

アセスメントシート使い方ガイド

西宮市

平成 29 年 7 月（改訂）

本ガイドはアセスメントシートの使用に慣れていない方向けに作成したものです。あくまで使い方の一例であり、評価手順は評価者により様々です。この通りの手順で行う必要はありません。アセスメントシート活用マニュアルと併せて、自立支援に向けたケアマネジメントの一助としてご活用ください。

アセスメント（評価）とは...

利用者の情報を集め、情報の整理、利用者の課題を分析して、利用者の全体像を把握し理解することです。適切なアセスメントは全ての支援の基となるものです。

アセスメントの目的は、ケアマネジャーら支援者が利用者の状況を正しく知ること、また、利用者が自分自身の状況を正しく知ることです。支援者と利用者とは見解を同じくすることで客観的根拠に基づいたサービス導入に合意を図ることができます。そして、適切なアセスメントによって、自立に向けて具体性を含んだケアマネジメントに繋がることとなります。

アセスメントシートの使い方

STEP1：「心身状況」、「環境」に記入する

1. 「心身状況」

心身状況	<u>慢性腎不全、慢性心不全、高血圧、聴覚障害（難聴）、左膝関節骨折（H23）、H24、1月頃より両膝関節痛。物忘れはあるが認知症の診断はなし。</u> <u>1日1回降圧剤・利尿剤を服用。</u>
-------------	--

①現病歴・既往歴、②診断はついていないご本人の心身に関する状況、③服薬状況等について、本人や家族等の支援者から聞き取りや、同意が得られる場合は診断書・お薬手帳等にて確認する。心身状況が及ぼすADL、IADLへの影響については、ADL、IADLの各項目の個人因子・環境因子欄に記入する。

POINT

介護の必要性が生じる直接的な原因となる項目ですので、詳しく情報を得ましょう。要介護認定時の主治医意見書を参考にする場合、その方の全ての疾患が記されているとは限りませんのでご注意ください（複数の病院にかかる方等）。尚、本人・家族に配慮が必要な病名等は記載しないようにしてください。

2. 「環境」

環境	<u>周囲が坂の戸建（2階建）に居住。玄関から公道までは段差無。自宅は住宅街で、商業施設は最も近くで約500mの距離にある。</u> <u>夫との2人暮らしで家事の協力あり。</u> <u>西宮いきいき体操の場所までは緩やかな坂で近所の友人の誘いもあり行ける。</u>
-----------	--

①家屋環境や自宅周囲の地形的環境、②地域の状況、③家族の状況、④マンパワー、⑤近隣関係等を聞き取りや目視にて確認する。これらの環境が及ぼすADL、IADLへの影響については、ADL、IADLの各項目の個人因子・環境因子欄に記入する。

POINT

利用者の方の家に訪問するまでの移動中でも地形的環境は把握することができます。また、門扉から玄関までも段差や飛石等で屋外移動を妨げる状況が確認できるかもしれません。つまり、「環境」はご本人とお会いする前から既にアセスメントが始まっているのです。

地域の状況は様々な機会で見ることができます。例えば、あるスーパーでの配送サービスは業務外でも知り得ますし、地域の掲示板にはイベントや高齢者対象の教室の情報が貼られているかもしれません。

社会資源の情報収集を常に意識することは、利用者に様々な提案をする上で大きな一助となります。

また、家族の状況や近隣関係を把握することは、ADL、IADLの向上に関し重要なこととなります。その方々に部分的でも、新たに協力を仰ぐことで、利用者の自立に寄与することも少なくありません。また、家族が遠方であっても、電話やメール等、様々なツールを活用することで助けになる可能性もあります。単に遠方だからと諦めるのではなく可能性を探ることも重要です。

STEP2 : 「本人要望」を聞き取る

本人要望

歩行が安定し、友人との買い物など交流を楽しめるようになる。

利用者本人より、今後どのような生活を過ごしたいか、利用者が望む生活を具体的に聞き取る。

POINT

本人要望は、利用者の思いをくみ取るとも大切な項目です。利用者が、今現在の自身についてどのように捉えているのか（自己評価）、どのような生活を望んでいるのかを正確に把握することは、利用者の考えを理解する上で大変重要です。

