

VI 北九州市版 介護予防サービス・支援計画票について

1 ケアプラン作成の流れ

(1) 介護予防サービス・支援計画表①

ア 本人もしくは家族に、アセスメント項目に従って質問し、「はい」「いいえ」で回答してもらう。

↓

イ アセスメントの回答により、支援を必要とする傾向が自動選択される。

↓

ウ アセスメント項目等についての利用者や家族の意向を確認する。

ア → イ → ウ

アセスメント領域と現在の状況	支援を必要とする傾向	本人・家族の意欲・意向
運動・移動 日常生活 . . .		

(2) 介護予防サービス・支援計画表②

ア それぞれのアセスメント領域の背景や原因を確認し、回答に従い該当する総合課題が自動選択される。

↓

イ 導き出された課題に対する目標や具体策を提案し、それに対する家族の意向を確認する。
※記載の際には、本人や家族の意向を十分考慮する。

ア → → → イ

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

(3) 介護予防サービス・支援計画表③

ア ②表で提案し、利用者・家族の同意が得られた目標を記載する。

↓

イ 目標を達成するための支援計画を、本人、家族と一緒に検討し、決める。

ア → → イ

目標	支援計画

2 ケアプラン作成のポイント【抜粋】

(1) 「アセスメント領域と現在の状況」欄（介護予防サービス・支援計画表①）

ア 話を聞く際には、本人と家族双方に話を聞き、実際の状況と発言内容の違い、家族と本人の認識の相違にも留意する。

※特定の家族から聴取した場合は、続柄等がわかるようにする。

イ 必要な場合には、計画作成者が観察した状況についても記載する。

ウ 初回面接だけで完璧に情報を得ようとし、本人等に不快な思いをさせないように留意する。

※追記すべき内容がある場合には、『その他記載欄』に記載する。

(2) 「本人・家族の意欲・意向」欄（介護予防サービス・支援計画表①）

ア 本人・家族が支援を必要とする状態を認識する。

イ 支援を必要とする傾向についてどうしたいのか、出来ることはないかを考える。

ウ 利用者、家族の認識についての意向を記載。

※単身独居や家族の支援が得られない場合、家族からの聞き取りができない場合は、本人からの聞き取りのみでも可。

※特定の家族からの聞き取りの場合、具体的に「長女」など明記する。

(3) 「課題に対する目標と具体策の提案」欄（介護予防サービス・支援計画表②）

ア この目標は、本人や家族に対して専門家として示す提案。

イ 目標は、漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものにする。

ウ 具体策も、生活機能の低下の原因、必要な支援、機能の強化や向上など様々な視点から考え、「〇〇が必要」「〇〇を行う」等と具体的に記載、提案する。

エ 支援やサービスは、介護保険サービスに限らず、セルフケアや家族、地域支援の活用も含む

※合意が得られた場合は、この「目標と具体策」が支援計画表③の「目標と支援計画」につながる。

(4) 「具体策についての意向 本人・家族」欄（介護予防サービス・支援計画表②）

ア 合意が得られなかった場合には、その理由等について本人、家族の考えを記載。

イ 合意が得られなかった経緯等は、「介護予防・介護予防ケアマネジメント支援経過記録」にも記録。

3 アセスメントの項目とそのねらい

「支援を必要とする傾向」とアセスメント項目	ね ら い
<p>転倒</p> <p>アセスメント項目 (階段) (立ち上がり) (15分歩行) (転倒) (転倒の不安)</p>	<p>【アセスメントの意義】</p> <p>転倒とは、本人の意思と関係なく物につまずいたり、滑ったりすることで、足の裏以外が地面もしくはそれに類するもの（テーブルなど）に触れることである。その原因や怪我の程度は考慮しない。室内でつまずいて壁に手をついた場合は転倒とみなさない。</p> <p>過去1年間に転倒の経験のある者は、転んだことのない者より、その後転倒を複数回経験する割合が約4倍高いとの研究報告もある。また、歩行速度の遅い者ほど、その後の転倒を経験する割合が高い。</p> <p>さらに、握力は、転倒の折何かにつかまれるか、握れるかと関連する。</p> <p>転倒は、身体の問題だけでなく、転倒の発生場所の60%以上が「居室」と、段差のある居住内の物的環境も原因となっている。</p> <p>【アセスメント項目の説明】</p> <p>項目はすべて、歩行能力に関する重要な質問である。</p> <p>【介護予防上の危険性】</p> <p>転倒は、骨折により寝たきりの原因になるだけでなく、転倒の経験が自信の喪失と不安を生じ、また疼痛も加わることで活動の低下を起し、廃用症候群や閉じこもりを招くことになる。</p> <p>【対策】</p> <p>転倒の予防のためには、筋力低下の改善、照明を含め家屋内外の物的環境整備が必要になる。</p> <p>また、視力障害、薬の副作用にも注意が必要である。要因によっては、機能訓練や住宅改修、作業療法士や理学療法士等の専門職による訪問指導が必要である。</p>

