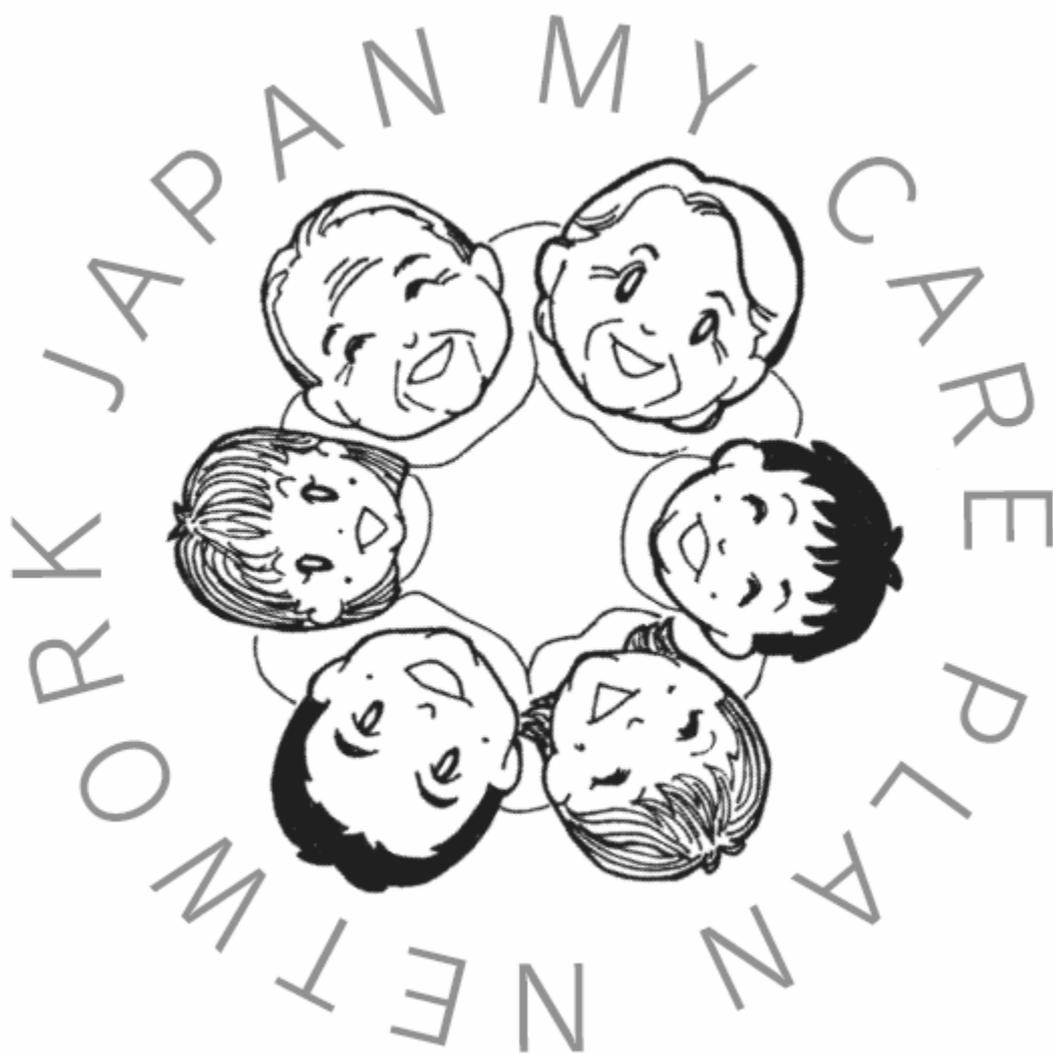


～マイケアプランのための～

# あたまの整理箱

【介護予防編】



全国マイケアプラン・ネットワーク



# あたまの整理箱【介護予防編】を 手に取ってくださった皆さまへ

介護保険のサービスには、介護サービスと介護予防サービスの2種類があります。要介護1～5の方は介護サービス、要支援1と2の方は介護予防サービスを受けることになります。

