

高崎市アセスメントシート 2015

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 _____

●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 ・ その他()				
障害等の認定	介護認定() 有効期間 年 月 日 ~ 年 月末 身障() ・ 療育() ・ 精神() ・ 難病()				家族構成図 <small>◎=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)</small>
家族関係					
日常の支援	なし ・ あり(誰)				
家族構成及び連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先		

今までの生活	
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 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 6:00 12:00 18:00 0:00 </div>
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	

--

--

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(あり・なし)	
3 手すり	手すりが必要な場所がありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	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	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	どこの場所に:	
5 自宅周辺	坂道や交通量が多いですか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
6 室内外	日常、サンダルやスリッパをよく使いますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
7 店舗	スーパー等が近くにありますか	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>

B. 老研式活動能力指標

I A D L	1(C1)	バスや電車を使って一人で外出できますか	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	
	2(C2)	日用品の買い物ができますか	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>
	3	自分で食事の用意ができますか	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>
	4	請求書の支払いができますか	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>				H <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>
	金銭管理や支払い状況:											
知 的 能 動 性	5(C3)	預貯金の出し入れをしていますか	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	
	6	年金などの書類が書けますか	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>				H <input type="checkbox"/>		
	7	新聞を読んでいますか	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>					G <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
	8	本や雑誌を読んでいますか	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>					G <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
	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 <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>					G <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
社 会 的 役 割	10(C4)	友だちの家を訪ねていますか	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
	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 <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
	12	病人を見舞うことができますか	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
	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 <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>			F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		

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えますか		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				

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えますか	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				

--	--

E. 栄養・口腔

1(C11)	6ヵ月間で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	

F. 閉じこもり

1(C16)	週1回以上は外出していますか	いいえ	はい	C	D	E	F	G	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	はい	いいえ	C	D	F	G	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	はい	いいえ			F	G	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	いいえ	はい			F	G	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	週1回以下	週2回以上			F	G	H	

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
	※設問は、(ここ2週間)							

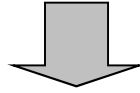
--	--

H. 認知機能（MCI）

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言われますか	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したり、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

I. ADL・IADL

項目	動作	不都合なし	身体上の不都合あり				精神上の不都合あり			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		



●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				

●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

●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

●調査時の印象(本人の状態像がわかるように)

障害高齢者の日常生活自立度: 自立・J1・J2・A1・A1・B1・B2・C1・C2	認知症高齢者の日常生活自立度: 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

●課題

●サービス利用のめやす

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

●支援方針

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
------	------------	------------	------------	------------