# 介護予防・生活支援サービス事業における介護予防マネジメント」

～自立支援型の介護予防ケアマネジメントを改めて考える「したい」「できるようになりたい」を実現するために～

2017.02.13.　ふくし＠ＪＭＩ　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。

『してもらう介護ではなく自立支援の介護である』ということを，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

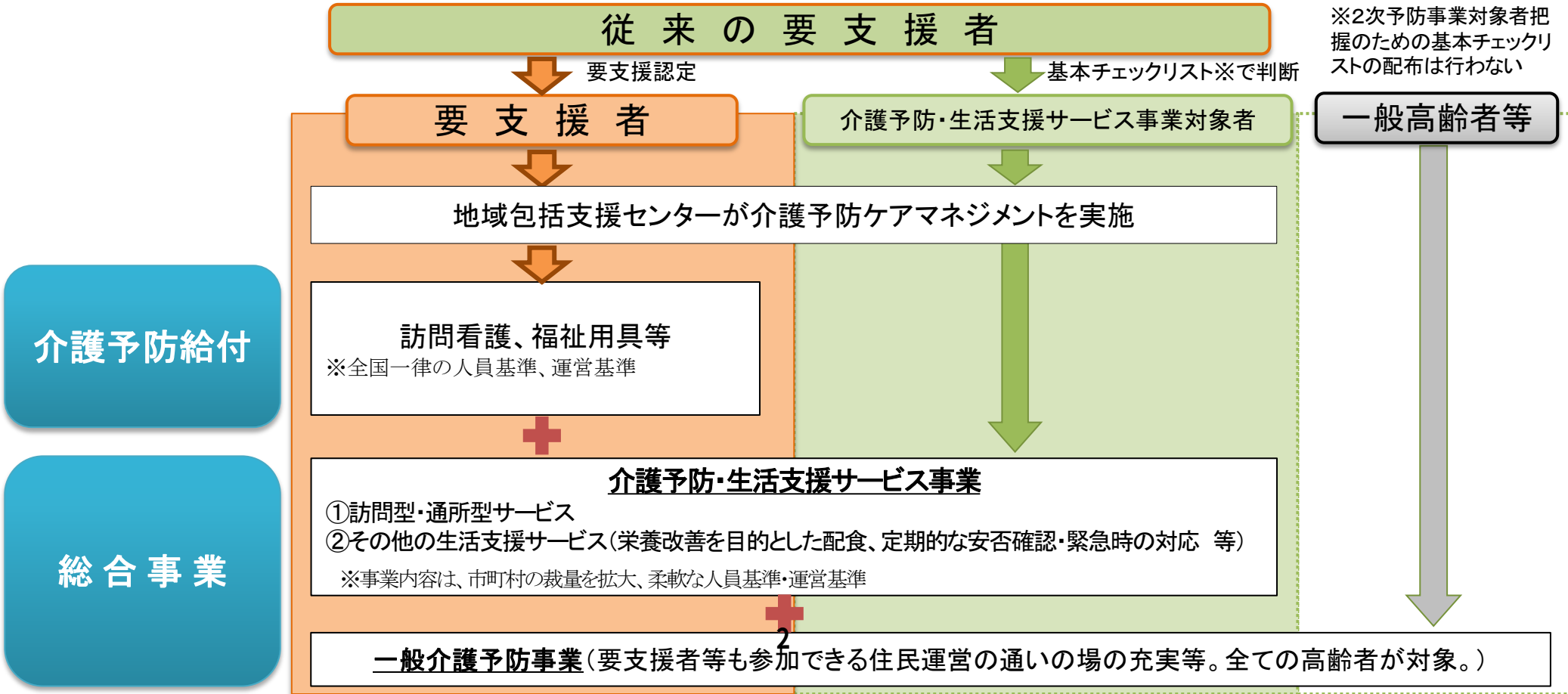
# 【参考】総合事業の概要

○ 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。



# 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 | ○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<br>○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<br>（例）<br>・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<br>・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<br>※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 | | ・体力の改善に向けた支援が必要なケース<br>・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース<br>※3～6ケ月の短期間で行う | 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) | 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<br>（緩和した基準によるサービス） | ③ 通所型サービスB<br>（住民主体による支援） | ④ 通所型サービスC<br>（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<br>生活機能の向上のための機能訓練 | ミニデイサービス<br>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<br>○「多様なサービス」の利用が難しいケース<br>○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<br>※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<br><br>※3～6ケ月の短期間で実施 |
| 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<br>＋ボランティア | ボランティア主体 | 保健・医療の専門職<br>（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。

## 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（申請のきっかけ）」、

「なぜ、要支援状態になったのだろう」、

「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 |
| ＡＤＬ | 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 |
| ＩＡＤＬ | 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 | 日常の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」ＡＤＬ・ＩＡＤＬ、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。

ロ　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。

# 自立支援のための課題分析

（別紙４）

## 課題分析標準項目について

### Ⅰ．基本的な考え方

介護サービス計画作成の前提となる課題分析については、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、要介護者等の有する課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならない。

この課題分析の方式については、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」（平成 11 年７月 29 日老企第 22 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知。以下「基準解釈通知」という。）第２の３（運営に関する基準）の（７）③において、別途通知するところによるものとしているところであるが、当該「基準解釈通知」の趣旨に基づき、個別の課題分析手法について「本標準課題分析項目」を具備することをもって、それに代えることとするものである。

### Ⅱ．課題分析標準項目（別添）

## 課題分析標準項目

基本情報に関する項目

| No. | 標準項目名 | 項目の主な内容(例) |
|---|---|---|
| 1 | 基本情報（受付、利用者等基本情報） | 居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目 |
| 2 | 生活状況 | 利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目 |
| 3 | 利用者の被保険者情報 | 利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目 |
| 4 | 現在利用しているサービスの状況 | 介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目 |
| 5 | 障害老人の日常生活自立度 | 障害老人の日常生活自立度について記載する項目 |
| 6 | 痴呆性老人の日常生活自立度 | 痴呆性老人の日常生活自立度について記載する項目 |
| 7 | 主訴 | 利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目 |
| 8 | 認定情報 | 利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目 |
| 9 | 課題分析（アセスメント）理由 | 当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目 |

課題分析（アセスメント）に関する項目

| No. | 標準項目名 | 項目の主な内容（例） |
|---|---|---|
| 10 | 健康状態 | 利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目 |
| 11 | ＡＤＬ | ＡＤＬ（寝返り、起きあがり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目 |
| 12 | ＩＡＤＬ | ＩＡＤＬ（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目 |
| 13 | 認知 | 日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目 |
| 14 | コミュニケーション能力 | 意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目 |
| 15 | 社会との関わり | 社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目 |
| 16 | 排尿・排便 | 失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目 |
| 17 | じょく瘡・皮膚の問題 | じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目 |
| 18 | 口腔衛生 | 歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目 |
| 19 | 食事摂取 | 食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目 |
| 20 | 問題行動 | 問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目 |
| 21 | 介護力 | 利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目 |
| 22 | 居住環境 | 住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目 |
| 23 | 特別な状況 | 特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目 |

# アセスメント「具体的支障把握の視点」（居宅）

## 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，瘻等）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 認知症の行動心理症状）

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？

# 自立支援のためのケアマネジャー

*要介護高齢者 介護支援の専門職*

1　要介護者等からの相談に応じて，要介護者等がその心身の状況等に応じた適切な在宅サービス，地域密着型サービス，施設サービス，介護予防サービスまたは地域密着型介護予防サービスを利用できるよう，保険者である市町村，サービス提供事業者等との連絡調整を行う者

2　要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的な知識・技術を有する者

*ケアマネジャーは自立支援*

**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もあります。

**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。

# ケアマネジャーの専門性

## 1　健康状態

（１）痛みのある利用者への対応

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）脱水症状

①　脱水症になる危険性を少なくします。

②　家族やケアスタッフが，脱水になる原因や脱水による症状に気をつけることができ，対応できるようにします。

（３）高齢者の心臓と肺の機能

①　心臓や肺（呼吸）の症状を，ただの老化現象として扱い，適切な医療やケアを受けていない利用者を把握して対応します。

②　心不全や結核など，医療的対応を必要とする高齢者に多い問題に気をつけて対応できるようにします。

（４）服薬管理と効果

①　服用している薬を把握し，その薬が効果的・効率的に作用するようにします。

（５）向精神薬を服用している利用者への対応

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。

（６）アルコール問題への対応

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。

（７）喫煙問題への対応

## 2　ＡＤＬ

（１）ＡＤＬの改善と支援

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行う場合もあります。

（２）転倒防止

①　最近転倒した利用者を特定します。

②　転倒の危険性のある利用者を特定します。

③　転倒の危険性を予測します。

④　転倒と，転倒による障害をできるだけ少なくします。

（３）健康増進

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。

## 3　ＩＡＤＬ

（１）ＩＡＤＬの回復と支援

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。

## 4　認知障害

① 認知障害があるかどうかを把握します。
② 認知障害を補うために，どのような方法をとることができるのかを判断します。

## 5　コミュニケーション

（１）コミュニケーション

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）視覚・聴覚

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　社会との関わり

（１）社会との関わり

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）うつと不安

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。

## 7　排尿・排便

（１）尿失禁・留置カテーテル

回復可能な失禁の原因を把握し，可能な対処方法を検討して対応します。

（２）排便の管理

腸の機能および消化器系の疾患の問題を評価し，関心を高めます。

## 8　褥瘡と皮膚の問題

（１）褥瘡

皮膚損傷の危険のある利用者を把握し，その予防と治療のためのケアを検討して対応します。

（２）皮膚と足

皮膚や足に問題があったり，問題が発生する危険性のある利用者を把握し，予防と治療のためのケアを検討して対応します。

## 9　口腔衛生

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。

## １０　食事摂取

栄養不良や，栄養問題の悪化する危険性がある高齢者を把握して対応します。

## １１　問題行動

問題行動（行動障害）のある利用者を把握し，原因とその解決策を検討します。
また，行動障害は改善されたとしても，行動を制限してしまっている可能性のあるケ

アを受けている利用者を把握して対応します。

## １２　介護力

①　介護が必要な高齢者への対応が困難な家庭を把握します。
②　家庭で，新しい介護負担に対応できるかどうかを把握します。
③　在宅での生活が続けられるような支援を提案します。

## １３　居住環境

利用者の健康状態，障害の状況から見ての危険な環境状態，自立生活を阻害する環境状態を把握して対応します。

## １４　特別な状況

（１）虐待

虐待や放置を受けている高齢者，または虐待の危険性を把握し，即時の対応が必要かどうかの状況を判断する。虐待を発見した場合には市町村・地域包括支援センターに通報します。

（２）ターミナルケア・緩和ケア

在宅でのターミナルケア，緩和ケアを希望する，もしくは受ける利用者に対して包括的ケアの必要性を把握して対応します。

介護保険と医療保険，その他公的・私的医療福祉制度なども活用します。

また，医療との連携が重要になるので，利用者本人と家族，主治医，病院，薬剤師，訪問看護ステーション，介護サービス事業所などとの綿密な打ち合わせ，話し合いによる合意と役割分担による対応をします。

# 居宅ケアプラン策定のための課題検討の手引き（抜粋）

## ２　ＡＤＬ

### 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，以下ににについて確認します。

① じょく創を予防
寝返りできない，失禁による汚れがある，栄養が不足している，じょく創の既往がある，など。
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，などにつながることがあります。
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 | ④ 動かない（廃用）ため |
| ア 急性期の病気 | ⑤ 生活習慣のため |
| イ 持病の進行 | ⑥ 悩み・不安等のため |
| ウ 痛みを伴う症状 | ⑦ 環境のため |
| エ 認知症 | ⑧ 薬のため |
| オ 精神疾患 | ア 薬が合わない |
| ② 怪我のため | イ 向精神薬のため |
| 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。対応されていなけ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 | 心理社会的／環境的問題 |
|---|---|
| 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 | 事故 |
| 冠動脈疾患 | 問題行動 |
| 脱水 | うつ |
| せん妄（急性の錯乱状態） | 治療を守らない |
| 進行した認知症 | 身体抑制 |
| 肺気腫，慢性閉塞性肺疾患（COPD） | 精神科疾患 |
| 骨折 | 社会的孤立 |
| 感染症 | 薬物の副作用，とくに向精神薬や鎮痛薬 |
| 栄養障害 | 入院 |
| 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 | |

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ない。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。

表３　ＡＤＬの確認

| | |
|---|---|
| ＡＤＬ援助を行っている理由 | （精神）　順番を間違える，動作を終えられない，不安による制限など<br>（身体）　体力低下，可動域制限，協調運動の低下，視覚障害，痛みなど<br>（環境）　間取り，居室の状況家族の支援状況（過介護か）など |
| 更衣 | |
| 入浴 | |
| トイレ | |
| 移動 | |
| 移乗 | |
| 食事 | |

