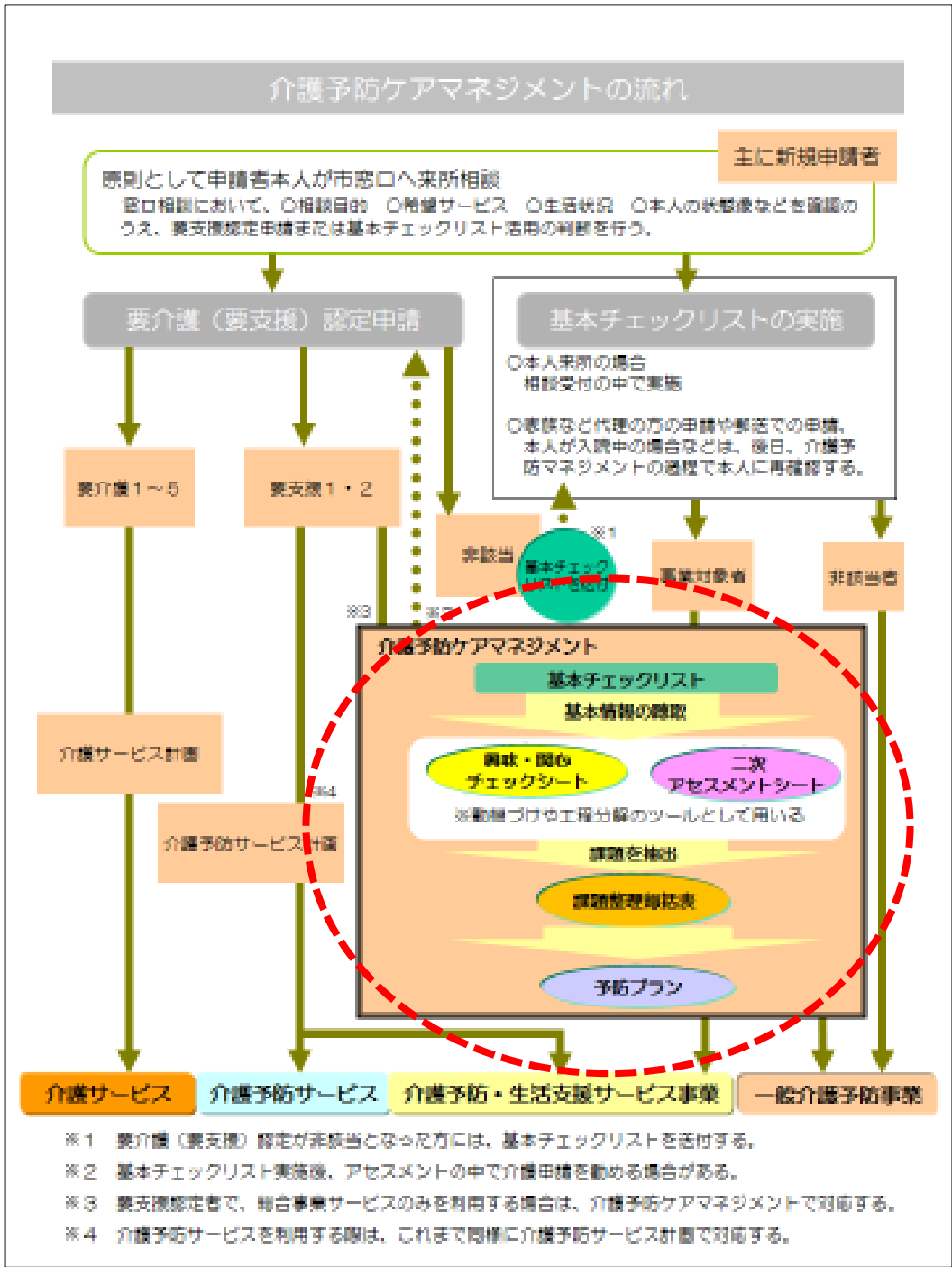


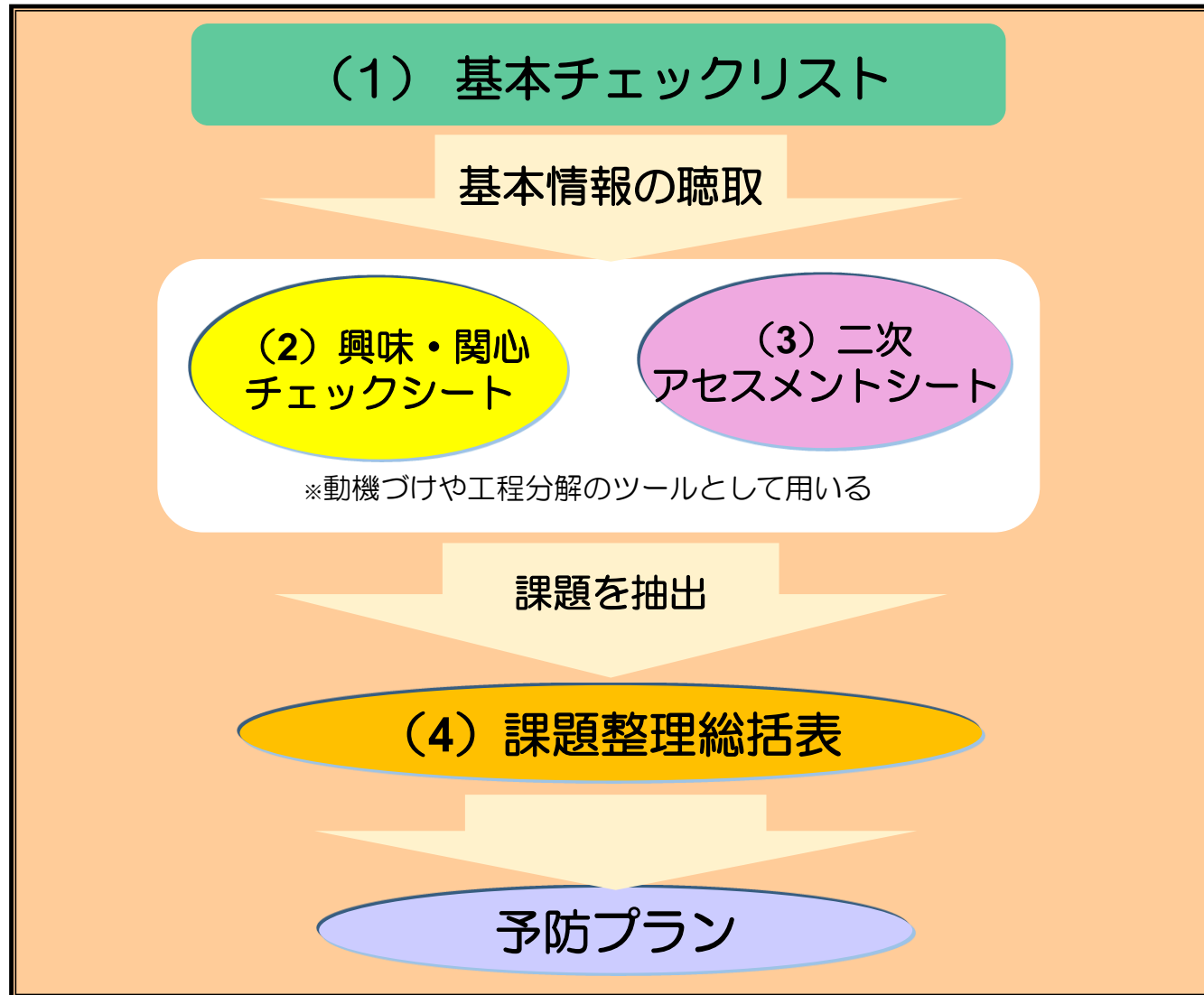
介護予防・生活支援サービス事業
～介護予防ケアマネジメント様式の説明～

久留米市地域包括支援センター



介護予防ケアマネジメント
の中で必要な様式の説明
を行います。

介護予防ケアマネジメントの流れ



番号に沿って様式の説明を行います。
なお、プランについては
今までの予防プランと同様です。

(1) 基本チェックリスト

- ・平成17年に厚生労働省が約1万人を対象に実施した調査結果を踏まえて作成したもの。
- ・基本チェックリストは、介護予防給付対象者に加え、事業対象者についてもサービスを利用する際に標準化されたアセスメントツールとして活用される。
- ・今まで久留米市では、27項目の「みつめてほシート」を使用していたが、全国一律の25項目の「基本チェックリスト」を使用する。
- ・質問内容及び基準については、二次予防事業対象者の把握として利用していたものと変わらないものとし、事業対象者に該当する基準に該当する者について介護予防ケアマネジメントを実施する。
- ・記載する際には指標となる「基本チェックリストについての考え方」(別紙参照)を元に記載することが求められる。
- ・記載後のアセスメントにおいては、各項目の関連性が重要である。

基本チェックリスト着眼点

No.	質問項目		
生活全般	1	バスや電車で1人で外出していますか	IADLを問う質問。該当する場合には二次アセスメントシートで工程分解し、原因を探求することを勧める。
	2	日用品の買物をしていますか	
	3	預貯金の出し入れをしていますか	
	4	友人の家を訪ねていますか	
	5	家族や友人の相談にのっていますか	
運動	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	特に8,9の項目は「運動強度」「転倒の事実」が分かる。該当する場合には、すでに運動器機能が低下している可能性があり転倒ハイリスクであるため、予防的視点が必要。
	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	
	8	15分位続けて歩いていますか	
	9	この1年間に転んだことがありますか	
	10	転倒に対する不安は大きいですか	

栄養	11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	11の項目に該当することやBMIの数値が低い場合は、 低栄養 を疑う。
	12	身長 cm、 体重 kg (BMI=) (注)	
歯・口	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	二次アセスメントシートを用い深める必要がある。
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	
	15	口の渇きが気になりますか	
外出	16	週に1回以上は外出していますか	運動器機能やこころの項目との関連が深い 。
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	

