

平成29年度沖縄県
ケアマネジメント
適正化推進事業

沖縄県版共通アセスメント様式 活用マニュアル (Ver. 2.0)

令和元年5月

一般社団法人 沖縄県介護支援専門員協会

目次

はじめに	3
Ver.2.0 の変更点及びシステム化での注意点	4
沖縄県版共通アセスメント様式の特徴	5
1. 基本情報に関する項目	6
(1) 作成日・作成者・利用者・家族の望む生活・ジェノグラム	
(2) 家族情報・主介護者・緊急搬送先・今までの生活・趣味・一日の過ごし方	
(3) 認定情報・自立度・病名・受診状況	
(4) 住居の状況	
(5) 制度利用状況	
(6) 利用しているサービス	
2. ICF（国際生活機能分類）の概要	10
3. アセスメント・課題整理総括表の記入の順番と考え方の例	12
4. アセスメントチェックシート	13
(1) 利用者名・健康状態	
(2) 原因・状況の事実（状態）	
(3) 根本的な原因・要因	
(4) 課題・ストレングス	
(5) 環境因子・個人因子	
(6) 関連項目・見通し	
5. 課題整理総括表	15
(1) 改善／維持の可能性・ニーズ・優先順位	
6. 入院時情報共有シート	16
沖縄県版共通アセスメント様式記載例	17
・基本情報シート	
・アセスメントチェックシート	
・課題整理総括表	
沖縄県版共通アセスメント様式	24
・基本情報シート	
・アセスメントチェックシート	
・課題整理総括表	
・入退院情報共有シート	

沖縄県版共通アセスメントシート活用マニュアル(Excel版)

はじめに

介護支援専門員が行うケアマネジメントは利用者の「尊厳の重視」や利用者の「自立した生活」を支援し、本人の希望や必要性を踏まえてケアプランを作成する上で土台となる部分です。

今般、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」(平成29年法律第52号)により、全市町村が保険者機能を発揮し、地域包括ケアシステムの構築を通じた自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みと、都道府県は保険者を総合的に支援する仕組みが構築されました。主体的に地域住民が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる地域包括ケアシステムの構築の一端を担う保険者と職能団体が連携し、「自立支援・重度化防止」への取り組みを推進することが当面の課題と謳われてきました。

社会保障審議会において、介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会(平成25年1月7日)では、①介護保険の理念である「自立支援」の考え方が、十分共有されていない。②利用者像や課題に応じた適切なアセスメント(課題把握)が必ずしも十分でない等が指摘されています。

当協会は、「平成29年度ケアマネジメント適正化推進事業」を受託し、①保険者及び一般社団法人沖縄県介護支援専門員協会による連絡協議会の設置により、自立支援・重度化防止の取り組みに向けた連携推進体制の構築。②多職種による適切かつ円満なケアプラン確認が可能となるための共通アセスメント様式等の整備。③地域ケア会議を活用としたケアマネジメントの構築に向けた共通アセスメント様式の整備等を改善する観点から、保険者と共通のものさしで意見交換ができる共通アセスメントシートの作成に取り組むことになりました。

この共通アセスメントシートは、ICF(国際生活機能分類)やストレングスの視点を取り入れつつ、ケアマネジメント思考プロセスを重視し、かつ可視化したものとなっています。状態の把握、課題、ニーズ抽出に至る流れを示すことにより、より根拠のあるプラン作成が可能であり、さらに業務負担とならないように工夫しております。今後、法定研修等での活用も予定しています。

今回、共通アセスメントシートマニュアルを作成するにあたり、ご協力をいただいた保険者、連絡協議会の皆様方、アドバイザーの松川様、県の関係者の皆様方におかれましては、今後ともご指導を頂けますよう祈念し、心よりお礼申し上げます。

平成30年2月

一般社団法人 沖縄県介護支援専門員協会

沖縄県版共通アセスメント Ver. 2.0 での主な変更点

1. アセスメントシートをA3縦型、1枚へ集約、入力項目の削除 **NEW**

Ver1.0でのアセスメントシートは、A3横2枚組構成でしたが、Ver2.0でA3縦1枚に集約しました。これにより、シートの視認性が改善され、利用者の全体像が更に把握しやすくなりました。また「関連項目」を削除し、入力の簡素化を図りました。

2. 医療連携シート **NEW**

医療連携シートが作成できるようになりました。必要最低限の記入で、医療機関への連携シートが作成できます。入院時等の情報提供にご活用ください。

3. A4印刷対応 **NEW**

A4印刷用「基本情報シート」「アセスメントシート」を準備しました。FAX送信やファイリングの際にご活用ください。

沖縄県版共通アセスメントシートのシステム導入について

沖縄県版共通アセスメントシートは現在、当協会ウェブサイトよりEXCEL様式にて提供しておりますが、昨今、事業所等より、業務システムへ様式を取り込み、活用してもよいか、との問い合わせをいただきます。県協会といたしましては、沖縄県版共通アセスメントシートが様々な形で普及していくことについては大変うれしいことであり、それを拒むものではありませんが、以下に挙げる条件のもとに、様式の使用をしていただくよう、お願い申し上げます。

1. 使用料等については、無償といたします。
2. 業務システム等への導入の際には、マニュアル、記入例等を参考の上、沖縄県版共通アセスメントシートの目指す方向性、理念等をご理解いただき、可能な限り忠実な形での導入をお願いいたします。
3. 万一システム導入に伴い損害等が発生した場合においても、沖縄県介護支援専門員協会はその責任を一切負いません。
4. 導入の際には、名称「沖縄県版共通アセスメントシート」の使用、及び「©2018 沖縄県介護支援専門員協会」のコピーライト表示をお願いいたします。

沖縄県版共通アセスメント様式の特徴

1. アセスメント思考の流れを可視化

2. ICFの視点で総合的にケアマネジメント

3. 課題整理総括表と連動し、多職種協働での活用

1. アセスメント思考の流れを可視化

従来のアセスメントシートはA4ベースで数ページから数十ページに及ぶものが多く、介護支援専門員の思考の流れを分断しているのではないかと考えました。

そこで、俯瞰的な視点で利用者の全体像を把握したり、アセスメント思考の流れを可視化したりできるよう、A3縦フォーマット1枚を採用しました。利用者の状態把握から課題の抽出、ニーズに至る過程を、ページをめくることなく見渡すことで、根拠のあるプラン作成が可能となります。

2. ICFの視点で総合的にケアマネジメント

共通アセスメントシートは、ICF（国際生活機能分類）の視点を取り入れました。ICFとは「生きることの全体像」を把握するための「共通言語」です。利用者の機能、生活背景は様々です。それを個別的・全人的に捉え、マイナス面（問題）だけではなく、プラス面（ストレングス）も含めて総合的に確認しながら、各要素の相互作用の中で、より良く生きるためのプランづくりへつな갑니다。

3. 課題整理総括表と連動し、多職種協働での活用

課題整理総括表は、サービス担当者会議や地域ケア会議等の多職種協働の場において、専門職として関係者に対し、要介護者等の課題を把握した経緯をわかりやすく説明するためのツールとして、厚生労働省より提示されたものです。介護支援専門員が利用者の状況等を把握、情報の整理、分析を通じて課題を導き出した過程を明らかにできるため、現在、県・保険者の指導や研修等で活用されています。本共通アセスメントシートは、作成する過程で課題整理総括表へリンクし、ほぼ完成するという特長があります。

1. 基本情報に関する項目

(1) 作成日・作成者・利用者・家族の望む生活・ジェノグラム

受付日
受付した日を記載。

作成日
このアセスメントを作成した日付を記入。
※例 「4/1」と入力すれば年も含めて自動的に入力されます。
※「年齢」は「作成日」より起算。「令和元年」ではなく「令和1年」と記入して下さい。 **NEW**

作成者
作成した介護支援専門員の指名を記載。

作成日	平成30年1月8日	現在	作成者	ケアマネ太郎
-----	-----------	----	-----	--------

受付日	平成30年1月8日	受付対応者	ケアマネ太郎	受付方法	電話 ()
相談者氏名	沖縄太郎	続柄	家族 ()	連絡先	000-000-0000
アセスメント理由	初回 ()	実施場所	自宅 ()		

