

# ケアマネジメントに関する基本方針

～自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの実践に向けて～

令和2年12月改正

角 田 市

# ケアマネジメントに関する基本方針

## ～自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの実践に向けて～

平成30年9月21日 市長決裁  
令和2年12月22日改正

### 第1 趣旨

居宅介護支援及び介護予防支援（ケアマネジメント）の業務を行うに当たっては、「角田市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に係る基準等に関する条例」（平成30年角田市条例第13号。以下「居宅介護支援基準条例」という。）、「角田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に係る介護予防のための効果的な支援の方法に係る基準等に関する条例」（平成26年角田市条例第33号。以下「介護予防支援基準条例」という。）及び「角田市指定居宅介護支援及び指定介護予防支援に係る基準の運用指針」によるほか、介護保険法の理念に基づいた高齢者の自立支援、重度化防止等に資するケアマネジメントの実践のため、この基本方針を定めるものです。

### 第2 介護保険法における自立支援に関する規定について

介護保険制度は、高齢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に支援することや、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を理念としています。

#### 介護保険法（平成9年法律第123号）

（目的）

第1条 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）

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、**要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。**

3 第1項の保険給付は、**被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて**、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第1項の保険給付の内容及び水準は、**被保険者が要介護状態となった場合においても、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されなければならない。**

(国民の努力及び義務)

第4条 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 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

