**【様式：B】**

**課題分析シート**

【基本情報に関する項目】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 受付年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | 受付対応者 |  |
| 受付方法 |  | | | |
| 居宅サービス計画作成等の状況　（　初回　・　初回外　） | | | | |
| 氏名：　　　　　　　　　　　　　性別：　　　　　生年月日：　　　　　　　（　　歳）  住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号： | | | | |
| 家族等の状況 |  | | | |
| ２ | これまでの生活と現在の状況 |  | | | |
| ３ | 利用者の社会保障制度の利用情報 | 医療保険：  障害手帳の有無：  生活保護：  その他の社会保障制度等：  年金　　： | | | |
| ４ | 現在利用している支援や社会資源の状況 |  | | | |
| ５ | 日常生活自立度  （障害） |  | 判定年月日：  判定者氏名： | | |
| ６ | 日常生活自立度  （認知症） |  | 判定年月日：  判定者氏名： | | |
| ７ | 本人、家族等の主訴・意向 |  | | | |
| ８ | 認定情報 | 要介護区分：　　　　　　認定期間： | | | |
| ９ | 今回のアセスメントの理由 | 初回　・　更新　・　区分変更　・　サービスの変更　・退院　・　退所  入所　・　その他の生活状況の変化　・　居宅介護支援事業所の変更等 | | | |

【課題分析（アセスメント）に関する項目】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10 | 健康状態 | 【既往歴】  【現病歴】  【症状、痛み等】  【主治医及びその他の医療】  【医師よりの医療情報・治療方針】  【血圧】  【受診の状況】  【薬情報】  【服薬状況】  【自身の疾患理解について】  身長：　　　　　　　　　体重：　　　　　　　　　BMI： |
| 11 | 本人のADL | 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：  水分摂取：  整容：  更衣：  入浴：  排泄動作：  服薬： |
| 12 | 本人のIADL | 調理：  掃除、洗濯：  買い物：  服薬管理：  金銭管理：  電話の利用：  交通機関の利用：  車の運転等： |
| 13 | 認知機能や判断能力 |  |
| 14 | コミュニケーションにおける理解と表出の状況 |  |
| 15 | 生活リズム |  |
| 16 | 排泄の状況 |  |
| 17 | 清潔保持に関する状況 |  |
| 18 | 口腔内の状況 |  |
| 19 | 食事摂取の状況 |  |
| 20 | 社会とのかかわり |  |
| 21 | 家族等の状況 |  |
| 22 | 居住環境 |  |
| 23 | その他留意すべき事項・状況 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 主な日課 | 本人  6　7　　8　　　10　　　12　　　14　　　16　17　18　　　20　　　22　　　24　　　0　　　2　　　4  主介護者  6　　　8　　　10　　　12　　　14　　　16　　　18　　　20　　　22　　　24　　　0　　　2　　　4 |
| 生活歴 | 0  出生 |
| エコマップ | 【例】  強いつながり  普通のつながり  つながりがないつき  否定的なつながり  ＊つながりの強さについては、状況に合わせて追加設定可能。 |