新宿区版

アセスメントシート作成の手引き

平成２１年３月

新宿区福祉部介護保険課

はじめに

新宿区では、居宅介護支援業務が公正中立かつ適正に実行されるように、また、内容および手順等の標準化に資するため、新宿区居宅介護支援業務検討会を設置し、居宅介護支援業務について検討しました。

この度、「新宿区版のアセスメントシート」および「アセスメントシート記入の手引き」を作成しましたので、居宅介護支援業務を行う際の参考にしてください。

平成２１年３月

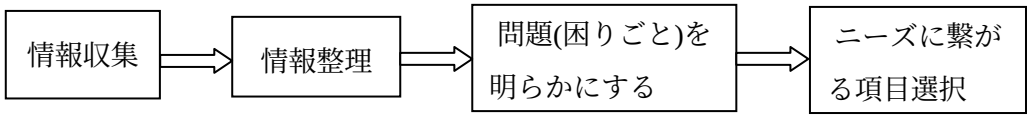
新宿区居宅介護支援業務検討会

会　長	吉野　富士枝	（新宿区福祉部介護保険課長）
委　員	板垣　恭子	（日生薬局　介護支援事業部河田町店）
	島田　留美	（居宅介護支援事業所　アビリティーズ・早稲田）
	塩川　隆史	（ナイスケア）
	森岡　真也	（モテギケアプランニング新宿営業所）
	鶴田　香織	（新宿区若葉地域包括支援センター）
	今井　玲子	(新宿区福祉部高齢者サービス課高齢者相談係)
	山口　幸江	(新宿区福祉部高齢者サービス課介護予防係)
	砂田　敏男	（新宿区福祉部介護保険課推進係長）
	柴田　瑞枝	（新宿区福祉部介護保険課指導係長）
	石川　明美	（新宿区福祉部介護保険課指導係主査）

Ⅰ　新宿版アセスメントシートとは

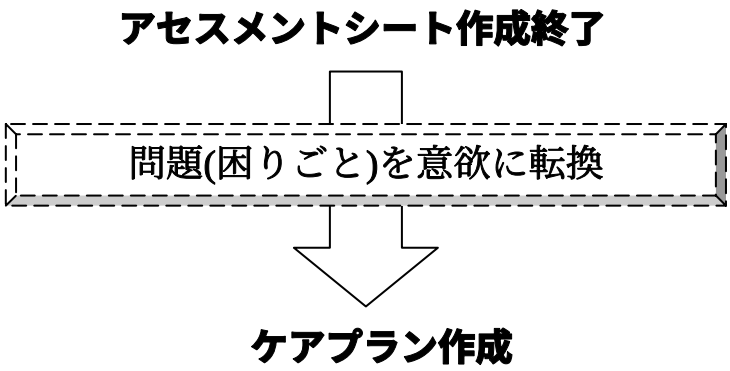
新宿版アセスメントシートは、新宿区がケアマネジャーと共に検討し、実際に使用して作成したものです。利用者の情報収集から、ニーズに繋がる項目を選択するまでのツールの一つとして活用してください。

アセスメントシート作成



課題整理シート作成

収集した情報を分析(情報を整理し、問題(困りごと)を明らかにする)するために、必要な方は使用してください。



ケアプラン第２表作成

アセスメントシートで明らかにした「問題(困りごと)」を自立に向けての意欲に転換し、それをケアマネジャーとしての専門性を活かした働きかけにより、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ)」としてケアプラン第２表に記載しましょう。

目の前の「困った状況を改善し、望む生活をしたい」というポジティブな生活意欲に転換することが大切です。

添付資料

１　新宿版アセスメントシート　基本情報　　No.1

２　課題分析(アセスメント)に関する項目　　No.2 ～ No.5

３　課題整理シート(必要な方のみ使用)

