資料３

内服自己管理アセスメントシート

患者氏名：	年齢：	性別：男・女
疾患名：	入院日：　　年　　月　　日	

Ⅰ.入院時

1.入院前の内服状況の確認　（評価日　　/　　）（確認 Ns　　）

1）薬の管理方法について			
（1）誰が内服管理をしていましたか	本人	家族	病院または施設
2）内服薬の飲み忘れの有無について			
（1）持参薬に残薬のバラツキがある	有	無	不明
（2）飲み忘れることがよくある	有	無	不明
3）指示通りの内服行為について			
（1）自己中断薬歴がある	有	無	不明
（2）医師の許可なく、自己調整（時間・個数）をしていたことがある	有	無	不明

※入院時家族、もしくは本人に確認する
　入院時確認できなかった場合は２週間後の初回 IC で確認する
※退院後も本人以外が内服管理となる場合は、自己管理不要として看護師管理とする
※日中独居もしくは本人管理の場合は、Ⅱの内容を評価する
※入院時もしくは初回ＩＣで自己管理が必要とすでに分かっている場合は、何日管理が必要であるかＫＰに確認する

Ⅱ.内服自己管理前（自宅または自立支援型施設への退院する場合に実施）

1.認知機能の評価（評価日　　/　　）（評価 Ns　　）

1）FIM の認知項目合計 35 点未満	点

2.身体機能の評価（内服自己管理前）　評価：○または×で評価（評価 Ns　　）

1）日常生活の支障をきたすほどの視力障害について	（評価　○または×）
（1）薬袋・分包の文字を読むことができる	
2）内服動作障害について	（評価　○または×）
（1）食事動作ができる（口まで手で運べる）	
（2）薬袋から出すことができる	
（3）分包紙を切って開けることができる	
（4）ヒートから出すことができる　　ヒートでない場合は評価対象外	
3）嚥下機能障害について	（評価　○または×）
（1）食事を自分で食べることができる	
（2）食事や飲水時に頻回にむせない	

内服アセスメントシート②

※入院時対応した看護師がセラピストと空袋の動作を確認する
※２の身体機能の評価が全部〇であれば自己管理可能とする。
一つでも×がついたらプライマリー看護師から担当セラピストに内服動作についてリハビリでも練習してもらいたいことを依頼する。
明らかに高次脳機能障害がある患者、入院時経管栄養、重度麻痺、ADL 全介助の場合は、入院時評価は実施せず、今後の ADL 状況をみて、プライマリー看護師が担当セラピストに評価を依頼、もしくは一緒に評価する。

入院時対応した看護師は掲示板のスタッフ伝言板の欄に
例１：評価済みの場合ー内服アセスメントシート評価済み　と記載。
例２：入院時評価が出来なかった場合（病棟の都合や患者の都合などで）ー担当プライマリーへ内服アセスメントシート未評価　と記載。
例３：明らかな麻痺や経管栄養、ADL 全介助の場合ー入院時内服アセスメントシート未評価　と記載
例４：自宅退院であるが完全に家族管理もしくは施設に戻るとわかっている場合ー自己管理必要なし　と記載

プライマリー看護師は記載内容をみて、ミニカンファレンスもしくはプライマリーグループ内で相談し、内服管理を検討していく。開始方法は資料参照。