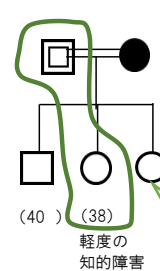
相談者氏名
紹介先が事業所の場合、事業所名を記載。

アセスメント理由
アセスメントを行った理由を選択式で記載。

実施場所
実施場所を選択式で記載。

※場所が**自宅以外**の場合、できるだけ早い時期に自宅での再アセスメントを行うことが望ましい。

生年月日
昭和10年1月15日
生まれの場合「s10/1/15」と入力。

被保険者番号	0000000000			年齢 NEW	上記「作成日」から起算して計算、作成日時点の年齢が表示されます。	
利用者情報	ふりがな氏名	おきなわ さぶろう	性別	男	生年月日	昭和23年2月12日 (69 歳)
	住所	〒000-0000 沖縄県〇〇市〇〇1-2-3		Tel/Fax	098-000-0000	
				携帯	090-0000-0000	
				E-mail	〇〇@0000.co.jp	
	相談の経緯	近所に住む民生委員より、地域包括支援センターへ相談があり。親子で暮らしているが、本人が最近道に迷ったりしたり、閉じこもりの生活になっている、同居長女も知的障害があるので心配とのことで、包括の社会福祉士より連絡、同行訪問をする。				
利用者・家族の望む生活	利用者と家族の望む生活 (利用者)	家族関係等で特記すべき事項	世帯 ()			
	家族の望む生活 (家族)	家族状況 (ジェノグラム)	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>(40) (38) 軽度の知的障害</p> </div> </div>			

家族の望む生活
誰の思いかをはっきりさせるため冒頭に「妻:」や「長男:」等と記載。
※セル内の改行はALTキー+改行キー

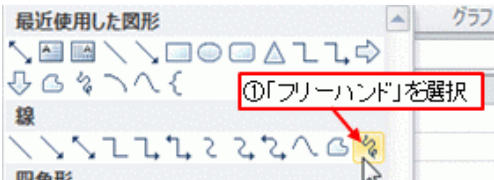
利用者の望む生活
暮らしてきた中で、大切にしてきたこと、価値観等を記載。

特記事項
家族関係で共有すべき事項がある場合に記載。

家族状況
家族の状況について、ジェノグラムで記載。
※シートの下部に部品を準備。

※同居を示すラインの記入方法
メニュー「挿入」→「図形」→「線」内のフリーハンドを選択、記入後に書式「図形の塗りつぶし」「塗りつぶしなし」を選択

最近使用した図形



①「フリーハンド」を選択

6

(2) 家族情報・主介護者・緊急搬送先・今までの生活・趣味・一日の過ごし方

家族情報	介護者	氏名	続柄	同居・別居	住所	連絡先	
	<input checked="" type="radio"/>	沖縄 花子	長女	同居	本人と同じ	Tel/Fax	
	<input type="radio"/>	沖縄 太郎	長男	別居	〇〇県〇〇市	※携帯	
					E-mail		
					Tel/Fax	090-0000-0000	
					※携帯	00@000.00	

介護者
主介護者の場合「○」を選択。

連絡先
緊急時にも必ず連絡が取れるよう、可能な限り複数の連絡先を記載しましょう。なお連絡先の本人へは記載する旨の同意を取っておきましょう。

緊急搬送先 (主治医)	医療機関名	主治医名	住所	連絡先
	〇〇市立病院	〇〇	〇〇県〇〇市	000-0000

今までの生活	生活歴	(これまでの職歴、家庭生活、習慣など)		趣味・好きなこと
		〇〇市生まれ。若い頃は建設作業員などをしてきた。28歳の頃建築関係の事業所を経営、一時期は50名あまりを雇用していた。同時期に結婚、1男2女をもうける。会社経営は65歳ごろまで続けていたが、その頃に妻が病死、生活への気力を失い事務所を閉めてしまう。その頃から飲酒量が増え始め、外にも余り出なくなった。		囲碁、将棋、カラオケ、公民館の草むしり
			日中の活動性	座っていることが多い
			外出の頻度	週1回以上

生活歴
利用者がこれまで生活してきた中で、主要な出来事を時系列で記載。

※職歴や仕事、生きがいを持って行ってきたことなど、利用者のライフスタイルを確認することで、本人主体のプラン作成につながります。

趣味・好きなこと
現在だけでなく、過去に取り組んでいた「特技・趣味・楽しみ」などを確認することで、利用者らしさを発見する鍵となります。

現在の生活状況	1日の過ごし方	(起床・食事・日中の過ごし方・入浴・就寝など)		
		時間	本人	介護者・家族
	<p>1日の過ごし方 起床から就寝までの生活習慣（食事、入浴、散歩など）や日課（家事、買い物、趣味など）を記載。</p>	9:00	起床	
		9:30	朝食	配膳、片付け
		10:00	テレビ	
		12:00	昼食	配膳、片付け
		15:00	飲酒始める	
		18:00	夕食	配膳、片付け
		19:00	入浴	見守り
		22:00	就寝	

本人
本人が行っていることを記載。

介護者・家族
介護者や家族が手助けしていることを記載。

(3) 認定情報・自立度・病名・受診状況

認定情報	認定区分	要介護1		認定年月日	平成29年12月25日		
	区分支給限度額	16万6,920円		認定期間	平成30年1月1日 ~ 平成30年12月31日 (12ヶ月)		
障害高齢者の日常生活自立度		A2		認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱb 診察日(判定日) 平成29年11月30日		
現在の受診状況	病名	アルツハイマー型認知症		高血圧症			
	発症年月日	平成27年4月25日		平成27年4月25日			
	薬の有無	有 ()		有 ()			
	受診	状況	通院		通院		
		頻度	定期		定期		
	医療機関	〇〇市立病院		同左			
	主治医	〇〇 〇〇		同左			
連絡先	000-0000		同左				
特記・備考	(症状、痛み、生活上配慮すべき課題など) 物忘れがあり、数日に1回は薬を飲み忘れる。痛みなどは特記しない。						
	<p>病状等についての特記・備考 主治医意見書を参考に、医師の指示や本人の病識等、特記すべき事項を記載。</p> <p>症状、痛み、生活上配慮すべき課題なども併せて記載。</p>						

病名・受診状況等
主治医意見書の情報や利用者・家族からの聴取を基に記載。

主な病名と服薬の状況について新しいものから順に記載します。

(4) 住居の状況

住居の状況	住居	戸建(平屋)		() (間取図)			
	所有形態	持ち家	エレベーター	無			
	居室	専用居室	有 (6畳)	段差	有		
		手すり	無	寝具	布団	冷暖房	有
	トイレ	便器	洋式	段差	有	手すり	無
		他					
	浴室	浴槽	有	段差	有	手すり	無
シャワー		有	他				
特記事項	築30年の平屋に住む。玄関やトイレ、浴室に段差多い。						

本人の住居環境について記載。専用居室は〇畳と広さを記載することでより具体的になります。



間取図
シート右の部品を利用し、間取図を作成。

※段差部分には▲を配置。

住居の状況
住民票上の住所に限らず、実際に利用者が生活をしている場所の状況について記載。

(5) 制度利用状況

制度利用状況	住宅改修	無 ()		福祉用具購入	無 ()			
	年金種別	国民年金 ()	指定難病	無 ()		療育手帳		
	介護保険負担割合	1割	生活保護	無	障害福祉サービス等	無	身体障害者手帳	無
	介護保険限度額認定証	不明	医療保険負担割合	1割	日常生活自立支援事業	無	成年後見制度	無
特記	年金額が月に7万円程度。娘の障害年金も合わせると月10万程度の生活費。持ち家で家賃等がかからないが、飲酒量が増え食費を抑えたり、食へなかったりすることもある。							

