

9 介護予防ケアマネジメント

介護予防・生活支援サービス事業を利用する際には、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントの実施が必要です。

介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、利用者と目標を共有し、目標達成に向けて主体的にサービスが利用できるよう支援することや、心身の機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチすることが重要です。

(1) 介護予防ケアマネジメントの法的位置付け整理

対象者	利用するサービス	介護保険法上の事業名	実施方法 (市町村直接実施を除く。)	費用の性質
要支援者	介護予防サービス	指定介護予防支援	事業者指定【法第58条】	介護予防サービス費 (給付)
	サービス事業 (新総合事業)	第1号介護予防支援事業	事業者指定【法第115条の45の3第1項】 <u>厚生労働省令で定める基準に適合する者に委託【法第115条の47第4項】</u>	1号事業支給費 委託料 地域包括支援センター
事業対象者	サービス事業	第1号介護予防支援事業	地域包括支援センターに委託【法第115条の46第1項】	委託料

※点線枠内：本市における実施形態

(2) 国における介護予防ケアマネジメントの種類(出典:「国ガイドライン」より抜粋)

①ケアマネジメントA (原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス)	
<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・短期集中予防サービスを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 →モニタリング【給付管理】
②ケアマネジメントB (簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス)	
<ul style="list-style-type: none"> ・①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合(指定事業者以外の多様なサービスを利用する場合等) 	アセスメント →ケアプラン原案作成 (→サービス担当者会議) →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 (→モニタリング【適宜】)
③ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス)	
<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 (※必要に応じ、その後の状況把握を実施) 	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

(3) 本市における介護予防ケアマネジメントの種類

本市では、次の2類型を実施します。

原則的な介護予防ケアマネジメント (以下、「ケアマネジメントA」という。)

初回のみ介護予防ケアマネジメント (以下、「ケアマネジメントC」という。)

(4) 利用するサービスと介護予防ケアマネジメントの種類

利用するサービスの組み合わせでケアマネジメントの種類が決まります。

利用するサービス			ケアマネジメントの種類
介護予防サービス (給付) ※要支援者のみ	訪問型・通所型 サービス (総合事業)	一般介護予防事業, 民間のサービス 等	
○	○	○	予防支援
○	○		予防支援
○		○	予防支援
○			予防支援
	○	○	ケアマネジメントA
	○		ケアマネジメントA
		○	ケアマネジメントC

注) ケアマネジメントCについては、事業対象者及び要支援者へのアセスメントの結果、予防給付及び総合事業によるサービス以外の支援につなげる場合に適用されます。

ケアマネジメントCは、事業対象者及び要支援者がより効果的にセルフケアや一般介護予防事業等の利用を行えるように実施するものであり、一般介護予防事業等の利用に際して、ケアマネジメントCを必ずしも実施する必要はありません（一般介護予防事業等は、ケアプランなしで直接利用できます）。

(5) ケアプランの自己作成（セルフケアプラン）の取扱い

総合事業のサービス事業については、ケアプランの自己作成による利用は想定されていません。

(6) 本市の介護予防ケアマネジメント実施基準

ア ケアマネジメントA

指定介護予防支援の人員、運営等に関する基準に規定されている事項から、介護予防サービスに関する規定を削除して定めます。

イ ケアマネジメントC

ケアマネジメントAの基準から、モニタリング、サービス担当者会議及び給付管理に関する規定を削除して定めます。

なお、評価については実施することとします。

⇒ 介護予防ケアマネジメント実施基準に規定する項目は別表参照。

介護予防ケアマネジメント実施基準に規定する事項(現時点での案)

