

生活状況を把握するためのアセスメントシート

利用者氏名： 様

| | | |
|----------------|-----------------------------|-----------------------|
| 障害高齢者の日常生活自立度 | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 | 初 回 (黒)：平成 年 月 日 記入者： |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M | 2回目 (赤)：平成 年 月 日 記入者： |
| | | 3回目 (青)：平成 年 月 日 記入者： |

| | |
|-----------------------------|--|
| ご本人の主訴・意向 これからの生活についての希望 | |
| 家族の主訴・意向 | |

A 活動面について：自ら行きたい場所に移動するための手段を取れるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうか。

| アセスメント項目 | | 課題・ニーズ等記載欄 |
|------------------|--|---|
| 運動機能 (支えの必要性) | 立ち上がり： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 片足立ち： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; color: red;"> 左のアセスメント項目のほか、必要な情報を確認したのち、課題やニーズを抽出し、記載しておくこと。 </div> |
| 歩行状況 (歩行レベル) | 室内： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> その他 () 屋外： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 転倒傾向 | 転倒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状況など：) つまずき <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (状況など：) | |
| 移動範囲 | <input type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 区内 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外も可 | |
| 移動手段 | <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車 (運転・同乗) <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | | |

B 日常生活について：家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ごみ捨て等）や、住居、経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかどうかの状況。

| アセスメント項目 | | 課題・ニーズ等記載欄 |
|--------------|---|------------|
| 買い物 | <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 () 状況 () | |
| 調理 | <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 () 状況 () | |
| 洗濯・洗濯物干し | <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 () 状況 () | |
| 掃除 | <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 () 状況 () | |
| 整理整頓・ごみ捨て | <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 () 状況 () | |
| 金銭管理 (家計の管理) | <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () 状況 () | |
| 情報収集 | <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> テレビ・ラジオ <input type="checkbox"/> 人づて <input type="checkbox"/> 近隣の広報 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 関心がない <input type="checkbox"/> その他 () | |

C 社会や人との関わりについて：状況に見合った社会的に適切な方法で、人々と交流しているか、また家族・近隣の人との人間関係が保たれているか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加の状況や家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうか。

| アセスメント項目 | | 課題・ニーズ等記載欄 |
|---|----------------|---|
| コミュニケーション | | |
| <input type="checkbox"/> 自己の意思の表出ができる <input type="checkbox"/> 他者の話の内容が理解できる <input type="checkbox"/> その他状況 () | | |
| 視力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> その他状況 () | | |
| 聴力 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> その他状況 () | | |
| 社会参加 | 活動性 | <input type="checkbox"/> 趣味や楽しみ、特技がある () <input type="checkbox"/> 仕事をしている <input type="checkbox"/> 地域活動やボランティア活動に参加している <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特にない |
| | 外出頻度 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月に2~3回 <input type="checkbox"/> 殆ど外出しない |
| | 主な外出の目的 | <input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ () <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動等への参加 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 対人関係 | 家族・近隣友人・知人との交流 | 状況 |

D 健康面について：清潔・整容と服薬・定期受診が行われているかどうか。また飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康の自己管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする必要がある。(自己管理または家族による管理)

| アセスメント項目 | | 課題・ニーズ等記載欄 |
|----------|---|------------|
| 身長・体重 | 身長 () cm 体重 () kg | |
| 病気について | 病名 () 既往歴 () 病識 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 かかりつけ医(病院・医院名/担当医師名)(受診頻度) ① () / 先生 () 回/週・月 ② () / 先生 () 回/週・月 ③ () / 先生 () 回/週・月 | |
| 服薬管理 | 服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬の情報(種類・回数など) 服薬状況 <input type="checkbox"/> 忘れず飲む <input type="checkbox"/> よく忘れる <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 介助が必要 かかりつけ薬局 () | |

| | | |
|----------|--|--|
| □腔・嚥下 | 状態（ 歯科受診 □無 □有 かかりつけ医（ 義歯 □無 □有 （□全義歯 □部分義歯） ケアの方法（ ----- 嚥下 □支障なし □支障あり（状況 | |
| 食生活・栄養状況 | 回数（ 状況：□バランスに気をつけている □偏りあり □制限あり（ 食形態 □普通食 □治療食 □その他（ | |
| 水分摂取状況 | □気をつけている □特に気をつけていない 一日摂取量【 制限 □無 □有 【制限量（ ） ml/日】 | |
| 飲酒・喫煙状況 | 飲酒：□無 □有 □やめた 頻度（ 喫煙：□無 □有 □やめた 量（ 期間[]年間 | |
| 適度な運動 | □している（内容・頻度： □していない（理由： ） | |
| 適度な休息 | □心がけている □つい無理をしてしまう □睡眠状況（起床： 時/就寝： 時） | |
| 排泄の状況 | 排便【 回/日】 / 排尿【 回/日】 □支障なし □尿漏れ・尿失禁がある □紙パンツ □紙パット □ポータブルトイレ | |
| 入浴の状況 | 頻度（ 回/週・月） □入浴 □シャワー □清拭 □介助が必要 | |
| アレルギー | □無 □有 □不明 食品・薬剤名等（ ） | |
| 感染症 | □無 □有 □不明 種類（ ） | |
| 物忘れの状況 | □無 □有（ ） | |

E その他：生活状況全体を理解するために必要な項目を、聞き取りや観察から、ここでアセスメントする。

| アセスメント項目 | | 課題・ニーズ等記載欄 |
|-----------|--|------------|
| 住居環境 | □持ち家 □借家 □戸建て □集合住宅（ ）階（エレベーター 有・無） | |
| 居住状況（屋内外） | 手すり □無 □有（ ） 段差 □無 □有（ ） トイレ □和式 □洋式 ベッドの使用 □無 □有（種類： ） その他（ ） | |
| 経済状況 | 収入（ 円/月・年）主な用途（ ） 介護保険負担割合（ ）割 心配なこと（ ） 年金（国民年金・厚生年金・障害年金・ ） 生活保護受給 □無 □有 介護に費やせる予算（ ）円/月 | |
| 家族について | ジェノグラム： キーパーソン：☆ | |
| 家族の状況 | | |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| 精神的な不安 意欲低下 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（内容： _____） | |
| 見守りの状況 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 家族（ _____ ） <input type="checkbox"/> 民生委員など（ _____ ） <input type="checkbox"/> 隣人・知人（ _____ ） <input type="checkbox"/> ICT見守り（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | |
| 近隣の協力者 | | |
| 緊急時のSOSの発信 | <input type="checkbox"/> 自分なりの対応ができる <input type="checkbox"/> 自信がない <input type="checkbox"/> 特に考えていない 緊急性の判断： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できにくい | |
| 生活史 （生育歴、学歴、 職歴、嗜好など） | | |

| | | | |
|-------|--|-------|--|
| 1日の目標 | | 1年の目標 | |
|-------|--|-------|--|

| | |
|----------------------------|--|
| インフォーマルサービス 自ら取り組んでいること | |
|----------------------------|--|

| | |
|---------|--|
| 1日の過ごし方 | <div style="text-align: center;"> 6 9 12 15 18 21 24 </div> |
|---------|--|

| | | |
|--------|---|--|
| 主な週間予定 | 月 | |
| | 火 | |
| | 水 | |
| | 木 | |
| | 金 | |
| | 土 | |
| | 日 | |

| | |
|-----|--|
| 備考欄 | |
|-----|--|