表４　ＡＤＬ改善の目標

| 機能訓練の具体的目標を決める | １：現在のＡＤＬを維持するための目標<br>２：現在のＡＤＬを改善するための目標（現在できていないが，あと少しでできそうなことを選ぶ。） | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 更衣 | 入浴 | トイレ | 移動 | 移乗 | 食事 |
| 衣服のあるところに行き，選び，手にとる | 浴室・シャワー室に行く | トイレまで行く(夜間のポータブルや尿器も含む) | 室内を移動する □ | 姿勢を整え準備する | 開ける/注ぐ/ラップ をとる/切るなど |
| 上半身/下半身の衣服をつかみ/一旦身につける | 水を出す，温度を調整する | チャックをおろしたり，ズボンをさげる | 同一階を移動する □ | 椅子やベッドに近づく | 箸や茶碗，コップを握る |
| スナップやファスナーなどをとめる | 体を洗う(背中以外) | トイレに移乗し，姿勢を整える | 自宅内を移動する □ | 椅子やベッドの準備をする(座布団を置いたり，カバーをはずす) | 箸やスプーンを使う(必要なら指を使う) |
| 正しい順に着る | 体を流す | トイレに排泄する | 屋外を移動する □ | 移乗（立つ/座る/持ち上がる/ころがる） | 噛む，飲む，飲み込む |
| それぞれの衣類をつかむ，脱ぐ | タオルで体を拭く | トイレットペーパーをちぎり，おしりを拭く | でこぼこ道を移動する □ | 移乗後の姿勢を立て直す | 食事が終わるまで繰り返す |
| 元どおりに戻す | その他 | トイレを流す | その他 □ | その他 | おしぼりを使う，口や手をきれいにする |
| その他 | | 衣服を整え，手を洗う | ※車椅子は□をチェック | | その他 |

表５　　ＡＤＬ能力の確認

| ＡＤＬ能力を正しく評価するため，以下のことを確認します。 |
|---|
| １：動作を行うときに順番を間違うことはあるか。<br>食事の場合「食べ物を箸でつまみ，口元にもっていき，食べる」，更衣の場合「下着を上着の前に着る」など。<br>※皿と箸を本人の前に置いたり，着るものを順番に並べるなどの準備をすることで，身体的な援助はなくても自分で行えるか。 |
| ２：動作を行うときに途中で気が散ることがないか。 |
| ３：単純な指示でできるか。<br>介護者が「お茶を飲んでください。」というと飲むだろうか。 |
| ４：動作を始めることができるか。<br>いつも使っているもの（箸や歯ブラシなど）を手渡されれば，適切に使い始めることができるだろうか（箸や歯ブラシを口の中にもっていくなど）。<br>※始められない場合，ＯＴ・ＰＴなどの専門家の評価を受ける必要があるか。 |
| ５：動作を１度始めれば，続けることができるか。<br>たとえば，１度食べ始めると食べ続ける。 |
| ６：介護者の身振りを真似ることができるか。<br>利用者と向き合い，眼を合わせて，単純でなれた動作（そでに腕を通す，口に触れるなど）をすると，真似ることができるだろうか。 |
| ７：身体的な援助を１度すると，動作を続けることができるか。<br>介護者がフォークに食べ物をさし，手に持たせ，腕を誘導して口元に持っていけば，食べ続けることができるか。 |

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。

① じょく創を予防します。

② 失禁の悪化を予防します。

③ 筋力低下を予防します。

④ 拘縮を予防します。

⑤ 転倒を予防します。

# 地域包括ケアの実現に向けた地域包括支援センターの役割

1　地域包括支援センター事業と介護予防支援事業の割合

2　現在の地域包括支援センター事業

地域包括支援センターの機能

①　地域のネットワーク構築機能
　関連機関と連携しながら地域におけるフォーマルおよびインフォーマルな社会資源を網のように相互につなげること。このような地域の人々のつながりは、住民への情報提供、 住民のニーズの発見、住民による支援、専門職の連携などを可能にします。
②　ワンストップサービス窓口機能
　どのようなサービスを利用してよいかわからない住民に対して、１か所で相談からサービスの調整に至る機能を発揮する、いわばワンストップサービスの拠点として機能すること。
③　権利擁護機能
　高齢者に本人が有する権利を理解してもらうとともに、権利侵害の予防・発見、権利保障に向けた対応をすること。
④　介護支援専門員支援機能
　地域の介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを実践できるように、直接的または間接的に支援すること。

～地域支援事業～
①　介護予防ケアマネジメント事業
　介護予防ケアマネジメント事業は、二次予防事業の対象者（主として要介護状態等となるおそれの高い状態にあると認められ 65 歳以上の者）が要介護状態等になることを予防するため、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防事業その他の適切な事業が包 括的かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行うもの。
②　総合相談・支援事業
　総合相談・支援事業は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切な サービス、関係機関および制度の利用につなげる等の支援を行うもの。業務内容としては、総合相談、地域包括支援ネットワーク構築、実態把握など。
③　権利擁護事業
　権利侵害を受けている、または受ける可能性が高いと考えられる高齢者が、地域で安心して尊厳のある生活を行うことができるよう、権利侵害の予防や対応を専門的に行うもの。事業内容としては、高齢者虐待の防止および対応、消費者被害の防止および対応、判断能力を欠く常況にある人への支援など。
④　包括的・継続的ケアマネジメント支援事業
　包括的・継続的ケアマネジメント支援事業は、地域の高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的なケアマネジメントを介護支援 専門員が実践することができるように地域の基盤を整えるとともに個々の介護支援専門員へのサポートを行う。

３　平成２７年度からの地域包括支援センター事業

（１）機能強化

（２）在宅医療介護連携推進
　　在宅医療・介護連携支援センター

（３）認知症総合支援
・初期集中支援チーム
・地域支援推進委員

（４）地域ケア会議

（５）生活支援体制整備
・生活支援コーディネーター
・協議体

（６）介護予防ケアマネジメント
・介護予防・日常生活支援総合事業

# 介護予防支援

2016.02.08.　ふくし@ＪＭＩ　小 湊 純 一。

**（ねらい・目的）**

1　利用者が意欲を持って，必要な支援を活用しながら自立した生活を送れるようなケアマネジメントを行うための基本的考え方，プロセスについて理解する。

2　各種予防給付のサービス内容等を理解するとともに，実際にケアマネジメントを行うための手法について，介護予防サービス計画の原案作成の演習等をとおして理解をすすめる。

指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（抜粋）

**（趣旨）**

第一条の二　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。

２　指定介護予防支援の事業は，利用者の心身の状況，その置かれている環境等に応じて，利用者の選択に基づき，利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために，適切な保健医療サービス及び福祉サービスが，当該目標を踏まえ，多様な事業者から，総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

３　指定介護予防支援事業者は，指定介護予防支援の提供に当たっては，利用者の意思及び人格を尊重し，常に利用者の立場に立って，利用者に提供される指定介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者（以下「介護予防サービス事業者等」という。）に不当に偏することのないよう，公正中立に行わなければならない。

４　指定介護予防支援事業者は，事業の運営に当たっては，市町村，地域包括支援センター，老人介護支援センター，指定居宅介護支援事業者，他の指定介護予防支援事業者，介護保険施設，住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければならない。

**（内容及び手続の説明及び同意）**

第四条　指定介護予防支援事業者は，指定介護予防支援の提供の開始に際し，あらかじめ，利用申込者又はその家族に対し，第十七条に規定する運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い，当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。

２　指定介護予防支援事業者は，指定介護予防支援の提供の開始に際し，あらかじめ，介護予防サービス計画が第一条の二に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであること等につき説明を行い，理解を得なければならない。

（提供拒否の禁止）

第五条　指定介護予防支援事業者は，正当な理由なく指定介護予防支援の提供を拒んではならない。

（秘密保持）

第二十二条　指定介護予防支援事業所の担当職員その他の従業者は，正当な理由がなく，その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

２　指定介護予防支援事業者は，担当職員その他の従業者であった者が，正当な理由がなく，その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう，必要な措置を講じなければならない。

（介護予防サービス事業者等からの利益収受の禁止等）

第二十四条　指定介護予防支援事業者及び指定介護予防支援事業所の管理者は，介護予防サービス計画の作成又は変更に関し，当該指定介護予防支援事業所の担当職員に対して特定の介護予防サービス事業者等によるサービスを位置付けるべき旨の指示等を行ってはならない。

２　指定介護予防支援事業所の担当職員は，介護予防サービス計画の作成又は変更に関し，利用者に対して特定の介護予防サービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行ってはならない。

３　指定介護予防支援事業者及びその従業者は，介護予防サービス計画の作成又は変更に関し，利用者に対して特定の介護予防サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として，当該介護予防サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

（指定介護予防支援の基本取扱方針）

第二十九条　指定介護予防支援は、利用者の介護予防に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行わなければならない。

２　指定介護予防支援事業者は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス計画を策定しなければならない。

３　指定介護予防支援事業者は、自らその提供する指定介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

（指定介護予防支援の具体的取扱方針）

第三十条　指定介護予防支援の方針は、第一条の二に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

二　指定介護予防支援の提供に当たっては，懇切丁寧に行うことを旨とし，利用者又はその家族に対し，サービスの提供方法等について，理解しやすいように説明を行う。

三　担当職員は，介護予防サービス計画の作成に当たっては，利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため，利用者の心身又は家族の状況等に応じ，継続的かつ計画的に指定介護予防サービス等の利用が行われるようにしなければならない。

四　担当職員は，介護予防サービス計画の作成に当たっては，利用者の日常生活全般を支援する観点から，予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス，当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて介護予防サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

五　担当職員は，介護予防サービス計画の作成の開始に当たっては，利用者によるサービスの選択に資するよう，当該地域における指定介護予防サービス事業者等に関するサービス及び住民による自発的な活動によるサービスの内容，利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。

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**

七　担当職員は，前号に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては，利用者の居宅を訪問し，利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において，担当職員は，面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し，理解を得なければならない。

八　担当職員は，利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果，利用者が目標とする生活，専門的観点からの目標と具体策，利用者及びその家族の意向，それら

を踏まえた具体的な目標，その目標を達成するための支援の留意点，本人，指定介護予防サービス事業者，自発的な活動によるサービスを提供する者等が目標を達成するために行うべき支援内容並びにその期間等を記載した介護予防サービス計画の原案を作成しなければならない。

九　担当職員は，サービス担当者会議（担当職員が介護予防サービス計画の作成のために介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防サービス等の担当者（以下この条において「担当者」という。）を召集して行う会議をいう。以下同じ。）の開催により，利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに，当該介護予防サービス計画の原案の内容について，担当者から，専門的な見地からの意見を求めるものとする。

　ただし，やむを得ない理由がある場合については，担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

十　担当職員は，介護予防サービス計画の原案に位置付けた指定介護予防サービス等について，保険給付の対象となるかどうかを区分した上で，当該介護予防サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し，文書により利用者の同意を得なければならない。

十一　担当職員は，介護予防サービス計画を作成した際には，当該介護予防サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。

十二　担当職員は、介護予防サービス計画に位置付けた指定介護予防サービス事業者等に対して、介護予防訪問看護計画書等指定介護予防サービス等基準 において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。

十三　担当職員は，指定介護予防サービス事業者等に対して，介護予防サービス計画に基づき，介護予防訪問介護計画等指定介護予防サービス等基準 において位置づけられている計画の作成を指導するとともに，サービスの提供状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも一月に一回，聴取しなければならない。

十四　担当職員は，介護予防サービス計画の作成後，介護予防サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い，必要に応じて介護予防サービス計画の変更，指定介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

十五　担当職員は，介護予防サービス計画に位置づけた期間が終了するときは，当該計画の目標の達成状況について評価しなければならない。

十六　担当職員は，第十四号に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては，利用者及びその家族，指定介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし，特段の事情のない限り，次に定めるところにより行わなければならない。

イ　少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して三月に一回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは，利用者の居宅を訪問し，利用者に面接すること。
ロ　利用者の居宅を訪問しない月においては，可能な限り，指定介護予防通所介護事業所又は指定介護予防通所リハビリテーション事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに，当該面接ができない場合にあっては，電話等により利用者との連絡を実施すること。
ハ　少なくとも一月に一回，モニタリングの結果を記録すること。

十七　担当職員は，次に掲げる場合においては，サービス担当者会議の開催により，介護予防サービス計画の変更の必要性について，担当者から，専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし，やむを得ない理由がある場合については，担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

イ　要支援認定を受けている利用者が要支援更新認定を受けた場合
ロ　要支援認定を受けている利用者が要支援状態区分の変更の認定を受けた場合

十八　第三号から第十三号までの規定は，第十三号に規定する介護予防サービス計画の変更について準用する。

十九　担当職員は，適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても，利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には，利用者の要介護認定に係る申請について必要な支援を行い，介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。

二十　担当職員は，介護保険施設等から退院又は退所しようとする要支援者から依頼があった場合には，居宅における生活へ円滑に移行できるよう，あらかじめ，介護予防

サービス計画の作成等の援助を行うものとする。

二十一　担当職員は，利用者が介護予防訪問看護，介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には，利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。

二十二　担当職員は，介護予防サービス計画に介護予防訪問看護，介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては，当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし，医療サービス以外の指定介護予防サービス等を位置付ける場合にあっては，当該指定介護予防サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは，当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

二十三　担当職員は，介護予防サービス計画に介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を位置付ける場合にあっては，利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし，利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き，介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護を利用する日数が要支援認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。

