

資料 1

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』と長女から連絡があり、CMが自宅を訪問し、聞き取りを行いました。



身の回りのことは何とか自分でやれていますが、時々友人との約束を忘れるなど、物忘れも見られるようになってきたので、デイサービスなどのサービスを利用できたらいいと思っています。



長女

本人宅の近所
(車で20分)に住む

身の回りのことは何とか自分でしていますが、腰痛もあるので以前に比べ動くことが億劫なので家にいる時間が長くなっています。

本人

82歳(女性) 独居

介護保険申請の経緯	6か月前、掃除中に転倒し腰椎圧迫骨折にて入院。リハビリのため転院。退院後は、再骨折に対する不安が強く、自宅にいたることが多くなり、物忘れも見られるようになってきたことから長女が介護保険の申請をした。
既往歴	77歳(令和2年)：腰部脊柱管狭窄症、骨粗しょう症 81歳(令和6年)：腰椎圧迫骨折
ADLの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。入院前はボランティア、買い物、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、ほとんど外出してない。 ・食事：時々簡単な煮物を作ることができるが同じ献立が続くことが多く、肉や魚が不足している。週末に長男妻が作り置きをして冷蔵庫に入れている。上下ともに義歯で噛み合わせが悪い。水分摂取時に時々むせることがある。1日の水分摂取量 500~800cc。 ・排泄：布パンツ着用。時々尿もれがあり汚染時は自分で着替える。排便は3日に1回程度。 ・入浴：ひとりで入浴しているが、浴槽のまたぎが難しい。シャワーチェアに座ってシャワー浴をしている。 ・着脱衣：自立。座ってズボンをはく。
IADLの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・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妻がしてくれる。 ・洗濯：腰痛のため、自分ではしていない。週末に長男妻が洗濯をしてくれる。干す・取り込むは腰痛のためしていないが、畳むことはできる。 ・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。長女・長男妻が買ってくる。 ・調理：以前は料理が得意で親しい人にふるまっていたが、骨折後は腰痛の為長時間立てない。時々簡単な煮物を作る。炊飯、おかずの温め、食器洗いは可能。長女または長男妻が週末に作り置きを持参する。 ・整理：ベッド周りの整理は自分でしている。 ・ごみ出し：ゴミは本人がまとめ、週に1回杖歩行で50m先のごみステーションまで出しに行く。 ・通院：退院後は長女や長男が付き添い、月1回通院している。 ・服薬：自分で管理しており、飲み忘れはない。屯用薬も痛みが強いつきに自分で飲んでいる。 ・金銭管理：長女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。 ・電話：自分でかけることができる。 ・社会参加：時々腰の痛みもあり外出が億劫になっているため、友人との交流も少なくなっている。腰痛を気遣い週に1回程度友人がお茶を飲みに来る。

利用者基本情報

作成年月日：令和7年6月13日

計画作成者氏名：家亜 真音

《基本情報》

相談日	令和7年6月12日（水）	来所 その他（ <input checked="" type="radio"/> 電話）	<input checked="" type="radio"/> 初回 再来（前 / ）
本人の現況	<input checked="" type="radio"/> 在宅・入院又は入所中（ ）		
フリガナ 本人氏名	ニアゲ マチコ 荷揚 町子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	M・T・ <input checked="" type="radio"/> S ●年▲月■日生（82）歳
住所	大分市荷揚町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・ <input checked="" type="radio"/> A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・ <input checked="" type="radio"/> I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支1・ <input checked="" type="radio"/> 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7年5月1日～令和8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・ <input checked="" type="radio"/> 戸建て・集合住宅・自室（ <input checked="" type="radio"/> 有）1階・無）・住居改修（有・ <input checked="" type="radio"/> 無） 浴室（ <input checked="" type="radio"/> 有・無） 便所（ <input checked="" type="radio"/> 洋式・和式） 段差の問題（有・ <input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 厚生年金・障害年金・生活保護・その他（ ）		
来所者（相談者）	荷揚 一花	<input checked="" type="radio"/> 続柄	長女
住所	大分市△△2丁目2-2		
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
	ニアゲ イチカ 荷揚 一花	長女	大分市△△ 2丁目2-2 090-△-▼
	ニアゲ ジロウ 荷揚 二郎	長男	大分市△△ 3丁目3-3 080-○-△
	ニアゲ ミワ 荷揚 三和	長男 の妻	大分市△△ 3丁目3-3 070-○-△
家族構成			
<p>◎ = 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)</p> <p>☆「主」 車で20分 「副」 車で10分</p>			
<p>〔長女は訪問の頻度は少ないが、長男夫婦と交代で通院の介助や買い物をしており、関係は良好。協力して面倒を見ている〕</p>			

