

# アセスメントシート

|                   |       |     |
|-------------------|-------|-----|
| 相談日: 令和 年 月 日 ( ) | 実施場所: | 記入者 |
|-------------------|-------|-----|

|    |      |          |   |                             |                             |
|----|------|----------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 氏名 |      | 年齢(生年月日) | 年 | 月                           | 日                           |
| 住所 | (〒 ) | 性別       | 歳 | <input type="checkbox"/> 男性 | <input type="checkbox"/> 女性 |
|    |      | 電話・FAX   |   |                             |                             |

|       |                         |        |        |
|-------|-------------------------|--------|--------|
| 相談者氏名 |                         | 本人との関係 |        |
| 相談方法  | 来所・電話・訪問・FAX・メール・その他( ) | 経由機関   | 担当者( ) |
| 住所    | (〒 )                    | 電話・FAX |        |

|       |     |     |     |
|-------|-----|-----|-----|
| 緊急連絡先 | 氏名: | 住所: | 電話: |
|-------|-----|-----|-----|

## 1 相談の理由

## 2 障がい者手帳、障がい年金

|            |   |                |                                      |
|------------|---|----------------|--------------------------------------|
| 障がい名       |   | 備考             | <input type="checkbox"/> 障がい程度区分 ( ) |
| 手帳種類<br>等級 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( )級     | 障がい年金の<br>有無種類 | <input type="checkbox"/> あり ( )級     |
|            | <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( )級        |                | <input type="checkbox"/> なし ( )級     |
|            | <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( )級 |                | <input type="checkbox"/> その他年金あり( )  |

## 3 現在の生活状況

### (1)生活の場

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1)一人暮らし<br><input type="checkbox"/> 2)家族と暮らし<br><input type="checkbox"/> 1)父 <input type="checkbox"/> 5)兄弟・姉妹<br><input type="checkbox"/> 2)母 <input type="checkbox"/> 6)兄弟・姉妹の妻・夫<br><input type="checkbox"/> 3)夫又妻 <input type="checkbox"/> 7)その他<br><input type="checkbox"/> 4)子ども ( ) | 居住形態<br><input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸<br><input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> アパート・マンション( ) | 〈家族構成〉<br><br><br><br><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span><input type="checkbox"/></span> <span><input type="checkbox"/></span> <span><input checked="" type="checkbox"/></span> <span><input type="checkbox"/></span> <span>_____</span> </div> |
| <input type="checkbox"/> 3)家族以外の人と暮らし<br><input type="checkbox"/> 1)入所施設 ( )<br><input type="checkbox"/> 2)グループホーム・ケアホーム ( )<br><input type="checkbox"/> 3)入院中 ( )<br><input type="checkbox"/> 4)その他 ( )   |  |   |

### (2)日中の主な活動の場

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1)正規の社員として勤務<br><input type="checkbox"/> 2)パート・臨時・アルバイトとして勤務<br><input type="checkbox"/> 3)生活介護事業所( )<br><input type="checkbox"/> 4)就労継続A型事業所( )<br><input type="checkbox"/> 5)就労継続B型事業所( ) | <input type="checkbox"/> 7)就労移行支援事業所( )<br><input type="checkbox"/> 8)自立訓練( )<br><input type="checkbox"/> 9)地活、デイケア等( )<br><input type="checkbox"/> 10)その他( )<br><input type="checkbox"/> 11)以上のことは特にしていない |
|--|--|

### (3)主な生活費について

|   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1)家族の就労・年金収入<br><input type="checkbox"/> 2)本人の就労収入 | <input type="checkbox"/> 3)本人の年金収入<br><input type="checkbox"/> 4)本人名義の資産からの収入 | <input type="checkbox"/> 5)生活保護<br><input type="checkbox"/> 6)その他( ) |
|---|---|--|

#### 4 現在の福祉・医療等

##### (1)現在利用している福祉・保健サービス

| サービスの内容                         | 支給量 | 希望量 | 実施機関等 | 利用目的 | 利用開始時期 |
|---------------------------------|-----|-----|-------|------|--------|
| <input type="checkbox"/> 家事援助   |     |     |       |      | 年 月～   |
| <input type="checkbox"/> 身体介助   |     |     |       |      | 年 月～   |
| <input type="checkbox"/> 通院等介助  |     |     |       |      | 年 月～   |
| <input type="checkbox"/> 短期入所   |     |     |       |      | 年 月～   |
| <input type="checkbox"/> 移動支援   |     |     |       |      | 年 月～   |
| <input type="checkbox"/> 日中一時支援 |     |     |       |      | 年 月～   |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護   |     |     |       |      | 年 月～   |
| <input type="checkbox"/> 往診     |     |     |       |      | 年 月～   |
| <input type="checkbox"/>        |     |     |       |      | 年 月～   |
| <input type="checkbox"/>        |     |     |       |      | 年 月～   |
| <input type="checkbox"/>        |     |     |       |      | 年 月～   |

※ 複数事業所利用の場合は空欄に記入

| サービスの内容                         | サービスの種類 | 実施機関等 | 利用目的 | 利用開始時期 |
|---------------------------------|---------|-------|------|--------|
| <input type="checkbox"/> 通所サービス |         |       |      | 年 月～   |
| <input type="checkbox"/> 入所サービス |         |       |      | 年 月～   |
| <input type="checkbox"/>        |         |       |      | 年 月～   |
| <input type="checkbox"/>        |         |       |      | 年 月～   |

##### (2)過去に利用した福祉・保健サービス

| サービスの内容                  | サービスの種類・支給量 | 実施機関等 | 利用目的 | 利用開始時期 |
|--------------------------|-------------|-------|------|--------|
| <input type="checkbox"/> |             |       |      | 年 月～   |
| <input type="checkbox"/> |             |       |      | 年 月～   |
| <input type="checkbox"/> |             |       |      | 年 月～   |

##### (3)医療サービス

###### A. 受診中の医療機関

|  |        |                             |                             |                               |
|--|--------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1)あり<br><input type="checkbox"/> 2)なし | 医療保険   |                             |                             |                               |
|  | 自立支援医療 | <input type="checkbox"/> 更生 | <input type="checkbox"/> 育成 | <input type="checkbox"/> 精神通院 |
| a.医療機関名:   |        | (担当医)                       |                             | 医療機器装着状況                      |
| b.病名・診断名:<br>(複数あるなら記入)  |        |                             |                             |                               |
|  |        | (医師の意見書: あり なし)             |                             |                               |
| c.医療行為状況   |        |                             |                             |                               |
| d.症状等  |        |                             |                             |                               |

###### B.これまでの受診歴

| 医療機関名 | 診断名 | 時期 | 入院の有無 | 備考 |
|-------|-----|----|-------|----|
|       |     |    |       |    |

###### C.入院歴

|                  |                        |       |                                |                                    |
|------------------|------------------------|-------|--------------------------------|------------------------------------|
| (1)延べ入院回数:       | 回                      | 現在:   | <input type="checkbox"/> 1)入院中 | <input type="checkbox"/> 2)入院していない |
| (2)【入院中】今回の入院期間: | ( 年 月より入院)             | 病名( ) |                                |                                    |
|                  | 医療機関名: ( )             |       |                                |                                    |
| (3)過去の入院歴 入院期間:  | ( 年 月より 年 月まで入院)       | 病名( ) |                                |                                    |
|                  | 医療機関名: ( )             |       |                                |                                    |
|                  | 入院期間: ( 年 月より 年 月まで入院) | 病名( ) |                                |                                    |
|                  | 医療機関名: ( )             |       |                                |                                    |

## 生活支援アセスメントシート

### 1 日常生活に関する領域

| 項目                                     | 支援の要否   | 特記事項 | 項目                                 | 支援の要否   | 特記事項 |
|--|---|------|------------------------------------|---|------|
| 起床就寝時間<br>(何時頃、寝つき、寝起き、夜間覚醒、昼夜逆転等は?)   | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      | 整容行為<br>(洗顔、歯磨き、整髪行為等は?)           | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      |
| 日常動作<br>(起き上がり、立ち上がり、移乗動作等は?)          | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      | 食事摂取<br>(朝昼晩、作れるか、摂取動作は?)          | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      |
| 屋内移動<br>(自力歩行、杖歩行、車椅子、見守り、介助の有無は?)     | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      | 排泄行為<br>(排尿、排便は?自力可、要誘導、おむつの着用は?)  | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      |
| 屋外活動<br>(近距離、遠距離移動)(通勤、通学、公共機関利用の有無は?) | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      | 入浴<br>(入浴準備、行為、洗身行為は?)             | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      |
| 衣服着脱<br>(衣服の選択、着脱行為等は?)                | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      | 掃除、洗濯<br>(介護者による行為、機械操作、干す、取り込みは?) | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      |

### 2 健康に関する領域

| 項目                                   | 支援の要否   | 特記事項 | 項目                     | 支援の要否   | 特記事項 |
|--------------------------------------|---|------|------------------------|---|------|
| 食事管理<br>(キザミ食、特別食(糖尿食等)、胃ろう等、偏食傾向は?) | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      | 服薬管理<br>(自己管理、多量服薬等は?) | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      |

### 3 社会生活技能に関する領域

| 項目                          | 支援の要否   | 特記事項 | 項目                       | 支援の要否   | 特記事項 |
|-----------------------------|---|------|--------------------------|---|------|
| 金銭管理<br>(金銭理解、使用状況、貯蓄管理等は?) | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      | 危機管理<br>(戸締り、火の始末、連絡先は?) | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      |

#### 4 生活基盤に関する領域

| 項目                           | 支援の要否   | 特記事項 | 項目                                | 支援の要否   | 特記事項 |
|------------------------------|---|------|-----------------------------------|---|------|
| 経済環境<br>(家族扶養、年金、所得、工賃の有無は?) | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      | 住環境<br>(持ち家、賃貸、住宅改造の有無、住環境の改善等は?) | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      |

#### 5 家族、近隣支援に関する領域

| 項目  | 支援の要否   | 特記事項 | 項目  | 支援の要否   | 特記事項 |
|---|---|------|---|---|------|
| 家族・介護者支援状況とその関係<br>(同居の有無、家族との交流、支援の可否は?) | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      | 近隣支援の状況とその関係性<br>(民生委員、自治会、近隣住民の関係、見守り体制は?) | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      |

#### 6 コミュニケーションに関する領域

| 項目                                | 支援の要否   | 特記事項 | 項目                    | 支援の要否   | 特記事項 |
|-----------------------------------|---|------|-----------------------|---|------|
| 意思表示および手段<br>(音声、手話、絵カードなどの使用状況等) | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      | 指示への理解(対人関係・トラブル状況など) | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      |
| 病識の有無、障がい受容の有無等                   | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      | 症状に合った対応、症状悪化の兆候等     | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      |

#### 7 社会参加に関する領域

| 項目                                  | 支援の要否   | 特記事項 | 項目   | 支援の要否   | 特記事項 |
|-------------------------------------|---|------|--|---|------|
| 趣味、レクリエーション、生涯学習など<br>(意欲の有無、希望等は?) | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      | 外出活動への参加<br>(日中の過ごし方、意欲の有無(引きこもり等)、本人の希望等は?) | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      |

#### 8 教育・就労に関する領域

| 項目                      | 支援の要否   | 特記事項 | 項目                 | 支援の要否   | 特記事項 |
|-------------------------|---|------|--------------------|---|------|
| 教育に関することについて<br>(学歴等は?) | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      | 就労について<br>(就職歴等は?) | <input type="checkbox"/> 要<br><input type="checkbox"/> 不要 |      |

# アセスメントシート(別紙)

## 1 本人の生活状況等

本人生活歴について

現在の生活状況、心身の状況等特記すべき事項について(参考:アセスメントシート1～3及び生活支援アセスメントシート1～5より)

医療面、精神面・行動・情緒面等特記すべき事項について(参考:アセスメントシート4及び生活支援アセスメントシート6～8より)

## 2 家族等の生活状況等

家族状況、心身の状況、介護負担等について

## 3 主訴等

本人の主訴・目標(短期、長期)・希望など

家族の主訴・目標(短期、長期)・希望など

担当者欄(特記事項、関係機関名、支援体制等)