

<p>「支援を必要とする傾向」 (支援計画表①における)</p>	<p>ね ら い</p>
<p><b>うつ傾向</b></p> <p>アセスメント項目 (充実感がない) (楽しめない) (おっくう) (役に立たない) (疲れ)</p>	<p><b>【アセスメントの意義】</b> うつ傾向は、気分がひどく落ち込む、何事にも興味を持たない、おっくう、なんとなくだるい、強い苦痛をほぼ毎日、日常の生活に支障が現れるまでになった状態である。</p> <p>病気や身体機能の低下などによるうつ傾向の場合は、原因を特定するのが難しい。</p> <p>また、高齢になるにつれて典型的なうつ病は少なくなるが、在宅高齢者の多くにうつ傾向がみられる。うつ傾向にある高齢者を把握し、治療やケアの可能性を検討する必要がある。</p> <p><b>【アセスメント項目の説明】</b> うつ傾向として表れやすい状態について、アセスメントを行う。</p> <p><b>【介護予防上の危険性】</b> うつ傾向は、閉じこもりや生活機能の低下、食欲不振など様々な生活場面に影響する。また、意欲を持たず、QOLの向上を妨げる大きな要因となる。</p> <p><b>【対策】</b> うつ傾向への支援としては、まず、かかりつけ医に相談し、状態によっては専門医療機関（精神科・心療内科等）の受診を勧める。また、以下のような生活環境が整うよう調整し、サービス提供する。</p> <p> <span style="font-size: 2em;">{</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>共感と傾聴ができる</li> <li>疾病の不安に対し支援できる</li> <li>家族を支援できる</li> <li>適切な睡眠を確保できる</li> </ul> </p>

<p>「支援を必要とする傾向」 (支援計画表①における)</p>	<p>ね ら い</p>
<p><b>低栄養</b></p> <p>アセスメント項目 (体重減少) (BMI) (食事量の減少)</p>	<p><b>【アセスメントの意義】</b> 低栄養の原因としては、エネルギー摂取量の低下、消化・吸収機能の低下等のほか、悪性新生物等さまざまな疾患の発病や憎悪によることなどが考えられる。食事摂取量が普段の75%以下の場合、低栄養をきたす可能性がある。また、同じ食品ばかりを取った場合、栄養的な偏りから低栄養につながる可能性がある。主食や飲み物等が中心で惣菜を食べないなどの習慣にも注意しなければならない。</p> <p>飲み込みがスムーズにできるか（調理方法、咀嚼力、嚥下力）、食事しやすい姿勢であるか、ゆっくり落ちついて食べられる環境であるかなど、「食欲」に影響を与える要因についても考慮する必要がある。</p> <p><b>【アセスメント項目の説明】</b> 食事摂取量の低下や、体重減少についてアセスメントする。</p> <p><b>【介護予防上の危険性】</b> 低栄養状態は、日常生活動作の低下や感染症を誘発しやすくなるだけでなく、心疾患や肺炎、気管支炎等のさまざまな疾患発症の要因となる。</p> <p>また、筋肉量や骨量が減少することは、転倒や骨折のリスクの増加につながる。</p> <p><b>【対策】</b> 低栄養を予防するためには、予防教育、個別の栄養評価による指導、訪問による生活指導（栄養士等）、訪問給食、高齢者地域交流支援事業やふれあい昼食交流会等への参加などを検討する。</p>

