

小林市

自立支援型アセスメントマニュアル

～ サービス提供事業所用 訪問編 ～

(令和5年3月版)

ホームページ用

小林市長寿介護課

目次

I. 介護予防メニューアセスメント（訪問用）作成マニュアル

- 1 基本的な考え方
- 2 運動機能向上のアセスメント
- 3 栄養・食支援のアセスメント
- 4 口腔機能向上のアセスメント

II. 生活行為（訪問・通所共通）アセスメント作成マニュアル

- 1 評価尺度
- 2 評価尺度の基本的な考え方
- 3 評価の活用方法

III. 介護予防サービス計画・総合評価（訪問用）作成マニュアル

- 1 はじめに
- 2 介護予防サービス提供の主たる目的
- 3 サービス計画を作成する上での注意点
- 4 介護予防サービス計画・総合評価（訪問用）

IV. 介護予防サービス 個別サービス計画書（訪問用）作成マニュアル

- 1 作成手順

参考資料

各専門職からのアドバイスより

I 介護予防メニューアセスメント（訪問用）作成マニュアル

1 基本的な考え方

（１）介護保険法から見る自立支援型のケアマネジメントとは

- ①高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（健康の保持増進）こと
- ②要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする（維持、改善を図る）こと
- *その人の生活・人生を尊重し、できる限り自立した生活を送れるように支援すること。すなわち「自立支援」＝介護保険の基本理念となる。

（２）自立支援をどう考えるか（期間的自立支援と永続的支援）

- ①期間的自立支援（廃用モデル、転倒モデル、生活不活発モデル）
 - 改善の見込みのある（一時的に支援をする）モデル
 - 主として介護予防の対象者
 - 廃用症候群（生活不活発）等による生活機能低下
 - 身体機能向上から生活機能向上
- ②永続的自立支援（脳卒中モデル、認知症モデル、その他複数疾患モデル）
 - 主として介護給付の対象者
 - 脳卒中等による身体の部位等の機能不全による生活機能が低下したケース
 - 認知症
 - 残存機能（自己資源）の活用

（３）アセスメントと課題分析

利用者に対し、効率的・効果的なサービスを提供するためには、介護に至った原因を探求し、利用者個人にとって解決すべき課題を明確にしていけることが求められています。

例えば、利用者の「買い物に行けないんです」という要望（ニーズ）に対し、なぜ行けないのか（課題）を見つけ出し、その課題を解決するために介護サービスを提供します。

- 買い物に行けないんです。
 - ・近くに商店がないからなのか
 - ・物忘れにより買い物ができないからなのか
 - ・生活不活発で体力がないからなのか
 - ・商店までの交通手段がないからなのか

→買い物に行けないから介護保険サービス（代行）では、利用者にとって重要な「なぜ買い物に行けないのか？」が分からないままの介護サービスの提供になり、結果として、利用者の心身状態を悪化させる可能性が高くなる要因となってしまいます。

（４）訪問介護事業者に求められているもの

訪問介護は、介護サービスに携わる専門家の中でも直接かつ高い頻度で利用者の在宅の状況を把握できる立場にあります。在宅の状況を把握できることは、利用者の状態変化（現在の情報）、在宅でできること、できないこと及び在宅生活上の課題を的確に把握できるということになります。

訪問介護事業所のみさんには、アセスメントツール等により利用者の在宅での状況とサービス提供の際の気付きについて地域包括支援センターへ伝えていただければと思います。

2 運動機能向上のアセスメント

（１）床から物が拾えますか

（目的）

身体の柔軟性やバランス機能、床からの立ち上がりを始めとした全身の運動能力低下を見る項目です。

（アセスメントする上での注意点）

道具を使って拾った場合や指の力が弱くてつかめなかった場合は、備考欄にその旨を入力してください。

（２）床上仰向けからの立ち上がりの時間・状況

（アセスメントする上での注意点）

①対象者の安全を最優先にしてください。利用者が「やりたくない」「できない」という場合は強要せず、その旨を備考欄に入力してください。

②測定場所は、ガラスの間隙などを避け、転倒した際にぶつかる物を周囲に置かないでください。測定者は、ふらついたらずぐ支えられる位置に居てください。

③立ち上がりに必要な物があつた際は、備考欄に「〇〇につかまり立ち」等を入力してください。

④事前と事後を同じ条件で行ってください。

基本裸足で行いますが、利用者の希望で靴下を履いていた場合は事後でも履いてください。量の上で行った場合は事後も量で、ベッドの上で行った場合は、事後もベッドの上で行ってください。

（測定の実際）

①準備するもの

ストップウォッチ（ストップウォッチ機能のついた時計でも可）

②測定時の注意点

理解を得て正確に測定できるよう測定者による試技を実施してください。

③測定方法

ア 介助しないまま立ち上がる状態を測定することを十分説明し、できるか否かを利用者に確認する。

イ 「これから床に仰向けに寝ている状態から立ち上がり、立ち上がり後に“ 気を付け” をするまでの時間を測定します。」「1 回練習します」と伝えた後 1 度練習を行う。練習にて明らかに難しいと判断した場合は測定を中止し、その旨を備考欄に入力。

ウ 練習後、実際の測定を行う。測定の際には「いつもされるように立ち上がってください」と声をかけ、開始の合図をする。

エ 合図で測定を開始。直立の姿勢で静止したところまでを測定。

オ 記録は設問 2 に小数点第 1 位まで記録してください。設問 3 には立ち上がりの状況を①から④の該当するものを選択し入力。

カ 測定途中で転びそうになるなど補助が必要になった場合は再度測定をしてください。

キ 2 回測定し良かった方を記録。2 回続けて補助が必要だった場合は測定中止し備考欄にその旨を入力。

各種運動機能検査の目的と評価基準

項目	測定で分かること	評価基準
握力	全身の総合的な筋力状況	年代別平均値 60～64 歳 男性 42.85 kg 女性 26.31 kg 65～69 歳 男性 39.98 kg 女性 25.20 kg 70～74 歳 男性 37.36 kg 女性 23.82 kg 75～79 歳 男性 35.07 kg 女性 22.49 kg
膝伸展筋力	純粋な大腿四頭筋筋力	機種によりそれぞれ基準がある
長座位体前屈	身体の柔軟性	大変良い 男 51～ 女 51～ まあまあ良い 男 41～50 女 43～50 標準 男 31～40 女 35～42 やや低い 男 21～30 女 24～34 非常に低い 男 ～20 女 ～23
ファンクショナルリーチ	バランス能力 転倒の危険性	転倒リスク低い 30～ 平均 25～30 転倒リスクあり 20～25 非常に危険 ～20
開眼片足立ち	足の筋肉やバランス機能	左右とも 5 秒以下で転倒の可能性が高くなる
5m通常歩行速度 最大歩行速度	移動能力 歩行速度	5 秒より遅いと横断歩道を渡りきれない 6.2 秒以上かかった時、転倒リスクが高くなる
Timed up & go	立ち上がる、歩く、曲がる等の複合的動作能力	13.5 秒以上で転倒のリスクが高くなる

