

# 介護予防ケアマネジメントマニュアル

令和五年度

玉野市版

## はじめに

介護保険制度において、介護支援専門員には高齢者が要支援状態や要介護状態であっても住み慣れた地域の中で、できる限り自立して暮らし続けられるように支援することが求められています。

平成17年の改正では制度の基本理念である、高齢者の「自立支援」「尊厳の保持」を基本としつつ、制度の持続可能性を高めていく予防重視型システムへと転換されました。現在では、住み慣れた地域で医療や介護、生活支援のためのサービス等を適切に提供できる体制『地域包括ケアシステム』の実現に向け日々のケアマネジメントをはじめ様々な取り組みが展開されています。

玉野市社会福祉協議会地域包括支援センター（以下「センター」という。）においては、介護予防ケアマネジメント業務に取り組む中で以下の課題が明らかになりました。

- ① センター職員の介護予防サービス計画作成についての考え方が十分確立されていないことから、職員により介護予防サービス計画に差異が見られる。
- ② 自立支援や重度化防止につながるケアマネジメントが要支援から要介護まで一貫して行われることが重要。
- ③ 介護予防ケアマネジメント業務の外部委託促進にともない、居宅介護支援事業所の介護支援専門員との更なる連携が必要となる。

これらの課題解決のためには、センター職員、居宅介護支援事業所の介護支援専門員のための自立支援や重度化防止に向けた介護予防ケアマネジメントの考え方、及び介護予防サービス計画作成のプロセス、記入方法をまとめたマニュアルが必要と考え介護予防ケアマネジメントマニュアルを作成するに至りました。なお、本マニュアルは「地域包括支援センター運営マニュアル（一般社団法人長寿社会開発センター発行）」などを基に作成しました。

センターでは、セルフケア、インフォーマルケア、フォーマルケアが相互に関連しあって、利用者の有している能力や意欲といったストレングスを最大限に活用しながら生活するための介護予防サービス計画作成のためには、国際生活機能分類（ICF）を用いてプランを作成することが有効と考えており、本マニュアルにも取り入れました。

介護予防支援や介護予防ケアマネジメントでの介護予防サービス計画作成にご活用いただければ幸いです。

## 目次

### はじめに

Ⅰ マニュアル作成の目的	
玉野市の介護予防ケアマネジメントの考え方.....	1
介護予防ケアマネジメントとセルフケア .....	3
Ⅱ 介護予防ケアマネジメントの考え方	
介護予防ケアマネジメント .....	5
ケアマネジメントの種類.....	6
介護予防ケアマネジメントと ICF .....	7
Ⅲ 介護予防ケアマネジメント業務	
1. 介護予防ケアマネジメントの実施手順 .....	1 1
2. 留意点.....	1 2
(1) インテーク .....	1 2
(2) アセスメント .....	1 2
(3) ケアプラン原案作成 .....	1 3
(4) サービス担当者会議.....	1 4
(5) ケアプランの確定・交付 .....	1 5
(6) モニタリング .....	1 5
(7) 評価.....	1 5
3. 記載についての考え方 .....	1 6
基本情報.....	1 7
基本チェックリストの考え方.....	1 9
基本チェックリスト .....	2 2
介護予防サービス計画表 .....	2 6
評価表.....	2 8
Ⅳ 参考事例	
事例の概要 .....	2 9
基本情報.....	3 1
基本チェックリスト .....	3 3
介護予防サービス計画表 .....	3 7
評価表.....	3 9
巻末資料 .....	4 0
参考文献.....	4 1

## I マニュアル作成の目的



## 玉野市の介護予防ケアマネジメントの考え方

### 玉野市介護予防支援に関する基本指針

(「玉野市のケアマネジメントに関する基本方針」令和2年8月6日策定  
令和3年7月1日改定より)

- ① 利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮します。
- ② 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ます。
- ③ 利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、指定介護予防サービス等が特定の種類又は事業者等に不当に偏らないよう、公正中立に行います。
- ④ 市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の指定介護予防（居宅介護）支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者（障害者支援）、その他地域における様々な取組を行う者等との連携に努めます。
- ⑤ 利用者の介護予防に資するよう行うとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行います。
- ⑥ 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ます。
- ⑦ 自らその提供する介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。

介護予防ケアマネジメントに求められる基本的な考え方は、その人の生活・人生を尊重し、できる限り住み慣れた地域の中で自立した生活を送れるように支援することです。そのために必要なことは以下のとおりです。

- ・「健康状態」「心身機能」「身体構造」「活動」「参加」「背景因子」にバランスよくアプローチすること。
- ・「生活」「人生」に焦点をあて利用者の個別性を重視すること。
- ・目標志向型の計画を、利用者を中心に、サービス提供者と共有すること。
- ・利用者自身が、健康増進や介護予防に意識が持てるように目標を理解して、主体的にサービスを利用するような支援を行うこと。

介護保険は、公的な保険制度です。このことは、サービスに限りがあるということ

なく、有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように配慮します。その人の今までの歴史を紐解き、介護保険制度のみに頼ることなく

「自助」 自分で守る 介護予防、家族の支え合い、自費サービス

「互助」 互いで守る ボランティア、住民活動、見守り

「共助」 みんなで守る 介護保険、医療保険、社会保険

「公助」 公共が守る 生活保護、障害者福祉

を適切に組み合わせて利用することが求められます。介護予防ケアマネジメントにいたっては、基本方針⑥「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ます」とあるように「自助」の努力が求められます。

## 介護予防ケアマネジメントとセルフケア

### 介護予防とは

介護予防とは「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」と定義されています。介護保険は高齢者の自立支援を目指しており、国民自らの努力についても、介護保険法（以下「法」という）第4条（国民の努力及び義務）において、「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」と規定されています。

### 介護予防の対象者とそれらの人への働きかけ

介護予防の対象となるのは高齢者であり、すでに心身の機能や生活機能の低下を経験しています。しかも、「自分の機能が改善するはずはない」といった誤解やあきらめを抱いている者、うつ状態などのために意欲が低下している者も少なくありません。

そこで、介護予防に関わる専門職においては、利用者の意欲の程度とその背景を配慮したうえで積極的な働きかけを行うことが求められています。現在行われているケアが、セルフケアの欠落している部分を単に補うだけでなく、利用者のセルフケアを高めるための支援として機能しているか見極める必要があります。利用者それぞれの持つ力は、ふり幅があり、状況により変化するため、無理のない目標を設定し、それを順次こなしながら、長期目標を達成するように時間をかけて計画を実施していきます。

### ストレングス・モデル

利用者のセルフケアを高めるには、アセスメント段階においては、利用者の問題状況といったマイナス面だけでなく、能力や意欲、抱負といったプラス面も把握する必要があります。同時に、利用者を取り巻く環境についてもアセスメントを行い、その中のプラス面を活用したケアプランの作成が求められます。このようなケアマネジメントはストレングス・モデルと呼ばれます。

ストレングス・モデルでは、『できないこと』『困ったこと』に対応するのではなく、利用者の『できること』『したいこと』『好きなこと』を探し出し、それらを広げていく

ことで、できるだけ住み慣れた自宅や地域で安心して暮らしていけるように支えていく考え方をします。『できないこと』をいかに補うかということよりも、『できること』『したいこと』『好きなこと』を中心に支援のあり方を検討し、これらを十分に活用して社会生活へ積極的に参加を促し、生活意欲を高め、生き生きとした地域生活を目指しています。

## 玉野市が目指す介護予防ケアマネジメント

玉野市での、介護予防ケアマネジメントは、要介護状態になることを予防するにとどまらず、高齢者自身が自分の生活を考えるようになることで、サービスを受ける側から提供する側に自らの意思でなっていくことを目指しています。

## Ⅱ 介護予防ケアマネジメントの 考え方



## 介護予防ケアマネジメント

### 総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）

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、厚生労働省令に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1号訪問事業、第1号通所事業又は第1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法（115条の45第1項の二）

介護予防ケアマネジメントは、高齢者の自立支援を目的として、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、対象者自らの選択内容などに基づき、介護予防に向けたケアが検討されます。

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

総合事業においては、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することを目標とします。それが結果的に「介護予防につながる」という視点から、利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するようすることが必要です。そのためには、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた「目標」を設定します。そして利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に向けて取り組んでいけるよう、具体的な介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していきます。

## ケアマネジメントの種類

玉野市では、ケアマネジメントには以下の種類があります。

種類	予防給付の ケアマネジメント	総合事業の介護予防ケアマネジメント	
		ケアマネジメント A (原則的プラン)	ケアマネジメント C (初回のみプラン)
利用サービスの 内容	・ 予防給付のみ ・ 予防給付と総合事 業	・ 総合事業(住民主体 型サービス含む) の み	・ 総合事業の住民主 体型サービスのみ
窓口相談	利用者情報の収集 利用者・家族の現状把握 等		
①アセスメント	○	○	○
②ケアプラン原案 作成	○	○	○
③サービス担当者 会議	○	○	—
④利用者への説明・ 同意	○	○	○
⑤ケアプラン確定・ 交付	○	○	○
⑥サービス利用開 始	○	○	○
⑦モニタリング	○	○	—
給付管理	あり	あり	なし

## 介護予防ケアマネジメントと ICF

「はじめに」で述べたように、センターでは、国際生活機能分類（以下「ICF」という。）を用いて、ストレングス・モデルによるアセスメント、プラン作成に取り組んでいます。

ICF モデルは、「生活障害」というマイナス面ではなく、「生活機能」というプラスの側面に着目したモデルです。「心身機能・身体構造」「活動」「参加」という3つのレベルがそれぞれ相互に影響を及ぼすことを表しています。

また、生活機能に大きな影響を与える背景因子として「環境因子」「個人因子」「健康状態」などすべての要素が他のすべての要素と影響しあう相互作用モデルということができます。

ICF モデルを活用することで、「残存機能」だけでなく「潜在機能」を引き出すことが、介護予防ケアマネジメントにおいては重要となってきます。

### ICF とは

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

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

それらを分類したものが ICF で、これはさまざまな要因を統合して考えていくプロセスにおいて、大変理解しやすい分類で、高齢者の生活全般について総合的な支援を考えていく上でとても重要です。

（出典 地域包括支援センター運営マニュアル第2版 p251）

### ICF の各因子の視点

「心身機能・身体構造」の視点

ICF での機能（働き（例：歩く、聴く））とそれを可能としている構造（作り（例：骨格、筋肉、神経等））への理解は大切です。心身の構造の障害（例：脳梗塞、老人性うつ症）が心身の機能にどのような影響（例：閉じこもりで脚力低下、右マヒで歩行困難）

を生じ、どのような「できないこと、していること、できそうなこと」があるのかアセスメントし、本人（家族）の「望む生活（めざす生活）」に向かって維持・改善・向上となる支援を行います。

#### 「活動」（生活動作）の視点

活動とは、心身機能を使った「行為、動作」であり、活動の制限とは個人が活動を行う時に生じる「むずかしさ、つらさ」のことです。

心身機能とは、心と身体の「部分機能」（例：認知力、判断力、脚力、握力）の集合体であり、それらが「ひとくくりの動作」となって「生活機能」（ADL：移動、食事、排泄、入浴）（IADL：調理、掃除、洗濯、買物等）を作っています。介護予防では、生活機能の低下を心身機能の視点で分析し、低下傾向にある「部分機能」に集中的な支援（リハビリテーション等）を行うことにより、維持・改善・向上を図るものです。

#### 「参加」（地域社会、人間関係）の視点

参加とは、地域社会や家族、友人関係等生活への「目的ある関わり」のことです。人間関係やコミュニケーションも「目的ある関わり」の中の行為です。

アセスメントでは、現時点の状況だけでなく、これまでの生涯（幼少期、青年期、壮・中年期、老年期）を振り返ったさまざまな社会との関わり（学校、仕事、家庭、子育て、地域の役回り等）を通して、本人が持っている意欲や「強さ」に着目していくことが重要です。

#### 「環境因子」（支援機器や住宅環境等）の視点

環境とは、人々が生活する上での物的環境（住居、土地環境等）や社会的環境（市町村施策、医療、介護などの制度等）社会的関係（近所・近隣、家族・親族等）に基づく環境（例：孤独、親密等）などを指します。

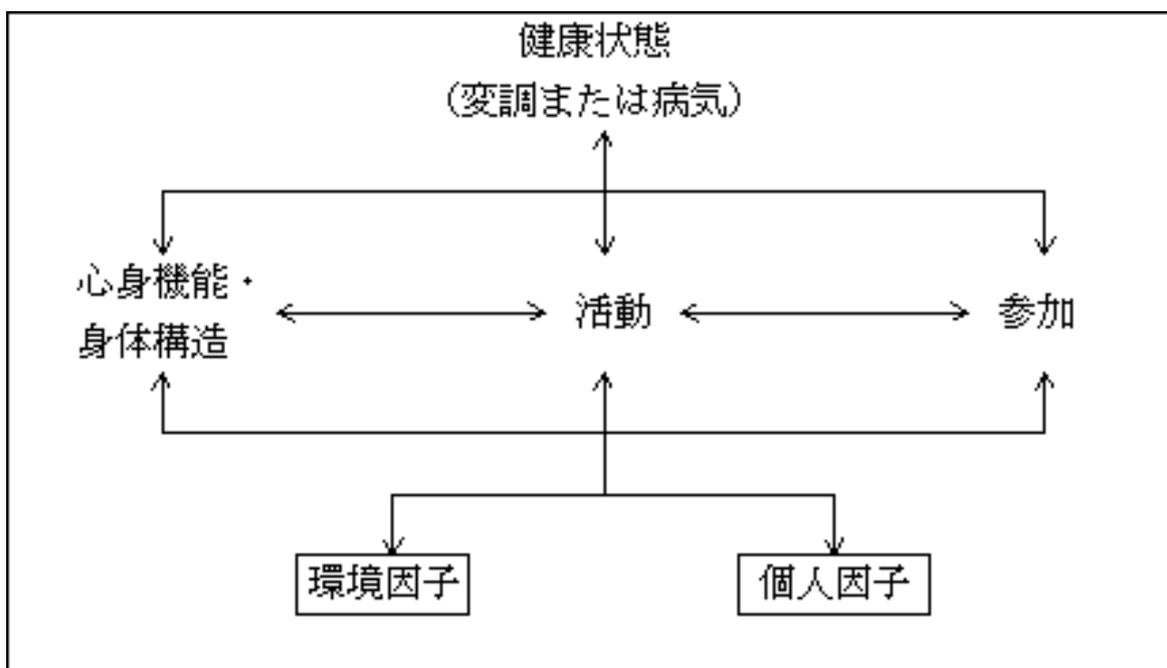
環境の視点から、現在の状況を引き起こしている要因を分析し、維持・改善・向上の可能性に着目します。

#### 「個人因子」（性や年齢、民族、ライフスタイル等）の視点

「自立支援」では個人の「資質」は大変重要な視点です。個人因子とは個人の健康状態だけでなく、その人の特徴（性別、年齢、体力、性格、成育歴・教育歴、生活習慣、職業、経験、心理的特性等）であり、個別性と多様性の基礎となります。また介護予防ケアマネジメントでは、本人の食習慣、運動習慣とともに、家事力（例：調理、洗濯、掃除）などの個人因子を把握し、具体的に支援します。

介護予防ケアマネジメントにおいては、本人が前向きに「動機づけ」られ、自らの意思で行うことを基本とするため、本人の意欲が高まるコミュニケーションの取り方と適切な働きかけが重要になります。

## ICF の構成要素間の相互作用



出典「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」（日本語版）  
世界保健機構(WHO) [著]；厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部編

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部, 2002.7

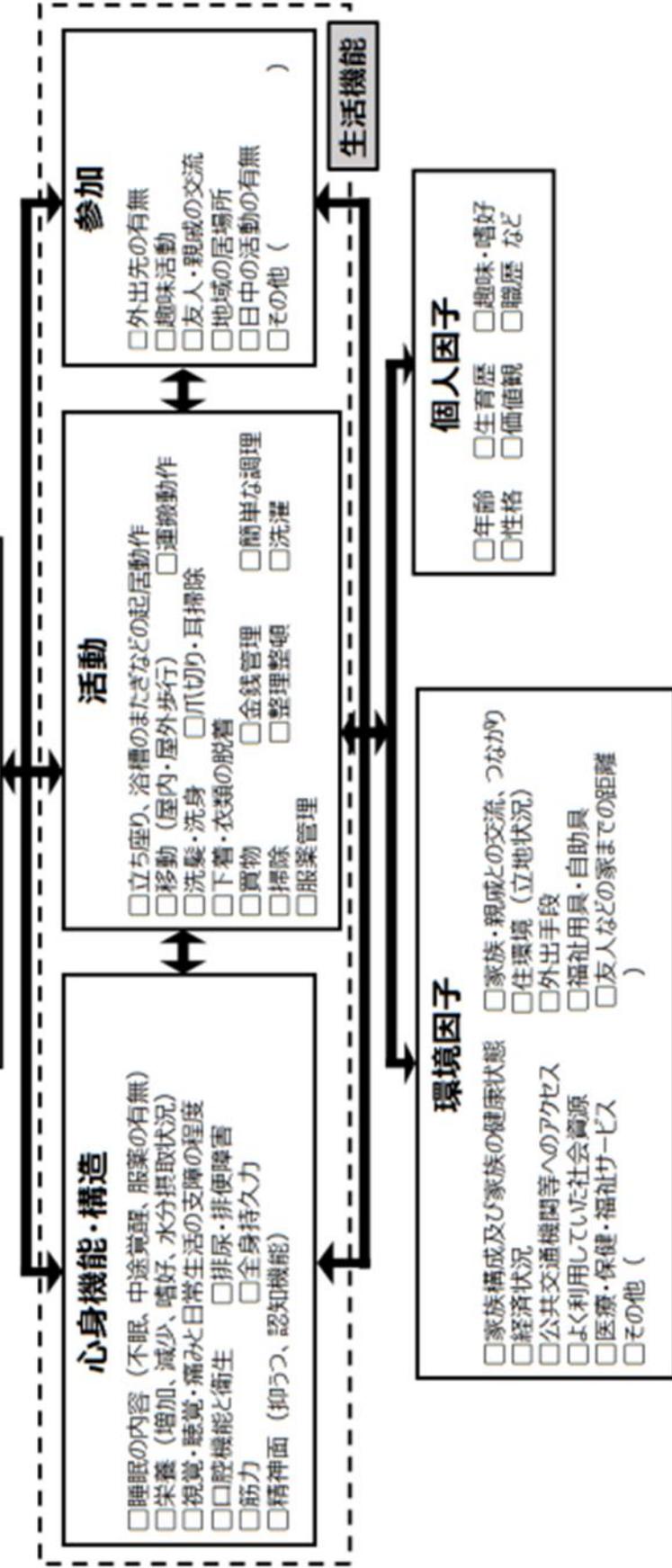
# ICF（国際生活機能分類）からみた介護予防のアセスメントの視点的例

※ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) 国際生活機能分類

本人の抱える課題は様々な要因が関連して起こっていることを意識しながら分析することが大切。

## 健康状態

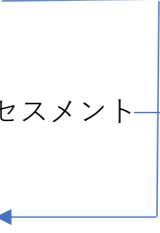
- 病状と症状
- 主治医
- 服薬内容
- 既往歴
- 受診行動（頻度、方法）など



## Ⅲ 介護予防ケアマネジメント業務



## 1 介護予防ケアマネジメントの実施手順

プロセス	概要と使用様式
(1) インテーク (受付) (契約) (届出)	<p>主訴を確認し、支援することを正式に受理する。利用者・家族に対し、契約内容、重要事項及び個人情報の利用目的について説明し、同意を得て契約を締結する。また、ケアマネジメントを行う上で必要な情報を収集する。</p> <hr/> ◇介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約書 ◇介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書 ◇介護保険認定関係資料情報提供請求書 ◇利用者基本情報
(2) アセスメント (課題分析)	<p>利用者家族と面談し、現状の確認と分析を行い、利用者の解決すべきニーズを把握する。認定調査項目、主治医意見書も活用する。</p> <hr/> ◇基本チェックリスト
(3) ケアプラン原案作成  (4) サービス担当者会議 (5) ケアプラン確定・交付	<p>アセスメントの結果に基づき、目標、具体策、利用サービス等を決定し、ケアプラン原案を作成する。その後、利用者、家族、サービス提供担当者等が集まり、サービス担当者会議を開催し、ケアプラン原案について、利用者を中心として、専門的見地から意見を求め、利用者の同意を得てケアプランを確定する。</p> <hr/> ◇介護予防サービス支援計画書1・2 ◇サービス利用票・提供票 ◇介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）
(6) モニタリング (7) 評価 (8) 再アセスメント (9) 終結 	<p>利用者の生活状況等に変化はないか、ケアプラン通りにサービスが提供されているか、提供されたサービスについて利用者は満足しているか等について継続的にモニタリングを行う。ケアプランの修正の必要がある場合や、要介護認定の有効期間が満了する場合は、評価を行い、課題が解決した場合は終結、継続する場合は、再アセスメントを行い一連のプロセスを繰り返す。</p> <hr/> ◇介護予防支援モニタリング表 ◇介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表

## 2 留意点

### (1) インテーク（受付・契約・届出）

#### ア 訪問前の準備

- ・初回訪問前に関係機関からの情報提供がある場合については目を通す。
- ・必要な書類を確認する。

#### イ 訪問中の留意事項

- ・所属機関、氏名を伝える。利用者又は家族から求められた時は身分証を提示する。
- ・利用者・家族に契約の意向確認をした上で、契約内容、重要事項及び個人情報の利用目的についてわかりやすく説明する。
- ・最新の介護保険被保険者証（介護認定区分、認定有効期間、給付制限等）を確認する。
- ・医療保険（原爆、特定疾患等）、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無など介護保険制度以外の確認をする。
- ・家の中の環境を確認（ゴミは落ちていないか、机の上に何を置いているか、趣味の物、部屋の温度、日差しの程度等）する。

#### 《信頼関係を築くために》

- ・利用者・家族の話を傾聴し、受容的態度で接する。
- ・利用者の年齢、経歴、性差を意識した言葉づかい、態度に配慮する。
- ・専門用語はなるべく使わないように心掛け、メモを取ることに集中し過ぎて会話が途切れたり、視線がずっと下を向いたりしないように気をつける。

#### ウ バイステックによる援助関係性における7原則（対人援助の行動規範）

- ・個別化：クライアントを個人としてとらえる。
- ・意図的な感情表出：クライアントの感情表現を大切にす。
- ・統制された情緒感情：援助は自分の感情を自覚して吟味する。
- ・受容：受け止める。
- ・非審判的態度：クライアントを一方向的に非難しない。
- ・自己決定の原則：クライアントの自己決定を促して尊重する。
- ・秘密保持：秘密を保持して信頼感を醸成する。

### (2) アセスメント（課題分析）

アセスメントを行うには情報収集が必要です。相手を尊重し、より正確に事実、感

情等を明確にしていきながら、相手の話の流れに沿いながら、必要な情報を聴いていくことを大切にする。

#### ア 利用者の思いを知る

- ・自分が「聴きたいこと」は後に回し、利用者の「話したいこと」に耳を傾ける。
- ・すべての情報を一度に聴き取る必要はなく、利用者の様々な「語り」から、望む暮らしや困りごとを表現している言葉を聴き取る。
- ・利用者の困りごと、心配ごとを理解する。それは、いつ頃から、どのくらい続いて、どのような時に、どこで起こるのか、それに対してどのように対応してきたかを確認する。
- ・困りごとだけではなく、利用者の残存能力（可能性）にも視点を置く。
- ・利用者、家族それぞれから聴き取る。

#### イ ニーズを導き出す

- ・利用者が感じるニーズ、家族が感じるニーズ、介護支援専門員の専門性から導き出されるニーズを調整し、合意されたニーズを導き出す。
- ・合意されたニーズとは、「利用者、家族の両方が納得でき、かつ両者のプラスになるもの」であると同時に、介護支援専門員の規範的ニーズ（専門的見立て）から合意できるものとする。
- ・合意されたニーズを、利用者や家族、多職種に分かりやすく説明する。
- ・どうしてもニーズの合意が得られない場合は、サービス担当者会議を通じて、その経過を多職種で共有し、利用者や家族に理解してもらうよう引き続きアプローチしていく方法を検討する。

### (3) ケアプラン原案作成

#### ア ケアプランの作成の基本的な考え方

- ・これからの望む暮らしを、利用者、家族、援助者が一緒に考え、計画し共有できるものである。
- ・利用者が理解できるわかりやすい表現で書く。医療ニーズに対するサービス内容には専門用語の使用が必要。利用者、家族にしっかり説明し、理解を得る。
- ・利用者が受け入れがたい表現は控える。(障害の状態像、ネガティブな生活史)

#### イ 自立支援につながるケアプランを作るためのポイント

- ①利用者の強み（できる能力）を活かし、本人が取り組むことができる課題を盛り込む。

- ・利用者の強みを活かすことで自尊心が高まり、生活機能の向上に対する意欲を引き出すことができるため、現在ある能力を活かす、何らかの役割を持つ等、本人が取り組める課題を盛り込んでいく。

②具体的で明確なケアプランを作成（ケアプランは利用者のものであ

- ・ケアプランは利用者のものである。自分自身が何をしなければならないのか、どのような支援を受けられるのかを分かりやすく、具体的に記載する。
- ・生活機能が「いつまでに」「どの程度向上するのか」、そのためには「誰が、いつ、何を、どこで、どのようにして・・・」を明確にする。

③要望型ケアプランではなく目標志向型（自立支援型）のケアプランを

- ・できないことを単に補う要望型のケアプランは課題解決になりません。ニーズを正しく知り、生活機能の低下の背景・原因を探り、目標となる生活へ近づけるよう、達成できそうな目標・期間を定め、改善や自立への意欲を引き出せるような内容にする。
- ・目標はあくまでの利用者の目標、目標は達成可能なもので具体性があり、誰の目から見ても達成できたか否かが評価（モニタリング）できるようにする。
- ・自立を支援する視点を持ちながら、安心・安全に配慮した内容にする。

#### (4) サービス担当者会議

##### ア サービス担当者会議の開催準備

- ・利用者、家族に担当者会議の目的を分かりやすく説明する。
- ・可能な限り、全ての関係者が出席できるように調整を行う。
- ・主治医、事業所等がやむを得ない理由で参加できない場合は、照会等により意見を求める。
- ・必要に応じてインフォーマルな支援者（民生児童委員、ボランティア、近隣住民等）にも出席を依頼する（個人情報取り扱いには十分な配慮をお願いする）。

##### イ サービス担当者会議開催時に配慮すること

- ・サービス事業所や家族・本人等、特定の人だけが発言することがないようにする。
- ・専門用語はなるべく使わず、できるだけ一般的な言葉に置き換えて発言する。
- ・利用者、家族、関係者の意見を反映させ、ケアプラン原案を修正する。
- ・利用者、家族、関係者と目標を共有し、それぞれの役割分担を明確にする。

##### ウ サービス担当者会議の記録に関する留意点

- ・検討した項目に対応して結論を記載する。

- ・「いつまでに誰が〇〇する」という具体的な書き方で結論を明記する。
- ・残された課題があれば記録する。
- ・それぞれの役割分担に漏れや重複がないか、計画がスムーズに進行するか等、話し合った要点を記録する。
- ・決定事項について、利用者や参加者に配付して、共通認識を持てるようにする。

#### (5) ケアプランの確定・交付

- ・サービス担当者会議で変更、確定したことについて必要に応じて本人・家族に再度説明し、同意を得る。
- ・同意後、遅滞なく利用者及びサービス担当者にケアプランを交付する。
- ・ケアプランに同意が得られない場合、サービス担当者会議等を通じて働きかけの経過をチーム内で共有し、利用者や家族に理解してもらえるようアプローチをする。

#### (6) モニタリング

##### ア モニタリングの目的

- ・ケアプランが適切に実施されているかどうかを確認。
- ・ケアプランに盛り込まれている援助目的が達成されているかどうかを確認。
- ・サービスやサポートの内容が適切であるかどうかを確認。
- ・ケアプランの変更を求めるような利用者側での新しい生活課題（ニーズ）が生じていないかを確認。

##### イ モニタリングの基本的な考え方

- ・毎月のモニタリングは、面接または電話等により実施するとともに、3か月に1回は利用者宅を訪問し、本人・家族に会って実施する。
- ・モニタリングの際は、単なる御用聞きに終わらず、ケアプランに挙げられた「〇〇したい」というニーズがどのように変化しているか、課題が残っていないかを確認するとともに、目標の達成度合いを利用者と共に見直す。

#### (7) 評価

- ・ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかを評価し、今後のケアプランの見直しを行う。
- ・評価結果を本人、家族及びサービス事業所等と共有し、次のケアプラン作成に活かす。
- ・評価の結果、課題が解決した場合はサービスが終了となる。
- ・介護支援専門員としての一連の関わりを振り返る。

### 3. 記載についての考え方

#### 利用者基本情報（フェイスシート）

- ◆ 支援に必要な基本的な情報を把握するシートで、いわゆるフェイスシートといわれるものです。

基本的な情報は、支援に必要な最も基本的なデータを整理したもので、利用者の属性や緊急時の連絡先、医療情報、導入されている制度等です。

- ◆ 各業務に共通する基本情報

信頼関係が十分ではない段階ですべて聴き取って埋めることはできません。

支援を継続する中で信頼関係が徐々に形成され、重ねられる会話の中で情報は少しずつ積み上がっていきます。その経過とともにアセスメント情報は繰り返し上書きされます。

- ◆ 情報使用に関する同意

アセスメント等の情報については、利用者を支援するにあたり、サービス事業者などの連携機関へ情報提供する必要がある場合には、原則、利用者から同意を得なければなりません。

※センターでは、利用者と契約する際に、個人情報提供の同意を得ているので、ここでの同意は不要です。

該当するものに○をつける。それ以外は記入の仕方を参考に記入する。

利用者基本情報			
<<基本情報>> この利用者基本情報を作成した年月日 作成担当者:		相談方法として、来所・電話等の種別、初回・再来(相談日がわかれば記載)その他には更新などと記載	
相談日	年 月 日 ( )	来所・電話 その他 ( )	初回 再来(前 / )
本人の現状	在宅・入院又は入所中( ) 現在の居所を記載。入院や入所の場合はその施設名		
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 ( )歳
住所	現在居住している居住地と住民票が異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所		利用者と連絡の取れる電話番号 Tel ( ) Fax ( ) 携帯 ( )
	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 主治医の意見書を参考に課題分析者が現在の状態に該当するものに○印	
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度 )		
障害等認定	身障( )、療育( )、精神( )、難病( ) 特記することがあれば( )に記載		
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無( )階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・共済年金・遺族年金・生活保護 ( ) 本人の介護保険での住宅改修		
来所者(相談者)	更新した場合も初回の相談者		家族構成 月〇〇万と金額を記載
住所連絡先	続柄	家族構成	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
	緊急時に確実に連絡が取れる電話番号を最低2名記載 ※2名該当者がいない場合は、その他該当者なしと記載 可能であれば、自宅と携帯電話の番号を記載 家族の職場など確実に連絡が取れる電話番号を記載		
	家族の年齢や居住地域(〇〇県〇〇市等)可能であれば3世代をジェノグラムにする。 ・夫婦の場合は、左側に夫を記載 ・兄弟等は、年長者を左側に記載 ・同居家族は○で囲む ※緊急連絡先の方との関係がわかるように記載(甥・姪など)		
		家族関係等の状況 独居か〇〇暮らしかを記載 日中独居の有無 家族の関わりの程度を記載 ※簡潔に 特記すべき事項があれば記載	

## 利用者基本情報

<<介護予防に関する事項>>

今までの生活	利用者の現在までの生活(生育歴等)について主要な出来事を時系列に記載 (職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境等) 介護保険申請に至った経緯もわかる範囲で記載			
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
	起床から就寝までの1日の流れや日課にしていること (散歩・園芸等)、テレビをみて過ごすなどの1日の過ごし方を記載			現在の趣味だけではなく、以前取り組んでいたものも記載
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係
	起床から就寝までの食事や入浴、家事等、毎日の決まった生活行為のタイムスケジュールを記載			現在及び以前の交流の頻度や方法・内容を記載 ※支援者の把握

<<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
年 月 日	主治医意見書からの情報や利用者家族からの聴取をもとに、受診している科・主治医名はフルネームで記載し、経過はあてはまる場所に○印をつける 服薬等の治療を受けている: 治療中 治療は受けていないが受診だけしている: 経過観察中	Tel	治療中 経過中 その他	治療の内容を記載 薬名は記載できない場合は、別紙に記載(別紙参照とする)
年 月		el	治療中 経過中 その他	
日		el	治療中 経過中 その他	
日		Tel	治療中 経過中 その他	
基本は和暦で記載 不明な場合は不明または○○歳頃と記載				

<<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
利用サービスの種別と利用頻度を記載 初回の場合は何も利用していなければなしと記載 市の配食サービスはここに記載	市の給食サービス以外、地域、民間の団体やボランティア、友人による支援等を記載

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、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。

署名・捺印は不要

令和 年 月 日 氏名

## 基本チェックリストの考え方

### <共通的事項>

- ① 対象者には、深く考えずに、主観に基づき回答してもらって下さい。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行って下さい。
- ② 期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらって下さい。
- ③ 習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらって下さい。

## 【書き方説明】

### <運動・移動>

1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車、またはタクシーを利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答して下さい。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
8	15分位続けて歩いていますか	途中休まず15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内・屋外等の場所は問いません。歩く速さは問いませんが、杖や歩行器を使用している場合は、「いいえ」とします。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。自転車での転倒も含まれます。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。膝を持ち加重をかけて立ち上がっている場合は「いいえ」とします。

### <日常生活・家庭生活>

2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか(例えば、必要な物品を間違いなく購入しているか)を尋ねています。頻度は本人の判断に基づき回答して下さい。電話やインターネットでの注文など自宅への配達で済ませている場合は「いいえ」となります。同行者や介護者の有無は問いません。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。

## 〈社会参加・対人関係・コミュニケーション〉

16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均して下さい。30分以上の外出をさします。買い物や病院受診、デイサービスなどは「はい」、自宅の敷地内や敷地内のデイサービスは「いいえ」とします。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流は含みません。また、家族や親戚の家への訪問は含みません。友人が家を訪ねてきてくれた場合は「いいえ」となりますが、家以外での交流がある場合は「はい」とします。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。相談の内容に関わらず、本人の主観に基づき回答してください。

## 〈健康管理〉

11	6カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6カ月で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6カ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載して下さい。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。

## 〈認知〉

18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけるをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合は「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しかわからない場合には「はい」となります。新聞やカレンダーでの確認が出来る場合も「はい」となります。

〈21～25 までの質問項目はうつについて尋ねています〉

21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答して下さい。
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

## 《 基本チェックリスト 》 ※玉野版

\* に該当する項目には☑を入れる

氏 名

様

記入日: 令和 年 月 日

運動・移動	1 バスや電車で一人で外出していますか		0. はい 1. いいえ
	8 15分位続けて歩いていますか		0. はい 1. いいえ
	8-1 歩行・外出	<input type="checkbox"/> ほぼ問題なくできている <input type="checkbox"/> 補助用具を使用して何とかできている。 杖 歩行器 他 ( ) ( ) <input type="checkbox"/> していない ( )	①体力低下 ②麻痺・腰痛・関節痛の影響 ③歩く気力がない ④その他( )
	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 転倒することに不安が大きいですか		1. はい 0. いいえ
	6 階段を手すりや壁をつかま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いますか		0. はい 1. いいえ
	7-1 床からの立ち上がり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ( )	①体力低下 ②麻痺・腰痛・関節痛の影響 ③その他( )
	7-2 ベッドの使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	運動・移動 特記事項:		
意欲・意向:			
インフォーマルサービス:			
日常生活・家庭生活	2 日用品の買い物をしていますか		0. はい 1. いいえ
	2-1 買物	<input type="checkbox"/> 問題なくやっている <input type="checkbox"/> やっているが十分でない ( ) <input type="checkbox"/> 自分でやっていない ( )	①体力低下 ②麻痺・腰痛・関節痛の影響 ③意欲が乏しい ④習慣がない ⑤関心がない ⑥地理的に不便 ⑦環境・設備道具が整っていない ⑧経験知識がない ⑨設備が使いにくい ⑩給食サービスの利用(市) ( 日 回 / 週 回 ) ⑪配食サービスの利用(民間) ( 日 回 / 週 回 ) ⑫その他 ( )
	2-2 食事一調理	<input type="checkbox"/> 問題なくやっている <input type="checkbox"/> やっているが十分でない ( ) <input type="checkbox"/> 自分でやっていない ( )	
	2-3 食事一後片付け	<input type="checkbox"/> 問題なくやっている <input type="checkbox"/> やっているが十分でない ( ) <input type="checkbox"/> 自分でやっていない ( )	



社会参加・対人関係・コミュニケーション	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
	17-1 1週間内に、30分以上の 外出頻度 (目的や場所は問わない)	<input type="checkbox"/> 3回以上 <input type="checkbox"/> 1~2回 ( ) <input type="checkbox"/> 1回未満 ( )	①体力低下 ②出かけるのがおっくう ③出かける場所がない ④麻痺・腰痛・関節痛の影響 ⑤その他( )	
	4 友人の家を訪ねていますか		0. はい	1. いいえ
	4-1 外出目的のうち「仲間・友人・趣味等の集まりへの参加」の有無	<input type="checkbox"/> ある 外出先:  <input type="checkbox"/> ほとんどない ( )	①仲間がいない ②関心がない ③知らない ④視力低下 ⑤聴力低下 ⑥その他( )	
5 家族や友人の相談にのっていますか		0. はい	1. いいえ	
5-1 日常的に付き合いのある人(家族・友人・近隣)	<input type="checkbox"/> いる 家族: 友人・近隣:  <input type="checkbox"/> いない ( )	①相手がいない ②積極的に付き合いたいと思わない ③その他( )		
社会参加・対人関係・コミュニケーション 特記事項:				
意欲・意向:				
インフォーマルサービス:				
健康管理	11 6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか		1. はい	0. いいえ
	12	身長 cm 体重 kg (BMI )	(注) BMI (＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。	
	12-1 疾患の療養状況 主な疾患: ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	<input type="checkbox"/> 療養上の問題なし <input type="checkbox"/> 療養上の問題あり ※ありの場合下記にチェック <input type="checkbox"/> 定期的な通院が行われていない <input type="checkbox"/> 服薬が正しく行われていない <input type="checkbox"/> 生活指導が守られていない <input type="checkbox"/> その他( )	・ おこなわれている処置 ( ) ・ 通院頻度: ・ 医師からの注意事項:	
	12-2 普段の体調	<b>体調は安定していますか？</b> <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※体調が安定していてもチェック <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 元気がない <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 不眠(眠剤の使用 有・無) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> カゼをひきやすい <input type="checkbox"/> 水分摂取量が1000ml以下		
	12-3 食事の形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 常食以外 ( 粥・刻み・ペースト ) ( )	①歯・口腔に問題がある ②食事作りが問題がある ③健康的な食生活に関心がない ④その他( )	
12-4 1日の食事	<input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 2回以下 <input type="checkbox"/> その他: ( )			

健康管理	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか		1. はい 0. いいえ
	13-1 歯と歯茎  義歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 食事時に使用 <input type="checkbox"/> 食事時に未使用	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ( ) ※あれば下記にチェック <input type="checkbox"/> 歯や歯茎の痛み、はれ、出血 <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> 食べこぼしがある <input type="checkbox"/> その他:	①食後の歯磨きが不十分 ②義歯の手入れが不十分 ③定期的、必要時の歯科受診が出来ていない ④口腔機能の低下 ⑤内服薬の副作用 ⑥その他( )
	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
健康管理 特記事項:			
意欲・意向:			
インフォーマルサービス:			
認知	18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか		1. はい 0. いいえ
	19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか		0. はい 1. いいえ
	20 今日が何月何日かわからない時がありますか		1. はい 0. いいえ
認知 特記事項:			
うつ	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) 以前は楽にできたことが今はおっくうに感じられる		1. はい 0. いいえ
	24 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない		1. はい 0. いいえ
	25 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする		1. はい 0. いいえ
	25-1 生活の規則性	<input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 ( <input type="checkbox"/> 起床就寝時間 <input type="checkbox"/> 食事時間 <input type="checkbox"/> 日中寝たり起きたり )	
うつ 特記事項:			
1日の目標			
1年の目標			
主観的健康感の状況			
1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない 6. 不明			

# 介護予防サービス・支援計画表1

No.	利用者名	様	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	地域支援事業
生年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
委託作成者氏名						
計画作成(変更)日						
所在地(連絡先)						
担当地域包括支援センター: 玉野市社会福祉協議会地域包括支援センター						
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景と原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体案についての意向	本人・家族
<p><b>運動・移動について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自ら行きたい場所に移動する為の手段が取れるかどうか確認する。</li> <li>・自宅や屋外をスミーズに歩行することの状況</li> <li>・交通機関を使って移動することの状況</li> </ul> <p><b>日常生活(家庭生活)について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・同居、家族構成</li> <li>・日常に必要な品物の重い物の状況</li> <li>・献立を考へ、調理することの状況</li> <li>・家事(掃除、洗濯、ごみ捨て、植物の水やり、ペットの世話)についての状況</li> <li>・金銭管理の状況</li> </ul> <p><b>社会参加・対人関係・コミュニケーションについて</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族や友人のことを心配したり、相談になるなど関係をつくり、保つことについての状況</li> <li>・友人を招いたり、友人宅を訪問することの状況</li> <li>・友人、家族などとの会話や電話での交流状況</li> <li>・相席(老人クラブや町内会、仕事やボランティア等)</li> <li>・認知機能、趣味や楽しみの状況</li> <li>・緊急時の対応</li> </ul> <p><b>健康管理について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・服薬管理、定期受診、お酒や喫煙、健康の自己管理ができていない状況</li> <li>・健康への配慮(食事・水分・運動・睡眠等)に気を付けている状況</li> <li>・肌、顔、髪、爪等の手入れについての状況</li> <li>・入浴やシャワーの状況、排せつの状況</li> </ul>	<p>各アセスメント領域において、生活上的課題となつていることと背景、原因を分析する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各アセスメント領域において、生活上的課題となつていることと背景、原因を分析する。</li> <li>・「〇〇をたい」(肯定的な言葉)と認識し、利用者・家族のどちらの認識が明確にし、その理由について確認する。</li> <li>・利用者・家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載する。</li> <li>・否定的ないし、消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに計画を立てるのではなく、なぜ消極的なのか、肯定的なのかという理由を明らかにする。</li> <li>・これは具体策を検討する際に参考情報となる。</li> </ul> <p>□有 □無</p>	<p>「総合的課題」に対しての目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して、専門的観点から計画作成者が示す提案でもある。このため、目標は現実としたものではなく、評価可能な具体的なものである。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・また、具体策についても、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のイフォーラムやサービスタなどの活用についても記載する。</li> <li>・次の右の項目で同意が得られた場合はここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。</li> </ul> <p>記載例</p> <p>【目標】(3か月後には)一人で〇〇まで歩いていけるようになる</p> <p>【具体策】</p> <p>①△△を利用してV7V7を行う。</p> <p>②誰々が〇〇を行う。</p>	<p>各領域における課題を総合して全体像をとらえる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・危険性や可能性の予測を記入する。</li> <li>・利用することによって優先順位の高い順で課題を列挙する。</li> <li>・複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して目標や具体策を立てる。</li> <li>・領域だけの課題でなく、利用者全体の課題を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。</li> <li>・意向や目標、具体策は書かない。</li> <li>・それ以降のプロセスのために、課題ごとに1、2、と番号をつける。</li> </ul> <p>□有 □無</p>	<p>「左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・具体策について単に意向を聞くだけでなく、具体策の同意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを把握し記載する。その理由や根拠が、次の項目の「目標」の欄の根拠となっていく。</li> </ul> <p>ここででの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。本人・家族の意向と計画作成者としてのケアマネジメントの考え方をすりあわせる。</p> <p>記載例</p> <p>①〇〇を利用してV7V7したい。</p> <p>②誰々が〇〇してほしい</p>	<p>専門家の提案した目標と具体策の提案に対する利用者の意向・意欲等の反応を見る段階</p>	<p>健康状態について: 主治医意見書、生活機能評価、検診結果等を踏まえて留意点</p>
<p>必須な事業プログラム</p> <p>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</p> <p>基本チェックリストの結果を参考に記載する。</p> <p>判定基準を参考にしながらアセスメントする。</p> <p>主治医意見書などから特に注意すべき事項を書く。副作用を注意すべき薬や処置の可能性がある病状、禁忌事項などを書く。</p>						

## 介護予防サービス・支援計画表2

目標とする生活

1日

具体的なおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化。

1年

生きがいや楽しみを基にした、達成したい目標。達成可能な具体的な目標とする。

目標		支		援		計		画	
目標	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別(※保険給付○)	事業所	期間			
<ul style="list-style-type: none"> <li>前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題」に対しては「目標と具体策」については合意を得られた場合にはそのまま記載する。</li> <li>数値目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。</li> </ul> <p>記載例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一人ですべて歩いていけるようになる。</li> <li>一日に一度は肉か魚を食べる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援実施における安全管理上のポイントや目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の共通留意点を記載する。</li> <li>健康状態について記載されている主治医の指示や禁忌等を記載する。</li> <li>担当者の役割分担や配慮すべき事項を記載する。</li> <li>福祉用具の選定理由を記載する。</li> </ul> <p>記載例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○○できる様に支援する。</li> <li>○○サポートする。</li> <li>○○に配慮する。</li> <li>身体状況に合った○○な用具の選定。</li> </ul>	<p>本人等とのセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近所住員の協力などを具体的に記載する。</li> <li>誰が何をするのかを明記する。</li> <li>民間サービス(車取り、雇の掃除等)</li> </ul>	<p>介護保険サービスまたは地域支援事業</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>予防給付、の具体的なサービス内容を記載する。(サービス種類の記載ではない。)</li> <li>「掃除」や「買い物」、「リハビリ」だけではなく「どこかの掃除をどのように行うか」「代行するのみに行うのか」「どのようなリハビリを行うか」等を記載する。</li> </ul>	<p>サービス種別(※保険給付○)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。</li> <li>インフォーマルサービス</li> <li>地区ボランティア(チケット制)</li> <li>地区ボランティア</li> <li>配食サービス</li> </ul>	<p>事業所</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当該サービス提供を行う、事業所名を記載する。</li> <li>家族、地域、介護保険サービス以外の公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。</li> <li>地区ボランティア</li> <li>給食サービス(火・金)</li> <li>サロン・認知症カフェ</li> <li>百歳体操</li> <li>介護予防教室</li> <li>認知症予防教室</li> <li>リフレクシブ体操教室</li> </ul>	<p>期間</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたって実施するかを記載する。</li> <li>「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。</li> <li>「期間」の設定においては「認定期の有効期間」も考慮する。</li> </ul>			
<b>ケアプラン</b>									
<p>【本来行わべき支援が実施できない場合】                  適切な支援の実施に向けた方針</p>									
<p>総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。</li> </ul>									
<p>計画に対する同意</p> <p>説明・同意後、署名、押印。                  サービス開始前に同意を得る。自書を原則とする。                  ※代筆の場合                  やむをえない理由がある場合は代理理由を記載する。                  本人の押印、続き柄、代筆者署名を記載する。</p>									
<p>意見</p> <p>地域包括支援センターが、利用者本人に向けて意見を記載する。                  居宅介護支援事業所に業務委託している場合には本欄を使用する。                  最終的な責任主体である地域包括支援センターは、介護予防サービス計画等が適切に作成されているかを確認をする必要がある。</p>									
<p>確認印</p> <p>年 月 日</p> <p>氏 名</p> <p>印</p>									



## IV 参考事例



## 事例の概要

山本春子さん

要支援 2、一人暮らし。

夫：3年前がんでなくなった。

娘：一人娘。大阪に夫、子供と住んでいる。

親族：近隣に夫の兄家族、妹家族が住んでおり関係は良好。

父は会社員、母は専業主婦。東京で二人姉妹の次女として誕生。地元の姉と同じ公立高校を卒業後、地方銀行の東京内の支店に就職。就職後、茶道、華道、料理教室などに通っていた。特に料理教室・洋菓子は仲の良い友達もでき料理も好きで楽しく通っていた。料理は楽しかったので将来役に立てばと思い調理師の免許を取った。

同銀行の男性を、支店長に紹介され 25 歳で結婚。28 歳で長女を出産。夫の転勤について引っ越しを繰り返した。年に 1 回は盆か正月に双方の実家を行き来していた。40 歳の時（子供が中学校に上がるのを機に）夫の岡山赴任を機に夫の地元、玉野に居住。3 年ほどは夫の実家の近くに家を借りて住むが 43 歳の時、夫の実家近く歩いて 5 分ほどの所の夫の実家の土地に家を建てる。46 歳の時、娘が大学進学して大阪で一人暮らしを始める。夫の両親の介護は義理の姉を手伝い義理の妹と協力して行った。夫や義理の弟も積極的に関わっていた。同時期、子供の手も離れたので岡山市内の料理教室に講師として週 2 から 3 回勤める。53 歳の時、娘が結婚。

夫が家に居るようになると、庭に畑を作り一緒に少しの野菜作りを始める。64 歳の時、夫も家に居るようになったので、料理教室の講師は辞める。トイプードルを飼い始める。朝夕二人で散歩に出かける。二人でよく、美術館や、映画、日帰り旅行などにも行った。73 歳の時、夫（79 歳）に肝臓癌が見つかり余命宣告を受ける。75 歳の時、夫が亡くなる。知人がサロンに誘ってくれ一緒に通う。77 歳の時、肺炎になり入院した。入院中せん妄があり、入院を機にめまいが出現した。入院中に愛犬が亡くなる。退院後はめまいが起こることが多くなり外出しなくなる。

### 現在の ADL、IADL など

ベッドを利用。ベッド柵を持ち起き上がる。めまいがあると立ち上がり時などふらつく。起き上がり時に転倒を繰り返している。室内、屋外歩くときは、気を付けて手すりがある場所などは手すりを持って歩くようにしている。外出時は杖を利用して歩くようにしている。階段や、段差は何か掴まって昇降する。バスやタクシーを利用して受診に行く。受診に行ったついでに銀行にも寄る。

買い物は生協の共同購入を利用し、トイレットペーパーなど大きい物を購入している。近隣にあるスーパーに少量の買い物をしに週に 1 から 2 回行く。季節に合った衣類を選

び自分で更衣している。

排泄は自立。時に軽い失禁があるので外出時は薄いパッドを利用することはある。入浴はめまいがあり不安なので調子のよい日、明るいうちに行う。週に2, 3回程度。

掃除はコロコロやモップで行う。トイレ、風呂の掃除が行いづらい。

ゴミ捨ては自分で少量ずつ捨てている。

洗濯は2日から3日に1度行う。縁側に干している。薬はシートで出ており、毎日飲んでいる。

多少耳は遠いが、それほど大きな声で話してもらわなくても会話はできる。

夫が亡くなり、愛犬も亡くなり、自分も肺炎になるなど心身の気力低下を感じている。あまり外出などしたくない。コロナ感染症の影響もあり、知人と会ったりサロンに出かけるなどしていない。

食事は規則正しく3食食べている。市の給食サービスを利用。「以前の食事は、好きなものを作って食べていたので楽しみだったが、今は食欲もあまりわかずおなかが減った感じもしない。あまり動かないせいだと思う」と話していた。紅茶を朝と昼食後に飲む。水分は、1日600~700cc程度摂取。

口腔ケアは毎食後行っている。

該当するものに○をつける。それ以外は記入の仕方を参考に記入する。

利用者基本情報				
作成担当者: 包括 タマヨ				
<<基本情報>>				
相談日	令和3年 4月 16日(金)	来所・電話 その他( )	初回 再来(前 / )	
本人の現状	(在宅)・入院又は入所中( )			
フリガナ	ヤマモト ハルコ	男・(女)	M・T・(S)18年 4月 29日生 (78)歳	
本人氏名	山本 春子			
住所	玉野市〇〇 〇〇番地	Tel	0863(〇〇)〇〇〇〇	
		Fax	( )	
		携帯	( )	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J1・(J2)・A1・A2・B1・B2・C1・C2 (自立)・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・(要支2)・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 令和 3年 5月 1日 ~ 令和4年 4月 30日 (前回の介護度 )			
障害等認定	身障( )、療育( )、精神( )、難病( )			
本人の 住居環境	(自宅)・借家・(一戸建て)・集合住宅・自室の有無(1)階、住宅改修の有無			
経済状況	国(民)年金・厚生年金・障害年金・共済年金・遺族年金・生活保護 (12万円/月 )			
来所者 (相談者)	高橋 真由美		家族構成 	
住所 連絡先	大阪府〇〇区〇〇町〇〇番地	続柄 長女		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
	高橋 真由美	長女		大阪府〇〇区〇〇町〇〇番地 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇 06(〇〇〇)〇〇〇〇
	高橋 幸一	長女の夫		大阪府〇〇区〇〇町〇〇番地 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇 06(〇〇〇)〇〇〇〇
	三宅 たまの	義妹	玉野市〇〇 〇〇番地 31-〇〇〇〇	
			家族関係等の状況 独り暮らし。 長女は月に1度来ていた。今は来ることはなく週1~2回電話がある。 実姉とは月1回程度電話で話をしている。 緊急時や何かあったときは、義妹が来てくれる。	

## 利用者基本情報

### <<介護予防に関する事項>>

今までの生活	東京で二人姉妹の次女として生まれる。高校卒業後、銀行で働く。働きながら調理師の資格を取得する。25歳で結婚し、専業主婦となる。夫は転勤が多く、引っ越しを繰り返す。28歳で長女が生まれる。40歳で玉野に転居し、43歳の時、家を建てる。46歳の時、夫の両親の介護を親族とする。同時期、料理教室の講師として週2、3日働く。夫が退職してからは、犬を飼い、庭で畑仕事をしたり、仲良く散歩や、旅行・美術館巡り、映画鑑賞などして過ごす。75歳の時、夫が肝臓がんで死去したため一人暮らしとなる。77歳の時に肺炎で入院する。その頃からめまいが出現する。入院中に愛犬が亡くなる。退院後はめまいが多くなり、友人との外出が減る。ふらつきが多く、転倒を繰り返すようになったので娘が心配して介護保険の申請を行う。
--------	--

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
	体調(ふらつきやめまい)をみながら、その日にできる家事を休み休み行う。		紅茶。 調理師資格あり。 料理教室講師の経験あり。 野菜作り。 以前は、美術館や映画・日帰り旅行に行っていた。
	時間	本人	介護者・家族
	7:30 8:00 12:00 16:00 18:00 21:00	起床 朝食 洗濯・掃除 昼食 テレビ・買物 入浴 夕食 就寝	友人・地域との関係
			近所に仲のいい友人が数名いて、一緒にサロンに行くなどの交流あり。 料理教室の友人や生徒が気にかけてくれて電話がある。 町内会・老人会には参加していない。

### <<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
令和2年6月10日	めまい	A病院 内科 山田 太郎 医師 ☆	Tel △△-× ×××	治療中 経観中 その他 服薬 〇〇〇〇錠 受診 月1回
令和2年6月10日	肺炎	A病院 内科 山田 太郎 医師	Tel △△-× ×××	治療中 経観中 その他 完治
不明	右膝関節痛	A病院 内科 山田 太郎 医師	Tel △△-× ×××	治療中 経観中 その他 湿布
年 月 日			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
給食サービス(火・金曜日)	生協宅配サービス

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・意見及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、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。

令和 年 月 日 氏名

## 《 基本チェックリスト 》 ※玉野版

\* 口に該当する項目には☑を入れる

氏名 山本 春子 様

記入日:令和 3 年 4 月 16 日

運動・移動	1 バスや電車で一人で外出していますか		① はい 1. いいえ
	8 15分位続けて歩いていますか		0. はい ①. いいえ
	8-1 歩行・外出	<input type="checkbox"/> ほぼ問題なくできている <input checked="" type="checkbox"/> 補助用具を使用して何とかできている。 ① 杖 歩行器 他 ( ) ( ①, ④ ) <input type="checkbox"/> していない ( )	①体力低下 ②麻痺・腰痛・関節痛の影響 ③歩く気力がない ④その他( めまい )
	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 転倒することに不安が大きいですか		① はい 0. いいえ
	6 階段を手すりや壁をつかま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いますか		0. はい ①. いいえ
	7-1 床からの立ち上がり	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり ( ③ )	①体力低下 ②麻痺・腰痛・関節痛の影響 ③その他( めまい )
	7-2 ベッドの使用 自費ベッド	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( ③ )	
	運動・移動 特記事項: 受診、買い物は体調により、バスやタクシーを利用して行く。 家の中は、手すりなど何かに掴まりながら移動する。		
意欲・意向: こけないようにしたい。 サロンに歩いて行きたい。			
インフォーマルサービス:			
日常生活・家庭生活	2 日用品の買い物をしていますか		① はい 1. いいえ
	2-1 買物	<input type="checkbox"/> 問題なくやっている <input checked="" type="checkbox"/> やっているが十分でない ( ①, ⑫ ) <input type="checkbox"/> 自分でやっていない ( )	①体力低下 ②麻痺・腰痛・関節痛の影響 ③意欲が乏しい ④習慣がない ⑤関心がない ⑥地理的に不便 ⑦環境・設備道具が整っていない ⑧経験知識がない ⑨設備が使いにくい ⑩給食サービスの利用(市) (日1回 / 週2回)(火・金) ⑪配食サービスの利用(民間) (日回 / 週回) ⑫その他 ( めまい )
	生協共同購入(週1回) 近くのスーパーに行く (週1~2回)	<input type="checkbox"/> 自分でやっていない ( )	
	2-2 食事一調理 スーパーで買った惣菜や レトルトを電子レンジで温める	<input type="checkbox"/> 問題なくやっている <input checked="" type="checkbox"/> やっているが十分でない ( ①, ③, ⑩, ⑫ ) <input type="checkbox"/> 自分でやっていない ( ) 味噌汁は作る 朝は、パンと紅茶	
	2-3 食事一後片付け	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なくやっている <input type="checkbox"/> やっているが十分でない ( ) <input type="checkbox"/> 自分でやっていない ( )	
2-4 洗濯 2~3日に1回	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なくやっている <input type="checkbox"/> やっているが十分でない ( ) <input type="checkbox"/> 自分でやっていない ( )		

(健康管理を含む)	2-5 掃除・整理 居室はコロコロやモップで行う、風呂やトイレの掃除が怖い	<input type="checkbox"/> 問題なくやっている <input checked="" type="checkbox"/> やっているが十分でない ( ①, ③, ⑫ ) <input type="checkbox"/> 自分でやっていない ( )	①体力低下 ②麻痺・腰痛・関節痛の影響 ③意欲が乏しい ④習慣がない ⑤関心がない ⑥地理的に不便 ⑦環境・設備道具が整っていない ⑧経験知識がない ⑨設備が使いにくい ⑩尿意・便意がない ⑪分別できない ⑫その他 ( めまい )
	2-6 ゴミ出し 少量ずつ捨てているが、めまいがある時は出せない	<input type="checkbox"/> 問題なくやっている <input checked="" type="checkbox"/> やっているが十分でない ( ①, ③, ⑫ ) <input type="checkbox"/> 自分でやっていない ( ) 分別ゴミは持って行くことができない	
	2-7 洗顔・歯磨き	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なくやっている <input type="checkbox"/> やっているが十分でない ( ) <input type="checkbox"/> 自分でやっていない ( )	
	2-8 入浴(洗身・洗髪) 頭を洗うとめまいがする様で十分に行えている気がしない(週2~3回)	<input type="checkbox"/> 問題なくやっている <input checked="" type="checkbox"/> やっているが十分でない ( ①, ⑫ ) <input type="checkbox"/> 自分でやっていない ( ) 湯にゆっくり浸かりたいが入れない	
	2-9 更衣 イス、ベッドに座って行う時間がかかる	<input type="checkbox"/> 問題なくやっている <input checked="" type="checkbox"/> やっているが十分でない ( ①, ⑫ ) <input type="checkbox"/> 自分でやっていない ( )	
	2-10 排泄(排尿・排便)	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なくやっている <input type="checkbox"/> やっているが十分でない ( ) <input type="checkbox"/> 自分でやっていない ( )	
2-11 その他の生活管理	<input checked="" type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> 問題ある ※ある場合は下記にチェック <input type="checkbox"/> 戸締り <input type="checkbox"/> 火の始末 <input type="checkbox"/> 冷暖房 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
<b>3 預貯金の出し入れをしていますか</b>		<input checked="" type="radio"/> はい 1. いいえ	
3-1 経済	<input checked="" type="checkbox"/> 問題はない <input type="checkbox"/> 問題がある ( )	①収入が少ない ②支出が多い ③金銭管理に問題 ④その他 ( )	
<b>日常生活・家庭生活 特記事項:</b> 体調を見ながら、できる時にゆっくりできる家事をする(買い物、掃除、調理)			
<b>意欲・意向:</b> めまいが不安だが、調子の良い時は自分の目で見て買い物が見たい			
<b>インフォーマルサービス:</b> 市の給食サービス(火・金) 生協共同購入			

16 週に1回以上は外出していますか		① 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
17-1 1週間内に、30分以上の 外出頻度 (目的や場所は問わない)	<input type="checkbox"/> 3回以上 <input checked="" type="checkbox"/> 1~2回 ( ①, ②, ③, ⑤ ) <input type="checkbox"/> 1回未満 ( )	①体力低下 ②出かけるのがおっくう ③出かける場所がない ④麻痺・腰痛・関節痛の影響 ⑤その他( めまい )	
4 友人の家を訪ねていますか		0. はい	① いいえ
4-1 外出目的のうち「仲間・友人・趣味等の集まりへの参加」の有無	<input type="checkbox"/> ある 外出先:  <input checked="" type="checkbox"/> ほとんどない ( ①, ⑥ )	①仲間がいない ②関心がない ③知らない ④視力低下 ⑤聴力低下 ⑥その他( めまい )	
5 家族や友人の相談にのっていますか		① はい	1. いいえ
5-1 日常的に付き合いのある人(家族・友人・近隣)  娘と週1~2回tel 姉と月1回tel	<input checked="" type="checkbox"/> いる 家族: 娘、姉 友人・近隣: サロンの知人  <input type="checkbox"/> いない ( )	①相手がない ②積極的に付き合いたくない ③その他( )	
<b>社会参加・対人関係・コミュニケーション 特記事項:</b> 3年前に夫が亡くなり、1年前に愛犬も亡くなった。昔、料理教室の先生をしていたが今はしていない。入院前はサロンに行っていたが退院してからめまいの為行っておらず、友人との交流も少なくなった。			
<b>意欲・意向:</b> サロンに行きたい。孫に会いに行きたい。			
<b>インフォーマルサービス:</b> 娘、姉のtelによる安否確認。			
11 6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか		① はい	0. いいえ
12 身長 156 cm 体重 43.8 kg (BMI 18.0)			
(注)BMI (=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。			
12-1 疾患の療養状況 主な疾患: ( めまい ) ( ) ( )	<input type="checkbox"/> 療養上の問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 療養上の問題あり ※ありの場合下記にチェック <input type="checkbox"/> 定期的な通院が行われていない <input type="checkbox"/> 服薬が正しく行われていない <input type="checkbox"/> 生活指導が守られていない <input checked="" type="checkbox"/> その他( めまいによる不安 )	・おこなわれている処置 ( 服薬 ) ・通院頻度: 月1回 ・医師からの注意事項: 活動量を増やしましょう 転倒に注意	
12-2 普段の体調  給食サービスの弁当は半分程度しか食べない	<b>体調は安定していますか?</b> ※体調が安定していてもチェック <input checked="" type="checkbox"/> 食欲不振 <input checked="" type="checkbox"/> 元気がない <input type="checkbox"/> 不眠(眠剤の使用 有・無) <input type="checkbox"/> カゼをひきやすい <input checked="" type="checkbox"/> 水分摂取量が1000ml以下		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( )

	12-3 食事の形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 常食以外（粥・刻み・ペースト） （ ）	①歯・口腔に問題がある ②食事作りが問題がある ③健康的な食生活に関心がない ④その他（ ）
	12-4 1日の食事	<input checked="" type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 2回以下 <input type="checkbox"/> その他：（ ）	
健康管理	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか		1. はい ① いいえ
	13-1 歯と歯茎	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり（ ） ※あれば下記にチェック <input type="checkbox"/> 歯や歯茎の痛み、はれ、出血 <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> 食べこぼしがある <input type="checkbox"/> その他： 6か月に1回、定期受診する	①食後の歯磨きが不十分 ②義歯の手入れが不十分 ③定期的、必要時の歯科受診が出来ていない ④口腔機能の低下 ⑤内服薬の副作用 ⑥その他（ ）
	義歯 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 食事時に使用 <input type="checkbox"/> 食事時に未使用		
	14 お茶や汁物等でむせることがありますか		1. はい ① いいえ
	15 口の渇きが気になりますか		1. はい ① いいえ
健康管理 特記事項： めまい、口腔は定期的に受診して医師に相談しているが、めまいについては原因不明。 体重が6か月前より5kg減少。 意欲・意向： めまいはあるが、身体に気を付けて自宅で暮らし続けたい。			
インフォーマルサービス：			
認知	18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか		1. はい ① いいえ
	19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか		① 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 ① いいえ
認知 特記事項：			
うつ	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)以前は楽にできたことが今はおっくうに感じられる		① はい 0. いいえ
	24 (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない		① はい 0. いいえ
	25 (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする		① はい 0. いいえ
	25-1 生活の規則性	<input checked="" type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則（ <input type="checkbox"/> 起床就寝時間 <input type="checkbox"/> 食事時間 <input type="checkbox"/> 日中寝たり起きたり）	
うつ 特記事項： めまいのことで気分が落ち込む			
1日の目標		体調の良い時間に家の周りを5分間歩く	
1年の目標		サロンに参加して一緒に料理を作る	
主観的健康感の状況			
1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. ①あまりよくない 5. よくない 6. 不明			

# 介護予防サービス・支援計画表1

利用者名 山本 春子 様 地域支援事業

生年月日 昭和18年 4月 29日 認定年月日 令和18年 4月 29日 認定の有効期間 令和3年 5月 1日 ~ 令和4年 4月 30日 要支援1(要支援2)

委託作成者氏名 山本 春子 認定済 申請中

計画作成(変更)日 令和3年 4月 20日 委託の場合:計画作成事業者・事業所名

包括担当者氏名: 包括 タマヨ 所在地(連絡先)

包括担当者氏名: 包括 タマヨ 担当地域包括支援センター:玉野市社会福祉協議会地域包括支援センター

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景と原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体案についての意向 本人・家族
<p><b>運動・移動について</b></p> <p>令和2年6月の肺炎で入院後、めまの出現があり転倒を繰り返している。自宅内は伝い歩き。受診時等外出は杖を使う。体調をみながらバスやタクシーで外出する。転倒に不安があり最近あまり外出していない。ベッドで休んでいる。</p> <p><b>日常生活(家庭生活)について</b></p> <p>3年前に夫が亡くなり独居。長女(姉)は大阪に居住。週1~2回近くのスーパーに買い物に行く。朝食の用意や温めた料理はできる。市の給食サービスを利用しているが半分以上は食べていない。週1回生協の宅配を利用。めまがあるためトイレや風呂掃除ができない。居室の掃除はコロコロやモップで行う。週2回のゴミ捨ては少量ずつしているが、めまがある時はできない。金銭管理自立。</p>	<p>本人:サロンに歩いていきたい。</p> <p>本人:自分の目で見て買い物したい。</p>	<p><b>■有</b> めまの不安から家事が行えないことが多く、役割の喪失感から意欲が低下している。</p> <p><b>□無</b></p>	<p>1. めまの不安から外出の機会が減り筋力低下がある。 めまによる転倒の心配があるため一人での外出や入浴ができない。 このため外出や交流の機会が減少している。</p>	<p><b>【目標】</b>週1回買い物に出かける。 <b>【具体策】</b> ①歩行姿勢や体操、嚙下体操等の指導を受ける。 ②自宅ですべての体操を行う。</p>	<p>本人: ①体調を見ながら座ることができるようにしようと思う。 ②体調を見ながら手すりや福祉用具を使って風呂に入ろうと思う。 ③風呂に入る時に娘に連絡しようと思う。 ④体操や散歩を続けて、まだ自信はないが一人で買い物に行けるようになりたい。 長女: ①感染症が落ちたら訪問し一緒に買い物に出かけたい。</p>
<p><b>社会参加・対人関係・コミュニケーションについて</b></p> <p>長女は感染症の流行により訪問できていない。週1回~2回電話がある。実姉と月1回電話で話す。何かあった時には義姉が来てくれる。昔は料理教室の先生をしていたが今はしていない。愛犬を1年前に亡くした。入院前はサロンに参加していたがめまがあるため今は行っていない。その頃から友人との交流が少なくなった。</p>	<p>本人:サロンに行きたい。孫に会いに行きたい。</p>	<p><b>■有</b> 他者との交流が減少した。肺炎の退院後より夫や愛犬の他界や身体の不調から気持ちが落ち込み意欲が低下し閉じこもりがちである。</p> <p><b>□無</b></p>	<p>2. めまの不安や夫や愛犬の死去による喪失感から意欲が低下し、活動量が低下している。このことから食事が減り少食傾向。</p>	<p><b>【目標】</b>サロンに参加できる。 <b>【具体策】</b> ①いろいろな人の話を聞いたり、レクリエーションに参加する。 ②夫や愛犬へお供えなど仏壇のお世話をする。 ③長女に毎日決った時間に連絡をする。 ④体調や不安な気持ちについて医師や看護師に相談する。 ⑤緊急時の対応について確認をする。 ⑥楽しく食事をする時間を持つ。</p>	<p>本人: ①いろいろな人と話ができたいと思う。心配なことや不安なことを相談していく。娘には毎日連絡をしようと思う。 ②夫や愛犬ブリンにお花を供えようと思う。 ③孫が成人するのでお祝いしたい。 ④料理は好きだったが今は食欲がないので、あまり気分が向かないが少しは気をつけたい。みんな食べてくれると少しは喜ぶ。</p>
<p><b>健康管理について</b></p> <p>月1回クリニックで定診受診している。服薬管理は自立。肺炎を繰り返さないよう口腔ケアを毎食後行っている。半年に1回は歯科受診をしている。水分摂取は600から700ml以下。更衣は椅子やベッドに座って行う時間がかかる。入浴は週2~3回で洗髪はめまがあるようですらで十分に洗えている気がしない。めまがいつ起こるか不安で寝つきが悪い。BMIは18.0が多い。食欲不振があり元気がでない。BMIは18.0</p>	<p>本人:身体に気をつけて自宅暮らし続けたい。</p>	<p><b>■有</b> めまが起こることの不安で活動量が低下している。洗髪ができないなど日常生活への支障がある。活動量の低下により食事が減っており体重の減少が顕著でBMIが18.0になっている。</p> <p><b>□無</b></p>			

介護予防サービス・支援計画表2

目標とする生活	1年	サロンでみんななど料理を作る。
1日	1年	サロンでみんななど料理を作る。

支		計			画	
目標	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォマールサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別 (※保険給付○)	事業所	期間
1. 週1回買い物に出かける。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歩行時や移動時に転倒に気をつけるように見守り、声かけ、アドバイスを行う。</li> <li>・体機能が継続できるように声かけをする。</li> <li>・活動量が増えるようにする。</li> <li>・めまいがあっても自分で入浴できる環境を整える。</li> <li>【福祉用具選定理由】</li> <li>・手すり：ベッドからの起き上がりや歩行をサポートし、スチーム移動ができる手すりを選定。</li> <li>・歩行器：本人の身長にあった高さ、荷物が運べるものを選定。</li> </ul>	<p>本人等のセルフケアや家族の支援、インフォマールサービス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人：歩行姿勢や体操、嚥下体操等の指導を受ける。</li> <li>・自宅で座ってできる体操を行う。</li> <li>・体操をみながら自宅周辺を散歩する。</li> <li>・自分の体調を把握して移動時に手すりや福祉用具を活用して入浴する。</li> <li>・居室の掃除はコロコロ等を使って自分で行う。できない所の掃除は手伝ってもらう。</li> <li>・入浴の前と後に長女に連絡をする。</li> <li>・ゴミ捨ての支援を受ける。</li> <li>・長女：訪問、連絡、声掛けなど</li> </ul>	<p>介護保険サービス または 地域支援事業</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康（血圧測定、検温）チェック。</li> <li>専門職による歩行姿勢や体操、嚥下体操の指導。</li> <li>送迎、食事の提供。</li> <li>福祉用具貸与：歩行器（屋外用）</li> <li>・手すり（ベッド用）</li> <li>・自費ベッド</li> <li>・住宅改修：手すり（浴槽の出入り、浴室の出入り口）</li> <li>・福祉用具購入：滑り止めマット、シャワーチェア、浴槽台</li> <li>資源ごみを捨てる。できない所の掃除</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 通所型サービス(独自・定率)</li> <li>○ 福祉用具貸与</li> <li>○ 住宅改修</li> <li>○ 福祉用具購入</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A事業所</li> <li>C事業所</li> <li>Eボランティアセンター</li> </ul>	<p>令和03年05月01日～ 令和04年04月30日</p>
2. サロンに参加できる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・めまいの不安が軽減できるように声かけや見守り、助言を行う。</li> <li>・緊急時の対応について共有する。</li> </ul>	<p>本人：いろいろな人の話を聞いたり、レクリエーションに参加する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・夫や愛犬へお世話を頼むなどお世話をする。</li> <li>・長女に毎日決まった時間に連絡をする。</li> <li>・体調や不安な気持ちについて医師や看護師に相談する。</li> <li>・緊急時の対応について確認をする。</li> <li>・長女：緊急時の対応。</li> <li>・近隣の知人：サロンへ誘い、声かけ</li> <li>・民生委員：声かけ、見守り等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>いきいき地域サロン(すいれん)参加への声かけ、同行。</li> <li>配食サービス(火・金)</li> <li>体調不良時の相談</li> <li>服薬の相談</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>いきいき地域サロン</li> <li>給食サービス</li> <li>定期受診</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サロンすいれん</li> <li>B配食事業所</li> <li>A病院</li> </ul>	<p>令和03年05月01日～ 令和04年04月30日</p>

【本来自ら支援が実施できない場合】  
適切な支援の実施に向けた方針なし。

総合的な方針：生活不活発発病の改善・予防のポイント

外出する機会を増やすことで活動量を増やしましょう。少しずつ活動範囲が広がれば友人たちとサロンへ行き一緒に調理ができるように支援をしていきます。

意見	計画に対する同意
地域包括支援センター	上記計画について同意いたします。
確認印	年 月 日
	氏 名
	印

介護予防支援・サービス評価表

評価日 令和 04 年 04 月 30 日

利用者名 山本 春子 様

計画委託作成者氏名 包括 タマヨ

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
1. 週1回買い物に出かける。	令和03年05月01日～ 令和04年04月30日	愛犬の喪失、コロナ禍で思うように家族に会えなく精神的身体的不調により自宅で過ごすことが多い状況は変わらない。住宅改修等の環境整備により日常生活動作がスムーズになり、入浴時間は短くなった。通所介護参加及び日々の散歩の実施により筋力強化ができた。歩行者を利用して買物を含めた外出が増えた。	達成			めまいは持続しているが、環境整備により生活動作も改善傾向にある、引き続き環境や日常生活を整え支援を継続する。ごみ捨ては歩行者利用により可能となったので、ポランティアサービス利用は中止して様子を見る。ベッドサイドの手すりについては代替案を提案し、返却に向けての支援をおこなう。
2. サロンに参加できる。	令和03年05月01日～ 令和04年04月30日	めまいが持続しているため、長時間サロンで過ごす自信がない。知人が同行してくれるが休みがち。	未達成	知人が誘ってくれるとめまいがあってもサロンに行ってみようと思えるが、一人だと長時間サロンで過ごすことに不安がある。	内服等の調整、治療の継続により生活状況の改善が期待できる。しかし、精神的身体的不調が持続している	めまいについては、主治医に専門医受診を相談していく。引き続き肺炎の再発を予防し、身体・精神状況の改善を目指して支援する。

総合的な方針

身体・精神状況に留意しながら楽しみのある独居生活が継続出来るように支援する。

地域包括支援センター意見

介護給付  
 予防給付  
 介護予防・生活支援サービス事業  
 一般介護予防事業  
 終了

プラン継続  
 プラン変更  
 終了

## 巻末資料

### 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ(遅らせる)」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となります。

総合事業においては、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業(以下「サービス事業」という。)等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

**出典 介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の実施及び介護予防手帳の活用について**

(平成27年6月5日)(老振発0605第1号)

(各都道府県・各指定都市・各中核市介護保険主管部(局)長あて厚生労働省老健局振興課長通知

## 参考文献

- ・ 明石市地域総合支援センター「明石市版介護予防ケアマネジメントマニュアル～自立支援にむけた、適切なケアマネジメントを目指して～(令和2年11月改訂)」, [https://www.city.akashi.lg.jp/fukushi/k\\_kaigo\\_shitsu/sougou-manual.html](https://www.city.akashi.lg.jp/fukushi/k_kaigo_shitsu/sougou-manual.html), (参照 2022/6/17) 明石市
- ・ 地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会, 「地域包括支援センター運営マニュアル第2版」, 長寿社会開発センター, 2018.
- ・ 大分市地域包括支援センター主任介護支援専門員部会 大分市長寿介護課「介護予防サービス・支援計画表等作成の手引き (令和元年10月)」, <https://www.city.oita.oita.jp/o081/documents/kaigoyobousa-bisusienkeikakuhyousakuseitebiki.pdf>, (参照 2022/6/17) 大分市
- ・ 大川弥生「介護保険サービスとリハビリテーション—ICFに立った自立支援の理念と技法」, 中央法規出版, 2004.
- ・ 白澤政和編「ストレングスモデルによる介護予防ケアマネジメント—理論と実際—」, 中央法規出版, 2007.
- ・ 高室成幸「介護予防ケアマネジメント「質問力」で磨こうアセスメントとプランニング」, 中央法規出版, 2007.

介護予防ケアマネジメントマニュアル 令和5年度 玉野市版

---

2023 (令和5)年6月発行

発行者 玉野市社会福祉協議会 地域包括支援センター

TEL 0863-33-6600