

# 在宅ケアアセスメント表(MDS-HC 2.0)

## AA. 基本情報(相談・受付時のみ)

AA-1. 対象者氏名(フリガナ)		AA-2. 性別	1. 男      2. 女
AA-3. 生年月日(年齢)	明治・大正・昭和      年      月      日(      歳)		
AA-4. 最初の相談・受付年月日	平成      年      月      日		
AA-5. 配偶者の有無	1. 未婚 2. 既婚 3. 死別	4. 別居 5. 離婚 6. その他	<input type="checkbox"/>
AA-6. 教育歴(最終学歴)	1. 未就学 2. 小学校卒 3. 高等小学校・新制中学卒	4. 旧制中学・新制高校卒 5. 旧制高校・短大卒 6. 大学卒 9. 不明	<input type="checkbox"/>
AA-7. 職歴	主なものを2つまで具体的に記入(      )(      )		
AA-8. 相談・受付時の住居	1. 自宅またはアパートで、在宅ケアは受けていなかった 2. 自宅またはアパートで、在宅ケアを受けていた 3. ケアハウス、ケア付住宅、グループホーム 4. 介護療養型医療施設      6. 介護老人福祉施設 5. 介護老人保健施設      7. その他(      )		<input type="checkbox"/>
AA-9. 相談・受付時の同居者	1. 1人暮らし 2. 配偶者のみ 3. 配偶者と子供など	4. 子供と(配偶者はいない) 5. 他の親族等(子供・配偶者はいない) 6. 親族関係のない集団生活	<input type="checkbox"/>
AA-10. 過去の入院・入所歴	相談・受付前の過去5年間で、介護施設への入院・入所、または90日以上 の病院・診療所への入院・入所 0. ない      1. ある		<input type="checkbox"/>
AA-11. 退院後の経過期間	退院後の経過期間(過去180日間で直近の入院について) 0. 過去180日間に入院していない      3. 15日～30日以内 1. 1週間以内      4. 30日以上前 2. 8日～14日以内		<input type="checkbox"/>
AA-12. 転居歴	過去2年以内の現在の住居への転居歴 0. いいえ      1. はい		<input type="checkbox"/>
AA-13. 意思決定権/終末期に対する希望	0. いいえ      1. はい a. 成年後見人がいる      a b. 終末期に対する希望がある(たとえば、病院には入院しないなど)      b		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

© inter RAI(インターライ)/発行 医学書院

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

## A. アセスメント情報

A 1. アセスメント基準日	アセスメント基準日 平成____年____月____日
A 2. アセスメント理由	1. 初回アセスメント 2. 定時アセスメント 3. 在宅サービス終了前 30 日以内のアセスメント 4. 退院・退所時のアセスメント 5. 状態の著変時のアセスメント 6. その他 <input type="checkbox"/>
A 3. 保険の種類	該当するものすべてにチェック a. 医療保険 <input type="checkbox"/> a b. 介護保険 <input type="checkbox"/> b c. 生活保護 <input type="checkbox"/> c

## B. 記憶 以下、とくに指示がない限り、過去 3 日間で評価する。

B 1. 記憶を想起する能力	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">0. 問題なし      1. 問題あり</div> a. 短期記憶：5 分前のことが思い出せる、あるいはそのように見える <input type="checkbox"/> a b. 手続き記憶：段取りを踏んで行うべきことを合図がなくても初めから手順を踏んでほとんどすべてできる <input type="checkbox"/> b
B 2. 日常の意思決定を行うための認知能力	a. どの程度自分の判断でその日の活動をうまくなすとげるか(たとえば、起床や食事すべき時間がわかる、衣服を選ぶことができる、どんな活動をするかがわかる) 0. 自立：首尾一貫して理にかなった判断ができる 1. 限定的な自立：新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難がある 2. 軽度の障害：特別な状況において、判断力が弱く、合図や見守りが必要である 3. 中程度の障害：常に判断力が弱く、合図や見守りが必要である 4. 重度の障害：判断できないか、まれにしか判断できない <input type="checkbox"/> a ----- b. 過去 90 日間において意思決定能力が悪化している 0. いいえ                                  1. はい <input type="checkbox"/> b
B 3. せん妄の兆候	a. 過去 7 日間において、1 日のうちで注意力や見当識が急に変化したり、一貫性が失われたり、予測できない意識状態の変動がある 0. いいえ                                  1. はい <input type="checkbox"/> a ----- b. 過去 90 日間に、安全が損なわれる、あるいは他者の保護が必要となるほど興奮したり、見当識を失うことがある 0. いいえ                                  1. はい <input type="checkbox"/> b