(3) 開眼片脚立ちの時間

(目的)

足の筋肉やバランス機能を調べる項目

*長くできるほど歩行中に転倒しにくいという研究データもあることから、安全な歩行の指標に適しているとされています。

(アセスメントする上での注意点)

- ①段差や傾斜のあるところを避け、滑らないところで実施します。窓等、ガラスの間隙では行わないでください。(転倒時の事故防止のため)
- ②周囲に転倒した際にぶつかるようなものを置かないでください。
立ち上がり時に使用するものについてはこの限りではありませんが、使用した場合は備考欄に「〇〇につかまり立ち」等を入力してください。
- ③テストは裸足(履き物による差等の解消のため)で行ってください。
ただし、利用者の希望で靴下等を履いた場合には、事前も事後も同じ条件で測定をしてください。(備考欄に記入しておくとうい)
- ④利用者が「やりたくない」、「できない」という場合は強要しなくても良いですが、その際は記入欄を空欄にし、備考欄にその旨を入力してください。

(測定の実際)

①準備するもの

ストップウォッチ(ストップウォッチ機能がついた時計で代用可)

②測定の際の注意点

- ア 測定実施前に利用者に対して以下の説明を行ってください。
- 片足でできるだけ長く立つテストであること。
 - 片脚立ちの姿勢は、支持脚の膝を伸ばして、もう一方の脚を前方にあげて測定すること。また、あげた足は支持脚に触れないようにすること。
 - テスト終了の条件が次の3点であること
 - (A) あげた足が支持脚や床に触れた場合
 - (B) 支持脚の位置がずれた場合
 - (C) 腰に当てた両手もしくは片手が腰から離れた場合
- イ 「始め」や「スタート」という合図だけでバランスを崩す方がいます。利用者のタイミングでスタートし、足が床から離れた時から計測が良いでしょう。
- ウ 理解を得て正確に測定できるよう測定者による試技を実施してください。
- エ 測定者は、ふらついたらずくに支えられるような位置に立ってください。

③測定方法

- ア 両手を腰に当てて、どちらの足が立ちやすいのかを確かめるために、片脚立ちを左右とも軽く行う。
- イ 支持脚が決まったら、両手を腰に当てて「準備ができれば片足をあげてください」と伝え、片脚立ちの姿勢(片足を前方にあげる)をとらせる。
- ウ 足が床から離れた時点でスタートし、片脚立ちの持続時間を計測。最長 60 秒で打ち切る。
- エ 秒単位で、小数点以下第 1 位までを記録。
- オ 2 回測定し、良かった方の記録を入力。2 回続けて補助が必要になった場合は、速やかに測定を中止。中止した場合は、備考欄に理由等を簡潔に入力する。
*悪かった方の記録も備考欄に入力する。

I 介護予防メニューアセスメント（訪問用）作成マニュアル

3 栄養・食支援のアセスメント

（１）現在自分は健康だと思えますか

主観的健康感についての設問。
（アセスメントする上での注意点）
利用者の主観をそのまま入力します。

（２）６ヶ月前とくらべ体重がどれくらい変化しましたか

体重は、エネルギーやたんぱく質などの代謝低下を示す重要な指標となるため、必ず確認します。特に体重減少はエネルギーやたんぱく質の負のバランスを意味します。

（アセスメントする上での注意点）

- ①事前・事後の体重を測定する際には体重計を持って行きます。
- ②減少した場合は「▲○○、○」、増加した場合は「○○、○」と入力。
備考欄には、事前と事後の実測体重を入力。
- ③６ヶ月前の体重と比較し変化が見られなければ、この数値を平常体重とみなし、マイナスの変化がないことより、低栄養のリスクは低いと考えます。
- ④体重に変化（増減に関わらず）がある場合は、何らかの原因により生活機能に影響が出ていないかを考えます。
- ⑤栄養状態の低下と握力の低下とは関連性があります。
体重が落ちかつ、握力が低下している時には、低栄養状態を疑ってください。

BMI の指標

18.5 未満	低体重「やせ」
18.5 以上 25 未満	普通体重
25 以上	肥満

BMI 計算方法

$BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)} \div \text{身長 (m)}$

日本肥満学会基準より

25 を超えると脂質異常症や糖尿病、高血圧などの生活習慣病のリスクが 2 倍以上になります。

（３）食事の仕方で困難はありますか

食事の仕度内容のどこに困難があるのか、その困難の程度や困難な動作を問う設問になります。

（アセスメントする上での注意点）

- ①ここにチェックがある場合、**なぜ困難なのかを備考欄に簡潔に入力**します。
- ②困難の主原因が身体機能の低下なのか、意欲の低下なのか、経験がないためやする必要がないためであるか等を見極め、サービス提供内容を検討する必要があります。

（４）食欲はありますか

（アセスメントの上での注意点）

- ①**食欲は様々な要因に影響されます。**特に「③ややない」や「④非常にない」と回答した場合には、**要因は何であるか備考欄に入力**します。
食欲低下の背景：誤嚥性肺炎等の呼吸器の機能低下が隠れている場合があります。
加齢変化や麻痺による感覚機能の低下から、ムセのない誤嚥やムセることによる疲労から食欲が低下する場合があります。

②**要因を明らかにした上で、改善にはどのような援助が必要なのか**を検討します。
例）１人暮らしのため、買ってきた食材を何日も続けて食べなければならないから。
→こういった場合は、同じ食材から異なる料理ができるアドバイスやホームフリージングの方法を教えるためのサービスを検討する必要があります。

（５）ふだん食事は１日何回ですか

（アセスメントする上での注意点）

- ①高齢者は予備力が少ないため、欠食は量的・質的に栄養不足になりやすいと理解しておきましょう。
- ②欠食がある場合は理由を確認し、備考欄に記入。改善方法を考えます。

（６）６ヶ月前と比べ主食量の減少はありますか

（７）６ヶ月前と比べ主菜量の減少はありますか

（８）６ヶ月前と比べ副菜量の減少はありますか

６ヶ月前に比較して主食・主菜・副菜それぞれについて食べている量が減っているか否かのアセスメントです。

（アセスメントする上での注意点）

- ①量が減っている場合は理由を尋ね、備考欄に入力し、他職種との連携を図ります。
- ②医師等から体重を減らすよう勧められ、実行している場合は、減少量（率）や「塩山式手ばかり」など分かりやすい方法で食事内容をチェックするなど、無理なダイエット（減量）で急激な体重減少になり体力や気力が低下していないかも確認をします。