Ⅱ　アセスメントとは

1　ケアプランを作成するために必須な情報収集と分析です。
2　利用者が望む自立した生活を阻害する利用者本人の身体的・心理的・社会的（生活環境、介護力など）な要因を生活全般から明らかにします。
3　自立への意欲や姿勢を導き出すという視点から、ニーズを把握しましょう。
4　利用者の能力や家族の介護力を把握し、自立の可能性を引き出しましょう。
5　ニーズを導きだすためには、利用者をいかに理解するかが必要です。機械的・一律にシートを埋めるのではなく、常にコミュニケーションを通して、利用者への支援の方向性を意識しましょう。また、重点的に押さえる項目等を整理し、現状を分析しながら、ニーズを見出し、利用者の気づきを促していく関わりが重要になります。

Ⅲ　作成時期は

1　新規申請、要介護認定の更新、要介護度の変更、著しい状況の変化などによって居宅サービス計画を作成または変更する際には、必ずアセスメントを行う必要があります。
2　居宅サービス計画の変更を伴わない利用者の希望による軽微な変更（サービス提供日時の変更等）の場合には、新たにアセスメントを行う必要はありません。
3　要介護認定期間内であれば、再アセスメントの必要性があっても同一のアセスメントシートにペンの色を変える等で加筆修正し、分かるようにしておけば、新たに作成しなくても構いません（新宿区独自の見解）。

Ⅳ　アセスメントのとり方は

1　必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければなりません。退院を控えた利用者に対しては、入院中にアセスメントをした上で、再度居宅でアセスメントをとりましょう。
2　利用者や家族から情報を得る以外に、利用者の了解を得て主治医、サービス事業所、地域包括支援センターなど関係機関から幅広く情報を収集することも必要です。
3　これらの情報は、一度に収集できないことがあります。特に、経済状況・生活状況・生活歴・介護力・住宅間取り・問題行動等は、利用者及びその家族の心情に充分配慮しながら、把握しましょう。また、支援を行う中でなど、日頃の関係から把握することにも留意しましょう。

Ⅴ　シート記入の際の注意事項

★　アセスメントシートの作成

アセスメントシートセットは、1回の要介護認定期間に対応するものとします。

基本情報

複数の理由を選択しても構いません。

新宿区版アセスメントシート　基本情報

作成年月日　　年　　月　　日　実施場所（　　）　ＮＯ．１

※要介護認定期間内で１枚のアセスメント用紙とする

アセスメント理由	初回　更新　区変　変化　（悪化・改善）　退院　退所　その他（　　）

課題分析(アセスメント)に関する項目

要介護認定期間内で、アセスメントの必要が生じた場合には、記録するペンの色を変え、加筆修正を加えることで、3回分の記載ができるようにしてあります。作成年月日を記載の上、記入してください。

ペンの色を変えて記載する等の工夫を

題分析（アセスメント）に関する項目　ＮＯ．２

1　作成年月日　年　月　日　実施場所（　　）アセスメント理由（　　）
2　作成年月日　年　月　日　実施場所（　　）アセスメント理由（　　）
3　作成年月日　年　月　日　実施場所（　　）アセスメント理由（　　）

※要介護認定期間内での変更の場合は、区別がつくように加筆すること

課題欄の活用

右端に「生活全般の解決すべき課題」を導きだすための課題欄を設けています。問題（困りごと）と思われるものに、チェック、優先順位を入れるなど、工夫して活用してください。

1　家族構成・家族構成図

【目的】

本人を取り巻く家族関係を把握します。

【ポイント】

家族構成図で、主な介護者、同居の有無などが分かるように記載しましょう。

参考例　(家族構成図での表し方)

