

【白井市版アセスメントシート】

様

記入者：

日付：

年

月

日

領域	アセスメント項目		本人の状況・意欲・介護の状況・日常生活への影響・問題（困りごと）を記入	課題	予後予測
運動・移動	運動機能 (支えの必要性)	立ち上がり： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 片足立ち： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	歩行状態(室内)	使用器具： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） 転倒の可能性： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	歩行状態(屋外)	使用器具： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） 転倒の可能性： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	移動範囲	<input type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 市内くらい <input type="checkbox"/> 市外まで			
	交通機関の利用	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車（運転） <input type="checkbox"/> 車（同乗） <input type="checkbox"/> 徒歩			
日常生活・家庭生活	買い物	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 行っていないができる能力はある			
	献立を考える	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 行っていないができる能力はある			
	調理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 行っていないができる能力はある			
	食べる楽しみ	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> あまり感じない			
	洗濯	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 行っていないができる能力はある			
	掃除	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 行っていないができる能力はある			
	整理整頓	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 行っていないができる能力はある			
	ごみ捨て	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 行っていないができる能力はある			
	火の始末	<input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input type="checkbox"/> 火の消し忘れ等の経験がある			
	金銭管理 (家計の管理)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 行っていないができる能力はある			
役所や金融機関 等の手続き	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 人に尋ねながらしている <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> していない				
社会参加・対人関係	社会参加	活動性	<input type="checkbox"/> 趣味や楽しみがある（ ） <input type="checkbox"/> 地域活動やボランティア活動に参加している <input type="checkbox"/> 仕事をしている <input type="checkbox"/> 特にない		
		外出頻度	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月に2～3回 <input type="checkbox"/> 殆ど出ない		
		外出目的	<input type="checkbox"/> 趣味・楽しみ <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動等への参加 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	対人関係	家族との交流	状況：		
		近隣との交流	状況：		
		友人・知人との交流	状況：		

【課題】
下表により、該当する自立度判定を記入。網掛け欄は必ず記載すること。

【予後予測】
課題欄で○、△、▲がついたものに対して、支援が入ることによる6か月後の改善可能性(仮説)を下表の自立度判定より記入。

領域	アセスメント項目		本人の状況・意欲・介護の状況・日常生活への影響・問題（困りごと）を記入	課題	予後予測
健康管理	受診の状況	<input type="checkbox"/> 定期的に受診している <input type="checkbox"/> 必要時受診している <input type="checkbox"/> 受診しない			
	服薬管理の状況	<input type="checkbox"/> 指示通り飲む <input type="checkbox"/> 他者の指示があれば飲む <input type="checkbox"/> できない			
	食生活・栄養状況	回数（ 回/日） 状況： <input type="checkbox"/> バランスに気をつけている <input type="checkbox"/> 偏っている <input type="checkbox"/> 食事量減少			
	水分摂取の状況	<input type="checkbox"/> 気をつけている <input type="checkbox"/> 特に気をつけていない			
	適度な運動	<input type="checkbox"/> している（ ） <input type="checkbox"/> していない（理由： ）			
	排泄の状況	<input type="checkbox"/> 支障ない <input type="checkbox"/> 尿漏れ・尿失禁がある			
	入浴の状況	<input type="checkbox"/> 頻度（ 回/週・月） 方法： <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭など			
	生活リズム	<input type="checkbox"/> 保たれている （起床： 時/就寝： 時） <input type="checkbox"/> あまり保たれていない			
	物忘れの状況	物忘れ： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 本人の認識 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	精神的な不安定・意欲低下	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> みられる（内容： ）			
	緊急時のSOS発信	<input type="checkbox"/> 自分なりの対応ができる <input type="checkbox"/> 自信がない <input type="checkbox"/> 特に考えていない 緊急時の判断： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できにくい			

<課題・予後予測判定基準>

困難度と改善の可能性	楽にできる	なんとかできる	支援を一部要する	支援を大部分要する	支援を全面的に要する
自立度判定	◎	○	△	▲	×

【課題のまとめ】

課題欄で○以外が入った項目を参考に解決すべき生活課題や心身機能の低下の背景や要因などに着目して整理します。

【意向のまとめ】

興味・関心チェックシートを参考に整理します。興味・関心チェックシートはなるべくご本人に記入していただきます。

【本人の望む生活】

生きがいや楽しみを基にした生活上の要望を記入します。



【目標】

できる限りの自立を目指した、達成可能な目標設定をします。

「してみたい」「できるようになる」と思えるような動機づけと目標設定が重要です。