制度利用状況・特記
介護保険制度以外の利用で、特記すべき事項があれば記入。

(6) 利用しているサービス・リビング・ウィルなど

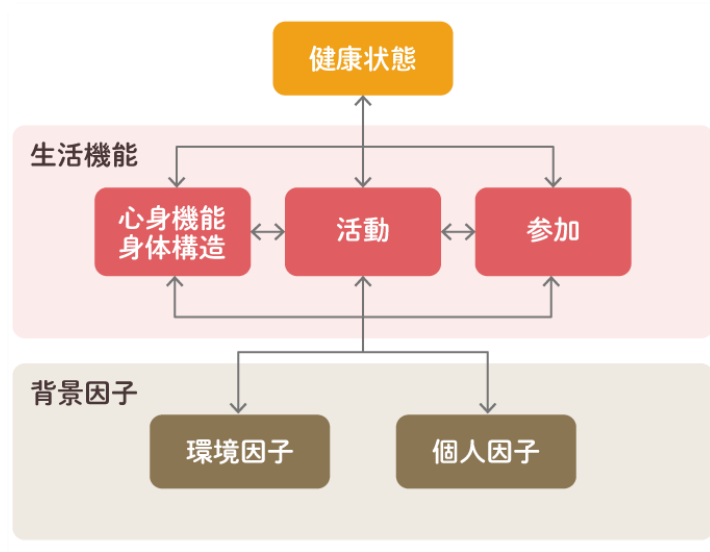
		サービス内容	頻度	事業所・ボランティア団体等	特記 (TEL・FAX等)
利用しているサービス	フォーマル				
	インフォーマル	見守り訪問		民生	
終末期における本人・家族の意向確認 ACP・リビングウィル等			無		

フォーマルサービス
デイサービス等、現在利用しているフォーマルなサービスについて記載。

インフォーマルサービス
ボランティアなどインフォーマルなサービスについて、記載。

終末期における本人・家族の意向確認等 **NEW**
本人や家族間でその方向性について、話し合いをもち、決めているのかの確認。

2. ICF（国際生活機能分類）の概要



ICF（国際生活機能分類）モデル図

このモデル図が示すとおり、ICFにおける生活機能や因子の各要素は、良いことも悪いことも相互に影響を与えあう関係です。共通アセスメントシートでは、問題などマイナス面のみにとらわれるのではなく、その人の持っているプラス面（ストレンクス）も総合的に理解し、問題解決につなげていけるような視点を大切にしています。

A. 健康状態

健康状態とは疾患・外傷に限らず、それらに加えて妊娠・加齢・ストレス状態その他いろいろなものを含む広い概念です。「生活機能」にいろいろな問題を起こしうるものを記載します。

B. 心身機能・身体構造

心身機能・身体構造とは生命の維持に直接関係する、身体・精神の機能や構造のことです。心身機能は、たとえば手足の動き、精神の働き、視覚・聴覚、内臓の働きなど。身体構造とは、手足の一部、心臓の一部（弁など）などの、体の部分のことです。

C. 活動

活動とは生活行為、すなわち生活上の目的をもち、一連の動作からなる、具体的な行為のことを指します。これはあらゆる生活行為を含むものであり、実用歩行やその他のADL（日常生活行為）だけでなく、調理・掃除などの家事行為・職業上の行為・余暇活動（趣味やスポーツなど）に必要な行為・趣味・社会生活上必要な行為がすべて含まれます。

D. 参加

参加とは家庭や社会に関与し、そこで役割を果たすことです。社会参加だけではなく、主婦として、あるいは親としての家庭内役割であるとか、働くこと、職場での役割、あるいは趣味にしても趣味の会に参加する、スポーツに参加する、地域組織のなかで役割を果たす、文化的・政治的・宗教的などの集まりに参加する、などの広い範囲のものが含まれます。

背景因子（環境因子・個人因子）（促進因子・阻害因子）

因子自体は生活機能とは異なりますが、生活機能に大きな影響を与え、しばしばその低下の原因となります。「背景因子」は「環境因子」と「個人因子」の2つからなります。

また「環境因子」が「生活機能」に対してプラスの影響を与えるときは「促進因子」(Facilitator) と呼び、マイナスの影響を与えるときは「阻害因子」(Barrier) と呼びます。

G. 環境因子

「環境因子」というと、建物・道路・交通機関・自然環境のような物的な環境のみを考えがちですが、ICF ではそれらだけでなく、人的な環境（家族、友人、仕事上の仲間など）、態度や社会意識としての環境（社会が生活機能の低下のある人をどうみるか、どう扱うか、など）、そして制度的な環境（医療、保健、福祉、介護、教育などのサービス・制度・政策）と、広く環境を捉えます。

H. 個人因子

その人固有の特徴を言います。これは非常に多様であり、分類は将来の課題とされて、年齢、性別、民族、生活歴（職業歴、学歴、家族歴、等々）、価値観、ライフスタイル、コーピング・ストラテジー（困難に対処し解決する方法）、等々の例が挙げられています。この「個人因子」は「個性」というものに非常に近いものであり、医療でも福祉でも、職業、教育、その他でも、患者、利用者、生徒などの個性を尊重しなければいけないということが強調されている現在、とても重要なものです。

※参考：厚労省社会保障審議会統計分科会 生活機能分類専門委員会参考資料

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ksqi-att/2r9852000002kswh.pdf>

3. アセスメント・課題整理総括表の記入の順番と考え方の例

項目ごとの記入順	思考分離	考え方の例
① 「現在」	情報収集	「〇〇は一部介助？支障あり？問題あり？」
② 「健康状態・環境 因子・個人因子」	情報収集	「この利用者にはこんな疾患や因子があるんだね・・・」
③ 「根本的な原因・ 課題」	真因追求・ 関連付け	「〇〇が一部介助なのはなぜ？その 根本原因 はなに？」
④ 「原因」	関連付け	「〇〇が見守りなのは〇番と〇番の原因・課題のせいね・・・」
⑤ 「備考」	情報収集	「〇〇は家族がこのように介助しているのね・・・」
⑥ 「できること・で きそうなこと」	情報収集・ 推論	「〇〇は一部介助だけど、こんなことはできるよね・・・少し工夫・援助したらこれはできそうね・・・」
⑦ 「課題・ストレ ングス」	情報整理	「この ICF 領域の課題とストレングスは・・・」
⑧ 「見通し」	推論	「問題・課題はあるけど、このストレングスを活かしながら、こんな支援を行えば、短期目標の期間内にこういう状態になるんじゃないかな？」
⑨ 課題整理総括表 「改善／維持の可 能性」	推論	「〇〇の項目は認定有効期間内で維持？改善？悪化？」
⑩ 課題整理総括表 「生活全般の解決 すべき課題」	情報整理・ 推論	「この方の 見通し から考えられるニーズは？」
⑪ 課題整理総括表 「優先順位」	推論	「どのニーズが一番 重要 で 優先順位 が高いかな？」

※記入の順番は概ね番号通りですが、必要に応じて前後したり修正したりしながら記入して下さい。

思考分類の色付き項目は、特に重要な部分です。時間をかけてじっくりと検討しましょう。

4. アセスメントチェックシート

※記入の順番は概ね番号通りですが、必要に応じて前後することもあります。

(1) 利用者名・健康状態

利用者名	氏名 沖縄 三郎 様		利用者名は基本情報シートよりリンクされるので、記載不要
健康状態	1. アルツハイマー型認知症	4.	
	2. 高血圧症	5.	
	3.	6.	
アセスメント実施日	平成30年1月8日		
ケアプラン作成年月日(同意日)	平成30年1月12日		

健康状態
1.~4.灰色のセルは基本情報シートよりリンクされるので、記載不要。
追加があれば5. 6へ記載。

ケアプラン作成日
居宅サービス計画書作成年月日(同意日)を記入 **NEW**

(2) 原因・状況の事実(状態)

原因	状況の事実(状態)		
	項目	現在	備考
原因 「現在」が「自立」や「支障なし」等以外の場合、「根本的な原因・課題」から原因として該当する番号「1~6」を記入。 ※複数記載可	1. 視力	問題無	できること・できそうなこと
	2. 聴力	問題無 (補聴器)	
		支障なし	
		支障なし	
		普通	
		168	
「痛み・痺れ」を追加 NEW	10 痛み・痺れ	無	
	11 褥瘡・皮膚の問題	支障なし	
	12 認知	支障あり	
	13 行動障害(BPSD)	支障あり	
	14 精神症状	()	
		()	
		()	
		()	

現在
介護支援専門員が本人や家族との面談、他の専門職からの情報を基に、日常に行っているかどうかで判断。
できるかどうか、ではなく、あくまで行っているかどうかを記載する。
※問題なし・自立等以外が選択された場合、自動的に赤色になります。 **NEW**

備考
「現在」についての補足情報を簡潔に記載。
例①：妻が〇〇のみ介助
例②：夜間のみPトイレ使用
※「自立」「支障なし」等の項目で、現在のところ課題として上がらないと判断した部分については、記入不要。

