

介護予防ケアマネジメントマニュアル

～自立支援にむけた、適切なケアマネジメントを目指して～

平成29年 4月作成
令和 2年11月改訂

★ 目次 ★

I	マニュアルの活用について（趣旨）	1
II	自立と自立支援について	
	1. 自立とは	2
	2. 自立支援とは	2
III	介護予防ケアマネジメント関連様式の記入方法	
	1. 介護予防サービス・支援計画表の特徴	3
	2. 利用者基本情報（フェイスシート）	4
	3. 介護予防サービス・支援計画書	7
	4. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 （サービス担当者会議の要点を含む）	16
	5. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表	17
	6. 様式の活用について	18
IV	ケアマネジメント業務の流れについて	
	1. ケアマネジメントのプロセス	20
	2. ケアマネジメントの流れと振り返りのポイント	21
	3. 基本チェックリストについての考え方	29
V	添付資料	
	介護予防ケアマネジメント実施における関連様式例	34
	課題整理総括表・評価表の活用の手引き（一部抜粋）	41

I マニュアルの活用について（趣旨）

介護保険制度において、「介護保険の目的に沿って、能力に応じ自立した生活を営むこと、また、要介護状態の軽減または悪化の予防に資することをめざして、適切な保険医療および福祉サービスが総合的に効率的に提供されるよう、利用者を支援すること」が介護支援専門員の役割といわれています。つまり、高齢者が要支援状態であっても要介護状態であっても、住み慣れた地域のなかで、できる限り自立して暮らし続けられるように支援することが求められています。

こういった目的を達成するために、介護保険制度は介護予防重視へと改正を重ね、住み慣れた地域で医療や介護、生活支援のためのサービス等を適切に提供できる体制である『地域包括ケアシステム』の実現に向け、日々のケアマネジメントをはじめ、様々な取り組みを行っています。

このマニュアルは、“地域包括支援センター運営マニュアル（一般財団法人長寿社会開発センター）”などをもとに、介護予防ケアマネジメントにおいて、自立支援に向けた、より適切なプロセスが展開できる一助となるよう作成しました。

介護予防支援や介護予防ケアマネジメントでのケアプラン作成に“介護予防支援・介護予防ケアマネジメント一部委託業務の流れ（地域総合支援センター作成）”とともにご活用ください。



Ⅱ 自立と自立支援について

1. 自立とは

「自立」にはADL・IADLの自立、収入・所得に関わる経済的自立などがあります。中でも、自分のことを自分で決めるという自己決定・自己選択に関わる精神的・人格的自立、つまり「日常生活のなかで、自らの意思で物ごとを選び決めること」が特に重要です。

2. 自立支援とは

「自立支援」の理念とは、高齢者自身の自立に向けた主体的営為を社会的に支援することです。利用者自身がその人らしく、より自立した日常生活が送れるよう支援することが大切です。

《自立支援のポイント》

- ① 利用者の望む暮らしについて、自己決定ができるように支援をおこなうこと。
- ② 自己決定を最大限に尊重するため、利用者がサービス提供者などに対して適切に発言できない場合などには、利用者の意向を代弁してサービス利用の権利の擁護を行うこと。
- ③ 利用者の意欲を引き出すとともに、潜在能力、利用者の強み、できそうなことを見出し、それを最大限に発揮できるように支援を行うこと。
- ④ 利用者の要介護状態等の軽減または悪化の防止に役立つような支援を行うこと。

Ⅲ 介護予防ケアマネジメント関連様式の記入方法

1. 介護予防サービス・支援計画表の特徴

アセスメント領域毎の課題分析、具体的な目標や実際の支援計画の作成を、利用者・家族の意向を確認しながら行うことができます。利用者や家族との面接でのやりとりを通してケアプランを作るその過程が表せ、その手順は概ね左から右へ進むように構成されています。つまり、ケアマネジメント（アセスメントからケアプラン）の思考過程を明らかにしたものであり、利用者主体のケアプランの作成が可能となります。

介護予防サービス・支援計画表

No. _____

利用者名 _____ 様（男・女） 歳 誕生年月日 年 月 日 認定の有効期限 年 月 日～ 年 月 日

計画作成者名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・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） 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活 _____

1日	1年	支援計画												
		アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・意向	領域における課題（貧乏・孤独）	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	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（介護サービス）	介護予防サービス又は地域支援事業（専任事業のサービス）	サービス種別	事業所（計画先）	期間
運動・移動について														
日常生活活動について														
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて														
健康管理について														

健康状態について _____ 【本実行すべき支援が実施できない場合】 _____ 総合的な方針：生活不活発等の改善予防のポイント _____

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
 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

運動不足	栄養改善	口腔ケア	認知機能	物忘れ	うつ
0	2	3	2	3	5

【意見】 _____
 【確認印】 _____

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 平成 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

2. 利用者基本情報（フェイスシート）

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

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

◆ 各業務に共通する基本情報

信頼関係が十分ではない段階ですべて聴き取って埋めることはできません。支援を継続する中で信頼関係が徐々に形成され、重ねられる会話の中で情報は少しずつ積み上がっていきます。その経過とともにアセスメント情報は繰り返し上書きされます。

◆ 情報使用に関する同意

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

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

《基本情報》

◆ 相談日

- 相談を受けた年月日を記載します。
- 相談の方法（来所や電話など）の種別も記載します。
- 初回か再来の相談かを○で囲み、再来の場合は、初回の相談日がわかれば記載します。

◆ 本人の現状

- 本人の現在の居所を記載します。
- 入院または入所の場合は、その病院名や施設名を記載します。

◆ 本人氏名

- 利用者氏名や性別、生年月日や年齢を記載します。
- 介護保険被保険者証と一致していることを確認します。

◆ 住所・電話番号

- 利用者の住所を記載します。
- 「居住地」と「住民票の住所地」が異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載します。
- 電話番号は利用者と連絡がとれる電話番号を記載します。

《日常生活自立度》

「障害高齢者の日常生活自立度」「認知症高齢者の日常生活自立度」のランクについて、要介護認定で用いられた主治医意見書（日常生活自立度）等を参考に、プラン作成者が現在の状態に該当するものに○をつけます。

◆ 認定・総合事業情報

- 利用者の認定等の区分を○で囲みます。
- 認定有効期間と前回の介護度を記載します。

◆ 障害等認定

- 障害の種別等について○で囲みます。
- 障害等級等と特記することがあれば空欄に記載します。

◆ 本人の住居環境

- 該当するものについて○で囲みます。
- 自室の有無、自室がある場合は自室のある階を記載します。
- 住宅改修の有無も記載します。

◆ 経済状況

- 利用者の該当する年金等について○で囲みます。

◆ 来所者（相談者）

- 来所者（相談者）の氏名を記載します。

◆ 住所連絡先・続柄

- 来所者（相談者）の住所や連絡先、本人との続柄を記載します。

◆ 緊急連絡先

- 緊急時に確実に連絡がとれる電話番号を記載します。
- 連絡先は、できるだけ複数確認することが望ましい。
- 利用者の急変時等の連絡も想定されるため、利用者の自宅以外の連絡先を記載します。

◆ 家族構成

- 利用者の家族関係について記載します。
- 介護者の状況（主たる介護者等の年齢、居住地域など）を記載します。

- 同居家族がわかるように○で囲みます。
- 利用者を中心として家族関係がわかるように図解にして記載します（ジェノグラム）。
- 家族関係で特記すべき事項（介護拒否など虐待の可能性など）も記載します。

《介護予防に関する事項》

この情報は、ケアプランを作成する際に求められる最も基本的な情報について整理することができるように構成されています。具体的には生活史（個人の生涯の歴史）、趣味等の個性、社会関係性、健康、（疾患）、導入されている制度についてです。

◆ 今までの生活

- 利用者の現在までの生活について、主要なできごとを時間の経過順に記載します。
- 職業歴や転居、家族歴、家族との関係、居住環境なども記載します。（仕事の内容や得意だったこと、家族や地域で担っていた役割などを含めて）
- 周囲との関係のある人は自立支援において促進的側面と阻害的側面があるため、どちらかの視点に偏ることなく記載することが重要です。
- 最近までできていた事、できなくなった事なども記載します。

◆ 現在の生活状況

- どんな暮らしを送っているかを記載します。
- 起床から就寝までの1日の流れについて、タイムスケジュールを記載します。（食事・入浴・買い物、仕事、日課の散歩など）
- テレビを見て過ごす、ごろごろして、横になっている事が多い等は「1日の生活・すごし方」の欄に記載します。
- 毎日の決まった生活行為については「時間・本人・介護者・家族」の欄に記載します。

◆ 趣味や楽しみ・特技

- 現在の状況を記載します。
- 以前取り組んでいたものも記載します。

◆ 友人や地域との関係

- 交流頻度や方法、内容を記載します。

《現病歴・既往歴と経過》

- 主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往症と治療・服薬の状況について時間の経過順に記載します。