介護サービスのケアプランを作成するために役立つツールとして開発したのが『あたまの整理箱』です。

介護予防のケアプランを立てる際の道すじも基本的には同じですが、はじめに「いつごろくらいに、どうなりたいか、何をしたいか」を考え、その期間の終わりに「ねらい通りだったか」を振り返って、こまめにプランを練り直すという過程が重視されることになりました。

そこで全国マイケアプラン・ネットワークでは、『あたまの整理箱』にこうした過程に対応するシートを追加することにより、国が示した介護予防ケアプランのポイントをすべておさえ、根拠のあるケアプランにつながるようにしました。

これで、要介護認定を受けていないけれどちょっと不安な方も、「要支援1・2」の方も、「要介護1～5」の方も、たとえ要支援から要介護に状態が変化しても、その逆でも、どんな状態になっても、『あたまの整理箱』はずっと使っていただけるようになりました。

私たちは皆違った人生を歩んできました。そして一人ひとり異なった価値観や習慣を持っています。たとえ今の状態が同じでも、これまでの生き方やこれからどんなふうに暮らしていきたいかは、100人いれば100通り。

どうすれば介護予防につながるかも100通りなのです。つまり、介護予防ケアプランはとも個別性が高いものといえます。

介護予防サービスを利用する際には、これまでの人生や価値観を土台に、自分にとっての介護予防は何なのか、そのサービスを使って自分はどんな風になりたいのかを、まず自分のあたまで考えることがとても大切です。

自分の暮らしを自分で組み立てる意識を持つことが、介護予防の第一歩。

ケアプラン自己作成の場合はもちろん、専門家に依頼する場合も、ぜひ最初に自分のあたまで考えることを忘れないでください。

## ♪介護予防ケアプランの自己作成とは？

介護予防ケアプランは地域包括支援センター\*で作成するということが広く言われていますが、自己作成もきちんと認められています。

考えてみれば介護予防の対象となるのは要介護になる手前の人。自己作成をする力は十分備えているはずですし、自分で自分の暮らしを組み立てることこそ何よりの介護予防です。

## ♪介護予防ケアプランを自己作成しようと思ったら、

- ①まず自治体に届け出ます。
- ②さらに地域包括支援センターで、自己作成に必要な情報をもらいましょう。  
地域包括支援センターは、自己作成を支援するという役割も担っているので、これから先もわからないことやケアプランの相談などは何でも投げかけましょう。
- ③そして、次ページに掲げる手順どおりにあたまを整理していきます。自分だけで考えるのではなく家族の意見や地域包括支援センターの意見なども参考にしましょう。
- ④その過程を『あたまの整理箱』に記入していくことを忘れずに！

※ ケアプランをつくる道すじが見える形にすることで、透明性のあるケアプランになります。

※ あとで、「ああすればよかった」「こうすればよかった」と考えることもあるでしょう。その時に、どこまでさかのぼって考え直せばいいのかが見えてきます。

※ 何よりも次のステップに進むための土台にすることができます。

\* 地域包括支援センターは、地域におけるいわば「よろず相談所」です。たくさんの情報が集まる場所なので自己作成でなくてもどんどん活用しましょう。

次ページから、  
自己作成の具体的な手順をたどります。



## あたまの整理箱【介護予防編】の手順

1 段目の引き出し	介護保険に関する基本情報⇒ シート① (あたまの整理箱の1段目にあたります。)
2 段目の引き出し	自分を振り返ってみよう⇒ シート② (あたまの整理箱の2段目にあたります。)
3 段目の引き出し	わが家の「暮らし」を考えてみよう⇒ シート③ (あたまの整理箱の3段目にあたります。)
4 段目の引き出し	I. チェックシート⇒ シート④-I
	II. 自分らしく暮らし続けるために⇒ シート④-II
	III. 客観的に自分を眺めてみよう⇒ シート④-III
5 段目の引き出し	サービスを入れたときの1週間の過ごし方⇒ シート⑤ (あたまの整理箱の5段目にあたります。)

