

# 高崎市アセスメントシート 2015

## マニュアル



令和3年4月改訂版

高崎市福祉部長寿社会課地域包括支援担当

# I 高崎市アセスメントシート 2015 の概要

## 1 アセスメントシートについて

本アセスメントは、高齢者の心身状態や生活状況を把握するために作成されたアセスメントシートです。

このアセスメントシートの目的は、アセスメント項目を統一することで必要な情報を網羅し、介護支援専門員や地域包括支援センター職員が高齢者の状況を共通に理解し、必要な支援につなげることです。

## 2 アセスメントシートの利用

本アセスメントシートは、一人の高齢者の経年的な状況の変化を把握します。

### ○ 介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント

- ・介護予防のプラン作成にあたり、利用者の状況をアセスメントするのに利用します。
- ・アセスメント結果は、作成されたプランにおけるサービスの位置づけの根拠となります。
- ・アセスメントシートは、高齢者あんしんセンターとプランを委託している居宅介護支援事業所の介護支援専門員が共通で利用することで、プラン内容の適否を効率よく確認することができます。

### ○ 高崎市高齢者在宅福祉サービス事業

- ・アセスメントの網掛け部分は高齢者在宅福祉サービス事業の調査項目となっています。在宅福祉サービスの利用の目安としていただき、利用希望者であれば高齢者あんしんセンターに相談してください。

## 3 アセスメントシート構成

別紙「基本チェックリスト」25項目を含む、10領域・125項目で構成しています。

項目内容		項目数	要因数
基本情報	高齢者の基本属性、家族状況、生活歴等	15	—
A. 環境	環境要因	7	15
B. 老研式活動能力指標	手段的自立、知的能動性、社会的役割の生活機能	13	13
C. 身体状態	病歴、主治医、治療手段、身体状態	11	66
D. 運動・転倒	運動機能、転倒リスク	10	43
E. 栄養・口腔	栄養状態、口腔状態	6	17
F. 閉じこもり	社会参加、閉じこもり状態	5	35
G. うつ	うつ傾向	5	46
H. 認知機能（MCI）	軽度認知症障害等の認知機能	15	59
I. ADL・IADL	日常生活動作、手段的日常生活動作	30	56

## Ⅱ アセスメントの実施

### 1 介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントにおけるアセスメント実施

#### (1) アセスメント実施者

##### ① 介護予防サービス計画の場合

⇒居宅の介護支援専門員が実施する。

##### ② 要支援認定者及び事業対象者の介護予防ケアマネジメントの場合

⇒初回は高齢者あんしんセンターが同席し、居宅の介護支援専門員が実施する。

##### ③ 認定期間中に、介護予防サービス計画から初めて介護予防ケアマネジメントになった場合

⇒高齢者あんしんセンターが介護予防サービス計画の終了評価時に同席し、居宅の介護支援専門員が実施する。

#### (2) アセスメント実施の流れ

##### ○訪問日時・場所の調整

- ・アセスメント実施の際には対象者や家族等の介護者と訪問実施日時を調整し、居宅または医療機関等を訪問し実施します。介護者等が立ち会えない場合は、後日必要に応じ介護者からの聞き取りをお願いします。

##### ○訪問時

- ・アセスメント実施にあたり、目的を必ず説明します。
- ・対象者には、各設問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。
- ・声の聞こえやすさなどに配慮して、調査場所を工夫します。
- ・相手に緊張感を与えないようリラックスした雰囲気回答できるように、配慮します。
- ・専門用語や略語は使用せず、丁寧な言葉遣いで聞き取りやすい声量で話します。
- ・項目の順番にこだわらず、対象者が答えやすい設問から実施します。
- ・会話だけでなく、手話や筆談、直接触れる等の方法も必要に応じて用います。その際、対象者や家族に不愉快な思いを抱かせないように留意します。
- ・対象者や介護者が回答しやすいよう、設問内容をわかりやすく伝えるなど、質問の仕方を工夫します。

##### ○アセスメント結果の確認

- ・アセスメント後、不明な点や選択に迷う点があれば、対象者や介護者に再度確認し、あいまいな部分を残さないようにします。
- ・回答の選択肢だけでは、情報が十分出ない場合には、「自由記載欄」に記入します。

### 2 アセスメントシートの記入にあたって

- ・各確認項目の番号等に（C1等）入っている項目は、基本チェックリストの項目です。
- ・期間を定めていない確認項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ・習慣を問う確認項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ・各確認項目の趣旨については、各説明と留意点を確認し行ってください。
- ・基本的には、本人からの回答に基づき記入しますが、介護者が同席している場合には、合わせて聞き取りを行ってください。
- ・訪問時日常の状況と異なると考えられる場合は、後日状況を再度確認するなどし、対象者の実態を把握するようにします。

### 3 アセスメントシートの記載

#### (1) 記入

- 各領域の項目ごとに、該当する選択肢（「はい」「いいえ」）を選択します。また、自由記載欄に必要事項を記入します。
- 評価や対象者の状況変化により再アセスメントをする場合、同一のアセスメントシートで実施します。その際1回目は「黒ボールペン」2回目は「赤ボールペン」で記入するなど工夫してください。

#### (2) 結果の集計

- 各確認項目の回答欄の太枠内にチェックがついた場合、右欄の全てのアルファベットにチェックします。

#### E. 栄養・口腔

1(C11)	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ	C	E	G		
2(C12)	BMIが18.5未満でしたか	はい	いいえ	C	E			
	体重(50 kg)÷(身長(1.6 m)×身長(1.6 m))=BMI 19.5							
3	1日に食事は何回とりますか	1回	2回以上	C	E		H	I
4(C13)	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	C	E			
5(C14)	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ	C	E			
6(C15)	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ	C	E			

- 各確認項目の太枠を縦に見て、チェックがついた数字の合計個数を下欄の太枠内に記入します。

#### E. 栄養・口腔

1(C11)	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ	C	E	G		
2(C12)	BMIが18.5未満でしたか	はい	いいえ	C	E			
	体重(50 kg)÷(身長(1.6 m)×身長(1.6 m))=BMI 19.5							
3	1日に食事は何回とりますか	1回	2回以上	C	E		H	I
4(C13)	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	C	E			
5(C14)	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ	C	E			
6(C15)	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ	C	E			
		3		3	3			

- 各領域で同様に集計し、総合計を記入します。

#### ●A～I項目の該当項目

A	B	C	D	E	F	G	H	I
環境	老研式	身体状態	運動・転倒	栄養・口腔	閉じこもり	うつ	認知機能	ADL・IADL
2/15	3/13	10/66	20/43	5/17	6/35	10/46	10/59	16/56
合計				82	350			

#### 4 アセスメントの結果

(1) 各領域について、結果を確認します。

【1回目】

##### E. 栄養・口腔

1(C11)	6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ	C	E	G		
2(C12)	BMIが18.5未満でしたか	はい	いいえ	C	E			
	体重(50 kg)÷(身長(1.6 m)×身長(1.6 m))=BMI 19.5							
3	1日に食事は何回とりますか	1回	2回以上	C	E		H	I
4(C13)	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	C	E			
5(C14)	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ	C	E			
6(C15)	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ	C	E			
		3		3	3			

【2回目】

##### E. 栄養・口腔

1(C11)	6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ	C	E	G		
2(C12)	BMIが18.5未満でしたか	はい	いいえ	C	E			
	体重(51 kg)÷(身長(1.6 m)×身長(1.6 m))=BMI 19.9							
3	1日に食事は何回とりますか	1回	2回以上	C	E		H	I
4(C13)	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	C	E			
5(C14)	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ	C	E			
6(C15)	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ	C	E			
		2		2	2			

改善

(2) 総合計の結果を確認します。

【1回目】

##### ●A~I項目の該当項目

A	B	C	D	E	F	G	H	I	
環境	老研式	身体状態	運動・転倒	栄養・口腔	閉じこもり	うつ	認知機能	ADL・IADL	
2/15	3/13	10/66	20/43	5/17	6/35	10/46	10/59	16/56	
合計				82	/	350			

【2回目】

##### ●A~I項目の該当項目

A	B	C	D	E	F	G	H	I	
環境	老研式	身体状態	運動・転倒	栄養・口腔	閉じこもり	うつ	認知機能	ADL・IADL	
2/15	5/13	12/66	18/43	2/17	6/35	10/46	13/59	18/56	
合計				86	/	350			

改善

悪化

5 利用サービス～援助方針

アセスメント結果をまとめ、決定した援助方針について、具体的に記入します。

6 介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントに活用

- 計画作成後、アセスメントシートを対象者の担当する地域型あんしんセンターへ持参し共有いたします。
- 詳細は介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント受託の手順を参照

### Ⅲ アセスメントシート記入

## 高崎市アセスメントシート 2015

作成した担当者の所属と氏名を記入する。

記入者：所属 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 調査日： 年 月 日 回目

種別：介護予防ケアマネジメント・実態把握・一般介護予防事業・介護予防支援・その他

該当のアセスメント種別に○印を付けます。

調査時の年齢を記入します。

#### ●基本情報

ふりがな 氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳 )
住所	高崎市	電話番号	自宅	携帯
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護			
障害等の認定	介護認定( )有効期間 年 月 日～ 年 月末		家族構成図	
家族関係	身障( )・療育( )・精神( )・難病( )		◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」、副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
日常の支援	緊急時に確実に連絡がとれる電話番号を記載する。高齢者世帯では、介護者の体調不良などによる緊急連絡先も想定されるため、連絡先は複数確認する。また、家族が働いている場合、自宅の他に携帯電話や家族の職場等確実に連絡がとれる電話番号を記載する。		利用者に関する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、被保険者を中心に家族関係がわかるように図解して記載する。	
家族構成及び連絡先	住所・連絡先			

今までの生活	生育歴、職歴、主要な出来事を時系列に記載する。
現在の1日の生活	起床・食事・入浴・就寝・掃除などの生活内容 6:00 12:00 18:00 0:00 あてはまる日中の過ごし方を選択する。
日中の過ごし方	1 よく動いている(外出・室内) 2 座っていることが多い(居間・自室) 3 横になっていることが多い(居間・自室)
趣味・楽しみ・特技	現在の趣味だけでなく、以前取り組んでいたものも聞き取り記載する。



## A. 環境

1 世帯	独居・高齢者のみ・その他 _____	昼間独居・夜間独居				
2 住居	平屋・二階建て(居室 階) 持ち家・借家					
	・高層住宅( 階建ての 階):エレベーター					
3 手すり	手すりが必要な場所がありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	A		D	F
	どこの場所に:					
4 段差解消	不都合を感じるような段差はありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	A		D	F
	どこの場所に:					
5 自宅周辺	坂道や交通量が多いですか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	A		D	F
6 室内外	日常、サンダルやスリッパをよく使いますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	A		D	
7 店舗	スーパー等が近くにありますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	A		E	

<div style="border: 2px dashed blue; padding: 5px; display: inline-block;">                 【自由記載欄】には、必要時具体的内容を記入してください。             </div>	
---	--

### ●確認項目の説明と留意点

#### 【A-1】世帯 高齢者在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】生活状況を確認します。

【自由記載欄】具体的な状況を記入してください。

㉞ 独居であるが、同じ敷地内に息子家族が住んでいて、食事は一緒に食べている。

#### 【A-2】住居 高齢者在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】住宅状況を確認します。

【自由記載欄】記入してください。

㉞ 5階建ての貸マンションの3階に住んでいる。敷地内に息子家族が住んでいて、食事は一緒に食べている。

#### 【A-3】「手すりが必要な場所がありますか」「どこの場所に」 高齢者在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】不都合があるために手すりの設置が必要、または設置している場所があるかどうかについて確認します。必要に応じて場所を確認してください。

【自由記載欄】「はい」にチェックがつく場合には、理由を記入してください。

㉞ 外出時、家の出入りでふらつきあり、転倒の危険があるため。



【A-4】「不都合を感じるような段差はありますか」「どこの場所に」 高齢者在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】 段差の解消が必要な箇所があるかどうかについて確認します。必要に応じ場所を確認してください。

【自由記載欄】 「はい」にチェックがつく場合には、理由を記入してください。

㊦ 歩行時ふらつきあり、つまづきやすく転倒の危険があるため。

【A-5】「坂道や交通量が多いですか」

【視点】 外出を妨げている坂道や車の交通量の多さ（外出しにくい環境）について確認します。

【自由記載欄】 調査者が観察・確認した内容を記入してください。

㊦ 普段は家の周囲の平坦な環境下で散歩をしているが、週1回程度買い物のため、家から500m大通りを通りスーパーへ行く。そこまでは交通量多く、段差も多い。

【A-6】「日常、サンダルやスリッパをよく使いますか」

【視点】 転倒の外的要因となるサンダル・スリッパを使用しているかどうかについて確認します。ここでいう「サンダル」とは、足をおおい包まず甲の部分にかけひも等をつけたもの。「スリッパ」とは、足の先を滑り込ませて履く、かけひも等がないものを指します。

【自由記載欄】 「はい」にチェックがつく場合には、何をどこで（室内・室外）使用しているかを記入してください。

㊦ 常時スリッパを室内で履き、洗濯物を干す際にサンダルを使っている。

【A-7】「スーパー等が近くにありますか」 高崎市高齢者在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】 食品や日用品が購入できる店舗の有無について確認します。近くとは、1km（歩いて15分程度）を目安に判断します。

【自由記載欄】 具体的にどのような店舗があるか確認し記入してください。

㊦ 家から1kmほど離れたスーパーがあり、週1回程度買い物に自転車で行っている。

B. 老研式活動能力指標

I A D L	1(G1)	バスや電車を使って一人で外出できますか	いいえ	はい	B	C	D		F	G	H	I
	2(G2)	日用品の買い物ができますか	いいえ	はい	B	C	D	E	F	G	H	I
	3	自分で食事の用意ができますか	いいえ	はい	B	C	D	E	F	G	H	I
	4	請求書の支払いができますか	いいえ	はい	B	C	D				H	I
知 的 能	金銭管理や支払い状況:											
	5(G3)	預貯金の出し入れをしていますか	いいえ	はい	B	C	D		F		H	I
	6	年金などの書類が書けますか	いいえ	はい	B	C					H	
能	7	新聞を読んでいますか	いいえ	はい	B					G	H	
	8	本や雑誌を読んでいますか	いいえ	はい	B					G	H	

動性	9	健康についての記事や番組に関心がありますか	いいえ	はい	B				G	H	
	社会的役割	10(C4)	友だちの家を訪ねていますか	いいえ	はい	B	C	D	F	G	H
		11(C5)	家族や友だちの相談にのることができますか	いいえ	はい	B	C		F	G	H
		12	病人を見舞うことができますか	いいえ	はい	B	C	D	F	G	H
	13	若い人に自分から話しかけることができますか	いいえ	はい	B			F	G	H	


### ●確認項目の説明と留意点

※項目 B-1、B-2、B-5、B-10、B-11 (C1~C5) は基本チェックリスト (1~5) に該当する項目です。

- ・老研式活動能力指標は、そのまま使用することが原則ですので、質問文を変えることはできません。質問文を変えたり、質問項目を新たに加えたり、削ったりすると因子構造 (I ADL・知的ADL・社会的ADL) が変わったり、信頼性が低下することがあります。
- ・質問文には「～い (あり) ますか」と「～できますか」の2つのタイプが含まれています。「～い (あり) ますか」のタイプの質問は調査時点で実際にそのような行為をしていれば「はい」、していなければ「いいえ」を選択します。「～できますか」のタイプの質問は、その行為を実際に行っている場合は「はい」ですが、調査時点でその行為をしていなくて、その状況にあれば (やれば) 「できる」 (能力的にある) 場合に「はい」を選択します。 <ヘルスアセスメントマニュアルP97~P98 参照>
- ・B-1~6、12 は、普段習慣的に行っていないからわからないと回答された場合には、「もし行ったらできると思いますか」と言いかえて質問してください。
- ・B-7~11、13 は、能力ではなく、実際にその行為を行っているかどうかで選択します。

【B-1 (C1)】「バスや電車を使って一人で外出できますか (能力)」 高齢者在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】 家族等の付き添いなしで、一人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを評価します。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて選択してください。なお、一人で自家用車を運転して外出している場合も「はい」となります。

【自由記載欄】 具体的状況を記入してください。

㊦ タクシーを利用し、一人で外出できる。

【B-2 (C2)】「日用品の買い物ができますか (能力)」 高齢者在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】 自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか (例えば、必要な物品を間違いなく購入しているか) を確認します。日用品にはさまざまなものがありますが、食料品の買い物がもっとも頻度が高いため、食料品の買い物ができる程度であれば「はい」となります。頻度は、本人の判断に基づき選択してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。

【自由記載欄】 具体的状況を記入してください。

㊦ 足腰が弱く自分で買い物へ行けないため、買い物代行を利用している。

【B-3】「自分で食事の用意ができますか (能力)」 高齢者在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】 普段自分で調理もしくは配膳などの食事の用意をしているかどうかを評価します。支障については 1-8 で評価します。「用意」とは、食材を調理して食卓に配膳することから、スーパーでお惣菜を買い食卓に並べる行為も含まれます。三食全部用意しなくても、しよんとすればできる場合「はい」となります。それでも回答に困る場合には、「やかんで湯を沸かすことができますか」や「ご飯を炊くことができますか」等と問い、能力の有無を聞きだします。

【自由記載欄】 具体的な内容と頻度等について記入してください。また、家族は食事の準備等に関して協力的かを協力の内容・協力できない理由等含めて記入してください。

㊦ 普段は、家族が食事の用意をしているが、体調の良いときには自分で調理している。

【B-4】「請求書の支払いができますか (能力)」 「金銭管理や支払い状況」 高齢者在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】 普段自分で請求書の支払いをしているか、またできるか、金銭管理や支払い状況を評価します。ここでいう「金銭管理」とは、自分の所持金の支出の把握、管理、出し入れする金額の計算等の一連の行為を指します。習慣的に行っていない場合には、能力的に判断し選択します。家族等に依頼して、請求書の支払いをしている場合は「はい」を選択します。銀行に行き、出入金等を行う際、金銭の出し入れは含みません。手元に所持金を所持していない場合でも、年金、預貯金等の管理や支払い状況等を聞き取りしながら記入します。

【自由記載欄】 被保険者が誰かに頼んで支払いをしている場合、実際に誰が代行しているのか記入してください。

㊦ 外出は難しいが、家族等に依頼し請求書の支払いはできている。

【B-5 (C3)】「預貯金の出し入れをしていますか (能力)」

【視点】 銀行などの窓口またはキャッシュカードを使用し、金銭の出し入れができるかどうかを評価します。習慣的に行っていない場合には、能力的に判断し選択します。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」を選択します。銀行の種類は問いません (ネット銀行やコンビニストア ATM 等も含む)。

