

自立支援に資する

介護予防ケアマネジメントのための
アセスメントマニュアル

平成31年3月

広島県

目 次

1. マニュアル作成の目的	3
2. 介護予防ケアマネジメントの目指す姿（イメージ）	4
広島県における介護予防ケアマネジメントの目指すべき姿	7
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）	10
4. 介護保険制度における介護予防の位置づけ	13
5. 介護保険制度における介護予防	14
6. 介護予防ケアマネジメントとは	15
7. ケアマネジメントサイクル	17
(1) インテーク（最初の面接・相談）	
1) 利用者基本情報の収集	17
2) 基本チェックリストの活用	22
(2) アセスメント	
1) ICF を活用する視点	32
2) 各因子のアセスメント	33
①健康状態のアセスメント	33
②心身機能・身体構造のアセスメント	35
③活動のアセスメント	39
④参加のアセスメント	44
⑤環境因子のアセスメント	46
⑥個人因子のアセスメント	48
8. プランニング	50
(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	54
(3) 領域における課題（背景・原因）	54
(4) 総合的課題	55
(5) 課題に対する目標と具体策の提案	56
(6) 具体策について意向 本人・家族	56
(7) 目標	57
(8) 目標についての支援のポイント	57
(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	58
(10) 介護保険サービス又は地域支援事業	59
(11) サービス種別	59
(12) 事業所	60
(13) 期間	60
(14) 目標とする生活	60
(15) 健康状態について（主治医意見書等）	61
(16) 本来行うべき支援ができない場合	61
(17) 総合的な方針	61

9. 事例を通してアセスメントからプランにつなぐ ・・・・・・・・・・・・・・・・	62
(1) 利用者基本情報の収集・・・・・・・・・・・・・・・・	62
(2) 基本チェックリストから考える情報の収集・・・・・・・・	68
(3) アセスメント・・・・・・・・・・・・・・・・	71
(4) ケアプラン・・・・・・・・・・・・・・・・	78
参考資料 ・・・・・・・・・・・・・・・・	84
1. 本人の意欲につなげるための、本人のしたいことを引き出すツール ・・・・・・・・	84
(1) 「これから手帳」の活用について・・・・・・・・	84
(2) 興味・関心チェックシート・・・・・・・・	85
2. アセスメントシート ・・・・・・・・・・・・・・・・	86
3. 事例 竹子さん資料集 ・・・・・・・・・・・・・・・・	88
(1) 広島市版アセスメントシート・・・・・・・・	88
(2) 興味・関心チェックシート・・・・・・・・	90
(3) 事例の概要・・・・・・・・	91
4. マニュアル作成検討会議 ・・・・・・・・・・・・・・・・	94

本冊中に示されている「※P.〇〇」は、参考文献「地域で作る！介護予防ケアマネジメントと通所型サービスC 田中明美・北原理宣 著」の該当頁を示しています。

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で、生活の質の向上を目指します。

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。

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しまいました。



足の骨が折れてしまって、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、転倒した時（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？
（場所、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？

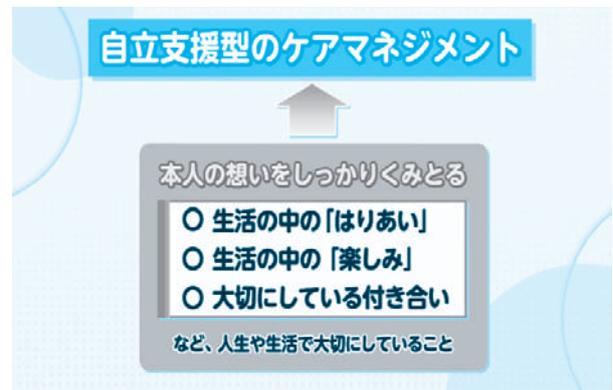
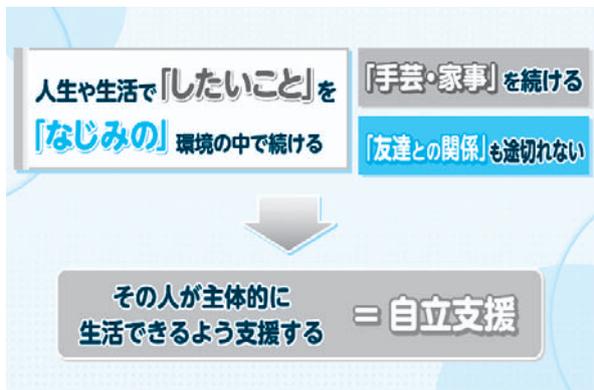
本人の意向・改善の可能性

●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

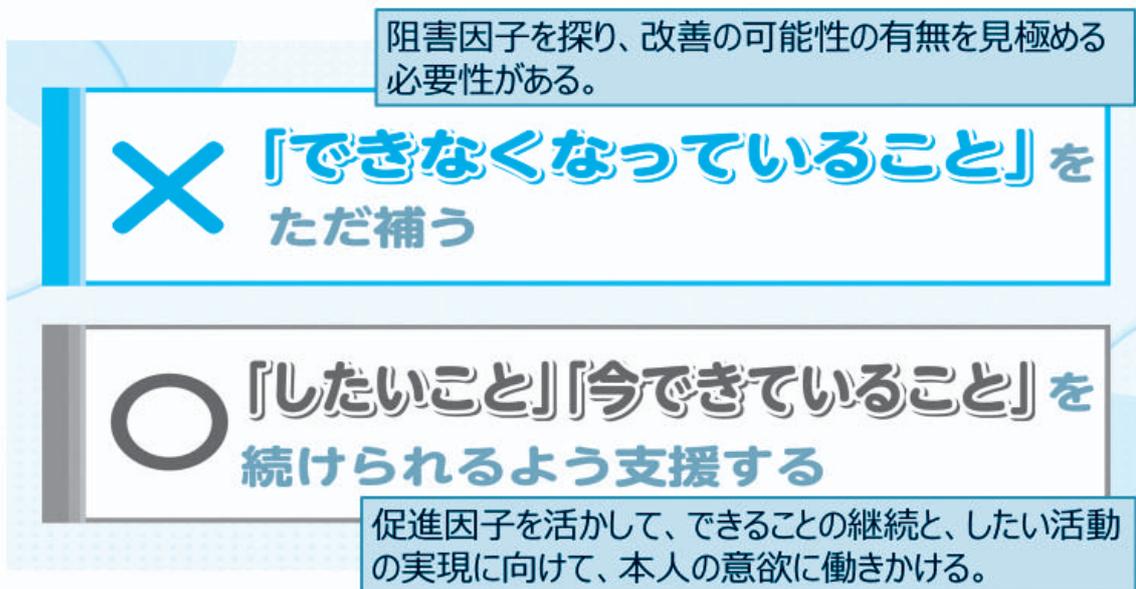
清水さんのしたいことは「手芸や家事を続けること」、その中で「友達との関係」も途切れないようにすることではないでしょうか？ 清水さんが主体的に生活できるように支援することが、自立支援につながります。

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（阻害因子）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、今できていること（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。

広島県における

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。広島県では、「第7期ひろしま高齢者プラン」（平成30年（2018）3月策定）の中で、「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決めました。

【広島県が考える「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。

【広島県が考える「自立支援」とは】

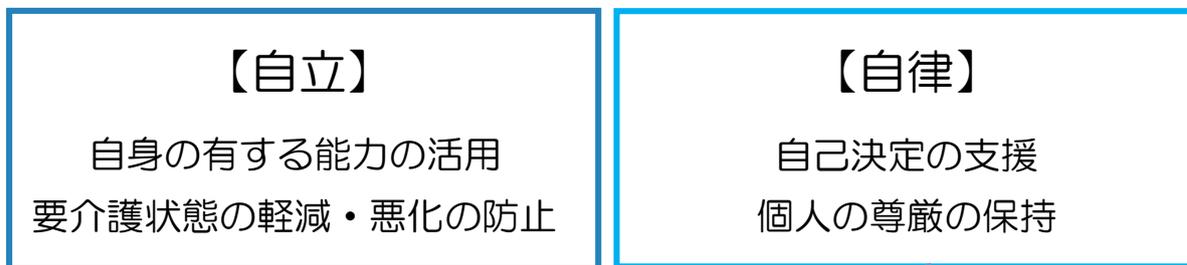
「自立支援」とは、高齢者本人を取り巻く環境から、個人を知り、本人を中心に、家族、近隣住民等の支援者で共有し、本人の尊厳を尊重するとともに、能力と意欲を最大限引き出し、やりたいことができるよう環境を整えること。

【広島県が考える 「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」

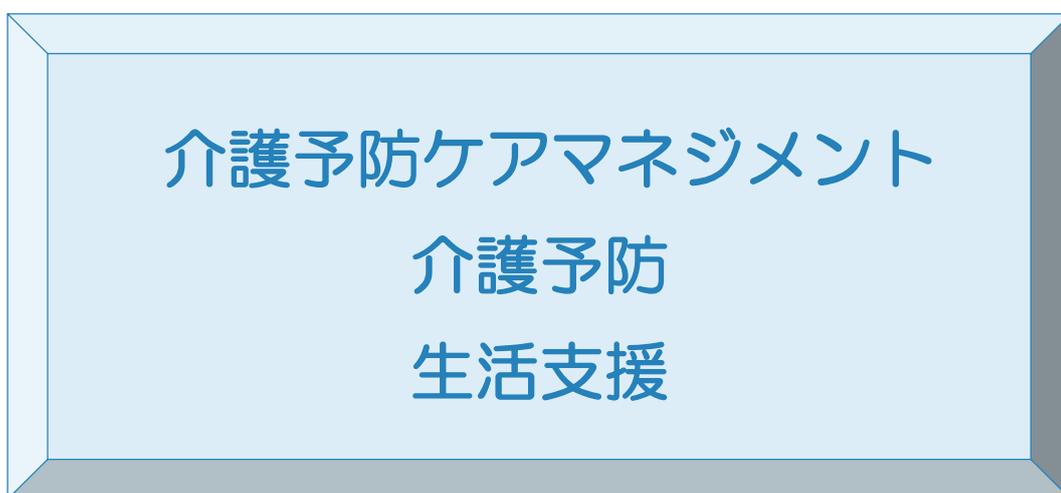
自律とは、他からの支配や制約を受けずに、自分自身の規範に従って行動することであり、介護保険法にいう「自立」においても、この意味を含んでいる。



広島県が考える「自立支援」は、この2つを包含している

そして、この度の「第7期ひろしま高齢者プラン」において、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



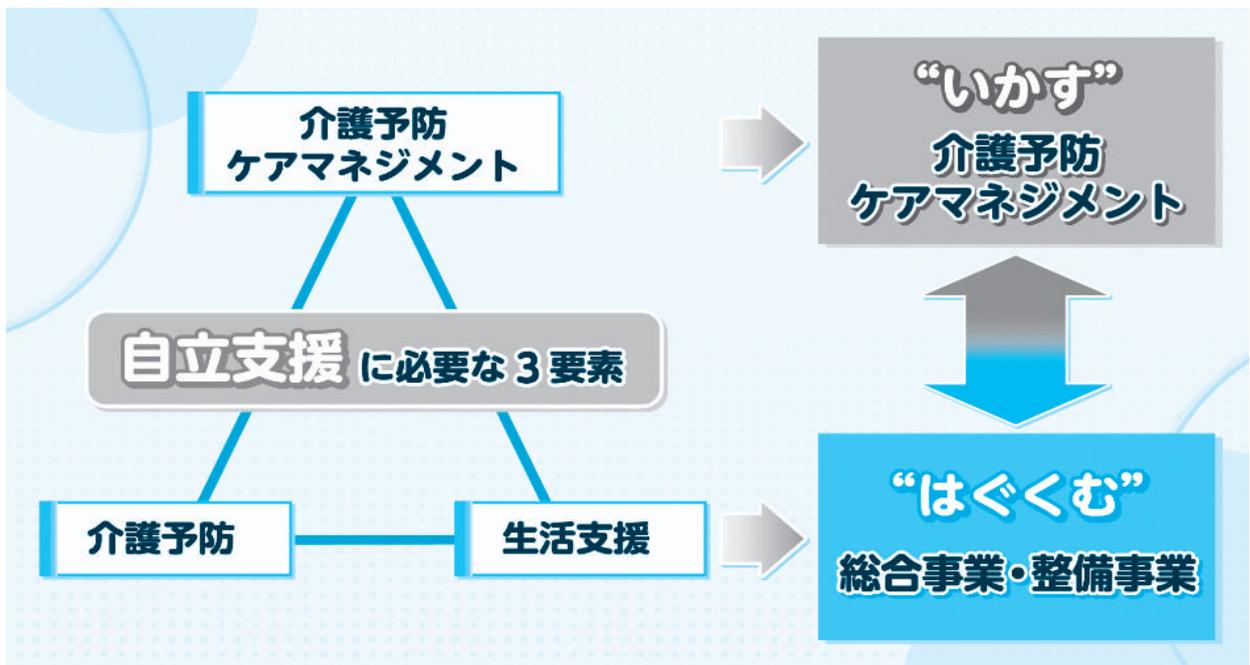


図1 自立支援に必要な3要素 三菱UFJリサーチ&コンサルティング資料

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自由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)「重度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。

