

北九州市アセスメントシート

【作成理由: 初回・更新・プラン変更・期間切れ】 ●担当者情報【
 【領域①～③における課題の阻害要因(背景・原因)】(担当者が認識し、判断(○印)した際に記載)

●実施日【
 【目標とする生活: 本人が安心して暮らし、イメージ可能な内容】

【チェックリスト項目】		【現在の状況】		【確認した内容: 担当者が認識し、判断(○印)した際に記載】		【予測】		【本人(家族)希望向】		【担当が考える見通し】		【総合的課題や目標・具体策の提案】	
A	D	B	E	C	F								
階段を手すりや壁をたわらせずに昇っている	はい・いいえ												
朝もつが車らずに立ち上がっている	はい・いいえ												
15分以内で着み込めることにある	はい・いいえ												
転倒に対する不安は大きい	はい・いいえ												
バスや電車で一人で外出している	はい・いいえ												
週1回以上は外出している	はい・いいえ												
昨年と比べると外出の回数が増えている	はい・いいえ												
【補助具】 屋内(無・有) 屋外(無・有)													
半年前に比べて2個以上のものが食べにくい	はい・いいえ												
お湯や汁物等でむせることがある	はい・いいえ												
食べると量が減った(通常量の2/3以下)	はい・いいえ												
1ヶ月間で2～5kg以上の体重減がある	はい・いいえ												
身長 cm 体重 kg BMI=													
口の悪みを知りたくなりますか	はい・いいえ												
毎日歯みがきや入水の手入れをする	はい・いいえ												
【入れ歯】 (無・有)													
【歯ハングリ/尿管/パット使用】 (無・有)													
【尿閉排泄】													
【入浴排泄】													
その忘れがあると思われませんか	はい・いいえ												
今日が何月何日かわからない時がある	はい・いいえ												
友人の気を配っていますか	はい・いいえ												
家族や友人の相談にのっていますか	はい・いいえ												
毎日の生活に充実感がない	はい・いいえ												
裏んでもやれていたことが今では懐かしむる	はい・いいえ												
裏にできていたことが今では懐かしむる	はい・いいえ												
自分が役に立つ人財だと思えない	はい・いいえ												
おれそな停れたような感があります	はい・いいえ												
【認知力障害】 (無・有)													
【能力障害】 (無・有)													
日用品の買い物をしている	はい・いいえ												
預貯金の出し入れをしている	はい・いいえ												
電話番号を尋ねて電話番号をかけている	はい・いいえ												
【聴覚】 (無・有)													
【聴力の障害】 (無・有)													
【キーパーソンの関わり】 (無・有)													
【生活改修】 (無・有・検討要)													
【収入額】 万円													
【負担割合】 割													
【5-Minutegaitの可能性】 (無・有)													
1 歩き取り	維持・改善												
2 歩行速度	維持・改善												
3 歩行リズム	維持・改善												
4 歩行姿勢	維持・改善												
5 歩行速度	維持・改善												
6 歩行リズム	維持・改善												
7 歩行姿勢	維持・改善												
8 歩行速度	維持・改善												
9 歩行リズム	維持・改善												
10 歩行姿勢	維持・改善												
11 歩行速度	維持・改善												
12 歩行リズム	維持・改善												
13 歩行姿勢	維持・改善												

●自宅内(外)の足取り図および確認状況(検討する場合は◎をエントリし、記載を記載。利用の場合は結果欄に内容を記載。)

玄関外																				
玄関内																				
廊下・階段																				
居室・寝室																				
トイレ																				
脱衣所・浴室																				
台所・勝手口																				
その他																				
動線の変更 家具等の配置替え 【備考】																				

※新たに利用する住宅改修や福祉用具貸与、福祉用具購入等も含めて記載。

住宅改修
福祉用具貸与
福祉用具購入

●健康状態(疾病の重症化予防の視点)

