

延岡市自立支援型 アセスメントマニュアル

(第一版)



令和2年4月

延岡市健康長寿のまちづくり課

目次

はじめに（延岡市の活動指針について）	1
1. 介護保険の本質理解（窓口の関わり）	2
2. 自立支援の効果を上げるために	5
3. 自立支援型ケアマネジメントとは	6
4. 市指定様式について	
包括用（プラン作成者用）アセスメントツール	
(1)利用者基本情報	8
(2)主治医意見書	10
(3)延岡市医療連携シート	11
(4)介護予防のアセスメント[1]基本チェックリスト [2]追加項目	12
(5)介護予防メニュー リスク確認（地域包括支援センター）	18
(6)生活機能評価	21
(7)因子分解表	24
(8)介護予防サービス・支援計画書	26
(9)評価会議総括表	31
訪問用アセスメントツール	
(10)介護予防メニューアセスメント（訪問用）	37
(11)介護予防サービス計画・総合評価（訪問用）	46
(12)介護予防サービス 個別サービス計画書（訪問用）	51
通所用アセスメントツール	
(13)介護予防メニューアセスメント（通所用）	53
(14)介護予防サービス計画・総合評価（通所用）	69
(15)介護予防サービス 個別サービス計画書（通所用）	74
訪問・通所共通項目	
(16)生活行為向上（訪問・通所共通）アセスメント	75
(17)1クールの流れについて	81
5. 自立支援型地域ケア会議	
(1)地域ケア会議5つの機能	83
(2)地域ケア会議開催の意義	83
(3)事例選定から評価までの流れ	84
(4)自立支援型地域ケア会議における概要説明について	85
(5)自立支援型地域ケア会議タイムスケジュール	88
6. 参考資料	89
7. 延岡市内の事業一覧	96

はじめに（延岡市の活動指針について）

延岡市では、介護保険法の理念に沿って、介護が必要となった時に適切なサービスを利用することで、元の自立した生活に戻ることができるよう、自立支援・重度化防止の取り組みを推進しております。

つきましては、

【行政】

○自立支援型地域ケア会議を開催し、対象者一人ひとりの状態に合わせた支援内容の確認を行うとともに、会議を通じて抽出された地域課題に対して、自立支援・重度化防止に資する施策を推進します。

【プラン作成者】

○対象者へのアセスメントを通してそれぞれの生活課題を導き出し、「なぜ」そのような生活機能になっているのかを追求したうえで、状態に合わせた自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの提供を行います。

【サービス提供事業者】

○対象者の生活課題の原因となっていることに対して、課題を解決するための介護サービスを提供します。

【介護保険法一部抜粋】

◆第1条（目的）

加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により、要介護状態となり、入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設けて、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図る

◆第2条（保険給付）

保険給付は、要介護状態または要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行わなければならない

◇第4項

第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

◆第4条（国民の努力義務）

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、常に健康の保持促進に努めるとともに、要介護状態になった場合においてもその有する能力の維持向上に努めるものとする

1. 介護保険の本質理解（窓口の関わり）

窓口での関わり

本人や家族などからの相談をもって対象者との関わりが始まります。その際、介護保険の本来の目的や、何の為にサービスを利用するのかを理解していただく必要があります。

これらの説明は今後のプラン作成や合意形成に必要になりますので、導入から共通認識を持つためにも丁寧な説明が必要となります。

前頁抜粋にあるように、介護保険制度は要介護状態になっても尊厳を保持して自立した生活をおくることのできるよう、悪化防止のために介護保険サービスを給付するものです。

そのため、サービスは永続的なものではなく、自立や改善とともに変化していくものであることを必ず最初に説明し、本人や家族などに認識していただく必要があります。

相談受付票

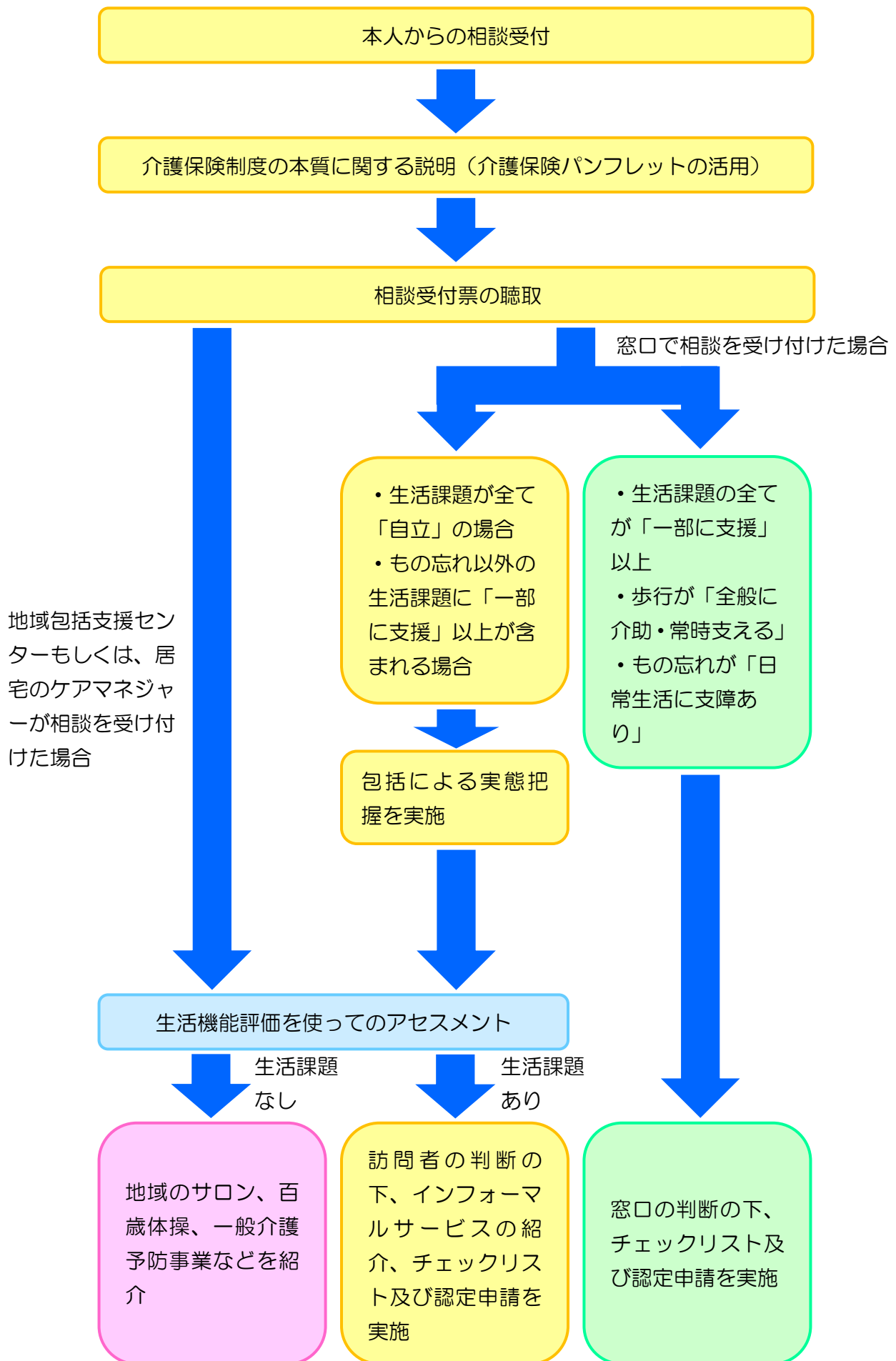
相談受付票			
【基本情報】			
氏名		被保険者番号	2600
生年月日	年 月 日	電話番号	
現在の状況	①入院中・入所中(場所:) ②自宅では(独居・ と 人暮らし)		
申請に至った経緯	【現病歴:]		
介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 有効期間: 年 月 日～ 年 月 日		
【生活課題】 ※あてはまるものに○をつけ、空欄に介護の状況等を記入してください。			
歩行	①つかまらない ②何かにつかまる ③見守り ④全般に介助・常時支える		
入浴	①自立 ②一部に支援 ③全般に介助		
排泄	①自立 ②一部に支援 ③全般に介助		
食事	①自立 ②一部に支援 ③全般に介助		
服薬	①自立 ②一部に支援 ③全般に介助		
金銭管理	①自立 ②一部に支援 ③全般に介助		
社会参加	①自立 ②一部に支援 ③全般に介助		
もの忘れ	①日常生活に支障なし ②日常生活に支障あり		
【必要と想定される支援内容】 ※あてはまるものに○又は 〇 に記入			
訪問型サービス・通所型サービス・訪問看護・通所リハビリテーション・住宅改修・福祉用具購入・その他 ()			
【判断】			
基本チェックリスト	要介護認定申請	非該当	当
受付担当	漢 あり・なし	受付年月日	年 月 日
※代行申請の場合は事業所の職員名			
【延岡市介護保険課】			

新規申請の相談があった際に、対象者の申請に至った経緯や生活課題などを聴取するための様式です。これまでの生活と比べて、どの生活行為ができなくなっているのかを確認するようにしてください。

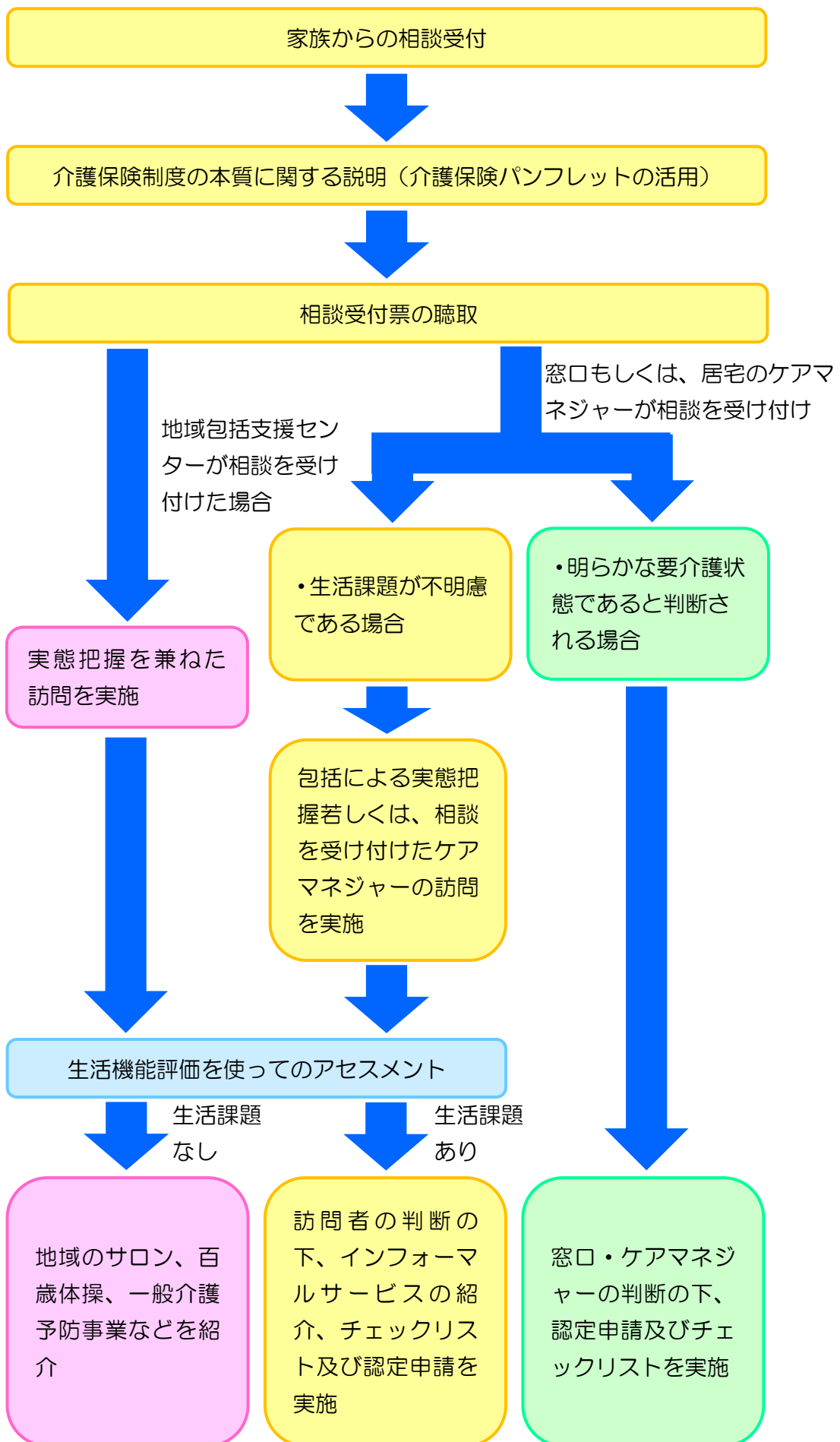
また、必要とされるサービス内容によっては認定申請ではなく、基本チェックリストによる事業対象者としての登録でもサービスが利用できることを説明してください。

申請者の中には、「友人がデイサービスを利用しているから自分も利用したい」「今後何かあった時の為に申請しておきたい」「お風呂掃除が大変だからヘルパーにお願いしたい」など、本来の介護保険の目的とは違った形での利用を希望し、申請に来られる方もおられます。本人・家族などに介護保険制度の本来の目的を説明し、合意形成を行ってください。

【利用者本人から相談を受け付けた場合】



【利用者家族から相談を受け付けた場合】



2. 自立支援を進めていくために

自立支援型ケアマネジメントを実現する基盤として下記のことが重要となります。

【自立支援の効果を上げる為に必要なこと】

- ①申請、相談のあった時点から介護保険の目的や、何のためにサービスを利用するか本人や家族に説明する。(出発点からの見直し)
- ②プラン作成者が、自立支援が必要と理解する
- ③アセスメントを正確に実施する(※最重要 課題の抽出や目標につながる)
- ④課題を明確化し、課題に対する目標を定める
- ⑤病気の悪化予防に視点をもつ(そもそもの視点)
- ⑥課題から導き出した支援内容を検討する(専門職に妥当性を問う部分)
- ⑦本人と家族に分かりやすくプランのプレゼンテーションを行う(合意形成)
- ⑧支援チームは同じ方向で支援する(介護支援専門と事業所の目標が合致していること)

介護予防の推進には「運動」、「口腔」、「栄養」、「認知症」に関して幅広い知見が必要となります。「出来なくなっている行為」の自立を阻害している原因を解明し、そこに対するピンポイントの支援をタイムリーに導入することで「できる行為」に改善させることが本来の目標です。そのためには、ただ運動機能だけを回復させることや、どこかに行くことだけでなく、対象者の実際の生活行為に着目することが重要です。

例えば、対象者からの相談では、「掃除を頼みたい」「買い物を頼みたい」というニーズが表出されますが、それに対し介護支援専門員は「掃除ができなくなった原因は何なのか(課題の明確化)」「また掃除ができるようになるには何が必要で誰に何を頼めばよいのか」を分析し必要なサービスに繋いでいくことが求められます。実際にサービスが始まってからは、経過を追って個別予防プログラムを提供した結果の行動変容を把握し、評価を行うところまでが求められます。

このマニュアルでは、下記のように対象者の相談からの実際に介護支援専門員がアセスメントからプラン作成していく流れで、求められる視点を記載していきます。

【アセスメントからサービス実施までの流れ】

- ①相談
- ②初回アセスメント(チェックリスト、追加項目、リスク確認、生活機能評価を対象者と一緒に完成させ、課題の合意形成を行う)
- ③因子分解に基づく課題の明確化
- ④プラン作成
- ⑤サービス担当者会議にて再度合意形成
- ⑥サービス提供開始

3. 自立支援型ケアマネジメントとは

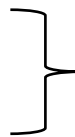
自立支援型ケアマネジメントとは

対象者の生活（人生）を尊重し、できる限り自立した日常生活を送れるように支援することです。支援を行うに当たり、「身体機能を向上させる」ことがゴールではなく、「生活課題を解決する」ことが最終目標となります。

また、対象者の状況に合わせて、「高齢者が要介護状態になることをできるだけ防ぐこと（健康の保持増進）」を目的とするべきか、「要介護状態になっても、状態がそれ以上悪化しないようにすること（維持、改善を図る、重症化予防、ゆるやかな進行）」を目的とするべきかを見極めてマネジメントを行うことも重要となります。

【生活課題を解決するために】

筋力向上、関節可動域改善、痛みの軽減
コミュニケーション能力の向上…等



生活課題を解決するためのプロセスであって、ゴールではない

期間的自立支援と永続的自立支援

期間的自立支援

転倒モデル、生活不活発モデル、廃用モデル

- ・主として介護予防対象者
- ・廃用症候群等による生活機能低下
- ・身体機能低下から生活機能低下

※整形疾患は期間的自立支援の場合が多い

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
- ・残存機能の活用

※進行性の疾患（リウマチやパーキンソン病等）は永続的自立支援の場合が多い

疾患のみで期間的自立支援と永続的自立支援を判断するのではなく、
対象者の生活を見て判断するようにしましょう。

包括用（プラン作成者用）アセスメントツール

4. 市指定様式について

(1) 利用者基本情報

利用者基本情報			
計画作成者氏名: _____			
【基本情報】			
相談日	令和 年 月 日 ()	来所・電話・訪問 その他 ()	初回 再来 (前 /)
把握経路	1. 介護予防検診 2. 本人からの相談 3. 家族からの相談 4. 非該当 5. 新予防からの移行 6. 関係者 7. その他 ()		
本人の状況	在宅・入院又は入所中 ()		
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳
住所	TEL	()	
	FAX	()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支援1・要支援2 認定期限: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (前回の介護度)		
障害等認定	身障 ()・療養 ()・精神 ()・難病 ()・その他 ()		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室 (有 階・無)・住居改修 (有・無) 浴室 (有・無) 便所 (洋式・和式) 段差の問題 (有・無) 床材、じゅうたんの状況 () 照明の状況 () 履物の状況 ()		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ()		
来所者 (相談者)	続柄	家族構成 ○=本人、◇=支店、□=同居 ●=死亡、×=キーパーソン 空白欄等に「主」 空白欄等に「副」 (同居家族等の記載)	
住所	氏名	続柄	住所・連絡先
緊急 連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
日中独居 (有・無) 家族関係等の状況			

利用者基本情報			
【介護予防に関する事項】			
今までの生活			
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族
			友人・地域との関係
【現病歴・既往歴と経過】(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)			
年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	経過
		TEL	治療中
		TEL	経過中
		TEL	経過中
		TEL	治療中
		TEL	経過中
【現在利用しているサービス】			
公的サービス		非公的サービス	

課題を明確にするためには、その人の人物像がしっかりと浮かび上がる必要があります。

後のアセスメント、課題抽出、プラン作成をする上で必要となる下記のポイントに留意して情報収集する必要があります。

基本情報

- 性別、年齢、日常生活自立度の尺度などから、まずは本人の状況をイメージできます。
- 認定情報を確認する事で対象者が初めて介護保険サービスを利用するのか、更新の方であれば今までと比べて介護度が上がっているのか、良くなっているのか判断されます。
- 住居や経済状況といった環境も、後の因子分解にて課題を整理する際に重要な要素となります。
- 家族構成も大切です。介護者がいる場合は、心身に負担感が生じていないか、独居の場合には近隣等からの支援(見守り等)が得られているかどうかなど、周囲の状況にも配慮が必要です。キーパーソンや支援者が遠方に住んでいる場合は、どの程度の支援が受けられるかも確認しておく必要があります。

介護予防に関する事項

- 本人がこれまでどのような生活を送ってきたか(職歴、婚姻歴、学歴等)、現在どのような生活を送っているか(時間単位)、いつ、何をきっかけとして現在にいたっているかを記載します。
- 今までの介護保険サービスの利用歴、利用頻度を記載します。
- 申請に至った経緯を記載します。(なぜ、申請することになったのか明記)

