

小林市

自立支援型アセスメントマニュアル

(令和5年3月版)

ホームページ用

小林市長寿介護課

はじめに

小林市では、介護保険法第115条の48に基づき、高齢者の自立支援及びQOL（生活の質）向上を目指し、個別のケアプランについて多職種の専門職が検討を行う「自立支援型地域ケア会議」を平成29年度から開催しています。

このマニュアルは、小林市で行う自立支援型アセスメントに関し必要な事項を定め、多職種で共通理解を深め、目的を同じくして進めていくために作成しました。会を進めていく中で見えてきた運営上の課題に対応するため随時充実を図っており、マニュアルについても今後柔軟に改正を行っていきます。

「自立支援型地域ケア会議」では、①個別の事例検討を通じて対象者の自立し生きがいある生活を実現するほか、②関係職種のレベルアップや③地域課題の発見、④多職種のネットワークづくり、⑤政策形成につなげていく役割を持っています。今後も高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を続けられるように、自立支援、重度化防止に向け、市民、地域、自治体が一体となって取り組んで行けることを最大の目的とします。

令和2年 5月

介護保険法

第115条の48

市町村は、第115条の45第2項第3号に掲げる事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体（以下この条において「関係者等」という）により構成される会議（以下この条において「会議」という。）を置く。

2 会議は、要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者（以下この条において「支援対象被保険者」という。）への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、支援対象被保険者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとする。

3 会議は、前項の検討を行うために必要があると認めるときは、関係者等に対し、資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力を求めることができる。

4 関係者等は、前項の規定に基づき、会議から資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

5 会議の事務に従事する者、又は従事していた者は、正当な理由なく、会議の事項に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

6 前各項に定めるもののほか、会議の組織及び運営に関し必要な事項は、会議が定める。

目次

1. 自立支援の効果をあげるために
2. 窓口での関わり（相談のはじまり）
3. 利用者基本情報
4. 主治医意見書
5. 基本チェックリスト
【参考】基本チェックリストマニュアル
6. 介護予防メニューリスク確認（地域包括支援センター）
7. 生活機能評価
【参考】生活機能評価の書き方
【参考】生活機能評価の記載例
8. アセスメントと課題分析
9. 因子分解について
【参考】因子分解表とケアプランとの連動
【参考】因子分解表記載例
10. ケアプラン
【参考】因子分解表とケアプランとの連動
【参考】ケアプラン記載例
11. 総括表
12. 評価におけるアウトカム（目標達成状況）の考え方について
13. 評価レベルと終了判定について

参考資料

各専門職からのアドバイスより

右ページの主治医意見書様式を見ながら確認しましょう

- ①作成から時間が経過している場合は、本人の状態が変化している可能性があるため、まずは書かれた日付を確認しましょう。
- ②生活機能の低下の要因となった傷病名を確認します。
- ③基本情報の「現病歴・既往歴と経過」との整合を確認し、プラン作成担当者の情報や認識と一致しているか確認しましょう。

体重については、現在だけでなく、**過去6ヶ月の変化に着目**し、その理由を確認しましょう。いくつかの情報なのか確認しておきましょう。

①(3)(4)に記載されている「現在あるいは今後発生の可能性の高い状態とその対応方針」「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」について確認します。

②感染症がある場合は、専門職から対応や配慮に関する意見を引き出す必要があります。

-4-

介護予防のアセスメント【1】 基本チェックリスト

氏名	(ふりがな)		調査日	事前	
				事後	

項目	番号	確認内容	評価尺度	回答		課題領域	
				事前	事後	主領域	副領域
生活機能	1	バスや電車で一人で外出していますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
	2	日用品の買い物をしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	他
	4	友人の家を訪ねていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
運動機能	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	生
	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	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	生
	8	15分くらい続けて歩いていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	社
	9	この1年間に転んだことがありますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			運	健
	10	転倒に対する不安は大きいですか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			運	社
栄養改善	11	6ヶ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	生
	12	事前 身長 154.4 cm 体重 kg BMI 事後 身長 cm 体重 kg BMI				健	生
口腔機能	13	半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	生
	14	お茶や汁等でむせることはありますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	生
	15	口の渇きが気になりますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	生
閉じこもり	16	週1回以上は外出していますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	生
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			社	生
認知機能	18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
	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	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
うつ	21	(こ2週間)毎日の生活に充実感がない	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
	22	(こ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しくなくなった	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
	23	(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る	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
	24	(こ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
	25	(こ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	2:はい 1:少し時々 0:いいえ			健	他
合計(点数)							

※課題領域：(運) 動・移動、日常 (生) 活、(社) 会参加・対人交流、(健) 康管理・療養、(他) の課題(もの忘れ・うつ・経済・支援利用)

※副領域は”予防サービス・支援計画書”作成の参考とする。

介護予防のアセスメント【2】 追加項目

項目	番号	確認内容	評価尺度	回答		課題領域	
				事前	事後	主領域	副領域
運動	1	自宅内の物を持って歩けますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	生
	2	自宅の外を物を持って歩けますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	社
	3	ズボン、スカートを立ったまま、支えなしではけますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			運	生
栄養食生活	4	食事の用意をしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
	5	規則的に3食とっていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
	6	主食・主菜(肉・魚・卵・乳製品、大豆製品)・副菜をとっていますか[*]	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
寝具管理	7	布団の出し入れ、シーツ交換・布団干しをしていますか[*]	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
更衣	8	季節・場所に応じた服装ができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
	9	寝間着や肌着の着替えができますか[*]	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
入浴・整容	10	一人で身体を洗うことができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	健
	11	顔や髭、爪をきちんと整えることができますか[*]	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	社
排泄	12	排泄に関する心配がありませんか(尿もれ、便秘、下痢)	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	社
口腔	13	歯や義歯を磨いたり、口腔の手入れをしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	生
	14	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	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	生
洗濯・掃除	15	洗濯をしたり、干し物を取り込み、元の位置にしまっていますか[*]	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	運
	16	家の中や家のまわりの片付けや掃除などを行いますか[*]	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	運
	17	ごみの分別やごみ出しをしていますか[*]	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	運
認知	18	火の始末や戸締りはできますか[*]	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			生	他
	19	前の晩に食べたものを思い出せますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
閉じこもり	20	趣味や楽しみ、好きでしていることがありますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	生
	21	日中寝ないで起きて過していますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	生
	22	家庭のことで決まった仕事や役割がありますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	生
	23	親族、友人、隣近所と付き合いや談笑ができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	他
	24	催し物や地域の活動に参加しますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			社	他
健康管理	25	定期的な診察、あるいは1年に1度健診を受けていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
	26	薬はきちんと飲んでいますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
	27	食事内容の注意を守っていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	生
	28	散歩や体操を(週1回以上)していますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	運
うつ	29	十分な睡眠はとれていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
	30	あなたは普段健康だと思いますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ			健	他
[*]すべての行為が出来ていれば「はい」、一つでも欠けていれば「少し・時々」すべて出来ていなければ「いいえ」			合計(点数)				
			総合計(点数)				

主領域合計	事前	
	運動	
	生活	
	社会	
健康		
総合計		

被保険者番号

介護予防のアセスメント[1]基本チェックリスト マニュアル

* 生活機能評価のADL、IADLと照らし合わせること！

番号	設問の確認内容の留意点	プログラム
1	バスや電車で1人で外出していますか 家族等の付き添いなしでの、公共交通機関の利用があるかないかで判断。 1人で自家用車を運転している場合は「はい」外出手段は問わない。	生活行為向上
2	日用品の買い物をしていますか 自ら外出し、日用品の買い物を適切に行っているかどうかで判断。 電話注文購入のみは「いいえ」	
3	預貯金の出し入れをしていますか 銀行等での窓口手続きも本人の判断により行っている場合は「はい」 家族等に依頼している場合は「いいえ」	
4	友人の家を訪ねていますか 電話による交流は含まない。また、家族や親戚の家への訪問も含まない。交流のための外出。	
5	家族や友人の相談にのっていますか 面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」意見を求められ、答えることがあるが評価	
6	階段や手すりや壁を伝わらずに昇っていますか 手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」	運動器の機能向上
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 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るかどうか (下肢筋力がある程度ないと難しい動作)	
8	15分くらい続けて歩いていますか 屋内、屋外等の場所は問わない(ある程度の時間継続して歩行可能な確認補助具を使っても歩行も含む)	
9	この1年間に転んだことがありますか この1年間に「転倒」の事実があるかどうかで判断。回数、受診の有無、転倒場所やその状況も聞く	
10	転倒に対する不安がありますか 現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを本人の主観に基づき記入	
11	6ヶ月で2～3kg以上の体重減少がありますか 6ヶ月以上かかって減少している場合は「いいえ」BMIとの関係を念頭に置く	栄養・食支援
12	事前 身長 cm 体重 kg BMI 事後 身長 cm 体重 kg BMI 身長、体重は整数で記載。体重は1ヶ月以内の値を記載。身長は過去の測定値での差し支えない	
13	半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか 半年以上前から硬いものが食べにくくなり、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」	口腔機能向上
14	お茶や汁等でむせることはありますか むせることがあるかどうかを本人の主観に基づき記入むせる場合は頻度を書く	
15	口の乾きが気になりますか 口の渇きがきになるかどうかを本人の主観に基づき記入 唾液の分泌、舌の動きとの関連を念頭に置く	すべてのプログラム
16	週1回以上は外出していますか 週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヶ月の状態を平均する (閉じこもりの定義: 週1回も外出していない身体的要因、精神的要因、環境要因がある状態) 外出: 仕事、買い物、散歩、地域活動、体操、運動、サロン、茶のん場、老人クラブ ★通院、通所は外出に含まない!	
17	昨年と比べて外出の機会が減っていますか 昨年の外出回数と比べて、今年度の外出回数の減少傾向にある場合は「はい」	
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると云われますか 本人は物忘れがあると思っていても周りから指摘されることがない場合は「いいえ」	
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 電話番号を尋ねて電話をかける場合や誰かにダイヤルをしてもらい会話だけをする場合には「いいえ」	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか 担当者が客観的に判断した状況を記入 月と日の一方しか分からない場合には「はい」	うつ病のきっかけとなる喪失体験や出来事の有無、医療の必要性を確認
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない ここ2週間の状況を本人の主観に基づき記入	
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しくなくなった ここ2週間の状況を本人の主観に基づき記入	
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうになった ここ2週間の状況を本人の主観に基づき記入	
24	(ここ2週間) 自分が役にたつ人間だと思えない ここ2週間の状況を本人の主観に基づき記入	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする ここ2週間の状況を本人の主観に基づき記入	

