



◆研修用アセスメントシート (※本研修用の様式であって完全なものではありません)

課題分析 (アセスメント) に関する項目

10) 健康状態

グループ番号： _____ 受講番号： _____ 氏名： _____

これまでに罹った病気	
現在治療中の病気	
使用している薬剤	<内服薬> <外用薬> <市販薬>
処方薬 (内服・外用薬) の使用状況	<input type="checkbox"/> 処方通りに使用している <input type="checkbox"/> ときどき処方通りにしようしていない <input type="checkbox"/> ほとんど処方通りに使用していない <input type="checkbox"/> 処方されていない
痛み	生活に支障をきたす痛みが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 痛みの部位やその程度：
転倒頻度	過去に転倒したことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 時期と頻度：
生活習慣	<input type="checkbox"/> 飲酒 → 1日の摂取量： _____ <input type="checkbox"/> 喫煙 → _____ 本/1日
障害老人自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 → 判断した根拠：
認知症老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M → 判断した根拠：
特記事項	

11) ADL

寝返り	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 見守りがあれば出来る <input type="checkbox"/> 部分的に手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 動作のほとんどを手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 自分では出来ず、介護者に全て援助してもらう
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 見守りがあれば出来る <input type="checkbox"/> 部分的に手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 動作のほとんどを手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 自分では出来ず、介護者に全て援助してもらう
移乗	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 見守りがあれば出来る <input type="checkbox"/> 部分的に手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 動作のほとんどを手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 自分では出来ず、介護者に全て援助してもらう
屋内の移動	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 見守りがあれば出来る <input type="checkbox"/> 部分的に手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 動作のほとんどを手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 自分では出来ず、介護者に全て援助してもらう
屋外の移動	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 見守りがあれば出来る <input type="checkbox"/> 部分的に手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 動作のほとんどを手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 自分では出来ず、介護者に全て援助してもらう
上半身の更衣	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 見守りがあれば出来る <input type="checkbox"/> 部分的に手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 動作のほとんどを手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 自分では出来ず、介護者に全て援助してもらう
下半身の更衣	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 見守りがあれば出来る <input type="checkbox"/> 部分的に手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 動作のほとんどを手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 自分では出来ず、介護者に全て援助してもらう
食事	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 見守りがあれば出来る <input type="checkbox"/> 部分的に手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 動作のほとんどを手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 自分では出来ず、介護者に全て援助してもらう
トイレの使用	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 見守りがあれば出来る <input type="checkbox"/> 部分的に手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 動作のほとんどを手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 自分では出来ず、介護者に全て援助してもらう

11) ADL

整容（整髪・爪切り）	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 見守りがあれば出来る <input type="checkbox"/> 部分的に手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 動作のほとんどを手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 自分では出来ず、介護者に全て援助してもらう
入浴	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 見守りがあれば出来る <input type="checkbox"/> 部分的に手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 動作のほとんどを手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 自分では出来ず、介護者に全て援助してもらう
主な移動手段（屋内）	<input type="checkbox"/> 器具なしで歩行 <input type="checkbox"/> 杖を使用して歩行 <input type="checkbox"/> 老人車・歩行器で歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子・電動車椅子で移動 <input type="checkbox"/> 寝たきり
主な移動手段（屋外）	<input type="checkbox"/> 器具なしで歩行 <input type="checkbox"/> 杖を使用して歩行 <input type="checkbox"/> 老人車・歩行器で歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子・電動車椅子で移動 <input type="checkbox"/> 寝たきり
階段昇降	<input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 見守りがあれば出来る <input type="checkbox"/> 部分的に手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 動作のほとんどを手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 自分では出来ず、介護者に全て援助してもらう
活動状況	過去3日において身体を動かした時間の合計（散歩など） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1時間未満 <input type="checkbox"/> 1～2時間 <input type="checkbox"/> 3～4時間 <input type="checkbox"/> 4時間以上
外出頻度	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週2～3回程度 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> 外出したことがない
特記事項	

