

福山市介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防ケアマネジメントマニュアル



福山市ばらのイメージ
キャラクター「ローラ」

福山市長寿社会応援部高齢者支援課

2025年2月

～私たちが目指すものは～

「その人らしい生活の実現」

《支援の方向性は》

高齢者自身が

自分が認められ、支持されていることを知る
自分の生活について、意向を明確にする
自分の目標を見つける
取り組みへの意欲が高まる
自分の力を信じられる

ようになっていただくことです



そのためには、

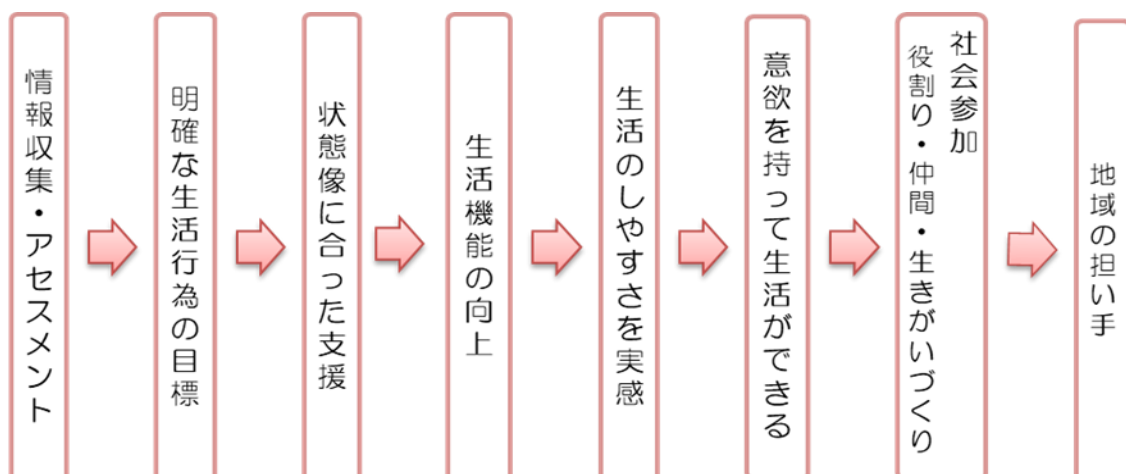
より具体的な個々の目標設定及び
支援方針が導き出せることが重要

～サービスからの卒業に向けた視点～

サービス利用を続けることが、目的にならないように

地域の力を借りながら、新しい仲間づくりの場や楽しみとなるような生きがい活動の場への参加に焦点をあてて、できるようになった生活行為の維持・向上に引き続き取り組むところまで結びつけましょう。

- ★ 利用者ができないことを補う形でのサービスは、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合があります。利用者とともに、本人が「できること」を発見し、生活機能を向上させ、利用者の主体的な活動や地域社会への参加を高めるよう支援を行うことが重要です。
- ★ 市や社会福祉協議会、地域包括支援センターでは、個人に合ったサービスが提供できるよう、地域のインフォーマルサービスに関する情報収集やリスト作りなどに日頃から取り組んでいます。居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、地域包括支援センターなどとの連携により地域の情報を入手することが重要です。



介護予防ケアマネジメントの目指すべき姿（イメージ）

利用者の状況：廃用症候群（生活不活発病）により両下肢の筋力低下が
著明（要支援2）

利用者の課題：入浴ができない
期 限：6か月

本人の希望に沿ったサービスを利用する場合

目標

清潔の保持に努める（安全に入浴する）

目標が曖昧
永遠の目標になる
代表的な目標例

6か月後評価困難

ケアプランの内容

デイサービスで週2回入浴する

このプランの問題点

デイサービスで入浴ができても
自宅では入浴ができない

お世話なしでは
生活できない

お世話型のケアマネジメント

- 根本的な課題解決になっていない
- 介護サービスが廃用症候群（生活不活発病）を助長

重度化の恐れ

自立支援型ケアマネジメント

6か月後

6か月後評価可能

自分で入浴することができる

ケアプランの内容

デイサービスで下肢筋力の強化と
入浴動作の訓練を行う

デイサービス以外のサービス利用

浴室の住宅改修や入浴補助具の購入

自立支援型のケアマネジメント

- 要介護度の改善
- 自立した生活へ

自信がつくことで行動範囲が広がり家以外でも入浴ができる
（大衆浴場・温泉地など）



目 次

はじめに	1
第1章 介護保険の基本的な考え方って何？	2
1 介護保険の基本的な考え方	2
2 介護予防の基本的視点	3
3 介護予防を重視する背景	6
第2章 介護予防・日常生活支援総合事業って どんな事業なの？	7
1 総合事業の趣旨	7
2 福山市の総合事業の基本方針	8
3 総合事業の構成	9
4 福山市の総合事業	10
5 福山市のサービス事業の類型および想定する状態像	11
6 サービス事業の利用者の障がい高齢者日常生活自立度 障がい高齢者日常生活自立度（表） 認知症高齢者の自立度（表）	20 21 22
7 一般介護予防事業	23
8 要支援・事業対象者のサービスの組み合わせ	27
9 福山市の総合事業の利用図	28
10 介護予防ケアマネジメント類型	30
11 介護予防ケアマネジメントの類型および各プロセスの実施	33
12 指定居宅介護支援事業者への業務委託について	34
第3章 介護保険の認定申請と基本チェックリスト 振り分けはどうするの？	35
1 相談受付	36
（1）窓口の心得	36
（2）窓口	36
（3）相談・聞き取り	36
（4）つなぐ	38

（５）継続的に専門職の支援が必要な人	39
2 事業対象者の決定	40
（１）基本チェックリストとは	40
（２）事業対象者とは	40
（３）基本チェックリストについての考え方	42
（４）基本チェックリストの実施	44
（５）基本チェックリストの有効活用	45
（６）介護予防ケアマネジメントを行う上で、基本チェック リストのみでは不足している情報 ～1つの例示～	48

第4章 介護予防ケアマネジメントって何？ 50

1 事業内容	50
2 福山市の介護予防ケアマネジメントの目標	50
3 福山市の介護予防ケアマネジメントの充実に向けての取り組み	51
4 介護予防ケアマネジメントの考え方	51
5 介護予防ケアマネジメントの対象者とその状態像	53
6 介護予防ケアマネジメントのポイント	55
7 能力の見極めと真の課題の把握	56

第5章 介護予防ケアマネジメントをするために どんなことをすればいいの？ 60

介護予防ケアマネジメントの具体的な方法	61
1 情報収集	61
2 アセスメント（課題分析）	62
3 専門家から提案する目標と具体策のすり合わせ	70
4 ケアプラン原案作成	72
5 サービス担当者会議	76
6 ケアプラン確定	81
7 サービス利用	81
8 モニタリング	83
9 評価	85

第6章 介護予防ケアマネジメントの様式には どんなことを記載したらいいの？

88

1 介護予防ケアマネジメントの様式	88
2 利用者基本情報（Ⅰ）	88
3 利用者基本情報（Ⅱ）	89
4 福山市版アセスメントシートの活用	91
5 介護予防サービス・支援計画書	104
6 介護予防支援経過記録表	123
7 介護予防サービス・支援評価表	125

第7章 給付管理

1 介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費について	129
2 総合事業のうち給付管理の対象となるサービス	129

様式一覧

様式1	介護予防・日常生活支援総合事業 対象者窓口確認票	37
様式2	興味・関心チェックシート	69
様式3	福山市版アセスメントシート	91～98
様式4	介護予防サービス・支援計画書	104
様式5	介護予防支援経過記録	122
様式6	介護予防サービス・支援評価表	124
様式7	自分らしく暮らすための目標と私ができること	117



はじめに

本市では、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ暮らすことができるように、医療、介護、介護予防、住まい及び生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築に向けて様々な取り組みを行っています。

現在、実施している介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という。）では、要支援者などが介護事業所による訪問介護や通所介護だけではなく、多様な生活支援のニーズに対して、NPOや民間事業者をはじめ住民主体の活動も含めた多様な主体による多様なサービスが提供されています。これにより、利用者はサービスの選択肢が広がることとなり、介護予防サービス・支援計画書（以下「ケアプラン」という。）を作成する地域包括支援センターの職員や居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、これらの多様な社会資源の中から利用者の状態像やニーズに合うものを調整する必要があるため、ケアマネジメント力がこれまで以上に求められることになります。

介護予防の手法においても、心身機能の改善を目的とした機能回復訓練だけでなく、活動や参加にも焦点をあて、利用者を取り巻く環境へのアプローチも含めた支援が重要であるとされており、環境因子や個人因子を捉えたケアマネジメントが求められます。

このため本市では、地域包括支援センターの職員や居宅介護支援事業所の介護支援専門員の経験の差に関わらず、適切な介護予防ケアマネジメントを行うことができるよう、利用者に関わるすべての人が、自立支援に向けて目指すべき姿を共有し、サービスの提供や支援ができるよう、「介護予防ケアマネジメントマニュアル」を作成し、ケアマネジメントの質の向上および平準化を図るものです。

なお、本マニュアルは総合事業における多様なサービスの充実とともに、介護予防ケアマネジメントの課題を整理しながら随時見直しを行ってまいります。

第1章 介護保険の基本的な考え方って何？

介護保険制度基本理念

- 1 自己決定の尊重
- 2 生活の継続
- 3 自立支援（残存機能の活用）

1 介護保険の基本的な考え方

- ① 介護を要する状態となっても、有する能力に応じできるだけ居宅で自立した生活を営めるようにサービスを提供すること
- ② 利用者に対しても、介護が必要な状態となることを予防するための健康の保持増進、介護が必要な状態となった場合にも、介護サービスを利用した自立した生活のための能力維持、向上を求めること

【条文】

介護保険法 第1条 （目的）

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

介護保険法 第4条 第1項 （国民の努力及び義務）

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。

2 介護予防の基本的視点

介護保険制度における介護予防とは

① 高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐこと

高齢者の一人ひとり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・増進に向けた取り組みを主体的に行うことが重要です。

② 要支援・要介護になっても状態がそれ以上悪化しないようにする(改善、維持、悪化の遅延を図る)こと

生活上のさまざまな課題を抱える高齢者に対して適切な支援を行うことにより、要支援・要介護状態の予防やその重症化の予防、改善を図るものです。



自立支援

高齢者ができる限り自立した日常生活を送れるように早い時期から支援します。
(介護保険の理念)



○ 固定観念にとらわれない自由な発想

介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった特定の機能改善だけを目指すものではなく、これらの心身機能の改善や環境調整などを通して、一人ひとりの高齢者ができる限り要介護状態にならず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して行われるものです。

虚弱な状態（フレイル）の高齢者を単に支えられる側として支援するのではなく、支える側に回れるように支援することや、元気なうちから介護予防事業の担い手に誘うことにより、生きがいや役割を見出し、元気を取り戻して行く場合があります。固定観念にとらわれない自由な発想で地域に必要な介護予防の取り組みを進めていくことが今後さらに重要になります。

【フレイルとは】

健康と要介護のちょうど中間に存在する虚弱な状態を「フレイル」といいます。

＜フレイルの評価基準＞

1 体重減少	基本チェックリストの「6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか」に「はい」と回答した場合
2 疲れやすい	基本チェックリストの「（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする」に「はい」と回答した場合
3 日常生活活動量の減少（不活発）	「軽い運動・体操（農作業を含む）を1週間に何回くらいしていますか」及び「定期的な運動・スポーツ（農作業を含む）を1週間に何日くらいしていますか」の2つの問いのいずれにも「運動・体操はしていない」と回答した場合
4 身体能力（歩行速度）の低下	（測定区間の前後に1mの助走路を設け、測定区間5mの時間を計測する）1m／秒未満の場合
5 筋力（握力）の低下	利き手の握力測定で男性26kg未満、女性18kg未満の場合

フレイルの評価基準の5項目中3項目以上該当する場合をフレイルと判断します。

1又は2項目だけの場合はフレイルの前段階であるプレフレイルと判断します。

○ 介護予防においては、多様なサービスの創出が鍵となる

高齢者同士が互いに支え合う仕組みを構築することにより、些細な困りごとが早期に解決でき、支えられる側は安心感を得ることにつながり、支える側は一定の役割を担うことで生きがいの獲得につながります。このような結果として、介護予防に資する形が生まれるなどの好循環が期待できます。

○ 利用者の主体性を引き出す

介護予防の実践に当たっては、何よりも利用者の主体的な取り組みが不可欠であり、それがなければ介護予防の十分な効果も期待できません。このため、介護予防に関係する専門職は、利用者の意欲が高まるよう「なぜ、今、その取り組みが必要なのか」を明確にし、コミュニケーションの取り方をはじめ、地域の実情に応じた工夫を行い、適切な働きかけを行うことが求められます。

○ 改善と悪化の可能性を見極める視点と洞察力

利用者ができないことを単に補う形で、利用者の要望に沿ったサービスを提供している場合、廃用症候群の進行を防止できないだけでなく、サービスへの依存をも生み出している場合があるといわれています。「利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援を行う」ことを基本として、現にできない部分を適切にサポートしながら、利用者の行動変容につながる承認のスキルや自己効力感を認識できるような配慮が必要となります。

同時に目標の実現に向けた支援方法と具体的な支援内容（役割分担の明確化など）やモニタリングの徹底も重要になります。

そのスキルを平準化していくためのひとつの方法に、多職種協働で行う自立支援に向けた「地域ケア会議」の活用も有効となります。

○ 地域住民への啓発にも工夫が必要

介護予防の効果を発揮するためには、単に個人に対する支援にとどまらず、地域包括支援センターや保健・医療・福祉機関などが協働できる社会環境の整備も重要です。

すなわち、地域において介護予防に資する自主的な活動を広め、介護予防に向けた取り組みが積極的に実施される地域社会の構築を目指し、地域社会全体で生活環境などの整備や、地域包括ケア体制づくりなどに取り組むことが重要です。

そうすることにより、地域住民一人ひとりが生活機能の低下のリスクを知り、介護予防に取り組む意識を高めることができます。

○ 高齢者の課題の把握

効果的な介護予防に関する取り組みを実施していくためには、一人ひとりの高齢者のみならず、その地域全体の高齢者の課題を常に認識している必要があります。

そのために、日常的に行っている総合相談や介護予防ケアマネジメント、地域ケア会議や地域のネットワーク構築といった活動により得られる情報に加え、日常生活圏域のニーズ調査や市町村が独自で実施している調査・把握事業などの数量的な情報も活用し、総合的に地域課題や特徴などの実態を把握し、地域課題の分析を行うことも重要です。

○ 潜在的対象者の把握と介護予防事業への誘導

介護予防の取り組みを必要としている人たちが、できるだけ早期にサービスを利用できるように、要介護状態に至るリスクが高い高齢者を把握する必要があります。

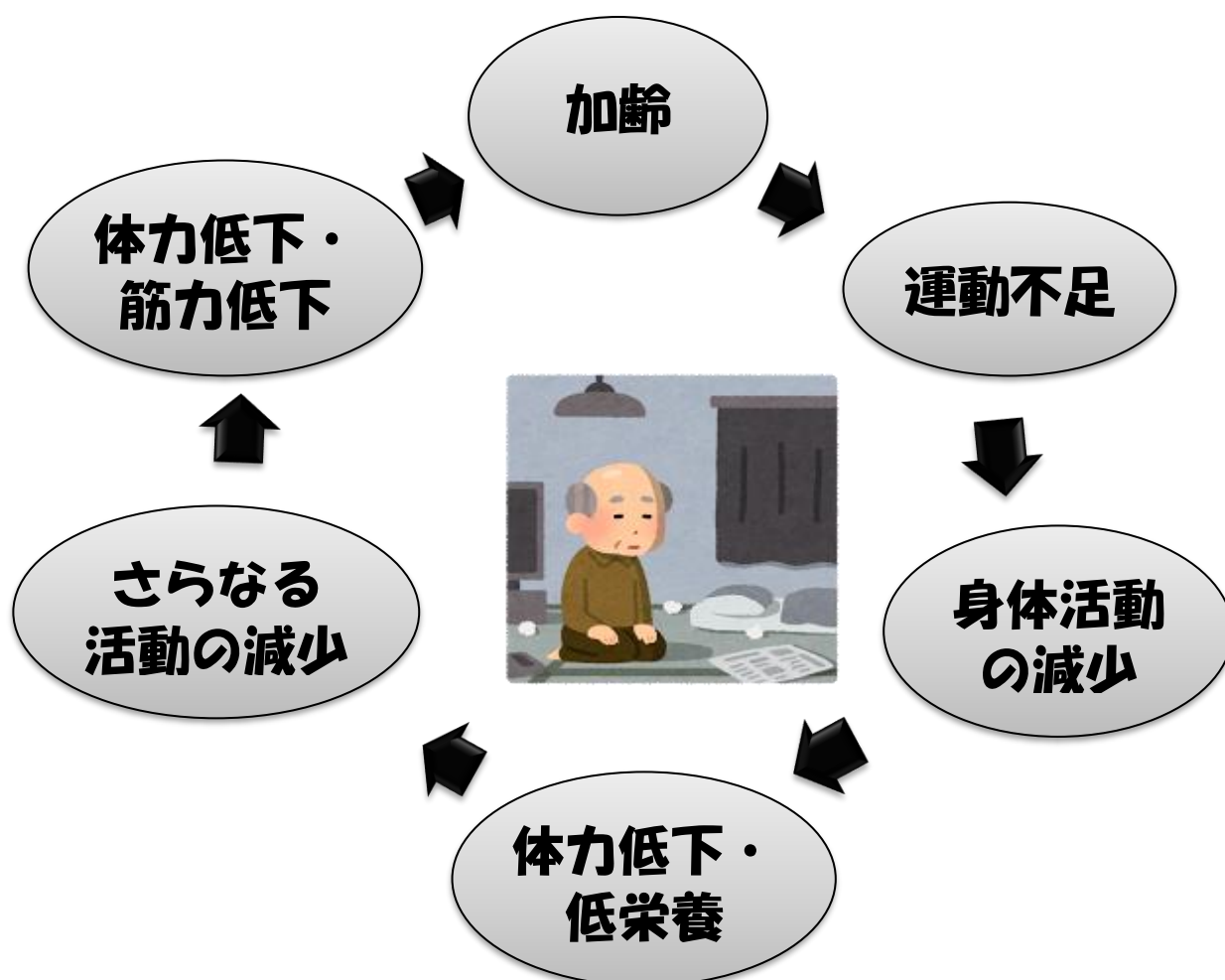
また、そのような高齢者に対し早期に必要なサービスを提供することにより、介護予防の効果を発揮することができます。

3 介護予防を重視する背景

要支援1・2などの軽度者の多くは、「廃用症候群モデル」に該当する方です。これらの軽度者の原疾患は、筋骨格系の疾患をはじめとした慢性疾患が多く、下肢機能や口腔機能の低下、栄養状態の悪化による生活機能の低下、環境の変化をきっかけとした閉じこもりなどが引き金となっており、特に重度化防止または改善効果が期待できるといわれ、心身機能の改善を目指す取り組みを中心に行ってきました。

しかし、機能改善した後の取り組みが希薄だったこともあり、活動性の維持向上につながりにくかったという点が指摘されています。

こうした経緯を基に今後は、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよく働きかけ、日常生活の活動性を高め、家庭や社会への参加を促し、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを促進することが必要だと言われています。



第2章 介護予防・日常生活支援総合事業って どんな事業なの？

1 総合事業の趣旨

介護保険法第115条の4第1項第1号に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（介護保険制度上の市町村が行う地域支援事業の一つ。）は市町村が中心となって地域の実情に応じて、住民などの多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者などに対する効果的かつ効率的な支援などを可能とすることを旨とするもの。

単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみの世帯、認知症高齢者の増加が予想されるなか、介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるようにするため、市町村が中心になって介護だけでなく、医療や予防、生活支援、住まいを包括的に提供する地域包括ケアシステムの深化・推進が重要な課題となっています。

総合事業は、市町村が中心となって地域の実情に応じて、住民などの多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者などに対する効果的かつ効率的な支援などを可能とすることを旨とするものです。

要支援者の状態を踏まえ、地域とのつながりを維持しながら、有する能力に応じた支援を受けていくことで、自立意欲の向上につなげていくことが期待されています。



2 福山市の総合事業の基本方針

総人口が減少する中で、高齢化率が進行しており、2023年(令和5年)9月末現在における高齢化率は29.3パーセントに達しています。

また、一人暮らしの高齢者や高齢者のみの世帯は今後も増加を続け、それに伴い支援が必要な高齢者世帯も益々増加の傾向にあります。

福山市の要介護(要支援)認定者は、介護保険が始まった2000年度(平成12年度)は約7,400人でしたが、2023年度(令和5年度)は28,000人を超え、推計では、2040年(令和22年)には33,000人を超えるものと推計しています。

本市の要介護認定の特徴として、他市と比べ要介護(要支援)認定率は21.4%と高く、中でも要支援1・2の軽度者の割合は39.15%と高い傾向にあります。2023年(令和5年)9月末現在)

そのため、市では軽度者の自立支援や重症化の防止に取り組むとともに、住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、多様なサービスを創設し、一般介護予防事業の充実を図るとともに、支え合いの地域づくりを早期に実現することを目的に、2015年(平成27年)4月に総合事業に移行しました。

総合事業では、適切な介護予防ケアマネジメントを実施し、専門職による早期の対応や予後予測を行い、生活課題に応じたサービス(支援)を利用することで、生活機能の向上を目指し、地域とつながる支援を行う必要があります。

健康増進法では、「健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯に渡って自ら健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない(第2条)」とあり、また、介護保険法では、「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(第4条)」と掲げられていることから、健康の維持・増進のため、高齢者自ら介護予防に取り組むことが必要不可欠です。

また、個人で取り組むことには限界があることから、地域で取り組めるよう支援するとともに、一般介護予防事業を充実させることで専門職が地域に関わり、地域住民が主体となって生活支援や介護予防に取り組めるよう環境整備を進める必要があります。

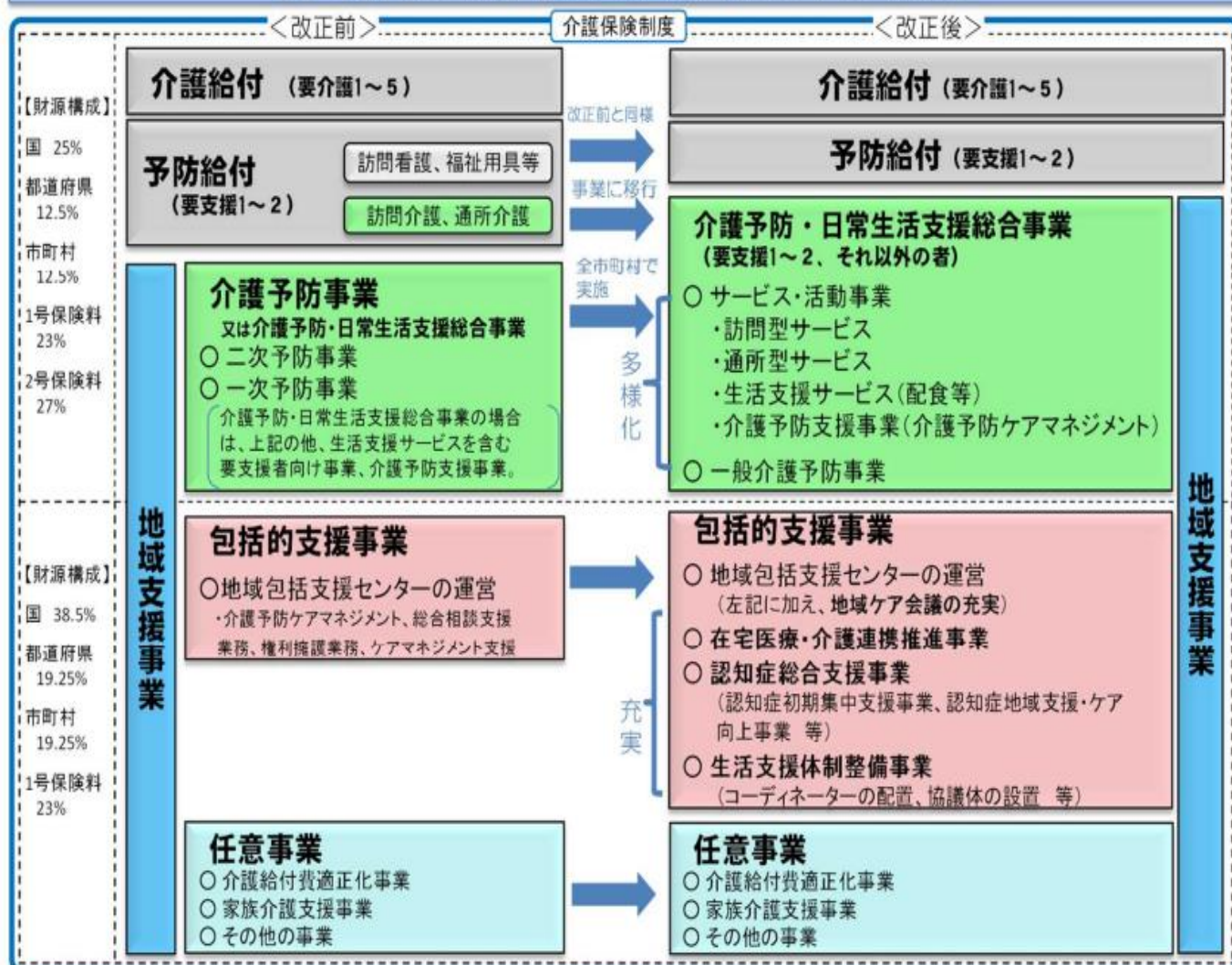
このようなことから、本市では、適切な介護予防ケアマネジメントを実施し、高齢者の生活機能の改善を行うことにより元気な高齢者を増やし、その一方で地域資源の把握や創設、また、それらを組み合わせるなど活用することにより、個々の高齢者が地域とつながり、生活の意欲を高め、仲間づくりや生きがい活動の場へ参加できるよう、地域での介護予防の取り組みと地域づくりを推進します。

3 総合事業の構成

これまで全国一律の基準で実施されていた要支援1・2の者を対象とした「介護予防訪問介護」、「介護予防通所介護」を市町村が介護予防を目的に行う総合事業の中で、提供できる仕組みに見直すものです。

