

【様式A】

白井市課題支援型地域ケア会議 アセスメントシート

提出者氏名

所属

ご本人
イニシャル

※ 既存の資料で同一項目があれば、その欄は空欄とし、当該資料を添付することで可

事例特徴			
年齢	介護度	障害日常生活自立度	身長(cm)
性別	手帳等	認知症日常生活自立度	体重(kg)
ジェノグラム(家族構成図) ※ 家族の年齢・別居の場合、本人世帯まで「車で〇分」など距離を記載		本人・家族がしたい暮らし・今後の希望	ケアマネジャー(地域包括)の思い・相談したい点
この世帯について	①地域にこんな資源や環境があれば	①～③により課題が解決・改善されると思われる他の担当利用者 <input type="checkbox"/> 1人～4人程度いる <input type="checkbox"/> 5人以上いる <input type="checkbox"/> 把握していない・いない	
	②既存の制度や仕組みがこのように変われば		
	③地域にこんな支援者がいれば・ネットワークがあれば		
各因子に関する情報(生活に支障をきたす要因と強み・ストレングスを記載)			
個人因子	普段の体調管理(水・栄養・運動・排便)・口腔(歯・衛生状態等)・ 栄養⇒【A-1】 嚥下・口腔⇒【A-2】 <input type="text"/>		
	疾患・通院・服薬⇒ 【A-3】 <input type="text"/>		
	ADL⇒ 【A-4】 ※IADLや、【A-4】に記載できなかった事項のみ記載 <input type="text"/>		
	個人因子その他: <input type="text"/>		
	本人の興味関心:「してみたい」「興味がある」こと <input type="text"/>		
環境因子	家族環境: <input type="text"/>		
	住環境: <input type="text"/>		
	近隣環境等: <input type="text"/>		
	環境因子その他: <input type="text"/>		
経済的因子	本人の状況: <input type="text"/>		
	家族の状況・経済的因子その他: <input type="text"/>		

※ ご本人への聞き取りや実施を義務付けるものではなく、事例提出者の判断でも可です。
不明の場合は空欄にしてください。

『簡易栄養状態評価表MNA』（MNA）・『基本チェックリスト』（基）
・『NA123』（NA）より抜粋

栄養スクリーニング		【A-1】
A	過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく・嚥下困難などで食事が減少しましたか？(MNA)	
	<input type="checkbox"/> 著しい食事量の減少	
	<input type="checkbox"/> 中等度の食事量の減少	
	<input type="checkbox"/> 食事量の減少なし	
B	6か月で2～3kg以上の体重減少がありましたか。(基)	
	<input type="checkbox"/> あった	
	<input type="checkbox"/> なかった	
C	BMI 体重(kg) ÷ [身長(m)] ² (基)	
	<input type="checkbox"/> BMI が18.5未満	
	<input type="checkbox"/> BMI が18.5以上	
D	過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか？(MNA)	
	<input type="checkbox"/> 精神的ストレスあり	
	<input type="checkbox"/> 急性疾患あり	
	<input type="checkbox"/> いいえ	
E	神経・精神的問題の有無(MNA)	
	<input type="checkbox"/> 強度認知症またはうつ状態	
	<input type="checkbox"/> 中程度の認知症	
	<input type="checkbox"/> 精神的問題なし	
F	1日3回きちんと食べていますか(NA123)	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
G	野菜は毎日食べていますか(NA123)	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
H	晩酌は毎日しますか(NA123)	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

