

# 演習 1

**生活機能評価表を使って、改善が必要な生活行為を明確にする。  
生活機能評価表の、「事前」の項目をすべて記載する。**

- \* ○△×を正しく記載することや表を埋めることが目的ではない。
- \* ○△×の評価基準は、「介護予防サービス・支援計画表等作成の手引き」のP.9 生活機能評価表（基準例）を参考にしてください。
- \* 備考欄のポイント

# 演習 2

アセスメント領域ごとの課題を記載する。

◆運動・移動

→ADL

◆日常生活（家庭生活）

→IADL等

◆社会参加、対人関係・コミュニケーション

→家族、近隣の人との関係や社会参加、役割の有無

◆健康管理

→清潔・口腔ケア、服薬、受診状況、食事や運動、排泄、休養等健康管理上で必要な内容

## 演習 3

**2の課題を整理し、「総合的な課題」を文章化する。**

\* 背景が同じものはまとめて記載する。

# 演習 4・5

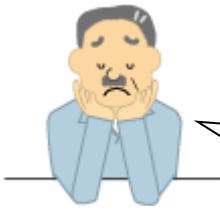
## 演習 4. 生活機能評価表の改善を目指す項目のみ、 「事後」の項目を記載する。

- \* 「5.課題に対する目標と具体策の提案」との連動性を意識する。

## 演習 5. 「課題に対する目標と具体策の提案」を考える。

- \* 課題に対する目標は短期目標と同様のものがあることが多い。
- \* 具体策の提案では、介護予防サービス以外（セルフケア/インフォーマル）も位置づける。

地域包括支援センター（居宅介護支援事業所）へ『要支援 2 の認定がおりたので、介護保険サービスを利用したい』と息子から連絡があり、CMが自宅を訪問し、聞き取りを行いました。



息子  
本人宅の近所  
(徒歩 5 分) に住む

以前は、サロンや友人に会いに出かけたり、料理が得意で孫の好物を作ったり、近所に配ったりしていました。しかし、骨折後は腰が痛いからと、横になってばかり。前のような活動的な母に戻ってもらえると安心なのですが・・・。



本人  
72 歳 (女性) 独居

長い時間立ったり座ったりすると腰が痛くなるし、すぐ疲れてしまうので、家事が思うように出来なくなってきました。無理をすると、また骨折するのではないかと心配で、どのくらい動いていいのかわからないんです。

介護保険 申請の経緯	6か月前に腰椎圧迫骨折にて入院。退院後は、再骨折に対する不安が強く、寝て過ごすことが増え、家事も行わなくなってきたことから、長男が介護保険の申請をした。
既往歴	腰椎圧迫骨折 (R5 年 12 月、経過観察中、腰痛のためコルセット着用)、骨粗鬆症 (H28 年 8 月、内服治療中)、高血圧 (H24 年 7 月、降圧剤にて安定)
ADL の 状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・寝返り：自力でできる。起き上がり・立ち上がり：何かにつかまればできる。ゆっくり動けば痛みは少ない。座位保持：自立だが椅子に座るときは座面や手すりを支えにする。立位保持：支えなしに立てるが、腰痛があり長時間は立てない。</li> <li>・歩行・移動：室内では、壁や家具等を伝いながら歩く。屋外歩行は杖使用。5分ほど歩くと疲れる。入院前は買い物、サロン、友人に会いに行く等ほぼ毎日外出していた。退院後は通院以外、外出してない。</li> <li>・食事：夕食は長男嫁が作ったおかずを食べ、朝昼はその残りを食べている。自歯。水分摂取時に時々むせる。</li> <li>・排泄：自立だが、尿もれが気になるようになってきた。</li> <li>・入浴：ひとりで入浴しているが、浴槽のまたぎが難しく、シャワーのみ使用。</li> <li>・着脱衣：自立。座ってズボンをはく。</li> </ul>
IADL の 状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・掃除：かがむ時に腰痛があり自分ではしていない。部屋や浴槽の掃除は長男嫁がしてくれる。</li> <li>・洗濯：腰痛のため、自分ではしていない。長男夫婦が洗濯済みの服を持ってくる。</li> <li>・買物：腰痛や疲れやすく長時間の歩行が出来ないため、自分ではしていない。長男が買ってくる。</li> <li>・調理：以前は料理が得意で親しい人にふるまっていたが、骨折後は疲れやすく腰痛の為長時間立てないため、自分するのは炊飯、おかずの温め、食器洗いのみ。長男嫁が毎日おかずを持参する。</li> <li>・整理：ベッド周りの整理は自分でしている。</li> <li>・ごみ出し：ゴミは本人がまとめた物を、毎朝息子がステーションまで出しに行く。</li> <li>・通院：退院後は長男が付き添って通院している。</li> <li>・服薬：自分で管理している。飲み忘れはない。</li> <li>・金銭管理：長男の付き添いがある時に、お金をおろし、自分で管理している。</li> <li>・電話：自分でかけることができる。</li> <li>・社会参加：再骨折への不安から外出を控えており、友人との交流もなくなっている。</li> </ul>