（９）１日の水分摂取量（コップ何杯）

（アセスメントする上での注意点）

- ①１日の望ましい水分摂取量はおおむね 1500ml です。（医師からの指導がある場合はそちらを基準にします）
- ②上記摂取量より少ない場合は、摂取量が少ない旨を伝え、**理由を確認し、備考欄に入力**します。加齢により口渇感が乏しくなっている、習慣的に水分摂取が少ない、夜間の頻尿による睡眠不足を避けるために意図的に夕食後の水分制限をしている、等の可能性があります。脱水の危険を考えた見守りを行うようにしてください。

（１０）よく便秘になりますか

（アセスメントする上での注意点）

- ①便秘は外出意欲の低下につながるほか、動脈瘤がある方にとっては、排便の際の力みが破裂を誘導すること考えられます。
- ②便秘が続くことで落着きを失ったり、便秘を恐れて便秘薬に頼りきり下痢になることによる悪循環に陥っている高齢者もいます。
- ③便秘にチェックが入った場合は、**便秘薬の種類や使用頻度を確認**し、食改善（水分摂取を含む）で改善が図れないかを検討するようにしてください。

（１１）食事に支障があるほど酒類をのみますか

（アセスメントする上での注意点）

- ①酒量が多いことにより食事量が少ない、朝起きられず朝食を抜く、など食生活を始め、生活全体のリズムが崩れ、不健康につながる可能性があります。
- ②ここにチェックが入る場合は、ヘルス部門、心理部門などの他職種との連携を検討すべき場合があります。

（１２）間食は毎日食べていますか

（アセスメントする上での注意点）

- ① 1 回の食事量が少なくなった高齢者にとって補食の意味での間食は重要ですが、**食事内容にたんぱく質、脂肪が少ないことにより、空腹感から間食が増え**次の食事に差し支えているという悪循環がある場合もあります。
- ② ここにチェックがついた場合は、食事内容、間食内容の確認、BMI、血液検査の結果等、**その他のアセスメント結果を検討した助言が必要**です。

（１３）食べ物や飲み物でむせませんか

嚥下機能についての確認項目です。

（アセスメントする上での注意点）

- ① ここにチェックが入る場合は、**むせる頻度や状態、どのようなものでむせるのかを確認**してください。それらが分かることで**適切な対応や原因の推測**に役立ちます。嚥下機能が低下した高齢者への刻みの食の提供は、誤嚥を引き起こすなど命に関わる場合があるとの認識が必要です。「刻み食にすれば食べやすい」といった誤った対応を取らないよう認識することと他職種との連携が重要です。
- ② むせによる誤嚥は命に関わることから、頻度や状態によっては、即時に専門職に連絡をとるようにしてください。

（１４）歯や入れ歯の関係で軟らかいものしか噛めませんか

（アセスメントする上での注意点）

- ① ここにチェックが入る場合、**適切な食形態や調理方法を検討**してください。しかし、粥や軟食を続けると満腹感があっても低栄養状態になることを認識し、注意を払う必要があります。利用者にも噛むことの必要性を理解・認識してもらったうえで栄養素の確保を検討すべきです。
- ② 口腔の状態によっては、歯科医師、歯科衛生士との連携を取るようにしてください。

（１５）右記の健康管理上の食事指導について、指導がありますか

右記：①体重を増やす②カルシウムを増やす③鉄分を増やす④塩分を減らす⑤間食の取り方⑥カロリー（エネルギー）制限⑦その他（備考に入力）

（アセスメントする上での注意点）

- ① 治療までは必要ないが、食生活の注意を受けたことがある場合、介護予防の観点からの食支援を検討してください。
- ② サービス提供過程で**知り得た食事指導の情報は、必ず担当の介護支援専門員に伝えるように心がけて**ください。
- ③ また、**介護支援専門員からも訪問介護サービス提供者に対し食事指導の情報を提供しよう心がけて**ください。

（１６）食べることが楽しいですか

利用者の主観的な情報を聞き取ってください。

（アセスメントする上での注意点）

- ① 「④楽しくない」との回答だった場合はその原因が前述の設問 1～1.5 以外の因子（精神・心理面、孤食、食環境、経済面など）にないかのアセスメントを行う。
- ② 原因があれば、備考欄に具体的に入力し、対応を検討してください。

（その他）調査時の前 24 時間の食事内容

アセスメント調査当日と前日の食事内容を聞き取ってください。

（アセスメントする上での注意点）

例）午前中アセスメントを行った場合

当日の朝食、前日の昼食・夕食・間食を利用者に思い出してもらって入力。

- ① 食事内容は「食パン 6 枚切り 1 枚、マーガリン、牛乳コップ 1 杯（200cc）」など、**できるだけ具体的に**入力してください。
- ② 必要に応じ食事内容を 1 日以上アセスメントする必要がある場合は、任意の様式によりアセスメント結果を入力します。

I 介護予防メニューアセスメント（訪問用）作成マニュアル

4 口腔機能向上のアセスメント

（1）入れ歯の使用状況（総義歯、部分義歯）

（アセスメントする上での注意点）

- ① **総入れ歯、部分義歯の別、部分義歯であれば、どの部分であるか**備考欄に記載し**自歯の欠損部分も明記**してください。**入れ歯安定剤の使用の有無**も記載してください。**入れ歯安定剤は応急処置であり、歯科受診を勧めたほうがよい**状況です。自歯がどれくらい残っているか、義歯の使用状況が、安定した歩行や噛みしめ等今後の支援に大きく影響してくるので、丁寧なアセスメントをお願いします。
- ② 入れ歯の適合状態と関連が深い項目です。「食べ物や噛みにくいため、食事の時は入れ歯を外し、普段は美容上入れる人」「入れ歯で歯茎等が痛いため普段は使わず食事の時だけ使う人」「持っていては全く使わない人」等がいます。**いずれの場合も適合するよう微調整や作り直しが必要**となる可能性があることが考えられますので、該当が「④いつも使う」以外の場合は、歯科・口腔医療と連携を取り対応するようにしてください。

（2）自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか

（アセスメントする上での注意点）

- ① 測定者の両手の指を添えて左右の顔の耳の下（奥歯（咬筋）のあたり）に当てて歯を噛みしめてもらい、強弱を確認してください。
- ② 歯または、義歯の左右の奥歯をしっかりと噛みしめられることは、**十分な咀嚼や嚥下のための顎の固定など重要な機能の1つ**です。
- ③ 該当が「②片方だけできる・③どちらもできない」の場合、奥歯の有無を含め、歯科・口腔医療と連携を図り改善を図ってください。日常的には口腔体操を勧めるようにしてください。

（3）開口度

（アセスメントする上での注意点）

- ① 「①指2本分」はほぼ3cmの開口、「②指1本分」は2cm、「③指1本分未満」は1cm以下に相当します。
- ② 該当が②、③の場合、**食べ物の取り込み困難、食べこぼし、発語不明瞭などが起こる可能性が考えられます**。口腔体操の中でも特に「顔面体操」、「あいうえお体操」を勧めてください。
- ③ ③に該当する場合は、**歯科・口腔医療と連携**し、原因の把握と改善を図る必要があります。

