

# 豊島区アセスメントシート

〇〇年9月5日記入

現在の状況

氏名		A		アセスメント実施者		B	
No	質問項目	回答		備考			
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/>	肺疾患により運動するとすぐに息切れしてしまい、歩く機会が減少し、下肢筋力やバランス能力が低下してつまづくことが増えてきたと考えられる。			
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/>				
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/>				
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/>	筋力アップのための運動が必要。年金(月17万)			
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/>	は郵便局で出し入れ。			
		(No. 1~5の合計)		3/5			
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/>	調理の習慣がなかったわけではないのにならぬのは、意欲低下が原因と考えられる。妻が14年前に他界してから一人暮らしとなり以前から一通りの家事はできていた。調理に対する意欲が上がるようにしていく必要がある。			
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	0. はい	<input checked="" type="radio"/>				
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/>				
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/>				
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	<input checked="" type="radio"/>				
No.6~10の計 3点以上 <input checked="" type="checkbox"/>		運動機能		3/5			
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	<input checked="" type="radio"/>				
12	身長(1.7m)体重(50kg) BMI(17.3) >18.5 *BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)) 18.5未満なら該当	1. はい	<input checked="" type="radio"/>				
No.11~12の計 2点以上 <input checked="" type="checkbox"/>		栄養改善		2/2			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	<input checked="" type="radio"/>	肺活量が低下していることが考えられる。対人交流への意欲低下の理由の一つに、長く会話していると疲れるのは、会話で疲れやすいことがあると思われる。			
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/>				
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/>				
No.13~15の計 2点以上 <input checked="" type="checkbox"/>		口腔ケア		2/3			
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/>	友人との付き合いが少なくなっているため、仲間づくりができる場への促しが必要と考える。			
No.16の計 1点以上 <input type="checkbox"/>							
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/>				
		閉じこもり		1/2			
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	1. はい	<input checked="" type="radio"/>	薬をうっかり飲み忘れることがあり、部屋に貼り紙したり、買い忘れが無いようメモを持っていくなどしている。歯科受診を勧める必要あり、呼吸器に影響でないよう室内の清潔や衛生面にも注意。			
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	0. はい	<input checked="" type="radio"/>				
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/>				
No.18~20の計 1点以上 <input checked="" type="checkbox"/>		物忘れ		1/3			
No.1~20の計 10点以上 <input checked="" type="checkbox"/>		No. 1~20の合計 生活全般		12/20			
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	<input checked="" type="radio"/>	なかなか寝付けず、夜中に目が覚めることも多い。日中も横になることが多く地域での役割もない			
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	1. はい	<input checked="" type="radio"/>				
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	<input checked="" type="radio"/>				
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	<input checked="" type="radio"/>				
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	<input checked="" type="radio"/>				
No.21~25の計 2点以上 <input checked="" type="checkbox"/>		うつ・引きこもり		5/5			

運動・移動について  
長い距離を歩けず、買い物は自転車利用。300~500m離れたコンビニ・スーパーで買い物している。自損事故後、運転免許返納。室内でもつまづくことが増え、家具などに手をつけて移動している。3階まで、手すりを使用している。

日常生活について  
少し歩く息切れするため外出は主に自転車を使用。転んで骨折することがないようにしたい。以前は調理していたが、家事がおっくうになりコンビニのお弁当や総菜を毎日2食分購入して朝昼夜で分けて食べている。食欲が低下し体重減少。

社会参加・対人関係  
コミュニケーションについて  
元々社交的だが、会話でも疲れてしまう。親友が他界し、他の友人も体調不良で交流なし。時々長男夫婦が来訪し、次男とは電話で話す程度。

