

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（記載例）

< 内容 >

1. 利用者基本情報
2. 基本チェックリスト
3. 興味・関心チェックシート
4. 二次アセスメントシート
5. 課題整理総括表
6. 計画表
7. 評価表

※なお、様式の原本については、H29年3月に久留米市HPにて掲載予定。

久留米市 基本チェックリスト

氏名 久留米 花子

様

確認日 平成 29 年 3 月 15 日

No.	質問項目	回 答 (どちらかに○印)			
生活全般	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"/> いいえ	合計 (3/5)
	2	日用品の買物をしていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ	
	3	預貯金の出し入れをしていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ	
	4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
運動	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"/> いいえ	合計 (5/5)
	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"/> いいえ	
	8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
	9	この1年間に転んだことがありますか	<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ	
	10	転倒に対する不安は大きいですか	<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ	
栄養	11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	合計 (0/2)
	12	身長 150.0 cm、 体重 60.0 kg (BMI = 26.7) (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	<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ	合計 (2/3)
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ	
	15	口の渇きが気になりますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
外出	16	週に1回以上は外出していますか	<input checked="" type="radio"/> はい	1. いいえ	合計 (1/2)
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ	
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されますか	1. はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ	合計 (0/3) 1~20 合計 (11/20)
	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 checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
こころ	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	<input checked="" type="radio"/> はい	0. いいえ	合計 (3/5)
	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	<input checked="" type="radio"/> 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ではおっくうに感じられる	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> いいえ	

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする。

介護予防・生活支援サービス事業: 該当 ・ 非該当

興味・関心チェックシート

氏名：久留米 花子 年齢：81 歳 性別（男 女 ） 記入日：H 29年 3月 15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	○			生涯学習・歴史	×		
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	○			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		○	

(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」

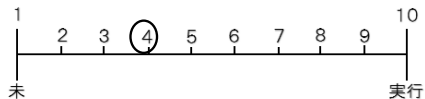
一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014.3)

フリガナ クルメ ハナコ	生年月日 明・大・ 昭	記載日
氏名 久留米 花子	10年 3月 3日	平成 29年 3月 10日

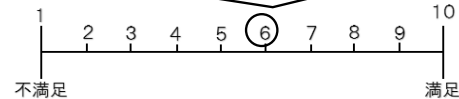
本人の主観で記載する。実行していない場合は「1」、十分実行できている場合は「10」に○を付ける。

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 4/10



現在の満足度 6/10



一年後になりたい姿	友人と温泉旅行に行きたい	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 checked="" type="checkbox"/> いいえ <ul style="list-style-type: none"> 移動手段 <input type="checkbox"/> 車(運転) <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ない(ほとんどない) 	腰・膝の痛みのため。
	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 checked="" type="checkbox"/> いいえ <ul style="list-style-type: none"> 階段を昇ることが出来る <input type="checkbox"/> つかまらずに昇れる <input checked="" type="checkbox"/> つかまれば出来る <input type="checkbox"/> できない 	
	備考(主な支援者・支援の内容等) 一人ででかけることはほとんどなく、息子など家族の支援で外出。	
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 checked="" type="checkbox"/> いいえ <ul style="list-style-type: none"> 仰向けから横向きになる <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまれば出来る <input type="checkbox"/> できない 背もたれなしで座る <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 背もたれがあれば出来る <input type="checkbox"/> できない 座位から立位になる <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> つかまれば出来る <input type="checkbox"/> できない 立位保持が出来る <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 支えがあれば出来る <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 checked="" type="checkbox"/> つかまれば出来る <input type="checkbox"/> できない 	腰痛や膝痛があるため
	備考(主な支援者・支援の内容等) 杖や手摺りを使っている	
	8 15分ぐらい続けて歩いていますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <ul style="list-style-type: none"> 室内歩行が出来る <input type="checkbox"/> 自立して歩く <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <ul style="list-style-type: none"> 1年間に転んだ回数 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 屋外(玄関先の段差) どんな状態で転んだのか (買い物から帰宅中、雨が突然降り出し慌てて玄関先で滑った。) 	
歩行	10 転倒に対する不安は大きいですか <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい 備考(主な支援者・支援の内容等) 特になし	腰痛や膝痛があるため
	『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。目標と具体策の提案に反映することを意識する。	