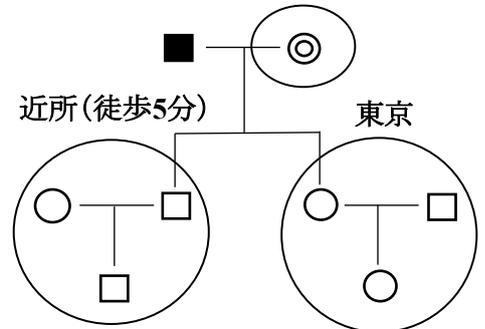
## 利用者基本情報

作成年月日：令和6年6月12日

計画作成者氏名：

## 《基本情報》

相談日	令和6年6月12日(水)	来所 その他( )	・電話	初回 再来(前 / )
本人の現況	在宅・入院又は入所中( )			
フリガナ 本人氏名	オオイタ ハナコ 大分 花子	男・女	M・T・S	●年▲月■日生(72)歳
住所	大分市〇〇1丁目1-1	TEL	097( )	
		FAX	( )	
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 認定の有効期間：令和6年5月1日～令和7年4月30日( )			
障害等認定	身障( )・療養( )・精神( )・難病( )・その他( )			
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室(有)階・無)・住居改修(有・無) 浴室(有・無) 便所(洋式・和式) 段差の問題(有・無) 床材、じゅうたんの状況( ) 照明の状況( ) 履物の状況( )			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他( )			
来所者(相談者)	大分 一郎	続柄	長男	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族等○で囲む)
住所	大分市〇〇2丁目2-2			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先	
	大分 一郎	長男	同上 090-△-▼	
	大分 好美	長男の嫁	同上 080-○-△	
	台場 藤子	長女	東京都〇〇 03-▽-▲	
				家族関係等の状況 長男夫婦は毎日 来訪。 長女は県外在住、年に1～2回来訪。



## 利用者基本情報

### 《介護予防に関する事項》

今までの生活	大分市で生まれ、夫と25歳で結婚、1男1女に恵まれ専業主婦として生活してきた。			
	子が独立後は夫との旅行や、共働きの長男夫婦の孫の面倒をよくみるなどして過ごしてきたが、平成30年に夫が他界後は、長男宅に行くことも少なくなり、週末に孫を自宅に呼んで面倒をみたり、サロンに参加するなどして過ごしていた。			
	令和5年12月腰痛が悪化し、整形外科受診。腰椎圧迫骨折と診断され入院となった。			
	安静治療後リハビリを行い、翌月末に退院し自宅に戻った。			
	退院後は、再骨折に対する不安が強いことから、家事を行わず、ベッド上での生活が続いていたため、長男が介護保険の申請をした。			
	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技	
	朝、夫の仏壇のお参りは日課。		以前の楽しみは、孫に会うこと（時々週末遊びに来ていた）、料理をふるまうことだったが、現在はできない。	
日中は室内で過ごし、横になってテレビを観ていることが多い。長女が毎晩、安否確認の電話をしてくれる。腰痛のため長時間立っていることが		少なくなっている。		
難しく家事ができないので、長男嫁が調理済みの食事を届け、洗濯物の交換を行う。				
週末、長男夫婦が平日行えない家事を行う。				
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係
	6時00分	起床		近隣に友人は多く居る。
	6時30分	仏壇のお参り		声をかけてくれる友人はいるが、
	7時30分	朝食、テレビ	長男が出勤前到来訪	退院後は家族以外との交流はなく、
	12時00分	昼食、昼寝		サロンにも行っていない。
	17時00分	入浴	入浴前に長男嫁来訪	
	18時30分	夕食、電話	長女電話	
	21時00分	就寝		

