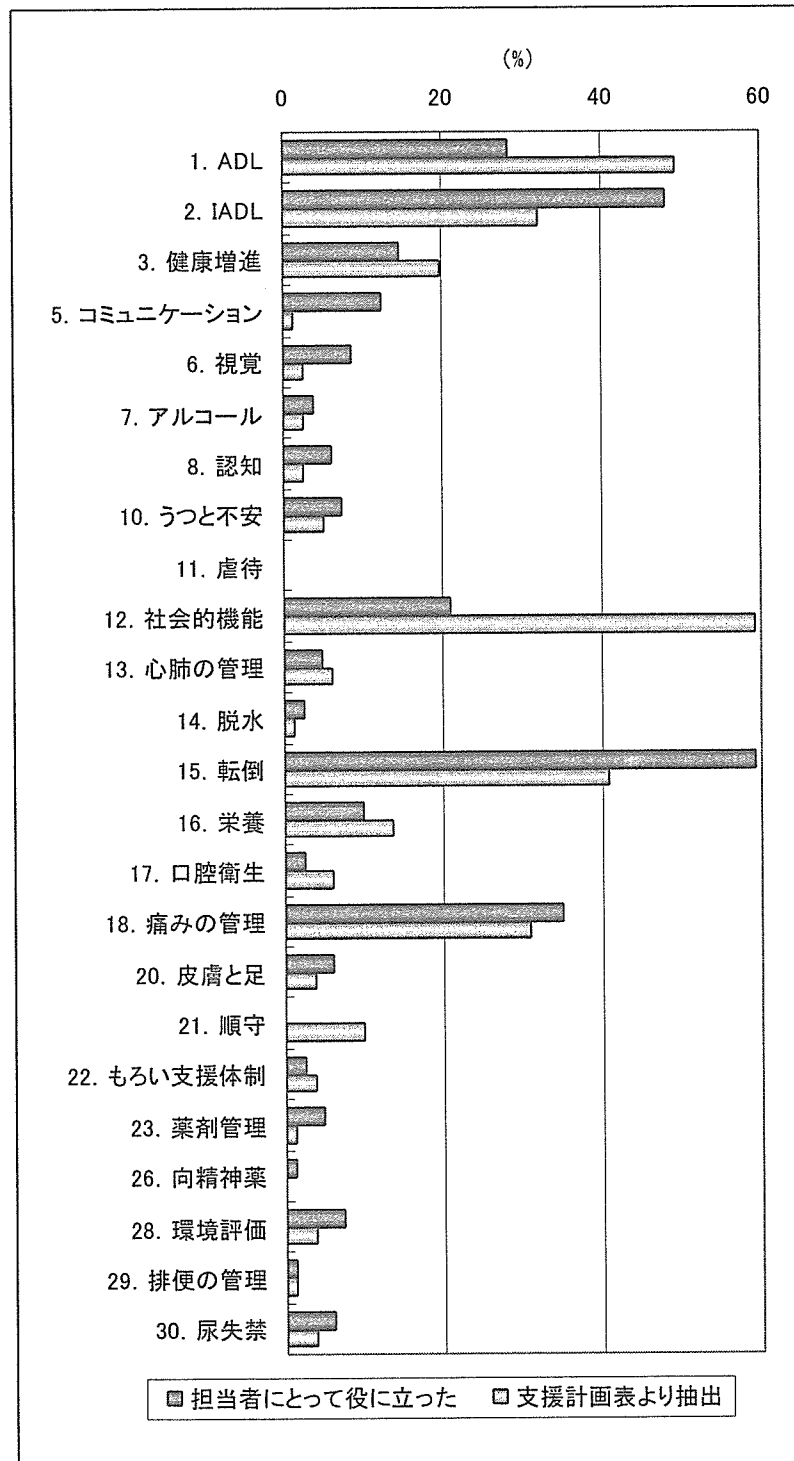


b. 担当者にとって「役立った」割合よりも、支援計画表からの抽出割合が低い CAP 「CAP2. IADL」「CAP5. コミュニケーション」「CAP6. 視覚」「CAP8. 認知」「CAP15. 転倒」「CAP28.環境評価」「CAP23. 薬剤管理」は、担当者が「役立った」と回答している割合よりも、実際に支援計画から抽出される割合が低かった。