各項目において、できない原因を記載する。

備考欄には、出来ていても気になる状況があれば記載し、予防的視点をプランに反映していく。

身体面だけでなく精神面についても記載(精神面が原因と思われる転倒の場合は、機能訓練で改善できるとは限らない)
例：夫が亡くなったばかりで落ち込んでいる。

本人・家族の意向	(本人) 転んだらおしまいなので転ばないようにしている。(息子) 転んで骨折でもしたら大変。寝たきりにならないようにしてほしい。
----------	--

支援の方向性	1 痛みによって活動、参加に支障を起しているため、筋力向上、痛みとの付き合い方を身に付けていく。
--------	--

日常生活（家庭生活について）

	質問項目	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。	できない場合考えられる原因
調理	<ul style="list-style-type: none"> メニューを考える <input checked="" type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>少しの支援で出来る <input type="checkbox"/>できない 必要な食材・調味料を準備する <input type="checkbox"/>できる <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>少しの支援で出来る <input type="checkbox"/>できない 	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。	腰や膝の痛みがあり、長い時間調理場に立てない。
	備考(主な支援者・支援の内容等) 炊飯は自分で行う。		
洗濯	<ul style="list-style-type: none"> 洗濯物を手洗いができる <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>できない 部屋のゴミを集めることができる <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>できない 		腰が痛い、屈む動作ができない。
	備考(主な支援者・支援の内容等) ゴミは隣人が出してくれる。		
買い物	<p>2 日用品の買物をしていますか <input checked="" type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <ul style="list-style-type: none"> 店まで移動する <input type="checkbox"/>できる <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>少しの支援で出来る <input type="checkbox"/>できない 		腰や膝が痛く、重い物を持つことができない。
	備考(主な支援者・支援の内容等) 買い物は週1回程度息子と一緒にいく。小さな買い物は自宅から100m先のコンビニまで歩いて行く。		
物品の整理	<ul style="list-style-type: none"> 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>少しの支援で出来る <input type="checkbox"/>できない 		ベッドを使用。2階に洋服ダンスがあるため、一人で衣替えができない。
	備考(主な支援者・支援の内容等) 季節ごとに息子の嫁と一緒に衣替えをする。		
管理	<p>3 預貯金の出し入れをしていますか <input checked="" type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 checked="" type="checkbox"/>少しの支援で出来る <input type="checkbox"/>できない 		歩いて行ける距離に銀行がないため。
	備考(主な支援者・支援の内容等) 息子の訪問時に銀行へ一緒に行く。銀行での出し入れ操作は自分で出来る。		
書類	<ul style="list-style-type: none"> 内容を理解して記載できる <input type="checkbox"/>一人でできる <input checked="" 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) 分からないことは息子に尋ねる。		

本人・家族の意向
 (本人)できないところだけ手伝ってもらえれば、あとは自分でしたい。
 (息子)家族として必要なことがあれば手伝う。

支援の方向性
 家事で動くことも日常生活の中での動作訓練となる。リハ専門職からのアドバイスを受け、工夫してヘルパーと実際に行ってみる。

社会参加・対人関係・コミュニケーション

	質問項目	できない場合考えられる原因
交流	4 友人の家を訪ねていますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	腰や膝痛があり、外出することに対して自信がなくなっている。
	・ 家族や友人との交流はあるか <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	16 週に1回以上は外出していますか <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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) 同級生との交流があり、毎年温泉で同窓会をしていたが最近行かなくなった。今は電話で話す程度。地区の老人会に入っていたが2年ほど前から足腰が弱くなり、集まりに参加しなくなった。		
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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	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。
	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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	・ 会話がまとまらない <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない	
	・ 火の不始末(鍋焦がし)の有無 <input checked="" 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 checked="" 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	
	・ 逆さ狐(両手で狐を作って逆さまに耳と耳を合わせる)ができるか <input checked="" 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 checked="" 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 特になし		

本人・家族の意向	(本人)足腰は弱り、以前は行っていた老人会や同窓会に行けないのがさみしい。 (息子)人との話す機会を持ち続けてほしい。
----------	--