該当する番号を 1 つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

### C. コミュニケーション, 聴覚

<p>C1. 聴 覚</p>	<p>もし使用していれば, 補聴器具を使って</p> <p>0. 十分に聞こえる: 通常会話, テレビ, 電話, インターホン</p> <p>1. 静かな場所でない場合にはわずかながら障害がある</p> <p>2. 特別な状況でないと聞こえない: はっきりとした話し方をする必要はある</p> <p>3. 高度に障害, 実質的に聞こえない</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
<p>C2. 自分を理解させることができる (伝達能力)</p>	<p>どんな方法で表現してもよい</p> <p>0. 理解させることができる: 容易に考えを表現できる</p> <p>1. 通常は理解させることができる: 十分に時間が与えられていないと, 言葉を思い出したり, 考えをまとめるのが困難. 本人の考えを引き出す必要はない</p> <p>2. しばしば理解させることができる: 言葉を思い出したり, 考えをまとめるのが困難. 本人の考えを引き出す必要がある</p> <p>3. 時々理解させることができる: その能力は具体的な欲求に限られる</p> <p>4. ほとんどまたはまったく理解させることができない</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
<p>C3. 他者を理解できる (理解力)</p>	<p>どんな方法で話した内容を理解してもよい</p> <p>0. 理解できる: 明解な理解力</p> <p>1. 通常は理解できる: 伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが, 会話の大部分は理解している. ほとんど, あるいはまったく言い直す必要はない</p> <p>2. しばしば理解できる: 伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが, 言い直すことで, しばしば会話を理解できる</p> <p>3. 時々理解できる: 単純で直接的なコミュニケーションには適切に反応する</p> <p>4. ほとんどまたはまったく理解できない</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>
<p>C4. コミュニケーション能力の低下</p>	<p>過去 90 日間において, コミュニケーション能力 (伝達能力や理解力) が低下</p> <p>0. いいえ      1. はい</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック



E 3. 問題行動	<p>問題行動があるか、また、ある場合は対応の難しさ</p> <p>0. この行動はなかった</p> <p>1. 行動はあったが、容易に変えることができた</p> <p>2. 行動があり、変えることは困難であった</p> <p>a. 徘徊（危険性などに気づかないように、合理的な目的なく歩き回る） a <input type="checkbox"/></p> <p>b. 暴言（他者をおびやかす、どなる、ののしる） b <input type="checkbox"/></p> <p>c. 暴行（他者を打つ、押す、ひっかく、性的に虐待する） c <input type="checkbox"/></p> <p>d. 社会的に不適当な、または混乱させる行動（邪魔になる音をたてる、騒々しい、さげふ、自傷行為、人前で性的行動あるいは衣類を脱ぐ、食事や糞便をぬりたくる、放りなげる、所有物をかきまわす、同じ行動を繰り返す、早朝起きて迷惑をかける） d <input type="checkbox"/></p> <p>e. ケアに対する抵抗（服薬・ADL 介助・食事・体位変換を拒否） e <input type="checkbox"/></p>
E 4. 問題行動の悪化	<p>過去 90 日間において、問題行動が悪化、あるいは家族のほうが我慢できなくなってきた</p> <p>0. いいえ（問題行動のない場合を含む）      1. はい <input type="checkbox"/></p>

## F. 社会的機能

F 1. 関 与	<p>a. 人と気軽に関わっている（たとえば、人と過ごすことが好き）</p> <p>0. 気軽に関わっている      1. 気軽に関わっていない      a <input type="checkbox"/></p>
	<p>b. 家族や友人に対して葛藤や怒りを明確に表わす</p> <p>0. いいえ      1. はい      b <input type="checkbox"/></p>
F 2. 社会的活動の変化	<p>過去 90 日間において、社会的、宗教的、あるいは仕事や趣味の活動への参加が減っている。もし減っているなら、それで悩んでいる</p> <p>0. 減っていない</p> <p>1. 減っているが、悩んでいない</p> <p>2. 減っており、悩んでいる <input type="checkbox"/></p>
F 3. 孤 立	<p>a. 日中、1人である時間（夜間を除く）</p> <p>0. ほとんど、または全くない</p> <p>1. 1時間程度</p> <p>2. 長い時間（たとえば、午前中全部）</p> <p>3. いつも      a <input type="checkbox"/></p>
	<p>b. しばしば寂しい思いをしていると言ったり、そうしたそぶりをする</p> <p>0. いいえ      1. はい      b <input type="checkbox"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック



## H. IADL (過去 7 日間) と ADL (過去 3 日間)

H 1. IADL の実施状況：家や地域における日常の活動レベルについて

<p><b>ア. IADL の実施状況 (過去 7 日間)</b></p> <p>0. 自立, 自分で行った</p> <p>1. 時に援助をしてもらって行われた</p> <p>2. いつも援助をもらって行われた</p> <p>3. 他者が全部を行った</p> <p>8. 本活動は 1 度も行われなかった</p>		<p><b>イ. IADL の困難度</b></p> <p>〈自分で行う,あるいは行おうとした場合の難しさ〉</p> <p>0. 問題ない</p> <p>1. いくらか困難 (援助が必要,非常にゆっくりしている, 疲れる)</p> <p>2. 非常に困難 (ほとんど,あるいはまったく活動に参加できない)</p>	
		ア	イ
a. 食事の用意	食事の用意 (献立を考える, 材料を用意する, 料理する, 配膳する)	a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. 家事一般	食事の後片付け, 掃除, ベッドの整理, 家の中の整頓, 洗濯	b	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. 金銭管理	支払い, 家計の収支勘定	c	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d. 薬の管理	服用の時間, 袋から取り出し, 処方どおり服用 (内服薬, 外用薬, インシュリンなどの注射薬を含む)	d	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e. 電話の利用	自分で電話をかけたり, 受ける (必要に応じて数字を大きくしたり, 音の拡大装置を使ってもよい)	e	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f. 買物	食べ物や衣類など必要な物を自分で選び, 支払う	f	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g. 交通手段の利用	乗り物による移動 (歩行できる範囲外における移動)	g	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

