

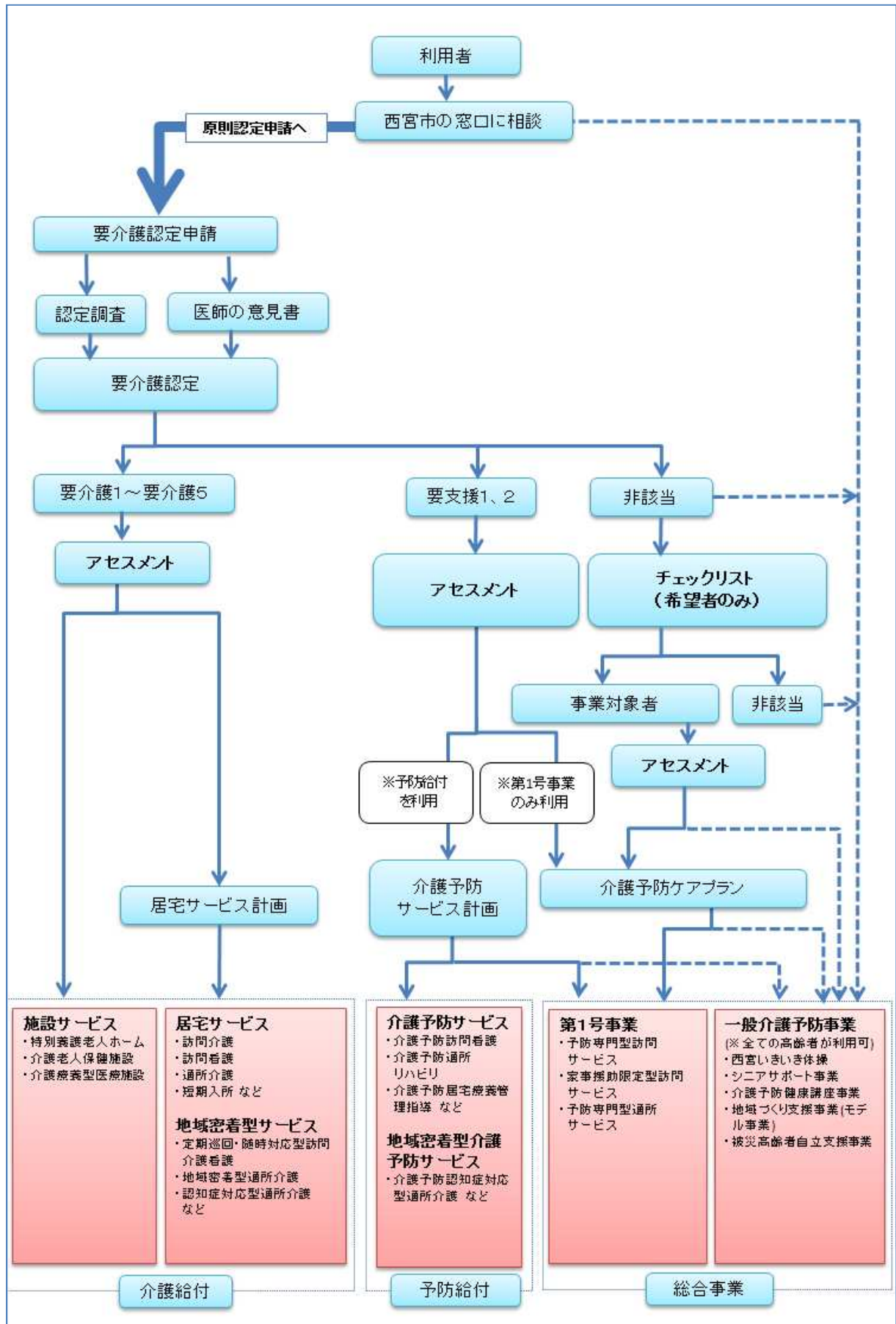
# **アセスメントシート活用マニュアル**

～ 自立に向けたケアマネジメント ～

**西宮市**

平成29年7月（改訂）

# 認定からサービス利用までのフロー図



## 自立支援に資するケアマネジメント

自立に向けてのケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ(遅らせる)」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となります。

高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも、利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、本人の持つ強みを活かしながら利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。

要支援・事業対象者の自立に向けてのケアマネジメントについては、アセスメントシートと基本チェックリストを用いた適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