【自由記載欄】 被保険者が誰かに頼んで出し入れをしている場合、実際に誰が代行しているのかを記入してください。

㊦ 3年前頃から息子に依頼し預貯金の出し入れをしてもらっている。

【B-6】「年金などの書類が書けますか（能力）」

【視点】書類内容を理解し、必要事項を記入することができるかどうか評価します。習慣的に行っていない場合には、能力的に判断し選択します。最近では年金に関して提出する書類は少なくなっているため、同様の書類として市役所や病院等に出す書類を書けるかどうかで選択します。

【自由記載欄】「いいえ」にチェックがついた場合には、理由を確認し記入してください。

㉞ 目が悪く字が書けないため、嫁に依頼して書類を書いてもらっている。

【B-7】「新聞を読んでいますか（現状）」

【視点】新聞を読んでいるかどうかを評価します。購読はしているが読んでいない場合、新聞をとっていないがあれば読めると回答した場合には「いいえ」を選択します。

【自由記載欄】頻度を記入してください。

㉞ 毎朝新聞を自室で読んでいる。

【B-8】「本や雑誌を読んでいますか（現状）」

【視点】本や雑誌を読んでいるかを評価します。本や雑誌の内容は問いません。調査時点での読書状況で判断し、選択します。

【自由記載欄】調査時点で読んでいなくても読書することがある場合には、その頻度を記入してください。

㉞ 以前は、週1回程度読んでいたが最近は読んでいない。

【B-9】「健康についての記事や番組に関心がありますか（現状）」

【視点】健康についての記事や番組に対する関心の有無を評価します。本人の主観に基づき回答してください。健康についての記事や番組に関心があるというのは、記事や番組の内容を実践している必要はありません。関心があるかどうかで選択してください。思い浮かばなくて回答に困るような場合は、テレビの番組名などを挙げてください。

【自由記載欄】「はい」の場合には、どのようなテーマに関心をもっているのかを記入してください。

㉞ 認知症に関して心配しており、認知症をテーマにした番組は必ず視聴している。

【B-10 (C4)】「友だちの家を訪ねることがありますか（現状）」 = F-5

【視点】友だちの家を訪ねているかどうかを評価します。電話による交流や家族や親戚の家への訪問は「いいえ」を選択します。「友達の家はみんな遠いから」「友達はみんな死んだから」等の回答が返ってきた場合でも、訪ねることがなければ「いいえ」を選択します。約束の有無にかかわらず自分から友だちの家を訪ねることができるかで選択してください。

【自由記載欄】友だちの家と自宅が近いのか、何人友だちがいるか、頻度など記入してください。

㉞ 友達は月1回は来訪するが、自分から友達の家を訪ねることがない。

【B-11 (C5)】「家族や友だちの相談にのることがありますか (現状)」＝F-5

【視点】 家族や友だちの相談にのっているかどうかを評価します。相談にのることがあるかどうかで選択してください。相談の内容は問いません。面談せずに電話のみで相談をしている場合も「はい」を選択します。「家族は一緒に住んでいないから」「友達はみんな死んだから」等の回答の場合でも、相談にのることがなければ「いいえ」を選択します。

【自由記載欄】 「はい」を選択した場合には、誰の相談にのる頻度が多いのかを記入してください。

㊦ 市外の友達からの相談を電話で月2回程度受けている。

【B-12】「病人を見舞うことができますか (能力)」

【視点】 病人を見舞うことができるかを評価します。病院や自宅などで療養している病人を見舞うことができるかで選択してください。病人は周りにいないからしない(またはわからない)等の回答の場合は、「もしお近くに病人の方がいたらお見舞いすることができますか」等と問い、能力の有無を確認します。

【自由記載欄】 見舞いの状況について記入してください。

㊦ 現在病人はいないが、友人が入院した際には、見舞いに行くことはできると回答。

【B-13】「若い人に自分から話しかけることができますか (現状)」

【視点】 若い人に自分から話しかけることがあるかを評価します。「若い人」とは、対象者の子ども世代よりも下の年代の者のことであり、家族(孫など)も含まれます。話しかける目的は、道を尋ねるなどではなく、交流を意図した話しかけをいいます。

【自由記載欄】 誰にどのくらい話しかけているか記載します。

㊦ 月1回娘家族が来て、孫と会話することが楽しみだと話す。

C. 身体状態

1 現病	1	主治医	1	治療手段	1 通院・往診__回/月				
	2		2		2 通院・往診__回/月				
	3		3		3 通院・往診__回/月				
	4		4		4 通院・往診__回/月				
2 健診	健康診査は定期的に受けていますか		いいえ	はい	C				
3 既往	脳卒中、心臓病、糖尿病に罹患したことがありますか		はい	いいえ	C	D	F	H	
4 入院	この1年間に入院したことがありますか		はい	いいえ	C	D			
	入退院日: ~ 医療リハ: 有・無								
5 自覚症状	体のどこかに痛み、または立ちくらみがありますか		はい	いいえ	C	D	F		I
6 内服	睡眠薬、降圧剤、精神安定剤を内服していますか		はい	いいえ	C	D	E	G	
	服薬内容:								
7 視力障害	目は普通に(新聞や人の顔など)よく見えますか		いいえ	はい	C	D	F	G	I
8 聴力障害	耳は普通に(会話など)よく聞こえますか		いいえ	はい	C	D	F	G	I
9 習慣	散歩や体操の習慣がありますか		いいえ	はい	C	D	F	G	H



10 健康感	ご自分は健康だと思いますか	いいえ	はい	A	C	D	F	G	I
11 睡眠状態	最近、よく眠れていますか	いいえ	はい		C	D		G	H

主治医名:	主治医からの情報聴取日: 年 月 日
内容	特定生活支援サービス利用者は必須記入

### ●確認項目の説明と留意点

【C-1】 高齢者在宅福祉サービス事業調査項目 現病→C-3、C-4

【視点】 現在治療中の疾患の有無を確認します。治療中の疾患がある場合には、主治医、治療手段、通院頻度を記入してください。

【自由記載欄】 入院の有無や後遺症などがある場合に記入してください。

㊦平成 26 年 4 月に脳梗塞を発症し、10 日入院。軽度の左上肢の麻痺がある。

【C-2】 「健康診査は定期的に受けていますか」

【視点】 年 1 回健康管理や病気の発見を目的に、健康診査（特定健診・人間ドック等）を受けているかについて確認します。疾病に伴った定期受診における血液検査等は該当しません。

