



介護予防 ケアマネジメント マニュアル（2022 年第 2 版）

利用者のニーズを引出し、自立を目指すケアマネジメント

はじめに

昨今の感染症の拡大に際しては、各事業所において万全な感染対策を講じながら必要なサービス提供が行われていることと思います。また、大規模な災害の発生も地域でみられ、2021年度の介護報酬改定では、「感染症や災害への対応力強化」が重要とされており、必要なサービスを継続的に提供していく体制の確保が必要となります。

今回の介護報酬改定においては、要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するものであることが求められ、ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保とし、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進するなどの改定が行われました。

団塊世代の全ての人々が75歳以上となる2025年に向けて、国民一人一人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、医療、介護、介護予防、住まいおよび生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を、各地域の状況に応じ、構築していくことが重要となります。少子高齢化が進展する中、足下の介護人材不足は厳しい状況にあり、2025年以降は生産年齢人口の減少が明らかとなっています。「介護人材の確保・介護現場の革新」として、地域の高齢者介護を支える人的基盤の確保が大きな課題になることが予測されます。

また、「自立支援・重度化防止の取組の推進」として、介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）を図る観点から、一般介護予防事業等の推進等を図る見直しが行われ、サービスの質の評価や科学的介護の取組も進めながら、質の高い、自立支援・重度化防止に資するサービスの提供を推進していく必要性があります。

「制度の安定性・持続可能性の確保」としては、必要なサービスはしっかりと確保しつつ、サービスの適正化・重点化を図り、制度の安定性・持続可能性を高めていくことが重要です。

これまで、和泉市では利用者のニーズを捉え、本人を含むケアチームが支援の方向性やケアマネジメントの効果を共有できるように、活動能力の階層性概念をもとにした「介護予防評価指標マニュアル」を開発し、自立支援に向けたケアマネジメントの質の向上に取り組んできました。自立支援に向けたケアマネジメントガイドラインを開発し、アセスメントの視点や支援のポイントに悩んだ際の参考書として活用して頂ける内容となっています。

また、今回のマニュアル第2版については、和泉市の社会資源にポイントを置き、介護予防ケアマネジメントマニュアルを活用した具体的な記載例を紹介し、実践での活用イメージが付きやすいように工夫しています。

本マニュアルが、介護支援専門員はじめ介護予防ケアマネジメントに携わる多くの関係職種の皆様に様々な場面でご利用いただければ幸いです。

令和4年5月

本マニュアル作成にあたって

1. マニュアル作成の目的

和泉市では、平成 21 年に開発した「介護予防評価指標マニュアル」をもとに、介護予防ケアマネジメントの効果を評価し、質の向上に向けて取り組んできました。その中で、介護予防ケアマネジメントにおいては、プランや評価法の様式は統一されているものの、要介護者のケアマネジメントのように情報収集や課題の抽出における統一された基準がなく、経験やスキルによってマネジメントの質に偏りが出る状況が明らかになってきました。

そこで、和泉市では、介護予防ケアマネジメントの効果を評価するとともに、スキルの平準化及び質の向上を目指して、内容を編集し「介護予防ケアマネジメントマニュアル」を作成しました。

2. マニュアル作成の経緯

和泉市では、介護度だけでは現わせない介護予防ケアマネジメントの効果を客観的に評価するため、利用者の生活機能の変化を捉える評価指標の開発に平成 21 年度より取り組んできました。平成 22 年度から 23 年度にかけては市内 4 力所の地域包括支援センターにおいて試行的に評価を実施、平成 23 年度には判断基準が平準化するよう「介護予防評価指標マニュアル」を作成し、用語の定義や活用方法をまとめました。平成 24 年 3 月には介護予防ケアマネジメント研修においてマニュアルを紹介し、10 月からは評価指標を用いた評価表の作成をお願いしてきました。これにより、地域包括支援センターと委託先の介護支援専門員の間で支援の方向性やねらいを共有しやすくなり、具体的な目標が増えたという効果も見られています。

しかし、利用者の状態像や支援の方向性を共有できたからこそ、プランに記載されている情報に偏りがあったり、課題を統合する中で必要な支援が見落とされているケースに気づくこともあり、平成 24 年度にはアセスメントプロセスを効率化する「生活機能アセスメントシート」を、また、平成 25 年度には各指標におけるアセスメントやモニタリング・評価の視点ならびに支援のポイントにまとめた「介護予防ケアマネジメントガイドライン」を開発し、活用してきました。

本マニュアルは、これまでの取り組みの総集編であり、介護予防ケアマネジメント初心者の方にもご活用いただけるよう、基本的なケアマネジメントプロセスにおけるポイントも含めて再編集したものとなっています。

3. マニュアルの構成

本マニュアルは 2 つの章立てで構成されており、「第 1 章：介護予防ケアマネジメントの展開過程と関連帳票」においては、基本的な介護予防ケアマネジメントの流れと、各過程における関連指標ツールの活用方法を紹介しています。また、「第 2 章：介護予防ケアマネジメントガイドライン」は、作成における参考書的な活用をイメージしてまとめています。

目次

介護予防ケアマネジメントマニュアル

はじめに

本マニュアル作成にあたって

目次

困った時のお助けツール

第1章 介護予防ケアマネジメントの展開過程と関連帳票

1. 活動能力の階層性概念と ICF（国際生活機能分類）モデル	7
①活動能力の階層性概念	7
②ICF（国際生活機能分類）モデル	7
③指標および介護予防ケアマネジメントガイドラインの成り立ち	8
2. 介護予防ケアマネジメントの流れ	8
3. アセスメント	9
①アセスメントの思考過程	9
②生活機能アセスメントシート	10
③生活機能アセスメントシートの活用方法	11
④生活機能アセスメントシートの記載例	14
4. 介護予防ケアプラン作成	17
①介護予防ケアプラン作成の思考過程	17
②介護予防ケアプランの記載方法	18
③介護予防ケアプランの記載例	20
5. サービス担当者会議	22
①サービス担当者会議のねらい	22
②サービス担当者会議の進め方	23
③サービス担当者会議録の記載例	24
6. モニタリングと評価	25
①モニタリングの視点	25
②評価の視点	25
③生活機能評価シート	26
④生活機能評価シートの活用方法	27
⑤評価表の記載方法	29
⑥評価表の記載例	30

第2章 介護予防ケアマネジメントガイドライン

1. 介護予防ケアマネジメントガイドラインの活用方法	31
①介護予防ケアマネジメントガイドラインの構成	31
②介護予防ケアマネジメントガイドラインの活用方法	31
2. A：社会的役割 人との親密な付き合いや社会との交流能力	33
B：状況対応 余暇活動や創造性などの知的能動性	41
C：手段的自立 IADL を中心とした、一人での在宅生活を維持する為の能力	46
D：身体的自立 自立した日常生活を送るための ADL 能力	55

Q&A 集（留意点まとめ）

・ケアプラン提出について	64
・ケアプランの期間について	64
・利用者、包括との契約締結について	65
・介護保険サービス利用について	65
・生活保護受給者がサービス利用する場合	66
・みなし2号被保険者の場合	66
・利用者が住所変更をした場合	67
・プラン料の加算について	67
・『追加サービス』プランの書き方について	68

参考資料

・和泉市版「介護予防ケアマネジメントの流れと地域包括支援センターへの書類提出」	69
・生活機能アセスメントシート	70
・生活機能評価シート	71

困った時のお助けツール

～こんな場面で困ったときはこのツールを使ってみよう～

介護予防ケアマネジメントにおいてよくある困りごとを下記の通りまとめてみました。どのような場面でどのツールを活用すると効果的かについて一目で分かる対応表になっています。困った時だけでなく、自らのケアマネジメントを振り返り、スキルアップを目指すためにもご活用いただければと思います。

	生活機能 アセスメント シート	生活機能 評価シート	介護予防 ケアマネジメント ガイドライン
①P. 9 面接の場面で情報の聞きもれが多く、何度も訪問や電話をしてしまう	○		○
②P. 13 利用者の望む暮らしを具体的に把握できない、上手く聞き出せない	○		
③P. 15 ケアプランの領域における課題で何を書けばよいかわからない	○		○
④P. 16 予後予測や課題の統合が苦手	○		
⑤P. 16 利用者との合意に基づく生活機能の向上を目指した目標設定が難しい	○		
⑥P. 17 目標が抽象的になってしまい、個別性が見えない	○		○
⑦P. 22 サービス担当者会議で目標や支援内容の合意をまとめるににくい	○		○
⑧P. 25 予防ケアマネジメントの効果をチームで共有できない		○	○

生活機能アセスメントシート⇒第1章 3. アセスメント P. 9～16
情報収集、予後予測、課題の統合、合意形成が効率的にできるシート

生活機能評価シート⇒第1章 6. モニタリングと評価 P. 25～30
生活機能の変化で介護予防ケアマネジメントの効果を評価できるシート

介護予防ケアマネジメントガイドライン⇒第2章 P. 31～63
指標の定義、アセスメントの視点、支援のポイント、目標例がまとまったガイドライン

— 第1章 —

介護予防ケアマネジメントの展開過程と関連帳票

1. 活動能力の階層性概念と ICF（国際生活機能分類）モデル

① 活動能力の階層性概念

指標はアメリカの老年学者であるロートンの提唱した活動能力の階層性概念に基づき作成したものです。ロートンは人間の活動能力にはいくつかの段階があるということに着目し、下記の図のように7つの水準に体系化しています。この概念図は左から右へ、また下から上へ移るに従って、より高次で複雑な能力を表わしており、左端の生命維持はもっとも単純な能力、右端の社会的役割はもっとも高次で複雑な能力を示しています。

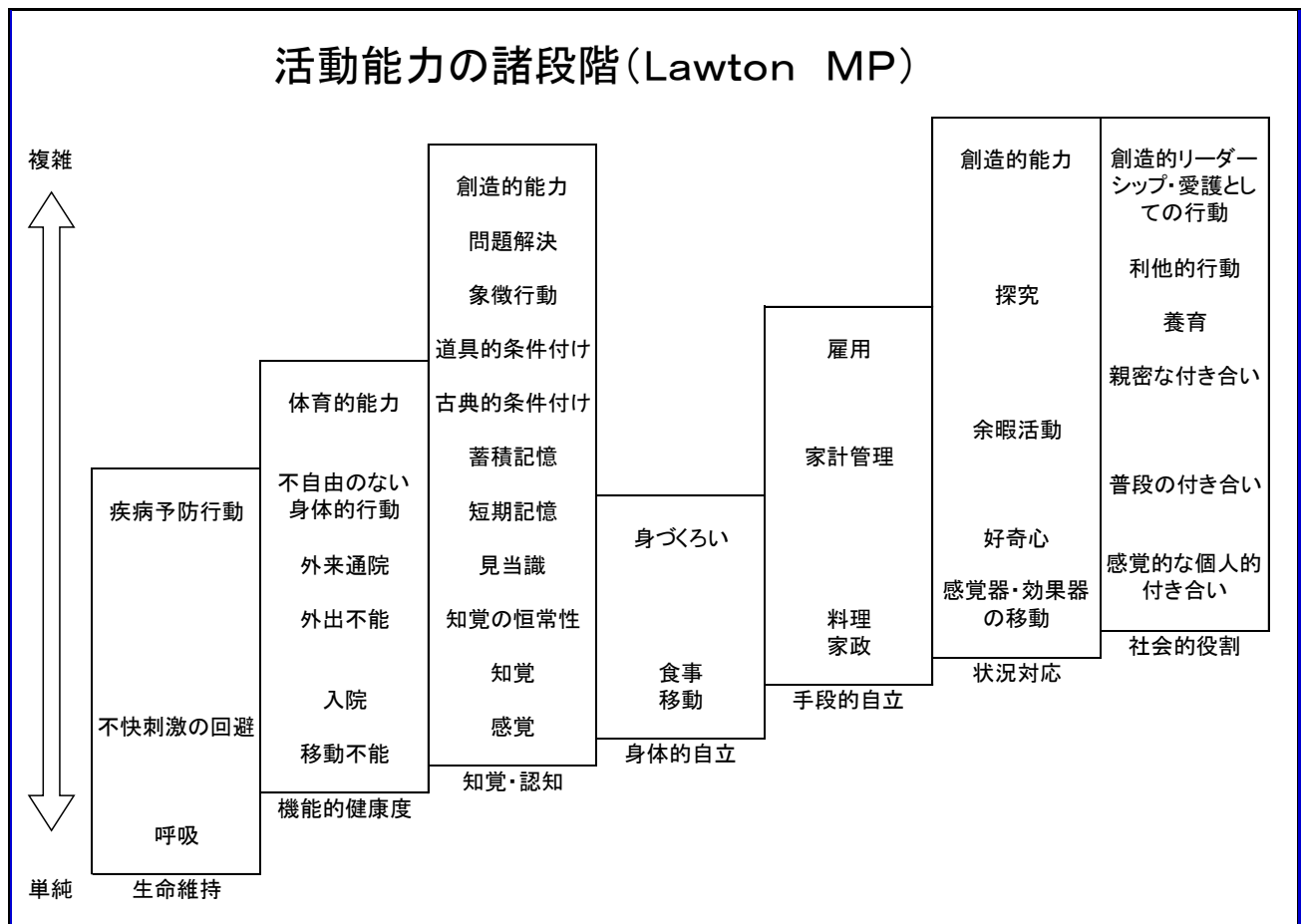


図 1

② ICF（国際生活機能分類）モデル

ICF モデルは「生活障害」というマイナスの面ではなく、「生活機能」というプラスの側面に着目したモデルであり、「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」という生活機能の3つのレベルがそれぞれ相互に影響を及ぼすことを表しています。

また、生活機能に大きな影響を与える背景因子として「環境因子」、「個人因子」や「健康状態」など、すべての要素が他のすべての要素と影響しあう相互作用モデルといえます。

ICF モデルを活用することで、「残存機能」だけでなく「潜在能力」を引き出すことが、介護予防ケアマネジメントにおいて重要となってきます。

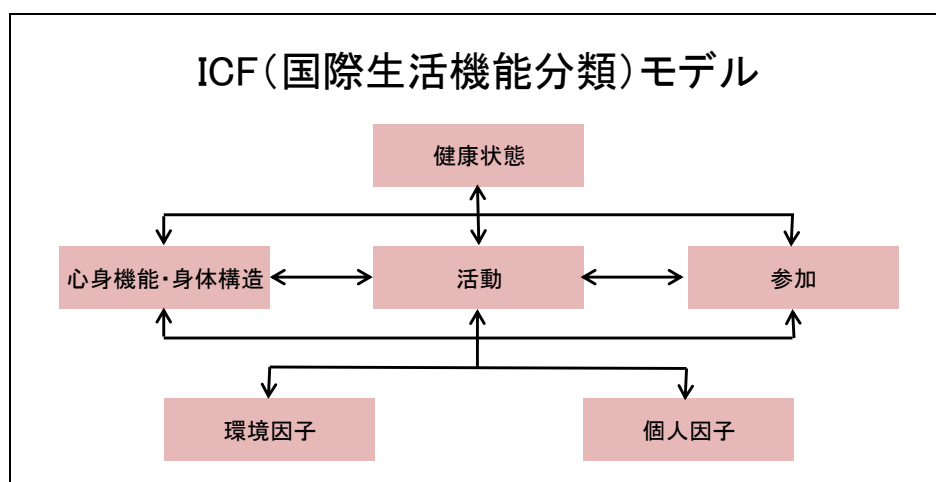


図 2

③ 指標および介護予防ケアマネジメントガイドラインの成り立ち

「指標」はロートンの活動能力の階層性概念と ICF の国際生活機能分類を参考に、和泉市と地域包括支援センターが作成したものです。活動能力の諸段階に基づき、より高次な機能である「社会的役割」、「状況対応」、「手段的自立」、「身体的自立」の各階層について項目を分類しました。

これまで、「知覚・認知」、「機能的健康度」についても指標に位置付けて紹介してきましたが、より「活動」、「参加」レベルの生活機能の改善を目指せるように、今回の改定において削除しました。

ただし、これらの心身機能については、高次の生活機能の基盤でもあり、生活障害の要因や背景を捉えたり、予後予測を行ううえで省くことのできないアセスメントの視点です。そこで、環境因子や個人因子とともに、指標の項目ごとのアセスメントの視点を「介護予防ケアマネジメントガイドライン」として新たにまとめました。

また、ICF モデルを参考に生活機能を改善するための個々の因子の相互作用を意識した支援のポイントもまとめ、介護予防ケアマネジメントの各プロセスにおいて活用できるツールを開発しました。

2. 介護予防ケアマネジメントの流れ

介護予防ケアマネジメントは、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるように、要支援者であれば、要介護状態にならないよう、できる限り予防することを目指すものです。

介護予防ケアマネジメントの流れは、右記に示す通りで、各プロセスにおける詳細については、次ページから紹介します。

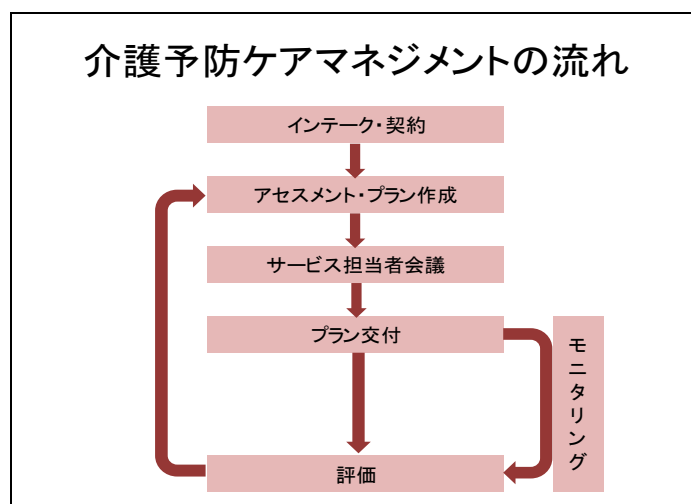


図 3

3. アセスメント

① アセスメントの思考過程

介護予防ケアマネジメントにおけるアセスメント（課題分析）では、利用者の生活全般について情報収集を行い、生活機能が低下している原因を分析するとともに、悪化の危険性や改善の可能性等の予後予測の検討を行ったうえで、目標を含む支援の方向性を導きます。

利用者の主訴や要望も十分考慮し、潜在化している課題にも目を向けながら、「このように暮らしたい」という利用者・家族の積極的な願いや生きる力を引き出すことが重要となります。

そのためには、利用者のもつ長所や強さ（ストレングス）に加えて、未だ発揮されていない潜在的な能力にも着目しながら、利用者と協働してアセスメントしていくことが必要となります。

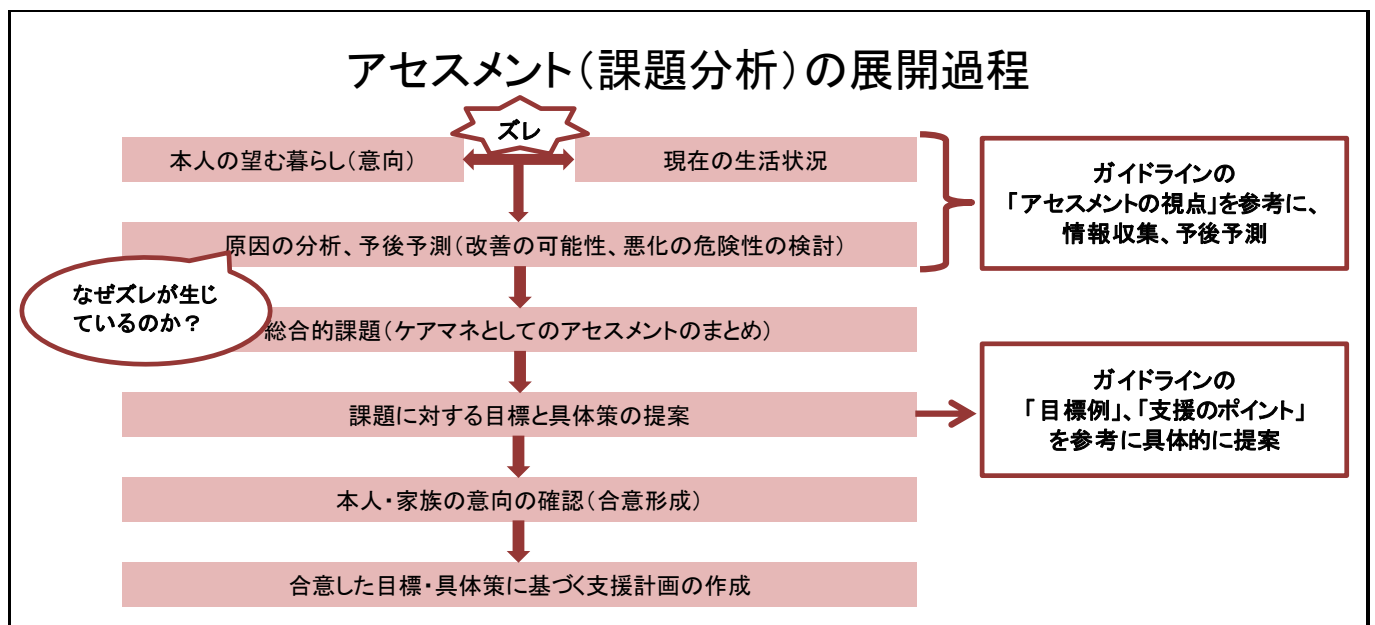


図 4

よくある困りごと①

「面接場面で情報の聞きもれが多く、何度も訪問や電話をしてしまう」

初回面接は、利用者や家族の訴えを聞いていく中で必要な情報を収集し、生活課題について利用者と共に考えていく援助過程の最初のプロセスです。しかし、契約等の作業もあるため、時間的にも精神的にも余裕がないことが多いでしょう。また、聞きたいことや伝えたいことが沢山あるため、つい介護支援専門員が一方的に話してしまいがちです。そうすると気づかぬうちに、利用者との距離が離れてしまっていることもあります。情報収集を優先するあまり、最も大切な利用者との信頼関係の構築が疎かになってしまっては本末転倒です。

利用者との自然な会話の中から必要な情報を漏れなく効果的に収集するためのツールとして、アセスメントシートを活用して下さい。

② 生活機能アセスメントシート

令和 年 月 日

利用者名：		担当者名：								
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> アセスメントプロセス </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin-top: 20px;"> 指標 </div>		本人の主観で選択				専門職の視点で選択			課題に対する本人の意向	
		している		していない		可能性が見込めるもの	今年以内に改善の計画における課題	課題の統合		
		楽にできる	楽にできない	一年程前から	一年以上前から					
A 社会的役割	1 家庭外での役割						有・無			
	2 家庭での役割						有・無			
	3 友人・知人との交流						有・無			
	4 家族との交流						有・無			
	5 介護保険外の集団への参加						有・無			
	6 介護保険通所サービスへの参加						有・無			
B 状況対応	1 趣味、生きがい						有・無			
	2 好奇心、生活意欲						有・無			
	3 契約行為、公的手続き						有・無			
C 手段的自立	1 調理						有・無			
	2 掃除						有・無			
	3 洗濯						有・無			
	4 買い物						有・無			
	5 保健行動						有・無			
	6 金銭管理						有・無			
	7 外出準備、身だしなみ						有・無			
D 身体的自立	1 自宅外での移動						有・無			
	2 自宅内での移動						有・無			
	3 排泄動作						有・無			
	4 入浴動作						有・無			
	5 更衣動作						有・無			
	6 保清行為						有・無			
	7 食事摂取、飲水行為						有・無			

③ 生活機能アセスメントシートの活用方法

(1) アセスメントシートの構成

横軸は、本人の主観で選択する「情報収集」、専門職の視点で選択する「予後予測」、「課題の統合」、本人と専門職との共通認識を図る「合意形成」といったアセスメントプロセスに基づいた項目です。

