくなっている場合それは何が原因なのか、その活動を奪われたことで本人の生活がどう変わっているのか、活動をしなくなったことで生活機能の低下を起こしていないかなど、質問してみましょう。活動や役割がある場合は、その活動について本人はどう思っているのか、活動が続けられているのは何が理由なのか、家族の支援はあるのかなど聞き取りましょう。

⑤環境因子のアセスメント

【介護予防サービス・支援計画書の運動・移動の項目、日常生活の項目、社会参加・対人関係（コミュニケーションについて）の項目に反映】

人的環境因子

□ 家族構成、家族の健康状態

家族の存在、家族の果たす役割について

人的環境因子において、家族は一番大切な情報となります。特にキーパーソンとなる支援者についての情報は、詳しく聞き取るようにしましょう。同居家族はもちろんですが、同居していない兄弟や子についても把握しましょう。特に近くに住んでいる場合、同居していなくてもいろいろな形で関わってくれる場合が考えられます。近くに住んでいなくても、本人にとって、心理的な支えになってくれている家族がいる可能性は大いに考えられます。

また、それぞれの健康状態も大切な情報です。キーパーソンはもちろんですが、健康状態が悪化している家族の存在は、本人の活動性にも影響を及ぼす可能性があります。また、別の支援が必要になることも考えられるので、初めは面談の様子から判断して良いので、留意しておきましょう。

☐ 家族・親戚との交流つながり

身近な人との交流状況の確認

社会的なフレイルが進行すると、身近な人との関係も阻害されてきます。日々の生活の中で密接な関わりを持つ、家族や親戚との交流に問題が起きると、本人の生活機能にとって大きな阻害因子になることが予測できます。家族関係は、長年の関係性もあるため、介入が難しいですが、本人の生活の困りごとに関係しているかどうかの見極めは必要になります。

☐ 援助者の態度、考え方、援助技術、知識

本人を取り巻く人の状況（フォーマルな支援者も含む）

この項目は支援者全てを示しています。地域包括支援センター職員・介護支援専門員を始めとするフォーマルな支援者も、家族・地域住民といったインフォーマルな支援者も全て捉えましょう。本人を取り巻く様々な人たちが、同じ方向を向いているかどうかの確認は必要です。もし、うまく同じ方向を向いていない場合は、サービス担当者会議等で意識の統一を図り、本人の自立支援を支えることを目指しましょう。

物的環境因子

☐ 経済状況、資産

利用者の生活を支える金銭の状況についての確認

今後のサービスの経費など、どの程度までの負担が可能なのかを知っておくためにも、経済状況や資産のことを把握しておきましょう。デリケートな問題で、直接的には聞きにくい場合もありますが、支援のために必要なことを説明し、分かる範囲で聞き取ります。面談中の観察や本人・家族の会話等からも推測できることもあります。

☐ 住環境

住まいの状況、屋内外・近隣の環境についての確認

自宅内の環境は、生活機能に大きく影響します。転倒履歴がある場合は、その場所を確認し、その状況から原因が住環境にある場合は、解決方法として何が考えられるのかを相談しましょう。実際に転倒していない場合でも不安に思っている場所があるのか確認しましょう。生活の中の困りごとでは、住環境を変えることで解決できる場合もあります。生活行為と関連づけて解決への方法を考えましょう。

自宅外の環境はなかなか変更できるものではありませんが、例えば、住民からの声で、夜間暗くて危険だと街灯がついたり、坂道を下るのに横に柵がなく、危険なためガードレールがついた

ケースもあります。地域の方々との協力により解決できることもあるため、地域で話し合える土壌が育まれていることが大切です。

☐ 福祉用具・自助具

使っている用具の確認、使うことで生活機能改善の可能性

現在使用している福祉用具や自助具の有無を把握しましょう。使用の目的や使用頻度、使用によって生活行為に改善が図られていることも確認しましょう。また、現在は使用していない場合でも、福祉用具・自助具を使用することで生活の困りごとが改善すると考えられるものはありますか。本人・家族が用具の知識がなく気づいていないケースもあります。また、便利グッズのようなもので代用が可能な場合もあるので、様々な提案を用意しておきましょう。

☐ 公共交通機関へのアクセス

公共交通機関の利用の可能性について

基本チェックリストの設問1「バスや電車で1人で外出していますか」と関連があります。また参加したい場所へ行くために、公共交通機関の利用が必要な場合もあります。生活の拡がりを考える時に、公共交通機関へのアクセスは、大きな意味を持ちます。近隣のバス停や駅までの距離や、そこまでの環境（坂道、階段、交通費等）もどのような状況なのかを知っておきましょう。

☐ 友人など家までの距離

家族以外の日中の交流を支える移動についての確認

基本チェックリストの設問4「友人の家を訪ねていますか」設問5「友人や家族の相談にのっていますか」の項目と関連があります。友人宅を訪問するには、物理的な距離も関係するため、どのような手段で移動しているのか聞き取っておきましょう。友人との関係性を継続することは、社会的なフレイルの予防になることを意識しておきましょう。

制度的環境因子

☐ よく利用していた社会資源

以前は使えていた社会資源の確認

社会資源は本人・家族がフォーマル・インフォーマル両方で活用できるものを把握しておくことが大切です。もともと利用していたものは、再開の可能性も含めて聞き取っておきます。以前は利用できていたのに、今利用できないのは何故なのか、その原因を探っておきましょう。

☐ 医療・保健・福祉サービス

健康状態を保障する医療や保健サービスの確認

住んでいる地域には、どのような医療・保健・福祉サービスがありますか。制度的な全般のことは、地域包括支援センター職員や介護支援専門員として持つべき知識となります。対象者の相談にもきちんと答えられるように、情報収集のアンテナを立てておきましょう。介護保険制度に限らず、他の制度の活用も考えられるようにするために、全般的な知識を持ち、どこにつないだらいいのかを把握しておきましょう。

⑥個人因子のアセスメント

【介護予防サービス・支援計画書全般に関連】

☐ 年齢

☐ 生育歴

基本情報の「今までの生活」の中に含まれています。これまでの生活がどうだったのかということとは、その人の人となりを理解するためにも、とても大切です。どんな場所でどのように暮らしてきた人なのか、今までしてきたことの中で大切にしていたものは何なののでしょうか。掘り下げて聞けるようなら聞き取りましょう。

☐ 趣味・嗜好

参加の項目の趣味活動とも関連します。また、嗜好は本人独自なものがあれば特に気をつけておきましょう。

☐ 性格

個人の性格は、支援者がどうにかできるものではありませんが、性格によっては活動性や導入できるサービスに違いが出る場合があります。性格を把握することで、動機づけの方法などを変えられる可能性があります。

☐ 価値観

本人の持つ価値観支援者と異なる場合も多くあるため、できるだけ尊重しますが、専門職としてどうしても本人に必要なだと思ふことに関しては、粘り強く話し合っていきましょう

□ 職歴

職歴は、その人の人生の中で多くの時間を費やして行ったことを示しています。社会的な地位や価値観などにも、大きく影響を及ぼしていることが予測されます。どんな職業に従事していたのか、それは本人にとってどのような位置づけにあり、今現在も何か影響を及ぼしているのかなど、本人の気持ちを押し量りながら聞き取りましょう。

8. プランニング

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

利用者の氏名 様（男・女） 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

計画作成者氏名 委託の場合、計画作成者氏名 氏名 氏名 氏名

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日）

目標とする生活

○をしっかりと記入

1日	1年	アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向（本人・家族）	目標	支援計画					
									目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について				口有 口無										
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて				口有 口無										
健康管理について				口有 口無										

←
→
←
→

アセスメント
⇄
ケアプラン

専門家の提案した目標と具体策の提案に対する利用者の意向・意欲等の反応を見る段階

専門家の提案した目標と具体策の提案に利用者の意向等を反映して作成

- ・セルフケア・インフォーマルサービスを入れる
- ・サービス種別には、地域支援事業や社会資源も入れる

健康状態について
口主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本実行すべき支援が実施できない場合】
受当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発性の改善予防のポイント

地域包括支援セン

【重要】

計画に関する同意

図 15 介護予防サービス・支援計画書について

図 15 に介護予防サービス・支援計画書を示します。1 枚のシートで、左側がアセスメントの結果が記載され、中間で地域包括支援センター職員や介護支援専門員が、課題を解決するための「目標と具体策」を、専門家として提案します。そしてその具体策に対して本人・家族がどのような意向を持っているかを確認します。右側は同意の得られた目標と具体策に沿ったサービス等が計画される、ケアプラン部分となっています。次に介護予防サービス・支援計画書の各項目について、計画書に沿って説明します。



介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. _____	様 (男・女) 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援 1・要支援 2	事業対象者
利用者名 _____					
計画作成者氏名 _____					
計画作成 (変更) 日 年 月 日 (初回作成日 年 月 日)					
目標とする生活 _____					

1 日	(14)	1 年										
(1)	支援計画											
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	目標についての支援のポイント ()	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス (民間サービス)	介護員等サービス又は地域支援事業 (総合事業のサービス)	サービス種別	事業所 (利用先)	期間
① 運動・移動について	(2)	(3) ☐ 有 ☐ 無	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
② 日常生活 (家庭生活) について		☐ 有 ☐ 無					()					
③ 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無					()					
④ 健康管理について		☐ 有 ☐ 無					()					

健康状態について 口主治医見書、療養結果、観察結果等を随えた留意点	(15)	(16)	(17)
【意見】	【意見】	総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント	
基本チェックリストの (該当した項目数) / (質問項目数) を記入して下さい 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい	運動 不足 5 / 5	栄養 改善 2 / 2	口腔内 ケア 3 / 3
物忘れ 3 / 3	閉じこもり 2 / 2	防犯 3 / 3	うつ 5 / 5
予防給付または地域支援事業			
地域包括支援センター			
平成 年 月 日 氏名 印			

(1) アセスメント領域と現在の状況

4つの領域ごとに、現在の状態を客観的に記載します。(地域包括支援センター職員や介護支援専門員の主観的な判断や思いは記載しません。)課題につながる事項の現状とそれがいつ頃から起こっているのか記載します。また、支援を受けている場合は誰が手伝っているのかも書きます。加えて本人のできていること・していることのプラス面も忘れず記入することを意識しましょう。(記載内容は地域包括支援センター運営マニュアル 2 訂p.296~297 引用)

①運動・移動について

記載内容

- 自ら行きたい場所に移動できているか
- 杖や福祉用具、手段
- 自宅や屋外での歩行
- 交通機関を使っでの移動状況

情報の項目

インテーク

基本チェックリスト項目：設問 1, 2, 6~10 の運動機能の結果を参考にする

アセスメント(ICF分類)

