

## アセスメント表

(課題分析者用)

1. アセスメント表には、「課題分析者用」、「本人用」、「家族用」の3種類がある。

アセスメントは、利用者と介護支援専門員の協働作業であるため、アセスメント表は、この3者が持ち面談しながら記入していくことが望ましい。

なお、本人用、家族用については、事前に利用者・家族に事前に配布し、記入してもらい、アセスメント時に課題分析者と共に確認しあいながら行うことも可能である。

(アセスメントに参加する家族は、利用者と同居しているなど利用者の日頃の生活状況をよく知っている者が望ましい。一方で、そもそも家族がいない、家族が遠方に住んでいるため協力が得られないなどの場合には、課題分析者と利用者の2者でアセスメントを行う。)

2. アセスメント実施にあたって、課題分析者は、事前に、要介護認定で用いられた認定調査、主治医意見書の情報を把握した上で、本様式により、利用者や家族の主観的な判断や意見を聞き総合的に斟酌していくこととなる。

3. アセスメント実施に当たっては、一方的にあるいは漫然と質問項目について聞くのではなく、十分に利用者や家族と信頼関係を構築しつつ意向を引き出していくような手法に配慮する必要がある。

4. アセスメントでは、主に予め設定された、それぞれの生活行為について、「生活行為の現状など」から「今後どうしたいですか」までを利用者や家族に質問することとなるが、課題分析者は、機械的に欄を埋めるのではなく、常に「今はしていない生活行為」の「今はしていない理由」について、「本人の表出する理由以外の理由（原因）はないか」、「本人の気づいていない理由（原因）はないか」、「真の理由が他にあるのではないか」を念頭に置く必要がある。

また、「今でも自分でしている生活行為」についても「特別の努力をしないと、近い将来できなくなる可能性のある生活行為はないか」や、「今ある能力を活かしてできる可能性のあることはないか」ということを考えながら進めていく必要がある。

### <「生活行為の現状など」欄>

1. 生活行為の状況を明らかにするため、予め設定された29項目の生活行為について、「現在、自分で（自力で）しているか否か」について、本人と家族の双方に、はい、いいえ で確認し、自力ではしていない生活行為（いいえ、にチェックされた項目）であっても、介助者や代行者、福祉用具などの何らかの支援を受けて「している」場合については、その支援の内容を点線の四角の「このことについ

て何らかの支援を受けていますか」欄に記載する。具体的には、例えば、「家族（長女）の支援」と記入する。

なお、利用者が、はい と回答した場合であっても、何らかの支援をうけている場合は、「いいえ」として整理する。

2. その生活行為について「以前はどうしていましたか」について、自分でしていた、自分ではしていなかった 本人と家族の双方に確認する。この場合も、自分でしていた はあくまで自力でしていたことを指し、自分ではしていなかったが、何らかの支援を受けていた場合には、その支援の内容を点線の四角の「このことについて何らかの支援を受けていましたか」欄に具体的に誰からどのような支援を受けていたかのを記載する。なお、利用者が自分でしていたと回答した場合であっても、何らかの支援をうけている場合は、「自分ではしていなかった」として整理する。
3. 生活行為29項目の質問の中には、一つの質問中に複数の行為が含まれているものがある（例；家の掃除、ゴミ捨て、洗濯を行っている）。この場合、一部の行為は自分でしているが、ある行為は自分でしていない場合には、「いいえ」として整理する。この場合には、「特記事項」に「している行為」、「していない行為」の内容や程度を記載する。
4. その他、その生活行為について課題分析者が重要と考える事項があれば、簡潔に「特記事項」欄に記載する。
5. ここでのポイントは、生活行為の改善を目指す観点から「いろいろなことを以前はしていたのに、今はしていない」という事実を利用者や家族が発見し意識することによって、あきらめずに、改善できるなら改善したいという意欲を喚起するためのきっかけとすることである。
6. 現状でも自分でしている行為については、基本的には「改善を要しない」ものとして支援の対象外となるので、その右側の欄は記入を要しないが、課題分析者が、特別の努力をしないと、近い将来できなくなる可能性のある生活行為がある、または、今ある能力を活かしてできる可能性のあることがある、と考える場合には、「背景・原因の分析と改善（維持）の可能性の評価」欄に記載していく必要がある。

#### <「今はしていない理由」欄>

1. 以前は自分でしていたのに、今は自分でしていない生活行為の中から、改善可能性があるものを明らかにするために、「今はしていない理由」を本人、家族の双方に確認する。

「ある生活行為をしていない理由（原因）」を解消することが、「ある生活行為を

するようになる」こと（生活行為の回復）につながる可能性があるためであり、この理由（原因）を解消することができるか否かを考慮し、できると考えられる場合には、その解消策が「支援要素」につながっていくものである。

なお、この判断をするためには、「今はしていない理由」が真実か否か、また、後の質問の「今後どうしたいですか」にかかる本人や家族の意向を総合して考慮する必要がある。

2. 利用者や家族が述べる「今はしていない理由」を利用者、家族別に利用者、家族の言葉を使って簡潔に記載する。課題分析者は、その理由を、①健康状態、②心身機能・身体構造、③心理・価値観・習慣、④物的環境、⑤人的環境、⑥経済、⑦その他、の分類で該当すると判断する項目にチェックする（複数の項目にチェックすることとなる場合もある）。これは、「していない理由」を解決して「するようになる」ために、どのようなポイントに働きかけを行うのが有効かを検討するためである。

