

ケアマネジメント実践記録様式

CARE MANAGEMENT TEAMS TOOL KIT

介護保険課題分析標準項目準拠版(Ver.4.2)

公益社団法人 日本社会福祉士会

私たちのやくそく

～信頼される介護支援専門員になるために～

公益社団法人 日本社会福祉士会

私たちは、信頼される介護支援専門員になるために、次のことを約束します。

- 1 私たちは、利用者の自立生活の実現を支援します。
介護支援専門員は、利用者の「自立支援」を目標として、介護サービスなどの調整や社会資源の活用をすすめたり、他の法律や制度に基づくサービスを紹介・あっせんしたりすることが役割です。
- 2 私たちは、利用者の自己決定を尊重し、その実現を支援します。
利用者の「自己決定」は、すべての基本です。自己決定したことをどのように実現するか、実現が困難であれば何が原因なのか、問題なのかを明かにすることは介護支援専門員の役割です。
- 3 私たちは、利用者の自己決定に必要な情報を誠意をもって提供します。
利用者が自己決定するためには、適切な情報が必要です。利用者自身に関すること、社会資源に関することなど、利用者が現状で利用者なりに判断をすることができるようにすることは権利擁護の基本です。
- 4 私たちは、利用者の声を謙虚に受け止め、敬意をもって尊重します。
利用者の疑問、不安、不満、苦情などは、利用者が自立して安心できる生活を営むことを損なう原因の一つです。それらに一つ一つの確に答えていくことは、介護支援専門員がサービスを提供する上で必要なことだけではなく、利用者の基本的な権利を守ることにもつながります。
- 5 私たちは、利用者の納得と承諾を得てサービスの提供と調整をします。
生活をするのは利用者自身であり、いくらよいと思われるサービスを提供しても、利用者が納得できなければ、望ましい自立生活を営むことはできません。利用者が自ら利用するサービスを理解し、承諾することは、主体的に日常生活を営む上で欠かすことができない権利です。
- 6 私たちは、利用者の生活支援に必要な権利擁護の制度を活用します。
利用者の心身の状況などにより、自ら情報を判断することや判断したことを表明することが困難な場合、利用者自身の権利を行使することが困難な場合には、成年後見制度や日常生活自立支援事業など日常に必要な権利擁護の制度の活用を通じて、利用者を尊重した意思決定支援をします。
- 7 私たちは、つねに自己点検し、自らのサービス評価をすすめます。
介護支援専門員は、それぞれが基礎資格とする専門職としての倫理綱領などをもっています。専門職は、利用者や第三者からの評価だけでなく、つねに自己点検をし、自己評価をすることによって、専門職としての倫理を守っています。もちろん、他者からの評価については謙虚に受け止めることを忘れてはなりません。

- 8 私たちは、つねに自己研鑽に励み、介護支援サービスの向上をめざします。
自己評価や他者からの評価により、自分がその役割を果たす上で必要な知識や技能を確認し、その修得を図っていくことは重要なことです。資質向上を目指す自己研鑽は、自らが満足するだけではなく、利用者によりよいサービスを提供することや、利用者自身が自らの生活を豊かにしていく基礎となります。
- 9 私たちは、つねに公正な介護支援サービスと介護サービスを求めます。
介護支援専門員は、利用者の自立支援と自己決定をすすめていく役割をもっています。利用者にとって必要なサービスを調整するうえで重要なことは、サービス事業者の利害や関係者の利害からつねに公正な立場を保つことです。それが、利用者の権利を守る基本でもあります。
- 10 私たちは、介護支援サービスをとおして、利用者の権利擁護につくします。
利用者の権利擁護をすすめる取り組みは、さまざまです。介護支援専門員は、介護支援サービスという業務をとおして、利用者の自立した日常生活を支援することで、その人の尊厳を守ることができるよう直接的に支援するだけでなく、利用者が安心して暮らすことの出来る社会を築く役割をもっています。利用者の権利擁護はさまざまな取り組みによって支えられるのです。介護支援サービスは、権利擁護をすすめるさまざまな活動の一つとして位置づけられるのです。

受付日：年 月 日 受付方法：□電話 □来所 □その他() 受付者：
 受付番号： 整理番号：

フェイスシート

I. 利用者(被保険者)

ふりがな 利用者氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所 ①	〒	電話		FAX	
①以外の住所 ()	〒	電話		FAX	

II. 相談者(施設の場合は記入不要)

相談者	1. 利用者本人 2. その他[(氏名： 利用者本人との関係：)]				
連絡先	〒	電話		FAX	

III. 主訴・意向

☐ 健康問題 ☐ 対応に困る言動など ☐ ADL関係 ☐ 家事・IADL関係 ☐ 生活の質(社会参加) ☐ 生活支援(権利擁護) ☐ 介護負担 ☐ 家族・親族問題 ☐ 経済問題 ☐ 住宅問題 ☐ 安全管理 ☐ 福祉用具 ☐ その他	

IV. 利用者の心身の障害と生活歴

★7. 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)		☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 // (介護支援専門員からみた) ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2							
認知症高齢者の日常生活自立度		☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M // (介護支援専門員からみた) ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M							
認知症等 診断の 有無	1.ない 2.ある	診断名	診断時期		年 月 日				
			医療機関名						
生活歴 (どのように生活してきて、今後何を大切にしていきたいか)									

V. 家族・介護に関わる別居家族等および住宅[同=同居者に○][介=主介護者:1/副介護者:2(主介護者は1名/副介護者は複数名可)]

同	介	続柄	氏 名	年齢	職業・学校・特記事項
緊急連絡先	氏名			続柄	1. 持家(□一戸建て □マンション) 2. 借家(□一戸建て □マンション □アパート) 3. 公営・公団・公社住宅 4. 入居系サービス(有料、サ高住、GH、軽費、養護等) 5. その他() 6. 入所(特養、老健、介護医療院) 7. 入院中
	住所	〒			
	電話		FAX		
	備考				

VI.介護保険

保険者名		保険者番号		被保険者番号		□第1号 □第2号 □生活保護	
1. 認定済(認定日 年 月 日～有効期限 年 月 日)		2. 申請中(申請日 年 月 日)		3. 未申請(申請希望:□有 □無) 4. 特養入所者経過措置該当 5. その他()			
負担割合		1. 1割 2. 2割 3. 3割 4. その他()					
負担限度額認定証の有無		1. ない 2. ある(認定日 年 月 日～有効期限 年 月 日)					
社会福祉法人減免証の有無		1. ない 2. ある(認定日 年 月 日～有効期限 年 月 日)					
主治医	医療機関名			診療科	医師名		
住所	〒			電話	FAX		
意見書利用同意		□有 □無	緊急対応	□可 □不可	備考		
認定結果	□非該当(自立) □要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5						
特定疾病						給付(限度)額	円
審査会意見・サービスの指定		1. ない 2. ある()					
介護支援サービス依頼		1. ない 2. ある[□利用者本人 □相談者 □その他()] 3. 介護保険施設					
担当介護支援専門員				依頼日	年 月 日	備考	

