

質問9 身の回りのことを、自分でできることはできるだけ自分でしよう、と心がけていますか？

1 2 3 4  
いつもそう 大抵そう あまりそうでない 全くそうでない

質問10 毎日の食事の栄養バランスに、気を使っていますか？

1 2 3 4  
いつもそう 大抵そう あまりそうでない 全くそうでない

質問11 気分が沈んで憂うつになることがありますか？

1 2 3 4  
ほとんどない 時々ある かなりある いつも

質問12 身近に1人でも、自分の気持ちを話したり、悩み事を相談できる人がいますか？

1. いる 2. いない

●最後に、介護予防のサービスについてうかがいます。

質問13 ご自身の「介護予防サービス・支援計画表」の内容に満足していますか？

1 2 3 4  
非常に満足 やや満足 やや不満足 非常に不満足

質問14 市の介護予防サービスについてご意見やご感想などを、ご自由にお書きください。

質問は以上です。ご協力、どうもありがとうございました。

付 録

## 付録1 介護予防特定高齢者訪問事業での活用方法

介護予防ケアマネジメントにおいて、介護予防サービスを提供する事業者によるアセスメントおよびプランの作成が義務付けられた。予防ケアマネジメントを担う地域包括支援センターの役割は、場合によってはサービスのコーディネーターとなり、サービスの提供を受けて、利用者がどのような生活を継続しているか、もし継続が困難になりそうな場合、それはなぜか、他の方法で支援できないか、などを評価していくことが重要な役割でなっていると見える。そうしたことから、事業者が利用者のアセスメントからサービス提供、そしてその結果を伝え、一緒に評価をしていくというプロセスの繰り返しが重要である。

以下では、特定高齢者を対象とした「訪問指導利用計画（すこやかプラン）」作成の事例を通して、予防版 MDS・HC、CAPs の流れを概説する。

### 【事例】Sさん 女性、70歳 要介護1の夫と二人暮らし

#### <Sさんの概要>

平成17年4月、腰部脊椎狭窄症により、左下肢にしびれを感じ、椅子からの立ち上がりや歩き始めに時間を要する状況になった。家事全般は、夫に手伝ってもらいながら、休み休み時間をかけて行っていた。夫には脳梗塞の既往があり、後遺症による若干の左麻痺のため歩行機能にやや障害がある。

（特定高齢者になった経緯）

平成18年7月5日、地域包括支援センターに本人に相談があった。7月10日、保健師が訪問し、基本チェックリストにより特定高齢者と認定した。アセスメントの上、家庭内での運動や買物など歩くことで、筋力向上を図るよう介護予防サービス計画書を作成した。地域支援事業である訪問生活動作指導（PTによる）と訪問指導（訪問指導員による心身状況の継続的把握と健康相談）の提供が決まった。（7月14日、計画の策定）

8月2日、訪問指導員が第1回目の訪問を行った。

## 【 地域包括支援センターからの依頼と情報 】

地域包括支援センターからは、「利用者基本情報」と「介護予防サービス・支援計画表」が提示され、以下のように S さんの状況が把握された。

### <家族構成>

夫との間に子どもは 1 人（女性）で、現在、40 代後半、S さんの家の近くに住んでいる。長女は看護師をしており、S さん夫婦は健康に関することを娘に相談している。夫は要介護 1 で、S さんは夫の介護をしている。夫は歩行機能に障害があるほか、ガスの止め忘れや鍵のかけ忘れがある。大事に至っていないが、娘は心配している。

### <状 態>

身体面：週替わりに不眠になり、そうすると血圧が不安定になって体調不良になることがある。

社会面：子どものころからの友人とも連絡をとって近況について話をしている。年に 1～2 回、娘家族と温泉に行くことを楽しみにしている。週に 2 回の通院と買物以外には外出しなくなった。庭仕事が好きで、庭の手入れをしている時に近所の人と立ち話をしている。

精神面：家事を手伝ってくれる夫が、時々ガスの締め忘れをしたりする。それを注意すると、夫が不機嫌になるので気を遣う。夫への気遣いがストレスになると感じている。

## 【 訪 問 】

第一回訪問（8 月 2 日）：左下肢の麻痺の状況、夫の介護状況について確認することを目的に訪問した。

### （1）訪問時の面談

訪問時に次のような話をした。会話の内容は以下のようなものである。会話の内容については、S さんに了解を得て、重要な点のみメモをとる。

- ・「つい最近、夫が前立腺手術のために 2 週間入院し、先日退院してきた。」と S さんが話しを始めた。そこで、夫がいなかった間、どのように過ごしたが、不便がなかったか、を尋ねた。「家事は自分ができることだけを工夫しながら行った。」「この間、良く眠れた。」「夫の見守りから開放され、始めて自分がストレスを感じていたことを知った。今日は話を聞いてもらってよかった。」とのこと。
- ・しびれの様子と家事について聞いてみると、「疲れてくると、しびれも痛みになるので、ゆっくり工夫しながら家事をしている」と。無理をしないで工夫していくことが大切なので、継続していくこと、9 月には訪問による動作の評価と運動の指導（訪問生活動作指導）があることを伝えると、「楽しみにしている」とのこと。
- ・訪問時に訪問指導員から出された話（助言等を含む）は以下のようなことである。

○不眠の要因がいくつかあるようなので、一つひとつ解決に向けていきましょう。夫の介護もストレスになっていることも考えられるので、私が話をうかがいますので、よい方法を一緒に考えていきましょう。

