

## 【徘徊】アセスメントシート

I 身体面のアセスメント	
<input type="checkbox"/>	身体的な病気による「発熱」、「痛み」、「不快感」はないか
<input type="checkbox"/>	薬を飲んでいることによる「影響」はないか
<input type="checkbox"/>	歩き出すとき、「尿意」や「便意」がないか
<input type="checkbox"/>	頻繁にトイレに行きたくなる様子はないか(頻尿や残尿)
<input type="checkbox"/>	ひどく「便秘」をしていないか
<input type="checkbox"/>	お腹がすいていたり、喉が渇いていたりしていないか
<input type="checkbox"/>	身体のだこかがずっと痛かったり、かゆかったりしていないか
<input type="checkbox"/>	元々ある精神科の病気が悪化したりしていないか
<input type="checkbox"/>	「せん妄」を起こすなど意識の状態が悪くなっていないか
II 心理面のアセスメント	
<input type="checkbox"/>	排泄の失敗による「混乱」はないか
<input type="checkbox"/>	夕暮れや夜に、「不安」や「淋しさ」が高まり、家などに帰ろうとするか
<input type="checkbox"/>	家族など、親しい面会者は来ているか
<input type="checkbox"/>	自分の定位置と決めているところに、他人がいたり、物が置かれていたりしていないか
<input type="checkbox"/>	刺激が少なく、退屈していないか
<input type="checkbox"/>	徘徊中、昔の仕事や大きく印象に残っている出来事を「再現」しているか
III かかわり方(ソフトとハード)のアセスメント	
<b>&lt;基本的ケア&gt;</b>	
<input type="checkbox"/>	入浴や清拭など、「清潔ケア」の不足で、かゆみはないか
<input type="checkbox"/>	安易におむつを使用して、誇りを傷つけたり、排泄物による不快感を与えていないか
<input type="checkbox"/>	アクティビティプログラムなど、昼間、施設内での活動量が少なすぎたりしないか
<input type="checkbox"/>	スタッフや他の利用者との交流、関わりが少なすぎたり、孤立していたりしないか
<input type="checkbox"/>	早い下膳など、空腹感を助長していないか
<b>&lt;人のかかわり方&gt;</b>	
<input type="checkbox"/>	職員の言葉使いや対応方法に、ぞんざい、乱暴、押しつけ、せかし、制止、無視など、不快や興奮を助長する傾向はないか
<input type="checkbox"/>	他の利用者の言動に、反応していないか
<b>&lt;ハード&gt;</b>	
<input type="checkbox"/>	椅子などの生活用具の形や質から不自然な姿勢だったり、心地悪さを感じていないか
<input type="checkbox"/>	トイレや自分の居室など利用する場所に、分かりやすい目印や案内があるか
<input type="checkbox"/>	入所や部屋替えなどで、利用者の周囲の環境やスタッフが急に変わったりしていないか
<input type="checkbox"/>	居室、浴室、トイレなどのプライバシーへの配慮は十分か
<input type="checkbox"/>	小さな空間に閉じ込めたり、閉塞感を感じさせる環境ではないか
<input type="checkbox"/>	見学・研修などで落ち着かなくなっていないか
<input type="checkbox"/>	部屋の明るさや室温は、利用者に心地よいか

## 【転倒】 アセスメントシート

### いつ、どこで、どんな転倒の危険があるか

<input type="checkbox"/>	入所してどのくらい経過しているか
<input type="checkbox"/>	過去、転倒やその予兆がある場合
<input type="checkbox"/>	何時ごろ、どんな時か、その時間の特徴はあるか
<input type="checkbox"/>	どこでか、その場所の特徴はあるか
<input type="checkbox"/>	どんな様子で危険が見られたのか、他の人や物との関係はあるか (衝突、つまづき、引っ掛け、滑り、踏み外し、寄りかかり、物と一緒に)

### ふらつき、歩行能力低下などの原因のアセスメント

#### I 身体面のアセスメント

<input type="checkbox"/>	麻痺や廃用性の障害などにより、どの程度、歩行機能が低下しているか
<input type="checkbox"/>	パーキンソン症状などで、歩行の仕方(すり足、歩き出すと止まらないなど)、傾きなどの危険が生じていないか
<input type="checkbox"/>	円背、肥満、下肢の変形などで、不安定な歩行はないか
<input type="checkbox"/>	視覚や聴覚の障害、空間の無視などはないか
<input type="checkbox"/>	睡眠薬、向精神薬など、ふらつきの原因になる薬の服薬の「影響」はないか
<input type="checkbox"/>	起立性のもものや、薬剤性のもものなど、「めまい」の可能性や既往はないか
<input type="checkbox"/>	「せん妄」を起こすなど、意識の状態が悪くなっていないか
<input type="checkbox"/>	身体的な病気による「発熱」「不快感」はないか
<input type="checkbox"/>	歩行の障害となる「痛み」はないか
<input type="checkbox"/>	歩行補助具を適切に使えるか