## 要支援者や事業対象者等の整理と自立支援に向けての視点

～例～

- 身の回りのことは自身で行っている人が多い。  
⇒ 継続して実施できる体力と意欲への支持・支援が必要。
- かがんだり、重たいものを持つことが難しくなる。  
⇒ 柔軟性・体力・筋力アップで改善の余地を考える。
- 買い物やかがんで行う場所の掃除等がしづらくなる。  
⇒ 宅配利用や掃除道具の工夫、動作改善によりできる方法を検討する。
- 下肢筋力や体力低下に伴い、外出しづらくなる。  
⇒ 楽しみにしていたことや大切にしていたことを思い起こし、再び挑戦してみたいと思える意欲を喚起し、廃用性の進行防止に向けた取組をスタートさせる支援を検討・支持する。
- 物忘れが増えたり、ミスが増えたり、今まで楽しんでいたことが楽しめなくなる人もいる。  
⇒ 健康管理面（睡眠・水分摂取・食事内容・服薬管理・便秘や下痢等）や中核症状等の頻度・内容、意欲や鬱症状の有無を含めた課題整理が必要。  
⇒ どの程度の声掛け、見守り、支援があれば今まで楽しんできたことが継続できるかについて整理し、誰がいつどのように支援すればよいかを考える。
- 入浴環境等の不具合や風呂の跨ぎ動作の困難さから、自宅での入浴が困難になる人もいる。  
⇒ 物品の工夫や住宅改修、動作指導等により、自宅での入浴ができる可能性について検討し、具体的な方法を提案。

- 生活習慣病や整形外科的疾患の人が多く、中にはがんや進行性の難病等の人も含まれる。  
⇒ 定期的な服薬管理や痛み・しびれ・可動域制限等の確認等を行い、有症状の改善の余地を調べた上で、サービス内容を検討する。

## アセスメントの思考過程

自立に向けたケアマネジメントにおけるアセスメント（課題分析）では、利用者の生活全般について情報収集を行い、生活機能が低下している原因を分析するとともに、悪化の危険性や改善の可能性等の予後予測の検討を行ったうえで、目標を含む支援の方向性を導きます。

利用者の主訴や要望も十分考慮し、潜在化している課題にも目を向けながら、「このように暮らしたい」という利用者・家族の積極的な願いや生きる力を引き出すことが重要となります。

そのためには、利用者のもつ長所や強みに加えて、未だ発揮されていない潜在的な能力にも着目しながら、利用者と協働してアセスメントしていくことが必要となります。

「できる」⇔「能力」と「している」⇔「行為」との差異

「できないこと」⇔「能力」と「していない・しない」⇔「行為」との差異

【能力】と【行為】に着目することがアセスメント時には重要

いろんな状況を頭に入れ、適切なマネジメントとは何かを知っておく

以下のような場合の対応や支援をどのように考えるか。

### ● 例1：男性虚弱高齢者⇒妻を亡くして介護申請

家事をしたことがない一人暮らし高齢者。身体能力では掃除や買い物もできる能力は伴っている。「家事をしたことがない」という理由のみで、家事支援のサービスを希望されている。

→したことはないが、どうすればできる、できると思えるのか。どうすれば自信がもてるのか。

### ● 例2：認知症高齢者⇒調理を行うが、味付けがおかしい

行為としては、家事（調理）を遂行しようとするが、能力的には低下してきているため、以前のようにうまくできなくなっている。

→できないことはサービスで補ってしまうのではなく、環境や工夫、身近なちょっとした援助でできる部分は継続できないか。

## アセスメントシート

初回面接は、利用者や家族の訴えを聞いていく中で必要な情報を収集し、生活課題について利用者と共に考えていく援助過程の最初のプロセスです。しかし、契約等の作業もあるため、時間的にも精神的にも余裕がないことが予想されます。また、聞きたいことや伝えたいことがたくさんあるため、ケアマネジャーが一方向的に話してしまいがちになります。そうすると、気づかないうちに、利用者との距離が離れてしまっていることもあります。情報収集を優先するあまり、最も大切な利用者との信頼関係の構築が疎かになってしまっは本末転倒です。

利用者との自然な会話の中から必要な情報・利用者の真意やニーズを漏れなく効果的に収集するため、また、利用者との現状理解や適切な目標設定をするためのツールとして、アセスメントシートを活用してください。

## アセスメントシートの活用方法

### (1) 初回アセスメント

#### ① 基本情報の整理

本人の要望、本人の目標、心身状況（現病歴、認知状況、精神状況、薬剤等）、本人を取り巻く環境（家屋環境、家族状況、マンパワー、近隣関係、地域状況等）等を聞き取りや目視にて確認します

#### ② 「している」動作・「できる」動作の確認

ADLやIADLにおける各項目の現状を本人の主観と専門職の客観的な視点で確認していきます。まず、「している」動作を「4：ほとんどしている」、「3：なんとかしている」、「2：少しならしている」、「1：していない」のどれに当てはまるか確認し、次に、「できる」動作を「4：ほとんどできる」、「3：なんとかできる」、「2：少しならできる」、「1：できない」のどれに当てはまるか判断します。

聞き取りを行う際は、「どの動作が楽にできないのか」、「なぜしていないのか」「いつからそのような状況なのか」など、各項目において本人が実施している内容や阻害している要因を具体的に引き出し、「できる部分できない部分」「個人因子（個人の人生や生活の特別な背景）・環境因子（本人にとって本人以外はすべて環境）」に記入しておきます。

#### <しているADL>

本人が自分自身で福祉用具を使ってでもその行為を何らかの状況で達成している状況をいう。日々実施している状況。

#### <できるADL>

本人が福祉用具を使ってでも一人でその行為をできる能力がある状況をいう（介護者がいない状況で）。

#### —注意点—

点数をつけることにこだわるのではなく、実施状況と本人の持つ能力の差異は何を意味するのか、本人の目標に向けての課題があるのか、何を解決すれば良いのかを考える材料とします。

#### ③ 改善可能性の判断

「している」動作の点が「できる」動作の点より低い項目や同じ点でも改善が見込める項目のうち、6ヶ月以内に改善の可能性がある項目の「改善可能性」に「○」を付けます。

また、「代替手段」欄には、サービス内容ではなく工夫などの具体的手段を記入します。

#### ④ 目標設定

聞き取りの際に確認した本人要望と、評価時の本人の状況を把握した上で、客観的ニーズを専門職の視点で整理します。

「改善可能性」に○を付けた項目から、本人が改善したいという意向があるものを確認し、専門的な視点も合わせて一緒に目標及び対応策を考え、「目標<長期目標>」（おおよそ1年）「目標<短期目標>」（おおよそ3~6ヶ月）に記入することで合意形成をします。

アセスメントシートを使うことで、生活機能を階層的に捉えた情報収集ができるようになり、予後予測から課題の統合、合意形成の流れを整理しながらアセスメントができるので、プランの作成が効率的に行えます。

ケアマネジャーは、利用者の主訴を相談援助過程の入り口にして、生活の困りごとが起こっている原因や背景を明らかにするとともに、主訴の奥に隠されている真のニーズを引き出していかねればなりません。

そのためには、利用者の話にしっかりと耳を傾けて、今までの生活の中で大切にしてきたこと、現在の生活に対する思い、これからの生活に対する希望、自分自身に期待する意欲、価値観やこだわりなど、「その人らしさ」を捉えることが必要です。

(例)

「膝が痛くて台所に立てないから、ヘルパーさんに調理をしてもらいたい。」といった利用者の要望をそのままストレートに受け止めると、訪問介護サービスによる調理の代行ということになりますが、「膝の痛みを軽減することで、自分で調理ができるようになりたい。」「味付けだけは人に任せず、自分の思うようにしたい。」「家族のために料理を作れるようになりたい。」など、その人なりの望みや希望を捉えることが重要です。

## (2) モニタリング・評価

### ① アセスメントシートの評価

おおむね3～6ヶ月ごとに「している」動作と「できる」動作の評価を行い、アセスメントシートの「初回」評価の右横の「評価1」に記入します（モニタリング等で3ヶ月後の評価も必要性があれば加筆します）。「できる部分できない部分」や「個人因子・環境因子」欄の状況に変化があった場合は、ペンの色を変える、記入日を書く等加筆部分が分かるように記入します。ただし、状況が大きく変化する等して介護予防サービス・支援計画書を再作成する必要がある場合は、アセスメントシートも作り直してください。

### ② 目標達成シートの活用（使用は任意です）

3ヶ月ごとに「している」動作と「できる」動作の評価を行います。項目の合計点数をグラフ化することにより、利用者にも明確に変化や達成度がわかります。「している」動作の点は上がったものの、「できる」動作の点に及ばない項目や、「できる」動作の点が上がった項目などについては、「目標達成シート（項目別）」に落とし込み、更に改善可能性や目標について一緒に考えます。

#### <目標達成できた場合>

現状を維持していくことを確認し、より自分らしく過ごせるよう、どのように過ごしていくか共通認識を持ちます。サービスが不要になれば終了です。

#### <支援の継続が必要な場合>

目標達成できなかった項目を振り返り、本人と合意形成のもと、新たに目標設定を行います。

アセスメントシートや目標達成シートは、本人と作成を共有することが原則ですが、同意が必要なものでも交付しなければいけないものでもありません。本人が認知症の場合など、本人の主観と専門家の視点が乖離するようなときは、評価者目線で判断し、その乖離の原因・背景に着目して、ケアプランに反映してください。

アセスメントシートは、ケアマネジャーが必要な情報を効果的に収集し、現状理解や適切な目標設定をするためのツールです。改善できた・維持ができている等、本人のモチベーションアップにつながる場合に、目標達成シートに落とし込んで、目標達成シートのみ本人に手渡してください。アセスメントシートは交付した方がよいと思う場合に、ケアプランと一緒に交付してください。

「している」動作と「できる」動作の評価も、他の利用者・他のケアマネジャーと整合性を取る必要はありません。あくまでも、本人を担当のケアマネジャーが確認・評価するツールなので、自分に合った使い方を見つけて活用してください。

# 事例

本人と共有

1年

(記入者) ○ ○ ○ ○

## アセスメントシート

被保険者番号	0001234567	目標 ＜長期目標＞	公共機関を使って遠出して友達と買物や演劇をみる機会を持ちたい
氏名	● ● ● ●	心身状況	慢性腎不全、慢性心不全、高血圧、聴覚障害(難聴)、左膝関節骨折(H23)、H24。1月頃より両膝関節痛。物忘れはあるが認知症の診断はなし。1日1回降圧剤・利尿剤を服用。
本人要望	歩行を安定させ、友人との交流を楽しめるようになる		
客観的ニーズ	体力の向上、屋内外歩行の安定、服薬管理の徹底	環境	周囲が坂の戸建(2階建)に居住。玄関から公道までは段差無。自宅は住宅街で、商業施設は最も近くで約500mの距離にある。夫との2人暮らしで家事の協力あり。西宮いきいき体操の場所までは緩やかな坂で近所の友人の誘いもあり行ける。

3~6ヶ月

項目	初回( × 月 × 日)			評価1( 月 日)			できる部分できない部分	目標＜短期目標＞	個人因子・環境因子
	しているADL	できるADL	改善可能性	しているADL	できるADL	改善可能性			
室内移動	3	3	○				部屋内や廊下等は見守りなくゆっくりと伝い歩きするが、何も持たなければ歩行不安定。階段は夫の見守りが必要。	階段を見守りなく一人でのぼれる	歩行時、両膝に痛み生じる 寝室は2階 手すりなし
7・10	手すり								
屋外移動	3	3	○				シルバーカーで家の周囲散歩(週2回程度)。長距離は困難。西宮いきいき体操は週1回友人と行く。	近くのバス停(約300m)まで杖で歩いて行ける	周囲が坂
1・4・16・17									
排泄	4	4					排泄動作は自立も、少量の尿漏れあり(1日1回程度)。パッド交換は自分で可能。		
食事	4	4					夫が買物し食事管理するが、摂取自体は問題なくできる。		機能低下があり食事管
11・12・13・14・15									
入浴	4	4					シャワーチェアを使用して、一人で洗身可能。		浴槽深く、跨ぎ困難
着脱衣	4	4					見守り不要。椅子に座りゆっくり可能。		

何がどこまでできるか、またはできないかを具体的に

できない部分の中から本人が改善を希望する項目の目標をたてる

しているADL:ほとんどしている4点・なんとかしている3点・少しならしている2点・していない1点  
改善可能性:6ヶ月以内である場合は○ 代替手段:サービスではなく、具体的に記入

項目	初回( × 月 × 日)			評価1( 月 日)			できる部分できない部分	目標＜短期目標＞	個人因子・環境因子
	しているIADL	できるIADL	改善可能性	しているIADL	できるIADL	改善可能性			
掃除	1	2	○				屈めないために掃除機の使用や風呂掃除等はできず、現在は夫が全ての掃除を行っている。座って周囲の整理整頓は可能。	テーブル拭きは立って行う(耐久性の向上)、粘着ローラー、お掃除ワイパーを使いリビングのみきれいにする	体力がなくて疲れやすい、膝に痛みがあり屈めない、上肢機能に問題はない、夫は家事や自分の趣味のグラウンドゴルフで忙しい
洗濯	1	2	○				主に夫が行っている。座って洗濯物をたたむことは可能もしていない。	洗濯物をたたむ	
買物	1	2					買物は全て夫が行っている。商品の選択は可能。		
調理	4	4					台所内は購入車椅子を使用し時折休憩しながら調理可能。		台所のみ車椅子使用
ごみ出し	1	2	○				重いものを持つての移動は不安定と易疲労で全て夫が行っている。	室内のゴミ箱からゴミ袋を集める	ゴミ置き場は坂なく、自宅側
1	小分けにする								
通院	2	2					夫が同行し治療方針、検査値を聞く。本人忘れやすいが、メモを取ることができる。		難聴で補聴器使用、難しいことは心配になる 物忘れがあるが、著明な認知症状はなし
服薬	3	3					基本的に自己管理をしているが、飲み忘れることがある。夫の声かけが必要。	服薬をしたらカレンダーにチェックを入れる	物忘れあり、自覚もしている
金銭管理	1	2					若い頃より大きな部分は夫管理。小遣い程度の管理はできる。		
電話	1	1					補聴器使用も難聴のため電話は出ない。		難聴で補聴器使用
19	FAX								
社会参加	3	3					友人の誘いがあり、西宮いきいき体操週1回参加。友人以外の近所づきあいは挨拶程度		性格穏やか 西宮いきいき体操は参加している。ほとんど聞こえないが、サポートにより楽しめている。
1・2・3・4・16・17									