- 趣味や本人にとっての楽しみも、簡潔に記載してください。
- 友人、地域との関係について、交流状況に変化生じていれば、いつ頃から、何をきっかけに変化したのかを簡潔に記載してください。
- 食事をとる時間や睡眠時間等の生活リズムも重要となります。

現病歴・既往歴と経過

- 過去のものについては、いつ頃、どんな疾患で、どんな治療をいつまでしていたのか記載します。
- 現在のものは、いつからの、どんな疾患で、どんな治療を受け、受診間隔はどれくらいか記載します。年月の新しい情報から順番に記載していきます。
- 要支援1，2、総合事業で主治医意見書や医療情報が得られている場合は、得られている情報が漏れなく落とし込まれているか確認をします。

(2) 主治医意見書

主治医意見書 (OCR用)

35 保険番号 452037 2600

氏名 性別 年齢 住所

病歴

1. 診断名 (指定病種 または生活機能低下の要因となっている病名) について (は) に記入) 及び発症年月日

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

3. 心身の状態に関する意見

4. その他の精神・神経症状

主治医意見書 (OCR用)

36 保険番号 452037 2600

身体の状態

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

(2) 栄養・食生活

(3) 現在あるかまたは今後発生の高い状態とその対応方針

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見直し

(5) 医学的必要性の必要性 (特に必要種の病いものに格下値を引いて下さい)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

(7) 療養の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

疾病に関する意見

- 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。
- 生活機能の低下の要因となった傷病名を確認します。
- 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。

心身の状態に関する意見

- 体重については、現在だけでなく、過去 6 か月の変化に着目し、その理由を確認しましょう。いつの情報なのか確認しておきましょう。

生活機能とサービスに関する意見

- 「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。
- 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。

(3) 延岡市医療連携シート

延岡市指定		連 携 シ ー ト		年 月 日
医療機関名		事業所名		
主治医	先生	担当者		
		TEL		

いつもお世話になっております。
以下の点につきましてお問い合わせいたします。

1. 利用者様情報

氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	介護度	有効期間 (~)
住所					

2. サービス希望

<input type="checkbox"/> ①訪問看護 (回/月・週)	<input type="checkbox"/> ②訪問リハビリ (回/月・週)	<input type="checkbox"/> ③通所リハビリ (回/月・週)
<input type="checkbox"/> ④福祉用具 貸与	<input type="checkbox"/> ⑤訪問型・通所型サービスC (短期集中予防)	<input type="checkbox"/> ⑥その他

3. 通信 (ケアマネジャーからの質問など)

(主治医記入欄)

() について 認める 認めない

備考:

担当医師名
(署 長 印)
年 月 日

※注意・ケアマネジャー及び地域包括支援センター職員は、事前に本人または家族から個人情報使用同意書等の提出を受けてください。
・本書で取り扱う内容については、守秘義務を遵守すると共に、介護サービス計画等を作成するために必要な情報に限定して下さい。
・本人に告知していない病名等は記載しないで下さい。
・個人情報保護の観点から、本書のFAX送信は禁止します。

～ お 願 い ～

このシートは、延岡市医師会との協議の上で「延岡市指定シート」として作成していますので、様式等の変更はしないで下さい。

- 主に医療系サービスを利用する際に、主治医とプラン作成者の間で情報交換を行うためのシートになります。
- 医療系サービスを利用する際は、サービス利用上のリスクなどを確認しましょう。
- 訪問型サービスC（運動）を利用する場合は、必ず主治医に対して利用についての確認を行ってください。
- 目標の達成などにより医療系サービスを終了する場合は、主治医への状況報告と終了することに対する確認を兼ねて連携シート等を使用し、連絡を行ってください。

(4) 介護予防のアセスメント [1] 基本チェックリスト [2] 追加項目

介護予防のアセスメント [1] 基本チェックリスト							
氏名		性別		年齢			
氏名		性別		年齢			
項目	番号	確認内容	評価尺度	回答		主領域	副領域
				事前	事後		
生活機能	1	バスや電車で1人で外出していますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	生
	2	日用品の買い物をしていますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	社
	3	預金箱の出し入れをしていますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	他
	4	友人の家に訪ねていますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	社
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	社
運動機能	6	階段や手すりや壁をつたわずに歩いていますか	0:はい 1:少し難々 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:少し難々 2:いいえ			運	生
	8	15分位続けて歩いていますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	社
	9	この一年間に転んだことがありますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	健
栄養改善	11	6か月で2-3kg以上の体重減少がありましたか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	生
	12	事前 身長 cm 体重 kg =BMI 事後 身長 cm 体重 kg =BMI				運	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	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	生
	14	お茶や汁等でむせることがありますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	生
	15	口の渇きが気になりますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	生
閉じこもり	16	週一週以上外出していますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	生
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	生
認知機能	18	周知の人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると書かれますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	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:少し難々 2:いいえ			運	他
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	他
うつ	21	(ここ2週間) 毎日の生活に変化感がない	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	他
	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つた	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	他
	23	(ここ2週間) 以前は家でできていたことが今ではむづかしく感じる	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	他
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	他
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	他
			合計(点数)				

※ 評価尺度：(●) 動・移動、(●) 日常(●) 活、(●) 会参加・対人交流、(●) 健康管理・健康、(●) 認知(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」作成の際の参考とする

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		主領域	副領域
				事前	事後		
運動	1	自宅内を物を持って歩けますか	0:はい 1:少し難々 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:少し難々 2:いいえ			運	社
	3	ズボン、スカートを立てたまま、変えなしではけますか	0:はい 1:少し難々 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:少し難々 2:いいえ			運	健
	5	規則的に3食とっていますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	健
健康管理	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:少し難々 2:いいえ			運	健
	7	市販の出し入れ、シーツ交換・布団干しをしていますか*	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	健
更衣	8	季節・場所に応じた服装ができますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	生
	9	寝間着や肌着の着替えができますか*	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	生
入浴・整容	10	一人で体を洗うことができますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	健
	11	髪や髭、爪をきちんと整えることができますか*	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	社
排便	12	排便に関する心配がありませんか(便もれ、便秘、下痢)	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	社
	13	歯や歯齦を磨いたり、口腔の手入れをしていますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	健
口腔	14	自分の歯又は入れ歯で左右の歯をしっかりと噛みしめられますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	生
	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:少し難々 2:いいえ			運	運
洗濯・掃除	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	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	運
	17	ごみの分別やごみ出しをしていますか*	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	運
認知	18	次の約束や声掛けはできますか*	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	他
	19	前の晩に食べたものを思い出せますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	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:少し難々 2:いいえ			運	社
	21	日中寝ないで起きて過ごしていますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	社
閉じこもり	22	家族、友人、隣近所と付き合っている機会がありますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	社
	23	種し物や地域の活動などに参加していますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	社
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:少し難々 2:いいえ			運	他
	26	薬はきちんと飲んでますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	他
	27	食事内容の注意を守っていますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	生
うつ	28	散歩や体操を(週1回以上)していますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	運
	29	十分な睡眠はとれていますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	健
	30	あなたは普段健康だと思えますか	0:はい 1:少し難々 2:いいえ			運	他
			合計(点数)				
			総合計(点数)				

* すべての行為ができていれば「はい」ひとつも欠けていれば「少し・時々」すべてできていなければ「いいえ」

		事前	事後
主領域合計	運動		
	生活		
	社会		
	健康		
総合計			

対象者の在宅における生活行為の実行レベル及び機能レベルを把握します。生活機能評価とリンクさせつつアセスメントする必要があります。

全体構成

- 国の基準に基づく25項目のチェックリスト(介護予防のアセスメント[1]基本チェックリスト)を利用するとともに、自立支援型様式(チェックリスト、主治医意見書、認定調査結果からは導き出せない在宅における生活行為の状況を把握できる30項目(介護予防のアセスメント[2]追加項目)の追加を行っています。
- 把握した状態像、行動様式の細かな変化を確認するために、回答を「はい、少し・時々、いいえ」の3段階とし、合計点数が低いほど生活行為レベルが高いと判断できる点数配分となっています。
- 介護予防・日常生活支援総合事業の事業対象者の判定においては、「はい、少し・時々」は「はい」と判定し、「いいえ」はそのまま「いいえ」と判定するものとします。
- アセスメントを実施する際には、それぞれ該当マニュアルにより判定するものとします。また、各設問には、事業所の介護予防サービス計画・総合評価及び個別サービス計画の各プログラム様式に反映できる手がかりとして、国の基準に基づく5領域(運動・移動、日常生活、社会参加、健康管理、その他)を「主課題、副課題」において確認できる欄を設けています。

アセスメント実施する際の留意点

- IADL(手段的日常生活動作)においては、その行為を実行しているか否か(している・していない)を聞いています。
- ADL(日常生活動作)においては、その動作能力があるかないか(できる・できない)を聞いています。

- これらは生活機能評価で【○・△・×】を決める上での基準になるので、注意してください。
- 設問 6・7・9・11・15～18のように、1つの設問の中に複数の行為の実行を聞いている場合は、全ての行為ができる場合には「はい」と判定し、1つでも欠けていれば「少し・時々」、全てできていない場合に「いいえ」と判定します。
- この介護予防アセスメントは、地域包括支援センターが実施する全体的なアセスメントであり、介護予防サービス事業所は、介護予防メニューごとにさらに詳細なアセスメントを行います。
- 各設問においては、ただ単に項目内容のみを確認するだけでなく、該当項目を膨らませて、多くの情報を得るように心がけましょう。

【参考例】

設問 1：自宅内でものを持って歩けますか

⇒客に出すお茶をお盆に乗せて運ぶことは、バランスが保てず無理だが、ちょっとしたものを動かす際に片手でものを持って歩くことは可能かの聞き取りを行う。

○別頁のとおり判定すると上記の情報は点数化されず評価することはできないが、介護予防プランの内容に反映させるためにも必要な聞き取り内容となります。

○口腔・栄養項目で「少し・時々、いいえ」の回答がない場合でも、聞き取りの中で気になることがある場合は、サービス担当者会議で検討し、適宜、個別予防サービスにプログラムを導入しましょう。

○アセスメントの過程で、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等の関与の必要性を感じた場合は、サービス担当者会議、リハビリテーション専門職派遣等で専門的判断を確認し対応する等の連携を図りましょう。

【介護予防のアセスメント[1]基本チェックリスト】

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	自立して生活するための行動である生活機能を把握し、対象者のできる能力と実際にしている行為の見極め
基準	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。 バスや電車のないところでは、タクシー等の交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。	
2	日用品の買い物をしていますか	
基準	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。 頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。	
3	預貯金の出し入れをしていますか	
基準	銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。	
4	友人の家を訪ねていますか	生活行為向上
基準	電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。	
5	家族や友人の相談にのっていますか	
基準	面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。意見を求められ、答えることがあるかを評価します。	
6	階段を手すりや壁を伝わらずに昇っていますか	歩行機能・バランス能力・下肢筋力を見極め、あわせて具体的な転倒状況や外出への不安要因も確認する。体操による筋力向上、関節可動域改善等の可能性を検討
基準	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」となります。	
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか	
基準	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を尋ねています。	
8	15分くらい続けて歩いていますか	
基準	屋内、屋外等の場所は問いません。 補助具を使っての歩行も含まれます。	
9	この1年間に転んだことがありますか	運動器の機能向上
基準	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。	
10	転倒に対する不安がありますか	
基準	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回答してください。	
11	6ヶ月で2～3kg以上の体重減少がありますか	食事量の低下、低栄養状態、過体重状態の把握
基準	6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。	
12	身長 cm 体重 kg BMI	
基準	身長、体重は、整数で記載してください。	栄養・食支援

	体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。		
13	半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか	摂食・嚥下機能を把握し、口腔体操による改善の可能性を検討	口腔機能向上
基準	半年以上前から硬いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。		
14	お茶や汁等でむせることはありますか		
基準	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。		
15	口の渴きが気になりますか		
基準	口の中の渴きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。		
16	週1回以上は外出していますか	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	すべてのプログラム
基準	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均してください。(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)		
17	昨年と比べて外出の機会が減っていますか		
基準	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。		
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		
基準	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。		
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		
基準	誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか		
基準	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。 月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない		
基準	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。		
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		
基準	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。		
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		
基準	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。		
24	(ここ2週間) 自分が役にたつ人間だと思えない		
基準	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。		
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする		
基準	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。		

※21～25はここ2週間という点に注意。毎回このような内容の発言が見られる方については、該当となりません。

【介護予防のアセスメント[2]追加項目 マニュアル】

番号	設問の確認内容の留意点	該当プログラム				
		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		○			◎
基準	【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します。例えば、配膳のお盆、洗濯物を入れた籠、生ゴミなどを持って歩く動作を確認します。また、運動プログラムにより改善する可能性を検討してください。					
3	ズボン、スカートを立てたまま、支えなしではけますか	○	◎			
基準	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います。					
4	食事を用意していますか	◎		○		
5	定期的に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	○		◎	○	
基準	【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します。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します。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してください。					
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・場所に合っ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	○	○			◎
基準	【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します。体操により動作が楽になる可能性やタンス、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のか、肌が不潔になっていないか、頻度についても検討してください。なお、季節・場所に合った服装ができなくなってきたら認知機能低下の可能性が考えられるので留意しましょう。					
10	1人で身体を洗うことができますか	◎	○			
11	顔や髭、爪をきちんと整えることができますか	◎				○
基準	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。困難な関節動作の部位やどのような姿勢で動作を行っているかを確認してください。					
12	排泄に関する心配がありますか（尿もれ、便秘、下痢）	◎		○		○
基準	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				◎	○
基準	清掃ができていないかは口臭の有無でも判断できます。義歯がある場合、外して磨いているかを確認してください。必要があれば歯科受診や歯科衛生士指導を検討してください。					
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			○	◎	
基準	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します。					

15	洗濯をしたり、干し物を取り込み、元の位置に <u>しまっていますか</u>	◎	○			
16	家の中や家のまわりの片付けや掃除などを <u>していますか</u>	◎	○			
17	ごみの分別やゴミ出しを <u>していますか</u>	◎	○			
基準	【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）場合があります。単身の場合、道具や方法を工夫すればできることはないか、ヘルパーと分担して行える作業はないか考えます。					
18	火の始末や戸締りは <u>できますか</u>	◎				○
19	前の晩に食べた物を <u>思い出せますか</u>	◎				○
基準	【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、程度により医療の必要があるのかを検討します。年相応か初期の場合は、カレンダーにしるしをつける、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します。					
20	趣味や楽しみ、好きで <u>していることがありますか</u>	○				◎
21	日中寝ないで起きて <u>過ごしていますか</u>		○			◎
22	家庭のことで決まった仕事や役割が <u>ありますか</u>	○	○			◎
23	親族、友人、隣近所と付き合いや談笑が <u>できますか</u>					◎
24	催し物や地域の活動に <u>参加しますか</u>		○			◎
基準	【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、◆病気や障害によって「外出したくてもできない」と◆身体障害がない若しくは軽度なのに「外出しようとしなない」ものがあることに留意してください。また活動低下の要因（身体的、心理的、環境、その他）についても留意しましょう。他者との会話や笑いのない孤独・孤立状態でないかを把握します。以前は行っていたが最近していないこと、条件を整えば行いたいことをプランの中での目標にしてみるのも良いです。					
25	定期的な診察、あるいは1年に1度検診を <u>受けていますか</u>	◎				
26	薬はきちんと <u>飲んでいますか</u>	◎				
27	食事内容の注意を <u>守っていますか</u>	◎		○		
28	散歩や体操を（週1以上） <u>していますか</u>		◎			○
基準	【25・26・27・28 共通】本人の健康や病気に対する意識や行動を把握します。主治医の意見書から服薬や食事内容の指示などはどの程度か、入浴や運動することについて何か指示があるかなど、プラン作成時に注意すべき疾患や指示がないかを確認してください。					
29	十分な睡眠は <u>とれていますか</u>	◎				
30	あなたは普段健康だと <u>おもいますか</u>	◎				
基準	眠剤服用の有無、他者との交流、自己健康感を把握し、アクティビティや簡単な体操を増やす工夫を行ってください。					

※生：生活機能向上 運：運動機能向上 栄：栄養・食支援 □：口腔機能向上 ア：アクティビティ

※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。

※「アセスメント項目」と「対応する予防プログラム」は全て一致するわけではありません。

サービス計画に位置付けする時には、本人の年齢、疾患、意欲、体力などを総合的に判断して予防プログラムを選択してください。

※波線を引いている項目は、「できるか、できないか」を問う項目となります。これらの項目は、能力評価で判断を行ってください。

(5) 介護予防メニュー リスク確認 (地域包括支援センター)

介護予防メニュー リスク確認(地域包括センター)

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			

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 ①いいえ ②はい	糖尿病 高血圧 高脂血症 その他(備考欄に記入)			
	2 右記の内科疾患で受診していますか ①いいえ ②はい	腎臓病 心臓病 肝臓病 肺臓病 胃腸病 胆のう病 その他(備考欄に記入)			

リスク確認	3 摂食・嚥下障害はありますか	①なし ②あり			
	4 3ヶ月の間に体重が3～5Kg減りましたか	①なし ②あり			
	5 3ヶ月の間に体重が3～5Kg増えましたか	①なし ②あり			
	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なし ②あり			
	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 嚥や口の中の痛み	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			

プラン作成者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、栄養指導や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。

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、運動機能向上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、具体的な制限内容等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、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。

※運動機能向上に関する加算のある・なしに関わらず、主治医判断の項目でチェックがある場合は、主治医に確認した内容を介護予防サービス・支援計画書の「主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点」に記入してください。

栄養・食支援

①質問項目 1

生活習慣病の有無により、下記の食事指導が考えられます。

疾患	想定される食事指導
糖尿病	エネルギーコントロールなど
高血圧	塩分制限など
高脂血症	脂質コントロールなど

②質問項目 2

内科疾患の有無により、下記の食事指導が考えられます。

疾患	想定される食事指導	疾患	想定される食事指導
腎臓病	タンパク質コントロール、水分制限、塩分制限など	膵臓病	低脂肪、高エネルギーの食事など
心臓病	塩分制限、水分制限、脂肪制限など	胃腸病	消化の良い食事など
肝臓病	タンパク質コントロール、低脂肪の食事など	胆のう病	脂肪制限など

③質問事項 3

水や食塊の大きい物、バラつきやすい豆腐や刻み食、繊維質の多い野菜、のり、ワカメ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、窒息など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、早急な対応が必要です。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などが出る場合がある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受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、リハビリテーション専門職派遣事業や訪問型サービス C（栄養改善）による管理栄養士の訪問を検討してください。

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、歯科受診の勧奨を行ってください。

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、歯科受診の勧奨を行ってください。また、備考欄に頻度を ○/日等で記載してください。

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、歯科医師や歯科衛生士との連携をとり、利用者の安全性の確保に努めてください。

※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、訪問型サービス C（口腔機能改善）による歯科衛生士等の訪問を検討してください。

(6)生活機能評価

生活機能評価			
氏名 <small>(ふりがな)</small>		調査日	事前 事後
	事前	事後	備考
室内歩行			
屋外歩行			
外出頻度			
排泄			
食事			
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。7個のADL項目は「できている」か「できていない」で判断し、11個IADL項目は「している」か「していない」で判断をします。

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対象者と一緒に完成させることで、現在の生活状況を対象者自身にも知ってもらうことができます。また、生活機能評価を利用して事後予測を行い、対象者と6カ月後どうなりたいかを共有することで、合意形成を図るのに役立つツールとなります。

対象者には、事後予測を立てたところをマーカーで囲み、生活課題を改善するためにサービスを使う事を説明していくことが重要です。

【事後予測とは】

事前（現在の状況）に対して、必要な援助を利用した場合の生活課題の半年後「事後」を予測することです。本人の現在の生活のどこに課題があり、支援をすると何が改善するかを確認してください。この事後予測とケアプランが整合することが大切となります。

対象者の中には、多くの生活課題が見られる方もいます。一度にすべての課題を解決することは困難である為、まずは、家の中の課題（ADL）を優先的に改善できるよう事後予測をたてていくことがポイントとなります。

6 段階の判断基準

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 自立しているがどうにか自身でしている
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「改善の可能性が高い」
能力はあるが、少し手助けが必要
- △2 誰かの介助が入っているが「改善の可能性が低い」
なんとか自分でやっているが、手伝いの方が多くの割合を占めている
- ×1 全く自身でしていない（できない）が「改善の可能性が高い」
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

を判断基準として評価してください。

【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	改善の 可能性が		改善の 可能性が	
			高い	低い	高い	低い
判 定	○1	○2	△1	△2	×1	×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。そのため、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」「一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」等の状況を記入してください。備考の欄は、評価（○・△・×）の判断材料となります。

【参考例】

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〇〇まで1回/2日買い物に行く

【評価】○1 → シルバーカーを使ってはいるが、屋外でも利用者自身で楽に歩行出来ているとの判断

例3) 食 事 箸を使い食っている。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ため、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」

【参考 生活機能評価の書き方】

	備考
室内歩行	自室内での歩行状態を記入、杖使用の有無、伝え歩き、どのような介助を受けているのかなど
屋外歩行	外歩きの歩行状態を記入、杖・歩行器等使用している用具の記載、何分・何メートル歩くと疲れる、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の頻度を記載、公共交通機関の利用状況、付添の有無の日常の様子など
排泄	オムツの有無、排尿・失禁頻度、便秘・下痢など整腸に関する内容など
食事	食事形態、嚥下状況、噛み合わせ、義歯の状態、食事メニューの内容、食事回数、間食、飲酒など
入浴	洗身・洗髪・入浴回数・介助内容・自宅浴槽や浴室環境の状況、浴槽またぎの状況など
着脱衣	着脱更衣（可動域制限など）、服の選定、季節感など
掃除	本人が使用している道具・清掃内容、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、誰が清掃をしているかなど
洗濯	洗濯機の使い方、干す際の腕の上り状況、洗濯頻度、取込み、たたみは誰がどのようにするかなど
買物	買物の頻度、場所（スーパー・宅配・生協等）、手順、行為、誰と一緒にいくのか、行けないのであればほしい物を頼めるかどうかなど
調理	調理行為ができるのか・できないのか、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・年金等の書類の管理状況など
ごみ出し	分別状況、運搬方法、ごみ捨て場所・曜日の把握、誰が捨てに行くのか等
通院	誰と行くのか、移動手段、医師の指示内容をどの程度理解しているかなど
服薬	飲み忘れの有無、管理方法、声掛け頻度、週に何回忘れてしているのかなど
金銭管理	金融機関からの引出ができるか・できないか、金額の把握、管理状況など
電話	対応、伝言ができるか・できないか、自分からかけることができるかなど
社会参加	家族以外の人とのかかわり状況、自治会、高齢者クラブ、サークル活動、友人知人との関係など

※プランを事業所に渡す際は、生活機能評価も渡してください。

(7) 因子分解表

因子分解からの自立支援マネジメントを理解しよう

インタビューアセスメント領域 (強遠・洞察能力の発揮) 状況スクリーニング ADL・IADL等に実現を必要とする状態と現状 (※本人・家族の訴えと、対応等の関係「本質・実態」)		課題抽出アセスメント ADL・IADL等の自立化要因 (※法律支援の内容に注意)		プランナーサービス領域 (自立支援と問題改善能力の発揮) 課題に対する必要な自立支援の内容 (※改善できるものか、できないものか?)		目標達成からモニタリング領域へ (間接的・本能的自立支援の発揮) 目標を明確にした目標設定	
個人状況	個人因子	個人支援	優先順位	個人支援目標	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					
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					

出来ない「**?**」とは?

何が原因?

どんな支援が必要?
生活課題を解決するためには

半年後の目標

「状況」から「課題」を見つけ出すひとつのツールです。因子分解をする事で、利用者を客観的に見ることが出来ます。一度情緒的な訴えを排除することで、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。生活機能評価において行った評価に対し「なぜ、そのように判断したのか」「その原因は一体何なのか」を整理します。

アセスメントで持ち帰った情報を因子分解表に落とし込み、課題の整理を行うことで、因子分解表に抽出した内容がそのままプランに反映させることができます。

①個人状況・環境状況 [今の状態は?]

- 生活機能評価で事後予測を行った ADL・IADL の「できていない（していない）状況」を抽出していきます。
- 個人状況は、対象者本人の生活状況を記入します。
- 環境状況は、家族の関わり方や住環境のことなど、対象者以外の状況を記入します。
- 箇条書きで端的に（わかりやすく）現在の状態を記入することが大切です。

②個人因子・環境因子 [何が原因?]

- 個人因子は対象者本人が起因となっている原因を抽出します。
- 環境因子は家族や近隣の知人、住環境など対象者以外が起因となっている原因を抽出します。
- 対象者の今起きている状況（できない（していない）状況）は何が原因なのかを追求しましょう。

【原因の追及例】

30cmメートルの浴槽がまたげない ⇒ 足が上がらない
⇒ 股関節の可動域制限がある ⇒ 大腿骨転子部骨折の為

【個人因子と環境因子の考え方】

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 経済力） 例）右肩麻痺 脳梗塞を2回繰り返している など
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 自宅浴槽の深さ0cm 近くにスーパーがない など

③個人支援・環境支援 [生活課題を改善するためにはどんな支援が必要？]

○個人因子と環境因子で抽出された原因に対して、どのようなサービスを利用するのか、そのサービスでどのような内容の支援を行うことで課題が解決できるのかをイメージ（仮説を立てる）しながら記入しましょう。

④個人支援目標・環境支援目標 [半年後の目標]

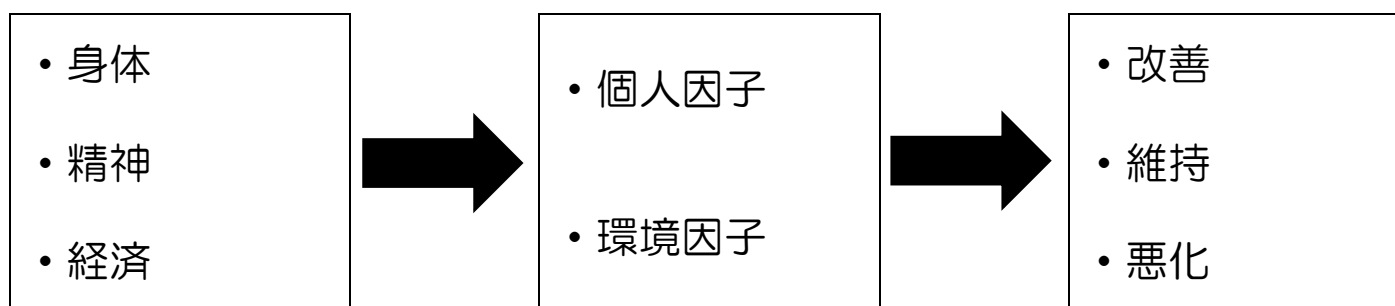
○期間的自立支援なのか、永続的自立支援なのかを見極め、半年後に評価がしやすい具体的な目標を設定することが重要です。

【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

要因分析

状況の予後予測



※因子分解やプラン作成の際は「箇条書き的表現」を意識し、長文になりすぎないように意識してください。

(8)介護予防サービス・支援計画書

様式 6

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. _____

利用者名 _____ 様（男・女） 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター： _____

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・原因）	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					期間
							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		□有 □無					()					
日常生活(家庭生活)について		□有 □無					()					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有 □無					()					
健康管理について		□有 □無					()					

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

【本来进行べき支援が実施できない場合】
 受当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発等の改善予防のポイント

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

予防給付または地域支援事業	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
	／5	／2	／3	／2	／3	／5

【意見】
 地域包括支援センター 【確認印】

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 平成 年 月 日 氏名 _____ 印

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、どうする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わ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。ケアプランができたら、必ず複数でチェックを行うようにしてください。複数の職員でチェックすることで、「課題と目標があっているか」「生活機能評価の事後予測が反映されているか」「見落としている課題はないか」「客観的に利用者をとらえているか」などを確認できます。

①アセスメント領域と現在の状況

○現在の生活状況について、簡潔に記入してください。

○基本的には、因子分解の「個人状況・環境状況」で抽出をしている、現在のできていない状況を当てはめてください。ただし、生活課題がない項目に関しては、この限りではありません。

②本人家族の意欲・意向

○生活課題がある現在の状況に対して、本人や家族が「どのように思っているのか」「どうなりたいのか」を確認し、記入してください。

③領域における課題（背景・因子）

○因子分解の「個人因子・環境因子」で抽出した、現在の状況を引き起こしている原因を当てはめてください。

○状況に対して原因は一つではなく、様々な因子が絡み合っていることが多いため、箇条書きでまとめることで、対象者への説明などもわかりやすく行うことができます。

○はっきりした原因がわからない場合でも、専門職としての予測・仮説を立てることが大切になります。

④総合的課題

○総合的課題では、「アセスメント領域と現在の状況」で記入した現在の状況と「領域における課題」で記入した原因を一つにまとめる部分になります。

○総合的課題で抽出された生活課題に対して、目標を設定し、サービスを提供していくこととなります。

【参考 総合的課題の書き方】

例1) 個人因子、環境因子 が原因で 困難な状況、ADL ができない。

例2) 個人因子、環境因子 が原因で 以下の2~3点 ができない。

例3) 困難な状況、IADL により 個人因子(病気、疾病) が悪化の恐れがあり予防、維持が必要。

⑤課題に対する目標と具体策の提案

○総合的課題で抽出された生活課題に対して、目標の設定と専門職として必要だと思ふ具体策を記載してください。

○ここで設定した目標に対して対象者と合意形成を図ってもらう為、説明時にわかりやすいよう、箇条書きで記載してください。

⑥具体策についての意向 本人・家族

○意向の欄には、「課題に対する目標と具体策の提案」で設定した目標などについて、本人や家族がどう思っているかを記載してください。

⑦目標

○専門職として提案した目標で、対象者との合意が取れた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してください。そうでないものは、評価しやすい利用者向けの目標に変更して記載してください。

○目標はプラン終了時に評価が行いやすいよう、また、対象者が目標を達成できたか判断しやすいものを設定してください。

○期間的自立支援と永続的自立支援に留意して目標設定を行ってください。

⑧目標とする生活

- 1日：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という目標を設定する。
- 1年：今後はこうなりたい、こうしたい、元気になったら行きたい場所がある、したいことがある等を設定する。（今後の生活で達成したい目標。達成可能な具体的な目標を設定する。）本人が意欲を持てるような大きい（広がりのある）目標設定とする。
- 1日こういう風に暮らしていくと1年後はこうなるという連動性を持たせる。

⑨健康状態について

- 主治医意見書に記載されている内容を転記するだけでなく、主治医から直接聞いた情報などを記載するようにしてください。

⑩妥当な支援の実施に向けた方針

- 専門職として、本来は別の支援が必要と考えられるが、合意形成が図れず今回のプランでは支援までに至らなかったことなどがあれば記載するようにしてください。
- また、今回の目標としては取り上げていないが、今後目標として支援をしていく予定などがあれば記載してください。

⑪総合的な方針

- 今回のプランで支援を行うことにより、プラン終了時の目指すべき姿などを記載してください。

【因子分解表とケアプランの連動】

因子分解からの自立支援マネジメントを理解しよう

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		プラン・サービス領域 (自立支援と説明説明能力の理解)		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・家族の話と、対応等の洞察「主観・客観」)		課題抽出アセスメント (※治療支援の内容に注意)		指標を明確にした目標設定			
個人状況		個人因子		優先順位	個人支援目標	期間設定	
1	①室内伝い歩き	1	脳梗塞後遺症による左半身麻痺①②③⑤	1	【通所型サービス】	1 500m先の集会場まで歩いて行くことができる	6カ月
2	②屋外4点杖で50m程度がやっと	2	生活不活発による下肢筋力低下①②③⑤	2	下肢筋力向上、歩行訓練、運動機能向上、認知予防	3 地域で新しい友人ができる	6カ月
3	③外出機会が少なく、閉じこもりの生活になっている	3	脳血管認知症による短期記憶障害と実行機能能力の低下	3	【訪問型サービス】	2 掃除機かけが再開できる	6カ月
4	④薬の飲み忘れあり	4	③④⑤	4	共同掃除、ヘルパーによる一連動作の洞察		
5	⑤掃除機かけをしなくなった	5	以前から家事が好きではない元々の性格⑤	5	【インフォーマル】		
6		6		6	他者との関係づくり、送迎支援		
7		7		7	【医療】		
8		8		8	専門医受診、主治医との連携		
9		9		9			
10	①	10	②	10		④	
11		11		11			
12		12		12			
13		13		13			
14		14		14			
15		15		15			
環境状況		環境因子		環境支援		環境支援目標	期間設定
1	⑤薬管理や食事は夫が実施している	1	夫と二人暮らし、二人とも病識が低い⑤	1	【訪問C】	薬の飲み忘れがなくなり、糖尿病の数値が安定する	6カ月
2		2		2	夫を含めた栄養改善の指導		
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			

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・原因)	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
運動・移動について 室内伝い歩き、外出時4点杖で50m程度がやっとの状態 <div style="text-align: center; font-size: 2em;">①</div>		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・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 <div style="text-align: center; font-size: 2em;">②</div>	1 脳梗塞後遺症による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、家事の習慣がなくなり掃除機かけが困難	1 (目標)歩行ができる(具体策) [通所型サービス] 下肢筋力向上、歩行訓練、運動機能向上 2 (目標)掃除機かけが再開できる(具体策) [訪問型サービス] 共同掃除、ヘルパーによる一連動作の洞察 3 (目標)地域で新しい友人ができる(具体策) [通所型サービス] 認知症予防 [インフォーマル] 他者との関係づくり、送迎支援 [医療] 専門医受診		1 500m先の集会場まで歩いていくことができる 2 掃除機かけが再開できる 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(HbA1cが6.0以下になる)
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		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・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	3 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 夫と二人暮らしだが、二人とも病識が低く服薬・糖尿病食の管理ができない <div style="text-align: center; font-size: 2em;">②+①</div>			<div style="text-align: center; font-size: 2em;">④</div>
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 外に出ることが少なく、閉じこもりの生活になっている		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・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		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・脳血管性認知症による短期記憶と実行機能の低下 ・夫と二人暮らし、二人とも病識がない		4 (目標)確実な服薬と糖尿病の理解ができる(具体策) [訪問C] 栄養改善の指導 [医療] 定期通院、主治医との連携		

③

①介護予防サービス利用状況について

○支援項目の達成度を「○、△、×」で記入します。

○介護予防サービス・総合評価の評価の事後の部分になります。

○事業者総合評価については、複数の項目にサービスを導入している場合、低い方の評価を記入します。

【記載例】

「運動」=○	「栄養」=△		「事業者総合評価」=△
「運動」=○	「栄養」=○	「口腔」=△	「事業者総合評価」=△
「運動」=○	「栄養」=○	「口腔」=×	「事業者総合評価」=×

②判定レベルについて

○プロセスにおいて、目標を達成したかどうかを判断します。

【判断基準】

1. 達成

目標が達成された場合

2. 一部達成

目標の一部が達成された場合

3. 未達成

目標が達成されなかった場合

4. 未実施

本人の体調不良等により、サービスが実施できなかった場合

③終了判定について

○サービスを継続利用するのか、終了するのかを判断します。

【判断基準】

1. 改善

サービスを利用し、改善した場合

2. 継続

今後も継続してサービスの利用が必要だと判断した場合

3. 悪化

本人の状態が悪化した場合

4. 未実施

本人の体調不良等により、サービスの実施ができなかった場合。

④総合QOL

○生活機能評価の18項目の合計点数となります。最高108点となります。

【判断基準】

○1⇒6点、○2⇒5点、△1⇒4点、△2=3点、×1⇒2点、×2⇒1点

⑤分野別QOL

○事前と事後の比較になります。

改善度の項目には向上した場合 +○○

低下した場合 -○○

⑥総合評価判定

○コメント

対象者の区分や、何クール目なのかを記載してください。

○個人因子

因子分解で抽出されたものを、端的に記載してください。

○アウトカム

生活機能評価で事後に上げた項目の結果がどうなったかを記載してください。

○ストラクチャー

どのような介護サービス、インフォーマルサービスを使ったかを記載してください。

○プロセス

導入したサービスを使って、どのように経過したか。目標が達成できた、できなかった場合の要因を端的に記載してください。

○今後の支援方針

今後、どのような支援を受けていくのか。次のケアプランの目標と一致します。

また、地域に戻る場合、どのような活動に参加していくのか。リスク管理について記載します。

【記載例】①サービス終了

総合評価判定（判定日：令和〇年〇月〇日）

評価レベル	達成
終了判定	改善
<p>[コメント]</p> <p>事業対象者 3クール目評価</p> <p>[個人因子]</p> <p>本人の病識不足 生活不活発による下肢筋力・耐久性低下</p> <p>[アウトカム]</p> <p>1) 食事 : 達成 2) 屋外歩行、外出頻度、買い物 : 達成</p> <p>「ストラクチャー」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所サービス 2回/週 ・訪問C（栄養） ・配食サービス（自費） 夕食/毎日 ・長女 <p>「プロセス」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問C（栄養）、配食サービス、長女 塩分、カリウム制限の必要性を伝え、制限食指導を本人と長女に実施した結果、食事準備の際に配慮が可能となり、血中データも目標値となったことから、達成 ・通所サービス 通所による下肢筋力アップ運動や体操、屋外歩行訓練（坂道、砂利道）を実施した結果、タクシーを利用するの買い物が可能となり達成 <p>[今後の支援方針]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス終了となることで、本人の性格より再び生活不活発状態となり、意欲や下肢筋力の低下が懸念されることから、地域活動への参加や介護予防教室への参加が必要である。 ・地域の100歳体操への参加 	

【記載例】②サービス継続

総合評価判定（判定日：令和〇年〇月〇日）

評価レベル	一部達成
終了判定	継続
<p>[コメント]</p> <p>要支援1 1クール目評価</p> <p>[個人因子]</p> <p>本人・妻の病気への認識 脳幹出血後遺症による、バランス、下肢筋力、口腔機能低下</p> <p>[アウトカム]</p> <p>1) 食事（口腔） : 一部達成 2) 食事 : 悪化 3) 室内歩行、入浴 : 一部達成 4) 着脱衣 : 一部達成</p> <p>「ストラクチャー」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所サービス 2回/週 ・〇〇事業所 福祉用具貸与 ・訪問C（栄養） ・妻 <p>「プロセス」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問C（栄養）、妻 食事指導を行ったが、摂取量の制限ができず、体重が〇、7kg増加し間食量も減らなかった。 ・通所サービス、福祉用具貸与 自助具使用にて訓練実施し、洗身はループ付きタオルを利用し可能となるが、生活の場では反映されていない。 <p>[今後の支援方針]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事に関しては、体重増加傾向にあることから栄養改善型配食サービスを利用し、脳出血再発や歩行状態悪化予防に努める ・入浴、更衣について、座位バランス向上に努めるとともに、自助具を自宅でも使用できるよう勧める。 	

訪問用アセスメントツール

(10)介護予防メニューアセスメント(訪問用)

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)	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	
1 床から物が拾えますか	①はい ②少し・時々 ③いいえ			
2 床上市向けからの立ち上がりの時間	秒数を入力 (00.00秒)			
3 床上市向けからの立ち上がりの状況	①両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			
4 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	
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ふ ③あまり健康ではない ④健康ではない			
2 6ヵ月前と比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 直立 異い物 咀嚼 嚥下			
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 1日1回食事は1日何回ですか	①3回 ②2回 ③その他(回) ④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ヵ月前と比べ副菜量の減少はありますか	①いいえ ②はい			
8 6ヵ月前と比べ水分摂取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 朝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 ④2月以上			