- | | |
|---------|--|
| 健康状態 | ： ☐ 受診行動(頻度, 方法) |
| 心身機能・構造 | ： ☐ 痛み ☐ 筋力 ☐ 全身持久力 |
| 活動 | ： ☐ 立ち座り等の起居動作 ☐ 移動(屋内・屋外歩行)
☐ 交通 手段の利用 |
| 参加 | ： ☐ 日中の活動の有無 |
| 環境因子 | ： ☐ 家族構成 ☐ 援助者の態度等 ☐ 住環境 ☐ 公共交通機関へのアクセス ☐ 福祉用具・自助具 ☐ 友人の家までの距離 |
| 個人因子 | ： ☐ 性格 ☐ 価値観 等 |

②日常生活(家庭生活)について

記載内容

- 日常に必要な品物の買い物の状況
- 自分で選んで買っているか
- 献立、調理の状況
- 家事(家の掃除、洗濯、ごみ捨て等)についての状況
- 預貯金の出し入れの状況



情報の項目

インタビュー

利用者基本情報 : ⑩今までの生活 ⑪1日の生活 ⑫趣味・楽しみ・特技
基本チェックリスト項目 : 設問1, 2, 3, 5, 6~10の運動機能の結果を参考にする

アセスメント(ICF分類)

心身機能・構造 : ☐痛み ☐筋力 ☐全身持久力
活動 : ☐起居動作 ☐移動(屋内・屋外歩行) ☐交通手段の利用
☐衣類の着脱 ☐買物 ☐金銭管理 ☐簡単な調理 ☐掃除
☐整理整頓 ☐洗濯
参加 : ☐外出先の有無 ☐日中の活動の有無
環境因子 : ☐家族構成 ☐援助者の態度等 ☐経済状況 ☐住環境
☐公共交通機関へのアクセス ☐福祉用具・自助具
個人因子 : ☐生育歴 ☐性格 ☐価値観 等

③社会参加・対人関係・コミュニケーションについて

記載内容

- 家族や友人との関係, 交流の状況
- 友人を招いたり友人宅を訪問する状況
- 家族・友人などとの会話や電話での意思疎通
- 地域での役割(老人クラブや町内会)
- 趣味や楽しみの状況
- 緊急時の対応状況



情報の項目

インタビュー

- 利用者基本情報 : ⑧家族構成 ⑨家族関係等の状況 ⑩今までの生活
⑪1日の生活 ⑫趣味・楽しみ・特技 ⑬友人・地域との関係
- 基本チェックリスト : 設問 1, 4, 5, 6~10 の運動機能、設問 16, 17 の
閉じこもり、設問 21~25 うつの項目の結果を参考にする

アセスメント(ICF 分類)

- 心身機能・構造 : ☐精神面 ☐視覚・聴覚 ☐筋力 ☐全身持久力
- 活動 : ☐起居動作 ☐移動(屋内・屋外歩行) ☐衣類の着脱
☐金銭管理 ☐電話の利用 ☐交通手段の利用
- 参加 : ☐外出先の有無 ☐趣味活動 ☐友人・親戚の交流
☐地域の居場所 ☐日中の活動の有無
- 環境因子 : ☐家族構成等 ☐家族・親戚との交流つながり ☐援助者の
態度等 ☐経済状況 ☐住環境 ☐公共交通機関へのア
クセス ☐よく利用していた社会資源 ☐医療・保健・福祉サー
ビス ☐友人など家までの距離
- 個人因子 : ☐生育歴 ☐趣味・嗜好 ☐性格 ☐価値観 ☐職歴 等

④健康管理について

記載内容

- 排泄の状況
- 入浴やシャワーの状況
- 肌、顔、歯、爪などの手入れの状況
- 健康への配慮（食事・運動・睡眠に気をつけている状況）
- 健康管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができているか

情報の項目

インタビュー

- 利用者基本情報 : ④日常生活自立度 ⑤認定・総合事業情報 ⑩今までの生活 ⑪1日の生活 ⑭現病歴・既往歴と経過 ⑮服薬情報
- 基本チェックリスト : 設問 6～10 の運動機能、設問 11、12 の栄養、13～15 の口腔機能、16、17 の閉じこもり、8～20 の認知機能、21～25 のうつの項目の結果を参考にする。

アセスメント(ICF 分類)

- 健康状態 : すべて
- 心身機能・構造 : すべて
- 活動 : ☐起居動作 ☐移動（屋内・屋外歩行） ☐金銭管理
☐交通手段の利用
- 参加 : ☐外出先の有無 ☐日中の活動の有無
- 環境因子 : ☐家族構成等 ☐家族・親戚との交流つながり ☐援助者の態度等 ☐経済状況 ☐住環境 ☐公共交通機関へのアクセス ☐よく利用していた社会資源 ☐医療・保健・福祉サービス
- 個人因子 : ☐生育歴 ☐価値観 ☐職歴 等

(2) 本人・家族の意欲・意向

アセスメント領域と現在の状況の情報に基づき、現状を本人や家族がどう捉えているか、どのようになりたいと考えているのかを聞き取ります。

本人・家族の言った言葉をそのまま書きます。意欲・意向がくみ取れる発言を引き出しましょう。(コミュニケーションスキルを有効に使いましょう。)

困っていることや以前していたこと、今はしなくなったこと、そのことに関してどのように考えているのか、本人や家族の意向を聞き取りましょう。

記載内容

- 各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「本人：〇〇できるようになりたい」「家族：〇〇は家族で手伝って行う」など記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。
- 利用者と家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載する。
- 家族が言っていることで、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。
- 否定的ないし、消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちにプランを立てるのではなく、なぜ消極的なのか、否定的になるのかという理由を明らかにする。これは具体策を検討する際に参考情報となる。

(3) 領域における課題(背景・原因)

「有」にチェックを入れたら各領域における課題について、その背景・原因を記載します。今の機能を維持していく視点も大切ですが、「悪化の可能性」「改善の可能性」などの予後予測も大切なポイントですので、しっかりアセスメントをして書きましょう。生活や本人の言葉に即した表現をすることを心がけましょう。

記載内容

- 各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。
- 何が原因で、現在の状況になっているのかを記入する。
- 課題がある場合「□有」にレ点を付け、分析した内容を記載する。課題がない場合は、「□無」を選択する。
- 分析する場合は、実際の面接中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、アセスメントシート(生活機能評価)の結果等の情報をもとに、健康状態・心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態等の観点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。
- ここまでは、各領域ごとに記載する。

《記載例》

外出量が減り、不活発な生活が続いているため、筋力の低下が顕著である。また、姿勢の悪さから足が上がりにくくなっており、低い段差でも転倒リスクが高くなっている。

(4) 総合的課題

ここでは、各領域に共通した課題を統合してまとめ（直接・間接的背景・原因を探り共通の背景を見つけて統合する）、優先順位をつけて課題を挙げます。利用者が今後どのような生活を送れるようになるのか、全体像を把握して上で、生活全体の課題を挙げましょう。今までの生活や今の生活を、本人・家族と共に一緒に振り返りながら考えましょう。抽象的な課題にならないように気をつけましょう。

記載内容

- 各領域における課題を総合して全体像をとらえる。
- 領域における各課題共通の要因、背景等を見つけ、それらが引き起こす生活課題を記入する。
- 危険性や可能性の予測を記入する。
- 利用者にとっての優先順位の高い順で課題を列挙する。
- 複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して、目標や具体策を立てた方が、領域だけの課題でなく、利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。
- 意向や目標・具体策は書かない。
- 課題ごとに、1、2 と番号を振る。

《記載例》

1:不活発な生活状況により筋力低下となり、歩行状態の悪化による転倒リスクが高くなっている。また、自宅が旧日本家屋のため支持物が少ないことも転倒リスクを高くする要因となっている。

2:2世帯住宅で家族の支援はあるが、本人のこだわりや家族の就業等により孤食となることが多く、食欲減少や食への興味減少により排便コントロールが自力で行うことが困難となっている。

3:身体機能低下や便失禁等により自信喪失をしてきており、気力低下が顕著である。認知機能の低下もみられるため、今後は家族の介護負担の増大の可能性がある。

(5) 課題に対する目標と具体策の提案

総合的課題に対して、地域包括支援センター職員や介護支援専門員の捉えた目標を挙げます。図 15 に示す通り、ここは専門家としての提案の部分になります。目標に対して、達成するための具体策を提起して記載します。専門家として利用者及び家族に目指してもらいたい方向性（目標）を示し、その解決に向けた具体策を時系列が分かるように具体的に提案します。

目標は評価可能で具体的なものにしましょう。（達成可能な目標）

- ・即時的なもの
- ・1 か月スパン
- ・3 か月スパン
- ・数値化（時間・日数・距離・回数など）
- ・具体的な状況、状態像で記載

具体策は、生活機能低下の原因の解決、生活機能低下を補う他の機能強化や向上につながる対応を考えます。本人・家族の価値観や好みを十分考慮しましょう。セルフケアや家族の支援、インフォーマルサービスの活用も必ず検討しましょう。

記載内容

- 「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。
- この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。
- このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。
- また、具体策についても、総合事業や、予防給付だけではなく、生活機能の低下を予防するための、利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。
- 具体的には、「〇〇が必要」「〇〇を行う」と記載し提案する。次の右の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が支援内容につながる。

《記載例》

【目標】（3 か月後には）ひとりで□□まで歩いて行けるようになる。

【具体策】

- ①△△を利用して▼▼を行う。
- ②誰々が■■を行う。
- ③……

(6) 具体策について意向 本人・家族

目標・具体策について本人・家族(続柄も記載)に分けて、改善についての本人と家族の意向を確認して記載します。計画作成者である地域包括支援センター職員や介護支援専門員の押しつけにならないように留意します。意向について、どうしてそう思うのか、一歩踏み込んで聞くようにしましょう。ここは支援者の関りの要になります。

記載内容

- 左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。
- 具体策について単に意向を聞くだけではなく、具体策の合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを把握し記載する。その理由や根拠が、次の項目の「目標」の欄の根拠となる。
- ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのマネジメントの考えをすりあわせる。

《記載例》

本人：毎日の家事以外にも散歩をするようにします。高齢者でも安全にできる運動の指導を受けたいです。

家族：できる限り支援を継続してゆこうとは思っています。こだわりが減れば、娘(本人にとっては孫娘)も訪問回数が増えると思います。

(7) 目標

地域包括支援センター職員や介護支援専門員の提案した目標と、「本人・家族の意向」をすり合わせて「合意した目標」を記入します(「課題に対する目標と具体策」に合意を得られたらそのまま転記か「原案どおり」等記入)。