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	大分市生まれ、夫と25歳で結婚し、1男1女に恵まれた。平成3年～平成14年まで幼稚園の調理員として生活してきた。早番勤務のため、朝4時半ごろ起床していた。仕事や育児をしながら、姑の介護も行ってた。平成20年に夫が他界。			
	子どもたちは独立しており、夫他界後は一人暮らしをしながら、配食弁当作りのボランティアや孫の世話、近所の人と出かけるなど活発に生活していた。			
	令和6年12月掃除中に転倒し腰椎圧迫骨折でX病院に入院、その後令和7年2月Y病院に転院してリハビリを受けた後、令和7年4月末、在宅生活へ戻る。			
	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技	
	月1回の通院以外は、腰の痛みがあるため寝たり、起きたりの生活。		昔は編み物が趣味で、作品を仕上げるのが楽しみだった。	
	簡単な調理（単品の煮物など）を行っている。		料理が趣味で、おはぎやまんじゅうなどを息子や隣人に届けていた。	
	長女や長男が週に2～3回電話し、様子を確認している。		腰痛になってからは行っていない。たまに孫に会うのが楽しみ。	
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
	5時00分	起床		近隣に友人は多く居るが、
	5時30分	仏壇のお参り		腰を痛めてからは交流が少なく
	6時30分	朝食、テレビ		なってきた。
	12時00分	昼食、昼寝		週に1～2回近所の友人が訪ねて
	17時00分	入浴		くる。
	18時00分	夕食、電話	長男 or 長女電話	
	20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6年12月入院	腰椎圧迫骨折	X病院 R医師	☆ TEL〇〇〇-□〇□〇	治療中 経観中 その他	
令和7年2月15日～4月30日	腰椎圧迫骨折	Yリハビリテーション病院(転院) S医師	TEL〇〇〇-〇〇〇〇	治療中 経観中 その他	月1回受診中 屯用でロキソニン処方
令和2年5月	腰部脊柱管狭窄症	Z医院	TEL〇〇△-〇△〇△	治療中 経観中 その他	月1回受診中。
令和2年5月	骨粗しょう症	Z医院	TEL〇〇△-〇△〇△	治療中 経観中 その他	エルデカルシトール処方

《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	ニアゲ マチコ 荷揚 町子 様	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 昭 ●年▲月■日生 (満82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	<input checked="" type="radio"/> 0. はい	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	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	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	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	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	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	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	<input checked="" type="radio"/> 1. はい	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