- ・治療を受けている場合は「治療中」に○をつけ、治療は受けていないが受診だけしている場合は「経観中」に○をつけます。
- ・主治医意見書を記載した医療機関または医師に☆印を付けます。
- ・新しいものから記載、現在の状況に関連のあるものは必ず記載します。

《現在利用しているサービス》

- ・利用者が利用しているサービスについて、内容と利用頻度を記載します。
- ・公的なサービスと非公的サービス（インフォーマルサポート）を分けて記載します。

《個人情報の第三者提供に関する同意》

利用者の状況を把握する必要がある場合に、（※1）の内容等について、必要な範囲で関係する者に情報を提供することについて同意を得ます。

※当センターでは、個人情報使用同意書を契約とともに作成するため、この同意は不要としています。

- （※1）・要介護認定・要支援認定にかかる調査内容
- ・介護認定審査会による判定結果、意見
 - ・主治医意見書

3. 介護予防サービス・支援計画書

◆利用者氏名

- ・利用者の氏名を記載します。

◆認定年月日

- ・要介護認定の結果を受けた日または基本チェックリストを実施した日を記載します。

◆認定の有効期間

- ・要介護認定の有効期間を記載します。

◆初回・紹介・継続

- ・ケアプランを初めて作成する場合は、「初回」に○をつけます。
- ・予防給付を受けていたが総合事業を受けるようになった場合または総合事業を受けていたが予防給付を受けるようになった場合は、「紹介」に○をつけます。
- ・今後も継続する場合は、「継続」に○をつけます。

◆ 認定済み・申請中

- ・該当するものに○をつけます。

◆ 要支援1・要支援2・事業対象者

- ・介護保険被保険者証に記載された「要介護状態区分」を記載します。

◆ 計画作成者氏名

- ・ケアプラン作成者の氏名を記載します。

◆ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

- ・委託の場合、居宅介護支援事業所名と所在地（住所と電話番号）を記載します。

◆ 計画作成（変更）日（初回作成日）

- ・本計画を作成した日を記載します。
 - ・2回目以降の計画作成の場合は、（ ）内に初回作成日を記載します。
- ※サービス担当者会議等で原案が変更になった場合は、再作成を行った日を記載します。

◆ 担当地域総合支援センター

- ・利用者を担当する地域総合支援センター名を記載します。

◆ 目標とする生活

- ・利用者にとってよりイメージしやすい「目標とする生活」を「1日単位」あるいは「1年単位」で考え記載します。
- ・イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、あきらめていることやできる能力があるのにやっていないことなどについて、具体的に「〇〇を毎日続ける」「〇〇ができるようになる」といったように、生活場面を明確にして記載します。
- ・計画を立て終わった時点で再度利用者に目を通してもらい、修正することも可能です。

[1日]

- ・最終的な目標（望む暮らし）にたどり着くための段階的な目標や、生活行為の拡大など、様々な目標が設定されます。

記載例：毎朝玄関まで新聞を取りに行く。

[1年]

- 生きがいや楽しみについて話し合い、今後の生活で達成したい目標（望む暮らし）を設定します。
- その人らしい自己表現を引き出せるようにしましょう。（生活の場面を具体的にし、達成できたかどうか、モニタリングが可能な設定を心がけましょう）

記載例：孫の結婚式に出席する。
近所の商店街まで、ひとりで買い物に行く。



《アセスメントの領域と現在の状況欄》

- 「現在、自分で実施しているか否か」、「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施されているのか」等を聴き取りましょう。
- 利用者と家族の双方に聴き、実際の状況と発言していることの違い、認識の違い等にも留意します。発せられた言葉はできるだけそのまま記載します。
- 利用者・家族からの情報だけでなく、ケアプラン作成者が観察した状況（専門職が見立てた利用者ニーズ）についても記載します。
- 利用者を全人的（社会面、経済面、心理面などの様々な視点から捉える）にアセスメントすることが重要です。
- 初回面接では、完璧に情報収集しようとして、強引に聴きだし不快感を与えないように留意しましょう。信頼関係が深められた後にしか確認することが難しい情報もあります。

◆ 運動・移動について

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

確認する項目例

- 自宅や屋外をスムーズに歩行ができていますか（杖・車イスの有無など）。
- 交通機関を使って移動することをしてしていますか。

記載例：転倒後は、ひとりで外出することはなくなり、外出する時は家族に車で連れて行ってもらっている。室内は手すりを利用し歩行している。

◆ 日常生活（家庭生活）について

家事（買物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等）や、住居・金銭管理、花木やペットの世話などを行っているかを記載します。

確認する項目例

- 日常に必要な品物を自分で選んで買うことをしていますか。
- 献立を考え、調理することをしていますか。
- 家事（家の掃除、洗濯、ゴミ捨て、植物の水やり等）をしていますか。
- 預貯金の出し入れをしていますか。

*記載例：腰が痛くなるまでは、近くのスーパーに買い物に出かけ、家族の食事を作っていた。
現在は、家事全般を家族に行ってもらい、昼食は家族が作ったものを温めて食べている。*

◆ 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて

家族、近隣の人々との人間関係、仕事やボランティア活動、高年クラブや町内行事への参加状況、近隣における役割の有無など確認し記載します。

確認する項目例

- 家族や友人のことを心配したり、相談に乗るなどの関係を作り、保つことをしていますか。
- 家族・友人などと会話や手紙などにより交流することをしていますか。
- 友人を招くことや友人宅を訪問することをしていますか。
- 仕事や地域での役割をもち、行うことをしていますか。
- 趣味や楽しみがあり、続けていますか。
- 状況に見合った適切な方法で、人々と交流していますか。

*記載例：電話では友人とやりとりをしている。
商店街での顔なじみの人たちとの交流がなくなった。*

◆ 健康管理について

- 清潔・整容・口腔ケア、服薬、定期受診などを行っているかを記載します。
 - 飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養などの健康管理の観点から必要と思われる場合は記載します。
- ※高齢者の体調に影響する、食事・水分・排泄の状況（回数・量など）は、具体的に確認する必要があります。

確認する項目例

- 定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗うことをしていますか。
- 肌や顔、歯、爪などの手入れをしていますか。
- 健康のために食事に気をつけることをしていますか。
- 健診を受けることをしていますか。
- 薬を飲み忘れず、管理することをしていますか。

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。身のまわりのことは自分でできている。
入浴は、家族のいる時間に自分でできる。

《健康状態についての欄》

「主治医意見書」「基本情報」等により、健康状態について介護予防サービス・支援計画書を立てる上で留意すべき情報を記載します。
ここに示された内容を踏まえ、アセスメントをすすめます。

《基本チェックリスト結果記載の欄》

基本チェックリストの該当項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母にし、該当した項目数を分子として、その数字を「3/5」のように枠内に記載します。事業対象者の決定時だけでなく、計画書の作成時にチェックリストを用いてアセスメントを行います。（事業対象者は、事業対象者になった月に合わせて、毎年基本チェックリストを行います。）

《本人・家族の意欲・意向欄》

領域ごとに確認する

- 現在の状況をどのように受け止めていますか。
- 受け止めている度合いはどの程度ですか。
- 現状維持や改善、向上についての意欲がありますか。

本人・家族それぞれに聴き取りケアプラン上に位置づける

- 双方の思いを明確にしましょう
「本人と家族の意見は一致していますか」
「本人と家族の意見に相違はありますか」
- 本人や家族の言葉が「否定的」「消極的」な場合であっても、本人や家族の思いを受け止め、ありのままの言葉を記載してよい。

◆ 運動・移動について

- 運動領域：機能低下が生活行為にどのような「不便さ」を与えているかを記載します。
- 移動領域：行き先やそこで誰と交流しているかなどを確認し、本人の意欲を具体的に記載します。

◆ 日常生活（家庭生活）について

- ・取り戻したい生活習慣（朝の整容、犬の散歩、庭の手入れなど）に着目し、記載します。

◆ 社会参加・対人関係・コミュニケーションについて

- ・現在の状況に対してどのように感じていますか。
- ・会いたい人や参加したい場所等はどこですか。
- ・家族には本人の元気な頃の様子を聴き、どうなってもらいたいかを記載します。

◆ 健康管理について

- ・本人はどれだけ意欲的に健康管理を行っていますか。
- ・家族はどの部分なら行うことができているか（どう感じているのか）を記載します。
⇒血圧・水分補給・服薬・運動など
- ・本音（望み等）と現状（あきらめ、不安）について把握します。
⇒本人の精神面の把握

記載例：本人（主治医の）先生に「転ばないように気をつけて」と言われている。一度庭で転んでから外にひとりで出るのが怖い。今より悪くならないように気をつけたい。

嫁—外出しなくなってから、元気がなくなったように思う。昔のように商店街の人と交流ができれば元気がでるのではないかな。

《領域における課題（背景・原因）の欄》

課題については直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を分析することが必要であり、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と将来どのようなことが起こるかなどの課題を予測し、記載します。