二十四　担当職員は，介護予防サービス計画に介護予防福祉用具貸与を位置づける場合にあっては，その利用の妥当性を検討し，当該計画に介護予防福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに，必要に応じて随時，サービス担当者会議を開催し，その継続の必要性について検証をした上で，継続が必要な場合にはその理由を介護予防サービス計画に記載しなければならない。

二十五　担当職員は，介護予防サービス計画に特定介護予防福祉用具販売を位置付ける場合にあっては，その利用の妥当性を検討し，当該計画に特定介護予防福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

二十六　担当職員は，利用者が提示する被保険者証に，認定審査会意見又は指定に係る介護予防サービスの種類若しくは地域密着型介護予防サービスの種類についての記載がある場合には，利用者にその趣旨を説明し，理解を得た上で，その内容に沿って介護予防サービス計画を作成しなければならない。

二十七　担当職員は，要支援認定を受けている利用者が要介護認定を受けた場合には，指定居宅介護支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図るものとする。

二十八　指定介護予防支援事業者は、法第百十五条の四十八第四項の規定に基づき、同条第一項に規定する会議から、同条第二項 の検討を行うための資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

（会議）
第百十五条の四十八　市町村は、第百十五条の四十五第二項第三号に掲げる事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体（以下この条において「関係者等」という。）により構成される会議（以下この条において「会議」という。）を置くように努めなければならない。
２　会議は、要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者（以下この項において「支援対象被保険者」という。）への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、支援対象被保険者が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する。
３　会議は、前項の検討を行うため必要があると認めるときは、関係者等に対し、資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力を求めることができる。
４　関係者等は、前項の規定に基づき、会議から資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。
５　会議の事務に従事する者又は従事していた者は、正当な理由がなく、会議の事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。
６　前各項に定めるもののほか、会議の組織及び運営に関し必要な事項は、会議が定める。

**（介護予防支援の提供に当たっての留意点）**
第三十一条　介護予防支援の実施に当たっては，介護予防の効果を最大限に発揮できるよう次に掲げる事項に留意しなければならない。

一　単に運動機能や栄養状態，口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すものではなく，これらの機能の改善や環境の調整などを通じて，利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。

二　利用者による主体的な取組を支援し，常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を

高めるよう支援すること。

三　具体的な日常生活における行為について，利用者の状態の特性を踏まえた目標を，期間を定めて設定し，利用者，サービス提供者等とともに目標を共有すること。

四　利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし，利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。

五　サービス担当者会議等を通じて，多くの種類の専門職の連携により，地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス，当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて，介護予防に資する取組を積極的に活用すること。

六　地域支援事業及び介護給付と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。

（地域支援事業）

第百十五条の四十五　市町村は、被保険者の要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援のための施策を総合的かつ一体的に行うため、厚生労働省令で定める基準に従って、地域支援事業として、次に掲げる事業（以下「介護予防・日常生活支援総合事業」という。）を行うものとする。

一　居宅要支援被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者に対して、次に掲げる事業を行う事業（以下「第一号事業」という。）

イ　居宅要支援被保険者等の介護予防を目的として、当該居宅要支援被保険者等の居宅において、厚生労働省令で定める基準に従って、厚生労働省令で定める期間にわたり日常生活上の支援を行う事業（以下この項において「第一号訪問事業」という。）

ロ　居宅要支援被保険者等の介護予防を目的として、厚生労働省令で定める施設において、厚生労働省令で定める基準に従って、厚生労働省令で定める期間にわたり日常生活上の支援又は機能訓練を行う事業（以下この項において「第一号通所事業」という。）

ハ　厚生労働省令で定める基準に従って、介護予防サービス事業若しくは地域密着型介護予防サービス事業又は第一号訪問事業若しくは第一号通所事業と一体的に行われる場合に効果があると認められる居宅要支援被保険者等の地域における自立した日常生活の支援として厚生労働省令で定めるものを行う事業（ニにおいて「第一号生活支援事業」という。）

ニ　居宅要支援被保険者等（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く。）の介護予防を目的として、厚生労働省令で定める基準に従って、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、第一号訪問事業、第一号通所事業又は第一号生活支援事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業（以下「第一号介護予防支援事業」という。）

二　被保険者（第一号被保険者に限る。）の要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のため必要な事業（介護予防サービス事業及び地域密着型介護予防サービス事業並びに第一号訪問事業及び第一号通所事業を除く。）

2　市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

一　被保険者の心身の状況、その居宅における生活の実態その他の必要な実情の把握、保健医療、公衆衛生、社会福祉その他の関連施策に関する総合的な情報の提供、関係機関との連絡調整その他の被保険者の保健医療の向上及び福祉の増進を図るための総合的な支援を行う事業

二　被保険者に対する虐待の防止及びその早期発見のための事業その他の被保険者の権利擁護のため必要な援助を行う事業

三　保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者による被保険者の居宅サービス計画及び施設サービス計画の検証、その心身の状況、介護給付等対象サービスの利用状況その他の状況に関する定期的な協議その他の取組を通じ、当該被保険者が地域において自立した日常生活を営むことができるよう、包括的かつ継続的な支援を行う事業

四　医療に関する専門的知識を有する者が、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者の連携を推進するものとして厚生労働省令で定める事業（前号に掲げる事業を除く。）

五　被保険者の地域における自立した日常生活の支援及び要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止に係る体制の整備その他のこれらを促進する事業

六　保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者による認知症の早期における症状の悪化の防止のための支援その他の認知症である又はその疑いのある被保険者に対する総合的な支援を行う事業

3　市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業及び前項各号に掲げる事業のほか、厚生労働省令で定めるところにより、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うことができる。

一　介護給付等に要する費用の適正化のための事業

二　介護方法の指導その他の要介護被保険者を現に介護する者の支援のため必要な事業
三　その他介護保険事業の運営の安定化及び被保険者（当該市町村の区域内に所在する住所地特例対象施設に入所等をしている住所地特例適用被保険者を含む。）の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事業
4　地域支援事業は、当該市町村における介護予防に関する事業の実施状況、介護保険の運営の状況、七十五歳以上の被保険者の数その他の状況を勘案して政令で定める額の範囲内で行うものとする。
5　市町村は、地域支援事業の利用者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、利用料を請求することができる。

七　介護予防サービス計画の策定に当たっては，利用者の個別性を重視した効果的なものとすること。

八　機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。

# 介護予防ケアマネジメントにおける考え方

**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

## 居宅ケアプラン策定のための課題検討の手引き（抜粋）

### 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，以下ににについて確認します。

① じょく創を予防

寝返りできない，失禁による汚れがある，栄養が不足している，じょく創の既往がある，など。

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，などにつながることがあります。

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

### （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。対応されていなけ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 | 心理社会的／環境的問題 |
|---|---|
| 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 | 事故 |
| 冠動脈疾患 | 問題行動 |
| 脱水 | うつ |
| せん妄（急性の錯乱状態） | 治療を守らない |
| 進行した認知症 | 身体抑制 |
| 肺気腫，慢性閉塞性肺疾患（COPD） | 精神科疾患 |
| 骨折 | 社会的孤立 |
| 感染症 | 薬物の副作用，とくに向精神薬や鎮痛薬 |
| 栄養障害 | 入院 |
| 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 | |

**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ない。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が最近の低下してきた利用者で，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。利用者も家族も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が必要です。

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。

ウ　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　訓練を行う時に気をつけること。

ア　本人が，新しいことを始めるという意識が持って取り組めるように，ＡＤＬ訓練は時間や場所などをきちんと決めて行います。

イ　訓練しているＡＤＬを，家族の助けを借りて少しずつ実践できるようにします。

ウ　継続して実施します。

エ　日常の動作や活動を広げることは，危険も伴うため，段階的にゆるやかに進めます。

オ　訓練の手順を急に変更すると，機能低下を招くことがあります。

③　どのＡＤＬについて訓練するか

ア　本人や家族にとって意味のあるＡＤＬを訓練の対象にします。

本人か家族のどちらかが訓練に対して積極的であれば良いですが，両方とも積極的でなければ，効果が出るのは難しくなります。

イ　新しく出来るようになったことや，改善したところを伸ばすようにします。

理学療法や作業療法など専門家のリハビリテーションを受けている場合，それらのリハビリテーションによる成果があったＡＤＬに着目します。リハビリテーションの成果を家族に知らせるだけでも，家族は援助をするだけでなく，本人の

自立を支えようとするようになってくれるはずです。

理学療法や作業療法を受けていない場合，最近低下した機能のうち，少しでも回復しているＡＤＬに着目します。

④　訓練方法の検討

ア　具体的な訓練をするために，着目するＡＤＬやＩＡＤＬの状況を明らかにし，次に家族がどのように支援できるかを明らかにします。

ほとんどの高齢者は，ある程度ＡＤＬの能力を残しています。ＡＤＬの障害は，まず「更衣」「整容」に表われ，次が「移乗」と「歩行」であり，最後まで能力が保たれることが多いのは「食事」と「寝返り起き上がり」です。このことは，「食事」と「更衣」の両方に援助を必要とする利用者の場合，ＡＤＬ訓練の対象は「食事」を先にしたほうが，回復しやすいことになります。

イ　本人がいくらか自立しているＡＤＬを選び，家族や本人から情報を得ながら整理します（表３）。

どこに問題があるのか，ＡＤＬが障害されている原因（身体的な問題か，認知の問題か，環境的な問題か）についてお互いに理解することができます。

ウ　着目するＡＤＬやＩＡＤＬの状況を明らかにします。

ＡＤＬを動作分割して具体的な動作を目標にすることによって，利用者も家族も目標の達成を短期間に実感することができます。（表４）

エ　家族がどのように支援するかを明らかにします。

家族が「１人でするのは大変だ」とか「時間がかかりすぎる」と思い，手をかけすぎているために，本人が自立できていないことがあります。この場合，自分でできるところは介助を受けないで，自分で最後まで行うことの重要性を利用者と家族に伝え，利用者が自分でそのＡＤＬを行う機会を増やすことが重要です。

オ　自分でどこまでできるか明らかにします。

表５の項目について確認し，本当に必要な援助方法を明らかにします。

表５の項目は，ＡＤＬ能力を本人の身体機能と精神機能，介護者の援助能力も見て確認するものです。

カ　動作を一部分しか行うことができない利用者の場合，どのような方法，またはきっかけが，その動作を最後まで自分で行うために良い援助なのかを検討します。（言葉による促し，身体的な誘導，動作分割，訓練に合間をおくなど）

キ　このような訓練がうまくいくためには，家族が本人の自立を支えるという役割を理解して働きかけることが重要です。

この場合は，毎日一貫した援助を行う必要があります。

**表３　ＡＤＬの確認　（省略）**

**表４　ＡＤＬ改善の目標　（省略）**

**表５　ＡＤＬ能力の確認　（省略）**

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

③ ②のような場合，特定のＡＤＬに焦点をあてるのではなく，全身運動が有用です。ほとんどの高齢者にとって，これらの１つか２つは役に立ちます。

ア 持久力の不足がある場合，心拍数と呼吸数を増加させる運動（散歩，ダンス，庭仕事など）を加えます。

イ 可動域の制限がある場合，補助具を使ったり，家具を使いやすいように工夫する。ストレッチ運動により，柔軟性が増し可動域を拡大できることがあります。

ウ 筋力低下がある場合，必要な栄養補給をしながら，筋力トレーニング（ダンベル体操など）を徐々に強くします。

エ バランスや姿勢保持能力が障害されている場合，見守りの上での運動を試みます。

オ 痛みによる機能制限がある場合，現在の方法を見直す必要があります。

**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。

① じょく創を予防します。

② 失禁の悪化を予防します。

③ 筋力低下を予防します。

④ 拘縮を予防します。

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すします。

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。

だだし，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声音となります。

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：特定の語嚢が思いつかない，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：意味あるコミュ三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さえられていないか。

**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　頻回の息つぎ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こむ
・悪いことの責任はすべて自分にあると思いこむ
・悪い病気にかかっていると思いこむ

**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るります。

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（咀しゃくの問題，噛みきる問題，囁下の問題など）
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，咀しゃくしている時のみ，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，食事や喋下，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し，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

*2015. 12. 18. 宮城県ケアマネジャー協会 jk.*

# 指定介護予防サービス

指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（抜粋）

## 第二章　介護予防訪問介護

**(指定介護予防訪問介護の提供に当たっての留意点)**

第四十条　指定介護予防訪問介護の提供に当たっては、介護予防の効果を最大限高める観点から、次に掲げる事項に留意しながら行わなければならない。

一　指定介護予防訪問介護事業者は、サービスの提供に当たり、介護予防支援におけるアセスメント(指定介護予防支援等基準第三十条第七号に規定するアセスメントをいう。以下同じ。)において把握された課題、指定介護予防訪問介護の提供による当該課題に係る改善状況等を踏まえつつ、効率的かつ柔軟なサービス提供に努めること。

二　指定介護予防訪問介護事業者は、自立支援の観点から、利用者が、可能な限り、自ら家事等を行うことができるよう配慮するとともに、利用者の家族、地域の住民による自主的な取組等による支援、他の福祉サービスの利用の可能性についても考慮しなければならないこと。

## 第七章　介護予防通所介護

### 第一節　基本方針

第九十六条　指定介護予防サービスに該当する介護予防通所介護(以下「指定介護予防通所介護」という。)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ができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