生活機能評価表 演習用

資料 4

事業所名		氏名	
------	--	----	--

氏名	荷揚 町子	性別	女	調査日	R7 年 6 月 13 日
----	-------	----	---	-----	---------------

		事前	事後	備考
ADL	室内歩行			
	屋外歩行			
	外出頻度			
	排泄	○2		布パンツ着用。時々尿もれがあり汚染時は自分で着替える。排便は3日に1回程度。
	食事			
	入浴	○2		ひとりで入浴しているが、浴槽のまたぎが難しい。シャワーチェアに座ってシャワー浴をしている。
	着脱衣	○2		ひとりでできるが、座ってズボンをはく。
IADL	掃除	×1		かがむ時に腰痛があるため、自分ではしていない。部屋や浴槽は長男妻がしている。
	洗濯	×1		腰痛のため、自分ではしていない。週末に長男妻が洗濯をしてくれる。干す・取り込むは腰痛のためしていないが、畳むことはできる。
	買物			
	調理			
	整理	△1		ベッド周りの整理は自分でしている。
	ごみ出し	○2		ごみは自分でまとめ、週1回杖歩行で50m 先のごみステーションまで出しに行く。
	通院	△1		退院後は長女・長男が交代で付き添って定期受診している。
	服薬	○1		内服管理は自立し飲み忘れはない。頓服薬も痛みが強いときに飲むことができている。
	金銭管理	○2		長女の付き添いがある時に、自分でお金をおろし、管理している。
	電話	○1		自分で電話をかけることはできる。
	社会参加			

自立度 困難度と 改善可能性	自立		一部介助		全介助	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

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
運動・移動について 室内は壁や家具を伝い歩き、屋外は杖を使用。外出は通院のみ。長女や長男が運転する車で通院する。	本人：腰痛があるので動くのは以前より億劫。できればあまり動きたくないが、友人の家には遊びに行きたい。 長女：痛いからといって寝てばかりではなく、なるべく動いてほしい。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
日常生活(家庭生活)について 体調に応じて家事をしている。食事は簡単な単品の煮物を作り、数日食べ続けることがある。炊飯や食事の温め、食器洗いはできる。買い物は長女や長男の妻がしている。	本人：時々腰が痛むので、食事の支度や買い物が面倒。 長女：買い物の手伝いは可能。このままでは何も出来なくなるのではと心配している。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 骨折前は近所付き合いは活発だったが、今はあまり交流はない。近所の友人が腰痛を気遣い週に1回程お茶飲みに来る。週に2~3回子どもたちと電話している。時々物忘れがある。	本人：友人がお茶のみに来てくれるのはうれしい。最近忘れっぽいので、これ以上悪化しないようにしたい。 長女：時々物忘れもあるので、近所の方や同世代の人と交流してほしい。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
健康管理について 腰痛は軽減しているものの、時々痛みが出る。月1回の通院は長女や長男が交代で送迎している。水分摂取は500~800cc/日。入れ歯が合わない。	本人：便秘もあり、食欲がない日もある。 長女：動かないからか、食べる量が減った気がする。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

健康状態について

主治医意見書、検診結果、観察結果等を踏まえた留意点

腰椎圧迫骨折があるため、腰痛などがありますが、本人の痛みのない範囲の運動で様子をみていってください。骨粗鬆症の治療を継続していきます。

基本チェックリストの(該当した質問項目数) / (質問項目数) を記入してください。

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
5 / 5	1 / 2	2 / 3	2 / 2	1 / 3	3 / 5

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。

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は自己決定（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分間立っていただける。」 「……立つことが継続できる。」

・できなくていいけど本当は…… というところに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

【本来行うべき支援が実施できない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針			
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
介護予防 / 5	地域包括支援センター ※委託の場合	【意見】	