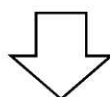
指定介護予防支援等の人員、運営等の基準		介護予防ケアマネジメント実施基準	
		A	C
第1条	趣旨	○	○
第1条の2	基本方針	○	○
第2条	従業者の員数	×	×
第3条	管理者	×	×
第4条	内容及び手続の説明及び同意	○	○
第5条	提供拒否の禁止	○	○
第6条	サービス提供困難時の対応	○	○
第7条	受給資格等の確認	○	○
第8条	要支援認定の申請に係る援助	○	○
第9条	身分を証する書類の携行	○	○
第10条	利用料等の受領	×	×
第11条	保険給付の請求のための証明書の交付	×	×
第12条	指定介護予防支援の業務の委託	○	×
第13条	法定代理受領サービスに係る報告	○	×
第14条	利用者に対する介護予防サービス計画等の書類の交付	○	○
第15条	利用者に関する市町村への通知	○	○
第16条	管理者の責務	×	×
第17条	運営規程	×	×
第18条	勤務体制の確保	○	○
第19条	設備及び備品等	×	×
第20条	従業者の健康管理	×	×
第21条	掲示	○	○
第22条	秘密保持	○	○
第23条	広告	×	×
第24条	介護予防サービス事業者等からの利益收受の禁止等	○	○
第25条	苦情処理	○	○
第26条	事故発生時の対応	○	○
第27条	会計の区分	×	×
第28条	記録の整備	○	○
第29条	指定介護予防支援の基本取扱方針	○	○
第30条	指定介護予防支援の具体的取扱方針	—	—
第1号	担当職員による介護予防サービス計画の作成	○	○
第2号	指定介護予防支援の基本的留意点	○	○
第3号	計画的な指定介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス等の利用	○	○
第4号	総合的な介護予防サービス計画の作成	○	○
第5号	利用者自身によるサービスの選択	○	○
第6号	課題分析の実施	○	○
第7号	課題分析における留意点	○	○
第8号	介護予防サービス計画原案の作成	○	○
第9号	サービス担当者会議等による専門的意見の聴取	○	×
第10号	介護予防サービス計画の説明及び同意	○	○
第11号	介護予防サービス計画の交付	○	○
第12号	担当者に対する個別サービス計画の提出依頼	○	×
第13号	個別サービス計画作成の指導及び報告の聴取	○	×
第14号	介護予防サービス計画の実施状況等の把握	○	×
第15号	介護予防サービス計画の実施状況等の評価	○	○
第16号	モニタリングの実施	○	×
第17号	介護予防サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取	○	×
第18号	介護予防サービス計画の変更	○	×
第19号	介護保険施設への紹介その他の便宜の提供	○	○
第20号	介護保険施設との連携	○	○
第21号	主治の医師等の意見等	○	○
第22号	主治の医師等の意見等(医療サービス)	×	×
第23号	介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護の介護予防サービス計画への位置付け	×	×
第24号	介護予防福祉用具貸与の介護予防サービス計画への反映	×	×
第25号	介護予防特定福祉用具販売の介護予防サービス計画への反映	×	×
第26号	認定審査会意見等の介護予防サービス計画への反映	○	○
第27号	指定居宅介護支援事業者との連携	○	○
第28号	地域ケア会議への協力	○	○
第31条	介護予防支援の提供に当たっての留意点	—	—
第1号	日常生活の自立のための取組の総合的支援	○	○
第2号	利用者の主体的取組の支援	○	○
第3号	目標の設定と利用者、サービス提供者等との共有	○	○
第4号	利用者の自立を最大限に引き出す支援	○	○
第5号	給付対象外サービスの積極的活用	○	○
第6号	地域支援事業等との連続性・一貫性に関する配慮	○	○
第7号	介護予防サービス計画策定に当たっての利用者の個性の重視	○	○
第8号	機能改善後の状態の維持への支援	○	○
第32条	基準該当介護予防支援への準用	×	×

(7) 介護予防ケアマネジメントの流れ（案）

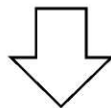
この資料は、国の「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」に記載されている介護予防ケアマネジメントの留意事項及び関係帳票を整理したものです。

「～を活用するなどして,」と記載している帳票は、使用が義務付けられているものではありません。しかし、これらの帳票を使用しない場合でも、これらの帳票に係るプロセスは行う必要があります。

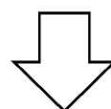
プロセス	留意事項	帳票
1 インテーク (1) 情報収集	<ul style="list-style-type: none"> ○ 基本チェックリスト及び相談受付票等の記載内容を手掛かりに、被保険者及びその家族の日頃の心身の状態や生活状況、生活の困りごと等を聞き取るとともに、被保険者及びその家族の様子、生活の場等を観察する。 ○ 聞き取り及び観察を行う時は、課題分析標準項目の内容を網羅できるように行う。 ○ 聞き取り及び観察を行う時は、被保険者の「できていない・問題がある」というネガティブな部分だけでなく、「できている・頑張っている」というポジティブな部分も把握できるように行う。 ○ 「興味・関心チェックシート」を活用するなどして、被保険者の望む生活（できれば～してみたい、参加してみたい、ADL・IADL、趣味活動、社会的活動等）の内容を具体的に聞き取る。 ○ 被保険者又はその家族が、利用を希望するサービスがあれば聞き取る。 ○ 事業対象者は主治医意見書によって医療情報を入手することができないことから、被保険者又はその家族に「特定健診等の健康診断結果」又は「診断書」を提示するように求める。これらがなくて、通所型サービスの利用を希望している場合は、特定健診等の受診又は認定申請を行うことを勧奨する。 ○ 通所型サービスの利用を希望していて、「特定健診等の健康診断結果」又は「診断書」がある場合でも、次のことを質問して、いずれかに該当する場合は認定申請を行うことを勧奨する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 現に治療中の疾患があるか。 ・ 継続的に服薬しているか。（お薬手帳があれば確認する。） ・ 定期的に受診しているか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本チェックリスト 【P85】 ・ 相談受付票（本市様式） 【P86】 ・ 主治医意見書 ・ 訪問調査票 ・ 興味・関心チェックシート 【P117】 ・ 居宅介護支援計画連絡票(京都府医師会様式) 【P118】



<p>1 インテーク (2) 意識共有</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防ケアマネジメントを開始するに当たって、被保険者本人及びその家族に次のことを説明する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による、要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進を図るものであること。 ・ ケアマネジメントの中で被保険者自身が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組み、達成後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくこと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重要事項説明書又は契約書【P119～123】
-----------------------------	--	--

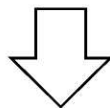


<p>2 アセスメント (課題分析)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 課題分析標準項目を参考に、聞き取り及び観察して得た情報を整理し、「利用者基本情報」に記入する。アセスメントシートを活用するなどして、収集した情報を整理する。 ○ 被保険者の「できている・頑張っている」というポジティブな部分が、家庭内や地域の居場所等で発揮できないかを検討する。 ○ 被保険者の望む生活(=「したい」)(生活の目標)と現状の生活(=「うまくできていない」)のギャップを明らかにして、「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析する。 ○ 「課題整理総括表」を活用するなどして、生活機能の「どこに」「どのような」「どの程度の」問題があるために困った状況になっているのかを検討し、生活機能を維持・改善するために必要な「維持・改善すべき課題」を明らかにする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者基本情報【P124】 ・ アセスメントシート(任意様式) ・ 課題整理総括表【P125】
----------------------------	--	---