6ヶ月以内の改善可能性

サービス内容ではなく工夫等のできる可能性のある具体的手段

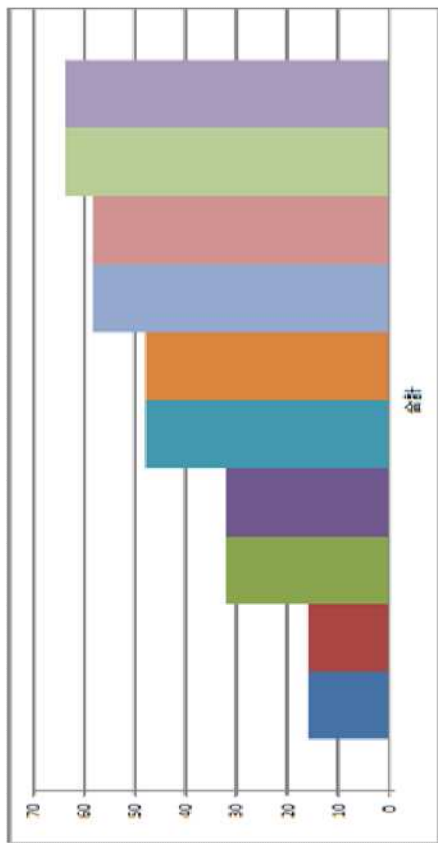
しているIADL:ほとんどしている4点・なんとかしている3点・少しならしている2点・していない1点  
改善可能性:6ヶ月以内である場合は○ 代替手段:サービスではなく、具体的に記入



目標達成シート

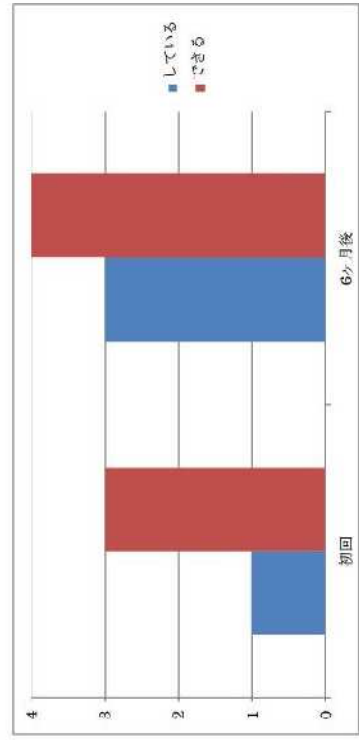
【A: できていない(4名) B: ほとんどできていない(8名) C: 少ししかできていない(2名) D: できていない(1名) \* 改善手段でできる(14名)とする。  
【A: できていない(4名) B: ほとんどできていない(8名) C: 少ししかできていない(2名) D: できていない(1名)】

項目	初回	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後	7ヶ月後	8ヶ月後	9ヶ月後	10ヶ月後	11ヶ月後	12ヶ月後
合計	16	16	32	32	48	48	58	58	66	66	64	64
室内移動	1	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4
屋外移動	1	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4
洗濯	1	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4
食事	1	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4
入浴	1	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4
着脱衣	1	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4
掃除	1	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4
洗濯	1	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4
買い物	1	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4
調理	1	1	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4
ごみ出し	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
通院	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
服薬	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
金銭管理	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
電話	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
社会参加	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3



目標達成シート (項目別)

ごみ出し	初回		6ヶ月後	
	している	できる	している	できる
	1	3	3	4



できる部分でない部分

- COO
- COO
- COO
- COO

改善可能性

- COO

目標

- COO

メモ