### 《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容	
令和5年12月	腰椎圧迫骨折	△○整形外科医院 □□先生	TEL○○○-○○○○	治療中 経観中 その他	腰痛のためコルセット着用。
平成28年8月	骨粗鬆症	△○整形外科医院 □□先生	TEL○○○-○○○○	☆ 治療中 経観中 その他	月1回、薬処方あり。 週1回内服あり
平成24年7月	高血圧	▼□内科医院	TEL○○△-○△○△	治療中 経観中 その他	2週間に1回、薬処方あり。 毎朝降圧剤服薬中。

### 《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

介護予防支援事業者が行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医の意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

## 基本チェックリスト

フリガナ 本人氏名	大分 花子 様	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 昭 ●年▲月■日生（満72歳）
--------------	---------	---------------------------------------	---

No.	質問項目	回答（いずれかに○を付けてください）	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> 1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> 1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> 1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> 1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> 1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> 1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> 1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> 1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	0. いいえ
12	身長 148cm 体重 42kg (BMI=19.1) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> 1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるといわれますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	<input checked="" type="radio"/> 0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	<input checked="" type="radio"/> 0. いいえ

(注1) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする

## 2.演習（解説）

生活機能評価表と介護予防サービス・支援計画表について

# ニーズの導き出し方

- ニーズって何？ どのように導き出すの？  
⇒人の抱える問題と、その問題を解決するための課題<目標>を合わせていう。
- 自己決定できる利用者と自己決定（内容を伝える事が）困難な利用者のニーズの導き出し方を整理する。
- 自己決定が困難な利用者については、ケアマネの規範的ニーズにおいて利用者のニーズを代弁「アドボカシー」して合意されたニーズを導き出す。  
『御用聞きケアマネ』⇒利用者、家族ニーズのみで支援を計画する。  
『私にお任せケアマネ』⇒利用者、家族のニーズに耳を傾けることなく自分の専門性のみで支援を計画する。
- 利用者、家族から言葉で発せられたニーズ<要望>は時に自分自身や家族の不利になる事もある。

# 目標について

- 目標は「利用者の目標」である事
- 目標は「達成可能」「具体的」である事

⇒介護保険は、その方にとっての自立支援の為に目標を意識します。

1年後元気になる為に〇〇さんは、何ができたらいいですか？

1年後元気になったら、何をしたいですか？

〇〇さんの楽しみは何ですか？

- ・ポイントになる目標を引き出すことができれば

達成可能な具体的な言葉を引き出し設定する。

例：麻痺を治す→ベットから立ちあがりトイレまで行く。

その為には、どのようにリハビリする。福祉用具を活用し環境整備する等具体的にサービスの内容が組み立てられる。

サービスは手段であり、目標ではない。

# QOLの向上を心掛け目標を組み立てる

障がい者や高齢者の区別なく、どんな方でもQOLを向上させることは大切です。

⇒ 解決すべき課題<ニーズ>

「足が弱くなり遠出ができなくなってきたけど、本当はもう少し遠くのあの場所まで出かけてみたい」

「子供に、手づくりの料理を食べさせてあげたいけど、なかなか億劫で…」

⇒ 長期目標

「手伝ってもらいながら調理をしたい」

⇒ 短期目標

その為には「足の力をつける」

「台所に15分間立ってられる。」 「……立つことが継続できる。」

・できなくていいけど本当は…… ということにQOL向上につながる大切な要素が潜んでいるかもしれません。

その人の「思い」や状況像に最も沿った表現でケアプランを組み立てる事を理解しましょう。

# どうしてもニーズに合意が得られない場合

- 利用者や家族に働きかけはするものの、どうしても合意が得られない場合はニーズとしてケアプランにあげる事が難しい。  
(予防の場合は記載する)
- サービス担当者会議を通じて経過を他職種で共有し、利用者家族に理解していただけるように引き続きアプローチしていく。
- 経過については記録しましょう。