これらの CAP の他の CAP との関連性を考えてみると、「CAP2. IADL」「CAP5. コミュニケーション」「CAP6. 視覚」「CAP8. 認知」は「CAP12. 社会的機能」と関連があり、「CAP15. 転倒」は「CAP1. ADL」、「CAP28.環境評価」は「CAP15. 転倒」や「CAP1. ADL」、「CAP23. 薬剤管理」は「CAP21. 順守」と関連している。このように、CAP 領域同士が相互に関連し内容が重複していることから、担当者にとってガイドラインを参照して「役立った」CAP と、支援計画表から支援方法として抽出された CAP にずれが生じていると考えられる。

以上、担当者にとって「役立った」CAP と支援計画表から抽出された CAP の割合において生じた差は、CAP 同士の関連を検討することにより説明が可能であり、検討において問題となるものではないと考えられる。「CAP21.順守」についてのみ、ガイドラインに定期受診に関する内容の追加を検討する必要があるだろう。



図Ⅲ - 2 - 18 ケアプラン作成に役立った CAP と支援計画表より抽出された CAP

(3) CAP のガイドラインの活用に対する意見（自由記載）

T市の担当者用アンケートにおいて、「CAPのガイドラインに追加した方がよいと思う内容」について自由記載での回答を求めたところ、以下のような意見が寄せられた。意見に対する対応についても併せて示した。

意見	対応
<p>○ 趣味や生きがい等について</p> <p>○ 性格的なもの ex) 頑固、慎重、軽率など</p>	<p>○ 「F2. 社会的活動の変化」において、趣味活動等の変化と本人にとっての重要性を把握し、問題の可能性がある場合に、「CAP12. 社会的機能」で、本人の関心や能力のある活動に焦点をあてることで対応している。</p> <p>○ 「F1. 関与」において、本人固有の人間関係の持ち方を把握することで対応している。</p> <p>※以上2点は、アセスメント表では最小限の項目で、できる限りまず事実を把握し、次に要因の把握につなげるといふ MDS-HC の特徴に起因した内容であった。よりわかりやすいように、記入要綱や CAP の記載を工夫することを検討する。</p>
<p>○ 調査で使用したアセスメント表に、介護予防支援サービス・計画表の「運動・移動」「日常生活」「社会参加、対人関係・コミュニケーション」「健康管理」の項目のどこに該当するか記載されており、その後のプラン作成に役立ったので、アセスメント表もそのように変更してほしい。</p>	<p>○ 支援計画表の『アセスメント領域』の名称を、予防版 MDS-HC に追記することで対応する。予防版 MDS-HC のアセスメント項目の順番は、厳密に従う必要はないが、アセスメントを進めるうえで合理的な順番に並んでいる（認知やコミュニケーション能力を把握してから、そのほかの項目に進むなど）ため、順番はこのままとする。</p>
<p>○ IADLについて やりたいことで、できることとできないことについて見極めをする指標のようなもの</p>	<p>○ 「H2. IADL」のアセスメント項目がまさにそれであり、ア. 実施状況、イ. 困難度を分けてアセスメントすることで、各 IADL について両者のギャップに気づくことができる。</p>

<p>○ 地域の中での本人の役割（班長や町内で行う行事等）についての内容を追加した方が良いのではないか。自分自身が見落としがちなので。</p>	<p>○ CAP12 社会的機能に、こうした具体的な内容の追加をすることを検討する。</p>
<p>○ <u>腰痛、膝痛、骨粗しょう症</u>についての考え方、関わり方、運動療法、食事療法等、もう少し情報を入れてほしい。<u>認知症</u>については「情報を提供する」といった大枠的なことから具体的なものにしてほしい（ex. 火の消し忘れ）。 <u>下線部</u>⇒介護予防の人には多いリスクだと思います。</p>	<p>○ 具体的な対応方法についての扱いは、悩むところ。あると便利であり、予防版ではオリジナルのMDS・HCにはなかった具体的対応を多く掲載しているが、一方で、具体的な対応方法は個別の状況に依存する面が大きく、また常に更新されるべきであるので、個々の読者には「方向性を示す」ほうが応用可能で便利な場合もあるのも事実である。提案された内容をひとつひとつ検討し、追加すべき点は追加するものとする。</p>