「支援を必要とする傾向」とアセスメント項目	ね ら い
<p>閉じこもり</p> <p>アセスメント項目 (階段) (立ち上がり) (15分歩行) (転倒) (転倒の不安) (週1回の外出) (外出の頻度) (訪ねる) (相談にのる)</p>	<p>【アセスメントの意義】</p> <p>閉じこもりとは、1日のほとんどを家の中で過ごし、外出の頻度が極端に少ない状態である。</p> <p>しかしながら、行動範囲が家に限られても、屋内での活動性が高い場合には、閉じこもり現象を呈していないとの指摘がある。すなわち、家の中においても生活リズムがあり、楽しみがあるなどの高齢者は、精神活動が落にくい。</p> <p>【アセスメント項目の説明】</p> <p>閉じこもりの状態を示す項目（週1回の外出、外出の頻度など）は最重要項目である。閉じこもりの状態を想定し、以下の項目でアセスメントする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体的な障害による「外出できない」閉じこもり (項目：階段、立ち上がり、15分歩行、転倒) ・身体的には問題がない「外出意欲がない」閉じこもり (項目：転倒の不安、訪ねる、相談にのる) <p>【介護予防上の危険性】</p> <p>「外出できない」閉じこもりは、寝たきり予備軍であり、早期に発見し、残存能力を高める必要がある。「外出意欲のない」閉じこもりは、社会的な孤立、役割や生きがいの喪失などが考えられる。</p> <p>【対策】</p> <p>「外出できない」閉じこもりには、機能訓練や外出援助、家事援助の支援、住居のバリアフリー化、尿失禁対策などが必要になる。</p> <p>「外出意欲のない」閉じこもりは、訪問指導による家族を含めたカウンセリングや生きがい型デイサービスなどの社会参加、生きがい活動を支援することが必要である。</p>

<p>「支援を必要とする傾向」とアセスメント項目</p>	<p>ね ら い</p>
<p>生活機能低下</p> <p>アセスメント項目 (外出) (買い物) (預貯金管理)</p>	<p>【アセスメントの意義】 生活機能とは、社会生活を自立して送るために維持されていなければならない日常の行動である。 要介護状態を予防するためには、生活機能の低下を早めに把握し、できるだけその機能を維持し、高めることが必要である。</p> <p>【アセスメント項目の説明】 社会生活を自立して送るために必要となる以下の項目でアセスメントする。 ・身体的自立（ADL 機能 - 外出） ・手段的自立（IADL 機能 - 買い物、預貯金管理、掃除、調理、洗濯等） また、介護者がいるから「できる」ことと、介護者がいなくても「できる」ことを見極める必要がある。</p> <p>【介護予防上の危険性】 生活機能が低下するほど閉じこもり、転倒、低栄養の危険が高くなり、要介護状態になることが予測される。 逆に、閉じこもり、転倒、低栄養が生活機能を低下させることもある。</p> <p>【対策】 「できる」ことを「していない」場合は、代行者が行ってしまっていることで、結果的に「していない」行動を引き起こし、廃用症候群になるおそれがある。「していない」行動に対しては、生活機能を維持・向上させるための生活上の工夫、改善が必要である。 また、代行者の突然の欠如により生活機能に障害を及ぼすことも考えられるため、そのことも考慮して改善策を提案する必要がある。</p>

「支援を必要とする傾向」とアセスメント項目	ね ら い
<p>物忘れ</p> <p>アセスメント項目 (物忘れ) (電話) (今日の月日) (訪ねる) (相談にのる)</p>	<p>【アセスメントの意義】</p> <p>物忘れは認知力の低下であり、社会生活を自立して送ることを障害するものである。そのため、生活機能の低下として現れることが多い。</p> <p>要介護状態を予防するためには、生活機能の低下を早めに把握し、その原因が認知力の低下かどうかを確認し、できるだけその機能を維持し、高めることが必要である。</p> <p>【アセスメント項目の説明】</p> <p>社会生活を自立して送るために必要となる以下の項目でアセスメントする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知力（物忘れ、今日の日付） ・ 生活状況への対応（電話） ・ 社会的役割（人を訪ねる、人の相談にのる） <p>【介護予防上の危険性】</p> <p>物忘れが進むに従い、閉じこもり、転倒、低栄養の危険が高くなり、要介護状態になることが予測される。</p> <p>逆に、閉じこもり、転倒、低栄養が物忘れを促進させることもある。</p> <p>【対策】</p> <p>「できる」が「していない」場合は、代行者が行っているため、結果的に「していない」行動を引き起こし、廃用症候群になるおそれがある。「していない」行動に対して「できる」よう促し、脳活性化につながる生活上の工夫、改善が必要である。</p> <p>また、代行者の突然の欠如により生活機能に障害を及ぼすことも考慮した支援を考える必要がある。</p>

<p>「支援を必要とする傾向」とアセスメント項目</p>	<p>ね ら い</p>
<p>口腔ケア (口腔機能低下)</p> <p>アセスメント項目 (固いものを食べる) (むせる) (口の渇き) (口腔清掃)</p>	<p>【アセスメントの意義】 健全な食生活は健康で生き生きとした生活を送る上で必須の要素である。高齢者にとって、おいしく、楽しく、そして安全な食生活を営むことは共通の願いであり、そのためには口腔機能の維持・向上が必要不可欠なものとなる。</p> <p>口腔機能の向上を果たすことで、味覚の改善、舌機能の改善及び唾液分泌機能の改善が達成でき、楽しみのある食生活の実現に貢献できる。さらに、低栄養予防あるいは栄養改善、運動機能の維持・向上をも達成する。</p> <p>また、ブラッシングを用いた口腔清掃は、口腔内細菌を排除して肺炎予防に役立つだけでなく、嚥下機能を改善させ、結果、ADLを向上させることも報告されている。</p> <p>以上から、口腔機能の向上に関するサービス等を行い、高齢者が生涯にわたり自己実現を達成するよう支援する。</p> <p>【アセスメント項目の説明】 口腔機能向上プログラムへの参加の必要性の評価・判定を行うにあたって、摂食・嚥下機能及び口腔清掃について、アセスメントを行う。</p> <p>むせは、摂食・嚥下機能の低下を表す症状であり、誤嚥のリスクを評価するうえで重要な因子である。口腔乾燥は、唾液分泌減少、口腔機能不活発に起因することが多く、口腔衛生の悪化をきたし、気道感染の原因にもなる。</p> <p>【介護予防上の危険性】 高齢者の摂食・嚥下等の口腔機能の低下は低栄養の重要なリスク因子であり、低栄養の問題はADLや認知機能との関連が指摘され、また、免疫機能の低下につながることで、肺炎等の感染症発症の危険因子でもある。</p> <p>【対策】 口腔機能の向上の方策としては、肺炎、食事・水分の摂取不足による低栄養、食事の誤嚥・窒息等を予防するために、本人や家族、その他の関係者を対象として、口腔機能の向上の必要性と対応についての教育口腔衛生の自立支援（摂食・嚥下機能を支えるための口腔清掃）、摂食・嚥下機能訓練を行っていく。</p>