目標は達成の有無が確認できるような具体的なものにします。回数・数値等で表すと評価がしやすく、本人・家族にとっても達成状況が分かりやすくなります。本人のできていること、今していることは継続して行えるように、目標を立ててプランにつなげるよう留意しましょう。本人の価値観や好みも考慮することが必要です。

例) 望む生活に必要なことは何でしょうか。いつごろまでにどうありたいと思われますか。まずはどんなことから始めようと思われますか。

記載内容

- 前項目で利用者や家族と共に考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合はそのまま転記する。
- 数値目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。

《記載例》

・ひとりで〇〇まで歩いて行けるようになる。

・



(8) 目標についての支援のポイント

目標達成に向けて支援を行う上での留意事項(安全管理上のポイント)や、本人・家族を含むケアチームの連携、配慮が必要なことを記載します。ケアチームの連携方法やインフォーマルサービスの役割分担も記載しましょう。唯一支援者向けの欄となることを意識しましょう。

例) ・～できるよう支援する。・～をサポートする。

記載内容

- 支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。
- 健康状態について記載されている主治医の指示や禁忌などを記載する。(リスクマネジメント)
- 担当者の役割分担や配慮すべき事項を記載する。

《記載例》

・リハビリ専門職は、歩行が安定してきた際には、サロンが開催されている集会所までの道のりを一緒に歩く練習を行い、本人が外出の自信と意欲が持てるよう支援する。

・定期的に外出の機会を作るとともに他者との交流や食事を楽しむことで孤食による気力低下や食欲減退を防ぐ支援をする。

(9) 本人等のセルフケアや家族の支援、 インフォーマルサービス

目標に向けて本人が行うセルフケアや家族が行う支援内容、近隣住民の協力などインフォーマルサポートについて記載します。「アセスメント領域と現在の状況」に記入している、本人のしているプラス面は継続できるようプラン化します。

記載内容

- 本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。
- 誰が何をするのかを明記する。
- 本来の支援が実施できない場合には、利用者や家族と合意できた「当面の支援」を【 】で記載する。「当面の支援」がない場合は書く必要がない。

〔本人のセルフケア〕・自身の行動
・知識や行動を学ぶ
・習慣化することなど

〔家族支援〕・家事や外出支援
・服薬支援や通院支援
・電話やメール、ファックスでの声かけ、見守り
・経済支援等

〔近隣住民の支援〕・声掛け、見守り
・サロン等のお誘い等

橿原市では、介護保険だけではなく、
一歩会やふれあい収集・食の自立支援
など様々なサービスがあります



(10) 介護保険サービス又は地域支援事業

本人の望む暮らしや目標と支援内容の整合性を確認し、具体的に利用するサービスの内容を記載します。介護保険サービス又は地域支援事業のどちらのサービス事業なのか○をつけます。すぐに利用できず、違うもので補っているときは本来のサービスの下に()書きで記入します。

- ・訪問型サービスでは、徐々に本人ができるようになることを念頭に記載する。
- ・サービス提供事業者がこの欄を確認しながら個別援助計画を立案できるように具体的例に記載するよう心掛ける。

記載内容

- 予防給付、地域支援事業の具体的なサービス内容を記載する。(介護予防福祉用具貸与等サービス種類の記載ではない。)
- 「掃除」や「買物」、「リハビリ」だけではなく、「どこの掃除をどのように行うのか、代行するのか共に行うのか」「どのようなリハビリを行うのか」等をサービス担当事業所が行うことを記載する

＜記載例＞

- ・同世代の方々との交流の機会の提供
- ・自宅でも継続できる運動の指導

(11) サービス種別

介護保険サービス、地域支援事業のサービス、社会資源を記載します。

記載内容

- 介護予防サービス・新計画書の介護保険サービス又は地域支援事業の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。

※総合事業のサービス内容は市区町村によって異なる。

《記載例》

- ・短期集中予防通所サービス
- ・介護予防通所リハビリテーション・運動器機能向上加算
- ・ふれあいサロン
- ・食の自立支援
- ・ふれあい収集

(12) 事業所

サービス提供事業所実施主体者を記載する。

記載内容

- 当該サービス提供を行う、事業所名を記載する。
- 家族、地域、介護保険サービス以外の、公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。

(13) 期間

サービスを実施する期間を、具体的に記載します。頻度についても明記できるものはこの欄に記載しておきます。(例)「〇月〇日～〇月〇日」(週〇回)

期間には次のような意味があります。

- ①支援内容を提供する期間
- ②目標達成に向けた期間
- ③評価の期限となる期間
- ④支援計画表の有効期間

記載内容

- 「期間」は介護予防サービス・支援計画書のサービス種別にあげた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。
- 「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。
- 「期間」の設定については「認定の有効期間」も考慮する。
- 回数、実施曜日など提案があればそれも提案する。→サービス担当者会議でサービス事業者と調整し、最終的に記載するかどうか合意すること

(14) 目標とする生活

具体的で達成感が得られる内容とし、目標とする生活のイメージ化を図ります。

1日・1年の目標を記載します。

本人の生活の目標になっていることを意識しましょう。

1日 利用者が日々実行できる具体的内容を記載します。達成感や自己効力感が得られるような内容にしましょう。

例) 毎朝新聞受けに新聞を取りに行き、一番に新聞を読む。

1年 生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標を記載します。夢ではなく、1年後に実現できそうなものにします。今後、1年後にどんな生活を送りたいか「生活のイメージ」が具体的に表現できるものが望ましいので、利用者基本情報の「趣味・楽しみ・特技」の欄を活用しましょう。本人が「またそのようなことができるようになりたい」など、今後どのような生活を送りたいかという「生活のイメージ」が具体的に表現できるよう支援します。
質問例) ゆくゆくはこうなりたい・こうしたいと思うことはどんなことですか？1年前はどんな生活をされていたか？

目標例) お盆に小学校の同窓会に出席する。

(15) 健康状態について

(主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点)

主治医意見書や直接医師に確認した情報等から、時に注意すべき事柄を書きます。可動域制限や不整脈の出現等、運動開始や活動・参加を促す上で留意すべき事項等を記載します。

・健康状態について特に留意すべき事項

・主治医意見書や生活機能評価等の書面だけでなく、実際に主治医に問い合わせるなどの連携が重要

・主治医意見書の「傷病に関する意見」「生活機能とサービスに関する意見」の欄を参照(転写ではありません。ケアマネとして主治医意見書の内容において留意する内容を記載してください)

例) 狭心症の既往があり、胸痛時に薬を内服することになっている、血圧が高めなので運動系のサービス前後は血圧測定が必要である。

(16) 本来行すべき支援ができない場合

妥当な支援の実施に向けた方針

本人や家族の合意がとれない場合は、本来の支援ができるように働きかける具体的な手順や方針を書くなど本来行すべき支援の実現に向けた方向性を記載します。本来必要な社会資源が地域にない場合には、地域における活動の創設等の必要性を記載します。

(17) 総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

計画作成者の方針ではなく、本人・家族を含めたケアチームが目指す共通の方向性や留意事項を記載します。

半年後、1年後の目指す目標も記載しておきます。

目標の実現に向けてケアチームとしてどのように関わるのかを分かりやすく記載します。

9. 事例をととしてアセスメントからプランへつなぐ

膝の痛みから活動性が低下して、閉じこもりがちになってきている檀原はなさんの事例です。アセスメント、プランニング過程を記載しているので、考えながら読んでください。

(1) 利用者基本情報の収集

利用者基本情報			
計画作成者氏名：_____			
相談日	R6年 10月 15日 ()	来所・電話	初回 再来 (前 /)
把握経路	1. 介護予防検診 2. 本人からの相談 4. 非該当 5. 新予防からの移行	来所：要支援1の認定を受けたのでサービス利用のため相談	
本人の状況	在宅・入院又は入所中 ()	2	
フリガナ	かしはら はな	男・女	M・T・S
本人氏名	檀原 はな	TEL	()
住所	3 ΔΔ市〇〇	FAX	()
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2	4	1・B2・C1・C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb		IV・M
認定情報	非該当・要支援1・要支援2		
障害等認定	5 R6年 9月 5日 ~ R7年 9月 30日 (前回の介護度 新規)		
本人の住居環境	6 自宅・借家・共同生活・無家住宅・自営(有・無)・住居改修(有・無) 二世帯住宅の1階、2階は長男家族が住む。 住宅改修はしていない		
経済状況	7 国民年金・厚生年金 介護保険負担割合：1割		
住所	檀原 はな 続柄 本人	家族構成	8
緊急連絡先	氏名 続柄 住所・連絡先	9	
	檀原 太郎 長男 ΔΔ市〇〇		
	吉野 花子 長女 ΔΔ市〇〇		

家族構成
◎＝本人、○＝女性、□＝男性
●＝死亡、☆＝キーパーソン
主介護者に「主」
副介護者に「副」
(同居家族等○で囲む)

・長男は、頼めば買物と一緒にしてくれる(月1回)
・本人と嫁(長男の妻)とは不仲。
・長女が月に1回は来訪して相談、支援す

相談の内容

1

本人が来所しています。ここまでどのようにして来たのか（外出手段）、どのからの紹介で来たのか、来所目的をしっかりと聞き取りましょう（認知機能、実行機能）。認定申請に至った理由も、後々聞き取りが必要となります。1人で来所している場合は、家族関係も含めて推察しましょう。はなさんの長女が同席しています（人的環境因子）。

年齢・性別

2

77歳女性です。本人に会った時の印象も大切にしましょう。（個人因子）彼女は少し足が痛そうで（心身機能・身体構造）、初めてのことで少し緊張されている様子でした（個人因子）。

住所地

3

住所地の周囲の環境はどのようなところでしょうか。交通の便が良いか、最寄りのバス停や駅等までの距離等考えてみましょう（物的環境因子）。

障害高齢者・認知症高齢者の日常生活自立度

4

障害高齢者の日常生活自立度 A1 ということは、A ランクなので、「屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしに外出しない。」A1 なので「介助により外出し、日中のほとんどベッドから離れて生活する。」方だと分かります。認知症高齢者の日常生活自立度は自立なので問題はありません。これではなさんがどのような状態の方なのか、概ね判断できます。この判定と基本チェックリストの設問 1 や設問 18～19 の回答との整合性や、自身の目で確認した結果とすり合わせを行いましょう（心身機能・身体構造）。