総合事業では、要支援者や基本チェックリストの記入内容が事業対象者の基準に該当した者（以下「事業対象者」という。）などが利用できる「サービス・活動事業（以下「サービス・活動事業」という。）（介護保険法第115条の45第1項第1号）」と、65歳以上のすべての方が利用できる「一般介護予防事業（法115条の45第1項第2号）」で構成されます。

【参考】地域支援事業の全体像（平成26年改正前後）



4 福山市の総合事業

サービス・活動事業

訪問型サービス

相当サービス

基準緩和型サービス（指定）

基準緩和型サービス（委託）

短期集中予防サービス

通所型サービス

相当サービス

基準緩和型サービス（指定）

基準緩和型サービス（委託）

短期集中予防サービス

その他生活支援サービス

「食」の自立支援事業
（配食サービス）

一般介護予防事業

健康教室 健康教育 居場所づくり いきいき百歳体操
高齢者外出・買物支援事業 健康相談 介護予防教室
シニア食生活改善教室 地域リハビリテーション活動支援事業

5 福山市のサービス・活動事業の類型及び想定する状

訪問型サービス

有する能力に応じた自立を目指し、QOL（生活の質）を高めて、してみたいことが実現できるよう支援を行います。

介護予防相当訪問サービス

能力に応じた生活機能の維持・向上を目指し、生活全般の支援を行う。

サービス内容	○身体介護・生活援助を提供します。 ※従前の介護予防訪問介護と同様のサービス
状態像	原則、障がい高齢者の日常生活自立度「A1」または「A2」に該当する者で身体介護が必要な者 ○食事・排泄・入浴・移動時など状況確認や助言が必要な人 ○認知機能の低下により日常生活に支障を生じる可能性がある人（ 認知症高齢者の日常生活自立度が「Ⅱ」に該当する者 ） ○心疾患や呼吸器疾患などにより介護予防のプログラムの取り組みができない人（ 障がい高齢者の日常生活自立度がAランクに該当する者 ） ○その他、継続的に専門職の支援が必要な人
提供者	指定事業者
基準	予防給付の基準を基本
サービス提供者	訪問介護員
利用回数	要支援1・事業対象者：週1回を目安 要支援2：週2回を目安（状態像によっては週3回利用可）
提供時間	ケアマネジメントに基づく（原則60分以内）
サービス費	別紙_サービス・活動事業単価等一覧表のとおり
加算	
利用者負担	
ケアマネジメント	原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）
併用可能なサービス	サービス・活動事業併用表（29ページ）のとおり

基準緩和型訪問サービス（指定）

利用者自身のできることを増やし、安心して在宅で生活ができるよう支援します。
また、目的意識を持って生活機能の向上のため、意欲的かつ主体的に取り組みができるよう支援します。

サービス内容	○自立支援のための見守りの援助および生活援助（身体介助を除く）を提供します。 ※自立支援のため、利用者の補助的行為を中心とした援助
状態像	原則、障がい高齢者の日常生活自立度「J2」または「A1」に該当する者。また、認知症高齢者の日常生活自立度が「自立」または「I」に該当する者。 ○身体介護までは必要がないが、入浴に見守りや声かけが必要な人 ○家事などの生活援助が部分的に必要な人 ※継続的または全般的な専門職の関わりが必要ない人
提供者	訪問介護または介護予防相当訪問サービスの指定を受けている事業者
基準	人員基準を緩和した基準
サービス提供者	訪問介護員
提供時間	1回につき45分以上（週に1回） 1月の所要時間の合計が240分以上
サービス費	別紙_サービス・活動事業単価等一覧表のとおり
加算	
利用者負担	
ケアマネジメント	簡略化した介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントB）
併用可能なサービス	サービス・活動事業併用表（29ページ）のとおり



基準緩和型訪問サービス（委託）

利用者自身が生活機能の向上を目指し、利用者自身も主体性を持って取り組みができるよう支援します。

また、生きがいつくりや出番づくり、役割づくりなど、生活の目的意識を持ち自立した生活ができるよう支援します。

サービス内容	○生活援助のみ提供します。 ※自立支援のため、利用者の補助的行為を中心とした援助
状態像	原則、障がい高齢者の日常生活自立度「J2」または「A1」に該当する者。また、認知症高齢者の日常生活自立度が「自立」または「I」に該当する者。 ○身体介護までは必要ないが、家事など生活援助が部分的に必要な人 ○意欲的に取り組みができる人 ※必ずしも専門的支援が必要ではない人
提供者	委託事業者（民間事業者、NPO法人、指定事業者）
サービス提供者	訪問介護員
利用回数	週1回
提供時間	1回につき45分～1時間とする
サービス費	別紙_サービス・活動事業単価等一覧表のとおり
加算	
利用者負担	
ケアマネジメント	簡略化した介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントB）
併用可能なサービス	サービス・活動事業併用表（29ページ）のとおり



短期集中予防訪問サービス

生活機能の低下がみられる高齢者に対し保健、医療の専門職が集中的（3か月）に関わることによって、生活機能の向上やセルフケアの促進を図るのものです。また、サービス利用後も自分の望む生活や社会活動を実現することで、介護予防効果を高め自立生活の延伸に繋げていきます。

原則、事業対象者は、総合事業のサービスを利用する場合、短期集中予防サービスを初めに利用します。なお要支援者も利用できます。

サービス内容	○日常生活動作の機能向上および機能訓練のための助言・指導を行います。 ○自立に向けた家事援助、道具、身体の使い方などの指導を行います。 ○栄養改善（負担を軽減した調理方法など）に関する指導や助言を行います。 ○口腔機能の向上に関する指導を行います。 ○認知症や閉じこもり、うつ状態の人に対して保健師等が関わります。
状態像	原則、障がい高齢者の日常生活自立度「J2」・「A1」・「A2」に該当する者。また、認知症高齢者の日常生活自立度が「自立」または「I」・「IIa」に該当する者。 ○専門職が生活面や健康面の指導を集中的に行うことにより目的意識を持って主体的に取り組みができる人 ○退院直後で状態が変化しやすく専門職の支援が必要な人 ○健康管理の支援が必要な人 ○閉じこもりに対する支援が必要な人 ○認知機能の低下や意欲低下があり専門職の支援が必要な人
提供者	委託事業者
職種	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保健師、看護師等、歯科衛生士、栄養士など
利用回数	6回／3か月
提供時間	60分以内
サービス費	別紙_サービス・活動事業単価等一覧表のとおり
加算	
利用者負担	
ケアマネジメント	原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）
併用可能なサービス	サービス・活動事業併用表（29ページ）のとおり

通所型サービス

高齢者が心身共に健全で安定した在宅生活が送れるよう、心身機能の維持・向上などを図るとともに、その家族の身体的・精神的負担の軽減を図るよう支援を行います。

介護予防相当通所サービス

能力に応じた生活機能の維持・向上を目指し、生活全般の支援を行う。また、他者との交流や生活リズムを整え、介護者の負担軽減を図れるよう支援します。

サービス内容	○生活機能向上のための機能訓練を行います。 ※従前の介護予防通所介護と同様のサービスを提供します。
状態像	原則、障がい高齢者の日常生活自立度「A1」または「A2」に該当する者で身体介護が必要な者 ○退院直後などで状態が変化しやすく、観察や状態に応じた支援が必要な人 ○認知機能の低下により日常生活に支障を生じる可能性がある人（ 認知症高齢者の日常生活自立度が「Ⅱ」に該当する者 ） ○心疾患や呼吸器疾患などにより介護予防のプログラムの取り組みができない人（ 障がい高齢者の日常生活自立度が「A2」以上に該当する者 ） ○その他、継続的に専門職の支援が必要な人
提供者	指定事業者
基準	予防給付の基準を基本
サービス提供者	生活相談員・介護職員・看護職・機能訓練指導員など
利用回数	要支援1・事業対象者：週1回を目安 要支援2：週2回を目安
提供時間	ケアマネジメントに基づく
サービス費	別紙_サービス事業・活動単価等一覧表のとおり
加算	
利用者負担	
ケアマネジメント	原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）
併用可能なサービス	サービス・活動事業併用表（29ページ）のとおり

基準緩和型通所サービス（指定）

利用者自身が生活機能の向上のため目的意識を持ち、意欲的かつ主体的に取り組めるように支援を行います。また、生きがいつくりや出番づくり、役割づくりなど目的意識を持ち自立した生活ができるよう支援を行います。

短期集中予防サービスを利用しても改善が見られず、継続して生活機能向上の支援が必要な場合に利用します。継続して基準緩和型通所サービス利用している場合は、この限りではありません。

サービス内容	○利用者の有する能力に応じ、機能訓練などを行います。 （レクリエーションや行事を通じて生活機能の向上を図るもの）
状態像	原則、障がい高齢者の日常生活自立度「J2」に該当する者で、認知症高齢者の日常生活自立度が「自立」または「I」に該当する者のうち「閉じこもり」や「うつ」に課題があり生活改善や社会参加が見込まれる人。 ○身の回りのことは自分で行うが、家事など部分的な支援が必要な人 ※継続的または全般的な専門職の関わりが必要ではない人
提供者	通所介護または介護予防相当通所サービスの指定を受けている事業者
基準	人員基準を緩和した基準
サービス提供者	介護福祉士など
利用回数	所要時間3時間以上（1週に1回） 1月の所要時間の合計が15時間以上
提供時間	ケアマネジメントに基づく ※ただし3時間以上のサービス提供とする
利用期間	6か月（モニタリングに合わせて評価を行う）
サービス費	別紙_サービス事業・活動単価等一覧表のとおり
加算	
利用者負担	
送迎	指定事業者が実施
ケアマネジメント	簡略化した介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントB）
併用可能なサービス	サービス・活動事業併用表（29ページ）のとおり

基準緩和型通所サービス（委託）

利用者自身が生活機能の向上のため目的意識を持ち、特に運動機能向上に特化した内容で、意欲的かつ主体的に取り組めるよう支援します。

短期集中予防サービスを利用しても改善が見られず、継続して生活機能向上の支援が必要な場合に利用します。継続して基準緩和型通所サービスを利用している場合は、この限りではありません。

サービス内容	○運動など、身体機能向上に特化したサービスです。
状態像	原則、障がい高齢者の日常生活自立度「J2」に該当する者で、短期集中予防サービス利用後、身体面において不安が強く通所の利用を希望している者。また、認知症高齢者の日常生活自立度が「自立」または「I」に該当する者。 ○運動機能の向上が必要な人（運動機能が低下しているが、生活改善の見込みがあり社会参加に対し意欲がある人） ※必ずしも専門職の支援が必要ない人
提供者	委託先事業者（民間事業者）
サービス提供者	インストラクター、健康運動指導士など
利用回数	週1回
提供時間	ケアマネジメントに基づく ※ただし3時間程度のサービス提供とする
利用期間	6か月（原則1回のみ）
サービス費	別紙_サービス・活動事業単価等一覧表のとおり
加算	
利用者負担	
送迎	委託事業者が実施 ※但し、送迎の再委託も可
ケアマネジメント	簡略化した介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントB）
併用可能なサービス	サービス・活動事業併用表（29ページ）のとおり



短期集中予防通所サービス

生活機能の低下がみられる高齢者に対し保健、医療の専門職が集中的（３か月）に関わることによって、生活機能の向上やセルフケアの促進を図るものです。また、サービス利用後も自分の望む生活や社会活動を実現することで、介護予防効果を高め自立生活の延伸に繋がっていきます。

事業対象者は、原則、総合事業のサービスを利用する場合、短期集中予防サービスをはじめに利用します。なお、要支援者も利用できます。

サービス内容	○筋力や体力が低下している人に対して、自宅でできるプログラムを作成し、実施方法などの助言や指導を行います。 ○日常生活動作の機能向上のための助言・指導を行います。 ○栄養改善、管理などに関する指導や助言を行います。 ○口腔機能の向上に関する指導を行います。
状態像	原則、障がい高齢者の日常生活自立度「J2」・「A1」・「A2」に該当する者。また、認知症高齢者の日常生活自立度が「自立」または「I」に該当する者。 ○専門職が生活面や健康面の指導を集中的に行うことにより目的意識を持って主体的に取り組みができる人 ○退院直後で状態が変化しやすく専門職の支援が必要な人 ○健康管理の支援が必要な人 ○閉じこもりに対する支援が必要な人 ○認知機能の低下や意欲低下があり専門職の支援が必要な人
提供者	委託事業者
職種	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保健師、看護師等、歯科衛生士、栄養士など
利用回数	12回／3か月
提供時間	120分以上
サービス費	別紙_サービス・活動事業単価等一覧表のとおり
加算	
利用者負担	
ケアマネジメント	原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）
併用可能なサービス	サービス・活動事業併用表（29ページ）のとおり

その他生活支援サービス

「食」の自立支援事業（配食サービス）

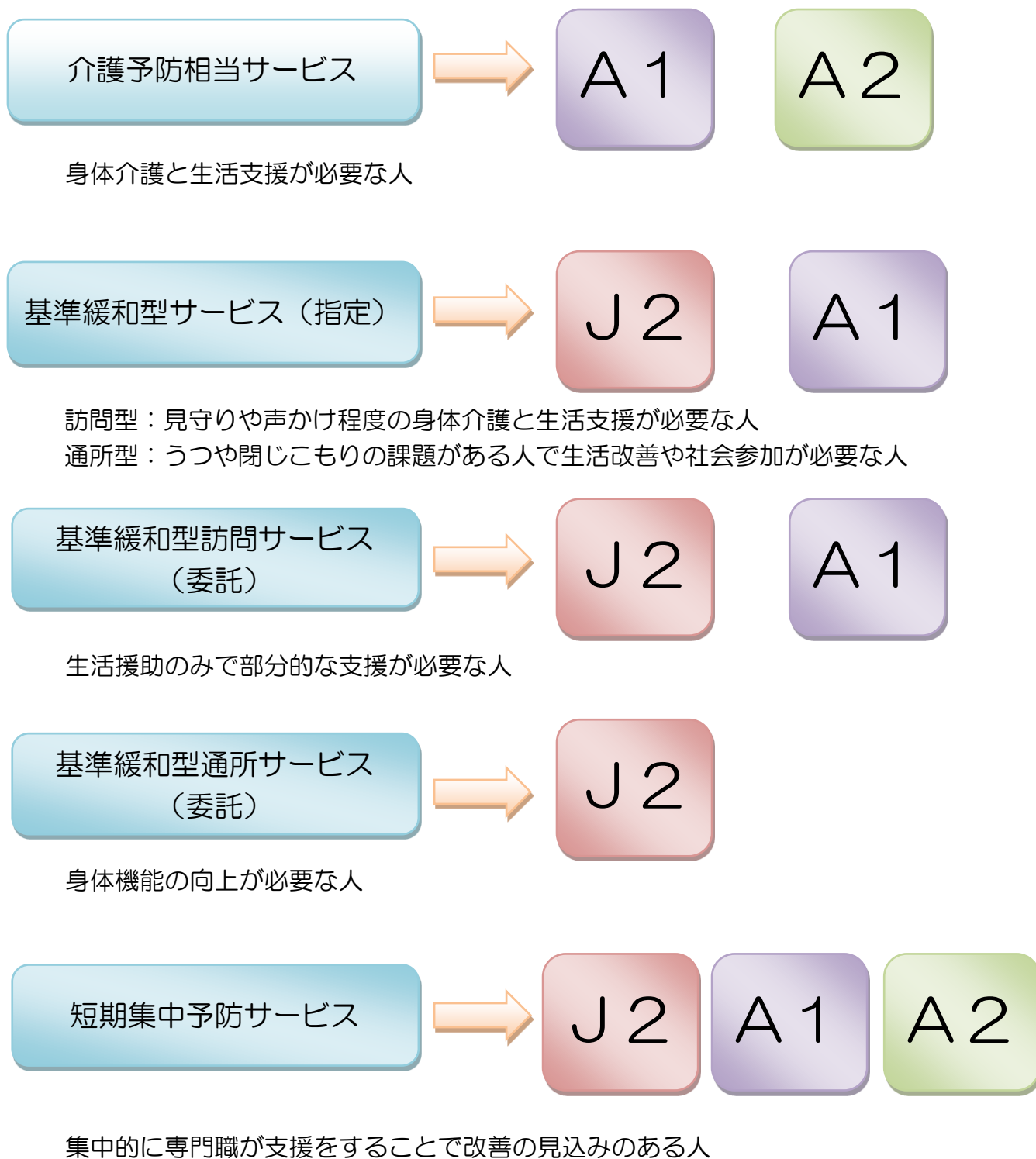
栄養改善が必要な人に配食サービスを提供するとともに、安否確認を行います。

サービス内容	○在宅の高齢者などが、医療・介護関連施設以外でも健康・栄養状態を保つことができ、かつ口から食べる楽しみも十分得られるよう栄養改善を目的に食事を訪問配達し、訪問を行うことによって安否確認を行います。
対象者	○栄養改善が必要な「事業対象者」（65歳未満の家族との同居も可）。基本チェックリストを実施した結果、栄養の2項目に該当し事業対象者に決定された人で、閉じこもり、うつなどの様子がある人。 ○栄養改善と安否確認が必要なひとり暮らし又は高齢者のみの世帯等の「事業対象者」または「要支援認定者」（65歳未満の家族との同居は原則不可）。
提供者	委託事業者
対応食事形態	普通食（お粥・キザミ対応可）、特別食
利用回数	別紙_サービス・活動事業単価等一覧表のとおり
利用者負担	
ケアマネジメント	初回のみの介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントC）



6 サービス事業を利用できる障がい高齢者日常生活自立度

原則、サービス事業を利用する場合、サービスが利用できる障がい高齢者自立度に沿ってサービスを選択します。



障がい高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

【判定基準】

生活自立	ランクJ	何らかの身体的障がい等を有するが、日常生活はほぼ自立し、一人で外出する者が該当する。なお“障がい害等”とは、疾病や傷害及びそれらの後遺症あるいは老衰により生じた身体機能の低下をいう。 1. バスや電車等の公共交通機関を利用して積極的にまたは、かなり遠くまで外出する場合が該当する。 2. 隣近所への買い物や老人会等への参加等、町内の距離程度の範囲までなら外出する場合が該当する。
準寝たきり	ランクA	屋内での日常生活活動のうち食事、排泄、着替に関しては概ね自分で行い、留守番等をするが、近所に外出する時は介護者の援助を必要とする場合が該当する。 1. 寝たり起きたりはしているものの食事、排泄、着替時はもとより、その他の日中時間帯もベッドから離れている時間が長く、介護者がいればその介助のもと、比較的多く外出する場合が該当する。 2. 日中時間帯、寝たり起きたりの状態にはあるもののベッドからは離れている時間の方が長い、介護者がいてもまれにしか外出しない場合が該当する。
寝たきり	ランクB	座位を保つことを自力で行うか介助を必要とするかどうかで区別する。日常生活活動のうち、食事、排泄、着替のいずれかにおいては、部分的に介助者の援助を必要とし、1日の大半をベッドの上で過ごす場合が該当する。 1. 介助なしに車いすに移乗し、食事、排泄もベッドから離れて行う場合が該当する。 2. 介助のもと車いすに移乗し、食事または排泄に関しても、介護者の援助を必要とする。
	ランクC	日常生活活動の食事、排泄、着替のいずれにおいても介助者の援助を全面的に必要とし、1日中ベッドの上で過ごす。 1. ベッド上で常時臥床しているが、自力で寝返りをうち体位を変える場合が該当する。 2. 自力では寝返りもうつこともなく、ベッド上で常時臥床している場合が該当する。

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭内以外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできていたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

7 一般介護予防事業

高齢者を年齢や心身の状況などによって分け隔てることなく、住民が運営する通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で健康で自立した生活を送ることができるよう推進します。

65 歳以上の福山市在住の全ての人を対象です。

● 介護予防普及啓発事業

健康教室

実施場所：ふれあいプラザ・老人福祉センター・交流館・集会所など

実施内容：○運動に関する教室 月1回実施

筋力・バランス運動、ヨガ、ピラティス、ストレッチ、リズム体操など

○口腔に関する教室 年2回実施

高齢者の口腔の特徴、口腔の働き、口腔ケアの効果、歯・義歯の必要性、顔とお口の体操、摂食・嚥下のメカニズム、口腔乾燥予防、歯周病が及ぼす全身への影響など

○食に関する教室 年2回実施

低栄養予防や骨粗鬆症予防など

●問い合わせ先

高齢者支援課 928-1189



介護予防教室

実施場所：地域のサロン、ふれあいプラザ、集会所など

実施内容：転倒予防教室、認知症予防教室など

●問い合わせ先

各福山市地域包括支援センター

健康教育

実施場所：地域のサロン、ふれあいプラザ、集会所など

実施内容：生活習慣病や介護予防などの教室

健康相談

実施場所：ふれあいプラザ、集会所など

実施内容：心身の健康に関する個別の相談に応じ、必要な助言・指導

シニア食生活改善教室

シニア食生活改善教室：年に2回実施し、低栄養予防や骨粗鬆症予防などについて調理実習を交えて学びます。



●問い合わせ先

健康推進課	928-3421
松永保健福祉課	930-0414
北部保健福祉課	976-1231
東部保健福祉課	940-2567
神辺保健福祉課	962-5055
沼隈支所保健福祉担当	980-7704

● 地域介護予防活動支援事業

居場所づくり

地域の集会所などに高齢者や地域の人たちが気軽に集い、交流ができる場です。居場所を週2日以上開設している団体に、必要経費の一部を補助します。

●問い合わせ先
社会福祉協議会
福祉のまちづくり課 928-1333

お互いさま活動応援補助

高齢者の日常生活のちょっとした困りごと（ゴミ出しや電球交換、草取りなど）を支援する団体の立ち上げ支援として、必要経費の一部を補助します。

●問い合わせ先
社会福祉協議会
福祉のまちづくり課 928-1333

高齢者外出・買物支援事業

住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域の特性や高齢者のニーズに応じた外出や買物などの支援を行い、地域住民の支え合いによる協働事業として実施します。

●問い合わせ先
高齢者支援課 928-1189

いきいき百歳体操

地域の居場所や通いの場で、椅子に座り重りを使って行う30分程度の簡単な体操です。週1回以上に行うと介護予防に効果的な体操です。

椅子やDVDを写すテレビやDVDプレイヤーなどを地域で準備し、週1回以上実施する団体に対して、市からDVDや重りを貸し出します。

●問い合わせ先

高齢者支援課 928-1189

● 地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取り組みを機能強化するために、訪問、通所、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場などへのリハビリテーション専門職などの関与を促進する事業です。

福山市では、いきいき百歳体操にリハビリテーション専門職が出務しています。

●問い合わせ先

高齢者支援課 928-1189



8 要支援・事業対象者のサービスの組み合わせ

要支援者（要支援１・２）

要支援者については、状態像や家族の意向を元にアセスメントを行い、「訪問型・通所型サービスやその他の生活支援サービスなど」が必要な場合はサービス事業で、「介護予防訪問看護や介護予防訪問リハビリテーション、介護予防住宅改修」などが必要な場合は、従来どおり予防給付から提供されることとなります。

すなわち要支援者においては、次のサービス利用の組み合わせが考えられます。１～４は介護予防支援でのケアプランの作成、５、６においては「総合事業による介護予防ケアマネジメント」の対象となります。

要支援者（要支援１・２）の方が利用できるサービスの組み合わせ

- １．「予防給付」のみ利用
- ２．「予防給付」と「サービス事業」の利用
- ３．「予防給付」と「サービス事業」と「一般介護予防事業」の利用
- ４．「予防給付」と「一般介護予防事業」の利用
- ５．「サービス事業」のみ利用
- ６．「サービス事業」と「一般介護予防事業」の利用

事業対象者

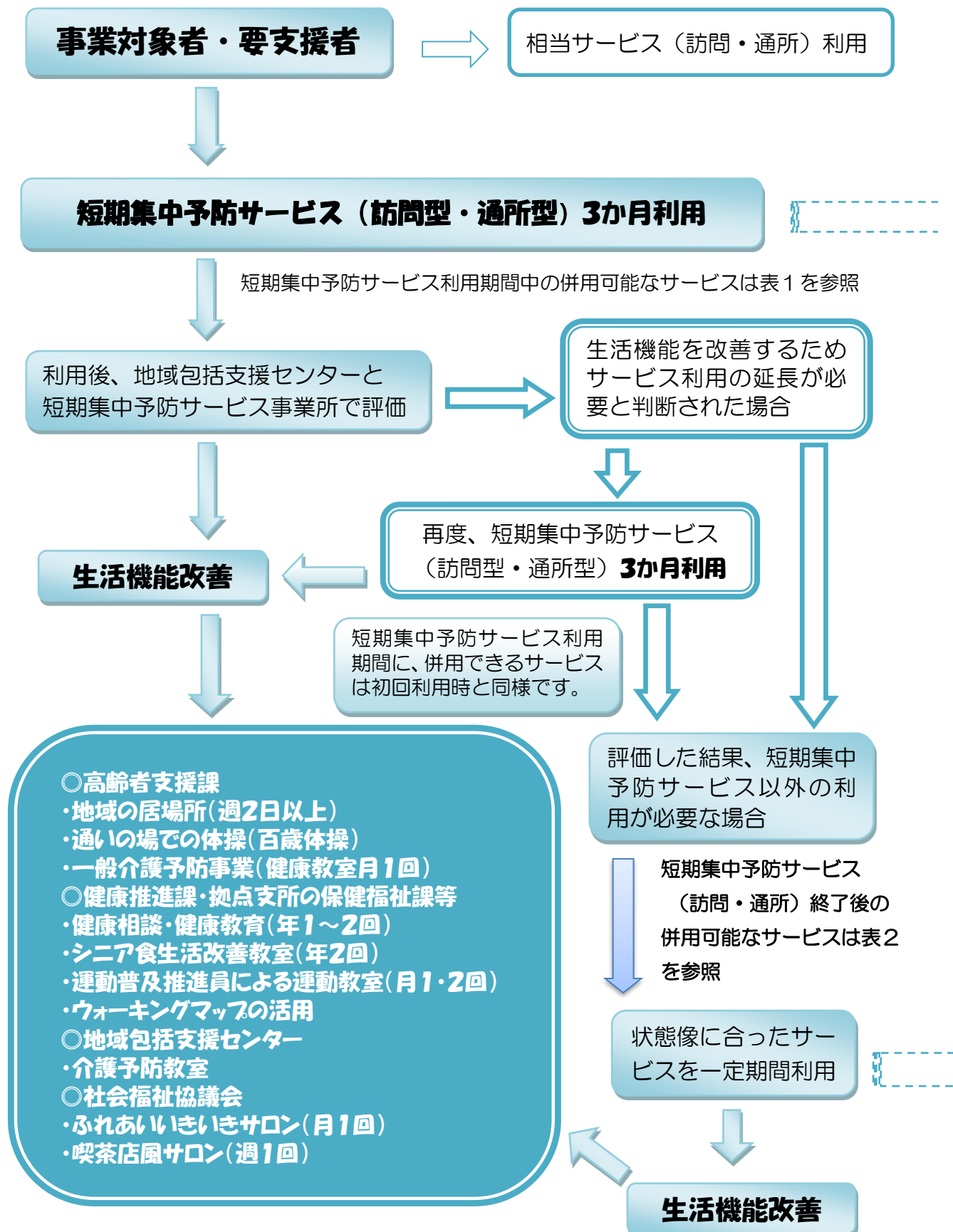
基本チェックリストを実施し、事業対象者に決定した者が、「総合事業のサービス」を利用する場合に、介護予防ケアマネジメントを実施し、必要なサービスが何にあたるかを検討します。

