

介護予防ケアマネジメント業務

高齢者ケア・アセスメントの考え方

2015.08.19. 小湊 純一。

指定介護予防支援の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことのできるように配慮して行われるものでなければならない。

六 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる各領域ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び家族の意欲及び意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握しなければならない。

- イ 運動及び移動
- ロ 家庭生活を含む日常生活
- ハ 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション
- ニ 健康管理

(高齢者ケアの基本理念) ～自立支援～

1 自己決定の尊重

利用者の選択可能な、個人を尊重した個別的サービスを事前に提案して知らせ、利用者自らの決定を尊重してサービスを提供します(継続や変更, 中止等も含む)。自己決定能力を評価し、必要に応じて後見人(家族等)によって決定する場合があります。

2 残存能力の活用(能力の発揮)

利用者の残存能力に着目して個々のニーズの客観的な把握・分析を行い、自立を援助及び促進する目的でサービスを提供します。利用者は、一度失われた能力を回復するためのリハビリテーションに努めるとともに、残存能力を維持・開発し、日常生活に活用することが求められます。

3 生活(サービス)の継続性(継続性の尊重)

居宅サービスと施設サービスの継続性や、広く福祉保健・医療全般にわたる連携に基づく対応を積極的に進めます。利用者の心身の機能に障害があってもケアを受ける状況でも、その人の生活を維持・継続していけるよう、利用者の生活の継続性を尊重したサービスを提供します。

アセスメント「具体的支障把握の視点」

1 健康状態

- ① 本人の生活に影響のある、介護スタッフが観察・管理の必要な病気を把握しましたか？（治った病気、身体機能やプランに関係しない病気は除きます。）
- ② 病気への対応について、主治医に相談し、対応の指示を受けましたか？
- ③ 生活に支障のある症状や痛みを把握しましたか？
- ④ 在宅医療機器（カテーテル、点滴、酸素、嚥等）について把握しましたか？

2 ADL

- ① 利用者本人のADL能力、生活の支障を具体的に把握しましたか？
- ② 活動量について把握しましたか？
- ③ リハビリに関する、意欲や目標を把握しましたか？
- ④ 転倒の具体的状況、危険性を把握しましたか？

3 IADL

- ① 利用者本人のIADL能力、生活の支障を具体的に把握しましたか？
- ② 自己動作に関する、意欲や目標を把握しましたか？

4 認知

- ① 記憶障害を具体的に把握しましたか？
- ② 見当識障害を具体的に把握しましたか？
- ③ 判断力低下について具体的に把握しましたか？
- ④ 実行機能障害を具体的に把握しましたか？
- ⑤ できるところを把握しましたか？

5 コミュニケーション能力

- ① 相手のことを理解できるか、自分のことを伝えることができるか、コミュニケーション能力を具体的に把握しましたか？
- ② 聴覚、視覚障害を把握しましたか？

6 社会との関わり

- ① 社会との関わりと適応、社会的活動や役割、毎日の暮らしぶりを把握しましたか？
- ② 気分の落ち込み等、心理面での問題について把握しましたか？

7 排尿・排便

- ① 失禁の状態を把握しましたか？

8 褥瘡・皮膚の問題

① 皮膚・じょく創等，皮膚の状態を把握しましたか？

9 口腔衛生

① 食べる，話すこと等に支障のある，口腔の問題を明らかにしましたか？

10 食事摂取

① 栄養・水分摂取，意図しない体重減少を明らかにしましたか？

11 問題行動（行動障害）BPSD

① 家族等の悩みや苦痛となる行動を把握しましたか？

② 問題行動の規則性，原因，関係性，感じ方等を具体的に把握しましたか？

12 介護力

① 介護者の状況を把握しましたか？

② 介護者の負担と，介護負担の原因となっていることを具体的に把握しましたか？

13 居住環境

① 対象者本人の障害の状況から見た，居住環境の不具合，自立を阻害する原因を把握しましたか？

14 特別な状況

① 緩和ケア，ターミナルケアの必要性，実現の可能性を把握しましたか？

② 高齢者虐待の兆候，危険性，緊急性を確認しましたか？

ケアプラン策定のための課題検討の手引き（一部）

2-1 ADLの改善と支援 日常生活動作 (Activities of Daily Living)

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- ① 日常生活活動（ADL）が改善する可能性のある利用者，ADLの低下を遅らせることのできる可能性のある利用者を把握します。
- ② ADL障害の原因を理解したうえで，自立への意欲のある利用者や，障害になってからの期間が短い利用者などを把握し，目的のある運動等の機能訓練を検討します。
- ③ ADLの改善が難しい場合は，必ず行わなければならないケアを検討します。
必ず行わなければならないケアは，改善のためのケアと同時にを行う場合もあります。

～「可能性に対応するケア」と「必要性に対応するケア」に分類して整理します～

可能性に対応するケア

- ① 改善する，もしくは元に戻る可能性があるところ。
- ② 今の状態を続けられるようにする必要があるところ。
- ③ 悪化を予防，低下するのを予防する必要があるところ。

必要性に対応するケア

- ① ADL障害を踏まえた上で，必ず行わなければならないケア。（介護や対応）

(2) ADL改善・維持などの可能性を予測するポイント

改善・維持を予測するポイント

- ① ADL項目で介助を受けている。
- ② 相手の言うことをほぼ理解できる。
- ③ 最近3ヶ月以内にADLが低下してきている。
- ④ ADLに支障をきたすような症状がある。
- ⑤ 利用者本人，家族，ケアマネ等はADLが改善すると思っている。

悪化・低下を予測するポイント

最近3ヶ月以内にADLが低下してきているかどうかの他，以下について確認します。

- ② 失禁の悪化を予防
失禁（機能性，腹圧性，切迫性，溢流性，真性，反射性）がある，など。
- ③ 筋力低下を予防
ベッドの上で過す時間が長い，運動不足，家から外に出ない，家事をしない，な

ど。

④ 拘縮を予防

麻痺がある，関節可動域に制限がある，身体を動かすことが少ない，など。

⑤ 転倒を予防

最近3ヶ月以内に転倒したことがある，歩行が不安定だが歩いている，認知に障害があり危険の理解が難しい，パーキンソン症候群である，せん妄がある，向精神薬を服用している，など。

(3) ADL

ADLに障害があることは，生活に大きな影響があります。介助を受けることは，心苦しい想いをする，孤立する，自尊心を失う，などにつながる場合があります。

ADLの障害が進むと，自宅での生活が続けられなくなる可能性が高くなるほか，じょく創や失禁，筋力低下，拘縮，転倒などの悪化の危険性も高まります。ADL低下の大まかな原因がどこにあるのかを把握する時には，表1を参考にします。

表1 ADL低下の原因

① 病気のため ア 急性期の病気 イ 持病の進行 ウ 痛みを伴う症状 エ 認知症 オ 精神疾患	④ 動かない（廃用）ため ⑤ 生活習慣のため ⑥ 悩み・不安等のため ⑦ 環境のため ⑧ 薬のため ア 薬が合わない イ 向精神薬のため
② 怪我のため	
③ 障害のため	

(4) ADLの改善・維持・予防に向けての対応指針

医療的な問題に対応して解決します

ADLが最近低下した利用者で，身体の状態の悪化，ADLに支障をきたす症状がある場合などに医療的な問題に対応して解決します。

① ADLが低下・悪化した時期と，病気や症状の関連性を把握します。

表2の病気や症状がないか確認します。もし該当すれば，それに対してどのような対応がされているのかを確認します。対応されていないのであれば主治医に照会して解決（治療）します。

表2 ADL障害の原因となる病気や症状

医療／身体的問題 慢性疾患の突然の進行，関節炎，脳血管障害，うっ血性心不全	心理社会的／環境的問題 事故 問題行動
--	---------------------------

冠動脈疾患 脱水 せん妄（急性の錯乱状態） 進行した認知症 肺気腫，慢性閉塞性肺疾患（COPD） 骨折 感染症 栄養障害 痛み パーキンソン症候群 薬物乱用 甲状腺疾患 不安定な状態または急性期 視覚障害	うつ 治療を守らない 身体抑制 精神科疾患 社会的孤立 薬物の副作用，とくに向精神薬や鎮痛薬 入院
---	---

機能訓練，運動などの計画が合っていたか，効果的だったか確認します

- ① 本人が機能訓練に前向きでない，良くなると思っていない。
- ② 予定のとおり実施するのが苦痛。
- ③ 家族などからの支えや励ましが無い。努力や効果に対する褒め言葉，応援がない。
- ④ 逆効果を心配している。
- ⑤ 経済的余裕がない。

機能の改善を検討して対応します

ADLが最近低下してきた利用者で，身体の状態が安定している場合に，改善に向けての対応を検討し対応します。（ADLを特定します。）

また，最近低下してきたADLを改善する具体的な方法や可能性についての情報をお知らせすることが重要です。利用者本人，家族に対する「具体的に何をどのようにすれば回復できるのか」というはっきりとした情報です。

- ① 機能訓練などによってADL改善につながるポイント

ア はっきりした機能訓練の目的，生活の目的を持っているかどうか。

イ 治るところ，元に戻るところを把握しているかどうか。

ADL障害の原因の，病気，怪我，廃用など，回復する可能性がどれだけあるかを把握します。

エ 意欲があるかどうか。

利用者本人や周りの人の「意欲」が重要です。本人や周囲の人が「もっとよくなるはずだ！」と思っている場合，効果的な機能訓練につながる可能性があります。また，ある程度の認知障害があっても，意欲があれば機能の低下を遅くできる可能性があります。

- ② 補助具の使用を検討します。

利用者本人が自分で動作するのに非常に時間がかかったり，とても大変であれば

補助具の使用を検討し対応します。

また、次のことも確認して対応します。

- ア 障害を補う補助具を持っているか。
- イ 障害に合っていない用具を使っていないか。
- ウ 持っているが使用しない、間違った使い方をしていないか。

機能の維持を検討して対応します

ADLがしばらく変わらない場合、全身運動などによる機能の維持を検討し、対応します。

- ① 家族の介護は、良かれと思ってしていても不適切なことがあります。
不必要な援助や誤った方法で援助をしていると、利用者が頼りすぎるようになるばかりか、介護者にとっても身体的精神的な「燃え尽き」を引き起こす危険性があります。
- ② 機能維持のポイントを把握します。
 - ア 本人が自分のことをもっと自分でする気があるか
 - イ 利用者にとって自立することの意味は大きいのか
 - ウ 家族や専門家があきらめていても本人は自立することに関心があったり、やる気はあるのか

悪化・低下の防止を検討して対応します

機能訓練をすることによって、じょく創や失禁、筋力低下、拘縮、転倒などの危険性を予防します。

自分で行う運動や機能訓練だけでなく、他者が動かす運動や介護により悪化を予防します。

- ② 失禁の悪化を予防します。
- ③ 筋力低下を予防します。
- ⑤ 転倒を予防します。

2-3 健康増進

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

体力の向上と健康増進により、幸福感と自立性を高めます。

(2) 把握のポイント

- ① 日常の意思決定能力がほぼ保たれている
- ② 外出回数が少ない
- ③ 活動の時間が少ない
- ④ 自分で階段を上ることができない、しない

(3) 健康増進

高齢者のQOLや自立に影響のある保健行動は重要です。

運動量を少しでも増やすことによる健康上の効果は高齢者にとっても非常に大きい。

(4) 対応の指針

健康増進のプログラム、疾病予防の方法を検討して対応します。

① 日頃あまり身体を動かしていない利用者の場合、その原因のうち変えることのできそうなものを検討します。

② 意欲のある利用者の場合、暮らしの中に適度な運動を取り入れたり、テレビの体操等をその人に合わせて行うようにすること有効です。

ただし、利用者の現在の能力を考慮し、現実的なものでなければなりません。虚弱高齢者にとっては、些細なことでも活動の向上は重要です。逆に、過度な運動計画は、続かないばかりか、健康に危険です。

③ 運動は、多くの疾病（循環器疾患、骨粗素症、2型糖尿病、肥満、腰痛）の予防、や進行を遅らせるほか、機能の改善につながります。全身運動の効果としては、柔軟性と調整能力、歩行とバランス感覚の維持・改善があります。ただし、高齢者の場合は専門的な見守りが必要です。

1-1 IADLの回復と支援 手段的日常生活動作 (Instrumental Activity of Daily Living)

(1) ケアマネジャーの役割 (ケアスタッフを含む)

① IADL回復の可能性のある利用者を把握して対応します。

② IADLの代行の必要性を明らかにして支援します。

(2) IADL改善, 支援の必要性把握のポイント

IADL改善を予測するポイント

- ① 認知がある程度保たれている
- ② 本人も周りの人も改善すると考えている
- ③ 支援を受けているが、困難性は低い

IADL支援の必要性を把握する

- ① IADL支援を受けており、非常に困難である
- ② 一人暮らしであるか、一人暮らしではないが支援を受けるのが困難である

(3) IADL

生活機能の中で最初に低下するのは手段的日常生活能力であることが多く、介護サービス利用者のほとんどがなんらかの障害を抱えています。

IADLには2種類あり、日常生活の家事動作（買い物、食事の用意、家の掃除や整理、外出時の移動など）と、精神的機能や知的能力と関係のある「知的」な動作（電話の利用や薬の管理

など)があります。しかし、すべてのIADLに身体的、知的な側面があり、IADL支障の原因は様々です。

(4) IADLについての対応指針

- ① 医療的な問題に対応します
- ② 機能障害に対応します
- ③ 動機づけや意欲、支援体制、能力、環境の問題に対応します

5-1 コミュニケーション

(1) ケアマネジャーの役割 (ケアスタッフを含む)

コミュニケーションの障害・問題を明らかにして、専門的な検査や対処をおこないます。

(2) コミュニケーション障害把握のポイント

- ① 聴覚に障害がある。
- ② 伝達能力に問題がある。
- ③ 理解力に問題がある。

(3) コミュニケーション

コミュニケーション能力

言語的あるいは非言語的な手段を用いて、意思、感情、思考を受け取り理解し、伝える能力です。それには、話す、聞く、読む、書く、身振りなどの能力が含まれます。

① 効果的コミュニケーション

効果的に伝達し合うことができるかどうかは、能力とは別に、身振りや指さし、抑揚をつけた口調、コミュニケーション補助具(補聴器など)の使用によって決まります。

② コミュニケーションの機会

コミュニケーションを取りたい相手がいるか、意味のある活動をしているか、コミュニケーションを取ろうとしてくれている人がいるかが重要です。

③ 老人性難聴

両側対称性の難聴で、特に高い音が聞き取りにくくなります。症状はゆっくりと進行し、音の識別と話している内容を理解することが困難になります。

④ コミュニケーション問題

コミュニケーション機会の不足、加齢や認知症等の疾患、視覚障害、うつ、その他の健康上・社会上の問題によってコミュニケーション問題が悪化します。

(4) コミュニケーションについての対応指針

利用者と家族・介護者間の効果的なコミュニケーションの方法について検討します。

- ① 聴力に問題がある場合
 - 医師，言語聴覚士による正式な聴力評価をして対応します。
- ② 視覚や聴覚の補助具を使用している場合（眼鏡，視覚補助具，補聴器，聴覚補助具）
 - ア 常に簡単に利用できるか確認します。
 - イ きちんと作動しているか確認します。
- ③ 理解力に問題がある場合
 - 能力を評価して対応します。
- ④ 伝達能力に問題がある場合
 - 言語聴覚士による評価を受けて対応します。
 - ア 構音(語)障害（言葉を明確に出せない）
 - イ 失語症（話し言葉や文字を理解できない，言葉を探す，文中に言葉を当てはめられない）
 - a 軽度の場合，理解力と発語の困難をきたし，重度の場合は，話すこと，聴くこと，読むこと，書くことに著しい支障をきたします。
 - ウ 失行症（その言葉を知っていても，自発的に音を言葉として結びつけることが難しい）
 - a 手探りで躊躇したように聞こえる発音となります。
 - エ 認知症
 - 多くの認知症患者はコミュニケーション障害を伴います。
 - a 初期段階：特定の語彙が思いつかない，複雑な会話についていけない，熟語・ことわざ・推論のような抽象的な言葉の意味がわからない。
 - b 進行段階：言葉を見つけること，理解すること，読み書き，会話ができなくなる。
 - c 末期状態：意味あるコミュニケーションがほとんどできなくなる。
- ⑤ コミュニケーションの機会に問題がある場合
 - コミュニケーションの能力があっても，物理的，社会的にコミュニケーションの機会がない場合があります。
 - ア コミュニケーションする場があるか。人が身近にいるか。
 - イ 照明が暗い，騒音がある，プライベートな会話のできる場所がない，など環境の問題はないか。
 - ウ 会話のなかに入り込めないような社会的な環境の問題はないか。
 - エ 言葉による虐待，ひやかしを受けていないか，あるいは話すことを押しえられていないか。

コミュニケーションの方法

- ① 話し方
 - ア 叫んだり大声では話さない，はっきりとした声と言葉で話す。
 - イ 大人としての語彙，語調で会話をする。
 - ウ わかりやすい言葉を用い，専門用語は避ける。