#### II 心理面のアセスメント

<input type="checkbox"/>	部屋の配置、器材の使い方が分からず、焦ったり、不安を感じていないか
<input type="checkbox"/>	刺激の過剰、過少はないか
<input type="checkbox"/>	生活歴からの行動パターン(夕方いつも店を開いていたなど)はないか

#### III かかわり方(ソフトとハード)のアセスメント

##### <基本的ケア>

<input type="checkbox"/>	歩行の理由となることのケアが十分に行われたか
<input type="checkbox"/>	日中に起きる、トイレ誘導するなど、自立的なケアを提供しているか
<input type="checkbox"/>	アクティビティや活動のプログラムが提供され、自然に心身を動かしているか
<input type="checkbox"/>	運動量が過剰になり、疲れていないか

##### <人のかかわり方>

<input type="checkbox"/>	従業員が待てずに、本当はできることまでやってしまい、残存機能を低下させていないか
<input type="checkbox"/>	危険が生じる場面で焦らせたり、慌しい雰囲気を利用者に感じさせていないか

##### <ハード>

<input type="checkbox"/>	歩行の障害物は、片付けられているか、水濡れはすぐに拭き取られているか
<input type="checkbox"/>	つまづきやすい段差やコードなどはないか
<input type="checkbox"/>	もたれかかると動いてしまうものは、管理されているか
<input type="checkbox"/>	手すりは、適切に設置されているか
<input type="checkbox"/>	歩行補助具の活用は、図られているか
<input type="checkbox"/>	休息が入れやすいようにソファなどが、用意されているか
<input type="checkbox"/>	履物は脱げにくく、滑りにくいものになっているか
<input type="checkbox"/>	トイレや自分の居室など、利用する場所にわかりやすい目印や案内があるか、トイレまでの距離は遠くないか
<input type="checkbox"/>	ナースコールや、その人にとって大切なものまでの距離や見つけやすいか
<input type="checkbox"/>	部屋や廊下の照度は、いつでも歩行できる程度に保たれているか

## 【転落・ずり落ち】アセスメントシート

### いつ、どこで、転落、ずり落ちそうか

<input type="checkbox"/>	入所して日が浅いとき、入所前はどんな椅子やベッドを使用していたか
<input type="checkbox"/>	過去、転落やその予兆があるか
<input type="checkbox"/>	何時ごろ、どんな時か、その時間の特徴はあるか
<input type="checkbox"/>	疲れや苦痛を感じずに座ってられるのは、どの程度の時間か
<input type="checkbox"/>	転落は、どこでか、その場所の特徴はあるか
<input type="checkbox"/>	どんな様子で危険が見られたのか、他の人や物との関係はあるか
<input type="checkbox"/>	どちらの側、どんな転落、ずり落ちか

### 起き上がり・立ち上がり、ずり落ち→転落の原因のアセスメント

#### I 身体面のアセスメント

<input type="checkbox"/>	身体的な病気による「発熱」、「不快感」などの訴えの表現ではないか
<input type="checkbox"/>	利尿剤や下剤などによる「尿・便意」、「膀胱炎」や「前立腺肥大」による「残尿感」はないか
<input type="checkbox"/>	眠前薬、向精神薬などによる、「眠気」、「ふらつき」はないか
<input type="checkbox"/>	空腹や喉の渇きで落ち着かなくなっていないか
<input type="checkbox"/>	便秘で「不快感」や「苦しさ」を感じていないか
<input type="checkbox"/>	起立性のものや、薬剤性のものなど、「めまい」の可能性や既往はないか
<input type="checkbox"/>	「せん妄」を起こす、精神科疾患が悪化しているなど、意識の状態が悪くはないか
<input type="checkbox"/>	疾患によるかゆみ、痛み、でん部・圧迫されている部分の「発赤」、「床ずれ」はないか
<input type="checkbox"/>	麻痺や廃用性症候群、パーキンソン症状による傾き、不随意運動、振戦などは、どの程度か
<input type="checkbox"/>	麻痺や廃用性症候群、パーキンソン症状などによる、立ち上がりや歩行する能力、座位をとることの障害は、どの程度か