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(備考に記入)		
	16 食べることが楽しいですか	①とても楽しい ②楽しい ③ふつう ④楽しくない		

調査時 食事内容 事前24時間 の	具 体的 料理 名	事前		事後		
		朝食	昼食	夕食	間食	

口腔機能向上

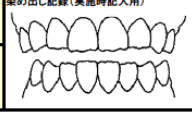
質問項目	評価尺度	該当番号		備考
		事前	事後	
1 入れ歯の使用状況(ある人のみ)	①使っていない ②食事以外のときのみ使う ③食事のときのみ使う ④いつも使う			
2 自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛み砕けますか	①両方できる ②片方だけできる ③どちらでもない			
3 開口度	①指2本分 ②指1本分 ③指1本未満			
4 口の湿気により食事や会話に支障がありますか	①ない ②時々ある ③いつもある			
5 唇の膨らまし(空ぶくぶく)が	①左右十分可能 ②やや十分 ③不十分			
6 回復唾液腺下テスト(RSST)の積算時間	1回目までの秒数 2回目までの秒数 3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 嚥食あるいは歯の汚れ	①なし・少量 ②中程度 ③多量			
10 清掃状況(始め出し)	①十分清掃済み ②やや清掃不足 ③清掃不十分			
11 口臭(始め出しの時に)	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 口の中がさわやかになった 歯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 顔がすっきり目覚めた 食事量が増えた その他(備考に記入)		

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

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	
特記事項	始め出し記録(実施時記入用) 

運動機能向上

①床から物が拾えますか

- 身体の柔軟性やバランス機能、床からの立ち上がり能力の低下を見る項目です。
- 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、備考欄にその旨を記入してください。

②床上仰向けからの立ち上がりの時間・状況

- 事前と事後を必ず同じ条件で実施してください。
- ※靴下をはいて行う場合は靴下をはいて、裸足で行った場合は裸足のままで実施してください。
- ※畳の上で行った場合は畳の上で、ベッドの上で行った場合はベッドの上で実施してください。

【測定時の留意点】

- いかなる状況であっても対象者の安全確保を最優先にしてください。
- ふらついたらずぐに支えられるような位置に測定者は立って下さい。
- テストは裸足（すべりや履物による差の解消のため）で行ってください。ただし、利用者の希望で靴下などを履いた場合には、事前も事後も同じ条件で測定をしてください。
- 利用者が「やりたくない」、「できない」と言う場合は強要をしないでください。ただし、備考欄にその旨を記入してください。
- 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。ただし、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、備考欄に“〇〇につかまり立ち”などを記入してください。
- 転倒時の事故防止のため、ガラスの間際では行わないでください。
- 利用者の理解を得て正しい測定を行うため、測定者による試技を実施してください。

【準備するもの】

ストップウォッチ

【測定方法】

- 1) 評価を行う際には、介助をしないまま立ち上がる状態を測定することを利用者に十分理解してもらってください。その上で、できるか否かを利用者本人に確認して実施してください。
- 2) 「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“気をつけ”をするまでの時間を測定します。」「一回練習をします。」とした後、一度練習をしてください。その際、測定者が実技をしてみせるとさらに分かりやすくなります。また、練習時に明らかに難しいと判断した場合は測定を中止してください。
- 3) 練習後、実際の測定を行ってください。
測定の際には、「いつものように立ち上がってください。」との声かけと、測定開始の合図を必ず行ってください。
- 4) 開始の合図とともに測定を開始し、直立の姿勢で静止したところまでを測定してください。
- 5) 測定の記録は、設問2に小数点第1位までを記録してください。
また、設問3に立ち上がりの状況を①から④のうち該当するものを選択し入力してください。
- 6) 測定時に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直してください。
- 7) 測定は2回行い良かった方の記録を入力してください。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してください。
この場合には、備考欄に測定中止の理由などを簡潔に入力してください。

③開眼片脚立ちの時間

【測定時の留意点】

- いかなる状況であっても対象者の安全確保を最優先にしてください。
- ふらついたらすぐに支えられるような位置に測定者は立って下さい。
- テストは裸足（すべりや履物による差の解消のため）で行ってください。ただし、利用者の希望で靴下などを履いた場合には、事前も事後も同じ条件で測定をしてください。
- 利用者が「やりたくない」、「できない」と言う場合は強要をしないでください。ただし、備考欄にその旨を記入してください。
- 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。ただし、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、備考欄に“〇〇につかまり立ち”などを記入してください。
- 転倒時の事故防止のため、ガラスの間際では行わないでください。
- 利用者の理解を得て正しい測定を行うため、測定者による試技を実施してください。

【準備するもの】

ストップウォッチ

【測定方法】

- 1) テストは裸足で行ってください。ただし、利用者の希望で靴下などを履いた場合には、事前も事後も同じ条件で測定してください。
- 2) 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。
- 3) 支持脚が決まったら、両手に腰を当てて「片足をあげて」の合図で片脚立ちの姿勢（片足を前方に上げる）をとってください。
- 4) 片脚立ちの持続時間を計測してください。ただし、最長で60秒で打ち切ってください。
- 5) 記録は小数点以下第1位まで入力してください。
- 6) 2回測定をして良かった方の記録を入力してください。ただし、1回目の測定で60秒の場合は、2回目の測定は実施しないでください。
- 7) 測定は2回行い良かった方の記録を入力してください。2回続けて補助が必要になった場合は、備考欄に測定中止の理由などを簡潔に入力してください

【参考値】

平均値

(単位：秒)

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳～
男性・女性	40	30	20	10

転倒注意値

(単位：秒)

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳～
男性・女性	20秒以下	15秒以下	10秒以下	5秒以下

【測定時の注意点】

- 滑らない床で測定をしてください。
- 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。段差や傾斜があるところも避けるようにしてください。
- 測定実施前に利用者に対して以下の事項の説明を行ってください。
 - ・片脚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、あげた脚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。
 - 1) あげた脚が支持脚や床に振れた場合
 - 2) 支持脚の位置がずれた場合
 - 3) 腰に当てた両手若しくは片手が腰から離れた場合

○「初め」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ので、「片脚をあげてください」の合図をし、片脚立ちになった時点から測定をする方が良い場合もあります。

○より客観的なデータを得るためにも測定条件は徹底してください。

競うのではなく、現状を知るための測定であることを利用者にも理解してもらってください。

○より客観的な測定を行うためにも測定者による試技を実施してください。

栄養・食支援

①現在自分は健康だと思いますか

○主観的健康感についての設問になります。利用者の主観をそのまま回答してください。

②6カ月前とくらべ体重がどれくらい変化しましたか

○減少した場合は「-〇〇. 〇」、増加した場合は「〇〇. 〇」と入力してください。

備考欄には、事前と事後の実測体重を入力してください。

利用者宅には体重計がない場合があります。事前・事後の体重を測定するには体重計があれば持って行くようにしてください。

※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ります。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。

6カ月前の体重と比較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られることとなります。

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ることとなります。

③食事の支度で困難はありますか

○食事の支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。また、困難の主原因が身体機能の低下ではなく、経験がないためや、する必要がないためであるかを見極めてプランを検討する必要がありますので、なぜ困難なのかを備考欄に端的に入力してください。共同調理はヘルパーが代行調理するよりも手間がかかることが多いので、的確なアセスメントをお願いします。

④食欲はありますか

○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」と回答した場合は、必ず原因を考え、改善にはどのような援助が必要なのかを検討するようにしてください。

例) ひとり暮らしで買って来た食材を何日にも渡って続けて食べなければならないため食欲がわからない場合などは、同じ食材から異なる料理ができるアドバイスやフリージングの方法を教えるためのサービスを導入する必要があります。

⑤ふだん食事は1日何回ですか

○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です。欠食がある場合は理由を確認し、改善方法を考えるようにします。

⑥6カ月前と比べ主食量の減少はありますか

⑦6カ月前と比べ主菜量の減少はありますか

⑧6カ月前と比べ副菜量の減少はありますか

○設問⑥⑦⑧は、6カ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をアセスメントします。量が減っている場合は理由を調べるとともに、医師などから体重を減らすよう勧められ、実行をしている場合は減少量（率）や塩山式手ばかり^{※1}などわ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てください。また、その他の理由において量が減少している場合は必ず備考欄に記入し、他職種との連携を図るようにしてください。

※1：自分の手を物差しに自分の食事量が簡単にわかるツール。詳細は甲州市のホームページを参照。

⑨1日の水分摂取量（コップ何杯）

○加齢により口渇感が乏しくなっていたり、習慣的に水分摂取が少なかったり、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場合があります。摂取量が少ない場合は、理由を確認するとともに、脱水の危険を考えた見守りを行うようにしてください。

※食事中の水分も含まれます。（牛乳、味噌汁等）

⑩よく便秘になりますか

○便秘が続くことで落ち着きを失ったり、便秘を恐れて便秘薬に頼り切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。また、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も考えられます。便秘薬の種類や使用頻度から食改善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

○酒量が多いことにより食事量が少ない、また、酒量が多いことにより朝起きられず朝食を抜くなど食生活のリズムが乱れることが不健康につながる可能性があります。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

○一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。しかし、食事内容がたんぱく質、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。BMIなど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すか

○むせる頻度や状態により、とろみの付け方や食形態の検討が重要になります。しかし、嚥下機能が低下した高齢者への刻み食の提供は、誤嚥を引き起こすなど、命にかかわる場合があるとの認識が重要です。「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必要です。また、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取るようにしてください。

⑭歯や入れ歯の関係で柔らかいものしか噛めませんか

○状態によっては、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。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

○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。また、訪問介護により得た食事指導の情報は、必ず担当のプラン作成者に伝えるように心がけてください。また、プラン作成者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する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とってください。「④楽しくない」との回答があった場合は、その原因が設問1から15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とその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。

【記載例】

○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してください。また、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。

※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てください。

口腔機能向上

①入れ歯の使用状況（ある人のみ）

○総入れ歯の人だけに行ってください。入れ歯の適合状態と関連が深い項目です。食べ物を噛みにくいために食事の時は入れ歯を外し、普段は美容上入れる人や、逆に、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もいます。また、持っていて全く使わない人もいます。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、歯科医師・歯科衛生士との連携を取り対応するようしてください。

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

○歯又は義歯で左右の奥歯を上下しっかりと噛みしめられることは、十分な咀嚼や嚥下の為の顎の固定など重要な機能の一つです。

○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）に当てて歯をかみしめてもらい、強弱を確認してください。

○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、歯科医師・歯科衛生士との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してください。

③開口度

○「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。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」を進めてください。また、「③」に該当する場合は、歯科衛生士による原因の把握と歯科、口腔医療と連携し、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

○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。歯ブラシによる口腔内刺激や唾液腺マッサージ、舌の体操等を積極的に勧めてください。

⑤頬の膨らまし（ぶくぶくうがい）

○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、左頬に移動して両方ともに十分に膨らませることができるかを見てもらいます。「②やや十分・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。

○また、②・③に該当する場合は、「顔面体操」や「あいうえお体操」、歯ブラシの柄先による内頬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

○反復唾液嚥下テスト（RSST）は、嚥下機能を見るテストです。利用者の「のどぼとけ」のところに測定者が片手の指を3本揃え軽く当て、もう片方の手にストップウォッチを準備し、「唾を終わりとすまで何回も飲み込み続けてください。」と伝え、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）を記録してください。

○ただし、体に触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挙げてもらうなどの工夫をしてください。

記録には、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）を入力してください。

○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60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

⑦食物残渣

○食物残渣があると誤嚥性肺炎の引き金になる恐れがあります。

○アセスメント方法としては、奥歯の残渣を確認することは利用者の抵抗が考えられますので、前歯列に残渣が見られれば当然奥歯にもあると判断し、「②中等度・③多量」に該当がある場合には、歯磨き指導と継続的なアセスメント（チェック）が必要になります。

⑧舌苔

○「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や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。また、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

○前歯表面にヌルヌル感が見られたら、口腔全体が不潔になっていると判断してください。また、「②中程度・③多量」に該当がある場合には、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、継続的にチェックするようにしてください。

⑩清掃状況（染めだし）

○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。また、染め出しを行わなかった場合でも、見た目で判断し、「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記入し、サービス計画書に反映してください。

⑪口臭（染め出しの時に）

○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。口臭が「②弱い・③強いに該当した場合には、虫歯の有無や舌苔の状況を観察し、歯科衛生士と連携を取りながら口腔ケアの援助を行ってください。

⑫入れ歯を外して歯や入れ歯の清掃

○「②週5～6回・③3～4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し、不可の場合はプラン作成者へ情報提供を行い、ケアマネジメントの一連の業務を行ってください。

⑬歯ブラシの毛先

○訪問アセスメントの際、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歯ブラシの清掃状況

○訪問アセスメントの際、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、介護予防サービスにおいて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。

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づけのために実施する項目です。

(11)介護予防サービス計画・総合評価（訪問用）

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:

サービス区分	サービス計画			評価		総合評価	
	目標	援助内容	支援に際しての留意点	目標達成状況(1ヶ月)	評価 ○達成 △一部達成 ×未達成	目標達成状況(3ヶ月)	評価 ○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						
栄養・食支援	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						
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						

計画に対する同意
上記計画に対して同意します
平成 年 月 日
氏名 印

この計画・総合評価（訪問用）は、プラン作成者が作成する「介護予防サービス・支援計画表」との連動性を基に作成されるものです。

作成に際しては、サービス提供責任者において包括プランを確認し、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うえ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するようお願いします。

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

【参考】

○6カ月プランの場合

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サービス提供機関の相関性

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カ月目	2カ月目
2カ月目	3カ月目
3カ月目	4カ月目

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」となります。

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事にはなりません。

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、包括プランを作成したプラン作成者との情報交換、すり合わせのうえ作成を行ってください。
- ②サービス計画を作成するうえでの不明な点は、地域包括支援センターもしくは、延岡市健康長寿のまちづくり課地域包括ケア推進係担当者（電話：0982-22-7072）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うえでサービスの提供を開始してください。

サービス区分について

①基本的な考え方

○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。

○包括プランの目標に応じ、必要な項目の目標設定を行います。

○包括プランのうち、「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要を設定することになります。

○包括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・援助内容の考え方

○目標は、包括プランの目標と一致させてください。

○目標は、標準として6カ月間で達成させたい目標となります。

○援助内容は、サービス提供事業所の目標を設定する項目となります。

○援助内容（サービス提供事業所の目標）は、包括プランの目標をより具体化した目標となります。

○1ヵ月目の援助内容には、サービス開始から2カ月経った時に達成したい目標を設定し、2ヵ月目の援助内容には、サービス開始から3カ月経った時に達成したい目標を設定し、3ヵ月目の援助内容には、サービス開始から4カ月経った時に達成したい目標を設定します。

○援助内容には、評価を行う際に達成できたか、できなかったかが、はっきりわかるような目標（評価しやすい目標）を設定してください。

○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、事業所の目標設定はとても重要な位置付けとなります。

○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。

【参考例】

●良い目標の事例

- 「近くのコンビニまで歩いて行くことができる」という目標に対し、
 - ・ 1カ月目：足上げ体操、100歳体操をヘルパー訪問時に実施する。
 - ・ 2カ月目：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カ月目：上記体操を毎日実行できる。
- 「生協の利用による買い物行為の自立」という目標に対し、
 - ・ 1カ月目：生協注文を一緒に見ながら記入する。
 - ・ 2カ月目：本人に注文書を書いてもらい、ヘルパーが確認する。
 - ・ 3カ月目：本人にヘルパーの来ない日に注文書を書いておいてもらい、ヘルパー訪問時に確認を行う。
- 「口腔機能低下予防の習慣化」という目標に対し、
 - ・ 1カ月目：ブラッシング指導と声かけによる実施。
 - ・ 2カ月目：口腔体操指導と声かけによる実施。
 - ・ 3カ月目：ヘルパーが来ない日でも本人が習慣づけることができる

●悪い目標の事例

- 元気に過ごす。
- 毎日穏やかに生活できる。
- これまでの生活を維持できる。

③目標・援助内容の考え方

【運動機能向上】

- 体操や散歩など運動に関する取り組みにより生活機能を向上させて行くプランを作る項目です。
- もともと包括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、包括プランの再考が必要となります。このことは、他の項目についても同じ考えです。

【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。

【栄養・食支援】

- 管理栄養指導が包括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。

【口腔機能向上】

- 口腔ケア、口腔改善指導が包括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。

【アクティビティ】

- 「アクティビティ＝行為」と訳されている項目です。基本的には、「生活行為・動作行為をする中で、体と頭（理解）の行為を近づける」と解釈してください。
- 基本的には全員にアクティビティのメニューを導入してください。
- この他、認知症予防の取り組みでドリルや音読、書き取りなどを行う場合もこの項目に該当します。

【生活援助】

- 上記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るかと思えます。
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。

【記載例】

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

1カ月目：生活援助の欄

2・3カ月目：生活行為向上の欄

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、医師等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

○目標達成状況（1カ月）

●1カ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記入します。

●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、できなかったか等でも可能となる場合があります。

○目標達成状況（1カ月）に付随する評価

●1カ月ごとの目標達成状況を「○・△・×」で評価を行います。

【判断基準】

評価基準は、おおよそ

○：達成 →計画通り実行できた。

△：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

○目標達成状況（3カ月）

●3カ月（サービス提供2・3・4カ月目）間の総合的な評価を行います。

●はじめに立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カ月毎の評価」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。

○ 1 カ月毎の評価と総合評価の判断基準

● 1 カ月毎の評価から3カ月の総合評価を行う場合

1 カ月毎の評価	
○	= 3点
△	= 2点
×	= 1点

月ごとを合計して、



総合評価	
8~9点	= ○
5~7点	= △
4点以下	= ×

【参考】

- 1 カ月毎の評価を点数化して3カ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 カ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。
- たとえ、目標達成しなかった場合や、予後予測の視点が間違っていた場合でも、その失敗を次にどう繋げていくかがとても重要となります。

(12)介護予防サービス 個別サービス計画書（訪問用）

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 ()	サービス区分	サービス内容	所要時間
			分
			分
			分
			分
曜日		合計	分
\$	サービス区分	サービス内容	所要時間
			分
			分
			分
			分
曜日		合計	分
\$	サービス区分	サービス内容	所要時間
			分
			分
			分
			分
曜日		合計	分
\$	サービス区分	サービス内容	所要時間
			分
			分
			分
			分
曜日		合計	分

計画に対する同意
 上記計画に対して同意します
 平成 年 月 日
 氏名 印

個別サービス計画書の作成手順

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行ってください。

- ①包括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包括プランにおいて「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包括プランのある・なしに関わらず、予防を目的とした4項目「運動、口腔、栄養、アクティビティ」＝レギュラーメニューを事業所ごとに確立する。
- ⑤レギュラーメニュー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。

【予防を目的としたレギュラーメニュー4項目の事例】

運動	〇〇体操
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

通所用アセスメントツール

(13)介護予防メニューアセスメント(通所用)

介護予防メニューアセスメント(通所用) 事業者: _____

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	
1 床から物が拾えますか	①はい ②少し時々 ③いいえ			
2 握力(Kg) (右手)	Kgを入力(00.00Kg)			
3 握力(Kg) (左手)	Kgを入力(00.00Kg)			
4 膝伸張筋力(Kg)	Kgを入力(00.00Kg)			
5 長座位体前屈(cm)	cmを入力(00.00cm)			
6 ファンクショナルリーチ(cm)	cmを入力(00.00cm)			
7 開眼片足立ち(秒)	秒数を入力(00.00秒)			
8 5m通常歩行速度(秒)	秒数を入力(00.00秒)			
9 5m最大歩行速度(秒)	秒数を入力(00.00秒)			
10 Timed up & go(秒)	秒数を入力(00.00秒)			

