【様式４－①】

課題分析表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本情報に関する項目** | | | | | | | | | | | |
| アセスメント日 | 令和　　　年　　　月　　　日　　　〔　初回 ・ 再（　　）回目　〕 | | | | | | | | | | |
| **居宅サービス計画作成時の状況** |  | | | | | | | | | | |
| 氏名・性別・年齢・住所・電話 | A | | | | 性別 |  | 生年月日 | | | 年※月※日（　　歳） | |
|  | | | | | | 電話番号 | | |  | |
| 家族状況 |  | | | | | | | | | ジェノグラム | |
| これまでの生活（生活歴）と現在の生活状況 |  | | | | | | | | | | |
| 利用者の社会保障制度の利用情報 | 医療保険種別：  障害種別：　　種　　　級　（傷病名：　　　　　　　）  年金種別：  その他（生保、特定疾患等）： | | | | | | | | | | |
| 現在利用している支援や社会資源の状況 | （介護保険、医療保険、社会福祉サービス、公的サービス、インフォーマルサポート等） | | | | | | | | | | |
| 日常生活自立度 |  | | 障害高齢者 | | | | | | 認知症高齢者 | | |
| 主治医意見書等 | |  | | | | | |  | | |
| 介護支援専門員 | |  | | | | | |  | | |
| 利用者・家族の  主訴・意向 |  | | | | | | | | | | |
| 認定情報 | 要介護度 |  | | 年　　月　　日～  年　　月　　日 | | | | 申　請 | | | 新規・更新・変更 |
| 負担限度額  認定 | 申請している・申請していない | | | | | | 負担割合 | | |  |

【様式４－②】

|  |  |
| --- | --- |
| **アセスメントに関する項目** | |
| 健康状態  （現病歴や既往歴等日付など具体的に） | （健康状態及び心身の状況、受診、服薬、自身の健康に対する理解や意識の状況等）  （身長）　　　　　（体重）　　　　　（ＢＭＩ） |
| 本人のＡＤＬ  （「一部介助」のように一言にまとめず、状態や介助者等、具体的に記入すること） | 寝返り：  起き上がり：  座位保持：  立位保持：  立ち上がり：  移乗：  移動方法：  歩行：  階段昇降：  食事：  整容：  更衣：  入浴：  トイレ動作： |
| ＩＡＤＬ及び介護（支援）の状況 | 調理：  掃除：  洗濯：  買い物：  服薬管理：  金銭管理：  電話：  交通機関の利用：  車の運転： |
| 認知機能や判断能力 | （認知機能の程度、判断能力、中核症状、周辺症状等） |
| コミュニケーションにおける理解と表出の状況 | （視覚・聴覚等の能力、言語・非言語による意思疎通、コミュニケーション機器の使用等） |
| 生活リズム | （１日及び１週間の生活リズム・過ごし方、休息・睡眠の状況等） |
| 排泄の状況 | （排泄場所・方法、尿意や便意、排泄リズム、排泄内容等）  排尿：  排便： |
| 清潔の保持に関する状況 | （入浴・整容状況、皮膚・爪の状況、寝具・衣類の状況等） |
| 口腔内の状況 | （歯・義歯の状況、かみ合わせ、口腔内の汚れ・口臭・出血等口腔ケアの状況等） |
| 食事摂取の状況 | （食事摂取状況、水分量、摂食嚥下機能、食事制限の有無等） |
| 家族や地域等  社会との関わり | （家族等との関わり、地域との関わり、仕事等との関わり等） |
| 家族等の状況 | （本人の日常生活・意思決定に関わる家族の状況、支援への参加状況、配慮すべき点） |
| その他留意すべき  事項・状況 | （虐待、経済的困窮、医療依存度が高い状況、看取り等） |