（4）口の渇きにより食事や会話に支障がありますか

（アセスメントする上での注意点）

- ① 口の渇きは食べ物の**飲み込み、舌の動き、口腔内不潔、話しにくさ**など、日常的な問題につながります。背景として、内服薬の副作用、慢性的な脱水、糖尿病、シェーグレン症候群、がん治療に伴う副作用等があります。また、口腔機能の低下から「口呼吸」になっている場合もあります。
- ② 該当する場合は、上記を参考に口渇の原因に応じて**歯ブラシによる口腔内刺激や唾液腺マッサージ、舌の体操**などを積極的に勧めてください。

（5）頬の膨らまし（空ぶくぶくうがい）

口唇、舌、軟口蓋などの運動が正常に行われているかのスクリーニング。口唇の閉鎖機能の低下、軟口蓋や舌後方の動きの悪化などを推定することができます。

（アセスメントする上での注意点）

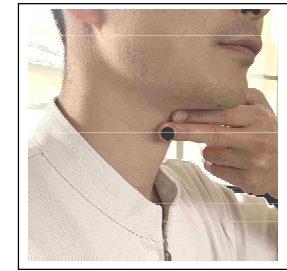
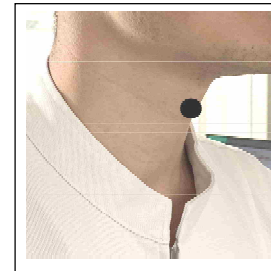
- ① 空気で頬を膨らませ、ぶくぶくと空うがいをすることにより、**口からの空気の漏れがないか、空気を右頬⇄左頬に移動してそれぞれ十分に膨らませることができるか**をみていきます。
- ② 指示が入らない場合は、日常の（施設などでの）口腔清掃後のうがいなどの状況を参考に評価することも可です。その際は備考欄に「うがいの状況により判断」などと入力します。
- ③ 「②やや不十分・③不十分」に該当がある場合は備考欄に具体的内容を記入し、それを参考にサービス計画書を作成します。併せて「顔面体操」や「あいうえお体操」、歯ブラシの柄先による内顎のストレッチを勧めてください。

（6）反復唾液嚥下テスト（RSST）の積算時間

嚥下機能を見るテストです。

（検査方法）

- ① 片手の中指を「のどぼとけ」に当て、人差し指を揃えます。



- ② もう片方の手にストップウォッチを準備し、「**終わりと言うまで、唾を何回も飲み込み続けてください**」と伝えます。

- ③ のどぼとけが1回上がって下りるのに要した時間（秒単位）を入力してください。

- ④ 1回目、2回目、3回目までにかかったそれぞれの時間（秒単位）を入力します。

（アセスメントする上での注意点）

- ① からだに触れられたくないという利用者の場合は、飲み込んだ時に手を上げてもらうなどの工夫をしてください。

- ② 記録は、それぞれの間の記録ではなく、「**積算記録**」となります。最大30秒をテスト時間とし、仮に3回終わらなくても測定を終了してください。

【RSSTの測定方法】

開始	→	1回目	→	2回目	→	3回目
	3秒		10秒		13.5秒	

○記録の入力方法
1回目までの秒数・・・3.0秒
2回目までの秒数・・・13.0秒
3回目までの秒数・・・26.5秒

（評価基準）

30秒以内で3回未満の場合は嚥下機能の低下と判断し、対応策を考える必要があります。

(7) 食物残渣

口腔内衛生状態、誤嚥性肺炎のリスクについて評価する項目になります。

残渣量が増えると、誤嚥・窒息の危険性が高まります。口腔清掃が不十分だと、歯周疾患や歯、誤嚥性肺炎の原因菌が繁殖しやすい環境となります。薬が残渣している場合は、十分な投薬効果が得られません。

(アセスメントする上での注意点)

①対象者の口腔内の頬粘膜、口蓋などを観察。「食物残渣」の量の状況を3段階「なし・少量」、「中程度」、「多量」で評価します。

②評価の基準は下記のとおり

なし・少量	汚れがない・一部の歯に少量の汚れがある
中程度	全体的に少量の汚れがある
多量	全体的に多量の汚れがある

③アセスメントは、食後に行うことが望ましい。

④義歯を使用している場合は、口腔内と、義歯そのものに残渣がないか観察してください。義歯不適合がある場合は、不適合部位を中心に、食べ物が義歯と口腔粘膜の間に入り込みます。また、これにより、噛むときに痛みがでる場合があります。

⑤麻痺がある場合には、麻痺側に残渣が顕著に現れるので注意してください。

※脳卒中を起こした高齢者が、睡眠中に唾液を不顕性誤嚥（むせのない誤嚥）してしまう割合 両側損傷：約9割 片側損傷：約6割

⑥高齢者の口腔不衛生状態は自覚されにくく、また、ADLの低下、認知機能の低下に伴い、セルフケアだけでは十分な清掃が難しいことがあります。

⑦ここにチェックが入り、食物残渣が多い、特に口腔に麻痺などが見られ著しい場合には、口腔清掃の指導、助言を積極的に取り入れましょう。

(8) 舌苔

誤嚥性肺炎を始めとする呼吸器感染症のリスクを評価する項目となります。

(アセスメントする上での注意点)

①利用者の舌を観察し、「舌苔」の量について3段階の評価をしてください。

②評価の基準は下記のとおり。

なし・少量	汚れがない・一部に少量の汚れがある
中程度	広い範囲に、白、黄色、褐色等の汚れがある
多量	ほぼ全体が厚い汚れに覆われている

③高齢者では、口腔乾燥、唾液の分泌の低下、服薬、口腔清掃の不良等により舌苔が見られることがあります。

④舌苔は誤嚥性肺炎をはじめとする呼吸器感染症あるいは、口臭の原因となります。味覚にも変化をもたらすことがあります。

⑤「②中程度・③多量」に該当がある場合には、**舌苔が細菌の付着であること、誤嚥性肺炎との関連、口臭の原因**となる可能性があることを説明、理解してもらい、歯ブラシでの除去方法のアドバイスを行ってください。

⑥力を入れすぎて舌の表面を傷つけないよう指導する必要があります。

(9) 義歯あるいは歯の汚れ

口腔内の衛生状態について評価する項目です。

(アセスメントする上での注意点)

①利用者の口腔内の「義歯」あるいは「歯の汚れ」の状態を観察し、3段階の評価を行ってください。

②評価の基準は下記のとおり

なし・少量	汚れがない・一部の歯に少量の汚れがある
中程度	全体に少量の汚れがある
多量	全体に多量の汚れや食べ物の残りがある

③事前・事後の評価だけでなく、日常的な口腔清掃等において、利用者の口腔内の清掃状態を歯、入れ歯を中心に観察してください。

④利用者への直接評価が難しい場合には、利用者の家族など、利用者の状況を把握されている方からの聞き取り調査を行ってください。その場合には、備考欄に「家族からの聞き取り」などを入力します。