【自由記載欄】 「いいえ」の場合にはその理由、「はい」の場合にはどこで受けているか、頻度などを自由記載欄に記入してください。

㊦月 1 回血圧測定のため主治医に通院しているが、健診を受けていない。

【C-3】 「脳卒中、心臓病、糖尿病に罹患したことがありますか」＝現病、C-4

【視点】 当該疾患に関して、既往の有無を確認します。

【自由記載欄】 「はい」の場合には、入院の有無、治療状況、後遺症の有無などを記入してください。

㊦68歳の時に、心筋梗塞に罹患し1ヶ月入院。現在も月 1 回定期受診中。

【C-4】 「この 1 年間に入院したことがありますか」＝現病、B-2 特定生活支援サービス確認項目

【視点】 入院経験の有無を確認し、入退院日の期間、医療リハビリの有無について記入してください。

【自由記載欄】 入院経験がある場合には、疾患名、時期、期間、後遺症や生活上の支障の有無などを記入してください。

㊦半年前に、腰椎圧迫骨折を起こし、1ヶ月入院した。腰を曲げる作業が難しく、風呂掃除等ができず困っている。

【C-5】「体のどこかに痛み、または立ちくらみがありますか」 高齢者在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】体の痛みや立ちくらみの有無を確認します。

【自由記載欄】「はい」の場合には、部位、動作時痛か常時の疼痛、頻度、随伴症状、転倒等を記入してください。

㊦ 両膝関節の変形があり、歩行時痛みが増長され、外出が一人でできない。

【C-6】「睡眠薬、降圧剤、精神安定剤を内服していますか」

【視点】転倒リスク・低栄養に関連する多剤服用の有無を確認します。おくすり手帳があれば、客観的情報になるため可能な範囲で確認し、服薬内容を記入してください。

【自由記載欄】いつ頃から内服しているか、内服による生活上の影響などを記入してください。

㊦ 10年前から降圧剤を朝のみ服用している。

【C-7】「目は普通に（新聞や人に顔等）よく見えますか（能力）」 高齢者在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】日常生活における視力障害の有無を確認します。普通に見えるとは、新聞・雑誌などの字が見え、日常生活に支障がない程度の視力を有している場合を言います。眼鏡・コンタクトレンズ等を使用している場合は、使用している状況で選択します。

【自由記載欄】「いいえ」にチェックがついた場合には、視力レベル、日常生活上の支障を記入してください。

㊦ 眼鏡を使用し新聞は読めるが、緑内障のため中心の視野がある。

【C-8】「耳は普通に（会話等）よく聞こえますか（能力）」 高齢者在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】日常生活における聴力障害の有無を確認します。普通に聞こえるとは、日常生活における会話において支障がなく、普通に聞き取れる場合を言います。日常的に補聴器等を使用している場合は、使用している状況で評価します。

【自由記載欄】「いいえ」にチェックがついた場合には、難聴の程度、補聴器の使用状況などを記入してください。

㊦ 難聴のため左右補聴器を装着。日常的な会話の支障はないが、インターホンの音は聞こえない。

【C-9】「散歩や体操の習慣がありますか」

【視点】散歩や体操の習慣の有無を確認します。

【自由記載欄】「はい」の場合には、種類、回数、実施時間等を記入してください。散歩・体操以外の運動をしている場合も記入してください。

㊦ 毎夕、家の回りを30分程度散歩している。



【C-10】「ご自分は健康だと思いますか」

【視点】被保険者の健康感について確認します。

【自由記載欄】「はい」・「いいえ」問わず、そのように思う理由について記入してください。

㊦ あちこち痛く、歩くのも大変なので自分は健康だと思わない

【C-11】「最近、よく眠れていますか」

【視点】被保険者の睡眠状況の主観について確認します。睡眠時間は問いません。

【自由記載欄】「いいえ」の場合、その原因、随伴症状（日中の眠気・だるさ・集中力の低下等で、生活上の支障）などを記入してください。

㊦ 1ヶ月前に友人が亡くなってから、眠りが浅く夜中に3回程度目が覚め、日中昼寝するようになった。

D. 運動・転倒

1(C6)	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	いいえ	はい		C	D				I
2(C7)	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	いいえ	はい		C	D				I
3(C8)	15分位続けて歩いていますか	いいえ	はい	A	C	D				I
4(C9)	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ		C	D				
5(C10)	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ			D	F	G		
6	横断歩道を青信号の間に渡りることができますか	いいえ	はい		C	D				I
7	家の中でよくつまずいたり、滑ったりしますか	はい	いいえ	A	C	D				I
8	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	はい	いいえ		C	D				
9	体の向きを変えるなどでバランスを崩すことがありますか	はい	いいえ		C	D				I
10	背中が丸くなってきましたか	はい	いいえ		C	D				


●確認項目の説明と留意点

※項目 D-1～D-5 (C6～C10) は基本チェックリスト (6～10) に該当する項目です。

【D-1 (C6)】「階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか (能力)」 高齢者宅在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】階段の昇降の状況を確認します。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。

【自由記載欄】階段の昇降状況について記入します。

㊦ 腰痛時には手すりを使うが、日頃は何もつかまらずに昇降している。

【D-2 (C7)】「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（能力）」

【視点】椅子に座った状態（膝が 90 度屈曲位）からの立ち上がりについて確認します。習慣的に肘掛に手をつく場合には「はい」となります。

【自由記載欄】椅子からの立ち上がりの状況について記入してください。

㊦ 常時ではないが、時々つかまって立ち上がっている。

【D-3 (C8)】「15 分位続けて歩いていますか（能力）」

【視点】15 分位続けて歩いているかどうかを確認します。被保険者が回答しやすいよう、調査前に被保険者の自宅から 15 分の範囲にある目標場所を地図上で確認し「自宅から〇〇の所くらいまで続けて歩けますか」と質問するなど工夫します。