② 話の進め方

- ア 言葉にも、表情や態度にも、決していらいらを表わさないようにする。
- イ 繰り返し言葉や先回りをして代わって応答しないようにする。
- ウ ゆっくりと話し、理解したか確認するために区切りを頻回に入れる。
- エ 新しい話題に入るときは明確に示す。急に話題を変えないようにする。
- オ 同じことを何度か言うか、言い方を変える。
- カ 頻回の息つきを必要とする場合があるので、ゆっくりと、小さく区切って話すように勧める。
- キ 単語を思い出せなくても、話題について話し続けるように励ます。
- ク 話が意味をなさないならば、はい／いいえ、あるいは非言語的なことで応答できる質問をする。
- ケ 言葉が見つからなかったり、わかりやすい言葉が出なくて困るよりは、しばらく話題を離れて、あとで話すようにする。
- コ 家族やその他の介護者が利用者に代わって返事をすることは、利用者とのコミュニケーションを妨げることになるので、必要以外はしない。

③ 話が理解しやすいように

- ア はっきりとした身振りや指さし、あるいはやって見せることで話を補う。
- イ あとで見直しができるように、話した内容について簡単に書かれたメモを用意する。
- ウ 身振り、指さし、書く、措く、あるいは補助用具を使用するなど、コミュニケーションのための工夫をするように勧める。

④ 会話する環境を整える

- ア 利用者が理解できないという前提に立って、本人のいる場で当人についての話しを絶対にしない。
- イ 介護者は自分の顔を利用者に十分に見えるようにして話す。
- ウ 話しているときに、利用者が介護者の顔を見ることができる明るさかどうかを確かめる。
- エ 利用者が聴くのに邪魔になる雑音を低くしたり、消すようにする。

⑤ その他の留意点

- ア コミュニケーションする機会を増やすようにする。
- イ コミュニケーションに問題があるということで利用者を責めない。
- ウ あいさつ、丁寧な言葉、ちょっとした話のような、社会的なコミュニケーションや習慣的な会話をするようにする。

5-2 視覚・聴覚

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

最近視力・聴力が低下した利用者、視力・聴力を失った利用者、眼鏡・補聴器などを適切に使用していなかった利用者を把握して対応します。

6-1 社会との関わり

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- ① 利用者が満足のいく役割や対人関係，楽しめる活動を続けたり，新たに見つけ出すように支援します。
- ② 社会的機能の低下を最小限に抑え，社会的活動制限の原因となる問題を見つけ，可能であれば改善し，出来ない場合は代償する方法を検討して対応します。

(2) 社会的との関わりについて把握するポイント

- ① 社会との関わり，仕事や趣味の活動への参加が減ってきて，悩んでいる。
- ② 寂しい思いをしていると言ったり，そうしたそぶりをする。

(3) 社会的機能

他者とどう付き合い，他者が本人にどう反応し，社会制度や社会習慣とどう対応するかです。社会的機能は，職業や家事のような通常の日課活動と，社会・文化・宗教活動，夫婦・親子関係に関連した機能に分かれます。

社会との関わり

社会的関係や社会的機能が少しでも変化すると，自尊心や生活の質（QOL）が低下することがあります。

このため，特に生活が大きく変化している利用者にとって，地域で自立して生活していくためにはどのような資源や支援が必要かを把握することが重要になります。

(4) 社会との関わりに関する対応の指針

社会との関わりの低下が最近始まったか，低下によって悩んでいる利用者を対象とします。昔からの問題は，その利用者の生活の積み重ねであるため，変えることは容易ではありません。

社会との関わりの状況把握

代わりの方法や，新しい役割や活動の機会を作るために把握します。

- ① 孤独感や人と気軽に関わらないことが，長年の生活習慣かどうか。
- ② 社会的役割や社会との関わりがある場合，それらが変化したかどうか。
- ③ 変化の原因は何か。

身体機能や認知機能の問題，視覚や聴覚の問題，気分の変化，精神的な問題，社会的な環境の変化など。

- ④ 利用者が以前にもっていた役割，意欲等は何か。

回復したり，代償できる人間関係や役割，活動を構築可能性を探ります。

ケアの方向

- ① 能力や可能性のある活動を勧めます。

- ア 能力や可能性の確認
利用者本人の能力，意欲，家族などの協力を把握して対応します。
- イ 活動の検討
 - a 対人関係
 - b 率先して行う意欲
 - c 精神的な活動
 - d 過去の役割
 - e 心配事
- ウ ポイント
 - a 方法は簡単な方が良い
 - b 本人の関心や能力のある分野から始める
 - c 話す，関わる機会を増やす
 - d 外出する等，環境を変える

6-2 うつと不安

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

不安やうつ状態にある利用者を把握し，治療やケアの可能性を検討して対応します。
生活に重大な影響のあるうつや不安があれば，専門医に相談して対応します。

(2) 不安やうつについて把握するポイント

- ① 悲しみやうつ状態
- ② 自分や他者に対する継続した怒りや悲しみ
- ③ 現実には起こりそうもないことに対して恐れる
- ④ 繰り返し体の不調を訴える
- ⑤ たびたび不安，心配事を訴える
- ⑥ 悲しみ，苦悩，心配した表情がある
- ⑦ 何回も泣いたり涙もろい

(3) うつ

「うつ」は一過性から急性，慢性までの，軽度の判断力の低下から自殺企図まで，広く捉えた用語です。感情や身体，認知的な症状が現れる可能性があります。

- ① 病気や機能低下がある高齢者はうつになりやすい。
- ② うつと不安は同時に現れることが多い。
- ③ 高齢者のうつと不安を把握することは難しい。
 - ア 高齢者は，うつや不安を否定しがち
 - イ 高齢者は，うつや不安を身体的な問題と間違っているとらえがち
 - ウ 高齢者は，薬によってうつや不安の症状がでる場合がある
 - エ 認知症は，うつや不安の対応を複雑にする

～うつ病の主症状～

① 抑うつ（精神的な苦痛）

- ・気分が落ち込む
- ・ゆううつである
- ・気分が晴れず、すっきりしない
- ・悲しい、さびしい、むなしい、泣けてくる
- ・不安が頭から離れない
- ・過去や将来にとらわれて暗くなる
- ・朝の気分が悪い
- ・イライラする、あせる、いたたまれなくなる
- ・感情が抑えられない、または、感情がわいてこない
- ・死や自殺について考える、死にたくなる、自殺の方法について調べる
- ・実際に自殺しようとする

② 精神運動抑制（精神運動制止）

- ・考えがまとまらない
- ・アイデアが浮かばない
- ・何かをしようという気になれない
- ・決断できない
- ・仕事や家事に集中できない
- ・誰とも会いたくない
- ・出かける気になれない
- ・誰かと話すことが苦痛に感じる
- ・動くことがつらく感じる、家に閉じこもる、1日中寝ている

③ 思考と認知のゆがみ

- ・何でも自分が悪い、または、他人からそう思われていると感じる
- ・自分の能力が劣っていると思う、劣等感が強い
- ・何でも悪い結果になると感じる、または決めつける
- ・成功してもまぐれだとしか感じない、次は失敗すると思う
- ・少しでも不幸なことがあると、すべて不幸だと感じる
- ・うまくいったか全然ダメかどちらかしか認めない
- ・自分は貧乏になったと思いきむ
- ・悪いことの責任はすべて自分にあると思いきむ
- ・悪い病気にかかっていると思いきむ

④ 身体症状

- ・朝早く目がさめる、途中で目がさめる、寝つけない、眠りが浅いなどの「睡眠

障害」

- ・疲れがとれない，疲労感が続く，体がだるい
- ・食欲や性欲が低下する，体重減少がある
- ・頭痛，腰痛，頭重感，肩こり，首の痛み
- ・めまい，立ちくらみ，耳鳴り
- ・息苦しい，胸が圧迫される，声が出にくい，胸が苦しい，動悸，息切れ
- ・手足がしびれる，力が入らない
- ・吐き気，腹痛，便秘
- ・全く動けず，意識も希薄となる

～大うつ病～

以下の症状が1週間以上続いていて，どうにも治まりそうもないと感じる時は，専門医の診察を考えます。

- ① 生活や通常の活動に興味を失う
- ② 不眠，または睡眠過多
- ③ 食欲減退，体重減少
- ④ 罪悪感，自分に価値がない感じ
- ⑤ 倦怠感，気分の減退
- ⑥ 思考力や集中力の低下，決断力の低下
- ⑦ 精神運動性の焦燥，停止
- ⑧ 自殺念慮

～不安～

不安は，生活機能の支障となるような心配があったり，不安定な状態です。

以下の症状に苦しんでいる場合には対応します。

- ① 落ち着きがない，緊張している，または過敏
- ② 疲れやすい
- ③ 集中できない，心が空白になる
- ④ 易刺激性
- ⑤ 筋肉の緊張
- ⑥ 睡眠障害

(4) うつと不安に関する対応の指針

うつと不安の原因把握

- ① 身体，社会的状況を把握します
 - ア 健康問題
 - イ 家族問題
 - ウ 経済問題

- エ 虐待問題
- オ 喪失体験
- カ 転居 など
- ② 病気や機能低下を把握します
 - ア 症状の重さ
 - イ 症状の持続時間
 - ウ 症状の進行
 - エ 自殺の兆候（例えたわいないように聞こえても・・・）
 - ・死んだほうがまし，自殺の方法，自殺の試み
 - オ 精神病的症状
 - カ 身体的症状がないのに寝たきりになったり，他人との会話を避ける等の生活上の変化
 - キ アルコールの乱用
 - ク 食欲低下，食事や水分量の減少
 - ケ 体重減少
 - コ 症状に気づいて対応しているか

ケアの方向

- ① 症状認識と対応の確認
 - ア 治療の効果を確認します。
 - イ 本人や家族，介護関係者は治療方針に沿った対応できているか確認します。
 - ウ 対応がうまく出来ていない場合の教育，研修の必要性を確認します。
- ② 医療的対応
 - ア 専門医の受診
 - イ 薬剤の効果の確認と受診
- ③ 具体的な社会環境，対応の調整
 - ア 他職種が連携し，訪問回数を増やすなど
 - イ うつと不安原因（身体，精神，経済問題等）解決のための対応
- ④ 介護者の支援
 - ア 関り方など，家族の疑問に答えます。
 - イ うつの高齢者への対応は大変で，介護者のストレスもたまりやすい。
 - ウ 家族全体への対応が必要な場合もあります。

1-1 痛みのある利用者への対応

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- ① 痛みが原因でADLなど生活に支障のある利用者を把握します。
- ② 痛みの直接的な影響，痛みを怖がる，痛みによる関係の減少，鎮痛薬の副作用などの影響を検討します。

(2) 痛みを把握するポイント

- ① 痛みの訴えや様子があった

(3) 痛み

痛みをもっともよく説明できるのは本人です。本人の言うことを注意深く聞き、その訴えを先入観なく検討する必要があります。

痛みは、「締め付けられる」「かじかむ」「こる」「冷たい」「重い」というように表現される場合もあります。

高齢者の多くは痛みを抱えており、痛みがあることによって、生活の質（QOL）にも影響がでます。また、その痛みは長い間続くことが多いため、適切な評価と対応が必要です。

- ① 身体的、機能的、心理社会的障害
- ② ADL、睡眠、食欲、恐れ、気分の低下
- ③ 社会活動からの引きこもりや対人関係の悪化や妨げ
- ④ 運動を妨げることによる筋力低下や転倒の危険性

(4) 痛みと痛みによる支障への対応指針

痛みが問題であることがわかったら、家族、看護師、医師等と協力して対応します。

痛みについて詳しく把握します

- ① 発症時期
痛みが起きた時期を把握します。
- ② 変化
痛みの変化と変化の状況を把握します。
- ③ 痛みの部位
痛みを感じている部位を把握します。
- ④ 痛みの種類と頻度
痛みが持続的か断続的か把握します。断続的ならその頻度・持続時間、どのような状況で起きるか把握します。
- ⑤ 程度
痛みの程度、体位、歩行の困難、涙、活動の制限等痛みによる支障、何によって軽減するか等を把握します。
- ⑥ 性質
チクチク、脈打っている、灼熱痛、切り込まれるような痛みかなど。どのような傷みか、高齢者自身の感覚で痛みの質を評価します。
- ⑥ 悪化
何が痛みを増し、何が痛みを軽減させているか把握します。
- ⑦ 鎮痛薬
痛みを和らげるために使用している薬と使用方法、効き目を把握します。

対処方法

主治医に相談の上対応します

- ① 痛みの原因の把握
- ② 鎮痛薬の使用
- ③ 痛みを和らげる方法（温める，冷やす，姿勢を変える，マッサージをするなど）
- ④ 家具や用具類を利用者に合わせる

痛みの影響を把握し対応する

- ① 痛みによる影響に対応します。
- ② 痛みを和らげる対応をします。

9-1 口腔衛生

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

痛みがあったり，食事摂取や発声の障害，栄養不良，自尊心や食事の楽しみを阻害する口腔問題を把握して対応します。

(2) 口腔問題を把握するポイント

- ① 咀嚼に支障がある。
- ② 嚥下に支障がある。
- ③ 食事中に口の中が「かわいている」と感じる。
- ④ 歯みがきや入れ歯みがきに問題がある。

(3) 口腔衛生

口腔には3つの基本機能があります。①咀嚼と嚥下，②コミュニケーション，③外部の病原体や毒物から身体を守ることです。また，外見，対人関係にも影響するため，生活の質（QOL）にも関係します。

口腔疾患は進行しやすく，放置すれば痛みが発生し，外科的処置が必要になります。

全身疾患が，口腔の症状として現われることもあるため，口腔の症状は口腔以外の疾患を示していることもあります。このため口腔の不快感や障害の訴えがあれば，全身の総合的な検査を要する場合があります。

口腔問題の原因

- ① 歯科受診が困難である
- ② 経済的に余裕がない
- ③ 視力が低下している
- ④ 手先が不器用
- ⑤ 口腔生理機能が低下している
- ⑥ 口腔疾患や口腔ケアに対する関心がない
- ⑦ 口腔疾患がある

- ア 歯周病
- イ 虫歯
- ウ 口腔（粘膜）疾患
- エ 口腔の乾燥
- オ 嗅覚・味覚の異常
- カ 咀嚼・嚥下困難
- キ 顔面痛

生活上の影響

- ① 食事摂取が困難になる
- ② 栄養状態が悪化する
- ③ コミュニケーションや対人関係が上手くできない
- ④ 防御機能が喪失する

（４）口腔衛生問題の対応指針

問題状況の把握

口腔問題は歯科医師による治療が必要である。利用者本人が、家族の援助を得ながら実行できるケアも検討する。

- ① 困難の内容（咀嚼の問題、噛みきる問題、嚥下の問題など）
- ② 問題の範囲（顔面全部、一側だけ、口腔全部、上顎のみ、下顎のみ、1歯のみか、など）
- ③ 問題の原因（歯が折れている、歯がゆるい、入れ歯がゆるい、痛い、口腔粘膜の損傷、歯肉出血など）
- ④ 問題の発症および期間（無意識、食事中のみ、咀嚼している時のみ、夜間のみなど）
- ⑤ 問題の影響（ちょっとした不便、著しい障害、食事や嚥下、あるいはしゃべれないなど）

咀嚼・嚥下の問題

- ① 問題
食事や水分摂取を阻害し、著しい栄養障害をもたらす、食物や水分を肺に吸い込む危険性がある。
- ② 対応
口腔の問題の原因が歯科医や医師、言語聴覚士によって解決するまで、栄養状態を維持します。

味覚・嗅覚の問題

- ① 問題

高齢者は、口腔衛生が悪いため、味覚および嗅覚の問題や、それに伴い食べるこ
とへの関心が減少することを訴えることが多い。

② 対応

食後や就寝前の歯みがきが効果的です。

口腔の乾燥

① 問題

口腔の乾燥は、多くの薬剤や疾患、頭頸部の放射線療法、脱水などさまざまな原
因があります。

② 対応

歯磨き、うがい、水分摂取、唾液の代わりになるもので対応します。

歯や入れ歯みがきの困難

① 対応

持ちやすい大きな柄の歯ブラシや電動の歯ブラシ、拡大鏡の使用や洗面所の照明
を明るくするなど

1-5 向精神薬を服用している利用者への対応

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

① 向精神薬を服用している利用者のなかで、その作用・副作用の様子観察が必要な
人を把握して対応します。

(2) 向精神薬について把握するポイント

向精神薬を服用し、①せん妄がある。②意思決定、コミュニケーションに支障が出
ている。③気分や行動に支障がある。④行動障害が悪化している。⑤ふらつき、移動
の援助、転倒があった。⑥失禁があった。⑦妄想や幻覚が見られた。

(3) 向精神薬

精神に働きかける作用を持ち、精神科などで使用される薬剤です。

催眠薬（睡眠薬）	睡眠を引き起こす
抗精神病薬（強力精神安定薬）	①不安・焦燥・興奮を鎮める、②幻覚・妄想等の異常体 験を軽減する、③意欲をたかめるといった作用を持ち、 いわゆる精神病に使われる
抗不安薬（精神安定薬）	不安感をとる

抗うつ薬	うつ状態を改善する
抗躁薬	躁状態を改善する
気分調整薬（気分安定薬）	気分の波を抑える
精神刺激薬（覚醒薬）	気分を持ち上げる
抗てんかん薬（抗けいれん薬）	てんかんの発作を抑える
抗パーキンソン病薬	パーキンソン症状を和らげる
抗酒薬	アルコールの分解を妨げて、アルコール依存症の治療に用いられる
認知症治療薬	認知症の治療に使われる
漢方薬	精神科領域でも様々な場合に使われる

