|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 |  | 氏　名 |  |

**基本情報に関する項目　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　確認日　令和　年　月　　日現在**

実習様式３

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 標準項目名 | 基本情報 |
| １ | 受付年月日 | 令和　　年　　　月　　　日 |
| 受付対応者 |  |
| 受付方法 | 電話　・来所　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 氏名・性別・年齢住所・電話番号 | 氏名　　　　　　　　性別　　　　　年　　　月　　日（　　　歳)住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 家族状況 |  |
| 家族等の基本情報 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　年齢　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 居宅サービス計画作成の状況 | □　初回　　　　　□　初回以外 |
| ２ | これまでの生活と現在の生活状況 |  |
| ３ | 利用者の社会保障制度の利用状況 |  |
| ４ | 現在利用している支援や社会資源の状況 |  |
| ５ | 日常生活自立度（障害） | 現在の要介護認定の際の判定　□認定調査票　□主治医意見書認定年月日　　　年　　　月　　日□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2 |
| 介護支援専門員から見た現在の自立度□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2 |
| ６ | 日常生活自立度（認知症） | 現在の要介護認定の際の判定　□認定調査票　□主治医意見書認定年月日　　　年　　　月　　日□自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M |
| 介護支援専門員から見た現在の自立度□自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M |
| ７ | 主訴・意向 |  |
| ８ | 認定情報 | 要介護　　審査会の意見区分支給限度額認定期間　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| ９ | 今回のアセスメントの理由 |  |