事業対象者においては次のサービス利用の組み合わせが考えられ、「総合事業による介護予防ケアマネジメント」の実施の対象となります。

事業対象者の方が利用できるサービスの組み合わせ

- １．「サービス事業」のみ利用
- ２．「サービス事業」と「一般介護予防事業」の利用

9 福山市の総合事業の利用図



サービス・活動事業併用表

表 1

区分		併用するサービス [訪問：1つのサービスのみ併用可能 通所：訪問の1つのサービスのみ併用可能]					
		相当サービス		基準緩和型サービス (指定)		基準緩和型サービス (委託)	
		訪問	通所	訪問	通所	訪問	通所
短期集中予防サービス	訪問	○	○	○	○	○	○
	通所	○	×※	○	×※	○	×※

※状態像によって併用可能

区分		併用するサービス 【1つのサービスのみ併用可能】					
		相当サービス		基準緩和型サービス (指定)		基準緩和型サービス (委託)	
		訪問	通所	訪問	通所	訪問	通所
相当サービス	訪問	■	○	×	○	×	○
	通所	○	■	○	×	○	×
基準緩和型サービス (指定)	訪問	×	×	■	○	×	○
	通所	×	×	○	■	○	×
基準緩和型サービス (委託)	訪問	×	×	×	○	■	○
	通所	×	×	○	×	○	■

★ サービスの併用期間については、予後予測を踏まえサービス担当者会議で検討します。

10 介護予防ケアマネジメントの類型

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態や基本チェックリストの結果、利用者基本情報や福山市版アセスメントシート、本人の希望するサービスなどを踏まえて、ケアマネジメントA、ケアマネジメントB、ケアマネジメントCの3パターンに分けて行います。

介護予防ケアマネジメントにおいて使用する様式は、指定した様式を使用します。

【原則的な介護予防ケアマネジメント】ケアマネジメントA

基本的な考え方	介護予防支援に準じた形で、原則的に行う介護予防ケアマネジメントです。適切なアセスメントに基づき、高齢者の自立に向けて設定された目標を達成することを目指します。 利用者の生活上の困りごとに対して、単にそれを補うサービスを利用するのではなく、高齢者の自立支援や介護予防に資するよう専門的支援により心身機能の維持・改善を図っていきます。
ケアプランの手順	現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様のプロセスを実施します。
利用するサービス	介護予防相当訪問サービス 介護予防相当通所サービス 短期集中予防サービス（訪問型・通所型） ★介護予防相当サービスや短期集中予防サービスと併用して、基準緩和型サービス、一般介護予防事業、その他の生活支援サービスを利用する場合は、ケアマネジメントAを作成します。
ケアプラン様式	介護予防・サービス支援計画表（従来のもので）
ケアプラン	事業所の専門職（リハビリテーション専門職・歯科衛生士・栄養士など）の意見を参考にケアプランを作成します。
モニタリング	初回は3か月、2回目以降は3～6か月毎に訪問することになっていますが、モニタリングは月1回事業所に状況を確認するなど記録を残します。
評価	事業所の専門職（リハビリテーション専門職・歯科衛生士・栄養士など）と一緒に評価をします。
単価等（支払い頻度）	別紙_サービス・活動事業単価等一覧表のとおり
利用者負担	
加算	
事業の実施方法	業務委託（市⇒地域包括支援センター）
支払い方法	広島県国民健康保険団体連合会に請求します。
実施事業所	地域包括支援センターが作成します。 ※一部居宅介護支援事業所への委託も可能です。

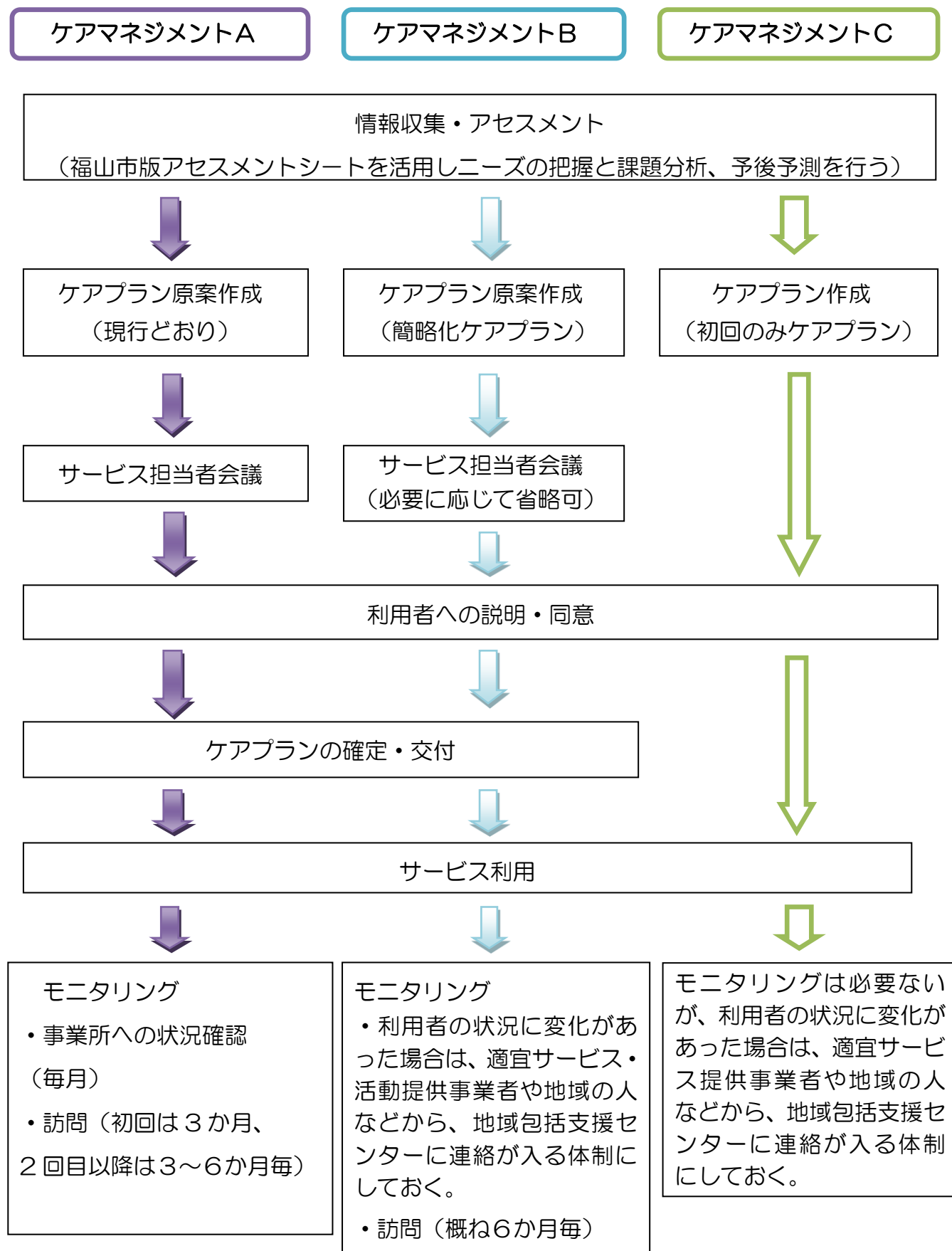
【簡略化した介護予防ケアマネジメント】ケアマネジメントB

基本的な考え方	基準緩和型サービスを利用する場合に実施します。（指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合など） 適切なアセスメントに基づき、高齢者の自立に向けて設定された目標を達成することを目指します。 利用者の生活上の困りごとに対して、単にそれを補うサービスをあてるのではなく、高齢者の自立支援や介護予防に資するよう、意欲を引き出し主体的な取り組みができるよう支援します。
ケアプランの手順	サービス担当者会議を必要に応じて省略し、他はケアマネジメントAと同様のプロセスを実施します。省略できる場合は、本人の理解力や判断力があり自ら介護予防に意欲的に取り組みができる人で、単一のサービス提供事業所を利用する場合など。
利用するサービス	基準緩和型訪問・通所サービス（指定・委託） ★基準緩和サービスと併用して、一般介護予防事業、その他の生活支援サービスを利用する場合はケアマネジメントBを作成します。
ケアプラン様式	福山市介護予防・生活支援サービス計画および評価シート（ケアマネジメントB）
モニタリング	間隔をあけて必要に応じて設定し、訪問します（概ね6か月ごと）。
単価等（支払い頻度）	別紙_サービス・活動事業単価等一覧表のとおり
利用者負担	
加算	
事業の実施方法	業務委託（市⇒地域包括支援センター）
支払い方法	広島県国民健康保険団体連合会に請求します。
実施事業所	地域包括支援センターが作成します。 ※一部居宅介護支援事業所への委託も可能です。

【初回のみ介護予防ケアマネジメント】ケアマネジメントC

基本的な考え方	ケアマネジメントの結果、その他の生活支援サービスや一般介護予防事業の利用につなげる場合に実施します。 サービス利用開始時のみケアマネジメントを行います。
ケアプランの手順	初回のみ、簡略化（サービス担当者会議とモニタリングを省略）した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施します。
利用するサービス	その他の生活支援サービス 一般介護予防事業（週1回以上の百歳体操・週2日以上居場所が対象） （※ただし、社会福祉協議会の事業である喫茶店風サロンは対象外） ★介護予防相当サービスや基準緩和型サービス、短期集中予防サービスと併用する場合は、それぞれの類型に沿ったケアマネジメントを行います。
ケアプラン様式	福山市介護予防・生活支援サービス計画（ケアマネジメントC）
モニタリング	行わない。 名簿など簡易な利用者管理を行うことも可能です。また、利用者の状況に変化があった際に、適宜サービス提供者などから地域包括支援センターに連絡する体制をつくっておくことが望ましい。
単価等（支払い頻度）	別紙_サービス・活動事業単価等一覧表のとおり
利用者負担	
加算	
給付管理票の作成・記入	不要
事業の実施方法	業務委託（市⇒地域包括支援センター）
支払い方法	広島県国民健康保険団体連合会に請求します。
実施事業所	地域包括支援センターが作成します。 ※一部居宅介護支援事業所への委託も可能です。

1 1 介護予防ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施



12 指定居宅介護支援事業所への業務委託について

事業対象者の介護予防ケアマネジメントは、「予防給付」のケアプランと同様、利用者本人が居住する地域包括支援センターが作成しますが、指定居宅介護支援事業所に委託することもできます。

介護予防ケアマネジメントを委託できるようにすることで、予防給付及びサービス事業への円滑な移行や、介護給付に移行した場合の連携を確保するためです。

指定居宅介護支援事業所に委託する場合、初回のケアプランは、地域包括支援センターが作成します。また、1クール終了後評価し、ケアプランの継続、変更する場合は、居宅介護支援事業所で行い、適宜、地域包括支援センターが関わります。

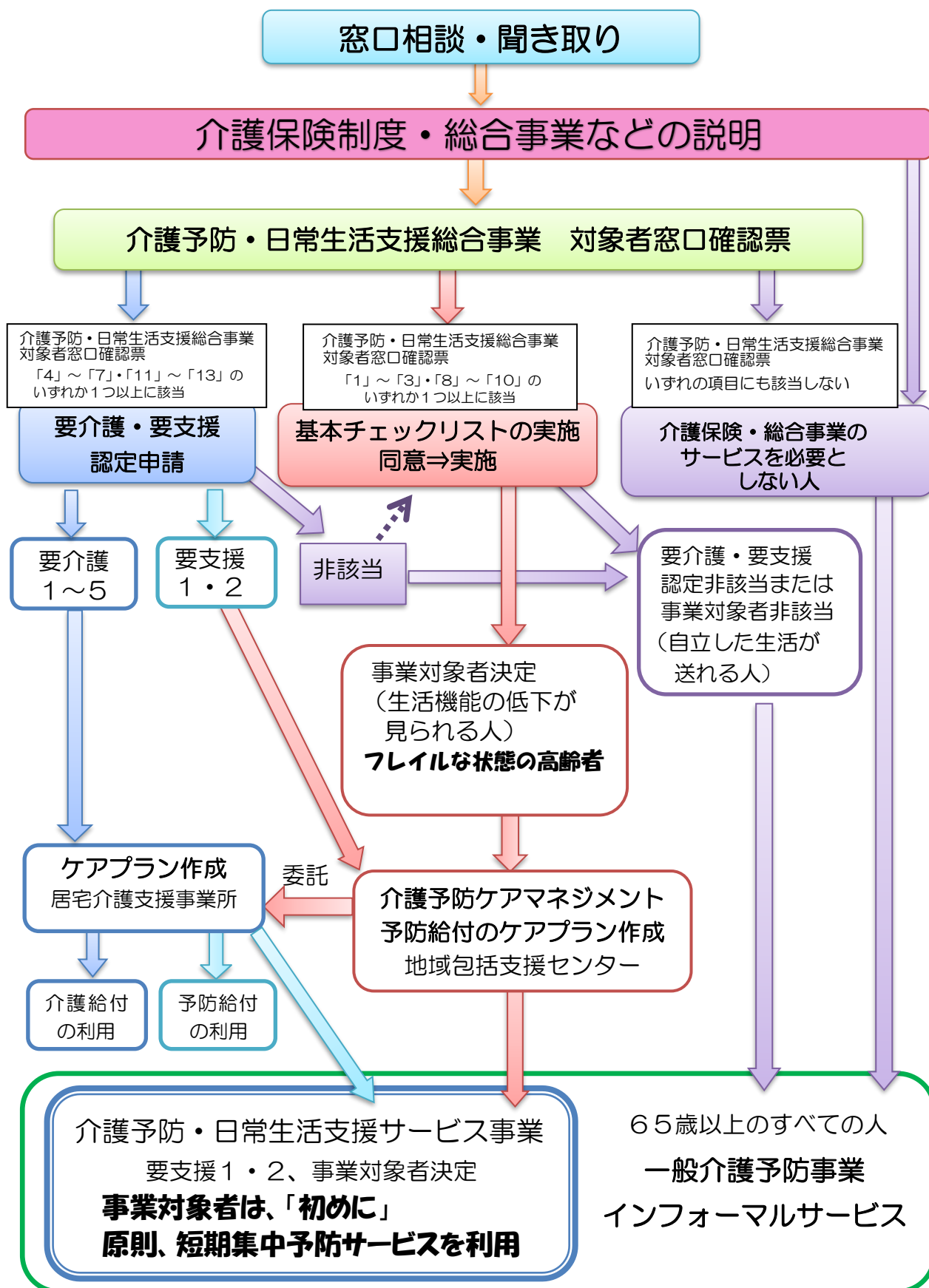
しかし、地域包括支援センターが初回のケアプランを作成することが難しく、初回のケアプランを指定居宅介護支援事業所に委託する場合は、サービス担当者会議への出席や評価表及び支援経過記録の確認、同行訪問などを行い、委託先事業所が作成したケアプラン原案の適切性や内容の妥当性を確認してください。

要支援者のケアプランを指定居宅介護支援事業所に委託する場合は、地域包括支援センターが初回のケアプランの実施に立ち合うように努めるとともに、地域ケア会議などを活用しつつ、そのすべてに関与することが望ましいです。

指定居宅介護支援事業所に委託した場合の ケアプランの評価の確認内容

- 生活機能低下の現状と背景をとらえているか
- 本人や家族の認識や意向の把握は正確か
- 課題は要介護状態に陥る可能性の予測から導かれているか
- 目標は、本人や家族の意向も合わせた具体的なものになっているか
- 具体策は、目標達成の手段として効果的、効率的であるか
- 地域包括支援センターの管理者は介護支援専門員が望ましいケアプランを作成できるよう、地域包括支援センターの職員と連携して、支援を行っているか

第3章 介護保険の認定申請と基本チェックリスト 振り分けはどうするの？



1 相談受付

(1) 窓口の心得

- **相談受付では、対象者のサービス利用の意向と心身の状態に合わせて、要介護認定・要支援認定申請（以下、「要介護認定申請」という。）の必要性和基本チェックリストの実施の必要性を判断します。**
- **介護保険法の理念に基づき、本人の能力に応じた生活ができるよう自立（生活機能向上）のために利用するものであることを理解した上で、必要性も判断します。**
- **総合事業の利用について、相談者に丁寧に説明します。**
- ※ **判断に迷う場合は、地域包括支援センターまたは福山市高齢者支援課にご相談ください。**

(2) 窓口

地域包括支援センター・居宅介護支援事業所

【市役所窓口】

高齢者支援課・介護保険課

松永保健福祉課・北部保健福祉課・東部保健福祉課・神辺保健福祉課

新市支所保健福祉担当・沼隈支所保健福祉担当

(3) 相談・聞き取り

- 窓口に来られた際には、来所された理由（本人の生活課題や困りごとなど）、希望するサービスや現在の状態を聞き取ります。
- 窓口担当者は、介護保険の理念、制度の内容、要介護認定やサービス利用方法、総合事業の目的やサービス内容、手続方法、一般介護予防事業などについてリーフレットなどを活用しわかりやすく説明します。
- 要介護認定申請の必要性又は基本チェックリストの実施の必要性を判断します。
 - ※ 新規申請または更新申請の場合で要介護認定申請か基本チェックリストか判断に迷う場合は、「介護予防・日常生活支援総合事業 対象者窓口確認票（以下、「窓口確認票」という。）」を用いて聞き取ります。

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者窓口確認票

使用した窓口確認票は、使用した窓口・所属（包括・居宅・所管課）で管理してください。

様式1		
(注)この確認票はご本人が記入するものではありません 包括名【】		
介護予防・日常生活支援総合事業 対象者窓口確認票		
受付日(年 月 日)		
所属【介保・高支・居宅・その他()】		受付者名【 】
本人	被保険者番号	
	名 前	 (歳)
	介護度	要支援(1・2)・要介護 現在のサービス利用 : あり なし 新 規【本人来所 : 有・無(理由:)】
	有効期限終了日	年 月 日 終了 ※認定者のみ記入
代理の場合 (親族が申請する場合のみ記入)	代理人名前	 (続柄)
	代理の理由	入院中・一人で歩けない・本人に頼まれた その他 ()
【確認内容】		
項 目	確認事項	チェック欄
ご本人の状態	1 一人でタクシーや公共機関、車やバイクなどを利用して外出できないが、近所程度は一人で歩いて外出できる。	☐
	2 一人で外出できないが、家の中では介助なく移動し、身の回りのこと(排泄・着替え等)や内服管理・金銭管理が自分で行える。	☐
	3 かかってきた電話の対応や伝言を正しく行うことができない。	☐
	4 歩行や立ち座りに介助を必要とし、一人で外出できない。	☐
	5 認知症の症状(物忘れ・同じ話を繰り返す等)がみられ、薬の内服(時間や種類など処方どおり飲む)、電話の利用(電話をかける・用件を伝える)等に介助を受けている。	☐
	6 大きな病気やけがのため、入院中又は療養中であるが、状態は安定しており退院の目途がついている。	☐
	7 寝たきり又は、重い認知症である。	☐
利用希望サービス	8 「訪問介護」の生活支援(掃除や買い物等)サービスを利用したい。 ※ 回数・内容等は、ケアマネジメントで決定されます。介護者がいない(日中)独居や高齢者世帯等が対象です。	☐
	9 「通所介護」を利用して、他者との交流や運動する機会をつくりたい。 ※ 回数・内容等は、ケアマネジメントで決定されます。	☐
	10 自宅において、一人では入浴できないため、デイサービスで入浴したい。 入浴できない理由()	☐
	11 下記の介護予防サービスを利用したい。(希望するサービスに○) 1.福祉用具レンタル・購入 2.ショートステイ 3.デイケア 4.訪問入浴 5.訪問看護 6.地域密着型サービス 7.居宅療養管理指導 8.住宅改修 (※ 具体的に希望する事業所がある場合は、記入してください。)	☐
	12 入居(GH・特定施設)・入所(特養・老健・療養型)したい。 ※必要に応じて聞き取りをしてください。 サービスの利用希望はないが、認定を希望する。 理由: 	☐
【判定】		
「4」～「7」・「11」～「13」のいずれか1つ以上に該当	⇒ チェックリスト実施対象外です。 要介護認定の申請手続きをしてください。	☐
「1」～「3」・「8」～「10」のいずれか1つ以上に該当	⇒ チェックリスト実施対象者です。	☐
		受付印
包括(居宅)連絡	依頼	情報提供日時
未・済	来所・訪問	年 月 日

(4) つなぐ

要介護認定申請をして認定を受けた場合や事業対象者に決定した場合、サービスの利用の目的は、生活機能の改善です。

そのために、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所がアセスメント（本人の状態、本人や家族の意向、現在の状態に至った経緯などを聞き取る）を行い、利用者の状態に合ったサービスを提案すること、改善すればサービスから卒業することなどを説明します。

介護保険

- 歩行ができない場合や重度の認知症で意思疎通ができない場合など、明らかに要介護認定申請が必要な場合は、要介護認定申請をします。
- 「窓口確認票」の判定の欄により「4」～「7」・「11」～「13」のいずれか一つ以上に該当する場合は、要介護認定申請の手続きをします。
- 「窓口確認票」の「利用希望サービス」の「13」に該当する場合は、理由を聞き取り記載します。
- 第2号被保険者（40～64歳）は、がんや関節リウマチなど加齢に伴う特定の疾患が起因して要介護状態となることがサービスを利用する前提となりますので、要介護認定申請を行います。

次のような疾患や状態像によっては自立支援型のケアマネジメントが適切ではない場合があります。その場合は、要介護認定申請をします。

- 認知症により理解力や判断力の低下が見られ日常生活全般に支障をきたしている場合
- 記憶力の低下や見当識障がいなどがあり介護予防のプログラムが理解できない場合
- 生活リズムを整えたり介護者の負担軽減のために専門職による継続的な支援が必要な場合
- 慢性疾患や難病、がんなどにより医療面の支援が継続的に必要な場合
など

総合事業

- 「窓口確認票」の判定の欄により「1」～「3」・「8」～「10」のいずれか一つ以上に該当する場合は、基本チェックリストを実施します。
その場合、要介護認定申請をしなくても基本チェックリストを用いて事業対象者として決定された場合は、迅速なサービスの利用が可能であること、また、事業対象者となった後でも、必要な時は要介護認定申請が可能であることを説明します。
- 総合事業は介護保険のサービスと違い、訪問型サービスや通所型サービスは複数あるため、利用する場合は地域包括支援センターなどが介護予防ケアマネジメントを実施し、本人の状態像に合ったサービスを提案することを説明します。
- 総合事業のサービスは、生活機能の低下を改善する目的で利用するため、事業対象者は、原則、短期集中予防サービスを初めに利用します。なお、要支援者も利用することができます。
短期集中予防サービスの利用期間で生活支援が必要な場合は、状態像に合ったサービスの併用ができます。
- 基本チェックリストを実施した場合は、基本チェックリスト、介護予防ケアマネジメント届出書、被保険者証を高齢者支援課に提出します。

一般介護予防事業

- 「窓口確認票」の判定の欄のいずれにも該当しない場合や基本チェックリストを実施したが、事業対象者の基準に満たない場合、要介護認定で非該当となった場合などは、生活上の困りごとなどを聞き取り一般介護予防事業（居場所・百歳体操・健康教室など）やインフォーマルなサービスにつなげます。

、

高齢者は、何をどこに相談していいかわからない場合もあります。

窓口に来られた時は話をよく聞いて、話の内容によっては介護保険や総合事業などのサービス以外の支援が必要な場合や情報を提供すれば自分で解決できる場合、話を聞くだけで安心する場合もあります。

そのため、保健・医療・福祉などの各種公的なサービスはもとより、地域のインフォーマルなサービス（ボランティアを含む）など、多方面からの情報も提供するという視点も大切です。

2 事業対象者の決定

(1) 基本チェックリストとは

地域包括支援センターへ相談に来た高齢者に対して、生活機能低下があり、支援が必要な状態かを判断するために用いられるものです。

(2) 事業対象者とは

基本チェックリストを実施した結果、心身の状況やその置かれている環境その他の状況から要支援（要介護）状態となることを予防するための援助を行う必要があると判断された人（フレイルの高齢者）です。

要介護認定において非該当になった場合でも、基本チェックリストを実施し、基準に該当すれば事業対象者となります。

事業対象者が短期集中予防サービスを最初に利用する理由

短期集中予防サービスでは、医療・保健の専門職（保健師、看護師、リハビリテーション専門職、栄養士、歯科衛生士など）が関わり、ケアマネジメントにより、生活機能の維持・改善すべき課題（目標）に対して有効的な支援を行います。また、課題（目標）達成後は、地域の集いの場に参加するなど支援を行います。

事業対象者は、フレイルの高齢者と位置づけ、サービスを利用することにより生活機能が低下している兆候を早期に発見し、専門職が支援を行うことで日常生活を見直すことができ、本人のセルフケアにつなげていくことで、フレイルの進行を抑制したり、健康な状態に戻すことができるため、まず、最初に短期集中予防サービスの利用を検討します。