支援の方向性	リハビリ専門職からの屋内外の歩行についてアドバイスを受け、歩行時に生じた痛みへの対応方法を身に付ける。
--------	---

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 checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	・ 浴室内を移動できる <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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) 風呂は毎日入っている。	
整容・更衣	整容が一人でできる <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	・ 洗面ができる <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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) 部分入れ歯を使用しているが歯茎の痩せがある。朝と寝る前に磨いている。髪は自分で洗い、息子の送迎でカットに行く。	
排泄	排泄が一人でできる <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
	・ 後始末をする(拭き取る) <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 失敗なし <input type="checkbox"/> 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 特になし	
栄養	・ 自分で食べることができる <input checked="" 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	部分入れ歯が合わないため、食事で満足感が得られず、間食が増え体重も増加している。腰や膝の痛みがあり台所で長時間立ってられない。 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
	1 1 6ヶ月で2~3kg以上の体重減少がありましたか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	1 2 身長 150cm ・ 体重 60kg (BMI=26.7) ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	
	・ 食事の回数 3回/日 (<input checked="" type="checkbox"/> 規則的) ・ <input type="checkbox"/> 不規則的)	
	普段の食事内容: ・ 朝食-菓子パン1枚、牛乳 昼食-買って来た惣菜やレトルトのおかず、ご飯 夕食-宅配食	
	・ 食事制限がある場合 <input type="checkbox"/> 実行できている <input checked="" type="checkbox"/> 実行できていない 制限の種類(糖分 <input checked="" type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 蛋白質 <input type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ある: 内容(饅頭4個、缶ジュース1本/日)	
	・ ふくらはぎが指で囲めるまたは隙間ができる <input checked="" 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) 最近息子が食事のことを心配し、週5回(夕食のみ)宅配食をとるようになった。減塩は意識しているが、歯の調子が悪く柔らかいものに偏っている。	

		質問項目				できない場合考えられる原因
□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 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい					歯茎が痩せて入れ歯があてていない。歯科受診も出ていない。
	・ 入れ歯は合っていますか？ <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり（入れ歯がぐらつく時がある）					
	・ □から食べ物がこぼれることがある <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> よくある					
	14 お茶や汁等でむせることがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい					
	・ 食べ物を飲み込むことができる <input checked="" 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					
	・ □の中に食べ物が残ることがある <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> よくある					
	15 □の湯きが気になりますか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい					
・ 以前と比較し味覚が変わった <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり（ ）					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。	
・ すっぱいものが上がってくる <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> よくある						
備考（入れ歯の有無や歯科受診の有無・頻度等） 部分入れ歯あり。歯科受診はしていない。 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。						
疾患・服薬	・ 定期的に医師の診察を受けていますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					未治療の場合は、理由を備考欄に記載する。
	発症時期（年月日）	疾患名	医療機関名	自覚症状	治療の有無	
	平成13年 3月 日	変形性腰痛症、両変形性膝関節症	〇〇病院	腰や膝の痛み。特に屈むときに痛む	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 完治	
	平成13年 3月 日	骨粗しょう症	〇〇病院	特になし	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 完治	
	平成23年 7月 日	高血圧症	□□クリニック	特になし	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 完治	
	痛みのある部位	痛みの程度	痛みの頻度	対処		
	腰と膝	<input type="checkbox"/> 自制的 <input checked="" type="checkbox"/> 我慢できない	時々（屈むと痛みが強くなる）	痛みが強い時に痛み止めを飲んでいる		
		<input type="checkbox"/> 自制的 <input type="checkbox"/> 我慢できない				
	・ 視力の程度 <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 目の前は見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない					
	・ 難聴の有無、補聴器の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 難聴なし <input type="checkbox"/> 難聴あり（補聴器あり） <input type="checkbox"/> 難聴あり（補聴器なし）					
・ 指示通りの服薬ができる（時間・量） <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない						
21 （ここ2週間）毎日の生活に充実感がない <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい						
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい						
24 （ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい						
25 （ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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） 薬は自分で管理し飲み忘れはない。息子が1か月に1回受診に連れていく。						

本人・家族の意向
 （本人）自分で毎日風呂に入りたい。台所に立っているのが大変なので一日一食でも届けてもらえると助かる。
 （息子）年を考えると動く量や体力が減るのは仕方ないと思っていたが、先生から食事が偏っていないかと聞かれ心配なので宅配弁当を手配した。

支援の方向性
 部分入れ歯が合っていないため歯科受診をするように勧める。間食が多く肥満傾向のため栄養や運動面での指導が必要。

久留米市版課題整理総括表

利用者名 久留米 花子 様

平成29年3月15日

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)	①両変形性膝関節症・腰椎症による痛み	②歩行不安定で自信がない	③間食が多い
	④生活習慣病(肥満・高血圧)がある	⑤ムセがある	⑥

利用者及び家族の生活に対する意向	・面倒をかけずに一人暮らしを続けていきたい。 ・友人と温泉に行けるようになりたい。
------------------	--

状況の事実		現在	要因	改善/維持の可能性	備考(状況・支援内容等)	検討の必要性(有/無)	
						事前	事後
運動・移	屋内移動	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①②	(改善) 維持 悪化	*膝痛や腰痛で自宅から400m先の地域の集会所まで歩けない。100m先のコンビニまでは歩ける。 *息子が週1回程度訪問あり。訪問時は一緒に買い物へ行く。小さな買い物は自分で近くのコンビニまで行く。 *身長150cm、体重60Kg。BMI26.7 *調理はレンジで温めるだけのレトルト食品など簡単なもので済ませることが多い。炊飯は自分で行う。 *間食あり(毎日、馒头4個、缶ジュース1本) *膝・腰が痛く屈む動作ができない為、ヘルパーから掃除の支援を受けている。 *洗濯は自身で可能。息子に掛け布団を干してもらい、自分で取り込む。 *以前、老人会へ参加していたが膝・腰痛があり自信がなくなり、参加しなくなった。 *汗物でムセる。固いものが噛みにくい。ため軟らかい食材に偏っている。 *服薬管理は自身で可能。通院は息子が月1回連れて行く	運動・移動	運動・移動
	屋外移動	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①②	(改善) 維持 悪化		有	有
食事	食事内容	支障なし (支障あり)	③④	(改善) 維持 悪化		日常生活	日常生活
	食事摂取	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 (維持) 悪化		有	有
	調理	自立 見守り (一部介助) 全介助	①③	(改善) 維持 悪化			
買い物	自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	(改善) 維持 悪化				
更衣	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 (維持) 悪化				
日常生活	洗濯	(自立) 見守り 一部介助 全介助		改善 (維持) 悪化		有	有
	掃除	自立 見守り (一部介助) 全介助	①	(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	①	(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)	①②	(改善) 維持 悪化	社会参加	社会参加	
	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	有	有	
健康管理	排泄	排尿・排便	(支障なし) 支障あり	改善 (維持) 悪化	有	健康管理	
		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)	⑤			(改善) 維持 悪化
		口腔ケア	自立 (見守り) 一部介助 全介助	⑤			(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				
その他	認知	(支障なし) 支障あり		改善 (維持) 悪化	その他	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			

見通し(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
膝や腰部の筋力をつけ、歩行や動作時のアドバイスを受けることで、目的地まで歩くことやあらかじめしていた活動を再開できるようにする。	運動・移動 外出中に生じた痛みへの対応ができる	2
リハビリ専門職より屋外屋内の移動、痛みを増さない動作、環境整備についてアドバイスを受け、訪問介護の見守りの中で実践することで、掃除や調理が自分で出来るようになる。	日常生活 掃除や調理方法を工夫して自分で実施することができる	3
出来ることが増え活動量が増えてくると屋外活動にも興味がわき、友人との外出も可能となってくる。	社会参加 外出への意欲がもてる	4
食生活や食事内容の振り返りを行うことで生活習慣病の悪化防止や体重増加に伴う膝や腰への負担軽減が図れる。また、義歯の調整と口腔ケアの徹底を図る。	健康管理 痛みを感じずにバランスの良い食事を摂ることができる	1

利用者名 久留米 花子 様

認定年月日 平成29年3月10日 認定の有効期間 平成29年4月1日～平成30年3月31日

初回・紹介・継続

申請済・申請中

要支援1

総合事業

計画作成者氏名 保険 介子

計画作成事業者：久留米〇地域包括支援センター 福岡県久留米市〇町△番地

計画作成（変更）日 年 月 日 （初回作成日 平成29年3月20日）

担当地域包括支援センター：久留米〇地域包括支援センター

目標とする生活 1日	歩行中に転ばない	アセスメント様式の「本人・家族の意向」を参考にする	領域における課題を参考にし、課題の原因や背景など同一の場合には統合する	アセスメント様式の「支援の方向性」を参考にする	目標とする生活 1年	友人と温泉旅行に行くことができる
------------	----------	---------------------------	-------------------------------------	-------------------------	------------	------------------

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセーフティや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは総合事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について 変形性腰椎症、両変形性膝関節症による痛みのため、100メートル先のコンビニには1本杖を使いゆっくり行っているが、一度だけ雨の日に玄関先で転んだことがある。以前は同級生と一緒に旅行に出かけたが、腰の痛みが出てからは行くことを止めている。	(本人) 途中で雨が降り出して慌てて転んでしまった。ケガはなかったけど怖かった。 (息子) 骨折して寝たきりにならないようにしてほしい。	有 痛みのために外出の機会が減り毎日の散歩範囲も狭くなっている。臥床している時間も増えていることからさらに筋力や体力が低下し転倒、骨折の恐れがある。	1、部分入れ歯が合わないことから軟らかい食事が中心となっており、筋肉を身に付けるためのたんぱく質（肉等）の摂取が困難になってしまう。	1、バランスよく食事ができるよう口腔の調子を整える (具体策) ・歯科受診を行い部分入れ歯の調整を行う ・口腔ケアの方法を身に付ける	【本人】 運動をすれば筋肉がついて今よりも歩けるようになっていきました。食事が大切だとは思いませんでした。歳だからと柔らかいものを食べて諦めていたけど、ちゃんと治療しないとイケませんね。	1、部分入れ歯の調整を行い支障なく食事を摂ることができる	歯科を受診の内容の把握や口腔体操、口腔ケアを正しく実施しているのか確認する。	(本人) ・歯科受診 ・元気デイで習った口腔体操を自宅でも続ける (息子) ・歯科受診介助	(元気デイ) ・口腔ケアの指導と自宅での実施状況の確認	通所型サービス（元気デイ）	**元気デイ	平成29年4月1日～平成29年9月30日
日常生活（家庭生活）について 膝や腰の痛みから屈んで行う掃除や長時間調理場に立つことが難しい。週1回息子が来てくれた時に布団を干してくれたり、スーパーに買い物に連れて行ってくれる。食事は電子レンジで温めて食べられ食材を選んでいるが、最近は夕食に配食弁当（週5回）を利用している。ゴミは隣人が出してくれている。	(本人) できないところだけ手伝ってもらえば、あとは自分でしたい。 (息子) 家族として必要なことがあれば手伝う。	有 運動不足や体重増加が腰や膝に負担をかけてしまい腰や両膝関節の動きに悪影響を与えている。この状況が続けばさらに家事動作に支障をきたしてしまう恐れがある。	2、体重が増加してしまうと膝や腰に負担をかけてしまい、起居動作や買い物、掃除などの日常生活に更に支障を起たしていく。	2、出来る家事、運動を増やしカロリーの消費を図る (具体策) ・栄養、リハビリの専門職よりアドバイスを受け、膝や腰に負担のかからないやり方を知る ・アドバイス内容を取り組めるよう、通所、訪問型のサービスを利用して身に付けていく	【本人】 一人暮らしなので家事が自分で出来ればこんなに嬉しいことはないです。専門の方に見てもらって出来るなら安心です。	2、掃除や調理方法を工夫して自分で出来るようになる。	本人の状態と自宅環境から、痛みの増悪を招かない方法を通所型、訪問型事業所間で共有して支援していく。	(本人) ・指導を受けた運動を実施する ・掃除や調理は指導を受けた方法で実施し、痛みや体調不良があれば支援者に伝える	(訪問相談) ・本人の状態、自宅環境をアセスメントし、掃除や調理の実施のために必要な助言をする (元気ヘルプ) ・リハビリ専門職よりアドバイスを受けた動作を本人と取り組む ・家事や調理方法について助言し、ともに取り組む	生活機能訪問相談サービス	@@訪問サービス	平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日 (3ヶ月)
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 話好きで友人と電話で話をする事が多い。以前は老人会の集まりにも参加していたが、2年ほど前から腰の痛みから出かけることが億劫になり、外出の頻度が少なくなっている。息子が週1回訪問してくれる。	(本人) 足腰が弱り老人会や同窓会に行けないのが寂しい。 (息子) 人と話す機会を持ち続けて欲しい。	有 足腰が弱くなり老人会など社会参加の機会が減少している。電話での交流はできているが、顔を合わせての付き合いが減り続けると、閉じこもりの生活から気持ちや意欲の低下を招いてしまう。	3、痛みが増悪すると閉じこもりの生活になってしまい、意欲低下や筋力の低下から転倒の危険性が大きくなる。	3、歩行時に生じた痛みへの対応方法がわかる (具体策) ・リハビリ専門職に屋内外の歩行について指導を受ける ・指導を受けた運動を自宅でも実施する	【本人】 痛みの付き合い方は痛み止めを飲むしかないと思っていました。やり方を教えてもらえるならお願いします。	3、歩行時に生じた痛みへの対応ができる	・歩行距離を伸ばすことではなく、外出したい目的地まで移動できる方法を支援する。	・痛みが増強した場合は受診する ・徐々に活動範囲を広めていく	・目的の道までの道のりを一緒に確認する ・杖の正しい使い方や必要時は歩行器等の紹介を行う	訪問型サービス（元気ヘルプ）	&&ヘルプサービス	平成29年4月1日～平成29年9月30日
健康管理について 部分入れ歯を使用。毎日歯磨きをしているが歯茎のやせがある。配食以外の食事はレトルト食品や総菜など柔らかいものを食べるようにしているため食事では困ることはない。間食の饅頭がやめられない。BMI 26.7。受診は1か月に1回息子が連れていく。内服薬の飲み忘れはない。	(本人) 太ると膝に良くないためできれば痩せたい。 (息子) 薄味の食事を心掛けてもらいたくても無理なので弁当を手配した。	有 バランスの良い食事を心掛けたいが、間食が多く部分入れ歯があわず上手く噛めていない。栄養や運動面の指導により状況の改善を図らなければ、肥満の助長や生活習慣病の悪化に繋がりがかねない。								通所型サービス（元気デイ）	**元気デイ	平成29年4月1日～平成29年9月30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