高齢者、特に慢性疾患をもっている人では、向精神薬による副作用、あるいは他の薬剤との相互作用が起りやすい状況にあります。

向精神薬は精神症状や行動面の症状を軽減すると同時に、ADLやIADL、認知機能を低下させることがあります。

（４）向精神薬副作用等へ対応指針

モニタリングの必要性

- ① 精神症状や行動の問題が実際に軽減されているか。
- ② 副作用の観察や、向精神薬の副作用の可能性が把握されているか。

ケアの方向

- ① 医師との連絡をとります。
医師が利用者の症状と薬剤の使用の両方に関する情報を確実に知っているように情報を共有します。

② 観察して対応します。

- ア せん妄
- イ 行動や気分の問題
- ウ アルコールの問題
- エ 歩行の支障
- オ 尿・便失禁
- カ 妄想，幻覚，猜疑心
- キ 体重の変化
- ク 口腔乾燥

1-6 アルコール問題への対応

(1) ケアマネジャーの役割（ケアスタッフを含む）

- ① アルコール乱用，アルコール依存症を把握します。
- ② 代謝の低下，持病，薬等との関連によって，大量の飲酒でなくても危険となる場合があるので検討します。

(2) アルコールによる支障を把握するポイント

- ① 自分が，お酒の量を減らしたほうがよいと思った。
- ② 家族や周りの人から減らすように言われた。
- ③ 家族や周りの人がお酒のことで心配している。
- ④ 迎え酒をした。または一日中飲酒していた。
- ⑤ 飲酒が原因で問題をおこした。
- ⑥ その他，危険な飲酒の可能性はある。

飲酒の影響を明らかにするため，飲酒の回数と量を尋ねます

- ① 平均的な1週間で1杯以上飲酒した日数
- ② 通常飲む1日当たりの量

(3) アルコール

- ① アルコールの乱用と依存

ア アルコール乱用

量に関わらず、身体・精神的・社会的・経済的に問題を引き起こした飲酒の仕方。

イ アルコール依存症

飲酒をコントロールできない、絶えずお酒のことを考えている、アルコールの悪影響にかかわらず飲酒を続ける、あるいは思考にゆがみ（とくに飲酒に問題があることを否認する）のある病的な状態。

～アルコール依存症～

アルコール依存症の患者は、アルコールによって自らの身体を壊してしまうのを始め、家族に迷惑をかけたり、様々な事件や事故・問題を引き起こしたりして社会的・人間的信用を失ったりすることがあります。症状が進行すると、身体とともに精神にも異常を来す深刻な病気です。

以前は慢性アルコール中毒、略してアル中とも呼ばれていたこともありますが、現在では通常患者を侮蔑したり患者自身が自己卑下して使う差別的表現であるとみなされており、ほとんど使われることはありません。かつては、このような状態になってしまうのは本人の意志が弱く、道徳観念や人間性が欠けているからだと考えられてきましたが、最近では医学的見地から精神疾患の一つとして考えられるようになっていきます。飲酒が自分の意志でコントロールできなくなる症状を精神的依存、震顫妄想などの退薬症状（離脱症状、リバウンドともいう）を身体的依存と言い、アルコール依存に限らず他の様々な薬物依存症も同じような特徴を持っています。

日本では統計的にはほぼ毎日純アルコール量で150ml（日本酒約5合半、ビール大瓶約6本、ウイスキーではダブルで約6杯）以上飲む習慣のある人を「大量飲酒者」と呼んでおり、厚生労働省でもこの大量飲酒者をアルコール依存症とみなしています。一方で、厚生労働省では健康日本21で掲げる適正飲酒という概念があり、これは1日平均純アルコールで約20g程度です。中年男性の3割以上が適正外飲酒に相当し、その多くはほぼ毎日常習しているので、アルコール摂取のコントロールが失われており、問題視されてきています。

② 問題の背景

ア 少量の飲酒は健康に良いという報告もありますが、アルコール依存症になれば、明らかに身体的、社会的、心理的な問題を引きおこします。

イ アルコール依存症者は、飲酒に問題があることを否認することが多いために発見が困難であり、多くの場合家族が飲酒で紅潮した顔や機能障害、空の酒瓶や缶を観察して問題に気付くことが多いという状況です。

ウ 高齢者の場合は、以下の3つの理由により、適正な飲酒をしている場合にも飲酒が危険になる可能性があります。

- a 加齢によるさまざまな生理的な変化があるため、若者よりも飲酒に伴う危険性が高い。
- b 高齢者はアルコールが悪影響する疾患を有していることが多い。
- c 高齢者が使用している薬剤のなかには、アルコールとの相互作用により悪影響をもたらすものがある。

(4) アルコールについての対応指針

① 酒による生活全体への影響を把握します。

つまり、飲酒の結果生じた、身体的、精神的、社会的、経済的問題の関連を分析し、再発の危険性や依存症の有無を確認します。特に転倒や外傷は少量の飲酒でもおこる可能性があることに留意します。

② 「アルコール乱用」か「アルコール依存症」かを把握します。

飲酒の量や頻度に対するコントロールを失っていれば依存症の可能性が高くなります。つまり、今日は飲むまいと思っても飲んでしまい、一旦飲み出したら途中でやめられず、とことん飲むような状態です。専門医の診断を仰ぎます。

これに対して「乱用」では、このような飲酒行動の異常がみられない状態で問題が発生している状況です。

③ 「アルコール依存症」の場合は、飲酒行動自体に対するケアプランと、飲酒による生理的・心理的な影響に対するケアプランを作成します。

④ 乱用や依存症が見られない場合でも、潜在的な危険性があるため、飲酒量を把握します。

追加のアセスメントをします

① 飲酒の頻度と量、飲酒のパターンを詳細に把握します。

ア 過去のアルコール乱用や依存症治療の既往

イ アルコール乱用や依存症が、高齢者の生活に与えている影響の程度（身体的健康、精神的健康、家族や社会との関係、経済状態）

ウ 高齢者自身の問題認識

② アルコール乱用および依存症の影響を把握します。

アルコールによる身体的、社会的、心理的、経済的な問題は相互に関連した形で発生するケースが多い。特に飲酒運転は大きな社会問題です。これを検討する際は、アルコール乱用や依存症の有無を併せて確認する必要があります。飲酒はインフォーマルな援助者や在宅サービスの提供者の対応にも影響し、支援体制がもろくなりやすい。

健康問題としては、大量の飲酒は、以下のようにほとんどすべての臓器に悪影響

し、また、転倒、外傷、薬物乱用の危険性を高めます。

ア 中枢神経系の障害（短期記憶・抽象的思考・認知能力の低下）

イ 消化器系の障害

ウ 循環器系の障害

エ 心血管等の障害

オ 栄養不良，肝硬変，食道がんの有病率が高い

アルコール依存症に対するケアプラン

入院治療のほか、向精神薬の使用、行動療法、断酒会への参加など心理・社会的な介入方法が考えられます。専門医の指示に基づきます。

① 短期間の入院治療はアルコール依存症の「解毒」や離脱症状に適切に対応するために必要な場合があります。

② 向精神薬も解毒の際にしばしば有効ですが、高齢者への使用には注意を要します。

③ 多く用いられるのは断酒会など集団療法です。

集団療法に参加することにより、自己像を認識し、不安を分かちあい、対人関係を再び形成する能力を回復する機会を得ることができます。高齢者の場合は、同じ年齢層のほうが効果的であり、同性の者でグループを構成したほうが成功するという報告もあります。

④ アルコール依存症は、特に早期発症の場合、治療が困難であり長期にわたる慢性的な疾患です。

アルコール問題の専門家、特に高齢の患者を扱う専門家に紹介することが必要な場合があります。

⑤ いずれの治療の過程にも、家族などの利用者を支える支援者の関わりは欠かせません。

家族が利用者の行動によって深刻な精神問題や、ときには身体的外傷に苦しむことが多いため、最初に家族に焦点を当ててケアプランを考えなければならない場合が多くなります。

危険な飲酒

① アルコール乱用や依存症がなくても、アルコールは薬剤との相互作用により、深刻な問題を生じることがあります。

そのため、観察された問題と薬剤の服用、飲酒との間に時間的な関係があるか検討する必要があります。以下はアルコールと薬剤の相互作用の一例です。

- ア 抗不安薬や睡眠薬（ジアゼパムなど）、抗精神病薬（クロルプロマジンなど）、バルビツール酸（フェノバルビタールなど）、鎮痛薬、抗ヒスタミン薬の服用、飲酒が同時に行われる場合：判断力の低下、意識の覚醒度の低下、錯乱、認知症様の症状、などが起こり得る。また、アルコールはこれらの薬剤の代謝に影響し、その結果、薬効が強まることがある。
- イ アスピリン服用と飲酒：胃腸障害が起こる危険性がある。
- ウ 利尿薬服用と飲酒：血圧低下やめまいを引き起こすことがある。
- エ 一般的に肝臓で代謝される薬剤：飲酒者に問題を起こす可能性がある。

危険な飲酒に対するケアプラン

飲酒行動に対する治療は普通必要ありません。むしろケアマネジャー等の支援者は、本人がアルコール依存症者ではないことを十分知っていると同様にわかってもらうように努め、健康と飲酒との相互作用についての教育を受けるための支援をする必要があるということです。

1-7 喫煙問題への対応

禁煙の効果

- ① 心筋梗塞、間欠性跛行、慢性気管支炎（これら喫煙との関係が良く知られている疾病のリスクを下げます。疾病がすでに発症している場合でも当てはまります。）
- ② 突然の心臓死（2, 3日間禁煙するだけで、血中の一酸化炭素が排泄され、突然の心臓死のリスクを非喫煙者と同等に減らすことができます。）
- ③ 骨粗鬆症（喫煙は骨密度を低下させ、骨の損失率を高めるため、骨粗鬆症の重要な危険因子です。）
- ④ 呼吸機能への影響（体力と自立度に直接的な影響を与えます。）

利用者基本情報

計画作成者氏名： R S

《基本情報》

相談日	平成26年 4月 15日 (火)	来所 その他 ()	電話 初回 再来 (前 /)
把握経路	1. 介護予防検診 2. 本人からの相談 3. 家族からの相談 4. 非該当 5. 新予防からの移行 6. 関係者 7. その他 ()		
本人の状況	在宅・入院又は入所中 ()		
フリガナ 本人氏名	M・S 様	男・女	M・T・S 13年11月8日生 (90) 歳
住所	K市...	TEL	(60).....
		FAX	()
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支援1・要支援2 認定期限：平成26年 3月 1日 ~ 平成27年 2月 28日 (前回の介護度)		
障害等認定	身障 ()・療養 ()・精神 ()・難病 ()・その他 ()		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室 (有 1階・無)・住居改修 (有・無) 浴室 (有・無) 便所 (洋式・和式) 段差の問題 (有・無) 床材、じゅうたんの状況 () 照明の状況 () 履物の状況 ()		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ()		
来所者 (相談者)	C・D 様	続柄	甥
住所	K市...		
緊急 連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
	C・D 様	甥	D市... 090-****
		家族構成	<p>◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族等○で囲む)</p> <p>日中独居 (有・無) 家族関係等の状況</p> <p>本人は1人暮らし。近くに住む甥が時々訪問し、様子を見に来てくれる。兄弟との関係も良好である。他市に住む妹さんとも時々電話で話したりしている。</p>

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	教員として長年勤めていた。勤務しながら洋裁や俳句教室に通い、作品を作るのが好きだった。		
	退職後は地域の婦人部の活動に参加したりしながら、地域との交流も深めており、今でも		
	近隣との関係はととも良好である。その他には、畑を耕し収穫した野菜を近所の方に		
	食べてもらったり、自分で食べるのが好きだった。		
	H19年に病気を発症してから、畑仕事ができなくなり、趣味の教室へ通うことも		
難しくなった。			
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	テレビを観たり、新聞・本を読んで		以前は、洋裁や俳句等を楽しんでいた。
	過ごしている。		退職後は地域の婦人部等の活動に参加する他、
			畑を耕し自分で作った野菜を食べるのが
			楽しみだった。
	時間	本人	介護者・家族
			友人・地域との関係
			地域の集まり等に出かけることはなくなったが、
			近所との関係は良く、差し入れを持ってきて
		くれたり、様子を伺いに来てくれる。	

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
H25年発症	神経因性 膀胱	S病院 K先生	TEL	治療中 経観中 その他	定期的に通院し内服薬を処方されている。
H19年発症	慢性関節 リウマチ	**整形外科 M先生	☆ TEL	治療中 経観中 その他	定期的に通院し内服薬を処方されている。
			TEL	治療中 経観中 その他	
			TEL	治療中 経観中 その他	

《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

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

_____年 _____月 _____日 氏名

印 _____

フェイスシート

平成26年4月18日

フリガナ	エム エス					生年月日	大正13年11月 8日 (90才)										
	M S 様						性 別	男 ・ 女									
住 所	〒98-..... K市.....					電 話		(60)0000									
							F A X										
介護保険	保険者 No.	0	4	2	0	8		5	被保険者No.	0	2	0	0	0	.	.	.
	介護度	要支援 1					有効期間	平成26年3月1日～平成27年2月28日									
主治医	医療機関名	**整形外科					電 話	(60).....									
	医師名	M 先生						F A X									
病 名	1.慢性関節リウマチ					H19年 発症					備 考						
	2.神経因性膀胱					H25年頃											
											リウマチに関しては、**整形外科にて加療中 泌尿器疾患に関しては、S病院にて加療中 *定期的に通院しており、病状は安定している。						
A D L	移動	自立	両太腿に手を当てて、ゆっくり歩いている。外は押し車を押して移動。														
	食事	自立	箸を使用し、自力で摂取している。														
	排泄	自立	昼夜ともトイレを使用し、排泄している。														
	入浴	自立															
	更衣	自立															
	整容	自立															
記 憶	特に問題なし																
行 動	問題なし																
介護上の	入 浴	(血圧) 170以上不可					(その他)										
	・	(体温) 37.0℃以上不可															
	清 拭	(感染症) 無し															
医学的 留意事項	移 動	(カテーテル・酸素・ストーマ・じょく創 等)															
	食 事	特になし															
	排 泄																
	その他																
特記事項	・一人暮らし ・腰の湾曲が強く、背を伸ばして歩くことができない。重い物、大きい物を持つことができない。																
	主介主介護者 様 続 柄																
緊急連絡先	電話	50-.....					氏 名	C D 様					続 柄	甥			

***介護支援事業所 (担当: R S)

TEL 60-..... / FAX 60-.....

MSさんの詳細情報

平成26.4.18現在

<p>1 ADL</p> <p>移動</p> <p>食事摂取</p> <p>整容</p> <p>更衣</p> <p>入浴</p> <p>《意向》</p>	<p>室内の移動は両太腿に手を当てて、ゆっくり移動している。 外は押し車を使用して移動している。</p> <p>箸を使用し自力で摂取している。</p> <p>自分でできる。</p> <p>自分でできる。</p> <p>自分で入り洗身も自分でやっている。</p> <p>(本人) 背筋を伸ばして歩けるようになりたい。 (家族) -----</p>
<p>2 IADL</p> <p>調理</p> <p>家事(掃除・洗濯等)</p> <p>金銭管理</p> <p>服薬管理</p> <p>電話使用</p> <p>買い物</p> <p>交通手段</p> <p>《意向》</p>	<p>手首、手指等に痛みがあり、思うように力が入らないため、半調理食材等を利用している。</p> <p>支えなしで立っているのがつらいこと、背の変形、肩、手首、手指、肘に痛みがあり、床の掃除を行うことが困難である。</p> <p>自分でできる。</p> <p>自分でできる。</p> <p>使用できる。</p> <p>支えなしで立っているのがつらいこと、背の変形、肩、手首、手指、肘に痛みがあり、大きい物、重い物を持つことができない。</p> <p>使用していない。</p> <p>(本人) 大きい物や重い物の買い物をお願いしたい。 床掃除などを手伝ってほしい。 (家族) -----</p>
<p>3 健康活動</p> <p>階段昇り降り</p> <p>外出の頻度</p> <p>体を動かす活動</p> <p>喫煙</p> <p>《意向》</p>	<p>玄関の上りかまちの昇降は行っている。</p> <p>外出は週に1回くらい買い物に行く程度。</p> <p>体を動かす活動は少ないが、病院で指導されたリハビリメニューを毎日実施している。</p> <p>喫煙はしない。</p> <p>(本人) 特になし。 (家族) -----</p>
<p>4 コミュニケーション</p> <p>聴力</p>	<p>問題なし。</p>

<p>相手に理解をさせること</p> <p> 《意向》</p>	<p>問題なし。</p> <p>(本人) -----</p> <p>(家族) -----</p>
<p>5 視力</p> <p> 視力</p> <p> 視覚障害</p> <p> 《意向》</p>	<p>問題なし。</p> <p>問題なし。</p> <p>(本人) -----</p> <p>(家族) -----</p>
<p>6 お酒</p> <p> 飲酒による問題</p> <p> 《意向》</p>	<p>問題なし。</p> <p>(本人) -----</p> <p>(家族) -----</p>
<p>7 認知</p> <p> 記憶障害</p> <p> 判断力の低下</p> <p> 《意向》</p>	<p>問題なし。</p> <p>問題なし。</p> <p>(本人) -----</p> <p>(家族) -----</p>
<p>8 落ち込み</p> <p> 悲しみ</p> <p> 怒り</p> <p> 不安</p> <p> 体調不良の訴え</p> <p> 涙もろい</p> <p> 健康状態が悪い</p> <p> 気分の変化</p> <p> 《意向》</p>	<p>なし。</p> <p>なし。</p> <p>なし。</p> <p>なし。</p> <p>なし。</p> <p>なし。</p> <p>なし。</p> <p>(本人) -----</p> <p>(家族) -----</p>
<p>9 関係</p> <p> 家族・介護者に対する</p> <p> 恐れ</p> <p> 《意向》</p>	<p>なし。</p> <p>(本人) -----</p> <p>(家族) -----</p>

<p>1 0 社会性</p> <p>人との関わり 社会活動の減少 日中一人の時間</p> <p>《意向》</p>	<p>気軽に関わっている。 時々趣味仲間との交流があり、家に来てもらったり、電話で話している。 一人暮らし。自宅で一人で過ごす時間が多い。</p> <p>(本人) ----- (家族) -----</p>
<p>1 1 健康</p> <p>症状 身体症状 痛み 失禁 向精神薬 健康診断の受診 治療の順守</p> <p>《意向》</p>	<p>なし。 肩・手首・手指・膝の痛みがある。 まれに（月1回程度）失禁がある。 服薬していない。 定期的に受診している。 守られている。</p> <p>(本人) 安定した状態で過ごしたい。 (家族) -----</p>
<p>1 2 転倒</p> <p>転倒の回数 転倒の危険性</p> <p>《意向》</p>	<p>なし。 自分で注意して歩いている。</p> <p>(本人) ----- (家族) -----</p>
<p>1 3 栄養</p> <p>食事摂取の減少 極端な体重減少 水分不足</p> <p>《意向》</p>	<p>なし。 なし。 なし。</p> <p>(本人) ----- (家族) -----</p>
<p>1 4 口腔衛生</p> <p>口腔状態の問題</p> <p>《意向》</p>	<p>なし。</p> <p>(本人) ----- (家族) -----</p>

(別表) 服薬状況

薬剤名	量	効能
バップフォー錠 10	隔日朝 2錠	トイレの回数が多いとき服用
リウマトレックスカプセル 2 m g	1/W 3カプセル	関節の腫れや痛みの症状を改善
プログラフ 1 m g	夕食後 2錠	関節リウマチの腫れ, 痛み, こわばり等の症状を改善

2014.12.21.jk

宮城県介護予防情報収集シート

対象者氏名	M S 様	アセス実施日	平成 26 年 4 月 18 日
		記入担当者	R S

- 1 以下のアセスメント項目の該当する方に○印を付けます。
- 2 Bに○印が付いたら具体的状況をコメント欄に記入します。
- 3 生活上の支障となっている原因(①病気, ②障害, ③環境, ④生活習慣等)を把握し改善の可能性, 維持の必要性, 悪化の危険性を検討します。

アセスメント項目		
1 ADL ~運動・移動	A	B
☆ ADL障害の原因を理解した上で, 機能訓練を計画します。		
① 家の外を歩いていますか?	はい	(不十分)
② 食事は自分でしていますか?	(はい)	不十分
③ 身だしなみは自分で整えていますか?	(はい)	不十分
④ お風呂に一人で入っていますか?	(はい)	不十分
<コメント>		
① 室内は両太腿に手を当てて, ゆっくり歩いている。外は押し車を押して移動している。支えなしで立っているのがつらい。		
2 IADL ~日常生活, ~運動・移動	A	B
☆ 以前にできていたことを回復する, または代替するケアを明らかにします。		
① 食事の用意はしていますか?	はい	(不十分)
② 家事(掃除, 洗濯, 片付け...)はしていますか?	はい	(不十分)
③ お金の管理をしていますか?	(はい)	いいえ
④ 薬の管理をしていますか?	(はい)	いいえ
⑤ 電話を自分でかけていますか?	(はい)	いいえ
⑥ 買い物(自分で選び支払う)はしていますか?	はい	(不十分)
⑦ 交通手段を利用していますか?	はい	(いいえ)
<コメント>		
① 手首, 手指等に痛みがあり, 思うように力が入らないため, 半調理食材等を利用している。 ② 支えなしで立っているのがつらいこと, 背の変形, 肩, 手首, 手指, 肘に痛みがあり, 床の掃除を行うことが困難である。 ⑥ 支えなしで立っているのがつらいこと, 背の変形, 肩, 手首, 手指, 肘に痛みがあり, 大きい物, 重い物を持つことができない。		
3 健康活動 ~健康管理, ~運動・移動	A	B
☆ 体力の向上と禁煙により, QOLと自立度を高めます。		
① 階段の上り下りができますか?	(はい)	いいえ
② 週2回以上外出していますか?	はい	(いいえ)
③ 日中2時間以上の活動をしていますか?	はい	(いいえ)
④ 毎日タバコを吸いますか?	(いいえ)	はい

<コメント> ② 外出は週に1回くらい買い物に行く程度。 ③ 体を動かす活動は少ないが、病院で指導されたリハビリメニューを毎日実施している。		
4 コミュニケーション ~社会参加, 対人関係, コミュニケーション ☆ コミュニケーション問題を明らかにし, 効果的に伝達できるようにします。	A	B
① 十分に聞こえますか?	はい	支障あり
② 自分のことをうまく伝えられますか?	はい	不十分
<コメント>		
5 視力 ~健康管理, ~日常生活 ☆ 視力に障害がある人を把握し, 改善の可能性を検討します。	A	B
① 十分に見えますか?	はい	支障あり
② 視野が狭い等, 何か問題がありましたか?	いいえ	はい
<コメント>		
6 お酒 ~健康管理 ☆ アルコール乱用と危険な飲酒を把握し, 健康とQOLについて検討します。	A	B
① お酒の量を減らした方が良いと思いますか?	いいえ	はい
② 周りの人から, お酒の量を減らすように言われますか?	いいえ	はい
③ お酒のことで周りの人が心配していますか?	いいえ	はい
<コメント>		
7 認知 ~健康管理 ☆ 認知障害が急性か慢性か把握し, 医療に繋ぐとともに, 障害を補うための方法を検討します。	A	B
① 物忘れで困っていますか?	いいえ	はい
② 日常の判断がうまくできますか?	はい	いいえ
<コメント>		
8 落ち込み ~健康管理 ☆ 不安やうつ状態の高齢者を把握し, 治療やケアの可能性を検討します。	A	B
① 悲しいと思うことはありますか?	いいえ	はい
② 自分や周りに怒りや悲しみはありますか?	いいえ	はい
③ 不安や恐れはありますか?	いいえ	はい
④ 健康の心配ばかりしていますか?	いいえ	はい
⑤ 涙もろくなってきたと感じることはありますか?	いいえ	はい
⑥ 健康でないと感じますか?	いいえ	はい

⑦ 無表情になることがありますか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
<コメント>		
9 関係 ~社会参加, 対人関係, コミュニケーション	A	B
☆ 虐待や放置を受けている, もしくは危険のある高齢者を把握し, 即時の対応が必要かどうか状況判断する。		
① 家族や周りの人を怖いと思うことがありますか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
<コメント>		
10 社会性 ~社会参加, 対人関係, コミュニケーション	A	B
☆ 満足のいく役割や対人関係を持ち, 楽しめる活動が続けたり, 新たに見つけ出すように支援します。		
① 周りの人たちと気軽に関わることができていますか？	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
② 最近, 活動への参加が減っていますか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
③ 日中一人で過ごすことが多いですか？	<input type="radio"/> いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい
<コメント> ② 時々趣味仲間との交流があり, 家に来てもらったり, 電話で話している。 ③ 一人暮らし。自宅で一人で過ごす時間が多い。		
11 健康 ~健康管理	A	B
☆ 病気の管理と予防をおこない, 病気によるADL・QOLの低下を最少限にします。		
① 息切れはしますか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
② 胸が痛むことがありますか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
③ むくみはありますか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
④ せきが出ますか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
⑤ ぜーぜーした呼吸はありますか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
⑥ 微熱が出ることはありますか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
⑦ 身体の痛みはありますか？	<input type="radio"/> いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい
⑧ 尿が漏れることがありますか？	<input type="radio"/> いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい
⑨ 下痢や便秘はありますか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
⑩ 睡眠薬や精神安定剤等を飲んでいませんか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
⑪ 市町村の健康診断等を受けていますか？	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
⑫ 治療や通院の指示を守っていますか？	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
<コメント> ⑦ 肩・手首・手指・膝の痛みがある。 ⑧ まれに(週1回程度)失禁がある。 ⑪ リウマチ, 呼吸器, 泌尿器の病気のため定期的に受診し, 専門医に相談できている。		
12 転倒 ~健康管理, ~運動・移動	A	B
☆ 転倒の危険性と転倒による傷害を最少限にします。		
① 転んだことはありますか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい

② 歩く時ふらつきますか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	はい
③ 足腰が弱く転びそうだけれど、自由に歩いて外出していますか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	はい
<コメント>		
13 栄養 ～健康管理	A	B
☆ 栄養不良や栄養摂取に問題のある高齢者を把握して改善に向けて検討します。		
① 食欲はありますか？	<input checked="" type="radio"/> はい	いいえ
② 体重が減ってきていますか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	はい
③ 水分をとるのを控えていますか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	はい
<コメント>		
14 口腔衛生 ～健康管理	A	B
☆ 痛みや食事摂取・発声の傷害、栄養不良、食事の楽しみに支障のある口腔問題を把握し、改善に向けて検討します。		
① 飲み込む時にむせたりひっかけたりしますか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	はい
② 噛むことに支障がありますか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	はい
③ 歯磨きをすることに支障がありますか？	<input checked="" type="radio"/> いいえ	はい
<コメント>		

<本人の意向> ・筋力をつけて背筋を伸ばして歩けるようになりたい。 ・掃除や買い物を手伝ってほしい。
<家族の意向> ・ ——
<その他> ・一人暮らし。甥の**さんが相談に乗ってくれている。

領域	具体的状況	原因 (病気・廃用・環境・生活習慣)	意向 (本人・家族)	可能性 (改善・維持・予防・補う)	課題(ニーズ)	支援の方向性
1 運動 移動	<ul style="list-style-type: none"> ・両太腿に手を当ててゆっくり歩いている。外は押し車を押して移動している。 ・支えなしで立っているのがつらい。 ・外出は週に1回くらい買い物に行く程度。 ・体を動かす活動はしていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リウマチによる背の変形や肩、手首、手指、膝に痛みがあるため。 	<ul style="list-style-type: none"> ・筋力をつけて背筋を伸ばして歩けるようになりたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院で指導されたリハビリメニューを毎日実施している。意欲もあり、リハビリを継続することで今後も維持できる可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・背筋を伸ばして歩けるようになりたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院で指導されたリハビリを毎日実施する。
2 日常生活 家庭生活	<ul style="list-style-type: none"> ・支えなしで立っているのがつらいこと、背の変形、肩、手首、手指、肘に痛みがあり、床の掃除を行うことが困難である。 ・支えなしで立っているのがつらいこと、背の変形、肩、手首、手指、肘に痛みがあり、大きい物、重い物を持つことができない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・一人で暮らしている。 ・リウマチにより関節に負担のかかる動作ができないため。 	<ul style="list-style-type: none"> ・掃除や買い物等を手伝ってほしい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・腰や膝、手首の関節に負担がかかる家事を補う必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・掃除や買い物等を手伝ってほしい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・体(関節)に負担のかかる家事を補う。
3 社会参加 対人関係 コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・一人暮らし。自宅で一人で過ごす時間が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・一人暮らしのため。 ・リウマチのため活動が制限されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・特になし 	<ul style="list-style-type: none"> 時々友人と交流を持っていること、1人での寂しさや落ち込みもないのでプランにしない。 		
4 健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・肩・手首・手指・膝の痛みがある。 ・まれに(月1回程度)失禁がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・関節リウマチのため ・神経因性膀胱のため 	<ul style="list-style-type: none"> 安定した状態で過ごしたい 	<ul style="list-style-type: none"> リウマチ、泌尿器の病気のため定期的に受診し、専門医に相談し自分で管理できているためプランにしない。 		

アセスメント表

利用者氏名

M

S

様

作成者氏名

R

S

作成 26年4月18日

<p>アセスメント領域 (以前はしていたのに〇〇のためにできなくなった。もしくはいずれできなくなるかもしれないことを記入。チェックリストの生活機能低下事項等)</p>	<p>本人・家族の意欲・意向 (左記のことについて今後どうしたいと思っているのかを記入)</p>	<p>領域における課題 (背景や原因を踏まえ改善・維持・悪化防止の必要性について検討し、根拠を記入)</p>	<p>総合的課題 (全体を見て、低下した生活行為を改善するためのポイントと支援の方向性としてまとめる。)</p>	<p>総合的課題に対する目標 (解決していくために必要な取り組みや支援の目標)</p>	<p>具体策の提案 (本人が行うこと、家族が行うこと、地域の支援、介護保険や市町村サービスについて具体的に記入)</p>	<p>具体策に対する本人・家族の意向 本人： 家族：</p>
<p>運動・移動 ・両太腿に手を当ててゆっくり歩いている。外は押し車を押し移動している。 ・支えなしで立っているのがつらい。 ・外出は週に1回くらい買い物に行く程度。 ・体を動かす活動はしていない。</p>	<p>本人 ・背筋を伸ばして歩けるようになりたい。</p>	<p>■有 □無 ・病院で指導されたリハビリメニューを毎日実施している。意欲もあり、リハビリを継続することで今後維持できる可能性がある。</p>	<p>・リハビリを続けることによる自己動作の継続と、痛みなどの軽減のため、関節にかかる負担を軽くする必要がある。</p>	<p>・背筋を伸ばして歩ける。 ・必要な家事支援を受け、安心して生活できる。</p>	<p>・病院で指導されたリハビリを毎日実施する。 ・体(関節)に負担のかかる家事を補う。</p>	<p>・背筋を伸ばして歩けるようになりたい。 ・大きい物や重い物の買い物をお願いしたい。 ・床掃除などを手伝ってほしい。</p>
<p>日常生活 ・支えなしで立っているのがつらいこと、背の変形、肩、手首、手指、肘に痛みがあり、床の掃除を行うことが困難である。 ・支えなしで立っているのがつらいこと、背の変形、肩、手首、手指、肘に痛みがあり、大きい物、重い物を持つことができない。</p>	<p>本人 ・掃除や買い物等を手伝ってほしい。</p>	<p>■有 □無 ・腰や膝、手首の関節に負担がかかる家事を補う必要がある。</p>				

<p>社会参加・対人関係 ・一人暮らし。自宅で一人で過ごす時間が多い。</p>	<p>本人 ・特になし</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</p>				
<p>健康管理 ・肩・手首・手指・膝の痛みがある。 ・まれに(月1回程度)失禁がある。</p>	<p>本人 ・安定した状態で過ごしたい。</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無</p>				

第1表

介護予防サービス計画書（1）

作成年月日 平成26年4月18日

初回・紹介・継続・認定申請中

NO. 利用者氏名 M. S 様 生年月日 明・大・昭 13年 11月 8日（満90歳）
住所 K市〇〇 (連絡先) 0200-60-0000
計画作成者氏名 R. S 計画作成者所属事業所名・所在地 (連絡先)
計画作成（変更）日 平成26年4月18日 初回介護予防サービス計画作成日 平成26年4月18日
認定日 平成26年3月27日 認定有効期間 平成26年3月1日～平成27年2月28日 状態区分 地域支援事業・要支援1・要支援2

<p>目標とする生活 利用者及び 家族の意 向・希望</p>	<p>(1日の生活の中でしていきたいこと) ・必要な家事の支援を受け安心して生活できる。</p>	<p>(月単位や年の単位でしていきたいこと) ・背筋を伸ばして歩けるようになる。</p>						
<p>介護認定審査会 の意見及び サービスの 種類の指定</p>		<p>必要な事業, プログラム(基 本チェックリスト)</p>	<p>運動 不足</p>	<p>栄養 改善</p>	<p>口腔 内ケア</p>	<p>閉じこもり 予防</p>	<p>物忘れ 予防</p>	<p>うつ 予防</p>
<p>主治医意見書, 検診結果, 観察結果等を ふまえた留意点</p>	<p>特になし</p>							
<p>総合的な 支援の方針</p>	<p>(改善・予防のポイント) ・体（関節）に負担のかかる家事を補う。 ・リハビリを続ける。</p>	<p>(本来行うべき支援が実施できない場合の適切な支援の実施に向けた方針)</p>						

※ 計画に関する同意

私はこの介護予防サービス計画書（第1表・第2表）について同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印

担当地域包括支援センター
 _____ 印
 〈意見〉

第2表

介護予防サービス計画書(2)

フリガナ
利用者氏名 M S 様

作成年月日 平成26年4月18日

優先順位	目標・期間	支援のポイント	支援計画				
			支援内容	サービス種別・頻度	事業所等	期間	
1	(具体的生活行為の目標) 必要な家事支援を受け、安心して生活できる。 (期間:いつまでに) 3ヶ月後	関節にかかる無理な負担をさけ、安定した病状で過ごせるようにする。	(本人のセルフケア) 関節に負担のかかることは避ける。		いつも		3ヶ月
			(家族の支援)				
			(インフォーマルサービス)				
			(介護保険等事業) 掃除, 買い物の支援	介護予防 訪問介護	2回/ 週	K介護センター	3ヶ月
			(市町村サービス等)				
2	(具体的生活行為の目標) 背筋を伸ばして歩ける。 (期間:いつまでに) 3ヶ月後	自分で定期的にリハビリを行う。	(本人のセルフケア) 自主リハビリ(病院から支持された内容)	本人	毎日		3ヶ月
			(家族の支援)				
			(インフォーマルサービス)				
			(介護保険等事業)				
			(市町村サービス)				

※1 目標・期間には、優先する順番を記入し、望む生活のために必要と合意された具体的生活行為の目標と期間(いつまでに)を記入する。

※2 支援のポイントには、課題分析者の考える支援のポイント(チームとして共有する点、留意すること等)を記入する。

※3 支援内容には、本人(セルフケア)、家族、地域のインフォーマルサービス、介護保険事業に区分し、それぞれどのような支援を行うかを具体的に明記する。

※4 サービス種別については、支援内容を適切に提供できるサービスの種別を具体的に記入する。

※5 事業所等については、サービスに書かれたサービスを最も適切に提供する事業所等を記入する。なお、家族の行う支援内容については、具体的に誰が中心となるかを記入する。

総合事業への移行に向けた介護予防ケアマネジメントの考え方

2015.03.25. 宮城県ケアマネジャー協会 小湊純一。

1 自立支援

予防も介護も自立支援。支援や介護のし過ぎは依存と能力低下を招く可能性が大きい。

『してもらって介護ではなく自立支援の介護である』ということ、保険者、事業者、利用者、家族の共通理解にすることが大変重要です。

(1) 残存能力の最大限活用

- ① 専門的アセスメントによる能力評価と自立生活阻害の問題把握
- ② 自分で出来ることを自分でするための支援を徹底

(2) 提案・情報提供による自己決定尊重

- ① 改善，維持，悪化防止のための提案・情報提供による決めるための支援
- ② 情報提供のための高齢者ケアに関するスキルアップ

(3) 可能な限り住み慣れた地域で

- ① 生活意向の尊重と生活継続のための他職種による共通意識と協働
- ② 要介護でも普通に地域で自宅で生活するための支援

2 必要性優先

サービス優先ではなく，利用者の必要性を優先

(1) アセスメントの結果に基づく，根拠の明らかなケアプランとサービス提供

認定を受けたからデイサービス，家事支援ではない。心身の能力評価による生活支障へのサービス提供

(2) 利用者本人の自立を最優先

介護報酬優先による過剰サービス，能力低下にならないための，公正中立のケアマネジメント実践

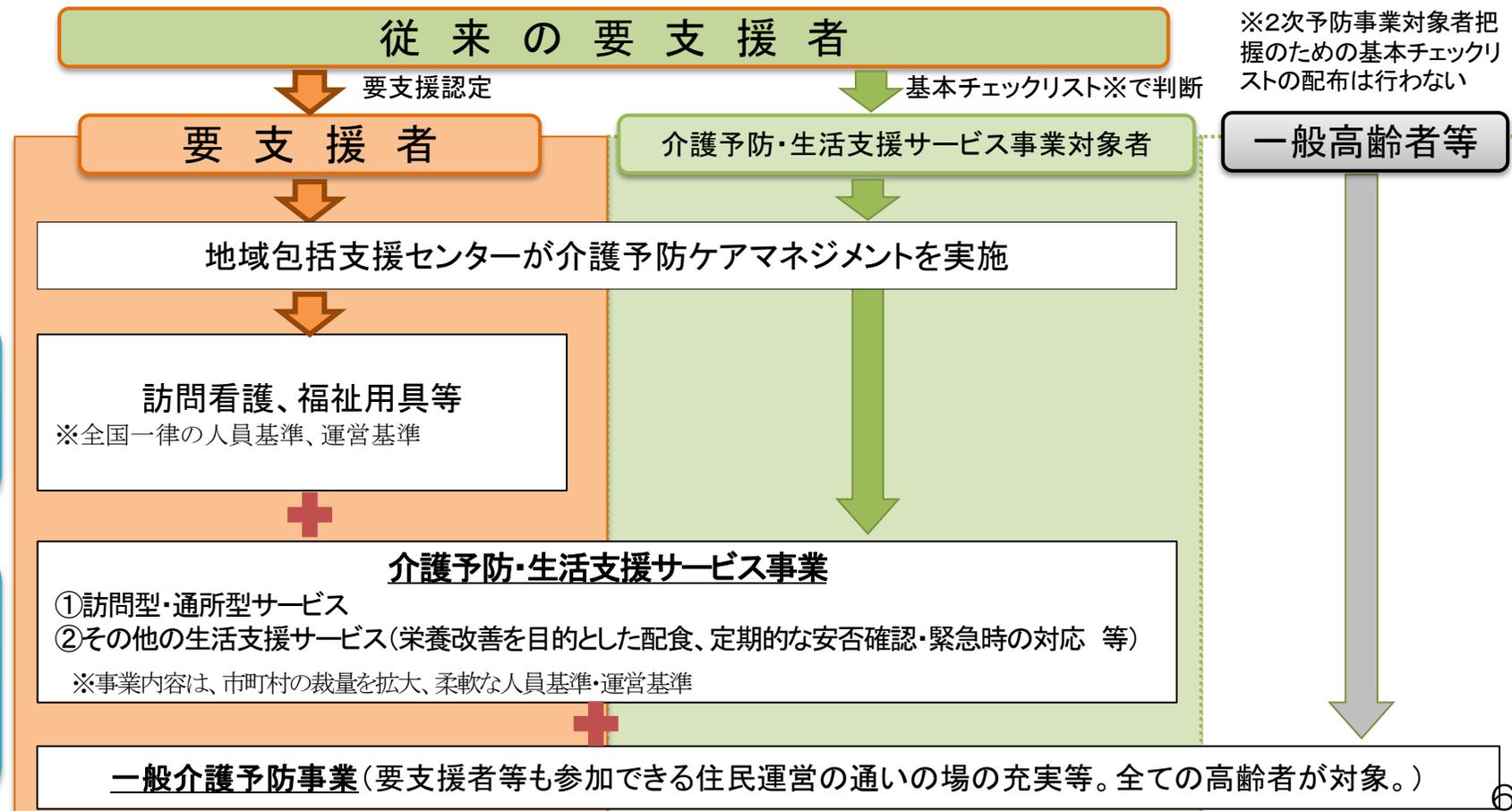
3 効果効率

効果的効率的サービス提供

(1) 介護・医療系の専門職による高額サービスから地域のお互い様の安価なサービスへ必要に

応じて使い分ける，効果効率を考えたケアマネジメント実践

- 訪問介護・通所介護以外のサービス(訪問看護、福祉用具等)は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
 - 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業(介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)のサービスと介護予防給付のサービス(要支援者のみ)を組み合わせる。
 - 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に(基本チェックリストで判断)。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



介護予防給付

総合事業

第2 サービスの類型

○ 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す(別紙参照)。(P21～)

①訪問型サービス (P22～) ※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	<p>○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース</p> <p>○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 <p>※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。</p>	<p>○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース <p>※3～6ヶ月の短期間で行う</p>	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

②通所型サービス（P23～） ※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

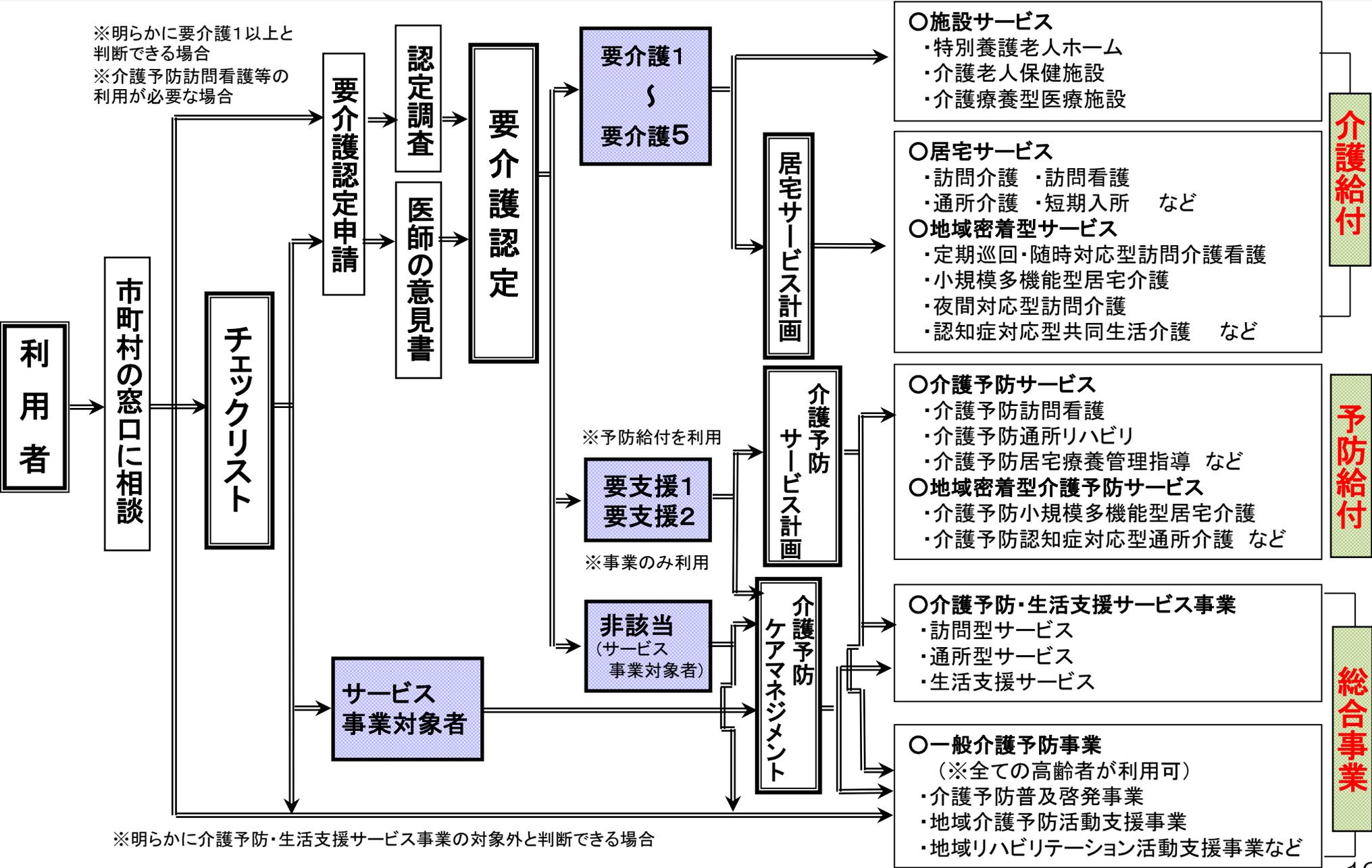
- 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 ＋ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

③その他の生活支援サービス（P24～）

- その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。

【参考】介護サービスの利用の手続き



介護給付

予防給付

総合事業

1 関係者間での意識の共有(規範的統合の推進) (P73～)

(1) 地域包括ケアシステムの構築と規範的統合

地域包括ケアシステムの構築に向け、市町村は、介護保険事業計画等で目指すべき方向性・基本方針を定め、その方向性・基本方針を介護事業者・住民等の関係者で共有(規範的統合)し、地域資源を統合していくことが重要。

(2) 明確な目標設定と本人との意識の共有

総合事業の効果的な実施のためには、この高齢者自身を含めた幅広い関係者が、支援を必要とする高齢者の意識、ケアプラン、設定された目標等を共有していくことが重要。

(3) ケアプランの作成

介護予防ケアマネジメントにおいては、地域包括支援センターが作成するケアプランに、可能な限り従来の個別サービス計画に相当する内容も含め、本人や家族、事業実施者が共有することが望ましい。

(4) モニタリング・評価

必要に応じて事業の実施状況を把握し、目標と乖離した場合にケアプランを変更し、順調に進行した場合は事業を終了。その際、高齢者がセルフケアを継続できるよう、必要な情報提供、アドバイスを行う。

(5) セルフケア・セルフマネジメントの推進

高齢者自身が、自らの機能を維持向上するよう努力するには、分かりやすい情報の提示、専門職の助言等とともに、成果を実感できる機会の増加が必要。そのため、専門機関、専門職による働きかけやツールの提供が効果的。

(6) 「介護予防手帳(仮称)」等の活用

セルフマネジメントの推進等のため、母子保健にて活用されてきた「母子健康手帳」の概念を総合事業に活用。

2 効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方

～保健・医療の専門職が関与し、短期で集中的なアプローチにより自立につなげる方策～ (P81～)

(1) 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点

(2) サービス担当者会議と多職種協働による介護予防ケアマネジメント支援

4 介護予防ケアマネジメントの実施・サービスの利用開始

介護予防ケアマネジメントは、利用者に対して、介護予防及び生活支援を目的として、その心身の状況、置かれているその他の状況に応じて、その選択に基づき、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行うものである。

(1) 介護予防ケアマネジメントの概要

(概要)

- 介護予防ケアマネジメントは、予防給付の介護予防支援と同様、利用者本人が居住する地域包括支援センターが実施するものとするが、市町村の状況に応じて、地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所に対する委託も可能である。
- 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、市町村においてその地域の実情に応じて、どのような実施体制が望ましいかについて検討し、実施する。

<望ましい実施体制の例>

ア 地域包括支援センターが、すべて介護予防ケアマネジメントを行う。

イ 初回の介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが行い、(1クール終了後の)ケアプランの継続、変更の時点以後は、居宅介護支援事業所で行い、適宜、地域包括支援センターが関与する。

※ 居宅介護支援事業所が多くのケースについて介護予防ケアマネジメントを行う場合も、地域包括支援センターは初回の介護予防ケアマネジメント実施時には立ち会うよう努めるとともに、地域ケア会議等を活用しつつ、その全てに関与する。

(予防給付とサービス事業を併用する場合)

- 予防給付とサービス事業によるサービスをともに利用する場合にあっては、予防給付によるケアマネジメントにより介護報酬が地域包括支援センターに対して支払われる。

給付管理については、予防給付とサービス事業の給付管理の必要なものについては、併せて限度額管理を行う。

- 小規模多機能型居宅介護や特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護を利用し、地域包括支援センターがケアマネジメントを実施しない場合には、予防給付においてケアマネジメントを行っていることから、前述と同様、事業によるサービスを利用している場合にあっても、事業によるケアマネジメント費を支給しない。

(要介護認定等申請している場合における介護予防ケアマネジメント)

- 福祉用具貸与等予防給付のサービス利用を必要とする場合は、要介護認定等の申請を行うことになる。
- 要介護認定等申請とあわせて、サービス事業による訪問型サービスや通所型サービス等の利用を開始する場合は、現行の予防給付の様式で介護予防ケアマネジメントを実施する。

※ 認定結果と利用サービスや報酬の関係は、第6の1(11)サービス利用開始又は認定更新時期における費用負担を参照。

(2) 事業による介護予防ケアマネジメントの類型

○ 介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態や、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、

- 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）
 - 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）
 - 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）
- の3パターンに分けて行う。

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）

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、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。

モニタリングについてはおおむね3ヶ月ごとに行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。

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）

サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施する。

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）

初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」等を記載）を利用者に説明し、理解してもらった上で、住民主体の支援等につなげる。その後は、モニタリング等を行わない。

また、その者の状態等に応じた適切なサービス提供につながるよう、ケアマネジメントの結果については、サービス提供者に対して、利用者の同意を得てケアマネジメント結果を送付するか、利用者本人に持参してもらう。

ケアマネジメントの結果、一般介護予防事業や民間事業のみの利用となり、その後のモニタリング等を行わない場合についても、アセスメント等のプロセスに対して、ケアマネジメント開始月分のみ、事業によるケアマネジメント費が支払われる。

（具体的な介護予防ケアマネジメント（アセスメント、ケアプラン等）の考え方）

①原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス（ケアマネジメントA）	
・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合	アセスメント →ケアプラン原案作成
・訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合	→サービス担当者会議 →利用者への説明・同意
・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合	→ケアプランの確定・交付（利用者・サービス

	提供者へ) →サービス利用開始 →モニタリング（給付管理）
②簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス（ケアマネジメントB）	
・①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合（指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等）	アセスメント →ケアプラン原案作成 （→サービス担当者会議） →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付（利用者・サービス提供者へ） →サービス利用開始 →モニタリング（適宜）
③初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス（ケアマネジメントC）	
・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合（※必要に応じ、その後の状況把握を実施）	アセスメント （→ケアマネジメント結果案作成） →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

※（ ）内は、必要に応じて実施

- 市町村（地域包括支援センター等）の判断により、①から③までの介護予防ケアマネジメントのプロセスは、その途中においても、利用者本人の状況等に応じて、変更できるものである。
- 介護予防ケアマネジメントを行い、整理された課題に対する具体的ケアプラン（好事例等）については、第5の2（1）自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点を参照。
- ケアプラン、ケアマネジメント結果等を交付された後、利用者は、サービスの利用を開始する。
- モニタリング、サービス担当者会議の実施と報酬に関しては、「表 10 サービス事業のみ利用の場合のケアマネジメント費」「第5の2（2） サービス担当者会議と多職種協働による介護予防ケアマネジメント支援」をあわせて参照のこと。

（3） 介護予防ケアマネジメントにおける留意事項

- 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、自立支援や介護予防のため、総合事業の趣旨やケアマネジメントの結果適当と判断したサービスの内容について、利用者が十分に理解し、納得する必要がある。そのため、地域包括支援セン

ターは、利用者本人やその家族の意向を的確に把握しつつ、専門的な視点からサービスを検討し、そのサービス内容、自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置付けていること、それによりどのような効果を期待しているのか等を利用者に丁寧に説明し、その理解・同意を得て、サービスを提供することが重要である。

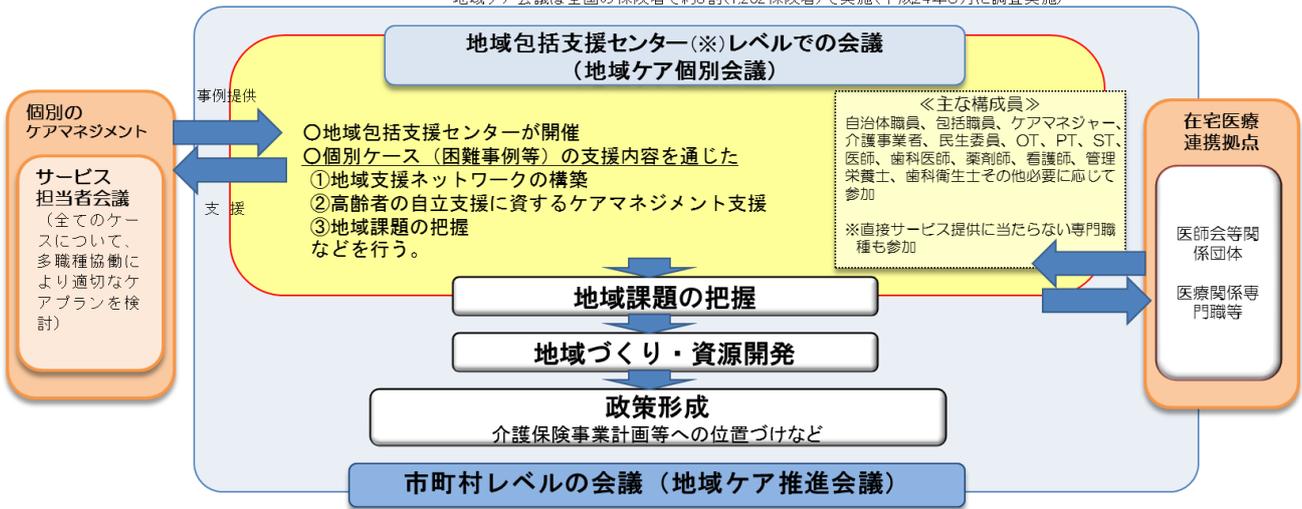
- 給付管理を伴わないサービス利用の場合においても、指定サービスについて給付管理が行われる趣旨が損なわれることのないよう、利用者の状態等に応じた内容・量のサービスをすることが適当である。
- 総合事業においては、ケアプランの自己作成に基づくサービス事業の利用は想定していない。予防給付において自己作成している場合は、現行制度と同様、市町村の承認が必要である（介護給付と異なる）が、加えてサービス事業を利用する場合は、必要に応じ、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントにつないでいくことが適当である。
- 総合事業の介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものであり、その介護予防ケアマネジメントの支援の一つとして、地域ケア会議の活用が考えられる（以下参照）。

<地域ケア会議のイメージ>

地域ケア会議の推進

- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。
 - ・ 適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして位置づけ
 - ・ 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
 - ・ 地域ケア会議に参加した者に対する守秘義務を規定 など

・地域包括支援センターの箇所数:4,328ヶ所(センター・フランチ・サブセンター合計7,072ヶ所)(平成24年4月末現在)
 ・地域ケア会議は全国の保険者で約8割(1,202保険者)で実施(平成24年6月に調査実施)



<地域ケア会議で介護予防ケアマネジメント支援を行っている取組例>

地域ケア会議でケアマネジメントのレベルアップを図っている取組例 ～奈良県生駒市～

○生駒市は、複数の地域包括支援センターが事例を持ち寄り、多職種協働でケース検討を実施。会議で方向付けられた支援内容を実際に行い、その結果を次の会議で報告し、支援の妥当性を検討。これを繰り返すことで地域包括支援センター全体で自立支援のプロセスが共有され、成功体験の蓄積がケアマネジメントのレベルアップにつながっている。

【ここがポイント！】

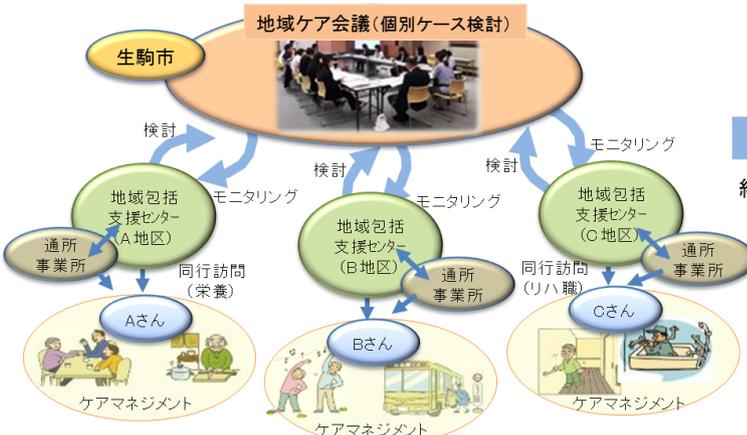
- ①ケース検討は、要点を押さえる。漫然と行わない。(1事例15分以内)
- ②1事例につき、初回、中間、最終の最低3回検討。(モニタリングが重要)
- ③疾患別等に体系化して集中議論で効率化
- ④継続(毎月1回)

- ・ 保険者主催で毎回、25～30事例を検討。
- ・ 検討会は180分以内に収める。(初回事例は1件15分、モニタリングは5分程度)
- ・ 効率化を工夫(アセスメント様式の統一、初回・中間・終了の経過が一覧できる記録様式、疾患別属性別に事例の類型化等)
- ・ 多職種で検討(通所スタッフ、リハ、栄養、歯科)



地域包括支援センター	委託 6カ所
総人口	121,031人
65歳以上高齢者人口	27,491人(22.7%)
75歳以上高齢者人口	11,496人(9.5%)
要介護認定率	15.6%
第5期1号保険料	4,570円

平成25年4月1日現在



- 地域包括支援センター
 - ・ 自立支援の視点が定着
 - ・ アセスメント力が向上
 - ・ 個を視る目と地域を視る目の両方がバランスよく備わった
 - ・ 高齢者自身の自立の意識を高める関わり方が向上
 - ・ 家族の負担軽減策を具体的に立てられる
 - ・ 地域の資源や人材を活かすアイデアが豊富に

- 通所事業所
 - ・ 自立支援の視点が定着
 - ・ アセスメント力が向上
 - ・ 的確な個別プログラムが立てられる
 - ・ 通所の“卒業”の意識が定着
 - ・ 通所卒業を念頭に置いて居場所と役割づくりを並行して行うようになり、“卒業”を達成できる

事例 (生駒市)	84歳 男性 高齢世帯(夫)	要支援1(2012/6/1~2013/5/31) ⇒ 更新せず
	83歳 女性 (妻)	要介護1(2012/6/1~2013/5/31) ⇒ 要介護1
	要介護認定を受けた経緯： 夫は、脊柱管狭窄症で歩行や風呂の出入りがしづらくなった。 妻は、物忘れが目立ち、生活管理全般が一人では難しくなった。	



夫婦で通所(パワーアップ教室)へ



夫が上手に見守りながら妻が料理



夫は畑仕事を再開、妻は通所で記録係のボランティア

	【開始時点】(2012.10)	【3か月後】(2013.1)	【6か月後】(2013.7)
ADL IADL	(夫)腰痛で姿勢の向きを換えたり荷物を運ぶことが難しい。畑仕事を中断 (妻)金銭・服薬・物品管理が難しい 家事全般に夫の助けを借りている	(夫)姿勢の向きを楽に換えられるようになった 買物の荷物を持って歩くことができる (妻)手順を踏む行為(料理等)が難しくなっている	(夫)畑仕事を再開(クワの使用が可能になる) (妻)夫の助けを借りながら、家事を行っている。
地域 ケア 会議 による 検討	(夫)妻を一人にして出かけるのが心配 ストレスと夜間不眠あり (妻)困惑感、イライラ感が募る ↓ ①二人で通所事業へ(週2回) 互いに交流の幅を広げる ②地域包括支援センターの訪問	(夫)通所終了 畑仕事の再開準備(通所の仲間の応援 で土を耕し、ウネを作る) (妻)通所継続 お茶を配る、記録をつける等の役割を 増やす ①リハ職訪問(生活場面でのアドバイス)	妻のケアマネジメント、リハ職の対応を継続 ↓ 夫は、日常生活が困らなくなり、自 ら要介護認定を更新しなかった。 【現在】(2013.10) (夫)妻の様子を客観的に見られるようになり、 不安が緩和。 (妻)パワーアップ教室でボランティアとして参 加。笑顔が増える。 夫婦ともに、通所での仲間づくりを通じて、気 持ちは明るくなり、活動的になっている。
リハ職 の対応	(夫)腰痛を回避する動作、筋力アップの 方法をアドバイス (妻)通所でお茶を配るなどの役割をつくり 自信回復。夫へ関わり方をアドバイス	(夫)畑仕事に必要な動作、筋力アップの 方法をアドバイス (妻)自宅台所で、実際に料理をしなが ら夫に上手な指示の仕方をアドバイス	

事例は、本人の了解を得た上で、生駒市から提供

(介護予防ケアマネジメントにおける様式)

- 介護予防ケアマネジメントに関する様式については、予防給付で用いている様式を活用する他、市町村の判断で任意の様式を使用することも可能である。

また、介護予防ケアマネジメントを簡略化する場合においては、市町村の判断でケアプランの様式を任意で簡略化したものを作成して使用することも可能である。ただし、市町村で統一しておくことが望ましい。

- ケアプランの作成の必要がなく、初回のみケアマネジメントを行う場合は、サービス事業の利用の前に利用者及びサービス提供者等とケアマネジメント結果等を共有することにより、ケアプランの作成に代えることもできる。ケアマネジメント結果としては、「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策(利用サービス)」等については記載がのぞましい。

また、介護予防ケアマネジメントの形態にかかわらず、ケアプラン内容やケアマネジメントの結果の他、本人の介護予防に関する情報を記載して、本人に携帯してもらえるような取組なども検討することが望ましい。

※ 第5の1(6)「介護予防手帳(仮称)」等の活用も参照

- 市町村においては、統一した様式を使用するに当たって、居宅介護支援事業者、介護サービス事業者等とも、使用方法や認識の統一を図ることが望ましい。
- また、自立支援に向けたケアマネジメントを進める観点や、多職種間で意識の共有を進める観点から、アセスメントや、課題分析、モニタリングの参考様式として、「興味・関心チェックシート」「課題整理総括表」「評価表」「アセスメント地域個別ケア会議総合記録票(モデル事業様式)」等について、積極的に活用す

ることが望ましい。

(簡略化した介護予防ケアマネジメントにおける留意事項)

- 初回のみ介護予防ケアマネジメントを実施することとした場合は、その後は名簿等の簡易な利用者管理を行うことも可能とする。
- 初回のみ介護予防ケアマネジメントや簡略化した介護予防ケアマネジメントによりモニタリングを省略する場合は、利用者の状況に変化があった際に、適宜サービス提供者等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適当である。

<状況悪化を見過ごさない仕組みづくりの例>

- サービス提供者と地域包括支援センターの間で、利用中止・無断欠席などのケースについて報告する仕組みをつくる。
- 定期的に専門職が活動の場を巡回し、参加状況を確認する。
- 活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。
- 出席簿を作成の上、毎月報告を求める。

(サービスの利用開始と費用の支払)

- 事業対象者の特定は、前述のとおり基本チェックリストの活用・実施により行う。基本チェックリストの活用・実施後、介護予防ケアマネジメントが開始されるが、その際、名簿への記載等により、介護予防ケアマネジメントの対象者を特定しておく。
- 事業対象者である旨の証(被保険者証)は、基本チェックリスト実施により事業対象者であると特定された後、介護予防ケアマネジメントの依頼を受けたタイミングで発行する。(予防給付における「介護予防サービス計画作成依頼届出書」の提出に代わり、事業では「介護予防ケアマネジメント依頼書」を提出する。)
- 要介護認定等申請を行い、非該当となった場合は、基本チェックリストを実施し、サービス事業の対象とすることができる。(通常の流れと同じく、「介護予防ケアマネジメント依頼書」の作成、名簿登録、被保険者証の発行を行う。)

なお、要支援認定を受けている者が要支援認定を更新せずに継続的にサービスを利用することができるよう、有効期間終了時に介護予防・生活支援サービス事業の対象者とするこゝで、引き続き介護予防ケアマネジメントに基づき、切れ目のないサービスを利用することを可能とする。

<表 10 サービス事業のみ利用の場合のケアマネジメント費（サービス提供開始の翌月から3ヶ月を1クールとしたときの考え方）>

ケアマネジメントプロセス	ケアプラン	利用するサービス		サービス提供開始月	2月目(翌月)	3月目(翌々月)	4月目(3ヶ月後)
原則的な ケアマネジメント	作成あり	指定事業者 のサービス	サービス担当者 会議	○	×	×	○
			モニタリング等	— (※1)	○ (※1)	○ (※1)	○ (面接による) (※1)
			報酬	基本報酬 +初回加算(※2)	基本報酬	基本報酬	基本報酬
		訪問型C・ 通所型C サービス	サービス担当者 会議	○	×	×	○
			モニタリング等	—	○	○	○
			報酬	基本報酬 +初回加算	基本報酬	基本報酬	基本報酬
簡略化した ケアマネジメント	その他 (委託・補助)の サービス	サービス担当者 会議	△ (必要時実施)	×	×	×	
		モニタリング等	—	×	×	△ (必要時実施)	
		報酬	(基本報酬-X-Y) +初回加算 (※3)	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y	
初回のみ の ケアマネジメント	作成なし ケアマネ ジメン ト 結果の 通知	その他 (委託・補助)の サービス	サービス担当者 会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報酬	(基本報酬+初回加算)を 踏まえた単価 (※4)	×	×	×
		一般介護 予防・民間 事業のみ	サービス担当者 会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報酬	(基本報酬+初回加算)を 踏まえた単価 (※4)	×	×	×

(※1) 指定事業者のサービスを利用する場合には、給付管理票の作成が必要

(※2) 基本報酬: 予防給付の単価を踏まえた単価を設定

(※3) X: サービス担当者会議実施分相当単位, Y: モニタリング実施分相当単位

(※4) 2月目以降は、ケアマネジメント費の支払いが発生しないことを考えて、原則的なケアマネジメントの報酬単価を踏まえた単価

第5 自立支援に向けた関係者間での意識の共有（規範的統合の推進）と効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方～一歩進んだケアマネジメントに向けたガイドライン～

1 関係者間での意識の共有（規範的統合の推進）

(1) 地域包括ケアシステムの構築と規範的統合

- 地域包括ケアシステムの構築においては、市町村は、介護保険事業計画等で目指すべき方向性を明確にし、地域単位で具体的な基本方針を定め、その基本方針を介護サービス事業者・医療機関・民間企業・NPO・地縁組織・住民等のあらゆる関係者に働きかけて共有することによって、地域内に分散しているフォーマル・インフォーマル資源を統合していくことが重要である。

（参考）市町村が進める地域包括ケアシステムの構築に関する基本方針が、同一の目的の達成のために、地域内の専門職や関係者に共有されることを表すものとして、「規範的統合」という表現がある（価値観、文化、視点の共有）。

※（『地域包括ケアシステムの構築に向けては、市町村は具体的な基本方針を明示し、関係者に働きかけて共有していく「規範的統合」が必要となる。市町村が示す基本方針の背景についての十分な理解がないままに、システムのみ統合を図っても、その効果は発揮できないため、「規範的統合」は重要な意味を持つ。』地域包括ケア研究会（2014.3）「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムの在り方に関する調査研究事業報告書」三菱UFJリサーチ&コンサルティング）

- 総合事業における、各利用者へのサービス提供に係る地域包括支援センターや市町村、事業主体といった関係者間の情報共有及びサービス提供にあたっての意識共有も「規範的統合」であり、ここでは、サービス提供における「規範的統合」を推進するために必要な事項を示す。

(2) 明確な目標設定と本人との意識の共有

- 総合事業では、介護事業所のみならず、NPOや民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人、地縁組織、シルバー人材センター等、多様な事業主体が多様なサービスの実施主体となる。また、高齢者自身が担い手として活躍することで、生きがいや介護予防にもつながるものである。このような幅広い関係者が、支援を必要とする高齢者の意識、ケアプラン、設定された目標等を共有していくことが重要である。
- 総合事業のサービス提供におけるケアプランは、高齢者が自らのケアプランであると実感できるものでなくてはならず、その目標は、達成可能で、しかも本人の意欲を引き出せるよう明確に設定される必要がある。
- そのためには、①かつて本人が生きがいや楽しみにしていたこと（しかし今はできなくなったこと）で、②介護予防に一定期間（例：3か月）取り組むことにより実現可能なこと、そして③それが達成されたかどうか具体的にモニタリング・評価できる目標とすることが望ましい※。もちろん、設定された目標はサービス提供者に共有され、目標の達成に役立つプログラムが実施されなければならない。

※（介護予防マニュアル改定委員会（2011.3）「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所）

- 生活意欲が低下している高齢者等については、具体的な目標を表明しない場合

も少なくない。その際、ケアマネジメント等において、高齢者等の興味・関心に気付くヒントを得るためのツールとして、「興味・関心チェックシート」が開発されているので、その活用も一つの方法である。

(参考) 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
<u>セルフケア</u> 清潔・整容、排せつの自立、 TPOに応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をする
<u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分ですます
<u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人とい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
<u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
<u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
<u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く
<u>知識の応用（判断・決定）</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
<u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ

(介護予防マニュアル改定委員会(2011.3)「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所)

興味・関心チェックシート

氏名：_____ 年齢：_____ 歳 性別（男・女） 記入日：H____年____月____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)				賞金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(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)

- なお、介護予防は終わりのない取組であり、事業の利用が終了した後も、高齢者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要がある。さらに、介護予防とは単に総合事業その他の市町村事業だけでなく、家庭でのセルフケアや地域での様々な支援をも含むものであるから、総合事業の直接の関係者のみならず、地域の支え手である民生委員や老人クラブ、自治会・町内会等の役割も重要であり、それらの多様な主体が高齢者の継続した取組を支援するため、「地域が目指すべき目標」について「規範的統合」が図られていくことも重要である。

(3) ケアプランの作成

- 総合事業は、多様な事業主体が多様なサービスの実施主体となることから、従前の予防給付のようなサービス提供責任者が存在しない形態も想定される。そこで、総合事業における介護予防ケアマネジメントにおいては、地域包括支援センターが作成するケアプランに、可能な限り従来の個別サービス計画に相当する内容も含め、本人や家族、事業実施者が共有することが望ましい。
 - ※ 従前の予防給付に相当する専門性を要するサービスを提供する場合には、当該事業所と地域包括支援センターが連携し、ケアプランに基づいて個別サービス計画を作成することになる。
- したがって、初回のサービス担当者会議は充実した内容とすることが適当であり、将来を予測した支援の内容等を、一定程度定めておくことが必要になる。
- また、適切な目標設定、サービス選定のためには、アセスメントによる利用者の心身の状況（特にADL、IADL）の正確な把握が欠かせない。課題整理総括表等を活用し、関係者で共有することも望ましい方策である。
 - ※ 市町村で既に活用している様式があれば、当該様式を活用しても可。
- なお、利用者本人が自らのケアプランであると実感し、ケアプランで立てたステップからの乖離に自ら気づくためには、専門用語の使用はできるだけ避けるか、十分に説明をし、理解を得た上で使用する必要があることに留意する必要がある。このことは、多様な事業主体が連携するためにも有効である。

(4) モニタリング・評価

- 地域包括支援センターは、利用者介護予防・生活支援サービス事業による支援が実施されている間、必要に応じて実施状況を把握し、目標との乖離が見られた場合には、再度、ケアプランを作成することになるが、順調に進行した場合には事業を終了し、本人との面接等により評価を行う。この場合は、事業終了後も高齢者がセルフケアを継続できるよう、一般介護予防事業の紹介等、必要な情報提供、アドバイスをを行うことが不可欠である。
- また、サービスを利用する過程において、ケアプランで立てたステップからの乖離が見られた時には、事業実施者はもちろんのこと利用者本人や家族もそれに気づき、適宜、地域包括支援センターに情報を集約することで、状況に応じて適切なサービスが提供されるよう努めることも重要である。

(5) セルフケア・セルフマネジメントの推進

- 法第4条第1項において「国民の努力及び義務」※として示されているように、高齢者には、要介護状態とならないための予防やその有する能力の維持向上に努めることが求められている。

※ 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常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おいても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

- 高齢者自身が、必要な支援・サービスを選択し利用しながら、自らの機能を維持向上するよう努力を続けるためには、分かりやすい情報の提示、専門職の助言、支援・サービスの利用による効果の成功体験の蓄積・伝達が求められるとともに、自ら健康を保持増進していく過程に対する動機をもち、必要な知識を持った上で自らの行動を変え、成果を実感できる機会の増加が必要である。
- そのためには、セルフマネジメントのプログラムの提供が有効であり、専門機関、専門職による教育的な働きかけやツールの提供が効果的と考えられる。具体的には、地域住民に対するセルフマネジメント講習の実施や、地域包括支援センターや保健師・看護師、ケアマネジャー等が、高齢者との接する中で、適宜、その役割を担う体制が期待される。

(6) 「介護予防手帳（仮称）」等の活用

（「介護予防手帳（仮称）」について）

- セルフマネジメントを推進するため、あるいは多様な支援者が本人の心身の状況等を把握し、共有化された支援の方針や目標に向かって支援していくためのツールとして、母子保健において活用されてきた「母子健康手帳」の概念を総合事業に活用することが考えられる※。

※ 『日本の公衆衛生史のなかでも一定の効果をあげてきた母子保健において、セルフマネジメントのツールとして活用されてきた母子健康手帳の概念を、他の世代にも活用する試みも効果的と考えられる。「養生」の意識が比較的高いと考えられる介護予防の対象者への介入を先行させることも一つの方法である。』（地域包括ケア研究会（2014.3）「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムの在り方に関する調査研究事業報告書」三菱UFJリサーチ&コンサルティング）

- 母子健康手帳の意義は、妊娠期から乳幼児期までの健康に関する重要な情報が、一つの手帳で管理されることにある。母子健康手帳には、各種の健康診査や訪問指導、保健指導といった母子保健サービスを受けた際の記録が一つの手帳に記載されるため、異なる場所で、異なる時期に、異なる専門職が母子保健サービスを行う場合でも、これまでの記録を参照するなどして、継続性・一貫性のあるケアを提供できるメリットがある※。

※ 「母子健康手帳の交付・活用の手引き」

- 高齢者の分野においても、これまで老人保健事業における「健康手帳」や地域支援事業における「介護予防手帳」が活用されており※1、「介護予防手帳」については、以下を参考とするよう示しているところである※2。

※1 白井市、富山県等。

※2 地域支援事業に関するQ&A

- 名称：各市町村で命名して差し支えない。
- 用途：介護予防事業の効果的な実施のためには、本人、家族、地域包括支援センター、事業者等の関係者が、介護予防事業に関する情報を共有することが求められる。このため、生活機能の状況や、介護予防ケアプランの内容等をファイリングし、本人に携行させる媒体として、介護予防手帳を活用するものとする。
- 交付対象者：特定高齢者及びその他希望する者
- 大きさ：A4版を標準とする。
- 形態：二穴ファイルを標準とする。
- ファイリングする書類の例：
 - ①基本チェックリスト
 - ②健康診査等の結果票
 - ③医療機関から提供された診療情報
 - ④利用者基本情報
 - ⑤介護予防サービス・支援計画書
 - ⑥介護予防サービス・支援評価表
 - ⑦事業者による事前・事後アセスメントの結果票
 - ⑧介護予防に関する啓発資料
(各プログラムの内容、地域のサービス資源、相談窓口のリスト等)
 - ⑨その他、介護予防に関する書類

(「介護予防手帳(仮称)」の活用)

- 「介護予防手帳(仮称)」は、セルフマネジメントを推進し、規範的統合を図る目的では、以下のように活用することが考えられる。

- ①地域包括支援センターによるアセスメント結果(心身の状況)や、状態を維持改善するためのアドバイス、必要な支援・サービス、到達すべき短期目標・長期目標等が記入された手帳を交付。
- ②本人がいつでも手帳の記載内容を確認できるようにすることで、本人のセルフマネジメントを促す。
- ③サービス利用時には手帳を必ず持参することとし、その都度、サービス提供者も手帳の内容を確認してからサービスを実施し、必ず記録。
- ④各サービス提供者が他のサービスの実施状況も確認できるようになることで、状況に応じた、より適切なサービス提供が期待でき、まさに規範的統合を推進するツールにもなり得る。
- ⑤手帳にセルフケアの記録欄等を設けることで、総合事業の利用終了により地域包括支援センターから離れても、セルフマネジメントにより介護予防を継続するためのツールとなる。

- 掲載内容や使用方法、手帳のサイズ、あるいは手帳の形式ではなくファイル形式にするなど、地域の関係者によって適切なツールを検討し、合意の上、使用することが望ましい。
- 内容を充実させる場合、例えば、市が掲げる地域包括ケアシステム構築のための基本方針や総合事業のメニューの掲載を行ったり、ボランティアポイント手帳と兼ねることも考えられる。逆に持ち歩き等を考慮すれば、ケアプランのエッセンスをわかりやすくA4サイズ1枚程度にまとめ、随時、確認できるようにすることでも効果はあると考えられる。
- なお、平成26年度中に介護予防手帳（仮称）の標準例を参考にお示しする予定である。

※ 事業対象者には対象者であることを証明する何らかの証の交付が必要と考えられるが、これを手帳で代替することも考えられる。基本的にはお薬手帳程度のコンパクトな手帳が望ましい。

（その他）

- このほか、サービス担当者会議に本人・家族が出席し、専門職の助言を受けられる体制も、セルフマネジメントの推進となりうる。
- なお、地域住民には積極的に生活や健康をセルフマネジメントするとともに、資源が有限であることを認識し、市町村の政策を理解することも求められ、市町村は、地域住民の努力が財政上もたらす効果等を示すことも重要である。

2 好事例等から得られた自立支援に向けた効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方～保健・医療の専門職が関与し、短期で集中的なアプローチにより自立につなげる方策～

(1) 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点

(概要)

- 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントは、要支援者等が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、ケアマネジメントのプロセスを通じて本人の意欲に働きかけながら目標指向型の計画を作成し、地域での社会参加の機会を増やし、状態等に応じ、要支援者等自身が地域の支え手になることを目指すものである。
- 特にADL・IADLの自立支援では、在宅生活で要支援者等の有する能力が実際に活かされるよう支援することが重要であることから、必要に応じて地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、日常の環境調整や動作の仕方などの改善の見極めについてアドバイスができるリハビリテーション専門職等が、ケアマネジメントのプロセスに関与していくことが望ましい。
さらに、この場合は、訪問で居宅での生活パターンや環境をアセスメントし、通所では訪問で把握した生活行為や動作上の問題を集中的に練習するなど、訪問と通所が一体的に提供されることが効果的である。
具体的には、①通所型サービスCや訪問型サービスCを組み合わせる、又は②地域リハビリテーション活動支援事業による生活環境のアセスメントと他の通所型サービスや一般介護予防事業を組み合わせる、などが考えられる。
- 以下は、リハビリテーション専門職等との連携による介護予防ケアマネジメントの視点をそれぞれの構成要素について説明したものであり、ケアマネジメント実施の際に留意して取り組むことが望ましい。

イ 課題分析

- 課題分析の目的は、本人の望む生活(=「したい」)(生活の目標)と現状の生活(=「うまくできていない」)のギャップについて、課題分析項目に基づく情報の収集から「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題(目標)」を明らかにすることである。
- 課題分析の過程を通して、生活機能のどこに問題があり、困った状況になったのかを本人・家族と認識を共有し、必要な助言を行うことで、プラン実施の際には本人・家族の取組を積極的に促すことができる。また、将来の生活機能の低下を予防することにもつながる。
- 状態を把握する際には、
「なぜ、要支援認定の申請をしたのだろうか(申請のきっかけ)」、
「なぜ、要支援状態になったのだろうか」、
「生活の中で何か困っていることが生じているのだろうか」、
「それはいつから、具体的にどんなことで、困っているのだろうか」、
「最も困っている人は本人なのだろうか、家族なのだろうか」、
というように、「なぜ」を考えつつ、本人や家族から、必要な情報をもらさず聞き取ることが重要である。

- 「なぜ」を考える際には、居宅を訪問した上で、課題分析標準項目を参考に、「どこに問題があるのだろう」を考え、客観的にかつ「どの程度」といった定量的な情報を把握する。下表に、課題分析標準項目の中で、特に要支援者等について把握が必要な項目を例示する。

表 11 要支援者等について特に把握が必要な課題分析（アセスメント）に関する項目（例）

標準項目名	項目の主な内容（例）
健康状態	既往歴、主傷病、症状、痛み、服薬管理状況、睡眠の状態、筋力、持久力など身体機能に関する項目
A D L	立ち座り、歩行、運搬、洗髪・洗体など入浴、爪切り、下着の脱着等に関する項目
I A D L	調理、整理整頓、掃除、洗濯、買い物、服薬管理などに関する項目
認知	日常生活を行う上での認知機能の程度に関する項目
コミュニケーション能力	視力、聴力などのコミュニケーションに関する項目
社会との関わり	社会的活動・趣味活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感、人的交流状況、家族や地域との関わり状況などに関する項目
排尿・排便	排尿・排便頻度と失禁の有無
じょく瘡、皮膚の状態	皮膚の清潔状況に関する項目
口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
食事摂取	食事・水分の摂取量、栄養の状態に関する項目
問題行動	暴言・暴行、徘徊、収集、火の不始末等に関する項目
介護力	介護者の有無、介護者の介護意思、介護者の身体的・心理的負担感の程度、主な介護者に関する情報等に関する項目
居住環境	手すりや段差解消などの住宅改修の必要性、歩行車などの福祉用具の必要性、危険箇所等の現在の居住環境、本人がよく利用してきた地域の社会資源と地理的状況（アクセス手段、自宅からの距離等）に関する項目
特別な状況	虐待、ターミナルケア等に関する項目

- 状態の把握にあたっては、「できていない・問題がある」というマイナス部分だけではなく、「できている・頑張っている」というプラスの部分も把握し、プラスの部分については、それが家庭内や地域の通いの場などで発揮できないか検討することが重要である。そのことで、要支援者等の自己有効感を高め、積極的な社会参加や活動的な生活を促すことができる。
- また、課題分析では、本人はどのような生活を望んでいるのか、具体的に「(できれば)してみたい・参加してみたい」A D L・I A D L、趣味活動、社会的活動などの内容を聞き取ることが重要である。なぜなら、「こういうことをしてみたい」という生活の目標を認識し、それに向かうことができれば、生活の意欲を高めることができるからである。
- しかし、高齢者は周囲への遠慮や、あきらめ、意欲の低下により、具体的な目

標を表明しないこともある。そこで、併せて、家族が本人とどのような生活を望んでいるのか、本人に何をさせたいと考えているのか、といった家族の意向も聞き取ることが重要である。さらに、別添の「興味・関心チェックシート」を活用することで、高齢者自身も忘れていた興味・関心に気づき、それを目標にできる場合があるので積極的活用が望ましい。

- また、課題分析の段階でも、必要に応じて地域リハビリテーション活動支援事業（第6の2 一般介護予防事業を参照）を活用し、リハビリテーション専門職等による生活行為の妨げになっている要因のアセスメントや、生活の予後予測等を求めることも考えられる。

□ ケアプラン

- ケアプランの目的は、「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成することである。
- 手法としては、3～12か月を目途とする本人自身がこのような自立した生活を送りたいと思う「生活の目標」に対し、3～6か月を目途とする維持・改善すべき課題である「目標」が達成されることを目的に
 - ・「どのように改善を図るのか」（最も効果的な方法の選択）
 - ・「どこで、誰がアプローチするとよいのか」（最も効果的手段の選択）
 - ・「いつ頃までに」（期限）
 を考慮し、計画を作成することが望ましい。
- また、ケアプランの作成の際には、本人・家族と①本人のしたい生活（生活の目標）のイメージを共有し、②生活の目標が達成されるためには「維持・改善すべき課題」（目標）の解決を図ることが大切であること、③目標が達成されたら、生活機能を維持し、さらに高めていくために、次のステップアップの場である様々な通所の場や社会参加の場に通うことが大切であることを説明しておくことが重要である。
- 本人にとってのステップアップの場となる社会資源が地域にない場合は、その開発を検討する必要がある。地域ケア会議の場等を活用して生活支援コーディネーターや市町村等に情報提供することが望ましい。
- 要支援者等の「維持・改善すべき課題」別の代表的な状態としては、①健康管理の支援が必要な者、②体力の改善に向けた支援が必要な者、③ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者、④閉じこもりに対する支援が必要な者、⑤家族等の介護者への負担軽減が必要な者、に整理することができ、要支援者等によっては複数該当する場合も考えられる。

ケアプランの作成にあたっては、支援課題別状態に合わせ、対応方法を組み合わせ、リハビリテーション専門職等によるアセスメント訪問と生活機能向上を目的とした通所を一体的に提供し、最終的には一般住民等が実施する身近な通いの場に結びつくよう、段階的、集中的に実施することが求められる。以下に、支援課題別状態から想定される対応方法とケアプランの在り方、モデル事例を例示する。

表 維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方（例）

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	事例
①健康管理の支援が必要な者	<p>・高血圧や糖尿病、がんなど服薬管理を含め、疾患管理が必要な者。</p> <p>・飲水・食事摂取量の低下、睡眠量の低下、便秘などから認知機能の低下や体調不良を呈し、その管理の支援が必要な者。</p> <p>・健康状態の悪化もしくは管理がうまくできていない者かつ本人・家族が管理することが難しいまたは第三者による管理が必要な者</p>	<p>①悪化要因が疾病によるものである場合は受診をすすめる。</p> <p>②リハビリテーション専門職等（管理栄養士や保健師等）との同行訪問で、健康のアセスメントや在宅での具体的取り組み方法の指導を受け、自分で管理できるようになる。</p> <p>③健康管理に対する知識・意識を高め、行動変容に結びつく通所での健康教育の場への参加を促す。</p> <p>（1）まず、食事や水分摂取量、服薬管理など生活を整える支援を行う。</p> <p>（2）次いで、自分で管理できるよう健康教育を実施する。</p> <p>（3）栄養改善、口腔機能・運動機能向上プログラムを実施する。</p> <p>④本人に健康管理に対する健康教育を実施したが理解や意識が低く、かつ家族の支援が得られない者に対しては健康管理のための支援を検討する。</p> <p>⑤目標達成後は、地域の住民主体の体操教室などに参加し、自分の健康を維持できるよう、ステップアップの場である通いの場へ参加できるようにする。</p>	<p><u>80歳 男性のAさん 要支援1→1</u></p> <p>元々、社交的な方だったAさん。一人暮らしになり娘夫婦との同居をきっかけに閉じこもりがちになった。注意散漫で転倒しやすく、物忘れが進んできた。保健師による訪問で、糖尿病があり、医師から食事制限の指導があるにも関わらず、毎日ドーナツなどのおやつや甘いコーヒーを飲んでいて、食事と運動の指導を行い、通所介護で食事と水分のコントロール、運動プログラムに参加を促した。また、近所の男性ボランティアに相談し、ウォーキングに誘ってもらった。結果、注意力が高まり、物忘れもなくなり、通所介護を終了し、地域のウォーキング会に参加するようになった。</p> <p><u>81歳 男性のBさん 要支援2→更新せず</u></p> <p>旅行を楽しみとしていたBさん。歩くとふらつくということで臥床がちに。保健師による訪問で、本人が疲労をつよく訴えたこと、糖尿病の管理もうまくいっていないことから受診を勧める。結果、甲状腺機能低下があり服薬治療が開始される。通所介護で生活リズムを整えるとともに運動プログラムに参加した。通所の帰り、徒歩で帰ることが可能となる。通所介護を終了し、地域の通いの場である体操教室に参加をすることとなった。</p>