介護予防のアセスメント[2]追加項目 マニュアル

介護予防のアセスメント[2]追加項目 マニュアル

生活機能向上

運動機能向上

栄養・食支援

口腔機能向上

アクティビティ

番号	設問の確認内容の留意点	該当プログラム ◎:主領域 ○:副領域				
		生	運	栄	口	ア
1	自宅内の物を持って歩けますか		○	◎		
2	自宅の外の物を持って歩けますか			○		◎
3	【1・2共通】歩行能力・バランス能力・筋力について、物を持って歩く生活行為への影響がどの程度かを確認する。例えば、配膳のお盆、洗濯物を入れた籠、ゴミなどを持って歩く動作を確認する。運動プログラム(体操・ストレッチなど)により改善する可能性を検討する。					
3	ズボン、スカートを立ったまま、支えなしではけますか 壁に背中をつけていないか、支えは必要かなどからバランス能力を確認し、転倒の危険性や予防策の検討を行う。		○	◎		
4	食事の用意をしていますか		◎		○	
5	規則的に3食とっていますか		○		◎	
6	主食・主菜(肉・魚、卵・乳製品、大豆製品)・副菜を摂っていますか 【4・5・6共通】食事量の低下がないか、バランスのとれた食生活になっているかどうかを確認する。元々誰が食事を作っているのか、調理道具を工夫したり、台所に椅子を用意したり、調理方法が簡単になると本人が行える部分がないかを検討する。また、疾患により栄養指導を受けるなど、食事内容に配慮が必要かどうか、口腔・嚥下機能との関連性にも留意する。		○	◎	○	
7	布団の出し入れ、シーツ交換・布団干しをしていますか		◎	○		
8	季節・場所にに応じた服装ができますか		○			◎
9	寝間着や肌着の着替えができますか		○	○		◎
10	【7・8・9共通】朝の身支度が1人でできるか、衣類の形態により違いがあるか(ボタン、シャツ)も確認し、身体機能の低下により困難なのか、元々の生活習慣なのかを把握する。体操により動作が楽になる可能性やタンズ、押し入れなどの家具・収納環境の整理により改善ができるか、肌が不潔になっていないか、頻度についても検討する。なお、季節・場所にに応じた服装ができなくなってきていれば認知機能低下の可能性が考えられるので留意する。		◎	○		
11	1人で身体を洗うことができますか		◎			
11	顔や髪、爪をきちんと整えることができますか 清潔を保つ行為や整容が自立しているのか、洗面所で立っているのか座って行うのか。困難な間接動作や姿勢がどの部分かを確認する。		◎			○
12	排泄に関する心配がありますか(尿もれ、便秘、下痢) 関連する疾患の有無、服薬状況、排泄の心配が閉じこもり要因となっていないかを確認する。		◎		○	○
13	歯や義歯を磨いたり、口腔の手入れをしていますか 清掃ができていいるかは口臭の有無でも判断できる。義歯がある場合、外して磨いているかを確認する。歯科受診や歯科衛生士指導の必要性を検討する。					◎
14	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 咀嚼能力低下の予防のため歯の数、合わない義歯、歯周病、口腔筋力の低下などを把握する。				○	◎
15	洗濯をしたり、干し物を取り込み、元の位置にしていますか		◎	○		
16	家の中や家のまわりの片付けや掃除などをしていますか		◎	○		
17	ごみの分別やゴミ出しをしていますか		◎	○		
18	【15・16・17共通】同居家族が家事を行っている場合、単身なのにしていない(できない)場合がある。単身の場合、道具や方法を工夫すればよいことはないか。ヘルパーと分担して行える作業はないか考える。					
18	火の始末や戸締まりはできますか		◎			○
19	前の晩に食べた物を思い出せますか		◎			○
20	【18・19共通】記憶力の低下など認知障害の症状により生活に支障がでていないか、程度により医療が必要があるのかを検討する。年相応か初期の場合は、カレンダーに印をつける、日記を書く(自分の活動記憶など)、人との交流や外出の機会を増やすプランなどを検討する。					
20	趣味や楽しみ、好きでしていることがありますか		○			◎
21	日中寝ないで起きて過ごしていますか			○		◎
22	家庭のことで決まった仕事や役割がありますか		○			◎
23	親族、友人、隣近所と付き合いや談笑ができますか					◎
24	催し物や地域の活動に参加しますか			○		◎
25	【20・21・22・23・24共通】本人の楽しみごと、生きがいや家庭での役割、社会参加の有無を確認する。「閉じこもり」のタイプには◆病氣や障害によって「外出したくてできない」ものと◆身体障害がないか軽度なのは「外出しようとしてないもの」とがあることに留意する。また活動低下の要因(身体的、心理的、環境、その他)についても留意する。他者との会話や美しいもの・孤独・孤立状態でないかを把握する。以前は行っていたが最近していないこと、条件が整えば行いたいことをプランの中で目標にしてみる。					
25	定期的な診察、あるいは1年に1度検診を受けていますか		◎			
26	薬はきちんと飲んでいますか		◎			
27	食事内容の注意を守っていますか		◎		○	
28	散歩や体操を(週1回以上)していますか			◎		○
29	【25・26・27・28共通】本人の健康や病氣に対する意識や行動を把握する。主治医の意見書から服薬や食事内容の指示などとはどの程度か入浴や運動することについてなど、プラン作成時に注意すべき疾患や指示がないかを確認する。					
29	十分な睡眠はとれていますか		◎			
30	あなたは普段健康だと思いますか		◎			

眼科服用の有無、他者との交流、自己健康観を把握し、アクティビティや簡単な体操を増やす工夫を行う。

* 生活行為の状況を詳細に確認しながら、同時に総合的な課題を抽出する作業が必要です。

6. 介護予防メニューリスク確認（地域包括支援センター）

地域包括支援センターがアセスメント時に実施します。運動機能向上については運動を行うことによるリスクの有無の確認を行い、栄養・食支援、口腔機能向上については、受診や専門職の介入が必要かどうかなどを判断する基準となります。また、備考欄には現在の状況を記入してください。

サービス提供において、影響するかどうかの視点で記載してください。

1 運動機能向上

（１）除外基準

１～８の中で１つでも「②はい」がある場合は、運動機能向上プログラムへの参加は見合わせるようにしてください。

（２）主治医判断

１～７の中で１つでも「②はい」がある場合は、運動機能プログラムへの参加について主治医へ確認をとるようにしてください。

＊主治医へ具体的なサービス提供メニュー等を提示した上で、サービス提供によるリスクがないか、リスクがある場合には、具体的な制限内容などを確認するようにしてください。

＊股関節や膝関節の置換術や骨折・外傷などの治療をした人は、６ヶ月間の運動制限の指示がある場合またはリスクがありますので注意をお願いします。

＊心肺機能の低下などがあると運動により呼吸や脈拍、血圧などのリスクが考えられるので注意をお願いします。

2 栄養・食支援

（１）質問事項１

糖尿病はエネルギーコントロールが必要な場合があり、高血圧は塩分制限が必要な場合があります。また、脂質異常症は脂質コントロールが必要になることがあります。

（２）質問事項２

腎臓病はタンパク質コントロール、水分制限、塩分制限等が必要になる場合があり、心臓病は塩分制限、水分制限、脂肪制限の指示を受けている場合があります。また、肝臓病は高タンパク、低脂肪制限の指示が、膵臓病は低脂肪、高エネルギーの制限の指示を受けている場合があります。この他、胃腸病は消化の良いものを摂るように指示されている場合があり、胆嚢切除後は脂肪制限が必要な場合があります。

（３）質問事項３

水や食塊の大きい物、ばらつきやすい炒り豆腐や刻み食、繊維質の多い野菜、のり、わかめなどの口腔内に付着しやすい食品は、誤嚥を起こす可能性があり、誤嚥性肺炎、窒息等の危険性があります。