縦軸は、生活機能の階層性概念に基づく指標の項目で構成されています。

(2) アセスメントシートの活用方法

ア. 情報収集

各生活機能における現状を本人の主観で確認していきます。まず、はじめに「している」か「していない」かのどちらかを確認し、「している」場合は「楽にできる」か「楽にできない」か、「していない」場合は「1年程前から」か「1年以上前から」なのかを確認し、いずれか1つに○をつけます。

また、一度もしたことがないことについては「一年以上前からしていない」を選択します。

聞き取りを行う際は「どの動作が楽にできないのか」、「なぜしなくなったのか」など、各生活機能において本人が実施している内容や阻害している要因を具体的に引き出し、左の項目欄の空きスペースに記入しておきます。こうしておくことで、課題の統合や具体的な目標設定に役立ちます。（図5）

		本人の主観で選択				専門職の視点で選択		課題に対する本人の意向
		している	していない	楽にできる	楽にできない	一年以内	一年以上	
各階層ごとに いずれか一つを 選び○をつける							有・無	
							有・無	
							有・無	
							有・無	
							有・無	
							有・無	
本人のコメント等を書き込む								

図 5

次に、本人が改善したいと思う生活機能を確認します。この時、より改善が見込めるものに焦点を当てるため、すべての項目からではなく、「しているが楽にできない」、「1年程前からしていない」を選択したものから、本人が改善したいという意向があるものを確認します。さらに、優先順位を絞っていくため期間を1年以内に絞り、本人が改善したいと思う項目に○をつけます。（図6）

		本人の主観で選択				専門職の視点で選択		課題に対する本人の意向
		している	していない	楽にできる	楽にできない	一年以内	一年以上	
網掛けに○のついているものから、 本人が改善したい項目に○をつける							有・無	
							有・無	
							有・無	
							有・無	
							有・無	
							有・無	

図 6

イ. 予後予測

各生活機能について、1年以内に改善の可能性が見込めるものかどうか、専門職の視点で予後予測を行います。

本人が「改善したい」と思っていないくても、専門職の視点で「一年以内に改善の可能性が見込める」と判断したにもものについては○をつけます。逆に本人が「一年以内に改善したい」と思っているても、明らかに一年以内での改善が困難であると専門職が判断した場合は、○がつかないこともあります。

ここでは、「本人が改善したいこと」と「専門職が改善の可能性を見込むもの」それぞれを明らかにし、課題設定の参考にします。（図7）

次に、「改善の可能性が見込める」と判断したものの中で、3～6ヶ月といった短期的な改善見込の有無を判断し、「今回の計画における課題」に○をつけます。

改善に向けて長期的な期間を要する課題については、今回のプランでは課題としてあげないため、「無」に○をつけます。（図8）

「今回の計画における課題」で「有」を選択した課題を、必要に応じて統合し、優先順位をつけます。統合する際のポイントは「原因や背景が共通するもの」や「支援の方向性が共通するもの」を見つけ出すことです。

統合した課題は同じ番号とし、優先順位の高い順に番号をつけます。ここで統合した課題は「プランの総合的課題」に対応します。（図9）

予後予測

	本人の主観で選択					専門職の視点で選択			課題に対する本人の意向
	している		していない		可能性が見込めるもの	今年以内に改善の可能性があるもの	今回の計画における課題		
	楽にできる	楽にできない	一年以上前から	一年以内に改善したいと思うこと					
								課題の統合	
								有・無	
								有・無	
								有・無	
								有・無	
								有・無	
								有・無	
								有・無	

本人が選ぶ「一年以内に改善したいと思うこと」と専門職が選ぶ「一年以内に改善の可能性が見込めるもの」は同じである必要はない

図 7

予後予測

	本人の主観で選択					専門職の視点で選択			課題に対する本人の意向
	している		していない		可能性が見込めるもの	今年以内に改善の可能性があるもの	今回の計画における課題		
	楽にできる	楽にできない	一年以上前から	一年以内に改善したいと思うこと					
								有・無	
								有・無	
								有・無	
								有・無	
								有・無	
								有・無	
								有・無	
								有・無	

今回のプランの期間中に改善が見込めるかどうかで「有」「無」を判断する

図 8

課題の統合

	本人の主観で選択					専門職の視点で選択			課題に対する本人の意向
	している		していない		可能性が見込めるもの	今年以内に改善の可能性があるもの	今回の計画における課題		
	楽にできる	楽にできない	一年以上前から	一年以内に改善したいと思うこと					
								課題の統合	
								有・無	
								有・無	
								有・無	
								有・無	
								有・無	
								有・無	
								有・無	

原因や背景が共通するもの、支援の方向性が同じものについては統合し、優先順位の高いものから番号をつける

図 9

ウ. 合意形成

統合した課題に対する本人の意向を確認します。本人の同意が得られれば「課題に対する本人の意向」に○をつけ、本人と一緒に目標及び対応策を考えていきます。(図10)

このようにアセスメントシートを使う事で、生活機能を階層的に捉えた情報収集ができるようになり、予後予測から課題の統合、合意形成の流れを整理しながらアセスメントができるので、プランの作成が効率的に行えます。

		本人の主観で選択				専門職の視点で選択			課題に対する本人の意向
		している	していない	一年以内に改善したいと思うこと	一年以内に改善の可能性があるもの	今回の計画における課題	課題の統合		
				○		有・無			
		○			○	有	無	#1 ○	
	○							#1 ○	
		○			○	有	無		
		○			○	有	無	#2	

本人の同意が得られたものは、プランの総合的課題にあげる

図 10

よくある困りごと②

「利用者の望む暮らしを具体的に把握できない、上手く聞き出せない」

利用者の主訴の多くは「困り事」として表出され、その解決方法として介護保険サービスを希望されます。よくある例として、「膝が痛くて台所に立てないから、ヘルパーさんに調理をしてもらいたい。」といった要望を聞くことがあると思います。そのままストレートに受け止めると、訪問介護サービスによる調理の代行ということになりますが、利用者のニーズは本当にそうなののでしょうか？

このような相談を受けた場合、介護支援専門員は利用者の主訴を相談援助過程の入り口にして、生活の困り事が起きている原因や背景を明らかにするとともに、主訴の奥に隠されている真のニーズを引き出していかなければなりません。「膝の痛みを軽減することで、自分で調理ができるようになりたい。」「味付けだけは人に任せず、自分の思うようにしたい。」

「家族のために料理を作れるようになりたい。」など、その人なりの望みや希望を捉えることが重要です。

そのためには、利用者の話にしっかりと耳を傾けて、今までの生活のなかで大切にしてきたこと、現在の生活に対する思い、これからの生活に対する希望、自分自身に期待する気持ち（自信や自己効力感）、価値観やこだわりなど、“その人らしさ”を捉えることが必要です。

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



④ 生活機能アセスメントシートの記載例

令和3年8月15日

利用者名: Mさん		担当者名: ○○ ○○									
		本人の主観で選択					専門職の視点で選択			課題に対する本人の意向	
		している		していない		可能性が見込めるもの	今年度の計画における課題	課題の統合			
		楽にできる	楽にできない	一年程前から	一年以上前から						
A 社会的役割	1 家庭外での役割 ボランティア (大正琴の演奏)			○		○	○	有・無			
	2 家庭での役割 車の運転、家事			○		○	○	有・無	#1	○	
	3 友人・知人との交流 近所の友人宅への訪問			○		○	○	有・無			
	4 家族との交流	○						有・無			
	5 介護保険外の集団への参加 ボランティア慰問			○		○	○	有・無			
	6 介護保険通所サービスへの参加				○			有・無			
B 状況対応	1 趣味、生きがい 大正琴			○		○	○	有・無			
	2 好奇心、生活意欲 家事やボランティア活動			○		○	○	有・無			
	3 契約行為、公的手続き	○						有・無			
C 手段的自立	1 調理 左肩の痛みがあり、台所仕事がつらい			○		○	○	有・無	#1	○	
	2 掃除			○				有・無			
	3 洗濯 夫が行っている				○			有・無			
	4 買い物			○				有・無			
	5 保健行動	○						有・無			
	6 金銭管理	○						有・無			
	7 外出準備、身だしなみ		○					有・無			
D 身体的自立	1 自宅外での移動 外出は車で送迎してもらう		○			○	○	有・無			
	2 自宅内での移動 四点杖使用		○			○	○	有・無	#1 #2	○	
	3 排泄動作 ズボンの上げ下ろしがしづらい		○					有・無			
	4 入浴動作 椅子からの立ち座りがつらい		○			○	○	有・無	#2	○	
	5 更衣動作 ズボンの着替えに時間がかかる		○					有・無			
	6 保清行為		○					有・無			
	7 食事摂取、飲水行為	○						有・無			

よくある困りごと③

「ケアプランの領域における課題で何を書けばよいか分からない」

アセスメントの際には、本人の望む暮らしと現在の生活状況にズレが生じている原因を分析する必要がありますが、生活障害の部分だけを見て生活課題を分析してしまいがちになっていませんか？ ケアプランの領域における課題では、そのズレが生じている原因や背景を分析し、悪化の危険性や改善の可能性などの予後予測を記載することで、支援の方向性を導くことが重要です。この時、問題点だけでなく、利用者の意欲や潜在能力などの個人因子や人的・物的な環境因子を利用者のストレングスとしてとらえることで、改善の可能性を見立てやすくなります。

「ガイドライン」では、各項目に関して心身機能・環境因子・個人因子ごとに情報収集やアセスメントの際に確認する視点をまとめています。ケアプランの各領域に記載する情報の整理に悩まれたときは、下記の「ケアプラン領域と指標項目の対応表」を参考のうえ「ガイドライン」をご活用ください。

ケアプラン領域と指標項目の対応表

ケアプランの領域	指標項目
運動・移動について	D-1 自宅外での移動 D-2 自宅内での移動
日常生活（家庭生活）について	A-2 家庭での役割 B-3 契約行為、公的手続き、 C-1 調理 C-2 掃除 C-3 洗濯 C-4 買い物 C-6 金銭管理 C-7 外出準備、身だしなみ D-3 排泄動作 D-4 入浴動作 D-5 更衣動作
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	A-1 家庭外での役割 A-3 友人・知人との交流 A-4 家族との交流 A-5 介護保険外の集団への参加 A-6 介護保険通所サービスへの参加 B-1 趣味、生きがい B-2 好奇心、生活意欲
健康管理について	C-5 保健行動 D-6 保清行為 D-7 食事摂取、飲水行為

情報によっては、いくつかの領域にまたがるものもありますが、どの領域に記載するかにこだわり過ぎる必要はありません。18～21 ページにも介護予防プランの記載方法と記載例をまとめていますので、合わせてご覧ください。

よくある困りごと④

「予後予測や課題の統合が苦手」

アセスメント過程の中でも、最も専門性が求められるのが予後予測や課題の統合といった作業です。予後予測とは利用者の将来の姿を見立てることです。具体的には、改善の可能性や悪化の危険性を検討したうえで、利用者の生活機能が向上した姿（目標）を捉え、その実現のために必要な支援とその根拠を導くことです。「領域における課題」で予後予測をしっかりと行うことで、支援計画をスムーズに作成することができます。

「総合的課題」をどのようにまとめるかは、その後に作成する支援計画やモニタリングの有効性にも大きく影響する重要な作業です。

課題の統合を行う際にポイントとなるのが次の二点です。

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

この二点をヒントに課題整理を行うと、利用者やサービス事業者にとっても理解しやすいものになるでしょう。

「アセスメントシート」を活用することで、予後予測や課題の統合が行いやすく、効率的かつ効果的に介護予防プランを作成することができます。



よくある困りごと⑤

「利用者との合意に基づく生活機能の向上を目指した目標設定が難しい」

ケアプランを作成する際には、生活機能の向上を目指した目標（自立目標）を考える必要があります。ですが、ついつい援助者側が考えた目標を利用者に押し付けてしまいがちになってしまいませんか？自立目標を考える際に大切なのは、利用者の現在の生活だけを捉えるのではなく、利用者にとって「馴染みの生活」「当たり前で暮らしていた以前の生活」に近づける」という視点をもつことが大切です。そのためには、現在の生活だけに着目するのではなく、利用者のこれまでの生活スタイルや暮らしの在り様を把握することが大切です。

「アセスメントシート」では、各階層項目に関して、これまでの生活を簡潔に聞き取る様式になっています。そのなかから、本人が「良くなりたい」と思う項目を確認して、課題の設定を行う流れで構成されていますので、本人とスムーズに目標の合意を図ることができます。



4. 介護予防ケアプラン作成

① 介護予防ケアプラン作成の思考過程

計画作成の過程では利用者の主訴・要望、希望を尊重して、目標とする生活イメージを本人や家族と協働で導き、本人の意欲や能力が十分に発揮できるようにエンパワーメントの視点を持ってかかわることが大切です。そのためには、利用者自身が「したいこと」や「できること」に気づいて、自分の可能性を再認識できるように働きかけることが重要となります。また、利用者の自主的な活動や地域社会への参加を目標に取り入れて計画を作成し、本人のセルフケアやインフォーマル支援を積極的に活用することが求められます。

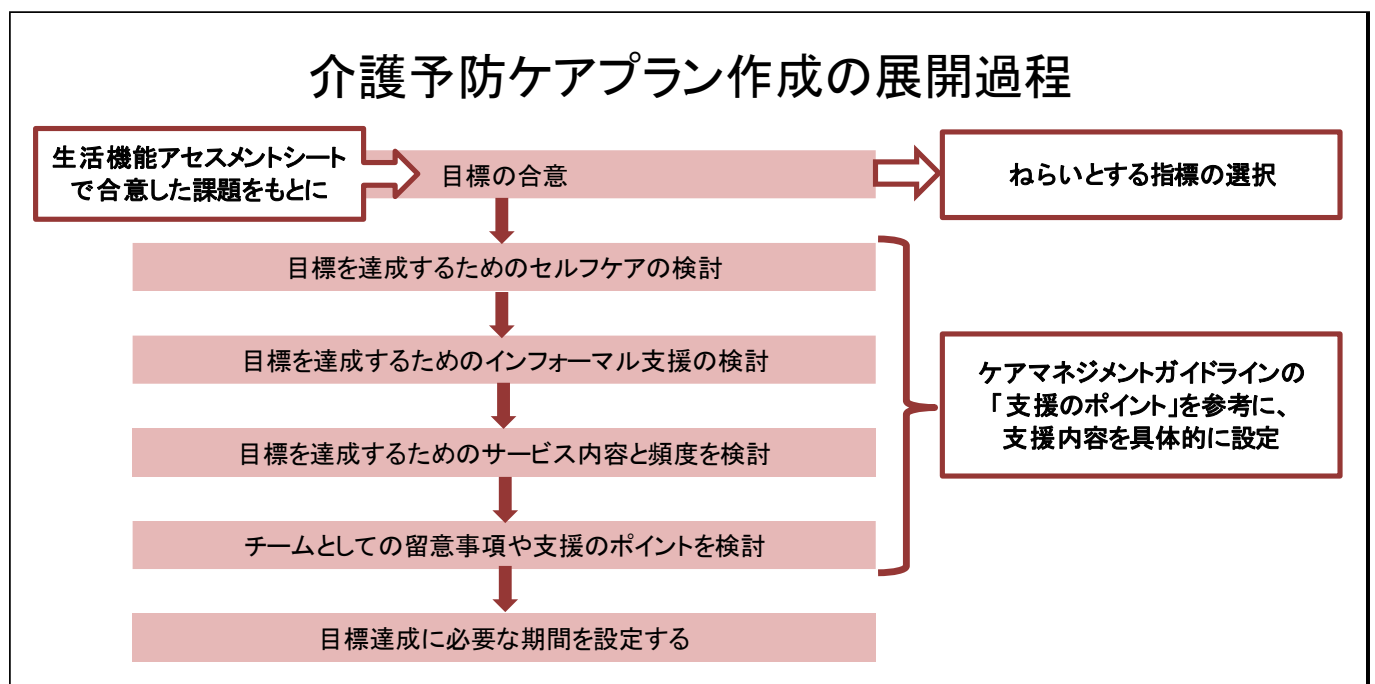


図 1 1

よくある困りごと⑥

「目標が抽象的になってしまい、個別性が見えない」

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

個別性のある具体的な目標を設定するためには、「ガイドライン」が大いに役立ちます。「アセスメントの視点」では具体的な情報を収集するための項目が詳細に挙げられていますので、それらを把握する中で目標のヒントを発見できるでしょう。また、「目標例」には各階層項目で具体的に目標設定したものを掲載していますので参考にしてください。

②介護予防ケアプランの記載方法

No. ケアプランの開始日より、後にならないようにする。
 利用者名 様 (男・女) 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年
 計画作成者氏名 委託の場合：計画作成者事業所
 計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日 年 月 日) 担当地域
 目標とする生活 1年後に向けて本人が日常生活の中で頑張れることや取り組みやすいことを記載する。
趣味、楽しみ、特技などを活かして動機付けにつながる内容を意識する。

1日	領域ごとに、現状や課題に結び付く事項を記載する。 「できないこと」や「支援を受けていること」だけでなく、「できていること」「していたこと」にも着目する。 情報によっては、いくつかの領域にまたがるものがあるが、どの領域に記載するかにこだわりすぎる必要はない。	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 本人・家族の意向
運動・移動について		<ul style="list-style-type: none"> 行きたい場所への移動手段 自宅内外への歩行状況 交通機関の利用状況 等 ※ガイドライン D-1, 2 など 	各領域における本人、家族の言葉をべつべつに記載する。 ・現状の受け止め方 ・向上への意欲 ・今後に向けた意向など <記載例> ・〇〇できるようになりたい ・〇〇したい	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 各領域における課題の中で背景が共通するものや方向性が同じものを統合し、解決優先順位の高いものから記載する。 単に課題を記載するのではなく、利用者がどのようになれば、今後どのような生活を送れるようになるのかを導き、記載する。 ※アセスメントシートの課題の統合に対応。 <記載例> ・〇〇できる ・〇〇を行う ・〇〇する	各領域における課題の中で背景が共通するものや方向性が同じものを統合し、解決優先順位の高いものから記載する。 単に課題を記載するのではなく、利用者がどのようになれば、今後どのような生活を送れるようになるのかを導き、記載する。 ※アセスメントシートの課題の統合に対応。 <記載例> ・〇〇できる ・〇〇を行う ・〇〇する	目標 総合的課題をもとに計画作成者の捉えた目標を記載する。 利用者が望む暮らしを踏まえた上で、提案する。 目標は本人の全体像として設定し、成功体験や達成感が持てる目標を設定する。 <記載例> ・〇〇できる ・〇〇できるようになる	具体策 本人や家族が「取り組みそうなこと」「取り組みたくなること」を提案する。 課題に対する目標を達成するためのセルフケア、家族や友人などのインフォーマル支援、具体的なサービス内容などをすべて記載する。 <記載例> ・〇〇する ・〇〇を行う
日常生活(家庭生活)について		<ul style="list-style-type: none"> 日用品の買い物状況 献立作りや調理の状況 掃除、洗濯、ゴミ捨て 植木やペットの世話等 預貯金や入出金など金銭管理 入浴や排泄 等 ※ガイドライン A-2、B-3、C-1～4、6、7、D-3～5 など 	課題の有無にかかわらず記載する。 各領域において生活上の課題を明らかにし、その原因・背景を分析したうえで、悪化の危険性や改善の可能性を記載する。問題点だけでなく、利用者のストレンクス(意欲や潜在能力、環境の強み等)をもとに「改善の可能性」を予測し、ここに記載することで、支援の方向性が見えてくる。 <記載例> ・〇〇の危険性がある ・〇〇の可能性はある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 主治医意見書などを基に健康状態について留意すべき事項を記載する。主治医意見書などの書面だけでなく、実際に主治医に問い合わせなどの連携が重要である。 <記載例> 【〇〇主治医】運動や訓練について特に制限は設けないが、過剰な負荷がかからないよう、訓練時間や運動量に配慮する。	主治医意見書などを基に健康状態について留意すべき事項を記載する。主治医意見書などの書面だけでなく、実際に主治医に問い合わせなどの連携が重要である。 <記載例> 【〇〇主治医】運動や訓練について特に制限は設けないが、過剰な負荷がかからないよう、訓練時間や運動量に配慮する。	健康状態について <input type="checkbox"/> 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現可能な支援の実施に向け】
社会参加、対人関係、コミュニケーションについて		<ul style="list-style-type: none"> 家族や近隣の人との交流 地域活動への参加状況 家族や地域での役割の有無 趣味や楽しみの有無 等 ※ガイドライン A-1, 3～6、B-1, 2 など 	健康状態について <input type="checkbox"/> 主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点	ケアプランを作成するたびに基本チェックリストは取り直し、該当する項目数が多い内容については、課題としてケアプランに反映させる。	ケアプランを作成するたびに基本チェックリストは取り直し、該当する項目数が多い内容については、課題としてケアプランに反映させる。	健康状態について <input type="checkbox"/> 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現可能な支援の実施に向け】
健康管理について		<ul style="list-style-type: none"> 服薬管理や定期受診の状況 飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動などの健康管理状況 肌、顔、歯、爪等の手入れ 保清行為 等 ※ガイドライン C-5、D-6, 7 など 	健康状態について <input type="checkbox"/> 主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点	ケアプランを作成するたびに基本チェックリストは取り直し、該当する項目数が多い内容については、課題としてケアプランに反映させる。	ケアプランを作成するたびに基本チェックリストは取り直し、該当する項目数が多い内容については、課題としてケアプランに反映させる。	健康状態について <input type="checkbox"/> 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現可能な支援の実施に向け】
健康状態について		ケアプランを作成するたびに基本チェックリストは取り直し、該当する項目数が多い内容については、課題としてケアプランに反映させる。	ケアプランを作成するたびに基本チェックリストは取り直し、該当する項目数が多い内容については、課題としてケアプランに反映させる。	健康状態について <input type="checkbox"/> 主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点	ケアプランを作成するたびに基本チェックリストは取り直し、該当する項目数が多い内容については、課題としてケアプランに反映させる。	健康状態について <input type="checkbox"/> 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現可能な支援の実施に向け】

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	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防	地域包括支援センター	【意見】 【確認印】
予防給付または地域支援事業	/ 5	/ 2	/ 3	/ 2	/ 3	/ 5		

4. 介護予防ケアプラン作成

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	事業対象者
------------	----------	---------	-------------	-------

※・事業所名及び所在地（連絡先）

④ 包括支援センター：

1 年	<p>本人が希望する将来の生活イメージを具体的に記載する。長期的な展望で達成を目指す目標として、本人が動機付けされることが重要である。必ずしも1年後に限定するものではないが、本人が「近い将来実現したいと思う自分の姿」を聞き取り記載する。</p>
-----	--

⑤ 本人の意向 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 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
<p>計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」を「本人・家族の意向」とすり合わせ、合意された目標を記載する。評価時に目標達成の有無を確認できるよう、数値や頻度などを活用して具体的に設定する。達成可能なレベルの目標設定を行うことで本人の自信を取り戻し、次の段階の目標へつなげていく。</p> <p>「1年後の目標」を目指して少しずつステップアップしていけるよう、A～Dの指標を参考に段階的な目標を設定する。</p> <p>〈記載例〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・〇〇できる ・〇〇できるようになる 	<p>（ ）</p> <p>目標達成に向けて支援を行う上での注意点や、本人・家族・ケアマネジャーなどを含むケアチームの連携方法、方向性などの共通認識や留意点について目標ごとに記載する。</p> <p>※ガイドラインの支援のポイント参照</p> <p>（ ）</p> <p>〈記載例〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・〇〇できるように支援する ・〇〇をサポートする ・〇〇に配慮する <p>（ ）</p> <p>目標に向けて本人が行うセルフケアや、家族の支援内容、近隣住民の協力などインフォーマル支援について記載する。</p> <p>本人のセルフケアは、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行動すること ・知識や方法を学ぶこと ・習慣化すること <p>を視点に記載する。</p> <p>家族の支援内容は</p> <ul style="list-style-type: none"> ・直接的な支援 ・心理的な支援 <p>の視点に留意し、記載する。</p> <p>（ ）</p> <p>健康管理領域に課題がある場合は、かかりつけ医や主治医の役割も支援計画に位置づける。</p> <p>※ガイドラインの支援のポイント参照</p> <p>〈記載例〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・〇〇する ・〇〇を行う ・〇〇を行う 	<p>本人の望む暮らしや目標と、支援内容が整合していることを確認し、サービス内容を具体的に記載する。</p> <p>・通所系サービスの場合はその具体的な内容。</p> <p>・訪問系サービスの場合は、本人と一緒にいることを念頭に置いた内容。</p> <p>・福祉用具貸与の場合は歩行器や手すり、四点杖など。</p> <p>サービス事業所はこの欄を参考に個別のサービス計画を作成する。</p> <p>※ガイドラインの支援のポイント参照</p> <p>〈記載例〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・〇〇する ・〇〇を行う ・〇〇を支援する <p>事業所が利用者毎に算定している加算があれば記載する。</p> <p>サービス提供体制加算や処遇改善加算など、事業所自体が算定する加算は記載不要。</p>	<p>サービス種別</p>	<p>事業所または機関名を記載する。</p> <p>目標達成に必要な期間を記載する。頻度を記入することで地域包括支援センターへの週間予定表の提出を省略している。</p> <p>〈記載例〉</p> <p>〇年〇月〇日～〇年〇月〇日 週〇回</p>	<p>期間</p>		
						<p>計画作成者が提案した目標や具体策について、本人や家族の意向を記載する。合意が得られなかった場合は、本人や家族がそう思う理由をそれぞれ記載する。</p> <p>〈記載例〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・〇〇と思う ・〇〇してほしい <p>本来なら必要であるプランに対し、本人や家族の合意が得られず、目標設定ができない場合は、下段の「本来行うべき支援がでない場合」の欄に実現に向けた方向性を記載する。</p>	<p>介護予防・生活支援サービスや社会資源などを記載する。</p> <p>〈記載例〉</p> <p>介護予防・生活支援サービスなど</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所型独自サービス ・訪問型独自サービス ・介護予防福祉用具貸与 など <p>※サービスの記載方法については、P.68 参照。</p> <p>社会資源</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関 ・配食サービス ・おむつ助成 ・緊急通報装置 ・いきいきサロン ・趣味の教室 など
						<p>（ ）</p>	<p>（ ）</p>

【できない場合】

① 本人や家族の合意が得られなかった場合、本来行うべき支援の実現に向けた具体的な手順や方針を記載する。

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

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

計画作成者だけの方針ではなく、本人・家族を含めたケアチームが目指す共通の方向性や留意すべき注意事項を記載する。プランの目標の方向性がここでまとめられるとわかりやすい。

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

地域包括支援センターに内容の確認を行い、本人の署名（捺印）を得て交付。その後、地域包括支援センターへコピーを提出する。

年 月 日 氏名

印

③介護予防ケアプランの記載例

利用者名	A さん	(男 <input checked="" type="radio"/> 女)	77 歳	認定年月日	令和 3 年 3 月 9 日
計画作成者氏名	〇〇 〇〇	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	令和 3 年 10 月 1 日	(初回作成日)	令和 1 年 8 月 31 日	担当地域包括支	
目標とする生活					

1 日	1 日の行動予定を立てる	1 年	バス
-----	--------------	-----	----

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
運動・移動について 腰痛が軽減し、歩行状態が改善されている。室内の移動は自立。屋外は歩行器を使用。距離のある移動は、タクシーを使っている。玄関の上がり框の高さが60cmあり、手すりを設置して昇降している。バスに乗りたいが、ステップの昇降が難しい。	本人:腰痛が良くなったので、もっと歩く距離を伸ばしたい。もうちょっと長く歩けるようになったら、バスに乗って出かけたい。	■有 □無 腰痛と下肢痛の出現が活動量や移動能力の低下に繋がる。腰痛を予防し、運動を継続することで、歩行や移動能力の改善と活動の機会の増加が期待できる。	腰への負担を軽減し、腰痛を予防すること、歩行能力を向上することで、活動の機会の増加が期待できる。活動範囲が広がれば、買物以外にも市役所や金融機関での手続き、通院等が自立できる。	《目標》 活動範囲を広げて外出する機会を増やす。 《具体策》 ①毎日腰痛予防体操をする。 ②平坦な道や安全な動線を選び、歩行器を使う。 ③上がり框の昇降に手すりを使う。 ④20分散歩する。 ⑤いきいきずみ体操に参加する。 ⑥工夫して家事をする。 ⑦資源ゴミ(古紙)はおたがいさまサポーターを利用する。	本人:病院や市役所にも1人で行けるようになりたい。駅に行けば、お風呂もあるし、デパートに行けるかもしれない。まずは筋力をつけてバス停まで歩けるように頑張りたい。古新聞は重たいので、こけそうになる。	活動範囲を広げるため、めぐーるに乗って和泉シティプラザまで行くことができる。
日常生活(家庭生活)について 独居。自宅の文化住宅の浴室は段差と深さが支障となり、入浴に不安がある。買物には歩行器で近くのスーパーに行くが、買った物を持ってないので配達してもらっている。掃除や調理は自分なりに工夫して行っている。以前はシティプラザの保健福祉センターにある入浴施設を利用していた。	本人:前のように保健福祉センターの広いお風呂に入れたらうれしい。買物や洗濯・食事は人に頼らなくてもよくなったのはうれしい。新聞を出すのが重くて困っている。	□有 ■無 浴室環境の問題から自宅で浴槽に入ることは出来ていない。洗身や洗髪は自立している。入浴環境が整っていれば、身体が清潔を保つことができる。家事は自立できている、この領域課題としてはあげない。				
社会参加、対人コミュニケーションについて 話好きでコミュニケーション能力に問題はない。友人も知人もいるが、多くの人と付き合うのを好まず、人の好き嫌いが激しい面もある。近所や地域の人は少しずつ関りが出来てきた。1人息子さんが関東で住んでおり、ほとんど連絡は取らないが、入院時などは電話で病院とやり取りしている。	本人:あんまり誰とでも話す性格ではない。信頼できる人にしか用事は頼まない。近所の人も気にかけてくれるが、信用できない。誰かに頼らなくても自分で何でもできるようになりたい。	□有 ■無 限られた人との付き合いしか好まないが、コミュニケーション能力に問題はない。デイサービスで友人もでき、楽しく過ごしている。それに加えて、地域のいきいきずみ体操にも参加するようになった。今回は領域課題としてはあげない。	薬を自身の判断で服用したりしなかったりするので、適切に飲んでいるとは言えない。服薬を適切にすることと偏った食事を改善する事で、健康管理や腰痛予防、体調の維持が期待できる。	《目標》 薬を適切に服用し、パランスの取れた食事を3食摂る 《具体策》 ①薬の効用・副作用についての知識を正しく持つ ②薬カレンダーの利用 ③定期受診の継続 ④1日3食しっかり食べて、栄養バランスを考える。	本人:薬はちゃんと飲んでるよ。たまに飲んだかどうかかわからなくなる時もあるけど。いらん薬もあるし、飲んだら具合が悪くなる薬もあるし…。薬の相談が出来たら安心やね。食事のことは今は変えたくない。まずは薬をちゃんと飲むようにしたい。	薬を処方された通りに飲むことができる。
健康管理について ヘルニア再発の手術後は経過も順調で、腰痛も軽減されている。内科の受診と服薬は、すべて自身で管理しているが、残薬があったり、服用する薬や量を自分で調整している。また、糖尿病であるが、お惣菜や簡単に調理できるものが中心で、偏った食事になりやすい。	本人:薬は自分でちゃんと飲んでいる。病院はタクシーを使っている。自分で買物に行けるようになったので、食事は、好きな物を買って好きなだけ食べている。	■有 □無 受診日や通院手段については、自身で把握して調整できる。服薬については、自身の判断で服用したりしなかったりするので、適切に飲んでいるとはいえない。服薬を適切にすることで体調管理や腰痛予防が期待できる。				

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

腰部脊柱管狭窄症、高血圧、2型糖尿病に対して1か月ごとの通院と内服加療中である。腰部痛や下肢痛による歩行の不安定さと独居であることから本人の将来に対する不安感が強い。ヘルニアの手術後は、腰痛は改善傾向にある。

基本チェックリストの(該当した項目)／(質問項目数)を記入してください

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	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	4 5	1 2	0 3	0 2	1 3	0 5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】 和泉市地域包括支援センター 〇〇 C

【本来行うべき支援が実施できない
妥当な支援の実施に向けた方針

4. 介護予防ケアプラン作成

初回・紹介・継続	認定済	申請中	事業対象者	要支援1	要支援2	地域支援事業	
認定の有効期間 令和 3年 4月 1日 ~ 令和 5年 3月 31日							
○○○ケアプランセンター : 和泉市まなび野○丁目○番○号(0725-○○-○○○○)							
援センター 和泉市地域包括支援センター							
に乗って和泉シティプラザまで行く							
支援計画							
目標についての支援ポイント	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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間		
自分のことは自分で決めたいという気持ちが強いので、本人が望む活動のための環境整備や手段を提案していく。 一気に目標達成を目指して無理しないように、まずはバスに乗るために必要な動作と筋力体力を獲得することから取り組む。	①自主的に運動に取り組む。 ②デイサービス利用日以外でも自宅で体操する。 ③活動や行事には積極的に参加する。 ④自宅でも楽しめる趣味や活動を見つける。	①歩行能力と体力向上を目指した運動メニューの提供と集団体操などで筋力の維持増強を図ります。 ②自宅での個別運動メニューの提案や体力をつける為の運動をアドバイスします。 ③屋外歩行練習をし、利用中はなるべく歩くように促します。バスのステップ昇降を想定した機能訓練を行ないます。 ④活動や他者交流の場を提供します。 ⑤バイタルチェックと服薬確認をします。	通所型独自サービス (運動器機能向上加算)	デイサービス○○	R3.10.1~ R4.3.31 週2回		
	①入浴の準備をする。 ②体調管理をする。	①入浴機会を提供します。	和泉市高齢者サービス	和泉市保健福祉センター (和泉シティプラザ)	R3.10.1~ R4.3.31 月2~3回		
	①週1回、体操会場に行き体操や人との交流を楽しむ。	①体力向上のための運動をする機会を提供します。 ②地域での交流の場を提供します。	地域介護予防活動支援事業	いきいきいづみ体操 (○○クラブ)	R3.10.1~ R4.3.31 週1回		
	①歩行器や手すりを使い、腰に負担がかからないように活動する。 ②外出の際は転倒に注意し、痛みがある時には無理をしないで安静にする。 ③外出時、平坦な道や安全な動線を考える。	①玄関の段差昇降のための手すりや屋外歩行用の歩行器の貸与及びメンテナンスをします。 ②身体状況に適した福祉用具の選定、生活動線の検討、住環境の評価と改善策の提案をします。	介護予防福祉用具貸与 (手すり) (歩行器)	○○ショップ	R3.10.1~ R4.3.31 随時		
	①資源ゴミの回収日までに古紙をまとめる	①古紙を資源ゴミに出す際に見守り及び声かけをします。	訪問型サービスB(おたがいさまサポーター事業)	和泉市	R3.10.1~ R4.3.31 月1回		
服薬や受診が気分次第で適切に行われない可能性もあるので、支援チームで受診日や薬についての情報共有をしておき、服薬状況をみて、声かけをする。	①服薬は自分で判断せず、決められた量を守る。 ②薬カレンダーを利用する。 ③薬に関して質問や不安があれば相談する	①服薬状況の確認と次回診察予定の把握、受診の促しをします。 ②体調の把握と体調不良や緊急時の対応をします。 ③主治医への状態報告及び他職種と服薬状況等の情報共有をします。	介護予防訪問看護 (緊急時訪問看護加算)	○○訪問看護ステーション	R3.10.1~ R4.3.31 隔週 (1回/2週) 緊急時		
	①服薬を自分で判断せず、決められた量を守る。 ②薬カレンダーを利用しきちんと服薬する。 ③薬に関して質問や不安があれば相談する	①薬カレンダーへの薬のセット、服薬状況や次回診察予定の把握をして受診の声掛けをします。 ②薬の効果の説明をし適切に服用することの必要性を伝えます。 ③主治医への状況報告及び他職種との服薬状況等の情報共有をします。	介護予防居宅療養管理指導 (薬剤師)	○○薬局	R3.10.1~ R4.3.31 月2回		
	①薬の残量を確認し、診察の予約をする。 ②定期受診をし病状の相談等もする。 ③通院の手段となるタクシーの手配をする。	①診察・投薬・検査等による健康状態の把握・管理をします。 ②高血圧や腰痛予防に関する助言、療養生活に関するアドバイスや助言をします。	医療機関 (外来診察)	○○クリニック	R3.10.1~ R4.3.31 月1回		
			医療機関 (外来診察)	○○病院 (整形外科)	R3.10.1~ R4.3.31 月1回		
場合】 総合的な方針:生活不活発病の改善予防のポイント							
以前のように、自分の力で行きたいところに行き、友人や知人と楽しく過ごす生活を目標に、移動手段の提案、身体機能の改善、健康管理や社会交流の場を作っていくことで支援させていただきます。活動の幅を広げ、新しい事に取り組み、物忘れを予防して健康な生活を送ることで、生きがいや楽しい時間をたくさん作っていきましょう。							
計画に関する同意 上記計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。							
支援センター ○	年 月 日 氏名					印	

5. サービス担当者会議

① サービス担当者会議のねらい

チームアプローチを促進する上で最も良い方法は、関係者が一堂に会してカンファレンスを行うことです。関係者が顔を合わせ、お互いに意見を出し合うことで、目標や援助方法の共有が行え、協力関係が形成されやすくなります。介護予防ケアマネジメントの実践は、計画作成者一人の力では不可能です。本人や家族を含めたケアチームで取り組むためにも、全員の意思統一が必要です。サービス担当者会議の場を積極的に活用することが重要です。

サービス担当者会議の目的

- ①本人や家族の生活全体を把握する。
- ②地域の公的サービス、インフォーマルサービスなどの社会資源について情報を共有し、その機能を理解する。
- ③生活課題(ニーズ)、生活機能向上の目標、支援計画などをチームで協議して合意を図る。
- ④本人、家族、サービス事業者等の役割を明確にして、相互に理解する。

よくある困りごと⑦

「サービス担当者会議で目標や支援内容の合意をまとめにくい」

サービス担当者会議は利用者やサービス事業者が一堂に会して、本人の意向を尊重しながら専門的な立場で意見を出し合い、支援の目標を合意して、具体的な支援内容と連携の方法について共有する貴重な機会です。しかし、参加者の専門的な意見が時には、対峙する関係となってまとまりがつかず、進行やまとめ方に悩むことも少なくありません。反対に、意見が全く出ないため、ケアマネジャーのみが発言してまとめざるを得ないという場面を経験した方も多いでしょう。

サービス担当者会議に参加する一人ひとりが「目の前の利用者を中心とした支援をチームで建設的に話し合う」という意識をもって会議に臨む必要があります。その上で、具体的な検討をスムーズに展開するためのツールとして「アセスメントシート」を活用してください。本人の希望や願いが素直に表出され、各事業所の考えやアイデアが豊かに提案される会議になるでしょう。その結果、個性のある目標やサービス内容が位置づけられたオーダーメイドのケアプランが出来上がります。



② サービス担当者会議の進め方

介護支援専門員は介護予防ケアプランの原案をもとに下記の流れに沿って会議を進行します。アセスメントシートを活用すると、効率的に課題の絞り込みや統合の根拠を説明することができます。生活機能ごとに利用者の意向と専門職の見立てを並べて確認できるため、原案の支援計画に至った流れを簡潔に説明することができます。

流れ	内容と留意点
1. 開会の挨拶	□開会の目的について簡潔に分かりやすく説明する。
2. 参加者の紹介	□介護支援専門員が利用者を紹介した後に、サービス事業者の担当者を紹介する。 ※和やかな雰囲気をつくり、会議で意見が表出しやすいように配慮する。
3. 利用者からの意向の表明	□アセスメントシートの「一年以内に改善したいと思うこと」から、利用者に自分の言葉で「生活に対する希望」や「望む暮らし」について述べてもらう。 □ケアプランの「一年後の目標」や「一日の目標」を結び付けて説明するとわかりやすい。
4. 課題分析の概要の説明と確認	□アセスメントシートの「一年以内に改善の可能性が見込めるもの」、「今回の計画における課題」、「課題の統合」を用いてケアプランの「総合的課題」を説明した後に、利用者やサービス事業者と課題の認識にズレが無いかを確認する。 □「主治医意見書の留意点」や「基本チェックリストの結果」などをふまえて、ケアプランに反映するべき点を確認する。
5. 目標の合意と共有	□「総合的課題」に対する「目標と具体策」について確認を行い、利用者及びサービス事業者と共有する。専門的な意見も踏まえて、実現可能なレベルの目標かを確認する。 □目標に適合する「指標」を選択し、目標のねらいを共有する。
6. 期間の確認	□目標を達成するために必要な期間について、関係者間で検討して決定する。 ※新規・変更は6か月、更新は1年を目安とし、漫然としたプランにならないように期間の妥当性を考慮する。
7. 役割分担と頻度の確認	□ガイドラインの「支援のポイント」を参考に、目標を達成するために本人が取り組むセルフケアや家族等のインフォーマル支援、各事業所の具体的なサービス内容及び頻度について、専門的な意見も踏まえて検討し、合意を図る。 ※本人や家族等のインフォーマルな支援者にとって無理のない現実的な範囲を考慮する。
8. 閉会の挨拶	□関係者が利用者を中心に連携を図りながら支援していくことをケアプランの「総合的な方針」を活用して説明する。 □必要に応じてケアプランを見直していくこと、そのために介護支援専門員やサービス事業者は定期的にモニタリングを行っていくことを利用者へ説明する。 □最後に、次回の担当者会議の開催時期(予定)を確認して終了する。

③ サービス担当者会議録の記載例

介護予防支援経過記録

利用者氏名 Mさん		計画作成者氏名 OO OO	
年月日	内容	年月日	内容
R3/8/21	『サービス担当者会議』 ＜出席者＞ 本人、福祉用具事業所O氏、訪問看護事業所作業療法士F氏、ケアマネージャーH氏 ＜検討内容＞ 要支援認定の更新に伴う、予防プラン原案の検討 ＜検討結果＞ 本人は「早く痛みがましになって台所に立ちたいそのために歩く運動もしていきたい」という思い有 「主治医意見書」より骨粗しょう症に加え、円背があるため炊事等で身体を支える際に両腕に力がかかり、痛みが出ている。在宅でのリハビリや住宅改修等の指示あり。「お元氣チェックリスト」からも運動機能4/5、閉じこもり2/2であり、生活の範囲が制限されていることが伺える結果である。 ＜目標の確認＞ #1：痛みを軽減し、調理が行える。(C-1:調理) ・本人「肩と足の痛みがましになったら、台所に立てるようになると思います。」 ・作業療法士より「調理能力はあるのでまず痛みを軽減し、調理しやすい工夫をすれば達成可能な目標である」と合意を得る。 ＜役割の確認と頻度について＞ ・作業療法士F氏 ①痛みの評価と軽減のためのマッサージを行う		②ストレッチや筋力トレーニング等の指導を行う ③調理動作や姿勢、使いやすい調理器具の提案 ・福祉用具O氏 ①歩行器や入浴補助用具の導入に関して、いくつか試してもらい、負担の少ないものを提案する。 ＊頻度については1回/週実施していくが痛みの増強等あれば主治医と相談の上変更すること。 #2：入浴が行やすくなる(D-4:入浴) ・本人「椅子からの立ち上がりがしんどいので足の筋力をつけたい」 ・福祉用具事業所より「福祉用具の活用や筋力をつけることが必要」と同意を得る。 ＜役割の確認と頻度について＞ ・作業療法士F氏 ①入浴動作の確認し、負担軽減方法や福祉用具の活用アドバイスを行う。 ・福祉用具O氏 ①入浴補助の福祉用具は多々あるのでいろいろ試せるように手配する。 ＜まとめ＞ 痛みの軽減による調理・入浴動作の自立を目標にサービスを活用する。また、自身でも運動に取り組んでもらうことを本人に確認し閉会。

※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているのかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

6. モニタリングと評価

① モニタリングの視点

モニタリングは、利用者の生活状況を継続的に観察し、ケアプランどおりに実施できているかを確認する行為です。モニタリングの結果を評価につなげ、ケアプランの修正や再アセスメントを行うかどうかの判断材料とします。

モニタリングの質や効率性を高めるためには、本人や家族との信頼関係の構築やサービス事業者との連携が不可欠です。日常的な相談対応や連絡調整を通じて「馴染みの関係」をつくり、幅広く情報を収集できる環境を整えておくことが大切です。また、利用者の状態が変化した場合は、即時に情報が得られるように機動性のあるネットワークを構築しておく必要があります。

モニタリングのポイント

- ①利用者の生活状況に変化がないか
- ②プランどおりに利用者のセルフケアやインフォーマル支援、サービス提供が実施されているか
- ③個々のサービスは適切な内容で実施されているか
- ④利用しているサービスや生活状況について、利用者は満足しているか
- ⑤介護予防プランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか

② 評価の視点

評価は、ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかを確認するとともに、必要に応じて今後のケアプランを見直すことにあります。

評価の際は、サービス事業者が行うアセスメントやモニタリングの結果から、利用者の生活機能全体に関する評価を行います。

良くある困りごと⑧

「予防ケアマネジメントの効果をチームで共有できない」

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

しかし実際には、具体的で達成可能な目標を設定していても、必ずしも達成できるわけではなく、利用者の状態は改善しているのに未達成と評価しなければならないことがあります。利用者を含むチームがこのようなジレンマを感じることなく、セルフケアやサービスの効果を実感するためにも「生活機能の変化」を評価尺度にする事が重要です。

「評価シート」を活用することで、目標達成の有無では評価できなかった「わずかな生活機能の改善」であっても「効果」として捉えることができます。本人のセルフケアやサービス事業者の個別支援の成果をチームとして明確に評価することで、その達成感を共有することができるでしょう。

③ 生活機能評価シート

評価月： 年 月 利用者：

指標		改善			維持	悪化
		完全自立	向上・増加	なし→あり		
A 社会的役割	1 家庭外での役割					
	2 家庭での役割					
	3 友人・知人との交流					
	4 家族との交流					
	5 介護保険外の集団への参加					
	6 介護保険通所サービスへの参加					
B 状況対応	1 趣味、生きがい					
	2 好奇心、生活意欲					
	3 契約行為、公的手続き					
C 手段的自立	1 調理					
	2 掃除					
	3 洗濯					
	4 買い物					
	5 保健行動					
	6 金銭管理					
	7 外出準備、身だしなみ					
D 身体的自立	1 自宅外での移動					
	2 自宅内での移動					
	3 排泄動作					
	4 入浴動作					
	5 更衣動作					
	6 保清行為					
	7 食事摂取、飲水行為					
合 計						

④ 生活機能評価シートの活用方法

(1) 評価尺度のちがい

ケアマネジメントの効果を測定する「ものさし」はいくつかあります。評価表では「目標の達成度」で評価するのに対し、評価シートでは「生活機能の変化」をもとに評価します。評価シートを活用することで、目標の達成度と合わせて生活機能の変化を評価することができ、達成・未達成によらず生活機能の変化を適切に評価できます。