**課題分析（アセスメント）に関する項目　　　　　　　　　　　　　　　　　　　確認日　令和　年　月　　日現在**

|  |  |
| --- | --- |
| 状況 | 生活問題等 |
| **本人の持つ強さ（ICFシートの個人因子へ）** |
| 〇願望、希望（目標や希望があるか）能力、特技（助けを求める力、支援を拒否しない）〇持っている技術（家事ができる、電話ができる）〇自信（一人で暮らせている、以前から行っている）〇自己効力感（まだやれる、他人に感謝されていること）〇経験や、今迄の実績（生活苦を乗り越えた等） |  |
| **環境の力（ICFシートの環境因子へ）** |
| 〇地域サービス等資源（介護事業所がある、ＮＰＯ等がある）〇人的な資源（キーパーソンがいる、親身に話を聞いてくれる人がいる、電話で相談できる人がいる）〇人的つながり（お茶のみ友達、見守ってくれる人がいる）〇集まり等参加する機会（囲碁の会、自治会へ参加したい。している） |  |
| **健康状態（ICFシートの健康状態へ）** |
| 利用者の健康状態及び心身の状況身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等循環器/神経・認知/筋骨格/眼科/精神科/感染症/内臓疾患等現在褥瘡はあるか　　　　　□なし　　△あり過去に褥瘡があったことはあるか　　　　　□なし　　△あり入浴制限の有無　□なし　△あり | 既往歴主傷病褥瘡の有無 |
| 身体症状 |  |
| 精神症状 |  |
| 痛み等 |  |
| 体調の変化 |  |
| 受診に関する状況 | かかりつけ医　　　（　　　　　　　　　　）　　　　　　医師　住所　電話かかりつけ歯科医　（　　　　　　　　　　）　　　　　　医師　住所　電話その他の受診先　住所　電話受診時の同行者：　連絡先 |
| 服薬に関する状況 | かかりつけ薬局　　（　　　　　　　　　　）　　　　薬剤師住所電話服薬の実施状況等：自身の健康に対する理解、意識： |
| 服薬している薬の種類等 |
| 確認日 | 薬名 | 朝 | 昼 | 夜 | 就寝前 | 備　　　　　　　　考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ＡＤＬ（ICFシートの活動欄へ）** |
| 食事：　□自立、自助具使用にて自立、5分～30分で食べ終わる　　　　△部分介助（義歯の装着、促し、エプロン、食事をカットする。　　　　△全介助 |  |
| 車いすからベッド移乗：　□自立　車いす使用以外は自立（ブレーキ、フットレスト操作含む）　　　　△移乗動作の何れかに介助必要だが、ほぼ自分で可能　　　　△ベッドからの起き上がり、座位はできるが、移乗は介助　　　　△全介助 |  |
| 整容：　□自立　手洗い、洗顔、歯磨き、髭剃り、化粧、髪を乾かす等の準備や動作が全て出来る　　　　　△部分介助、不可能 |  |
| トイレ動作：□自立　ポータブルトイレ、尿器を使用しているが洗浄等もできる。手すりや福祉用具等を使用しているが自分でできる。△ズボン上げの一部を介助、トイレットペーパーを取る、不安定な為に体の保持の介助は必要だが、他はできる。　　　　△全介助 |  |
| 排尿：　□失禁なし、収尿器の取り扱いも可能。脊髄損傷者等は収尿器の着脱管理できる。　　　　△時々尿器、トイレに間に合わず失禁あり収尿器の着脱管理、介助必要　　　　△全介助、常に失禁がある。 |  |
| 排便：　□失禁なし（浣腸や座薬の使用も可能）　　　　△時々失禁あり、浣腸や座薬の使用に介助必要　　　　△全介助、常に便失禁がある。 |  |
| 入浴：　□自立　入浴動作、シャワー浴、浴槽内に自力で入れる。　　　　△動作に一部介助を要する。全介助 |  |
| 寝返り：□　つかまらないできる△　何かにつかまればできる△　できない |  |
| 起き上がり：□　つかまらないできる△　何かにつかまればできる△　できない |  |
| 立位保持：□　つかまらないできる△　何かにつかまればできる△　できない |  |
| 立ち上がり：□　つかまらないできる△　何かにつかまればできる△　できない |  |
| 歩行：　移動方法□介助なし（壁等を伝うも含む）、装具、義足、杖、歩行器を使用して45m以上歩ける。　　　　△見守り、若干の介助を受ければ上記の条件で45m以上歩ける。　　　　△全介助（上記以外） |  |
| 階段昇降：　□介助なし　手すりや杖を使い階段の昇降ができる　　　　△見守りやわずかな介助で手すりや杖等を使い階段の昇降ができる。　　　　△できない |  |
| 更衣：　□自立　全ての衣類、靴、装具、コルセット等の着脱ができる。　　　　△部分的な介助、標準時間（5分～15分）、概ね半分以上はできる。　　　　△全介助 |  |
| **ＩＡＤＬ（ICFシートの活動欄へ）** |
| 家事全般（掃除、洗濯、整頓等）：　　　　□掃除、ベッド周りの整頓、居室等の整頓、洗濯等ができている。　　　　△上記の一部に助言、介助を要する。　　　　△出来ない。 |  |
| 金銭管理：　　　　□支払いや、家計のやりくり等の管理ができる。　　　　△上記の一部に助言、介助を要する。　　　　△出来ない |  |
| 買い物：　　　　□買い物に行き、必要なものを自ら選択してお金を支払う事ができる。　　　　△一部助言や介助により上記ができる。　　　　△出来ない |  |
| 交通手段の利用：□自ら何らかの交通機関の利用ができる。△一部助言や介助により交通機関の利用ができる。　　　　△自ら利用する事はできない。 |  |
| 服薬：□服用の時間の管理、準備、処方どおりに服薬できる。△一部に介助を要する。△出来ない |  |
| 調理： □　家族等の調理可能　　　　□　自立　　　　△　一部に介助を要する　　　　△　全てに介助を要する |  |
| 車の運転：　　　　□　している　　　　□　していない |  |
| 電話の使用；　　　□　できる　　　　□　携帯電話等　　　□　固定電話等　　　△　できない　　　　⇒連絡手段等について記載 |  |
| **認知機能や判断能力（ICFシートの心身機能欄へ）** |
| 認知障害の有無　　　　□なし　　△あり　　　　　　　△診断の有無 |  |
| 認知症の診断がある場合の中核症状及び行動・心理症状の状況 |  |
| 意思決定について　　　□できる　△特別な状況以外はできる。△できない |  |
| 指示反応　　　□通じる　△時々通じる　　　　　　　　　　　△通じない |  |
| **コミュニケーションにおける理解と表出の状況（ICFシートの心身機能欄へ）** |
| 視力　　　　□問題なし　　　△大きな文字は可能　　　△ほとんど見えない　　　△見えない |  |
| 聴力　　　　□問題なし　　　△大きな声なら可　　　△ほとんど聞こえない　　　△聞こえない |  |
| 会話　　　　□特に問題なし　　　△不明瞭だができる　　　△やや不自由　　　△全くできない |  |
| 意思疎通　　□要求、意見等相手に理解させることが可能　　　△上記は若干困難　　　△要求、意見等相手に理解させることはできない。 |  |
| 　　　□相手のいう事を理解できる（あらゆる手段による）　　　△上記は若干困難　　　△相手のいう事を理解できない　　　 |  |
| 対面以外のコミュニケーション方法：　　　 |  |
| **社会との関わり（ICFシートの参加欄へ）** |
| 家族（等）とのかかわり家庭内での役割　　　□あり　　△なし家族等とのかかわりの状況（同居でない家族等とのかかわりを含む）　　　□あり　　△なし |  |
| 地域とのかかわり参加意欲　　　　□あり　　△なし地域での現在の役割　　　　□あり　　△なし参加している活動の内容等　　　　□あり　　△なし |  |
| **排泄の状況ICFシートの心身機能欄へ）** |
| 失禁等の状態　　　□尿意あり　△尿意なし　　　□便意あり　△便意なし尿失禁のコントロール状況　　　□失禁なし　△失禁ありおむつ使用　　　□なし　△あり尿カテーテル　　　□なし　△あり便失禁のコントロール状況　　　□失禁なし　△失禁あり△便秘　△下痢　　　　　　　排泄のリズム（日中、夜間の頻度）　日中　　　回　　夜間　　　回程度後始末の状況　　　　　□自立△自立以外　具体的に記載する |  |
| **清潔の保持に関する状況（ICFシートの健康状態欄へ）** |
| 入浴の状況　　　　　□している　　△していない　　　　　⇒週　　　回程度皮膚の状況　　　　　□問題なし　△問題あり爪の状況　　　　　□問題なし　△問題あり寝具の状況　　　　　□問題なし　△問題あり　　　　　　　　　衣服の状況　　　　　□問題なし　△問題あり皮膚のケアの必要性　　抗生剤の使用　　□なし　△あり　　ガーゼ等の使用　□なし　△あり　　医療的ケア　　　□なし　△あり |  |
| **口腔内の状況（ICFシートの健康状態欄へ）** |
| 歯の状態欠損している歯の有無　　　　　　□なし　△あり歯の本数　　　　　　　本かみ合わせの状態　　　　　　□良い　△悪い義歯　　□なし　□部分義歯　□総義歯　　場所　　□上下　□上　□下　　　汚れの有無　　　　　　□なし　△あり破損の有無　　　　　　□なし　△あり口腔内の状態　△歯の汚れ　△舌苔　△口臭　△腫れ　△出血の有無　△口腔乾燥程度 | 。 |
| **食事摂取の状況（ICFシートの心身機能欄へ）** |
| 食事の準備をする人（手段）必要な食事量栄養　　　　　　　カロリー水分量　　　　　　ml食事動作の評価　　□自力摂取可能　　△見守りや声掛けが必要　　△介助が必要嚥下状態　　□良い　　△良くない　　△悪い食事形態　　主食　□普通　□おかゆ　□ペースト　　副食　□普通　□一口刻み　□刻み　　　　　□ミキサー　□ペースト　　水分　　□普通　□とろみ　　特別食　□なし　△胃ろう　△経管栄養食事制限　　　　　□なし　△塩分　△カロリー　　　　　　　　　△水分　△その他道具・用具の使用　　　　　□箸で可能　□スプーン等　　　　　□エプロン　△補助具食事習慣　　　　　□食事　　　食　　　　　□水分　-　　ml |  |
| **生活リズム　（ICFシートの個人因子、環境因子へ）** |
| １日及び１週間の生活リズム・過ごし方日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等） |  |
| **家族等の状況（ICFシートの環境因子へ）** |
| 本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況介護者の有無　　　　　□あり　△なし本人との関係　　　　　　　　　　　　　□同居　　□別居⇒詳細に年齢　　　　歳　仕事の有無　□仕事あり　□仕事なし家族等との情報共有方法⇒　□訪問　□電話　□SNS　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）　介護者の介護意思　　　　　　□あり　△なし介護負担　　　　　□なし　△あり（具体的に）介護者の表出されたストレス　　　　　□なし　△あり（具体的に）主な介護内容　⇒主な介護者に関する情報等　⇒介護費用の負担　　　　　□軽い　△やや重　△重い支援参加による生活の課題　　　　　□なし　△あり〇家族等について特に配慮が必要な事項　⇒ |  |
| **居住環境（ICFシートの環境因子へ）** |
| 危険個所（本人の状況からみて）□なし　△照明　△床の状態　△浴室　　　　△トイレ　△台所　△空調　　　　△玄関　△部屋や玄関の出入り　　　　△トイレや浴室、居間迄の導線　　　　△室温の保持　　　　　住宅改修の必要性　　　　□なし　　△あり |  |
| **その他留意すべき事項（ターミナル以外はICFシートの環境因子欄へ）** |
| 虐待△介護者等への恐れの表情がある。△衛生状態が極端に悪い。△説明のつかない怪我、あざ等がある。△身体抑制がある。△必要性がある状態でも適切な介護が提供されていない（受けさせていない）△経済的困窮　　△身寄りがない△外国人の方　　△医療依存度が高い△ターミナルケア □寝たきりで独居　□成年後見人ありその他生活になんらかの影響を及ぼす事項 |  |
| その他/参考事項 |  |