○現在の動作で工夫していることや運動を継続し、経過をみていきます。PTの指導を受け、自分なりに運動ができるようにしていきましょう。

## (2) 予防版 MDS-HC と CAP の検討

事務所に戻って、話をしたことを中心に予防版 MDS-HC におとし（資料付 1-1）CAP を活用して整理する。CAP の活用は、CAP 検討用紙（資料付 1-2）を参照のこと。

CAP は「2. IADL」「10. うつと不安」「18. 痛みの管理」の 3 つの CAP を検討し、それぞれの原因を整理した。

## (3) 訪問記録票への整理（資料付 1-3）

会話の内容を訪問記録票に整理する。同時に、予防版 MDS-HC からトリガーされる CAP を確認し、訪問記録票に「選定された CAP」に○、「重要と思われる CAP」に◎を入れる。今回は「トリガーされなかったが検討が必要な CAP」はなかった。

## (4) すこやかプランの作成（資料付録 1-4）

訪問時の話を含め、CAP 検討結果から、「すこやかプラン（訪問指導利用計画）」を作成する。

B. 記憶

B1. 記憶を想起する能力 CAP6 [4. 聴覚]	a. 短期記憶：5分前のことが思い出せる、あるいはそのように見える 0. 問題なし 1. 問題あり <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B2. 日常の意思決定を行うための認知能力 CAP8 [4. 聴覚]	a. どの程度自分の判断でその日の活動をうまくしとげられるか (たとえば、起床や食事すべき時間がわかる、衣服を選ぶことができる、どんな活動をすることがわかる) 0. 自立：首尾一貫して理にかなった判断ができる 1. 限定的な自立：新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難がある 2. 軽度の障害：特別な状況において、判断力が弱く、合図や見守りが必要 3. 中程度の障害：常に判断力が弱く、合図や見守りが必要である 4. 重度の障害：判断できないか、まれにしか判断できない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
コミュニケーション、聴覚 C1. 聴覚 CAP5 [3. コミュニケーション]	もし使用していれば、補聴器具を使って 0. 十分に聞こえる：通常会話、テレビ、電話、インターホン 1. 静かな場所でない場合にはわずかながら障害がある 2. 特別な状況でないと聞こえない：はっきりとした話し方をする必要がある <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C2. 自分を理解させることができる (伝達能力) CAP5 [3. コミュニケーション]	どんな方法を用いて表現してもよい 0. 理解させることができる：容易に考えを表現できる 1. 通常は理解させることができる：十分に時間が与えられていないと、言葉を思い出したり、考えをまとめるのが困難、意図を引き出す必要はない 2. しばしば理解させることができる：言葉を思い出したり、考えをまとめるのが困難、意図を引き出す必要がある 3. 時々理解させることができる：その能力は具体的な欲求に限られる 4. ほとんどまたはまったく理解させることができない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

D. 視力

D1. 視力 CAP6 [4. 聴覚]	適切な明るさのときの視力(もし使用していれば、眼鏡等を用いて) 0. 十分：新聞・本の細字も含めて細かい部分まで見える 1. 障害：大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない 2. 中度障害：視力が限られている、新聞の見出しは見えないが、物を識別できる 3. 重度障害：物を識別することは難しいが、目で物体を追っているようである 4. 最重度障害：見えない、あるいは明暗、色、形を識別できるだけ目は物体を追わない <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------------------------	--

該当する番号を1つ選ぶ  該当するものをすべてチェック

予防版 MDS-HC

とくに指示がない限り、過去3日間で評価する。

A. アセスメント情報

対象者氏名	S E M
-------	-------

アセスメント担当者 氏名

氏名	K
----	---

18年度 第1回訪問	アセスメント基準日	平成18年 8月 2日
年度 第 回訪問	アセスメント基準日	平成 年 月 日
年度 第 回訪問	アセスメント基準日	平成 年 月 日
年度 第 回訪問	アセスメント基準日	平成 年 月 日

※ [1 運動] ~ [5 その他] は、介護予防サービスク画書の「アセスメント領域」の区分を示しています。

該当する番号を1つ選ぶ  該当するものをすべてチェック

D2. 視野の制限・障害  
CAP6 [4. 健康]

光のまわりにかさや輪が見えたり、目にかすみがかかったようにみえたり、閃光が見えた

0. いいえ  1. はい

E. 気分と行動

E1. うつ状態、不安、悲しみの気分の兆候  
CAP10 [3. 社会参加]

過去3日間に観察された兆候(理由のいかんを問わない)

0. 過去3日間、観察されていない  
1. 過去3日間に1~2日間観察された  
2. 過去3日間毎日観察された

a. 悲しみやうつ状態(たとえば、生きている価値がない、もうどうなってもよい、自分はだれの役にもたない、死んだほうがましだ)

b. 自分や他者に対する継続した怒りや悲しみ(たとえば、怒りっぽい、受けているケアに対して怒る)

c. 現実には越えられないことに対する恐れを表現する(たとえば、捨てられる、とり残される)

d. 健康上の不満を繰り返す(たとえば、常に医者の関心をひきかざる、体のことはかり心配している)

e. たびたび不安、心配ごとを訴える(たとえば、日課、食事、洗濯、衣服、対人関係などで人の注意をひいて、そのことに「だいたいよぶ」といつてもらいたい)

f. 悲しみ、苦悶、心配した表情(たとえば、しかめっ面)

g. 何回も泣いたり涙もろい

F. 社会的機能

F1. 関与  
CAP12 [3. 社会参加]

a. 人と気軽に関わっている(たとえば、人と過ごすことが好き)  
0. 気軽に関わっていない

F2. 社会的活動の変化  
CAP12 [3. 社会参加]