できること・できそうなこと
自分でできること、少し工夫や援助をすれば、できそうなことを簡潔に記載。
例①：身体の前部分は洗うことが可。
例②：自助具を使えば、食べこぼしを減らせる可能性。
※「自立」「支障なし」等の項目で、現在のところ課題として上がらないと判断した部分については、記入不要。

(3) 根本的な原因・要因

「項目」が色付きのセルは、課題整理総括表とリンクします。

根本的な原因・課題 自立した日常生活の阻害要因(心身の状態、環境等) ※課題整理総括表にリンク	1	アルツハイマー型認知症による軽い物忘れ	4	閉じこもり
	2	高血圧症	5	下肢筋力の低下
	3	飲酒	6	介護力不足

根本的な原因・課題

(2) 状況の事実「現在」の項目が「自立」「支障なし」以外が選択された項目についてその要因を分析し、根本的で重大な原因・課題を6項目程度に絞って記載。

※番号は優先順位ではなく、単なる通し番号。

※ここには疾患名が入る場合が多いと考えられるが、疾患に応じた療養や健康管理が不十分という事実があれば、そのことも記載する。

記載例

インシュリンの自己注射ができない、食事療法ができない等

(4) 課題・ストレングス

課題
ICF のこの領域における問題点を総合的に記載。顕在化した課題だけではなく、潜在的問題点も拾い上げるようにしましょう。

記載例
1.昼夜逆転や徘徊が見られるようになり、妻の負担が大きくなっている。

※セル内の改行は ALT キー+改行キー

課題・ストレングス	
課題	ストレングス
1.アルツハイマー型認知症による軽度の物忘れがあり、服薬忘れなどがある。	1.声掛けのみで思い出せる。
2.酒量が増え、娘に対し暴言を吐く事がある。	2.飲まないときは穏やかな性格で、娘に対して愛情もある。

ストレングス
左にあげた課題に対するストレングスを記載。「課題」と対で検討する。

記載例
1.特に暴力的になることはなく、徘徊後しばらくすれば、素直に誘導に応じて戻れる。

(5) 環境因子・個人因子

因子	G 環境因子	H 個人因子
a 促進因子	1. 娘と同居	1. 娘は軽度の知的障害、息子も視覚・聴覚に多少しび
	2. 介護保険認定済み	2. 屋内、段差が多い
	3. 民生委員の見守りあり	3. 囲碁や将棋を楽しみたい意欲あり
	4. 近所の公民館で活動している	3. 酒好き
	5. 近所に障害者支援センターがある	4. 妻の死により、生活意欲が低下
	6. 娘に対して愛情がある	6. 娘に対して愛情がある
		7. 囲碁や将棋を楽しみたい意欲あり
		8. 酒好き
		9. 妻の死により、生活意欲が低下
		10. 建築業を営んでいた

環境因子
以下のような環境因子を記載する。

- ・家族構成及び家族の健康状態
- ・家族・親戚との交流、つながり
- ・経済状況
- ・住環境（立地状況）
- ・よく利用していた社会資源
- ・福祉用具・自助具
- ・医療・保険・福祉サービス
- ・友人など家までの距離等

促進因子・阻害因子
環境因子について、プラスに働く因子を「a.促進因子」、マイナスに働く因子を「b.阻害因子」へ記載。

個人因子
以下のような個人因子を記載する。

- ・生育歴
- ・趣味・嗜好
- ・性格
- ・価値観
- ・職歴
- ・ライフスタイル（その人らしさ）等

(6) 見通し

見通し
飲酒量の適正化により、閉じこもりから脱却、娘への暴言の軽減、認知機能の維持や社会性の向上が見込まれる。
筋力増強訓練や歩行訓練を行うことにより、外出機会が増えたり、行える家事が増える可能性がある。

見通し
利用者の課題の解決に向け、多職種からのアドバイスを受けつつ、短期目標の期間を見据えて判断。

「関連項目」で取り上げた問題やストレングスを参考に「このような援助を行うことにより」→「状況がこのように変化するだろう」というような「仮説」を記入する。

「見通し」で援助する人、機関まで記入してしまうと、ケアプラン上の支援の選択肢が狭まる恐れがあるので、ここでは可能な限り、誰が援助をおこなうかは記入せず、援助の内容に絞る。

※「関連項目」は削除しました。 **NEW**

5. 課題整理総括表

色付きのセルについては、基本情報シートやアセスメントシートよりリンクされるので、記入不要です。

利用者氏名 沖繩 三郎 様

課題整理総括表

作成日 平成30年1月8日 現在 作成者 ケアマネ太郎

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)	1	アルツハイマー型認知症による軽い物忘れ	2	高血圧症	3	飲酒
	4	閉じこもり	5	下肢筋力の低下	6	介護力不足
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因 ※3	備考 (状況・支援内容等)	できること・できそうなこと	改善/維持の 可能性※4	
移動	室内移動 見守り	自立	自立しているが、自覚では転倒の危険。	つかまる所があれば、問題ない。	維持 →	
食事	食事内容 食事摂取 調理	支援あり 自立 調理しない	下肢筋力低下によりからつき、屋外は転倒の危険大 お金が無くなる、一日一食になる。	歩行訓練や生活改善を行うことで、改善の可能性あり。 金銭管理を行うことで、改善の余地。	改善 / 維持 →	
排泄	排尿・排便 排泄動作	支援なし 自立	便秘の頻が行っている。		維持 →	
口腔	口腔衛生 口腔ケア	支援なし 自立	歯磨きが行っていない。		改善 / 維持 →	
服薬	見守り	自立	錠剤が飲み忘れ、錠も声掛けできていない。	朝一回の服薬であり、適切な声掛けがあれば防げる。	改善 / 維持 →	
入浴	見守り	自立	適度に洗身、髪や背中が洗えていない。	一部介助にて、清潔が保てる。	維持 →	
更衣	自立	自立	時期はわかるが、ゆっくり自分でやる。		改善 / 維持 →	
掃除	全介助	自立	頻、起きる位なので、ゴミ出しは娘が行う。	飲酒量を適正化と歩行訓練等すれば、ゴミ出しはできる可能性。	改善 / 維持 →	
洗濯	全介助	自立	便秘の頻が行っている。		維持 →	
整理・物品の管理	自立	自立	シラフのときに、身の回りの整理はできる。		改善 / 維持 →	
金銭管理	一部介助	自立	お高にお金を使い、月末に食費が足りなくなる。	飲酒量の適正化や金銭管理の支援を行えば改善の可能性。	改善 / 維持 →	
買物	見守り	自立	日用品は娘にお買いする。	歩行能力や社会性の改善を行えば、自立の可能性。	改善 / 維持 →	
コミュニケーション能力	支援なし	自立			改善 / 維持 →	
認知	支援あり	自立	娘の飲み忘れが数日に1回ある。	声掛けや工夫をすれば、飲み忘れを改善できる可能性あり。	改善 / 維持 →	
社会との関わり	支援あり	自立	友人などおらず、引きこもりの生活。	外出への支援を行い、改善の余地あり。	改善 / 維持 →	
褥瘡・皮膚の問題	支援なし	自立			改善 / 維持 →	
行動・心理症状 (BPSD)	支援あり	自立	娘の買い物間違いに対し、暴言を吐く。(飲酒時)	飲酒量を適正化すれば、問題改善の可能性あり。	改善 / 維持 →	
介護力	支援あり	自立	娘は軽度の知的障害。介護力に乏しい。	妹達との関係を改善すれば、協力を得られる可能性。	改善 / 維持 →	
居住環境	支援あり	自立	トイレ、浴室、玄関に段差大きく、転倒の可能性	住宅改修の必要性。	改善 / 維持 →	

利用者 家族
お酒が好きで、これまでにいろいろ浪費してきた。意思が弱くてなかなかやめられない。友人を作って、趣味の囲碁や将棋を楽しみながら、生活を立て直したい気持ちはある。
長女：お父さんと暮らしたい。生活のお手伝いほしたい。
長男：県外に住んでいるので、なかなか訪問できずに申し訳ないと思っている。お酒を減らして、もっと外に出てほしい。