⑤義歯がある場合は、義歯を外し、その内面や維持装置等の周辺に付着しているデンチャーブラーク、残存している歯の周辺に付着している歯垢の量の状況についてを全体的な量として評価してください。

⑥高齢者の場合には、ADLや認知機能の低下に伴いセルフケアだけでは十分な口腔清掃が難しくなっている場合があります。

⑦口腔清掃状態の悪化に伴い歯にこびりついた歯垢（デンタルブラーク）や義歯にこびりついたデンチャーブラークは、義歯性口内炎や口腔等の歯科疾患の原因になるだけではなく、全身の抵抗力が低下している高齢者の場合には、誤嚥性肺炎をはじめとする呼吸器感染症の原因となります。

⑧また、前歯表面にヌルヌル感がみられたら、口腔全体が不潔になっていると判断してください。

⑨「②中程度・③多量」に該当がある場合は、気道感染予防の重要性を説明するとともに、毎食後に（義歯があれば外した状態で）歯や義歯、口蓋、口腔粘膜の清掃を行う必要性を説明し、継続的にチェックしてください。

(10) 清掃状況（染め出し）

(アセスメントする上での注意点)

①歯の染め出しが可能な場合は、アセスメント項目最後の染め出し記録欄（図）に記入をしてください。

②染め出しを行わなかった場合でも、見ただけで判断し、「②やや清掃不足、③清掃不十分」に該当する場合には、備考欄に程度などを入力し、サービス計画書に反映してください。

(11) 口臭

(アセスメントする上での注意点)

①歯の染め出しの有無にかかわらず、アセスメントの途中で利用者に接近した際の口臭の状況を入力してください。

②可能な場合は聞き取り調査を行う際に、普通に会話を行っている状態で（30cmぐらいの距離）評価をおこなってください。

③評価の基準は下記のとおり

ない	口臭を全くまたはほとんど感じない場合が該当
弱い	口臭はあるが、弱く我慢できる程度である場合。会話に差し支えない程度の弱い口臭である場合が該当
強い	近づかなくても口臭を感じる場合。強い口臭があり、会話をしにくい場合。思わず息を止めたくなる場合。顔を背けたくなる場合が該当

④対象者への直接評価が難しい場合は、家族などの利用者の状況を把握している方から、日頃の会話、食事介助、口腔清掃介助などの際、口臭がどの程度あるかの聞き取り調査を行ってください。その場合には、備考欄に、「家族からの聞き取り」などを入力してください。

⑤口臭の評価は、特定日の状況だけでなく、利用者の日常の状況をできるだけ正確に反映させてください。

⑥高齢者は、口腔清掃の自立度の低下に伴い口臭が多く見られます。

口臭の主な原因は、歯垢、食物残渣、舌苔等の汚れです。

⑦口臭の評価は、利用者のデリケートな面を含んでいるため、実施にあたっては利用者に十分に配慮を行った上でおこなってください。

⑧口臭が「②弱い・③強い」に該当した場合には、むし歯の有無や舌苔等の状況を観察し、歯科・口腔医療と連携し口腔ケアの援助をおこなってください。

（１２）入れ歯を外して歯や入れ歯の清掃

（アセスメントする上での注意点）

「②週５～６回・③週３～４回・④週１～２回・⑤していない」に該当する場合、日頃入れ歯の着脱をしているかどうか。特に部分入れ歯の着脱が自己実施できるか否かを確認。できていない場合は、歯科・口腔医療と連携し、支援を行ってください。

（１３）歯ブラシの毛先

（アセスメントする上での注意点）

日頃使っている歯ブラシの状態を確認し、「②やや広がっている・③広がっている」に該当する場合、利用者に対し、さりげなく歯ブラシの交換の頻度などのアドバイスを行ってください。

（１４）歯ブラシの清潔状況

（アセスメントする際の注意点）

日頃使っている歯ブラシの根元の汚れや乾燥状態を確認し、「②少し汚れている・③汚れている」に該当する場合、利用者に対し、さりげなく歯ブラシの交換の頻度などのアドバイスを行ってください。

（１５）今回のサービス等の満足度

利用者に対し口腔ケアの重要性を認識してもらうため、口腔機能向上を実施した場合の事後アセスメント時の主観的評価を聞き取りしてください。

（１６）好ましい変化（総合評価）

口腔機能向上を実施した場合の事後アセスメント時に利用者へ直接聞き取った上で入力を行ってください。

（１７）実施のための利用者の情報

①医師・歯科医師等の指示または連携

口腔機能に関して、医師や歯科医師等からの指示がある場合は、入力してください。

②特記事項

口腔機能に関して、特に配慮すべき項目がある場合に入力してください。

③歯垢染め出し記録（実施時記入用）

染め出しを行い歯垢付着部分を本人に見てもらうことにより、磨きにくい部分の確認と正しく磨くことの励行の動機付けにするために実施する項目です

【参考】

義歯の作成、使用を勧めたい時に・・・

義歯を作るメリット

①よく噛んで食べることができ、食に対する満足感や栄養状態が向上し、食品の選択肢も広がります。

②噛めることで唾液分泌が促進され、感染症予防や滑舌改善に効果的です。

③発音がはっきりするのでコミュニケーションが楽しくなります。

④噛み合わせがあると、筋力やバランス機能が向上し、転倒予防に役立ちます。

⑤お顔の美しさにつながります。

介護予防メニュー アセスメント(訪問用) 事業者:

氏 名	(ふりがな)	性別	調査日	事前	
			事後		

運動機能向上

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
アセスメント	1 床から物が拾えますか	①はい ②少し・時々 ③いいえ			
	2 床上仰向けからの立ち上がりの時間	秒数を入力 (00. 00秒)			
	2 床上仰向けからの立ち上がりの状況	①何もつかまらずに行う ②膝や太腿などに手を着く ③床に手を着く ④テーブルや台、手すりなどにつかまる			
	3 開眼片脚立ちの時間	秒数を入力 (00. 00秒)			

栄養・食支援

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
アセスメント	1 現在自分は健康だと思いますか	①非常に健康 ②まあ健康な方だと思う ③あまり健康ではない ④健康ではない			
	2 6ヵ月前とくらべ体重がどれくらい変化しましたか	①変化なし ②減少 ③増加 減少、または増加のKg			事前体重: kg 事後体重: kg
	3 食事の仕方で困難はありますか ①なし ②あり	献立 買い物 調理 配膳			
	4 食欲はありますか	①非常にある ②ふつう ③ややない ④非常にない			
	5 ふだん食事は1日何回ですか	①3回 ②2回 ③その他(回) ③その他の場合の回数			
	6 6ヵ月前と比べ主食量の減少はありますか	①いいえ ②はい			
	7 6ヵ月前と比べ主菜量の減少はありますか	①いいえ ②はい			
	8 6ヵ月前と比べ副菜量の減少はありますか	①いいえ ②はい			
	9 1日の水分摂取量(コップ何杯)	①6杯位 ②5～4杯 ③4杯未満			
	10 よく便秘になりますか	①いいえ ②はい			
	11 食事に支障があるほど酒類をのみますか	①いいえ ②まれに ③ときどき ④いつも			
	12 間食は毎日食べていますか	①いいえ ②はい			
	13 食べ物や飲み物でむせますか	①いいえ ②2ヵ月に1回ぐらい ③月1回ぐらい ④月2回以上			

