

桐生市自立支援・重度化防止に資する
ケアマネジメントガイドライン

桐生市健康長寿課

桐生市地域包括支援センター

令和8年3月

桐生市では、自立支援・重症化防止に向けたケアマネジメントの質の向上を図るため、「桐生市自立支援・重症化防止に向けたケアマネジメントのガイドライン」(以下「ガイドライン」という。)を定めます。

【ガイドライン作成の目的】

介護保険法は、その第一条(目的)において「要介護者等が尊厳を保持し、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、(中略)国民の保険医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」と規定されています。

この介護保険法の目的を果たすためには、要介護者、要支援者、事業対象者(以下、「利用者」という。)及び家族を支える介護支援専門員(以下「ケアマネジャー」という。)や介護サービスを提供する事業者(以下「事業者」という)による、適切かつ質の高いケアマネジメントが求められます。

桐生市では、介護保険制度の基本理念である「自立支援」や「重症化防止」等を実現するために、保険者とケアマネジャー及び事業者が協力し、ケアマネジメントの適正化や質の向上を図れるよう本ガイドラインを策定しました。

なお、本ガイドラインは桐生市地域包括支援センターと協働し、作成しています。

介護保険法抜粋

第一条(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、排せつ、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。

第4条(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、要介護状態に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。

1. ケアマネジメントとは

ケアマネジメントの定義は多様ですが、「利用者が地域社会による見守りや支援を受けながら、地域での望ましい生活の維持継続を阻害するさまざまな複合的な生活課題（ニーズ）に対して、生活の目標を明らかにし、課題解決に至る道筋と方向を明らかにして、地域社会にある資源の活用・改善・開発をとおして、総合的かつ効率的に継続して利用者のニーズに基づく課題解決を図っていくプロセスと、それを支えるシステム」といえます。

【厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部相談支援の手引きケアマネジメントの基本より】
(※障害者基本法はケアマネジメントの原点とされています。)

利用者が住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らせるために、利用者の自立支援につながる過不足ないサービス（フォーマルサービスや地域資源を含むインフォーマルサービス）が提供されるよう、多職種や地域、家族等がスムーズに連携できるようマネジメントを推進していくことが重要です。

2. ケアマネジメントにおける桐生市（保険者）の基本方針

ケアマネジメントに関する桐生市の基本方針は、下記の条例にて示しています。

桐生市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例抜粋

(基本方針)

第4条 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。



全文はこちら 

桐生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の効果的な支援の方法に関する基準を定める条例抜粋

(基本方針)

第2条指定介護予防支援の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことのできるように配慮して行われるものでなければならない。

2 指定介護予防支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、当該目標を踏まえ、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。



全文はこちら 

3. 桐生市における自立支援・重度化防止に資する

ケアマネジメントの考え方

要介護・要支援の状態となっても、「その人らしい生活」を実現できるよう桐生市における自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの基本方針を次のように定めます。

桐生市における自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントとは、本人の価値観を大切にし、意欲を引き出すことで最大限の持てる能力が発揮できるような支援をいう。

年齢にとらわれず、利用者の「したいこと」が「できる」になるよう、支援者は達成しうる目標や計画を立てる技術を高めていくことが大切である。

利用者の「のぞむ生活」の実現のために家族も含めた想いを汲み取るとともに、互助共助や地域資源など多様なサービスを活用し、地域ケア会議等を利用して多職種でアセスメントすることが「本人の願いが叶えられるプラン」につながると考える。

支援者は利用者が住み慣れた地域で人とのかかわりを持ち続けながら、自分らしく暮らせていけるよう、併せて地域の見守りや支え合いの仕組み作りが実現できるよう住民や市と一緒に考え、協力していくことが望まれる。

4. 自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの実現のために

上記2・3が桐生市のケアマネジメントの基本方針であると同時にケアマネジャーには、「自立した日常生活への配慮」「公正中立」「多職種連携」「継続的な技能の向上」が求められます。