もの忘れ	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	家族やキーパーソンとなる人物からの情報収集、 必要に応じて専門医受診を勧める 等の支援が求められる。
	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	
	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	
こころ	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	うつ状態が続くと食思低下から低栄養の危険性もある。意欲低下から外出頻度が減り、運動器機能低下も予測される。高齢期は喪失体験も多く、うつ状態に陥りやすい。 認知症との関連もある ため、一時的なものなのか慢性的なものなのか、なぜうつ状態なのか、さらに深くアセスメントすることが必要である。
	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	
	23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	

(2) 興味・関心チェックシート

- 一般社団法人日本作業療法士会が制作したシートである。
- 利用者が自立した日常生活を送るようになるためには今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることが重要。利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機づけが求められる。
- 興味・関心チェックシートにはADL・IADL・参加・趣味・仕事の要素が含まれている。

興味・関心チェックシート

氏名： 年齢： 歳 性別（男・女） 記入日： H 年 月 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く	ADL			生涯学習・歴史	趣味		
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る	IADL			写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転	参加			体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流	仕事			編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

※空欄には各地域特有の生活行為や趣味活動など、私用する場に応じて追記する

(出典) 「平成25年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014. 3)

本人の望む生活（生活の目標）と現状の生活の差について、「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析。生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題（目標）」に対し、段階的に支援することが望まれる。

(3) 二次アセスメントシート

- 基本チェックリストによって抽出された課題を工程分解し、より深くアセスメントするために、リハビリ専門職から助言をもらい制作した久留米市オリジナルのツールである。
- 本人から「現在の実行度」、「現在の満足度」と「一年後になりたい姿」を聞き取る事で生活のイメージを持つことができる。
- 基本チェックリストの項目に基づいた本人の課題分析を行っていく。
- 項目は予防プランの4領域に分かれているが、すべての項目を上から順番に聞き取るのではなく、必要な課題を掘り下げる為に使用する。

フリガナ
氏名

本人の主観で記載する。実行していない場合は「1」、十分実行できている場合は「10」に○を付ける。

大・昭

記載日

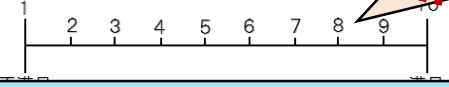
平成 年 月 日

本人の主観で記載する。不満足の場合は「1」、十分満足している場合は「10」に○を付ける。本人の意欲を見る指標となる。

現在の実行度
／10



現在の満足度
／10



一年後になりたい姿

本人が1年後どうなっていたいかを記載する。

グレーの質問項目はみつめてほシートで聞き取った情報をもとに転記する。

運動・移動について

	質問項目		できない場合考えられる原因
外出	1 バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	各項目においてできない原因を記載する
	・移動手段	<input type="checkbox"/> 車(運転) <input type="checkbox"/> 車(同乗) <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩	
	・バスや電車の利用頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 2~3回/週 <input type="checkbox"/> 1回/週 <input type="checkbox"/> 2~3回/月 <input type="checkbox"/> 1回/月 <input type="checkbox"/> ない(ほとんどない)	
	6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・階段を昇ることが出来る	<input type="checkbox"/> つかまらずに昇れる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない		
備考(主な支援者・支援の内容等)			
基本動作	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	・仰向けから横向きになる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
	・背もたれなしで座る	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
	・座位から立位になる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
	・立位保持が出来る	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
	・ベッドから椅子に移ることが出来る	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
備考(主な支援者・支援の内容等)			
歩行	8 15分ぐらい続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	・室内歩行が出来る	<input type="checkbox"/> 自立して歩く <input type="checkbox"/> 杖・歩行器を使用して歩く <input type="checkbox"/> 一人ではできない	
	・屋外歩行が出来る	<input type="checkbox"/> 自立して歩く <input type="checkbox"/> 杖・歩行器を使用して歩く <input type="checkbox"/> 一人ではできない	
	9 この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	・1年間に転んだ回数	<input type="checkbox"/> 1回以下 <input type="checkbox"/> 2~3回 <input type="checkbox"/> 4回以上	
	・転んだ場所	<input type="checkbox"/> 屋内() <input type="checkbox"/> 屋外()	
・どんな状態で転んだのか ()			
10 転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
備考(主な支援者・支援の内容等)			

身体面だけでなく精神面に関連があるときは、どんな状態だったかを記載(精神面の落ち込みがあるときにどんなに運動しても効果がないため)
例:夫がなくなったばかり

本人・家族の意向

『運動・移動』における、本人や家族の考えや思いを記載する。

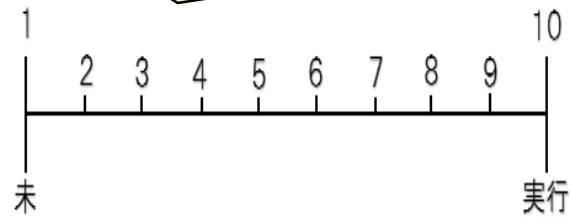
支援の方向性

『運動・移動』における、今後の支援の方向性について専門的な観点も含めて記載する。

実行度：本人が生活上どのくらい自分で自分のことができているか
満足度：実行度に対して、本人がどれくらい満足しているか
⇒それぞれを10段階で評価。

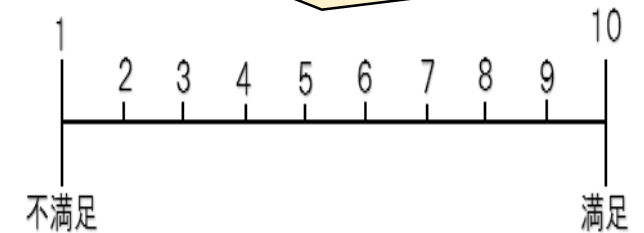
本人の主観で記載する。実行していない場合は「1」、
十分実行できている場合は「10」に○を付ける。