該当する番号を 1 つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

## H 2. ADL 自立度

過去 3 日間にみられた a. ～ i. の食事や着衣等の日常動作について、それぞれにおけるすべての状況を考慮して評価する。自立して活動している場合も他者の励ましや観察・誘導の有無にとくに留意

[注：入浴は過去 7 日間における最も依存的な状態について記入]

0. 自立：手助け、準備、観察は不要。1～2 回のみ
1. 準備のみ：物や用具を利用者の手の届く範囲に置くことが 3 回以上
2. 観察：見守り、励まし、誘導が 3 回以上、あるいは、1 回以上の観察と身体援助 1～2 回との組み合わせ（観察と身体援助合わせて 3 回以上）
3. 部分的な援助：動作の大部分（50%以上）は自分でできる
  - ・四肢の動きを助けるなどの体重（身体）を支えない援助を 3 回以上
  - ・それ以上の援助 1～2 回との組み合わせ（身体援助が 3 回以上）
4. 広範な援助：動作の大部分（50%以上）は自分でできるが、以下の援助を 3 回以上
  - ・体重を支える援助（たとえば、四肢や体幹の重みを支える）
  - ・ある動作要素、あるいはすべての動作について全面援助
5. 最大の援助：動作の一部（50%未満）しか自分でできず、以下の援助を 3 回以上
  - ・体重を支える援助（たとえば、四肢や体幹の重みを支える）
  - ・ある動作要素、あるいはすべての動作について全面援助
6. 全面依存：まる 3 日間すべての面で他者が全面援助した
8. 本動作は 3 日間の間に 1 回もなかった（能力にかかわらない）

a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がった り、ベッド上の身体の位置を調整する	a <input type="text"/>
b. 移 乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか (浴槽や便座への移乗は除く)	b <input type="text"/>
c. 家の中の移動	どのように家の中（階段を除く）を移動するか (車いすなら、車いすに移乗したあと)	c <input type="text"/>
d. 屋外の移動	どのように屋外を移動するか (車いすなら、車いすに移乗したあと)	d <input type="text"/>
e. 上半身の更衣	どのように上半身の衣類（普段着や下着）を着たり、脱いだりするか。装 具・矯正具やファスナー、セーターなどを含む	e <input type="text"/>
f. 下半身の更衣	どのように下半身の衣類（普段着や下着）を履いたり、脱いだりするか。 装具・矯正具やベルト、ズボン、スカート、靴、ファスナーなどを含む	f <input type="text"/>
g. 食 事	食べたり、飲んだりする（経管栄養を含む）	g <input type="text"/>
h. トイレの使用	トイレ（ポータブルトイレ、便器や採尿器を含む）を使用する：便器への 移乗、排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、 衣服の整理を含む	h <input type="text"/>
i. 個人衛生	髪をとかす、歯をみがく、ひげを剃る、化粧する、顔や手を洗う（入浴、 シャワーを除く）	i <input type="text"/>
j. 入 浴 (過去 7 日間)	どのように入浴やシャワーや清拭をするか(背中を洗うこと、洗髪は含ま ない)。身体のそれぞれの部分（腕、大腿、膝下、胸部、腹部、陰部）を どう洗うかは含まれる。過去 7 日間における最も依存的な状態を記入す る	j <input type="text"/>

該当する番号を 1 つ選ぶ

該当するものをすべてチェック



H3. ADL の低下	過去 90 日間において、ADL が低下 0. いいえ      1. はい	<input type="checkbox"/>
H4. 主な移動手段	0. 補助具等は使用していない      3. 電動三輪車（スクーター） 1. 杖      4. 車いす 2. 歩行器、松葉杖      5. 移動しなかった a. 屋内 b. 屋外	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/>
H5. 階段昇降	過去 3 日間において、階段の上り下りをする方法（1 段でも数段でも手すりを使ってもよい） 0. 他者の援助なしに上り下りする 1. 他者の援助によって上り下りする 2. 上り下りしなかった	<input type="checkbox"/>
H6. 健康活動	a. 過去 30 日間の通常の 1 週間で、家や住んでいる建物の外へ出た頻度（外へ出た時間が短くても良い） 0. 毎日      2. 週に 1 日 1. 週に 2～6 日      3. 1 日もない	a <input type="checkbox"/>
	b. 過去 3 日間における体を動かす活動時間の合計（歩く、家の掃除、運動） 0. 2 時間以上      1. 2 時間未満	b <input type="checkbox"/>
H7. 身体機能の潜在能力	該当するものをすべてチェック a. 利用者は身体機能の自立度が向上すると信じている（ADL, IADL, 移動など） b. 介護者は、利用者の身体機能の自立度が向上すると信じている（ADL, IADL, 移動など） c. 現在の疾患や症状から回復する見込みがある。または、健康状態の向上が期待される d. 上記のいずれでもない	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>