表 1

	生活機能評価シートにおける評価	評価表における評価
評価尺度	プラン作成時と評価時の 生活機能の変化	目標の達成度
時期	認定更新時、プラン変更時、終結時	
評価者	介護支援専門員が利用者や家族・関係機関とともに評価	
場面	利用者・家族・関係機関へのモニタリングや担当者会議	

(2) 評価の定義

評価は大きく「改善」、「維持」、「悪化」の3段階に分かれており、「改善」についてはさらに細かく、「完全自立」、「向上増加」、「なし⇒あり」の3段階に分かれています。それぞれの細かい定義は表のとおりです。評価の視点が生活機能の変化であるため、目標が未達成であっても「改善」となる場合や、目標が達成であっても「維持」となる場合があります。

表 2

改善	完全自立	<input type="checkbox"/> 目標とする生活行為が実現し、継続性が見込まれる場合。 <input type="checkbox"/> 声かけや見守りなど、人の支援が不要となった場合。 （但し、福祉用具の活用等があったとしても、人の支援がなくなった場合は完全自立とする）
	向上・増加	<input type="checkbox"/> 「出来ていること」の内容、または頻度が増えた場合。
	なし⇒あり	<input type="checkbox"/> 「出来ていないこと」が、出来るようになった場合。 <input type="checkbox"/> または、「していないこと」を、するようになった場合。
維持		<input type="checkbox"/> 目標とする生活機能において、「出来ること」及び、「必要な支援」に変化がない場合。
悪化		<input type="checkbox"/> 目標とする生活機能において、「出来ること」が減った場合。 <input type="checkbox"/> または、「必要な支援」の内容や頻度が増えた場合。

(3) 評価の例

縦軸を生活行為の自立度、横軸を時間の経過とし、プラン作成時と評価時の生活行為の自立度を●で示します。評価時の●の位置が目標の達成度となり、プラン作成時から評価時に向かって矢印で結んだ時の傾きが生活機能の変化を表しています。また、改善の場合は、プラン作成時の●の位置によって、「なし⇒あり」または「向上増加」が変わってきます。

D-1 自宅外での移動

自宅外の移動に関して、目標としていた運動場まで行くことはできなかったが、プラン作成時は全くおこなえていないという状況から、評価時には一人で歩いて 5 分程のパン屋まで行くことができていたため、目標の達成度は「未達成」であるが、評価シートにおいては「改善 なし⇒あり」と評価できる例。

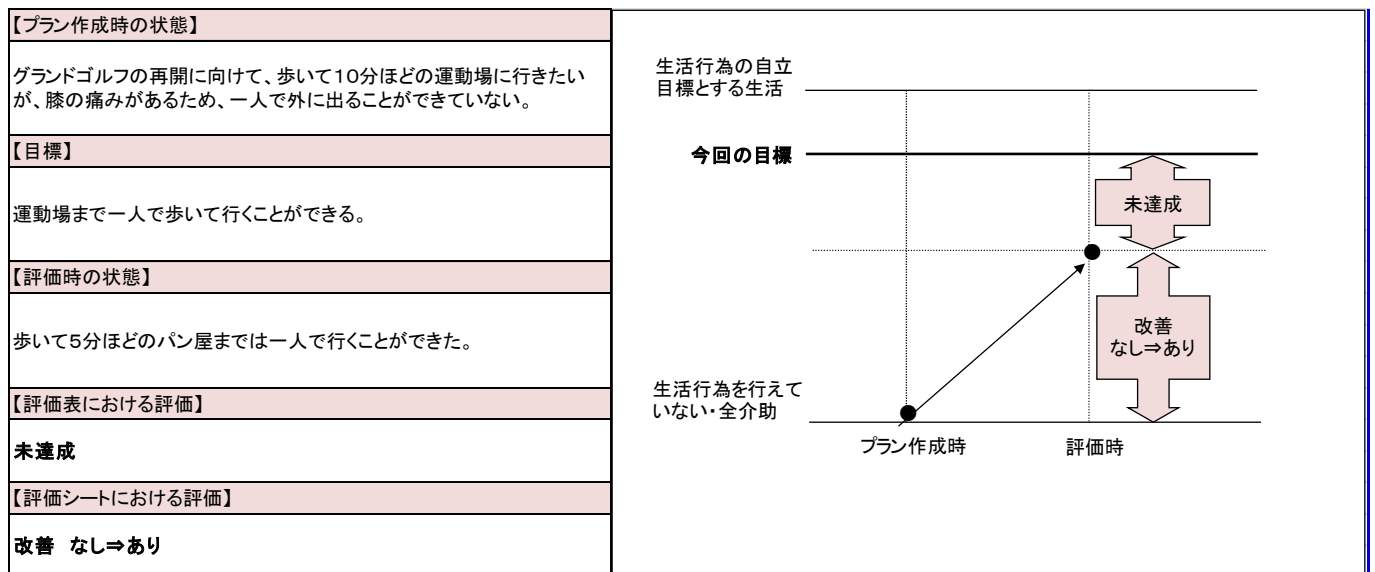


図 12

A-2 家庭での役割

家庭での役割に関して、目標としていた週 1 回の買い物は実施できているが、プラン作成の時点で同じ状態であったため、目標の達成度は「達成」であるが、評価シートにおいては「維持」と評価する例。

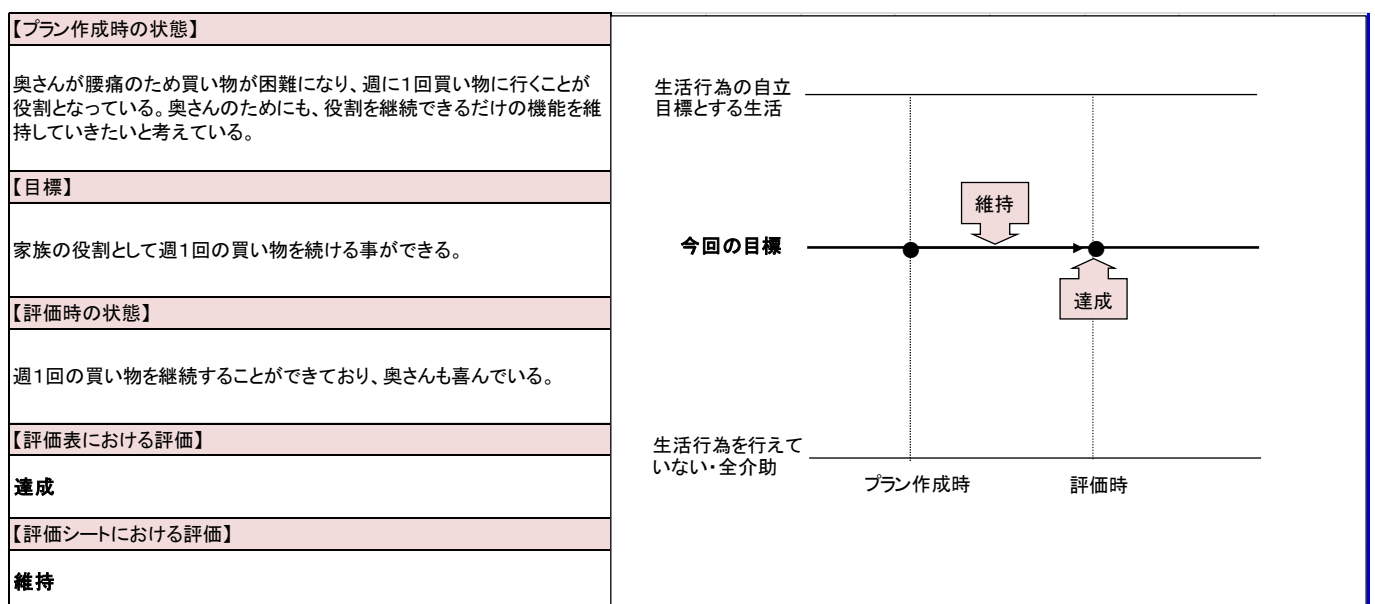


図 13

⑤ 評価表の記載方法

☆ 評価する目的は、ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかを確認するとともに、今後のケアプランを見直すことにある
 ☆ サービスの適切性を踏まえて評価し次のケアプランにつなげる

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

様

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
介護予防サ- ビス・支援計画 書の「目標」お よび「期間」を転 記する。	目標ごとに達成状 況を具体的に記載 する。	サービスの受け入れ 状況や、なぜ達成で きたか(できなかった か)、その要因を利 用者本人や家族が どう分析しているか を記載する。 ・本人家族から現在の 状況や課題に感じてい ることなどを聞き取る。	サービスの実施状況 や関わりを記載し、な ぜ達成できたか(でき なかったか)、その要 因をケアマネジャーと して分析した結果を 記載する。 ・本人の原因か、サービ ス側の原因かなどを踏 まえて今後の課題を明 らかにする。	今後の方向性(サービス種類や回数、本人 の心身状況から考えられる問題点、今でき ていることを増やす方法や改善できる事柄な ど)を記載する。 また、「次回目標」「目標の指標」「目標の 期間」と、その期間設定をした根拠を記載す る。 例) 次回目標:〇〇できる。(D-1) 意欲維持と継続性が見込めるため期間は1 年とする。	評価を明確に行い、その上で現状の課題の 改善方法を、サービス等を交えて考えていく	

総合的な方針	地域包括支援センター意見
利用者と専門職がチームとして目指す長期的な 視点と支援の方向性を記載する。	地域包括支援センターが記入するので 空けておく。

☐ プラン継続
☐ プラン変更
☐ 終了

☐ 介護給付
☐ 予防給付
☐ 介護予防・生活支援サービス事業
☒ 一般介護予防事業
☐ 終了

地域包括支援センターがチェックする。

⑥ 評価表の記載例

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

利用者名		A さん		評価日		令和4年3月24日	
				計画作成者氏名		〇〇 〇〇	

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
活動範囲を広げるため、めぐーに乗り、和泉シテイプラザまで行くことができる。	R03.10.01 ～ R04.03.31	歩行器を利用してバス停までの20分程の距離を休憩することなく歩けるようになった。自身で歩行器をバスに乗せ、ステップを昇ってバスに乗ることができている。バスで和泉シテイプラザまで行くことが出来た。 (B-2)好奇心・生活意欲改善(完全自立)	○ 達成	《達成できた要因》 本人：腰の痛みが軽くなったので、デイサービスも休まずに行けたし、玄関は手すりがないように上り降りできるようになった。お風呂や図書館にも前のように行けるようになった。バスに乗って出かけることが嬉しいから、天気が良ければ、どこに行こうかと考えて外出先を探している。	《達成できた要因》 手すりや歩行器の使用など環境を整えて腰への負担を軽減したことで腰痛が改善され、結果的に運動や活動する機会を多く作れた。体調が良く、デイサービスでの運動に積極的に取り組み、買物も少しずつの量を毎日買いに行き、活動する機会を多く持つことも筋力や体力の向上につながった。現状であれば、上がりが框に手すりがないくても昇降できると思われる。	身体機能や歩行状態が改善され、屋外も歩行器を利用して歩くことができる。外出する機会や活動範囲はこれからも拡大できそうなので、本人が希望しているデパートに行けるよう、電車に乗って出かけることを目標にする。 次回目標を「電車に乗って、デパートでの買物を楽しむことができる」とし、目標の指標を「B-1 趣味、生きがい」に設定する。 自立への意欲が強く、動作の習得や工夫にも積極的に取り組めると考え、往復の移動も含めると、体力や筋力をさらに上げる必要があるため、目標の期間は1年と設定する。
薬を処方された通りに飲むことができる。	R03.10.01 ～ R04.03.31	薬カレンダーにセットされた薬を自分で確認して服用している。自分で服用量や量を判断することはなくなり、決められた量の服用が出来ている。 (C-5)保健行動改善(向上・増加)	○ 達成	《達成できた要因》 本人：薬局の人が薬を(カレンダーに)入れる時、この薬がどんな薬か、副作用が何かを教えた。薬を飲んで調子が悪くなった時も、看護師さんが先生に連絡して聞いてくれた。今までの薬が何の薬かわかる。薬が効くようにご飯をちゃんと食べないといけないことも教えてもらった。	《達成できた要因》 薬カレンダーを利用したことと薬局や訪問看護師で服薬状況の確認が出来るようになったことで、服用の有無や量を自分で判断することがなくなった。頓服薬や薬の変更の際も、効能や副作用、服用方法を本人が理解できるようになりました。薬に對する不安や思い込みが無くなったと思われる。	適切に薬を飲むようになったことに加えて、薬の効能を高めるために食事をきちんと摂ることやバランスの取れた食事の必要性を理解することができた。食生活の安定は結果として、体調を整え健康を維持することにつながっていく。今後は、食生活を改善することで血圧の安定や糖尿病の悪化を防ぐことを目指す。体調が整い、活動的な生活ができるよう1日3食しっかり食べることができるとし、目標の指標は「C-5 保健行動」に設定する。1日3食をしっかりと摂ることが習慣となるように目標の期間は1年と設定する。

総合的な方針		地域包括支援センター意見	
今回のケアプランの目標であった、「筋力と体力の向上」「活動の幅を広げる」「適切な服薬」は概ね達成できた。今後は、本人の希望である「自立した生活」と「電車やバスに乗って」と活動範囲を広げることを実現できるように、また、最終的に本人の目指す「以前の生活に戻る」ための支援を行っていく。	<div>和泉市地域包括支援センター</div> <div>令和4年3月27日</div>		
	<div>□プラン継続</div> <div><input checked="" type="checkbox"/>プラン変更</div> <div>□プラン中断</div> <div>□終了</div>	<div>□介護給付</div> <div><input checked="" type="checkbox"/>予防給付</div> <div>□介護予防・生活支援サービス事業</div> <div>□一般介護予防事業</div>	

— 第 2 章 —
介護予防ケアマネジメントガイドライン

1. 介護予防ケアマネジメントガイドラインの活用方法

① 介護予防ケアマネジメントガイドラインの構成

ガイドラインは、階層ごとに以下の内容で構成されています。

- 評価指標の項目と定義
- 階層ごとに共通するアセスメントの視点と支援のポイント → 階層共通のページ
- 項目ごとの定義、アセスメントの視点、支援のポイント、目標例 → 項目別のページ

② 介護予防ケアマネジメントガイドラインの活用方法

(1) 指標の項目と定義

各階層における指標の項目と定義をまとめたページです。指標を初めて利用する方や、導いた支援の方向性がどの指標に該当するかを悩んでいる場合などに活用します。

(2) 階層共通のページ

各階層において共通する「アセスメントの視点」と「支援のポイント」をまとめています。(図1)

「アセスメントの視点」については、ICF モデルをもとに6つのカテゴリーに分けてレイアウトし、それぞれが相互に作用している事がイメージしやすいように配置しています。

支援の方向性が漠然としており、細かい生活機能までねらいを絞り切れていない場合など、階層ごとの特徴を捉えたい時に活用します。

情報収集の中で生活障害の原因や支援の方向性が具体的になった場合は、項目別のページに移り、より具体的なアセスメントの視点や支援のポイントを確認します。

階層共通のページ

アセスメントの視点		
健康状態		
<input type="checkbox"/> 健康状態、病状の安定性 <input type="checkbox"/> 治療状況（受診、投薬、コンプライアンス）		
心身機能・身体構造	活動	参加
<input type="checkbox"/> 身体機能 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 精神機能（言語理解、言語表出） <input type="checkbox"/> 感情のコントロール <input type="checkbox"/> 高次認知機能	<input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> IADL <input type="checkbox"/> 乗り物、交通機関の利用 <input type="checkbox"/> 意思決定 <input type="checkbox"/> 課題の遂行 <input type="checkbox"/> コミュニケーションの理解や表出 <input type="checkbox"/> 対人関係の構築 <input type="checkbox"/> セルフケア（健康管理）	<input type="checkbox"/> 地域社会での役割 <input type="checkbox"/> 家庭での役割 <input type="checkbox"/> 知人や友人との交流 <input type="checkbox"/> 家族との交流 <input type="checkbox"/> 地域交流の場への参加
環境因子		個人因子
<input type="checkbox"/> 支援したいと思う人や集団 <input type="checkbox"/> 使用する物品、用具 <input type="checkbox"/> 活動する場、環境の安全性 <input type="checkbox"/> 費用負担、経済状況 <input type="checkbox"/> 外出しやすい環境 <input type="checkbox"/> 交通手段 <input type="checkbox"/> 地域や友人との関係、友人や知人の態度 <input type="checkbox"/> 家族との関係、家族の態度 <input type="checkbox"/> 支援してくれる家族やインフォーマル支援者の存在		<input type="checkbox"/> 気質と人格（外向性、協調性、情緒的安定性、好奇心） <input type="checkbox"/> 興味や関心 <input type="checkbox"/> 趣味、楽しみ <input type="checkbox"/> 過去の経験、成功体験、生活習慣 <input type="checkbox"/> 動機づけ <input type="checkbox"/> 自立心 <input type="checkbox"/> 自信 <input type="checkbox"/> 自尊心 <input type="checkbox"/> 価値観、こだわり、過去に果たしてきた役割 <input type="checkbox"/> 役割意識、使命感 <input type="checkbox"/> 生きがい
共通する支援のポイント		
<input type="checkbox"/> 基本的には本人の健康状態や心身機能の安定が前提であるが、体調の悪化や認知機能の低下があってもその人なりの役割を担える場合もある。ただし、心身機能面からみて妥当な役割であるかを判断する。 <input type="checkbox"/> 役割や交流が継続できなくなった原因や背景を見極め、目標達成に向けた条件を整える。 <input type="checkbox"/> 役割や交流を実行するための心身機能の向上にむけたリハビリテーションやケアを検討する。 <input type="checkbox"/> これまでの地域や家庭生活のなかで本人が積み上げてきた自信や生きがいにつながる継続性のある活動を検討する。 <input type="checkbox"/> 過去には経験がなくても、現在または今後本人が意欲的に取り組める事柄を検討する。 <input type="checkbox"/> 役割や交流の大切さを家族や支援者が理解してサポートできるように援助内容を検討する。 <input type="checkbox"/> 本人の希望だけでなく、家族や友人等の意向や可能な支援の量なども勘案して目標設定を行う。無理な協力を依頼することで関係が崩れないように配慮する。		

(3) 項目別のページ

項目ごとに「定義」、「アセスメントの視点」、「支援のポイント」、「目標例」をまとめています。(図2)

「アセスメントの視点」については、「心身機能」、「環境因子」「個人因子」の3つの枠組みで視点を詳細にまとめています。

アセスメントシートをもとに絞り込んだ課題について、情報収集のポイントを具体的に確認したい時やアセスメントに漏れが無いかなを確認したい場合に活用します。

また、アセスメントシートをもとに複数の課題を統合する場合には、それぞれの定義や支援のポイントを確認することで、より支援のねらいに適した項目を選択することができます。

項目別のページ

階層	A：社会的役割
項目	1：家庭外での役割
定義	地域での集まりや通所サービスなどの場面で、自主的に役割をもって活動すること。自分の得意なことを活かして、周囲にサポーティブにかかわること。集団での活動だけでなく、知人の日常生活の一部を支援することや相談相手になること、安否の声かけすること等も含む。
アセスメントの視点	心身機能
	<input type="checkbox"/> 家庭外での役割を果たすための身体・精神機能 <input type="checkbox"/> 活動や動作に応じてB～Dの各項目別ページの心身機能を参照
	環境因子
	<input type="checkbox"/> 支援したいと思う人や集団 <input type="checkbox"/> 使用する物品、用具 <input type="checkbox"/> 活動する場、環境の安全性 <input type="checkbox"/> 費用負担、経済状況 <input type="checkbox"/> 外出しやすい環境 <input type="checkbox"/> 交通手段 <input type="checkbox"/> 協力者、支援者 <input type="checkbox"/> 地域や友人との関係 <input type="checkbox"/> 地域や友人の態度
支援のポイント	個人因子
	<input type="checkbox"/> 興味や関心 <input type="checkbox"/> 趣味、楽しみ <input type="checkbox"/> 宗教、政治活動の経歴 <input type="checkbox"/> 過去の経験、成功体験 <input type="checkbox"/> 過去に果たしてきた役割 <input type="checkbox"/> 役割意識、使命感 <input type="checkbox"/> 生きがい
目標例	<input type="checkbox"/> 目標とする役割が、心身機能面からみて妥当であるかを判断する。 <input type="checkbox"/> 役割を実行するための心身機能の向上に向けたリハビリテーションやケアを検討する。 <input type="checkbox"/> これまでの地域生活や家庭生活のなかで本人が積み上げてきた役割を継続できる可能性を探る。 <input type="checkbox"/> 過去には経験がなくても、現在または今後本人が「自分の役割」と捉えられる事柄を検討する。 <input type="checkbox"/> 本人の自信や生きがいにつながる継続性のある役割を検討する。 <input type="checkbox"/> 役割の大切さを家族や支援者が理解してサポートできるように援助内容を検討する。
	<ul style="list-style-type: none"> ● 同窓会の幹事を務めることができる。 ● デイサービスでレクリエーションのリーダー役を果たすことができる。 ● ちぎり絵をグループの中心になって教える事ができる。 ● 近所の友人に毎日食事の差し入れができるようになる。

図 2

Q&A

Q. ガイドラインを参考に情報収集してみたけれど、ケアプランのどこに記載すればよいかわからない。

ご活用ください！

A. 「ケアプラン領域と指標項目の対応表」を15ページに掲載していますので、そちらを参考に領域の分類をして下さい。
また、18、19ページの「介護予防ケアプランの記載方法」には、ガイドラインを活用して記載できるポイントをお示ししています。





A 社会的役割

人との親密な付き合いや社会との交流能力

指標の項目と定義

階層	項目	ページ	項目の定義
A 社会的役割	1. 家庭外での役割	P 35	地域での集まりや通所サービスなどの場面で、主体的に役割をもって活動すること。自分の得意なことを活かして、周囲にサポーターティブにかかわること。集団での活動だけでなく、知人の日常生活の一部を支援することや相談相手になること、安否の声かけすること等も含む。
	2. 家庭での役割	P 36	家族や家庭のなかで本人が主体的に役割をもって生活すること。家事等の生活面での役割だけでなく、家族を精神面で支えていることも含む。また、家族同様のペットの世話も含む。それらの役割を通じて家族との絆を深め、家族の中でかけがえのない存在として尊重されている状況をいう。
	3. 友人・知人との交流	P 37	知人や友人と交流すること。日常的な近隣との付き合いも含む。交流の方法については、直接会うだけでなく、電話や手紙などの手段でも構わない。
	4. 家族との交流	P 38	家族と交流をもつこと。交流の方法については、直接会うだけでなく、電話や手紙などの手段でも構わない。
	5. 介護保険外の集団への参加	P 39	いきいきサロンや老人会などの地域活動へ参加すること。活動を通じて他者との交流やコミュニケーションをとる機会をもつことを指す。 例) サークル、文化教室など
	6. 介護保険通所サービスへの参加	P 40	通所介護や通所リハビリテーションなどの介護保険サービスにおいて、集団（グループ）でのレクリエーションや談話に参加すること。その場に参加して、他者との交流を図ることができれば、主体的か否かは問わない。 例) 通所リハビリ、通所介護、介護予防教室など

階層共通のページ

アセスメントの視点

健康状態

- ☐ 健康状態、病状の安定性
☐ 治療状況（受診、投薬、コンプライアンス）

心身機能・身体構造	活動	参加
<input type="checkbox"/> 身体機能 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 精神機能（言語理解、言語表出） <input type="checkbox"/> 感情のコントロール <input type="checkbox"/> 高次認知機能	<input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> IADL <input type="checkbox"/> 乗り物、交通機関の利用 <input type="checkbox"/> 意思決定 <input type="checkbox"/> 課題の遂行 <input type="checkbox"/> コミュニケーションの理解や表出 <input type="checkbox"/> 対人関係の構築 <input type="checkbox"/> セルフケア（健康管理）	<input type="checkbox"/> 地域社会での役割 <input type="checkbox"/> 家庭での役割 <input type="checkbox"/> 知人や友人との交流 <input type="checkbox"/> 家族との交流 <input type="checkbox"/> 地域交流の場への参加