「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

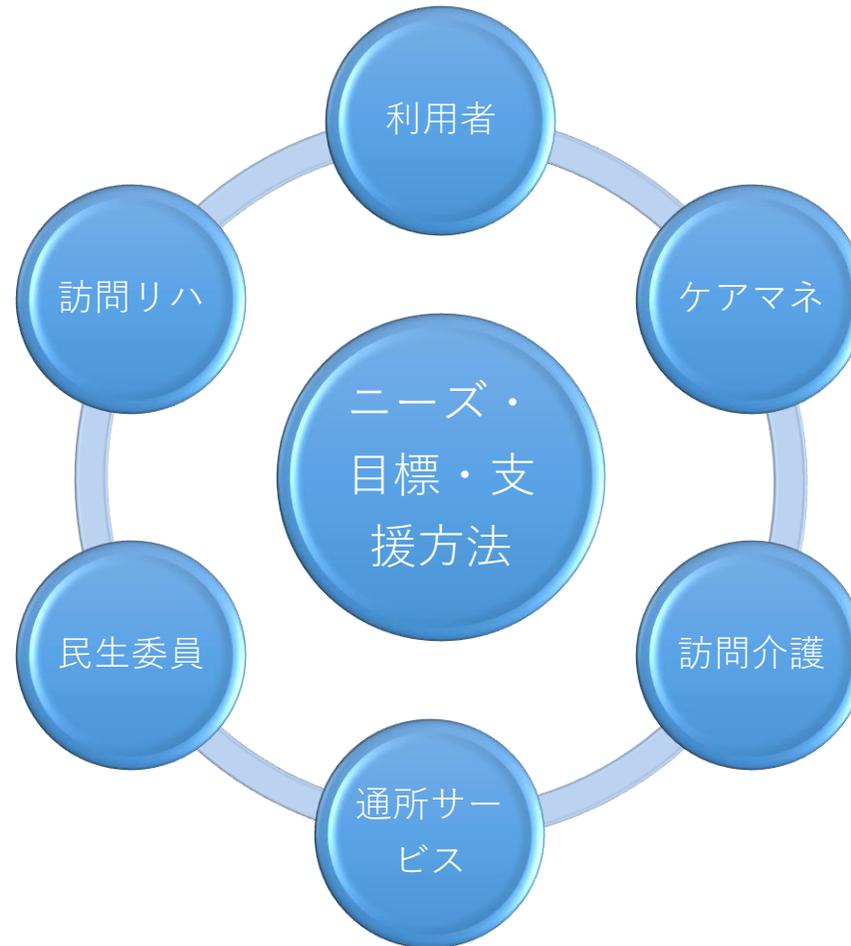
【記入例】

「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えます。」