過去90日間において、社会的、宗教的、あるいは仕事や趣味の活動への参加が減っている。もし減っているなら、それで悩んでいる

0. 減っていない  
1. 減っているが、悩んでいない

2. 減っており、悩んでいる

F3. 孤立  
CAP10 [3. 社会参加]  
CAP22 [5. その他]

a. 日中、1人での時間(後者を除く)  
0. ほとんど、または全くない

1. 1時間程度

3. いつも

G. インフォーマルな支援の状況

G1. 介護者について  
CAP23 [5. その他]

a. 主介護者氏名 (ア): 夫

b. 副介護者氏名 (イ): 娘

c. 同居の有無  
0. 同居

1. 別居

2. インフォーマルな介護者はいない(Hへ進む)

d. 利用者との関係  
0. 子供または子供の配偶者

1. 配偶者

2. 他の家族・親戚

3. 友人・近所の人

援助している分野  
0. はい  1. いいえ

f. IADL援助

g. ADL援助

該当する番号を1つ選ぶ  該当するものをすべてチェック





1. 排泄 (過去7日間)

<p>1.1. 尿失禁</p> <p><b>CAP30</b> [4. 健康]</p> <p>a. 過去7日間の尿失禁、尿がもれていても、皮膚が濡れていなければ、コントロールとする</p> <p>0. 完全にコントロールできる：カテーテルや採尿する用具を使用していない</p> <p>1. 完全にコントロール・カテーテル使用：カテーテルや採尿する用具を使用して尿がもれていない</p> <p>2. 通常は失禁しない：週1回以下</p> <p>3. 時々失禁する：週2回以上だが、いくらかコントロール</p> <p>4. しばしば失禁する：毎日失禁の傾向だが、いくらかコントロールが保たれている (例えば日中だけなど)</p> <p>5. 失禁状態：膀胱のコントロール不十分、毎日頻回に失禁</p> <p>8. 膀胱から尿の排泄がなかった</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	---

J. 疾患

<p>J.1. 疾患</p> <p>医師の診断を受けていて、現在の状態に影響している疾患、治療や症状の管理を要する疾患、過去90日間において入院理由となった疾患</p> <p>a. 脳血管障害 (脳卒中)</p> <p>c. 冠状動脈疾患</p> <p>d. 高血圧</p> <p>e. 不整脈</p> <p>q. 白内障</p>	<table border="1"> <tr><td>a</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>q</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
d	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<p>J.2. その他の疾患名</p> <p>脊髄管狭窄症</p>																															

K. 健康状態および予防

<p>K.2. 現症</p> <p>a. CAP29(23)</p> <p>d. CAP16</p> <p>[4. 健康]</p>	<p>過去3日間のうち2日以上存在した症状をすべてチェック</p> <table border="1"> <tr><td>a. 下痢</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c. 発熱</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d. 食欲不振</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	a. 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. 発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. 食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
c. 発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
d. 食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p>K.3. 現症</p> <p>b. CAP29(23)</p> <p>d. CAP13</p> <p>[4. 健康]</p>	<p>過去3日間にみられた症状をすべてチェック</p> <table border="1"> <tr><td>b. 便秘 (過去3日間排便がない)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c. めまい、めまい感</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e. 息切れ</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	b. 便秘 (過去3日間排便がない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. めまい、めまい感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. 息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 便秘 (過去3日間排便がない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
c. めまい、めまい感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
e. 息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

4. 痛み

**CAP18** [A. 健康]

<p>a. 痛みの訴えや微子があった頻度</p> <p>0. 痛みはない(0-0)にも0を記入)</p> <p>1. 毎日ではない</p> <p>2. 1日1回</p> <p>3. 1日数回(朝と晩など)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>b. 痛みの強さ</p> <p>0. 痛みはない</p> <p>1. 軽度</p> <p>2. 中等度</p> <p>3. 重度</p> <p>4. 耐えがたい痛みとなるときもある</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>c. 利用者からみて、痛みは通常の活動に支障をきたしている</p> <p>0. きたしていない</p> <p>1. きたしている</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>d. 痛みの箇所</p> <p>0. 痛みはない</p> <p>1. 局在する一ヶ所</p> <p>2. 複数箇所</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>e. 利用者からみて鎮痛薬が適切に効いている</p> <p>0. 思っている、あるいは痛みはない</p> <p>1. 適切に効いていない</p> <p>2. 痛みはあるが、鎮痛薬を使用していない</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>K.5. 転倒頻度</p> <p><b>CAP15</b> [1. 運動]</p>	<p>過去90日間に転倒した回数(9回以上のときは9、ないときは0)</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>K.6. 転倒の危険</p> <p><b>CAP19</b> [1. 運動]</p>	<p>a. 不安定な歩行</p> <p>b. 転倒を恐れて外出を制限(バスに乗るのをやめる、他者と一緒でなければ外出しないなど)</p>
<p>K.7. 生活習慣</p> <p>a. CAP7</p> <p>c. CAP3</p> <p>[4. 健康]</p>	<p>a. 過去90日間にお酒の量を減らしたほうがよいと思ったり、他者に減らすように言われたり、あるいは他者が本人の飲酒を心配していた</p> <p>c. 毎日、喫煙</p>
<p>K.8. 健康状態</p> <p>a. <b>CAP10</b> [3. 社会参加]</p>	<p>a. 健康状態がよくないと感じている(質問した場合に)</p> <p>b. 思考、ADL、気分や行動を不安定にするような病態や症状(変動や悪化)</p>
<p>K.9. その他の状況</p> <p><b>CAP11</b> [5. その他]</p>	<p>a. 家族や現在介護してもらっている者に対して恐れをいだいている</p>