（４）質問事項４

急激な体重の減少は体力低下、食欲不振をもたらし、さらなる体重の減少を招くため、早急な対処が必要です。また、体重減少の要因は様々で、原因を取り除かなければ改善しないことが多々あります。

（５）質問事項５

急激な体重の増加は身体に負担をかけ、足や膝の痛み、ADLの低下を招く要因となるため、原因の解明と早急な対応が必要です。

（６）質問事項６

食事の制限を受けている場合は、一般的な食事の指導と異なることに留意してください。

（７）質問事項７

腎臓病や心臓病などでは、疾患による水分制限の指示が出ている場合があります。指示を守らないことによりむくみ等が出現する場合がありますことに留意してください。

＊質問事項１～７の内容に１つでも「はい」や「あり」があった場合には「リスクあり」とし、その疾患の主治医の指示のもと食事療法への取り組みを検討してください。

＊主治医の指示に基づいて管理栄養士が外来や訪問で食事療法・栄養指導を実施している場合があります。この場合には、医療との連携を図り、利用者に対し、外来や訪問により栄養指導をうけてもらうよう勧めてください。

ただし、実施されていない場合は、C型事業等の検討が必要です。

3 口腔機能向上

（１）質問事項１

該当が「②やや安定（低下）」・「③不安定」の場合、体調不安定の具体的内容が、歯や口腔の機能や衛生と関係があるかを検証してください。

（２）質問事項２

該当が「②あり」の場合、具体的内容に応じ、歯科受診の奨励や歯科衛生士の対応を求めるようにしてください。

（３）質問事項３

該当が「②あり」の場合、頻度や程度などを具体的に把握し、歯科衛生士や歯科医師に連絡をし、対応を求めてください。

（４）質問事項４

質問事項１～３以外に口腔関係で気になる状態がある場合、歯科衛生士との連携をとり、利用者の安全性の確保を図るようにしてください。

＊改善の必要があるものの、歯科医師または、歯科衛生士による指導等が実施されていない場合は、C型事業等の検討が必要です。

介護予防メニュー リスク確認【１】（地域包括支援センター）

氏名	(ふりがな)		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	
除外基準	1 心筋梗塞、脳卒中を最近6ヶ月以内に起こした	①いいえ ②はい			
	2 狭心症、心不全、重症不整脈がある	①いいえ ②はい			
	3 収縮期血圧180mmHg以上、または拡張期血圧110mmHg以上の高血圧がある	①いいえ ②はい			
	4 慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎、肺気腫など)で息切れ、呼吸困難がある	①いいえ ②はい			
	5 糖尿病で重篤な合併症(網膜症、腎症)がある	①いいえ ②はい			
	6 急性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状がある	①いいえ ②はい			
	7 急性期の肺炎、肝炎などの炎症がある	①いいえ ②はい			
	8 その他、本サービス等の実施によって、健康状態が急変あるいは悪化する危険性がある	①いいえ ②はい			
主治医判断	1 コントロールされた心疾患、不整脈がある	①いいえ ②はい			
	2 収縮期血圧180mmHg未満の高血圧がある	①いいえ ②はい			
	3 慢性閉塞性肺疾患で症状がある	①いいえ ②はい			
	4 慢性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状がある	①いいえ ②はい			
	5 骨粗鬆症で、脊柱圧迫骨折がある	①いいえ ②はい			
	6 認知機能低下により、参加が困難	①いいえ ②はい			
	7 その他、医師が除外や運動の制限が必要と判断した	①いいえ ②はい			

介護予防メニュー リスク確認【２】（地域包括支援センター）

栄養・食支援

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
リスク確認	1 右記の生活習慣病で受診していますか	糖尿病	①いいえ ②はい		
		高血圧	①いいえ ②はい		
		高脂血症	①いいえ ②はい		
		その他(備考欄に記入)	①いいえ ②はい		
	2 右記の内科疾患で受診していますか	腎臓病	①いいえ ②はい		
		心臓病	①いいえ ②はい		
		肝臓病	①いいえ ②はい		
		膵臓病	①いいえ ②はい		
		胃腸病	①いいえ ②はい		
		胆のう病	①いいえ ②はい		
		その他(備考欄に記入)	①いいえ ②はい		
	3 摂食・嚥下障害はありますか		①なし ②あり		
リスク確認	4 3ヶ月の間に体重3～5kg減りましたか	①いいえ ②はい			
	5 3ヶ月の間に体重3～5kg増えましたか	①いいえ ②はい			
	6 食事の制限を受けていますか(食物アレルギーを含む)	①いいえ ②はい			
	7 水分の制限はありますか	①なし ②あり			

口腔機能向上

	質問項目	評価尺度	該当番号		備考
			事前	事後	
リスク確認	1 この1ヶ月の体調	①安定 ②やや安定(低下) ③不安定			
	2 歯や口の中の痛み	①なし ②あり			
	3 窒息や誤嚥等の兆候やトラブル	①なし ②あり			
	4 口のことで気がかりなこと	①なし ②あり			

7. 生活機能評価

生活機能評価は、状況から課題を見つけ出すツールです。できなくなっていることの状況が、把握できるように書きます。

生活機能評価においては、アセスメントの結果を踏まえ、計画作成担当者の主観により、○1から×2までの6段階で利用者の状況を評価してください。

ただし、利用者ごとの個人因子、環境因子により、評価が分かれる可能性があります。

初回アセスメント時にチェックリストや追加項目、リスク確認表とともに持参し、対象者と一緒に完成させましょう。対象者自身が自分の状況を理解し、合意形成に役立つツールとなります。

1 6段階の評価基準

6段階の評価については、

○1 自立しており問題ない
楽にできる

○2 どうか自身でしている
自立しているが不十分、少し難しい

△1 誰かの介助が入っているが「改善の可能性がある」
今後改善の可能性がある

△2 誰かの介助が入っているが「改善の可能性が低い」
介助が入っている部分は、今後改善の可能性が低い

×1 全く自身でしていない（できない）が「改善の可能性がある」
前は自立、今は介助、再びできそう

×2 全く自身でしていない（できない）が「改善の可能性が低い」
自分では実施していない

「またやれそうか」
という視点で

を判断基準としてください。

【参考】共通認識を持つための統一基準

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善の可能性がある		改善の可能性がある	
			ある	低い	ある	低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

2 備考欄の利用

備考の欄には、利用者の現在できなくなっている状況を簡潔に記録してください。以前できていたことが、この度できなくなっていること、生活の場の困りごと、何に困っているのかしっかり書くと、サービスや支援につなげやすくなります。

「何が」、「どのように」できないのかを記載することにより、課題抽出につながります。

例えば○2にした場合、○1ではなく○2にした理由を明確に備考欄に記載し、どうして○2なのかを担当者が説明できる事が大切です。

備考欄を読んで、利用者の状態像が頭の中でイメージできるように記載するよう心がけてください。例えば、能力があるけどやらない、洗濯機は回せるが干すことができない。1人でお風呂に入っているが、洗えているかは未確認。電話は取れるが伝言は覚えていない。等、○○がどんな状況だから○○しているという記載に心がける。

備考の欄は、評価（○・△・×）の判断材料となる。

例1）屋内歩行 手すりを使いながらの歩行 若干のふらつきがある

【評価】○2→手すりの利用があり、ふらつきがあるものの利用者自身でできているとの判断。 *ただし、疾病の状況等により適宜判断してください。

例2）屋外歩行 シルバーカーを利用しスーパー○○まで1回/2日買い物に行く

【評価】○2→シルバーカーを使っているが、屋外でも利用者自身で歩行できているとの判断

例3）食事 箸を使い食べている。ただ、半年前と比較し5キロ体重減

【評価】○2→利用者自身でできている。ただし、何らかの個人因子により体重が減っているので、改善の必要があれば、事後も「○2」とする。

例4）服薬 娘の見守りのもと服薬を行う

【評価】△1→娘の見守りがないと服薬ができないことから「△1」

*事後予測とは？

事前（現在）と必要な援助を利用した場合の生活行為課題の半年後「事後」を予測し、本人の生活のどこに課題があって、支援をすると何が改善するかを確認。この事後予測とケアプランが整合することが大切。改善の予後予測について、ケアプランを立てる際には、優先順位を確認。プランの目的は、優先順位の高い目標から記載してください。①何故生活課題と認識して事後予測をたてたのか、②因子は何か？という視点を忘れずに。その際半年後に改善できるかできないかがポイントとなります。

*6ヶ月で改善させたいところに絞って予後予測をつける（全部は入れない）

*維持させるために、○2→○2という考え方もOK。できる行程を増やすこと！

*生活課題が何なのか、ADLだけでなく、IADLの事後予測も上げる必要がある。

*予後予測が上がったところは、プランと一致させること

3 生活不活発病（廃用症候群）をアセスメントする時のポイント

例：転倒して閉じこもりがちになってしまった A さんの場合

現状に至ったきっかけはなんだったのだろう。 要因は？

○要因分析

歩行バランス、めまい、ふらつき、足の上がり具合、認知機能、痛み、感覚障害、足部の変形、転倒時間帯、場所、環境…

○原因分析

疾病に起因するもの…椎間板ヘルニア 人工関節置換術後 パーキンソン病 認知症 関節症等
筋力低下 体力低下（栄養状態等） 認知機能低下 視力 服薬影響 段差 床の状態 照明
障害物 生活様式（入浴時間や履き物）等