<p>「支援を必要とする傾向」とアセスメント項目</p>	<p>ね ら い</p>
<p>うつ傾向</p> <p>アセスメント項目 (充実感がない) (楽しめない) (おっくう) (役に立たない) (疲れ)</p>	<p>【アセスメントの意義】</p> <p>うつ傾向とは、不眠、食欲減退、易疲労感、頭痛などの身体症状と集中困難、おっくう、取り越し苦労、人を避ける傾向、悲観的傾向、自殺願望など、生活機能を妨げるような心配や不安定な状態。</p> <p>病気や身体機能の低下などもうつ傾向の要因となるが、多くの場合はこのような単純な原因を特定するのは難しい。</p> <p>高齢になるにつれて典型的なうつ病は少ないが、うつ傾向は在宅高齢者に多くみられる。うつ傾向にある高齢者を把握し、治療やケアの可能性を検討する必要がある。</p> <p>【アセスメント項目の説明】</p> <p>うつ傾向として表れやすい状態のアセスメントを行う。</p> <p>【介護予防上の危険性】</p> <p>うつ傾向は、閉じこもりや生活機能低下、食欲不振など様々な生活場面に影響する。また、意欲を持たず、QOLの向上を妨げる大きな要因となる。</p> <p>うつ傾向が適切な範囲を超えて現れたときは、重要な意味をもつ。その機会を見逃さず、うつ病なのか、不安な状態なのかを明らかにする必要がある。</p> <p>【対策】</p> <p>うつ傾向への支援としては、まず、かかりつけ医に相談し、状態によっては専門医療機関（精神科・心療内科等）の受診を勧める。また、以下のような生活環境が整うよう調整し、サービス提供する。</p> <p> <ul style="list-style-type: none"> 共感と傾聴ができる 疾病の不安に対し支援できる 家族を支援できる 適切な睡眠を確保できる </p>

「支援を必要とする傾向」とアセスメント項目	ね ら い
<p>低栄養</p> <p>アセスメント項目 (体重減少) (BMI) (食事量の減少)</p>	<p>【アセスメントの意義】</p> <p>低栄養の原因としては、エネルギー摂取量の低下、消費エネルギー量の増大、消化・吸収機能の低下等が考えられるが、悪性新生物等さまざまな疾患の発病や憎悪によることも考えられる。また、入院や手術に伴う生理的ストレスの負荷や半飢餓状態、絶食状態によって、血清アルブミン値が低下して低栄養に陥りやすい。</p> <p>一週間続けて通常摂取量の80%しか摂取できていない場合は、低栄養をきたす可能性がある。特に、適切な動物性食品と油脂類が不可欠である。また、同じ食品ばかりを摂っていても栄養的な偏りから低栄養につながる可能性が高い。主食や飲み物等が中心でおかずを食べないなどの習慣も注意が必要である。</p> <p>飲み込みがスムーズにできるか（調理方法、咀嚼力、嚥下力）、食事しやすい姿勢であるか、ゆっくり落ちついて食べられる環境であるかなど、「食欲」に影響を与える要因についても考慮する必要がある。</p> <p>【アセスメント項目の説明】</p> <p>食事量の低下や、低栄養を現す体重減少の項目についてアセスメントする。</p> <p>【介護予防上の危険性】</p> <p>低栄養状態は、日常生活動作の低下や感染症を誘発しやすくなる。また、低栄養状態は、心疾患や肺炎、気管支炎等のさまざまな疾患発症の要因となる。</p> <p>【対策】</p> <p>低栄養を予防するためには、予防教育、個別の栄養評価による指導、訪問による生活指導（栄養士等）、訪問給食、ヘルパーによる生活援助、身体活動の低下に対する生きがいデイサービス、ふれあい昼食交流会等への参加などの検討を行っていく。</p>

4 介護予防サービス・支援計画表①について

《注意》
 ・初回…初めて介護予防、予防給付を受ける人（前回契約から2月以上空いている場合）

介護予防サービス・支援計画表①

No. 1		要支援 1	地域支援事業
利用者名	北九 太郎 様		
認定年月日		認定の有効期間	
計画作成者氏名	※「計画作成者氏名」を記載	計画作成者氏名	・「認定の有効期間」を
委託の場合：計画作成事業名	※委託している場合は、委託先の担当介護支援専門員名を記載。	計画作成(変更)日	月 日～ 月 日 で記載。
担当地域包括支援センター：			