健康管理について  
口臭あり。部分義歯が合っていない。慢性閉塞性肺疾患により息苦しさや疲れやすさある。入浴もシャワー程度にしている。

※上記の口に該当の場合は総合事業対象 項目ごとの合計数を計画表に転記

## 興味・関心チェックシート

氏名： \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ 様    年齢： 75 歳    性別（男・女）    記入日： 〇〇年 9月 5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×を付けてください。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	○			生涯学習・歴史	×		
一人で風呂に入る	○			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	○			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				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	×			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	×		



## 介護予防サービス・支援計画表(2/3)

利用者名           A           様計画作成(変更)日           〇年9月5日          

## 【健康状態について:主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】

COPDによるⅡ型呼吸不全があり定期的な通院と服薬加療を要す。呼吸苦が強くなれば、在宅酸素も視野に入れる必要あり。冷気吸入による喘息様発作を認め、冬季の室温管理と外出時に注意を要する。

## 【必要な事業プログラム】

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
3/5	2/2	2/3	1/2	1/3	5/5

現在の状況	本人・家族の意欲・意向	背景・原因	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての本人・家族の意向
<b>運動・移動について</b> 長い距離を歩けず、買い物は自転車利用。300~500m離れたコンビニ・スーパーで買い物している。自損事故後、運転免許返納。室内でもつまずくことが増え、家具などに手をついて移動している。3階まで、手すりを使用している。	(本人)15年前に交通事故で肋骨骨折で大変だった。転んで骨折しないようにしたい (長男)最近歩くのが以前より大変そうで心配	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 肺疾患により運動するとすぐに息切れしてしまい、歩く機会が減少し、下肢筋力やバランス能力が低	1 呼吸不全による息苦しさや疲れやすさが生じ、活動量の低下から筋力低下が生じている 2 社会的であったが、友人との付き合いが少なくなっており、意欲低下によりさらに日常生活が不活発になっている	日常生活の中で、動きやすい環境を整備し無理なく活動量を増やすことから始め、体調が整ったら対人交流の機会に参加できるようにしていきます。 1 座ったままでも調理できるようにし、今まで行ってきた家事を継続する。室内の動線を配慮した家具の配置を行うことで室内で動きやすい環境を整備する。 2 低栄養の改善を目的に短期集中訪問型サービスにより、具体的な食事内容の助言やメニューの提案を受ける。	(本人)座ったままで調理をするなんて思いつかなかつた。それならできるかもしれない。 。調理は嫌いではなかったもので、メニューの提案があつたらできると思う。 (長男)ベッドから立ち上がる時ふらつくので、どうすればよいか相談にのってもらえるのが心強い。惣菜ばかりで心配していた。専門家の言うことなら聞いてもらえると思う。
<b>日常生活(家庭生活)について</b> 少し歩くと息切れするため外出は主に自転車を使用。転んで骨折することがないようにしたい。以前は調理していたが、家事がおっくうになりコンビニのお弁当や総菜を毎日2食分購入して朝昼夜で分けて食べている。食欲が低下し体重減少。	(本人)家事がおっくうに感じるようになってきた。 (長男)調理は嫌いではなかったが最近していない様子。心配だが注意を受け入れてくれない	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 以前はしていた調理をしなくなってきたのは、意欲低下が考えられる			
<b>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</b> 元々社交的だが、会話でも疲れてしまう。親友が他界し、他の友人も体調不良で交流なし。時々長男夫婦が来訪し、次男とは電話で話す程度。	(本人)何をすることもおっくうに感じる (長男)元々社交的だったので友達づきあいが減り寂しそう。将来は面倒をみないといけなと思っていて	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 肺活量が低下していることで、会話をしていると疲れてしまい、意欲低下にもつながっている			
<b>健康管理について</b> 口臭あり。部分義歯が合っていない。慢性閉塞性肺疾患により息苦しさや疲れやすさある。入浴もシャワー程度にしている。	(本人)息苦しく感じるが増えた。目も見えづらい。年だから仕方ない (長男)会話するときのせき込みや痰が増えている気がする	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 呼吸状態が低下していることで、日常生活に制限が生じている			
<b>その他の事項について</b>		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