【自由記載欄】どの程度距離を 15 分で歩いているか記入してください。

㊦ 15 分続けて歩行できるが、腰痛があるため、自宅から 500m 先のスーパーに行くのがやっとである。

【D-4 (C9)】「この 1 年間で転んだことはありますか」高齢者宅在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】この 1 年間に「転倒」の事実の有無を確認します。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合には、転倒した時の状況（いつごろ、何をしようとして、場所、時間、転倒姿勢など）と、転倒による骨折などの受傷の有無と状況（部位、入院の有無、その後の日常生活への影響など）を記入してください。

㊦ 1 週間前、室内で夜間トイレへ行く際に段差につまずき転倒し、右膝を負傷。歩行時に痛みがある。

【D-5 (C10)】「転倒に対する不安が大きいですか」高齢者宅在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを確認します。

【自由記載欄】転倒により、外傷などの有無に関係なくその発生自体が、その後の本人の自信喪失や生活不安、あるいは日常の活動性の低下や活動範囲の制限など、転倒後症候群が出現することがあります。このような症状が出ていれば、記入してください。

㊦ 1 ヶ月前に転倒してから、一人で外出することが不安になり、外出頻度が減った。

【D-6】「横断歩道を青信号の間に渡りきることができますか」

【視点】横断歩道を青信号（赤信号になる前）の間に渡れる歩行能力について確認をします。

【自由記載欄】「いいえ」の場合には、横断できない理由を記入してください。

㊦ 半年前に大腿骨を骨折してから、歩く速度が遅くなった。

【D-7】「家の中でよくつまずいたり、滑ったりしますか」 高齢者宅在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】 家庭内の転倒の有無を確認します。

【自由記載欄】 「はい」にチェックがついた場合には、その具体的な状況（どのような時に、どこで）と頻度などを記入してください。

㊦ 部屋の敷居の段差でつまずき、転倒することが週 1 回程度ある

【D-8】「以前に比べて歩く速度が遅くなってきていますか」

【視点】 以前との比較で歩く速度が遅くなってきたか（転倒のリスク）を評価します。

【自由記載欄】 「はい」の場合は、そのように感じる理由に記入してください。

㊦ 自分では自覚がないが、家族と一緒に出かけると「歩くのが遅くなったね」と言われることが多くなった。

【D-9】「体の向きを変えるなどでバランスを崩すことがありますか」 高齢者宅在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】 からだのバランス力を確認します。

【自由記載欄】 「はい」にチェックがついた場合には、どのような時にバランスを崩すのか、具体的な内容を記入してください。

㊦ 便座に座ろうと体の向きを変えたときに、ふらつくことが週 1 回程度ある。

【D-10】「背中が丸くなってきましたか」

【視点】 姿勢について確認します。脊椎の圧迫骨折などで円背になった場合は「いいえ」を選択します。

【自由記載欄】 「はい」の場合は、状態について記入してください。

㊦ 年々背中が丸くなり、両膝に手をつけて歩くようになった。

E. 栄養・口腔

1(C11)	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	C	E	G		
2(C12)	BMIが 18.5 未満でしたか	はい	いいえ	C	E			
	体重(      kg) ÷ (身長(      m) × 身長(      m)) = BMI _____							
3	1 日に食事は何回とりますか	1 回	2 回以上	C	E		H	I
4(C13)	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ	C	E			
5(C14)	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ	C	E			
6(C15)	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ	C	E			


## ●確認項目の説明と留意点

※項目 E-1 (C11)、E-2 (C12)、E-4~E-6 (C13~C15) は基本チェックリスト (11~15) に該当する項目です。

【E-1 (C11)】「6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか」

【視点】ここ6ヶ月間での体重減少を確認します。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合には、その理由を記入してください。

㊦半年前に胃がんの手術を行い、体重が10kg減少した。

【E-2 (C12)】「BMIが18.5未満でしたか」

【視点】栄養状態を確認します。体重は1ヶ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。身長と体重は、整数で記載して下さい。

【E-3】「1日に食事は何回とりますか」 高齢者在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】1日の食事回数を評価します。

【自由記載欄】具体的な回数を記入してください。

㊦1人で自転車・車で買い物に行けないため、1日1回、民間のお弁当を夕飯に頼んでいる。

【E-4 (C13)】「半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」

【視点】咀嚼機能の変化について確認します。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合には、その状態を記入してください。

㊦義歯が合わず固いものが食べにくくなった

【E-5 (C14)】「お茶や汁物等でむせることがありますか」

【視点】嚥下機能を確認します。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合には、どのような状況でむせるのかを記入してください。

㊦1日1回程度、お茶を飲み込む時むせこみ、しばらく咳が止まらなくなることがある。

【E-6 (C15)】「口の渇きが気になりますか」

【視点】口腔乾燥の有無を確認します。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合には、その状態を記入してください。

㊦毎日口が渇くため、あめを舐めることが多い。

## F. 閉じこもり

1(C16)	週1回以上は外出していますか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> I
	具体的な回数: 外出手段: 外出目的:									
2(C17)	昨年と比べて外出回数が減っていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> H	
	昨年の外出回数: 週・月 回程度 減った理由:									
3	趣味や楽しみの活動が以前と比べて減っていますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> H
	減った理由:									
4	健康・生きがい・仲間づくりのために何かの集まりに参加していますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> H
5	友だち・近所の人あるいは別居の家族や親戚と会っておしゃべりする頻度はどのくらいですか	<input type="checkbox"/> 週1回以下	<input type="checkbox"/> 週2回以上		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> H


### ●確認項目の説明と留意点

※項目F-1 (C16) F-2 (C17) は、基本チェックリスト (16、17) に該当する項目です。

【F-1 (C16)】「週に1回以上は外出していますか」=B-1、B-2 「具体的な回数、外出手段、外出目的」高齢者在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】外出状況を確認します。外出は、自宅の敷地内は含みません。週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヶ月の状態を平均してください。具体的な回数や外出手段、外出目的を記入してください。

【自由記載欄】「いいえ」にチェックがついた場合、理由等を記入してください。

㉓ 自宅の庭で花の手入れをすることが週1回1時間程度あるが、外出することはない。

【F-2 (C17)】「昨年と比べて外出の回数が減っていますか」「昨年の外出回数、減った理由」

【視点】昨年の同時期との外出状況の変化を確認します。もともと外出していなければ、「いいえ」となります。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合、昨年の外出回数と減った理由を記入してください。