VII. 現在利用している支援や社会資源(※入所・入院中は、入所・入院前の月のサービス利用回数)

在宅利用(認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。[介護予防]福祉用具貸与は調査日時点の、特定[介護予防]福祉用具販売は過去6月の品目数を記載)			
□(介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)	月 回	□(介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所・療養型)	月 回
□(介護予防)訪問入浴介護	月 回	□(介護予防)特定施設入所者生活介護	月 回
□(介護予防)訪問介護	月 回	□夜間対応型訪問介護	月 回
□(介護予防)訪問リハビリテーション	月 回	□(介護予防)認知症対応型通所介護	月 回
□(介護予防)居宅療養管理指導	月 回	□(介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 回
□(介護予防)通所介護(デイサービス)	月 回	□(介護予防)看護小規模多機能型居宅介護	月 回
□(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月 回	□(介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 回
□(介護予防)短期入所生活介護(特養等)		□地域密着型特定施設入所者生活介護	月 回
□(介護予防)福祉用具貸与	品目	□地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 回
□特定(介護予防)福祉用具販売	品目	□定期巡回・随時対応型訪問看護・介護	月 回
□住宅改修			
□市町村特別給付			
□介護保険給付以外の在宅サービス			
施設利用 ※[在宅:直近で利用者施設(短期入所を除く)]			
□介護老人福祉施設 □介護老人保健施設 □介護医療院 □認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)			
□特定施設入所者生活介護適用施設(ケアハウス等) □医療機関(医療保険適用療養病床) □医療機関(療養病床以外)			
□その他の施設			
名称	担当者	□入所・院 □退所・院	年 月 日
住所	〒	電話	FAX
当機関で援助にいたる経路(関係機関)			
名 称	連 絡 先		担当者

VIII. 医療保険・各種手帳・制度等の利用

☐ 医療保険	1. 社保(☐ 本人 ☐ 家族)2. 国保 3. その他()				
記号・番号			保険者番号		
☐ 高齢者医療	記号番号		一部負担金		
☐ 長寿(後期)医療	番 号		一部負担金		
☐ 公費医療	1. 特定疾患(番号:)		2. その他()		
☐ 身障手帳	級()	手帳番号		判定日	年 月
☐ 療育手帳	級()	手帳番号		判定日	年 月
☐ 精神障害者福祉手帳	級()	手帳番号		有効期限	年 月
☐ 年金	1. 国民年金 2. 厚生年金 3. 障害基礎年金 4. 障害年金 5. 遺族年金 6. その他()				
☐ 生活保護	1. 生活 2. 教育 3. 住宅 4. 医療 5. 出産 6. 生業 7. 葬祭 8. 介護				
☐ その他収入					

IX. 権利擁護制度・事業の利用

成年後見制度 の利用	1. ない 2. 法定後見人(☐ 補助人 ☐ 保佐人 ☐ 成年後見人) 3. 任意後見人(☐ 未発効 ☐ 発効) 後見監督人() 4. その他()				
氏名(法人名)		所属機関		電話	
住所	〒				
E-mail				FAX	
日常生活自立支援事業の利用	1. ない 2. 利用中 3. その他()				
専門員名		所属機関		電話	
住所	〒				
E-mail				FAX	
生活支援員名		所属機関		電話	
住所	〒				
E-mail				FAX	

X. エコマップ

エコマップ	男性: ☐ 女性: ☐ 夫婦:= 同居家族:点線(-----)で囲む 死亡:■●

XI. 生活のリズムとスケジュール

	月		火		水		木		金		土		日	
	本人	介護者	本人	介護者	本人	介護者	本人	介護者	本人	介護者	本人	介護者	本人	介護者
04:00														
05:00														
06:00														
07:00														
08:00														
09:00														
10:00														
11:00														
12:00														
13:00														
14:00														
15:00														
16:00														
17:00														
18:00														
19:00														
20:00														
21:00														
22:00														
23:00														
24:00														
01:00														
02:00														
03:00														
備 考														

XII. 今後の対応

1. 情報提供のみ	2. 他機関・他施設へ紹介(名称: _____) 担当者名: _____	)
3. 介護サービス計画のアセスメントを実施	4. その他(_____)	)

XIII. 介護支援サービスの終了

終了年月日	年 月 日	終了理由	1. 死亡 2. 転居(退所・退院) 3. 利用者の希望 4. その他(_____)
-------	-------	------	--

備考	
----	--

利用者家族等の状況(入所施設用)

I. 面会	[担当者名: _____]
家族・親族	1. 定期的 _____ 2. 不定期 _____ 3. ない _____ 4. その他(_____) (誰が・頻度は _____)
友人 知人	1. 定期的 _____ 2. 不定期 _____ 3. ない _____ 4. その他(_____) (誰が・頻度は _____)
後見人等	1. 定期的 _____ 2. 不定期 _____ 3. ない _____ 4. その他(_____) (誰が・頻度は _____)

II. 利用者の居所の変更の準備

居所の変更への準備	1. 準備ができている 2. 準備はできていない
-----------	--------------------------

備考	
----	--

アセスメント実施状況

I. アセスメント担当者

氏名(職種)		所属		氏名(職種)		所 属	
--------	--	----	--	--------	--	-----	--

II. アセスメント実施日

1回目	年 月 日	2回目	年 月 日	3回目	年 月 日
-----	-------	-----	-------	-----	-------

III. アセスメント実施場所

1. 居宅内	2. 入所(院)施設内(名称: _____)	3. その他(_____)
--------	------------------------	-----------------

IV. アセスメント理由

1. 初回アセスメント	2. 定期的アセスメント	3. 退所・退院計画アセスメント	4. 臨時アセスメント(理由: _____)
-------------	--------------	------------------	------------------------

V. アセスメントの情報源(情報提供者)

1. 本人	2. 同居家族(_____)	3. 別居家族・親族(_____)	4. 主治医
5. 自治体(_____)	6. 地域包括支援センター	7. その他(_____)	

VI. 情報利用の同意

☐ 本人情報	1. 本人	2. 家族(_____)	3. その他(_____)	☐ 家族情報	(_____)
-------------------------------	-------	----------------	-----------------	-------------------------------	-----------

備考	
----	--

アセスメント票

I. 健康状態

A. 健康状態全般

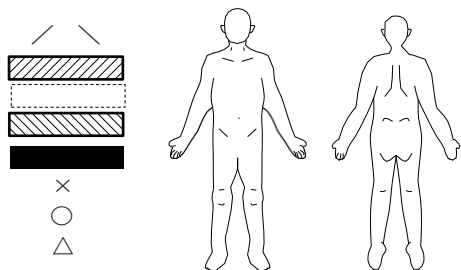
[担当者名: _____]

1) 現在の状態に関する既往歴										
★2) 主治の医師の意見 ※原則として直近の意見を記入										
主治医		医療機関・診療科名				医師名				
意見書の転記		住所		〒				電話等		
診 断 名				投 薬		意 見				
				☐						
				☐						
				☐						
症状の安定性		☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明								
生活機能の維持・改善		☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明								
感染症		☐ 有(具体的に)								
		☐ 無 ☐ 不明								
受診の頻度		☐ 通院 回/月 ☐ 訪問診療・往診 回/月 ☐ その他()								
3) 2)以外の医師・歯科医師の受診・意見										
1. 医療機関名/2. 診療科名(担当医)			主治の医師		診 断 名		投 薬		医 師 の 意 見	
1.							☐			
2. ()			☐				☐			
2. ()			☐				☐			
連絡先:										
受診の頻度		☐ 通院 回/月 ☐ 訪問診療・往診 回/月 ☐ その他()								
1. 医療機関名/2. 診療科名(担当医)			主治の医師		診 断 名		投 薬		医師の意見	
1.							☐			
2. ()			☐				☐			
2. ()			☐				☐			
連絡先:										
受診の頻度		☐ 通院 回/月 ☐ 訪問診療・往診 回/月 ☐ その他()								
4) バイタルサイン等一般状態(測定日: 年 月 日) ※体温～呼吸は必要に応じて測定、身長・体重は聞き取りを含む										
体温: ℃		脈拍: 回/分		血圧: / mmHg		呼吸: 回/分		身長: cm		体重: kg
一般状態 (複数回答)		1.発熱傾向		2.不整脈		3.呼吸困難		4.息切れ・動悸		5.意識障害
		6.めまい		7.不眠		8.手足のしびれ		9.疲労感、元気がない		
		10.せん妄		11.体調が不安定		12.体重の増減		13.その他()		
5) 自身の健康に関する理解や意識		1. なし								
		2. あり								
6) 終末期に関する意向の確認		1. なし								
		2. あり								
利用者本人および家族等の意見・要望				アセスメント担当者の判断(能力・問題等)				対応レベル1 健康状態全般		
☐ サービス利用 ☐ 特にない ☐ 不明				☐ 特にない ☐ 未決定 ☐ 非該当						
								0 1 2 3 4		