認定情報・障害等認定

5

はなさんは要支援 1 です。P.39 の図 13 を参考に考えると、買物の自立が落ち始め、入浴に少し介助が必要かもしれない可能性が考えられます。認定期間も気をつけましょう。はなさんは障害者の認定は受けていません（制度的環境因子）。

本人の住環境

6

はなさんは 2 世帯住宅に長男家族と住んでいますが、1 階で 1 人暮らしをしており独居扱いです。住宅改修はしていません。今回の相談に、長女と一緒に来ていることから長男家族との家族関係について確認が必要です（物的・人的環境因子）。

経済状況

7

経済状況は厚生年金・国民年金を受給しており、介護保険負担割合が 1 割です。生活に困る状態ではないと推測できます（物的環境因子）。

家族構成

8

夫は 7 年前に死去しています。生前はなさんとの関係はどのような状態だったのか、併せて夫の親族と関係性等も聞き取れば聞いてみましょう。息子は、2 階に住んでいる長男以外に県外に次男がいます。3 人の子の関係性はどうかなども含めて聞きます。近くにいる長女がキーパーソンようですが、意思決定や金銭管理についても長女がしているのか否か、丁寧に聞き取りましょう。仲の良い友人や親戚関係についても聞いてみましょう（人的環境因子）。

家族関係等の状況

9

長男の嫁とは仲が悪いため長女の出番が多いようです。長女自身の支援頻度に対する負担感はどの程度なのか、意識しましょう。長男は月 1 回程度の支援をしてくれるようですが、次男の支援は望めそうにありません（人的環境因子）。

利用者基本情報

【介護予防に関する事項】				
今までの生活	10 生まれ、22歳で結婚してからこの土地に住んでいる。2人の息子と娘1人を育てた。60歳頃から60歳まで近くの会社で事務員をしていた。その後も夫の看病をするため、週4回程度近くのスーパーにパートに出ていた。65歳頃、長男家族と2世帯住宅を建てる。夫が7年前にがんで死亡後、地域のグランドゴルフ、カラオケの会等に参加していた。			
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方 11		趣味・楽しみ・特技 12	
	外出することなくなり家で過ごしている。膝の痛みがあるため起居動作に時間がかかる。身の回りの事以外の時間は、テレビを観たり、3人の友人に電話をかけた後、あまり気にせず、とりあえず困らず生活できればいいと思っている。		以前は、カラオケ（公民館のサークル）、グランドゴルフ（週3回）をしていた。	
	時間		本人	介護者・家族
	7:00～	起床	長女：相談	
		朝食（パン・コーヒー）	相談	
	12:00～	昼食	手続き対応	
		テレビ等	説明の同席	友人・地域との関係 13
	18:00～	夕食（配食）		近所には、知り合いも多く、出会うことが多い。お互いの家を行き来する友人もいた。
		入浴		
	21:00～	睡眠薬・就寝		
【現病歴・既往歴と経過】（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）				
年月日	病名	医療機関・医師名（主治医・意見作成者に☆）	経過	治療中の場合は内容
14 R4	変形性関節炎	A病院 ☆	TEL 治療中 経過中 その他	R6年2月から痛みの為通院、R6年8月右膝関節人工骨置換術、その後2カ月に1回経過観察。内服なし。
H30	高血圧	B病院	TEL 治療中 経過中 その他 15	ルバックス(0.5)、ミカルティス(40)：降圧剤、ワルファリン(1.0)：骨粗しょう症治療薬：各1錠、朝1回。 マイスリー不眠時 ブルセニド(12)便秘薬 就寝前1回/3日、モーステープ：消炎鎮痛剤(腰痛)
【現在利用しているサービス】				
公的サービス		非公的サービス		
配食サービス 16				
地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医の意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。				

今までの生活

10

はなさんは今の住所地に50年以上住んでいて、子を3人育てました。近所づきあいはどうか、子育てに関連した友人関係はあるのか、仕事の人間関係で続いているものはあるかも意識しましょう。夫はいつから看病が必要になり、どれくらいはなさんがしていたのかも聞きましょう。2世帯住宅を建て約12年経っていますが、長男の嫁との関係性が悪くなってきた時期や、地域のグランドゴルフやカラオケの場所、様子等を頭に浮かべながら、情報収集の取捨選択をします。特にはなさんの以前していた活動については、生活の目標につながる可能性があるのか、いつからできなくなったのか、なぜできなくなっているのか、それは再開したいと思っているのか、再開できると考えているのかなどの思いを丁寧に聞き取ります。次の「趣味・楽しみ・特技」や「1日の生活・すごし方」、「友人・地域との関係」に関連する質問になります（活動、参加、環境因子、個人因子）。

11

1 日の生活・過ごし方

はなさんは外出頻度が減り、閉じこもりがちな生活を送っています。基本チェックリストの設問1～5 設問16、17の項目とすり合わせましょう(活動)。膝の痛み(心身機能・身体構造)が原因で、不活発な生活をしていることがうかがえます。基本チェックリスト設問6～10とも関連します。友人と電話をしているので、社会的な交流は途切れていません。誰とどれくらいの頻度でどのような内容の電話をしているのかも聞き取りましょう(人的環境因子、参加)。家事はあまりしていない様子ですが、どれくらい自分でしているのか、していない家事は何が原因でできなくなっているのか、代わりに誰がどう担っているのか、把握していく必要があります(活動、人的環境因子)。

12

趣味・楽しみ・特技

はなさんは、以前カラオケ(公民館1回/週)とグランドゴルフ(3回/週)に参加していました(参加)。この2つの活動場所(物的環境因子)、できなくなった時期や理由は何なのか、何ができるようになると生活に張りが出るのか、何か道具を使うとできるようになるのかなども、頭に置きながら聞き取りましょう。また、現在の生活ではテレビが楽しみになってしまっています。興味・関心チェックシートの聞き取りをするかどうかも含めて、現在のはなさんの参加が、どのようになっているのか確認しましょう(参加)。

13

友人・地域との関係

もともと長く住んでいる場所なので、顔見知りも多く近所づきあいもあります。お互いに家を行き来する友人もいましたが、今はどうなっているのかについても、今後聞いていく必要があります(人的環境因子)。

14

現病歴・既往歴と経過

はなさんは高血圧と変形性膝関節症があります。高血圧は10年前から、変形性膝関節症は2年前から治療しています。通常の血圧も聞き取ることを忘れないようにします。膝は右膝の関節置換術をしています。退院したばかりのようなので、手術に至るまでの経過を聞いていくこと、今の膝の状態、医師から何と言われているのかなど、医療情報を得ておきましょう。医療情報が不十分であると判断したら、それぞれの医療機関に直接確認することも視野に入れておきましょう(健康状態、心身機能・身体構造)。

15

服薬情報

はなさんは高血圧の薬を2種類飲んでいて、服薬管理を自分でしていますが、薬が上手に飲めているかどうかの確認をしましょう。また、基本情報の聞き取りの時は、本人・家族が薬の情報を細かく答えられない可能性もあります。はなさんの場合も、後に自宅に行って詳細な薬の情報を得ています。膝の痛みに対しては、貼り薬しか出ていないようです。また、睡眠導入剤を飲んでいますが、いつから、どのような時に飲んでいるのか気になります。かかりつけ薬局にも確認しましょう(健康状態、活動)。

16

現在利用しているサービス

公的なサービスのみではなく、公的以外のサービスも記載します。はなさんは配食サービスを使っています。どのような理由でどれくらいの頻度で使っているのか確認します(制度的環境因子)。

(2) 基本チェックリストから考える情報の収集

被保険者番号										*包括・高齢・介護 受付者									
住所：△△市〇〇										電話：- -									
氏名：広島 竹子 (5 年 月 日生) 77歳										代理： 続柄 ()									
基本チェックリスト										実施日：平成28年10月15日									
質問事項										回答：いずれかに○を付けてください。									
1 バスや電車で1人で外出していますか										0 ☐ 1 ☒ いいえ									
2 日用品の買物をしていますか										0 ☐ 1 ☒ いいえ									
3 預貯金の出し入れをしていますか										0 ☐ はい 1 ☐ いいえ									
4 友人の家を訪ねていますか										0 ☐ はい ☐ いいえ									
5 家族や友人の相談にのっていますか										0 ☐ はい 1 ☐ いいえ									
6 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか										0 ☐ 1 ☒ いいえ									
7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか										0 ☐ 1 ☒ いいえ									
8 15分位続けて歩いていますか										0 ☐ 1 ☒ いいえ									
9 この1年間に転んだことがありますか										0 ☐ 1 ☒ いいえ									
10 転倒に対する不安は大きいですか										1 ☐ はい 0 ☐ いいえ									
11 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか										1 ☐ はい 0 ☒ いいえ									
12 身長150cm、体重60kg (BMI=26.6)										/2									
13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか										1 ☐ はい 0 ☐ いいえ									
14 お茶や汁物等でむせることがありますか										1 ☐ はい 0 ☐ いいえ									
15 口の渇きが気になりますか										1 ☐ はい 0 ☒ いいえ									
16 週に1回以上は外出していますか										0 ☐ はい 1 ☐ いいえ									
17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか										1 ☐ はい 0 ☐ いいえ									
18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか										1 ☐ はい 0 ☒ いいえ									
19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか										0 ☐ はい 1 ☐ いいえ									
20 今日が何月何日かわからない時がありますか										1 ☐ はい 0 ☒ いいえ									
21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない										1 ☐ はい 0 ☒ いいえ									
22 (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった										1 ☐ はい 0 ☐ いいえ									
23 (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる										1 ☐ はい 0 ☒ いいえ									
24 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない										1 ☐ はい 0 ☒ いいえ									
25 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする										1 ☐ はい 0 ☐ いいえ									
※(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当する。																			
生活機能										運動									
低栄養										口腔									
閉じこもり										認知機能									
うつ																			
平成28年10月15日										10 4 0 2 1 0 2									
総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、事業対象候補者となった場合には、基本チェックリストの記入内容等について区健康長寿課及び地域包括支援センターに提供することに同意します。																			
被保険者氏名 広島 竹子																			

1. バスや電車で1人で外出していますか。 ☒ いいえ

J2 か A1. はなさんは A1 なので、介助なしでは外出が難しいので、外出時の支援者は誰か、どのようにして外出しているのかなど、アセスメントが必要になります。