## 介護予防サービス・支援計画表(3/3)

利用者名 A 様

計画作成(変更)日 ○年9月5日

目標	支 援 計 画							
	目標についての支援のポイント	具体的な支援の内容		※1	サービス種別	サービス提供者(事業所)	頻度	期間
日常生活の中で、動きやすい環境を整備し無理なく活動量を増やすことから始め、体調が整ったら対人交流の機会に参加できるようにしていきます。	( )室内動作の状況と一緒に確認しながら環境整備を行う	本人の取組	椅子を用意し、できる範囲で調理をする					
		家族・地域の支援、民間サービス等	室内の家具の移動に協力する					
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス	室内の動線を確認し、家具の配置等について助言する	○	ケアマネジメント A	介護支援専門員	1回	○年9月15日
1 座ったままでも調理できるようにし、今まで行ってきた家事を継続する。室内の動線を配慮した家具の配置を行うことで室内で動きやすい環境を整備する。	( )	本人の取組	新しいメニューの提示で、食事を楽しむ					
		家族・地域の支援、民間サービス等						
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス	本人の体調に応じた食事内容の助言やメニューの提案をおこなう	○	短期集中訪問型サービス(訪問C)	豊島区介護予防・日常生活支援事業	月1回	○年9月10日~12月10日
2 低栄養の改善を目的に短期集中訪問型サービスにより、具体的な食事内容の助言やメニューの提案を受ける。	( )	本人の取組						
		家族・地域の支援、民間サービス等						
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス						

※1 予防給付の対象サービス又は介護予防特定高齢者施策の場合は、○をつける。

## 【本来行うべき支援が実施できない場合:当面の方針】

--

豊島区 介護予防サービス・支援計画表(☑すこやか生活プラン・☐いきいきプラン)

利用者名	A 様		〇地域包括支援センター		A表					
<input type="checkbox"/> 事業対象	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 申請中	<input checked="" type="checkbox"/> 初回	<input type="checkbox"/> 紹介	<input type="checkbox"/> 継続	計画作成日	〇年	9月	5日
認定日	〇年〇月〇日	認定の有効期間	〇年〇月〇日		～	〇年〇月〇日				
計画作成者	B		委託の場合:所属			訪問型B利用期間				
基本チェックリスト		運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	もの忘れ予防	うつ予防	サービス開始月		
作成時	〇年 9月 5日	3/5	2/2	2/3	1/2	1/3	5/5	年 月		
評価時	年 月 日	/5	/2	/3	/2	/3	/5	終了予定月		
							年 月末			

**目標とする生活( 〇ヶ月後の、なりたい自分の姿)**  
 毎日自転車で自分の好きな食べ物を買いに出かける

**目標とする生活(1年後の、なりたい自分の姿・望む生活)**  
 足の筋力をつけて、歩いて仲間と囲碁や麻雀を楽しみに出かける

担当者からの提案(総合的な課題)  
 Aさんが以前のように趣味を楽しみながら生活できるように体調を整えていきましょう。  
 日常生活や外出することを少しでも楽に行えるようになることで活動範囲を広げていこうにしましょう。

<b>私の取り組み内容(計画)</b>	役割分担と内容・できるようになるための取り組み(計画) サービス担当者会議 〇年 9月 5日実施
目標とする生活実現のため、ご本人の取り組み内容をできるだけ具体的に記入します。 記入例)〇〇のため、〇日に〇回〇〇をします。	① 種別: ケアマネジメントA 頻度: 1回 サービス提供者: 介護支援専門員 座ったままでも調理できるようにし、今まで行ってきた家事を継続する。室内の動線を配慮した家具の配置を行うことで室内で動きやすい環境を整備する
<b>私の取り組み</b> 椅子を用意して、自分で調理を試みる。 新しいメニューを教えてもらったら、 <b>食事が楽しくなると思う。</b>	② 種別: 訪問型C 頻度: 月1回 サービス提供者: 豊島区介護予防・日常生活支援総合事業 低栄養改善を目的に、本人の体調に応じた食事内容の助言やメニューの提案をおこなう。
	③ 種別: 頻度: サービス提供者:
取り組む期間 (プランの期間) 〇年 9月 10日 ~ 〇年 12月 10日	