女性　○　　男性　□　　本人は　◎　や　⊡

亡くなった時は塗りつぶしや×で消す。

同居している家族は、▭で囲む。

2　緊急連絡先

【目的】

緊急時の連絡先を把握します。

【ポイント】

緊急連絡先を優先順に記載しましょう。

主治医についても記載しましょう。

3　初回相談内容

【目的】

居宅介護支援を行った効果を検証するために、初回相談内容を把握します。

【ポイント】

初回相談内容を具体的に記録として残しておきましょう。

4　生活歴・現在の生活状況

※特に、プライバシーに係わることですので、無理に聞き取ることなく、利用者及びその家族の心情に充分配慮しながら聞き取りましょう。

【目的】

利用者を個人として尊重し、その人らしい生活を支援するため、その人らしさを掴み、知るヒントを得ます。

【ポイント】

- 過去の生活歴を聞き取る理由を利用者および家族に説明することも必要です。
- 生活歴の聞き取り範囲で迷う場合は、要介護状態になる直近から遡る方が生活の変化を理解できます。現在の土地に居住して何年、職歴、活動場所、懐かしいふるさと、親戚・友人の多い地域、これまでの趣味活動の有無などを記載しましょう。
- 何気なく語られる過去のエピソードにもヒントが隠れています。
- 生活状況では「できること」「していること」「できそうなこと」などを整理しながら、生活機能や健康状態との関係、さらに生活環境等の面から把握しましょう。

5　利用者・家族の望む生活

【目的】

利用者や家族が現在困っていることやこうして欲しいという願いや要望など、利用者や家族が抱える問題状況を把握します。

【ポイント】

・　利用者本人が望むことなのか、家族が望むことなのか、きちんと整理しましょう。

・　利用者や家族にとっては、何をどう説明してよいか分からないことも多くあります。利用者・家族にとっての本当の訴え・望むものは何かを推察することも必要です。

・　利用者や家族が表現したありのままの言葉を用いて具体的に記載しましょう。

※無理に聞き取ることなく、利用者及びその家族の心情に充分配慮しながら聞き取りましょう。

6　介護力

【目的】

家族がどのような姿勢（態度）で介護に向き合っているのか、どのような意向を持っているのか把握します。

【ポイント】

・　主たる介護者は同居か別居か、介護協力者はいるか、介護者の年齢、健康状態、就労状況、介護に対する意識、介護技術、自由になる時間の有無などを記載しましょう。

・　介護に対して消極的なために起こっている状態、将来起こりそうな状態を確認することも必要です。

・　介護サービスの利用のために月にどの程度の出費ができるか、そのお金は利用者の年金か、それとも別居の家族等の負担によるものかという把握も必要です。本人・家族それぞれの金銭に対する価値観の違いも生活に影響する要素として、検討しましょう。

7　一日の生活

【目的】

利用者が１日どのような生活を送っているか把握します。

【ポイント】

生活の流れ、リズムを掴み、利用者の生活の全体像を把握しましょう。

８　健康状態

【目的】

利用者が望む生活に健康状態がどのような影響を及ぼしているか把握します。

【ポイント】

・　疾患名、症状、治療方針や服薬内容、往診か通院か、その回数などを把握し、それが生活状況、ＡＤＬ、ＩＡＤＬに与える影響について分析しましょう。

・　疾病によっては季節や天候の影響、日内変動等があります。それが生活にどのように影響するかという視点も大切です。

・　利用者が疾患や障害受容をどの程度までできているかも把握しましょう。

・　本人の状態だけでなく、病気について主治医の説明や指導を理解し、守っているかも記載しておきましょう。

・　疾患が及ぼすリスクや将来の予測についても理解しておきましょう。

・　複数の医師にかかっている場合、それぞれの受診状況を確認しましょう。

９　ＡＤＬ

【目的】

日常生活動作について本人の身体能力を把握します。日常生活動作に影響を及ぼしている個人に起因する要因（心身の機能・疾患、意欲）だけでなく、環境による要因も把握します。

【ポイント】

・　「できる」「できない」だけでなく、「やろうとしないこと」や「介助を受ければできそうなこと」まで把握しましょう。

・　朝夕や深夜など日内の変化、体調の良いとき、悪いときの状態など具体的に把握しましょう。

・　利用者・家族共に、双方への気兼ねや遠慮、心身機能低下したことによる戸惑い、不安、あきらめなどから、言葉で表現できないこともありますので、あらゆる角度からのアセスメントが必要です。