アセスメント領域と現在の状況	回答欄	支援を必要とする傾向	本人・家族の意欲・意向
運動・移動について 階段を昇り降りする 椅子 15分 この1週間 転倒に バスや 週に1回 昨年と比 その他記載欄	・自ら行きたい場所に移動するための手段が取れるか。 ・自宅や屋外をスムーズに移動できるか。 ・交通機関の利用状況。	質問する中で追加して記載すべき内容がある場合に記載する。	「支援を必要とする傾向」で選定された領域に課題があると考え、その領域について質問する。 ・各アセスメント領域において確認した内容について、利用者、家族の認識を確認する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどう考えているか等。「〇〇できるようになりたい」「〇〇をやりたいくない」等と記載し、利用者、家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。
日常生活（家庭生活）について 日用品の買い物をする 預貯金の出し入れを 周りの人から「いつも 自分で電話番号を調べて 今日が何月何日かわから 半年前に比べて固いもの お茶や汁物等でむせるこ 口の渇きが気になります 毎日、歯みがきや入れ歯 等、能力について確認する。 その他記載欄	・日常に必要な生活用品を選んで購入できるか。 ・献立を考え、調理できるか。 ・家事の状況（掃除、洗濯等） ・預貯金の出し入れができるか	口腔 口腔 口腔	・利用者と家族の意向の差異もそれぞれ記載する。 ・家族が言っていることで、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。 ・否定的、消極的な意向は、その理由を明らかにし、具体策検討時の参考情報とする。
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 友人の家を訪ねる 家族や友人の相談 （ここ2週間）毎日 （ここ2週間）これ （ここ2週間）以前 れる （ここ2週間）自分 （ここ2週間）わけ その他記載欄	・家族や友人との人間関係づくり（相談、招待、訪問、電話等） ・地域での役割（老人クラブ等） ・趣味や楽しみがあるか。 ・緊急時の対応状況の確認する。	物忘 物忘	・主治医意見書などからケアプランを立てる上で特に留意すべき情報について、具体的に記載（例：副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある症状、禁忌事項など）。 例：「狭心症の既往あり、胸痛時には服薬が必要」「運動系のサービス時には血圧の確認が必要」等。 ※ 記載の必要がない場合にも「記載なし」等のコメントを記入する。 ※ 主治医意見書を書いている以外の医療機関の医師の意見も記載可。
健康管理について 食べる量 6ヶ月間 身長 []cm、体重 []kg → 健康のために自分で努めていることは何ですか その他記載欄	* 身長・体重の記載を忘れない	18.5未満	

5 介護予防サービス・支援計画表②について

介護予防サービス・支援計画表②

北九 太郎 様

領域における課題（背景・原因）		該当	総合的課題 （左欄が該当した場合は総合的課題を選択）	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
転倒	口有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/>	1.	
	転倒しそうな場所には予防 措置をしていますか		転倒しない生活環境をつくりたい		
	転倒防止の運動をしていますか		転倒予防の運動をしたい		
	転倒防止の運動を知っていますか		自分が飲んでいる薬の副作用を確認したい		
体調が悪くて外出してない 行くところがない	口有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>				
	体調が悪くて外出してない				
	行くところがない				
	その他記載欄				
口腔ケア	口有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>				
	どうして食べたり飲んだりしにくいのでしょうか				
	歯や歯ぐき、入れ歯の具合が悪い（噛む 歯が抜けているのに入れ歯を使っていな 口の中が粘つく、ロカバサつく 味がわかりにくい、味が変になった				
	どうして口腔ケアが不十分になっているので 歯みがきや入れ歯の手入れが面倒だった 口腔の問題に関心がない、放置している 歯や入れ歯の手入れ、プクプクうがい その他記載欄				
うつ傾向	口有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>				
	自分なりの活動に取り組むことで、生活にはあ 生活にはりあいがもてない 自分では解決の糸口が見つからない その他記載欄				
	口有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>				
	どうして低栄養をおこしやすい食生活なのですか				
低栄養	口有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/>		
	口有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>				
	日頃、栄養など意識して食べてない		栄養に配慮して食事をした		
	買い物に行けない		支援者といっしょにできる買い物		
	調理ができない		調理ができるようになりたい		
	その他記載欄				

・支援計画票①の回答状
況により、自動で課題
の「有」「無」が選択さ
れる。

・左記が「有」の場合、
該当に チェックを入
れ、各「背景・原因」に
ついて本人や家族に確認
しながら、「はい」「いい
え」を選択する。
・追記すべき内容がある場
合には、「その他記載
欄」に記載する。

・「総合的課題」に対する目標と具体
策を記載する。
・この目標は、利用者や家族に対して
専門家として示す提案（評価可能な
具体的なものとする）。
・具体策も、生活機能の低下を予防す
る利用者自身のセルフケアや家族の
支援、地域のインフォーマルサービ
スなどの活用についても記載する。
・「〇〇が必要」「〇〇を行う」と記載
し提案。本人、家族の同意が得られ
た場合には、ここで提案した目標と
具体策が目標と支援内容につなが
る。

例）
【目標】
（3ヵ月後には）ひとりで□□ま
で歩いて行けるようになる
【具体策】
①▼▼を利用して△△を行う
②●●が■■を行う
③…

・左記の提案について、本人や家
族の意向（できる、できない
等）を確認し、記載する。
・具体策について単に意見を聞く
だけではなく、提案について合
意が得られなかった場合には、
その理由や根拠を把握し記載す
る。
・その理由や根拠が「目標」欄の
根拠となっていく。
・ここでの情報は、最終的な目標
設定を合意する上での足がかり
となる。
・本人、家族の意向と専門家とし
てのケアマネジメントの考えを
すり合わせる。
前項で提案した「目標」と「具
体策」について、同意が得られ
た場合は、③表の「目標」と
「支援内容」につながる。

総合的課題に提示されている内
容以外のものは、「その他の記載
欄」に記載する。

6 介護予防サービス・支援計画表③について

「1日」：具体的に達成が考えられる内容、目標とする生活のイメージ化。
 「1年」：生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの。
 ※記録は、「1日」「1年」のどちらかの目標設定でも可能。

介護予防サービス・支援計画表③

目標とする生活		支援計画					
1日	1年	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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
<p>大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もある。また、対象が達成感・自己効力感が得られるような内容が望まれる。</p>		<p>生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでもサービス等による支援や利用者の取り組みにより達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は、改善の可能性を分析し、利用者の活動等が拡大した状態をイメージしてもらいながらその人らしい自己実現を引き出すようにする。</p>					
1.	介護予防支援計画表②の「課題に対する目標と具体策の提案」のうち、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。	左記目標に対して具体的な支援を考える上での支援者側の役割分担や留意点を記載する。	本人が自ら取り組む事や家族の支援、地域のボランティアや近隣住民の協力などもインフォーマルサービスとして記載する。なお、誰が何を行うかまで具体的に記載すること。	具体的なサービス内容について、利用者家族と合意し、目標を達成するために必要な支援内容を記載する。	<ul style="list-style-type: none"> 左記の支援内容に記載したサービス種別を具体的に記載する。 介護予防訪問介護については、報酬区分を記載。 加算サービスも記載。 	左記サービスを提供する事業所名を記載する。また、地域・介護保険外の公的サービスが担う部分も明記する。	<p>期間は、支援内容に掲げた「支援」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。なお、期間の設定においては、「認定の有効期間」も考慮するものとし、本計画の達成度の評価を行うことを念頭に記載する。</p>
<p>本人の意思（意欲）を尊重と言っても、単に「やりたくない」「したくない」ということで、サービス導入を決定することは適切なマネジメントとは言えないが、支援者の助言等によっても合意がなかなか得られなかった場合に、「本来の支援をできるように働きかけるための具体的な手順や方針とその内容実現に向けた方向性」を、この欄に記載する。</p>		<p>サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスが無い場合は、利用者家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧がきでサービス内容を記載する。</p>					
<p>【本来行うべき支援が実施できない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針</p>		<p>記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、サービス担当者が、生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。</p>					
		<p>総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント</p>					

Ⅶ 実施状況の把握とモニタリングに関する留意点

1 モニタリングの目的と留意点

- (1) 支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し、次の支援計画に結びつけることである。
- (2) モニタリングの結果、目標が達成された場合は速やかに課題分析を行い、課題が解決されている場合は、次のステップのために住民主体の活動や一般介護予防事業などの場を見学するなど、スムーズな移行に配慮する。
- (3) 新たな課題が見つかった場合、目標達成が困難な場合は、計画を組み直すことになるが、その際も必要に応じてサービス担当者会議等でリハビリテーション等専門職の意見を入手し、維持・改善の可能性を追求することが望まれる。

2 モニタリングにおける介護保険上の規定

厚生労働省令における、モニタリング等についての記載は以下のとおりである。

指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成十八年三月十四日厚生労働省令第三十七号
最終改正：平成二七年三月三十一日 厚生労働省令第五七号）

第三十条〔指定介護予防支援の具体的取扱方針〕

十四 担当職員は、介護予防サービス計画の作成後、介護予防サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む）を行い、必要に応じて介護予防サービス計画の変更、指定介護予防サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

十五 担当職員は、介護予防サービス計画に位置づけた期間が終了するときは、当該計画の目標の達成状況について評価しなければならない。

十六 担当者は、第十四号に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という）に当たっては、利用者及びその家族、指定介護予防サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

イ 少なくともサービスの提供を開始する月の翌日から起算して三月に一回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったと

きは利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。

ロ 利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防通所リハビリテーション事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するように努めるとともに、当該面接ができない場合にあっては、電話等により本人との連絡を実施すること。

ハ 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。

北九州市介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務におけるモニタリングについては以下のとおりである。

予防給付型：少なくとも3月に1回、原則本人の居宅を訪問し面接すること。それ以外は訪問もしくは電話等でモニタリングを実施し、毎月のモニタリング結果を経過記録に残すこと。

生活支援型：少なくとも6月に1回、原則本人の居宅を訪問し面接すること。それ以外は訪問もしくは電話等でモニタリングを実施し、毎月のモニタリング結果を経過記録に残すこと。

3 モニタリングの視点

- (1) 本人の生活状況に変化がないか
- (2) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントどおり、本人への支援やサービスの提供がなされているか
- (3) 個々の提供サービス等の支援内容が、実施の結果適切であるかどうか
- (4) 利用しているサービスに対して、本人は満足しているか
- (5) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの変更を必要とする新しい課題が生じていないか

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにおけるモニタリングにおいては、実施方法として、毎月必ず家庭訪問を行うことは求められていませんが、モニタリングの視点を踏まえ、訪問を行わない月についても電話等による確認は必要であり、モニタリングは毎月行う必要があります。

また、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの作成・サービス提供にあたっては、本人からの十分な状況の把握に心がけましょう。なお、電話のかわりに通所型サービス、訪問型サービスの提供中に本人を訪問することも有効です。※これまでのサービスから生活支援型サービスへ移行した場合には、サービス提供方法に変化が生じ、本人が不安や戸惑いを感じている状況が予測されます。

モニタリングを行う際は、提供事業者やサービス担当者から、サービスを実際に提供した後の情報を、電話や報告書等で得ることにより、サービスの見直しの必要性がないかの確認を行います。サービス実施者側から担当者へ情報が入ってくる体制を作り、連携を図ることができる体制を整えておくとよいでしょう。

4 実施方法及び実施時期

上記の厚生労働省令に基づき、サービス事業者からの報告、連絡、あるいは、事業所への訪問、本人からの意見聴取などの手法を通じて、定期的を実施する。サービス事業者や本人との日常的な連絡調整を通じて、日ごろから「なじみの関係」を作り、幅広く情報を収集できる環境を整えておくことが大切である。

また、モニタリングによって得た情報や日ごろの実施状況については、随時、「介護予防・介護予防ケアマネジメント支援経過記録」に記載する。

VIII 達成状況の評価に関する留意点

評価は、設定したケアプランの実施期間の終了時には、本人宅を訪問してプランの実施状況を踏まえて目標の達成状況の評価し、本人と共有しながら新たな目標の設定や利用するサービスの見直し等、今後の方針を決定する。

1 評価を行う時期

評価は、「介護予防サービス・支援計画表③」で、各目標に対して記載した期間（おおむね12ヶ月～24ヶ月以内）の終了日（終了月の末日）までに行う。

また、毎月行うモニタリングの結果や本人の状況の変化等によって、期間の終了時以外に行うこともある。

2 目的と視点

「介護予防サービス・支援計画表③」において、本人が希望する「目標とする心身状態」や「目標とする生活」を獲得できたかどうかを本人やその家族と共に確認し、介護予防サービス・支援計画表の見直しを行う。

評価を実施する際は、サービス事業者が行った評価（事前・事後アセスメント等）を把握・集約し、本人の生活機能全体に関する評価を行うことが大切である。

3 手順と留意点

(1) 本人の個々の状況により、サービス事業者より下記の情報を収集する。

- ア 北九州市予防給付型訪問サービス計画書、モニタリングや評価表等
 - イ 北九州市予防給付型通所サービス計画書・モニタリングや評価等
 - ウ 予防通所リハビリテーション計画書・モニタリングや評価等
 - エ 予防福祉用具計画書・モニタリングや評価等
 - オ 予防訪問看護計画書・モニタリングや評価等
 - カ 予防訪問リハビリテーション計画書・モニタリングや評価等 など
- ※生活支援型サービスの場合、個別サービス計画書は必要時のみ作成する

(2) 本人・その家族等と訪問による面談

「介護予防サービス・支援計画表③」の『目標』に沿って、実施したことの達成状況や効果（本人の生活機能の変化など）を、本人と共に確認する。

(3) プランの継続・変更・終了

評価の結果、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの継続・変更・終了を判断する。「継続」「変更」の必要がある場合は、アセスメントを経て「目標達成しない原因」や「今後の方針」などを考慮し、新たな介護予防サービス・支援計画表（原案）を作成する。

4 評価の反映

評価後の流れとしては、予防給付、介護給付、生活支援サービス事業のそれぞれについて以下の可能性が考えられる。

《効果の評価》

	予防給付	地域支援事業
改善	要支援2→要支援1へ変更要請	一般介護予防事業へ移行
	介護予防・生活支援サービス事業へ移行	セルフケアで日常生活が成立するため、介護予防事業の利用を終了
	一般介護予防事業へ移行	
	セルフケアで日常生活が成立するため、予防給付・介護予防事業ともに利用を終了	
維持	予防給付の利用を継続	介護予防事業の利用を継続
悪化	変更申請等 (要支援1→要支援2へ変更申請) (要支援2→要介護へ新規申請)	要支援・要介護認定を申請

(地域包括支援センター運営マニュアル：平成27年6月発刊)

状態の改善・悪化に応じて、予防給付と介護予防・生活支援サービス事業という両制度間でのサービス移行があり得ることをあらかじめ説明しておくことが、両制度の円滑な利用にあたって大切である。

評価の内容は、介護予防ケアマネジメントの次のサイクルのアセスメントとして活用することができる。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表

利用者名 △△ △△

計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因		今後の方針
				本人・家族の意見	計画作成者の評価	
介護予防サービス・支援計画表③の「目標」欄に記載した内容が転記されている	介護予防サービス・支援計画表③の「期間」欄に入している期間を記載。但し、計画期間中に計画が変更した場合はこの期間ではない	評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する	各目標が「達成」か「未達成」か選択する	目標が「未達成」の場合、なぜ目標が達成されなかったのか、目標設定の妥当性も含めて利用者・家族の認識を確認した上で原因を記載する	なぜ目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見も含めて、担当者としての評価を記載する	個々の目標について、目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的観点を踏まえて記載する

総合的な方針	地域包括支援センター意見		
個々の目標に対する「今後の方針」を総合した今後の支援の方針を専門的な観点から記載する		<input type="radio"/> プラン継続 <input type="radio"/> プラン変更 <input type="radio"/> 終了	<input type="radio"/> 予防給付 <input type="radio"/> 介護給付 <input type="radio"/> 介護予防生活支援サービス事業 <input type="radio"/> 介護予防一般高齢者施策 <input type="radio"/> 終了

Ⅸ 介護予防・介護予防ケアマネジメント支援経過記録について

時系列に相談内容や出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む）、毎月のモニタリングの内容、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントや各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記載する。

サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者（所属・職名・氏名）、検討項目、検討内容、検討結果、残された課題等を記載する。

1 記入方法

❖ 「利用者名」欄

利用者の氏名を記載する。

❖ 「計画作成者名」欄

計画作成者の氏名を記載する。

※介護予防ケアプランを作成していない場合は、相談対応者の氏名を記載するまた、今後作成予定の場合は、介護予防ケアプランを作成する担当者名を記載する。

❖ 「年月日」欄、「内容」欄

- ・ 訪問、電話、来所、アセスメント、毎月のモニタリング、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合、その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載する。
- ・ 事実の記載は最重要事項であるが、その事実にもとづきケアプランや支援内容（対応方針）に修正が必要と考えられた場合などは、記録を残すことも重要である。
- ・ 交付書類、交付先は必ず記載する。（介護予防サービス・支援計画表、利用・提供票など。）
- ・ 利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画表①～③において、書ききれなかった利用者の状況等について、ここに記録として残しておく。
- ・ その他、契約に関する事項が事務手順どおりに実行できなかった経緯等記載する。

《記録のポイント》

- 1 簡潔明瞭に、事実と記録者の考えは分けて書く。
- 2 「いつ」「だれが」「何を」「どうした」
- 3 「そのことについての対応」「記録者の考え」を明確に記載する。
- 4 経済面や虐待の疑い、認知症の状況など、本人の意欲低下につながる内容は追記で記載する。
- 5 次回のプラン作成時のアセスメントに生かすことを意識して記録する。