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】	※6
飲酒量の適正化により、閉じこもりから脱却、娘への暴言の軽減、認知機能の維持や社会性の向上が見込まれる。	お酒の量を減らして、生活を立て直したい。いろいろな人と交流をして、人生を楽しみたい。	1
筋力増強訓練や歩行訓練を行うことにより、外出機会が増えたり、行える家事が増える可能性がある。	しっかり歩けるようになり、外出したり家事ができるようになりたい。	2
手すり設置等、家屋内の段差部分への対応を行うことで、安全に移動ができるようになり、転倒の危険性を減らすことができる。	屋内は安全に移動したい。	3
金銭管理を支援することで、バランスの良い食生活を送れるようになる。	金銭管理の手助けをしてもらい、お金に困らないようにしたい。	

(1) 改善/維持の可能性・ニーズ・優先順位

改善/維持の可能性※4	見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 【案】	※6
維持 → 改善 / 改善 /	飲酒量の適正化により、閉じこもりから脱却、娘への暴言の軽減、認知機能の維持や社会性の向上が見込まれる。	お酒の量を減らして、生活を立て直したい。いろいろな人と交流をして、人生を楽しみたい。	1
維持 → 維持 →	筋力増強訓練や歩行訓練を行うことにより、外出機会が増えたり、行える家事が増える可能性がある。	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) 「見通し」欄内容を踏まえて記入。 なお課題整理総括表を作成するのは、担当者会議前であることから、ここの課題 (ニーズ) は合意前の案であって差し支えない。	2

改善/維持の可能性

「現在」の欄で「自立」「支援なし」以外を選択した項目について、認定有効期間内で、インフォーマルサービスを含む必要な援助を行った場合、見込まれる状態として「改善」「維持」「悪化」のいずれかを選択。

「改善」は青色、「悪化」は赤色に **NEW**

優先順位

課題の優先順位を記入。利用者とするりあわせた結果、今回のプランへ反映させないとした課題については「-」を記入。

6. 入院時情報共有シート



灰色の部分

リンクされるので記入不要

入院時情報共有シート (介護支援専門員⇒医療機関)										作成日		平成31年1月1日	
医療機関名 担当者 様			事業所名			〇〇居宅介護支援事業所		電話		000-0000			
			担当者名			〇〇 〇〇		FAX		000-0000			
氏名		沖縄 三郎		生年月日		昭和23年2月12日		年齢		70	性別	男	
緊急連絡先	氏名		住所		続柄		電話番号						
	沖縄 花子		本人と同じ		長女								
	沖縄 太郎		〇〇県〇〇市		長男		090-0000-0000						
必須事項※ (事務連絡)													
かかりつけ医※		医療機関	(〇〇病院)	本人の性格・生活状況※ シラフの時は穏やかな性格だが、酒を飲むと性格が荒くなり、娘に暴言を吐くこともある。活動性なども低下、認知機能低下なども重なり、閉じこもり気味の生活となっている。						
		その他併診機関	(〇〇市立病院)							
		カテーテル交換 医療機関	()							
		歯科	(〇〇歯科)							
		薬局	(〇〇薬局)							
おくすり情報		<input checked="" type="checkbox"/>	お薬手帳		<input checked="" type="checkbox"/>	説明書		<input type="checkbox"/>	診療情報提供書		他		
既往歴		アルツハイマー型認知症	高血圧症	家族構成図※									
上記以外※		主…主介護者 ☆…KP ○…女性 □…男性											
介護認定		要介護1	負担割合		1割	生保	無						
認定有効期間		平成30年1月1日		～	平成30年12月31日								
障害日常生活自立度		A2		認知症日常生活自立度		II b							
障害等認定※		手帳	有・無	申請中		等級変更中							
		身体 (等級:)	精神 (等級:)	療育 (等級:)									
体重※		48.0	kg	月 日 測定	3月31日								
通常のバイタル※		体温	36.5	℃	血圧	80	/	150	mmHg	脈拍			
介護保険													
利用状況		インフォーマル	見守り訪問	1	/月								
特記事項※													
住環境・家屋状況		住居	戸建(平屋)	エレベーター	無	寝具	布団	トイレ	洋式				
特記事項※													
睡眠※		睡眠剤	無し	体圧分散マット		無し							
ADL		起き上がり		自立		酒量の増加に伴い活動性が低下し、閉じこもりがち。下肢筋力の低下みられ、転倒の危険性高い。							
		移動動作 屋内		見守り									
		移動動作 屋外		見守り									
		排泄		自立		日中 (トイレ) ・夜間 (トイレ)		1日尿回数/便 (10) 最終排便日 (?)					
		選択方式		事		自立		主食 (常食) 治療食 (無し)		副食 (普通) 摂取量 (9 割)			
		口腔ケア		自立		義歯 (有) 誤嚥の危険性 (無し)							
		入浴		一部介助		入浴は手の届く範囲は自分で洗えるが、背中や頭などは解除が必要。更衣については協力動作可能。							
		更衣		一部介助									
		内服薬		服用		一部介助		飲み忘れがあり、管理必要。					
		配薬方法※		手渡し									
IADL		調理		全介助		家事は同居の娘が行うが、軽度の知的障害あり、不十分。							
		掃除		一部介助									
		洗濯		全介助									
		買い物		一部介助									
		金銭管理		一部介助									
		外出(頻度)		週1回									
療養上の問題※													
ケアマネージャーからの要望※		理由:	退院前カンファレンスの開催希望	情報提供のみ									
退院時の状況により、福祉用具のセッティング等の必要性が生じる場合もありますので、退院の目処が立ちましたらご一報くださるようお願いいたします。													

白い部分は必要に応じて入力、もしくは手書きをしてください。

沖縄県版共通アセスメント様式

Ver. 2.0

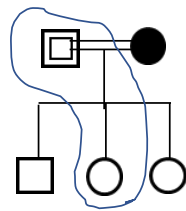
記 載 例

基本情報シート 1/2

作成日	平成30年1月8日	現在	作成者	ケアマネ太郎	
受付日	平成30年1月8日	受付対応者	ケアマネ太郎	受付方法	電話 ()
相談者氏名	沖縄太郎	続柄	家族 ()	連絡先	000-000-0000
アセスメント理由	初回 ()	実施場所	自宅 ()		

利用者情報	被保険者番号	000000000			
	ふりがな氏名	おきなわ さぶろう		性別	男
		沖縄 三郎 様			
	住所	〒 000-0000 沖縄県〇〇市〇〇1-2-3			Tel/Fax
				携帯	090-0000-0000
				E-mail	〇〇@0000.co.jp

利用者・家族の望む生活	相談の経緯	近所に住む民生委員より、地域包括支援センターへ相談があり。親子で暮らしているが、本人が最近道に迷ったりしたり、閉じこもりの生活になっている。同居長女も知的障害があるので心配とのことで、包括の社会福祉士より連絡、同行訪問をする。					
	利用者及び家族の生活に対する意向	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">(利用者) お酒が好きで、これまでいろいろ浪費してきた。意思が弱くてなかなかやめられない。友人を作って、趣味の囲碁や将棋を楽しみながら、生活を立て直したい気持ちはある。</td> <td style="width: 70%;">(家族) 長女：お父さんと暮らしたい。生活のお手伝いはほしい。 長男：県外に住んでいるので、なかなか訪問できずに申し訳ないと思っている。お酒を減らして、もっと外に出てほしい。</td> </tr> </table>				(利用者) お酒が好きで、これまでいろいろ浪費してきた。意思が弱くてなかなかやめられない。友人を作って、趣味の囲碁や将棋を楽しみながら、生活を立て直したい気持ちはある。	(家族) 長女：お父さんと暮らしたい。生活のお手伝いはほしい。 長男：県外に住んでいるので、なかなか訪問できずに申し訳ないと思っている。お酒を減らして、もっと外に出てほしい。
	(利用者) お酒が好きで、これまでいろいろ浪費してきた。意思が弱くてなかなかやめられない。友人を作って、趣味の囲碁や将棋を楽しみながら、生活を立て直したい気持ちはある。	(家族) 長女：お父さんと暮らしたい。生活のお手伝いはほしい。 長男：県外に住んでいるので、なかなか訪問できずに申し訳ないと思っている。お酒を減らして、もっと外に出てほしい。					
家族関係等で特記すべき事項	知的障害のある娘と同居。娘はある程度の理解力はあるが、介護力には欠ける。かんたんな調理や、片付けなど、家事を行っている。						