#### 4 介護予防サービス・支援計画表①について

介護予防サービス・支援計画表

《注意》

・初回…初めて介護予防、予防給付を受ける人（前回契約から2月以上空いている場合）

No. 1  
利用者名 **北九 太郎** 様

要支援 1	地域支援事業
-------	--------

認定年月日

認定の有効期間

計画作成者氏名  
委託の場合：計画作成事業者・事業所  
計画作成（変更）日  
担当地域包括支援センター：

・「計画作成者氏名」を記載 ※委託している場合は、委託先の担当介護支援専門員名を記載。

（初回作成日）

・「認定の有効期間」を月 日～月 日で記載。

アセスメント領域と現在の状況	回答欄	支援を必要とする傾向	本人・家族の意欲・意向	
<b>運動・移動について</b>				
階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか		転倒	もり	
椅子に15分座ることができるか。	・自ら行きたい場所へ移動するための手段が取れるか。	転倒	<p>「支援を必要とする傾向」で選定された領域に課題があると考え、その領域について質問する。</p> <p>・各アセスメント領域において確認した内容について、利用者、家族の認識を確認する。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、それについてどう考えているか等。「〇〇できるようにになりたい」「〇〇をやりたいくない」等と記載し、利用者、家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。</p> <p>・利用者と家族の意向の差異もそれぞれ記載する。</p> <p>・家族が言っていることで、本人が場つく言葉はそのまま書かない。</p> <p>・否定的、消極的な意向は、補完的にサービスを調整するのではなくその理由を明らかにし、具体策検討時の参考情報とする</p> <p>・家族については、（長女）や（長男）等、本人との続柄を具体的に記載。</p>	
この1年、転倒に気が付いていませんか	・自宅や屋外をスムーズに移動できるか。			
バスや電車で移動していますか	・交通機関の利用状況。			
週に1回以上は外出していますか				
昨年と比べて外出の回数が減っていますか				
その他記載欄				
<b>日常生活（家庭生活）について</b>				
日用品の買い物をしていますか	・日常に必要な生活用品を選べるか。			
預貯金の出し入れをしていますか	・献立を考え、調理できるか。			
周りの人から「いつも伺いますか」	・家事の状況（掃除、洗濯等）			
自分で電話番号を調べて、今日が何月何日かわからなくなることがありますか	・預貯金の出し入れができるか			
半年前に比べて重いものがお茶や汁物等でむせることがありますか	等、能力について確認する。			
口の渇きが気になりますか				
毎日、歯みがきや入れ歯の手入れをしていますか				
その他記載欄				
<b>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</b>				
友人の家を訪ねていますか	・家族や友人との関係、交流の状況（相談、招待、訪問、電話等）			
家族や友人の相談にのっていますか	・認知機能			
（ここ2週間）毎日の生活に満足していますか	・地域での役割（老人クラブ等）			
（ここ2週間）これまで楽しんでいましたか	・趣味や楽しみがあるか。			
（ここ2週間）以前は楽しんでいましたか	・緊急時の対応状況の確認をする。			
（ここ2週間）自分が役に立っていますか				
（ここ2週間）わけもわからぬような感じがする				
その他記載欄				
<b>健康管理について</b>				
食べる量が減りましたか	・排泄の状況	低栄養		
6ヶ月間で2センチ以上身長が伸びましたか	・入浴やシャワーの状況	低栄養		
健康のために自分で行っていることはありますか	・肌、顔、歯、爪等の手入れ	低栄養		
	・健康への配慮（食事、運動、睡眠の状況等）	低栄養		
	・服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理できているか	低栄養		
その他記載欄				
<b>健康状態について</b>				
主治医意見書、健康診断結果	・主治医意見書などからケアプランを立てる上で特に留意すべき情報について、具体的に記載（例：副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある症状、禁忌事項など）。			
	例：「狭心症の既往あり、胸痛時には服薬が必要」「運動系のサービス時には血圧の確認が必要」等。			
	※ 記載の必要がない場合にも「記載なし」等のコメントを記入する。			
	※ 主治医意見書を書いている以外の医療機関の医師の意見も記載可。			

# 5 介護予防サービス・支援計画表②について

## 介護予防サービス・支援計画表②

北九 太郎 様

領域における課題（背景・原因）		総合的課題 (左欄が該当した場合は総合的課題を選択)		課題に対する目標と 具体策の提案	本人・家族
		該当	該当		
<b>転倒</b> <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 該当			
転倒しそうな場所には予防策をしますか			転倒しない生活環境をつくりたい		
自由記載欄					
転倒しそうな場所には予防策をしますか			転倒予防の運動をしたい		
転倒しそうな場所には予防策をしますか			自分が飲んでいる薬の副作用を確認したい		
転倒しそうな場所には予防策をしますか			転倒しない生活環境をつくりたい		
<b>閉じこもり</b> <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					
どうして閉じこもりのやめようか					
自由記載欄					
どうして閉じこもりのやめようか			運動をしてみたい		
どうして閉じこもりのやめようか			自分が飲んでいる薬の副作用を確認したい		
どうして閉じこもりのやめようか			運動をしてみたい		
<b>口腔ケア</b> <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					
どうして食べたり飲んだりしにくいのでしょうか					
歯や歯ぐき、入れ歯の具合が悪い(腫むと痛む等)			歯科受診を勧める		
歯が抜けているのに入れ歯を使っていない					
口の中が粘つく、口がややつく			お口のストロンッチに取り組み、薬を食べたい		
味がわかりにくい、味が変になった					
どうして口腔ケアが不十分になっているのでしょうか					
歯みがきや歯ブラシの手入れが面倒だったり、忘れてしまう			口腔ケアを習慣づけたい		
口腔の問題に関心が無い、放置している			口腔ケアに取り組みたい		
歯や入れ歯の手入れ、フクフク音が気になる			口腔ケアの支援を受ける		
自由記載欄					
<b>うつ傾向</b> <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 該当			
自分なりの活動に取り組みことで、生活にほりあいが有りますか					
生活にほりあいが有る			自分にあった活動に取り組み楽しみながら生活する		
自分では解決の糸口がつかめない			かかりつけの医師と相談し体調をととのえたい		
自由記載欄					
<b>低栄養</b> <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 該当			
どうして低栄養をおこしやすい食生活なんでしょうか					
日頃、栄養など意識して食べてない			栄養に配慮して食事をしたい		
買い物に行けない			支援者と一緒に行ける買い物をしたい		
調理ができない			調理の支援を受けたい		
歯や口の問題でおいしく食べられない			口腔ケアを受けて、おいしく食べたい		
食べる気力がない			生活環境(運動の習慣・一緒に食べる)を整えたい		
自由記載欄					