項目	状態	課題	課題の対応や医師の指示、具休等
受診状況	◆定期的に病院受診をしていますか。 はい・いいえ ◆特定健診や後期高齢者健診を受けていますか。 はい・いいえ		
血圧	◆血圧 / mmHg ◆日頃から血圧が高い方ですか。 いいえ・はい		
食事	◆朝食 ◆昼食 ◆夕食 ◆間食		
運動	◆日頃から運動をしていますか。 はい・いいえ 運動内容		
嗜好品	喫煙 【有・有】 1日に吸う本数 本 飲酒 【有・有】 飲酒頻度 週 日		
※糖尿病がある場合は必ず	血糖値 mg/dl 検査日 ◆糖尿病診断手帳をつけていますか。 はい・いいえ HbA1c % 検査日 し…血糖値; 足先や薬、手の指こしては、 じ…目の障害、目の見え具合を感じる。 家…糖尿病の障害、腎臓機能(eGFR)等の悪化。 いいえ・はい いいえ・はい		
処方薬 (服薬回数や効果等)を記載。	●【お薬手帳】 【有・有】 ●薬名や連絡先:		

●自宅内(外)の足取り図および確認状況(検討する場合は◎をエントリ、概観を記載、利用の場合は結果欄に内容を記載。)

※新たに利用する住宅改修や福祉用具等、福祉用具購入等は◎で記載。
 ◎：定期的に確認実施をしていますか、
 ○：福祉用具購入...浴槽台、シャワーチェアは過去に購入済み、
 ○：住宅改修...踏み台(玄関上がり框、高さ25cm)、勝手口(長さ40cm)、
 ○：下、勝手口、LDKカマ、廊下所、浴室内、浴槽縁の高さは洗面から45cm、洗い場と浴槽内の
 ○：段差なし、
 ○：福祉用具購入 ○：福祉用具置き場...浴室ベトナムに据え置き手すり設置。

玄関外	玄関内	洗面	洗面	脱衣・洗面	脱衣	廊下	LDK	トイレ	廊下	キッチン	キッチン	洗面	洗面	勝手口	車庫
◎	◎														
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎

【確認】
 ◎：福祉用具等の設置要
 ◎：動線の改善
 ◎：その他
 ◎：階段・浴室
 ◎：トイレ
 ◎：居室・洗面
 ◎：玄関内
 ◎：玄関外

●健康状態(疾病の重症化予防の視点)

項目	現状	課題の対応や医師の指示、具体策等
安診状況	<ul style="list-style-type: none"> 定期的な測定実施をしていますか、 <u>はい</u> <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 特定健診や後期高齢者健診を受けていますか、 <u>はい</u> <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 	
血圧	<ul style="list-style-type: none"> 血圧 140 / 80 mmHg 日頃から血圧は高い方ですか、 <u>はい</u> <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 	
食事	<ul style="list-style-type: none"> 朝食 牛乳 昼食 魚や野菜炒め 夕食 味噌汁、煮物が作るおかず 間食 午後から和菓子を食べる 	医師から進分を授かるよう助言あり、 妻が介護する際に進分は授けられている。
運動	<ul style="list-style-type: none"> 日頃から運動はしていますか、 <u>はい</u> <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 	医師からは運動はやはり足りたり足りなく助言あり、 自宅内の階段内を歩く。
嗜好品	<ul style="list-style-type: none"> 喫煙 <u>無</u> <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 飲酒 <u>無</u> <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 	1日に飲む本数 本 飲酒頻度 週 7 日
※療育病 がある場 合は必ず 含	<ul style="list-style-type: none"> 血糖値 150 mg/dl 検査日: R21.10 糖化ヘモグロビン <u>はい</u> <input checked="" type="checkbox"/> いいえ HbA1c 6.9 % 検査日: R21.10 し...神経障害: 足先や指、手の指にひびけ <u>はい</u> <input checked="" type="checkbox"/> いいえ め...目の障害: 目の見え具合が悪くなる <u>はい</u> <input checked="" type="checkbox"/> いいえ じ...腎臓の障害: 腎臓機能 [eGFR等] の悪化 <u>はい</u> <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 	
知力薬 (処方回 数や効果 等)記載	<ul style="list-style-type: none"> 【お薬手帳】 <u>有</u> <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ●お薬名や連絡先: ロソプロソル 391-2017、◎ <u>無</u> <input checked="" type="checkbox"/> 薬高 392-2013 	<ul style="list-style-type: none"> 【ロソプロソル服用時(1日)】 ○ 0000 (1日) 朝服を授かる、0000 (1日) 朝服を授かる、△△△△ (1日) 朝服を授かる、△△△△ (1日) 朝服を授かる。 【ロソプロソル服用時(1日)】 ○ 0000 (1日) 朝服を授かる、△△△△ (1日) 朝服を授かる、△△△△ (1日) 朝服を授かる、△△△△ (1日) 朝服を授かる。