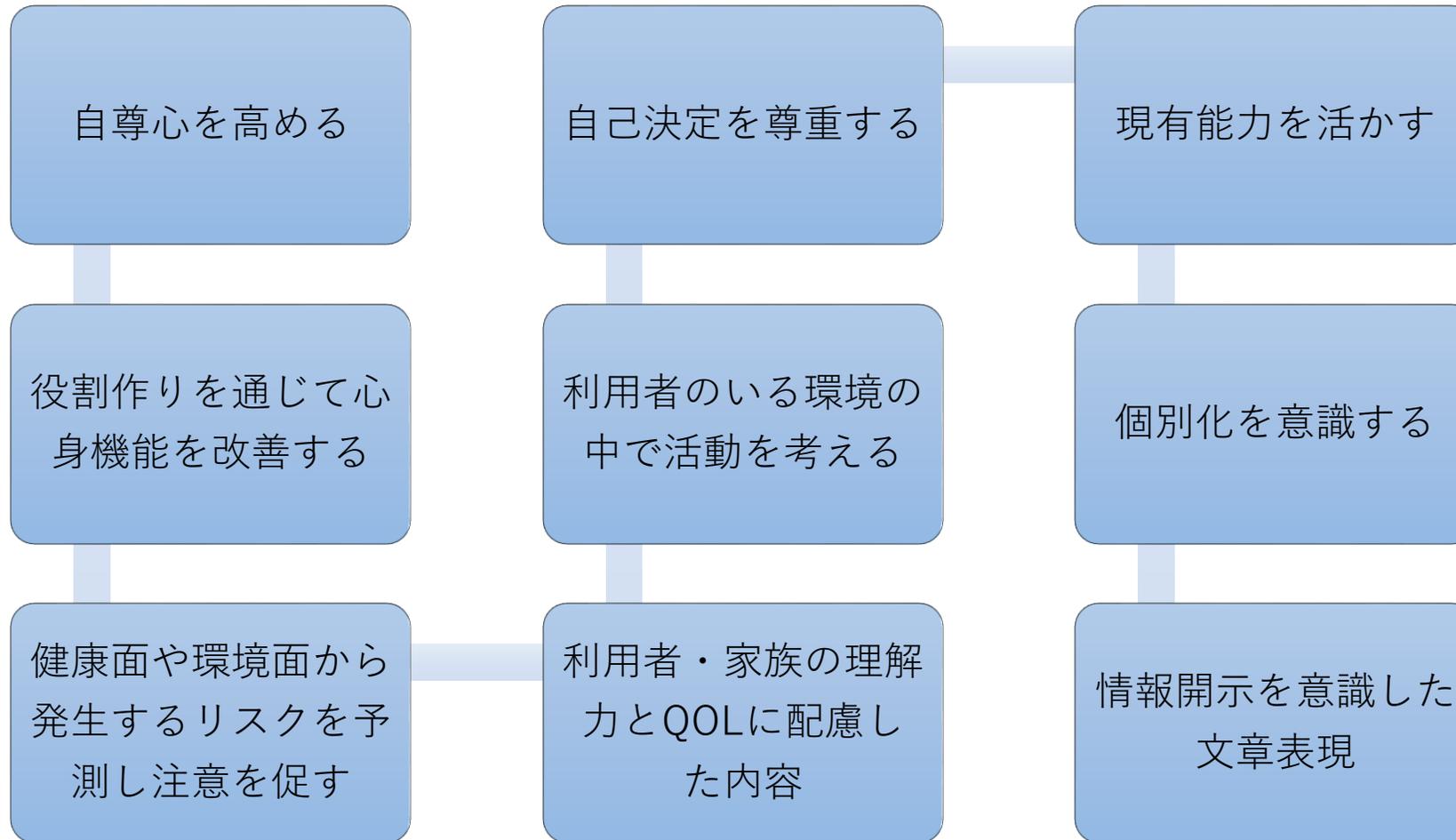
「知らない人の中に入っていく自信がないとの事ですので、地域のサロンや運動クラブ等への参加を促し、顔見知りの関係の中で運動ができる環境づくりを提案していきたいと思えます。」