B.薬および医療器具とその対応

1)薬の使用	1. ない 2. ある				お薬手帳の有無	1. ない 2. ある
かかりつけ薬局	1. ない 2. ある	薬局名 住所	電話			
★2)5-1.薬の内服	1. 介助されていない 2. 一部介助 3. 全介助(⇒)					
3)服薬の支障	1. ない 2. ある	4)薬に対するアレルギー	1. ない 2. ある() 3. 不明			
★5)6. 過去14日間に受けた医療(複数回答可)						
処置内容 特別な対応 失禁への対応	1. 点滴の管理 2. 中心静脈栄養 3. 透析 4. ストーマ(人工肛門)の処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器) 7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養 10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 11. 褥瘡の処置 12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等) 13. 注射 14. 胃ろう 15. その他() 16. ない (⇒)					
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)			対応レベル2 薬・医療器具	
□サービス利用 □特にない □不明		□特にない □未決定 □非該当			0	1
					2	3
					4	4

C. 拘縮・麻痺・褥瘡および皮膚の状態(該当する項目がある場合は、身体図・皮膚の状態に詳しく記入)

★1)1-1. 麻痺等の有無(複数回答可)	1. ない 2. 左上肢 3. 右上肢 4. 左下肢 5. 右下肢 6. その他(四肢の欠損)					
★2)1-2. 拘縮の有無(複数回答可)	1. ない 2. 肩関節 3. 股関節 4. 膝関節 5. その他(四肢の欠損)					
3)褥瘡等の有無	1. ない 2. ある(下記のア～イに回答)					
ア. 褥瘡	1. ない 2. ある	イ. 褥瘡以外に処置や手入が必要な皮膚疾患等			1. ない 2. ある	
4)用具等	1. ない 2. ある[□エアマット □その他()]	5)痛み		1. ない 2. ある		
利き腕(□右 □左) □四肢欠損 □麻痺 □筋力の低下 □褥瘡 □その他皮膚疾患 □関節の拘縮 □失調・不随意運動 □その他			皮膚の状態(複数回答可) 1. 褥瘡(部位は身体図に図示) 程度、処置等 { } 2. おむつかぶれ 3. 老人性掻痒症 4. 疥癬 5. 乾燥してかきかきしている 6. 説明のつかない、あざ・火傷など 7. その他()			
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)			対応レベル3 拘縮・麻痺・褥瘡等	
□サービス利用 □特にない □不明		□特にない □未決定 □非該当			0	1
					2	3
					4	4

D.口腔内の状態および食事内容の状況

1)義歯	1. ない 2. ある(ブリッジ、総義歯)	歯の本数・欠損の有無 ()				
2)口腔内状態 (複数回答)	1. 口腔の炎症 2. むし歯 3. 義歯不良 4. 義歯管理不良 5. 咀嚼困難 6. 口臭・口腔の不潔 7. その他()					
3)1日の食事回数	回	4)食欲	1. ある(普通) 2. あまりない 3. 全くない			
5)1日にとる水分量	約 ml	6)脱水傾向	1. ない 2. ある()			
★7)2-3 えん下	1. できる 2. 見守り等 3. できない(⇒)					
8)口腔内の状況	1. かみ合わせの状態が悪い 2. 歯の汚れ 3. 歯の汚れ 4. 舌苔 5. 口臭 6. 口腔乾燥 7. 腫れ・出血がある					
9)食事の種類(複数回答)	1. 常食 2. きざみ食 3. 軟菜食 4. ミキサー・流動食 5. その他()					
10)食事量やバランス	1. 良い 2. 低栄養状態の徴候 3. 栄養バランスが悪い 4. その他() 5. 不明					
11)食事療法・治療食	1. ない 2. ある() 3. 不明					
12)アレルギー・制限食	1. ない 2. ある() 3. 不明					
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)			対応レベル4 口腔・食事	
□サービス利用 □特にない □不明		□特にない □未決定 □非該当			0	1
					2	3
					4	4

E.排泄の状況

1)症状有無 (複数回答)	尿 便	1.尿閉、排尿困難 2.頻尿 3.残尿感 4.尿失禁 5.尿路感染 6.その他()	1.便秘 2.便秘 3.残便感 4.下痢 5.その他()
2)尿意・便意	ア.尿意	1.ある 2.ときどきある 3.ない	イ.便意 1.ある 2.ときどきある 3.ない
排泄場所・方法	ア.尿		イ.便
排泄リズム	ア.尿		イ.便
排泄内容	ア.尿		イ.便
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)	
□サービス利用 □特にない □不明		□特にない □未決定 □非該当	
		対応レベル5 排泄の状態 0 1 2 3 4	

F.コミュニケーションにおける理解と表出の状況

★1)1-12.視力	1.普通(日常生活に支障がない) 2.約1m離れた視力確認表の図が見える 3.目の前に置いた視力確認表の図が見える 4.ほとんど見えない 5.見えているのか判断不能		
★2)1-13.聴力	1.普通 2.普通の声がやっと聞き取れる 3.かなり大きな声なら何とか聞き取れる ※聞き取りの明瞭さ() 4.ほとんど聞こえない 5.聞こえているのか判断不能		
3)補助具	ア.眼鏡 ウ.その他	1.不使用 2.使用(□適切 □不適切)	イ.補聴器 1.不使用 2.使用(□適切 □不適切)
4)症状(複数回答)	1.視野狭窄 2.めやに 3.耳鳴り 4.耳垢 5.その他()		
5)意思表示の手段 (複数回答)	1.会話 2.身ぶり・手ぶり 3.筆談 4.手話 5.スマートフォン等 6.その他()		
★6)3-1.意思の伝達	1.調査対象者が意思を他者に伝達できる 2.ときどき伝達できる 3.ほとんど伝達できない 4.できない		
7)指示への反応	1.介護者の指示が通じる 2.介護者の指示がときどき通じる 3.介護者の指示が通じない		
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)	
□サービス利用 □特にない □不明		□特にない □未決定 □非該当	
		対応レベル6 コミュニケーションにおける 理解と表出の状況 0 1 2 3 4	

II. 認知機能や判断能力

[担当者名:]

