

利用者氏名	日野 太郎	作成日	年 月 日	事業所名	〇〇相談支援事業所	作成者	〇〇 〇〇
-------	-------	-----	-------	------	-----------	-----	-------

## 希 望

今の生活に対する希望はありますか。今後どのような生活をしたいと思いますか。

充実した毎日を送りたい。できれば将来、一般就労して自立をしてみたい。  
リハビリを続け、自分でできる事を増やしたい。  
今の仕事・生活を続けたい。  
給料のいい所に転職したい。

本人の希望を聞き取ります。  
アセスメントシートの先頭ページとなっておりますが、他のページの聞き取り後、振り返りを行うような形で記入していただいても構いません。

自分の希望や目標をかなえるためにどのようにしていきたいですか。

自立に向けて生活習慣を身につけていきたい。  
通所に休まず通えるようにしていきたい。  
ハローワークに行って求人情報を集めてくる。  
リハビリを続けていきたい。

(家族の方へ)ご本人の生活についてどう思いますか。今後どのような変化を望みますか。

福祉サービスを利用しながら、健康で暮らして欲しい。  
色々な体験をして、いずれは自立して欲しい。

該当する項目にチェック  
(□をクリック)する。

# 1 生活基盤

本人の生活環境の聞き取りを行う。  
本人の障害状況とは関係しないが、生活に制限を受けていることがあるかどうかを確認する。

1-1住環境			
<input type="checkbox"/> 戸建住宅	<input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅	3 階 (エレベーター <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input checked="" type="checkbox"/> 借家 (家賃 円)
住まいのことでなにか不便を感じることはありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 間取り <input checked="" type="checkbox"/> 広さ <input type="checkbox"/> 段差	(自由記述/設備面等) 部屋数が多く、掃除が行き届かない。 最寄のスーパーまで自転車で30分かかるため、一人で買い物に行くことが難しい。 日当たりが悪く、冬場は洗濯物を干しても乾かない。シーツなどの洗濯が困難。 共有部の階段に手すりがないため不便。大家に打診するが取り付けは困難。
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 照明 <input checked="" type="checkbox"/> 日当たり <input type="checkbox"/> 立地 <input checked="" type="checkbox"/> 共用部	
住まいの設備の面から、生活動作に制限されることや不便を感じることはありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 洗面	キッチン台が高く、料理や洗い物をする際に体に負担がかかる。 浴室の入口に段差があり、一人で乗り越えられない。段差がなければ、介助なしで入浴が可能になる。
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> キッチン <input type="checkbox"/> 風呂	

1-2経済環境			
本人の収入	障害基礎年金	2 級	手当関係 ① 障害者(児)福祉 手当( 15500 円/月) ② 特別障害者 手当( 24600 円/月)
	その他の収入	賃金 ( 10 円/月)	③ 手当( 円/月) ④ 手当( 円/月)
本人の負担している費用	<input checked="" type="checkbox"/> 生活費 <input checked="" type="checkbox"/> 食費 <input checked="" type="checkbox"/> 家賃 <input checked="" type="checkbox"/> サービス利用料 <input checked="" type="checkbox"/> 医療費 <input type="checkbox"/> 理美容費 <input type="checkbox"/> 電話料金 <input type="checkbox"/> 公共料金 <input type="checkbox"/> 自分のこづかい(娯楽費) <input type="checkbox"/> その他( )		
有料サービスについて	<input type="checkbox"/> 積極的に利用していきたい <input checked="" type="checkbox"/> 必要であれば利用したい <input type="checkbox"/> 金額によって利用を検討したい <input type="checkbox"/> 費用負担することが難しい		

1-3近隣関係	
近隣との交流はありますか。 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	近隣関係で困っていることはありますか。 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(自由記述) 隣の人が、旅行に行くとお土産をもってきてくれる。 向かいの人が、顔を合わせると挨拶をして近況を聞いてくれる。	(自由記述) 大家が心配性で、気にかけてもらえるが、生活状況についてしつこく指導されることもある。 自治会に入っていないため、顔見知りがない。

1-4通信環境						
通信機器の種類	電話	携帯電話	メール	インターネット	FAX	その他( 意思伝達装置 )
現在利用できる環境にある機器	○	○	○	○	○	
本人が利用できる機器 (介助があれば利用できる場合を含む)		○				
今後、利用していきたい機器			○			○

1-5移動方法			屋外移動	屋内移動
<input checked="" type="checkbox"/> 車いす	<input checked="" type="checkbox"/> 車	<input checked="" type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 単独で可能 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 単独で可能 <input type="checkbox"/> 介助が必要
<input checked="" type="checkbox"/> 松葉杖	<input type="checkbox"/> バイク	タクシー		
<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 自転車			

# 2 家族支援

家族氏名	続柄	生年月日	年齢	職業 (主婦・学生等)	支援の必要性			本人との関係	本人への 協力体制	同居	備考
					有無	主な支援者	サービス利用など (自由記述欄)	悪い⇔良い			
					○/×	続柄を記入		0/1/2/3/4/5	○/×	同居の場合○	
日野 花子	母	S17. .	72	主婦	○	弟夫婦	介護保険(リハビリ)	5	○	○	認知症状あり
日野	弟	S47. .	42	会社員	×						
日野	弟の妻	S50. .	39	会社員	×						
日野	甥	H . .	10	小5	×						
日野	姪	H . .	3	保育園	○	弟の妻	障害児通所支援				近所に居住

家族の介護力の有無(心理的・時間的・体力的)や協力の姿勢、本人の介護の他に家族の抱える問題があればこのシートで確認を行う。  
今は健在であるが高齢の両親がいる、兄弟が生まれるなど、先々起こる可能性のあることについても聞き取りを行う。22

2-1 家族の介護状況	
<p>現在どのような介護を行っていますか。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 入浴   <input checked="" type="checkbox"/> 排泄   <input type="checkbox"/> 移動   <input checked="" type="checkbox"/> 食事</p> <p>入浴の介助 オムツ交換 食事作り</p>	<p>介護に負担を感じることはありますか。</p> <p>外出に付き添いが必要なので、通院など必要な外出は支援を受けたい。</p> <p>短時間であれば留守番できるが、短期入所など泊まりで利用できる預け先が欲しい。</p> <p><input type="checkbox"/> 本人は一人で外出できる <input checked="" type="checkbox"/> 本人は一人で留守番できる <input type="checkbox"/> レスパイトできる場所や預けられる人がいる</p>
<p>現在、心配事は何ですか。</p> <p>社会とのつながりが希薄であるため、もっと外出の機会を作りたい。 母親の体力がなくなっているため、今の介護を続けられるか心配。</p>	<p>今後の生活について心配なことはありますか。</p> <p>母親が高齢であるため、今後介護者不在になった時のことが心配。 弟家族が近所に住んでいるが、子どもが小さく夫婦とも仕事をしているため、母親と同程度の支援を望むことは難しい。</p>

# 3 障害特性について

3-1 障害者手帳の所持状況				
<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳	種	級	障害内容	補装具の使用状況
<input checked="" type="checkbox"/> 愛の手帳		度	知的障害、体幹機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input checked="" type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳		級	統合失調症	車いす、補聴器

障害状況・自身の障害についての認識について聞き取りを行う。該当しない項目は、該当なしと記載。ただし、障害種別によって聞き取りをしないなどの一律的な取り扱いはしないこと。

3-2 病状・障害の理解	
日常生活で一番困ること	障害についての不安
外出時、人ごみの中にいる時。 食事が一人で食べられない時。	この先、加齢に伴い障害状況が変化していくのではないかとと思われること。

3-3 身体障害の状況		3-4 コミュニケーションスキル	
介助が必要な動作		意思表示の方法	
<input checked="" type="checkbox"/> 起き上がり	特記事項 調子が悪いと起き上がれない。 車いす・ベッド・トイレの移乗は母が介助している。 医師から立位をとることを禁止されている。	<input checked="" type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 筆記 <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> パソコン	
<input type="checkbox"/> 立ち上がり		<input type="checkbox"/> 意思伝達装置 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不可	
<input type="checkbox"/> 寝返り		意思表示のわかりやすさ	
<input type="checkbox"/> 座位保持		<input type="checkbox"/> わかりやすい <input checked="" type="checkbox"/> 何度か接することでわかる <input type="checkbox"/> ごく身近な人はわかる <input type="checkbox"/> わからない	
<input type="checkbox"/> 両足での立位		他者からの意思伝達の理解	
<input type="checkbox"/> 歩行		<input checked="" type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 手話 <input checked="" type="checkbox"/> 筆記 <input type="checkbox"/> 点字 <input checked="" type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> パソコン	
<input checked="" type="checkbox"/> 移乗( <input type="checkbox"/> 床 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす		<input type="checkbox"/> 意思伝達装置 <input checked="" type="checkbox"/> その他( 視覚的な表示が理解しやすい ) <input type="checkbox"/> 不可	
<input checked="" type="checkbox"/> ベッド <input checked="" type="checkbox"/> トイレ)		指示への理解	
<input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 理解できない	
		<input type="checkbox"/> 概ね理解できる <input type="checkbox"/> 具体的な事柄であれば理解できる <input checked="" type="checkbox"/> 日常の指示であれば理解できる	

3-5 精神面について				
精神面で具合が悪い、調子が悪いと思うことがありますか。	精神的に不調になると、死にたいと思うことがありますか。	精神面が不調になるきっかけはありますか。それはどのようなものですか。	そんな時どうしていますか。誰かに相談できますか。	調子の悪い時や発作等のとき、してほしいこと、してほしくないことは何ですか。
<input type="checkbox"/> 有	なし。	不眠になると再発につながる。	母に相談する。	できるだけ静かな環境でそっとしておいて欲しい。
<input checked="" type="checkbox"/> 以前はあった	不安なことがあるとふさぎ込み死にたいと思うことがある。	季節の変わり目に体調が悪くなる。	カラオケに行って気分転換する。	発作の時はすぐに主治医に連絡してほしい。
<input type="checkbox"/> 無 ⇒無の場合、以降の質問不要				

※不足の場合は別紙添付すること

# 4 疾病・健康管理

病名	糖尿病
治療内容	透析
受診先	〇〇医院
受診頻度	週3回
主治医	〇〇先生
注意すること	食事制限あり

病名	不安障害
治療内容	投薬、カウンセリング
受診先	〇〇病院
受診頻度	月1回
主治医	△△科〇〇先生
注意すること	通院を忘れてしまう

あてはまる項目にチェックを入れる。  
 本人が支援の必要性を感じていることや調査時の様子を特記事項欄に記入。  
 調査者が支援の必要性を感じたことに関しては、「支援の必要性(アセスメントシート)」に記載する。

感染症	
<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
人虫のため通院治療中	

## 4-1 服薬状況

<input checked="" type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input checked="" type="checkbox"/> 夕食 <input checked="" type="checkbox"/> 寝る前 <input checked="" type="checkbox"/> その他( 不安時に頓服 )	<b>特記事項</b> 〇〇(朝・夕) △△(寝る前)	<input type="checkbox"/> 飲み忘れなく服薬できている <input checked="" type="checkbox"/> 時々飲み忘れるが自分で管理している <input type="checkbox"/> 薬カレンダーなどへのセットに介助が必要 <input type="checkbox"/> 声かけが必要 <input type="checkbox"/> 全て管理が必要	<b>管理方法</b> <input type="checkbox"/> 袋のまま管理。飲むたびに取り出している <input checked="" type="checkbox"/> 薬カレンダー等の容器を利用している <input type="checkbox"/> 自分で専用容器を作り管理している <input type="checkbox"/> その他( )
---	-----------------------------------	--	--

## 4-2 病状理解

<input type="checkbox"/> 病気の症状について理解している <input type="checkbox"/> 治療方針や服薬の必要性について理解している <input checked="" type="checkbox"/> 通院の必要性を理解している <input checked="" type="checkbox"/> 指示通りに通院できている <input type="checkbox"/> 医者の説明を理解することができる	<b>特記事項</b> 先生の説明が理解できず、治療の方針についてはわからないが、言われた通りに通院と服薬ができていますので、本人は特に困っていることはないと言います。
--	---

## 4-3 健康管理

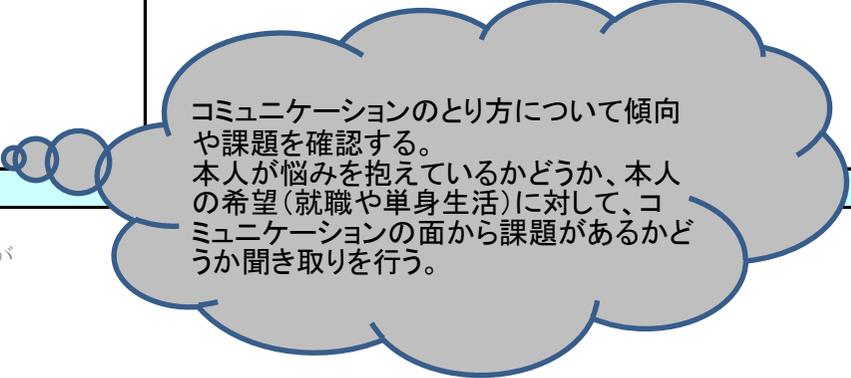
<input type="checkbox"/> 急激な体重の増減がない <input type="checkbox"/> 睡眠は足りていると感じている <input checked="" type="checkbox"/> 具合が悪くなった兆候を自分で気がつくことができる <input checked="" type="checkbox"/> 具合が悪い時、人に相談したり医療機関に行くことができる <input checked="" type="checkbox"/> 嗜好品の健康面での制約や制限がある( <input checked="" type="checkbox"/> 酒類 <input checked="" type="checkbox"/> タバコ <input type="checkbox"/> 菓子類 <input type="checkbox"/> その他( ) )	<b>特記事項</b> 睡眠が足りない。 嗜好品の制限ができていない様子が見受けられる。
--	--

## 4-4 緊急時の対応

<input type="checkbox"/> 入退院時誰かの支援がある <input type="checkbox"/> 災害時の避難経路・避難方法について把握をしている <input checked="" type="checkbox"/> 緊急時に頼れる人がいる	<b>特記事項</b> 家族がいない時は、どうしたらいいかわからない。
---	--

# 5 対人関係・社会参加

<b>5-1対人関係</b>	<b>5-2コミュニケーションについて</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> あいさつできる <input checked="" type="checkbox"/> 相手や場に応じた会話・言葉遣いができる <input type="checkbox"/> 感情が安定している <input type="checkbox"/> 他人と協調できる <input type="checkbox"/> 必要に応じて相手の話に耳を傾けられる <input type="checkbox"/> 表情、ジェスチャー等でコミュニケーションをとることができる <input checked="" type="checkbox"/> 援助を求めることができる <input type="checkbox"/> 近所、施設等で他者とトラブルや関係を悪化させず過ごすことができる <input checked="" type="checkbox"/> 自分から話しかけることが多い <input type="checkbox"/> 友人を自分から作ることができる <input type="checkbox"/> 友人と継続して付き合うことができる <input type="checkbox"/> 対人関係の好みや苦手がない <input checked="" type="checkbox"/> 異性との関係でトラブルがない <input type="checkbox"/> 年上・年下に関わらず関係を築くことができる	コミュニケーションについて自分で課題だと感じるところはありますか。 (自由記述) お茶を飲みにいけるような友人をふやしたい。 自分の興味のある話題は積極的に話す、人の話を聞くことが苦手。 話すことが苦手で、自分から話しかけることができない。	対人関係を作り、継続していくにあたって、悩みがありますか。 (自由記述) 一度仲良くなると距離がとれず、しつこく電話やメールをして嫌がられてしまうことがある。 ちょっとしたことでも怒ってしまい、言い争いになってしまう。
	<b>特記事項</b>	
	作業所の職員とは良い関係が作れている。 作業所の特定の利用者が苦手で、その人と関わりがあった日は不安定になってしまう。 悩みを相談できるような相手がいない。	



<b>5-3社会参加</b>		<b>余暇(趣味、旅行、サークル・クラブ活動、生涯学習など)</b>	
<b>社会的活動(地域活動、利用者自治会・当事者団体の活動など)</b> 地域の自治会に所属し、お祭りなどの行事にも積極的に参加している。		地域のスポーツサークルに所属し、月1回の練習に参加している。 公民館の青年学級に参加している。	
<b>支援の希望</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<b>支援の希望</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
同じ病気を持つ方と交流できる場所がほしい。		講演会に行ってみたい。 仲のいい友達と旅行に行きたい。	

# 6 IADL

6-1 日常の活動状況・生活リズム・生活範囲について	
<input checked="" type="checkbox"/> 交通機関の利用ができる( <input checked="" type="checkbox"/> 電車 <input checked="" type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> モノレール <input checked="" type="checkbox"/> タクシー ) <input checked="" type="checkbox"/> バスや電車等で一人で外出をする <input type="checkbox"/> 友人・知人等の家を訪ねることがある <input checked="" type="checkbox"/> 決まった時間に起きている <input type="checkbox"/> 自分なりの生活リズムができている	<b>特記事項</b>  活動範囲を広げたい。

6-2 諸手続き・社会資源の利用について	
<input type="checkbox"/> 役所や金融機関など一人で利用することができる <input checked="" type="checkbox"/> 必要に応じて電話を利用することができる (番号を調べる、応答、要件の伝達できることを含む) <input type="checkbox"/> 公的書類の届出や契約を自分でやっている <input type="checkbox"/> 成年後見制度・地域権利擁護事業を利用している	<b>特記事項</b>  役所の手続きは母が行っているが、自分でできるようになりたい。

6-3 金銭管理・家計の管理について	
<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金の出し入れを自分でやっている <input checked="" type="checkbox"/> 金銭の計算と計画的な使用(1ヵ月程度のやりくり)が自分でできる <input checked="" type="checkbox"/> 日用品等の買い物は、自分で選んでいる <input type="checkbox"/> 公共料金の支払いは自分でやっている ( <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> 水道 <input type="checkbox"/> 通信費 )	<b>特記事項</b>  銀行に手続

6-4 危機管理・大切なものの管理等について	
<input checked="" type="checkbox"/> 大切な書類の整理・管理は自分でやっている <input checked="" type="checkbox"/> 戸締りは自分で管理できる <input checked="" type="checkbox"/> 鍵類の管理が自分でできる <input checked="" type="checkbox"/> 火元の管理が自分でできる <input checked="" type="checkbox"/> 緊急時の連絡方法を理解し、自分で連絡できる	<b>特記事項</b>

当てはまる項目について□にチェックを入れる。チェックがつけばつく程、「できる」ことが多くなる。本人が支援の必要性を感じていることや調査時の様子を特記事項欄に記入。調査者が支援の必要性を感じたことに関しては、「支援の必要性(アセスメントシート)」に記入する。現在どのように対応しているか(既にサービスを利用している。家族が行っているなど)も特記事項欄に記載する。

6-5掃除・片付け等に関する項目	
<input type="checkbox"/> 清掃用具(掃除機、モップ等)の使用ができる <input type="checkbox"/> 清掃用具の管理、メンテナンスができる <input type="checkbox"/> 各居室の清掃ができる( <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 玄関) <input type="checkbox"/> 居室内の整理整頓・片付けができる <input checked="" type="checkbox"/> 身の回りの一部を簡単にきれいにする事ができる <input type="checkbox"/> 必要に応じて定期的に清掃することができる(頻度 <input type="text"/> 回/週)	<b>特記事項</b>  座ったまま手が届く範囲しか片付けできないため、部屋全体の掃除をしてほしい。

6-6洗濯に関する項目	
<input type="checkbox"/> 洗濯機を使用することができる <input checked="" type="checkbox"/> 洗剤の使用・管理することができる <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯物を干すこと、とりこむことができる <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯物をたたむことができる <input type="checkbox"/> 洗濯物に関する一連の動作を自分でやっている	<b>特記事項</b>  洗濯機の操作が難しいので教えてほしい。

6-7衣類・寝具の管理に関する項目	
<input checked="" type="checkbox"/> 衣類をたたんでしまえる <input type="checkbox"/> 衣替えを行うことができる <input type="checkbox"/> 必要時クリーニングなどの利用ができる <input checked="" type="checkbox"/> 着脱行為を自分でできる <input type="checkbox"/> 衛生面から、衣類の選択、着替えができる <input type="checkbox"/> 場面や季節、気候に応じた衣類を選択することができる <input type="checkbox"/> 衣類の補修ができる <input type="checkbox"/> 寝具の整理、収納ができる <input checked="" type="checkbox"/> 布団干しができる <input checked="" type="checkbox"/> シーツ、カバーの交換ができる <input type="checkbox"/> 季節や気候に合わせて寝具の選択、交換ができる	<b>特記事項</b>  衣替えを手伝ってほしい。 どんな時に着替えればいいのかわからない。 洗濯物がたたんだまま出しっぱなしになっている。

**6-8 食事に関する項目**

- 食事の摂取を自分でできる  
    自助具の利用( )
- 栄養の偏りなく食事をとることができる
- 適切な量の食事をとることができる
- 食事の準備ができる
- 食事の配膳、下膳ができる
- 食器を洗うことができる
- 食器をしまうことができる
- 調理用具を使用することができる
- 熱源(ガス、IH等)を使用することができる
- 調理ができる
- 献立を考えて調理することができる
- 食材の管理ができる
- 適切な量の飲水ができる
- 注湯、注水ができる

**特記事項**

配食サービスを利用しているが、たまには自分で料理をして食べてみたい。  
使い終わった食器が、流しに山積みになっている。

**6-9 清潔に関する項目**

- 入浴の準備・片付けができる
- 洗髪ができる
- 洗身ができる
- 洗顔ができる
- 入浴用具の使用ができる
- 入浴道具の管理ができる
- 排泄行為が一人でできる(  小便  大便  生理)
- 排泄用具の管理ができる

**特記事項**

手の届かない場所は母に洗ってもらっている。  
身体機能的には問題ないが、精神的に不調になると何日も入浴できないことがある。

**6-10 整容・身だしなみに関する項目**

- 髭剃り・化粧ができる
- 身だしなみをきちんと整えられる
- 口腔の清潔を保てる
- 整髪ができる
- 用具の管理・収納ができる

**特記事項**

髪の毛が短いので、整髪の必要がない。  
身だしなみについて周囲から指摘を受けることはあるが、自分では困っていない。