(40) (38)
軽度の知的障害

A4印刷用シートのジェノグラムは、EXCELの仕様上リンクしません。A3シートよりコピーアンドペーストをしてください。

家族情報	介護者	氏名	続柄	同居・別居	住所	Tel/Fax	携帯	E-mail	
	○	沖縄 花子	長女	同居	本人と同じ				
		沖縄 太郎	長男	別居	〇〇県〇〇市	Tel/Fax	090-0000-0000	E-mail	〇〇@0000.00
						Tel/Fax		携帯	
						E-mail			

緊急搬送先 (主治医)	医療機関名	主治医名	住所	連絡先
	〇〇市立病院	〇〇	〇〇県〇〇市	000-0000

今までの生活	生活歴 (これまでの職歴、家庭生活、習慣など)	〇〇市生まれ。若い頃は建設作業員などをしてきた。28歳の頃建築関係の事業所を経営、一時期は50名あまりを雇用していた。同時期に結婚、1男2女をもうける。会社経営は65歳ごろまで続けていたが、その頃に妻が病死、生活への気力を失い事務所を閉めてしまう。その頃から飲酒量が増え始め、外にも余り出なくなった。			
	趣味・好きなこと	囲碁、将棋、カラオケ、公民館の草むしり			

現在の生活状況	1日の過ごし方	9時頃起床、ほとんど自宅で過ごす。毎日飲酒しているため、朝はぼーっと過ごすことが多い。以前は早朝の散歩を行い、近所の方とおしゃべりも楽しんでしたが、現在はやっていない。日中は好きな時代劇を見たり、一人で囲碁を打つこともある。買い物をお互いの娘にお願いすることもある。			
	日中の活動性	座っていることが多い			
	外出の頻度	週1回以上			
	(起床・食事・日中の過ごし方・入浴・就寝など)				
	時間	本人	介護者・家族		
	00 : 00	起床			
	00 : 00	朝食	配膳、片付け		
	00 : 00	テレビ			
	00 : 01	昼食	配膳、片付け		
	00 : 01	飲酒始める			
	00 : 01	夕食	配膳、片付け		
	00 : 01	入浴	見守り		
	00 : 01	就寝			

基本情報シート 2/2

(沖縄県 共通アセスメント様式 Ver 2.0)

認定情報	認定区分	要介護1	認定年月日	平成29年12月25日		
	区分支給限度額	16万6,920円	認定期間	平成30年1月1日 ~ 平成30年12月31日	(12ヶ月)	
障害高齢者の日常生活自立度		A2	認知症高齢者の日常生活自立度		II b 診察日(判定日) 平成29年11月30日	
現在の受診状況	病名	アルツハイマー型認知症	高血圧症			
	発症年月日	平成27年4月25日		平成27年4月25日		
	薬の有無	有 ()	有 ()	()	()	
	受診	状況	通院		通院	
		頻度	定期	定期	(定期の場合⇒ 月 1 回)	(定期の場合⇒ 月 1 回)
	医療機関	〇〇市立病院		同左		
	主治医	〇〇 〇〇		同左		
連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇		同左			
特記・備考	(症状、痛み、生活上配慮すべき課題など) 物忘れがあり、数日に1回は薬を飲み忘れる。痛みなどは特にない。					
住居の状況	住居	戸建(平屋) ()			[間取図]	
	所有形態	持ち家	エレベーター	無		
	居室	専用居室	有 (6 畳)	段差	有	
		手すり	無	寝具	布団	冷暖房
	トイレ	便器	洋式	段差	有	手すり
	浴室	浴槽	有	段差	有	手すり
特記事項	築30年の平屋に住む。玄関やトイレ、浴室に段差多い。					
住宅改修	無 ()			福祉用具購入	無 ()	
制度利用状況	年金種別	国民年金 ()		指定難病	無 ()	
	介護保険負担割合	1割	生活保護	無	障害福祉サービス等	
	介護保険限度額認定証	不明	医療保険負担割合	1割	日常生活自立支援事業	
	特記	年金額が月に7万円程度。娘の障害年金も合わせると月10万程度の生活費。持ち家であり家賃等はかからないが、飲酒量が増え食費を抑えたり、食べなかったりすることもある。				
利用しているサービス	サービス内容	頻度	事業所・ボランティア団体等		特記 (TEL・FAX等)	
	フォーマル					
	インフォーマル	見守り訪問	1 / 月	民生委員		
終末期における本人・家族の意向確認 ACP・リビングウィル等		無				

A4 印刷用シートの間取り図、は EXCEL の仕様上リンクしません。A3 シートよりコピーアンドペーストをしてください。



アセスメントシート

氏名 **沖繩 三郎** 様 (初回)

作成者 **ケアマネ太郎**

アセスメント実施日 **平成30年1月8日**

A 健康状態	1. アルツハイマー型認知症	4.	根本的な原因・課題 自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等) ※課題整理総括表にリンク	1	アルツハイマー型認知症による軽い物忘れ	4	閉じこもり	
	2. 高血圧症	5.		2	高血圧症	5	下肢筋力の低下	
	3.	6.		3	飲酒	6	介護力不足	
	項目	現在		備考	状況の事実 (状態)	できること・できそうなこと	課題	ストレングス
	1.	視力		問題無			1.アルツハイマー型認知症による軽い物忘れがある。	1.声掛けのみで思い出せる。
	2.	聴力		問題無	(補聴器)			
3.	口腔衛生	支障なし						
4.	排尿・排便	支障なし						
5.	栄養状態	普通	食事を食べない期間が増えると、状態悪化の可能性。	飲酒量の適正化や金銭管理の支援を行えば予防の可能性。				
6.	身長	168 cm	7. 体重 65 kg	8. BMI 23.0 kg/m2				
7.	アレルギー	無						
8.	麻痺	無						
9.	拘縮	無						
10.	痛み・疲れ	支障なし						
11.	認知	支障あり	薬の飲み忘れが数日に1回ある。	声掛けや工夫をすれば、飲み忘れを改善できる可能性あり。	2.飲まないときは穏やかな性格で、娘に対して愛情もある。	2.飲まないときは穏やかな性格で、娘に対して愛情もある。		
12.	行動障害 (BPSD)	支障あり	娘の買い物間違いに対し、暴言を吐く。(飲酒時)	飲酒量を適正化すれば、問題改善の可能性あり。				
13.	精神症状	()	妄想 幻覚 せん妄 依存 無関心					
14.	移動 (室内)	自立	自立はしているが、段差では転倒の危険	つかまる所があれば、問題ない。	1.本人はこのままではいけないという意思もあり、改善の意欲あり。	1.本人はこのままではいけないという意思もあり、改善の意欲あり。		
15.	移動 (屋外)	見守り	下肢筋力低下によりふらつき、屋外は転倒の危険大	歩行訓練や生活改善を行うことで、改善の可能性あり。				
16.	食事内容	支障あり	お金が無くなる、一日一食になる。	金銭管理を行うことで、改善の余地。				
17.	食事摂取 (動作)	自立						
18.	食事摂取 (問題)	問題無						
19.	食事形態 (主食)	(主食)	常食 (副食)	普通				
20.	食事摂取量	普通						
21.	水分摂取	適切						
22.	排泄動作	自立	日中、夜間ともにトイレで排泄。排尿時汚すこともある。					
23.	口腔ケア	自立	(歯磨)	歯磨を毎朝、ハミガキ				
24.	入浴	見守り	適当に洗身、頭や背中が洗えていない。	一部介助にて、清潔が保てる。				