P5から紹介するポイントやツール、自立支援型地域ケア会議を積極的にご活用ください。

5. ケアマネジメントの類型

(1) 居宅介護支援 介護給付を利用する場合に行う。

(2) 介護予防支援 介護予防給付を利用する場合に行う。

(3) 介護予防ケアマネジメント

訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービスを利用する場合に行う。

① 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）

介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスやサービスC（保健医療専門職による短期集中型サービス）を利用する場合やその他地域包括支援センターが必要と判断した場合に介護予防サービス利用時の介護予防支援の手順と同様に行う。

② 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）

指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合などに、ケアマネジメントAのうちサービス担当者会議は必要に応じて開催とし、モニタリングは間隔をあけて必要に応じて時期を設定する。

③ 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）

補助や助成のサービス（住民主体のサービスなど）利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合に、初回のみ、ケアマネジメントBのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果を利用者に説明する。その後、モニタリングなどは行わない。

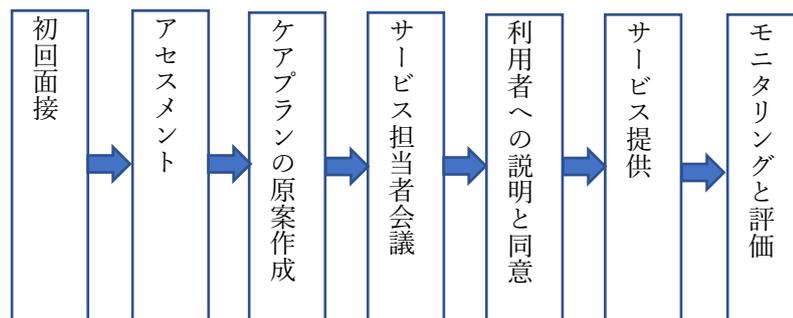
(介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方)

- ① 介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても、状態がそれ以上悪化しないようにする」ために、高齢者自身が地域において自立した日常生活を送れるように支援するもの。
- ② 高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果的に介護予防に繋がるという視点からも、利用者の困りごとに対し、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に繋がるよう、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチすることが重要である。
- ③ ケアマネジメントの中で、高齢者自身が目標をたて、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組み、達成後はより自立へ向けたステップに移っていく。
- ④ 介護予防は終わりのない取り組みであり、事業の利用が終了した後も、高齢者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要がある。そのため、事業の利用だけでなく、家庭でのセルフケアや地域での様々な支援に繋げる必要がある。

6. ケアマネジメントのプロセス

利用者の自立支援に資するケアマネジメントの実施においては、計画（PLAN）、実行（DO）、評価（CHECK）、改善（ACTION）の4つの段階で構成されるPDCAサイクルを多職種に渡るチームで繰り返していき、改善させていくことが重要です。

（次図参照）ケアマネジメントのプロセス図



①初回面接（インテーク）

<ポイント>

初回面接では、利用者の考え方や生活感、価値観などをできるだけ知ろうとすることが大切ですが、初回面接において収集可能な情報は限られています。これ以降も継続的に利用者のことを知ろうとし続けることが重要ですので、意識しましょう。

②アセスメント

アセスメントは、生活全般にかかわる情報を収集・分析し、利用者のニーズを明確にする過程です。

<ポイント>

不十分なアセスメントからは適切な課題や目標は導き出されず、本来目指すべき「自立支援」とかけ離れたケアプランとなる場合があります。注意が必要です。

利用者ニーズの明確化にあたっては利用者の要望を丁寧に聴取するだけでなく、介護保険法の趣旨（自立支援や重度化防止、適正利用等）を説明しながら、利用者からこれまでの生き方や求めている生活、大切にしたいこと、充実感や満足感の高かった体験談・エピソード等を聞いたうえで、「利用者の望む生活」を意識してもらうことに努めましょう。また「興味・関心チェックシート」や、「課題整理総括表」を活用することも有効です。