2

2. 日用品の買物をしていますか。 いいえ

アセスメント時、なぜできないのか、理由を掘り下げて確認する必要があります。この後の運動機能の設問とも関連性を考えましょう。

3. 預貯金の出し入れをしていますか。 はい

はなさんは介助なしでは外出が難しいのですが、この設問は「はい」になっています。誰が支援してくれているのか、支援の頻度はどれくらいなのかを確認しましょう。

3

4. 友人の家を訪ねていますか。 いいえ5. 友人や家族の相談にのっていますか。 はい

はなさんは友人の家は訪ねていませんが、相談にはのっています。日中友人に電話をかけて過ごしていることが、基本情報の「1 日の生活・すごし方」から分かっています。誰とどのように関わっているのか、今ではできなくなっているが、友人の家を訪ねることを再開したいと思っているかなど意識しておきましょう。友人の多いはなさんにとって、友人との交流の再開は大切な作業である可能性があります。

設問 1～5 の結果から、はなさんは外出が難しく閉じこもりの可能性があることがうかがえます。閉じこもりの項目の 16、17 やうつ項目 21～25 と関連しています。

4

6. 階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか。 いいえ

下肢筋力の低下が疑われます。アセスメント時、階段の昇降が日常生活の中でどのくらいあるのかも聞き取るようにしましょう。

5

7. 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか。 いいえ

はなさんは椅子から立ち上がる時、何かにつかまっています。アセスメント時に日常的にどのようなところからの立ち上がりをするようにしているのか聞き取りましょう。また、痛みの状況や生活の中でどのくらい不便さがあるのか掘り下げることを意識しておきましょう。

6

8. 15 分くらい続けてあるいていますか。 いいえ

はなさんは 15 分続けて歩いていません。家の中でどれくらい歩いているのでしょうか。預貯金の出し入れの時はどれくらい歩いているのか気にしておきましょう。

9. この 1 年に転んだことがありますか。 いいえ

転んだことのないはなさんですが、次の設問 10 では転倒に対する不安は大きいようです。設問 6～8 までの運動機能を考えると、転ばないように気を遣われていることがうかがえます。

運動の項目の設問 6～10 の結果を考えると、起居・移動動作に難しさをかかえている運動器の機能低下を起こしていることがわかります。設問 1～5 までの回答結果と閉じこもりの項目の設問 16、17 と関連性を考えます。

7

11. 6 か月で 2~3kg以上の体重減少がありましたか。

12. 身長 150cm 60kg BMI26.6

はなさんは BMI26、体重減少はありませんが、少し BMI が高いようです。体重と股関節への負担がどのようになっているのかが気になります。若いころの体重を聞く必要があります。また、この項目に該当しなくても、栄養に問題がないとは限りません。食事の内容等は必ずアセスメントしましょう。

8

13. 半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか。 14. お茶や汁物等でむせることがありますか。 15. 口の渴きが気になりますか。

はなさんは口腔機能の租借と嚥下に問題を抱えているようです。そのようなものが固くて食べられないのか、どのような物を飲むとどれくらいの頻度でむせるのか、むせなくても食事の後、声が湿っぽくしゃがれたようにならないか（不顕性誤嚥の可能性）など、アセスメント時、聞き取る必要があります。また、かかりつけ歯科医師や歯科医院の受診の有無も必ず聞きましょう。

9

16. 週に 1 回以上は外出していますか。 17. 昨年と比べて外出の回数は減っていますか

はなさんは設問 1~5、6~10 として関連して考えると、週 1 回以上の外出は頻繁にしていないように考えられます。日常の買物をしていないので、外出は最低限の週 1 回の通院で限定的なものである官能性があります。また、今回の入院・手術によって外出機会が減少したこともうかがえます。以前はどれくらい外出できていたのか、またそれは何のためにどこへ出かけていたのかなども聞き取ることを考えておきましょう。

10

18. 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるといわれますか。 19. 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか。 20. 今日が何月何日かわからない時がありますか。

はなさんは認知症高齢者の日常生活自立度も自立で、この3つの項目も問題ないようです。しかしながら不活発な生活になっていることから、今後の認知機能低下の危険性について注意が必要です。

11

21. (ここ 2 週間) 毎日の生活に充実感がない。 22. (ここ 2 週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった。

23. (ここ 2 週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる。

24. (ここ 2 週間) 自分が役に立つ人間だと思えない。 25. (ここ 2 週間) わけもなく疲れたような感じがする。

はなさんはうつ項目に2つ該当します。生活が不活発になっている現状がどのように影響しているかも考えていきましょう。はなさんはどうすれば元気になれるのか、何をしたいと思っているのか一緒に考える視点を持ちます。

(3) アセスメント

1) アセスメント領域と現在の状況

運動・移動について

- 自ら行きたい場所に移動できているか
- 杖や福祉用具、手段
- 自宅や屋外での歩行
- 交通機関を使つての移動状況

インタビュー

基本チェックリスト設問 1、2 運動機能の項目の設問 6～10 のの結果を参考にする。

⇒はなさんは自分で外出できていなくて、運動機能の低下がみられます。

アセスメント

健康状態 □受診行動(頻度、方法)

⇒変形性膝関節症・高血圧、受診は整形外科 1 回/2 月、内科 1 回/月 長女に送迎してもらうか、タクシー利用。

心身機能・構造 □痛み

⇒右膝には痛みがなくなった。立ち上がり時と長く歩くと左膝が痛い。(15 分以上歩けない)

□筋力

⇒両下肢の筋力低下あり(階段を手すりを使って昇っている。椅子から立ち上がる時に何かにつかまっている)。椅子に座るときドスンと座っている。杖歩行。

□全身持久力

⇒低下あり。15 分続けて歩けない、買物に 1 人で行けない。日中閉じこもりがち。

活動 □立ち座り等の起居動作

⇒椅子に座る時にドスンと座っている。立ち上がり時左膝に痛みあり。時間かかる。

□移動(屋内・屋外歩行)

⇒屋内は何かにつかまりながらゆっくり歩く。屋外杖歩行。手術前は電動自転車で行っていた。

□交通手段の利用

⇒今は長男・長女の送迎かタクシー。以前は 1km 先のショッピングセンターにバスで行っていた(バス停は 500m 先にある)。

参加 □日中の活動の有無

⇒現在はほとんどない。以前はグランドゴルフやカラオケに行っていた。

環境因子

人的 ☐ 家族構成

⇒独居（長男家族と2世帯住宅）長女が近くに住んでいる。

☐ 援助者の態度等

⇒長女：できる事は支援したいがだんだん大変になってきた。長男：銀行への送迎等簡単なことは頼まればしている。

物的 ☐ 住環境 ⇒平地で幹線道路沿い。車の通行が多く、歩道の幅狭い。

☐ 公共交通機関へのアクセス ⇒バス停・電車の駅ともに500m先。

☐ 福祉用具・自助具 ⇒杖

☐ 友人の家までの距離 ⇒以前は歩いて行けていた。今は難しい。

個人因子 ☐ 性格 ⇒おしゃべり好き、頑張り屋、負けず嫌い

☐ 価値観⇒人に杖歩行を見られるのは抵抗有

運動・移動について

屋内は、周りの物を持ちたり、杖を使って歩き、屋外は、杖で歩いている。立ち上がり時に時間がかかり、ゆっくり歩く。外出は受診程度、軽い物でないと持って移動できない。受診など外出は、長女の運転する車かタクシーを利用している。

日常生活（家庭生活）について

- 日常に必要な買い物の状況
- 自分で選んで買っているのか
- 献立、調理の状況
- 家事（家の掃除、洗濯、ごみ捨て等）についての状況
- 預貯金の出し入れの状況

インタビュー

利用者基本情報 ⑩今までの生活 ⑪1 日の生活 ⑫趣味・楽しみ・特技

基本チェックリスト設問 1、2、3、5 運動機能の項目の設問 6～10 を参考にする。

⇒仕事も長く続けて、元気だったはなさんが足（膝）の痛みから、運動機能の低下が起こり、閉じこもりがちになっている。

アセスメント

心身機能・構造 ☐ 痛み ☐ 筋力 ☐ 全身持久力

活動 ☐ 起居動作 ☐ 移動（屋内・屋外歩行）☐ 交通手段の利用

⇒運動・移動について参照。

☐ 衣類の着脱 ⇒自立している。

☐ 買物 ⇒重い物が持てないため、長女に買ってきてもらったり、長男・長女に買物に連れて行ってもらったりしている。

□金銭管理 ⇒自分でしている。ATMまでは長男が連れて行ってくれる。

□簡単な調理 ⇒夕食は配食弁当を頼んでいる。長女が買ってきてくれた惣菜を温めて食べている。ご飯は炊いているが、炊事場に立っていることが難しく、調理はしていない。

□掃除 ⇒身の回り、机の上などは自分で簡単にしている。長女が週1回浴室やトイレの掃除、掃除機をかけてくれる。

□整理整頓 ⇒できる範囲を自分でしている。かがまなくて済むようにテーブルの上に物を載せている。

□洗濯 ⇒洗濯物干しは長女が週1回手伝ってくれる。取り込み、たたみは自分でしている。

参加 □外出先の有無

⇒現在は通院以外なし。買物に連れて行ってもらうぐらい。ショッピングセンターに行って知り合いと話がしたいと思っている。

□日中の活動の有無 ⇒運動・移動について参照

環境因子 □家族構成 □援助者の態度等 □住環境 □公共交通機関へのアクセス

□福祉用具・自助具 ⇒運動・移動について参照

□経済状況 ⇒自分の厚生年金もあり一人で生活するには問題ない。何かあれば子供たちも少しは力になってくれそう。

個人因子 □性格 □価値観 ⇒運動・移動について参照

□生育歴 ⇒結婚して一生懸命子育てや仕事、夫の介護もしてきた。

日常生活(家庭生活)について

買う物は決まっているので、長女が買ってきてくれる。長男に頼むと買い物と一緒に行ってくれ、商品を取ったり荷物を運んでくれる。ATMにも連れて行ってくれるので、その時お金の出し入れをする。掃除や洗濯、ゴミ捨ては、長女ができないところを手伝ってくれ、簡単な掃除や洗濯の取り込みやたたむことは自分でしている。食事は配食弁当を取り、温めや炊飯をしている。長女が惣菜を買ってきてくれることがある。シャワー浴は自分でしているが、浴槽に入れない。

社会参加・対人関係・コミュニケーションについて

- 家族や友人との関係
- 友人を招いたり友人宅を訪問する状況
- 家族・友人などとの会話や電話での意思疎通
- 地域での役割(老人クラブや町内会)
- 趣味や楽しみの状況
- 緊急時の対応状況