環境因子	個人因子
<input type="checkbox"/> 支援したいと思う人や集団 <input type="checkbox"/> 使用する物品、用具 <input type="checkbox"/> 活動する場、環境の安全性 <input type="checkbox"/> 費用負担、経済状況 <input type="checkbox"/> 外出しやすい環境 <input type="checkbox"/> 交通手段 <input type="checkbox"/> 地域や友人との関係、友人や知人の態度 <input type="checkbox"/> 家族との関係、家族の態度 <input type="checkbox"/> 支援してくれる家族やインフォーマル支援者の存在	<input type="checkbox"/> 気質と人格（外向性、協調性、情緒的安定性、好奇心） <input type="checkbox"/> 興味や関心 <input type="checkbox"/> 趣味、楽しみ <input type="checkbox"/> 過去の経験、成功体験、生活習慣 <input type="checkbox"/> 動機づけ <input type="checkbox"/> 自立心 <input type="checkbox"/> 自信 <input type="checkbox"/> 自尊心 <input type="checkbox"/> 価値観、こだわり、過去に果たしてきた役割 <input type="checkbox"/> 役割意識、使命感 <input type="checkbox"/> 生きがい

共通する支援のポイント

- ☐ 基本的には本人の健康状態や心身機能の安定が前提であるが、体調の悪化や認知機能の低下があってもその人なりの役割を担える場合もある。ただし、心身機能面からみて妥当な役割であるかを判断する。
- ☐ 役割や交流が継続できなくなった原因や背景を見極め、目標達成に向けた条件を整える。
- ☐ 役割や交流を実行するための心身機能の向上にむけたりハビリテーションやケアを検討する。
- ☐ これまでの地域や家庭生活のなかで本人が積み上げてきた自信や生きがいにつながる継続性のある活動を検討する。
- ☐ 過去には経験がなくても、現在または今後本人が意欲的に取り組める事柄を検討する。
- ☐ 役割や交流の大切さを家族や支援者が理解してサポートできるように援助内容を検討する。
- ☐ 本人の希望だけでなく、家族や友人等の意向や可能な支援の量なども勘案して目標設定を行う。無理な協力を依頼することで関係が崩れないように配慮する。

項目別のページ

階層	A：社会的役割
項目	1. 家庭外での役割
定義	地域での集まりや通所サービスなどの場面で、自主的に役割をもって活動すること。自分の得意なことを活かして、周囲にサポーターにかかわること。集団での活動だけでなく、知人の日常生活の一部を支援することや相談相手になること、安否の声かけすること等も含む。
アセスメントの視点	心身機能
	<input type="checkbox"/> 家庭外での役割を果たすための身体・精神機能 <input type="checkbox"/> 活動や動作に応じてB～Dの各項目別ページの心身機能を参照
	環境因子
	<input type="checkbox"/> 支援したいと思う人や集団 <input type="checkbox"/> 使用する物品、用具 <input type="checkbox"/> 活動する場、環境の安全性 <input type="checkbox"/> 費用負担、経済状況 <input type="checkbox"/> 外出しやすい環境 <input type="checkbox"/> 交通手段 <input type="checkbox"/> 協力者、支援者 <input type="checkbox"/> 地域や友人との関係 <input type="checkbox"/> 地域や友人の態度
支援のポイント	個人因子
	<input type="checkbox"/> 興味や関心 <input type="checkbox"/> 趣味、楽しみ <input type="checkbox"/> 宗教、政治活動の経歴 <input type="checkbox"/> 過去の経験、成功体験 <input type="checkbox"/> 過去に果たしてきた役割 <input type="checkbox"/> 役割意識、使命感 <input type="checkbox"/> 生きがい
支援のポイント	<input type="checkbox"/> 目標とする役割が、心身機能面からみて妥当であるかを判断する。 <input type="checkbox"/> 役割を実行するための心身機能の向上に向けたリハビリテーションやケアを検討する。 <input type="checkbox"/> これまでの地域生活や家庭生活のなかで本人が積み上げてきた役割を継続できる可能性を探る。 <input type="checkbox"/> 過去には経験がなくても、現在または今後本人が「自分の役割」と捉えられる事柄を検討する。 <input type="checkbox"/> 本人の自信や生きがいにつながる継続性のある役割を検討する。 <input type="checkbox"/> 役割の大切さを家族や支援者が理解してサポートできるように援助内容を検討する。
目標例	<ul style="list-style-type: none"> ● 同窓会の幹事を務めることができる。 ● デイサービスでレクリエーションのリーダー役を果たすことができる。 ● ちぎり絵をグループの中心になって教える事ができる。 ● 近所の友人に毎日食事の差し入れができるようになる。

項目別のページ

階層	A：社会的役割
項目	2. 家庭での役割
定義	家族や家庭の中で本人が主体的に役割をもって生活すること。家事等の生活面での役割だけでなく、家族を精神面で支えていることも含む。また、家族同様のペットの世話も含む。それらの役割を通じて家族との絆を深め、家族の中でかけがえのない存在として尊重されている状況をいう。
アセスメントの視点	心身機能
	<input type="checkbox"/> 家庭内での役割を果たすための身体・精神機能 <input type="checkbox"/> 活動や動作に応じてB～Dの各項目別ページの心身機能を参照
	環境因子
	<input type="checkbox"/> 支援したいと思う家族やペットの存在 <input type="checkbox"/> 使用する物品、用具 <input type="checkbox"/> 安全に活動できる環境 <input type="checkbox"/> 費用負担、経済状況 <input type="checkbox"/> 交通手段 <input type="checkbox"/> 協力者、支援者 <input type="checkbox"/> 家族との関係 <input type="checkbox"/> 家族の態度
支援のポイント	個人因子
	<input type="checkbox"/> 興味や関心 <input type="checkbox"/> 趣味、楽しみ <input type="checkbox"/> 過去の経験、成功体験 <input type="checkbox"/> 宗教活動の経歴 <input type="checkbox"/> 過去に果たしてきた役割 <input type="checkbox"/> 役割意識、使命感 <input type="checkbox"/> 生きがい
	<input type="checkbox"/> 本人の健康状態や心身機能が安定しており、多少の体調悪化や認知機能の低下があってもその人なりの役割を担えることがある。 <input type="checkbox"/> 役割を実行するための心身機能の向上にむけたりハビリテーションやケアを考慮する。 <input type="checkbox"/> これまでの家庭生活のなかで本人が積み上げてきた役割を継続できる能力と可能性を検討する。 <input type="checkbox"/> 過去には経験がなくても、現在または今後本人が「自分の役割」と捉えられる事柄を検討する。 <input type="checkbox"/> 本人の自信や生きがいにつながる継続性のある役割を検討する。 <input type="checkbox"/> 家族が役割を持つ意味合いを理解し声かけや励みなどの援助内容を検討する。
	目標例 <ul style="list-style-type: none"> ● 週1回家族のために夕食を調理することができる。 ● デイサービスで習った指編みのマフラーを、孫にプレゼントすることができる。 ● 昔から伝えられている“生活の知恵”を嫁や孫に教えることができる。 ● 家族の好きな花を庭で育てることができる。

項目別のページ

階層	A：社会的役割
項目	3. 友人・知人との交流
定義	友人や知人と交流すること。日常的な近隣との付き合いも含む。交流の方法については、直接会うだけでなく、電話や手紙などの手段でも構わない。
アセスメントの視点	心身機能
	<input type="checkbox"/> 友人・知人と交流するための身体・精神機能 <input type="checkbox"/> 視覚、聴覚 <input type="checkbox"/> 精神機能（言語理解、言語表出） <input type="checkbox"/> 音声と発話の機能 <input type="checkbox"/> 身体機能（電話をかける、文字を書く）
	環境因子
	<input type="checkbox"/> 交流したいと思う友人や知人の存在 <input type="checkbox"/> 安全に活動できる環境 <input type="checkbox"/> 外出しやすい環境 <input type="checkbox"/> 費用負担、経済状況 <input type="checkbox"/> 交通手段 <input type="checkbox"/> 協力者、支援者 <input type="checkbox"/> 友人や知人との関係 <input type="checkbox"/> 友人や知人の態度 <input type="checkbox"/> 通信機器
支援のポイント	個人因子
	<input type="checkbox"/> 興味や関心 <input type="checkbox"/> 趣味、楽しみ <input type="checkbox"/> 宗教、政治活動の経歴 <input type="checkbox"/> 過去の経験、成功体験 <input type="checkbox"/> 過去に友人・知人と楽しんできたこと <input type="checkbox"/> 生きがい
	<input type="checkbox"/> 基本的には本人の健康状態や心身機能の安定が前提であるが、体調の悪化や認知機能の低下があっても交流手段の調整を行えば継続が可能な場合がある。交流手段については手段の工夫や家族や友人に協力の依頼が必要な場合もある <input type="checkbox"/> 交流の手段として直接会うだけでなく、FAX、携帯電話、メール、手紙など経験していない手段を新たに身につける可能性を検討する。 <input type="checkbox"/> 友人と交流を続けるためにも心身機能の向上に向けたリハビリテーションやケアを検討する。 <input type="checkbox"/> これまでの地域生活や家庭生活のなかで本人が積み上げてきた地位や役割なども考慮し、交流を継続する事が楽しみとなる可能性を検討する。 <input type="checkbox"/> 本人にとって個人的な付き合いのある友人を確認し、その方との交流が継続できるようサポートする <input type="checkbox"/> 交流できなくなった理由が何かを見極め、交流が継続できるよう、家族や友人の支援を依頼、検討する。 <input type="checkbox"/> 他者との交流の大切さを家族や支援者が理解してサポートできるように援助内容を検討する。
	目標例
	<ul style="list-style-type: none"> ● 昔なじみの友人に電話をして近況を知らせることができる。 ● デイサービスで知り合った友人に年賀状を書くことができる。 ● 友人と食事会に行き、交流を楽しむことができる。 ● 近所の人に挨拶ができる。

項目別のページ

階層	A：社会的役割
項目	4. 家族との交流
定義	家族と交流をもつこと。交流の方法については、直接会うだけでなく、電話や手紙などの手段でも構わない。
アセスメントの視点	心身機能
	<input type="checkbox"/> 家族と交流するための身体・精神機能 <input type="checkbox"/> 視覚、聴覚 <input type="checkbox"/> 精神機能（言語理解、言語表出） <input type="checkbox"/> 音声と発話の機能 <input type="checkbox"/> 身体機能（電話をかける、文字を書く）
	環境因子
	<input type="checkbox"/> 交流したいと思う家族の存在 <input type="checkbox"/> 外出しやすい環境 <input type="checkbox"/> 安全に活動できる環境 <input type="checkbox"/> 費用負担、経済状況 <input type="checkbox"/> 交通手段 <input type="checkbox"/> 協力者、支援者 <input type="checkbox"/> 家族や親族との関係 <input type="checkbox"/> 家族や親族の態度
支援のポイント	個人因子
	<input type="checkbox"/> 興味や関心 <input type="checkbox"/> 趣味、楽しみ <input type="checkbox"/> 過去の経験、成功体験 <input type="checkbox"/> 過去に家族と楽しんできたこと <input type="checkbox"/> 生きがい <input type="checkbox"/> 通信機器
	<input type="checkbox"/> 家族と良好な関係を保つことができているかを判断する必要がある。 <input type="checkbox"/> 交流の手段として直接会うだけでなく、FAX、携帯電話、メール、手紙など経験していない手段を新たに身につける可能性を検討する。 <input type="checkbox"/> 家族と交流を続けるためにも心身機能の向上に向けたリハビリテーションやケアを検討する。 <input type="checkbox"/> 本人にとって大切に思う家族を確認し、その方との交流が継続できるよう必要時サポートする。 <input type="checkbox"/> これまでの地域生活や家庭生活の中で本人が積み上げてきた地位や役割なども考慮し、交流を継続する事が生きがいとなる可能性を検討する。 <input type="checkbox"/> 交流できなくなった理由が何なのかを見極め、交流が継続できるよう、必要時家族や友人の支援を依頼、検討する。 <input type="checkbox"/> 本人の希望だけでなく、家族の意向や対応できる条件なども勘案して目標設定を行う。無理な協力を依頼することで家族関係が崩れないように配慮する。 <input type="checkbox"/> 家族との交流の大切さを家族や支援者が理解してサポートできるように援助内容を検討する。
	目標例
目標例	<ul style="list-style-type: none"> ● 孫と手紙のやり取りができるようになる。 ● 家族と一緒に旅行に行くことができる。 ● 週1回、家族の近況を電話で聞くことができる。

項目別のページ

階層	A：社会的役割
項目	5. 介護保険外の集団への参加
定義	いきいきサロンや老人会などの地域活動へ参加すること。活動を通じて他者との交流やコミュニケーションをとる機会をもつことを指す。 例) サークル、文化教室など
アセスメントの視点	心身機能
	<input type="checkbox"/> ADL能力（移動、排泄、食事、整容、更衣） <input type="checkbox"/> IADL能力（服薬管理、金銭管理、必要物品の準備） <input type="checkbox"/> 高次認知機能（スケジュールを管理する能力、状況対応能力） <input type="checkbox"/> 視覚、聴覚 <input type="checkbox"/> 精神機能（言語理解、言語表出） <input type="checkbox"/> 音声と発話の機能
	環境因子
アセスメントの視点	<input type="checkbox"/> 参加したいと思う地域交流の場の存在 <input type="checkbox"/> 安全に活動できる環境 <input type="checkbox"/> 費用負担、経済状況 <input type="checkbox"/> 外出しやすい環境 <input type="checkbox"/> 交通手段 <input type="checkbox"/> 協力者、支援者 <input type="checkbox"/> 地域のボランティア、友人、知人との関係 <input type="checkbox"/> 地域の人々の態度
	個人因子
	<input type="checkbox"/> 興味や関心 <input type="checkbox"/> 趣味、楽しみ <input type="checkbox"/> 他者との交流に対する意欲や関心 <input type="checkbox"/> 過去の経験、成功体験 <input type="checkbox"/> 過去の社会活動や地域との付き合い <input type="checkbox"/> 生きがい
支援のポイント	<input type="checkbox"/> 基本的には本人の健康状態や心身機能の安定が前提であるが、体調の悪化や認知機能の低下があっても地域での社会活動へ参加することができるかを検討する。参加手段については手段の工夫や家族・友人に協力の依頼が必要な場合もある。 <input type="checkbox"/> 活動の場への参加を続けるためにも心身機能の向上に向けたリハビリテーションやケアを検討する。 <input type="checkbox"/> これまでの地域生活で本人が培ってきた楽しみや生きがいを継続できる可能性を探る。 <input type="checkbox"/> 本人にとってのキーパーソンとなる人材を把握し、その方との交流がより発展するよう必要時サポートする。 <input type="checkbox"/> 過去には経験がなくても、新たな活動の機会を拡げていく可能性を探る。 <input type="checkbox"/> 地域活動への参加の大切さを家族や支援者が理解してサポートできるように援助内容を検討する。
目標例	<ul style="list-style-type: none"> ●老人クラブの催しに毎月参加することができる。 ●婦人会の集いに参加することができる。

項目別のページ

階層	A：社会的役割
項目	6. 介護保険通所サービスへの参加
定義	<p>通所介護や通所リハビリテーションなどの介護保険サービスにおいて、集団（グループ）でのレクリエーションや談話に参加すること。その場に参加して、他者との交流を図ることができれば、主体的か否かは問わない。</p> <p>例）通所リハビリ、通所介護、介護予防教室など</p>
アセスメントの視点	<p>心身機能</p> <p> <input type="checkbox"/>ADL能力（移動、入浴、排泄、食事、更衣、整容） <input type="checkbox"/>IADL能力（服薬管理、金銭管理、必要物品の準備） <input type="checkbox"/>車酔い（前庭機能） <input type="checkbox"/>座位保持能力 <input type="checkbox"/>視覚、聴覚 <input type="checkbox"/>精神機能（言語理解、言語表出） <input type="checkbox"/>音声と発話の機能 </p>
	<p>環境因子</p> <p> <input type="checkbox"/>参加したいと思う通所サービスの存在 <input type="checkbox"/>安全に活動できる環境 <input type="checkbox"/>費用負担、経済状況 <input type="checkbox"/>外出しやすい環境 <input type="checkbox"/>居心地の良い環境 <input type="checkbox"/>外出準備を担う支援者 <input type="checkbox"/>利用者やスタッフとの関係 <input type="checkbox"/>利用者やスタッフの関わりの姿勢 </p>
	<p>個人因子</p> <p> <input type="checkbox"/>興味や関心 <input type="checkbox"/>趣味、楽しみ <input type="checkbox"/>他者との交流に対する意欲、関心 <input type="checkbox"/>過去の経験、成功体験 <input type="checkbox"/>生きがい <input type="checkbox"/>環境に対するこだわり（空間、音など） </p>
支援のポイント	<p> <input type="checkbox"/>健康状態の悪化や身体機能・精神機能の低下がある場合でも、アプローチの第一歩として介護保険サービスを継続的に利用することを目標にする場合は、この項目を選択する。ただし、安定的に継続して利用できている場合は、その他の指標を目標にする。 <input type="checkbox"/>他者との活動に向けた心身機能の向上にむけたレクリエーションやケアを検討する。 <input type="checkbox"/>これまでの地域生活や家庭生活のなかで本人が培ってきた楽しみや生きがいを継続できる可能性を探る。 <input type="checkbox"/>過去には経験がなくても、現在または今後本人が他者との交流を楽しむことができる工夫を検討する <input type="checkbox"/>本人の自信や生きがいにつながる継続性のあるレクリエーションや交流方法を検討する。 <input type="checkbox"/>他者との活動の大切さを家族や支援者が理解してサポートできるように援助内容を検討する。 </p>
目標例	<p> ●デイケアでレクリエーションの輪の中に入ることができる。 ●デイサービスの喫茶コーナーで他の利用者と談話を楽しむことができる。 ●はつらつ教室に参加することができる。 </p>



B 状況対応

余暇活動や創造性などの知的能動性

指標の項目と定義

階層	項目	ページ	項目の定義
B 状況対応	1. 趣味、生きがい	P 43	以前趣味にしていたことや、楽しんでいたことに再び取り組むこと。または、新たな趣味や楽しみを見つけて楽しむ機会をもつこと。宗教などの信仰活動などもこの項目に含む。個人としての取り組みであり、楽しみや生きがいとして取り組んでいる継続的な活動であれば、この項目で評価する。
	2. 好奇心、生活意欲	P 44	好奇心や前向きな気持ちをもって生活することを指す。精神の安定を目指すことも含む。
	3. 契約行為、公的手続き	P 45	日常生活のなかで起こるあらゆる契約や手続きの行為を指す。例えば、年金や介護保険などの申請や契約、入院や手術の際の意思決定や契約等の行為なども含む。署名が困難でも、自身の意思決定により代理人に署名を依頼できれば構わない。

階層共通のページ

アセスメントの視点		
健康状態		
<input type="checkbox"/> 健康状態、病状の安定性 <input type="checkbox"/> 治療状況（受診、投薬、コンプライアンス）		
心身機能・身体構造	活動	参加
<input type="checkbox"/> 身体機能 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 精神機能（高次認知機能） <input type="checkbox"/> 感情のコントロール	<input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> IADL <input type="checkbox"/> 意思決定 <input type="checkbox"/> 課題の遂行 <input type="checkbox"/> コミュニケーションの理解・表出 <input type="checkbox"/> 対人関係の構築 <input type="checkbox"/> セルフケア（健康管理）	<input type="checkbox"/> 地域社会での役割 <input type="checkbox"/> 家庭での役割 <input type="checkbox"/> 家族との交流 <input type="checkbox"/> 地域交流の場への参加
環境因子		個人因子
<input type="checkbox"/> 場の存在 <input type="checkbox"/> 安全な環境 <input type="checkbox"/> 使用しやすい物品、用具 <input type="checkbox"/> 必要物品の準備 <input type="checkbox"/> 補助又は介助者の存在 <input type="checkbox"/> 支援してくれる家族やインフォーマル支援者の存在		<input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ <input type="checkbox"/> 自信・好奇心 <input type="checkbox"/> 動機づけ <input type="checkbox"/> 気質と人格（外向性、協調性、情緒的安定性、好奇心） <input type="checkbox"/> 過去の経験・成功体験・生活習慣 <input type="checkbox"/> 自立心 <input type="checkbox"/> 自信 <input type="checkbox"/> 自尊心 <input type="checkbox"/> 価値観、こだわり
共通する支援のポイント		
<input type="checkbox"/> 意欲低下や認知機能の低下がないか評価を行う。 <input type="checkbox"/> 取り組みの目標を設定するためには、事前にそのための心身機能評価を行う。 <input type="checkbox"/> 医師やセラピストなどの専門職とともに検討し、達成の可能性を見極めたうえで、行動として評価できるよう具体的な目標を設定する。 <input type="checkbox"/> 支障のある部分を改善していけるように個別リハビリテーションを導入する。 <input type="checkbox"/> 主体的に楽しんだり積極的に取り組もうとする意欲を引き出す支援を行う。 <input type="checkbox"/> 家族の支援や協力が得られるように調整する。 <input type="checkbox"/> 本人が自信を持てるように関係者が連携して支援する。		

項目別のページ

階層	B. 状況対応
項目	1：趣味、生きがい
定義	以前趣味にしていたことや、楽しんでいたことに再び取り組むこと。または、新たな趣味や楽しみを見つけて楽しむ機会をもつこと。宗教などの信仰活動などもこの項目に含む。個人としての取り組みであり、楽しみや生きがいとして取り組んでいる継続的な活動であれば、この項目で評価する。
アセスメントの視点	心身機能
	<input type="checkbox"/> 動機づけ <input type="checkbox"/> 感情のコントロール <input type="checkbox"/> 衝動的な言動のコントロール <input type="checkbox"/> 移動・移乗動作 <input type="checkbox"/> 視力・聴力 <input type="checkbox"/> 記憶力（目的行為の記憶） <input type="checkbox"/> 見当識（時間、場所、物、人） <input type="checkbox"/> 注意機能（注意の維持、移動、配分） <input type="checkbox"/> コミュニケーションの理解や表出 <input type="checkbox"/> 実行機能（行程の組み立て、時間管理等） <input type="checkbox"/> 手指巧緻性
	環境因子
	<input type="checkbox"/> 趣味を楽しむ場の存在 <input type="checkbox"/> 使用しやすい道具 <input type="checkbox"/> 外出しやすい環境 <input type="checkbox"/> 安全に活動できる環境 <input type="checkbox"/> 費用負担、経済状況 <input type="checkbox"/> 交通手段 <input type="checkbox"/> 趣味や生きがいを遂行するための協力者・支援者 <input type="checkbox"/> 発表会や展示会等他者に見てもらえる機会 <input type="checkbox"/> 趣味を共にする友人の存在
支援のポイント	個人因子
	<input type="checkbox"/> 趣味への自信や好奇心 <input type="checkbox"/> 新しいことへの興味や関心 <input type="checkbox"/> 過去の趣味や楽しみ <input type="checkbox"/> 宗教等の信仰活動
目標例	<input type="checkbox"/> 趣味に取り組む目標を設定するためには、事前にそのための心身機能評価を行う。 <input type="checkbox"/> 医師やセラピストなどの専門職とともに検討し、達成の可能性を見極めたうえで目標設定する。 <input type="checkbox"/> 趣味の自立に向けて、支障のある部分を改善していけるように個別リハビリテーションを導入する。 <input type="checkbox"/> 趣味が継続できるように機器や用具の活用及び見守りやサポートを導入する。 <input type="checkbox"/> 趣味活動の自立支援だけでなく、その先にある「生きがい」も視野に入れた支援を行う。

