

**本人の「したい」「できるようになりたい」を応援するための 10 のヒント**  
 ～本人の「尊厳の保持」と「自立（律）支援」のための自立支援型ケアマネジメントに向けて～

| 項目     | 10のヒント                       | 説明  | 項目                    | 10のヒント  | 説明  |
|--------|------------------------------|---|-----------------------|---|---|
| アセスメント | ① 本人の望む暮らしが具体的に聴けていますか       | <p>本人が望む暮らしを知るためには、本人の「今」の生活がどのような状態なのか、困りごとが出てくる「以前」はどうだったのか、「これから」どのように生活していきたいと思っているのかを具体的に把握する必要があります。</p> <p>本人の「今」を明らかにする最初のアセスメントとして「基本チェックリスト」で大まかな現状を把握し、足りない情報は「基本情報」「生活状況を把握するためのアセスメントシート」を活用しながら、「今」と「以前」はどうであったのか聞いてみましょう。</p> <p>本人は生活の中で何を大切に、どのようなことに興味を持ち、いつどこで、誰と、どのようにしてみたいと思っているのでしょうか？生きがいや役割は人生に重要であり本人の「目標とする生活」にもつながります。ツールとして「興味・関心チェックシート」を活用し、本人と一緒に「これから」について話してみましょう。</p> <p>高齢者の日常生活は、ADL や IADL、住宅環境、家族や社会との交流など、様々な生活行為が関係しあっているため、高齢者が訴える「困りごと」は一つのことが要因で起こることはほぼありません。生活全般への総合的な支援を行う上で、生活機能モデルである「ICF（国際生活機能分類）」の視点から把握した情報を整理すると、「困りごと」を引き起こした複数の要因を関連づけて分析することができ、本人の生活の全体像が理解しやすくなります。</p> | プランニング・目標設定           | ⑤ 本人と介護支援専門員等と一緒に考えた目標になっていますか  | <p>目標や具体策は、本人が取り組むべきものです。そのためには、支援者が提示した目標・具体策について、どういう理由（総合的課題）で必要なかを説明し、本人・家族と一緒に実施可能かどうか考え、合意することが大事です。注意点として、本人が十分に意思を表出されない場合は、家族の意向に偏りすぎていないかを確認しながら、できるだけ本人の思いをくみ取れる工夫をしてください。</p> <p>目標設定にあたって、①アセスメントから導き出した総合的課題に対する目標になっているか、②本人にとって頑張れば達成可能なものであるか、③達成できたかどうか評価可能で具体的なものであるか（いつまでに、どこで、何を、どのくらいできるようになるのかを具体的に。数量目標であると評価しやすい。）、④サービス利用のための目標になっていないか（目標にサービスが入っていないか）、等を確認しましょう。</p> |
|        | ② 本人の強みは何でしょう                | <p>介護予防ケアマネジメントに該当される方は、生活の一部に支援を必要とするものの、生活の大部分は自分でできている方です。つまり、<b>本人が主体的に目標や具体策に取り組める力がある人</b>だと言え、支援者は本人のその力を引き出すために本人が持つ「強み」を意識しながらアセスメントすることが重要です。</p> <p>本人の「強み」とは、本人の現在の能力だけではなく、家族ができる事、本人が今までに培ってきた能力・人間関係や本人が使える地域のサービス（交通機関、商店、医療機関、金融機関等）も含まれます。「ジェノグラム」や「エコマップ」を活用すると本人の取り巻く状況が見える化され把握しやすくなります。本人の「強み」を、本人・家族が認識していないことが多いので、支援者は、本人の「強み」を活かした提案をし、「まだまだ自分でできる力がある」と気づいてもらう働きかけが必要です。</p>   |                       | ⑥ 本人が取り組める具体策を提案していますか  | <p>具体策は、①総合事業や予防給付だけではなく、本人のセルフケアや家族の支援、医療や保健サービス、インフォーマルサービスなどが活用されているか、②何を誰がどうするのか、具体的に記載しているか、を確認しましょう。</p> <p>要支援者等の「維持・改善すべき課題」別の代表的な状態としては、①健康管理の支援が必要な者、②体力の改善に向けた支援が必要な者、③ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者、④閉じこもりに対する支援が必要な者、⑤家族等の介護者への負担軽減が必要な者、等に整理することができ、複数該当する場合も考えられます。「維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方（例）」も参考にしてください。</p>  |
|        | ③ 望む未来・望まない未来、予測していますか（予後予測） | <p>本人が「できない」と言われるのは、身体機能的に「できない」のか、できる能力はあるが、する意欲が持てない結果「できない」のか、環境的な問題で行為として「していない」だけなのか、今は痛み等があって一時的に「できない」だけなのか等、「どうしてなのか」を確認し、「できない」ことが今後、「改善」「維持」「悪化」するのか、見通しを立てましょう。</p> <p>「課題整理総括表」を活用すると、各領域における本人の状況について「阻害要因」を絡めながら、「改善/維持の可能性」や「見通し」を整理できるので、領域にまたがる共通した「阻害要因」が把握でき、「何が要因でそのような生活状態になっているのか」という本人の全体像（総合的課題）が捉えやすくなります。その上で、「どうすればできるようになるのか」を本人、家族、地域の力、環境面等の様々な角度から考えてみることでプランニングにつながります。本人の捉え方を「〇〇できない人」から「〇〇すれば、再びできるようになる人」に変えてみましょう。</p>  |                       | 関係者の連携  | ⑦ サービス担当者会議は連携の要です  |
| アセスメント | ④ 健康管理や疾病管理の必要性を意識していますか     | <p>高齢者は、生活習慣病や整形疾患等の複数の疾患を慢性的に抱えていることが多く、それらをうまくコントロールすることが、生活機能の低下を防ぐことにつながります。支援者は、生活習慣病の悪化防止や新たな疾病の発生予防のための視点を持ち、本人自身が生活機能の低下を招かないための暮らしが実践できるよう支援する必要があります。アセスメントでは現病歴や既往歴、治療状況だけでなく、本人の健康管理への行動や関心について把握し、支援にあたっては、主治医等（意見書を記載した医師以外も）に疾病管理やサービスを提供する上での注意点を確認し、情報共有等で連携することはもちろんのこと、医療面の知識が弱いと感じる場合は、地域包括支援センターの保健師やサービス事業所の医療職に健康管理や疾病管理のポイントを尋ねてみましょう。</p>  | ⑧ 顔の見える関係づくりを心掛けていますか | <p>連携の上で、相手の顔が分かるということは、お互いが本人を支援している関係者であると認識している状態であり、相談や連絡がしやすくなる環境づくりの第一条件です。</p> |   |
|        |                              |   | サービス                  | ⑨ 「できること」を奪うサービスになっていませんか   | <p>本人や家族が訴える要望や希望だけを聞いてサービス調整を行うと、結果として本人のできることを奪うことにつながり、廃用症候群の進行や、サービス依存を生み出す結果になる場合があります。①自助・互助・共助・公助の順でサービスが選択されているか、②期間限定のサービスなのか、持続的なサービスなのか、③改善に向けてサービス内容・量は適切か、④自己への取り組みへと移行可能か、等を意識しながら調整しましょう。また、作成された個別サービス計画がケアプランと連動し、サービス担当者会議で共有した「本人の望む生活」や「目標」が一致した計画になっているか確認も重要です。</p>   |
|        |                              |   | モニタリング                | ⑩ 目標達成状況を評価していますか   | <p>ケアプランに位置付けた期間終了時には目標達成状況についての評価が必要です。月々のモニタリングにおいて、本人の状況の変化を継続的に把握し、ケアプランが計画どおり実行されているか確認する必要があります。モニタリングの視点として、①本人・家族の生活状況に変化がないか、②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どうか、③個々の提供サービス等の支援内容が、実施の結果、適切であるかどうか、④利用しているサービスに対して、本人・家族は満足しているか、⑤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ないかどうか、を意識し小さな情報も見逃さないようにしましょう。また、サービス事業者とは、「どんなことを報告してほしいのか」、「共有すべき情報は何か」を話し合い、必要な情報がきちんと収集できる環境を整えることも大切です。</p>        |