基本チェックリストと事業対象者に該当する基準

フリガナ		性別	生 年 月 日	
名前		男 ・ 女	年 月 日生 (歳)	
住所	〒 福山市		電 話 番 号	
希望するサービス内容				
区分	番号	質 問 事 項		いずれかに○をお付けください
生活全般	1	バスや電車で1人で外出していますか		No.1～20の項目のうち 10項目以上に該当 (複数項目に支援)
	2	日用品の買い物をしていますか		
	3	預貯金の出し入れをしていますか		
	4	友人の家を訪ねていますか		
	5	家族や友人の相談にのっていますか		
運動	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか		3項目以上該当 (運動機能の低下)
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか		
	8	15分くらい続けて歩いていますか		
	9	この1年間に転んだことがありますか		
	10	転倒に対する不安は大きいですか		
栄養	11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか		2項目すべてに該当 〔低栄養状態〕
	12	BMIが18.5未満である[BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)] 体重 (kg)÷身長 (m)÷身長 (m)=		
口腔	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか		2項目以上該当 (口腔機能の低下)
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか		
	15	口の渇きが気になりますか		
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか		No.16に該当
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか		(閉じこもり)
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		1項目以上該当 (認知機能の低下)
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか		
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか		
うつ	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない		2項目以上該当 (うつ病の可能性)
	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		

以下の欄は記入しないでください。

区分	全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ
番号	1～20	6～10	11～12	13～15	16～17	18～20	21～25
判定基準	10点以上	3点以上	2点すべて該当	2点以上	No.16に該当	1点以上	2点以上
該当項目 (○をする)							

受付

(3) 基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、 1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
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。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、 習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに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に立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の 事実 があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、 本人の主観に基づき回答してください。

11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で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ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、 本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中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。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	本人は物忘れがあると思っても、 周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25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ください。
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) 以前は楽に出来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	

(4) 基本チェックリストの実施

- 基本チェックリストは本人などが記入します。
その場合は、質問項目の趣旨を説明しながら本人や家族に記入してもらいます。
- 基本チェックリストを実施して該当した項目、該当しなかった項目、またその理由について、「基本チェックリストについての考え方」の趣旨に沿ったものとなっているかどうか、複数の地域包括支援センターの職員で確認します。
- 原則、本人が直接窓口に出向いて基本チェックリストを行いますが、本人が入院中や相談窓口から遠い、何らかの理由で外出に支障があるなど、本人が来所できない場合は、家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的などを聞き取ります。(基本チェックリストのみ実施)
基本チェックリストの基準に該当するが、本人が来所できない場合は、地域包括支援センターの職員が訪問して、基本チェックリストを実施します。
- 基本チェックリストを実施し、基準に該当し、サービスの利用が必要な場合は、基本チェックリストの「市控え」と、本人の「被保険者証」、「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を市に提出します。(被保険者証を喪失している場合は「喪失届」の記入をしてもらい市に提出します。)
「事業対象者」の被保険者証発行後、サービス利用のための介護予防ケアマネジメントを実施するために、訪問する日程の調整を本人、家族などで行います。
- ※ 代理人(家族、居宅介護支援事業所など)の場合でも、基本チェックリストを地域包括支援センターへ提出できます。
- 事業対象者として決定しても、概ね3か月以上サービスの利用がなく、再度サービスを利用しようとする場合は、改めて基本チェックリストを行います。
- ☆ 基本チェックリストを実施して、要介護認定の申請が必要と判断した場合は、要介護認定申請をします。

【有効期間】

事業対象者の有効期間はありません。

（５）基本チェックリストの有効活用

事業対象者に決定し、総合事業のサービスを利用する場合は、ケアプランを作成します。

基本チェックリストは、**本人の主観でチェック**し、該当した項目の数で事業対象者に決定します。

そのため、チェックした内容が**本人の心身機能などに合致しているかを丁寧に見極める**ことが大切です。

また、基本チェックリストから読み取れることや不足する内容を把握し、ケアプランに活かします。

【基本チェックリストから読み取れること】

- ・日常生活をおくるにあたって、「区分」ごとの傾向がわかります。
- ・聴き取る際に、本人の主観的な思いと、専門職から見た本人の能力の差がわかります。

【該当した箇所】

- ・該当箇所が課題となります。
- ・その場合、課題に対する情報収集や分析を行い、支援が必要な状況かどうかを課題分析（福山市版アセスメントシートを使用）し、支援が必要と判断した場合はケアプランに反映してください。

基本チェックリストの有効活用（例）

【生活全般】

- No.1～5【生活機能全般】の項目に該当しているが、No.6～10【運動機能】の項目に該当しない（運動機能の低下が見られない）場合



できる「能力」はあるものの、家族や他の支援者が代行している傾向がないか意識して確認します。

- No.1～5【生活機能全般】の項目に該当とNo.6～10【運動機能】の項目に該当し、かつ他の項目に該当している場合



要支援認定者に類似する状態像にあることが多いです。

- 外出が限定的になっている状態  閉じこもりの可能性があります。

【運動機能】

- 5項目のうち、3項目以上に機能低下があり事業対象者に該当したとしても、その内容に着目します。

No.6： 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか

No.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

No.10： 転倒に対する不安が大きいですか



この項目の該当者で、【生活機能全般】(No.1～5)、【閉じこもり】(No.16・17)、【うつ】(No.21～25)の項目に該当しなければ、習慣的な動作でそうしている場合が多いと思われます。

この場合、実際の能力とは異なる場合があるので確認します。

No.8： 15分位続けて歩いていますか

No.9： この1年間に転んだことがありますか



この項目の該当者は、同じ運動器でも「課題あり」の要素が強いため、他の項目と照らし合わせ、総数の把握を行い、リスク度を判定することが必要です。

【栄養】

No.11・12の項目での該当者で、低栄養が疑われる場合、元来細身の体質の人もありますが、がんや貧血などの進行がないかなど、既往歴や現病歴の確認が必要です。

【口腔】

No.13・14・15のチェック項目での該当者には、義歯の不具合や歯の欠損などに注視するだけでなく、栄養状態の低下や既往歴や現病歴、内服薬の確認など、健康管理面と合わせた確認が必要です。

半年よりもっと前から固い物が食べにくくなっている場合は、この項目は該当しませんが、そのことで食事内容に変化が起こっている場合もありますので、確認が必要です。

【閉じこもり】

No.16・17の項目に該当し、合わせて運動器の項目に該当する者については、廃用の進行や痛みなどの理由が潜んでいる可能性が高いことを意識して確認します。

【うつ】

No.21～25の項目の該当が多い者は、生活意欲が低下していることが多く、生活全般等の項目や外出頻度などに影響していないか確認が必要です。

ここ2週間以内の状況で聞き取り、記載しているような状態があれば該当しますが、それ以前より記載されている状態がある場合は該当しません。しかし、状況は詳しく聞き取ります。



(6) 介護予防ケアマネジメントを行う上で、
基本チェックリストのみでは不足している情報 ～1つの例示～

〔参考〕基本チェックリスト

区分	番号	質問事項	判定基準
生活全般	1	バスや電車で1人で外出していますか	No.1～20 10項目以上 (複数項目に支援)
	2	日用品の買い物をしていますか	
	3	預貯金の出し入れをしていますか	
	4	友人の家を訪ねていますか	
	5	家族や友人の相談にのっていますか	
運動	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	No.6～10 3項目以上 (運動機能の低下)
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	
	8	15分くらい続けて歩いていますか	
	9	この1年間に転んだことがありますか	
	10	転倒に対する不安は大きいですか	
栄養	11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	2項目 〔低栄養状態〕
	12	BMIが18.5未満である[BMI=体重(kg)÷身長(m) ²] 体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	
口腔	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	2項目以上 (口腔機能の低下)
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	
	15	口の渇きが気になりますか	
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	1項目 (閉じこもり)
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	
認知	18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがありますか	1項目以上 (認知機能の低下)
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	
うつ	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	No.21～25 2項目以上 (うつ病の可能性)
	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りましたか	
	23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	
	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のみでは利用者の状態像や生活環境、活動状況などがわかりません。より利用者の状況を把握するために次の情報についても聞き取りをします。

I ADLの項目不足 家事能力 金銭管理能力 服薬管理能力 外出手段 など	個人・環境因子不足 価値観・性格・疾患・痛み 家族・友人・知人など 家族力・地域力・家屋・屋外の環境 インフォーマル資源など
ADLの項目不足 洗身・爪切り・更衣・排泄・ 食事など	活動・参加の項目不足 活動や参加する場の有無 意欲の有無・人との交流 地域での居場所の有無 新しくやってみたいことの有無 再開してみたい趣味や活動の有無 生きがい など
健康状態の項目の不足 既往歴・現病歴・受診の状況 服薬の内容など	

平成28年3月17日 新しい総合事業における介護予防ケアマネジメント研修会 資料



第4章 介護予防ケアマネジメントって何？

1 事業内容

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）（以下「介護予防ケアマネジメント」という。）は、要支援認定者及び事業対象者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、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、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）、その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）のほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援認定者等の状況に合った適切なサービスが包括的かつ効果的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

2 福山市の介護予防ケアマネジメントの目標

- 介護保険法、第1条の「自立支援」を基本理念に介護予防ケアマネジメントを行います。
- 高齢者の気付きにより、生活意欲を引き出すセルフケアマネジメントを推進します。
- 高齢者の生活ニーズや状態像を的確に把握し、適切なサービス利用につなげます。
- 高齢者の心身の状態が改善した後も、地域の居場所につなぐまで支援します。
- 自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置付けていることや、それによりどのような効果を期待しているのかななどを丁寧に説明します。
- 高齢者が望む生活を実現していくための地域づくりを推進します。

3 福山市の介護予防ケアマネジメントの充実に向けた取り組み

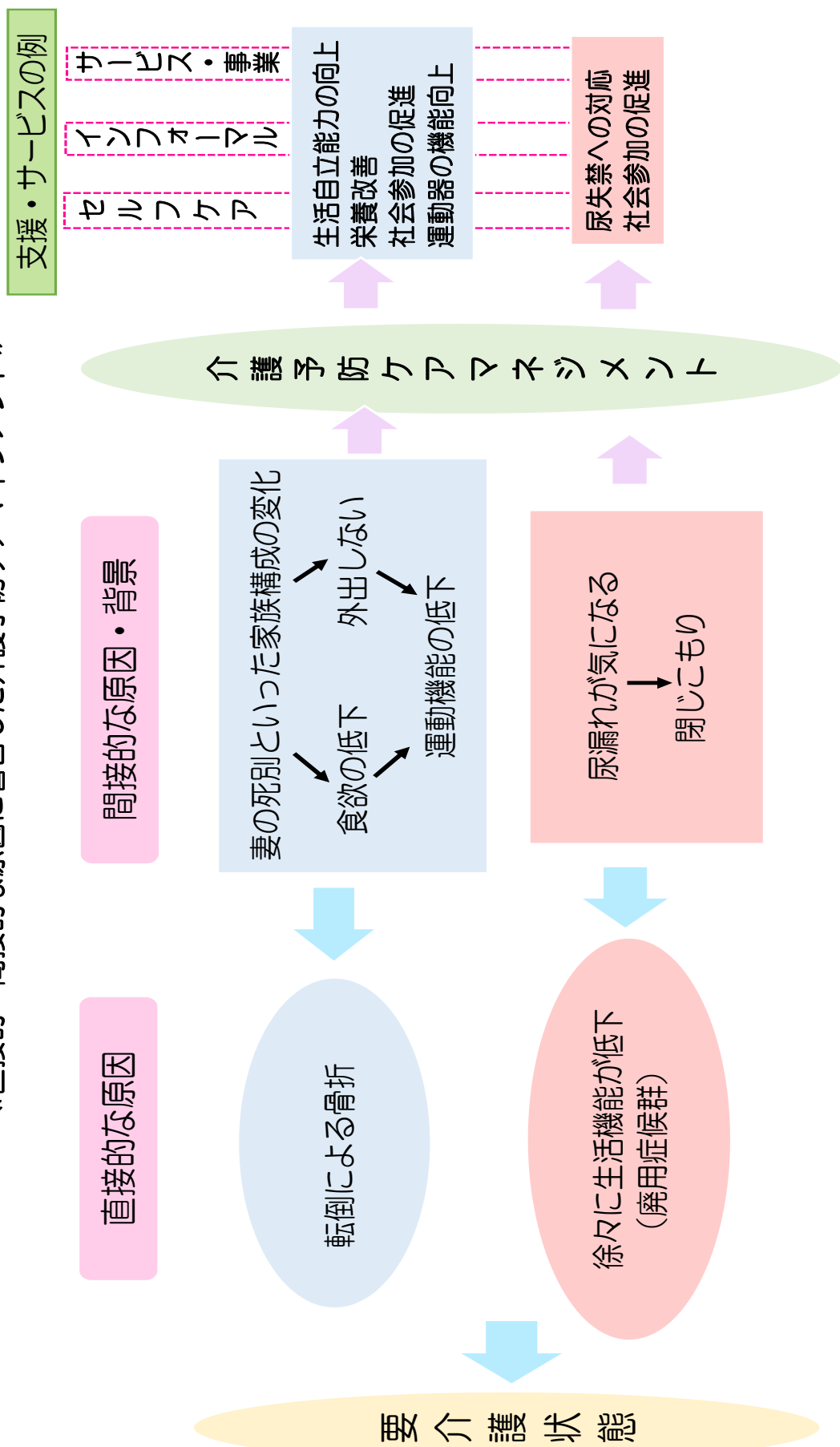
介護予防ケアマネジメントの充実に向け、以下について経年的に行っていくこととします。

- 介護予防ケアマネジメント研修会を定期的に行います。
- 介護予防ケアマネジメント懇談会を設置し、介護予防ケアマネジメントの課題を整理する場とします。
- ケアプラン点検・地域ケア会議を通してアセスメント力の向上などの支援を行います。

4 介護予防ケアマネジメントの考え方

- ① 生活機能の低下がみられる背景を把握し、総合的な観点から領域を超えて根本的な課題を探る必要があります。その解決や強化を図るためには、利用者や家族と協働で作った目標とする生活をイメージし、これに基づいて介護予防ケアプランを作成します。
- ② 利用者や家族に対して課題解決に向けた目標と具体策を示し、利用者や家族との適切なコミュニケーションを通じて、利用者の主体的な取り組みを引き出し、合意のプロセスを丁寧に進めることが重要です。
- ③ ケアプランの作成においては、利用者自身が取り組む行動や導入すべきサービスを計画するだけでなく、家族（同居・近隣・遠方）の協力や、地域住民の見守りや支えなどのインフォーマルサービスを積極的に活用することが重要です。なお、近隣者による支えは、利用者の心の支えと安心感につながり、利用者の意欲を高めることが多くあります。しかし、地域住民がその役割を負担に感じると、利用者との関係を保てなくなるため、計画に盛り込むときには配慮が必要です。
- ④ また、ケアプランを作成する際には、利用者の状態にのみ着目するのではなく、要支援状態に陥る直接的および間接的な原因にも着目して作成することも大切です。

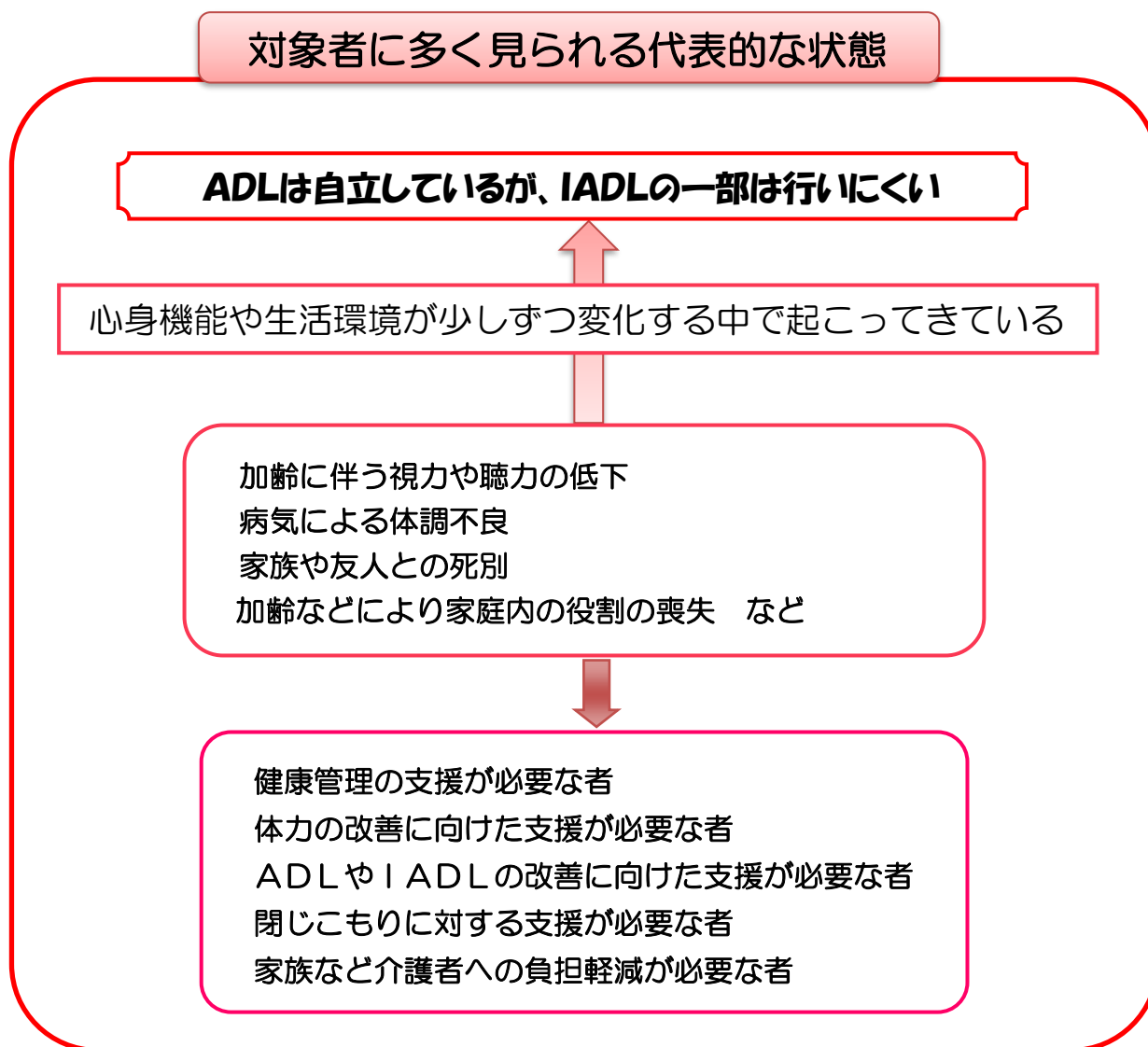
《直接的・間接的な原因に着目した介護予防ケアマネジメント》



〈軽度認定者の要支援状態等となる原因の例〉

5 介護予防ケアマネジメントの対象者とその状態像

介護予防ケアマネジメントの対象者は、要支援者と事業対象者です。
サービス事業を利用する場合は、生活機能の低下（フレイル）が見られる方が対象となります。



その他、MC I（軽度認知障がい）高齢者における認知機能の低下やうつ状態に対する支援が必要な者が想定されます。

MC Iとは…認知症とはいえないが、知的に正常ともいえない状態を示します。MC Iとは認知機能（記憶・決定・理由づけ・実行など）のうち1つの機能に問題が生じてはいますが、日常生活には支障がない状態のことです。

MC I（軽度認知障がい）の定義

- 1 記憶障がいの訴えが本人または家族から認められる
- 2 日常生活動作は正常
- 3 全般的な認知機能は正常
- 4 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障がいが存在する
- 5 認知症ではない



生活機能とは

- ① 身体・精神の働き、身体の部分である「心身機能・身体構造」
- ② IADL（手段的日常生活動作）・外出・家事・職業に関する生活行為全般である「活動」
- ③ 家庭や社会での役割を果たすことである「参加」
のすべてを含む概念のことです。

《改善を目指した取り組み》

- ① 生活機能の低下を早期に発見し、集中的なケアや対応を行う
- ② 一定期間ごとに見直しを行う
- ③ 利用者の個性を重視した効果的なプログラムを用意
- ④ セルフケアを習慣化できるよう支援
- ⑤ 改善後の状態維持への支援に努める
- ⑥ 地域や家庭での役割が再獲得できるよう働きかける

《現状の維持・悪化防止を目指した取り組み》

- ① 生活機能の低下の要因を把握し、継続的な支援を図る
- ② サービスの提供は、住民同士の相互の仕組みも意識し、多様なサービスを用意する
- ③ 社会参加を促す、居場所づくり的な事業を創設する
- ④ 支えられる側から支える側への立場の逆転現象を意識し、活動の場を利用者と共に探す、または創り出す

6 介護予防ケアマネジメントのポイント

- ★ これからの介護予防は、生活上の困りごとを把握した上で、**本人の「したい」「できるようにになりたい」という具体的な生活を実現するため、家族、友人、地域の人など、専門職の支援を受けながら、自分自身でも主体的な取り組みができるよう働きかけ**をします。
- ★ 一番大切なのは、本人の「したい」「できるようにになりたい」という生活行為が**目標として明確に設定されたケアプラン**です。
- ★ そのため、介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、より本人に合った目標設定に向けて「**興味・関心チェックシート**」などを活用して、本人の趣味、社会参加活動、生活歴なども聞き取り、「**～できない**」という課題から「**～したい**」「**～できるようにになりたい**」という目標に変換させる作業が重要となります。
- ★ **本人の意欲・生きがいを引き出し、動機づけをはかる**ことのできる目標を設定しましょう。
- ★ また、自立支援や介護予防を目的としたケアプランの内容について、**利用者や家族が十分に理解し納得することが重要です**。
- ★ 社会資源を把握し、通いの場など、**地域の居場所につなぐ**ところまで考えるケアマネジメントが必要です。

目標指向型のケアマネジメントを意識して

- 利用者本人やその家族の意向を的確に把握
- 生活機能の低下が生じている原因や背景を分析
- 専門的な視点からサービスの利用を検討
- 個人の趣味や関心のあることを中心に目標設定
- 目標達成のための具体的な支援内容を盛り込む
- 自立支援や介護予防に向けて必要なサービスなどをケアプランに位置付ける
- サービス利用をケアプランに位置付けることによりどのような効果を期待しているかを丁寧に説明
- 心身機能の向上のみならず、地域においての活動や参加が果たせるような居場所、活躍の場の創出

※ ●については十分な理解と同意を得ます

7 能力の見極めと真の課題の把握

軽度の生活機能の低下（フレイル）が見られる高齢者に対し、早い時期からポイントを捉えて集中的な支援や予防対策を行うことが必要です。

そのためには、できないところや低下しているところ（マイナス面）を見るのではなく、できること、していること（プラス面）を見ながら、なぜ生活機能が低下している状態になったのかを、総合的な観点から領域を超えて課題を探る必要があります。（国際生活機能分類（ICF）からみた介護予防ケアマネジメントの視点）

本人の能力を見極め、本人や家族などとのコミュニケーションを通じて、本人の主体的な取り組みを引き出すとともに、家族の協力や地域の人など近隣者の見守りや支えなど環境面についても把握し活用することも重要です。

個人的要因	身体機能
	精神機能
	経済状況等

性格・生活歴・身体機能・生活機能の支障をきたす高齢者の個人的な要因

- ・身体機能・知的機能・障がい・疾病の状態（ADL・IADL）は？
- ・性格や暮らしぶり、ストレスの状況は？
- ・普段の体調管理（水・食・運動・排泄）は？
- ・状態回復できるものか？ できないものか？維持できるのか？
- ・経済的状況（収入・預貯金・不動産）は？
- ・価値観（人生で大事にしてきたこと）特技・趣味・生きがいは？
- ・過去の人脈・現在の人脈
本人が作ったネットワークなど

的確なアセスメント

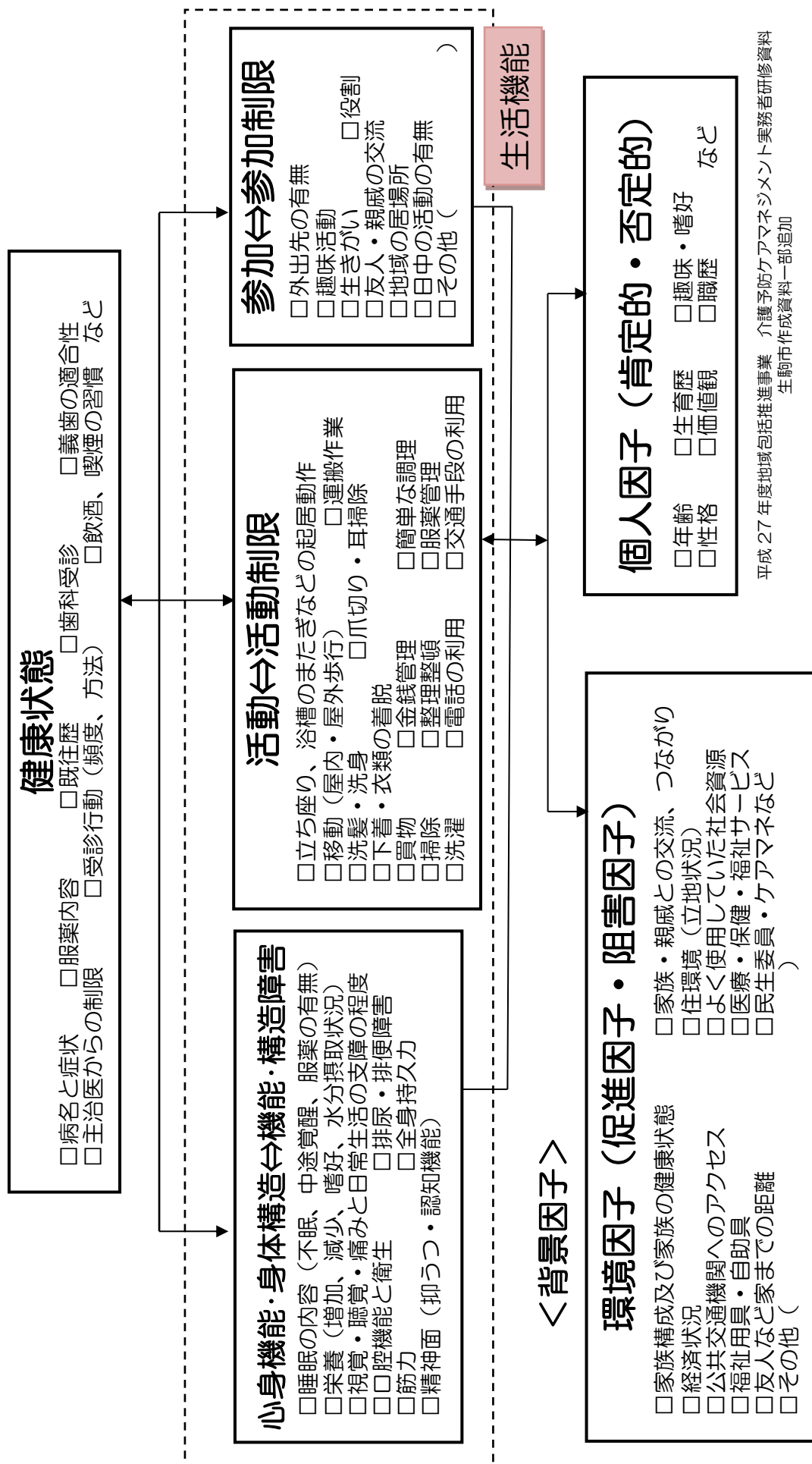
環境的要因	家族・経済
	近親者・近隣
	住まい・住居環境
	社会資源
	その他