B 心身機能・身体構造	原因	項目	現在	備考	状況の事実 (状態)	できること・できそうなこと	課題	ストレングス
	1.	視力	問題無				1.アルツハイマー型認知症による軽い物忘れがある。	1.声掛けのみで思い出せる。
	2.	聴力	問題無	(補聴器)				
	3.	口腔衛生	支障なし					
	4.	排尿・排便	支障なし					
	5.	栄養状態	普通	食事を食べない期間が増えると、状態悪化の可能性。	飲酒量の適正化や金銭管理の支援を行えば予防の可能性。			
	6.	身長	168 cm	7. 体重 65 kg	8. BMI 23.0 kg/m2			
	7.	アレルギー	無					
	8.	麻痺	無					
	9.	拘縮	無					
	10.	痛み・疲れ	支障なし					
11.	認知	支障あり	薬の飲み忘れが数日に1回ある。	声掛けや工夫をすれば、飲み忘れを改善できる可能性あり。	飲酒量を適正化すれば、問題改善の可能性あり。	2.飲まないときは穏やかな性格で、娘に対して愛情もある。	2.飲まないときは穏やかな性格で、娘に対して愛情もある。	
12.	行動障害 (BPSD)	支障あり	娘の買い物間違いに対し、暴言を吐く。(飲酒時)	飲酒量を適正化すれば、問題改善の可能性あり。				
13.	精神症状	()	妄想 幻覚 せん妄 依存 無関心					
14.	移動 (室内)	自立	自立はしているが、段差では転倒の危険	つかまる所があれば、問題ない。	1.本人はこのままではいけないという意思もあり、改善の意欲あり。	1.本人はこのままではいけないという意思もあり、改善の意欲あり。	1.本人はこのままではいけないという意思もあり、改善の意欲あり。	
15.	移動 (屋外)	見守り	下肢筋力低下によりふらつき、屋外は転倒の危険大	歩行訓練や生活改善を行うことで、改善の可能性あり。				
16.	食事内容	支障あり	お金が無くなる、一日一食になる。	金銭管理を行うことで、改善の余地。				
17.	食事摂取 (動作)	自立						
18.	食事摂取 (問題)	問題無						
19.	食事形態 (主食)	(主食)	常食 (副食)	普通				
20.	食事摂取量	普通						
21.	水分摂取	適切						
22.	排泄動作	自立	日中、夜間ともにトイレで排泄。排尿時汚すこともある。					
23.	口腔ケア	自立	(歯磨)	歯磨を毎朝、ハミガキ				
24.	入浴	見守り	適当に洗身、頭や背中が洗えていない。	一部介助にて、清潔が保てる。				

シート上部が画面上固定され、スクロール時も根本原因等が確認しやすくなりました。

NEW

※実際のシートはA3縦レイアウト

(沖縄県 共通アセスメント様式 Ver.2.0)

氏名 **沖縄 三郎** 様

アセスメントシート

作成者 **ケアマネ太郎**

アセスメント実施日

平成30年1月8日

ケアプラン作成年月日(印刷日)

平成30年1月12日

A 健康状態	1. アルツハイマー型認知症	4.	根本的な原因・課題 自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等) ※課題整理欄活表にリンク	1	アルツハイマー型認知症による軽い物忘れ	4	閉じこもり
	2. 高血圧症	5.		2	高血圧症	5	下肢筋力の低下
	3.	6.		3	飲酒	6	介護力不足

原因	状況の事実 (状態)				課題・ストレングス		見通し	
	項目	現在	備考	できること・できそうなこと	課題	ストレングス		
B 心身機能・身体構造	1. 視力	問題無				1. アルツハイマー型認知症による軽度の物忘れがある。	1. 声掛けのみで思い出せる。	飲酒量の適正化により、閉じこもりから脱却、娘への暴言の軽減、認知機能の維持や社会性の向上が見込まれる。 筋力増強訓練や歩行訓練を行うことにより、外出機会が増えたり、行える家事が増える可能性がある。
	2. 聴力	問題無 (補聴器)						
	3. 口腔衛生	支障なし						
	4. 排尿・排便	支障なし						
	5. 栄養状態	普通	食事を食べない期間が増えると、状態悪化の可能性。	飲酒量の適正化や金銭管理の支援を行えば予防の可能性。				
	6. 身長	168 cm	7. 体重	65 kg	8. BMI	23.0 kg/m ²		
	7. アレルギー	無						
	8. 麻痺	無						
	9. 拘縮	無						
	10. 痛み・痺れ	無						
	11. 褥瘡・皮膚の乾燥	支障なし						
	12. 認知	支障あり	薬の飲み忘れが数日に1回ある。	声掛けや工夫をすれば、飲み忘れを改善できる可能性あり。				
	13. 行動障害 (BPSD)	支障あり	娘の買い物間違いに対し、暴言を吐く。(飲酒時)	飲酒量を適正化すれば、問題改善の可能性あり。				
	14. 精神症状		(<input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> せん妄 <input checked="" type="checkbox"/> 依存 <input type="checkbox"/> 見当識 <input type="checkbox"/> 無関心)					
C 活動	1. 移動 (室内)	自立	自立はしているが、段差では転倒の危険。	つかまる所があれば、問題ない。				1本人はこのままではいけないという意思もあり、改善の意欲はある。 2. お酒を減らして、生活を改善したいという意欲はある。 3. 家事を少しは手伝いたいという意欲は持っている。 金銭管理を支援することで、バランスの良い食生活を送れるようになる。
	2. 移動 (屋外)	見守り	下肢筋力低下によりふらつき、屋外は転倒の危険大	歩行訓練や生活改善を行うことで、改善の可能性あり。				
	3. 食事内容	支障あり	お金が無くなると、一日一食になる。	金銭管理を行うことで、改善の余地。				
	4. 食事摂取 (動作)	自立						
	5. 食事摂取 (経路)	問題無						
	6. 食事形態 (主食)	常食	(副食)	普通				
	7. 食事摂取量	普通						
	8. 水分摂取	適切						
	9. 排泄動作	自立	日中、夜間ともにトイレで排泄。排泄時汚すこともある。					
	10. 口腔ケア	自立	(義歯)	自歯を毎朝、ハミガキ				
	11. 入浴	見守り	適当に洗身、頭や背中が洗えていない。	一部介助にて、清潔が保てる。				
	12. 更衣	自立	時間はかかるが、ゆっくり自分で行える。					
	13. 整容	見守り	飲酒すると、整容に興味なくなる。	飲酒量を適正化すれば、問題改善の可能性あり。				
	14. 寝返り	自立						
	15. 起き上がり	自立	夜間布団から起き上がる際、ふらつきが転倒はない。					
	16. 移乗	自立						
	17. 服薬	見守り	数日に数回飲み忘れ、娘も声掛けできていない。	朝一回の服薬であり、適切な声掛けがあれば防げる。				
	18. 調理 (調理・食器洗)	調理しない	同居の娘が行っている。					
	19. 掃除 (ゴミ出し含む)	全介助	朝、起きれないので、ゴミ出しは娘が行う。	飲酒量を適正化と歩行訓練等すれば、ゴミ出しはできる可能性。				
	20. 洗濯	全介助	同居の娘が行っている。					
	21. 買物	見守り	日用品は娘にお願いする。	歩行能力や社会性の改善を行えば、自立の可能性。				
	22. 整理・物の整理	自立	シラフのときに、身の回りの整理はできる。					
	23. 金銭管理	一部介助	お酒にお金を使い、月末に食費が足りなくなる。	飲酒量の適正化や金銭管理の支援を行えば改善の可能性。				
	24. コミュニケーション能力	支障なし						
	25. 意思伝達	できる						
	26. 意思決定	できる						
	27. 指示反応	通じる						
D 参加	1. 社会との関わり	支障あり	友人などおらず、引きこもりの生活。	外出への支援を行い、改善の余地あり。			1. 酒を飲むようになって出不精になり、社会的な低下が見られる。 1. 友人を作り囲碁を楽しみたいという意欲はある。	
	2. 家庭での役割	支障あり	家事など、娘に頼る部分が多い。	できることは自分でしたいという意欲はある。				
	3. 地域での役割	支障あり	飲酒するようになり、地域住民とのコミュニケーションが不足。	飲酒量の適正化で外出が増え、コミュニケーションが増える可能性。				
	4. 施設での役割							
E その他	1. 居住環境	支障あり	トイレ、浴室、玄関に段差大きく、転倒の可能性	住宅改修の必要性。			1. 持ち家、改修可能。 2. 県内、次女がいる。 3. 近隣障害者あり。	
	2. 介護力	支障あり	娘は軽度の知的障害、介護力に乏しい。	疎遠の娘との関係を改善すれば、協力を得られる可能性。				
	3. 家族支援の必要性	必要あり	同居の娘に対する支援が行われていない。	娘への支援により、ストレスを軽減できる可能性あり。				
	4.							
F 状態別	1.	日中独居	虐待	ターミナル	成年後見	医療	その他 ()	
	2.							