一方で、利用者が漠然とした要望しか出てこない場合、引き出す声掛けが大切になってきます。引き出し方は、日々の生活のことからでもあれば、利用者の生活史や趣味・興味等さまざまです。漠然とした要望の裏側にある思いを見つけることが、支援を行う中で鍵となった経験は皆様にもあるかと思えます。この時点で具体的にどうしたいかを明確にすることで目標を立てやすくなります。

STEP3 : 「している ADL・IADL」の評価を行なう

項目 チェックリスト 項番	している ADL	できる部分 できない部分	個人因子・環境因子
室内移動 7・10	3	<ul style="list-style-type: none">・ <u>部屋内や廊下等は見守りなくゆ</u> <u>っくりと伝い歩きするが、何も持</u> <u>たなければ歩行不安定</u>・ <u>階段は夫の見守りが必要</u>	<ul style="list-style-type: none">・ <u>歩行時、両膝に痛み生じる</u>・ <u>寝室は2階</u>・ <u>手すりなし</u>

利用者本人、家族等から現在のしている ADL・IADL の状況について聞き取り、「ほとんどしている : 4 点」、「なんとかしている : 3 点」、「少しならしている : 2 点」、「していない : 1 点」の 4 段階で評価する。併せて、動作に影響を与える 個人因子や 環境因子があれば「個人因子・環境因子」欄に記入する。また、「できる部分できない部分」に STEP4 の「できる ADL・IADL」の評価と併せて必要に応じて している状況を記入する。

POINT

点数化は利用者本人の状況について、①ADL・IADLの状態を数値化して利用者・評価者等が大まかに確認できるようにするため、②している ADL・IADL とできる ADL・IADL の差を簡便に見るために行っており、点数化すること自体に力を入れすぎないようにご注意ください。点数化より重要なのは、場面によってしている状況が異なる点や、している状況に個人因子・環境因子がどのように影響しているかを把握し具体的に挙げる点です。これらを洗い出して、利用者本人にも確認してもらうことで現在の課題を利用者・評価者等で共有することが課題解決のための第一歩となります。

STEP4 : 「できる ADL・IADL」 の評価、改善可能性・代替手段を検討する

1. 「できる ADL・IADL」

項目	している IADL	できる IADL	できる部分 できない部分	個人因子・環境因子
	代替手段			
掃除	1	2	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>屈めないために掃除機の使用や風呂掃除等はできず、現在は夫が全ての掃除を行っている</u> ・<u>座って周囲の整理整頓は可能</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>体力がなく疲れやすい</u> ・<u>膝に痛みがあり屈めない</u> ・<u>上肢機能に問題はなし</u> ・<u>夫は家事や自分の趣味のグラウンドゴルフで忙しい</u>

できる ADL・IADL を「ほとんどできる : 4 点」、「なんとかできる : 3 点」、「少しならできる : 2 点」、「できない : 1 点」の 4 段階で評価する。併せて、動作に影響を与える 個人因子や 環境因子があれば「個人因子・環境因子」欄に記入する。また、「できる部分できない部分」に STEP3 の「している ADL・IADL」の評価と併せて できる状況を具体的に記入する。

POINT

STEP3 で評価した「している ADL・IADL」と同様に 4 段階で評価します。STEP3 の POINT 欄に記載したとおり点数化にこだわる必要はありません。STEP1~3 までに得た情報や実際の動作確認を元に、何ができて、何ができないかを具体的に挙げるのが大切です。「できる部分できない部分」には、個人因子・環境因子を踏まえながら動作を細かく区切って具体的に記入した方が、課題把握がしやすくなります。仮にある動作の全てをしてもらっていても、動作に関する機能・能力がいかに残存しているか見極めることがとても重要です。

「できる ADL・IADL」の評価は難しいと感じられる方は多くいらっしゃるかと存じます。しかし、利用者も気づいていない「できる」ことを見つけることは、利用者の動機づけにも繋がります。よって、本項目は評価の中でも最も大事な部分に位置づけられます。最初は難しいとは思いますが、本人の残存能力=強みを見つける視点をもって評価していきましょう。

2. 改善可能性、代替手段

項目	している IADL	できる IADL	改善可能性	できる部分 できない部分
	代替手段			
掃除	1	2	○	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>屈めないために掃除機の使用や風呂掃除等はできず、現在は夫が全ての掃除を行っている</u> ・<u>座って周囲の整理整頓は可能</u>
	粘着ローラー、お掃除ワイパー			

「している ADL・IADL」と「できる ADL・IADL」との間に相違があり改善が図れる場合や、機能改善や動作の工夫により動作ができるようになる可能性がある場合は、改善可能性欄に「○」を記入する。また、代替手段によって動作能力が向上するのであれば「代替手段」欄へ具体的に記入する。

POINT

まず、「しているADL・IADL」と「できるADL・IADL」の点数に差があり、利用者本人の残存能力で改善ができそうであれば、改善可能性に○を記します。改善可能性の期間としては、おおよそ6ヶ月内を想定しています。

また、「しているADL・IADL」と「できるADL・IADL」の点数に差がなくても改善可能性が高い場合もあります。下記のような状況でも改善可能性に○が入ることとなります。

① 機能改善

骨折や手術、一時的な体調悪化等による機能低下で改善可能性が高い動作

② 動作の工夫により動作能力獲得

利用者は今までの生活習慣で行ってきた動作ができなくなった＝「できない」と考えがちですが、残存機能の活用により能力的にできることもあります。今までの生活習慣を尊重しながらも、残存機能を見つけ、工夫した動作を提案することで改善可能性が出てきます。

代替手段は、新たな道具使用や、使用している道具の工夫、住宅改修、家族の役割を変更等、利用者本人の周りを変えることでできない動作ができるようになる場合、具体的に記入します。ただし、住宅改修以外の訪問介護や通所介護のような介護保険サービスは、ここには含みません。また、福祉用具については単に導入して終わるのではなく、いつまで使用するか等、見通しを持って検討してください。

STEP5：客観的ニーズを記入する

客観的ニーズ

体力の向上、屋内外歩行の安定、服薬管理の徹底

「しているADL・IADL」と「できるADL・IADL」の評価や、できる部分できない部分、個人・環境因子を踏まえ、「客観的ニーズ」を検討・記入する。

POINT

ニーズとは、客観的にみた「必要性」を意味し、利用者の自立支援に向けたケアマネジメントにおいて必要な事柄となります。一方で、STEP2で記入した本人要望は、あくまで利用者本人の主観的にみた「要望（デマンド）」であり、ニーズとは異なることに注意してください。

ニーズはSTEP4までにした評価を統合して必要なことを示すものであり自立に向けたサービス導入の根拠を端的に表しているとも言えます。つまり、アセスメントはニーズを導き出す過程でもある訳です。そして、利用者の要望や思いを理解しながらも、利用者にニーズを理解できるように説明することがとても重要となります。一方で利用者の要望ばかりになると、目標設定が難しくなる恐れがあります。

STEP6：「目標<長期目標>」を利用者本人と検討し作成する

目標

<長期目標>

公共機関を使って遠出して友達と買物や演劇をみる機会を持ちたい

STEP5までのアセスメントに基づき、利用者と共におおよそ1年後の「長期目標」を考え、記入する。

POINT

STEP5まで行ったアセスメント内容を利用者本人にも理解してもらいながら、おおよそ1年後の利用者自身の具体的かつ現実的な目標を記します。サービス内容は目標に含みません。「介護予防サービス・支援計画書」の「目標とする生活」における「1年」欄と「課題に対する目標」欄に関連します。

STEP7 : 「目標<短期目標>」を利用者本人と検討し作成する

できる部分できない部分	目標<短期目標>	個人因子・環境因子
<ul style="list-style-type: none"> ・<u>屈めないために掃除機の使用や風呂掃除等はできず、現在は夫が全ての掃除を行っている</u> ・<u>座って周囲の整理整頓は可能</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>テーブル拭きは立って行う(耐久性の向上)</u> ・<u>粘着ローラー、お掃除ワイパーを使いリビングのみきれいにする</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>体力がなく疲れやすい</u> ・<u>膝に痛みがあり屈めない</u> ・<u>上肢機能に問題はなし</u> ・<u>夫は家事や自分の趣味のグランドゴルフで忙しい</u>

STEP6の「長期目標」を意識しながら、「できる」が「していない」部分や、動作能力向上が図れる部分について、本人の同意を得ながら項目の具体的な目標を立てる。短期目標の期間は、おおよそ3~6ヶ月で設定する。

POINT

「できる部分できない部分」、「個人因子・環境因子」、「改善可能性」、「代替手段」を総合的にみて、利用者が改善希望しおおよそ3~6ヶ月で達成し得る動作を検討します。重要な点としては、利用者本人の言葉で目標を挙げてもらうことです。利用者本人がアセスメントした内容を理解し、「これなら自分でもできるかも」と思って、自発的に目標を言うてもらうことは利用者の動機付けに大きく寄与することになります。また、その短期目標の達成のために具体的に何に取り組めばよいか明確となります。

STEP8 : アセスメントシートと介護予防サービス・支援計画書とのつながりについて

アセスメントシートは「介護予防サービス・支援計画書」の作成につながるよう作成されています。原則として、アセスメントシートの長期目標と「介護予防サービス・支援計画書」の支援期間は合致させてください。よって、アセスメントシートの「長期目標」の期間は、STEP6で「おおよそ1年」としていますが、支援期間に合わせて解釈していただいて結構です。

尚、利用者の状態が変わりサービスの変更等が必要となる場合は、アセスメントシートと介護予防サービス・支援計画書の両方を再作成する必要があります。

1. 「アセスメント領域と現在の状況」～「領域における課題」

アセスメントシートで評価した、「できる部分できない部分」、「本人要望」、「個人因子・環境因子」を中心に利用者本人の長所や強み、改善可能性も意識しながら記載する。

(1) 「アセスメント領域と現在の状況について」

ADL・IADLの「できる部分できない部分」を中心に記載します。加えて、「心身状況」や「環境」等も参照しながら記入します。

(2) 「本人・家族の意欲・意向について」

アセスメントシートの「本人要望」に関連します。アセスメントシート上では「本人要望」のみに集約していますが、家族がいれば併せて聞き取り記入してください。

(3) 領域における課題（背景・原因）について

「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向について」の内容を考慮しながら、「できる部分できない部分」のうち、「できるがしていない点」や「できない点」を「個人因子・環境因子」・「心身状況」・「環境」も参照しながら記入してください。

(4) アセスメントシート事例に基づいた介護予防サービス・支援計画書への記入例

①運動・移動について

アセスメントシートの「室内移動」、「屋外移動」項目の「できる部分できない部分」を中心に記載します。併せて「心身状況」、「環境」も参照します。外出頻度も記入してください。

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）
運動・移動について 部屋内や廊下等は見守りなくゆっくりと伝い歩きができるが、何も持たなければ歩行不安定。階段は夫の見守りが必要。屋外はシルバーカーを使用し移動。シルバーカーで家の周囲を週2回程度散歩している。西宮いきいき体操には週1回行っている。	(本人) 膝の痛みがあり、歩行が不安。特に階段が怖い。もっと歩きやすくなりたい。西宮いきいき体操は友人も増え楽しみにしている。これからも続けたい。 (夫) 階段は見守りをしているが、おっかない。安全に上り下りできたらよい。	■有 □無 平成24年頃より両膝関節痛があり、歩行時、両膝に痛みが生じる。寝室は2階で階段等に手すりがなく、転倒の危険がある。自宅周囲は坂が多く、外出を阻害している。

項目 チェックリスト 項番	できる部分 できない部分	個人因子・環境因子
室内移動 7・10	・部屋内や廊下等は見守りなくゆっくりと伝い歩きするが、何も持たなければ歩行不安定 ・階段は夫の見守りが必要	・歩行時、両膝に痛み生じる ・寝室は2階 ・手すりなし
屋外移動 1・4・16・17	・シルバーカーで家の周囲散歩(週2回程度)。長距離は困難。 ・西宮いきいき体操は週1回友人と行く。	・周囲が坂

