

□預貯金の出し入れを行うことについての状況

例：長期の入院生活で体力が低下しており、スーパーまでは買い物に行けない。
脳梗塞後の右手のしびれや握力低下が残り、包丁を持つことに不安がある。普段の食事はコンビニで買ったものを温めて食べている。
掃除や洗濯は自分でやっている。

社会参加、対人関係・コミュニケーションについて

状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要がある。

(確認する項目例)

□家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり、保つことについての状況

□友人を招いたり、友人の家を訪問することについての状況

□家族、友人などと会話や手紙などにより交流することについての状況

□仕事や地域での役割をもち、行うことについての状況

□趣味や楽しみがあり、続けることについての状況

例：電話でこまめに友人とやりとりをしている。

健康管理について

清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分・排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

(確認する項目例)

□定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗うことについての状況

□肌や顔、歯、爪などの手入れについての状況

□健康のために食事に気をつけることについての状況

□健診を受けることについての状況

□薬を飲み忘れず、管理することについての状況

例：降圧剤等の内服管理は行えており、整容等も行えている。

※ これらの項目例については、複数の領域にかかる場合もある。

〈「本人・家族の意欲・意向」欄〉

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。具体的には、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防サービス計画を立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防支援では大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

例：(本人) もともと料理は好き。包丁を使って切ったり刻んだりするのが怖いので障

害があっても上手に調理できる方法があったら知りたい。自分で作るのが怖いから誰かそばにいて手伝ってほしい。

(娘) 母は昔料理が上手だった。また、作れるようになると嬉しい。

〈「領域における課題（背景・原因）」欄〉

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状態等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。ここには、現在課題となっていることあるいはその状態であると将来どのようなことがおこるかなど課題を予測して記載する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□ 有」に■印を付ける。

例：自分で調理したいという意欲はあるが、右手のしびれや握力低下により、包丁を握ることが困難な状態である。

不安は大きいようだが、このまま、右手を使わないまましていると拘縮してしまう可能性もある。

〈「総合的課題」欄〉

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探するため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。例えば、複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防支援プロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付ける。

例：右手のしびれや握力低下により、調理行為が困難な状態である。右手を使わないまましていると、拘縮してしまう可能性がある。

〈「課題に対する目標と具体策の提案」欄〉

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できる（言いなりプランではないかどうか）ため、地域包括支援センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な支援やサービスは、特定高齢者施策や介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。

今後、次の項目である「具体策についての意向 本人・家族」欄で同意が得られた場合は、ここで提案した目標と具体策が介護予防サービス計画の目標と支援内容につながっていく。

計画作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。

[課題に対する目標と具体策の提案]

(目標) 自宅で週2回調理が行えるようになる。

(具体策) ① 自分にあう調理器具、調理方法を見つける。

② 家族に料理を食べに来てもらう。

③ スーパーの宅配サービスを活用する。

〈「具体策についての意向 本人・家族」欄〉

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点を確認できる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。

合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載する。合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。例えば、取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、その理由や根拠が次の項目の「目標」欄の根拠となってくる。

〈「目標」欄〉

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。当初から「課題に対する目標と具体策」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載してもよい。

例：自宅で週2回調理を行う。

「目標とする生活」へできるだけ近づくように、利用者や家族と話し合いながら目標や具体策について合意していくことは、介護予防に対する利用者の意欲を形成する重要なプロセスである。

目標は利用者が一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮することが重要である。初めから難しい目標を立てるのではなく、達成可能な目標から立てるなどの工夫も必要である。

〈「目標についての支援のポイント」欄〉

前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考える上での留意点を記入する。

ここには、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担など、様々な次元の項目が書かれることがある。

例：不安があるため、通所サービスで練習し、娘さんが帰省したときに一緒に調理するなど、安心して調理ができるよう支援を進めていく。

〈「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」欄〉

「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」欄には、本人が自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。言うまでもないが、本人の意志を尊

重するからといって、単にやりたくないという理由や、利用したいという理由だけでサービスを決定することは、適切な介護予防支援とは言えない。

「介護保険サービスまたは地域支援事業」欄には、予防給付、地域支援事業のサービスの内容を記載し、どちらのサービス・事業を利用するか分かるように○印で囲む。

例えば、介護保険サービスを利用する場合には、**介護保険サービス**のように○印を付ける。

具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。

しかし、サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。

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
(本人) 娘が帰省したときに自 宅で1人で調理する。 教室で習った献立を家 でも作ってみる。 (家族)母親の作っ た料理を食べに、 帰省する(時間が あれば見守る)。 (地域)近所の人に、 買い物をさそっても らう。スーパーの宅 配サービスを使う。	(介護保険サービ ス) 障害にあわせ た調理器具や調理 方法について、情 報提供、訓練する。 <div data-bbox="550 1064 734 1153" style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> 当面の支援 </div>	介護予防通所リ ハビリテーショ ン	Tセンター	平成〇〇年〇〇月 〇日～平成〇〇年 〇〇月〇日

〈【本来行うべき支援ができない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針 欄〉

本来の支援が実施できない場合で、①利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。

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

(例) 友愛訪問がないので、民生委員と協力して地域資源の構築につなげることが必要。

(例)

通所介護リハビリテーションで、調理器具等を紹介してもらった後に、すぐに自宅で1人で料理ができると考えていたが、本人が不安であるということを考え、まず、娘が帰省しているときに作ってもらい、そこで自信がついたら1人で作るよう声をかけていく。

〈「サービス種別」欄〉

「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス」「介護保険サービスまたは地域支援事業」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。