現在の実行度 / 10



本人の主観で記載する。不満足の場合は「1」、
十分満足している場合は「10」に○を付ける。
本人の意欲を見る指標となる。

現在の満足度 / 10



実行度が低く、満足度も低い場合：なぜ低いのか、何が出来ていて何が出来ていないのかを項目を分析する。

実行度が高いが、満足度が低い場合：何ができるようにになれば満足度が上がるのか分析することで、意欲向上や目標にもつながる。

また、評価時に再度聞き取ることで、目標の達成度の目安や新しい目標にもつながっていく。

日常生活 (家庭生活について)		質問項目			できない場合考えられる原因
調理	・メニューを考える	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	<p>家族等から支援を受けており、自分で行っていない場合は空欄でよい。</p> <p>調理等の家事をする習慣がない場合、「妻が調理をしており、本人は行っていない」等の理由を記載する。</p>
	・必要な食材・調味料を準備する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
	・自分で食事の支度をし、片付けができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
	・食材をカットできる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
	・煮炊きができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
	・火気(ガスコンロ等)の取り扱い	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
備考(主な支援者・支援の内容等)					
洗濯	・洗濯物を手洗いでできる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
	・洗濯機を利用し洗濯を行う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
	・洗濯物を干して、取り込むことができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
備考(主な支援者・支援の内容等)					
掃除	・掃除機を使って掃除ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
	・雑巾を絞って拭くことができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
	・水廻り(トイレ・浴室・台所)の掃除ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
	・部屋のゴミを集めることができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
	・ゴミ収集所までゴミを持って行くことができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
備考(主な支援者・支援の内容等)					
買い物	2 日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	・店まで移動する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
	・必要な品物をカゴ・カートに入れる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
	・代金の支払ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
	・買った物を持って帰る	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
備考(主な支援者・支援の内容等)					
物品の整理	・布団の上げ下ろしができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
	・季節に応じた服の整理が出来る(衣替えができる)	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
備考(主な支援者・支援の内容等)					
管理	3 預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	・出し入れも含めて自己管理が行える	<input type="checkbox"/> 通帳も含めて管理できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る	<input type="checkbox"/> できない	
備考(主な支援者・支援の内容等)					
書類	・内容を理解して記載できる	<input type="checkbox"/> 一人でできる	<input type="checkbox"/> 人に尋ねながらできる	<input type="checkbox"/> できない	
	備考(主な支援者・支援の内容等)				
本人・家族の意向				支援の方向性	

		質問項目		できない場合考えられる原因		
	4 友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
	・家族や友人との交流はあるか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
	5 家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
	16 週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
	・外出の頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 2~3回/週 <input type="checkbox"/> 1回/週 <input type="checkbox"/> 2~3回/月 <input type="checkbox"/> 1回/月以下(ほとんどない)				
	・主な外出先	<input type="checkbox"/> 校区外 <input type="checkbox"/> 校区内 <input type="checkbox"/> 近所のみ				
	17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
	普段から地域の行事や趣味・仕事などを通して人との交流がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
	・地域活動への参加	<input type="checkbox"/> 参加あり	<input type="checkbox"/> 以前はあったが今はない <input type="checkbox"/> 参加なし			
	・趣味活動	<input type="checkbox"/> 趣味活動がある	<input type="checkbox"/> 趣味活動はあるが今はしていない <input type="checkbox"/> 趣味がない			
	備考(外出の目的等)					
	認知面	18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	<p>認知症の簡易テスト。特に頭頂葉の機能である視空間認知が障害されると、模倣ができなくなる。本人と向かい合わせに座り、一緒にやってみせできるかを判断する。</p>
		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	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	
20 今日が何月何日かわからない時がありますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
・会話がまとまらない		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある			
・もの忘れが気になる		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある			
・電気器具の操作が出来る		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある			
・火の不始末(鍋焦がし)の有無		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある			
・悪徳商法への注意		<input type="checkbox"/> 注意している	<input type="checkbox"/> 注意していない <input type="checkbox"/> 被害経験がある			
・逆さキツネ(両手でキツネを作って逆さまに耳と耳を合わせる)ができるか		<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 声かけでできる <input type="checkbox"/> できない			
・自分の意思を伝えることができる		<input type="checkbox"/> 伝えられる	<input type="checkbox"/> できるが配慮が必要 <input type="checkbox"/> できない			
備考: 気になる言動等						
本人・家族の意向			支援の方向性			