### I. 排泄（過去 7 日間）

I1. 尿失禁	a. 過去 7 日間の尿失禁。尿がもれていても、皮膚がぬれるほどの量でなければ、コントロールとする 0. 完全にコントロールできる：カテーテルや採尿する用具を使用していない 1. 完全にコントロール・カテーテル使用：カテーテルや採尿する用具を使用して尿がもれていない 2. 通常は失禁しない：週 1 回以下 3. 時々失禁する：週 2 回以上だが、毎日でない 4. しばしば失禁する：毎日失禁の傾向だが、いくらかコントロールが保たれている（たとえば日中だけなど） 5. 失禁状態：膀胱のコントロール不十分、毎日頻回に失禁 8. 膀胱から尿の排泄がなかった	a <input type="checkbox"/>
---------	--	----------------------------

該当する番号を 1 つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

	<p>b. 過去 90 日間において尿失禁が悪化</p> <p>0. いいえ      1. はい</p> <p>b <input type="checkbox"/></p>
12. 尿失禁用器材	<p>過去 7 日間に該当するものをすべてチェック</p> <p>a. おむつ (パッド, ブリーフを含む)      a <input type="checkbox"/></p> <p>b. 留置カテーテル      b <input type="checkbox"/></p> <p>c. 上記のいずれでもない      c <input type="checkbox"/></p>
13. 便失禁	<p>過去 7 日間の便失禁</p> <p>0. 完全にコントロールできる: 人工肛門や瘻を使用していない</p> <p>1. 自立・瘻使用      : 瘻が造設され便がもれていない</p> <p>2. 通常は失禁しない: 週 1 回未満</p> <p>3. 時々失禁する      : 週に 1 回</p> <p>4. しばしば失禁する: 週 2, 3 回</p> <p>5. 失禁状態      : ほとんど, 常に失禁</p> <p>8. 排便がなかった</p> <p><input type="checkbox"/></p>

## J. 疾患

J1. 疾患	<p>医師の診断を受けていて利用者の状態に影響している疾患, 治療や症状の管理を要する疾患, または過去 90 日間において入院理由となった疾患. 在宅ケアスタッフによって観察されているかどうか</p> <p>該当しない場合は空欄</p> <p>1. 在宅ケアスタッフによる処置や観察を受けていない</p> <p>2. 在宅ケアスタッフによる処置や観察を受けている</p> <p>循環器</p> <p>a. 脳血管障害 (脳卒中)      a <input type="checkbox"/></p> <p>b. うっ血性心不全      b <input type="checkbox"/></p> <p>c. 冠状動脈疾患      c <input type="checkbox"/></p> <p>d. 高血圧症      d <input type="checkbox"/></p> <p>e. 不整脈      e <input type="checkbox"/></p> <p>f. 末梢循環障害      f <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>神経</p> <p>g. アルツハイマー型認知症      g <input type="checkbox"/></p> <p>h. アルツハイマー型以外の認知症      h <input type="checkbox"/></p> <p>i. 頭部外傷      i <input type="checkbox"/></p> <p>j. 片側不全麻痺/片麻痺      j <input type="checkbox"/></p> <p>k. 多発性硬化症      k <input type="checkbox"/></p> <p>l. パーキンソン症候群      l <input type="checkbox"/></p>
--------	--

該当する番号を 1 つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

	筋骨格	m. 関節炎 n. 大腿骨骨折 o. その他の骨折（手首，脊椎など） p. 骨粗鬆症	m <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> p <input type="checkbox"/>
	感覚器	q. 白内障 r. 緑内障	q <input type="checkbox"/> r <input type="checkbox"/>
	精神科	s. 精神科診断（内容問わない）	s <input type="checkbox"/>
	感染症	t. HIV 感染 u. 肺炎 v. 結核 w. 尿路感染症（過去 30 日間）	t <input type="checkbox"/> u <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
	その他	x. がん（過去 5 年間，皮膚がんは含まない） y. 糖尿病 z. 肺気腫・慢性閉塞性肺疾患・喘息 aa. 腎不全 ab. 甲状腺疾患（機能亢進症あるいは低下症）	x <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> z <input type="checkbox"/> aa <input type="checkbox"/> ab <input type="checkbox"/>
		ac. 上記のいずれでもない	ac <input type="checkbox"/>
J2. その他の疾患,あるいはより詳細な診断名とその ICD-10コード	a.		.
	b.		.
	c.		.
	d.		.