【記入の仕方】

できる・・・自立、一部介助、できる能力があってもやらない(やろうとしない)を含む。

できない・・全くできない、全介助

例えば、一部介助を受けてできる場合は、「1 できる」を選択し、現在受けている介助の状況や想定できる介助の内容を右の欄に記載しましょう。

			NO．3
ＡＤＬ ※本人の身体能力を記入		本人の状況・意欲・介護の状況・日常生活への影響・問題(困りごと)を記入	課題
寝返り	1　できる　　2　できない	使用寝具　（特殊寝台　ベッド　布団）　ベッド柵　（有　　本・無）	
起き上がり	1　できる　　2　できない		
移　乗	1　できる　　2　できない	立位の状況	
屋内歩行	1　できる　　2　できない	使用器具　（車いす　杖　歩行器　シルバーカー　補装具） 転倒の可能性　（有・無）	
屋外歩行	1　できる　　2　できない	使用器具　（車いす　杖　歩行器　シルバーカー　補装具） 転倒の可能性　（有・無）	
座　位	1　できる　　2　できない		
着　衣	1　できる　　2　できない	上半身更衣・下半身更衣・靴下などの状況	
身だしなみ	1　できる　　2　できない	洗面・歯磨き・整髪・髭剃り・爪きりなどの状況	
入　浴	1　できる　　2　できない	入浴場所、浴槽の出入り・洗身・洗髪などの状況	

何ができ、何ができないのか具体的に記載しましょう。

問題(困りごと)がニーズに繋がる場合等、当該項目に印や優先順位を記入しましょう。

座位はできるが、支えが必要な場合は、具体的な状況を記載しましょう。

１０　食　事

【目的】

食事の回数、内容、栄養バランス、水分量等の把握や歯と口腔の状態を把握し、問題があればその原因や背景を把握します。

【ポイント】

・　食事は身体と心の健康と体力を維持し、日々の生活への励みを生み出します。誰とどのように食べるかという食事中の状況なども把握しましょう。

・　誰が、どのように食事介助に関わっているか具体的に把握しましょう。また、独居、日中独居の状態の場合はどうしているか、把握しましょう。

・　普通食・おかゆのように形状を把握するだけでなく、栄養バランスや摂取カロリーの状態を把握するように心がけましょう。

・　食事のアセスメントでは栄養状態を把握することが重要です。

高血圧、糖尿病等がある場合、食事指導がされているか、守られているか把握しましょう。

【記入の仕方】

軟菜・刻み食・ミキサー食等は、「4 その他」を選択し、その旨記入しましょう。また治療食等の内容の詳細については、右の欄に記載しましょう。

食　事			
食べる状況	1　自立　2　見守り 3　一部介助　4　できない	食事場所（　居室　ベッド上　）　食事の準備の状況	
嚥　下	1　できる　2　見守り 3　できない		
食事形態	1　普通食　2　治療食（　　） 3　経管栄養　4その他（	治療食等の内容	
栄養状態	1　良好 2　不良（低栄養・食欲不振		
水分摂取	1　自立　2　見守り 3　一部介助　4　全介助	制限　（有・無）　水分量　（適切　不適切）	
口腔状態	1　良　好 2　不良（不潔・炎症・痛み　）	義歯　（有・無）	

例えば腎臓病食糖尿病食等

カロリー、塩分等の情報を記載しましょう。

食事確保から配膳までの状況を記載しましょう。

医師からの情報等を元に判断しましょう。

１１　排尿・排便

【目的】

排泄に関して困っている場合には、その原因や背景を把握します。

【ポイント】

・　排泄に関してはもっとも触れてもらいたくない部分であると同時に、大切な部分です。利用者にその事を伝え、自尊心を傷つけない配慮が大切です。

・　排泄の問題は、気持ちがあっても体がついていかないことや体は元気でも精神面の衰えからうまくいかない場合、家族の介護力、食事の内容による影響などもあります。総合的な視点でのアセスメントが必要です。判断できない場合は、家族や関係者から情報を集めることも大切です。