ここまで整理ができたなら…

自分で事業者を選んで契約しましょう

6・7 段目の引き出し	サービス利用票・提供票(第7表にあたります) (あたまの整理箱の6段目にあたります。)
	サービス利用票別表・提供票別表(第8表にあたります) (あたまの整理箱の7段目にあたります。)

書類の提出、そして…

いよいよマイケアプラン生活の始まりです。  
実はこれからが本番。

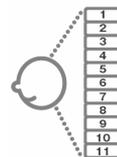
8 段目の引き出し	サービス事業者との連絡、相談・質問記録⇒ シート⑧ (あたまの整理箱の8段目にあたります。)
9 段目の引き出し	質問・連絡・相談表⇒ シート⑨ (あたまの整理箱の9段目にあたります。)
10 段目の引き出し	1ヶ月間の経過記録⇒ シート⑩ (あたまの整理箱の10段目にあたります。)
11 段目の引き出し	利用している(していた)サービス⇒ シート⑪ (あたまの整理箱の11段目にあたります。)

1ヶ月が終わったら…

振り返りをします ↓

12 段目の引き出し	次のステップへ進むために⇒ シート⑫
------------	--------------------

あたまの整理箱を使って書き込んでください♪



## 1 段目の引き出し

介護保険に関する基本情報⇒ シート①

まず介護保険に関する「私の基本情報」を書き出します。  
要介護度や被保険者番号など介護保険制度内のことに関する情報です。  
現在の状況に加え、要介護度がどのように変化してきたのか、なども書きます。  
手元にある介護保険証を見ながら書き写してください。

## 2 段目の引き出し

自分を振り返ってみよう⇒ シート②

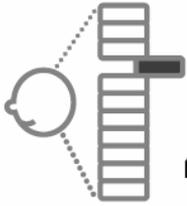
本人の振り返りシートです。  
Ⅰ. 「人生の出来事」Ⅱ. 「人との交流」Ⅲ. 「性格」Ⅳ. 「趣味・好きなこと」  
Ⅴ. 「自力でできること・できないこと」を書いてください。

## 3 段目の引き出し

わが家の「暮らし」を考えてみよう⇒ シート③

本人を中心にした「暮らし」の振り返りシートです。  
Ⅰ. 「こんな風に暮らしたい」Ⅱ. 「こんなことをやってみたい」  
Ⅲ. 「こんな風にかかわりたい」Ⅳ. 「こんな風にかかわれる」Ⅴ. 「家族構成」  
Ⅵ. 「暮らしている家の間取り」Ⅶ. 「近隣関係」  
Ⅷ. 「わが家流、『暮らし』『介護』についての考え・方針」を書いてください。





# 4段目の引き出し - I

## チェックシート⇒ シート④-I

チェックシートで自分の今の状態を確かめてみましょう。

これは、国が示したチェックシートです。

それぞれの質問は、あなたには、どのような領域において問題があるかを見るために設けられたものです。

- |    |   |    |             |
|----|---|----|-------------|
| 1  | ～ | 5  | は、社会性【A】    |
| 6  | ～ | 10 | は、運動機能【B】   |
| 11 | ～ | 12 | は、栄養状態【C】   |
| 13 | ～ | 15 | は、口の中の状態【D】 |
| 16 | ～ | 17 | は、閉じこもり度【E】 |
| 18 | ～ | 20 | は、物忘れ度【F】   |
| 21 | ～ | 25 | は、うつ傾向【G】   |