氏名 (ふりがな) _____ 調査日 事前 事後 _____

栄養・食支援

質問項目	評価尺度	該当番号		備考
		事前	事後	
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か月前と比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 ④増加または、減少のKg			事前体重: kg 事後体重: kg
3 食事の仕度で困難はありますか	①なし ②あり			
4 食欲はありますか	①非常に ②ふつう ③やや少ない ④非常に少ない			
5 1日1回の食事回数ですか	①3回 ②2回 ③その他(回)			
6 6か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か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か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 ②6~4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せんか	①いいえ ②2か月に1回以下 ③1回以下 ④2回以上			
14 歯や入れ歯の関係で飲み物や食べ物が飲み込めませんか	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			
16 食べるのが楽しいですか	①とても楽しい ②楽しみ ③ふつう ④楽しくない			

調査時 食事の事前2容4時間の 具体的な料理名

	事前	事後
朝食		
昼食		
夕食		
間食		

氏名 (ふりがな) _____ 調査日 事前 事後 _____

口腔機能向上

質問項目	評価尺度	該当番号		備考
		事前	事後	
1 お口の健康状態はどうか	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない			
2 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			
3 自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛み分けられますか	①両方できる ②片方だけできる ③どちらでもできない ④できない			
4 嚥下回数	①指1本分 ②指1本分 ③指1本分未満			
5 口の湿き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			
6 嚥下の遅らしまし(空ぶくうが)	①左右十分可能 ②やや十分 ③不十分			
7 回復嚥下テスト(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			
8 オーラルフィードバック(口の動き)	それぞれ10秒間に書える回数を測定し10で除し、1秒間あたりに換算した数を記載			
9 食物残渣	①なし/少量 ②中程度 ③多量			
10 舌苔	①なし/少量 ②中程度 ③多量			
11 歯歯あるは歯の汚れ	①なし/少量 ②中程度 ③多量			
12 清掃状況(始め出し)	①十分清掃済み ②やや清掃不足 ③清掃不十分			
13 口臭(始め出しの時に)	①ない ②弱い ③強い			
14 入れ歯を外して歯や入れ歯の清掃	①毎日 ②週3~6回 ③週3~4回 ④週1~2回 ⑤していない			
15 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			
16 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			
17 口腔衛生習慣のための声かけの必要性	①不必要 ②必要あり ③不可			
18 食事をよく食べていますか	①とてもおいしい ②おいしい ③ふつう ④あまりおいしくない ⑤おいしくない			
19 しっかりと食事が残っていますか	①よく残っている ②残っている ③ふつう ④あまり残っていない ⑤残っていない			
20 食事の食べこぼし	①ほとんどない ②多少はこぼす ③多量にこぼす			

氏名 (ふりがな) _____ 調査日 事前 事後 _____

実施のための利用者の情報

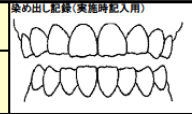
質問項目	事前	事後
21 食事中や食後のタン(痰)のからみ		
22 食事を残す量(残食量)		
23 今回のサービスの満足度		

好ましい変化(総合評価)
※観察・聞き取りから
①あり ②なし

事前は記入不要

医師・歯科医師等の指示または連絡

始め出し記録(実施時記入用)



運動機能向上

①床から物が拾えますか

- 身体の柔軟性やバランス機能、床からの立ち上がり能力の低下を見る項目です。
- 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、備考欄にその旨を記入してください。

②握力 (kg) 右手・左手

- 握力は全身の総合的な筋力の状況を知るために測定する項目です。
- 栄養状態の低下と握力の低下とは関連性がありますので（フレイル状態）、体重が落ち、かつ、握力が低下しているときには、低栄養状態を疑ってください。
- 低栄養状態は、BMI値やアルブミン値により推測できます。
- 事前と事後を必ず同じ条件で実施してください。
- また、脳梗塞後遺症などにより片麻痺などがある場合には、備考欄にその旨を入力してください。

【測定時の留意点】

下記の手順に従い測定してください。測定の前に、測定者が利用者に対し実技を行うとわかりやすいと思います。

- 1)両足を左右に自然に開き、腕を自然に下げた状態で立って下さい。
- 2)握力計は、記録表示が外側になるように握ってください。
- 3)人差し指の第2関節がほぼ直角になるように握りの幅を調節してください。
- 4)握力計を身体や衣服に触れないようにして、力いっぱい握りしめてください。
- 5)実施時には、握力計を振り回さないように注意してください。
- 6)左右ともそれぞれ2回ずつ測定し、左右とも高い値を小数点以下第1位まで記入欄に入力してください。
- 7)利用者の理解を得て正しい測定を行うため、測定者による試技を実施してください。

【参考値】

(単位：kg)

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳～
男性	31.1～34.0	29.1～32.0	26.1～29.0	23.1～27.0
女性	19.1～21.0	18.1～20.0	16.1～18.0	16.1～17.0

③膝伸展筋力

- 主に下肢筋力を測定する項目になります。
- 歩行自立のための必要な下肢筋力が明らかになれば、筋力トレーニングの必要性等を推定できます。
- ただし、測定機器がない施設については測定の必要はありません。この場合、記入欄は空欄にしてください。また、備考欄に“測定機器なし”と入力してください。
- 利き足若しくは強いほうの脚で2回測定し、結果の良い方の記録を小数点以下第1位まで入力してください。

④長座位体前屈 (cm)

- 主に体の柔軟性を測定する項目になります。

○ストレッチや運動の習慣を持たない人の身体は縮んで固まってしまっている場合があります。緊張して固まった身体は、代謝や血行が悪くなるばかりでなく、免疫活性や酵素活性、新陳代謝などの身体機能が低下することも知られています。

○また、代表的不定愁訴である腰痛や肩こりなどの原因にもなります。

○この項目についても、測定機器がない施設については測定の必要はありません。この場合、記入欄は空欄にしてください。備考欄に“測定機器なし”と入力してください。

○ただし、この項目の測定器は手作りをすることができます。作成方法は下記を参照ください。

○測定は2回行い、結果の良いほうの記録を小数点以下第1位まで入力してください。

【計測器の作成方法】

- ①高さ約24cmの箱を、左右約40cm離して平行に置く
- ②その上に段ボール厚紙をのせ、ガムテープで厚紙と箱を固定する
※段ボール厚紙が弱い場合は板などで補強してください。
- ③床から段ボール厚紙の上表面までの高さは、25cm（±1cm）としてください
- ④右または左の箱の横にスケールを置いてください

【参考値】

○年代別平均 (単位：cm)

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳～
男性	37.90	37.68	36.03	34.81
女性	41.68	46.67	39.77	37.93

○評価基準（※各年代共通） (単位：cm)

	評価1 非常に低い	評価2 やや低い	評価3 標準	評価4 まあまあ良い	評価5 大変良い
男性	～20	21～30	31～40	41～50	51～
女性	～23	24～34	35～42	43～50	51～

⑤ファンクショナルリーチ (cm)

○主にバランス能力を測定する項目になります。

○この測定を行うことで、バランスを崩さないように姿勢の調整ができるかという姿勢の調整能力を知ることができ、転倒の危険性を予測することができます。

【準備するもの】

○メジャー、模造紙または付箋紙、目印用テープ

- 測定は2回行い、測定結果が良いほうの記録を小数点以下第1位まで入力してください。
- 測定方法は次の方法で行ってください。
- ただし、明らかに測定中に転倒をする可能性が高い場合には事故防止のために測定を行わないでください。この場合には、備考欄に“転倒リスクあり”と入力してください。
- また、測定の際には、転倒に備えて補助者が付き添ってください。
 - 1) 身体の横を壁に向けて、両足を左右に開いて立って下さい。
 - 2) 手は軽く握り拳をつくり、両腕を脇が直角になるように前に上げて下さい。
 - 3) 肩の高さに挙げた拳の先端をマークし、壁から離れたほうの手を下して下さい。
 - 4) 拳は同じ高さを維持したまま、足も動かさずにできるだけ前へ手をのばして下さい。

※測定の場合爪先立ちになっても構いませんが、転倒には十分注意してください。

5) 最大に伸びたところにするしをつけ、ゆっくり元に戻りもう一回測定してください。

6) 開始の位置から最大伸びた位置までの距離を計測し、小数点以下第1位までを記録してください。

7) 利用者の理解を得て正しい測定を行うため、測定者による試技を実施してください。

【参考値】

	転倒しやすさ			
	非常に危険	転倒リスクあり	平均	転倒リスク低い
距離	～20	20～25	25～30	30～

⑥開眼片足立ち（秒）

【測定時の留意点】

1) いかなる状況であっても対象者の安全確保を最優先してください。

2) ふらついたらすぐに支えられるような位置に測定者は立ってください。

3) テストは裸足（履物による差等を解消するため）で行ってください。

ただし、利用者の希望で靴下などを履いた場合には、事前も事後も同じ条件で測定をしてください。

4) 利用者が「やりたくない」、「できない」と言う場合は強要をしないでください。ただし、備考欄にその旨を記入してください。

5) 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。ただし、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、備考欄に“〇〇につかまり立ち”などを記入してください。

6) 転倒時の事故防止のため、ガラスの間際では行わないでください。

7) 利用者の理解を得て正しい測定を行うため、測定者による試技を実施してください。

【準備するもの】

ストップウォッチ

【測定方法】

1) テストは裸足で行ってください。ただし、利用者の希望で靴下などを履いた場合には、事前も事後も同じ条件で測定してください。

2) 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。

3) 支持脚が決まったら、両手に腰を当てて「片足をあげて」の合図で片脚立ちの姿勢（片足を前方に上げる）をとってください。

4) 片脚立ちの持続時間を計測してください。ただし、最長で60秒で打ち切ってください。

5) 記録は小数点以下第1位まで入力してください。

6) 2回測定をして良かった方の記録を入力してください。ただし、1回目の測定で60秒の場合は、2回目の測定は実施しないでください。

7) 測定は2回行い良かった方の記録を入力してください。2回続けて補助が必要になった場合は、備考欄に測定中止の理由等を簡潔に入力してください

【参考値】

○平均値

(単位：秒)

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳～
男性・女性	40	30	20	10

○転倒注意値

(単位：秒)

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳～
男性・女性	20秒以下	15秒以下	10秒以下	5秒以下

【測定時の注意点】

- 滑らない床で測定をしてください。
- 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。段差や傾斜があるところも避けるようにしてください。
- 測定実施前に利用者に対して以下の事項の説明を行ってください。
 - 片脚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、あげた脚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。
 - 1) 挙げた脚が支持脚や床に振れた場合
 - 2) 支持脚の位置がずれた場合
 - 3) 腰に当て両手もしくは片手が腰から離れた場合
 - 「初め」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ので、「片脚をあげてください」の合図をし、片脚立ちになった時点から測定をする方が良い場合もあります。
 - より客観的なデータを得るためにも測定条件は徹底してください。
 - 競うのではなく、現状を知るための測定であることを利用者にも理解してもらってください。
 - より客観的な測定を行うためにも測定者による試技を実施してください。

⑦⑧5m通常歩行速度・最大歩行速度（秒）

- この測定は移動能力・歩行速度を知るために、5mの距離を何秒で歩けるかの歩行速度を測定する項目です。通常歩行時間（いつも歩いているように歩く）と最大歩行時間（できるだけ早く歩く）を測定します。
- この歩行速度では、横断歩道などの移動能力があるかどうかを判断することができます。横断歩道を渡り終えるのに必要な速さは1m以上/秒とされています。
- つまり、5m歩行速度が5秒より遅いものは横断歩道を渡り切れないと判断できます。また、6、2秒以上かかった場合は転倒リスクが高くなるとされています。

【準備するもの】

ストップウォッチ、ラインテープ、直線で11mとれるスペース（5mの測定用の歩行路と前後に3mの補助路を作ります。5m測定用歩行路の開始位置と終了位置の2か所にラインテープを貼ってください。）

【測定方法】

- 1) 「始めてください」の合図とともに開始位置の3m前より歩き始め、開始地点のテープが足部を超えた時点から測定を開始してください。
- 2) 終了位置を両足が超えるまでの所要時間を測定してください。

- 3) 試技は通常・最大とも2回行い、良いほうの数値を小数点以下第1位まで入力してください。
- 4) 通常歩行速度の測定は「いつものように歩いてください」と声かけてください。
- 5) 最大歩行の測定は「走らないようにできるだけ早く歩いてください」と声をかけて下さい
- 6) 杖や歩行器などを使用し測定した場合は、備考欄に使用した補助具を入力してください。
- 7) 明らかに測定中に転倒する可能性が高い場合は事故防止の為に測定を行わないで下さい。この場合には備考欄に「転倒リスクあり」と入力して下さい。
- 8) より、客観的な測定を行う為にも測定者による試技を実施してください。

⑨Timed up&go (秒)

この測定は、立ち上がる力、歩く力、曲がる力の複合的動作能力を測定するものです。下肢の筋力、バランス、歩行能力、易転倒性といった日常生活機能との関連性が高いものを測定することができます。一般的に13.5秒以上かかった場合は転倒リスクが予測され、30秒以上かかるときには生活機能上の介助が必要になるとされています。

【準備するもの】

- ストップウォッチ、椅子、三角コーン
- 椅子の前足を0m地点とし、三角コーンの中心が3m地点となります。

【測定方法】

- 1) 椅子から立ち上がり（椅子の背もたれから背中が離れる際）から、3メートル先の目印を折り返し、再び椅子に座るまで時間（背中が付かなくても可）を計測します。
- 2) 測定は2度行い、よかったほうの記録を小数点第1位まで入力してください。
- 3) スタート時は椅子の背もたれに背中をつけた姿勢とします。
- 4) 「始めてください」の合図とともに、対象者にとって最適かつ安全な速さで一連の動作が行われるようにしてください。特に、三角コーンを回る際に転倒する恐れが高く、座る際にも勢いがつきすぎて転倒する可能性がありますので、測定者は特に注意を払うようにしてください。※特に畳の上は滑りやすいので要注意です。
- 5) 三角コーンの回り方は対象者の自由です。右回りでも左回りでも構いません
- 6) 日常的に補助具を使用している場合は、そのまま使用してください
ただし、備考欄に使用した補助具を入力して下さい。

[参考]

(単位：秒)

	性別	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳
5m歩行時間	男性	2.6～3.4	2.7～3.6	3.1～4.1	3.5～4.6
	女性	3.0～4.0	3.3～4.4	3.9～5.1	4.4～5.8
TUG (秒)	男性	5.0～5.8	5.4～6.3	5.6～6.7	5.9～7.1
	女性	5.3～6.0	5.8～6.7	6.0～7.0	6.0～7.3

栄養・食支援

①現在自分は健康だと思いますか

○主観的健康感についての設問になります。利用者の主観をそのまま回答してください。

②6カ月前とくらべ体重がどれくらい変化しましたか

○減少した場合は「-〇〇. 〇」、増加した場合は「〇〇. 〇」と入力してください。

備考欄には、事前と事後の実測体重を入力してください。

利用者宅には体重計がない場合があります。事前・事後の体重を測定するには体重計があれば持って行くようにしてください。

※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ります。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。

6カ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られることとなります。

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ることとなります。

③食事の支度で困難はありますか

○食事の支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。また、困難の主原因が身体機能の低下ではなく、経験がないためや、する必要がないためであるかを見極めてプランを検討する必要がありますので、なぜ困難なのかを備考欄に端的に入力してください。共同調理はヘルパーが代行調理するよりも手間がかかることが多いので、的確なアセスメントをお願いします。

④食欲はありますか

○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」と回答した場合は、必ず原因を考え、改善にはどのような援助が必要なのかを検討するようにしてください。

【例】

ひとり暮らしで買って来た食材を何日にも渡って続けて食べなければならぬため食欲がわからない場合などは、同じ食材から異なる料理ができるアドバイスやフリージングの方法を教えるためのサービスを導入する必要があります。

⑤食事はふたん1日何回ですか

○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です。欠食がある場合は理由を確認し、改善方法を考えるようにします。

⑥6カ月前と比べ主食量の減少はありますか

⑦6カ月前と比べ主菜量の減少はありますか

⑧6カ月前と比べ副菜量の減少はありますか

○設問⑥⑦⑧は、6カ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をアセスメントします。量が減っている場合は理由を調べるとともに、医師などから体重を減らすよう勧められ、実行をしている場合は減少量（率）や塩山式手ばかりなどわ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てください。また、その他の理由において量が減少している場合は必ず備考欄に記入し、他職種との連携を図るようにしてください。

⑨1日の水分摂取量（コップ何杯）

○加齢により口渇感が乏しくなっていたり、習慣的に水分摂取が少なかったり、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場合があります。摂取量が少ない場合は、理由を確認するとともに、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

○便秘が続くことで落ち着きを失ったり、便秘を恐れて便秘薬に頼り切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。また、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もあります。便秘薬の種類や使用頻度から職改善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

○酒量が多いことにより食事量が少ない、また、酒量が多いことにより朝起きられず朝食を抜くなど食生活のリズムが乱れることが不健康につながる可能性があります。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

○一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。しかし、食事内容がたんぱく質、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。BMIなど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すか

○むせる頻度や状態により、とろみの付け方や食形態の検討が重要になります。しかし、嚥下機能が低下した高齢者への刻み職の提供は、誤嚥を引き起こすなど、命にかかわる場合があるとの認識が重要です。「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必要です。また、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取るようにしてください。

⑭歯や入れ歯の関係で柔らかいものしか噛めませんか

○状態によっては、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。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

○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。また、訪問介護によ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。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するよう心がけてください。

⑩ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

○利用者の主観的な情報を聞きとってください。「④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿」との回答があった場合は、その原因が設問1から15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とその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。

【記載例】

○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してください。また、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。

※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てください。

口腔機能向上

① お口の状態はどうか

○介護職員等が、利用者本人の主観に基づき5段階評価による回答を求めてください。

お口の健康状態では、単なる疾患の症状の有無だけではなく、利用者が歯や口の中に苦痛や違和感、不自由さなどを感じているかなど口腔の主観的な健康観を聞き取り、該当する項目を選択し、入力してください。

なお、利用者からの聞き取り調査が困難な場合には、家族など利用者の状況を把握している方からの聞き取り調査を行ってください。

①～⑤を選択する場合には、おおよそ以下のように判断してください。

(1) よい

口や歯について調子が良い。口や歯のことで苦痛や違和感、不自由さは感じていない。いつも口の中は爽やかで気持ちがいい場合など。

(2) まあよい

口や歯についてはどちらかといえば調子が良い。口や歯のことで苦痛や違和感、不自由さはほとんど感じていないなど。

(3) ふつう

どちらともいえない。時折不自由さなども感じるが、調子が良い時もあるなど。

(4) あまりよくない

口や歯についてはあまり調子が良くない。口や歯のことで苦痛や違和感不自由さはほとんど感じていないなど。

(5) よくない

口や歯については（いつも）調子が良くない。口や歯のことで（いつも）苦痛や違和感、不自由さを感じている。口や歯の事でひどい苦痛や不自由さを感じている。いつも口の中に不快感がある場合など。

【お願い】

利用者の口腔状態の主観的な健康感（満足感）は、今後、口腔機能の向上に向けた病識教育や変化の動機づけを実施するうえで重要な情報となります。

利用者の正確な状況を把握するため、聞き取り調査を行う際には、回答を誘導しないよう配慮をお願いします。

②入れ歯の使用状況（ある人のみ）

○総入れ歯の人だけに行ってください。入れ歯の適合状態と関連が深い項目です。食べ物を噛みにくいために食事の時は入れ歯を外し、普段は美容上入れる人や、逆に、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もいます。また、持っていては全く使わない人もいます。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、歯科医師・歯科衛生士との連携を取り対応するようにしてください。

③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

○歯又は義歯で左右の奥歯を上下しっかりと噛みしめられることは、十分な咀嚼や嚥下の為の顎の固定など重要な機能の一つです。

○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）に当てて歯をかみしめてもらい、強弱を確認してください。

○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、歯科医師・歯科衛生士との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。

④開口度

○「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。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」を進めてください。また、「③」に該当する場合は、歯科衛生士による原因の把握と歯科、口腔医療と連携し、改善を図る必要があります。

⑤口の渇きにより食事や会話に支障がありますか

○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。歯ブラシによる口腔内刺激や唾液腺マッサージ、舌の体操等を積極的に勧めてください。

⑥頬の膨らまし（空ぶくぶくうがい）

○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、左頬に移動して両方ともに十分に膨らませることができるかを見てもらいます。「②やや十分・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。

○また、②・③に該当する場合は、「顔面体操」や「あいうえお体操」、歯ブラシの柄先による内頬のストレッチを勧めてください。

⑦反復唾液嚥下テスト（RSST）の積算時間

○反復唾液嚥下テスト（RSST）は、嚥下機能を見るテストです。利用者の「のどぼとけ」のところに測定者が片手の指を3本揃え軽く当て、もう片方の手にストップウォッチを準備し、「唾を終わりとすまで何回も飲み込み続けてください。」と伝え、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）を記録してください。

○ただし、体に触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挙げてもらうなどの工夫をしてください。

記録には、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）を入力してください。

○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60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

⑧オーラルディアドコキネシス

○利用者に対し、「ぱ」、「た」、「か」を10秒間連続で発声してもらい、それを1秒間に換算し発音回数を測定するものです。

○唇や舌の動きの速度やリズムを評価する項目になります。

利用者には決まった音をなるべく早く繰り返し発音してもらい、その音やリズムの良さを評価します。10秒間測定し、それを1秒間に換算し、換算後の数値を入力します。

例)「パ」を10秒間に42回発音した場合

$42 \div 10 \text{秒} = 4.2 \text{回/秒}$ → 4.2と入力

息継ぎをしてよいことを必ず伝えてください。

評価者は、発音される音を聞きながら、発音されるたびに紙にボールペンなどで「・(点)」を打って記録し、後から数を数える等の方法によりカウントをしてください。

「パ」→舌の動きの評価

「タ」→舌の前方の動きと評価

「カ」→舌の後方の動きの評価

【評価基準】

健常者（60歳以上）の測定値：1秒当たり4～7回

⑨食物残渣

○食物残渣があると誤嚥性肺炎の引き金になる恐れがあります。

○対象者の口腔内の頬粘膜、口蓋などを観察し、「食物残渣」の量を3段階（なし・少量、中程度、多量）で評価してください。アセスメントは食後に行うことが望ましいです。

○高齢者の口腔衛生状態は、不良であっても自覚されにくく、またADLの低下、認知機能の低下に

に伴い、セルフケアだけでは十分な清掃が難しい事があります。そのため、食物残渣が多くみられません。特に口腔に麻痺などがみられる場合は口腔清掃の指導、助言を行うことで改善が期待されます。

- ・麻痺がある場合には、麻痺側に残渣が著名に現れますので注意をお願いします。
- ・義歯を使用している場合は、義歯を装着した状態で評価をしてください。
- ・評価を行う際は、定量的な評価のみに主眼を置くのではなく、食物残渣の量や付着状態等が利用者の口腔機能による問題である可能性が否めませんので、専門的知識、技術に基づく評価の検討をお願いします。→歯科医師、歯科衛生士による評価

【判断基準】

- | | |
|--------|---------------------|
| ①なし・少量 | 汚れがないか、少量の汚れがある。 |
| ②中程度 | 全体に少量の汚れがある。 |
| ③多量 | 全体に多量の汚れや食べ物の残りがある。 |

⑩舌苔

○利用者の舌を観察し、3段階の評価をしてください。

高齢者では、口腔乾燥、唾液の分泌の低下、服薬、口腔政争の不良などにより舌苔が見られることがあります。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。また、味覚に変化をもたらすことがあり、舌の清掃運動助言を行うことで改善が期待されます。

○「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や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。また、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。

○評価を行う際は、定量的な評価のみに主眼を置くのではなく、食物残渣の量や付着状態等が利用者の口腔機能による問題である可能性が否めませんので、専門的知識、技術に基づく評価の検討をお願いします。→歯科医師、歯科衛生士による評価

【判断基準】

- | | |
|--------|----------------------|
| ①なし・少量 | 汚れがないか、一部に少量の汚れがある。 |
| ②中程度 | 広い範囲に白、黄色、褐色等の汚れがある。 |
| ③多量 | ほぼ全体に厚い汚れに覆われている場合。 |

⑪義歯あるいは歯の汚れ

○利用者の口腔内の義歯あるいは歯の汚れの状況を観察し、口腔内の衛生状態について3段階の評価を行ってください。

事前・事後の評価だけではなく、日常的な口腔政争などにおいて、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。

なお、利用者への直接評価が難しい場合は、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を行ってください。その場合は備考欄に「家族からの聞き取り」などと入力してください。

○義歯がある場合は、義歯を外し、その内面や維持装置など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。

○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。

○口腔清掃状態の悪化に伴い歯にこびりついた歯垢（デンタルプラーク）や義歯にこびりついたデン

チャープラークは、義歯性口腔炎や口腔等の歯科疾患の原因になるだけでなく、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。

○義歯や残存氏の清掃指導・助言を行うことで匂集を予防し、さらに口腔器感染症リスクを低減する効果があります。

○また、前歯表面にヌルヌル感が見られたら、口腔全体が不潔になっていると判断してください。また、「②中程度・③多量」に該当がある場合には、気道感染症予防の重要性を説明するとともに、毎食後に（義歯で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、継続的にチェックするようしてください。

【判断基準】

- | | |
|--------|-----------------------|
| ①なし・少量 | 汚れがないか、一部の歯に少量の汚れがある。 |
| ②中程度 | 全体に少量の汚れがある。 |
| ③多量 | 全体に多量の汚れや食べ物の残りがある。 |

⑫清掃状況（染めだし）

○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。また、染め出しを行わなかった場合でも、見た目判断し、「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記入し、サービス計画書に反映してください。

⑬口臭（染め出しの時に）

○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。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ぐらいの距離で）評価を行ってください。

○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」などと入力してください。

- ・高齢者は、口腔清掃の自立度低下に伴い、口臭が多くみられます。

- ・口臭の主な原因は、歯垢、食物残渣、舌苔等の汚れです。

○口臭は、口腔清掃の指導・助言を行うことにより改善が期待できる項目です。

また、口腔の評価は、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十分に配慮を行ったうえで行ってください。

口臭が「②弱い・③強い」に該当した場合は虫歯の有無や舌苔の状況を観察し、歯科医師、歯科衛生士との連携をとりながら口腔ケアの援助を行ってください。

【判断基準】

- | | |
|-----|--|
| ①ない | 口臭を全くまたはほとんど感じない場合が該当 |
| ②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 |
| ③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が該当 |

⑭入れ歯を外して歯や入れ歯の清掃

○「②週5～6回・③3～4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し、不可の場合は訪問型サービスC（口腔機能改善）の利用を検討してください。

⑮歯ブラシの毛先

○訪問アセスメントの際、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。

⑯歯ブラシの清掃状況

○通所アセスメントの際、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う。

⑰口腔衛生習慣のための声掛けの必要性

○利用者の口腔清掃の状況を観察し、“口腔衛生習慣”と“自発性”似ついて3段階の評価を行ってください。日常の一連の口腔清掃行為の観察（家族などからの情報も可）から、口腔清掃の指導の受け入れの状態を勘案しながら評価を行います。

3段階の評価判定内容は以下の通りとなります。

【判断基準】

- ①必要がない 声かけをしなくても毎日自発的に歯や入れ歯を磨いている。
- ②必要あり 歯磨きの習慣がない。時々しか歯磨きをしない。声かけをしないと歯磨きをしない
- ③不可 声かけに感じられない。感じない。

○高齢者の中には、身体に何らかの障害や生活行為の低下があり、歯磨き行為などが自分でできない場合や自律性・習慣性が低下している場合があります。これらのことから、この評価においては、口腔清掃の自立支援、習慣化を効率的に促す必要がある場合にサービス計画等の作成時に重要な情報となります。

○また、声かけの必要性が認められた場合に、単なる生活習慣の場合は利用者の口腔清掃を中心とした行動変容を促し、認知症、脳血管障害などが原因の場合は、その状況に応じた対応を行うなど、その背景を明確に把握することが重要となります。

以上のことから、特定日のみの状況だけではなく、利用者の日常の状況をできるだけ正確に反映させられるように評価を行ってください。また、認知症などの一部の利用者では、一見して口腔清掃習慣は自立しているように見えても、新たな指導の受け入れが困難なケースも存在しますので、注意してください。

⑱食事をおいしく食べていますか・⑲しっかり食事が摂れていますか

○利用者の主観に基づき5段階の評価を行う項目になります。利用者からの聞き取りが困難な場合は、家族などの利用者の状況を把握できている方から聞き取り調査を行ってください。

口腔機能向上の主たる目的は、“食”に対するQOLの維持・向上にあります。

○このことから、“食”に対する満足度を大きく反映する“食事の状況”を確認することにより、“食”に対する意欲、満足度、日常生活を把握することは、サービス計画等における目標設定に必

要不可欠となっています。また、“食”に対する主観的な満足度は、口腔機能向上に向けた意識や口腔ケアに対する動機付けを実施する上でも重要な評価項目になります。

さらに、食事が楽しく、おいしく食べられることは、QOLの向上のみならず、低栄養予防にもつながる可能性があります。

この評価における注意点として、利用者の正確な状況を把握するために、聞き取り調査を行う際には回答を誘導しないように配慮をお願いします。

⑳食事の食べこぼし

○利用者の“食事の食べこぼし”について3段階の評価を行う項目です。施設の介護職員等が、日頃より観察した利用者の状態を主観的に評価してください。口唇閉鎖が十分にできない場合、咀嚼中に食べ小母子が見られます。嚥下の際に口唇閉鎖ができないと口腔内圧が適正に保たれずに飲み込みづらくなります。また、自分で食事をする場合には、口に食事を運ぶ際の手と口の調整がうまく取れずにこぼしていることも考えられます。認知機能の低下の際にも手と口の調整の低下が見られますので、観察の際に考慮してください。

○以下のように、“食べこぼしの出現”は、口唇閉鎖機能の低下、認知機能の低下口腔内圧形成不全のスクリーニングとして重要になりますこのことから、評価を行う際には、特定の日の状況ではなく、利用者の日常状況をできるだけ反映させてください。

㉑食事の食後のタン（痰）のからみ

○利用者の“食事中や食後のタン（痰）のからみ”について、3段階の評価を行ってください。

○施設の介護職員等が日頃より観察している利用者の状態を評価する項目になります。食虫や食後のタンのからみ音（ごろごろ音）やかすり声の出現の頻度を評価することになります。タンのからのみの出現は、上気道感染のサインの一つであるとともに、食事中の特異的な出現は嚥下機能低下のスクリーニングとして重要になります。

○特異的なじれ以東については、備考の欄に出現の状況等を入力してください。

また、評価を行う際には、特定の日の状況では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。

㉒食事を残す量（残食量）

○施設の介護職員等が日頃より観察している利用者の状態を評価する項目になります。利用者、家族などから聞き取りを行った一定期間（3日～一週間程度）の食事の残食量を記載するようにして下さい。食事量の変化と栄養状態には関係性があります。評価を行う際には、特定の日の状況では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

好き嫌いが原因による残食等一時的なものについてはあ、日頃の状態、利用者の全体的な身体状況を勘案して評価してください。

㉓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確認してもらうため、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。

☆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に直接聞き取った上で入力を行ってください。

☆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。

(14)介護予防サービス計画・総合評価（通所用）

介護予防サービス計画・総合評価（通所用）

氏名: _____ 様 事業者名: _____ 計画作成日: _____ 計画期間: _____ ~ _____ 総合評価日: _____

サービス区分	サービス計画			評価		総合評価	
	目標	援助内容	支援に際しての留意点	目標達成状況(1ヶ月)	評価 ○達成 △一部達成 ×未達成	目標達成状況(3ヶ月)	評価 ○達成 △一部達成 ×未達成
運動機能向上・生活機能向上		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					
口腔機能向上		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					

計画に対する同意
 上記計画に対して同意します
 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 氏名 _____ 印

この計画・総合評価（通所用）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」との連動性を基に作成されるものです。

作成に際しては、包括プランを確認し、予防通所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うえで作成するようにしてください。

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

【参考】

○6カ月プランの場合

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サービス提供機関の相関性

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カ月目	2カ月目
2カ月目	3カ月目
3カ月目	4カ月目

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」となります。

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事にはなりません。

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、包括プランを作成した地域包括支援センターとの情報交換、すり合わせのうえ作成を行ってください。
- ②サービス計画を作成するうえでの不明な点は、地域包括支援センターもしくは、延岡市健康長寿のまちづくり課地域包括ケア推進係担当者（電話：0982-22-7072）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うえでサービスの提供を開始してください。

サービス区分について

①基本的な考え方

○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。

○包括プランの目標に応じ、必要な項目の目標設定を行います。

○包括プランのうち、「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要を設定することになります。

○包括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・援助内容の考え方

○目標は、包括プランの目標と一致させてください。

○目標は、標準として6カ月間で達成させたい目標となります。

○援助内容は、サービス提供事業所の目標を設定する項目となります。

○援助内容（サービス提供事業所の目標）は、包括プランの目標をより具体化した目標となります。

○1ヵ月目の援助内容には、サービス開始から2カ月経った時に達成したい目標を設定し、2ヵ月目の援助内容には、サービス開始から3カ月経った時に達成したい目標を設定し、3ヵ月目の援助内容には、サービス開始から4カ月経った時に達成したい目標を設定します。

○援助内容には、評価を行う際に達成できたか、できなかったかが、はっきりわかるような目標（評価しやすい目標）を設定してください。

○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、事業所の目標設定はとても重要な位置付けとなります。

○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。

【参考例】

●良い目標の事例

- 「近くのコンビニまで歩いて行くことができる」という目標に対し、
 - ・ 1カ月目：自宅でできる体操を習得する。
施設の周りを2周（300m）見守りのもとできる。
 - ・ 2カ月目：上記体操を自宅で実施することができる。
コンビニまで片道歩いて行くことができる。
 - ・ 3カ月目：上記体操を毎日実行できる。
コンビニまで往復できる。
- 「生協の利用による買い物行為の自立」という目標に対し、
 - ・ 1カ月目：生協注文を一緒に見ながら記入する。
 - ・ 2カ月目：本人に注文書を書いてもらい、職員が確認する。
 - ・ 3カ月目：本人に施設に来ない日に注文書を書いておいてもらい、利用時に確認を行う。
- 「口腔機能低下予防の習慣化」という目標に対し、
 - ・ 1カ月目：ブラッシング指導と声かけによる実施。
 - ・ 2カ月目：口腔体操指導と声かけによる実施。
 - ・ 3カ月目：自宅での口腔体操とブラッシングを習慣づけることができる。

●悪い目標の事例

- 元気に過ごす。
- 毎日穏やかに生活できる。
- これまでの生活を維持できる。

③目標・援助内容の考え方

【運動機能・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る無しに関わらず、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。

○もともと包括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、包括プランの再考が必要となります。このことは、他の項目についても同じ考えです。

【栄養・食支援】

○包括プランに記載がある場合に、低栄養、そのほかの理由で栄養改善を管理栄養士などが行う内容をプランとして作る項目です。加算を取る体制の有る無しに関わらず、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。

【口腔機能向上】

○口腔ケア、口腔改善指導が包括プランにある場合に、口腔機能向上について取り組む内容をプラン化する項目です。加算を取る体制の有る無しに関わらず、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。

【アクティビティ】

○「アクティビティ＝行為」と訳されている項目です。基本的には、「生活行為・動作行為をすることで、体と頭（理解）の行為を近づける」と解釈してください。

○基本的には主に認知症予防の取り組みを行う項目が該当します。

○目的をもったレクリエーション、ドリルやゲームなどの内容を取り入れることで認知症予防を計画してプランに入れる場合に作成します。

④支援に際しての留意点

○計画作成者から実際に介入する介護職員等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、医師等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

○目標達成状況（1カ月）

●1カ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記入します。

●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、できなかったか等でも可能となる場合があります。

○目標達成状況（1カ月）に付随する評価

●1カ月ごとの目標達成状況を「○・△・×」で評価を行います。

評価基準は、おおよそ

○：達成 →計画通り実行できた。

△：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

○目標達成状況（3カ月）

●3カ月（サービス提供2・3・4カ月目）間の総合的な評価を行います。

●はじめに立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カ月毎の評価」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。

○1カ月毎の評価と総合評価の判断基準

●1カ月毎の評価から3カ月の総合評価を行う場合

1カ月毎の評価	
○	= 3点
△	= 2点
×	= 1点

月ごとを合計して、



総合評価	
8～9点	= ○
5～7点	= △
4点以下	= ×

【参考例】

1カ月毎の評価を点数化して3カ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カ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注意してください。

たとえ、目標達成しなかった場合や、予後予測の視点が間違っていた場合でも、その失敗を次にどう繋げていくかがとても重要となります。

(15)介護予防サービス 個別サービス計画書（通所用）

介護予防サービス 個別サービス計画書（通所用） 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 (午前 曜日) \$ 午後 迄)	サービス区分	サービス内容	所要時間
			分
			分
			分
			分
		合計	分
			分
			分
			分
		合計	分
サービス2 (午前 曜日) \$ 午後 迄)	サービス区分	サービス内容	所要時間
			分
			分
			分
			分
		合計	分
			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
 平成 年 月 日
 氏名 印

個別サービス計画書の作成手順

通所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行ってください。

- ①包括プランにおいて通所介護での役割として何を求められているか。
- ②通所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包括プランにおいて「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包括プランのある・なしに関わらず、予防を目的とした4項目「運動、口腔、栄養、アクティビティ」＝レギュラーメニューを事業所ごとに確立する。
- ⑤レギュラーメニュー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。

【予防を目的としたレギュラーメニュー4項目の事例】

運動	〇〇体操
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

(16)生活行為向上（訪問・通所共通）アセスメント

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

①評価尺度

すべての項目において「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きます。

②評価尺度の基本的な考え方

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として、利用者が「できるか・できないか」で評価する項目となります。

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、その理由や状況を入力してください。

【判断基準】

「できる」

- ①一人で完全にできる
- ②環境調整（自助具の作成など）を行えば一人でできる。
- ③能力的には一人でできるが、家族が生活習慣上代行しているため、本人がしていない場合。

「少しできる」

- ①一人でできるが不安な場合（見守りや介助なし）
- ②一人でできるが、過度な時間を要する場合
- ③一人でできるが、不十分な場合

「困難」

- ①機能的に困難な場合
- ②行為を行う際に、人的な支援（見守りや介助）が必要な場合。

※基礎疾患（パーキンソン病やうつ病など）により、出来る時と出来ない時がある場合では、状態が良い時を基準にする。その際の基準としては、出来る時が7割以上を占めていれば、「できる」、4～6割程度ならば「少しできる」、3割以下の場合には「困難」と判断します。

例えば、掃除の項目で、パーキンソン病による動きにくさ（オン・オフ状態）が見られるが、7割以上の状態で動ける場合は「できる」と判断し、その旨を備考欄に記入してください。

【参考】生活行為アセスメント

生活行為	作業	身体機能	認知機能
買い物	お金の支払い	<ul style="list-style-type: none"> ・レジまで持っていく ・お金を財布から出す ・お釣りをもらう ・買い物したものを買い物袋へ入れる 	<ul style="list-style-type: none"> ・レジの場所が認識できる ・代金がいくらか分かる ・財布から支払う金額が分かる ・カードの使い方が認識できる ・お金の種類が分かる
	買い物運搬	<ul style="list-style-type: none"> ・店内での安定した歩行 ・バッグをを持った歩行 ・棚の物をとる ・買い物かごを持つ ・カートを押す 	<ul style="list-style-type: none"> ・買いたいものが探せる ・店内の方向が分かる ・買いたいものが見える ・値段が分かる ・いくらぐらいか、計算できる
	買い物	<ul style="list-style-type: none"> ・店内を移動する体力 ・店～自宅間を移動できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・移動手段の決定 ・何をかうか前もって決める ・どこの店に行くか決める ・どこに何があるかを把握できる