### K. 健康状態および予防

K1. 予防 (過去 2 年間)	過去 2 年間に受けたものをすべてチェック a. 血圧測定 b. インフルエンザワクチン c. 便潜血，または大腸内視鏡検査 d. (女性のみ) 乳房の触診かマンモグラフィー e. 上記のいずれでもない	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/>
K2. 現症 (2 日以上存在)	過去 3 日間のうち，2 日以上に見られた症状をすべてチェック a. 下痢 b. 排尿困難または夜間に 3 回以上排尿 c. 発熱 d. 食欲不振 e. 嘔吐 f. 上記のいずれでもない	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/>

該当する番号を 1 つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

<p>K 3. 現 症</p>	<p>過去 3 日間に見られた症状をすべてチェック</p> <p>身体症状 a. 胸痛, 安静時や運動時の胸痛・胸部圧迫感 a <input type="checkbox"/></p> <p>b. 便秘 (過去 3 日間排便がない) b <input type="checkbox"/></p> <p>c. めまい, めまい感 c <input type="checkbox"/></p> <p>d. 浮 腫 d <input type="checkbox"/></p> <p>e. 息切れ e <input type="checkbox"/></p> <p>精神症状 f. 妄 想 f <input type="checkbox"/></p> <p>g. 幻 覚 g <input type="checkbox"/></p> <p>h. 上記のいずれでもない h <input type="checkbox"/></p>
<p>K 4. 痛 み</p>	<p>a. 痛みの訴えや様子があった頻度</p> <p>0. 痛みはない(b～eにも0を記入) 2. 1日1回</p> <p>1. 毎日ではない 3. 1日数回(朝と晩など) a <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>b. 痛みの強さ</p> <p>0. 痛みはない 3. 重度</p> <p>1. 軽度 4. 耐えがたい痛みとなる時もある</p> <p>2. 中等度 b <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>c. 利用者からみて, 痛みは通常の活動に支障をきたしている</p> <p>0. きたしていない 1. きたしている c <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>d. 痛みの箇所</p> <p>0. 痛みはない 1. 局在する—1ヵ所 2. 複数ヵ所 d <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>e. 利用者からみて鎮痛薬が適切に効いている</p> <p>0. 思っている, あるいは痛みはない</p> <p>1. 適切に効いていない</p> <p>2. 痛みはあるが, 鎮痛薬を使用していない e <input type="checkbox"/></p>
<p>K 5. 転倒頻度</p>	<p>過去 90 日間に転倒した回数</p> <p>(9 回以上のときは「9」, 1 回もないときは「0」を記入) <input type="text"/></p>
<p>K 6. 転倒の危険</p>	<p><input type="checkbox"/> 0. いいえ    <input type="checkbox"/> 1. は い</p> <p>a. 不安定な歩行 a <input type="checkbox"/></p> <p>b. 転倒を恐れて外出を制限(バスに乗るのをやめる, 他者と一緒でなければ外出しないなど) b <input type="checkbox"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

<p>K 7. 生活習慣 (飲酒と喫煙)</p>	<p>飲酒と喫煙について</p> <p>0. いいえ      1. はい</p> <p>a. 過去 90 日間に、お酒の量を減らしたほうがよいと思ったり、他者に減らすように言われたり、あるいは他者が本人の飲酒を心配していた <span style="float: right;">a <input type="checkbox"/></span></p> <p>b. 過去 90 日間に、自分をおちつかせるために朝一番に飲酒(迎え酒)をしたり、飲酒が原因で問題をおこした <span style="float: right;">b <input type="checkbox"/></span></p> <p>c. 毎日、喫煙 <span style="float: right;">c <input type="checkbox"/></span></p>
<p>K 8. 健康状態</p>	<p>該当するものをすべてチェック</p> <p>a. 健康状態がよくないと感じている (質問した場合に) <span style="float: right;">a <input type="checkbox"/></span></p> <p>b. 思考, ADL, 気分や行動を不安定にするような病態や症状がある (変動や悪化) <span style="float: right;">b <input type="checkbox"/></span></p> <p>c. 急性症状が発生したり再発性や慢性の問題が再燃した <span style="float: right;">c <input type="checkbox"/></span></p> <p>d. 過去 30 日間に、新たな急性症状の発生により治療が変更された <span style="float: right;">d <input type="checkbox"/></span></p> <p>e. 末期の疾患であり、余命が 6 ヶ月以下である (医師が本人や家族に末期であることを告げているなど) <span style="float: right;">e <input type="checkbox"/></span></p> <p>f. 上記のいずれでもない <span style="float: right;">f <input type="checkbox"/></span></p>
<p>K 9. その他の状況</p>	<p>該当するものをすべてチェック</p> <p>a. 家族や現在介護をしてもらっている者に対して恐れをいだいている <span style="float: right;">a <input type="checkbox"/></span></p> <p>b. 衛生状態が異常に悪い <span style="float: right;">b <input type="checkbox"/></span></p> <p>c. 説明がつかないけが、骨折、火傷がある <span style="float: right;">c <input type="checkbox"/></span></p> <p>d. 放置、暴力、虐待を受けている <span style="float: right;">d <input type="checkbox"/></span></p> <p>e. 身体抑制を受けている (四肢の抑制、ベッド柵の使用、いすに固定) <span style="float: right;">e <input type="checkbox"/></span></p> <p>f. 上記のいずれでもない <span style="float: right;">f <input type="checkbox"/></span></p>

