

生活状況を把握するためのアセスメントシート

様

記入者:

日付: 年 月 日

領域	視点	アセスメント項目			
A 運動・移動 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っているかどうか。	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		
		歩行状況(歩行レベル)	室内() 屋外()		
		転倒傾向	転倒() つまずき()		
		移動範囲	<input type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 区内・市内くらい <input type="checkbox"/> 市外まで		
B 日常生活・家庭生活 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。	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) <input type="checkbox"/> 車(同乗) <input type="checkbox"/> 徒歩		
		買い物	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等		
		献立を考える	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族		
		調理	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 惣菜購入		
		食べる楽しみ	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> あまり感じない()		
		洗濯	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない		
		掃除	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない		
		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"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない		
		身だしなみへの関心	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い		
		電気機器類の操作	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 迷う <input type="checkbox"/> 難しい(何が:)		
		火の始末	<input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input type="checkbox"/> 火の消し忘れ等の経験がある		
		電話の利用	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない(理由:)		
		金銭管理(家計の管理)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない(理由:)		
		役所や金融機関等の手続き	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 人に尋ねながらしている <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> していない		
C 社会参加 コミュニケーション 対人関係	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。	悪質商法への注意	<input 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		
		情報への関心	<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"/> 関心がない		
		社会参加	活動性 <input type="checkbox"/> 趣味や楽しみがある() <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"/> 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"/> 殆ど出ない		
		外出目的	<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"/> その他()		
		対人関係	家族との交流 <input type="checkbox"/> 状況: 近隣との交流 <input type="checkbox"/> 状況: 友人・知人との交流 <input type="checkbox"/> 状況:		
		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		
		D 健康管理 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る場合、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)	受診の状況	<input type="checkbox"/> 定期的に受診している <input type="checkbox"/> 必要時に受診している <input type="checkbox"/> 受診しない
				服薬管理の状況	<input type="checkbox"/> 指示通り飲める <input type="checkbox"/> 他者の指示があれば飲める <input type="checkbox"/> できない
				健診の状況	<input type="checkbox"/> 健康診断を受けている <input type="checkbox"/> 受けていない
口腔機能の状況	<input type="checkbox"/> 痛みがある(口歯 <input type="checkbox"/> 歯ぐき <input type="checkbox"/> 粘膜) <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> くちの湯き <input type="checkbox"/> 硬い物が食べにくい <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 臭いが気になる				
歯の手入れ(義歯含む)	頻度(回/日・週・月) 方法()				
食生活・栄養状況	回数(回/日) 状況: <input type="checkbox"/> バランスに気をつけている <input type="checkbox"/> 偏っている <input type="checkbox"/> 食事量減少 <input type="checkbox"/> 関心がない				
水分摂取の状況	<input type="checkbox"/> 気をつけている() <input type="checkbox"/> 特に気をつけていない				
飲酒状況・喫煙状況	<input type="checkbox"/> 飲酒:頻度(回/日・週) 量(/回) <input type="checkbox"/> 喫煙:量(本/日・週)				
適度な運動	<input type="checkbox"/> している() <input type="checkbox"/> していない(理由:)				
適度な休養	<input type="checkbox"/> 心がけている <input type="checkbox"/> つい無理をしてしまう				
排泄の状況	<input type="checkbox"/> 支障がない <input type="checkbox"/> 尿漏れ・尿失禁がある (気がかりなこと)				
入浴の状況	頻度(回/週・月) 方法: <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭など				
生活リズム	<input type="checkbox"/> 保たれている(起床: 時/就寝: 時) <input type="checkbox"/> あまり保たれていない()				
物忘れの状況	物忘れ: <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 本人の認識: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
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。			居住環境	室内() 屋外()
				経済状況	収入(円) 主な用途() 心配なこと()
		家族の状況	()		
		家族の介護力	<input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない(理由:)		
		虐待の可能性	<input type="checkbox"/> みられない <input type="checkbox"/> 要注意(根拠:)		
		精神的な不安・意欲低下	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> みられる(内容:)		
		見守りの状況	<input type="checkbox"/> ある(口家族 <input type="checkbox"/> 民生委員等 <input type="checkbox"/> 近隣住人 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> ない		
		緊急時のSOS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		
		価値観	大切にしたいこと() 嫌なこと()		
		本人の主訴や意向			
家族の主訴や意向					
これからの生活についての希望					
現在利用しているサービスなど					
全体的な印象					

基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
		0.はい	1.いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.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	0.はい	1.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	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長 c m 体重 kg (BMI=)(注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.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	1.はい	0.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	0.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	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.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めなくなった	1.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	1.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	0.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	0.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。