インタビュー

利用者基本情報 ⑧家族構成 ⑨家族関係等の状況 ⑩今までの生活 ⑪1日の生活
⑫趣味・楽しみ・特技 ⑬友人・地域との関係

基本チェックリスト設問 1、4、5 運動機能の項目の設問 6～10 閉じこもりの項目の設問
16、17 うつの項目の設問 21～25 の結果を参考にする。

⇒はなさんは、以前地域の活動にも参加し友人もいて社交的な性格の方です。今は外に出られなくなって、閉じこもりがちになってしまっています。

アセスメント

心身機能・構造 ☐精神面 ⇒痛み等でできないことがあり、いらいらすることがある。

☐視覚・聴覚 ⇒眼鏡をかければ問題ない。老人性難聴が少しあるが、大きめの声を出してもらうと問題ない。

☐筋力 ☐全身持久力 ⇒運動・移動について参照

活動 ☐起居動作 ☐移動(屋内・屋外歩行)⇒運動・移動について参照

☐衣類の着脱 ☐金銭管理 ⇒日常生活について参照

☐電話の利用 ⇒友人と電話をすることが楽しみになっており、相談にのったりしている。

☐交通手段の利用 ⇒運動・移動について参照

参加 ☐外出先の有無 ⇒日常生活について参照

☐趣味活動 ⇒グランドゴルフ・カラオケを以前していた。また再開したいと思っている。

☐友人・親戚の交流 ⇒今は電話のみ。もっと会いたいと思っている。

☐地域の居場所 ⇒1km 先のショッピングセンター、300m先のグランドゴルフの公園、1km 先のカラオケボックス、車で5分の公民館。

☐日中の活動の有無 ⇒運動・移動について参照

環境因子 ☐家族構成等 ☐家族・親戚との交流つながり ☐援助者の態度等

☐経済状況 ☐住環境 ☐公共交通機関へのアクセス

⇒運動・移動について及び日常生活について参照。

☐よく利用していた社会資源 ⇒グランドゴルフ、買物をかねてのショッピングセンター

☐医療・保健・福祉サービス ⇒基本的にサービスはそろっている。

☐友人など家までの距離 ⇒運動・移動について参照

個人因子 ☐生育歴 ☐趣味・嗜好 ☐性格 ☐価値観

⇒運動・移動について、日常生活について参照

☐職歴 ⇒40 歳から 60 歳まで事務員。その後もスーパーのパートを週4日程度していた。

社会参加, 対人関係・コミュニケーションについて

地域に知り合いが多く、外では立ち話をする事も多かった。また、グランドゴルフやカラオケを地域の人と楽しんできたが、現在は参加していない。仲が良かった知人とは、今も電話のやり取りをしている。

健康管理について

- 排泄の状況
- 入浴やシャワーの状況
- 肌、顔、歯、爪などの手入れの状況
- 健康への配慮（食事・運動・睡眠に気をつけている状況）
- 健康管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができているか

インタビュー

利用者基本情報 ④日常生活自立度 ⑤認定・総合事業情報 ⑩今までの生活

⑪1日の生活 ⑭現病歴・既往歴と経過 ⑮服薬情報

基本チェックリスト設問 1 運動機能の項目の設問 6～10 栄養の項目の設問 11、12 口腔機能の項目の設問 13～15 閉じこもりの項目の設問 16、17 認知機能の項目の設問 18～20 うつの項目の設問 21～25 の結果を参考にする。

アセスメント

健康状態 すべて ⇒70 歳で高血圧、内服でコントロール 120～130/70～80mmHg、その頃から夜寝つきが悪くなったので、マイスリーを週2日くらい飲んでいる。2年前両変形性膝関節症と診断され、痛みはあるが何とか生活していた。8月に右膝関節人工骨置換術を行い 10 月退院。左膝の痛みあり。50代後半で歯周病により部分入れ歯にしている。

心身機能・構造 すべて ⇒上の歯が合わないため固い物が噛めないが、はなさんはあまり気にしていない。食事はやわらかい物が中心。朝はパンとコーヒー。夕は配食弁当だが、薄味のものやパサパサした物は残している。饅頭や菓子パンが好きで小腹がすくと食べている。お茶は娘が買ってきてくれ、2ℓ を週2本飲んでいる。

活動 ☐起居動作 ☐移動（屋内・屋外歩行） ☐金銭管理 ☐交通手段の利用

⇒運動・移動について及び日常生活について参照

☐服薬管理 ⇒高血圧薬を自分で飲んでいる。マイスリーも自己管理。朝は薬は残っていない。ふらつきなし。

参加 ☐外出先の有無 ☐日中の活動の有無

⇒運動・移動について及び日常生活について参照

環境因子 ☐ 家族構成等 ☐ 家族・親戚との交流つながり ☐ 援助者の態度等 ☐ 経済状況
☐ 住環境 ☐ 公共交通機関へのアクセス ☐ よく利用していた社会資源
☐ 医療・保健・福祉サービス

個人因子 ☐ 生育歴 ☐ 趣味・嗜好 ☐ 性格 ☐ 価値観 ☐ 職歴

⇒運動・移動について及び日常生活について、社会参加・対人関係・コミュニケーションについて参照

健康管理について

内科に1回/月、整形外科に1回/2月受診、内科で内服等加療を受けている。薬の管理は、自分でしている。義歯の不具合がある。規則正しい生活リズムを送り、配食サービスを利用して1日3食食べているが、食事内容がかたよりがち。BMI26.6

2) 領域における課題(背景・原因)

- 各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。
- 何が原因で、現在の状況になっているのかを記入する。
- 課題がある場合「☐有」にレ点を付け、分析した内容を記載する。課題がない場合は、「☐無」を選択する。
- 分析する場合は、実際の面接中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、アセスメントシート(生活機能評価)の結果等の情報をもとに、健康状態・心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態等の観点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。
- ここまでは、各領域ごとに記載する。

《記載例》

膝や腰の痛みと転倒の不安から筋力が低下している状態であり、下肢筋力低下の改善と環境整備をすることで機能回復が見込まれる。

運動・移動について

☒ 有 ☐ 無

左膝の痛みと転倒への不安から動くことが減り、また下肢筋力の低下している。この状態が続けばさらに筋力・体力が低下して転倒の危険性がある。

日常生活について

☒ 有 ☐ 無

膝の痛み等の為、重たい物が持てないことにより、家事等の支援が必要になっている。やり方の工夫や下肢筋力を付けることで、家事や身の回りの事でできることが増える可能性がある。

社会参加、対人関係・コミュニケーションについて

■有 □無

外出が減ったことにより、友人との交流の機会が少なくなり、生活の張りが少なくなっている可能性がある。

健康管理について

■有 □無

食事内容の偏り、義歯が合わないため柔らかい物しか食べられないので、栄養のバランスが悪い状態になり、体力低下、筋力の低下が進む可能性がある。また、下肢筋力の低下が膝の痛みを増強する恐れがある。

3) 総合的課題

- 各領域における課題を総合して全体像をとらえる。
- 領域における各課題共通の要因、背景等を見つけ、それらが引き起こす生活課題を記入する。
- 危険性や可能性の予測を記入する。
- 利用者にとって優先順位の高い順で課題を列举する。
- 複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが、領域だけの課題でなく、利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。
- 意向や目標・具体策は書かない。
- 課題ごとに、1、2、と番号を振る。

《記載例》

膝や腰の痛みと転倒への不安から外出の機会が減り、友人との交流の機会が少なくなっている。下肢筋力の改善を図ることで、安定した歩行を獲得でき、社会参加は改善される可能性が高い。

1. 膝の痛みや突っ張り感のため立ち上がりや移動に時間を要したり、30分以上立つことができないことや転倒への不安のため、家で過ごすことが多く下肢筋力の低下がみられる。下肢筋力低下等の改善と環境整備や家事のやり方を変えることで、入浴や家事のできることが増える可能性がある。
2. 義歯の治療を行い、低たんぱく等栄養の偏りを改善することで、体力や筋力がつく可能性が高い。

(4) ケアプラン

4) 課題に対するも目標と具体策の提案

- 「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。
- この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。
- このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。
- また、具体策についても、総合事業や、予防給付だけではなく、生活機能の低下を予防するための、利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。
- 具体的には、「〇〇が必要」「〇〇を行う」と記載し提案する。次の右の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が支援内容につながる。

＜記載例＞

【目標】(3 か月後には) ひとりで□□まで歩いて行けるようになる。

【具体策】

- ① △△を利用して▼▼を行う。
- ② 誰々が■ ■を行う。
- ③ ……

【目標】

- 1 300m先のコンビニに 1 人で買物に行ける。
- 2 自分で浴槽に入り入浴することができるようになる。

【具体策】

- ① 定期的に受診をする。
- ② リハビリの専門家に助言をもらう。
 - ア. 筋力低下予防のための運動
 - イ. 入浴の動作を確認して、浴槽のまたぎに必要な動作指導とそれに必要な筋力をつける運動
 - ウ. 家事動作の確認をしてもらい膝に負担の少ない家事方法の助言を受ける
 - エ. 住宅改修や家具の配置換え等環境整備について
 - オ. 外出時の歩行状態の確認と段差等の対処方法
 - カ. バスや電車の利用時の動作確認とそれに向けて必要なリハビリについて

【目標】

- 3 毎食、たんぱく質がとれる食事をとり体力をつけることができる。

【具体策】

- ① 卵、肉、魚、豆腐・豆腐製品を毎食、食べる。
- ② 食べた物を記録して、栄養のバランスを確認する。
- ③ 義歯の調整をして、おいしく食べることができるようにする。

5) 目標についての支援のポイント

- 支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。
- 健康状態について記載されている主治医の指示や禁忌などを記載する（リスクマネジメント）。
- 担当者の役割分担や配慮すべき事項を記載する。

《記載例》

- ・リハビリ専門職は、歩行が安定してき際には、サロンが開催されている集会所までの道のりを一緒に歩く練習を行い、本人が外出の自信と意欲が持てるよう支援する。

はなさんや娘さんが目標の提案を受け入れてくれ、そのままの目標でプランニングをすることとなりました。サービス提供事業者に対しては、担当者会議の場で支援のポイントを話し合って決めています。

【目標】

- 1 300m先のコンビニに1人で買物に行ける。

【目標についての支援のポイント】

下肢筋力をつけ、膝に負担をかけにくい動作や工夫、環境整備により、室内の生活や屋外への移動等徐々にできることが増えていくよう支援する。住民運営の通いの場も活用する。