支援計画表①の回答状況により、自動で課題の「有」「無」が選択される。

左記が「■有」の場合、該当に☑チェックを入れ、「□無」の場合でも課題があると判断すれば、「背景・原因」に本人や家族に確認しながら、「はい」「いいえ」を選択する。  
追記すべき内容がある場合は、「その他記載欄」に記載する。

「総合的課題」に対する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家として示す提案(評価可能な具体的なものとする)。  
具体策も、生活機能の低下を予防する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。  
「〇〇が必要」「〇〇を行う」と記載し提案。本人、家族の同意が得られた場合には、ここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。  
例)  
【目標】  
(3ヵ月後には)ひとりで□□まで歩いて行けるようになる  
【具体策】  
・定期的に運動する機会を持つ  
・支援者に手伝ってもらいながら〇〇を行う。

左記の提案について、本人や家族の意向(できる、できない等)を確認し、記載する。  
具体策について単に意見を聞くだけではなく、提案について合意が得られなかった場合には、その理由や根拠を把握し記載する。  
その理由や根拠が「目標」欄の根拠となっていく。  
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。  
本人、家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすり合わせる。  
前項で提案した「目標」と「具体策」について、同意が得られた場合は、③表の「目標」と「支援内容」につながる。

総合的課題に提示されている内容以外のものは、「その他の記載欄」に記載する。

## 6 介護予防サービス・支援計画表③について

「1日」：具体的で達成が考えられる内容、目標とする生活のイメージ化。  
 「1年」：生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの。  
 ※記録は、「1日」「1年」のどちらかの目標設定でも可能。

### 介護予防サービス・支援計画表③

目標とする生活		支援計画						
1日	1年	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	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	
<p>目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もある。また、対象が達成感・自己効力感が得られるような内容が望まれる。</p>		<p>生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでもサービス等による支援や利用者の取り組みにより達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は、改善の可能性を分析し、利用者の活動等が拡大した状態をイメージしながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。</p>						
1.		<p>介護予防支援計画表②の「課題に対する目標と具体策の提案」のうち、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標</p>	<p>・左記目標に対して、具体的な支援を考える上での支援者側の役割分担や留意点                      ・予防給付型サービスを選択する場合は、その理由</p>	<p>本人が自ら取り組む事や家族の支援、地域のボランティア、近隣住民の協力などもインフォーマルサービスを含む。                      ※誰が何をを行うかまで具体的に記載すること。</p>	<p>・具体的なサービス内容、利用者家族と合意し、目標を達成するために必要な支援内容                      ※「掃除」「買い物」「リハビリ」だけでなく、「どの掃除をどのように行うのか」「どのようなりハビリを行うのか」等を記載する。</p>	<p>・左記の支援内容に即した具体的なサービス種別（利用提供票と同一文言で記載）                      ※加算サービス（本人に係る必要な加算）、自費サービスも記載する。</p>	<p>・左記サービスを提供する事業所名                      ※地域・介護保険外の公的サービスも明記する。</p>	<p>計画に掲げた「支援」の実施期間。                      ※期間の設定においては、「認定の有効期間」も考慮する。                      ※本計画に掲げた目標の達成度の評価を行うことを念頭に記載する（最長12ヵ月）。</p>
<p>本人の意思（意欲）を尊重と言っても、単に「やりたくない」「したくない」ということで、サービス導入を決定することは適切なマネジメントとは言えない。支援者の助言等によっても合意がなかなか得られなかった場合に、「本来の支援をできるように働きかけるための具体的な手順や方針とその内容実現に向けた方向性」を、この欄に記載する。</p>		<p>サービス内容を利用者・家族と合意できない場合や、地域に適切なサービスが無い場合は、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。</p>						
<p>記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、サービス担当者が、生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特に留意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。</p>		<p>総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント</p>						
<p>【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</p>								