# 「本来行うべき支援が実施できない場合」について

無					
留意点		【本来行うべき支援が実施できない場合】 適切な支援の実施に向けた方針		総合的な方針:生活不活	
				計画に関する同意	
	地域包括 支援センター	【意見】		上記計画について、同	
		【署名印】		平成 年 月	

「課題に対する目標と具体策の提案」



本人・家族より合意が得られなかった場合に記入

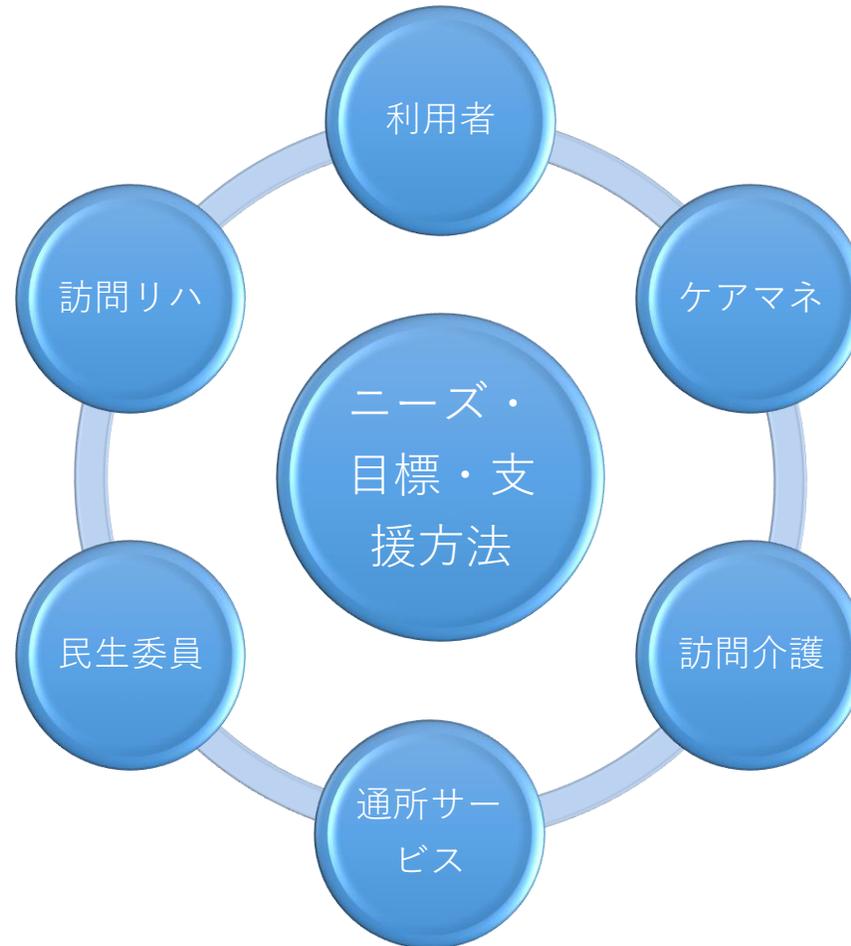
