

高崎市アセスメントシート 2015

記入者：所属 あんしんセンター山ノ上 氏名 金井沢 花子 調査日：R2年3月12日 1回目種別：介護予防ケアマネジメント・介護予防支援

●基本情報

ふりがな氏名	たかさき たろう 高崎 太郎	性別	男・女	生年月日	昭和 8年3月18日 (87歳)
住所	高崎市高松町35-1			電話番号	自宅 〇〇〇-〇〇〇〇 携帯 △△△-△△△△-△△△△
経済状況	国民年金 <u>厚生年金</u> ・障害年金・生活保護・その他()				
障害等の認定	介護認定(事業対象者) 有効期間 2年3月13日～ 身障()・療育()・精神()・難病()				
家族関係	5年前に妻を亡くし、それ以降1人暮らし。東京に兄が1人いるが、冠婚葬祭くらいのみ付き合い。長女が近くに住んでいるが、仕事が忙しく、必要なときに連絡する程度。何かあったときは、長女が連絡先。				
日常の支援	<u>なし</u> ・あり(誰)				
家族構成及び連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先		
	高崎 一男	長男	栃木県〇〇市〇〇、〇〇〇-〇〇〇〇		
	群馬 花子	長女	群馬県玉村町〇〇、△△△-△△△△		
	高崎 次夫	次男	群馬県太田市△△、□□□-□□□□		

◎=本人、○=女性、□=男性
●=死亡、☆=キーパーソン

今までの生活	東京生まれ。電気関係の会社に勤務。27歳で結婚。37歳で転勤のため群馬に移り住む。定年退職後も70歳まで働き、その後は趣味のダンス、ゴルフ、パソコン等をして過ごしていた。5年前に妻を亡くし、その後1人で暮らしている。														
現在の1日の生活	起床・食事・入浴・就寝・掃除などの生活内容 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">6:00</td> <td style="text-align: center;">8:00</td> <td style="text-align: center;">10:00</td> <td style="text-align: center;">12:00</td> <td style="text-align: center;">14:00</td> <td style="text-align: center;">18:00</td> <td style="text-align: center;">22:00</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">起床</td> <td style="text-align: center;">朝食・昼食</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">通院、買い物</td> <td style="text-align: center;">夕食、入浴</td> <td style="text-align: center;">就寝</td> </tr> </table>	6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	18:00	22:00	起床		朝食・昼食	通院、買い物		夕食、入浴	就寝
6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	18:00	22:00									
起床		朝食・昼食	通院、買い物		夕食、入浴	就寝									
日中の過ごし方	1 よく動いている(外出・室内) 2 <u>座</u> っていることが多い(<u>居間</u> ・自室) 3 横になっていることが多い(居間・自室)														
趣味・楽しみ・特技	第2、第4土曜は公民館にてダンスの指導、第3水曜はサロン、毎週月曜日は公民館の体操に参加している。パソコンで買い物をしている。一日おきに晩酌をしている。														

長女は仕事が忙しく、日常的な支援ができない。「父には好きなことをして、転ばないようにこのまま元気に楽しく過ごして欲しい。サロンの顔なじみの人とは、これからも仲良くしていてもらいたい。」と話していた。

A. 環境

1 世帯	独居・高齢者のみ・その他 _____	昼間独居・夜間独居
2 住居	平屋・二階建て(居室 1 階) 持ち家・借家 ・高層住宅(階建ての 階):エレベーター	
3 手すり	手すりが必要な場所がありますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	A D F
	どこの場所に: 上がりかまち、浴室	
4 段差解消	不都合を感じるような段差はありますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	A D F
	どこの場所に: 室内の敷居あり	
5 自宅周辺	坂道や交通量が多いですか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	A D F
6 室内外	日常、サンダルやスリッパをよく使いますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	A D
7 店舗	スーパー等が近くにありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい	A E
	4	4 0 0 4 0 3 0 0 0

3	玄関外で転倒したことがあり、手すりの必要性はあるが、まだなんとか出来ているため、利用を希望していない。
4	各居室に敷居があり、浴室の入り口にも段差があるが、本人は出入りについて支障を感じていない。
5	大通りに面した住宅街であり、交通量が多い。
6	室内はスリッパをはいている。以前、サンダルを履いていて屋外で転倒している。
7	家から自転車で5分程度のところにあり。

B. 老研式活動能力指標

I A D L	1(C1)	バスや電車を使って一人で外出できますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい	B C D F G H I
	2(C2)	日用品の買い物ができますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい	B C D E F G H I
	3	自分で食事の用意ができますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい	B C D E F G H I
	4	請求書の支払いができますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい	B C D H I
	金銭管理や支払い状況:			
	5(C3)	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい	B C D F H I
知 的 能 動 性	6	年金などの書類が書けますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい	B C H
	7	新聞を読んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい	B G H
	8	本や雑誌を読んでいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい	B G H
	9	健康についての記事や番組に関心がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい	B G H
社 会 的 役 割	10(C4)	友だちの家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい	B C D F G H
	11(C5)	家族や友だちの相談にのることがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい	B C F G H
	12	病人を見舞うことができますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい	B C D F G H
	13	若い人に自分から話しかけることができますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい	B F G H
		1		0 1 1 1 0 1 1 1 0

1	年に1回程度、電車に乗り東京に墓参りに行く。
2	重いものを買う際は、ネットスーパーを利用している。軽いものは、近所のスーパーに自転車で行き購入している。
3	炊飯やみそ汁をつくる程度の調理を行っている。
10,11	友人の家の行き来はないが、友人と時々食事をしており、お互いの相談をすることがある。

C. 身体状態

1 現病	1 右鎖骨骨折	主治医	1 A 整形外科	治療手段	1 通院・往診 8 回/月								
	2 変形性膝関節症		2 A 整形外科		2 通院・往診 8 回/月								
	3 腰部脊柱管狭窄症		3 A 整形外科		3 通院・往診 8 回/月								
	4 高血圧		4 B 病院		4 通院・往診 1 回/月								
2 健診	健康診査は定期的に受けていますか	いいえ	はい		C								
3 既往	脳卒中、心臓病、糖尿病に罹患したことがありますか	はい	いいえ		C	D	F	H					
4 入院	この1年間に入院したことがありますか	はい	いいえ		C	D							
	入退院日: R1年8月31日 ~ R1年9月9日		医療リハ: 有・無										
5 自覚症状	体のどこかに痛み、または立ちくらみがありますか	はい	いいえ		C	D	F			I			
6 内服	睡眠薬、降圧剤、精神安定剤を内服していますか	はい	いいえ		C	D	E	G					
	服薬内容: バルサルタン錠 80mg、ペニジピン塩酸塩錠 4mg												
7 視力障害	目は普通に(新聞や人の顔など)よく見えますか	いいえ	はい		C	D	F	G	I				
8 聴力障害	耳は普通に(会話など)よく聞こえますか	いいえ	はい		C	D	F	G	I				
9 習慣	散歩や体操の習慣がありますか	いいえ	はい		C	D	F	G	H				
10 健康感	ご自分は健康だと思えますか	いいえ	はい	A	C	D	F	G	I				
11 睡眠状態	最近、よく眠れていますか	いいえ	はい		C	D		G	H				
		3			0	0	3	3	1	1	1	0	1

主治医名:	A 整形外科	○田○男	主治医からの情報聴取日:	R2年3月13日
1-1	R1年4月に自宅の玄関外で転倒し、右鎖骨骨折にてA整形外科に入院。現在も痛みが残るため、2回/週電気			
1-4	治療に行っている。 血圧は毎日測っている。			
4	急性胃腸炎にてB病院に入院したが、ほどなく退院した。			
5	脊柱管狭窄症、変形性膝関節症、右肩痛、両膝痛、腰痛がある。午前中は調子が悪く動けないが午後は動けるようになる。			
9	主治医より、転倒に注意しながら適度な運動をするように言われているので、毎週月曜日に公民館で行っている体操に参加している。			