【目標】

- 2 自分で浴槽に入り入浴することができるようになる。

【目標についての支援のポイント】

下肢筋力を強化し、股関節の柔軟性、動作指導等で一人での入浴ができるようになるためのリハビリにも取り組めるよう支援する。

入浴動作の確認と必要な手すりの位置の確認や福祉用具の利用を検討する。

【目標】

- 3 毎食、たんぱく質がとれる食事を取り体力をつけることができる。

【目標についての支援のポイント】

少量でもたんぱく質がとれるように支援する。

美味しく食べるために口腔ケアができるよう支援する。

6) 本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス

- 本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。
- 誰が何をするのかを明記する。
- 本来の支援が実施できない場合には、利用者や家族と合意できた「当面の支援」を【 】書きで記載する。「当面の支援」がない場合は書く必要がない。

《記載例》

- ・家族と一緒に鉢植えの手入れを行う。
- ・近所の友人と連れだって、買い物に一緒に出かける。

はなさんは運動機能の改善と栄養・口腔の改善に向けて取り組むことになりました。自身も家族も、自らの課題としてどのように取り組むのかを確認します。

【目標】

- 1 300m先のコンビニに 1 人で買物に行ける。
- 2 自分で浴槽に入り入浴することができるようになる。

〔本人〕

- ・定期受診と服薬の管理
- ・リハビリで習った運動や動作の実践
- ・住民運営の通いの場へ休まず通う。

〔長女〕

- ・買物、通院、洗濯等の支援

【目標】

- 3 毎食、たんぱく質がとれる食事をとり体力をつけることができる。

〔本人〕

- ・栄養素について知る
- ・食べた物を記録して、食べている量を知る
- ・体重測定
- ・歯科受診をして、義歯の調整、唾液の体操、口腔清潔等について教えてもらう

〔長女〕

- ・歯科受診の送迎
- ・食べた物の記録ノートの確認
- ・一緒にご飯を食べる

7) 介護保険サービスまたは地域支援事業

- 予防給付、地域支援事業の具体的なサービス内容を記載する（訪問介護等サービス種類の記載ではない）。

では、はなさんの課題解決に向けて、適切なサービス内容はどのようなものか記載します。

【目標】

- 1 300m先のコンビニに1人で買物に行ける。
- 2 自分で浴槽に入り入浴することができるようになる。

自宅でできる下肢筋力アップのための運動等の指導

- ・膝に負担がかからない家事動作の指導
- ・屋内、敷地内の段差確認、動線の確認、転倒予防の環境整備
- ・外出時の動作確認
- ・同伴してコンビニまで行く
- ・入浴時の動作の指導
- ・浴室に手すりをつける

【目標】

- 3 毎食、たんぱく質がとれる食事をとり体力をつけることができる。
- ・食べた物の確認と体重の確認
 - ・配食サービスを利用する
 - ・歯科受診、義歯の調整
 - ・口腔ケア

8) サービス種別・事業所

- 左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。
- 支給区分、通所系サービスの加算も必ず記載する。事業所の体制に掛る加算については、記載する必要はない。

【目標】

- 1 300m先のコンビニに1人で買物に行ける。
- 2 自分で浴槽に入り入浴することができるようになる。

短期集中予防支援訪問サービス(リハビリ専門職)

住民運営の通いの場

住宅改修

【目標】

3 毎食、たんぱく質がとれる食事をとり体力をつけることができる。

短期集中予防訪問サービス（栄養士）

配食サービス

- 具体的な「サービス種別」および当該サービスを提供する事業所名を記入する。
- 家族、地域、介護保険サービス以外の、公的サービスが補う部分についても、誰が行うかを明記する。
- 回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。

9) 期間

- 「期間」は左記に揚げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。
- 「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。
- 「期間」の設定については「認定の有効期間」も考慮する。

はなさんは短期集中予防サービスを使うので、3 か月となります。

10) 目標とする生活

具体的に達成感が得られる内容とし、目標とする生活のイメージ化を図ります。

1 日・1 年の目標を書き入れます。

- 具体的な「サービス種別」および当該サービスを提供する事業所名を記入する。
- 家族、地域、介護保険サービス以外の、公的サービスが補う部分についても、誰が行うかを明記する。
- 回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。

はなさんのケースは

1 日 毎食、たんぱく質を含む食品を取る。

1 年 週に1度はバスに乗り、ショッピングセンターに行き友達と会ってお茶をする。

11) 健康状態について

【主治医意見書:A 病院】痛みのために身体を動かすことが少なくなり、下肢筋力が低下してきている。筋力の改善の可能性があるので、転倒に気をつけ、膝への負担も注意しながら、運動をしましょう。左膝関節はすぐに手術をする状態ではなく、左膝の痛みが今後ひどくなるようなら検討すると言われている。

12) 総合的な方針

- 膝に負担がかからない動作ができるようになり、膝の痛みを調整しながらリハビリを行い、下肢筋力の向上が図られるよう支援する。転倒にも注意しながら、半年後は、電車やバスに乗れるように支援する。
- 栄養のあるものをおいしく食べられるようになり、外出できる体力の向上が図られるよう支援する。
- 1年後までに、自分で気軽に外出できるように支援する。

下記のシートについて・・・

- ・興味関心チェックシート・・・利用者へのサービス提供の参考に使えます。
- ・「自分らしく暮らすための目標と私ができること」
・・・利用者に自身の目標達成について意識してもらうのに使えます。
- ・橿原市版 二次アセスメントシート・・・より細やかなアセスメントシートを作成しました。
- ・ケアプラン振り返り自己チェックシート
・・・ケアマネジャーとして1年間活動をされた振り返りに使えます。

※これらのシートは、必ずしもご利用いただく必要はございません。
ケアマネジャー活動に必要とあればご利用ください。



記入日： 年 月 日

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレに行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動（町内会・老人クラブ）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

83

自分らしく暮らすための目標と 私ができること

私の生活の目標

(できるようになりたいこと・やってみたいこと)

私の取り組み

期間 年 月 日まで

年 月 日

名前



頑張ってね!

二次アセスメントシート



記入日 年 月 日 担当：

ふりがな	生年月日	年 月 日	日常生活自立度	
氏名	世帯構成	☐ 一人暮らし ☐ 高齢者のみ ☐ その他：	障害高齢者	認知症高齢者
住所	電話			
●主訴		●家族の状況・意向		

I. 健康状態					
1	現病や既往歴	医療機関名	受診頻度	服薬状況（合計 種類）	発症や入院時期
医療リハ： 回／月			マッサージや接骨院： 回／月		
2	お薬手帳を利用していますか ☐ はい ☐ いいえ		3	平常時の血圧： / mmHg	
4	痛み	部位・程度・場面・対処	できない・困っていること	いつごろから	
5	しびれ				
6	肉類、卵、魚介類等のタンパク質をとっていますか ☐ はい： 日／週 ☐ ほとんどとらない ☐ その他：				
	牛乳・乳製品をとっていますか ☐ はい： 日／週 ☐ ほとんどとらない ☐ その他：				
	野菜をとっていますか ☐ はい： 日／週 ☐ ほとんどとらない ☐ その他：				
7	1日にとる水分について 総摂取量 ☐ 500cc未満 ☐ 500～1000cc ☐ 1000cc以上				
	内訳： ☐ お茶 cc ☐ 水 cc ☐ 汁物 cc ☐ その他 cc：				
	飲酒	☐ あり () 日／週： () を () ml ・ 合 ☐ なし			
	喫煙	☐ あり () 本／日： ☐ なし			
8	トイレが間に合わず、失敗することはありますか ☐ はい (パット ・ リハパン ・ 失禁パンツ ・ なし) ☐ いいえ				
	排尿	昼間 回 / 夜間 回	利尿剤服用	☐ あり： ☐ なし	
	排便	日に1回	下剤服用	☐ あり： ☐ なし	
9	眠れなくなる／睡眠薬を内服 ☐ あり (回／週 使用：) ☐ なし				
10	何でもしっかり嚙んで食べられますか ☐ はい ☐ いいえ				
	義歯について ☐ あり： 総入れ歯 (上 ・ 下) / 部分入れ歯 (上 ・ 下) ☐ なし				
	1日に1回以上の歯磨きや義歯の掃除 ☐ はい ☐ いいえ		歯科受診	☐ あり 回／月 ☐ なし	
II. ADL			用具や工夫、理由や状態		いつごろから
1	起き上がるときの支え	☐ あり ・ ☐ なし			
2	立ち上がるときの支え	☐ あり ・ ☐ なし			
3	歩行時の支え 屋内	☐ あり ・ ☐ なし			
	屋外 (15分)	☐ あり ・ ☐ なし			
4	1人で洗身していますか	☐ している ・ ☐ していない			
5	1人で浴槽をまたぐこと	☐ している ・ ☐ していない			
6	運動について医師からの制限	☐ あり ・ ☐ なし			
7	ほか、医師からの注意	☐ あり ・ ☐ なし			

檀原市版 二次アセスメントシート(裏面)

Ⅲ. 日常生活について (IADL)		※本人がしていること していない場合は誰がしているか？		特記事項	いつごろから																						
1	炊事	☐ している ・ ☐ していない	☐ 炊飯 ☐ 簡単な調理 ☐ ガス(IH)調理器使用 ☐ 温め ☐ 配膳 ☐ 下膳 ☐ 食器洗い	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 他：																							
2	掃除	☐ している ・ ☐ していない	☐ 自室のみ ☐ トイレ ☐ 風呂場 ☐ 他： ☐ 掃除機がけ ☐ モップ	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 他：																							
3	洗濯	☐ している ・ ☐ していない	☐ 洗濯機の操作 ☐ 洗濯物を干す ☐ 取り込む ☐ たたむ ☐ 整理する	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 他：																							
4	ごみ出し	☐ している ・ ☐ していない	☐ 分別する ☐ まとめる ☐ 集積所まで運ぶ： 一部 ・ 全部	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 他：																							
5	買い物	☐ している ・ ☐ していない	☐ 買うものを決める ☐ 注文配達 ☐ 荷物を持って帰る ☐ 荷物は配達便を利用する	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 他：																							
6	金銭管理	☐ している ・ ☐ していない	☐ 全て管理 ☐ こづかい程度のみ管理 ☐ 銀行に行く／出入金	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 他：																							
7	薬の管理	☐ している ・ ☐ していない	☐ 自己管理： 分包 ・ 一包 ☐ 飲み忘れ： 有 ・ 無 ☐ 声かけ： 有 ・ 無 ☐ 拒否	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 他：																							
8	通院 買い物 外出の 手段	☐ バス 最寄バス停： (バス停まで 分程度) ☐ 電車 最寄駅： ☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バイク ☐ 車運転 ☐ タクシー ☐ その他： ☐ 家族等送迎(頻度)： 回／月程度																									
Ⅳ. 社会生活 ・ 環境					いつごろから																						
1	何かしらの役割がありますか		家庭内：	地域：																							
2	現在、地域で参加しているものはありますか		☐ はい： ☐ いいえ																								
	また、以前参加していたものはありますか		☐ はい： ☐ いいえ																								
3	再開したいこと、やってみたいこと等がありますか		☐ はい： ☐ いいえ																								
4	困ったときに助けてくれる人はいますか		☐ はい： ☐ いいえ																								
	家族との交流状況																										
	近隣、知人、友人との交流状況																										
5	自宅や周囲の環境で不自由なところや不安に感じるところ		☐ 玄関 ☐ 廊下 ☐ 台所 ☐ 屋内階段や段差 ☐ 物干場 ☐ トイレ ☐ 風呂場 ☐ 敷地内階段や段差 ☐ 周囲の急坂 ☐ バス停や駅が遠い ☐ 買物できる場がない ☐ 集会所や公民館が遠い ☐ その他：																								
Ⅴ. 認知やうつ ※今までと変わった様子、あてはまるもの					いつごろから																						
1	☐ いつも「あれがない」「これがない」と探している		5	☐ 味付けを間違ってしまう																							
2	☐ 約束の時間や場所を間違える		6	☐ リモコンや携帯電話の操作がわからない																							
3	☐ 部屋が片付かなくなってきた		7	☐ 化粧や服装、入浴することに関心なくなってきた																							
4	☐ 同じ食材がたくさんある		8	☐ 「忘れた」ことがわからないことがある																							
Ⅵ. その他																											
1	今後、ご自身はどのようになりたいですか		☐ 今より元気になる ☐ 今を維持したい ☐ わからない																								
	自身のためにしていること、心がけていること		☐ あり： ☐ なし																								
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度		自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ C1 ・ C2																								
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M																								
●特記事項	自立度～ <特に留意!>		●支援者の見立て(向上する見込みに対して現状を3段階評価)																								
			<table border="1"> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td rowspan="4">コメント：</td> </tr> <tr> <td>機能</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>活動</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>参加</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>交流</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> </table>				1	2	3	コメント：	機能	☐	☐	☐	活動	☐	☐	☐	参加	☐	☐	☐	交流	☐	☐	☐	
	1	2	3	コメント：																							
機能	☐	☐	☐																								
活動	☐	☐	☐																								
参加	☐	☐	☐																								
交流	☐	☐	☐																								

ケアマネジャー自身の判断により記載してください。

ケアプラン振り返り自己チェックシート

事業所名		介護支援専門員名		利用者名	
ケアマネジャーの思い（ケアプラン作成にあたり心掛けた点等）					
ケアマネジャー自身がケアプランの自己点検を実施して、自身の課題として気づいたこと。					
課題① 多方面からのアセスメントの視点について					
関係する医療機関の医師他専門職と普段から情報交換ができていますか。					
○多方面からアセスメントができていますか確認する項目〈情報収集〉					
	質問	☒	確認事項		
1	アセスメントに必要な情報をどのような関係者・関係機関から得ながら、アセスメントに活かすことができたかを確認します。	☐	利用者		
		☐	同居家族		
		☐	それ以外の家族		
		☐	主治医		
		☐	医療機関のスタッフ（入・退院時）		
		☐	サービス提供事業所・者長・ボランティア等		
		☐	行政（主治医意見書・認定調査票）		
		☐	地域包括支援センター等		
		☐	民生委員		
		☐	インフォーマル（近隣・自治会長・老人クラブ会長・ボランティア等）		
☐	その他（ ）				
○医療と健康状態に関するアセスメント時の自己点検項目					
	質問	☒	確認ポイント		
1	認定者には主治医意見書・認定調査票を活用し、プランに反映させていますか？	☐	主治医意見書や認定調査票を活用し、プラン作成に生かしている。		
		☐	主治医は意見書の主治医だけとは限らないため、必要に応じて医師と連絡し、情報収集に努めている。		
		備考			
2	サービス利用時に必要だとしている医療の最新の情報を入手し、プラン作成に反映させていますか？	☐	利用者に主治医の意見が必要な理由を説明し、同意を得た上で主治医と連携して医療情報を入手し、プラン作成時に生かしている。		
		☐	主治医の指示に基づく内容については、ケアプランにも盛り込み、サービス選定だけでなく日常生活の上でも、可動域制限や運動時の上限血圧や心拍数など指示が守れるように留意している。		
		☐	主治医が複数名いる場合には、疾患によっては複数名の主治医と連携を取り、医療的な指示を欠かさず反映できるように工夫している。		

		備考	
3	健康状態を把握するときに留意する視点として、どのようなことを確認していますか？	☐	現病、既往歴について、その発症時期や入退院等の時期についても把握・記入し「主訴」の生活機能低下の時期に関連がないか丁寧に聞き取りを行い、改善の可能性とかかる期間について考察している。
		☐	服薬については、お薬手帳の確認や残薬などの確認も行い、適正な服薬ができているか確認している。
		☐	痛みやしびれがある場合は、現病歴・既往歴との関連を持ちながら、出現の時期について聞き取り、アセスメントに活かしている。
		☐	痛みやしびれがある場合は、部位や程度、場面や対処、困っていることなどを丁寧に聞き取りアセスメントに活かしている。
		☐	日中・夜間の排尿状況や利尿剤の内服等について把握し、アセスメントに活かしている。
		☐	睡眠薬の服用の有無について確認し、「有」の場合については、頻度と薬の種類と効果についても把握している。
		☐	歯磨きや義歯の掃除を行っているか、歯科受診の状況を確認し、アセスメントに活かしている。
		☐	1日分の水分摂取量と食事内容、排便や緩下剤等の関係について把握し、アセスメントに活かしている。
		備考	

課題② 生活歴・その人らしさ・ストレングスの視点について

今現在のその人を形作った環境や生活、本人の強みを知って、支援のきっかけをつかんでいますか。

○生活歴・その人らしさを確認する自己点検項目

	質問	☒	確認ポイント
1	利用者の生活歴や生活状況をどのようにして聴き取れましたか。	☐	利用者本人からの聴き取りができている。
		☐	利用者以外の家族などからの聴き取りができている。
		☐	利用者が生活してきた中で大切にしてきたものやエピソード、価値観、趣味、得意(苦手)なことなど、その人らしさを象徴する情報が簡潔に記載されている。
		☐	ケアマネに、利用者の「その人らしさ」を大切にするといった意識がある。

○ストレングス（強み）の視点を確認する自己点検項目

	質問	☒	確認ポイント
1	第1表の総合的な援助の方針の記載にあたり、課題が共通するものは統合し、優先して解決すべき課題を先にあげるなど、工夫していますか？	☐	今、何に優先的に取り組むことが大切かわかるように複数の共通する課題をまとめて記載している。
		☐	予後予測の視点も含めた先の見通しや可能性も視野に入れた表現を意識した記載をしている。
		備考	

2	生活全般の改善すべき課題を引き出す過程で背景・要因になるものを整理できていますか？	☐	要介護状態となっている状況を捉え、いつからなぜそのような状態になっているかを整理し、課題整理を行っている。	
		☐	課題もあがるが同時に強み(ストレングス)の部分にも着目しながら整理するよう心がけている。	
		備考		
3	長期・短期目標の設定においては、専門家として、定める期間内に達成できそうな具体的な目標を提案できていますか？	☐	利用者基本情報やアセスメントの聞き取りなど、面談中に把握した情報を基に、生活全般の解決すべき課題を解決するために利用者が具体的に目標としやすく、達成可能な生活目標の設定ができています。	
		☐	アセスメント時の「主訴」「家族の状況・意向」で聞き取った課題と、専門家として抽出した課題に差異がないか確認し、達成することで本人や家族が将来の生活について、役割やリズム、活動量などをイメージできる目標設定となっている。	
		備考		
4	サービス内容では、期間内に目標の達成ができるための具体策となっていますか？	☐	目標を達成するために必要な取組方法を、複数あげ、それを実践することで期間内に目標が達成できるような策が講じられている。	
		☐	介護保険サービスや地域支援事業だけでなく、生活機能低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスサポートの活用についても必要に応じた記載がある。	
		備考		
5	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービスを活かすために、サービス内容において留意していることはどのようなことですか？	☐	セルフケアの継続や強化、意欲の維持や環境調整など、家族支援や地域の支援などインフォーマル資源等を含めて、具体的に行動変容を促せるような支援計画内容が記載できている。	
		☐	セルフケアが自己管理(疾病管理等)の内容の場合、予防の視点「リスクマネジメント」と起きてしまった場合の対応「クライシスマネジメント」について利用者と確認できている。	
		備考		
課題③ アセスメントからケアプランへのつながりについて (ケアマネジメントプロセスを意識できているか)				
アセスメントはケアマネジメントプロセスの1つであることを意識していますか。 アセスメントで把握した多くの情報を、ケアプランに反映させていますか。				
○アセスメントとケアプランの整合性を確認自己点検項目				
	確認ポイント	☒	備考・確認ポイントに対する回答等	
1	生活全般の解決すべき課題を引き出すにあたって、アセスメントした結果をケアプランに反映させている。	☐	どのよう反映すればいいかわからない場合、どのように情報を整理し直し、生活の解決すべき課題に落とし込んでいますか。	

2	利用者との合意に基づく生活機能の向上を目指した目標達成について、具体的な言葉でかつ評価できる指標となっている。	☐	目標設定を行う上で特に留意したことや配慮したことはどのようなことですか。
3	アセスメントの過程で、みえてきた課題がケアプランに反映されている。	☐	
4	プランに定めた期間と選定したサービスとその内容について、決定した根拠が説明できる。	☐	
5	ICF に添った考え方の導入が大切だと言われていますが、活動や参加を意識した部分はどの部分ですか。		
6	情報収集のときに気をつけている点はどこにありますか。		
7	個別性のある具体的な目標を設定するときに大切にしていることはどのようなことですか。		
8	主治医との連携や医療機関情報をどのようにプランに反映させましたか。		
9	アセスメントから見えた課題から、自宅の環境整備で配慮した点や工夫したことがありますか。		
10	家庭での役割や知人、友人との交流など、社会的役割を重視する部分で配慮したことや工夫したことはどのようなことですか。		
備考			
課題④ 課題分析表（アセスメントツール）の活用について			
実際にアセスメントツールを使い、解決すべき課題（ニーズ）を導き出していますか。			