アセスメント	14 歯や入れ歯の関係で軟らかいものしか噛めませんか	①普通食 ②やわらか食			
	15 右記の健康管理上の食事指導について、指導がありますか ①なし ②あり	体重を増やす カルシウムを増やす 鉄分を増やす 塩分を減らす 間食の取り方 カロリー(エネルギー)制限 その他(備考に入力)			
	16 食べることが楽しいですか	①とても楽しみ ②楽しみ ③ふつう ④楽しくない			

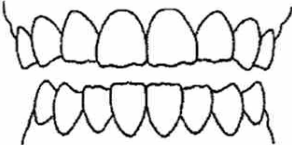
			事前	事後
調査時の食事内容24時間の	具体的料理名	朝食		
		昼食		
		夕食		
		間食		

口腔機能向上

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
アセスメント	1 入れ歯の使用状況(ある人のみ)	①使っていない ②食事以外のときのみ使う ③食事のときのみ使う ④いつも使う			
	2 自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	①両方できる ②片方だけできる ③どちらもできない			
	3 開口度	①指2本分 ②指1本分 ③指1本分未満			
	4 口の渇きにより食事や会話に支障がありますか	①ない ②時々ある ③いつもある			
	5 頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)	①左右十分可能 ②やや十分 ③不十分			
	6 反復唾液嚥下テスト(RSST)の積算時間	1回目までの秒数 2回目までの秒数 3回目までの秒数			
	7 食物残渣	①なし・少量 ②中程度 ③多量			
	8 舌苔	①なし・少量 ②中程度 ③多量			
	9 義歯あるいは歯の汚れ	①なし・少量 ②中程度 ③多量			
	10 清掃状況(染め出し)	①十分清掃済み ②やや清掃不足 ③清掃不十分			
	11 口臭(染め出しの時に)	①ない ②弱い ③強い			
	12 入れ歯を外して歯や入れ歯の清掃	①毎日 ②週5～6回 ③週3～4回 ④週1～2回 ⑤していない			

ア セ ス メ ン ト	13	歯ブラシの毛先	①広がっていない ②やや広がっている ③広がっている			
	14	歯ブラシの清潔状況	①きれい ②少し汚れている ③汚れている			
	15	今回のサービス等の満足度	①満足 ②やや満足 ③どちらでもない ④やや不満 ⑤不満			
	好ましい変化（総合評価） （最終のみ） ※観察・聞き取りから ①あり ②なし		口の中がさわやかになった 唾がよく出るようになった 舌の動きがなめらかになった むせや食べこぼしが減った 味覚が向上した 口もとがしまった 笑顔が増えた 頭がすっきり目覚めた 食事量が増えた その他（備考に入力）	事前は記入不要		

実施のための利用者の情報

医師・歯科医師等の 指示または連携		染め出し記録（実施時記入用） 
特記事項		

生活行為アセスメント(訪問・通所共通)

事業者:

氏 名	(ふりがな)	性別	調査日	事前	
				事後	

Ⅱ 生活行為(訪問・通所共通)アセスメント作成マニュアル

このアセスメントにおいては、利用者の可能性を的確に判断するため、生活行為ごとに細分化した作業項目について、サービス提供事業所による評価を行います。

1 評価尺度

全ての項目について、「0：できる」、「1：少しできる」、「2：困難（できない）」の尺度で評価しています。

2 評価尺度の基本的な考え方

(1) 「できる・できない」の評価尺度

評価する生活行為を「しているか・していないか」ではなく、介護に携わる専門職の評価として利用者が「できるか・できないか」で評価する項目になります。

よって、専門職として、利用者の能力を勘案して評価(判断)してください。

(2) 備考欄の活用について

備考欄には、「できる能力はある」が実際には「していない」場合に、その理由、状況を入力してください。

3 評価の活用方法

(1) 地域包括支援センター等による活用方法

「0：できる」にチェックが入っていても実際にしていない場合は、利用者の可能性を伸ばすストレングスとして能力を活用できる可能性があります。また「1：少しできる」、「2：困難（できない）」を選択した場合においても、何が原因(因子)となりできないのかを聞き取り、洞察することで、生活機能向上に向けて「何を改善・工夫していけばいいのか」を見つけ出すヒントとなります。

サービス計画作成に役立ててください。

(2) サービス提供事業所による可能性の発見

利用者の最も身近かつ、接触頻度が多い専門職の評価であることから、利用者の在宅生活の質の向上、自立支援に向けたより効果的なヒントにすることができます。

あわせて、サービス提供事業所は、生活機能評価等を参考に利用者の変化を把握し、地域包括支援センター担当者、担当介護支援専門員に対し、情報を提供できるよう心がけてください。

生活行為	作 業	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
買い物	お金の支払い	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	買い物運搬	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	買い物	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
調理	芋類等固い物の皮むき	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	輪切り等スライス	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	カボチャなど固い物を切る	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	みじん切り	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	鍋の移動	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	盛りつけ、菜箸操作	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	びんの開閉	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	ブルトップ缶の開閉	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	配膳、鍋運搬	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	ボールなど固定	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	冷蔵庫開閉	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
食事	箸の使用	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
更衣	ズボンファスナー	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	小さなボタンとめ	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	靴下はき	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
入浴	浴室での安全	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	浴槽またぎ	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	浴槽しゃがみ	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	浴室椅子利用	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	シャワー、蛇口操作	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	洗髪	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	洗体	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
洗濯	洗濯物運搬	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	洗濯干し	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	大もの洗濯	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
掃除	床の拭き掃除	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	たたみ、床掃除	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	カーペットの掃除	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	掃除機	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	浴槽の掃除	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	ごみ出し	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
連絡	電話利用	できる(0) 少し(1) 困難(2)			
	緊急連絡の不安対処	できる(0) 少し(1) 困難(2)			

Ⅲ 介護予防サービス計画・総合評価（訪問用）作成マニュアル

1 はじめに

この計画・総合評価（訪問用）は、地域包括支援センター（委託を受けた居宅介護支援事業所を含む）が作成する「介護予防サービス・支援計画表（以下「ケアプラン」）との運動性を基に作成されるものです。