項目別のページ

階層	B. 状況対応
項目	2：好奇心、生活意欲
定義	好奇心や前向きな気持ちをもって生活することを指す。 精神の安定を目指すことも含む。
アセスメントの視点	心身機能
	<input type="checkbox"/> 歩行・移動能力 <input type="checkbox"/> 活力、動機づけ <input type="checkbox"/> 感情のコントロール <input type="checkbox"/> 衝動的な言動のコントロール <input type="checkbox"/> 睡眠機能
	環境因子
	<input type="checkbox"/> 外出する場の存在 <input type="checkbox"/> 外出しやすい環境 <input type="checkbox"/> 協力者、支援者 <input type="checkbox"/> 訪問してくれる家族や友人 <input type="checkbox"/> 地域との関係 <input type="checkbox"/> 情報を取り入れやすい環境（新聞、雑誌、パソコンなど）
支援のポイント	個人因子
	<input type="checkbox"/> 興味や関心を示すものの存在 <input type="checkbox"/> 過去の趣味や楽しみ <input type="checkbox"/> 宗教などの信仰活動 <input type="checkbox"/> 生活リズム <input type="checkbox"/> 性格や考え方
目標例	<p>●新しいことに対して興味や好奇心をもって取り組むことができる。</p> <p>●デイサービスで興味を持って取り組めるレクリエーションをみつけることができる。</p> <p>●ストレスを発散して、イライラした気分を落ち着かせることができる。</p> <p>●鬱症状が改善して、悲観的になることが少なくなる。</p>

項目別のページ

階層	B. 状況対応
項目	3：契約行為、公的手続き
定義	日常生活のなかで起こるあらゆる契約や手続きの行為を指す。例えば、年金や介護保険などの申請や契約、入院や手術の際の意思決定や契約等の行為等も含む。署名が困難でも、自身の意思決定により代理人に署名を依頼できれば構わない。
アセスメントの視点	心身機能
	<input type="checkbox"/> 判断の信頼性 <input type="checkbox"/> 感情のコントロール <input type="checkbox"/> 衝動的な言動のコントロール <input type="checkbox"/> 歩行・移動能力 <input type="checkbox"/> 手指巧緻性（書く、印鑑を押す、開封する） <input type="checkbox"/> 高次認知機能（契約内容や金額の妥当性の判断、書類作成）
	環境因子
	<input type="checkbox"/> 契約行為、公的手続きを遂行するための補助又は介助者の存在 <input type="checkbox"/> 代理人等を依頼できる親族の存在 <input type="checkbox"/> 相談できる家族や友人の存在
支援のポイント	個人因子
	<input type="checkbox"/> 契約や手続きに関する過去の経験 <input type="checkbox"/> 過去の悪質商法等の被害の有無 <input type="checkbox"/> 契約書類等の管理状況
目標例	<p> <input type="checkbox"/>認知機能に問題がなく、意思決定する能力があることが前提 <input type="checkbox"/>契約及び手続き行為を目標とする場合には、事前にそのための認知機能及び判断能力の評価を行う。 <input type="checkbox"/>医師やセラピストなどの専門職とともに検討して、達成の可能性を見極めたうえで目標設定する。 <input type="checkbox"/>契約及び手続き行為の自立に向けて、本人が内容を理解し判断できるようサポートする。 <input type="checkbox"/>悪質商法等への被害がないよう、契約前には家族や知り合いに相談したうえで決めるよう促す。 <input type="checkbox"/>契約行為や手続きの自立支援だけでなく、その先にある「役割」も視野に入れた支援を行う。 </p> <p> ●介護保険サービスの契約を交わすことができる。 ●市役所からの郵送物を自分で開封して、適切に判断することができる。 ●年金や介護保険に関する判断は自分で行い、書類作成を家族に委ねることができる。 </p>



C 手段的自立

IADL を中心とした、一人での在宅生活を維持する為の能力

指標の項目と定義

階層	項目	ページ	項目の定義
C 手段的自立	1. 調理	P 48	調理行為の全部又は一部に携わること。献立の決定、準備、調理、配膳までを指す。又、調理技術の向上（例：切る動作が速くなる）、調理方法の拡大（例：野菜の皮むきができる）、献立のレパートリーが広がることも含まれる。調理機器の使用も含む。
	2. 掃除	P 49	掃除行為の全部又は一部に携わること。掃除物品の準備、整理整頓、床を掃く、掃除機をかける、床のモップかけ、雑巾がけ、窓や壁の清掃、浴室やトイレの掃除、ゴミを捨てる、食後の後片付けなどを指す。また、掃除範囲の拡大、掃除技術の向上（例：綺麗に掃除ができる）、掃除方法の拡大（例：コロコロ粘着テープが使える）も含まれる。掃除機器の使用ができる事も含む。掃除の箇所は自宅敷地内とする（庭も含む）。
	3. 洗濯	P 50	洗濯行為の全部又は一部に携わること。衣類を種類別に分ける、洗浄する、乾燥する、たたむ、収納することを指す。洗濯機の使用ができることも含む。
	4. 買い物	P 51	移動を除く買い物行為の全部又は一部に携わること。購入物品を選定する、陳列棚から取る、運搬する、通信販売での注文や受け取りも含む。 *スーパーまでの歩行能力については「D－1 自宅外での移動」で評価する。 *支払い能力については、「C－6 金銭管理」の項目で評価する。
	5. 保健行動	P 52	自らの健康を気遣い、健康増進や悪化の予防にむけて意識して予防行動をとること。病状を安定・改善させるための受診や服薬管理、栄養管理や運動療法、リハビリテーションなどの治療・保健行動を指す。受診の必要性を判断することや、受診手段（往診や移送サービスの調整等）を依頼することを含む。 *健康状態の改善や心身機能の向上のために、本人が取り組むセルフケアを実行・継続する目標を設定した場合はこの項目を選択する。
	6. 金銭管理	P 53	年金の出し入れや購入物の支払い、家族への仕送り等の行為について、支出入の金額の理解や必要な金額の出し入れを判断すること。銀行や郵便局などへの移動が困難でも、適切な他者に妥当な金額の支出入を依頼できていれば構わない。 *支払以外の買い物行為に関する能力については、「C－4 買い物」の項目を選択する。
	7. 外出準備・身だしなみ	P 54	外出先で着替える衣服や下着等の持ち物が準備できること。化粧などの身だしなみを整えることも含む。

階層共通のページ

アセスメントの視点

健康状態

- ☐健康状態、病状の安定性
☐治療状況（受診、投薬、コンプライアンス）
☐めまいやふらつきの有無

心身機能・身体構造	活動	参加
<input type="checkbox"/> 筋力、バランス能力 <input type="checkbox"/> 手指の巧緻性 <input type="checkbox"/> 体力、持久力 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 視覚、聴覚、嗅覚、味覚、触覚 <input type="checkbox"/> 見当識（時間、場所、物、人） <input type="checkbox"/> 注意機能（注意の維持、移動、配分） <input type="checkbox"/> 記憶機能（手順や方法を思い出す、作業過程を記憶する） <input type="checkbox"/> 高次認知機能（段取りを組み立てる、効率よく作業を進める、アクシデントに柔軟に対応する） <input type="checkbox"/> 視空間認知	<input type="checkbox"/> 歩行、移動 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 乗り物、交通機関の利用 <input type="checkbox"/> コミュニケーションの理解・表出 <input type="checkbox"/> 課題の遂行 <input type="checkbox"/> セルフケア	<input type="checkbox"/> 地域社会での役割 <input type="checkbox"/> 家庭での役割 <input type="checkbox"/> 知人や友人との交流 <input type="checkbox"/> 家族との交流 <input type="checkbox"/> 地域交流の場への参加

環境因子	個人因子
<input type="checkbox"/> 安全な環境 <input type="checkbox"/> 使用しやすい機器、用具 <input type="checkbox"/> 必要物品の準備 <input type="checkbox"/> 補助又は介助者の存在 <input type="checkbox"/> 支援してくれる家族やインフォーマル支援者の存在	<input type="checkbox"/> 気質と人格（外向性、協調性、情緒的安定性、好奇心） <input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ <input type="checkbox"/> 過去の経験、成功体験、生活習慣 <input type="checkbox"/> 興味・関心、動機づけ、役割意識 <input type="checkbox"/> 自立心 <input type="checkbox"/> 自信 <input type="checkbox"/> 自尊心 <input type="checkbox"/> 価値観、こだわり

共通する支援のポイント

- ☐本人がそのIADL行為の自立にむけて前向きな意欲をもっていることが前提。
☐事故がないよう、十分に安全を考慮したうえで目標を設定する。
☐IADL行為の自立に取り組む目標を設定するためには、事前にそのための心身機能評価や環境の整備を行う。
☐医師やセラピストなどの専門職とともに検討して、達成の可能性を見極めたうえで目標設定する。
☐IADL行為の自立に向けて、支障のある部分を改善していけるように個別リハビリテーションを導入する。
☐安全に実施ができるように機器や用具の活用および見守りやサポートを導入する。
☐IADL行為としての自立支援だけでなく、その先にある「役割」も視野に入れた支援を行う。
☐家族の支援や協力が得られるように調整する。
☐本人が自信を持てるように関係者が連携して支援する。

項目別のページ

階層	C：手段的自立
項目	1：調理
定義	調理行為の全部又は一部に携わること。献立の決定、準備、調理、配膳までを指す。また、調理技術の向上（例：切る動作が速くなる）、調理方法の拡大（例：野菜の皮むきができる）、献立のレパートリーが広がることも含まれる。調理機器の使用も含む。
アセスメントの視点	<p>心身機能</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 味覚、嗅覚、温度感覚 <input type="checkbox"/> 体幹筋力、立位保持能力 <input type="checkbox"/> 手指巧緻性、握力 <input type="checkbox"/> 膝、腰、肩、手首、手指等関節の痛み <input type="checkbox"/> 調理作業能力 <input type="checkbox"/> 記憶機能（レシピを覚える、電子レンジや炊飯器の使用方法を覚える） <input type="checkbox"/> 高次認知機能（調理の段取りを組み立てて効率よく作業を進める。電子レンジや炊飯器を使用する） <input type="checkbox"/> 注意機能（火の始末、同時進行）
	<p>環境因子</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 安全な調理環境 <input type="checkbox"/> 使用しやすい調理機器 <input type="checkbox"/> 調理補助用具（皮むき器、蓋オープナー等） <input type="checkbox"/> 食材の購入・準備 <input type="checkbox"/> 食事を共にする家族の存在 <input type="checkbox"/> 調理を行うための補助又は介助者の存在
	<p>個人因子</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 調理への自信や好奇心 <input type="checkbox"/> 食べることへの興味や関心 <input type="checkbox"/> 過去の調理経験 <input type="checkbox"/> 衛生に関する価値観
支援のポイント	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 本人が調理に対して前向きな意欲を持っていることが前提。 <input type="checkbox"/> 事故がないよう、十分に安全を考慮したうえで目標を設定する。 <input type="checkbox"/> 調理に取り組む目標を設定するためには、事前にそのための心身機能評価や調理環境の整備を行う。 <input type="checkbox"/> 医師やセラピストなどの専門職とともに検討し、達成の可能性を見極めたうえで目標設定する。 <input type="checkbox"/> 調理の自立に向けて、支障のある部分を改善していけるように個別リハビリテーションを導入する。 <input type="checkbox"/> 安全に調理ができるように機器や用具の活用および見守りやサポートを導入する。 <input type="checkbox"/> 調理作業としての自立支援だけでなく、その先にある「役割」も視野に入れた支援を行う。
目標例	<ul style="list-style-type: none"> ● 葉野菜を洗って、茹でることができる。 ● 硬い野菜は電子レンジで柔らかくしてから切ることができる。 ● 冷蔵庫にある食材を使った献立を考えることができる。 ● 新しい献立に挑戦してレパートリーを増やすことができる。

項目別のページ

階層	C：手段的自立
項目	2：掃除
定義	掃除行為の全部又は一部に携わること。掃除物品の準備、整理整頓、床を掃く、掃除機をかける、床のモップかけ、雑巾がけ、窓や壁の清掃、浴室やトイレの掃除、ゴミを捨てる、食後の後片付けなどを指す。又、掃除範囲の拡大、掃除技術の向上（例：綺麗に掃除ができる）、掃除方法の拡大（例：コロコロ粘着テープが使える）も含まれる。掃除機器の使用ができる事も含む。掃除の箇所は自宅敷地内とする（庭も含む）。
アセスメントの視点	心身機能
	<input type="checkbox"/> 視覚、嗅覚 <input type="checkbox"/> 体幹筋力、姿勢バランス <input type="checkbox"/> 手指巧緻性、握力、上下肢関節可動域、上下肢筋力 <input type="checkbox"/> 膝、腰、肩、手首、手指等の関節の痛み <input type="checkbox"/> 掃除作業能力 <input type="checkbox"/> 記憶機能（掃除機の使用方法を覚える、ゴミ出しの日を覚える） <input type="checkbox"/> 高次認知機能（掃除の段取りを組み立て、効率よく作業を進める、掃除機を使用する） <input type="checkbox"/> 見当識（掃除場所の理解、掃除道具の認識）
	環境因子
	<input type="checkbox"/> 安全な掃除環境 <input type="checkbox"/> 掃除箇所の把握（専有・共有） <input type="checkbox"/> 使用しやすい掃除機器、補助用具 <input type="checkbox"/> 消耗物品（雑巾、ゴミパック、洗剤等）の準備・購入 <input type="checkbox"/> 他者の訪問の機会 <input type="checkbox"/> 掃除を行うための補助又は介助者の存在
支援のポイント	個人因子
	<input type="checkbox"/> 生活環境を清潔にすることへの関心 <input type="checkbox"/> 清潔に関する価値観 <input type="checkbox"/> 掃除方法に関するこだわり <input type="checkbox"/> 物へのこだわり（捨てられない等）
支援のポイント	<input type="checkbox"/> 本人が掃除に対して前向きな意欲をもっていることが前提。 <input type="checkbox"/> 掃除に取り組む目標を設定するためには、事前にそのための心身機能評価や掃除環境の整備を行う。 <input type="checkbox"/> 医師やセラピストなどの専門職とともに検討して、達成の可能性を見極めたうえで目標設定する。 <input type="checkbox"/> 掃除の自立に向けて、支障のある部分を改善していけるように個別リハビリテーションを導入する。 <input type="checkbox"/> 安全に掃除ができるように機器や用具の活用および見守りやサポートを導入する。 <input type="checkbox"/> 掃除動作の自立支援だけでなく、その先にある「役割」も視野に入れた支援を行う。 <input type="checkbox"/> 掃除が習慣化して、整った環境で過ごすことが快適に思えるように支援する。
目標例	<ul style="list-style-type: none"> ●粘着テープを使ってベッドの掃除ができる。 ●座ってテーブルの拭き掃除ができる。 ●トイレの便器をブラシで清掃できる。 ●自分が使った食器を洗うことができる。 ●庭の掃き掃除を行うことができる。

項目別のページ

階層	C：手段的自立
項目	3：洗濯
定義	洗濯行為の全部又は一部に携わること。衣類を種類別に分ける、洗浄する、乾燥する、たたむ、収納することを指す。洗濯機の使用ができることも含む。
アセスメントの視点	心身機能 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>体幹筋力、立位バランス <input type="checkbox"/>洗濯作業能力 <input type="checkbox"/>手指巧緻性、握力、上下肢筋力、関節可動域 <input type="checkbox"/>膝、腰、肩、手首、手指等の関節の痛み <input type="checkbox"/>高次認知機能（洗濯の段取りを組み立て、効率よく作業を進める、洗濯機を使用する） <input type="checkbox"/>見当識（洗濯を干す場の理解、洗濯物の認識、洗濯する時間）
	環境因子 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>安全な洗濯環境 <input type="checkbox"/>使用しやすい洗濯機器、補助用具 <input type="checkbox"/>洗濯を行うための補助又は介助者の存在 <input type="checkbox"/>消耗物品（洗剤等）の準備・購入 <input type="checkbox"/>身だしなみを気にする社会交流の状況
	個人因子 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>衣類を清潔にすることへの関心 <input type="checkbox"/>清潔に関する価値観 <input type="checkbox"/>洗濯方法に関するこだわり <input type="checkbox"/>身だしなみを気にする性格
	支援のポイント <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>本人が洗濯に対して前向きな意欲をもっていることが前提。 <input type="checkbox"/>洗濯に取り組む目標を設定するためには、事前にそのための心身機能評価や洗濯環境の整備を行う。 <input type="checkbox"/>医師やセラピストなどの専門職とともに検討して、達成可能性を見極めたうえで目標設定する。 <input type="checkbox"/>洗濯の自立に向けて、支障のある部分を改善していけるように個別リハビリテーションを導入する。 <input type="checkbox"/>安全に洗濯ができるように機器や用具の活用および見守りやサポートを導入する。 <input type="checkbox"/>洗濯行為の自立支援だけでなく、その先にある「役割」も視野に入れた支援を行う。 <input type="checkbox"/>洗濯が習慣化して、清潔な衣服を着用することが快適に思えるように支援する。
目標例	<ul style="list-style-type: none"> ●汚れた洗濯物をまとめて、カゴに入れておくことができる。 ●洗濯機の使用方法を覚えて、一人で洗濯ができる。 ●転倒せずに洗濯物を干すことができる。 ●洗濯物をたたんで、決められた場所に収納できる。

項目別のページ

階層	C：手段的自立
項目	4：買い物
定義	移動を除く買い物行為の全部又は一部に携わること。購入物品を選定する、陳列棚から取る、運搬する、通信販売での注文や受け取りも含む。
アセスメントの視点	心身機能
	<input type="checkbox"/> 歩行・移動能力（屋内外、階段昇降、自動ドア、エレベーター、エスカレーター等） <input type="checkbox"/> 乗り物を使用する能力（自転車、自動車、電動カート等） <input type="checkbox"/> 購入物の運搬能力（物を取ってカゴに入れる、運ぶ） <input type="checkbox"/> 手指巧緻性（札や小銭の扱い） <input type="checkbox"/> 記憶機能（道のりを覚える、購入物を記憶する） <input type="checkbox"/> 言語機能（文字を読む、人に聞く等） <input type="checkbox"/> 計算機能（代金の支払い） <input type="checkbox"/> 高次認知機能（献立を考慮して購入物を決める、段取りや時間を考えて買い物に行く、旬や価格を考慮して購入する）
	環境因子
	<input type="checkbox"/> 店の利便性（距離、ニーズに合った品揃え） <input type="checkbox"/> 安全な外出環境（坂道・段差、交通量） <input type="checkbox"/> 運搬手段（シルバーカー、店の配達） <input type="checkbox"/> 外出しやすい歩行補助用具 <input type="checkbox"/> 買い物を行うための補助又は介助者の存在 <input type="checkbox"/> インターネット環境等の通信機器
支援のポイント	個人因子
	<input type="checkbox"/> 買い物や外出への自信や好奇心 <input type="checkbox"/> 買い物に関する過去の経験・生活歴 <input type="checkbox"/> 買い物に関する価値観やこだわり <input type="checkbox"/> 経済観念
支援のポイント	<input type="checkbox"/> 本人が買い物に対して前向きな意欲をもっていることが前提。 <input type="checkbox"/> 事故がないよう、十分に安全を考慮したうえで目標を設定する。 <input type="checkbox"/> 買い物に取り組む目標を設定するためには、事前にそのための心身機能評価や買い物環境の整備を行う。 <input type="checkbox"/> 医師やセラピストなどの専門職とともに検討して、達成の可能性を見極めたうえで目標設定する。 <input type="checkbox"/> 買い物の自立に向けて、支障のある部分を改善していけるように個別リハビリテーションを導入する。 <input type="checkbox"/> 安全に買い物ができるように機器や用具の活用および見守りやサポートを導入する。 <input type="checkbox"/> 買い物行為としての自立支援だけでなく、その先にある「役割」も視野に入れた支援を行う。 <input type="checkbox"/> 家族の支援や協力が得られるように調整する。 <input type="checkbox"/> 本人が自信を持てるように関係者が連携して支援する。
目標例	<ul style="list-style-type: none"> ● 購入する物品を事前にメモして、買い物に行くことができる。 ● 家族と一緒に〇〇スーパーで買い物をするすることができる。 ● 購入したものをシルバーカーに入れて自宅に持ち帰ることができる。 ● インターネットで買い物の注文ができる。

項目別のページ

階層	C：手段的自立
項目	5：保健行動
定義	自らの健康を気遣い、健康増進や病状の改善のために意識して予防行動をとること。病状を安定・改善させるための受診や服薬管理、栄養管理や運動療法、リハビリテーションなどの治療・保健行動を指す。受診の必要性を判断することや、受診手段（往診や移送サービスの調整等）を依頼することを含む。
アセスメントの視点	心身機能
	<input type="checkbox"/> 心機能、呼吸機能、肝機能、腎機能、消化機能、体格（身長・体重・BMI）など <input type="checkbox"/> 体調や病状の変化に関する自覚 <input type="checkbox"/> 記憶機能（病状の経過を記憶する、服薬内容や方法を記憶する） <input type="checkbox"/> 言語機能（病状を説明する、他者の指示を理解する、家族や関係者に伝達する） <input type="checkbox"/> 高次認知機能（健康状態を改善するための対応方法を考えて実行する） <input type="checkbox"/> 食欲をコントロールする機能
	環境因子
	<input type="checkbox"/> 病院や教室までの距離 <input type="checkbox"/> 安全な外出環境と手段 <input type="checkbox"/> 保健行動を実施するための物品（体重計、服薬カレンダー等） <input type="checkbox"/> 必要とする診療科目で信頼できる医師の存在 <input type="checkbox"/> 治療・保健行動を行うための補助又は介護者の存在 <input type="checkbox"/> 保健行動を励まし、サポートしてくれる人の存在 <input type="checkbox"/> 健康に役立つ環境や資源の存在
支援のポイント	個人因子
	<input type="checkbox"/> 生活習慣（食事、運動、睡眠、生活リズム、タバコ、アルコール等） <input type="checkbox"/> 健康に関する関心や好奇心 <input type="checkbox"/> 過去の保健行動に関する経験の有無と成功体験 <input type="checkbox"/> 保健行動の継続と効果に対する自信 <input type="checkbox"/> 健康管理に関する価値観やこだわり
目標例	<input type="checkbox"/> 本人が健康管理に対して前向きな意欲をもっていることが前提。 <input type="checkbox"/> 保健行動の目標は本人が「達成できる」と思えるレベルで具体的に設定する。必ずセルフケアも具体的に記載する。 <input type="checkbox"/> 目標達成やセルフケアの継続に対する本人への強い動機づけが必要。 <input type="checkbox"/> 主治医と相談して目標を設定し、保健行動が継続できるよう主治医からも働きかけてもらう。 <input type="checkbox"/> 通院や運動プログラムを遂行するための心身機能の評価を行う。 <input type="checkbox"/> 安全に受診や保健行動ができるように外出手段や外出方法を検討し、見守りやサポートの導入も検討する。 <input type="checkbox"/> 家族の支援や協力が得られるように調整する。 <input type="checkbox"/> 本人が自信を持てるように関係者が連携して支援する。
目標例	<ul style="list-style-type: none"> ●薬の効果や服用方法を理解して、指示どおりに内服できる。 ●食事療法や運動療法を継続することで、正常範囲の血糖値を維持できる。 ●減量のために間食をやめることができる。 ●受診のための移送サービスを自分で依頼することができる。 ●介護予防教室に参加して、習った体操を自宅でも継続することができる。