#### <「今後どうしたいですか」欄>

1. その生活行為について、今後どうしたいのかの意向を、やってみたい、やらなければならない、やりたくない、やれない、必要がない で本人、家族の双方に確認し、特に、やりたくない、やれない、必要がない という回答の場合には、その理由についても確認する。こうして消極的ないし否定的な意向を確認することも、「していない理由」を解決して「するようになる」ために、どのようなポイントに働きかけを行うのが有効かを検討するのに役立つものである。
2. やってみたい、やらなければならない にチェックがついた項目は、今は十分にできていないが、以前のように回復してみたいと利用者や家族が考える生活行為であり、課題分析者にとっては積極的な材料である。ただし、例えば、本人は積極的であっても家族が消極的な場合や、その逆の場合があり、本人と家族に意向の違いがある場合があるときは注意を要し、この点については、課題分析者は今後、双方が積極的になるよう働きかけるポイントとして認識する必要がある。
3. また、「今後どうしたいですか」について、「やりたくない」「やれない」「必要がない」との意向が示された項目については、「やってみたい」という意欲を引き出すような働きかけを行うポイントとして認識することが重要である。ここでも、課題分析者は、している生活行為を維持・改善したり、今はしていない生活行為を改善することができれば、利用者や家族は、今後、どのような生活を送れる可能性があるのかという、成功のイメージの提示を行いつつ、アセスメントを行い、利用者や家族が積極的になるよう働きかける手法が求められる。

※ “以前は自分でしていたのに、現状ではしていない”ことが生活不活発病などによる生活行為の減退を意味しているため、原則的な支援対象となる。とりわけ、以前は自分でしていなかったが、今後は自分でした方がよいと考えられることが当面の支援対象となる。また、現在自分でしている行為であっても将来できなくなる可能性がある」と課題分析者が判断した生活行為も支援対象となる。

※ この欄より右欄については、ここまでの利用者・家族からの聞き取りの状況を勘案し、課題分析者が考える改善（維持）可能性の評価と根拠等を記入することにより、課題分析者がそのように考えるに至った根拠、思考の過程を記載する。

#### <「背景・原因の分析と改善（維持）の可能性の評価」欄>

1. 「背景・原因の分析」欄は、利用者・家族が述べた「今はしていない理由」等の聞き取りの状況を踏まえて、①本人の示す理由以外の理由（原因）はないか、②本人の気づいていない理由（原因）はないか、③真の理由は何かなどについて評価・分析を行い、その結果を記入する。

その際、幅広い視点から検討するため、背景・原因の分析軸として「健康状態」、「心身機能・身体構造」、「心理・価値観・習慣」、「物的環境」、「人的環境」、「経済」、「その他」の7つの視点で分析する。

2. 「今後の改善（維持）の可能性の評価とその根拠」欄は、「背景・原因の分析」を踏まえ、今後の改善（維持）の可能性の評価とその根拠について記入する。

今後の改善（維持）の可能性の評価は、その生活行為の現状・理由・意向や他の生活行為の聞き取りの状況等を総合的に勘案し、課題分析者が専門家として行うものである。

併せて、現在している行為でも、特別な努力をしなければ近い将来できなくなる可能性のある生活行為があるか、今ある能力を活かしてできる可能性のある生活行為はないか、という視点でも評価・分析し、積極的な支援に結びつける視点が重要である。

#### <「メモ（関連し合う生活行為に共通する背景・原因等）」欄>

この欄は、生活行為29項目全ての項目にそれぞれ記載するものではなく、特に、課題分析者が生活行為の現状の確認を進めていく中で、複数の生活行為に共通する背景・原因が発見されることがあるので、その共通する背景・原因等について記載する。

また、課題分析者が、利用者とのやりとりの中で、積極的に支援した方がよく、効果も期待できると感じ、「0表」に記載すべき項目の候補と考える場合などには、その旨を記載する。

(以下、生活行為項目 28 項目について同様)

<「これ以外のことで、これからどんな生活を送りたいですか？どんなことをしたいですか？」欄>

予め設定された生活行為 29 項目以外で、利用者が、どのような生活行為を実現したい（生活を送りたい）と思っているか、29 項目以外で、したいと思っていることがあるか、について尋ね記載する。

<「主治医から聞いている生活上の注意点は、どんなことがありますか？」欄>

利用者が、既に主治医から聞いている生活上の注意点があれば記入する。

<「あなたが身の回りのことで不自由に感じているとしたら、その原因はなんだと思いますか？」欄>

29 項目は部分的かつ分析的な質問であり、利用者本人が、今、最も、どのようなことを不自由、困りごとと感じているか、また、複数項目の関連性が見えにくいことから、その原因が明らかにならない場合がある。このため、本人が日常生活の中で不自由に感じていることがあれば、その事柄や理由について記載し、支援を要すると認められるときは「0表」の候補としていく。