あなたの健康状態はいかがですか(主観的健康観)

開始時  
 ①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない

評価時  
 ①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない

介護予防ケアマネジメント・総合事業の計画書について説明を受け、内容に同意したうえ受領しました。  
 〇年 9月 5日

氏名 A 印

地域包括支援センター(意見・確認印)

主治医意見書・健診結果等を踏まえた留意点  
 COPDによるⅡ型呼吸不全があり定期的な通院と服薬加療を要す。呼吸苦が強くなれば、在宅酸素も視野に入れる必要あり。冷氣吸入による喘息様発作を認め、冬季の室温管理と外出時に注意を要する。

計画書交付日 〇年 9月 5日 交付先: 本人、長男、訪問型C(〇〇)

## 「元気はつらつ報告会」のご案内

「元気はつらつ報告会」は、ご本人が望む生活の実現のために、生活を見直し、1人ひとりに合わせて、今後なにが必要なのかを話し合う会議です。  
メンバーは、ケアマネジャー、高齢者総合相談センター職員、以下の専門職です。

### 管理栄養士

生活状況や疾患に応じた食事の提案や栄養指導をします。

### 理学療法士

起き上がり、立ち座り、歩行などがしやすくなる方法を提案します。

### 作業療法士

食事や着替え、入浴、家事などがしやすくなる方法を提案します。



報告会が終わったあと、担当ケアマネジャーが、話し合った内容をお伝えします。報告会でのアドバイスを参考にしながら、今後のケアプランについて一緒に考えていきます。

開催日

年 月 日

お悩みごとやお困りごとがある方も、現在の元気な状態を保ちたい方も、ぜひこの機会に報告会を活用してみてください。



同意欄

上記の説明を受け、私のケアプランを元気はつらつ報告会に提出して検討することについて同意します。

年 月 日 氏名

連絡先

電話

担当ケアマネジャー

<b>会議名</b>		<input type="checkbox"/> 個別会議 <input checked="" type="checkbox"/> 自立支援地域ケア会議(元気はつらつ報告会) <input type="checkbox"/> 生活援助プラン地域ケア会議	
<b>検討日/会場</b>		2019年 ●月 ●日(木)	会場:●●高齢者総合相談センター 事例ID:001
<b>事例</b>		【年齢】75歳 【要介護度】要支援1	【利用中のサービス】短期集中訪問型サービス(訪問C)
<b>事例提供者</b>		【事業所名】○○高齢者総合相談センター 【事例提供者名】B	
<b>検討メンバー(所属/担当者)</b>		司会(●●高齢者総合相談センター/△△)、理学療法士(●●病院/△△)、作業療法士(●●訪問看護ステーション/△△)、管理栄養士(栄養ケアステーション/△△)、社会福祉士(●●高齢者総合相談センター/△△)、主任ケアマネ(●●高齢者総合相談センター/△△)、保健師・看護師(●●高齢者総合相談センター/△△)、プランナー(●●高齢者総合相談センター/△△)、見守り支援担当(●●高齢者総合相談センター/△△)	
<b>1. ご本人の望む生活</b>			
以前のように、団地の人と花壇作り等で人の役に立ちたい			
<b>2. ご本人の望む生活を阻害している要因・促進要因(強み)</b>			
<b>&lt;阻害要因&gt;</b>		<b>&lt;促進要因(強み)&gt;</b>	