『嚥下スクリーニングツールEAT-10』(EAT)・『お口のチェックシート2』(お口)
『基本チェックリスト』(基)より抜粋

嚥下・口腔スクリーニング		【A-2】
A	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか(基)	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
B	お茶や汁物でむせることがありますか(基)	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
C	口の渇きが気になりますか(基)	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
D	口の中に痛みはありますか(お口)	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
E	歯ぐきのはれや出血、歯がグラグラするなどの症状がありますか(お口)	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
F	食後に口の中に食べ物が残りやすいですか(お口)	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
G	風邪以外でよく熱が出ることがありますか(微熱含む)(お口)	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
H	口臭が気になることはありますか(お口)	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
I	歯磨きなど、お口のケアは充分できていますか(お口)	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
J	次のものを飲む込むとき、余分な努力が必要な様子ですか(EAT)	
	<input type="checkbox"/> 液体	<input type="checkbox"/> 固形物
	<input type="checkbox"/> 錠剤	<input type="checkbox"/> 問題ない
K	飲み込む時に食べ物がのどに引っかかることがありますか(EAT)	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
L	食べる時に咳が出ることがありますか(EAT)	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
M	入れ歯が合わない、こわれているということがありますか(お口) ※使用していない場合は記入不要	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

服薬管理の状況		【A-3】
<input type="checkbox"/>	課題なし	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	重複服用	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	過剰服用	
<input type="checkbox"/>	飲み残しあり	
	→有の場合 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 自己判断で飲まない	
<input type="checkbox"/>	定時服用不可	<input type="checkbox"/>
	その他 ()	
	一包化の状況⇒ <input type="checkbox"/> 一包化済 <input type="checkbox"/> 一包化未	
処方内容		
※処方説明書の写し添付		
⇒添付できない場合に限り、処方内容以下記載		
薬剤名(または効能)		いずれかに○
		朝・昼・夕・就寝前・随時

ADLの状態(該当する項目にチェック)		【A-4】
【食事】		
<input type="checkbox"/>	自力摂取している	<input type="checkbox"/>
	補助具があればできる	
<input type="checkbox"/>	セッティングすれば可能	<input type="checkbox"/>
	食事摂取は介助している	
	※セッティング=食形態まで本人が摂取できる状態にしてセットすること。	
<input type="checkbox"/>	その他 ()	
【入浴】		
<input type="checkbox"/>	自力で入浴している	<input type="checkbox"/>
	自力でシャワーができる	
<input type="checkbox"/>	入浴は介助している	
<input type="checkbox"/>	その他の介助方法 ()	
【更衣】		
<input type="checkbox"/>	自力で着脱している	<input type="checkbox"/>
	上着は自分で着脱している	
<input type="checkbox"/>	ズボンや下着は自分で着脱している	<input type="checkbox"/>
	ボタン・フック付け以外は可	
<input type="checkbox"/>	着脱は介助している	
<input type="checkbox"/>	その他 ()	
【整容】		
<input type="checkbox"/>	全て自力でしている	<input type="checkbox"/>
	洗面はしている	
<input type="checkbox"/>	髪をとかず・整髪している	<input type="checkbox"/>
	髭を整えている(男性)	
<input type="checkbox"/>	全て介助をしている	
<input type="checkbox"/>	その他 ()	
【排泄】		
<input type="checkbox"/>	自力でしている	<input type="checkbox"/>
	ポータブルトイレを利用	
<input type="checkbox"/>	便尿器を使用し自力でしている	<input type="checkbox"/>
	排泄は介助している	
<input type="checkbox"/>	その他 ()	
基本動作・移動の状態/介助方法		
【歩行】		
<input type="checkbox"/>	歩行している	<input type="checkbox"/>
	介助なく階段を降りることができる	
<input type="checkbox"/>	伝い歩いている	<input type="checkbox"/>
	補助具使用にて歩行している	
<input type="checkbox"/>	歩行できない	
<input type="checkbox"/>	その他の介助方法 ()	
【寝具】 → <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> 不明		
<input type="checkbox"/>	自力にて自由に動いている	<input type="checkbox"/>
	つかまって起き上がる	
<input type="checkbox"/>	寝返りしている	<input type="checkbox"/>
	つかまって寝返りができる	
<input type="checkbox"/>	寝返りを介助している	<input type="checkbox"/>
	床上している(布団)	
<input type="checkbox"/>	その他 ()	
【車椅子へのトランスファー】※使用していない場合は記入不要		
<input type="checkbox"/>	自力で移乗している	<input type="checkbox"/>
	移乗を介助している	
<input type="checkbox"/>	その他 ()	