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

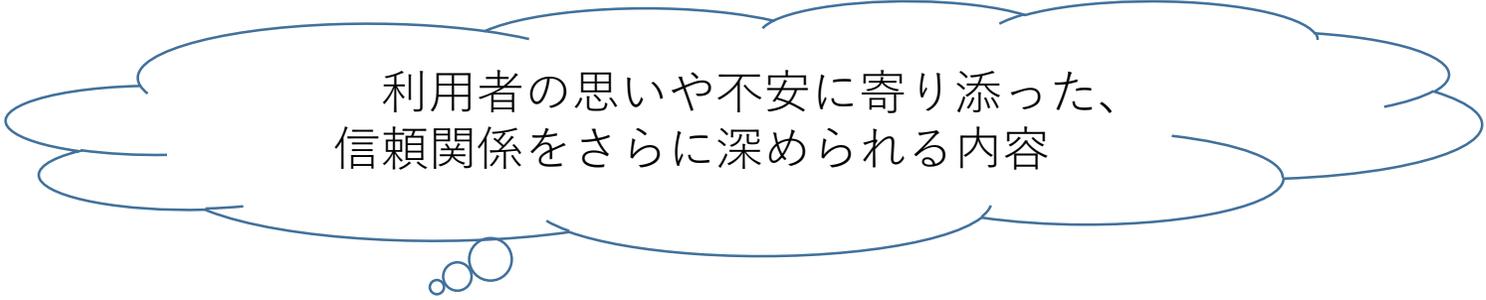
- 1、ケアプランは利用者のもの

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？

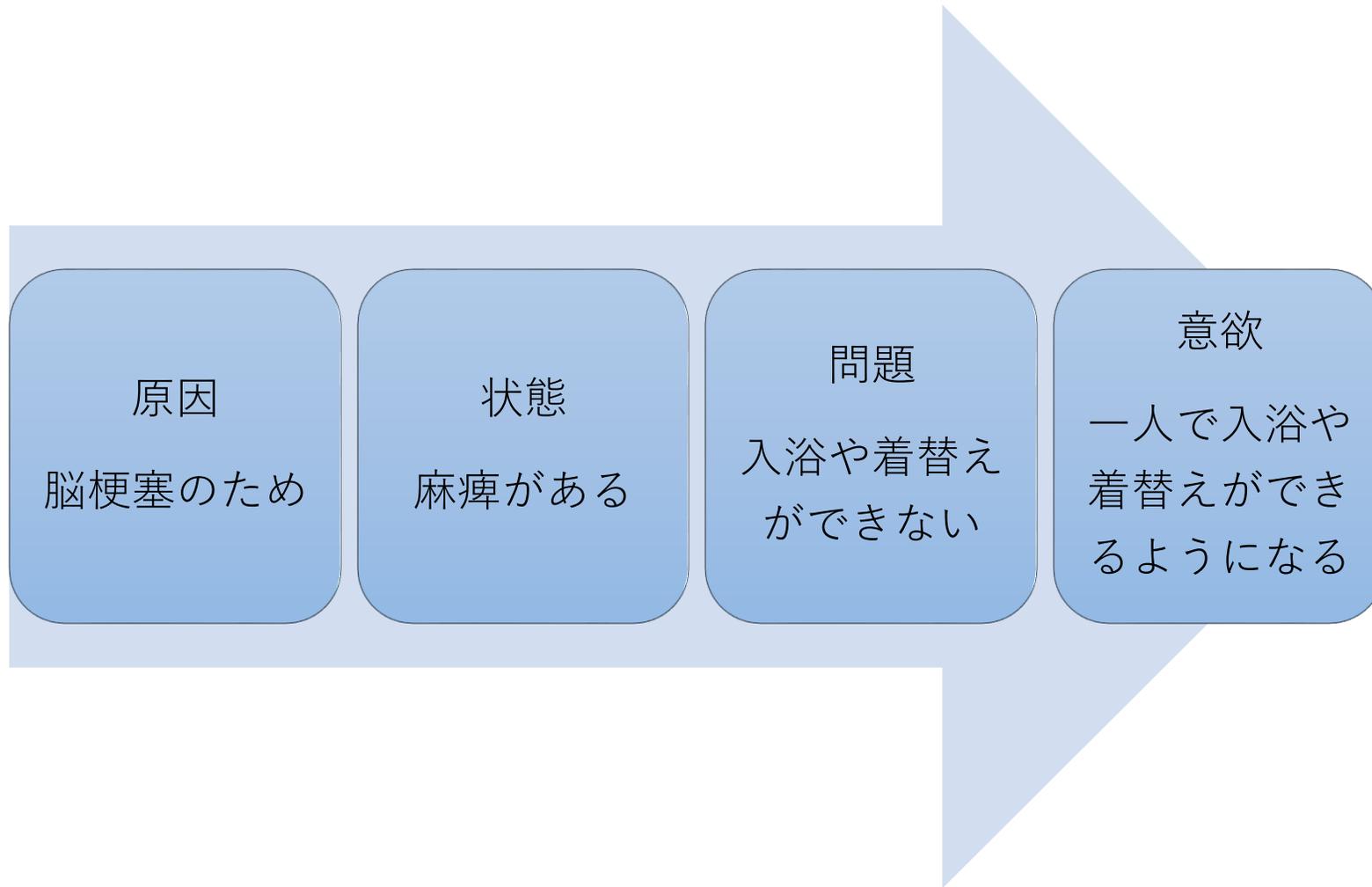
⇒ニーズが専門的に分析され、サービス内容が整理されている事は当然の事、それ以外に何ができるか考える。

『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る。

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。