介護予防サービス・支援計画書 (ケアマネジメント結果等記録表)

NO. \_\_\_\_\_

利用費名 \_\_\_\_\_ 年度 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 委託の場合：計画作成事業所・事業所名及び所在地 (連絡先) \_\_\_\_\_

計画作成 (変更) 日 年 月 日 (初回作成日 年 月 日) 支援センター： \_\_\_\_\_

目標とする生活とは、「どのような生活をこれからしていきたいのか」 1日・1年どちらかの目標設定だけでも可

1日 具体的でおおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化。

1年 生きがいや楽しみを元にした、達成したい目標 (夢ではなく、実現可能なもの)

- 状態の客観的事実を4領域に分けて書く
- 主観的な判断や思いは書かない
- できるか、できていないか
- しているか、していないか
- 誰が手伝っているか

- 自ら行きたい場所に移動できているか
- 杖や福祉用具・手段
- 自宅や屋外での歩行
- 外出時の移動方法状況等

- 日常に必要な品物の買物の状況
- 自分で選んで買っているか
- 献立、調理の状況
- 家事 (家の掃除、洗濯、ゴミ捨て等) についての状況
- 預貯金の出し入れの状況

- 家族や友人との関係、交流の状況
- 友人を招いたり、訪問する状況
- 家族・友人などとの会話や意思疎通
- 認知機能 (見当識)
- 地域での役割 (老人クラブや自治会)
- 趣味や楽しみの状況
- 緊急時の対応状況