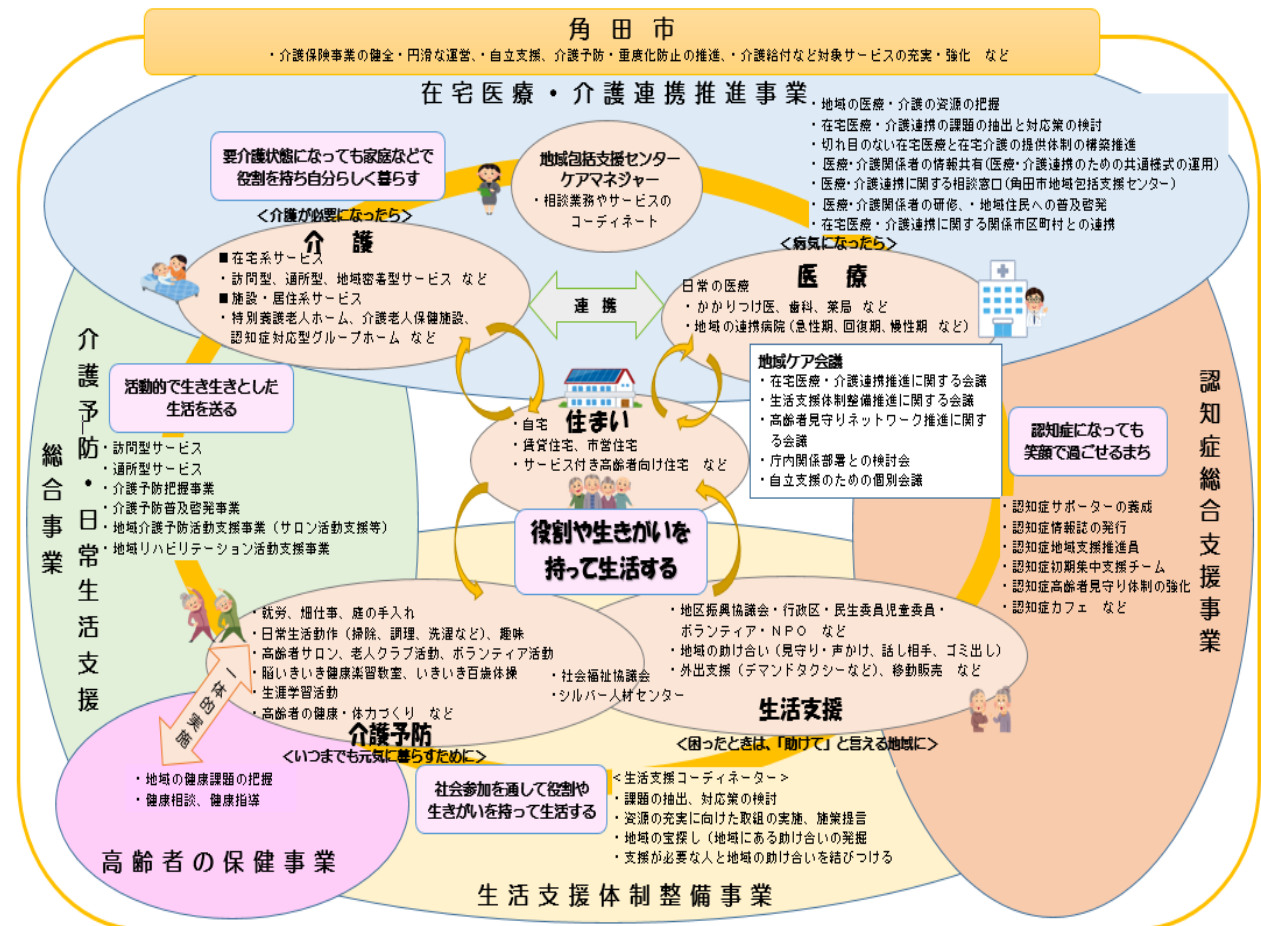
### 第3 角田市が目指す地域包括ケアシステムの目指す姿

高齢者が可能な限り住みなれた地域で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、「元気でいきいきと暮らし、家庭や地域で役割や生きがいを持って生活することができる地域」を角田市の目指す姿とし、高齢者を支える地域や保健・医療・介護・福祉の関係機関・団体等が共通理解のもと、限りある地域資源を活用しながら、目指す姿の実現のためそれぞれが連携して包括的に支援します。

## すべての市民が自分らしく暮らせるまちづくり

### ■角田市の地域包括ケアシステムの目指す姿■

～元気で生き生きと暮らし、家庭や地域で役割や生きがいを持って生活することができる地域～



## 第4 基本方針

居宅介護支援基準条例、介護予防支援基準条例、基準省令解釈通知及び介護予防支援基準省令解釈通知において、居宅介護支援等に係る基本方針について次のように定めています。介護支援専門員は、この基本方針と角田市の目指す姿『**元気でいきいきと暮らし、家庭や地域で役割や生きがいを持って生活することができる**』を踏まえて、ケアマネジメントを行うよう心がけてください。

### 居宅介護支援基準条例

(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が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。**

2 指定居宅介護支援の事業は、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、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、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。

3 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

4 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。

(指定居宅介護支援の基本取扱方針)

第15条 指定居宅介護支援は、**要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう**行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(基準省令解釈通知～抜粋～)

介護保険制度においては、要介護者である利用者に対し、個々の解決すべき課題、その心身の状況や置かれている環境等に応じて保健・医療・福祉にわたる指定居宅サービス等が、多様なサービス提供主体により総合的かつ効率的に提供されるよう、居宅介護支援を保険給付の対象として位置づけ、その重要性に鑑み、保険給付率についても特に10割としているところである。

居宅介護支援基準条例第4条第1項は、「在宅介護の重視」という介護保険制度の基本理念を実現するため、指定居宅介護支援の事業を行うにあたっての最も重要な基本方針として、利用者からの相談、依頼があった場合には、利用者自身の立場に立ち、常にまず、その居宅において日常生活を営むことができるように支援することができるかどうかという視点から検討を行い支援を行うべきことを定めたものである。

## 介護予防支援基準条例

### (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。**

- 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。
- 3 指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定介護予防サービス等が特定の種類又は特定の介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。
- 4 指定介護予防支援事業者は、事業の運営に当たっては、市、地域包括支援センター、老人介護支援センター、指定居宅介護支援事業者、他の指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければならない。

### (指定介護予防支援の基本取扱方針)

第30条 指定介護予防支援は、**利用者の介護予防**（法第8条の2第2項に規定する介護予防をいう。以下同じ。）**に資する**よう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行わなければならない。

- 2 指定介護予防支援事業者は、**介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス計画を策定しなければならない。**
- 3 指定介護予防支援事業者は、自らその提供する指定介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

### (介護予防支援基準省令解釈通知～抜粋～)

介護保険制度の基本理念である「自立支援」、すなわち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継続するということを実現するため、利用者が要支援者であることに鑑み、介護予防の効果が最大限発揮され、利用者が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、目標志向型の計画を作成し、支援することができるかどうかという視点から検討を行い支援を行うべきことを定めたものである。

## 第5 自立支援・重度化防止に資するケアマネジメント

### 1 介護支援専門員(ケアマネジャー)

要介護者等からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるよう市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整等を行う者であって、**要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するもの**として介護支援専門員証の交付を受けたものをいう（介護保険法第7条第5項）。

### 2 自立支援とアセスメント

(「介護保険最新情報 Vol. 38 「ケアプラン点検支援マニュアル」の送付について」一部抜粋)

アセスメントとは、利用者について、その有する能力、置かれている環境等の評価を通じて、**自立した日常生活を営むことができるように支援(状態の軽減又は悪化の防止・遅延化)**する上で**解決すべき課題を把握(出来ない状態だけでなく、悪化させる原因・背景を探る)**することです。

アセスメントは、ケアマネジメントにおいて、ケアマネジャーが行う1番重要で専門的な作業といえます。

**高齢者が地域社会において自立した生活を営むためには、生活機能の維持だけでなく、生きがいをもって日常生活を過ごすことが重要です。**

また、高齢者が要介護状態等となった場合であっても、**生きがいをもって日常生活を過ごし、住み慣れた地域で安心して生活を継続するためには、尊厳を保持し、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、適切に支援することが重要です。**

具体的には、高齢者の要介護状態や**生きがい、生活歴、生活状況等を的確に把握し**、要介護状態等に応じて個人と環境に働きかけ、**本人の意欲を高める支援を提供することが重要です。**

そのため、支援が必要な状況を明らかにするだけでなく、**利用者及び家族が持つ力の強さ、可能性に着目する視点**を持ちアセスメントすることが重要です。

#### <自立支援型ケアマネジメントに必要な視点>

#### 個人因子

- 身体機能・知的機能、障害、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？
- 経済的状況は（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）は？

#### 環境因子

- 相談者と本人の関係は？
- 居住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？（時系列で変化をとらえる）
- 在宅や地域の日常生活動線は？社会資源の状況は？
- かかりつけ医や民生委員児童委員との関係は？
- 取り巻く人のストレスは（障害、疾病への理解度、偏見の有無）？

※厚生労働省「地域ケア会議（自立支援型マネジメント）の概要・講義・演習」より

### 3 居宅サービス計画書 留意事項

居宅サービス計画書の記載にあたっては、「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」（平成11年11月12日付老企第29号、厚生省老人保健福祉局企画課長通知）を参照するほか、次のことにご留意願います。

利用者の主訴や相談内容等をもとに利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える課題を明らかにし、自立支援に資するために、解決しなければならない課題を把握することが重要です（「介護保険最新情報 Vol. 38「ケアプラン点検支援マニュアル」の送付について」一部抜粋）。

#### (1) 第1表

ア 利用者及び家族の生活に対する意向：利用者及び家族がサービスを利用することにより改善される生活のイメージを持つことができるように働きかけることも重要です。

イ 総合的な援助の方針：アセスメントにより抽出された課題に対応し、利用者の生活に対する意向の実現に向けて、ケアチームとして共通する支援目標となります。

#### (2) 第2表

ア 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

○課題の設定に関しては、自立支援の観点からも「現状の維持・悪化を少しでも緩やかにする・状態の改善を図る」等の視点は欠かせないものです。利用者がどのようなことに取り組めば、現状を維持若しくは改善できるか、また病状の悪化等により、どうしても状態の維持が困難な場合、悪化を少しでも緩やかにする方法はないかと考え、仮設（目標）を立てることが重要になります。

○利用者や家族の「要望」だけに合わせてケアプランを作成するのではなく、専門家として「自立支援に資する内容かを常に考えながら、根拠のある課題の設定を意識する必要があります。

○生活全般の解決すべき課題を、利用者及び家族が、「自分達の課題（ニーズ）」として捉えられることが重要です。

イ 目標（長期目標・短期目標）及び援助内容

○「自立支援」に資する課題（ニーズ）に対応し、一定期間後に対応できる実現可能な目標を立てることが重要になります。

○「サービス内容」の記載には、利用するサービスの内容を単に記載するというより、目標を達成するために必要な支援のポイントやセルフケア・家族の役割等を記載するという視点を持つことが大切になります。

### 4 具体的事例

**【事例1】** 相談内容「デイサービスに通わせたい」～相談内容を掘り下げましょう～（分析の一例）  
→なぜ通わせたいのか？→お風呂に入りたい→なぜお風呂に入りたいのか？→自宅のお風呂では心配だから→なぜ心配？→転倒するのではないかと？どの行為？脱衣所から浴室への移動時？洗身時？浴槽の出入り？→なぜ転倒の危険があるのか？→筋力低下→改善の可能性はあるか？→**ニーズ「自宅で入浴することができる」、長期目標「浴槽を跨ぐことができる」、短期目標「脱衣所から浴室までふらつきなく歩くことができる」**→具体的な支援内容（機能訓練等）は個別計画で検討



利用者の状態 : 生活の不活発により下肢機能の低下が顕著（要支援2）  
 利用者の課題 : 入浴ができない（入浴できるようになる余地あり）  
 認定期間 : 6ヶ月

ケアマネが立てた目標  
**清潔の保持に努める**  
 （安全に入浴する）

あいまいな目標  
 デイに行けば即達成  
 ※代表的な目標例

サービス内容

デイサービスで週2回風呂に入る

6ヶ月後評価困難

問題点

お世話なしには生活できない

デイサービスでは入浴できても  
 自宅では入浴ができない

見落とし多数！！

**× 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。
- ・介護サービスが生活の不活発を助長 → 重度化の恐れ

ケア会議で修正した目標

具体的  
 6ヶ月後評価可能

**6ヶ月後**  
**自分で入浴することができる**

ケア会議でのアドバイス（PT・OT・ST・歯科・栄養 等）

- デイサービスで下肢筋力の強化と入浴動作の訓練を行ってみては？
- 浴室の住宅改修や入浴補助用具の購入を検討しては？
- 低栄養では？BMIは？食生活は？
- 歯・口腔・嚥下の状態は？
- 薬の服用状況は？

サービス内容の見直し

再アセスメント

**○ 自立支援型のケアマネジメント**

根本的な原因に対するアプローチと、残存機能の維持・向上・悪化の防止

◆要介護度の改善 ◆自立した生活

※厚生労働省「介護予防の推進」より

\*\*\*\*\*

**【事例2】**

利用者の状態：認知症。動かないことにより筋力低下（要介護2）

課題：認知症により、身の回りの片付けはできるが家事全般の段取りができなくなった。

＜目標＞

日常生活に必要な支援が受けられる

＜サービス＞

- ・訪問介護  
 掃除、調理などの日常生活の援助

＜目標＞

ヘルパーと一緒に居室の掃除ができるようになる

＜サービス＞

- ・訪問介護、通所介護、訪問リハ  
 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助、訪問リハによる生活場面でのアドバイス。

＜お世話型のケアマネジメント＞

- ・生活不活発の助長の恐れ

＜自立支援型のケアマネジメント＞

- ・できることが増える！
- ・認知症の方でも役割、生きがいを持つことで尊厳の保持につながります

※参考：リハ職の活用（役割・生きがいの提案、認知機能低下・精神障害への対応の工夫）



\*\*\*\*\*

**【事例3】**

利用者の状態：脳梗塞発症後、自宅でベッド上での生活（要介護4）  
課題：ベッド上の生活による意欲低下、褥瘡の発生

＜目標＞  
褥瘡の再発防止  
＜サービス＞  
・福祉用具貸与  
特殊寝台、床ずれ防止用具

＜目標＞  
家族と同じ食卓で食事をする。  
＜サービス＞  
・福祉用具貸与、訪問リハ  
特殊寝台、車いす、訪問リハでご家族へ車いすに座ることの利点や福祉用具を使った移乗の介助方法をアドバイス。

＜お世話型のケアマネジメント＞  
・意欲の低下、認知機能の低下、筋力低下などの恐れ

＜自立支援型のケアマネジメント＞  
・やる気がでる。コミュニケーションがしやすくなる。車いすに乗ることにより活動の幅が広がる。  
・家族と一緒に食事をし、感謝の言葉をかける、やさしく微笑むことも役割・生きがいの一つです。役割を持つことで、意欲の向上・重度化防止につながります。

※自立支援は軽度者に限定されるものではなく、重度の要介護者であっても生活の質を高めることができます（適切なアセスメントにより、実現可能な目標となっていることが重要です）。

**一人ひとりの生きがいにつながる目標設定にすることが重要です。**

\*\*\*\*\*

介護保険法

（要介護状態区分の変更の認定）

第29条 要介護認定を受けた被保険者は、その介護の必要の程度が現に受けている要介護認定に係る要介護状態区分以外の要介護状態区分に該当すると認めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、市町村に対し、要介護状態区分の変更の認定の申請をすることができる。

★入院後、治療やリハビリなどにより状態が改善した方や、介護サービス利用により状態が改善した方なども軽度化のための区分変更申請することができます。特に、サービス利用している方の利用者負担軽減になりますので、ぜひご活用ください。

## 第6 介護予防ケアマネジメント

### 1 介護予防・生活支援サービス事業の目的(第1号訪問事業、第1号通所事業)

要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援を実施することにより、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援し、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう支援することを目的として実施します。

#### <角田市が目指す介護予防・日常生活支援総合事業>

介護予防相当サービス等から段階的に一般介護予防事業などへ移行できるような支援を行い、**高齢者が役割や生きがいを持ち活動的で生き生きとした生活を送る。**

### 2 角田市におけるケアマネジメントの種類

#### <ケアマネマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）>

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に、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定します。

利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも3月に1回行い、利用者の状況に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとります。

基本報酬：431単位 初回加算：300単位 小規模多機能型居宅介護事業所連携加算：300単位

#### <ケアマネマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）>

ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施します。

初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その結果の解決への具体的対策」「目標を達成するための取組」等を記載）を利用者に説明し、理解してもらった上で、一般介護予防事業等へつなげます。 基本報酬：431単位 初回加算：300単位

利用するサービス				ケアマネマネジメントの種類
介護サービス	介護予防サービス	訪問型サービス 通所型サービス	一般介護予防事業等	
○				居宅介護支援
	○	○	○	介護予防支援
	○	○		介護予防支援
	○		○	介護予防支援
	○			介護予防支援
		○	○	ケアマネジメントA
		○		ケアマネジメントA
			○	ケアマネジメントC

### 3 介護予防ケアマネジメントの流れ



### 4 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方(地域支援事業実施要綱より)

介護予防ケアマネジメントは、**介護予防の目的**である「**高齢者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に悪化しないようにする**」ために、**高齢者自身が地域における自立した日常生活を送ることができるよう支援**するものであり、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものである。

地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、医療や介護、生活支援等を必要とする状態となっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、**高齢者一人一人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・増進に向けた取組を行うことが重要となる。

介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援と同様、地域包括支援センターが要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、**目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるように支援**する。また、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、日常生活上の何らかの困りごとに対して、心身機能の改善だけではなく、**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等、「心身機能」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容となるよう**要支援者等の選択を支援していくことも重要である。

介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、**利用者の状態を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解**した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成するものとする。

## 5 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点(具体的な実施の手順)

(介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインより)

### (1) 適切なアセスメント～本人の望む生活(生活の目標)を明らかにする～

①本人の望む生活(生活の目標)と現状の生活のギャップについて収集した情報から「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析する。

②課題分析の過程を通して、生活機能のどこに問題があり、困った状況になったのかを**本人・家族と認識を共有**し、必要な助言を行うことで、プラン実施の際には本人・家族の取組を積極的に促すことができる。また、将来の生活機能の低下予防にもつながる。

### ③状態を把握する際のポイント～「なぜ」を考えつつ、必要な情報をもらさず聞き取る～

- ・「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」
- ・「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」
- ・「最も困っているのは本人なのか、家族なのか」
- ・「かつて本人が生きがいや楽しみにしていたこと(しかし今はできなくなったこと)は？」
- ・「本人にとってのなじみの人間関係は？」
- ・「本人にとってのなじみの人間関係は？」
- ・「本人にとっての家庭や地域での役割や生きがいとは何だろうか？」

### (2) ケアプラン・利用者の状況を踏まえた目標設定～利用者本人が目標を理解することが重要～

①**目標は、達成可能**で、しかも**本人の意欲を引き出せるよう明確**に設定される必要がある。

②設定された目標、それを達成するためのサービス利用について、**利用者が十分に理解し、納得し、目標達成のために必要なサービスを主体的に利用**する必要がある。

③手法としては、「どのように改善を図るか」、「どこで、だれがアプローチするとよいのか」、「いつ頃までに」(達成可能な期限)を考慮し、計画を作成することが望ましい。

④設定された目標はサービス提供者に共有され、目標の達成に役立つプログラムが実施されなければならない。

⑤目標が達成されたら、生活機能を維持しさらに高めていくために、利用者の状況を踏まえつつ、次のステップアップとして**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などに通うことが大切であることを説明しておく**ことが重要。

### (3) モニタリング・評価

①ケアプランの実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、**新たな目標がないか**を確認し、次のケアプランに結びつけていく。

②順調に進行した場合には事業を終了し、本人との面接等により評価を行う。この場合は、事業終了後も高齢者がセルフケアを継続し、生きがいや役割を持った生活を継続できるよう、通いの場等の紹介、必要な情報提供、アドバイスを行うことが不可欠である。

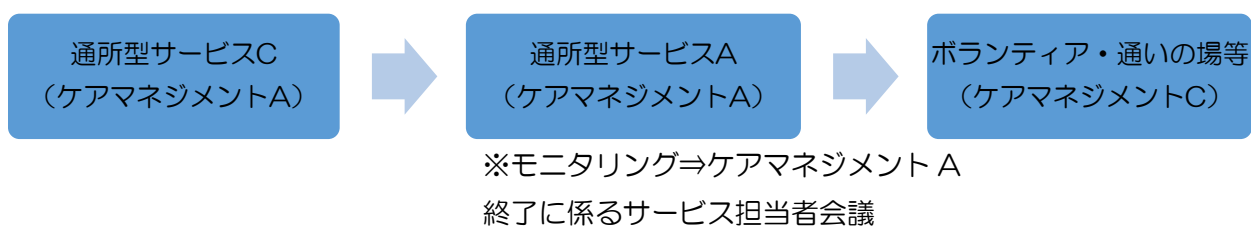
(4) 課題解決のためのケアプランのために～**家庭や地域の中で役割や生きがいを持って生活できる**アセスメントやモニタリングの結果、支援計画を経て当該サービス及び介護予防通所介護相当サービスの利用に頼らずとも**家庭や地域の中で役割や生きがいを持って生活できる**ことが見込まれる場合。

① **利用者が十分に理解し、納得した家庭や地域の中で生きがいや役割を持って生活するための目標**及び達成時期をサービス担当者会議を通してサービス提供者と共有する。

② サービスを利用し、モニタリングの結果、目標達成し**家庭や地域の中で役割や生きがいを持って生活できると認められる場合**、ケアマネジメントA終了に係るサービス担当者会議を経て、ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）を作成する。

③ ケアマネジメントCにおける実施後は、3～6か月後に**その後の状況把握**を行う。

#### <家庭や地域の中で役割や生きがいを持って生活するための利用例>



※通いの場等については、地域性や足の確保などの課題もありますが、既存の地域資源を活用しながら、役割や生きがいを持って生活できるように支援していきましょう。

※具体的には、地域のたまり場、趣味や特技、サークル活動等を通じて地域社会と交流できる場、これまでの経験を活かしたボランティア活動、生活支援の担い手、就労活動等へつながるよう支援しましょう。

#### <自立支援・重度化防止に資するサービス提供のために>

○本人ができることまで支援していませんか？～再度ご確認ください～

## 第6 多職種の視点

### 1 角田市介護予防のための地域ケア個別会議

自立支援・介護予防の視点で地域ケア個別会議を活用することで「要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善を導き、自立を促すこと」ひいては「高齢者のQOLの向上」を目指すものです。

多職種からの専門的な助言を得ながら、ケアマネジメントを見つめ直すことで、高齢者の生活行為の課題を明らかにし、介護予防に資するケアプランの作成とそのケアプランに即したケア等の提供を行うとともに、地域課題を明らかにし、社会資源開拓のきっかけとするものですので、地域ケア会議での支援を事例提供や傍聴などでご活用ください。

### 2 ケアマネジメントにおけるアセスメントの際の専門職の同行訪問

利用者の疾患や障害などの状態によっては、専門職の視点でのアセスメントが効果的な方もいます。そのため、仙南保健福祉事務所のリハビリテーション専門職の相談派遣事業などを活用した専門職のアセスメント同行訪問を推奨します。

## 地域ケア会議・アセスメントシート

氏名		男・女	年齢 ( )	住所 角田市
要介護度		有効期限		検討テーマ
自立できていない生活状況 (ADL、IADL、疾病管理、経済状況等)				
個人因子(自立できていない生活状況の理由)				
環境因子 (自立できていない生活状況の理由)				
健康状態				
経済的環境及び自立度				
問題点 課題				

令和 年 月 日作成 記入者

課題整理総括表

股

利用者名

様式 6

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		改善/維持の可能性※4		備考(経過・支援内容等)
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		
		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		
		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		
		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		
		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		
		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		
		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		
		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		
		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		
			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		
			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		
			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		
			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		
			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		
			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		
			支障なし 支障あり	改善 維持 悪化		

※5 「要因」および改善/維持の可能性を調べ、必要に応じて追加して書き加えて差し支えない。  
 ※6 介護支援専門員が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのよう変更をもちいらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(※数字)を記入する(複数の番号を記入可)。  
 ※7 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのよう変更をもちいらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(※数字)を記入する(複数の番号を記入可)。  
 ※8 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後にO印を記入する。

※9 「要因」および改善/維持の可能性を調べ、必要に応じて追加して書き加えて差し支えない。  
 ※10 介護支援専門員が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのよう変更をもちいらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(※数字)を記入する(複数の番号を記入可)。  
 ※11 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後にO印を記入する。

※12 「要因」および改善/維持の可能性を調べ、必要に応じて追加して書き加えて差し支えない。  
 ※13 介護支援専門員が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのよう変更をもちいらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(※数字)を記入する(複数の番号を記入可)。  
 ※14 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後にO印を記入する。



利用者基本情報

様式 7

《基本情報》

作成担当者：

相談日	平成・令和 年 月 日	来所・電話 その他 ( )	初回 再来 (前回 / )	
本人の現 状	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・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 有効期間： 年 月 日～ 年 月 日			
障害等 認定	身障( )、療育( )、精神( )、難病( )、その他( )			
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・その他( )			
来所者 (相談者)			家 族 構 成 等  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))  家族関係等の状況	
住所 連絡先		続 柄		
緊急連絡 先	氏 名	続 柄		住所・連絡先

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・すごし方			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・意見書作成者に☆)		経過	治療集の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	

《現在使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、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、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。

日 氏名 印

年 月

## 基本チェックリスト

NO	質問項目	回答	
		(いずれかに○をお付けください)	
1	バスや電話で1人で外出していますか	はい	いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	はい	いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	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	はい	いいえ
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	はい	いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
1	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ
1	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ
1	身長            c m    体重            kg (BMI =            ) (注)		
1	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ
1	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
1	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ
1	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
1	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ
1	8 周囲の人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると 8 言われますか	はい	いいえ
1	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	はい	いいえ
2	今日が何月何日かわからないときがありますか	はい	いいえ
2	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ
2	(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 2 った	はい	いいえ
2	(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 3 感じられる	はい	いいえ
2	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	はい	いいえ
2	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	はい	いいえ

(注)BMI = 体重(kg) ÷ 身長 (cm) ÷ 身長(cm)が 18.5 未満の場合に該当する。

## 興味・関心チェックシート

氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別（男・女） 記入日：R\_\_\_\_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			

生活行為向上マネジメント

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

## 介護予防のための地域ケア個別会議モニタリング表（6ヵ月後）

地域ケア個別会議 実施日	令和 年 月 日	事例提供事業所名 担当者名	
自立支援型地域ケア会議 助言内容			
自立支援型地域ケア会議（事前・本会議・振り返りを含む）を受けて気づいたこと、新たな視点や学び			
提出事例について実践したこと・利用者の変化			
優先順位 1	<実践したこと>		
	<利用者の変化（効果）>		
優先順位 2	<実践したこと>		
	<利用者の変化（効果）>		
現時点では実践が難しい助言			
<理由>			

個別ケア会議へ参加したことで変化が有りましたか？（当てはまるものに○をつけてください）	
アセスメントの 視点について	<u>変化有り</u> ・ 変化無し  具体的に記入ください ・
目標の設定につ いて	<u>変化有り</u> ・ 変化無し  具体的に記入ください ・
多職種との連携 について	<u>変化有り</u> ・ 変化無し  具体的に記入ください ・
介護保険以外の 社会資源の情報 収集・活用につ いて	<u>変化有り</u> ・ 変化無し  具体的に記入ください ・