



◆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も可）	<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出来ず、聞こえているか判断できない
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の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

尿失禁	<input type="checkbox"/> 失禁しない <input type="checkbox"/> カテーテルや瘻があり、失禁しない <input type="checkbox"/> まれに失禁する <input type="checkbox"/> ときどき失禁する <input type="checkbox"/> 頻繁に失禁する <input type="checkbox"/> 失禁状態 <input type="checkbox"/> 尿の排泄はなかった
尿失禁用器材	<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：
便失禁	<input type="checkbox"/> 失禁しない <input type="checkbox"/> 瘻があり、失禁しない <input type="checkbox"/> まれに失禁する <input type="checkbox"/> ときどき失禁する <input type="checkbox"/> 頻繁に失禁する <input type="checkbox"/> 失禁状態 <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、帯状疱疹、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"/> 口の渇きを訴える <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1%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→
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

<p>周辺の環境</p>	<p>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</p>
<p>屋内の環境</p>	<p><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：</p>
<p>特記事項 (間取り図等)</p>	

23) 特別な状況

<p>特別な医療</p>	<p><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 <失禁への対応> <input type="checkbox"/>カテーテル（コンドームカテーテル・留置カテーテル等）</p>
<p>入院・緊急外来</p>	<p>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</p>
<p>家計の切り詰め</p>	<p>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</p>
<p>ケアニーズの変化</p>	<p>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></p>
<p>特記事項</p>	

※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