「現在」が一部介助等以外選択された項目について、赤色に。

NEW

因子	G 環境因子					H 個人因子									
	1.	2.	3.	4.	5.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
a 促進因子	1. 娘と同居					1. 娘は軽度の知的障害、意思も県外。介護力に乏しい					1. ちともと社交的な性格				
	2. 介護保険認定済み					2. 県内、段差が多い					2. 囲碁や将棋を楽しみたい意欲あり				
	3. 民生委員の見守り訪問がある										3. 酒好き				
	4. 近所の公民館で囲碁サークルがある										4. 妻の死により、生活意欲が低下				
	5. 近隣に障がい者向けサービスがある										5. 建築業を営んでいた				

平成29年度沖縄県
ケアマネジメント
適正化推進事業

沖縄県版共通アセスメント様式

沖縄県介護支援専門員協会のホームページにてダウンロードし、ご活用ください。

【 URL : <https://www.okicare.jp/> 】

基本情報シート

(印刷機 丸印アセスメント版 Ver 2.0)

作成日	現在	作成者	
受付日	受付対応者	受付方法	()
相談者氏名	連絡	連絡先	()
アセスメント理由	更新	実施場所	()

利用者情報 利用者氏名 () 性別 () 生年月日 () 住所 () 相談の経緯 ()	家族状況 利用者と家族の生活に対する意向 (利用者) (家族)	家族関係図 	認定情報 認定年月日 認定期間 認定区分 認定事由 認定内容 認定年月日 認定期間 認定区分 認定事由 認定内容
-----------------------------------------------------------------	------------------------------------------	-----------	----------------------------------------------------------------------------------------

利用者・家族の現在の生活 (利用) (家族)	家族情報 氏名 () 住所 () 電話番号 () 連絡先 () 職業 () 収入 () 健康状態 () 介護状態 ()	現在の生活状況 生活歴 (これまでの関係、家庭生活、習性など) 趣味・好きなこと 日中の活動性 外出の頻度 (起床・食事・日中の過ごし方・入浴・就寝など) 本人 介護者・家族
---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

認定情報 認定年月日 認定期間 認定区分 認定事由 認定内容	認定情報 認定年月日 認定期間 認定区分 認定事由 認定内容	認定情報 認定年月日 認定期間 認定区分 認定事由 認定内容
-----------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------

利用者・家族の現在の生活 (利用) (家族)	家族情報 氏名 () 住所 () 電話番号 () 連絡先 () 職業 () 収入 () 健康状態 () 介護状態 ()	現在の生活状況 生活歴 (これまでの関係、家庭生活、習性など) 趣味・好きなこと 日中の活動性 外出の頻度 (起床・食事・日中の過ごし方・入浴・就寝など) 本人 介護者・家族
---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

氏名 様 () アセスメントシート 更新: 作成者

アセスメント実施日
 アプリアン作成年月日/閲覧日

A 健康状態	1.		4.		根本的な原因・課題 自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等) ※課題整理欄活表にリンク	1		4
	2.		5.			2		5
	3.		6.			3		6

原因	状況の事実 (状態)								課題・ストレングス		見通し	
	項目	現在	備考		できること・できそうなこと			課題	ストレングス			
B 心身機能・ 身体構造	1.	視力										
	2.	聴力		(補聴器)								
	3.	口腔衛生										
	4.	排尿・排便										
	5.	栄養状態										
	6.	身長		cm	7.	体重		kg	a.	BMI		kg/m2
	7.	アレルギー										
	8.	麻痺										
	9.	拘縮										
	10.	痛み・癢れ										
	11.	褥瘡・皮膚の問題										
	12.	認知										
	13.	行動障害 (BPSD)	(暴言 暴行 徘徊 多動 昼夜逆転 不潔行為 介護抵抗 夜間不穏 異食行為)									
	14.	精神症状	(妄想 幻覚 せん妄 依存 見当識 無関心)									
C 活動	1.	移動 (室内)										
	2.	移動 (屋外)										
	3.	食事内容										
	4.	食事摂取 (動作)										
	5.	食事摂取 (種類)										
	6.	食事形態	(主食)		(副食)							
	7.	食事摂取量										
	8.	水分摂取										
	9.	排泄動作										
	10.	口腔ケア		(義歯)								
	11.	入浴										
	12.	更衣										
	13.	整容										
	14.	寝返り										
	15.	起き上がり										
	16.	移乗										
	17.	服薬										
	18.	調理 (服薬・投薬含む)										
	19.	掃除 (ゴミ出し含む)										
	20.	洗濯										
	21.	買物										
	22.	郵便・物送の受け										
	23.	金銭管理										
	24.	コミュニケーション能力										
	25.	意思伝達										
	26.	意思決定										
	27.	指示反応										
D 参加	1.	社会との関わり										
	2.	家庭での役割										
	3.	地域での役割										
	4.	施設での役割										
E その他	1.	居住環境										
	2.	介護力										
	3.	家族支援の必要性										
	4.											
F 状況別	1.	日中独居		虐待		ターミナル		成年後見		医療	その他 ()	
	2.	-										

G 環境因子					H 個人因子				
a 促進因子	1.		b 阻害因子	1.		6.			
	2.			2.			7.		
	3.			3.			8.		
	4.			4.			9.		
	5.			5.			10.		

利用者氏名 様

課題整理総括表

作成日	現在	作成者
-----	----	-----

利用者 生活利用 に対する 家族 意向の	
----------------------------------	--

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)	1	2	3	4	5	6
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因 ※3	備考 (状況・支援内容等)	できること・できそうなこと	改善/維持の 可能性※4	
移動	室内移動 屋外移動				維持→ 維持→	
食事	食事内容 食事摂取 調理				維持→ 維持→ 維持→	1
排泄	排泄・排便 排泄動作				維持→ 維持→	2
口腔	口腔衛生 口腔ケア	(嚥食)			維持→ 維持→	3
服薬					維持→	
入浴					維持→	
更衣					維持→	
掃除					維持→	
洗濯					維持→	
整理・物品の管理					維持→	
金銭管理 買物					維持→	
コミュニケーション能力					維持→	
認知					維持→	
社会との関わり					維持→	
褥瘡・皮膚の問題					維持→	
行動・心理症状 (BPSD)					維持→	
介護力					維持→	
居住環境					維持→	
					維持→	
					維持→	
					維持→	

※1 本書式は検証済みでありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に「」を記入する。
 ※3 現在の状態が「自立」あるいは「支援なし」以外である場合は、そのような状態をもたらしている原因を、構式上部の「原因」欄から選択し、該当する番号（丸数字）を記入する（複数の番号を記入可）。
 ※4 今回の認定有効期間における状態の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に「」を記入する。

※5 「原因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要項を解決するための要項内容と、それが提供されることにより改善される事後的
 状況（目標）を記入する。
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には、「-」印を記入。

入退院時情報共有シート (介護支援専門員⇒医療機関)

作成日

医療機関名 担当者 様

		事業所名		電話			
		担当者名		FAX			
氏名	生年月日			年齢		性別	
緊急連絡先	氏名			住所		電話番号	
必須事項※ (事務連絡)							
かかりつけ医※	医療機関 ()			直接入力		本人の性格・生活状況※	
	その他併診機関 ()			直接入力			
カテーテル交換 医療機関 ()			直接入力				
歯科 ()			直接入力				
薬局 ()			直接入力				
おくすり情報		お薬手帳	説明書	診療情報提供書		他)	
既往歴		上記以外※				家族構成図※	
介護認定		負担割合		生保		主…主介護者 ☆…KP ○…女性 □…男性	
障害日常生活自立度		認知症日常生活自立度					
障害等認定※	手帳		申請中		等級変更中		
	身体 (等級:)		精神 (等級:)		療育 (等級:)		
体重※		kg		月 日 測定			
通常のバイタル※		体温 °C		血圧 / mmHg		脈拍 SpO2	
介護保険 利用状況	介護保険						
	インフォーマル						
特記事項※							
住環境・家屋状況		住居		エレベーター		寝具 トイレ	
睡眠※		睡眠剤		体圧分散マット			
ADL	起き上がり						
	移動動作 屋内						
	移動動作 屋外						
	排泄				日中 () ・夜間 () 1日尿回数/便 () 最終排便日 ()		
	食事				主食 () 治療食 () 副食 () 摂取量 () 割 ()		
	口腔ケア				義歯 () 誤嚥の危険性 ()		
	入浴						
	更衣						
IADL	内服薬		服用				
			配薬方法※				
	調理						
	掃除						
	洗濯						
	買い物						
金銭管理							
外出(頻度)							
療養上の問題※							
ケアマネジャーからの要望※		退院前カンファレンスの開催希望		情報提供のみ			
		理由:					

参考：沖縄県入退院支援連携デザイン事業 入退院時情報共有シート