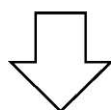
<p>3 ケアプラン 原案作成／アセスメント結果作成 (目標等の設定)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ アセスメント結果に基づいて、介護予防支援、ケアマネジメントA及びケアマネジメントCのいずれの類型を実施するかを判断する。 ○ いずれの類型でも、「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期等を定める。サービス事業においては、対象者の目安【P8, P10】も参考にする。 ○ 3～12箇月の期間内に、被保険者自身のこのような 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防サービス・支援計画書【P126】 又は「私のプラン」(ケアマネジメントC結果
---	---	---

	<p>自立した生活を送れるようになりたいという「目標とする生活」（望む生活）を設定する。</p> <p>○ 「目標とする生活」に段階的に近づいていくために、3～6箇月の期間、介護予防に取り組むことで解決することができる「維持・改善すべき課題」を「目標」に設定する。</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <「維持・改善すべき課題」別の要支援者等の代表的な状態> ①健康管理の支援が必要な者 ②体力の改善に向けた支援が必要な者 ③ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者 ④閉じこもりに対する支援が必要な者 ⑤家族等の介護者の負担軽減が必要な者 ※1人の要支援者等が複数の状態に該当する場合もある。 </p> <p>○ 「目標」については、達成されたかどうかを具体的にモニタリング・評価できるものとする。</p> <p>○ 「目標」を達成するために、次の事項を具体的に定める。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「どのように改善を図るのか」（最も効果的な方法の選択） ・「どこで、誰がアプローチするとよいのか」（最も効果的な手段の選択） ・「いつ頃までに」（期限） <p>○ 被保険者の「できている・頑張っている」というポジティブな部分が、家庭内や地域の居場所等で発揮できる場合は、それを目標に設定することで、自己効力感を高め、積極的な社会参加や活動的な生活を促す効果が期待できる。</p> <p><参考資料></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「表12 維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方(例)」(国ガイドラインP. 85～) 	<p>等記録表) 【P 127, 128】</p>
--	--	-------------------------------

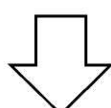


<p>4 サービス担当者会議 (意識共有)</p> <p>※ ケアマネジメントCは、サービス担当</p>	<p>○ 適切な目標設定及びサービス・支援の選定のためには、アセスメントによる心身の状況（特にADL, IADL）の正確な把握が欠かせないことから、「課題整理総括表」を活用するなどして、被保険者及びその家族を含む関係者間で共有する。</p> <p>○ 被保険者及びその家族を含む関係者全員が、被保険者</p>	<p>・利用者基本情報 ・介護予防サービス・支援計画書(原案)</p>
---	--	---

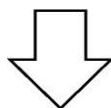
<p>者会議の開催を義務付けていない。</p>	<p>の「目標とする生活」やその実現時期、それを実現するまでの各段階の「目標」等を共有し、「目標」の達成に効果的なプログラムの実施方法を協議する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医学的見地からの意見を得るため、主治医に参加を依頼する。主治医が参加できない場合は、「居宅介護支援計画連絡票」等によって意見照会する。主治医意見書がない事業対象者については、サービス担当者会議又は意見照会において必要な情報を入手できるように注意する。 ○ 特に通所型サービスを位置付ける場合は、主治医に、運動や入浴を行う際のリスクを必ず確認する。 ○ 被保険者やその家族、非専門職であるサービス担当者、地域の支援者等がサービス担当者会議に参加することがあり得ることから、専門用語はできるだけ避け、平易な言葉を使う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス担当者会議の要点 【 P 129 】 ・ 課題整理総括表 ・ 居宅介護支援計画連絡票(京都府医師会様式)
-------------------------	---	---



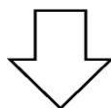
<p>5 利用者への説明・同意 (意識共有)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ ケアプラン原案の内容について、専門用語はできるだけ避け、平易な言葉を使い、具体的に説明する。 ○ 「課題整理総括表」を活用するなどして、生活機能の「どこに」「どのような」「どの程度の」問題があるために困った状況になっているのか、生活機能を維持・改善するためにどのような「維持・改善すべき課題」があるのかをわかりやすく説明する。 ○ 被保険者及びその家族と①被保険者が「目標とする生活」のイメージを共有し、②「目標とする生活」を実現するためには「維持・改善すべき課題」の解決（目標の達成）を図ることが大切であること、③目標が達成されたら、生活機能を維持し、さらに高めていくために、次のステップアップの場である地域の居場所や社会参加の場に通うことが大切であることを説明する。 ○ 被保険者にとってステップアップの場となる社会資源が地域にない場合は、その開発を検討する必要がある。地域支え合い活動創出協議体の場等を通じて、地域支え合い活動創出コーディネーターに情報提供することが望ましい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防サービス・支援計画書 ・ 私のプラン(ケアマネジメントC結果等記録表) ・ 課題整理総括表
--------------------------------	--	---