○物的環境：装具、杖、歩行器、買い物袋、エコバッグ（車、バス、タクシー、電車）

○人的環境：家族と同居、近所の人との協力、親族の協力

生活行為	作業	身体機能	認知機能
調理①	芋類等固いものの皮むき	<ul style="list-style-type: none"> ・材料、道具を握る握力 ・材料を抑える上肢機能 	<ul style="list-style-type: none"> ・材料を認識できる ・まな板、包丁、ピーラー、スライサーなどの道具が認識できる ・料理に合わせた材料の大きさの認識 ・材料の固さが分かる ・材料の量が適当か認識できる
	輪切りスライス	<ul style="list-style-type: none"> ・固いものを切る上肢の筋力 	
	カボチャなどの固いものを切る	<ul style="list-style-type: none"> ・材料を好みの大きさに切る ・安定した座位バランス 	
	みじん切り	<ul style="list-style-type: none"> ・安定した立位バランス ・もたれ立位が出来る 	
	鍋の移動	<ul style="list-style-type: none"> ・鍋を持ち上げる上肢筋力 ・安定した立位 ・正常な感覚 	
盛りつけ、菜箸操作	<ul style="list-style-type: none"> ・手指の巧緻性 ・上肢の筋力 	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な量、位置を認識できる 	

○物的環境：釘付きまな板、カフ付き包丁、カット野菜、片手鍋、ピーラー、卓上コンロ、電子レンジ、IHコンロ

○人的環境：家族、ヘルパー、近所の人との協力

生活行為	作業	身体機能	認知機能
調理②	ビンの開閉	<ul style="list-style-type: none"> • 手指の巧緻性 	<ul style="list-style-type: none"> • 開閉の方法が分かる
	ブルトップ缶の開閉	<ul style="list-style-type: none"> • ピンチ力、握力 • 上肢の筋力 	
	配膳、鍋運搬等	<ul style="list-style-type: none"> • 料理を持っての安全な移動 • お盆を持つ • ワゴンを押す 	<ul style="list-style-type: none"> • 安全に運べる量が認識できる • 動線上の危険が予測できる
	ポールなど固定	<ul style="list-style-type: none"> • 片手で固定できる 	
	冷蔵庫開閉	<ul style="list-style-type: none"> • 安定した座位バランス • 材料を持って移動 	<ul style="list-style-type: none"> • 必要なタイミングで開閉ができる • どこに何があるか把握できる

生活行為	作業	身体機能	認知機能
食事	箸の使用	<ul style="list-style-type: none"> • 手指の巧緻性 • 手指の感覚 • 上肢のリーチに必要な機能 (肩・肘・手関節の動き) • 一口大に調整 • 食事に合わせてはさむ、のせる • 口まで運ぶ 	<ul style="list-style-type: none"> • 食べ物を認識 • 食べ物との距離を認識 • 目と手の協調性 • メニューにあって食事具を選定 • 食事に合った把持 • 一口大の認識

○物的環境：太柄のスプーン、フォーク、滑り止めマット、自助具、とろみ剤

○人的環境：家族、ヘルパー

※箸で食べづらくても、スプーンやフォークで代用可能なこともあります。この場合は評価は「困難」となり、備考欄に「スプーン使用で食事可能」と記載します。

生活行為	作業	身体機能	認知機能
更衣	ズボンファスナー	<ul style="list-style-type: none"> ・ピンチ力、握力 ・上肢のリーチ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ファスナーの位置、形状の認識
	小さなボタンとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・ピンチ力、握力 ・手指の巧緻性 ・袖のボタンもとめる事ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ボタンの位置の認識 ・服の前後、表裏、袖の認識
	靴下はき	<ul style="list-style-type: none"> ・手指の巧緻性 ・上肢のリーチ ・体幹の柔軟性 ・股関節、膝関節の可動域 ・安定した座位 ・安定した立位 ・片足立位のバランス ・靴下を手繰ることができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・左右、表裏の判別 ・足、指の入れる位置が分かる ・きれいに履けたかの確認

○物的環境：ボタンエイド、ソックスエイド、リーチャー面ファスナー、スナップボタンかぶり物、素材やサイズ

○人的環境：家族、ヘルパー

生活行為	作業	身体機能	認知機能
掃除	洗濯物運搬	<ul style="list-style-type: none"> ・洗濯かごを持って安定した歩行 ・クローゼット・タンスの開閉が安定した立位にてできる 	<ul style="list-style-type: none"> ・それぞれの種類の収納場所の確認ができる ・干場が分かる
	洗濯干し	<ul style="list-style-type: none"> ・立位保持、座位保持 ・ハンガーがけや洗濯ばさみの使用に必要な上肢機能 ・物干し竿へのリーチ ・しわ伸ばしができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・天気の確認を行い、屋外・屋内に干すか選択することができる ・陰干し、洗濯物の裏返しが必要か選択
	大もの洗濯	<ul style="list-style-type: none"> ・洗濯物を持っての安全な移動 ・上肢筋力、動的立位バランス 	<ul style="list-style-type: none"> ・洗濯機の容量確認が出来る ・動線の安全を確認できる

○物的環境：洗剤、物干し竿の高さ、ベランダ状況、洗濯かご

○人的環境：家族、ヘルパー

※洗濯物を干し場までかご等に入れて運ぶには、バランスや筋力が必要。麻痺などで何回かに分けて運ばれている場合は基本的には「できる」と判断してよいが、かなり長時間を要する場合は「少しでもできる」となります。

生活行為	作業	身体機能	認知機能
掃除	床のふき掃除	<ul style="list-style-type: none"> しゃがむことができる 四つ這い位になることができる 前かがみになることができる 中腰姿勢になることができる 雑巾を取り、絞ることができる 雑巾で床を拭くことができる 	<ul style="list-style-type: none"> 足元や周囲に危険がないか認識できる 汚れている場所を認識できる 道具の使用方法を認識できる 汚れやゴミが残っていないか認識できる
	たたみ、床掃除	<ul style="list-style-type: none"> 目的のものまで手を伸ばすことができる ほうきで掃くことができる 	
	カーペットの掃除	<ul style="list-style-type: none"> 中腰、しゃがみ姿勢をとることが出来る 	
	掃除機	掃除機を持って移動できる	
	浴槽の掃除	スポンジやブラシでこする事ができる	
	ごみ出し	<ul style="list-style-type: none"> ゴミを集めることができる ゴミを袋に入れることができる ゴミ置き場のドアを開けることができる 	<ul style="list-style-type: none"> ゴミの分別を認識できる 分別したゴミを決められた日に出すことを認識できる ゴミ置き場のドアの開け方・閉め方を認識できる

○物的環境：歩行補助具、掃除道具、椅子、ゴミカレンダー、ゴミステーション

○人的環境：家族、ヘルパー

生活行為	作業	身体機能	認知機能
連絡	電話利用	<ul style="list-style-type: none"> 電話まで移動できる 携帯電話を取り出すことができる 電話を持つことができる ボタンを押すことができる 	<ul style="list-style-type: none"> 通話相手を考えることができる 電話の場所が認識できる 操作方法が分かる 電話帳で検索できる 会話できる
	緊急連絡の不安対処		<ul style="list-style-type: none"> 連絡相手の確保 連絡方法の確認

※電話連絡については、よく使う通話相手の登録や機械の操作方法といった部分を評価する

※緊急連絡については、連絡相手の確保、連絡方法の確認ができていないかについて評価する

(17) 1クールの流れについて

○6カ月プランの場合

介入月	包括・居宅（プラン作成者）		サービス事業所	サービス事業所 提出物・期限
	新規利用者	更新利用者		
新規：介入前 更新：前のプランの6カ月目	<ul style="list-style-type: none"> 事前アセスメント、原案プラン作成 サービス担当者会議後、事業所に成案提出 	<ul style="list-style-type: none"> ☆ サービス評価 ☆ 本プラン作成 ☆ サービス担当者会議後、事業所に成案提出 	【新規・更新】 <ul style="list-style-type: none"> サービス担当者会議参加 	<ul style="list-style-type: none"> ★個別サービス計画書及び介護予防計画・総合評価 ※サービス開始前にプラン作成者に提出
1カ月目	モニタリング		<ul style="list-style-type: none"> 事前アセスメント（サービス利用初日に実施） 	<ul style="list-style-type: none"> 事前アセスメントを15日までに提出
2カ月目	モニタリング		①介護予防サービス計画・総合評価（1カ月目評価）	①を翌月5日までに提出
3カ月目	モニタリング		②介護予防サービス計画・総合評価（2カ月目評価）	②を翌月5日までに提出
4カ月目	モニタリング		③介護予防サービス計画・総合評価（3カ月目評価）	③を翌月10日までに提出
5カ月目	<ul style="list-style-type: none"> 事業所の③④を踏まえ、事後アセスメントを実施。卒業見込みか継続かプラン作成者が判断 【卒業見込みの場合】 事後アセスメント実施後、評価会議（今後、実施予定） 【継続の場合】 事後アセスメント実施後、評価会議総括表及び原案プランを作成し評価会議。 ※事後アセスメントが次クールの事前アセスメントとなる 		<ul style="list-style-type: none"> ④事後アセスメント・介護予防サービス計画・総合評価（総合評価を行ったもの） ※5カ月目最初の利用日に事後アセスメントを実施 	<ul style="list-style-type: none"> ④サービス提供5カ月目の10日まで ※③と同時提出になる
6カ月目	<ul style="list-style-type: none"> 【卒業】サービス評価の実施 【継続】☆ 		<ul style="list-style-type: none"> 【継続】サービス担当者会議参加 	<ul style="list-style-type: none"> 【継続】★

※事業所用事前アセスメントは、サービス開始前に実施することについては差し支えありません。

※プラン期間は最長6か月とし、それを超える場合は短期間に区切ってください。

【例】認定有効期間が残り7カ月の時、4カ月と3カ月にする等

※プラン期間が短期間になった場合は、最終月に上記の5カ月目・6カ月目の業務を行ってください。

○3カ月プラン（訪問型サービスC利用）の場合

介入月	包括・居宅（プラン作成者）	訪問型サービスC 提供事業所	訪問型サービスC 提供事業所提出物・期限
介入前	<ul style="list-style-type: none"> 事前アセスメント、原案プラン作成 訪問型サービスC（短期集中予防）利用申請書を必要書類の添付とともに市に提出する 【訪問C以外のサービスも利用する場合】 サービス担当者会議後、事業所に成案提出 		
1カ月目	<ul style="list-style-type: none"> 初回利用時は同行訪問を実施 モニタリング 	<ul style="list-style-type: none"> ①事前アセスメント（サービス利用初日に実施） 計画作成 ②介護予防サービス計画・総合評価（1カ月目評価） 	①②を実績報告とともに提出
2カ月目	モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ③介護予防サービス計画・総合評価（2カ月目評価） 	③を実績報告とともに提出
3カ月目	<ul style="list-style-type: none"> 最終利用日に同行訪問し、専門職と延長若しくは終了の判断を行う 【延長の場合】 訪問型サービスC（短期集中予防）延長申請書を市に提出する 	<ul style="list-style-type: none"> ④事後アセスメント、介護予防サービス計画・総合評価（3か月目評価及び総合評価を行ったもの） 最終利用日にプラン作成者と延長若しくは終了の判断を行う 	④を実績報告とともに提出

※訪問型サービスC提供事業所以外の事業者は、6か月プラン時の流れと同様になります。

5. 自立支援型地域ケア会議

(1) 地域ケア会議5つの機能

① 個別課題の解決

多職種が協働して個別のケースの支援内容を検討することによって、高齢者の課題解決を支援するとともに、ケアマネジャーの自立に資するケアマネジメントの実践能力を高める機能

② 地域包括支援・ネットワークの構築

高齢者の実態把握や課題解決を図るため。地域の関係機関等の相互の連携を高め、地域包括ネットワークを構築する機能

③ 地域課題の発見

個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りに吸う機能

④ 地域づくり・資源開発

インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域で必要な資源を開発する機能

⑤ 地域に必要な取り組みを明らかにし、政策を立案・提言していく機能

(2) 地域ケア会議開催の意義

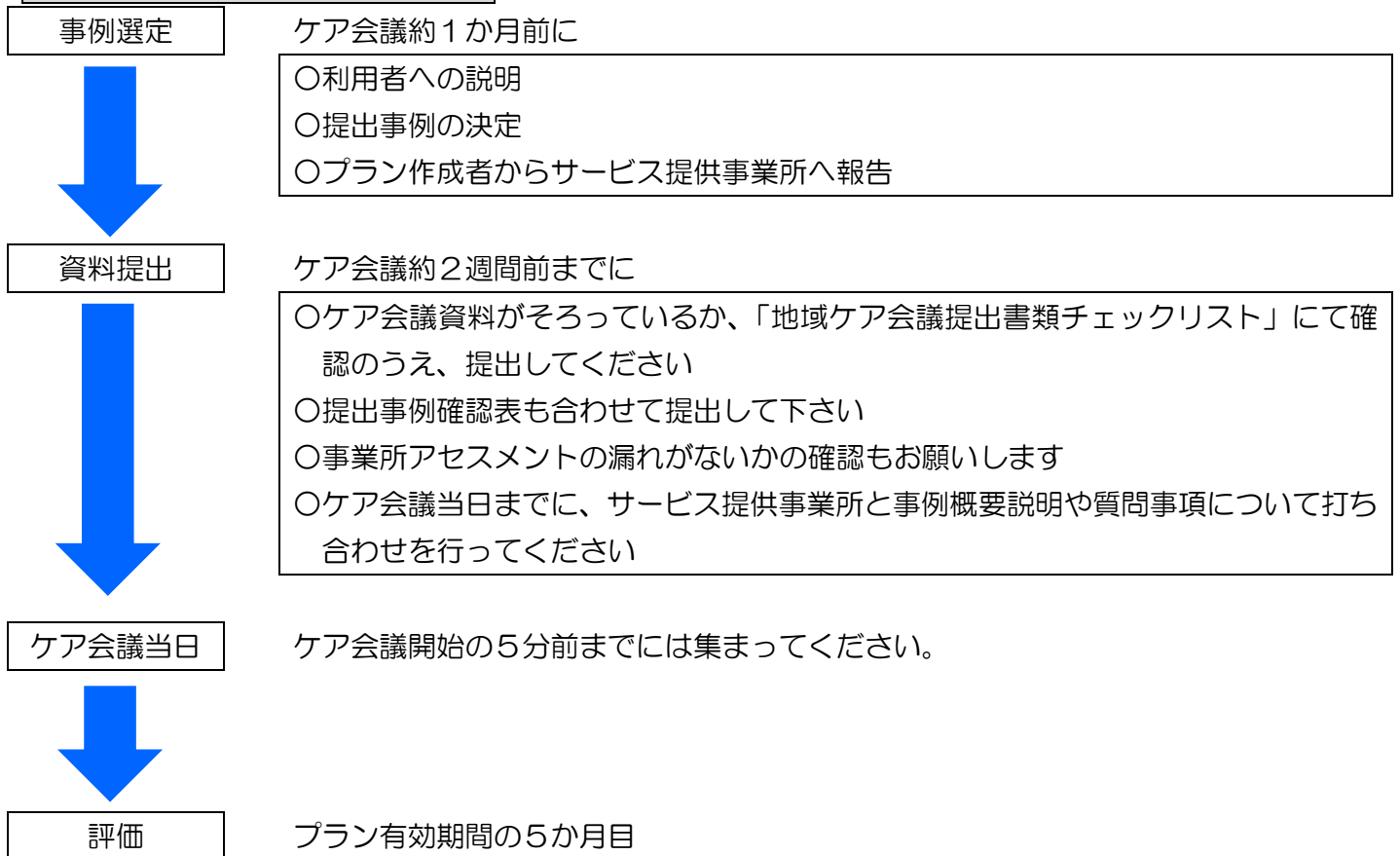
多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて、検討する事例の自立に資するケアマネジメントを行うこと

- 多職種連携
- 参加者のスキルアップ
- 行政課題の発見・解決策の検討

【延岡市自立支援型地域ケア会議の構成】

- 事例提供者
計画作成者（地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所）
サービス提供事業所
- 助言者
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、薬剤師、歯科衛生士 等
- 出席者
包括支援センター職員（原則全員参加）、生活支援コーディネーター
- 主催者
延岡市健康長寿のまちづくり課

(3) 事例選定から会議までの流れ



【ケア会議提出書類一覧】

(提出書類のチェックリスト)

確認	提出資料名	作成日	作成者
1 <input type="checkbox"/>	利用者基本情報		
2 <input type="checkbox"/>	包括用アセスメントツール		
<input type="checkbox"/>	介護予防アセスメント（[1]基本チェックリスト [2]追加項目）		
<input type="checkbox"/>	介護予防メニュー リスク確認（地域包括支援センター）		
3 <input type="checkbox"/>	生活機能評価表		
4 <input type="checkbox"/>	ケアプラン		
5 <input type="checkbox"/>	事業所用アセスメントツール		
<input type="checkbox"/>	通所用アセスメントツール		
<input type="checkbox"/>	訪問用アセスメントツール		
6 <input type="checkbox"/>	福祉用具サービス計画書		
7 <input type="checkbox"/>	因子分解表		
8 <input type="checkbox"/>	その他必要となる資料 ※空欄に資料名を追加。		
<input type="checkbox"/>	主治医意見書		
<input type="checkbox"/>	服薬情報（おくすり手帳の写し等）		
<input type="checkbox"/>	血液データ（血液検査結果等）		

(4) 自立支援型地域ケア会議における概要説明について

事例検討時間は 1 事例に対し、約 30 分間です。

会議のスムーズな進行と十分な協議時間確保のため、下記のことにご注意して説明をお願いします。

①事例概要説明（計画作成者）

○計画作成者が事例概要の説明を行ってください。

○アセスメント及び現在利用しているサービスに直接関係することを中心にお話下さい。

○生活歴・現病歴（既往歴と経過）は、現状に起因する事項でなければ省略してください。

○家族構成についても、家族の介護力や支援状況等の必要なことのみ、お話しください。

○介護保険申請に至った経緯については説明をお願いします。

○最後に、「計画を作成するにあたり配慮したこと」、「計画を作成するに当たって困っていること」、「専門職からアドバイスをほしいこと」などがあれば、説明終了前に述べて下さい。

②サービス計画説明（サービス提供事業所）

○計画作成者が事業概要を説明後、サービス事業所から、サービス計画についての説明を行って下さい。

（運動器等の評価をしている場合はその内容）主に、介護予防サービス計画・総合評価に沿って説明をして下さい。

○最後に「専門職からアドバイスをほしいこと」などがあれば簡潔に述べて、説明を終了して下さい。

③発表手順

利用者基本情報

計画作成者氏名: _____

《基本情報》

相談日	令和 年 月 日 ()	来所・電話・訪問 その他 ()	初回 再来 ()
把握経路	1. 介護予防検診 2. 本人からの相談 3. 家族からの相談 4. 非該当 5. 新予防からの移行 6. 関係者 7. その他 ()		
本人の状況	在宅・入院又はその他 ()		
フリガナ	男・女	M・T・S	年 月 日 生 () 歳
本人氏名			
住所	TEL ()	FAX ()	
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支援1・要支援2 認定期限: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (前回の介護度)		
障害等認定	身体 ()・療養 ()・精神 ()・難病 ()・その他 ()		
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室 (有 無)・住居改修 (有・無) 浴室 (有・無) 便所 (洋式・和式) 段差の問題 (有・無) 床材、じゅうたんの状況 () 照明の状況 () 履物の状況 ()		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ()		
住所	続柄	家族構成	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先

日中独居 ()
家族関係等 ()

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	4		
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族
	友人・地域との関係		

《現病歴・既往歴と経過》 (新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医師名 (主治医・専任作成者に限る)	治療中の場合は内容
		TEL	治療中
		TEL	経過中
		TEL	経過中
		TEL	経過中
		TEL	経過中
		TEL	経過中

4

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

生活機能評価

氏名 (ふりがな)		調査日	事前 事後	
-----------	--	-----	----------	--

	事前	事後	備考
室内歩行			
屋外歩行			
外出頻度			
排泄			
食事		5	
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			

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. _____ 利用者名 _____ 様（男・女） 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター： _____

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・原因）	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		□有 □無	1 3		→	2 4	()					
日常生活（家庭生活）について		□有 □無					()					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		□有 □無					()					
健康管理について		□有 □無					()					

健康状態について
主治医家来書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点
【本を行うべき支援が実施できない場合】
 受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

主治医から直接聞いた情報を記入

6ヶ月後の方針を記載

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい

地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意
 上記計画について、同意いたします。
 平成 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

- ①・②・③：対象者、年齢、家族構成の説明をしてください。
 - ④：今までの生活から介護保険申請に至った理由（現在の状態に至った個人因子、環境因子）現病歴、これまでの介護サービス利用でどのように変化してきているかを簡潔に説明してください。
 ※「既往歴は資料をご参照ください。」で構いません。
 （例：○年△を発症し入院。リハビリを行い歩行器歩行自立で退院しましたが、△による下肢筋力低下や加齢に伴う関節痛などから移動・入浴が困難となってきたため、介護保険を申請しました。）
 - ⑤：生活機能評価で事後の改善を予測した部分の説明をしてください。
 ※事前評価時の状況、「何の」サービスで「どのような事」を実施することで事後を「このように」予測したという説明を行います。
 （例：現在入浴は、跨ぎに介助が必要であるため△ですが、通所型サービスで跨ぎ動作練習や福祉用具利用の検討等を行うことによって○2に改善すると予測しました。）
 - ⑥：介護予防サービス・支援計画表の説明。
 ※現在の総合的課題に対しての目標を一つずつ説明します。
- まとめに、6カ月後の「状態」と「方針」を説明し終了となります。

(5) 自立支援型地域ケア会議タイムスケジュール

< 共通の取り決め事項 >

○資料に沿って説明する時は、資料のページを言った後に説明しましょう。

例)「まず概要を説明します。資料の○ページ、「利用者基本情報」をご覧ください。」

○説明や質問・助言の際には、終わったことが司会に伝わるようにしましょう。

例)「…説明は以上になります。」「…私からの助言を終わります。」

○質問や確認をするときは「誰に何を確認したいか」伝わるようにしましょう。

例)「○○さんに○○についての質問です。…(略)…、できるかできないか教えてください。」

※ 時間は目安です。

14:00~14:03 開会 【司会】		
開始のあいさつ	3分	司会が紹介
助言者紹介		
14:03~14:33 1事例目についての検討(30分程度)		
14:03 プラン作成者からの概要説明 【プラン作成者】		
概要説明	2分	生活課題に直結する情報を中心に説明
生活機能評価	1分	改善・維持分のみ説明 ※判断した根拠を伝えること。
支援計画	2分	課題と目標を端的に説明
14:08 サービス提供事業者からの説明 【サービス提供事業者】		
サービス計画の内容説明(事業者①)	2分	1事業所当たり2分となります。
サービス計画の内容説明(事業者②)	2分	※介護予防サービス計画・総合評価をメインに説明してください。 ※スコア・数値等を伝える際は、その程度がわかるように説明すること。「良い」・「普通」・「悪い」など
14:12 説明内容に対する質疑(及び確認)		
司会からの質疑	3分	
包括・事務局からの助言及び質疑	4分	
14:19 専門職(助言者)からの助言		
専門職(6人)※1人あたり2分	12分	専門職による手挙げ方式。又は司会が専門職を指名する。 ※確認事項がある場合、助言の前に直接質問・確認する。
14:33 まとめ(総括)		
司会からの総括	2分	
14:34~15:04 2事例目についての検討(30分程度)		
15:05~15:35 3事例目についての検討(30分程度)		
15:35 事務連絡の後、終了。		

6. 参考資料

(1) 認知症簡易評価

○長谷川式認知症スケール (HDS-R)

改定 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)

(検査日: 年 月 日)

(検査者:)

氏名:	生年月日:	年齢:	歳
性別: 男 / 女	教育年数 (年数で記入):	年	検査場所:

1	お歳はいくつですか? (2年までの誤差は正解)		0	1		
2	今日は何年の何月何日ですか? 何曜日ですか? (年、月、日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ)	年	0	1		
		月	0	1		
		日	0	1		
		曜日	0	1		
3	私たちが今いるところは、どこですか? (自発的にできれば2点、5秒おいて家ですか? 病院ですか? 施設ですか? の中から正しい選択をすれば1点)		0	1	2	
4	これから言う3つの言葉を書いてみてください。またあとで聞きますのでよく覚えておいてください。 (以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○をつけておく) 1: a) 桜 b) 猫 c) 電車 2: a) 梅 b) 犬 c) 自動車		0	1		
			0	1		
			0	1		
5	100から7を順番に引いてください。(100-7は? それからまた7を引くと? と)	(93)	0	1		
		(86)	0	1		
6	私がこれから言う数字を逆から書いてください。(6・8・2・3・5・2・9)を逆に書いてもらう。3桁逆唱に失敗したら、打ち切る。	2・8・6	0	1		
		9・2・5・3	0	1		
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度書いてみてください。 (自発的に回答があれば各2点。もし回答がない場合以下のヒントを与えて正解であれば1点) a) 植物 b) 動物 c) 乗り物	a:	0	1	2	
		b:	0	1	2	
		c:	0	1	2	
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますので、なにがあったか書いてください。 (時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの)		0	1	2	3
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く書いてください。 (答えた野菜の名前を右の欄に記入する。途中で詰まり、約10秒間待っても出ない場合には、そこで打ち切る。) 0~5=0点、6~1点、7=2点、8=3点、9=10点、10=5点		0	1	2	
			3	4	5	
			合計得点			

20~30点	異常なし
16~19点	認知症の疑いあり
11~15点	中程度の認知症
5~10点	やや高度の認知症
0~4点	高度の認知症

※本スケールを行うこと自体は誰でも簡単にできますが、得点結果だけでただちに認知症と診断されるものではありません。もし認知症の疑いがあれば、医療機関できちんと診てもらう事をおすすめします。

設問	種類	解説
1	年齢	見当識と遠隔記憶を評価
2	日時	日時の見当識
3	場所	場所の見当識
4	3つの言葉の記銘	記憶には記銘⇒保持⇒想起の3つの段階がある。 短時間で記銘力について評価する設問
5	計算問題	記憶力とワーキングメモリー（作動記憶）同時に入ってきた情報を脳内に取り込み、どのように処理するかを判断するのに重要。 記憶のうち「保持」を評価。
6	数字の逆唱	2つの課題に対する短期間の記憶と指示に対する理解力の設問。
7	3つの言葉の遅延再生	記銘したことをしばらく保持し、それを即時に呼び起こせるか、想起できるかを評価する設問。認知症では遅延再生から苦手となっていくことが多い
8	5つの物品記銘	目で見たものに対する記憶と即時にその記憶を呼び起こせるかを評価する設問
9	言葉の流暢性	野菜という単語から想起する能力と、流暢に話が進められるかを評価する設問。

【カットオフ値】 30点満点中、20点以下の場合認知症が疑われる。

Mini-Mental State Examinaton (MMSE)

検査日: _____ 年 月 日 曜日 施設名: _____

氏名: _____ 男・女 生年月日: 明・大・昭 年 月 日 歳

プロフィールは事前または事後に記入します。検査者: _____

得点: 30点満点

質問と注意点		回答	得点			
1 (5点) 時間の 見当識	「今日は何日ですか」	日	0	1		
	「今年は何年ですか」	年	0	1		
	「今の季節は何ですか」		0	1		
	「今日は何曜日ですか」	曜日	0	1		
	「今月は何月ですか」	月	0	1		
2 (5点) 場所の 見当識	「ここは都道府県でいうと何ですか」		0	1		
	「ここは何市(町・村・区など)ですか」		0	1		
	「ここはどこですか」		0	1		
	(※回答が地名の場合、この施設の名前は何か、と質問をかえる。正答は建物名のみ)		0	1		
	「ここは何階ですか」	階	0	1		
3 (3点) 即時想起	「今から私がいう言葉を覚えてくり返し言ってください。」		0	1		
	『さくら、ねこ、電車』はい、どうぞ					
4 (5点) 計算	「100から順番に7をくり返し引いてください」		0	1	2	
	「5回くり返し7を引かせ、正答1つにつき1点。合計5点満点。 正答例: 93 86 79 72 65」		3	4	5	
5 (3点) 遅延再生	「さっき私が言った3つの言葉は何でしたか」		0	1	2	3
6 (2点) 物品呼称	時計(又は鍵)を見せながら「これは何ですか?」 鉛筆を見せながら「これは何ですか?」		0	1	2	
7 (1点) 文の復唱	「今から私がいう文を覚えてくり返し言ってください。」 『みんなで力をあわせて綱を引きます』		0	1		
8 (3点) 口頭指示	「今から私がいう通りにしてください。」 右手にこの紙を持ってください。それを半分に折りたたんでください。 そして私にください」		0	1	2	3
9 (1点) 書字指示	「この文を読んで、この通りにしてください」	2ページ目に 質問有	0	1		
10 (1点) 自発書字	「この部分に何か文章を書いてください。どんな文章でもかまいません」	2ページ目に 質問有	0	1		
11 (1点) 図形模写	「この図形を正確にそのまま書き写してください」	2ページ目に 質問有	0	1		

Mini-Mental State Examiner(MMSE)

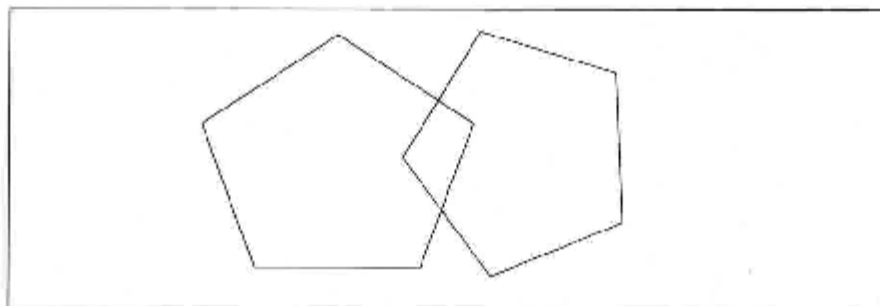
9. 「この文を読んで、この通りにしてください」

め と
『目を閉じてください』

10. 「この部分に何か文章を書いてください。どんな文章でもかまいません」

()

11. 「この図形を正確にそのまま書き写してください」



()

設問	種類	解説
1	日時	日時の見当識
2	場所	場所の見当識
3	3つの言葉の記銘	記憶には記銘⇒保持⇒想起の3つの段階がある。 短時間で記銘力について評価する設問
4	計算問題	記憶力とワーキングメモリー（作動記憶）同時に入ってきた情報を脳内に取り込み、どのように処理するかを判断するのに重要。 記憶のうち「保持」を評価。
5	3つの言葉の遅延再生	記銘したことをしばらく保持し、それを即時に呼び起こせるか、想起できるかを評価する設問。認知症では遅延再生から苦手となっていくことが多い
6	物品呼称	目にしたものを記憶し正しい名称で言えるかを確かめることで、即時記憶と記憶の想起の程度を問う設問
7	復唱	相手の言っていることを間違えずに記憶できるかをみる。ある程度の長文を記憶する即時記憶について問う質問
8	口頭による3段階命令	一度に3つの指示を理解できるかを問う設問。認知機能が低下していると、大変困難な質問
9	書字理解・指示	文章を理解し、指示されていることを実行するという理解力と行動力を確認する設問
10	自発書字	文章の構成力についての設問です。認知症が進むと、読み手が理解できる文章を書くのが困難になるケースが多い
11	図形描写	空間認識を問う設問。この設問により、構成失行（簡単な図柄の描写ができないこと）の有無がわかる。高度のアルツハイマーやレビー小体型認知症に罹患すると、この設問を解くのが難しくなる。

【カットオフ値】30点満点中、23点以下の場合認知症が疑われる。

簡易認知症検査の注意点

認知機能が低下しているからといって、必ずしも認知症とは限りません。

例えば、うつ病を患っている場合にも認知機能の低下がみられることがあります。

また、認知症によっては、検査の点数では問題がない場合でも日常生活では問題がみられることもあります。

あくまでもスクリーニングのひとつですので、しっかりと対象者の状態をアセスメントし、状態によっては医療機関につなぐことが大切です。

(2) 血糖値

糖尿病の3大合併症

- 神経障害（糖尿病発症～5年）
- 網膜症（糖尿病～7年）
- 腎障害（糖尿病発症～10年）

【資料】

血糖コントロール目標			
コントロール目標値 ^{注4)}			
目 標	血糖正常化を 目指す際の目標 ^{注1)}	合併症予防 のための目標 ^{注2)}	治療強化が 困難な際の目標 ^{注3)}
HbA1c (%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

治療目標は年齢，罹病期間，臓器障害，低血糖の危険性，サポート体制などを考慮して個別に設定する。

注1) 適切な食事療法や運動療法だけで達成可能な場合，または薬物療法中でも低血糖などの副作用なく達成可能な場合の目標とする。

注2) 合併症予防の観点からHbA1cの目標値を7%未満とする。対応する血糖値としては，空腹時血糖値130mg/dL未満，食後2時間血糖値180mg/dL未満をおよその目安とする。

注3) 低血糖などの副作用，その他の理由で治療の強化が難しい場合の目標とする。

注4) いずれも成人に対しての目標値であり，また妊娠例は除くものとする。

参考：糖尿病治療ガイド

(3)CKD（慢性腎臓病）

GFR（糸球体ろ過量）とは

- 血清クレアチニン、年齢、性別から算出
- 20歳の時の腎機能を100%とした時、現在の腎機能が何%くらいあるか推定できる。
- 加齢とともにGFRは低下することに注意する。70歳の時に40%以上保たれていれば、年齢相応の腎機能と判断できる。
- 脱水や服薬、体調によって変動するため、経過を確認する必要がある。
- 筋肉量の影響を受けるため、正確に把握するにはシスタチンCが用いられる。

【ステージ分類】

ステージ	重症度の説明	eGFR (ml/min/1.73)
G1	正常または高値	90以上
G2	正常または軽度低下	60~89
G3a	軽度~中等度低下	45~59
G3b	中等度~高度低下	30~44
G4	高度低下	15~29
G5	末期腎不全	15未満

脂質異常症

治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値 (mg/dL)			
		LDL-C	Non-HDL-C	TG	HDL-C
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	<160	<190	<150	≥40
	中リスク	<140	<170		
	高リスク	<120	<150		
二次予防 生活習慣の是正とともに薬物療法を考慮する	冠動脈疾患の既往	<100 (<70)	<130 (<100)		

参考：動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017

7. 延岡市の事業一覧

配食サービス（ネットワーク形成）事業

概要

栄養改善が必要な高齢者の自宅に弁当が配達される際に、当該対象者の健康状況や安否の確認等を定期的に把握し、健康に異常があったときや不在のときは関係機関への連絡を行うことにより、在宅高齢者の生活を支援することを目的とした事業です。

利用対象者、期間等について

○対象者

- ①本市に住所を有するおおむね65歳以上の在宅で生活する高齢者（連続して3か月以上の入院又は入所しているもの（見込まれるものも含む）を除く）
- ②単身世帯、高齢者のみの世帯及びこれらに準ずる世帯に属する者
- ③老衰心身の障がい、疾病等により調理が困難な者
- ④簡易栄養状態評価（様式第5号）の結果、栄養改善が必要な者
- ⑤定期的な状況把握や安否確認が必要な者

○利用期間

決定のあった日から当該年度の3月末まで

○利用頻度

昼食か夕食、いずれか1日1食、週1回以上

担当課

延岡市健康長寿のまちづくり課 地域包括ケア推進係 TEL：22-7072

訪問型サービスC（短期集中予防）事業

概要

通常の「介護給付」や「予防給付」とは別に、市町村が独自で行う「介護予防・日常生活支援総合事業」の中のサービスの一種となります。

「運動」「口腔」「栄養」に関するリハビリテーションの知識を有する専門職が対象者の自宅を訪問し、生活機能に関する問題を総合的に把握した上で、利用者の生活に沿った具体的な指導等を行うことにより、心身機能及び生活行為の向上を目指します。また、事業終了後は利用者が自ら介護予防に取り組み、自立した生活を送れるよう支援することを目的とした事業です。

利用対象者、期間等について

○利用対象者

事業対象者、要支援1・2の者で、自立支援型地域ケア会議等でサービスの利用が有効であると判断されたもの。

○利用期間

原則3カ月（ケアマネジャーの判断により継続した支援が必要と判断され、保険者が許可した場合は最高6カ月）

○利用頻度

【運動機能向上】 4回/月

【栄養改善】【口腔機能改善】 2回/月

○派遣専門職

【運動機能向上】 理学療法士又は作業療法士

【栄養改善】 管理栄養士

【口腔機能改善】 歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士

○提出書類

訪問型サービスC（短期集中予防）利用申請書、連携シート、ケア会議提出書類一式、血液データや服薬情報等

担当課

延岡市健康長寿のまちづくり課 地域包括ケア推進係 TEL：22-7072

リハビリテーション専門職派遣事業

概要

専門職等の関与により、地域包括支援センター職員及び居宅介護支援事業所に属するケアマネジャー（以下「プラン作成者」という。）や通所型サービス及び訪問型サービスを提供する事業者（以下「サービス提供事業者」という。）に対して、専門職の視点から自立支援や重度化防止の視点に基づいたアセスメントやケアマネジメントを行うための助言を行ってもらい、職員のスキルアップを図ることを目的とした事業です。

事業内容

- ①サービス提供事業者に対する技術的支援
- ②プラン作成者に対する同行訪問を目的としたアセスメント支援

事業対象、派遣回数について

○事業対象

支援の内容	①サービス提供事業者における技術的支援	②プラン作成者に対するアセスメント支援
派遣を受ける者	総合事業実施要綱に基づく指定を受けたサービス提供事業者	地域包括支援センター職員及び居宅介護支援事業所のケアマネジャー
その他要件	市が定める様式を利用してアセスメント及び介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントが策定されていること。	

○派遣回数

- ① 1回の申請につき3回まで。ただし、派遣を受けようとする専門職と同職種の職員が所属している場合は、派遣を受けることができない。
- ② 1回の申請につき1回。

提出書類

リハビリテーション専門職派遣事業申請書、ケア会議提出書類一式(新規のアセスメントの場合は不要)

担当課

延岡市健康長寿のまちづくり課 地域包括ケア推進係 TEL：22-7072

緊急通報システム

概要

看護師が常駐するコールセンターと24時間繋がる緊急通報装置の貸与を行い、緊急通報の受報とこれに伴う安否の確認、協力員・関係機関への連絡や非緊急の相談等への対応、利用者に対し月1回以上の定時連絡等を行い、疾患等があっても安心して在宅生活を送ることが出来る様支援を行うことを目的とした事業です。

利用対象者

おおむね65歳以上の高齢者のみの世帯及びこれに準ずる世帯の高齢者で、突発的に生命に危険な症状の発生する病気を有する方、又は身体虚弱なため緊急事態に機敏に行動することが困難と思われる方

【例】心疾患、てんかん、多発性脳梗塞など

担当課

延岡市高齢福祉課 地域福祉係 TEL：22-7016

日常生活用具給付

概要

心身の機能低下の為に防火等が必要な高齢者に対して、火災報知機、自動消火器及び電磁調理器の給付を行い、日常生活の便宜を図ることを目的とした事業です。

利用対象者

認知症など、心身の機能低下の為に防火等の配慮が必要な高齢者

担当課

延岡市高齢福祉課 地域福祉係 TEL：22-7016