これらの得られた情報を活用しながら予後予測の見立てを行い、目標やサービ

スの優先順位等を検討しましょう

③ケアプラン原案の作成

利用者の人権や主体性を尊重し、利用者等のニーズを踏まえながら、利用可能な社会資源を活用したケアプラン原案を作成します。

<ポイント>

ケアプランは、自立支援・重度化防止の視点で作成することが重要です。利用者の人権や主体性を尊重しつつ、アセスメントから得た情報を専門職の視点で分析しましょう。そのうえで利用者等と相談しながら、短期・長期の目標の連動性と達成の可能性のある具体的な目標設定（期間の考慮を含む）を行い、サービス導入による自立支援の可能性等を検討しましょう。

④サービス担当者会議

利用者の状況に関して、事業者間で情報を共有し、サービスに携わる担当者が協働・連携し、チームで利用者等を支援することを確認します。利用者等やサービス担当者から意見を基に原案を修正し、総合的な援助方針を決定し、目標を共有化します。

<ポイント>

サービス担当者会議は、単なるサービス調整の場ではなく、ケアマネジャーや事業者、利用者、家族等の情報共有の場であり、支援の方向性を確認し、共通認識を持つ場です。利用者等と「自立支援・重度化防止」を意識した目標の理解を深め合うようにしましょう。

また、事業者等の専門職からは専門的見地から意見を出してもらい、利用者が気づけなかった日常生活でのリスクを把握し、どうすればリスクを防ぐことができるのかといったことを理解してもらうことも重要です。

⑤利用者への説明と同意（ケアプランの確定・交付）

作成したケアプランを利用者等へ説明のうえ同意を得て、その後、利用者等及び各事業者へ交付します。各事業者はサービスの個別援助計画を作成し、その内容とケアプランの目標の整合性を確認します。

<ポイント>

サービス利用にあたっては、利用者や家族がケアプランは介護保険の理念である「自立支援・重度化防止」を目指したものであることを理解し、主体的に取り組むことが重要となりますので、ケアプランの説明は丁寧に行いましょう。

⑥サービスの提供

計画に基づいて作成された個別のプログラムを提供します。利用者の心身の状況や実施内容等を記録し、チームで共有のうえ、次回のサービスに活かせるようにします。

<ポイント>

サービス提供にあたっては、自立支援・重度化防止に向けて、利用者の状況に合わせて適切に支援しましょう。

事業者は利用者との接点も多く、利用者の変化に早期に気づくことができます。事業者との情報共有がスムーズに行えるよう連携の強化に努めましょう。

また、事業者が作成する個別支援計画書と居宅サービス計画書とが同じ方向性で支援できているか確認しましょう。

⑦モニタリング・評価

サービスの利用開始時は、利用者の変化により注意を払いサービスへの適応状況等を把握し、サービスの継続時は事前に設定した目標の達成度や効果の検証が必要です。

効果の検証である評価は、ケアプラン自体の評価、サービスの評価、利用者の評価を視点に行い、必要に応じてアセスメント（②に戻る）を行い、モニタリングを繰り返しながらケアプランを評価し、適切なサービス計画へ見直します。

<ポイント>

利用者の身体状況やサービスニーズについての変化に関する情報を事業者からも定期的に収集し、情報を多職種間で共有するなど、チーム全員がモニタリングに関わることで、きめ細かなケアマネジメントにつながります。

7. 自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントのための

具体的なツールの紹介

・アセスメントシート

事業対象者及び必要に応じて要支援者の介護予防ケアマネジメントを行うにあたり、利用者とその家族がどんな生活を望んでいるか、そのために必要なことは何か、何が障害になっているかなどの課題を明確にするために用いるシートです。「運動・移動について」「日常生活・家庭生活について」「社会参加・対人関係・コミュニケーション」「健康管理について」「その他」の5つの視点で確認することができます。

・課題整理総括表

課題整理総括表の目的は、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かを明らかにすることです。また、介護支援専門員が専門職として、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）を導き出したの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す。

サービス担当者会議や後述の自立支援型地域ケア会議において、利用者を支える多職種間での自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントに向けての情報共有やケアプランへの理解促進へ有効なツールであると考えます。

・興味関心チェックシート

医療や介護現場では、治療計画やサービス計画の立案として本人の希望や要望を聴取します。しかしながら、急に「どんなことがしたいですか？」と問われても、今したい目標はすぐにはできません。そんなときに、本人が持つ興味や関心を引き出すための「興味・関心チェックシート」が役立ちます。利用者の生活の質を維持・向上させていく目標を立てるためにご利用ください。