## L. 栄養状態

<p>L 1. 体重</p>	<p>0. いいえ      1. はい</p> <p>a. 体重減少が目標でないにもかかわらず、体重の減少が過去 30 日間に 5%以上、あるいは過去 180 日間に 10%以上 <span style="float: right;">a <input type="checkbox"/></span></p> <p>b. 極度の栄養不良 (栄養障害) <span style="float: right;">b <input type="checkbox"/></span></p> <p>c. 病的な肥満 <span style="float: right;">c <input type="checkbox"/></span></p>
<p>L 2. 食事摂取</p>	<p>0. いいえ      1. はい</p> <p>a. 過去 3 日間のうちに 2 日以上、1 日に 1 回以下しか食事をしない <span style="float: right;">a <input type="checkbox"/></span></p> <p>b. 過去 3 日間において、通常摂取する食事や水分の量が目立って減少 <span style="float: right;">b <input type="checkbox"/></span></p> <p>c. 水分摂取の不足 (過去 3 日間に、ほとんどまったく水分を摂っていない) <span style="float: right;">c <input type="checkbox"/></span></p> <p>d. 経管栄養 <span style="float: right;">d <input type="checkbox"/></span></p>

該当する番号を 1 つ選ぶ

該当するものをすべてチェック



<p>N 5. 創傷や潰瘍のケア</p>	<p>過去 7 日間に、在宅ケアスタッフによって提供された処置をすべてチェック</p> <p>a. 抗生剤等（全身あるいは局所投与） <span style="float:right">a <input type="checkbox"/></span></p> <p>b. ガーゼ，創傷被覆材の使用 <span style="float:right">b <input type="checkbox"/></span></p> <p>c. 手術創のケア <span style="float:right">c <input type="checkbox"/></span></p> <p>d. その他のケア（減圧用具，栄養補給，体位変換，壊死組織の切除など） <span style="float:right">d <input type="checkbox"/></span></p> <p>e. 上記のいずれでもない <span style="float:right">e <input type="checkbox"/></span></p>
----------------------	--

**O. 環境評価**

<p>O 1. 居住環境</p>	<p>居住環境を危険にしている，あるいは住めなくしている次のような要因があれば，該当するものをすべてチェック [施設にいる場合は，在宅訪問により評価する]</p> <p>a. 照明（明るさは適切か，居間，病室，台所，トイレ，廊下に照明があるか） <span style="float:right">a <input type="checkbox"/></span></p> <p>b. 床の状態（凹凸や段差，電気のコードにつっかかる，固定していないカーペット） <span style="float:right">b <input type="checkbox"/></span></p> <p>c. 浴室やトイレの環境（すべりやすい浴槽，必要であるにもかかわらず手すりがない，水もれ，トイレが外にある，故障している） <span style="float:right">c <input type="checkbox"/></span></p> <p>d. 台所環境（危険なガス台，冷蔵庫が壊れている，ねずみや虫が出る） <span style="float:right">d <input type="checkbox"/></span></p> <p>e. 暖房や空調（冬に寒すぎる，夏に暑すぎる） <span style="float:right">e <input type="checkbox"/></span></p> <p>f. 身の安全（郵便受けや近所まで行く際の危険，交通量が多い） <span style="float:right">f <input type="checkbox"/></span></p> <p>g. 玄関や玄関先（出入りが困難など） <span style="float:right">g <input type="checkbox"/></span></p> <p>h. 家の中の部屋へのアクセス（階段の上り下りができないなど） <span style="float:right">h <input type="checkbox"/></span></p> <p>i. 上記のいずれでもない <span style="float:right">i <input type="checkbox"/></span></p>
<p>O 2. 同居の状況</p>	<p>a. 90 日前と比べて，新たに他者と同居するようになった（利用者が移る，他者が移ってくる） <span style="float:right">a <input type="checkbox"/></span></p> <p style="padding-left: 40px;">0. いいえ <span style="margin-left: 150px;">1. はい</span></p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>b. 利用者本人ないし主たる介護者は利用者が他へ移ったほうが本人のためによいと考えている <span style="float:right">b <input type="checkbox"/></span></p> <p style="padding-left: 40px;">0. いいえ <span style="margin-left: 150px;">2. 主たる介護者のみ</span></p> <p style="padding-left: 40px;">1. 利用者本人のみ <span style="margin-left: 150px;">3. 利用者と主たる介護者とも</span></p>