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可能性が高くなる。

《総合的課題の欄》

大切にしたいこと

- ・利用者によってものごとの「受け取り方」が違います。課題はあくまでも利用者に合わせてものにします。

支援のポイント

- ・「どれもやる」ではなく、優先順位をつけ「どれからやるのか」の視点が大切です。
- ・他領域の課題の原因との共通性を見出し、統合化を行います。
- ・「小さな成功体験」「ささやかな達成感」を大切にします。

(例えば…) 下肢筋力の低下が改善されると・・・

- ・歩行が安定し、移動距離が増す。
- ・立位が安定し、以前のように調理が苦にならなくなる。
- ・活動範囲が広がったことで、知人と会うことが増えた。
- ・血圧・血糖値が正常になった。

利用者主体ではない表現に配慮する

- ・「～の必要がある」「～の危険性がある」「～させる」等の表現は避け、本人の受け止めやすい表現に配慮します。

(利用者主体の表現)

- ・なるべく意欲的に「～したい」「～できるようになりたい」と表現
- ・意欲的になれない利用者の場合は「～で困っている」といった気持ちに沿った表現

利用者がイメージしやすい課題にする

「～の可能性がある」「～となるおそれがある」

⇒利用者自身が「(だから) どうするのか」を記載しましょう。

記載例：週3回は家の周りを散歩する

《課題に対する目標と具体策の提案の欄》

目標設定と具体策の提案

利用者と専門職が協働して課題を解決するために「めざすこと」を、(※2)の内容を確認しながら決めていきます。

- (※2) ①自分でできること。
②家族の支援やサービス利用できそうなこと(可能性)。
③本人がやる気になれること。
④以前に行っていたこと。

ここで設定する目標は、後に評価の指標にできるような具体的なものにします。

目標設定のポイント

- ・目標は、「期間を設定」することで取り組むことが具体的になります。
- ・理解しやすい具体的な設定をします。(距離・時間・場所・回数)

記載例：「調理をする」⇒「週3回、夕食を作る」

「リハビリをする」⇒「週3回、病院まで歩いて行き、理学療法士から負担のない歩き方と杖の使い方の指導を受ける」

記載例：目標一週1回家族が休みの時に、一緒に近所の商店街に歩いて買い物に行く
具体策一ひざの痛みについて主治医と相談する。
自宅でできる運動を毎日10分間行う。
座ってできる調理をする。

《具体策についての意向 本人・家族の欄》

利用者・家族間の目標の受け止めのズレ、意向のズレ、具体策のズレのすり合わせを行います。

合意が得られなかった場合

- ・ズレが明確になったら、その根拠や理由を確認します。
- ・利用者や家族の双方に「実際に可能な目標設定」を再度行います。
⇒介護支援専門員として「予測されるリスクへの気づき」を促します。
⇒具体策について「折り合い」をつけます。
- ・具体策を変更した場合は、[本来行うべき支援が実施できない場合]欄に反映させ、将来的な取り組みとします。

《目標の欄》

利用者（家族）、介護支援専門員で合意した目標を記載します。

- ・介護支援専門員として提案した内容と本人・家族の意向のすり合わせで合意した内容を記載します。
- ・実施後のイメージ化を図れるよう支援し、やる気になる提案をしましょう。
（例）提案内容を話し合いの中で、到達レベルを少し下げ、達成感が得られたことを確認してから進めます。
- ・すり合わせ時に合意しないまま進めると、実際に実施されず意味のないプランになります。

《目標についての支援のポイントの欄》

ケアチームの配慮・役割を記載します。

◆ 通所型サービス・介護予防通所リハビリ など

- ・社会的な交流や閉じこもり予防を目指したものでしょうか。
- ・筋力向上などのリハビリや生活機能の改善を目的にしていますか。
- ・本人が利用を納得していますか。
- ・本人が「人付き合い」が好きですか。
- ・送迎時の「コース、送迎時間、乗降場所」は大丈夫ですか。
- ・認知症の度合い（レベル）はどうですか。

◆ 訪問型サービス など

- ・「できること」「したいこと」の維持ができていますか。
- ・ヘルパーと共に行うことで、自分でできることが増えていきそうですか。
- ・本人の介護予防に対する理解の状況はどうですか。
- ・事業所として配慮してほしいことはありますか。
- ・本人の状況を踏まえ、適切なサービスを位置づけていますか。（予防専門訪問型サービス・生活援助訪問型サービス）

◆ 家族・近隣・ボランティア・地域行事等

《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の欄》

本人が自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣の協力などもインフォーマルサービスとして記載します。

※誰が何をするのか具体的に記載します。

※自立支援の観点から、セルフケア等から検討していきます。

《介護保険または地域支援事業の欄》

該当するサービスに○をつけ、利用するサービスの内容を具体的に記載します。

◆ 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」、「介護保険サービスまたは地域支援事業」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載します。

◆ 事業所

具体的なサービス種別および該当サービス提供を行う事業所名を記載します。

◆ 期間

「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載します。（「〇年〇月〇日～〇年〇月〇日」など）

※計画書の期間は認定有効期間内で、最長 12 ヶ月です。

《総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）の欄》

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

《本来行うべき支援が実施できない場合の欄》

- サービス内容について利用者・家族と合意できない場合は、本来の支援ができるように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します。
- 地域に適切なサービスがない場合は、新たな活動の創出などの必要性を記載します。

記載例：地域に集まる場所（サロン）がないので、地域のボランティアグループと協力してサロンの開催につなげていくことが必要。

《地域総合支援センターの意見・確認の欄》

- 予防給付や総合事業で、地域総合支援センターからの委託を受けて行う場合は、最終的な責任者である地域総合支援センターが、ケアプランが適切に作成されているかを確認します。
- 委託された居宅介護支援事業所は、ケアプラン原案を作成し、地域総合支援センターに確認を受ける必要があります。確認をした地域総合支援センターの担当者がその氏名を記載します。
※当センターでは、評価表に記載することとしています。

《計画に関する同意の欄》

- ケアプラン原案の内容を利用者・家族に説明した上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入または捺印してもらいます。

4. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

- 時系列にできごと、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ます。必要な場合には、支援方針の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載します。
- 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載します。
※要点のみで可（会議目的、検討項目の結論、残された課題があれば今後の方針等）

《利用者氏名の欄》

利用者の氏名を記載します。

《計画作成者氏名の欄》

計画作成者の氏名を記載します。

《年月日の欄》《内容の欄》

- 訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載します。
- 事業所から報告書等が提出された場合には、ここに添付します。
- 事実の記載だけでなく、その事実に基づき介護予防ケアプランの修正が必要と考えられた場合などは記録に残します。

5. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表

- ・介護予防サービスは通常3～6ヵ月で評価を行います。
- ・一定期間後地域総合支援センターに報告し、今後の方針について意見交換します。

《目標の欄》

ケアプランの目標を記載します。

《評価期間の欄》

ケアプランの「期間」欄から期間を記載します。

《目標達成状況の欄》

- ・評価期間内に目標がどの程度達成しているのか、具体的に記載します。
- ・評価時に、評価期間が終わっていないサービスについてもいったん評価を行い、ケアプランを見直します。

《目標達成／未達成の欄》

- ・目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印をつけます。
- ・達成・未達成と記載してもかまいません。

《目標を達成しない原因（本人・家族の意見）の欄》

なぜ目標が達成されなかったのか、目標の妥当性を含め、利用者・家族の認識を確認し、原因を記載します。

《目標を達成しない原因（計画作成者の評価）の欄》

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、介護支援専門員としての評価を記載します。

《今後の方針の欄》

今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載します。

《地域包括支援センター意見の欄》

ケアプランに対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、「効果が認められた、維持、悪化」等の判定をし、その根拠も記載します。

委託を受けた居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、地域総合支援センター意見について、十分意見交換を行い、方針の統一を図る必要があります。センターの意見を参考に、今後の方針で該当するものに☑印をつけます。

6. 様式の活用について

《様式活用の考え方》

アセスメント、課題分析、モニタリングの参考様式として「興味・関心チェックシート」「課題整理総括表」「基本チェックリスト」等を活用して、多職種間での意識の共有や、自立支援を重視したケアマネジメントを実践しましょう。

興味・関心チェックシート

「興味・関心チェックシート」は作業療法士協会で作られ、余暇活動のみに焦点を当てているのではなく、セルフケアなどの生活面にも焦点を当てていることが特徴です。本人の趣味・役割またはしたいと思っていることを聞き取りする等に活用できます。

課題整理総括表

課題整理総括表は、情報の収集と分析を行い、課題を抽出する上で、利用者の現在の状態と要介護状態等の改善・維持等の可能性に照らして、課題の捉え方に抜けや漏れがないかをまとめるものです。

基本チェックリスト

本人や家族との面接にて基本チェックリストの内容をアセスメントによって更に深め、本人の状況や希望等も踏まえて、自立支援にむけたケアプランを作成し、適切なサービス利用につなげるものです。