計画期間は、6ヶ月のサービスの場合、サービス提供から換算し、2ヶ月目、3ヶ月目、4ヶ月目の3ヶ月になります。

【参考】6ヶ月プランの場合

介護予防サービス計画・総合評価（通所用）援助内容のサービス期間と実際のサービス期間の相関性

介護予防サービス計画・総合評価	実際のサービス提供期間
1ヶ月目	2ヶ月目
2ヶ月目	3ヶ月目
3ヶ月目	4ヶ月目

作成に際しては、サービス提供責任者においてケアプランを確認し、予防訪問介護で取り組むべき内容、求められている内容を十分に理解した上で作成するようにしてください。基本的に計画・総合評価は、サービス提供責任者において作成してください。

2 介護予防サービス提供の主たる目的

あくまで、介護予防サービスの主たる目的（目標）は、利用者個人の「生活機能を向上させること」で、「自立すること」です。

よって、いくら運動機能が向上しても、栄養状態が改善しても、生活機能が改善しなければ改善したことにならないと考えます。

3 サービス計画を作成する上での注意点

- （1）サービス計画作成にあたっては、ケアプランを作成した地域包括支援センターの指導、相談をもとに作成を行ってください。
- （2）サービス計画を作成する上での不明な点は、地域包括支援センターもしくは、委託を受けた居宅介護支援事業所に相談してください。
- （3）サービス計画作成後、必ずサービス担当者会議を実施し、特に、訪問サービス、通所サービスなどを複合的に利用している場合には、計画の内容に整合性があるかを確認した上でサービスの提供を開始してください。

4 介護予防サービス計画・総合評価（訪問用）

（1）サービス区分の考え方

- ①全てのサービス区分について必ず取り組む必要はありません。
- ②ケアプランの目標に応じ、必要な項目の目標設定を行います。
- ③ケアプランのうち、「介護保険サービスまたは地域支援事業」の欄にサービス提供の指定がある項目について目標を設定することになります。
- ④ケアプランの目標とサービス計画・総合評価の目標は一致させるようにしてください。

（2）目標・援助内容の基本的な考え方

- ①目標は、ケアプランの目標と一致させてください。
- ②目標は、標準として6ヶ月間で達成させたい目標となります。
- ③援助内容（サービス提供事業所の目標）は、ケアプランの目標より具体化した目標となります。具体的には、「何ができるようになるか」を記載することが考えられます。
- ④評価を行う際に達成できたかできなかったかはっきり分かるような目標（評価しやすい目標）を設定してください。
- ⑤目標達成により、利用者の生活行為が改善して生活機能向上ができるような目標を設定します。このことから、事業所の援助内容（目標設定）はとても重要な位置づけとなります。
- ⑥援助内容の1ヶ月目の援助内容には、サービス開始から2ヶ月が経った時に達成したい目標を設定し、2ヶ月目の援助内容には、サービス開始から3ヶ月が経った時に達成したい目標を設定。3ヶ月目の援助内容には、サービス開始から4ヶ月が経った時に達成したい目標を設定します。
- ⑦アクティビティに関して、事業所の基本メニューとして導入する場合は「目標設定なし」で大丈夫です。課題があり、プログラムとしてアクティビティメニューを導入する場合は目標設定を行ってください。
- ⑧月ごとの援助内容（目標設定）には「バージョンアップ型」と「完結型」があることに視点を置いて入力してください。
- ⑨ケアプランに記載がない場合で訪問事業所のアセスメントの結果、取り組みが必要と判断した場合には、担当の地域包括支援センターへフィードバックをおこなってください。

【参考】

〈良い目標の事例〉

計画作成者の目標：近くのコンビニまで歩いて行くことができる

- 1ヶ月目：足上げ体操、貯筋運動をヘルパー訪問時に実施する
- 2ヶ月目：上記体操をヘルパーが来ない日でも週2回実行できる
- 3ヶ月目：上記体操を毎日実行できる。

計画作成者の目標：生協の利用による買い物行為の自立

- 1ヶ月目：生協注文を一緒に見ながら記入する
- 2ヶ月目：本人に注文書を書いてもらい、ヘルパーが確認する
- 3ヶ月目：本人にヘルパーが来ない日に注文書を書いておいてもらい、ヘルパー訪問時には確認のみ

計画作成者の目標：口腔機能低下予防の習慣化

- 1ヶ月目：フラッシング指導と声かけによる実施
- 2ヶ月目：口腔体操指導と声かけによる実施
- 3ヶ月目：ヘルパーが来ない日でも習慣づけることができる

〈悪い目標の事例〉

元気に毎日過ごす
毎日穏やかに生活できる
これまでの生活を維持できる →評価ができない

(3) 目標・援助内容の具体的な考え方

①運動機能向上・生活機能向上

マシントレーニング、セラバンド、体操等の運動に関する取り組みで生活機能を向上させていくプランを作る項目です。加算を取る体制の有無に関わらず、事業所として取り組む内容があればここに明記してください。

もともとケアプランにはなかったものの事業所のアセスメントの結果、取り組みが必要と判断された場合は、ケアプランを作り直してください。このことは、他の項目についても同じ考えです。

②生活行為向上

共同の調理や掃除など、本人が現在できずに生活上困っていること、現在ヘルパーの支援を受けていることを本人ができるようにするプランの該当項目です。

③栄養・食支援

管理栄養士の指導がケアプランにある場合に、ヘルパーが実施する項目（役割）をプラン化する項目です。

④口腔機能向上

口腔ケア、口腔改善指導がケアプランにある場合に、ヘルパーが実施する項目（役割）をプラン化する項目です。

⑤アクティビティ

生活行為、動作行為をする中で、体の動きと頭（理解）を近づけることを意味し、基本的には、認知症予防の取り組みを行う項目が該当します。ドリルや音読、書き取りなどを行う場合もこの項目に該当します。

⑥生活援助

上記①～⑤の項目に含まれない家事援助を記載する項目です。生活行為向上を含む上記項目が進むにつれ、援助する項目も減ってくるようになります。その内容をプラン化してください。生活援助＝代行援助となります。

例)

骨折により援助内容 1 ヶ月目は掃除ができなかったが、2 ヶ月目から完治し共同での掃除に取り組めるようになった場合

1 ヶ月目：生活援助の欄

2 ヶ月目：生活機能向上の欄

(4) 支援に際しての留意点

サービス提供責任者から実際に介入するヘルパーに対しての留意点を入力します。運動や栄養などのリスク、医師などからの指示事項がある場合はリスク内容等を入力してください。

(5) 評価

①目標達成状況（1 ヶ月）

1 ヶ月の援助内容に対して、計画通りにできたか、できなかったとしたら「なぜ」できなかったのかを入力します。アクティビティの項目の評価については、楽しんでできたか、できなかったか、などでも可場合があります。

②目標達成状況（1 ヶ月）に付随する評価

1 ヶ月ごとの目標達成状況を「○・△・×」で評価します。

評価基準

○：達成 → 計画どおり実行できた
△：一部達成 → できた事とできなかった事があった
×：未達成 → 全くできなかった

(6) 総合評価

①目標達成状況（3 ヶ月）

3 ヶ月（サービス提供 2,3,4 ヶ月目）間の総合的な評価を行います。

はじめにたてたサービス区分別の「目標」に対して達成できたか、できなかったかの評価になります。評価に際しては、「1 ヶ月ごとの評価」と「事後アセスメント」をもとに評価します。