8 本研究に対する意見、感想

T市の担当者用アンケートにおいて、担当者に本研究に対する意見や感想を求めたところ、以下のような回答が寄せられた。

- ・ MDS・HC を用いることでプラン作成までの時間を要す点は大変でしたが、予防の方でもきちんとアセスメントを行うことは当たり前であり、今後も使っていこうと思います。
- ・ 私自身、アセスメントに対して不安を抱えていたので、今回 MDS・HC を使用させていただき、利用者にニーズを把握する手がかりとなった。まだまだ MDS・HC を熟知していない部分もあるので、今後も活用させていく中で自分自身スキルアップしていきたい。どうもありがとうございました。
- ・ 大変でしたが、とても勉強になりました。ケアプラン作成にどうしても欠かせないステップの1つとなりました。プラン作成の1年目に、勉強する機会をもてて良かったです。
- ・ 課題が整理できて、プランが立てやすいと思いました。ただ予防版としては、アセスメント項目が該当にならないものが多いように思いました。
- ・ アセスメントの部分を頭の中で行い、計画作成してきた経緯があるので、きちんとプロセスを経て組み立てていくことが難しかった。CAP 検討用紙と計画表へのつながりが、まだ十分理解できていない。
- ・ 介護予防で、状態が安定し本人が「自分がどう生きたい」と思っている人には、使ってみるととても良いと思いました。急に具合が悪くなった時、明日からサービス利用なので急いでプラン作成する時にはとても難しいと思いました。
- ・ 訪問、そしてアセスメントが初めてのことで、MDS もうまく使いこなすことができませんでした。研究にもお役に立てず、申し訳なく思っています。今後は理解を深め、活用したいと思います。会話の中からは見出せないものも気づくことができ、適正なニーズを抽出できるこの方法は非常に有効であると感じています。
- ・ 要支援の方にここまでの支援計画表が必要なのかという方もいました。必要とされる内容は、個人の尊厳という視点からすると本当に必要なのか、「その人らしさ」ということは、いろいろな有り様があつて、それが認められることだと思います。現実を見る視点とニーズの把握が大切と思いました。
- ・ CAP 検討のときに①②③のパターンで検討することも、どう CAP 検討用紙を記入していけば良いか分からないので参考になった。テクニク的な感じがするが、MDS・HC は、CAP 検討用紙をどう埋めればいいのか、というところでつまづく感じがするので、あると良い。

第4章 結果のまとめ

本研究では、北海道 S 市の介護予防特定高齢者訪問事業、および新潟県 T 市の地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメントに対し「予防版 MDS・HC」を適用し、その効果と介護予防のための標準化された手法として活用できるかを検討した。主な評価項目として、担当者の介護予防ケアマネジメントに対する自信や支援計画表の内容、高齢者の予防行動などに焦点を当てた。また、予防版 MDS・HC がツールとして実用可能であるかについても評価を行った。なお対照地域として、静岡県 H 市において予防版 MDS・HC を用いない介護予防ケアマネジメントを実施し、比較の調査を実施した。

以下に、本研究で得られた結果をまとめ、そこから導き出された考察について述べる。

1 介護予防ケアマネジメントに対する担当者の自信の向上

まず、予防版 MDS・HC を用いることで、担当者の介護予防ケアマネジメントへの自信がどのように変化したか、について検討を行った。

S 市と T 市において、予防版 MDS・HC の活用前後での担当者の自信の変化を比較したところ、S 市では、担当者の「対象者・家族との信頼関係の構築への自信」「対象者のニーズ把握への自信」「予防版 MDS・HC の内容把握」のすべての項目で有意な向上がみられた。また T 市では、「対象者のニーズ把握への自信」が有意に向上した。次に、T 市と対照地域である H 市において地域間の比較を行ったところ、「対象者・家族との信頼関係の構築への自信」「対象者のニーズ把握への自信」「仕事へのやりがい」について、両市で有意な差はみられなかった。

本研究では H 市の事業前については調査を行っていないため、S 市と T 市の担当者の自信の向上が、本当に予防版 MDS・HC による効果であるのかは明確ではない。しかし、S 市と T 市の担当者が、予防版 MDS・HC を用いることで「アセスメントをするうえで、見逃しがちな視点が補完された」「自分のアセスメントやケアプラン作成の裏づけになった」と評価しているという結果からも、予防版 MDS・HC を活用することで「高齢者のニーズを適切に把握し、信頼関係に基づいて支援を行える」という担当者の自信につながった可能性が高いと考えられる。

2 プランの質向上

次に、予防版 MDS・HC を用いて作成された支援計画表の内容の質について検討を行った。分析は、支援計画表から支援方法に関連する CAP を抽出し、その件数や内容について地域間で比較を行った。

T 市と H 市の支援計画表の内容を、抽出された CAP に基づいて分析したところ、予防版 MDS・HC を用いた T 市の支援計画表にはニーズの領域が幅広く含まれており、支援計画表 1 枚あたりに含まれるニーズの数も多かった。また、T 市の予防版 MDS・HC を用いる前後の支援計画表の比較においても同様に、事業後の支援計画表で含まれるニーズの領域が幅広く、支援計画表 1 枚あたりに含まれるニーズの数も多いという結果であった。

さらに支援計画表の内容がパターン化されたものであるかについて、支援計画表に含まれる CAP の種類を用いて検討したところ、H 市と比較して T 市の方がパターン化されていない支援計画表の割合が高かった。

以上より、予防版 MDS・HC を用いることにより、体系的で適切なアセスメントを行うことが可能になり、個別具体的で質の高いプランを作成できることが示された。

3 高齢者の予防行動の促進

担当者の関わりの結果、高齢者自身の予防行動などのアウトカムが変化したのかについても検討を行った。

高齢者の属性や身体・心理社会的状況により調整を行ったうえで、高齢者アウトカムを 3 地域間で比較したところ、S 市では H 市と比較して「自分でできることはできるだけ自分でしようと心がけている」「毎日に栄養バランスに気を使っている」と回答した高齢者が有意に多かった。また T 市では「自分でできることはできるだけ自分でしようと心がけている」という高齢者が、H 市と比較して有意に多かった。

この結果から、担当者が介護予防ケアマネジメントの実施に自信をもち、個別性が反映された具体的なプランに基づいて働きかけを行うことにより、高齢者自身の予防行動が促進された可能性があることが示唆された。

4 担当者が評価した介護予防ケアマネジメントの有用性

介護予防ケアマネジメント（訪問）は高齢者にとって有用なものであったかどうかについて担当者にたずねた結果について検討を行った。

高齢者の状態の変化別に、「有用性」を地域間で比較したところ、全体の傾向としては、「有用性」は高齢者の状態が改善したか悪化したかによって左右されていたが、いずれの状態変化においても、S市はH市よりも「有用だった」という割合が有意に高かった。またT市においても、「不変」の場合に「有用性」は有意に高く、「悪化」した場合にも、統計的には有意差はなかったが「有用でない」とする割合がH市と比較して低い結果であった。

つまり、予防版 MDS・HC を活用することで、高齢者の状態の改善、悪化に関わらず、高齢者にとって有用な介護予防ケアマネジメントの実施が可能になったといえる。

なお、「有用性」は、連絡回数や支援計画表から抽出された CAP 数、高齢者アウトカムの項目との間に相関がみられた。このことから「有用性」は、介護予防ケアマネジメントにおける担当者の関わりや支援計画表の内容、高齢者の予防行動といったアウトカムを反映する、総合的なアウトカム指標として活用できることが示された。

5 予防版 MDS・HC 活用の評価

最後に、予防版 MDS・HC が現場で活用可能な有用なツールであるかどうかについて評価を行った。

S市とT市の担当者は、「予防版 MDS・HC を用いたことで役立ったこと」として、「アセスメントをするうえで、見逃しがちな視点が補完された」「自分のアセスメントやケアプラン作成の裏づけになった」と評価していた。また、T市の担当者が「ケアプラン作成に役立った CAP」として高い割合で挙げた CAP は支援計画表にも高い割合で含まれている領域であったことから、予防版 CAP ガイドラインの内容は、実際の支援計画表に反映させることのできる実用的なものであることが明らかになった。

しかし、担当者にとって「役立った」割合と支援計画表から抽出された割合に差がみられた CAP もあった。この差について検討した結果、大部分は説明が可能であり CAP ガイドラインの活用において問題になるものではなかったが、「順守」の CAP については「疾病のコントロールのための定期受診を確実に行う」という内容をガイドラインに追加する必要性が示された。

以上より、予防版 MDS・HC は、一部 CAP ガイドラインの修正が必要ではあるものの、体系的なアセスメントの実施と実用的な支援計画の作成の点で有用であり、介護予防の標準化された手法として活用可能であることが示された。

結 論

- 予防版 MDS・HC を用いることで、担当者の介護予防ニーズの適切な把握と信頼関係構築への自信が生まれ、実際のプラン内容も充実した
- 高齢者が自ら積極的に介護予防に取り組むというアウトカムの向上がみられた
- 予防版 MDS・HC は、特定高齢者への訪問型介護予防事業、および地域包括支援センターにおける特定・要支援高齢者への介護予防ケアマネジメントの両方で活用できる有用なツールであることが示された
- 予防版 MDS・HC の地域支援事業および新予防給付における介護予防ケアマネジメントへの活用は、担当者と高齢者の両者にとって有意義なものであり、本研究で考案した手法が他の地域においても普及し、活用されることが望まれる。具体的な手順について、付録『1. 介護予防特定高齢者訪問事業での活用方法』および『2. 介護予防ケアマネジメントでの活用方法』を参照されたい。