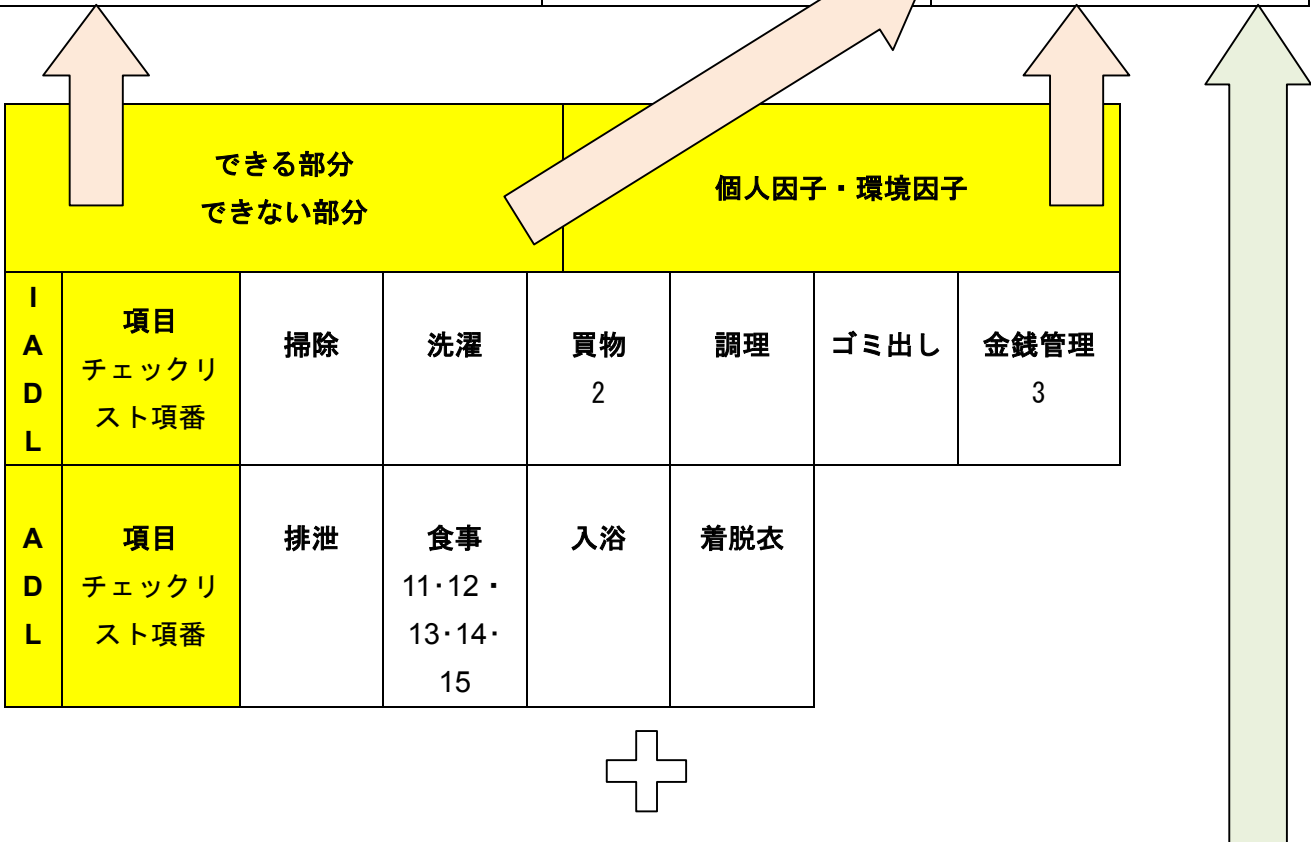


心身状況	慢性腎不全、慢性心不全、高血圧、聴覚障害（難聴）、左膝関節骨折（H23）、H24。1月頃より両膝関節痛。物忘れはあるが認知症の診断はなし。 1日1回降圧剤・利尿剤を服用。
環境	周囲が坂の戸建（2階建）に居住。玄関から公道までは平坦。自宅は住宅街で、商業施設は最も近くで1kmの距離にある。夫との2人暮らしで家事の協力あり。西宮いきいき体操の場所までは緩やかな坂で近所の友人の誘いもあり行ける。

②「日常生活（家庭生活）について」

アセスメントシートの「掃除」～「ごみ出し」・「金銭管理」の IADL 項目の「できる部分できない部分」を中心に記載します。必要に応じて、ADL 項目についても記載します。

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）
日常生活（家庭生活）について 基本的な身の回りの動作は自分で行えている。掃除、洗濯、買い物、ごみ出し等の家事は夫が全て行っている。調理は購入した車椅子を使用し、時折休憩しながら自分でしている。金銭管理は大部分を若い頃より夫がみている。	（本人）夫に家事を沢山してもらっていて、少しでも自分でしたいが、動くとすぐに疲れてしまう。 （夫）家事の多くを担っているが、負担感はある。外に出ることも多く、本人がもう少しできたら助かる。	■有 □無 体力がなく疲れやすい、膝に痛みがあり屈めない。座っての整理整頓等は可能だが行っていない。このままだと、更なる体力低下の可能性はある。夫は家事や自分の趣味活動で忙しい。



心身状況	慢性腎不全、慢性心不全、高血圧、聴覚障害（難聴）、左膝関節骨折（H23）、H24。1月頃より両膝関節痛。物忘れはあるが認知症の診断はなし。 1日1回降圧剤・利尿剤を服用。
環境	周囲が坂の戸建（2階建）に居住。玄関から公道までは平坦。自宅は住宅街で、商業施設は最も近くで1kmの距離にある。夫との2人暮らしで家事の協力あり。西宮いきいき体操の場所までは緩やかな坂で近所の友人の誘いもあり行ける。

③「社会参加・対人関係・コミュニケーションについて」

アセスメントシートの「電話」・「社会参加」項目の「できる部分できない部分」、を中心に記載します。併せて「心身状況」、「環境」利用者基本情報の「友人や地域との関係」もご参照ください。

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）
社会参加・対人関係・コミュニケーションについて 以前より近所に親しい友人がおり、友人の誘いもあって、西宮いきいき体操に参加している。難聴があり補聴器使用しても、電話での会話は難しく電話は使っていない。普段の会話は近くで話せば支障ない。近所づきあいは挨拶程度で、地域行事等への参加は夫が担う。	(本人) 西宮いきいき体操は今後も参加していきたい。以前していた、友人との買い物や演劇を見に行きたい。 (夫) 聞こえづらさはあるが、意思疎通はできている。	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 難聴があるが、電話でなければコミュニケーションは大きな問題はない。

項目 チェックリスト 項番	できる部分 できない部分	個人因子・環境因子
電話 19	・補聴器使用も聞き取り困難で電話は出ない	・難聴で補聴器使用
社会参加 1・2・3・4・16・17	・友人の誘いがあり、西宮いきいき体操週1回参加。 ・友人以外の近所づきあいは挨拶程度	・性格穏やか ・西宮いきいき体操は、ほとんど聞こえないが、サポートにより楽しめている。



心身状況	慢性腎不全、慢性心不全、高血圧、聴覚障害（難聴）、左膝関節骨折（H23）、H24。1月頃より両膝関節痛。物忘れはあるが認知症の診断はなし。 1日1回降圧剤・利尿剤を服用。
環境	周囲が坂の戸建（2階建）に居住。玄関から公道までは平坦。自宅は住宅街で、商業施設は最も近くで1kmの距離にある。夫との2人暮らしで家事の協力あり。西宮いきいき体操の場所までは緩やかな坂で近所の友人の誘いもあり行ける。

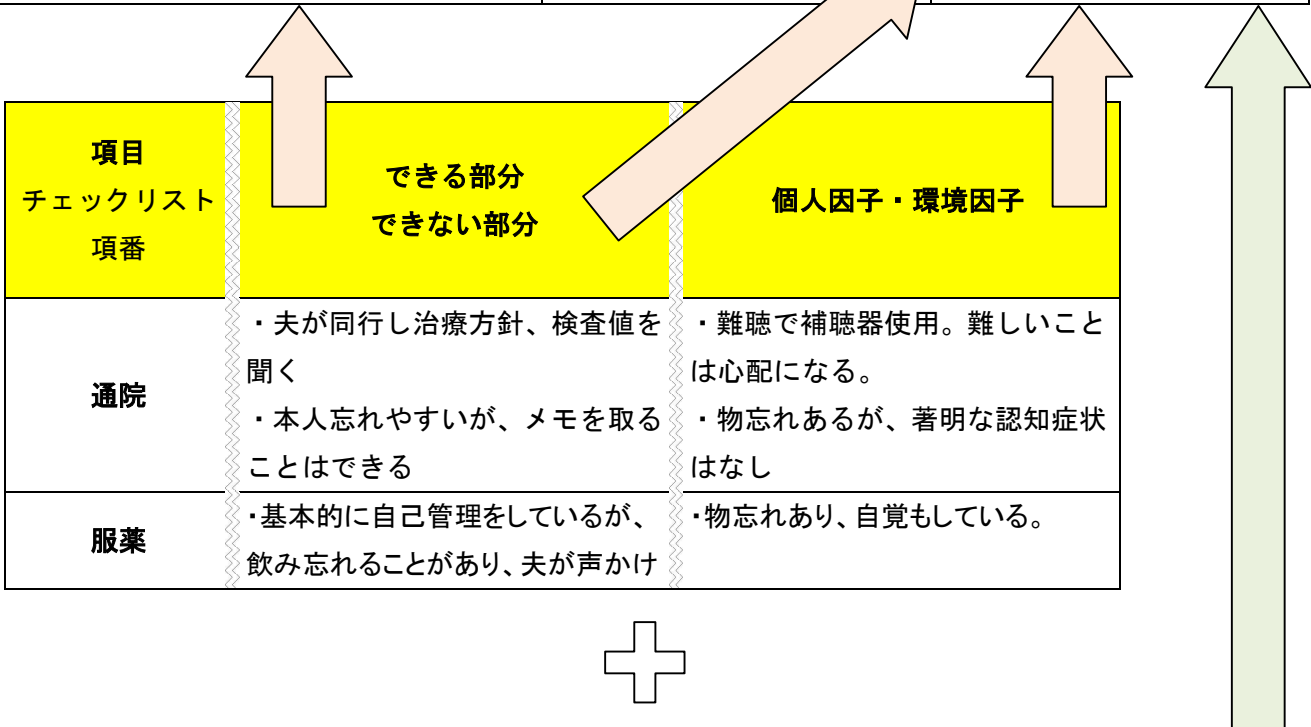
利用者基本情報《介護予防に関する事項》

友人・地域との関係
昔から近所に親しい友人がおり、西宮いきいき体操に一緒へ行くために、週1回は会っている。地域づきあいは、友人以外は挨拶程度。地域行事の参加は夫が基本的に行っている。

④「健康管理について」

アセスメントシートの「通院」・「服薬」項目の「できる部分できない部分」と、「心身状況」を中心に記載します。必要に応じて、健康管理上必要であれば「食事」・「排泄」等のADL項目もご参照ください。

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）
健康管理について 通院は夫も同行し、治療方針、検査値を聞いてもらっている。腎機能・心機能低下しており、食事管理は夫が行う。薬は自分自身で基本的に管理をしているが、飲み忘れることがあり、夫が声かけをしている。	（本人）難しい話になると心配になるので夫と通院している。薬を飲み忘れるので夫に確認してもらっている。 （夫）物忘れはあるが、ひどくはない。薬の声かけは週2回程度。食事管理は気をつけて買い物をしている。	■有 □無 概ね自身で健康管理を行っているが、物忘れの自覚がある。服薬の声かけや、複雑な話は夫の確認が必要となる。 腎機能・心機能が低下しており、食事管理が必要。



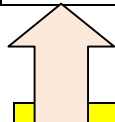
心身状況	慢性腎不全、慢性心不全、高血圧、聴覚障害（難聴）、左膝関節骨折（H23）、H24。1月頃より両膝関節痛。物忘れはあるが認知症の診断はなし。 1日1回降圧剤・利尿剤を服用。
------	--

項目 チェックリスト 項番	できる部分 できない部分	個人因子・環境因子
排泄	・少量の尿漏れあるが（1日1回程度）、パッド交換は自分で可能	・パッド使用
食事 11・12・13・14・ 15	・夫が買物し食事管理するが、摂取自体は問題なくできる。	・腎機能、心機能低下があり食事管理必要

2. 「総合的課題」

アセスメントシートでの客観的ニーズの部分と強く関連した項目で、領域における課題と併せて記入する。

総合的課題
1. 両膝関節痛で移動に支障が生じ、転倒リスクがある。 2. 家事等できる動作もあるが夫にしてもらうことが多く、活動性が低下しており、結果として筋力・体力の低下がみられる。 3. 服薬管理が不十分で、夫の声かけなしでは、体調悪化を来たす可能性がある。



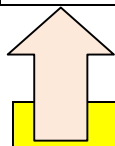
客観的ニーズ	体力の向上、屋内外歩行の安定、服薬管理の徹底
--------	------------------------

3. 「課題に対する目標と具体策の提案」～「目標」

「課題に対する目標と具体策の提案」欄には「総合的課題」に対する目標と具体策を分けて記入する。アセスメントシートとは長期目標と短期目標の部分が関係する。長期目標の達成に向けて、「支援計画」部分も考慮した具体的な記述が必要となる。「具体策についての意向 本人・家族」欄は、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、前項の提案に対し、利用者や利用者家族の意向が大きく異なる場合は、差異が生じている原因・背景に注目しながら再検討をする。「目標」は、意向を踏まえ、計画作成者と利用者・利用者家族の三者が合意した目標を記載する。

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
1. <目標>家の中では、階段を一人でのぼれるようになり、約500m先のスーパーへ杖で買物に行く。 <具体策>①階段の手すりを設置し環境を整える②デイケアで膝などに負担の小さい歩行方法や階段昇降を学ぶ③近所の散歩の距離や頻度を段階的に増やす	1. (本人) 階段の手すりは、常に転ぶ不安があるので、是非取り付けたい。外歩きは、まだスーパーまで歩いて行く自信がない。無理をして膝が痛くなるのが心配。 (夫) 階段が一人で上り下りできたらありがたい。もっと元気になって欲しいが、無理はして欲しくない。	1. 家の中では、階段を一人でのぼれるようになり、近くのバス停(約300m先)まで杖で歩いて行く。
2. <目標>夫が行っている掃除等家事の一部を膝などに負担をかけない範囲で行い、体力をつけるようにする。 <具体策>①道具を活用したりリビング掃除や室内のゴミ集め、立位でのテーブル拭き、洗濯たたみ等の家事を行う②西宮いきいき体操とデイケアで筋力強化に取り組む	2. (本人) ぼちぼちとなら、やれらると思う。夫に申し訳なさもあつたので、少しでも家事ができるようになりたい。体操は楽しみ。 (夫) 家事がしんどいと思う日もあるのですが、少しでもできるようになってくれれば嬉しい。	2. 提案通り

3. <目標>服薬管理を意識づける。 <具体策>①服薬したらカレンダーに印をつける②夫に服薬の確認は今までどおりしてもらう	3. (本人) これを機会に気をつけてみたい。 (夫) 引き続き薬の管理は気をつけたい。	3. 提案通り
--	---	---------



目標 <長期目標>	公共機関を使って遠出して友達と買物や演劇をみる機会を持ちたい
----------------------------------	--------------------------------



項目	目標<短期目標>
室内移動	・階段を見守りなく一人でのぼれる
屋外移動	・近くのバス停(約 300m)まで杖で歩いて行ける
掃除	・テーブル拭きは立って行う(耐久性の向上) ・粘着ローラー、お掃除ワイパーを使いリビングのみきれいにする
洗濯	・洗濯物をたたむ
ごみ出し	・室内のゴミ箱からゴミ袋を集める
服薬	・服薬したらカレンダーにチェックを入れる

4. 支援計画

3 で合意された目標を元に支援計画を立てていく。「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)」はアセスメントシートを参考にする。

支援計画					
目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
(1) 住宅改修を行い、階段に手すりを設置し、転倒リスクを軽減する。 デイケアでは膝の状態を評価しながら負担の小さい歩行訓練を行う。 無理のない範囲で散歩の距離や時間を段階的に増やす。	体調に気をつけながら、散歩を続ける。	手すりの設置(階段) 歩行訓練	住宅改修 介護予防通所リハビリテーション	デイケア 〇〇	12ヶ月
(2) 体調や痛みに注意しながら、自身で行う家事を増やしていく。	粘着ローラー、お掃除ワイパーを使った、リビング掃除や、1階のゴミ箱からゴミ集め、立ってテーブル拭きをする。	筋力増強訓練 西宮いきいき体操(週1回)	介護予防通所リハビリテーション 一般介護予防事業	デイケア 〇〇	12ヶ月
(3) 初めは夫にも確認してもらいながら、カレンダーに印をつける。	服薬したらカレンダーに印をつける。				3ヶ月