各因子の内容例

自立した生活をする上で阻害因子となっていることは何かのアセスメント。どこを改善すれば自立につながれるのかを整理できるように。

ポイント

No.	確認事項	評価尺度	回答	項目	個人因子	環境因子	優先順位	改善目標	ケア内容	利用サービス
基本的動作	1 杖や歩行器を使わずに自宅内を物を持って歩けますか	はい 1:少し時々 2:いいえ		歩行	麻痺やしびれ、痛みの有無と程度。歩行状態（福祉用具の使用状況を含む）	段差の有無、住環境（手すりの有無なども含む）立地条件。道路状況。				
	2 杖や歩行器を使わずに自宅の外を物を持って歩けますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ								
	3 排泄に関する心配がありませんか	はい 1:少し時々 2:いいえ		排泄	尿便意の有無、失禁の有無。立ち上がり動作、排泄動作。	居室からトイレまでの距離。手すりの有無。				
	4 トイレの立ち座りがスムーズですか	はい 1:少し時々 2:いいえ								
	5 ズボンの上げ下ろしが安定して行えますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ								
	6 定期的に3食とっていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ		食事	麻痺・視力障害の有無。自助具の必要性。食欲。認知機能低下の有無。	食べる場所。				
	7 1人で体を洗うことができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ		入浴	清潔への意識。浴槽のまたぎ動作、洗体動作。	浴槽の深さ。手すり・福祉用具の有無。				
	8 浴槽がスムーズに跨げますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ								
	9 浴槽内の姿勢が安定して保てますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ								
	10 ズボン、スカートを立ったまま、支えなしではけますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ		更衣	関節可動域。体幹バランス。認知機能低下の有無。	脱衣所や居室の状況。				
	11 靴下が支えなしではけますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ								
	12 季節・場所に応じた服装ができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ								
日常生活機能	13 食事の用意をしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ		調理	調理の経験。身体機能。認知機能。	調理台の高さ。支援者の有無（日常生活機能すべてに共通）				
	14 家の中の片付けや掃除などをしていますか（掃除機の使用の有無を問わない）	0:はい 1:少し時々 2:いいえ		掃除	筋力、可動域、関節痛の有無。					
	15 家のまわりの片付けや掃除などをしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ								
	16 ごみの分別や、ゴミ出しをしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ		ごみ出し						
	17 洗濯をしたり、乾いたものをとりこみ、元の位置にしまっていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ		洗濯	身体機能。認知機能。	洗濯を干す場所、高さ。洗濯機の有無。				
	18 布団の出し入れ、シーツ交換・布団干しをしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ		寝具管理						
	19 買い物かごを持って店内を移動できますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ		買い物	身体機能。認知機能。	店までの距離、立地条件。交通機関の有無。				
	20 お金の支払いが支障なくできますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ								
	21 金融機関のお金の出し入れができますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ		金銭管理	認知機能。年金の種類・金額。	金融機関までの距離。移手段。				

能力でなく、実際の状況で判断。判断した根拠や頻度等については因子にあげる。

この優先順位がケアプランの優先順位になる。

改善の見込みや悪化のリスクなど、先の見通しについて課題として整理し、端的に記入。サービス利用内容等の手段ではなく、生活機能のどの内容ががどのように自立することを目指すのかを具体的に記入する。

生活機能の向上のために、誰が、いつ、何を、どのように、どれくらいするのか等具体的にすることを記入する。

★ 本来の支援には必要であるが、実際にはないサービスがあるとときはカッコ書きで記入する。
↓
将来的な施策の提案につながる

No.	確認事項	評価尺度	回答	項目	個人因子	環境因子	優先順位	ケア内容	改善目標	利用サービス		
活動・社会参加	22 親族、友人、隣近所と付き合いや談笑がありますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ		外出・社会参加	意欲。性格。価値感。成育歴。 視力・聴力。趣味の有無。	立地条件。家屋環境。 移動手段（交通機関等）の有無。 地域資源の有無。 会場までの距離・移動手段。 会場の環境。 家族関係（関わりの状況）。 地域の見守り体制。 家庭内の役割分担（本人の役割の有無）。						
	23 催し物や地域の活動などに参加しますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ										
	24 趣味や楽しみ、好きでしていることがありますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ		活動・役割								
	25 日中寝ないで起きて過ごしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ										
	26 家庭のことで決まった仕事や役割がありますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ										
健康管理	27 主食・主菜（肉・魚、卵・乳製品、大豆製品）・副菜をとっていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ		栄養	<廃用性に関する因子> うつ・閉じこもりの有無。 口腔機能。栄養状態。食欲。 運動習慣。健康感。							
	28 生活習慣病の管理のために栄養指導を受けていますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ										
	29 歯や義歯を磨いたり、口腔の手入れをしていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ		口腔								
	30 自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかり噛みしめられますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ										
	31 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	2:はい 1:少し時々 0:いいえ		運動								
	32 ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ										
	33 火の始末や、戸締りはできますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ		認知機能							疾患名（アルツハイマー型、レビー小体型、脳血管型等） 短期記憶の有無。注意分割力。計画力。	家族の疾患理解・協力
	34 前の晩に食べた物を思い出せますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ										
35 定期的な診察、あるいは1年に1度健診を受けていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ		重症化予防	既往歴。検査データ。体重（現在、20歳の頃、過去の最高体重）。水分摂取。食事の傾向。運動習慣。睡眠。	家族の既往歴。 家族の疾患理解・協力 調理者。							
36 血液検査等の結果を把握していますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ											
37 薬はきちんと飲んでいますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ											
38 健康管理のための医師からの指導を守っていますか	0:はい 1:少し時々 2:いいえ											