アセスメントのための情報収集シート128（居宅）記入の手引き

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | 基準日 | 担当者名 |
| 様 | アセスメントの基準となる日を記入します。（記録した日。１週間，３ヶ月の基準となる日。） | 担当するケアマネジャーの名を書きます。 |

※１．「具体的状況」の欄には，情報項目に関しての能力評価をしてその状況を記入しま

す。生活の支障がある場合はその具体的状況と気付いたコメントを記入します。

（例えば：身体を支えられれば４～５メートル歩く。２週間前までは杖を使って自力

で歩いていた。・・・等）

※２．「検討」の欄は，具体的状況が生活に支障がある場合や，詳しく検討する必要があ

ると判断した場合は○を付けます（支障がない場合は×を付けます。）。

太字の番号で，○が付いた「具体的状況」を，課題検討用紙の「検討が必要な具体的状況」の欄に転記し，「自立に向けた改善（回復）の可能性，維持の必要性，低下・悪化の危険性，ケアの必要性」を検討します。*（細字の項目は，検討する時の参考にします。）*

※３．＊の付いた項目は，概ね３ヶ月間の状況で判断します。それ以外は１週間前後の状

　　況で判断します。

※４．可能性の提案をしながら，その領域に関する生活の意向を把握し，課題検討用紙の「本人，家族の意向」に転記します。（生活上の支障がない領域に関する「意向」は，聞き取る必要はありません。）

**１　健康状態**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 情報項目 | | 把握のポイント | | |
| 観察・管理の必要な病気  ※本人に影響のある，ケアスタッフが観察・管理の必要な病気，３ヶ月の間の入院する原  　因となった病気も把握します。すでに治った病気，身体機能やプランに関係しない病気  　は除きます。  ※主治の医師からの指示や，主治医意見書，診療情報提供書により確認します。 | | | | | |
| **1** | 循環器 | | 脳血管障害，うっ血性心不全，冠状動脈疾  患，高血圧，不整脈，抹消循環障害等があ  るか。 | | |
| **2** | 神経・認知 | | アルツハイマー型認知症，アルツハイマー型以外の認知症，頭部外傷，片側不全麻痺，多発性硬化症等があるか。 | | |
| **3** | 骨関節 | | 関節炎，大腿骨骨折，その他の骨折，骨粗しょう症等があるか。 | | |
| **4** | 眼科 | | 白内障，緑内障，糖尿病性網膜症等があるか。 | | |
| **5** | 精神科 | | うつ病，不安障害，統合失調症，妄想症等があるか。 | | |
| **6** | 感染症 | | 肺炎，結核，尿路感染症，ＭＲＳＡ，エイズ感染等があるか。 | | |
| **7** | 糖尿病その他 | | がん，糖尿病，肺気腫・慢性閉塞性肺疾患・喘息，腎不全，甲状腺疾患等があるか。 | | |
| 症状  ※健康や健康状態に影響する症状を把握し，病気や事故の予測，機能低下の原因を探ります。 | | | | | |
| **8** | 身体症状（下痢，排尿障害，発熱，食  　　　　　欲不振，嘔吐，胸痛，便秘，  　　　　　めまい，浮腫，息切れ等） | | 健康や健康状態に影響する症状があるか。 | | |
| **9** | 精神症状（妄想，幻覚） | | 健康や健康状態に影響する症状があるか。 | | |
| 痛み  ※痛みの状態や症状の頻度と強さを把握し，管理（コントロールや和らげるための対応）の評価をします。また，痛みによって行動が制限されているかどうかを確認します。 | | | | | |
| **10** | 痛みの頻度 | | 毎日なのか。1日に何回位あるのか。 | | |
| **11** | 痛みの強さ | | 耐え難い痛みなのか？どのような痛みなのか。 | | |
| **12** | 痛みによる生活の支障 | | 通常の生活が出来なかったり，日課を調整  するような痛みか。 | | |
| **13** | 痛みの箇所 | | 1ヶ所なのか。複数ヶ所なのか。 | | |
| **14** | 痛みに対する薬の効果 | | 痛み止めの薬を使用したか。その薬は効い  たのか。 | | |
| 病状の変化 | | | | | |
| *15* | 入院＊ | | ３ヶ月間に1日以上入院したか。その回数 | | |
| *16* | 緊急受診＊ | | ３ヶ月間に病院の緊急外来を受診したか。その回数は。 | | |
| 薬 | | | | | |
| *17* | 医師による薬の管理 | | 管理している医師がいるか。 | | |
| *18* | 薬の服用の順守 | | 指示された通りに服薬されたか。 | | |
| *19* | 服薬状況（別表） | | 薬の種類と効能を記録する。 | | |
| 医療機器  ※在宅医療機器（カテーテル，点滴，酸素，瘻等）の管理（自己管理したか，どの程度介助されたか）を把握します。 | | | | | |
| *20* | 医療機器の取り扱い・管理 | | 酸素，点滴（中心静脈），カテーテル，瘻 | | |
| 保健予防 | | | | | |
| *21* | 健康診断の受診＊ | | 公的健康診断，病院での検診を受けているか。 | | |
| 健康生活 | | | | | |
| **22** | 喫煙 | | 毎日喫煙しているか。 | | |
| **23** | 飲酒による問題 | | 自分がお酒の量を減らしたほうがよいと思った，家族や周りの人から減らすように言われた，家族や周りの人がお酒のことで心配している，迎え酒をした，または一日中飲酒していた，飲酒が原因で問題をおこした，その他，危険な飲酒の可能性があるか。 | | |
| **24** | 健康状態が悪い | | 健康状態が良くないと感じているか。 | | |
| **25** | 生活に支障のある体調の変動や悪化 | | 生活に支障のある体調の変動や悪化はあるか。 | | |
| **26** | 慢性症状の悪化 | | 慢性症状持病の悪化があるか。 | | |
| **27** | 急性症状の発生 | | 急性症状の病気があるか。 | | |
| **28** | 新たな病気による治療の変更 | | 新たな病気によって，治療や治療方針に変更があったか。 | | |
| ケア計画 | | | | | |
| *29* | 予定されたケア・治療の順守＊ | | 約３ヶ月間でのケア・治療目標の達成状況はどうか。 | | |
| 健康状態に関する意向  （本人）（家族） | | | | | |
| **２　ＡＤＬ** | | | | | |
| ＡＤＬ  ※利用者本人の日常生活動作の能力を評価します。介助する側の状況ではなく本人の状況です。動作分割により確認すると良いです。 | | | | | |
| **30** | 寝返り | | 横になった状態からどのように寝返りするか。 | | |
| **31** | 起き上がり | | 横になった状態からどのように起き上がるか。 | | |
| **32** | 乗り移り | | ベッドからどのように椅子や車いすに移るか。その逆はどうか。 | | |
| **33** | 家の中の移動 | | どのように家の中を移動するか。（車いすなら乗り移った後に） | | |
| **34** | 屋外の移動 | | どのように家の外を移動するか。 | | |
| **35** | 上半身の更衣 | | どのように服を着たり脱いだりするか。（準備を含む） | | |
| **36** | 下半身の更衣 | | どのようにズボンを履いたり脱いだりする  か。（準備を含む） | | |
| **37** | 食事 | | どのように，食べたり飲んだりするか。 | | |
| **38** | 排泄 | | トイレ（ポータブルトイレ，便器や尿器を含む）の使用，便器への移乗，排泄後の始末（おむつの交換，失禁の始末），人口肛門や尿カテーテルの後始末，衣類を整える等はどうか。 | | |
| **39** | 整容 | | 髪をとかす，歯を磨く，髭を剃る，顔や手を洗う動作はどうか。（準備を含む） | | |
| **40** | 入浴 | | どのように入浴・シャワー・清拭をするか，体のそれぞれをどう洗うか。 | | |
| *41* | ＡＤＬの低下＊ | | 約３ヶ月間のうちの低下・悪化はあるか。 | | |
| 活動・健康増進 | | | | | |
| *42* | 移動手段 | | 移動手段に使用している器具，補助具，乗り物は何か。どのように移動しているか。 | | |
| *43* | 階段昇り降り | | 自力で上り下りしているか。（階段並みの段差のある玄関も含む。） | | |
| **44** | 外出（屋外）の頻度（介護サービス利用による外出は含まない。） | | 家の外に出た頻度はどうか。 | | |
| **45** | 体を動かす活動 | | ＡＤＬ，歩く，掃除する等はどうか。 | | |
| 自立度改善の可能性（意欲があれば○） | | | | | |
| *46* | 自立度改善の本人意識 | | 本人が「もっと良くなるはずだ」と思っているか。意欲があるか。 | | |
| *47* | 自立度改善の介護者意識 | | 介護者が「もっと良くなるはずだ」と思っているか。支援の意欲があるか。 | | |
| *48* | 健康状態改善の可能性 | | ケアマネジャー等ケアスタッフが「もっと良くなるはずだ」と思っているか。 | | |
| 要介護状態の変化 | | | | | |
| *49* | 介護状態の悪化＊ | | 約３ヶ月間のうち，介護の手間が増えたか。 | | |
| 転倒  ※転倒の危険性を把握します。 | | | | | |
| **50** | 転倒の回数＊ | | ３ヶ月間に転んだ回数は何回か。 | | |
| **51** | 転倒の危険性 | | 各種歩行障害（たとえばパーキンソン症候群，多発性脳梗塞，筋力低下），起立性・食後性・薬剤誘発性の低血圧症（意識喪失も転倒の原因になる），骨の痛みや変形，下肢の長さの左右非対称，骨折や関節炎などの整形外科の疾患による重心のずれ，視覚，内耳，平衡感覚の障害，判断力の低下による危険な行動をとってしまう，うつ，せん妄，認知症，薬の副作用，不十分な照明，滑りやすい敷物，固定していないカーペット，階段，滑りやすい床，段差のある床等の環境はどうか。 | | |
| ＡＤＬに関する意向  （本人）（家族） | | | | | |
| **３　ＩＡＤＬ** | | | | | |
| ＩＡＤＬ  ※自宅で自立した生活を営むために重要な機能を把握します。  ※「現状」は，本人がどれだけ行ったか。どれだけ支援されたかを把握します。  ※「困難度」は，自分一人で行う場合の困難度です。（問題なし，低，中，高･･･等） | | | | | |
|  | | | 現　状 | | 困難度 |
| **52** | 炊事 | | 献立を考える，材料を準備する，調理する，配膳する等の動作はどうか。 | |  |
| **53** | 家事一般（掃除・洗濯・整理等） | | 食後の後片付け，掃除，ベッドの整理，家の中の整頓，洗濯等の動作はどうか。 | |  |
| **54** | 金銭管理 | | 支払い，家計の収支は管理できるか。 | |  |
| **55** | 薬の管理 | | 服用の時間，袋から取り出し，処方通り服用等の動作はどうか。 | |  |
| **56** | 電話使用 | | 自分で掛けたり受ける等の動作はどうか。 | |  |
| **57** | 買い物 | | 買い物に行き，必要なものを自分で選び支払うことはどうか。 | |  |
| **58** | 交通手段の利用（使う必要のない場合も×） | | どのように乗り物に乗るか。 | |  |
| ＩＡＤＬに関する意向  （本人）（家族） | | | | | |
| **４　認　知** | | | | | |
| 記憶 | | | | | |
| **60** | | ①複雑性注意 | | 気が散る，物事に集中できない，ボーっとしている，動作がゆっくり，反応にムラがある，半側空間無視，眠る時間が増える，起きていても眠い，感情のコントロールができない，匂いや音に気がつかない，過敏に反応する，疲れやすい，等があったか。 | |
| ②実行機能 | | 手順がわからなくなる，失敗しても気がつかない，家事が単純になる，買い物に行ってもどうしたら良いかわからなくなる，料理の手順がわからなくなる，等があったか。 | |
| ③学習と記憶（即時，近時，遠隔） | | 約束を忘れる，置き忘れ，しまい忘れ，同じ事を何度も言う，新しいことを覚えることができない，等があったか。  （記憶内容）  陳述記憶，エピソード記憶，意味記憶，非  陳述記憶，手続き記憶，に支障があったか。  （貯蔵時間）  ①短期記憶（即時記憶，作業記憶）の支障があったか。  ②長期記憶（近時記憶，遠隔記憶）に支障はあったか。 | |
| ④言語（失語） | | 他人の考えを理解したり，自分の考えを表現するのが困難になる，言葉が出てこなくなる（換語困難），言葉の意味がわからなくなる，日常会話のキャッチボールができなくなる，「あれ」「それ」などの代名詞を多く使って話をする，何度も聞き直す，話のつじつまが合わない，等があったか。 | |
| ⑤知覚-運動（失認，失行） | | 着替えができない，髪をとかすことができない，お茶を入れることができない，入浴の時に体を洗えない，家電製品やリモコンの使い方が分からない，手づかみで食事をする（箸を使えない，スプーンを使えない），  知っている人の顔がわからない，文字の形がわからない，色がわからない，左右がわからない，美しい風景を楽しめなくなった，  トイレの便器を見ても形が分からない，全体を見ないで一部だけを見ている，位置関係や段差･奥行きが分からない，初めて行った場所で道に迷う，自分の家でもトイレの場所が分からない，音楽を聴いても楽しめない，救急車やパトカーの音を聞いても意味がわからない，等があったか。 | |
| ⑥社会的認知 | | 他者の心の動きを推察することができない，他者が自分とは異なる考えを持っていることを理解することができない，他者の言葉の内容，話し方，行動の背景にある思考や感情，性格，動機を読み取ることができない，等があったか。 | |
| ⑦見当識 | | 年月日･曜日･時間が分からない，自分が何処にいるか分からない，相手が誰だか分からない，自分がどういう状況にいるのか分からない，時空の中で位置付けができない，自分の状態が分からない，等があったか。 | |
| *62* | 認知機能の低下＊ | | 約３ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。 | | |
| 意識障害 | | | | | |
| **63** | せん妄 | | 一時的な意識の混乱はあるか。 | | |
| 認知に関する意向  （本人）（家族） | | | | | |
| **５　コミュニケーション能力** | | | | | |
| コミュニケーション | | | | | |
| **64** | 聴覚 | | 補助具を調整した上での聴力はどうか。 | | |
| **65** | 相手に理解させること | | 要求，意見，日常の話題を表現して伝えることができるか。（話す，書く，手話等） | | |
| **66** | 相手を理解すること | | 相手の言うことを理解することが出来るか。（筆談，手話，点字等を含む） | | |
| *67* | コミュニケーション能力の低下＊ | | 約３ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。 | | |
| 視覚 | | | | | |
| **68** | 視力 | | 普段使っている，メガネ，虫眼鏡等を使って見ることができるか。 | | |
| **69** | 視覚障害 | | 病気に関連した視野障害，視覚の問題はあるか。 | | |
| *70* | 視力低下＊ | | 約３ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。 | | |
| コミュニケーションに関する意向  （本人）（家族） | | | | | |
| **６　社会との関わり** | | | | | |
| 関わり  ※社会との関わりと適応，社会的活動や役割，毎日の暮らしぶりを把握して対応します。 | | | | | |
| **71** | 人との関わり | | 人と気軽に関わっているか。 | | |
| **72** | 周りの人への不満・怒り | | 家族や友人に対して葛藤や怒りを表すか。 | | |
| **73** | 社会活動の悩み | | 参加状況とその悩みはあるか。 | | |
| **74** | 社会活動の減少＊ | | 約３ヶ月間のうちの減少はあるか。 | | |
| **75** | 日中一人の時間 | | 日中一人でいる時間はどのくらいか。 | | |
| **76** | 寂しさ | | 寂しい思いをしているか。 | | |
| 気分  ※心理面での支障は，様々な生活障害を伴うため，気分や行動の問題があることを発見把握した対応します。 | | | | | |
| **77** | 不安心配 | | 不安心配はあるか。  落ち着きがない，緊張している，または過敏，疲れやすい，集中できない，心が空白になる，易刺激性，筋肉の緊張，睡眠障害等があるか。 | | |
| **78** | 悲しみ | | 悲しみはあるか。 | | |
| **79** | 落ち込み | | 落ち込みはあるか。 | | |
| **80** | 怒り | | 怒りがみられるか。 | | |
| **81** | 体調不良の訴え | | 体調不良の訴えはあるか。 | | |
| **82** | 涙もろい | | 涙もろい状態か。 | | |
| **83** | 興味活動の減少 | | 楽しんできた活動，家族・友人と過さなくなるようなこと等があったか。 | | |
| **84** | 社会交流の減少 | | 話さなくなる，孤立するようになる等があったか。 | | |
| *85* | 気分の悪化＊ | | 約３ヶ月間のうちの低下・悪化があるか。 | | |
| 社会との関わりに関する意向  （本人）（家族） | | | | | |
| **７　排尿・排便** | | | | | |
| 失禁  ※排泄の状況ではなく，失禁の状態（コントロールの状況）を把握します。 | | | | | |
| **86** | 尿失禁 | | コントロール，尿失禁の状態はどうか。  ①腹圧性尿失禁，②切迫性尿失禁，③溢流性尿失禁，④機能性尿失禁，等があるか。 | | |
| **87** | おむつ使用 | | おむつ，パッド等の使用状況はどうか。 | | |
| **88** | 尿カテーテル使用 | | 尿カテーテルの使用があるか。 | | |
| **89** | 便失禁等 | | コントロール，便失禁の状態はどうか。  ①便失禁，②便秘，③　が詰まる，④下痢，  ⑤排便習慣の変化，等があるか。 | | |
| 排泄のコントロールに関する意向  （本人）（家族） | | | | | |
| **８　褥瘡・皮膚の問題** | | | | | |
| 皮膚・褥瘡  ※皮膚の状態を把握します。 | | | | | |
| **90** | 皮膚の問題 | | 問題があるか，変化したか。 | | |
| **91** | 褥瘡 | | 褥瘡の状況・程度はどうか。 | | |
| **92** | 褥瘡の既往 | | 過去に１度でも褥瘡があったか。 | | |
| **93** | 皮膚のケア | | 抗生剤，ガーゼ等の使用，手術創の手当て等医療的ケアはあるか。 | | |
| 褥瘡・皮膚の問題に関する意向  （本人）（家族） | | | | | |
| **９　口腔衛生** | | | | | |
| 口腔ケア  ※口腔の問題を明らかにします。 | | | | | |
| **94** | 口腔状態の問題 | | 咀しゃくに問題があるか，食事中に口の中が「乾いている」と感じるか，歯磨きや入れ歯磨きに問題があるか。 | | |
| 口腔衛生に関する意向  （本人）（家族） | | | | | |
| **１０　食事摂取** | | | | | |
| 栄養・水分摂取  ※意図しない体重減少を明らかにします。 | | | | | |
| **95** | 極端な体重減少 | | １ヶ月に５％，３ヶ月に１０％の減少はあるか。 | | |
| **96** | 栄養不良 | | 極端な栄養不良があるか。 | | |
| **97** | 極端な体重増加・肥満 | | 通常生活に支障のある肥満，呼吸障害はあるか。 | | |
| **98** | 食事量，回数の不足 | | 食事回数は１日２食以下か。２食以下の場合は十分な量が摂れているか把握する。 | | |
| **99** | 食事摂取の減少 | | 間食も含めた２４時間の摂取量の減少があるか。 | | |
| **100** | 水分不足 | | ２４時間の摂取量の減少があるか。 | | |
| **101** | 経管栄養，胃ろう | | ２４時間の摂取量の減少があるか。 | | |
| 嚥下 | | | | | |
| **102** | 嚥下問題 | | 飲み込む能力の障害，支障があるか。 | | |
| 食事摂取に関する意向  （本人）（家族） | | | | | |
| **１１　問題行動（行動障害）** | | | | | |