1日の主な過ごし方

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ０ |  | 13 |  |
| １ |  | 14 |  |
| ２ |  | 15 |  |
| ３ |  | 16 |  |
| ４ |  | 17 |  |
| ５ |  | 18 |  |
| ６ |  | 19 |  |
| ７ |  | 20 |  |
| ８ |  | 21 |  |
| ９ |  | 22 |  |
| 10 |  | 23 |  |
| 11 |  | 備考 |
| 12 | 昼食 |

エコマップ

アセスメント表の使い方

記載要領を参考に記載していきます。

まず、状況を把握し、自立以外のなんらかの生活問題があれば、その項目の右側に詳細に把握して記載します。

その生活問題はなぜ起きているのかその背景についても掘り下げて把握できるようにしておくと良いでしょう。

※１．「生活問題等」の欄には，情報項目に関しての能力評価をし、△マークにチェックが入った場合その具体的な状況を記入します。

　　　本人のもつ力は全ての項目についてできるだけ具体的に把握して書きます。

把握した生活問題から引き起こされている入浴できない等の「生活しづらさ」をわかる範囲でまとめ欄に記載しておき、後に課題分析シートにて分析します。

（例）歩行が５mしかできず、また着替えの準備もできないこと、かつ介護者はケガで介助ができないために入浴が出来ない状況

※２．対応する項目の「生活問題等」を，ICFシートに転記し，その人の生活全体の生活機能、健康、環境因子、個人因子の整理し理解を深めます。課題分析の際に検討します。

※ADL項目については、バーセルインデックス（Barthel Index 機能的評価）に対応しています。

https://www.youtube.com/watch?v=d4Sb83VgxPA　**（Barthel Indexの測定について）**