*基本チェックリストや生活機能評価を使って A さんの 6 ヶ月後を描いてみる。（予後予測）

*訓練により、身体機能の向上がどれくらい見込めるのか？→限界点の見極めが大事！

医学的リスクの見落としがないか確認

*A さんができる「運動機能」を、できる「生活機能」に転換していく機能訓練を行っていく。

支援のポイント

生活機能が低下した要因分析に対し、

◎姿勢・痛み・活動量・補装具・環境整備等を専門的評価をし、将来的に予測される課題も含めて管理していく

◎関連職種と協力して介護場面で機能訓練の内容が活かされるように創意工夫していく

利用者との合意形成に生活機能評価を活用しよう！

①現在の状況を○、△、×で表現

②本人と 6 ヶ月後どうなりたいかを共有する

6 ヶ月で改善したいところの事後予測を立てる

③事後予測をたてた所をマーカーで囲んで、目標達成するために、低下している機能を訓練する必要があること、そのためにサービスを使うことを説明

【参考】生活機能評価の書き方（ワンペーパーで対象者の状態像が浮き上がるように！）

		備 考
ADL	室内歩行	自宅内での起居動作・歩行状況を記入、杖使用の有無、伝い歩き、どのような介助を受けているか。杖を使用しても使いこなせていれば○2などと考え。 *できなくなっている状況とその要因は因子分解に書く
	屋外歩行	外歩きについて、杖、歩行器等使用している用具の記載、何分、何分歩くと疲れる、痺れが出るなど本人の訴えでも可
	外出頻度	どの場所へ、週に何回外出しているかなど頻度を記載。公共機関の利用状況、付き添いの有無など日常の様子を記入
	排泄	おむつの有無・排尿・失禁頻度、便秘・下痢など整腸に関する内容を記入
	食事	食事形態、嚥下状況、嚥み合わせ、義歯の状態、食事メニューの内容、食事回数、間食、飲酒など。体重の急激な増減、課題となるBMI値なども△や○2にした理由としてここに記載すると分かりやすい。
	入浴	洗身、洗髪・入浴回数・介助内容・自宅浴槽や浴室の環境状況、浴槽のまたぎの可不可などを記入
	着脱衣	着脱行為（可動域制限など）・服の選定・季節感など
IADL	掃除	本人が使用している道具・掃除内容、家族が同居の場合は本人が何ができるのか、本人の部屋の状況、誰が掃除しているのか
	洗濯	洗濯機の使い方、干す時の腕の上がり、洗濯頻度、取り込み、たたみは誰がどのように？
	買物	かいものの頻度、場所（スーパー・宅配・生協等）手順、移動手段、行為、誰と一緒に行くのか、いけないならば欲しいものを頼めるのか
	調理	調理行為の可不可、好き嫌い意欲面の有無、使用器具状況、立位、座位、調理の手順など
	整理	身の回りの整理整頓状況、主に本人の部屋等、財布・めがね・衣類・年金などの書類の管理状況
	ごみ出し	分別状況、運搬方法、ゴミ捨て場所・曜日の把握、誰が捨てに行くのか等
	通院	誰と、移動手段、医師の話す内容をどの程度理解しているか
	服薬	飲み忘れの有無、管理方法、声かけ頻度、週に何回忘れるか
	金銭管理	金融機関からの引き出しができるかできないか、金額の把握、管理状況、金融機関までの移動手段
	電話	応対、伝言の可不可、自分からかけることができるか
	社会参加	家族以外の人との関わり状況、自治会、老人会、サークル活動等、友人知人との関係、移動手段

* アセスメントに行くときは、上記内容の確認を忘れないように！！

* ○2△1等にした理由がそのまま課題につながるので大切です！

生活機能評価（アセスメント）

氏名	(ふりがな)		調査日	事前
				事後

	生活機能	事前	事後予測	事後	備考
ADL	室内歩行				
	屋外歩行				
	外出頻度				
	排泄				
	食事				
	入浴				
	着脱衣				
IADL	掃除				
	洗濯				
	買物				
	調理				
	整理				
	ごみ出し				
	通院				
	服薬				
	金銭管理				
	電話				
	社会参加				

■事後予測欄の矢印は「事前→事後予測」の変動、事後欄の矢印は「事前→事後」の変動を表している
【内訳】 「↑」改善 「→」変動なし 「↓」悪化

※記号の説明

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

【参考】生活機能評価の記載例（ただし本人の状況によって内容は変化します）

	備考欄記入例		
室内歩行	杖歩行（腰痛の状態により1本杖か2本杖を使用）または伝い歩きで移動	家具に伝い、杖・歩行器等で歩く。足の長さに左右差があり、自室はすり足歩行のためカーペットに引っかかる。（ほぼ毎日）	病院内はフリーハンド。夜間のトイレ移動も自立
屋外歩行	2本杖（ウォークボール）。150%程度までは休みながらなんとか行ける。必ず夫がつきそう。	カラオケクラブ（800%）や公民館に1人で歩いては行けない。（遠方は長男の送迎）1人では庭先（約8%）までしか歩けない（歩行器使用）	独歩。脳梗塞後遺症による左半身空間無視のため注意力低下。人や壁にぶつかることはなくなったが、屋外など刺激が多くなると注意が必要
外出頻度	通院と長女のお見舞いのみのみ外出。（月に1回から3回程度）。時々夫の車で公園に行くことがある。	自宅から月2～3回のカラオケクラブ（800%先）、高齢者クラブ（1回/月）、整骨院（2～3回/月）に長男の送迎で外出あり。	病院で屋外歩行、買い物練習をしている
排泄	自立だが夜間のみ時々間に合わず失禁あり。1日に2回失禁される日もあれば1週間に1回の場合もある	立ち寄り、トイレまでの移動が間に合わず、少量の尿漏れあり（2～3回/週）自分でパッド交換可。	排泄行為、尿意便意ともに問題なし
食事	自立で食欲もあるとのことだが体重減少あり。BMI17.5	義歯の不具合。慌てて飲み込むためむせる。飲み込みづらさを感じている。肉がかみ切れない。BMI:26.5（肥満型）	
入浴	転倒以降夫と一緒に入浴していた。最近になりなんとか1人で入れるようになったが浴槽またぎの際の動作は不安定。	時間はかかるが、なんとか入浴用椅子、シャワーチェアを使って1人で入浴可。	
着脱衣	ゆっくり自分で行為を行っている。コルセットの装着は夫が介助	1人で椅子に座って着脱可。小さなボタンが留めにくくなっているが、今のところ可	
掃除	夫が行っている	身体を支えながら、簡易なクイックルワイパーでの掃除可。	
洗濯	洗濯たたみは行っている。最近は洗濯物をネットに入れる程度は行えている。その他は、夫の手伝いあり	洗濯機操作、たたみ（自分の分のみ）について可。洗濯物干し、取り込みについては全て家族が実施。長時間の立位が不安定	外泊した時の様子から問題なし
買物	夫が行っている	転倒前は50%先のスーパーまで歩行器等で歩いて行っていた（1回/月）。今は全て家族に頼む。	脳梗塞後遺症により屋外歩行に不安あり
調理	圧迫骨折以降、主に夫が行っている。最近では夫の見守りのもとであれば数分程度は立てて野菜を切ったりしている。	夕食のみ長男嫁が調理。嫁が不在時は雑炊など簡単な調理可。（長時間立位での調理は困難）	注意力低下と左手の感覚が鈍く、包丁と火の扱い時は当面見守りが必要と言われている。制限食（塩分）の知識がない
整理	ほとんど夫が行っている	自立	問題なし
ごみ出し	夫が行っている	ゴミ収集場（150%）まで大通りを渡る必要があるため、ゴミ捨ては長男が実施。ゴミの分別は可	
通院	夫が車を運転し通院介助を行っている。医師からの説明時は夫の付き添いが必要	約900%先のB病院まで長男の送迎のもと受診。主治医の説明は本人が理解できる。	屋外に不安あり
服薬	記憶力低下、見当識障害により内服管理ができないため食後に夫が手渡ししている。	自立	自己管理できている
金銭管理	全て夫が管理している	5年前から次女に通帳を預け、出金は依頼。管理は本人。出金能力はある	本人は無年金、世帯収入あり。少額のみ管理
電話	かかってきた電話にでることや長男や兄弟に電話をかけることはできる。	自立	問題なし
社会参加	3年前までは絵画クラブに所属し5年前まではバイオリンの合奏団に所属していた。今は参加していない。	地域の友人が（1回/月）自宅訪問あり。思ったことをすぐに口に出してしまうため、家族、近所の方とトラブルになることあり。	入院するまでは週5日パート勤務周り近所に親しい人がいない

8.アセスメントと課題分析

1 生活機能評価表との関係

生活機能評価において「○・△・×」を評価しながら、「なぜ、そのように判断したのか」、「因子は何なのか」を考える視点を持ちましょう。

2 ニーズと課題の違い

まずは課題を的確に把握するとともに、課題とニーズは違うことを理解してください。

（１）ニーズ：要求・要望「～がしたい」「～ができるようになりたい」

（２）課題：解決をしなければならない問題。専門職として分析する生活課題。

ポジティブプランとして指導された「できる家事を増やしたい」「３食を確保したい」「食生活に気を付けて体重を増やしたい」等については、「なぜ」できないのかに視点を置いて課題を絞り込む必要があります。