D. 運動・転倒

1(C6)	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	いいえ	はい		C	D				I
2(C7)	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	いいえ	はい		C	D				I
3(C8)	15分位続けて歩いていますか	いいえ	はい	A	C	D				I
4(C9)	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ		C	D				
5(C10)	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ			D	F	G		
6	横断歩道を青信号の間に渡りることができますか	いいえ	はい		C	D				I
7	家の中でよくつまずいたり、滑ったりしますか	はい	いいえ	A	C	D				I
8	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思えますか	はい	いいえ		C	D				
9	体の向きを変えるなどでバランスを崩すことがありますか	はい	いいえ		C	D				I
10	背中が丸くなってきましたか	はい	いいえ		C	D				

7

2 0 7 8 0 1 1 0 4

3	散歩をしており、休み休みであるがすり足歩行で15分程度歩いている。
4	令和1年4月に自宅の玄関外で転倒し、右鎖骨骨折。
9	両膝痛、腰痛があるため、椅子などの立ち座り動作時にバランスを崩しやすい。

E. 栄養・口腔

1(C11)	6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ		C	E	G						
2(C12)	BMIが18.5未満でしたか	はい	いいえ		C	E							
	体重(59 kg)÷(身長(1.54 m)×身長(1.54 m))=BMI_24.88												
3	1日に食事は何回とりますか	1回	2回以上		C	E		H	I				
4(C13)	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ		C	E							
5(C14)	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ		C	E							
6(C15)	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ		C	E							
		1			0	0	1	0	1	0	0	0	0

4	歯の治療をしており、固いものは食べられず、柔らかいものを食べている。上は義歯、下も部分義歯であり、下の義歯は現在調整中。
---	--

F. 閉じこもり

1(C16)	週1回以上は外出していますか 具体的な回数: 3回 外出手段: 自転車 外出目的: 体操教室、整形外科、買い物	いいえ	はい		C	D	E	F	G	I			
2(C17)	昨年と比べて外出回数が減っていますか 昨年の外出回数(週)月4回程度 減った理由: 令和1年4月に転倒骨折後、ジムやプールに行くことができない	はい	いいえ		C	D		F	G	H			
3	趣味や楽しみの活動が以前と比べて減っていますか 減った理由: 令和1年4月に転倒骨折後、ジムやプールに行くことができない	はい	いいえ					F	G	H			
4	健康・生きがい・仲間づくりのために何かの集まりに参加していますか	いいえ	はい					F	G	H			
5	友だち・近所の人あるいは別居の家族や親戚と会っておしゃべりする頻度はどのくらいですか	週1回以下	週2回以上					F	G	H			
		2			0	0	1	1	0	3	3	3	0

4	痛みがあるが、昔からのつながりで、ダンスの指導を頼まれている。
5	娘の訪問は月に1回程度。近所の人とは挨拶をする程度。

G. うつ

1(C21)	毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ					F	G	H
2(C22)	これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	はい	いいえ					F	G	H
3(C23)	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	はい	いいえ					F	G	H
4(C24)	自分が役に立つ人間だと思えない	はい	いいえ					F	G	H

5(C25)	わけもなく疲れたような感じがする	はい	<input type="checkbox"/> いいえ						F	G	H	
	※設問は、(ここ2週間)	0		0	0	0	0	0	2	2	2	0

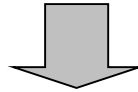
2.3	常に肩に痛みもあり、特に午前中は腰痛もひどく、以前は楽しんでいけていた運動教室が億劫になってきた										

H. 認知機能 (MCI)

1(C18)	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	はい	<input type="checkbox"/> いいえ								H
2(C19)	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	いいえ	<input type="checkbox"/> はい								H
3(C20)	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	<input type="checkbox"/> いいえ								H
4	置き忘れやしまい忘れがしばしばありますか	はい	<input type="checkbox"/> いいえ								H I
5	出来事の前後関係がわからないことがありますか	はい	<input type="checkbox"/> いいえ								H I
6	服装など身の回りに関心がなくなりましたか	はい	<input type="checkbox"/> いいえ						G		H I
7	水道栓やドアを閉め忘れたり、後片づけをきちんとすることが難しくなっていますか	はい	<input type="checkbox"/> いいえ								H I
8	同時に二つの作業を行なうと、一つを忘れることがありますか	はい	<input type="checkbox"/> いいえ				E				H I
9	薬を管理してきちんと内服する事ができなくなっていますか	はい	<input type="checkbox"/> いいえ						G		H I
10	以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになっていきますか	はい	<input type="checkbox"/> いいえ				E		G		H I
11	計画を立てて行動することが難しくなっていますか	はい	<input type="checkbox"/> いいえ				E		G		H I
12	複雑な話を理解する事が難しくなっていますか	はい	<input type="checkbox"/> いいえ						G		H
13	興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などをやめてしまっていますか	はい	<input type="checkbox"/> いいえ						G		H I
14	前より怒りっぽくなったり、疑い深くなっていると感じますか	はい	<input type="checkbox"/> いいえ								H
15	大切なものを盗まれた(と言う)ことはありますか	はい	<input type="checkbox"/> いいえ								H
		0		0	0	0	0	0	0	0	0

9	1日1回の服薬なのでのみ忘れなく飲めている。										

8,24,25	簡単な調理や買い物、洗濯等、自分で出来ることは、何とか休み休み行っているが、体調不良時に不安を感じて
26,27	いる。
13	足は上がりにくいが浴槽の縁に掴まり、何とか出入りしている。
19	靴下は座って履く。
23	足の爪は時間がかかるが何とか切っている。
29	両膝痛があり、かがむ動作が困難なため、床の拭き掃除は出来ない。



●A～I 項目の該当項目

A 環境	B 老研式	C 身体状態	D 運動・転倒	E 栄養・口腔	F 閉じこもり	G うつ	H 認知機能	I ADL・IADL	Zarit 介護負担
11/15	1/13	32/66	27/43	3/17	14/35	15/46	14/59	24/56	0
合計 141 / 350									

●現在利用しているサービスやサービス利用の意向について

現在、掃除や洗濯、布団干し等を何とか自分で行っているが、腰痛のため、腰に負担がかからないような家事支援を希望している。自分で出来る家事は続けていきたい。

●現在生活の中で困っていることや、気にかかっていることは

右肩の痛みがまだ残っており、腰や膝の痛みもある。午前中は身体が動かない為、座って過ごしていることが多い。午後からは活動できる。痛みを軽減したい希望あり。一人暮らしなので、何かあったときが心配。
困った時に近所に相談できる人がいると心強い。

●調査時の印象(本人の状態像がわかるように)

健康には十分注意しており、定期的に運動や受診もされている。血圧も毎日測定し、几帳面な印象。表情は明るく、社交的。

●課題

膝、腰の痛みがあり、歩行がすり足歩行で転倒の危険が高い。ここ一年で何度か転倒しているため、今後も転倒には注意が必要である。また、一人暮らしであり、家族は仕事で忙しく訪問の機会が少ないため、緊急時の対応に対して体制を整えていく必要がある。

●支援方針

腰痛の悪化と身体機能の低下を防ぐため、腰に負担のかかる家事支援を行い、自宅での生活が継続できるよう支援していく。必要なサービスを提供しながら緊急時の対応も整え、一人での生活が安心して送れるように支援していく。

●在宅福祉サービス利用のめやす

1 在宅福祉サービス	
布団乾燥消毒サービス	基-障害、基-日常の支援、A-1、C-1、C-5、I-5、I-6、I-17、I-18、I-25
布団丸洗いサービス	基-障害、基-日常の支援、A-1、C-1、C-5、I-2、I-5、I-6、I-11、I-12、(尿便意、失禁→あり)、I-17、I-18、I-25
出張理美容サービス	基-障害、C-1、F-1、I-2、I-3、I-4、I-5、I-6、I-11、I-12、I-15、I-17、I-18
おむつ等給付サービス	C-1、H-1、H-4、I-2、I-3、I-5、I-6、I-11、I-12、(尿便意、失禁→あり)、I-17、I-18
住宅改造	A-1、A-2、A-3、A-4、D-1、D-4、D-5、D-7、D-9、I-2、I-4、I-6、I-13
高齢者等あんしん見守りシステム	A-1、C-2、C-3、C-4、C-5、C-6、D-4、D-7、D-9、E-1

調査履歴	1回目：R2年3月12日	2回目： 年 月 日	3回目： 年 月 日	4回目： 年 月 日
------	--------------	------------	------------	------------