突然ですが、これできますか？



• 逆さキツネができるか

両手でキツネを作って逆さまに耳と耳を合わせる

①両手でキツネをつくる



②手首をひねる



③キツネの耳をあわせる



逆さキツネができるか



- 認知症の簡易テスト

特に脳の頭頂葉の機能である視空間認知が障害されると、模倣ができなくなる。

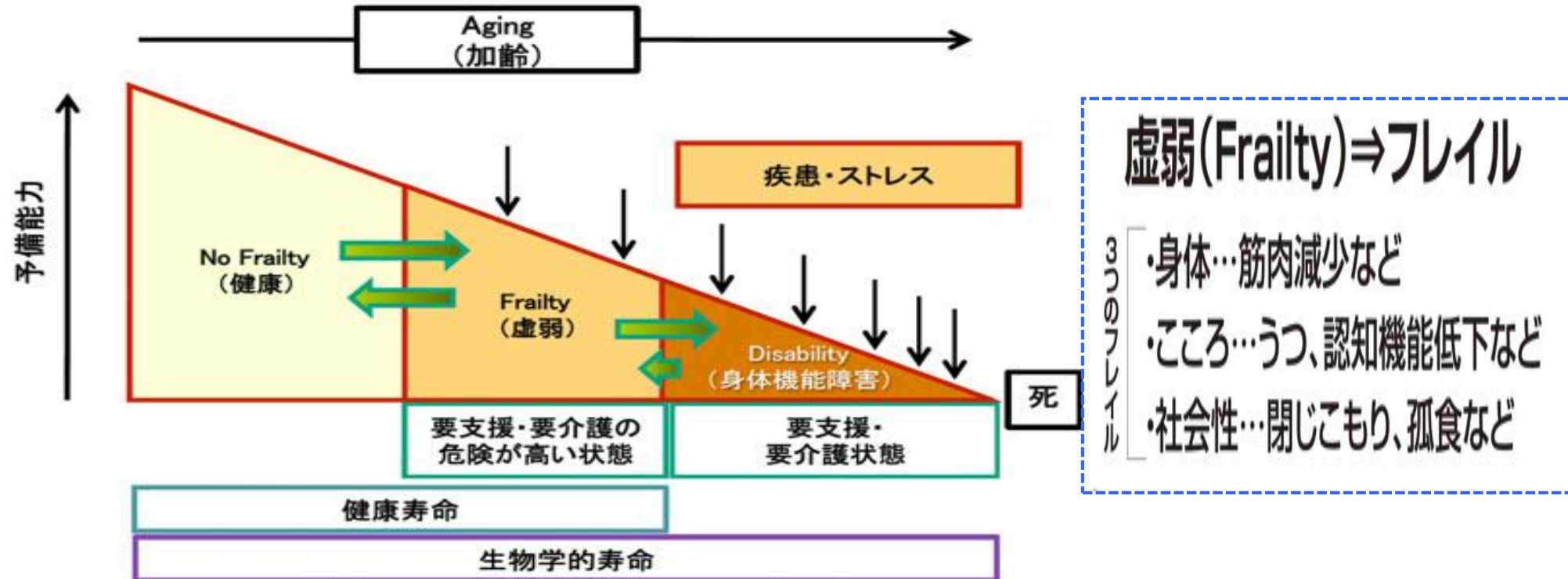
本人と向かい合わせに座り、一緒にやってみせできるかを判断する

健康管理について (日常生活関連動作に含まれる項目あり)		質問項目	できない場合考えられる原因
入浴	入浴を一人でできる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	・浴室内を移動できる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない	
	・身体を洗う	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない	
	・浴槽に入れる、浴槽から出る	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない	
	・身体を拭く	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない	
	・髪を洗う	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない	
	備考 (主な支援者・支援の内容)		
整容・更衣	整容が1人でできる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	・洗面ができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない	
	・髪や髭の手入れができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない	
	・爪の手入れ・化粧ができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない	
	・歯磨きができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない	
	・自分で衣服の着脱ができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない	
	・TPO(時間・場所・場合)に応じた服に着替えができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない	
備考 (主な支援者・支援の内容)			
排泄	排泄が1人でできる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	・後始末をする(拭き取る)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない	
	・排尿のコントロール	<input type="checkbox"/> 失敗なし <input type="checkbox"/> 週1回未満の失敗がある <input type="checkbox"/> 毎日失敗がある	
	・排便のコントロール	<input type="checkbox"/> 失敗なし <input type="checkbox"/> 週1回未満の失敗がある <input type="checkbox"/> 毎日失敗がある	
備考 (主な支援者・支援の内容)			
栄養	自分で食べることができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できるが時間がかかる <input type="checkbox"/> できない	
	11 6ヶ月で2, 3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	身長 cm ・ 体重 kg (BMI =) ※BMI=体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)		
	・食事の回数 回/日 (規則的 ・ 不規則的)		
	・普段の食事内容： 朝食- 昼食- 夕食- 嗜好品-		
	・食事制限がある場合 <input type="checkbox"/> 実行できている <input type="checkbox"/> 実行できていない 制限の種類(糖分 塩分 蛋白質 その他)		
	肉や魚を食べる回数	<input type="checkbox"/> 1日1回以上食べる <input type="checkbox"/> 食べない日もある <input type="checkbox"/> 全く食べない	
	・以前と比べて食事量に変化がある	<input type="checkbox"/> 増えている <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 減っている	
	・間食があるなし	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある：内容()	
	・ふくらはぎが指で囲めるまたは隙間ができる	<input type="checkbox"/> 囲めない・隙間ができない <input type="checkbox"/> 囲める・隙間ができる	
備考 (主な支援者・支援の内容)			

サルコペニア(筋肉量が減り、筋力が衰えていく老化現象)の可能性を知ることができる簡易テスト。左右の親指と人差し指を広げてふくらはぎを囲めるかをみる。

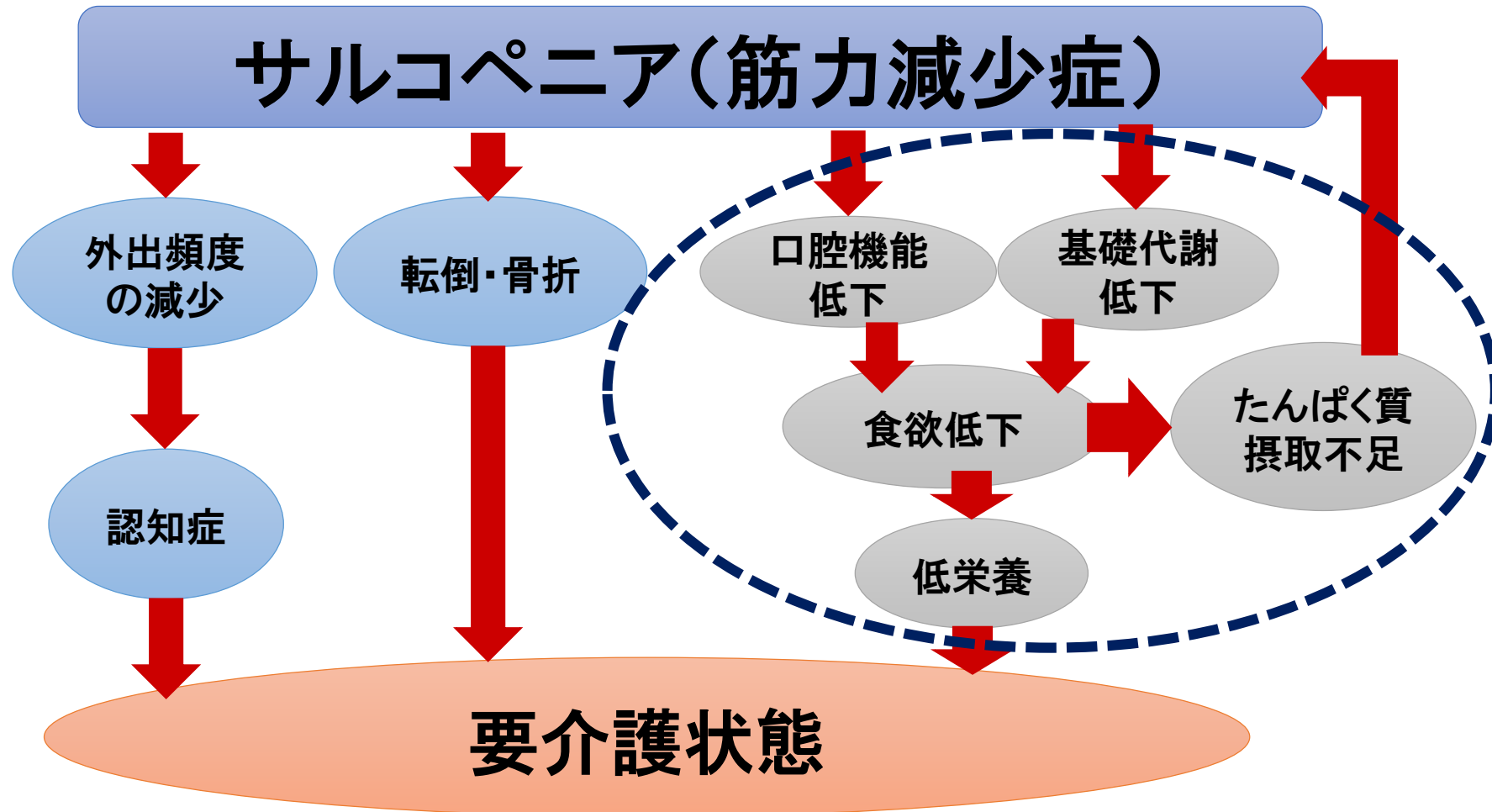
介護予防のためにフレイル予防が必要！

※フレイルとは、2014年5月、日本老年医学会によって提唱
高齢者が筋力や活動が低下している状態（虚弱）のこと。



出典： 長寿医療研究センター病院レター 第49号
虚弱（フレイル）の評価を診療の中に
<http://www.ncgg.go.jp/hospital/pdf/news/Hospitalletter49.pdf>