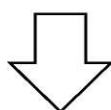
6 ケアプラン確定・交付



7 サービス利用開始



<p>8 モニタリング</p> <p>※ ケアマネジメントCは、モニタリングを義務付けていない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ モニタリングの目的は、ケアプランの実施状況を把握し、目標の達成状況、支援内容の適否、新たな課題の有無等を確認することである。 ○ 被保険者及びその家族を含む関係者が、目標の達成状況、支援内容の適否、新たな課題の有無等に関する認識を共有する。 ○ 目標を達成した場合は、速やかに再課題分析を行う。課題が解決されている場合は、次のステップアップのために、住民主体の活動や一般介護予防事業等の地域の居場所を見学するなど、スムーズな移行に配慮する。 ○ 新たな課題が見つかった場合や目標達成が困難な場合は、ケアプランを見直すことになる。その際も必要に応じてサービス担当者会議等でリハビリテーション専門職等の意見を聴取して、維持・改善の可能性を追求することが望まれる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防支援経過記録【P130】 ・モニタリングシート(任意様式)
---	--	---



<p>9 評価</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 評価の目的は、評価期間内の目標の達成状況、支援内容の適否、新たな目標の設定の必要性等を評価し、次のケアプランに結びつけていくことである。 ○ 被保険者及びその家族を含む関係者が、目標の達成状況、支援内容の適否、新たな目標の設定の必要性等に関する認識を共有する。 ○ 目標を達成した場合は、速やかに再課題分析を行う。課題が解決されている場合は、次のステップアップのために、住民主体の活動や一般介護予防事業等の地域の居場所を見学するなど、スムーズな移行に配慮する。 ○ 新たな課題が見つかった場合や目標達成が困難な場合は、ケアプランを見直すことになる。その際も必要に応じてサービス担当者会議等でリハビリテーション専門職等の意見を聴取して、維持・改善の可能性を追求す 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防支援・サービス評価表【P131】(ケアマネジメントCでは「私のプラン」で代用可)
--------------------	---	---

	<p>ることが望まれる。</p> <ul style="list-style-type: none">○ 必要に応じて基本チェックリストを再実施する。○ 事業対象者への介護予防ケアマネジメントを終了する場合は、介護予防ケアマネジメント変更届出書により届け出る。	
--	---	--

事例1
 奈良県生駒市
 84歳 男性 高齢世帯(夫) 要支援1(2012/6/1~2013/5/31) ⇒ 更新せず
 83歳 女性 (妻) 要介護1(2012/6/1~2013/5/31) ⇒ 要介護1
 要介護認定を受けた経緯： 夫は、脊柱管狭窄症で歩行や風呂の出入りがしづらくなった。
 妻は、物忘れが目立ち、生活管理全般が一人では難しくなった。



	【開始時点】(2012.10)	【3か月後】(2013.1)	【6か月後】(2013.7)
ADL IADL	(夫)腰痛で姿勢の向きを換えたり荷物を運ぶことが難しい 畑仕事を中断 (妻)金銭・服薬・物品管理が難しい 家事全般に夫の助けを借りている	(夫)姿勢の向きを楽に換えられるようになった 買物の荷物を持って歩くことができる (妻)手順を踏む行為(料理等)が難しくなっている	(夫)畑仕事を再開(クワの使用が可能になる) (妻)夫の助けを借りながら、家事を行っている。
地域 ケア 会議 による 検討	(夫)妻を一人にして出かけるのが心配 ストレスと夜間不眠あり (妻)困惑感、イライラ感が募る ↓ ①二人で通所事業へ(週2回) 互いに交流の幅を広げる ②地域包括支援センターの訪問	(夫)通所終了 畑仕事の再開準備(通所の仲間の応援で土を耕し、ウネを作る) (妻)通所継続 お茶を配る、記録をつける等の役割を増やす ①リハ職訪問(生活場面でアドバイス)	妻のケアマネジメント、リハ職の対応を継続 夫は、日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。 【現在】(2013.10) (夫)妻の様子を客観的に見られるようになり、不安が緩和。 (妻)パワーアップ教室でボランティアとして参加。笑顔が増える。 夫婦ともに、通所での仲間づくりを通じて、気持ちが明るくなり、活動的になっている。
リハ職 の対応	(夫)腰痛を回避する動作、筋力アップの方法をアドバイス (妻)通所でお茶を配るなどの役割をつくり自信回復。夫へ関わり方をアドバイス	(夫)畑仕事に必要な動作、筋力アップの方法をアドバイス (妻)自宅台所で、実際に料理をしながら夫に上手な指示の仕方をアドバイス	

事例は、本人の了解を得た上で、生駒市から提供 26

事例2

大分県 体的事例(地域ケア会議で検討したケアプラン)

大分県作成資料

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

ケアマネが立てた目標

あいまいな目標
 清潔の保持に努める(安全に入浴する)
 デイに行けば即達成
 ※代表的な目標例

サービス内容

6ヶ月後評価困難

デイサービスで週2回風呂に入る

問題点

お世話なしには生活できない

デイサービスでは入浴できても
 自宅では入浴ができない

見落とし多数!!

✕ お世話型のケアマネジメント

・根本的な課題解決になっていない。
 ・介護サービスが生活の不活発を助長 → 重度化の恐れ

ケア会議で修正した目標

具体的
 6ヶ月後評価可能

**6ヶ月後
 自分で入浴することができる**

ケア会議でのアドバイス (PT・OT・ST・歯科・栄養 等)

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

サービス内容の見直し ↓ 再アセスメント

○ 自立支援型のケアマネジメント

根本的な原因に対するアプローチと、残存機能の維持・向上・悪化の防止

◆要介護度の改善 ◆自立した生活

■アセスメントのための基本チェックリストの活用について

1 作成の意図

アセスメントを行ううえで、多角的かつ具体的な情報収集は欠かせません。特に事業対象者は、要支援者と比べて事前の情報に乏しいため、基本チェックリスト等、既にある情報を手がかりにより詳細な情報収集を行う必要があります。

平成27年11月に地域包括支援センター向けに実施した「総合事業の事業対象者の見込み推計等に関するアンケート」において、アセスメントにおける基本チェックリストの活用状況を尋ねたところ、「できている」が68.5%、「あまりできていない」が31.5%の回答状況であり、活用のための工夫や活用しづらい理由について様々な意見をいただきました。

この度、基本チェックリストをさらに活用できるよう、アンケートで寄せられた意見を整理・分析し、基本チェックリストの活用方法としてまとめましたので参考にしてください。

2 活用にかかる基本的姿勢

- 基本チェックリストには、利用者のアセスメントを行ううえで活用できる情報が記載されています。要支援・要介護状態となるリスクの高い高齢者の把握のために開発されたツールであり、特に、予防的支援が必要かの検討に役立ちます。

【参考】

基本チェックリストの総合点がフレイル（健康な状態と日常生活でサポートが必要な状態の中間）の評価方法と有意な関連があることが示されています。

（「フレイルの進行に関わる要因に関する研究」（長寿医療研究開発費事業 25-11））

基本チェックリスト総合点	身体的フレイル
3点以下	フレイルなし
4～7点	プレフレイル
8点以上	フレイル

- 基本チェックリストのみでアセスメントがすべて行えるものではなく、利用者基本情報や興味・関心シート等も用いながら、必要なアセスメントを行う必要があります。例えば、健康状態・受診状況や入浴・整容等のADL、掃除・洗濯・ごみ捨て等のIADL、日課や趣味、世帯状況等については直接尋ねる項目はないため、任意のアセスメントシートを併用し、漏れなく確認するなどの工夫も有効です。
- 基本チェックリストは、自己記入できる様式であり、本人の主観に基づいた回答が行われます。自己記入の際には、理解力や判断力、視力、聴力の状況を確認する機会となります。また、本人自身が記入することで課題の意識化が図られる点を活かし、必要なサービスを結び付けます。（例：「閉じこもり」に本人がチェックし自覚することで、通所型サービスの必要性を理解しやすくなる等）
- 基本チェックリストは、主観に基づいた回答のため、本人の当日の体調等によって回答が左右されることもあります。アセスメントを行ううえでは、「どうしてこの回答になったのか」を尋ねることも有効です。補足質問により客観的事実を把握しながら、主観による回答との差の有無や、差が生まれる理由について確認・分析を進めます。

3 基本チェックリストの質問項目と関連するアセスメント領域、補足質問の着眼点の例

質問	判定区分	主な確認内容	関連するアセスメント領域				補足質問の着眼点の例
			運動移動	日常生活家庭生活	社会参加対人関係	健康管理	
1	生活機能全般	IADL	○				<ul style="list-style-type: none"> いずれも、どこに（場所）、どのくらい（頻度）、どうやって（方法）等の具体的状況を確認する。 4と関連し、他者との交流状況や社会的役割等を確認する。 5では逆に相談できる相手の有無を尋ねるなど利用者の人的資源の聞き取りも可能
2				○			
3				○			
4		対人関係			○		
5					○		
6	運動機能低下	運動機能	○				<ul style="list-style-type: none"> 自宅や屋外を歩行することについて、用具（杖等）の使用や痛みの有無・程度・出現時期等、具体的状況を確認する。 6,7の該当は習慣的動作として実施している場合もあり、他の情報で身体状況や活動量の低下がないかを照らし合わせて確認する。 8,9の該当は運動・移動に課題がある可能性が高いため、身体状況等の具体的状況を確認する。 9,10の該当は、転倒した場所や頻度等を確認し転倒リスクを確認する。
7				○			
8				○			
9		転倒		○			
10				○			
11	低栄養	栄養状態		○		○	<ul style="list-style-type: none"> 健康上の食生活の注意、摂取状況、食事の準備状況（調理等）を確認する。
12				○		○	
13	口腔機能低下	口腔機能				○	<ul style="list-style-type: none"> 食べにくい食材、口腔清掃の実施状況や実際の衛生状態、義歯の有無など確認する。
14						○	
15						○	
16	閉じこもり	社会参加			○		<ul style="list-style-type: none"> 外出の機会や趣味・楽しみの状況を確認する。 該当する場合、閉じこもりの要因となる運動・移動の状況や心理状況（加齢によるセルフイメージや主観的健康観の低下、うつ傾向等）、住環境などの環境面等、多角的な情報収集を行う。
17					○		
18	認知機能低下	認知機能				○	<ul style="list-style-type: none"> 疾患特性上、自覚しにくいいため、家族の意見など客観的な情報を集め、必要な場合は他の認知症評価スケールの利用も行う。
19						○	
20						○	
21	うつ	抑うつ			○	○	<ul style="list-style-type: none"> 身体疾患や服薬状況、ライフイベント等、心理面に影響を及ぼす要因の状況を確認する。 抑うつ状態が睡眠や食欲の状況等、生活に影響を与えていないか確認する。
22					○	○	
23					○	○	
24					○	○	
25					○	○	

参考資料 8-1 基本チェックリストの活用法

基本チェックリストには、うつに関する5項目が含まれています。最近2週間以上続いている場合には、「はい」、続いていない場合には「いいえ」として回答してもらいます。そして、「はい」が2項目以上ある場合には、介入対象者として抽出し、二次アセスメントを行います。

保健師等が直接、対面で聞き取りを行うことができる場合には、以下のことに留意します。

- ① 受診者の「表情や話し方、受け答え方、声の調子等」を観察します。
- ② 表情が暗い、視線が合いにくい、受け答えが鈍い、服装に乱れがある等、保健師（看護師）の勘を大切にしましょう。
- ③ 「最近のあなたの様子」というのは、「最近の2週間」を意味します。受診者の中には、「ここ数年」の様子について回答している住民もいますので注意しましょう。また、2週間のうちに一度でもこれらの症状があるかどうかではなく、2週間以上これらの症状が続いている場合にチェックします。
- ④ 「設問24 自分が役に立つ人間だと思えない」の設問に不快感を示される高齢者がいらっしゃいます。そうした方には、この設問項目がうつのスクリーニングを目的としたものであることや、うつになるとこのように思いこんでしまいやすいので質問しているということなどを丁寧に説明してください。
- ⑤ 高齢者の場合、「設問25 わけもなく疲れたような感じがする」の設問に「はい」と答えがちです。その疲れは最近の様子であるのか、加齢のためかよく確認しましょう。
- ⑥ はっきりした回答が得られない場合には、明確な回答が得られるまで質問のニュアンスが伝わるように追加で質問したり、表現をいいかえたりして構いません。
- ⑦ 受診者が家族の介護をしている、最近家族が死亡した、更年期障害の症状を訴えている等があれば陽性の確率が高く、事前にわかっているときには丁寧な聞き取りが必要です。
- ⑧ 陽性者の場合、「簡単な問診の結果、〇〇さんは少し精神的に疲れているようです。もう少し詳しくお話をお聞きしたいのですが、お時間を取っていただけませんか？」等と説明し、健診終了後に会場で面接するか、あるいは市町村担当者に連絡して後日家庭訪問させてもらう約束をする等の留意が必要です。

要支援者等について特に把握が必要な課題分析標準項目例

標準項目名	項目の主な内容（例）
健康状態	既往歴，主病歴，症状，痛み，服薬管理状況，睡眠の状態，筋力，持久力など身体機能に関する項目
ADL	立ち座り，歩行，運搬，洗髪・洗体など入浴，爪切り，下着の脱着等に関する項目
IADL	調理，整理整頓，掃除，洗濯，買い物，服薬管理などに関する項目
認知	日常生活を行う上での認知機能の程度に関する項目
コミュニケーション能力	視力，聴力などのコミュニケーションに関する項目
社会との関わり	社会的活動・趣味活動への参加意欲，社会との関わりの変化，喪失感や孤独感，人的交流状況，家族や地域との関わり状況などに関する項目
排尿・排便	排尿・排便頻度と失禁の有無
じょく瘡，皮膚の状態	皮膚の清潔状況に関する項目
口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
食事摂取	食事・水分の摂取量，栄養の状態に関する項目
問題行動	暴言・暴行，徘徊，収集，火の不始末等に関する項目
介護力	介護者の有無，介護者の介護意思，介護者の身体的・心理的負担感の程度，主な介護者に関する情報等に関する項目
居住環境	手すりや段差解消などの住宅改修の必要性，歩行車などの福祉用具の必要性。危険箇所等の現在の居住環境，本人がよく利用してきた地域の社会資源と地理的情况（アクセス手段，自宅からの距離等）に関する項目
特別な状況	虐待，ターミナルケア等に関する項目

表 12 維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方（例）

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	事例
①健康管理の支援が必要な者	<p>・高血圧や糖尿病、がんなど服薬管理を含め、疾患管理が必要な者。</p> <p>・飲水・食事摂取量の低下、睡眠量の低下、便秘などから認知機能の低下や体調不良を呈し、その管理の支援が必要な者。</p> <p>・健康状態の悪化もしくは管理がうまくできていない者かつ本人・家族が管理することが難しいまたは第三者による管理が必要な者</p>	<p>①悪化要因が疾病によるものである場合は受診をすすめる。</p> <p>②リハビリテーション専門職等（管理栄養士や保健師等）との同行訪問で、健康のアセスメントや在宅での具体的取り組み方法の指導を受け、自分で管理できるようになる。</p> <p>③健康管理に対する知識・意識を高め、行動変容に結びつく通所での健康教育の場への参加を促す。</p> <p>(1) まず、食事や水分摂取量、服薬管理など生活を整える支援を行う。</p> <p>(2) 次に、自分で管理できるよう健康教育を実施する。</p> <p>(3) 栄養改善、口腔機能・運動機能向上プログラムを実施する。</p> <p>④本人に健康管理に対する健康教育を実施したが理解や意識が低く、かつ家族の支援が得られない者に対しては健康管理のための支援を検討する。</p> <p>⑤目標達成後は、地域の住民主体の体操教室などに参加し、自分の健康を維持できるよう、ステップアップの場である通いの場へ参加できるようにする。</p>	<p>80歳 男性のAさん 要支援1→1</p> <p>元々、社交的な方だったAさん。一人暮らしになり娘夫婦との同居をきっかけに閉じこもりがちになった。注意散漫で転倒しやすく、物忘れが進んできた。保健師による訪問で、糖尿病があり、医師から食事制限の指導があるにも関わらず、毎日ドーナツなどのおやつや甘いコーヒーを飲んでいて。食事と運動の指導を行い、通所介護で食事と水分のコントロール、運動プログラムに参加を促した。また、近所の男性ボランティアに相談し、ウォーキングに誘ってもらった。結果、注意力が高まり、物忘れもなくなり、通所介護を終了し、地域のウォーキング会に参加するようになった。</p> <p>81歳 男性のBさん 要支援2→更新せず</p> <p>旅行を楽しみとしていたBさん。歩くとならなくということから臥床がちになった。保健師による訪問で、本人が疲労をつよく訴えたこと、糖尿病の管理もうまくいってないことから受診を勧めた。結果、甲状腺機能低下があり服薬治療が開始される。通所介護で生活リズムを整えるとともに運動プログラムに参加した。通所の帰り、徒歩で帰ることが可能となる。通所介護を終了し、地域の通いの場である体操教室に参加をすることとなった。</p>
②体力の改善に向けた支援が必要な者	<p>・健康状態が悪化した結果、体力が低下し、体力の向上支援が必要な者</p> <p>・退院後間もない者</p> <p>・体力が低下し、ADLやIADLが疲れてうまくできない者</p> <p>・閉じこもりがちで体力の低下の恐れがある者</p>	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、体力が低下した理由をアセスメントし、動作の仕方や環境調整、効果的な運動プログラムの指導を行う。</p> <p>②体力改善に向け、通所で集中的に運動プログラムを実践。</p> <p>(1) まずは、送迎による外出支援</p> <p>(2) 通所で運動プログラムの提供による体力向上支援</p> <p>(3) 徐々に歩いて行ける範囲への通いの場へ移行できるよう、屋外歩行の練習など外出練習をする。もし、歩いていける範囲に通いの場がない場合は、公共交通機関の利用練習も併せて実施し、買い物や趣味活動などの日常生活に結びつくよう支援する。</p> <p>③目標達成後は、運動の習慣化をするために地域の住民が運営している体操教室などに参加をすすめ、仲間と共に体力の維持を実践できるようにする。</p>	<p>90歳 Cさん男性 要支援2→2</p> <p>シルバーカーを利用して、散歩や集会場の高齢者の集いに参加することを楽しみにしていたCさん。夏の脱水をきっかけに体力が低下し、寝たり起きたりの生活となる。送迎を利用し通所介護の運動プログラムに参加する。徐々に体力が付き、近所程度は散歩できるようになったことから、歩いていける通いの場に参加することとした。結果、地域の住民が集まるサロンに参加するようになった。</p> <p>75歳 Dさん女性 要支援2→更新せず</p> <p>元々デパートへ行くことが楽しみだったDさん。大腿骨頭部骨折による退院後、歩行や体力に自信がないということで、外出は通院のみであった。リハビリテーション専門職等の訪問で、アセスメントを行い、玄関の段差に手すりの設置や歩行車を導入。近くの通いの場に、ボランティアの送迎で、運動プログラムに参加する。結果、歩くことに自信が付き、地域住民が実施する通いの場の体操教室に参加し、最近ではバスを利用しデパートにも行けるようになった。</p>
③ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者	<p>・不自由になっているADL/IADLに対し、生活行為の仕方の練習や道具の工夫など環境を調整するなどの支援が必要な者</p>	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、ADL/IADLのアセスメントと、在宅で動作の仕方や道具の工夫などの環境調整を行い、自分でできるようにする。</p> <p>②併せて、通所に参加し、</p> <p>(1) ADL/IADLの基本的動作の集中的な練習を</p>	<p>80歳 男性のEさん 要支援1→更新せず</p> <p>趣味のグラウンドゴルフや町内会の会長をするなど活動的な生活を送っていたEさん。脳梗塞後、住宅改修の相談で介護保険を申請。独居で、ゴミの運搬や浴槽の出入りができず、困っていた。リハビリテーション専門職等の訪問により、環境調整や動作の仕方を指</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・認知機能の低下、痛みや筋力などの低下から、生活行為に支障があり、道具や環境の工夫、動作の仕方などの指導が必要な者 	<p>実施する。</p> <p>(2) ADL/IADLの生活行為そのものを反復的に実施する。</p> <p>(3) 通所で練習しているADL/IADLの生活行為は、通所の場面だけではなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。</p> <p>③目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。</p>	<p>導した結果、入浴はできるようになる。併せて運搬動作の練習のため、通所介護を利用。運搬が容易になったことで買い物にも行けるようになり、通所介護を終了し、元々していたグラウンドゴルフの会に参加するようになった。</p> <p><u>84歳 女性のFさん 要支援2→2</u></p> <p>軽トラックを運転して、買い物に行くなど家の家事のほとんどを担っていたFさん。腰痛後、家事のすべてを娘がするようになった。リハビリテーション専門職等の訪問により、歩行車の導入と洗濯や物干しの仕方、箒ばきやモップによる掃除の仕方、自宅からバス停までの歩行の仕方を指導する。併せて、通所介護でも動作の練習や運動プログラムに参加した。徐々に外出に対する自信が付き、近所のお店まで買い物に行けるようになる。結果、通所を終了し、地域の通いの場で体操に参加し、友達もでき通いの場が楽しみになっている。家では掃除、洗濯、買い物を担当するようになった。</p>
④閉じこもりに対する支援が必要な者	<ul style="list-style-type: none"> ・病院から退院してまもない者 ・孤独感や生活の意欲が低下している者 ・うつや認知機能などが低下している者 	<p>①リハビリテーション専門職等の訪問で、閉じこもりになった理由をアセスメントし、生活の中で楽しみにしていた、大切にしていた生活行為を聞き出し、家庭でできる家事などの役割の回復を促す。</p> <p>②うつや認知機能に低下がみられる場合は、受診を勧める。</p> <p>③訪問で、役割や余暇活動の機会を提供し、本人のし</p>	<p><u>82歳 Gさん男性 要支援2→1</u></p> <p>囲碁教室に通うことを楽しみにしていたGさん。腰痛で立ち座りや家事の一部が困難になったことをきっかけに、閉じこもりがちになった。訪問で本人のしてみたいことを確認し、歩く自信をつけることを目的に通所介護を利用する。歩行に自信が付き、通所介護を終了し、歩いていける範囲にある通いの場に参加する</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・日中、家庭での役割や趣味活動など何もすることがない者 ・社会的活動に参加したいと思っているが体力などに自信がなく、閉じこもっている者 ・家族が閉じこもりがちな状態に対し、心配している者 	<p>たい生活行為ができるよう支援する。併せて、体力の向上の必要性を説明し、理解を得つつ、通所への参加を促す。</p> <p>④通所参加後は、</p> <p>(1) まず、送迎による外出支援を行いつつ、</p> <p>(2) 人的な交流</p> <p>(3) 運動プログラムの実施など本人のしたい活動の拡大を図る。</p> <p>目標達成後は、身近な通いの場に歩いて参加し、人的交流や運動プログラム、仲間と様々な余暇活動の参加の機会を提供する。</p>	<p>こととした。結果、公民館の囲碁教室に通うようになっている。</p> <p><u>80歳 Hさん女性 要支援2→2</u></p> <p>友達とスポーツジムの水中ウォーキングに参加することを楽しみとしていたHさん。膝の痛みもあり、物忘れが始めたころから、閉じこもりがちになった。体操が好きとのことで介護予防通所介護の運動プログラムに参加する。併せてボランティアの訪問も行い、一緒に毎日1時間の散歩をする。結果、相変わらず財布がないと言っているものの穏やかになり、本人の希望により通所介護から元々参加していた地域の友達がいるスポーツジムに参加するようになる。</p>
⑤家族等の介護者への負担軽減が必要な者	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が本人の健康状態に対して不安を持ち、精神的に負担に思っている者 ・本人との関係の中で心理的ストレスを感じている者 ・ADLやIADLに具体的に介護負担を感じている者 ・他の家族に介護が必要な者ができたことによる物理的介護負担がある者 	<p>①家族を含め介護者が、精神的にも介護負担を感じている場合は、通所を活用し、一定の期間の介護軽減を図る。</p> <p>②リハビリテーション専門職等の訪問で、</p> <p>(1) 本人の健康状態や介護軽減につながる環境のアセスメントし、環境調整を実施する。併せて、本人には体力の向上などの必要性を含め、通所への参加を説明、理解を得る。</p> <p>(2) 本人への自立支援プログラムをケアマネジメント実施者や通所サービス提供事業所のスタッフに提案する。</p> <p>②訪問では、家族が具体的に介護負担を感じている生活行為について、支援を行う。</p>	<p><u>83歳 Iさん男性 要支援2→2</u></p> <p>山師の仕事を引き退後、畑をしていたがだんだんと日中何もしたがらなくなり、うつ病と診断され、寝たきりになってきた。歩き方も不安定で、立ち座り時ふらつく。リハビリテーション専門職等の訪問で、手すりの設置、手すり付きベットを導入する。通所介護は拒否。妻はふさぎ込んでいる夫と共に過ごす時間が苦痛になっている。訪問介護を導入し、家族の介護負担軽減を目的に通院援助を実施した。また、リハビリテーション専門職等の訪問による運動の指導は受け入れが良好だったので、在宅での運動の指導から徐々に再度通所介護の運動プログラムに参加を進めた。</p>

		<p>(1) 通院援助</p> <p>(2) 介護軽減に向けた環境調整</p> <p>(3) 排泄などのADLの介護支援</p> <p>③併せて通所型サービスを組み合わせ、</p> <p>(1) 家族の休息</p> <p>(2) 本人への運動プログラムや栄養改善のためのプログラム、ADL/IADLの生活行為の基本的動作の集中的な練習、生活行為そのものを反復的に実施する。</p> <p>④通所での本人の有する能力の改善に合わせ、通所の場面だけではなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。</p> <p>⑤併せて、家族に対し、本人ができるようになった生活行為を説明、本人の生活意欲を高めるためにも、本人が有する能力を発揮できるような関わり方など教育的アプローチを実施する。本人と家族の状況を踏まえつつ、訪問による支援方法も変更する。</p> <p>⑤目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。</p>	<p>98歳 Jさん女性 要支援2→2</p> <p>シルバーカーを押して、散歩をするなど生活を送っていたが、徐々に生活機能が低下し、食事量も低下、臥床がちの生活となっていた。また、夜間のトイレの失敗や紙パンツに排便することが増加し、その後始末が家族にとって精神的負担となっていた。保健師の訪問で食事・水分摂取量の確認と医療への受診を勧め、医師から栄養補助剤の処方してもらい、栄養を確保した。排便は定期的にあることから、訪問介護を導入し、排便誘導と朝のトイレの後始末を支援した。</p>
--	--	---	---