

(記 入 例)

記入要領

アセスメントシート アセスメント日:平成●●年●●月●●日 対象者氏名(春日ヤヨイ)

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

障がい者のみ世帯

同居世帯(混合世帯)

老人ホーム

その他

2) 所在区分

①在宅(住宅型有料老人ホーム、グループホーム、サ高住含む)

②入院中(療養型、介護医療院、それ以外)

③入所中(特養、老健)

④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

※見守りが必要な状況等記入

記入不要です

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

1	医療機関名	●●神経内科クリニック	電話番号	(092)584-1111
	医師	弥生 花子	診療科目	神経内科
	疾病名	アルツハイマー型認知症	日付	平成29年4月1日
	内容	短期記憶障害、場所の見当識障害あり。月に1回受診中		
2	医療機関名	●●病院	電話番号	(092)584-3090
	医師	原町 一郎	診療科目	内科
	疾病名	高血圧	日付	平成29年4月2日
	内容	月に1回受診中。服薬でコントロールできている。		
3	医療機関名		電話番号	
	医師		診療科目	
	疾病名		日付	
	内容			

6) 現在利用しているサービス

公的サービス	非公的サービス
<input checked="" 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"/> 通所型サービス ⇒ <input type="checkbox"/> 現行相当 <input type="checkbox"/> 生活支援型 <input type="checkbox"/> 訪問型サービス ⇒ <input type="checkbox"/> 現行相当 <input type="checkbox"/> まごころ訪問事業 <input type="checkbox"/> 配食サービス事業 <input type="checkbox"/> あんしんコール事業 ⇒ <input type="checkbox"/> おたすけコール <input type="checkbox"/> みまもりコール <input type="checkbox"/> 日常生活用具(自動消火器)給付事業 <input type="checkbox"/> 寝具洗濯サービス事業 <input type="checkbox"/> 介護用品(紙おむつ)給付サービス事業 <input type="checkbox"/> 住宅改造費助成事業(住みよか事業) <input type="checkbox"/> 徘徊高齢者等事前登録制度 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業() <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 障害者福祉サービス	<input type="checkbox"/> ふれあいいきいきサロン <input type="checkbox"/> シニアクラブ <input type="checkbox"/> その他()

7) 確認事項

(1) 通知書等送付先 申請者 その他 → 相談記録に入力

(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 → 相談記録に入力

※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てください。

「アセスメント日」「対象者氏名」を記入

1 高齢者台帳情報登録

- 1) 世帯区分 ⇒ 該当するものに○をつけます。
- 2) 所在区分 ⇒ 該当するものに○をつけます。

【注意】

所在区分で②または③に○がつく場合は、紙おむつの給付は受けられません。

- 3) 見守り体制 ⇒ 記入不要です。

- 4) 高齢者要援護者台帳登録 ⇒ 記入不要です。

5) 利用する医療機関

主なものから順番に分かる範囲で記載してください。

「日付」は、最後の受診日を記入します。

「内容」は、症状、受診状況等の説明を記入します。

6) 現在利用しているサービス

該当するものにチェックを入れてください。

7) 確認事項

(1) 通知書等送付先

申請後、サービスの利用の決定となった場合の通知書の送付先にチェックを入れてください。原則は、申請者に送付しますが、難しいときは、それ以外の人にも送付できます。その場合は、「その他」にチェックを入れ、余白に送付先(氏名・住所)を記入してください。

(2) サービス調整者

サービス利用決定後に、配達業者とのやりとり(配達商品、配達日等)をする人に、チェックを入れてください。「本人」「申請者」以外の方を指定する場合は、その人の氏名・連絡先(電場番号)を余白に記入してください。

(記 入 例)

記入要領

2 実態把握調査情報登録

ADL状態				※身体状況等詳細を記入		
①歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> 不可	常時紙おむつが必要な心身の状況についての説明をできるだけ具体的に記載してください。 (例) ・尿意・便意がなく、常時失禁している。 ・尿意・便意があるものの、歩行に介助が必要な状態でトイレに間に合わず、紙おむつ内に失禁している。	
②動作	<input checked="" type="checkbox"/> 起立可	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> おむつ		
⑤聞く	<input type="checkbox"/> 健常	<input checked="" type="checkbox"/> 少し難	<input type="checkbox"/> 大分難	<input type="checkbox"/> 不可		
⑥話す	<input type="checkbox"/> 健常	<input checked="" type="checkbox"/> 少し難	<input type="checkbox"/> 大分難	<input type="checkbox"/> 不可		
⑦見る	<input type="checkbox"/> 健常	<input checked="" type="checkbox"/> 少し難	<input type="checkbox"/> 大分難	<input type="checkbox"/> 不可		
⑧食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> 清拭等		
⑩着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input checked="" type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
IADL状態(本人)				時間	1日の過ごし方	趣味・特技など
①掃除	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input checked="" type="checkbox"/> 不可	:	起床	カラオケ、麻雀
②洗濯	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input checked="" type="checkbox"/> 不可	:	朝食	
③買物	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input checked="" type="checkbox"/> 不可	:		
④調理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input checked="" type="checkbox"/> 不可	:		
⑤整理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input checked="" type="checkbox"/> 不可	:	昼食	
⑥ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input checked="" type="checkbox"/> 不可	:		
⑦通院	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input checked="" type="checkbox"/> 不可	:		
⑧服薬	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input checked="" type="checkbox"/> 不可	:	夕食	
⑨金銭	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input checked="" type="checkbox"/> 不可	:		
⑩電話	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input checked="" type="checkbox"/> 不可	:	就寝	
IADL状態(同居家族のみ)				備考	家族構成	
①掃除	<input checked="" type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可	同居家族の支援状況、その他の親族の支援状況等を記載してください。 (例) 息子と二人暮らしで、身の回りの世話は、息子がしている。その他の家族からの支援はない。娘は関西に住んでいるが、疎遠である。	図示してください。 	
②洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可			
③買物	<input checked="" type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可			
④調理	<input checked="" type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可			
⑤整理	<input checked="" type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可			
⑥ゴミ出し	<input checked="" type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可			
⑦通院	<input checked="" type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可			
⑧服薬	<input checked="" type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可			
⑨金銭	<input checked="" type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可			
⑩電話	<input checked="" type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 一部	<input type="checkbox"/> 不可			

2 実態把握調査情報登録

- ・「ADL状態」…該当するものにチェックを入れます。
- ・「備考」…常時紙おむつが必要な心身の状況であることの説明をできるだけ具体的に記入してください。
- ・「IADL状態(本人)」…該当するものにチェックを入れます。
- ・「1日の過ごし方」…「起床」「朝(昼・夕)食」「就寝」の時間を記入してください。それ以外の日課等があれば追記し、時間を記入してください。
- ・「趣味・特技など」「知人・友人関係等」…あれば記入してください。
- ・「IADL状態(同居家族のみ)」…同居家族の助けを借りた前提での対象者のIADL状態について、該当するものにチェックを入れます。
- ・「備考」…同居家族の支援状況、その他の親族の支援状況等を記載してください。
- ・「家族構成」…ジェノグラムを図示してください。死亡者は、×をつけ、同居家族は、○で囲ってください。その他参考にすべき情報があれば、余白に付記してください。

3 基本チェックリスト登録(一般高齢者、事業対象者、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	はい	いいえ
2	日用品の買物をしていますか	はい	いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	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	はい	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	はい	いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	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	はい	いいえ
12	身長(1年)、体重(1年)の減少はありますか	はい	いいえ
13	半年前に比べて「食べにくく」なりましたか	はい	いいえ
14	お茶や汁物など「飲む」ことが減りましたか	はい	いいえ
15	口の渇きを感じるようになりましたか	はい	いいえ
16	週に1日以上は外出していますか	はい	いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	はい	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されますか	はい	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	はい	いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	はい	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	はい	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	はい	いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間とは思えない	はい	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	はい	いいえ

3 基本チェックリスト登録 ⇒ 記入不要です。

記入不要です

4 アセスメント基礎情報登録 次回アセスメント予定日(平成 年 月 日)

※備考にアセスメントが必要なサービス名を入力してください。

4 アセスメント基礎情報登録 ⇒ 記入不要です。