最大なるフレイルリスクは「サルコペニア」です



サルコペニアとは、
加齢によって生じる筋肉量や筋力の減少による身体機能の低下のこと

〈なりやすい人〉

- 高齢で痩せ型
- メタボ体型だけど筋力が少ない
- 極端なダイエットをしている

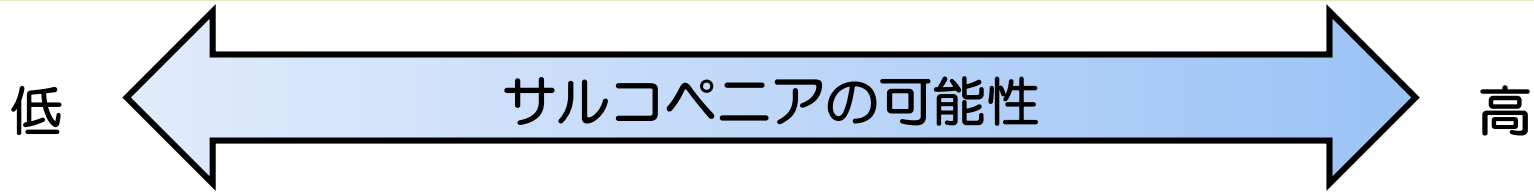
〈診断基準〉

握力、歩行速度、筋肉量の測定、**指輪っかテスト**、片足立ちテスト



- ふくらはぎが指で囲めるまたは隙間が出る（指輪っかテスト）

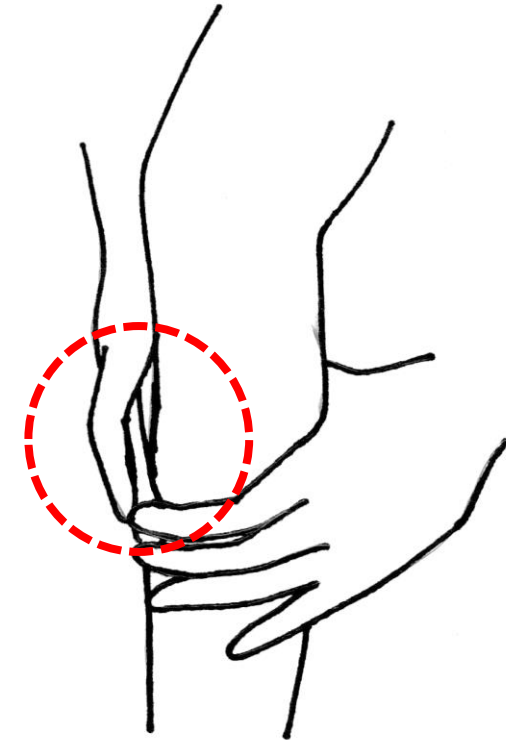
ふくらはぎの**最も太い部分**を両手の親指と人差し指で囲む



囲めない



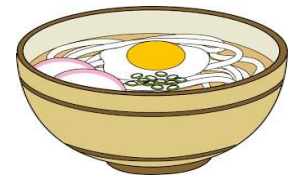
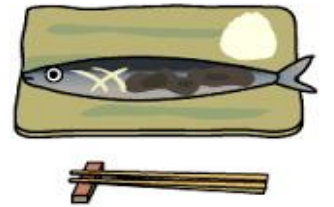
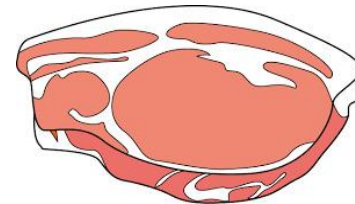
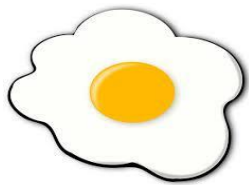
ちょうど囲める



隙間ができる

栄養面のアセスメントは重要です

エネルギー不足、たんぱく質不足の状態でもなんにリハビリ
や運動を行っても、効果は得られない！



しっかりエネルギー・タンパク質を取り、
低栄養を防ぐことが重要です！

		質問項目			できない場合考えられる原因	
口腔	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	□いいえ □はい				
	・入れ歯は合っていますか？	□問題なし	□問題あり ()			
	・口から食べ物が出ることがある	□なし	□時々ある	□よくある		
	14 お茶や汁等でむせることがありますか	□いいえ □はい				
	・食べ物飲み込みることができる	□できる	□できるが時間がかかる	□できない		
	・のどの中に食べ物が残ることがある	□なし	□時々ある	□よくある		
	15 口の湿きが気になりますか	□いいえ □はい				
	・以前と比較し味覚が変わりました	□問題なし	□問題あり ()			
	・すっぱいものが上がってくることもある	□なし	□時々ある	□よくある		
	備考（入れ歯の有無や歯科受診の有無・頻度等）					
疾患・服薬	定期的に医師の診察を受けていますか		□はい		<p>高齢者に多い「逆流性食道炎」の可能性のあるかの指標になる。</p> <p>支援を受ける原因になった主要な病気を3つまで挙げる。</p> <p>未治療の場合は、理由を備考欄に記載する。</p>	
	発症時期（年月日）	疾患名	医療機関名	自覚症状		治療の有無
	年 月 日					□治療中 □経過観察 □完治
	年 月 日					□治療中 □経過観察 □完治
	年 月 日					□経過観察 □完治
	痛みのある部位	□自制的				
		□自制的	□我慢できない			
	・視力の程度	□支障なし	□目の前は見える	□ほとんど見えない		
	・難聴の有無、補聴器の使用	□難聴なし	□難聴あり（補聴器あり）	□難聴あり（補聴器なし）		
	・指示通りの服薬ができる（時間・量）	□できる	□少しの支援でできる	□できない		
21 （ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	□いいえ □はい					
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	□いいえ □はい					
9, 95, 29, 51, 9, 95, 29, 52 23 （ここ2週間）以前は案にできていたことが今はおっくうに感じられる	□いいえ □はい					
24 （ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	□いいえ □はい					
25 （ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	□いいえ □はい					
備考（主治医から注意するように言われていること等）						