<「あなたの人生」欄>

「あなたの人生」欄は、アセスメントのテーマ「得意なところ、強いところと一緒に探してみましよう」を最も反映した事項である。利用者が自分自身の得意なことや強いところ、自分以外の他の人に役立ち期待される自分を再発見して、今後の人生を積極的に捉え、自分は、どのような生活・人生を送り得るのかをイメージし意欲を獲得・向上を促すための欄である。

## 第 0 表

本表は、アセスメントと居宅サービス計画書・介護予防サービス計画書をつなぐシートであり、利用者が送りたいと考えている生活・人生を実現するためには、どのような支援が必要なのかを、利用者、家族、課題分析者が調整し合い、合意していくための表である。

課題分析者は、アセスメントの過程や結果を踏まえ、利用者の生活・人生に対し、「～までできているので、続けていきましょう。」「～までできるはずだから努力しましょう」と意欲を引き出す働きかけを行い、「そうすれば、〇〇な生活を送れるようになるのではないのでしょうか」という具体的な可能性を提示し、利用者との協働作業により「本人が意欲を持ち、必要な支援を活用しながら、努力して積極的に実現を目指す生活」をイメージし、合意していくことになる。この際、利用者が意欲的に「私は、〇〇〇のような生活を創っていくのだ」という明確な意識を持つことが極めて重要である。

このイメージされた生活を実現するために、利用者・家族と相談して、アセスメント表の生活行為項目等のうち意欲やサービスの効果が高いと見込まれるものについて上位5つ以内の項目を選定する。選定したこの「するようになる生活行為」に対して必要な支援を提案し、利用者・家族と調整・合意していくことが重要である。

### <「私が創る生活・人生（目指す生活・人生）」欄>

アセスメントの結果、利用者が意欲を持ち、課題分析者と合意した、「必要な支援を活用しながら、努力して積極的に実現を目指す生活・人生」について、なるべく具体的に記載する。

これは、利用者が今後どのような生活を送っていきたいかということなので、利用者自身の意思・意欲を尊重することが重要であるが、そのような生活のイメージを具体的に表せない利用者の場合には、アセスメント表の「あなたの人生」欄の利用者が得意だと思っていること、楽しいと思っていることなどを参考に、利用者が具体的なイメージを持てるよう、支援することも必要である。

また、生活に対する意欲が著しく低下している利用者の場合には、必要に応じて、専門家の視点から利用者の可能性を判断し、具体的に「〇〇な生活を送れるようになるのではないのでしょうか」と提示することなどにより、利用者の力と意欲を引き出すような働きかけを行うことが重要である。

この欄には、必要に応じて、課題分析者が上記のような支援を行いつつ、利用者と課題分析者が合意した生活・人生について記載する。

<「1日の生活」、「1週間又は1ヶ月程度の単位での生活」、「もっと長い（半年、1年程度）の生活」欄>

利用者の状況によって、「私が創る生活・人生（目指す生活・人生）」をどのように思い描くかは様々である。利用者によって具体的に「生活を創っていく」イメージのできる幅が違い、1日の生活をイメージするのがちょうどよい人もあれば、1週間や1か月単位でイメージできる人も、もっと長いレンジでイメージできる人もいる。利用者の状況にあわせて記載していく。したがって、「1日の生活」のみに記載される利用者もある。

<「私が創る生活・人生の実現のために特に関わりの深い生活行為」欄中の「(1) するようになる生活行為」欄>

1. この欄は、「私が創る生活・人生（目指す生活・人生）」を実現するためには、どのような生活行為を改善（維持）する必要があるかについて、利用者・家族と相談の上、アセスメント表の生活行為等のうち、意欲やサービスの効果が高いと見込まれるものについて上位5つ以内の項目を選定し記載する。

具体的には、利用者が意欲的、積極的な項目については「(私は) ○○できるようになる」などと記載され、その段階では意欲が十分には獲得されないが改善の必要性を理解し合意し項目については「(私は) ○○するようになる」などと、あくまで利用者主体の表現で記載する。

2. なお、ときとして、アセスメントの結果が、やってみたい、やらなければならないにチェックがつく項目が5つに満たない場合がある。また、むしろ、やりたくない、やれない、必要ない にチェックされるものが多いこともある。このときは、課題分析者が、改善の可能性があると評価し、利用者にとって支援の必要やサービスの効果が高いと見込む項目について、さらに利用者や家族と相談し、理解と納得を得て、互いに1つでも改善を目指す項目を見つけ出すような努力を行う必要がある。

<「(2) (1) についての意向・意見」欄>

1. (1) の「するようになる生活行為」について本人・家族はどう望んでいるのか、主治医、保健師等・介護支援専門員、その他関係者はどう考えているのかについて記載する。
2. 新規にケアマネジメントを行う場合には、原則として「本人」、「家族」、「保健師・介護支援専門員」の意向・意見が示される。ただし、「主治医」、「その他関係者」の意向・意見についても、既に把握している場合には記載する。継続事例の場合には、「主治医」「その他関係者」の意向・意見も示されるので、それを記載する。