25項目により生活機能低下の可能性を把握します。1から5の項目が主として日常生活関連動作に関する項目であり、6～10の5項目が転倒発生リスクを中心とした運動器の機能に関する項目です。

11、12の2項目は栄養状態を判断する項目であり、13～15の3項目は咀嚼、嚥下機能を中心とする口腔機能を判断する項目となっています。さらに、16、17の2項目は閉じこもりに関する質問であり、18～20の3項目は認知症、21～25の5項目はうつそれぞれの可能性を判断するための設問となっています。（P29「基本チェックリストについての考え方」を参照）

自立支援に向けたケアマネジメントを進める観点や、多職種間での意識の共有を図る観点から「興味・関心チェックシート」や「課題整理総括表」等を活用し、ケアプランを作成していきましょう。


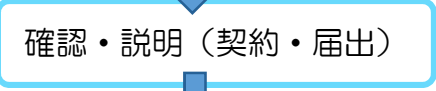
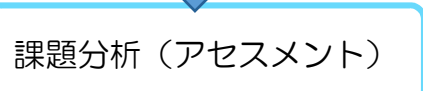
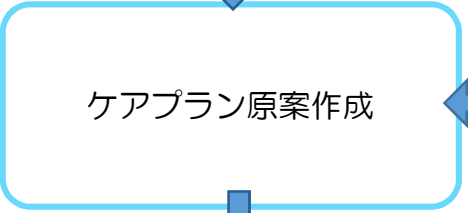
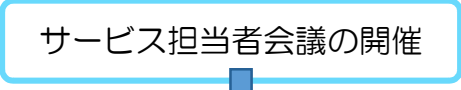

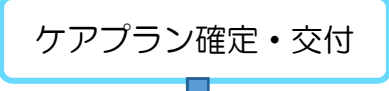
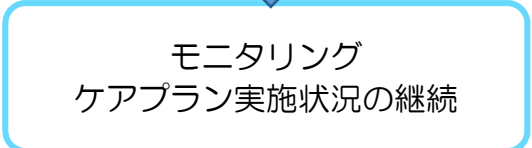
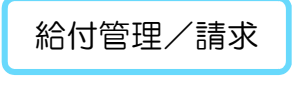




Ⅳ ケアマネジメント業務の流れについて

ここからは、訪問の前に何に注意し、何を確認しなければならないかをケアマネジメントの流れに沿って整理しています。
また、振り返りができるように構成しています。



1. ケアマネジメントのプロセス

計画期	ケアマネジメントの流れ	活用様式
		
		介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書（明石市様式）
		基本チェックリスト（P31） 興味・関心チェックシート（資料1・P33） 課題整理総括表（資料2・P34）
		利用者基本情報（資料3・P35）
		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）（資料4・P37）
		介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（※担当者会議の要点を含む）（資料5・P38）
		介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（※担当者会議の要点を含む）（資料5・P39）
		
		
		
モニタリング・評価期		
	～評価・再アセスメント～ 	介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表（資料6・P40）
	 	

2. ケアマネジメントの流れと振り返りのポイント

業務の流れはあくまでも目安です。また、留意事項は、すべてを行わなくてはならないわけではありません。利用者や家族の状況に応じて、業務の流れ等は変わっていきます。

	介護支援専門員の業務の流れ	留意事項（振り返りポイント）	法的根拠（※4）
訪問前の準備	<p>訪問前の準備をしましょう。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 利用者に連絡をして初回訪問の日程調整を行きましょう。 	<ul style="list-style-type: none"> □訪問日時は、あらかじめ約束していますか。 □どのような目的で訪問するかを簡単に説明していますか。 □初回訪問前に医療機関や地域総合支援センター等からの情報提供がある場合については目を通していますか。 □必要な書類の準備の確認 	
訪問中の留意事項	<p>訪問中の留意事項</p> <ul style="list-style-type: none"> • 身分証の提示 所属機関名、氏名を伝えましょう。利用者または家族から求められた時は身分証の提示をしましょう。 • 家の周囲の街並みや玄関まわりの環境等を確認しましょう。 • 家の中の生活環境をさりげなく観察しましょう。 <p>訪問面接開始</p> <ul style="list-style-type: none"> • 訪問の目的や介護支援専門員の役割をわかりやすく説明しましょう。 • メモを取る場合は承諾を得ましょう。 	<ul style="list-style-type: none"> □身分証（名札）を携行していますか。 □家の中の環境を確認（ゴミは落ちていないか、机の上に何を置いているか、趣味の物、部屋の温度、日射しの程度等）をしていますか。 <p>《信頼関係を築くために》</p> <ul style="list-style-type: none"> □利用者・家族の話を傾聴し、受容的態度で接していますか。 □利用者の年齢、経歴、性差を意識した言葉づかい、態度に配慮していますか。 □専門用語はなるべく使わないように心がけ、メモをとることに集中し過ぎて会話が途切れたり、目線がずっと下を向いたりしないように気をつけていますか。 <p>《援助関係形成のための7原則》</p> <p>バイステックによる援助関係性における7原則</p> <ol style="list-style-type: none"> ①個別化：クライアントを個人としてとらえる ②意図的な感情表出： クライアントの感情表現を大切にする ③統制された情緒感情： 援助は自分の感情を自覚して吟味する ④受容：受け止める ⑤非審判的態度： クライアントを一方向的に非難しない ⑥自己決定の原則： クライアントの自己決定を促して尊重する ⑦秘密保持：秘密を保持して信頼感を醸成する 	第3章 第9条

	介護支援専門員の業務の流れ	留意事項（振り返りポイント）	法的根拠（※4）
	契約締結 （地域総合支援センターが実施） <ul style="list-style-type: none"> 介護保険被保険者証情報の確認 利用者・家族に契約の意向確認をした上で、契約内容と重要事項をわかりやすく説明します。 個人情報保護（守秘義務）と情報開示、苦情相談窓口等について説明を行います。 	<input type="checkbox"/> 最新の介護保険被保険者証を確認していますか。 <input type="checkbox"/> 要介護認定区分、認定有効期間、給付制限等を確認していますか。 <input type="checkbox"/> 医療保険（原爆、特定疾患等）、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無など介護保険制度以外の確認をしていますか。	第3章 第4条 第1項 第2項
アセスメント	①利用者の思いを知る ○利用者の「困りごと」、「心配ごと」を理解する。 <ul style="list-style-type: none"> 利用者がどのようなことに困っているのか、心配ごとがあるのかを確認 その心配ごとは、いつ頃から、どのくらい続いていて、どのような時にどこで起こるのかを確認 困りごとや心配ごとに対して、今までどのように対応してきたのか、利用者はどのように考え、感じているかを確認 ②利用者の健康状態（病気）を理解する <ul style="list-style-type: none"> 疾患等を事前に調べておきます。 病気が発症した時の経緯や状況について確認 病気について、利用者・家族がどの程度認識しているか把握 処方薬の種類、服薬時間・方法、薬の管理の仕方について確認 医療機関（在宅酸素、人工呼吸器、パルスオキシメーター等）の操作方法を把握 	アセスメントを行うには情報収集が必要です。相手を尊重し、より正確に事実、感情等を明確にしていきながら、相手の話の流れに沿いながら、必要な情報を聴いていくことが大切です。 《情報収集時に配慮すること》 <input type="checkbox"/> 自分が「聴きたいこと」は後に回し、利用者の「話したいこと」に耳を傾けていますか。 <input type="checkbox"/> すべての情報を一度に聴き取る必要はなく、利用者のさまざまな「語り」から、望む暮らしや困りごとを表現している言葉を聴き取っていますか。 <input type="checkbox"/> 困りごとだけでなく、利用者の残存能力（可能性）にも視点をあおいていますか。 <input type="checkbox"/> 利用者本人・家族それぞれから聴き取っていますか。 <input type="checkbox"/> 「命を守る」という倫理を最優先に考えていますか。	第4章 第30条 第3～7項

	介護支援専門員の業務の流れ	留意事項（振り返りポイント）	法的根拠（※4）
	<p>③身体面を理解する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・視力／顔が見える、文字が読める、メガネの使用の有無等の確認 ・聴力/コミュニケーションの状況から把握、補聴器の使用の有無等の確認 ・咀嚼、食事の様子 ・食欲、眠れない、体重の増減 ・手指の動き、麻痺、関節の可動域 ・立ち上がり、歩くまでの動作、円背等の姿勢の状況 ・排泄状況 <p>④精神面について理解する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関心・意欲・交流 家事や趣味等どの程度意欲的に交流できているかを確認 ・会話：会話のつじつまがあうか等 ・記憶：最近のできごとや古い記憶の程度 ・見当識：日時、場所、人物がどの程度理解できているか。 <p>⑤役割（参加）を理解する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・どのような役割をもっているかを確認 （例）家族のための調理であれば、母もしくは妻としての役割を担っていると考えられる。 ・家庭内での役割（家事の程度） ・地域等での役割 ・興味のあること、得意なこと。 <p>⑥個性を理解する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活歴や教育歴等を確認 ・信頼関係が深まってきたら、成功体験やつらい体験、どのように生きてきたのかといった生活史を少しずつ聴いてみましょう。 	<p>□処方薬の作用・副作用を認識していますか。</p> <p>《情報収集時に配慮すること》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神機能は、注意、記録、思考、計算等の脳のもつ機能のことです。このような機能が障害された場合は、精神機能障害と言います。 ・理解の程度は利用者によって様々なので、具体的に評価します。（家族と友人の〇〇は理解でき、名前を呼ぶことができる等） <p>□誰のための行動なのかを意識できていますか。（誰かのため、誰かと一緒にの行動なら、そこには役割が生まれていることを意識する）</p> <p>□個性は、他の人と優越を比較するものではないことを認識していますか。</p>	