㉓ 昨年は、週2回は将棋をしに公民館等に出かけていたが、何をするのにも面倒になり、今は月2回程度家族と一緒に外出するのみである。

【F-3】「趣味や楽しみの活動が以前と比べて減っていますか」

【視点】 趣味活動状況の変化を確認します。

【自由記載欄】 「はい」 にチェックがついた場合、減った理由を記入してください。

㊦ 犬と一緒に散歩することが楽しみであったが、犬が死んで出かけることもなくなつた。

【F-4】「健康・生きがい・仲間づくりのために何かの集まりに参加していますか」

【視点】 積極的に社会交流の場への参加状況を確認します。介護保険利用のデイサービス・デイケア等の集まりは含みません。

【自由記載欄】 どちらを選択しても、具体的な内容と頻度などを記入してください。

㊦ いきいきサロンへ月 1 回、介護予防にため出かけている。

【F-5】「友だち・近所の人あるいは別居の家族や親戚と会っておしゃべりする頻度はどのくらいですか」 = B-10、B-11

【視点】 会話の機会を確認します。「会っておしゃべりする」とは、電話などの間接的な接触ではなく、顔と顔を合わせて話すことです。ここでは親しい人との接触回数を評価するもので、集金や自治会の連絡程度など、数分程度の接触は含みません。

【自由記載欄】 具体的な相手や頻度は自由記載欄に記入してください。

㊦ 近所のお茶飲み仲間と毎週友だちの家を回って会っておしゃべりしている。

## G. うつ

1(C21)	毎日の生活に充実感がない	はい	いいえ						F	G	H
2(C22)	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						F	G	H
3(C23)	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	はい	いいえ						F	G	H
4(C24)	自分が役に立つ人間だと思えない	はい	いいえ						F	G	H
5(C25)	わけもなく疲れたような感じがする	はい	いいえ						F	G	H
	※確認は、(ここ 2 週間)										


### ●確認項目の説明と留意点

※項目 G-1~G-5 (C21~C25) は基本チェックリスト (21~25) に該当する項目です。

【G-1 (C21)】 「毎日の生活に充実感がない」

【G-2 (C22)】 「これまで楽しんでやれたことが楽しめなくなった」

【G-3 (C23)】 「以前は楽にできてきたことが今はおっくうに感じられる」

【G-4 (C24)】 「自分が役に立つ人間だと思えない」

【G-5 (C25)】 「わけもなく疲れたような感じがする」

【視点】うつ状態の有無を確認します。G-1～5については、ここ2週間の状況を本人の主観に基づいて選択してください。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合は、その理由について記入してください。

## H. 認知機能（MC I）

1(C18)	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されますか	はい	いいえ							H
2(C19)	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	いいえ	はい							H
3(C20)	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							H
4	置き忘れやしまい忘れがしばしばありますか	はい	いいえ							H I
5	出来事の前後関係がわからないことがありますか	はい	いいえ							H I
6	服装など身の回りに関心がなくなりましたか	はい	いいえ					G		H I
7	水道栓やドアを閉め忘れて、後片づけをきちんとすることが難しくなっていますか	はい	いいえ							H I
8	同時に二つの作業を行なうと、一つを忘れることがありますか	はい	いいえ			E				H I
9	薬を管理してきちんと内服する事ができなくなっていますか	はい	いいえ					G		H I
10	以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになっていきますか	はい	いいえ			E		G		H I
11	計画を立てて行動することが難しくなっていますか	はい	いいえ			E		G		H I
12	複雑な話を理解する事が難しくなっていますか	はい	いいえ					G		H
13	興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などをやめてしまっていますか	はい	いいえ					G		H I
14	前より怒りっぽくなったり、疑い深くなっていると感じますか	はい	いいえ							H
15	大切なものを盗まれた(と言う)ことはありますか	はい	いいえ							H


### ●確認項目の説明と留意点

※項目 H-1～H-3（C18～C20）は基本チェックリスト（18～20）に該当する項目です。

※軽度の認知症についての確認項目になります。

【H-1（C18）】「周りの人から「いつも同じことを聞く」などのもの忘れがあるとされますか」

【視点】物忘れの有無を確認します。本人はもの忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合、言われる頻度を記入してください。

④妻から、週2～3回程度「また同じことを聞く」と言われる



【H-2 (C19)】「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」

【視点】物忘れの有無を確認します。何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。

【自由記載欄】携帯電話を利用している場合は、その旨を記入してください。

㉑ 携帯電話を使っているため、電話番号を調べてかけることはない。

【H-3 (C20)】「今日が何月何日かわからない時がありますか」

【視点】物忘れの有無を確認します。今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合、どこまで返答できたか記入してください。

㉑ 月は答えることはできたが、日は何度も言い直したが正確な日にちを答えることはできなかった。

※【H-4】～【H-5】最近1ヶ月の状態を確認します。

【H-4】「置忘れやしまい忘れがありますか」 高齢者在宅福祉サービス事業調査項目

【視点】物忘れの有無を確認します。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合、具体的な内容頻度を記入してください。

㉑ 週1回、買い物に出かける前に「財布がない」と探すので、出かけるまでに時間がかかってしまう。

【H-5】「出来事の前後関係がわからないことがありますか」

【視点】見当識の状態を確認します。出来事の時間的前後関係を指します。生活している中での物事の流れ等の前後関係がわかるかどうかを確認します。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合、具体的な内容、頻度を記入してください。

㉑ 孫が来た日と、買い物に行った日などの出来事が前後することが月2回程度ある。

【H-6】「服装など身の回りに関心がなくなりましたか」

【視点】見当識の状態を確認します。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合、具体的な内容、頻度を記入してください。

㉑ 毎日お化粧をしていたが、1ヶ月前事からお化粧もせずに出るようになった。

【H-7】「水道栓やドアを閉め忘れたり、後片付けをきちんとすることが難しくなっていますか」

【視点】注意機能の状態を確認します。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合、具体的な内容、頻度を記入してください。

㉑ 毎晩、廊下の電気を消し忘れるため、妻が確認している。

【H-8】「同時二つの作業を行うと、一つを忘れることがありますか」

【視点】 注意機能の状態を確認します。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合、具体的な内容、頻度を記入してください。

