

アセスメントシート

アセスメント日

年 月 日

対象者

1 高齢者台帳情報登録

1 世帯区分

- 一人暮らし 高齢者のみ世帯
 同居世帯（混合世帯） 障がい者のみ世帯
 老人ホーム
 その他（ ）

2 所在区分

- 在宅（住宅型有料老人ホーム、グループホーム含む）
 入院中（ 療養型 療養型以外 ）
 入所中（特養、老健）
 その他（特定、ケアハウス、軽費、養護）

3 見守り体制

- 民生委員による見守り必要（※下欄に必要な状況等を記入）

--

4 高齢者要援護者台帳登録

- 登録済み 今回登録（ 新規 更新 ）

5 利用する医療機関（既往歴）

1	医療機関・医師名			電話番号		
	診療科目			疾病名		
	経過	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 観察中 <input type="checkbox"/> その他	治療中の場合は 内容			
2	医療機関・医師名			電話番号		
	診療科目			疾病名		
	経過	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 観察中 <input type="checkbox"/> その他	治療中の場合は 内容			
3	医療機関・医師名			電話番号		
	診療科目			疾病名		
	経過	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 観察中 <input type="checkbox"/> その他	治療中の場合は 内容			

6 現在利用しているサービス・制度・活動等

公的	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス（ ）
	<input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業
	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問 <input type="checkbox"/> まごころ訪問 <input type="checkbox"/> 介護予防通所 <input type="checkbox"/> 生活支援型予防通所 <input type="checkbox"/> いきいきルーム
	<input type="checkbox"/> 一般介護予防事業（ ） <input type="checkbox"/> 老人福祉センターナギの木苑
	<input type="checkbox"/> あんしんコール事業 <input type="checkbox"/> 配食サービス事業
	<input type="checkbox"/> 介護用品（紙おむつ）給付サービス事業 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者等事前登録制度
	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス（ ）
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
非公的	<input type="checkbox"/> いきいきサロン <input type="checkbox"/> シニアクラブ <input type="checkbox"/> コミュニティカフェ
	<input type="checkbox"/> 民間生活支援サービス
	<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 見守り・安否確認 <input type="checkbox"/> 外出支援
	<input type="checkbox"/> その他（ ）

7 確認事項

※サービス調整者は、利用決定後に実際にサービス提供事業者と連絡調整する方にチェックを入れる

- (1) 利用決定通知書送付先 申請者 その他（ ）
- (2) サービス調整者 本人 包括 申請者
 ケアマネジャー その他（ ）

2 実態把握調査情報登録

ADL状態					備考 ※サービスを必要とする状態を具体的に			
①歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> 不可				
②動作	<input type="checkbox"/> 起立可	<input type="checkbox"/> 座位可	<input type="checkbox"/> 寝返り	<input type="checkbox"/> 常時臥床				
③排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> おむつ				
④排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> おむつ				
⑤聞く	<input type="checkbox"/> 健常	<input type="checkbox"/> 少し雑	<input type="checkbox"/> 大分雑	<input type="checkbox"/> 不可				
⑥話す	<input type="checkbox"/> 健常	<input type="checkbox"/> 少し雑	<input type="checkbox"/> 大分雑	<input type="checkbox"/> 不可				
⑦見る	<input type="checkbox"/> 健常	<input type="checkbox"/> 少し雑	<input type="checkbox"/> 大分雑	<input type="checkbox"/> 不可				
⑧食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
⑨入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 清拭等				
⑩着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
IADL状態	本人			同居家族 (いる場合)			家族構成	
①掃除	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
②洗濯	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
③買物	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
④調理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
⑤整理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
⑥ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
⑦通院	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
⑧服薬	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
⑨金銭	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
⑩電話	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可		
1日の過ごし方	起床	:	昼食	:	夕食	:	趣味・特技など	知人・友人関係等
	朝食	:		:		:		
		:		:		:		
		:		:		:		
		:		:	就寝	:		

3 基本チェックリスト登録 ※一般高齢者、要支援者は必須項目、要介護者は省略可

1	バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	身長()cm、体重()kg		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
16	週に1日以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると云われますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできたことが今ではおっくうに感じられる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だとは思えない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

4 配食サービス

開始日 年 月 日 祝祭日利用 あり なし
 ごはん形態 普通 全粥 おかず形態 普通 粗きざみ きざみ
 食数上限 (食)

	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
昼食							
夕食							

調整理由 身体状況 家族協力体制等の状況 身体状況と家族協力状況
 他サービスが必要 通所サービスの変化 その他
 配食サービス利用において変化があった場合の包括に連絡の必要性
 あり なし その他 ()

5 あんしんコール事業 ※85歳以上の独居世帯等の場合も記入

- (1) 共通事項 外出の頻度 () 回/週 必要最低限(通院・買物等)のみ 自由に外出可能
 携帯電話 あり(操作状況: 問題なく可能 不安あり ほぼ不可能) なし
- (2) おたすけコール 緊急を要する疾患の有無 あり(心疾患 発作性疾患 その他) なし
 ※発作性疾患の名称またはその他()
- (3) みまもりコール 緊急を要する疾患の有無 あり(心疾患 発作性疾患 その他) なし
 ※発作性疾患の名称またはその他()

対象者の連絡先	電話番号等	種類
第1連絡先		<input type="checkbox"/> 固定電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他()
第2連絡先		<input type="checkbox"/> 固定電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他()

みまもりのスケジュール案

	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
時間	:	:	:	:	:	:	:
内容							

※内容…体調確認、服薬管理(声かけのみ)など

6 日常生活用具(自動消火器)給付

商品名 キッチンレオ(FHL-4) キッチンレオ(FHL-10K) ホームレオ(FHL-10)
 取付場所 台所 居間 その他()
 取付立会者 本人のみ 申請者 包括 ケアマネジャー その他()
 火の不始末の有無 あり なし

7 寝具洗濯サービス事業

替え布団 要 不要