豊島区アセスメ

氏　名

介護予防支援B表「現在の状況」欄に対応

課題分析の結果、原因や背景、ケアマネの判断をできる限り記載する。

No	質　問		
1	バスや電車で1人で外出し	0. は	
2	日用品の買い物をしていま	0.	
3	預貯金の出し入れをしてい	0.	
4	友人の家を訪ねていますか	0.	
5	家族や友人の相談にのって	0.	
	計)		
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	0.	
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.	
8	15分位続けて歩いていますか	0.	
9	この1年間に転んだことがありますか	1.	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. は	
No.6～10の計　3点以上　□	運動機能		
11	6ヶ月		
12	身長		
	＊BM		
No.11			
13	半年間	1. は	
14	お茶や汁物等でむせることがあり		
15	口の渇きが気になりますか		
No.13～15の計　2点以上　□			
16	週に1回以上は外出していますか		
No.16の計　1点以上　□			
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
	閉じこもり	／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言われますか	1. はい	0. いいえ
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	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
No.18～20の計　1点以上　□	物忘れ	／3	
No.1～20の計　10点以上　□	No. 1～20の合計　生活全般	／20	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
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	0. いいえ
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	0. いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
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	0. いいえ
No.21～25の計　2点以上　□	うつ・引きこもり	／5	

※上記の□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**

現在の状況

基本チェックリストの聞き取りと連動して日常の生活全般を把握する。ICFの「健康状態」「活動」「参加」「心身機能・構造」「環境因子」「個人因子」に着目

基本チェックリストの質問に対する、本人の回答内容に○をつける。

基本チェックリストの質問の回答が実際の状況と異なる場合や担当者が気づいた内容などを記載。
本人の主観と（基本チェックリストの項目）、確認した客観的事実の両方を記載しておく。

基本チェックリストNo１～10に関連し、移動能力やADL・IADLを把握する

日常生活について

利用者基本情報の《介護予防に関する事項》やD表と連動し、日常の生活全般を把握する。「興味・関心チェックシート」を併用して、今後の可能性についても確認するとよい。

基本チェックリストNo11～12に関連して普段の食生活の内容を聴き取る。（１日何食、何時に、どんな食事をとっているか。）低栄養や偏りの発見につながる

身長・体重・BMIは必ず確認。自宅に計測器械がない場合でもサービス開始までに工夫して計測。

社会参加・対人関係
コミュニケーションについて

基本チェックリストNo13～15に関連して口腔・嚥下状態のアセスメントを行う。口腔機能低下が全身状態の悪化につながることに注意

運動・移動について、に連動基本チェックリストNo１～5, 16～17に関連して「活動・参加」のアセスメントを行う。出かける頻度・目的・相手との関係性などを確認する

健康管理について

（裏面の情報収集と一緒に確認）
基本チェックリストのNo.18～20、21～25に該当している場合、本人を知る家族や近隣の協力を得て状況の変化に対応できるようにしておくとよい。