	介護支援専門員の業務の流れ	留意事項（振り返りポイント）	法的根拠（※4）
	<p>⑦家族や地域住民との関係性を理解する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が一番頼りにしている人は誰なのか、誰が決定権をもっているのか等を確認 ・家族の中の関係性を把握 ・家族以外の友人や近隣等の地域との関係性を確認 ・趣味や特技などを通じて特定の人との日常的な関わりを確認 ・利用者が自らの意思で外出して訪問する場所があるか、頻度は定期的なのかを確認 <p>⑧制度、経済状況を理解する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年金の種類（厚生年金、国民年金、遺族年金等）と額を確認 ・自分で管理ができているのか、家族の支援が必要なのか等を把握 <p>⑨暮らしを理解する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活動線と身体機能を照らし合わせて、無理や危険な動きをもたらしていないかを確認 ・物が置いてある場所を知ることによって、利用者が楽に動くことのできる範囲を知ることができます。 ・テーブルの上に置かれている物、壁にかかっている物、書棚に並んでいる本などを確認することで、趣味や嗜好といった内面の情報を知ることができます。 <p>⑩ニーズを導きだす</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が感じるニーズ、家族が感じるニーズ、介護支援専門員の専門性から導きだされるニーズを調整し、合意されたニーズを導きだしましょう。 ・合意されたニーズを、利用者や家族、多職種にわかりやすく説明できるようにしましょう。 	<p>□利用者・家族の両方の語りに耳を傾けていますか。</p> <p>□どちらかの発言力が強いと感じる場合は、別々に面接する等の工夫をしていますか。</p> <p>□「日常の金銭管理」と「財産を含む金銭管理」のそれぞれの能力について把握していますか。</p> <p>□自宅で面接する際には、さりげなく、しっかりと観察をして生活環境を把握していますか。</p> <p>□合意されたニーズとは、「利用者、家族の両方が納得でき、かつ両者のプラスになるもの」であると同時に介護支援専門員の規範的ニーズ（専門的見立て）から合意できるものですか。</p> <p>《どうしてもニーズの合意が得られない場合》サービス担当者会議を通じて、その経過を多職種で共有し、利用者や家族に理解してもらうよう引き続きアプローチしていく方法を検討しましょう。</p>	

	介護支援専門員の業務の流れ	留意事項（振り返りポイント）	法的根拠（※4）
	<p>⑪課題抽出 確認した情報を基に下記のことを分析しましょう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のこれまでの暮らし ・利用者の現状への認識 ・利用者・家族の望む暮らし ・利用者の強み、できる可能性 ・利用者の役割、他者との関係性 ・家族の介護力 ・疾患等、心身面の状況が及ぼすリスクや将来の予測 	<p>《「課題整理総括表」の活用》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活全般の解決すべき課題を導くにあたり、利用者等がどのような生活をしたい、あるいはできるようになりたいと望んでいるかなどの意向を引き出し、他の専門職と客観的に判断することができます。 ⇒課題整理総括表については、Ⅳ添付資料の「課題整理総括表・評価表の活用の手引き（一部抜粋）」をご参照ください。 <p>活用場面</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントによって把握した情報から、利用者の解決すべき課題を導きだすときに活用 ・多職種間で情報共有する際に活用することで、ケアプランの理解が進み効果的 ・課題を把握するための情報収集・分析過程において、アセスメントに漏れがないか自己点検に活用 	
ケアプラン原案作成	<p>《ケアプランの作成について》 P3~17 介護予防ケアマネジメント関連様式の記入方法を参照</p> <p>《ケアプランの作成の基本的な考え方》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・これからの望む暮らしを、利用者、家族、援助者が一緒に考え、計画し共有できるものである。 ・利用者が理解できるわかりやすい表現で書く。 ※医療ニーズに対するサービス内容には専門用語の使用が必要。利用者、家族にしっかり説明し、理解を得る。 ・利用者が受け入れがたい表現は控える。（障害の状態像、ネガティブな生活史） <p>《自立支援につながるケアプランを作るためのポイント》</p> <p>①利用者の強み（できる能力）を活かし、本人が取り組むことができる課題を盛り込む</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の強みを活かすことで自尊心が高まり、生活機能の向上に対する意欲を引き出すことができるため、現在ある能力を活かす、何らかの役割を持つなど、本人が取り組める課題を盛り込んでいきましょう。 <p>②具体的で明確なケアプランを作成（ケアプランは利用者のもので）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランは利用者のもので、自分自身が何をしなければならないのか、どのような支援を受けられるのかをわかりやすく、具体的に記載しましょう。 ・生活機能が「いつまでに」「どの程度向上するのか」、そのためには、「誰が、いつ、何を、どこで、どのようにして・・・」を明確にしましょう。 <p>③要望型ケアプランではなく目標志向型（自立支援型）のケアプランを</p> <ul style="list-style-type: none"> ・できないことを単に補う要望型のケアプランは課題解決になりません。ニーズを正しく知り、生活機能の低下の背景・原因を探り、目標となる生活へ近づけるよう、達成できそうな目標・期間を定め、改善や自立への意欲を引き出せるような内容にしましょう。 ・目標はあくまでも利用者の目標、目標は達成可能なもので具体性があり、誰の目から見ても達成できたか否かが評価（モニタリング）できるようにしましょう。 ・自立を支援する視点を持ちながら、安心・安全に配慮した内容にしましょう。 		第4章 第29条 第1項 第30条 第9項

	介護支援専門員の業務の流れ	留意事項（振り返りポイント）	法的根拠（※4）
サービス担当者会議	<p>サービス担当者会議の開催準備</p> <p>①会議の日程を調整します。</p> <p>②サービス担当者会議の資料を準備</p> <ul style="list-style-type: none"> サービス担当者会議で検討する議題を整理しておきましょう。 <p>⇒サービス担当者会議資料として、「課題整理総括表」を活用すると多職種間で情報共有やケアプランの理解が進み効果的です。</p> <ul style="list-style-type: none"> レジюме等を作成し参加者や議題を記載するなど工夫しましょう。 <p>サービス担当者会議の開催</p> <ul style="list-style-type: none"> 会議の進行と記録を行きましょう。 短時間で、各サービス担当者と協働でケアプランを検討 <p>検討内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ○利用者の希望・要望が尊重されていることを確認 ○総合的な援助の方針を共有化 ○利用者の健康上、生活上の問題点および解決すべき課題の明確化 ○サービスの目標及び達成時期の確認 <ul style="list-style-type: none"> 会議開始時間、終了時間厳守 	<p>□利用者・家族に担当者会議の目的をわかりやすく説明していますか。</p> <p>□可能な限り、全ての関係者が出席できるように調整を行いましょ。</p> <p>□主治医、事業所等が参加できない場合は、介護支援専門員が事前に連絡し、意見を聞いておきましょう。</p> <p>□必要に応じてインフォーマルな支援者（民生児童委員、ボランティア、近隣住民等）にも出席を依頼しましょう（個人情報の取扱には十分な配慮をお願いする）。</p> <p>《サービス担当者会議開催時に配慮すること》</p> <ol style="list-style-type: none"> ①サービス事業所や家族・本人等、特定の人だけが発言することがないようにしましょう。 ②専門用語はなるべく使わず、できるだけ一般的な言葉に置き換えて発言しましょう。 ③利用者、家族、関係者の意見を反映させ、ケアプラン原案を修正しましょう。 ④利用者、家族、関係者と目標を共有し、それぞれの役割分担を明確にしておきましょう。 <p>《サービス担当者会議のメリット》</p> <ol style="list-style-type: none"> ①ケアプランに基づいて、各サービス担当者の責任と役割を明確にすることでサービスの質が保証できます。 ②多職種の専門分野の意見や経験を参考に、より望ましいプランができます。 ③介護支援専門員だけがケアプランの進行管理責任を抱えるのではなく、チーム一体となってケアプランの実行、進行管理に努めることで、それぞれの責任意識が高まります。 ④利用者、家族もケアプラン作成に加わることで、担うべき役割も認識でき、主体的な意識も生まれます。 ⑤利用者の存在価値を支援者全員で共有する場という意味もあります。 ⑥利用者にチーム全員の“思い”を伝える場（チームワークの醸成）でもあります。 	<p>第4章 第30条 第9項</p> <p>第4章 第30条 第10項</p>