項目別のページ

階層	C：手段的自立
項目	6：金銭管理
定義	年金の出し入れや購入物の支払い、家族への仕送り等の行為について、支出入の金額の理解や必要な金額の出し入れを判断すること。銀行や郵便局などへの移動が困難でも、適切な他者に妥当な金額の支出入を依頼できていれば構わない。
アセスメントの視点	心身機能
	<input type="checkbox"/> 歩行・移動能力（屋内外、階段昇降、自動ドア等） <input type="checkbox"/> 乗り物を使用する能力（自転車、自動車、電動カート等） <input type="checkbox"/> 手指巧緻性（札や小銭の扱い） <input type="checkbox"/> 記憶機能（道のりを覚える、A T Mの使用方法を覚える、支払いや引き出しの金額を覚える、振り込み期限を覚える） <input type="checkbox"/> 言語機能（文字を読む、数字を理解する、人に聞く等） <input type="checkbox"/> 計算機能（金銭出納） <input type="checkbox"/> 高次認知機能（生活費を勘案して出納金額を決める、年金振込の時期を考えて計画的に生活費を使う、A T Mを使用する、振り込み手続きができる）
	環境因子
	<input type="checkbox"/> 金融機関までの距離 <input type="checkbox"/> 安全な外出環境（坂道・段差、交通量） <input type="checkbox"/> 外出手段、歩行補助用具（杖、シルバーカー、自転車、自動車、電動カート等） <input type="checkbox"/> 金銭管理を行うための補助又は介助者の存在 <input type="checkbox"/> 金銭にまつわる家族関係 <input type="checkbox"/> 金銭にまつわる家族以外のかかわり
支援のポイント	個人因子
	<input type="checkbox"/> 金銭に関する価値観やこだわり <input type="checkbox"/> 金銭の取り扱いに関する過去の経験 <input type="checkbox"/> 過去のトラブル <input type="checkbox"/> 金銭欲、物欲
目標例	<input type="checkbox"/> 金銭管理を目標とするには、事前にそのための認知機能及び判断能力の評価を行う。 <input type="checkbox"/> 医師やセラピストなどの専門職とともに金銭管理能力を検討して、達成の可能性を見極めたうえで目標設定する。（トラブルが起こらないように配慮する） <input type="checkbox"/> 金銭管理としての自立支援だけでなく、その先にある「役割」も視野に入れた支援を行う。 <input type="checkbox"/> 本人の自立心や自尊心を大切にかかわる。
	<ul style="list-style-type: none"> ● 郵便局で年金の引き出しができる。 ● 毎月ヘルパーの利用料金を支払うことができる。 ● 年金の出し入れや買い物の支払いを家族に依頼して、支出入の管理は自分でできる。

項目別のページ

階層	C：手段的自立
項目	7：外出準備・身だしなみ
定義	外出先で着替える衣服や下着等の持ち物が準備できること。化粧などの身だしなみを整えることも含む。
アセスメントの視点	心身機能 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>更衣動作能力 <input type="checkbox"/>整容動作能力 <input type="checkbox"/>記憶機能（最近着た衣服の記憶、身だしなみの手順や方法を思い出す） <input type="checkbox"/>高次認知機能（外出予定に合わせて段取りを組む、目的に合わせた衣服や持ち物を判断する）
	環境因子 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>持ち物や着替えの準備、身だしなみを整えるための補助又は介助者の存在 <input type="checkbox"/>化粧品や衣服、帽子、アクセサリなど <input type="checkbox"/>外出のための必要物品 <input type="checkbox"/>身だしなみを気にする社会交流の状況
	個人因子 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>身だしなみに関する関心やこだわり <input type="checkbox"/>過去の保清や美容の習慣 <input type="checkbox"/>衛生に関する価値観 <input type="checkbox"/>身なりに関して人の眼を意識する性格 <input type="checkbox"/>周囲への気遣い
支援のポイント	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>身だしなみへの関心が外出や社会交流への意欲につながるよう支援する。 <input type="checkbox"/>医師やセラピストなどの専門職とともに検討して、達成の可能性を見極めたうえで目標設定する。
目標例	<ul style="list-style-type: none"> ●デイサービスの着替えや持ち物を準備することができる。 ●おしゃれをして月1回いきいきサロンに参加することができる。



D 身体的自立

自立した日常生活を送るための ADL 能力

指標の項目と定義

階層	項目	ページ	項目の定義
D 身体的自立	1. 自宅外での移動	P 57	自宅敷地以外の場所に外出すること又は、その範囲が拡大すること。歩行や電動カート等の外出手段は問わない。（マンションの廊下等、共用部分は自宅敷地外とする。） *庭への移動は「D-2自宅内での移動」で評価する。
	2. 自宅内での移動	P 58	部屋の中、部屋からトイレ、玄関から庭等、自宅敷地内での移動のこと。起居動作（横たわる、起き上がる、座る、立ち上がる、移乗する）もこの項目に含む。（施設のフロアは屋内であり、環境も整っているため自宅内とする。） *庭への移動は「D-2自宅内での移動」で評価する。
	3. 排泄動作	P 59	排泄行為の一連の流れを行うこと。衣服の着脱を行い、適切な姿勢・タイミングで排泄して、後始末や保清を行うことを指す。 *トイレまでの移動については「D-2自宅内での移動」で評価する。 *衣服の着脱のみの行為であれば、「D-5更衣動作」で評価する。
	4. 入浴動作	P 60	入浴、シャワー浴、洗髪、洗顔、手・足浴などの一連の行為を指す。拭き乾かすことも含む。 *浴室までの移動や浴室での移動については「D-2自宅内での移動」で評価する。 *衣服の着脱のみの行為であれば、「D-5更衣動作」で評価する。 *入浴前後の衣服の準備は「C-7持ち物や着替えの準備、身だしなみ」で評価する。
	5. 更衣動作	P 61	衣類（履物や帽子、手袋など）を取り出し、着脱する行為のこと。気候に合わせた適切な服装の選択も含む。
	6. 保清行為	P 62	肌や顔、歯、頭皮、爪などの手入れをすること。皮膚の保湿、歯磨き、義歯の手入れ、髪を整える、髭を剃る、爪を切ることを指す。
	7. 食事摂取、飲水行為	P 63	テーブルに配膳された食べ物や飲み物を口に運び、咀嚼・嚥下までの一連の機能のこと。ラップを外す、食べやすい大きさに切る、箸やフォークを使って口に運ぶ等動作のことを指す。飲水は、飲み物を注ぐ、混ぜる、コップやストローを使って飲むことを指す。

階層共通のページ

アセスメントの視点		
健康状態		
<input type="checkbox"/> 健康状態、病状の安定性 <input type="checkbox"/> 治療行動（受診、投薬、コンプライアンス）		
心身機能・身体構造	活動	参加
<input type="checkbox"/> 筋力、バランス能力 <input type="checkbox"/> 体力、持久力 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 関節の変形 <input type="checkbox"/> 関節可動域 <input type="checkbox"/> 知覚機能（視覚・聴覚） <input type="checkbox"/> 見当識（時間、場所、物、人） <input type="checkbox"/> 注意機能（注意の維持、移動、配分） <input type="checkbox"/> 記憶機能（手順や方法を思い出す、作業過程を記憶する） <input type="checkbox"/> 高次認知機能（計画の立案と実行、時間管理） <input type="checkbox"/> 視空間認知 <input type="checkbox"/> 認知・行動障がい（介護等への抵抗等）	<input type="checkbox"/> 姿勢の変換と保持 <input type="checkbox"/> 歩行・移動 <input type="checkbox"/> 物品、機械の操作 <input type="checkbox"/> コミュニケーションの理解・表出 <input type="checkbox"/> セルフケア（自分の身体をケアする）	<input type="checkbox"/> 地域社会での役割 <input type="checkbox"/> 家庭での役割 <input type="checkbox"/> 知人や友人との交流 <input type="checkbox"/> 家族との交流 <input type="checkbox"/> 地域交流の場への参加
環境因子	個人因子	
<input type="checkbox"/> 安全な環境 <input type="checkbox"/> 使用しやすい機器、用具 <input type="checkbox"/> 必要物品の準備 <input type="checkbox"/> 補助又は介助者の存在 <input type="checkbox"/> 支援してくれる家族やインフォーマル支援者の存在	<input type="checkbox"/> 気質と人格（外向性、協調性、情緒的安定性、好奇心） <input type="checkbox"/> 現状の受け止め方（改善に対する思い） <input type="checkbox"/> 目標やりハビリに対する意欲 <input type="checkbox"/> 過去の経験・成功体験・生活習慣 <input type="checkbox"/> 自立心 <input type="checkbox"/> 自信 <input type="checkbox"/> 自尊心、プライド <input type="checkbox"/> 価値観、こだわり	
共通する支援のポイント		
<input type="checkbox"/> 本人がADL動作の自立に対して前向きな意欲を持っている事が前提。 <input type="checkbox"/> 事故がないよう、十分に安全を考慮したうえで目標を設定する。 <input type="checkbox"/> ADL動作の自立に取り組み目標を設定するためには、事前にそのための心身機能評価や外出環境の整備を行う。 <input type="checkbox"/> 医師やセラピストなどの専門職とともに検討して、達成の可能性を見極めたうえで目標設定する。 <input type="checkbox"/> ADL動作の自立に向けて、支障のある部分を改善していけるように個別リハビリテーションを導入する。 <input type="checkbox"/> 安全に動作ができるように機器や用具の活用および見守りやサポートを導入する。 <input type="checkbox"/> ADL動作としての自立支援だけでなく、その先にある「役割」や「社会交流」なども視野に入れた支援を行う。 <input type="checkbox"/> 家族の支援や協力が得られるように調整する。 <input type="checkbox"/> 本人が自信をもてるように関係者が連携して支援する。		

項目別のページ

階層	D. 身体的自立
項目	1：自宅外での移動
定義	<p>自宅敷地以外の場所に外出すること又は、その範囲が拡大すること。歩行か電動カート等の外出手段は問わない。（マンションの廊下等、共用部分は自宅敷地外とする。）</p> <p>*庭への移動は「D-2自宅内での移動」で評価する。</p>
アセスメントの視点	<p>心身機能</p> <p> <input type="checkbox"/>めまいやふらつきの有無 <input type="checkbox"/>外反母趾、爪の変形 <input type="checkbox"/>尿失禁の有無 <input type="checkbox"/>立ち上がり <input type="checkbox"/>起き上がり <input type="checkbox"/>片足立ち <input type="checkbox"/>移動・移乗動作 <input type="checkbox"/>歩行可能距離又は時間 <input type="checkbox"/>階段や段差の昇り降り <input type="checkbox"/>記憶力（目的地や道順の記憶） <input type="checkbox"/>見当識（時間、場所、物、人の理解） <input type="checkbox"/>注意機能（周囲に注意を払う、外出目的の遂行に集中する等） <input type="checkbox"/>実行機能（目的地までの行程の組み立て、時間管理等） </p>
	<p>環境因子</p> <p> <input type="checkbox"/>歩行補助具の有無 <input type="checkbox"/>外出する場の存在 <input type="checkbox"/>近隣の土地環境（坂道・段差、交通量など） <input type="checkbox"/>交通手段（駅やバス停までの距離） <input type="checkbox"/>自宅外での移動の補助又は介護者の存在 </p>
	<p>個人因子</p> <p> <input type="checkbox"/>外出に関する自信や好奇心 <input type="checkbox"/>目標やリハビリに対する意欲 <input type="checkbox"/>外出に関する過去の経験 <input type="checkbox"/>過去の歩行能力 <input type="checkbox"/>外出の目的になる趣味、役割 <input type="checkbox"/>自立心 </p>
	<p>支援のポイント</p> <p> <input type="checkbox"/>本人が外出に対して前向きな意欲をもっていることが前提。 <input type="checkbox"/>事故がないよう、十分に安全を考慮したうえで目標を設定する。 <input type="checkbox"/>外出に取り組む目標を設定するためには、事前にそのための心身機能評価や外出環境の整備を行う。 <input type="checkbox"/>医師やセラピストなどの専門職とともに検討して、達成の可能性を見極めたうえで目標設定する。 <input type="checkbox"/>外出の自立に向けて、支障のある部分を改善していけるように個別リハビリテーションを導入する。 <input type="checkbox"/>安全に外出ができるように機器や用具の活用および見守りやサポートを導入する。 <input type="checkbox"/>外出行為としての自立支援だけでなく、その先にある「役割」も視野に入れた支援を行う。 <input type="checkbox"/>家族の支援や協力が得られるように調整する。 <input type="checkbox"/>本人が自信をもてるように関係者が連携して支援する。 </p>
目標例	<p> ●近所の息子の家まで毎日歩いて行くことができる。 ●電動カートで馴染みの商店街へ行くことができる。 ●毎月1回、自治会館まで歩いて行くことができる。 </p>

項目別のページ

階層	D. 身体的自立
項目	2：自宅内での移動
定義	<p>部屋の中、部屋からトイレ、玄関から庭等、自宅敷地内での移動のこと。起居動作（横たわる、起き上がる、座る、立ち上がる、移乗する）もこの項目に含む。（施設のフロアーは屋内であり、環境も整っているため自宅内とする。）</p> <p>*庭への移動は「D-2自宅内での移動」で評価する。</p>
アセスメントの視点	<p>心身機能</p> <p> <input type="checkbox"/>めまいやふらつきの有無 <input type="checkbox"/>立ち座り <input type="checkbox"/>横たわり、起き上がり <input type="checkbox"/>片足立ち <input type="checkbox"/>歩行での支障 <input type="checkbox"/>移動・移乗動作 <input type="checkbox"/>階段や段差の昇り降り <input type="checkbox"/>記憶力（間取りの記憶） <input type="checkbox"/>見当識（自宅環境の理解、補助用具の理解） <input type="checkbox"/>注意機能（段差などに注意を払う、動作に集中する等） <input type="checkbox"/>実行機能（移動方法の組み立てと実行等） </p>
	<p>環境因子</p> <p> <input type="checkbox"/>歩行補助具の有無 <input type="checkbox"/>自宅内の段差や危険な場所、照明 <input type="checkbox"/>手すり、段差解消等住宅改修の有無 <input type="checkbox"/>生活様式（イス・ベッド又は畳・床等） <input type="checkbox"/>移動を支援してくれる家族や支援者の有無 <input type="checkbox"/>間取りや居室の場所 </p>
	<p>個人因子</p> <p> <input type="checkbox"/>現状の受止め方（改善に対する思い） <input type="checkbox"/>目標やリハビリに対する意欲 <input type="checkbox"/>過去の成功体験 <input type="checkbox"/>過去の歩行能力 <input type="checkbox"/>移動の目的となる趣味や役割 </p>
	<p>支援のポイント</p> <p> <input type="checkbox"/>本人が移動に対して前向きな意欲をもっていることが前提。 <input type="checkbox"/>移動に取り組む目標を設定するためには、事前にそのための心身機能評価や住環境の整備を行う。 <input type="checkbox"/>医師やセラピストなどの専門職とともに検討して、達成の可能性を見極めたうえで目標設定する。 <input type="checkbox"/>移動の自立に向けて、支障のある部分を改善していけるように個別リハビリテーションを導入する。 <input type="checkbox"/>安全に移動ができるように機器や用具の活用および見守りやサポートを導入する。 <input type="checkbox"/>移動行為としての自立支援だけでなく、その先にある「役割」も視野に入れた支援を行う。 <input type="checkbox"/>家族の支援や協力が得られるように調整する。 <input type="checkbox"/>本人が自信をもてるように関係者が連携して支援する。 </p>
目標例	<p> <input checked="" type="checkbox"/>床からの立ち上がりが支えがなくてもできる。 <input checked="" type="checkbox"/>歩行器を使用して、トイレまで転倒せずに移動することができる。 <input checked="" type="checkbox"/>手すりをもって、2階へ昇り降りすることができる。 <input checked="" type="checkbox"/>新聞をポストまで毎朝取りに行くことができる。 </p>

項目別のページ

階層	D. 身体的自立
項目	3：排泄動作
定義	<p>排泄行為の一連の流れを行うこと。衣服の着脱を行い、適切な姿勢・タイミングで排泄して、後始末や保清を行うことを指す。</p> <p>*トイレまでの移動については「D-2 自宅内での移動」で評価する。</p> <p>*衣服の着脱のみの行為であれば、「D-5 更衣動作」で評価する。</p>
アセスメントの視点	<p>心身機能</p> <p> <input type="checkbox"/> 排泄回数 <input type="checkbox"/> 尿意・便意の有無 <input type="checkbox"/> 尿失禁・便失禁の有無 <input type="checkbox"/> 立ち座りの能力（便器への移乗） <input type="checkbox"/> 立位・座位保持能力 <input type="checkbox"/> 排泄前後の衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 後始末や排泄後の保清 <input type="checkbox"/> 人工肛門やカテーテルの管理 <input type="checkbox"/> 記憶力（特殊用具の管理方法等を記憶する） <input type="checkbox"/> 見当識（排泄時間、トイレの場所、物品の理解等） <input type="checkbox"/> 注意機能（注意を払いながら同時に作業を並行して行う、飛び散らないよう注意を払う等） <input type="checkbox"/> 実行機能（排泄動作の手順の理解と実行） </p>
	<p>環境因子</p> <p> <input type="checkbox"/> 自室からトイレまでの距離 <input type="checkbox"/> トイレ様式、手すり等の有無 <input type="checkbox"/> おむつやパットの利用 <input type="checkbox"/> ポータブル便器や尿瓶の利用 <input type="checkbox"/> 排泄時の家族や支援者の協力、介護力 </p>
	<p>個人因子</p> <p> <input type="checkbox"/> 現状の受止め方（改善に対する思い） <input type="checkbox"/> 目標やリハビリに対する意欲 <input type="checkbox"/> 過去の成功体験 <input type="checkbox"/> 排泄行為の自立に対する思い <input type="checkbox"/> 援助に対する受止め方（羞恥心等） </p>
	<p>支援のポイント</p> <p> <input type="checkbox"/> 排泄に取り組む目標を設定するためには、事前にそのための心身機能評価や排泄環境の整備を行う。 <input type="checkbox"/> 医師やセラピストなどの専門職とともに検討して、達成可能性を見極めたうえで目標設定する。 <input type="checkbox"/> 排泄の自立に向けて、支障のある部分を改善していけるように個別リハビリテーションを導入する。 <input type="checkbox"/> 安全に排泄ができるように機器や用具の活用および見守りやサポートを導入する。 <input type="checkbox"/> 家族の支援や協力が得られるように調整する。 <input type="checkbox"/> 本人の自尊心やプライバシーに配慮しながら関係者が連携して支援する。 <input type="checkbox"/> おむつやカテーテルの使用による尿路感染等に留意する。 </p>
目標例	<p> ●我慢をせずに早めにトイレを済ませることができる。 ●夜間はポータブルトイレを使用して、転倒がなくなる。 ●トイレの立ち座りや、ズボンの上げ下ろしが一人でできるようになる。 </p>

項目別のページ

階層	D. 身体的自立
項目	4：入浴動作
定義	<p>入浴、シャワー浴、洗髪、手・足浴などの一連の行為を指す。拭き乾かすことも含む。</p> <p>*浴室までの移動や浴室での移動については「D-2 自宅内での移動」で評価する。</p> <p>*衣服の着脱のみの行為であれば、「D-5 更衣動作」で評価する。</p> <p>*入浴前後の衣服の準備は「C-7 持ち物や着替えの準備、身だしなみ」で評価する。</p>
アセスメントの視点	<p>心身機能</p> <p> <input type="checkbox"/>めまいやふらつきの有無 <input type="checkbox"/>皮膚疾患の有無 <input type="checkbox"/>立ち座りの能力 <input type="checkbox"/>またぎ動作 <input type="checkbox"/>立位・座位保持能力 <input type="checkbox"/>洗身、洗髪、洗顔動作 <input type="checkbox"/>拭き乾かす動作 <input type="checkbox"/>記憶力（シャワーなどの操作方法等を思い出す） <input type="checkbox"/>見当識（入浴時間、浴室の場所、物品の理解等） <input type="checkbox"/>注意機能（注意を払いながら同時に作業を並行して行う、滑らないよう注意を払う等） <input type="checkbox"/>実行機能（入浴動作の手順の理解と実行、危険性の判断等） </p>
	<p>環境因子</p> <p> <input type="checkbox"/>浴室の構造や手すり等の有無 <input type="checkbox"/>福祉用具の有無 <input type="checkbox"/>照明・床の状態 <input type="checkbox"/>暖房や空調 <input type="checkbox"/>入浴時の家族や支援者の協力、介護力 </p>
	<p>個人因子</p> <p> <input type="checkbox"/>現状の受止め方（改善に対する思い） <input type="checkbox"/>目標やりハビリに対する意欲 <input type="checkbox"/>過去の成功体験 <input type="checkbox"/>過去の入浴習慣 <input type="checkbox"/>援助に対する受止め方（羞恥心等） </p>
	<p>支援のポイント</p> <p> <input type="checkbox"/>本人が入浴に対して前向きな意欲をもっていることが前提。 <input type="checkbox"/>事故がないよう、十分に安全を考慮したうえで目標を設定する。 <input type="checkbox"/>入浴に取り組む目標を設定するためには、事前にそのための心身機能評価や入浴環境の整備を行う。 <input type="checkbox"/>医師やセラピストなどの専門職とともに検討して、達成の可能性を見極めたうえで目標設定する。 <input type="checkbox"/>入浴の自立に向けて、支障のある部分を改善していけるように個別リハビリテーションを導入する。 <input type="checkbox"/>安全に入浴ができるように機器や用具の活用および見守りやサポートを導入する。 <input type="checkbox"/>入浴行為としての自立支援だけでなく、その先にある「社会交流」も視野に入れた支援を行う。 <input type="checkbox"/>家族の支援や協力が得られるように調整する。 <input type="checkbox"/>本人が自信をもてるように関係者が連携して支援する。 </p>
目標例	<p> <input checked="" type="checkbox"/>洗髪が自分でできるようになる。 <input checked="" type="checkbox"/>ブラシを使って背中を洗うことができる。 <input checked="" type="checkbox"/>手すりを支えに浴槽のまたぎ動作ができるようになる。 <input checked="" type="checkbox"/>ドライヤーで髪を乾かすことができる。 </p>

項目別のページ

階層	D. 身体的自立
項目	5：更衣動作
定義	衣類（履物や帽子、手袋など）を取り出し、着脱する行為のこと。気候に合わせた適切な服装の選択も含む。
アセスメントの視点	心身機能
	<input type="checkbox"/> 関節可動域 <input type="checkbox"/> 手指巧緻性（ボタンやファスナー） <input type="checkbox"/> 上半身の衣類の着脱動作 <input type="checkbox"/> 下半身の衣類の着脱動作 <input type="checkbox"/> 靴・靴下の脱ぎ履き動作 <input type="checkbox"/> 記憶力（着脱の手順や方法を思い出す） <input type="checkbox"/> 見当識（更衣時間、衣服の収納場所、気候に合った衣服の理解等） <input type="checkbox"/> 注意機能（注意を払いながら同時に作業を並行して行う等） <input type="checkbox"/> 実行機能（更衣動作の手順の理解と実行等）
	環境因子
	<input type="checkbox"/> 着脱しやすい衣類の工夫、自助具の有無等 <input type="checkbox"/> 更衣動作時の家族や支援者の協力、介護力 <input type="checkbox"/> 収納環境
支援のポイント	個人因子
	<input type="checkbox"/> 現状の受止め方（改善に対する思い） <input type="checkbox"/> 目標やリハビリに対する意欲 <input type="checkbox"/> 過去の成功体験 <input type="checkbox"/> 過去の更衣習慣 <input type="checkbox"/> 衣服の趣味 <input type="checkbox"/> 更衣の目的となる外出や来客の有無
目標例	<p>● 上着の裾をズボンの中に入れて着用することができる。</p> <p>● 靴下の脱ぎ履きを一人でできる。</p> <p>● 家族に衣服を着る順番に用意してもらうことで、自分で着替えることができる</p>