本人・家族の意向	
----------	--

支援の方向性	
--------	--

口腔機能の役割は

- 1、噛み砕く
- 2、飲み込む
- 3、唾液を分泌する
- 4、言葉を発する
- 5、表情を表す



口腔機能のアセスメントは重要です

口腔機能の向上

- 人や社会と活発に交流し、心身ともに自立した生活へつながる
- 栄養改善を通じて筋力の向上に繋がる。
- 社会交流を通じて閉じこもりやうつ予防に繋がる。



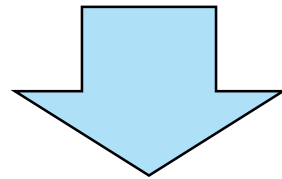
口腔機能の低下

- 体力、さらには免疫力の低下につながり、感染症にもかかりやすくなる。
- 嚥下機能が低下し、誤嚥性肺炎など命にかかわる疾患の引き金になる。



自立支援に向けた介護予防を推進していくは

「フレイル」予防のために、更に
「口腔機能向上」や「低栄養予防」
の重要性が高まっている！



様々な角度からアセスメントすることが必要です。
そのために二次アセスメントシートを活用して下さい。

(4) 課題整理総括表

- 課題整理総括表は、介護支援専門員が把握した要介護等の基本的な情報を多職種間で共有するとともに、専門職である介護支援専門員としてどのような考えで要介護者等の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出したかを表現することにある。特に課題整理総括表の「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OJTにおける助言・指導等を実施しやすくすることをねらいとしている。
- 課題整理総括表は、アセスメントツールではなく、情報収集の分析を行い、課題を抽出する上で、利用者の現在の状態と要介護状態等の改善・維持等の可能性に照らして課題の捉え方に抜け漏れがないかどうかをまとめる総括表である。
- 活用にあって重要なことは、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に生活したい、あるいは、できるようになりたいと望んでいるかなど、意向を引き出しつつ専門職として客観的に判断することである。

久留米市課題整理総括表

利用者名 様

平成 年 月 日

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③				
		④	⑤	⑥				
状況の事実 ※1	現在 ※2			要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4	備考(状況・支援内容等)	検討の必要性 (有/無)	
	運動	移動	食事				事前	事後
移動	屋内移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		運動・移動	運動・移動
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
食事	食事内容		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
	食事摂取	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
	調理	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
買い物		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			日常生活
更衣		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
洗濯		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
掃除		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
整理・物品の管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
金銭管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			社会参加
社会との関わり			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
コミュニケーション能力			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
排泄	排尿・排便		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
	排泄動作	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
口腔	口腔衛生		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			健康管理
	口腔ケア	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
入浴		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
服薬		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
褥瘡・皮膚の問題			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
認知			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			その他
行動心理症状(BPSD)			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
精神状態			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
居住環境			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
介護力			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
			支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			

ケアプランの4領域に合わせて久留米市独自に追加

ケアプランの4領域に合わせて久留米市独自に追加

利用者及び家族の 生活に対する意向	見通し ※5 (〇〇することで〇〇できる)	解決すべき課題(ニーズ)	優先順位 ※6
		運動・移動	
		日常生活	
		社会参加	
		健康管理	
		その他	

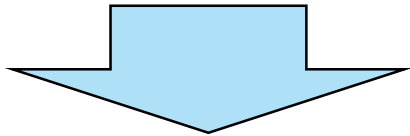
ケアプランの4領域に合わせて久留米市独自に追加

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)を記載する。
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

介護予防に求められる視点

介護予防ケアマネジメントにおいては、単に利用者の困りごと、要望を叶えるのではなく、適切なアセスメントをもとに、利用者本人の「したい」「できるようにになりたい」生活行為が目標として明確に設定され、その達成のための利用者の主体的な取組が実践できるような動機付けと、それを継続できるようなサービス等のコーディネートや環境調整等が必要です。



ADLやIADLだけでなく、利用者本人の興味・関心事や認知面・精神面、栄養面・口腔面・服薬の状況など様々な視点で全体像を見つめる事が大切です。

一緒にいきいきとした高齢者を増やしていきましょう！