#### II 心理面のアセスメント

<input type="checkbox"/>	声かけ、かかわりが少なく、孤立させていないか
<input type="checkbox"/>	刺激が少なく、無為な時間を多く過ごしていないか

#### III かかわり方(ソフトとハード)のアセスメント

##### <基本的ケア>

<input type="checkbox"/>	同一の姿勢や悪い姿勢を治さず、長く続け「苦痛」や「ストレス」を感じていないか
<input type="checkbox"/>	座っていることで、痛み、かゆみ、むれなど、「不快感」を感じていないか
<input type="checkbox"/>	座っていることで、「疲労」を感じていないか
<input type="checkbox"/>	清潔のためのケア、入浴、清拭、更衣などが十分行われ、かゆみ、不快感、悪臭がない状態にしているか
<input type="checkbox"/>	排泄のアセスメントが行われ、トイレ誘導する、随時交換するなど、その人にあった排泄ケアが行われているか
<input type="checkbox"/>	食事は、最後まで摂取する介助がされているか(途中で打ち切り下膳していないか)、水分の補給は適切か
<input type="checkbox"/>	アクティビティや活動のプログラムが提供され、刺激を受け集中し、自然に心身の機能を使う時間を過ごしているか

##### <人のかかわり方>

<input type="checkbox"/>	不穏や興奮を煽るような「利用者の不穏にまきこまれた」話し方、強い制止をして「ストレス」を与えていないか
<input type="checkbox"/>	無視、放置をしていないか

##### <ハード>

<input type="checkbox"/>	車椅子に座っているときは、ブレーキをかけ、ステップをはずし、足を床につける習慣ができているか ただし、自力で動こうとする人には、車椅子ごと後方へ転倒するのを防ぐためブレーキを外す、緩くかけるなどの調整をしているか
<input type="checkbox"/>	車椅子の座面の幅、奥行、座面の高さ、背もたれの大きさ、角度はその人に適切か
<input type="checkbox"/>	背もたれの角度を変える、ティルト機能、リクライニング機能、ヘッドレスト、防滑シートなど、その人に合った調整ができる種類の車椅子が用意されているか
<input type="checkbox"/>	普通の車椅子に、長時間座らせていないか

<input type="checkbox"/>	椅子やソファなどの数は、十分にあるか
<input type="checkbox"/>	夜間ペット周囲の照明は、歩行できる程度に確保されているか
<input type="checkbox"/>	ナースコールなど、スタッフを呼ぶための手段が手元にあるか
<input type="checkbox"/>	利用者が反応するような騒音や大きな声はないか
<input type="checkbox"/>	低床ベッドや床マットなどの用具はそろえているか
<input type="checkbox"/>	ベッド周囲の調度品でもたれかかると動いてしまうものは片付けるなど、安全に管理されているか
<input type="checkbox"/>	ベッド周囲の手をつきやすいところに手すりや介助バーなど、支えになる調度品などを配置しているか
<input type="checkbox"/>	ベッドからの立ち上がり・転落に備えて、センサーマットなどの用意はあるか
<input type="checkbox"/>	向精神薬など薬の副作用をモニタリングする体制ができているか
<input type="checkbox"/>	見守りやすい場所にいてもらう、見守りながら看護・介護記録を書くなど、見守りの体制は構築されているか

## 【不穏・興奮・不眠・暴力】 アセスメントシート

I 身体面のアセスメント	
<input type="checkbox"/>	精神科の医師により、背景に「精神科疾患」、「妄想やせん妄」、「幻覚」などの症状はないか、診察を受けているか
<input type="checkbox"/>	身体的な病気による「発熱」、「痛み」、「不快感」はないか
<input type="checkbox"/>	薬を飲んでいることによる「影響」はないか(特に、利尿剤、下剤、向精神薬)
<input type="checkbox"/>	コーヒーや紅茶などのカフェイン類を摂取していないか
<input type="checkbox"/>	夜間に、コーヒー、紅茶、お茶を飲んでいないか
<input type="checkbox"/>	歩き出すとき、「尿意」や「便意」がないか
<input type="checkbox"/>	頻繁にトイレに行きたくなる様子はないか(頻尿や残尿)
<input type="checkbox"/>	ひどく「便秘」をしていないか
<input type="checkbox"/>	お腹がすいていたり、喉が渇いていたりしていないか
<input type="checkbox"/>	無理な姿勢、同じ姿勢などで、身体のだこかが、ずっと痛かったり、かゆかったりしていないか
<input type="checkbox"/>	「視聴覚の低下」があり、「幻覚」が見えやすかったり、「思い違い」をしやすかったりしないか
<input type="checkbox"/>	「不眠」はないか
<input type="checkbox"/>	相手に暴力を振るい、危害を加えたりする身体的な能力があるか

II 心理面のアセスメント	
<input type="checkbox"/>	今まで、できていたことができない、身体に障害があるなどの「劣等感」や「焦り」はないか
<input type="checkbox"/>	排泄の失敗による「混乱」はないか
<input type="checkbox"/>	夕暮れや夜に、「不安」や「淋しさ」が高まり、家などに帰ろうとすることはないか
<input type="checkbox"/>	家族など、親しい面会者は来ているか
<input type="checkbox"/>	自分の定位置と決めているところに他の人がいたり、物が置かれていたりしていないか
<input type="checkbox"/>	刺激が少なく、退屈していないか
<input type="checkbox"/>	言語障害などのために、自分の意思が伝えにくいなどのことはないか
<input type="checkbox"/>	過去に何らかの被害を受け、「妄想」や「幻覚」を起こしやすい心理状況はないか
<input type="checkbox"/>	職員や他の利用者との間に、何らかの関係、かわりができていないか(孤立していないか)
<input type="checkbox"/>	最近、環境が変わり、混乱していないか、同室者や同席者に変化はないか
<input type="checkbox"/>	他の特定の利用者の言動に反応していないか
<input type="checkbox"/>	無理な課題を要求されて、混乱していないか

III かかわり方(ソフトとハード)のアセスメント	
<b>&lt;基本的ケア&gt;</b>	
<input type="checkbox"/>	入浴や清拭など、「清潔ケア」の不足で、かゆみがないか
<input type="checkbox"/>	安易にオムツを使用して、誇りを傷つけたり、排泄物による不快感を与えていないか
<input type="checkbox"/>	歩行などの運動量やプログラムなどの刺激量が多すぎて疲れていないか
<input type="checkbox"/>	プログラムが複雑すぎないか
<input type="checkbox"/>	簡単なことでも役割をとまなう作業やプログラムがあるか
<input type="checkbox"/>	アクティビティプログラムなど、昼間、施設内での活動量が少なすぎたりしないか
<input type="checkbox"/>	プログラム提供の時間帯や、ケアの時間帯は適切か
<input type="checkbox"/>	スタッフや他の利用者との交流、関わりが少なすぎたり、孤立していたりしないか
<input type="checkbox"/>	早い下膳など、空腹感を助長していないか
<b>&lt;人のかかわり方&gt;</b>	
<input type="checkbox"/>	職員の普段の言葉遣いや対応方法に、ぞんざい、乱暴、押しつけ、せかし、制止など、不快や興奮を助長する傾向はないか
<input type="checkbox"/>	「思い違い」「妄想」「興奮」に対して、スタッフが否定したり、議論したり、侮蔑したり、興奮したりしてはいないか
<input type="checkbox"/>	利用者の理解者・味方になる気持ちで対応をしているか
<input type="checkbox"/>	興奮している人の注意を他のものに向ける対応を試みているか
<input type="checkbox"/>	不眠のとき無理に寝かしつけようとしていないか

<ハード>	
<input type="checkbox"/>	スタッフの業務の構造が、夕方忙しく、慌ただしい状態になっていないか
<input type="checkbox"/>	椅子などの生活用具の形や質から不自然な姿勢だったり、心地悪さを感じていないか
<input type="checkbox"/>	トイレや自分の居室など、利用する場所にわかりやすい目印や案内があるか
<input type="checkbox"/>	入所や部屋替えなどで、利用者の周囲の環境やスタッフが急に変わったりしていないか
<input type="checkbox"/>	居室、浴室、トイレなどのプライバシーへの配慮は十分か
<input type="checkbox"/>	小さな空間に閉じ込めたり、閉塞感を感じさせる環境ではないか
<input type="checkbox"/>	居室などに見覚えのある写真や装飾品、家具などを置いているか
<input type="checkbox"/>	見学・研修などで落ち着かなくなっていないか
<input type="checkbox"/>	部屋の照明は、適度に設定されているか
<input type="checkbox"/>	室内の物の管理や収納の状態はどうか、見慣れないものが置いてないか
<input type="checkbox"/>	同室者の就寝時の様子はどうか、不眠であったり、物音を立てて騒がしかったりしないか
<input type="checkbox"/>	同室者との関係・雰囲気はどうか
<input type="checkbox"/>	薬の副作用をモニタリングする訓練を受けたスタッフを配置しているか

## 【かきむしり・弄便・不潔行為】 アセスメントシート

I 身体面のアセスメント	
<input type="checkbox"/>	身体的な病気の治療の治療は行われているか(アレルギー、皮膚炎など)
<input type="checkbox"/>	薬を飲んでいることによる「影響」はないか(薬剤性のかゆみ、かぶれなど)
<input type="checkbox"/>	頻繁にトイレに行きたくなる様子はないか(頻尿や残尿)
<input type="checkbox"/>	便秘をしていないか

  

II 心理面のアセスメント	
<input type="checkbox"/>	排泄の失敗による混乱はないか
<input type="checkbox"/>	刺激が少なく、退屈していないか

  

III かかわり方(ソフトとハード)のアセスメント	
<b>&lt;基本的ケア&gt;</b>	
<input type="checkbox"/>	排泄パターンをチェックし、排泄介助をしているか。安易におむつ使用をしていないか ※オムツをすること自体、不快であるという認識が必要
<input type="checkbox"/>	排泄物をすぐに片付けているか
<input type="checkbox"/>	入浴や情拭など、「清潔ケア」の不足で、かゆみがないか
<input type="checkbox"/>	下着、寝巻き、衣類は、きちんと交換、洗濯されているか
<input type="checkbox"/>	スタッフや他の利用者との交流、関わりが少なすぎたり、孤立していたりしないか
<input type="checkbox"/>	興味や関心のあるものを把握して、提供しているか
<input type="checkbox"/>	便秘を防ぐための運動や水分摂取のためのケアがなされているか
<b>&lt;人のかかわり方&gt;</b>	
<input type="checkbox"/>	職員の言葉遣いや対応方法に、ぞんざい、乱暴、押しつけ、せかし、制止、無視など、不快や興奮を助長する傾向はないか
<input type="checkbox"/>	ずっと寝かせきり、同じ姿勢、同じ場所にいるなど、放置をしていないか
<b>&lt;ハード&gt;</b>	
<input type="checkbox"/>	トイレや自分の居室など、利用する場所にわかりやすい目印や案内があるか
<input type="checkbox"/>	入所や部屋替えなどで、利用者の周囲の環境やスタッフが急に変わったりしていないか
<input type="checkbox"/>	室温が適度に調整されているか

## 【点滴・チューブ類の自己抜去】 アセスメントシート

I 身体面のアセスメント	
<input type="checkbox"/>	寝たきり・運動不足⇒食欲不振⇒点滴というようなことはないか、治療にいたる経過をよく検討してみる。 (点滴や鼻腔栄養などの処置に代わるケアはないか検討する)
<input type="checkbox"/>	嚥下障害は、どの程度の危険性があるか
II 心理面のアセスメント	
<input type="checkbox"/>	刺激が少なく、退屈していないか
<input type="checkbox"/>	治療材料が視野に入るなど、意識がいくような状況になっていないか
III かかわり方(ソフトとハード)のアセスメント	
<基本的ケア>	
<input type="checkbox"/>	点滴などに頼る前に、経口からの食事摂取への介助、水分補給のためのケアが徹底して行われているか (早い下膳などが行われていないか)
<input type="checkbox"/>	食事の形態を利用者に適切な状態にしているか
<input type="checkbox"/>	空腹感、食欲が出るようなプログラム、関わりをしているか
<input type="checkbox"/>	排尿誘導などの自立的な排泄ケアが徹底して行われているか
<input type="checkbox"/>	点滴などの処置中でも、興味や関心のあるものを把握して、提供しているか
<input type="checkbox"/>	処置部の清潔は、きちんと保たれているか
<人のかかわり方>	
<input type="checkbox"/>	ずっと、同じ姿勢、寝かせきりなど、苦痛を与え、関心が治療行為に向きやすい状態にしていないか
<ハード>	
<input type="checkbox"/>	治療行為・処置を行う場所と時間は、検討されているか
<input type="checkbox"/>	見守ったり、状態をチェックする体制ができているか
<input type="checkbox"/>	食事の延食や夜勤者への引継ぎなどの食事時間を確保する体制を考えているか