・　日中と夜間が異なる場合、排尿と排便の使用用具の違い、施設・場所による違い、失敗した場合の自己対応など、把握しましょう。

排尿・排便			
排泄行為	1　自立　2　見守り 3　一部介助　4　全介助	後始末　介護の状況	
尿　意	1　あり　2　ときどき　3　なし		
便　意	1　あり　2　ときどき　3　なし		
尿失禁	1　なし　2　ときどき　3　いつも		
便失禁	1　なし　2　ときどき　3　いつも		
用具の使用	1　トイレ　（和式・洋式） 2　ポータブルトイレ　3　尿器 4　おむつ・パット 5　留置カテーテル　6その他	夜間の状況が異なる場合はその状況	

P-トイレの片付け等について記載しましょう。

2ときどき　を選択する場合はその頻度も記載しましょう。

１２　ＩＡＤＬ

【目的】

日常生活関連動作について把握します。日常生活関連動作に影響を及ぼしている個人に起因する要因（心身の機能・健康、意欲）だけでなく、環境による要因も把握します。

【ポイント】

・　具体的に誰がどのように行っているか把握しましょう。

・　本人なりに調理、洗濯、掃除等にどのような「こだわり」があるか把握しておきましょう。

・　現在の状況から、どのような支援を行えば現在の状態の維持・改善・向上に繋がるかなど、予測を立てたアセスメントを行いましょう。

１３　コミュニケーション、視・聴力

【目的】

利用者が友人や家族、地域の方とどのようにコミュニケーションをとっているか把握します。

【ポイント】

コミュニケーションが円滑に図られない場合は、その要因を機能的・性格的・環境的な側面から、総合的に把握しましょう。

コミュニケーション、視・聴力			
視　力	1　日常生活に支障がない 2　形がわかるがはっきり見えない 3　ほとんど見えない	眼鏡　（未使用　使用）	
聴　力	1　日常生活に支障がない 2　かなり大きな声でないと聞き取れない　3　ほとんど聴こえない	補聴器　（未使用　使用）	
意思の疎通	1　意思の疎通ができる 2　限定的に意思の疎通ができる 3　ほとんどできない	言葉の障害　（有・無）	

言葉の障害の有無だけでなく、認知症による場合等、その他の要因についても、記載しましょう。

１４　社会との関わり

【目的】

利用者のこれまでの歩みや社会との関係の中で得た自己肯定感等を理解するため、利用者とその友人や家族、地域との関わり方を把握します。

【ポイント】

・　社会的な活動（町内会、高齢者クラブ、趣味サークル、地域ボランティアなど）に、これまでどのように関わり（時期、頻度、役職など）、今現在どのような状況か、利用者の意向も含め把握しましょう。

・　支援に協力してもらえる地域にある社会資源（友人、近隣住民、ボランティアなど）を把握しましょう。

※無理に聞き取ることなく、利用者及びその家族の心情に充分配慮しながら聞き取りましょう。

１５　住宅見取図・居住環境

【目的】

利用者がより自立した生活を送り、機能の向上や介護者の負担軽減のために、住環境で工夫できる点がないか把握します。

【ポイント】

・　住宅内の段差や手すりの有無以外に、寝具の場所、日中過ごしている場所、テレビ、食卓(一人か家族と一緒か)、玄関から道路までの状況、住宅周辺の環境などを記載しましょう。