12) IADL

調理	<input type="checkbox"/> 自分で行った <input type="checkbox"/> 時々手伝ってもらい自分で行った <input type="checkbox"/> 常に手伝ってもらい自分で行った <input type="checkbox"/> 介護者が全て行った <input type="checkbox"/> この活動は一度も行われていない
掃除	<input type="checkbox"/> 自分で行った <input type="checkbox"/> 時々手伝ってもらい自分で行った <input type="checkbox"/> 常に手伝ってもらい自分で行った <input type="checkbox"/> 介護者が全て行った <input type="checkbox"/> この活動は一度も行われていない
洗濯	<input type="checkbox"/> 自分で行った <input type="checkbox"/> 時々手伝ってもらい自分で行った <input type="checkbox"/> 常に手伝ってもらい自分で行った <input type="checkbox"/> 介護者が全て行った <input type="checkbox"/> この活動は一度も行われていない
身の回りの整理整頓	<input type="checkbox"/> 自分で行った <input type="checkbox"/> 時々手伝ってもらい自分で行った <input type="checkbox"/> 常に手伝ってもらい自分で行った <input type="checkbox"/> 介護者が全て行った <input type="checkbox"/> この活動は一度も行われていない
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自分で行った <input type="checkbox"/> 時々手伝ってもらい自分で行った <input type="checkbox"/> 常に手伝ってもらい自分で行った <input type="checkbox"/> 介護者が全て行った <input type="checkbox"/> この活動は一度も行われていない
薬の管理	<input type="checkbox"/> 自分で行った <input type="checkbox"/> 時々手伝ってもらい自分で行った <input type="checkbox"/> 常に手伝ってもらい自分で行った <input type="checkbox"/> 介護者が全て行った <input type="checkbox"/> この活動は一度も行われていない
電話の利用	<input type="checkbox"/> 自分で行った <input type="checkbox"/> 時々手伝ってもらい自分で行った <input type="checkbox"/> 常に手伝ってもらい自分で行った <input type="checkbox"/> 介護者が全て行った <input type="checkbox"/> この活動は一度も行われていない
買い物	<input type="checkbox"/> 自分で行った <input type="checkbox"/> 時々手伝ってもらい自分で行った <input type="checkbox"/> 常に手伝ってもらい自分で行った <input type="checkbox"/> 介護者が全て行った <input type="checkbox"/> この活動は一度も行われていない
外出（交通手段の利用）	<input type="checkbox"/> 自分で行った <input type="checkbox"/> 時々手伝ってもらい自分で行った <input type="checkbox"/> 常に手伝ってもらい自分で行った <input type="checkbox"/> 介護者が全て行った <input type="checkbox"/> この活動は一度も行われていない
特記事項	

13) 認知

記憶	覚えることが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々出来る <input type="checkbox"/> できない 思い出すことが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々出来る <input type="checkbox"/> できない
見当識	時間が <input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 時々わかる <input type="checkbox"/> わからない 日にちが <input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 時々わかる <input type="checkbox"/> わからない 曜日が <input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 時々わかる <input type="checkbox"/> わからない 季節が <input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 時々わかる <input type="checkbox"/> わからない 今居る場所が <input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 時々わかる <input type="checkbox"/> わからない 相手が誰なのか <input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 時々わかる <input type="checkbox"/> わからない
失行	行為の手順が <input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 時々わかる <input type="checkbox"/> わからない 道具や物の使い方が <input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 時々わかる <input type="checkbox"/> わからない
失認	見えている対象物が何か <input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 時々わかる <input type="checkbox"/> わからない 空間における物の位置関係が <input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 時々わかる <input type="checkbox"/> わからない
失語	言葉の意味が <input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> 時々わかる <input type="checkbox"/> わからない
実行能力	計画を立てたり、順序立てた行動が <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない
日常の意思決定を行うための認知能力	<input type="checkbox"/> 首尾一貫して理にかなった行動が出来る <input type="checkbox"/> 新しい場面に直面すると困難がある <input type="checkbox"/> 特別な状況に直面すると合図や見守りが必要 <input type="checkbox"/> 常に合図や見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できないか、まれに判断できる <input type="checkbox"/> 認識できる意識がない
せん妄の兆候 (過去3日間において)	<input type="checkbox"/> なにも行動はない <input type="checkbox"/> 行動はあるが、普段とおなじ <input type="checkbox"/> 新たな行動があり、普段と違う <input type="checkbox"/> 集中力がない <input type="checkbox"/> 支離滅裂な会話がある <input type="checkbox"/> 精神機能が一日の中で変動する
うつ状態、不安、 悲しみの気分の兆候	過去3日間においてうつや不安、悲しみ等の気分の訴えが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 具体的に：
特記事項	※HDS-RやMMSEなど認知症の評価スケールの過去3ヶ月以内の結果などがあれば記載しておくこと

14) コミュニケーション能力

聴力（補聴器等使用した状況で判断してもよい）	<input type="checkbox"/> 日常の会話やテレビを見ることに支障がない <input type="checkbox"/> 普通の声では聞き取りにくく、聞き間違える <input type="checkbox"/> 耳元で大きな声で話したり、ゆっくり話したりすると何とか聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 認知症などで意思疎通ができず、聞こえているかどうかの判断できない
他者に自分のことを理解させる能力	<input type="checkbox"/> 理解させることが出来る <input type="checkbox"/> 通常は理解させることが出来る <input type="checkbox"/> 言葉が見つけたり、考えがまとまらないが、しばしば理解させることが出来る <input type="checkbox"/> 具体的な要求のみ理解させることが出来る <input type="checkbox"/> ほとんど理解出来ない
他者を理解する能力	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> 通常は理解できる <input type="checkbox"/> 一部を理解できず、言い直しが必要なときがある <input type="checkbox"/> 単純で直接的なコミュニケーションであれば理解できる <input type="checkbox"/> ほとんど理解できない
視力（眼鏡等使用した状況で）	<input type="checkbox"/> 新聞や雑誌の文字が見える <input type="checkbox"/> 新聞の見出し程度なら見える <input type="checkbox"/> 身の回りに置かれている物などが識別できる <input type="checkbox"/> 明るさや暗さや物が動いていることがわかる <input type="checkbox"/> 視力がない <input type="checkbox"/> 認知症などで意思疎通が出来ず、見えているのか判断できない
視力矯正の道具	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用している → <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ <input type="checkbox"/> 拡大鏡（ルーペ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
特記事項	

15) 社会との関わり

社会関係	関心のある活動への参加 <input type="checkbox"/> ない → どのくらいないか： <input type="checkbox"/> ある → その頻度：
	家族や友人の訪問・交流 <input type="checkbox"/> ない → どのくらいないか： <input type="checkbox"/> ある → その頻度：
	家族や知り合いに対する恐れ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 具体的に：
	ネグレクト（遺棄・放置）、粗末に扱われる、虐待される <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 具体的に：
社会的活動の変化	社会的、宗教的、あるいは仕事や趣味活動への参加がこの3ヶ月間で <input type="checkbox"/> 減っていない <input type="checkbox"/> 減っている → その状況：
孤立	日中1人きりでいる時間は <input type="checkbox"/> 1時間未満 <input type="checkbox"/> 1～2時間 <input type="checkbox"/> 2～8時間 <input type="checkbox"/> 8時間以上 さみしいと思っているか <input type="checkbox"/> 思っている <input type="checkbox"/> 思っていない
特記事項	

16) 排尿・排便

排尿	<input type="checkbox"/> 失敗しない <input type="checkbox"/> カテーテルや瘻があり、失敗しない <input type="checkbox"/> まれに失敗する <input type="checkbox"/> ときどき失敗する <input type="checkbox"/> 頻繁に失敗する <input type="checkbox"/> 常に失敗する <input type="checkbox"/> 尿の排泄はなかった
排泄用具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> コンドームカテーテル <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱瘻、腎瘻、尿管皮膚瘻 オムツやパットの使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 種類：
排便	<input type="checkbox"/> 失敗しない <input type="checkbox"/> 瘻があり、失敗しない <input type="checkbox"/> まれに失敗する <input type="checkbox"/> ときどき失敗する <input type="checkbox"/> 頻繁に失敗する <input type="checkbox"/> 常に失敗する <input type="checkbox"/> 便の排泄はなかった
特記事項	

17) 褥瘡・皮膚の問題

褥瘡・潰瘍	<input type="checkbox"/> 褥瘡はない <input type="checkbox"/> 持続した発赤部分がある <input type="checkbox"/> 皮膚層の部分的喪失 <input type="checkbox"/> 皮膚の深くくぼみ <input type="checkbox"/> 筋層や骨の露出 <input type="checkbox"/> 判定不能（壊死性の痂皮で覆われている等）
褥瘡既往	褥瘡の既往が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 褥瘡のあった時期とその部位：
皮膚のその他の問題	褥瘡以外の皮膚潰瘍が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → その部位と程度：
	挫傷（打ち身）、発疹、痒み、斑点、带状疱疹、あせも（間擦疹）、湿疹などが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → その部位：
	外傷や2度、3度の火傷、回復過程の手術創などが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → その部位と程度：
	手術創以外の皮膚の裂傷 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →
足の問題	外反母趾、槌状趾（ハンマートゥ）、つま先の重複、変形、感染、潰瘍など <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 問題はあるが歩行に支障はない <input type="checkbox"/> 問題があるため歩行に支障がある <input type="checkbox"/> 問題があるため歩行ができない
特記事項	

18) 口腔衛生

歯科口腔	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 義歯使用（取り外しの出来る補綴物） <input type="checkbox"/> 自分の歯が折れている、欠けている等の異常がある <input type="checkbox"/> 口の渴きを訴える <input type="checkbox"/> 咀嚼困難を訴える
特記事項	

19) 食事摂取

栄養状態	<input type="checkbox"/> 過去1ヶ月間に体重が5%減少、または半年前に比べ体重が10%減少 <input type="checkbox"/> 1日1ℓ未満の水 分摂取 <input type="checkbox"/> 水分排出量が摂取量を超えている
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自分で加減している <input type="checkbox"/> 固形物を飲み込むのに調整を要する <input type="checkbox"/> 液体を飲み 込むのに調整を要する <input type="checkbox"/> 裏ごしした固形物とろみをつけた液体しか飲み込むことが 出来ない <input type="checkbox"/> 経口摂取と経管栄養／経静脈栄養の混合 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養のみ <input type="checkbox"/> 腹部の 栄養のみ <input type="checkbox"/> 経静脈栄養のみ <input type="checkbox"/> この活動はなかった
栄養管理	栄養管理が <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 → <input type="checkbox"/> 食物形態の加工（ソフト食・刻み・とろみ等） <input type="checkbox"/> 低塩分（ g／日） <input type="checkbox"/> カロリー制限（ kcal／日） <input type="checkbox"/> 低脂肪（ g／日） <input type="checkbox"/> その他（ ）
特記事項	

20) BPSD

BPSD（認知症の行動・心理症状）に関する項目	<input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 落ち着きなし <input type="checkbox"/> 一人で出たがる <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> ひどいもの忘れ <input type="checkbox"/> 独り言・独り笑い <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動する <input type="checkbox"/> 話がまとまらない 上記の項目に該当した場合、その頻度とその時の様子（言動など） →
特記事項	

21) 介護力

家族関係	家族との強い支援的な関係が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない → いつから？：
援助者と本人との関係と同居	<input type="checkbox"/> 子、義理の子 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> 親・後見人 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他親戚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> いない → ※同居 <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同居していない
援助内容	過去3日間の援助内容 <input type="checkbox"/> ADL分野 <input type="checkbox"/> IADL分野 → 頻度と内容：
援助者の状況	<input type="checkbox"/> これ以上援助は続けられない <input type="checkbox"/> 援助者は苦悩や怒り、うつを表現する <input type="checkbox"/> 援助者が 利用者の状態により憔悴している
特記事項	

22) 居住環境

周辺の環境	緊急通報（電話回線・緊急アラーム装置など）が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 援助なしで行ける日用品の店が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 日用品の配達を頼むことが出来る店が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
屋内の環境	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> バリアフリー <input type="checkbox"/> 家の荒廃 <input type="checkbox"/> 不潔 <input type="checkbox"/> 不十分な冷暖房 <input type="checkbox"/> 安全の欠如 <input type="checkbox"/> 家や屋内に段差等があり出入りが困難 → 修繕の必要のある場所：
特記事項 (間取り図等)	

23) 特別な状況

特別な医療	<処置内容> <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <特別な対応> <input type="checkbox"/> モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等） <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <排泄失敗への対応> <input type="checkbox"/> カテーテル（ Condom カテーテル・留置カテーテル等）
入院・緊急外来	過去3ヶ月間に <input type="checkbox"/> 医師の診察を受けた <input type="checkbox"/> 救急外来を受診した <input type="checkbox"/> 入院した
家計の切り詰め	過去1ヶ月間にお金がないことで次の項目のうち、1つを得るためにほかの1つをあきらめなければならなかった。①十分な食事 ②住むところ ③服 ④処方薬の購入 ⑤十分な暖房や冷房 ⑥必要な治療 <input type="checkbox"/> このような事実があった <input type="checkbox"/> このような事実はなかった
ケアニーズの変化	過去3ヶ月間においてケア目標を <input type="checkbox"/> 達成した <input type="checkbox"/> 達成できなかった 3ヶ月前のアセスメントと比較して全体の状態が <input type="checkbox"/> 改善した <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 悪化した <改善・悪化した項目>
特記事項	

※居宅版インターライアセスメント表、認定調査票等より抜粋一部改編