該当する番号を 1 つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

P. 治療方針の順守

<p>P 1. 特別な治療・ケア (過去 7 日間)</p>	<p>過去 7 日間に受けた,あるいは受ける予定のあった治療,療法とその順守 (受ける場所は在宅であっても施設であってもよい)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>該当しない場合は空欄</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 予定されており,指示されたとおり完全に守られた</li> <li>2. 予定されていたが,一部守られなかった</li> <li>3. 予定されていたが,治療・ケアを受けなかった</li> </ol> </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>&lt;呼 吸&gt;</p> <p>a. 酸素療法 a <input type="text"/></p> <p>b. 補助呼吸のためのレスピレーター b <input type="text"/></p> <p>c. その他の呼吸療法 c <input type="text"/></p> <p>&lt;その他の処置&gt;</p> <p>d. アルコール/薬物依存の治療 d <input type="text"/></p> <p>e. 輸血 e <input type="text"/></p> <p>f. 抗がん剤療法 f <input type="text"/></p> <p>g. 透析 g <input type="text"/></p> <p>h. 中心静脈による輸液・注射 h <input type="text"/></p> <p>i. 末梢静脈による輸液・注射 i <input type="text"/></p> <p>j. 注射による与薬 j <input type="text"/></p> <p>k. 瘻のケア k <input type="text"/></p> <p>l. 放射線治療 l <input type="text"/></p> <p>m. 気管切開口のケア m <input type="text"/></p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>&lt;療 法&gt;</p> <p>n. 運動療法 n <input type="text"/></p> <p>o. 作業療法 o <input type="text"/></p> <p>p. 理学療法 p <input type="text"/></p> <p>&lt;ケアプログラム&gt;</p> <p>q. 通所介護 q <input type="text"/></p> <p>r. 通所リハビリテーション r <input type="text"/></p> <p>s. 緩和ケア s <input type="text"/></p> <p>t. 外来通院 t <input type="text"/></p> <p>u. 短期入所 u <input type="text"/></p> <p>&lt;在宅での特別な対応&gt;</p> <p>v. 毎日の観察・測定 (血圧,尿量など) v <input type="text"/></p> <p>w. 観察・測定 (毎日ではない) w <input type="text"/></p> <p>x. 緊急通報用の器材 (ペンダント等) x <input type="text"/></p> <p>y. 皮膚の治療 y <input type="text"/></p> <p>z. 特別治療食 z <input type="text"/></p> <p>aa. 上記のいずれでもない aa <input type="text"/></p> </td> </tr> </table>	<p>&lt;呼 吸&gt;</p> <p>a. 酸素療法 a <input type="text"/></p> <p>b. 補助呼吸のためのレスピレーター b <input type="text"/></p> <p>c. その他の呼吸療法 c <input type="text"/></p> <p>&lt;その他の処置&gt;</p> <p>d. アルコール/薬物依存の治療 d <input type="text"/></p> <p>e. 輸血 e <input type="text"/></p> <p>f. 抗がん剤療法 f <input type="text"/></p> <p>g. 透析 g <input type="text"/></p> <p>h. 中心静脈による輸液・注射 h <input type="text"/></p> <p>i. 末梢静脈による輸液・注射 i <input type="text"/></p> <p>j. 注射による与薬 j <input type="text"/></p> <p>k. 瘻のケア k <input type="text"/></p> <p>l. 放射線治療 l <input type="text"/></p> <p>m. 気管切開口のケア m <input type="text"/></p>	<p>&lt;療 法&gt;</p> <p>n. 運動療法 n <input type="text"/></p> <p>o. 作業療法 o <input type="text"/></p> <p>p. 理学療法 p <input type="text"/></p> <p>&lt;ケアプログラム&gt;</p> <p>q. 通所介護 q <input type="text"/></p> <p>r. 通所リハビリテーション r <input type="text"/></p> <p>s. 緩和ケア s <input type="text"/></p> <p>t. 外来通院 t <input type="text"/></p> <p>u. 短期入所 u <input type="text"/></p> <p>&lt;在宅での特別な対応&gt;</p> <p>v. 毎日の観察・測定 (血圧,尿量など) v <input type="text"/></p> <p>w. 観察・測定 (毎日ではない) w <input type="text"/></p> <p>x. 緊急通報用の器材 (ペンダント等) x <input type="text"/></p> <p>y. 皮膚の治療 y <input type="text"/></p> <p>z. 特別治療食 z <input type="text"/></p> <p>aa. 上記のいずれでもない aa <input type="text"/></p>						
<p>&lt;呼 吸&gt;</p> <p>a. 酸素療法 a <input type="text"/></p> <p>b. 補助呼吸のためのレスピレーター b <input type="text"/></p> <p>c. その他の呼吸療法 c <input type="text"/></p> <p>&lt;その他の処置&gt;</p> <p>d. アルコール/薬物依存の治療 d <input type="text"/></p> <p>e. 輸血 e <input type="text"/></p> <p>f. 抗がん剤療法 f <input type="text"/></p> <p>g. 透析 g <input type="text"/></p> <p>h. 中心静脈による輸液・注射 h <input type="text"/></p> <p>i. 末梢静脈による輸液・注射 i <input type="text"/></p> <p>j. 注射による与薬 j <input type="text"/></p> <p>k. 瘻のケア k <input type="text"/></p> <p>l. 放射線治療 l <input type="text"/></p> <p>m. 気管切開口のケア m <input type="text"/></p>	<p>&lt;療 法&gt;</p> <p>n. 運動療法 n <input type="text"/></p> <p>o. 作業療法 o <input type="text"/></p> <p>p. 理学療法 p <input type="text"/></p> <p>&lt;ケアプログラム&gt;</p> <p>q. 通所介護 q <input type="text"/></p> <p>r. 通所リハビリテーション r <input type="text"/></p> <p>s. 緩和ケア s <input type="text"/></p> <p>t. 外来通院 t <input type="text"/></p> <p>u. 短期入所 u <input type="text"/></p> <p>&lt;在宅での特別な対応&gt;</p> <p>v. 毎日の観察・測定 (血圧,尿量など) v <input type="text"/></p> <p>w. 観察・測定 (毎日ではない) w <input type="text"/></p> <p>x. 緊急通報用の器材 (ペンダント等) x <input type="text"/></p> <p>y. 皮膚の治療 y <input type="text"/></p> <p>z. 特別治療食 z <input type="text"/></p> <p>aa. 上記のいずれでもない aa <input type="text"/></p>								
<p>P 2. 医療機器の取り扱い (過去 3 日間)</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. 使用されていない</li> <li>1. 自己管理ができる</li> <li>2. 準備や声かけがあれば自己管理ができる</li> <li>3. 部分的に手助けが必要</li> <li>4. 全面的に手助けが必要</li> </ol> </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">a. 酸素</td> <td style="width: 20%;">a <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. 末梢あるいは中心静脈の確保</td> <td>b <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. カテーテル</td> <td>c <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. 瘻 (胃瘻,膀胱瘻など)</td> <td>d <input type="text"/></td> </tr> </table>	a. 酸素	a <input type="text"/>	b. 末梢あるいは中心静脈の確保	b <input type="text"/>	c. カテーテル	c <input type="text"/>	d. 瘻 (胃瘻,膀胱瘻など)	d <input type="text"/>
a. 酸素	a <input type="text"/>								
b. 末梢あるいは中心静脈の確保	b <input type="text"/>								
c. カテーテル	c <input type="text"/>								
d. 瘻 (胃瘻,膀胱瘻など)	d <input type="text"/>								