体の状態が同じでも、「はい」にするか、「いいえ」にするかの尺度は人によって違いますから、自分の尺度で判断してください。

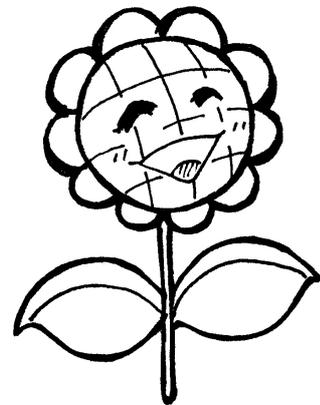
このチェックシートは、ケアプランを立てる際の「材料のひとつ」です。

4段目の引き出し -Ⅲ でチェックシートの結果を記入する欄があります。

その関係上、以下の点にご注意ください。

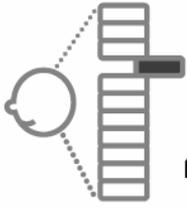
※「はい」「いいえ」が入れ替わっているところがあります。

※「No12」の身長単位は「m」です。（例：160cmは1.6mとなります。）



## ④-I チェックシート

No	質問項目	回答		*
		いずれかに○を付けて下さい		
1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ	A
2	日用品の買物をしていますか	はい	いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	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	はい	いいえ	B
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	はい	いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	いいえ	はい	
10	転倒に対する不安は大きいですか	いいえ	はい	C
11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	いいえ	はい	
12	体重 (            kg ) ÷ 身長 (            m ) ÷ 身長 (            m ) = ( BMI                            ) ⇒ BMI が 18.5 未満である。	いいえ	はい	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	いいえ	はい	D
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい	
15	口の渇きが気になりますか	いいえ	はい	
16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	E
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	いいえ	はい	
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されますか	いいえ	はい	F
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	はい	いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	いいえ	はい	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	いいえ	はい	G
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	いいえ	はい	
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	いいえ	はい	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	いいえ	はい	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	いいえ	はい	



# 4段目の引き出し-Ⅱ

自分らしく暮らし続けるために⇒ シート④-Ⅱ

自分らしい暮らしを継続させるためには、どんなことをしていったらいいかを考えるシートです。介護予防の場合は特に、自分で具体的な目標を持つことで、効果も目に見えるものとなります。

①「まず、自分がどんな生活を送りたいかを宣言します。」

ゆくゆくはどのようにしたいのか、どんな毎日をご過ごしたいのかを書き出します。

②「いつごろまでにどうなりたいか？」

具体的な目標となる時期と内容を書き出します。

③「目標を達成するために、支障となること、心配なことを書きます。」

④「その心配や障壁は、どんな要因によるものでしょうか？」

運動機能にはA、日常生活にはB、社会参加にはC、健康管理にはDと書きます。

さてこれから、その障壁を乗り越えるためにはどうすればいいかを解決策を考えるのですが、その前に、次ページの4段目のⅢにいったん移ってください。

そして自分を客観的に見つめなおしてからもう一度、このシートに戻ってきてくださいね。

⑤「さて、戻ってきたら改めて解決策を考えます。」

介護保険のサービスにこだわらず、あたまを柔軟に働かせて、公的・私的なさまざまな資源の中から一番落ち着く作戦を考えてください。

⑥「その対策に結びつく、具体的な方法を考えて書きます。」

⑦「その対策のために自分はどう取り組んだらいいのか考えます。」

⑧「その対策のために協力してほしい人を書きます。」

⑨「外部のサービスを求める場合は、サービスの名称を書きます。」

⑩「サービスを依頼する事業所を書きます。」

それが介護保険サービス・地域支援事業の場合は○印、その他の公的サービスの場合は△印、それ以外の場合は×印をつけてください。

⑪「このプランでいく期間のスタートとゴールを具体的に書きます。」

⑫「市町村（あるいは委託を受けた地域包括支援センター）に助言・確認印をもらってください。」





# 4段目の引き出し-Ⅲ

## 客観的に自分を眺めてみよう⇒ シート④-Ⅲ

4段目-Ⅱの⑤の前に、このシートの①～⑤に取り組んでください。このシートは自分を客観視するためのシートです。

### ①「先ほど行ったチェックシートの結果を書き込みます。」

それぞれの項目（A～G）で『右欄』にいくつチェックがたったか、その数をそのまま書きます。数が大きいほど「問題あり」ということとなります。

### ②「もともとのあなたの傾向はどんな感じだったかを書きます。」

### ③「チェックシートの結果について、あなたがどう考えるか。」

「問題あり」でも、もともとの傾向だったり、あなた自身が困っていなかったり、逆に問題点が見えなくても自分ではどうにかしたいと思っていたり、数字では表せないいろいろな考えがあるでしょう。

### ④「次に医療面で主治医から言われていることなどを書きます。」

### ⑤「第三者からのアドバイスや意見をもらいましょう。」

家族や地域包括支援センターなどに聞いてみます。

これでケアプランを考える材料がそろいました。

4段目-Ⅱのシートに戻り、これからの作戦を考えましょう。

### ⑥「このプランのポイントや援助してほしいポイントを書きます。」

4段目-Ⅱを書き終えたら、このケアプランのポイントや援助してもらいたいポイントを書きます。そうすることで、あなたの気持ちを皆にわかってもらうことができます。

### ⑦「長期的に、この先どのような方針でいきたいか、大まかな考えを書きます。」

### ④-Ⅲ

## 客観的に自分を眺めてみよう

作成日 年 月 日

名前 \_\_\_\_\_

暮らし面での問題傾向は？							
	社会性	運動機能	栄養状態	口の中の状態	閉じこもり度	物忘れ度	うつ傾向
チェックシートの結果	A ( /5)	B ( /5)	C ( /2)	D ( /3)	E ( /2)	F ( /3)	G ( /5)
もともとの傾向や習慣							
現状をどう考えるか							

#### 健康面

主治医に言われている注意、主治医意見書・検診結果・観察結果などからわかる留意点

第三者の気づき（領域における課題・課題に対する具体策）

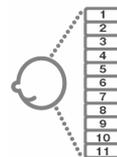
第三者氏名 \_\_\_\_\_

所属・間柄 \_\_\_\_\_

ケアプランのポイント・援助のポイント

この先の方針

あたまの整理箱を使って書き込んでください♪



## 5 段目の引き出し

サービスを入れたときの 1 週間の過ごし方⇒ シート⑤

①～④を踏まえてどんな生活を送るか、1 週間の平均的な毎日の時間の過ごし方を書きます。

## 6・7 段目の引き出し

サービス利用票・サービス提供票⇒ シート⑥

サービス利用票別表・サービス提供票別表⇒ シート⑦

事業者以外注するサービスの中から介護保険の給付対象となるものを、書類に書き落とします。手順はお住まいの自治体窓口でお尋ねください。なお、⑥⑦は支援ソフト「とき」を使ってパソコンで作成することができます。

## 8 段目の引き出し

サービス事業者との相談・連絡・質問記録⇒ シート⑧

サービスの開始後は、いろいろなことが起こります。関係者が一堂に会して話し合ったほうがいいようなときは必要に応じてサービス担当者会議を開きます。そこまで行かなくても、わからないことや苦情、要望があったら、その都度オープンに事業者質問したり連絡・相談したりしましょう。

## 9 段目の引き出し

質問・連絡・相談表⇒ シート⑨

各事業所への質問や連絡・相談のために個別に使う用紙です。こちらで書き込んだものを送り、回答欄に書き込んだものを返してもらいます。オープンにはせずに各事業所と家庭だけでやり取りします。

## 10 段目の引き出し

1 ヶ月間の経過記録⇒ シート⑩

1 ヶ月間に起こったことを書きます。

## 11 段目の引き出し

利用している（していた）サービス一覧⇒ シート⑪

利用している（していた）サービスについての履歴を書きます。ヘルパーさんの交代など、ちょっとしたことでも変更があればその都度記録しておきましょう。

## ポイント！

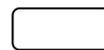
### ♪記録はきちんと残しましょう！

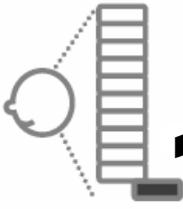
介護予防のサービスは、スタートとゴールを決めて、一定期間で見直しをしていくことが前提です。ゴールと決めた時期になったらいったん振り返り、次のステップに進みます。

ですから、サービスを受けている間の経過がいつも見えるようにしておくことが大切です。

小さな気づきやできごとでも、ちょっと思ったことでも、こまめに記しておくことで、細かく思い出すことができますし、その間のあなたの様子を関係者にわかってもらうことができます。

ぜひ記録はきちんと残しておきましょう。





# 12段目の引き出し

次のステップへ進むために⇒ シート⑫

一定期間、サービスを利用してきた成果を見るシートです。サービスを利用することで望む暮らしに近づいたでしょうか？

①「おこなってきたこと。」

「自分らしく暮らし続けるために」(4 段目-Ⅱ)で考えて、これまでプランの中で行ってきたことを書きます。

②「いつからいつまでおこなったのかを書きます」

「自分らしく暮らし続けるために」(4 段目-Ⅱ)の「スタート」「ゴール」を転記します。

③「やってみて、効果はどうだったかを書きます。」

④「うまくいったのであればどこが良かったかを考えて書きます。」

⑤「うまくいかなかったと思ったらどこが反省点かを考えます。」

⑥「市町村（あるいは委託を受けた地域包括支援センター）に意見やアドバイスをもらいます。」

⑦「次のステップではどうしていこうか、このまま継続するか・回数など見直しするか・終わりにして別の作戦を考えるかのいずれかにチェックをします。」

⑧「これからの方針を書きます。」

※ 次のステップへ進む用意ができました。

再び4段目に戻って、次のステップを考えていきましょう。



# あとかき

「要支援1・2」の新予防給付の対象として認定される人は、老化によってだんだん身体の動きが衰えてきたために「不活発」な生活を送っていて、このままだと今後「要介護状態」に陥るかもしれない、とみなされる人たちです。これから介護予防サービス等を利用して運動や、栄養、口腔ケア、閉じこもり予防などに取り組むことで、「要支援」状態から抜け出して「自立」に戻ってほしい、というのが国のねがいです。

でも、要支援1・2に認定された人々すべてが、怠けて「不活発」な生活をしているとは考えられませんし、必要がないのに、早いうちから他人に身の回りの世話をしてほしいと考えているわけでもないでしょう。それに、年をとることによって以前のようにてきぱきとできなくなり、生活の一部に他人の力を借りなければならなくなるのは、当たり前のことです。

ですから、皆一律に、介護認定上の「自立」を目指さなくてはいけないということではありません。大切なのは、自分にとっての「自立」を目指すことです。「自然に老いを受け入れたい」という希望も含めて、「こうありたい」という介護予防のラインを、まず本人が考え、ケアプランを、そのラインに沿って立てることが、本当の自立につながるのではないのでしょうか。どうかこれを機に、自分はどこまでを望むのかを考え、自分のものさしでサービスを決め、ぜひ自分らしい介護予防に取り組んでください。

(全国マイケアプラン・ネットワーク 島村 八重子)

～マイケアプランのための～  
**あたまの整理箱**  
**【介護予防編】**

2006年4月 制作

作成：全国マイケアプラン・ネットワーク  
<http://www.mycareplan-net.com>  
\*ご意見・ご感想をお待ちしています

皆さんの意見を頂きながら  
あたまの整理箱[介護予防編]を充実させていきます。  
ご協力を頂けると幸いです。

※無断転載はご遠慮ください

©全国マイケアプラン・ネットワーク  
TEL：090-8451-4540（島村）  
FAX：042-405-5950  
E-mail：info@mycareplan-net.com