## 【記入例】

「毎日の散歩については、体力の自信がまだないとの事ですので、できる家事を続けながら、体力の自信がついたところで、通所リハビリ等の提案をしていきたいと思います。」

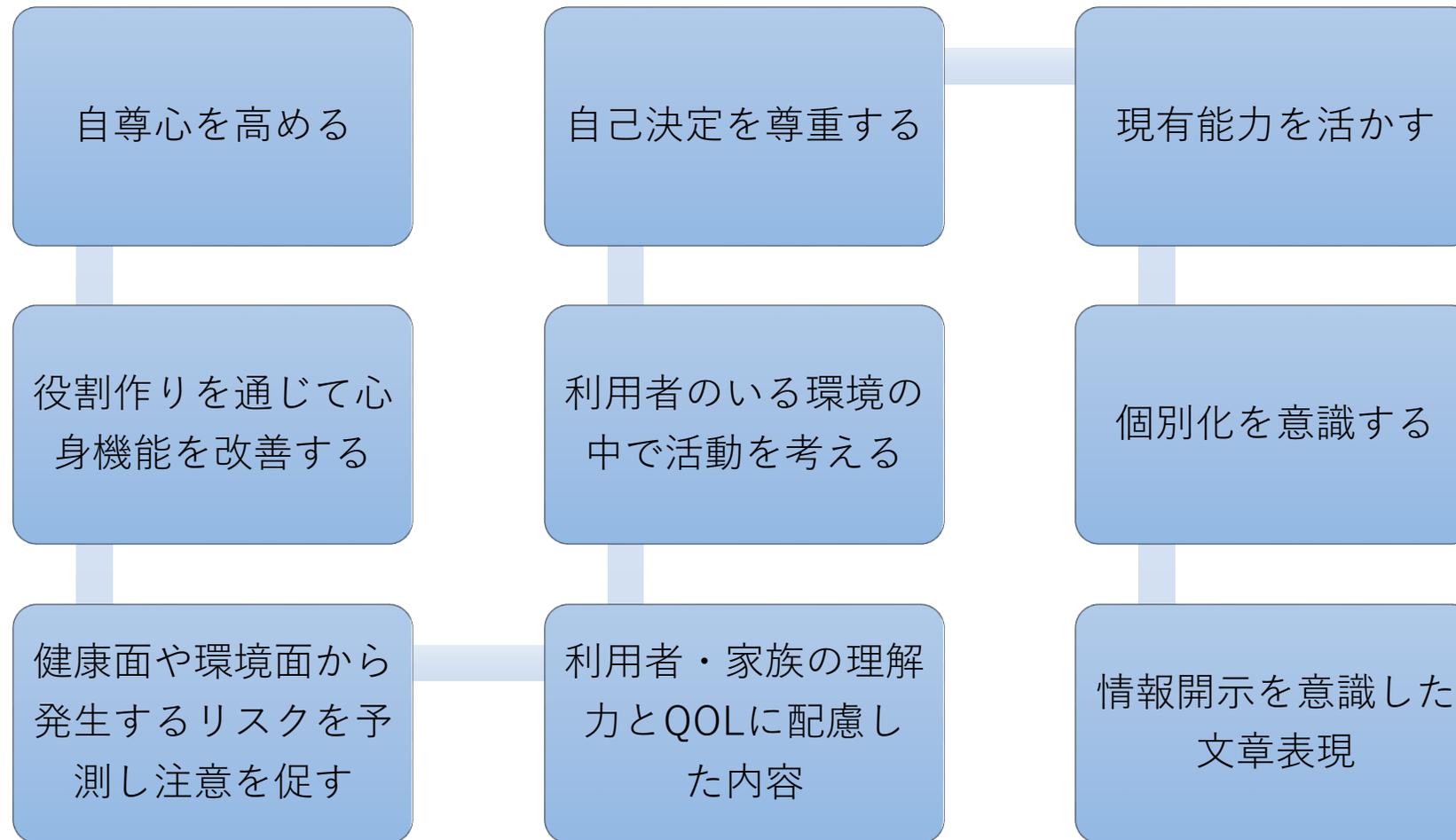
「知らない人の中に入っていく自信がないとの事ですので、地域のサロンや運動クラブ等への参加を促し、顔見知りの関係の中で運動ができる環境づくりを提案していきたいと思います。」