項目別のページ

階層	D. 身体的自立
項目	6：保清行為
定義	肌や顔、歯、頭皮、爪などの手入れをすること。皮膚の保湿、歯磨き、義歯の手入れ、髪を整える、髭を剃る、爪を切ることを指す。
アセスメントの視点	心身機能
	<input type="checkbox"/> 口腔疾患の有無（う歯、歯周病等） <input type="checkbox"/> 義歯の有無 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患の有無（乾燥、ひび割れ等） <input type="checkbox"/> 関節可動域（髪をとく動作） <input type="checkbox"/> 手指巧緻性（爪きり等） <input type="checkbox"/> 記憶力（手順や方法を思い出す） <input type="checkbox"/> 見当識（整容の時期や時間、物品の理解） <input type="checkbox"/> 注意機能（注意を払いながら同時に作業を並行して行う、洗い残しがないか注意を払う等） <input type="checkbox"/> 実行機能（保清行為の手順の理解と実行等）
	環境因子
	<input type="checkbox"/> 保清物品の有無 <input type="checkbox"/> 自助具の有無等 <input type="checkbox"/> 保清行為時の家族や支援者の協力、介護力 <input type="checkbox"/> 身だしなみを気にする社会交流の状況
支援のポイント	個人因子
	<input type="checkbox"/> 現状の受止め方（改善に対する思い） <input type="checkbox"/> 目標やリハビリに対する意欲 <input type="checkbox"/> 過去の成功体験 <input type="checkbox"/> 過去の保清、美容習慣 <input type="checkbox"/> 保清の目的となる外出や来客の有無
支援のポイント	<input type="checkbox"/> 本人が保清に対して前向きな意欲をもっていることが前提。 <input type="checkbox"/> 保清に取り組む目標を設定するためには、事前にそのための心身機能評価や環境の整備を行う。 <input type="checkbox"/> 医師やセラピストなどの専門職とともに検討して、達成の可能性を見極めたうえで目標設定する。 <input type="checkbox"/> 保清の自立に向けて、支障のある部分を改善していけるように個別リハビリテーションを導入する。 <input type="checkbox"/> 安全に保清ができるように用具の活用および見守りやサポートを導入する。 <input type="checkbox"/> 保清行為としての自立支援だけでなく、その先にある「社会交流」も視野に入れた支援を行う。 <input type="checkbox"/> 家族の支援や協力が得られるように調整する。 <input type="checkbox"/> 本人が自信をもてるように関係者が連携して支援する。
目標例	<ul style="list-style-type: none"> ●洗顔が自分でできるようになる。 ●毎食後口をすすいで、1日1回は義歯の手入れができる。 ●電気髭剃りを使えるようになり、毎日髭剃りができる。 ●手の爪を自分で切れるようになる。

項目別のページ

階層	D. 身体的自立
項目	7：食事摂取・飲水行為
定義	テーブルに配膳された食べ物や飲み物を口に運び、咀嚼・嚥下までの一連の機能のこと。ラップを外したり、食べやすい大きさに切ったり、箸やフォークを使って口に運んだりする動作のことを指す。飲水は、飲み物を注ぐ、混ぜる、コップやストローを使って飲むことを指す。
アセスメントの視点	心身機能
	<input type="checkbox"/> 口腔機能（咀嚼・嚥下） <input type="checkbox"/> 座位保持能力 <input type="checkbox"/> 手指巧緻性（箸を持つ、ラップ外す動作） <input type="checkbox"/> 握力（コップやスプーンを持つ動作） <input type="checkbox"/> 食べ物を口に運ぶ動作 <input type="checkbox"/> 見当識（食事時間、食事場所、食べ物の認識） <input type="checkbox"/> 注意機能（食べこぼさないよう集中する等） <input type="checkbox"/> 実行機能（食事や飲水の手順の理解と実行等）
	環境因子
	<input type="checkbox"/> 自助具の有無 <input type="checkbox"/> 食事形態、配膳の工夫 <input type="checkbox"/> 一緒に食事をする人の存在 <input type="checkbox"/> 食事摂取・飲水行為時の家族や支援者の協力、介護力 <input type="checkbox"/> 食器形態の工夫
支援のポイント	個人因子
	<input type="checkbox"/> 現状の受止め方（改善に対する思い） <input type="checkbox"/> 目標やリハビリに対する意欲 <input type="checkbox"/> 過去の成功体験 <input type="checkbox"/> 過去の食習慣、食の好み <input type="checkbox"/> 食事に対する楽しみ
支援のポイント	<input type="checkbox"/> 本人が食事に対して前向きな意欲をもっていることが前提。 <input type="checkbox"/> 食事に取り組む目標を設定するためには、事前にそのための心身機能評価や環境の整備を行う。 <input type="checkbox"/> 医師やセラピストなどの専門職とともに検討して、達成の可能性を見極めたうえで目標設定する。 <input type="checkbox"/> 食事の自立に向けて、支障のある部分を改善していけるように個別リハビリテーションを導入する。 <input type="checkbox"/> 安全に食事ができるように用具の活用および見守りやサポートを導入する。 <input type="checkbox"/> 食事行為としての自立支援だけでなく、「栄養状態や食事管理」も視野に入れた支援を行う。 <input type="checkbox"/> 家族の支援や協力が得られるように調整する。 <input type="checkbox"/> 本人が自信をもてるように関係者が連携して支援する。
目標例	<ul style="list-style-type: none"> ●食べこぼしが少なくなる。 ●配膳をすれば、一人で食事ができる。 ●一口大におかずを切って口へ運ぶことができる。 ●ジュースをコップへ移して、飲むことができる。 ●義歯を調整して、硬い物でもしっかり噛んで、食べることができる。

— Q&A 集（留意点まとめ） —

【ケアプラン提出について】

地域包括支援センターにケアプラン提出が必要な時○・不要な時×

プラン 署名・捺印	サービス 事業所の 変更	サービス 頻度/種別 増	サービス 頻度/種別 減	プラン期間中 住改実施	プラン期間中 福祉用具購入	プラン期間中 福祉用具貸与 品目・増	プラン期間中 福祉用具貸与 品目・減	事業所内 ケアマネ変更	他事業所から ケアマネ変更
① ○	② ○	③ ○	×	④ ×	④ ×	③ ○	×	⑤ ×	⑤ ○

- ①基本的には本人の署名捺印が必要であるが、交付前に死亡などのやむを得ない事由により、もらえなかった場合などはこの限りではない。
- ②サービス事業所の閉鎖等、本人の意向以外の事由で、サービス事業所が変更になったときは、最長1年でプラン変更後提出が必要である。尚、本人の意向やトラブルで、サービス事業所が変更になる時は、最長6ヶ月でプラン変更後提出が必要である。
- ③サービス種別が増えた時やサービス頻度が増えた時はケアプランの提出が必要である。また、福祉用具の品目が増えた時にも同様である。
- ④プラン期間中に住宅改修・福祉用具購入をした場合は、ケアプランの変更は不要であるが、経過記録に残しておくこと。
- ⑤同一事業所内でのケアマネジャーの変更時のケアプランの提出は不要であるが、他事業所からのケアマネジャーの変更時は、ケアプランの提出が必要である。

* 暫定プランの提出は不要である。

【ケアプランの期間について】

6カ月以内が望ましいケース

- 新規
- サービス変更時（種別・事業所・回数）
- 事業対象者で「要支援2」相当のサービスを使うとき

★上記以外は一年プランも可



【利用者・包括との契約の締結について】

契約の(再)締結が必要な時○・不要な時×

サービス 先行利用	区分変更時に 先行利用	事業対象者 ↓ 要支援	要支援 ↓ 事業対象者	居宅事業所の 住所・代表者変更
① ○	② ×	③ ×	③ ×	④ ×

- ①要支援か要介護かの認定が微妙な場合であっても、包括又は居宅事業所のどちらかで契約及び計画作成届の提出を行い、サービスを提供すること。
- ②既に包括より計画作成届が提出されている場合は、区分変更の結果が出てから、計画作成届を提出すること。
*区分変更を行っても、却下される場合もあるため。
- ③包括との契約や計画作成届の取り直しは必要ないが、事業対象者が要支援になった際は、主治医意見書を取り寄せて包括に提出すること。
要支援が事業対象者になった際は、包括から高齢介護室に「事業対象者届出書」等を提出する必要があるため、包括に連絡を入れること。
- ④契約書の交わし直しは必要ないが、住所や代表者が変更になった旨の書類の提出は必要である。

【介護保険サービス利用について】

通所介護と 通所リハの 併用	訪問リハと 通所リハの 併用	医療保険のリハと 介護保険のリハの 併用	区分変更中の 例外貸与の申請	通所介護と 通所リハの 月途中変更	同一日に時間を 分けて訪問型 サービスの 利用は可能か
① ×	② ×	③ ×	④ ×	⑤ ×	⑥ ○

- ①通所型サービスと通所リハビリの併用は認められない。
- ②在宅生活場面での動作指導や、退院時の連携など目的があり効果が見込める場合には一時的に併用することも想定されるが、継続して併用することは想定されていない。
- ③維持期のリハビリテーションの移行をねらって医療保険のリハビリとは別の事業所で介護保険のリハビリを受ける場合には、2カ月間に限り併用が可能。ただし、リハビリの対象となる診断名が違えば医師の指示のもと併用が可能。
- ④区分変更申請時に先行して例外貸与が必要な品目を先行して利用する場合には、却下となった場合、自己負担になる旨を利用者に説明の上、事前に高齢介護室に連絡をする。区分変更申請の結果が出たうえで、必要であれば、2週間以内に例外的福祉用具の申請を行う。
- ⑤通所型サービスと通所リハビリの月途中の変更は基本的に認められない。転居や事業所の閉鎖、医師やPT等の専門的判断、他の利用者とのトラブル等のやむを得ない事由に限り認められる。その際は日割り計算で算定になる。
- ⑥同じ日に時間を分けての訪問型サービスの利用は基本的にそれぞれのサービスを1回と考えるが、サービス提供時間が短い場合などで、介護予防訪問介護サービス事業所と協議のうえであれば、複数回のサービス提供を併せて1回と考えても差し支えない。個々のケースにより異なるため、利用者や介護予防訪問介護事業所と協議の上判断する。

【生活保護受給者がサービス利用する場合】

① サービス先行は認められない。
*生活保護受給者のサービス先行は認められていない。
② 新規利用者の介護扶助申請書は、地域包括支援センターから提出。
*介護扶助申請は、新規利用者の場合、地域包括支援センターから提出する。 以降の「介護扶助申請書」は、居宅介護支援事業所からの提出となる。
③ 初回プラン、介護保険の更新時、サービスが追加になった場合等は、生活福祉課へケアプランを提出。
*初回や更新時（プラン変更も含む）のケアプラン提出は、担当ケアマネジャーから行う。 毎月の利用実績表（介護保険請求時）は、地域包括支援センターから提出する。
④ サービス利用者が、途中で生活保護の受給を開始したり、喪失した場合は、生活保護開始（喪失）前までのサービス費を日割り計算にて請求。
*なお、利用者が「みなし2号被保険者」の場合は、別途提出書類が必要となる。

*上記①～④は、みなし2号被保険者も同等である。

【みなし2号被保険者の場合】

① 月途中で被保険者になった場合（65歳到達又は生保喪失）
生保喪失までの介護扶助申請を行う。計画作成届を高齢介護室に提出の上、介護予防支援費及びサービス費を請求。初回加算、委託連携加算の請求も可能。添付する契約書は、既に締結済のものでも可。
② みなし2号被保険者が65歳以降も引き続き介護保険サービスを受ける場合
必要書類を添えて、高齢介護室へ要介護（要支援）認定を申請。 生活福祉課から担当ケアマネへ誕生日の1ヶ月前に連絡が入り、介護扶助を申請。 契約を再度取り直す必要はない。
③ 64歳以下で障がい者手帳を取得している場合
障害者総合支援法が優先。但し、必要とするサービスが障がい者福祉サービスの中に無い場合や障がい者手帳申請中の一定期間等は、ケースワーカーと相談のうえ介護保険サービスの利用が可能な場合もある。

【利用者が住所変更をした場合】

月途中・市内

市内A圏域



B圏域の包括が請求。

初回加算・委託連携加算ともに請求可

市内B圏域



* 月途中で和泉市内の他圏域に転居した場合は、転居後の地域包括支援センターと契約を取り直すので、担当居宅介護支援事業所に
変更がなくても、初回加算および委託連携加算の請求ができる。サービス事業所が変更になる場合はそれぞれの事業所で日割り請求を行う。

月途中・市外

A市

A、B両保険者に対して、
介護予防支援費及びサービス費請求可

B市



* 月途中で和泉市から市外に転居の場合は、転居前と後の両方の保険者に対してプラン料とサービス費の請求が可能。

住所地特例

A市

施設が所在するB市の包括と契約。
意見書・調査票の依頼方法は、各市により異なる。

B市



* 利用者が住所地特例施設に入所し、施設住所に変更した場合は、施設が所在するB市の地域包括支援センターとの契約となる。
* 主治医意見書・調査票写しの依頼方法は、各市により異なる。

【プラン料の加算について】

	●●居宅 ▲▲居宅 ①	2ヶ月 サービスを 休止 ②	包括担当 ■居宅 ③	市内での 転居で 包括変更 ④	市外から 転居 ⑤	住所地特例 ⑥	包括作成プランB 委託先Aプラン ⑦	事業対象者 要支援認定 ⑧	介護保険申請 要支援認定 ⑨	要介護認定 要支援認定 ⑩
初回加算	×	○	×	○	○	○	×	×	○	○
委託連携加算 (R3.4～)	○	×	○	○	○	○	○	×	○	○

- ① 担当居宅介護支援事業所が変更となった際、委託連携加算は算定できるが、初回加算は算定できない。
- ② 2ヶ月間サービスが休止となった場合で、担当者会議等を実施されていれば初回加算は算定できるが委託連携加算は算定できない。
- ③ 地域包括支援センターの担当から居宅介護支援事業所へ変更になった場合は、初回加算は算定できないが、委託連携加算は算定できる。
- ④ 和泉市内の他圏域に転居し、担当居宅介護支援事業所に変更のない場合でも、初回加算、委託連携加算ともに算定できる。
- ⑤ 和泉市外からの転居の場合は保険者が変更になるので、初回加算、委託連携加算ともに算定できる。
- ⑥ 住所地特例施設に入所し、施設住所に変更した場合は、初回加算・委託連携加算ともに、施設所在地の保険者で算定できる。
- ⑦ 地域包括支援センターがプランBを作成し、居宅介護支援事業所に委託する場合は初回加算は算定できないが、委託連携加算は算定できる。
尚、プランBとは、地域包括支援センターで“おたがいさまサポーター”や“通所型サービスC・訪問型サービスC”
を利用する際に作成するプランを総称したものである。
- ⑧ 事業対象者が要支援の認定が出た場合、初回加算も委託連携加算ともに算定できない。
- ⑨ 介護保険の申請が全く初めての方に限り、初回加算・委託料連携加算ともに算定できる。
- ⑩ 要介護認定から要支援認定になった場合は、初回加算、委託連携加算ともに算定できる。

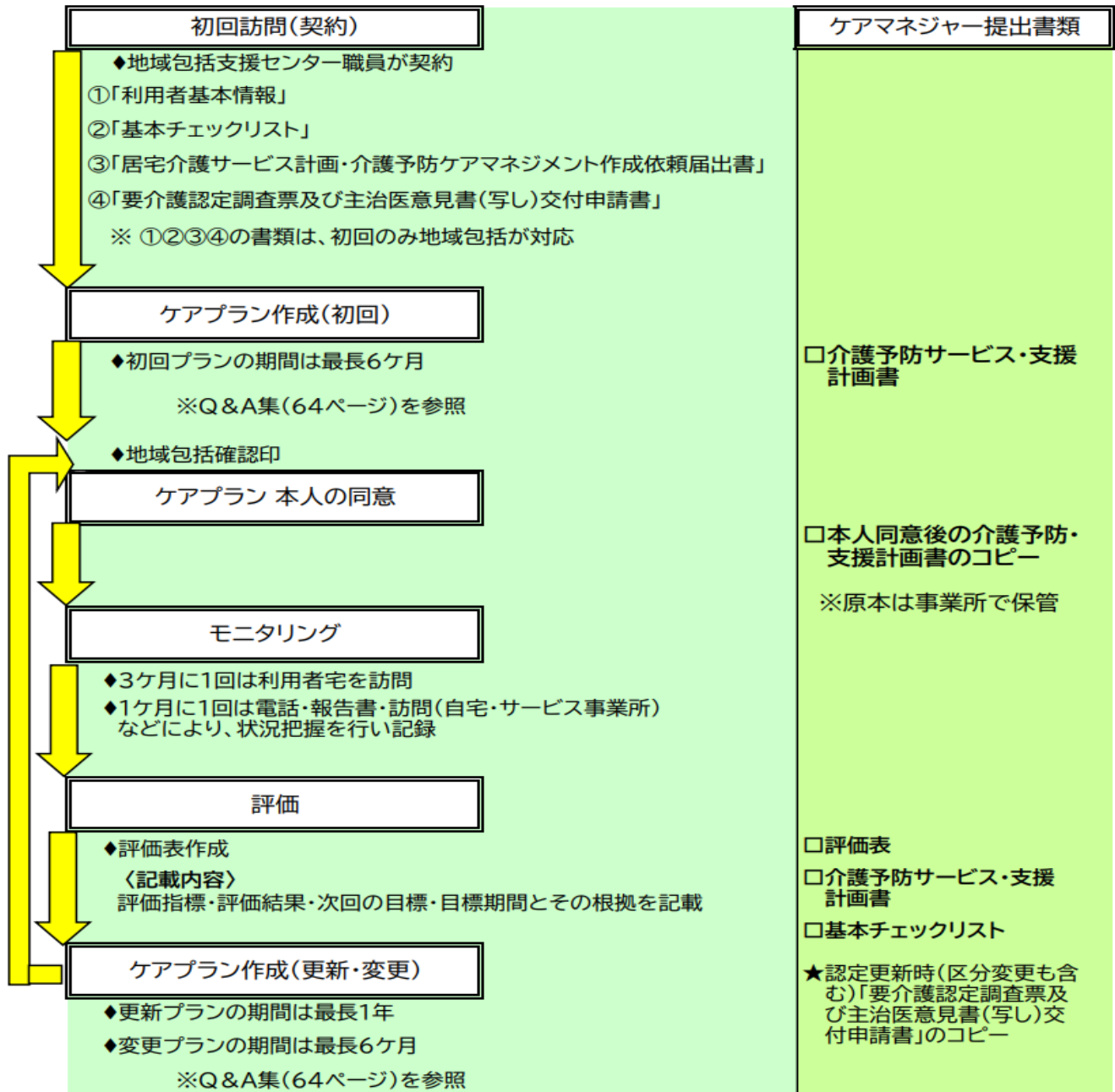
【『追加サービス』プランの書き方について】

- 「いきいきいずみ体操」「おたがいさま（ゴミ出し・外出支援サービス等）」「訪問型C」「はつらつ教室（3か月コース）」「移動支援サービス」利用の場合のケアプランの書き方について、お知らせします。

目標	支 援 計 画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所	期間
				地域介護予防活動支援事業	いきいきいずみ体操（〇〇クラブ）	令和△年〇月〇日～令和△年〇月〇日
				訪問型サービスB	和泉市	令和△年〇月〇日～令和△年〇月〇日
				訪問型サービスC	和泉市	令和△年〇月〇日～令和△年〇月〇日
				通所型サービスC	和泉市	令和△年〇月〇日～令和△年〇月〇日
				訪問型サービスD	〇〇団体	令和△年〇月〇日～令和△年〇月〇日

— 参考資料 —

和泉市版 《介護予防ケアマネジメントの流れと地域包括支援センターへの提出書類》



❖お願い❖

【請求について】

- ①毎月6日必着で包括に提出してください
- ②提出書類・・・「委託料請求書」「請求明細書」「利用実績を書き込んだ利用票・別表」「給付管理票」
介護予防支援と介護予防ケアマネジメントに分けて提出してください。
月遅れ分についても月ごとに分けて作成し提出してください。
(CSVデータで提出される場合の提出方法は電子メールでOK)
- ③請求書類とケアプラン等は、お手数ですが必ず分けて提出してください。

【先行サービスを導入する際】

- ①「計画作成依頼書」の提出が必須です。
- ②先行サービスを利用する際は事前に連絡してください。

【区分変更やサービス種別等の変更について】

- ①区分変更・サービス種別の変更等は事前に連絡してください。
- ②「計画作成依頼届出書」は認定結果を確認してから提出してください。
- ③区分変更の結果を確認後、包括に連絡、その上で評価表を提出してください。

生活機能アセスメントシート

令和 年 月 日

利用者名：		担当者名：									
		本人の主観で選択					専門職の視点で選択			課題に対する本人の意向	
		している		していない		可能性が見込めるもの	今回の計画における課題	課題の統合			
		楽にできる	楽にできない	一年程前から	一年以上前から						
A 社会的役割	1 家庭外での役割							有・無			
	2 家庭での役割							有・無			
	3 友人・知人との交流							有・無			
	4 家族との交流							有・無			
	5 介護保険外の集団への参加							有・無			
	6 介護保険通所サービスへの参加							有・無			
B 状況対応	1 趣味、生きがい							有・無			
	2 好奇心、生活意欲							有・無			
	3 契約行為、公的手続き							有・無			
C 手段的自立	1 調理							有・無			
	2 掃除							有・無			
	3 洗濯							有・無			
	4 買い物							有・無			
	5 保健行動							有・無			
	6 金銭管理							有・無			
	7 外出準備、身だしなみ							有・無			
D 身体的自立	1 自宅外での移動							有・無			
	2 自宅内での移動							有・無			
	3 排泄動作							有・無			
	4 入浴動作							有・無			
	5 更衣動作							有・無			
	6 保清行為							有・無			
	7 食事摂取、飲水行為							有・無			

生活機能評価シート

評価月： 年 月 利用者：

指標		改善			維持	悪化
		完全自立	向上・増加	なし→あり		
A 社会的役割	1 家庭外での役割					
	2 家庭での役割					
	3 友人・知人との交流					
	4 家族との交流					
	5 介護保険外の集団への参加					
	6 介護保険通所サービスへの参加					
B 状況対応	1 趣味、生きがい					
	2 好奇心、生活意欲					
	3 契約行為、公的手続き					
C 手段的自立	1 調理					
	2 掃除					
	3 洗濯					
	4 買い物					
	5 保健行動					
	6 金銭管理					
	7 外出準備、身だしなみ					
D 身体的自立	1 自宅外での移動					
	2 自宅内での移動					
	3 排泄動作					
	4 入浴動作					
	5 更衣動作					
	6 保清行為					
	7 食事摂取、飲水行為					
合 計						

参考文献

- 石垣和子他監修「保健師・看護師のための介護予防の知識と技術」
中央法規出版、2005
- 世界保健機関（WHO）「ICF 国際機能分類—国際障害分類改定版—」
中央法規出版、2002
- 二宮佐和子他「介護予防プラン作成ガイド」
日総研出版、2006

介護予防ケアマネジメントマニュアル

2014年3月26日 初版発行

2022年5月31日 第2版

監修 特定非営利活動法人コミュニティ・ケア・ネットいずみ 二宮佐和子

編集 和泉市社会福祉協議会地域包括支援センター

ピオラ和泉地域包括支援センター

光明荘地域包括支援センター

貴生会地域包括支援センター

発行 和泉市高齢介護室