

ご利用者 評価票(最終評価)

評価日

年

月

日

＊科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）・口腔栄養スクリーニングを参考に作成

利用者ID；

氏名

殿

評価者ID；

評価者名

要介護度：□要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5

認定期間（

年

月

日～

年

月

日）

障害高齢者の日常生活自立度：□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2

認知症高齢者の日常生活自立度：□自立 □I □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M

基本情報	保険者番号	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
	被保険者番号					
	事業所番号	性別	□男	□女		

現病歴・既往歴〔前回の評価時より変化のあった場合は記載〕〔任意項目〕

1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 脂質異常症（高脂血症） 4. 脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、
5. がん 6. 肝臓病（ ） 7. 腎臓病（ ） 8. 心臓病（狭心症、心筋梗塞、不整脈、 ） 9.
神経疾患（パーキンソン病、 ） 10. 視力障害（ほとんど見えない） 11. 聴力障害（ほとんど聞こえない） 12.
整形外科疾患（変形性膝関節症、変形性腰椎症、脊柱管狭窄症、 ） 13. 1年以内の骨折（骨のひび） 14. 呼吸
器系疾患（慢性気管支炎、ぜんそく、肺気腫、結核、 ） 15. その他（ ）

服薬情報〔任意項目〕 （収集なし）

1. 薬剤名（ ） （ /日） （処方期間 年 月 日～ 年 月 日）
2. 薬剤名（ ） （ /日） （処方期間 年 月 日～ 年 月 日）
・
・
・

〔任意項目〕

同居家族等 □なし □あり（□配偶者 □子 □その他）（複数選択可）

家族等が介護できる時間 □ほとんど終日 □半日程度 □2～3時間程度 □必要な時に手をかす程度 □その他

ADL：Barthel index

	自立	一部介助	全介助
①食事	□10	□5	□0
上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？			
1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる			
②椅子とベッド間の移乗	□15	□10←（監視下）	
	（座れるが移れない）→ □5		□0
上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？			
1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる			
③整容	□5	□0	□0
上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？			
1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる			
④トイレ動作	□10	□5	□0
上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？			
1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる			

論	⑤入浴	☐ 5	☐ 0	☐ 0
	上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？			
	1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる			
	⑥平地歩行	☐ 15	☐ 10←（歩行器等）	
		（車椅子操作が可能）→ ☐ 5		☐ 0
	上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？			
	1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる			
	⑦階段昇降	☐ 10	☐ 5	☐ 0
	上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？			
	1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる			
	⑧更衣	☐ 10	☐ 5	☐ 0
	上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？			
	1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる			
	⑨排便コントロール	☐ 10	☐ 5	☐ 0
	上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？			
1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる				
⑩排尿コントロール	☐ 10	☐ 5	☐ 0	
上記の動作を行うときの困難感はどのくらいでしょうか？				
1. まったく困難はない 2. あまり困難でない 3. やや困難を感じる 4. かなり困難を感じる				
Barthel Index得点		点		
在宅復帰の有無等〔任意項目〕				
☐ 入所/サービス継続中				
☐ 中止（中止日： ）				
☐ 居宅（※） ☐ 介護老人福祉施設入所 ☐ 介護老人保健施設入所 ☐ 介護医療院入所				
☐ 医療機関入院 ☐ 死亡 ☐ 介護サービスを利用しなくなった ☐ その他				
※居宅サービスを利用する場合（介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック）				

認知症	認知症の診断					
	☐ なし ☐ あり（診断日 年 月 日： ☐ アルツハイマー病 ☐ 血管性認知症 ☐ レビー小体病 ☐ その他（ ））					
	DBD13（認知症の診断または疑いのある場合に記載）					
		まったくない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある
	①日常的な物事に関心を示さない	0	1	2	3	4
	②特別な事情がないのに夜中起き出す	0	1	2	3	4
	③特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	0	1	2	3	4
	④やたらに歩きまわる	0	1	2	3	4
	⑤同じ動作をいつまでも繰り返す	0	1	2	3	4
	⑥同じ事を何度も何度も聞く	0	1	2	3	4
	⑦よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする	0	1	2	3	4
	⑧昼間、寝てばかりいる	0	1	2	3	4
	⑨口汚くののしる	0	1	2	3	4
⑩場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	0	1	2	3	4	
⑪世話をされるのを拒否する	0	1	2	3	4	
⑫物を貯め込む	0	1	2	3	4	
⑬引き出しや筆筒の中身をみんな出してしまう	0	1	2	3	4	
DBD13得点					点	

Vitality Index									
①起床		2. いつも定時に起床している 1. 起こさないと起床しないことがある 0. 自分から起床することはない							
②意思疎通		2. 自分から挨拶する、話し掛ける 1. 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる 0. 反応がない							
③食事		2. 自分から進んで食べようとする 1. 促されると食べようとする 0. 食事に関心がない、全く食べようとしない							
④排せつ		2. いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う 1. 時々、尿意便意を伝える 0. 排せつに全く関心がない							
⑤リハビリ・活動		2. 自らリハビリに向かう、活動を求める 1. 促されて向かう 0. 拒否、無関心							
Vitality Index得点						点			
身体機能評価 （※握力以外の運動能力に関しては、少数第二位まで記載）									
Short Physical Performance Battery									
バランステスト （ ☐ 実施不可 ☐ 実施拒否 備考： ）←実施しなかった場合は記載してください。									
『閉脚立位』		秒	実施困難	☐	0点	(A1)	A1+A2+A3 =(A) 点		
両足を付けた状態で 10 秒保持			10秒未満	☐		点			
(10秒未満の場合、小数点第二位まで記録)			10秒以上可能	☐	1点				
『セミタンデム立位』		秒	実施困難	☐	0点	(A2)	点		
片足の踵ともう片足の親指を付けた状態で 10 秒保持			10秒未満	☐		点			
(10秒未満の場合、小数点第二位まで記録)			10秒以上可能	☐	1点				
『タンデム立位』		秒	実施困難	☐	0点	(A3)	点		
片足の踵ともう片足のつま先を付けた状態で 10 秒保持			3秒未満	☐					
(10秒未満の場合、小数点第二位まで記録)			3～9.99秒	☐	1点				
			10秒以上可能	☐	2点				
歩行テスト(☐ 実施拒否 ☐ 補助具の使用(補助具名：)			実施困難	☐	0 点	(B)			
1回 目	(小数点第二位まで記録)		8.70秒以上	☐	1 点	点			
			6.21～8.70秒	☐	2点				
2回 目	(小数点第二位まで記録)		4.82～6.20秒	☐	3 点				
			4.82秒未満	☐	4 点				

5回椅子立ち上がりテスト（ ☐ 実施拒否 備考： ）					
1回目	(少数点第二位まで記録)	実施困難	☐	0点	(C) 点
		16.7秒以上	☐	1点	
		13.7～16.6秒	☐	2点	
		11.2～13.6秒	☐	3点	
		11.1秒未満	☐	4点	
合計点					【(A)+(B)+(C)】 点
その他身体機能テスト					
	Timed Up and Go Test (少数点第二位まで記録) (☐ 実施不可 ☐ 実施拒否 ☐ 補助具の使用(補助具名：))			握力 (少数点第一位まで記録) (☐ 実施不可 ☐ 実施拒否 備考：)	
1回目				秒	Kg
2回目				秒	Kg

ニーズ・ホープと目標							
利用者本人の希望（興味・関心）			家族の希望				
利用者本人の社会参加の状況			利用者の居宅の環境（環境因子）				
	目標(中間評価シートから転記)			達成状況（最終評価時）			
中間 評価 まで	(機能)			達成できる自信は何パーセントくらいですか？ %くらい			
	(活動)			達成できる自信は何パーセントくらいですか？ %くらい			
	(参加)			達成できる自信は何パーセントくらいですか？ %くらい			
最終 評価 まで	(機能)			達成できる自信は何パーセントくらいですか？ %くらい			
	(活動)			達成できる自信は何パーセントくらいですか？ %くらい			
	(参加)			達成できる自信は何パーセントくらいですか？ %くらい			
精神的健康状態							
●以下の5つの項目について、最近2週間のあなたの状態に最も近いものに○をつけて下さい（○は一つ）。 例、最近2週間のうち半分以上の期間を、明るく楽しい気分で過ごした場合には、3に○をつける。							
最近2週間、私は・・・		いつも	ほとんど いつも	半分以上の 期間を	半分以上の 期間を	ほんの たまに	まったく ない
①	明るく、楽しい気分で過ごした。	5	4	3	2	1	0
②	落ち着いた、リラックスした気分で過ごした。	5	4	3	2	1	0
③	意欲的で、活動的に過ごした。	5	4	3	2	1	0
④	ぐっすりと休め、気持ちよくめざめた。	5	4	3	2	1	0
⑤	日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった。	5	4	3	2	1	0
●現在のあなたの健康状態はいかがですか？							
1. とてもよい 2. まあよい 3. あまりよくない 4. よくない							