該当する番号を1つ選ぶ  該当するものをすべてチェック



## CAP検討用紙

利用者名 \_\_\_\_\_

CAPs	ガイドライン	
	ガイドラインに沿って問題の要因や危険性・可能性を検討（課題を設定する）	ケアの方向性およびケア内容を検討する（短期目標を設定する）
・トリガーとその具体的状況  2.IADL 家事一般（食事の用意）について ・「いづらか困難」 ・掃除「援助してもらっている」	疾病のため、長時間の立位や中腰姿勢をとるのが困難であり、自分でできるところはゆっくりやり、できない掃除や重いものを持つなどは夫の協力を得て行っている。	・食事の準備、調理の時は、イスに腰かけながら行ったり、調理しやすい材料（カットしてあるもの、電子レンジの使用など）を利用し、短時間でできるものを工夫してみる ・下肢筋力アップを図る ・夫の協力を得る ・夫への負担が大きくなったときは、ヘルパー利用も考慮してみる。  目標：家事が無理なく行える
10.うつと不安 「健康状態がよくなないと感じている」 「気分、行動を不安定にするような原因がある」	<定義（不安）> 週がわりで不眠となることが多い。眠れないと血圧が不安定になる <問題の背景> うつの危険因子と考えられること： ・下肢のしびれや痛み ・夫の介護をしていて言葉遣いや行動に気を遣う ・家にずっといるので気分転換ができない ・庭いじりができなくなった <分析の視点> ○身体・社会的要因の把握 昨年と比べて歩行後の疲れが増している、足腰が衰えたと感じる 夫の介護や物忘れに対する見守りを当たり前と考えていたが、夫が入院していた2週間はよく眠ることができ、負担だったと自覚した ○状態を詳細に把握 不眠がいつからどのように続いているか確認する必要がある	<ケアの方向> ・不眠時は日中横になり、休息をとる ・不眠となりやすい原因の除去、軽減を図る ・下肢のしびれ、痛みに対して ・夫の介護について（話の傾聴と接し方の指導） ・気分転換、運動不足に対して（夕方など、涼しい時間にイスに腰かけて庭の手入れ、夫を誘っての近所の散歩、入浴） ・血圧の変動や自覚症状の把握 ・睡眠不足により、体調不良が強くなるなら医師に相談し、睡眠導入剤などを処方してもらい内服してみる（現在は使いたくない） ・食欲低下はないか、注意する  目標：睡眠や休息が十分にとれ、体調が安定する
15.転倒 「不安定な歩行」  18.痛みの管理 （しびれは常に、痛みは時々）	・昨年と比べると、歩行時の疲労感が強く、下肢筋力の低下を感じる ・左下肢のしびれは常にあるが、痛みとなることもあり、右下肢への負担（膝部、足関節のはれ）も感じる	・下肢筋力アップに対する対策は、訪問動作指導を受け（9月）、体力維持向上の方法について身に付ける。その後、フォローアップを行う。 ・しびれ、痛みの強い時→ボルタレン軟膏塗布、マッサージや足枕の使用、入浴・足浴など（必要時は整形での治療）

## 訪問記録票

訪問日時	17年8月2日(1回目) AM・PM 時 分 ~ 時 分			指導員名	
氏名	Sさん	年齢	70歳	特定高齢者内容	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7

1. 訪問の具体的な目的		左下肢のしびれと夫の介護状況について把握する				
2. 前回合意内容の順守状況と理由						
3. 問題状況の整理			4. 支援内容			
CAP	選定	本人の状況			<p>10 不眠や体調不良は、体力や心の余裕を失わせませぬ。不眠の原因を取り除くことと日中身体を動かすことで体調を管理しましょう</p> <p>→介護は当たり前と思っていたが、聞いてもただで気持ちが悪くなった</p> <p>→夫との関係を良好に保つような接し方や方法を話し合います。</p> <p>2 家事ではどのような工夫をしていますか。</p> <p>→なべなど重いものを持つときの工夫、急に腰を曲げたりしない、など</p> <p>→9月には訪問動作指導を予定していますので、夫と一緒に訓練してみたいかがでしょう</p> <p>→今から楽しみにしている。以前のように2人で散歩やできたら山菜取りにでかけたい</p>	
1	ADL/リハ		10 うつと不安			
2	IADL	◎	夫が前立腺肥大のため2週間入院し数日前に退院。その間良く眠れた。体調もよい。			
3	健康増進		夫の介護から開放されストレスがたまっていたことが自覚できた。			
5	コミュニケーション		2 IADL			
6	視覚		家事は休み休み、自分でできないところは夫に手伝ってもらいながら行っている。左下肢のしびれは常にあり、無理すると痛む。庭の手入れや運動をかねた買物もつらくなる。			
7	アルコール		自分でできる運動や家事の工夫をしている。夫と一緒に運動し、散歩してもらいたいと思う。			
8	認知		口腔ケアについての話題			
10	うつと不安	◎	6ヵ月ごとに夫婦で歯科定期検診に欠かさず行っている。常に水分補給をし、口腔内筋力低下をしないように嚥下体操を行っている。			
11	虐待					
12	社会的機能					
13	心肺の管理					
14	脱水					
15	転倒	○				
16	栄養					
17	口腔衛生					
18	痛みの管理	○				
20	皮膚と足					
21	順守					
22	もろい支援体制					
23	薬剤管理					
26	向精神薬					
28	環境評価					
29	排便の管理					
30	尿失禁					
6. 次回の訪問目的		7. 関係機関との連携			8. その他	
痛みの程度が悪化していないか、外出が出来るか、運動しているか		次回は地域包括支援センターの担当と同行。訪問指導のPTに連絡				
					5. 本人が合意した内容	
					良眠できるように、日中の運動や過ごし方を工夫する。	

## すこやかプラン（訪問指導利用計画表）

作成日 平成 18年 8月 3日

氏名 Sさん

訪問指導員名

1年間の目標	健康を維持して家事をしたり買い物に出かけたりしながら、自分なりに楽しく生活する。
目標を達成するためにできること	筋力をつけて左下肢の痛みを軽減し、家事や趣味を楽しむ。
訪問指導員ができること	夫との生活の様子を傾聴し、毎日の運動を実施しているか確認する。血圧の変動や痛みの状況など体調管理のアドバイスをを行い、困ったことがあったら相談にのる。

解決したいこと	目 標	具体的方法	目標の達成度
1. 週がわりで不眠になることが多く、血圧の変動や体調不良となることが多い	睡眠や休息が十分に取れ、体調が安定する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・左下肢の痛みに対してボルタレン軟膏を塗る</li> <li>・夜間不眠時は日中睡眠をとる</li> <li>・庭の手入れや散歩などで気分転換を図る</li> <li>・夫の介護について訪問指導員に話をする</li> </ul>	<p>&lt;10/23&gt; △ (本人の評価)</p> <p>月に 2,3 回不眠の日が続くが、休息はとれている。血圧の変動があり、記録をとり内科受診時に医師に見せている。夫の介護負担は感じるが、夫も家事を手伝ってくれるようになり、まだ二人で生活していけるという自信がついた。</p>
2. 左足のしびれと下肢筋力の低下により、家事の負担が大きく、趣味も思うようにできない	趣味の庭の手入れと家事が無理なく行える	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問生活動作指導を受け、その後自分でリハビリテーションを行う</li> <li>・夫も一緒にできる運動の声をかける</li> </ul> <p>(家事の工夫)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・台所ですぐ座れるように椅子の用意、レンジの使用、過渡野菜の利用などの工夫</li> </ul> <p>(趣味の継続)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・庭の手入れをする際は腰掛けて行えるようにする</li> <li>・週 4～5 回の買い物がてら、花や木をみながら散歩する</li> </ul>	<p>&lt;10/23&gt; △ (本人の評価)</p> <p>教えてもらったリハビリは 1日 1回続けている。しかし、ショッピングカートを引いての買い物が困難になってきており、歩行支援車の利用を検討している。家事や庭仕事は続けているが無理をしている。</p> <p>(訪問指導員の評価)</p> <p>今後、歩行支援車を利用することで身体への負担が軽減し、リハビリの効果も期待できると考えられる。要支援の認定を申請することとし、地域包括支援センターに報告した。</p>

## 付録2 介護予防ケアマネジメントでの活用

ここでは、予防版 MDS-HC を活用した介護予防サービス・支援計画表（以下、支援計画表とします）の作成方法について述べます。Ⅱ - 1 では CAP の検討に基づく支援計画表作成のプロセスを、Ⅱ - 2 ではこの方法で支援計画表を作成した事例を紹介しています。

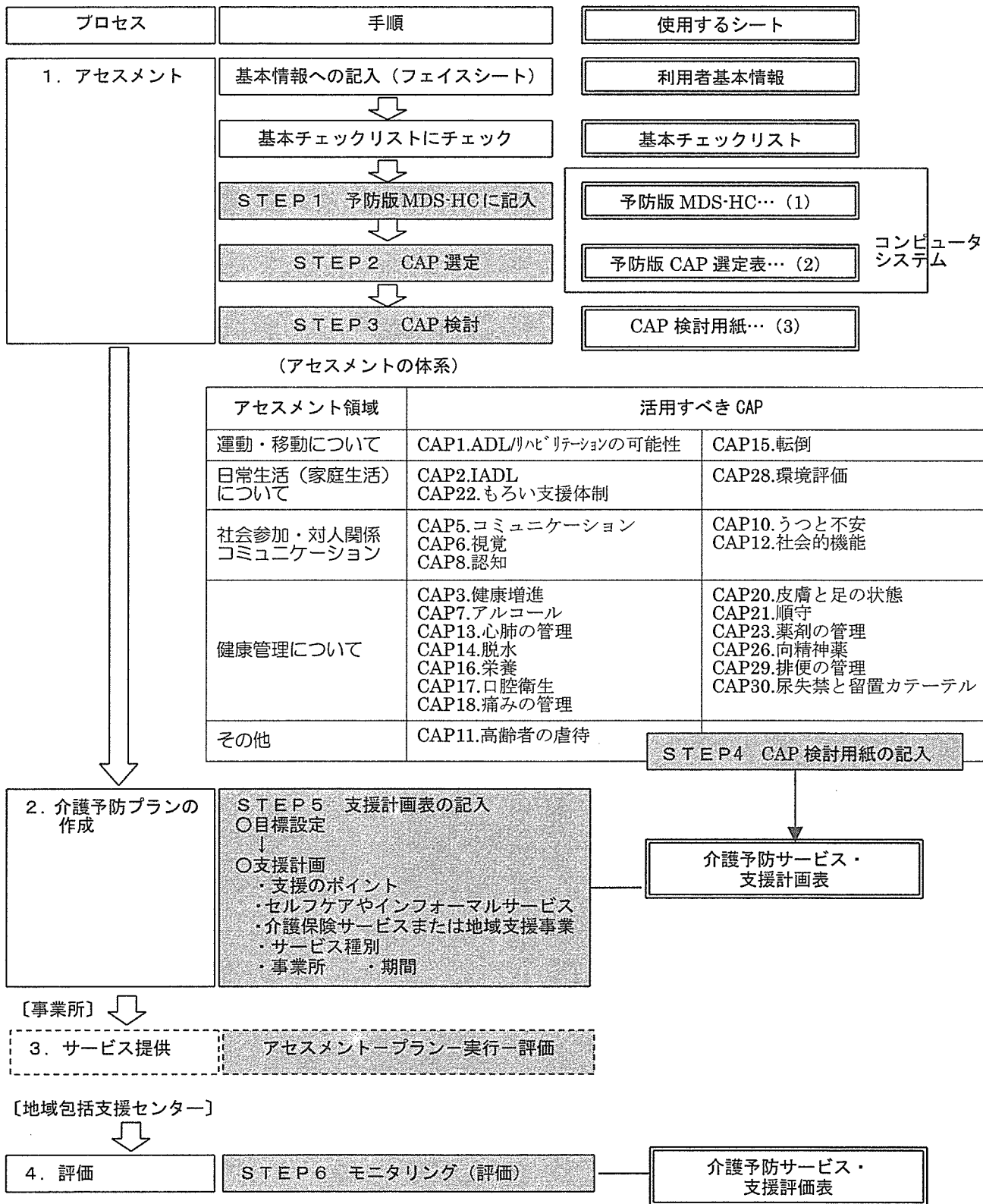
このプロセスは、予防版 MDS-HC によって選定された CAP を一つひとつ詳細に検討し、それを支援計画表に落とし込んでいく方法です。予防版 MDS-HC で選定される CAP は複数に関連し合っていることが多く、わざわざ一つひとつについて検討を行うのは面倒だと思われるかもしれません。しかし、特に予防版 MDS-HC を用いた支援計画表の作成を始めたばかりの方は、始めの数例だけでも、ここに示すプロセスに沿って支援計画を作成してみてください。選定された CAP を丁寧に検討し包括的にアセスメントを行うことで、本質的な問題点を明確にすることができます。その結果、総合的な課題や支援方法を適切に導き出すことが可能になるのです。

このような基本的なプロセスで何例か支援計画を作成していくうちに、CAP ガイドラインの内容が頭の中で蓄積されていき、選定された CAP を一つひとつ検討しなくても、関連する CAP 同士を頭の中で統合させて、検討の中心となる総合的課題を導き出せるようになります。さらに慣れてくると、CAP 検討用紙を用いずに総合的課題や目標、支援方法を頭の中で整理しながら、支援計画表に直接記入していけるようになってくるでしょう。この簡略化した手順については、Ⅱ - 3 で紹介しています。

# 1. 予防版 MDS-HC を用いた介護予防ケアマネジメントのプロセス

## 全体の流れ

(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)



## STEP1 予防版 MDS-HC アセスメント表の記入

### STEP2 CAPs 選定

予防版 MDS-HC のアセスメントの結果から、「CAP 選定表」を用いてトリガーされた CAP を確認します。また、トリガーされなくても検討が必要と判断した CAP についても選定します。

### STEP3 CAP 検討

トリガーされた CAP について、予防版 CAP を検討します。この段階は、今までに得た情報を手がかりとしながら、気になる情報に関係することがらについてさらに情報を追加して、詳しく調べたり、既存の知識や経験知と照合したりしながら分析を進め、介入可能な課題として情報を集約する段階です。

#### (1) CAP の構造

各 CAP は、大きく 4 つのパートから構造されています。

- I. 目的：当該 CAP を検討することの目的
- II. トリガー：どのような対象者が当該 CAP の検討の対象になるかを表す条件
- III. 定義と問題の背景
- IV. ガイドライン：より詳細にアセスメントする視点（分析の視点）とケアの方向

分析の視点には、本 CAP を分析する際の標準的な視点や留意事項がまとめられ、関連する問題の有無、原因や要因、問題の可能性、悪化の危険性を洗い出すように整理されています。

#### (2) どの CAP を検討するか

選定されたすべての CAP を検討することが望ましいですが、現時点ではあまり問題ではなく今後も問題となる可能性が低いものや、検討を行う上で現段階の情報では不十分である CAP については除外して構いません。逆に、トリガーの条件に当てはまらなくても、本人にとって CAP のガイドラインの内容が有用な場合は、検討する CAP に含めましょう。

#### (3) CAP の検討の仕方

基本的には CAP のガイドラインを最初から最後まで読むことが基本です。その際、本人の状況と照らし合わせて、さらに確認すべき点がないか（アセスメントの見落としがないか）、どのような対応が可能かに留意し、関連する問題の有無、原因や要因、問題の可能性、悪化の危険性を洗い出します。本人の状況にあてはまる箇所や参考になる箇所には記しをつけ、関連する状況を簡単にメモしていきます。CAP 検討用紙は、そのメモを体系的に記録する用紙です。



# CAPガイドラインの検討方法

## 領域 15 転 倒

### I. 目 的

転倒の危険性と転倒による傷害を最小限にすること。

### II. トリガー

・転倒の既往がある	[K5>0]
・不安定な歩行	[K6a=チェック]
・転倒を恐れて活動を制限している	[K6b=チェック]

### III. ガイドライン

#### 1. 分析の視点

##### (1) 過去の転倒状況を把握する

過去に転倒した場合、転倒状況（以下）を確認し、必要時詳細を医師に知らせる。

- ・ 普段行っている活動をしていただけ、普段と違った活動であったか。
- ・ 周囲の環境は普段と同じであったか、普段と違っていただけ。
- ・ 時間帯はいつか。
- ・ 転倒したときに何か症状はあったか。たとえば差し迫った尿意やめまいがあったなど。
- ・ 本人は、転倒の合理的予防策として何を怠っているか。
- ・ 立っていたときに転んだか、立ちあがったときに転んだか。
- ・ 本人は転倒したことをどう受けとめているか。

#### ②神経・筋の評価

各種歩行障害（パーキンソン症候群、多発性脳梗塞、局所性または全身の筋力低下）、骨の痛みや変形、下肢の長さの左右非対称、骨折や関節炎などの整形外科の疾患による重心のずれがないか確認する。

補助具を使用している場合、適宜調整する。可能であれば、転倒をした場所、あるいはしそうな場面で観察する。局所性の筋肉の低下、筋緊張の増強、バランス感覚が低下していないか確認する。胸痛や息切れのような胸部症状が新たに発症したり、悪化した場合は、受診を勧める。

実際に歩行してもらい、歩き出し、歩く速さ、足のあげ方、歩幅、両足の歩調の対称性、腕の振り方の特徴を観察する。歩調を速くしたり遅くしたりしてみる。まっすぐに歩けるか。

腕を胸の前で組んで椅子から立ち上がってもらい、できない場合下肢筋力の低下が疑われる。

座位時のバランスは安定しているか、立ちあがり時はふらつくか。

表 1 危険因子に対する医学的対応と訪問者の働きかけ

危険因子	医師の関わり、診断の可能性	訪問者の働きかけ
起立性低血圧	医師が薬剤の見直し*1	水分の補給、背屈運動、弾力キングの使用、ベッドの頭側に寝る
いすからの立ちあがり、膝掛けが困難	筋疾患、関節炎、パーキンソン症候群、起立性低血圧、体調偏移	下肢筋力の増強運動*2、背屈運動、肘掛け付の背もたれのないすの使用、立ちあがり時が持ち上がる補高便座の導
立位で首をまわしたり、伸ばしたりするとふらふらする	頸部変性疾患（関節炎、脊椎症など）	首の運動、頸部カラーの装使用うものは首をそらさない場所に保管する
立位で胸板を軽く押すと、ふらふらする	パーキンソン症候群、正常圧水頭症、その他の中枢神経疾患、末梢神経障害、腰痛	バランス訓練*3、腰痛体操をかたづけ、歩行時の補入、夜間の照明を確保する
足のあがりが小さい（すり足）	中枢神経疾患、多発性感覚欠損（視覚障害、前庭障害、固有感覚受容器官の低下）、足関節背屈力の低下、	感覚機能の精密検査、歩行関節サポーターの着用、すりうタイプの頑丈な靴、歩行

〇〇さんの転倒の危険性を減らせるか、転倒した場合の傷害を減らせるか検討する

- ・ 庭で転倒した
  - ・ 自力歩行をしているが、不安定
  - ・ 転倒したことをきっかけに庭に出なくなった
  - ・ たまたま家族が集まり庭に出て、後ろから孫が声をかけたら、振り返ろうとし、後ろに倒れてしまった。普段とは違った環境でのできごと
  - ・ 本人の考える予防策は、一人では庭に出ないことであり、それ以後引きこもるようになった
- 転倒を恐れて歩かなくではなく、転倒しないで済むよう訓練するよう動機づけが必要

- ・ 足のあがりは小さく、すり足歩行。
- ・ 腕組みでの立ち上がるはふらつく

→下肢筋力の増強訓練が必要

→足関節のサポーターの着用

STEP4 CAP 検討用紙に記入する

(1) メモを整理する

CAP 検討の思考プロセスを整理し、課題と目標を導き出すことができるようにしたものが CAP 検討用紙です。CAP ガイドラインを用いて分析した結果（前頁のメモ書き部分に相当すること）のうち、本人の具体的状況については左の欄に、ガイドラインに沿って問題の要因や危険性、可能性を分析した内容については真ん中の欄に、ケアの方向性やケア内容については右の欄に分けて記入しましょう。真ん中の欄には、さらにこのことに対する【本人・家族の意向】を分けて記入します。右側の欄は、後述するように、相互に関連する CAP のうち中心となるものでなければ、支援計画には反映されないので、省略しても構いません。

C A P 検 討 用 紙		
	対象者名 <u>    〇〇さん    </u>	作成日 平成 <u>    </u> 年 <u>    </u> 月 <u>    </u> 日
CAPs その具体的状況	ガ イ ド ラ イ ン	
	ガイドラインに沿って問題の要因や危険性・可能性を検討（課題を設定する）	ケアの方向性およびケア内容を設定する
<p>CAP15 転倒</p> <p>先日、庭で転倒した 自力歩行をしているが、不安定である 転倒したことをきっかけに庭に出なくなった</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒状況は、たまたま家族が集まり庭に出て、後ろから孫が声をかけたら、振り返ろうとし、後ろに倒れてしまった。普段の状況ではない。</li> <li>・本人の考える予防策は、一人では庭に出ないことであり、それ以後引きこもるようになった</li> <li>・足のあがり小さく、すり足歩行 腕組みでの立ち上がるはふらつく</li> <li>...</li> </ul> <p>【本人家族の意向】 (本人) 怖いから外には出たくない (家族) 転ばれると困るけど、このままだと寝たきりになりそう</p> <p>【課題】</p>	<p>→転倒を恐れて出歩かないではなく、転倒しないで済むよう訓練するよう動機づけが必要</p> <p>→すり足で躓かないように、足関節の固定が必要</p> <p>→下肢筋力増強訓練をする</p> <p>...</p> <p>【目標】</p>

↑	↑	↑
トリガーされた状況をまとめます	ガイドラインを参照して、分析した結果を記入します	左記の内容から、「どうしたらよいか」検討した内容を記入します

## (2) 課題を設定する

これまでの検討の内容を踏まえ、解決すべき課題を設定し、真ん中の欄の下に記入します。

課題とは「利用者が望む生活に対して解決しなければならない状況」であり、目標（課題を解決してどのような姿になるのか）や支援方法（そのためにどのような援助が必要か）を方向づける視点として重要な要素です。

地域包括支援センター業務マニュアル（平成18年9月）では、課題は、各アセスメント領域において生活上の問題となっていることおよびその背景・原因としており、下記の1)や2)のような表現方法が事例として示されています。しかし、介護給付の居宅サービス計画では、課題は「本人が自ら解決しようとする」とあり、利用者が自らの課題として理解しやすいように「○○したい」「○○できるようにになりたい」と表現することが望ましいとされています。このため、介護給付から予防給付になった「改善した」利用者には、1)や2)の表現方法では馴染まないことがあります。

同マニュアルにおいても、「これまでのケアマネジメントでは、「できないこと」を探して、それを補うサービスを組み込むことが中心でした。介護予防ケアマネジメントでは、この考えから脱し、本人が「できること」を一緒に探し、生活機能の向上が図られる目標を立てることが重要です。このためには、「できること」を利用者や家族と一緒に探し、利用者に「生活機能が向上すると、どのような生活が送れるのか」といった具体的なイメージを持ってもらい、利用者と一緒に目標を立てることが重要です。」

(同マニュアル P158)としているので、1)か2)の表現にさらに、利用者の生活機能の向上のイメージを追加した3)の方法での記入も適切と考えます。どのような表現方法で課題を設定するかは、本人の状態や意欲、環境などから判断しましょう。

### 1) 援助を必要としている状態、困っている状態

【例】「～により、○○の状態にある」「○○ができない」「～のため、○○する必要がある」

外出の機会が減り他者との交流がなく、寂しい思いをしている

### 2) 予測される危険性

【例】「～のため、○○の危険性がある」「○○する可能性がある」

下肢の筋力低下のため転倒の危険性がある、歩行が不安のため骨折する可能性がある

### 3) 1)か2)に、生活機能向上のイメージを追記する

【例】「～であるが、～により○○できるようにになりたい」「～できるようになる可能性がある」

転倒することがあるため外出を控えているが、訓練により歩行が安定する可能性がある

なお、課題を設定する際には、課題が形を変えた「目標」や「支援方法」にならないように注意しましょう。つまり、「○○ができるようになる」は基本的には目標となり、「○○をする」は支援方法になります。

<CAP が相互に関連している場合>

ガイドラインに沿って問題の要因や危険性、可能性を検討すると、いくつかの CAP が相互に関連していること、あるいはある CAP で検討していることの原因は、別の CAP であったということはよくあります。たとえば、尿漏れがあるために外出を控えている高齢者は、CAP12 社会的機能の低下と CAP30 尿失禁と留置カテーテルが両方トリガーされますが、両者は互いに関連しています。

この場合は、関連するいくつかの CAP をまとめ、その中で中心となる CAP（中心課題となる CAP）を選択します。中心課題となる CAP をパターン①、中心課題としなかった CAP をパターン②とすると、それぞれの CAP を検討し課題まで設定しますが、パターン②の課題については、課題の下に（→CAP ○○で検討）と付し、中心となる CAP を○○で示すようにします。

パターン① 中心課題となる CAP

他の CAP と関連しないものと、関連する CAP の中で中心となるもの

パターン② 課題はあるが中心課題でない CAP

他の CAP と関連するもののうち、中心課題としなかったもの

パターン①：中心課題となる CAP

CAP15 転倒	<p><b>【本人・家族の意向】</b></p> <p>(本人) 怖いから外には出たくない (家族) 転ばれると困るけど、このままだと寝たきりになりそう</p> <p><b>【課題】</b></p> <p>転倒をきっかけに外出することがなくなってしまっているが、下肢の運動をすることにより自信をもって外出できるようになる可能性がある</p>	<p><b>【目標】</b></p>
----------	--	--------------------

パターン②：課題はあるが中心課題でない CAP

CAP12 社会的機能	<p><b>【本人・家族の意向】</b></p> <p>(本人) このままでよいと思っている (家族) 前のようにでかけて欲しい</p> <p><b>【課題】</b></p> <p>家に閉じこもって家族以外と会話することがなくなっている (→CAP15 転倒で検討)</p>	<p><b>【目標】</b></p>
-------------	---	--------------------