㊦ 掃除と洗濯が同時にできなくなり、時間がかかるようになった。

【H-9】「薬を管理してきちんと内服することができなくなっていますか」

【視点】 遂行機能の状態を確認します。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合、具体的な内容、頻度を記入してください。

㊦ 毎回飲み間違えがあり、薬の数が合わない。

【H-10】「以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになっていませんか」

【視点】 遂行機能の状態を確認します。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合、具体的な内容、頻度を記入してください。

㊦ 料理の段取りが悪くあり、その場においても鍋をこがすこともある。

【H-11】「計画を立てて行動することが難しくなっていますか」

【視点】 遂行機能の状態を確認します。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合、具体的な内容、頻度を記入してください。

㊦ 公共料金の支払いが毎月できず、家族が請求書を確認している。

【H-12】「複雑な話を理解することが難しくなっていますか」

【視点】 理解力を確認します。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合、具体的な内容、頻度を記入してください。

㊦ 娘が話しをするが理解できず、何回も言い直しをしている。

【H-13】「興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などをやめてしまっていますか」

【視点】 うつの状態を確認します。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合、具体的な内容、頻度を記入してください。

㊦ ガーデニングが趣味だったが2週間前頃から、庭に出ることもなくなり、自室でぼんやりすごしていることが多くなった。

【H-14】「前より怒りっぽくなったり、疑い深くなっていると感じますか」

【視点】性格について確認します。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合、具体的な内容、頻度を記入してください。

㊦ 穏やかな性格だったが、何でもないことでもすぐに怒るようになった。

【H-15】「大切なものを盗まれた（と言う）ことはありますか」

【視点】妄想について確認します。

【自由記載欄】「はい」にチェックがついた場合、具体的な内容、頻度を記入してください。

㊦ 自分でしまいなくしたのにもかかわらず、泥棒が入って盗んで行ったと言い張る。

I. ADL・IADL

項目	動作	不都合なし	身体上の不都合あり				精神上的の不都合あり			一人ではできない										
			時間がかかる	不安定または不十分	工夫や補助具が必要	痛み・疲労感を伴う	不安	面倒	する気にならない											
起居移動	1 寝返り										C									I
	2 起き上がり										C									I
	3 座位										C									I
	4 立ち上がり・椅子										C	D								I
	5 立位										C	D								I
	6 歩行										C	D		F						I
	7 階段									A	C	D		F						I
食事	8 調理									A	C		E		G	H	I			
	9 摂取										C		E				H	I		
	10 後片付け										C				G	H	I			
排泄	11. 拭取り									A	C						H	I		
	12 水洗									A	C						H	I		
尿便意(あり・なし) 失禁の有無(毎日・週3~4日・なし) おむつの使用(毎日・週3~4日・なし)																				
入浴	13 浴槽の出入り									A	C	D								I
	14 洗髪										C						H	I		
	15 洗身										C						H	I		
	16 タオルを絞る										C	D								I
更衣	17 上衣										C						H	I		
	18 下衣										C						H	I		
	19 靴下(立位で履く)										C	D							I	
整容	20 整髪										C			F	G	H	I			
	21 洗顔										C			F	G	H	I			
	22 歯磨き										C		E	F	G	H	I			
	23 爪きり										C						H	I		
洗濯	24 洗う										C					G	H	I		
	25 干す									A	C	D				G	H	I		
	26 しまう										C					G	H	I		
買物	27									A	C			F	G	H	I			
掃除	28 刷きだし										C	D				G		I		
	29 拭き取り										C	D				G		I		
	30 ごみ出し										C	D		F	G	H	I			


●確認項目の説明と留意点

- ・各項目について、不都合の有無を評価します。まず各項目について「～についてどのようにしていますか」と実態について質問し、その実態において不都合の有無を聞きます。
- ・不都合の状態や程度については本人の主観で選択し、「不都合なし」・「身体上不都合」・「精神上不都合」「一人ではできない」の中であてはまるものを選択（複数可）します。
- ・各質問に対して具体的な不都合の内容は、自由記載欄に記入してください。
- ・日ごろ習慣がなく行っていない場合には、「すればできるか」どうかで選択します。その場合には、自由記載欄に習慣のない旨を記載してください。

●A～I 項目の該当項目

A 環境	B 老研式	C 身体状態	D 運動・転倒	E 栄養・口腔	F 閉じこもり	G うつ	H 認知機能	I ADL・IADL
／15	／13	／66	／43	／17	／35	／46	／59	／56
合計					／ 350			

- ・該当項目を集計し、記入してください。

●現在利用しているサービスやサービス利用の意向について

・調査時点で利用しているサービスや今後の利用意向について、サービス内容、頻度等を記入してください。

●現在生活の中で困っていることや、気にかかっていることは

・被保険者自身や家族が日常生活の中で困っていることや気にかかっていること、また解消すれば負担が少なくなると思 っていることについて聞き取り、記入してください。

●調査時の印象(本人の状態像がわかるように)

・被保険者との会話の中で、調査者が感じた対象者の印象や回答との矛盾点など、本人の状態像がわかるように記入してください。

---



---



---



---



---

●課題

・アセスメント結果から、課題を抽出して内容を具体的に記入してください。

---



---



---



---



---

●支援方針

・利用するサービスだけではなく、課題に基づき、自立支援にむけて取り組む具体的な支援方針について記入してください。

---



---



---



---



---

●サービスの利用のめやす

1 在宅福祉サービス	
布団乾燥消毒サービス	基-障害、基-日常の支援、A-1、C-1、C-5、I-5、I-6、I-17、I-18、I-25
布団丸洗いサービス	基-障害、基-日常の支援、A-1、C-1、C-5、I-2、I-5、I-6、I-11、I-12、(尿便意、失禁→あり)、I-17、I-18、I-25
出張理美容サービス	基-障害、C-1、F-1、I-2、I-3、I-4、I-5、I-6、I-11、I-12、I-15、I-17、I-18
おむつ等給付サービス	C-1、H-1、H-4、I-2、I-3、I-5、I-6、I-11、I-12、(尿便意、失禁→あり)、I-17、I-18
高齢者等あんしん見守りシステム	A-1、C-2、C-3、C-4、C-5、C-6、D-4、D-7、D-9、E-1

●調査履歴

調査履歴	1回目: 年 月 日	2回目: 年 月 日	3回目: 年 月 日	4回目: 年 月 日
------	------------	------------	------------	------------