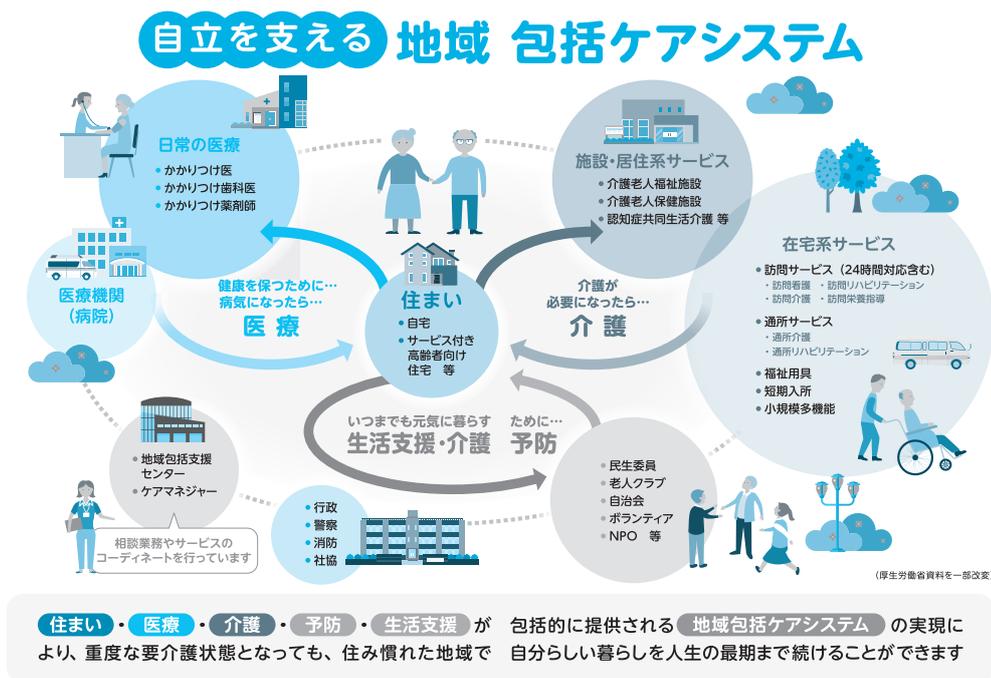


図2 自立を支える地域包括ケアシステム【引用：これから手帳】

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)

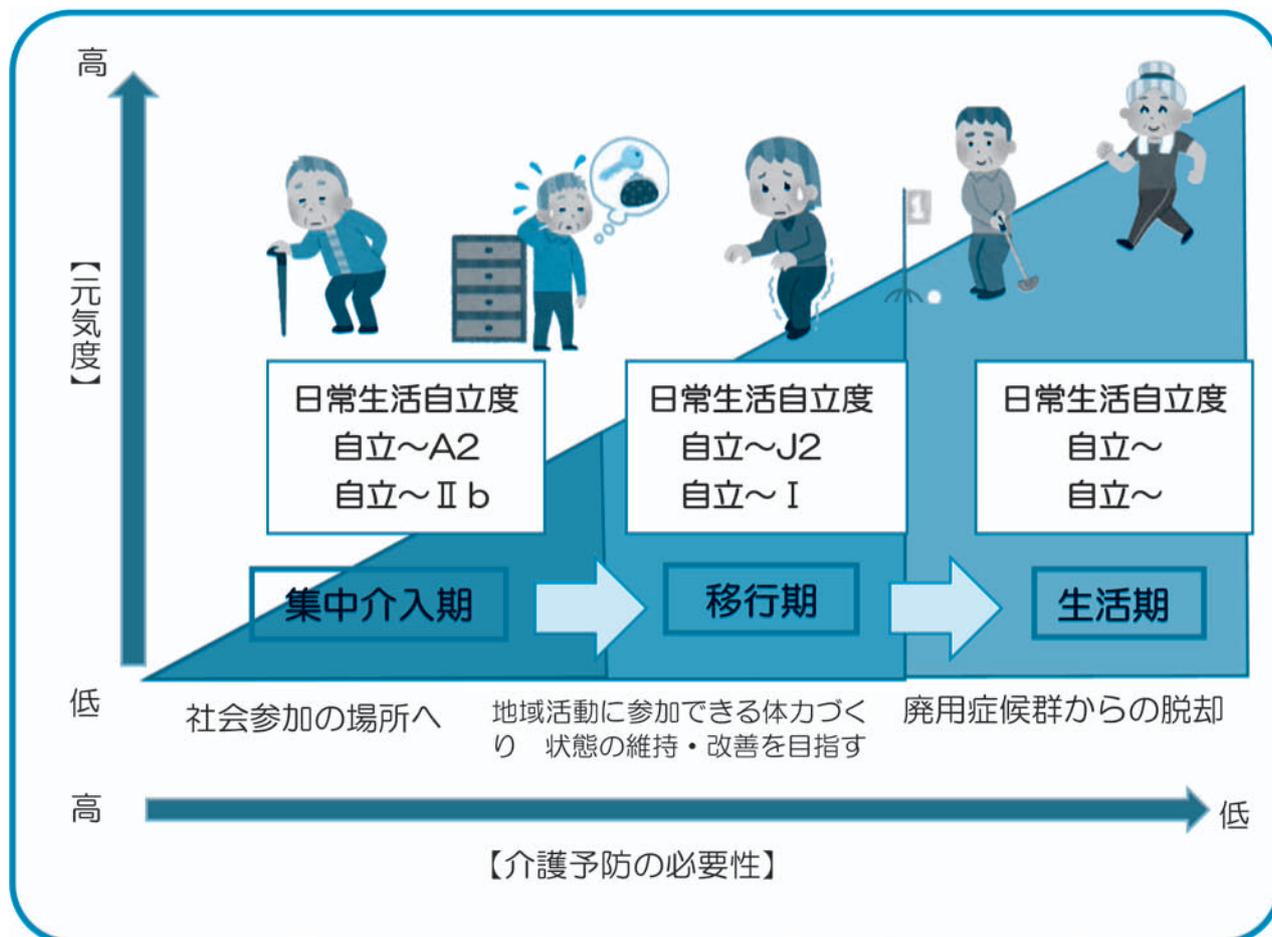


図3 日常生活自立度と対象者のイメージ図

【引用：「地域で作る！介護予防ケアマネジメントと通所型サービスC」 p.35 著：田中明美他（一部改変）】

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									
	III b	④								
	III a									
	II b	③			⑥					
	II a									
	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【引用：「地域で作る介護予防ケアマネジメントと通所型サービスC」p.59 著：田中明美他】

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

【引用：地域で作る介護予防ケアマネジメントと通所型サービスC p.58,59 著：田中明美他】

①の状態像の方

歩行は自力歩行、杖歩行、シニアカーの活用等幅が広く、バスや電車に乗って出かけたり、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、度々道に迷ったり、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。電話や訪問者との対応が難しく、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A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。

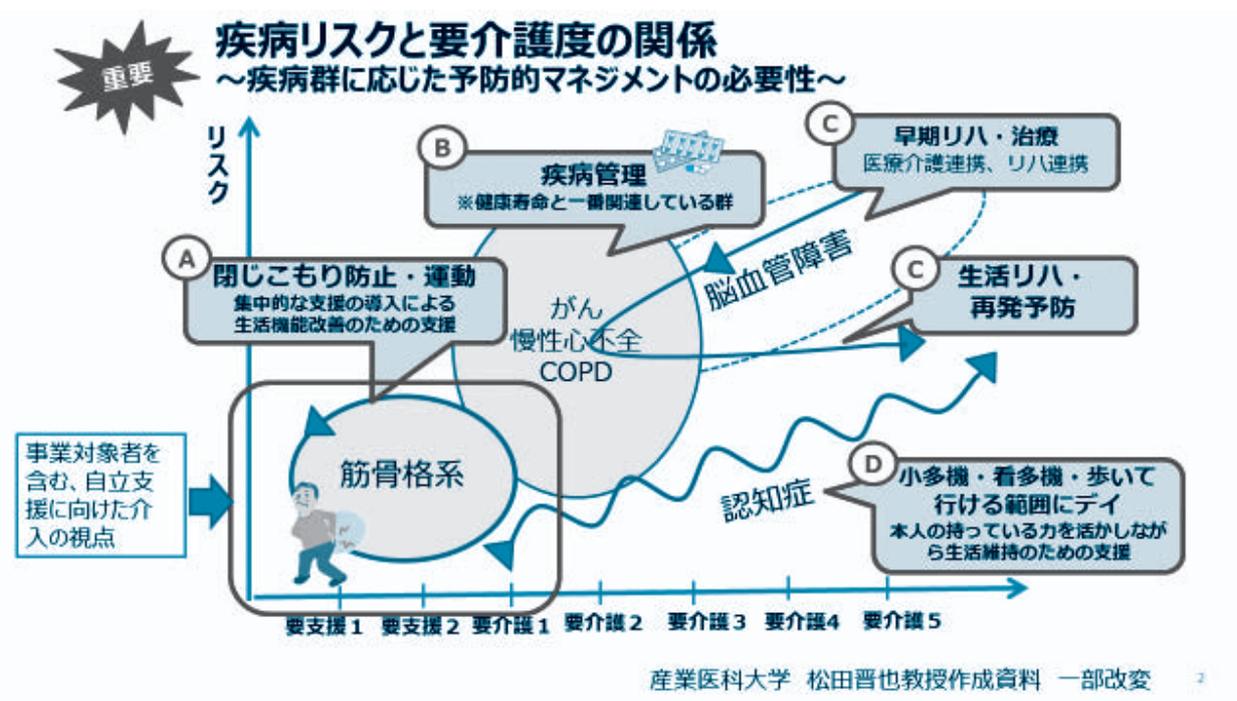


図5 疾病リスクと要介護度の関係

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。

※「第7期ひろしま高齢者プラン」平成30年（2018）3月広島県 一部改変



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しています。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・Cの3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介護予防相当訪問サービス ②介護予防相当通所サービス 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	基準緩和型訪問・通所サービス(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。

③初回のみ介護予防ケアマネジメント【ケアマネジメントC】

ケアプランの手順	初回のみ。簡略化(サービス担当者会議とモニタリングを省略)した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施する。
利用するサービス	①その他の生活支援サービス ②一般介護予防事業(例 住民運営の通いの場など) ※介護予防相当サービスや基準緩和型サービス、短期集中予防サービスを併用する場合は、それぞれの類型に沿ったケアマネジメントを行う。
ケアプラン様式	ケアマネジメントCの書式
モニタリング	行わない。 名簿など簡略な利用者管理を行うことも可能。また、利用者の状況に変化があった際に、適宜サービス提供者などから、地域包括支援センターに連絡する体制を作っておくことが望ましい。

表1 利用者基本情報（おもて）

利用者基本情報			
*この事例は、研修用に作られています。			作成
《基本情報》			
相談日	H28年10月15日	()	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 初回
本人の現況	在宅		
フリガナ 本人氏名	ひろしま た 広島 竹	女	S年 月 日生 (77) 歳
住所	住所：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	障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	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。 A1 自立
認定情報	要支援1 有効期限：H28年	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(-)、療育(-)、精神(-)、原爆(-)		
本人の住居環境	2世帯住宅の1階、2階は長男家族が住む。住宅改修		
経済状況	厚 国民年金 介護保険負担割合：1割		
来所者 (相談者)	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。		
住所	△△市〇〇		
連絡先	続柄 本人		
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
	広島 一郎	長男	△△市〇〇
	岡山 松子	長女	△△市〇〇
9 家族の関係性と支援の頻度や量を把握する。			
<p>家族構成</p> <p>●=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」</p> <p>家族関係等の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 長女が週に1回は来訪して相談、支援する。 			

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を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、そのか所や内容（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ない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	広島で生まれ、22歳で結婚してからこの40歳頃から60歳まで近くの会社で事務員日程度近くのスーパーにパートにでて、7年前にがんで死亡後、地域のグラウンドゴルフを始めた。		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。	
現状の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・すごし方 外出することも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3人の友人に助けられている。		趣味・楽しみ・特技 以前は、カラオケ（公民館のサークル 週1回）、ゴルフ（週3回）をしていた。今は、テレビが楽しみ。	
	1日の生活・すごし方：生活リズムや活動内容と活動量、役割等をおおよそ把握する。		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。	
	時間	本人	介護者・家族	
	7:00～	起床 朝食(パソ・ゴヒ)	長女：相談 相談	
	12:00～	昼食 テレビ等	手続き対応 説明の同	
	18:00～	夕食(配食)		
	21:00～	入浴 睡眠服薬・就寝		
《友人・地域との関係》				
	近所には、知り合いも多く、出会うことが多い。お互いの家の訪問も頻りにある。			
《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関するもの）				
年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見書作成者に☆)		経過 治療中の場合は内容
H26	変形性膝関節症	A病院	☆	経観中 H28年2月から痛みの為通院、H28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
				治療中 ノルバクス(0.5)、ワンアルファ(1.0)、ミカルディス(40)：降圧剤：各1錠、朝1回。 マイスリー不眠時 プルセニド(12)便秘1回/3日、モーラステープ(膝痛)
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。				
《現在利用しているサービス》				
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しましょう。

⑪ 1日の生活・すごし方

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。^{※P.236}

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取ります。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。何もしたいことがない、浮かばないと言われる方には、興味・関心チェックシート（p.85 参照）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。^{※P.226} 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

記入日：平成 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

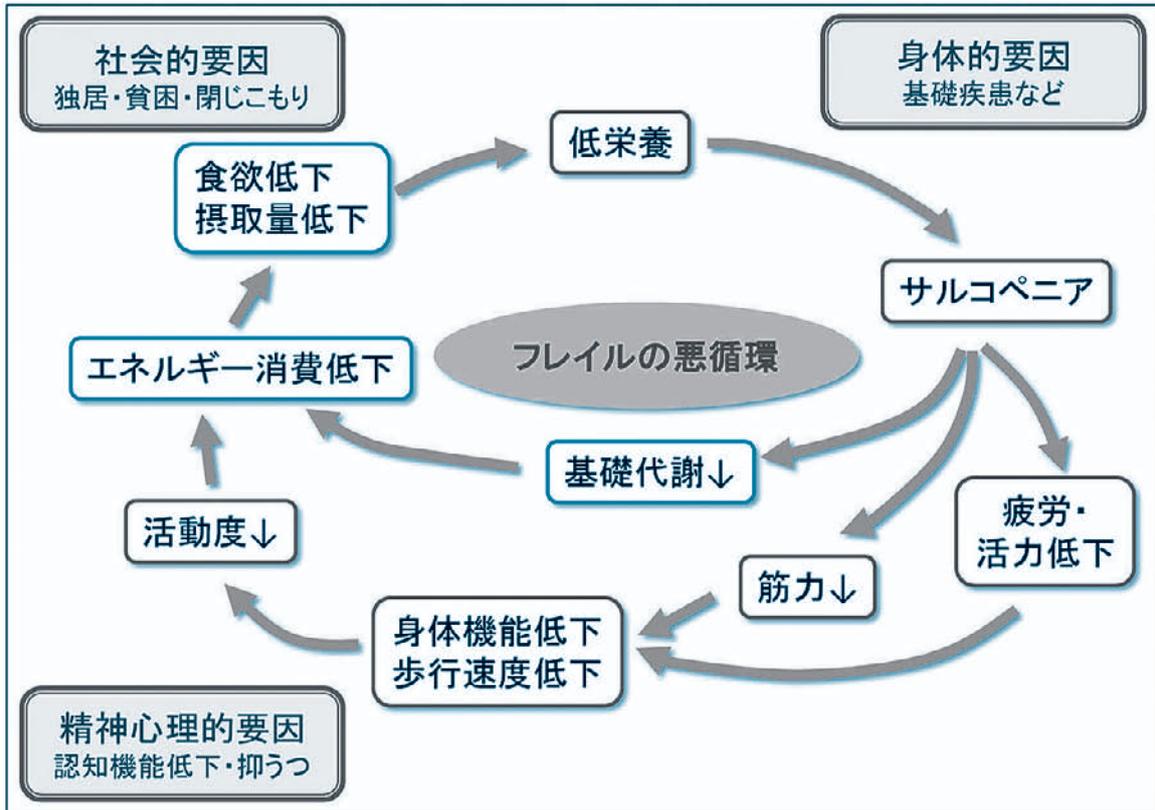
表4 事業対象者となる項目

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「1.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) ÷ 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（厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業） 総括研究報告書後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究 研究代表者 鈴木隆雄）



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考え方

基本チェックリストの記載をお願いする際には，厚生労働省が示す「基本チェックリストの考え方」（p.25～27）で各項目の趣旨や回答時に留意する点を確認しましょう。

基本チェックリストの考え方

【共通的事項】

- ① 対象者には、深く考えずに、主観に基づき回答してもらって下さい。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ② 期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③ 習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④ 各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各地域の実情に応じて適宜解釈していただいても結構ですが、各質問項目の表現は変えないでください。

基本チェックリストの質問項目		基本チェックリストの質問項目の趣旨
1～5までの質問項目は日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を間違いなく購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答して下さい。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談にのっている場合も「はい」とします。
6～10までの質問項目は運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。

8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
11～12までの質問項目は低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6か月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6か月間で2～3kg以上の大樹減少があったかどうかを尋ねています。6か月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15までの質問項目は口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
15	口の渴きが気になりますか	口の中の渴きがきになるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
16～17までの質問項目は閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均して下さい。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20までの質問項目は認知症について尋ねています。		
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云われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
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	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。

21～25 までの質問事項はうつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答して下さい。
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で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は思えない	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	

○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。

(参考) 基本チェックリスト

質問事項	【判定基準】
1 バスや電車で1人で外出していますか	10項目以上 (認知機能に支障)
2 日用品の買物をしていますか	
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	3項目以上 (運動機能の低下)
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	2項目 (低栄養状態)
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	
8 15分位続けて歩いていますか	~12
9 この1年間に転んだことがありますか	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!
10 転倒に対する不安は大きいですか	
11 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	この2項目は低栄養の指標。体重減少率とBMI(体格指数・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!
12 身長 cm 体重 kg (BMI=)	
13 半年前に比べて固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	この3項目は口腔機能、13咽嚥機能 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!
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	9 ~20
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「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1項目以上 (認知機能の低下)
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	
21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	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の 結果と運動
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で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	

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を確認しましょう。

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) 重い荷物を持っていない、店に行く手段がない、歩行能力の問題、周囲にお店がない等

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のっているのかなど）。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。※P.237

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。ロコモティブシンド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ド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け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、膝や大腿に手をつけ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、生駒市の第7期計画策定時の生活ニーズ調査の結果で**元気な高齢者と要支援者との間で、大きな差が出た項目**です。「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。^{※P.237}

「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2～3kg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2～3kg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BMI18.5の指標で判断していますが、70歳以上の方は、BMI20～21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。^{※P.238} 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ますか」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てたりするなど)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)

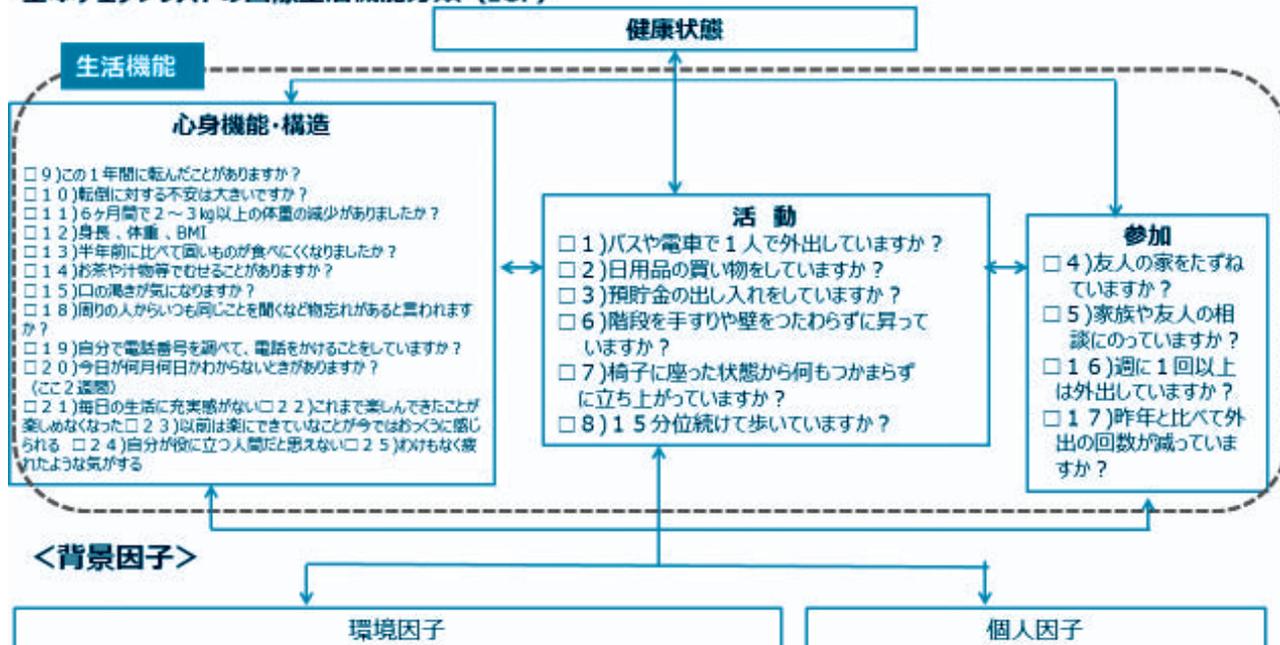


図9 基本チェックリストのICF分類

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、インタビュー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

インタビューの章（p.17～31）で述べたように、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。

生駒市では、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。^{※P.68}

このアセスメントシートは広島県内の市町でも参考にされており、市町が使用しやすいように変更を加え使われています。（参考資料 p.86～87 参照）

1) ICF を活用する視点

【引用：地域包括支援センター運営マニュアル第2版 p.251】

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～

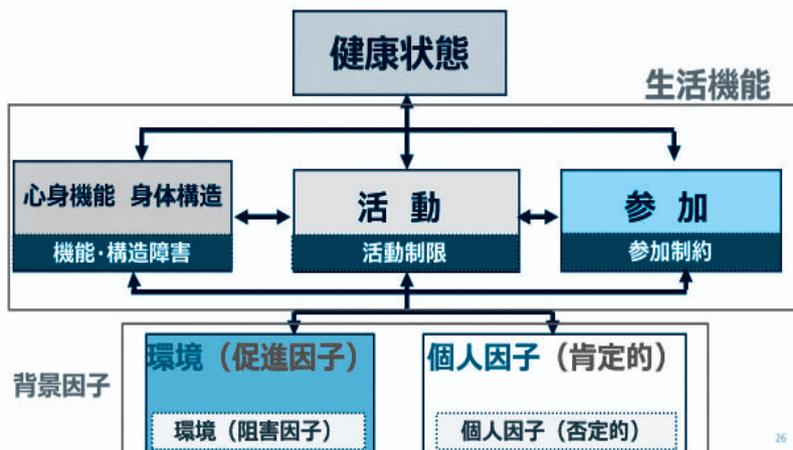


図 11 ICF
（国際生活機能分類）

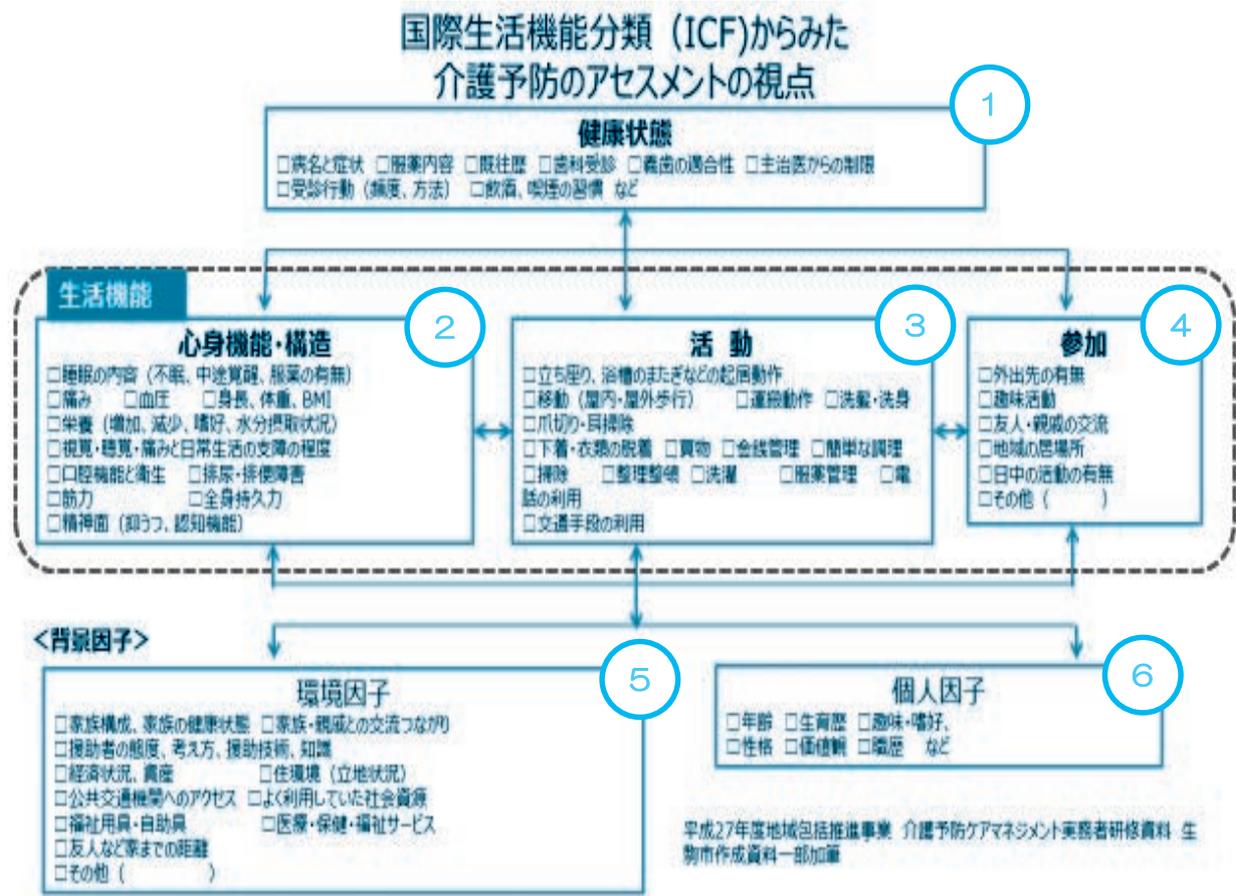


図 12 ICF からみた介護予防アセスメントの視点

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。

病名と症状 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。 ※P.226 P.231

- 心身機能低下のきっかけや、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。 ※.236
- 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。 ※P.227

□ 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.22 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。 ※P.240
- 義歯のかみ合わせの不具合や口臭など、口腔機能で課題となるようなことはありましたか（低栄養や他の病気が潜んでいる可能性）。 ※P.240

□ 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。 ※P.246
- 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。 ※P.229
- 特定の疾患の場合、例えば脳血管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） ※P.236

□ 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，疾患の悪化の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）。^{※P.240}

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況確認

- ・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）。^{※P.240}
- ・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。^{※P.240}

□ 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。^{※P.228}
- ・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。^{※P.228}
- ・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。^{※P.239}
- ・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。 ※P.239

- ・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。 ※P.228
- ・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。 ※P.239

□ 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 DETA2010 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。 ※P.239
- ・血圧の薬はどの薬か、本人は把握していますか。 ※P.239
- ・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。 ※P.239
- ・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。 ※P.239

□ 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。（基本チェックリストの結果から考えられることの章 p.29 参照）

□ 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。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かねばなりません。

- ・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のかなど、幅広く確認できているか）。（基本チェックリストの結果から考えられることの章 p.29 参照）
- ・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。 ※P.240
- ・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

けや麺類だけ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。*P.228
- 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。)*P.228
- 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。*P.230
- 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。* P.240

□ 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。

□ □腔機能と衛生

健康状態の歯科受診・義歯の適合状態の項目で確認しましょう。(p.34)

□ 排泄・排尿障害

排泄の問題と、その症状及び対処法の確認

外出の大きな障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

セサメントし、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。）※P.240
- 排便の状況はどうか。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（基本チェックリストの結果から考えられることの章p.29）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くなってできなくなっていないか，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（基本チェックリストの結果から考えられることの章p.30）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。

認定調査結果では、図 13 のように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.21 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。※P.229
- 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。※P.241

□ 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。※P.241

□ 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の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。^{※P.229}
- 「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。

※P.242

□ 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.28）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。*P.229
- 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。

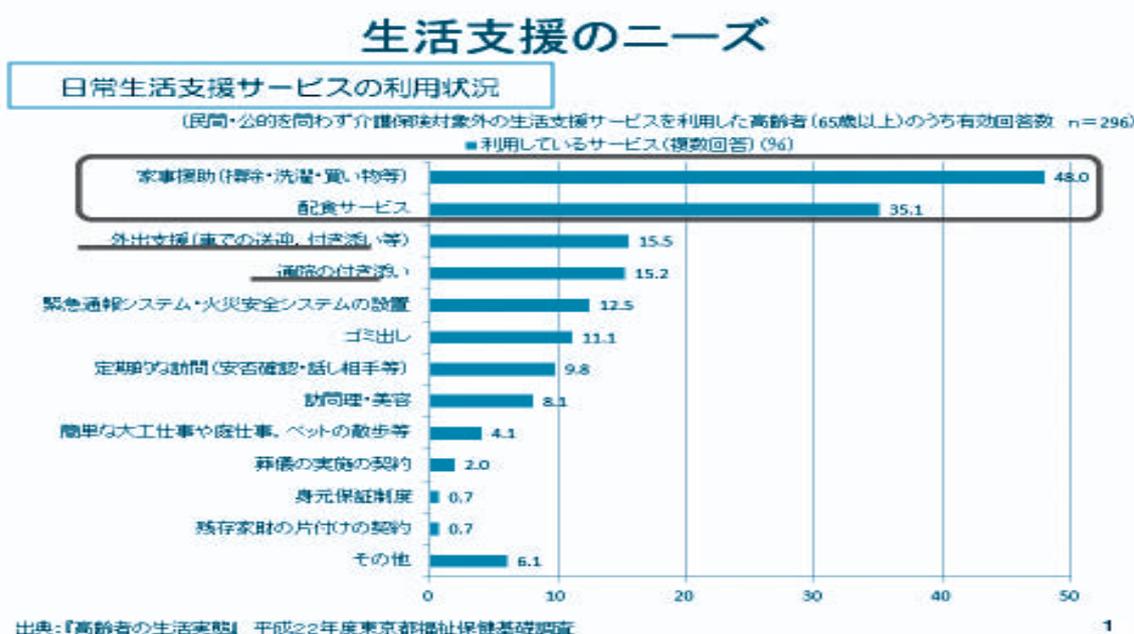


図 14 生活支援のニーズ

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。*P.229
- 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。

□ 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、もと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。*P.229
- 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。

□ 洗濯

洗う・運ぶ・干す・取り込む できなくなった原因やできている要因

移動・運搬の項目とも関連が深いので、聞き取りの時に気をつけましょう。洗濯物を干す環境についても聞き取りが必要です。独居の場合、洗濯をする頻度が少なくなったためできていることもあります。できていると答えられたとしても、どうやってしているのか確認しておきましょう。

- 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。*P.229
- 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

p.22 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」（基本チェックリストの結果から考えられることの章 p.30）、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」（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ることで、訪問につながらなくなってしま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」(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 (p.34)、活動の □買物 (p.41)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。^{※P.238}

③参加のアセスメント

【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】

□ 外出先の有無

外出，交通手段と参加，うつつの関連

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」(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)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」(基本チェックリストの結果から考えられることの章 p.30)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（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，家族が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、遺産

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わかっておくためにも、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が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ときに、公共交通機関へのアクセスは、大きな意味を持ちます。近くのバス停や駅までの距離や、そこまでの環境（坂道、階段、交通量等）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

家族以外の人と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なぜなのか、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、どこにつないだら良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、嗜好は本人独特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だと思うことに関しては、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

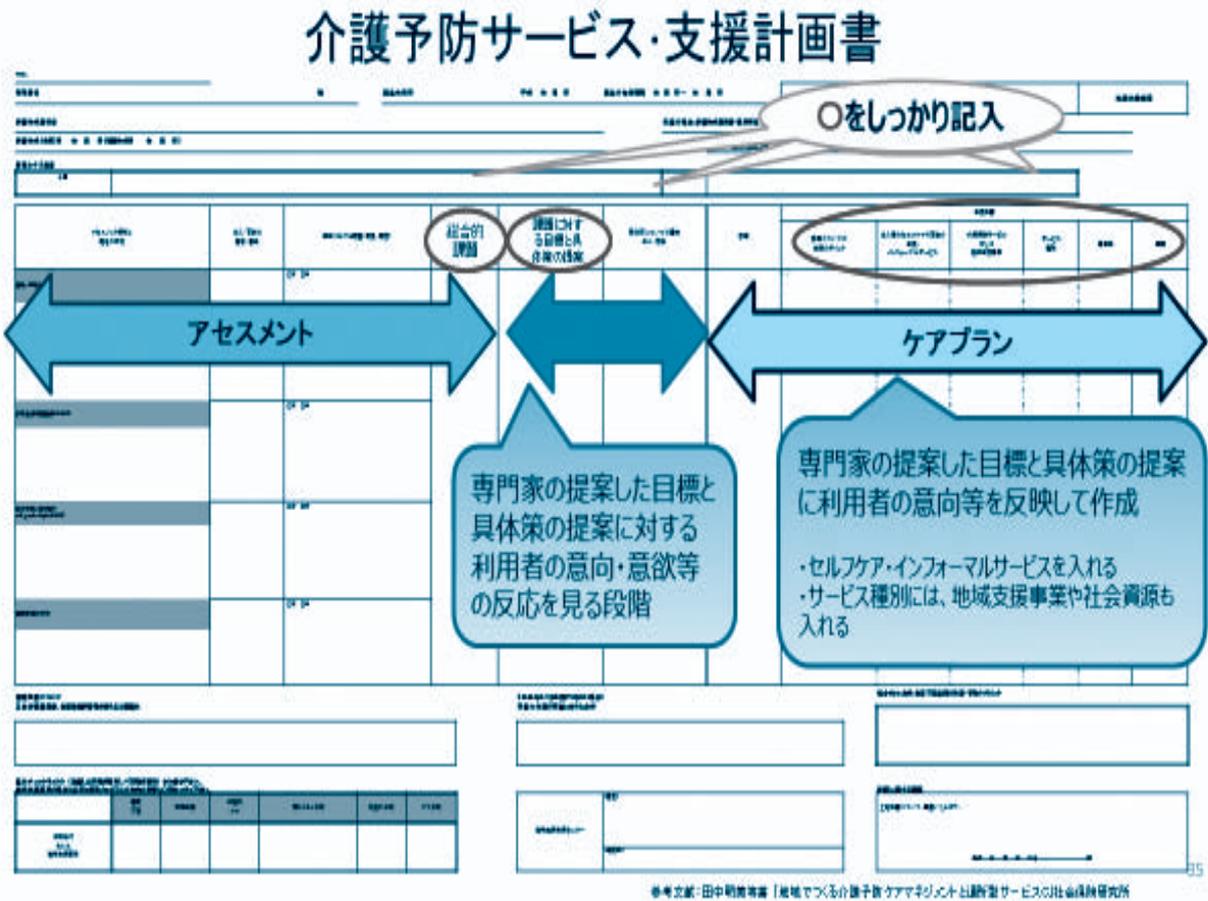


図 15 介護予防サービス・支援計画書について

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、途中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

NO. _____

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	地域支援事業
----------	---------	-----------	-------	--------

利用者名 _____ 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 事業対象者： _____ 年 _____ 月 _____ 日～

計画作成者氏名 _____ 委託の場合： _____

計画作成（変更）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日） 担当地域包括支援センター： _____ 計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

目標とする生活	(14)	1年
---------	------	----

(1) 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 ①	(本人) (2) ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
日常生活について ②	(本人) ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて ③	(本人) ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
健康管理について ④	(本人) ()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										

健康状態について

主治医意見書，健診結果，観察結果等を踏まえた留意点

(15)

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方総合的な方針

(16)

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

(17)

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書き下さい。
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	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

計画に関する同意

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

上記計画について同意いたします。
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

インタビュー

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

インテーク

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, 6~10 の運動機能の結果を参考に
項目 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項目 : 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項目 : 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	:	<input type="checkbox"/> 起居動作 <input type="checkbox"/> 移動（屋内・屋外歩行） <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 交通手段の利用
参加	:	<input type="checkbox"/> 外出先の有無 <input type="checkbox"/> 日中の活動の有無
環境因子	:	<input type="checkbox"/> 家族構成等 <input type="checkbox"/> 家族・親戚との交流つながり <input type="checkbox"/> 援助者の態度等 <input type="checkbox"/> 経済状況 <input type="checkbox"/> 住環境 <input type="checkbox"/> 公共交通機関へのアクセス <input type="checkbox"/> よく利用していた社会資源 <input type="checkbox"/> 医療・保健・福祉サービス
個人因子	:	<input type="checkbox"/> 生育歴 <input type="checkbox"/> 価値観 <input type="checkbox"/> 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。
「〇〇できるようになりたい」「〇〇をやりたい」と記載し、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」にし点を付け、分析した内容を記載する。課題が無い場合は、「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。

（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、全体像を把握した上で、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。

(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 に示すとおり、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。ここは支援者の関わりの要になります。

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》

合意が得られた場合、「〇〇がしたい」「▼▼が必要だと思う」

(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」に合意が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せんか。

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」について合意が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。
- ・一日一度は、肉か魚を食べる。



(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。

(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【 】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。

〔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

《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。

(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。各サービス種別機関が行う具体的なサービス内容を記載します。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」等記載する。

《記載例》

- ・自分にあった運動の仕方を身につけ、自宅でも少しずつ運動ができるようにする。
- ・できる限り、日中は起き上がり、居室で座って過ごすなどベッドから離れる。

(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・支援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の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
- ・囲碁の会

(12) 事業所

サービス提供事業所実施主体者等を記載する。

記載内容

- 当該サービスを提供を行う、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、1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ましたか?

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、特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

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) 本来行う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う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広島竹子さんの事例です。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			
*この事例は、研修用に作られています。			作成担当者：
《基本情報》			
相談日	H28年10月15日	()	来所：要支援1の認定を受けたのでサービス初回利用のため相談 1
本人の現況	在宅 2		
フリガナ 本人氏名	ひろしま たけこ 広島 竹子	女	S年 月 日生 (77)歳
住所	△△市〇〇 3	Tel ()	Fax ()
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	A1 4	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立	
認定情報 5	要支援1 有効期限：H28年9月5日～H29年9月30日（新規）		
障害等認定	身障(-)、療育(-)、精神(-)、難病(-) 原爆(-)		
本人の住居環境 6	世帯住宅の1階、2階は長男家族が住む。住宅改修していない		
経済状況 7	厚生年金、国民年金 介護保険負担割合：1割		
来所者 (相談者)	広島 竹子		家族構成：独居、長女が同じ町内の別の団地に住んでいる。夫：7年前にがんにて死亡。 ◎=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」 (同居家族は○で囲む)
住所	△△市〇〇	続柄 本人	
連絡先			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
	広島 一郎	長男	△△市〇〇
	岡山 松子	長女	△△市〇〇
家族関係等の状況 8			
<ul style="list-style-type: none"> 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。 長女が週に1回は来訪して相談、支援する。 9			

1 相談の内容

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）、どこ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。竹子さんの長女が同席しています（人的環境因子）。

2 年齢・性別

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）。

3 住所地

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）。

4 障害高齢者・認知症高齢者の日常生活自立度

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、介助なしには外出しない。」A1なので「介助により外出し、日中は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。これで竹子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）。

5 認定情報・障害等認定

竹子さんは要支援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。竹子さんは障害等の認定は受けていません（制度的環境因子）。

6 本人の住環境

竹子さんは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）。

7 経済状況

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）。

8

家族構成

夫は7年前に死去しています。生前竹子さんとの関係はどのような状態だったか、併せて夫の親族との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のような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。仲の良い友人や親せき関係についても聞いてみましょう(人的環境因子)。

9

家族関係等の状況

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》

<p>10 今までの生活</p>	<p>〇〇で生まれ、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まで、週4日程度近くのスーパーにパートにでていた。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。</p>		
<p>現状の生活状況（どんな暮らしを送っているか）</p>	11 1日の生活・すごし方		12 趣味・楽しみ・特技
	<p>外出することも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、テレビを見たり、3人の友人に電話をかけたり気ままに過ごす。膝が痛くなってからは、家事については、あまり気にしておらず、とりあえず困らず生活できればいいと思っている。</p>		<p>以前は、カラオケ（公民館のサークル 週1回）、グランドゴルフ（週3回）をしていた。</p> <p>今は、テレビでドラマや野球を見るのが楽しみ。</p>
	時間	本人	介護者・家族
	7:00～	起床 朝食(パ・ソ・コ-ヒ)	<p>13 友人・地域との関係</p> <p>近所には、知り合いも多く、出会うと話をすることが多い。お互いの家を行き来する友人もいた。</p>
	12:00～	昼食 テレビ等	
	18:00～	夕食(配食)	
	21:00～	入浴 睡眠服薬・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・意見書作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
<p>14 H26</p>	変形性膝関節炎	A病院 ☆	Tel 経観中	H28年2月から痛みの為通院、H28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
<p>H18</p>	高血圧	B病院	Tel 治療中	<p>15</p> <p>ノルバクス(0.5)、ミカルディス(40)：降圧剤、ワソアルファ(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、モーステープ：消炎鎮痛剤(膝痛)</p>

《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
<p>16 配食サービス</p>	

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。

10 今までの生活

竹子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、どれくらい竹子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、地域のグラウ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。特に竹子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・すごし方

竹子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

竹子さんは、以前カラオケ（公民館1回/週）とグラウンドゴルフ（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、現在の竹子さんの参加が、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

竹子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

竹子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。竹子さんの場合も、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。竹子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の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 (S 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	<input type="radio"/> いいえ	1	
2	日用品の買物をしていますか									0	<input type="radio"/> いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか									0	<input type="radio"/> はい	1	<input type="radio"/> いいえ
4	友人の家を訪ねていますか									0	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか									0	<input type="radio"/> はい	1	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか									0	<input type="radio"/> はい	1	<input type="radio"/> いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか									0	<input type="radio"/> はい	1	<input type="radio"/> いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか									1	<input type="radio"/> はい	0	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい	0	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい	0	<input type="radio"/> いいえ
14	お茶や汁等でむせることがありますか									1	<input type="radio"/> はい	0	<input type="radio"/> いいえ
15	口の渇きが気になりますか									1	<input type="radio"/> はい	0	<input type="radio"/> いいえ
16	週に1回以上は外出していますか									0	<input type="radio"/> はい	1	<input type="radio"/> いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか									1	<input type="radio"/> はい	0	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい	0	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい	1	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい	0	<input type="radio"/> いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない									1	<input type="radio"/> はい	0	<input type="radio"/> 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									0	<input type="radio"/> はい	0	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい	0	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい	0	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい	0	<input type="radio"/> 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。													
平成28年10月15日		生活機能	運動	低栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ					
		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			

※この基本チェックリストは生駒市版を使用しています。

1 1. バスや電車で1人で外出していますか。 **いいえ**
J2かA1。竹子さんは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の関連性も考えましょう。

3 3. 預貯金の出し入れをしていますか。 **はい**
竹子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も確認しましょう。

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**
竹子さんは友人の家を訪ねていませんが、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。友人の多い竹子さんにとって、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、竹子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とも関連しています。

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**
竹子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どの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**
竹子さんは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

転んだことのない竹子さんですが、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使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とも関連を考えます。

7

11. 6か月で2~3kg以上の体重減少がありましたか。 いいえ

12. 身長150cm 60kg BMI26.6

竹子さんはBMI26、体重減少はありませんが、少しBMIが高いようです。体重と膝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。若い頃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. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。 はい

14. お茶や汁物等でむせることがありますか。 はい

15. 口の渇きが気になりますか。 いいえ

竹子さんは口腔機能の咀嚼と嚥下に問題を抱えているようです。ど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、アセスメント時間き取る必要があります。また、かかりつけ歯科医院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。 はい

17. 昨年に比べて外出の回数は減っていますか。 はい

竹子さんは設問1~5 6~10と関連して考えると、週1回以上の外出は頻繁にしていら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可能性があります。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されますか。 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。 はい

20. 今日が何月何日かわからない時がありますか。 いいえ

竹子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。 **いいえ**

22. (ここ2週間) これまで楽しんでやれたことが楽しめなくなった。 **はい**

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。

いいえ

24. (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない。 **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。 **はい**

竹子さんはうつ項目に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。竹子さんはどうすれば元気になるのか、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
- 交通機関を使っでの移動状況

インテーク

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。

⇒竹子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おうか, 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

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、元気だった竹子さんが足（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、ごみ捨ては、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、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

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。

⇒竹子さんは、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、いろいろすることがある。

□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おうと問題ない。

□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ことも多かった。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ますか

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, 竹子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, 薄味のものやぱさぱさ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」にシ点を付け、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)ひとりで〇〇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。

竹子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, 買い物と一緒に出かける。

竹子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取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、竹子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。

竹子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。

竹子さんのケースは

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します。
- 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します。
- 1 年後までに、自分で気軽に外出できるように支援します。

参考資料

1. 本人の意欲につなげるための、本人のしたいことを引き出すツール

(1) 「これから手帳」の活用について (自立支援多職種ネットワーク推進会議作成)

自立支援多職種ネットワーク推進会議は、平成 29 年から広島県内の各専門職団体が集まり、「自立支援」の規範的統合に向けての意見交換と、自立支援に資する住民啓発ツールの検討を行っています。この「これから手帳」は自立支援多職種ネットワークが住民啓発ツールの 1 つとして開発しました。

「これから手帳」は、高齢者が支援者とともに、自分らしい生活を送ることをあきらめずに取り組めるような質問に答えることで、自らの生活を振り返ることができるよう、意欲に働きかける内容となっています。



高齢期を迎えて

身体の変調があなたの生活に影響していませんか？

現在のあなたの周囲の状況をどのように捉えていますか？

「自分一人で頑張る」続けることのリスクを捉えていますか？

病気や事故、トラブルに遭遇することも…

他人に迷惑をかけるような老後は迎えたくないと、誰もが思っていますよね。「生涯、自分らしく自立し続ける」のために今、考えておく必要があります。

「病気だから…」 「障害があるから…」 「もう遅いのでは…」 などということはありません！

今、この時から「自分らしい生き方」を考え、それに向けて生活のスタイルを整えていくことに不可能はありません。専門職が「地域包括ケアシステム」でしっかりサポートします。
※「地域包括ケアシステム」は14ページをご参照ください。

自分らしい生活をあきらめないでください。支援する専門職もあきらめません。

〇記入に当たった時の説明
今の「私」を記録しておきましょう！
地域包括支援センターのスタッフやケアマネジャー、事業所の専門職がお話を伺いながら、いっしょに考えていきます。いつでもアドバイスを求めることができます。

私たちが支援します！

“自立支援”多職種ネットワーク推進会議
広島県民一人ひとりが生涯にわたって、自分らしく豊やかに生活を継続できるように、私たち専門職は“自立”に關する共通の認識を確認しあい、連携して支援します。

医師・歯科医師・薬剤師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・社会福祉士・介護福祉士・歯科衛生士・栄養士・介護支援専門員 などです。

※表紙のイメージイラストは、手帳から水（＝自立）が湧いていく様子を表現しています。

手帳の使い方

いつまでも自分らしい生活を継続するために、「今の私」についてこの手帳に書き留めましょう。その理由は、あなたが支援を必要としたときに、専門職が「あなたらしさ」を大切にしたい支援をすることができるからです。

【プロフィール記入欄】

ふりがな
名前 _____

住所 _____

生年月日 _____

ます。また、具体的にしたいことが思い浮かばず「今のままでいいです。」という方もいます。

この興味・関心チェックシートのように、具体的な生活行為を提示することで、したいことをイメージしやすくなることもあります。

「そういえば、こんなことをしたいと思っていた、昔こんなことをやっていた、今もできるだろうか。」といった「したい・やってみたい・挑戦したい」と思えるような、具体的な作業の発見の手助けになるように使ってみましょう。

2. アセスメントシート

p.32 で示したように、生駒市で作成された二次アセスメントシートを参考に、広島県内でも次のようなアセスメントシートを活用している市町があります。

広島市版アセスメントシートを次に示します。

広島市 The City of Hiroshima		広島市版アセスメントシート	
【記入日: 年 月 日】		【担当: 氏名】	
利用者氏名 (-)		生年月日	昭和 年 月 日 (歳)
1 健康状態			困難度改善可能性
身体状況	部位	症状	程度・場面・対処
	できない・困っていること		
平常時の血圧		mmHg	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 利き手 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
運動制限等、医師の指示はありますか		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	
栄養	食事回数	() 回/日	食事療法の必要性 <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし
	食形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> その他()	
	肉・魚・卵・大豆製品をとっていますか	<input type="checkbox"/> 回/日 <input type="checkbox"/> 回/週 <input type="checkbox"/> ほとんどとらない <input type="checkbox"/> その他()	
	牛乳・乳製品をとっていますか	<input type="checkbox"/> 回/日 <input type="checkbox"/> 回/週 <input type="checkbox"/> ほとんどとらない <input type="checkbox"/> その他()	
	野菜をとっていますか	<input type="checkbox"/> 回/日 <input type="checkbox"/> 回/週 <input type="checkbox"/> ほとんどとらない <input type="checkbox"/> その他()	
間食はしますか		<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> しない 【内容: ()】	
1日にとる水分量について		総摂取量 <input type="checkbox"/> 500cc未満 <input type="checkbox"/> 500~1000cc <input type="checkbox"/> 1000cc以上	
【摂取量の内訳: 水・お茶 cc、汁物 cc、その他() cc】			
口腔	義歯について	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分(-)入れ歯 <input type="checkbox"/> なし 【状況: ()】	
	何でもしっかり噛んで食べられますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ()	
	歯磨きや義歯の掃除を1日に1回以上していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ()	
	歯科医院を定期的に受診していますか	<input type="checkbox"/> はい【頻度: ()回/日・週・月】 <input type="checkbox"/> いいえ	
排泄	トイレに行くのが間に合わず、失敗することがありますか		<input type="checkbox"/> はい(-) <input type="checkbox"/> いいえ
	排尿	日中()回	夜間()回
	排便	()日に1回	
下剤服用		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
睡眠	眠れないことがありますか	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし 【状況: ()】	
	睡眠薬を使用していますか	<input type="checkbox"/> あり【頻度: ()回/日・週・月】 <input type="checkbox"/> なし	
嗜好品	飲酒状況について	<input type="checkbox"/> 飲酒なし 頻度()回/日・週 量()を ml/合()/回	
	喫煙状況について	<input type="checkbox"/> 喫煙なし <input type="checkbox"/> 喫煙あり【量: ()本/日・週】	
2 ADL			工夫していること・できない理由・今後やりたいこと
立位	運動機能(支えの必要性)	立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えが必要(-)
	片足立ち	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えが必要(-)	
歩行	屋内	<input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 杖あり(持ち手: 右・左) <input type="checkbox"/> 歩行者	
	屋外	<input type="checkbox"/> 杖なし <input type="checkbox"/> 杖あり <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> シルバーカー	
着脱	一人で着替えをしていますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
入浴	一人で洗身していますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
	一人で浴槽をまたぐことをしていますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
3 IADL			
炊事	日常生活について	本人がしていること	していない・できない場合は誰がしているか
	<input type="checkbox"/> (全て・一部)している	<input type="checkbox"/> 炊飯 <input type="checkbox"/> 簡単な食事の用意	<input type="checkbox"/> 配偶者
	<input type="checkbox"/> できるがしていない	<input type="checkbox"/> ガス(H)調理器使用	<input type="checkbox"/> 子(続柄:)
掃除	<input type="checkbox"/> (全て・一部)している	<input type="checkbox"/> 温め <input type="checkbox"/> 配膳	<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> できるがしていない	<input type="checkbox"/> 下膳 <input type="checkbox"/> 食器洗い	
	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 自室のみ	<input type="checkbox"/> 配偶者
洗濯	<input type="checkbox"/> (全て・一部)している	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 風呂場	<input type="checkbox"/> 子(続柄:)
	<input type="checkbox"/> できるがしていない	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 掃除機かけ <input type="checkbox"/> モップ	
	<input type="checkbox"/> 洗濯機の操作	<input type="checkbox"/> 配偶者	
	<input type="checkbox"/> 洗濯物を干す	<input type="checkbox"/> 子(続柄:)	
	<input type="checkbox"/> 取り込む <input type="checkbox"/> たたむ	<input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 整理する		

日常生活について		本人がしていること・状況		していない・できない場合は誰がしているか		困難度 改善可能性	
ごみ出し	<input type="checkbox"/> (全て ・ 一部) している	<input type="checkbox"/> 分別する	<input type="checkbox"/> 配偶者				
	<input type="checkbox"/> できるがしていない	<input type="checkbox"/> まとめる	<input type="checkbox"/> 子(続柄:)				
	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 集積所まで運ぶ	<input type="checkbox"/> その他()				
買い物	<input type="checkbox"/> (全て ・ 一部) している	<input type="checkbox"/> 買うものを決める	<input type="checkbox"/> 配偶者				
	<input type="checkbox"/> できるがしていない	<input type="checkbox"/> 荷物を持って帰る	<input type="checkbox"/> 子(続柄:)				
	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 荷物は配達便を利用する <input type="checkbox"/> 注文配達	<input type="checkbox"/> その他()				
金銭管理	<input type="checkbox"/> (全て ・ 一部) している	<input type="checkbox"/> 全て管理	<input type="checkbox"/> 配偶者				
	<input type="checkbox"/> できるがしていない	<input type="checkbox"/> こづかい程度のみ管理	<input type="checkbox"/> 子(続柄:)				
	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 銀行に行く/出入金 <input type="checkbox"/> 注文配達	<input type="checkbox"/> その他()				
服薬	<input type="checkbox"/> (全て ・ 一部) している	<input type="checkbox"/> 忘れずに内服等している	<input type="checkbox"/> 配偶者				
	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 時々忘れる	<input type="checkbox"/> 子(続柄:)				
		<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> その他()				
外出手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自家用車(- ・ -) <input type="checkbox"/> 自転車		<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 電車【最寄駅: _____】				
	<input type="checkbox"/> バス【最寄バス停: _____】 /		最寄りの駅・バス停まで【約 _____ m、約 _____ 分程度】				
	<input type="checkbox"/> 家族の送迎【頻度: (_____) 回程度		<input type="checkbox"/> その他(_____)				
4 社会生活・環境							改善可能性
社会参加・役割	外出頻度 _____ 回 / 月	外出先 _____					
	現在、地域で参加しているものはありますか _____						
	また、以前参加していたものはありますか _____						
対人交流	何かしらの役割がありますか _____	家庭内 _____	地域 _____				
	困った時に助けてくれる人はいますか <input type="checkbox"/> はい(_____) <input type="checkbox"/> いいえ						
	家族との交流状況 _____						
認知	もの忘れが気になりますか <input type="checkbox"/> はい(<input type="checkbox"/> 物の置き忘れが増えた <input type="checkbox"/> 戸締り <input type="checkbox"/> その他(_____)) <input type="checkbox"/> いいえ						
	会話がまとまらないことはありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
	身だしなみへの関心の変化はありますか <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 関心が低くなった						
生活環境	火の始末(タバコを含む)が心配ですか <input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input type="checkbox"/> 火の消し忘れがある等の経験がある						
	自宅内の環境で不自由なところや不安に感じることはありませんか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
	<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 物干し場 <input type="checkbox"/> 庭 <input type="checkbox"/> その他(_____)						
自宅周囲の環境で不自由なところはありませんか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
<input type="checkbox"/> 急な坂道 <input type="checkbox"/> 自宅敷地内の階段 <input type="checkbox"/> 集合住宅のEVがない <input type="checkbox"/> バス停や駅が遠い <input type="checkbox"/> 買い物できる場がない							
<input type="checkbox"/> 集会所や公民館が遠い <input type="checkbox"/> その他(_____)							
★生活機能の低下を起こしている背景・要因(箇条書き)							
【個人因子】				【環境因子】			
★本人の思いや希望							
① ご自身のためにしていること、心がけていることがありますか							
■ はい (_____) <input type="checkbox"/> いいえ							
② 今後、生活機能が改善したら、どんな生活を送りたいですか。							
★家族の思い、希望や意向							
★支援方針 (優先度の高い順に箇条書き)							

3. 事例 竹子さん資料集

(1) 広島市版アセスメントシート

 広島市版アセスメントシート																	
【記入日: H28 年 10 月 日】 【担当: 佐伯区〇〇地域包括支援センター 〇〇〇〇】																	
利用者氏名	広島 竹子 (一・女) 生年月日 昭和 年 月 日 (77 歳)																
1 健康状態																	
身体状況	<table border="1"> <thead> <tr> <th>部位</th> <th>症状</th> <th>程度・場面・対処</th> <th>できない・困っていること</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>左膝関節</td> <td>痛み ・ - ・ -</td> <td>立上り、長く歩くと痛い</td> <td>かかめないで拭き掃除ができない</td> </tr> <tr> <td></td> <td>- ・ - ・ -</td> <td></td> <td>角度により痛いので掃除機が使えない</td> </tr> <tr> <td></td> <td>- ・ - ・ -</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	部位	症状	程度・場面・対処	できない・困っていること	左膝関節	痛み ・ - ・ -	立上り、長く歩くと痛い	かかめないで拭き掃除ができない		- ・ - ・ -		角度により痛いので掃除機が使えない		- ・ - ・ -		
	部位	症状	程度・場面・対処	できない・困っていること													
	左膝関節	痛み ・ - ・ -	立上り、長く歩くと痛い	かかめないで拭き掃除ができない													
		- ・ - ・ -		角度により痛いので掃除機が使えない													
	- ・ - ・ -																
平常時の血圧 120 / 80 mmHg <input type="checkbox"/> 不明 利き手 <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 運動制限等、医師の指示はありますか <input checked="" type="checkbox"/> あり(過度に膝に負担をかけない。転倒に注意) <input type="checkbox"/> なし																	
食事回数 (3) 回/日 食事療法の必要性 <input type="checkbox"/> あり() <input checked="" type="checkbox"/> なし 食形態 <input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> その他()																	
肉・魚・卵・大豆製品をとっていますか <input type="checkbox"/> 2 回/日 <input type="checkbox"/> 回/週 <input type="checkbox"/> ほとんどとらない <input type="checkbox"/> その他() 牛乳・乳製品をとっていますか <input type="checkbox"/> 回/日 <input type="checkbox"/> 回/週 <input checked="" type="checkbox"/> ほとんどとらない <input type="checkbox"/> その他() 野菜をとっていますか <input type="checkbox"/> 2 回/日 <input type="checkbox"/> 回/週 <input type="checkbox"/> ほとんどとらない <input type="checkbox"/> その他() 間食はしますか <input checked="" type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> しない 【内容: 饅頭、菓子パン】 1日にとる水分量について 総摂取量 <input type="checkbox"/> 500cc未満 <input checked="" type="checkbox"/> 500~1000cc <input type="checkbox"/> 1000cc以上 【摂取量の内訳: 水・お茶 500 cc、汁物 cc、その他(コーヒー) 300 cc】																	
義歯について <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input checked="" type="checkbox"/> 部分(上顎 ・ -)入れ歯 <input type="checkbox"/> なし 【状況 合わないので噛みにくい】 何でもしっかり噛んで食べられますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ(入れ歯が合わないのでやわらかい物を食べる) 歯磨きや義歯の掃除を1日に1回以上していますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ() 歯科医院を定期的に受診していますか。 <input type="checkbox"/> はい【頻度:()回/日・週・月】 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ																	
トイレに行くのが間に合わず、失敗することがありますか <input checked="" type="checkbox"/> はい(パット ・ -) <input type="checkbox"/> いいえ 排尿 日中(5~6 回) ・ 夜間(1 回) パット交換は1日2回自分です。 排便 (3 日)に1回) 下剤服用 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(プルセニド(12))																	
眠れないことがありますか <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし 【状況: 不眠時 マンスリー】 睡眠薬を使用していますか <input type="checkbox"/> あり【頻度:()回/日・週・月】 <input type="checkbox"/> なし																	
嗜好品 飲酒状況について <input checked="" type="checkbox"/> 飲酒なし 頻度 ()回/日・週 量 ()を ml・合)/回 喫煙状況について <input checked="" type="checkbox"/> 喫煙なし <input type="checkbox"/> 喫煙あり【量:()本/日・週】																	
2 ADL																	
立位 運動機能(支えの必要性) 立ち上がり <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 支えが必要(自ら ・ -) 床からの立ち上がりは難しいので、ベッドと椅子の生活。膝が痛い時間を要す 片足立ち <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 支えが必要(自ら ・ -) ふらつき何かを持たないとできない																	
歩行 屋内 <input type="checkbox"/> 杖なし <input checked="" type="checkbox"/> 杖あり(持ち手: - ・ 左) <input type="checkbox"/> 歩行器 重たい物を持ってあることはできない。 屋外 <input type="checkbox"/> 杖なし <input checked="" type="checkbox"/> 杖あり <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー 長時間はひざが痛み歩けない。休みながら歩く。																	
着脱 一人で着替えをしていますか <input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない 座ってズボンをはく、靴下もなんとか履ける																	
入浴 一人で洗身していますか <input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない 椅子に座って、シャワー浴 一人で浴槽をまたぐことをしていますか <input type="checkbox"/> している <input checked="" type="checkbox"/> していない 浴槽のまたぎが怖くてしていない																	
3 IADL																	
日常生活について	本人がしていること	していない・できない場合は誰がしているか	工夫していること・できない理由 今後やりたいこと	困難度改善可能性													
炊事 <input checked="" type="checkbox"/> (- ・ 一部)している <input type="checkbox"/> できるがしていない <input type="checkbox"/> できない <input checked="" type="checkbox"/> 炊飯 <input type="checkbox"/> 簡単な食事の用意 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> ガス(H)調理器使用 <input checked="" type="checkbox"/> 子(続柄: 長女) <input checked="" type="checkbox"/> 温め <input checked="" type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> その他(配食弁当) <input checked="" type="checkbox"/> 下膳 <input checked="" type="checkbox"/> 食器洗い	<input type="checkbox"/> 自室のみ <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 風呂場 <input checked="" type="checkbox"/> 子(続柄: 長女) <input checked="" type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 掃除機がけ <input checked="" type="checkbox"/> モップ	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子(続柄: 長女) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他()	炊飯はする。基本的に調理はしていない。温めて食べる程度 めんどくさくなっている 掃除機は長女が掛ける。テーブル拭き床を柄付使い捨て雑巾で拭くことは自分で行う	△1													
<input checked="" type="checkbox"/> (- ・ 一部)している <input type="checkbox"/> できるがしていない <input type="checkbox"/> できない <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯機の操作 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 洗濯物を干す <input checked="" type="checkbox"/> 子(続柄: 長女) <input checked="" type="checkbox"/> 取り込む <input checked="" type="checkbox"/> たたむ <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 整理する	<input type="checkbox"/> 洗濯機を操作 <input type="checkbox"/> 洗濯物を干す <input checked="" type="checkbox"/> 子(続柄: 長女) <input checked="" type="checkbox"/> 取り込む <input checked="" type="checkbox"/> たたむ <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 整理する	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子(続柄: 長女) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他()	洗濯は週に1回まとめする。洗濯を乾す時、重たくて運べないので長女がする。	△1													

日常生活について		本人がしていること・状況		していない・できない場合は誰がしているか		困難度改善可能性	
ごみ出し	<input checked="" type="checkbox"/> (一部)している	<input checked="" type="checkbox"/> 分別する	<input type="checkbox"/> 配偶者	主なゴミは長女が持ち帰る。		△1	
	<input type="checkbox"/> できない	<input checked="" type="checkbox"/> まとめる	<input checked="" type="checkbox"/> 子(続柄: 長女)				
買い物	<input checked="" type="checkbox"/> (一部)している	<input checked="" type="checkbox"/> 買うものを決める	<input type="checkbox"/> 配偶者	買う物は決まっているので長女が主に買ってくる。長男と買い物にも行く荷物は持ってもらう(月1回)		△1	
	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 荷物を持って帰る	<input checked="" type="checkbox"/> 子(続柄: 長女・長男)				
金銭管理	<input checked="" type="checkbox"/> (一部)している	<input checked="" type="checkbox"/> 全て管理	<input type="checkbox"/> 配偶者	銀行に連れて行ってくれる		○2	
	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 細かい程度のみ管理	<input checked="" type="checkbox"/> 子(続柄: 長男)				
服薬	<input checked="" type="checkbox"/> (一部)している	<input checked="" type="checkbox"/> 忘れずに内服等している	<input type="checkbox"/> 配偶者			○1	
	<input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 時々忘れる	<input type="checkbox"/> 子(続柄:)				
外出手段	<input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自家用車(車・バイク) <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 電車【最寄駅: _____】 <input type="checkbox"/> バス【最寄バス停: _____】 / 最寄りの駅・バス停まで【約 500 m、約 20 分程度】 <input checked="" type="checkbox"/> 家族の送迎【頻度: () 月1 () 回程度 <input type="checkbox"/> その他()						
4 社会生活・環境							改善可能性
社会参加・役割	外出頻度	2 回 / 月	外出先	B病院に受診、買物とATMに長男と外出			△1
	現在、地域で参加しているものはありますか	なし					
	また、以前参加していたものはありますか	カラオケ(週1回)、グランドゴルフ(週3回)					
何かしらの役割がありますか	家庭内	自分の身の周りの事		地域	なし		
対人交流	困った時に助けてくれる人はいますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい(長女、長男) <input type="checkbox"/> いいえ					○2
	家族との交流状況	長女は週1回来訪して、買物、洗濯、掃除等行ってくれる 長男は、買物に連れて行ってくれる(月1回)					
	近隣・友人・知人との交流状況	電話で話をする友人3人いる					
認知	もの忘れが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい(物の置き忘れが増えた) <input type="checkbox"/> 戸締り <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					○1
	会話がまとまらないことはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					
	身だしなみへの関心の変化はありますか	<input checked="" type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 関心が低くなった					
	火の始末(タバコを含む)が心配ですか	<input checked="" type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input type="checkbox"/> 火の消し忘れがある等の経験がある					
生活環境	自宅内の環境で不自由なところや不安に感じるところはありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					○2
	■ 玄関 <input type="checkbox"/> 階段 ■ トイレ ■ 浴室 <input type="checkbox"/> 寝室 ■ 台所 ■ 物干し場 <input type="checkbox"/> 庭 ■ その他(勝手口)						
	自宅周囲の環境で不自由なところや不安に感じるところはありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
	<input type="checkbox"/> 急な坂道 ■ 自宅敷地内の階段 <input type="checkbox"/> 集合住宅のEVがない ■ バス停や駅が遠い <input type="checkbox"/> 買い物できる場がない						
★生活機能の低下を起こしている背景・要因(箇条書き)							
【個人因子】			【環境因子】				
立上り時の左膝の痛み、長時間の歩行で膝の痛みがある。 下肢筋力の低下 荷物を持って歩けない 転倒への不安、杖歩行を人に見られるのに抵抗がある 低たんぱくで炭水化物に偏りがちな食事、 義歯が合わないために噛めない口腔状態			・浴槽の縁が高い。家の中の玄関かまち、勝手口、洗濯干し場に手すり等支えにす るところがない。道路に段差が多く、交通量が多く危険、バス停、最寄駅が本人が徒 歩でいけない。(物理的要因) ・長男家族に支援を依頼しづらい関係(人的) ・経済的には安定している(経済的)				
★本人の思いや希望						★家族の思い、希望や意向	
① ご自身のためにしていること、心がけていることがありますか						長女:できることは支援する がし続けるのはしんどい、自 分でできることをしてほしい。	
<input checked="" type="checkbox"/> はい (転倒が怖いので、立ち合がる時ゆっくりと立ち上がり、転倒しないようにしている 3食は食べるようにしている 毎日誰かと電話で話をするようにしている) <input type="checkbox"/> いいえ							
② 今後、生活機能が改善したら、どんな生活を送りたいですか。							
また、カラオケに行って、知人とおしゃべりたい。 長女に家事をお願いすることが多いが、自分でできる家事を増やしたい。							
★支援方針 (優先度の高い順に箇条書き)							
1人で浴槽に入って入浴ができること、家の中のことができることを増やし、外出が不安なくできるように支援します。 ・下肢筋力を強化する運動をすることで、膝の痛みを軽減していけるようになります。 ・環境整備や動作の工夫で膝に負担のかからない生活を支援します。 ・膝に負担がかからない方法で外出できるように一緒に考えます。 ・栄養が取れるよう食事についてや口腔ケアについて支援します。							

(2) 興味・関心チェックシート

興味・関心チェックシート

氏名： 広島 竹子 年齢： 77歳 性別（女）記入日： H 28年 10月 15日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

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
自分でトイレへ行く	○			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			○

また、友達とおしゃれして美味しい物を食べに行きたい。

友達とランチしておしゃべりしたいけど、この杖で時間かけて歩くと迷惑になるし、トイレが心配。

また、カラオケボックスに行きたい

散歩や運動をしたいと思っているけど、一人ではやる気にならない。

いつもテレビで応援しているが、また球場に行きたい。

(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014.3)

(3) 事例の概要

H28年10月15日付の状況

名前	広島 竹子 (77歳)	区分：要支援1	ADL:A1 認知度：自立
把握経路	H28年9月(77歳)、介護認定の新規申請し、要支援1と認定され、家事支援を希望し本人から地域包括支援センターに電話相談があり、支援開始した。		
本人家族の希望・思い	本人 ：左膝が痛いので掃除、洗濯、炊事等ができないことが多く、娘に頼り申し訳ない。家にばかりいてつまらない。またカラオケに行って知人とおしゃべりしたいけれど、杖でゆっくりとしか歩けないので、出かけるのが不安。転ぶことに不安がある。 長女 ：今まで支援してきたが大変なので手伝ってほしい。閉じこもっているのが心配。 長男 ：不明(日中不在。息子に迷惑かけたくないので連絡を取ることを本人が拒否)		
健康状態	《病歴・病状》 70歳 高血圧治療：朝1回の内服で安定 平常時の血圧 120～130/70～80mmHg H26年75歳 両膝関節変形性関節症にて膝の痛みが出てきたが何とか家事や趣味は続けていた。H28年2月ごろから膝痛が強くなり長時間立つことができなくなり、H28年8月(77歳) 右膝関節人工骨置換術を受けた。右膝の痛みはなくなった。正座やかがむなど膝に負担をかけないように気をつけている。左膝は立ち上がり時に痛みが強く、長時間の歩行ができない。左膝関節について医師からは、筋力の改善の可能性はある。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様なら検討するように言われている。 《その他の既往歴》 50歳代後半に歯周病により部分入歯にした。それ以外の既往なし。もともと丈夫な体質だった。 《その他》 身長150cm、体重60kg BMI=26.6 右利き		
家族・親戚	夫 ：まじめな性格で仕事一筋であった。会社を定年退職後は、実家の農業を手伝い、取れた野菜を近所に配っていた。8年前膵がん末期の状態で見つかり、入退院の末1年後に死亡。 長男家族 ：12年前、2世帯住宅を建て、2階に住む。長男の妻はフルタイムで働き多忙。本人と性格が合わず、お互い距離を置いている。孫2人は、社会人で独立している。長男は月1回程度、本人が依頼すると一緒に買い物やATMに連れて行ってくれる。用事がないと長男から連絡してくることはない。膝の手術後すぐの時は、ゴミ出し等もしてくれた。本人も長男夫婦にできるだけ迷惑をかけたくないと思っている。 次男家族 ：県外に住み、盆の墓参りに立ち寄る。様子伺いの電話が月1回程度。 長女 ：同区の団地に住み、週1回程度、買物して立ち寄る。パートで働く。長女の子は大学生であり、家事と仕事もあり多忙。		
ADL	移動 ：立ち上がりの時に左膝痛がある。下肢筋力が低下して、椅子に座る時にドスンと座る。転倒することはないが、長く歩くと左膝が痛む。左膝痛があるため杖歩行をしている。杖歩行している姿を見られることに抵抗感がある。また、転倒に対して不安が大きい。重い物を持つての移動は困難で、荷物は軽くしている。重い物などは、長女に持ってもらう。外出は主に受診、タクシーか長女に送迎してもらう。手術後はバスや電車は利用していない。 洗身 ：浴槽のまたぎができないため、シャワー浴。高めの入浴用の椅子に座り立ち上がる時は、浴槽の縁とシャワーの固定する金具を持ちゆっくり立ち上がっている。靴下は時間がかかるが何とか履ける。足のつめは、長女に切ってもらう。		