・　利用者の残存能力を最大限に生かす環境整備を行うとしたらどのようにしたら良いかという視点で、居住空間や近隣の環境を把握しましょう。

１６　認知

【目的】

単なる物忘れなのか、認知症等から起こっている物忘れか把握します。また、物忘れから生じる生活の支障が、どの程度日々の暮らしの障害となっているか確認します。

【ポイント】

・　物忘れや認知症の程度を把握し、日常生活上で支障となっている事柄について、ＡＤＬ、ＩＡＤＬからの視点も踏まえ把握し、整理しておきましょう。

・　認知症についての家族の理解度や利用者の認知症に関する認識・葛藤がどの程度かを把握しましょう。

１７　問題行動

【目的】

利用者の問題行動を把握し、それが家族などにどのように理解されているか把握します。

【ポイント】

・　問題行動は、家族は身内の不祥事と捉え、隠す、軽く言う傾向があります。問題行動という直接的な表現は面接の場面では避けましょう。

・　具体的な問題行動をいつどのように起こしているか把握しましょう。また、誰が問題行動と感じているか把握しましょう。

・　問題行動に家族や近隣がどのように対応しているか、把握しましょう。

・　家族の不安や近隣の不安（暴行、暴言、失火、徘徊など）についても把握しましょう。

※　虐待の可能性がある場合には、特別な状況に記入しましょう。

１８　特別な状況

【目的】

プランを作成する上で、特別に配慮したほうがよいと思われることを明確にします。

【ポイント】

特別に配慮することに関しては、一人の判断だけで支援方針を立てるのは、判断の見誤りなどの危険があります。サービス担当者会議等の場で共有・検討し、ケアチームで対応しましょう。

課題整理シート（課題を整理する際に、必要な方は使用してください）

【目的】

アセスメントを通じて把握した問題（〇〇できずに困るなど）と思われるものを、居宅サービス計画（ケアプラン）上の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」へ導くために整理します。

【ポイント】

右端に設けた課題欄にチェックされた項目を基に、問題・課題を整理し、分析します。

整理する際は、「〇〇したい」「〇〇までできるようになりたい」など、本人の意欲を引き出せるように転換することが必要です。

Ⅵ　介護保険法上の規程

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 38 号)
(指定居宅介護支援の具体的方針)　第 13 条　第 6 項　及び　第 7 項
指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について(平成 11 年 7 月 29 日老企 22 号)
第 2 の 3 の(7)指定居宅介護支援の基本取扱方針　⑥　及び　⑦

6　介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

⑥　課題分析の実施

居宅サービス計画は、個々の利用者の特性に応じて作成されることが重要である。このため介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に先立ち利用者の課題分析を行うこととなる。

課題分析とは、利用者の有する日常生活上の能力や利用者が既に提供を受けている指定居宅サービスや介護者の状況等の利用者を取り巻く環境等の評価を通じて利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を分析することであり、利用者の生活全般についてその状態を十分把握することが重要である。

なお、当該課題分析は、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、利用者の課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならないものであるが、この課題分析の方式については、別途通知するところによるものである。

7　介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

⑦　課題分析における留意点

介護支援専門員は、解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わ

なければならない。この場合において、利用者やその家族との間の信頼関係、協働関係の構築が重要であり、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。なお、このため、介護支援専門員は面接技法等の研鑽に努めることが重要である。

また、当該アセスメントの結果について記録するとともに、基準第 29 条第 2 項の規定に基づき、当該記録は、２年間保存しなければならない。

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日・住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ＡＤＬ	ＡＤＬ（寝返り、起きあがり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	ＩＡＤＬ	ＩＡＤＬ（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

添付資料

１　新宿区版アセスメントシート　基本情報　　No.1
２　課題分析(アセスメント)に関する項目　　No.2 ～ No.5
３　課題整理シート(必要な方のみ使用)

新宿区版　アセスメントシート作成の手引き

新宿区　福祉部介護保険課
平成２１年３月発行
印刷物作成番号　２００８－２２－２９１７

〒１６０-８４８４
東京都新宿区歌舞伎町一丁目４番１号
０３－５２７３－３４９７