高齢者を取り巻く人や物など周囲のあらゆる状況

- ・相談者と本人の関係は？
- ・家族構成員の状況と家族システムの現状（決定や権威など）
経済状況は？
- ・住居地域がどんな地域か？
どんな文化を持っているか？
本人家族と近隣住民との関係性は？
地域での役割は？
（時系列で変化を捉える）
- ・住宅や地域の日常生活導線は？社会資源の状況は？
- ・かかりつけ医や民生委員との関係は？
- ・取り巻く人のストレスは？
（障がい・疾病への理解度・偏見の有無）

国際生活機能分類（ICF）からみた介護予防ケアマネジメントの視点（例）

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



平成 27 年度地域包括推進事業 介護予防ケアマネジメント実務者研修資料
生駒市作成資料一部追加

《生活機能低下のきっかけ（例）》

生活機能が徐々に低下するきっかけ	身体的特性	感覚器の低下（目や耳の感覚が鈍ってきたなど）、脱水傾向、尿失禁、記憶力の低下
	身体機能の低下（廃用症候群）	しばらく出歩かなかつたら足が弱った、車ばかり乗っていたら足が弱った、義歯があわないまま放置していたら軟らかいものしか食べられなくなった
	閉じこもり	外出しない、しようとしらない
	意欲・気力	冬場に動くのがおっくう（季節による変化）、いつも人に頼っている、頼ろうとする、無気力、いつも自信がない、生活に張りや満足感がない、やる気が起こらない、何もしたくない
	不安・抑うつ	気がかり、ふさぎ込み、以前ほど嬉しい、悲しいなど思わなくなった、ストレスを発散できない
	刺激	腹の底から笑う機会がない（刺激の不足）、やることがない、楽しみがない、やりたいことが見当たらない
	孤独	寂しいと感じる、一人でいる時間が長い
	体調	食事がおいしくない、熟睡ができない日が続いている、なんとなく身体がだるい日が続いている
生活機能が急に低下するきっかけ	事件	身近な人（家族など）との死別、ペットの死、地震や台風などの災害
	転居	周囲からの孤立・不安・孤独感・焦燥感・言葉の壁（方言等）
	疾病	風邪で寝込む、脳血管疾患後遺症による軽度の麻痺、入院・手術
	事故	転倒による打撲・骨折、階段からの転落

介護予防ケアマネジメントについて

高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らすためには、本人ができることは本人が行うことが基本です。

ケアマネジメントとは、生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活がわかりやすくイメージができるよう、本人や家族、地域などの情報を把握して、日常生活行為について具体的な目標を立て、本人自らが取り組み（自助）、家族や地域の援助（互助）、社会資源などの活用、必要な介護サービス（共助）などを見える化し、自らが意欲を持って取り組みができ、今後の生活を検討するためのケアプランを作成することです。

利用者や家族に対して、課題を解決するために3か月や6か月といった短い期間で少しずつ達成できる生活の「目標」と具体策を示します。作成したケアプランの達成状況の確認や評価を行い、必要に応じて計画の見直しを行うことが重要です。（モニタリング）

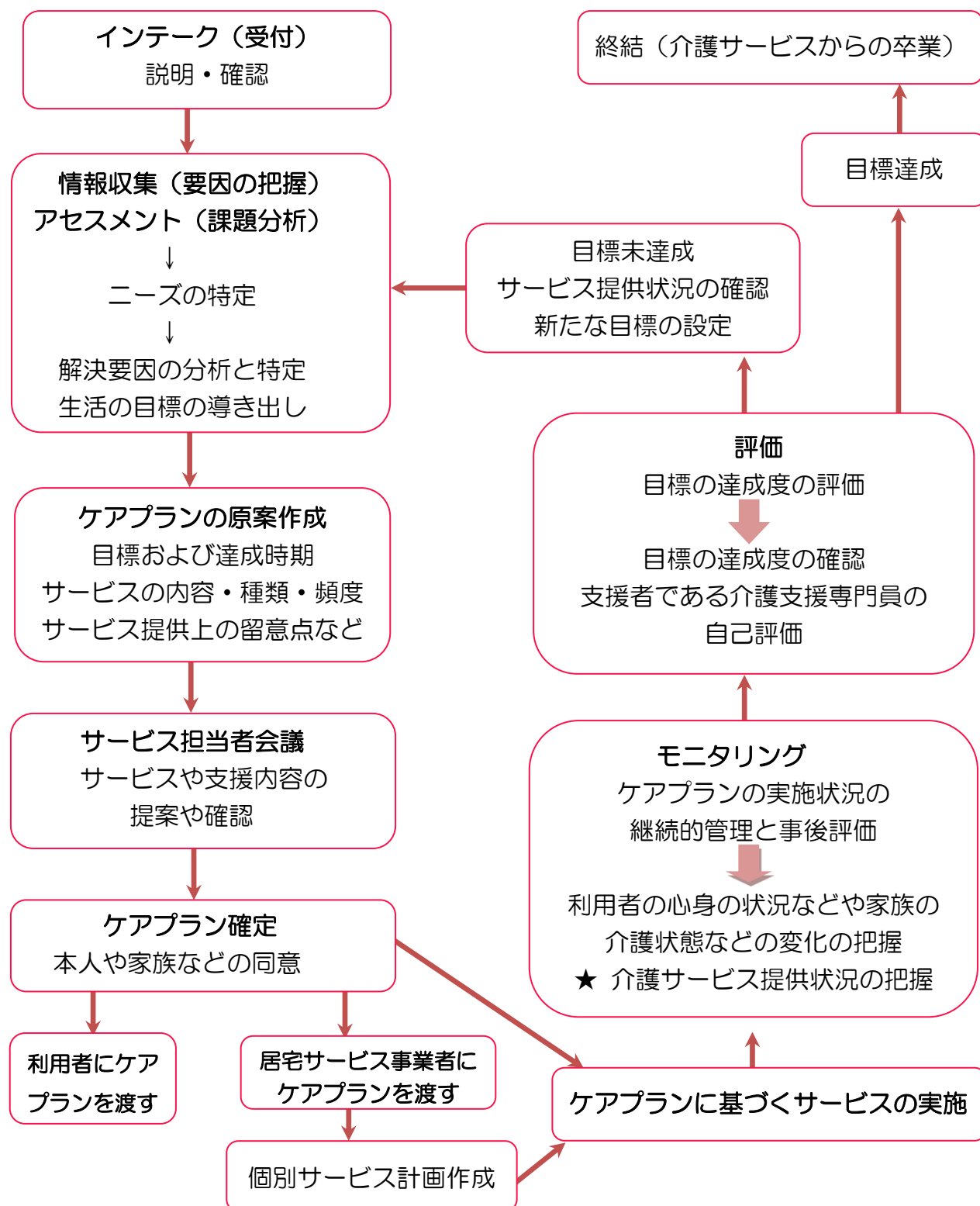
アセスメントでは、そのコミュニケーション過程を通じて、介護予防の考え方を利用者に説明し、本人や家族に生活機能を低下させている行為や関連性に気づいてもらうことが肝心です。

本人の能力と実際の状況を見極め、生活機能の低下している原因や背景を分析して課題を整理した上で、本人の生活の意向に合わせ、本人が積極的かつ主体的に改善点を考えるなど、自立への意欲を引き出すような達成可能な目標と一緒に探し、成功体験を積み重ねていくことが大切です。

また、意欲の醸成、課題の解決にはサービス担当者会議で各専門職からの意見やアドバイスが有効です。連携を図り、チームで利用者を支援していきましょう。

第5章 介護予防ケアマネジメントをするために どんなことをしたらいいの？

介護予防ケアマネジメントのプロセス（ケアマネジメントA）



介護予防ケアマネジメントの具体的な方法

1 情報収集

訪問日時調整

ケアプラン作成のため訪問日時を調整します。

地域包括支援センターに来所した場合でも、訪問によるアセスメントを行います。

面 談

利用者の自宅などに訪問して本人との面接による聞き取りを行います。

本人や家族などからの情報収集

- 利用者基本情報
- 基本チェックリスト
- 福山市版アセスメントシート
- 興味・関心チェックシート

書 面

認定調査票と主治医意見書から読み取れること

認定調査票

- ・ 「できる」「できない」や、「どのくらいできるのか」を事前に把握し、訪問時の聞き取り、観察などの絞り込みを行います。
- ・ 具体的な状況だけでなく、精神面や認知機能の状態もおおよその把握ができます。
- ・ 特記事項の記載内容を慎重に読み取ります。

主治医意見書

- ・ 「傷病に関する意見」
介護予防のプログラムに取り組む上でのリスク管理に有効です。
- ・ 「生活機能とサービスに関する意見」
アセスメントの情報だけでなく、サービスを決定する上においても有効です。
- ・ 本人・家族の病識を確認する上でも有効です。
- ・ 複数の医療機関にかかっている利用者が多いため、主治医意見書に必ずしもすべての疾病について意見が網羅されているわけではないことに留意します。

2 アセスメント（課題分析）

目 的

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、「なぜ、うまくできないのか」という要因を分析して、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す。

**ケアプランの作成の前提となるのは、
的確なアセスメントがなされていることです**

要介護の人は問題点が捉えられやすく支援する内容がわかりやすいですが、要支援や事業対象者の人は、活動自体はできるが生活機能の中にある困りごとが部分的で問題点が見えにくい場合があります、よりきめ細やかなアセスメントが必要になります。情報を把握し、生活機能の低下の原因や背景などの分析を行い、各領域において共通した根本的な問題や課題を定めてニーズを明らかにします。

基本チェックリストを実施し一つの項目のみに該当した場合でも、アセスメントを行い、自立支援に向けた課題の抽出、目標の設定をし、必要なサービスにつなぎます。

これらの情報については、情報が作成された日時を確認し、直近の情報を適切に利用するよう留意します。

要望とニーズの違い

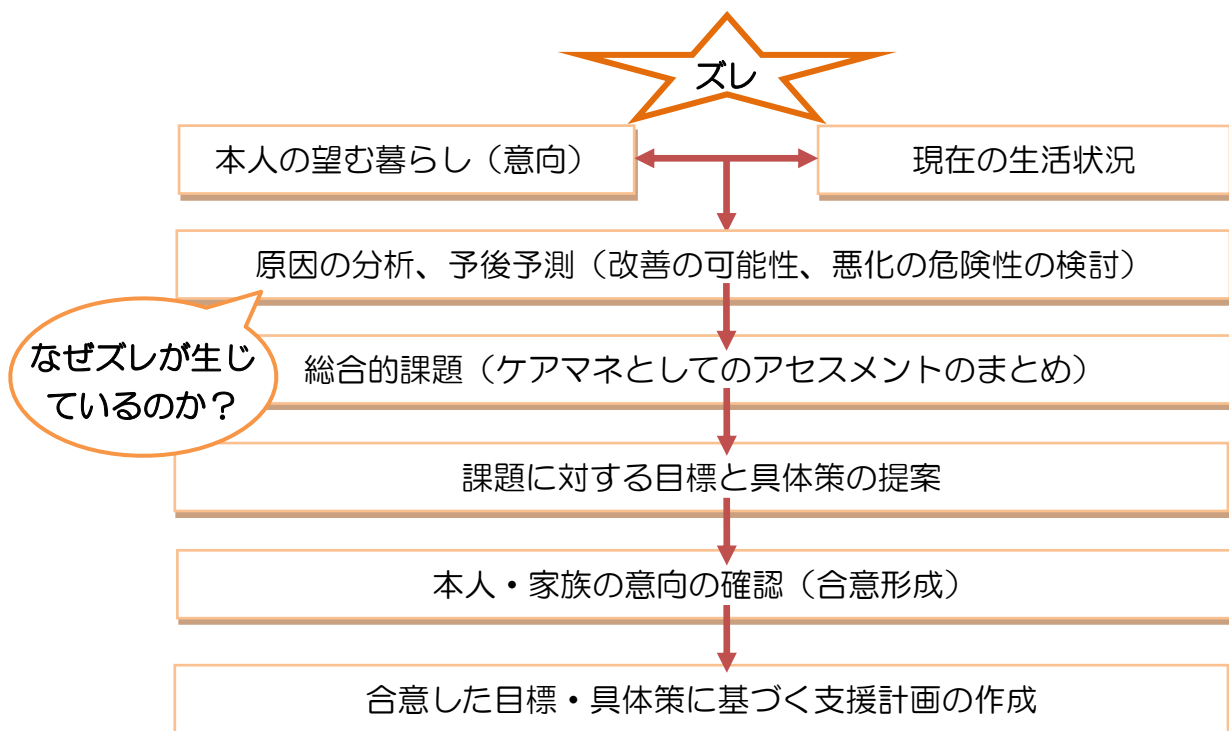
要 望 と は： 利用者や家族からの要求のこと 「〇〇して欲しい」 悩み、不安、苦痛など

ニ ー ズ と は： より良い生活を営む上での支障となっている解決すべき問題点、その問題をつくり出している「原因」となっているもの

ポイント

- できていないことばかりに目を向けずに、本人ができていること、できそうなこと（潜在能力）を探します。
- 能力（できる・一部できる・できない）と行為（している・一部していない・していない）の差を確認し、できる能力があるのに行為として行っていないものがあれば、なぜ、していないのかを明確にし、行為として行うことの大切さを理解してもらえるように働きかけます。
- 目指す生活や目標が表現されにくい場合は、本人の関心のあることや、今までに行っていたことから、一緒に考えましょう。
- 家族や友人、仲間との人間関係の中で動機づけが促されたり、取り組みが継続されることを活用します。（地域づくり）
- 具体的な支援方針に基づいたサービス利用やセルフケアの実現により、数か月後の姿がイメージできるように事後予測の視点を持った上で、利用者に丁寧な説明をします。

アセスメント（課題分析）との展開過程



「実行状況（現在行っていること）」と「能力（物事をなしとげる力）」を区別する視点

「能力」と「行為」の差を明確にすることが重要

実行状況 ⇒ 毎日の生活の中で特別な努力なしに実行している活動
（促し・見守り・介助を受けている場合も含む）
能力 ⇒ 訓練や評価の場面で発揮することができる活動能力
生活行為をよくするために、潜在能力を引き出す

課題分析の過程を通じて

生活機能のどこに問題があって困った状況になったのかを、本人や家族と認識を共有して必要な助言を行うことで、ケアプランの作成の際に本人や家族の取り組みを積極的に促すことができ、また、将来の生活機能の低下を予防することにもつながります。

状態を把握する際には

- ◇ 「なぜ、要支援認定の申請をしたのだろうか」申請のきっかけ
- ◇ 「なぜ、要支援状態になったのだろうか」
- ◇ 「なぜ、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」を考えながら、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す。

「なぜ」を考える際には

利用者の自宅に訪問して、本人と面接などにより聞き取りを行い、「福山市版アセスメントシート」の項目をチェックしながら、「どこに問題があるのだろうか」を考えて、客観的かつ「どの程度」いった定量的な情報を把握しましょう。

アセスメントは利用者と計画作成者の共同作業です

アセスメントの実施にあたっては、一方的にあるいは漫然と質問するのではなく、その目的について、利用者や家族へ説明したり、関心を示した内容について話を深めたりすることも、利用者を理解するためには重要です。アセスメントはコミュニケーションの過程を通じて、介護予防の考え方を利用者や家族に説明したり、生活機能が低下していることを認識できるよう支援したり、改善や自立への意欲を引き出していく貴重な機会です。

利用者の望む暮らしを具体的に把握できない、上手く聞き出せない

利用者の主訴の多くは「困りごと」として表出され、その解決方法として介護保険サービスを希望されます。よくある例として、「膝が痛くて台所に立てないから、ヘルパーさんに調理をしてもらいたい」といった要望を聞くことがあると思います。

そのままストレートに受け止めると、訪問介護サービスによる調理の代行ということになりますが、利用者のニーズは本当にそうなののでしょうか？

このような相談を受けた場合、地域包括支援センターの職員や居宅介護支援事業所の介護支援専門員などは利用者の主訴を相談援助過程の入り口にして、生活の困りごとが起こっている原因や背景を明らかにするとともに、主訴の奥に隠されている真のニーズを引き出していかなければなりません。「膝の痛みを軽減することで、自分で調理ができるようになりたい」「味付けだけは人に任せず、自分の思うようにしたい」「家族のために料理を作れるようになりたい」など、その人なりの望みや希望を捉えることが重要です。そのためには、利用者の話にしっかりと耳を傾けて、今までの生活の中で大切にしてきたこと、現在の生活に対する思い、これからの生活に対する希望、自分自身に期待する気持ち（自信や自己効力感）、価値観やこだわりなど、「その人らしさ」を捉えることが必要です。

「福山市版アセスメントシート」を活用して、利用者の「これまでの生活で大切にしてきたこと」や「これからの生活に対する希望や願い」をしっかりと聞き取るようにしていきましょう。

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やIADL、趣味活動、社会活動などの内容を聞き取ることが重要です。

「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につながります。

意欲を引き出す支援ポイント

高齢者の「意欲」は「生きがい」と密接につながっていることを押さえる大切なポイント

「生きがい」の3型

- 1 使命感に基づくもの
- 2 自己実現を求めるもの
- 3 日々の生活の中に充実感を見出すもの

意欲を引き出すアプローチ

- 「暮らし方・生活習慣」 で取り戻したいこと
- 「していること」 で継続して続けたいこと
- 「できること(可能性)」 で始めたいこと
- 「望む・目指す生活」 で実現したいこと

*できること・できそうなこと(可能性)を段階的に分け成功体験を感じてもらう

★目標のハードルは高すぎず・低すぎず ⇒ ほどよい見込み期間

★サービス利用は、あくまでも手段 ⇒ 利用することだけが目的にならないように

利用者の心情に配慮します

加齢による持病の悪化や体力の低下、気力の衰えなどによる活動範囲の縮小や他者との交流の減少による「あきらめ」、これ以上の機能の向上は無理であるとの誤解による自信の喪失などは、主に生活機能の低下した状態によりもたらされていることがあります。

利用者の身体機能だけでなく認知症やうつ状態の存在の可能性について配慮することも必要です。また、アセスメントの過程においては、コミュニケーションを活かし、過度な負担やストレスにならないよう配慮する必要があります。

ケアプラン作成者は、アセスメントの過程において、かつて利用者が楽しみや生きがいにしていたことなどについて情報収集し、その内容を深めていくことで、「またそのことができるようになりたい」とこれからの生活について主体的かつ積極的に考えることができ、「目標とする生活」について具体的なイメージを抱いてもらうことが大切になります。その際、個別性を重視するとともに、楽しめるもの、生活に関わるものを具体的に盛り込むようにしましょう。

本人の問題解決能力や意欲をどのようにしてアセスメントしたらよいか

本人から「介護保険（総合事業）のサービスを利用したい」との相談を受け、どのような事を最初に伺ったらよいでしょうか。アセスメントする項目はたくさんありますが、「どのようにして介護保険（総合事業）のサービスのことを知ったのか」ということを始めに伺う事で、その方の情報収集したり相談したりする力を確認することができます。日常生活で困ったことが生じた場合、自分で調べて問い合わせができるのか、それとも自分で市役所に問い合わせることができなくても、相談相手がいて、気軽に相談できて適切な助言が得られる環境にいるのかどうか、それとも、自ら訴えることが少なく、周囲が見かねて本人に代わって動いているのか。それによって日頃本人がどのような人間関係を築いているのか、ということがアセスメントできます。自ら積極的に問題解決にあたらなくても、本人に代わって動いてくれる人がいる、ということは本人の大きな強みです。

サービス利用についても自分で希望したのか、誰かに勧められたのか、勧められてどのように思ったのかも確認しましょう。「人に勧められて」という場合は、本人がサービス利用に対し、乗り気ではない場合もあるので、より丁寧な説明やアセスメントが必要になります。

興味・関心チェックシート

興味・関心チェックシートって何？

対象者のニーズ把握するためのチェックシートです。

生活意欲が低下している高齢者などについては、具体的な目標を表明しない場合も少なくありません。

その際に、ケアプランにおいて高齢者が興味や関心があることに気づくヒントを得るためのツールとして活用します。

ただし、単に○や×の印をつけてもらうのではなく、可能であれば「いつ・どこで・誰が・どんな場面で」など深く掘り下げて確認することで、本当の意味での対象者のニーズを把握することができます。

興味・関心チェックシートの記入方法

- ① 各項目ごと、現在している生活行為には、その頻度に関係なく「している」の欄に○を記入します。
- ② 「していない」項目については、それを「してみたい」かの意向を聞きます。
してみたいものについては、「してみたい」欄に○を記入します。
- ③ 興味の有無を確認して、している、していない、してみたい、できる、できないに関係なく、興味がある場合は「興味がある」の欄に○を記入します。
- ④ いずれにも該当しない場合は、「している」の欄に×を記入します。
- ⑤ 興味・関心チェックシートには空欄があり、各領域特有の生活行為や趣味活動など、使用する場に応じて追記します。



興味・関心チェックシート

様式 2

氏名：() 年齢：() 歳 性別：(男 ・ 女)

記入日： 年 月 日

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

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレに行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動（町内会・老人クラブ）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

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

3 専門家から提案する目標と具体策のすり合わせ

提案と合意形成に向けて

ケアプランを作成する際には、生活機能の向上を目指した目標（達成できる目標・本人が望む自分らしい暮らし）を考える必要がありますが、つつい援助者側が考えた目標を利用者に押し付けてしまいがちになっていませんか？

達成できる目標・本人が望む自分らしい暮らしを考える際に大切なのは、利用者の現在の生活だけを捉えるのではなく、利用者にとって「**馴染みの生活、当たり前前に暮らしていた以前の生活、に近づける**」という視点をもつことが大切です。

そのためには、現在の生活だけに着目するのではなく、利用者のこれまでの生活スタイルや暮らしのあり様を把握することが大切です。

そのような情報を把握した上で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る目標やその達成のための具体的な方策を検討して提案し、利用者や家族と話し合いながら合意していく過程は、介護予防に対する利用者の意欲を形成する重要な行為です。

明確な目標設定

「目標とする生活」へできるだけ近づくように、それぞれの総合的課題についてもそれぞれの目標を設定します。目標に対する改善の程度は、必要に応じて専門職に意見を聞きます。

自己効力感につながる目標設定

目標は利用者が一定の期間に達成可能であることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮することが重要です。

達成できない目標を設定することは、評価時点で利用者の自信をなくしたり、意欲を低下させることにもつながります。特に介護予防を開始した時には、それほど困難でない目標を設定して、達成感や自信を強化することも有効です。

手 法

3～12か月を目途に、利用者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、**達成可能な現実的な計画**を作成します。

また、ケアプラン作成の際には、本人や家族などと面談しながら、

- 本人の望む生活（生活の目標）のイメージを共有する。
（理想像ではなくあくまでも現実的な目標設定を図る）
- 生活の目標が達成されるためには、「維持・改善すべき課題」（ニーズ）の解決を図ることが大切である。
- 目標が達成されたら、さらに生活機能を維持し、自立した生活を高めていくためには、**様々な地域社会の場に通うことも大切である。**

を説明しておくことが重要です。

★ ケアスタッフ間の目標は入れない。（異常の早期発見など）

ケアプラン作成時に気をつけること

- 専門用語の使用は避けて、十分に説明し理解を得るようにします。
- 「〇〇が難しい」「〇〇するのが困る」「〇〇が不安定」「〇〇が困難」「〇〇しにくい」など曖昧な表現はせず、「〇〇できない」「〇〇の準備をしてもらえば自分でできる」「〇〇なので気をつけて△△している」など実際に行っている状況や現状の記載をします。

4 ケアプラン原案作成

支援計画に盛り込む内容

○ **利用者のセルフケア**

生活機能の低下を予防するため、利用者自らが取り組むべき事項や利用者自身できる生活行為・行動の変容や健康管理・生活習慣の改善などのセルフケアに関する取り組みなどは、介護予防の重要な取り組みのひとつです。

○ **インフォーマルサービス**

利用者が家族、友人、地域住民といった周囲の人たち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、インフォーマルサポートの視点に立った支援内容を盛り込むことが大切です。

さらに、転倒しやすい室内環境の改善や、高齢者にとって使いやすい家庭用品の工夫なども必要に応じて改善策として盛り込みます。

○ **予防給付のサービスまたは介護予防・生活支援サービス事業の内容**

生活機能の低下を予防または改善するために利用する介護予防・生活支援サービス事業や予防給付のサービスなどを選択します。

サービス計画にあたっての留意事項

- 訪問型のサービスを利用する場合は、利用者の状況によっては訪問介護員への依存関係を生みやすいという指摘もあることを踏まえ、本人の置かれた環境・心情に十分に配慮しつつ、段階に応じて生活機能の維持・向上に資する関わり方を探求する姿勢と技量が求められます。
- 総合事業のサービスを利用する場合、利用者のニーズおよび状態像に応じたサービスを選択するため、計画作成者は地域にあるサービスやその特性を把握することが求められます。

- 予防給付における福祉用具の利用にあたっては、生活の自立への十分な働きかけなしに福祉用具が提供されるなど、適切にケアマネジメントが行われないと、むしろ自立支援を損ねる恐れもあることから、ケアプランの根底となった生活目標の内容に照らし、**利用の妥当性・適合性を精査**することが必要です。
- 「介護保険における福祉用具の選定の判断基準について、（老振発第 617001 号平成 16 年 6 月 17 日）」で使用が想定しにくい福祉用具とされているものをケアプランに位置付ける場合は、**サービス担当者会議などを通じて、専門職から意見を求め、その妥当性について検討**することが大切です。

介護予防サービス事業者に関する情報の必要性

介護予防サービスについては、利用者の状態を踏まえつつ、自立支援の観点に立った短期・集中的なサービスとなるようケアマネジメントを行うことが必要です。

また、目標の達成度に応じた事業者評価が行われることから、個々の事業者のサービス提供体制やサービス提供過程（プロセス）に関する情報収集も重要です。

事業者間の情報の共有の必要性

介護予防サービスについては、個々の事業所のサービスが連動する必要があるという認識をより強く持っていただく必要があります。

例えば、通所型サービスと訪問型サービスを利用している人であれば、通所型サービスで心身機能の向上がみられた場合、その向上した機能をさらに活かす訪問サービスやセルフケアの内容について変更していく必要があります。



ケアプランの記入に伴う視点

◇「目標とする生活」の欄

- ★どのような生活を送りたいか本人の意思・意欲を尊重し引き出しているか。
- ★意欲が低下している場合は、利用者の生活機能の改善の可能性を判断し、具体的な案が提示されているか。

◇「アセスメント領域の現在の状況」

- ★それぞれの項目においての現在の状況が「福山市版アセスメントシート」から導き出されているか。

◇「運動・移動について」

- ★廃用性症候群であれば、参加型のサービス利用のケアプランになっているか。
- ★毎日の生活の中で離床時間を拡大するようなケアプランになっているか。

◇「健康管理について」

- ★医療の中断や病状の悪化および服薬管理などの状況から医師に連絡の必要性の有無。

◇「本人、家族の意欲、意向」

- ★具体的に「〇〇できるようになりたい」「〇〇したくない」など本人の意思が記載されその理由が記載されているか。

◇「総合的課題」

- ★2回目以降のケアプランにおいては、前回の評価がされているか。

◇「必要な総合事業プログラム」

- ★基本チェックリストなどを参考にし、対象者の選択が妥当か。
- ★「閉じこもり予防」においては外出の機会が確保されているケアプランになっているか。

◇「目標」

- ★本人・家族と同意した目標になっているか。
- ★困難でない自信につながる達成可能な目標になっているか。
- ★具体的な記載になっているか。
- ★2回目以降では、前回の評価が生かされているか。

◇「目標についての支援のポイント」

★「目標とする生活」が実現できる支援のポイントで記載されているか。

◇「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」

★利用者自身ができる健康管理や生活習慣の改善などの取り組みがあるか。

◇「サービス事業者選定」

★特定の事業者に偏っていないか。

◇「総合的な支援の方針」「妥当な支援の実現に向けた方針」を基に記載されているか

★2回目以降のケアプランにおいては前回の評価が生かされているか。

【参考】セルフケア・セルフマネジメント

- 高齢者には、要介護状態とならないための予防やその有する能力の維持向上に努めることが求められている。

介護保険法第4条第1項における「国民の努力及び義務」

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じ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および福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

- 高齢者自身が、必要な支援・サービスを選択し利用しながら、自らの機能を維持向上するよう努力を続けるためには、分かりやすい情報の提示、専門職の助言、支援・サービスの利用による効果の成功体験の蓄積・伝達が求められるとともに、自ら健康を保持増進していく過程に対する動機を持ち、必要な知識を持った上で自らの行動を変え、成果を実感できる機会の増加が必要である。

- そのためには、セルフマネジメントのプログラムの提供が有効であり、専門機関、専門職による教育的な働きかけやツールの提供が効果的と考えられる。具体的には、地域住民に対するセルフケアマネジメント講習の実施や、地域包括支援センターや保健師・看護職、介護支援専門員などが、高齢者と接する中で適宜その役割を担う体制が期待される。

5 サービス担当者会議

位置づけ

サービス担当者会議は、予防給付の場合は原則としてケアプラン作成・変更時に開催します。

総合事業では「ケアマネジメントA」は予防給付と同様、「ケアマネジメントB」は必要に応じて開催します。

目 的

- ① 利用者や家族の生活や課題について共通理解をします。
- ② 地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどについて情報を共有し、その役割を理解します。
- ③ 利用者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを協議します。
- ④ ケアプランにおけるサービス事業所などの役割を相互に理解します。

ねらい

チームアプローチを促進する上で最も良い方法は、関係者が一堂に会してカンファレンスを行うことです。

※ 事業所の担当者（専門職）が会議に参加することで

- ・ 本人のしたい生活（生活の目標）のイメージや維持改善すべき課題（目標）を共有できます。
- ・ リハビリテーション専門職などから個別事例に合った運動の仕方、ADL・IADLの生活行為の自立支援の仕方、認知症高齢者の具体的対応の仕方など、支援方法の情報を入手できます。また、歯科衛生士などからは口腔ケアや機能向上の支援方法、栄養士などからは生活機能向上を目指した栄養サポートなどの情報が入手できます。

関係者が顔を合わせ、お互いに意見を出し合うことで、目標や支援方法の共有ができ、協力関係が形成されやすくなります。

ケアプランの実践は、ケアプラン作成者一人の力では不可能です。

本人や家族を含めたケアチームで取り組むためにも、**全員の意識統一（規範的統合）が必要です。**

そのために、サービス担当者会議の場を積極的に活用することが重要です。

開催時期と協議内容

○ ケアプラン作成時

- 内容
- ・ 本人の生活状況と介護予防ケアプランの内容
 - ・ 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

○ 更新申請、区分変更申請時

○ ケアプランの変更時

○ 臨時的開催

- ・ ケアプランどおりの効果を果たしていないと考えられる場合
- ・ サービスや事業の利用中断がある場合
- ・ 利用者の状況などの変化があり、ケアプランの変更が必要な時

サービス担当者会議は、一事例について、初回、ケアプランの目標が達成する時期ごとに開催することが望ましい。目標達成後は、必要に応じて再度サービス担当者会議を開催し、専門職より

- ① 終了後も継続して取り組むとよい対応
- ② 疾患からみた心身機能の特徴と関わり方
- ③ 生活行為の仕方や考えられるリスク

などの情報を、次のステップアップの場である地域の通いの場や社会資源のスタッフに提供することは、本人が安心して社会参加する上で有効です。

会議構成員

- 利用者・家族など
- ケアプラン作成者
- サービス提供事業所担当者
- 主治医
- インフォーマルサービスの提供者など

ケアプラン作成者が説明する事項

- ☆ 利用者の年齢や家族構成などの基本情報
- ☆ 今回の認定申請に至った経緯、維持・改善すべき課題とそれに至る課題分析過程、計画原案など

記 録

サービス担当者会議の内容や事業所、利用者などとの連絡や相談内容を「介護予防支援経過記録」に記載します



サービス担当者会議で目標や支援内容の合意をまとめにくい

サービス担当者会議は利用者やサービス提供事業所担当者が一堂に会して、本人の意向を尊重しながら専門的な立場で意見を出し合い、支援の目標を合意して、具体的な支援内容と連携の方法について共有する貴重な機会です。

しかし、参加者の専門的な意見が時には、対峙する関係となってまとまりがつかず、進行やまとめ方に悩むことはないでしょうか。

反対に、意見が全く出ないため、介護支援専門員のみが発言してまとめざるを得ないという場面を経験したということはないでしょうか。

また、サービス担当者会議は、ケアプランの内容や課題、支援の確認の場ですが、実際には契約の場になっていませんか。

サービス担当者会議に参加する一人ひとりが「目の前の利用者を中心とした支援チームで建設的に話し合う」という意識をもって会議に臨む必要があります。

その上で、具体的な検討をスムーズに展開するためのツールとして「福山市版アセスメントシート」を活用してください。

本人の思いや希望が表出され、専門職として具体的な提案がされる会議になるでしょう。



担当者会議の進め方

主催：ケアプラン作成者

流れ	内容と留意点
1. 開会の挨拶	開会の目的について簡潔にわかりやすく説明します。
2. 参加者の紹介	○ケアプラン作成者が利用者を紹介した後に、サービス提供事業所担当者を紹介します。 ※ 穏やかな雰囲気をつくり、会議で意見が表出しやすいように配慮します。
3. 利用者からの意向の表明	○利用者に自分の言葉で「生活に対する希望」や「望む暮らし」について話をしてもらいます。 ○ケアプランの「1年後の目標」や「1日の目標」を結びつけて説明するとわかりやすいです。
4. 課題分析の概要と確認	○「福山市版アセスメントシート」の内容や「現状」「事後予測」に記入している「△」「×」、ケアプランの「領域における課題（背景・原因）」や「総合的課題」を説明した後に、利用者やサービス提供事業所担当者と課題の認識にズレがないか確認します。 ○「主治医意見書の留意点」や「基本チェックリストの結果」などを踏まえて、ケアプランに反映すべき点を確認します。
5. 目標の合意と共有	○ケアプランの「総合的課題」に対する「目標と具体策」について確認を行い、利用者およびサービス提供事業所担当者と共有します。専門的な意見を踏まえて、現実可能なレベルの目標かどうかを確認します。 ○目標の「ねらい」を共有します。
6. 期間の確認	○目標を達成するために必要な期間について、関係者間で検討して決定します。 ※ 3～6か月を目安とし漠然としたケアプランにならないように期間の妥当性を考慮します。
7. 役割分担と頻度の確認	○目標を達成するために本人が取り組むセルフケアや家族などのインフォーマル支援、各事業所の具体的なサービス内容および頻度について、専門職の意見も踏まえて検討し、合意を得ます。 ※本人や家族などのインフォーマルな支援者にとって、無理のない現実的な範囲を考慮します。
8. 閉会の挨拶	○関係者が利用者を中心に連携を図りながら支援していくことをケアプランの「総合的な方針」を活用して説明します。 必要に応じてケアプランを見直していくこと、そのためにケアプラン作成者やサービス提供事業所担当者は定期的にモニタリングを行っていくことを利用者へ説明します。 ○最後に、次回のサービス担当者会議の開催時期（予定）を確認して終了します。

※ サービス担当者会議に出席する事業所については守秘義務があります。

インフォーマルサービスの支援者が利用者の支援担当者としてサービス担当者会議に出席することも想定されます。この場合には、サービス担当者会議の内容や資料など個人情報に関わることについては配慮することが求められます。

【担当者会議開催上の留意点】

疾患が理由で生活行為に制限がある場合は、主治医の意見を確認する必要があります。

目標を設定するときには、主治医から予後予測に基づいた疾患の説明を受け、利用者が十分に理解したうえでケアプランを作成することが大切です。

医師との日程調整が難しいことが少なくありませんが、受診時や照会、訪問診療時に利用者の自宅でサービス担当者会議を開催するなど、工夫し実施します。

6 ケアプラン確定

ケアプランを利用者や家族に説明し同意した場合、ケアプランが確定し、サービス提供事業者にサービス提供開始を伝えます。

※ サービス担当者会議でケアプランの原案が変更になった場合（目標や支援内容、フォーマル・インフォーマルサービスの変更や追加など）必要に応じて本人や家族に再度説明して同意を得ます。

7 サービス利用

サービス提供事業者

- ① 事前アセスメントを行い、個別サービス計画を立てます。
- ② サービス・事業の実施
 - ・ 個別サービス計画に基づき、サービスを提供します。
 - ・ 効果やサービスが適切か確認しながら実施し、必要があれば事業所での個別計画を見直します。
- ③ 事後アセスメント
 - ・ サービス提供後、その効果について事業所でアセスメントをします。
 - ・ その結果をケアプラン作成者に報告します。

本人・家族とケアプラン作成者とサービス提供事業所の担当者のそれぞれの役割と意識統一

本人がしたい生活（生活の目標）を実現するために、本人自らの取り組み（自助）、家族や地域の人などの支援や協力（互助）、介護保険やサービス事業による専門職の支援（共助）など、それぞれの役割を確認し、同じ目標に向かって支援をする必要があります。

また、支援の状況や本人の状態の確認などを行うモニタリングや目標の達成の状況を確認し評価するためにも、サービス担当者会議でケアプランの目標や支援内容を十分に確認し意識統一をすることが重要です。



規範的統合



8 モニタリング

目 的

利用者自身の日常生活能力や社会状況などの変化によって課題が変化していないかを継続的に把握して、支援がケアプランどおりに実行できているか、支援そのものが適切であるかを把握するためのものです。モニタリングの結果を評価につなげて、ケアプランの修正や、あらためてアセスメントを行うかどうかの判断材料にします。

実施時期

- ★ サービス提供の開始月
- ★ サービスの期日終了月（ケアプランの「期間」に記載している期日）
- ★ ケアマネジメント類型ごとに設定

○ケアマネジメントA

初回は3か月、2回目以降は3～6か月に1回訪問します。

訪問しない月においては、可能な限り、通所サービス提供事業所を訪問するなどして利用者と面接をします。面接ができなかった場合でも、電話などにより利用者に連絡をします。

毎月のモニタリング結果を経過記録に残します。

※モニタリングの期間について、3か月より延長する場合は、利用者への説明・合意が得られていることと、センターとサービス事業者との間でも合意が得られていることが必要です。

また、多職種で検討の結果、定期的なアセスメント等が必要と認めるもの（退院直後、悪性腫瘍、パーキンソン病の者など。）は3か月ごとのモニタリングが必要となります。

○ケアマネジメントB

概ね6か月に1回行います。

それ以外は間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定して行い、経過記録に残します。

原則、利用者宅を訪問して面接をします。

- ★ 本人に著しい変化があった時

視 点

- ★ 本人の生活状況に変化がないですか。
- ★ 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ますか。
- ★ 個々のサービス提供等の支援内容、実施の結果が適切ですか。
- ★ 利用しているサービスに対して利用者は満足していますか。
- ★ その他、ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていませんか。

留意点

- ★ 本人の取り組みも含め、サービスが計画的に行われていたか確認します。
- ★ 受けているサービス内容や満足度について聞き取りを行います。
- ★ 目標の達成状況について確認をします。
- ★ 新たな課題の発生の有無と、再アセスメント、再プランニングの必要性の判断をします。
- ★ 最終的な評価をサービス提供事業所にも求め、総合的に判断します。

目標が達成された場合は、

速やかに再課題分析を行い、ケアプランを組み直します。

課題が解決されている場合は、

次のステップアップのために、住民主体や一般介護予防事業などの通いの場を見学するなど、スムーズな移行に配慮します。

新たな課題が見つかった場合、

目標達成が困難な場合は、課題分析結果に基づきケアプランを組み直します。その際も必要に応じてサービス担当者会議などでリハビリテーションなど専門職の意見を入手し、維持・改善の可能性を追求することが望まれます。

記 録

モニタリングやサービス担当者会議の内容などは介護予防支援経過記録表（以下、「経過記録表」という。）に記載します。モニタリングの結果、ケアプラン変更の必要がある場合や介護保険の認定における区分変更申請が必要な場合は、介護予防支援・サービス評価表（以下、「評価表」という。）に記入します。

9 評価

目的

ケアプラン作成者は、モニタリングやサービス事業者からの報告などを基に、一定期間後に利用者の状態を評価します。その目的は、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ことにより、介護予防の効果を最大限に発揮できるよう、次の段階につなげていくことにあります。

実施時期

- ★ 3～6ヶ月に1回
- ★ ケアプランの期間終了時

評価の定義

改善	完全自立	☐ 目標とする生活行為が実現し、継続性が見込まれる場合。 ☐ 声かけや見守りなど、人の支援が不要となった場合。 (但し、福祉用具の活用などがあっても、人の支援がなくなった場合は完全自立とします)
	向上・増加	☐ 「できていること」の内容、または頻度が増えた場合。
	なし⇒あり	☐ 「できていないことが」できるようになった場合。 ☐ または、「していないこと」をするようになった場合。
維持		☐ 目標とする生活機能において、「できること」および、「必要な支援」に変化がない場合。
悪化		☐ 目標とする生活機能において、「できること」が減った場合。 ☐ または、「必要な支援」の内容や頻度が増えた場合。

視 点

- ★ 日頃のモニタリングを通して得られた生活機能の変化に着目した評価をしていますか。
- ★ 目標が達成された場合は、サービスをどのように提供していくのか、あるいはサービスを終了して一般介護予防事業や地域のインフォーマルサービスを活用するか検討していますか。
- ★ 利用者・家族とケアプラン作成者がともに評価し、利用者・家族にとって次のステップへの導入となるようにその評価の過程を大切にしていますか。
- ★ 「福山市版アセスメントシート」の「予後予測」について、検証していますか。

◎ ケアプラン作成者としての一連の関わりを振り返りましょう。

記 録

評価については「介護予防支援・サービス評価表」に記載します。

介護予防ケアマネジメントの効果をチームで共有できない

支援の効果を評価するためには、具体的な目標をチームで設定して共有する必要があります。

しかし、実際には、具体的で達成可能な目標を設定していても、必ずしも達成できるわけではなく、利用者の状態は改善しているのに、「未達成」と評価しなければならないことがあります。

利用者を含むチームがこのようなジレンマを感じることなく、セルフケアやサービスの効果を実感するためにも「生活機能の変化」を評価尺度にすることが重要です。

モニタリング・評価について

介護予防ケアマネジメントは、サービスの利用を終了しても、高齢者自身が生活機能の維持・向上のために、継続的に介護予防の取り組みが行えるよう「セルフマネジメント」に導くことが重要です。

そのためには、ケアプラン作成者やサービス提供事業者だけでなく、本人や家族にも積極的に関わってもらうようにすることが大切です。

「福山市版アセスメントシート」を使用し、本人や家族と一緒にチェックを行うことで、利用者自身の能力や現在できていること、生活機能が低下した原因や課題などが見えてきます。

課題を認識できれば積極的にケアプランに関われるようになり、セルフケアにつながります。

本人や家族の希望でサービス利用につなぎ利用し続けることは、かえって本人や家族の自立を阻むだけでなく、自立支援を目的とした介護保険の理念には沿わず、適切で効果的な利用とはいえません。

ただし、介護保険や総合事業のサービス利用のみにとらわれてしまってサービスの終了を見極めるためだけのモニタリングにならないよう注意が必要です。

介護保険や総合事業のサービスの利用を終了しても、引き続き介護予防に取り組めるよう、ケアプランにインフォーマルサービスを組み入れ、それらを利用しながら地域と関わるなど、切れ目のない展開が必要です。

そのためにも、セルフマネジメントの大切さをケアプランの早い段階から、本人や家族、ケアプラン作成者やサービス提供事業所担当者などが共有しておくことが重要です。

サービス担当者会議では、自助（セルフケア）・互助（家族・地域の支援）・共助（介護保険や総合事業のサービス）・公助（高齢者施策など）それぞれの役割を理解し共有するとともに、モニタリングでは本人の状況や支援内容、効果などを確認し、評価につなげます。

第6章 介護予防ケアマネジメントの様式には どんなことを記載すればいいの？

1 介護予防ケアマネジメントの様式

福山市における介護予防ケアマネジメントについては、地域包括支援センター並びに委託を受けた居宅介護支援事業者が、共通様式を使用することを基本とします。

2018年（平成30年度）4月より「福山市版アセスメントシート」を活用し、より標準的なアセスメントを実施します。

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
利用者基本情報（Ⅰ）	○	○	○
利用者基本情報（Ⅱ）	○	○	○
アセスメントシート	○	○	○
基本チェックリスト	○	○	○
介護予防サービス・支援計画書	○	○	○
介護予防支援経過記録	○	○	×
介護予防支援・サービス評価表	○	○	×

2 利用者基本情報（Ⅰ）

目 的

利用者のおかれている状態の全体像について、客観的な情報を中心に簡易に把握するための項目を取りまとめたものです。

基本的な情報を把握する過程においては、利用者や家族の認識を察知したり、意欲を引き出すポイントがどこにあるかなどを意識しつつ、会話を進めていくことが大切です。

また、利用者の個々の特性を踏まえた上で、基本情報を押さえるために必要な情報を入手し、アセスメントに生かせるかを確認します。

基本情報は、利用者の顔となるものです。

その人らしさが映し出されるような視点で、情報を収集する必要があります。

活 用

利用者基本情報は、利用者に関する相談を初めて受ける総合相談の時点で作成します。ケアプランの作成だけでなく、権利擁護や包括的・継続的ケアマネジメント支援など、他の業務においても利用者基本情報を共有します。

ポイント

- 主訴や生活歴・生活状況や家族歴、病歴・日常生活自立度や家屋の状況などに関する情報は、アセスメントのあらゆる項目に関連していくものになります。
- 利用者と家族で意識や考え方などが異なる場合もあるので、すり合わせる工夫も必要です。
- 地域包括支援センター職員や介護支援専門員などの個人的な考え方や価値観が反映されすぎていないかを確認することも大切です。

3 利用者基本情報（Ⅱ）

《介護予防に関する事項》

- 利用者を「個人」として尊重し、その人らしい生活を支援していく上で、利用者自身の人生や生活状況における過去からの歩みを知ることが、「その人らしさ」を掴むヒントになります。
- 生活機能の低下や活動範囲の縮小が生じている要因を把握するもので、特に「今の生活」や「趣味・楽しみ・特技」は利用者の目的設定に活用できる情報としても必要になります。

《現病歴・既往歴と経過》

- 医療の依存度が高い利用者は、病歴や主治医を確認するだけでなく、病気に対する認識がどの程度なのか、主治医からどのような説明を受けているのかなども、聞いておくことが必要です。
- 治療の経過や生活上の工夫などについては、利用者の了解を得て、主治医から情報を入手するなど、アセスメントに活かす視点が大切になります。

《現在利用しているサービス》

- 利用者や家族のニーズについては、介護保険給付のみで対応できるとは限りません。介護保険給付以外にも、インフォーマルなサービスなど、利用者が現在受けているサービス全般の状況について把握します。
- サービス利用に関して、利用者がどのような意識をもって利用しているのか、また、そのサービスを必要としているのは本人なのか家族なのかを確認することも大切です。

相談時や訪問時に虐待の可能性を疑う場合

地域包括支援センターの職員や居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、相談や訪問など聞き取りをする中で、専門職として本人の様子や家族の関わり方が適切ではないと判断した場合は、本人はなぜそのような言動をするのか、家族はなぜそのような対応をするのかという視点で多方面より聞き取りを行います。

本人との関係、介護者の病気や障害、本人にかかる介護負担など原因は様々ですが、権利擁護という視点で高齢者虐待を早期に発見もしくは未然に防ぐため、次に記載しているような状況があった場合は、注意深く確認や対応をします。

状況によっては、ケース会議を開催し、緊急性があるかどうかも含め対応を検討します。

【観察】

本人の表情や態度 ⇒ 無表情、おびえた表情、目が合わない、無気力な表情、焦燥感・不安感が強い、家族がいる時といない時では表情や言動が違うなど

家族の表情や態度 ⇒ 本人のことを話す時に険しい表情や否定的・拒絶的・攻撃的な言動や暴言、無関心、支援やサービスの拒否、「介護したくない」「死んでしまえ」などあからさまな言動など

【聞き取り】

不適切な介護 ⇒ ○身の回りのことや家事援助、病院受診など適切（妥当）な支援ができていない

- ・できないと分かっているにもかかわらず介助をしない
- ・本人に対してできないことでも自分でするように強要しその結果、失敗すると怒るなど

○本人に無関心な場合

- ・本人はできているからと思い込み、介助はしていない
- ・本人ができているかどうかに関心がなく、介助はしていない

4 福山市版アセスメントシートの活用

アセスメントシートの構成

日常生活において、「本人や家族の意向」、「ケアプランのアセスメント領域ごとの現在の状況とその具体的な状況」、「現状と予後予測」などの欄があり、本人と専門職との共通認識を図る「**合意形成**」といったアセスメントのプロセスに基づいた項目で構成されています。

アセスメントシートの活用方法

このアセスメントシートは、本人や家族に聞き取りをすることで、本人の状態像や日常生活全般をケアプラン作成者が理解する一方で、本人や家族が本人自身の能力や状況を認識するためのものです。

生活行為評価による現状と予後予測の整理票

健康状態やADL・IADL等の課題分析において、困難度、改善の可能性について、「現状」・「予後予測」の欄に記号を記入する。	自立度	自立		一部介助		全介助	
	困難度と改善可能性	案にできる	少し難しい	改善の可能性が高い	改善の可能性が低い	改善の可能性が高い	改善の可能性が低い
	判定	O1	O2	Δ1	Δ2	×1	×2

アセスメントシート

生活行為評価による現状と予後予測の整理票記入欄 ⇒

この欄

項目	現在の状況			具体的な状況	現状	予後予測
起居動作	起き上がり	できる	つかまればできる	できない		
	立ち上がり	できる	つかまればできる	できない		
	歩行	できる	持てばできる	できない		

アセスメントシートの「現状」の欄には、本人と一緒に確認しながら「自立度」、「困難度と改善可能性」について当てはまる記号を「判定」より選択し記入します。

「予後予測」の欄には、アセスメントを行った上で、サービス利用を一定期間行うことにより、改善の可能性を「現状」の欄と同様に記入します。

この項目をチェックすることで生活機能に関する課題がわかります。

アセスメントシートの内容

本人の状況

本人の望む生活	本人が日常生活を送る上で困っていること	現状（今、どんな事を頑張って生活していますか。）	家族：本人にどのような生活を望んで
今の状況になった原因			

身体状況（運動・移動）について

身体状況（運動・移動について）	部位	症状	程度・場面・対処	できない・困っていること			
		麻痺・拘縮・可動域制限・痛み・しびれ					
		麻痺・拘縮・可動域制限・痛み・しびれ					
		麻痺・拘縮・可動域制限・痛み・しびれ					
	平常時の血圧	／ mmHg	身長 cm	体重 kg	BMI		
	運動制限	なし あり（	）				
	項目	現在の状況			具体的な状況		現状 予後予測
	起き上がり	できる	つかまればできる	できない			
	立ち上がり	できる	つかまればできる	できない			
	歩行	できる	持てばできる	できない			
屋内	移動	できる	見守り 一部介助 全介助				
	手段	手すり 杖 歩行器 シルバーカー その他（	）				
	移動	できる	できるがしていない 見守り 一部介助 全介助				
	一人での外出	している	できるがしていない していない				
	送迎	送迎：誰と（	方法（				
	行き先	病院 スーパー 友人宅 飲食店 地域の集いの場 介護事業所 その他（	）				
	頻度／距離	頻度： 回／月 週 日	歩行できる距離： m・km				
	移動手段	歩行（杖 シルバーカー） 自転車 バイク 自分で車を運転					
		バス 電車 タクシー 車いす その他（	）				