資 料

有効な介護予防ケアマネジメントのために
～ 予防版 MDS-HC を使って ～

1. 「予防版 MDS-HC」の目的

高齢者の自宅を定期的に訪問し、心身の状況をアセスメントして予防的ニーズに応えようとする予防訪問の効果的な実践を目的として開発された。

2. 予防訪問のあり方

○2つのアプローチがある

1) 対人関係重視の訪問

- ・ 訪問の目的を対象者との信頼関係の構築に置く
- ・ 訪問自体に意義があるので、助言やサービスの調整は必ずしも必要としない
- ・ 訪問においてすることは対象者の裁量に大きく任される

2) 体系的なアプローチ

- ・ 包括的アセスメントを実施してニーズを抽出し、ニーズに対して予め規定された指導内容を徹底する
- ・ 継続訪問の目的は、指導内容の順守をモニターすること

○両者のアプローチを融合させた方法をめざす

- ・ MDS—HCに基づいて、それを柔軟に活用した『予防版 MDS-HC』を開発
- ・ 訪問者と高齢者の個別の信頼関係の構築を重視

3. 予防版 MDS-HC と CAP の関係

- ・ 予防版 MDS-HC は、対象高齢者に予防上の問題があるかどうか、どのような問題状況を把握するための項目。CAP は予防版 MDS-HC でとらえた問題状況の背景や要因、悪化の危険性、改善の可能性を検討する（アセスメント）ための視点とケアのヒントを整理したもの。
- ・ MDS-HC 方式は、この CAP が用意されているところに特徴がある。

表 1 予防版 MDS-HC, CAPs の意味

予防版 MDS-HC (Minimum Data Set-Home Care)	CAPs (Client Assessment Protocols)
<p>○在宅の要支援、特定高齢者等（以下、高齢者という）の予防プランや予防サービス利用プランを作成するために最低限必要なアセスメントデータセット</p> <p>○MDS-HC は高齢者の状態像（病状や生活状況など）を事実としてとらえ、まとめたものである</p> <p>○高齢者の包括的なアセスメントであると同時に、特定の問題や機能低下の危険性を示唆する「トリガー」（ひきがね、誘導項目）を含んでいる</p> <p>(Comprehensive Geriatric Assessment)</p>	<p>○現場の経験から、在宅の高齢者に起こりやすい問題であって、かつケアによって対応が可能なものとして設定されている「領域」</p> <p>○各領域の専門家が集まって、問題の所在や原因、危険性、可能性を探るための一般的な指針、さらにはケアの方向やヒントをまとめたもの</p> <p>○MDS-HC でとらえられた問題や機能低下の危険性や改善の可能性を、さらに詳細に検討するように設計されている</p>

表 2 予防版 CAP 一覧

<p><機能面></p> <p>1. ADL／リハビリの可能性</p> <p>2. 手段的日常生活能力 (IADL)</p> <p>3. 健康増進</p> <p><感覚面></p> <p>5. コミュニケーション障害</p> <p>6. 視 覚</p> <p><精神面></p> <p>7. アルコールの乱用と危険な飲酒</p> <p>8. 認 知</p> <p>10. うつと不安</p> <p>11. 高齢者の虐待</p> <p>12. 社会的機能</p> <p><健康問題></p> <p>13. 心肺の管理</p>	<p>14. 脱 水</p> <p>15. 転 倒</p> <p>16. 栄 養</p> <p>17. 口腔衛生</p> <p>18. 痛みの管理</p> <p>20. 皮膚と足の状態</p> <p><ケアの管理></p> <p>21. 順 守</p> <p>22. もろい支援体制</p> <p>23. 薬剤管理</p> <p>26. 向精神薬</p> <p>28. 環境評価</p> <p><失禁の管理></p> <p>29. 便の管理</p> <p>30. 尿失禁と留置カテーテル</p>
---	---

表3 予防版 MDS-HC の構成

A. アセスメント情報	I. 排 泄
B. 記 憶	J. 疾 患
C. コミュニケーション、聴覚	K. 健康状態および予防
D. 視 力	L. 栄養状態
E. 気分と行動	M. 歯および口腔状態
F. 社会的機能	N. 皮膚の状態
G. インフォーマルな支援の状況	O. 環境評価
H. IADL と ADL	P. 治療方針の順守
	Q. 薬 剤