・息苦しく感じるが増え、何をすることも億劫に感じる。会話も疲れやすい ・薬の飲み忘れがある ・横になってテレビを見ることが多い ・食欲低下、コンビニ弁当・栄養の偏り、体重減少(BMI:17.3) ・口臭、部分入れ歯不適合 ・室内でのつまつきあり ・寝つきが悪い ・エレベーターなし団地の3F ・親友の他界、他の友人も体調不良		・もともと社交的。友人と囲碁、将棋で交流があった ・自治会活動で団地の花壇作りにも参加していた ・ADL自立。階段昇降も自立 ・自転車で買い物に行ける ・タクシーで月1回通院 ・長男家族が近県に在住。週末時々重い物の買い物、粗大ごみ出し等支援あり	
<b>3. 課題の明確化 →ご本人の望む生活に向かうにあたり、優先度の高い課題を1つに絞る</b>			
呼吸苦による活動量低下、意欲低下、食欲低下		⇒ <b>検討ポイント:呼吸状態の改善見込みとその支援方法</b>	
<b>4. 上記3で絞った課題の長期・短期目標</b>		<b>5. 支援や対応・モニタリング時期の確認</b>	
課題解決に向けて目標とするところ		6W1H(いつ、誰が、なぜ、どこで、誰に対して、何を、どのようにするのか、具体的に記載)	モニタリング時期
目標が複数ある場合は優先順位を記入	1. 呼吸状態の医学的精査の必要性や呼吸器リハビリの導入について確認する 2. 服薬管理ができる環境を調整する	⇒ ①担当ケアマネが本人・家族に対して、呼吸状態について精査の必要性や呼吸器リハビリの導入についてを主治医に相談することをすすめる。 ②担当ケアマネが本人・家族に対して、定期的な服薬ができていない状況と薬剤師による居宅療養管理指導の導入について相談することをすすめる。	●●月 頃
<b>6. 残された課題 (検討しきれなかった課題、リスク管理として必要な助言等)</b>			
・口腔機能の低下、義歯不適合による誤嚥性肺炎、食欲低下⇒歯科受診をすすめる ・呼吸状態等が整い、意欲が上がってきたら:通所Cの利用から通所Bにすすめていけるとよい			
<b>7. この事例における生活課題にチェック☑ (地域課題の種を抽出)</b>			
【運動・移動】☑転倒歴・転倒不安 ☑歩行困難 ☑一人で交通機関の利用困難 ☑外出回数の減少(閉じこもり) 【日常生活】☑買い物困難 ☑預貯金出し入れ困難 ☑公的書類・契約困難 ☑TPOに合わせた服の着用困難 ☑料理困難 ☑掃除困難 ☑洗濯困難 ☑ゴミ出し困難 ☑花木・ペットの世話困難 【社会参加】☑対人関係・コミュニケーション ☑社会への関心低下 ☑趣味や楽しみがない・できない ☑家族とのコミュニケーション不足 ☑友人・近隣との交流頻度の減少 ☑地域活動に参加なし ☑家庭や地域での役割を持っていない 【健康管理】☑慢性疾患コントロール不良 ☑痛みのコントロール不良 ☑主観的健康観が低い ☑低栄養 ☑体重コントロール不良 ☑食事バランス不良 ☑口腔機能の問題(むせ・渴き等) ☑定期通院できていない ☑身だしなみ、清潔を保てない ☑喫煙・飲酒問題 ☑排尿コントロール不良 ☑不眠 ☑薬の飲み忘れ・服薬管理不足 ☑認知機能の低下 ☑生活リズムの乱れ ☑病氣・障害等の受け止め困難 【その他】☑意思決定の問題 ☑住まいの問題 ☑経済問題 ☑家族・友人・近隣の支援が受けられない ☑生活の充足感低下			
↓		【上記に該当しない生活課題】(自由記載)	
・呼吸器リハができるリハ職がどこにいるのか、CMIに情報が届いていない。 ・通える範囲に趣味や特技を活かして人の役に立てる場が少ない			

<事務局>

記録担当者名: