

久留米市生活機能訪問相談サービス

(生活機能アドバイスタイプ・集中ダイアセメントタイプ)アセスメントシート

氏名: _____ 年齢: _____ 歳 性別(男・女) 訪問日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

【アセスメント】

ADL・IADL 項目		自立 期待度	改善方法				特記事項
			心身 機能	動作	配置	道具	
外出	バスや電車で1人で外出						
	階段を手すりや壁をつたわずに昇る						
基本動作	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がる						
	仰向けから横向きになる						
	背もたれなしで座る						
	座位から立位になる						
	立位保持						
	ベッドから椅子に移る						
歩行	15分ぐらい続けて歩く						
	室内歩行						
	屋外歩行						
調理	メニューを考える						
	必要な食材・調味料を準備する						
	自分で食事の支度をし、片付けをする						
	食材をカットする						
	煮炊きをする						
	火気(ガスコンロ等)の取り扱い						
洗濯	洗濯物を手洗いする						
	洗濯機を利用し洗濯を行う						
	洗濯物を干して、取り込む						
掃除	掃除機を使う						
	雑巾を絞って拭く						

別紙 1

ADL・IADL 項目		自立 期待度	改善方法				特記事項
			心身 機能	動作	配置	道具	
掃除	水廻り(トイレ・浴室・台所)の掃除						
	部屋のゴミを集める						
	ゴミ収集所までゴミを持って行く						
買い物	日用品の買物						
	店まで移動する						
	必要な品物をカゴ・カートに入れる						
	代金の支払						
	買った物を持って帰る						
整理	布団の上げ下ろし						
	季節に応じた服の整理(衣替え)						
管理	預貯金の出し入れ						
書類	内容を理解して記載する						
社会参加	友人の家を訪ねる						
	家族や友人との交流						
	週に1回以上の外出						
	地域活動への参加						
認知面	自分で電話番号を調べ、電話をかける						
	電気器具の操作						
	火の取り扱い						
	悪徳商法への注意						
入浴	入浴が1人でできる						
	浴室内の移動						
	身体を洗う						
	浴槽に入る、浴槽から出る						
	身体を拭く						
	髪を洗う						

別紙 1

ADL・IADL 項目		自立 期待度	改善の見込み				特記事項
			心身 機能	動作	配置	道具	
整容・ 更衣	整容が1人のできる						
	洗面						
	髪や髭の手入れ						
	爪の手入れ・化粧						
	歯磨き						
	衣服の着脱						
排泄	排泄が1人のできる						
	後始末をする(拭き取る)						
口腔	固いものを食べにくい						
	お茶や汁等でむせる						
	口の渇きが気になる						
疾患・ 服薬	定期的に医師の診察を受ける						
	指示通り服薬する(時間・量)						

※自立期待度記載基準

自立度	自立		一部介助		全介助	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

【栄養】

低体重 過体重

社会生活・環境		いつごろから
1	何かしらの役割がありますか 家庭内: 地域:	
2	現在、地域で参加しているものはあ りますか <input type="checkbox"/> はい: <input type="checkbox"/> いいえ	
	また、以前参加していたものはあり <input type="checkbox"/> はい:	

別紙 1

	ますか		<input type="checkbox"/> いいえ
3	再開したいこと、やってみたいこと等 はありますか		<input type="checkbox"/> はい: <input type="checkbox"/> いいえ
4	困ったときに助けてくれる人はいま すか		<input type="checkbox"/> はい: <input type="checkbox"/> いいえ
	家族との交流状況		
	近隣、知人、友人との交流状況		
5	自宅や周囲の環境で不自由なところ や不安に感じるところ		<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 屋内階段や段差
	<input type="checkbox"/> 物干場 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 風呂場 <input type="checkbox"/> 敷地内階段や段差 <input type="checkbox"/> 周辺の急坂 <input type="checkbox"/> バス停や駅が遠い		
	<input type="checkbox"/> 買い物できる場がない <input type="checkbox"/> 集会所や公民館が遠い <input type="checkbox"/> その他:		
認知やうつ ※今までと変わった様子、あてはまるもの			いつごろから
1	<input type="checkbox"/> いつも「あれがない」「これがない」と探している	5	<input type="checkbox"/> 味付けを間違ってしまう
2	<input type="checkbox"/> 約束の時間や場所を間違える	6	<input type="checkbox"/> リモコンや携帯電話の操作がわからない
3	<input type="checkbox"/> 部屋が片付かなくなってきた	7	<input type="checkbox"/> 化粧や服装、入浴することに無頓着になってきた
4	<input type="checkbox"/> 同じ食材がたくさんある	8	<input type="checkbox"/> 「忘れた」ことがわからないことがある
その他			
1	今後、ご自身はどのようにになりたい ですか		<input type="checkbox"/> 今より元気になりたい <input type="checkbox"/> 今を維持したい <input type="checkbox"/> わからない
	自身のためにしていること、心がけていること		<input type="checkbox"/> あり: <input type="checkbox"/> なし

【自宅見取り図】 ※自宅周辺(道路状況、交通機関、スーパーなどの情報)についても合わせて記載

別紙 1

【アセスメント総括・解決すべき課題】

--

【居宅での生活継続のためのポイント】

--

アセスメント実施日		年 月 日()
実施者	事業所名	
	担当者	