自立支援型地域ケア会議において実際に利用した介護支援専門員から、「アセスメントの幅が広がった」「利用者の今まで知らなかった一面が見え、より深く利用者を知ることができた」などの声をいただいています。

桐生市通所型サービスC事業では初日に興味関心チェックシートを用いて、利用者の目標設定やどのような自分になりたいかなどのゴールを利用者と一緒に考え、通

所型サービスC計画の作成に反映しています。

※巻末ページにツールの書式を紹介しています。

- ・アセスメントシート（P12）

https://www.city.kiryu.lg.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/014/165/asesumentosito.pdf



- ・課題整理総括表（P16）
- ・興味・関心チェックシート（P17）

8. 桐生市の取組

（1）ケアマネジメントの質の向上について

①ケアプラン点検の実施について

ケアマネジャーが作成したケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえた「自立支援・重度化防止」に資する適切なケアプランになっているかを、保険者がケアマネジャーとともに検証確認します。より良いケアプランの作成について、ケアマネジャー自身の気づきを促し、ケアプランの質の向上を図ります。

②居宅介護支援における特定事業所加算について

居宅介護支援事業における特定事業所加算は、中等度者や支援困難ケースへの積極的な対応や専門性の高い人材の確保、医療・介護連携への積極的な取組等を総合的に実施することにより質の高いケアマネジメントを実施している事業所を評価し、地域における居宅介護支援事業所のケアマネジメントの質の向上に資することを目的としています。本加算を取得する事業所の増加は地域全体のケアマネジメントの質の向上となり、高齢者の自立支援・重度化防止等につながるため、事業所として体制を強化し、積極的に取得していきましょう。

(2) 自立支援型地域ケア会議の活用について

要支援者の自立支援に向けたケアの方法を多職種で検討することにより、介護予防及び高齢者の生活の質の向上を図る取組みとして桐生市自立支援型地域ケア会議を実施しています。

自立支援型地域ケア会議とは、国の施策のうち介護予防活動普及展開事業に位置づけられており、処遇困難事例検討ではなく介護予防の観点から開催する地域ケア会議で介護予防・生活支援サービス事業等を利用する高齢者が自立した生活を営むことができるよう、また、その生活の質の向上に向けて地域の様々な専門職が集まって、様々な視点から有効な支援方法などを検討する会議です。

自立支援と介護予防の観点から、個別ケースの支援内容や具体的な地域課題について、多職種が協働して検討を行うことで、医療・介護・生活支援等の多様な支援体制を構築し、高齢者の課題解決、自立支援の促進、QOLの向上及び参加者の専門的能力の向上を図ります。

このような自立支援型地域ケア会議を実施するためには、運動・口腔・栄養等に関して幅広い知識が求められ、多角的なアセスメントのために多職種からの専門的な助言を得ながら実施することが必要とされています。

また、ケアマネジメント指導やケアプランチェック、事例検討会ではなく、本人の自立のための課題、目標達成への阻害要因を確認し、解決方法を話し合う場であり、多職種の多角的な支援を通じた、参加者全体の学びの場であり、OJTやスキルアップを図り、地域課題や支援を考えるという意識共有が重要とされています。この地域ケア会議の積み重ねにより、地域社会資源の把握・開発及び政策形成につなげ、桐生市高齢者保健福祉計画の基本理念の実現と地域包括ケアシステムの深化・推進を図っていきます。

ケアマネジャーさんからの積極的な事例提供をお願いいたします。事例提供については、利用者住所地を担当している地域包括支援センターまでお問い合わせください。

(3) ケアマネジャーネットワーク会議について

地域包括支援センターが各圏域の介護支援専門員を対象に開催しています。居宅介護支援事業所の横のつながり（ネットワーク）を大切に、ケアマネジャーが抱える悩みや課題の共有や、介護予防プランの作成に関する勉強会、各種社会資源の紹介、災害時の対応についてなど内容は様々です。高齢者や家族の一番近くで相談に乗り、支えていく介護支援専門員のケアマネジメント力向上のために積極的に参加していただければと思います。また、取り上げてほしいテーマがありましたら各地域包括支援センターまでお寄せください。

生活状況を把握するためのアセスメントシート

記入者： 年 月 日

領域	視点	アセスメント項目
A 運動 いて・移動 に	自ら行きたい場所に移動するための手段をとられるかどうか。 乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動をおこなえているかどうかか。	運動機能(支えの必要性) 立ち上がり : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 片足立ち : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		歩行状況(歩行レベル) 室内 () 転倒 () <input type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 区内・市内くらい <input type="checkbox"/> 市外まで
		移動傾向 移動手段 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車(運転) <input type="checkbox"/> 車(同乗) <input type="checkbox"/> 徒歩
		買い物 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等
		献立を考える <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族
		調理 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> 配達サービス <input type="checkbox"/> 惣菜購入
		食べる楽しみ <input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> あまり感じない ()
		洗濯 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
		掃除 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
		整理整頓・ごみ捨て <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
B 日常生活・家庭生活について	身だしなみへの関心 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い	電気機器類の操作 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 迷う <input type="checkbox"/> 難しい (何が:)
		火の始末 <input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input type="checkbox"/> 火の消し忘れ等の経験がある
		電話の利用 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない (理由:)
		金銭管理(家計の管理) <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない (理由:)
		役所や金融機関等の手続 <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 人に尋ねながらしている <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> していない
		悪質商法への注意 <input type="checkbox"/> 注意している <input type="checkbox"/> 注意していない <input type="checkbox"/> 被害経験
		情報への関心 <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> テレビ・ラジオ <input type="checkbox"/> 人づて <input type="checkbox"/> 近隣の広報 <input type="checkbox"/> 関心がない
		社会参加 <input type="checkbox"/> 趣味や楽しみがある() <input type="checkbox"/> 仕事をしている
		対人関係 <input type="checkbox"/> 地域活動やボランティア活動に参加している <input type="checkbox"/> 特にない
		コミュニケーション <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月に2~3回 <input type="checkbox"/> 殆ど出ない
C 社会参加・対人関係・コミュニケーション	状況に見合った社会的に適切な方法で、人々と交流しているか、また家族・近隣の人との人間関係が保たれているか。 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の状況や家族内や近隣に置ける役割の有無などの内容や程度はどうか。	活動性 <input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動等への参加 <input type="checkbox"/> その他()
		外出頻度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月に2~3回 <input type="checkbox"/> 殆ど出ない
		外出目的 <input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動等への参加 <input type="checkbox"/> その他()
		対人関係 状況: <input type="checkbox"/> 家族との交流 <input type="checkbox"/> 近隣との交流 <input type="checkbox"/> 友人・知人との交流
		コミュニケーション コミュニケーション <input type="checkbox"/> 自己の意思の表出ができる <input type="checkbox"/> 他者の話の内容が理解できる

D	<p>清潔・整容と服薬・定期受診が行われているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康の自己管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする必要があるのである。(自己管理または家族による管理)</p>	<input type="checkbox"/> 定期的に受診している <input type="checkbox"/> 必要時に受診している <input type="checkbox"/> 受診しない <input type="checkbox"/> 指示通り飲める <input type="checkbox"/> 他者の指示があれば飲める <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 健康診断を受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 痛みがある(口歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 粘膜) <input type="checkbox"/> くちの渴き <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> 硬い物が食べにくい <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 臭いが気になる 頻度(回 / 日・週・月) 方法() 回数(回 / 日) 状況: <input type="checkbox"/> バランスを気づかう <input type="checkbox"/> 偏っている <input type="checkbox"/> 食事量減少 <input type="checkbox"/> 関心なし <input type="checkbox"/> 気をつけている() <input type="checkbox"/> 特に気をつけていない
		<p>健康管理について</p>
E	<p>生活状況全体を理解するたに必要項目を、聞き取りや観察から、ここでアセスメントする。</p>	<input type="checkbox"/> 飲酒状況・喫煙状況 回 / 日・週) 量(/ 回) <input type="checkbox"/> 喫煙:量(本/日・週) <input type="checkbox"/> 適度な運動 <input type="checkbox"/> している() <input type="checkbox"/> していない(理由:) <input type="checkbox"/> 適度な休養 <input type="checkbox"/> 心がけている <input type="checkbox"/> つい無理をしてしまう <input type="checkbox"/> 排泄の状況 <input type="checkbox"/> 支障ない <input type="checkbox"/> 尿漏れ・尿失禁がある (気がかりなこと) 入浴の状況 頻度(回/週・月) 方法: <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭など 生活リズム <input type="checkbox"/> 保たれている(起床: 時/就寝: 時) <input type="checkbox"/> あまり保たれていない() 物忘れの状況 物忘れ: <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 本人の認識: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 居住環境 室内() 屋外() 経済状況 収入(円) 主な用途() 心配なこと() 家族の状況 家族の状況 家族の介護力 <input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない(理由:) 虐待の可能性 <input type="checkbox"/> みられない <input type="checkbox"/> 要注意(根拠:) 精神的な不安・意欲低下 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> みられる(内容:) 見守りの状況 <input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 民生委員等 <input type="checkbox"/> 近隣住民 <input type="checkbox"/> IT見守り <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> ない 緊急時のSOS発信 <input type="checkbox"/> 自分なりの対応ができる <input type="checkbox"/> 自信がない <input type="checkbox"/> 特に考えていない 緊急性の判断: <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 大切にしたいこと() 嫌なこと()
		<p>その他</p>

アセスメントのポイント

領域	視 点
<p>移動 A 運動 について</p>	<p>自ら行きたい場所に移動するための手段を取れるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行っているかどうか。</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>◆運動器 最低、確認が必要な項目</p> <p><input type="checkbox"/>立ち上がり・片足立ちが介助やどこかにつかまるなど支えなしに出来る。</p> <p>●バランスや関節・筋力に問題があり、転倒傾向が大きいと考える</p> <p><input type="checkbox"/>歩行状況(歩行レベル)・・・ 室内() 野外()</p> <p>●持久力不足や痛み等の運動の継続性が困難でADLへの影響と考える</p> <p><input type="checkbox"/>公共交通機関を使っての外出が介助なしにできる</p> <p>●生活能力や生活範囲の制限が考えられ、移動手段の工夫が必要になる</p> </div> <p><input type="checkbox"/>転倒傾向 <input type="checkbox"/>移動範囲 <input type="checkbox"/>移動手段</p>
<p>B 日常生活・家庭生活について</p>	<p>家事(買い物・調理・掃除・選択・ごみ捨て等)や、住居、経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかどうかの状況</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>◆栄養 最低、確認が必要な項目: 献立を考え、調理することについての状況</p> <p><input type="checkbox"/>買い物 <input type="checkbox"/>献立を考える <input type="checkbox"/>調理 → 自分で食事の用意をしているか</p> <p>●調理技術および食事選択能力に問題があると判断する</p> <p><input type="checkbox"/>最終的に「食べるのが楽しい」と感じているか:</p> </div> <p><input type="checkbox"/>選択 <input type="checkbox"/>素地 <input type="checkbox"/>整理整頓 <input type="checkbox"/>ごみ捨て</p> <p><input type="checkbox"/>身だしなみへの関心 <input type="checkbox"/>電気機器類の操作 <input type="checkbox"/>火の始末 <input type="checkbox"/>電話の利用</p> <p><input type="checkbox"/>金銭管理(家計の管理) <input type="checkbox"/>役所や金融機関等の手続き(重要な手続き)</p> <p><input type="checkbox"/>悪質商法への注意 <input type="checkbox"/>情報への関心</p>
<p>C 社会参加・コミュニケーション</p>	<p>状況に見合った社会的に適切な方法で、人々と交流しているか 家族・近隣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意欲・関わりの変化(頻度等)はどうか。 家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度、また、喪失感、孤独感等はどうか。</p> <p>社会参加:</p> <p><input type="checkbox"/>活動性 <input type="checkbox"/>外出頻度 <input type="checkbox"/>外出目的</p> <p>対人関係: 内容、頻度、依存性等</p> <p><input type="checkbox"/>家族との交流 <input type="checkbox"/>近隣との交流 <input type="checkbox"/>友人・知人との交流</p> <p>コミュニケーション</p> <p><input type="checkbox"/>自己の意思の表出ができる</p> <p><input type="checkbox"/>他者の話の内容が理解できる</p>

アセスメントのポイント

<p>D 健康管理について</p>	<p>清潔・整容と服用・定期受診が行われているかどうか。また飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康の自己管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする必要がある。(自己管理または家族による管理)</p> <p><input type="checkbox"/>受診状況 <input type="checkbox"/>服用管理の状況 <input type="checkbox"/>健診の状況</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>◆口腔機能 最低、確認が必要な項目</p> <p><input type="checkbox"/>口の中(歯や歯ぐき・粘膜など)に痛みがある ⇒歯科疾患が考えられるため、歯科治療を勧奨する</p> <p><input type="checkbox"/>入れ歯が合わない、痛みがある ⇒義歯の不調による摂食障害が考えられるため、歯科受診を勧奨する</p> <p><input type="checkbox"/>食事を食べる時、食べるものが限られる又はやわらかいものしか噛めない ⇒器質的又は機能的な問題があると判断する</p> <p><input type="checkbox"/>口の臭いや入れ歯の臭いが気になる ⇒口腔ケアの必要性があると判断する</p> </div> <p><input type="checkbox"/>歯の手入れ(義歯含む)</p> <p>◆栄養 最低、確認が必要な項目:健康のために食事に気をつけることについての状況:低栄養予防が日常の食習慣(疾病による食事療法等は除く)を改善することで実施可能かどうかを判定する</p> <p><input type="checkbox"/>食事の回数が1日2回以下でないか <input type="checkbox"/>以前に比べて食べる量が減っていないか <input type="checkbox"/>水分摂取状況(具体的に確認する)</p> <p><input type="checkbox"/>飲酒状況 <input type="checkbox"/>喫煙状況 <input type="checkbox"/>過度な運動 <input type="checkbox"/>適度な休養 <input type="checkbox"/>排泄の状況:失禁の状況、コントロール状況、頻度など <input type="checkbox"/>入浴状況 <input type="checkbox"/>生活リズム <input type="checkbox"/>物忘れの状況</p>
<p>E その他</p>	<p>生活状況全体を理解するために必要な項目を、聞き取りや観察から、ここでアセスメントする。</p> <p><input type="checkbox"/>居住環境 …… 室内()屋外()</p> <p><input type="checkbox"/>経済状況</p> <p><input type="checkbox"/>家族の状況</p> <p><input type="checkbox"/>家族の介護力</p> <p><input type="checkbox"/>虐待の可能性</p> <p><input type="checkbox"/>精神的な不安・意欲低下</p> <p><input type="checkbox"/>緊急時のSOS発信</p> <p><input type="checkbox"/>価値観(何を大切にしたいか、どんなことが嫌か)</p> <p><input type="checkbox"/>役割</p> <p><input type="checkbox"/>趣味、楽しみ、生きがい</p>

課題整理総括表

利用者名 _____ 施設 _____

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)	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 屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化 改善 維持 悪化								
食事	食事内容 食事摂取 調理	自立 見守り 一部介助 全介助 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化 改善 維持 悪化 改善 維持 悪化								
排泄	排尿・排便 排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化 改善 維持 悪化								
口腔	口腔衛生 口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助 自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化 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		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化								
認知		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化								
社会との関わり		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化								
褥瘡・皮膚の問題		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化								
行動・心理症状(BPSD)		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化								
介護力(家族関係含む)		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化								
居住環境		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化								

※1 本書式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事実を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上前の「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、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援助内容と、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り上げることが困難な課題には「一」印を記入。

興味・関心チェックシート

作成日： 年 月 日

氏名： 様 性別： 生年月日： 年 月 日 年齢 歳 介護度：

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・麻雀・ゲーム等			
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・相撲等観戦			
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			
その他（ ）				その他（ ）			
その他（ ）				その他（ ）			