

## アセスメント確認ツール（評価の視点・方法）

<b>01 生活状況</b>	
家族構成・介護者の状況	利用者を含む家族等の年齢・性別・同居などの把握。 主介護者の健康状態や就労の有無、家族との関係性の把握。 介護者の負担感の程度の把握。
生活歴	利用者本人のこれまでの生活（職業や住んでいた場所）、大切にしていることの把握。
経済状況	介護費用に使える金額、年金の種類把握。
<b>02 主訴</b>	
利用者の主訴	家族でなく「本人」の生活上の困りごとの把握。本人の言葉で書かれているか、ケアマネジャーが感じたことか。困りごとが起こっている背景の把握。
家族の主訴	家族の困りごと（本人とは区別）の把握。誰がどの様なことで困って相談に至ったか。
<b>03 健康状態・受診状況</b>	
既往歴・現病歴・症状	ケアプランへの反映が必要な疾患の把握。 下痢、（夜間の）頻尿、食欲不振、便秘（の程度）、めまい、吐き気、動悸、息切れなどの具体的な症状の訴え。精神的な不安やうつ傾向がある場合は、きっかけ、負担の程度、社会交流の減少程度、訴える内容と訴える相手。
主治医の意見書	主治医意見書を取り寄せているか、意見書の記載内容を参考にしているか。 かかりつけ医と連携しているか
服薬状況	薬剤の管理状態、服薬時間の把握、服薬方法・服薬量の理解
口腔・嚥下/褥瘡・皮膚	残歯の状況、口腔内の状態（口腔内の乾燥・潰瘍の有無）、咀嚼・嚥下状態等 褥瘡の有無、やけど、発疹・乾燥・掻痒症・疥癬などの感染症の既往の有無とその程度
<b>04 認知症</b>	
認知症状、徘徊・暴言等のBPSD（行動）	本人に直接確認が困難な場合、家族や関係の深い人など複数の周辺の人から、利用者の大切にしていること等を聞いているか。 BPSDがある場合、どのようなときに発生しているか。確定診断を受けているか。専門医を受診しているか。 利用者本人に直接関わり、確認をしているか。
<b>05 ADL</b>	
移動	居室内の移動手段、居室外・屋外の移動手段、移動の不安・転倒の有無とその頻度、乗り物の活用程度や起居動作の程度の把握。できることに気づいているか。
入浴	入浴方法や入浴場所、入浴の介助の程度（誰がどの程度介助をしているのか）、入浴の好き・嫌いの把握。
食事摂取	一日の水分摂取量、食事の回数、食事内容、肥満・痩せ（病的な場合はBMIの把握）の程度の把握。嚥下の状態、食事の摂取状況（セッティング後に自力での摂取が可か否か）、ムセの有無等の把握。
排尿・排便	排泄の有無や程度、場所、頻度、介助の有無や誰がどの程度支援しているか。 失禁が有る場合、尿意・便意の有無や程度、泌尿器科への受診の有無、留置カテーテルの有無等の把握。
<b>06 IADL</b>	
家事（調理・掃除・洗濯）	献立を考えること、調理の準備、手順の理解、調理器具の利用、配膳・引き膳等ができるか。誰がおこなっているか。 掃除の手順（掃除機の操作）や家の中の整理整頓の状況を把握しているか。洗濯機の操作や洗濯物を干す・取り込む、たたむ等の動作ができるか。誰が行っているか。
買い物・金銭管理	買うもの考える（リスト化する）、買うものを選択できる、支払いができる、買い物する場所の見当がつくか。誰が行っているか。
<b>07 コミュニケーション</b>	
意思の疎通	日常の出来事や意見・要望などを人に伝えることができるか。緊急時の本人との対応可能なコミュニケーション方法の把握。読解力や筆談など言語的なコミュニケーションの方法の把握。視力・視野の程度、空間無視などの障害の程度、白内障の影響や眼鏡使用の有無、有聴力の程度、補聴器使用の有無や頻度などについて把握。
周囲とのかかわり・社会参加	他者との関わり「誰とどの程度（頻度）」の関わりがあるか。以前より減っている場合、その理由と時期。
<b>08 居住環境</b>	
室内環境・立地環境	転倒のリスクの有無を確認しているか。必要に応じ、リハビリの可能性も検討しているか。 外出機会が乏しくなっていないか。

09 特別な状況	
虐待	社会通念を超えた生活状態（食事内容・排泄介助・入浴・室内環境）、説明不能なあざやけが、身体的抑制の有無と頻度、暴言・暴行、放置（ネグレクト）の状態・程度と頻度、虐待が発生しそうな要因の把握。
ターミナルケア	疾病による余命が半年以内との診断を受けた場合の基礎疾患、癌などの場合は緩和ケアの方針、痛みの有無、告知の有無といった状況を把握しているか。

D アセスメント、ニーズ、目標、サービスのつながり	<p>①アセスメントからニーズ把握、サービス計画へのケアマネジメントプロセスを踏んでいるか</p> <p>②ニーズの把握</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主訴の背景に何があるのか、洞察できているか。</li> <li>・01 から 09 のチェック項目を踏まえた上で、利用者を理解できているか。</li> <li>・単に困っていることを羅列するだけでなく、ニーズの背景を捉えているか。</li> <li>・課題抽出されている項目と利用者の状況把握が整合しているか。</li> <li>・普段どのように生活をしているか。24 時間の過ごし方を把握できているか。</li> <li>・在宅で安全に生活ができる、等の漠然とした表現になっていないか。</li> <li>・利用者本人にとっての安全とは何か、アセスメントを通じて考えられているか。</li> </ul> <p>③目標設定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者がどのような暮らしを望んでいるか。</li> <li>・目標とする生活のイメージの合意を取れているか。</li> <li>・目標は達成可能で具体的な表記となっているか。</li> <li>・困っていること、できないことへの対応で、利用者の自立支援や生活の質にどのように影響するか、の視点があるか。</li> <li>・利用者の意向を「困りごとを解決してほしい」と捉えるのではなく、困りごとを解決して、生活しようという意欲を引き出すことができているか。</li> <li>・「家族の意向&gt;利用者の意向」となっていないか。</li> </ul>
---------------------------	---

E サービス内容、地域との連携	<p>①サービス計画</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ニーズは介護サービスを利用する目的となっているか。</li> <li>・サービスを導入することが目的ではなく、それぞれのサービス導入が何を意図しているのかを明確に意識できているか。その意識に基づいたケアプランになっているか。</li> <li>・軽度利用者認知症高齢者の支援内容やサービス内容が画一化されていないか。 例：夜間土日のサービスの必要性は？</li> <li>・導入されたサービスの必要性について、根拠を明確にできているか。</li> <li>・ニーズと社会資源（フォーマル、インフォーマルともに）の結び付けの整合性が取れているか。</li> </ul> <p>②チームマネジメント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアプランに位置付けられた各種の社会資源が共通して目指す目標が明確になっているか（ケース支援の目標）</li> <li>・その上で、ケアプランに位置付けられた各種の社会資源の役割分担が明確になっているか。</li> <li>・ケアプランの中でこれらが明記されているか。</li> </ul>
-----------------	--