介護予防・介護予防ケアマネジメント支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者氏名

様 計画作成者氏名

年月日	内容	年月日	内容
平成〇年〇月〇日（ ）	相談の経緯、支援に至った経緯を記載する。		結論・・・・・・・・・・・・・・・・。
【初回相談】	▲▲氏より電話あり。転倒して骨折して以降、足の動きが悪くなり、屋内外の出入りや日常生活が大変になっているとのこと。		ケアプラン承認。 ケアプラン、利用提供票を誰に交付したか記載。
平成〇年〇月〇日（ ）	▲▲氏宅訪問。	平成〇年〇月〇日（ ）	地域包括支援センター〇〇1へ電話連絡し、〇月〇日（電話）
【初回訪問】	□□氏（長女）と■■氏（友人）が同席。	平成〇年〇月〇日（ ）	〇時に原案確認の予約を入れる。 地域包括支援センター〇〇1で原案確認を受ける。
〇時～〇時〇分	アセスメント実施。 本人・家族に契約書、重要事項説明書、覚書を説明し同意を得て、署名・捺印を頂く。		包括支援センターから助言があれば、それを支援経過記録に記載しておく。
平成〇年〇月〇日（ ）	〇〇区統括支援センターへ、介護認定審査会資料請求のため電話連絡する。	平成〇年〇月〇日（ ）	▲▲氏、●●デイサービスセンター管理者◆◆氏、▽▽ヘルパーステーションサービス提供責任者▼▼氏へ 地域包括支援センターで承認されたケアプランの写し、及び利用提供票の〇月～〇月分を交付。
平成〇年〇月〇日（ ）	契約書、重要事項説明書、覚書、作成依頼（変更）届出書を提出。審査会資料、受託書を受け取る。		・・・・・・・・・・・・・・・・。
平成〇年〇月〇日（ ）	▲▲氏宅でサービス担当者会議開催。	平成〇年〇月〇日（ ）	本人へ電話によるモニタリングを行う。
【サービス担当者会議】	出席者：▲▲氏（本人）、□□氏（長女） ◆◆ ◆◆氏（●●デイサービスセンター管理者） ▼▼ ▼▼氏（▽▽ヘルパーステーションサービス提供責任者） ●● ●●氏（ケアプランセンター□□ 介護支援専門員）	【モニタリング】	モニタリングは、目標達成に向けてどのように本人が取り組んでいるかや、サービスの実施状況、本人の満足度、モニタリングした上での今後の課題について記載する。
	検討課題・・・・・・・・・・・・・・・・。		・・・・・・・・・・・・・・・・。
	検討内容・・・・・・・・・・・・・・・・。		・・・・・・・・・・・・・・・・。

※1 居宅介護支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む）、サービス担当者介護の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整など記入する

※2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者（所属（職種）氏名）、検討した内容等を記入する

介護予防・介護予防ケアマネジメント支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者氏名

様 計画作成者氏名

年月日	内容	年月日	内容
平成〇年〇月〇日（ ）	自宅訪問し、本人と面接。		
【モニタリング訪問】	【ケアプラン目標1】について		<p>【記載が必要な事項】</p> <p>1 毎月のモニタリング記録 （目標についてのモニタリングを視点に入れる 本人の状況やケアプランの目標についての達成 度、本人の満足度、サービスの実施状況、今後の 課題など）</p> <p>2 3ヶ月に1回の訪問記録（内容は1に順ずる）</p> <p>3 サービス担当者会議の記録（別紙可）</p> <p>4 交付書類、交付先、交付日の記載（計画書、利 用提供票など）</p> <p>5 その他 契約に関する事項が事務手順どおりに実行でき なかった経緯の記載</p>
〇時～〇時〇分	・・。		
	・・。		
	【ケアプラン目標2】について		
	・・。		
	・・。		
	【その他】について		
	・・。		
	・・。		
	【結論】		
	・・。		
	・・。		
	【利用提供票】の交付		
	誰に交付したか記載		
	・・。		
	・・。		
	・・。		
	・・。		
	・・。		
	・・。		
	・・。		

※1 居宅介護支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む）、サービス担当者介護の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整など記入する

※2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者（所属（職種）氏名）、検討した内容等を記入する。

課題整理表の記入要領

平成 27 年 4 月

北九州市版

1 策定の趣旨

課題整理表は、要介護者等の基本的な情報を多職種間で共有するとともに、どのような考え方で要介護者等の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出したのかを表現するものである。特に課題整理表の「見通し」欄を整理することをきっかけに多職種間の連携や助言・指導等を実施しやすくすることをねらいとしている。

現在の様式は、アセスメントの結果から課題を導き出す過程を表現するような形式とはなっていない。そのため、多職種間協働の場面等において、利用者の状態等や課題を導き出した背景、それに基づいて整理された援助の方向性や各担当者の役割の共有が、十分に行なわれないことがある。

そこで、利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際の一つの様式として、課題整理表は策定されたものである。

2 目的と活用にあたっての留意点

課題整理表の目的は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出すにあたって、利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている課題を明らかにし、その解決すべき課題を抽出するまでの間に、担当者としてどのような考えで課題分析を行なったのかを明らかにすることである。さらに、課題整理表で整理された「改善／維持の可能性」と「見通し」を踏まえ、長期・短期目標や援助内容を精査しやすくすることである。また、課題整理表を活用し、多職種間で情報共有しつつ、課題分析過程を明らかにすることで、地域ケア個別会議等の場における多職種との情報共有・連携等を効果的に実施できるようになることである。

課題整理表の活用にあたって重要なことは、利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を導くにあたり、利用者等がどのような生活をしたい、あるいは、できるようになりたいと望んでいるかなど、意向をひきだしつつ客観的に判断することである。

3 記載項目及び記載要領

(1) 「対象者番号」欄 地域包括支援センター毎の連番を記入する。

(2) 「状況の事実」の「現在」欄

各項目について、「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」（項目によっては「支障なし」「支障あり」）のいずれかを選択する。