3 自立支援（生活の自立ができない原因：ADL、IADL 等に対する）をどう考えるのか

（１）身体的・精神的・経済的課題（アセスメント視点の基本）

①身体的課題：病気やけが、老年症候群、身体障害

②精神的課題：精神疾患、高齢者うつ、認知症、知的発達障害等

③経済的課題：無年金、無貯金、資産なし、多重債務等

（２）個人因子・環境因子

①個人因子：本人に関すること（身体機能・認知機能・廃用系・疾患系・性格）

②環境因子：家族や環境、住環境等（家族や知人関係、独居、近くにスーパーがない、自宅や地域の日常生活の動線、生活歴等）

（３）期間的・永続的自立支援

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）

→「運動」「口腔」「栄養」を働きかけることで、また元気になれる人

□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）

→現状維持、悪化予防が目標となる人

□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

（４）課題解決アセスメント視点と思考

生活が自立できない原因確認

●身体

●精神

●経済



要因分析

●個人因子

●環境因子



状況の予後予測

●改善

●維持

●悪化

9. 因子分解について

「状況」から「課題」を見つけ出すひとつのツールです。

因子分解することで、利用者を客観的に見ることができます。一度情緒的な訴えを排除して、対象者の生活課題や身体的な課題などが抽出できるようになります。生活行為（IADL）に着目することが大切です。**初回アセスメントで情報を持ち帰ったら、プラン作成前に因子分解表に状況を落とし込みましょう。課題の整理ができ、そのままプランに反映させられます。**

1 個人因子と環境因子

個人因子：本人に関すること 身体機能 認知機能 廃用系 疾病等 性格 経済性

例）右片麻痺 脳梗塞を２回繰り返している 等

環境因子：家族や近隣の知人の背景 在宅や地域の日常生活動線 かかりつけ医 住環境

地域住民との関係

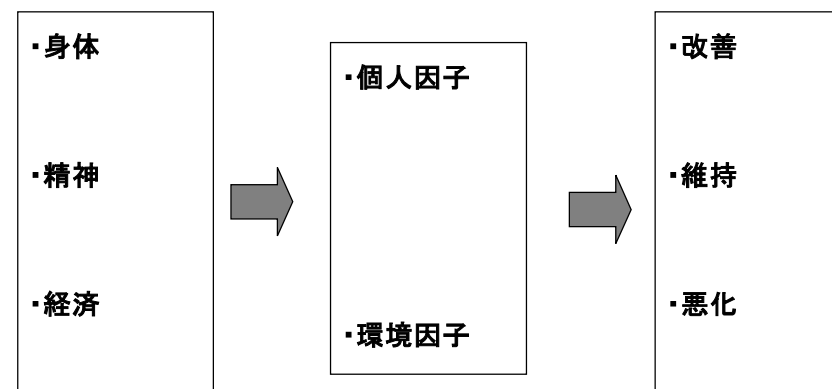
例）独居 支援者なし 自宅浴室は段差が多い 等

なぜ？を見える化していく視点

生活が自立できない状況

から要因分析

そして状況の予後予測



因子分解表 (初回アセスメント後、プラン作成前に情報を整理する)

利用
者名

作成
日付

インテイク～アセスメント領域 （接遇・洞察能力の理解）状況スクリーニング		課題抽出アセスメント		プラン～サービス領域 （自立支援型と説明説得能力の理解）		目標達成からモニタリング領域へ （期間的・永続的自立支援の理解）		
ADL・IADL等に支援を必要とする主訴と現状 （本人・家族等の訴えと、対応者の洞察「主観・客観」）		ADL・IADL等の自立を阻む要因 （＊治療支援の内容に注意）		課題に対する必要な自立支援の内容 ＊改善できるものか、改善できないものか！		指標を明確にした目標設定		
	個人状況 （状態・自立できない状況）		個人因子 （状態の原因・自立できない理由）		個人支援 （サービスの内容）	優先 順位	個人支援目標 （目標）	期間設定
1		1		1				
2		2		2				
3		3		3				
4		4		4				
5		5		5				
6		6		6				
7		7		7				
8		8		8				
9		9		9				
10		10		10				
11		11		11				
12		12		12				
13		13		13				
14		14		14				
15		15		15				
16		16		16				
17		17		17				
18		18		18				
19		19		19				
20		20		20				
	環境状況		環境因子		環境支援		環境支援目標	期間設定
1		1		1				
2		2		2				
3		3		3				
4		4		4				
5		5		5				

優先 順位	総合的課題
1	
2	
3	
4	

[illegible]

因子分解表（初回アセスメント後、プラン作成前に情報を整理する）

利用
者名

作成
日付

インテイク～アセスメント領域			プラン～サービス領域			目標達成からモニタリング領域へ					
(接遇・洞察能力の理解) 状況スクリーニング			課題抽出アセスメント			(自立支援型と説明説明能力の理解)			(期間的・永続的自立支援の理解)		
ADL・IADL等に支援を必要とする主訴と現状			ADL・IADL等の自立を阻む要因			課題に対する必要な自立支援の内容			指標を明確にした目標設定		
(本人・家族等の訴えと、対応者の洞察「主観・客観」)			(* 治療支援の内容に注意)			* 改善できるものか、改善できないものか！					
個人状況 (状態・自立できない状況)			個人因子 (状態の原因・自立できない理由)			個人支援 (サービスの内容)		優先順位	個人支援目標 (目標)		期間設定
1	屋内	すり足で伝い歩きまたは杖歩行	1	右大腿骨転子部骨折術後による痛みと体幹バランスの低下(1,2,6)		1	(通所)通所介護	1	食事前に口腔体操が行える		6ヶ月
2	屋外	歩行器使用で10mしか歩けない	2	廃用性の下肢筋力低下(1,2,6)		2	下肢筋力向上訓練、屋外歩行訓練、歩行器選定				
3	むせこみ、飲み込み辛さあり		3	加齢による口腔機能低下(3,4)		3	口腔体操、体重測定、食事内容確認	2	家族と一緒にスーパーで買い物ができる(片道50m 歩行器使用)		6ヶ月
4	固いものが食べにくい		4	義歯の不具合(3,4)		4					
5	食事不規則(1日2食のことあり) BMI: 19.2 アルブミン3.5g/dl		5	栄養に対する認識の低さ(5)		5	(訪問) ○型(栄養)	3	3食摂って体重を減らさない		3ヶ月
6	スーパーまで買い物に行くことが困難で家族に任せている		6			6	管理栄養士による栄養指導、食事状況確認、調理指導				
7			7			7					
8			8			8	(セルフ)				
9	* 骨粗鬆症治療中		9			9	自主訓練、歯科受診、食事カレンダー				
10			10			10					
11			11			11	(家族)				
12			12			12	自主訓練確認、食事状況確認				
13			13			13					
14			14			14	(医療)				
15			15			15	義歯調整、疼痛コントロール				
16			16			16					
17			17			17	(その他)				
18			18			18	アセスメント支援事業(栄養)(RO、O、O実施)				
19			19			19					
20			20			20					
環境状況			環境因子			環境支援			環境支援目標		期間設定
1	厚いカーペットを敷いている		1			1	カーペットの撤去				
2	口腔ケア・栄養について、家族ともに認識が低い		2			2	家族への役割確認				
3			3			3					
4			4			4					
5			5			5					

優先順位	総合的課題
1	加齢による口腔機能低下と義歯の不具合のため、誤嚥性肺炎予防が必要
2	右大腿骨転子部骨折後による痛みと体幹バランスの低下により、歩行が困難
3	食事管理が出来ておらず、低栄養予防が必要（BMI19.2 アルブミン3.5）
4	

10. ケアプラン

初回アセスメントで訪問し、基本チェックリスト、追加項目、リスク確認を取りながら、生活機能評価表に情報を落とし込み、対象者と一緒に○、△、×を確認していきます。

その中で、「今本人が、一番困っていること」「本人が希望していること」を聞きます。半年後、1年後の姿をイメージし、どうなっていたいか、どういうことがしたいかを尋ね、1日、半年、1年後の目標に反映させる上での合意形成を行います。

訪問終了後、状況を因子分解表に落とし込むことで、利用者を客観的に見て、情緒的な主訴のみにとられることなく適切に生活課題や身体的な課題等が抽出できます。

次に、因子分解表からケアプランに連動させていきます。連動の仕方については【参考】を参照してください。

ケアプランができれば、必ず複数でチェックします。包括支援センター内でのブラッシュアップが効果的です。そこで、①課題と目標がっているか ②生活機能評価の予後予測が反映されているか ③見落としている課題はないか ④客観的に利用者をとらえているか 等を確認しましょう。

【参考】総合的課題の書き方

① 個人因子や環境因子 が原因で 困難な状況、ADL ができない

② 個人因子や環境因子 が原因で 以下の2～3点 ができない。

③ 困難な状況やIADL により 個人因子（病気、疾病） が悪化のおそれがあり
予防、維持が必要。

原因は1つではなく様々な要因が絡み合っていることが多いので、
箇条書きにまとめると分かりやすい。

目標の設定

- ・1年後はこうなりたい、こうしたい
- ・元気になったら行きたい場所がある
- ・毎日こんな風に過ごしたい
- ・これくらいなら毎日の日課にできるかな？

↓

今後の生活で達成したい目標 達成可能な具体的な目標 へ

【参考】因子分解表とケアプランとの連動

家族本人も見の部分なので、できていることも含め状況を明記
生活機能評価の備考をおとす
課題に関する必要な状況を記載

本人のこうなりたい。できなくなっていることに本人家族がどう思っているのか

総合的課題の数だけ目標がある。無理に繋げず箇条書きで可
【例1】「個人因子や環境因子」が原因で〇〇ができない
【例2】「個人因子や環境因子」が原因で以下2～3点が、出来ない
【例3】「困難な状況やIADL等」により、「個人因子(病気・疾患)」が悪化の恐れがあり予防・維持が必要
* 優先順位を考えて

もう一度家族に確認。合意形成の部分。意向の欄には目標と具体策の提案について、本人・家族がどう思っているのか記載。

専門職としての提案。分かりやすく箇条書きに。合意がとれていなくても目標に対してケアマネが専門的に判断し必要と思う具体策を記載

事業所の計画は、この目標と合致していること。ケアマネが提案した目標でOKな場合や指標が明確になっている目標はそのまま同じものを記入。そうでないものは評価しやすいご本人向けの目標に変更して記載

総合課題に対する目標

目標とする生活

1日	これくらいなら、毎日の日課にできるかな。毎日こんな風に過ごしたい。	1年	1年後こうなりたい。元気になったら行きたいところ…
----	-----------------------------------	----	---------------------------

アセスメント領域と現在の状況	本人家族の意欲・意向	領域における課題(背景・因子)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画				
							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(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)
運動・移動について				④ 目標							
日常生活(家庭生活)について		② 因子	②+①	③ 個人支援内容		本人ができる目標 (事業所目標と連動)					
① できない状況											
社会参加・対人関係・コミュニケーションについて											
健康管理について											
							課題としてあげて提案したが、本人の意向等の理由で実現できなかったこと 生活機能評価にて課題として書き、今回は介入しないが、今後のプランで介入すること 領域における課題☑有だが、プランとして展開しないもの				

健康状態について
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【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

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

因子分解は、ここまで



本人、家族との合意形成

【参考】ケアプラン記載例(因子分解表との連動)

目標とする生活

1日		1年	
----	--	----	--

アセスメント領域と現在の状況	本人家族の意欲・意向	領域における課題（背景・因子）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向本人・家族	目標	支援計画					
							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(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
運動・移動について				1. 脳梗塞後遺症の左半身麻痺と下肢筋力低下により歩行ができない 2. 左半身麻痺、筋力低下、家事の習慣無く掃除機がけが困難 3. 認知の短期記憶・実行機能低下や筋力低下があり、閉じこもりや認知予防が必要 4. 夫と2人暮らしだが2人とも病識が低く服薬・糖尿病食の管理ができない		1. 500m先の集会場まで歩いて行くことができる 2. 掃除機がけが再開できる 3. 地域で新しい友人ができる 4. 薬の飲み忘れがなくなり、糖尿病の数値が安定する(A1cが6.0以下)			通所サービス 定期受診、外来リハビリ	通所介護 医療	△△デイサービス 〇〇病院	
室内伝い歩き、外出時4点杖で50%程度がやっとの状態		・脳梗塞後遺症による左半身麻痺 ・生活不活発による下肢筋力低下										
日常生活(家庭生活)について												
昔はしていたが、最近では掃除機かけをしなくなった		・脳梗塞後遺症による左半身麻痺 ・生活不活発による下肢筋力低下 ・以前から家事が好きではない元々の性格										
社会参加・対人関係・コミュニケーションについて												
外にでることが少なく、閉じこもりの生活になっている		・脳血管性認知症による短期記憶と実行機能の低下 ・生活不活発による下肢筋力低下										
健康管理について												
服薬管理ができず、飲み忘れがある。夫が服薬管理や食事の提供を行うが、管理や糖尿病食などの提供ができない		・脳血管性認知症による短期記憶と実行機能の低下 ・夫と2人暮らし、2人とも病識などが低い										

健康状態について

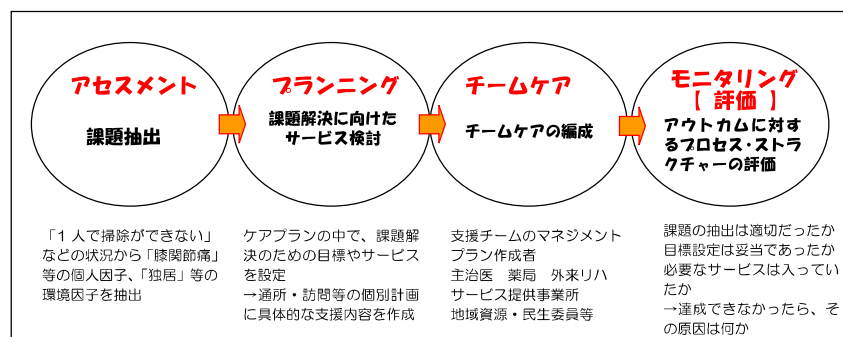
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】総合的な方針:生活不活発病の改善予防のポイント

妥当な支援の実施に向けた方針

--	--	--

11. 總括表



モニタリング及び評価にて活用するのが「総括表」です。

総括表では、客観的評価（各アセスメント項目の変化など）で利用者の状態の維持・改善・悪化の状況を把握するとともに、主観的評価（生活機能評価の変化）と客観的評価を見比べることで、適切な目標設定ができているかを確認します。

総括表

常務理事兼専任 監事兼常務理事	地域別役員兼常務理事名
常務理事兼専任 監事兼常務理事	専任理事員兼専任理事兼常務理事名

専任 理事	片務理事	専任役員 理事	専任役員 監事	専任役員 監事	専任役員 監事	専任役員 監事	専任役員 監事
地域別役員兼常務理事名							

専任 理事	片務理事	専任役員 理事	専任役員 監事	専任役員 監事	専任役員 監事	専任役員 監事	専任役員 監事
地域別役員兼常務理事名							

主観的評価

専任 理事	片務理事	専任役員 理事	専任役員 監事	専任役員 監事	専任役員 監事	専任役員 監事	専任役員 監事
地域別役員兼常務理事名							

客観的評価

専任 理事	片務理事	専任役員 理事	専任役員 監事	専任役員 監事	専任役員 監事	専任役員 監事	専任役員 監事
地域別役員兼常務理事名							

総合評価判定

専任 理事	片務理事	専任役員 理事	専任役員 監事	専任役員 監事	専任役員 監事	専任役員 監事	専任役員 監事
地域別役員兼常務理事名							

12. 評価におけるアウトカム（目標達成状況）の考え方について

目標は、生活機能評価のいくつかを包含したもの。総合的に考え総合評価を決めます。

例)

目標① 1人で入浴できる

入浴 事前：×1 事後予測：○2 評価：○2 → 【 達成 】

目標② 駅前まで500^{メートル} 1人で行き来できる

屋外歩行 事前：△2 事後予測：○2 評価：△1

外出頻度 事前：△1 事後予測：○2 評価：△1 → 【一部達成】

目標③ カルシウムを多く摂る食事を作ることができる

食事 事前：○2 事後予測：○1 評価：○1

調理 事前：△1 事後予測：○2 評価：○2 → 【 達成 】

*包括アセスメント変化を確認、基本チェックリストの変化にも注意しましょう。

13. 評価レベルと終了判定について

主観的評価（生活機能変化と基本チェックリスト） と 客観的評価（身体状況の変化）
を総合して判断

評価レベル：利用者の総合的な評価

「達成」「一部達成」「未達成」「未実施」で評価

終了判定：今後の方向性

「改善」「継続」「悪化」「未実施」で評価

*客観的評価（数値）が改善しているのに、主観的評価が改善していない場合は、目標設定や、ストラクチャー、プロセスに問題があるのではないかと考える。

総括表

被保険者番号		地域包括支援センター名	
対象者名		委託居宅介護支援事業所名	
計画期間		計画担当者	

	介護度	アセスメント日付	地域包括	事業者(通所)	事業者(訪問)
事前					
事後					

介護予防サービス利用状況

事業名	事業者名	利用回数	支援内容・達成度	事業者総合評価
			○:達成 △:一部達成 ×:未達成	
			運動 生活行為 栄養 口腔 アクティビティ 生活援助	

介護予防サービス計画・総合評価(通所用・訪問用)各項目の総合評価を○△×で入力

事業所総合評価

総合的に担当者が判断する

※ 運動器・栄養・口腔アセスメントを実施した事業者

生活機能変化

		当初		評価		改善度
		事前	事後予測	事前	事後予測	
室内歩行						
屋外歩行						
外出頻度						
排泄						
食事		総合 QOL 生活機能評価「事前」「事後」の 判定を点数化				
入浴						
着脱衣						
掃除						
洗濯						
買物						
調理						
整理						
ごみ出し						
通院						
服薬						
金銭管理						
電話						
社会参加						

※「生活機能評価」を参照

自立度	自立	一部介助	全介助
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	高い
判定	○1	○2	△1 △2 ×1 ×2
点数	6	5	4 3 2 1

総合 QOL
生活機能評価「事前」「事後」の判定を点数化

包括アセスメント変化

	事前	事後	改善度
運動			
生活			
社会			
健康			
合計			

※「基本チェックリスト・拡張型」より集計

※右記の *01 ~ *13 の区分内訳
 *01 ⇒ 0:はい 1:少し時々 2:いいえ
 *02 ⇒ 1:はい 2:少し時々 3:いいえ
 *03 ⇒ 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
 *04 ⇒ 1:非常に健康 2:ふつう 3:やややない 4:非常にない
 *05 ⇒ 1:3回 2:2回 3:その他
 *06 ⇒ 1:とても楽しみ 2:楽しむ 3:ふつう 4:楽しくない
 *07 ⇒ 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
 *08 ⇒ 1:ない 2:時々ある 3:いつもある
 *09 ⇒ 1:左右十分可能 2:やや十分 3:不十分
 *10 ⇒ 1:なし・少量 2:中程度 3:多量
 *11 ⇒ 1:十分清掃済み 2:やや清掃不足 3:清掃不十分
 *12 ⇒ 1:ない 2:少量ある(1/2未満) 3:多量にある(1/2以上)
 *13 ⇒ 1:毎日 2:週5~6回 3:週3~4回 4:週1~2回 5:していない

包括アセスメント変化・分野別 QOL 点数
基本チェックリスト、追加項目の「事前」「事後」点数を比較。分野別の改善度がレーダーチャートに

I 運動器機能向上結果

	事前	事後	改善度
握力(Kg)右			
握力(Kg)左			
膝伸展筋力(Kg)			
長座位前屈(cm)			
フアンクショナルリーチ(cm)			
開眼片足立ち(秒)			
5m通常歩行速度(秒)			
5m最大歩行速度(秒)			
Timed up & go(秒)			
床上下向き立ち上がり(秒)			
開眼片足立ち(秒)			
15分続けて歩く	*01		
床からものを拾う	*02		

運動器向上結果
事業所アセスメント「運動機能向上」が反映

III 口腔機能向上結果

	事前	事後	改善度
入れ歯の使用状況	*07		
口の渾き食事会話に支障	*08		
頬の膨らまし	*09		
RSST 積算時間(秒)	1 回 2 回 3 回		
オラビティ コキス(回/秒)	(J) (タ) (カ)		
義歯、歯の汚れ			
清掃状況(染め出し)			
食事を残す量			
歯や入れ歯の清掃			
清掃状況(染め出し)			
頬の膨らまし	*09		
口の渾き食事会話に支障	*08		
RSST 積算時間(秒)	1 回 2 回 3 回		

口腔機能向上結果
事業所アセスメント「口腔機能向上」が反映

※上記 I、II、III の右側「@」印は、事前<事後 ならば改善度が+

総合 QOL	①事前	②事後	②-①

※左記「生活機能変化」の当初事前、評価事前より算定

分野別 QOL 点数	事前	事後	改善度
運動			
生活			
社会			
健康			

※左記「包括アセスメント変化」より算定

II 栄養・食支援結果

	事前	事後	改善度
主観的健康観	*03		
体重(Kg)			
BMI			
体重増減率(%)			
食欲	*04		
食回数	*05		
食べることの楽しみ	*06		
主観的健康観	*03		
体重(Kg)			
BMI			
体重増減率(%)			
食欲	*04		
食回数	*05		
食べることの楽しみ	*06		

栄養・食支援結果
事業所アセスメント「栄養・食支援」が反映

総合評価判定()

評価レベル	終了判定
【コメント】	認定区分、何クール目評価か等の記載
【個人因子】	因子分解の因子部分
【アウトカム】	目標の達成状況
【ストラクチャー】	利用したサービス名、回数等を記載
【プロセス】	目標に対しての6ヶ月の経過
	①何(支援内容・回数・人的支援等)によってうまくいったか、いかなかったか
	②支援期間中の本人の健康状態の変改による影響を記載
【今後の方向性】	次期期間の方向性(総合事業に移行)
	【プロセス】を受けて、今後の課題等への対応
	*残された課題はプランへ反映

総括表の記入の仕方

総括表

被保険者番号		地域包括支援センター名	
対象者名		委託居宅介護支援事業所名	
計画期間		計画担当者	

1

介護度	アセスメント結果		
	地域包括	事業者(通所)	事業者(訪問)

介護予防サービス利用状況

事業名	事業者名	利用回数	支援内容・達成度					事業者 総合 評価
			運動	生活行動	栄養	口腔	認知・心理	

※ 運動器・栄養・口腔アセスメントを実施した事業者

2

	生活機能変化		改善度
	当初	評価	
室内歩行	事前 事後予測	事前 事後予測	
屋外歩行			
外出頻度			
排便			
食事			
入浴			
着脱衣			
掃除			
洗濯			
買物			
調理			
整理			
ごみ出し			
通院			
散歩			
金銭管理			
電話			
社会参加			

※「生活機能評価」5項目

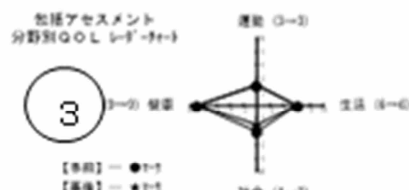
自立度	自立	一部介助	全介助
運動性と 改善可能性	高に できる	少し 難しい	改善の可能性が 低い
判定	○1	○2	△1 △2 △3 △4
点数	5	4	3 2 1

3

	包括アセスメント変化		
	事前	事後	改善度
運動			
生活			
社会			
健康			
合計			

※「基本チェックリスト・成類型」より算出

※右側の「01」～「13」の区分内訳
 ※01 ⇒ 0:はい 1:少し時間 2:いいえ
 ※02 ⇒ 1:はい 2:少し時間 3:いいえ
 ※03 ⇒ 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
 ※04 ⇒ 1:安定にある 2:ふつう 3:やや不安 4:不安定にない
 ※05 ⇒ 1:3回 2:2回 3:その他
 ※06 ⇒ 1:とても楽しみ 2:楽しみ 3:ふつう 4:楽しくない
 ※07 ⇒ 1:受けていない 2:食事以外のときのみ受ける 3:食事のときのみ受ける 4:いつも受ける
 ※08 ⇒ 1:ない 2:時々ある 3:いつもある
 ※09 ⇒ 1:ほぼ十分満足 2:やや満足 3:不十分
 ※10 ⇒ 1:なし・少量 2:中程度 3:多量
 ※11 ⇒ 1:十分満ち足りた 2:やや満ち足りた 3:満ち足りた
 ※12 ⇒ 1:ない 2:少量ある(1/2未満) 3:多量にある(1/2以上)
 ※13 ⇒ 1:毎日 2:週3～4回 3:週2～3回 4:週1～2回 5:していない



4

I 運動器機能向上結果

	事前	事後	改善度
通所	握力 (kg) 右		
	握力 (kg) 左		
	握力 (kg) 両		
	長座体前屈 (cm)		
	立位体前屈 (cm)		
	開腿片足立ち (秒)		
	5m通常歩行速度 (秒)		
	5m最大歩行速度 (秒)		
	Timed up & go (秒)		
	床より立ち上がり (秒)		
訪問	開腿片足立ち (秒)		
	1.5分続けて歩く		
	床からものを取る		

5

II 栄養・食支援結果

	事前	事後	改善度
通所	主観的健康感	※03	
	体重 (kg)		
	BMI		
	体重増減率 (%)	-	-
	食欲	※04	
	食回数	※05	
訪問	食べることに楽しみ	※06	
	主観的健康感	※03	
	体重 (kg)		
	BMI		
	体重増減率 (%)	-	-
	食欲	※04	
	食回数	※05	
	食べることに楽しみ	※06	

6

III 口腔機能向上結果

	事前	事後	改善度
通所	入れ歯の使用状況	※01	
	口の渾き食事会話に支障	※02	
	喉の乾かし	※03	
	1回		
	2回		
	3回		
	4回		
	5回		
	6回		
	7回		
訪問	口の渾き食事会話に支障	※02	
	喉の乾かし	※03	
	1回		
	2回		
	3回		
	4回		
	5回		
	6回		
	7回		
	8回		

※上記 1. 2. 3. の右側「※」は、事前・事後 ならびに 改善度が+

2

総合QOL	①事前	②事後	③改善度

※上記「生活機能変化」の当初・事後、評価結果より算定

3

	事前	事後	改善度
運動			
生活			
社会			
健康			

※上記「包括アセスメント変化」より算定

事業所が作成する「介護予防サービス計画・総合評価」をもとに記入。

通所用様式

總括表

実行プラン

支援開始時の生活機能評価

（セグメント）

生活機能	自立	軽度	重度
身体動作	OK	1	OK
身体移動	OK	1	OK
社会参加	OK	1	OK
認知	OK	1	OK
感情	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK
排泄	OK	1	OK
移動	OK	1	OK
生活	OK	1	OK
入浴	OK	1	OK
食事	OK	1	OK

なります。

生活機能変化						
当初			評価			改善度
	事前	事後予測	事前	事後予測		
室内歩行	O2	1 O1	O2	1 O1	0	
屋外歩行	O2	1 O1	O2	1 O1	0	
外出頻度	$\Delta 1$		O2		+1	
排泄	O1		O1		0	
食事	O2		O2	= O2	0	
入浴	O2		O2		0	
着脱衣	O2		O2		0	
排除	$\Delta 1$		$\Delta 1$		0	
洗濯	O2		O2		0	
買物	$\Delta 1$		O2		+1	
調理	$\times 1$		$\times 1$	1 $\Delta 1$	0	
整理	O2		O1		+1	
ごみ出し	O2		O1		+1	
通院	$\Delta 1$		O2		+1	
服薬	O1		O1		0	
金融管理	$\Delta 1$		O1		+2	
電話	O1		O1		0	
社会参加	$\times 1$			= $\times 1$	0	

※「生活機能評価」を参照

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善の可能性が高い 低い		改善の可能性が高い 低い	
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2
点数	6	5	4	3	2	1

入力することで
自動算出される

現行プランの
「事前」と「事後予測」

更新プランの
事前」と「事後予測」

※課題領域：(運) 動・移動、日常 (生) 活、(社) 会 参加・対人交流、(健) 康管理・療養
(他) の課題 (ものわすれ・うつ・経済・文援利用)
※副領域は“予防サービス・文援計画書”作成の参考とする。

[illegible]

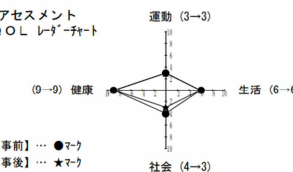
	事前	事後	改善度
運動	11	9	2
生活	9	4	5
社会	9	7	2
健康	19	8	11
合計	48	28	20

※「基本チェックリスト・拡張型」より集計

	事前	事後	改善度
運動	3	3	0
生活	6	6	0
社会	4	3	-1
健康	9	9	0

※ 左記「包括アセスメント変化」より算定

包括アセスメント
分野別QOL レダーチャート



【事前】… ●マーク
【事後】… ★マーク

①事前	②事後	②－①
82	89	+7

※ 左記「生活機能変化」の当初事前、評価事前より算定

事業者:

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	1	1		
	2	握力 (Kg)	①は入力 (00. 00Kg)			7.80	手の痛みあり、測定できず
		(右手)					
		(左手)	Kgを入力 (00. 00Kg)			8.80	
	3	肘伸屈筋力 (Kg)	Kgを入力 (00. 00Kg)				測定器具なし
	4	長座位体前屈 (cm)	cmを入力 (00. 00cm)			27.30	
	5	フアンクショナルリーチ (cm)	cmを入力 (00. 00cm)				(事後)フアンクシ強直突出せず
	6	開閉片足立ち (秒)	秒数を入力 (00. 00秒)				(事後)フアンクシ強直突出せず
7	5m通常歩行速度 (秒)	秒数を入力 (00. 00秒)	7.33	10.30		歩行器使用	
8	5m最大歩行速度 (秒)	秒数を入力 (00. 00秒)	5.74	7.09		歩行器使用	
9	Timed up & go (秒)	秒数を入力 (00. 00秒)	20.26	19.24		歩行器使用	

介護予防のアセスメント【1】 基本チェックリスト

項目	番号	確認内容	評価尺度		回答		主領域	副領域
			事前	事後	事前	事後		
生活機能	1	バスや電車で一人で外出していますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	2	2	2	生	社
	2	日用品の買い物をしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	2	2	2	生	社
	3	積貯金の出し入れをしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	2	2	2	生	他
	4	友人の家を訪ねていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	1	2	1	生	社
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	2	2	2	生	社
運動機能	6	階段をすすりや階段をつたらずに昇っていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	2	2	2	運	生
	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	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	2	2	2	運	生
	8	15分以上いっ続け歩いていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ	2	2	2	運	社
	9	この1年間に転んだことがありますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ	2	2	2	運	健
	10	転倒に対する不安は大きいですか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ	2	2	2	運	社
	11	6ヶ月で2〜3kg以上の体重減少がありましたか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ	0	0	0	運	生

		事前	事後	改善度
通所	握力 (Kg) 右	0.0	7.8	+7.8
	握力 (Kg) 左	0.0	8.8	+8.8
	膝伸展筋力 (Kg)	0.0	0.0	0
	長座体前屈 (cm)	0.0	27.3	+27.3
	フアンツヨカリチ (cm)	0.0	0.0	0
	開眼片足立ち (秒)	0.0	0.0	0
	5m 通常歩行速度 (秒)	7.33	10.3	-2.97
	5m 最大歩行速度 (秒)	5.74	7.09	-1.35
訪問	Timed up & go (秒)	20.26	19.24	+1.02
	床上仰向け立ち上がり (秒)	11.1	8.7	+2.4
	開眼片足立ち (秒)	18.2	20.0	+1.8
	15分続けて歩く	2	2	0
	床からものを拾う	2	3	-1

介護予防のアセスメント【1】 基本チェックリスト

II 栄養・食支援結果

栄養・食支援

II 栄養・食支援結果

⑥ III 口腔機能向上結果

共同項目	
①の熟練経験者に対する指導	①よい②

訪問用様式

訪問	歯や入れ歯の清掃	*13	1	1
	清掃状況(梁め出し)	*11	2	2
	頬の膨らまし	*09	1	1
	口の湿き食事会話に支障	*08	1	1
	R S S T 積算時間(秒)			
	1回	3.5	3.2	+0.
	2回	4.5	3.0	+1.
	3回	3.0	2.5	+0.

⑦総合評価判定

【評価レベル】事例に対して、「達成」「一部達成」「未達成」「未実施」で評価する。

【終了判定】

「改善」…サービス終了・卒業と判定した場合

「継続」…サービスが継続する場合

「悪化」「未実施」のいずれかで判定する。

プランナーの主観でよいが、総合 QOL をみて判断する。

総合評価判定（ 判定日 ： 令和 年 月 日）

評価レベル	達成 ・ 一部達成 ・ 未達成 ・ 未実施
終了判定	改善 ・ 継続 ・ 悪化 未実施

【コメント】
「事例の介護度」「支援期間のうちの何クール目の評価か」を記載。
※半年プランを基本とするため、半年を1クールとして計算。
要支援1 通所C 令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇日 3か月評価

【個人因子】
因子を意識づけするため、因子分解の個人因子を記載する
例) ・変形性腰椎症による円背や腰痛
・腰痛や肩痛による活動量が低下
・活動量の低下、下肢筋力の低下

【アウトカム】
各目標に対して、目標の達成状況を事後予測に掲げた項目ごとに記載する。
⇒担当ケアマネの設定した各目標の達成、一部達成、未達成を記載。
目標達成状況の下に、目標に関連して事後予測を立てた生活機能評価項目の変化も記載。
目標の立て方が評価しやすいものであったかの振り返りにもなる。
例) 目標①: 歩行器を使って敷地内を30メートル歩く。→一部達成
屋内歩行→達成 屋外歩行→一部達成
目標②: 見守りの下、身体を洗うことができる。→達成
入浴→達成

【ストラクチャー】
目標を達成するためのチーム編成、インフォーマルを含む介入したサービスや利用頻度を記載。本人を除くプランナーがあげたものすべて、介護保険以外のインフォーマルサービスも含めて記載する。
例) ・通所型短期集中予防サービス 週2回 (①)
・医療A病院 (①)
・家族 (①②)
・地域包括支援センター (①②)

システム上行数制限あり (50行)。
行数で判断し省略可。



目標を番号で記入。
アウトカムの目標番号と一致
すること。



【プロセス】

目標に対し、ストラクチャーごとに効果的な支援であったかを確認する項目。支援期間における本人の健康状態の変動や、行動変容による影響を記載。

例) 【目標①】

通所型サービス: 利用日ごとの評価により効果が可視化されたことで達成感が得られ、やる気に繋がりが自宅での継続実施につながった。〇月〇日庭先で石に躓き転倒し、2週間ほど休み、現在も肩の痛みによりトレーニングは休みがちである。本人の口腔体操実施が自宅で見られず、数値があまり改善していない。

地域資源: 身体機能の改善に伴い生活支援コーディネーターと連携し近くのご近所カフェを紹介。〇月〇日に生活支援コーディネーター同行により見学予定。会場までの移動手段が無いため送迎が必要となり毎回の利用は難しい。

【目標②】

家族: 家族の見守りのもと自宅で身体を洗えている。

通所: 通所では、洗身動作について確認を行い自助具についてもアドバイスをもらって自宅での入浴が継続できていた。転倒後肩の痛みにより、背部の洗身が難しく家族が手伝っている。痛みは軽減傾向。

医療機関受診時、貧血とALB値の低下がみられた。転倒後、肩の痛みから力が入らず、調理がおっくうになり、1日2食となる日が週に3回程度ある。栄養状態について今後課題とする。

【今後の方向性】

目標ごとに次期期間やプラン終了後の方向性、プロセスで明らかになった残された課題や新しい課題に対してどのように対応するかを記載。

例) 目標① 屋外の歩行手段について、C型理学療法士、福祉用具専門員による〇〇を検討。

今後通所Aに移行し、状態維持を確認、6か月後に評価訪問にて終了の判断を行う。

目標② 洗身動作獲得できたものの、肩の痛みがあり背部洗身が不十分なため動作獲得のため、通所型サービスの利用継続。

食事内容を把握し、必要に応じ栄養アセスメント支援事業を検討する。

新たな課題が生じた場合には記入する