<例> 『CAP15. 転倒』

MDS-HC ……転倒の既往（何回か）、不安定な歩行、転倒を恐れて活動を制限、をチェック

<以上のような人たちは転倒に危険性が高いが、これだけではどのように転倒を防止すべきか、または転倒の危険性があるのかが明確にならない>

CAP ……転倒の危険性を最小限にし、転倒による傷害を最小限にするために、以下の視点から検討を促す

1. 分析の視点

(1) 過去の転倒状況を把握する

(2) 内的危険因子を評価する

－心血管系の評価

－神経・筋の評価

－感覚器の評価

－その他 など

(3) 外的危険因子を評価する

－薬剤

－環境要因

－アルコール など

2. ケアの方向

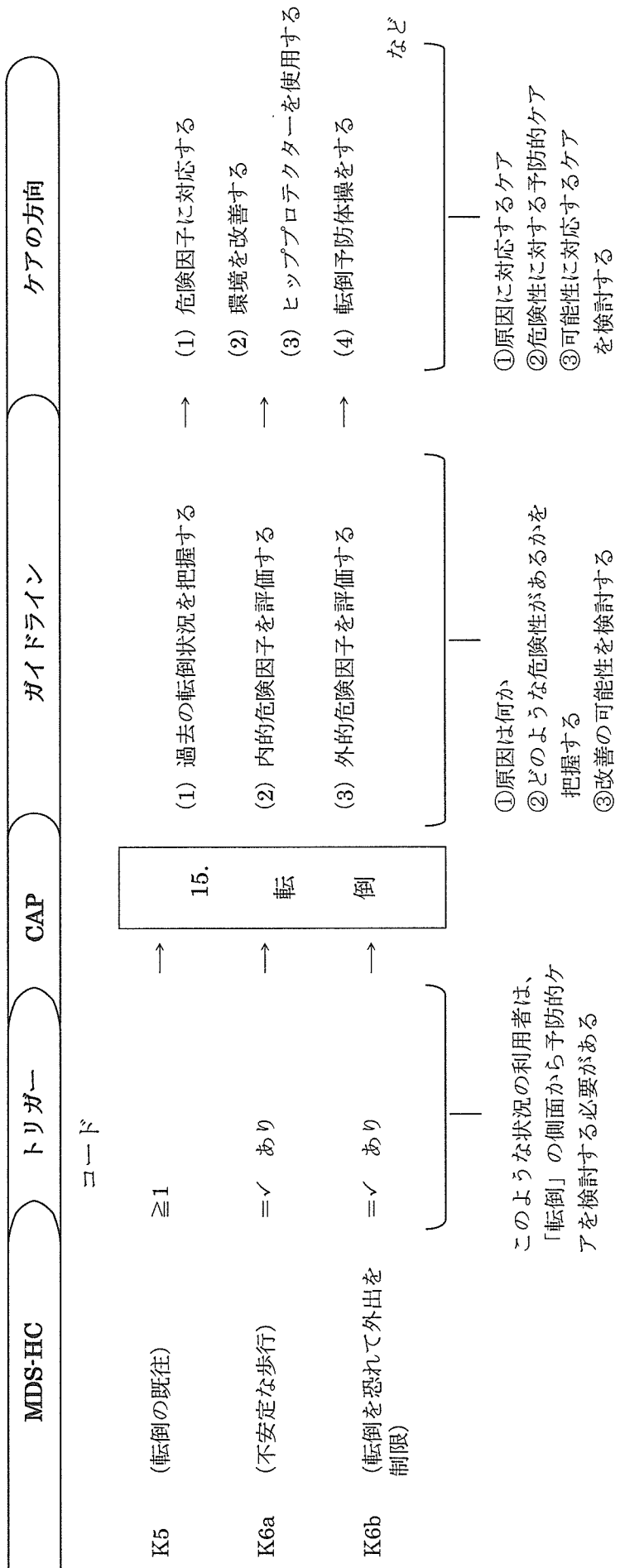
(1) 危険因子に対応する

(2) 環境を改善する

(3) ヒッププロテクターを使用する

(4) 転倒予防体操をする

【例：CAP15. 転倒】



4. 予防版 MDS-HC とオリジナル MDS-HC

予防版 MDS-HC とオリジナル MDS-HC との違い

アセスメント表	<p>予防訪問に必要なないアセスメント項目を削除 例：ADLのベッド上の可動性、褥瘡等を削除 約 270 項目→87 項目</p>
CAP トリガー	<p>トリガーの閾値をさげる（よりトリガーされやすい） 例：CAP30 尿失禁のトリガーは「週 2 回以上の失禁（I1 a= 3～5）」を予防版では「週に 1 回以上の失禁」とする</p>
CAP の内容	<p>予防に必要なない CAP を削除 30CAP→24CAP ※削除した CAP</p> <ul style="list-style-type: none"> 4. 施設入所のリスク 9. 行動 19. 褥瘡 24. 緩和ケア 25. 保健予防サービス 27. 在宅サービスの削減 <p>予防訪問に適した内容に再構成、訪問者の関わりを挿入 例：CAP 6 視覚</p> <p style="margin-left: 2em;">＜対象者の状況＞目がかすんで新聞が見えなくなった。目のかすみを取るため点眼薬をを持っているが、うまく入れられない</p> <p style="margin-left: 2em;">→目のかすみが強くなるときは医師に相談するように勧めた</p> <p style="margin-left: 2em;">→点眼の仕方を教えた上で、自分で簡単に点眼できる用具が薬局に売られている情報を提供した</p>

5. 予防版 MDS-HC 活用する方法

【基本型】

対象の高齢者の話を聞き、状態を確認して、悩みや抱えている課題を把握し（予防版 MDS-HC）、問題の所在を把握し（CAP トリガー）、問題の背景や要因、改善の可能性を検討する。

高齢者の意思を確認しつつ、できることを提案し、本人が自身の生活スタイルやサービス利用を決定することを支持する。

前回訪問の際に決定した内容が守られているか、それが効果を示しているか確認し、高齢者にも話をする。