<目安>

「見守り」⇒見守りや声かけを受け、一連の動作のほぼ全てを支障なく実施している。

「一部介助」⇒一連の動作の一部について介助を受けて行為を実施している。

「全介助」⇒一連の動作のほぼ全てについて

ここでは、日常的にしているかどうかに基づいて判断することとし、できるかどうかは考慮しないこと。能力ではなく、行っているかで判断する。

例えば、自宅とデイサービスで状況が異なる等、生活環境によって状況が異なる場合は、日常生活の中で頻度の高い状況に基づいて判断する。

また、褥瘡・皮膚の問題や行動・心理症状（BPSD）等について、現在は支障が顕在化していないもののリスクが大きいと判断される場合は、支障ありを選択する。

例)

項目	状況	記入例
屋内移動	多少のふらつきがあり転倒リスクはあるものの、階段昇降を含めて自力で移動している。	自立
屋外移動	ヘルパーが付き添うと病院まで自力で移動するが、付き添いがないと外出しない。	見守り
口腔ケア	デイサービスで声かけされれば歯磨きをするが、自室などに居て声かけがないと全くしない。	見守り
服薬	飲むべき薬の管理や飲むための準備ができない。	一部介助
調理	自身では全く調理していない。 (ヘルパーが準備したものを食べている。)	全介助（日常的にしていない。)
入浴	デイサービスで立位保持と洗身の介助があれば入浴しているが、自宅では全く入浴していない。	全介助

(3) 「自立した日常生活の阻害要因」(心身の状態、環境等)欄

「状況の事実」の「現在」欄で、「自立」あるいは「支障なし」以外が選択されている項目の要因を分析し、自立を阻害している根本的な要因を記入する。なお、番号は要因の重要度等による優先順位を示したものではない。

疾患を要因として捉える場合が多いと考えられるが、疾患に応じた療養や健康管理が十分にできていないという状況が生活に影響を及ぼすこともある。例えば、要介護状態となった原因疾患が「糖尿病」である場合、糖尿病そのものは診断名であり、「食事管理ができない」ことや「インシュリン自己注射の管理ができない」などを記入する。疾患

名を記入するより、「〇〇病による〇〇」と記入した方がわかりやすい。
また、心身の状態のほか、環境に関する要因が含まれる場合もある。

(4) 「状況の事実」の「要因」欄

「状況の事実」の「現在」欄で、「自立」あるいは「支障なし」以外を選択した項目について、その要因として考えられるものを、「自立した日常生活の阻害要因」欄から選択し、その番号を選択する。

(5) 「状況の事実」の「維持／改善」欄

「状況の事実」の「現在」欄で、「自立」あるいは「支障なし」以外を選択した項目について、現在の認定期間を見通して、必要な援助（介護保険サービスだけでなく、インフォーマルな支援を含む）を利用した場合に「現在」の状況が維持・改善する可能性の有無を検討し、「改善」「維持」「悪化」のいずれかを選択する。

この欄は、あくまでも担当者としての判断に基づいてその考えを記入する。

(6) 「状況の事実」の「状況」欄

「現在」欄で、「見守り」「一部介助」「全介助」「支障あり」を選択した場合は、必ずその具体的な状況を記入する。

(7) 「本人及び家族の意向」欄

本人及び家族が望む生活の意向のうち、課題を抽出するうえで重要と思われる内容のみを整理して、記入する。

(8) 「見通し」欄

利用者の自立した日常生活を妨げている要因の解決に向けて、当該ケアプランの短期目標の期間を見据えて、「どのような援助を実施することにより」（要因の解決のために必要と考えられる援助内容）、「状況がどのように変化することが見込まれるか」（援助を利用した場合に到達が見込まれる状態）を記入する。

このことは、実施しようとする援助内容により変化すると考える状況の仮説（改善や維持等）を記載することになる。

わかりやすく簡潔な内容とするため、「要因」「要因の解決のために必要と考えられる援助内容」「援助を利用した場合に到達が見込まれる状態」に対して、数行でまとめることを目安とする。

なお、介護保険法に掲げられている「要介護状態等の軽減又は悪化の防止」という考え方に沿って言えば、まずは「改善」について、その項目の要因を解決するための見通しを必ず記入することが重要である。そのうえで、「維持」や「悪化」の項目のうち、特

に取り組むべきと考えられる項目について、どのような援助を実施することが必要かを記入する。

例：「今は〇〇だけど、〇〇すれば（あれば）、〇〇ができるように（〇〇の状態に）なると思われる。」など

(9) 「解決すべき課題（ニーズ）」欄

「見通し」欄の記入内容を踏まえて記入する。なお、担当者の判断で本人に提案する、合意前の案であって差し支えない。

(10) 「優先」欄

課題の優先順位を踏まえて、数字を記入する。当該期間のケアプランに反映しない課題については、「－」を記入する。

対象者()

課題整理表 (作成日 年 月 日)

様式第6号

自立した生活状況の阻害要因 (健康状態・環境等)		(A)			(B)			(C)			見 通 し	解決すべき課題	
		(D)			(E)			(F)				(ニーズ)	優先
		現在	要 因	維持改善	状 況			本人・家族の意向					
移動	①起居動作												
	②室内移動												
	③屋外移動												
食事	④食事摂取(嚥下能力等)												
	⑤食事内容(栄養面)												
	⑥調理												
口腔	⑦口腔ケア(歯磨き等)												
	⑧口腔衛生(状態)												
排泄	⑨排泄動作												
	⑩排尿・排便(失禁・頻尿等)												
保清	⑪入浴												
	⑫更衣・整容												
認知	⑬短期記憶												
	⑭行動・心理状況(BPSD)												
社会性	⑮コミュニケーション(表出・理解)												
	⑯社会との関わり												
I A D L	⑰掃除												
	⑱ごみ出し												
	⑲整理・物品の管理												
	⑳洗濯												
	㉑買い物												
	㉒通院												
	㉓服薬												
㉔金銭管理													
㉕介護力(家族関係を含む)													
㉖居住環境													
㉗じよくそう・皮膚の問題													
㉘特別な医療													
㉙特別な状況													