

## 宮城県介護予防情報収集シート

対象者氏名		アセス実施日	年    月    日
		記入担当者	

- 1 以下のアセスメント項目の該当する方に○印を付けます。
- 2 Bに○印が付いたら具体的状況をコメント欄に記入します。
- 3 生活上の支障となっている原因（①病気、②障害、③環境、④生活習慣等）を把握し改善の可能性、維持の必要性、悪化の危険性を検討します。

アセスメント項目		
<b>1 ADL</b> ～運動・移動	A	B
☆ ADL障害の原因を理解した上で、機能訓練を計画します。		
① 家の外を歩いていますか？	はい	不十分
② 自分で食事ができていますか？	はい	不十分
③ 身だしなみは自分で整えていますか？	はい	不十分
④ お風呂に一人で入っていますか？	はい	不十分
<コメント>		
<b>2 IADL</b> ～日常生活、～運動・移動	A	B
☆ 以前にできていたことを回復する、または代替するケアを明らかにします。		
① 食事の用意はしていますか？	はい	不十分
② 家事（掃除、洗濯、片付け・・・）はしていますか？	はい	不十分
③ お金の管理をしていますか？	はい	いいえ
④ 薬の管理をしていますか？	はい	いいえ
⑤ 電話を自分でかけていますか？	はい	いいえ
⑥ 買い物（自分で選び支払う）はしていますか？	はい	いいえ
⑦ 交通手段を利用していますか？	はい	いいえ
<コメント>		
<b>3 健康活動</b> ～健康管理、～運動・移動	A	B
☆ 体力の向上と禁煙により、QOLと自立度を高めます。		
① 階段の上り下りができますか？	はい	いいえ
② 週2回以上外出していますか？	はい	いいえ
③ 日中2時間以上の活動をしていますか？	はい	いいえ

④ 毎日タバコを吸いますか？	いいえ	はい
<コメント>		
<b>4 コミュニケーション</b> ～社会参加、対人関係、コミュニケーション	A	B
☆ コミュニケーション問題を明らかにし、効果的に伝達できるようにします。		
① 十分に聞こえますか？	はい	支障あり
② 自分のことをうまく伝えられますか？	はい	不十分
<コメント>		
<b>5 視力</b> ～健康管理、～日常生活	A	B
☆ 視力に障害がある人を把握し、改善の可能性を検討します。		
① 十分に見えますか？	はい	支障あり
② 視野が狭い等、何か問題がありましたか？	いいえ	はい
<コメント>		
<b>6 お酒</b> ～健康管理	A	B
☆ アルコール乱用と危険な飲酒を把握し、健康とQOLについて検討します。		
① お酒の量を減らした方が良いと思いますか？	いいえ	はい
② 周りの人から、お酒の量を減らすように言われますか？	いいえ	はい
③ お酒のことで周りの人が心配していますか？	いいえ	はい
<コメント>		
<b>7 認知</b> ～健康管理	A	B
☆ 認知障害が急性か慢性か把握し、医療に繋ぐとともに、障害を補うための方法を検討します。		
① 物忘れで困っていますか？	いいえ	はい
② 日常の判断がうまくできますか？	はい	いいえ
<コメント>		
<b>8 落ち込み</b> ～健康管理	A	B
☆ 不安やうつ状態の高齢者を把握し、治療やケアの可能性を検討します。		
① 悲しいと思うことはありますか？	いいえ	はい
② 自分や周りに怒りや悲しみはありますか？	いいえ	はい

③ 不安や恐れはありますか？	いいえ	はい
④ 健康の心配ばかりしていますか？	いいえ	はい
⑤ 涙もろくなってきたと感じることはありますか？	いいえ	はい
⑥ 健康でないと感じますか？	いいえ	はい
⑦ 無表情になることがありますか？	いいえ	はい
<コメント>		
<b>9 関係</b> ～社会参加、対人関係、コミュニケーション	A	B
☆ 虐待や放置を受けている、もしくは危険のある高齢者を把握し、即時の対応が必要かどうか状況判断する。		
① 家族や周りの人を怖いと思うことがありますか？	いいえ	はい
<コメント>		
<b>10 社会性</b> ～社会参加、対人関係、コミュニケーション	A	B
☆ 満足のいく役割や対人関係をもち、楽しめる活動を続けたり、新たに見つけ出すように支援します。		
① 周りの人たちと気軽に関わることができていますか？	はい	いいえ
② 最近、活動への参加が減っていますか？	いいえ	はい
③ 日中一人で過ごすことが多いですか？	いいえ	はい
<コメント>		
<b>11 健康</b> ～健康管理	A	B
☆ 病気の管理と予防をおこない、病気によるADL・QOLの低下を最少限にします。		
① 息切れはしますか？	いいえ	はい
② 胸が痛むことがありますか？	いいえ	はい
③ むくみはありますか？	いいえ	はい
④ せきが出ますか？	いいえ	はい
⑤ ぜーぜーした呼吸はありますか？	いいえ	はい
⑥ 微熱が出ることはありますか？	いいえ	はい
⑦ 身体の痛みはありますか？	いいえ	はい
⑧ 尿が漏れることがありますか？	いいえ	はい
⑨ 下痢や便秘はありますか？	いいえ	はい
⑩ 睡眠薬や精神安定剤等を飲んでいませんか？	いいえ	はい
⑪ 市町村の健康診断等を受けていますか？	はい	いいえ

⑫ 治療や通院の指示を守っていますか？	はい	いいえ
<コメント>		
<b>1 2 転倒</b> ～健康管理、～運動・移動	A	B
☆ 転倒の危険性と転倒による傷害を最小限にします。		
① 転んだことはありますか？	いいえ	はい
② 歩く時ふらつきますか？	いいえ	はい
③ 足腰が弱く転びそうだけれど、自由に歩いて外出していますか？	いいえ	はい
<コメント>		
<b>1 3 栄養</b> ～健康管理	A	B
☆ 栄養不良や栄養摂取に問題のある高齢者を把握して改善に向けて検討します。		
① 食欲はありますか？	はい	いいえ
② 体重が減ってきていますか？	いいえ	はい
③ 水分をとるのを控えていますか？	いいえ	はい
<コメント>		
<b>1 4 口腔衛生</b> ～健康管理	A	B
☆ 痛みや食事摂取・発声の傷害、栄養不良、食事の楽しみに支障のある口腔問題を把握し、改善に向けて検討します。		
① 飲み込む時にむせたりひっかけたりしますか？	いいえ	はい
② 噛むことに支障がありますか？	いいえ	はい
③ 歯磨きをすることに支障がありますか？	いいえ	はい
<コメント>		

<本人の意向>
---------

<家族の意向>

<その他>

2006.2.15.

# 介護予防アセスメント 課題検討レポート

氏名 \_\_\_\_\_ 様

領域	具体的状況	原因 (病気・廃用・環境・生活習慣)	意向 (本人・家族)	可能性 (改善・維持・予防・補う)	課題（ニーズ）	支援の方向性
1 運動・移動						
2 日常生活・家庭生活						
3 社会参加・対人関係・コミュニケーション						
4 健康管理						