日常生活（家庭生活）について

項目	日常生活について	本人がしていること	していない・できない場合誰がしているのか	工夫していること・できない理由・今後やりたいこと	現状	予後予測
日常生活（家庭生活）について	掃除	全て・一部 している できるがしていない できない	家全部 自室のみ トイレ 風呂場 その他（	配偶者 子（続柄） その他（		
	洗濯	全て・一部 している できるがしていない できない	洗濯機の操作 洗濯物を干す 取り込む たたむ 整理する	配偶者 子（続柄） その他（		
	調理	全て・一部 している できるがしていない できない	炊飯 簡単な食事の用意 ガス（IH）調理機使用 温め 配膳 下膳 食器洗い	配偶者 子（続柄） その他（		
	買物	全て・一部 している できるがしていない できない	買う物を決める 荷物を持って帰る 荷物は配達便を使う 注文配達	配偶者 子（続柄） その他（		
	金銭管理	全て・一部 している できるがしていない できない	管理はするが出入金は支援を受ける 小遣い程度のみ管理 必要時のみもらう	配偶者 子（続柄） その他（		
	電話使用	全て・一部 している できるがしていない できない	電話番号を調べて電話する 決まった人にしか電話しない かけてもらったら話をする	配偶者 子（続柄） その他（		
	ゴミ捨て	全て・一部 している できるがしていない できない	分別する ゴミをまとめる 集積所まで運ぶ	配偶者 子（続柄） その他（		

《本人の状況》

日常生活の様子や本人が困っていること、希望する生活などを聞き取りする中で、生活機能低下を自覚しているかどうか、困っていることについてどう思っているか、また、本人が頑張っていることなど、趣味活動、社会的活動なども含め、本人状況や家族より意向を聞き取ります。

《身体状況（運動・移動）について》

この項目を聞き取ることで、本人の身体状況や活動範囲がわかります。

- 項目に沿って身体状況や行きたい場所に移動するための手段、乗り物の操作、移動の状況や交通手段などを記入します。
また、特記すべき事項があれば、本人の状況を「具体的な状況」に記載します。
- 動きにくさがある場合、痛みによるものなのか、可動域制限によるものなのか、麻痺によるものなのか、また、その原因が病気によるものなのか、骨折などのけがによるものなのか、廃用症候群などで身体機能が低下し起居動作が不安定な状態など原因や時期などについても記載します。
また、転倒している場合は、転倒の場所や状況、けがの有無や頻度なども記載します。

《日常生活（家庭生活）について》

この項目を聞き取ることで、本人の生活の状況がわかります。

- 各項目について本人や家族などがどこをどのように行っているのか、介助を受けている場合、なぜ介助を受けているのかななどを「工夫していること・できない理由・今後やりたいこと」に記載します。
- 現状の「できない行為」だけでなく、継続している行為や何らかの理由であきらめている行為に着目して、そのプロセスが「維持・改善・向上の方法」を本人（家族など）とともに見出すものになっているかについても確認します。
- IADLに影響を及ぼしている個人に起因する要因（心身の機能・対人関係をとる力、意欲・動機づけ・健康状態）だけでなく、環境による要因《人的環境・物理的環境・経済的環境・制度的環境》まで把握できているかも確認します。
- 本人や家族などがどのような生活を望んでいるのか、そのためにどのような支援が必要なのかについて共通認識となっていることが大切です。

社会参加・対人関係・コミュニケーションについて

社会参加 対人関係 コミュニケーションについて	項目	現在の状況					具体的な状況	現状	予後予測
	活動性	趣味や楽しみがある		仕事をしている					
		地域活動やボランティアに参加している		特にない					
	外出目的	趣味・楽しみ	仕事	地域活動等への参加	その他（ ）				
	外出頻度	ほぼ毎日	週2～3回	週1回程度	月2～3回	殆ど出ない			
	誰と過ごすことが多いか	家族	親戚	友人	ひとりで過ごす	その他（ ）			
	家族や友人と会う・連絡との頻度	ほぼ毎日	週2～3回	週1回程度	月2～3回	殆ど出ない			
	困った時に助けてくれる人が	いる（							



《社会参加・対人関係・コミュニケーションについて》

この項目を聞きとることで、家や地域での役割り、家族や友人、地域の知人などとの関わり方など社会性がわかります。

社会参加

- 社会的活動（町内会・老人会・地域のサロン・趣味・サークルなど）の状況について、これまでの関わり方（時期・頻度・役職等）や、現在の状況などを聞き取ります。

家族や友人・地域の知人などどのように交流をしているのか、これまでの状況や現在の状況について聞き取り、「具体的な状況」に記載します。

聞き取りをする場合、本人や家族に不快感を与えないよう、なぜ聞く必要があるのか、しっかりとその目的を伝えて理解を得てください。

対人関係

- 家族や友人・地域の知人など、状況に見合った適切な方法で交流しているか、また、人間関係が保たれているかどうか、交流の方法など、これまでの状況や現在の状況について聞き取り、「具体的な状況」に記載します。

極端に意欲が低下している状況や活動性が低下しているような状況がある場合、こうした背景に喪失感や孤独感・不安感などがないかどうかについて確認します。

家や地域での役割り、家族や地域の人が日常生活の一部を支援することや相談相手になることなどについても確認します。

コミュニケーション

- 家族・親戚や友人、地域の知人などとの「意思の伝達」をどのように行っているのか、また支障になるもの（聴力・視力・会話・対人関係の弱さ・認知症やその他の疾患など）がないかどうかを確認します。

こうした背景に、コミュニケーションの障害を招く要因がないかを確認します。

特定の人に対する強いこだわり・対人関係に対する恐怖心・脅迫神経症・精神疾患や極端な性格など、他者とのコミュニケーションが取りにくい場合や弊害のある場合があります。

どのような関わり方なら負担が少なくてすむかなど、情報を「多角的」に得ることが必要です。

健康管理について

項目		現在の状況		具体的な状況		現状	対応	
病院	受診	している	頻度 回/年 月 週	必要時にしている				
	受診の状況	していない	訪問診療 拒否	その他()				
	院内は自分で行動できる	医師に病状を伝える	説明を理解する					
	治療・検査を受ける	薬局で薬を受け取る						
服薬	管理	全て 一部している	できない	できがしていない(管理している人)				
	薬の理解	できる	できない					
	方法	薬局で1包化	薬カレンダーに仕分	1日分を準備	1回分を準備			
	服用	できる	できがしていない	見守り	一部介助	全介助		
口腔	飲み忘れ	ない	ある(頻度 : 回/週 日)					
	歯	歯 : 上 本 / 下 本						
	義歯	ない	ある : 総義歯 部分義歯(上顎 下顎)					
	はめている	はめていない(理由)						
	お口の手入れ	歯磨き	義歯の洗浄	口腔の清掃(舌 粘膜)				
	できる	できがしていない	見守り	一部介助	全介助			
	場所	洗面所(台所の流し)	その他()					
	回数	朝 昼 夕 寝る前	その他()					
	口腔の状態	痛み : ない	ある(歯 歯ぐき 粘膜)	口臭 : ない	ある	ない	気になる	気にならない
	口の渇き	ある	ない	食べこぼし : ない	ある	ない		
	口腔機能の状況	むせる : ない	ある: 固形物	水分	その他()			
	硬い物が食べにくい	飲み込みにくい	しゃべりにくい					
栄養	歯科受診	していない(いつ頃から)	している : 定期的	痛みがあるとき	その他()			
	食事摂取	できる	見守り	一部介助	全介助			
	食事の回数	日に 食						
	食事形態	普通食	軟食	キザミ食	ペースト食	その他()		
	工夫	トロミ剤の使用 : ない	ある	栄養補助食品の処方 : ない	ある	その他()		
	1日の水分量	総摂取量 : 500ml未満	500~1000ml	1000ml以上				
	水・お茶 : ml/日	汁もの : ml/日	その他 : ml/日					
	単立を考える	自分	家族	その他()				
	食事の内容	肉・魚・大豆製品	食/日	牛乳・乳製品	食/日	野菜	食/日	
	ご飯・パン・麺類	食/日	その他()					
	嗜好品	たばこ 本/日	ビール(350ml) 本/日	日本酒 合/日				
	整容	洗顔	できる	できがしていない	見守り	一部介助	全介助	
方法		洗面所(台所の流し)で洗顔する	ぬらしたタオルで拭く	その他()				
頻度		回/日 週	その他()					
整髪		できる	できがしていない	見守り	一部介助	全介助		
爪切り		できる	できがしていない	見守り	一部介助	全介助		
髭そり		できる	できがしていない	見守り	一部介助	全介助		
化粧		している	していない					
入浴		洗身	している(介助なし)	見守り	一部介助	全介助		
	回数	回/週 月	場所 : 自宅 通所サービス 大衆浴場	その他()				
	浴槽の出入り	できるがしていない	していない					
	洗髪	している(介助なし)	見守り	一部介助	全介助			
排泄	上着	できる	できがしていない	見守り	一部介助	全介助		
	ズボンなど	できる	できがしていない	見守り	一部介助	全介助		
	尿意・便意	尿意 : ある	ない	曖昧	便意 : ある	ない	曖昧	
	排尿	できる	見守り	一部介助	全介助			
排泄	排便	できる	見守り	一部介助	全介助			
	排便回数	排尿 : 回/日 月	排便 : 回/日 月					
	場所	トイレ	ポータブルトイレ	尿器	その他()			
	失禁・尿漏れ	失禁 : 回/日 週 月	尿漏れ : 回/日 週 月					
排泄	対応	尿漏れ用下着	パット	紙パンツ	紙おむつ	その他()		

認知機能について

認知機能(中核症状)について	周囲への関心	ある()	ない
身だしなみに関心	高い	普通	低い
理解力	支障がない	支障がある(慣れていること 慣れないこと)	
指示	スムーズに通じる	噛み砕いて言えば通じる	一つずつ言えば通じる 通じない
記憶力	支障ない	支障がある(記憶力 : 5分 30分 数時間 半日 1日)	
判断力	できる	日常的なことはできる	噛み砕いて説明すればできる いる/いないは判断できる できない
会話	スムーズに話ができる	話していて何を話しているか忘れる	
	人の話は聞かず自分の話したいことを多弁に話す	自分からは話をしないが話しかけると返答する	
	その他()		

生活環境について

生活環境について	居住環境	室内 : 段差が多い	階段が急	生活導線が長い
生活環境	屋内 : 玄関を出たところに階段がある	玄関から道路まで距離がある	m	
	その他()			
	急な坂道	自宅敷地内の階段	集合住宅にエレベーターがない	
	スーパーまで遠い : 距離	m	買物ができる場がない	
生活環境	バス停や駅が遠い : 距離	m	集会所や公民館が遠い : 距離	m
	その他()			

《健康管理について》

この項目を聞き取ることで、受診や服薬管理の状況、ADLの状況などがわかります。

「できる」「できない」「介助を受けている」「介助を受けていない」だけでなく、具体的に何ができて何ができないのか、誰がどこの援助をしているのかなどを「具体的な状況」に記載します。

- 本人の普段の体調を把握し、本人が望む生活に健康状態がどのように影響を及ぼしているのか、また、生活機能や生活行為など他の関連項目とも照らし合わせて、アセスメントに活かせるかを確認します。

- 高齢者が複数の疾患や障がいを抱えている場合があります。
それらは手術や服薬などの治療や看護により「治癒」や「軽快」するものから、服薬やリハビリ、生活管理などで、今の状態が悪化しないように病気と「うまくつき合う」ものなど実に様々です。

健康状態の把握では、各疾患の特徴的な症状が自覚症状（痛み・しびれ・むくみ・熱っぽさ・めまい・息苦しさ・尿量の減少など）として現れることで、日常生活動作（ADL）や日常生活関連動作（IADL）・精神面（意欲低下など）にどのように影響を与えているのかを把握することが重要です。

- 普段の健康状態を把握しておくことは、健康管理を行う上では大切な情報となります。

例えば、季節や天候、日内変動などが生活にどのように影響するのも大切な視点です。

- 病状や体調管理などサービスを利用する上で必要な情報については、かかりつけ医に確認します。

《認知機能について》

この項目を聞き取ることで、認知症の中核症状の状況がわかります。

- 単なる年相応の物忘れなのか、認知症などから起こっている何らかの対応をしないといけない物忘れなのかを確認します。

また、これら物忘れによって日常生活の支障がどの程度なのかを確認します。

- 家族の認知症についての理解度や本人の認知症に関する病気の受容がどの程度できているかを確認します。

《生活環境について》

この項目を聞き取ることで、住居だけでなく地域の状況がわかります。

- 本人がより自立した生活を送り、機能の維持・向上や介護者の負担軽減のため、住環境の上で工夫していることなどを確認します。
- 生活導線や家具などの配置、段差などについて確認します。

特別な状況について

特別な状況について	皮膚の状況	褥瘡	皮膚疾患（	）			
	特別な医療	なし	ある（	）			
	虐待	（	）				

その他について

その他	家族の状況	（	）			
	家族の介護力	期待できる	期待できない（理由	）		
	経済状況	収入（	）	主な使途（	）	
		心配なこと（	）			
	見守りの状況	ない	ある（家族	民生委員等	近隣住民	IT見守り
	価値観	大切にしたいこと（	）			

認知機能低下・BPSDに伴う行為について

項目		現在の状況	具体的な状況
認知機能低下に伴う行為	起居動作	身体の動かし方がわからない その他（	）
	移動	屋内：トイレや浴室など場所がわからない 屋外：目的の場所がわからない その他（	何をしたいかわからないなど落ち着きなくウロウロする 家がわからない 頻回に家の周囲をウロウロする ）
	洗濯	洗濯機の操作がわからない 干すことを忘れる その他（	洗濯したのを忘れて何度も洗濯する たくさん洗剤を入れる 紙パンツなどを洗濯する ）
	調理	以前に比べ味付けが変わった 調理の仕方がわからない その他（	日によってご飯の硬さが違う 総菜が多くなった ）
	買物	同じものばかり買う 頻回に通信販売で購入する その他（	買ったものの金額がわからない 賞味期限が切れた食材が多い 訪問販売で高額なものを買う ）
	金銭管理	財布や通帳をなくす その他（	収入に見合わない買物をする ）
	口腔ケア	仕方がわからない その他（	自分と家族の歯ブラシの区別ができない 口腔ケアはしない ）
	食事摂取	同じものばかり食べる 目についたものは口に入れる その他（	目の前のものしか食べない なんでも醤油などをかける ）
	入浴	一人で入浴するが洗身はしていない 仕方がわからない その他（	同じ所しか洗わない 入浴後着ていた服を着る 入浴を拒否する ）
	排泄	尿漏れや失禁がわからない 汚れた紙パンツを洗って干す その他（	失禁したことを認めない 服や部屋など汚れていても気にならない ）
	更衣	着方がわからない 自分と家族の服の区別ができない その他（	着る順番がわからない 調節ができない（季節に合った服） 何日も同じ服を着る ）
	BPSD	ない	ある（

《特別な状況について》

- 利用者について特別に配慮すべきこと（医療ニーズの高さや緊急性が高い要素、徘徊、虐待、家族不和、利用者が限界を超えて頑張り続けている場合など）について記載します。
- 介護者などの「特別に配慮すべきこと」（健康、疾患、ストレス、経済的負担、介護知識の不十分さや従前の関係性の悪さから来る虐待、限界を超えた在宅介護を続けている場合など）について記載します。

《その他について》

- 家族の心身の状況や介護に関わる人数、家族の介護力や介護する姿勢（どのように向き合っているか）家事力や家族の地域での孤立の有無、家族以外の支援の状況などを確認します。
- 経済状態や支援者の確認をします。
- 今後の支援を行う上で本人の価値観を確認します。

《認知機能低下に伴う行為について》

- 利用者が周囲を戸惑わせたり介護者が負担に思っている行為について確認します。
- なぜそのような行為をするのか、誰が戸惑いや負担を感じているのか、いつ、どのように起こるのか、それに対してどのような対応をしているのかなどについて確認して「具体的な状況」に記載します。
- 家族や周囲の支援者はどのように理解しているのかについて確認します。

《BPSD（行動障がい・精神症状）について》

- 本人のBPSD（行動障がい・精神症状）のあらわれ方は様々です。
本人のこれまでの生活歴や性格、価値観、こだわりが影響するだけでなく、認知症のレベルごとに生じる（例：老人性うつ症）BPSD（行動障がい・精神症状）もあります。
また、日内での体調変化や気分の変化も影響しますし、対応する人々の様子（表情・声のトーン・強い制止など）も、BPSD（行動障がい・精神症状）には影響を及ぼします。
- このBPSD（行動障がい・精神症状）の背景には、家族が抱えてきた「家族間の歪み」なども影響し、複雑な様相を伴い噴出します。
また、家族の対応の延長線上にやむにやまれぬ「虐待的状況」が生じる危険性があり、利用者支援だけでなく、精神的に追い詰められた介護者のストレスマネジメントに留意することも大切です。

- 行動障がいがあるが、家族にとって耐え難いものである場合、医療的対応など考慮することも必要です。
 - 家族に対しては、「問題行動・行動障がい」という直接的な表現を用いるのは控えましょう。
 - タイミング、時間帯、きっかけ、特徴的な行動・言動などを把握します。
 - 家族や周囲の支援者が、どれだけ「認知症」や「精神疾患」に対する理解があるかによって、対応も異なります。
- 正しい知識と対応について伝達することが大切です。

医療系サービスの活用について

介護度が増すにつれ、何らかの疾患がある場合が多くなります。そのため、ケアプランに医療系サービスを適切に位置付け、本人の自立支援につないでいくことも重要です。

医療系サービスとは？

訪問看護
訪問リハビリテーション
通所リハビリテーション
居宅療養管理指導
短期入所療養介護



主治医の指示が必要！！

ケアプランに位置付けができる医療系サービスは、主治医が必要と認められたものに限られます。ケアプラン作成者は、本人の同意を得て、あらかじめ医師または歯科医師の指示・意見を求める必要があります。

【確認】

意見を求める先は、主治医であり、例えば通所リハビリテーション提供事業者の医師ではありません。

【記録】

主治医の指示は、文章のほか、電話や訪問などでもやり取りは行いますが、主治医とのやり取りをした内容については、ケアプランを立案するにあたっての検討・判断になるため、必要な情報を支援記録に記録しておきましょう。

（例）確認した日時・主治医・指示を受けた内容（必要性や留意事項など）

介護予防検査について

■ 目的

介護予防検査は、総合事業の運動関連プログラムの利用にあたって、管理すべき疾患がある方について医師の判断を求め、対象者がより安全にサービス利用ができることを目的としています。

■ 実施方法

市が指定した医療機関で実施します。

■ 対象者

市内に住所があり、基本チェックリストにより生活機能の低下がみられ、事業対象者に認定され、総合事業の運動関連プログラムの利用を希望している方のうち、重い高血圧（収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上）、脳卒中、心臓病、糖尿病、呼吸器疾患、骨粗鬆症、骨折などの疾患を有する方。

福山市地域包括支援センターは、これらの疾患に該当する方に対し「介護予防検査票」を交付します。

■ 対象の総合事業のサービス

- 短期集中予防訪問サービス
- 短期集中予防通所サービス
- 介護予防相当通所サービス
- 基準緩和型通所サービス

■ 実施回数

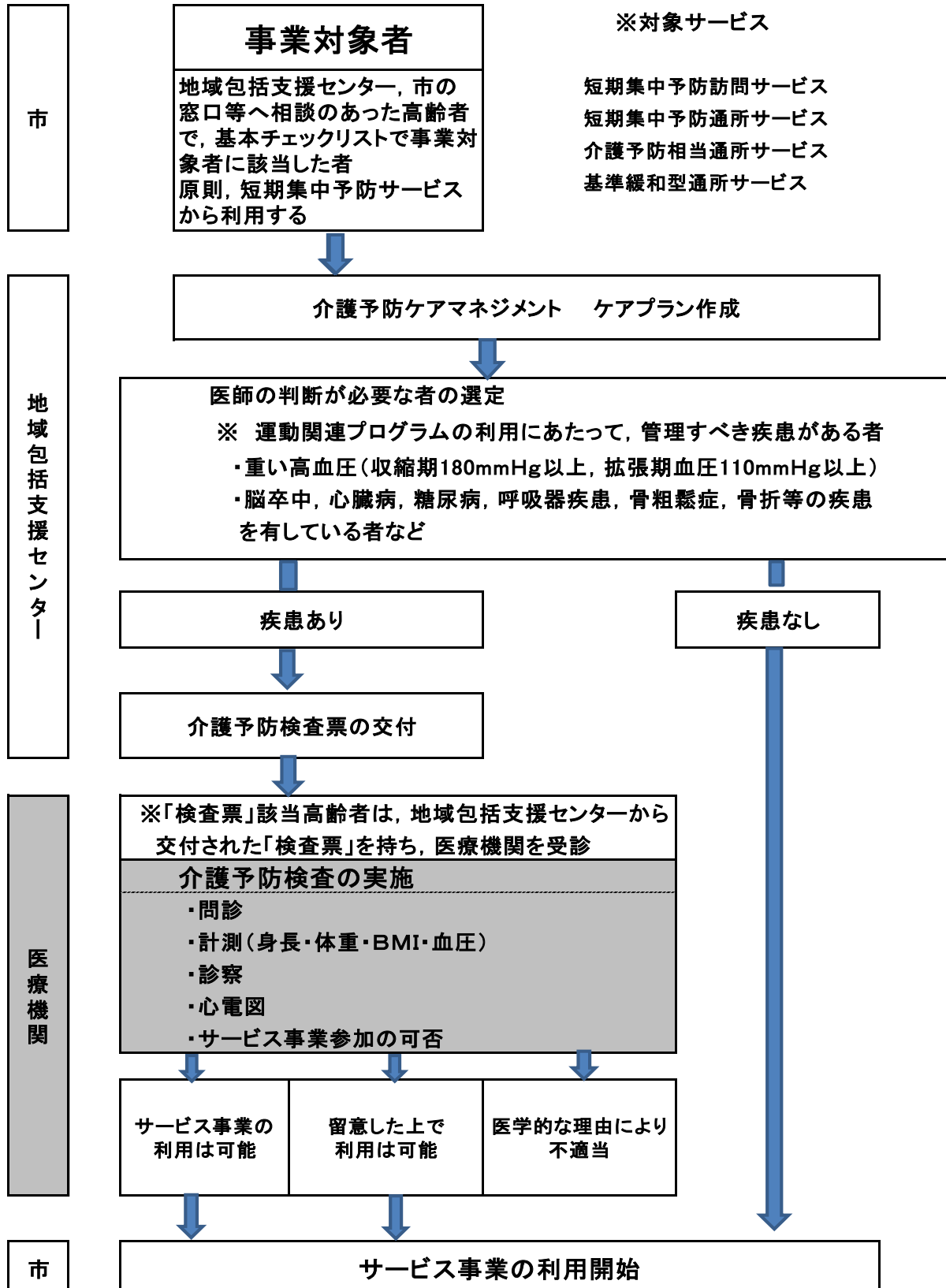
事業開始前と事業実施後は必要に応じて2年毎で実施します。

■ 自己負担金

ありません。

福山市介護予防検査フロー図

介護予防・生活支援サービス事業（運動関連プログラム）の利用に向けた
介護予防検査フロー図



福山市介護予防検査票

医療機関控え

住所 福山市 町 丁目 番 号 番地		交付年月日 年 月 日		交付番号													
フリガナ		生年月日		年 月 日		歳		男・女		電話番号							
名 前		様		電話番号		()											
既往歴、健康状態等記入欄 ※該当する項目に☑をつけてください。																	
右記のために、過去3か月で1週間以上にわたる入院がある、又はかかりつけの医師から、運動を含む日常生活について制限されている。										☐ 重い高血圧 ☐ 脳卒中 ☐ 心臓病 ☐ 糖尿病 ☐ 骨そしょう症や骨折、関節などの痛み ☐ 呼吸器疾患 ☐ その他()							
☐ この6か月以内に心臓発作又は脳卒中を起こした。 ☐ 重い高血圧(最高180mmHg、最小110mmHg以上)がある。 ☐ 糖尿病で目が見えにくかったり、腎機能が低下し、あるいは低血糖発作等があると指摘を受けている。 ☐ この1年間で、心電図に異常があると言われた。 ☐ 家事や買い物、散歩などで、ひどく息切れを感じる。 ☐ この1か月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いている。																	

この検査票をお持ちの方は、福山市が実施する介護予防・生活支援サービス事業(運動関連プログラム)の利用を希望しています。次の検査を実施し、サービス事業の利用の可否を判定していただきますようお願いいたします。

【医療機関記入欄】

計測	身長					cm	体重					kg
	BMI					※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)						
	血圧	最大				～	最小				mmHg	
診察	浮腫	☐ 無 ☐ 有		貧血		☐ 無 ☐ 有						
	ラ音	☐ 無 ☐ 有		知覚障害		☐ 無 ☐ 有						
	関節の動き	☐ 良 ☐ 不良		心雑音		☐ 無 ☐ 有						
	不整脈	☐ 無 ☐ 有		その他所見		☐ 無 ☐ 有						
心電図	心電図	☐ 所見なし ☐ 所見あり()										

介護予防・生活支援サービス事業の利用の可否判定 ※該当する項目に☑をつけてください。

- ☐ サービス事業の利用は可能である。
☐ 次の事項に留意した上で、サービス事業の利用は可能である。
 ()
☐ 医学的な理由により、サービス事業の利用は不適当である。

[お問合せ先]

〒 720-8501

福山市東桜町3番5号

福山市保健福祉局長寿社会応援部高齢者支援課

TEL 084-928-1065(直通) FAX 084-928-7811

実施年月日

年

月

日

医療機関所在地

名称

名前(医師名)

検査は以上です。[本人控え]を対象者にお渡しいただきますようお願いいたします。

[市控え]を実施月の翌月10日までに各医師会に請求書とともに提出をお願いします。

※注意) 特定健康診査、後期高齢者健康診査、生活保護受給者健康診査との同時受診はできません。

2015-高齢-878 A4 2016.2 3×20×150

5 介護予防サービス・支援計画書

介護予防サービス

NO. _____

利用者名 _____ 様（男・女） _____ 歳 _____

認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成者氏名 _____

委託の場合： _____

計画作成（変更）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）

目標とする生活

1 日	①
-----	----------

アセスメント領域と 現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 （背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と 具体策の提案	具体策についての 意向本人・家族
運動・移動について ③	(本人) ⑨ ()	☐ 有 ☐ 無 ⑩	⑪	⑫	⑬
日常生活について ④	(本人) ()	☐ 有 ☐ 無			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて ⑤	(本人) ()	☐ 有 ☐ 無			
健康管理について ⑥	(本人) ()	☐ 有 ☐ 無			

健康状態について

☐主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

⑦

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書き下さい。

地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

⑧	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または 地域支援事業	／ 5	／ 2	／ 3	／ 2	／ 3	／ 5