<p>②体力の改善に向けた支援が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・健康状態が悪化した結果、体力が低下し、体力の向上支援が必要な者 ・退院後間もない者 ・体力が低下し、ADLやIADLが疲れてうまくできない者 ・閉じこもりがちで体力の低下の恐れがある者 	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、体力が低下した理由をアセスメントし、動作の仕方や環境調整、効果的な運動プログラムの指導を行う。</p> <p>②体力改善に向け、通所で集中的に運動プログラムを実践。</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) まずは、送迎による外出支援 (2) 通所で運動プログラムの提供による体力向上支援 (3) 徐々に歩いて行ける範囲への通いの場へ移行できるよう、屋外歩行の練習など外出練習をする。もし、歩いて行ける範囲に通いの場がない場合は、公共交通機関の利用練習も併せて実施し、買い物や趣味活動などの日常生活に結びつくよう支援する。 <p>③目標達成後は、運動の習慣化をするために地域の住民が運営している体操教室などに参加をすすめ、仲間と共に体力の維持を実践できるようにする。</p>	<p><u>90歳 Cさん男性 要支援2→2</u></p> <p>シルバーカーを利用して、散歩や集会場の高齢者の集いに参加することを楽しみにしていたCさん。夏の脱水をきっかけに体力が低下し、寝たり起きたりの生活となる。送迎を利用し通所介護の運動プログラムに参加する。徐々に体力がつき、近所程度は散歩できるようになったことから、歩いていける通いの場に参加することとした。結果、地域の住民が集まるサロンに参加するようになった。</p> <p><u>75歳 Dさん女性 要支援2→更新せず</u></p> <p>元々デパートへ行くことが楽しみだったDさん。大腿骨頸部骨折による退院後、歩行や体力に自信がないということで、外出は通院のみであった。リハビリテーション専門職等の訪問で、アセスメントを行い、玄関の段差に手すりの設置や歩行車を導入。近くの通いの場に、ボランティアの送迎で、運動プログラムに参加する。結果、歩くことに自信がつき、地域住民が実施する通いの場の体操教室に参加し、最近ではバスを利用しデパートにも行けるようになった。</p>
<p>③ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・不自由になっているADL/IADLに対し、生活行為の仕方の練習や道具の工夫など環境を調整するなどの支援が必要な者 	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、ADL/IADLのアセスメントと、在宅で動作の仕方や道具の工夫などの環境調整を行い、自分でできるようにする。</p> <p>②併せて、通所に参加し、</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) ADL/IADLの基本的動作の集中的な練習を 	<p><u>80歳 男性のEさん 要支援1→更新せず</u></p> <p>趣味のグラウンドゴルフや町内会の会長をするなど活動的な生活を送っていたEさん。脳梗塞後、住宅改修の相談で介護保険を申請。独居で、ゴミの運搬や浴槽の出入りができず、困っていた。リハビリテーション専門職等の訪問により、環境調整や動作の仕方を指</p>

	<p>・認知機能の低下、痛みや筋力などの低下から、生活行為に支障があり、道具や環境の工夫、動作の仕方などの指導が必要な者</p>	<p>実施する。</p> <p>(2) ADL/IADLの生活行為そのものを反復的に実施する。</p> <p>(3) 通所で練習しているADL/IADLの生活行為は、通所の場面だけではなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。</p> <p>③目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。</p>	<p>導した結果、入浴はできるようになる。併せて運搬動作の練習のため、通所介護を利用。運搬が容易になったことで買い物にも行けるようになり、通所介護を終了し、元々していたグラウンドゴルフの会に参加するようになった。</p> <p><u>84歳 女性のFさん 要支援2→2</u></p> <p>軽トラックを運転して、買い物に行くなど家の家事のほとんどを担っていたFさん。腰痛後、家事のすべてを娘がするようになった。リハビリテーション専門職等の訪問により、歩行車の導入と洗濯や物干しの仕方、箒ばきやモップによる掃除の仕方、自宅からバス停までの歩行の仕方を指導する。併せて、通所介護でも動作の練習や運動プログラムに参加した。徐々に外出に対する自信がつき、近所のお店まで買い物に行けるようになる。結果、通所を終了し、地域の通いの場で体操に参加し、友達もでき通いの場が楽しみになっている。家では掃除、洗濯、買い物を担当するようになった。</p>
<p>④閉じこもりに対する支援が必要な者</p>	<p>・病院から退院してまもない者</p> <p>・孤独感や生活の意欲が低下している者</p> <p>・うつや認知機能などが低下している者</p>	<p>①リハビリテーション専門職等の訪問で、閉じこもりになった理由をアセスメントし、生活の中で楽しみにしていた、大切にしていた生活行為を聞き出し、家庭でできる家事などの役割の回復を促す。</p> <p>②うつや認知機能に低下がみられる場合は、受診を勧める。</p> <p>③訪問で、役割や余暇活動の機会を提供し、本人のし</p>	<p><u>82歳 Gさん男性 要支援2→1</u></p> <p>囲碁教室に通うことを楽しみにしていたGさん。腰痛で立ち座りや家事の一部が困難になったことをきっかけに、閉じこもりがちになった。訪問で本人のしてみたいことを確認し、歩く自信をつけることを目的に通所介護を利用する。歩行に自信がつき、通所介護を終了し、歩いていける範囲にある通いの場に参加する</p>

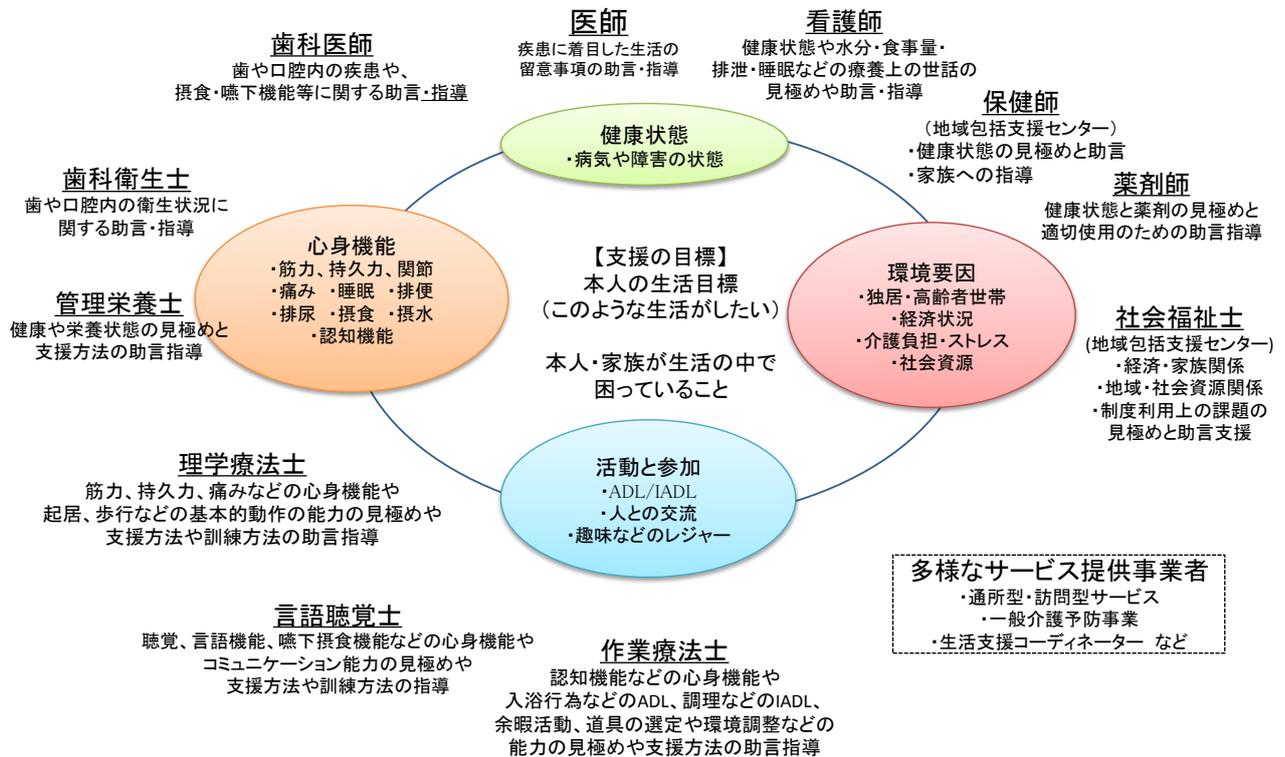
	<ul style="list-style-type: none"> ・日中、家庭での役割や趣味活動など何もすることがない者 ・社会的活動に参加したいと思っているが体力などに自信がなく、閉じこもっている者 ・家族が閉じこもりがちな状態に対し、心配している者 	<p>たい生活行為ができるよう支援する。併せて、体力の向上の必要性を説明し、理解を得つつ、通所への参加を促す。</p> <p>④通所参加後は、</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) まず、送迎による外出支援を行いつつ、 (2) 人的な交流 (3) 運動プログラムの実施など本人のしたい活動の拡大を図る。 <p>目標達成後は、身近な通いの場に歩いて参加し、人的交流や運動プログラム、仲間と様々な余暇活動の参加の機会を提供する。</p>	<p>こととした。結果、公民館の囲碁教室に通うようになっていく。</p> <p><u>80歳 Hさん女性 要支援2→2</u></p> <p>友達とスポーツジムの水中ウォーキングに参加することを楽しみとしていたHさん。膝の痛みもあり、物忘れが出始めたころから、閉じこもりがちになった。体操が好きとのことで介護予防通所介護の運動プログラムに参加する。併せてボランティアの訪問も行い、一緒に毎日1時間の散歩をする。結果、相変わらず財布がないと言っているものの穏やかになり、本人の希望により通所介護から元々参加していた地域の友達がいるスポーツジムに参加するようになる。</p>
<p>⑤家族等の介護者への負担軽減が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が本人の健康状態に対し不安を持ち、精神的に負担に思っている者 ・本人との関係の中で心理的ストレスを感じている者 ・ADL や IADL に具体的に介護負担を感じている者 ・他の家族に介護が必要な者ができたことによる物理的介護負担がある者 	<p>①家族を含め介護者が、精神的にも介護負担を感じている場合は、通所を活用し、一定の期間の介護軽減を図る。</p> <p>②リハビリテーション専門職等の訪問で、</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 本人の健康状態や介護軽減につながる環境のアセスメントし、環境調整を実施する。併せて、本人には体力の向上などの必要性を含め、通所への参加を説明、理解を得る。 (2) 本人への自立支援プログラムをケアマネジメント実施者や通所サービス提供事業所のスタッフに提案する。 <p>③訪問では、家族が具体的に介護負担を感じている生活行為について、支援を行う。</p>	<p><u>83歳 Iさん男性 要支援2→2</u></p> <p>山師の仕事を引退後、畑をしていたがだんだんと日中何もしたがらなくなり、うつ病と診断され、寝たきりになってきた。歩き方も不安定で、立ち座り時ふらつく。リハビリテーション専門職等の訪問で、手すりの設置、手すり付きベットを導入する。通所介護は拒否。妻はふさぎ込んでいる夫と共に過ごす時間が苦痛になっている。訪問介護を導入し、家族の介護負担軽減を目的に通院援助を実施した。また、リハビリテーション専門職等の訪問による運動の指導は受け入れが良好だったので、在宅での運動の指導から徐々に再度通所介護の運動プログラムに参加を進めた。</p>

		<p>(1) 通院援助</p> <p>(2) 介護軽減に向けた環境調整</p> <p>(3) 排泄などのADLの介護支援</p> <p>③併せて通所型サービスを組み合わせ、</p> <p>(1) 家族の休息</p> <p>(2) 本人への運動プログラムや栄養改善のためのプログラム、ADL/IADLの生活行為の基本的動作の集中的な練習、生活行為そのものを反復的に実施する。</p> <p>④通所での本人の有する能力の改善に合わせ、通所の場面だけではなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。</p> <p>⑤併せて、家族に対し、本人ができるようになった生活行為を説明、本人の生活意欲を高めるためにも、本人が有する能力を発揮できるような関わり方など教育的アプローチを実施する。本人と家族の状況を踏まえつつ、訪問による支援方法も変更する。</p> <p>⑤目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。</p>	<p>98歳 Jさん女性 要支援2→2</p> <p>シルバーカーを押して、散歩をするなど生活を送っていたが、徐々に生活機能が低下し、食事量も低下、臥床がちの生活となっていた。また、夜間のトイレの失敗や紙パンツに排便することが増加し、その後始末が家族にとって精神的負担となっていた。保健師の訪問で食事・水分摂取量の確認と医療への受診を勧め、医師から栄養補助剤の処方してもらい、栄養を確保した。排便は定期的にあることから、訪問介護を導入し、排便誘導と朝のトイレの後始末を支援した。</p>
--	--	---	---

ハ モニタリング

- モニタリングの目的は、支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し、次の支援計画に結びつけていくことである。
 - モニタリングの結果、目標が達成された場合は、速やかに再課題分析を行い、課題が解決されている場合は、次のステップアップのために、住民主体や一般介護予防事業などの通いの場を見学するなど、スムーズな移行に配慮する。
 - 新たな課題が見つかった場合、目標達成が困難な場合は、計画を組み直すことになるが、その際も必要に応じてサービス担当者会議等でリハビリテーション専門職等の意見を入手し、維持・改善の可能性を追求することが望まれる。
- (2) サービス担当者会議と多職種協働による介護予防ケアマネジメント支援
- サービス担当者会議では、サービス提供事業者だけではなく、必要に応じて下図のリハビリテーション専門職等の参加により、対象者の有する能力はどの程度あるのか、改善できるのかという見通し、効果的な支援方法を入手し、自立支援の視点に立ったケアマネジメントを実践することが望ましい。

図 サービス担当者会議で求められるリハビリテーション専門職等の発言内容



対象者の生活目標を達成するために、なぜうまくできないのか、困っているかの要因を分析する際に、様々な職種が得意とするアセスメント領域の自立の可能性について意見を参考とすることで、生活の目標を阻害している要因を特定することができる。また、自立に向けた具体的解決策についても提案していただくことで、効果的自立支援が実施できる。

- サービス担当者会議では、
 - ① 会議開催前には、「〇〇さんの自立を支援するためには、どの様な支援が必要

か」をまず考えた上で、図のリハビリテーション専門職等の中から、自立支援に向けたチームをどのように構成するかを検討する。

- ② 会議開催時には、ケアマネジメント担当者が、ケースの年齢や家族構成などの基本情報、今回の認定申請等に至った経緯、維持・改善すべき課題とそれに至る課題分析の過程、計画の原案を説明する。
 - ③ その後、リハビリテーション専門職等の各職種が得意とする領域から、計画の原案に対して、アセスメントで不足している視点、新たな維持・改善すべき課題の有無・内容、効果的な支援方法などの助言を受けることになるが、積極的な発言が得られるよう、本人の情報を十分に用意するなど配慮する。
 - ④ また、介護予防・生活支援サービス提供事業所が会議に参加することで、
 - ・ 要介護者のしたい生活（生活の目標）のイメージや維持改善すべき課題（目標）を共有でき（支援の方向性の共有）、
 - ・ リハビリテーション専門職種等から個別事例にあった運動の仕方、ADL/IADLの生活行為の自立支援の仕方、認知症高齢者の具体的対応の仕方など、支援方法の情報を入手でき（効果的なアプローチ方法の入手）、
 - ・ 的確な通所計画などを立案でき、効果的なサービスの提供を促すことができる。
- 多職種協働によるサービス担当者会議の開催は、ケアマネジメントのスキルアップのみならず、サービス提供事業所の質の向上にも働きかけることができる。
- サービス担当者会議は、一事例について、初回、ケアプランの目標が達成する時期ごとに開催することが望ましい。目標達成後は、必要に応じて再度サービス担当者会議を開催し、リハビリテーション専門職等から、
- ① 終了後も継続して取り組むとよい体操
 - ② 疾患からみた心身機能の特徴と関わり方
 - ③ 生活行為の仕方や考えられるリスク
- などの情報を、次のステップアップの場である地域の通いの場や社会資源のスタッフに提供することは、本人が安心して社会参加する上で有効である。
- また、このような個別の事例を通じたサービス提供者、住民主体の支援の担い手、一般介護予防事業のスタッフ等の連携は、効果的な体操などが地域の社会資源間のどこでも取り組まれるきっかけとなり、地域全体での生活機能の維持に向けた取組みが推進されることにつながるものである。