## サービス担当者会議

- ・他職種・他機関からみた家族のニーズを確認し共有する。
- メンバーによってさらに多面的に検討され、個別の支援計画やケアプランに反映される。



# ケアプラン立案のポイント1



# ケアプラン立案のポイント 2

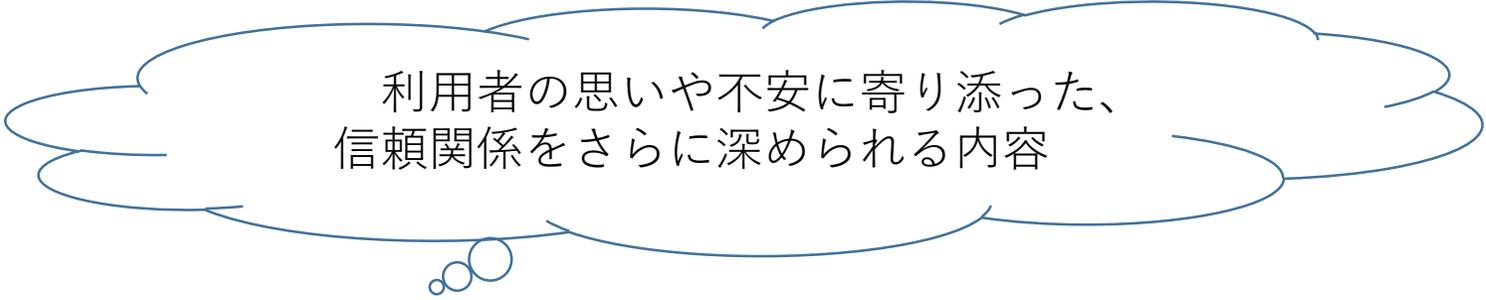
- 1、ケアプランは利用者のもの

急な退院が決まり様々な悩み、不安、悲しみを抱える中在宅生活が再スタートしたとします。ケアプランはどうあるべきでしょうか？

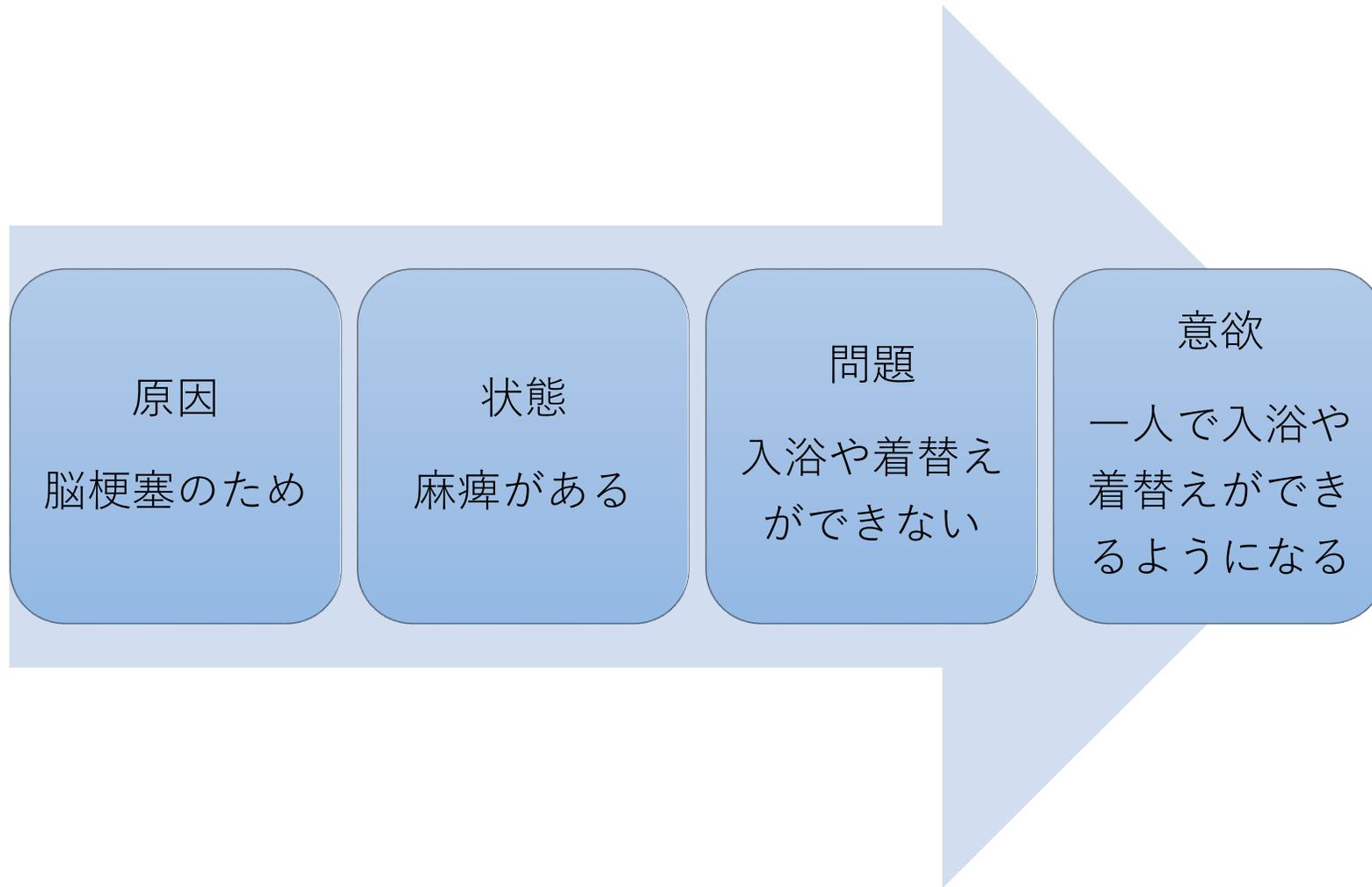
⇒ニーズが専門的に分析され、サービス内容が整理されている事は当然の事、それ以外に何ができるか考える。