**(指定介護予防通所介護の基本取扱方針)**

第百八条　指定介護予防通所介護は、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。

２　指定介護予防通所介護事業者は、自らその提供する指定介護予防通所介護の質の評価を行うとともに、主治の医師又は歯科医師とも連携を図りつつ、常にその改善を図らなければならない。

３　指定介護予防通所介護事業者は、指定介護予防通所介護の提供に当たり、単に利用者の運動器の機能の向上、栄養状態の改善、口腔機能の向上等の特定の心身機能に着目した改善等を目的とするものではなく、当該心身機能の改善等を通じて、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的と

するものであることを常に意識してサービスの提供に当たらなければならない。

４　指定介護予防通所介護事業者は、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めなければならない。

５　指定介護予防通所介護事業者は、指定介護予防通所介護の提供に当たり、利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めなければならない。

**(指定介護予防通所介護の提供に当たっての留意点)**

第百十条　指定介護予防通所介護の提供に当たっては、介護予防の効果を最大限高める観点から、次に掲げる事項に留意しながら行わなければならない。

一　指定介護予防通所介護事業者は、サービスの提供に当たり、介護予防支援におけるアセスメント(指定介護予防支援等基準第三十条第七号に規定するアセスメントをいう。以下同じ。)において把握された課題、指定介護予防通所介護の提供による当該課題に係る改善状況等を踏まえつつ、効率的かつ柔軟なサービスの提供に努めること。

二　指定介護予防通所介護事業者は、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを提供するに当たっては、国内外の文献等において有効性が確認されている等の適切なものとすること。

三　指定介護予防通所介護事業者は、サービスの提供に当たり、利用者が虚弱な高齢者であることに十分に配慮し、利用者に危険が伴うような強い負荷を伴うサービスの提供は行わないとともに、次条に規定する安全管理体制等の確保を図ること等を通じて、利用者の安全面に最大限配慮すること。

## 第八章　介護予防通所リハビリテーション

**(指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっての留意点)**

第百二十六条　指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護予防の効果を最大限高める観点から、次に掲げる事項に留意しながら行わなければならない。

一　指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、サービスの提供に当たり、介護予防支援におけるアセスメントにおいて把握された課題、指定介護予防通所リハビリテーションの提供による当該課題に係る改善状況等を踏まえつつ、効率的かつ柔軟なサービスの提供に努めること。

二　指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスを提供するに当たっては、国内外の文献等において有効性が確認されている等の適切なものとすること。

三　指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、サービスの提供に当たり、利用者が虚弱な高齢者であることに十分に配慮し、利用者に危険が伴うような強い負荷を伴うサービスの提供は行わないとともに、次条に規定する安全管理体制等の確保を図ること等を通じて、利用者の安全面に最大限配慮すること。

## 第九章　介護予防短期入所生活介護

(介護)

第百四十五条　介護は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行わなければならない。

２　指定介護予防短期入所生活介護事業者は、一週間に二回以上、適切な方法により、利用者を入浴させ、又は清しきしなければならない。

３　指定介護予防短期入所生活介護事業者は、利用者の心身の状況に応じ、適切な方法により、排せつの自立について必要な支援を行わなければならない。

４　指定介護予防短期入所生活介護事業者は、おむつを使用せざるを得ない利用者のおむつを適切に取り替えなければならない。

５　指定介護予防短期入所生活介護事業者は、前各項に定めるほか、利用者に対し、離床、着替え、整容その他日常生活上の支援を適切に行わなければならない。

６　指定介護予防短期入所生活介護事業者は、常時一人以上の介護職員を介護に従事させなければならない。

７　指定介護予防短期入所生活介護事業者は、その利用者に対して、利用者の負担により、当該指定介護予防短期入所生活介護事業所の従業者以外の者による介護を受けさせてはならない。

(食事)

第百四十六条　指定介護予防短期入所生活介護事業者は、栄養並びに利用者の心身の状況及び嗜˪好を考慮した食事を、適切な時間に提供しなければならない。

２　指定介護予防短期入所生活介護事業者は、利用者が可能な限り離床して、食堂で食事を摂ることを支援しなければならない。

(機能訓練)

第百四十七条　指定介護予防短期入所生活介護事業者は、利用者の心身の状況等を踏まえ、必要に応じて日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練を行わなければならない。

(健康管理)

第百四十八条　指定介護予防短期入所生活介護事業所の医師及び看護職員は、常に利用者の健康の状況に注意するとともに、健康保持のための適切な措置をとらなければならない。

(相談及び援助)

第百四十九条　指定介護予防短期入所生活介護事業者は、常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の支援を行わなければならない。

(その他のサービスの提供)

第百五十条　指定介護予防短期入所生活介護事業者は、教養娯楽設備等を備えるほか、適宜利用者のためのレクリエーション行事を行わなければならない。

２　指定介護予防短期入所生活介護事業者は、常に利用者の家族との連携を図るよう努めなければならない。

介護予防支援　演習事例

Ｍ　Ｓ　さん

# 利用者基本情報

計画作成者氏名：　A

**《基本情報》**

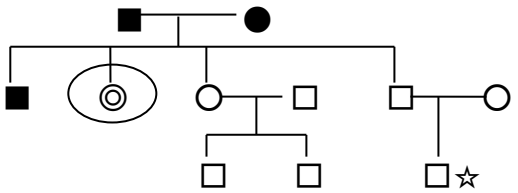
| | | | |
|---|---|---|---|
| 相談日 | 平成２７年　４月　１日（　水　） | 来所　・電話<br>その他（　　） | 初回<br>再来（前　　／　　） |
| 把握経路 | １．介護予防検診　２．本人からの相談　３．家族からの相談<br>４．非該当　５．新予防からの移行　６．関係者　７．その他（　　） | | |
| 本人の状況 | 在宅・入院又は入所中（　　） | | |
| フリガナ<br>本人氏名 | M・S　様 | 男・女 | M・T・S　１３年１１月８日生（　７６　）歳 |
| 住所 | K市 | TEL | （　○○　）○○○・・・ |
| | | FAX | （　　） |
| 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<br>認定期限：　平成２７年　３月　１日　～　平成２８年　２月２９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）<br>浴室（有・無）　便所（洋式・和式）<br>段差の問題（有・無）　床材、じゅうたんの状況（　　）<br>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（共済年金　） | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 来所者（相談者） | M・S　様 | 続柄 | 本人 |
| 住所 | K市 | | |

| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 住所・連絡先 |
|---|---|---|---|
| | C・D　様 | 甥 | K市<br>×××―・・・・ |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

家族構成

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



日中独居（有・無）

家族関係等の状況

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。

# 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 |
| | 近隣との関係はとても良好である。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・すごし方 | | | 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掛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 | Y 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27年 4月 1日

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ<br>氏　名 | M・S　様 | 生年月日 | 昭和 13年 11月 8日(76歳) |
| | | 性　別 | 男 ・ (女) |
| 住　所 | 〒<br>K市 | 電　話 | (　) |
| | | FAX | (　) |
| 介護保険 | 保険者 No. | 被保険者No. | |
| | 介護度：要支援1 | 有効期間 | H27年3月1日 ～ H28年2月29日 |
| 主治医 | 医療機関名：＊＊整形外科 | 電　話 | (　) |
| | 医師名：M 先生 | FAX | (　) |

| 病　名 | | 備　考 |
|---|---|---|
| 慢性関節リウマチ | H19年　月発症 | リウマチに関しては**整形外科にて加療中 |
| 神経因性膀胱 | H25年　月発症 | 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。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ADL | 移動 | 一部介助 | 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 | 自分で入り、洗身も自分で行っている。 |
| | 更衣 | 自立 | 自分で行っている。 |
| | 整容 | 自立 | 自分で行っている。 |
| 記　憶 | | 特に問題なし | |
| 行　動 | | 問題なし | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 介護上の医学的留意事項 | 入浴・清拭 | (血圧) 170/90以上の時中止 | (その他) |
| | | (体温) 37.0℃以上の時中止 | |
| | | (感染症) なし。 | |
| | 移動 | (カテーテル・酸素・ストーマ・じょく創 等) | |
| | 食事 | | |
| | 排泄 | | |
| | その他 | 病院で指導しているリハビリを続けるようにと言われている。 | |

| | |
|---|---|
| 特記事項 | ・1人暮らし<br>・腰の湾曲があり、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。 |
| | 主介護者　　様　続柄 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 緊急連絡先 | 電話 | 090－ | 氏　名 | C　・D　様 | 続　柄 | 甥 |

○○地域包括支援センター（担当:　　）

TEL　　/　FAX

別添様式２

# 主治医意見書

記入日　平成 27 年 3 月 10 日

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申 請 者 | （ふりがな）<br>M・S<br>明・㊖・昭　13　年　11　月 8　日生(76　歳) | 男・㊖ | 〒　　－<br>連絡先　　（　　） |

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに　□同意する。　□同意しない。

医師氏名　M

医療機関名　**　整形外科　　電話　（　　）

医療機関所在地　　FAX　（　　）

| | |
|---|---|
| （1）最終診察日 | 平成　26　年　3　月　10　日 |
| （2）意見書作成回数 | ■初回　□２回目以上 |
| （3）他科受診の有無 | ■有　□無<br>(有の場合)→□内科 □精神科 □外科 □整形外科 □脳神経外科 □皮膚科 ■泌尿器科<br>□婦人科 □眼科 □耳鼻咽喉科 □リハビリテーション科 □歯科 □その他（　　） |

## １．傷病に関する意見

（1）診断名（特定疾病 または 生活機能低下の直接の原因となっている傷病名 については１.に記入）及び発症年月日

１．慢性関節リウマチ　　発症年月日　（昭和・平成　19　年　　月　　日頃）

２．神経因性膀胱　　発症年月日　（昭和・平成　25　年　　月　　日頃）

３．　　発症年月日　（昭和・平成　　年　　月　　日頃）

（2）症状としての安定性　■安定　□不安定　□不明

（「不安定」とした場合、具体的な状況を記入）

（3）生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

〔最近（概ね６ヶ月以内）介護に影響のあったもの 及び 特定疾病 についてはその診断の根拠等について記入〕

慢性リウマチについては、平成19年当時から手指、手首、肩関節、背中、肘の変形と痛みが強かった。現在も定期的に受診し内服もきちんとしている。リウマトレックスカプセル２㎎(1/w　3p)　プログラフ１㎎(夕食後2錠)

神経因性膀胱については、一時、失禁を訴えたため S 病院泌尿器科の M 先生に見ていただきバップフォー錠 10 を処方されトイレの回数や失禁が多いときには朝2錠服用するように言われている。定期的に受診し状態は落ち着いているようである。

## ２．特別な医療　（過去１４日間以内に受けた医療のすべてにチェック）

処置内容　□点滴の管理　□中心静脈栄養　□透析　□ストーマの処置　□酸素療法　□レスピレーター　□気管切開の処置　□疼痛の看護　□経管栄養

特別な対応　□モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）　□褥瘡の処置

失禁への対応　□カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル 等）

## ３．心身の状態に関する意見

（1）日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)　□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

（2）認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

・短期記憶　■問題なし　□問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力　■自立　□いくらか困難　□見守りが必要　□判断できない

・自分の意思の伝達能力　■伝えられる　□いくらか困難　□具体的要求に限られる　□伝えられない

（3）認知症の周辺症状　（該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

■無　□有 →　□幻視･幻聴　□妄想　□昼夜逆転　□暴言　□暴行　□介護への抵抗　□徘徊　□火の不始末　□不潔行為　□異食行動　□性的問題行動　□その他（　　）

（4）その他の精神・神経症状

■無　□有　〔症状名：　　専門医受診の有無 □有　（　　）□無〕

（5）身体の状態

利き腕 （■右 □左） 身長＝[　　] cm 体重＝[　　] kg（過去６ヶ月の体重の変化 □ 増加 □ 維持 □減少 ）

□四肢欠損 （部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

□麻痺 □右上肢（程度：□軽 □中 □重） □左上肢（程度：□軽 □中 □重）

□右下肢（程度：□軽 □中 □重） □左下肢（程度：□軽 □中 □重）

□その他（部位： 程度：□軽 □中 □重）

■筋力の低下 （部位：両下肢＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 程度：□軽 ■中 □重）

■関節の拘縮 （部位：手指 ・肩・手首・肘・背中 ・肘 ・膝 程度：□軽 ■中 □重）

■関節の痛み （部位：同上＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 程度：□軽 ■中 □重）

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 （部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 程度：□軽 □中 □重）

□その他の皮膚疾患（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 程度：□軽 □中 □重）

## ４．生活機能とサービスに関する意見

（1）移動

屋外歩行 ■自立 □介助があればしている □していない

車いすの使用 ■用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している

歩行補助具･装具の使用(複数選択可) □用いていない ■屋外で使用 （シルバーカー） □屋内で使用

（2）栄養・食生活

食事行為 ■自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助

現在の栄養状態 ■良好 □不良

→ 栄養･食生活上の留意点（ ）

（3） 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 ■移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他（ ）

→ 対処方針 （関節拘縮悪化の防止および、痛みへの加重軽減 ）

（4）サービス利用による生活機能の維持･改善の見通し

■期待できる □期待できない □不明

（5） 医学的管理の必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）

□訪問診療 □訪問看護 □看護職員の訪問による相談・支援 □訪問歯科診療

□訪問薬剤管理指導 □訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導

□訪問栄養食事指導 □通所リハビリテーション □その他の医療系サービス （ ）

（6） サービス提供時における医学的観点からの留意事項

･血圧 ■特になし □あり（ ）･移動 □特になし □あり（ ）

･摂食 ■特になし □あり（ ）・運動 □特になし ■あり（関節の拘縮と痛みに配慮すること ）

･嚥下 ■特になし □あり（ ）･その他 （ ）

（7） 感染症の有無（有の場合は具体的に記入して下さい）

■無 □有 （ ） □不明

## ５．特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。（情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。）

関節リウマチの関節の痛みについては完治することはないので、生活の場面でも負担過重にならないよう注意が必要です。また、関節の拘縮予防のため病院で指導している運動を毎日行うことが必要です。

M・S さんの詳細情報　　平成 27 年 4 月 2 日現在

| | |
|---|---|
| １　健康状態 | |
| (1)観察・管理の必要な病気 | 慢性関節リウマチによる痛みのため家事を行うことが大変である。<br>神経因性膀胱。まれに（月１回程度）失禁がある。 |
| (2)症状 | |
| ①身体症状 | 特になし。 |
| ②精神症状 | 特になし。 |
| (3)痛み | 両方の肩・肘・手首・手指・腰・膝に痛みがある。常に鈍い痛みがある。動かしすぎたり、負担がかかると痛みが強くなる。<br>薬で痛みは和らいでいる。 |
| (4)病状の変化 | 特になし。 |
| (5)医療機器 | 使用していない。 |
| (6)保健予防 | 定期的に受診している。 |
| (7)健康生活 | 問題なし。 |
| (8)予定されたケア・治療の順守 | 医師からの服薬等の指示は守られている。 |
| (9)薬 | 服薬状況（別表） |
| 《意向》 | （本人）安定した状態で過ごしたい。<br>（家族）――――― |
| ２　ＡＤＬ | |
| (１)寝返り | ベッド柵につかまりゆっくり行っている。 |
| (２)起き上がり | ベッド柵につかまりゆっくり行っている。 |
| (３)乗り移り | 自分でできる。 |
| (４)家の中の移動 | 室内は両太腿に手を当ててゆっくり移動している。支えなしで立っているのがつらい。 |
| (５)屋外の移動 | 外は押し車を使用して移動している。 |
| (６)上半身の更衣 | 自分でできる。 |
| (７)下半身の更衣 | 自分でできる。 |
| (８)食事 | 箸を使用し自分で食べている。 |
| (９)排泄 | 自分でできる。 |
| (10)整容 | 自分でできる。 |
| (11)入浴 | 自分で入り洗身も自分で行っている。 |
| (12)ＡＤＬの低下 | 低下はみられない。 |
| (13)活動・健康増進 | 外出は週に１回位買い物に行く程度である。玄関の上がり框の昇降は行っている。身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。 |

| | |
|---|---|
| (14)自立度改善の可能性 | 本人はこれからもリハビリを続けたいと思っている。 |
| (15)要介護状態の変化 | なし。 |
| (16)転倒 | 転倒はしていない。気をつけて歩いている。 |
| 《意向》 | （本人）背筋を伸ばして歩きたい。<br>（家族）―――――― |
| **３　ＩＡＤＬ** | |
| (1)炊事 | 手指、手首等に痛みがあり思うように力が入らないため、半調理食材等を使用している。 |
| (2)家事一般（掃除・洗濯・整理等） | 支えなしで立っているのがつらい事、背の変形、痛みのため床の掃除を行う事が困難である。 |
| (3)金銭管理 | 自分でできる。 |
| (4)薬の管理 | 自分で行っている。 |
| (5)電話使用 | かけたり受けたり自分でできる。 |
| (6)買い物 | 支えなしで立っているのがつらい事、背に変形、痛みのため大きい物、重い物を持つことができない。 |
| (7)交通手段の利用 | 使用していない。 |
| 《意向》 | （本人）大きい物や重い物の買い物をお願いしたい。<br>床掃除などを手伝ってほしい。<br>（家族）―――――― |
| **４　認知** | |
| (1)記憶 | |
| ①短期記憶 | 問題なし。 |
| ②手続き記憶 | 問題なし。 |
| ③日常生活の判断 | 問題なし。 |
| ④記憶・判断力の低下 | 問題なし。 |
| (2)せん妄 | なし。 |
| 《意向》 | （本人）――――――<br>（家族）―――――― |
| **５　コミュニケーション能力** | |

| | |
|---|---|
| (1)聴覚<br>(2)相手に理解させること<br>(3)相手を理解すること<br>(4)コミュニケーション能力の低下<br>(5)視覚<br><br>《意向》 | 問題なし。<br>問題なし。<br><br>問題なし。<br><br>なし。<br><br>新聞や本を読む時は眼鏡を使用している。<br>視覚障害や視力の低下はない。<br><br>（本人）――――――<br>（家族）――――――<br> |
| **6　社会との関わり**<br>(1)関わり<br>(2)気分<br><br>《意向》 | <br>1 人暮らし。自宅で 1 人で過ごす時間がほとんどである。<br>精神的な落ち込み等はみられない。時々は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。<br><br>（本人）――――――<br>（家族）――――――<br> |
| **7　排尿・排便**<br>(1)尿失禁<br>(2)おむつ使用<br>(3)便失禁<br><br>《意向》 | <br>まれに（月 1 回程度）失禁がある。<br>尿取りパットを使用している。交換も自分で行っている。<br>便意あり，失禁もない。<br><br>（本人）――――――<br>（家族）――――――<br> |
| **8　褥瘡・皮膚の問題**<br><br>《意向》 | なし。<br><br>（本人）――――――<br>（家族）――――――<br> |
| **9　口腔衛生**<br><br>《意向》 | なし。<br><br>（本人）――――――<br>（家族）――――――<br> |

| | |
|---|---|
| **10　食事摂取**<br><br>《意向》 | なし。<br><br>（本人）――――――<br>（家族）――――――― |
| **11　問題行動（行動障害）**<br>(1)行動障害<br>①徘徊<br>②乱暴な言葉・行動<br>③混乱させる行動<br>④ケアの拒否抵抗<br>⑤行動障害の悪化<br>(2)向精神薬<br><br>《意向》 | <br><br>なし。<br>なし。<br>なし。<br>なし。<br>なし。<br>使用していない。<br><br>（本人）――――――<br>（家族）――――――― |
| **12　介護力**<br>(1)介護者<br><br>(2)介護負担・ストレス<br><br>《意向》 | <br>主たる介護者は甥。定期的に様子を見に来てくれたり等、精神的支援をしてくれている。<br>なし。<br><br>（本人）――――――<br>（家族）――――――― |
| **13　居住環境**<br><br>《意向》 | なし<br><br>（本人）――――――<br>（家族）――――――― |
| **14　特別な状況**<br><br>《意向》 | 問題なし。<br><br>（本人）――――――<br>（家族）――――――― |
| **その他**<br><br>《意向》 | なし<br><br>（本人）――――――<br>（家族）――――――― |

（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 2m g | 1/w<br>3 カプセル | 関節の腫れや痛みの症状を改善 |
| プログラフ 1m 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 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

# 介護予防支援　ワークシート

# アセスメントのための情報収集シート 128（居宅）

| 利用者氏名 | 基準日 | 担当者名 |
|---|---|---|
| 様 | 平成　　年　　月　　日 | |

※１．「検討」の欄は，問題や支障がなければ×，問題や支障があれば○を付ける。
※２．「具体的状況」の欄には，×の場合はその理由，○の場合は支障のある具体的状況と気付いたコメントを記入する。(例えば:身体を支えられれば４～５メートル歩く。２週間前までは杖を使って自力で歩いていた。・・・等)
※３．＊の付いた項目は，概ね３ヶ月間の状況で判断する。それ以外は１週間前後の状況で判断する。
※４．その領域に関する生活の意向を把握し，課題検討用紙の「本人，家族の意向」に転記します。（問題や支障がない領域に関する「意向」は，聞き取る必要はない。）
※５．**太字の項目のうち，○が付いた「具体的状況」を，課題検討用紙の「検討が必要な具体的状況」の欄に転記して，**「自立に向けた可能性，維持の必要性，低下・悪化の危険性，ケアの必要性」を検討します。（細字の項目は，検討する時の参考にします。）

## １　健康状態

| No | 情報項目 | 検討 | 具体的状況 |
|---|---|---|---|
| 観察・管理の必要な病気 | | | |
| 1 | 循環器 | | |
| 2 | 神経・認知 | | |
| 3 | 骨関節 | | |
| 4 | 眼科 | | |
| 5 | 精神科 | | |
| 6 | 感染症 | | |
| 7 | 糖尿病その他 | | |
| 症状 | | | |
| 8 | 身体症状（下痢，排尿障害，発熱，食欲不振，嘔吐，胸痛，便秘，めまい，浮腫，息切れ） | | |
| 9 | 精神症状（妄想，幻覚） | | |
| 痛み | | | |
| 10 | 痛みの頻度 | | |
| 11 | 痛みの強さ | | |
| 12 | 痛みによる生活の支障 | | |
| 13 | 痛みの箇所 | | |
| 14 | 痛みに対する薬の効果 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 病状の変化 | | | |
| 15 | 入院＊ | | |
| 16 | 緊急受診＊ | | |
| 薬 | | | |
| 17 | 医師による薬の管理 | | |
| 18 | 薬の服用の順守 | | |
| 19 | 服薬状況（別表） | | |
| 医療機器 | | | |
| 20 | 医療機器の取り扱い・管理 | | |
| 保健予防 | | | |
| 21 | 健康診断の受診＊ | | |
| 健康生活 | | | |
| 22 | 喫煙 | | |
| 23 | 飲酒による問題 | | |
| 24 | 健康状態が悪い | | |
| 25 | 生活に支障のある体調の変動や悪化 | | |
| 26 | 慢性症状の悪化 | | |
| 27 | 急性症状の発生 | | |
| 28 | 新たな病気による治療の変更 | | |
| ケア計画 | | | |
| 29 | 予定されたケア・治療の順守＊ | | |
| 健康状態に関する意向<br>（本人）<br>（家族） | | | |

## ２　ＡＤＬ

| | | | |
|---|---|---|---|
| ＡＤＬ | | | |
| 30 | 寝返り | | |
| 31 | 起き上がり | | |
| 32 | 乗り移り | | |
| 33 | 家の中の移動 | | |
| 34 | 屋外の移動 | | |
| 35 | 上半身の更衣 | | |
| 36 | 下半身の更衣 | | |
| 37 | 食事 | | |
| 38 | 排泄 | | |
| 39 | 整容 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 40 | 入浴 | | |
| 41 | ＡＤＬの低下＊ | | |
| 活動・健康増進 | | | |
| 42 | 移動手段 | | |
| 43 | 階段昇り降り | | |
| 44 | 外出（屋外）の頻度（介護サービス利用による外出は含まない。） | | |
| 45 | 体を動かす活動 | | |
| 自立度改善の可能性 | | | |
| 46 | 自立度改善の本人意識 | | |
| 47 | 自立度改善の介護者意識 | | |
| 48 | 健康状態改善の可能性 | | |
| 要介護状態の変化 | | | |
| 49 | 介護状態の悪化＊ | | |
| 転倒 | | | |
| 50 | 転倒の回数＊ | | |
| 51 | 転倒の危険性 | | |
| ＡＤＬに関する意向<br>（本人）<br>（家族） | | | |

## ３　ＩＡＤＬ

| ＩＡＤＬ | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 現　状 | 困難度 |
| 52 | 炊事 | | | |
| 53 | 家事一般（掃除・洗濯・整理等） | | | |
| 54 | 金銭管理 | | | |
| 55 | 薬の管理 | | | |
| 56 | 電話使用 | | | |
| 57 | 買い物 | | | |
| 58 | 交通手段の利用（使う必要のない場合も×） | | | |
| ＩＡＤＬに関する意向<br>（本人）<br>（家族） | | | | |

## ４　認　知

| |
|---|
| 記憶 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 59 | 短期記憶 | | |
| 60 | 手続き記憶 | | |
| 61 | 日常生活の判断 | | |
| *62* | 記憶・判断力の低下＊ | | |
| 意識障害 | | | |
| 63 | せん妄 | | |
| 認知に関する意向<br>（本人）<br>（家族） | | | |

## ５　コミュニケーション能力

| | | | |
|---|---|---|---|
| コミュニケーション | | | |
| 64 | 聴覚 | | |
| 65 | 相手に理解させること | | |
| 66 | 相手を理解すること | | |
| *67* | コミュニケーション能力の低下＊ | | |
| 視覚 | | | |
| 68 | 視力 | | |
| 69 | 視覚障害 | | |
| *70* | 視力低下＊ | | |
| コミュニケーションに関する意向<br>（本人）<br>（家族） | | | |

## ６　社会との関わり

| | | | |
|---|---|---|---|
| 関わり | | | |
| 71 | 人との関わり | | |
| 72 | 周りの人への不満・怒り | | |
| 73 | 社会活動の悩み | | |
| 74 | 社会活動の減少＊ | | |
| 75 | 日中一人の時間 | | |
| 76 | 寂しさ | | |
| 気分 | | | |
| 77 | 不安心配 | | |
| 78 | 悲しみ | | |
| 79 | 落ち込み | | |
| 80 | 怒り | | |
| 81 | 体調不良の訴え | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 82 | 涙もろい | | |
| 83 | 興味活動の減少 | | |
| 84 | 社会交流の減少 | | |
| 85 | 気分の悪化＊ | | |
| 社会との関わりに関する意向<br>（本人）<br>（家族） | | | |

## 7　排尿・排便

| | | | |
|---|---|---|---|
| 失禁 | | | |
| 86 | 尿失禁 | | |
| 87 | おむつ使用 | | |
| 88 | 尿カテーテル使用 | | |
| 89 | 便失禁 | | |
| 排泄のコントロールに関する意向<br>（本人）<br>（家族） | | | |

## 8　褥瘡・皮膚の問題

| | | | |
|---|---|---|---|
| 皮膚・じょく創 | | | |
| 90 | 皮膚の問題 | | |
| 91 | じょく創 | | |
| 92 | じょく創の既往 | | |
| 93 | 皮膚のケア | | |
| じょく創・皮膚の問題に関する意向<br>（本人）<br>（家族） | | | |

## 9　口腔衛生

| | | | |
|---|---|---|---|
| 口腔ケア | | | |
| 94 | 口腔状態の問題 | | |
| 口腔衛生に関する意向<br>（本人）<br>（家族） | | | |

## １０　食事摂取

| | | | |
|---|---|---|---|
| 栄養・水分摂取 | | | |
| 95 | 極端な体重減少 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 96 | 栄養不良 | | |
| 97 | 極端な体重増加 | | |
| 98 | 食事量，回数の不足 | | |
| 99 | 食事摂取の減少 | | |
| 100 | 水分不足 | | |
| 101 | 経管栄養，胃ろう | | |
| 嚥下 | | | |
| 102 | 嚥下問題 | | |
| 食事摂取に関する意向<br>（本人）<br>（家族） | | | |

## １１　問題行動（行動障害）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 行動障害 | | | |
| 103 | 徘徊 | | |
| 104 | 乱暴な言葉 | | |
| 105 | 乱暴な行動 | | |
| 106 | 混乱させる行動 | | |
| 107 | ケアの拒否抵抗 | | |
| *108* | 行動障害の悪化＊ | | |
| 向精神薬 | | | |
| *109* | 抗精神病薬 | | |
| *110* | 抗不安薬 | | |
| *111* | 抗うつ薬 | | |
| *112* | 催眠薬 | | |
| 行動障害に関する意向<br>（本人）<br>（家族） | | | |

## １２　介護力

| 介護力 | | | 主介護者 | 副介護者 |
|---|---|---|---|---|
| *113* | 介護者（氏名・続柄） | | | |
| *114* | 支援の分野（ADL、IADL、精神的支援等） | | | |
| *115* | 介護者が介護量を増やすことの可能性 | | | |
| 116 | 介護者が介護を続けられる可能性 | | | |
| 117 | 介護者の周りの人に対する不満 | | | |
| 118 | 介護者のストレス・負担 | | | |
| 同居者 | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *119* | 同居者の増減＊ | | |
| *120* | 施設入所についての同居者の意向 | | |
| 介護力に関する意向<br>（本人）<br>（家族） | | | |

## １３　居住環境

| 居住環境 | | | |
|---|---|---|---|
| **121** | **身体状態から見た居住環境問題** | | |
| 居住環境に関する意向<br>（本人）<br>（家族） | | | |

## １４　特別な状況

| 特別な状況 | | | |
|---|---|---|---|
| **122** | **家族・介護者に対する恐れ** | | |
| **123** | **劣悪な衛生状態** | | |
| **124** | **不明な怪我，骨折，火傷** | | |
| **125** | **放置，暴力，搾取等** | | |
| **126** | **身体抑制** | | |
| **ターミナル** | | | |
| **127** | **ターミナル期** | | |
| 特別な状況に関する意向<br>（本人）<br>（家族） | | | |

## ※　その他

| その他 | | | |
|---|---|---|---|
| *128* | | | |
| 介護や自立生活に関する全般的な意向<br>（本人）<br>（家族） | | | |

（別表）服薬状況

| 薬剤名 | 量 | 効能 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

使用した課題分析手法名：

利用者名：　　様

# ケアプラン策定のための課題検討用紙

アセスメント基準日：　平成　　年　　月　　日

| 項　目 | 細　目 | ﾁｪｯｸ | 検討が必要な具体的状況 | 原　因 | 本人，家族の意向 | 自立に向けた可能性，維持の必要性，低下・悪化の危険性，ケアの必要性 | 生活全般の解決すべき課題(ニーズ) | ケアの方向性 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| １.健康状態 | ① 既往歴 | | | | | | | |
| | ② 主傷病 | | | | | | | |
| | ③ 症状 | | | | | | | |
| | ④ 痛み | | | | | | | |
| | ⑤ その他 | | | | | | | |
| ２.ＡＤＬ | ① 寝返り | | | | | | | |
| | ② 起きあがり | | | | | | | |
| | ③ 移乗 | | | | | | | |
| | ④ 歩行 | | | | | | | |
| | ⑤ 着衣 | | | | | | | |
| | ⑥ 入浴 | | | | | | | |
| | ⑦ 排泄 | | | | | | | |
| | ⑧ その他 | | | | | | | |
| ３.ＩＡＤＬ | ① 調理 | | | | | | | |
| | ② 掃除 | | | | | | | |
| | ③ 買物 | | | | | | | |
| | ④ 金銭管理 | | | | | | | |
| | ⑤ 服薬状況 | | | | | | | |
| | ⑥ その他 | | | | | | | |
| ４.認知 | ① 日常の意思決定を行うための認知能力の程度 | | | | | | | |
| ５.コミュニケーション能力 | ① 意思の伝達 | | | | | | | |
| | ② 視力 | | | | | | | |
| | ③ 聴力 | | | | | | | |
| | ④ その他 | | | | | | | |
| ６.社会との関わり | ① 社会的活動への参加意欲 | | | | | | | |
| | ② 社会との関わりの変化 | | | | | | | |
| | ③ 喪失感や孤独感 | | | | | | | |
| | ④ その他 | | | | | | | |

※　各方式のアセスメントシートから得た、検討が必要な細目は、「チェック」欄の○印を付け、何を検討するのか分かるようにしてください。

| 項　目 | 細　目 | ﾁｪｯｸ | 検討が必要な具体的状況 | 原　因 | 本人，家族の意向 | 自立に向けた可能性，維持の必要性，低下・悪化の危険性，ケアの必要性 | 生活全般の解決すべき課題（ニーズ） | ケアの方向性 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ７. 排尿･排便 | ① 失禁の状況 | | | | | | | |
| | ② 排尿排泄後の後始末 | | | | | | | |
| | ③ コントロール方法 | | | | | | | |
| | ④ 頻度 | | | | | | | |
| | ⑤ その他 | | | | | | | |
| ８. 褥瘡･皮膚の問題 | ① 褥瘡の程度 | | | | | | | |
| | ② 皮膚の清潔状況 | | | | | | | |
| | ③ その他 | | | | | | | |
| ９. 口腔衛生 | ① 歯の状態 | | | | | | | |
| | ② 口腔内の状態 | | | | | | | |
| | ③ 口腔衛生 | | | | | | | |
| 10. 食事摂取 | ① 栄養 | | | | | | | |
| | ② 食事回数 | | | | | | | |
| | ③ 水分量 | | | | | | | |
| | ④ その他 | | | | | | | |
| 11. 問題行動（行動障害） | ① 暴言暴行 | | | | | | | |
| | ② 徘徊 | | | | | | | |
| | ③ 介護の抵抗 | | | | | | | |
| | ④ 収集癖 | | | | | | | |
| | ⑤ 火の不始末 | | | | | | | |
| | ⑥ 不潔行為 | | | | | | | |
| | ⑦ 異食行動 | | | | | | | |
| | ⑧ その他 | | | | | | | |
| 12. 介護力 | ① 介護者の有無 | | | | | | | |
| | ② 介護者の介護意思 | | | | | | | |
| | ③ 介護負担 | | | | | | | |
| | ④ 主な介護者に関する情報 | | | | | | | |
| | ⑤ その他 | | | | | | | |
| 13. 居住環境 | ① 住宅改修の必要性 | | | | | | | |
| | ② 危険個所等 | | | | | | | |
| 14. 特別な状況 | ① 虐待 | | | | | | | |
| | ② ターミナルケア | | | | | | | |
| | ③ その他 | | | | | | | |

※　各方式のアセスメントシートから得た、検討が必要な細目は、「チェック」欄の〇印を付け、何を検討するのか分かるようにしてください。

アセスメント表

利用者氏名（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿様　作成者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　作成年月日　平成　年　月　日

| アセスメント領域 | 本人・家族の意欲・意向 | 領域における課題 | 総合的課題 | 総合的課題に対する目標 | 具体策の提案 | 具体策に対する本人・家族の意向 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 運動・移動 | 本人<br><br>家族 | □有　□無 | | | | 本人：<br>家族： |
| 日常生活 | 本人<br><br>家族 | □有　□無 | | | | |
| 社会参加・対人関係 | 本人<br><br>家族 | □有　□無 | | | | |
| 健康管理 | 本人<br><br>家族 | □有　□無 | | | | |

第１表

# 介護予防サービス計画書（１）

作成年月日　平成　　年　　月　　日

初回　・　紹介　・　継続　・　認定申請中

NO.

利用者氏名（フリガナ）　　様　　生年月日　明・大・昭　　年　　月　　日（満　　歳）

住所　　（連絡先）

計画作成者氏名　　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　　年　　月　　日　　初回介護予防サービス計画作成日　　平成　　年　　月　　日

認定日　平成　　年　　月　　日　　認定有効期間　平成　　年　　月　　日～　平成　　年　　月　　日　　状態区分　地域支援事業・要支援１・要支援２

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 目標とする生活<br>利用者及び家族の意向・希望 | （１日の生活の中でしていきたいこと） | （月単位や年の単位でしていきたいこと） | | | | | | |
| 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 | | 必要な事業，ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ（基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄ） | 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 |
| | | | | | | | | |
| 主治医意見書，検診結果，観察結果等をふまえた留意点 | | | | | | | | |
| 総合的な支援の方針 | （改善・予防のポイント） | （本来行うべき支援が実施できない場合の妥当な支援の実施に向けた方針） | | | | | | |

※　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・第３表）について同意いたします。

平成　　年　　月　　日　　氏名　　㊞

担当地域包括支援センター　　㊞

〈意見〉

第２表

# 介護予防サービス計画書（２）

利用者氏名（フリガナ）　　様　　作成年月日　平成　年　月　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 |
| | （具体的生活行為の目標） | | （本人のｾﾙﾌｹｱ） | | | | |
| | | | （家族の支援） | | | | |
| | | | （ｲﾝﾌｫｰﾏﾙｻｰﾋﾞｽ） | | | | |
| | | | （介護保険等事業） | | | | |
| | （期間：いつまでに） | | （市町村ｻｰﾋﾞｽ等） | | | | |
| | （具体的生活行為の目標） | | （本人のｾﾙﾌｹｱ） | | | | |
| | | | （家族の支援） | | | | |
| | | | （ｲﾝﾌｫｰﾏﾙｻｰﾋﾞｽ） | | | | |
| | | | （介護保険等事業） | | | | |
| | （期間：いつまでに） | | （市町村ｻｰﾋﾞｽ） | | | | |

※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。

# 介護予防支援・サービス評価表

評価日

№　　利用者氏名　　様

計画作成者氏名

| 目標 | 評価期間 | 目標達成状況 | 目標<br>達成/未達成 | 目標達成しない原因<br>（本人・家族の意見） | 目標達成しない原因<br>（計画作成者の評価） | 今後の方針 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| 総合的な方針 | 地域包括支援センター意見 | |
|---|---|---|
| | □ プラン継続<br>□ プラン変更<br>□ 終了<br>□<br>□ | □ 介護給付<br>□ 予防給付<br>□ 介護予防特定高齢者施策<br>□ 介護予防一般高齢者施策<br>□ 終了 |

# 基本チェックリスト(厚生労働省作成)

| | No | 質問項目 | 回答 | | 得点 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 暮らしぶりその1 | 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 | | |
| | | | No. 1～5の合計 | | | |
| 運動器関係 | 6 | 階段を手すりや壁をつたわら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ますか | 0. はい | 1. いいえ | | |
| | 8 | 15分間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 | | |
| | | | No. 6～10の合計 | | | 3点以上 |
| 栄養・口腔機能等の関係 | 11 | 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか | 1. はい | 0. いいえ | | |
| | 12 | 身長（　　cm）　体重（　　kg）　（＊BMI 18.5未満なら該当）<br>＊BMI（＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)） | 1. はい | 0. いいえ | | |
| | | | No. 11～12の合計 | | | 2点以上 |
| | 13 | 半年前に比べて堅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 | | |
| | | | No. 13～15の合計 | | | 2点以上 |
| 暮らしぶりその2 | 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言われますか | 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 | | |
| | | | No. 18～20の合計 | | | |
| | | | No. 1～20までの合計 | | | 10点以上 |
| こころ | 21 | （ここ2週間）毎日の生活に充実感がない | 1. はい | 0. いいえ | | |
| | 22 | （ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった | 1. はい | 0. いいえ | | |
| | 23 | （ここ2週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる | 1. はい | 0. いいえ | | |
| | 24 | （ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない | 1. はい | 0. いいえ | | |
| | 25 | （ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする | 1. はい | 0. いいえ | | |
| | | | No. 21～25の合計 | | | |

☆チェック方法
回答欄のはい、いいえの前にある数字（0または1）を得点欄に記入してください。

☆基本チェックリストの結果の見方
基本チェックリストの結果が、下記に該当する場合、市町村が提供する介護予防事業を利用できる可能性があります。お住まいの市町村や地域包括支援センターにご相談ください。

- ●項目6～10の合計が3点以上
- ●項目11～12の合計が2点
- ●項目13～15の合計が2点以上
- ●項目1～20の合計が10点以上

# アセスメントのための情報収集シート128（居宅）

| 利用者氏名 | 基準日 | 担当者名 |
|---|---|---|
| M・S　様 | 平成27年　4月　2日 | A |

※１．「検討」の欄は，問題や支障がなければ×，問題や支障があれば○を付ける。
※２．「具体的状況」の欄には，×の場合はその理由，○の場合は支障のある具体的状況と気付いたコメントを記入する。(例えば:身体を支えられれば４～５メートル歩く。２週間前までは杖を使って自力で歩いていた。・・・等)
※３．＊の付いた項目は，概ね３ヶ月間の状況で判断する。それ以外は１週間前後の状況で判断する。
※４．その領域に関する生活の意向を把握し，課題検討用紙の「本人，家族の意向」に転記します。（問題や支障がない領域に関する「意向」は，聞き取る必要はない。）
※５．**太字の項目のうち，○が付いた「具体的状況」を，課題検討用紙の「検討が必要な具体的状況」の欄に転記して，**「自立に向けた可能性，維持の必要性，低下・悪化の危険性，ケアの必要性」を検討します。（細字の項目は，検討する時の参考にします。）

## １　健康状態

| No | 情報項目 | 検討 | 具体的状況 |
|---|---|---|---|
| **観察・管理の必要な病気** | | | |
| **1** | **循環器** | × | なし |
| **2** | **神経・認知** | × | なし |
| **3** | **骨関節** | × | なし |
| **4** | **眼科** | × | なし |
| **5** | **精神科** | × | なし |
| **6** | **感染症** | × | なし |
| **7** | **糖尿病その他** | ○ | 慢性関節リウマチによる痛みのため家事を行うことが大変である。<br>神経因性膀胱。まれに（月１回程度）失禁がある。 |
| **症状** | | | |
| **8** | **身体症状（下痢，排尿障害，発熱，食欲不振，嘔吐，胸痛，便秘，めまい，浮腫，息切れ）** | × | なし |
| **9** | **精神症状（妄想，幻覚）** | × | なし |
| **痛み** | | | |
| **10** | **痛みの頻度** | ○ | 毎日 |
| **11** | **痛みの強さ** | ○ | 常に鈍い痛みがある。動かしすぎたり、負担がかかると痛みが強くなる。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12 | 痛みによる生活の支障 | ○ | 家事を行うことが大変である。 |
| 13 | 痛みの箇所 | ○ | 両方の肩・肘・手首・手指・腰・膝に痛みあり。 |
| 14 | 痛みに対する薬の効果 | × | 薬で痛みは和らいでいる。 |
| 病状の変化 | | | |
| 15 | 入院＊ | × | なし |
| 16 | 緊急受診＊ | × | なし |
| 薬 | | | |
| 17 | 医師による薬の管理 | × | 管理している医師がいる。 |
| 18 | 薬の服用の順守 | × | 守られている。 |
| 19 | 服薬状況（別表） | ○ | 別紙参照 |
| 医療機器 | | | |
| 20 | 医療機器の取り扱い・管理 | × | なし |
| 保健予防 | | | |
| 21 | 健康診断の受診＊ | × | 定期的に受診している。 |
| 健康生活 | | | |
| 22 | 喫煙 | × | なし |
| 23 | 飲酒による問題 | × | なし |
| 24 | 健康状態が悪い | × | なし |
| 25 | 生活に支障のある体調の変動や症状 | × | なし |
| 26 | 慢性症状の悪化 | × | なし |
| 27 | 急性症状の発生 | × | なし |
| 28 | 新たな病気による治療の変更 | × | なし |
| ケア計画 | | | |
| 29 | 予定されたケア・治療の順守＊ | × | 守られている。 |
| 健康状態に関する意向<br>（本人）安定した状態で過ごしたい。<br>（家族）―――――― | | | |

## ２　ＡＤＬ

| | | | |
|---|---|---|---|
| ＡＤＬ | | | |
| 30 | 寝返り | × | ベッド柵につかまりゆっくり行っている。 |
| 31 | 起き上がり | × | ベッド柵につかまりゆっくり行っている。 |
| 32 | 乗り移り | × | 自分でできる。 |
| 33 | 家の中の移動 | ○ | 室内は両太腿に手を当ててゆっくり移動している。支えなしで立っているのがつらい。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **34** | **屋外の移動** | ○ | 外は押し車を使用して移動している。 |
| **35** | **上半身の更衣** | × | 自分でできる。 |
| **36** | **下半身の更衣** | × | 自分でできる。 |
| **37** | **食事** | × | 箸を使用し自分で食べている。 |
| **38** | **排泄** | × | 自分でできる。 |
| **39** | **整容** | × | 自分でできる。 |
| **40** | **入浴** | × | 自分で入り洗身も自分で行っている。 |
| *41* | ＡＤＬの低下＊ | × | なし |
| **活動・健康増進** | | | |
| *42* | 移動手段 | ○ | 外は押し車使用 |
| *43* | 階段昇り降り | × | 玄関の上がり框の昇降は行っている。 |
| **44** | **外出（屋外）の頻度（介護サービス利用による外出は含まない。）** | ○ | 週に１回位買い物に行く程度。 |
| **45** | **体を動かす活動** | ○ | 身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。 |
| **自立度改善の可能性** | | | |
| *46* | 自立度改善の本人意識 | ○ | これからもリハビリを続けたいと思っている。 |
| *47* | 自立度改善の介護者意識 | × | |
| *48* | 健康状態改善の可能性 | ○ | リハビリを続ける事で、今の状態が維持できる可能性がある。 |
| **要介護状態の変化** | | | |
| *49* | 介護状態の悪化＊ | × | なし |
| **転倒** | | | |
| **50** | **転倒の回数＊** | × | なし |
| **51** | **転倒の危険性** | × | 気をつけて歩いている。 |
| ＡＤＬに関する意向<br>（本人）背筋を伸ばして歩きたい。<br>（家族）―――――― | | | |

## ３　ＩＡＤＬ

| ＩＡＤＬ | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 現　状 | 困難度 |
| **52** | **炊事** | ○ | 手指、手首等に痛みがあり思うように力が入らないため、半調理食材等を使用している。 | 中 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 53 | 家事一般（掃除・洗濯・整理等） | ○ | 支えなしで立っているのがつらい事、背の変形、痛みのため床の掃除を行う事が困難である。 | 高 |
| 54 | 金銭管理 | × | 自分でできる。 | |
| 55 | 薬の管理 | × | 自分で行っている。 | |
| 56 | 電話使用 | × | かけたり受けたり自分でできる。 | |
| 57 | 買い物 | ○ | 支えなしで立っているのがつらい事、背の変形、痛みのため大きい物、重い物を持つことができない。 | 中 |
| 58 | 交通手段の利用（使う必要のない場合も×） | × | 使用していない。 | |
| ＩＡＤＬに関する意向<br>（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。<br>（家族）―――――― | | | | |

## 4　認　知

| | | | |
|---|---|---|---|
| 記憶 | | | |
| 59 | 短期記憶 | × | 問題なし |
| 60 | 手続き記憶 | × | 問題なし |
| 61 | 日常生活の判断 | × | 問題なし |
| *62* | 記憶・判断力の低下＊ | × | 問題なし |
| 意識障害 | | | |
| 63 | せん妄 | × | なし |
| 認知に関する意向<br>（本人）――――――<br>（家族）―――――― | | | |

## 5　コミュニケーション能力

| | | | |
|---|---|---|---|
| コミュニケーション | | | |
| 64 | 聴覚 | × | 問題なし |
| 65 | 相手に理解させること | × | 問題なし |
| 66 | 相手を理解すること | × | 問題なし |
| *67* | コミュニケーション能力の低下＊ | × | 問題なし |
| 視覚 | | | |
| 68 | 視力 | × | 新聞や本を読む時は眼鏡を使用している。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 69 | 視覚障害 | × | なし |
| 70 | 視力低下＊ | × | なし |
| コミュニケーションに関する意向<br>（本人）――――――<br>（家族）――――――<br> | | | |

## ６　社会との関わり

| | | | |
|---|---|---|---|
| 関わり | | | |
| 71 | 人との関わり | × | 気軽に関わっている。 |
| 72 | 周りの人への不満・怒り | × | なし |
| 73 | 社会活動の悩み | × | なし |
| 74 | 社会活動の減少＊ | × | なし |
| 75 | 日中一人の時間 | ○ | １人暮らし。自宅で１人で過ごす時間がほとんどである。 |
| 76 | 寂しさ | × | なし |
| 気分 | | | |
| 77 | 不安心配 | × | なし |
| 78 | 悲しみ | × | なし |
| 79 | 落ち込み | × | なし |
| 80 | 怒り | × | なし |
| 81 | 体調不良の訴え | × | なし |
| 82 | 涙もろい | × | なし |
| 83 | 興味活動の減少 | × | なし |
| 84 | 社会交流の減少 | × | 時々は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。 |
| 85 | 気分の悪化＊ | × | なし |
| 社会との関わりに関する意向<br>（本人）――――――<br>（家族）――――――<br> | | | |

## ７　排尿・排便

| | | | |
|---|---|---|---|
| 失禁 | | | |
| 86 | 尿失禁 | ○ | まれに（月１回程度）失禁がある。 |
| 87 | おむつ使用 | × | 尿取りパットを使用している。交換も自分で行っている。 |
| 88 | 尿カテーテル使用 | × | なし |
| 89 | 便失禁 | × | なし |
| 排泄のコントロールに関する意向 | | | |

| |
|---|
| （本人）――――――<br>（家族）――――――― |

## ８　褥瘡・皮膚の問題

| 皮膚・じょく創 | | | |
|---|---|---|---|
| 90 | 皮膚の問題 | × | なし |
| 91 | じょく創 | × | なし |
| 92 | じょく創の既往 | × | なし |
| 93 | 皮膚のケア | × | なし |
| じょく創・皮膚の問題に関する意向<br>（本人）――――――<br>（家族）――――――― | | | |

## ９　口腔衛生

| 口腔ケア | | | |
|---|---|---|---|
| 94 | 口腔状態の問題 | × | なし |
| 口腔衛生に関する意向<br>（本人）――――――<br>（家族）――――――― | | | |

## １０　食事摂取

| 栄養・水分摂取 | | | |
|---|---|---|---|
| 95 | 極端な体重減少 | × | なし |
| 96 | 栄養不良 | × | なし |
| 97 | 極端な体重増加 | × | なし |
| 98 | 食事量，回数の不足 | × | なし |
| 99 | 食事摂取の減少 | × | なし |
| 100 | 水分不足 | × | なし |
| 101 | 経管栄養，胃ろう | × | なし |
| 嚥下 | | | |
| 102 | 嚥下問題 | × | なし |
| 食事摂取に関する意向<br>（本人）――――――<br>（家族）――――――― | | | |

## １１　問題行動（行動障害）

| 行動障害 | | | |
|---|---|---|---|
| 103 | 徘徊 | × | なし |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **104** | **乱暴な言葉** | × | なし |
| **105** | **乱暴な行動** | × | なし |
| **106** | **混乱させる行動** | × | なし |
| **107** | **ケアの拒否抵抗** | × | なし |
| *108* | 行動障害の悪化＊ | × | なし |
| **向精神薬** | | | |
| *109* | 抗精神病薬 | × | 使用していない |
| *110* | 抗不安薬 | × | 使用していない |
| *111* | 抗うつ薬 | × | 使用していない |
| *112* | 催眠薬 | × | 使用していない |
| 行動障害に関する意向<br>（本人）――――――<br>（家族）――――――<br>―――――――

| | | | |
|---|---|---|---|
| 122 | 家族・介護者に対する恐れ | × | なし |
| 123 | 劣悪な衛生状態 | × | なし |
| 124 | 不明な怪我，骨折，火傷 | × | なし |
| 125 | 放置，暴力，搾取等 | × | なし |
| 126 | 身体抑制 | × | なし |
| ターミナル | | | |
| 127 | ターミナル期 | × | なし |
| 特別な状況に関する意向<br>（本人）――――――<br>（家族）―――――― | | | |

## ※　その他

| その他 | | | |
|---|---|---|---|
| *128* | | × | なし |
| 介護や自立生活に関する全般的な意向<br>（本人）<br>（家族） | | | |

## （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 2mｇ | 1/w<br>3 カプセル | 関節の腫れや痛みの症状を改善 |
| プログラフ 1mｇ | 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 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

使用した課題分析手法名：　１２８

利用者名：　　M・S　　様

# ケアプラン策定のための課題検討用紙

アセスメント基準日：　平成　27 年　　4 月　　2日

| 項　目 | 細　目 | ﾁｪｯｸ | 検討が必要な具体的状況 | 原　因 | 本人，家族の意向 | 自立に向けた可能性，維持の必要性，低下・悪化の危険性，ケアの必要性 | 生活全般の解決すべき課題(ニーズ) | ケアの方向性 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1．健康状態 | ① 既往歴 | × | ・慢性関節リウマチによる痛みのため家事を行うことが大変である。<br>・神経因性膀胱。まれに(月1回程度)失禁がある。<br>・両方の肩、肘、手首、手指、腰、膝の痛みが毎日ある。常に鈍い痛みがあり、動かしすぎたり、負担がかかると痛みが強くなり、家事を行うことが大変である。 | ・慢性関節リウマチのため<br>・腰が湾曲しているため | 本人：安定した状態で過ごしたい。 | 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。 | | |
| | ② 主傷病 | ○ | | | | | | |
| | ③ 症状 | × | | | | | | |
| | ④ 痛み | ○ | | | | | | |
| | ⑤ その他 | × | | | | | | |
| 2．ＡＤＬ | ① 寝返り | × | ・室内は両太腿に手を当てて、ゆっくり移動している。支えなしで立っているのがつらい。<br>外は押し車を使用して移動している。<br>・外出は週に１回位買い物に行く程度。<br>・身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。 | ・腰が湾曲しているため<br>・慢性関節リウマチによる痛みのため | 本人：背筋を伸ばして歩きたい。 | 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。本人の ADL の低下もなくリハビリを続けたいと意欲もあることから、リハビリを継続することで今の状態が維持できる可能性がある。<br>自分で行えているので本人のセルフケアとしてプランにする。 | 背筋を伸ばして歩きたい。 | 病院で指導されたリハビリを毎日実施する。 |
| | ② 起きあがり | × | | | | | | |
| | ③ 移乗 | × | | | | | | |
| | ④ 歩行 | ○ | | | | | | |
| | ⑤ 着衣 | × | | | | | | |
| | ⑥ 入浴 | × | | | | | | |
| | ⑦ 排泄 | × | | | | | | |
| | ⑧ その他 | ○ | | | | | | |
| 3．ＩＡＤＬ | ① 調理 | ○ | ・手指、手首等に痛みがあり思うように力が入らないため、半調理食材等を使用している。<br>・支えなしで立っているのがつらい事、背の変形、痛みのため床の掃除を行うことが困難である。<br>・支えなしで立っているのがつらい事、背の変形、痛みのため大きい物、重い物を持つことができない。 | ・腰が湾曲しているため<br>・慢性関節リウマチによる痛みのため | 本人：大きい物や重い物の買い物をお願いしたい。<br>床掃除等を手伝ってほしい。 | ・買い物については、大きい物、重い物の購入はできないため補う必要がある。<br>・掃除については、本人が行う事は困難なため、補う必要がある。<br>・調理は半調理食材等を利用し賄えているためプランにしない。 | 大きい物や重い物の買い物をお願いしたい。<br>床掃除等を手伝ってほしい。 | 関節に負担がかかる家事を補います。 |
| | ② 掃除 | ○ | | | | | | |
| | ③ 買物 | ○ | | | | | | |
| | ④ 金銭管理 | × | | | | | | |
| | ⑤ 服薬状況 | × | | | | | | |
| | ⑥ その他 | × | | | | | | |
| 4．認知 | ① 日常の意思決定を行うための認知能力の程度 | × | 問題なし | | | | | |
| 5．コミュニケーション能力 | ① 意思の伝達 | × | 問題なし | | | | | |
| | ② 視力 | × | | | | | | |
| | ③ 聴力 | × | | | | | | |
| | ④ その他 | × | | | | | | |
| 6．社会との関わり | ① 社会的活動への参加意欲 | × | ・1人暮らし<br>・自宅で1人で過ごす時間がほとんどである。 | ・人暮らしのため<br>・リウマチのため活動が制限されている。 | 特になし | 時々は友人と交流を持っていること、1人でいることでの寂しさや落ち込みもないのでプランにしない。 | | |
| | ② 社会との関わりの変化 | × | | | | | | |
| | ③ 喪失感や孤独感 | × | | | | | | |
| | ④ その他 | ○ | | | | | | |

| 項　目 | 細　目 | ﾁｪｯｸ | 検討が必要な具体的状況 | 原　因 | 本人，家族の意向 | 自立に向けた可能性，維持の必要性，低下・悪化の危険性，ケアの必要性 | 生活全般の解決すべき課題（ニーズ） | ケアの方向性 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ７. 排尿・排便 | ① 失禁の状況 | ○ | ・まれに（月1回程度）失禁がある。 | 神経因性膀胱のため | 特になし | 「健康状態」と合わせて検討とする。 | | |
| | ② 排尿排泄後の後始末 | × | | | | | | |
| | ③ コントロール方法 | × | | | | | | |
| | ④ 頻度 | × | | | | | | |
| | ⑤ その他 | × | | | | | | |
| ８. 褥瘡・皮膚の問題 | ① 褥瘡の程度 | × | なし | | | | | |
| | ② 皮膚の清潔状況 | × | | | | | | |
| | ③ その他 | × | | | | | | |
| ９. 口腔衛生 | ① 歯の状態 | × | なし | | | | | |
| | ② 口腔内の状態 | × | | | | | | |
| | ③ 口腔衛生 | × | | | | | | |
| 10. 食事摂取 | ① 栄養 | × | なし | | | | | |
| | ② 食事回数 | × | | | | | | |
| | ③ 水分量 | × | | | | | | |
| | ④ その他 | × | | | | | | |
| 11. 問題行動（行動障害） | ① 暴言暴行 | × | なし | | | | | |
| | ② 徘徊 | × | | | | | | |
| | ③ 介護の抵抗 | × | | | | | | |
| | ④ 収集癖 | × | | | | | | |
| | ⑤ 火の不始末 | × | | | | | | |
| | ⑥ 不潔行為 | × | | | | | | |
| | ⑦ 異食行動 | × | | | | | | |
| | ⑧ その他 | × | | | | | | |
| 12. 介護力 | ① 介護者の有無 | × | 甥が主介護者。<br>時々訪問し様子を見に来てくれる。 | | | | | |
| | ② 介護者の介護意思 | × | | | | | | |
| | ③ 介護負担 | × | | | | | | |
| | ④ 主な介護者に関する情報 | ○ | | | | | | |
| | ⑤ その他 | × | | | | | | |
| 13. 居住環境 | ① 住宅改修の必要性 | × | なし | | | | | |
| | ② 危険個所等 | × | | | | | | |
| 14. 特別な状況 | ① 虐待 | × | なし | | | | | |
| | ② ターミナルケア | × | | | | | | |
| | ③ その他 | × | | | | | | |

アセスメント表

利用者名　M・S様　　作成者氏名　A　　作成年月日　平成　27年　4月　2日

| アセスメント領域<br>（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） | 本人・家族の意欲・意向<br>（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） | 領域における課題<br>（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） | 総合的課題<br>（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。） | 総合的課題に対する目標<br>（解決していくために必要な取り組みや支援の目標） | 具体策の提案<br>（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） | 具体策に対する本人・家族の意向<br>本人：<br>家族： |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **運動・移動**<br>・室内は両太腿に手を当てて、ゆっくり移動している。支えなしで立っているのがつらい。<br>外は押し車を使用して移動している。<br>・外出は週に1回位買い物に行く程度。<br>・身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。 | 本人<br>背筋を伸ばして歩きたい。<br><br>家族 | ■有　□無<br>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。本人のADLの低下もなくリハビリを続けたいと意欲もあることから、リハビリを継続することで今の状態が維持できる可能性がある。<br>自分で行えているので本人のセルフケアとしてプランにする。 | 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。 | ・背筋を伸ばして歩ける。 | ・病院で指導されたリハビリを毎日実施する。 | ・今まで通りリハビリを続けていきたい。 |
| **日常生活**<br>・手指、手首等に痛みがあり思うように力が入らないため、半調理食材等を使用している。<br>・支えなしで立っているのがつらい事、背の変形、痛みのため床の掃除を行うことが困難である。<br>・支えなしで立っているのがつらい事、背の変形、痛みのため大きい物、重い物を持つことができない。 | 本人<br>大きい物や重い物の買い物をお願いしたい。<br>床掃除等を手伝ってほしい。<br><br>家族 | ■有　□無<br>・買い物については、大きい物、重い物の購入はできないため補う必要がある。<br>・掃除については、本人が行う事は困難なため、補う必要がある。<br>・調理は半調理食材等を利用し賄えているためプランにしない。 | | ・必要な家事支援を受け、安心して生活できる。 | ・関節に負担のかかる家事を補います。 | ・できるところは自分でやりますが，痛くて自分でできないところをお願いしたい。 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **社会参加・対人関係**<br>・１人暮らし<br>・自宅で１人で過ごす時間がほとんどである。 | **本人**<br>特になし<br><br>**家族** | □有　　■無<br>時々は友人と交流を持っていること、1人でいることでの寂しさや落ち込みもないのでプランにしない。 | | | | |
| **健康管理**<br>・慢性関節リウマチによる痛みのため家事を行うことが大変である。<br>・神経因性膀胱。まれに(月１回程度)失禁がある。<br>・両方の肩、肘、手首、手指、腰、膝の痛みが毎日ある。常に鈍い痛みがあり、動かしすぎたり、負担がかかると痛みが強くなる。 | **本人**<br>安定した状態で過ごしたい。<br><br>**家族** | □有　　■無<br>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。 | | | | |

第１表

# 介護予防サービス計画書（１）

作成年月日　平成 27 年 4 月 2 日

初回 ・ 紹介 ・ 継続 ・ 認定申請中

NO.

利用者氏名（フリガナ）　Ｍ・Ｓ　様　　生年月日　明・大・昭　13 年　11 月　8 日（満　76 歳）

住所　Ｋ市　　（連絡先）

計画作成者氏名　Ａ　　計画作成者所属事業所名・所在地　〇〇・・・　　（連絡先）

計画作成（変更）日　平成 27 年　4 月　2 日　　初回介護予防サービス計画作成日　平成　27 年　4 月　2 日

認定日　平成　27 年　3 月　24 日　　認定有効期間　平成　27 年　3 月　1 日～　平成　29 年　2 月　29 日　　状態区分　地域支援事業・要支援１・要支援２

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 目標とする生活<br>利用者及び家族の意向・希望 | （１日の生活の中でしていきたいこと）<br>・リハビリを続けていきたい。 | （月単位や年の単位でしていきたいこと）<br>・庭先で家庭菜園を楽しみたい。 | | | | | | |
| 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 | 特になし | 必要な事業，ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ（基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄ） | 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 |
| | | | | | | | | |
| 主治医意見書，検診結果，観察結果等をふまえた留意点 | 病院で指導されたリハビリを毎日続けるように言われている。 | | | | | | | |
| 総合的な支援の方針 | （改善・予防のポイント）<br>・病院で指導されたリハビリを毎日実施する。<br>・関節に負担のかかる家事を補います。 | （本来行うべき支援が実施できない場合の妥当な支援の実施に向けた方針） | | | | | | |

※　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・第３表）について同意いたします。

平成　　年　　月　　日　　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

担当地域包括支援センター　㊞

〈意見〉

第２表

# 介護予防サービス計画書（２）

利用者氏名（フリガナ）　Ｍ・Ｓ　様　　作成年月日　平成　27 年　4 月　2 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）<br>必要な家事支援を受け、安心して生活できる。<br>（期間：いつまでに）<br>6ヵ月後 | 関節に負担のかかる家事を補います。 | （本人のｾﾙﾌｹｱ）<br>関節に負担のかかる事は避ける。 | | | | 6ヶ月 |
| | | | （家族の支援） | | | | |
| | | | （ｲﾝﾌｫｰﾏﾙｻｰﾋﾞｽ） | | | | |
| | | | （介護保険等事業）<br>掃除、買い物の支援 | 介護予防<br>訪問介護 | 週2回 | K介護センター | 6ヶ月 |
| | | | （市町村ｻｰﾋﾞｽ等） | | | | |
| 2 | （具体的生活行為の目標）<br>背筋を伸ばして歩ける。<br>（期間：いつまでに）<br>6ヶ月後 | ・病院で指導されたリハビリを毎日実施する。<br>（痛みに気を付けておこないましょう） | （本人のｾﾙﾌｹｱ）<br>自主リハビリ（病院から指示された内容） | 本人 | 毎日 | | 6ヶ月 |
| | | | （家族の支援） | | | | |
| | | | （ｲﾝﾌｫｰﾏﾙｻｰﾋﾞｽ） | | | | |
| | | | （介護保険等事業） | | | | |
| | | | （市町村ｻｰﾋﾞｽ） | | | | |

※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。