●【本来行うべき支援ができない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針

●総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

主治医の意見書より腰痛により長時間の作業（歩行含む）に支障があります。体重の増加を認め、運動、栄養の指導が必要。

道具や動作の工夫、外出時の注意点が見えてくると活動の範囲が広がっていくと思われれます。専門職からのアドバイスを受けながら自分自身の体力や体の動かし方を知って取り組んでいきましょう。

(計画に関する同意) 上記計画について、同意いたします。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	5/5 ○	0/2	2/3 ○	1/2	0/3	3/5 ○

地域包括支援センター	意見 確認 印	平成 年 月 日 氏名	印
------------	---------------	-------------	---

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
1、義歯の調整を行い支障なく食事を摂ることができる	平成29年4月1日～平成29年9月30日 (6ヶ月)	義歯の調整ができ、口腔ケアも十分実施できている。食事内容も柔らかいものに偏らず食べることができている。食事への満足感があり間食も減っている。	達成○	目標に対する本人や家族の言葉を記載す	目標を達成できなかった原因を二次アセスメントツールを活用して	本人による継続 それぞれの目標に対して達成状況から、今後の支援の方法を考察する。
2、掃除や調理方法を工夫して自分で出来るようになる。	平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日 (3ヶ月) 平成29年4月1日～平成29年9月30日 (6ヶ月)	提案された方法を実施し、掃除や調理など日常生活で出来る動作が増している。出来ることで日々の暮らしに自信が持てるようになってきている。	達成○			元気ヘルプは終了。
3、歩行時に生じた痛みへの対応ができる	平成29年4月1日～平成29年9月30日 (6ヶ月)	公民館までの移動工程を確認し、痛みが生じる前に小休憩を取り予防の視点を意識して外出することができている。しかし、一人の外出に不安を訴えることがある。	未達成×	痛みが出る前に休憩をとることはわかってきたが自信がない。	これまで痛みを感じながらの生活を過ごしてきたため漠然とした不安が残ってる。自分に自信が持てる役割などが必要ではないか。	元気デイや公民館活動で自身の体験を他者に話す機会を持つこと、集まりの場で役割を見出すことを検討していく。 評価の結果、本人に必要なサービスの種類を
総合的な方針	今後の方針を受けて、総合的な支援の方針を記載する。二次アセスメントの満足度、達成度を踏まえて記載する。		地域包括支援センター意見			
友人と一緒に地域の集まりの場に参加（互助）し、自宅でもできる家事や運動を続けながら（自助）継続的な介護予防に努めていく。達成度よりも満足度が低いいため、役割を担うことで自身に繋がるよう支援していく。	本人の状態から、ケアマネジメントの方法を検討。ケアマネジメントA→Bへ変更の場合は、計画書に押した内容と同じゴム印を押す。		<input type="checkbox"/> プラン継続 <input checked="" type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了		<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input checked="" type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了	