IADL IADL	<p>炊事：配食弁当や総菜を温める程度。食器は同じものを洗い、自然乾燥して使う。</p> <p>炊飯はするが、膝痛があり、調理は困難になっている。</p> <p>掃除：掃除機はかける角度により、膝が痛く屈めないため、長女が週1回掃除機をかける。食事の後のテーブル等日々の汚れはウェットティッシュで、床は柄のついた使い捨て雑巾で拭く。片づけも最低限で、立たずに物に手が届くようにテーブルの上に置かれている。</p> <p>洗濯：洗濯機を回し、洗濯物の取り込み、たたむことはできる。干すのは長女が行う。</p> <p>ゴミ出し：ゴミの分別は行う。主なゴミは長女が持ち帰る。</p> <p>買物：買う物が決まっているので、長女が買ってくる。長男に依頼すれば買物と一緒に行ってくれ、荷物を持ってくれる（月1）。</p> <p>金銭管理：自分で管理。頼めば息子が買物時にATMまで連れて行ってくれる（月1）。</p>
社会との関わり・趣味特技	<p>社会活動：結婚当初から住んでおり、地域の顔なじみの人も多い。</p> <p>地域のグランドゴルフやカラオケの会にも入っていたが、2年前から膝の痛みが増し、グランドゴルフは徐々に参加しなくなり、H28年2月頃からカラオケも行かなくなり、通院以外の外出はしなくなった。電動自転車での外出もしなくなった。</p> <p>人と交流することは好きだが、今までと違い、杖で時間をかけて歩く姿を近所の人に見られたくない、と閉じこもりがちになっている。また、電車の線路があり、歩道が狭く段差も多いため、転倒が怖くて外出に不安がある。</p> <p>複数の親しい友人の誰かと電話は毎日のようにしている。</p> <p>性格：おしゃべりは好きな方、頑張り屋、負けず嫌いな面はある。痛みと体力が落ちて体が思うように動かず、イライラすることがある。</p> <p>家での役割：自分の身の周りのこと。地域：なし</p>
コミュニケーション	<p>言いたいことは言える。大きい声は聞こえるが、電話の声が聞き取れず話が一方的になることがある。眼鏡をかければ、新聞が読める</p>
認知機能	<p>以前、1、2度約束を忘れることがあったので、カレンダーに予定を書いている。生活に支障はない。</p>
食事摂取	<p>朝は、パンとコーヒー、昼は、長女が持ってきたやわらかい野菜の煮物や煮魚、また、買って来た佃煮等惣菜を食べる。夕食は、配食弁当を温めて食べるが、薄味でばさばさしているものや固い肉は残す。饅頭や菓子パンが好きで小腹がすくと食べる。お茶は、娘がペットボトルで買ってきてくれる。2ℓを週2本飲む。お酒やたばこはしない。</p>
口腔衛生	<p>固い物は、噛めない。入れ歯（上奥歯）が合わないので噛みにくいが、特に気にしていない。歯科医には、入れ歯を作った50歳代後半からは受診していない。</p>
排泄	<p>尿意・便意はある。立ち上がりに時間がかかり少し漏れることがあるためパットを当てている。1日2回程度、自分で取り替える。ズボンの上げ下ろしは、座って行う。排尿は、日中5～6回、夜間3時頃1回行く。排便（1回/3日）緩下剤を使用。</p>
居住環境	<p>平地だが、家の周りは、幹線道路、電車の線路、歩道の幅が狭く段差が多い。路線バスのバス停は500m先にある。電車の駅も500m程度ある。カラオケボックスは1km先。グランドゴルフの公園は、300m先。公民館は、車で5分の所にあり、公共機関では行きにくい。以前よく行っていたショッピングセンターには、休憩コーナーがあり、買物を兼ねて行き、知り合いとよくおしゃべりして過ごしていた。現在そこで運動のできる住民運営の集いの場（元気体操教室）ができており週1回知人が参加している。ショッピングセンターは1km先にあるが、そこ行きのバスがある。地区社協が行う交流サロンが、月1回公民館で開催されている。</p>

介護予防サービス・支援計画書

* 演習ですので、総合事業が開始されており、サービスを提供する事業所があるものと仮定してのプランです。
* このプランは、見本ではありません。考え方を示すものです。

利用者名 広島 竹子	様	認定年月日 平成28年10月8日	認定有効期間平成28年9月5日～29年9月30日	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	地域支援事業
計画作成者氏名 広島市 地域包括支援センター 佐伯 A子				委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)			
計画作成(変更)日平成28年11月 1日(初回作成日 平成28年11月 1日)				担当地域包括支援センター：			

目標とする生活	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。
---------	----	-------------------	----	---------------------------------------

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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について 屋内は、周りの物を持つたり、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、軽い物であれば持って移動できる。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。	【本人】外を歩くことに自信を持てるようになりたい。 【長女】転ばないように歩けるようになって欲しい。	■有 □無 左膝の痛みと転倒への不安から動くことが減り、下肢筋力が低下している。リハビリに取り組むことで機能向上が見込まれる。	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う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。	【目標】 1 300m先のコンビニに1人で買物に行ける。 2 自分で浴槽に入って、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 専門家に助言をもらうア。筋力低下予防のための運動に取り組む。 イ。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。 ウ。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。 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	【本人】 ① 受診は、します。 ② 膝の痛みが少しでも楽になって、入浴できたり、家の中の生活が楽になったり、行きたいところに行けるようにねえらながらがんばってみようかな。 【長女】 リハビリの専門家にいろいろ相談できたら安心です。ありがたい。 前のように家事や外出ができるようになるなら、できることはしばらく手伝おうと思う。以前のように元気な母になってほしい。	1 300m先のコンビニに、買物に1人で行ける。 2 自分で浴槽に入って入浴することができるようになる。	下肢筋力を付け、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。 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。	【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 ・自宅で出来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	短期集中予防支援訪問サービス(リハビリ専門職)	B内科(1回/月) A整形外科(1回/2月)	H28.11.1～H29.9.30(11ヶ月間)	
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。長男も月1回程度買い物と一緒に連れて行って、商品を取ったり荷物を運んでくれたり、ATMにも連れて行ってくれる。掃除や洗濯、ゴミ捨て等できないところを長女に手伝ってもらい、簡易な掃除や洗濯の取り込みやたたむことを自分でしている。配食弁当を取り温めや炊飯をしている。シャワー浴は自分でしているが、浴槽の利用はできていない。	【本人】長女や長男はよく助けてくれて嬉しい。できるだけ自分でできることを増やしたい。 【長女】母が独り暮らしができるよう支援しようと思うがこの状態が続くのであれば、誰か家事や母の世話を手伝う人が欲しい。	■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出来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。	【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。	【本人】 ① 毎食、必ず食べるのはできないかもしれないけど、転ばないで外を歩けるようになるために、たんぱく質が入ったものひとつプラスするようにしてみます。 ② 食べることにあまり関心を持っていなかったの、食べた物をノートに書いてみます。認知症予防にもなりますね。 ③ 義歯を作ったC歯科医院に行ってみます。やっぱり、食べにくいご飯も美味しくないので、	3 毎食、たんぱく質が取れる食事をする。 美味しく食べることができるよう支援する。	少量でもたんぱく質がとれるように支援する。 美味しく食べることができるよう支援する。	【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	食べた物の確認と体重の確認 配食サービスを利用する	短期集中予防支援訪問サービス(栄養士) 配食サービス	D介護保険事業所(1回/2週) H配食サービス事業者(1回/週) C歯科医院(1回/2週)	H28.11.1～H29.1.31(3ヶ月間)
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ひとと楽しんできたが、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。	【本人】外に出ることがなくなり、友人と会う機会が減り寂しく思う。	■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、生活の張りがなくなっている。	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。	【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。	【本人】 ① 毎食、必ず食べるのはできないかもしれないけど、転ばないで外を歩けるようになるために、たんぱく質が入ったものひとつプラスするようにしてみます。 ② 食べることにあまり関心を持っていなかったの、食べた物をノートに書いてみます。認知症予防にもなりますね。 ③ 義歯を作ったC歯科医院に行ってみます。やっぱり、食べにくいご飯も美味しくないので、	3 毎食、たんぱく質が取れる食事をする。 美味しく食べることができるよう支援する。	少量でもたんぱく質がとれるように支援する。 美味しく食べることができるよう支援する。	【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	食べた物の確認と体重の確認 配食サービスを利用する	短期集中予防支援訪問サービス(栄養士) 配食サービス	D介護保険事業所(1回/2週) H配食サービス事業者(1回/週) C歯科医院(1回/2週)	H28.11.1～H29.1.31(3ヶ月間)
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	【本人】膝の痛みをどうにかしたい。 食事や入歯のことはあまり気にしていなかったけど、筋肉をつける為に気をつけたい。 【長女】昔の元気のいい母にもどってほしい。	■有 □無 食事内容の偏り、義歯があわないためやわらかいものしか食べられないため、栄養のバランスが悪い状態になり、体力低下、筋力の低下がすすむ可能性がある。また、下肢筋力の低下が膝の痛みを増強する恐れがある。	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。	【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。	【本人】 ① 毎食、必ず食べるのはできないかもしれないけど、転ばないで外を歩けるようになるために、たんぱく質が入ったものひとつプラスするようにしてみます。 ② 食べることにあまり関心を持っていなかったの、食べた物をノートに書いてみます。認知症予防にもなりますね。 ③ 義歯を作ったC歯科医院に行ってみます。やっぱり、食べにくいご飯も美味しくないので、	3 毎食、たんぱく質が取れる食事をする。 美味しく食べることができるよう支援する。	少量でもたんぱく質がとれるように支援する。 美味しく食べることができるよう支援する。	【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	食べた物の確認と体重の確認 配食サービスを利用する	短期集中予防支援訪問サービス(栄養士) 配食サービス	D介護保険事業所(1回/2週) H配食サービス事業者(1回/週) C歯科医院(1回/2週)	H28.11.1～H29.1.31(3ヶ月間)

健康状態について
医師意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【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、転倒に気を付け、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されている。

【本来行う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

--

総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント

○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します。
○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れるよう支援します。
○1年後までに、自分で気軽に外出できるように支援します。

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成28年 11月 1日 氏名 広島 竹子 印

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	4 / 5	0 / 2	2 / 3	2 / 2	0 / 3	2 / 5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

4. マニュアル作成検討会議

「介護支援専門員アセスメントマニュアル」作成検討会議実施要領

1 趣旨

地域包括支援センターにおいて、要支援者等の自立を促進するため、自立支援に資する介護予防の支援を実践する上で必要な標準的なアセスメントの方法と、アセスメントから適切な介護予防サービス・支援計画を導き出すための方法の確立及び質の確保を図ることを目的として、関係機関が連携・協働して「介護支援専門員アセスメントマニュアル」（以下「マニュアル」という。）を作成する。

2 会議の運営

「介護支援専門員アセスメントマニュアル」作成検討会議（以下「検討会議」という。）において、マニュアル作成に向けた検討を行う。

（1）検討事項

- ア 項目の検討
- イ 情報収集とアセスメント（課題分析）の内容
- ウ 自立支援に資するケアマネジメント立案に係る内容
- エ マニュアル素案の検証方法
- オ その他必要な事項

（2）委員の構成等

検討会議の委員は、次に掲げる機関等の会員等のうちから広島県地域包括ケア推進センターセンター長（以下「センター長」という。）が必要に応じて依頼する。

- ア 一般社団法人広島県医師会
- イ 一般社団法人広島県歯科医師会
- ウ 公益社団法人広島県薬剤師会
- エ 公益社団法人広島県栄養士会
- オ 一般社団法人広島県介護支援専門員協会
- カ 広島県地域包括・在宅介護支援センター協議会
- キ 広島県 PT/OT/ST 連絡協議会
- ク 介護予防活動推進者
- ケ 地域包括支援センター
- コ 市町行政
- サ その他必要と認める者

（3）検討会議の開催

- ア 検討会議は、センター長が招集する。
- イ 検討会議には、必要に応じ、委員以外の者の出席を求めることができる。

3 学識経験者からの助言

マニュアル作成に当たっては、学識経験者から専門的見地に基づく助言を受けるものとする。

4 実践と検証

マニュアルの素案の段階で、委員として参加する市町の下承を得た上で、素案に基づくアセスメントを実践し検証する。

なお、実践等の方法及び関係機関等の役割分担については、検討会議において決定する。

5 庶務

検討会議等に関する庶務は、広島県地域包括ケア推進センターにおいて行う。

6 経費の支出について

この事業の実施に必要な経費の支出については、別に定める。

附 則

この要領は、平成30年5月15日から施行する。

委員名簿

	所 属	氏 名
委 員	一般社団法人広島県医師会	大谷 博正
委 員	一般社団法人広島県歯科医師会	小島 隆
委 員	公益社団法人広島県薬剤師会	平本 敦大
委 員	公益社団法人広島県栄養士会	木村 要子
委 員	一般社団法人広島県介護支援専門員協会	阪井 美鈴
委 員	広島県地域包括・在宅介護支援センター協議会	元廣 緑
委 員	広島県 PT/OT/ST 連絡協議会	杉村 暁生
委 員	地域包括支援センター介護予防活動推進者 地域づくりによる介護予防推進支援事業 広島県アドバイザー	今田 直樹
委 員	地域包括支援センター	黒木 勇治
委 員	市町行政	神原 八代美