★1)認知機能	(3-2~3-7) 1.できる 2.できない (3-8~3-9) 1.ない 2.ときどきある 3.ある
3-2. 毎日の日課を理解することが	1 2 3-6. 今の季節を理解することが 1 2
3-3. 生年月日や年齢を言うことが	1 2 3-7. 自分がいる場所を答えることが 1 2
3-4. 面接調査の直前に何をしていたか思い出すが	1 2 3-8. 徘徊が 1 2 3
3-5. 自分の名前を言うことが	1 2 3-9. 外出すると戻れないことが 1 2 3
★2)精神・行動障害	1.ない 2.ときどきある 3.ある
4-1. 物を盗られたなどと被害的になることが	1 2 3 4-12. ひどい物忘れが 1 2 3
4-2. 作話をする事が	1 2 3 4-13. 意味もなく独り言や独り笑いをすることが 1 2 3
4-3. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	1 2 3 4-14. 自分勝手に行動することが 1 2 3
4-4. 昼夜の逆転が	1 2 3 4-15. 話がまとまらず、会話にならないことが 1 2 3
4-5. しつこく同じ話をする事が	1 2 3 ア. 実際にはないものが見えたり、聞こえることが 1 2 3
4-6. 大声をだすが	1 2 3 イ. 暴言や暴行が 1 2 3
4-7. 介護に抵抗することが	1 2 3 ウ. 火の始末や火元の管理ができないことが 1 2 3
4-8. 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	1 2 3 エ. 不潔な行為を行う(排泄物を弄ぶ)ことが 1 2 3
4-9. 1人で外に出たがり目が離せないことが	1 2 3 オ. 食べられないものを口に入れることが 1 2 3
4-10. いろいろなものを集めたり、無断でもってくる事が	1 2 3 カ. その他()
4-11. 物を壊したり、衣類を破いたりすることが	1 2 3
3)対応困難	1.ない 2.ある()
4)特別な対応(複数回答)	1.ない 2.非薬物療法 3.その他の対応()
5)意思決定を支援する環境	1.ない 2.ある()
利用者本人および家族等の意見・要望	
アセスメント担当者の判断(能力・問題等)	
□サービス利用 □特にない □不明 □特にない □未決定 □非該当	
対応レベル7 認知機能や判断能力 0 1 2 3 4	

Ⅲ. ADL

A. 寝返り・起き上がり・座位保持

[担当者名: _____]

★1)1-3. 寝返り	1. つかまらないうでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない(⇒)				
★2)1-4. 起き上がり	1. つかまらないうでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない(⇒)				
★3)1-5. 座位保持	1. できる 2. 自分の手で支えればできる 3. 支えてもらえればできる 4. できない(⇒)				
4)寝具(複数回答)	1. ベッド 2. ギャッジベッド(□電動 □手動) 3. ふとん 4. その他()				
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)			対応レベル8 寝返り・起き上がり・座位保持
□サービス利用 □特にない □不明		□特にない □未決定 □非該当			0 1 2 3 4

B. 立ち上がり・立位保持

★1)1-8. 立ち上がり	1. 支えなしでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない(⇒)				
★2)1-6. 両足での立位保持	1. 支えなしでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない(⇒)				
★3)1-9. 片足での立位保持	1. 支えなしでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない(⇒)				
4)立位の安定性(両足)	1. 安定 2. 不安定()				
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)			対応レベル9 立ち上がり・立位保持
□サービス利用 □特にない □不明		□特にない □未決定 □非該当			0 1 2 3 4

C. 移動

★1)1-7. 歩行	1. つかまらないうでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない				
★2)2-1. 移乗	1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助(⇒)				
★3)2-2. 移動	1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助(⇒)				
屋内補助具等 (複数回答)	1. 見守り・声かけ 2. 杖 3. 歩行器 4. シルバーカー 5. 車いす 6. その他() 7. 特にない				
屋外補助具等 (複数回答)	1. 見守り・声かけ 2. 杖 3. 歩行器 4. シルバーカー 5. 車いす 6. 自動車 7. バイク 8. 自転車 9. その他() 10. 特にない				
4)移動・移乗時の 安定性	1. 安定 2. 不安定() 3. 階段昇降の状況()				
認知症保険等の 加入の有無	1. あり(内容:) 2. なし				
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断			対応レベル10 移動
□サービス利用 □特にない □不明		□特にない □未決定 □非該当			0 1 2 3 4

D. 食事

★1)2-4. 食事摂取	1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助(⇒)				
2)補助具(複数回答)	1. 食器 2. 食事用具(スプーン等) 3. その他()				
3)主な食事場所 (複数回答)	1. ベッド・ふとんの上 2. 寝室(ベッド・ふとんから離れて) 2. 居間(日中主に過ごす部屋) 4. 食堂・台所 5. その他()				
4)飲水	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助(⇒)				
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)			対応レベル11 食事
□サービス利用 □特にない □不明		□特にない □未決定 □非該当			0 1 2 3 4

E. 排泄

★1)2-5. 排尿	1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助(⇒)					
2)排尿コントロール	1. できる 2. 時々失敗する 3. 失敗することが多い 4. できない 5. その他()					
3)使用している器具(複数回答)						
昼間	1. 洋式トイレ 2. 和式トイレ 3. ポータブルトイレ 4. おむつ 5. その他()					
夜間	1. 洋式トイレ 2. 和式トイレ 3. ポータブルトイレ 4. おむつ 5. その他()					
4)排尿介助の頻度	早朝	回	昼間	回	深夜	回 (⇒)
★5)2-6. 排便	1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助(⇒)					
6)排便コントロール	1. できる 2. 時々失敗する 3. 失敗することが多い 4. できない 5. その他()					
7)使用している器具(複数回答)						
昼間	1. 洋式トイレ 2. 和式トイレ 3. ポータブルトイレ 4. おむつ 5. その他()					
夜間	1. 洋式トイレ 2. 和式トイレ 3. ポータブルトイレ 4. おむつ 5. その他()					
8)排便介助の頻度	早朝	回	昼間	回	深夜	回 (⇒)
排泄に関する特記事項						
利用者本人および家族等の意見・要望			アセスメント担当者の判断(能力・問題等)		対応レベル12 排泄	
□サービス利用 □特にない □不明			□特にない □未決定 □非該当		0 1 2 3 4	

F. 入浴・衛生の保持

1)入浴形態 (複数回答)	1. 自宅入浴(□浴槽 □シャワー) 2. 訪問入浴 3. 施設入浴(□一般 □リフト □ストレッチャー) 4. 入浴していない(含清拭) 5. その他() 6. 不明														
2)浴槽出入り	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 4. 行っていない(⇒)														
★3)1-10. 洗身	1. 介助されていない 2. 一部介助 3. 全介助 4. 行っていない(⇒)														
4)自宅入浴用具 (複数回答)	1. バスボード 2. シャワーチェア 3. その他()														
5)入浴(清拭) 階数	1. 自宅-約()回/月 2. □訪問-約()回/月 施設-約()回/月 3. 清拭回数-約()回/ □日・□週・□月 4. その他()														
★6)清潔	1. 介助されていない 2. 一部介助 3. 全介助(下記の2-7～2-9、1-11を回答)														
2-7. 口腔清潔	1	2	3	2-8. 洗顔	1	2	3	2-9. 整髪	1	2	3	1-11. つめ切り	1	2	3
(⇒)															
利用者本人および家族等の意見・要望				アセスメント担当者の判断(能力・問題等)				対応レベル13 入浴・衛生							
□サービス利用 □特にない □不明				□特にない □未決定 □非該当				0 1 2 3 4							

G. 着替え

★1)衣服着脱	1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助 (下記の2-10、2-11およびウに回答)														
2-10. 上衣の着脱	1	2	3	4	2-11. ズボン等の着脱	1	2	3	4	ウ. その他()	1	2	3	4	
(⇒)															
2)衣服の工夫・着替えの補助具	1. あり() 2. なし														
利用者本人および家族等の意見・要望					アセスメント担当者の判断(能力・問題等)					対応レベル14 着替え					
□サービス利用 □特にない □不明					□特にない □未決定 □非該当					0 1 2 3 4					

IV. 家事・IADL

[担当者名: _____]

本人の能力	1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	担当者 (複数回答)	支障の程度	a. なし b. 時々・部分的 c. 常時・大部分
1) 居室の掃除	1 2 3 4	1. 本人 2. 家族()	3. サービス()	a b c
2) 洗濯	1 2 3 4	1. 本人 2. 家族()	3. サービス()	a b c
3) 寝具の整頓(清潔さ)	1 2 3 4	1. 本人 2. 家族()	3. サービス()	a b c
★4) 5-6. 簡単な調理	1 2 3 4	1. 本人 2. 家族()	3. サービス()	a b c
5) 食事準備・後片付け	1 2 3 4	1. 本人 2. 家族()	3. サービス()	a b c
★6) 5-5. 買い物	1 2 3 4	1. 本人 2. 家族()	3. サービス()	a b c
7) 電話の利用	1 2 3 4	1. 本人 2. 家族()	3. サービス()	a b c
8) 安全管理 (戸締まり・火元等)	1 2 3 4	1. 本人 2. 家族()	3. サービス()	a b c
9) 外出(含む通院・通所)	1 2 3 4	1. 本人 2. 家族()	3. サービス()	a b c
10) 冷暖房管理	1 2 3 4	1. 本人 2. 家族()	3. サービス()	a b c
11) 来客対応(郵便・宅配等)	1 2 3 4	1. 本人 2. 家族()	3. サービス()	a b c
12) ()	1 2 3 4	1. 本人 2. 家族()	3. サービス()	a b c
使用している器具等				
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)		対応レベル15 家事・IADL
□サービス利用 □特にない □不明		□特にない □未決定 □非該当		0 1 2 3 4

V. 生活の質(社会参加)と生活支援(権利擁護)

A. 生活の質(社会参加)

[担当者名: _____]

1) 生活の広がり (通院・通所を除く)	1. ベッド・ふとんの上中心 2. 寝室内中心 3. 屋内中心 4. 自宅(施設等)周辺へ外出 5. 交通機関等を利用して外出 6. その他() 7. 不明			
2) 日中の活動	1. よく動いている 2. 座っていることが多い 3. 横になっていることが多い			
★3) 2-12. 外出頻度	1. 週1回以上 2. 月1回以上 3. 月1回未満 □通院 □通所 □その他()			
4) 役割	1. ない 2. ある 3. 不明 □家事 □仕事・家業 □社会的活動 □その他()			
5) 趣味・楽しみ	1. ない 2. ある 3. 不明 □クラブ等 □テレビ □インターネット □その他()			
6) 友人・知人との交流 (3カ月以内)	1. ない 2. ある 3. 不明			
★7) 5-4. 集団への不適応	1. ない 2. ときどきある 3. ある			
8) 相談相手 (専門職以外)	1. いない 2. いる 3. 不明			
9) 生活(活動)への意欲	1. ある(普通) 2. あまりない 3. ない 4. その他 5. 不明			
10) 傷病・障害・加齢等 による喪失感・孤独感等	1. ない 2. ある 3. その他 4. 不明			
11) 生活の不活発化の原因	1. ない 2. ある			
12) 家族等への希望	1. ない 2. ある 3. 不明			
13) 生活場所の希望	1. 自宅 2. 施設等 3. 可能な限り自宅で最後は施設等 4. その他() 5. 不明			
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)		対応レベル16 生活の質(社会参加)
□サービス利用 □特にない □不明		□特にない □未決定 □非該当		0 1 2 3 4

B. 生活支援(権利擁護)

★1)5-3.日常の意思決定	1.できる 2.特別な場合を除いてできる 3.日常的に困難 4.できない(⇒) ※意思決定支援の方法() ※ACPに関する理解の有無(1.ある[] 2.ない)				
★2)5-2.金銭の管理	1.介助されていない 2.一部介助 3.全介助(⇒)				
3)財産の管理	1.自立 2.一部介助 3.全介助 4.不明(⇒)				
4)契約	1.自立 2.一部介助 3.全介助 4.不明(⇒)				
5)各種サービス・制度に関する知識	1.ある 2.あまりない 3.ほとんどない 4.その他()5.不明				
6)権利擁護制度・事業の利用希望	1.ある 2.ない 3.その他()4.不明				
7)介護上の問題 (複数回答)	1.介護の量・質の不足 2.本人の収入(年金)・財産に見合ったサービス利用がされていない 3.心身の安全の確保が不十分 4.その他()5.不明				
8)緊急時・災害時の対応	ア.緊急通報装置	1.ない 2.ある(⇒)			
	イ.対応手順(連絡先・入院先等)	1.決まっていない 2.決まっている(⇒)			
	ウ.避難行動計画・備蓄	1.ない 2.ある(⇒)			
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)			対応レベル17 生活支援(権利擁護)
□サービス利用 □特にない □不明		□特にない □未決定 □非該当			0 1 2 3 4

VI. 介護状況

A. 主介護者の状況

[担当者名:]

家族・親族の介護者の有無	□いる(以下の欄を記入) □いない(「B. 介護をめぐる家族・親族の支援態勢」へ)				
1)就寝場所	1.同室 2.隣室 3.隣室以外の別室 4.別階 5.その他() 6.別居				
2)健康状態	1.健康(普通) 2.あまり健康ではない 3.健康ではない 4.その他() ↳ [具体的に(疾病・通院等):]				
3)介護以外の役割 (複数回答)	1.就労 2.育児 3.就学 4.他の要介護者等 5.家事(□全般 □一部) 6.その他() ↳ [勤務時間・内容等:]				
4)介護期間	約 年 月	経過等			
5)介護の程度	1.毎日かかりきり 2.毎日だが、かかりきりではない 3.週に()日位 4.不明				
6)介護の影響 (複数回答)	1.自由時間がとれない 2.仕事に就けない・支障がある 3.家事や育児に支障がある 4.就学等に支障がある 5.休息(睡眠)時間が十分にとれない 6.その他()				
7)本人家族等への希望	1.ある() 2.ない 3.不明				
8)キーパーソン	1.本人 2.本人以外() 3.いない 4.不明				
9)介護負担	精神的負担	1.非常に負担 2.負担 3.あまり負担でない 4.全く負担でない 5.その他()			
	身体的負担	1.非常に負担 2.負担 3.あまり負担でない 4.全く負担でない 5.その他()			
10)介護継続意思	1.ある 2.あまりない 3.全くない(入所・入院希望) 4.その他() 5.不明				
11)趣味・楽しみ	1.ある() 2.ない 3.不明				
12)相談相手(専門職以外)	1.いる() 2.いない 3.不明				
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)			対応レベル18 主介護者状況
□サービス利用 □特にない □不明		□特にない □未決定 □非該当			0 1 2 3 4
1)各種サービスの知識	1.ある 2.あまりない 3.ほとんどない 4.その他() 5.不明				
2)介護の知識・技術	1.ある 2.あまりない 3.ほとんどない 4.その他() 5.不明				
3)介護教室等への参加	1.ない 2.ある 3.不明	主催者:			
		内容:			
		頻度:			
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)			対応レベル19 知識・技術
□サービス利用 □特にない □不明		□特にない □未決定 □非該当			0 1 2 3 4

B. 介護をめぐる家族・親族の支援態勢(家族・親族の介護者がいない場合は「利用者本人および家族等の意見・要望」及び「アセスメント担当者の判断(能力・問題等)」を記入)

1)副介護者	☐ いる[(複数いる場合は主な一人)氏名(続柄)()] ☐ いない[7)介護上の支障へ] ☐ 不明				
2)健康状態	1. 健康(普通) 2. 健康でない() ☐ 不明				
3)介護負担 (主介護者と同じ観点から評価)					
4)介護内容 (複数回答)	1. 家事(☐ 全般 ☐ 一部) 2. 身体介護(☐ 全般 ☐ 一部) 3. 外出付添い 4. その他() 5. 不明				
5)介護の程度	1. 毎日かかりきり 2. 毎日だが、かかりきりではない 3. 週に()日位 4. 不明				
6)その他の副介護者					
7)介護上の支障	1. ない 2. ある 3. 不明				
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)			対応レベル20 支援態勢
☐ サービス利用 ☐ 特にない ☐ 不明		☐ 特にない ☐ 未決定 ☐ 非該当			0 1 2 3 4

C. 地域による援助の実態と可能性

1)援助の実態	1. 親しい近隣・知人はいない 2. 親しい近隣・知人がいる 3. その他 4. 不明	援助の有無	1. ない 2. ある 3. 不明		
2)援助の希望	1. 援助を希望している 2. 援助を希望していない 3. その他() 4. 不明				
3)共同住宅の場合	管理人の有無 1. いる(協力体制:) 2. なし				
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)			対応レベル21 近隣知人の援助
☐ サービス利用 ☐ 特にない ☐ 不明		☐ 特にない ☐ 未決定 ☐ 非該当			0 1 2 3 4

D. サービス利用

1)利用中の各種サービス 制度に対する意見・不満等	1. ない(未利用を含む) 2. ある 3. 不明			
2)サービス提供者間の意見・ 方針の違い	1. ない(未利用を含む) 2. ある 3. 不明			
3)サービス提供上の支障	1. ない 2. ある 3. 不明	(山間部・豪雪等)		
4)各種制度利用 手帳取得の可能性	1. ない 2. ある 3. 不明			
5)サービス提供上のキーパーソン (介護支援専門員を除く専門職)	1. いない(未利用を含む) 2. いる 3. 不明	所属 氏名	職種	
6)利用意向	本人	1. 積極的 2. 消極的 3. 非常に消極的(拒否的) 4. 不明 5. その他()		
	家族	1. 積極的 2. 消極的 3. 非常に消極的(拒否的) 4. 家族間で意見が異なる 5. 不明(家族無しを含む) 6. その他()		
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)		対応レベル22 サービス利用
☐ サービス利用 ☐ 特にない ☐ 不明		☐ 特にない ☐ 未決定 ☐ 非該当		0 1 2 3 4

E. 経済状況

1)生計	1. 独立 2. 共同	2)金銭の管理者	1. 本人 2. 配偶者 3. 家族() 4. その他()	
3)現在の自己負担額	約()万円/月	自己負担可能額	約()万円/月	
4)過去1年間の住宅改修費	約()万円	過去1年間の機器購入費	約()万円	
5)経済的負担感	1. 非常に負担 2. 負担 3. あまり負担でない 4. 全く負担でない 5. その他()			
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)		対応レベル23 経済状況
☐ サービス利用 ☐ 特にない ☐ 不明		☐ 特にない ☐ 未決定 ☐ 非該当		0 1 2 3 4

F. 日課および週間予定から生じる介護上の問題

1)介護上の問題 (複数回答)	1. 日中独居 2. 夜間独居 3. 介護が不足する時間帯がある 4. 曜日によって介護態勢が変わる 5. 深夜・早朝に介護が必要 6. 本人が昼夜逆転した生活をしている 7. その他() 8. 不明				
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)		対応レベル24 日課・週間予定	
□サービス利用 □特にない □不明		□特にない □未決定 □非該当		0	1
				2	3
				4	

VII. 居住環境

A. 寝室(利用者本人が寝ている部屋)

1)階数	階	2)広さ	畳	3)専用室	1. 夫婦専用 2. 本人専用 3. ない 4. その他()
4)改造	1. ない 2. ある	□手すり □通報装置 □火災警報器 □自動消火器 □その他()			
5)生活支障・介護困難 (複数回答)	1. 狭い 2. 段差がある 3. 手すりが(□ない □不適切) 4. 床が滑る 5. 通風・換気が悪い 6. 採光・照明が悪い 7. 暖房が(□ない □不適切) 8. 冷房が(□ない □不適切) 9. 騒音がある 10. その他()				
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)		対応レベル25 寝室	
□サービス利用 □特にない □不明		□特にない □未決定 □非該当		0	1
				2	3
				4	

B. 居間(利用者本人が日中に主に過ごす部屋)

1)寝室との併用	□兼用(「C. トイレ」へ) □兼用ではない(以下の欄を記入)		2)階数	階	3)広さ	畳
4)改造	1. ない 2. ある	□手すり □通報装置 □火災警報器 □自動消火器 □その他()				
5)生活支障・介護 困難(複数回答)	1. 狭い 2. 段差がある 3. 手すりが(□ない □不適切) 4. 床が滑る 5. 通風・換気が悪い 6. 採光・照明が悪い 7. 暖房が(□ない □不適切) 8. 冷房が(□ない □不適切) 9. 騒音がある 10. その他()					
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)		対応レベル26 居間		
□サービス利用 □特にない □不明		□特にない □未決定 □非該当		0	1	2
				3	4	

C. トイレ

1)位置	1. 寝室と □隣接 □離れている		2. 居間と □隣接 □離れている		3. □使用 □未使用	
2)扉	1. 引き戸 2. 外開き 3. 内開き 4. その他()					
3)改造・ 福祉用具	1. ない 2. ある	□手すり □温水洗浄機能付便座 □通報装置 □その他()				
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)		対応レベル27 トイレ		
□サービス利用 □特にない □不明		□特にない □未決定 □非該当		0	1	2
				3	4	

D. 浴室・脱衣室

1) 浴槽	1. 据置き式 2. 埋込み式 3. ユニットバス(トイレと一緒に) 4. その他() 5. 無し				
2) 扉	1. 引き戸 2. 外開き 3. 内開き 4. その他()				
3) 改造・福祉用具	1. ある 2. ない	浴室 脱衣室	☐ 手すり ☐ 通報装置 ☐ 暖房 ☐ その他		
4) 生活支障・介護困難(複数回答)	浴室	1. 狭い 2. 段差がある 3. 手すりが(☐ ない ☐ 不適切) 4. 床が滑る 5. 通風・換気が悪い 6. 採光・照明が悪い 7. 暖房が(☐ ない ☐ 不適切/コンセント:有 ☐ 無 ☐) 8. その他()			
	脱衣室	1. 狭い 2. 段差がある 3. 手すりが(☐ ない ☐ 不適切) 4. 床が滑る 5. 通風・換気が悪い 6. 採光・照明が悪い 7. 暖房が(☐ ない ☐ 不適切/コンセント:有 ☐ 無 ☐) 8. その他()			
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)			対応レベル28 浴室・脱衣室
☐ サービス利用 ☐ 特にない ☐ 不明		☐ 特にない ☐ 未決定 ☐ 非該当			0 1 2 3 4

E. アプローチ・玄関・廊下・階段

1) 玄関の使用	1. 使用 2. ()から出入り 3. 出入りなし 2)エレベーター(マンションなどの場合) 1. ある 2. ない				
3) 改造	アプローチ	1. ない 2. ある[☐ 手すり ☐ スロープ ☐ その他()]			
	玄関(出入口)	1. ない 2. ある[☐ 手すり ☐ スロープ ☐ その他()]			
	廊下	1. ない 2. ある[☐ 手すり ☐ その他()]			
	階段	1. ない 2. ある[☐ 手すり ☐ 階段昇降機 ☐ その他()]			
4) 生活支障・介護困難(複数回答)	アプローチ	1. 狭い 2. 段差がある 3. 手すりが(☐ ない ☐ 不適切) 4. 路面が滑る 5. 階段の上り下りが困難 6. その他()			
	玄関(出入口)	1. 狭い 2. 段差がある 3. 手すりが(☐ ない ☐ 不適切) 4. 路面・床が滑る 5. その他()			
	廊下	1. 狭い 2. 段差がある 3. 手すりが(☐ ない ☐ 不適切) 4. 床が滑る 5. その他()			
	階段	1. 狭い 2. 階段の勾配が急 3. 手すりが(☐ ない ☐ 不適切) 4. 床が滑る 5. その他()			
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)			対応レベル29 玄関・アプローチ
☐ サービス利用 ☐ 特にない ☐ 不明		☐ 特にない ☐ 未決定 ☐ 非該当			0 1 2 3 4

F. 台所

1) 台所の使用(サービス以外)	1. 本人のみ 2. 家族と共用 3. 家族のみ 4. その他() 5. 不明				
2) 改造	1. ない 2. ある	☐ 手すり ☐ 電磁調理器 ☐ ガス漏れ警報器 ☐ 火災報知器 ☐ 自動消火器			
3) 生活支障・介護困難(複数回答)	1. 狭い 2. 段差がある 3. 手すりが(☐ ない ☐ 不適切) 4. 床が滑る 5. 通風・換気が悪い 6. 採光・照明が悪い 7. 暖房が(☐ ない ☐ 不適切) 8. 流し台が使いづらい 9. その他()				
利用者本人および家族等の意見・要望		アセスメント担当者の判断(能力・問題等)			対応レベル30 台所
☐ サービス利用 ☐ 特にない ☐ 不明		☐ 特にない ☐ 未決定 ☐ 非該当			0 1 2 3 4

[illegible]

(⇒介護サービス計画で対応を検討した場合は、「アセスメント要約表」の「追加」欄に記入)

VIII. アセスメント要約表

対応レベル項目		0. 対応レベル未決定／非該当						
		↓	↓	↓	↓	↓	↓	
		1. [居宅]居宅サービス計画で対応する課題なし [施設]施設サービス計画で対応する課題なし(基本サービス標準対応) 2. 意見・要望／能力・問題等があげられているが[居宅]当面、居宅サービス計画では対応しない [施設]基本サービスで対応する 3. 居宅・施設サービス計画で対応が必要な課題がある 4. 緊急に対応が必要な課題がある 居宅・施設サービス計画での対応の有無チェック欄						
Ⅰ	1. 健康状態全般	0	1	2	3	4	☐	Ⅰ. 健康状態
	2. 薬・医療器具	0	1	2	3	4	☐	
	3. 拘縮・麻痺・褥瘡等	0	1	2	3	4	☐	
	4. 口腔・食事	0	1	2	3	4	☐	
	5. 排泄の状態	0	1	2	3	4	☐	Ⅱ. 認知機能や判断能力
	6. コミュニケーションにおける理解と表出の状況	0	1	2	3	4	☐	
Ⅱ	7. 認知機能や判断能力	0	1	2	3	4	☐	
Ⅲ	8. 寝返り・座位保持等	0	1	2	3	4	☐	Ⅲ. ADL
	9. 立ち上がり・立位保持	0	1	2	3	4	☐	
	10. 移動	0	1	2	3	4	☐	
	11. 食事	0	1	2	3	4	☐	
	12. 排泄	0	1	2	3	4	☐	Ⅳ. 家事・IADL
	13. 入浴・衛生	0	1	2	3	4	☐	
14. 着替え	0	1	2	3	4	☐		
Ⅳ	15. 家事・IADL	0	1	2	3	4	☐	
Ⅴ	16. 生活の質(社会参加)	0	1	2	3	4	☐	Ⅴ. 生活の質と生活支援
	17. 生活支援(権利擁護)	0	1	2	3	4	☐	
Ⅵ	18. 主介護者の状況	0	1	2	3	4	☐	Ⅵ. 介護状況
	19. 知識・技術	0	1	2	3	4	☐	
	20. 支援態勢	0	1	2	3	4	☐	
	21. 近隣知人の援助	0	1	2	3	4	☐	
	22. サービス利用	0	1	2	3	4	☐	
	23. 経済状況	0	1	2	3	4	☐	
24. 日課・週間予定	0	1	2	3	4	☐		
Ⅶ	25. 寝室	0	1	2	3	4	☐	Ⅶ. 居住環境
	26. 居間	0	1	2	3	4	☐	
	27. トイレ	0	1	2	3	4	☐	
	28. 浴室・脱衣所	0	1	2	3	4	☐	
	29. アプローチ・玄関・廊下・階段	0	1	2	3	4	☐	
	30. 台所	0	1	2	3	4	☐	
追加	31. その他	0	1	2	3	4	☐	
	32. その他	0	1	2	3	4	☐	
[全体のまとめ]								

アセスメント要約日	年 月 日	要約責任者	
-----------	-------	-------	--

(ケアプラン番号: P:)

『居宅サービス計画』

(記入担当者: 記入日: 年 月 日)

[illegible]

(※) 家族等の介護が計画に含まれる場合には、その内容も記入すること。(注) 記入欄が不足する場合は、同様の様式を追加して記入すること。

課題番号	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目 標 (目標を達成すべき時期を明記する 必要のあるものは時期を記入)	サービス内容(提供期間を明記する必要のあるものは「頻度」の欄に記入)			費 用(円)	
			サービス内容 (サービス番号)	サービス種別(※)	頻度	サービス費用 (全額)	自己負担
居宅サービス計画(モニタリング)の有効期限：年 月 日まで				サービス費用合計	(円)	自己負担合計	(円)
未充足ニーズ一覧(利用者本人・家族等／担当者)					備 考		

(※) 家族等の介護が計画に含まれる場合には、その内容も記入すること。(注) 記入欄が不足する場合は、同様の様式を追加して記入すること。

(ケアプラン番号: P:) 『サービス実行・モニタリング記録表 (居宅サービス計画用)』 (記入担当者: 記入日: 年 月 日)

[illegible]

(※) 家族等の介護が計画に含まれる場合には、確認すること。(注) 記入欄が不足する場合は、同様の様式を追加して記入すること。

(ケアプラン番号: P:) 『サービス実行・モニタリング記録表(居宅サービス計画用)』 (記入担当者: 記入日: 年 月 日)

サービスの実行確認(サービス種別毎)及び確認方法							利用者本人・家族等の意見・要望				ニーズ充足度		今 後 の 対 応	
課題番号	サービス番号	1. 計画通り実行 2. 一部実行 3. 実行してない 4. その他 5. 不明		1. 提供機関 2. 利用者本人 3. 家族 4. 連絡ノート 5. その他 6. 不明		確認 期日	1. 満足している 2. ある程度満足している 3. 満足していない 4. その他 5. 不明				1. ニーズ充足 2. ニーズ一部充足 3. 変化なし 4. ニーズ拡大 5. その他 6. 不明		1. サービス継続 2. サービス一部変更 3. サービス変更 4. サービス中止・終了 5. その他	
							利用 者 本 人	家 族 等						
居 宅 サ ー ビ ス 計 画 の 一 部 変 更 等										モ ニ タ リ ン グ の 総 括				
										再アセスメント必要性: ☐ なし ☐ あり(実施予定日 年 月 日)				

(※) 家族等の介護が計画に含まれる場合には、確認すること。(注) 記入欄が不足する場合は、同様の様式を追加して記入すること。

(ケアプラン番号: P:)

『施設サービス計画書』

(記入担当者: 記入日: 年 月 日)

[illegible]

(※) 計画の中に家族等の関わりが含まれる場合には、その内容も記入すること。(注) 記入欄が不足する場合は、同様の様式を追加して記入すること。

P:)

『施設サービス計画書』

(記入担当者: 記入日: 年 月 日)

課題番号	対応レベル2	生活全般の解決すべき課題(ニーズ) (対応レベル2の場合は、基本サービスで対応すべき具体的内容)	目 標 (目標を達成すべき時期を明記する 必要のあるものは時期を記入)	サービス内容(提供期間を明記する必要があるものは「頻度」の欄に記入)			給付外自己負担 (円)
				サービス内容	担 当 者(※)	頻 度	
施設サービス計画(モニタリング)の有効期限: 年 月 日まで					一割負担+食事代	給付外自己負担	(円)
未充足ニーズ一覧(利用者本人・家族等/担当者)					(円)	自己負担合計	(円)
					備考		

(※) 計画の中に家族等の関わりが含まれる場合には、その内容も記入すること。(注) 記入欄が不足する場合は、同様の様式を追加して記入すること。

(ケアプラン番号: P:) 『サービス実行・モニタリング記録表(施設サービス計画用)』 (記入担当者: 記入日: 年 月 日)

[illegible]

(※) 計画の中に家族等の関わりが含まれる場合には、確認すること。(注) 記入欄が不足する場合は、同様の様式を追加して記入すること。

(ケアプラン番号: P:) 『サービス実行・モニタリング記録表(施設サービス計画用)』 (記入担当者: 記入日: 年 月 日)

施設サービス計画実行・基本サービス対応の確認				利用者本人の意見・要望		ニーズ充足度		今 後 の 対 応	
課題番号	対応レベル		確認 期日						
	2	1. 計画通り実行／基本サービスで対応 2. 一部計画通り実行／基本サービスで対応 3. 実行していない 4. その他 5. 不明		1. 満足している 2. ある程度満足している 3. 満足していない 4. その他 5. 家族等の意見・要望 6. 不明		1. ニーズ充足 2. ニーズ一部充足 3. 変化なし 4. ニーズ拡大 5. その他 6. 不明		1. ケア継続 2. ケア一部変更 3. ケア変更 4. ケア中止・終了 5. その他	
施設サービス計画の一部変更等						モニタリングの総括			
						再アセスメント必要性: ☐ なし ☐ あり(実施予定日 年 月 日)			

(※) 計画の中に家族等の関わりが含まれる場合には、確認すること。(注) 記入欄が不足する場合は、同様の様式を追加して記入すること。

○対応レベルの定義

対応レベル0	
[居宅]未決定／非該当	[施設]未決定／非該当
「未決定」は、本来アセスメントを行うべきであるのに、面接時間の制約などにより判断に必要な情報が不足していて対応レベルの判断を保留している場合に選択する。 この場合はできるだけ早く情報を収集してアセスメントを行い、対応の必要性を判断する必要がある。 再度、アセスメントを行い、対応レベルを「2」とした場合はモニタリングでの見守りが、「3」となった場合には居宅サービス計画に反映させる必要がある。また「4」となった場合は、居宅サービス計画の変更前でも対応が必要になることがある。 「非該当」は、利用者の心身の状況や家族介護者の状況などから、アセスメント項目が該当しない場合やアセスメントの必要がない場合に選択する。	「未決定」は、本来アセスメントを行うべきであるのに、面接時間の制約などにより判断に必要な情報が不足していて対応レベルの判断を保留している場合に選択する。この場合はできるだけ早く情報を収集してアセスメントを行い、対応の必要性を判断する必要がある。 再度、アセスメントを行い対応レベルを「2」とした場合は基本サービスで対応し、「3」となった場合は施設サービス計画に反映させる必要がある。また「4」となった場合は、施設サービス計画の変更前でも対応が必要となることがある。 「非該当」は、利用者の心身の状況や家族介護者の状況などから、アセスメント項目が該当しない場合に選択する。
対応レベル「0」を選択した場合、未決定なのか非該当なのかを区別するために、「アセスメント担当者の判断(能力・問題等)」欄の該当する□にチェックを入れる必要がある。	

対応レベル1	
[居宅]居宅サービス計画で対応する課題なし	[施設]施設サービス計画で対応する課題なし(基本サービス標準対応)
「利用者本人および家族等の意見・要望」欄と「アセスメント担当者の判断(能力・問題等)」欄に、とくに記載がない場合に選択する。 この場合、原則として居宅サービス計画において対応する必要はない。	「利用者本人および家族等の意見・要望」欄と「アセスメント担当者の判断(能力・問題等)」欄に、とくに記載がない場合に選択する。 この場合、原則として基本サービスをそのまま提供して対応することになる。食事を例にすると、見守りや軟菜食対応などとくに必要ないので、基本サービスである食事をそのまま提供する。 なおADLに関する項目などの場合、自立でありサービスそのものが必要ないこともある。例えば、歩行がある程度自立していて見守りや歩行介助も特に必要ない場合、基本サービスに該当するサービスを提供しないこともある。

対応レベル2	
[居宅]意見・要望／能力・問題等があげられているが、当面、居宅サービス計画では対応しない	[施設]意見・要望／能力・問題等があげられているが、基本サービスで対応する
「利用者本人及び家族等の意見・要望」欄および／あるいは「アセスメント担当者の判断(能力・問題等)」欄に何らかの記載があるが、当面、居宅サービス計画では対応しない場合に選択する。 それぞれの欄に、何らかの記載があっても、現状では本人や家族だけで何とか対応できる、あるいは家族だけで対応したいなど、当面は居宅サービス計画において対応を行わない場合に選択する。「しばらく様子を見守る」などという場合も含まれる。しかし、いずれ何らかの対応が必要となる可能性があるため、モニタリングの過程で注意して見守っていく必要がある。	「利用者本人及び家族等の意見・要望」欄および／あるいは「アセスメント担当者の判断(能力・問題等)」欄に何らかの記載があるが、基本サービスで対応する場合に選択する。 この場合は記載されたことに対して基本サービスの中で個別に対応する。食事を例にすると、見守りや軟菜食対応を行うことなどである。施設サービス計画において対応は行わないが、基本サービスの範囲内で対応を検討する場合が該当する。 なお、基本サービスの範囲の考え方については施設によって異なる可能性があり、同様のサービスであっても、ある施設では基本サービスの中での対応(対応レベル:2)とされ、別の施設では施設サービス計画に上げての対応(対応レベル:3)となることがある。

対応レベル3	
[居宅]居宅サービス計画で対応が必要な課題がある	[施設]施設サービス計画で対応が必要な課題がある
「利用者本人及び家族等の意見・要望」欄および／あるいは「アセスメント担当者の判断(能力・問題等)」欄に何らかの記載があり、居宅サービス計画で対応が必要な場合を選択する。 対応が必要であるが、社会資源等の理由により対応ができない場合は「未充足ニーズ」となる。その場合は、アセスメント要約表において対応レベル「3」となるが、居宅サービス計画で対応していないので、「居宅・施設サービス計画での対応有無チェック欄」が空欄となる。	「利用者本人及び家族等の意見・要望」欄および／あるいは「アセスメント担当者の判断(能力・問題等)」欄に何らかの記載があり、施設サービス計画で対応が必要な場合を選択する。 対応が必要であるが、社会資源等の理由により対応ができない場合は「未充足ニーズ」となる。その場合は、アセスメント要約表において対応レベル「3」となるが、施設サービス計画で対応していないので、「居宅・施設サービス計画での対応有無チェック欄」が空欄となる。 なお、基本サービスの範囲の考え方については施設によって異なる可能性があり、同様のサービスであっても、ある施設では基本サービスの中での対応(対応レベル:2)とされ、別の施設では施設サービス計画に上げての対応(対応レベル:3)とされることがある。

対応レベル4	
[居宅]緊急に対応が必要な課題がある	[施設]緊急に対応が必要な課題がある
「利用者本人及び家族等の意見・要望」欄および／あるいは「アセスメント担当者の判断(能力・問題等)」欄に何らかの記載があり、緊急に対応が必要な場合を選択する。この場合、正式な居宅サービス計画あるいは施設サービス計画が作成される前にサービスを提供するなどの対応が必要となることもある	

※「基本サービス」は、「施設サービス計画書標準様式及び記載要領」における「共通サービス」に該当する。



〒160-0004 東京都新宿区四谷1丁目13番地 カタオカビル2階

TEL(03)3355-6541 FAX(03)3355-6543

ホームページURL:<https://www.jacsw.or.jp/>

E-mail: info@jacsw.or.jp

本様式を許可なく複製することを禁じます。