

入所・通所用アセスメント表

本人様氏名: _____ 記入日: _____ 年 月 日

日常生活の様子についてご記入下さい。

記入者氏名: _____ (続柄/職種)

1. ベッド上の動作について

起き上がり (移乗時にベッドから降りる方向に○を付けてください)	①自分でできる(右・左) ②ベッド柵・ひもにつかまりできる(右・左) ③介助があればできる(右・左) ④できない
座っていること	①自分でできる ②ベッド柵・ひもにつかまりできる ③介助があればできる ④背もたれがあってもできない
立ち上がり	①自分でできる ②ベッド柵・ひもにつかまりできる ③介助があればできる ④できない
寝返り	①自分でできる ②ベッド柵・ひもにつかまりできる ③介助があればできる ④できない

2. 歩行について

歩行は	①1人で歩くことができる ②杖やシルバーカーなどで歩ける ③手すりなどにつかまりできる ④介助者が手を貸して歩ける ⑤歩けない
①～④に○をつけた方、1日の中で歩行する頻度や距離を教えてください	
歩行時補助具を 사용합니다か	①杖 ②歩行器 ③シルバーカー ④その他(_____)

3. 車椅子について

車椅子を使用していますか	①使用していない ②必要時のみ使用している (どんな時に: _____) ③常時使用している (車椅子の種類 _____) (可能な座位保持時間: _____ / 特記事項 _____)
自分で移ることができますか	①1人でできる ②見守りが必要 ③一部介助 ④全介助
自分で操作できますか	①1人でできる ②見守りが必要 ③一部介助 ④全介助
車椅子ブレーキのかけ忘れ	①ない ②時々ある(頻度 _____) ③毎回忘れる

4. 転倒歴について

これまでに、本人の動作に起因する転倒や転落はありますか	①ある ②ない (発生時の状況: _____)
転倒予防のために個別に実施している対策はありますか	①ある ②ない (内容: _____)

5. 意思の疎通について

自分の意思を伝えられる	①伝えられる ②時々伝えられる ③伝えられない ②③の具体的な内容(_____)
他者の話の理解	①理解できる ②時々理解できる ③理解できない ②③の具体的な内容(_____)
ナースコールを押せますか	①毎回押せる ②時々押さないことがある(頻度 _____) ③全く押せない

6. 食事について

主食の形態	①米飯 ②お粥 ③ミキサー食 ④流動食
おかずの形態	①普通食 ②軟食 ③きざみ食 ④ミキサー
カロリーなど食事の制限はありますか	①ある（内容： ） ②ない
アレルギー、服薬などを理由にした禁止食品はありますか	①ある（内容： ） ②ない ③本人が好まず禁食としているものがあればお書き下さい（ ）
食欲はありますか	①ある ②むらがある（主食 割/副菜 割） ③ない
食事は1人で食べられますか	①1人で食べられる。 ②声かけ・促しが必要 ③多少の介助が必要 ④全てに介助が必要
食べこぼしはありますか	①ある ②ない
飲み込みはどうか	①よい ②時々詰まらせる ③よく詰まらせる
トロミを使用していますか	①使用している ②使用していない
食べる時は	①自分の歯 ②義歯（上・下） ③使用していない
食後、口の中をきれいにするができますか	①自分でできる ②準備のみ介助が必要 ③義歯を洗うなど介助が必要 ④全てに介助が必要 ⑤行っていない
介護用スプーンなどの使用	①使用している（種類： ） ②使用していない

7. 排泄について

排泄は	①自立 ②一部介助 ③見守り・声かけ ④全介助
排泄場所・方法は	日中 ①トイレ ②ポータブルトイレ ③尿器 ④おむつ （排泄の頻度： 回/特記事項： ） 夜間 ①トイレ ②ポータブルトイレ ③尿器 ④おむつ （排泄の頻度： 回/特記事項： ）
失禁はありますか	尿失禁 ①ある ②ときどき ③ない 便失禁 ①ある ②ときどき ③ない
尿意・便意の訴えはありますか	尿意 ①ある ②ときどき ③ない 便意 ①ある ②ときどき ③ない
おむつは使用していますか	日中 ①テープ式 ②尿取りパット ③リハビリパンツ 夜間 ①テープ式 ②尿取りパット ③リハビリパンツ
※バルンカテーテル・ストマ等の処置がありますか。→	①ない ②バルンカテーテル ③ストマ
便秘はありますか	①ある（ 日に 回） ②ない
便秘時の対処方法	

8. 服の脱ぎ着について

服の脱ぎ着は	①自分でできる ②多少の介助が必要 ③全てに介助が必要 （具体的な介助内容： ）
--------	---

9. 入浴について

入浴について	①自分で洗うことができる ②多少の介助が必要 ③全てに介助が必要 （具体的な介助内容： ）
入浴方法・場所は	①自宅の浴槽 ②訪問入浴サービス ③施設で入浴（形態： ） ④シャワー浴のみ

10. 視力・聴力について

視力は	①生活に支障はない ②眼鏡を使用すれば見える ③全く見えない ④見えにくい（具体的な様子： ）
聴力は	①生活に支障はない ②大きな声なら聞こえる ③補聴器を使用すれば聞こえる ④ほとんど聞こえない

11. 精神状態について ②③の部分に○を付けた場合は頻度や様子など具体的な内容をお願いします。

生活上差しさわりのある物忘れが	①ない ②時々ある ③ある	
物忘れを自覚していないことが	①ない ②時々ある ③ある	
周囲のものに無関心な状態が	①ない ②時々ある ③ある	
物が盗られたなど被害的になることが	①ない ②時々ある ③ある	
作り話をしているいろいろな人を混乱させることが	①ない ②時々ある ③ある	
たえず体の痛みを訴えることが	①ない ②時々ある ③ある	
実際にはないものを見たり、聞こえることが	①ない ②時々ある ③ある	
よく独り言を行っていることが	①ない ②時々ある ③ある	
泣いたり笑ったり感情が不安定になることが	①ない ②時々ある ③ある	
夜眠れないことが	①ない ②時々ある ③ある	
昼間眠りがちになることが	①ない ②時々ある ③ある	
他人に繰り返し同じ話をするのが	①ない ②時々ある ③ある	
大声を出したり、音を立て続けることが	①ない ②時々ある ③ある	
介助や助言に抵抗することが	①ない ②時々ある ③ある	
目的もなく動き回ることが	①ない ②時々ある ③ある	
「家に帰る」等と訴え落ちつかなくなるのが	①ない ②時々ある ③ある	
1人で外出すると家に帰れなくなるのが	①ない ②時々ある ③ある	
1人で外に出たがるため目が離せないことが	①ない ②時々ある ③ある	
色々な物を集めたり、無断で持ってくるのが	①ない ②時々ある ③ある	
衣服を着せても脱いでしまうことが	①ない ②時々ある ③ある	
物を壊したり衣類を破いたりすることが	①ない ②時々ある ③ある	
排泄物をいじってしまうことが	①ない ②時々ある ③ある	
トイレ以外の場所で排泄してしまうことが	①ない ②時々ある ③ある	
食べられない物を口に入れてしまうことが	①ない ②時々ある ③ある	
火の元の管理ができないことが	①ない ②時々ある ③ある	
周囲が迷惑している性的行動が	①ない ②時々ある ③ある	

12. 身体拘束について

身体拘束はされていますか	①ない	②ある	
あるに○をつけた方のみお答え下さい。	①4点柵	②抑制着	③車椅子ベルト
	④四肢・体幹の拘束	⑤その他()	

13. 趣味、特技、嗜好について

趣味・特技	①ある()	②ない
喫煙の習慣がある	①ある(本/日)	②ない
飲酒の習慣がある	①ある(種類: /量:)	②ない

14. 1日の日課について

朝 6 時	9 時	12 時	15 時	18 時	21 時	24 時	— 朝 6 時

15. 今後の生活についてのご本人の意見・要望

16. その他、大切にしている事、こだわりのある事などがあればお書き下さい。

17. 在宅サービスの利用状況

訪問看護(回/週・月)	訪問介護(回/週)	訪問リハビリ(回/週・月)
通所介護・通所リハ(回/週)	ショートステイ(泊/月)	往診(回/月)
配食サービス(回/週)	福祉用具(内容: _____)	
その他(_____)		

18. 他科受診

現在、眼科にかかっていますか	①ある(頻度: /点眼薬 有・無) ②ない
現在、皮膚科にかかっていますか	①ある(頻度: / 軟膏 有・無) ②ない
現在、泌尿器科にかかっていますか	①ある(頻度:) ②ない
その他にかかっている診療科があればお書き下さい	

質問は以上となります。ご協力ありがとうございました。

介護老人保健施設 志村さつき苑