記載に際しては、具体的にどのような支援を起因として目標が達成できたのか、どのような生活行為（動作）が改善されたのか、事前事後のアセスメントにおいてどのような変化があり、利用者本人がどのような実感を持っているのかを入力してください。

②1 ヶ月ごとの評価と総合評価の判断基準

1 ヶ月ごとの評価から 3 ヶ月の総合評価を行う場合

1 ヶ月ごとの評価

○＝3 点 △＝2 点 ×＝1 点

月ごとを合計して、

↓

プログラムごとの評価

8～9 点＝○ 5～7 点＝△ 4 点以下＝×

【参考】

1 ヶ月ごとの評価を点数化して 3 ヶ月評価を行った場合、点数と実際の内容が一致しない場合があります。この理由としては、元々の目標と 1 ヶ月毎の援助内容が一致していなかった場合（利用者の能力に対し、目標が高すぎた。低すぎた）が考えられますので、継続プランの目標設定の際の留意点にしてください。

介護予防サービス計画・総合評価（訪問用）

氏名: 様 事業者名: 計画作成日: 計画期間: ~ 総合評価日:

サービス計画					評価		総合評価	
サービス区分	支援計画				目標達成状況(1カ月)	評価	目標達成状況(3カ月)	評価
	目標	援助内容		支援に際しての留意点		○達成 △一部達成 ×未達成		○達成 △一部達成 ×未達成
運動機能向上		1ヶ月目						
		2ヶ月目						
		3ヶ月目						
生活行為向上		1ヶ月目						
		2ヶ月目						
		3ヶ月目						
口腔機能向上		1ヶ月目						
		2ヶ月目						
		3ヶ月目						
栄養・食支援		1ヶ月目						
		2ヶ月目						
		3ヶ月目						
アクティビティ		1ヶ月目						
		2ヶ月目						
		3ヶ月目						
生活援助		1ヶ月目						
		2ヶ月目						
		3ヶ月目						

	アセスメント月 （ 月 ）	1ヶ月目 （ 月 ）	2ヶ月目 （ 月 ）	3ヶ月目 （ 月 ）	評価月 （ 月 ）	最終月 （ 月 ）
体重の変化						
その他検査値 （ ）						
メニュー実施の有無 （ ）						
日常生活の様子、変化等						

計画に対する同意
上記計画に対して同意します

令和 年 月 日
氏名

Ⅳ 介護予防サービス 個別サービス計画書（訪問用）作成マニュアル

1 作成手順

訪問用の個別サービス計画書を作成するに際しては、以下の手順で検討をしてください。

- ①ケアプランにおいて訪問介護での役割として何を求められているか
- ②訪問介護用アセスメントを行い、利用者が生活上で困っていること、できないこと、将来的に（できなくなる）リスクがあることを明確にする。
- ③ケアプランにおいて「介護保険サービスまたは地域支援事業」の欄に指定がある項目についてプランを作成する。
- ④ケアプランの有る無しに関わらず、予防を目的とした4項目「運動・栄養・口腔・アクティビティ」（＝レギュラーアイテム）を事業所ごとに確立する。
- ⑤レギュラーアイテムはリスクの有る無しに関わらず予防の計画には基本全員導入するものとして考えてください。したがって、プラン化、評価はしない内容となります。

【参考】

レギュラーアイテムの事例

運動：貯筋運動

栄養：摂食確認、利用者・チーム員への情報提供

口腔：口腔体操、利用者・チーム員への情報提供

アクティビティ：紙ボール投げなど

介護予防サービス 個別サービス計画書（訪問用） 事業者：

氏 名	（ふりがな）	歳	計画期間	～
		要介護度	作成日	

サービス1 （ 曜日 ）	サービス区分		サービス内容	所要時間
	生活援助			分
			分	
			分	
合計		分		
予防メニュー			分	
			分	
			分	
	合計		分	
サービス2 （ 曜日 ）	サービス区分		サービス内容	所要時間
	生活援助			分
			分	
			分	
合計		分		
予防メニュー			分	
			分	
			分	
	合計		分	
サービス3 （ 曜日 ）	サービス区分		サービス内容	所要時間
	生活援助			分
			分	
			分	
合計		分		
予防メニュー			分	
			分	
			分	
	合計		分	

計画に対する同意

上記計画に対して同意します

令和 年 月 日

氏名

参考資料

アセスメントにあたって、必要となる資料について確認してください。

【 薬剤情報 】

薬局から配布される薬剤情報やお薬手帳の写しを取り、事業所と共有します。
処方されている薬が全て把握できないと、利用者の正確な状況をアセスメントすることができません。受診先が複数ある場合は、全ての処方薬を集約できるよう、特に気を付けましょう。

【 血液データ 】

血液データがあることで、利用者の状況がより正確に把握できます。
最低 3 ヶ月以内のものが理想的です。経年のデータがあると、いつから高かったのか、一時的なものなのか、判断がしやすくなります。
利用者が所持していない場合は、かかりつけ医等に相談してください。
「医療、介護の連携に関する連絡票」も活用してください。
＊市の特定健診や後期高齢者健診もぜひ活用してください。
実施期間：6 月～1 月
受診方法：対象者には、5 月末に受診券が個別送付されます。
費 用：無料
受診場所：指定医療機関

【 各専門職にアドバイスを求める際の参考区分 】

理学療法士	主に基本動作（寝返り、起き上がり、座位、立ち上がり、立位保持、移乗、歩行等）の回復や維持、運動方法について、悪化防止の観点からの助言 移動手段の検討、住宅改修に関すること
作業療法士	主に応用的動作能力（食事、排泄等）、社会的適応能力（地域活動への参加・就労等）の回復や維持、悪化の防止の観点からの助言
言語聴覚士	主にコミュニケーション（話す）・聴覚（聞く）・摂食（食べる）に障害を抱える事例に対し、各能力の回復や維持、悪化の防止の観点からの助言
管理栄養士	日常生活を営む上で基本となる食事について、適切な栄養摂取といった観点からの助言
歯科衛生士	口腔機能、口腔衛生の観点からの助言
薬剤師	処方されている薬に関する情報提供（重複投薬・副作用等）及び服薬管理の観点からの助言

【 障害高齢者の日常生活自立度 】

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する J1. 交通機関等を利用して外出する J2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない A1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する A2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ B1. 介助なしで車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。座位自力 B2. 介助により車椅子に移乗する。食事または排泄に関しても介護者の援助必要
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する C1. 自力で寝返りをうつ C2. 自力では寝返りもできない

【 認知症高齢者の日常生活自立度 】

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している	
II	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる	度々道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など 1 人で留守番ができない等
III	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる	着替え、食事、排泄、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体症状が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等