CAP3健康増進

<STEP1> 本人や家族の話から「健康増進」の問題を把握する（予防版 MDS-HC）

（体力）・自分で階段を上ることができない

- ・外出回数が少ない
- ・過去3日間の活動が2時間以内

（喫煙）・毎日喫煙している

<STEP2> トリガーされることを確認（CAP 選定表）

<STEP3> CAP ガイドラインを活用する

STEP3-1. 健康増進の意味を訪問者自身が理解する（CAP より）

- ・運動や禁煙が高齢者の生活・QOL に寄与することは、近年の研究成果として知られるようになっている
- ・運動量を少しでも増やしたり、禁煙することによって得られる健康上の効果は高齢者にとっても非常に大きい

STEP3-2. 健康増進への対象者の興味・関心を引き出す（CAP より）

（1）健康増進に関する話題に触れる

- ・訪問における会話（高齢者および家族との）は、健康に関する会話を始めるのに絶好の機会である
- ・支援的なかかわり方をし、決して評価を下すような態度をとらない（非審判的態度）
- ・高齢者の自覚を促し、その後の受け入れをスムーズにする。
- ・高齢者が健康に関する話題に拒否している場合、それ以上の展開は次回以降にする。

- ・積極的であれば、以下についてアドバイスする。①生活を変えることによる健康上の効果、②より健康的な生活をするうえで障害となっていることへの対処法、③在宅や地域において生活を改善させるための方法、など

(2) 構造化された会話を進める

- a. 構造化された会話
- b. 受身的な関与を誘発する危険因子への注意
- c. 高齢者との共同作業による代替案の作成
- d. 前回話し合った内容のフォローアップ

(3) 自主的な決定を支援する

- ・本人が生活習慣を変えることに対して持っている意識や態度を評価する（具体的な情報を得て生活を変えられる高齢者もいる）
- ・高齢者は自分の努力を低く評価しがちであるため、少しでも自分で向上しようにする機会を奪わない
- ・高齢者の自主性を尊重することと高齢者を元気づけ、励ますことのバランスを取らなければならない
- ・「健康増進に焦点をあてた会話をすること」自体がケアの一つであることを自覚する
- ・高齢者を支えている家族や友人らの援助を促進すること

(4) 健康増進についての会話（構造化された会話）

- ・有効的なくつろげる雰囲気をつくる
- ・高齢者自身が自分の生活や健康について考え、整理する機会を与える
- ・自立している活動についてたずねる
- ・健康状態と援助を増やす必要性を評価する
- ・症状や不安なこと、痛み、落ち込んだ気分、服薬の状況などについてたずね、本人の自尊心を支える
- ・食生活や運動習慣、喫煙について話し合う
- ・孤独感、近隣の環境、社会的な孤立、過保護な状態、などの人間関係や社会的環境の問題について話題にする
- ・話の中で高齢者の意欲につながりそうな情報に耳を傾ける（内に潜む可能性を過少評価しがちなので注意する）