該当する番号を 1 つ選ぶ

該当するものをすべてチェック





R. アセスメントへの参加

R 1. アセスメントを コーディネートした者			
R 2. 職 種			
R 3. アセスメント完了日	年	月	日
R 4. 他の評価者の署名 (職種, 記入年月日)	氏 名	職 種	記入年月日

〈ケアプランの作成にあたって〉

R 5. 対象者がサービスを 受ける目的の明確化	該当するものをすべてチェック	
	a. 医療処置	a <input type="checkbox"/>
	b. 経過観察	b <input type="checkbox"/>
	c. リハビリテーション	c <input type="checkbox"/>
	d. 本人・家族への指導	d <input type="checkbox"/>
	e. 介護者の一時休養	e <input type="checkbox"/>
	f. 緩和ケア	f <input type="checkbox"/>
	g. 身体介護	g <input type="checkbox"/>
	h. 家事援助	h <input type="checkbox"/>
	i. その他 ( )	i <input type="checkbox"/>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

S. 薬物治療調査票 (用紙が不足の場合はコピーして使用)

記入年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

利用者氏名 \_\_\_\_\_

記入者氏名 \_\_\_\_\_

注) アセスメント基準日を含む過去7日間に投与された薬剤(市販薬も含む)を記入する。過去7日間の間に増量・減量のあった薬剤は、1日量欄にはアセスメント基準日の1日量を記入する。7日間の間に中止された薬剤は、中止直前の1日量を記入し、その横に〈中止〉と付記する。

A. 経口薬 (市販薬を含む)

薬剤名 (商品名)	剤形 <sup>1)</sup>	1日量 <sup>2)</sup>	回数/1日	日数/7日間

- 1) 剤形欄には、錠剤・カプセルの場合には1個当たりのmgを記入(ただし、液剤は88, 散剤は99を記入)
- 2) 1日量欄には、錠剤・カプセルは1日当たりの個数, 散剤・液剤は1日当たりのmg・ml数を記入

B. 注射・点滴 (デポ剤\*も含む)

薬剤名 (商品名)	1アンプル・1本の量 <sup>1)</sup>	1日量 <sup>2)</sup>	回数/1日	日数/7日間 <sup>3)</sup>	経路 <sup>4)</sup>

- 1) 1アンプル・1本の量欄には、1アンプルに含まれる内容薬のmgを記入。ただし、輸液製剤等は1本当たりの容量をml数で記入。
- 2) 1日当たりのアンプル・本数を記入する。
- 3) 対象7日間に効果が及んでいるデポ剤は1日と記入する。
- 4) 経路欄には、静注=1, 筋注=2, 皮下注=3, デポ剤=4, その他=5を記入

\*デポ剤: 1回の注射(皮下注射か筋肉注射)で1~4週間効果が持続する持効型抗精神病薬。2週間持効型のアナテナジンデポ、アナテンゾールデポ、4週間持効型のネオペリドール、ハロランス、フルデカシン(以上すべて商品名)などがある。

C. その他 (外用薬, 坐薬, 吸入薬など)

薬剤名 (商品名)	回数/1日	日数/7日間	経路 <sup>1)</sup>

- 1) 経路欄には、外用(塗布・貼付, 点眼, 点鼻など)=1, 坐薬=2, その他=3を記入