『少しでも未来につながる』・『希望がもてる』内容かどうか

利用者、家族がケアプランを見て、「このケアマネさんなら理解してくれている」もうちょっとだけ頑張ってみるかという思いに繋がるかもしれません。



利用者の思いや不安に寄り添った、  
信頼関係をさらに深められる内容



## 意欲を引き出すアセスメント・モニタリングのポイント

- モニタリングの際の声掛け

〇〇さん最近の調子はどうでしょうか？お変わりありませんか？

そのあと、必ず一言を加える。

「いつも、気にしています。」 「何かお力になれることがあれば遠慮なく言って下さい。」  
(本人や家族に使い分けする)

少しでも前向きなポジティブに表現する⇒「～したい」「～できるようになりたい」

\* 認知症の方、抑うつ状態の方は気持ちに寄り添った表現

「～で困っている」「～してほしい」語りをそのまま記載する場合があります。

利用者本位、尊重の実践化の一つです。

禁句の言葉

「なんでできないの」「なぜ、できないと思われませんか」

# 「なぜ」から「なに」へ

- 「なぜ」は責められている感覚を生む。

× 「なぜ、できなかつたと思われませんか？」 . . . それは . . . .

「なぜ」から「なに」に置き換える事で気づきを作りやすくなる。

「なにがあつてできなかつたと思われませんか？」 . . . あっ あの事があつた . . .

- アセスメント時やニーズを引き出す時は、「教えていただけますか？」

「〇〇さんの習慣の中で、〇〇が分かるとプランに活かせて助かります」

人生の大先輩に聞く際は、常に念頭に尊敬の念を持ち、自分本位の質問でなく利用者家族の為の質問として心掛けています。

質問され分からない時は、持ち帰る。時間をかけずに返答する。

# サービス評価表

- 評価を行う目的は、ケアプランで設定された目標が達成されたか、支援が適切であったかどうかをチェックするとともに、必要に応じて今後のケアプランを見直す事により、次の段階につなげていく事にあります。

- 評価表の作成時期としては、

①介護予防プランに位置付けた期間が終了する前

②利用者の状態が変化し、ケアプランの見直しが必要となった時

- 今後の方針が決定したら、計画作成者が該当するものにレ点

プラン継続 プラン変更 終了

サービスに変更がなくても、基本的には、新たな目標が設定されるため

プラン変更に印をつける。

プラン継続は稀なケース。例えば一時的な入院でサービスを利用できず退院後本人の状態や意向が変化しない場合やあと少しで目標が達成できそうな段階で、利用者がそのままの目標を希望した場合。