| 行動障害  ※行動を把握します。 | | | | | |
| **103** | 迷うこと | | 屋内・屋外で迷うことがあるか。 | | |
| **104** | 怒ること（言動） | | 怒って大きい声を出すことがあるか。 | | |
| **105** | 怒ること（行動） | | 怒っての行動があるか。 | | |
| **106** | 混乱する行動 | | 音，騒々しい，自傷，ものをかき回す，繰り返す，集める等の行動があるか。 | | |
| **107** | ケアを嫌がる断る | | 介護や支援を嫌がること，断ることがあるか。 | | |
| *108* | 行動障害の悪化＊ | | 約３ヶ月間のうちの悪化があるか。 | | |
| 向精神薬 | | | | | |
| *109* | 抗精神病薬 | | 服用しているか。（精神機能や行動，経験に影響する薬。神経系に作用する。） | | |
| *110* | 抗不安薬 | | 服用しているか。（不安を取り除いたり，軽くする薬。） | | |
| *111* | 抗うつ薬 | | 服用しているか。（うつの症状を軽くしたり，うつを取り除く薬。） | | |
| *112* | 催眠薬 | | 服用しているか。（痛みの感覚を鈍らせる薬。鎮静薬，鎮痛薬，麻酔薬，酔わせる物質） | | |
| 行動障害に関する意向  （本人）（家族） | | | | | |
| **１２　介護力** | | | | | |
| 介護力  ※インフォーマルな支援体制を評価します。家族，親戚，友人，近所の人等，定期的だったり，何かあった時に対応している人を把握します。 | | | | | |
| *113* | 介護者（氏名・続柄） | | 主介護者と副介護者は誰か。同居しているか。 | | |
| *114* | 支援の分野（ADL，IADL，精神的支援  等） | | 支援の分野と内容は何か。 | | |
| *115* | 介護者が介護量を増やすことの可能性 | | 介護量を増やす意思があるか。可能か。 | | |
| **116** | 介護者が介護を続けられる可能性 | | 介護・支援を続けることができるか。 | | |
| **117** | 介護者の周りの人に対する不満 | | 家族や友人からの支援に満足しているか。 | | |
| **118** | 介護者のストレス・負担 | | ストレスや怒り，憂うつな気分を表しているか。 | | |
| 同居者 | | | | | |
| *119* | 同居者の増減＊ | | 約３ヶ月間に増減はあるか。 | | |
| *120* | 施設入所についての同居者の意向 | | 同居者は，居宅に住み続けるのではなく，施設に入ったほうがいいと思っているか。 | | |
| 介護力に関する意向  （本人）（家族） | | | | | |
| **１３　居住環境** | | | | | |
| 居住環境  ※居住環境が危険か，住めなくなっているかを把握します。 | | | | | |
| **121** | 身体状態から見た居住環境問題 | | 本人の身体障害の状況から見ての，照明，床の状態，浴室・トイレ，台所，暖房や空調，身の安全，玄関・玄関先，部屋の出入り，動線の段差等の，生活上の支障はどうか。 | | |
| 居住環境に関する意向  （本人）（家族） | | | | | |
| **１４　特別な状況** | | | | | |
| 特別な状況  ※虐待やターミナル等，特別な状況を把握します。 | | | | | |
| **122** | 家族・介護者に対する恐れ | | 介護をしてもらっている家族やケアのスタッフを怖がっている様子が見られるか。 | | |
| **123** | 劣悪な衛生状態 | | 衛生状態が“異常”に悪いか。 | | |
| **124** | 不明な怪我，骨折，火傷 | | 説明のつかない傷等があるか。 | | |
| **125** | 放置，暴力，搾取等 | | 介護の必要性があるが，適切に対応されていないか。 | | |
| **126** | 身体抑制 | | 四肢の抑制，過度なベッド柵使用，椅子に固定等があるか。 | | |
| ターミナル | | | | | |
| **127** | ターミナル期 | | ガンの末期，あるいは終末期であるか。 | | |
| 特別な状況に関する意向  （本人）（家族） | | | | | |
| **※　その他** | | | | | |
| ※特記すべきことがあれば把握します。 | | | | | |
| *128* |  | | その他，気がついたことがあるか。 | | |
| 介護や自立生活に関する全般的な意向  （本人）（家族） | | | | | |

（別表）服薬状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬剤名 | 量 | 効能 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |