

地域包括支援センター職員研修

介護予防ケアマネジメント部分Ⅱ

有限責任中間法人
日本介護支援専門員協会
会長 木村隆次

新予防給付における
アセスメント・ケアプラン作成の考え方

介護予防ケアマネジメントとは

- ……要介護状態になることをできる限り予防するため、
- ・「本人ができることはできる限り本人が行う」ことを基本に、
 - ・利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出す、
 - ・サービス利用後の生活をわかりやすくイメージできるようにする、
 - ・具体的な日常生活における行為について目標を明確にする、
 - ・セルフケアや地域の公的サービス、介護保険サービスを適切に利用する計画、
 - ・達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う

介護予防ケアマネジメントの基本的考え方

<現行のケアマネジメントの問題点>

- ケアマネジメントにおけるサービス導入の目標設定が不適切
- サービス選択に当たっての他の代替的な手段の検討が不十分



結果的にサービス利用が目的となっているケアプランが策定される

<見直し後の介護予防ケアマネジメント>

- 適切なアセスメントの実施により、利用者の状態の特性を踏まえた目標を設定
- 利用者を含め様々な専門家によるケアカンファレンスを通じ利用者の改善可能性を実現するための適切なサービスを選択



利用者の自立に向けた目標志向型プランの策定

<介護予防ケアマネジメントのポイント>

- **目標の共有と利用者の主体的なサービス利用**
利用者サービス提供者による生活機能向上のための目標の共有及び利用者の主体的なサービス利用を進めることが重要
- **将来の改善の見込みに基づいたアセスメント**
個々の利用者ごとに、生活機能を向上させるためには、状態像の変化に応じて必要な支援要素を決定し、当該支援要素に対応した適切なサービスを調整し、定期的に見直しをしていく仕組みを構築することが必要
- **明確な目標設定をもった介護予防ケアプランづくり**
個々の利用者ごとに、生活機能が、いつまでにどの程度向上するのか、又は、どの程度の期間維持できるのかを明らかにし、利用者・家族及びサービス提供者がその目標を共有するとともに、適切に評価することが重要

介護予防ケアマネジメントの手順

1. アセスメント
●生活機能低下の背景・原因および課題の分析

①基本チェックリストや基本情報、生活機能評価から情報把握(認定調査項目、主治医意見書も活用)
②対象者及び家族と面接しながら、支援ニーズを特定し、課題を分析



2. 介護予防ケアプランの作成
●目標、具体策、利用サービスなどの決定
●家族やサービス提供担当者などと共通認識

①対象者及び家族と面接しながら、介護予防ケアプランの対象となる「目標、具体策」を決定
②家族やサービス提供担当者などとの共通認識を得る



3. サービス・事業提供

①事前アセスメント
②サービス・事業の実施
③事後アセスメント



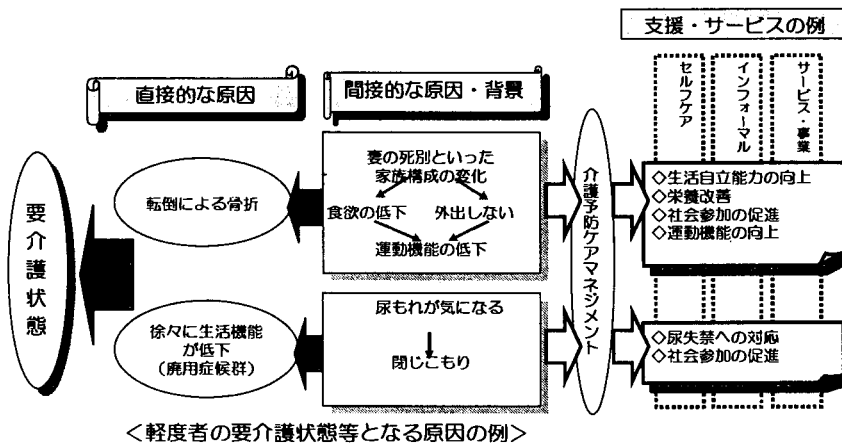
4. 評価

①事業所から事後アセスメントの結果を受け、効果の評価を行う。

アセスメントにあたってのポイント

- 1) 生活機能の低下の原因や背景等の分析を行い、各領域を越えた根本的な問題や課題を定めて支援ニーズを明らかにする
- 2) アセスメントの目的について、利用者や家族へ十分に説明して理解を得る
- 3) 目標とする生活のイメージを固めるのに必要な情報を引き出す
- 4) 利用者が積極的な生活をイメージできるようにアプローチすることが重要
- 5) 利用者や家族との信頼関係を早期に構築することが重要

直接的な原因・間接的な原因に着目した 介護予防ケアマネジメント

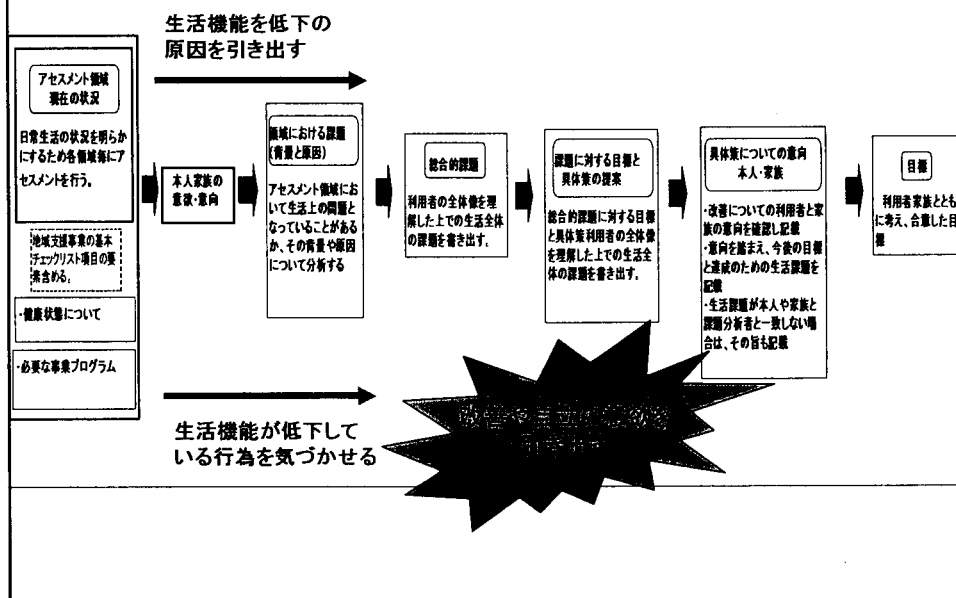


目標の設定

- まずは、専門的観点から提案
- 利用者・家族とのすり合わせ
- 「目標とする生活」の方向性と一致した目標
- 達成できること
- 一定期間で達成可能、価値観や好みを考慮
- 目標を達成することにより、達成感や自信をつける
- 目標をケアマネージャーだけでなく、サービス事業者も共有→チームアプローチの基本

No. _____												
利用者氏名		〒 _____ 市 _____ 区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号		設定の有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日		制作者・職種		設定者・職種				
計画作成者氏名 _____ 職種の名称、計画作成者氏名・所属施設及び所属職種(連絡先) _____ 計画作成日 (設定) 日 年 月 日 (印刷作成日 年 月 日) _____ 連絡先施設支援センター _____ 目標とする生活 _____ 1日 _____ 1週 _____												
アセスメント結果と現在の状況	本人・家族の意向、意向	福祉における課題(背景・理由)	総合課題	課題に対する目標と具体策の立案	具体策についての進捗、本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護支援サービス	サービス種別	事業者	期間
健康・機能について	<input type="checkbox"/> 〇 <input type="checkbox"/> 〻	<input type="checkbox"/> 〇 <input type="checkbox"/> 〻										
経済生活(家賃・食費)について	<input type="checkbox"/> 〇 <input type="checkbox"/> 〻	<input type="checkbox"/> 〇 <input type="checkbox"/> 〻										
社会参加、個人生活(趣味・ボランティア)について	<input type="checkbox"/> 〇 <input type="checkbox"/> 〻	<input type="checkbox"/> 〇 <input type="checkbox"/> 〻										
介護負担について	<input type="checkbox"/> 〇 <input type="checkbox"/> 〻	<input type="checkbox"/> 〇 <input type="checkbox"/> 〻										
健康状態について <input type="checkbox"/> 主治医・かかりつけ医、連絡先、相談時間等を記入した欄を記入		【本条行ラベ支援が実施できない場合】 必要な支援の実施に向けた方針				総合的の方針：生活不安定等の改善・予防のポイント						
計画の進捗状況について <input type="checkbox"/> 進捗不足 <input type="checkbox"/> 進捗あり		<input type="checkbox"/> 対応あり <input type="checkbox"/> 対応なし		<input type="checkbox"/> 実施あり <input type="checkbox"/> 実施なし		<input type="checkbox"/> 実施あり <input type="checkbox"/> 実施なし		地域福祉支援センター (署名) _____ (確認印) _____			計画に関する同意 上記計画について、同意いたします。 作成 年 月 日 氏名 _____ 印	

アセスメントの入り口から目標を立てるまでの流れ



運動・移動について

アセスメント領域と現在の状況

自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうか。

日常生活(家庭生活)について長期の入院生活で体力が低下しており、自信もないため、近くのコンビニまでは買い物に行けるが、少し離れたスーパーまでは買い物に行けない。そのため、食べ物以外は、ほとんど娘に買ってきてもらっている。脳梗塞後の右手のしびれや握力低下が残り、包丁は持つのが怖い。普段の食事はコンビニで買ったものを温めて食べている。掃除や洗濯は自分で行っている。

＜「本人・家族の意欲・意向」欄＞

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。具体的には、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい。」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。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、ただちに介護予防ケアプランを立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防ケアマネジメントでは大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

本人・家族の意欲・意向

(本人)もともと料理は好き。包丁を使って切ったり刻むのが難しいので障害があっても上手に調理できる方法があったら知りたい。自分で作るのが怖いから誰かそばにいて手伝ってほしい。

(娘)母は昔料理が上手だった。また、作れるようになるのと嬉しい。

<「領域における課題(背景・原因)」欄>

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状態等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□有」に■印を付ける。

領域における課題(背景・原因)

■有 □無

右手のしびれや握力低下により、調理行為が困難な状態である。不安は大きいようだが、自分で作りたいという意欲はある。このまま、右手を使わないまましていると拘縮してしまう可能性もあるので、調理器具や調理方法を工夫することで、1人で調理をおこなえるようにする必要がある。

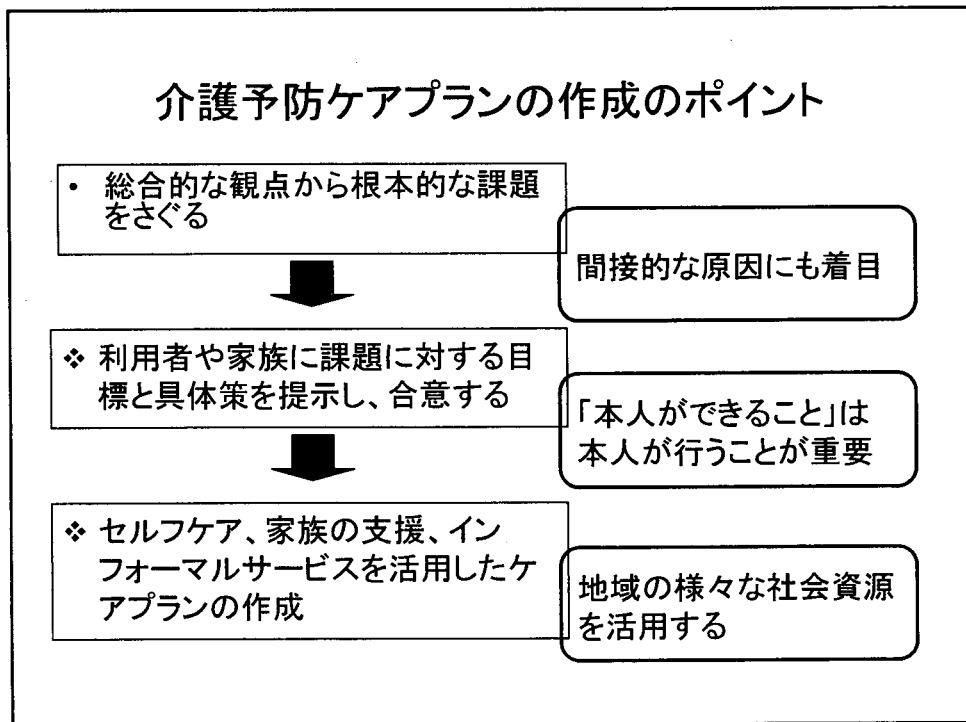
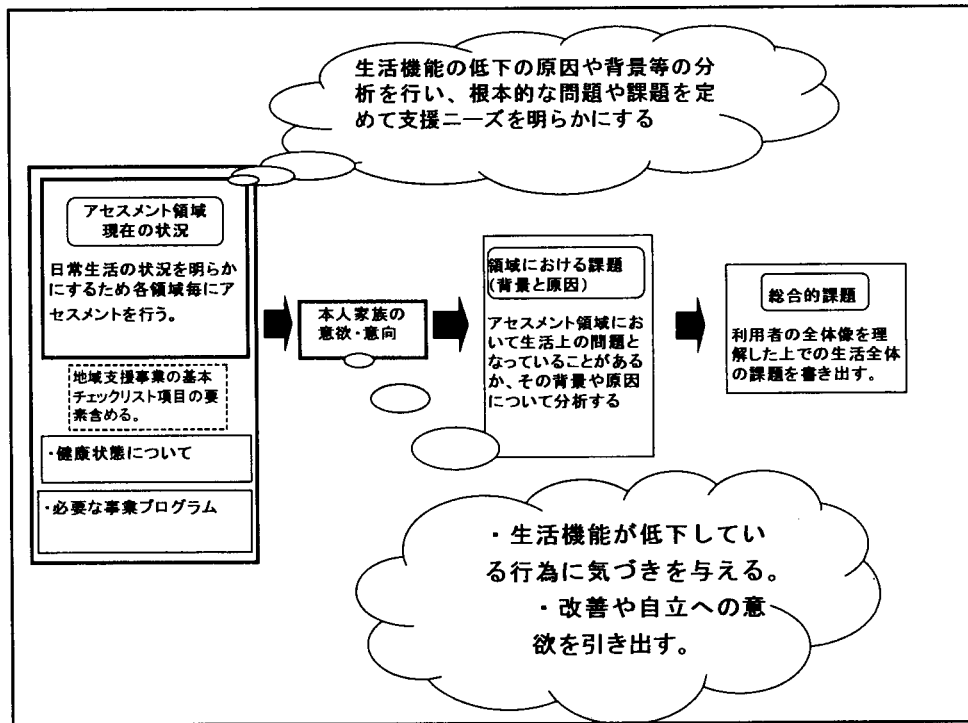
<「総合的課題」欄>

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探すため、各課題共通の背景等を見つけて統合し、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。例えば、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、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付けておく。

総合的課題

1人で調理ができるように、調理器具や方法を工夫する。



「課題に対する目標と具体策の提案」欄

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。

この目標は、利用者や家族に対して専門家として示す提案である。このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。また、具体策についても、特定高齢者施策や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、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。

具体的には、「〇〇が必要」「〇〇を行う」等と記載し、提案する。

今後、次の項目である「具体策についての意向 本人・家族」欄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介護予防ケアプランの目標と支援内容につながっていく。

総合的課題	課題に対する目標と 具体策の提案
1. 1人で調理ができるように、調理器具や方法を工夫する。	1 (目標) 自宅で週2回調理が行えるようになる。 (具体策) ①自分にあう調理器具・調理方法を見つける。 ②家族に料理を食べに来てもらう。 ③スーパーの宅配サービスを活用する

「具体策についての意向 本人・家族」欄

課題分析者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載する。合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。例えば、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、その理由や根拠が次の項目の「目標」欄の根拠となってくる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。

具体策についての意向本人・家族

(本人)調理が自分で行えるようになるのは嬉しい。でも、まだ自分1人で行うのは心配。最初は誰かと一緒がいい。

(家族)がんばってほしい。おかあさんのおせち料理が食べたい。まだ、おかあさんの味を覚えてないから、また、料理を習いたい。

基本的には同意しているが、本人は不安があるようだ。

【例:合意が得られなかった場合】 具体策についての意向本人・家族

(本人)調理が自分で行えるようになるのは嬉しい。でも、まだ自分1人で行うのは無理。しばらくの間ヘルパーさんに来てもらいたい。

(家族)がんばってほしい。でも、危ないし、ヘルパーさんが来てくれた方が安心。

1人で調理することに対して、不安から誰かにしてもらいたいという気持ちが本人家族ともに強い。

右手を動かさないと拘縮が進み、細かい動きがとれなくなる可能性もある。できれば、早期から手を使うことは重要。自宅ではなく、施設などで練習するという段階を踏むのはどうか。

<「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」欄>

「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」欄には、本人が自ら努力して行うことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。

「介護保険サービスまたは地域支援事業」欄には、予防給付、地域支援事業のサービスの内容を記載する。例えば介護保険サービスを利用する場合には、介護保険サービスのように○印を付ける。

具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。

介護予防ケアプランの作成方法 (支援計画に盛り込む内容)

○利用者のセルフケア

利用者自らが取り組むべき事項や利用者自身にできる生活行為・行動の変容や健康管理・生活習慣の改善などは介護予防の最も重要な取り組み

○家族の支援、インフォーマルサービス

家族の支援や、近隣の住民からの支援は、利用者が友人や地域住民とのつながりの中に自己の役割や生きがいを感じている場合は、インフォーマルサービスの支援者として記入

○介護保険サービスまたは地域支援事業の内容

生活機能低下を予防するために利用する介護予防事業や予防給付のサービス等を記入

予防給付のサービス選択に当たっての 主な留意事項

○通所系サービスの積極的な活用

通所系サービスを積極的に活用することによって、日常生活行動の活発化や社会と関わる機会を提供する

○訪問介護利用上の留意点

「介護予防訪問介護」については、利用者のホームヘルパーへの依存関係を生みやすいことから注意が必要

○福祉用具利用上の留意点

福祉用具の利用にあたっては、自立支援を損ねるおそれもあることから、利用の妥当性、適合性を精査する

サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。当面の支援として記載した場合は、本来の支援を括弧書きの当面の支援の下に、本来の支援を記載する。

本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス または 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
<p>(本人) 娘が帰省したときに自宅で1人で調理する 教室で習った献立を家でも作ってみる。 (家族)母親の作った料理を食べ、帰省する(時間があれば見守る)。 (地域)近所の人に、買い物やさそってもらう。スーパーの宅配サービスを使う。</p> <p>自立支援の観点からセルフケア等から検討していく。</p>	<p>(介護保険サービス) 障害にあわせた調理器具や調理方法について、情報提供、訓練する。</p>	<p>介護予防通所リハビリテーション</p>	<p>Tセンター</p>	<p>平成〇〇年〇〇月〇日～平成〇〇年〇〇月〇日</p>

「【本来行うことが妥当な支援が実施できない場合】は、その内容の実施を目指した今後の方針」欄

本来の支援が実施できない場合は、本来の支援を実施できるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実施に向けた方向性を記載する。

また、地域における住民活動などの不足により、理想である本来の支援が出来ない場合は、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。

(例)

通所介護リハビリテーションで、調理器具等を紹介してもらった後に、すぐに自宅で1人で料理ができると考えていたが、本人が不安であるということを考え、まず、娘が帰省しているときに作ってもらい、そこで自信がいたら、1人で作るよう声をかけていく。

サービス担当者会議の位置づけと目的

・ 予防給付の場合は原則としてケアプラン作成・変更時に開催

❖ 介護予防事業の場合は、必要に応じて(利用者に複数のサービスを提供し介護予防ケアプラン内容の共通理解を必要とする場合等)開催

❖ ①利用者やその家族の生活全体およびその課題を共通理解すること

❖ ②地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどの情報共有をし、その役割を理解すること

❖ ③利用者の課題、その利用者の生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを協議すること

❖ ④介護予防ケアプランにおけるサービス事業者等の役割を相互に理解すること

サービス担当者会議の構成員と協議の内容

- ・ 利用者・家族、サービス事業担当者、主治医、介護予防ケアプラン作成者、インフォーマルサービスの提供者等

ケアプラン作成時

- ❖ ・利用者の生活状況と介護予防ケアプランの内容について
- ❖ ・サービス提供・支援の順序や調整、提供時の配慮
- ❖ ・各サービス・支援の計画作成のための二次的アセスメント

臨時的開催

- ❖ ・サービス・支援提供の変更が必要な状態把握
- ❖ ・介護予防ケアプラン作成のためのアセスメント
- ❖ ・新たな介護予防ケアプラン作成

介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者氏名 _____

計画作成者氏名 _____

年月日	内 容	年月日	内 容

※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の課題の変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。
 ※2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

モニタリング

《モニタリングの視点》

- ①利用者の生活状況に変化がないか。
- ②介護予防ケアプランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか。
- ③個々の提供サービス等の支援内容が適切であるかどうか。
- ④利用しているサービスに対して利用者は満足しているか。
- ⑤介護予防ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか。

《実施方法》

- サービス事業者からの報告・連絡、あるいは事業所への訪問、利用者からの意見聴取・訪問などの手法を通じて適宜実施
- これらの実施状況については、「介護予防支援経過」に随時内容を記載

評価の目的と視点

- ❖ 介護予防ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかをチェックするとともに、必要に応じて今後のケアプランを見直す
- ❖ 運動機能や栄養状態の変化、主観的健康感等の変化などを把握
- ❖ ケアマネジメント過程の評価を行うことで、より利用者に適切な支援を行なえる

評価結果の反映

	予防給付	介護予防事業
維持	予防給付の利用を継続する	介護予防事業の利用を継続する
悪化	区分変更申請をする (要支援1→要支援2へ変更申請) (要支援2→要介護1へ変更申請)	要介護認定を申請する
改善	要支援2→要支援1へ変更申請	一般高齢者施策へ移行する
	介護予防特定高齢者施策へ移行する	セルフケアで日常生活が成立するため、介護予防事業の利用を終了する
	一般高齢者施策へ移行する セルフケアで日常生活が成立するため、予防給付・介護予防事業ともに利用を終了する	

介護予防支援・サービス評価表						評価日
利用者名 _____ 般						計画作成者氏名
目標	評価期間	目標達成状況	目標達成しない原因 <small>達成 未達成</small>	目標達成しない原因 <small>(本人・家族の意見)</small>	目標達成しない原因 <small>(計画作成者の経緯)</small>	今後の方針
総合的な方針			地域包括支援センター意見			
			<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了			<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防特定高齢者施策 <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策 <input type="checkbox"/> 終了

関連機関・人材との連携

関係機関との連携

円滑かつ効果的な介護予防ケアマネジメントには、市町村・介護認定審査会、サービス事業者、主治医、保健・医療・福祉の関係機関などとの連携が不可欠

サービス事業者との連携

関係するサービス事業者が共通した援助の目標やそれぞれの役割を理解して活動するために、サービス事業者との情報の共有化を図る

主治医との連携

介護予防ケアプラン作成からサービス提供の過程においても当該意見書を作成した主治医との連携は重要

〈「計画作成（変更）日（初回作成日）」欄〉

本計画を作成した日を記載する。また、2回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載する。

〈「目標とする生活」欄〉

利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思・意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。この望む日常生活のイメージが具体的に表せない利用者の中には、利用者基本情報の「趣味・楽しみ・特技」欄の利用者が得意だと思っていること、楽しいと思っていることなどを参考に、利用者が具体的なイメージを持てるよう支援することも必要である。

また、生活に対する意欲が著しく低下している利用者の中には、必要に応じて、専門家の視点から利用者の生活機能の改善の可能性を判断し、具体的な案を提示する。利用者の意欲を引き出すような働きかけや計画作成者と目指していく生活のイメージを共有することが重要である。

この欄には、必要に応じて計画作成者が上記のような支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取組である「目標とする生活」のイメージについて記載する。

具体的にどのような生活を送りたいかは、1日単位でも、1年単位でも、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述する。漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活のレベルでともに考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握した上で、再度利用者と修正するのは差し支えない。1日及び1年単位の両方記載しなければならないものでなく、また、両者の目標に関係がなければならぬものではない。

この項目は、話のきっかけとして初めに聞いたり、ある程度話が進んだところで聞く、又は、一度聞いた後にもう一度聞くなどして、より利用者の日常生活のイメージを具体的にできるように、計画作成者が面談を構成しやすいような順番や方法で聞くものである。大切なことは、利用者が今後どのような生活を送りたいかと言うことを具体的にイメージでき、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなることである。

1日

ここでは大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もあり得る。また、利用者が達成感・自己効力感が得られるような内容が望ましい。

例：毎朝新聞受けへ新聞を取りに行き、1番に新聞を読みたい。

毎日一通ずつ絵手紙を書いて郵便局まで出しに行く。

1年

利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、介護予防支援や利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。

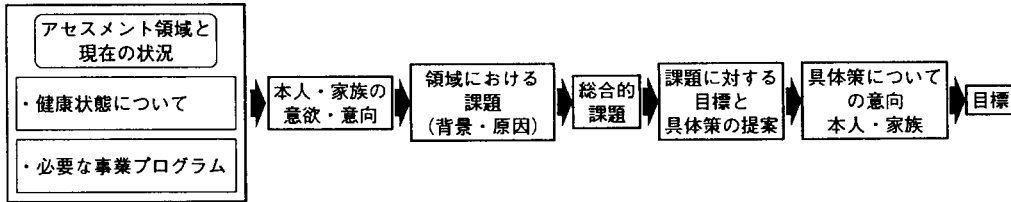
例：お盆に小学校の同窓会に出席する、春に盆栽展に出展するなど。

〈「健康状態について」欄〉

「主治医意見書」「生活機能評価」「基本情報」等より健康状態について、介護予防サービス計画

を立てる上で留意すべき情報について記載する。具体的には、主治医意見書からは「狭心症の既往があり、胸痛時に薬を内服することになっている」、あるいは生活機能評価からは「血圧が高めなので運動系のサービス前後は血圧測定が必要」などを記載する。ここに示された内容を踏まえ、アセスメントをすすめていく。

アセスメントから目標を立てるまでの流れ



〔「アセスメント領域と現在の状況」欄〕

各アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。

- ① 各アセスメント領域において「現在、自分で（自力で）実施しているか否か」「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているのか」等について、その領域全般について聴取。アセスメントは、基本チェックリストの回答状況、主治医意見書、生活機能評価の結果も加味して行う。
- ② 聴取するに当たって利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意する。
- ③ 利用者・家族からの情報だけでなく、計画作成者が観察した状況についても記載する。
- ④ 初回面接では、完璧に情報収集しようとして、計画作成者が強引に聞き出そうとするなど利用者を不快にさせないように留意する。

アセスメント領域でどのようなことを分析するかについては、以下を参考にされたい。

運動・移動について

自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか、乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうかについて確認する必要がある。

（確認する項目例）

- 自宅や屋外をスムーズに歩行すること（杖なし、杖あり、車イス）についての状況
- 交通機関を使って移動することについての状況

例：近所のコンビニエンスストアまでの外出はできる。

下肢筋力の低下があり、足があがりにくいので段差でつまづく。

日常生活（家庭生活）について

家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等）や住居・経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかについて確認する必要がある。

（確認する項目例）

- 日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況
- 献立を考え、調理することについての状況
- 家事（家の掃除、洗濯、ゴミ捨て、植物の水やり等）についての状況

預貯金の出し入れを行うことについての状況

例：長期の入院生活で体力が低下しており、スーパーまでは買い物に行けない。

脳梗塞後の右手のしびれや握力低下が残り、包丁を持つことに不安がある。普段の食事はコンビニで買ったものを温めて食べている。

掃除や洗濯は自分で行っている。

社会参加、対人関係・コミュニケーションについて

状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要がある。

(確認する項目例)

家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり、保つことについての状況

友人を招いたり、友人の家を訪問することについての状況

家族、友人などと会話や手紙などにより交流することについての状況

仕事や地域での役割をもち、行うことについての状況

趣味や楽しみがあり、続けることについての状況

例：電話でこまめに友人とやりとりをしている。

健康管理について

清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分・排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

(確認する項目例)

定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗うことについての状況

肌や顔、歯、爪などの手入れについての状況

健康のために食事に気をつけることについての状況

健診を受けることについての状況

薬を飲み忘れず、管理することについての状況

例：降圧剤等の内服管理は行えており、整容等も行えている。

※ これらの項目例については、複数の領域にかかる場合もある。

〈「本人・家族の意欲・意向」欄〉

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。具体的には、「○○できるようにになりたい」「手伝ってもらえば○○したい」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。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、ただちに介護予防サービス計画を立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防支援では大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

例：(本人) もともと料理は好き。包丁を使って切ったり刻んだりするのが怖いので障

害があっても上手に調理できる方法があったら知りたい。自分で作るのが怖いから誰かそばにいて手伝ってほしい。

(娘) 母は昔料理が上手だった。また、作れるようになると嬉しい。

〈「領域における課題（背景・原因）」欄〉

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状態等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。ここには、現在課題となっていることあるいはその状態であると将来どのようなことがおこるかなど課題を予測して記載する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□ 有」に■印を付ける。

例：自分で調理したいという意欲はあるが、右手のしびれや握力低下により、包丁を握ることが困難な状態である。

不安は大きいようだが、このまま、右手を使わないまましていると拘縮してしまう可能性もある。

〈「総合的課題」欄〉

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探すため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。例えば、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、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防支援プロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付ける。

例：右手のしびれや握力低下により、調理行為が困難な状態である。右手を使わないまましていると、拘縮してしまう可能性がある。

〈「課題に対する目標と具体策の提案」欄〉

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できる（言いなりプランではないかどうか）ため、地域包括支援センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な支援やサービスは、特定高齢者施策や介護保険サービスだけでなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。

今後、次の項目である「具体策についての意向 本人・家族」欄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介護予防サービス計画の目標と支援内容につながっていく。

計画作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。

〔課題に対する目標と具体策の提案〕

（目標）自宅で週2回調理が行えるようになる。

（具体策）① 自分にあう調理器具、調理方法を見つける。

② 家族に料理を食べに来てもらう。

③ スーパーの宅配サービスを活用する。

〈「具体策についての意向 本人・家族」欄〉

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点を確認できる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。

合意が得られた場合は、「○○が必要だと思う」「○○を行いたい」等と記載する。合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。例えば、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、その理由や根拠が次の項目の「目標」欄の根拠となってくる。

〈「目標」欄〉

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。当初から「課題に対する目標と具体策」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載してもよい。