- 排泄の状況
- 入浴やシャワーの状況
- 肌、顔、歯、爪などの手入れ
- 外健康への配慮 (食事・運動・睡眠等に気をつけている状況)
- 服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができていないか

| 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 | 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) | 介護保険サービスまたは地域支援事業 (総合事業のサービス) | サービス種別 | 事業所 (利用先) | 期間 |
| (運動・移動について)               |             | □有 □無            |       |                 |                  | ( ) |                |                                      |                               |        |           |    |
| (日常生活 (家事生活) について)        |             | □有 □無            |       |                 |                  | ( ) |                |                                      |                               |        |           |    |
| (社会参加、友人関係・コミュニケーションについて) |             | □有 □無            |       |                 |                  | ( ) |                |                                      |                               |        |           |    |
| (健康状態について)                |             | □有 □無            |       |                 |                  | ( ) |                |                                      |                               |        |           |    |

●各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「○」でできるようになりたい」「○○」はやりたくない」と記載し、本人・家族のどちらの認識かを明確にし、その理由について確認する。

●本人と家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載する。

●家族が行っていることで本人が傷つく言葉はそのまま書かない。

●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、ただちにプランをたてるのではなく、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。これは具体策を検討する際に参考情報となる。

●各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの原因、背景、原因を分析する。

●何が原因で現在の状況になっているのかを記入する。

●課題がある場合「□有」にレ点を付け、分析した内容を記載する。課題がない場合は「□無」にレ点を付ける。

●分析する場合は、実際の面談の様子、利用者基本情報、主治医意見書、健診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・経済状況等の観点から整理し、チェックリストの結果についても考慮する。

●ここまでは領域ごとに記載。

●「総合的課題」に対して目標と具体先を記載する。

●この目標は、本人や家族に対して、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なく、評価可能な具体的なものとす。

●また、具体先についても総合事業や予防給付だけでなく、生活機能の低下を予防するための、本人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、「○○が必要。」「○○を行う。」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が支援内容につながる。

●【目標】(3か月後には)ひとりで□□まで歩いて行けるようになる。

【具体策】

- ①▲▲を利用して△△を行う。
- ②★★体操を週3回して足の筋力をつける
- ③■■で・・・

●支援者が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。

●健康状態について記載されている主治医の指示や禁忌などを記載する。(リスクマネジメント)

例)

- ・狭心症発作に備えてニトロは常に直ぐ服用できるように備えておく。
- ・膝の強い痛みや腫れがある時は運動は実施せず医師に確認してから再開する。
- 担当者の役割分担や配慮すべき事項を記載する。

例)

- ・歩行が安定するまでは○○と一緒に同行し歩行状態を評価しながら一人で歩いていけるように支援する。

●本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、友人、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。

●誰が何をするのかを明記する。

●本来の支援が実施できない場合には、本人や家族と合意できた「当面の支援」を【 】書きで記載する。「当面の支援」がない場合には記載不要。

例)

- ・家族と一緒に鉢植えの手入れを行う。
- ・近所の友人と連れだって、買物と一緒に出かける。

●本人や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。

例)積極的に○○さんが体を動かすことができるよう、家族やスタッフはできることは手伝いません。○○さんができるように励まし声をかけ、○○ができるようになるよう応援していきます。

●予防給付、地域支援事業の具体的なサービス内容を記載する。(介護予防福祉用具貸与等サービス種類の記載ではない。)

●「掃除」や「買物」「リハビリ」だけではなく、「どこの掃除をどのように行うのか、代行するのか、ともに行うのか」「どのようなリハビリを行うのか」等を記載する。

●左記の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。

※総合事業の内容は市町村によって異なる

●当該サービス提供を行う、事業署名を記載する。

●本人・家族・地域・介護保険サービス以外の公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。

例)配食サービス事業所、医療機関等

●「期間」は左記に揚げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。

●「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。

●「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。

●回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。

→サービス担当者会議でサービス事業者と調整し、最終的に記載するかどうか合意すること。

「医師の意見書」「健診結果」「基本情報」等により計画を立てる上での健康上の留意すべき点。「狭心症の既往があり、共通時に薬を内服することになっている」等。単に医師意見書の疾患をそのまま転記するものではない。

本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援が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。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。

【本来行うべき支援ができない場合】  
【必要な支援の実現に向けた方針】

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

基本チェックリストの結果を参考に転記する。判定基準を参考にしながらアセスメントする。

基本チェックリストの (該当した項目)

|               | 運動不足 | 栄養改善 | 口腔ケア | 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   |

地域包括支援センター

【意見】 \_\_\_\_\_

【確認印】 \_\_\_\_\_

●居宅介護支援事業所に委託している場合に記入する。

●意見欄→利用者に対し、「地域包括支援センター職員も応援しているので、介護予防に積極的に取り組んでください」というような文言を記載。特になければ記載不要。

●確認欄→必ず記入すること

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_