・支援計画書

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2 事業対象者	地域支援事業
----------	---------	-----------------	--------

認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日 事業対象者： 年 月 日～

計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

担当地域包括支援センター：

1 年	2
-----	----------

目標	支援計画					
	目標についての 支援のポイント	本人等のセルフケア や家族の支援、イン フォーマルサービス (民間サービス)	介護保険サービス又 は地域支援事業 (総合事業のサービス)	サービス 種別	事業所 (利用先)	期間
14	15	16	17	18	19	20

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 妥当な支援の実施に向けた方針

21

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

22

計画に関する同意

地域包括 支援セン ター	【意見】	23
	【確認】	

上記計画について同意いたします。

24

年 月 日 氏名

記載内容

①

「1日」の目標

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、健康管理能力や生活機能向上・生活行為の拡大・環境改善など、さまざまな目標が設定される場合があります。

利用者が負担なく毎日取り組めるような内容で、利用者が達成感、自己効力感が得られるような内容にします。

例) 毎日玄関まで新聞を取りに行く
洗濯物をたたんで決められた場所に収納する
テーブルの拭き掃除と食後の食器の片付けをする

②

「1年」の目標

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します。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、利用者の活動などが拡大した状態を想像してもらいながら、目標に向かって努力し、**その人らしい自己実現**ができるよう思いを引き出すようにします。

例) 孫の結婚式に出席する
近所の商店街まで一人で買物に行くことができるようになる
公民館のサークルに参加することができる

「目標が抽象的になってしまい、個別性が見えない」

介護予防ケアマネジメントの効果を根拠づける上で、目標設定は最も重要な鍵を握っています。「安心・安全・向上」といった言葉はとても使いやすいのですが、目標達成の有無を明確に評価しようとした場合には、判断の根拠づけが難しくなります。個別性のある具体的な目標を設定することで、達成の有無を明確に判断できるだけでなく、本人にとっても「自分の目標」という認識が深まり、目標達成に向けた前向きな意欲につながります。

アセスメント領域と現在の状況

「福山市版アセスメントシート」の「現状」の欄に、「生活行為評価による現状と予後予測の整理票」から「△」または「×」の記号がついている項目が課題となります。

課題がある内容についてアセスメントするために、項目別に各アセスメント領域に現在の状況を記載します。

3

～運動・移動について～

日常生活において、起居動作や自ら行きたい場所へさまざまな手段を活用して、移動できるかどうかを記載します。

《記載内容》

- 起居動作、自宅や屋外での移動の状況
- 交通機関を利用して移動することについての状況
- 介助を受けている場合はその状況 など

《記載例》

室内は何も持たずに歩き、外出時は杖を使用し、家の周囲（50m程度）は10分位かけて一人で歩く。それ以外は家族に車で連れて行ってもらう。

4

～日常生活について～

家事（買物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨てなど）や住居・金銭の管理、花木やペットの世話などについて、何ができてどこかの介助を受けているのか、工夫していることやできるが実際に行っていない理由など状況を記載します。

《記載内容》

- 日常の必要な物品を自分で選んで買うことについての状況
- 献立を考えて、調理することについての状況
- 家事（買物・掃除・洗濯・ゴミ捨てなど）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

《記載例》

膝が痛くなるまでは、近くのスーパーに毎日買物に行き家族の食事もつくっていた。現在は家事全般を家族に行ってもらっている。昼間は家族がつくったものを自分で温めて食べている。

5

～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、家族・近所の人との人間関係が保たれているか、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、家庭内や地域における役割の有無などの内容や程度について記載します。

《記載内容》

- 家族や友人のことを心配したり相談にのるなど、関係をつくり保とうとする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持ち、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

《記載例》

- ・友人宅には行かないが電話で友人と月に数回話をしている。
- ・以前は、地域のサロンに参加していたが、今は行けないので顔なじみの人との交流はない。

6

～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、飲酒や喫煙のコントロール、食事や睡眠、体操等の健康管理の観点から必要と思われる場合、この領域でアセスメントを行います。

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ります。

《記載内容》

- 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
- 健診を受けていることについての状況
- 薬の服用や管理についての状況

《記載例》

- ・ 家族に付き添ってもらって整形外科に月2回受診している。
- ・ 入浴は家族がいる時間に一人で入っている。
- ・ 自分で薬を仕分けし服用している。

7

健康状態について

「利用者基本情報」「福山市版アセスメントシート」「主治医意見書」（要支援者のみ）などにより健康状態について、ケアプランを立てる上で留意すべき情報について記載します。

- 健康状態について特に注意すべき事項
- 主治医意見書の書面だけでなく、実際に主治医に問い合わせるなどの連携が重要である
- 主治医意見書の「傷病に関する意見」「生活機能とサービスに関する意見」の欄参照

《記載例》

- ・ 狭心症の既往があり、胸痛時に薬を服用することになっている。
- ・ 血圧が高めなので運動系のサービス利用前後は血圧測定が必要。

単に主治医意見書の疾患などをそのまま転記するものではありません。
ここに示された内容を踏まえて、アセスメントを進めていきます。

⑧

基本チェックリスト結果記載

基本チェックリストに該当した質問項目数／質問項目数を記入

運動機能低下	？／5（3項目以上該当）
低栄養状態	？／2（2項目以上該当）
口腔機能の低下	？／3（2項目以上該当）
閉じこもり	？／2（No16に該当）
認知機能の低下	？／3（1項目以上該当）
うつ病の可能性	？／5（2項目以上該当）
うつ以外の項目で合計10項目以上に該当	



1つ以上に該当した場合、事業対象者に決定

- ★ 該当した項目については、機能低下の関連のある領域においてアセスメントを行います。該当していない場合であってもチェックがあった項目についてアセスメントを行い、課題があればケアプランに反映します。

⑨

本人・家族の意欲・意向

各アセスメント領域と現在の状況の内容について、本人や家族の認識とそれについての意向を記載します。

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かなどです。

「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」などと記載し、その理由についても確認します。

本人と家族の意向が異なった場合は、それぞれに記載します。

否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対したちにケアプランを作成するのではなく、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、介護予防支援および介護予防ケアマネジメントでは大切です。これは、具体策を検討する時の参考情報となります。

《記載例》

本人：かかりつけ医より「転ばないように気をつけるよう」言われている。今年の春に一度庭で転んでから不安になり外には出ていない。少しでも動けるようになって近所の人とおしゃべりがしたい。

嫁：外出しなくなってから元気がなくなったように思う。昔のようにサロンに参加して近所の人と交流をして欲しい。

10

領域における課題（背景・原因）

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること、その背景・原因を整理します。

課題については、直接的な背景や原因だけでなく、間接的な背景や原因を分析する必要があります。さらに、現在課題となっていること、あるいはその状態である将来どのようなことが起こるかなどの課題を予測して記載します。結果として、その領域に課題が「ある」と考えた場合に「口有」に■印をつけます。「ない」と考えた場合は「口無」に■印をつけます。

- ★ 利用者が課題を理解し、主体的な取り組みができるよう、利用者にわかりやすいような表現を使います。

《記載例》

- ・ 膝の痛みや転倒への不安から外出の機会が減り、足の筋力が低下している。
- ・ この状態が続けば、さらに筋力が低下し転倒する危険性が高くなる。

11

総合的課題

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に、直接的な背景や原因だけでなく、間接的な背景や原因を探り、各領域における課題共通の背景を見つけて統合し、本人にとって優先度の高い順に列挙します。

また、課題とした根拠を記載します。

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、統合して記載した方が、より本人の全体像をとらえた課題となります。

ここでは、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て、意向や目標、具体策などは記載しません。

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および介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するために、優先度の高い順に1から番号をつけておきます。

また、「改善の可能性」や「悪化の危険性」を予測して記載することで支援の方向性が見えてきます。

ただし、意欲の低い利用者の場合、簡単な課題を持って進むほうが介護予防の効果が出ると判断するケースでは、達成可能な課題順に記載します。

また、介護予防の視点から解決できそうにもない課題（坂の上に住宅があり、買物が困難だったり、疾患や障がいなどによってできないことが明確な場合など）があった場合には、半年間くらいで解決できそうな生活課題に着目して、目標や具体的な支援につなげていきます。

《記載例》

- ・膝の痛みや転倒の不安から外出の機会が減り、友人との交流の機会がない。
- ・今の状態が続けば下肢の筋力が低下し、閉じこもりの可能性がある。しかし、生活改善や運動などを行うことにより改善の可能性がある。

予後予測や課題の統合が苦手

アセスメントの過程の中での、最も専門性が求められるのが、予後予測や課題の統合といった作業です。

予後予測とは利用者の将来の姿を見立てることです。

具体的には、改善の可能性や悪化の危険性を検討したうえで、利用者の生活機能が向上した姿（目標）をとらえ、その実現のために必要な支援とその根拠を導くことです。

「領域における課題」で予後予測をしっかりと行うことで、ケアプランをスムーズに作成することができます。

「総合的課題」をどのようにまとめるかは、その後の作成するケアプランやモニタリングの有効性にも大きく影響する重要な作業です。

課題の統合を行う際にポイントとなるのが次の2点です。

- 1 原因や背景が共通するものでまとめる
- 2 目標や支援の方向性が共通するものでまとめる

この2点をヒントに課題整理を行うと、利用者やサービス提供事業者にも理解しやすいものになります。

「福山市版アセスメントシート」を活用することで、領域ごとの課題の抽出は行いやすく、効率的かつ効果的なケアプランを作成することができます。

「総合的課題」に対して目標と具体策を分けて記載します。

【 目 標 】

専門的観点から示す提案になります。

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す。

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ます。

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内容にします。

【 具体策 】

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など、さまざまな角度から具体策を考えます。

具体的な支援やサービスは、介護保険や総合事業のサービス、一般介護予防事業だけでなく、生活機能の低下を予防するための本人自身が行うセルフケアや家族の支援、民間企業により提供される生活支援サービス、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します。

今後「具体策についての意向 本人・家族」の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ケアプランの目標と支援内容につながっていきます。

ケアプラン作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から本人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す。

《記載例》

目 標：週1回家族が休日の時には、一緒に近所の商店街まで歩いて買物に行く。

具体策：膝の痛みについて主治医と相談する。

自宅でもできる運動を毎日10分間行う。

座ってできる調理（野菜の下準備など）を行う。

介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

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

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

13

具体策についての意向 本人・家族

提案した「課題に対する目標と具体策」について本人や家族の意向を確認して記載する。

ここでは、専門家の提案と本人の意向の相違点を確認できます。

ケアプランの合意を得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」などと記載します。

合意が得られなかった場合は、その理由や根拠などについて本人や家族の考えを記載します。

14

目 標

「課題に対する目標と具体策の提案」について合意が得られた場合は、「目標」にそのまま記載します。

後で行う評価では、この目標について「達成／未達成」を確認するため、客観的に達成状況が判断できるよう、具体的に記載します。

「目標とする生活」へできるだけ近づくように、本人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、介護予防に対する本人の意欲を形成する重要なプロセスです。

ケアプラン作成者の提案が押しつけにならないよう留意して、本人の意欲や家族の支援を引き出すよう支援します。

目標は本人が一定期間（3か月）に達成可能であることや、本人の価値観や好みを十分に考慮することが重要です。

はじめから難しい目標を設定するのではなく、達成可能な目標からたてるなどの工夫も必要です。

- 目標にその人らしさ、個性を持たせる
- 「今の生活を維持する」「子供に迷惑をかけず生活する」「転倒しない」「安全・安心に生活できる」など、誰にでもあてはまり、一生続くような内容ではなく、具体的な生活をイメージできる内容を記載する
- 目標を数値化する（回数・距離など）
- 本人・家族にわかりやすい言葉を使う
- 専門家しかわからない言葉はNG ・ポジティブな表現を心がける

《記載例》

★「自分で品物を見て買物がしたい」「調理が好きなので食材を自分で選びたい」



週1回家族が休日のときには、一緒に近所の商店街に歩いて買物に行く。

★犬が好きな人：「近所の〇〇ちゃん（犬）に会いたい」



〇〇m離れた知人の家の犬におやつをあげに行く。

★友人に手紙を書くのが好きな人



〇〇m離れた郵便局にひとりで手紙を出しに行く。

《「目標」の一例：発展型》

★初回ケアプラン



週に1回近所のスーパーまで歩いて買物に行くことができる。

★2回目ケアプラン



週2～3回歩いて近所のスーパーに行き、月に数回友人宅に遊びに行く。

★3回目ケアプラン



地域の行事に参加したり、週1回は友人や地域の人と過ごす。

自分らしく暮らすための目標と私ができること

利用者自身が目標に向かって日々取り組めるように、次の用紙に自分の目標と取り組む内容を記載してもらい、目の届くところに貼ってもらいましょう。

自分らしく暮らすための目標と 私ができること

様式 7

私の生活の目標

(できるようになりたいこと・やってみたいこと)

私の取り組み



期間 年 月 日まで

年 月 日

名前



頑張っ
てね。

15

目標についての支援のポイント

目標に対してケアプラン作成者が具体的な支援を考えるうえでの留意点を記載します。ここには目標を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、様々な次元の項目を記載します。

〇〇ができるよう〇〇を支援する

〇〇に注意して声かけ（配慮）をする（安全管理上のポイント）

インフォーマルサービスの役割分担

サービス内容の記入はしない

「目標とする生活」が実現できる支援のポイントで記載する

《記載例》

- ・膝の痛みもあり、つまづきやすいため転倒に注意して見守る。
- ・転倒の不安が大きいので、自信をつけるよう足の運動を続けて徐々に活動の範囲を広げていけるよう声かけを行う。

16

本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）

自助： 本人ができる健康管理や生活習慣の改善などの取り組み（セルフケア）

互助： 家族が支援すること

地域のボランティア・近隣住民の協力（インフォーマルサービス）

★ 誰が何をするかを具体的に記載します。

17

介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス）

予防給付、総合事業のサービスや一般介護予防事業などを含めた地域支援事業のサービス内容を記載して、どのサービスや事業を利用するかわかるように、項目の介護保険サービス・地域支援事業（総合事業のサービス）のどちらかを○印で囲みます。

具体的なサービス利用について、本人や家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容を記載します。

しかし、サービス内容について本人や家族と合意できていない場合や地域に適切なサービスがない場合は、本人や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します。本来の支援のもとに、当面の支援を記載します。

18

サービス種別

「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）」「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス）」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載します。

その際、支給区分、通所系サービスの加算についても記載します。加算について記載した場合は、「⑪介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス）」の欄に支援内容を記載します。

ただし、事業所の体制にかかる加算については、記載する必要はありません。

《記載例》

訪問型サービス（短期集中予防サービス）、
介護予防通所介護相当サービス
介護予防通所リハビリテーション
一般介護予防事業（居場所・百歳体操・配食サービス）
地域のサロン、文化教室など

19

事業所（利用先）

具体的な「サービス種別」および当該サービス提供を行う「事業所名（利用先）」を記載します。また、地域、介護保険制度以外の公的サービスが担う部分についても明記します。

20

期 間

「支援計画」に掲げた支援をどの程度の「期間」に実施するかを記載します。
(○年○月○日～○年○月○日)。

なお、「期間」の設定において要支援者の場合は、「認定有効期間」を考慮するものとする。また、「支援計画」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、実施曜日など）」で実施するか提案があれば記載します。

《記載例》

本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
（本人）家でできる体操を毎日行う。調理の準備を行う。 （家族）本人が外出するとき（通院や買物）は同行する。料理を一緒に行う。	筋力運度やバランス運動などのプログラムを提供する。また、自宅でできる運動を教えもらう。	介護予防通所リハビリテーション	F事業所	H30年7月1日～ H30年9月30日

21

【本来行うべき支援ができていない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

本来の支援が実施できない場合で

(1) 本人や家族の合意が取れない場合

本来の支援をできるだけ働きかける具体的な手順や方針を記載するなど、その内容の実現に向けた方向性を記載します。

(2) 本来必要な社会資源が地域にない場合には、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載します。

《記載例》

- ・地域のサロンなど近所の人たちと集まるところが近くにないため、外出の機会が持てない。地域の役員と協力して地域資源の構築につなげる必要がある。
- ・地域との交流があまり好きでないので、デイサービスには行きたくないとの本人の意向がある。まずは、本人に生活の中で運動を実施してもらうため訪問型短期集中予防サービスを利用し、関わりを持ちながら通所サービスにつなげていく。

22

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

記載された「目標とする生活」や「目標」について、本人や家族、ケアプラン作成者、各サービスの担当者が、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します。

23

地域包括支援センターの意見・確認

居宅介護支援事業者が地域包括支援センターから委託を受けてケアプランを作成する場合、この欄を使用します。

この場合、その介護予防支援および介護予防ケアマネジメントの最終的な責任主体である地域包括支援センターは、ケアプランが適切に作成されているかを確認する必要があります。

このようなことから、**委託された居宅支援事業者は、ケアプランを作成し、ケアプランについて当該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名前を記載します。**

（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ケアプランの確認を行っても差し支えはありません）

この確認を受けた後に、本人に最終的なケアプラン原案の説明を本人や家族に行い、同意を得ます。

（ケアマネジメントBの場合は、サービス担当者会議を省略することがあります。）

24

計画に関する同意

ケアプラン原案の内容を本人や家族に説明して、同意を得ます。

[illegible]

※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。

6 介護予防支援経過記録

記載のポイント

- ◎ 5W1H（いつ、どこで、誰が、何を、どのように、なぜ行ったのか）

をわかる範囲で明確に記載します。

例えば、本人とどこで面接をしたのかを明確に記載することで、本人宅へ訪問しなければならない月を忘れることなどが防げます。

同様に、「電話連絡」と記載する際も、本人と連絡したのか、事業者との連絡なのかを記載することで、その月にモニタリングを実施できたかどうか明確になります。

モニタリングを行った際は、「モニタリング」と記載しておくといいでしょう。

支援を行う目的や、判断した根拠なども記載します。

- ◎ 客観的に書くために、「見たこと」「聞いたこと」「自分が判断したこと」は区別して書きます。

自分の価値観や先入観を入れず、他者が見ても同じものをイメージできるように書くことが大切です。

例えば、「部屋が散らかっている」などの主観的な表現を書くのではなく、何が、どのように置かれているのか、などの状況がわかるように記載します。

- ◎ ケアプラン作成者が判断した事項には、**根拠も記載**しておく必要があります。

例えば、「元気そうだった」「特に変更なし」では、何を観察し、どのような状況だったのかわかりません。そのように判断、認識した事実と根拠も記載します。

- ◎ 本人や家族へ説明や情報提供を行ったことに対して、十分な理解が得られない場合など、今後の方針などと合わせて記載しておきましょう。

- ◎ 関係機関に働きかけ、情報が十分得られなかった場合も、その経過を記載します。

- ◎ 支援した経過はすべて経過記録表に書くことになっていますが、（正式書類）、サービス担当者会議の記録やサービス事業者からの情報提供（報告や評価表）などに関し別紙を活用した場合は、経過記録表に「別紙参照」と書いておきましょう。

介護予防支援・サービス評価表

利用者名

様

評価日

計画作成者氏名

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	②	③	④	⑤	⑥	⑦

総合的な方針	⑧	地域包括支援センター意見		⑨	⑩	⑪
		☐ フラン継続 ☐ フラン変更 ☐ 終了	☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 総合事業 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 終了			

7 介護予防サービス・支援評価表

記載内容

①

目標

ケアプランに記載している合意を得られた最終の具体的な目標を記載します。

②

評価期間

ケアプランの「期間」欄からサービス提供開始月の最も早い月からサービス提供終了月の最も遅い月を評価期間として転記します。

③

目標達成状況

- ★ 評価期間内に目標がどの程度達成できているか、生活機能がどれだけ向上・維持できたのかを具体的に記載します。
- ★ 評価の際は、サービス事業者が行う事前アセスメント、事後アセスメントの結果などから情報を集約し、ケアプラン作成者のモニタリングと合わせて本人の生活機能全体に関する評価を行います。

【達成した場合の記載例】

1人で〇〇まで行くことができた。

【達成できなかった場合の記載例】

商店街に毎週1回は行けなかったが、商店街の人たちとの交流が楽しみになり、一人でも行けるようになりたいと、デイサービスでの運動に対する意欲が向上してきている。転倒はなかった。

④

目標：達成／未達成

目標を達成した場合には「○」を、未達成の場合には「×」をつけます。

⑤

目標達成しない原因(本人・家族の意見)

- ★ なぜ目標が達成されなかったのか、目標設定の妥当性を含め本人・家族の認識を確認して原因を記載します。

【記載例】

本人：はじめの頃は毎週出かけるようにしていたが、風邪をひいたので人の多いところはあまり行かない方がよいかと思って出かけなかった。家で行う運動も忘れてしまう日もあった。

家族：商店街の人と会った時はとても楽しそうな顔をしているので、連れて行きたいと思っているが、本人が行きたくないといった時は、無理に誘わないようにしていた。

⑥

目標達成しない原因(計画作成者の評価)

- ★ なぜ目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、ケアプラン作成者としての評価を記載します。
- ★ 利用者・家族の意見、事業所からのモニタリング結果も含め、目標設定の妥当性や支援の方法などについて評価します。もしくは新たな課題の発生がなかったかも含めて分析します。

【記載例】

風邪をひいたことをきっかけに、毎週出かけていたリズムが崩れたとともに、また風邪をひくかもしれないという不安で外出を控えていたと思われる。また、支援者側の声かけができていなかった。

⑦

今後の方針

- ★ 目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について専門的な観点を踏まえて記載します。

【記載例】

体調を整えることは重要だが、外出することで運動の機会となり膝の痛みの軽減や下肢の筋力向上にもつながることを家族にも再認識していただき、商店街には定期的に出かけるようにしていただく。
毎週というのが負担になっていた部分もあるので、頻度を減らした目標を設定していく。
また、支援者からの声かけを積極的に行う。

⑧

総合的な方針

- ★ 本人の生活全体に対する今後の支援の総合的な方向性について専門的な観点から方針を記載します。

【記載例】

感染予防を行ってもらいながら、今後も活動範囲を拡大していけるよう支援していく。

⑨

地域包括支援センター意見

居宅介護支援事業所に委託した場合に、ケアプラン作成者に対して記載します。ケアプランに対する対象者の状況や事業所からの報告を受けて、効果が認められた、維持、悪化などの判定をし、その根拠も記載します。

ケアプラン作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、地域包括支援センターと委託を受けたケアプラン作成者の方針の統一を図る必要があります。

⑩

プラン継続・プラン変更・終了

今後の方針が決定したら、ケアプランの作成者が、「プラン継続／プラン変更／終了」に■印をつけます。

《プラン変更に■印》

サービスに変更がなくても、新たな目標が設定されるため、基本的には「プラン変更」に■印をつけます。

《プラン継続に■印》

例えば、ケアプランの期間中に一時的な入院などがあり、サービス利用ができなかったが、退院後本人の状態や意向の変化がなく改めて同じ介護予防ケアプランの目標や内容を実施する場合や、あと少しで目標が達成しそうな段階で、本人がそのままの目標を希望した場合など。

《終了に■印》

サービスが不要になり、次のケアプランを作成する必要がない場合

- ※ ケアプランの作成者が、委託を受けている指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の場合、指定予防支援事業所（地域包括支援センター）の意見を踏まえて判断します。

11

介護給付・予防給付・総合事業・一般介護予防事業・終了

今後の方針としケアプランの作成者が該当するものに■印をつけます。

- ※ ケアプラン作成者が、委託を受けている指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の場合、指定予防支援事業所（地域包括支援センター）の意見を踏まえて判断します。



第7章 給付管理

1 介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費について

- ・地域包括支援センター（居宅介護支援事業所への委託含む）が行う介護予防ケアマネジメントには「介護予防ケアマネジメント費」と「介護予防支援費」があります。
- ・総合事業のサービス（以下参照）のみの場合は「介護予防ケアマネジメント費」、予防給付のサービス（総合事業のサービスを併用する場合も含む）は「介護予防支援費」となります。
- ・国民健康保険団体連合会（国保連）に請求してください。

※介護予防ケアマネジメント費は、2017年（平成29年）4月提供分以降

◇総合事業のサービス

区分	対象サービス
ケアマネジメントA	・介護予防相当訪問サービス ・介護予防相当通所サービス ・通所型サービス（短期集中予防サービス） ・訪問型サービス（短期集中予防サービス）
ケアマネジメントB	・基準緩和型訪問サービス（指定・委託） ・基準緩和型通所サービス（指定・委託）
ケアマネジメントC	・配食サービス ・一般介護予防事業（週1回以上の百歳体操・週2日以上 の居場所が対象） ※ただし、社協が実施している喫茶店風サロンは対象外

2 総合事業のうち給付管理の対象となるサービス

- ・介護予防相当訪問サービス
- ・介護予防相当通所サービス
- ・基準緩和型訪問サービス（指定のみ）
- ・基準緩和型通所サービス（指定のみ）

参考資料

介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン

（厚労省老健局振興課 2015 年（平成 27 年）6 月 5 日）

地域包括支援センター運営マニュアル平成 27 年 6 月発行

（一般財団法人 長寿社会開発センター）

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研修会

（平成 28 年 2 月 29 日開催 厚労省主催・介護予防ケアマネジメント実務者研修報告）

地域包括ケアシステム・新しい総合事業の推進に向けたセミナー

（平成 28 年 6 月 3 日開催 広島県健康福祉局地域包括ケア・高齢者支援課）

平成 28 年度地域包括推進事業 介護予防ケアマネジメント実務者研修

みんなで感じよう！考えよう！「地域ケア会議」株式会社ライフリー佐藤孝臣

（2017 年 3 月 26 日開催 第 2 回福山府中圏域ブロック研修会）

平成 29 年度 介護予防活動普及展開事業 基礎研修会・司会者養成研修会

（2017 年 5 月 29 日（広島会場））

「介護予防ケアマネジメントと自立支援型地域ケア会議（理論編）」

（2017 年 9 月 20 日 平成 29 年度地域包括支援センター職員研修）

参考にした他市のマニュアル

松戸市 和泉市 糸魚川市 杵藤地区広域市町村組合 四国中央市包括支援センター 周南市 鯖江市 新潟市 広島市 多摩市 羽咋市 島原市 草津市 尼崎市 生駒市 総社市 東海村 伊那市 吹田市 泉大津市 福井市 敦賀市 大分市 旭川市 松江市 町田市 神戸市 蕨市