STEP3-3. ケアの方向を検討する

(1) 運動プログラムをたてる

- ① 動機付けの向上
- ② 運動プログラムをたてるうえでの留意点
- ③ 具体的な運動プログラム

(2) 禁煙をはたらきかける

- ① 動機付けの向上
- ② 動機付け別の禁煙プログラム
- ③ 禁煙後の関わり

<STEP4> 決まったことを高齢者とともに確認し「介護予防プラン」を作成する

- ・訪問者は自ら解決の必要性と方法について、判断する必要があるが、高齢者本人が決めるように働きかける
- ・決めたことをプランとして書き留める（本人に書いてもらう、または口述筆記）

<留意点>

- ・本人の課題：本人が解決すべきと自覚した課題
○○な生活をしたい、○○をやめたい、など
- ・本人の目標：課題が解決されたときに達成される姿
○○をするようにする、○○になる、など
- ・高齢者が具体的な情報を必要としている場合は情報提供する。その場で分からない場合は、期限を決めて知らせる（いつまで調べてご連絡します）

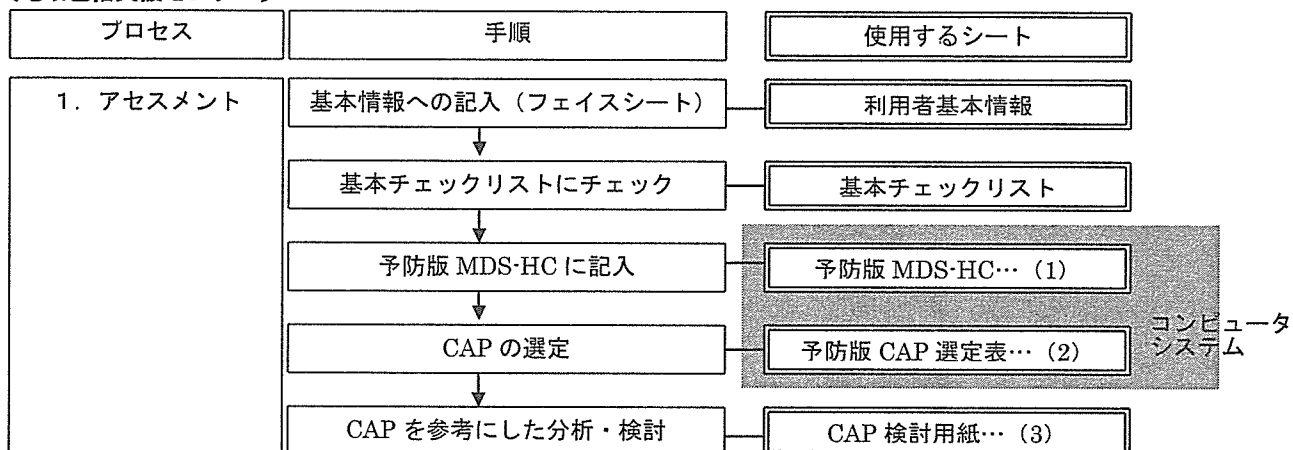
<STEP5> 「訪問記録票（試案）」への記載

- ・当日の訪問をふりかえり、今後のアドバイスに役立てるために記録する
- ・今年度は「(試案)」を使用し、使用してみても意見を聞きながら改良する予定
- ・「(試案)」には一部、調査のための項目がある

6. 介護予防ケアマネジメントへの『予防版 MDS-HC』の活用方法

(介護予防ケアマネジメント業務マニュアル 41 ページ参照)

[地域包括支援センター]



↓ (アセスメントの体系)

アセスメント領域	活用すべき CAP
運動・移動について	CAP1.ADL/リハビリテーションの可能性 (CAP2.IADL の移動手段) CAP15.転倒
日常生活 (家庭生活) について	CAP2.IADL
社会参加・人間関係 コミュニケーション	CAP5.コミュニケーション CAP10.うつと不安 CAP12.社会的機能
健康管理について	CAP3.健康増進 CAP18.痛みの管理 CAP6.視覚 CAP20.皮膚と足の状態 CAP7.アルコール CAP21.順守 CAP8.認知 CAP23.薬剤の管理 CAP13.心肺の管理 CAP26.向精神薬 CAP14.脱水 CAP29.排便の管理 CAP16.栄養 CAP30.尿失禁と留置カテーテル CAP17.口腔衛生
その他	CAP11.高齢者の虐待 CAP22.もろい支援体制 CAP28.環境評価

訪問記録票 (試案) … (4)

2. 介護予防プランの作成

- 目標設定
- ↓
- 支援計画
 - ・支援のポイント
 - ・セルフケアや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

後半

介護予防サービス・支援計画表

前半

[事業所]

3. サービス提供

アセスメント-プラン-実行-評価

[地域包括支援センター]

4. 評価

・モニタリング (評価)

介護予防サービス・支援評価表