	介護支援専門員の業務の流れ	留意事項（振り返りポイント）	法的根拠（※4）
	<p>サービス担当者会議開催後</p> <ul style="list-style-type: none"> • 要点をまとめ、記録を残しておきましょう。 	<p>《サービス担当者会議の記録に関する留意点》 検討した項目に対応して結論を記載しましょう。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①「いつまでに誰が〇〇する」という具体的な書き方で結論を明記しましょう。 ②残された課題があれば記録しましょう。 ③それぞれの役割分担に漏れや重複がないか、計画がスムーズに進行するか等、話し合った要点を記録しましょう。 ④決定事項について、利用者や参加者に配布して、共通認識をもてるようにしましょう。 	
ケアプランの確定	<p>利用者にケアプランを説明し、同意を得る</p> <ul style="list-style-type: none"> • ケアプラン（支援計画書、週間サービス計画表、サービス利用票、サービス利用票別表をそれぞれ2部準備しましょう。 • 訪問し、利用者・家族に説明し、確認の押印後、1部を利用者に渡し、1部は事業所で保管 <p>ケアプラン確定・交付</p> <ul style="list-style-type: none"> • ケアプランを作成した際には、遅滞なく利用者及びサービス担当者に交付しましょう。 	<p>□サービス担当者会議で変更、確定したことについて必要に応じて本人・家族に再度説明し、同意を得ていますか。</p> <p>《ケアプランに合意が得られない場合》 サービス担当者会議等を通じて働きかけの経過をチーム内で共有し、利用者や家族に理解してもらうようアプローチしましょう。</p>	<p>第4章 第30条 第10項</p> <p>第4章 第30条 第11項</p>
モニタリング評価期	<p>サービス利用開始、モニタリングの開始</p> <ul style="list-style-type: none"> • モニタリングを行う意義・目的について本人、家族に説明しましょう。 • 毎月のモニタリングは、サービス提供場所等へ訪問し、面接または利用者への電話等により状況を把握するとともに、3カ月に1回は利用者宅を訪問し、本人・家族に会ってモニタリングを実施し記録に残しましょう。 • 利用者の身体的、精神・心理的、社会的要因の変化の有無を確認 	<p>□モニタリングの際は、単なる御用聞きに終わらず、ケアプランに挙げられた「〇〇したい」というニーズがどのように変化しているか、課題が残っていないかを確認するとともに、目標の達成度合いを利用者と共に見直していますか。</p> <p>《モニタリングの目的》</p> <ol style="list-style-type: none"> ①ケアプランが適切に実施されているかどうかを確認 ②ケアプランに盛り込まれている援助目的が達成されているかどうかを確認 ③サービスやサポートの内容が適切であるかどうかを確認 ④ケアプランの変更を求めるような利用者側での新しい生活課題（ニーズ）が生じていないかを確認 	<p>第4章 第30条 第12項 第13項 第16項</p>

	介護支援専門員の業務の流れ	留意事項（振り返りポイント）	法的根拠（※4）
	<p>モニタリングの記録</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事実に基づいて、要点をしぼって記録しましょう。 	<p>《モニタリングの記録に際し必要な項目》</p> <ol style="list-style-type: none"> ①モニタリングを行った日付、時間 ②モニタリングの場所 ③モニタリングを行った相手（利用者及び家族が対象であるが、必要に応じて、かかりつけ医や会議サービス事業者等に状況を聴き取りすることも必要） ④モニタリングを行った内容 	
	<p>ケアプランの評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランで設定された目標が達成されたかどうか評価し、今後のケアプランの見直しを行いましょ <p>継続</p> <p>『アセスメント～ケアプラン原案作成～サービス担当者会議～モニタリング～評価』の繰り返しとなります。</p> <p>終結</p> <p>評価の結果、課題が解決された場合はサービスが終了となります。</p>	<p><input type="checkbox"/>評価結果を本人、家族及びサービス事業所等と共有し、次のケアプラン作成に活かしていますか。</p> <p><input type="checkbox"/>介護支援専門員としての一連の関わりを振り返ってみましょう。</p>	<p>第4章 第30条 第14項</p> <p>第4章 第30条 第15項</p>

《医療との連携》

医療との連携については、介護保険法（※3）において十分に配慮して行わなければならないとされています。介護支援専門員は、利用者の了解を得て、主治医と連携を行い、介護予防サービスを利用する目的や日常生活における利用者の状況を主治医に説明する必要があります。同時に、主治医から利用者の心身や健康状態に関する情報を聴き取り、介護予防サービスの提供にあたって留意すべき点などに関して指導や助言を得ることが大切です。

（※3）介護保険法第2条；保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行わなければならない。

（※4）「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のために効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月24日厚生労働省令第37号）」及び「明石市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のために効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例施行規則（平成27年3月31日規則第25号）」



3. 基本チェックリストについての考え方

【実施時の注意事項】

- ①黒のボールペンで記入してください（消せるボールペンは不可）。訂正する際は二重線で訂正してください。
- ②基本チェックリストの本人同意欄には、必ず本人にサインをしてもらいます。本人による記入が難しい場合は、代筆者に、本人氏名欄と代筆者氏名の欄の両方の記入をしてもらってください。
- ③BMI の計算が必要であるため、訪問時は電卓等を準備してください。

【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の評価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週間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。銀行等の窓口での手続きも含め、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・親族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されますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかける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。月と日の一方しかわからない場合には「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)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

基本チェックリスト

被保険者番号		実施日	年	月	日
フリガナ		生年月日	明・大・昭	性別	男・女
被保険者氏名			年		
住民票上の住所	〒	電話番号 ()			

回答欄の「はい」「いいえ」のどちらかに○を付けてください。

NO.	質問項目	回答: いずれかに○を		得点
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	① /5
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	② /5
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ	③ /2
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ	
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	④ /3
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ	⑤ /1
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	⑥ /3
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ	
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ	
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ	⑦ /5
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ	
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ	

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が18.5未満の場合に該当とする

介護予防ケアマネジメント等の実施にあたり、利用者の状況等を把握する必要があるときは、本用紙に記載いただいた内容及び結果について、保険者、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所等、本事業の実施に必要な範囲で関係する者に情報提供することに同意します。

本人氏名 _____

(「本人氏名」欄を代筆した場合) 代筆者氏名 _____

(続柄) _____

事業対象者に該当する基準

①	No.1～20 までの20 項目のうち10 項目以上に該当
②	No.6～10 までの5 項目のうち3 項目以上に該当
③	No.11～12 の2 項目のすべてに該当
④	No.13～15 までの3 項目のうち2 項目以上に該当
⑤	No.16 に該当
⑥	No.18～20 までの3 項目のうちいずれか1 項目以上に該当
⑦	No.21～25 までの5 項目のうち2 項目以上に該当
(注) この表における該当 (No. 12 を除く。) とは、様式の回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。No. 12 に限り BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が18.5 未満の場合をいう。	

IV 添付資料

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女）記入日： H _____ 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×をつけてください。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
自分でトイレへ行く				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)				賞金を伴う仕事			
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)

課題整理総括表

利用者名 殿 作成日 / /

① 自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		②		③		④		⑤		⑥	
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4	備考 (状況・支援内容等)	利用者及び家族の生活に対する意向	見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】	※6			
移動	室内移動 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
	屋外移動 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
食事	食事内容 支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								
	食事摂取 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
	調理 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
排泄	排尿・排便 支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								
	排泄動作 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
口腔	口腔衛生 支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								
	口腔ケア 自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
掃除	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
買物	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化								
コミュニケーション能力	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								
認知	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								
社会との関わり	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								
褥瘡・皮膚の問題	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								
行動・心理症状(BPSD)	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								
介護力(家族関係含む)	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								
居住環境	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化								

※1 本表は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的データを記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」以外である場合に、そのような状況をもちたしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性については、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための運動内容と、それが提供されることにより見込まれる事後の状況(目標)を記載する。
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取上げることが困難な課題には「-」印を記入。

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳		
住 所		Tel () Fax ()		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住 所 連絡先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活 状況（どんな 暮らしを送 っているか）	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
				友人・地域との関係	

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

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）

※ ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

N.o. _____ 利用者名 _____

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 _____

般 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

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

委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____ 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活 _____

1日		1年		1年		1年		1年		1年		1年		1年		1年		1年							
アセスメント領域と現在の状況 (運動・移動について)	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	目標についてのポイント	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 (居場所サービス)	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	アセスメント領域と現在の状況 (運動・移動について)	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	目標についてのポイント	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 (居場所サービス)	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
		□有 □無					()																		
(日常生活(家庭生活)について)		□有 □無					()																		
(社会参加、人関係・コミュニケーションについて)		□有 □無					()																		
(健康管理について)		□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 _____

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 必要な支援の実施に向けた方針 _____

【意見】
 地域包括支援センター _____

【確認印】

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 平成 年 月 日 印

基本チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数) を記入して下さい
 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

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり	物忘れ	うつ
／5	／2	／3	／2	／3	／5

予防給付または地域支援事業

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) サービス評価表 評価日

利用者名 _____ 殿 計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標体制状況	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

総合的な方針		地域包括支援センター意見
<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了	

1. 課題整理総括表の策定の背景と趣旨

課題整理総括表は、介護支援専門員が把握した要介護者等の基本的な情報を多職種間で共有するとともに、専門職である介護支援専門員としてどのような考えで要介護者等の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出したのかを表現することにある。特に課題整理総括表の「見通し」欄を整理することをきっかけに多職種間の連携やOJTにおける助言・指導等を実施しやすくすることをねらいとしている。

現在の居宅サービス計画の様式は、アセスメントの結果から課題を導き出す過程を表現するような形式となっていない。そのため、サービス担当者会議等の多職種協働の場面等において、ADL 等の現状を多職種間で共有し、介護支援専門員が口頭などで分かりやすく説明しない限り、利用者の状態等や課題を導き出した背景、それに基づいて整理された援助の方向性や各担当者の役割の共有が、十分に行われないこともある。

こうしたことが、「適切にアセスメントができていないのではないか」といった指摘を受ける一つの背景になっていると考えられ、また、介護支援専門員の専門性を表す思考過程が十分に説明できていないということは、その適切な評価も困難となる。

そこで、利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際の一つの様式例として課題整理総括表を策定したものである。

こうした様式を適宜活用することにより、多職種間での情報共有が進み、ひいては高齢者の尊厳ある自立した日常生活の実現に寄与することを期待している。

2. 課題整理総括表の活用における留意点

課題整理総括表の目的は、居宅サービス計画書様式第 2 表の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出すにあたって、アセスメントツールを活用して整理・抽出した利用者の現状や有する能力を勘案しつつ、利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている課題を明らかにし、自立した日常生活を支援していくにあたってその解決すべき課題を抽出するまでの間に、専門職としてどのような考えで課題分析を行ったのかを明らかにすることである。さらに、課題整理総括表で整理された「改善／維持の可能性」と「見通し」を踏まえ、居宅サービス計画書の第 2 表の内容、つまり長期・短期目標や援助内容を精査しやすくすることを期待している。これらにより介護支援専門員の考えを明らかにすることで、利用者支援にあたっての介護支援専門員の専門性が向上するとも考えられる。

また、課題整理総括表を活用し、多職種間で情報共有しつつ、専門職としての課題分析過程を明らかにすることで、サービス担当者会議や地域ケア会議等の場における多職種との情報共有・連携等を効果的に実施できるようになることが期待される。

課題整理総括表の活用にあたって重要なことは、利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を導くにあたり、利用者等がどのような生活をしたい、あるいは、できるようになりたいと望んでいるかなど、意向を引き出しつつ専門職として客観的に判断することである。

3. 課題整理総括表の活用場面等

課題整理総括表は、介護支援専門員が専門職として、多職種と情報共有しつつ、アセスメントによって把握した情報から、利用者の日常生活を支援していく上でどのような考えで生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を導きだしたかを記録するものであり、課題を捉えた経緯を表現するものである。

介護支援専門員として実務に従事し、利用者の日常生活を支援していくにあたっては、現在の客観的な状況から今後の見通しを踏まえて課題を導くことが重要であり、この思考プロセスを身につけることは専門職として必要不可欠なことである。

課題整理総括表は、新たに作成したものであることから、まずは介護支援専門員の研修の際に活用することが想定される。

また、サービス担当者会議や地域ケア会議等において、利用者の客観的な状況や、それを踏まえた介護支援専門員の見通しなどを利用者の生活を支える多職種間で情報共有をする際に活用することも、ケアプランへの理解が進むことから効果的であり、活用が進むことが望まれる。

さらに、介護支援専門員として業務に従事したばかりの者にとって、主任介護支援専門員等から OJT を通じて指導を受ける際にも、課題を導いた考え方などが明確にされていることから、具体的な指導につながることを期待される。

なお、課題整理総括表を活用することにより、課題を把握するための情報の収集・分析の過程において、アセスメントに漏れがないかなどの自己点検にもなるものと考えられる。

加えて、課題を把握した経緯を表現する際、既存の社会資源を前提とせずに課題を把握することにより、利用者を支援していく上で必要だが地域に不足しているサービスや社会資源の提案・創出にもつながるものと考えられる。

4. 課題整理総括表の様式と記載要領

(1) 本様式の活用の基本的な考え方

① 本様式の位置づけと作成のタイミング

前述の通り、課題整理総括表はアセスメントツールではなく、情報の収集と分析を行い、課題を抽出する上で、利用者の現在の状態と要介護状態等の改善・維持等の可能性に照らして課題の捉え方に抜け漏れがないかどうかをまとめる総括表である。

したがって、本様式のみでアセスメントを終えることは妥当ではなく、基本的には利用者・家族あるいはその他の関係職種等からの情報収集を終え、アセスメントツール等を用いて情報の整理・分析を行うことが必須である。そのうえで、ケアプラン（原案）の作成にかかる前のタイミングで、本様式を作成することが望ましい。

② 本様式作成の基本姿勢

本様式は介護支援専門員の専門職としての考え、つまり「介護支援専門員として、さまざまな情報の収集・分析の結果、このような課題があると考えられる」という考えを整理して記載することを想定している。

ただし、このことは利用者・家族の意向を無視して介護支援専門員の考えだけで課題整理をしてよいということではない。前述の通り、本様式は情報の収集と分析が終わった後、課題整理の総括表として作成することを想定している。情報の収集過程では当然、利用者・家族が持つ生活の意向や現状、生活歴等が把握されていることが前提である。

したがって、介護支援専門員が作成する課題整理総括表は、こうした利用者・家族の思いや状況を踏まえて、「専門職である介護支援専門員として、あなたのお話をこう捉えた」「今後、望む生活の実現に向けてこういった課題があると考えがどうか」という介護支援専門員としての専門性を生かした課題分析の結果を整理したものとなる。

利用者・家族の生活に関わる人びとや他の専門職からも情報を収集するとともに、助言を受けることが多いと思われる。こうしたさまざまな情報についても収集した上で、利用者・家族が望む生活の実現に向けて、介護支援専門員として総合的に分析、判断した結果を記載することを想定している。

なお、後述するように、本様式の「状況の事実」欄の項目は必要に応じて追加したり細分化したりすることを想定している。

(2) 課題整理総括表の記載項目及び記載要綱と留意点

①「利用者名」欄

利用者名を記入する。

②「状況の事実」の「現在」欄

この欄には、事前に利用者宅の訪問や利用者・家族との面談、関係者や他の専門職からの申し送り等で把握した情報（事実）に基づき、各項目について、それぞれ日常的にしているかどうかを判断し、「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」（項目によっては「支障なし」「支障あり」）のいずれかに○印を記入する。「見守り」は「見守りや声かけを受けるが、一連の動作のほぼ全てを支障なく実施している」、「一部介助」は「一連の動作の一部について介助を受けて行為を実施している」、「全介助」は「一連の動作の全てあるいはほぼ全てについて介助を受けて行為を実施している」ことを目安として頂きたい。「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」の大まかな目安を例示すると以下の通りである。

項目	状況	記入例
屋内移動	多少のふらつきがあり転倒リスクはあるものの、階段昇降を含めて移動している	自立
屋外移動	ヘルパーが付き添うと病院まで自力で移動するが、付き添いがないと外出しない	見守り
口腔ケア	デイサービスで声かけされれば歯磨きをするが、自室などに居て声かけがないとまったくしない	見守り
服薬	飲むべき薬の判断と飲むための準備ができない 薬とコップに入れた水を手渡すと飲むことはできる	一部介助
調理	自身では全く調理していない (ヘルパーが準備したものを食べている)	全介助 (日常的にしていない)
入浴	週 2 回のデイサービスで立位保持と洗身の介助があれば入浴しているが、自宅では全く入浴していない	全介助

一方、ADL/IADL 以外の項目について、「支障あり」に○印を記入した場合は、必ずその具体的な状況を備考欄に補記する。

本欄における「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」あるいは「支障なし」「支障あり」等の尺度は、利用者の現在の状況をケアチームのメンバーが概観して共有するための目安である。

ここでは、日常的な生活の状況を概括することを目的に、あくまでも日常的にしているかどうかに基づいて判断することとし、できるかどうかは考慮しないこととする。したがって、例えば同居者が実施していない場合は、「全介助」を選択することとする。

なお、一連の動作の一部のみ介助（声かけや付添を除く）を受けている場合は、「一部介助」を選択することとする。また、例えば自宅とデイサービスで状況が異なる等、生活環境によって状況が異なる場合は、日常生活の中で頻度の高い状況に基づいて判断する。

また、褥瘡・皮膚の問題や行動・心理症状（BPDS）等について、現在は支障が顕在化していないもののリスクが大きいと判断される場合は「支障あり」を選択することとする。

なお、「状況の事実」に並んでいる項目は、課題分析標準項目のアセスメント項目として通知¹に掲げられている14項目から「特別な状況」（ターミナルや虐待等の状況を記載する項目）を除いたものだが、小項目は平成24年度に実施した実証事業の成果等を踏まえて設定したものである。

課題整理の総括において重要となる視点・項目は、利用者・家族の生活の状況や心身の状況によって異なると考えられる。本欄下部の空欄等を活用し、例えば起居動作や経済状況など適宜項目を追加修正して活用して差し支えない。

③「自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）」欄

収集した情報に基づき、利用者の自立を阻害している根本的な要因、特に「状況の事実」の「現在」欄で「自立」あるいは「支障なし」以外が選択されている項目の要因を分析した上で、より根本的で重要な要因を最大6項目程度に絞り込み、「自立した日常生活の阻害要因」欄に記載する。なお、本欄に振られている番号は便宜的な通し番号であり、要因の重要度等による優先順位を示したものではない。

繰り返しになるが、課題整理総括表は、情報の収集・分析が終わった後に作成することを想定しており、本様式を作成する前に、介護支援専門員として、利用者の自立した日常生活を阻んでいる要因を具体的に捉えられていることが求められる。

なお、要因として疾患が捉えられる場合も多いと考えられるが、疾患それ自体だけでなく疾患に応じた療養や健康管理が十分にできていないという状況が生活に影響を及ぼすものである。つまり、本欄には疾患名だけでなくその疾患に応じた療養や健康管理等も含めて整理し、必要に応じて記載することが望ましい。例えば、要介護状態となった原因疾患が「糖尿病」である場合で言えば、糖尿病そのものは診断名であって、むしろ糖尿病の管理ができないこと、例えば「食事管理ができない」ことや「インシュリンの自己注射の管理ができない」ことが要因として記載されることとなる。

また、生活の状況には利用者の心身の状態だけではなく、生活の環境（住環境等の物理的なものだけでなく、家族関係等の社会的な環境も含む）も影響する。したがって、利用者の心身の状態のほか、環境に関する要因が含まれる場合もありうる。

なお、本欄には、利用者の心身の状態あるいは生活の環境等について、客観的事実を記載する。客観的事実を記載することが困難な場合は、引き続き情報の収集・分析が必要である。

¹平成11年11月12日 老企29 厚生省老人保健福祉局企画課長通知「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」

※課題整理総括表の中項目の表記はこの通知に示す課題分析標準項目に準じたものである。

④「状況の事実」の「要因」欄

「状況の事実」の「現在」欄で、「自立」あるいは「支障なし」以外を選択した項目について、その要因として考えられるものを、「自立した日常生活の阻害要因（心身の状態、環境等）」欄から選択し、その記載した番号（丸数字）を記入する。複数の要因が考えられる場合は、複数の番号（丸数字）を記載して良い。

本欄の記入は、前項③「自立した日常生活の阻害要因」欄の内容と関連することから、「要因」と「自立した日常生活の阻害要因」欄は相互の整合性を確認しながら、記入と修正を進めることが望ましい。

⑤「状況の事実」の「改善／維持の可能性」欄

「状況の事実」の「現在」欄で、「自立」あるいは「支障なし」以外を選択した項目について、現在の認定有効期間を見通して、必要な援助（介護保険サービスだけでなく、インフォーマルな支援を含む）を利用した場合に「現在」の状況が改善／維持する可能性の有無を検討し、「改善」「維持」「悪化」のいずれかに○印を記入する。

なお、介護保険法では、保険給付は「要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するように行われる」とこととされている。したがって、「悪化」が見込まれる場合においても、本欄を記入するにあたり、その分析の課程で「維持」の可能性も十分に検討することが重要である。

この欄は、主治医意見書等の多職種からの意見を踏まえた上で、あくまでも専門職たる介護支援専門員としての判断に基づいてその考えを記入する。なお、ここでどのような可能性を選択したかを以て、その介護支援専門員の判断の良し悪しを評価するものではない。むしろ、ここで判断した可能性に基づいた上で、利用者・家族の生活を支えていくために必要な課題と援助内容を整理することこそが、介護支援専門員の専門性に期待されることである。

⑥「状況の事実」の「備考」欄

この欄には、「状況の事実」欄の「現在」あるいは「改善／維持の可能性」に関して補足すべき情報を記入する。例えば、「現在」欄において「支障あり」とした場合にその具体的な支障の内容を補記したり、「一部介助」や「全介助」とした場合に支援の内容を補記したりすることが考えられる。また、「改善／維持の可能性」欄において「維持」や「悪化」が見込まれる項目に関して、現在利用しているサービス内容や必要な生活環境を補記するといった活用も考えられる。

さらに、「改善／維持の可能性」に関して、なぜそのような可能性があるかと判断したのかの根拠を補記することも有効である。介護支援専門員が、利用者の状況をどのような方向性で捉えているか、その判断根拠（利用者本人の心身の状況や生活の環境だけでなく、家族等から援助を受けて日常生活を送っている場合の具体的な援助内容や介護者が有する介護知識の状況等）を記入し、それをサービス担当者会議等で共有することで、チームケアに参加する個別のサービス担当者が、利用者・家族等の状況や総合的な援助の方針を理解しやすくなることが期待される。

⑦「見通し」欄

本欄には、「利用者の自立した日常生活を妨げている要因」の解決に向けて、多職種からのアドバイスを受けつつ、当該ケアプランの短期目標の期間を見据えて、「どのような援助を実施することにより」（要因の解決のために必要と考えられる援助内容）、「状況がどのように変化することが見込まれるか」（援助を利用した場合に到達が見込まれる状態）を記入する。

本欄にはこれから実施しようとする援助による改善や維持の予測を記入することから、本欄の記載内容は、あくまでも介護支援専門員として判断した仮説を記載することになる。

他の介護支援専門員や他の職種と共有した際に分かりやすく簡潔な内容とするため、「要因」—「要因の解決のために必要と考えられる援助内容」—「援助を利用した場合に到達が見込まれる状態」を、一つの「要因」に対して数行でまとめることを目安とすると良い。

なお、介護保険法に掲げられている「要介護状態等の軽減又は悪化の防止」という考え方に沿って言えば、まずは「改善／維持の可能性」欄において「改善」に○印をつけた項目について、その項目の「要因」を解決するための見通しを必ず記入することが重要である。そのうえで、「維持」や「悪化」に○印をつけた項目のうち、特に取り組むべきと考えられる項目について、維持のための日常生活における取り組みの視点や悪化・重度化防止のためのリスク軽減の視点から「どのような援助を実施すること」が必要かを記入する。

⑧「利用者及び家族の生活に対する意向」欄

利用者宅の訪問や利用者・家族との面談等を通じて把握した利用者及び家族が望む生活の意向のうち、課題を抽出する上で重要と思われる情報を整理して、簡記する。

本欄に記載する情報はあくまでも課題の抽出に関わりが大きいと思われる内容のみで良く、ケアプラン第1表の「利用者及び家族の生活に対する意向」欄に記入する内容と同一である必要はない。

⑨「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）【案】」欄

「見通し」欄の記入内容を踏まえて記入する。情報の収集・分析が終わった後に課題整理総括表を作成することから、利用者・家族等からの聴き取りにより、「利用者が望む生活」が捉えられていることが前提である。

なお、介護支援専門員が課題整理総括表を作成するのは、サービス担当者会議（ケアプラン原案を利用者と合意する）前であるから、ここで記載する生活全般の解決すべき課題（ニーズ）は、利用者・家族等から収集した情報の分析に基づいて介護支援専門員が捉え、専門職としての判断で利用者に提案する、合意前の案であって差し支えない。

⑩優先順位欄（※6の欄）

課題の優先順位を踏まえて、数字を記入する。利用者としり合わせた結果、当該期間のケアプランに反映しないこととした（反映できなかった）課題については、「－」印を記入する。

【引用・参考文献】

- ・中野穰，はじめてのケアプラン，中央法規出版，2013
- ・白木裕子，ケアマネジャー実践マニュアル，中央法規出版，2011
- ・森田靖久，居宅版ポジティブプラン作成ガイド，日総研出版，2004
- ・渡邊律子，高齢者援助における相談面接の理論と実際，医歯薬出版，2003
- ・厚生労働省，指定介護予防支援等に事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援方法に関する基準，2015
- ・一般財団法人長寿社会開発センター，地域包括支援センター運営マニュアル，2012，2015
- ・厚生労働省，介護予防ケアマネジメント実施における様式，2015
- ・厚生労働省，介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン，2015
- ・明石市，介護予防・日常生活支援総合事業説明会資料，2016
- ・一般財団法人長寿社会開発センター，七訂介護支援専門員実務研修テキスト上巻，2018



このマニュアルの作成にあたっては、はちぶせの里 施設長（当時）中野 穰 様にアドバイザーとしてご協力いただきました。