

chapter\_7



## 7. 介護予防ケアマネジメントの過程 ～ アセスメント②～

別冊資料4頁をあわせてご覧ください

### 基本チェックリスト

記入日：令和 3年 6月16日（水）

氏名	山本 春子	住所	東京都みなと区	生年月日	昭和18年 4月29日生
希望するサービス内容	訪問型サービス				
No.	質問項目	回答：いずれかに○を お付けください			
1	バスや電車で1人で外出していますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		
2	日用品の買い物をしていますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
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="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> いいえ		
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		
12	身長 156.0cm / 体重 43.8kg (BMI=18.0) <sup>(注)</sup>				
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="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
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	<input type="radio"/> いいえ		
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	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> 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くなくなった	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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

## 基本チェックリストから読み取れること！

- ☑ 生活機能全般の衰え → 1 2 / 2 0
- ☑ 運動機能の低下 → 5 / 5
- ☑ 閉じこもり傾向 → 2 / 2
- ☑ 低栄養 → 2 / 2
- ☑ 認知機能 → 該当無し
- ☑ うつ的傾向 → 該当無し
- ☑ 口腔機能の低下 → 該当無し



基本チェックリストからも  
読み取れることがあります！

47

## 基本チェックリストからは見えないもの

### 【状態の変化】

1. 状態の変化について、以前と比べてどうか、急な変化かどうか、いつ頃からそうになったのか、そのきっかけなど、考えられる要因等
2. 健康のためにその人なりに取り組んでいること・取り組んできたこと、健康状態等
3. 日常生活における家事の状況（能力・行為等の確認含む）
4. コミュニケーション能力、対人関係や社会参加の状況等
5. 精神的不安・清潔保持・健康管理状況等
6. 認知機能、自宅周囲の環境等

48

## 本人・家族の意欲・意向

- 困っていること、以前していたのに今はしなくなったこと、できなくなったこと
- そのことに対してどのように考えているのだろうか？



意欲・意向を  
読み取ろう

今をどのように感じている？  
なぜなんだろう？  
今後は、どうしていきたい？  
どうなったらいいの・・・

49

## アセスメントのポイント

- ☑主治医意見書より、不定愁訴の可能性が示唆されていることから、愛犬のプリンの死と肺炎による入院で一気に気力と体力が低下したことが生活機能低下の大きな要因となったのではないかと推測。
- ☑理解力がある点や直近、2週間でのうつ傾向がないこと、口腔機能には課題がなさそうな点から、解決すべき方向性としては、気持ちや体力の低下から活動量が落ちていることへの打ち手を考慮。
- ☑めまい等の出現により、家事のほとんども自身でされなくなるなど、悪循環の渦に陥っているため、悪循環をどこかで断ち切る必要性があり。「できていること」「できそうなこと」を共に確認していく作業が必要！
- ☑元々は「地域活動に参加」や「料理が好き」という強みを引き出し、活動量を上げていくための不安材料を減らしていく対話と具体策の提案が重要！
- ☑更に遠方で暮らす「家族ができる支援方法」も模索していくなど、本人の応援団を作っていく支援にも注目！

Well being



50