例：自宅で週2回調理を行う。

「目標とする生活」へできるだけ近づくように、利用者や家族と話し合いながら目標や具体策について合意していくことは、介護予防に対する利用者の意欲を形成する重要なプロセスである。

目標は利用者が一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮することが重要である。初めから難しい目標を立てるのではなく、達成可能な目標から立てるなどの工夫も必要である。

〈「目標についての支援のポイント」欄〉

前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考える上での留意点を記入する。

ここには、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担など、様々な次元の項目が書かれることがある。

例：不安があるため、通所サービスで練習し、娘さんが帰省したときに一緒に調理するなど、安心して調理ができるよう支援を進めていく。

〈「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」欄〉

「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」欄には、本人が自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。言うまでもないが、本人の意志を尊

重するからといって、単にやりたくないという理由や、利用したいという理由だけでサービスを決定することは、適切な介護予防支援とは言えない。

「介護保険サービスまたは地域支援事業」欄には、予防給付、地域支援事業のサービスの内容を記載し、どちらのサービス・事業を利用するか分かるように○印で囲む。

例えば、介護保険サービスを利用する場合には、介護保険サービスのように○印を付ける。

具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。

しかし、サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。

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	<u>介護保険サービス</u> または 地域支援事業	サービス 種別	事業所	期間
(本人) 娘が帰省したときに自 宅で1人で調理する。 教室で習った献立を家 でも作ってみる。 (家族)母親の作っ た料理を食べに、 帰省する(時間が あれば見守る)。 (地域)近所の人に、 買い物をさそって もらう。スーパーの宅 配サービスを使う。	(介護保険サービ ス)障害にあわせ た調理器具や調理 方法について、情 報提供、訓練する。	介護予防通所リ ハビリテーショ ン	Tセンター	平成〇〇年〇〇月 〇日～平成〇〇年 〇〇月〇日

当面の支援

〈【本来行うべき支援ができない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針 欄〉

本来の支援が実施できない場合で、①利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。②本来必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。

(例) 友愛訪問がないので、民生委員と協力して地域資源の構築につなげる必要がある。

(例)
通所介護リハビリテーションで、調理器具等を紹介してもらった後に、すぐに自宅で1人で料理ができると考えていたが、本人が不安であるということを考え、まず、娘が帰省しているときに作ってもらい、そこで自信がいたら1人で作るよう声をかけていく。

〈「サービス種別」欄〉

「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」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。

例えば、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、たすけあい事業、ふれあい昼食会など。

〈「事業所」欄〉

具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。また、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても明記する。

〈「期間」欄〉

「期間」は、「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する（「〇か月」「〇月〇日～〇月〇日」など記載する）。

なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

また、「支援内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するか提案があれば記載する。

〈「総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）」欄〉

記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。

〈「必要な事業プログラム」欄〉

基本チェックリストの該当項目数から、プログラムごとのチェックリストの項目数を分母にし、該当した項目数を分子として、その数字を「3/5」のように枠内に記入する。また、介護予防特定高齢者施策では、その判断基準から参加することが望まれると考えられるプログラムの枠内の数字に○印を付ける。（本文の「1.4.3 介護予防事業の対象者」の頁を参照）

〈「地域包括支援センターの意見・確認印」欄〉

予防給付の場合で、居宅介護支援事業者が介護予防支援事業者である地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用する。この場合、その介護予防支援の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が適切に作成されているかを確認する必要がある。

このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は、介護予防サービス計画原案を作成し、介護予防サービス計画書について地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした地域包括支援センターの担当者がその氏名を記載する（地域包括支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時に介護予防サービス計画原案の確認を行っても差し支えない）。

この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

〈「計画に関する同意」欄〉

介護予防サービス計画原案の内容を利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。この場合、利用者名を記入した原本は、事業所において保管する。

3.5 介護予防支援経過記録

介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者氏名		計画作成者氏名	
年月日	内 容	年月日	内 容

- ※ 1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む）、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。
- 2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者（所属（職種）氏名）、検討した内容等を記入する。

【介護予防支援経過記録の記入の仕方】

〈「利用者氏名」欄〉

利用者の氏名を記載する。

〈「計画作成者氏名」欄〉

介護予防サービス計画作成者（地域包括支援センター担当者）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務を委託する場合には、委託を受けた居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

〈「年月日」欄〉 〈「内容」欄〉

訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載する。事業所から報告書等が提出された場合は、ここに添付する。ここでは、事実の記載は最重要事項であるが、その事実に基づき介護予防サービス計画の修正が必要と考えられた場合などは、記録を残すことも重要である。