

作成年月日 年 月 日 実施場所 ( )  
 ※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 ( )										
ふりがな					性別						
利用者氏名					生年月日					歳	
住 所					家族構成図						
電話番号											
世帯区分	( )										
家族構成	氏 名	続柄	年齢	健康状態							
緊急連絡先	氏名	続柄	住所			電話番号					
		主治医									
初回相談内容	初回相談受付月日	受付方法			依頼者	相談経路					
		( )									
生活歴	これまでの職業・家庭生活・趣味・習慣など										
現在の生活状況	生活・介護の状況など										
障害高齢者の日常生活自立度					認知症高齢者の日常生活自立度						
認定情報	認定年月日				認定期間						
被保険者情報等	介護保険	被保険者番号									
	医療保険										
	身体障害者手帳	( 種 級 )									
現在利用している介護保険サービス等	生活保護	受給者番号			負担者番号						
	サービス種別	事業所名・連絡先等			サービス種別	事業所名・連絡先等					

# 課題分析（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

利用者の望む生活	なるべく本人の言葉で
家族の望む生活	複数の家族がいる場合は、それぞれの希望を

介護力 (有・無)	主な介護者	氏名	続柄	課題
	その他の介護者	氏名	続柄	
	介護に対する考え	就労状況、被介護者との関係性、家族間関係性、介護者の健康状態、介護の負担、問題(困りごと)等 一月に使える介護費用 円		

1日の生活	起床・食事・日中の過ごし方・入浴・就寝など																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">6:00</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">8:00</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">10:00</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">12:00</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">14:00</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">16:00</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">18:00</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">20:00</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">22:00</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">0:00</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>		6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00	0:00										
6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00	0:00												

日中の過ごし方	外出の頻度
---------	-------

## 健康状態

受診病院	病院名	医師名	診療科目	電話番号	受診状況
					□
					□
					□

傷病名・ 症状・治療・ 処置	身長	cm	体重	kg	
	麻痺				
	拘縮				
	皮膚疾患				
既往歴	褥瘡				
	痛み				

服薬内容		課題

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		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			
移 乗		立位の状況	
屋内歩行		使用器具 (杖 歩行器 シルバーカー 車いす 補装具) 転倒の可能性	
屋外歩行		使用器具 (杖 歩行器 シルバーカー 車いす 補装具) 転倒の可能性	
座 位			
着 衣		上半身更衣・下半身更衣・靴下などの状況	
身だしなみ		洗面・歯磨き・整髪・髭剃り・爪きりなどの状況	
入 浴		入浴場所、浴槽の出入り・洗身・洗髪などの状況	

## 食 事

食べる状況		食事場所( ) 食事準備の状況等	
嚥 下			
食事形態		内容	
栄養状態			
水分摂取		制限 ( ml) 水分量	
口腔状態		義歯	

## 排尿・排便

排尿			
尿意			
尿失禁			
排便			
便意			
便失禁			
用具の使用		夜間の状況が異なる場合はその状況	

IADL		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
調理		一部できる場合の状況、介護者の援助	
掃除		一部できる場合の状況、介護者の援助 ごみの後始末の状況 ( )	
洗濯		一部できる場合の状況、介護者の援助	
買い物		一部できる場合の状況、介護者の援助	
金銭管理		一部できる場合の状況、介護者の援助	
薬の管理		一部できる場合の状況、介護者の援助	
電話の利用		一部できる場合の状況、介護者の援助	
交通機関の利用		交通機関 (電車 バス タクシー) 移動手段(自家用車 自転車 電動車いす その他 )	

## コミュニケーション、視・聴力

視力		眼鏡	
聴力		補聴器	
意思の疎通		言葉 障害 ( )	

## 社会との関わり

社会活動への参加意欲		活動内容	
他者との関わり			
喪失感			
孤独感			
地域の協力		具体的に	

住宅見取図	(同居家族がいる場合は、共用部分を明記)		居住環境			
	付近の環境	家屋形態		階		
浴室			浴槽		シャワー	
手すり		玄関/浴室/トイレ/廊下/居室/その他( )				
段差		玄関/浴室/トイレ/廊下/居室/その他( )				
室内状況		( )				
衛生状態		( )				
冷房		( )	暖房	有	( )	
ペット		( )				

## 認知

課題

物忘れ			
日常の意思決定			

## 問題行動

被害的		落ち着きなし	
作話		一人で出たがる	
感情が不安定		収集癖	
昼夜が逆転		物や衣類を壊す	
同じ話しをする		独り言・一人笑い	
大声を出す		自分勝手に行動する	
介護に抵抗		話がまとまらない	
日常生活への影響・ 介護の状況・課題等			

## 特別な状況

- 1 日中独居      2 虐待      3 ターミナル      4 成年後見  
5 その他

具体的な状況

## 備考

# 退院・退所 に向けての面談記録 ケアマネット新宿版

属性	フリガナ		性別	年齢	退院時の要介護度	
	氏名					
今回の入院概要	入退院日	・入院日： 年 月 日			・退院日 年 月 日	
	入院原因疾患					
	入院先	病院	病棟	階	号室	
	退院後通院先	<input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の医療機関 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし				
疾患と入院中の状況	現疾患の状況		既往歴			
	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴				
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ( )				
	食事形態	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他 ( )			UDF等の食形態区分	
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる				
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良	義歯	<input type="checkbox"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 入院中は使用なし <input type="checkbox"/> 入院中使用		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 出来た <input type="checkbox"/> 出来なかった <input type="checkbox"/> 本人にまかせた				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( )			<input type="checkbox"/> 眠剤の使用	
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
本人や家族の受け止め／意向	病気	本人の受け止め方		家族の受け止め方		
	告知 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	障害・後遺症	本人の受け止め方		家族の受け止め方		
	退院後の生活に関する本人の意向					
退院後の生活に関する家族の意向						
退院後に必要な事柄	医療処置	(処置内容)		(在宅で継続するための要件)		
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導 (食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 (ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居／立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習 (歩行／入浴／トイレ動作／移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習 (買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 (痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容／留意点)			
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					

<b>症状・症状の 予後・予測</b>	例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく方向か、ゆっ くり落ちていく方向なのか など)
-------------------------	---

<b>退院にあ たつての 日常生活の 阻害要因 (心身の状況・ 環境など)</b>	疾患と入院中の状況からの要因	
	本人・家族の受け止め／意向からの要因	
	退院後に必要な事柄からの要因	
	その他	

状況の事実		現在の状況	要因	改善/維持の可能性	状況・支援内容等	見通し
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		例) おおよその到達可能なレベルの確認 (どの位の期間で、どの状態までいけそうか など)
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
食事	食事内容	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
家事動作		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
認知		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
居住環境		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		

面談回数	聞き取り日	情報提供者名・職種			
回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input type="checkbox"/> 看護師 ( )	<input type="checkbox"/> リハ職 ( )	
		<input type="checkbox"/> MSW ( )	<input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 ( )	<input type="checkbox"/> ( )	
回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input type="checkbox"/> 看護師 ( )	<input type="checkbox"/> リハ職 ( )	
		<input type="checkbox"/> MSW ( )	<input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 ( )	<input type="checkbox"/> ( )	
回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input type="checkbox"/> 看護師 ( )	<input type="checkbox"/> リハ職 ( )	
		<input type="checkbox"/> MSW ( )	<input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 ( )	<input type="checkbox"/> ( )	